

厚生労働科学研究費補助金

医療技術評価総合研究事業

医療安全における患者参加の実践プログラムと
その効果的教育・研修システムの開発研究

平成 17 年度 総括研究報告書

主任研究者 橋本 廸生

平成 18(2006)年 3 月

目 次

I. 総括研究報告

患者参加の基本原則:患者参加の課題整理と実践について……………	2
主任研究者 橋本 迪生 (横浜市立大学附属病院)	

患者参加プログラムに関する文献調査 ～取組事例とその特性～ ……	15
協力研究者 緒方 泰子 (千葉大学看護学部)	

II. 分担研究報告

1. アメリカにおける「患者参加の医療安全」に関する現状(その2) ……	32
～「組織全体、ならびに医療全体の医療安全の向上」に向けた患者参加の取り組み～	
分担研究者 鮎澤 純子 (九州大学大学院医学研究院)	

2. 患者からみた医療事故:患者の体験と対処に関する研究 ……	63
分担研究者 山本 武志 (福岡県立大学看護学部)	
主任研究者 橋本 迪生 (横浜市立大学附属病院)	

III. 研究成果の刊行に関する一覧表……………	74
--------------------------	----

IV. 研究成果の刊行物・別刷……………	74
----------------------	----

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……………	74
------------------------------------	----

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
総括研究報告書

患者参加の基本原則:患者参加の課題整理と実践について

主任研究者 橋本 勉生(横浜市立大学医学部附属病院 医療安全学)

■ 患者参加の原理—患者参加は医療の基本形

まず、医療における患者の参加についての理論的な位置づけを再確認しておきたい。

医療はサービス財である。サービス財は一般に、①無形性(非有形性)、②生産と消費の同時性(不可分性)、③変動性(異質性)、④一過性(非貯蔵性)の特性をもつことが知られている。この中で、生産と消費が同時に行われるという特性に着目すると、医療における患者の立場は協同行為者であり、医療は医療者と患者との相互的な営みであるということが出来る。まず、医療は患者が参加してはじめて成立し得ることを確認しておきたい。

また現在、規制や外枠を強化する方法論が、社会から厳しく求められている。たとえば、医療安全における事故報告制度は一定の機能を果たしているが、現状では医療者と患者との関係を解決する方法とはならず、かえって両者を対峙させる方向へ固定的に機能してしまう恐れもある。そう考えると、医療への患者参加という原点に立ち返って考えることの重要性が改めて強調されるべきである。

医療への患者参加を定義する場合、二つの局面が考えられる。

一つは、集団・組織化された活動、すなわち患者というセクターのエンパワーメントである。この活動主体が lay expert と呼ばれる。

この活動の淵源は、1970年代の米国を発祥の地とする消費者運動に求めることができる。消費者運動は、テクノクラート支配への反旗という思想的意味をもつが、医療への影響度という点では、大きな流れをつくるまでには至らなかった。ただし、可能性を多方面に残した功績

は大きく、たとえばこの流れの延長から組織された患者会などは、直接的には医療のエキスパートが担えないパートで患者を支える重要な存在となっている。

一方、医療には集団・組織化できず、エンパワーメントが作用しにくい局面もある。こうした局面に対しては、医療の一方の当事者である患者個人が、「わが身」の問題として自らが受ける医療に自律的に参加できるプログラム(場と方法)が用意されるべきだと思う。

このプログラムは、本来、医療者と患者が協働して作成すべきものであるが、まず医療者側が具体的なプログラムの提示に一步を踏み出すべきだろう。また、こうしたプログラムを患者が受け入れられるような環境整備も必要であり、具体的な例としては、情報提供のための患者用院内図書室や、患者一人ひとりが判断し、意思決定するためのサポートシステムなどが実現し始めている。患者をパートナーとして、いかにプログラムの中に迎え入れるかの知恵が、いま医療者に求められている。

医療安全領域における具体的な患者参加プログラムとしては、患者自身の指差し呼称による転倒・転落の防止から、投与自体にリスクを伴う化学療法剤の副作用等を患者自身が感知する方法、また医療者が直接タッチ(同室)できない放射線微小線源の照射時(医療者の被曝防止)の対応、さらにセルフケアの観点からは無菌室における患者自身の対応(患者の感染防止)をサポートするプログラムまで、すでにいくつかのものが開発されている。

意識の高い患者・家族が参加することは、医療の将来にとってたいへん貴重なものである。

しかし、まず、日常的に行われている個々の医療のシーンにこそ、こうした患者参加プログラムが用意されるべきであろう。

■ 産婦人科入院患者への抗がん剤投与時の取り組み(資料 A 参照):不安に立ち向かう勇気を実践するプログラム

このプログラムでまず注目すべきは、「抗がん剤投与は大手術と同じであり、単なる点滴ではない」という共通認識である。これを治療にあたるスタッフ全員に教育し共有させた上で、システム・フロー面の安全対策を講じた点である。この認識の基盤の確立はスタッフの注意レベルの深さと広がりをもたらす。さらには、一連のプロセスに患者自身が参加するプログラムを用意することで、精度の高い安全管理を目指した点が評価できる。患者参加はごく当たり前の医療の基本形であることを強調しているが、その方法論が確立しない現状では、このように参加プログラムを医療者側から提供し、患者の参加意識を高めていくことが重要である。

インフォームド・コンセントとは、「患者と医療者が同じ勇気をもつことだ」とある外科医は言う。以下のケースを考えてみて欲しい。ある治療行為を行うとき、A 病院では「0.05%の確率でこんな副作用が発生します」、B 病院では「0.08%の確率でこんな副作用が発生します」と説明を受けたら、通常は治療先として A 病院を選ぶであろう。ここで、B 病院が次のような説明を加えたらどうだろうか。「起こり得る副作用はこういうことが原因で、こういう前駆症状が現れます。それが感知された時はすぐに知らせてください。スタンバイしているスタッフは即座にこういう対処をとります」。

つまり、不安そのものの説明だけでなく、その対処方法まで示されるとしたら、どちらが選ばれるであろうか。私なら後者の病院を選びたい。患者参加を促すインフォームド・コンセントは、医療者の役割だけでなく、医療の協同行為者である患者自身の役割を認識させるものでなければならない。同時に、不安に立ち向か

う勇気を実践できる患者参加プログラムの存在が求められることになる。

また、患者参加プログラムの効果をどう評価していくかという今後の課題に触れておきたい。そのプログラムの実施によって、患者の不安はどのくらい軽減されるかが重要な視点であろう。具体的には、STAI (State-Trait Anxiety Inventory) など、不安を測定する標準的な指標を用いる方法が考えられるだろう。患者参加プログラムをより充実したものとするために、評価という観点からも実証研究を行い、方法論を構築することが課題である。

■ 危険予知トレーニングへの患者参加(資料 B 参照):Interactive な関係を創りだしたプログラム

KYT (危険予知トレーニング) 活動が全国の多くの病院に導入され始めた。この事例はKYTを用いた事例であるので、まずはKYTの医療安全活動上の意義について簡単に触れておきたい。

➤ 一人ひとりのリスクセンスの強化が必要

従来、職員研修といえば、講習会やセミナーと称して一度に大勢を集め、講師の話を聞くというスタイルが一般的であった。こうした集団対象の講義型研修にどれほどの効果があるか、その検証は難しいところだが、限定的な効果しか期待できない、といわざるを得ない。

