

Patient-Centricity Forum Vol.2

患者中心の医療実現のために

～製薬企業は何ができるのか～

ディスカッションレポート

このたび、シミック・アッシュフィールド社主催、第2回の Patient Centricity Forum「患者中心の医療実現のために～製薬企業は何ができるのか～」をウェビナー形式で開催いたしました。

本ウェビナーでは、「患者と医師との関係構築」に係る課題を取り上げました。昨今、患者と医師が共に診療方針を決定していく共有意思決定（Shared Decision Making; SDM）の重要性が大きく叫ばれています。SDM の過程で、「患者がどのように自ら医療情報を収集するのか」、「受診した医療機関でどのような医療情報が提供されるのか」、「医師とどのようなコミュニケーションが行われるのか」、など多くの要素が関わってきます。そして、それぞれの場面で課題が存在します。

製薬企業を含めた多くのヘルスケア関連企業は、すでにその課題を認識し、患者に向けた活動を実施しています。しかし、十分な成果が得られているのかは、明らかではありません。今回は、国立がん研究センター中央病院呼吸器内科の後藤悌先生と、認定 NPO 法人「希望の会」理事長の轟浩美様より、「患者視点の情報発信」および「企業と患者の対話および協働」についてご発表いただくとともに、製薬企業による Patient Centricity 活動の目指すべき方向性について意見交換を行いました。

パネリスト（敬称略）

後藤 悌（国立がん研究センター中央病院呼吸器内科）

轟 浩美（認定NPO法人希望の会 理事長）

モデレーター

田中 弘之（シミック・アッシュフィールド株式会社 メディカルアフェアーズ事業部門長）

第1部 患者のために伝えたい医療情報はどうやって伝えるべきなのか？～製薬企業との協働の可能性～

後藤 悌

外部にあふれる医療情報

私は呼吸器内科として主に肺癌の診療に携わっています。私が、患者が触れる医療情報について考え始めたのは、15 年以上前、研修医のころでした。IT 関係の仕事をしているリンパ腫の患者がいらっしゃったのですが、その方が色々なことをインターネットで調べて、私に色々な質問をしました。その時に、「こんなにインターネットで情報がとれるのか」と、すごく驚いたことを今でも覚えています。しかし、その方がインターネットで得たという情報の殆どは、医学的に間違っているもの、気にしなくてもよいもの、ためにならないものでした。ですので、私はそれを訂正する、もしくは、「実際はこのように治療していますよ」という情報提供をしていました。それが、医療情報の問題について考えるきっかけでした。

私が 2007 年頃に行った調査では、日本は米国よりも誤った医療情報が多く存在することがわかりました。特に、日本では営利団体のページや患者のブログにおいて、医学的に間違った内容の記事が載っていたことが問題でした。もちろん今は、その頃よりは大きく改善はしていますが、まだまだ課題は残されています。

その医療情報が「正しい」のか、患者には判断がしにくい

どういう医療情報を「正しい」とするかという指標は、1990 年代から示されています。すなわち、科学的根拠・エビデンスがあって、誰かが文責をもって書いていて、最新であって、利益相反が示されているというものです。逆に、正しくない情報とは何かというと、根拠を示せない、または科学的でないということになります。体験談はもちろんですが、最新治療も別に「正しさ」を示すものではありません。私は患者には、根拠が認められないものは、国が承認しないと伝えていますが、なかなか患者にはわかりにくいかと思います。

患者が1人1人異なるように、必要な情報も1人1人異なる

さらに踏み込んだ話をする、これはがんの治療だけでなく、多くの病気でもいえますが、患者は 1 人 1 人違います。例えば、昔は肺がんと言え、1 つの病気だったかもしれませんが、遺伝子変異をみることで 1 人 1 人違うということがわかってきましたし、1%しかいないような少数の集団に対しても特異的な治療ができるようになっていきます。このような少数の集団に属する患者が、「肺がん」と検索して、一番多い集団の情報を読んでも、なかなか本人のためになりません。副作用情報もそうです。例えば、免疫療法の医薬品のハンドブックには、ものすごい数の副作用が記載されています。抗がん剤のように 7 割 8 割の人が気持ち悪くなるというのではなく、1 割も起こらないような副作用が羅列されています。このような情報を患者に渡したとしても、これを覚えられる人もいませんし、どうやってこれを使えばよいのか患者も困ってしまうのではないかと思います。

