

解決する小集団活動の一種である KYT（危険予知トレーニング）による患者参加を実施した（波多野，2005）例がある。

KYT により、呼称項目を設定（指差し確認呼称項目を全員一致で1つ選択）し、ベッドサイドで実施した結果、患者の活動の受け止めは好意的であり、自主的に指差し呼称を実施する場面もみられた。効果の評価については模索中だが、インシデントレポート提出数の減少（69件（2002年）→39件（2003年））、転倒・転落のレポートの減少（22件（2002年）→14件（2003年））等が挙げられている。今後は、患者参加に関する医師集団の意識変容、異動のある職場での実施率維持のための KYT の初期研修実施が課題であり、意図的に患者参加を誘発する KYT の開発が望まれている。

7) 治療への積極的な患者参加を促す取組

1997年より、患者参加型医療を目指して「自己管理カルテ」を全病棟に導入し、ベッドサイドで患者自身による病状等の記載を行った例がある（和西，2005）。記載内容は、症状の観察項目・ケア項目・検査・治療項目・患者/家族と医療者の記入欄であり、看護活動の実践に使用した。

導入目的は、①患者・家族・医療者の情報の共有化、②医療者と患者の有効な相互作用、③医師中心から患者中心への転換、④与える医療から参加する医療への変革、⑤看護師の自己実現、であった。

化学療法後の皮膚損傷の早期発見・治療を目指した患者参加の例もある（Haisfield-Wolfe, 2002）。化学療法の結果、がん患者は副作用（adverse effect）としてしばしば皮膚損傷を経験するが、皮膚の完全性の損失は、重症化したり痛みが出たりするまで気づかれず治療もされない。そこで、末梢血幹細胞移植を受けた女性がん患者27名に小冊子を用い、手鏡を渡して会陰部の皮膚変化をアセスメントするように依頼した。患者は会陰部の皮膚変化を発見して看護スタッフに報告し、患者と看護師

で会陰部皮膚ケアプロトコールを実施した。この小冊子「会陰部皮膚自己アセスメントガイド」は、患者の自身のケアへの参加を促進するよう、患者と看護師の連携に焦点化して作られている。

オランダの南東部の一般開業医（General Practitioner：GP）25人と受診している70歳以上の患者（計318人）を対象とした介入研究では、高齢患者の診察への参加を促す小冊子の活用について検討した（Wetzels, 2002）。この研究では、介入群の患者に診察への準備を行いやすいような冊子を配り、非介入群には通常のケアをしたが、介入の有無では、実施可能指標と満足度に有意差はなかった。小冊子を活用したのは47人であり、彼らは、活用しなかった人々よりも心理的問題を報告した。参加者は診察時の GP の態度と自分の参加に満足していたが、高齢患者の参加を高めるには、小冊子以外の戦略の必要性が課題として残った。

糖尿病ケアの新しいガイドラインの順守に関するオランダの研究では、病院や内科医の違いによる順守程度の差は小さかったものの、患者による違いは大きかった（Dijkstra, 2004）。糖尿病ケアへの患者参加や糖尿病専門看護師の貢献に焦点化することは、糖尿病ケアの質改善において重要であるかもしれない、としている。

8) 看護計画への患者参加

看護計画への患者参加は複数の医療機関で取組まれている（佐伯，2004・平山，2004・門田，2002・長坂，2002）。この活動では、看護計画の「立案」「実施」「評価」の段階への患者や家族による参加を意図している。その導入目的は、（患者が）医療者とともに健康問題を考え取組むこと（平山，2004）、インフォームド・コンセントと患者のセルフケアの推進のため（門田，2002）、患者の持てる力を最大限発揮できるように（長坂，2002）、患者がより自主的に自らの健康問題や治療についての決定に参加できるように（佐伯，2004）と、患者

の(セルフケア)能力向上を目指している点は概ね共通している。日本医療機能評価機構の受審のために看護記録を見直したことを機に開始した例もあった(佐伯, 2004)。

計画立案への患者参加の際、医療者側のかかわり方も重要である。退院計画会議における患者参加を、70歳以上の女性患者のビデオ録画から明らかにした研究では、患者は、その機関の専門職(看護職やソーシャルワーカーほか)のかかわり方によって、参加することを励まされたり妨げられたりしていた(Efrainsson, 2004)。

ウォーキングカンファレンスを通じて患者参加に取り組んだ例では、患者安全というよりも効率や効果を高めることに主眼がおかれていた。ウォーキングカンファレンス時に患者とともに計画を立てることを目指した例では、患者参加の手がかりとするために療養日誌(対応・症状・患者の要望を患者自身が記入)を用いた(佐藤, 1993)。この取組は、業務改善の観点から開始されたものであり、ウォーキングカンファレンス導入により直接看護の時間が増えたとしている。

整形外科・脳外科の混合病棟において、担送・護送患者が常時80~90%いることから、業務改善の1つとしてウォーキングカンファレンスを実施した例もある(藤沢, 1999)。導入目的は、「より早くベッドサイドケアに入る状況を作る」「看護記録の充実を図る・患者中心の看護計画立案・実施評価が患者とともにできる」であった。

9) 医療機関全体で患者の声を聴く取組

入院患者全員に、「患者・家族の医療安全対策20カ条」「患者相談窓口申し込み用紙」を配布し、患者参加による医療安全に取り組んでいる医療機関もある(唐澤, 2005)。結果として、医療現場からは「質問事項を書いてくる人が増えた。誤認防止にも協力してくれている。患者相談窓口、医療福祉相談室への紹介も円滑になった。」との感想が聞かれ、患者からの相談内

容としては「病状説明やさらなる治療・検査の要望」「職員の態度・行為」「診療内容」で相談内容の68.5%を占めている。更に、この取組により明らかな過誤により重大な後遺症が残る・死亡するような事例が減ったこと(年2~3件(2000~2003年)が0件(2004年度)となった)を、重要な結果の一つとして挙げている。

10) 在宅ケア、継続ケアにおける患者参加

患者参加を可能にするツールとして、患者が自身の症状等に関する情報をe-mailを介して診療所医師に送付し、自動的にデータベース化するシステムを試験的に作成した取組もある(大松 他, 2004)。これは、患者のアウトカムを良くして満足度を高めようとする考えに基づいて実施されたものである。

米国ミズーリ州の退役軍人医療センターでは、質の高いヘルスケアとは、一時期なものではなくケア全体をつなぐものであるという観点から、患者のアセスメントや教育等を入院・外来・在宅間を通じて行い、在宅環境を患者のニーズに合うよう調整する(予防可能な怪我を減らす)よう努めた(Wertenberger, 2005)。その結果、患者からは高い満足が得られた。更に、面接によるアセスメントと介入の後、カメラ付携帯電話を用いた在宅での状況のフォローアップを試みたが、自宅で不適切なイベントが起こらなかったか否かをモニターするのは難しく、結果の査定は難しかった、と課題を述べている。

これまで紹介した1)~10)の患者参加プログラムあるいは取組は、導入目的として明確に「事故防止」を謳っている場合と「ケアの質」の観点から導入しているものがあつた。しかしながら、いずれのプログラムや取組も、その導入目的の如何に関わらず、ケアプロセスに、より積極的な患者の視点が入る(複数の視点が入る)ことにより、最終的には患者安全も合わせて実現される可能性は高い。患者安全を実現

するためには、「人は誰でも間違える」ことを考慮して人為的なエラーを回避できる仕掛けが、プログラムの各段階に用意されている必要がある。例えば、抗がん剤投与に関する取組例（榊原，2005）では、投与の手順の各段階に患者・医師・看護師・薬剤師が関与していたが、「内服確認チェック表」の例（山内，2004）では、看護師によるチェック表作成時の患者や他職種による確認の有無は不明であった。

