

#### 文献2 Kaushalら(2007)

米国の1施設の内科系ICU(MICU)および循環器系ICU(CICU)にて調査した。MICUでは有害事象コストは3961ドル(42.2万円)、ICU日数は0.77日延長。CICUでは有害事象コストは3857ドル(41.1万円)、ICU日数は1.08日延長との結果であった。

#### 文献3 Ehsaniら(2006)

オーストラリア・ビクトリア州の複数病院の入院症例について調査した。有害事象なし症例の平均コストは2181豪ドル(20.8万円)、有害事象あり症例の平均コストは14027豪ドル(133.9万円)であった。日帰りでない症例のみに限定すると、有害事象なし症例の平均コストは5355豪ドル(51.1万円)、有害事象あり症例の平均コストは15429豪ドル(147.2万円)であった。

#### 文献4 Fieldら(2005)

米国の外来診療における高齢者の薬剤有害事象について調査した。有害事象発生前6週間のコストに比べ、有害事象発生後6週間のコストは1310ドル(14.0万円)(95%CI: 625~1995ドル(6.7万~21.3万円))高かった。予防可能な事象に限定すると、1983ドル(21.1万円)(95%CI: 193~3773ドル(2.1万~40.2万円))高かった。発生率を考慮すると、1000人の高齢者に対して年間に平均65531ドル(698.3万円)(予防可能な事象に限定すると平均27365ドル(291.6万円))の有害事象コストが発生しているものと推計される。

#### 文献5 Senstら(2001)

米国の4病院の入院症例における薬剤有害事象について調査した。薬剤有害事象の発生率は100入院あたり4.2事象であり、このうち15%は予防可能と判定された。1事象当たりのコストは2162(23.0万円)ドルであった。また、入院の3.2%は薬剤有害事象が原因となったものであり、76%は予防可能と判定された。1事象当たりのコストは6685ドル(71.2万円)であった。

#### 文献6 Thomasら(1999)

米国ユタ州・コロラド州の病院に1992年に入院した症例のうち14732冊の入院カルテを調査し、診療行為が原因となって傷害を生じたり死亡した有害事象事例459症例を把握し、コスト推計を実施した。この中には、入院中に生じたものばかりではなく、外来における誤診などにより入院が必要となった事例も含まれている。その結果、両州で有害事象を経験した患者の有害事象関連コストは年間6.6億ドル(703億円)で、州民一人当たり132ドル(14606円)であった。その内訳は、医療費が3.5億ドル(373億円)、収入減少が1.6億ドル(170億円)、家事費用が1.5億ドル(160億円)と推計された。予防可能な有害事象に限定した場合、合計は3.1億ドル(330.億円)で、州民一人当たり61ドル(6500円)と推計された。その内訳は医療費が1.6億ドル(170億円)、収入減少が0.6億ドル(64億円)、家事費用が8.6億ドル(895億円)であった。この推計結果を米国全土に外挿すると170億ドル(1兆8155億円)となり、米国総医療費の約4%に相当するものと推計された。

#### 文献7 Batesら(1997)

米国の2病院の入院症例における薬剤有害事象について調査した。薬剤有害事象により2.2日の入院延長と、3244ドル(34.6万円)のコスト増加と推計された。予防可能な事象に限定すると、4.6日の入院延長と、5857ドル(62.4万円)のコスト増加と推計された。

#### 文献8 Classenら(1997)

米国の1病院の入院症例における薬剤有害事象について調査した。薬剤有害事象は100入院あたり2.43例生じていた。薬剤有害事象により1.91日の入院延長と、2262ドル(24.1

万円)のコスト増加と推計された。

#### 文献9 Dartnellら(1996)

オーストラリアの1病院において救急外来から入院に至った症例について、薬剤関連有害事象を調査した。5.7%が薬剤関連有害事象であり、5.5%が予防可能、60.0%がたぶん予防可能と判定された。当該施設における年間有害事象コストは3,496,956豪ドル(3億3373万円)、予防不可能なものに限定すると1,629,494豪ドル(1億5551万円)と推計された。

#### 文献10 Johnsonら(1992)

米国ニューヨーク州の病院に1984年に入院した症例のうち31000冊の入院カルテを調査し、診療行為が原因となって傷害を生じたり死亡した有害事象事例1133症例を把握した。この中には、入院中に生じたものばかりではなく、外来における誤診などにより入院が必要となった事例も含まれている。これらの1133症例の有害事象を被った本人あるいは家族に対して、聞き取り調査を計画し、このうち794名から回答を得た。その結果、ニューヨーク州で有害事象を経験した成人の有害事象関連コストは年間37.7億ドル(4017億円)に達し、その内訳は、医療費が18.1億ドル(1929億円)、収入減少が4.7億ドル(501億円)、家事費用が15.0億ドル(1598億円)と推計された。

