

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（Wertemberger, 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つた。

(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)持つ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病院の看護者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患者の主體的な参加」「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、同職者間でも「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と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な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嚮に関する 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、様々な相互作用的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。

Entwistle らは、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「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。

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、患者参加の取組が生きてくるのではないだろうか。

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., Ballegooie 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). 国際基準から見たわが国の診療 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, 橋英伸, 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, 齋木真由美, 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). 入院診療計画書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」をはじめめるにあたって. 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一改善策 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/bukyoku/isei/i-anzen/keii/index.html>

厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
(総合)研究報告書

アメリカにおける「患者参加の医療安全」に関する現状と日本における展開に向けての検討

分担研究者 鮎澤 純子 九州大学大学院医学研究院・准教授

1. はじめに

いまや日本のみならず世界的な課題となっている「医療安全」の取り組みにおいて、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。

本研究は、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、日本における患者参加の実践プログラムの検討を行ったものである。

平成 16 年度は、アメリカにおける「患者参加の医療安全」に関する現状調査として、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」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「20 Tips to Help Prevent Medical Errors (医療事故を防ぐための 20 のヒント)」や「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)」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¹⁾。

平成 17 年度は、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、WHO の「World Alliance for Patient Safety」などについて解説し、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」の位置付けを整理した。また、「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たうえで、特に「組織全体の安全向上への参加」に焦点をあてた取り組みとして、「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 (患者・家族をメンバーにした協議会) に注目し、その設置に向けてさまざまなサポート活動を展開している NPO 法人である Institute for Family-Centered Care の取り組みや、そのサポートを受けて実際に Patient and Family Advisory Councils を設置し成果をあげている

Dana-Faber Cancer Center Institute の取り組みに関し、文献調査を行い、日本における「組織全体の安全向上への参加」の実現に向けての課題を検討した 2)。

研究の 3 年目にあたる平成 18 年度は、平成 17 年度に行った「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」という患者参加のかたちの概念整理をもとに、再度アメリカにおける「患者参加の医療安全」に関する現状調査を行い、患者参加の実践プログラムの検討と効果的・教育的研修システムの検討を行った。アメリカにおいても医療安全の取り組みは日々進化している。現状調査にあたっては、本研究で現状調査を行った平成 16 年度からの進捗についても注目した。また、一つひとつの取り組みについて詳細を尋ね、これからの日本の現場に応用できるかどうかを検討できる材料を得ることに努めた 3)。

本研究の総括となる本報告書においては、これらの成果を踏まえ、まずアメリカ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を整理する。次に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」に関する概念整理をしたのち、それぞれの患者参加のあり方について、アメリカの現場の取り組みの現状を報告し、日本の医療の現場への展開を検討する。

2. アメリカの取り組みにおける「患者参加の医療安全」

(1) アメリカの取り組みにおける「患者参加の医療安全」の位置づけ

日本と同様にアメリカにおいても、「医療安全」はいま重大な社会的課題となっている。特に 1999 年にアメリカの医療事故の現状とその防止に向けた提言をまとめた報告書として、医学研究所 (Institute of Medicine) から「To Err is Human」4) が発表されて以来、医療現場はもとより、国を挙げての取り組みが進んでいる。そして先に述べたように、「患者参加の医療安全」はそのなかでも重要なアプローチとして位置づけられ、さまざまな取り組みが進んでいる。

アメリカの取り組みにおける「患者参加の医療安全」の現状を理解するためには、その背景にあるアメリカの医療安全の取り組みの概況や「患者参加」に関する文化を理解しておく必要がある。

① 広範な取り組みのひとつである

「患者の安全向上には広汎な取り組みが必要である。この取り組みに単一な解決策はない。この問題を解決する『魔法の弾丸』がないからである。本報告では、「解答」と思えるような単純な提言は行わない。複雑で大きな問題には、よく考えられた、多面的な答えが必要である。」としているのは、先に紹介した「To Err is Human」である。「患者の安全向上には広汎な取り組みが必要である」「多面的な答えが必要である」とする「To Err is Human」では、「チーム医療を構成するメンバーは医療従事者ばかりではない。そのチーム医療を構成するのは、治療担当

者、患者、それに医療技術である。可能な限り、患者を医療提供プロセスの一員として参画させるべきなのである」としているのみならず、「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」と明確に位置付け、事故防止の提言としてまとめた「医療機関が安全システムを設計するときの原則」の「有効なチーム機能の強化」のなかに「安全設計と医療プロセスに患者を参加させる」として患者参加の必要性を掲げている(表1)。こうした認識を背景に、すでにアメリカでは、「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だけでなく、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が機能している。具体的には、アメリカの行政機関に設置された研究機関である AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) 5) 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)」6) を発表し、アメリカの医療機関の第三者評価機関である JCAHO7) 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)」8) というプログラムを展開しているという具合である。

