

200823010A

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

社会学・心理学等との連携による国民のリテラシー向上と
患者の納得形成に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 齋藤 英昭

平成21(2009)年3月

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

社会学・心理学等との連携による国民のリテラシー向上と
患者の納得形成に関する研究

平成20年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 齋藤 英昭

平成21(2009)年3月

目 次

I . 総括研究報告	
社会学・心理学等との連携による国民のリテラシー向上と 患者の納得形成に関する研究 研究総括	7
杏林大学医学部健康管理学 教授 齋藤英昭	
II . 分担研究報告	
1. がん患者の社会経済学研究	15
聖学院大学政治経済学部 教授 郡司篤晃	
2. 産婦人科患者のリテラシー研究	39
福島県立医科大学産科婦人科学 教授 佐藤 章	
3. 高齢がん患者のリテラシー研究	51
東京都老人医療センター 血液科 医長 宮腰重三郎	
4. 血液腫瘍患者における医療経済学研究	53
帝京大学ちば総合医療センター第三内科 准教授 小松恒彦	
5. 透析患者におけるリテラシー研究	55
亀田総合病院腎臓高血圧内科 部長 小原まみ子	
6. がん医療に関する報道の標本調査研究	79
北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野 助教 中村利仁	
7. がん患者情報の統計学的研究	93
東京大学医学部附属病院 臨床試験データ管理学 特任准教授 山口拓洋	
8. 医師からの情報発信法に関する研究	99
東京大学医科学研究所附属病院内科 助教 湯地晃一郎	
9. がん患者の情報開示に関する研究	105
東京大学医科学研究所先端医療社会 コミュニケーションシステム 特任助教 松村有子	
10. フリーペーパーの有用性の検討	117
東京都立墨東病院血液内科 医長 濱木珠恵	
11. 医師からの情報発信法に関する研究	123
JR 東京総合病院血液内科 主任医長 小林一彦	
12. へき地医療患者のリテラシー向上研究	127
ナビタスクリニック立川 院長 久住英二	
III . 研究成果の刊行に関する一覧表	133
IV . 研究成果の刊行物・別刷	137

I . 総括研究報告

社会学・心理学等との連携による国民のリテラシー向上と患者の納得形成に関する研究

研究代表者 齋藤英昭 杏林大学医学部 教授

研究要旨

適切な情報提供を求める患者の声が反映されたがん対策基本法が成立し、適正な医療情報の提供体制構築が必要とされている。一方、不十分な理解に基づいたセンセーショナルな医療報道が、国民の医療に対する認識を誤らせ、昨今の国民の医療不信の一因であると考えられる。適正な医療情報の提供が、患者の納得感の形成につながると期待される。

本年度は、ホルテゾミブの肺合併症の報道を題材に、医療に関するメディア報道と副作用情報を調査検討し、副作用情報と対策のあり方について報告した。

がん患者が欲している情報内容について卵巣がん、高齢者において調査を行った。また、認知モデルの心理学実験を通じて、第三者による情報（報道記事など）が認知に与える影響を検討した。

がん医療新聞報道の研究によって、がんに関する新聞報道は、がん対策の政策立案・遂行と密接に関連していることが明らかになった。新聞記事は国民の医療に関する認識に影響を与えていることが懸念された。そこで「日本版」メディア・ドクターの試みにより、新聞記事の評価を行い、発信する試みを実施した。メディアと医療者が医療現場の事実に基づいた正確な情報を共有することが、正しい医療報道には必須である。

さらに患者の視点に立った情報発信の新規ツールとして、病院設置のフリーペーパーの活用や、ウェブサイトによる情報提供を試みた。これまでがんの新規治療や研究に関する情報提供を医療側が怠り、患者に伝えてこなかった弊害を理解し、医療者発の情報発信の一連のモデルとして、卵巣がんに関する情報提供モデルを作成した。

国民のリテラシー向上は、患者及び国民がより納得できる選択を行うために必須である。医療提供者、メディア、患者市民のコミュニケーションが重要である。

分担研究者

郡司篤晃	聖学院大学 教授	山口拓洋	東京大学医学部附属病院 特任准教授
佐藤 章	福島県立医科大学 教授	湯地晃一郎	東京大学医科学研究所 助教
宮腰重三郎	東京都老人医療センター 医長	松村有子	東京大学医科学研究所 特任助教
小松恒彦	帝京大学ちば総合医療センター 准教授	濱木珠恵	東京都立墨東病院 医長
小原まみ子	亀田総合病院 部長	小林一彦	JR東京総合病院 主任医長
中村利仁	北海道大学 助教	久住英二	ナビタスクリニック立川 院長

A. 研究目的

1) メディアによる様々な医療報道内容や、その報道が与えた影響を検証し、現在の問題点を明らかにするとともに、医療報道のあり方について探索研究すること、2) 様々な媒体との連携を通して健全な医療メディア育成モデルの構築を試みること、3) 患者の視点に立った情報発信の新規モデル構築を試みることにより、患者や国民が求める医療情報提供を可能とし、国民のリテラシーの向上に資する。

平成18年度に成立したがん対策基本法にも、適切な情報提供を強く求めるがん患者の声が反映されている。がん医療に対する不信と不満が蔓延し、「患者の納得感の欠如」が著しいが、その一因として、患者が求める正確な医療情報が提供されていないことが挙げられる。昨今のマスメディアにおける医療・健康報道ではセンセーショナルな表現が多く用いられるため、がん医療に関する根本的な認識を誤らせ、世論を誤導する可能性がある。医療事故や医療格差の報道は、国民の医療に関する印象や知識に大きな影響を与えている。メディアと医療者が協同して、医療現場の具体的な事実に基づいた正確な情報を共有し、国民のリテラシーを向上させることが必要である。

本研究の特色は、具体的な事例に基づき、メディア報道と国民の医療リテラシーについて検討を行う点である。これまでにNHKのがん報道特別番組における問題点の指摘、その番組が取り上げた新規薬剤の医師の処方と与えた影響の研究、医療事故報道における問題点の分析研究、産科医療に関する情報提供の分析、がん医療格差の認識分析など、現在大きな社会問題ともなっている喫緊の医療問題をとりあげている。これらの研究は研究考証の初期段階から報道者や様々な立場の研究協力者と意見交換を行い、特に報道者と緊密に連携しながら行っている。その結果を論文や学会発表だけではなく、シンポジウムや冊子、ホームページの形で医療者のみならず報道者、一般市民に対しても、広く情報提供している。これ