(2) 患者参加を可能にする前提・条件など
安全を主眼とした医療への「患者参加」を、その目的に沿って適切に導入するためには、患者側と医療者側の準備が必要である。例えば、患者参加に関する医療者と患者の意識、医療者による患者の状況や立場の理解、患者による疾患の受容、情報の共有、患者参加を促すコミュニケーション等がある。

1) 患者参加に関わる患者と医療者の意識

「患者中心のケア」がどのように理解されているかを立場の違う者を対象にインタビューした研究では、この言葉が「個々のケアへの患者参加」から「保健政策決定時への人々の参加」までの様々な活動を意味していること、保健専門家や教育者、管理者、患者代表は、「患者中心のケア」を彼ら自身の背景や役割を反映して異なる意味として捉えていることが明らかになった（Florin，2004）。

患者側の意識について、英国の二次医療を受けている患者の臨床的意思決定への参加に関する選好と影響要因に関する研究では、臨床意思決定に際して患者が参加することを望んでいるかについて、内科・外科各々10人計20人の入院患者を対象に半構造化面接を実施した（Doherty，2005）その結果、20%は意思決定の際に積極的な役割を選択したが、80%は受身か協力的役割を選択している。

都内の総合病院等の整形外科の例では、入院患者120人（20-65歳）を対象にした看護ケア

の意思決定過程への患者参加に関する質問紙調査において、20%の患者は看護者に無条件に従っていたが、それ以外は看護者の支援により自分で選択しており（自分で判断・看護婦との話し合い・看護婦による選択肢から自分で選択・自分の意見を述べる）、看護者による情報提供・意思の確認・選択肢の提供等が、看護ケアの意思決定過程における患者と看護者の目標共有の間に関連がみられている（滝口，2001）。

また、術前訪問の例では、30%の患者は「先生にお任せしています」「聞いてもわからない」と反応し（丸野，2005）、看護計画への患者参加例では、看護師と一緒に検討するのが当たり前という患者もいれば、面倒だとかお任せなどの反応があり（平山，2004）、患者の反応は様々である。先の化学療法の例では、患者自身に「自分の身は自分で守る」という意識を（共通して）持ってもらうことが重要と考え、患者教育を取り入れている（榊原，2005）。また、切迫早産妊婦10人への質問紙調査では、病状理解・安静度の理解・日常生活援助方法の検討において何度も質問が繰り返され、決して切迫早産妊婦への医療が医療者側からの一方的なものではないことを確認している（山下，2005）。

ある病院では、看護分野で多い事故に注目して「注射」に関する看護師（330名中318名回収）と患者（9病棟270名中197名回収）への調査が行われた（勤医協中央病院医療安全室，2003）。調査の結果、「注射事故防止に患者の参加が必要」と答えた看護師は70%以上、同じく患者では約80%であった。

医療提供者側の意識については、K県内82病院の看護師6027人を対象とした調査がある（榎元，2002）。患者参加に関連した「患者の反応」「回答者の日頃行っているケア」について、質問16項目を設定し、リッカートスケールを用いて患者参加に関する看護者意識を明らかにした。16項目について因子分析を行った結果、「①患者の主体的な参加」「②患者の自己決定の支援」「③医療者主体による患者参加」

「④患者と看護者の相互交流」の4因子が抽出され、これら①～④の平均値は、個人要因や環境要因（病床規模等）に影響を受けていた。例えば、個人要因では、年齢や看護経験年数の高い者ほど①③の平均値が高く、役職についている場合には①～④全てが高かった。環境要因では、100-299床の病院勤務者は①の、300床以上では③の平均値が高く、看護記録を開示している病院の勤務者は①②④の平均値が高かった。この調査結果から、同職種間でも「患者参加」に対する意識が異なることが示されたと考えられる。

2) 医療者による患者の状況や立場の理解

患者の参加型医療を推進するためには、患者への十分なインフォームド・コンセントと情報選択の支援が必要となるが、その前提として、その疾患を有する患者の問題等を理解する必要がある。パーキンソン病（PD）は、根治治療法が未確立であり、オーストラリアでは、継続看護教育プログラムをPDの患者参加により実施している例がある（藤井，2003）。同プログラムは、看護教育経験者・臨床看護師のみならず患者によって作成されており、実施時にも、患者が参加し、参加者がPD患者の問題点を具体的に理解できるように支援している。例えば、「患者の体験とその家族の家庭生活に関する講義」では、患者が実際に受講生の周囲を歩き、歩行時に向きを変える（曲がる）ことの困難さを示した。

3) 患者による疾患の受容

医療・ケアへ参加する前提として、患者が疾患や治療を受け入れていること、あるいは、受け入れられるよう医療専門職によって支援されることは、とても重要である。

がん患者が、病状に適応するためにとってもエンパワーメントされたと感じるような、疾患のステージや進行に関して用いられたコアとなる戦略を調べた研究では、家族やその他の重要な人々の支援を得ながらも、疾患をコントロー

ルし副作用を治療し続けるのだという決意や、疾患を受け入れ望みを持ち続けることを、エンパワーメントの感覚において重要であるとしていた（Bulsara, 2004）。更に著者らは、医療提供者は、がん患者が疾患に対処する際のコーピングの戦略が様々であることを認識しておく必要がある、と述べている。

自己管理カルテを導入した例（和西，2005）では、導入のきっかけとして、病名告知されないまま病状が進行したALS患者（51歳、男性）1名の存在を挙げている。眼球の動きのみが残され文字盤でのコミュニケーションを余儀なくされた段階に至って転院してきたこの患者は、妻や医療者と信頼関係を全く築けなかった。患者が疾患に関する正しい情報を提供されず、疾患を受け入れるに至らなかった例である。

4) 情報の共有

医療には情報の非対称性が存在し、消費者である患者は、提供された医療のよしあしを判断できないといわれている（郡司，1998）。しかしながら、医療安全における患者参加を考えた場合、患者をパートナーとして協働していくためには、医療者と患者の情報の共有が重要となる（清水，2003・和西，2000）。Spathは、もし患者を安全活動のパートナーとして積極的に参加させたいのであれば、まず医療者は、世間が医療安全を理解したり判断したりするのは不可能だというこれまでの前提を捨て去るべきであろう、と指摘している（Spath，2004・長谷川，2005）。また、山内は「患者・医療者協同モニター」を実現するためには、行われる医療行為についての「情報」が患者に十分伝えられていること、「いつ、どこで、誰が、何を、どのようにするか、なぜそれが必要か？」について、医療行為個々の5W1Hを予め患者に伝えておくことが条件となる（山内，2004）と指摘している。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に関する、臨床経験のある研究者4名と臨床看護師1名の討議では、患者への情報

提供や医療従事者の体制の整備が必要であることが示唆された(武村, 2005)。

患者側からは、看護師にとっては当たり前のことでも患者には分かりづらい(まつばら, 2005)との指摘もあり、患者の求める情報(健康上の問題、看護目標・看護介入)を適切に提供できるように入院診療計画書の看護情報を患者と共有するためのマニュアルを作成した例もある(清水, 2003)。看護目標の共有もまた、看護計画の目標を達成するための大前提であり(平山, 2004)、山田等は、患者用パスには目標を合わせて記した(山田, 2005)。

