

丁：この2つの病院はすごくえらいです。

中：このあたりのことは中国の方は・・・

丁：普通の方は知ってますよ。

中：じゃあ、移植が必要って言われたら、例えば北京のなんだか病院とか上海のなんだか病院とか行くのが、普通なんですかね？

丁：そうですね。

中：みなさんご存知で移植するんだったら、なんとかっていうのが皆さんちゃんと分かってる。

丁：誰でも分かっている

中：日本の場合はですね、意外と分からなくてとんでもないところで手術を受けたりするんですよ。

丁：患者さん同士の関係ですよ。例えば移植する前にやっぱり透析が必要で、患者さん同士がすごく仲良く

中：そうですね、なんか良いつて言うか微妙なものがありますけど患者さん同士は

丁：患者さん同士として同じ立場で会話があって

菊地先生：患者さん同士の情報交換ってすごい豊富ですよ、そして詳しいですよいろいろな細かいことも

丁：例えば中国では普通は誰でも一緒にdemonstrationが禁止ではなく申請が必要です。ある臓器の腎臓の透析の患者さんが、正月のちょっと前、300人くらい上海市政府の前に出たんですよ、それはびっくりしました。やっぱり患者さん同士が力を合わせて一気にでたんです。実はそこから医療保険局なんですけど、患者さんの自己負担がもとはだいたい負担は5%くらいで、改革したあとはだいたい30%くらい。

中：そんなに負担が大きくなったんですか

丁：もちろん高ければいろんな方法がありますが、最初だけが高くなりましたが。その患者さんが一気に市政府の前に出て、あとはその政策が戻りましたよ、その患者さんは特別戻りました。

中：そうですか、言ってみるもんなんですかね

丁：普通の患者さんはグループにならないです。バラバラで。でももし治療しないととても大変で、たぶんすぐ死なないうで力を合わせやすい。

中：お伺いしているとやっぱり何て言うんでしょう、情報のたくさんある中でみんながどうしようかというよりは、患者さん同士の個人的なつながりが医療情報を交換する上で一番大きいというのがいろんなところに影響しているんですね。

丁：だいたい中国ではこれが8、9割くらい、その情報で。

中：では実際に行われたことに関することだから間違いということはほとんどないでしょうし

丁：ないですよ、本当にその方も同じ病気で、だいたい相手に悪いことは信じない、嘘のことは伝えないです。やっぱりその方が自分がその立場と同じで

例えばアメリカでキリスト教の方が相手にそのような兄弟のような関係です。

中：情報が正しいか正しくないかで右往左往させられることはないんですね。

丁：ないです、ないです。

菊地先生：実際その情報のやりとりというのは人と人との直接介してなんですかね

丁：直接です、あるいは患者さんと家族の間

菊地先生：日本だとインターネットの掲示板があったり、ネットのホームページで信頼できるお医者さんのリストというのが出回っていたりとか

丁：そういうものもありますが、とても少ないです。普通の方が例えば、全部の方読めない方もいますし、インターネットにアクセスできない方もいますし、やっぱり人同士のほうが

金澤：患者さん同士の結びつきというのはどういうところから図られるんですか。ネットの環境で今すごく中国って整ってきているからそういうところからあれかなと思ってはいたんですけど、違うんですか

丁：じゃないです、例えば患者さん同士、例えばある腎臓の透析の患者さんがこの病院でAさんは前に透析してBさんは次同じ病棟とかで

金澤：直接会っているんですね

丁：直接会ってます

菊地先生：そういう人間関係、人と人とのつながりの濃さというのはちょっと今の我々の環境の中では考え難いというか、そういう直接話し合ってももちろん悩みだとかなんかこんなこと始めたんだけど、こうだったんだというようなそういうことのやりとりはもちろんあるんですけど、いろいろ励ましあったりとか、患者会みたいな組織もあるんですけど、それが力を持って何かアピールするとか政策を変更させるとか力を持った組織というかそういうふうにはなかなか、なりづらいというのが

丁：組織というのは実はある病院が上海では、院長先生がその病院は1200病床ありますが、癌の患者さんがいっぱいいてその院長先生が癌勉強会という組織をつくりました、我々衛生局としてはこの組織はだめです。例えばこのような方々が一緒に市政府の前に出ては困ります。患者さんはバラバラで政府としては欲しいです。もちろん患者さん同士としてはそのグループ癌患者会とかは欲しいです。でも同志の間の交流ならば十分です。政府としてはそんな欲しくないです。面倒。

菊地先生：丁先生もお役人の立場

丁：私もそんなに欲しくないです。面倒でしょ？前回腎臓の機能の悪い方が市政府の前に出てその市のリーダーから直接僕の局に電話して、全部リーダーをそのへんに派遣して、ある一部分は現場に派遣して、ある一部分はその辺になんとか政策を用意して下さい。その辺に例えば、市長はでないですけど、直接僕の局の管理している副市長が患者さんに対応して相手の要求が対応してその、副市長が僕のリーダーに聞いてこの政策をやれるかどうか直接聞いて、もしできないなら、もちろん僕のリーダーとしてはそんなに多分はっきり分からないで、下の直接の政策の方が例えばこのもとは3割負担で今5%で負担が例えば1億円で予算で収入支出大丈夫だとそのへん聞きますよ、それでそのあとは大丈夫ならば副市長に答えてこの要求が大丈夫、まずこの患者さんにかえて欲しい。もし癌勉強会とかあるならもう1回そこに行って、困ります。

中：例えば市長とかの立場としては、そういう患者さんが大挙押し寄せてきて困るといのは分かりますけど、逆にそういう患者さんに対して積極的にこうなんだよねと説明するとか、そういうことについては積極的にやろうとは考えないんですか。できればだまって欲しいから自分も何も教えてあげない、という感じなんですか。

丁：もし、その患者さんが前にでないでないとチャンスがない。

中：黙っている限りは何もしないという感じなんですね

丁：その患者さんは、実はもし治療しないと明日は死なないけど、透析の患者さんなんで長け

れば3~4年ですね、その患者さんなんでもやりますよ。もし社会的に安定できないと上から責任が問われて良くないです、社会的な安定が一番重要です。

中：みんなその例えば透析のお金を払いきれなくて命に関わると思えば、それなりに必死になって大騒ぎしますが、大騒ぎされること自体はたしかに困る。

丁：この患者さんなんでも考えないよ、もう一つは癌の患者さん。極端のものなのですが、中国の南の省である肺がんの患者さんがお金がなくて、病院から治療を拒否されました。がん末の患者さんでその患者さんが一つのダイナマイトそのものがこんなに大きき用意してバスの中に入れて、隣のバスに乗っている方が見ていて、火がついたやつですよ、そのままバスの中に入って行ってそのバスのドライバーが、押して下に帰って下さいと言った途中で、爆薬が暴発して何十人が死亡しました。その意味はその末の患者さんが、自分が何でも1年間と何ヶ月だけ生存できますが、政府としては民間組織もないし、もし自分が癌になって死ぬけど一緒にして欲しい。その様な患者さんはとても困ります。もちろん政府としてはいろいろ政策は不十分なんですけど

