

人（男性 58 人）が回答した。年齢は 20～89 歳（平均 51.8 歳）、職業ありが 62 人（54%、会社員 51 人、公務員 5 人、自営業 4 人など）であった。受障年齢は平均 3.0 歳、医療機関で使用する主なコミュニケーション手段としては、手話 60 人（52%）と筆談 44 人（38%）が多かった。

人工内耳友の会懇談会では、聴覚障害者 62 人（男性 28 人）が回答した。年齢は 20～82 歳（平均 62.9 歳）、職業ありが 22 人（36%、会社員 15 人、自営業 4 人など）であった。受障年齢は平均 32.3 歳、医療機関で使用する主なコミュニケーション手段としては、補聴器・人工内耳が 53 人（86%）と大半を占めた。

以下、全国ろうあ者大会の聴覚障害者を「ろう者」、人工内耳友の会懇談会の聴覚障害者を「人工内耳装用者」と表記する。

「過去 1 年間で健診・人間ドックを受けた割合（図 1）」は 77%・76%であり、ろう者・人工内耳装用者（%は前者・後者の順）で差を認めなかった。仕事の有無別でも、「仕事あり」が 82%・86%、「仕事なし」が 70%・74%と同様の結果であった。

「最近 10 年間で健診・人間ドックを受けた頻度（図 2）」も、ほぼ毎年 57%・65%、2～3 年に 1 度 19%・15%、気になる時に受けている 12%・7%、1 度も受けていない 13%・13%と同様の結果であった。「メタボリックシンドロームがよくわかる・だいたいわかる」と回答したのは共に 77%であった。

「健診受診で困ること（図 3、複数回答）」は、両者ともに、「呼ばれてもわからない」、「指示や説明がわからない」、「タイミングがわからない」、「結果の見方がわからない」の順であった。

「健診時に希望する情報保障の手段（図 4）」は、ろう者では手話（82%）と文字（45%）が多かったのに対して人工内耳装用者では文字（79%）と音声（48%）が多かった。

「医療機関での情報保障（図 5）」は、ろ

う者では「手話通訳者や要訳筆記者を医療機関側が用意する」44%が最も多く、「手話通訳者や要訳筆記者を聴覚障害者自身が手配する」33%、「第三者を介せず医師と聴覚障害者とが手話や筆談で直接やりとりする」23%の順であった。人工内耳装用者では「手話通訳者や要訳筆記者を医療機関側が用意する」44%と「第三者を介せず医師と聴覚障害者とが手話や筆談で直接やりとりする」42%がほぼ同数で、「手話通訳者や要訳筆記者を聴覚障害者自身が手配する」は 14%であった。全国ろうあ者大会の際に健聴者（手話通訳・家族・友人など）106 人による回答では、「手話通訳者や要訳筆記者を医療機関側が用意する」が 73%と最も多く、「手話通訳者や要訳筆記者を聴覚障害者自身が手配する」17%や「第三者を介せず医師と聴覚障害者とが手話や筆談で直接やりとりする」10%を大きく引き離していた。

D. 考察

表 2 に聴覚障害の分類を示す。明確な定義はないものの、日本語を習得する以前に失聴した「ろう者」、日本語を習得した後に失聴した「中途失聴者」および聞こえにくいが残存能力のある「難聴者」に分類されることが多い。「聴覚障害」と一口に言っても、不自由を感じる場面は様々であり、希望する対応も多種多様である。

過去 1 年間で健診・人間ドックを受けた割合は、ろう者・人工内耳装用者共に 75%以上であり、仕事の有無別でも、「仕事あり」が 80%以上、「仕事なし」が 70%以上という結果であった。平成 19 年国民生活基礎調査では、過去 1 年間の健診・人間ドック受診率は 62%、「仕事あり」69%、「仕事なし」は 49%であった。今回調査対象とした聴覚障害者においては、全国大会に参加した者が対象のためか受診率は高かった。

健診受診で困っていることはろう者と人工内耳装用者で同様の結果であった。2002 年 6 月に東京都聴覚障害者連盟および東京

都中途失聴・難聴者協会の会員を対象に実施した健康診断受診に関する不便さ調査の結果でも、「検査の順番が来たときに名前を呼ばれてもわからない」、「医師や技師の指示や説明がわからない」、「指示されたことをやるタイミングがわからない」などの回答が上位を占めていた。

聴覚障害の種類により、医療機関において希望する情報保障の手段が異なるのは当然であり、手話、筆談、口話だけでなく音声による情報保障を希望する者も少なくない。

今回、人工内耳装用者では手話通訳者や要約筆記者などの第三者を介さずに医療者との直接やりとりすることを希望している者が少なくないことが明らかになった。手話通訳者や要約筆記者を病院側が手配するのがよいと回答した割合は、ろう者と人工内耳装用者が共に 44%であったのに対し、手話通訳・家族・友人などは 73%と高率であり、当事者と周囲の者とは差が認められた。

E. 参考文献

- ・高橋英孝、中館俊夫：聴覚障害者を対象とした健康診断の受診に関する不便さ調査。日本公衛誌 2003；50：908－918.

F. 研究発表

1. 論文発表

- ・高橋英孝：健康管理への合理的配慮。みみ 2009；125：26－29.

2. 学会発表など

- ・高橋英孝：「特定健診・特定保健指導」の実施をめぐって。第 57 回全国ろうあ者大会聴覚障害者問題に関わる研究分科会「医療・健康」（2009 年 6 月 6 日つくば市）
- ・高橋英孝：医療機関における難聴者のコミュニケーション。人工内耳友の会第 23 回懇談会記念講演（2009 年 6 月 13 日所沢市）

- ・高橋英孝：聴覚障害者の健診受診状況。第 68 回日本公衆衛生学会総会（2009 年 10 月 22 日奈良市）

- ・高橋英孝：基調講演「医療機関における聴覚障害者のコミュニケーション」。聴覚障がい者のための医療シンポジウム（2010 年 2 月 11 日渋谷区）

G. 知的所有権の取得など

特になし

表1 回答者のプロフィール

主催		全日本ろうあ連盟		人工内耳友の会	
回答数		115		62	
うち、男性		58	(50%)	28	(45%)
年齢（平均、標準偏差）		51.8	11.5	62.9	12.0
仕事あり		62	(54%)	22	(36%)
障害者手帳	あり	111	(97%)	58	(94%)
	1級	32	(28%)	0	(0%)
	2級	74	(64%)	50	(81%)
	3級以下	5	(4%)	8	(13%)
受障年齢（平均、標準偏差）		3.0	5.2	32.3	18.7
病院における、主たるコミュニケーション手段	手話	60	(52%)	0	(0%)
	補聴器・人口内耳	6	(5%)	53	(86%)
	筆談	44	(38%)	7	(11%)
	口話	3	(3%)	1	(2%)