もちろん一部の人は、一時的にせよ、新たな考え方や有用な知識を得て行動を改善するであろう(もともと意識の高い人々という可能性も高い)。一方で、何の行動変容も起こさない非改善群が存在することも事実である。ここに集団教育の限界があり、非改善群にも留意した個への安全教育の展開が求められる。

その一つの方法として、最近よく採用されているのが、KYT (危険予知トレーニング) である。医療事故防止のためには、まずはリスクに対してセンシティブであることが必要になる。状況を見て「何か変」と察知し、さらに「ここがおかしい」「こうしよう」という一連の具

体的な行動能力の基盤となるリスクセンスを養う実技研修が KYT である。この一人ひとりのリスクセンスを強化することが、組織としての安全文化を確立する第一歩となる。

▶ 安全文化は誰がつくる？

文化とは、そのコミュニティの成員が一定の価値観を共有し、それに基づく行動規範をつくりあげることによって醸成される。安全文化の主な担い手は医療者に違いないが、患者もまた医療というコミュニティに参加する者として、一定の役割が求められる。

であれば、リスクセンスを強化すべき一人ひとりの中に患者が含まれても何ら不思議はない。患者も KYT に参加することによって、共に安全文化を担うパートナーとしての位置づけを獲得するのである。

その意味で、KYT への患者参加プログラムは、医療への自発的な参加を促す方策のひとつとして考えられてよいのかもしれない。

▶ 患者を“乗り気”にさせたKYT

紹介する事例は、あらかじめ用意されたプログラムではなかったが、職員の KYT に患者が自発的に参加、文中の言葉を借りれば “乗り気” で参加している点が興味深い。これには、KYT の一環としての「指差し呼称」が外形的に非常にクリアで見えやすいこと、単純なこと、また建設現場や駅のホームなど日常の場面で目にしていたため、参加しやすかったと考えられる。

注目したいのは、職員が恥ずかしがらず大きな声で指差し呼称を実施することで、患者が参加するきっかけを作ったという点である。そうした姿勢を患者は好意的に受け止め、さらにそれが職員のやる気を高め、安全行動を強化した点も興味深い。安全文化を担うパートナーシップの姿がそこに見える。わが身のこととして深刻に係わる参加とは別の像がこの事例には結ばれる。そこがおもしろい。

産婦人科における患者参加

抗がん剤投与時の患者参加プログラムを中心に

横浜市立大学附属病院産婦人科

榊原秀也 杉浦賢 宮城悦子 平原史樹

はじめに

「医療行為」とは法的に許された「侵襲行為」であり、医師などの有資格者が患者の同意のもとに行った場合にのみ正当化される。したがって、「医療行為」においては、初めから患者が参加して成立していることが前提となっている¹⁾。しかしながら、一般的には患者の態度は「医療行為は受けるもの」という受動的なものである。インフォームド・コンセントを通じて、主体的な「患者参加」が必要であることを認識してもらうことが重要である。

当科における患者参加プログラム

(1) 日常診療で「患者参加」が可能なこと

武村ら²⁾は患者参加プログラムの内容を「I. 自分に関する情報を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. 安全な環境を作る」「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つに分類している。これらは産婦人科に限らず、すべての診療領域に該当することであり、日常診療の中で既に行われている部分も多い。

(2) 当科における「患者参加」プログラムの実際

1) 患者確認・確認会話

平成11年の手術時の患者取り違いによる医療事故³⁾を教訓として、また内診時に患者と対面しないことが多いという産婦人科の特殊性から、当科では外来に

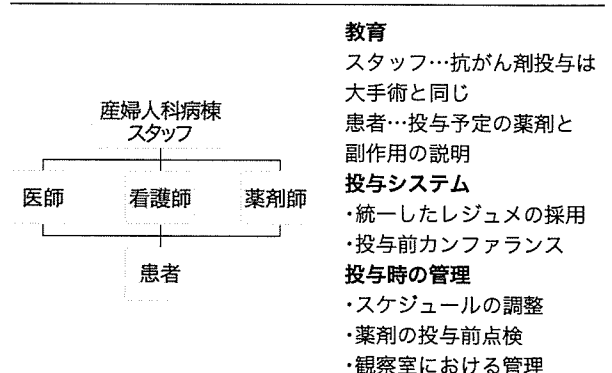
おいては医療面接時や内診時に次のような患者確認を行っている。

患者確認においては、同姓同名者の存在も考慮して本人の氏名のみならず、ID番号の確認も行うことを原則とする。「確認会話」とは、自分と相手の言動を互いに会話で確認して正確を期する会話法である⁴⁾。手順としてはまず、医師が自己紹介をしてから患者の氏名を尋ねる。次に、患者が氏名を名乗った後に医師が氏名とID番号を明示して再度確認する。こうした会話を心がけることで、より安全な医療を患者に提供することが可能となる。

2) 抗がん剤投与時の安全管理プログラムへの患者の参加

1—従来の安全管理プログラム

がん化学療法は、手術や放射線療法に匹敵するがんの有効な治療法の一つである。しかし、その施行にあたっては重篤な副作用が起きる危険性があるため、手術や放射線療法と同様の高度の安全管理が必要とされる。ところが、実際には病棟で他の薬剤の点滴と同様に行われるため、今までその安全管理には、手術や放



▶図1 当科における抗がん剤投与時の安全管理

射線療法に比べて十分な対策が取られてこなかった。

当科では「抗がん剤投与は手術と同じであり、単なる点滴ではない」という認識のもと、その安全管理を医師・看護師・薬剤師によるチーム医療ととらえ、教育・投与システム・投与時の管理の3点に対する対策を講じて、一定の成果を上げてきた(図1)。さらに安全管理の精度を向上させるためには、安全管理体制への患者自身の参加が必要と考え、患者参加プログラムを取り入れた。

II—安全管理プログラムへの患者の参加

当科における従来の抗がん剤投与時の安全管理体制は「投与間違え」などの「医療過誤の防止」には効果的である。しかし、急激に発症し、迅速な対応が要求される「アナフィラキシーショック」などの「副作用」対策としては必ずしも有効でない可能性がある。そこで、投与対象である患者自らに「自分の身は自分で守る」という意識をもってもらうことが必要と考え、「患者教育」を取り入れた。

詳細は後述するが、その概略は①入院時に化学療法の目的と副作用について、医師より説明を受けて同意書に署名する、②投与前に病棟薬剤師よりカンファランスで決定した化学療法のレジメに沿って投与薬の種類、量、副作用などについて具体的な説明を受ける、③最終的には投与直前に医師と患者で投与予定の薬剤と起こり得る副作用についての確認を行うことにした。

III—抗がん剤投与時の安全管理の実際(図2)

当科における安全管理プログラムに実際の流れを患者側の視点から解説する。

1. 医師による入院時説明・同意

従来から入院時には担当医から化学療法についての説明が行われている。患者は化学療法についての説明

	患者	医師	看護師	薬剤師
入院時説明	○	○		
カンファランス		○	○	○
薬剤の点検			○	○
投与前説明	○			○
投与時管理	○	○	○	○

▶ 図2 安全管理体制における患者・スタッフの関わり

書兼同意書(図3)を用いて予定されている化学療法についての説明を受け、納得すれば署名する。

2. スタッフ間の投与前カンファランス

毎週月曜日の17時より、産婦人科病棟においてスタッフ(医師・看護師・病棟薬剤師)による個々の症例のカンファランスを行っている。化学療法の症例の場合には、担当医がカンファランス用紙(図4)を用いて症例の提示を行う。そしてスタッフ全員で診断名、治療方針、腎機能、合併症などを確認して、薬剤の種類、投与量などを決定する。決定事項はカンファランス用紙に記載され、看護師、薬剤師もそれぞれ確認の上、記録する。