中：日本もこの間病院の前で、焼身自殺した人がいましたからね。巻き添えはできませんでしたが、あれは確か医療事故がらみで病院ともめていた患者さんだったと思うんですけど、必ずしも日本の医療も全部の患者さんが満足しているわけでは決してない。

丁：日本では患者さんが自殺ですね、中国ではそうではないです。もっと積極的な。患者さんの家族が我慢しないと思います。

中：それはなかなか怖い世界ですね。

丁：怖いですけど、でもやっぱり中国の場合は公平性としてちょっと弱いです。

菊池先生：医療保険などはどのようなシステムになっているんですか。

丁：医療保険は、中国の農村地域と都市の地域では差が大きい。農村地域はだいたい保険はないです。農村地域は8億の人口なんです。都市としては保険がいろいろあります。

菊池先生：それは国の保険、例えば日本で言うところの国民健康保険みたいなそういうシステムは

丁：そんなにないです。中国はすごく広いので一つ保険は入れられないです。日本が県ですね、47都道府県。中国は30省、省ごとに保険の政策をつくります。もちろん中央政府がガイドラインをつくります。中国の省として一つずつ自分の政策をつくります。都市はだいたい外来の場合は2、3割負担で入院の場合は85%くらい保険が給付。

中：日本も今患者負担率は15%くらい

金澤：入院ですか

中：全部だから、一般的には入院の方が実質的な患者負担率は低いはずだから、人によるんだけど。

金澤：3割負担って

中：日本の健康保険は上限額が決まっていて、それよりかかると全部、それよりかかった分は自己負担なしになるんで

丁：その辺は違いますね

金澤：都市部と山間部、奥の方では医療環境というのは本当にすごい差がある？

丁：その差は大きいですよ、山間地域の方が例えば癌になって早めに発見しなかった、あるいは発見しても我慢して、末になったら大都市に行って、その場合は手術できない場合もあるし、できて容態が良くない場合もあるし、都市の場合が病院の患者さんがいっぱい入れない、

小さい病院が治療しない、治療できなくなった段階でそこに来てお金もかかるし、命も助けない。

金澤：逆に上海だとか深だとか、そういう都市部では日本よりも下手したら医業・医療環境が整っていたり

丁：医療環境とは？

金澤：例えば病院の数だとかスタッフの質であるとか

丁：病院の数は多いですね、上海だけならば病院は400、500近くですよ。一つの病院が100病床以上ですよ

金澤：上海の人口はどれくらい

丁：1900万くらい

中：居住権をもっている方が1500万で一時的な滞在者が300万くらい

金澤：やっぱり格差はすごいんですか

丁：すごいですよ、今もっとその格差が高くなっている

金澤：日本でも医療環境の差っていうのは田舎と都市部ですごく大きくなってきていると思うんですけど、日本とは比べ物にならないくらい？

丁：日本は一つ国民健康保険が必ずありますね、保険料をちょっと掛け足して保障がありますよ。

菊池先生：日本だと割りとなんでしょう、患者さんにもよりますが医療に対する嗜好性といいますか、専門的先進的な治療を希望するというかそういう患者さんの専門的医療への嗜好性が強い。患者さんの要求として。例えば町の開業医の先生と近くの大学病院や総合病院があったとしたら、どちらかというところとちょっとしたカゼだったらかかりつけのお医者さんでもいいけれども、ちょっと不安な症状とかあるとまずは大きな病院の方に診療を希望するとう傾向があるんですけど、そういうのは同じような感じですか

丁：そうですね、だいたい同じですね。上海では今、自由診療なんです。自由診療というか、free access。別のところが例えばある方が周辺の3つの病院だけ契約して、まず保険給付としてはまず3つの病院に診療してください。じゃないと全部自費で。上海の場合はfree accessなんでどこの病院でもできます。それで患者さんはやっぱり大きい病院に行きます。大病院希望、同じです。

菊池先生：それは同じなんですわね。

丁：それは同じです。大病院希望と、有名な専門家希望だけですね。それで例えばですね、仙台の居るところの近くが、がんセンターみたいです。そのがんセンターが上海でも有名ですごく偉い先生がいっぱいで、その先生が1日だいたい30人あるいは50人もっと以上は無理ですね、その日が診療するのがだいたい8時に始めて12時くらいに終わります、その中に50人が受けるだけです。それでその日が例えば月曜日の朝8時でたぶん日曜日くらいにある患者さんが並んでいます。その方は週1回で月曜の朝8時から12時まで。それで外に1000M以上外の方が、その病気を診てもらいに来たので必ず夜とか前の日に徹夜で待ちます。

菊池先生：かえって病気が悪くなりそう

丁：患者さんじゃないです、家族です。患者さんは無理です。患者さんは隣のホテルとかに休んで、患者さんの家族が並びます。

菊池先生：やっぱりベストな治療を受けさせたいとか受けたいという希望というのが非常に強いんですわね。

丁：そうですね、日本より

菊地先生：はっきりしてるかもしれませんがね、患者さんの希望というかこうしたいという治療を受けたいという希望がはっきりしてる

丁：そのような患者さんはだいたい自費ですよ

菊地先生：自費、ということはお金があるということなんですね

丁：お金がなくても治療してたいんですね。例えば患者さんがもし治療しないと必ず死にます、治療するとちょっとでも延長できるからとその気持ちで。そこは大変ですよ

金澤：ちょっと話はずれるかもしれないんですけど、先程から聞いてると患者さんの治療したいという意味が日本よりも明確ですごく前に出ている感じがするんですよ。それはやっぱり文化とか宗教観の違いなんではないでしょうか。それとも政治的な環境の違いによってそうなるのでしょうか。

丁：たぶんその辺は日本との比較では人間関係だと思います。悪いけど日本の人間関係はそんなに家族でもそんなに弱いんです。例えば高校生の娘とか息子とかアルバイトが必要ですね、普通は。中国では全然必要ないです。大学までお金を出します。その方に例えば息子さんとか娘さんがあの十何歳でアルバイトして、その後は大人になって…。自分が子どもの時は両親が私に対して、私が3、40くらいになったら、両親とか失っても私が別の家族にして仕事に……とっても不思議です日本の人間関係って、中国は全然違います。

たぶんその辺の関係だと思います。

金澤：それがやっぱり例えば医療に対しても強い感情として現れてくるということなんですね。日本だと難しい病気になってしまっただけで、お金とか環境とかが許さなければ泣き寝入りといったら変ですけど、治療を受けないでそのまま死んでいく方って