#### (2) 医学中央雑誌による検索

PubMedでは上記の検索語により201文献が検索された。そのなかで、該当文献は4件であった。4文献の概要は次の通りである。

#### 文献1 藤田ら(2007)

日本の1特定機能病院で、診療記録等から有害事象を把握し、それにより発生した医療費を推計した。有害事象症例の追加医療費は平均48万円であった。

#### 文献2 小林ら(2006a)

日本の1地域中核病院で、提出されたインシデント・アクシデントレポートから、追加医療費が発生したインシデント・アクシデントレポートを取り出し、追加医療費を算定した。追加医療費が発生したインシデント1件あたり約1万円、追加医療費が発生したアクシデント1件あたり12万円と算定された。

#### 文献3 小林ら(2006b)

日本の1急性期病院で、診療記録等から有害事象およびインシデントを把握し、それにより発生した医療費を推計した。有害事象症例の追加医療費は平均102,246円、インシデント症例の医療費は平均5,083円であった。

#### 文献4 釜ら(2004)

日本の1精神病院において、提出されたインシデント・アクシデントレポートから、追加医療費が発生したアクシデントレポートを取り出し、追加医療費を算定した。専任リスクマネージャー設置前の2001年の3ヶ月間では追加医療費が発生したアクシデント71件に対し追加医療費の合計は1069500円(1件あたり15063円)、専任リスクマネージャー設置後の2002年の3ヶ月間では追加医療費が発生したアクシデント57件に対し追加医療費の合計は838500円(1件あたり14710円)であった。

#### D. 考察

今回、文献検索により、国内外における有害事象のコストに関する文献を収集し、レビューを実施した。その結果、国外では、ICUにおける研究が2件、入院における研究が5件

(うち薬剤有害事象が4件)、外来における研究が1件(薬剤有害事象)収集された。国内では、入院における研究が2件収集された。

有害事象1件あたりの追加コストが算出されているものについては、ノンアカデミック施設のICUにおける静脈投与薬剤の有害事象による有意なコスト増加は認められなかったが、それ以外の研究では、有害事象1件当たり23.0万円～113.1万円の医療費の増加が示されていた。

国内では、釜らの精神病院における報告では入院有害事象1件あたりの追加医療費は15000円前後であったが、精神科患者を対象としていない3報告では10.2万～48万円であった。

米国医学研究所(Institute of Medicine)が1999年に公表した報告書「To err is human (邦題:人は誰でも間違える)」では、前述のJohnsonら(1992)およびThomasら(1999)の結果を用いて、全米における有害事象のコスト(収入減少、家事費用、障害、医療費の合計)は年間376～500億ドルと推計され、総医療費の4%に相当するものと推計している。

わが国では有害事象のコスト推計を行うための十分なデータは存在していないが、仮に、年間退院患者数1311万人(平成17年度病院報告より一般病床の退院患者数)に、入院中の有害事象頻度6.0%(平成15-17年度厚生労働科学研究「医療事故の全国的発生頻度に関する研究(主任研究者:堺秀人)より、カルテ数4389件中入院中に生じた有害事象263件」と、今回の国内文献のレビューにより得られた有害事象1件あたりの追加医療費10.2万円～48万円を乗ずると、801億円～3771億円と算出される。これは平成17年度病院入院医療費(平成17年度国民医療費より)の0.7～3.2%に相当する金額である。

#### E.結論

有害事象に関連したコストに関する国内外の研究論文を収集し、レビューを実施した。その結果、海外では入院中の有害事象1件あたり数十万円程度の医療費の増加を認めるものが多かった。国内では、精神病院では1件あたり15000円前後、一般の病院では10.2万円～48万円の医療費の増加が認められた。病院入院医療費の中で有害事象に要する費用は0.7～3.2%と推定された。

#### F.健康危険情報

なし

#### G.研究発表

なし

#### H.知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 参考文献

Nuckols TK et al.: Costs of intravenous adverse drug events in academic and nonacademic intensive care units. *Med Care* 46: 17-24, 2008.

Kaushal R et al.: Costs of adverse events in intensive care units. *Crit Care Med* 35: 2479-83, 2007.

Ehsani JP et al.: The incidence and cost of adverse events in Victorian hospitals 2003-04. *Med J Aust.* 184: 551-5, 2006.

Field TS et al.: The costs associated with adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *Med Care* 43:1171-6, 2005.

Senst BL et al.: Practical approach to determining costs and frequency of adverse drug events in a health care network. *Am J Health Syst Pharm* 58: 1126-32, 2001.

Thomas EJ et al.: Costs of Medical Injuries in Utah and Colorado. *Inquiry* 36: 255-264, 1999.

Bates DW et al.: The costs of adverse drug events in hospitalized patients. Adverse Drug Events Prevention Study Group. *JAMA* 277: 307-11, 1997.

Classen DC et al.: Adverse drug events in hospitalized patients. Excess length of stay, extra costs, and attributable mortality. *JAMA* 277: 301-6, 1997.

Dartnell JG: Hospitalisation for adverse events related to drug therapy: incidence, avoidability and costs. *Med J Aust.* 164: 659-62, 1996.

Johnson WG et al.: The economic consequences of medical injuries. *JAMA* 267: 2487-92, 1992.

藤田茂ら：入院患者の有害事象による追加的な医療費に関する研究、*病院管理* 44, 233-241, 2007.

小林美亜ら：インシデント・アクシデントにより発生する医療費推計の試み、*医療と社会* 16, 85-96, 2006a.