(表1) 医療機関が安全システムを設計するときの原則

<p>原則1：リーダーシップの構築</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者の安全を医療機関の最優先目標にする ・患者の安全は全従事者の責任とする ・安全に関する役割を明確にし、安全管理に期待目標を設定する ・エラーの分析とシステムの再設計に人的、経済的資源を投入する。 ・安全に問題のある医療樹寺社を特定し、対応できる効果的なメカニズムを開発する <p>原則2：人間が持つ限界に配慮したシステム設計</p> <ul style="list-style-type: none"> ・安全に配慮した職務設定 ・記憶への依存をやめる ・制約と強制の機能を活用する ・人的監視への依存をやめる ・重要プロセスは簡素化する ・作業プロセスを標準化する <p>原則3：有効なチーム機能の強化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チームに働く人々をチーム・トレーニングする ・安全設計と医療プロセスに患者を参加させる <p>原則4：不測の事態に備える</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前のアプローチ：安全を脅かす医療プロセスを検討し、事故が起こる前にシステムを再設計する ・修復システムの設計 ・正確でタイムリーな情報へのアクセスを向上する <p>原則5：学習を支援する環境</p> <ul style="list-style-type: none"> ・可能なかぎりシミュレーションを活用する ・エラーと危険な状態の発生に関する報告を奨励する ・エラーを報告しても制裁がとまわらないことを保証する ・組織序列にとらわれない自由なコミュニケーションが行われる職場文化を育成する ・フィードバック・メカニズムからの実行とエラーからの学習

②具体的な取り組みのひとつである

現場においては、単に医療安全を唱えるだけでなく、極めて具体的に国を挙げた医療安全の目標を掲げ、その達成に向けての取り組みが進んでいる。そのひとつが JCAHO による「National Patient Safety Goals (以下 NPSG)」(表 2) 9) である。

医療機関の種類別に、前年度の達成状況を検討しながら毎年発表されるこれらの目標は、単に医療安全を唱えるだけでなく、具体的な対応策とともに示されている。例えば、「Goal : Improve the effectiveness of communication among caregivers」においては、略号の標準化の必要性がその対応策のひとつとして挙げられているが、単に「略号を標準化しましょう」ではなく、「Official Do Not Use List」として具体的に「使ってはいけないリスト」が示されるのである。

先にも述べたように、評価・認証というインセンティブが機能する仕掛けのなかで、これらの目標はその具体的な対応策とともに、現場において好むと好まざるに関わらず、いやおうなしに徹底されることになる。アメリカの現場では、すでに、こうした具体的な取り組みが徹底して行われていることも心に留めておく必要がある。

③「権利と責任」の範疇にある取り組みのひとつである

アメリカの「患者参加の事故防止」を理解するためには、そもそものアメリカに

(表 2)2007 年 Critical Access Hospital and Hospital National Patient Safety Goals

Goal 1	Improve the accuracy of patient identification.
Goal 2	Improve the effectiveness of communication among caregivers.
Goal 3	Improve the safety of using medications.
Goal 7	Reduce the risk of health care-associated infections.
Goal 8	Accurately and completely reconcile medications across the continuum of care.
Goal 9	Reduce the risk of patient harm resulting from falls.
Goal 13	<u>Encourage patients' active involvement in their own care as a patient safety strategy.</u>
	<u>(13A) Define and communicate the means for patients and their families to report concerns about safety and encourage them to do so.</u>
Goal 15	The organization identifies safety risks inherent in its patient population.

おける「患者参加」に関する文化的背景を理解しておく必要がある。

アメリカの医療の現場で「20 Tips to Help Prevent Medical Errors」が発表され、「Speak Up」が実践されている背景に

は、医療行為を契約と整理し、そのなかで患者と医療職の関係を整理しかつ患者の医療への主体的な参加が不可欠であるという視点を持ち、さまざまな取り組み、例えば、「Patient Bill of Rights and Responsibilities」というかたちで、患者の権利のみならず患者の責任を議論し、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンなどを生み、実践してきた積み上げがあってこそなのだとすることを心に留めておく必要がある。

そしてそれだけの積み上げがあっても、「Speak Up」というスローガンである必要があることが示すように、そのアメリカにあっても「患者参加の医療安全」の実現というのはそうたやすいことではないことも、心の留めておく必要がある。

