

患者・市民が診療ガイドライン委員会に参加する前に受ける

トレーニングの試み

分担研究者 稲葉一人（科学技術文明研究所 特別研究員）

研究要旨：ガイドライン作成に患者・市民の参加する作業にあたり、患者・市民をして直ちに委員会を構成して議論を尽くすことは難しいが、これに先立ち、準備セッションとして、「臨床研究」「疫学」を理解していただき、エビデンスの作成過程の理解と、その持つ意味、また、診療ガイドラインとEBMの趣旨等を考えていただき、より理解を深め、参加者の意欲を掻き立てる、「トレーニング」として、セッションを行った。①イントロダクション、②フェーズ1、③フェーズ2、④フェーズ3、⑤感想（その場と書面記載方式）という順番で、行い、その結果、今後事前セッションを運営するための示唆と、ガイドライン委員会運営の示唆等を得ることができた。

研究目的

ガイドライン作成の委員会に参加していただく患者・市民の方に、参加前に、診療ガイドライン委員会で行う趣旨等について事前にレクチャー等のセッションの必要があり、今回、試行した。これを行うことにより、今後の事前セッションでの必要なメニュー・方法、更にガイドライン委員会で患者・市民が積極的に参加できるため

の要件（条件）を理解する。

研究方法

この企画は、後記のとおり、大阪大学との共同企画として行われ、まず、午前中に、中山主任研究者が、その後、午後には大阪市立大学土屋助教授が、それぞれのセッションを独自の考えで実施された。本報告書では、午前の中山さんの実施内容を報告する。

研究結果

1 イントロダクション（稲葉が担当）－趣旨を理解し、その上で、参加し話しやすい雰囲気を作る

(1) 今回の趣旨の説明（ガイドライン作成に患者や市民の参加を考えているが、その方法論について検討す

る研究班であり、今回は、ガイドライン作りそのものではないが、患者・市民がガイドライン作りに携わ

- る前に受けるトレーニングを考
て、本セッションを考えた)
- (2) 主催者自ら参加者に近寄り、参加者自らが少しでも話す機会を持つ
ーアイスブレイキング
- ① どのようなことを今日学びたい
と思ってお越しになりました。
- ② お仕事等を差し支えない範囲
でお教えてください。
- 参加者属性 (全 14 名、重複あり)

- 1) (かつても含む) 医療関係職
半数
- 2) 市民半数
- 3) 大阪大学「科学技術と倫理」
受講者半数
- 4) (元・現) 医療関係新聞記者
2名 (読売)
- 5) 大阪大学中岡教授 (哲学者)、
大阪市立大学土屋助教授 (倫
理学者)、大阪大学 COE 研究
員家高

2 フェーズ1 - 問いを出し、答えてもらい、対応し、補足する。

基本的問い

診療ガイドラインを聞いたり、見たり
したこと YES 1 対 NO 1

根拠に基づく診療、EBM について、
聞いたり、見たりしたこと YES 1 対
NO 2

疫学という言葉を知ったりしたこと
YES 1 対 NO 2

新聞から入る

2005 年 1 月 25 日読売新聞

2005 年 9 月 21 日読売新聞

**新聞を読む限り診療指針は役に立つの
か**

大いに役立つ・役立つ・役立たない

どんなことが心配

時期遅れであれば意味がない、作って
終わるのではないか、患者のガイドラ
インと医師のガイドラインはどう違
うのか (別のもの、一緒のものと議論
がある)

full version と quickly reference
information to patient

ガイドラインとはなになのか

規範性について (書いていないのはし
てはいけない、書いていることはしな
ければならない) という誤解、厚生労
働省では「ガイドライン」「指針」と
して拘束性を求めていることが誤解
を促進している

誰を assist するのか

患者、医療者、家族
がん検診ガイドラインー見つけても
対応ができない、診断が先行して、治
療方法がない→自治体を支援してい
る、コミュニケーションの手がかり、
まだ向上したという報告はない

医者はどう見ているか

診療ガイドラインの作成過程

(偉い先生の) 個人の経験によること
の危険性

薬が効くということの意味は
臨床上の疑問の明確化をする、エビデ
ンス (研究論文) の検索・評価
推奨度 (recommendation) を決める

3 フェーズ2 - 注意することを、簡潔に明確に示す

(患者として)想起しやすい事例(私は名医と信じている医師)をもとに考える
「疫学」「EBM」が科学性を持つため克服した、「偏り・バイヤス」(交絡)「対照群」
「分母を把握して追跡する」(患者は医師の前で)本音は言いにくい

臨床研究の基礎を知る

EBM と Evidence との違い—エビデンスはEBM の一つの要素にすぎない
名医と患者に言われた医師は、「私は名医」と信じている—目の前の事実だけを見ていると間違う (偏りがある)
人間を対象とする研究がないがしろにされている

