

患への理解度と、PANNS の陰性症状・陽性症状・統合精神病理各尺度、および再発率、服薬量との相関も調べてみたい。また、家族の感情表出(EI)の程度とプログラムへの理解度にもふれたい。

2. 患者・家族の啓発以外に、地域の啓発の向上が急務である。地域の保健所、学校(学生、教師)、一般の方対象の公開セミナーにおいて、竹島らの使用したケースカード(Mignette)を用いて1)、講習会終了前後で統合失調症への理解がどの程度深まるかを調べたい。また、理解の深まらない点があるとするとういう背景があるのかを探りたい。普及啓発がどの程度進むのかの客観的な評価指標の作成が進むと、それをを用いての地域での普及啓発率がどう向上するのかも検証したい。

3. 分担研究者の所属機関(京都府立医科大学附属病院)においても平成21年度より、一般の方を対象とした「こころの健康セミナー」を大学附属予防医学センターと共催で企画し、その中で同様のアンケートを実施し、統合失調症の普及啓発の向上を目指す予定であり、次年度は3つの施設において、竹島らの調査を参考に、共通のアンケートを作成する。

E. 結論

統合失調症への理解の普及啓発の目的で、2箇所の病院において、統合失調症患者あるいは家族に対して、テキストを用いた構造化された心理教育を実施し、疾患に対する理解度をアンケート調査により評価した結果、患者・家族いずれにおいても疾患への理解度が向上する

ことが明らかとなった。現在、地域での健常者対象の精神科セミナーを開催し、統合失調症への理解が深まるように普及啓発の計画を作成中である。

【謝辞】

五条山病院、舞鶴医療センターにおいて心理教育に携わっていただいた皆様にこの場をお借りして深謝いたします。

【文献】

- 1) 竹島 正：平成18年度厚生労働科学研究「精神保健医療福祉の改革ヴィジョンの成果に関する研究」報告書、2007
- 2) 統合失調症の理解のために 医療法人 財団 北林厚生会五条山病院発行、2006
- 3) 「あせらず・のんびり・ゆっくりと -病気・くすり・くらし- 統合失調症を知る心理教育テキスト当事者版 -全家連版」、2003
- 4) 「じょうすな対処・今日から明日へ -病気・くすり・くらし- 統合失調症を知る心理教育テキスト家族版 -全家連版」、2004
- 5) 三野善央 他：「心理教育の医療経済学的研究」平成14年度厚生労働科学研究費補助金、医療技術評価総合事業報告書、2003

表 1

家族教室第 2 回 クール総括 アンケート集計

お忙しいところ、家族教室にご参加下さいまして有難うございました。
今後の運営の参考にさせていただきますので、これまでの3回の家族教室を通しての
アンケート調査へのご協力をお願い致します。

- (1) 統合失調症がどのような病気かご理解いただけましたか？
- ①よく理解できた
 - ②少し理解できた
 - ③どちらでもない
 - ④あまり理解できなかった
 - ⑤全く理解できなかった
- (2) 統合失調症の治療についてご理解いただけましたか？
- ①よく理解できた
 - ②少し理解できた
 - ③どちらでもない
 - ④あまり理解できなかった
 - ⑤全く理解できなかった
- (3) 統合失調症の再発予防や社会復帰活動についてご理解いただけましたか？
- ①よく理解できた
 - ②少し理解できた
 - ③どちらでもない
 - ④あまり理解できなかった
 - ⑤全く理解できなかった
- (4) クリニカルパスの説明(第2回家族教室スライド)についてご理解いただけましたか？
- ①よく理解できた
 - ②少し理解できた
 - ③どちらでもない
 - ④あまり理解できなかった
 - ⑤全く理解できなかった

(5) 社会復帰をされた患者様の紹介(第3回家族教室スライド)についてご理解いただけましたか?

- ①よく理解できた
- ②少し理解できた
- ③どちらでもない
- ④あまり理解できなかった
- ⑤全く理解できなかった

(6) スライドを使った説明はいかがでしたか?

- ①あったほうがよい
- ②どちらかといえばあったほうがよい
- ③どちらでもよい
- ④どちらかといえばないほうがよい
- ⑤ないほうがよい

(7) 施設見学にはご満足いただけましたか?

- ①非常に満足した
- ②満足した
- ③どちらでもない
- ④不満だった
- ⑤非常に不満だった

(8) 資料(「統合失調症の理解のために」)はいかがでしたか?

- ①非常に満足した
- ②満足した
- ③どちらでもない
- ④不満だった
- ⑤非常に不満だった

(9) 質疑応答での回答にはご満足いただけましたか?

- ①非常に満足した
- ②満足した
- ③どちらでもない
- ④不満だった
- ⑤非常に不満だった

(10) スタッフの対応はいかがでしたか？

- ①非常に親切だった
- ②親切だった
- ③どちらでもない
- ④不親切だった
- ⑤非常に不親切であった

(11) ご家族同士の意見交換はできましたか？

- ①充分できた
- ②できた
- ③どちらでもない
- ④できなかった
- ⑤全くできなかった

(12) 家族教室を通して、特によく理解できたことや満足されたこと、逆に、あまり理解できなかったことや不満だったことについて具体的にご記入ください。また、こんなところはこう変えたほうがよい、こんなことをしてほしいというご要望がございましたらご記入ください。

(特によく理解できたこと、満足したこと)

(あまりよく理解できなかったこと、不満だったこと)

(ご要望)

(13) その他、ご感想、ご意見、ご要望などありましたら、ご自由にご記入ください。

精神障害者が身体疾患治療時に直面する障壁に関する研究

研究協力者：池山 晴人(1)，厚坊 浩史(2)