次々と新たな情報が得られる疾患がある一方、情報が非常に少ない疾患もある

肺がん領域の進歩はものすごく速く、診療ガイドラインは毎年改定していますが、アップデートし続けるのは大変です。もちろん、患者は最新の治療を受ける権利がありますが、それに対して、情報提供が全く追いついていない状況です。その一方で、全く情報がない疾患もあります。国立がん研究センターには、希少がんセンターが設置されていますが、そこでは

色々な患者会とタイアップして、色々なプロジェクトを実施しています。積極的に講演会も実施していますし、今年からはオンラインで Q&A を行っています。患者の個人的な医療相談は受けられませんが、一般化することによって、患者が疾患について学ぶ機会を提供しています。

患者に「何を」届けるかだけでなく、「どのように」届けるかの議論を

これらの情報を患者にどのように提供していくかを考えた際に、いくつか課題があります。第一に対価の問題です。医療情報を積極的に購入しようという患者はなかなかおらず、有料セミナーにすると聴衆はものすごく減るのが現実です。次に、情報の検索のしやすさです。例えば、医薬品の副作用の場合、全ての情報を羅列しても誰も読みませんから、症状を入力すると回答が得られるようなシステムが求められます。将来的には PHR との連携や、チャットボットの活用などが考えられるかと思います。これらのアイデアは誰もが思いつくようなものですし、やろうと思えばいますぐにでも取り組めるはずです。しかし、色々な理由のもとに、なかなか着手されていないのが実情ですので、まずは、そのようなことから始めるだけでも、大きな効果が得られると思っています。



第2部 Patient Centricity に感じる不安

轟 浩美

「やさしさ」を求めて情報検索

私の場合、2013 年に夫がスキルス胃癌と診断されました。当時、医師から治療の選択肢や予後について説明を受けたのですが、当時の私たちには、死の宣告となりました。もちろん、今ならエビデンスに基づいた誠実な内容であることがわかります。ただその時は、いきなり言われた「標準治療」という言葉の響きが、がん保険でよく聞く「先進医療」と比較すると、「並」の治療のように感じられてしまいました。そこから自分でも色々調べるようになりましたが、図書館や書店の本、新聞の書籍の広告は、信頼がおけるからこそ、そこにあるのだと信じましたし、「動物実験で効果」、「名誉教授推薦」、「海外ではがん治療に使用されている」などは、力を持つ言葉でした。すぎるような思いで検索を続ける中で「臨床試験」を知り、そこで初めて、自分の情報選択が感情に基づいていることに気づきました。私は2つの「やさしい」を基に、情報を選択していました。それは、気持ちにやさしく響く、「Kind」、そして自分で生活に取り入れやすい、「Easy」、です。

情報社会に求められるリテラシー

近年、SNS の影響力が増していることを危惧しています。医療者個人の発信も増え、またInstagramやTwitterが医療情報源であるという人が増えています。フォローしている人に対して絶対的な信頼を置いている人も多いようです。もちろん、つながりができることは患者にとって力になりますが、人の話を聴くときには、「エコーチェンバー」（同じ意見しか聞こえない状況）、「アンコンシャスバイアス」（生育歴や教育、背景により影響を受けた無意識的なものの見方）、「フィルターバブル」（自分が関心を抱いたことの関連情報が表示されるシステム）などの言葉を胸に、いったん立ち止まることが必要です。最近、SDM や Patient and Public Involvement (PPI)、Advance Care Planning (ACP)、そして Patient Centricity など、患者の声を取り入れていこうという動きが増えていますが、まず情報リテラシーや人の無意識について、しっかりと整理することが、前提として必要であると考えます。

「患者のために」から「患者とともに」へ

ここ数年の日本胃癌学会との歩みについてご紹介します。数年前、ある標的分子陽性患者を対象とした治験の参加者が求められていました。しかし、その標的分子は、胃癌の治療選択に関わる重要なバイオマーカーであるにも関わらず、ほとんどの患者が、自分が陽性か陰性かを把握していない状況でした。そこで私は、「患者・家族が、疾患・治療の選択について、正確に知る機会が欲しい」と日本胃癌学会に申し出ました。さらに地域の格差のない情報を届けたいと考え、2019 年に全国胃がんキャラバンに挑戦しました。講師を担当したのは、胃がん治療ガイドライン作成に関わる方々であり、特に質疑応答に時間を割くことにこだわって開催しました。参加者から寄せられた感想の多くが、「標準治療という意味が理解できた」というものでした。医療者からは、「質疑応答で、患者が何を理解しにくいのが明確になった。実際に、日常の臨床に活かしたところ、患者・家族から説明が分かりやすくなったと言われた」という感想もいただきました。

