

47. Shabbir M.H. Alibhai, Ra K. Han, Gary Naglie, MD : Medication Education of Acutely Hospitalized Older Patients, *J Gen Intern Med*, Vol.14, 610-616, 1999.
48. Simborg DW, Derewicz HJ: A highly automated hospital medication system. Five years' experience and evaluation. *Ann Intern Med* 1975 ,83(3), 342-6.
49. Stanton MP: An instructional technology for patient education. *Patient Educ Conus Health Educ* 1983,4,208-214.
50. Steinberg M, Cartwright C, Peel N, et al : A sustainable programme to prevent falls and near falls in community dwelling older people : results of a randomized trial, *J Epidemiol Community Health*, 54: 227-232, 2000.
51. Stevens M, Arcy J. Holman, Nicole Bennett, MPH, et al : Preventing Falls in Older People: Outcome Evaluation of a Randomized Controlled Trial, *JAGS*, 49: 1448-1455, 2001.
52. Taxis K, Dean B, Barber N: Hospital drug distribution systems in the UK and Germany - a study of medication errors. *Pharmacy World & Science* 1999, 21 (1), 25-31.
53. Tennstedt S, Howland J, Lachman M, et al : A randomized controlled trial of a group intervention to reduce fear of falling and associated activity restriction in older adults, *J Gerontol B Psychol Sci*, 53(6), 384-92, 1998.
54. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, et al : A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community, *N Engl J Med*, 331(13), 821-7, 1994.
55. Tinetti ME, McAvay G, Claus E : Does multiple risk factor reduction explain the reduction in fall rate in the Yale FICSIT Trial? Frailty and Injuries Cooperative Studies of Intervention Techniques, *Am J Epidemiol*, 144(4): 389-99, 1996.
56. Uden G, Ehnfors M, Sjostrom K : Use of initial risk assessment and recording as the main nursing intervention in identifying risk of falls, *J Adv Nurs*, 29(1): 145-52, 1999.
57. Vincent C A & Coulter A . Patients safety: what about the patient? : *Qual Saf Health Care*, 2002, 11, 76-80.
58. Wagner EH, LaCroix AZ, Grothaus L, et al : Preventing disability and falls in older adults : a population-based randomized trial, *Am J Public Health*, 84(11): 1800-6, 1999.
59. Wallhagen M : Falls Implications and Interventions、2004/3/15 東京医科歯科大学内講演会において
60. Whyte LA. : Medication cards for elderly people: a study *Nurs Stand*. 1994. Aug 24-30, 8(48), 25-8.

61. Wiegman SA, Micheal R. Cohen : The Patient's role in Preventing Medication Errors : Medication Errors : The American Pharmaceutical Association , 1999.
62. Zuccollo G, Libball H. : The elderly and the medication label: doing it better. Age Ageing 1985, 14, 371-6.
63. アルバート・バンデューラ編、本明寛、野口京子監訳：激動社会の中の自己効力、金子書房、1997.
64. 伊藤謙治：高度成熟社会の人間工学，日科技連出版社，東京，1997.
65. 岩本郁子、和賀徳子、林幸子、坪倉繁美、衣川さえ子、内村美子、平賀元美、長久泉、菊池幸子、菊地ひとみ、宗村美江子、太田博子、今井保次、丸山美知子：【医療安全をつくる教育と研修】 シミュレーションによる医療安全教育 看護・医療における事故防止のための教育方法の開発に関する研究 看護・医療事故のシミュレーションモデルの開発とそのシミュレーション体験による学びの構造、看護展望 28 巻 2 号、p 213-242、2003.
66. 岡山大学文学部心理学講座長谷川研究室 ホームページ、  
[http://www.okayama-u.ac.jp/user/le/psycho/member/hase/education/2003/\\_3seminar/Bandura.htm](http://www.okayama-u.ac.jp/user/le/psycho/member/hase/education/2003/_3seminar/Bandura.htm) 2004 年 3 月 30 日ダウンロード
67. 勝野とわ子、堀内園子、横井郁子、河原加代子：高齢者転倒予防教育プログラム「転ばぬ先の杖」の有用性の検討 パイロットプログラム 1 ヶ月時点での評価、東京保健科学学会誌 6 巻 1 号：46-52、2003.
68. 金成由美子、安村誠司：高齢者における転倒予防介入プログラムの有効性に関する文献的考察、日本公衆衛生雑誌 49 巻 4 号、p 287-304、2002.
69. 上岡洋晴、黒柳律雄、武藤芳照、上野勝則、岡田真平、横井佳代：在宅高齢者における転倒事故が家計に及ぼす影響について、身体教育医学研究 3 巻 1 号、p 35-46、2002.
70. 金憲経、吉田英世、湯川晴美、鈴木隆雄：高齢者の転倒予防を目指す体力・健康づくりプログラムの提案、東京都老年学会誌 8 巻、p 189-192、2001.
71. 金憲経、吉田英世、胡秀英、鈴木隆雄：地域高齢者の転倒予防を目指す介入プログラムとその成果、理学療法京都 31 号：26-32、2002.
72. 黒柳律雄、上野勝則、武藤芳照、太田美穂：水中運動・水泳を利用した病院内での「転倒予防教室」の試み、水と健康医学研究会誌 1 巻 1 号：41-48、1998.
73. 勤医協中央病院：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、29 巻、p75-77、2003.
74. 鈴木隆雄：転倒予防外来—内容と成果—、MEDICAL REHABILITATION 31 号：49-53、2003.
75. 征矢野あや子、上岡洋晴、村嶋幸代、武藤芳照：「転倒予防教室」と転倒予防自己効力感、身体教育医学研究 2：29-34、2001.

