

添付資料：調査内容

質問1. テレビ視聴習慣についてお聞きします。先生ご自身は、日ごろどれくらい情報娯楽番組（定義は1ページをご参照ください）を視聴されていますか。当てはまる選択肢番号を○で囲んでください。

上記該当番組を (1. よくみる 2. たまにみる 3. あまりみない 4. 全くみない)

【註】上記質問1で「4. 全くみない」を選択された先生も、以下ご回答ください。該当番組を視聴してなくても回答可能な設問になっております。

質問2. よく視聴されるチャンネル（放送形態）についてお聞きします。ビデオ録画後視聴する場合も含めて、よく視聴される選択肢番号全てに○をつけてください（複数回答可）。

1. NHK総合 2. NHK教育 3. NHK衛星BS放送 4. NHK以外の地上波民放各局
5. NHK以外の各衛星放送（スカイパーフェクTVその他） 6. ケーブルテレビ
6. インターネットTV関連 7. テレビ放送自体を全くみない
8. その他（具体的にお書きください：)

【註】上記質問2で「7. テレビ放送自体を全くみない」を回答された先生も、以下ご回答ください。日頃テレビを視聴してなくても回答可能な設問になっております。

質問3. 情報娯楽番組（定義は1ページご参照ください）の中の「医療・健康に関連した情報」に対する印象（イメージ）について以下お聞きします（質問3-1～質問3-3）。

質問3-1. 「医療・健康に関する間違っただ情報が提供されている」という印象（イメージ）を、どの程度お持ちですか。当てはまる選択肢番号を○で囲んでください。

1. 全く持っていない
2. あまり持っていない
3. ある程度持っている
4. 強く持っている

質問3-2. 「医療・健康に関する『間違っではないが誇張した表現』が用いられている」という印象（イメージ）をどの程度お持ちですか。当てはまる選択肢番号を○で囲んでください。

1. 全く持っていない
2. あまり持っていない
3. ある程度持っている
4. 強く持っている

質問3-3. 「医療・健康に関する題材（テーマ）の選択に偏りがあり（ダイエットや美容、有名人の疾患など特定領域への偏り）、『もっと他に上げるべき題材があるはず』という印象（イメージ）をどの程度お持ちですか。当てはまる選択肢番号を○で囲んでください。

1. 全く持っていない
2. あまり持っていない
3. ある程度持っている
4. 強く持っている

3または4を選択した先生にお聞きします。では医療・健康に関するどのような領域の情報が不足しているとお考えですか。具体的にお書きください（→)

質問4. 情報娯楽番組（定義は1ページご参照ください）を視聴中、医療・健康情報に関して明らかな間違いを発見したこと（知人その他からの伝聞などではなくご自身の実際の体験として）はありますか。当てはまる選択肢番号を○で囲んでください。

1. 全くない
2. あまりない
3. たまにある
4. よくある

3または4を選択した先生にお聞きします。その「明らかな間違い」とは、具体的にはどういった内容でしたか。可能であれば間違いであると判断された根拠も合わせてお教えてください。

→

質問10. テレビをはじめとする新聞、ラジオ、雑誌（一般向け：医療者向けは除外）などのマスメディアにおいて先生ご自身が実際に出演したことがありますか。または取材、執筆に協力したことがありますか。あてはまるものを○で選択してください。

1. 10回以上ある 2. 数回ある（2～9回） 3. 1度だけある 4. 全くない

質問10-1. 質問10において1～3を選択した先生にお聞きします。その際の成果物（番組や記載記事内容）には満足されましたか

1. 大いに満足 2. まあ満足 3. 少し不満 4. かなり不満

上記の選択理由または選択条件をお教えてください

質問11. 情報娯楽番組に限らず、全般的に「テレビの情報は信用できる」とお考えですか、それとも「信用できない」とお考えですか。当てはまる選択肢番号を○で囲んでください。

1. 大変信用できる
2. ある程度は信用できる
3. あまり信用できない
4. 全く信用できない

質問12. 先生ご自身についてお聞きします。

1. ご専門（臨床・研究ともに）の領域

領域

領域

領域

2. 医師としての臨床経験年数 約 年

3. 医師免許取得年（あてはまる元号を○で囲んでください） 昭和 平成 西暦 年

4. ご年齢（あてはまる選択肢を○で囲んでください）

20才代 30才代 40才代 50才代 60才代 70才代 80才代以上

5. 性別（あてはまるものを○で囲んでください） 男性 女性

6. 役職名に関して（差し支えなければ）当てはまるものを○で囲んでください

大学病院に勤務の場合：講師以上 助手 医局員 院生 研修医 その他（ ）
大学病院以外に勤務の場合：開業医 病院長 各科科（部）長 スタッフ 研修医
その他（ ）

7. テレビ番組における医療・健康に関する情報についてインタビュー調査に応じてくださる先生を募集しております。インタビューは1時間程度で先生方のご都合に合わせて行います。あてはまる選択肢に○をつけてください