小林美亜ら：有害事象・インシデントの頻度および医療費を把握する手法の検討—入院中調査と退院後調査の比較を通して—、*医療の質・安全学会誌* 1, 23-29, 2006b.

釜英介：専任リスクマネジャーの経済的効果—医療事故に伴う追加医療費を比較して、*看護管理* 14, 298-302, 2004.

質・安全における  
患者、市民、地域社会の役割と医療参画

医療の質・安全学会パートナーシップ・プログラム代表 山内桂子

国際医療福祉大学大学院教授 丸木一成

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事 H18-医療-一般-005）  
医療の質・安全を確保する新しい医療システムを実現するための戦略に関する研究  
研究協力者報告書

## 質・安全における患者、市民、地域社会の役割と医療参画

山内桂子・医療の質・安全学会パートナーシップ・プログラム代表  
丸木一成・国際医療福祉大学大学院教授

### はじめに

医療技術が日進月歩で発展する一方で、近年、医療が持つリスクや医療の不確実さも次第に明らかになってきた。医療の選択肢が広がる中で、患者の意思と医療への参画、患者と医療者との共同作業が、かつてなく重要な意味を持つようになってきている。また、医療技術の飛躍的な進歩から、ともすれば技術を過信する風潮も見られ、「人」が中心の医療を求める声も高まっている。

自分に適した医療を選び、参加し、患者本位の医療を実現するためには、患者 - 医療者の緊密なパートナーシップとこれを支える地域社会の支援、医療機関の組織的な取り組み、そして、これらを可能にする政策と制度的なしくみが不可欠である。「患者本位の医療」は、患者・医療者をはじめとするすべての人々の願いであるが、思いだけで実現するものではなく、これを実現するための具体的な行動を必要としている。

日本でも、さまざまな立場から、さまざまな形で、「患者本位の医療」をめざし「患者・市民の医療参画」を支える活動が始まっているが、このような活動は、従来あまり目立たず、限られた範囲の人たちの間でのみ知られてきた。

しかし、そういった活動があることを知れば自分も手伝いたいと思う市民、サービスや情報を利用したいと思う患者や、自分たちもやってみようと思う医療機関も少なくな

いと思われる。また類似の立場や隣接する領域の活動はそれぞれに交流があるものの、立場を超えた交流の機会は少ないのが実情である。立場は異なるが同じ目的で活動する人々が、互いの活動を理解しあうことで、さまざまな試みが生まれやすくなり、また、このような活動の意義が広く認知されることで活動の普及・発展に必要な支援のしくみや制度づくりが進むと考えられる。

このような趣旨から、医療の質・安全学会では、2007年11月25日、第2回学術集会&国際シンポジウム「21世紀の医療と医療システムを求めて」(WHO共催)の特別企画として、医療安全推進週間公開フォーラム「みんなで創ろう、私たちの医療 — 患者・医療者・地域社会の取組み」(共催:厚生労働省、WHO)を開催した。

また、これを機会に、患者本位の医療をめざし患者・市民の医療参画を目的とした地域社会(患者・市民グループ、自治体、企業他)の活動と医療機関の取組みを広く募集し、「新しい医療のかたち」を指し示す注目すべき活動を表彰することとなった。このような活動の意義を広く市民にも医療関係者にも知らせるとともに、萌芽的な活動に対してはその継続や発展を促し、また潜在する活動を顕在化させる効果が期待された。全国の意欲的な取り組みを公募し、表彰したのは初めてのことである。全国から90団体の活動の推薦があり、患者・市民、医療機関、地域団体の3つの分野で、時代を先取りした示唆に富む団体の活動が選ばれた。

さらに、この「新しい医療のかたち」の推薦募集と平行して、医療安全推進週間公開フォーラム「みんなで創ろう、私たちの医療 — 患者・医療者・地域社会の取組み」に併設する「私たちの活動」展への展示を行うグループを募集した。フォーラム会場隣で、各団体が出展できる展示ブースを確保し、全国から参加した60団体が活動展示をした。参加者からは「これまで名前しか知らなかったが、交流の機会がもててよかった」と好評だった。

今後、患者団体が交流できる情報交換の場を提供することが必要と思われる。さらに

患者団体の活動は、その継続性が大きな課題となる。患者団体同士が、共通の課題について横断的なつながりをもって活動することも重要で、医療政策に働きかけ、自らも医療を変える場に参画するという視点が求められる。患者・市民、医療者・医療機関、地域社会・行政が、それぞれ独立して活動するのではなく、いかに協力関係を築いていくかが課題だろう。

以下、医療安全推進週間公開フォーラム「みんなで創ろう、私たちの医療 — 患者・医療者・地域社会の取組み」および、「新しい医療のかたち」推薦募集と表彰、「私たちの活動」展の概要を報告し、その意義について考察する。

## 第1章、「新しい医療のかたち」賞

公開フォーラムに先立つ会場で、第一回「新しい医療のかたち」賞の表彰式が行われた。患者本位の医療を目指した新しい注目すべき活動の推薦（自薦、他薦）を募集したところ、全国から90の団体の応募があり、委嘱を受けた選考委員会（医療ジャーナリスト9人で構成）によって、患者、医療・医療機関、地域社会の3部門から、それぞれ注目すべき活動が選ばれた。