76. 征矢野あや子、上岡洋晴、岡田真平、高島洋子、中尾幸代、中村恵子、坂本育子、太田美穂、武藤芳照：転倒予防教室による移動能力と心理的 QOL への効果、身体教育医学研究 3：27-34, 2002.
77. 高橋恵美子：転倒ハイリスク患者への援助 患者・家族への転倒予防指導を通して、東京都老年学会誌(1344-1175)9 巻、p 234-237、2002.
78. 野村弓枝、柚木香里：転倒予防トレーニング導入に向けて 慢性期高齢患者への取り組み、日本精神科看護学会誌 45 巻 1 号、p 183-186、2002.
79. 日本薬剤師会：服薬コンプライアンスとその改善に対する薬剤師の関与についての実態調査（概要）、平成 13 年 <http://www.nichiyaku.or.jp/news/zanyaku/> より 2004 年 3 月 31 日ダウンロード
80. 星順司、村田容子、天野雅美：退院後の内服薬自己管理における課題と対策 家庭訪問による実態調査.東京都老年学会誌 2003；9：95-103.
81. 松尾吉郎：急性心不全の対応 最終回 内服薬の自己管理が難しいケース. 総合循環器ケア 2003；2(6)：14-18.
82. 松崎道男：安全な輸血に必須の輸血療法マニュアルー型違い輸血防止のための輸血実施手順書の徹底ー、医学のあゆみ、Vol.205 No.5、2003.
83. 松嶋文子、神本理枝、山本亜希、中川輝美、澤久美子、川北美奈子：退院後 6 ヶ月の在宅患者の ADL 調査 訓練効果が維持できる退院指導の課題抽出、日本リハビリテーション看護学会集録 14 回、p 174-176、2002.
84. 日比野豊、別府諸兄、石井庄次、青木治人、石井千恵、別府裕美子：転倒予防教室における心理検査の有用性、Hip Joint28 巻、p 305-309、2002.
85. 芳賀博、植木章三、島貫秀樹、伊藤常久、河西敏幸、高戸仁郎、坂本譲、安村誠司、新野直明、中川由紀代：地域における高齢者の転倒予防プログラムの実践と評価、厚生生の指標 50 巻 4 号、p 20-26、2003.
86. 望月和憲、田中聡、中島育昌：高齢者に対する捻挫用サポーターを用いた転倒予防策、東日本整形災害外科学会雑誌 13 巻 2 号、p 176-178、2001.
87. 吉田貴子、北館則子、川口洋子、他：患者が事故防止対策に参画することの効果ー注射マニュアルの実行段階に視点をあててー、日本看護学会論文集 33 回看護管理号、p65-66、2003.
88. 和島英明、井上静代、菊地原広憲、石川智子、澤田裕子、池田由美、本間京子、前畑勲：在宅の虚弱高齢者に対する転倒予防教室の介入効果、地域保健 34 巻 9、p 60-67、2003.

資料 1

患者・看護師へのインフォームドコンセント用紙（同意書）

## 調査のご協力のお願い（患者用）

当研究室では、患者様への教育が、患者様を中心とした医療の質や安全性を向上させる役割を果たすのではないかという視点で、患者様に対する教育やインフォームドコンセントの実態とそれに対する患者様の意識についての調査を行う予定です。今回ご協力をお願いする調査は、質問紙を作成するにあたり、質問の内容を検討するためのものです。

そこで皆様に、以下のグループ面接にご協力をいただきたく、お願いを申し上げます。

1. 入院中の「インフォームドコンセント(説明と同意)」や「教育・指導」に関連することについて、私たちがいくつかの質問をしますので、そのテーマについてグループでご自由に話し合ってください。
2. グループは3～5名の方から構成され、調査の所要時間として30分～1時間程度の時間を割いていただきます。
3. インタビューの内容はテープに録音します。調査時に、調査結果の検討に必要なあなたの情報（年齢、性別、職業など）をうかがいますが、面接記録は匿名とし、内容は当研究室内での検討以外の目的に使用いたしません。また、調査にご協力いただいたことによる、今後の医療ケアへの影響はありません。
4. あなたが答えたくない質問に対しては答える必要はなく、途中で調査への協力を辞退することも自由にできます。
5. ご協力いただいたことへの感謝の気持ちとして些少ですが千円の図書券を贈呈いたします。