科学性と倫理性はバランス良く実現できる

違う場合と比較しないと、本当の有効性はない

ではどうすればいいのか

分母を考えずに分子だけを考えることの危険

防ぐための仕組みが必要

個人情報保護問題・インフォームドコンセント—同意があれば OK

手術件数—手術適用の境を変えてしまう

情報の持っている危険性を理解する

新聞でも問題がある、追跡対象にすることを、ICで左右すること (ができる) はバイヤスを招く

倫理的なところと、科学的なところが問題となる

脳卒中登録、がん登録—対策の基礎と

なる

質問にこだわって説明を加える—質問の質により進行が異なる

有効率は 80%の治療は良い治療か

運動する人は風邪をひかない

一般論を知っていると個別の問題解決に効率的にたどり着ける

重症度別に情報を提供する

とりあえず出す

心筋梗塞・高血圧・タバコ

利害の衝突—研究者は中立者ではない—人は立場で意見を言う

出版バイヤス—有意な結果だけを出す—知らないこと、分からないこと

臨床試験の登録制度、こどもの抗うつ剤の副作用を隠すことをきっかけに

メジャー雑誌に投稿するためには、登録をしないとだめ

製薬会社から出さないことを約束させて、有効であっても、出ていないなぜ効く薬が効かないの

観察研究で判断をしなければならぬ場合もある

RCT でなければだめ、RCT 以外はだめ

多くの患者さんが期待する効果はない

薬が効くとはどういうことか—がんが治る

真のエンドポイントとはなにか

4 フェーズ3—具体的なエビデンスを見る

小児喘息における(吸入ステロイド)プレ
ゾニンまたは(吸入非ステロイド)ネドク
ロミルの長期有効性を例に

MindsID S0004967

New England Journal of Medicine 343
(15) 1054-63. 2000年10月

研究の方法としてやりやすい—一秒
量

重篤な発作の頻度は計りにくいので
はないか

入院率 (2.5vs4.4/100人年) —これ自
体が不明確な情報ではないか

情報の読み方 NNT (number
needed to treat) 治療必要数とはな
にか

ステロイドの長期影響、ステロイド
phobiaがあった◎

これくらいのエビデンスで推奨でき
るか

主要アウトカムと副次アウトカムと
の関係はどうか

長期予後について見ているのか

ガイドライン作り・医療情報を理解す
る

5 振り返る—感想—ガイドライン作成委員会に一般市民が参加する際に、必 要と思われることはなにか

- ・ 一般市民は「委員会」ということ
に慣れていない。
- ・ なんでも話せる雰囲気が必要であ
る。
- ・ 一般市民の中でもその議題に関心
のある患者・家族を大切にする必要
がある。
- ・ 偏らないような一般市民の構成を
考える。
- ・ 治るという言葉でも、研究者の考
えるものと、患者さんのイメージ
とは異なることも明らかにして対
話する
- ・ リテラシーについて高い市民と比
較的低い市民の双方が参加するべ
き
- ・ 自分もしくは身近な家族が患者と
して、その疾患に関わった経験が
必要ではないか
- ・ バックグラウンドを、医療職であ
るかではなく、疾病歴を聞くこと
が必要ではないか
- ・ 事前に資料が配布され、それを読
んでくる
- ・ 研究者だけではなく、臨床家の生
の考え方、特に Minds の使い勝手
についても
- ・ 医療に関する興味、関心と、これ
に参加しようと積極的に思う姿勢
- ・ 医学・医療に対する基本知識と疑
う心
- ・ ガイドライン委員会に参加しやす
い社会体制 (難しそうに思わせな
い工夫)

- ・ 医療者も積極的に加わっているという雰囲気を一般市民に伝える
- ・ 参加したガイドラインがうまく医療現場で機能していることが具体的に目に見える社会構造の構築
- ・ 作りっぱなしではなく、常に継続したガイドライン作り体制
- ・ 一般市民が参加する以前に参加条件やその過程を明確に提示することが必要
- ・ 丸一日は必要
- ・ いろいろな落とし穴があるという程度では足りない
- ・ 医学・医療制度・医療行政の基本的な知識
- ・ 素人でも質問しやすい雰囲気
- ・ 素人の言葉を専門家に、または専門家の言葉を素人に交通整理できる人
- ・ 疫学、EBMの知識
- ・ 分からないことを分からないといえる勇氣
- ・ 権威より真理を信じる明晰さ
- ・ 研究者らも、分かっていることをごまかさない正直さ
- ・ 分かっている人に分かりやすく説明する言語能力
- ・ EBMと診療ガイドラインの関係、とくにガイドラインがどう作られるかについて説明（EBMから実際にどのようにガイドラインの項目が決まってくるか）
- ・ 医療者の同じ土俵で話し合うための基礎的な教育
- ・ 具体的なその疾病についての、診断、治療、予後などの基礎的知識
- ・ 患者が抱きやすい疑問、不安についての事前調査
- ・ 患者にとって特に分かりにくい点の事前調査
- ・ 受診経験によっても違う
- ・ 研究者の治るという意味と患者の治るという意味とが違うのでこれを理解する過程が必要
- ・ 市民は委員会に慣れていないので、何でも話せる雰囲気が必要
- ・ 参加者同士が質問・議論しあう機会が必要
- ・ 一般知識→実験論文でよかった
- ・ 医療関係者も非医療関係者もどちらもが自由に発言できる雰囲気（環境）
- ・ みなが率直・正直に意見し、また他者の立場・意見を尊重する雰囲気
- ・ 反対意見をも理解しようとする姿勢
- ・ 専門分野（各病気、病院の仕組みなど）の基礎知識（共通基盤の確立）
- ・ ガイドライン作成意義への理解（共通基盤の確立）
- ・ できれば家族もしくは本人がその病気を経験しているほうが望ましい（人選）
- ・ プライバシー厳守

考察

感想は概ね、肯定的であった。これらを分類すると、①参加する人選についての考え方、②事前の調査の必要性、③セッション（ガイドライン作

成委員会の運営の仕方)、④参加者の心構え等に分けられる。主だった意見を示す。

参加する人選についての考え方

- ・ できれば家族もしくは本人がその病気を経験しているほうが望ましい
- ・ 受診経験によっても違う

事前の調査の必要性

- ・ 患者が抱きやすい疑問、不安についての事前調査
- ・ 患者にとって特に分かりにくい点の事前調査

セッション（ガイドライン作成委員会の運営の仕方）

- ・ 素人の言葉を専門家に、または専門家の言葉を素人に交通整理できる人
- ・ 市民は委員会に慣れていないので、何でも話せる雰囲気が必要
- ・ 医療関係者も非医療関係者もどちらもが自由に発言できる雰囲気（環境）
- ・ みなが率直・正直に意見し、また他者の立場・意見を尊重する雰囲気
- ・ 参加者同士が質問・議論しあう機会が必要
- ・ プライバシー厳守

