

WHAT IS A CARE PARTNER?

A Care Partner is a spouse, significant other, family member or friend chosen by the patient to learn ways of supporting his or her hospitalized loved one.

WE WELCOME CARE PARTNERS

The Care Partner program offers patients encouragement, love and support in order to improve healing and speed recovery. Together we can help our patients live life with dignity and in optimal health, heal to the highest degree of functioning possible, and grow in all of the ways that have meaning for them. The staff at Sharp Coronado Hospital welcomes and appreciates the involvement of Care Partners.

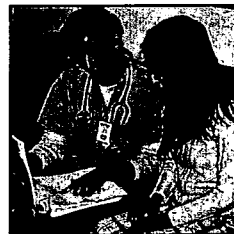
WHAT A CARE PARTNER DOES

- Acts as a family spokesperson
- Assists in meal selection
- Offers a hand to hold, a warm blanket or additional linen or snacks
- Provides emotional and spiritual support
- Serves as a patient advocate
- Learns skills to prepare for home care

Care Partner activities are identified by the patient and the Care Partner. Our experienced clinical team will provide all necessary information and education about the patient's condition and his or her medical needs. Discharge education and home-care instruction will also be provided.

WHAT WE OFFER CARE PARTNERS

- Access to health-education materials specific to the patient's condition
- Support in making the transition from hospital to home
- An opportunity to participate in a way that is agreeable
- Comfortable chair beds in private patient rooms
- A place to spend the night, with sheets and towels provided
- A pleasant family waiting room
- Meal assistance (meals may be purchased for a nominal fee)
- Quiet, reflective time in our chapel
- A special Care Partner identification badge



Care Partners provide patients with a sense of security only someone familiar to them can provide

CARE PARTNERS ARE IMPORTANT

Care Partners provide patients with a sense of security only someone familiar to them can provide. By working together, the Care Partner and the health care team provide support to reduce isolation and anxiety. Care Partners are invited to voluntarily participate in activities such as patient education, therapy and treatment.

THE PLANETREE MODEL: HUMAN BEINGS CARING FOR OTHER HUMAN BEINGS

In 2002, Sharp Coronado Hospital partnered with Planetree, an international nonprofit organization committed to personalizing, humanizing and demystifying the hospital experience for patients and their families. As part of this patient-centered initiative, Sharp Coronado is enhancing our hospital's design to create an environment that's ever more conducive to health and healing and more like a home than a high-tech healing institution.

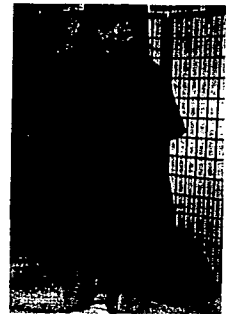


The balance of nutritional and nurturing food.

The only thing better than a warm smile is a warm cookie. Volunteers bake chocolate chip cookies in our patient-care areas and their enticing aroma contributes to a nurturing and homelike environment. The hospital cafe offers nutritious and comforting meals, and healthy Recipe-of-the-Month cards are available for anyone to take home.

The importance of human touch and human interactions.

Healing takes human touch. That's why we offer complementary therapies free of charge to inpatients at their bedside, and to outpatients, community members and team members for a nominal fee. Our award-winning complementary therapies include massage therapy, Healing Touch, clinical aromatherapy and acupuncture. State-licensed massage therapists and acupuncturists are on staff at the hospital's fitness area, the Motion Center, and we have more than 100 trained caregivers ready to provide clinical aromatherapy, Healing Touch and comfort massage.



In addition to our therapies, the relationships we have with our patients, team members and physicians are another fundamental aspect of our care. We strive to provide an experience for everyone that is significant, memorable and life enhancing. We judge our success by asking for and measuring feedback from all, and then act upon that feedback. By combining The Sharp Experience, an ongoing initiative that aims to make Sharp the best place for patients to receive care, and the Planetree model, we are able to create the "Sharp Coronado Experience" for patients, staff and physicians.



Nourishment for the soul.