丁：我慢して治療を受けないで。例えばこの場合は中国ならば家族とか友人とか親戚とか、お金を集めてどこか治療が有名な病院を探して、まず治療します。もちろん全部じゃなくても一部でも、半分くらいはこのようなタイプです。

金澤：気がついたら、老人が亡くなっていたというのは考えられないんですか。

丁：それは誰でも死にますけど、もし治療するとひょっとしてもうちょっと延長できるという気持ちなんです。

金澤：それはその、政治的などこのようではなくて人と人とのつながりでそういう風になっていくんですか、政治的というか政府の方からそういう風に、見捨てない様に何か援助するとか、例えば日本ですとひとり暮らしですとか、身寄りのない老人とかいらっしたら周りの人々が助けるのではなくて、例えば市役所の人ややってきて様子をみたりするんですけども

丁：まず中国では一人暮らしのケースがすごく少ない。だいたい大家族なんです。一人暮らしの方はもちろん政府が管理しています。

中：濃厚なまだ人間関係が残っているので、患者さん同士のつながりがまた幅が膨らんでくるんですね。日本の場合だと核家族化で家族の中でも人間関係が比較的弱くなっているんで、例えば奥さんの友達のなんとかがさんがこういったと言ってもそのまま信じるかと言われても信じない。逆にみのもんたがお昼の番組でこう言ったと言え、それは信じるんですね。

金澤：いろんな人から情報を集めて、いい病院を探してそこへ行くという話しをお聞きしたんですけど、日本だとたぶんよほど仲が良く、しかも何か信頼できる情報のソースがはっきりしてなければ、あそこの病院がいいと言っても誰も信じないんですよ。例えば、この北大の病院にしてみたって、北大のあの先生が良いと僕が言ったとしても、僕がたとえ北大にいたと

しても信じるか信じないかは、はっきりしない。

丁：やっぱり患者さんは同じ病気でないと信じられない。

菊池先生：患者さん同士の代替医療というんですか、癌の場合だと、そのことに関するいろんな情報のやりとり

丁：それは多いですよ、それはもっとやるかな。全面的に交流ができる。前回、だいたい2ヶ月前にテレビで聞いたんですけど、患者さん同士、骨髄移植の患者さん二人が同じ病棟と一緒に骨髄移植後の患者さんです、ある患者さんがお金を集めたんです。もう一人の患者さんは移植のドナーがあったんです。Aさんがお金を集めた、Aさんがドナーを見つけたBさんが何もありません。じつはあと1週間確認してですが、Aさんの骨髄移植のタイプが間違い、Bさんしかできませんで、でもBさんがタイプがあってもお金がないです。それでAさんがお金もあげました。患者さん同士ですね。

金澤：考えられない、日本では。

菊地さん：たぶんいろんな情報のやりとりはありますけど、物だとかお金のやりとりだとか患者さん同士でそこまでの深いつながりは

丁：実はこの二人は全然知らないです。同じ病棟で生活して。患者さん同士のコミュニケーションはすごいです。

菊池先生：その一般的には考え易いことなんですか。

丁：このケースはいつもじゃないです。

菊池先生：まれな例ですか？上海や中国ではまれな例ですか

丁：いつもじゃないですけど、このケースはあったんです。

菊池先生：日本ではまず考えられないというところですね。ありえない、信じられないですかね。

丁：これは普通私でも信じられないですよ。中国でも。でもこのケースがあったんですよ。

中：中国は人が多いし、母集団が大きいので、分散が同じだったとしても分散地は大きくなる。いろんな人がいる。

それでは、もうこの辺で。本日は遠いところ、どうもありがとうございました。

厚生労働科学研究費補助金（第3次対がん総合戦略研究事業）  
分担研究報告書

産婦人科患者のリテラシー研究

分担研究者 佐藤 章 福島県立医科大学産科婦人科学教授

研究要旨

医療事故報道と国民のリテラシー向上との関係について、福島県立大野病院の産科医師が逮捕された事件を例に検証した。福島産科医逮捕事件とそのメディア報道は以下の特徴を有する。1) 第一報の情報ソースは患者側家族や警察であり、公平に報道されたとはいえない。しかし翌日より第一報の情報を根拠に“加害者”被告側の非を責める「識者」コメントが報道された。これにより、一般人の医療不信を過度に煽ったことは否定できない。2) メディアにより産科問題が多数取りあげられたが、センセーショナルな内容が目立った。マスメディアには、地域医療の問題解決のための、堅実な情報提供と議論が乏しかった。3) 医師はインターネットを通じて情報を共有し、活発な意見交換を行った。これまで勤務医がまとまって意見を発言する場がなかったが、インターネットによる署名呼びかけに対して、短期間に多数の賛同署名が集まり、厚生労働省はじめ関係機関に提言を行うことができた。医療と報道の間にはギャップが大きいと、マスメディア報道によるリテラシー向上には限界がある。このギャップを埋める作業が必要とされている。

A. 研究目的

最近、マスメディアでの医療事故報道を契機に、医療制度に関する国民的議論が巻き起こっている。このような報道では、被害者感情の救済、医療制度の問題点の紹介、および医療関係者・行政関係者に対する批判が入り混じっている。2006年、福島県立大野病院産科の医師が、帝王切開手術中の妊婦死亡について、業務上過失致死罪と医師法第21条の異状死届出義務違反に問われ逮捕起訴された。この事件の報道は、医療事故報道の問題点を考える上で示唆に富んでいる。医療事故のメディア報道を題材に、国民のリテラシー向上と患者の納得形成に至る過程を検討する。

B. 研究方法

平成17年2月、福島県立大野病院の産科医師が、業務上過失致死罪および異状死の届出義務違反で逮捕起訴された事件は、産科医を始め医療関係者に大きな衝撃を与えたと考え

られる。この事件は医師逮捕の映像がテレビニュースで流れるなど、マスメディアでも広く報道された。その後の、産科医療体制の報道、他の産科医療事故の一連の報道ブームともいべき流れの発端となった。

平成16年3月から、平成17年8月までの主要新聞三紙より、関連記事を拾い、全国紙3紙（毎日新聞・朝日新聞・読売新聞）および福島民報・福島民友新聞について、事件記事の表現の経時的变化を調べた。

同時期の全国紙3紙の産科関連記事の数と内容の経時的变化を調べた。

医療者団体による声明発表および国会質問が、上記の報道に与えた影響を調べた。

（倫理面への配慮）

本研究では新聞記事など報道に含まれる個人情報取扱について個人情報の保護に関する法律を遵守した。



### C. 研究結果

まず、逮捕時の2月18日の新聞マスメディアの第一報の見出しは、『『医療過誤』『手術ミス』で医師逮捕』であった。テレビニュースでは産科医師が手錠をかけられ連行される映像が繰り返し流れた。医師逮捕を伝える最初の新聞記事は『『医師が癒着胎盤を無理に剥がして』妊婦を失血死させ、既に県が医師の手術ミスを認めていること、医師には癒着胎盤の手術経験がなかったのに高次医療機関に送らず、『あんなに血がでるとは思わなかった』と話し、容疑を否認している』と報じた。この記事を読んだ医師を含む多くの国民は、医師には専門的知識がなく技術が未熟で、判断や処置に過誤があったという印象を受けた。