参加者の心構えなど

- ・ 反対意見をも理解しようとする姿勢
- ・ 分からないことを分からないといえる勇気
- ・ 権威より真理を信じる明晰さ
- ・ 研究者らも、分かっていないことをごまかさない正直さ
- ・ 分かっていない人に分かりやすく説明する言語能力

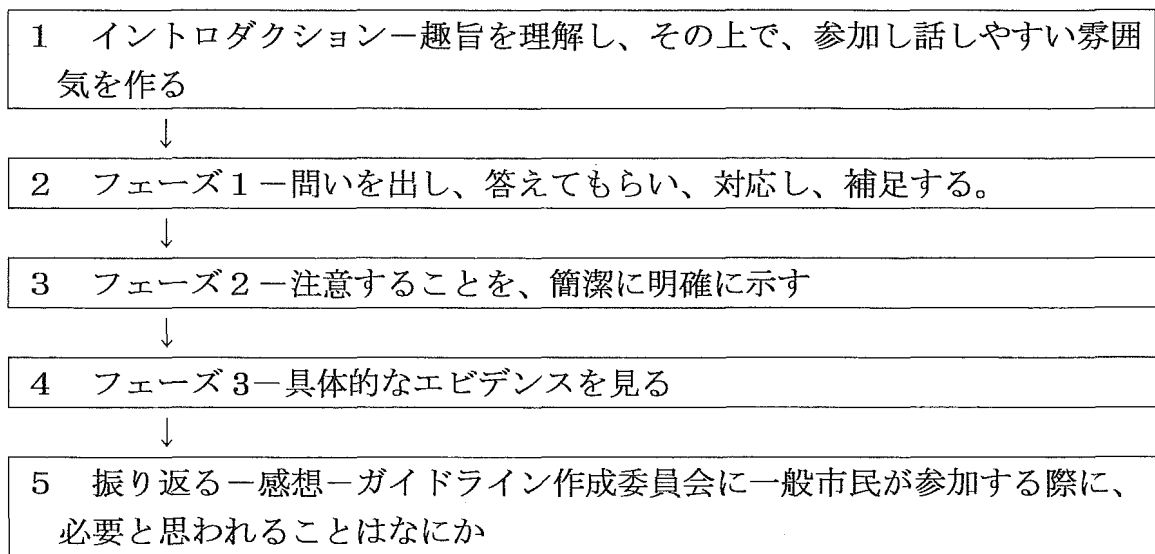
結論

以下のような、流れでの本事前セッションは適当であったと評価できる。

もともと、フェーズ1では、何を構成要素とするのか、その順序、フェーズ2での示す方向性についてのコンセンサス、フェーズ3での事例の多様

性と適当さについては、更に検討を加える必要がある。

今後この方式で、各フェーズの構成要素をカリキュラム化した上で、模擬「ガイドライン委員会」等の予行を得て、患者・市民参加の事前カリキュラムを策定することが望まれる。



研究発表 (共著との表示ある以外はいずれも単著)

1. 現場で始まる医療 ADR (裁判外紛争解決). 医療安全. 2005 ; 2(4) : 31-5.
2. 医療関連死を巡る法的背景. 病理と臨床. 2005 ; 23(12) : 1331-8.
3. メディエーションの考え方と実践. 看護展望. 2006 ; 31(3) : 83-7.
4. メディエーションの試みと医療 ADR. 看護展望. 2006 ; 31(4) : 86-90.
5. メディエーションの担い手のためのトレーニング. 看護展望. in-printing
6. 医療におけるマネジメントー全体像 (共著). 看護部長通信. 2005 ; 3(4) : 28-31.

7. 医療におけるマネジメントー組織で行う安全管理 (共著). 看護部長通信. 2005 ; 3(5) : 85-91.
8. 医療におけるマネジメントー自分で行う安全管理. 看護部長通信 2005 ; 3(6) : 51-7.
9. 医療におけるマネジメントーコンフリクトマネジメントー紛争管理. 看護部長通信. in-printing
10. 治療やケアにかかわる紛争を防ぐために. 呼吸器ケア. in-printing

知的財産権の出願・登録状況 (特になし)

参加の案内

ワークショップ「科学技術と倫理」

主催：大阪大学 21 世紀 COE プログラム「インターフェイスの人文学」

共催：大阪大学コミュニケーションデザイン・センター

平成 17 年度厚労省科研費「根拠に基づくガイドライン」の適切な作成・利用・普及に向けた基盤整備に関する研究：患者、医療消費者の参加推進に向けて研究班

趣旨と概要

稲葉一人（科学技術文明研究所・特別研究員 / 本公開講座総合コーディネーター）

大阪大学 COE の一環として行われている「科学技術と倫理」は 3 年目に入り、これまで延べ 50 名を超える日本での有数の研究者・実践者をお招きして、大学院生・社会人を対象の公開講座を開いている。その趣旨は、科学技術を、各専門家が、様々な角度と視点を示し、これを専門家だけの閉じた会話にとどまらず、聴衆と双方向で考え、話すというコンセプトにある。ただ、この講座だけでは、時間が毎回 90 分と限られていることや、そのため残念ながら一方的な情報提供型の講義になりがちであった。そこで、大阪大学コミュニケーションデザイン・センターが開設された本年度から、受講生から要望のあった講師を中心として、上記研究班の趣旨も踏まえ、コーディネーターである稲葉が COE で招聘された講師の方を支援するという形で、ワークショップを開こうと考える。

ところで、中山健夫氏（京都大学大学院医学系研究科・助教授）の上記の研究班（共催）では、診療ガイドラインについてのこれまでの研究から、作成されたガイドラインの社会的位置づけを静的に検討するだけではなく、医療消費者である市民が、ガイドラインの策定そのものに関わるための方策について具体的に検討され、実践されている。

また、土屋貴志氏（大阪市立大学大学院文学研究科・助教授）は、臨床試験における被験者保護を考えるにあたり、具体的な事例を元にして、講師と参加者が相互に会話をしていくなかで、問題点や解決の方法等を模索する企画を考えておられる。