表彰式は、選考委員長の大熊由紀子・国際医療福祉大学大学院教授と選考委員のフジテレビキャスター黒岩祐治さんの司会で行われた。黒岩さんがあいさつで、「患者中心の医療で、ともすれば患者の権利ばかりが強調されるきらいがあったが、新しい医療の形は、患者、医療者、行政のそれぞれが協力して作られることに意義がある」と語っていたが、「新しい医療のかたち」賞の狙いもそこにあった。

今回選ばれたのは、「患者を中心とした取組み」部門は、「島根県における『がんサロン』の活動」、「医療者・医療機関を中心とした取組み」部門は、東京の「新葛飾病



院 患者支援室」、「地域社会の取り組み」部門は、「NPO法人コミュニティーケアリンク東京」で、以下、順に紹介したい。

## 1) 島根県における「がんサロン」の活動

**島根県におけるがんサロン活動の歴史(1)**  
(平成15年度～17年度)

- <平成15年10月>
  - ・「癌と共に生きる会」島根代表 佐藤 均氏(故人)から『抗がん剤治療専門医の早期育成を求める請願書』が県議会議員に提出され、採択される。
- <平成16年4月>
  - ・島根大学医学部附属病院に『腫瘍科』が設置される。
- <平成17年12月>
  - ・益田市在住の納賀が「がん患者交流サロン(がんケアサロン)」を開設。  
(県内初の「がんサロン」)
- <平成18年1月>
  - ・松江赤十字病院に県内初の「院内がんサロン」である「くつろぎサロン」が開設。

**島根県におけるがんサロン活動の歴史(2)**  
(平成18年度)

- <平成18年4月1日>
  - ・出雲市在住の佐藤が出雲市内に「がん情報サロン ちよっと寄って見ませんか」を開設  
(県内初の「常設」がんサロン)
- <平成18年7月～8月>
  - ・松江市立病院に「ハートフルサロン松江」(故三成一造氏が初代代表)が開設されるなど、県内全てのがん拠点病院に次々に「院内がんサロン」が開設
- <平成18年9月>
  - ・島根県議会議員全員の提案による「島根県がん対策推進条例」が県議会に上程され、可決される。  
(全国初の条例)
- <平成19年2月>
  - ・出雲市議会において議員提案による「出雲市がん撲滅対策推進条例」が上程され、全会一致で可決される。

「がんサロン」は、がん患者や家族が集まり、療養体験を語り合い、最新治療情報を学習する活動から始まった。スライドにあるように、平成17年の益田市のがんサロスを最初に、県内のがん診療拠点病院を含む9か所の病院に「院内がんサロン」が設けられ、島根県内の15か所に広がった。がんサロンの特徴は、①患者会ではなく、いつでもだれでも参加が可能で、出入りが自由であること②活動を支える人が「お世話役」と呼ばれる③患者同士の交流が基本で、医療機関、行政も

巻き込む活動④県のホームページを活用し、サロン同士の交流——という。

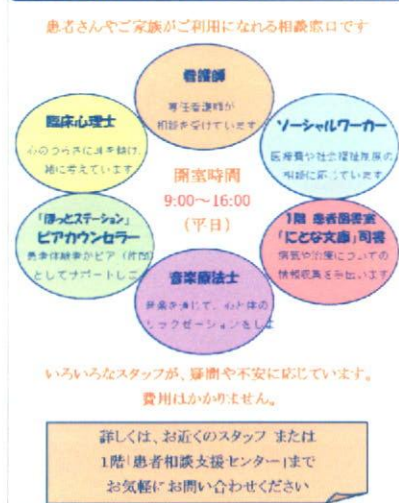
活動は、医療機関や行政を巻き込んで展開され、2006年、総合的ながん対策を目指す全国初の島根県がん対策推進条例が成立した。表彰式で、がんケアサロン代表の納賀良一さんとがん情報サロン代表の佐藤愛子さんの二人は、これまでの歩みと活動を報告、「近くもう一か所増える。患者が声を上げて活動したことが、全国初の県条例の制定に結びついた。今後も、行政、医療機関の協力を得て、がん医療を充実させたい」と抱負を述べた。

## 2) 東京の「新葛飾病院 患者支援室」

2000年から、医療事故を「隠さない、ごまかさない、逃げない、嘘をつかない」よう全職員に意識改革を求める活動を続けてきたが、必ずしも患者・家族とのコミュニケーションがうまく取れたとは言えない状況だったという。2004年10月、誤診で長男を失くした豊田郁子さんをセイフティーマネージャーとして採用、患者の視点を取り入れた医療安全管理活動を始めた。患者が自分自身の病気と向き合い、治療を学ぶことが重要として、「からだの学習館」（患者図書室）と「からだ学習館相談窓口」を設け、あわせて「患者支援室」と呼んでいる。

支援室は、患者・家族との真の話し合いを目指しており、患者の悩みを早期に把握できるように、入院生活を応援するシートを全入院者に配布、支援室スタッフがベッドサイドに出向いている。さらに、患者の視点の医療事故対策から、重大な医療事故が発生