までの研究成果を集大成し、メディア報道に対して医療側が評価を行い議論を活性化する試みを行う(日本版メディア・ドクター)。またメディア報道の問題点を心理学的モデルを用いた分析により明らかにする。

本研究により、現在の医療情報の問題点が明らかになり、医療者とメディアとの連携により、より正しい医療情報が適正に報道されることが期待される。それにより医療不信の解消、患者や家族の納得形成が実現される。

今やがん対策基本法にも謳われているが、がん患者や国民は情報を正しく知ることを切望している。適切な医療情報提供体制を整備するためには、患者や国民が得る医療情報の実態の分析、様々なメディアの医療情報提供の問題点・限界・可能性の検討、解決策の提案と実行というステップが必要である。本研究はまさにその部分の研究であり、国民の医療リテラシー向上を目的とする。本研究では医療情報提供の問題点を検討しその成果を様々な媒体を用いて広く情報提供する。また、より有用な医療情報提供方法、正確な医療情報の提供の具体的な試みを行う。よって本研究の成果を活用することによって、メディアの医療リテラシーの向上及び国民のリテラシー向上につながる。

B. 研究方法

本年度は、以下の研究を実施した。

1) 患者や家族、国民の医療情報入手手段に関する調査

3年目の本年度は、患者家族が望む情報の内容と提供方法について、病棟アンケートを用いた調査を実施した。高齢がん患者のリテラシー研究(宮腰重三郎)、透析患者におけるリテラシー研究(小原まみ子)、へき地患者のリテラシー研究(久住英二)に詳述する。

2) 医療報道内容の検証

日経テレコンデータベースを用いて、がん医療に関する新聞報道の内容を調査した。方法は分担研究報告書の、がん患者情報の統計学

的研究(山口拓洋)に詳述する。

また加えて本年度には、心理学的認知モデルを用いて医療報道による認知形成過程の研究を行った。概要は被験者にまず同様の前提状況を示す。その後の第三者からの情報(報道)が認識の変化の原因となることを心理学的実験を用いて明らかにする。分担研究報告書の、がん医療に関する報道の標本調査研究(中村利仁)に詳述する。

3) メディアとの連携による健全な医療メディア育成モデルの構築

これまでの医療関係記事の個々の内容について、医療者と報道者として評価検証を行った。また、健全な医療メディア育成モデルの構築の試みとして、医療情報報道の内容を調査・集計し、順位付け整理、データベース構築を行った。その中で、明らかな誤りを含み、影響大と考えられる記事について検証分析を行い、問題点を整理し、患者の理解のみならず当該メディアの理解を求めるため発表した。

本年度にはさらにデータベースを充実し、医療者とメディアの活発な情報交換を通じて、メディア報道者の医療リテラシーの向上をはかった。具体的には一定の基準に基づいて医療報道の評価を行い、その結果を公開する試み(「日本版」メディア・ドクター)を開始した。メディア・ドクターはオーストラリア・アメリカ・カナダでは既に行われており評価されている、しかし同様の評価方法では日本で現在大きな問題となっている医療不信に関わる評価が困難であるため、工夫が必要であった。方法の詳細は、がん患者の情報開示に関する研究(松村有子)に記載する。

4) 患者の視点に立った情報発信の新規モデル構築

2年目にロハスメディア(川口恭代表:研究協力者)の協力を得て、「ロハス・メディカル」(首都圏を中心として基幹病院にて20万部配布、唯一の病院設置フリーペーパー)を患者調査の

ために利用したところ、患者とメディアの双方向の情報手段として有用であった。

本年度は、患者の希望の調査を行い、患者や家族が希望している情報が入手できない分野の情報提供を行うため、フリーペーパーの有用性の検討を行った。方法の詳細は、フリーペーパーの有用性の検討(濱木珠恵)に記載する。

1年目にウェブサイトにおけるがん情報の調査を行ったが、3年目には、インターネットにおけるがん療養に関する患者からの発信もあわせて調査し、患者が求める情報や疑問に応える情報発信方法を模索する。またホームページを用いた情報発信を行う。

(倫理面への配慮)

本研究ではインターネット情報に含まれる個人情報への取扱い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

1) 患者や家族、国民の医療情報入手手段に関する調査

結果の詳細は、高齢がん患者のリテラシー研究(宮腰重三郎)、透析患者におけるリテラシー研究(小原まみ子)、へき地患者のリテラシー研究(久住英二)に詳述した。今回、透析患者におけるリテラシー研究では、がんに比較して患者教育が重視されている分野であること、高い患者協力が得られることから実施した。

2) 医療報道内容の検証

分担研究報告書の、がん患者情報の統計学的研究(山口拓洋)に詳述した。がんに関する新聞記事の総数は2000年以降ほぼ横ばいであった。

また、心理学的認知モデルを用いて医療報道による認知形成過程の研究を行った。分担研究報告書の、がん医療に関する報道の標本調査研究(中村利仁)に結果を詳述した。

3) メディアとの連携による健全な医療メディア

育成モデルの構築

<副作用情報の共有>

ボルテゾミブに関する情報発信の具体的事例について検討を行った。結果は、医師からの情報発信法に関する研究(湯地晃一郎)に記載した。

<「日本版」メディア・ドクター>

記事の評価の例は、分担研究報告書の、医師からの情報発信法に関する研究(小林一彦)に詳述したが、一つ一つの記事を読み、記事に提供されている方法について評価項目に沿って議論を行った。