図1 過去1年間の健診や人間ドックの受診状況

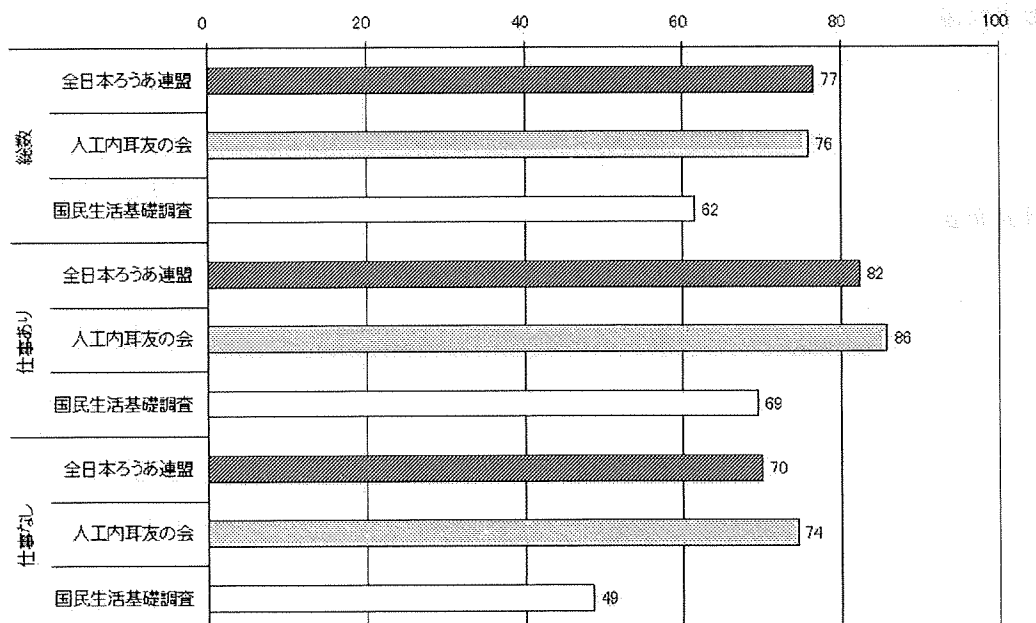


図2 過去10年間の健診や人間ドックの受診状況

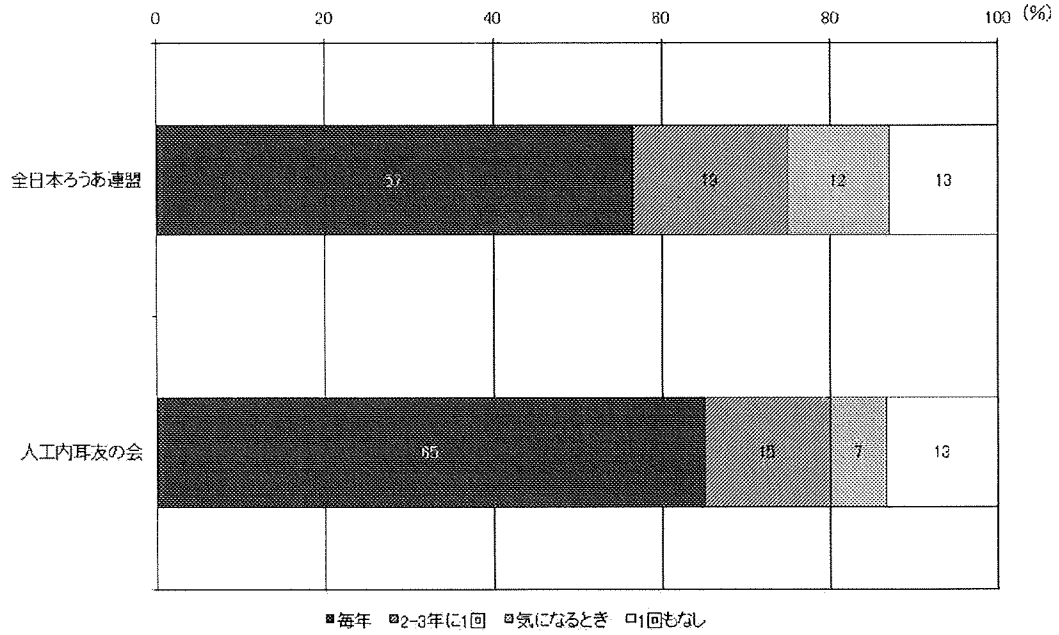


図3 健診受診で困ること

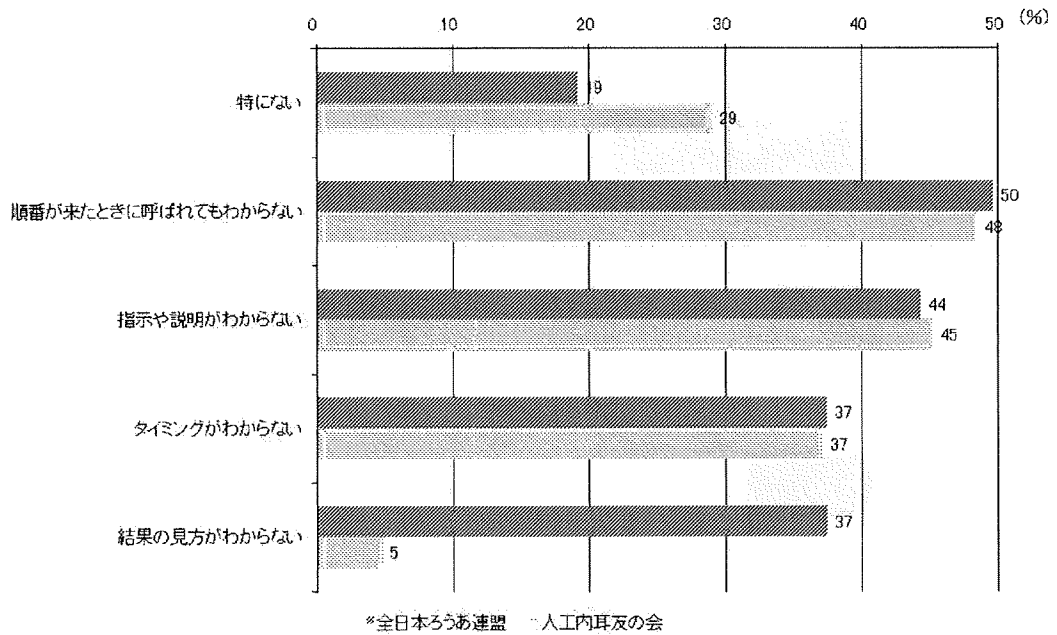


図4 希望する情報保障

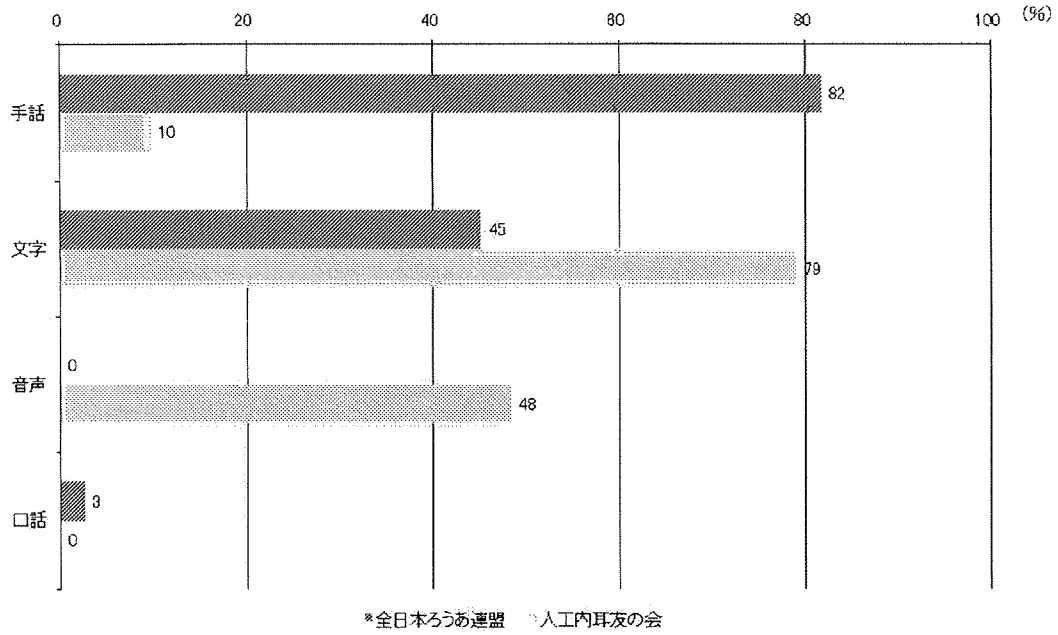


図5 医療機関での情報保障

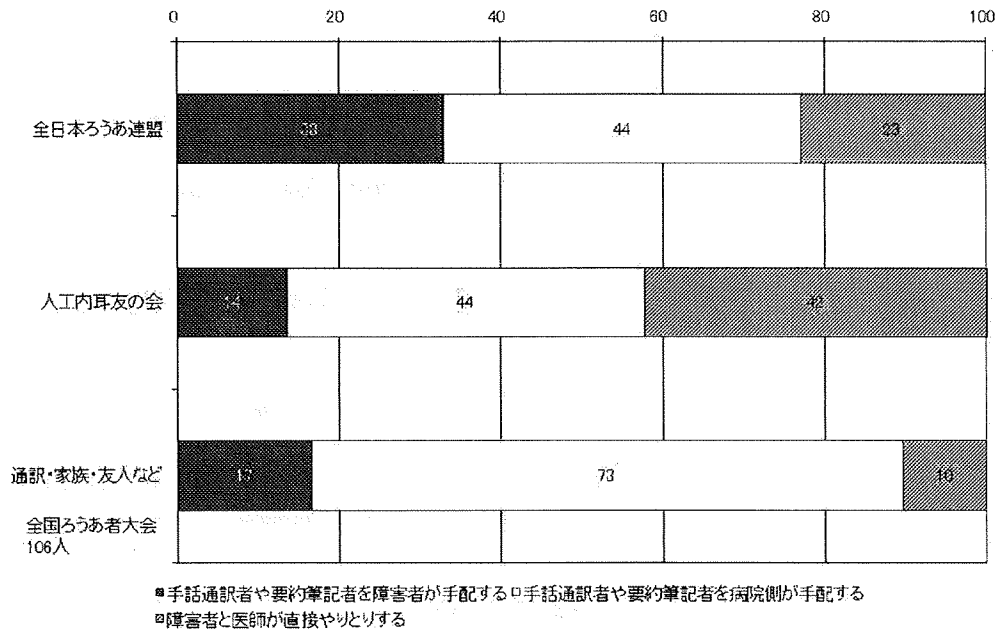


表 2 聴覚障害の分類

● ろう者

- 日本語を習得する以前に聴覚障害が出現した者
- 第一言語は日本語ではなく手話の者が少なくない
- 日本語があまりよく理解できず、漢字にもふりがなを振る必要がある(例:NHK手話ニュースの字幕など)

● 中途失聴者

- 日本語を習得した後に聴力を失った者
- 第一言語は日本語で、話すことが可能な者も多い

● 難聴者

- 聞こえにくいが残存能力のある者
- 補聴器の効果には個人差が大きい

厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
国民および医療関係者との副作用情報にかかるリスクコミュニケーション方策に関する調査研究:副作用の効果的な情報伝達手法の検討

研究協力者報告書

FDA リスクコミュニケーション諮問委員会にて検討された患者・消費者に対する医薬品のリスクコミュニケーションに関する近年の知見のレビュー

研究協力者:中山健夫(京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野 教授)

研究協力者:中岡祥子(京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻健康情報学分野 博士課程)

研究要旨: FDA Risk Communication Advisory Committee において報告された患者・消費者に対する医薬品の情報提供に関する近年の研究のレビューを行った。米国における医療用医薬品の患者向け直接広告へ数値化した効果と副作用情報を記載したランダム化比較試験からは、数値化することにより患者の適正使用が推進されることが示唆された。英国における患者向け情報提供文書の量的・質的研究のシステマティックレビューからは、患者の意見・評価を取り入れることの必要性が指摘された。これらの知見は、今後の日本におけるリスクコミュニケーションを検討する一助になると考えられる。

A. 研究目的

近年の医薬品安全に関する社会的関心の高まりを受け、患者・消費者に対する医薬品のリスク・ベネフィットバランスの取れた適切なコミュニケーションが求められている。患者への医薬品情報提供文書に関する25件の無作為化比較試験(RCT)のシステマティックレビューでは、書面による情報提供は患者の知識を向上させ有害な作用はないことが報告されている¹⁾。しかし、過剰なリスク情報の提供は患者の不安を喚起し治療の障害になることも懸念される。

米国では、医薬品の安全対策の一環として、リスクコミュニケーションに関するFDAの諮問委員会(FDA Risk Communication Advisory Committee)が設置され、2008年

から定期的に会議が開催されている。同委員会の役割は患者・消費者とのコミュニケーションについてFDAに助言し、FDAの政策及び調査を評価することであり、委員としてリスクコミュニケーションや市販後安全対策の専門家だけではなく、患者・消費者代表が参加している。同委員会で検討される内容はFDAの組織改革、患者向け直接広告の在り方、調査・研究結果に基づいた政策への提言など多岐に渡っている。