New York City Health and Hospitals Corporation (HHC) では、患者や家族に必要な情報を 10 カ国語に翻訳し、うつ病であることを患者が認識し治療を受け入れることが重要であることから疾患管理に焦点化した冊子に関する 4 つの冊子(マネジドケア会社の MetroPlus が作成)を 6 言語に翻訳し(Wale JB, 2005)、後者は患者にセラピストと共に活動すること、問題があると思ったら精神健康専門家に伝えることを促している。

Schulmeister は、看護師は、化学療法について初期の段階で集中的に患者教育を行い、その後、化学療法を継続する中でその情報を強化すべきであり、十分に情報提供された患者は、化学療法のエラー予防に、より貢献するはずである(Schulmeister, 2005)と指摘している。

5) 患者参加を促すコミュニケーション

医療者を目の前にした患者の立場は、やはり弱い。真のインフォームド・コンセントを行うためには、コミュニケーションが大切であり、質問し易い雰囲気をつくること、医療者が伝えた内容を患者がどう受け止めたかを受け手の言葉で表現してもらうこと、が重要であるとの指摘もある(飯田, 2002)。

脳卒中のリハビリテーション場面で理学療法法の目標設定の際、理学療法士(PT)と患者のコミュニケーションの実際を詳細に分析した研究では、患者の視点を引き出す際、および

合意に基づく目的に患者の視点を取り入れる際の両方で、様々な相互作用の困難や遅延が生じた(Parry, 2004)としており、コミュニケーションの難しさについて述べている。

1991 年から 2000 年の文献について、患者とヘルスケア専門職間の双方向のコミュニケーションに関する研究を系統的にレビューした論文では、患者参加が良いアウトカムと関連するにもかかわらず、医師は、診察の際に威圧的である傾向があることを発見し、ヘルスケア専門家の行動は、患者参加を高めると同時に妨げる(Stevenson, 2004)という結論を導きだしている。

看護師や医師と患者とのコミュニケーションの違いについて、糖尿病の初期治療場面をビデオ録画・録音して会話分析を行った研究では、医師と看護師の違いを明らかにした。看護師のコミュニケーションは、患者参加によって行われ、医師のそれは、全体として診察に包括的方向性を与えた。また、看護師は、患者の反応や行動の点から説明を開始するのに対し、医師は生物学的介入の点から説明し始めた(Collins, 2005)、とその特徴をまとめている。

タイプⅡ糖尿病患者 128 人を対象に、医師のどのような行動が、患者に「医師が患者をケアに参加させるよう励ましている」と認識されているかを調べた研究では、医師が「自由回答式の質問(open-ended question)をすること」「患者の質問に対してきちんと答えること」が、患者にとって、医師が患者参加を歓迎していると感じる、重要な行動として認識されていた(Martin, 2003)。

患者が医療・ケア提供者を信頼していなければ、如何なるプログラムであっても患者は積極的には参加しないであろう。医療・ケア提供者と患者との十分なコミュニケーションや情報の共有等を通じた「信頼関係」の構築は、望ましい医療・ケアの前提であると同時に、事故防止を目指した効果的な患者参加のためにも重要であると思われる。

3. 患者集団のエンパワーメントに関わる活動：集団・組織化された社会的活動

IOM report により、患者が、ケアプロセスの中に積極的に含まれるヘルスケアチームのメンバーとして考えられることを示した後、患者や家族が、医療安全に貢献するよう、様々な方法がとられている。例えば、米国では、以下のように、主要な組織から、患者参加の事故防止を意図した患者への助言を行う活動が展開されている（表 3）。

Entwistle らは、表 3 の 5 つの主要な患者向けの「助言」の内容を分析し、その開発や内容や影響について、公表された文献や 50 人の主要な情報提供者との 40 のインタビューに基づいて評価した（Entwistle, 2005）。その結果、「助言」について「効果は殆ど知られていない」「作成時に患者の視点には配慮されていない」「ヘルスケア提供者が患者安全を高めるためにすべきことには触れていない」ことが明らかになった。更に、患者には、助言された行動をとる際の実質的支援が全く与えられておらず、幾つかの内容は、「責任」が不適切に患者へシフトされている、と指摘している。

わが国では、表 4 のような医療安全関連の動きがある。「患者参加」に関連した言葉が用いられたのは「医療安全推進総合対策」「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」等においてである（表 4）。

診療ガイドラインに、患者の視点を含める取組もある。

IOM では、診療ガイドラインを「特定の臨床状況において、適切な判断を行なうために、臨床家と患者を支援する目的で系統的に作成された文書」と定義しており、臨床ガイドラインは、臨床家と患者双方の意思決定の支援である（中山, 2005）といえる。つまり、患者やその支援者の視点が反映されていることが不可欠である。

英国では、診療ガイドライン開発において、NICE（National Institute for Clinical

Excellence）が中心となり、NCCs（National Collaborating Centres）との連携で NHS（National Health Service）ガイドライン開発が進められるシステムになっており、この過程で、PIU（Patient Involvement Unit for NICE）が患者・介護者の参加を支援する（鈴木, 2004）。PIU では、患者・介護者 stakeholders への訓練を行なうなど診療ガイドライン開発に患者参加を推進することであり、NICE と NCCs や GDGs メンバーにもトレーニングの機会を提供している（NICE の資金を受けて College of Health が実施）。

中山らは、わが国において、診療ガイドライン作成段階における、患者・消費者の参加可能性を、会議への参加・発言のみならず、患者や家族を対象としたグループインタビュー、一定の患者集団を把握した上での質問紙調査・インターネットを用いた Web 調査等、それぞれの可能性と課題を検討した（中山, 2004）。栗山は、「EBM に基づいた喘息診療ガイドライン」作成において「EBM に基づいた患者と医療スタッフのパートナーシップのための喘息診療ガイドライン 2004（小児編）（成人編）」に患者代表として参加し、医療者と患者が同じ場で作ったものを共有し自らの治療に主体的に参加する、こうした患者参加のあり方を望ましいものとしている（栗山, 2005）。

「患者参加の事故防止」は「選択・決定の結果を共有」するだけでなく「選択・決定までのプロセスを共有」することであり、「患者参加の事故防止」のみならず、「患者参加の医療」につながる可能性がある（鮎澤, 2005）という指摘もある。

しかしながら、患者参加が謳われ、患者安全のために患者が出来ることが示されても、患者だけでは、医療専門職の行動をチェックし間違いを申し立てることは、非常に難しい。患者をパートナーとして、医療・ケアの安全性を高めていくためには、ケア提供者と患者の信頼関係を基盤とした、提供者側による患者参加への支援や励ましが必要となる。「安全な医療の提供

は提供者側が主体となって実現する」という意識や姿勢の存在も、医療・ケアの安全性を高めていくためには重要であり、この意識や姿勢があつてこそ、患者参加の取組が活きてくるのではないだろうか。

