

厚生労働科学研究費補助金

厚生労働科学特別研究事業

医療安全における患者参加の課題整理と
促進方策についての検討

平成15年度 総括研究報告書

主任研究者 橋本 廸生

平成16(2004)年3月

目 次

I. 総括研究報告

医療安全における患者参加の課題整理と促進方策についての検討……………	2
橋本 廸生 (横浜市立大学医学部附属病院)	
わが国看護業務への“Speak Up”プログラム導入可能性の検討……………	4
波多野 浩道 (鹿児島大学医学部保健学科)	
医療の安全性を高める患者参加のあり方に関する研究……………	9
菅田 勝也 (東京大学大学院医学系研究科)	
武村 雪絵 (東京大学大学院医学系研究科)	
佐々 木美奈子 (東京大学大学院医学系研究科)	
松谷 千枝 (東京大学大学院医学系研究科)	
山口 哲男 (東京大学医学部附属病院)	
患者参加の基盤となる教育等の支援技術(主に IT 技術の応用)の可能性……………	16
根本 明宜 (横浜市立大学医学部附属病院 医療情報部)	
患者参加型クリティカルパスの作成……………	19
野村 一俊 (国立病院機構熊本医療センター)	
II. 資料(シンポジウムの記録)……………	31
III. 研究成果の刊行に関する一覧表……………	58
IV. 研究成果の刊行物・別刷……………	58
IV. 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況……………	58

厚生労働科学研究費補助金(特別研究事業)

総括研究報告書

医療安全における患者参加の課題整理と促進方策についての検討

主任研究者 橋本 迪生

(横浜市立大学医学部附属病院)

A. 研究目的

そもそも医療は患者と医療者の相互的な営みである。メディアによる最近の世論調査では、現在の医療に満足している市民は4割に満たず、医療事故を身近に起こりうる不安として感じているものは8割近くにのぼる、また9割の市民が医療機関が自らの事故原因の公表をきちんとしていないと考えている、と報告されている。しかし、ここ数年の医療機関の安全対策への取り組みは法的整備に促されて進んできていることも一方の事実である。このような齟齬は患者と医療者の安全をめぐる対峙した関係を固定する恐れがあり、長期的にみて好ましくない。安全をめぐる今日の対立的な構造は一時的なことからして社会が乗り越えなくてはならない。医療に患者自身が当事者として参加することが閉塞的な現状を変えていく可能性に満ちているように考えられる。しかし専門性の壁に医療の受け手の参加をビルトインするためには参加プログラムの周到な準備が必要である。

このような方向に進むための基本的な認識や課題を整理し、推進方策の方向付けをすることを目的にシンポジウムを開催した。

B. 研究方法

シンポジウムを基調講演とパネルディスカッションにより構成した。基調講演は、「高度専門技術体系により構成されている領域に非専門家がいかにコミットできるか」という現代の科学技術上の一般命題に当てはめると、「患者参加」がどのような図柄でみえてくるか、を意図して企画した。さらに、パ

ネルディスカッションでは、医療の現場から、患者と協働する医療の内容とその成立条件を検討することを企画した。

C. 研究結果

詳細な内容は本報告書の巻末にシンポジウムの記録として添付した。シンポジウムを通じていくつかのキーワードが提示された。以下のようなものである。

- ・ ナレッジ・ベスト・ソサエティー
- ・ Lay expert (レイ・エキスパート)
- ・ 学習する組織
- ・ アドヒアランス
- ・ 倫理原則と普通の人々
- ・ 患者と医療者の異文化交流

D. 考察

1. 患者安全を進めるための制度的・構造的な仕組みは徐々に整備されてきた。今後の課題は、1) リスクマネジャーの役割の見直し等の安全管理体制の再点検、2) 医師組織の管理、3) アクシデント発生後の患者と医療者の関係の再構築、4) 事故当事者となった医療者のケア、5) 患者の参加、が重点事項として指摘される。
2. 社会との大きな齟齬を解消するためには、医療自体に市民が参加する流れをつくる必要がある。現状のままだと、医療者が患者や市民と対峙した関係に固定されその中で医療が提供されることになり、医療自体の破綻につながる恐れが指摘される。

患者参加型の医療安全もその大きな一部

であり、いずれも患者のエンパワーメントであるが、2つの局面がある。ひとつは、組織化された活動で Lay expert と呼ばれる患者支援団体の専門的な活動である。もうひとつは、当事者たる患者個人が自律的に治療に参加することである。エンパワーされにくいため医療提供側に、積極的に参加できる環境と具体的なプログラムを作成し提供する努力が求められる。

E. 結論

医療機関に医療安全にかかわる患者参加プログラムの整備が今後必要となる。散発的に実施されているプログラムを収集し、組織的な導入の方法も開発したうえ、プログラムの体系化をはかり、普及させる方策の確立が求められる。

研究報告書

わが国看護業務への“Speak Up”プログラム導入可能性の検討

研究協力者 波多野浩道（鹿児島大学医学部保健学科）

目的

インフォームド・コンセントや患者を中心としたチーム医療の視点に立った医療への患者参加の重要性については社会的に定着しつつあるが、医療の安全性に対する患者の意識が変化しつつある現在、患者安全の立場からも、患者が医療に参加することの有用性が注目されてきている。

わが国では、2001年に厚生労働省の医療安全対策検討会議が「安全な医療を提供するための10の要点」を策定し、その中で、医療従事者に対して、安全な医療を提供するための患者参加の必要性を謳っている¹⁾。この医療安全対策検討会議の発表前後から、患者安全の視点に立った医療への患者参加について論じる文献が散見されるようになってきている^{2)~7)}が、患者に対して医療への参加を積極的に呼びかけるような試みは少ない^{2), 7)}。

米国では、1999年に米国アカデミーのIOM (Institute of Medicine) が患者安全に関する報告書を発表し、その中で、安全設計と診療プロセスへの患者の参加を推奨している⁸⁾。2000年には、米国厚生省の下部組織であるAHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) が「医療事故を予防する20の秘訣 (20 Tips to Help Prevent Medical Errors)」⁹⁾を発表し、患者の安全のために患者自身の医療への参加が有効であることを、エビデンスに基づいて広く社会に呼びかけた。このような流れの中、2002年、米国の医療機関の認定組織であるJCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) は、公的医療保険を管理するCMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) と共同して“Speak Up”プログラムを発表した¹⁰⁾。このプログラムは、患者が医療チームの単なる一員ではなく、医

療チームの中心であることを明確に宣言し、さらに患者に対して、事故防止への参加をより積極的に、かつ大規模に呼びかけている点がそれ以前のものに比べて特徴的である。

そこで本研究は、“Speak Up”プログラムを検討することを通して、医療安全における積極的な患者参加の可能性を、医療事故防止の最終ラインである看護業務に特化して論じることを目的とした。