- (1) 近畿中央胸部疾患センター 医療社会事業専門職、地域医療連携係長
(2) 南和歌山医療センター 臨床心理士・自律訓練法認定士、緩和ケアチーム・
栄養サポートチーム・禁煙指導チーム構成員

【研究要旨】

精神障害者も健常者と同じく、身体疾患に罹患する。しかしこれまで経験的に、精神障害者が身体合併症の治療のため、一般病院・診療所入院、受診する際の困難さ“敷居の高さ”を感じてきた。

精神障害者は精神疾患と障害が分離せず、混然一体となって『生活のしづらさ』をもたらしている特徴があり、加えて治安的色彩の強い日本の精神科医療の影響も受け、偏見・誤解・差別という「第2の病」をもちながら生活することとなる。

このような精神障害者の『生活のしづらさ』のなかで身体合併症に焦点をあて、

- ① 3医療機関の地域医療連携担当者に対して、精神疾患・精神障害を理由に、入院受け入れを断った件数を調査した。
- ② 訪問看護を利用して地域で生活する精神障害者が、身体合併症を治療する際の現状について、訪問看護ステーション管理者に対して調査をおこなった。

その結果、A病院では年間18件、B病院では42件の入院依頼を精神疾患・精神障害を理由に断っていた。断る理由については、精神症状が安定していないために、本人が一般病院での入院に適応できない、精神症状が安定していないために、他の入院患者への（マイナスの）影響がある、という病棟管理上のもの、検査・手術や抗がん剤治療など、治療方針の理解が困難である、認知能力・自己決定能力の不足を挙げるもの、気管切開や中心静脈栄養など、身体合併症の治療の結果、医学的管理が複雑化すると、退院が確保できなくなるというもの、などが挙げられた。

D訪問看護ステーション開設から2008年11月30日までの利用者は42名、うち、身体疾患を合併している精神障害者は22名、52.3%で、その年齢は30歳代から80歳代であった。①②の調査から、精神障害者が身体合併症の治療を受ける際の障壁があることがわかった。

国連原則では、すべての患者は自己の健康上の必要性に照らし、適切な保健医療及び社会的ケアを受ける権利を有し、他の疾患を持つものと同じ基準に則したケア及び治療を受ける

権利を有する、としている。「精神保健医療福祉の改革ビジョン」で厚生労働省は今後、精神科病院に入院している約7万人の精神障害者の地域生活への移行を目指しており、精神障害者の身体合併症治療におけるバリアをなくす取り組みが必要とされている。

A. 研究目的

1993年、障害者基本法が成立し、精神障害者が身体障害および知的障害と同様に障害者と位置づけられ、精神障害者保健・福祉がはじめて国の法施策の対象となり15年が経過する。また2005年に成立した障害者自立支援法では、身体、知的、精神という障害種別に関係なく、障害を持つ国民は、共通の仕組みによって共通のサービスを利用できるとされた。

精神保健および精神障害者福祉に関する法律、第5条によると「この法律で「精神障害者」とは、統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう。」と定義されている。

山根¹⁾は、精神障害の特性として第一に「疾患と障害の共存」をあげ、「統合失調症という疾患の結果、幻聴が聞こえたり、被害妄想がおき（機能障害 impairment）、幻聴や妄想のために電車通勤が困難になり（能力障害 disability）、会社から統合失調症を理由に退職を申し渡されることがある（社会的不利 handicap）。それぞれの障害は、疾患→機能障害→能力障害→社会的不利と、単純に時間的継起による因果関係で示すことはできない」としている。

また、精神障害者は日本の精神科医療の歴史に見られた、隔離・収容を軸とした治安的施策により偏見や差別の対象となったことも事実である。日本学術会議・精神医学研究連絡委員会報告書²⁾は、この偏見を「精神疾

患に重層する第2の病（second illness）」と表現し、精神医療・保健福祉における大きな課題と位置づけた。このように精神障害者は、疾患と障害、誤解と偏見という社会のバリアによって「生活のしづらさ」を背負い、生活しているといえよう。

精神障害者の「生活のしづらさ」については多数の報告があるが、島根県社会福祉協議会・しまね総合相談・生活支援センターは精神障害者からの相談内容を調査し、①偏見、②病気とのつきあい、③意思表示・意志決定、④食生活、⑤嗜好品、⑥居住環境、⑦お金と仕事、の7項目に分類している³⁾。

この②病気とのつきあい、では「精神疾患とのつきあい」に並んで、合併する身体疾患を診てもらえる病院・医院がない、診察を断られた、という「生活のしづらさ」が当事者側からあげられている。

精神障害者に生じた身体合併症の治療に関連した偏見については、医療者側でも認識されている。1993年度の厚生科学研究で、黒木らが精神科単科病院に対して行った調査では、精神科病院に入院する精神障害者が、身体疾患を併発した場合に「転院先に困る」と回答した施設は64%と多く、転院に苦慮した例のうち「精神症状のために一般病床への入院が困難、拒否される」が62%をしめ、精神障害者の身体合併症医療の特殊性から一般病床で合併症の治療に対応するのは困難である、と結論づけている。

地域で生活する精神障害者の身体合併症の状況についてはほとんど明らかにされていない。2007年度の厚生労働科学研究に

において大島ら⁴⁾は、ACT (Assertive Community Treatment, 包括型地域生活支援プログラム)を利用して地域で生活する精神障害者の身体疾患を調査した。全対象者102名のうち、何らかの身体疾患を有する者は34名(33.3%)で、疾患の内訳は内分泌・代謝障害、循環器疾患、消化器疾患、筋・骨格系疾患、悪性新生物であった。