同様の作業を行い、今年度は合計52の新聞記事について評価点数を付与した。詳細は分担研究報告書の、がん患者の情報開示に関する研究(松村有子)に記載した。

4) 患者の視点に立った情報発信の新規モデル構築

<フリーペーパーの有用性>

産科医療体制とがん医療体制に関して、フリーペーパーと新聞記事の比較を実施した。詳細は分担研究報告書「フリーペーパーの有用性の検討(濱木珠恵)」に記載した。

<患者家族の不安に答える医療者発の新規情報発信モデル>

卵巣がん患者において、医療情報発信のためのモデルを一連の研究として実施した。結果は分担研究報告書の産婦人科患者のリテラシー研究に記載した。

D. 考察

1) 患者や家族、国民の医療情報入手手段に関する調査

高齢がん患者のリテラシー研究(宮腰重三郎)、透析患者におけるリテラシー研究(小原まみ子)、へき地患者のリテラシー研究(久住英二)に記載した。

高齢がん患者では看護師からの説明に非常に高い安心感を得ていることが明らかになった。

透析患者の調査では、透析患者の半数以上が、他の患者に役立つなら積極的に情報発信を手伝っても良いと回答することに注目される。アメリカでは患者自身が経験したのは個人的な経験であるから、それにさらに適切なトレーニングを行うことで他の患者にその経験に基づいた適切なアドバイスを与える可能性を検討している。また、患者にとって信用することのできる情報提供を行う上で、医師や病院の役割が欠かせないことが明らかになった。

2) 医療報道内容の検証

結果分担研究報告書の、がん患者情報の統計学的研究(山口拓洋)に詳述した。がん関係の記事が主要新聞の大きなテーマであることが明らかとなった。主要各紙に掲載される全記事の1-1.5%ががんに関する記事であり、国民は新聞を通じて大量のがん情報を入手していることが伺えた。しかし、がんの新聞掲載頻度は、がんの種類によって異なり、罹患率が高いがん種の記事、乳がんなど話題になることが多いがんは頻度が高かった。がんに関する記事は、厚生労働省という言葉が7.1%と高率に含まれており、記者クラブに情報源を依存していると考えられる。がんに関するキーワードの掲載頻度は年代によって異なっており、政府による政策形成、裁判や事故などの事件と密接に関連していた。

また、心理学的認知モデルを用いて医療報道による認知形成過程の研究を行った。第三者にあたる報道が、被害者の責任を示唆する発言を行うときよりも、それを否定して被害者の正当性を証明したとき、被害者の正当性証明動機は満たされ、寛容性も高まる。被害者の寛容性正当性が正しく周囲に理解される状況をつくるのが重要だということが明らかになった。また、被害者は親密感に裏付けされた他者の判断を重要視することを示しており、正当性を証明する発信が合理的であることが重要だということが明らかになった。分担研究報告書の、がん医療に関する報道の標本調査研究(中

村利仁)に記載した。

3) メディアとの連携による健全な医療メディア育成モデルの構築

<副作用情報の共有>

ボルテゾミブの肺障害の発症頻度は、個人輸入の時期に比べ市販後臨床試験で減少している。肺障害による致命率も減少した。この原因として、ステロイドの併用普及、患者選択の適正化、短期間での医師患者の情報共有がなされたことが挙げられる。メディアも早い段階でこの問題をとりあげたため、迅速な情報共有が可能となった。

<「日本版」メディア・ドクター>

記事の評価の例は、分担研究報告書の、医師からの情報発信法に関する研究(小林一彦)に詳述した。

同様の作業を行い、合計52の新聞記事について評価を実施した。詳細は分担研究報告書の、がん患者の情報開示に関する研究(松村有子)に記載した。医師は他の職種に比べ評点が低かった。治療や予防方法に関する科学的評価は容易であったが、政策や現状認識に関する記事の評価は前者と比較して困難であった。

4) 患者の視点に立った情報発信の新規モデル構築

<フリーペーパーの有用性>

産科医療体制とがん医療体制に関して、フリーペーパーと新聞記事の比較を実施した。詳細は分担研究報告書 フリーペーパーの有用性の検討(濱木珠恵)に記載した。新聞記事では事件が発生した後に記事数が増えるが、フリーペーパーである「ロハス・メディカル」では、事件以前から問題点を認識し記事が紹介されていた。また、新聞記事では読者である市民患者は第三者として扱われている書き方が多いが、フリーペーパーでは読者である「私たち」が何を望むか喚起する問いかけが多く認められた。

<患者家族の不安に答える医療者発の新規情報発信モデル>

以上の研究から、新規情報モデルとして以下が提案できる。

① がん患者の疑問をもとに、それに応えるために医療提供者側である側から、どのように情報をつくり、患者にわかる形で発信する。患者の要望はそれぞれ多様であり、一律にすべての情報をすべての患者に提供することは不可能である。対面の信頼関係を構築し、そのなかで適時にコミュニケーションを親密に行うことの重要性が明らかになった。

② 「日本版」メディア・ドクター フィードバック モデル

新聞記事を医療提供者の立場から評価し、記者にフィードバックする。同様に医療の受け手の立場からの評価もあわせて実施する。

③メディア・チェーン

迅速な情報共有が必要な場合など、あらゆる手段で情報発信を行う。電子メール、ブログ等から、オンラインメディア・業界メディアにとりあげられ、それが活字メディア、新聞などに反映される。

E. 結論

医療に関するリテラシー向上のためには、多くの立場の関係者が、種々の伝達手段を用いながら、綿密なコミュニケーションをはかる必要がある。

それぞれの立場からの記事の評価を実施し、書き手にフィードバックすることが重要である。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1. Kishi Y, Nagamatsu S, Takita M, Kodama Y, Hori A, Hatanaka N, Hamaki T, Kusumi E, Kobayashi K, Matsumura T, Yuji K, Narimatsu H, Tanaka Y, Kami

M. Trends in cancer coverage in Japanese newspapers. J Clin Oncol.26:6017-6020, 2008

2. Narimatsu H, Hori A, Matsumura T, Kodama Y, Takita M, Kishi Y, Hamaki T, Yuji K, Tanaka Y, Komatsu T, Kami M. Cooperative relationship between pharmaceutical companies, academia, and media explains sharp decrease in frequency of pulmonary complications after bortezomib in Japan. J Clin Oncol.26:5820-5823, 2008.