### 患者相談支援センターのご案内



した際、当事者が向き合えるよう対話の場を持つための院内メディエーションの実践「医療ADR」（裁判外紛争解決）の月一回の研修会も行っている。

表彰式で、清水陽一院長は「父親を医療事故で亡くし、被害者の気持ちはよくわかる。あえて医療事故の被害者を専任職員に採用したのもその気持ちからだ。米国の Patient Advocate は、あくまでも中立での患者と医療者の仲介をするという話を聞き、期せずしてま

ったく同じ考えで医療事故防止に取り組んできたことがわかり、大いに励みになった」と述べた。

### 3) NPO 法人「コミュニティケアリンク東京」



ケアタウン小平を拠点に、「がん末期の人であっても、最期まで尊厳を持って暮らせるコミュニティづくり」を目指している。緑に囲まれたケアタウン小平は3階建て。1階には、24時間対応の在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、地域のお年寄りをケアするデイサ

ービスとヘルパーステーション、子育て支援などのボランティア室が整備され、2、3階が、いっぷく荘と呼ばれる賃貸ワンルームで、21戸ある。同法人理事の河邊貴子・聖心女子大准教授によると、この2年間、亡くなった患者さんは164人にのぼるが、在宅で看取りをした人は約70%という。ホスピス医の山崎章夫さんがめざした「尊厳と自立（自律）をもって暮らせる」新しいコミュニティの証ともいえる。河邊さんによると、在宅の患者を中心に、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護、訪問診療が必要に応じてケアをする従来のネットワーク型ではなく、ケアタウン小平を拠点に、患者の情報を、介護から医療までスタッフ全員が共有し、24時間の訪問診療と看護を提供する新しい医療・介護システムを作り上げたという。



「NPO法人コミュニティケアリンク東京」は、この医療・介護システム以外に、豊かな庭づくり事業、文化・スポーツ倶楽部事業、子育て及び子どもの教育に関する相談支援事業、地域のボランティア育成事業、医療や福祉に関する各種セミナー及び講演会、地

域交流などの企画、運営事業と、幅広い活動を行っている。河邊さんは、末期医療から子育て支援まで、ボランティアの参加による新しいコミュニティの活動を、子ど

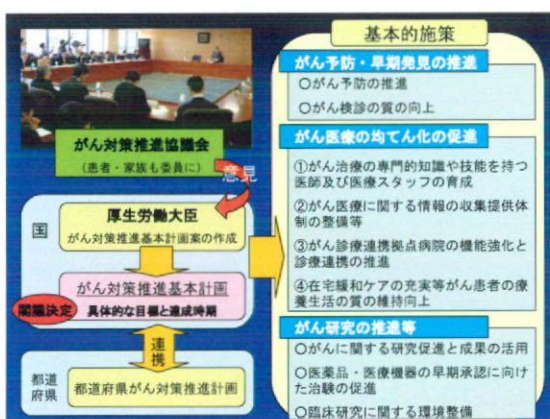
もの笑顔があふれる写真を見せながら、「学校帰りの子供が自然にケアタウンに立ち寄り、お年寄りとの交流が生まれる。ボランティアも積極的に手伝ってくれ、新たなコミュニティが生まれつつある」と紹介した。

## 第2章 公開フォーラム

### 「みんなで創ろう、私たちの医療 — 患者・医療者・地域社会の取組み」

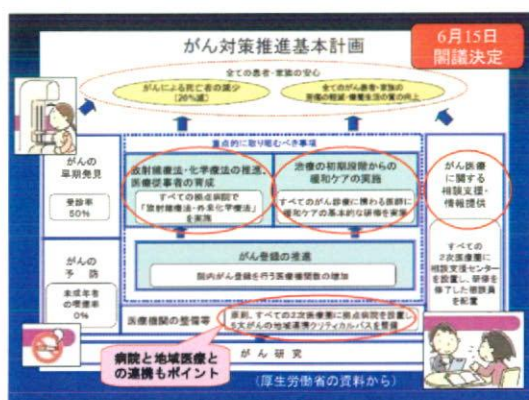
#### 第1部 患者本位の医療をめざす患者・医療者・地域社会の取組み

##### 1) 患者を中心とした取組み



読売新聞社会保障部の本田麻由美記者は、「患者を中心とした取組み」を紹介した。本田記者は、2002年に乳がんが見つかり、2003年から闘病体験による医療コラムを朝刊で連載、「がんと私」のタイトルで、患者の視点による医療やがん対策へ積極的な提言を続けている。厚生労働省の「がん対策推進協議会」委員、国立がんセンター「がん対策情報センター運営評議会」委員なども務めている。

本田さんは、患者団体の中でも、活発に活動する「がん患者団体」に絞り、わが国



の患者の活動を概観した。「がん対策基本法」が2006年6月に成立したが、その背景には、患者団体の活動が大きかったと指摘した。

本田さんによると、日本のがん医療は、地方でがん標準治療が受けられない地域格差、海外で認められている新薬が使えない未承認薬問題など、進行・再発がんの患者を「見捨ててきた」という。1999年から、未承認の抗がん剤の早期承認を求めて、広島、大阪、島根のがん患者の団体が立ち上がった。「患者・家族が動かなくて、一体だれが動く」と、がん患者自らが先頭にたった切実な運動は国民の共感も呼んだ。島根県の故