東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科  
高年齢看護学・ケアシステム開発学  
助教授 阿部俊子

学生 大表歩・竹山直子

連絡先：〒113-8519 文京区湯島1-5-45

E-mail : [o-ayumi@mutt.freemail.ne.jp](mailto:o-ayumi@mutt.freemail.ne.jp)

\*\*\*\*\*同意書\*\*\*\*\*

東京医科歯科大学助教授 阿部俊子殿

私は、上記研究依頼の趣旨を理解し、そこに記された条件のもとで、調査に協力します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_

## 調査のご協力をお願い（看護師用）

当研究室では、患者教育が、患者様を中心とした医療の質や安全性を向上させる役割を果たすのではないかという視点で、患者教育やインフォームドコンセントの実態とそれに対する患者様と看護職の方の意識についての調査を行う予定です。今回ご協力をお願いする調査は、質問紙を作成するにあたり、質問の内容を検討するためのものです。

そこで皆様に、以下のグループ面接にご協力をいただきたく、お願いを申し上げます。

6. 看護師の皆様が、普段患者様に対して行っている「インフォームドコンセント(説明と同意)」や「教育・指導」に関連することについて、私たちがいくつかの質問をしますので、そのテーマについてグループでご自由に話し合ってください。
7. グループは3～5名の方から構成され、調査の所要時間として30分～1時間程度の時間を割いていただきます。
8. インタビューの内容はテープに録音します。調査時に、調査結果の検討に必要なあなたの情報（年齢、性別、職業など）をうかがいますが、面接記録は匿名とし、内容は当研究室内での検討以外の目的に使用いたしません。
9. あなたが答えたくない質問に対しては答える必要はなく、途中で調査への協力を辞退することも自由にできます。
10. ご協力いただいたことへの感謝の気持ちとして些少ですが二千円の図書券を贈呈いたします。

東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科

高齢者看護学・ケアシステム開発学

助教授 阿部俊子

学生 大表歩・竹山直子

連絡先：〒113-8519 文京区湯島1-5-45

E-mail : [o-ayumi@mutt.freemail.ne.jp](mailto:o-ayumi@mutt.freemail.ne.jp)

\*\*\*\*\*同意書\*\*\*\*\*

東京医科歯科大学助教授 阿部俊子殿

私は、上記研究依頼の趣旨を理解し、そこに記された条件のもとで、調査に協力します。

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名 \_\_\_\_\_

資料 2

海外における研修報告書

## 医療技術評価総合研究推進事業

## 研究報告書

## 1. 派遣研究者

所属・職名：東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 博士後期課程  
氏名：北沢 直美

## 2. 派遣先

名称：リソ国立研究所  
所在地：デンマーク ロスキレ市

## 3. 外国の機関における研究指導者

所属機関 (和文)：リソ国立研究所 システム分析部門  
(英文)：Risoe National Laborator, System Analysis Department  
職名・氏名 (和文)：上級研究員 ヘニング・ボジョー・アンダーソン  
(英文)：Senior Scientist, Henning Boje Andersen

## 4. 派遣期間

平成 16 年 1 月 5 日～平成 16 年 3 月 21 日 (77 日間)

## 5. 研究課題

デンマークにおける患者教育および患者の医療への参画のあり方に関する実態調査  
研究－慢性関節炎患者に焦点を当てて

## 6. 研究活動の概要

リソ国立研究所のヘニング・ジョー・アンダーソン上級研究員の指導および紹介のもと、慢性関節炎の疾患に焦点をあてた、デンマークにおける患者教育および患者の医療への参画のあり方に関する実態を調査するために、病院、患者協会に訪問し、さらに患者 3 名にインタビューを実施した。

患者の医療への参画は、患者の権利の向上だけではなく、安全な医療を提供する上で重要な要素となってきた。米国では、米国医学研究所 (IOM) が「To Error is Human: Making a Safer System」のなかで、安全システムの設計において「患者を医療プロセスに参加させること」の重要性について言及している。また、第三者評価機関である医療施設評価合同委員会 (JCAHO) は、2003 年に安全のための対策の一つとして、患者に対する医療への参加の推進を呼びかける SPEAK -UP プログラムを立ち上



げた。患者の権利を保証し、患者や家族に対し教育を行うことは認定基準として明確に位置付けられている。日本でも日本医療機能評価機構において、「患者の権利と安全の確保」として、医療の質と安全確保のための患者－医療者のパートナーシップの強化や、患者自身の医療への主体的参加の支援などが、評価項目として挙げられている。このように、医療プロセスへの患者参加は、安全な医療を提供するための基準の一つとして定められ、重要となっていることがわかる。

