

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、マズレ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)。

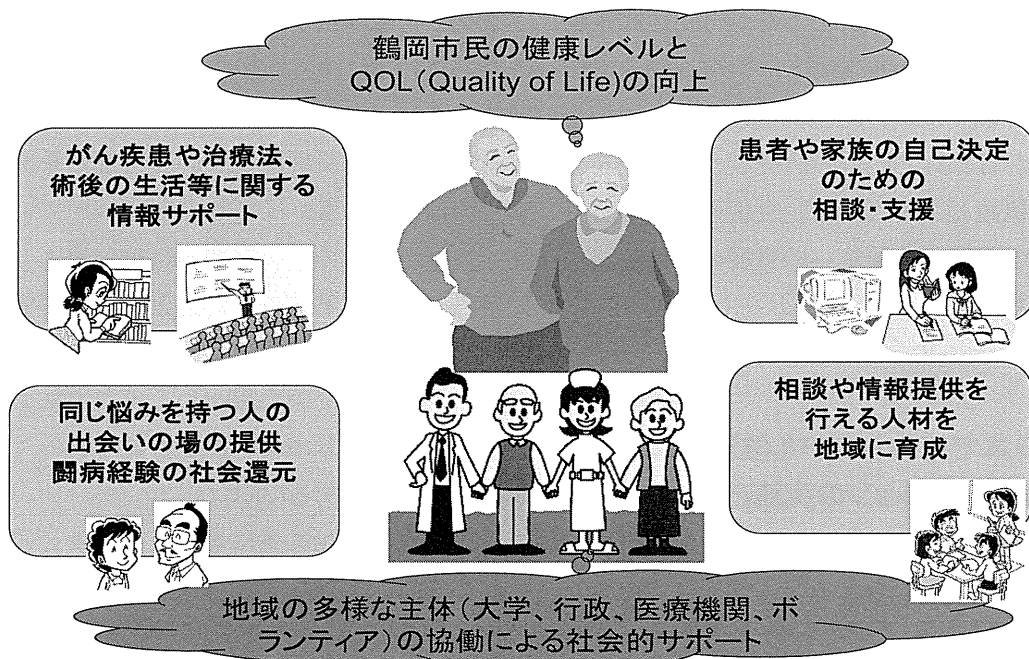


図1. からだ館のミッションと活動の柱

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、ニュース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て、多層的な情報提供を継続していきたい。

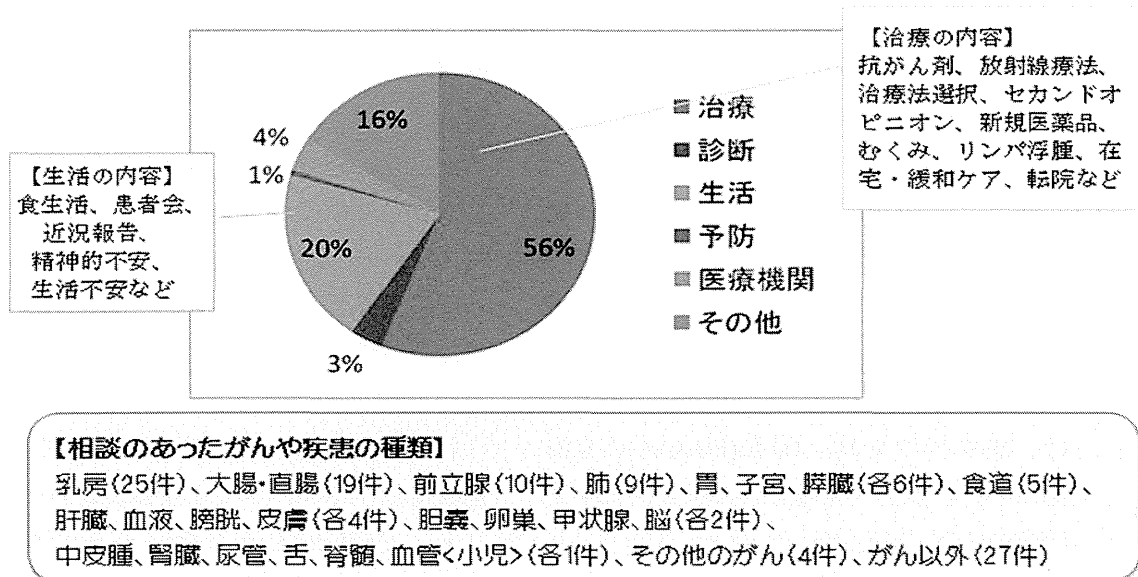


図2. 相談内容の内訳(計 215 件:2010 年 7 月末現在)