方法

“Speak Up”プログラムで使用されるパンフレットの内容を紹介し、それぞれの項目を看護師の業務として読み替えることによって、医療安全における積極的な患者参加の可能性を論じる。また、“Speak Up”プログラムのわが国への導入可能性を検討したうえで、読み替えた項目を、医療行為を患者に提示するコミュニケーションツールとして定着しつつある患者用クリティカルパスに使用することを検討する。

結果と考察

1) “Speak Up”プログラムの紹介

“Speak Up”プログラムは、2002年3月にJCAHOがCMSと共同で開始した、全米的な医療への患者参加のためのキャンペーンである。患者に対し、積極的かつ親密な、また知識を伴った医療チームの一員となるように促すことによって、医療ケアにおけるエラーの防止のための一役を担わせることを目的としている。

“Speak Up”プログラムに参加する医療機関には、患者や医療従事者へ配布するために、精神領域、一般病棟、長期療養病棟など様々な種類の医療施設に特化したパンフレットが提供される。表1に示す様に、“Speak Up”プログラムのパンフレットは、“S” “P” “E” “A” “K” “U” “P”の文字から始まる

7つの大項目で患者へ医療への参加を呼びかけ、小項目によって具体的な例を提示する構成となっている。参加施設にはパンフレットに加えてポスターやバッジなどが提供されるが、これらの配布物をそれぞれの施設の特徴や使用方法に合わせて積極的に改変することが推奨されている。パンフレットの比較資料として表1の最後に相馬によるAHRQの「安全な医療を提供するための20の要点」¹¹⁾を参考に示した。これを見ると、“Speak Up”では「IVをされるときには、その輸液が“終わる”までにどのくらいかかるのかを看護師に質問しなさい。きちんと滴下していない（速すぎたり、遅すぎたりする）ときには、看護師に言いなさい。」の小項目に見られるように、エラーのチェックシステムの担い手としての患者の役割がより積極的に推奨されており、また「あなたの治療に関わる全ての決定に参加しなさい。あなたは医療チームの中心にいます。」という大項目の表現に見られるように、患者が医療チームの単なる一員ではなく、医療チームの中心であることを明確に宣言していることが分かる。

なお2003年には“Speak Up”キャンペーンの一環として、手術部位取り違え防止と生体組織移植のドナーに特化したプログラムが追加されている。

2) “Speak Up”の看護業務への読み替え

“Speak Up”のパンフレットに記載されている項目を看護師の業務に特化して読み替え、それぞれについて読み替えが有効であるかどうかの検討を加える。7つの大項目は包括的な表現で記述されているため、より具体的で医療従事者の業務に直接関わる36の小項目を読み替えの対象とした。原則として、読み替えは「医療従事者を示す用語（医師、薬剤師、医療専門職など）」を「看護師」に置き換えることによって行い（例：医師と看護師に→看護師に）、また、「医療従事者を示す用語」が存在しない時は、「看護師」が文章のどこかに主語などとして挿入できるかどうかを検討した（例：質問しなさい→看護師に質問しなさい）。

“Speak Up”の小項目について読み替えが有効かどうかを検討したところ、表2に示したように、36の小項目のうち、もともと看護師に関係するものが11項目、看護業務へ

の読み替えが有効であるものが10項目、読み替えが有効ではないと考えられるものが3項目、読み替えが出来ないものが12項目であった。

読み替えが有効であった項目と有効でない項目の判断理由は以下の通りである。すべての小項目についてのより詳しいコメントは表3に示している。

【読み替えが有効な項目】

(S-2) (S-2)の一文目は全ての医療専門職に当てはまるため、看護師への読み替えは有効である。

(E-2): わが国では、実際に医師を直接の情報源として扱うことが（患者、医師両方の立場から）難しい場面が数多く想定できるため、看護師が医師への仲介役として情報源となることは有効であると考えられる。

(E-3): 看護師はルーチンの処置や看護ケアなどで患者と直接関わる機会が多いため、(E-3)の読み替えは有効である。

(K-1) 目的、書面情報、副作用情報の提供については全ての医療専門職に当てはまるため、読み替えは有効である。

(K-2) 薬剤が患者に投与される場面には看護師が関わっていることが多く、読み替えは有効である。

(K-5) 薬剤の相互作用については看護師も知っているべきであり、読み替えは有効である。

(U-3) 退院指導の多くは看護師が行うため、読み替えは有効である。

(P'-1) 何が行われるかについては、看護師も医療チームの一員として合意している必要があり、読み替えは有効である。

(P'-3) 看護師は新しい検査や投薬の目的を知っているべきであり、読み替えは有効である。

(P'-6) 病院あるいは病棟内で、すでに処

置を受けた患者を想定すれば、紹介を看護師に頼むのは有効である。

【読み替えが有効でない項目】

- (E-1)：専門看護師や認定看護師の制度は存在するものの、看護師の専門分化がそれほど認知されていないわが国においては、(E-1)の読み替えは有効ではないと思われる。
- (K-6) 通常わが国において患者が処方箋を読む場面は、ほぼ外来での薬剤処方の際に限られ、看護師が関わる機会は少ない。そのため、(K-6)の読み替えは有効とは言えない。
- (U-2) この項目は、わが国では医療施設が紹介される場合に当てはまると思われるが、その際に看護師が関わることはほとんど無い。あったとしても看護師の個人的な資質や、患者との関係性に依存することが多いため、読み替えは有効でない。

読み替えの出来ない項目は、医療従事者の業務にもともと関わりのない項目であり、医療従事者の業務に関わる項目だけを考えると、24項目中21項目が看護業務への患者参加の呼びかけとして使用できることになる。看護職のインシデントレポートには多くの職種のミスが凝集されていると言われており¹²⁾、ほとんどの医療ミスは看護業務を通して患者に到達する。そのため、あらゆる医療ミス対策は看護業務に当てはめることが可能であり、このような結果につながったと考えられる。つまり、看護業務へ積極的に患者が参加することによってミスが患者に到達するのを防ぐことが出来れば、他の医療従事者のミスも防ぐことにもなり、患者自身の安全のために非常に有効な手段となりうるのである。2002年9月にJCAHOによって行われた調査によると、JCAHOに認定された1000以上の施設のうち89%が、“Speak Up”キャンペーンについて「素晴らしい」、「とても良い」、「良い」と回答しており¹³⁾、適切に使用すれば、“Speak Up”プログラムをわが国の看護業務へ当てはめることに高い効果が期待できることを示唆している。

3) わが国への“Speak Up”プログラムの適用の可能性

わが国においても前述のように、患者安全の視点からの、看護業務を含めた医療への患者参加が論じられつつある。しかし、“Speak Up”プログラムを、そのまま現在のわが国に適用するには問題もある。