1. 応じない 2. 応じてもよい（2を選択された先生は下記ご記入ください）

ご氏名：

ご住所連絡先：

Eメールアドレス：

8. その他、ご興味のある番組内容やテレビ制作者側へのご要望、調査者へのご指摘、ご意見等ございましたら自由にお書きください

健康情報記事の評価手法と評価結果に関する研究

……オーストラリアの『メディア・ドクター』から

分担研究者 三木健二（大阪国際大学国際関係研究所 客員教授）

研究要旨: マスメディアが伝える健康情報の質を高めるため、オーストラリアでは 2004 年 2 月から、新聞に掲載された治療に関する記事を医学・医療専門家チームが独自の基準にもとづき 4 段階に評価し、講評とともにインターネットで公開している。2005 年 2 月までに 303 本の記事の評価と講評が掲載された。これらの①記事の原文②評価③講評を分析していくと、健康情報はどうあるべきか、どのように構成し、どう表現すべきかなどについて指針やヒントが数多く得られることがわかった。この分析を通じて得られる結果を体系化すれば、「患者向けの診療ガイドライン」の編集方針の決定、執筆、編集に欠かせない指針となるだろう。

A. 研究目的

患者・家族など一般人を対象とした診療ガイドラインは、医療者向けのガイドラインとは異なった配慮が必要になる。エビデンスにもとづく情報が CORRECT（的確）、CONCISE（簡潔）、CLEAR（平易）にまとめられ、情報の受け手が納得して適切な医療行動に移るようなものでなくてはならない。

これまで新聞の健康情報が主にこうした役割を担ってきており、その表現、構成などは医学・医療の専門家が「患者向け診療ガイドライン」の執筆・編集する際に参考となる点が多いと思われる。しかし、医学・医療の専門家が新聞の健康情報を科学的、多面的に評価・検討した報告は極めて少ない。

そこで、オーストラリアの医学・医療専門家チームが新聞の健康記事を評価し公開しているウェブサイト「メディア・ドクター」（2004年2月開始）で取り上げられた記事と、評価・講評結果を分析しながら、新聞記事作成の方法と専門家チームの考え方を総合し、「患者向けの診療ガイドライン」の執筆・編集に役立つノウハウを浮き彫りにすることを目的とする。

B. 研究方法

インターネットで公開されている「Media☆Doctor」のウェブサイト（<http://www.mediadoctor.org.au/>）にアクセスし、これまでに評価対象となった記事の評価と講評をプリントアウトし、さらに、リンクされた新聞社

のウェブサイトから記事の原文が引き出せる場合はその原文をプリントアウトし、記事、評価、講評を対比して分析した。

(倫理面への配慮)

人が対象ではなく、新聞に掲載された健康情報についての評価・論評が対象であり、倫理面での配慮はとくにしていない。

C. 研究結果

1. メディア・ドクターの目的

新しい治療について取り上げた医学記事の正確さをより高めるのを目的にしている。治療に関する最近の医学記事の評価基準 (standardised rating scale) にもとづいて、優れた記事か、それとも問題の多い記事かどうかなどを評価している。客観的かつ独立した評価を続けることによって、メディアの取り上げる健康情報がより質の高いものになるのをめざしている。

2. 評価項目

評価項目は、便益、害がないかどうか、コスト、副作用、治療法をめぐる利害関係など含む次の10項目である。

①Novelty of Treatment (治療法の新しさ)

②Availability of Treatment (その治療は他の施設でも受けられるか)

③Treatment Options (他の治療選択肢があるのか)

④Disease Mongering (大げさな記述、経済的利益追求の記事になってい

いか)

⑤Evidence (エビデンスはあるか、その強さは)

⑥Quantification of Benefits of Treatment (治療による便益は数量化できるか)

⑦Harms of Treatment (治療の有害性にも触れ、バランスよくまとめているか)

⑧Costs of Treatment (治療費、コストに見合う治療かどうかについての記述)

⑨Sources of information (利害関係などの情報にふれているか)

⑩Relies on Press Release (プレスリリースに基づいているか)

10項目のうち、記事中に記述のある項目について“Satisfactory”か“Not Satisfactory”で評価し、“Satisfactory”の項目の数の多さに応じ、「3つ星:★★★」、「2つ星:★★」、「1つ星:★」、「ゼロ星:★ゼロ」の4段階で評価している。評価結果について、このサイトを見た人から意見をもとめ、寄せられた意見も合わせて公表している。

評価対象となった記事は、新聞社のウェブサイト(インターネット版)でも報じられた記事で、対象となった新聞・通信社はABC News Online、The Australian、ninemsn、Sydney Morning、The Ageなどオーストラリア国内の10社である。

3. 評価スタッフ

メディア・ドクターの評価スタッフは、ニューキャッスル公衆衛生研究所

のスタッフを中心に、ニューキャッスル大学の臨床薬理学教授、内科学教授、薬学講師、開業医、ジャーナリスト経験のある医師、医療ジャーナリストらからなる 10 人である。

4. 評価結果

2005 年 2 月末までに評価した 303 件のうち、最も評価が高かった「★★★」の記事は 47 本、逆に問題が多く最も評価が低かった「★ゼロ」(星ゼロ)は 46 本だった。

年 月	審査記事数	★ゼロ	★	★★	★★★
2004. 2	5	0	2	3	0
3	4	2	1	1	0
4	5	2	1	2	0
5	15	4	5	5	1
6	11	2	8	0	1
7	30	7	7	10	6
8	33	2	14	14	3
9	29	4	9	12	4
10	39	7	12	14	6
11	36	5	9	14	8
12	27	6	7	9	5
2005. 1	39	2	12	19	6
2	30	3	7	13	7
計	303 (100%)	46 (15.2%)	94 (31.0%)	116 (38.3%)	47 (15.5%)

(注)評価は 4 段階評価だったが、2005 年 5 月から 6 段階評価に変更された。ここでは 2 月末までの記事を対象としたため、4 段階評価になっている。

5. 評価の具体例

最も評価の低かった「★ゼロ」の記事と、最も評価の高かった「★★★」の記事のうち、ここではそれぞれ 1 本ずつを紹介しておきたい(訳は筆者)。

その 1 2005 年 2 月 26 日付 THE AUSTRALIAN

赤い果物の皮、ぜんそく患者に朗報
(Red fruit skins could help asthma sufferers)