そこで、諮問委員会にて検討された患者・消費者への医薬品情報の提供に関する近年の研究をレビューし、日本におけるリスクコミュニケーションの在り方を検討する一助とする。

B. 研究方法

FDA のホームページ*から当該委員会の議事資料を閲覧し、報告された内容から次の基準に合致する対象研究を選定した。①患者又は消費者とのリスクコミュニケーション方策を目的とした研究、②単なる意見や研究計画ではない、③医学雑誌に掲載済、④原著論文が入手可能。対象は同委員会の全会議(2008年～2009年の間に計7回開催)とした。選定された原著論文をレビューし目的、方法、結果及び考察をまとめた。

C. 研究結果

次の2種の研究が選択された。

1. Schwartz LM et al. Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials. *Ann Intern Med.* 2009; 21;150(8):516-27.

2. Raynor DK et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess.* 2007;11(5):iii, 1-160.

1. Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials. DTC 広告を用いた情報提供の2種のランダム化比較試験(RCT)²

【背景】DTC 広告は消費者が情報に基づく意思決定を行うために必要な基本的情報、すなわち薬剤の効果や副作用の程度に関する情報を提供できていない。

【目的】消費者向けの薬剤情報欄 (drug facts box) (薬剤の有効性と副作用の割合を数値化した表) の記載が患者・消費者の

知識や判断に影響するかを調査。

【方法】2種のRCT

実施期間 2006年10月-2007年4月

1) 症状緩和薬試験

胸焼けの治療のためのヒスタミン2 (H2) 受容体拮抗薬およびプロトンポンプ阻害薬 (PPI) の DTC 広告を使用

2) 予防薬試験

心血管事象の予防のためのスタチンとクロピドグレルの DTC 広告を使用

対象は Random-Digit Dialing 法で特定され、郵送質問紙調査に応じた 35～70 歳の米国人。両試験にて、対照群には実際の広告 (表紙と概要を含む) を 2 種類配付 (例 1)。薬剤情報欄群には同じ広告であるが、概要の代わりに薬剤情報欄が記載された広告を配付 (例 2)。測定項目は次のとおり。1) 症状緩和薬試験: H2 受容体拮抗薬よりも PPI を選択するか、2) 予防薬試験: スタチンとクロピドグレルの有効性と安全に関する正しい認識。

【結果】症状緩和薬試験では 231 名 (薬剤情報欄群 122 名、対照群 109 名) (回収率 49%)、予防薬試験では 219 名 (薬剤情報欄群 111 名、対照群 108 名) (46%) が参加。

1) 症状緩和薬試験

薬剤情報欄群の 70%、対照群の 8% が H2 受容体拮抗薬よりも PPI の方が有効と正しく回答し ($P < 0.001$)、さらにそれぞれ 80%、38% が 2 剤の副作用は類似という正しい認識を示した ($P < 0.001$)。症状がありどちらの医薬品も無料で入手できる場合にどうするかという質問に対して、PPI を選択すると回答した者は、薬剤情報欄群の 68%、対照群の 31% ($P < 0.001$) であった。