この患者参加を推進するためには、医療者だけではなく、患者本人の認識も明らかにし、それを踏まえることがまず第一に必要となる。そこで、本派遣では、長い経過をたどる慢性疾患であり、治療や服薬、日常生活に関する自己管理が重要となる慢性関節リウマチ患者に焦点を当て、医療機関における安全にかかわる患者教育の実態と、患者の視点からの医療者とのパートナーシップの捕らえ方や、薬剤の自己管理を明らかにするため、3名の患者と病院の看護師に対しインタビュー調査を実施した。さらに、患者をサポートする役割を担うリウマチ患者協会のスタッフへのインタビューも実施した。

#### 1) デンマークの医療システムの特徴

デンマークは、その面積が 43,094Km<sup>2</sup>（日本の約 11%）、人口が約 538 万人（日本の約 5%）の国である。国内総生産（GDP）は日本と同程度で、生活水準は高く、所得格差の少ない平等社会とされている。行政に関しては、国が法律の作成・予算の割り振り、県や市が医療・福祉と、それぞれの行政の分担が明確である。GDP に対する医療費比率は 8.3%で、日本と同様に、高齢化とともにやや上昇傾向にある（表）。

表 デンマークと日本の概要の比較

	デンマーク	日本
人口 1000 人当りのベッド数	4.3 (2000 年)	7.4 (1996 年)
人口 1000 人当りの医師数	3.4 (1999 年)	1.9 (2000 年)
GDP に対する医療費比率	8.6% (2001 年)	7.6% (2000 年)
人口 1000 人当りの看護師数	6.7 (1996 年)	7.8 (1998 年)
国民一人当りの受診回数	5.3 (1990 年)	14.4 (2000 年)
国民 1 人当りの医療費	US\$2,503 (2001 年)	US\$1,984 (2001 年)
国民 1 人当りの国内総生産	US\$28,900 (2002 年)	US\$28,700 (2002 年)
65 歳以上の高齢者の割合	15% (2003 年)	18.6% (2003 年)
乳児死亡率	4.9% (2003 年)	3.3% (2003 年)
平均寿命	77.1 (2003 年)	81.2 (2000 年)
人口	約 538 万人 (2003 年)	約 1 億 2700 万人 (2003 年)
急性期ケアにおける平均在院日数	3.8 (2000 年)	31.8 (1998 年)

病院は全国に 65 ヶ所あり、14 の郡とコペンハーゲン病院により運営されている。全国の病院には 9,000 名の医師と 26,000 名の看護師、さらに 16,000 名のその他のスタッフが働いている。また、かかりつけ医制度も発達しており、3,700 名の開業医、900 名の専門医、3,700 名の歯科医がおり、人口の 98% 以上にはかかりつけ医がいる。また、医療情報の電子化も進んでおり、開業医の 90% 以上は何らかの電子カルテを使用している。かかりつけ医はゲートキーパーの役割となり、必要な際に病院や理学療法士、検査、薬局に紹介し、患者が病院に入院した場合、病院の主治医とかかりつけ医との間で連携がなされる。

## 2) 施設の概要と患者プロフィール

病院、患者協会に訪問し、患者教育の実態を調査し、さらに患者 3 名に対し、安全の視点から教育に対する認識についてインタビューを実施した。

### (1) Hvidore 病院 リウマチ病棟

#### 施設概要

コペンハーゲン地区にある総合病院で、病床数は 780 床、平均在院日数は約 6.5 日である。デンマークの認定機関である H:S (Hovedstadens Sygehusfællesskab) より、Joint Commission の国際版 (Joint Commission International) の認定を受けている。今後 5 年間で、全記録システムの電子化を行う予定である。リウマチ病棟はベッド数 30 床、患者の平均年齢は 60 歳代後半である。リウマチ患者の他に、膝関節や大腿骨頭置換など整形外科術後のリハビリ目的の患者も入院している。日本と同様、ナーシングホームのベッド待ちの社会的入院もあり、その期間が数ヶ月以上におよぶこともある。そういった社会的入院の患者が一病棟に偏らないようにするため、患者は各病棟に振り分けられている。

#### 患者教育の実践

##### i. 時期、対象、方法について

患者への教育は外来受診から行われる。通常は、主治医により、疾病、治療、リハビ

りなどについて説明が行われ、患者会についても情報を提供している。患者の身体的状況や、理解度にあわせ情報を提供するが、一度に多くの情報を与えすぎないようにしている。疾患に一般的な内容に関しては、患者会や病院で作成されたパンフレットを使用するが、薬剤に関しては、患者の服薬にあわせ、薬剤名、副作用などが記された資料を活用する。特に高齢者の場合、患者本人だけではなく、家族などのキーパーソンにも説明や教育を行い、服薬に関する知識の共有ができるよう援助することで、服薬の自己管理が可能となる。また、年間に数回の患者会が主催する小セミナーが催され、単なる情報提供の場としてではなく、患者同士のネットワークの構築の場としても有用である。