山内が述べているように⁷⁾、患者安全のための医療への患者参加には、医療行為を医療従事者と共同で監視する「モニター」としての患者の参加と、その前提となる、行われる医療行為に関する「情報」の患者への伝達の2局面が含まれる。表4に示すように、“Speak Up”の36の小項目も、「モニター」としての参加と「情報」の収集、「代弁者」の設定の3局面に分けられ、さらに「モニター」としての参加は、事前に情報が必要なものと必要でないものに分けられた。単純に患者安全のための患者参加を考える時には「モニター」としての機能が重要視される。しかし、わが国においては、この「モニター」としての患者参加について論じる以前に、前提となるべき「情報」を体系的に提供する体制が整っていないという事実がある。

例えば“Speak Up”の小項目(K-2)のように、IV輸液のチェックを患者にしてもらうためには、当然、本来行われるべき輸液についての情報が必要である。しかし、わが国ではそのような情報を提供するための体制や文化が整っていないため、事前情報の提供は医療従事者の個別の対応にまかされることになる。このような状況では、事前情報が必要な場面における、「モニター」としての患者参加はシステムとして機能しにくい。事実、わが国における「モニター」としての患者参加の試みについての組織立った報告は、患者の名前を一緒に確認してもらう、というような事前情報を必要としないもの^{2) 3)}か、「情報」提供方式の開発をセットに論じているもの⁷⁾に限られてしまっている。“Speak Up”プログラムのような、患者安全の視点に立った積極的な患者参加プログラムをわが国に取り入れるためには、この「情報」の提供に関する問題をクリアする必要がある。

ここで筆者らはその問題をクリアするための入口として、医療行為を患者に提示するコミュニケーションツールとして定着しつつある、患者用クリティカルパスが有効に利

用できるということを指摘したい。

4) 患者用クリティカルパスと患者安全に関わる患者参加

“Speak Up”プログラムのような、患者安全の視点に立った積極的な患者参加プログラムをわが国に導入するために、患者用クリティカルパスの利用が有効であること理由として以下の3点が挙げられる。

- ① もともと患者用クリティカルパスは、効果的なインフォームド・コンセントを達成するために、患者に情報を与えるツールとして開発されたため^{14) 15)}、医療業務や看護業務に関する情報を系統立てて提示するのに優れていること。
- ② 患者用クリティカルパスは、患者・家族の自立を促す教育用ツールとしての役割を担っているため^{14) 16)}、パス上で患者に指示を出しやすく、また指示に従うことへの患者・家族の心理的抵抗が少ないこと。
- ③ クリティカルパスは、医療の質保証のためのツールとして、リスクマネジメントにも役立つことが広く認められており^{5) 17) 18)}、患者安全のためのツールとして使用することに医療従事者の心理的抵抗が少ないこと。

つまり、患者用クリティカルパスは、比較的患者に「情報」を提供するのが容易であり、「モニター」としての患者参加を促しやすく、また使用に伴う医療従事者の心理的抵抗も少ないため、患者安全の視点に立った積極的な患者参加プログラムの第一歩として非常に有用であると言える。

安全のための患者参加に患者用クリティカルパスを利用する1例として、下野らの変形性膝関節症の手術の患者用クリティカルパス¹⁹⁾を参考に、患者参加を呼びかける項目のうち特に事前情報を必要とするものを加えた患者用クリティカルパスを作成した

(図1-1、図1-2)。これを見ると、「モニター」としての参加ではないものの、改変する前から(K-5)と(U-3)に該当する項目が含まれており、そもそも患者用クリティカルパスは患者安全のために患者参加を呼びかけるツールとして使用されていたことが分かる。また、薬剤の名称など従来より詳しく書く必要のある部分もあるが、患者用クリティカルパ

ス自身が情報提供ツールとしての機能をすでに持っているため、「モニター」として参加するように呼びかける文章を書き入れるだけで、ある程度“Speak Up”プログラムを実施するツールとしての役割を担う事が可能である。

このように、患者用クリティカルパスを使用すれば、「情報」の提供とそれに基づく「モニター」としての参加呼びかけという2種類の行為を同時に、かつ容易に行う事が出来る。患者用クリティカルパスへの導入が適切に行われれば、その経験が更に組織的な「情報」の提供方法を確立するための足がかりとなり、より大規模な患者参加キャンペーンの実施につながっていくと考えられる。

5) 患者用クリティカルパスの限界と今後の課題

表4に、患者用クリティカルパスに追加した患者への呼びかけに当てはまる“Speak Up”の項目を示している。これを見ると、事前情報が必要な「モニター」としての参加の中で、(K-3)だけは使用していないことが分かる。これは、クリティカルパスはもともと多数の人に対して共通して使用するものであるため、点滴の速度についての情報のように実施場面ごとの個別性が強いものを記載するには不適切であると考えたためである。術後の持続点滴についても同様のことが言えるが、これらの個別性が強い情報の提示方法については、さらに検討していく必要がある。

また、今回は事前情報が必要な「モニター」としての参加に該当する項目のみを追加したが、もともと(K-5)と(U-3)に該当する項目が含まれていたように、事前情報が不必要な項目や、情報収集を促す項目などについてもクリティカルパスには追加することが可能であり、今後の検討課題である。

結論

本研究では、JCAHOの“Speak Up”プログラムを検討することを通して、医療安全における積極的な患者参加の可能性を、看護業務に特化して論じた。その結果、“Speak Up”プログラムの看護業務への導入は有効である可能性が示唆された。しかし、その実際の導入には「情報」提供体制の確立などの課題

があることが示され、課題解決の第一歩として、患者用クリティカルパスへの患者参加を呼びかける項目の導入が、有効であることが示唆された。

引用文献

1) 医療安全ハンドブック編集委員会(編集), 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室(編集協力). 医療安全ハンドブック①: 医療安全管理の進め方. メヂカルフレンド社, 2002.

2) 浜口典子. 患者参加の医療事故防止策への取り組み. 月刊ナースマネジャー. Vol. 3 No.5, p13-p17, 2001.8.

3) 勤医協中央病院 医療安全室. 注射事故防止に向けての意識調査活動と患者参加の安全対策. 北海道勤労者医療協会看護雑誌. Vol. 29, p75-p77, 2003.6.

4) 餅田敬司. 患者参加型看護過程とリスクマネジメント: 真のインフォームド・コンセントを求めて. 月刊ナーシング. Vol. 22 No. 10, p30-p37, 2002.9.

5) 小西敏郎. クリニカルパスによるリスク管理. MEDICO. Vol.33 No.9, p338-p342, 2002.

6) 須田倫子. 注射事故防止に向けての意識調査活動と患者参加の安全対策. Nurse eye. Vol. 16 No. 3, p19-p24, 2003.

7) 山内桂子. エラー回復のために: 患者参加型の取り組み. 看護. Vol. 56 No.2, p60-p61, 2004.2.

8) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC. National Academy Press, 1999.