英国の研究者たちがブドウ、西洋スモモなど赤い果物の皮や、赤ワインに含まれる物質がぜんそく患者に役立つであろうことを発見した。

American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology に発表された論文によると、Imperial College London と Royal Brompton Hospital の研究チームが“Resveratrol”と呼

ばれる物質を発見した。この物質はぜんそくや慢性閉塞性肺疾患（COPD）などの疾患に効果があるのではないかとみられ、関節炎の治療にも使えるかもしれない。

Resveratrol はブドウ、西洋スモモなど赤い果物の皮、赤ワイン、ピーナッツの皮やピーナツバターに含まれている。研究チームは、この物質にぜんそくや慢性閉塞性肺疾患を起こす炎症を緩和する抗炎症作用があることを発見した。

Louise Donnelly は「この研究は、ぜんそくや慢性呼吸器障害の患者にとって朗報になるかもしれない。なぜなら Resveratrol は現在のステロイド治療より、さらに高い効果を示しそうだからだ。とくに、Resveratrol は、ステロイド剤が持つ副作用がなく長期間の使用ができると思えるからだ」と話している。

研究者は、人の気道の細胞で Resveratrol の効果を調べ、彼らが調べたすべての組織でこの物質に抗炎症作用があることを発見した。とくに、ステロイド剤がまったく効かない状態のとき、この物質は炎症を鎮めることができた。

また研究者たちは、Resveratrol が細胞の中でどのように作用するのかがわかれば、ぜんそくや関節炎のような炎症性疾患に使える、より強力な薬品をデザインすることも可能になるかもしれないことを示唆している。

Donnelly はさらに付け加えて「Resveratrol は薬局で市販されてい

るが、市販品はおそらく効果を発揮するほどの純度ではないだろう。我々は、吸入できるようエアゾルにしたものが治療に効果的ではないかと思っている」と話している。

評価 ★ゼロ

評価項目と評価

評価10項目のうち①、③、④、⑤、⑦、⑨の6項目については記事の記述から評価できた。この6項目のうち Satisfactory は④のみで、6項目中1項目となり、この記事の評価は最も低い「★ゼロ」となった。

講評(我々の評価)

これは、基礎的段階の研究なのに医学的な治療の話に見せかけている。この研究が人を対象に実験したのではなく、プレート（ペトリ皿）での細胞を使った実験の結果であることは、7つの段落のうち、5つ目の段落まで読み進まないとわからないようになっていて、食物成分中の抗炎症物質を明らかにしたのは興味深いことだが、この記事では、食物としての有用なことよりも、いきなり薬として商品化できるのではという話に飛躍している。

もしこの記事が、American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology に掲載された論文に基づいているのならば、Resveratrol にステロイド剤のような副作用はないというのは間違っている。なぜなら副作用はプレートの試験ではわからず、人を対象とした試験でしかわからないのに、この研究では人

での試験は行われていない。

この記事は、細胞生物学でわかったことが実際の治療法になるまでには長い、長い道のりがあることについては触れていない。この新物質はぜんそくのほか、多発性硬化症、乾癬、クローン病の治療に役立つこともあるし、まったく役立たないこともありうる。

「赤い果物の皮、ぜんそく患者に朗報」という記事の見出しは、薬の開発という商業化を有利にさせようとするものだ。

その2 2005年3月17日付 The Australian

ビタミンEは“心臓の助け”にはならない

心臓疾患予防のため広く使われているビタミンEのサプリメントは、心臓血管系の病気の予防効果はなく、心不全のリスクを高めることにさえなるかもしれない。

約4000人を対象にした研究は、医師が一般の人たちにビタミンEのサプリメントは控えるべきだと、アドバイスした方がよいという結果になった、と心臓の専門医はみている。

この研究に参加したのは、55歳以上の、糖尿病の患者か、もしくは心不全以外の心血管系の疾患をもつ患者たちで、1日400単位のビタミンEか、もしくはプラシーボが投与された。

7年間の追跡調査の結果、ビタミンEに心筋梗塞やがんのリスクを減らす効果は認められなかった。

カナダ・オンタリオ州の人口健康研

究所とマックマスター大学(ハミルトン)の研究者は、プラシーボを服用した患者のうち心不全になったのは12.6%だったのに対し、ビタミンEを服用した患者で心不全になったのは14.7%だったことをつきとめた。

これまでの研究で、ビタミンEのような抗酸化物質は、動脈にコレステロールがたまるのを防ぐことが示唆されている。

メルボルンの心臓研究センターの心臓顧問医アラン・グローブは、この研究結果は、ビタミンEのサプリメントの棺にくぎを打ち、吊いの鐘を鳴らすものだとしている。心臓の専門医は一般の人たちにビタミンEのサプリメントは避けるよう注意すべきかもしれない、とグローブ医師は話している。

しかし、ビタミンを製造しているブラックモアの教育部長のパム・ストーンは、この研究は誤解を招くものだと指摘している。

「この研究では、心疾患や糖尿病による合併症の起こるリスクが極めて高い高齢者を対象にしている」、さらに「研究者たちは、この結果が一般の健康な人たちでも起こりうると示唆しているが、それは誤りである。この結果には首をひねってしまう。なぜならこれまでに得られた、ビタミンEが有効だという発見をわずかながらひっくりかえすことになるからだ」とストーンは話している。