3. 薬剤師と看護師による投与薬剤の確認

カンファランスで投与が決定した抗がん剤は、担当医が指示としてコンピューターに入力する。病棟薬剤師は、入力された指示がカンファランス時の決定と一致しているかを確認した後、看護師と共に当該患者の投与薬剤をセットする。

4. 薬剤師による投与前説明

病棟薬剤師が抗がん剤投与を受ける予定の患者を訪問し、カンファランスで決まった化学療法の薬剤の種類と投与量および副作用などについて、説明用紙(図5)を用いて説明する。

5. 患者参加による投与時管理

実際の投与は、ナースステーションに隣接した観察室で行われる。投与時には担当の医師より当日抗がん剤投与予定であること、投与薬剤について説明を聞いて理解していること、副作用と考えられる症状が出現した場合にはスタッフにすぐに知らせることを確認し、最後にこれから投与する薬剤も自ら最終確認して投与が開始される。

抗がん剤投与時の管理は、図6に示すように心電図およびパルスオキシメーターを装着し、バイタルサインチェックも頻回に施行している。また、アナフィラキシー様症状が発現した時の対応もマニュアル化されている。

6. タキソールによるアナフィラキシーショックの早期発見例

卵巣癌に対する paclitaxel+carboplatin 投与時に起きたアナフィラキシーショックの際に、前駆症状に患

化学療法(抗がん剤)治療について

1.化学療法(抗がん剤)について
 化学療法剤は悪性(がん)細胞の増殖を抑制することを主な作用として悪性腫瘍の治療を行う薬剤です。これらの薬剤は体内の正常細胞にも影響を及ぼすため、以下のような副作用が出現し、まれに重症化することがあります。

2.化学療法剤の一般的な副作用
 (1)骨髄抑制(血液中の白血球、血小板、赤血球が減少する)
 (2)末梢神経障害(シビレ、聴力障害、痛み)
 (3)腎機能障害(4)脱毛、口内炎(5)嘔気、嘔吐(6)腸管・膀胱障害
 (7)肝機能障害(8)心機能障害(9)肺障害(10)アレルギー、ショック
 (11)その他
 これらには発生頻度の高いものから稀にしかみられないものがあります。また、元に戻りにくい副作用もありますので、適宜副作用防止や軽減の処置が必要となります。
 まれには、抗がん剤治療による副作用による死亡の報告もあります。

3.予定している化学療法
 今回計画した治療では、次のような薬剤を用います。
 ・ (投与方法))
 ・ (投与方法))
 ・ (投与方法))
 ・ (投与方法))
 予定している投与間隔は()で、合計()回を予定しています。

私は主治医(医師)より上記の治療についての説明を受け、十分理解しましたので治療に同意します。平成 年 月 日

(患者署名)
 (家族署名) (続柄)

▶図3 化学療法説明書

点滴メニュー表

横

月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	
月 日 ()	

ご気分が悪くなったらいつでも声をかけて下さい。

▶図5 患者用投与薬剤説明書

ID (主治医:)

経過

診断名:

組織診断: (身長 cm、体重 kg)

	カンファランス: 問題点/方針	骨髄抑制	投与日/種類/dose
1	(月 日)	Nadir:day WBC (N) G-CSF 回使用	(月 日) BSA m ² , Ccr= mi/min
2	(月 日)	Nadir:day WBC (N) G-CSF 回使用	(月 日) BSA m ² , Ccr= mi/min
3	(月 日)	Nadir:day WBC (N) G-CSF 回使用	(月 日) BSA m ² , Ccr= mi/min
4	(月 日)	Nadir:day WBC (N) G-CSF 回使用	(月 日) BSA m ² , Ccr= mi/min
5	(月 日)	Nadir:day WBC (N) G-CSF 回使用	(月 日) BSA m ² , Ccr= mi/min
6	(月 日)	Nadir:day WBC (N) G-CSF 回使用	(月 日) BSA m ² , Ccr= mi/min

▶図4 化学療法カンファランス用紙

Paclitaxel+Carboplatin 併用療法の実際

【患者管理】

- ハイリスク例
 - ・アルコール飲酒歴のない患者
 - ・心疾患合併患者
 - ・前治療に「アンスラサイクリン」を使用している患者
 - ・アレルギー体質の患者
- モニター

バイタルサイン	投与前 投与直後 10分後 20分後 30分後 3時間後 終了後	} 医師は病棟内に待機
---------	--	-------------

救急カートの設置

心電図・パルスオキシメーターの装置

- アナフィラキシー様症状発現時
 - 1 ただちに投与を中止する。
 - 2 酸素投与
 - 3 気道確保
 - 4 ヴィーンF 1000~2000ml 急速点滴静注
 - 5 ポスミン1A 1/2~1/3 筋注
*虚血性心疾患患者には使用しない。
 - *ポスミン使用できない場合には、エフェドリンを使用する。
 - 6 塩酸ドーパミン3~20 μ 点滴静注
 - 7 ソルメドロール125mg(またはソルコーテフ500mg)静注

▶図6 抗がん剤投与時の管理

者自らが気づいてスタッフに知らせることにより早期対応が可能であったために、結果的に後遺症なく回復した例を経験した⁵。表1にその概略を示す。

抗がん剤投与は、前述のように観察室で心電図・パルスオキシメーターの装着した後に開始された。開始時のバイタルサインは異常なし。paclitaxel開始後5分で悪心、嘔吐が出現した。そこでナースコールがあり、コールを受けた看護師は、アナフィラキシーショックの可能性も考えて、病棟で待機していた医師に連絡。ベッドサイドに駆けつけた医師の指示で直ちに点滴中止となった。しばらく嘔吐が続いた後、全身の発赤、発汗が出現して意識消失に至った。以後は、アナフィラキシーショック発現時のマニュアルに沿って処置を施行した。モニター上心拍数は60回/分で、血圧は測定不能。自発呼吸は保たれていたため、酸素投与およびアンビューバッグによる補助換気に並行して急速輸液を行った。さらに、ハイドロコチゾン、エフェドリンを投与し、塩酸ドーパミンの持続点滴も開始した。その結果、paclitaxel開始後40分の時点で意識は完全に回復した。翌日には補液、昇圧剤も中止とな

▶表1 タキソールのアナフィラキシーの早期発見例

症状

1. 投与5分後に悪心、嘔吐出現
2. 全身の発赤、発汗
3. 意識レベルの低下、消失
4. 血圧低下
5. 血液酸素飽和度の低下

患者およびスタッフの働き

1. 患者……アナフィラキシーショックの初期症状を知っていたのでスタッフに知らせた。
2. 看護師……アナフィラキシーショックを警戒していたため、すぐに医師に知らせた。
3. 医師……病棟で待機し、連絡を受けた後はマニュアル通りに迅速に対処した。

処置

1. 直ちに投与中止
2. 急速輸液
3. 酸素投与、補助換気
4. ソルコーテフ静注
5. エフェドリン静注
6. ドーパミン点滴

総括

「患者参加プログラム」による抗がん剤投与時の安全管理におけるリスク回避成功例

り、神経学的な後遺症もなく経過している。

今回の症例では、①患者が副作用について学習していたために悪心・嘔吐発現時に即座にナースコールしたこと、②看護師は悪心・嘔吐をアナフィラキシーショックの初期症状と認識していたためすぐ医師に報告したこと、③医師はアナフィラキシーショック発現時の対処法を熟知し、マニュアル通り処置することができたことが迅速な対応につながったものと考えられた。