4. 文献リスト

引用文献

- Bulsara C., Ward A, Joske D. (2004). Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 251-258
- Dijkstra R.F., Braspenning J.C.C, Huijsmans Z., Peters S., Ballegooye E.van, Havet ten.P., Casparie A.F., Grol R.P.T.M. (2004). Patients and nurses determine variation in adherence to guidelines at Dutch hospitals more than internists or settings, *Diabetic Medicine*, 21, 586-591
- Doherty C., Dohreth W. (2005). Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences . *Journal of Nursing Management*, 13, 119-127
- Efraimsson E, Samd,am PO, Hyden L.C., Rasmussen B.H. (2004). Discharge planning: 'fooling ourselves?' -patient participation in conferences, *Journal of Clinical Nursing*, 13 , 562-570
- Elwyn G., Hutchings H., Edwards A., Rapport F., Wensing M., Cheung WY., Grol R. (2005). The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*, 8, 34-42
- Entwistle V.A., Mello M.M., Brennan T.A. (2005). Patient and Family Involvement Advising Patients About Patient Safety: Current Initiatives Risk Shifting Responsibility . *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 31(9), 483-494
- Florin D. (2004). How is patient- centered care understood by the clinical , managerial and lay stakeholders responsible for promoting this agenda?, *Health Expectations*, 7 , 142-148
- Haisfield-Wolfe M.E., Rund C. (2002). The Development and Pilot Testing of a Teaching Booklet for Oncology Patients' Self-Assessment and Perineal Skin Care, *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 29(2), 88-92
- Jeske L., Kolmer V., Muth M., Cerns S., Moldenbaur., Hool M.L. (2006). Partnering With Patients and Families in Designing Visual Cues to Prevent Falls in Hospitalized Elders, *Journal of Nursing Care Quality*, 3, 236-241
- Kindler C.H., Szirt L., Sommer D., Hausler R., Langewitz W. (2005). A quantitative analysis of anesthetist-patient communication during the pre-operative visit. *Anaesthesia*, 60, 53-59
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Editors). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*, Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press, 287
- Martin L.R., Jahng K.H., Golin C.E., Dimatteo M. R. (2003). Physician Facilitation of Patient Involvement in Care: Correspondence Between Patient and Observer Reports . *Behavioral Medicine*, 28, 159-163
- Parry RH. (2004). Communication during goal-setting in physiotherapy treatment sessions. *Clinical Rehabilitation*, 18, 668-682
- Schulmeister L. (2005). Ten Simple

- Strategies to Prevent Chemotherapy Errors, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(2), 201-205
- Spath P.L.(Editor). (2004). *Partnering With Patients to Reduce Medical Errors (Guidebook for Professionals)*, Chicago: Health Forum, Inc., 216
 - Stevenson FA, Cox K, Britten N, Dundar Y. (2004). A systematic review of the research on communication between patients and health care professionals about medicines: the consequences for concordance, *Health Expectations*, 7, 235-245
 - Wale J.B., Moon R.R. (2005). *Engaging Patients and Family Members in Patient Safety—The Experience of the New York City Health and Hospitals Corporation*. *Psychiatric Quarterly*, 76 (1), 85-95
 - Weingart S.N., Toth M., Eneman J., Aronson M.D., Sands J.Z., Ship A.N., Davis R.B., Phillips R.S. (2004). Lessons from a Patient Partnership Intervention to Prevent Adverse Drug Events. *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (6), 499-507
 - Wertenberger S., Wilson J. (2005). The Development of a Patient Safety Program Across the Continuum of Care, *Nursing Administration Quarterly*, 29(4), 303-307
 - Wetzels R., Wensing M., van Weel C., Grol R. (2002). A consultation leaflet to improve an older patient's involvement in general practice care: a randomized trial, *Health Expectations*, 8, 286-294
 - 鮎澤純子. (2005). 国際基準からみたわが国の診療 6 リスクマネジメントにおける日米比較—さらなる事故防止・安全管理の取り組みに向けて—. *Cardiovascular Med-Surg*, 7 (2), 37-42
 - 飯田敬司(2002). 患者参加型看護過程のす
 すめ 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*, 22 (10), 30-37
 - 石井敦子, 戸嶋りつ子, 川井幸江, 宮下光令. (2003). 転倒・転落アセスメントシートの段階的評価 患者参加型の転倒転落防止まで. *日本看護学会論文集(看護管理)*, 33, 48-50
 - 榎元美紀代, 堤由美子, 堀内宏美, 中俣直美, 田畑裕子, 島元敬志. (2002). 鹿児島県の看護者の患者参加に対する意識に影響を与える要因の検討. *鹿児島大学医学部保健学科紀要*, 12 (2), 49-58
 - 大松将彦, 橘英伸, 梅田徳男. (2004). 患者参加型 NBM (Narrative Based Medicine) の実践を支援するためのインターネットを介した診療所向け電子診療録作成支援システムの構築. *日本放射線技術学会雑誌*, 60 (6), 818-828
 - 門田知子, 斎木真由美, 椿久美子, 小笹美保, 友森一美. (2002). 患者参加型看護過程の実際 1 未告知がん患者の家族への意思決定支援. *月刊ナーシング*, 22 (10), 38-43
 - 唐澤秀治, 鈴木久子. (2005). 患者参加型の医療安全対策 20 カ条を実施. *看護*, 57(11), 47-50
 - 勤医協中央病院医療安全室. (2003). 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, 75-77
 - 栗山真理子. (2005). 医療者と患者が一緒に話し合う場を広げていきたい. *看護*, 57(11), 61
 - 郡司篤晃(1998). 医療システム研究ノート. (pp72-73). 東京: 丸善プラネット
 - 佐伯輝子, 梶山淑, 神尾国子. (2004). 短期間で記録改善を達成! 患者参加型看護計画を中心に. *看護きろく*, 14 (1), 16-27
 - 榊原秀也, 杉浦賢, 宮城悦子, 平原史樹. (2005). 医療安全のための患者参加プログラム 2 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.

- 医療安全, 6, 64-67
- ・ 佐藤ミチ子. (1993). 申し送り・看護記録の改善 患者参加のウォーキングカンファレンスで申し送り廃止へ. 看護展望, 18 (2), 103-107
 - ・ 清水雅代, 横田有紀, 吉岡光枝, 林靖子. (2003). 入院診療計画看護情報記載方法の検討-患者参加の看護をめざして-. 日本看護学会論文集 (看護管理), 33, 281-283
 - ・ 鈴木博道. (2004). NICE ガイドライン開発への患者・介護者の参加. あいみっく, 25 (1), 10-14
 - ・ 滝口成美. (2001). 看護ケアの意思決定過程への患者参加に関する研究. 日本赤十字看護大学紀要, 15, 46-59
 - ・ 武村雪絵, 佐々木美奈子, 松谷千枝, 山口哲男, 菅田勝也. (2005). 医療安全のための患者参加プログラム 1 医療の安全性を高める患者参加のあり方. 医療安全, 5, 62-65
 - ・ 中野多香里. (1998). 看護計画を活かす; 「患者参加」の看護計画 患者・家族の参加を評価する. 看護技術, 44 (5), 28-30
 - ・ 長坂裕美, 塚本美加. (2002). 患者参加型看護過程の実際 2 患者・家族とともに立案する看護計画. 月刊ナーシング, 22 (10), 44-47
 - ・ 中山健夫. (2004). 厚生労働科学研究「根拠に基づく診療ガイドラインの適切な作成・利用・普及に向けた基盤整備に関する研究: 患者・医療消費者の参加推進に向けて」のご紹介. あいみっく, 25 (3-4), 13-16
 - ・ 中山健夫. (2005). 患者参加型診療ガイドラインを考える. 日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌, 3 (3), 176-179
 - ・ 橋本廸生. (2005). 医療安全のための患者参加プログラム 患者参加の原理 患者参加を医療の基本形 「医療安全のための患者参加プログラム」をはじめるとあって. 医療安全, 5, 60-61
 - ・ 長谷川友紀 (監訳). (2005). 患者と減らそう医療ミスー患者は安全パートナー, 東京: エルゼビア・ジャパン
 - ・ 波多野浩道, 兒玉慎平, 窪田美行. (2006). 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. 医療安全, 7, 54-59
 - ・ 浜口典子. (2001). 特集 患者と協力してなくす医療事故〜リスクマネジメントからセーフティマネジメントへ〜患者参加の医療事故防止への取り組み. 月刊ナースマネージャー, 3 (5), 13-17
 - ・ 林義樹, 渋谷優子. (1998). 看護計画を活かす; 「患者参加」の看護計画 「参画理論」からみた看護計画への「患者参加」. 看護技術, 44 (5), 18-22
 - ・ 平山妙子. (2004). 看護計画を患者と共有する「患者参加型看護計画推進ガイドライン」策定に向けて. 看護, 56 (7), 30-34
 - ・ 藤井千枝子. (2003). パーキンソン病に関する患者参加型継続看護教育の一例-ペプロウの人間関係の看護論をとりいれながら-. 看護教育, 44 (2), 157-161
 - ・ 藤沢佳恵, 宮崎淳子, 鈴木美帆, 丸田育代, 松永五智子, 奥村てる子, 宿野部恭子. (1999). 申し送り廃止によるウォーキングカンファレンスの検討. 日本看護学会損文集 (看護総合), 30, 168-170
 - ・ 松崎道男. (2003). 安全な輸血に必須の輸血療法マニュアル-型違い輸血防止のための輸血実施手順書の徹底-. 医学のあゆみ, 205 (5), 321-326
 - ・ 丸野真由美. (2005). 患者参加を目指した術前訪問の取り組み. 看護, 57 (11), 51-55
 - ・ 宗像恒次 (1997). 行動科学からみた健康と病気. (pp248-258). メヂカルフレンド社: 東京
 - ・ 山内桂子. (2004). 【医療事故を防ぐために「コミュニケーションエラー」「エラー回復」という概念】 エラーの回復過程に着目するー改善策 エラー回復のために 患者参加型の取り組み. 看護, 56(2), 60-61
 - ・ 山下清可, 岡本加代子, 吉岡和代. (2005). 切迫早産妊婦における患者参加型看護計画-初