また、Sokalらは、重度の精神障害者を有する群は、精神障害を持たない群と比較して身体疾患、特に慢性疾患の有病率が高い⁵⁾、と報告している。

このように精神障害者は、精神科病院での入院生活、あるいは居宅生活を問わず身体疾患を合併していることが多く、身体疾患の治療に際して困難を感じていることがわかる。

わが国では、東京都「精神科身体合併症事業」のようにシステムを構築している自治体もあるが、精神障害者の身体合併症治療システムは均てん化されていない。

そこで本研究では、①身体合併症の治療依頼を受ける一般病院において、精神障害者の受け入れについての現状、②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状、を把握し、その問題点を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

対象と方法

①一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状

対 象：精神神経科の標榜がなく、精神神経科医が勤務しない一般病院 A、B、C の地域医療連携部門担当者
調査期間：2009年1月1日から2009年1月31日の1ヶ月間

調査方法：各病院において、2008年1月1日から2008年12月31日

までの1年間に、他の医療機関から受けた入院依頼のうち、精神疾患・精神障害を理由として入院受け入れを断った件数を、各病院の地域医療連携担当者に電子メールにて調査依頼した。また回答は電子メールで回収した。

②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状

対 象：D訪問看護ステーション・管理者
調査期間：2008年11月1日から2008年11月30日までの1ヶ月間
調査方法：主に精神障害者の訪問看護を行うことを目的に設立されたA訪問看護ステーション管理者に、身体疾患を合併している訪問看護利用者と一般病院における診療受け入れの現状について電子メールにて調査依頼した。また、回答は電子メールで回収した。

倫理的配慮：①のアンケート調査にあたって、協力可能な病院で、病院や患者個人が特定できないように配慮した。②について、事業所名や管理者、利用者個人が特定できないように配慮した。

C. 結果

①一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状
(A病院)

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に、A病院に入院依頼があった患者のうち、精神疾患の病名、病歴があったことが理由で、入院受け入れができなかった事例は18件であった。(1年間の総依頼件数は不詳)

(B病院)

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に、B病院に入院依頼があった患者(総依頼件数:544件)のうち、精神疾患の病名、病歴があったことが理由で、入院受け入れができなかった事例は42件であった。

紹介をうける時に把握していた精神疾患として、統合失調症、アルコール依存症・薬物依存症、気分障害が大半を占めており、統合失調症:26件、アルコール依存症・薬物依存症:14件、気分障害:10件(以上、重複回答あり)であった。

また、B病院の調査対象者が、受け入れないことを決定・判断した理由について、4名の入院判定医師に確認したところ以下の回答が得られた。

- ・ 精神症状が安定しておらず、本人が一般病院での入院に適応できない、と考えられる
- ・ 精神症状が安定しておらず、他の入院患者への(マイナスの)影響がある、と考えられる
- ・ 検査、手術や抗がん剤治療など、治療方針の理解が困難である、と考えられる
- ・ 身体疾患の治療、投薬などが原因で精神症状が悪化したとき、精神科医がおらず対応できない、と考えられる
- ・ 気管切開や中心静脈栄養など、身体合併症の治療の結果、医学的管理が複雑化すると、紹介元の精神科病院で再入院できなくなる、と考えられる
- ・ 自傷他害のおそれがある、と考えられる
- ・ 病棟看護師が、精神障害をもつ患者にかかりっきりになってしまう、と考えられる
- ・ 病棟看護師から入院させたことに苦情が出る、と考えられる
- ・ 他の医師から入院させたことに苦情が出る、と考えられる

・ 統合失調症はよくわからないから

(C病院)

2008年1月1日から同12月31日までの1年間に、C病院に入院依頼があった患者のうち、精神疾患の病名、病歴があったことが理由で、入院受け入れができなかった事例は、理由の分類ができず「不明」との回答。

自由記載として、「C病院に入院したものの、精神症状が強まったため精神科病院に転院した症例が10件あったこと、その10例の状態として、アルコール依存症、パニック障害、自殺企図、統合失調症、不穏があげられていた。

②訪問看護を利用する在宅精神障害者の身体合併症の現状

1) 概要

D訪問看護ステーションは、精神障害やアルコール問題のある人が安心して暮らせる街づくりを目的として開設された独立型訪問看護ステーションである。スタッフは6名(看護師4名、精神保健福祉士2名)、2008年11月30日時点の利用者数は31名である。

利用者の家族形態は、独居22名、家族と同居は9名であり、そのうち子育て中である利用者は6名で、うち5名がひとり親世帯の世帯主となっている。訪問看護導入の依頼元は、精神科診療所や精神科病院、保健センター、居宅介護支援事業所など多岐にわたっている。

2) 利用者状況

D訪問看護ステーション開設から2008年11月30日までの利用者は42名、うち、身体疾患を合併している精神障害者は22名で、その年齢は30歳代から80歳代であった。

3) 身体疾患を合併する精神障害者が一般病院に受診した際の事例

以下、事例Iから事例VIが自由記載で回答

された。

【事例Ⅰ】アルコール依存症、糖尿病、慢性腎炎、認知障害。

血糖値高値で入院。高アンモニア血症も確認されたが、奇行があったとのことで、在宅ケア体制が整わないうちに退院指示となる。他に受け入れ可能な一般病院が見つからず、グループホームを手配するが、経過から入所を拒否された。