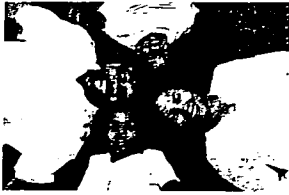
Music, storytellers, clowns and funny movies create an atmosphere of serenity and playfulness that help reduce anxiety, engage the soul and promote healing. The hospital lobby's player piano greets visitors with popular jazz ballads or soothing classical music, and harpists and violinists frequently roam the halls and play for patients. Outpatients are offered activity baskets and activity carts come around to every patient's room.

live+heal+grow

SHARP Coronado
Hospital

a planetree partner

www.sharp.com/coronado • 1-800-82-SHARP (1-800-827-4277)



The importance of family, friends and social support.

Loved ones bring a special aspect to healing that nobody else can. Visitors are welcome at the hospital at any time of the day or night and overnight stays are warmly welcomed. Complimentary recliner chairs are available for family members and private overnight accommodations are offered for a nominal fee.

We encourage loved ones to take an active part in a patient's healing and wellness in the hospital, which diminishes the sense of aloneness and anxiety. Through our Care Partners program, each patient has the opportunity to have a family member or friend formally assist in his or her care while at the hospital. To add to patients' comfort, our exceptional housekeeping staff visits patients in the morning and evening, offering them a warm washcloth, just like at a spa. They will assist the patients with whatever request they may have, whether it be to brush their hair or pray with them.

Pets have a unique way of reaching people by offering unconditional love and acceptance. Our pet therapy dog visits patients and provides lots of love and laughter.

Empowering patients through information and education.

Knowledge is a powerful tool. At Sharp Coronado, we strongly believe in patient education and encourage patients to learn about their condition. We create individualized patient information packets and allow every patient to have direct access to his or her own medical record, with a nurse or doctor available to assist with questions.



Spirituality: an inner source of strength.

There's a spiritual side to healing. Whatever your religion or source of deep meaning, you'll find peace in our chapel, healing garden, fountain garden or aquarium area. A chaplain is on staff at the hospital for patients, families or team members to offer many ways to access the power and strength of the human spirit.

Building healthy communities.

Sharp Coronado Hospital reaches out to the community. Our teams work with schools, neighborhoods and churches to assist in the practice of healthy living by providing numerous free health fairs, health screenings and physician lectures throughout the year. Every October we host the Teddy Bear Clinic and invite children to bring in their favorite teddy bear for a medical check up. The clinic teaches children that the hospital is not a place to fear — but a place that will make them feel better. We spearhead Project Care, a team effort by the community to watch over the safety of anyone needing assistance. In 2006 the entire hospital campus was made a smoke-free zone. In 2005, the hospital provided an amazing \$9.3 million in unfunded and under funded care and other community benefits.



live+heal+grow

SHARP Coronado
Hospital

a planetree partner

www.sharp.com/coronado • 1-800-82-SHARP (1-800-827-4277)

The University of Texas MD Anderson Cancer Center

1. 病院の概要

M.D.アンダーソンがんセンター(以下、MDACC)は、アメリカで4番目に大きな都市であるテキサス州ヒューストンにある。42以上の医療機関が集まる大きな医療キャンパス、テキサスメディカルセンターの一角にあり、がん予防センター、緩和ケア・リハビリテーションセンター、胸部センター、消化器センター、小児がんセンター、造血幹細胞・骨髄移植センターなど、各専門分野に分かれた外来、入院施設を含む巨大な医療施設の複合体である。

1941年に設立され、病床数512床、年間外来患者数65,000人、病院職員数約13,000人、専門スタッフ数約1,000人、ボランティア約1,600人を擁する。そのうち、看護師は2,500人(うち、リサーチナース300人、上級看護師は400人)在籍している。がん治療に関する医薬、臨床の研究や治験が数多く実施され、その実績は世界有数、世界中から研究者が集まる研修制度がある。U.S.News&World Report誌が行うベスト・ホスピタルランキングにおいて、1990年より連続してトップ2の病院の一つにランク付けされており、2007年ではがん病院部門の全米第一位に選ばれている。