佐藤均さんもその活動家の一人で、その遺志は、今回表彰された「島根のがんサロン活動」に受け継がれている。佐藤さんは生前、「今後の医療の方針を決める会議は、医療界や行政の関係者しかおらず、患者不在」と、患者の声を行政に生かす必要性を強く訴えていた。2005年3月、厚労省の「がん医療水準の均てん化検討会」で、初めての患者団体ヒアリングが実現、同月、患者団体と厚労省担当課の意見交換会が開かれ、患者団体が、①がん政策の司令塔「がん対策本部」②患者主体の「がん情報センター」など訴えた。こうした患者の声に押されるように、2005年5月、厚労省に「がん対策推進本部」が設置され、7月には「がん対策推進アクションプラン 2005」に①「がん対策基本戦略」の策定、②「がん対策情報センター」～情報ネットワークの構築、③「がん対策情報センター運営評議会」の設置が盛り込まれ、やっと行政が動き始めた。さらに、翌年5月には民主党の山本孝史議員の「私もがん患者」との衝撃の告白があり、翌月、与党と民主党で合意し、「がん対策基本法」が成立した。この基本法を受けて、がん死亡者の20%削減、全てのがん患者・家族の苦痛の軽減、療養生活の質の向上をめざす「がん対策基本計画」が2007年6月、閣議決定された。がん対策協議会の委員18人中4人ががん患者・遺族で、2人がジャーナリストという、島根の佐藤さんの願い「患者参加」が実を結んだ。

本田さんは、患者が医療に主体的に参加する意味は、病気と治療の理解や治療選択だけでなく、同じ体験者だからこそできる患者の心のサポート、生活支援、情報交換などの患者支援活動にあるという。アドボカシーという点では、患者の視点で社会に訴えかけ、変えていくことができる点をあげている。

また、患者・体験者が行政に参加する意義は、まず「患者の視点」導入により、数々の「発見」があるという。とかく抽象的な制度論に陥りがちになるが、具体的で緊張感のある発言ができる。自らの病気と共に社会生活を営む生活者として知識の蓄積を持つ専門家であり、「医療者との橋渡し」役になることができる。患者・市民に責任と自覚

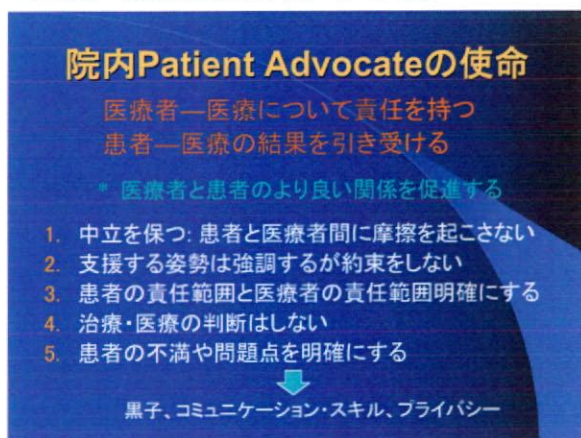
が生まれ、「医療」への認識・理解を深め、「医療」のあり方、財源のあり方を考えるきっかけになるという。

ただ、課題もある。まず、いったい、「何が患者の声か」という点だ。一部の患者のエゴでは社会の利益につながらない。様々な患者ニーズを包括的に吸い上げ、整理・優先付けして行政などと交渉できる体制が必要となる。

次は、「誰が参加するのか」という問題。行政などの検討会に参加する委員の選出法はどうしたらよいか。選出された患者委員の教育・支援機能も必要になるが、患者団体の機能を発展させるためどのような支援が必要になるか、まだ課題も多いと指摘した。

## 2) 国内外の医療機関の取り組み

米国ジョンズ・ホプキンス大学病院で、日本人患者と医療者との Patient Advocate (患者擁護者・団体) を務めたことがある岡本さんが報告した。岡本さんは、現在、東京医科歯科大学大学院博士課程医療政策講座に在籍している。米国での経験を踏まえ、日本の文化に合った「患者が満足できる医療と医師とのいい関係」を提唱。ヘルスコミュニケーションの専門家として研究・講演活動を行っている。著書に「患者第一—最高の医療」(講談社α新書)がある。



**院内Patient Advocateの使命**

医療者—医療について責任を持つ  
患者—医療の結果を引き受ける

\* 医療者と患者のより良い関係を促進する

1. 中立を保つ: 患者と医療者間に摩擦を起こさない
2. 支援する姿勢は強調するが約束をしない
3. 患者の責任範囲と医療者の責任範囲明確にする
4. 治療・医療の判断はしない
5. 患者の不満や問題点を明確にする

↓  
黒子、コミュニケーション・スキル、プライバシー

岡本さんは、医療現場での患者、医療者の調整役の重要性を説いた。患者中心の医療機関の取り組みとして、米国の病院では、医療者間、医療者と患者が何でも話せるシステム作りにも努力している。たとえば、「何かない」と看護師が、