しかし、逮捕報道直後より、医師達がインターネット(医師限定掲示板や、医師のブログ等)上で、事故調査委員会報告書等から実際の症例の経過や処置を検討し議論したところ、実情は報道内容とは異なり、医師個人に対する刑事罰の追求は不当と判断するようになった。

医師達により、インターネットを用いて「支援するグループ」等、医師救済の署名活動が展開された。「周産期医療の崩壊をくい止める会」もインターネットで署名を呼びかけたところ、短時間で多数の署名が寄せられ、7日間の署名6520名(医師は5560名、うち産婦人科医が1250名であった)と共に3月17日、厚生労働大臣に陳情書・署名を提出し、記者会見を行った。日本産科婦人科学会・医会、地域の医師会、病院会などから多数の医療関連団体から、数多くの声明が相次いで発表された。これら多数の声明が、メディアにも取りあげられた。

最初の逮捕報道は、事件部の記者が検察発表をもとに、即時に記事にしたと考えられる。検察発表の表現そのままの記事中にも引用されていた。

図1 新聞記事見出しの表現の変遷

	毎日新聞	朝日新聞	読売新聞	福島民報	福島民友新聞
2005/3/31	医療ミス				
2006/2/18	手術ミス	帝王切開ミス	医療ミス発覚、出血死		
2006/2/19		判断・手術態勢に甘さ	医師未経験		
2006/2/20		帝王切開手術事故			
2006/3/3				医療過誤事件	医療過誤事件
2006/3/9		手術ミス医療過誤		3医師会声明	
2006/3/10	医療事故		死亡事故		
2006/3/11	死亡事故	手術ミス	医師逮捕	業過死の医師逮捕	
2006/3/12	医療ミス		事故		
2006/3/14		「手術ミス」			
2006/3/15	医療ミス	医師逮捕			医療過誤
2006/3/16	日産婦反論	医師逮捕			
2006/3/17	医療ミス	逮捕起訴	逮捕起訴事件		
2006/3/18	医療過誤	医師逮捕起訴			
2006/3/28	医療ミス	手術ミス		医師逮捕	
2006/4/12		母親死亡事故			
2006/4/17		逮捕事件			
2006/5/8	医療ミス				
2006/5/15		医療事故			
2006/5/16	医療ミス				
2006/5/17	逮捕起訴事件				
2006/5/18			妊婦死亡		
2006/5/19	逮捕起訴				
2006/5/21				医療過誤	
2006/5/31	医療事故				
2006/6/9				医療過誤	
2006/6/12	医療事故				
2006/7/8	医療事故			医療過誤	
2006/7/21	死亡事故				
2006/7/22	医療事故	手術中死亡事件	妊婦死	医療過誤	
2006/8/12	医療事故	死亡事件			

当初は「医療ミス」が主体

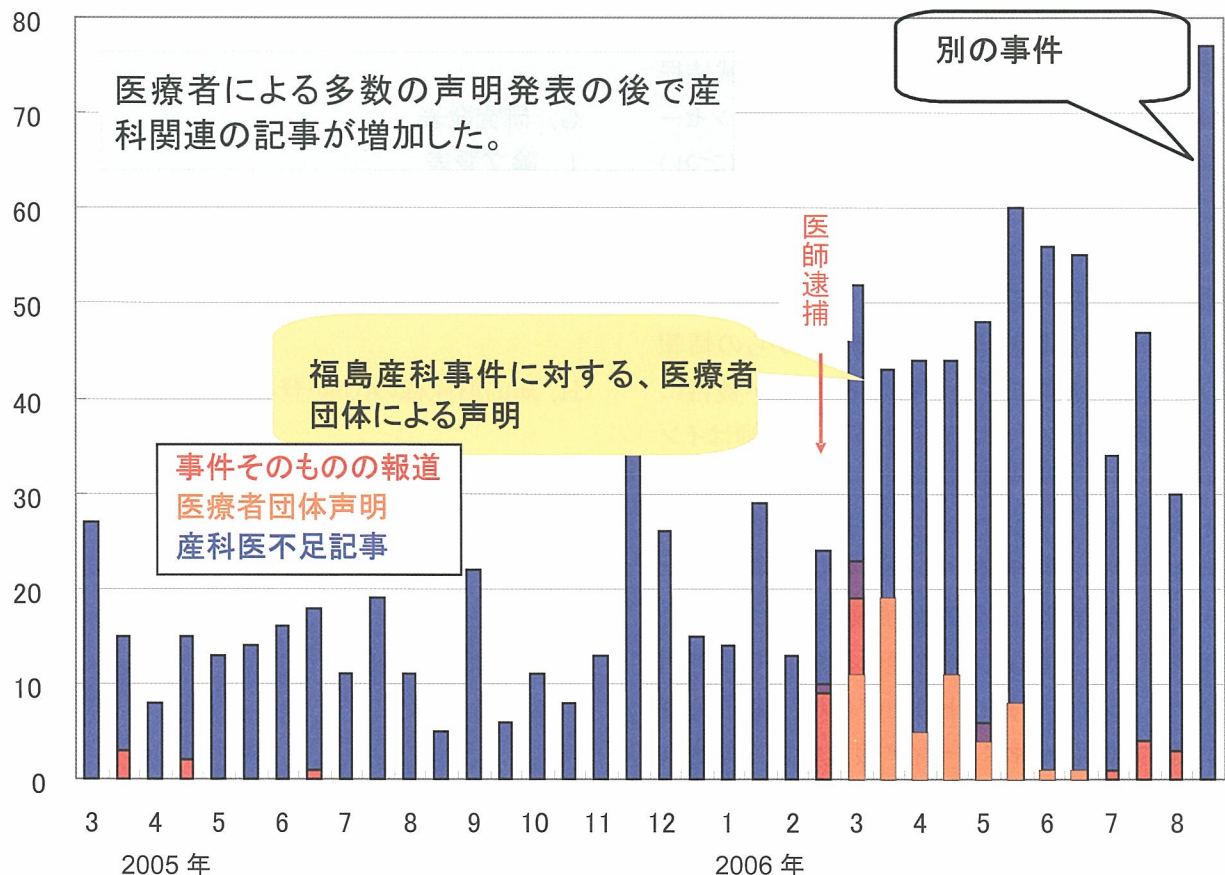
その後「医療事故」さらに「医師逮捕」に変更  
福島の新聞は「医療過誤」のまま



しかし、その後に社会部記者による産科医療や医療事故に関する特集報道が続いて連日行われた。2006年3月～5月に主要三紙で産科関係の記事は108以上にのぼる。この時期にはマスメディアの論調もかわり、3月の新聞見出しは「医療過誤」「医療ミス」であったが、5月には「医療事故」「妊婦死亡事故」「医師逮捕起訴事件」に変わっている(図1)。例外的に、検察発表の見出しは5月以降も、依然、「医療過誤」「医療ミス」となったままであった。