まとめ

抗がん剤投与時の安全管理をより向上させるために、「患者参加プログラム」を取り入れた。その結果、患者が自分自身の受ける治療の内容を知ることによって「投与間違い」を防止するための「最終確認者」となることができた。さらに、アナフィラキシーショックの事例では患者教育の結果、患者自身が副作用発現の「第1発見者」となり迅速な対応が可能であった。したがって、本プログラムは投与時の間違いの防止および副作用発現時の初期対応の2点において効果的な対策であると考えられた。

今後は、このプログラムをさらに充実させるために、退院時に評価用のアンケートを実施することなどを計画している。プログラムに対する患者サイドからの感想・意見を踏まえ、プログラムの充実、改善に活かすようにしていきたいと考えている。

参考文献

- ▶1 橋本迪生:シリーズ—医療安全のための患者参加プログラム 患者参加の原理—患者参加は医療の基本形. 医療安全, 2(3): 60-61, 2005.
- ▶2 武村雪絵, 佐々木美奈子, 松谷千枝, 山口哲男, 菅田勝男: 医療安全のための参加プログラム—1 医療の安全性を高める患者参加のあり方. 医療安全, 2(3): 62-67, 2005.
- ▶3 榊原秀也, 平原史樹, 橋本迪生, 平林明美, 井口博文: 大学病院における医療安全管理. ペリネイタルケア, 20:33-36, 2005.
- ▶4 榊原秀也:日本産婦人科学会専門医制度研修コーナー 診療の基本 医療事故2 予防へ向けて(含 感染対策). 日本産科婦人科学会雑誌, 57: N-79-85, 2005.
- ▶5 田中躍, 仲沢経夫, 宇田川香織, 沼崎令子, 宮城悦子, 五来逸雄, 平原史樹: Paclitaxel (Taxol) による化学療法で過敏性反応によるショックを起こした1症例. 日本産科婦人科学会雑誌, 52: 1379-83, 2000.

医療安全のための患者参加プログラム—3

危険予知トレーニング(KYT)
への患者参加A病棟における
インシデントKYTの成果より▶1 鹿児島大学医学部保健学科
地域看護・看護情報学講座▶2 鹿児島大学医学部・医学部附属看護部
波多野浩道¹ 兒玉慎平¹
窪田美行²

▲波多野浩道

「患者参加」の意義

(1) 病人役割概念からみた「患者参加」

患者を受動的な操作の客体とだけみなすのは偏見である。パーソンズの患者役割概念¹⁾によれば、「患者は医療専門職の援助を求め、これと協力して回復に努力することが期待される存在」である。つまりこれは、医療専門職と患者が、患者の健康の回復を目標とする連帯関係を築き、ともに治療に努力するという、患者の能動性を強調する見方である。

社会の価値観、文化により、患者役割の実像は異なる。日本の医療はパターナリズムが強く、お任せする患者が多い傾向はあるかもしれないが、健康の回復に努力する患者も少なからずいる。

一方、ケアの過程に不承不承参加させられるのでなく、喜んで参加することは、自らの健康を専門職に支配され、疎外感を味わうことを防ぐ。さらには、健康の自己責任を高め、ひいてはQOLを高めることにもなると考える患者がいても不思議ではない。

一方入院していても病識をもたず、病気に関心を向けない行為は不参加といえる。この不参加を含め、「患者参加」には様々な形態がある。ただ、患者参加を希望するのは、やはり健康の回復に努力する患者であろう。

(2) 医療安全の観点から「患者参加」の有効性

医療安全の責任は医療者にある。少なくとも、患者より医療者の責任の方がより重い。医療安全の責任を押し付ける「患者参加」は有効ではない。

医療安全の観点から「患者参加」が有効であるのは、異なる視点と行動規範をもつ多数の目を獲得できるこ

とにある。「患者参加」を有効にする前提として、医療者と患者との信頼関係がなければいけない。日本人は個人の主張をある程度抑制し、自分が属する集団内の調和を第一に考える傾向がある。このような人と人との関係の中に各人の行動の価値基準を置くという考え方は、時として相手に同調し主体性を失うことになりかねない。が、逆に、相手の信頼に応えるために、期待以上の行動を起こす可能性もある。個に焦点を当て、個の自己実現欲求レベルに働きかける仕組みでは、個人の内なる価値基準そのものが高まらなければ力を発揮できない。

しかし、関係の中に価値基準を置くと、周囲の力が個人の力を高めるという相互作用の連鎖が生まれる。この連鎖は信頼関係があればこそ生まれる。

本稿で述べるインシデントKYT(危険予知トレーニング)での「患者参加」は、医療安全のために意図された患者参加プログラムではない。あえて言えば、上記の趣旨にかなうプログラムに育つ可能性があると考え、紹介するものである。

インシデントKYTと患者参加について

(1) インシデントKYTとは?

KYTとは「危険・予知・トレーニング」をローマ字表記し、その頭文字を取った略称で、中央労働災害防止協会の「ゼロ災運動」で推奨されている労働安全衛生活動の一つである。QC(Quality Control)活動同様、職場単位でグループを構成し、グループで討議し、全員で職場の問題を解決する小集団活動の一種である。

KYTは、グループミーティングによる集団決定(集

団下での自己決定)という社会心理学の理論を応用するなど、科学的な根拠に立った活動で、危険への感受性を鋭くし、要所要所で集中力を高め、危険予知活動へのやる気を強める効果があるとされる。KYTは知らなくても、KYTの最後に来る「指差し呼称・唱和」をご存知の方は多いだろう。

危険予知活動を進めるには、まず危険予知訓練(KYT)の体験学習が基本となる。トレーニングが終了し、定期的に活動することをKY活動と呼び、KYTと区別することもあるが、ここでは危険予知活動すべてをKYTと呼ぶことにする。

ここで、インシデントKYT^{▶2}とはインシデントレポートを用いたKYTで、医療現場に適したKYTとして開発された。イラストを使用する一般的なKYTと異なり、ミーティングの際にインシデント事例の報告書(当事者である看護師・患者などの個人を特定する情報は除外)を使用するKYTである。

1)「インシデントKYTミーティング」の進め方

「インシデントKYTミーティング」の進め方は、中央労働災害防止協会が推奨している現状把握、本質追及、対策樹立、目標設定の4ラウンド法が基本となる(図1)。

A病棟における実際のミーティングは、5~6人のグループで行われる。まずリーダーと書記を選出し、次にミーティングの内容を全て書き込むために大きな模造紙を用意する。

▶第1ラウンド…現状把握「どんな問題があるか」

インシデント発生の原因や問題点を抽出する段階である。

まず、司会がインシデントレポート(当事者である看護師・患者などの個人を特定する情報は除外)の内容を読み上げる。

次に、読み上げたレポート内容から考えられる発生原因や問題をいくつでも自由に発表し合い、すべてそのままの表現で模造紙に記入する。ここでの作業の目的はそのインシデント発生の実際の原因を探ることではなく、あくまでそのインシデントを引き起こす可能性のある問題すべてを探し出すことにある。

インシデントを起こした個人が特定されていないが、自分の行為ではないとして、自分の殻に閉じこもらず、言いにくいことでも自由に発言できるようになることが望まれる。

▶第2ラウンド…本質追求「これが問題のポイントだ」

①最重要問題を選択する

考えられる発生原因や問題点が5~6個出てきたら、参加者それぞれが重要だと思う問題点をその理由とともに発表し合う。それに基づいてどの問題点がより重要かについて話し合い、最終的に最も重要な問題を全員一致で選択して、模造紙に印をつける。ここでの目的の一つは、この後の作業で取り扱う問題点を一つに絞ることにもある。重要性の議論がある程度煮詰まったら、リーダーが話し合いを収束させて一つの問題点を選択させる必要がある。