2. 学会発表

第56回日本産科婦人科学会 北日本連合地方部会総会・学術講演会 平成20年9月13日、14日 弘前文化センター 高腹膜播種卵巢癌細胞株におけるHeregulin・関連受容体発現と抗HER-2抗体による増殖抑制の検討 福島県立医科大学 西山浩、大関健治、添田周、山田秀和、佐藤章

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

Ⅱ． 分担研究報告書

がん患者の社会経済学研究
～リテラシー向上と影響の予測～

研究分担者 郡司 篤晃 聖学院大学政治経済学部 教授
研究分担者 中村 利仁 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野 助教
研究協力者 木村 祐哉 同
研究協力者 高田奈緒美 東北大学大学院文学研究科心理学研究室

研究要旨

国民の media-literacy、ひいては medical-literacy の向上の適切な戦略と、それが主として患者の納得形成を通して社会やがん医療に対してどのような影響を与えるのかを検討した。本年は基礎資料の収集と連携研究分野の現状についての資料収集と一つのアンケート調査と二つの講演を行い、また寛容性について実験心理学研究（シナリオ研究）を行った。リテラシーの向上として国民の医療情報評価能力の向上が求められてきている。リテラシー向上の戦略とその影響を検討した。検討の結果、1. 実験心理学分野のシナリオ研究によって、寛容性形成に第三者による被害者責任の否定が影響することが示唆された。2. 医療訴訟原告経験者の講演から、裁判所による事実認定だけでなく、その過程に於ける医療従事者の態度、すなわちコンテキストの明確化が納得形成に強く影響することが示唆された。3. 医療紛争分野での納得形成には、当事者間の認知フレームの相互確認が重要であることが示唆された。

A. 研究目的

社会経済学 Socioeconomics は経済活動と社会が互いに与える影響、関係を研究する学問分野である。リテラシーの向上が社会にどのような影響を与えるのかも重要な研究テーマとして扱われてきている。これは同時に、メディア・リテラシー研究としては、社会科学研究的流れ Social Science Tradition に属する。近年、医療分野でのリテラシーの向上のためには、受容的な受け手から能動的な読み手へ、読み手からさらに積極的送り手へという解釈学的研究の流れ Interpretive Tradition の中で、情報の評価能力自体の向上が求められてきている。しかしながら、高度に専門分化した医療分野では、むしろ情報の置かれた文脈（コンテキスト）の中でその医療情報の信頼度を評価・獲得していく方が容易であるかも知れず、実際、しば

しばその内容に問題があっても、一般のマスコミによって伝播された情報が盲信される現象が観察される。この種の文脈に依存した情報評価が患者の納得形成にどのような影響を与えて行くのかを、具体例の中で検討する。

B. 研究方法

本年度は、資料収集と一つのアンケート調査と二つのインタビューと一つの実験心理学研究を行った。実験心理学研究については別稿で報告する。
<倫理面への配慮> 適応される状況にない。

C. 研究結果

指摘された主たる内容としては、1. 実験心理学分野のシナリオ研究によって、医療事故での認知フレームの形成過程の検討ができる可能

性のあること。(別稿) 2. 医療訴訟原告経験者の講演(佐々木孝子氏、平成21年2月22日)から、裁判所による事実認定だけでなく、その過程に於ける医療従事者の態度、すなわちコンテキストの明確化が納得形成に強く影響することが示唆された。なお、講演録はまだ作成が終了していない。3. 医療紛争分野での納得形成には、当事者間の認知フレームの相互確認と台車による関与が重要であることが示唆された。(添付資料1)なお、ペットロスに関して施行したアンケート調査については未だデータの取りまとめに至っていない。また、さらに一つの講演を企画していたが、予定日当日の悪天候によって航空ダイヤが大幅に到着遅延となって講師が遅刻となり、講演実施ができなかった。

なし

D. 考察

添付資料1にもあるように、事後的なコミュニケーションにおいてその維持と納得形成に第三者が大きく寄与する場合、そのコンテキストと、第三者の専門性と第三者性に特段の配慮が必要と考える。

E. 結論

患者と納得形成においては、コンテキスト情報の提供がなされると納得形成に寄与すると考える。なお、シナリオ研究については別稿を参照されたい。

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)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

(添付資料1)

平成20年6月18日 午後6時

北海道大学 臨床大講堂

講師 自治医科大学病院 医療安全対策部
部長 長谷川剛教授

今日はみなさんお忙しいところお集まりいただきありがとうございます。自治医科大学の長谷川と申します。中村先生から医療メディエーションの理論と実践というお題をいただいて、話をさせていただきます。最初に説明しなければいけないと思うんですけど、別に僕は法学部でもないし、こういう紛争研究の専門家でもなくて、単に自分が臨床医としていろいろと医療事故なり紛争なりに関わってきたことが背景にあってこういうことをやり始めたということが一つと、それからもう一つは、現在日本の医療の中でこういった紛争対応の問題でいろんな人がいろんなことを言ってるんですけど、それを多少引いたところから見ていきいたいなど。一番語られているのは早稲田大学の和田先生たちなんですけども、少し距離をおいて解説できる部分は確かにあるなと思ってるんですね。そういう観点と自分の経験からお話できればと思いますが、まあ半分くらいは頭の体操みたいなものですから気楽に聞いて下さい。

まず、なぜ関わるようになったかということなんですけども、実は僕自身が呼吸器外科医で肺がんの外科治療をやっているんですが、出張先です、事故にありがちな多重要因の一つなんですけど、内視鏡検査、気管支鏡の検査時に、気管支鏡で細胞を取るんですけど、その細胞診のときに複数の患者の検体が並んで、取り違えというエラーはよくある話なんですけど、そうではなくて看護師さんが間違っちゃったということが起こったんですね。そのために、癌でない患者に癌の手術をしてしまったことがありまして、これは私自身の過去の過ちなんです。しかも、その患者さんに非常に