2005年10月から、2006年2月までの、産科関連の新聞記事は168件、2006年3月から7月までの産科関連の新聞記事は614件にも上った。

図2 産科関連新聞記事数(毎日十朝日十読売)



## D. 考察

マスメディアによる、福島県立大野病院の産科医師逮捕事件に関する新聞・テレビ報道の特徴をまとめた。

第一報の情報ソースは、患者側家族や警察発表であった。患者側家族の悲しみと医師に対する非難、警察発表による逮捕理由や検察発表による起訴理由の表現がそのまま用いられて記事となっており、公平に報道されたとはいい難かった。さらに、以後続く産科医療問題をあつかったテレビ番組報道においても、逮捕時の映像が繰り返し使われていた。

逮捕、起訴の報道翌日より、第一報の警察・検察発表に基づいた情報を根拠に、担当医を“加害者”のように非を責める内容の識者コメント、専門家コメントが報道された。これらにより、一般人の医療不信を過度に煽ったことは否定できない。

その後、メディアにより産科医療に関する問題が多数取りあげられた。産科医療体制の問題は、事件以前から持続していたにもかかわらず、この事件を契機に連日のように新聞記事に取りあげられた。「産科医不足」「地域で病院産科が閉鎖」という内容とそれに関する地域住民の不安を扱ったものが大多数であった。センセーショナルな内容や表現が目立ち、対策等については殆ど触れられていなかった。マスメディアには、地域医療の問題解決のための堅実な情報提供と議論が乏しかった。

事件を報じる新聞などのメディアからの情報のみでは、医師でさえ医療事故の非が被告にあるような印象を受けた。しかし、医師はインターネットを通じて情報を共有し、活発な意見交換を行い、インターネットを通じた署名呼びかけに対して短期間に多数の賛同署名が集まり、厚生労働省はじめ関係機関に提言を行うことができた。多数の医療関係団体からの声明がマスメディア報道にとりあげられ、産科医療に関する問題がマスメディア報道者に認知された。通常医療事故の報道は事件報道のみで終わってしまうことが多いと考えられるが、本件に

ついては、産科医療の問題点が連日のように特集される契機となったと考えられる。

## E. 結論

福島県立大野病院の産科医師逮捕に関する、マスメディア報道の問題点を分析し、医療事故報道に関する報道と、国民のリテラシー向上に対する問題点を検討した。

医療事故報道の第一報は、警察や検察の発表がソースであるため、事実認定に基づいた公平な報道ではない。これにより、一般人の医療不信を過度に煽ることは否定できない。

公平な事実認定に基づかない第一報を呈示し、識者や専門家のコメントが翌日から報道されるため、これも公平な報道ではない。

医療問題は、マスメディアの報道に、話題にならなければ取りあげられない。また、取りあげられた場合にはセンセーショナルな内容や表現が目立ち、地域医療の問題解決のための堅実な情報提供と議論が乏しい。

## F. 健康危険情報

該当なし

## G. 研究発表

1. 論文発表  
なし
2. 学会発表  
なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得  
なし
2. 実用新案登録  
なし
3. その他  
なし

## 高齢者がん患者のリテラシー研究

分担研究者 宮腰 重三郎 東京都老人医療センター血液科医長

### 研究要旨

高齢者血液疾患は若年者と比し、その発症率は極めて高い。しかし、従来の化学療法で治癒に導くことが難しい疾患群である。また、治癒を目指す同種造血幹細胞移植も高齢者血液疾患には確立していない。このような状況下で、高齢者がん患者のリテラシーにかかわる因子がどのようなものであるかを検討した。結果として、高齢者がん患者特に血液悪性疾患患者の情報収集能力は極めて低く、また、理解度に関しては個人差があるものの、家族特に子どもとの情報共有し、家族よりの噛み砕いた説明が高齢者がん患者のリテラシーには重要であった。

### A. 研究目的

高齢者がん患者への病状説明・告知に関するリテラシーの研究

で、1回の説明では患者の理解度も家族の理解度も深くはならず、複数回の説明で対応を必要とした。

### B. 研究方法

2006年5月から2007年2月までに東京都老人医療センター血液科に入院した症例での予後告知に関する情報収集方法と理解度の検討

### D. 考察

今回の検討では、いまだに従来の医師主導型(お任せ型)の考えが根強く残っていると思われた。この医師主導型では、自己決定することがなく、情報を自己の目的に適合するように使用できる能力が発揮できず、高齢者がん患者において、そう長くはない余命を有意義に過ごす機会が失われてしまうことになる。高齢者がん患者のリテラシーに関しては、情報収集とその正確な理解が重要なポイントである。情報源に関しては、本研究では、高齢者患者自身が病気、病状や治療方針をインターネットで検索する能力は極めて低く、自ら情報収集することはなかった。おもに情報源は家族の情報収集能力に依存していた。家族が情報収集しない症例では、複数回の説明が必要であった。また、家族特に子どもが収集した情報を医療者側が十分に耳を傾け、情報共有することが重要で、医療者の口からではなく、家族から患者に対して噛み砕いた説明があることは、患者本人の理解度を深め、さらに家族の理解を深める結果となった。病状説明や告知は、医療者か

### C. 研究結果

患者および家族への病状説明や治療に関する同意を得る機会があった配偶者と子どもが一緒に参加した9例。男性6例、女性3例。平均年齢は72.3歳。疾患は急性骨髄性白血病2例、慢性骨髄性白血病1例、悪性リンパ腫2例、骨髄異形成症候群1例、多発性骨髄腫1例。患者本人と配偶者からは、いわゆる「先生にお任せします」という場合が3例に認められた。情報収集能力に関しては、患者本人が直接情報を収集した症例はなかった。情報は主に子どもからで、インターネットを中心に情報収集されていた症例は7例で、子どもが説明を噛み砕いて、患者である親にわかりやすく話したことで、患者の病気・病状の理解度が深く、同様に子どもの理解も深いものとなった。一方、残りの2例は家族が、情報収集を施行してこなかった症例