評価 ★★★

評価項目と評価

評価10項目のうち全項目について評価できた。10項目中、④と⑧を除き、8項目が Satisfactory となり、この記事は評価が最も高い「★★★」となった。

講評(我々の評価)

ビタミンEのサプリメントを長期間、服用しても心筋梗塞は予防できなかったという、最近、最も失望落胆させられた研究結果を取り上げた優れた記事である。研究方法とその結果が簡潔にまとめられ、それがこの記事の特徴になっている。相反するコメントをうまく使っている。コメントの一部は互いに衝突する内容だが、それによって別の視点から考えることができる。ビタミンEで明白になっている副作用についてより詳しい説明があればより役に立つ記事になったであろうが、記事自体はバランスがとれ、有益な内容である。

D. 考察

評価基準項目は10項目で妥当かどうか、さらに各項目が同じ比重でよいかどうかなどについて異論はあるだろうが、開始から1年間の足取りをみると、評価対象記事数は1か月に約30本まで増え、健康情報評価事業として定着してきたといえる。取材する側と、いい意味での緊張関係が生じているのがわかる。

紹介した2つの記事原文、評価、講評を詳細に検討するだけでも、基礎的な実験結果を明日にも臨床応用が可能なように伝える記事の無責任なセ

ンセーションリズム、ビタミンE長期投与の結果について、立場の異なる専門家のコメントを対比させることで、結果の持つ意味は実は単純ではないと知らせることの大切さなどが読み取れる。

こうした評価には、メディア側の事情(掲載スペースが限定されていること、締切時間、版立て、記者養成システムなど)も熟知していないと、専門家チームの独善的な講評に陥ることもあり得るので、日本でこうした制度をつくる場合、専門家と取材側合同の評価システムが望まれる。

E. 結論

オーストラリアで始まった「メディア・ドクター」は、治療に関する新聞記事を医学・医療専門家チームが独自の評価基準に従って評価、講評し、その結果をインターネットで公表する意欲的な試みである。評価されるメディア側にとっては抵抗感があるだろうが、記事の正確さ、水準を高めるために取材する側が傾聴すべき指摘が多い。最も評価の高かった「★★★」(3つ星)の記事と、反対に評価の最も低かった「★ゼロ」(星ゼロ)の記事を対比することで、健康記事に求められる要素、構成、視点、エビデンスの扱いなどがわかり、こうした情報を集約すれば「患者向け診療ガイドライン」の執筆、編集の貴重な指針となるはずである。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

患者参加を高めるためのコミュニケーション技法

ガイドライン作成のための参加

分担研究者 稲葉一人（科学技術文明研究所特別研究員、東京大学大学院医学系研究科客員研究員、元大阪地方裁判所判事）

1 はじめに

本研究では、診療ガイドラインの作成が、従来、各領域の指導的臨床医が中心となって取り組まれ、そこに臨床疫学者や図書館員などの新たなエキスパートの参加が求められるようになったことを踏まえ、診療ガイドライン作成プロセスの成熟という視点からは、実地臨床を担うプライマリケア医、そして患者・医療消費者の参加を進める時機と考え、患者・医療消費者は、「有効・安全、そして満足度の高い医療の実現を目指す上で大きな社会的資源」と位置付けている。しかし、現在、その力が十分に発揮されていないのは、適切な形で人材・技能が育成されていないことが一因との分析のもと、医療者と一般の患者の「間に入れる」ような人材を育成していく取り組みは、患者参加への関心が高まる中、緊急に取り組む必要性の高い課題の一つと位置付けている。個々の臨床場面でも社会的な局面でも、今日の医療を巡る諸問題は必要な情報の開示・伝達不全、コミュニケーションの齟齬に起因することが少なくないし、個人レベルであれ、医療関係者に対する社会一般という集団レベルであれ、両者の良好な

関係構築のためには、互いの特性を知り、対話に基づいたコミュニケーションを継続する必要がある。

そこで、「患者アドボケート」(メディエーター)は、医療者と一般の人々の「間に入る」役割を担うため、本研究では診療ガイドライン作成段階に参加できる人材育成のプログラムの開発を目指すとされている。

本論考は、その準備作業として、①医療コミュニケーションを分析し、②医療コミュニケーションの実践から学び、③創造的医療コミュニケーションの条件を検討し、④「診療ガイドラインへの患者参加を図るためのモデル」を検討し、⑤医療外で作成されつつある既存のプログラムと、新しい「患者参加を促す医療コミュニケーション・トレーニングプログラム」の条件を検討した。

2 医療コミュニケーションの分析

(1) 関係者

医療におけるコミュニケーションをアクター別に分類すると、「患者」「家族(広くは、親族、患者が亡くなった場合は遺族)」「医師」「看護師」「その他の Co-Medical」「医療管理者」のほか、「市民(患者団体の代

表のように利害がある場合と、一般市民のように直接の利害を認めない場合がある)がいる。

医療におけるコミュニケーションは、これらのアクター間の順列組み合わせで起こる(1対1ではなく、「医師」「看護師」対「患者」「家族」等の、複数の連合を生ずる場合がある)。

頻発する問題を考えれば、ここでは、当面、①「患者」対「医師」ないし対「看護師」、②「家族」対「医師」ないし対「看護師」(この①②を、医師患者コミュニケーションと呼ぶ)、③「医師」対「看護師」ないし「その他の Co-Medical」(これを、職場コミュニケーションと呼ぶ)を取り上げる必要がある。