同じ「患者参加の医療安全」であっても、当然のことながら、医療制度や医療文化が異なるアメリカの医療の現場の提言や実践、そして参加のあり方がそのまま日本の医療の現場における提言や実践、そして参加のあり方になるわけではなく、こうした背景の違いを考慮しないまま、例えば「20 Tips to Help Prevent Medical Errors」の20項目や、「Speak Up」の7項目の実践を唱えてもうまくいくものではない。日本の医療の現場で「患者参加の医療安全」を機能させていくためには、これからまさにIOMレポートがいう「よく考えられた、多面的な答え」のなかに「患者参加」の役割を位置づけ、「医療機関や医療提供者に『エラーを起こすと高

くつく』という外部環境の圧力を作り、彼らが安全の向上に向けて行動するよう仕向ける」ことを考えながら、「安全の妨げになる法的、文化的な障害を突き崩す」といった、日本の医療制度や医療文化そのものを変えていくことが求められていくことにもなるのである。

(2)「患者参加の医療安全」に関する「社会的な仕掛け」:「20 Tips to Help to Prevent Medical Errors」と「Speak Up」

「患者参加の医療安全」の推進に向けて、アメリカではさまざまな「社会的な仕掛け」が機能しているが、本報告書では、そのなかでも代表的なプログラムである「20 Tips to Help to Prevent Medical Errors」と「Speak Up」について検討する。

①「20 Tips to Help to Prevent Medical Errors(医療事故を防ぐための20のヒント)」

「20 Tips to Help Prevent Medical Errors(医療事故を防ぐための20のヒント)(以下「20のヒント」)」(表3)は、アメリカの行政機関のなかに設置された研究機関であるAHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)が、「To Err is Human」の発表後、2000年2月に発表したものである。ここでは以下の点に注目してみたい。

(表3) 「20 Tips to Help Prevent Medical Errors」 Patient Fact Sheet.

What Can You Do? Be Involved in Your Health Care

1. The single most important way you can help to prevent errors is to be an active member of your health care team.

That means taking part in every decision about your health care. Research shows that patients who are more involved with their care tend to get better results. Some specific tips, based on the latest scientific evidence about what works best, follow.
Medicines

2. Make sure that all of your doctors know about everything you are taking. This includes prescription and over-the-counter medicines, and dietary supplements such as vitamins and herbs.

At least once a year, bring all of your medicines and supplements with you to your doctor. "Brown bagging" your medicines can help you and your doctor talk about them and find out if there are any problems. It can also help your doctor keep your records up to date, which can help you get better quality care.

3. Make sure your doctor knows about any allergies and adverse reactions you have had to medicines.

This can help you avoid getting a medicine that can harm you.

4. When your doctor writes you a prescription, make sure you can read it.

If you can't read your doctor's handwriting, your pharmacist might not be able to either.

5. Ask for information about your medicines in terms you can understand—both when your medicines are prescribed and when you receive them.

What is the medicine for?

How am I supposed to take it, and for how long?

What side effects are likely? What do I do if they occur?

Is this medicine safe to take with other medicines or dietary supplements I am taking?

What food, drink, or activities should I avoid while taking this medicine?

6. When you pick up your medicine from the pharmacy, ask: Is this the medicine that my doctor prescribed?

A study by the Massachusetts College of Pharmacy and Allied Health Sciences found that 88 percent of medicine errors involved the wrong drug or the wrong dose.

7. If you have any questions about the directions on your medicine labels, ask.

Medicine labels can be hard to understand. For example, ask if "four doses daily" means taking a dose every 6 hours around the clock or just during regular waking hours.

8. Ask your pharmacist for the best device to measure your liquid medicine. Also, ask questions if you're not sure how to use it.

Research shows that many people do not understand the right way to measure liquid

medicines. For example, many use household teaspoons, which often do not hold a true teaspoon of liquid. Special devices, like marked syringes, help people to measure the right dose. Being told how to use the devices helps even more.

9. Ask for written information about the side effects your medicine could cause.

If you know what might happen, you will be better prepared if it does—or, if something unexpected happens instead. That way, you can report the problem right away and get help before it gets worse. A study found that written information about medicines can help patients recognize problem side effects and then give that information to their doctor or pharmacist.

Hospital Stays

10. If you have a choice, choose a hospital at which many patients have the procedure or surgery you need.

Research shows that patients tend to have better results when they are treated in hospitals that have a great deal of experience with their condition.

11. If you are in a hospital, consider asking all health care workers who have direct contact with you whether they have washed their hands.

Handwashing is an important way to prevent the spread of infections in hospitals. Yet, it is not done regularly or thoroughly enough. A recent study found that when patients checked whether health care workers washed their hands, the workers washed their hands more often and used more soap.

12. When you are being discharged from the hospital, ask your doctor to explain the treatment plan you will use at home.

This includes learning about your medicines and finding out when you can get back to your regular activities. Research shows that at discharge time, doctors think their patients understand more than they really do about what they should or should not do when they return home.

Surgery

13. If you are having surgery, make sure that you, your doctor, and your surgeon all agree and are clear on exactly what will be done.

Doing surgery at the wrong site (for example, operating on the left knee instead of the right) is rare. But even once is too often. The good news is that wrong-site surgery is 100 percent preventable. The American Academy of Orthopedic Surgeons urges its members to sign their initials directly on the site to be operated on before the surgery.

Other Steps You Can Take

14. Speak up if you have questions or concerns.

You have a right to question anyone who is involved with your care.

15. Make sure that someone, such as your personal doctor, is in charge of your care.

This is especially important if you have many health problems or are in a hospital.

16. Make sure that all health professionals involved in your care have important health information about you.

Do not assume that everyone knows everything they need to.

17. Ask a family member or friend to be there with you and to be your advocate (someone who can help get things done and speak up for you if you can't).

Even if you think you don't need help now, you might need it later.

18. Know that "more" is not always better.

It is a good idea to find out why a test or treatment is needed and how it can help you. You could be better off without it.

19. If you have a test, don't assume that no news is good news.

Ask about the results.

20. Learn about your condition and treatments by asking your doctor and nurse and by using other reliable sources.

For example, treatment recommendations based on the latest scientific evidence are available from the National Guidelines Clearinghouse™ at <http://www.guideline.gov>.

Ask your doctor if your treatment is based on the latest evidence.

・科学的な根拠に基づいたものであること

またこれらの「20のヒント」に添えられている解説をみていくと、「研究によれば」「調査によれば」というように、これらのヒントが科学的な根拠に基づいたものであることが示されていることに気づく。例えば「薬局で薬を受け取る際には、“これは私の主治医が処方した薬ですか？”と確かめましょう—Massachusetts College of Pharmacy and Allied Health Sciencesの研究によると、薬剤に関するミスの80%は、薬剤の間違い、用量の間違いによるものであることがわかっています（ヒント6）」「病院を選ぶなら、あなたに必要な検査や治療を受けている患者が多い病院を選びましょう—調査によると、経験が豊富な病院で治療を受けた場合には、よりよい検査結果が得られる傾向にあることが示されています（ヒン

ト10）」という具合である。

医療の現場では EBM(Evidence Based Medicine:科学的な根拠に基づいた医療)の重要性が強調されるようになっているが、であれば、科学的な根拠に基づいた事故防止という視点も重要であることになる。こうした科学的な根拠に基づいた視点は、新しい視点での医療安全の取り組みにおいて重要な視点であることはいうまでもない。そして「患者参加の医療安全」を推進しようとするのであれば、患者自身も、「科学的な根拠に基づく」という視点の意味と意義を理解していかなければならないことになるのである。

・医療チームのメンバーを動かそうとしていること

この「20のヒント」において「積極的に参加する」ということは、医療チームのメンバーとして患者自らが実践するとい

うだけでなく、チームのメンバーを動かすことも意味していることにも注目しておきたい。「入院しているときは、あなたに直接接することになる職員に手を洗ったどうか尋ねることを考慮してみましよう—手荒いは院内感染を防ぐ重要な方法の一つです。しかし、未だ徹底されていません。最近の研究で、患者が医療関係者に手を洗ったかどうか尋ねることによって、職員はより頻繁に手を洗い、より石鹸を使用するようになることがわかっています(ヒント11)」という具合である。

②「Speak Up(声に出そう!)」

「Speak Up(声に出そう!)(以下「Speak Up」)」(表4)は、JCAHOが2002年3月に発表し、いまなお力をいれて展開している取り組みである。Speak up(声に出そう)—Pay attention(注意しよう)—Educate(自分自身を教育しよう)—Ask(尋ねよう)—Know(知ろう)—Use(利用しよう)—Participate(参加しよう)という頭文字をとって、「Speak Up(声に出そう!)」と名づけられ展開されているこの取り組みについては、以下の点に注目してみたい。

・医療機関の第三者評価機関が発表しているものであるということ

先の「20のヒント」がいうなれば国の研究機関から発表されたのであったのに対し、この「Speak Up」は、JCAHOという医療機関の第三者評価機関が発表し展開しているキャンペーンであることを確認しておきたい。

(表4) Speak Up

Speak up if you have questions or concerns, and if you don't understand, ask again. It's your body and you have a right to know.