②その問題点を引き起こす背景を出し合う

問題点を一つ選んだら、その背景を思いっただけ発表し、模造紙にそのまま列挙する。心理的・生理的な背景や周囲の環境、人間関係などを含めて、自分たちには変えようのないことを出し合う。

また、「このようなときには『~である傾向にある』(忙しいと、指示書に指示されたこと以外に頭が回りにくい傾向にある)」などのように、問題とつながりのある状況を考える姿勢も役に立つ。自分のヒヤリ・ハット体験や事故体験を見つめ直し、自己分析できるようになることが望まれる。

▶第3ラウンド…対策樹立「あなたならどうする」

背景がある程度出尽したら、それを踏まえた上で、問題点に対する対策を発表し合い、模造紙にそのまま列挙する。「自分ならこうする」といった前向きで実行可能な対策であることが重要である。

また「大切である」という考えのため、思わず第1ラウンドで選ばれなかった問題点の対策をここで発表してしまうことがよくあるが、あくまで今回選択した問題点に対応する対策である。

すべての意見を記入し終えたら、リーダーは再度読み上げて、全員に強く意識させるようにする。自分の行為を整理する力が育つことが望まれる。

▶第1ラウンド…

現状把握「どんな問題があるか」

- ・ 司会がインシデントレポートの内容を読み上げる。
- ・ インシデントに至った問題を、推測を含めて出し合う。



▶第2ラウンド…

本質追求「これが問題のポイントだ」

①最重要問題を選択する

- ・ 参加者それぞれが重要だと思う問題を選択する。
- ・ その中から最重要問題を全員一致で1つ選択する。

②その問題点の引き起こす背景を出し合う



▶第3ラウンド…

対策樹立「あなたならどうする」

- ・ 背景を踏まえて、選択した問題に対し実現可能な具体的対策を出し合う。



▶第4ラウンド…

目標設定「私たちはこうする」

- ・ 対策の中で自分たちの今回の行動目標を全員一致で1つ選択する。
- ・ 行動目標を設定する。
- ・ 指差し唱和「チーム行動目標！ ～するときは…をしよう ヨシ！」



▶確認…呼称項目設定

- ・ 行動目標を達成するための指差し呼称を出し合う。
- ・ 指差し呼称項目を全員一致で1つ選択する。
- ・ 指差し唱和「指差し呼称項目！ …ヨシ！」
- ・ タッチ・アンド・コール「ゼロ災害でいこう ヨシ！」

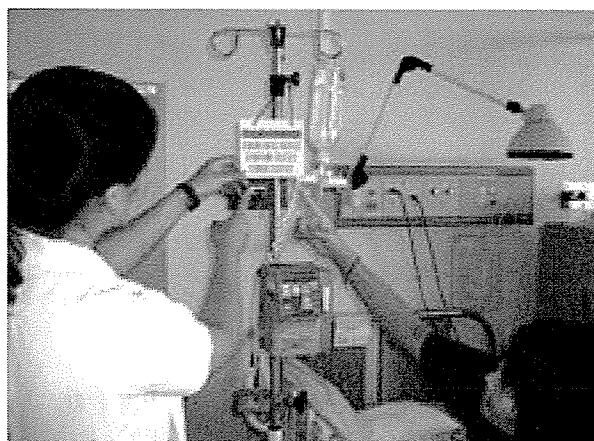
▶図1 インシデントKYTの進め方



▶写真1 タッチ・アンド・コール



▶写真2 遅食礼確認 よし！



▶写真3 患者様と一緒に指差し確認

▶第4ラウンド…目標設定「私たちはこうする」

さらにある程度対策が出てきたら、最も現実的で効果的な対策を話し合い、最終的に全員一致で一つを選択して摸造紙に印をつける。そしてその対策の要点をまとめ、グループの行動目標とする。

ここで、リーダーを中心として全員で行動目標の唱和を行う(例:「チーム行動目標、口頭指示を受けたときはメモに書いてもらう、ヨシ!」)。恥ずかしがらずに、大きな声で唱和する。集団決定を行い、行動規範が形成されることが望まれる。

▶確認…呼称項目設定

最後に行動目標を達成するための指差し呼称項目を出し合い、全員一致で選択する。指差し呼称項目はあくまで行動の確認事項である。目標をそのまま書いたりせず焦点を絞った簡潔な表現とする。行動の前提となる状況の確認事項もいれるとよい。

指差し呼称項目を選択した後、リーダーを中心にして全員で手を重ねて、指差し呼称を唱和する。「メモ携帯、ヨシ!(口頭指示受け時確認)メモで受けてヨシ!」といったように、タッチ・アンド・コールで締めくくる(写真1)。

作成した行動目標、指差し呼称項目はカードに記入して、次のミーティングまでの間、行動目標はナースステーションに、指差し呼称項目はその内容にあった場所に掲示され、実際に現場の各場面で実施される。必要な場合には、検査前の食止めを示すための机上フラッグ(写真2)を作るなど、適当な道具を作成し、インシデント防止の助けとしている。

2)インシデントKYTにおいて「患者参加」が可能なこと

インシデントKYTは危険予知活動という意味において、「患者参加」はすべての局面で可能である。しかし、現状ではインシデントKYTで確認された指差し呼称をベッドサイドで実施する段階で、はじめて「患者参加」が見られる。例えば、看護師が恥ずかしがらずに大きな声で患者の名前を呼んでいると、時には患者は応答してくれることがある。また隣のベッドの患者に、検査前の食止めを示す机上フラッグがあることを思い出させる患者もいる。

これらの「患者参加」は、KYT導入時は看護師が患者に参加を呼びかけたものではなく、患者自身がインシデントKYTへの参画を意識したものでもない自然な流れであった。A病棟では、KYT導入後1年以上してからベッドサイドでの指差し確認を奨励するようにし、さらには患者と共に指差し確認をすることを推奨するようになった。

点滴スタンドへの指差し呼称掲示や机上フラッグなどのツールもそうだが、何よりも恥ずかしがらず、皆で大きな声で、はっきりと呼称・唱和することが、スタッフの医療安全への姿勢をアピールし、患者や家族に参加のきっかけをつくったと考えられる。きっかけをつくれば、KYTの他の局面でも自然と「患者参加」が可能であると考えられる。

患者参加の過程と効果

(1)患者の反応

スタッフに対するグループインタビューから、患者の反応について興味深いエピソードが得られた。ほとんどの患者、家族はベッドサイドでの指差し呼称の実施を好意的に受け止め、場合によっては自主的に指差し呼称を実施する場合もあった。

例えば、点滴に関しては、以下のとおり。

- 点滴スタンドに指差し呼称のカードを初めてかけて回ったところ、患者の方から、あ、これいいね! これいいね! と大変喜んでくれた。家族の方にも、いいですね、こういうふうにしないといけないんですね、と言われ、スムーズに呼称への協力が得られた(写真3)。
- 点滴をつなぐときに、患者の名前を小声で言っていたら、ハイと返事をしてくれ、薬をつなぐと、間違いありませんよね、と一緒に確認してくれた。