(2) 個別性と公共性

医療が「患者」対「医師」との関係で生ずる深刻な問題は、インフォームド・コンセントである。個々の患者のもつ個別の疾患への治療等にあたり、どのようなコミュニケーション(リスクとベネフィットの伝達と理解と承認)がふさわしいかが問題となる(インフォームド・コンセントとしてのコミュニケーションと呼ぶ)。

また、より個別性の高い、自己の遺伝や体質についてのより機微なコミュニケーションがある(遺伝カウンセリングやセンシティブないし機微コミュニケーション)。

しかし、医療は個々の治療であっても、関係者が多数となる場合があり、そこでは、必然的に社会的関心

(倫理)が関わる(「配偶者」「家族」の意思、医療資源の分配、社会的規範の関わり)。これには、配偶者やまだ見ぬ子供を含めたもの(出生のコミュニケーション)や、家族を含めたもの(終末期のコミュニケーション)がある。

また、医療が個々の治療を超えて、研究の領域に踏み込むときは、公共性との関係が生ずる(公共コンセンサスコミュニケーション)。

(3) 日常(創造)性と紛争性

医療では、より医療環境やケアの質を向上させるために、会話が行われる(創造コミュニケーション)。また、医療は患者の疾患を治すという目的で一丸となる場合は、そこには目的には大きな齟齬はない。しかし、一旦悪い結果が生ずると、患者・家族と医療従事者との関係では、正常なコミュニケーションができない場合が生ずる。この典型が医療事故である。紛争性は、日常コミュニケーションでも潜在化していることがあるが、紛争が生じた場合は、よりターゲットを絞って、対話・コミュニケーションの回復を目指した支援が必要となる(紛争コミュニケーション)。

(4) 手法

実際の医療におけるコミュニケーションは、(1)当事者が、(2)個別性と公共性、(3)紛争性の濃淡という、違った次元の組み合わせの中で行われる。

一つのトレーニングの方式は、「対話の当事者」に直接アプローチする方法である。これには医師の臨床研修等で現在行われている医療面接や模擬患者のトレーニングがある。

このトレーニングは、医師患者関係におけるコミュニケーションや職場におけるコミュニケーションに適切であろう。

別のトレーニングの方式は、「対話の当事者」間の橋渡しをする第三者をターゲットとする方式である。

出生のコミュニケーションや終末期のコミュニケーションは、現在、Ethics Consultation という領域で扱

われ、コミュニケーションと倫理の能力を有した主として医療関係者が、コンサルタントとして、倫理問題の橋渡しをする。また、最近では、より解決に特化した、Bioethics Mediation も行われている。

公共コンセンサスコミュニケーションは、リスクコミュニケーションやソクラティックダイアログとして扱われる。また、最近では、メディエーション (Mediation) による解決も図られている。

紛争コミュニケーションは、裁判外紛争解決 (ADR) の手法としての医療メディエーション (Medical Mediation) として扱われる。

(5) 全体像

	コミュニケーションの分類	手法や領域の分類
1	医師患者コミュニケーション	医療面接や模擬患者
2	インフォームド・コンセントとしてのコミュニケーション	医療面接や模擬患者
3	職場コミュニケーション	ソクラティックダイアログ
4	機微コミュニケーション	遺伝カウンセリング
5	出生のコミュニケーション	Ethics Consultation (模擬倫理委員会)
6	終末期のコミュニケーション	Ethics Consultation (模擬倫理委員会)
7	公共コンセンサスコミュニケーション	リスクコミュニケーション ファシリテーション メディエーション (Mediation)
8	創造コミュニケーション	ソクラティックダイアログ
9	紛争コミュニケーション	メディエーション (Mediation)

(参考)

(1) ソクラティックダイアログは、大阪大学大学院文学研究科で実施されている。

Ethics Consultation の講座の一部は、東京大学大学院医学系研究科生命医療倫理人材育成ユニットで実施されている。

- (2) 模擬倫理委員会は、大阪大学大学院文学研究科や、前記ユニットで行われている。
- (3) 遺伝カウンセリングは、大阪大学大学院文学研究科を中心に研究されようとしている。
- (4) Mediation については、NPO 団体を中心としてトレーニングプログラムが開発されているほか、経済産業省において、昨年度と今年度モデルプログラムが作成されたほか、いくつかの法律家団体において今年度作成される。
- (5) 医療における Mediation は、現在構想されている「診療行為の伴う死亡事故の届出調査モデル事業」において、厚生労働省が関心を有しているほか、厚生労働省研究班で具体的なモデル作りが進められている。また、東京大学大学院医学系研究科リスクマネジメント人材養成コースでも行われている。
- (6) 海外では、医療上の様々な紛争を Medical Mediation として、生死の倫理問題を Bioethics Mediation として扱う試みがある。

3 医療コミュニケーションの実践から学ぶ

(1) 東京大学大学院医学系研究科「生命医療倫理人材育成ユニット」からの学び

ここでは、筆者は、模擬倫理委員会の委員長をするが、後述する調停的技法が創造的コミュニケーションの増進に役立つことが理解できる。

(2) 実際の診療ガイドライン委員会からの学び

筆者は、医療についての非専門家としての立場で、かつ、法律の専門家として参加したが、「専門家」として、同等の配慮をする中で、コミュニケーションが促進されることが理解できる。

(3) 医療改革の検討委員会からの学び

多くは学会や医師会の代表として参加するため、しばしば出身母体の立場の代弁者となるが、議論を深めていく過程で、各参加者が学んでいく中で、創造的なコミュニケーションが増進される。

