

患者さんのヘルスリテラシーを高める情報提供 ～意思決定支援のあり方～

聖路加国際大学保健医療社会学・看護情報学教授 **中山 和弘氏**

がんサバイバーシップを踏まえた医療の重要性が高まっている。がんの疑いのある患者さん、あるいはがんの治療中・治療後の患者さんが真に求める情報の提供やコミュニケーションを行うには、患者さんのヘルスリテラシーを高めることが、ポイントの1つかもかもしれない。今回は、患者さん中心の意思決定支援のあり方を研究する聖路加国際大学教授 中山和弘氏に、最新研究を踏まえて、プライマリケアに従事する医療者がもつとよい視点、心がけなどについてお話いただいた。

日本ではEU 8カ国に比べて 医師の話が難しいと感じる人が多い

がんに関する情報はメディアにあふれていますが、患者さんはそのなかから適切な情報を手に入れ、理解し、評価し、活用していかなければなりません。プライマリケアに従事する医療者は、患者さんのヘルスリテラシーを高めるための情報提供を行い、意思決定を支援する必要があります。

では、日本の患者さんのヘルスリテラシーは、どのような状況にあるのでしょうか。47項目の質問でヘルスリテラシーを測定する尺度 (European health literacy survey questionnaire) を用いて、EU 8カ国 (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) と日本で比較調査を行いました¹⁾。ウェブを用いた調査により、日本では1,054名、EUでは8,102名の有効回答を得て分析したものです。

この調査は質問に対して、「とても難しい」「やや難しい」「やや簡単」「とても簡単」という4つの選択肢から回答を選ぶ形式になっています。

興味深いのは、「医師から言われたことを理解するのは」という質問に対する回答が、日本とEUでは大きく異なることでした。日本では、「とても難しい」「やや難しい」と回答した人を合わせると44.0%だったのに対し、EUでは15.3%だったのです (表1)。

この差は日本の医師と患者さんとの間のコミュニケーションに課題があることを示唆しています。日本プライマリ・ケア連合学会が認定する家庭医療専門医

は452名 (2014年11月30日時点) で、全医師約30万人の0.15%です。これに対して、EUでは約3分の1が家庭医です。こうした制度や教育体制の違いも背景にあると考えられます。がんに限った話ではありませんが、プライマリケアに従事する医療者は、患者さんと適切にコミュニケーションを図る努力が必要です。

表1 ヘルスリテラシーに関する日本とEU 8カ国の比較調査

ヘルスケア	日本	EU	差
病気がなったとき、専門家 (医師、薬剤師、心理士など) に相談できるところを見つけるのは	63.4	11.9	51.5
医師から言われたことを理解するのは	44.0	15.3	28.7
気になる病気の治療に関する情報を見つけるのは	53.3	26.9	26.4
気になる病気の症状に関する情報を見つけるのは	46.1	22.8	23.3
疾病予防	日本	EU	差
検査のために、いつ受診すべきかを判断するのは	53.2	16.3	36.9
必要な検診 (乳房検査、血糖検査、血圧) の種類を判断するのは	52.8	25.1	27.7
メディア (テレビ、インターネット、その他のメディア) から得た健康リスク (危険性) の情報が信頼できるかどうかを判断するのは	64.2	42.1	22.1
ヘルスプロモーション	日本	EU	差
健康と充実感に影響を与えている生活環境 (飲酒、食生活、運動など) を変えるのは	63.6	25.5	38.1
住んでいる場所 (地域、近隣) がどのように健康と充実感に影響を与えているかを判断するのは	61.8	24.6	37.2
どの生活習慣 (飲酒、食生活、運動など) が自分の健康に関係しているかを判断するのは	45.5	12.6	32.9
参加したいときに、スポーツクラブや運動の教室に参加するのは	56.4	24.1	32.3
健康と充実感を向上させる地域活動に参加するのは	64.6	38.9	25.7

(資料提供: 中山和弘氏)

なかやま・かずひろ

東京大学医学部保健学科卒業、同大学院医学系研究科博士課程 (保健学専攻) 修了。専門は保健医療社会学、看護情報学。日本保健医療社会学会、日本公衆衛生学会、日本健康教育学会、日本看護科学学会、日本看護研究学会、日本がん看護学会などに所属。主な著書に『患者中心の意思決定支援—納得して決めるためのケア』(編著、中央法規)、『看護情報学』(共著、医学書院) などがある。