患者の中には、指差し呼称の経験者もいた。

- 以前工事現場で働いていたらしく、看護師の指差し呼称を見て、「自分たちは『ヘルメットヨシ! ヘルメットのひもヨシ! 安全具ヨシ!』ってやっ

てたんだよ。」という話になった。その患者は非常にインシデントのリスクが高かった。そこでその患者のための指差し呼称項目を持っていったところ、非常に受け入れが良く、車椅子プレーキヨシ! などと自分で呼称を行うようになった。

このような予期せぬ患者による指差し呼称の事例は別にもあった。

- ・インシュリンによる血糖コントロールを行っていた患者で、入院中のインシュリンの投与は看護師が行っており、ミスを防ぐために指差し呼称項目をベッドサイドに置いて呼称を行っていた。自分のことなので一緒にやりましょうと促したところ非常に乗り気になり、退院に際してインシュリン投与の指導を受けることになった妻にも「(指差し呼称を)お前もやらないとダメだ」と言いながら、一緒に大声で指差し呼称をするようになった。

自らの危険に対する患者参加だけでなく、KYTへの参加と呼べるエピソードもあった。

- ・朝食止めの机上フラッグが立っている患者が、朝の配食の際に、ほらこれがあるから食べられません、と自分で指摘してくれたり、他の患者の方が、あんた旗が立ってるから食べられないんじゃないか、と指摘してくれたりする。

参加の度合いが進んだことは、「指差し呼称を忘れた時に、患者から『これやってないよ』と指摘された」というエピソードからもうかがえる。

タイミングよく働きかけるA病棟看護師のケア能力の高さによる部分もあると考えられるが、治療に協力し、回復へ努力しようとする患者および家族は、参加のチャンスを欲しているともいえるような反応ぶりである。

(2)患者参加に対する職員の意識

A病棟ではKYT導入時は、ベッドサイドでの指差

し呼称を看護師個人に任せており、職員の意識も、当初は恥ずかしいという捉え方が多かった。インシデントKYTが定着し段階的に指差し呼称を推奨していく過程において、患者の反応で述べたように、呼称が患者・家族に好意的に受け取られたとの意見が聞かれるなど患者からの正のフィードバックが多々みられた。

患者からの評価や信頼によって、看護師の職務へのやりがいは高まるものである。つまり、患者参加が職員の指差し呼称のやる気を強化したといえる。

A病棟の職員の意識は、「今後は患者に参加してもらう方向に行くと思う」などのように、指差し呼称を患者と一緒にやることをさらに推進しようとしつつある。しかも、脳神経・呼吸器内科、脳神経外科の混合という病棟の特性上、患者の意識レベルに大きな差があるため、一律な患者参加でなく、患者の個性に見合った患者参加の方途を模索しようとする段階に来ている。「指差し呼称を忘れた時に、患者から『これやってないよ』と指摘された」というエピソードは、既に患者参加を可能とする良好な患者-看護師関係が形成されていたからこそ可能な患者の反応ともいえる。

(3)患者参加による安全性の向上はみられたか?

プログラム化されてもいない患者参加の効果をどう評価するのは、曝露の測定さえ模索中で、今後の課題である。ただ、試みる価値はありそうだ。

インシデントレポートの提出数が、KYT導入前後の2002年度から2003年度にかけて、69件から39件に減少した。インシデントの発生については様々な背景要因を考えなければならず、一概に判断することは難しい。しかし、特に患者要因のかかわる度合いが大きく効果的な介入が難しいといわれる転倒・転落のレポートが、22件から14件に減少している。このことより、インシデントKYTへの患者参加に何らかの効果がある可能性が示唆された。

患者参加が促進されることで、患者と医療者の効果的なコミュニケーションが促進され、職員の危険感受性の向上、職場風土の改善、安全文化の向上にもよい影響をもたらす可能性も考えられた。

今後の課題

医療安全は職員だけでは守れず、患者参加が必要である。この考え方はインシデントKYTを実施している看護職員共通のものとなりつつあり、今後は患者とともに行うKYTの模索が課題となっている。

ただし、インシデントKYTを実施している看護師以外の職員、特に医師集団の患者参加に関する意識を変容するまでには至っていないのが現状である。意識を変容するだけの根拠が立証されていないからかもしれない。

また、看護師が実施するベッドサイドの指差し呼称にしても、推奨されるようになった今でも実施率が低いとの観察もある。実施しない理由は、「業務が忙しいため」などである。導入時からかかわっている病棟スタッフはKYTの理解度が高く、自らの参加していないミーティングで設定された指差し呼称項目の場合にも、設定までのプロセスを知ることでその必要性を理

解するので、実施しないことも、呼称が形骸化することも少ない。しかし、「何でやらないといけないのかわからない」KYT初心者には無理からぬことで、異動のある職場では、KYTの初期研修の有効な実施が常に課題となる。

A病棟KYT推進委員は、希望する部署へのインシデントKYTの部分的な導入の支援を行っている。実践は徐々に積み重なっていくので、早急に評価のための方法論を模索する必要がある。

さらには、意図的に患者参加を誘発するインシデントKYTの開発が望まれる。それを、医師集団をはじめ病院組織あげて、取り組むことが望まれる。

[参考文献]

- ▶1 高城和義: パーソنز 医療社会学の構想. 岩波書店, p68-78, 2002
- ▶2 中災防ゼロ災推進部. 医療安全と危険予知活動. 働く人の安全と健康, 55(7):665-668, 2004

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
総括研究報告書

患者参加プログラムに関する文献調査 ～取組事例とその特性～

協力研究者 緒方 泰子(千葉大学看護学部)

1. 患者参加が注目されてきた背景

患者の存在なしには、医療・ケアは実現しえない。そのような意味では、従来から患者参加はなされてきた。また、米国における1960年代の消費者運動の活発化による消費者としての患者の参加意識、1973年の米国病院協会における「患者の権利章典」(インフォームド・コンセントの権利を含む)の発表(宗像, 1997)等、20世紀後半に入り、医療情報を受ける権利や医療への患者の参加が主張されるようになり、より積極的に「患者参加」が語られるようになった。更に、相次ぐ医療事故を受け、米国のInstitute of Medicine (IOM)により、医療事故への対応に関する提言をまとめた報告書”To err is Human: building a safer health system”(以下IOM report)が出された(Kohn et.al., 2000)後は、特に“安全な医療提供のために”という文脈の中で「患者参加」が語られるようになった。

「人は誰でも間違える」という前提にたてば、人為的なエラーが起こる影響を最小化し安全を確保するには、ミスを防ぐような安全な設計(医療システム)が必要になる。IOM reportでは、「多くの病院、診療所、その他の医療現場でほとんど活用されないままになっている重要な資源は患者である」と指摘しており(Kohn et.al., 2000)、患者が医療安全における重要な資源であるという認識を示した。また、Spathは、医療チームの一員として患者を参加させることで、異なる視点と行動規範をもつ何組もの目を獲得し、治療システムをより安全にすることができるとしている(Spath, 2004)。

医療・ケアへの患者参加について考える場合、

「集団・組織化された活動」「(患者が)医療に参加できるプログラム」という局面での捉え方(橋本, 2005)や、「個人」「組織」「社会」という捉え方(和田, 2005)、参加者のかかわりの観点からは「参集…いあわす、個人的、知識を得る」「参与…かかわる、集団的、認識する」「参画…担い合う、組織的、意識する」(林, 1998)などがある。本報告では、主に、患者が参加できるプログラム(患者側からみると個人レベル、医療・ケア提供側からみれば組織レベル且つ個人レベル)について述べ、集団・組織化された社会的活動(患者集団のエンパワーメントに関わる活動)についても触れてみたい。