(4) COML の患者塾からの学び

先行研究で報告したとおり、COML のスタッフの方が、ファシリテーター役を務められたが、患者等の参加者の意見を言い換えてまとめることで、発言者も自己の発言を客観視でき、また、他の参加者も理解を深めることができる。

(5) 紛争コミュニケーション (Mediation) からの学び

場の雰囲気や和ませ、当事者から「聴く」という立場の第三者がロールモデルを示すことにより、これまで聴けなかった紛争の当事者が「聴き」、そして相手を理解しようと努めることができる。

4 創造的医療コミュニケーションの条件

- (1) 診療ガイドライン作成において、患者参加をする際のコミュニケーションは、前述の分類でいえば、患者がガイドライン作成の専門家集団に入っていく「患者－専門家・医療者コミュニケーション」で、診療ガ

イドラインという公共財を作成する「公共コミュニケーション」で、かつ、具体的な紛争を前提としない「創造コミュニケーション」に分類される。

- (2) 創造的なコミュニケーションについてはいくつかの先行研究ないし論考がある。

共創が成り立つ条件として、たとえば、「共創は、多くの(複数の)人々が共同体意識に基づいておこなう知恵を発揮し創出をする、そして相互否定の形で創造に必要な自己否定をおこなうことを通じて、全員が精神的にも高揚して、大きな創造的活動を発揮するのである。このことがうまく進むためには、個々人は誇りと自己を越えるところに大きな使命感をもち、志を立てていなければならない。この使命感こそが相互批判を受け入れることを可能にするのである。そのためにも共創の場では各人は本質的に平等でなければならない。共創には、自由な雰囲気が必要である。また自由の他にも、創造を鼓舞する精神的雰囲気がなければならない(清水)」(久隆浩)。

また、場の存在を生かし、そこから協働活動を生み出すには自己否定を含めた一定のコミュニケーション能力を持った人々の存在、そしてその能力を引き出すしかけが重要であるとされる。たとえば、「ネットワーク組織が真に機能を発揮するためには、自律性の高い人々がいると同時に、

彼ら自身が協働活動に必要なコミュニケーション能力を持っていないなければならない。お互いに情報を交換し合い、自己の考えを主張しつつ課題解決に向けて意識を統一すること。そして革新的な方法をともに工夫して、創造的解決をめざすこと。どんなに自律性が高くても、このような意味によるく協働活動のための創造的コミュニケーション能力>がなければネットワーク型の組織では仕事ができない。このコミュニケーション能力の本質は、自分の考えや立場のく枠組み>はどのようなようであり、相手のそれはどのようなようであるのかを、相互に認識できることである。さらに、お互いの枠組みから一歩離れてもっと意味のある枠組みを相互の協力で新たに創造することである。」(高木晴夫『マルチメディア時代の人間と社会』)

5 「診療ガイドラインへの患者参加を図るためのモデル」

- (1) このモデルには、様々のものが考えられるが、ここでは、当事者モデルと、アドボケートモデルと、これに重ね合わせるものとしての、ファシリテーターないしメディエーターモデルを考える。
- (2) 当事者モデルである。これは、当該診療ガイドラインに密接に関連する疾患を現に有しているか、少なくとも最近罹患していた方を、ガイドライン作成の場に参加を求める

ものである。

- (3) 次に、アドボケートモデルである。これは、直接その疾患の経験はないが、長年患者の支援に従事してきた方を、ガイドライン作成の場に参加を求めるものである。

- (4) 更に、(1)(2)と組み合わせて、専門家と市民(当事者・アドボケーター)を結ぶ役として、中立的な第三者(ファシリテーターないしメディエーター)を入れる方法である。

6 医療外で作成されつつある既存のプログラムと、新しい「患者参加を促す医療コミュニケーション・トレーニングプログラム」の条件

- (1) 医療の場の外では、主として紛争コミュニケーション、つまり、紛争解決のために、第三者が入って対話調節をする、調停(Mediation)のプログラムが作成されている。これには、2003年度の、経済産業省・経済産業研究所の「ADR(裁判外紛争解決制度)を担う人材育成に関する研究会」が作成した試行プログラム

(<http://www.adr.gr.jp/training2003/>)があり、オープンリソースとなっている。

- (2) また、2004年度には、経済産業省経済産業政策局・日本仲裁人協会及び日本商事仲裁協会の調停人養成教材作成委員会が作成し

た調停人養成プログラムがあり、これは近時オープンリソースとして公開される。なお、平成16年11月に「裁判外紛争解決手続の促進に関する法律(通称ADR法)」が成立し、民間が主体となった調停制度の促進が期待されている。

- (3) これらのプログラムのうち前者は、消費者紛争を対象としたプログラムで、また、後者は中小企業間の主として商事紛争を対象としたプログラムである。しかし、いずれも、非法律家を対象としたもので、「聴く」ことを中心としたいわゆるFacilitative Mediation(促進的調停)の手法を用いたもので、非紛争型コミュニケーションや、他分野、特に医療分野の対話促進のための手法として使うことが期待される。

- (4) 聴くことを中心としたMediationの中立者であるMediator(メディエーター)は、紛争を抱える当事者のコミュニケーションの問題を超えるためにお手伝いをするという役割に徹する。ここでは、聴く(Active-Listening)を中心として、手法として、Reframing(枠組みに揺さぶりをかける)、Paraphrasing(言い換える)、Open-Ended Question(展開しやすい質問を使う)を使う。これらは、専門家と非専門家のコミュニケーションの媒介としてふさわしい手法と考えられる。