Pay attention to the care you are receiving. Make sure you're getting the right treatments and medications by the right health care professionals. Don't assume anything.

Educate yourself about your diagnosis, the medical tests you are undergoing, and your treatment plan.

Ask a trusted family member or friend to be your advocate.

Know what medications you take and why you take them. Medication errors are the most common health care mistakes.

Use a hospital, clinic, surgery center, or other type of health care organization that has undergone a rigorous on-site evaluation against established state-of-the-art quality and safety standards, such as that provided by The Joint Commission.

Participate in all decisions about your treatment. You are the center of the health care team.

・インセンティブの働くキャンペーンとして展開していること

「Speak Up」で示されている参加のあり方そのものは、先に紹介した「20のヒント」と基本的に共通するものだが、このプログラムがJCAHOという医療機関の第三者評価機関が発表し展開しているものであるということは重要である。いくら患者参加の重要性を唱えても、医療の

現場で実践されなければ意味がない。また何より、示されている具体的な参加のあり方を「患者の勝手な言い分」として医療の現場が受け入れなければ何も始まらない。JCAHO という第三者評価機関が発表し展開している、いふなればその実践が評価・認証の対象となるのが、医療機関にとって実践のインセンティブとなるのであり、そのインセンティブが、例えば、医療機関に「Speak Up」に関する患者向けのパンフレットを作成させ、そのパンフレットをいつでも患者の手に届くよう院内のあちこちに置かせているのである。

・とはいえそれぞれの現場の裁量を認めていること

ただ、この「Speak Up」については、それぞれの施設に裁量を認めている。「Patient Bill of Rights and Responsibilities」などの背景があるアメリカにおいても、患者の医療への向き合い方やその意識、そして患者と医療従事者の関係は、地域によってかなり異なるという。またそれぞれの施設によっても異なってくる。この「Speak Up」については、JCAHO もそのプログラムの展開・浸透に取り組みながらも、それぞれの医療機関が無理なく取り組めるような支援を行うことを基本的なスタンスとしている。

この「Speak Up」のプログラムについては、JCAHO が作成した基本的なパンフレットがあるが、その文章もそれぞれの施設で適当な表現に変えていいことになっている。それぞれの施設が自由に改変して使用できるように、このパンフレットについては著作権をとっていないという。

・「個々の患者」だけでなく「public」を対象

としていること

この「Speak Up」のプログラムは「個々の患者」だけでなく「public」を意識したものになっている。特に、この「Speak Up」を発展させるかたちで2005年1月に発表された「Things you can do to prevent medication mistakes」の広報資料においては、呼びかける対象が、「public」であり「Americans」になっている。興味深いのは「薬剤事故からアメリカの労働力を守らなければならない」という視点から、「事業主は、労働者の健康管理に重要な役割を負っている」としたうえで、「JCAHOはこの新しいアドバイス（Things you can do to prevent medication mistakes のこと）を、事業主が薬剤事故を防ぐためにできることを従業員に知らせるためのツールとして、事業主に提供するものである」としているところである。

あたり前のことであるが、「患者参加の医療安全」は患者になって急に始められるものではないし、患者だけが理解していればいいものではない。すなわち「Public」へのアプローチが重要なのである。そうした「Public」へのアプローチのひとつとして、「事業主と従業員」という切り口があることも含めて、これからの日本における「患者参加の医療安全」の展開の参考になるのではないだろうか。

・次々と領域別にプログラムを展開していること

すでに「Speak Up」は、「Things you can do to prevent medication mistakes」のみならず、「Help Prevent Errors in Your Care: For Surgical Patients」「Preparing to be a Living Organ Donor」「Three Things You Can Do To Prevent Infection」

と展開している。こうした次々と積極的に展開しているということも、これからの日本における「患者参加の医療安全」の展開の参考になるのではないだろうか。

3. WHO の取り組みにおける「患者参加の医療安全」:「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¹⁰⁾。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 internationalinternational taxonomy」

「Promoting and coordinating research」「Solutions for patient safety」「Reporting and learning」を設定した(表5)11)。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(表6)12)。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。

(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年の報告書のみをみておきたい。「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。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歩踏み込んだ被害者参加のかたちとして、