重篤な合併症が起こって悲惨な結果に終わったという辛い体験があるんですね。そのときに、当時の病院長は今思えば非常に献身的な方で、きちんと説明して病院として責任をとらないといけなとおっしゃられました。当時はまだその患者さんの重篤な合併症を治療している途中でしたから、一生懸命説明して、しかも院長は医師会の損害賠償の保険の給付をしてお金のことも動かして物凄く早い対応をされたんですね。これは10年以上前の話なんで院長は非常に献身的な方だったんです。結果的に示談が成立して、患者さんはその後かなりの期間植物状態で生存されて5年くらいして亡くなられたと思います。ご家族とはお葬式も行かせていただいて、最後までお付き合いさせていただんですけど、当然ご家族からは物凄く怒られまして、奥様からは植物状態の途中で「こんな主人じゃない」みたいなことを言われたりしまして辛い思いをしたことがあるんですが、そのときにいろいろなことを考えたんですけど、一つは医療の中で起こった悪い結果について、例えば一生懸命誠意を持って対応して、結果的にお金は動かなくて、ここまでやってくれたからいいですとご家族が納得されて帰られるケースだったり、思わしくない結果に対して説明がなかったり不十分な態度に対して、家族が怒って裁判になって結果として3000万円の損害賠償になったりなどのケースがあるときに、お金だけみれば前者のケースは損している結果になっているんじゃないかなどと考えたり、それから、僕自身は医療事故の問題に対しては基本的に無過失保障制度みたいなものを作るべきだと思っていますが、医療者が一生懸命やることとご家族の気持ちの部分の結果として現制度の中でどう起こってくるのかという話が非常に未成立のままで、制度化されているのかなとすごく思っています。当時の院長先生はすごく献身的な方で、当時の栃木県の中で医療事故の有害事象の報告制度なんてこれっぽっちも出ないような時代から、きちんとそれをやらなくちゃいけないと医師会の中で言って結局医師会の中で干されてしまった

り、病院の中でも居づらくなって結局辞めなくちゃならなかったり、まあ、進みすぎていた人なんでしょうが、ちょっと10年前ではこういう話はぜんぜん様変わりするような状況であったんですが、自分個人としてはそのことが非常にきっかけになっています。決していい経験ではないんですけどね。

現在、コンフリクトマネジメントとか、メディエーションとかADRなどの言葉が、流行りではないですけどあちこちで言われるようになっていきます。ですから、少しそういう言葉について全くご存じない方は何かヒントのようなものを学んで帰っていただけるといいですし、ご存じの方は、そういう考えもあって議論できるんだなということの後で質疑でもしていただければと思います。

もう一つは、コンフリクトマネジメントというものは、例えば早稲田の和田先生は非常に広い概念でとっていて、当事者間交渉とか、第三者が間に入るメディエーションとか、あるいは自分自身の紛争の管理にも使える、紛争をいうものを非常に広い概念で捉えたときの処理するやり方みたいなものという認識があるようです。6月4日に和田先生がメディエーション協会というものを創られて、メディエーターであるアメリカのロースクールの(キャロル・リーマン)という先生が来られて講演したときのことで、これは彼女が言ったんですけどね、ちょっと質問をして手を上げてもらいたいと思います。よく我々医師が、「これはかなり可能性が高いですね」という言い方をするときの「かなり可能性が高い」というのは何パーセントを指すか、90%以上とか80%以上とかに決めて手を上げて下さいね。90%以上の方は・・・いないですか。80%以上の方は・・・これがほとんどの方ですね。70%以上の方は・・・まだいますね。60%以上の方は・・・50%以上の方は・・・いないですね。50%以下の方は・・・はいない。今度は「そのようになりそうです」「こうなりそうです」といった言い方の場合は何パーセントくらいを想定しますか。これも決めてみて下さい。90%以上・・・。英語で比較するとこっちの方が低いという意見が出るんですけどね、

日本語だとどうも違いますよね。80%以上・・・、70%以上・・・、60%以上・・・、50%以上・・・低い方にとる方もいらっしゃいますね。50%以下の方は・・・はいない。じゃあ「こうなる可能性があります」、術後盲腸になる可能性がありますとかですけど、これはどうですか。90%以上・・・、80%以上・・・、70%以上・・・、60%以上・・・、50%以上・・・、それ以下の人は・・・半分ほどいますね。はいありがとうございます。「そうなることもあります」では・・・これは70%以上から・・・、60%以上・・・、50%以上・・・、それ以下の方は・・・はいありがとうございます。「まずそういうことにはならない」では・・・これは何パーセント以下で聞いていきますか。10%以下・・・、いらっしゃいますね。40%以下の方は・・・はいない。先ほどお話しのように、早稲田の和田先生が中心になって医療メディエーター、言葉自体はまだ法律家の方々の議論がありますが、医療の紛争時において間に立ち得る人を人材育成しましょうというような協会が創られていて、そこでキャロル先生が今のような質問をされて、たかだか今ここでみなさんが手を上げるのを見ているだけでもこれだけ乖離があるということで、僕らのような外科医は患者さんに説明をするときに、それが僕の頭の中の%と、説明を受けた人の%が一致する可能性はなかなか難しいということは今見ただけでもわかると思うんですね。この協会の設立シンポジウムのようなものが3月にありまして、そのときのサマライズなんですけども、このようなときに医療メディエーションのようなものが何故必要かという、今言ったように受け取り方が相手によっていろいろ違ったり、医療によって発生する事象がケースバイケースであつたりする非常に個性が高いところで、一律なやり方ではうまくいかないときにメディエーションみたいな多様性をとれる方がいいだろうというのが大きい考え方の一つなんです。僕自身思うことなんですけど、同じ一つの言葉であっても立場や視点を変えると全然違った意味を持つということ。あなたは末期の胃癌ですと言ったときに受け取る意味合いというものは人