2. 病院の理念とサービスの特徴

がんはその治療が複雑で難しい場合がある。がんの診断をうけ治療に臨む患者・家族のケアをするために、複数の専門職がチームとなり、その専門的な知識と技術を活かした力を合わせることによって、患者と家族によりよいがん治療をするという考えが基本となっている。そのため、チームで取り組む患者ケアを重視している。外来、入院において、医師、上級看護師、臨床薬剤師などあらゆる部門、領域の専門職を含む臨床スタッフからなるチーム診療が行われており、多職種が患者の治療計画に参加している。その特徴として、上級看護師、臨床薬剤師に薬剤の処方権や検査のオーダーを出す権利が与えられ、チーム全体で患者の情報を共有しながら協力して診療にあたっている。患者と家族もチームの一員であり、自身の病気の治療に主体的に関わりをもつことを要求している。このことは、病院の各所に配布されている多くのパンフレットや病院のホームページにおいて、多職種がチームとなってケアに関わること、病院で働く各専門職の役割についての説明が書かれていることからもうかがえる。

3. 患者への情報提供と患者教育の取り組み

1) 情報提供の基本的考え方

患者・家族が病気や治療について理解し、自身の治療に主体的に関わり、薬の管理や体調、生活の自己管理行動を促すことを目的に、パンフレットや資料の提供、患者図書室の整備、インターネットの活用の充実を図っている。病院に複数箇所設置している図書室は、小説、一般図書から医療に関するものまで用意しており、誰でもが自由に利用できる。パンフレットや資料の内容は、施設アクセスマップ、病院の概要、各施設の利用案内、病気や治療に関するものが含まれる。インターネットからホームページを閲覧すると、各専門部門の診療の内容や受診の方法について説明があり、診療の予約も可能である。専門部門のサイトに入ると、領域に含まれる病気のこと、治療法、治療の流れについて参照することができる。患者や家族を対象とした教育クラスも多く開催されており、病院全体として開催するクラスと専門部門毎に開催するクラスがある。以下、視察のプログラムで実際に見学することができた箇所での情報提供について

てあげる。

● Learning Center

施設内の4ヶ所に患者や家族が利用できる Learning Center がある。主に、疾患や治療、最新の治療、治験、生活全般に関する書籍、パンフレットが数多く取り揃えてある。パンフレットは、病院が独自に作成したものと、全米癌協会、国立がん研究所など公的な機関から有償で取り寄せたものがあり、患者や家族へは全て無償で提供される。患者や家族は、自分の病気や治療について知るために、外来や入院中でも Learning Center が開館している時間帯であれば誰でも直接来て調べることができる。その他電話やインターネットでの問い合わせや検索も可能となっている。Learning Center では職員が在駐しており、インターネットやビデオ閲覧、情報の検索でわからないことがあれば、入手方法の手伝いや問い合わせ、情報の郵送など、対応できる体制をとっている。患者教育のために独自で作成したデータベースがあり、これまでに職員によって作成された1,000以上のドキュメントが、特定のフォーマットに整理し蓄積されている。これを医療者が患者に利用することで、共通の情報内容で教育をすることができる。このデータベースを含め、患者教育に関する資料や説明書などは、患者教育室の部門が一元的に作成、管理しており、そのスタッフが医師や看護師などの臨床のスタッフとともに、患者教育の資料にはどのようなものを準備する必要があるか、どのように提供したらよいかについて話し合いを行い、必要な情報を用意している。

● ボランティアサービス

Hospitality Room では、実際に MDACC で治療を受けたがんサバイバーがボランティアとして活躍している。9時から15時の時間帯に、飲み物やお菓子を用意し、待ち時間や休息のために、誰でも自由に立ち寄りくつろげる場所を提供している。時に病気や治療のことで悩みを抱えている人の話を聞いたり、自分の経験を話すことによって、がんサバイバーの存在そのものが患者や家族の精神的な励みとなっている。

その他、ボランティアサービス部門による Anderson Network というプログラムがある。週末に開催している患者と家族のための教育フォーラム、インターネットを活用した病気や治療に関する質問、悩みを受け付けるメッセージボード、情報交換の場であるサポートグループの運営、イベントの開催などを行っている。