回の看護計画立案場面を分析する-. 日本看護学会論文集 (母性看護), 36, 50-52

- ・ 山田雅子, 羽場利博. (2005). 急性骨髄性白血病のクリティカルパス導入-患者参加によるクリティカルパス作成とその効果-. 医療マネジメント学会雑誌, 5 (4), 515-519
- ・ 和田ちひろ. (2005). 何が「患者参加」なのか. 看護, 57 (11), 42-46
- ・ 和西鈴江, 稗田妙. (2000). [患者満足のために-自己管理カルテ-] 患者参加型医療による信頼関係の構築. 看護, 52 (10), 31-33

参考文献

- ・ 医学ジャーナリスト協会訳. 人は誰でも間違える: より安全な医療システムを目指して, 日本評論社:東京, 2001

参考としたホームページ (アクセス日)

- ・ 厚生労働省ホームページより (平成 18 年 3 月 31 日)

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyou/isei/i-anzen/keii/index.html>

表1 「患者安全」「患者参加」「患者教育」「プログラム」をキーワードとした文献検索の結果

キーワード\年	文献数 (件)				
	1983-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005
患者安全	0	0	0	54	14
患者参加	3	3	31	73	32
患者教育	177	311	2,185	8,257	2,781
プログラム	1,001	974	1,118	2,977	872
患者安全 × プログラム	0	0	0	1	0
患者参加 × "	0	0	0	0	3
患者教育 × "	3	13	20	187	66

表2 “patient safe” “partnering” “patient involvement” “patient safety” と “program” “safety” “patient” を
キーワードとした文献検索の結果

キーワード\年	文献数 (件)				
	1980-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005
Patient safe	4	7	17	32	7
Partnering × patient	1	16	42	70	31
Patient involvement	55	83	158	373	100
Patient involvement × safety	0	1	1	6	7
Patient safety	250	560	1,625	8,361	2,722
Patient safety × program	13	14	37	595	241
Patient safety program	0	0	1	45	10

表3 米国における患者参加の事故防止を目指した主要な活動の例

発表年度 (年)	タイトル	組 織
2000	20tips to Help Prevent Medical Errors	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)
2002	Speak Up: Help Prevent Errors in Your Care	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Joint Commission)
2002	Your Role in Making Health Care Safer	National Patient Safety Foundation (NPSF)
2003	What You Can Do to Make Health Care Safer	
2003	Five Steps to Safe Health Care	Department of Health and Human Services (HHS) with the American Hospital Association and American Medical Association

(Entwistle, 2005) の論文を参考に新たに作成

表4 わが国における医療安全関連の動きの例

年 度	関 連 事 項
2000 (平成 12 年度)	特定機能病院や医療関係団体への大臣メッセージ
2001 (平成 13 年度)	「患者安全推進年」 ・医療安全対策ネットワーク整備事業 (ヒヤリ・ハット事例収集等事業) ・医療安全対策検討会議→「安全な医療を提供するための 10 の要点」* ほか
2002 (平成 14 年度)	・『医療安全推進総合対策』*の策定 ほか
2003 (平成 15 年度)	・特定機能病院及び臨床研修病院における安全管理体制の強化 ・「医療安全支援センター」の設置開始 ほか ・「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」*の発出 ほか
2004 (平成 16 年度)	・ヒヤリ・ハット事例収集の全国展開 ・医療事件事例等の収集を開始 ほか
2005 (平成 17 年度)	・医療安全対策検討会議から厚生労働省に「今後の医療安全対策について」ワーキンググループ報告書) を提出 ・診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業 ほか

厚生労働省のホームページ (<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/keii/index.html>) を基に作成

*「患者参加」という文言がみられる。

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
分担研究報告書

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)
～「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

1. はじめに

「医療安全」はいまや日本のみならず世界的な課題となっている。そしてその医療安全の向上に向けた取り組みにおいて重要なアプローチのひとつとして位置づけられ、実際にさまざまなかたちで推進されているのが「患者参加の医療安全」である。

すでに日本でも2005年6月に発表された「医療安全推進総合対策—今後の医療安全対策について—」¹⁾において、その3つの重点項目のひとつとして「患者、国民との情報共有と患者、国民の主体的参加の促進」が挙げられ、「患者と医療従事者が共に医療を担う必要があることなどについてわかりやすい説明や広報を行うとともに、そのために必要な体制の整備を図る」等が「当面取り組むべき課題」とされている。

本研究は、そうした日本における「患者参加の医療安全」の推進に寄与することを目的とする「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」の分担研究として、アメリカにおける取り組みの先進事例や現状から、患者参加の実践プログラムの検討を行うものである。

平成16年度は、アメリカにおける「患者参加の医療安全」に関する現状調査を行い、医療の質ならびに医療安全に関わる第三者機関・研究所と医療安全に実績をあげている病院を訪問し、関係者ならびに実務者との面談を通して「患者参加の医療安全」に関する情報収集ならびに意見交換を行った。また、アメリカにおける患者参加の医療安全の取り組みの背景にある「多くの病院、診療所、その他の医療の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」²⁾といった考え方、「患者の権利と

責任 (Patient Bill of Rights and Responsibilities)」といった背景、そして、実践事例としての「Speak Up (質問があったら、気になることがあったら、おかしいと思ったら、声にだそう)」³⁾や「20 Tips to Help Prevent Medical Errors (医療事故を防ぐための20のヒント)」⁴⁾といったプログラムや訪問先の病院の取り組みについて報告し、「患者参加の医療安全」の実現に向けての課題を検討した。

研究の2年目にあたる平成17年度は、WHOが主導する世界的な「患者参加の医療安全」の取り組みも視野にいれながら、引き続きアメリカにおける「患者参加の医療安全」に関する現状調査を行った。