夜間病棟を巡回するセイフティラウンドがナースコール回数を減らし、患者の事故なども防いでいる。一人の看護師の院内感染を危惧する意見が採用されて手術が中止となる

など、こうした病院のシステム作りが、医療安全に直接つながっている。さらに患者の不安や不満、理解できないことをそのままにしておかないことも大切で、患者がこれらを声に出せる環境を整えることも医療安全の重要な要素である。

岡本さんによると、米国では様々な形でこの Patient Advocate が活躍、患者が医療を受ける過程で、医療者や保険会社、雇用先などとの間で発生する様々な困難や不都合を助け、問題解決を支援している。医療保険の専門家、福祉の専門家、弁護士ら広義の Patient Advocate に対し、患者の悩みの相談窓口となって、病院に雇用され、トレーニングを受けた院内 Patient Advocate がいる。医療の専門知識があり、治療上の問題や悩みの相談にのる Clinical coordinator、医療職ではないがコミュニケーションの専門家として、患者の苦情や心配事の相談にのる Patient Representative とよばれる人たちだ。院内 Patient Advocate の使命は、医療者と患者のよりよい関係を促進することであり、患者と医療者で良好な関係が成り立っていれば必要はない職種という。それだけに、スライドにあるように、①中立を保ち、患者と医療者間に摩擦を起こさない、②支援する姿勢は強調するが約束をしない、③患者の責任範囲と医療者の責任範囲明確にする、④治療・医療の判断はしない、⑤患者の不満や問題点を明確にすることが求められると指摘した。岡本さんは「医療情報の非対称性、医療者と患者の意思疎通の困難さなどの日本の現状を見ると、あくまでも中立で両者の調整をはかる米国の Patient Advocate から学ぶことは多いのでは」と語った。

### 3) 地域社会の取組み

公開フォーラム第一部の最後のテーマとなった「地域社会の取組み」は、日本経済新聞社の医療班キャップを務めるなど医療取材経験が豊富な前村聡記者がレポートした。前村記者は、日経新聞大阪本社社会部で府警や司法記者クラブなどを担当、2001 年から東京本社社会部で、厚生労働省を担当、2004 年から、医療班キャップとして、「がん治療の実力のある病



院」など、治療成績を中心とした病院調査、2007年米国の医療体制を取材するなど、幅広く医療問題取材、2007年から、法務報道部キャップを務めている。

前村さんは、「新しい医療のかたち」賞の地域社会部門の最終選考に残った6つの団体の活動を紹介した。①NPO「地域医療を育てる会」、②NPO「あきたパートナーシップ」、③市民の医療ネットワークさいたま、④健康情報棚プロジェクト、⑤DIPEX-Japan(ディペックス・ジャパン:健康と病いの語りデータベース)、⑥NPO「コミュニティケアリンク東京」の6団体で、前村さんの発表スライドをもとに、以下紹介する。

**NPO法人地域医療を育てる会**は、2005年の設立で、千葉県東金市、藤本晴枝さんが理事長をつとめる。病院から勤務医が激減したころ、医療、行政、住民が一体となって課題解決に取り組むため住民有志が立ち上げり、組織した。情報誌「クローバー」を毎月1回発行しているが、発行部数は約20万部。研修医のコミュニケーションスキル向上のための研修に市民が積極的に参画するなど、画期的な活動を続けており、地域医療を学ぶための連続講座(通称「夢プロ」)も開催されるなど、地域での医師不足が問題となる中、地域住民の活動として注目を集めるものだ。

**NPO法人あきたパートナーシップ**は、2002年に設立された。秋田市での活動で、丸野内胡桃理事長。「患者と医療者の相互理解を進める」ための事業を開始している。丸野内理事長は、秋田県ゆとり生活創造センター「遊学舎」指定管理者であり、「医療について話し合おう連続講座」を開催、患者塾や病院利用に関するアンケートを実施し、寸劇やディスカッションによる啓発活動も活発に行っている。

**市民の医療ネットワークさいたま**は、1992年にさいたま市に設立された。上田風生代表(ほか2代表)で、市民が推薦する信頼できるお医者さんリストを柱にしたホームドクター探しと、「お医者さんと話す会」と「埼玉患者塾」を開催している。元気なときから医療者と接触することで距離感が縮めることをねらっており、埼玉県医療対策協議会にも参加し、行政に積極的に意見具申している。

**健康情報棚プロジェクト**は、神奈川県鎌倉市、石井保志さんが代表で、全国約10カ所の公共図書館や患者図書室などに「闘病記文庫」をモデルケース棚として設置している。自発的な設置が広がり、約40カ所に拡大した。インターネット上でも「闘病記ライブラリー」を公開、患者会資料、小中学校における「いのちの教育」推進のための情報支援など環境整備にも力を入れている。

**DIPEx-Japan(健康と病いの語りデータベース)**は、2007年設立、東京都新宿区、別府宏圀代表。患者自身が語る体験談から学ぼうというデータベースで、英国Oxford大学で作られているDIPEx(Database of Independent Patient Experiences)がモデル。英国では、がんだけでなく、慢性疾患やスクリーニング検査などの体験も含めて、30種類以上、1,500人を超す人々の語りを公開している。2008年度終わりまでに日本版の公開を目指して活動している。