(5) 医療の場(臨床を念頭に置くが、ガイドライン作成の現場でもこれが基本的には当てはまる)は、次のような場ないしコミュニケーションの特色がある。

医療の場のコミュニケーションの特色

- ① 患者・家族と医療者との間の情報の格差
- ② 情報の専門性
- ③ 患者・家族と医療者間の依存性
- ④ 傷つきやすい(Vulnerable)
- ⑤ 正反対になる、孤立化する(Polarization)

(6)また、ガイドライン策定への医療消費者の参加については、次のような諸点を考慮に入れる必要がある。

ガイドライン策定への医療消費者の参加

- ① 患者価値の導入
- ② 情報と意志決定力
- ③ 医療留保に対する民主的熟慮
- ④ 「患者知」の活用と増価

平成 15 年度分担研究報告書 野村英樹

7 プログラム案

本来対象者を分けたプログラムを考える必要がある。

これは、①患者やアドボケーターという非専門家のトレーニング、②ファシリテーターないしメディエーターという第三者の

トレーニング、③医療者・専門家のトレーニングである。

ここでは、①が主題となっているので、そのプログラム案を示す。

患者参加を促す医療コミュニケーション・トレーニングプログラム

- ① Mediation のトレーニング(abbreviate されたもの)ー聴く・伝達する等の患者・家族と医療者を橋渡しする能力の育成
- ② 集団で行われる対話の特性の理解ーグループ・ダイナミクス
- ③ 診療ガイドラインの成り立ちへの理解
- ④ 診療ガイドラインの使われ方への理解
- ⑤ 事例を用いたグループワーク

『“患者向けガイドライン”ポータルサイトの考え方試案』に関する研究

分担研究者 今中 雄一 京都大学大学院医学研究科医療経済学分野

研究要旨

診療に関する患者向けのガイドラインに対する社会ニーズは大変大きいとみなされる。エビデンスに基づく、社会的にも医療内容上も信頼度の高い、患者向けガイドラインのインターネットを通じた情報発信基盤としてのポータルサイトの設計試案を構築する。

我が国の医療環境を鑑みて、海外の試みの情報を参考に、当該情報発信基盤の1:対象、2:内容・骨子、3:作成過程、4:ポータルサイトの機能、5:プライバシーと質の確保、6:ホームページ・デザインに関して検討した。内容については、下記のような骨子を組み立てた。即ち、1:導入情報、2:解説（基本情報）および（医療のプロセスに関する情報）、3:診断と治療に関するデシジョンツリー、4:臨床試験について、5:用語の解説、6:参考資料や作成者に関する情報。機能性については、1:ブラウジング、2:検索、3:印刷、4:ヘルプ、5:辞書、6:FAQ データベース、について使用を組み立てた。

上記の設計仕様に基づく「患者向けガイドライン」ポータルサイトの構築は、便益性のみならず、実行可能性の極めて高いものであり、国民のために予算化してする社会的重要性は高いと考えられる。

A. 研究目的

診療に関する患者向けのガイドラインに対するニーズは大変大きいとみなされる。エビデンスに基づく、社会的にも医療内容上も信頼度の高い、患者向けガイドラインのインターネットを通じた情報発信基盤としてのポータルサイトの設計試案を構築する。

B. 研究方法

患者向けの医療ガイドラインに関連する情報を、国内外より収集し、それをもとに、患者向けガイドライン・ポータルサイトの仕様を研究する。海外のあり方について、ちなみにNICEのPIUに関する情報は、3年前に現地にて取材し、MINDS関係会議にて紹介したものであり、やや古いのが、立ち上げ時の貴重な情報に満たされ、日本の現状を切り開くに当り、大変示唆深いものであ

る。

（倫理面への配慮）

個人情報を取り扱わず、個人レベルの情報収集も行わない。研究倫理にて課題となるような事象は取り扱わない。

C. 研究結果

以下に研究の成果を示す。

“患者向けガイドライン”ポータルサイトの考え方試案

【1. 目的】

“患者向けガイドライン”ポータルサイトの目的は：

医療のガイドライン（evidence-basedの診療ガイドライン）の内容を、国民、患者や

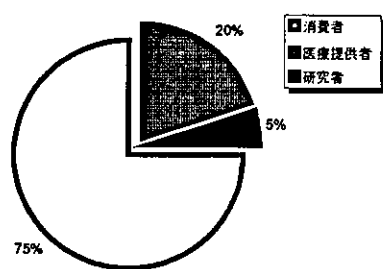
一般消費者にとって、わかりやすく説明したものをアクセスしやすく提供すること。

【2. 利用者】

このウェブサイトの利用者は：

- 1) 国民、消費者・患者
 - ・特定の疾患やその治療方法等に関して情報検索
 - ・一般的に疾患やその治療方法等に関して情報検索
 - ・医療の内容や質への関心、など
- 2) 医療者
 - ・患者がどのような医療情報を利用しているかを知るため
 - ・患者に役立つ情報を知るため
 - ・患者が言及した特定のガイドラインの内容を知るため、など
- 3) その他（研究者、医療関連の製造業・サービス産業等）
 - ・一般的興味や医療の質に関する関心や特定の研究問題
 - ・文献資料中に引用されている情報の検索
 - ・患者のニーズの把握や調査、など

例えば：



【3. 内容】

患者ガイドラインウェブサイトは、“Evidence-Based”の診療ガイドラインの内容を、一般消費者を対象にわかりやすく情報提供すること、そして理解してもらいやすく支援することに焦点をおくものである。すなわち、本サイト上でサポートする“患者ガイドライン”の主体は、「診療ガイドラインにそった内容を一般向けに解説したもの」、と考えられる（例）NCCN