2) 予防薬試験

薬剤情報欄群の72%、対照群の9%がスタチンの有効性（絶対リスク減少）を正しく判断した（ $P < 0.001$ ）。どちらの医薬品も無料で入手できる場合について、「どちらも服用したくない」との割合が薬剤情報欄群では32%、対照群では19%と薬剤情報欄群の方が高かった（ $P = 0.028$ ）。

【結論】薬剤情報欄は医療用医薬品の有効性と安全性に関する米国消費者の知識を向上させた。薬剤情報欄により、現存する症状の緩和のための2つの薬剤の中から正しい薬剤が選択され、また予防薬に対する有効性が過大評価されにくくなった。

2. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. 患者向け医薬品情報提供文書の役割と効果に関する量的・質的研究のシステマティックレビュー³

【背景】英国で患者に提供される法定の医薬品情報は製薬企業が製品に同封する添付文書（Patient information leaflets: PILs）であり、全ての服用患者が手にする。更に患者は医療提供者から個々に様々な形態・内容の情報を受け取る。

【目的】次の2点を明らかにする。

- 1) 患者及び医療者の考える患者向け医薬品情報文書の役割と価値
- 2) 薬物治療に関する知識や理解に対する医薬品情報文書の効果

【方法】質的研究及び量的研究のシステマティックレビュー。文献データベースにより、2004年までの、具体的な医薬品での患者

向け情報文書の1)役割と価値についての質的研究、及び2)効果についてのRCTを検索し、2名の独立した査読者が題名と要旨から選択。更に情報デザインの専門家によるレビュー及び患者・患者家族を含む利害関係者ワークショップを実施し、その席で得られた質的結果と統合。

【結果】50,000件の文献から413件が査読され、そこから70件の調査を含む64文献を対象とした（43件のRCTを含む36文献、価値と役割に関する28文献）。多くの研究は介入とその方法論の質は低かった。情報デザインの専門家によるレビューにより、患者向け医薬品情報作成時の留意事項一覧が作成された。調査結果を利害関係者ワークショップで検討することで患者の視点から研究結果をより確実なものとした。主な知見は次のとおり。

- 1) 多くの患者は自身が受け取った医薬品情報を重要と考えていなかった。
- 2) リスク情報の記載方法は患者の副作用の知識に影響し、患者は言語的表現よりも数値化した方が副作用の確率や健康への危険度をより正確に推測できた。
- 3) 医薬品情報の読みやすさが患者によって重要な点であった。複雑な専門用語やレイアウトへの意見が多く挙げられた。
- 4) 医療専門家は、患者向け情報は短くて単純であるべきと考えていた。専門家は常に積極的に文書を提供するとは限らず、特に副作用情報の提供には積極的でない事例もあった。

【結論】質的・量的研究のレビューを組み合わせ、情報デザインの専門家によるレビュー及び利害関係者ワークショップを行ったことにより当初の予測よりより良い

知見が得られた。現在提供されている情報提供文書と患者の価値と使いやすさとの間にはギャップがあった。

【臨床への提言】

- 1) 情報の作成段階から患者が参加し、ニーズを反映すること。
- 2) 情報デザイン研究で得られた知見を用いて情報提供文書の質を高めること。
- 3) リスク情報は言語的記述よりも数値化して示すこと。
- 4) 情報提供文書は口頭説明の代用とならないことを意識し、患者に情報提供文書を使うことを勧め、それに関する質問に積極的に対応すること。

D. 考察

1. DTC 広告を用いた情報提供の 2 種の RCT

DTC とは製薬企業が医療用医薬品の情報を患者や消費者に直接提供することであり、商品名を明示した広告は米国及びニュージーランドのみで認められている。DTC 広告の目的は消費者の知識向上や疾患の早期発見であるが、特定の医薬品の有効性や安全性が高いと誤認させ、消費者の混乱や医師・患者関係の悪化を招くとの批判や、FDA 指針により定められている副作用情報の掲載が症状の羅列に留まり臨床的に重要な問題が区別されていないとの指摘もある⁴⁻⁷。

同研究に対して、薬剤情報欄は情報を簡略化しすぎており消費者の誤認を招く、軽度の症状に対する医薬品の過剰使用を招くとの意見もある⁸⁻⁹。そのような限界はあるが、この研究は医薬品の利益とリスクを数値化して示すことで消費者の反応を評価する他に例のない比較研究であり、この手法は DTC 広告に限らず示唆に富むと考える。

2. 患者向け医薬品情報提供文書の役割と効果に関する量的・質的研究のシステマティックレビュー

本研究は英国国立保健研究機構 (National Institute for Health Research: NIHR) の一部門である HTA (Health Technology Assessment) 計画の一環として実施された。英国ではこれらの研究に基づき、消費者による医薬品情報の確認や PILs の記載状況の調査などが実施されており、英国の処方箋が最も多い医療用医薬品 50 種類の PIL における副作用情報の記載状況の調査では、20 種 (40%) は副作用の発生確率の記載がなく、何らかの形でのリスクの数値化は 4 種 (8%) であり、半数以上 (52%) が副作用の羅列に留まっていたと報告されている¹⁰。

日本では、厚生労働省通知に基づき特に適正使用が必要な医薬品の患者向医薬品ガイドが作成・公開されている。しかし、英国のように全ての医療用医薬品に PILs の添付が義務付けられていない。そのため、各医療機関・薬局等で患者が受け取る情報は様々であり、この研究で得られた知見は日本でも参考になると考えられる。

3. 総括及び日本への適応

上記 2 種類の研究結果は、2009 年 2 月 27 日のリスクコミュニケーション諮問委員会で報告され、これを受けて諮問委員会は勧告案の中で、次の 3 点を述べている。

- 1) FDA が患者に提供すべき医薬品情報の基本文書を作成すること
- 2) 基本文書には、リスクとベネフィットを数値で示すことも考慮すること

3) これらの基本文書を作成する際には“薬剤情報欄”を採用すること
日本ではDTC広告は認められておらず、国の通知による一定の基準に則り作成された患者向情報がインターネット上で提供されている点は優れていると考える。また、近年薬局での医薬品情報提供紙やお薬手帳等により双方向性の情報提供が進んでいる。

上記の知見から得られた日本への適応として次の点が挙げられる。

- 1) 現在の情報提供文書には副作用が数値化されておらず、医薬品に対する不信や副作用への恐れを生んでいる可能性はある。
- 2) 数値化した副作用情報の提供の必要性や実行可能性などの検討が必要である。
- 3) 2)の際は、患者が求める情報とは何か、数値化された情報を患者が希望するか等の患者の視点に立った調査も求められる。

E. 結論

FDA リスクコミュニケーション諮問委員会にて報告された研究からは、副作用情報の提供には患者・消費者の評価が必要であること及び副作用の発生割合を数値化して提示することが検討されていた。日本において適用可能か考慮すべきである。

G. 研究発表

論文発表、学会発表ともになし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

*<http://www.fda.gov/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/RiskCommunicationAdvisoryCommittee/default.htm> (2010年3月7日最終アクセス)

参考文献

1. Nicolson D, Knapp P, Raynor D, Spoor P. Written information about individual medicines for consumers. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD002104.
2. Schwartz L, Woloshin S, Welch H. Using a drug facts box to communicate drug benefits and harms: two randomized trials. *Ann Intern Med* 2009;150:516-27.
3. Raynor D, Blenkinsopp A, Knapp P, et al. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technol Assess* 2007;11:iii, 1-160.
4. Bell R, Wilkes M, Kravitz R. The educational value of consumer-targeted prescription drug print advertising. *J Fam Pract* 2000;49:1092-8.
5. Frosch D, Krueger P, Hornik R, Cronholm P, Barg F. Creating demand for prescription drugs: a content analysis of television direct-to-consumer advertising. *Ann Fam Med* 2007;5:6-13.
6. Kallen A, Woloshin S, Shu J, Juhl E, Schwartz L. Direct-to-consumer advertisements for HIV antiretroviral medications: a progress report. *Health Aff (Millwood)* 2007;26:1392-8.
7. Woloshin S, Schwartz L, Tremmel J, Welch H. Direct-to-consumer advertisements for prescription drugs: what are Americans being sold? *Lancet* 2001;358:1141-6.
8. Vitry A. Does direct-to-consumer prescription drug advertising do more harm than good? *Ann Intern Med* 2009;151:823-4.
9. Avorn J, Shrank W. Communicating drug benefits and risks effectively: there must be a better way. *Ann Intern Med* 2009;150:563-4.
10. Carrigan N, Raynor D, Knapp P. Adequacy of patient information on adverse effects: an assessment of