### まとめ

- 「医療崩壊」が叫ばれる一方、地域社会でじっくりと患者、市民、医療者、そして行政などと連携して取り組んできた活動は、いま、各地で芽を出し、花を咲かせ、そして実を結びつつある
- 「医療者vs患者」「医療者vs行政」「患者vs行政」などの対立構図ではなく、同じ目線で相互の活動に参加して理解し合うことが、「医療崩壊」を防ぐ最善の策ではないか

地域社会の取り組みで受賞した**NPO法人コミュニティケアリンク東京**。2005年設立、東京都小平市、山崎章郎理事長。「ケアタウン小平」で、広く一般市民を対象に、がんなどの終末期にある人や高齢者など地域社会でさまざまな困難に直面している人々を支援、「訪問看護事業」「デイサービス事業」などを実施している。

前村さんは、各活動を紹介した後、「医療崩壊」が危惧されるいまこそ、「医療者vs患者」「医療者vs行政」「患者vs行政」の対立構図ではなく、同じ目線で相互の活動に参加して理解し合うことが、崩壊を防ぐ最善の策ではないか、と提言した。

### 第3章 公開フォーラム

#### 「みんなで創ろう、私たちの医療 — 患者・医療者・地域社会の取組み」

### 第2部 パネル討議

#### 「パートナーシップに基づく新しい医療のかたちを創るために」

第2部は、第1部の報告を受けて、医療の質・安全を高めるためのパートナーシップのあり方についてパネル討議を行った。まず、パネリストがそれぞれの立場から話題提供を行った。

#### 1) デボラ・ホフマンさん

最初の発言者であるデボラ・ホフマンさんは、アメリカのダナ・ファーバーが研究所の「患者と家族のためのセンター」のプログラムマネージャーをつとめている。この病院では、医療機関の運営や医療の質の改善について方針を決定する委員会に患者がその一員として参加するというプログラムが実施されており、デボラさんはそのサポートをしている。デボラさんは、ダナ・ファーバーがん研究所の患者参加について次のように紹介した。

ダナ・ファーバーがん研究所の患者参加は小さな取り組みから始まったが、いまや医療に様々なフィードバックを与えている。Patient and Family Advisory Councils (PFAC)のメンバーの役割は、月例評議会に参加し、提案をすることである。メンバーには守秘義務が求められている。共同議長の役割を果たす人もいる。組織的イニシアティブとして、地図や説明書作り、手洗いのキャンペーンなどが行われており、組織評議会では、入院ケア改善チームの活動の結果、患者満足度のスコアが良くなっている。そのほかにも、医療の安全や質を改善するさまざまな評議会がある。患者の声を支援することは、異なった視点を取り入れることであり、透明性を確保することである。

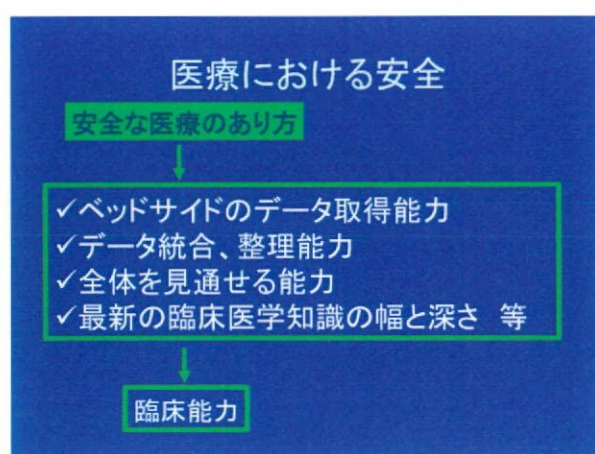
## 2) 赤津晴子さん

二番目に話題提供した赤津晴子さんは、ピッツバーグ大学内分泌代謝内科 准教授である。聖心女子大文学部哲学科卒業、上智大学院理工学研究科修了のあと、89年ハーバード大 School of Public Health 修了、94年ブラウン大 School of Medicine 修了。その後、スタンフォード大医学部内科レジデントおよび内分泌内科フェローを経て、現職についておられる。赤津さんは、医師-患者関係という「狭義」のパート

ナーシップの前提にある、「広義」の

医療におけるパートナーシップの考え方について次のように述べた。

まず、医療における安全には、臨床能力と事故対策の二つの側面があるが、医療者にとっては臨床能力という視点を欠くことはできない。これは、この臨床能力は、図のように、ベッド



サイドのデータ取得能力、データの統合・整理能力、全体を見とおせる能力、細心の臨床医学知識の幅と深さ、などの要素から構成されていると考える。

過去数年を考えただけでも、日進月歩する臨床医療知識の量は膨大に増大している。



最新の臨床医療知識抜きには、それが検査であれ、治療であれ、患者さんのために最良の選択をおこなうことはできない。患者さん側からは、医師の親切さといったことはすぐに判断できても、その医師の知識量、臨床能力は判断しにくい。また臨床医の力量を客観

的に判断する社会のチェック機構も日本には存在しない。そのような現実の中、どのよ