

レポート

●がん性疼痛緩和推進コンソーシアム・メディアフォーラム
「『がんの痛み』の治療」の正しい情報を効果的に伝える方法を探る」

課題は継続的な情報発信と
緩和ケアの質の検証

～患者と医療者の意識の変容が鍵に～

2月9日に東京・大手町で、がん性疼痛緩和推進コンソーシアム主催によるメディアフォーラムが開催された。同コンソーシアムは2008年4月にがん性疼痛緩和の普及・啓発活動のために発足した企業団体で、現在、製薬企業7社で構成されている。2007年4月施行のがん対策基本法では、がん医療の均てん化と共に緩和ケアが早期から適切に行われることが目標として示され、同年6月に公表されたがん対策推進基本計画では、緩和ケアについてがん診療に携わるすべての医師が研修等で習得することが個別目標の1つに掲げられた。同コンソーシアムは、これらの動きに呼応しながら、緩和医療啓発のためマーケティング手法を用いて、産学官民間の連携の仲介となる役割を果たすべく活動を続けてきた。厚生労働省が日本緩和医療学会に委託した啓発事業「オレンジバルブプロジェクト」への応援・協力も活動の大きな柱の1つである。今回のメディアフォーラムでは、医師、患者、家族の立場の3人のパネリストとメディア各社の記者たちを招き、緩和ケアや疼痛治療普及の現状とその課題点を提示することで、がん患者やその家族がそれらの情報をいかに正しく入手できるのかをテーマにディスカッションが行われた。

●容易に広まらないがん疼痛治療の現状とその課題点

フォーラム開催に当たり、まず、コンソーシアムの森田正実会長一写真一が、わが国のがん疼痛治療をめぐる状況を概観した。がん対策基本法施行から既に4



森田会長

年が経過し、様々な取り組みが行われてきた。それにも関わらず、がん疼痛治療普及の目安となる医療用麻薬のわが国の使用量は微増したとはいえ、欧米の約5分の1から3分の1という状態が2005年と2009年の時点でほとんど変わらない。一方、2008年のポスター・コンサルティング・グループによる日本のがん疼痛治療実態調査の結果によれば、がんの痛みを感じたことのある患者のうち、約3割の患者しか疼痛治療を受けてはいなかった。治療を受けていない患者の約半数は医師に痛みを訴えておらず、3分の1の患者は痛みを訴えたにもかかわらず疼痛治療を受けられなかったという。2008年の日本医師会による意識調査では、医療用麻薬を長期使用する」と薬物中毒がしばしば生じるといった質問に同意した医師の割合が半数を超えていた。

がん疼痛治療に含まれる緩和ケアは決して終末期だけの医療ではない。また、疼痛治療に医療用麻薬を使用しても精神的依存(中毒)は起こらない(医療用麻薬の副作用は嘔気・嘔吐、眠気などが代表的)。近年では転移性非小細胞肺癌患者を対象に標準治療のみの群と早期緩和ケアを組み合わせた群を比較し、早期緩和ケア群の生命予後が2.7カ月も延長したことが報告されている(Temel JS, et al : N Engl J

Med 363 : 733-742, 2010)。森田氏は、この生命予後延長2.7カ月という数字は、画期的な抗がん剤が開発されたのと同じインパクトをもつものであり、このような情報をわかりやすくがん患者や医療従事者に伝え、情報を共有してもらうことこそが緩和ケアやがん疼痛治療の真の普及につながるものであるとして、情報発信をするステークホルダーとしてのメディアの重要性を強調した。

●在宅緩和ケアの情報を患者がほとんど持っていないという現実

まず患者の立場から、NPO法人愛媛がんサポートおれんじの会理事長の松本陽子氏一写真一が情報提供を行った。松本氏は19歳で父親をがんで亡くし、33歳の時に自らも子宮頸がんを患った経験から、2008年におれんじの会を設立した。同会はがん患者・家族の医療環境の向上を目指し活動を行っている。2009年からはがん患者の家族を支えるための小冊子「家族必携」の作成を行っており、2010年8～9月には愛媛県のがん対策事業を受託し患者・家族の思いを可視化する試みとして入院患者512人を対象に「がん患者満足度調査」を実施した。この調査では、医療者につらい症状を伝えているかという質問に対し、痛みについてはほとんどの患者が医療者に伝え、その痛みが改善されているものの、不安定なものの精神的苦痛については半数の患者が医療者に伝えていないという実態が明らかになった。また退院後の在宅医療における緩和ケア・疼痛治療の情報についてはほとんどの患者が知らない」と答えたこ



松本氏

とから、がん患者の在宅医療における問題点が浮き彫りになった。松本氏は「昨年9月に大腸がんで亡くなった友人の「もっと緩和ケアのことを勉強してほしい。緩和ケアは自分の人生を決定すること」という言葉を紹介し、緩和ケアの必要性を伝えていく役目を果たし、今後メディアを通じて多くの人たちに正確な情報を発信していきたい」と語った。

●がん対策情報センターからは3月に『患者必携』を刊行

医療者の立場からは、国立がん研究センターがん対策情報センターががん情報・統計部がん医療情報サービス室長の渡邊清高氏一写真一が情報提供を行った。わが国で年間34万人が死亡、67万人が新たに発症しており、がんは今や社会全体が向き合わなければならない問題であること、2009年に緩和ケア病棟を有する医療施設を対象に行われた調査では、がん患者1日当たりの医療用麻薬の使用量は微増しているが、地域ごとの格差が大きいことなど、これからの緩和ケア普及の課題はまだ多くあることを指摘した。



渡邊氏

国立がん研究センターがん対策情報センターのウェブサイト「がん情報サービス(http://ganjoho.jp/)」からは、一般向けと医療関係者向けに様々な情報発信されている。また別にごん対策情報センターでは各種のがん、がん治療(「がんの療養と緩和ケア」含む)などを扱った、がんに関する冊子を多数作成しており、全国のがん診療連携拠点病院などに配布している。さらに2008年から作成を開始し、がん情報サービスで2010年6月に完成版が公開されている、がん患者に必要な情報を網羅した「患者必携 がんになったら手にとるガイド」が書籍としても完成し、この3月に刊行される(発行:学研メディカル秀潤社)。この『患者必携』の作成にあたっては、患者・家族・医療者の意見を反映させ文章表現にも配慮し、がんと診断されたら真っ先に読む本として、地域医療にアクセスできる信頼できる情報を盛り込む工夫がなされたという。

がん拠点病院に設置された「相談支援センター」の現状についても渡邊氏は報告した。施設あたりの1週間の平均相談件数は22.5件であり、1日に20件以上対応している施設がある一方で、1日1件以下の施設が36.9%も存在するという地域格差の存在がやはり示された。

●岩手県の緩和ケアチームに行われたアンケート

患者の家族の立場からは、岩手ホスピスの会代表の川守田裕司氏一写真一が情報提供を行った。川守田氏は子宮がんを患った奥さんががん性疼痛で苦しんで亡くなったことから、緩和ケア・ホスピスケアの浸透と正しい理解

のために2002年に「岩手にホスピス設置を願う会」を設立し、現在「岩手ホスピスの会」として運営を継続している。がん患者・家族のサポート、行政やマスコミに対しての緩和ケア・ホスピスケア推進の要請などが主な活動である。具体的には、抗がん剤の副作用である脱毛に悩む患者にタオル帽子を贈る活動、がん相談ホットラインの開設、患者・家族の語り合いの会開催、県緩和ケア担当課との定期的な懇談会開催などが挙げられる。



川守田氏

川守田氏は2009年9～12月に岩手県内の11の緩和ケアチームに対し行ったアンケート結果を紹介した。緩和ケアチームの介入は、早期から介入可能であるにもかかわらず、現実には「痛みがひどくなってから」と「亡くなる直前」が70%近くを占め、緩和ケアが必要な時期(早期)にチームが十分に関わることができていない現状が明らかになった。主治医が患者に緩和ケアチームの情報提供を行っているのは46%と低い状況にあり、主治医との連携については「どちらともいえない」回答が55%と、医療現場(各主治医)で緩和ケアチームに対する理解度に温度差があることも示された。これからの現状に対し川守田氏は、患者が遠慮や気兼ねなく安心して緩和ケアチームを利用できるよう、主治医から患者に「緩和ケアチームと連携して苦痛を早期から取り除きます」と言ってもらいたいと訴えた。院内でのポスターやチラシの活用および受診や入院時に問診票やリーフレットに緩和ケアチームの利用に関する記載を入れるなどの工夫も提案した。

●報道継続の必要性とその在り方について

フォーラム後半では、松本氏が司会を担当し、緩和ケアと疼痛治療の正しい情報を本当に必要な人(患者・家族・医療者)に効果的に伝える方法について、ディスカッションが行われた。

まず記者の側から「緩和ケアについての報道はこの4年間でかなりなされている。1つのムーブメントが過ぎてしまったのでは?」、「いや、報道は継続的に行っている。それにも関わらず緩和ケアが広まっていない現状があるならば、どのような記事が要望されているのかを知りたい」、「がん疼痛の記事は書いてはいるが、それ以外のポピュラーな疼痛(一般的な腰痛や膝の痛みなど)に比べ、対象者が少なく反響が少ない」などの意見が出てきた。これらの意見に対し、川守田氏は、岩手ホスピスの会のタオル帽子の記事がマスコミに載ると問い合わせが殺到するが、時期が過ぎれば落ち着いてしまうという例を挙げ、「2人に1人ががんに罹患すると言われる現在、新たにがんという病を得る患者さんは日々生まれている。がんは罹患したと分かった

瞬間から、患者さんにとって緩和ケアやタオル帽子の情報は、自身のQOLを左右する大きな意味を持ち始める。そのような方たちに確実に情報が届くように、やはり継続的な報道の必要性はあると思う」と語った。

一方、渡邊氏は緩和ケアの情報について「それを現在必要としている患者・家族は切実に求めるが、現時点で必要としない人の関心は極端に低い。しかし国民の2人に1人ががんにかかるという現状を考えれば、これらの情報はわかりやすい形で自然に(心地よい響きとともに)、一般の人たちにも正しく理解してもらわなければならない。その方法を当事者である患者・医療者だけでなく、メディアも含めて考えていく時期が来ている」とコメントした。

報道の在り方については、記者側からは「早期からの緩和ケア導入の大切さは理解できるが、医療者側の患者の受け入れ体制が不十分であるのが現実なら、情報だけを無責任に発信してしまうことにはならないか? そんなジレンマはある」。「緩和ケアチームを取材して感じたのは、主治医の理解が不可欠だということで、それならばこの問題の解決は十分に医療関係者の自助努力に関わるものではないか? マスコミの情報提供の範囲の外だと思う。個人的には地域連携の問題には関心があるのだが」との意見が出された。

松本氏は「患者とその家族はがんの診断が下された瞬間、予習をすることなく混乱の渦の中に巻き込まれてしま

う。その際に以前に何かの折に読んだ記事の記憶が心の引き出しにあれば、それが役に立つことはきっとあるだろう」と語った。これに対し記者側からは「記事の記憶のない人でも平等に緩和ケアを受けられるようではなくては困る。なぜ医師(主治医)は患者に『痛くないですか?』と聞いてあげないのか?』との疑問が上がった。

それに対し渡邊氏は「痛くないですか?』と主治医が聞けば、患者は遠慮して『痛くない』と答えることが多い実情を語り、そのような場合、「何かつらいことはないですか?』と質問すれば、患者は不安や悩みといった感情とともに、具体的に「この部分が痛い」と答えてくれやすいと説明した。そして、この背景には、これまでの医療が「医療者から患者へ」という方向性で意思決定がなされていて、患者は話しづらい状況があったことが大きいと思われるが、こうしたコミュニケーションエラーが臨床現場ではしばしば起こっている現実もあると語った。

この発言に対して松本氏は患者予備軍である一般の人たち全ての意識も変容を促すべきで、「日本人が『痛い!』と言ってもいいという雰囲気や醸成していくようなキャンペーンがあってもいいのでは?』と提案した。

◎医療者側の意識変容と緩和ケアの質の検証の必要性

渡邊氏は「情報は発信された時から多方向性を持っており、一般人と医療関係者に対する情報はどちらも大切」

と医師側への情報提供の重要性も指摘した。記者側からは「緩和ケアチームを運営する医師たちの個々の努力は大変なものだが、その努力が院内でも地域医療においても治療を担当する医師(主治医)に情報が十分伝わっていない(あるいは、関心が低い)ことから、緩和ケアチームがうまく活用されていないのが現実ではないか?』との意見もあった。渡邊氏は、緩和ケア・緩和ケアチームの活動はこの5~10年で広がりはじめた新しい潮流であり、2008年から拠点病院で行われているがん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会開催の広がりと共にがん診療に携わる全ての医師に緩和ケアの重要性が根付いていくことが望まれるが、それ以外にも製薬企業や医療メディアによる医療者向けの情報提供活動にも期待しているとした。さらに「疼痛コントロールにより患者のQOLを上げることで、がん治療もより積極的に進めることも明らかになってきた。そんな良い医療モデルを広く発信していくことで、緩和ケアチームの活動を点から面へと広げていく活動も重要」と渡邊氏は医療者側の意識の変容の必要性も強調した。

「がん拠点病院を中心に普及してきたという緩和ケアだが、その質の検証がこれからはもっと求められてくるのではないかと」この記者の質問に対して渡邊氏は、「確かに今はやっと看板をかけることができたという時期なのかもしれない。緩和ケアの現場にどんな問題があるのか? その質的な検証は確かに必要だ」とした上で、緩和ケ

アの質を検証するための質の指標は、これまでの医療が目指してきた治療効果や生存率の向上などだけで計ることは難しく、医療以外の社会的なアプローチや「患者がその人らしく人生を過ごすことができたか」といったような全く新たな価値観が求められるだろうと述べた。緩和ケアを本当に必要とする人に届けるためにはこれからも息の長い取り組みが必要となる。「このようなプロセスを追って情報発信してもらうことはきわめて大切であり、いろんな立場の人たちに協力を求めている」と渡邊氏は改めてマスコミへの協力を求めた。

「結局は愚直に報道を続けることが大切」との記者の意見も受け、司会の松本氏は、今回のひとまずの結論として、「継続的な情報提供」と「緩和ケアの質の担保」の重要性を確認してディスカッションを終えた。

*

フォーラム閉会にあたり森田会長は、「一般の人の認知度は上がってはきたものの、がん患者が緩和ケアや疼痛治療を受けるためには、主治医の理解がやはり必要であることが実感できた。医療ニーズが変化していることを多方面からもっと大きな声で、いろんな形で繰り返し伝えていくことの重要性が再認識できた」と感想を述べ、コンソーシアムでは今後このようなディスカッションの場を継続して設けていきたいとの考えを示した。

ニュースレーダー

医療への市場原理主義導入に反対 国民運動を全国展開

—国民医療推進協議会—

日本医師会(日医)をはじめ40団体が加盟する国民医療推進協議会(会長=原中勝征・日医会長)は2月16日、第6回総会を開き、医療ツーリズムや環太平洋戦略的経済連携協定(TPP)への対応の動きなど、医療の営利産業化に向けた市場開放について政府内外で急速に議論が展開されていることを受け、医療への市場原理主義の導入を阻止し、国民皆保険制度を堅持するための国民運動の全国展開を決定。また、国民皆保険制度の堅持を求める決議(別紙)を満場一致で採択した。

国民運動では①都道府県医療推進協議会による集会の開催②国会等に意見書を提出するよう地方議員・議会への要望③全国各地からの決議文を持参した政府関係各方面への上申——などの活動に取り組むとした。

原中会長は、「(医療において)新市場原理主義が台頭した場合は、やがてお金持ちでなければ医療が受けられない、あるいは混合診療がどんどん拡がり、高価なものになっていくことになる。日本がこんなことになつていいのか?』

決議

医療に市場原理主義が導入され、営利産業化されれば、わが国の優れた公的医療保険制度は崩壊し、二度と取り戻すことができなくなる。そのため、国民皆保険制度の下、いつでも、どこでも、だれもが公平に受けることができる医療を、これからも断固守り続けていく。

以上、決議する。

2011年2月16日

国民医療推進協議会

と問題提起。「すべての医療関係団体が心を1つにして、国民医療を守り、孫の代まで幸せな日本を残していこう」と呼びかけ、国民運動展開に理解と協力を求めた。

政府は、昨年6月に新成長戦略を閣議決定。その中で医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置づけた。このために、医療の営利産業化に向けた市場開放についての議論が政府の内外で急速に展開されてきている。

日医の横倉義武副会長が運動展開の主旨を説明。「仮に、TPPへの無条件での参加が決まれば、わが国の医療に市場原理主義を持ち込むことになり、国民皆保険制度の崩壊や医療費の急激な増大が予測される」と危機感をあらわにした。その上で、「(TPPへの参加

可否は)現在、農業を中心に議論されているが、実質的に日常生活に影響する医療分野に市場原理が入ってくることを国民は良く存じていない」と述べ、国民運動を通じて、医療の危機的状況への国民の理解を深め、政府に働きかけることが重要だとし、国民運動の展開が求められるとした。

国民医療推進協議会ではこれまで、小泉政権下で台頭した混合診療全面解禁や患者負担増の阻止、社会保障費の自然増の毎年度2,200億の機械的な削減の撤廃運動などに取り組み、国民皆保険制度の堅持に寄与してきた。

「サービス付き高齢者向け住宅制度」を創設へ 有料老人ホームと高専賃を再編

—国交省・厚労省—

高齢化が進み、高齢者の独居世帯や夫婦のみ世帯が増加する中、介護が必要になっても安心して暮らせる高齢者住宅の確保が欧米各国に比べ立ち遅れているとの指摘がある。

このため、国土交通省と厚生労働省とが共管して「サービス付き高齢者向け住宅制度」を新たに創設する。今通常国会に予算関連法案として高齢者住宅の確保が欧米各国に比べ立ち遅れているとの指摘がある。

このため、国土交通省と厚生労働省とが共管して「サービス付き高齢者向け住宅制度」を新たに創設する。今通常国会に予算関連法案として高齢者住宅の確保が欧米各国に比べ立ち遅れているとの指摘がある。

県知事への登録制度として創設する。

有料老人ホームも登録として、原則25㎡以上の床面積、トイレ・洗面施設等のバリアフリー構造を有し、医療・介護と連携して高齢者を支援するサービスを提供する。

予算額325億円を計上し、建築費の10分の1などの補助のほか、融資・税による支援策を充実し、民間による供給を促進する。

新しい制度の創設に伴い、高齢者円滑入居賃貸住宅(高円賃)と高齢者向け優良賃貸住宅(高優賃)は経過措置を設け廃止する。

医療・介護サービスの提供については、今般の介護保険法改正により創設を予定している、24時間対応の訪問看護・介護である「定期巡回・随時対応型サービス」の提供も予定。同サービスは、訪問看護と訪問介護が連携して短期間の定期巡回型訪問を行うことと、利用者からの通報により電話による対応・訪問などの随時対応を組み合わせたサービスとして新設する。

1つの事業所から訪問看護・介護を一体的に提供するケースと、外部の訪問看護事業所と緊密な連携を図って訪問介護を実施するケースなどを想定している。

地域密着型サービスとして位置づけ、市町村(保険者)が主体となって、圏域ごとにサービスを整備できるようにする。

患者と家族のためのがん情報「患者必携」

患者さんと医療者の新しいコミュニケーションのかたち

患者さんと医療者が同じ情報を活用することで、信頼関係のもと納得の治療と療養生活が可能に



【執筆】

渡邊 清高先生

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
がん情報提供研究部 医療情報コンテンツ研究室長

がんと向き合うための信頼できる情報「患者必携」

がんという診断を受け止めることは、大きなストレスをもたらします。不安で怒り散らしたり、どんなことにも否定的になることもあります。しかし、がんはもはやめずらしい病気ではなくなってきています。日本では2人に1人ががんにかかる今、「情報をバランスよく集めて、備えておくこと」が大切です。

国立がん研究センターがん対策情報センターでは、患者さんが、いざというときにもあわてないで、自分らしい生活を過ごしていくために頼りになる情報の発信に努めてきました。その集大成ともいえる「患者必携」が、このほどできあがりました。

患者さんご家族はもちろん、お知り合いの方にも役立つがん情報として、役立てていただければ幸いです。

「君之所以明者、兼聴也。其所以暗者、偏信也。（君の明らかなる所以の者は、兼聴すればなり。その暗き所以の者は、偏信すればなり。）（貞観政要）」

唐の時代、魏徴（ぎちやう）の言葉で「広く意見を聴けば物事の見分けが付き、偏って特定の意見を信頼すると、見分けがつかなくなる」といった意味です。がんと言われたとき、まずは病状について自分なりに知っておくことが当面の備えになります。世の中には多くの情報があふれていますが、その中から信頼できる情報を集めることが第一歩になります。医療者と気軽に話し合える関係をつくっておくことも必要でしょう。混乱したまま情報源にあたってみたり、偏った情報だけを鵜呑みにすることは避けたいものです。

国立がん研究センターがん対策情報センターでは、さまざまながんに関する情報を、インターネット(『がん情報サービス』)や冊子などで提供しています。

「患者必携」とは、患者さんやご家族にとって必要な情報を網羅した、本と手帳を組み合わせた情報集のことで、上記のホームページで全文を無料で閲覧できます(『がん情報サービス>患者必携』)。

全国 388 カ所ある(2011 年4月現在)がん診療連携拠点病院などでは、見本版をご覧いただけます。また、本として手に取って活用したいといったご要望をうけて、この3月には全国の書店などで購入できるようになりました。



「知りたい」と「伝えたい」を一つに

「患者必携」は、これまでの本やネットでの情報にはない新しい視点でつくられています。それは、「患者さんが知りたいこと」と「医療者が伝えたいこと」を一つにまとめたことです。

「がん患者が必要とする情報をまとめ、すべてのがん患者さんとご家族に届ける」こうした目標のもとに、「患者必携」の制作が始まりました。

まず、全国の患者・家族・市民の視点から参加いただいた「患者・市民パネル」の方々にご協力いただき、「患者さん目線の知りたい情報」を集めました。これを踏まえ、多くの患者さんの治療やケアにかかわっている医師、看護師をはじめ、多くの職種の方が「患者さんに伝えたい情報」として、信頼できる内容をわかりやすく、患者さんの気持ちに寄り添いながらまとめた試作版をつくりました。

さらにこの試作版へのアンケート調査でいただいたご意見や、実際に使っていたいただいた方々の声を踏まえて、完成版『患者必携 がんになったら手にとるガイド』(A5判、528ページ)ができあがりました。

この内容をコンパクトにし、「まず知っておいていただきたいこと」をまとめた「患者さんのしおり(『がんになったら手にとるガイド』概要版)」も作成しており、全国のがん診療連携拠点病院で配布が始まりました。もちろんインターネットでもご覧いただけます。

「患者必携」は、次の冊子から構成されています。

・『がんになったら手にとるガイド』

読むための本。病気や治療法の知識と対処法を知ることに加えて、今後の大まかな予定を聞いたり、情報を集めたり、気持ちを整理したりするときにも役立つ情報を掲載しています。わかりやすい言葉で、窓口や関連情報、質問例などを組み合わせながら書かれており、同じ悩みを持つ患者さんだからこそわかる、ちょっとした心構えや生活のヒントも取り入れています。

・『わたしの療養手帳』

記録や情報を整理して書き留めるときに便利な手帳。「ガイド」と組み合わせて、患者さん自身が自分の体や気持ちの状態を知り、大事にしたいことを整理し、医療者に伝えていくためのきっかけとなるでしょう。

また、地域によっては、医療機関や相談窓口など、地域の情報をまとめた『地域の療養情報』(現在4県で試作)を作成しているところもあります。こうした情報が充実していけば、全国どこでも、お住まいの地域の医療機関のことや独自の支援の仕組みを知ることができるようになると考えています。

情報を活用することで、新しいがん医療のかたちをつくる

「患者必携」を読んでみて、さらに詳しく知りたいとき、あるいはわからないことや不安なことがあったら、最寄りのがん相談支援センターを利用できます。全国のがん診療連携拠点病院には相談支援センター(名称は医療機関により異なります)が必ず設置されており、専門のがん相談員が、治療や療養生活全般、地域の医療機関などの質問や相談を受けていて、その病院にかかっているなくても、無料で相談することができます(前述の『がん情報サービス』から検索できます)。相談は対面だけでなく、電話やファクス、メールでできる場所もあります。

多くの医療者の方にも「患者必携」のことを知っていただくために、がん診療連携拠点病院をはじめ、全国の医療機関にも見本版(市販版と同内容)を提供しました。医療者にも読んでいただくことで、医療現場で活用していただけるでしょうし、また、そのためのアイデアを集めたり、サポートすることにも取り組んでいます。

患者さんと医療者が同じ情報源(本、手帳など)を活用することで対話が進み、信頼関係のもと

で、納得して治療を受けたり、安心して療養生活を送ることができることを目指しています。

さらに、情報を集めたり、つくったり、更新したり、活用することを通して、地域にどんな医療機関があるのか、どのように連携しているかといった議論が始まったり、望ましい医療のかたちについて、行政や医療機関を含めた検討が行われるなど、よりよい地域のがん医療を目指した取り組みにつながっています。

ぜひ多くの方にホームページでご覧いただいたり、実際に本や手帳などを手に取っていただき、よりよい情報が届く仕組みの輪に加わっていただきたいと願っています。

(編集・制作 (株)法研)



【執筆】

渡邊 清高先生

独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センター
がん情報提供研究部 医療情報コンテンツ研究室長

1996 年東京大学医学部卒業。内科、救命救急センター、消化器科レジデントを経て東大病院消化器内科。医学博士。専門分野は消化器内科、肝臓病学。2008 年より現職。関心のあるテーマは、医療情報の提供、がんの抗体創薬、医療における政策研究など。冊子やホームページ(『[がん情報サービス](#)』)を通して、信頼できるわかりやすいがんの情報発信と普及に取り組んでいます。

2011 年 4 月 5 日

地方初の“がん患者必携”本／県や琉大病院など作成／費用・家族支援など網羅

2011/06/07 沖縄タイムス 朝刊 24 ページ 581 文字

県がん診療連携協議会や琉大医学部付属病院がんセンター、県は6日までに、がん患者や家族に必要な療養情報を盛り込んだ患者必携「おきなわがんサポートハンドブック」を作成した。県内6カ所のがん診療連携拠点・支援病院や保健所、市町村などに無料で配布。地域版の患者必携の作成は全国で初めて。

患者必携とは、がんと診断されて間もない患者や家族を支える目的で、2007年度の「がん対策基本計画」における相談支援・情報提供の一環として作成。

「おきなわがんサポートハンドブック」は全82ページ。医療機関や相談・患者会などの情報のほか、高額療養費制度など経済的な支援制度の紹介、納得のいく治療法を選択するためのセカンドオピニオンの受診方法や費用、告知されたときの家族へのアドバイス—などが盛り込まれている。2万部作成。

同協議会議長の村山貞之琉大病院長は「本当に情報が必要な患者に行き渡るように医師から直接手渡しで配布している」とPR。増田昌人がんセンター長は「患者会の意見なども取り入れ、情報は充実している」と話した。

また、国立がんセンターが作成した市販の「がんになったら手にとるガイド」と併せて、同ハンドブックの活用を呼びかけている。

(写真説明) 全国初の地域版患者必携「おきなわがんサポートハンドブック」をPRする県がん診療連携協議会議長の村山貞之琉大病院長(中央)ら＝県庁

健康医療政策とコミュニケーションの研究と実践の現状

高山智子¹、中山健夫²、秋山美紀³、杉森裕樹⁴、渡邊清高¹

1. 国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報提供研究部
2. 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
3. 慶應義塾大学総合政策学部
4. 大東文化大学大学院スポーツ・健康科学研究科健康情報科学領域予防医学

抄録

我々の生活にとっては欠かせない重要な役割を担う、総合的かつ包括的なヘルスコミュニケーションの実践が求められる場として、健康医療政策におけるコミュニケーションの場面がある。ここでは、対人間、グループ内、組織間内、マスレベルなど、さまざまなレベルのコミュニケーションの実践が求められる。本報告では、重要とされながら、これまで十分に検討が行われてこなかった健康医療政策におけるコミュニケーションの実践と研究において、現在どのような取り組みが行われているのかについて、3つの事例をもとに概観し、そこから、今後のさらなる実践への留意点や研究への発展の可能性について考察した。

「地域協働型のがん情報提供の試み」「医薬品・医療機器行政の安全性情報に関するリスクコミュニケーション」「がん患者必携での取り組みから」の3つの事例を概観した結果、健康医療政策におけるコミュニケーションにおいては、対人間のコミュニケーションで不可欠とされる双方向性や対話という要素だけでなく、合意形成、多層的な情報提供といったコミュニケーションの要素が、キーワードとして浮かび上がった。

今後は、健康医療政策において効果的なヘルスコミュニケーションを行うために、多様でかつ多層的な媒体をどう組み合わせ、活用していくか、またその結果どのようなインパクトがあるのか、また、そうした実践を生むプロセスでの健康医療領域の合意形成やコンフリクト・マネジメントの方法についても重要な研究課題になっていくと考えられた。

キーワード： 健康医療政策 市民/患者参加 アウトリーチ
合意形成 ヘルスリテラシー

1. はじめに

総合的かつ包括的なヘルスコミュニケーションの実践が求められる場として、健康医療政策におけるコミュニケーションの場面がある。ここでは、対人間のコミュニケーションだけでなく、グループ内のコミュニケーションや組織におけるコミュニケーション、そして、マスレベルでのコミュニケーションなど、健康医療政策を形作り、対話し、普及させ、さらなる課題の抽出や改善に至るまで、当事者（市民）を巻き込んだ、さまざまなレベルのコミュニケーションの実践が求められる我々の生活にとっては欠かせない重要な役割を担うコミュニケーションの領域である。

このように重要とされながら、これまで十分に検討が行われてこなかった健康医療政策におけるヘルスコミュニケーションの実践と研究において、現在どのような取り組みが行われているのかを3つの事例をもとに概観し、そこから、今後のさらなる実践への留意点や研究への発展の可能性について考察する。

2. 日本で行われている健康医療政策とコミュニケーションの実践と研究

2.1. 地域協働型のがん情報提供の試み：慶應義塾大学からだ館がん情報ステーション

国は「がん対策基本法」に基づき、がん診療拠点病院内に地域住民に開かれたがん相談窓口と情報提供の拠点を設置することを進めている[1]。しかし相談窓口のみで、住民自らが自発的ながんについて調べられ

る場が併設されている病院は少ない。また人的資源の不足等から院外の患者や一般市民に対してはまだ十分に対応しきれていない拠点病院も多い。

こうした中、山形県鶴岡市に本拠地をおく慶應義塾大学先端生命科学研究所は、一般市民が、がんに関する各種の情報にアクセスできる場として2007年11月に、公共図書館内にがん情報コーナー「からだ館がん情報ステーション」（以下「からだ館」）を開設し運用を開始した。からだ館には、各種がんの診療ガイドラインや解説書、闘病記といった書籍（2010年9月現在、約1300冊）、一般向けのがん医療に関する雑誌、パンフレット、患者会資料等を選書して取り揃え、インターネット検索用の専用端末も設置し、相談員が来館者の情報探しの支援をしている。また、アウトリーチ活動として、各地の公民館等を会場にした勉強会、患者サロン、料理教室といった催しを頻繁に開催している。

大学が地域の医療機関や行政と協力しながら、単に図書館機能にとどまらず、勉強会や出前講座等のアウトリーチを積極的に行い双方向の交流の場をつくることにより、がんに関する知識の普及と啓発を行っている点に特徴がある[2][3]。

からだ館を始めるにあたり、我々は国内外の患者図書館など先行する取り組みを視察し、蔵書構成や運営方法の検討を行った。さらに所在地の山形県庄内地方で住民ニーズを探る質問紙調査および医療者を対象とするインタビュー調査を行った。質問紙調査から、地域住民の情報ニーズは、治療法、予防法、検査データの見方、経済的支援、

闘病の体験談まで多岐にわたっていた。また医療情報を得るルートとしては、医療者、知人や家族など人を介する場合と、書籍やメディア等を介する場合とが混在することが明らかになった。インターネットで医療情報を検索したことのある人は3割程度であった。また地域の医療者のヒアリングからは、患者や家族の啓発、遺族のグリーフケア、患者と医療者のコミュニケーション支援を求める声が多く聞かれた。

これらの予備調査から、単に書籍や資料を揃えるだけでなく、むしろ人を介した情報提供の場づくり、特に地域の医療者や一般市民を巻き込んだ形での情報提供の方法を考える必要があることが認識された。こうした予備調査を踏まえて、活動のミッシ

ョンを「地域住民の健康レベルと QOL の向上」とし、それを実現するために以下の4点を活動の柱とした[2]。

1. がん疾患や治療法、術後の生活等に関する情報を提供する。
2. 患者や家族の自己決定のための相談・支援をする。
3. 同じ悩みを持つ人の出会いの場を提供する。
4. 相談や情報提供を行える人材を地域に育成する。

これらの活動を医療者や行政といった地域の多様な主体と協働して行うこととした(図1)。

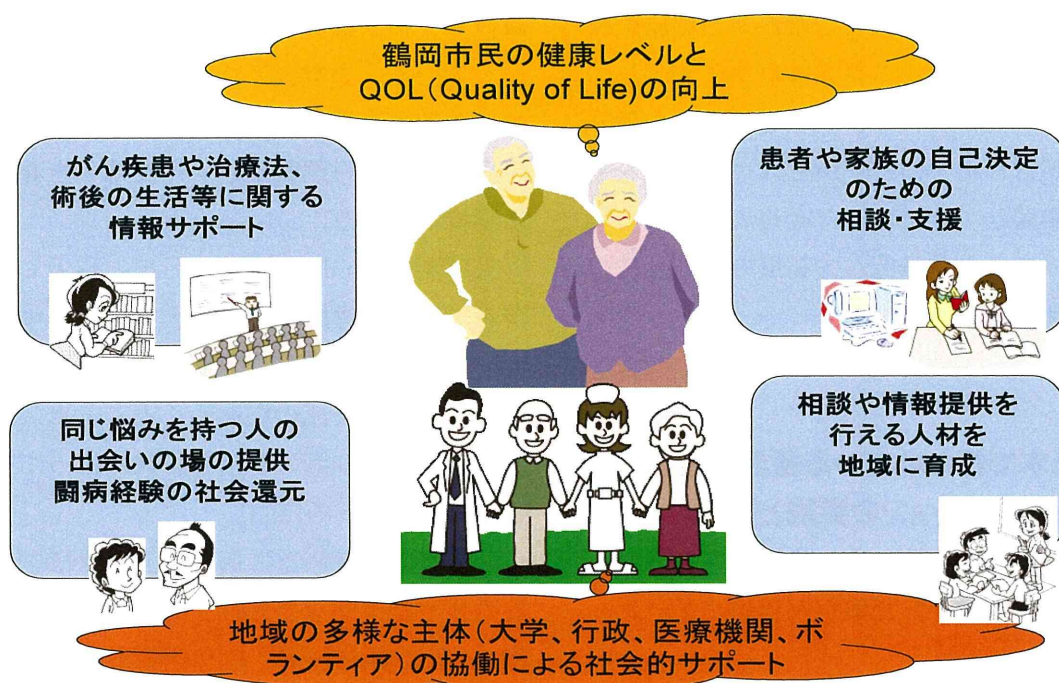


図1. からだ館のミッションと活動の柱

患者が闘病経験を共有できる場をつくることは、からだ館の重要な役割のひとつで

あり、2009年度からは、地域のがん患者サロン「にこにこ倶楽部」を毎月開催してい

る。毎回、約 20 名の患者がお茶を飲みながらおしゃべりする場として定着している。市民向けの勉強会や出前講座は、がん健診や予防法、旬の食材を使った料理教室といった一般住民向けのイベントから、リンパ浮腫のセルフドレナージ、手術後の食事をテーマにした患者向け勉強会まで内容は様々で、地域の保健師、医師、栄養士等、様々な職種が、講師として協力し活動を支えてくれている。

こうした様々な活動を地域に伝えるために、ニューズレターを隔月で発行し地域の公民館等を通じて配布している他、ウェブサイト (<http://karadakan.jp>) でも情報発信をしている。

オープンした 2007 年 11 月末から 2010 年 7 月末までに 215 件の相談を受けた。内訳は、治療に関する情報集めが半数以上、生活に関する相談が 20%であった (図 2)。がんや疾患の種類は多岐に渡っていた。相

談者の 62%は本人、30%は家族や親戚、8%は友人のがんに関する相談であった。

またこの間の蔵書の貸し出し件数は、1540 冊で、約 4 割が治療法に関する書籍、約 2 割が闘病記であった (図 3)。

からだ館には、隣接する酒田市をはじめとする庄内地方や山形県全域から患者や家族、一般市民が訪れている。また患者の友人や親戚、地域の医療職種や介護職種にも利用されていることから、病院の外にこのような中立的な情報提供機関を置くことの意義が示されつつあると考えている。

がん患者が安心して暮らせる地域づくりの一部として、今後も公立図書館内での書籍や資料、インターネット等を用いた情報提供と、図書館の外で地域の医療者や行政を巻き込んで行うアウトリーチ活動とを組み合わせ、多層的な情報提供を継続していきたい。

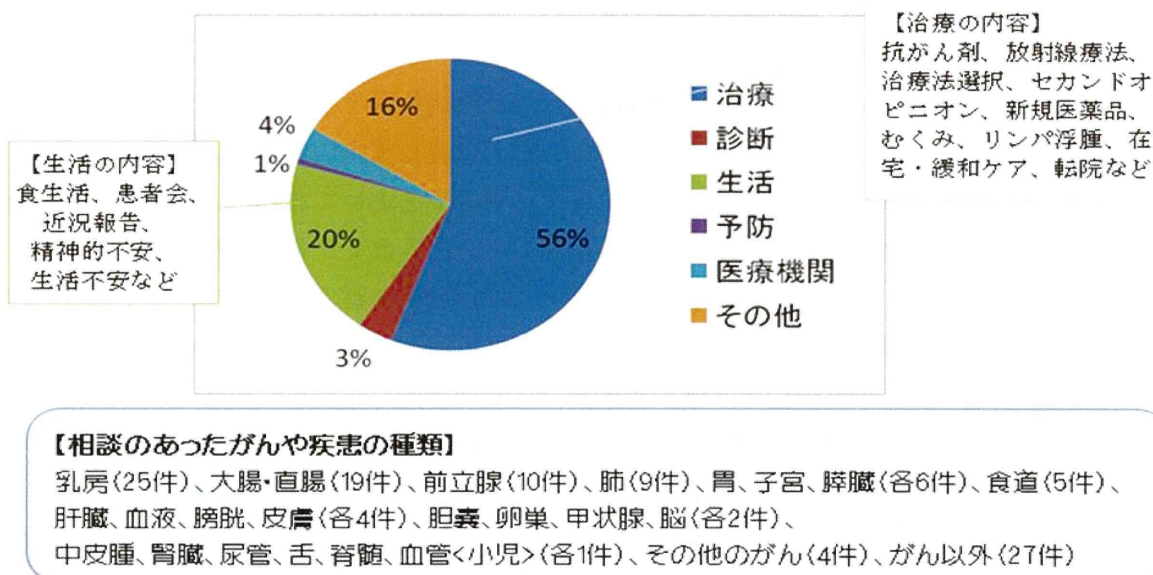


図2. 相談内容の内訳(計 215 件:2010 年 7 月末現在)

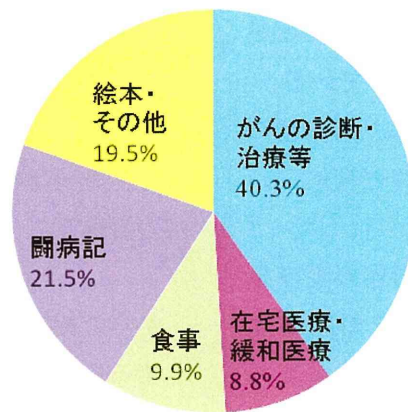


図3. 蔵書の貸し出し割合(計 1540 冊:2010 年 7 月末現在)

2.2 医薬品・医療機器行政の安全性情報に関するリスクコミュニケーション

わが国では、近年、医薬品・医療機器（以下医薬品とする）の安全性への信頼に疑問が投げかけられつつある今日（タミフルの精神・神経症状問題、フィブリノゲン製剤及び血液凝固第IX因子製剤による薬害肝炎問題等）、その適切な情報提供は喫緊の課題である。患者・消費者に対しては、医薬品のベネフィットとリスクの科学的不確実性のバランスについて、十分なコミュニケーションが必要であるが、安全性情報のリスクコミについては実体化されてはいない[4][5][6]。

一方、医療関係者に対しても、自己血糖測定用穿刺器具の使い回し問題等で明らかになったように、これまでの緊急安全性情報等の安全性情報や添付文書の提供だけでは情報伝達・共有が不十分である。米国では、2007年のFDA改革法(FDAAA)の立法化に伴い、患者・消費者への医薬品安全性情報の提供が強化された。また、新たに「リスクコミ諮問委員会」を設置し、インターネットによる医薬品情報のアクセスを改善した。医薬品のリスクコミの成立には、医療者側の適正な情報提供が前提だが、患者側因

子のヘルスリテラシー、特にドラッグリテラシーの向上（エンパワーメント）も欠かせない（図4）[7][8]。

ここでは、逆に、医薬品のリスクコミを通して、患者のヘルスリテラシーを向上させる可能性をもつ。また、医療者も「患者（医療者とは違う視点の専門家）から学ぶ」ことも多く、情報提供のあり方の改善が期待できる。一方通行ではなく、両者の“歩み寄り”による双方向の情報交換が重要である。欧米の医薬品レギュラトリー機関（FDA、EMA、MHRA）では、患者代表を「リアルな闘病体験とネットワークを持つ、医療者とは違う視点の専門家」と捉え、事業の患者参加を進めており、透明化、情報共有化に力を入れている。参加する患者団体の適切な選択と質の担保も不可欠であり、EMAでは参加できる患者団体の条件が定められている。

わが国でも、患者・消費者および医療関係者に対するリスクコミの基盤がさらに整備され、患者参加の対話型医療（Shared Decision Making）を目指すことが望まれる。そして未来に向けて、社会における医薬品への信頼性を向上させ、安全で満足度の高い医療システムの実現が期待される。

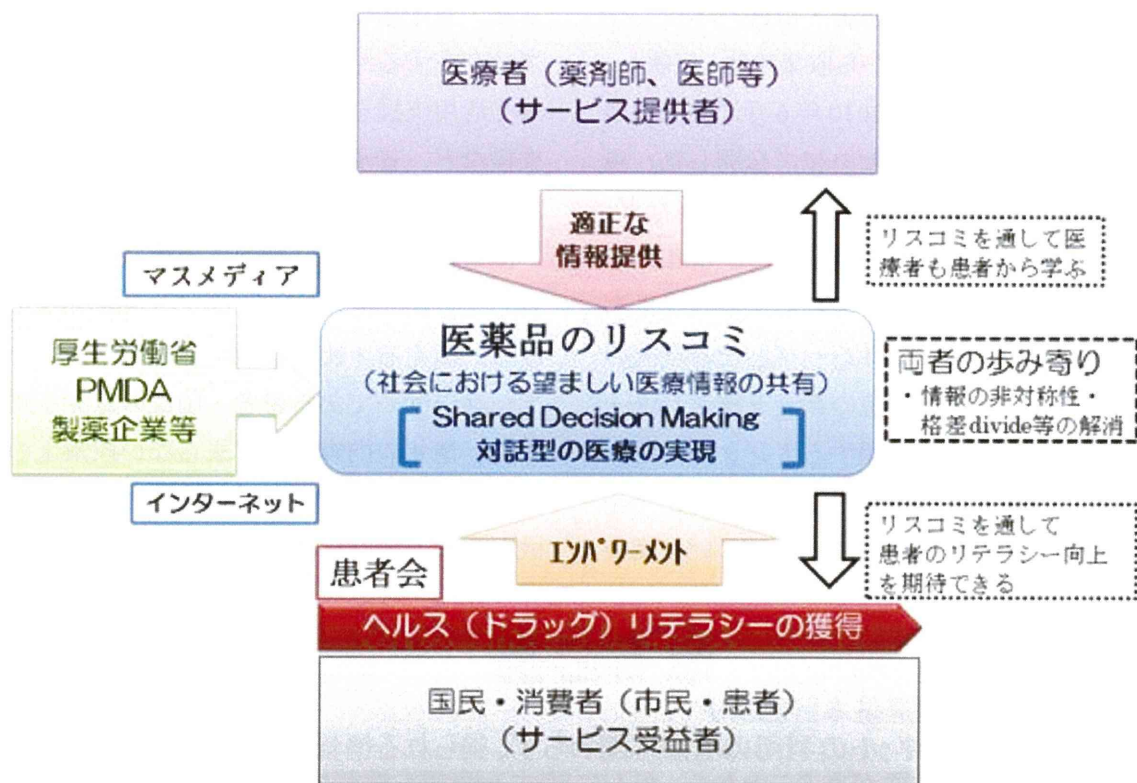


図4. 医薬品のリスクコミュニケーションの成立のためのコミュニケーション

2.3 情報づくりと普及にむけて がん患者必携での取り組みから

国立がん研究センターがん対策情報センターでは、ホームページ（がん情報サービス）[9]、冊子等を通して、信頼できる情報を分かりやすく届けるための取り組みを行っている。患者・国民が、格差なく治療や療養上の意思決定に必要な情報を得るためには、診療ガイドラインなどのエビデンスデータベースに基づく信頼できる情報源から、分かりやすく使いやすい形式で、適切な支援と共に提供されることが求められる。具体的には、情報の作成と普及、施策の実施プロセスに患者・家族・国民の視点を取り入れ、ユーザーの視点から情報を吟味・反映することで、よりよい患者・家族支援にむすび付けることが可能になる）[10]。

がん患者の治療や療養の意思決定には、信頼できる情報が、わかりやすく、親しみやすい内容で提供されることが求められる。がん対策推進基本計画において、すべてのがん患者と家族の療養生活の質向上を目指して、作成することと届けることが規定された「患者必携」とは、がん患者にとって必要な情報を網羅した「がんになったら手にとるガイド」と、自記式の手帳「わたしの療養手帳」から構成されている。試作版では地域に特化した情報を収載した「地域の療養情報」を提案し、各地域での検討が始まっている。患者必携の作成プロセスと評価・活用方法の検討に当たっては、企画理念を関係者で共有した上で、構成、テーマ出し、原稿チェック、体験記、活用方法の検討など、様々な段階での意見を、がん

対策情報センター「患者・市民パネル」やウェブアンケート等から収集吟味・反映し、試作版の作成を経て2010年6月に完成版のPDFをがん情報サービスにて公開した。現在書籍化や普及・活用支援のスキームなど、試験配布の結果などを踏まえて、情報の活用に向けた検討を行っている。情報提供と相談支援の地域におけるハブとなる全国のがん診療連携拠点病院の相談支援センターへの情報提供体制に関するアンケートを実施し、既存の情報の活用状況、情報ツールの配布・活用を促す取り組みについて調査

した。各地域や医療機関での情報提供ニーズは存在するものの、役立つがん情報の認知や活用支援を促すツール、地域での導入支援など、普及に向けて必要な要素も明らかになった[11]。

健康情報の普及における施策において一貫して重要な視点は、「つくる・集める・広げる・伝える・使う」の各プロセスにおいて、ユーザーである患者・国民の意見を踏まえ、情報の内容にとどまらない政策上の課題も含めて検討の俎上に乗せ、合意の形成と課題の抽出を行うことである。

患者必携

がん対策推進基本計画より

- インターネットの利用の有無に関わらず、得られる情報に差が生じないようにする必要があることから、がんに関する情報を掲載したパンフレットやがん患者が必要な情報を取りまとめた患者必携を作成し、拠点病院等ががん診療を行っている医療機関に提供していく。
- 当該パンフレットや、がんの種類による特性等も踏まえた患者必携等に含まれる情報をすべてのがん患者及びその家族が入手できるようにすることを目標とする。

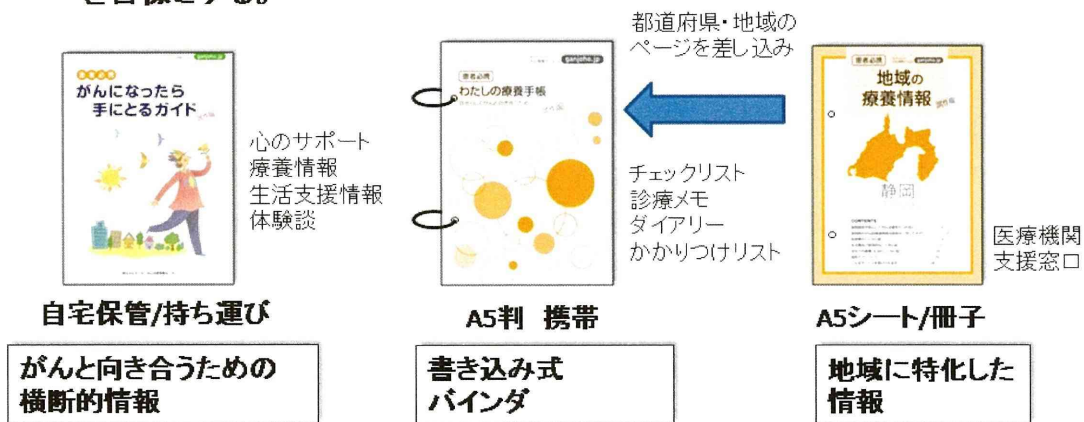


図5. がん「患者必携」の政策上の背景と作成された情報(冊子)

3. 考察

3つの事例を概観して、浮かび上がってくるキーワードがいくつかあげられる。双方向性、対話といった対人間のコミュニケ

ーションにおいて不可欠な要素に加え、合意形成、多層的な情報提供といった、集団あるいは、健康医療政策において、強調されるコミュニケーションの要素があげられ

た。

健康医療政策におけるコミュニケーションでは、そこで提供されるべき情報は、広く周知することが必要な情報である。したがって、多層的なコミュニケーションを、利用者のニーズに合わせて、情報が届きやすい方法で、かつ、目指す目標に沿った形で、いかに戦略的に効率的に行うかは、非常に重要である。“地域協働型のがん情報提供の試み”や“安全性情報に関するリスクコミュニケーション”の試みにおいてあげられた、患者や当事者と医療者との対話だけではなく、患者サロンの場や患者会、市民向け勉強会やイベント、図書館の利用、そして、インターネットやマスメディアなど、さまざまな場面と媒体をどのように利用していくのか、また、そうした企画や運営をどのようにマネジメントし、その組み合わせによる効果は、どのようなで、どのくらいのインパクトがあるのかについても、今後の検討課題としてあげられるであろう。

健康医療政策という点では、最初に政策（あるいは、提供すべき情報）がはじめから存在するのではなく、そこに関わる関係者ら多くの人どうしでの対話から、健康上の問題や課題を明らかにし、どのようなメッセージを伝えるかが重要になってくる[8]。

“地域協働型のがん情報提供の試み”では、住民や医療者を対象とした質問紙やインタビュー調査からニーズを拾うことから始まり、そこを起点として、人を介した情報提供の要素を盛り込むことや、地域の医療者や一般市民を巻き込んだ形で情報提供の方法を考えることなど、地域に根ざした情報提供活動が盛り込まれた形で運営が進められた。また、“がん患者必携での取り組み”

においても、政策（がん対策推進基本計画）上作ると定められたものがあつたものの、患者必携の作成プロセスと評価・活用方法の検討の過程において、様々な段階で、利用者の意見を取り入れて作成されている。まさに、健康上の問題・課題から関係者を巻き込んで作り上げるというプロセスそのものが大事であると言えよう。今回紹介された事例にもあがっていたように、そのプロセスにおいては、合意形成というステップが要求される。今後、健康医療領域の合意形成 consensus building[12]やコンフリクト・マネジメント conflict management[13]の方法についても、効果的なヘルスコミュニケーションを行うための重要な研究課題になっていくと考えられる。

文献

- [1] 厚生労働省. がん対策推進基本計画. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf> [accessed 2011-06-10]
- [2] 秋山美紀、「大学による地域協働型のがん情報提供の試み：からだ館がん情報ステーション」医学図書館雑誌, 2010; 57(2): 193-198.
- [3] 剣持真弓, 秋山美紀「致道ライブラリーのいま—鶴岡でのユニークな取り組み—」慶應 Media Net 2009;16: 45-7.
- [4] 杉森 裕樹, 折井 孝男.【特集】リスクコミュニケーション——安全性情報の効果的な伝達、医療で求められるリスクコミュニケーションとは—対話に基づく医薬品の安全性情報の共有、月刊薬事.2011; 53(3): 307-312.
- [5] 山本美智子, 堀木稚子, 杉森裕樹, 中山健夫. 医薬品に関するリスクコミュニケーション —米国FDAリスクコミュニケーション戦略計画 2009を

- 中心に一、薬剤疫学. 2010; 15: 11-21.
- [6] 杉森裕樹、種市摂子、他. 医薬品および医療機器の安全性におけるリスクコミュニケーション、医療と検査機器・試薬巻. 2010; 33: 361-365.
- [7] 杉森裕樹・中山健夫(編)[特別企画]IT時代のヘルスリテラシー. からだの科学 250号. 日本評論社(東京); 2006.
- [8] 米国立がん研究所(編集)、中山健夫(監修)、高橋吾郎、杉森裕樹、別府文隆(監訳)ヘルスコミュニケーション実践ガイド. 日本評論社; 2008.
- [9] がん情報サービス 国立がん研究センターがん対策情報センター <http://ganjoho.jp/>
- [10] 渡邊清高. 完成版 がん「患者必携」患者の求める情報を網羅したガイドとは 外来看護 2010; 15(6): 70-77.
- [11] 渡邊清高、的場元弘、八巻知香子、朝戸裕二、谷水正人、田城孝雄、堀内智子、清水秀昭、辻晃仁、増田昌人. 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)「患者・家族・国民の視点に立った自立支援型がん情報の普及のあり方に関する研究」平成 21 年度総括報告書; 2010.
- [12] ローレンス・E・サスカインド、ジェフリー・L・クルックシャンク著. コンセンサス・ビルディング入門 公共政策の交渉と合意形成の進め方、有斐閣 2008. Breaking Robert's Rules: The New Way to Run Your Meeting, Build Consensus, and Get Results, Lawrence E. Susskind and Jeffery L. Cruikshank. Oxford University Press, Inc. 2006.
- [13] Pruitt DG, Kim SH, Social Conflict: Escalation, Stalemate, and Settlement, 3rd edition. McGraw-Hill 2004 New York.



喫煙者ここにいて…

昨年にタバコが一気に値上がりするのかもしれないと思ったら、百円程度だった。喫煙者にとって安いに越したことはないが、それにしても日本のタバコは諸外国にくらべて安すぎる。

何十年も昔、山口県庁に勤務していた時、十二指腸潰瘍を患い、医者から薬を渡され、酒とタバコは控えるように言われた。当時は夜の会合も多く、飲みものはもっぱら日本酒で、まあ杯を空けてくれと差し出され、いや医者から止められてまじとて言っても、一杯くらいどうってことないだろうと更にこれれば、簡単には断れない。飲めばタバコも吸いたくなる。意志薄弱な私は、飲んだときだけはタバコもいいことにしようと思分な

2011年(平成23年) 10月4日(火)

第5849号 (購読料金 月額税込み4,300円)



時事通信社

- ◇昭和28年5月30日 第3種郵便物認可
- ◇毎週2回火・金曜日発行(但し祝日を除く)
- ◇発行所 東京都中央区銀座5丁目15番8号時事通信社
- ◇郵便番号104-8178
- ◎誌面内容に関するお問い合わせ(編集部)
kousei-dokusha@jiji.com
- ◎時事通信社2011

目次

特集 在宅看取りで「地域創造会議」発足 15年後、団塊世代の高齢化を見据え一滋賀県……………2

大臣会見……………4

待機児童対策などに重点 特別枠は15項目一厚労省概算要求……………5

社会保障費の例外扱いは難しい……………5

特集 動き始めたメディアドクター 医療報道のあり方を考える取り組み6

学会・医療情報一患者iPSから神経細胞/エイズ抵抗遺伝子をネコにほか……………10

地域を支える(岡山県)……………11

水際対策見直し、地域で柔軟対応 ほか……………12

進言(福井県)……………13

事件・事故・裁判一10人死亡火災、元理事長ら無罪を主張/救命士を書類送検へ ほか……………14

新刊図書の中から……………17

ニュースフラッシュ

福祉・健康一介護支援ボランティア事業を検討 ほか……………18

医療・保健一禁煙策検討へ第三者委設置 ほか……………19

環境・ゴミ一放射性物質の拡散を予測 ほか……………19

労働・女性一障害者雇用企業の認証制度を創設……………20

国際医療福祉大学・谷修一
名誉学長



りのルールを決めた。その内、吸いたければ飲めばいいのだとルール変更をする始末。数カ月後、潰瘍軽快との診断を受け、以前の生活習慣にあり戻った。しかし今や、デパート、ホテル、官公庁、鉄道等々、原則全面禁煙となり、我が家でも家内が、肺がんになったらあなたのせいですと言い出すし、多くの喫煙者にはタバコを吸う場所がなくなってきた。

昨年夏、人間ドックの結果説明で老練な医師から、自分は喫煙経験が無いのであまり偉そうなことは言えないのだがという切り出しで、何となく吸うという無駄なタバコをやめ、毎食後に一本、午前中に一本、そして三時のお茶で一本とすれば、

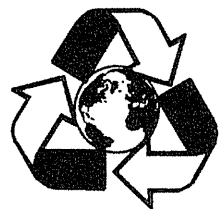
夜までに五本で済むと淡々と勧められた。他の医者たちのタバコこそが諸悪の根源だとの口調には反発を感じるばかりだったが、この医師の話には私も納得で、以後二日で一箱と決め、今では三日で一箱のときもある。それならもうやめたらというのが周囲の非喫煙者たちが必ず言うことだが、やめる気にはならない。

八月下旬、日本財団の笹川陽平氏が、タバコ一箱千円への値上げと財務省が保有する日本たばこ産業(JT)株の売却によって、震災復興支援の財源とすべきとの提案を新聞紙上でしている。九月に入ると、厚労大臣が一箱七百円と発言するなど、俄に騒がしくなってきた。新首相は喫煙者だそうだが、上げ幅はともかく復興財源の一部としての値上げなら、喫煙者の一人としてささやかな貢献はしたいと思っている。

動き始めたメディアドクター

医療報道のあり方を考える取り組み

メディアドクター研究会 幹事長
国立がん研究センターがん対策情報センター・渡邊清高



《ポイント》「メディアドクター」という用語は、まだ聞き慣れないかもしれない。オーストラリアや米国などで行われている、医療報道を検証・フールドバックし、より良くしていくという活動のことだ。

日本でも、医療者やジャーナリスト、患者らの有志によって、「日本版メディアドクター」が始まっている。欧米とはメディアの土壌も大きく異なるだけに、そのまま外国のものを取り入れればよいというわけにはいかない。さまざまな課題もあるものの、注目される取り組みである。

研究会の幹事長を務める渡邊清高氏に、日本版スタートまでの経緯やその内容、今後の展望などについて概説してもらった。



医療や健康を話題とする報道は日々大量に発信され、私たちが新聞やテレビ、雑誌などを通して目にしない日はない。受け手である市民、患者・家族の意思決定に少なからず影響を与えるメディア報道。その内容は正しく報じられ、適切に伝え

られているだろうか。情報源となる研究者・医療者は的確に研究成果を発信しているだろうか。一方的な情報伝達や批判を行うのではなく、専門家と記者が対話と議論を重ねる中から相互理解を深めていく取り組みについてご紹介したい。

「隠れ〇〇を診断する検査法開発！」は適切？

例えば、「ある病気Xに対して新たに有効な検査法Aが開発された」といった記事を目にしたときに、それが基礎研究段階か、動物実験の結果なのか、ヒトに対する評価に基づくものであるのかについて明記されていないれば、これを読んだ患者・家族は、すぐにでも近くの医療機関で手軽に受けられる検査であると誤解しかねない。

中には健康への意識の高まりに乗じて、これまで病気として扱われていなかったものをあたかも病気のように（もしくは、深刻な状況のように）とらえ、不安をおおることや検査に誘導したりする場合もある。放置することが害悪であるように報道すれば、受け手である読者をいたずらに不安

に陥れたり、冷静に対応する機会を逸したり、より効果が確実な既存の検査や診断から遠ざけてしまったりといった事態も起こりうる。

メディアドクターの取り組み

2007年に東京大学で開講されていた医療政策人材養成講座の受講生有志により、医療者とジャーナリストがともに同じ記事を読み、10の視点（評価項目）で評価する作業がなされた。参加者の共通の問題意識として、報道されている医療に関する記事が不十分であり、適切な医療・健康上の判断を行う上で改善すべき点があること、評価作業を通じて記事の書き手である記者、読み手である市民に対して継続的な発信を行うことが必要であるということがあった。

この評価作業では、04年以降海外で行われているメディアドクターの評価項目と手法を参考とした。オーストラリアで始まったメディアドクターは、医療・保健分野の報道の質を評価・公表することによって、患者・家族、そして一般に向けて適切な

情報発信を促す活動である。こうした活動は、05年にはカナダ、08年には米国でも始まっている。

米国の例を挙げると、疫学者や医療従事者、研究者などによる評価チームを組織し、新規性、アクセス、代替性、あおり(病気づくり)、エビデンスの質、効果の定量化、弊害、コスト、情報源の独立性、プレスリリース依存——の10の項目を指標に採点し、結果をインターネット上で公開している。

医療者とジャーナリストの協業から

わが国では、医療に関する報道をよりよくするための取り組みとして、海外の事例を参考に、医療者・研究者とジャーナリストが同じテーブルに動くところから議論が始まった。「医療をともし動かす」を共通のゴールとし、医師だけ、メディアだけが集まるのではなく、異なる立場の人材が、医療報道の課題を具体的に解決する動きにつなげるものとして「メディアドクター」はスタートしている。医療者には、メディアは医療の断片的な一面だけを取り上げて、「事故」「副作用」など医療全体への不信感をあおっているという問題意識があり、一方で、メディアからは医療者は患者・市民に対して情報発信を十分行っていない、対話が不足しているという課題が投げかけられていた。

メディアドクターを進めるにあたっては、当初からメディアと医療者が顔を突き合わせて、評価方法や評価軸について合意形成しながら、ともに

望ましい情報発信に向け取り組んできている。当初より、ジャーナリストと医療者がほぼ半々の参加で、海外で用いられていた評価軸を邦訳して評価していたが、両者の評価結果には大きな差がみられず、属性で分ける必要性はないと判断した。また評価軸そのものについても、20回に及ぶ定例会での評価作業を通じて、日本の実態に即した改訂を加えている。最新の評価軸を表に挙げた。

新規性とエビデンスの狭間で

冒頭の架空記事を例にとると、「①新規性(既存の検査方法と比べてどの点が新しい知見であるか明確に述べている)」は満足できると判断され、②アクセス(その検査について、誰が、どのようにすれば恩恵を受けられるか)、「③代替性(他の選択肢についての言及)」、「④あおり・病気づくり(対象疾患であるXに対する不安を過度にあおる要素がない)」について不十分な記事であれば、報道された検査について、「どこで受けられるか、他の検査はないか、そもそも必要なものなのか」について、考慮するために必要な情報を得られないか、間違って受け入れてしまうことにつながる。

記事では専門家や権威者、その検査の経験者の声が情報源を補強するものとして取り入れられることが多いが、基となる研究結果について「⑤エビデンスの質(意見と科学的事実を区別し、必要な場合は出典や研究デザインについて言及して

表 メディアドクターの評価軸 (治療、検査、医療機器、医薬品に関する記事の場合)

評価項目	○ 満足	× 不満
① 新規性	新規性について、正確な情報を提供している	新規性について述べていないか、不正確
② アクセス	適応可能性について言及している	適応可能性について述べていない
③ 代替性	代替しうる選択肢について言及している	選択肢について述べていない
④ あおり・病気づくり	対象となる疾患の不安をあおる要素がない	不安をあおる要素がある
⑤ エビデンスの質	出典やエビデンスの質について言及している	意見か事実か不明確
⑥ 効果の定量化	効果を定量的に述べている	定量的に述べていないか、誤解を与える
⑦ 弊害	可能性がある有害事象について述べている	有害事象を述べていないか、バランスを欠く
⑧ コスト	コストについて述べている	コストについての言及が過小
⑨ 情報源	情報源と利益相反の可能性について言及している	情報源や利益相反について不十分
⑩ ヘッドラインの適切性	記事の内容を正確に表している	センセーショナルに扱い誇張している

る)」を踏まえて記載されていると、報じられた内容の科学的妥当性について読み手側が判断することができると、⑥効果の定量化(検査の場合であれば、〇〇%の感度/〇〇%特異度がある、陽性的中率など)や、⑦弊害(検査に伴う有害事象、偽陽性など)、「⑧コスト(検査実施による個人負担、あるいは社会的なコスト)」についての言及がなされていると、新規に適用できる技術という視点だけではなく、医療制度や政策、社会的な影響について考察するときに有用であろう。

前述の評価作業では、複数の記事を評価したところ、新規性を重視すればエビデンスの質についての言及が不十分になる傾向がみられた。速報性を重視すれば研究デザインや結果の適用可能性について十分な記事スペースを充てられない、もしくは記事の性格上あてはまらない、言及できない場合もある。メディアドクターでは、受け手である患者・家族、市民の視点から、その記事を読んだ健康上の判断や意思決定を行う場合に有益であるかどうかの評価を行っている。そのため創薬や基礎研究に関する記事については、適応についての言及を添えることで、読み手はどのくらい待たばその医療を享受できるか、実現可能性も含めて判断することができると考えられる。

記事の背景を読み解く「情報源」

メディアドクターは、単に評価するだけでなく、報道の正確性(accuracy)、バランス(balance)、

完全性(completeness)の向上のために、「どのような書き方がよかったのか」、あるいは「どうすべきだったのか」という視点を提供している。完全性(評価の定量化、情報源の記載、研究者の利益相反への配慮)については、わが国のメディアだけでなく、研究成果を発信する側である研究者にとっても、十分留意しておくべき要素と思われる。新薬の臨床試験を含め統計学的に有意でないものは発表されにくい(パブリケーションバイアス、出版バイアス)、研究者の意向によって発表の選択を含め内容の影響を受ける(レポーターバイアス)が存在することも認識しておく必要がある。

⑨情報源(情報源と利益相反COIの可能性についての言及)に関しては、理想的には独立した複数の情報源によって裏付けられていることが望ましい。海外の学会や論文に比して、わが国では利益相反の開示状況について話題にのぼることは少ないが、潜在的なCOIが研究成果や記事の内容に影響を与えている可能性があり、情報源の独立性や第三者的な視点が重要といえよう。

記事の態を表す「ヘッドライン」

欧米の新聞やインターネットで配信されている記事は、見出しが一定の大きさと位置で揃っている。一方、わが国の新聞は記事の位置(一面トップ、社会面、経済面、科学欄、三面記事、など)、見出しの場所、大きさによって掲載される記事の

性格や受ける側のイメージが大きく異なる。見出しが記事の内容や背景となる研究成果を適切に要約しているか、「⑩ヘッドラインの適切性(見出しが、記事本文の内容をセンセーショナルに扱うことなく、正確に表している)」について、海外にはない日本版メディアドクター独自の工夫として、評価項目に加えている。

ここで話題になりやすいのが、公衆衛生上の話題を扱う記事である。規制や検診、感染症対策などに関する記事は対象となる市民は対象疾患の患者にとどまらないため、客観的な事実と懸案や注意を喚起する説明、継続的な課題について、バランスよく示される必要がある。こうした点についても、読み手の誤解や混乱を招く記述はないか、どのように要点を示すべきかについて考慮すべきであろう。

対話による議論と合意形成

メディアドクターが始まった背景には、医療者とメディアの間の対話の溝がある。2000年代以降、医療報道とくに事故報道のあり方を巡って強い問題意識があつたからに他ならない。

死亡事例や深刻な有害事象が発生した場合、事実関係が十分解明されていない段階であっても、広く共有することで警鐘を鳴らすことは重要である。一方で、どこまでが明らかかな事実なのか、どのような検証がなされたのか、その結果はどうだったのか、あるいは今後の医療や社会にどのような