9) Agency for Healthcare Research and Quality. Patient Fact Sheet: 20 Tips to Help Prevent Medical Errors. <http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>

10) Joint Commission on Accreditation for

Healthcare Organizations. Speak Up: Help Prevent Errors in Your Care.

<http://www.jcaho.org/accredited+organizations/speak+up/speak+up+index.htm>

1 1) 相馬孝博. 安全管理から見た院内組織とその機能. 保健医療科学. Vol.51 No.3, p131-136, 2002.9.

1 2) 長尾式子, 井上佳代子, 武ユカリ, 他. 複数の医療専門職が潜在的に関与する医療自己分析. 産業衛生学雑誌. Vol.44, p742-p743, 2002.

1 3) Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organizations. Facts about the Speak Up Program. <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/speak+up/facts+about+the+speak+up+program.htm>

1 4) 郡司篤晃(編集). パス法: その原理と導入・評価の実際. へるす出版. 2000.

1 5) 中川れい子. 医療管理ツールとしてのクリニカルパス: パス対象患者の明確化の必要性. 月刊ナーシング. Vol.23 No.14, p68-p75, 2003.12.

1 6) 森山美知子, 中野真寿美, 高倉倫子. アウトカム・マネジメントー成果医療とは: ケア標準化ツールとしてのクリニカルパス. 月刊ナーシング. Vol.23 No.14, p18-p28, 2003.12.

1 7) 柿田章, 佐藤洋子, 医真会八尾総合病院看護部. 事例で学ぶ医療事故医療訴訟: 防止と対策ガイド. 日総研出版. 1999.

1 8) 本田五郎. チーム医療とリスクマネジメント: リスクマネジメントツールとしてのクリニカルパスの役割. 看護管理. Vol.12 No.11, p836-p841, 2002.11.

1 9) 下野心, 西明子, 豊間根純子, 他. 患者参加を目指したクリティカルパスの工夫. かんごきろく. Vol.11 No.2, p38-p43, 2001.

研究報告書

医療の安全性を高める患者参加のあり方に関する研究

研究協力者 菅田勝也（東京大学大学院医学系研究科）
武村雪絵（東京大学大学院医学系研究科）
佐々木美奈子（東京大学大学院医学系研究科）
松谷千枝（東京大学大学院医学系研究科）
山口哲男（東京大学医学部付属病院）

研究要旨

病院における治療・検査・ケアの安全性を高めるためにどのような患者参加が有効か、臨床経験のある看護研究者4名、臨床看護師1名の計5名で集団討議を行い検討した。その結果、「I.自分に関する情報をとりまとめ医療従事者と共有する」、「II.適切な検査・治療・ケア計画に必要な情報を提供する」、「III.安全で正確な治療・検査・ケアの実施に協力する」、「IV.安全で適切な自己管理を行う」、「V.安全な環境をつくる」、「VI.非常事態に備える」、「VII.患者としての経験や判断を伝える」の7つが重要な患者参加活動として挙げられた。また、これらの患者参加を導入するには、前提として、患者への情報や教育、医療従事者側の体制の整備が必要であることが示唆された。

A. 研究背景

近年、医療の安全への要請はますます高まっている。本研究は、病院における治療・検査・看護ケアの安全性を高めるためにどのような患者参加が有効か、その概要を包括的に明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

臨床経験のある看護研究者4名と臨床看護師1名の計5名により、看護業務分類や看護手順等の資料を参照しながら、病院内の様々な治療・検査・看護ケア場面において、安全性向上に貢献しうる患者の行動やそのための条件を網羅的に挙げた。その後、抽出した患者参加行為を類似したカテゴリーごとに分類し整理した。

本研究は文献検討や研究者の討議を中心にしており、倫理的問題は少ないと思われるが、倫理的配慮として、事例を挙げながら分析を進める際には、プライバシーに配慮して匿名とし、結果には抽象度を高めて一般化した内容のみを記した。

C. 研究結果

分析の結果、医療の安全性を高める患者参加は、「I.自分に関する情報をとりまとめ医療従事者と共有する」、「II.適切な検査・治療・ケア計画に必要な情報を提供する」、「III.安全で正確な治療・検査・ケアの実施に協力する」、「IV.安全で適切な自己管理を行う」、「V.安全な環境をつくる」、「VI.非常事態に備える」、「VII.患者としての経験や判断を伝える」ことの7つに分類できることがわかった。それぞれの患者参加（参加分類I～VII）の具体的な内容は、表1に示したとおりである。また、表2は、各参加分類が特にどのような医療場面で安全性向上に役立つと考えられるか、その評価を示している。

1. 自分に関する情報をとりまとめ医療従事者と共有する(参加分類I)

近年、施設あるいは職種間の機能分化、専門化に伴い、一人の患者に複数の施設や多くの職種が関わるようになった。このような状況下で、医療従事者が常に最新の患者情報を共有するためには、患者の元に情報を集約し、患者が情報の管理者・伝達者として機能する

ことが有効だと考えられた。たとえば、患者が診療録を保管し、そこに最新の指示が記入されるようにしたり、患者が医師等から急な指示変更を告げられた場合、他の医療従事者にそのことを積極的に伝えたりすることが、安全性向上に役立つと考えられた。この分類には、患者が、「1.身体の状態・治療・検査・ケアについての情報を得る」、「2.不確かな情報について確認する」、「3.他の医療従事者からの情報を伝達する」、「4.記録をつけ医療従事者と共有する」ことが含まれ、これらは、入院期間を通じて継続的に行うことが重要だと考えられた。特に、検査・治療計画や結果の説明時、与薬や検査、処置・治療の実施時、また、退院時にも重要になると思われた。

2. 適切な検査・治療・ケア計画に必要な情報を提供する(参加分類Ⅱ)

患者は、本人しか知り得ない重要な情報を多くもっており、その中には検査や治療、療養生活の安全に強く関わる情報もある。患者が医療従事者に必要な情報をもらさず提供することは、事故や合併症、副作用の予防や、早期発見、早期対処のために、非常に重要だと考えられた。この分類には、「1.症状の変化、合併症・副作用の徴候を報告する」、「2.検査・治療・ケアを安全に実施するために必要な情報を提供する」、「3.患者の生活に適した治療方針作成に必要な情報を提供する」ことが含まれた。症状の報告は入院期間を通じて重要であるが、入院時や、検査や治療の説明時に、アレルギーや薬歴を申告したり、検査・治療の実施時に、装着品(義歯・カイロなど)の有無や、服薬や食止めの指示を守れなかったことを申告したりすることは、事故を予防するために重要だと思われた。

3. 安全で正確な治療・検査・ケアの実施に協力する(参加分類Ⅲ)