日本胃癌学会では、今年度、Patient Advocacy 委員会が設置されました。そして、次年度には、患者養成プログラムを作成しようとしています。他にも、来年 2 月開催の日本胃癌学会総会から患者参加枠を設けますし、さらに 6 月開催の国際胃癌学会総会では、患者向けシンポジウムの開催と患者交流ラウンジの設置が決定しました。私は座長としても登壇いたします。

振り返ると、「患者のため」ではなく「患者とともに」という意識がここまで進める上で大切だったと感じます。つまり、利他ではなく双方に利を感じることで、ただ集まるだけでなくチームと思えること、これらがカギとなると考えます。

Patient Centricityとは何なのか

その視点で見たときに、Patient Centricityという言葉には、一抹の不安を抱いてしまいます。まず、横文字が押し寄せている時点で、そもそも患者中心の視点になっているのか、という声が聴かれます。さらに最近、インタビューやアンケートが押し寄せています。患者の声を聴くための取り組みだと理解していますが、被験者の疲弊につながり始めています。ただ単に、多くの患者体験者の話を聴いていくことが、Patient Centricity ではないはずです。

昨年8月から1年間、ある抗がん剤の供給停止が起きました。治療を安定して受けられないことこそ、国民の不利益です。さらに薬価の面から、日本での新薬承認を敬遠する動きがあり、供給どころか、そもそも諸外国で使える薬が日本で使えないという新たなドラッグラグ、いやドラッグロスともいえる状況が起き始めていることを懸念しています。

医療を安定、さらにより良いものにしていくためには、双方が状況を理解し、対話できるチームになる必要があります。さらに、そこには「専門性への矜持」が求められます。意見を聴くだけでなく、専門性をもって提言することが、患者からは気づけなかった可能性につながり、選択肢を広げていくと考えます。これこそが、Patient Centricity なのではないでしょうか。

企業作成の資料はわかりやすいが、その多くは、患者に届いていない

既存の情報にしっかりとつなげていくことも、患者の力になります。企業作成の資料は、大変にわかりやすいものが多いと感じていますが、一方で、それが患者に届きにくいという現状にあります。存在していても、必要な人に届かなかったら、その届け方や発信方法を見直す必要があります。そして、この部分は、患者会としてもご一緒に取り組めることだと考えています。実際に様々なイベント企画の中で、企業の方とは支援という協賛ではなく、チームとしてともに創るという姿勢を大事に取り組んでいるところです。



第3部 パネルディスカッション

良質な情報を埋もれさせずに患者に届けるためには

田中 たとえ医療情報に関する良質なコンテンツを作成しても、必ずしも患者に届くわけではありません。例えば、後藤先生が理事をされているがんサネットジャパンでは、活動が患者に届きにくいという悩みはありますでしょうか。

後藤 私たちのイベントには、比較的多くの患者が参加していると思います。特に、希少がんの場合は、世の中に広告が少ないこともあり、私たちが作成したコンテンツの再生回数が、日本全体の患者数から考えるとかなり高くなっています。ですので、希少がんのように、求められているところにうまく届きやすい情報もあります。一方、肺がんのような患者数の多い疾患の場合、情報がたくさんあるために、埋もれてしまいます。検索エンジンのアルゴリズムが、ニーズに合わせて出てくるようになっていますので、検索結果と情報の質をリンクさせるのは難しいのが現状です。新型コロナウイルス感染症に関する色々な議論を見れば分かる通り、一体何が正しいのか専門家でもわからないことがたくさんあります。なので、そのような情報を発信する際には、かなりうまく伝えなければなりません。とは言え、「だから情報を発信しない」となると何も始まりませんから、そのような状況でも出せる情報を、新しいツールを使って、いかに届けることができるかということを、今後考えていかなければなりません。

田中 SNS 情報を頼りにしている患者が増えているということでしたが、轟さんから見て、この状況は危惧すべきことなのか、むしろ、うまく利用すべきなのか、どのようにお考えでしょうか。