これらの企画はそれぞれ趣旨こそ違え、いずれも科学・医療等を作り上げ評価し、利用するかについて、専門家と市民がどのような関係で関わるのか、とくにコミュニケーションを図るかが課題とされていることから、具体的な事例を中心とする、共同作業を持ち、相互的なコミュニケーションの場とすることを前提に、共同したワークショップを行うこととする。

開催要領

講師：京都大学大学院医学研究科・助教授 中山健夫先生
大阪市立大学大学院文学研究科・助教授 土屋貴志先生

日程：2006年2月11日(土・祝日)

午前 10:00～12:30 中山先生とのWS

午後 13:30～16:00 土屋先生とのWS

場所：大阪市東淀川区東淡路1丁目4番21号

「クレオ大阪北(大阪市立男女共同参画センター北部館)」会議室1

・阪急京都線・千里線(地下鉄堺筋線乗り入れ)淡路駅下車、東出口から南東へ徒歩10分

・市バス「東淡路1丁目」下車、徒歩3分

詳しくは、<http://www.creo-osaka.or.jp/north/> をご覧下さい。

参加費： 無料

参加人数： 30人

ワークショップの進行

・午前の部(10:00～12:30)

「事例によって学ぶ臨床試験ー市民がエビデンスを理解するための準備作業(仮)」

担当 京都大学大学院医学研究科助教授 中山健夫先生(上記研究班の共催)

概要 医学研究で生産されたエビデンスの正しい評価は、疫学・臨床研究の方法論を理解しなければなりません。しかし、それを理解し、また、その上で医療上の意思決定をしなければなりません。他方、医学研究やその結果を使った診療ガイドライン作りに患者等の一般市民が参加することが模索されています。そこで、市民が知っておくべき、知識等を、具体的な事例を用いて考えていこうとする試みです。

プロトコール

- 1 中山さんによる概説、
- 2 事例を用いたグループワーク、
- 3 発表と総括

・午後の部(13:30～16:00)

「過去の事例から医学研究の倫理を考える」

担当 大阪市立大学文学研究科助教授 土屋貴志先生

概要 医学には、人を対象とした実験・研究が不可欠ですが、これまで被験者の人権を無視した多くの研究がなされてきました。ある歴史的事例をくわしく分析しながら、医学研究の倫理的原理について考えます。

プロトコール

- 1 土屋さんからの基礎的説明、
- 2 事例を用いたグループワーク、
- 3 発表と総括

健康情報記事の評価手法と評価結果に関する研究Ⅱ

…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(大阪国際大学国際研究所 客員教授)

研究要旨:新聞やインターネットで掲載された健康情報記事をモニターするオーストラリアのウェブサイト「メディア・ドクター」が開始以来、2年間で取り上げた 736 本の記事の評価結果を4期に分けて分析した。健康情報記事の質的向上を図るのを目的としたこのサイトのねらいどおり、モニター期間が延びるにつれ、低評価の記事(2.5 星以下)が1期の 75%から、4期では 45%に減り、極めて質が高いといえる高評価の記事(4つ星以上)は1期の9%から、4期は 23%に増えた。この評価法の土台となっているのは、10項目の評価項目と、専門家によるコメント記述である。「患者向けの診療ガイドライン」を作成する場合、対象疾患に対するそれぞれの治療法について、「メディアドクター」の評価項目のうち、Evidence のほか、少なくとも①Availability of Test、②Diagnostic Options、③Potential harms of Testing、④Quantification of diagnostic accuracy and benefits の計4項目を評価した結果を必須記載項目にすれば、Patients Question、つまり一般の医療ニーズにこたえる簡潔にして的を射た指針になると思われる。

A.研究目的

新聞の健康情報は、一般人の医療行動につながるなのでその影響力は大きい。オーストラリアでは健康情報記事の質を高めるため、2001年4月、新聞評議会が、健康情報、特に治療情報を報道する際、新聞、雑誌が順守すべき“健康情報報道ガイドライン”を作成した¹。

こうした流れを踏まえて発足したのが、健康情報記事の評価し、公表するウェブサイト「メディア・ドクター」(Media ☆ Doctor <http://www.mediadoctor.org.au/>)である。本研究では、この評価結果を分析し、「患者向け診療ガイドライン」の基本方針、

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。健康情報記事も、一般向けガイドラインも、一般人にとって医療行動の判断材料になること、さらに、ねらい、内容の正確さ、簡潔さ、わかりやすさ、実用情報であることなどの面で、互いに重なり合う点が多いからである。

B.研究方法

「メディア・ドクター」が活動を開始した2004年2月から、2006年1月まで2年間にこのウェブサイトに掲載された736本の記事の評価結果と、評価対象となった記事原文を、プリントアウトし、記事内

容と評価結果を対比し、健康情報記事に不足しがちな要素は何か、評価の低い記事の問題点は何かを検討する一方、評価結果の推移などを分析した。

(倫理面への配慮)

新聞、ウェブサイトに掲載された健康情報記事についての評価結果と記事が対象であり、倫理面での配慮はとくにしていない。

C. 研究の結果

1. 評価の対象と評価法

「メディア・ドクター」が対象としているのは、新聞のインターネット版と、ウェブサイト上のニュース提供メディア(オンラインメディア)による健康情報記事で、新聞には The Australian, Sydney Morning Herald, The Age など、オンラインメディアには ABC News Online, ninemsn など含まれ、全部で16のメディアが対象になっている。

健康情報のうち治療関係の記事が対象で、評価項目は①Availability of Test (その治療は他の施設でも受けられるか。どれほど普及しているか)、②Cost of Testing (治療費。コストに見合う治療かどうか)、③Diagnostic Options (他の治療選択肢はあるか)、④Disease Mongering (患者を増やすための経済的利益追求記事になっていないか)、⑤Evidence (エビデンスとその強さは)、⑥Novelty of Test (治療としての新しさ)、⑦Potential harms of Testing (治療の有害性にも触れ、バランスよくまとめているか)、⑧Quantification of diagnostic accuracy and benefits (診断治療の正確さと便益を数