2. 関連文献数の推移

プログラムや社会的活動について述べる前に、まず関連文献を量的側面からみてみることにする。

和雑誌・洋雑誌について、患者参加に関する文献を検索し、ここ30年余りの患者安全や患者参加プログラムに関する文献の出版状況を概観した。

(1) 和文雑誌について

医学中央雑誌を対象に、「患者安全」「患者参加」「患者教育」「プログラム」をキーワードとして文献検索を行い、1983¹～2005年の該当文献数の推移を把握したところ、各区分年の文献数は以下の通りであった(表1)。

「患者安全」については、1999年まで0件

¹医学中央雑誌web版では1983年以降をカバーしているため1980年ではなく1983年以降を検索対象とした。

が続いたが、2000年に入り最初の5年間で54件、2005年1年間で14件が該当した。「患者参加」についても同様に、1990年代後半から該当文献数が増えている。「患者教育」は、1980年代から既に177件の文献がみられたが、2000～2004年の5年間で46倍強の文献数へ増加している。

しかしながら、これらのキーワードと「プログラム」を組み合わせると検索した場合には、「患者教育」以外では、該当文献が少ない。2005年の「患者参加」と「プログラム」の両キーワード検索による3件は、2件は雑誌「医療安全」、1件は雑誌「看護展望」に掲載されたもので、前者2件は本研究班によるもの、後者1件は看護技術を高めるための模擬患者の参加についてであった。

(2) 洋雑誌について

MEDLINE、CINAHL等を対象に、キーワードとして“patient safe” “partnering” “patient involvement” “patient safety” と“program” “safety” “patient”を組み合わせると文献検索を行い、1980～2005年の該当文献数の推移を把握した。各区分年の文献数は以下のとおりである(表2)。

キーワード単独または組み合わせると検索した結果、1980年代に比べると、2000～2004年の5年間の文献数は、7～70倍に増えている。特に、patient safetyというキーワードに該当する文献は、1980年代の段階で既に250件と多いが、その後の件数の伸びも著しい。この“patient safety”に、本報告の主要なキーワードである“program”を加えた場合、2000-2004年の5年間で、直前の1995-1999年の16倍に増えており、2005年1年間だけでも241件が該当した。IOM reportの報告以降、医療の安全性に関する認識が高まってきていること、患者を巻き込んだプログラムが準備されてきていることを反映して関連文献が増えたと考えられる。

2. 医療・ケアにおける患者参加

(1) 医療・ケアへの患者参加プログラムなど

医療・ケアにおける患者参加プログラムへの患者の参加のタイミングとしては、医療者側で作成したプログラムに実施段階で患者が参加する場合、プログラムの作成段階から患者が関わる場合、の2つのパターンがみられた。また、プログラムの開発・作成は、特定の部門や一職種のみで作成する場合、複数の部門または多職種で協働して作成する場合、があるようである。プログラムを実施する場所は、病棟単位または病院全体であった。

各プログラムが開発された背景や目的は、開発された時期や個々のプログラムによって異なっている。1980年代、日野原は「患者が把握している患者情報を医療者に提供することが、患者参与の医療であり適切な医療である。」と捉えている(日野原, 1984)。製品と比べてサービスには、「無形性」「生産と消費の同時性」「結果と過程の等価的重要性(過程が重要)」「顧客と共同生産」という特徴があり(真野, 2003)、医療サービスは患者の参加により医療者と共に作り上げていくものである。このことに基づいて考えると、日野原のいう「患者参加」は医療の本質としての患者参加であるといえる。看護では、質の向上、患者の主体性を引き出す(滝口, 2001)、セルフケア能力向上(門田, 2002・長坂, 2002)、インフォームド・コンセント、第三者評価の視点(中野, 1998)等の観点から「患者参加」が語られている。

以下、臨床現場において取組まれている実際のプログラムを紹介したい。

1) 患者の確認

日本輸血学会による“輸血実施手順書”では、過誤の主因であるバッグや患者取り違え対策として「患者参加型のリスクマネジメント」と「輸血実施直前に交差適合票へ署名する」という新しい習慣を提唱している(松崎, 2003)。具体的には、「患者に姓名と血液型を聞く」「患者リストバンドの姓名と血液型、血液バックの

血液型および適合票の姓名、血液型と一致していることを確認する」といった患者参加の方法について述べている。意識のない患者にはこの手法が用いることができないので複数の医療者による患者確認が必須となる。

産婦人科外来における確認会話の実施例では、①医師が自己紹介を行う、②医師が患者氏名を尋ねる、③患者は医師に氏名を名のる、④医師が氏名とIDで再度確認する、という手順を踏んでいる(榊原, 2005)。

Schulmeister は、化学療法におけるエラーの予防に関する 10 の戦略について述べる際、第一番目に、化学療法実施前に、患者を正確に確認できるような信頼できる方法を常に用いることを挙げている(Schulmeister, 2005)。医療機関外の幾つかのがん治療現場(地域クリニックやオフィスや患者等)では、病院のようにアームバンドを使用していないので、運転免許書、誕生日、社会保障番号等の他の方法で患者が同定されねばならない、としている。

2) 化学療法への患者参加

化学療法への患者参加プログラム例として、産婦人科における抗がん剤投与に関する取組例(榊原, 2005)がある。ある大学病院の産婦人科病棟では、「抗がん剤投与は手術と同じであり、単なる点滴ではない。」という認識の下、安全管理を、医師・看護師・薬剤師によるチーム医療と捉え、教育・投与システム・投与時の管理の 3 点に対する対策を講じ一定の成果をあげている。

具体的には以下の手順を踏む(括弧内は関係者)。

- ①医師による入院時の説明と同意(患者・医師)
- ②スタッフ間の投与前カンファランス(医師・看護師・薬剤師)
- ③薬剤師と看護師による投与薬剤の確認(看護師・薬剤師)
- ④薬剤師による投与前の説明(患者・薬剤師)

⑤患者参加による投与管理(患者・医師・看護師・薬剤師)

上記⑤の投与は、ナースステーションに隣接した観察室で行なわれ、投与に際して、医師より「当日に抗がん剤投与が予定されていること」「投与薬剤について説明を聞いて理解していること」「副作用と考える症状が出現した場合にはスタッフにすぐに知らせること」について患者に確認が行われる。その上で、「投与薬剤を患者自身も最終確認して」投与開始となる。本プログラムの効果として、「投与時の間違いの防止」「副作用発現時の初期対応」が挙げられている。

栗山は、患者側が点滴の際に説明をうけたい内容として、「点滴の必要性」「点滴以外の方法の有無」「葉の名前」「効果」「副作用」「(医療者に)伝えるべき痛みや不快感等」「要する時間」を挙げており(栗山, 2005)、上記の取組は、こうした患者側の要望に副ったものとなっている。

Schulmeister は、先の化学療法におけるエラー予防の 10 の戦略の一つとして「患者を化学療法のエラー予防活動に含める」ことを挙げ、治療中、患者は、予期せぬ又は普通と違うことが起きた場合にはいつでも遠慮なく言えるよう励まされるべきであり、看護師は患者の気づいたことをすぐに調べるべきである(Schulmeister, 2005)、としている。

急性骨髄性白血病の化学療法に関するクリティカルパス(以下、パス)(山田, 2005)の例もある。急性骨髄性白血病(AML)では、医療事故のリスクが高い「化学療法」を1年以上継続して行うため、事故回避のために、患者の参加に基づいて「治療経過図」「クリティカルパス」を作成した(山田, 2005)。