治療や検査、看護ケアが指示通り正確に実施されているかの確認、安全に実施されているかの監視は、治療・検査・ケアの安全性を保つために非常に重要である。医療従事者によってこれらの確認や監視が十分に行われる体制を整える必要があるが、患者が参加することで、さらに安全性を高めることができると考えられた。この分類には、「1.本人確認や実施内容の確認に協力する」、「2.通常と異なる内容・手順を指摘する」、「3.治療・検査・

ケア中の苦痛症状を報告する」、「4.治療・検査・ケアに必要な体位の保持・安静に協力する」ことが含まれた。これらは入院期間を通じて重要であるが、特に、検査、与薬、処置・治療時に、本人確認、指示内容の確認、通常と違う内容や手順の指摘、合併症や副作用症状の迅速な報告、必要な体位保持の協力が行われることで、安全性が高まると考えられた。また、入院時や退院時に、名札や書類に書かれた氏名を確認すること、処方薬の内容を確認することなども、安全性を高めるために重要だと考えられた。

4. 安全で適切な自己管理を行う(参加分類Ⅳ)

病院で生活をする上で、手洗いやうがい、ごみの分別、ナースコールや電動ベッドの操作、点滴ルートの取り扱いなど、安全を保つために、患者が正しい管理方法を身につける必要のある項目が多数ある。また、薬の自己管理やインスリンの自己注射、自力での車椅子移動など、本来医療従事者が実施あるいは介助した方が安全な行為でも、社会復帰や機能回復のために患者自身が行うこともある。そのため、患者が安全で適切な自己管理を行うことは、安全を保つために非常に重要だと考えられた。この分類には、「1.衛生管理を行う」、「2.正しい実施方法・操作方法を習得する」、「3.合併症予防に必要な活動を行う」ことが含まれる。しかし同時に、自己管理によって生じる危険を減らすために、自分で行ってよい範囲を確かめ、不安なときは無理せず援助を求めること、異常時はすぐに連絡し、定期的に医療従事者に自己管理状況を報告することなど、「4.適切な援助を受ける」ことも重要だと思われた。これらは入院期間を通じて、特に自己管理を行う場合に重要だと考えられた。患者の状態に応じたレベルで、入院時に衛生管理について学んだり、環境変化時(車椅子利用開始、点滴挿入時など)に、その都度その扱い方、問題時の対処法を学ぶことが重要だと思われた。

5. 安全な環境をつくる(参加分類Ⅴ)

患者自身や他の患者の安全を守るための環境づくりにも、患者参加が果たす役割は大きいと考えられた。この分類には、「1.ベッド周囲や通路を整理する」、「2.安全環境を監視し

問題時は報告する」、「3.院内規則を守る」ことが含まれた。入院中は荷物を整理しベッド周囲や廊下に障害物を置かないこと、環境整備後や移動後にベッド柵など通常の安全対策がとられているか確認すること、廊下や浴室、トイレなどで障害物など事故の原因になりそうなものがあれば報告すること、火気使用や医療機器周辺での携帯電話使用をしないことなどが、安全な環境をつくるために重要だと思われた。

6. 非常事態に備える (参加分類VI)

病院でも火災・地震などの災害や犯罪が起きる可能性があり、また、売店やエレベーターなど病棟外で急に体調が悪化することも起こりうる。そのため、患者も危機管理として、「1.災害時・緊急時に備える」、「2.緊急時速やかに報告する」ことが、非常時における安全性を高めるために重要だと思われた。医療場面への直接的な参加ではないが、入院時に避難経路や非常ブザーの位置を把握すること、病棟外に出かける際に氏名を確認できるものを身につけ病棟担当者に声をかけるなどの行為は、病院生活での安全を保つために重要だと思われた。

7. 患者としての経験や判断を伝える(参加分類VII)

医療従事者からのニアミス事例や事故報告を集積し分析して安全対策に役立てるように、患者の「ヒヤリ・ハット」経験も集積して分析すると、安全対策に非常に役立つと思われる。この分類には、「1.患者の視点からみた危険な出来事を指摘する」、「2.非専門家が起こしうる勘違い例を報告する」ことが含まれる。また、患者が、「3.不安を感じる手技や他者と違う手順など医療従事者の質を評価する」ことも、病院の質評価・質管理に活用でき、安全性向上に貢献できると考えられた。これらは入院期間を通じて、その都度行われることが望ましいが、機を逸しやすいと思われるので、退院時に振り返って報告する機会を設けるも有効だと考えられた。

D. 考察

本研究によって、医療の安全性を高めるための患者参加のあり方の大枠が明らかになった。また、多くの医療場面において、患者

参加によって安全性向上が期待されることがわかった。しかし、患者が医療に参加するためには、患者への情報提供や教育、医療従事者の姿勢や体制など、前提条件を整える必要がある。

たとえば、参加分類Iのように、患者が医療従事者からの情報を管理し、必要に応じて他の医療従事者にその情報を提供する役割を担うためには、医療従事者は書面などを用いて、患者に正確で信頼できる情報を提供する必要がある。

また、参加分類IIで述べたように、治療や検査を実施する上で必要な情報を患者が積極的に提供するためには、医療従事者がなぜ、どのような情報を必要としているかについて、患者がその情報の重要性を理解している必要がある。また、患者が、診断・評価上必要な症状や、合併症・副作用の徴候を的確に報告するためには、疾患や治療・検査からどのような症状が起こりうるか、その症状が何を意味しているかについて理解している必要がある。医療従事者が事前に説明しておくことで、患者自身がその症状に注意し、早期に発見し報告することが可能になると思われる。また、医療従事者の指示を守れなかったこと、補助療法や民間療法を利用していることなどは、医療従事者の非難を恐れて報告をためらう可能性がある。医療従事者は、患者に、合併症や事故の予防のためにそういう情報を必要としていることを伝え、患者からの正直な申告を非難することなく、安全に役立つ情報として受けとめる必要がある。

参加分類IIIのように、患者が検査や治療、ケアの実施内容や手順の確認に協力したり、実施中の苦痛症状を速やかに報告するためには、患者が事前に、治療や検査、ケアの目的、内容、起こりうる合併症の説明を受けている必要がある。また、通常と違う手順を指摘したり、検査・処置・ケア中の苦痛症状をその場で指摘することに、医療従事者に対する遠慮や気遣いが障害となることも考えられる。安全な医療のために、患者の率直な指摘が役立つことを、患者に伝える必要がある。

また、参加分類IVのように、患者が適切で安全な自己管理を行うためには、単に正しい手技だけでなく、一つ一つの行為の意味や起こりうる危険、自分で行っても安全な範囲、体調不良時や検査による食止めなど通常と

違うときの対応について、教育を受ける必要がある。同時に、必要時は医療従事者に援助を求め、定期的に医療従事者に自己管理状況を報告し評価を受けることが、安全のために重要であることを患者が理解している必要がある。