轟 どちらかと言われれば、危惧することだと思っています。というのは、私が患者家族だったときに、散々それで失敗したからです。まさに後藤先生が携わっておられるがんサネットジャパンのイベントに夫に連れていかれたおかげで、私は目が覚めました。それまでの私は、「がん」、「治る」、といった言葉を入力して検索していました。その時点で、「病気は治る」というアンコンシャスバイアスが存在しています。そういうバイアスがかかっている状態で、情報選択をするのは、非常に危険だと思っています。最近、医療者個人による発信が増えていますが、患者にとっては、その科学的根拠を判断できません。なので、親しみやすさや、わかりやすさが、信頼をおくかどうかの判断基準になってしまいます。最近、患者からの相談を受ける中で、それを痛切に感じています。それこそ、ジャパンキャンサーフォーラムのような、きちんとした団体からの情報が、もっと届くと良いなと思っています。

田中 患者が情報を見極めることの重要性を学ぶのに、最も効果的な場所はどこだと思いますか。例えば、病院が開催する患者向けの勉強会や、学会の市民公開講座というのは、患者にとってハードルが高いでしょうか。

轟 それぞれだとは思いますが、一般的にはハードルが高いかなと思います。そもそも学会とか病院とか、積極的に行きたい場所ではないですね。とは言え、そこから発信している情報は、信頼がおけるものだという気持ちも持っていると思います。一方、個人の発信を頼りにしてしまうのは、日常的にレスポンスが来るからなんですね。不安だから、レスポンスが来るところに頼りたくなって、傾倒してしまいます。私は、きちんとした情報がどこにあるのかということを、病気に向き合う前に知る機会があるとよいと考えています。具体的に言えば、学校教育が該当するかと思います。今、がん教育も学校教育に取り入れられています。そういう中で、そのような情報を取得する力とか、偏見につながらない基本的なものの見方を身

に着けることができれば良いと考えています。

製薬企業から患者に向けた情報提供

田中 製薬企業が情報提供する際には、薬機法の広告規制から業界内の自主規制も含めて、いくつかの規制が存在します。後藤先生にお伺いしたいのですが、製薬企業の情報提供の現状について、率直にどのようにお感じになっていますか。

後藤 どこまでが自主規制で、どこまでが付度なのかは、私にはわかりませんが、より患者の視点で考えると、もっと製薬企業から情報提供してもよいのではないかと感じています。製薬企業が作る資料について言うと、全ての患者さんに読んでもほしいというものはあまりないですね。全くないわけではないですが、少ないです。加えて、患者向けの勉強会や説明会が非常に少ないと感じます。製薬企業が開催する勉強会の多くは、医師向けです。本来、情報は使用者・消費者に届けるべきです。私たちが講演をする場合であっても、医薬品の具体名を挙げてはいけななど、情報発信に対する制限を受けることがあります。しかし、患者の視点からすると、医薬品名が出てこない、何のことを言っているのかさっぱりわからないと思います。もちろん医療用医薬品の一般向けの広告は禁止されていますし、規制される理由自体は理解できます。ただ、この状況は改善した方がよいと考えます。製薬企業は、「患者のために」と色々な活動を実施していますが、患者目線で一番欲しい情報を届けられてはいないと感じますし、もし、それが付度のようなお互いの遠慮からそうなっているのであれば、大変もったいない状況です。

田中 一方、製薬企業の作成する患者向け資料はわかりやすいが、患者にあまり届いていないとのことですが、どうすれば改善できると思いますか。

轟 キーワードは「連携」であり、「つなぐ」ということだと思います。製薬企業が直接、患者に資料を渡す場面というのは、ないですね。夫が患者だったときは、必要な資料は医療者が私たちに渡してくれていました。その一方で、全国で患者会をやっていると、それらをもらっていないという患者もいます。つまり、どの医療機関にかかって、どの医師にかかるかによって、格差が起きているということです。「連携する」、「つなぐ」という意識をお互いが持ち、その重要性を患者も理解していれば、患者から、「そのような資料はないのでしょうか」と尋ねることもできます。そういった意識を色々な人が持つことで、改善できると思います。

後藤 患者に届けたい資料を、医療者を介在させて届けるというのは、なかなか機能しません。むしろ、患者に直接届けられるような環境を作った方が効果的でしょう。国立がん研究センターの場合、肺がんに関するあらゆるメーカーの全てのパンフレットが格納されています。それは、大きなラック 3 つ分の量です。他の病院は、当然、肺がん以外の病気もみるわけなので、そうするとそれらを置く場所はありません。資料の量と患者数を考えると、患者に応じて資料を手渡しすることは現実的に困難ですので、届け方を変えなければなりません。患者が欲しいといったら、いくらでも届けるようなシステムが必要です。例えば、患者向け資料をまとめて一斉に送ってくれるようなサイトがあると良いと思っています。