【事例Ⅱ】アルコール依存症、肺気腫。

階段から落ちて救急車要請する、転落・外傷とともにアルコール依存症も併せて伝え、救急隊が搬送先を探したが、受け入れ先確保できず。

救急隊から、自治体が運営する「こころの救急相談窓口」に家族が電話をするように言われ、電話したところ精神科病院を紹介され入院した。入院先で死亡。

【事例Ⅲ】統合失調症、膝関節症。脳梗塞の既往。

起きあがれない状態と連絡あり、脳梗塞疑いにて一般病院へ入院。翌日、担当医より「叫んだりしませんでしたね」といわれた。在宅ケア体制が整わないうちに退院するように言われた。

【事例Ⅳ】統合失調症、肺炎。

急性肺炎を起こし、救急車要請する。本人が医療観察指定を受けていることを伝えた。受け入れ先見つからず。

【事例Ⅴ】認知症、アルコール依存症。

転倒し救急にて一般病院へ搬送。レントゲンをとったあと、医師はカルテを見て過去にアルコール依存症治療歴があると知り、救急隊を呼び戻し「申し送りが悪い」と本人を連れて帰るように要求、救急隊は本人を自宅へ帰した。

【事例Ⅵ】アルコール依存症、ウェルニッケ脳症後遺症。

体重 30Kg を切る、るい瘦状態で一般病院へ救急搬送され、処置中に医師から

「ここにはこんな患者は入院できない」と告げられた。

D. 考察

一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状では、B 病院において、1 年間の紹介総数の 7.7% の患者が、精神疾患・精神障害を理由に入院受け入れをされていなかった。

ただ、理由の具体的項目を検討すると、客観的な裏付けがないものがあり、一般病院スタッフの精神疾患、精神障害についての情報不足と偏見・誤解が、身体合併症をもつ精神障害者の受け入れ拒否につながっているのだとすれば、早急に対策を講ずる必要がある。

厚生労働省は 2008 年の診療報酬改定で、精神病床に入院している精神障害者の身体合併症に対応した取り組みに対し、加算を算定できる評価をおこなった（精神科身体合併症管理加算）。また、精神科救急医療において、身体疾患を併せ持つ患者について、救命救急センターを有し、身体合併症に対応できる精神科入院についても評価をおこなっている（精神科救急・合併症入院料）。

これら診療報酬上の評価、自治体を中心とした医療機関連携システムの構築とあわせて、身体合併症を担当する、一般病院・診療所の医療スタッフへの教育、啓発活動が重要であると考ええる。

訪問看護を利用する精神障害者の調査では、一般病院・診療所への入院、受診の困難さ、特に救急搬送先が見つからない現実が、事例から浮かび上がった。また、精神障害者が一般病院へ入院・受診しても、医療スタッフの偏見・誤解が原因と思われる不利な処遇や対応に困惑する姿が報告された。

2004 年、厚生労働省が示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、入院医療の機能分化、地域ケア体制の整備、「受け入

れ体制が整えば退院可能な7万2千人」の早期退院・社会復帰の実現などが改革の柱であるとしており、地域で生活する精神障害者は今後ますます増加すると考えられる。それに比例し身体合併症をもちながら地域で生活する精神障害者も増加することが予想され、精神科病院・病床内の身体合併症管理だけではなく、地域の精神障害者への身体合併症管理の施策、システムづくりも必須と考えられる。

E. 結論

一般病院における精神障害者の入院受け入れについての現状は、A病院では年間依頼件数のうち18件、B病院では42件の精神障害者を理由に入院受け入れを断っていた。C病院では入院を断った件数は得られなかったが、C病院での入院が、精神疾患を理由に継続できなくなり精神科病院へ転医することとなった件数が10件であった。

B病院で入院判定を行う医師から、精神障害者の入院受け入れを断る詳細な理由を聴取した。理由の具体的項目を検討すると、客観的な裏付けがないものも含まれることがわかった。

D訪問看護ステーションをこれまでに利用した42名の精神障害者のうち、22名(52.3%)に身体合併症があり、身体合併症の増悪や受傷により救急搬送が必要となっても、搬送先が確保できない事例があった。

【謝辞】

本研究にあたり、アンケート調査に協力、回答いただいたA病院、B病院、C病院の地域医療連携担当者、B病院の医師、そしてD訪問看護ステーションの管理者に感謝します。

【文献】

- 1) 山根 寛：精神疾患、障害構造モデルについて、京都大学医療技術短期大学部誌要、1996；16；p13-19
- 2) 日本学術会議 精神医学研究連絡委員会：こころのバリアフリーを目指してー精神疾患・精神障害の正しい知識の普及のために、2005
- 3) 島根県社会福祉協議会・しまね総合相談・生活支援センター：生活支援員だより「特集・精神障害者の生活のしづらさ」2005；5
- 4) 大島巖、小川雅代：ACT 利用者における身体疾患の状況 厚生労働科学研究・重度精神障害者に対する包括的地域支援プログラムの開発に関する研究、2007
- 5) Sokal J, Messias E, Dickerson FB, et al : Comorbidity of medical illness who are receiving community psychiatric services. The Journal of Nervous and Mental Disease 2004；192 (6)：421-427

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特記すべきことなし

日本版メディア・ドクターの試み

研究協力者：石川 隆（東京大学保健センター）

【研究要旨】

本研究は、2004 年にスタートした東京大学医療政策人材養成講座の参加者の協力で日本版メディア・ドクターの可能性について検討したものである。メディア・ドクターとは、医療記事の診断や医療ジャーナリズムの評価、格づけを行う仕組みのことで、その対象は主に新聞記事などである。EBM（エビデンス・ベースド・メディスン、根拠にもとづく医療）の観点にもとづいて調査研究を行い、記事の良し悪しを点数で評価する。基本的には外形的な評価によっており、実際にその記事が良い記事かどうか、世の中を良い方向に動かすかは抜きにした尺度によって判定を下す。メディア・ドクターは、最初にオーストラリアで実施され、その後カナダや米国でスタートしている。