ら一方的に行うものではなく、家族とともに医療者が説明することが良いと考えられた。しかし、十分な理解が得られたとしても、受け止め方に個人差があることや病状の進行状態によっては、理解度や受け止め方が変化した症例も存在した。つまり、自己の目標が定めにくいのが高齢者がん患者の特徴であるともいえる。若年者血液悪性疾患の場合は、同種造血幹細胞移植術の次の治療が控えていることが多く、移植医療に期待をしつつ、闘病する、つまり目標がある症例が多いと思われる。一方、高齢者血液悪性疾患の場合は、大量抗がん剤治療の施行は、その副作用で難しく、さらに同種造血幹細胞移植に関しては、確立していないのが現状である。今後、情報収集能力を持った段階の世代が、高齢者医療の現場に立ち入り、現在の情報提供方法は変化をきたす可能性が極めて高い。また高齢者血液悪性疾患に対する同種造血幹細胞移植の進歩も相まって、目標ができた場合、患者、家族と医療者の情報の共有がさらに重要になってくると考えられる。

#### E. 結論

現状の高齢者悪性疾患症例に対する病状説明や告知に関するリテラシーに重要な因子は、家族の情報収集能力とその理解度および医療者との情報共有をすることである。

#### F. 健康危機情報

特になし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

宮腰 重三郎、大田 雅嗣

疾患別にみた終末期ケア・緩和ケアの実際  
老年医学 Vol.44 No.11. 1517-1524, 2006

##### 2. 学会発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

特になし

## 血液腫瘍患者における医療経済学研究

分担研究者 小松 恒彦 筑波記念病院血液内科部長

### 研究要旨

血液がん医療における患者の納得形成に寄与する事を目的とし、抗がん剤治療に加え薬剤・検査費用が記載されたクリティカルパスを作成・使用した。

#### A. 研究目的

血液がんに対する抗がん剤治療(以下、化学療法)は、一般に長期の入院を必要とし、また費用の目安もほとんど無い状況である。このような状況では、患者は自らの病状への不安のみならず、社会復帰や医療費に関わる不安も大きな問題となる。本研究は、血液がん化学療法を、日程、費用などがあらかじめ予定された「計画医療」とすることで、患者の安心感・納得の向上に寄与する事を目的とした。またその過程において、適切な医療資源の配分を考察した。

#### B. 研究方法

血液がん化学療法における抗がん剤治療、補助療法を記載し、退院をアウトカムとしたクリティカルパスを作成した。それらのパスに、DPC点数、薬剤費、検査費を計上し、治療計画に加え、おおよその医療費とその根拠が明示される形式とした(以下、DPC\_path)。化学療法開始前にDPC\_pathを用いて患者にも明確に治療予定と費用が分かるような説明を行い、十分な理解、納得、同意が得られてから化学療法を行った。

#### C. 研究結果

16種類の化学療法におけるDPC\_pathファイルを作成した(1ファイルにはDPC\_pathが1~4シート含まれている)。以下に化学療法名を列挙する:1) ABVD,2) ACES,3) CAG,4)

AML\_elder,5)AML\_young,6)ATG,7)Biweek\_CHOEP,8)Biweek\_CHOP,9)PBSC,10)high\_VP16,11)hyper\_CVAD,12)Infection\_2005,13)MM\_DAV,14)R\_2CdA,15)R\_CHOP,16)R\_ICE。患者および家族の反応は良好で、一定時間で十分な納得が得られる医療の構築に寄与できたと考えられた。

#### D. 考察

血液がん患者に対し、治療計画に加え費用も提示する事により、総合的な患者満足度が向上し、患者納得形成に寄与できた。副次的に病院としての健全経営にも寄与する事ができた。次年度は、患者からのアンケート調査などを行い適切な指標を示すとともに、医療資源の適切な再配分をDPC\_path上に示したいと考える。

#### E. 結論

多数のDPC\_pathを作成し、臨床現場で使用する事により、血液がん患者の医療への納得形成に寄与できた。また副次的な効果として、医療の標準化への寄与、研修医・コメディカルへの教育効果、コスト意識の向上、病院の健全経営への貢献、などの成果が得られた。

#### F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表：なし

2. 学会発表

小松恒彦 造血器疾患におけるDPC対応クリ  
ティカルパスの導入. 第6回日本医療マネジメン  
ト学会千葉地方会学術集会 2007年2月

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 透析患者におけるリテラシー研究

分担研究者 小原 まみ子 亀田総合病院腎臓内科部長

### 研究要旨

末期慢性腎不全患者に供される透析医療においては、透析という治療行為にもまして、患者の自己管理がその予後の重要な決定因子であるため、透析医療は従来より、患者とその家族への医療情報提供、および患者教育に重点が置かれている医療分野である。

日本においてはこれまで、その情報提供・教育手段として、医師や看護師による口頭の説明が主となってきたが、情報の複雑化多様化やITの発達・普及に伴い、また昨今、健康番組をはじめとするメディアを通じた情報の影響も大きくなってきていることから、患者への情報提供手段が変化してきている可能性がある。さらに、患者による患者教育という新しいアプローチが注目され始めている。

腎臓学・透析療法に携わる諸外国の教授・医師や患者教育活動関係者と面談・情報交換をすることにより、海外における透析患者のリテラシーに関する情報、特にその医療情報提供・患者教育の手段の現況について情報収集・検討した。

### A. 研究目的

末期慢性腎不全患者に供される医療においては、透析という治療行為にもまして、患者の自己管理がその予後の重要な決定因子となっている。このため、透析医療は、従来より、患者とその家族への医療情報提供、および患者教育に重点が置かれている医療分野である。

これまで、医師や看護師による口頭による説明・教育が主な情報提供・患者教育手段となってきたが、情報の複雑化多様化、インターネットの発達、情報収集手段としての一般化、また昨今、健康番組をはじめとするメディアを通じた情報の影響も大きくなってきており、患者への情報提供手段が変化してきている可能性がある。さらに、患者による患者教育という新しいアプローチが注目されてきている。

このような状況をふまえて、海外での透析患者のリテラシーについて情報収集を行い、メディカルリテラシー向上のための今後の方策を検討していく。

### B. 研究方法

腎臓学・透析療法に携わっている諸外国の教授などの医師や、患者教育活動に関わってきた有識者などの研究協力者に面談し、情報交換をし、海外における透析患者のリテラシーに関する情報、特にその医療情報提供・患者教育の手段の現況について情報収集・検討した。

#### 研究協力者

・ Robert W. Schrier, MD

Professor of Medicine, University of Colorado, U.S.A (元 President of International Society of Nephrology, President of American Society of Nephrology, Chairman of Medicine at University of Colorado)

・ Robert Fassett, MD

Associate Professor of Medicine, University of Tasmania, Launceston General Hospital, Australia

・ Andreas Kribben, MD

Professor of Medicine, Universitätsklinikum Essen, Germany



・ Noreen Rossi, MD  
Assistant Dean, Chief, Professor, Dept of  
Internal Medicine and Physiology, Wayne  
State University, U.S.A.