によって全然違うんですね。それから、僕の専門領域で言うと、臨床病期I a期の肺癌ですと説明するときは、普通根治的手術をした場合5年生存率は70～80%と言われてますから、5人手術を受けてそのときはみんな根治できてよかったねとなっても、5年後には1人は亡くなっているという数値なんですね。一方臨床病期III a期の肺癌になると20～30%になる。ということは、我々は同じように手術はするんですけども5人手術を受けて5年後に生きてる人は1人だけという数値なんですね。今言ったように予後を数値、%だけで言った場合にそれがどんなふうに伝わるかというのは人によっていろいろですよね。今の原則の補足なんですけども、僕ら医者はどうしても医学的事実、今言ったようなデータとか数値とか統計をずらずらと言って説明したとしてしまうんですが、患者さんが生活の中で感じている経験とか生活の中で獲得する事実は随分異なるということなんですね。EBMEBMといって、医学の世界の中の教授の権威だけで物事を決めるのをいっかげんやめろみたいなことでエビデンスに基づいた医療をしよう、すごくEBMが言われるようになって、それはイギリスやブリティッシュメディカルジャーナルの人たちが、要するにいろんな論文のデータをこんな形で検証すると議論がしやすいということを確認していったプロセスなんですけども、一生懸命それをやっていたらnarrative based medicineといういわゆる語りとか物語の中で立ち上がってくる人生のありようみたいなものがやっぱり医療の中で重要だよと言いだしているところがこういう問題の背景にあるということなんですね。

(絵を見せて)これ、今日学生さんに見せたら不評だったんですけど、ここだけをじっと見ていると他が回って見えるという絵なんですけど、どうですかみなさん。回って見えますか。今度はここだけみていると他が回って見えます。普通はそうやって見える騙し絵なんですけども、学生の5分の1くらいに全然回ってませんといわれちゃったんですけど、みなさんどうですか

ね。回ってないという人手を上げてもらっていいですか。(ほとんど上げていない様子で)みんな止まっているということですね。これだめですね、没にして下さい。本当はくるくる回って見える絵なんですけども。個別には止まっているんですけども。(次の絵を出して)これは、どうですかね。物が2重に見えるという騙し絵なんですけども、象と恐竜なんですけど、これは両方見えますよね、みなさん。うちの子供はこれを見て鼻、鼻って言ってましたけども。こうやってみると確かに鼻の穴なんですね。これは別に遊んでるんじゃないって、要するに同じものをみてもいろいろに見えるんだよということで、今日の主題の一つはこれなんです。

次は医療の裁判の話なんですけど、つい6月に医療事故の同じ領域の裁判の証人で呼ばれて、改めて裁判を実感として経験してきましたけども、10年から15年ほど前、僕が医者になったころなんかは医療行為や看護行為があまりうまくいかないことがあって、患者さんのご家族にクレームや不満が出てきたとき、僕の上の医者に「ほっとけ、相手にするな」とか、「余計な事を言うな」、「対応するな」、とよく言われました。そういうクレームは多くの場合家にこもって終わってしまったり、泣き寝入りって言葉は変ですけどそうされたり、あるいはちゃんと消化されて解決されたりといったことが多いんですけども、やっぱりどこにも行きようがないときには、ご家族・患者さんは弁護士さんのところに行くと、当時はカルテ開示なんてことはありませんでしたから、裁判での証拠保全ということで裁判所の人が病院にきていました。最近ではほとんどの病院でカルテ開示を行っていますからそういうことはないですが、昔は証拠保全ということでカルテをおさえられるといったことが平気であったんですね。ところが、今の時代というのはいろんな理由があって心の間のところできちんとやっていけるだろうというような方向に動いているわけです。裁判に行く手前とか裁判でないやり方で紛争を解決するというので、alternative dispute resolution、裁判外紛争

処理という言い方になってきているんですよ。いろいろな背景の因子がありますけども、10年前と比べて医療機関からの情報開示が明らかになったことが挙げられますね。たとえば機能評価機構などは認定基準として持っているんですね。また、考え方も昔は診療情報は診療所や医者のものであるという考え方でしたけれども、今はもう患者さん本人のものであるという通念がどんどん広がってきたということが背景にあります。通常、裁判の限界と問題点でよく言われるのですけれども、必ず裁判官と弁護士さんとで争点が決められて、その問題に限定して事実認定してどちらが正しいとやるわけですね。あとは、過失責任で賠償を決めていますから、責任自体が限定されている。あと、まあお金じゃないものも最近出てきていますが、基本的にはお金に限定される。あとは対人効力。これは僕もこの前証人になったときに本当に思い知りましたけれども、いろいろな事情があってこの前は患者さん側、要するに原告側の証人に立ったんですね。(被告は)同じ領域の外科の先生なので、当然学会などで顔は知っているわけだし、いろいろなルートで知り合いの先生だったので非常に辛い状況でした。裁判を引き受けるときに、僕は呼吸器外科の専門医だから、必ずしも原告側に有利なことは言えませんよと。つまり、患者さんの治療の内容として外科医としてはそこらへんはしょうがないでしょうということもいっぱいあるわけですよ、争点の中には。そういう問題については正直に言うということを認めてくれないと引き受けられませんよという条件で引き受けたんですけども、それでも、証人は弁護士の質問に答える形でやりますから、そうとう辛い思いをしなきゃいけないのと、同じ業界でなんで患者側で話をするんだよという矢があちこちから飛んでくる状況で大変でした。裁判というのはボクシングみたいなものですから、お互いが倒れるまで戦うというような、重箱の隅をつついてやりあうようなところがありますからそれも大変ですよ。もう一つは、医療裁判が増えていることで多くの

外科系、救急、小児科、産科のなり手が減ってくるという問題が出てきています。

では、裁判以外でどうやって解決するかとこころなんですけど、そこは限局性といったところを見ていくんですけどね。裁判になっちゃうとそれはもう国家権力で、あんた出てきて話しなさいよというふうになっちゃいますから、一番限局性が強いですね。それから、判断の根拠が法律ですから、まあ法の解釈についてはいろいろ議論がありますが、そういったところに訴訟はあります。一方で交渉とか、まあある種の示談もここに入りますが、こういったものはお互いに話し合おうぜって決めればそれでいいわけですね。それから、お互いが合意する、納得すればそれでいい。そこには他人がどう思うとかは関係ない。間に、多少の強制力がある仲裁とか、調停といった言い方があって、いま言われているメディエーションという言葉は調停という言葉の翻訳なんですね。定義としては、対立する二人以上の当事者がいる場合に、中立の第三者としてのメディエーターが当事者を援助、支援して話し合いの解決を促進して、自分たちの合意形成、葛藤の乗り越えと至らせるしくみであるというのが定義なんです。そうすると、たとえば病院の中で院内メディエーターなんて言葉が出てきているんですけど、あれは中立、第三者なのかという疑問が出てくるわけですよ。これはあちこちで議論になるところです。東京弁護士会からも、この協会が立ち上がったときにクレーム的なものが出てきましたし、医療とか医療安全をやっている人たちの中でもここは議論が出てます。たとえば、弁護士の児玉さんなんかこんな概念はあれへんやろとか言ってますし、阪大の中島さんなんか嫌いですよ。実際にじゃあアメリカはどうかというとジョンズ・ホプキンスなんかではinformal small meetingという形で、医療の結果が納得できないようなケースで病院の人たち、診療科の人たち、患者さんのご家族で小さいミーティングをやるという形でやっています。それからプレメディエーションという言葉もあります。ピッツバーグはインター