日本版メディア・ドクターは、報道関係者に対して医学的、科学的、倫理的な妥当性を確保した、より正確な医療報道を行うように働きかけ、医療関係者に対してはきちんとした報道記事が書けるだけの情報を出してほしいということをメッセージとして送ることで、双方がともに医療報道を評価することをめざしている。

まず諸外国で先行している Media Doctor の方法を具体的な日本での医療報道記事を題材に検討し議論することにより、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象とするかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いを明らかにし、協力して医療報道を検証していくことを目的として定期的な研究会の開催を行った。

現在、海外で行われているメディア・ドクターは 10 個の評価項目で評価を行っている。その項目とは、「治療の新規性、治療アクセス、代替性、あおり・病気づくり、エビデンスの質、治療効果の定量化、治療の弊害、治療コスト、情報源の独立性、プレスリリース依存」である。

まずこれらの評価項目を参考に日本の記事を解析した。原則的にまずカテゴリーで記事を分類後（「医療技術記事」「病院・医療の責任を問う記事」「医療制度・政策についての記事」など）、カテゴリーごとで評価軸を変更し、これらの検証をおこなうことにより以下の点を明らかにしようとした。

- ① 評価対象をどうするか？
- ② 評価方法をどうするか？（評価軸）
- ③ 評価者をどうするか？

④ 目的をどうするか？

日本版メディア・ドクターで評価する対象となる医療報道には、さまざまな切り口や性質があり、内容も健康・予防、疾病・治療、研究・開発、医療制度・保険制度などさまざまだった。

さらに、報道にはそれぞれ異なる目的があり、第一報の速報性を持った記事、詳細を伝える続報記事、検証記事、暮らし面や生活面の特集記事など、目的によってさまざまな種類の記事がある。それらに同一の評価指標を当てはめ、一律に評価することは適当ではないと考えられた。したがって、そういった報道ごとの特殊性を踏まえた評価指標をつくり、分野ごと、目的ごとなどにわけて適切な評価ができるようにすることが今後必要なことが明らかになった。

また対象とする記事で評価軸は異なることが明らかになってきた。

科学的な評価と感覚的な評価の基準の違いや絶対的な基準と相対的な基準の違いについても考慮しつつ、客観的な評価を行うためには評価軸そのものについての十分な理解と認識が必要となると考えられた。

またこれまで諸外国のメディア・ドクターを検証した限りではカナダのメディア・ドクターが我が国のメディアを評価する上では最も参考になる可能性が高いことが判明してきた。

本研究では、これまでの研究会の流れなどを掲載したHPも掲載した。

A. 研究目的

2004年にスタートした東京大学医療政策人材養成講座は、「医療を動かす」を活動の指針に5年間に5期生約250人が参加してきた。英語では、「Healthcare and Social Policy Leadership Program」と表記しており、HSPを略称としている。HSPでは「医療にかかわる者（提供者、従事者）」、「ジャーナリスト」、「政策提言者」、「患者関係者」——4つの立場の人たちでコミュニケーションを深めて力を合わせ、ひとりや、ひとつの立場の力だけでは達成できないことに、ともに、これまで取り組んでいこうとしてきた。

この過程で医療者とジャーナリストが共に取り組んだプロジェクトの一つとして「日本版メディア・ドクター実証実験」

がある。メディア・ドクターとは、医療記事の診断や医療ジャーナリズムの評価、格づけを行う仕組みのことで、その対象は新聞記事、テレビ番組などである。EBM（エビデンス・ベースト・メディシン、根拠にもとづく医療）の観点にもとづいて調査研究を行い、記事の良し悪しを点数で評価する。基本的には外形的な評価によっており、実際にその記事が良い記事かどうか、世の中を良い方向に動かすかは抜きにした尺度によって判定を下す。メディア・ドクターは、最初にオーストラリアで実施され、その後カナダや米国でスタートしている。

HSPがメディア・ドクターの実証実験を考えた理由としては、以前から医療事故などの報道に関して報道される側からのクレームがあり、日常的な医療報道

の中には明らかな誤報や、単視眼的視点、読者に誤解を与える内容などが目につくからである。日本版メディア・ドクターは、報道関係者に対して医学的、科学的、倫理的な妥当性を確保した、より正確な医療報道を行うように働きかけ、医療関係者に対してはきちんとした報道記事が書けるだけの情報を出してほしいということメッセージとして送ることで、双方がともに医療報道を評価することをめざしている。

まず諸外国で先行している Media Doctor の方法を具体的な日本での医療報道記事を題材に検討し議論することにより、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象とするかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いを明らかにし、協力して医療報道を検証していくことを目的として定期的な研究会の開催を行った。

日本版メディア・ドクターが実施されれば医療報道活動が活性化し、信頼できる医療報道が増え、最終的には適切な治療法や医療機関を選べる環境整備へとつながる可能性があると思われる。

本研究の目的は定期的な研究会を開催することにより、諸外国で用いられている方法を検証し日本の実情にあった「日本版メディア・ドクター」を確立していくことである。

B. 研究方法

2007年2月開催されたHSP第3期メディスン&メディアフォーラム講演会「医療を良くするために：医療者と報道者ができること」で、定期的に日本版メディア・ドクターを開催することが決定された。

現在、海外で行われているメディア・

ドクターは10個の評価項目で評価を行っている。その項目とは、「治療の新規性、治療アクセス、代替性、あおり・病気づくり、エビデンスの質、治療効果の定量化、治療の弊害、治療コスト、情報源の独立性、プレスリリース依存」である。

米国のメディア・ドクターでは、発行部数上位50の新聞、主要テレビ局3局、記事配信サービス(AP)、3種類の週刊誌(タイム、ニュースウィーク、USニューズ・ワールド・リポート)の報道から、治療、手技、検査に関する報道、ヒトに使われる介入について議論している報道、治療、手技、検査を直接的、あるいは間接的に批評している報道などをピックアップし、評価対象としている。

まずこれらの評価項目を参考に日本の記事を解析した。

原則的にまずカテゴリーで記事を分類後(「医療技術記事」「病院・医療の責任を問う記事」「医療制度・政策についての記事」など)、カテゴリーごとで評価軸を変更し、

これらの検証をおこなうことにより以下の点を明らかにしようとした。

- ①評価対象をどうするか?
- ②評価方法をどうするか?(評価軸)
- ③評価者をどうするか?
- ④目的をどうするか?