①治療経過図:「治療経過や内容が分かりにくい」という患者の意見に基づき、イラストを用い、うさぎが山頂を目指して上っていく姿をイメージして、治療経過を「階段」で表し、各治療期間の目安を示した。図は「うさぎの山登り」と名づけた。

られた。

②化学療法の患者用パス：「点滴の時間と種類が知りたい」「活字より絵や図の方が良い」という患者の意見より、1日毎の薬の種類とボトル数・実施時間帯をイラストで示したパスを作成し、患者が常に見られる位置に置いて活用した。患者や家族からは、「点滴の順番と所要時間が理解し易い」「これまで間違っていないか不安だったが安心できる」と、看護職側からも「説明しやすい」「安心して点滴が行える」との反応があった。

プログラムの作成段階から患者が関与した例である。

更に、この病棟では、適応基準を満たした患者と家族には、医師または看護師同席のもとで、骨髄像の変化を顕微鏡で確認できるものとした。患者からは、治療の成果を視覚的に確認できたことについて肯定的評価が得られている。

3) 術前訪問

これまでの術前訪問が、医療者側の都合で実施された一方的なものであったという反省と、調査により患者の70%が「手術室の様子を知りたい（入室時に身に着けていてよいもの・手術時の家族の待機場所など）」と回答したことに基づき、患者の意向に合わせて手術室の環境整備を行い、全手術患者に術前訪問を開始した例（丸野、2005）がある。

術前訪問では、手術室で患者が何を行い何をされるのか、装着するモニター類の種類と目的、着用して良いもの、不明点や心配事は遠慮なく尋ねて良いこと等について説明を行っている。外来では、外来看護師が手術室看護師作成のパンフレットを用いて同様の説明をしている。また、これまで手術室内で患者に着用が許されていなかった、下着、めがね・補聴器・義歯（コミュニケーションに支障をきたさない限り患者の意志に任せる）を着用して良いものとし、手術中の音楽鑑賞、局所麻酔の場合のDVD鑑賞を実施した。

諸外国では、術前訪問時の医療者のコミュニケーションのあり方と患者参加程度に関連に関する調査もある。Kindler等がスイスの医療機関で行った調査では、57回の麻酔科の事前訪問がビデオ録画されて the Roter Interaction Analysis System : RIAS により分析された (Kindler, 2005)。平均訪問時間 16.1分 (±7.8) で、対象となった麻酔科医は女性 12人、男性 45人、患者は女性 31人、男性 26人で、訪問一回あたり発言数は、麻酔科医 169回、患者 153回であった。医師と患者の性差による発言数と訪問時間の長さには有意差はなかった。OPTION (Observation Patient Involvement Scale) スコアは、一般内科 (平均 16.8点) と比較して、麻酔科 (平均 26.8点) の方が高く、麻酔科医は治療選択肢を議論するためにより多くの機会を提供していた、としている。OPTION はその後、改訂され信頼性等が確認されている (Elwyn, 2005)。

4) 服薬管理

ある病院では、内服薬の誤薬回避の取組として、看護職が中心となり「内服確認チェック表」を作成し、患者ベッドサイドに置いて患者と共に活用している (山内, 2004)。作成・活用手順は以下の通りである。

- ①患者毎の「内服確認チェック表」作成
 - ・看護師が「内服薬」「処方箋」を確認して作成。
 - ・持参薬については、薬剤師の協力を得て別紙のチェック表を作成する。
 - ・薬剤の効能や注意事項を記した「お薬情報カード (薬剤部発行)」を余白に貼付する。
- ②配薬時に、患者と看護師と一緒に「表」を使って薬を確認する
- ③服薬後は、患者は「表」のチェック欄に○をつけ、看護師は確認のサインを行う。
また、「表」を用いて、医師は患者に病状や治療薬の説明ができ、薬剤師は服薬指導ができる、という利点もある。

患者への効果としては、内服薬への関心が高まり「飲み忘れの減少」「薬の説明を積極的に聞く」等の変化がみられた。家族は「薬の内容が提示してあり安心できる」ようになり、退院時の薬剤指導の際には、退院後の内服薬自己管理がスムーズになる例もみられている。

別の例では、注射実施時の確認を患者と看護師で一緒に行っている（浜口，2001）。病棟看護師と患者への注射に関する調査から、「点滴注射の作業プロセスが看護師により異なる」「患者の27%は注射を受ける時に不安がある」ことが確認され、作業プロセスを見直し「患者参加」を含めた対策をたてた。

患者には、お願い文書を作成して説明し「注射の際の確認を一緒にして頂くこと」を依頼した。看護師用の注射実施マニュアルには、実施時の内容に「名前を声に出して患者と一緒に確認する」ことが追加された。患者への医療事故防止に関するお願い文書中では、「注射」以外に「転倒予防方法」についても説明が行われている。

まだプログラムには至っていないが、入院患者の薬物有害事象予防のための患者参加の介入研究（Weingart, 2004）もある。Weingart等は、米国マサチューセッツ州ボストンの教育病院の一般内科病棟入院患者を対象に前向き無作為化比較試験のパイロットテストを行い、介入群107人には、薬の安全情報と個々の服薬リストを渡し、対象群102人には薬の安全情報のみを渡した。薬物有害事象（adverse drug event）、危機一髪で誤投与を免れた場合（close-call drug error）についてチャートレビューとインシデントレポートからの情報を得たところ、その発生率は介入群と対象群の間で有意差は見られなかった。しかしながら、11%の患者が入院中に薬関連の間違いに気づいており、29%の看護師が、患者や家族が気づいたことで少なくとも1つの服薬エラーを予防できたと報告している。

5) 転倒・転落防止の取組

ある混合病棟（消化器・呼吸器・一般外科手術・化学療法・ターミナル期の患者が多い）では、「転倒・転落アセスメントシート」を作成し、看護職と患者が共に転倒転落リスクと予防行動を評価・修正していく患者参加型の転倒転落防止策を開始した（石井，2002）。転倒が患者の意図的行動の結果発生することから、看護師の評価（転倒転落要因）のみならず、患者から見た性格・行動パターンを主観的転倒転落要因として、入院時・術後一病日・1週間毎にチェックし、その後の具体策を患者と看護師で作成した。参加に際し、入院時に書面にて患者から同意を得ておいた。

この転倒・転落アセスメントシート導入により、転倒転落率は減少している。看護師が中心となって取組んだ例である。

米国ウィスコンシン州の病院の看護師等は、入院中の高齢者における転倒予防は、怪我を避けたり自立性を維持したりするのに重要であることから、包括的プログラムの一部として、患者や家族からの反応を引き出しながら転倒を予防するための教育的ポスターを作成した（Jeske, 2006）。試作版のポスターを患者と家族にフィードバックしながら、患者へ注意を喚起し転倒予防について効果を発揮するよう改良を重ねて完成させた。完成版を病棟内に貼って活用した結果、施行期間中に転倒は減少したと報告している。

ベッドサイドで起こりやすい事故とその対策について、患者や家族の注意を喚起するための文書を作成した例では、「注射・輸血による事故」「薬による事故」「転倒・転落による事故」を文書に示している（浜口，2001）。転倒・転落事故の対応としては、ベッド柵やストッパーの確認、移動時の注意点等について示されており、同文書は、病室に掲示されると同時に、看護師による説明と共に各患者の手元に配布されている。

6) 危険予知トレーニング

大学病院内の一病棟において、職場の問題を