量化できるのか)、⑨Relies on Press Release (プレスリリースの記述に頼りすぎていないか)、⑩Sources of information (利害関係などの情報に触れているか)の10項目。

各項目について記事の記述を審査し、基準に達した記述であれば“Satisfactory”, 不十分であれば“Not Satisfactory”と評価、その項目について評価不能の場合は“Not Applicable”としている。

“Satisfactory”の数に応じ、もっとも評価が高い場合、5つ星、ついで4.5星、4つ星、3.5星、3つ星、2.5星、2つ星、1.5星、1つ星、0.5星、ゼロ星の11段階で評価している。(発足時は4段階評価だったが、よりきめ細かに評価するため2005年5月、6段階評価に手直し、さらに11段階評価になった。4段階、6段階で評価した記事も11段階で再評価して公表している)

評価スタッフは、ニューキャッスル公衆衛生研究所を中心に組織した臨床薬理学、内科学、開業医、医療ジャーナリストら10人で、二人ずつでチームを組み、合議により一致した星数で評価している。

2. 評価の実際

評価の1例を紹介する。2006年1月18日、ABC News Online で、ロイター通信が配信した“Wristwatch heads off malaria” (腕時計がマラリアを撃退)という、一見、何事かと思わせる記事が掲載された。

南アフリカでマラリアの感染を検知す

る装置が開発されたことを紹介する記事で、腕時計のように腕につける検知装置が日に4回、腕から採血して血液をチェック、マラリアに感染しておれば装置に警報が表示され、警報に基づき48時間

以内に治療の錠剤を服用すれば助かる率が一気に高まるという内容である。

この記事の評価結果は、表1のとおりである。

表1 “Wristwatch heads off malaria” ABC News Online 18 Jan 2006

Category: Diagnostic Test Rating: 1 1/2 Stars

Criteria	Rating
Availability of Test	Not Satisfactory
Cost of Testing	Not Applicable
Diagnostic Options	Not Satisfactory
Disease Mongering	Satisfactory
Evidence	Not Satisfactory
Novelty of Test	Satisfactory
Potential harms of Testing	Not Satisfactory
Quantification of diagnostic accuracy and benefits	Not Satisfactory
Relies on Press Release	Not Satisfactory
Sources of information	Not Satisfactory
Total Score	2 of 9

10 の評価項目のうち、1項目が“Not Applicable”となり、評価対象とすることができたのは9項目。うち“Satisfactory”はわずか2項目、残りが“Not Satisfactory”となり、評価は1.5星(ひとつ星半)という低い結果になった。

こうした評価結果と記事原文とを対比すれば、記事の問題点や、何が欠けているかがわかる。さらに、評価者によるコメントが載せられており、このコメントで評価者の指摘したいことがずばりわかるようになっている。この記事の場合は次のとおりである。

「面白い話だが、その背後にある問題に踏み込んでおらずまさに欠陥記事で

ある。ジャーナリストはこの感染早期発見装置が本当に説明どおり作動するのか、もっと厳しい質問をすべきだ」、「装置の検知感度はどの程度か。装置はどれくらいの頻度で洗浄すべきか。副作用はないか。こうしたことがはっきりしていなければ、(この装置を使う人に)間違った安心感を与え、治療を遅らせることにもなりかねない」、「(記事内容について)質問したい点が極めて多い。付け加えれば、この装置の価格は、マラリア感染の危機にさらされている人の手に届く価格にはほど遠いだろう。ジャーナリストがこうしたことにこたえる記事を書いておれば、この装置のアイデアは実にすばらしいことに

なる」

評価者のコメントは、ストレートで辛口、しかも建設的である。

3. 2年間の評価結果

「メディア・ドクター」は、開始以来、2年間に736本の記事の評価した。

記事の内容は Pharmaceutical(薬剤治療関係)が 405 本で 55%、Diagnostic Test(診断関係)が 71 本で 9.6%、Surgical Procedure(外科的処置関係)が 66 本で 9.0%、Other(その他)が 194 本で 26.4%だった。

評価の対象となった記事は ABC News Online が 178 本、The Australian が 167 本、ninemsn が 150 本、Sydney Morning Herald が 115 本、The Age が 65 本で、これら 5 社の記事が全体の 92%を占めた。

評価結果の推移をみるため、1 期(2004 年2~7 月)、2 期(2004 年8 月~2005 年1 月)、3 期(2005 年2~7 月)、4 期(2005 年8 月~2006 年1 月)の半年間ずつ4つの期間に分けて分析した(表 2)。

表2 「メディアドクター」による2年間の評価結果

評価期間と

評価記事数

評価成績(星の数)

	0	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5
2004.2~ 2004.7 98本	24 24.5%	0	9 9.2%	15 15.3%	12 12.2%	13 13.3%	6 6.1%	10 10.2%	5 5.1%	4 4.1%	0
2004.8~ 2005.1 261本	48 18.4%	2 0.8%	13 5.0%	22 8.4%	33 12.6%	49 18.8%	24 9.2%	33 12.6%	20 7.7%	11 4.2%	6 2.3%
2005.2~ 2005.7 193本	30 15.5%	4 2.1%	22 11.4%	21 10.9%	17 8.8%	29 15.0%	14 7.3%	19 9.8%	28 14.5%	6 3.1%	3 1.6%
2005.8~ 2006.1 184本	5 2.7%	0	4 2.2%	17 9.2%	20 10.9%	36 19.6%	26 14.1%	34 18.5%	24 13.0%	13 7.1%	5 2.7%
計736本 (100%)	107 14.5%	6 0.8%	48 6.5%	75 10.2%	82 11.1%	127 17.3%	70 9.5%	96 13.0%	77 10.5%	34 4.6%	15 2.0%