研究協力者報告書

報道ガイドラインの提案

研究協力者:小島正美(毎日新聞・生活報道部編集委員)

A. 研究目的

新聞や雑誌の記事やテレビニュースの情報バイアスはなぜ、生じるのだろうか。その理由はいろいろあるだろう。他社が気付かない情報をキャッチした場合の「特ダネ主義」、問題点をオーバーに報道しないと注目されないという報道自体に「内在するバイアス」、「記者の勉強不足」、報道(情報)が商品の販売という形を取る結果として生じる商品重視、世論への迎合、などさまざまだが、健康・医療に関する報道に関しては、記者の勉強不足も大きな要因だ。

そこで今研究では、マスメディアの立場より、報道ガイドラインの提案について検討した。

B. 報道ガイドラインの提案

マスメディア側に立ち、提案したいのが「報道ガイドライン」である。記者たちが記事を書くに当たって、最低限知っておくべき知識をガイドラインとしてまとめておくものだ。このガイドラインは、読み手側にとっては、記事やニュースを評価するときの評価基準にもなる。記者が科学的なエビデンスを重視したガイドラインに沿って記事を書けば、そこそこ良い記事になる。当然ながら、その記事を読み手が評価すれば、ガイドラインの項目で評価するため、そこそこ良い記事に映る。

このガイドラインは食品のリスクや原子力発電所の事故、医薬品の副作用などでも、新たに作成できる。後半に私独自の私案のいくつかを示してみた。ガイドラインは時代に応じて、内容は変わる。なぜなら、ガイドラインは記者たちが間違えやすい特徴に応じて作るものだからだ。

たとえば、ある農産物から農薬が残留基準を超えて検出された場合、たいていのメディアは「基準の2倍」とか「基準オーバー」との見出しで報

道するが、西欧では基準を超えたからといって、いちいち報道していないし、農産物の回収もしていない。基準違反イコール健康被害ではないからだ。しかし、日本では基準違反というだけで例外なく、回収・廃棄されている。この状況を変えるには食品衛生法の改正も必要だろうが、まずは世論形成のために記者たちが「基準違反イコール健康被害ではない」という科学的な事実を書くことが必要だと考える。

そこで、この残留農薬の検出に関する食品リスク報道ガイドラインでは、「基準違反イコール健康被害ではない」とか「残留基準値は作物によって異なり、同じ農薬の検出でも、大豆では違反でも、キャベツでは違反ではない」ということがあります」といったガイドラインをつくっておく。このことを記者たちが知って書けば、食品リスクが過剰に報道される抑止力になるのでは、というのが私の発想である。これは私の体験から出てきたものだ。周囲の記者たちを見ていて、その思考、発想(これは往々にしてワンパターンもしくはステレオタイプの思考)が世論迎合的であったり、俗説に沿った固定的なものだったりするため。

このため、時代が変わって、記者たちの思考、発想が変われば、それに応じて、またガイドラインの内容は変更しなければいけない。こういうガイドラインを科学者、消費者代表、企業代表、行政関係者、記者たちが集まって作成し、メディア関係者や消費者に提示することが必要だと考える。いろいろな分野ごとにガイドラインを作って、ガイドラインブックとして出版すれば一番よいだろう。

C. 各種ガイドラインについて

■健康・医療記事報道ガイドライン

それでは、まずは健康・医療記事に関する報道

ガイドラインを考えてみる。

健康や医療に関する記事やニュースを評価する基準は、人や国によって異なるだろうが、科学的なエビデンスを重視する点は共通するだろう。そこで、次のような評価基準（評価項目）を私の案として作ってみた。作成にあたっては、豪州や英国、カナダなどで実施されている「メディア・ドクター」という活動を参考にした。メディア・ドクターは、医師や大学教授、記者などが自発的に集まって、健康・医療記事の評価・採点するメディア・チェック活動だ。日本でも始まっている。

評価基準（主に新聞や雑誌の記事を念頭に置いている）は以下のような10項目から成る。

①「科学的な根拠に則ったものかどうか」。

★具体的な解説＝「人を対象にした比較対照臨床試験かどうか。科学論文として名の知れた専門雑誌に出たかどうか、そして、論文に書かれた内容は複数の論文によって支持されているかどうか。意見か事実か」。

②「新しい事実かどうか。新奇性に富むか」。

★具体的な解説＝「記事やニュースはたいていの場合、何かしら新しい事実に違いないが、従来の通説とどこがどう異なるかをはっきりと書いているかどうか。つまり、なぜ、ニュースになったかの根拠、理由が書かれているかどうか。例えば、従来の通説を補強する内容がニュースならば、従来の通説を改めて確認する結果となったというように書いてあるかどうかを確かめる。

③「国や学会など公表した主体が伝えようとした意図が記事から読み取れるかどうか」。

★具体的な解説＝「そもそも記事やニュースは、記者が主観的な観点で伝えるものだが、発表記事では、発表した側の意図が伝わったかが重要になる。いくらおもしろい記事でも、記者の勝手な解釈で読者を惑わすものであってはならない。もちろん、記者の主観的な記事でも、①の原則で述べたように、科学的な根拠が明確であればよいが、それでも、まずは発表側が何を伝えようとしたかが分からないことには、記事の善し悪しを判断することは難しい。発表側はAという内容を伝えようとしたが、私の見方はこうだ、という記事なら、③の基準を満たすことになる。

④「リスクが分かりやすく伝わっているか」

★具体的な解説＝「いくら科学的に正確でも、読

み手に伝わらなければ意味がない。リスクの大きさが分かりやすく提供されていれな、その記事は良い記事といえる。リスクのレベルが、たとえば、「自衛策が必要なレベル」といったふうに、数字や言葉で分かりやすく書かれていれば合格である。

⑤「情報源に偏りがいないか」

★具体的な解説＝「健康・医療記事では、科学的な根拠の低い段階で、私企業が「この健康食品はがんの効果」といった感じでニュースを流す場合があり、それを記事にすることがよくある。だが、どういう目的で発表したかが分かる記事だと評価は高い。健康食品を売り付ける目的で記事が書かれていれば、その記事に出てくる健康食品の効果は低いといえるが、記事自体の信頼性は高い。こういうケースでは視点によって評価は分かれるだろうが、記事の中身から、明らかに私企業寄りの報源に頼っていると分かれば、私自身は、記事自体は信頼できると考える。情報源をぼかして、あたかも信憑性があるかのように見せかけた記事こそ要注意である。

★この評価基準は、記事の中身の「出典」が明らかになっているかどうかにも通じる。「プレス発表だけ」を基に書かれたかどうか、この項目に入るだろう。

⑥「研究がどういう資金で実施されたかが書かれているかどうか」

★具体的な解説＝研究資金が国から出たものか、私企業の助成で行われたかが明確に書かれているかどうか。どこが資金を提供したかによって、研究結果が微妙に変わるだけに、この資金源の情報は重要である。ただし、国の税金を使ったからといって、その研究が正しいわけではない。国の研究でも、結果に偏りがある場合はよくあるからだ。

⑦「費用対効果に触れているかどうか」

★具体的な解説＝「どんなにすぐれた治療法が生まれても、費用（医療コスト）があまりにも高ければ、一般の人が医療を受けることができず、意味がない。また、費用が高くなくても、効果が低いのであれば、これまた意味がない。健康保険の適用となっているかどうかも重要である。結局、どれだけの費用をかけて、どれくらいの効果があるかを分かりやすく伝えた記事がよい記事となる。