本報告書においては、まずWHOの「World Alliance for Patient Safety」について解説し、世界的な医療安全の取り組みにおける「患者参加の医療安全」の位置づけを整理する。そして、「患者参加のかたち」を「自らの安全確保への参加」と「組織全体の安全向上への参加」という視点で整理し、アメリカの取り組みについて、特に本年度は「組織全体の安全向上への参加」に焦点をあてた実践事例を報告する。

なお、関連する図表は文中に、参考文献などは報告書の最後に、そして関連資料などは最後の「資料集」にまとめた。

2. WHOの医療安全の取り組みにおける「患者参加の医療安全」の位置づけ:「World Alliance for Patient Safety」

(1)「World Alliance for Patient Safety」における「Patients for Patient Safety」

本研究では、「患者参加の医療安全」に関する先進国としてアメリカの現状に焦点をあててい

るが、医療安全はいまや世界的課題であり、「患者参加の医療安全」も世界的なレベルで取り組みが進んでいる。ここでは、「患者参加の医療安全」の必要性が世界的なレベルで認識されている例として、WHOの取り組みを紹介する。

WHOは、2004年に、全世界的な医療安全を推進するために、各国の関連省庁、公的機関、学会、医療関連団体や消費者団体などで構成される「World Alliance for Patient Safety (以下WAPS)」を設立した5)。さまざまな国や組織で医療安全の取り組みが進んでいくなか、共通の目的である医療安全の取り組みを実効のあるものとしていくために次に求められるのは、それぞれの取り組みの連携である。WAPSにはJCAHO(アメリカ)、AHRQ(アメリカ)、ACSQHC(オーストラリア)、NPSA(イギリス)をはじめ、多くの国や組織がそのパートナーとして機能している。

WAPSは、2005～2006年はその活動領域を「6つのプログラム」として、2年毎の重要課題を定める「Global Patient Safety Challenge」を筆頭に、「Patients for Patient Safety」

「Developing an international taxonomy」「Promoting and coordinating research」「Solutions for patient safety」「Reporting and learning」が設定した6)(表1)。2006～2007年はそれらをより進化させ、「Action Areas」として、「Global Patient Safety Challenge (Action area 1)」を筆頭に、「Patients for Patient Safety (Action area 2)」「Reporting and Learning Action area 3)」など、10項目を挙げている7)(表2)。本研究が対象としている「患者参加の医療安全」は、「6つのプログラム」と「Action Areas」のいずれにおいてもその2番目に位置付けられている「Patients for Patient Safety」に該当する。

ちなみに、「Global Patient Safety Challenge」として定められている重要課題は、2005～2006年においては「Clean Care is Safer Care」であった。2007～2008年においては「Safe Surgery Saves Life」になることが決まっている。

(表1)「World Alliance for Patient Safety」の「6つのプログラム」

<p>THE ALLIANCE HAS A FIRM OBJECTIVE TO DELIVER SIX PROGRAMMES WITHIN THE PERIOD 2005-2006:</p> <p>Global Patient Safety Challenge: The topic for the period 2005-2006 is health care-associated infection. The Alliance will promote WHO strategies in the areas of hand hygiene, blood safety, injection safety, safe clinical practices, and safe water and sanitation in health care to help reduce the incidence of health care-associated infection.</p> <p>Patients for Patient Safety: involving patient organizations and individuals in the work of the Alliance.</p> <p>Developing an international taxonomy: ensuring consistency in the concepts, principles, norms and terminology used in patient safety work.</p> <p>Promoting and coordinating research: developing a rapid assessment tool for use in developing countries, and undertaking prevalence studies of adverse events in a number of countries.</p> <p>Solutions for patient safety: promoting existing interventions and coordinating international efforts to develop and disseminate solutions to reduce the risks of health care and improve its safety.</p> <p>Reporting and learning: generating best practice guidelines for existing and new reporting systems, and facilitating early learning from the information available.</p>

(表2)「World Alliance for Patient Safety」の「Action Area」

Action area 1	The Global Patient Safety Challenge will galvanize global commitment and action on a patient safety topic which addresses a significant area of risk for all Member States. In 2005–2006, the Global Patient Safety Challenge is focussing on health care-associated infection with the theme <i>Clean Care is Safer Care</i> . For 2007–2008, the Global Patient Safety Challenge will focus on the topic of safer surgery with the theme <i>Safe Surgery Saves Lives</i> .
Action area 2	Patients for Patient Safety will ensure that the voice of patients is at the core of the patient safety movement worldwide
Action area 3	Reporting and Learning will promote valid reporting, analytical and investigative tools and approaches that identify sources and causes of risks in a way that promotes learning and preventative action.
Action area 4	Taxonomy for Patient Safety will develop an internationally acceptable system for classifying patient safety information to promote more effective international learning
Action area 5	Research for Patient Safety will facilitate an international research agenda which supports safer health care in all WHO Member States
Action area 6	Safety Solutions will translate knowledge into practical solutions and disseminate these solutions internationally.
Action area 7	Safety in Action will spread best practices for implementation of changes in organizational, team and clinical practices to improve patient safety
Action area 8	Technology for Patient Safety will focus on the opportunities to harness new technologies to improve patient safety
Action area 9	Care of acutely ill patients will identify key patient safety priorities for action in the care of seriously ill patients.
Action area 10	Patient safety knowledge at your fingertips will work with Member States and partners to gather and share knowledge on patient safety developments globally in the form of a global report

(2)WAPS の報告書にみる「患者参加」

WAPS の活動については、毎年報告書が発表されているが、ここで2005年の報告書を見ておきたい。「A Year of Living less Dangerously-Progress Report 2005」と題された報告書は43ページの冊子であるが、全7章のすべての章の最初のページに、医療事故の被害者の写真が「実名」「年齢」「国籍」、そして短い淡々とした「事故の概要」とともに配され、「Patient Safety」の取り組みに無言の、しかし強力なメッセージを投げかけている8) (資料1)。

こうした冊子にこのようなかたちで載る(載せる)ということも、患者参加のかたち、そして、患者参加からもう一步踏み込んだ被害者参加のかたちとして、心に留めておきたい。

資料集

(資料1)

「WAPS の報告書」

World Alliance for Patient Safety, A Year of Living less Dangerously, Progress Report 2005, 2005

(3)「World Alliance for Patient Safety」における「Patients for Patient Safety」

WAPS の活動領域の2番目に位置付けられている「Patients for Patient Safety」の目的は、「患者や consumers (医療消費者) の声が医療安全の取り組みの核であることを確実なものにすることである」とされている。また、「医療安全の取り組みに大きな成果を挙げている医療機関は、患者や家族との協働を推進している」として、「partnership」をそのキーワードに挙げている。2005年には、「Patients for Patient Safety Workshop」が開催され、2006年3月には、「我々はすべての人々の声となる。特にこれまでその声が届かなかった人々の声となる」と謳う「London Declaration」を発表した7) (資料2)。

資料集

(資料 2)

「London Declaration」

World Alliance for Patient Safety, Forward Program 2006-2007, 2006

3. 「参加のかたち」に関する概念整理: 「自らの安全確保への参加」と「組織全体、ならびに医療全体の安全向上への参加」

ここであらためて「参加のかたち」について整理をしておきたい。「患者参加」といってもその参加のかたちにはさまざまなものがあり、どのような「参加のかたち」を対象とするのかによ

って、本研究が資すところとしている「実践プログラム」も「効果的教育・研修システム」も変わってくるからである。

「参加のかたち」は大きく分類すると、「自らの安全確保への参加」と「全体の安全向上への参加」に整理することができる。そして「全体の安全向上への参加」は、その実践の場から「組織全体の安全向上への参加」と「医療全体の安全向上への参加」に整理することができる(表 3)。