・ Ecder Tevfik, MD  
Professor of Medicine, Istanbul School of  
Medicine, Turkey

・ Andre K. Gurevich, MD  
Associate Professor, Nephrology Center,  
St Petersburg Medical Academu for  
Postgraduate Studies, Russia

・ Luis Yu, MD  
Professor Livre Docente da FMUSP, Clinica  
Midica- Nephrologia, University of San Paolo,  
Brazil

・ Pierre-Yves Martin, MD  
Professor of Medicine, Hospital Universitie  
de Geneve, Switzerland

・ Natalie Funk  
元 Administrator of St Joseph Hospital, State  
Health Plan Colorado設立に関与。League of  
Women Voters Health Committee, U.S.A.

## C. 研究結果

人物、機関、メディアの透析患者のメディカルリテラシーへの寄与度について

### 1. 人物

透析患者のメディカルリテラシーに関する情報提供者あるいは患者教育者として、どのような人物が関与しているか、その寄与度に関し、アメリカでの状況について、Dr Rossiは、看護師、ソーシャルワーカーの関与が大きく(数量化すると40%ずつ)、ついで医師が看護師の関与の半分程度を担っていると述べた。現時点では、患者ボランティアの関与はまだ評価が難しいが、現在、National Kidney Foundationが“Patients teach patients”プログラムの推進を図っており、“People Like Us”ムーブメントをはじめとして、今後のメディカルリテラシーの普及に期待できる要素と考えていた。元St Joseph

HospitalのAdministratorでState Health Plan Colorado設立に関与し、League of Women Voters Health Committeeを勤めてきたMs Funkも、同様に看護師の寄与度が高いことを挙げた。Ms Funkは成人であるか、小児であるかなどの患者の状況によっても関与する職種が異なることを前置きに、成人では看護師が数量化すると約6割関与していて医師はその3分の1程度、小児の場合は医師の関与度がかなり大きくなると述べた。また、職種は医師でないが診断・処方など日本では医師でしか行えない医療行為を行うことができる看護職(Physician Assistant(PA)など)がアメリカにはあり、PAが医師の役割のある部分を果たし、リテラシー向上、患者教育に大きく寄与していると述べた。最近では、ソーシャルワーカー以外に、サポートグループという患者の立場のひとたちのメディカルリテラシーにおける寄与度が増加し始めていると考えていた。

アメリカ同様に、看護師の役割が最も大きいと述べたのは、ドイツのDr Kribben、スイスのDr Martin。ロシアのDr Gurevichは、医師と看護師の寄与度は同等だが、近年、患者ボランティアの果たす役割が増加してきており、他の患者からの直接的な積極的な接触も大きな役割を果たしていると述べた。オーストラリアのDr Fassetは医師と看護師の寄与度は同等だが、オーストラリアでは医師と看護師以外にはほとんどメディカルリテラシーに関与しているものがなく、今後の課題であると考えていると述べていた。

医師の寄与度が最も高いと考えていたのはトルコのDr TevfikとブラジルのDr Yu。特にDr Tevfikはメディカルリテラシーはほとんど9割方関与しているのは、医師のみであると述べた。

数量化して寄与度を挙げてもらったものを表にすると以下の通りである。

表1 メディカルリテラシーへの医療者の寄与

	医師	看護師	ソーシャル ワーカー	患者ボランティア
RF Australia	50	50		
AK Germany	40	60	0	0
NR USA	20	40	40	0
ET Turkey	90	10	0	
AG Russia	40	40	0	20
LY Brazil	50	30	20	
PM Switzerland	40	50	10	0
NF USA	16	64	20	

医師や看護師は透析患者のメディカルリテラシーの向上のために、一般的な診療行為の他にどのようなことをしているか。特記すべきものについて

RF Australia	直接の対話、話し合い、医療情報のウェブアドレス
AK Germany	診療上の情報提供の他は、特記すべきものはない
NR USA	医学情報のウェブアドレス、印刷物、ビデオなどの積極的提供
ET Turkey	医学情報の印刷物の提供
AG Russia	直接の話し合い、医学情報の印刷物の提供
LY Brasil	直接の話し合い
PM Switzerland	医学情報、印刷物の提供、講習会、勉強会

## 2. 機関

各機関の寄与度に関し、アメリカについてDr Rossiは、職種として看護師、ソーシャルワーカーや医師の関与は大きい、病院の機関としての活動は非常に少ないと述べた。その一方でNational Kidney Foundationを含めて学会、患者会は関与しているが、アメリカ独自の特徴として、健康保険会社の関与が学会に相当するほど大きいことを挙げた。健康保険会社は、患者のメディカルリテラシーの向上が医療費の削減、会社のベネフィットにつながることから力を入れている。また、特記すべきこととして、製薬会社および学校が、メディカルリテラシーに非常に大きく寄与している、また教会や地域の老人会などで行う勉強会などの影響も大きいと述べた。Ms Funkは、営利団体(PO)と非営利団体(NPO)という枠組みで考えた場合は、学校、教会、患者団体、学会などのNPOの関与が、製薬会社、保険会社などのPOの関与より、やや上回っているであろうと述べた。

一方、ドイツ、スイス、ロシア、トルコ、オー

ストラリアの医師達は、機関として病院が非常に大きな働きをしており、その他は学会、患者会が多少関与している程度であると考えていた。

ブラジルのDr Yuは、病院の機関としての関与が全体に占める割合は比較的小さく、学会、患者会の寄与が大きいと考え、それに加えてブラジルでの健康保険の提供者である政府機関の関与を挙げていた。

数量化して寄与度を挙げてもらったものを表にすると以下の通りである。

表2 メディカルリテラシーへの医療関係機関の寄与

	病院	学会	患者会	健康保険会社	製薬会社
RF Australia	70	20	10		
AK Germany	70	0	30	0	0
NR USA	0	20	10	20	製薬会社と学校で50%
ET Turkey	80	10	10		
AG Russia	90	10	0	0	0
LY Brasil	20	30	30	20	
PM Switzerland	60	0	20	na	20

## 3. メディア

メディアのメディカルリテラシーについての寄与については、アメリカとスイスの面談者は、その寄与度が高いと考えていた。

アメリカについて、近年、患者のインターネットへのアクセシビリティが向上し、インターネットからの情報入手が患者にとって重要な意味をしめるようになってきているとDr Rossi、Ms Funkともに述べていた。

アメリカでは、医師は患者への医学情報提供、患者教育教材として、ウェブアドレスを患者に示すことが非常に多くなった。患者もまた、それを示すことを医師に求めることが非常に多くなっている。また、1997年にFDAによりDirect to Customer (DTC)の緩和が行われてから、薬品のテレビ広告、新聞広告が非常に増えてきていること、規制緩和により効用効果や

副作用の危険性などの情報記載なく広告がされていることへの危惧が述べられた。一方、広告としてでないテレビの医学関係教育プログラムについては、癌、心疾患、糖尿病に関するものが中心であり、透析、あるいは腎臓病に関するものは少ないと述べている。