あと、多くの製薬企業は自社のホームページに医薬品などの情報を載せていますが、そこからダウンロードする患者はなかなかいません。自社の医薬品名を検索エンジンで検索した際に、自社製品の適正使用ガイドに辿り着くまで、何回正確クリックにしなければならぬか調べてみると、その理由がわかると思います。検索すると、すぐに PDF ファイルにリンクす

る、などでない限り、なかなか患者には届きません。患者にどれだけ届いたかをしっかりと評価し、改善していく必要があるでしょう。医療者に届けても、なかなか患者に届かないのが現実かと思います。

「患者への調査」から「患者との協働」へ

田中 轟さんのご発表の中で、「患者は企業からのアンケートやインタビューに疲れている」とのことでしたが、想像以上に負担を与えているのだと思います。企業と患者の双方の対話を進めるにあたり、何かアドバイスはございますか。

轟 「なぜそう思うのか」といった対話につながる場をつくる必要があるだと思います。私自身は患者会の代表であり、全国がん患者団体連合会（全がん連）の理事ですので、製薬企業の方と対話する場面にお声がけいただく機会を持っています。一方、そうでない方たちに対してインタビューを行う際、定型文で、それも選択肢のうちのどれに当てはまるのか、という方法ばかりになっているように見えます。私もインタビューを受けたことがあります。色々な人に対して同じことを同じように聴かれているようでした。その質問が、自分に合っていないこともあるので、そうすると、自分が数の1つだと実感してしまい、疲労感につながっているのかもしれません。最近、オンラインでのアンケートがすごい数で押し寄せてきています。出す方からしたら1つかもしれませんが、受ける方からすると「また来たか」となり、だんだん答えが薄れていってしまいます。アンケートで終わるのではなく、その結果についてディスカッションするといった、次の対話するステップに行くといいと思います。

患者と医師の対話および診療における意思決定

田中 後藤先生は、診察以外の場面で、患者と関わっておられますが、その中でどのような気づきが得られましたでしょうか。

後藤 医師の立場としては、いくつか気づきがあります。患者会で、私が診察した患者に、「最初会ったときにこのようなことを言われてショックでした」と言われたことがあります。もちろん医師として患者が嫌であっても言わないといけないことがあるのですが、確かにこういった方が良かったのかと反省することはあります。実際は、初対面の患者に重要な話をしなければならず、その場でその方の性格を全て理解するのは困難ではありますが、そのときにどういう反応だったかを後で知るだけでも勉強にもなりますし、自分自身の診療もブラッシュアップされていると思います。

田中 患者からのニーズも大きいのでしょうか。

後藤 そうですね。自分の治療の意思決定に関わる医師に対しては、遠慮して言わないことや言いにくいことがあると思います。「自分はこういう患者でありたい」という像があり、主治医と関係を築くときにそれを守りたいとも思うでしょう。それに加え、物理的に診察時間は限られていますので、そこで全てのやり取りを行うことはできません。診察時間には言えないことを聴いてくれるのは、他の医療者であったり、場合によっては、セカンドオピニオンになるのかもしれません。私自身も、患者が気楽に主治医以外と病気について相談できる場所があると良いと思い、特に、希少がんではそのニーズが大きいと感じていましたので、先ほど発表したように、希少がんに関する公開 Q&A を開催するに至りました。

田中 確かに短い診察時間でどうするかという問題があります。その中で、一生懸命、勉強されて受診する患者と、そうでない患者がおられるかと思います。後藤先生としては、患者にどのように学んできてほしいという希望はあるのでしょうか。

後藤 もちろん、間違った方向に行ってしまうという気持ちはあります。例えば、患者の方から「インターネットで見つけたのですが、こんなものはどうですか」と尋ねられることは多いですが、その中身は「確かに、これはいいかもしれない」とはならないものが殆どです。とは言え、これも患者とのコミュニケーションでありますし、私たちの仕事は、その患者が何を求めているかを理解し、それを踏まえて対話することです。もちろん、他に相談できる場があれば、診察時間をより効率的に使えることにつながるかもしれません。