例えば、日本の医療の現場でも身近なところで、「参加のかたち」にはさまざまなものがあること、そしてそうしたさまざまな参加につながるエピソードを見つけることができる。

(表 3) 「患者参加のかたち」に関する概念整理

<ul style="list-style-type: none">・自らの安全確保への参加 (例) アメリカにおける、「Speak Up」や「20 Tips to Help Prevent Medical Errors」を通じた参加・全体の安全向上への参加<ul style="list-style-type: none">・病院全体の安全向上への参加 (例) アメリカにおける、病院内の「Patient and Family Advisory Councils」や「Patient Safety Round」などの取り組みへの参加・医療全体の安全向上への参加 (例) アメリカにおける、「The Institute for Family-Centered Care」のような「患者・家族本位の医療 (patient- and family-centered care)」の理解と実践を目的として 1992 年に設立された NPO 法人の取り組みへの参加

(1) 「自らの安全確保への参加」・・・患者から間違いを指摘されて事故を防ぐことができたことはないだろうか

いくらでもあるはずである。間違いを見つけているのが誰であれ、間違いに気付き事故を防ぐことができるのであるならば、その機会を医療事故防止の機会として位置付け活用していいのではないだろうか。「患者さんから間違いを指摘されてしまった」というネガティブな視点を「患者さんが間違いを見つけて事故を防ぐこと

ができた」というポジティブな視点に転換し、そのうえで、患者が偶然間違いに気付くことに期待するだけでなく、間違いに気付くことができるように、必要な情報や方法を提供し、患者が間違いに気付くことができる機会もシステムのなかに位置付け、積極的にその活用を図っていけばいいのではないだろうか。

(2) 「全体の安全向上への参加」・・・どうして患者に「ひやりはつと」を聞いていないのだろうか

事故になる手前の事例、いわゆるひやりはつと事例の収集とその再発防止策あるいは起きるかもしれない事故の未然防止策の策定は、いま医療の現場における医療安全の取り組みの柱となっているが、気がつけば、医療従事者同様、もしくはそれ以上に、医療の現場でひやりとしているかもしれない患者の声を聞いてはいることに気付くのである。

実際、医療機関において患者や家族にひやりとした経験を尋ねてみるとさまざまな体験が寄せられる。数だけでなく、医療従事者だけでは把握できていない種類についても貴重な情報が寄せられる。時に患者や家族から「再発防止策」の提言がコメントとして寄せられることもある(9)～(14)。

ちなみに、「患者や家族からのひやりはつ」というと、特別なことのような気になるが、他の産業界に目を向けるとき、「顧客やステークホルダー(利害関係者)の声を聞くのはあたりまえ」であることに気付くはずである。

4. アメリカにおける「全体の医療安全の向上への参加」の取り組みの現状

すでに述べたように、アメリカにおいては、「多くの病院、診療所、その他の医療の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」という具合に患者を「活用されないままになっている重要な資源」と明確に位置づけ、「患者参加の医療安全」が現場における具体的な取り組みとして進んでいる。そして、そうした現場の取り組みを推進するための社会的仕掛けも機能していること、具体的には、アメリカの医療機関の第三者評価機関である JCAHO が評価・認証というインセンティブを働かせながら「Speak Up(質問があつたら、気になることがあつたら、おかしいと思つたら、声にだそう)」というプログラムを展開しているし、行政機関に設置された研究機関である AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) は、患者向けに「20 Tips to Help Prevent Medical Errors(医療事故を防ぐための 20 のヒント)」

を発表しているというのもすでに述べたとおりである。

さて、これらの「Speak Up」や「20 Tips to Help Prevent Medical Errors」を、先に整理した「患者参加のかたち」の整理に照らすと、いずれも「自らの安全の確保」に向けた取り組みということになる。すでに述べたように、患者参加には「全体の安全の向上」に向けた取り組みがある。ここでは、アメリカの取り組みについて、「全体の安全向上への参加」の取り組みに焦点をあてた実践事例を報告する。

(1) The Institute for Family-Centered Care (IFCC)の取り組み:「医療全体の安全向上への参加」

The Institute for Family-Centered Care (以下 IFCC) は、「患者・家族本位の医療(patient-and family-centered care)」の理解と実践を目的として 1992 年に設立された NPO 法人である(15)。

「この 10 年の“患者・家族本位の医療”における患者・家族の位置付けはあくまでも“臨床の現場の partner”であり、医療の質や医療安全に関するプログラムや方針策定における advisors や leaders としての効果にはほとんど注意を払われてこなかった」という視点にたつて進められているさまざまな活動には、アメリカと日本の医療文化の違いがあるとはいえ、日本の「全体の安全向上への参加」の実践に向けて参考になる点が少なくない。

①医療における「患者・家族の参加の位置付け」を明確に定めている

すでに述べたように、IFCC における「患者・家族」は、単なる臨床の現場の partner として個々の診断・治療の過程において機能するだけでなく、プログラムや方針策定における advisors や leaders として医療の現場全体の改善の過程において機能することも目指している。特に後者、すなわち「医療の現場全体の改善への参加」は、アメリカの医療の現場にとっても比較的新しい取り組みであるとともにその展開に力が入れている。日本における「全体の

安全向上への参加」の参考になる点である。

なお、IFCCの「患者・家族本位の医療」のコアとなる概念のキーワードとされているのが「尊厳と敬意」「情報の共有」「参加」「協働」である(表4)。「協働」においては、それまでの「尊厳と敬意」「情報の共有」「参加」が基本的に「自らの安全確保への参加」について述べているの

に加え、最後の「協働」においては、「on an institution-wide basis」という表現を使って、医療に関することのみならず、組織の方針やプログラムの検討、実施、そして評価、また施設のデザイン、医療従事者の教育といった参加もコアとなる概念として挙げている。

(表4) What are the core concepts of patient- and family-centered care?

Dignity and Respect. Health care practitioners listen to and honor patient and family perspectives and choices. Patient and family knowledge, values, beliefs and cultural backgrounds are incorporated into the planning and delivery of care.

Information Sharing. Health care practitioners communicate and share complete and unbiased information with patients and families in ways that are affirming and useful. Patients and families receive timely, complete, and accurate information in order to effectively participate in care and decision-making.

Participation. Patients and families are encouraged and supported in participating in care and decision-making at the level they choose.

Collaboration. Patients and families are also included on an institution-wide basis. Health care leaders collaborate with patients and families in policy and program development, implementation, and evaluation; in health care facility design; and in professional education, as well as in the delivery of care.