スイスにおいては、テレビを介しての医学関係教育や情報プログラムは盛んで、また討論会が行われ、その寄与が挙げられた。

ブラジル、ロシアでは、メディカルリテラシーへのメディアの関与に関して否定的な意見が聞かれた。

数量化して寄与度を挙げてもらったものを表にすると以下の通りである。

(表3) メディカルリテラシーへのメディアの寄与

		TV プログ ラム	TV 広告	新聞	雑誌	病院 DM	IT
RF	Australia	20	0	20	20	10	30
AK	Germany	30	0	30	40	0	20
NR	USA	20	10	20	0	5	45
ET	Turkey	80	0	0	10	0	10
AG	Russia	10	0	30	30	0	30
LY	Brasil	0	0	10	0	90	0
PM	Switzerland	70	0	10	0	10	10
NF	USA	25	15	15	10	10	25

#### D. 考察

今回の各国の教授などの医師や有識者などに情報収集したパイロット調査としては、メディカルリテラシーの向上に関して、現在、各国とも、その寄与割合は様々であるが、医師、看護師の関与が主流であった。また近年、特にアメリカで、患者ボランティアやサポートグループ、患者による患者教育が、新しいアプローチとして増えてきている。そして、ITの発達・普及に伴い、インターネットを用いた情報提供・情報収集が重要な位置を占めてきているが、その情報の信頼性を担保するために、医師を主とする医療従事者を介している、あるいは介することが求められている、といった傾向が見られた。また、メディアの影響の大きいアメリカでは、メディアに提供される医療情報のバイアスが問題であっ

た。

University of ColoradoのSchrier教授は、国際腎臓学会、米国腎臓学会でPresidentを歴任し、これまでアメリカ国内のみならず、発展途上国を含めた国際的な腎臓医療の発展・普及・患者教育に尽力してこられた人物である。

彼は、加えて、アメリカのメディカルリテラシーの向上に、大きな影響因子となっている2つの因子を挙げた。ひとつは言語の問題(National Adult Literacy Surveyによると65歳以上の44%が小学3-5年生レベルのlevel 1、32%がlevel 2であり、約70%が何らかの言語理解の問題がある。)、もうひとつは医療へのアクセスの問題(メディケアとメディケイドを除いては民間保険である。いかなる医療保険の適応も受けていない国民が約15%存在する。)を挙げていた。その点が満たされている患者郡においては、インターネットの発達・普及で情報収集手段が増えたことは、メディカルリテラシーの向上が望めている可能性があるが、その点に問題がある患者については、「能動的な」メディカルリテラシー向上手段は効果がなく、医療側、社会側がアプローチしていく「(受け手の患者にとって)受動的な」メディカルリテラシー向上の手段を発達させる必要があると考えられる。日本は公的医療皆保険があり、また文盲率は世界最低レベルであるが、国民性が従来から受動的であると共に医療言語が理解しやすいものとは言い難く、医療側、社会側がアプローチしていく「受動的な」メディカルリテラシー向上の手段を検討していく必要があるだろう。

本調査を鑑みると、「受動的な」メディカルリテラシー向上手段として、正しい知識と質を備えた医療側との連携協力した”Patients teach patients”などのプログラムを確立していくことや、テレビを主としたメディアを用いてバイアスのない良質の医療情報提供をしていくことも必要と考えられるであろう。

今回、各国の教授などの医師や患者教育活動に関わってきた有識者などの研究協力者に面

談調査したパイロットスタディーであるが、今後、研究協力者との協力体制を継続し、コロラド大学において腎臓医療従事者全体へのアンケート調査を行うことなどを予定しており、さらにメディカルリテラシー向上のための今後の方策を検討していく。

#### E. 結論

メディカルリテラシーに関与しているのは、現在は各国とも、医師、看護師の関与が主流であると考えられる。情報の複雑化多様化に伴い、医療者以外の人材、インターネット、メディアなどの関わりを含めたメディカルリテラシー向上のための方策を考えていく必要がある。

#### 健康危機情報

特記すべき事項なし。

#### 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(予定を含む。)

特記すべき事項はなし。

厚生労働科学研究費補助金(第3次対がん総合戦略研究事業)  
分担研究報告書

がん患者の情報開示に関する研究

分担研究者 松村 有子 東京大学医科学研究所探索医療ヒューマンネットワークシステム助手  
研究協力者 森田 知宏 東京大学教養学部理科Ⅲ類 1年

研究要旨

がん医療の問題点として、「情報が手に入らない」という声をよく聞く。Webを通じてがん医療の情報提供が行われているが、Webでのがんに関する医療情報の提供内容、提供の仕方について詳細に分析を行った。がんの一般情報は国立がんセンターのHPが圧倒的な影響力を持ちつつある。しかし他の医療機関等も独自の情報提供が望まれる。

がんの情報を求めてWebを見ている患者や家族が求めるがんの情報の内容、がん情報の提供との差異について検討する。

A. 研究目的

がん医療の問題点として、近年メディアに頻繁にとりあげられているキーワードは、「情報が手には入らない」である。

しかし、一方、Webを通じて得られる情報量は近年ますます膨大なものになっている。今やWeb上で多くの医療情報が手に入る。結局、情報は溢れるほどあるのだが、その一方で、その中から求める情報を効率よく患者自身が得ることが難しくなっている状況がある。求める情報は一括できるものではなく、患者の家族と患者本人ではWeb上で求める情報が異なるなど、情報のニーズは様々である。

がん患者の多くは高齢者でWebが普及している年代でない。しかし、患者の子・家族らがWebを利用している場合は多い。

現在、Webで多くの医療情報が手に入り、また医療関係者も医療情報をWebで提供している。しかし、これまで、Web上で、がんに関する情報呈示の仕方、がんに関する情報内容について、詳細に調べた研究は少ない。

本研究の目的は、がん関連ホームページ(HP)上の情報の有用性を評価するため、Web上に公開されているがん情報を収集し、その特徴を

調べることである。特に、HPの患者に対するユーザビリティについてその運営母体との関係を調査した。

B. 方法

(1) HPからの情報抽出

Googleを用いてがんに関するHP(ホームページ)を検索し、上位150のHPについて運営母体・想定している対象・更新間隔・最終更新日・主な内容・検索機能の有無・リンク先・広告の有無・被リンク数・ページランクに関する情報を抽出した。

(2) がん診療連携拠点病院、学会

150のHPには国立がんセンター及びがん診療連携拠点病院HP、学会HPが含まれていた。これらを抽出し、リンク数、被リンク数、HP上で公開されている一般向けのがん情報の単語数、最終更新日(2006年12月22日時点)を調べた。

(3) HPの分類・特徴

HP、そのリンク先および広告元を以下の7つのカテゴリーに分類した。

A. メディア関連(新聞社・出版社など)およびポータルサイト