私としては、積極的に勉強してほしいという気持ちは特にはなく、したい人がすればよいと思っています。むしろ、何でも患者に決めろという方が、患者にとって酷なことがあります。私は「自分ならこれを選ぶ」、「自分が決めて良いなら、これをする」と伝えることは多いですし、他にも「効果が同じだとしたら、副作用で決めた方がよい」など、意思決定をサポートすることを行っています。

轟 後藤先生の話の中に、いくつも心を動かすキーワードがありました。私自身も、「良い患者」でありたいと思っていた時期があります。だから、医師がおっしゃる通りにすることが、患者としての「あるべき姿」だと思ってしまっている場合もあります。ですが、医療者は自分にとって最適なものをともに考える人たちであり、自分にはない専門性を持っているということを理解することが、何よりも重要だと思います。患者がわかるのは、自分たちの生活です。知識がなくてもよいから、「これが嫌なんです」、「こうしたいんです」、「怖いんです」ということを語り合っていくことが大事なのかなと思いました。

田中 今、色々な学会で患者向けのガイドラインが作成されていますが、これらは患者にどのように利用されているのでしょうか。

轟 胃がんについては、18 年振りに作成されるので、今までそういったものがなかった状況でした。肺がんでの取り組みをみて、これは非常にすばらしいと思い、胃がんでも、と願っていました。今回作成に至ったのは、医療者の方も、その目的や意義を感じたからです。個々の患者に何か基盤がないと、自分の中のバイアスで情報を選んでしまいます。患者向けガイドラインはその基盤として役立つと思っています。医療情報や科学的なことには不確実性があり、100%言い切っている人の方が怪しいということを患者が理解できればよいと思います。

田中 今、製薬企業は SDM など、「患者と医師との関係構築」に踏み込んだ活動を行うようになってきました。後藤先生は、この SDM が叫ばれる現状について率直にどのようにお感じでしょうか。

後藤 現在、治療の選択肢がすごく増えています。例えば、AとBとCという薬があって、どれも科学的なデータがあると思います。その全てをきちんと患者に説明しようとすれば、とても時間がかかります。SDMというのは、たとえ医師が「Aが最も優れている」と思っている、BとCも同じように提案し、患者の人の価値観に合わせて治療を決定していくということになりますが、これはとても大変なことです。情報提供も、意思決定も、どちらもすごく大変であり、現場ではなかなか難しいです。加えて、SDM を自ら希望しない患者もたくさんいます。どうしてもサイレントマジョリティーの声が上がってこないのが「SDM したい」、「情報提供してほしい」という意見が多くなりますが、実際は、「どれが一番良いと思いますか」と判断を医師にゆだねる患者が多数派です。選択肢が増えるほど、その分、情報提供には時間がかかりますので、何かしらの情報提供のツールがないと、SDM を十分に行うことができないというのが実情ですかね。

製薬企業に向けたメッセージ

田中 今回のウェビナーは、主に製薬企業の社員を対象としたものでしたが、最後に、ご参加の皆様に向けたメッセージをお願いできますでしょうか。

後藤 製薬企業の社員の方には、患者と直接対話する機会がなかなかないとのことですが、これは本当にもったいないことだと思います。もし自社の医薬品が患者に使用されている場面をみたら、モチベーションがすごく上がると思います。良い薬のときは、本当に患者に感謝されます。そのようなときは、「これは私のおかげではなく、薬のおかげです」と言っています。確かに患者と直接関わるのは現実的には難しいのかもしれませんが。だからと言って、患者に直接届けることをあきらめないでほしいですし、どうすれば自分たちが届けたい情報が患者に届くのか。是非、患者の目線で考えてほしいと思います。もちろん制約があって、できないことがたくさんあるのは理解しています。それでも、できない理由を探すのではなく、皆で協力して、やれることがあれば前に進めてほしいです。

轟 私はこの活動を始めてから、製薬企業の方々と接点を持ちましたが、想いをもって取り組んでいる方たちばかりで、販売につなげようしていると感じたことは全然ありません。その想いによって支えられている部分は大きいと思います。もちろん企業ですから利益を追求する集団であることは、患者側も理解しなければなりません。その中で専門性の矜持をもって進んできたからこそ、こんなにも薬が広がってきたと認識しています。実際に、薬によって救われている命はたくさんあります。ですから後藤先生がおっしゃったように、私もあきらめないでほしいと思いますし、とても感謝しています。必要があれば、わたしたちエンドユーザーから声を上げることもできますので、是非、ともにやっていきましょう。