C. 研究結果

2007年には全5回、2008年にも全5回の研究会と企画会議が開催され、2008年12月に幹事会を行い医療者6名およびメディア7名(HSP1期生3名、2期生3名、3期生7名)のメンバーで今後の定期的な研究会を行っていくことが確認された(約2か月に1回の開催)。

- ①評価対象をどうするか?

これまで取り上げた記事の分類は以下のようなものである

- 科学技術系の記事
 - リタリン、iPS 細胞、インフルエンザなど
- 医療政策系の記事
 - 診療報酬、医療事故調、混合診療など
- 医療事故系の記事
 - 女子医大病院事件、全盲患者置き去り、
- その他
 - 埼玉医大救急、薬害肝炎和解、香織被告の精神鑑定、後期高齢者の記事など

日本版メディア・ドクターで評価する対象となる医療報道には、さまざまな切り口や性質があり、内容も健康・予防、疾病・治療、研究・開発、医療制度・保険制度などさまざまだった。ところが、既存のメディア・ドクターで用いられている評価指標は、疾病・治療をメインの対象に設定されていて、場合によっては予防・健康まで評価できるかもしれないが、研究・開発や医療制度・保険制度の評価には適さないことが判明してきた。

②評価方法をどうするか？（評価軸）

たとえば、「医療技術記事」→①治療の新規性②治療アクセス③代替性④あおりなし⑤エビデンスの質⑥治療効果の定量化⑦治療の弊害⑧治療コスト⑨情報源の独立性⑩プレスリリース依存なし

「病院などの責任問う記事」→①事実認識の正確性②制度への言及③責任追及のターゲットが妥当④事情の個別性の描写⑤医療への過大な期待⑥事件への複眼的評価⑦事件の背景言及⑧問題追及の継続性⑨官庁発表への依存度⑩人権への配慮

③評価者をどうするか？

医療者とジャーナリストが中心となるべきであるが、今後市民・患者などの他のステークホルダーの参加も考慮すべきとの意見があったり、実際に厚生労働省所属の政策立案者の参加もあって、議論を深めるには多くのステークホルダーの参加を積極的に行うことも討議された。原則医師が Media を評価 (Media としては自分たちを評価することになるので立場上困難) するのが基本との意見が多く、毎回の議論にその時のトピックにあった専門家のコメントがあれば両者の理解が増えることが明らかとなった。またディスカッションを通じてあらためて気づいたのは、医学情報の検証をする際には、その分野の専門家の意見を聞いて参考にするのはとても重要だということがわかり、定期的な研究会ではそれぞれの話題にあった専門家を招くように試みようということになった。

④目的をどうするか？

一般的に、メディア・ドクターは良い報道を奨励し、悪い報道を改善、あるいは減少させるのが目的のひとつとされているが、2008年12月の幹事会でメディア・ドクター研究会の目的として「医療者、ジャーナリスト、政策立案者、患者および市民の連携により、医療・保健のメディア情報の評価を通じて、より適切な情報提供のあり方を考える」とした。

D. 考察

メディア・ドクターの対象を考慮する際、報道にはそれぞれ異なる目的があり、第一報の速報性を持った記事、詳細を伝える続報記事、検証記事、暮らし面や生活面の特集記事など、目的によってさま

さまざまな種類の記事がある。それらに同一の評価指標を当てはめ、一律に評価することは適当ではないと考えられた。したがって、そういった報道ごとの特殊性を踏まえた評価指標をつくり、分野ごと、目的ごとなどにわけて適切な評価ができるようにすることが今後必要なことが明らかになった。

メディア・ドクターで使われてきた評価軸に関して、これまで対象とする記事で評価軸は異なることが明らかになってきた。科学的な評価と感覚的な評価の基準の違いや絶対的な基準と相対的な基準の違いについても考慮しつつ、客観的な評価を行うためには評価軸そのものについての十分な理解と認識が必要となると考えられた。

またこれまで諸外国のメディア・ドクターを検証した限りではカナダの

メディア・ドクターが我が国のメディアを評価する上では最も参考になる可能性が高いことが判明してきた。

評価者は医療者とジャーナリストが中心となるべきであるが、医学情報の検証をする際には、その分野の専門家の意見が極めて重要だということがわかった。

また海外のメディア・ドクターのように継続するためには、運営体制を決める必要があり、定期的に評価できるには人数や専門分野の領域をカバーするためある程度の層の厚さが必要と考えられた。また今後ホームページでの活動の発表など社会へ成果を還元する方法を構築すべきだと考えられる。

E. 結論

今回の日本版メディア・ドクターの研究会の活動を通して、医療報道の評価における、評価の尺度、評価の手法、何を対象と

するかということについて報道関係者と医療関係者の間に認識の違い、考え方の違いがあることが明らかになった。また同時に双方の意見を出して同じ記事を素材にデスクッションすることにより力を合わせて医療報道を検証していくことが双方にとって有意義であることがわかった。