評価が最低の“ゼロ星”の記事は、1期が 24.5%、4本に1本という高率だったが、次第に率が低下し、4期では2.7%

となった。最も評価の高い5つ星は1期がゼロ、2期が 2.3%、3期 1.6%、4期 2.7%で、平均 2.0%。5つ星の評価を得

るのは 50 本に 1 本に過ぎず、なみたい
ていことではない。

次に、星の数が 0 から 2.5 までの記事
(100%換算評価で 0~59%)、星の数

が 3.0 から 5.0 までの記事(同 60~
100%)、星の数が 4.0 から 5.0 までの記
事(同 80~100%)に分類して比率の推
移をみた(表3)。

表3 グルーピングした評価成績の変化

	星の数が 0 から 2.5 までの記事比率	星の数が 3.0 から 5.0 までの記事比率	星の数が 4.0 から 5.0 までの記事比率
2004.2~2004.7 98 本	73 本(74.5%)	25 本(25.5%)	9 本(9.2%)
2004.8~2005.1 261 本	167 本(64.0%)	94 本(36.0%)	27 本(10.3%)
2005.2~2005.7 193 本	123 本(63.7%)	70 本(36.3%)	37 本(19.2%)
2005.8~2006.1 184 本	82 本(44.6%)	102 本(55.4%)	42 本(22.8%)

星の数が 2.5 以下の低評価の記事が
7 割から 4 割に減り、3.0 以上の記事が 5
割以上に増え、とくに、極めて質の高い
記事といえる星の数が 4.0 から 5.0 までの
記事は、1 期が 9.2%だったが、4 期では
約 2.5 倍の 22.8%になった。

4. ゼロ星記事の多かったメディアの その後

1 期にゼロ星の記事の頻度が 20%以
上に達したのは 3 社だった。最も高かつ
たのは、オンラインメディアの ninemsn で、
18 本の記事中、ゼロ星が 6 本となりゼロ
星率 33.3%。次いで、高かったのは The
Age 紙で 19 本中、ゼロ星 5 本でゼロ星
率 26.3%。3 番目は、オンラインメディア
の ABC News Online で 34 本中、ゼロ星
8 本でゼロ星率 23.5%だった。

しかし、3 社ともその後は 2 期、3 期と
ゼロ星率が下がり、ninemsn は 4 期の 43
本中、ゼロ星は 1 本でゼロ星率は 2.3%
にダウンした。The Age 紙は 4 期の 6 本
中、ゼロ星が 0%になり、ABC News

Online でも 4 期の 21 本中、ゼロ星記事
は皆無となった。

5. 評価項目ごとの達成率

2006 年 1 月に評価された 44 本も記事
について、評価 10 項目の項目ごとに達
成率、つまり”Satisfactory”の率をみた。
達成率が最も高かったのは、Novelty of
Test で 96%。これはニュース報道である
ことを考えれば当然の数値である。次い
で、Diagnostic Options の 88.6%。
Evidence の達成率は予想より低く、
60.0%にとどまった。

以下、Sources of information 57.5%、
Availability of Test の 53.8%、Relies on
Press Release 51.3%、Disease Mongering
と Potential harms of Testing がそれぞれ
50.0%。残りの 2 項目は、“Not
Applicable”となった記事が大半を占めた
ので評価できる記事数が減った。それら
の記事についてみると Quantification of
diagnostic accuracy and benefits の達成
率は 30.8%、Cost of Testing ではわずか

13.0%だった。この 2 項目について、“Not Applicable”率を下げ、達成率を高めることが当面の課題である。

一方、評価 10 項目のうち、「患者向け診療ガイドライン」に盛り込むべき項目は何か、患者側が求める情報という視点に立って検討した。少なくとも Availability of Test (その治療はほかの施設でもうけることができるか、どの程度普及しているか)、Diagnostic Options (他の治療選択肢はあるか)、Potential harms of Testing (治療の有害性にふれているか)、Quantification of diagnostic accuracy and benefits (治療による便益を数量化できるのか。たとえばその治療法によって従来の方法に比べ、医療費がどれだけ軽減できるか、入院期間がどれだけ短縮できるかなど)の 4 項目は診療ガイドラインとしての必須表示項目と思われる。

D. 考察

評価グループは、このモニター制度開始から 7 か月間に評価した 104 本の記事の分析結果を報告している²。それによると、100%を満点とした記事の平均点はプリントメディア(新聞)が 56.1%、オンラインメディアが 40.1%で、プリントメディアが 15.9 ポイント高かった。その差は Sources of information と Potential harms of Testing の項目の達成率によるという。しかし、全体としてみれば平均価点は低いとしている。

今回、評価対象記事が 2 年間で 700 本以上に達した段階で調査した。その結果、低評価の記事が当初の 7 割から 4 割まで減り、3 つ星以上の記事が当初の

2 割から 5 割以上に達したのは、このモニター制度による効果といえないだろうか。

対象とした記事は、内容に応じ 4 つのジャンルに分けられており、各ジャンルの記事比率は 1 期から 4 期を通じほとんど同じであること、評価スタッフは当初から変わっていないことを考えれば、この意欲的なモニター制度を通じ、評価結果を記事掲載から数日後に公表し続けることで、メディアの側にも評価項目を満たす記事作成が浸透しだしたのではないと思われる。

もちろん他の多くの要因も絡むので軽々しく結論づけることはできないが、このモニター活動によって、新聞評議会の“健康情報報道ガイドライン”に沿った動きが具体化し、記事の質が高まる傾向が鮮明になったといえる。カナダでも「メディア・ドクター」によるモニター制度がスタートし、パキスタンなど途上国もこの制度に注目している。