（<http://www.nccn.org/>）。そういった一般向けガイドライン（特定の疾患とその診断、治療に焦点）の枠組みとして、以下のようなものが考えられる。

＜表＞フレームワークの例

1. 導入情報	ガイドラインの由来、誰のためのガイドラインか ガイドラインの内容、構成 ガイドラインの利用方法
2. 解説 (基本情報)	関連する解剖と生理・病理の解説 病気の成り立ちと natural history (医療の過程に関する情報) 診断のプロセス 病態と治療方法の選択肢 回復期の留意点
3. 診断と治療に関するデシジョンツリー	
4. 臨床試験について	
5. 用語の解説	
6. 参考資料や作成者に関する情報	

また、診療ガイドラインには必ずしも沿わないで、特定領域の疾患・医療に関する情報を解説したものが、国内にもいくつか見られる。これらにおいては、構造の標準化や内容を監査するしくみの確立がなされていないようである。

さらに別の形式として、より安全に質の高い医療を受ける際の一般的な指針を提示したものがある。特定の領域に焦点をあてず、診療ガイドラインと平行した内容ではないものである（例：AHRQ

（<http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>）。

一方、医療に関して一般的な説明を行うさまざまなサイトがあるが、より技術的でなくなる傾向があり、健康的なライフスタイルや患者安全、治療の管理など広範囲のトピックに関連する情報を提供しがちになる。

本サイトは、他の医療情報関連サイトと以下の点で一線を画する（画するべきである）。

一、エビデンスに基づき、診療ガイドラインを基盤としている

(該当する医療の専門家チームが作成したものを基盤とする)

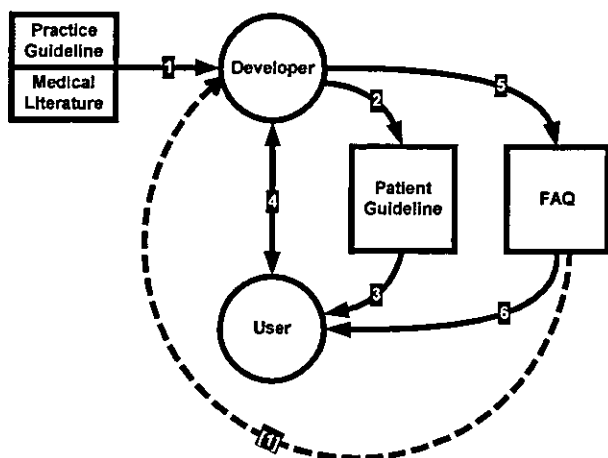
二、技術的に具体的で、受診の場面で実践的に活用しやすい

三、構造化されていて、必要情報が網羅され、検索しやすく、わかりやすい

四、内容が系統的に監査され、情報の質が保証されている。

【4. 作成過程】

“患者ガイドライン”は、作成過程は循環的・反復的であるべきである。新たなエビデンスの確立、診療ガイドラインの変更、あるいは消費者・患者の重要な質問によって、“患者ガイドライン”は更新される。下記の図はこの開発サイクルの各段階の図である。(英国 NICE、2002 年時点の情報より)



患者ガイドラインの第一版が発刊されるプロセスの例を示す。

1. 開発者は既存の診療ガイドラインおよび関連資料を使う。
2. 開発者は、“患者ガイドライン”を作成し、ウェブにそれを公表する。
3. 消費者は、“患者ガイドライン”にアクセスし、その活用・適用を試みる。
4. 質問があれば、ユーザーが開発者とやりとりする。
5. 開発者は、FAQ のデータ・ベースへの回答を公表する。

6. 他のユーザーは、自分の質問への回答を既存の FAQ データ・ベースに見出すかもしれない。

7. サイトの改定に向けては、開発者は最新の診療ガイドライン、関連資料患者とガイドライン既存版に加えて、FAQ データベース (および利用統計) を使う。FAQ データベース内の情報変更の必要もあろう。

“患者ガイドライン”ウェブサイトは、この開発サイクルを円滑に行えるよう計画しておくべきである。利用者と開発者を近づけるための、一つの有効で簡潔な方法は、利用者と開発者および責任者が個別に e-mail をやりとりできるようにし、開発者に FAQ の維持を包括的に迅速適時に行ってもらふことである (コミュニケーションや作業の量と複雑さによっては更に複雑なワークフローが必要になるかもしれない)。

【5. ポータルサイトの機能】

どのウェブサイトにも少なくとも 2 つの面がある。

- 1) 機能性とエンドユーザーの使いやすさは (設計段階で最大の関心事)
- 2) 立ち上げ後もサイトを維持することになる製作スタッフの要求 (後者を軽視しないことが重要)

5.1 エンドユーザーの機能性

情報ウェブサイト (読取専用 ; しかし書込みも考慮しうる) へのアクセス時の基本的な 2 つの使い方は、一般的なブラウジングと方向性を持った検索である。ユーザーはブラウジング、検索機能いずれの方法でもサイト上の全情報のあらゆる部分にアクセスできなければならない。

【5.1.1 ブラウジング】

サイトのブラウジング能力は主要 3 要素による。

1. インターフェースの一貫した構造 (ヘッダーのリンク等) が保たれること
2. 論理的でわかりやすい階層構造をなしていること
3. その階層内での当該頁の位置付けが明確にわかること

効果的なサイト設計は全ページでこれら