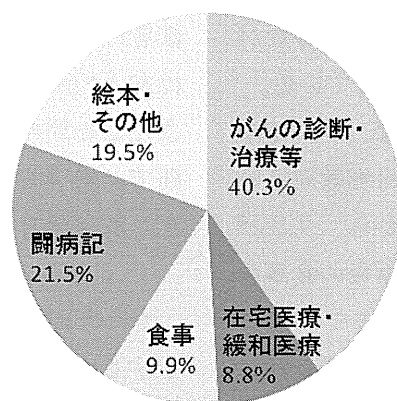


図3. 蔵書の貸し出し割合(計 1540 冊:2010 年 7 月末現在)

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。

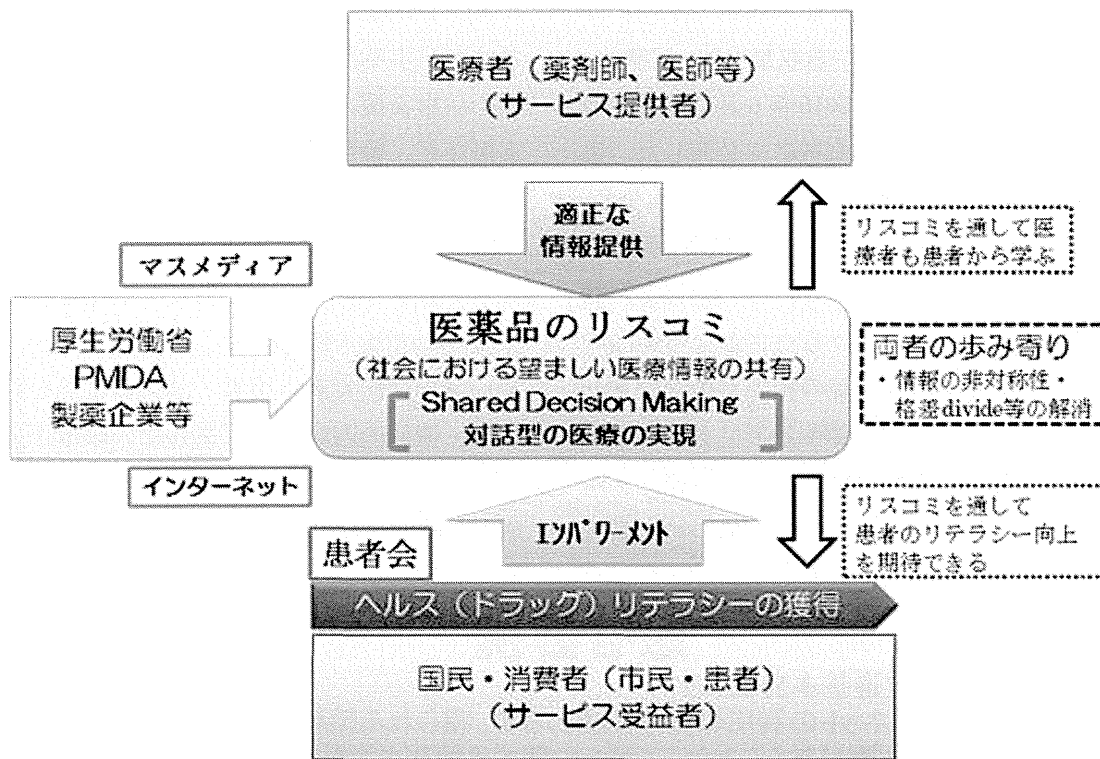


図4. 医薬品のリスクコミュニケーションの成立のためのコミュニケーション

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、日記式の手帳「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のあることから、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。

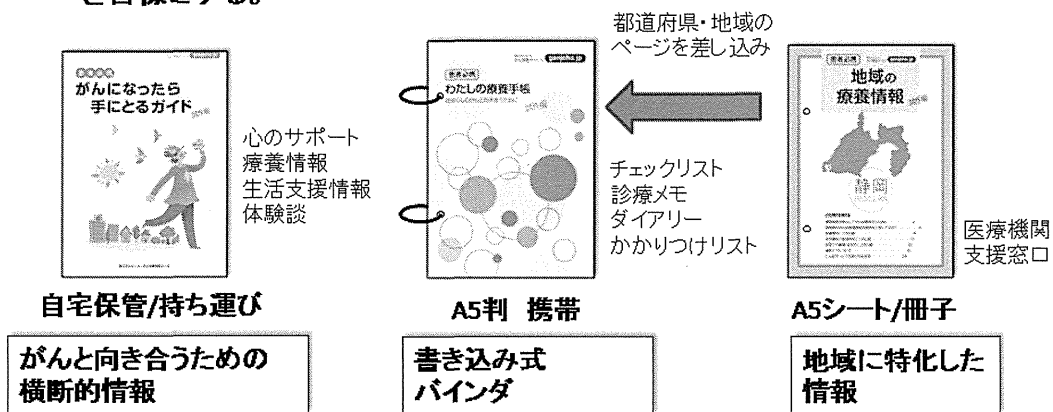


図5. がん「患者必携」の政策上の背景と作成された情報(冊子)

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.