疾患の特徴として慢性関節炎は経過が長く、患者と医療者との信頼関係が構築され、看護師は患者の生活や家族背景などを含め、様々な状況をアセスメントできるようになる。そういった信頼関係により、患者のニーズに合わせた調整を行うことができる（例えば、医師との治療に関する話し合いを望んでいるのか、ソーシャルワーカーと調整すべきかどうか、薬剤について再検討したほうがいいのか、など）。

また、デンマークには様々な言語を話す患者がいるが、そのような患者の場合にはデンマーク語や英語のできる家族に同席してもらい、場合によっては通訳をつけて対応する。医療者と患者の両者の理解の確認のためにも、説明内容や薬剤に関しては紙に書くようにしている。

## ii. 評価、今後の課題について

患者教育は、Joint Commission International の認定基準にもなっており、医療者としての義務でもある。患者が自分の治療や服薬などについて主体的に関わることは、重要であるが、患者のなかにも、「医療者にお任せ」「医療者は専門家なのだから、自分は気にせずもらった薬を服用する」という者もいる。患者に合わせた教育、情報提供のあり方を模索中である。

現在、患者教育に関して、難しいと感じている点は、その評価方法である。患者教育において重要な点は、それを医療者が行っているかどうかだけではなく、患者が理解し、受け入れているかどうかという点にある。教育評価に関しては、日々の看護において重要と思われる場合、診療録に記録を残しているが、標準化された書式は現在のところなく、継続看護の視点からすれば、十分とは言い難い。本院では5年後に電子カルテ化（ペーパーレス）を目指しており、その点については検討課題である。また、外来における日々の実践のなかでは、患者への再確認を重要視しているが、その場で患者が「理解した」と言っても、真に「受け入れている」わけでは無い。薬剤や治療への理解は副作用を未然に防ぎ、症状を悪化させないようにするなど、患者自身にとって重要であるということを理解させる必要がある。

### iii. 薬剤エラーについて

また、薬剤エラーに関しては、もし医療者が薬剤の服用方法や副作用の危険性についてきちんと患者に説明しなかったためにエラーが生じた場合、それは医療者の問題である。例えば、患者に痛みがあり鎮痛薬を服用する際にその薬の副作用や作用時間について説明しなかった場合、患者は過剰な量を服用してしまい、その結果重篤な胃腸障害が出現するということが考えられる。もちろん、薬剤エラーを防ぐということに関して、患者も責任をもっているが、ほとんどの責任が医療者側にあり、医療者はその責任を認識してケアを行わなければならない。

#### (2) リウマチ患者協会 (Gigtforeningen)

##### 協会の概要

関節リウマチおよび関節炎を生じる関連疾患を対象とした患者協会で、全国で活動を展開しており、全国に 25 支部をもつ。主な活動事業として、①情報誌の発行、ウェブによる情報提供、②電話相談、③リウマチの啓発活動(セミナーやクラスの開催)、④自助具の紹介、頒布などを行っている。現在までの会員数は約 69,000 名で、デンマーク国内におけるリウマチ患者の 10%を占めており、さらに組織の拡大を図るためのプロモーション活動にも取り組んでいる。会員から徴収される会費(125DKr/年)と基金(寄付や公的な経済支援)を財源として運営されている。

##### 患者教育・情報提供に関する実践方法

情報提供は、主に電話相談、パンフレットや会報誌、および協会のホームページにより行われる。

#### i. 電話相談

電話相談は、ソーシャルワーカー、理学療法士、栄養士、福祉用具専門相談員の計 4 名が対応している。医師は非常勤で勤務しており、相談内容によっては医師の助言を仰ぐこともある。相談時間は 1 週間あたり 33 時間、年間の相談件数は約 7,000 件(1日 20~30 件

程度)で、会員かどうかに限らず、全ての人の相談を受け付けている。相談の内容は、様々で、疾病、診断、薬剤、社会資源、日常生活、仕事などに関することである。自分の専門外の相談内容で適切に回答できない場合には、他の職種の人に担当を変わるなどし、患者のニーズに合わせた対応を心がけている。

## ii. 情報誌、パンフレット、ビデオなどの教材

会員を対象とした情報誌を年6回発行している。この情報誌は、リウマチを持つ人が、病気をネガティブに捉えず、病気を受け入れてその中でどのように良い生活を送っていくかという情報を提供することに力をいれている。というのも、慢性関節炎などのリウマチをもつ患者は、痛みや関節可動域の低下があり、また病気は慢性的で、病気とともに生活をしなければならず、悲観的になりやすいからである。情報の内容として、例えばエクササイズの方法や自助具などの紹介、疾患に関する新たな研究などが含まれている。また、そういった内容に加え、特定の患者層に対する情報(例えば、子供向けとしての、若年性リウマチに関する情報、関節炎のある患者の出産や育児に関する情報など)の様々なパンフレットも作成している。これらの情報誌やパンフレットは、会員に配布される以外に、全国のクリニックや病院の待合室に置かれ、患者会の活動やリウマチ患者への有用な情報提供の手段として役立っている。実際、受診の際に情報誌を手に取り、それがきっかけで入会する会員も多い。またパンフレットは診療過程においても患者教育の資料として活用されている。