②言葉の使い方に議論を重ねている

興味深いのは、言葉の使い方に議論を重ねていることである。

IFCCの法人名は「The Institute for Family-Centered Care」であるが、文章においては常に「patient-and family-centered care」を使っている。ホームページでは、「family」とは何を意味するのか、「family centered」なのか、「patient centered」なのか、「patient-and family-centered care」なのか、そして、「family-centered」と「family-focused」はどのように違うのかなどを論じている。ちなみに、「family」については「なんであれ—生物学的、法的、そして精神的であれ—関係のある二人以上」と定義している。また「family centered」

なのか、「patient centered」なのか、「patient-and family-centered care」なのかについては、かつて1990年代初めは小児医療に焦点をあてていたIFCCの設立の経緯から説き起こし、その小児が成長する段階でその治療における意思決定において自らが参加することを説いてきたなかで、近年特に「患者や家族の役割」を明確にする必要があると思うようになり、「patient-and family-centered care」を使用することにしたという。また、「family-centered」と「family-focused」の違いについては、「family-focused」は「医療従事者が医療のエキスパートという立場から、familyに従うべき治療計画などを授けるような使い方」であるのに対し、「family-centered」は「協働という性格であり、医療従事

者も family も、それぞれが互いの知識・技術や経験に敬意を払うもの」であるとして、その違いを整理し、「family-centered」を使用している。

振り返って、本研究のみならず日本の医療の現場が使っている「患者参加の医療安全」はどうだろうか。「患者」の意味するところ、「参加」の意味するところをあらためて検討する必要があるのではないだろうか。

③具体的な参加のかたちが議論されている： 「Patient and Family Advisory Councils」、そして 「tool kit」と「Champion」

その IFCC が「医療の現場全体の改善への参加」の取り組みとして力を入れているのが「患者・家族の声に耳を傾ける」ことを目的とする「Patient and Family Advisory Councils (以下 PFAC)」の設置である。

Patient and Family Advisory Councils、すなわち「患者・家族をメンバーにした協議会」といった組織を医療の現場に機能させることの重要性は日本においても論じられてきてはいるものの、実際そうした組織を機能させようとするれば、その人選から運営の方法など、直面する問題は多い。アメリカの医療の現場においても同様らしく、例えば IFCC のホームページにおいては、「どうしたら現場のスタッフの抵抗に打ち勝つことができるだろうか」「どうやってメンバーの適任者を見つけることができるだろうか」「どのような人をメンバーに選べばいいだろうか」といった具体的な問題を質疑応答のかたちをとって論じ、その対応策を示している。

ちなみに、「どうしたら現場のスタッフの抵抗に打ち勝つことができるだろうか」については、「まずトップが前向きな取り組みを判りやすいかたちで進めること、スタッフがそうした取り組みを理解できるような適切な情報を提供すること、すでにそうした取り組みに興味を持っている人や部署でモデルになるような取り組みを実践すること、スタッフを取り組みに巻き込むこと」などを挙げている。

また、「どうやってメンバーの適任者を見つけ

ることができるだろうか」については「推薦できるような人がいないか職員に聞いてみることで、こうした取り組みをしている団体に相談してみることで、患者満足度調査の回答者のなかに建設的なアイデアを持っているような人がいなかったか検討してみることで、そしてそうした候補者が集まったら、病院という組織でアドバイザーとしての役割を果たすことができるようになるための準備を手伝ってくれる組織もあるので活用すること」などを挙げている。

そして、「どのような人をメンバーに選べばいいだろうか」については、「他の人が学ぶことができるような方法で、自らの体験に関する情報や視点を共有する（共有させる）ことができる人」「ひとつの領域に固執せず幅広い問題に関心を向けることができる人」「よく聞くことができる人」「他の人の見解にも敬意を払うことができる人」「集団のなかで上手に話すことができる人」等をチェックリストにして示している(表5)。なお、そのリストの最後には、「自らの個人的な体験の先にあるものを理解することができる人」とあるのは心に留めておきたい。

IFCC のサポートはこうした問題を解決するため二つの大きなサポートをしている。

そのひとつが、医療の現場と患者双方にとっての指南書とも言うべき「患者や家族がアドバイザーとして参加する前の受け入れチェックリスト」「委員会やタスクフォースに患者や家族が参加するにあたってのグループリーダーやファシリテーターのためのヒント」といった、そのまま現場のガイドラインになるような実践的な toolkit を用意していることである。

そして、もうひとつが「まずトップが前向きな取り組みを判りやすいかたちで進めること、スタッフがそうした取り組みを理解できるような適切な情報を提供すること、すでにそうした取り組みに興味を持っている人や部署でモデルになるような取り組みを実践すること、スタッフを取り組みに巻き込むこと」に示されるような、いわゆる「Champion」と称するモデル事業を支援していることである。

④実践的な toolkit が提供されている

患者・家族が個々の診断や治療の過程において「参加」することはまだしも、プログラムや方針策定といった組織全体の安全向上への参加、ひいては組織全体の改善の過程に参加するというのは、実際には双方、すなわち患者や家族みのならず、組織や医療従事者にとってもそうたやすいことではない。だからこそ IFCC は具体的な取り組みが進むよう、組織や医療従事者、そして患者・家族に向けての支援活動を展開しているのである。その支援活動の一端が現場でそのまま使える「実践的な toolkit の提供」である（表 6）。

なおこれらの toolkit はいずれもホームページからそのままダウンロードして使用できるように配慮されているのみならず、アメリカ病院協会と提携し、すべての toolkit が各医療現場に配信されるようになってきているなど、現場（医療従事者）への浸透も図られている。

実践的な toolkit は、全部で 18 種類（基本的なものとして 8 種類、その他のものとして 10 種類）が紹介されている（資料 3-①②③④⑤⑥⑦⑧）。それらの toolkit、特に基本的なものとして 8 つは、日本の医療の現場においても、患者参加のあり方を整理し、実践していくためのヒントになる。

・「Patients and Families as Advisors: A Checklist for Attitudes」(資料 3-①) について

「患者や家族がアドバイザーとして参加する前の受け入れチェックリスト」とも言うべきこの toolkit は、受け入れ側にその準備ができているかを確認するものである。「私は、患者や家族が我々の関係にユニークな知識やノウハウを提供してくれると信じているだろうか」「私は、患者や家族がこのプログラムや方針の決定において参加することが重要なことであると信じているだろうか」「私は、患者や家族の意見が医療の専門職の意見などと同様に重要であると信じているだろうか」「私は、患者や家族の見解が価値あるものであることを他の人にも常に知らせているだろうか」「私は、患者や家族が自由に話がで

きるよう、患者や家族が応援されていると感じ、快適に感じるような環境を作る努力をしているだろうか」「私は、患者や家族の意見に敬意を払って耳を傾けているだろうか」「私は、患者や家族が自らの体験を超えることができるということを信じているだろうか」「私は、患者や家族に、アドバイザーの役割を果たすために、何が 필요한のか、何が期待されているのかをはっきり説明しているだろうか」「私は、患者や家族がその役割を果たすために、わかりやすい目標を立てる手助けをしているだろうか」「私は、病気や家族のために、患者や家族がアドバイザーとしての仕事から離れなければならないことがあることを理解しているだろうか」「私は、気持ちよく患者や家族に権限・責任を委譲できているだろうか」といった 12 項目は、いずれも患者や家族をアドバイザーとして組織に迎える受け入れ側の心構えとして、それぞれ納得できるものである。そして、こうした具体的な項目の明示が、受け入れが始まる前の準備、そして始まった後の常に振り返るべき拠り所としても活用されることになる。

・「Tips for Recruiting Patients and Families to Serve in Advisory Roles について(資料 3-②)

この「患者や家族が委員会やタスクフォースに参加するにあたってのグループリーダーやファシリテーターのためのヒント」は、「アドバイザーの役割を果たしてくれる患者や家族の選抜について」「打ち合わせの準備について」「打ち合わせについて」「病気への配慮について」の 4 項目について述べている。

「アドバイザーの役割を果たしてくれる患者や家族の選抜について」では、「どのような人材がいいか」について、すでに述べたような「他の人が学ぶことができるような方法で、自らの体験に関する情報や視点を共有する（共有させる）ことができる人」「ひとつの領域に固執せず幅広い問題に関心を向けることができる人」「よく聞くことができる人」「他の人の見解にも敬意を払うことができる人」「集団のなかで上手に話すことができる人」「自らの個人的な体験の先に