メディエーションという言葉が好きですね。あと、院内メディエーターについては、イギリスにこの前行ってきた人の話を聞くとインハウスメディエーターという言葉を使うそうなんです。だから、通常メディエーターとかメディエーションとか言うのと、それは組織の外の本当の第三者を想定してるんですけど、医療の場合なかなか内容が複雑なのと、それをコーディネーションするようなプロセスが必要になってくるので、院内にそういう役割の人を置いた方がうまく機能するだろうということも事実なんですよ。そういう動きがあちこちであるさなかなので、まだどうなっていくかわからないということなんです。あと、メディエーションというものの自体は、裁判とか法的決済だけではなかなか多くの国際的な紛争も含めて解決できない問題が多いので、社会の高度化、複雑化、科学技術の進歩とかグローバル化みたいな問題が背景にあって、従来の法のシステムが対応しきれない部分についてこういった動きがあるということも一つ言えると思います。まあ、高度化してくるとどんどん人間の関係が分断化され得るところがあるので、そこを補おうというのも一つの動きなんですよ。たとえば早稲田の和田先生たちが言っているメディエーションの中の一つの考えというのは、これおもしろいんですけど80年代くらいに和田先生はアメリカに留学してるんですよ。それから医療の問題でよく出てくる児玉弁護士も同じくらいに留学していて、二人ともいろいろ講演を聞いていると、この本の話が出てくるんですよ。(「Getting to Yes」) この話のポイントは要するにいくつかあって、揉めている、交渉しているときに誰々のせいということを外して人と事を分離しろとか、これはあとで具体例を出しますが、要求の裏にある利害を見よ、とか今出ている争点の代替案を出せとかです。つまり、そういうことを医療紛争の交渉時にも役立てられるだろうというのが彼らの発想なんですよ。あともう一つ医療自体の、これは我々医者からのぜひわかってほしい言い訳の部分ですけども、医療自体現在ものすごく進歩しています。それから専

門化が著しいです。僕も、自分の領域の手術はわかりますが、たとえば脳外科の手術の話などは正直わからないような状況ですね。あちこちに専門職がいて、お互いにわからない。また、医師の間でさいろいろな価値観があって、たとえば終末期医療とか新生児医療で、治療をどこで退くかというものから始まって、移植医療の適否などいろいろな価値観が出てきている。もう一つは科学性をしっかり追求しようという動きがあって、EBMなんかがそうですね、スペシャリスト志向の弊害として逆にジェネラリストを作らなければいけないという、こういうことに対する一つのカウンターとしてあるわけですよ。こういうことは医師会なんかも揉めてなかなか解決できない。非常にこういう専門化が進んでいく中でこういうものが必要だって言われているのだけれどもうまく機能していないというのが医療の実情です。それから、もう一つは、これはもうすでにイギリスに抜かれちゃいましたから、先進国の中で対GDP比は日本が一番低い領域にある。あと、現場でやっていて急性期医療において特に苦勞するのが、たとえば定員とかりハビリなどの福祉の含量が不十分なので、なかなか在宅などにもっていけない矛盾があると。そうするとお金の問題以外に紛争の契機になるものとして、次に行く行き先のところでもめることがあります。あとは効率性の圧力。こちらはやってきますからあまり言われたくないんですけど、やっぱりもっと効率を上げろということになると。たとえば日本的な発想でもったいないと思って節約すると使い回しとかね。使い回しって言われると辛いんですけど、キャップ変えてないだけですだからね、ああいった問題が出てくる。あと、患者さんからの要求はどんどん高まる一方ですね、個性が。特に、私になんでもっといい医療してくれないの、という要求がすごく強いです。それ以外にもこういった生殖医療、終末期医療、生命倫理のような問題が出てきてます。あとメディアの影響とかね。正規分布でこういうように医療の中身があるときに、メディアの方々が出してくるのは

ものすごく優秀な、常識を外れたゴッドハンド、神の手でしょ。もう一つは、非常に劣悪な人間性外れた悪いやつでしょ。だけどほとんどは真ん中の平均値から散らばったところで行われていて、そこの実態が全然伝わっていないということがありますね。そんなこんなで医者も時間ないし看護師さんも大変だし本当は全人的医療で対応しなければいけないのに、それができないような状況も、たぶんメディエーションみたいなものが求められている背景にあって、話し合いの場を設定するニーズが高まっているということだと思います。ただ、僕自身はあんまりメディエーションという言葉を新しく出来たっていうのはちょっと抵抗があるところで、良心的な医師や看護師はちゃんとそういう話し合いをすとか、あるいはわかった事務の方がいれば上手にそれを説明してくれるということはあったと思うんですよね。ただ、医療メディエーションと名づけてその活動を公的に評価すること自体は、医療の危機も叫ばれてる中では意味があることだと考えています。

もうひとつ、医療事故という言い方、有害事象、adverse eventとかね、あまりうまくいかない結果が起こったときに病院の医療側と患者さんのご家族の間との関係が悪くなることは、まあ僕ら医者への言い訳にもなりますが、患者さんやそのご家族が期待していたのではない結果になったときに求めているコミュニケーションの有りようみたいなものが、我々の理解が十分届いてないんだと思うんです。そのために、どうしても有害事象後のコミュニケーションの拒絶みたいな問題が起こってくるんです。これ、「after harm」というナンシー・ベルリンガーというアメリカの生命倫理学者が書いたものなんですけども、医療事故後のことを書いてるんです。この本の中では医療事故に関連した患者さんのご家族の話の本の解釈と、医療者側、加害者側のそういう本の解釈し、その上で生命倫理学者として考察しているんですけど、やっぱり有害事象後に患者さんのご家族が一番辛いのはコミュニケーションがなくなってしまうとを感じるん