⑧「リスクとベネフィットに触れているかどうか」

★具体的な解説＝「医薬品の副作用がしばしば強調された記事をよく見る。しかし、副作用があっても、それだけでは薬の使用を禁止する根拠にはならない。リスクを上回る便益（人の命や生活の質を助ける有用性）があれば、すぐれた医薬品ともいえる。リスクとベネフィットを冷静に比較した記事なら信頼性は高い。

⑨「消費者が何をすればよいか、読み取れるかどうか」★具体的な解説＝「国が発表した内容に、記者たちがさらに分かりやすい解説をつけて、この件で消費者はこうすべきだといった行動へのアナウンス指針があれば良い記事だろう。いくら正確な記事でも、その記事を読んだ消費者がどう行動すべきかがさっぱり分からないようでは、良い記事とは言えないだろう。

⑩「センセーショナルな見出しになっていないか」

★具体的な解説＝「記事の中身（本文）は正しくても、見出しが不安や恐怖をあおる、というケースがよくある。センセーショナルな見出しはかなりの減点としたい。この基準は不安をあおる内容かどうか、でもよいだろう。

■食品リスクのガイドライン

こういうガイドラインを各分野でつくっていくのが私の大きな目的である。

食品から検出される残留農薬に関する記事でも、しばしば健康リスクが過剰に伝えられる。中国産の食品から検出された残留農薬、農水省の事故米をめぐる「三笠フーズ」などの横流しでたびたび報道された汚染米不正転売事件などでも、「食品リスク報道ガイドライン」があれば、もっと冷静な報道になっていたのではないかと思う。

農水省の事故米をめぐる報道でも、言葉のガイドラインがあればよかったのにと考えている。「健康に被害がない程度の農薬残留であれば、「汚染」という言葉は使わないでください」というのがガイドラインのひとつになっていたら、「汚染米」という言葉はもっと減っていただろう。

いま思えば、あの米は農水省による「検査見逃し米」、または利益しか目に見えない私企業による「暴利むさぼり米」がもっともふさわしい言葉であった。報道に関する言葉のガイドラインも、各種問

題で横断的に作成できるだろう。

一方、事故米（不本意ながら、とりあえず、この言葉を使う）の報道では、検出された殺虫剤のメタミドホスやアセタミプリドの残留が問題になった。しかし、残留していた濃度は一律基準値をわずかに超えた0・02～0・07ppm程度だった。メディアはこれを「汚染米」と呼んで報じたが、どう見ても汚染とは、ほど遠い残留量だ。

ところが、新聞の見出しを見ると、大半のケースで「基準の何倍」「保育園や学校給食で使用」など、基準を超えただけで健康に影響があるかのような見出しだった。また、子供たちが食べると健康被害が生じるような報じ方だった。

こうした記事に共通するのは、農薬に対する記者たちの偏見と基準違反に対する認識不足だったと考える。以下にあげるようなガイドラインを記者たちが参考にしていれば、もっと冷静な報道になったはずだと思う。

以下のように、残留農薬の食品リスク報道ガイドラインをつくってみた。

◆残留農薬の食品リスク報道ガイドライン

①「農薬の残留基準値は作物ごとに異なる」。

同じ農薬でも、500倍の差があることを知ってほしい。たとえば、ウナギに設定されている殺虫剤のジコホルの基準値は0・01ppmなのに、肉は1ppm、キャベツは3ppmです。ウナギでは違反でも、肉では違反とならずに流通する場合があります。

②「基準値を超えること（基準違反）と健康被害は無関係です」。

作物の残留農薬の基準値は、動物実験で悪影響のなかった量の100倍もの安全係数をかけて決められています。基準値を超えた場合には、生産者が使用の仕方を誤った場合が考えられ、まずは生産者への注意で十分です。※基準値という言葉は、「管理目標値」と言い換えた方がよいでしょう。生産者が農薬を使用する管理の目安が基準値ですから。

③「残留農薬の違反が見つかった場合、消費者に健康被害が生じるかどうかは、健康への影響が想定される1日許容摂取量（ADI）以下かどうかで判断します」。

検出された量がADIを超えるなら、流通禁止は当然です。記事ではADI以下かどうかを必ず書いてください。また、農薬の見つかったウナギ

の場合なら、ウナギを生涯にわたって、どれだけ食べ続けた場合にADIを超えるかを伝える。「ウナギを毎日、30キロ²を30年以上も食べ続けた場合に健康への影響が出ます」といったふうに書いてあれば、読者にはわかりやすい。

④「ある作物で基準違反が見つかった場合、ほかの作物でも同様に、基準違反になるかどうかも必ず載せる」。

記者が「今回、ウナギから見つかった農薬の濃度は、肉なら違反にならず、流通しています」と書いてくれれば、リスクの大きさが理解されやすい。そして、①とも関係するが、残留基準値は作物ごとに異なることを書けばなおよいだろう。

⑤「基準違反となった化学物質は、通常の天然の食品にも含まれているかどうかを食品安全委員会などに聞く」

もしその化学物質が自然界の植物にも含まれていれば、過剰反応はなくなるはずだ。例えば、伊藤ハムの地下水からシアン化合物が見つかったケースでは、あの程度のシアンなら、通常の植物、たとえばキャッサバにも含まれていることを伝えれば、リスクの印象はかなり異なる。

⑥「リスクの大きさを、分かりやすい数字や記号、言葉で示す」

たとえば、群馬県では健康への影響は少ない順に「レベル1、2、3」と公表している。レベル1なら、健康への影響はない、という意味だ。しかし、レベル1ではリスクが大きいのか小さいのか分かりにくい。個人が行動しやすいように、「今回の検出レベルは「家庭での自衛策不要レベル」です」と公表すればわかりやすい。「即座の緊急行動レベル」なら、購入を控えなさい、という意味になる。こういう分かりやすいレベルを国や自治体が示す必要がある。

⑦「中国産食品の違反率が他国に比べて高いということはない」。

中国産の違反件数が多く見えるのは、輸入する食品が他国より10倍前後も多いためだ。人口の多い国の殺人件数が人口の少ない国より多いように、検査する件数が増えれば、違反率が高くなってもおかしくない。

⑧「新聞に「基準の2倍」という見出しが大きく出ることがあるが、この表現は誤解を招く」

基準違反と健康への影響は関係ないので、基準の何倍という見出しは適切ではない。

⑨「リスクの大きさが分からないときは、とりあえず、食品安全委員会に聞く」。

農薬のADIや基準違反の健康への影響を教えてください。はずだ。

私案なので、完成度の高いガイドラインにはなっていないが、もっと良い内容にしていきたいものだ。

■有機農産物のガイドライン

2009年夏、学校給食に有機農産物を取り入れたフランスのドキュメンタリー映画「未来の食卓」が日本で公開された。どの新聞も、先進国の食の安全を問いかける良い映画として取り上げていた。私も有機農業自体は伸びてほしいと思うが、気になったのは記者たちが映画の解説に何の疑いも持たずに「健康を害する現代の食習慣を『毒を摂取しているのと同じ』」（東京新聞6月27日）などと報じたことだ。

また、「がんや糖尿病、不妊症など現代人がかかる病気の70%は環境によるもの」（毎日新聞）など、環境中の化学物質（農薬など）が、がんや糖尿病などを引き起こしているという考え方に記者たちが共鳴している点が気になった。

そもそも、がんの死亡率は増えていない。国立がんセンターによると、年齢調整死亡率で見たがんの死亡率は、男女とも増えていない。確かにがんで死亡する人は増えている。これは当たり前である。人口に占める高齢者が増えれば、がんで死亡する高齢者が増えるのは当然だからだ。つまり、真実の死亡率を知りたいなら、人口構成を調整した数字で見なければいけない。それが年齢調整死亡率である。