わずか3分、されど3分 話を遮らなくても時間はかからない

では、患者さんとコミュニケーションをとる際、何に注意すればよいのでしょうか。米国医師会がまとめたヘルスリテラシーに関するマニュアルから、ポイントの一部を紹介します (表2)。

第1は「時間をかける」です。患者さんから訴訟を起こされたことのある医師と、そうでない医師の問診にかける時間を比較したところ、15分と18分でわずか3分しか変わらないことがわかりました。

一方、患者さんの話を遮らないで聞いた場合に必要となる時間を調べると、平均1分半から2分でした。つまり、患者さんに自由に話してもらっても3分あれば十分で、それによって患者さんの満足度は高まるのです。

第2は「1回の情報量を制限して、繰り返す」です。医師だけでなく、看護師、薬剤師など複数の職種で取り組むとよいでしょう。

第3は「ティーチバック」。患者さんに話したことをもう一度説明してもらおう方法です。「帰ったら奥さんに、病院でなんと言われたと話しますか」といった質問をすると、説明したことを患者さんが理解しているかがわかります。理解していなければ、方法を変えるなどして、もう一度説明することが大切です。

エビデンスだけでなくナラティブの提供も重要

がんと診断された患者さんに対して、どんなアドバイスをすればよいのでしょうか。国立がん研究センターが提供しているサイト「がん情報サービス」(ganjoho.jp) をはじめ、ガイドライン等のエビデンスを紹介するのが一般的ですが、患者さんには、ナラティブの提供も重要です。ナラティブとは、たとえば「検査を受けるときは、こんな気持ちだった」といった体験談のことです。

このような情報を発信しているディベックス・ジャパンのサイト「健康と病い語りのデータベース」(dipex-j.org) が参考になります。現在、乳がん、前立腺がん、大腸がん、認知症の患者さんの体験談を動画で見ることができます。ナラティブの情報は、患者会やピアサポートなどの場でも提供されています。

また、がんの専門医の診察を受ける前に、治療法を選択など、患者さんが意思決定する方法について情報提供することも、プライマリケアを担う医療者の重要な役割です。

表2 米国医師会のヘルスリテラシーのマニュアル

- **時間をかける**
 - 患者さんとの会話時間
 - 患者さんからの訴訟経験のある医師……15分
 - 患者さんからの訴訟経験のない医師……18分
 - 患者さんが自由に話した際にかかる時間は、平均で1分半
- **1回の情報量を制限して、繰り返す**
 - 繰り返すと記憶に残る。医師、看護師、薬剤師、栄養士など、複数の職種で行うのがよい、資料の活用
- **「ティーチバック (teach back)」**
 - 「わかりましたか」と質問せず、患者さんに話したことを説明してもらって確認、できなければもう一度説明するテクニック
 - 「帰ったら、奥さんに、病院でなんと言われたと話しますか」

(資料提供: 中山和弘氏)

意思決定方法は、①パターンリズム、②シェアードディシジョンメイキング、③インフォームドディシジョンメイキングの3タイプがあります。①は患者さんを選択能力がない場合に医師が決定する方法、②は十分な情報を提供したうえで、患者さんと医師が話し合い、協働して意思決定する方法、③は十分な情報を提供したうえで、患者さんが自分で主体的に意思決定する方法です。3つの方法があることを示したうえで、どの方法を選ぶかは、患者さんの意思にゆだねることになります。

語り合う場を提供することで 医療者も価値観が変容する学びを得る

プライマリケアを担う医療者のなかには、患者会、ピアサポート、がんサロンなど地域で語り合う場を提供している人もいます。企画する、場所を貸す、医療者として参加する、情報を提供するなど、かかわり方は様々です。

「みんくるカフェ」(mincl-produce.net) も、そんな活動の1つです。主宰する孫大輔氏は家庭医ですが、東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター講師も務めています。健康・医療をめぐる様々なテーマについて、市民と医療者が共に学び対話できる場を提供しており、医療者も価値観や意識が変容するほどの学びを得ることができると2)。

●参考文献

- 1) Nakayama K, et al. BMC Public Health 2015; 15: 505.
- 2) 孫大輔. 日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌 2013; 4(1): 13-17.