厚生福祉

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—滋賀県	2
大臣会見	待機児童対策などに重点 特別枠は15項目—厚労省概算要求	4
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	—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	—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	14
新刊図書の中から		17
ニュースフラッシュ		
福祉・健康	—介護支援ボランティア事業を検討	ほか
		18
医療・保健	—禁煙策検討へ第三者委設置	ほか
		19
環境・ゴミ	—放射性物質の拡散を予測	ほか
		19
労働・女性	—障害者雇用企業の認証制度を創設	
		20

喫煙者ここにいて…

昨春秋にタバコが一気に値上がりするののかと想っていたら、百円程度だった。喫煙者にとつ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してと言つても、一杯くらいどうつ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つた。

国際医療福祉大学
 名誉学長・谷修一



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つさり戻った。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、肺がんになつたらあなたのためですと言ひ出すし、多くの喫煙者にはタバコを吸う場所がなくなつてきた。

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(JTI)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つている。

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 渡邊清高
国立がん研究センターがん対策情報センター



《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、より良くしていこう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ければ、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、不安をおおることで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・公表することで、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つくところから議論が始まった。「医療をともに動かす」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がっている。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、間違つ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い

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。「⑥効果の定量化(検査の場合であれば、○○%の感度/○○%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

なインパクトを与えるのかをきちんと伝えることも、メディアに求められる要素である。患者・家族、市民の不安を過度におおったり、病気や治療の正しい理解を妨げる情報発信は適切であるとはいえない。医療情報や研究成果を発信する医療者・研究者と、一般市民の視点でわかりやすく広く伝える役割を担うジャーナリストが、対立ではなく「よりよい医療、よりよい相互理解」を目指す仲間として、建設的な議論と合意形成を行っていきたくと考えている。

医療者とジャーナリストの学びの場

評価という点、粗上（ざじょう）に載せた記事や新聞社、記者の批判になると思われがちであるが、記事の構造や背景を探っていくと、情報源そのものが誤解を受けやすい内容であることが少なくない。このことは、研究者や医療者の情報発信における課題を浮き彫りにしている。

特に、エビデンスの質や効果の定量化についての適切な解釈と発信は、研究デザインおよび結果から導き出せる根拠に基づく事実と、考察や今後検証が必要な推論とをどのように区別して言及すべきかを振り返るきっかけになる。

また、メディアドクターの手法は、患者への説明や対話においても役立つ。例えば、患者・家族から新聞や雑誌の切り抜きを持参して見解を求められることは少なくない。こうしたときに、10の視点を参考にすれば適切な助言が可能になる。患

者の問いかけには情報やコミュニケーションの不足による不安や不満が隠れていることもあり、頭ごなしに否定したりせず、丁寧に対応していく必要がある。

施策上の意思決定に必要な視点も

メディアドクターでは治療・医薬品に関する評価のほかに、検診・ワクチン・感染症など、「公衆衛生上の話題を扱う記事」を評価する手法を試みている。

対象が健康な一般市民である場合、施策に向けた合意形成という側面から、予想される有病率や罹患率（りかんせつ）、エビデンスの質、リスクやコストに関する記述について、より対象を広く設定した上での検証が必要となる。話題によって専門家のレクチャーや評価軸に沿ったコメントを加えることで、参加するジャーナリストと医療者の双方にとって、実践的な学びの場となっている。

重要なことは、記事の良し悪しの議論に終わることなく、本来の目的（よりよい医療・健康報道）につなげるために、建設的なフィードバックと提言を行い、医療者とジャーナリスト、そして一般市民にとってメリットが得られる仕組みを構築することだと考えている。

協働の輪の広がりに向けて

記事の利用にあたっては、わが国ならではの課題もある。海外の主要メディアはネットによる発

信を前提にしており、メディアドクターの活動はネット上で行われ、引用や評価結果からのリンクによる参照が容易である。一方、日本の新聞は紙面での運用が基本になり、インターネット環境での記事の検索や閲覧をする場合の制約事項が多い。対象となった記事の紹介や評価結果の提示を含め、どういう形でのコラボレーションが可能か、協力関係も同時に探っていかなければならない。

メディアドクターは2010年10月以降、研究会として定款を定めて発足し、ホームページ（<http://mediadoctor.jp/>）による情報発信と会員の募集、最近のトピックを扱った記事を基にした定例会を2カ月に1回開催している。次回は10月8日に都内で開催される。医療者、研究者、ジャーナリストをはじめ関心のある方々での活動の輪を広め、妥当性を担保できる評価手法を確立するとともに、賛同者を募って評価チームを結成し、評価結果の公開を含めたより広い範囲のフィードバックを目指している。

定例会で新規の参加者も積極的に発言できるよう、冒頭にこれまでの取り組みと活動の経緯を概説した。医療・健康情報のリテラシー向上に向けて、関心のある方の参加とディスカッションによって、立場を超えた協働の輪をさらに広げたいと考えている。

◎記事に関するご意見・ご感想・ご要望をお寄せください。
 kousei-dokusha@jii.com
 厚生福祉 編集部

談話室 第25回

医療報道の読み解き方を考える
メディアドクター (mediadoctor.jp)

1. はじめに

今回ご紹介する「メディアドクター」とは、「医療を動かす」を合言葉に集った医療従事者・研究者とジャーナリストが、立場や所属機関といった垣根を越えて、「一人称」で議論することによって始まったプロジェクトです。2ヵ月に1回の定例会において、最近の医療や健康に関する報道記事を評価する活動を通して、医療・健康情報のリテラシーの向上を目指しています。医療や健康に関する話題への関心は日々高まっており、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ありません。切り抜きを手にして担当医に尋ねたり、口コミで地域のネットワークで広がるなど、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でしょうか。一方で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でしょうか。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、ご紹介したいと思います。

2. メディアドクター日本版の経緯

2004年から5年間開講されていた「東京大学医療政策人材養成講座」の受講生有志により、2007年に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）で評価するという試みがなされました。この講座は、ジャーナリスト、医療提供者、患者支援者、政策立案者という異なる4つの立場が一堂に会して、「医療を動かす」ことを実現するための議論と、実際の行動に向け

たプロジェクトを立ち上げるための「場」として運営されていました。そこでは「参加者の属性や組織、特定の立場を代表するものではなく、一人称として語る」ことを共通の土壌とし、議論と実証研究、実践の場としてさまざまな取り組みが試みられていました。

当初の医療報道に対する参加者の共通の問題意識として、報道されている記事が不十分・不完全であり、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、記事の書き手である記者、読み手である市民に対して提言や継続的な発信を行うことが必要であるということがありました。特に、医療事故に関する報道のあり方を巡っては、治療や検査に当たって発生する死亡事例や深刻な有害事象に対して、どのような発信のあり方が望ましいか、という課題が提起されていました。つまり、事実関係が未解明な段階で広く知らせることは「新規性・速報性」という点で重視されますが、一方で「信頼性・再現性・適用可能性」を踏まえた情報、つまり「どこまでが事実で、どのような検証がなされ、その結果はどうか、あるいは今後の医療にどのような影響を与えるか」といった視点での情報を適切に伝えることが求められます。不十分な情報を得たことにより、同様の医療を受けている患者や健康上の関心がある一般市民に対して、合理的な治療を理由なく回避したり、根拠のない（ときに有害な）健康上の判断を行ってしまうおそれがある場合には、特に配慮が必要と考えられます。

オーストラリアにおいて2004年に始まったメデ

メディアドクターは、医療・保健分野の報道の質を評価・公表することで、患者・家族、そして一般に向けた適切な情報発信を促す活動です。2005年にはカナダ、2008年には米国、現在はドイツ、香港などでも始まっています。米国の例をあげると、研究者・疫学者や医療従事者、ジャーナリストOB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（病気作り）、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ます。

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つくところから議論が始まりました。メディアド

表 メディアドクターの評価軸に基づくチェックリスト(治療、検査、医療機器、医薬品に関する記事の場合)

評価項目
1. アクセス 適応可能性について言及しているか。
2. 新規性 新規性について、正確な情報を提供しているか。
3. 代替性 代替し得る選択肢について言及しているか。
4. あおり・病気づくり 対象となる疾患の不安を煽る要素がないといえるか。
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か。
6. 効果の定量化 効果を定量的に述べているか。
7. 弊害 可能性がある有害事象について述べているか。
8. コスト コストについて述べているか(個人、社会的なコストなど)。
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か。
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か。

クターを進めるにあたって、両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共に望ましい情報発信に向け取り組んでいます。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おり、その評価軸についても、20回を超える定例会での評価作業と議論、合意形成を通じて、日本の実態に即した改訂を加えています。

3. 記事評価の実際

実際の評価の方法について取り上げます。治療、検査、医療機器、医薬品に関する記事の場合、表の項目について評価を行います。「①アクセス(その医療について、誰が、どのようにすれば恩恵を受けられるか)」は、その治療や検査、薬について、誰がどのようにすれば適応しうるかを判断する材料が、記事の中で触れられているかどうかを評価します。例えば、新しい医薬品が開発された記事の場合、臨床試験の段階であればどの施設で受けられるか、連絡先や問い合わせ先などの情報、対象となる患者の属性などの記載が求められます。「②新規性(既存の医療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か)」は、既存の医療との対比など、どのような点が新しいのか明確に述べているかどうか注目します。新薬でなくても、新たな知見が明らかになったり、これまでにない視点の報道であれば、その点も踏まえて評価します。「③代替性(他の選択肢についての言及があるか)」では、記載された医療について、選択肢の列挙にとどまらず、選択肢間の比較(利害得失、費用対効果、など)について言及されているかを注目します。これによって、バランスのとれた記事になっているか、読み手が選択する際に十分な材料を提供しているかどうかを評価します。

「④あおり・病気づくり(対象疾患に対する不安を過度にあおる要素がないといえるか)」は、メディアドクターらしい重要な視点です。病気でないものを深刻な状況のように示したり、リスク因

子を疾患そのもののように取り上げて「すぐに対処が必要」という形で示すのは、その医療について「どこで受けられるか、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、間違っただけで受け入れてしまうことにつながりかねません。検査や薬剤費の増加など、社会的な医療コスト増大にもつながるおそれもあります。

「⑤エビデンスの質(出典や研究デザインについて言及しているかどうか)」は、記事において、その元となる研究結果について、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かを評価します。記事では専門家や権威者、その医療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ですが、事例報告と無作為化比較試験による臨床試験の結論から導き出された結論であれば、後者の方が記載された報告の信頼性が高いと言えることから、適切な引用が求められます。「⑥効果の定量化(医療であれば治療効果を定量的に示す、無再発生存期間の延長、QOL指標の改善、など)」も、医療の効用を判断する上では重要な指標です。その医療を適用した場合のベネフィットが定量的に示されることで、個人である患者にとって、あるいは集団(社会)にとっての利益について、判断の目安を得ることができます。例えば治療であれば治療必要数(number needed to treat; NNT、一人救うのに何人治療することが必要か)といった指標があると、その医療の効果について具体的な目安を得ることができます。

「⑦弊害(可能性のある有害事象について言及されているか)」「⑧コスト(医療実施に伴う個人負担、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か)」については、提示された選択肢間の比較、利害得失についてバランスのとれた記述になっているかを評価します。こうした視点は、新しい医療を適応する際に、医療制度や政策、社会的な影響について考察したり、意思決定を行うときに有用であると考えられます。

「⑨情報源(情報源と利益相反の可能性について

言及しているか)」に関して、わが国では海外に比して、論文や学会発表で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状況です。とはいえ、伝えられる情報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く、研究の成り立ちや費用負担などにおいて潜在的な利益相反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、今後情報源の独立性や第三者的な視点が重要といえるでしょう。

「⑩ヘッドライン(見出しが記事本文の内容を正確に表しているか)」については、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ます。客観的な事実と懸案や注意を喚起する説明、継続的な課題の提示や議論の方向性について、バランスよく示される必要があります。読み手の誤解や混乱を招く記述がないか、どのように要点を示すべきかについて考慮すべきと考えられます。

4. わが国における医療・健康報道の現状

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ました。内容の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言及ができない、あるいは記事の性格上あてはまらない、言及できない場合もあります。メディアドクターでは受け手である患者・家族、市民の視点に立って、その記事を読んだとき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ます。例えば創薬研究に関する記事については、候補の薬剤が発見され、それが動物実験段階であれば、診療での適応が相当先になると見込まれるという言及を添えることで、読み手はどのくらい待て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ます。

メディアドクターは、単に評価するだけでなく、報道の正確さ(accuracy)・バランス(balance)・完全さ(completeness)の向上のために、「どのような書き方が良かったのか」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ます。こうした点については、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ます。どのように研究デザインを組んで、その成果を社会に提示していくか、10の評価軸を参考に情報の示し方、適切な伝え方について見直すきっかけになると考えています。

5. メディアドクターの視点を活用する

評価というと俎上にのぼった記事や新聞社、記者の一方的な批判の場になると思われがちですが、メディアドクターでは「記事の裏側」にある事実やメッセージを読み解いていきます。記事の構造や情報源を探っていくと、発信源そのものが誤解を受けやすい内容であることが少なくありません。この点は、研究者の情報発信という課題を浮き彫りにしています。研究成果についての適切な解釈と発信は、研究デザインと結果から導き出せる根拠に基づく事実と、考察や今後検証が必要な推論をどのように区別して言及すべきかを振り返るきっかけになります。また、メディアドクターの手法は、患者さんや一般の方への説明や対話においても役立ちます。例えば、図書館や資料室において患者さんやご家族が新聞や雑誌の切り抜きを持参して見解を求められることは少なくありません。こうしたとき、10の指標を参考にすれば適切な助言や、一歩引いた冷静な着眼点を身につけるきっかけになります。問いかけには情報やコミュニケーションの不足による不安や不満が隠れていることもあり、頭ごなしに否定したりせずに丁寧に傾聴し、説明していく必要があります。

6. ウェブによる情報発信と定例会での学びの場

日本におけるメディアドクターは2010年10月以降研究会として、ホームページ¹⁾による情報発信と新規会員(正会員・メール会員)の募集、最近のトピックを扱った記事をもとに定例会を2カ月に1回開催しています。そこでは医療者、研究者、ジャーナリストをはじめ関心のある方々での活動

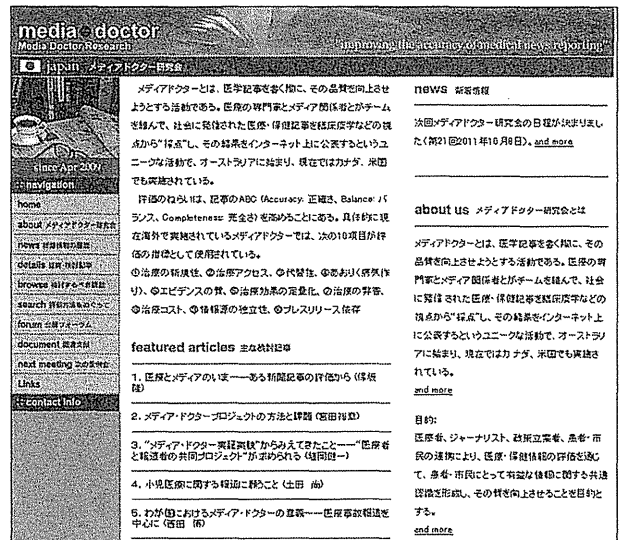


図 メディアドクター研究会ホームページ(<http://mediadoctor.jp/>)。定例会の開催案内やメール会員の申込受付を行っている。

の輪を広め、妥当性を担保できる評価手法を確立するとともに、評価結果の公開を含めたより広い範囲のフィードバックを目指しています。定例会では新規の参加者も積極的に発言できるよう、最近の議論の振り返り、専門家のレクチャーなどを行っています。参加者による白熱した議論は、その場にいるジャーナリスト、医療者はじめ情報リテラシーの向上に関心のある方にとって、実践的な学びの場となっています。対立ではなく「よりよい医療、よりよい相互理解」を目指す仲間として、建設的な議論と合意形成を行っていきたくと考えています。

ぜひホームページにアクセスしていただき、定例会やメールリングリストでご意見、ご提案をいただき、主体的な意思決定を支える医療情報・報道のあり方について、ご一緒に議論する輪を広げていきたいと願っています。

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 (わたなべ きよたか)

参考URL

- 1) メディアドクター研究会. <http://mediadoctor.jp/>, (参照 2011-10-11).

21世紀型チーム医療と漢方

近年、チーム医療への関心が高まりつつある。さまざまな医療スタッフが集結し、有機的な協働関係を発揮するチーム医療は、患者を包括的に診療する全人的医療に適した医療体系であり、21世紀の医療のあり方のひとつとして注目されている。元雄良治先生は金沢医科大学病院の集学的がん治療センターにおいてチーム医療による外来がん化学療法を行い、単なる抗がん剤治療の域を超えた患者QOLの維持・向上を目指した全人的医療を実践し、そのなかで漢方治療を積極的に取り入れていることで知られている。ここでは、ジャーナリストとして長く医療問題に取り組み、厚生労働省の「漢方・鍼灸を活用した日本型医療の創生のための調査研究」の班長もつとめられた黒岩祐治先生に、チーム医療に漢方がどのような役割を果たしうるか、その現状と可能性について元雄先生とお話いただいた。

元雄 良治
金沢医科大学腫瘍内科学教授
集学的がん治療センター長

黒岩 祐治
前国際医療福祉大学大学院教授
神奈川県知事



患者中心の医療への意識変革

黒岩 「チーム医療」は以前から言葉だけにはありましたが、今あらためてチーム医療への取り組みが多く施設でみられるようになってきました。なかでも金沢医科大学の21世紀集学的医療センターは文字どおり21世紀に求められる医療をチーム医療という形で実践する施設として注目されています。また、同学の集学的がん治療センター長である元雄先生は、積極的に漢方を診療に取り入れていらっしゃいます。本日は、今の日本の医療に求められるチーム医療のあり方と漢方の位置づけについて元雄先生にお話をおうかがいします。

まず、チーム医療への取り組みが最近特に盛んになってきている背景について医療の現場からのご意見をお聞かせください。

元雄 現代の医療は20世紀に大きく進歩しました。抗菌薬の発見で感染症は駆逐されつつあり、1950年代以降の抗がん剤の開発、CTなどの画像診断、さらには遺伝子診断なども出て、各分野の技術が飛躍的に進歩してきたのですが、そのぶん専門分野の壁ができて同じ患者さんをばらばらに診療するという体系になってしまいました。専門分野間の交流がないために、患者さんはいくつもの科を回り同じような検査を受け、疲れ果ててしまう状況になっているのです。この反省から、患者さんを主体に考え患者さんの負担をできる限りなくす医療を提供する必要性が気づかれはじめたのです。

黒岩 私はジャーナリストとして長く

医療を見てきましたが、これまでの体系は医療を提供する側の理論に立って作り上げられたものでした。普通のビジネスは顧客のニーズを中心に展開するものですが、医療にはそれがなかった。「痛み」ひとつをみても、これまでは「術後だから痛いのは仕方ない」、「治るためのプロセスだから我慢するのが当たり前だ」、ということと患者さんは痛いのを我慢していた。しかし、「そうではない、痛みを取り除くことも含めて治療である」というように治療の概念が大きく変わってきています。患者さんを中心にとみると、痛みは無視できないものだと気づいてきたわけですね。

元雄 患者さんを中心に医療を考えたようにする意識変化がチーム医療の推進力となっています。チーム医療が進んでいる領域をみると、緩和ケアや在宅医療、終末期ケアなど、これまで患者さんが我慢をしていた部分に焦点をあてて、痛みや不安や不便をなくしていこうとする分野が多いことがわかります。これもそうした背景を考えると納得できます。

また、患者さんがこれまで言えなかった思いをすくい上げて治療に反映する、ということもチーム医療のテーマです。たとえば痛みなどは、今でも「痛いけれどもモルヒネの副作用が怖いので我慢している」というような患者さんがいます。チーム医療ではこういう患者さんの本音を看護師が感知してそれをすぐに医師や他のスタッフに伝えることができます。そして時には薬剤師が効果と副作用を説明して患者さんの不安を取り除くという素早い対応が可能なのです。

もう一つ、医療行為の安全性を高めるという点でもチーム医療は重要です。たとえば抗がん剤は次々に新薬が開発されていますし、分子標的治療薬なども似た名称の薬剤が数多く登場し、市販後に思わぬ副作用情報が出ることもあります。これらの情報を正確に把握する薬剤師と円滑なコミュニケーションがとれるシステムは、処方への誤りの回避につながります。

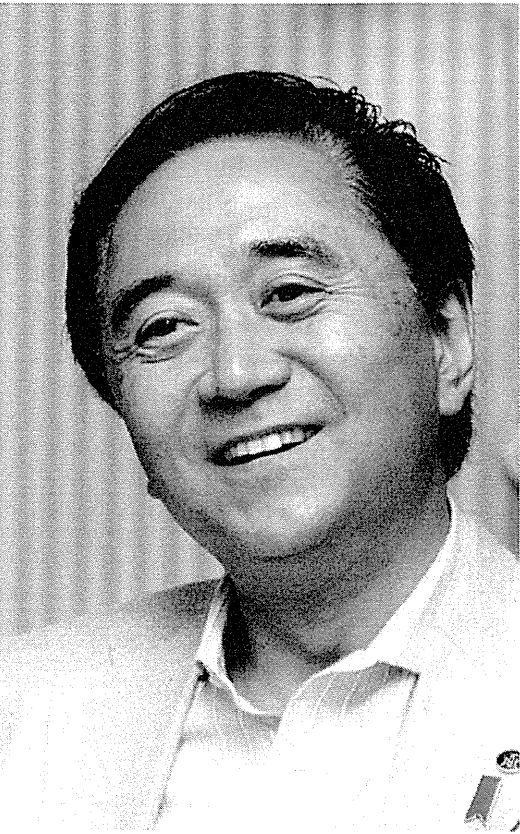
チーム医療を推進することで、患者さん本位の医療の実現と、高度化する医療のなかでの安全性の確保が可能になるのです。