このモニター結果は、記事の書き方を教えてくれるわけではない。取材する側に何の要素をどんな視点から盛り込むべきかを指摘してくれる。各評価項目の達成率と評価コメントをさらに多くの記事について調査すれば、取材する側が、どんな点を欠かさず取材すべきか、また取材される側が、どんな情報を欠かさず提供すべきかが、明確になり、正確でバランスの取れた、質の高い記事づくりにつながる事が期待できる。

一般の市民には、このウェブサイトの情報で、自分が関心を持った健康情報記事を専門家はどう評価したかに接することができ、より適切な医療行動をとるき

っかけになる意義は大きい。開業医にとっては、新聞記事をみて受診したという患者が、どんな情報に触れて受診したかを知る手がかりとなるだろう。

E. 結論

「メディア・ドクター」の2年間の実践を踏まえ、2つの点を指摘したい。

評価項目と、評価結果を継続して公表していけば、それがメディアの現場に反映されて、質の高い記事が増えていく傾向が確かめられたこと。

「患者向けの診療ガイドライン」を作成する場合、疾患に対する治療法ごとに、「メディア・ドクター」の評価項目のうち、Evidence の強さを盛り込むのは当然として、少なくとも次の4項目(① Availability of Test、② Diagnostic Options、③ Potential harms of Testing、④ Quantification of diagnostic accuracy and benefits)をガイドラインの必須表示項目として盛り込めば、一般市民の医療ニーズにこたえる、簡潔にして的を射た指針になると思われること。

G. 研究発表

なし

H. 知的財産の出願・登録状況

なし

文献

1. Australian Press Council. Reporting Guidelines. General Press Release

No.245 (April 2001)

2. David E Smith et al. Monitoring the Quality of medical news reporting: early experience with media doctor. MJA 2005; 183(4): 190-3.

アメリカにおける近年のヘルスリテラシー研究の動向

:日本のヘルスケアシステムへの提案と考察

研究協力者 倉本尚美(ノースカロライナ大学チャペルヒル校公衆衛生学部医療政策学科)

研究協力者 Shoou-Yih Daniel Lee(ノースカロライナ大学チャペルヒル校公衆衛生学部医療政策学科)

分担研究者 杉森裕樹(聖マリアンナ医科大学予防医学)

研究要旨:アメリカでは、個人の識字力（リテラシー）を測るためには、研究で習慣的に使われている教育レベルを図る変数（就学年数、高卒、大卒などの学位）では不十分であり、特に医療情報の理解と選択能力を測り切れていないという意見が聞かれるようになってきた。この研究では、ヘルスリテラシーの定義と、アメリカの研究で頻繁に使用されている2つのヘルスリテラシーテストを紹介する。そして、アメリカで発表された論文を元に、ヘルスリテラシーが低いことによる患者への影響を紹介し、日本の医療現場や研究への提案としたい。

A. 研究目的

医療技術の進歩や医療研究の発展と共に、患者が受ける治療の幅も広がり、選択肢も増えた。その結果、今日個人に合った治療の選択を促す傾向が強くなってきている。治療だけでなく、介護保険の制定により、高齢者や介護者が自分達の好むサービスを選ぶというシステムも導入された。しかし、今日、個人が様々な治療や介護を選択できる状況にあるからといって、実際に自分達に必要で適したサービスが自主的に選べるだろうか。患者が自分にとって必要な、または自分たちの好むような治療を選ぶために、医師や専門家とうまくコミュニケーションがとれているだろうか。また、患者は十分に医療関係者の指示に従い、

選択した治療法に従うことができているであろうか。

近年のアメリカでの研究により、ヘルスリテラシーのレベルは、患者の医療情報理解、適切な治療選択、自分にあったヘルスケアの選択、医療従事者や専門家とのコミュニケーション、そして、治療の支持にしたがう等の能力に大きくかかわる要因である事が分かっている。

ヘルスリテラシーの重要性はアメリカでもそれほど歴史が古いわけではなく、近年漸く理解され始めている。まず初めに医療系の学会で取り上げられ、その後急速に公衆衛生、看護、ソーシャルワーク、歯科、そして薬学等でも取り上げられるテーマになってきた。近年、アメリカでヘルスリテ

ラシーが多く取り上げられている理由はいくつか考えられる。その中の一つに、習慣的に研究で使われている教育レベルを図るための変数（例えば、就学年数、高卒、大卒などの学位）は個人の識字力を測るためには不十分であり、特に医療情報の理解と選択能力を測り切れないという指摘がある（Baker et al, 1998）。教育レベルと識字レベルの不一致は、高齢に伴う認識能力の低下などとも関係し、高齢者ではさらに問題となってくる。よって、自己報告による就学年数などで識字力を測るよりも、ヘルスリテラシーを考慮し、個々人が自分の健康問題に対処できる力を的確に計測することが必要になってくる。

この報告書は3つのテーマでヘルスリテラシーに関して提案をする。まず、簡潔にアメリカの研究者や医療従事者によって規定されたヘルスリテラシーの定義を紹介する。次に、アメリカで主流となっている2つのヘルスリテラシーを測定するテストを紹介する。最後に、アメリカで発表されたいくつかの論文を元に、ヘルスリテラシーが低いことによる患者への影響を紹介し、日本の医療現場や研究への提案としたい。

Baker が提案するように、もしヘルスリテラシーの不十分さが健康状況に悪影響を与え、医療費を上げる結果になるのであれば、読解力に関係なく、さまざまな患者に教育プログラムを提供することは、医療サービスを提供する者にとっても、患者にとっても有

意義な結果になるであろう（Baker, 2002）。

B. 研究方法

この研究では、3つのインターネット上のデータベースから論文を得た。論文検索のためのデータベースは、すべてノースキャロライナ大学チャペルヒル校により提供されているものである。