日本版メディア・ドクターが実施されれば医療報道活動が活性化し、信頼できる医療報道が増え、最終的には適切な治療法や医療機関を選べる環境整備へとつながる可能性があると考えられる。

また本研究の流れを開示するために、HPを作成した。

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
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

なし

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

【書籍】

- *保坂 隆（編集）精神科リスクマネジメント。中外医学社，東京，2007
- *保坂 隆：虚血性心疾患。上島国利・久保木富房（監修）抗不安薬・睡眠薬・抗うつ薬・気分安定薬の使い方。アルタ出版。232-235，2007
- *保坂 隆：身体化障害，疼痛性障害・心気症。今日の治療指針 2007。705，医学書院，東京，2007
- *保坂 隆：地域における連携・本橋 豊（編集）：自殺対策Q&A。152-154，ぎょうせい，東京，2007
- *保坂 隆：SSRIと患者へのサイコエデュケーション。小山司（編集）SSRIのすべて。280-283，先端医学社，東京，2007
- *保坂 隆：保険薬局とコミュニケーション。真野俊樹（編集）保険薬局経営読本。93-117，薬事日報社，東京，2007
- *保坂 隆：「頭がいい人」は脳のコリを上手にほぐす。中公新書ラクレ，東京，2007
- *保坂 隆：あの人「心の病」になったとき読む本。PHP 研究所，東京，2008
- *保坂 隆：平常心。中公新書ラクレ，東京，2008
- *保坂 隆：おもしろいほどよくわかる心理学。日本文芸社，東京，2008
- *保坂 隆，寺田佐代子：がんの心の悩み処方箋。三省堂，東京，2008

- *野口 海，松島英介：緩和医療におけるリスクマネジメント，精神科リスクマネジメント（保坂 隆編著）。中外医学社，東京，pp.185-190，2007。
- *松島英介，野口 海，松下年子，小林末果，松田彩子：わが国の医療現場における「尊厳死」の現状—告知の問題—，終末期医療と生命倫理（飯田巨之，甲 斐克則編），太陽出版，東京，pp.94-118，2008。
- *野口 海，松島英介：精神療法 講義録腫瘍学（高橋和久編），メジカル ビュー社，東京，pp.76-77，2009。

- *土田英人，福居顯二，「神経細胞，シナプス，受容体の構造と機能」，統合失調症の治療—臨床と基礎—（佐藤光源，丹羽真一，井上新平 編） 243-249 朝倉書店（東京），2008。
- *正木大貴，福居顯二，「更年期における主要な疾患・症状とそれに対する対応。 2. 不安。更年期医療ガイドブック。（日本更年期医学会編） 113-116 金原出版（東京），2008
- *西澤 晋，福居顯二，「更年期における主要な疾患・症状とそれに対する対応。 2. 不眠。更年期医療ガイドブック（日本更年期医学会編） 116-119 金原出版（東京），2008

【論文】

- *保坂 隆：自殺最前線。医学のあゆみ 221: 205-206,2007
- *保坂 隆：自殺企図者の背景—自殺企図者 1,000 例の検討。医学のあゆみ 221: 207-210,2007
- *保坂 隆：過剰適応はストレスの第一歩！こころのマネジメント 10(1): 101-105, 2007
- *保坂 隆：いじめ自殺と子どものうつ。健康な子ども 416: 32-33, 2007
- *保坂 隆：がん患者への告知と精神症状とは？医事新報 Junior 461: 31-34, 2007
- *保坂 隆：告知を受けた患者の家族にはどのように対応すればよいか？医事新報 Junior 462: 31-34, 2007
- *保坂 隆：企業における社会不安障害。現代のエスプリ 480: 104-112, 2007
- *保坂 隆：部下・後輩との関係性は大きなストレス！こころのマネジメント 10(2): 102-105, 2007
- *保坂 隆：自殺対策基本法。精神科 10: 437-440, 2007
- *保坂 隆：慢性疲労症候群。精神科治療学 22: 749-753, 2007
- *保坂 隆：困った患者は大きなストレス。こころのマネジメント 10(3): 81-87, 2007
- *保坂 隆：せん妄が医療経済に与える影響。精神科治療学 22: 981-984, 2007
- *保坂 隆：医療とメディアのいま—ある新聞記事の評価から。医学のあゆみ 222: 903-906, 2007
- *保坂 隆：適応障害・うつ。緩和医療学 9: 414-416, 2007
- * Kono Y, & Hosaka T: Effects of Occupational Mental Health Program on Sick Leave Duration, Restoration and Contract Termination Rates. Asian Pacific Journal of Disease Management Vol.2(1): 77-81, 2007
- *保坂 隆：転移・逆転移を知らないと大きなストレスに。こころのマネジメント 10(4): 84-89, 2007
- *保坂 隆：実地医家のための精神障害の診断法。精神科 11(4): 302-305, 2007
- *Kishi Y, Kato M, Okuyama T, Hosaka T, Mikami K, Meller W, Thurber S, Kathol R: Delirium: patient characteristics that predict a missed diagnosis at psychiatric consultation. Gen Hosp Psychiatry. 2007 Sep-Oct; 29(5):442-5.
- *保坂 隆：エンド・オブ・ライフ・ケアは大きなストレスに。こころのマネジメント 10(5): 81-84, 2007
- *関 健, 保坂 隆：新医師精神科臨床研修のアウトカム評価。精神神経学雑誌 109(11): 1050-1051, 2007
- *保坂 隆：緩和医療における精神症状への対策。緩和医療学 10: 1-2, 2008
- *保坂 隆：グループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。緩和医療学 10: 56-61, 2008
- *Kishi Y, Meller WH, Kato M, Thurber S, Swigart SE, Okuyama T, Mikami K, Kathol RG, Hosaka T, Aoki T: A comparison of psychiatric consultation liaison services between hospitals in the United States and Japan. Psychosomatics.