## iii. 協会のホームページ

Gigtforeningen のホームページ(<http://gigtforeningen.dk/> デンマーク語のみ)上で、リウマチに関するさまざまな情報を提供している。例えば、エクササイズの方法についての解説を動画で参照できるようなコンテンツや、薬剤についての情報(作用、副作用、服用方法、極量など)、自助具の紹介などの情報がある。デンマークでは、インターネットの普及率は人口の80%以上であるため、ホームページは情報提供として有用な手段となっている。高齢者でもインターネットを使える人が多く、また使えないとしても、家族に頼むことで容易にアクセスが可能である。

### 薬剤に関する情報提供

電話相談でも薬剤に関する内容が多く、とりわけ、非ステロイド系消炎鎮痛薬(NSAID)の副作用による胃腸障害に関することが多い。しかしながら、電話相談の場合、患者は匿名で、

自分が注目している(気にしている)断片的な情報を話すだけであり、電話を受けた相談員は患者の状態や治療についての複雑な背景を総合的に判断できない。そのため、薬剤に関する相談を受けた場合には、一般的な情報についての情報提供は行うが、具体的な指示などは行わず、直接主治医に聞くようにアドバイスする。これは不確実な情報に基づく判断と情報提供により、患者への悪影響を未然に防ぐうえで重要なスタンスである。つまり、電話相談で薬に対するアドバイスをしてしまうことで、エラーや有害な作用の出現、患者と医師の信頼関係への影響といった危険性が考えられる。例えば、患者が薬を飲み忘れたので次の服薬時に2倍服用すべきか、という相談の電話があるが、薬の飲み忘れに対する対応方法は、薬の種類によって異なり、薬を2倍服用したとしても、効果が倍になるというわけではない。また、服用量が増えることで、副作用が増強する危険性もある。そのため、安全のためにも、患者の状態を最もよく知っており、治療について判断できる主治医への確認を促すことが重要である。つまり、患者は薬剤に関する情報へのニーズが高いものの、電話相談ではその提供に限界があるといえる。

また、治療に関する情報提供が不十分・不適切であることで、患者が誤った理解をすることも多い。患者の多くは医療者よりも自分の家族や友人からの情報を信じる傾向があり、本やテレビなどのマスメディアから得た情報を鵜呑みにしてしまう。患者が医師の説明内容を十分理解できなくても、医師へ質問しないことも多く、これは患者の理解不足を引き起こし、エラーの要因となる。正しい情報提供と、患者と医師の良好なコミュニケーションが重要である。リウマチ専門医の診察の場合、診察時間は約10分程度と非常に限られているが、その限られた時間の中で適切な情報を得るためには、患者はあらかじめ聞きたいことを整理しておき、診察の際に簡潔に尋ねることが必要である。診察終了時に患者は何も聞くことができなかったという問題も生じやすく、患者も責任をもたなくてはならない。

### (3) 患者へのインタビュー

#### ① 患者 A :

55歳、疾患歴8年。ハンセン病に伴う関節炎を発症したが、ハンセン病の発見・治療が遅れたため、関節炎は治癒せず残った。現在、准看護師(ナーシングアシスタント)としてナーシングホームに勤務している。

#### ② 患者 B :

疾患歴22年。慢性関節リウマチ。リウマチ患者協会(Gigtforeningen)のロスキレ地区の役員として活動している。

## ③ 患者 C:

58 歳、疾患歴 43 年。若年性関節リウマチ。一人暮らし。

書面と口頭にて、研究の目的を説明し、研究協力に対する承諾（インタビューの録音の許可も含む）を得た。方法は、半構成面接技法にて、医療プロセスへの患者参加、患者への情報に対する認識、安全と関連した薬剤の自己管理などについて、上記 3 名にインタビューを行った。得られた言語データは内容分析の手法を用い、カテゴリーごとにまとめた。

その結果、下記の 5 つの要素があることが明らかとなった。

- 治療への主体的な関わり
- 薬剤の自己管理とその準備
- 医師との関係性とその準備
- その他の医療者との希薄な関係性
- 情報収集と情報の共有の重要性

以下に、それぞれの要素の内容について詳細を示す。

### 治療への主体的な関わり

この要素は、治療に対し主体的に参加することの重要性について、各自が理解していることを示す。

<患者の言葉>

#### 患者 B:

「自分の体のことだから、患者が治療に参加することは非常に大切。医師に処方された薬を飲んでいても効果を感じられなければ、そのことを自分から医師に伝え、もっといい薬を出してくれるように頼みます。この間も、情報誌（リウマチ協会が発行されたもの）に、私が服用していないけど、興味深い薬剤についての情報があったので、それを医師に見せて、処方について検討してもらい、そのための検査を受けました。（私は、人工関節など複数の手術を行った経験があるが、）肩や足の調子が悪かったら、「レントゲンを取る時期ではないか？」と医師に伝えてレントゲンを撮ってもらうなど、治療で自分がして欲しいことは積極的に言うようにしています。」