KEY TAKEAWAYS

- ◆ 様々な医療情報があふれる現代においては、**個々の患者に応じた情報を、どのように届けるかが、問われている。**
- ◆ 患者だけでなく一般市民にとっても、**医療情報を見極める力が必要**となっており、それを学ぶ場が求められている。
- ◆ ヘルスケア関連企業として、患者の声を聴くことは重要だが、それだけでは不十分であり、自ら**専門性の矜持**をもって、**患者とともに活動することが、患者への利益につながる。**

執筆者

越田 隆介

シミック・アッシュフィールド株式会社

メディカルアフェアーズ事業部門 コンサルティング部 マネージャー

コンタクト

Med Insights お問い合わせ先 (medinsights-j@cmic.co.jp)

運営

Med Insights は、シミック・アッシュフィールド株式会社ⁱ⁾（以下、「当社」といいます。）におけるメディカルアフェアーズ事業部門ⁱⁱ⁾（以下、「部門」といいます。）が運営している情報サイトです。当部門は、製薬企業のメディカルアフェアーズ部門に対し、組織やメディカル戦略構築に関わる様々なコンサルティングを中心に、メディカルアフェアーズに特化した研修や MA アカデミーの運営、患者サポートプログラム、フィールドサイエンティストによるコーチングサービス、MSL の派遣など包括的なサービスを提供しています。

シミック・アッシュフィールドはグローバルに事業を展開するヘルスケア企業であるシミックグループと Ashfield による合併会社です。

シミックグループは、1992 年に日本で最初に CRO（医薬品開発支援）というビジネスを開始し、リーディングカンパニーとしてお客様の様々なニーズに対応してきました。今では、CRO の枠を超えて医薬品開発に関わる全ての業務においてサービスを提供する体制を整えることが出来ました。これまで培ってきた豊富な経験とノウハウを最大限に活かし、お客様の期待に応えるとともに、新たな価値を創出できるようなビジネスモデルを構築し、メディカル・ヘルスケア分野の発展に貢献していきます。

Ashfield Engage は、Inizio グループの傘下にあり、メディカルアフェアーズ、マーケットアクセス、コマーシャル、ペイシエントソリューション、イベントエクスペリエンスの 5 領域で事業を展開しています。Ashfield Engage は、顧客がすべてのヘルスケア対象者となつたり、人々が必要なときに必要な場所で知識やサポート、医薬品を得られるようにサービスを通じて支援します。1997 年の創業以来 20 年以上歴史を持ち、経験とデータに裏付けられたプログラムによって戦略的エンゲージメントのエキスパートとしてあらゆるチャネルを活用し、それぞれのシーンに最適で効果的なコミュニケーションを実現します。

Inizio は、製薬・ライフサイエンス企業が新しい治療法を商業化する上で必要な専門サービスを提供し、開発からの医薬品ライフサイクルをサポートするグローバルリーディングカンパニーです。Ashfield (UDG) と Huntsworth の統合によって設立された Inizio は、アドバイザー、メディカル、マーケティング、コミュニケーション、患者さん・ステークホルダーとのエンゲージメント等に関する一連のサービスを総合的に提供しています。

i) シミック・アッシュフィールド (<https://www.cmic-ashfield.com>)

ii) シミック・アッシュフィールド メディカルアフェアーズ事業部門 (<https://www.cmic-ashfield.com/service/non-commercial/>)

免責事項

本資料は、皆さまへの情報提供を目的として、執筆者らの調査、業務経験等に基づく執筆時点の考察等を掲載しており、シミック・アッシュフィールド株式会社およびシミックグループが本資料をもって専門的な助言やサービスを提供するものではありません。

本資料における情報の正確性、完全性、適格性、信頼性等に関して、いかなる表明、保証または確約（明示・黙示を問いません）をするものではありません。当社は、本資料に依拠したことによって生じる可能性のあるいかなる損失および損害に対し、直接または間接を問わず一切責任を負いません。

また、著作権法により認められる場合を除き、本資料を当社の許諾を得ることなく、複製、公衆送信、改変、修正、転載等を行う行為は著作権法により禁止されています。本資料の転載、複製等による利用をご希望の場合、事前に当社にご連絡・ご相談ください。