2007 Nov-Dec; 48(6): 517-22.

- * Hosaka, T.: Invitation to Psycho-oncology: Psychological perspectives of cancer patients. J Psychosom Obstet & Gynecol vol 28: (supplement), 58, 2007
- * Hosaka, T. & Matsubayashi, H.: Effect of group intervention for infertile women on natural-killer cell activity and pregnancy rate. J Psychosom Obstet & Gynecol vol 28: (supplement), 79, 2007
- * 保坂 隆: 患者の暴力。こころのマネジメント 10(6): 70-75, 2007
- * 保坂 隆: 緩和医療における精神症状への対策。緩和医療学 10: 1-2, 2008
- * 保坂 隆: グループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。緩和医療学 10: 56-61, 2008
- * 保坂 隆: 精神医学とメディア。総合病院精神医学 20: 72-74, 2008
- * 保坂 隆: 適応障害。コンセンサス癌治療, 8-9, 2008
- * 保坂 隆: 医療技術の進歩を活かす医療の在り方とは? 医療経済研究 162: 26-27, 2008
- * Okuyama T, Nakane Y, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments-comparison with Japanese lay public. Psychooncology. 2007 Sep;16(9):834-42.
- * Okuyama T, Akechi T, Shima Y, Sugahara Y, Okamura H, Hosaka T., Furukawa TA, Uchitomi Y. : Factors Correlated with Fatigue in Terminally Ill Cancer Patients: A Longitudinal Study. J Pain Symptom Manage. 2008 May;35(5):515-523.
- * Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T. : Cancer patients' reluctance to disclose their emotional distress to their physicians: a study of Japanese patients with lung cancer. Psychooncology. 2008 May;17(5):460-5.
- * Endo C, Akechi T, Okuyama T, Seto T, Kato M, Seki N, Eguchi K, Hosaka T., Furukawa TA: Patient-perceived barriers to the psychological care of Japanese patients with lung cancer. Jpn J Clin Oncol. 2008 Oct;38(10):653-60.
- * 保坂 隆: 書評「青少年のための自殺予防マニュアル」・医学のあゆみ 225(4), 336-337, 2008
- * 保坂 隆: がん患者のためのグループ療法のファシリテーター養成講座の実際と意義。総合病院精神医学 20: 156-163, 2008
- * 中村千珠, 河瀬雅紀, 保坂 隆: がん診療連携拠点病院における心理社会的サポート。総合病院精神医学 20: 129-138, 2008
- * 保坂 隆: がん患者の心理の理解とうつ・適応障害のアセスメント。消化器肝胆膵ケア 13: 14-19, 2008
- * 保坂 隆: 医師のストレス。医学のあゆみ 227(2): 87-88, 2008

- * Masashi Kato, Yasuhiro Kishi, Toru Okuyama, Paula T. Trzepacz, Takashi Hosaka: Japanese Version of the Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS-R98-J): Reliability and Validity (in press)
- * 保坂 隆: 精神障害の見分け方。治療 91: 21-25, 2009
- * Okuyama T, Endo C, Seto T, Kato M, Seki N, Akechi T, Furukawa TA, Eguchi K, Hosaka T: Cancer patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with under-recognition of depression by physicians: a preliminary study. Palliative and Supportive Care (in press)
- * 保坂 隆: 希死念慮を持つ患者にどのように対応すればよいか? 医事新報 Junior 479: 39-42, 2009
- * 保坂 隆: 疼痛性障害。ドクターサロン 53(2): 26-30, 2009
- * 保坂 隆: がん診療における患者—医療者のコミュニケーションとは? 医事新報 Junior 480: 43-47, 2009

- * 松下年子, 野口 海, 小林末果, 松田彩子, 松島英介: 医師のがん告知におけるコミュニケーション。緩和医療学 9(1): 47-53, 2007.
- * 松田彩子, 松島英介: 放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛。精神科 10(1): 80-84, 2007.
- * 野口 海, 松島英介: 緩和医療におけるリスクマネジメント。精神科リスクマネジメント (保坂 隆編著)。中外医学社, 東京, pp.185-190, 2007.
- * 松島英介: 終末期のがん告知はどのようにすればよいか? JUNIOR 6(No.463): 37-41, 2007.
- * 松下年子, 松島英介: 婦人科癌から回復した患者の心理とQOL。総合病院精神医学 19(2): 180-187, 2007.
- * 藤枝政継, 松島英介, 上木雅人, 石丸昌彦: ホスピスに従事する看護師の悲嘆とその関連要因—バーンアウトとソーシャル・サポートに着目して—。緩和医療学 9(4): 59-67, 2007.
- * 石川和穂, 松島英介: 終末期がん患者と家族介護者による患者のQOL評価の一致の重要性—家族は患者のQOLをどのくらい正確に評価できるのか—。精神科 11(1): 68-72, 2007.
- * 小林末果, 松島英介: 子宮頸がん経験者のQOLについて。精神科 11(3): 245-248, 2007.
- * 小林真理子, 松島英介: 母親のがんと子どもの情緒的・行動的問題との関連要因。精神科 11(5): 395-398, 2007.
- * 松下年子, 野口 海, 小林末果, 松田彩子, 松島英介: 中・小規模の一般病院におけるがん告知の実態調査。総合病院精神医学 19(1): 61-71, 2007.
- * Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T: Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing