

第 39 回研究大会シンポジウム

医療現場のコミュニケーション

石崎 雅人(東京大学)

加藤 雅江(杏林大学医学部附属病院)

村岡 正朗(村岡外科クリニック)

古園 純一(三鷹市役所)

1. はじめに

医療コミュニケーションの課題を大きく分けると、医療を中心としたもの、生活を中心としたものに大きく分けられる。前者には、患者と医師のコミュニケーションだけでなく、医療者間のコミュニケーション、これらの基盤となる情報環境、教育が含まれ(石崎・野呂, 2013)、後者には、介護が大きく関係し、医療と他職種との連携、市民の学び、制度が含まれる(石崎, 2017)。本シンポジウムは、医療・行政の現場を学ぶことにより、生活を中心としたより良い医療コミュニケーションを考えるための手がかりを得たいと考えている。以下、2章では、現代の日本が置かれている医療の背景を概観する。3章では、医療コミュニケーションにおける重要な概念であるインフォームド・コンセント、共同(協働)意思決定、ヘルスリテラシーを整理する。4章では、2章、3章をもとに生活を中心とした医療コミュニケーションの課題を検討する。

2. 超高齢社会

日本は、2014年10月1日現在、総人口に占める65歳以上人口の割合(高齢化率)は26.0%となっており、2060年には39.9%になると予想されている(平成27年度高齢化白書)。また、2013年の平均寿命が男性80.21歳、女性86.61歳となっており、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」と定義される健康寿命は、男性71.19歳、女性74.21歳となっている(図2-1)。高齢者の

増加、平均寿命と健康寿命の差から考えると、「健康」な状態から外れてしまう人たちが増えていく社会である。

疾病構造から見ると、日本は「開発国」に分類される(図2-2)。「途上国」では感染症と周産期疾患による死亡が半数以上を占めるのに対し、「開発国」では生活習慣病(循環器疾患、悪性腫瘍、呼吸器疾患)が多くを占める(川端, 1999)。さらに、「生活習慣病の多くは高齢者で慢性化する。(中略)予防には膨大な費用がかかり、慢性化するため累積化する医療費は高額になる。」(同: 133)とされる。

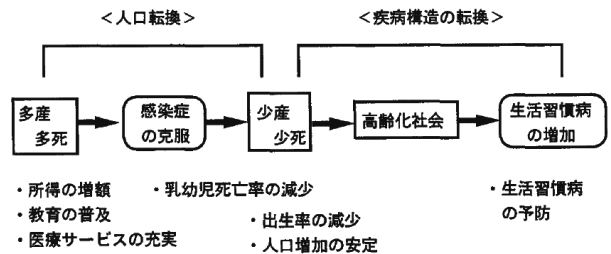


図2-2 開発国で観察された社会発展ともなる人口転換と疾病構造の転換の経緯(川端1999: 第一図)

日本の医療は諸外国と比べ、平均寿命が長く、医療費が安いと評価されている。しかし、2014年の国民医療費は、40兆8,071億円、国内総生産に対する比率8.33%、国民所得に対する比率は11.20%となっている(図2-3)。医療費は、疾病構造、高齢化の進展に伴いさらに増えることが予想されることから、費用の抑制が喫緊の課題となっている。この状況に対して厚生労働省は[1][2]を目標に掲げている(厚生労働省保険局 医療費適正化計画について(第2期)平成28年1月19日)。

- [1] 住民の健康の保持の推進に関する目標
 - (1) 特定健康診査の実施率に関する目標
 - (2) 特定保健指導の実施率に関する目標
 - (3) メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率に関する目標
 - (4) たばこ対策に関する目標
- [2] 医療の効率的な提供の推進に関する目標
 - (1) 医療機能の強化・連携等を通じた平均在院日数の短縮に関する目標
 - (2) 後発医薬品の使用促進に関する目標

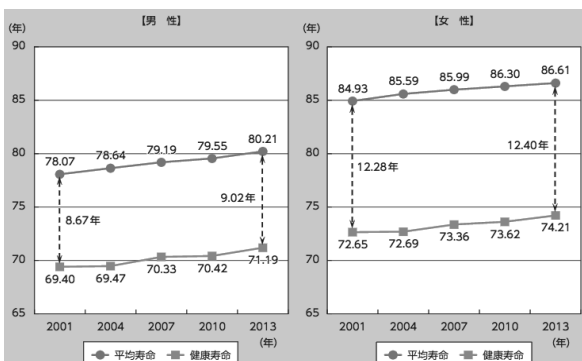


図2-1 平均寿命と健康寿命の推移(平成28年度版厚生労働白書)

[1]は疾病構造に、[2]は「健康」でない高齢者に対する計画になっていると理解することができる¹。

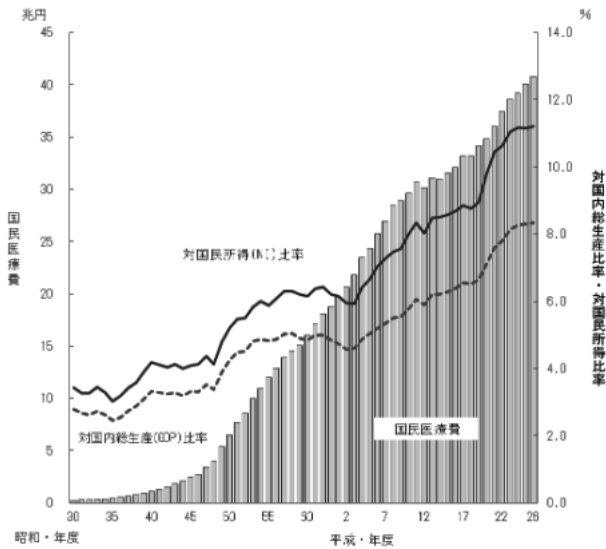


図2-3 国民医療費・対国内総生産・対国民所得比率の年次推移 (平成26年度国民医療費の概況: 図1)

3. インフォームド・コンセント, 共同 (協働) 意思決定, ヘルスリテラシー

医療コミュニケーションにおいてインフォームド・コンセントという概念はきわめて重要な役割を果たしている。医療におけるインフォームド・コンセントは、「手術などに際して、医師があらかじめ病状や治療方針、今後の見通しなどを説明し、患者の同意を得ること。」(日本国語大辞典(小学館))、「患者が治療的介入について説明された上で同意するためには、その介入によって何が解決され、どのような問題が起こる可能性があり、別の治療的介入には何があるかの情報を得られるようにする必要がある(著者訳)。(King and Moulton, 2006)と説明される。この基底には、第二次世界大戦のナチス・ドイツによるユダヤ人の虐殺、人体実験に関する裁判の結果として示されたニュールンベルグ綱領(1947)や、それを受けた世界医師会による医学研究に携わる医師に対する指針としてのヘルシンキ宣言(1964)がある。患者の権利としてのインフォームド・コンセントは、米国における1960年代の患者人権運動にさかのぼることができ(福崎・増崎, 2015)、欧米においては50年余の歴史をもつ概念である。日本では、1990年に日本医師会により「生命倫理懇談会報告書」がとりまとめられ、1995年になって旧厚生省により「インフォームド・コンセントの在り方検討会報告書」(インフォームド・コンセントの在り

方に関する検討会, 1995)が公表されていることからわかるように、欧米に比べるとまだ歴史の浅い概念である。日本において適切なインフォームド・コンセントが実現されていることを確かめるのは簡単ではないが、例えば、旧厚生省の報告書から7年後に出版された(畔柳, 2002)を見てみる。そこでは、インフォームド・コンセントについて次のような記述がなされている。

日本には、informed consent 理論の総論はあるが、その各論がきわめて乏しいのではないかということである。この理論が具体的医療の現場に浸透し実現されるためには、いかに適切に情報を伝達するかの具体的な検討が不可欠である。その際、患者に対する説明文、説明内容を素人を交えて考えるべきである。(畔柳, 2002: 166)

また、がんを治療する側から治療される側になった医師はインフォームド・コンセントについて以下のように述べている。

「今、自分自身も病気が発覚する前のことを思い出してみると、やはりIC(インフォームド・コンセント:著者注)はかなり儀礼的な感じで行っていたような気がします。忙しさもありましたが、手術の前々日もしくは前日、患者の入院に合わせて行うことも少なくありませんでした。」(金沢赤十字病院副院長・第一外科部長 西村元一 「一晩にしてがん治療を提供する立場から、がん治療を受ける立場に! https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20170123-OYTEW197836/?from=ytop_os1&seq=05)

インフォームド・コンセントをどのように実現するかは、日本だけの問題ではなく、欧米においても難しい問題である。米国では、1982年に大統領の諮問委員会により、インフォームド・コンセントは「共同(協働)意思決定」(shared decision making)の過程として考えるべきであるという答申がなされている(President's Commission, 1982)。その後、共同意思決定については、過程の特徴づけ(Makoul & Clayman, 2006)、評価尺度の作成(Elwyn et al., 2003)、患者と医師の実際の会話場面の分析(Stivers, 2005; 石崎・三浦, 2013)、患者の意思決定に関する希望(野呂他, 2015)や病気の深刻さと治療の選択肢の観点からの議論(Whitney et al., 2004)など多くの研究がなされている。しかし、共同意思決定の実現には医療者による努力だけでは限界があることが認識されている(Alston et al., 2014)。

2000年代以降ヘルスリテラシーに関する研究が盛んに

¹ 「後発医薬品の使用促進に関する目標」は、高齢者に限定されるもの

ではないが、高齢者については多剤併用の問題が認識されている(日本老年医学会「高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015」)。

行われるようになった。ヘルスリテラシーとは、「(患者・市民が: 著者注) 健康を保つために、あるいは健康を取り戻すために、必要な情報を得て使いこなすための能力」とされ(酒井,2008: 118), その基底には、「公衆衛生分野における健康の社会格差の認識」, 「臨床分野における患者とのコミュニケーションのニーズ」があるとされる(福田・江口,2016: 24)。ヘルスリテラシーの概念は議論がなされているが、現段階で最も包括的なものに Sørensen et al.(2012)によるモデルがある(図 3-1)。図の最も左側に個人の要因、その右側には個人による情報の入手・理解・評価・活用、最も右側には公衆衛生・社会政策の観点が含まれるものになっている。また、ヘルスリテラシーを評価する尺度についても多くの提案がなされている。10ヶ国語に翻訳がなされている評価尺度 HLS-EU-Q47(Sørensen et al., 2013)を日本語に翻訳して利用した研究では、日本はヨーロッパ8ヶ国(オーストリア, ブルガリア, ドイツ, ギリシャ, アイルランド, オランダ, ポーランド, スペイン)に比べてヘルスリテラシー得点が低いという結果が報告されている(Nakayama et al., 2015)²。

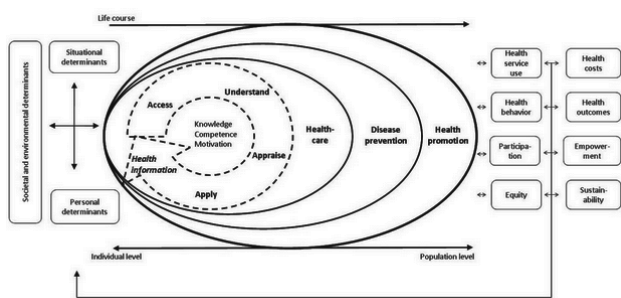


図 3-1 ヘルスリテラシーの統合モデル(Sørensen et al., 2012: Figure 1)

4. 生活を中心にした医療コミュニケーション

前章で概観したインフォームド・コンセント、共同(協働)意思決定、ヘルスリテラシーでは医療が中心であることが前提であった。それに対して生活を中心とする場合、どのように考えればよいのであろうか。

生活を中心とした医療・介護のモデルとして、地域包括ケアという概念が提案されている(図 4-1)。概念図では、住まい・医療、介護、生活支援・予防・生活支援が一体であること、高齢者が各サービスを利用できることが示されている。このように医療者、介護者、ケアマネジャー(介護支援専門員)が密接に関係する環境においてもインフォームド・コンセント、共同(協働)意思決定、ヘルスリテラシーの重要性は変わらない。しかし、これらを適切に実現するためには、例えばヘルスリテラシーにおける HLS-

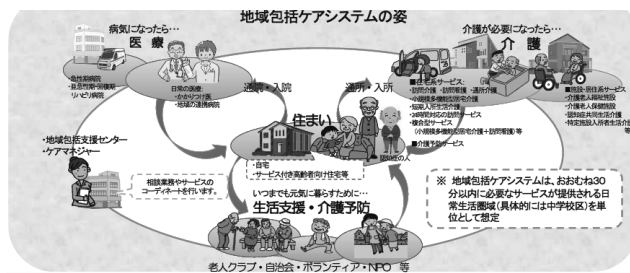


図 4-1 地域包括ケアシステム

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/dai15/siryou1.pdf>

EU-Q47(Sørensen et al., 2013)が測るような情報の入手・理解・評価・活用といった生活のコンテキストと独立な能力だけではなく、医療者・介護者を含む生活のコンテキストを構成するさまざまな要素を理解し、活用することができることも重要であると考えられる。

本シンポジウムでは、これらの要素のうち、多職種連携、病院のアウトリーチ、まちづくりを取り上げる。

多職種連携: 多職種連携は、表層的には異なる職種間における情報共有と人間関係の構築であると捉えられることがある。しかし、実際には、職種ごとの専門知識の違い、職種に対する社会的認識の内面化から円滑な情報共有が難しいことが知られている(石崎, 2015)。また、地域包括ケアが地域によって異なることが認識されるようになり、その違いを反映したシステムを構築するために行政との関係をつくる必要もある。

病院のアウトリーチ: 2章で述べた、健康上の問題で日常生活が制限されて生活する人が増えること、医療費抑制の手段の1つとして在院日数が短縮することは、従来病院で管理できていた患者が生活に戻ることを意味する。医療の観点から早期に生活に戻ることが望ましい場合もあるが、必ずしもそうでない場合や、望ましくても気をつけなければいけないことを抱えて退院する場合がある。そのため、健康上日常生活が制限される人たちがどのような環境に戻るかに応じて、病院の環境とのギャップを埋めることを考える必要がある。

まちづくり: 男性と女性の健康寿命が 71.19 歳, 74.21 歳であるということは、高齢者を 65 歳からと考えると健康である期間がそれぞれ約 6 年間, 約 9 年間あることを意味する。健康寿命が平均値であることから、さらに健康である高齢者の数が増えることがわかる。ソーシャル・キャピタルの豊かな地域と疾病発生リスクの低下・健康の向上には関係があることから(相田・近藤, 2014), 高齢者を巻き込み、地域におけるソーシャル・キャピタルを豊かにすることが求められている。

本シンポジウムでは、多職種連携、病院のアウトリーチ、

している。

² 比較の対象となる欧州のデータは、(HLS-EU Consortium, 2012)を利用

まちづくりについて、村上正朗氏（宮城県気仙沼市村岡クリニック）、加藤雅江氏（杏林大学医学部附属病院患者支援センター）、古園純一氏（東京都三鷹市役所高齢者支援課）から現場の試みを学ぶ。それにより、それぞれの課題がどのように取り組まれているかを知るだけでなく、その知識を基盤としてより良い医療コミュニケーションを実現するための具体的な指針を考える手がかりを得たいと考えている。

参考文献

相田潤・近藤克則 (2014). ソーシャル・キャピタルと健康格差 医療と社会, 24(1), 57-74

Alston, C., Berger, Z. D., Brownlee, S., Elwyn, G., Fowler Jr., F. J., Hall, L. K., Montori, V. M., Moulton, B., Paget, L., Haviland-Shebel, B., Singerman, R., Walker, J., Wynia, M. K., and Henderson, D. (2014). Shared Decision-Making Strategies for Best Care: Patient Decision Aids, Institute of Medicine of the National Academies

Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hood, K., Atwell, C., and Grol, R. (2003). Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement, *Quality and Safety in Health Care*, 12(2), 93-99.

福崎博孝・増崎英明 (2015). 裁判例から学ぶインフォームド・コンセント 民事法研究会

福田洋・江口泰正(編著) (2016). ヘルスリテラシーー健康教育の新しいキーワード 大修館書店

HLS-EU Consortium (2012). Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States, The European Health Literacy Survey HLS-EU http://ec.europa.eu/chafea/documents/news/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states.pdf (2017年1月16日参照)

インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会 (1995). インフォームド・コンセントの在り方に関する検討会報告書 <http://www.umin.ac.jp/inf-consent.htm> (2017年1月16日参照)

石崎雅人・野呂幾久子(監) (2013). これからの医療コミュニケーションへ向けて 篠原出版社

石崎雅人・三浦純一 (2013). 医療コミュニケーションにおける共同意思決定再考 これからの医療コミュニケーションへ向けて, 126-139

石崎雅人 (2015). プロとしての実力と矜持を持って互いの信頼を得る *DRUG MAGAZINE*, 59(1), 25-28

石崎雅人(編著) (2017). 高齢者介護のコミュニケーション研究 ミネルヴァ書房

川端真人 (1999). 疾病構造の転換と感染性ー昆虫・動物媒

介感染症の動向からー 国際協力論集, 7(2), 131-152

King, J. S. & Moulton, B. (2006). Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making, *American Journal of Law & Medicine*, 32, 429-501

畔柳達雄 (2002). 医療事故と司法判断 判例タイムス社

Makoul, G. and Clayman, M.L. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters, *Patient Education and Counseling*, 60: 301-312

Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., and Matsumoto, M. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy, *BMC Public Health*, 15: 505

野呂幾久子・石崎雅人・小林伶 (2015). 化学療法における患者の共同意思決定についての認識および満足度との関係 東京大学大学院情報学環情報学研究調査研究編, 31, 89-113

President's Commission (1982). Making health care decisions: A report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient-practitioner relationship https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/past_commissions/making_health_care_decisions.pdf (2017年1月16日参照)

酒井由紀子 (2008). ヘルスリテラシー研究と図書館情報学分野の関与: 一般市民向け健康医学情報サービスの基盤として *Library and Information Science*, 59, 117-146.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J.M., Slonska, Z., and Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 12: 80

Sørensen K., Van den Broucke S., Pelikan J.M., Fullam J., Doyle G., Slonska Z., Kondilis B., Stoffels V., Osborne, R.H., and Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire(HLS-EU-Q), *BMC Public Health*, 13: 948

Stivers, T. (2005). Parent Resistance to Physicians' Treatment Recommendations: One Resource for Initiating a Negotiation of the Treatment Decision, *Health Communication*, 18(1): 41-47

Whitney, S. N., McGuire, A. L., and McCullough, L. B. (2004). A Typology of Shared Decision Making, Informed Consent, and Simple Consent, *Annals of Internal Medicine*, 140(1), 54-59