「連携、協働、自律」を支える専門性の追求とコミュニケーション

黒岩 チーム医療が円滑に行われるためには、これまでのように医師が頂点にいてすべての決定権と責任を担い他のスタッフはその下で従うだけ、というトップダウンの構図は成り立たなくなりますね。

元雄 患者さんを中心に、医師、看護師、薬剤師などの各職種が対等に医療に取り組むのがチーム医療の基本ですから、従来のヒエラルキーは通用しません。

黒岩 そのためには、各職種の人たちの意識が変わらなくてはいけない。医師にすべてを任せてその指示に従う、という形からそれぞれの専門性に責任を持って医療に参加する覚悟が必要ですし、医師も他職種のスタッフと同じ位置に、同じ目線に立ってそれぞれの専門性を尊重し彼らの意見に耳を傾ける、という意識が求められますね。



くろいわ ゆうじ
黒岩 祐治

前国際医療福祉大学大学院 教授
神奈川県 知事

1980年早稲田大学卒業。同年フジテレビ入社。88年『FNNスーパータイム』アンカーマン担当。89年救急医療キャンペーン『救急医療にメス』企画取材編集。以後救急救命士法設立キャンペーンを行い91年の救命救急士誕生のきっかけとなる。2009年フジテレビ退社。同年国際医療福祉大学大学院教授。11年神奈川県知事就任。現在に至る。
主な著書：「救急医療にメス 走れ！家族のための救急車」（情報センター出版局）、「医療白書＜2008年度版＞“医療崩壊”の次に来る新しい波 10年後の医療の「未来像」を描く!」（共著）日本医療企画など多数

元雄 チームですから医師はキャプテンくらいの役割で治療方針を方向づけはするとしても、看護の専門のことは看護師に、薬剤の専門のことは薬剤師に任せることも必要かと思えます。緩和ケアなどはむしろ看護師がキャプテンになる方が自然です。本学の集学的がん治療センターではがん看護専門看護師がいて、彼が緩和ケアチームのカンファレンスを主催し、病棟の回診も中心になって行っています。

黒岩 私はこれからの医療に大事なものは「連携、協働、自律」だと思っています。医師だけでなく、看護師、薬剤師、理学療法士などがそれぞれの専門性を生かし、尊重しあうことが「連携・協働」であり、それぞれの専門性を高めて自身の専門性に責任を持って考え行動することが「自律」です。これらはまさにチーム医療につながりますね。

今後は、それぞれの職種がさらに専門性を高めて医療現場で意志決定もできるようになればよいと思います。しかし日本では医療スタッフは医師の指示によって動くことになっていて、米国のナース・プラクティショナーのように自律的に医療行為を行うところまでには専門性は高まっていないという現実があります。

元雄 日本では看護師が自己決定して医療行為を行うことは認められていませんし、ナース・プラクティショナーにはそのための教育・資格体制の整備が必要で、すぐ実現するには難しい問題があります。しかし現時点でも、がん医療でいえば、がん看護専門看護師やがん専門薬剤師がいて、彼らは医師が知らない知識もたくさ

ん獲得していて、そういう人たちの専門性は上がってきています。私は彼らの専門性を尊敬しています。今はまだ医師以外のスタッフが自身の決定で医療行為を行うことはできませんが、彼らの意見を聞いて医師の判断が変わることもありますから、円滑なコミュニケーションをはかっていけば互いの専門性を十分反映していけると思えます。

21世紀集学的医療センター 最適な医療を選択し 提供するために

黒岩 21世紀集学的医療センターはどのような施設ですか。

元雄 本学の21世紀集学的医療センターは2005年に設立されました。診療科の壁を取り払い、多領域、多職種の医療者が患者さんのまわりに集結し、それぞれの専門知識・専門技術を提供するためのセンターで、患者さん本位の医療を提供しようという考えのもとに作られました(図1)。集学的がん治療、生活習慣病、健康管理、遺伝子医療、女性総合医療、エイジングケアの6つのセンターが設立されており、臓器別診療とは異なる観点から患者さんのご要望にお応えしています。

黒岩 元雄先生は集学的がん治療センターのセンター長をされているわけですが、具体的にどのような業務をされているのでしょうか。

元雄 第一の業務は外来がん化学療法です。そこには消化器科、呼吸器科、乳腺科、泌尿器科などの専門の壁はありません。すべての外来