安全な環境づくり（参加分類Ⅴ）や非常事態への備え（参加分類Ⅵ）は、患者にも危機管理の一端を担ってもらうことを意味する。そのことを説明して、患者の協力を求める必要がある。さらに参加分類Ⅶのように、将来の医療の安全性向上のために、患者の経験や判断が役立つことについても、広報し、協力を仰ぐ必要がある。そして、患者からの報告を受ける窓口や機会を設けたり、患者からの報告を分析し活用する体制を整えたりすることも必要である。

以上のように、医療のあらゆる場面において、患者参加によって安全性が向上することが期待されるが、同時に、患者参加の前提条件を整える必要があるといえる。

E. 結論

本研究の結果、医療の安全性向上に役立つ患者参加として、「Ⅰ.自分に関する情報をとりまとめ医療従事者と共有する」、「Ⅱ.適切な検査・治療・ケア計画に必要な情報を提供する」、「Ⅲ.安全で正確な治療・検査・ケアの実施に協力する」、「Ⅳ.安全で適切な自己管理を行う」、「Ⅴ.安全な環境をつくる」、「Ⅵ.非常事態に備える」、「Ⅶ.患者としての経験や判断を伝える」の7つが挙げられた。また、これらの患者参加を導入するには、前提として、患者への情報提供や教育、医療従事者側の体制整備の必要性が示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

表1. 医療安全を高める患者参加の7分類

<p>I. 自分に関する情報をとりまとめ医療従事者と共有する</p> <p>1.体の状態・治療・検査・ケアについての情報を得る A. 病状・治療計画・看護計画について説明を受ける B. 治療・検査・ケアの目的・内容・合併症について説明を受ける C. 治療・検査・ケアの結果について説明を受ける</p> <p>2.不確かな情報について確認する A. 疑問点・不明点について確認する B. 他の医療従事者からの情報との不一致について確認する C. マスコミ・口コミの情報が自分にも有用か確認する</p> <p>3.他の医療従事者からの情報を伝達する A. 他の医療従事者の書面や口頭での指示・判断を他の医療従事者に伝える B. 検査結果やカルテ記録(またはその複写)を保管し医療従事者と共有する C. 治療計画・看護計画(またはその複写)を保管し医療従事者と共有する</p> <p>4.記録をつけ医療従事者と共有する A. 自覚症状、バイタルサイン、身体計測結果、食事状況、排泄状況などを記録する B. 薬の服用状況(内容・服用時間・変更)を記録する C. 診察・治療・検査・ケアの内容や結果を記録する</p>
<p>II. 適切な検査・治療・ケア計画に必要な情報を提供する</p> <p>1.症状の変化、合併症・副作用の徴候を報告する A. 症状の程度・変化を報告する B. 新たに発現した症状を報告する C. 誤嚥・転倒など危険に関わる症状や通常行っている対処法を報告する</p> <p>2.検査・治療・ケアを安全に実施するために必要な情報を提供する A. アレルギー(薬、食物、テープ類、ハウスダスト、温度など) B. 服用中の薬(漢方薬・サプリメントを含む)、補助療法・民間療法の利用 C. 感染症 D. 妊娠またはその可能性 E. 義歯・コンタクトレンズ・カイロ等の使用 F. 検査・治療に伴う指示(食止め、服薬など)を守れなかったこと</p> <p>3.患者の生活に適した治療方針作成に必要な情報を提供する A. 現病歴、既往歴 B. 家族の病歴、遺伝性疾患 C. 生活習慣、家庭生活・社会生活状況 D. 治療上・生活上の希望・不安</p>
<p>III. 安全で正確な治療・検査・ケアの実施に協力する</p> <p>1.本人確認や実施内容の確認に協力する A. 本人確認に協力する(リストバンド着用、氏名を告げるなど) B. 氏名・薬剤・血液型などを照合する C. 説明を受けていた内容との一致を確認する</p> <p>2.通常と異なる内容・手順を指摘する</p> <p>3.治療・検査・ケア中の苦痛症状を報告する A. 気分不快 B. 疼痛 C. 温度</p> <p>4.治療・検査・ケアに必要な体位の保持・安静に協力する</p>

表1. 医療安全を高める患者参加の7分類(つづき)

<p>IV.安全で適切な自己管理を行う</p> <p>1.衛生管理を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> A.習慣的に手洗いうがいを実施する B.特別な状態(感染症、易感染状態、出血傾向、嚥下障害)のときの衛生管理について学ぶ C.再利用しないもの・他の患者と共用しないものについて学ぶ D.衛生用品を不潔しないよう保管する E.汚染物・廃棄物の取り扱いについて学ぶ <p>2.正しい実施方法・操作方法を習得する</p> <ul style="list-style-type: none"> A.薬の管理(非常時の対処、調整範囲についても含む) B.バイタルサイン測定、体重測定、蓄尿・尿量測定 C.セルフケア(自己注射、ストーマ管理、自己導尿、経管栄養、腹膜透析など) D.周辺機器・設備の扱い方 E.点滴ラインやドレーン類の扱い方 <p>3.合併症予防に必要な活動を行う</p> <ul style="list-style-type: none"> A.食事制限・運動制限などの生活制限を確認し守る B.清潔部位(創傷、点滴ライン・ドレーン類など)を汚染しない C.合併症予防のための活動(運動、呼吸訓練、禁煙など)を行う <p>4.適切な援助を受ける</p> <ul style="list-style-type: none"> A.自己管理で安全な範囲・危険な範囲について医療従事者の判断を確かめる B.体調や手技に不安があるときは援助を求める C.異常や気がかりがあるときは速やかに報告する D.定期的に医療従事者に自己管理状況について報告し確認する
<p>V.安全な環境をつくる</p> <p>1.ベッド周囲や通路を整理する</p> <ul style="list-style-type: none"> A.決められた場所以外にものを置かない B.ベッド周囲を整理する C.ベッドネームは常にみえるところに配置する <p>2.安全環境を監視し問題時は報告する</p> <ul style="list-style-type: none"> A.通常と違う配置(ベッド柵、ナースコールの位置など)に気づいたら指摘する B.床の汚れ、障害物を見つけたら報告する C.危険を感じた場所があれば報告する <p>3.院内規則を守る</p> <ul style="list-style-type: none"> A.火気使用禁止 B.携帯電話使用禁止
<p>VI.非常事態に備える</p> <p>1.災害時・緊急時に備える</p> <ul style="list-style-type: none"> A.氏名、連絡先、疾患情報(低血糖症状、癲癇発作など)が記されたものを身につける B.避難経路を確認する C.緊急時呼び出しブザー・非常ブザーの位置と使い方を確認する D.自分を担当する医療従事者・チームを把握する E.病室を離れるときには担当医療従事者に報告する F.立ち寄る必要のある場所(病室、トイレ、検査室、売店など)の位置を把握する <p>2.緊急時速やかに報告する</p> <ul style="list-style-type: none"> A.給食の味の異常・異物混入に気づいたら食べずに報告する B.出火に気づいたら速やかに報告し避難する C.不審者に気づいたら速やかに報告する
<p>VII.患者としての経験や判断を伝える</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.患者の視点からみた危険な出来事を指摘する 2.非専門家が起こしうる勘違い例(食間薬を食事中に服用したなど)を報告する 3.不安を感じる手技や他者と違う手順など医療従事者の質を評価する