がんの部位別の年齢調整死亡率を見ると、乳がんは確かに増えているが、がん全体では男女とも増えていない。つまり、環境中の化学物質によって、がん死亡が増えているという事実はない。それくらいの統計情報を確認したうえで記事を書いてほしいものだが、大半の記者たちは「有機農業は絶対的に良いものだ」という先入観をもっている。有機農産物に関する言説を疑おうとしない。

記者たちにとっては、無農薬の農産物は、農薬を使った農産物に比べて、絶対的にすぐれている。しかし、近畿大学農学部の森山達哉氏の実験結果によると、無農薬のリンゴの方が、農薬使用のリン

ンゴよりも、アレルゲン物質は多い。植物は虫の害などさまざまなストレスに対して、自らの身を守るために生体防御物質（たんぱく質）を作り出す。これが人にアレルゲンとなる例が実際に報告されている。

また、英国の食品基準庁は2009年7月、有機農産物は従来の農産物と比べて、栄養価でも、健康への効果でも、すぐれている点は見出せないという報告書を公表した。有機農産物と従来の農産物に差がなければ、高いお金を出して、有機農産物を買う意義は低くなる。

そこで、有機農産物に関して、次のようなガイドラインが作成できる。

◆有機農産物の報道ガイドライン

①英国の食品基準庁は2009年7月、有機農産物と従来の農産物に栄養価、健康効果で差がないとの報告書をまとめた。

②無農薬の農産物は、虫などを殺す天然の防御物質（たんぱく質）を作り出すため、これがアレルゲンとなることがある。

③食品に残留する農薬などの化学物質が、人の健康を害したり、がんを引き起こしているという科学的なデータはない。

④先進国で構成するOECD（経済協力開発機構）のデータによれば、単位面積あたりの農薬使用量が最も多い国は日本である。日本の耕地面積あたりの農薬使用量は、米国やドイツ、フランス、英国に比べ、約2～8倍も多い。農薬使用量で見れば、「国産は安全、輸入ものは危険」という図式は成り立たない。

⑤有機農産物は世界的な規模で流通している。船や飛行機、トラックで運んだり、プラスチックで包装したり、低温で管理したり、宅配したりで、加工・流通に多大なエネルギーが消費されている。工業的な有機食品は必ずしも環境に良いわけではない。有機農産物の是非は、農薬の使用量だけでなく、生態系への影響、収穫量、人的労力、エネルギーの支出など多面的な物差しで判断しなければいけない。

■原子力発電所の事故

食品以外の分野でもガイドライン作りは可能だ。たとえば、原子力発電所の事故。

2007年7月、新潟県で中越沖地震が東京電力の柏崎刈羽原子力発電所を直撃した。その結果、

6号機から放射能を帯びた水がもれ、7号機の主排気塔からは2日間にわたり、微量のヨウ素が大気中に放出された。各種新聞は、この事故のリスクの大きさをどう報道したのだろうか。

テレビは、3号機の変圧器が黒煙をもくもくと上げる火事の映像を何度も流した。それを見た人は「ただごとではない」と思ったに違いない。しかし、実際には、あの火災は放射能のもれとは全く関係なく、放置しておいてもよい事故だった。そのことを知っていた現場はもっと重要な放射能汚染に対処しようとしていた。

しかし、大半の新聞は「消火体制の不備で自力消火できなかった」と報じ、管理の不備を指摘した。放射能の放出とは関係ない出来事だったのに、そのことをしっかりと報じたメディアは少なかった。私自身、テレビで黒煙を上げる映像を何度も見たが、何か胸騒ぎを感じた。しかし、よく考えてみると分かるが、町の中からは黒煙の様子は見えず、新潟の人たちはテレビを見て初めて黒煙のことを知った。つまり、恐怖を伝えたのはテレビの映像だった。その火災が放射能汚染とどう関係するかを知りたいのに、詳しく報じたメディアはなかった。

この黒煙のシーンは、テレビの映像が体感リスク（客観的なリスクではなく、主観的なリスク）を過大に感じさせるバイアス機能をもつ好例だった。

では、6号機、7号機の放射能もれはどう報じられたか。どの新聞も、見出しは「危機管理の甘さ露呈」「想定外の事態次々」「排気塔から放射能」「過去にトラブル50件」「ヨウ素放出2日間、送風機切り忘れ」「体制ずさん 人為ミスも」など、東京電力の管理能力の不備を指摘した。

もちろん、再発防止のために管理の不備を追及するのは重要だが、同時に、最も知りたいことは、もれた放射能がどれくらい危険なのか、付近に住んでいる人たちの健康にどう影響するかが、それが詳しく書かれていなかった。

6号機では、こんな記事もあった。「放出量は、原発の敷地境界のすぐそばに人がいた場合、一般人の年間放射線被ばく限度の1000万分の1の放射線を受ける程度。だが、これらの元素は通常、放出されないはずのもので、地震による異常が原因の可能性があるという」（毎日新聞2007年7月18日）。

一般人の限度の1000万分の1、というリスクなら、確かに恐れるようなものではないことは分かるが、本来は放出しないはずのものが放出したのは問題だという言い方だとやはり何か怖そうなリスクが裏にあるような印象を受ける。

別の記事では「放出された放射能の量は6万ベクレルで、ラドン温泉などの温泉水6リットル程度と同じくらい。国の法令基準値以下で人体に影響はない」（毎日新聞、7月17日）。これは割と正確に報じられているが、見出しは小さく、ベタ扱い（新聞の見出しで一番小さい1段の扱い）だ。

がん患者は、がん治療のためによくラドン温泉に行く。それをイメージすれば、「ラドン温泉6リットル」という言い方は、かなり小さなリスクだと分かるが、それでも、まだイメージしにくい。「6リットルのラドン温泉水が海に流れたのと同じくらいのリスク」と書いてくれれば、かなり理解できるが、そういう言い方が正しいかどうか、この記事からはよく分からない。

別の記事を見てみる。「6号機では、環境への影響はない（東電）ものの、放射性物質を含む水が漏えいし、誤って海へ放出された。問題は放射性物質を想定しない「非管理区域」へと水が流れ出たことだ」（新潟日報、7月23日）。これも、東電の管理がずさんだった面を強く報道しており、放射能リスクの大きさを分かりやすく解説していない。

結局、記者たちは、少しでもリスクを大きく見せようと思って記事を書いていることが分かる。さらに言えば、どの新聞も東電の管理不備や体制のずさんさを強調することに報道の主眼を置いていることがわかる。しかし、私たちがまず知りたいのは、放射能汚染のリスクの大きさである。

■県のチラシは分かりやすいリスク

実は、新聞報道のあと、新潟県原子力安全対策課は、橋本哲夫・新潟大名誉教授らの調査結果として、次のようなチラシを印刷し、刈羽村地区に配っている。それを読むと、リスクの大きさが実に分かりやすく書いてある。

そのチラシの一部を以下に紹介しよう。

「7号機の排気塔からもれた放射能は、胸部レントゲン検査1回分（0.05ミリシーベルト）の40万分の1程度で、健康に影響はありません」

「6号機から海にもれたのは、放射能泉として

知られるラドン温泉9リットル分が海水に放出されたレベルに相当し、健康に影響はありません」

「どちらも自然界から受ける放射線量（年間2.4ミリシーベルト）よりも十分に低い値です」
なんと分かりやすく明快なことか。

もれた放射能のリスクが、胸部レントゲン検査1回分の40万分の1程度なら、だれだって「なんだ、その程度のリスクなのか？」と心配しないはずだ。県が作成したチラシの内容が分かりやすいのは、イメージしやすいレントゲン検査で被ばくするリスクを物差しにして、その何倍かを説明している点だ。