です。看護師も医師も説明には行っていると思うんですが、そこで求められている質みたいなものが変わってきているんですね。まあ、関係性が変化してそれまでのコミュニケーションを継続することが困難になるという言い方が正しいと思うんですが、そうするとそれに対応した説明の仕方なり関係の続け方みたいなことを医療者側は持ってなくちゃいけなくて、逆に解釈は望ましくないと考えています。あと、メディエーション自体は、舛添厚生労働大臣も院内メディエーターをどうのこうのと言ってくれてますが、それ作ったら全部解決するんかいということ全然そんな甘い話ではないと思います。やっぱり病院とか医療機関が話し合っ解決しようという姿勢としてはあり得るだろうけども、それは逆に言うと患者さんのご家族や医者とかにとっても結構大変なことなんです。ただ、医療者にとっても患者家族にとってもしんどいんですけども、僕がこれをしっかりやった方がいいと思う最大の理由は、たとえば裁判になったり、事故に関わった先生とか看護師さんにきちんと起こったことを振り返ってもらって反省してもらったりして次のことを考えてもらうためには時間をかけてそういう話をしていかななくちゃいけないんですね。裁判とかある一定の戦いの場になっちゃうと、そういうところをすっ飛ばした話になっちゃうんです。メディエーションで当事者間に入って話をしていると少なくとも、要するに相手に対して要求的な部分もいろいろあるし、そういうお話も出ますが、自分のやった行為の至らなかった部分に対しての反省がやっぱり出てくるんです。そういう意味で双方とも成長できる可能性があるのと、もう一つはやっぱりご家族にとっては、たとえば自分の最愛の人を病院で亡くした、しかも何か不適切な医療行為で亡くしたということで非常に辛いわけですね。それを乗り越えていくことを支援できるきっかけになるというところがあるんです。それはすごく大事なことだと思います。ただそれは言っても、支援するのが大事と言いながら、実際に自分も何度かそういう場を作ってやって

みましたけど、なかなか難しいです。あともう一つは、特に日本人の場合非常に depend、依存してくるので、かえってこういう関わり合いを上手にやらないと、まあ看護師さんの方がこういうところは詳しいでしょうけど関わった相手を無力化することになることがあるんですよ。だから支えて相手を成長させるみたいな発想がないと難しいです。和田先生なんかはそれを（エンパワメント）という言葉で言うし、彼のバックボーンになっているのは看護系の人は読んだことがあるかもしれませんがメイ・ギャロルという哲学者なんですけども、「on caring」という本があって、そういったケアの思想的、哲学的なバックボーンでこういうことを言っているというところがあります。これは従来の法的解決とは少しニュアンスが違う部分ですね。あともう一つは医療事故だけかという話なんですけど、キャロル・リーブマンが来て講演してた内容なんかでも、実は生命倫理的な問題なんかでのニーズがすごくあるそうです。自治医大でも実は講演したことがあるんです。あとは組織の中での揉め事のときにこういったメディエーションとかネゴシエーションのスキルを持った人がいるというのは、企業は今一生懸命命を懸けているんですけど、組織内のコンフリクトの解決にも役に立つと。まあ、病院というところは考えてみればいろんな国家資格を持った医療職がいますから、薬剤部と看護部の仲が悪いとか、医者と看護部の対立とか、そういった組織間のコンフリクトをうまくもっていくのにも使えるスキルなんです。バイオエシックスメディエーションの話でいうと、僕は無名の領域なんで、いわゆる臨床のちゃんとした雑誌なんかのレビューでも、最近、人工呼吸器をどこで止めるか、無益な治療をどこでやめるかという、無益という概念で僕は言うんですけど、こういうレビューがつい最近出ている。その中で参考文献としてこういうものが出てくるんですね。それはつまり、アメリカのバイオエシックスの歴史も、例の植物状態で人工呼吸器を外す外さないのことは、アメリカでは1970年からずっといろんな裁判でこういう話を

やってるんですけど、結局ある法的な決着をつけようという波があって、その次にはあちこちで倫理委員会を作って、病院の組織の中でグループのディスカッションの中でそれを解決していこうという流れがあって、さらにこういった話し合い、対話みたいな場でやっていこうという流れが第三の波としてあるみたいなのが、このレビューなんです。そういうことをみると、通常の臨床的な雑誌でさえ、メディエーションという観点、ここではメディエーションでなくネゴシエーションという言葉を使っていますが、出てきているという状況です。あと、生命倫理の方の問題はですね、医療事故とか医療紛争の場合は病院と患者さんのご家族、逆に言えば対立関係が明確ですけども、生命倫理の場合は病院の中で断片化するところがあるんです。つまり、たとえばNICUの先生なんかはものすごく治療を頑張りますよね。僕みたいに大人の癌を扱っている医者は、ここまででこれ以上はQOLを尊重して治療を控えるということができると。あと、同じその中でたとえば看護師さんの一部はここでもうちょっとこうこうこういうことをしなくちゃいけない、医者側はそうは思わないという医療チームの中での断片化が起こっている特徴があって、メディエーターというのが、そういうのをつなぐ役割がバイオエシックスメディエーション、生命倫理メディエーションでは期待されているところがあるんです。もう一つは、生命倫理的問題が起こるときというのは予後とか予測がわからないわけなんです。予後とか予測が普通でさえもわからないのにさらにわからない状況だから、告知自体が難しく、医療チーム自体がそういうことを上手に説明できないという状況があります。ご家族の側もたとえば新生児の治療の問題とか終末期の話になると、普通の説明ではなかなか納得できない、かなり困難な人が増えてきたりするところがあります。実際日本ではどうかというと、最近医師会やあちこちからいろいろなガイドラインが出てますけれども、ちょっと印象に残った事件が岐阜であったんですよ。それは、ご本人がちゃ