**患者 A :**

「自分の体に関することは自分から言わないと、医療者からは何も言わないので、積極的に聞くことが大切だと思う。特に、調子が悪いときには、『仕事に行っても大丈夫か』ということは何度も確認しました。」

**薬剤の自己管理とその準備**

この要素は、薬剤の自己管理をするには、患者としての準備が必要であり、さらに体のニーズに合わせて調節をすることを示す。

## &lt;患者の言葉&gt;

**患者 A :**

「処方された薬剤は全て薬の種類や効果、服用方法、副作用などについて必ず確認をするようにしています。薬に添付された説明書（製造元から添付されていて、ケースに入っている説明書）は必ず読むし、分からないことがあれば、（自分で購入した）薬の本で調べます。本を読んで勉強し知識を持っていれば、医師に質問するときに正しい言葉で聞くことができるし、私の場合は、仕事にもその知識を役立てることができますから。」「仕事のある日（約週3日）以外は、なるべく鎮痛剤は飲まないようにしています。服用する場合は、痛みの程度に合わせて量を調節しますが、痛み止めを飲みすぎると胃腸障害などの副作用がでることも分かっているので、なるべく飲む量が少なくなるように心がけます。薬の服用を間違わないためには、自分が何を理解していて何を理解していないのかを、きちんと把握することが大切だと思います。」

**患者 B :**

「医師の処方薬以外にも、薬局の店頭で購入した自然の薬（生姜の錠剤など）や鎮痛薬も服用しています。医師は、自然の薬などは効果がないと言うけれども、私はそれが自分自身の体に効いていることが『実感できる』から飲み続けています。これは自分の体を感じるんです。」

**患者 C :**

「免疫抑制剤の『メトトレキサート』も、『自分の体』が欲しいと感じなければ、飲まないこともあります。」



### 医師との関係性とその準備

この要素は、医師との良好な信頼関係を構築するには、患者側の準備も必要であることを示す。

<患者の言葉>

#### 患者B:

「リウマチの専門医の診察時間は限られていて、通常 10～15 分程度です。専門医への受診者が多く、医師はとても忙しいので、自分のためにより長い時間を取ってもらうのは難しいことだと思います。でも、もし自分がもっと話したいと思ったときには、そのことを伝え、時間を取ってもらっています。重要なことは、患者が自分が聞きたいことをしっかりと伝えることです。(2ヶ月に1回のペースで専門医を受診している)」

「患者が積極的に働きかけなければ、医師は十分な情報を与えてくれないと思います。特に、診断された初期のころはその傾向があつて、患者会についても教えてもらえませんでした。」

「医師から得る情報は役に立つこともあるが、その情報を受け入れて実践するかどうかは患者自身の価値観次第だと思います。自分自身に関することなので、医師の言うことを絶対的に信じているわけではありません。日常生活も自分自身がやりたいように送りたいので、それに必要な情報は自分で得るように努力しています。」

#### 患者C:

「薬を自己調節していることは、もし医師から聞かれれば答えるが、自分から医師に言うことはないです。おそらく、医師は私が処方された薬を処方通りに飲んでいて信じているでしょうね。医師のほうから患者に確認することはあまりないので、薬を自己調節していることは知らないと思います。(6週間に1回のペースで専門医を受診している)」

「デンマークでも以前は、医師が患者の上に立つような風潮があつたが、時代と共に患者と医師の関係性は変わってきました。現在では、多くの医師がとても親切で親しみやすいです。このような関係性の変化は、時代の流れであり、疾患や治療に関する情報量の面で患者と医師との差が減少してきたこととも関連していると思う。今では、患者は本やインターネットなどで多くの情報を得ることができ、薬剤についての的確に質問をしたり、本で得た新しい治療法を自分も試したいといった希望に関して医師に伝えることができる。」

**患者A:**

「診察時間は約15分くらいです。ただ、何か問題があれば、もっと長く時間をとってくれます。医師がいつも長々と患者の話に付き合うことはないとも思いますが。今の専門医とは上手くいっています。(普段は家庭医から関節炎の薬を処方してもらい、専門医には6ヶ月に1回のペースで受診している)」

その他の医療者との希薄な関係

この要素は、医師以外の医療者との接点はほとんどないということを示す。

## &lt;患者の言葉&gt;

**患者C:**

「薬剤師と話す機会はそれほど多くありません。医師からの処方薬に添付されている説明書が、字が細かくて読みにくかったり、内容が難しく理解できなかった場合などには、薬剤師に尋ねることもあります。」