まず、ヘルスリテラシーは主に医療関係の論文にて研究発表がなされているため、PubMed を利用した。そして、より広い情報を得るために、科学、医療、社会科学、行動科学などの論文も提供している Blackwell-Synergy データベースも使用した。また、一般の識字に関する研究は、教育学関連で長く研究されているため、教育関連の論文を多く載せている EBSCO HOSTO リサーチデータベースも論文検索に利用した。“literacy（識字）”をキーワードとして使用した場合、多くの論文が検索されすぎてしまうため、この研究においては“Health Literacy”のみをキーワードとして使用している。ヘルスリテラシーは近年多くの論文が発表されているとはいえ、まだ歴史が浅いため、論文発表年は検索時で指定していない。最終的に、以下の4点に沿ってデータベースより論文選択を行った。1. 本題か要旨にかならずヘルスリテラシーという用語が使用されている。2. アメリカで研究された論文のみを使用する。3. 英語で書かれている論文のみに

限定する。4. 研究論文以外は排除する（社説や新聞記事は使用しない）。検索された論文から、ヘルスリテラシーと健康に関する行動、健康状況の関係について書かれている論文を選んだ。また、論文結果を比較し易い様に、アメリカで主に使われている2つのテスト、Test of Functional Health Literacy (TOFHLA) あるいは、Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM)を使用している論文に絞った。この二つのテストに関しては、後に紹介している。

C. 研究結果

C.1 アメリカの低識字率の高さ

上記でも述べたように、ヘルスリテラシーという用語は比較的新しい研究分野である。しかし、アメリカでは一般の識字（リテラシー）に関する研究は長い歴史がある。もちろん、完全に一般の識字とヘルスリテラシーとを区別する事は簡単ではない。医療に関わる用語の理解などには、一般の識字も大きく関わってくることは明白である。そこでまず、アメリカにおける一般の識字率について紹介したい。

アメリカでの識字率の低さに関して、National Adult Literacy Surveyによると(U.S. dept. of education, 1993)、文章の読みや理解が不十分な大人の割合は21から23パーセントに上る事が分かった。また、アメリカ成人の28%は、上記の人々よりもわずかに識字が高いだけであり、社会

で生活する上での文章の読解に苦勞しているとされている(U.S. dept. of education, 1993)。高齢者、マイノリティやいわゆる“～系”アメリカ人と呼ばれている人々、女性、そして社会経済的に地位の低い人々の間で、特に低い識字の人の割合が高い。この中でも特に、移民と高齢者は識字の低い人が多く見られる。移民の人々の間では、非常に限られた英語能力が原因であり、高齢者の場合では、就学年数の低さと痴呆の発症などによる認識能力の低下が理由として挙げられるであろう。

C.2. ヘルスリテラシーの定義

National Adult Literacy Surveyを元に、それまで使用されてきた学歴などでは個人の識字レベルを適切に測る事ができない事が判明してきた。この事実は、アメリカの成人間の低識字率の問題と伴い、医療やケアに関わる際、専門用語等の理解力が不十分である可能性について問題視されるきっかけとなっていった。それにより、特に医療関係に関わった識字について考える、ヘルスリテラシーというコンセプトが発展することになる。

まず、ヘルスリテラシーの定義について Institute on Medicine から発行された Health Literacy (Institute on Medicine, 2004)を元にいくつか以下に取り上げてみる。1990年の American Medical Association の Ad Hoc Committee によって、ヘルスリテラシーは、「医療やケアの環境にお

いて機能するために必要とされる、基本の読解と数的処理能力を含んだ、多種多様なスキル」と定義された。また、National Health Education Standards の Joint Committee では、「基本的な医療情報やサービスなどを獲得し、解釈し、また理解できる個々人の能力のことであって、健康状況を高めるためにそれらの情報やサービス等を使う能力を示す」と定義されている。また、「健康日本21」の手本となった Healthy People 2010 では、Ratzan と Parker の定義を元に「個々人が、適切に、健康のために必要な判断ができるよう、基本的医療情報やサービスが獲得でき、それを処理し、理解する能力の程度」と定義付けている。DeWalt (DeWalt, 2005)は、ヘルスリテラシーは幅広い定義づけがされており、読解力だけが唯一きちんと評価されていると述べている。その他の重要な要素、例えば数的処理能力や言語コミュニケーション力、医療システムへの携わり方なども定義に適切に含むべきである。

C.3. ヘルスリテラシー測定テスト

アメリカでは現在、TOFHLA と REALM という2つのテストが頻繁に利用されている。

TOFHLA は患者が実際医療現場（病院など）で触れる可能性のある資料を基に作成されたテストである。このテストは、読解能力と数的処理能力の二つのセクションから成り立っている。読解能力のセクションは3部門

全50問のテストで構成されており、それぞれの部門で、1. 上部消化管撮影のための準備に関する説明書、2. Medicaid (アメリカの低所得者のための健康保険制度) 申請書、3. アメリカの基本に準じたコンセントフォーム、の三つを基本に作成されている。数的処理能力のセクションでは、薬の服用の際の説明書の理解能力、血中ブドウ糖の管理能力、病院の予約、そして金銭管理の補助を受ける能力についての17問で構成されている。実際患者らがテストを受けた後、読解能力と数的処理能力にウェイトをかけ、全スコアが0から100に収まるように計算される。結果によって、患者は3つのカテゴリーに分類されることになる。スコアが0から59の場合一番ヘルスリテラシーが低い、不十分なヘルスリテラシー (Inadequate Health Literacy) となる。スコアが60から74で部分的にヘルスリテラシーが低い (Marginal Health Literacy) とされ、75以上で十分なヘルスリテラシー (Adequate Health Literacy) があると分類される。TOFHLA はスペイン語とショートバージョンでも作られている。

一方、REALM は、医療に関する用語と発音を主にした、医療現場で使用される用語の読解能力テストである (Institute on Medicine, 2004)。このテストは、英語の発音と用語理解には、高い関係性がある事から作成された。このテストは、説明やスコア計算などを含めても3分以内でできるものとな