表2.医療現場個別にみた安全性向上に重要な患者参加

入院	ヘルプ センター	環境調整	体位・移動	清潔・式服	排泄	食事	呼吸	感染予防	与薬	検査	処置・治療	医療機器の使 用・管理	緊急 時
検査・治療計画および給薬の説明	バイタルサイン測定・身体検査	清掃・環境整備	体位調整 移動介助・移送	全身清拭 洗髪・入浴・部分浴	オムツ交換 排泄介助	食事介助 食事調整	口腔・鼻腔・気管内吸引 経管吸入 酸素吸入	無菌操作・清潔操作・ガウン着用 手洗い・うがい	経口薬 外用薬	身体機能の少ない検査(心電図等) 身体機能の少ない検査(生体電位)	創傷処置 冷療法・温療法	治療支援機器(呼吸器等)・医療機器 計測機器(血圧計等)・医療機器 生命維持機器(ナースコール等)	救命緊急処置 院内・院内機器(バイタル等)
入院期間を知りて	健康診断	空調・換気	体位保持・安静・初期	口腔ケア	排泄介助	ストーマケア	経管・鼻腔・気管内吸引	医療廃棄物処理	経口薬	身体機能の少ない検査(心電図等)	創傷処置	治療支援機器(呼吸器等)・医療機器 計測機器(血圧計等)・医療機器 生命維持機器(ナースコール等)	救命緊急処置 院内・院内機器(バイタル等)
I. 自分に關する情報をとりまめ医療従事者と共有する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
1. 身体の状態・治療・検査・ケアについての情報を得る	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
2. 不確かな情報について確認する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
3. 他の医療従事者からの情報を伝達する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
4. 記録に基づき医療従事者と共有する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
II. 適切な検査・治療・ケア計画に必要な情報を提供する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
1. 症状の悪化・合併症・副作用の出現を報告する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
2. 検査・治療・ケアを安全に実施するために必要な情報を提供する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
3. 患者の生活に悪化した治療方針作成に必要な情報を提供する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
IV. 安全で適切な自己管理を行う	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
1. 本人認知や実施内容の確認に協力する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
2. 正しい服薬方法・操作方法を習得する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
3. 合併症予防に必要な活動を行う	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
4. 適切な援助を受ける	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
V. 安全な環境をつくる	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
1. ベッド周囲や通路を整理する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
2. 安全環境を監視し問題を報告する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
3. 院内規則を守る	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
VI. 非常事態に備える	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
1. 災害時・緊急時に備える	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
2. 緊急時速やかに報告する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
III. 患者としての役割や判断を伝える	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
1. 患者の視点からみた危険な出来事や報告する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
2. 非専門家が気づく問題を迅速に報告する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①
3. 不安を感じる手技や他者と違う手順と医療者の質を評価する	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①	①

◎安全性向上に重要な患者参加に貢献する。○重要。△自己管理が不足している。△重要。△自己管理が不足している。△重要。

研究報告書

患者参加の基盤となる教育等の支援技術(主にIT技術の応用)の可能性

研究協力者 根本明宜
(横浜市立大学医学部附属病院 医療情報部)

はじめに

医療安全における患者参加の重要性は強調されているが、その障害の一因として患者側と医療者側との持っている情報の格差が考えられる。疾病および治療方法について治療の副作用なども含め知識を持っていることは安全性の向上に有効であり、治療に参画するために知識が必要なこともまた確かである。

6年間の医学教育および卒後教育で培われた医療者側の知識と患者さん側の情報に格差が有るのは当然であるが、自分のあるいは身内の病気として実際に困っている病気に対する情報に対する要求は患者側で大きく、情報の入手経路が確保できれば情報の格差は埋めることができる可能性がある。

病気に関する情報収集にIT技術が役立つことは疑うべくもなく、患者さんや一般市民の側からの情報へのアクセスについて今後拡大されるべき分野と考える。実際に一部の先進的な病院では患者さんへの情報提供をサービスとして行っている病院も出てきている。また、患者個人で自分の病気について調べられたことや私的な闘病記が掲載されているホームページから組織的に内容を検討されている患者団体のホームページにいたる患者側からの情報提供やインターネット上でのコミュニティーの形成を目的とした医学的なホームページが運用されており、検索技術の進歩もあり、医療者側からの一方てきな情報伝達ではない状況が既に形作られている。

今後、いかにこの分野の可能性を拡大し、医療の供給者と受給者側の情報格差を解消し、医療安全の向上に役立たせる支援技術について検討する。

方法

患者側からの情報収集の実状について、探索的検討を以下の分野について行う

1. 患者図書館
2. 患者向けの医療情報提供を目的としたHP
3. インターネットで利用可能な技術
 - 1) e-learning
 - 2) メーリングリスト
 - 3) 掲示板
 - 4) ホームページ
 - 5) その他

検索については、日本の現状を検討したいので、邦文による情報を対象とし、医学中央雑誌、インターネットでの検索サイトを利用して上記について探索的検討を行った。

結果

1. 患者向け図書館
2003 年末の時点で確認できた患者向け図書館は以下の 18 館であった。
聖路加国際病院
日鋼記念病院
新潟県立がんセンター新潟病院
浜松赤十字病院
京都南病院
亀田総合病院
浜松聖隷三方原病院
大阪中央病院
高知県立中央病院
東京大学病院
国立長野病院
暁明館病院
静岡県立がんセンター
竹田総合病院
高山赤十字病院
淀川キリスト教病院
東京女子医科大学病院
国立病院大阪医療センター

なかでも、東京女子医科大学病院は外来棟の新設に併せ、総合外来センター「からだ情報館」として昨年開設されたが、全国紙にも

大きく取り上げられ注目されている。医書から闘病記にいたる書籍の他にも、患者会や製薬会社のパンフレット、ビデオなども用意され、ビデオデッキも利用できるようになっていいる。さらに、医療情報検索支援サービスとして、パソコンからインターネットでの医療の最新情報やニュースの検索もできるように整備され、書籍以外の情報入手も容易になっている。医学部図書館での経験を持つ専任の司書が対応し、今後はボランティアの拡充などが計画されている。

また、からだ情報館を含む医療サービスをシステムとして位置づけ、医療サービスセンター（PCC：Primer Clinic Center）として整備されている。PCCのホームページはこれまでの病院のホームページのイメージと異なる暖かみのあるデザインになっており、ユーザーインターフェースという点でも配慮がなされていることが伺われる。