新聞やテレビも、分かりやすいたとえを挙げて、リスク情報を報道してくれれば、無用な不安を抱かずに済むのに、メディアはあえてリスクの大きさを分かりにくく説明するか、無視する傾向がある。原子力発電所の事故リスクがあまりにも小さいと、メディアにとっては、大々的に報じるほどの問題ではなくなってしまうからだろう。「放射能がもれたリスクは胸部レントゲン検査1回分の40万分の1程度です」と正確に書けば、東電の管理能力を厳しく問えなくなってしまう。だから、リスクの小ささにあまり触れようとしない。

そういうメディア特有の警告主義が、冷静なリスク報道を邪魔する面も強いのだろうが、それでも、記事を書くときに、県が作成したようなチラシの内容を記者が知っていれば、記事の内容に反映されるはずだと私は思っている。

■放射線報道のガイドライン

そこで、提案したいのが放射線や原子力発電所の事故に関する「放射線報道・ガイドライン」である。これは、記者が記事を書くときに参考してもらおうという短いガイドブックだ。言ってみれば、記事の憲法だ。

ガイドラインの中身（私案）を、次のようなものにしてみた。

①放射能のリスクの大きさは、胸部レントゲン検査1回分の何倍（または何分の1）にあたるかを必ず書いてください

②放射能が環境中に放出された場合、ラドン温泉水の何杯分に相当する放射能が、環境に放出されたかを書いてください。

③私たちは普通に生活しているだけでも、自然界

から放射性物質を浴びている。その量は年間約2・4ミリシーベルトです。自然界からの放射線は、宇宙から、大地から、食物から、空気の吸入から、があります。それを知ってください。

④日本と米国を飛行機で往復すると、それだけで胸部レントゲン検査4回分の放射線を浴びます。

⑤牛乳にも、海藻にも、ビールにも、ほうれんそうにも、コメにも、魚にも、お茶にもカリウム40という放射性物質が含まれています。

⑥食品に放射線を当てて、害虫を殺したり、殺菌したりする食品照射は、一定量以下なら、すでにWHO（世界保健機関）が安全性を認め、世界約50カ国で許可され、実用化されています。

⑥植物に放射線を当てて、突然変異を起こし、病気などに強い品種がたくさん作られています。梨の「ゴールド二十世紀」は、放射線による育種の結果、黒斑病に強い品種として生まれました。これで農薬の使用が減るなど大きな成果を収めました。

⑦医療の領域では、レントゲン検査だけでなく、CTスキャンなど放射線は大活躍しています。医療で使う人工放射線による健康リスクは、確かにあります。そして、注意が必要です。しかも、そのリスクの大きさは、だれもが自然界で受ける放射線リスクよりも一般的には大きいのです。しかし、ベネフィット（便益、利益、有用性）がリスクを上回っているなら、医療での使用が役立ちます。

私が思いつくままに書いたガイドラインのため、拙い内容だが、おそらくもっと良い内容があるはずだ。こういうガイドラインを、専門家の知恵を集めて、完成度の高いものにしていくことが私の目的である。できれば、もう少し内容を増やして、ガイドライン10カ条にしたい。

中身は時代に合わせて修正していくことが必要で、一定不変ではない。

記事を書くときに、このガイドラインがあれば、記者たちは必ず参考にするはずだ。さらに、原稿をチェックするデスク（新聞社で記事に目を通して、出稿する役目の職名。民間会社で言えば、課長クラスに相当する）にとっても、相当に参考になるはずだ。記者経験の長いデスクでも、あらゆる分野に詳しいわけではない。得意分野からはずれた問題の原稿を見るときは、文章の整合性や疑問点などをチェックするだけで終わり、リスクの大きさにまでは目が届かない。その意味でも、ガ

イドラインは役に立つ。

■ガイドラインの多面的利用

さらに、ガイドラインは、報道内容をリリースする国や自治体の手引きにもなるはずだ。このガイドラインに合った内容やたとえ話をに入れて公表すれば、記者にわかりやすい内容となる。新潟県が公表したチラシがそのよい例だ。あれはそのまま報道ガイドラインに組み込むことができるし、自治体の報道手引きにもなる。

そして、さらに言えば、報道ガイドラインは記事を読み解くときの読者側（視聴者）の評価チェック項目にもなる。ガイドラインに書かれた内容が、実際の記事に反映されているかどうかをチェックすればよいわけだ。地震による原子力発電所の事故で言えば、たいいていのメディア報道は、リスクを分かりやすく報道していなかったことが分かる。

どのメディアも「放射能がもれたリスクは胸部レントゲン検査1回分の40万分の1程度です」としっかりと報じていれば、あれほどの騒ぎにもならず、まして観光客が来ないような風評被害も起きていなかったはずだ。

つまり、記者に向けた報道ガイドラインは、国や自治体の報道発表の手引きにもなるし、メディア情報の真偽を読み込むときの評価項目にもなるのだ。

D. まとめ

以下、具体的に可能と思われるガイドラインの分野をあげておく。

- 食品リスク（農薬）ガイドライン
- 食品リスク（添加物）ガイドライン
- 化学物質のガイドライン
- 医薬品のガイドライン
- 有機農産物のガイドライン
- 医師のミス（医療ミス）のガイドライン
- 遺伝子組み換え作物のガイドライン
- 予防原則のガイドライン
- 犯罪報道のガイドライン
- 健康食品のガイドライン
- 医療・健康記事のガイドライン
- 報道するときの公表の仕方

厚生労働科学研究費補助金(医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業)
国民および医療関係者との副作用情報にかかるリスクコミュニケーション方策に関する調査研究:
副作用の効果的な情報伝達手法の検討

コンコーダンス指向くすりのしおりの試み

研究協力者:海老原格(くすりの適正使用協議会)

研究協力者:松田偉太郎(くすりの適正使用協議会)

研究協力者:栗山真理子(アラジーポット)

研究協力者:米田富士子(アラジーポット)

研究協力者:中山健夫(京都大学大学院健康情報学)

研究代表者:杉森裕樹(大東文化大学大学院スポーツ・健康科学研究科予防医学)

研究要旨: くすりの適正使用協議会では、医薬品適正使用の促進を狙って「くすりのしおり®」の活用をもとに「医薬品と由って来る病気とを結びつけた情報サイト」を立ち上げ、新しい情報提供の試みを実施している。本報告では、そのデータに基づいて、くすりのしおりアクセス状況(ページ参照回数)、および音声コード付きファイルDL回数について、解析した。

A. はじめに

現在、医療費の適正化は喫緊の大きな課題である。「患者さん中心の医療」「医薬品の適正使用」が課題解決のキーワードといえる。

医薬品の適正使用(医薬品の本質への理解と正しい使い方の会得)には医薬品の適切な(正確、適切、平易な)情報提供と生活者のヘルスリテラシーの向上を図る必要がある。さらに医薬品の適切な情報提供には、患者さんと医療担当者が共有できる情報であることが求められ、患者さんが医療のパートナーであることを認識し、医薬品は自分で選択できるようなものになる必要がある。

- ・薬物治療において患者さんが望ましい服薬管理者として役割を演じるか否かは、医薬品そのものに関する詳しい情

報を知ることよりも、自分の病気と治療方針との関係において医薬品が持つ意義を納得しているかどうか懸っている。(平成5年くすりの適正使用協議会「医薬品の正しい使い方の推進と患者に提供する医薬品情報」報告書)

- ・人々(患者さん)に情報提供するだけでは十分ではない。治療法を理解しもっと積極的に参加するよう患者さんをエンパワーする(力を与える)ことの方がはるかに大きい。(平成9年くすりの適正使用協議会「国際情報 N0.36」)

くすりの適正使用協議会では、医薬品適正使用の促進を狙って「くすりのしおり®」の活用をもとに「医薬品と由って来る病気とを結びつけた情報サイト」を立ち上げ、新しい情報提供の試みを実施している。