**患者B:**

「入院をしなければ、看護師と話す機会はほとんどありません。外来で秘書的な仕事をしている人がいるが、それが看護師かどうかは分かりません。」

情報収集と情報共有の重要性

この要素は、慢性関節リウマチという疾患は長期にわたるため、患者会などを利用し、病状に合わせた情報の収集と、より生活に密着した情報の共有が有用であることを示す。

## &lt;患者の言葉&gt;

**患者B:**

「ほとんどの説明は主治医から受けます。」

「私は、複数の手術経験があるせいか、多くの人から相談の電話を受けます(注:患者協会のロスキレ支部長をしている)。医者や心理療法の専門家は、治療や精神面の限られた部分に対しては患者にアドバイスすることはできるが、生活そのものに対しては、限界があります。実際に長期間この病気を抱えて生活している人だからこそ、疾病を取

り巻く患者の生活全体に対して、本当に必要な情報を提供することができるのです。例えば、生活の中で関節炎がどのような影響を及ぼすかとか経済的な問題などがあります。疾患や治療についての講演や、患者同士が自分の体験を伝え合う中で情報の共有化を行うことにより、自分にとって有用な情報を得ることができるので、患者協会は非常に重要な役割を果たしているといえます。」

#### 患者A:

「医療者は患者にとって悪い情報は与えていないように思う。ただ、この病気の場合、患者はマイナスな側面に思考がいくから（悪いことばかり考えるから）、楽観的な話をしてくれるのは良いことだと思います。人生を楽観的に考えること体にとってもいい影響があると思いますから。」

#### インタビューに関する要約

医療者とのパートナーシップのとり方や、薬剤の自己管理に関して、今回の患者のインタビューから明らかになったことは、自己管理に対する意識が非常に高いということである。慢性疾患であることから、疾患を自分の生活の一部として捉え、自分がより良く生活するためにはどうしたらいいのかを重視しており、そのために様々な方法で自分が必要な情報を集めている。医師との信頼関係はあるが、医療者もその手段の一つと考えている。主治医から治療や薬剤、日常生活に関する説明やアドバイスを受けても、それを実際に実行するかということは患者自身が決めることであり、「自分の体が薬を欲しいと思わなければ、医師から処方された薬も飲まない」という言葉も聞かれる。患者にとって治療に参加することは当然であり、自分がして欲しいことは自ら医師に働きかけるという積極性をもっている。こうした傾向には、デンマークの文化として「個人の権利」を重要視する特徴があることも影響していると考えられる。

多くのリウマチ患者が服用する非ステロイド系消炎鎮痛薬（NSAID）には、消化器系の障害という副作用があり、長期服用の際にはその副作用の問題が深刻化する。今回インタビューを行った患者は意識が高く、NSAIDの副作用をきちんと理解した上で薬の自己調節を行っていたが、なかには副作用をきちんと理解しないままに自己調節を行い、その結果消化器障害を引き起こす患者も多いことが予測される。さらに、患者は自己調節を行っていることについて自ら医師に報告することは少なく、医師は患者の服薬の実態を十分に把握していない、という問題も浮かび上がっている。

患者は、患者協会を自分に必要な情報を得るための有用な場として活用している。患者協会は、患者が薬剤に対する関心をもっており、もっと多くのことを知りたいと感じていることを理解しているが、それについて具体的な介入を行えない立場にある。病棟

の看護師は患者教育に積極的に取り組んでおり、患者が適切に自己管理を行うことの困難さも理解している。しかし、リウマチ患者の中には入院経験のない者も多く、インタビューにおいても「通常の診察で看護師とかかわることはなく、説明も受けたことがない」という言葉が聞かれ、外来診療において看護師による患者教育の実践は困難である実態が分かった。

患者と医療者間の認識や意識のずれにより、治療に影響を及ぼす可能性や、さらにはそれがエラーの要因となる危険性も十分に考えられる。医療者としての課題として、個々の患者の人生観・価値観をよく理解し、患者の自己管理の実態を正確に把握することが必要である。また、そうした患者の価値観を尊重するような治療法を患者と共に選択することや、処方薬の副作用の危険性についても十分に説明し、許容される服薬の自己調節の範囲なども具体的に示し、自己調節の実態を常に把握していく必要があることが示唆された。

## 7. 派遣事業の成果

患者安全の取り組みの一環としての患者教育の実態について把握するため、デンマークの関節炎患者を対象とし、服薬も含めた自己管理についての意識と実態の調査を行った。この調査により、患者の薬剤自己管理には疾患や治療に対する意識や価値観が大きく影響することが明らかになった。これは、医療者からの単なる情報の提供だけでは、患者がそれを理解し、受け入れることは難しいことを意味する。また、薬剤の自己管理（調節）については、患者と医師間の認識の差があり、場合によっては、それが治療にも影響を及ぼす可能性もある。慢性疾患は経過が長く、主体的に治療や疾患に関わることは生活の質にも影響を与える。

日本においても、単なる基準としての患者教育ではなく、患者がどのように疾患を受け入れ、理解しているかを評価し、患者が主体的に治療に参加できるよう、医療者からも働きかけていくことが重要であると考えられる。特に、副作用の影響なども含め、外来での薬剤の自己管理は重要となるため、今回得られた知見をもとに、患者安全における患者教育の研究を進めていくことができると考える。