2. 患者向けホームページ

患者さんを対象としたホームページは膨大な量があり、その全てを確認することは不可能と思える量がある。1例として、厚生労働省が運営に関与している難病情報センターホームページを紹介する。難病情報センターは厚生労働省健康局疾病対策課と難病医学研究財団が運営しており、国が研究・調査の対象に指定した121の難治疾患（特定疾患）についての情報提供を行っている。同センターのホームページにリンクされている患者団体だけでも地域難病連で34団体、患者会64団体が登録されている。その多くがホームページを持ち、患者さんに向けての情報発信を行っている。

他にも多くの疾病団体や学術団体による情報提供、病院による病院の広告的な意味合いも持つページ、個人的な闘病記など患者さんを利用者として想定したホームページはまさに浜の真砂の数ほどとなっている。

開設者、設置目的などでおおざっぱにサイトの性格を分類することは可能と思われる。以下に分類を試みる。

○公的なサイト

- ・厚生労働省
- ・保健所、地方公共団体等のサイト

○学術的なサイト

- ・学術団体（学会等）による一般向けの

ホームページ

- ・大学（医学部等）のホームページ
- ・学術誌の検索サイト

○病院ホームページ

- ・民間病院・医療法人による患者さん向けのホームページ
- ・大学病院・公的病院による地域貢献としての医療情報提供

○民間会社のホームページ

- ・製薬会社による自社製品に関する疾患についての一般向けホームページ
- ・医療関連雑誌のホームページ
- ・物品の販売を目的としたいかがわしい医療情報提供サイト

○ニュースとしての医療情報を提供するサイト

- ・報道機関、プロバイダー等のニュースの一分野としての情報提供
- ・医療情報提供を専門とするサイト

○患者さんによるサイト

- ・患者団体によるホームページ
- ・患者さん個人的経験としての闘病記的なホームページ

それぞれが、提供している情報の信憑性、情報提供の方法、医学用語を含め提供される情報の難解さ、不十分な情報提供、提供している情報の検索性、サイト自体のアクセスのし難さなどいろいろな問題を抱えている。

特に、情報が多すぎ、一般の検索エンジンで検索すると多くが列挙されすぎ、得たい情報に行き着くことが容易でないことは大きな問題と思われる。医療関係者がアクセスしても困難であるので、一般の患者さんが得たい情報に行き着くには大きな障害があることは明白である。

3. インターネット等で利用可能な技術

現時点で利用可能な技術として考えられるものを列挙する。

- 1) e-learning
- 2) メーリングリスト、メールマガジン
- 3) 掲示板
- 4) ホームページ
- 5) ICタグ

などが考えられるが、高等学校での情報教育の必修化、小学校へのパソコンの普及やブロードバンド化に伴うインターネット利用

の拡大などにより、利用者側のスキルは大きく変化すると期待される。患者さんと医療者の情報のギャップを埋めるためには単に受けるだけの情報では現状と大きく変わることはあまり期待できない。現時点でも利用しようと思えば利用できる情報はいくらかでもあり、それを使うための情熱があれば現在でもかなりの情報を得ることができる。しかし、情報を得るためのハードルはまだ高く、医療安全という視点、患者さんの主体的な治療への参加といった視点から考えると、情報入手はさらに簡単になる必要があり、そのための技術は検討する余地がある。

考察とまとめ

現時点で病院における患者向けの図書館の整備が広まってきたり、インターネットアクセスの拡大といった点で、患者さんが得ることが可能な情報は確実に増えている。ただし、現時点ではあくまでも「可能な」情報であり、実際に得られるかどうかは別問題である。情報洪水という言葉があるが、必要な情報を選別し利用するためにはまだまだ技術が必要な状況である。

医療における安全、患者さんの主体的な医療への参加という観点からは、さらなる情報入手の簡便性が必要であり、病気（または病気の家族）という問題をかかえている状況でも必要な情報が入手でき、医療従事者との意思疎通を容易かつ確実にするための方策は必要である。医療が高度化するに伴い、患者さんへの医療者側からの一方的な説明だけでは困難な状況は生じており、患者さんの側でも情報を入手する努力を、医療者側でもマルチメディアを駆使し積極的な情報提供を行うことは日々の診療でのコミュニケーションのためには、一見遠回りに見えても確実な近道かもしれない。

安心して医療を受ける、患者さん自身が理解し、納得した上で自分が受ける医療を決めるということが実現されるためには、医療に関する情報入手のハードルをさらに低くすることは必要である。

いずれにしても、情報提供や情報収集には施設的な整備も含め、経済的負担が必要であることも事実である。右肩上がりの経済状況から、循環型の経済に移行し、医療費に振り向けられる資源も限られてくる中で、情報や

安全に関わる費用にも限度がある。技術的に可能かどうかだけでなく、実際の効果について検証することも新しい技術には必要である。今後、特定のいくつかの疾患をターゲットにベースラインとなる介入前の患者側の知識の評価、IT技術を利用した情報提供の介入ができた例での知識水準の変化や治療に関する満足度などを検討し、費用と効果についての検証も必要である。

参考文献、参考HP

菊池佑.

病院患者図書館—患者・市民に教育・文化・医療情報を提供. 出版ニュース社 2001年
http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/concerned/o_department/Patient'sLibrary.html
<http://www.twmu.ac.jp/info-twmu/patient/special/index.html>
http://www.nanbyou.or.jp/dantai/dantai_itiran.htm#kanjakai

患者参加型クリティカルパスの作成

国立病院機構熊本医療センター
統括診療部長 野村一俊

クリティカルパスは、その活用により医療の質と効率性の向上効果が得られ、医療の安全性も向上する。パスによる安全性の向上は、医療者用パスによる医療の標準化、統一化と医療者間の情報の共有化の結果である。患者用パスは医療内容の概略しか記載されていないため、安全性向上への寄与は少ない。患者用パスを医療者用パスと同じにすれば更なる安全性の向上が期待できる。今回、共に医療行為、観察項目をチェック可能な患者医療者共通の化学療法パスを開発した。

作成対象は、悪性リンパ腫 CHOP 療法 1クール3日間入院のクリティカルパスである。CHOP 療法の安全確保のポイントは、点滴の内容、量、時間が正確に行われること、副作

用の早期発見ができること、感染予防対策が確実にできることである。この3ポイントのチェック欄は、医療者用クリティカルパスには従来から取り込まれていたが、患者用には、達成目標と治療計画は記載されていても、患者自身が医療者と同様の目でチェックするようには作られていなかった。今回作成した患者用クリティカルパスは基本的に医療者用と同じであり、診療計画の共有とともに、行われた、あるいは行われようとする医療行為のチェック、副作用のチェックを患者自身が行えるように工夫されている。

具体的なパスについては図に示すとおりである。今後、実用化および汎用性を高める取り組みを進めていく。