2) Blood and Marrow Transplantation (以下、BMT) の例から

MDACC では、年間で約700件近くの造血幹細胞移植が行われている。患者の入院生活とその後の治療経過をサポートする、“ケアギバー”という付き添い人が選定されていることが入院の条件となっている。この治療は身体的・精神的に侵襲の大きい内容であり、その後も継続的な通院治療や長期的な療養を必要とするため、移植を決断し治療に臨む患者には、それを支える周囲の人達の協力が必要であるという考えがある。24時間患者の側に付き添う必要はないが、治療計画、意思決定、教育クラスなどに一緒に参加することにより、ケアギバーも医療チームの一員として患者の治療に参画する。ケアギバーは、患者の家族、友人、契約する場合など、複数人が交代も可能で、基本的に入院期間中の患者に付き添うことが要求される。医療チームの臨床スタッフは、入院治療中のケアギバーの生活環境を整える支援や、患者をサポートするという重要な役目から生じる身体的な疲労や精神的ストレスなど、ケアギバーが抱

える問題に対してもケア介入している。

(1)BMTに関わるMSWの役割

MDACCでは、各部門に担当のMSWが配置されており、外来、入院患者すべてにMSWが関わるようになっている。ここで働くMSW数は45名、修士以上の資格をもっている。

MDACCでのMSWの役割は、患者ががんの診断を受けた時に、治療の妨げとなるような精神的、社会的問題を取り除き、患者や家族がよりよく対処できるよう支援することにあるという。まず、患者が外来診察を受けた後、MSWによって経済的、精神的カウンセリングを行う。移植治療にはドナー登録を含めて高額な治療費がかかり、その他治療費には含まれない費用も多くかかる。また、ケアギバーが患者の入院に付き添うために住居の手配が必要であり、交通費、食費など生活にかかる費用が治療期間を通して十分に確保される必要がある。テキサス州民や収入金額によって特別に受けられる援助もあり、他にもケースによって利用できる社会福祉サービスや財団が運営している基金の紹介など情報提供を行い、経済的に不安のない状態で十分な医療が提供できる環境をつくるための支援をする。家族構成や文化的背景、宗教、コミュニケーション上の支援の必要性の有無(通訳)、現在の収入、加入している医療保険、仕事の状況などについて聴取する。精神的面のカウンセリングでは、治療の障害になるような精神的問題を抱えていないか、疾患についての受け止め、コーピング能力、コミュニケーションの傾向など、これから治療を通したチームの人間関係に支障が生じえないかを評価することも重要となっている。カウンセリングでは他に、患者の医療の決定に関する委任権やリビングウィルについても、相談や書類の準備、手続きに関して介入することがある。カウンセリングの内容が医療保険の支払いに必要なとされる場合があるため、カウンセリングで入手した情報はMSWが記録管理している。

MSWは患者の治療に関するカンファレンスに医療チームの一員として参加する。カンファレンスでは患者の状態をもとに治療ケアの計画が立てられ、その情報をメンバーが共有する。問題があると評価されたケースには、問題解決と対応のための介入について話し合い、必要な介入に応じてメンバーが役割を分担する。患者とケアギバーが移植治療に同意し入院が決定されるまでに、こうした過程の取り決めをアルゴリズムに表しておくことで、移植治療に必要な事項について医療チームが同じ認識をもって進めている。

(2)BMTに関わる上級看護師の患者教育

上級看護師の役割はプロトコルの開発や研究、患者・家族の治療マネジメントと教育活動に重点が置かれている。BMTでは患者教育を継続的に行っており、入院する前の外来で行うクラス、移植時のことを含めた入院時に行うクラス、退院後の生活に備えて行う教育クラス、外来通院時に行うクラスを設けている。特に退院時に行う教育クラスは、移植タイプによって外来通院の計画やフォローの方法が異なるため、移植タイプ別に患者と家族別々に1時間半程度実施する。クラスで使用するための資料はエビデンスに基づいた内容で、注意事項がわかりやすく患者の生活に即したものであるよう、内容の改訂を続けている。詳細な内容は、食事や皮膚の保清のこと、排便コントロール、内服薬とその自己管理方法、運動、仕事の復帰、精神的安定を保つ方法、注意すべき感染徴候などが含まれている。移植をしたことによって起こりうる可能性のある事柄全てについて、患者自身がコントロールできること、コントロールが難しく受診すべき状態のことについて知識獲得を促す内容にしている。

患者の教育クラスの他に、MSWと一緒にケアギバーに対する教育も行っている。年1回のサバイバーデー、年4回のケアギバーウィークでのイベントに関わり、ケアギバーに関する講演やゲームなど、ケアギバーのストレスの軽減と精神的ケアを目的として労う機会を設けている。

4. 考察

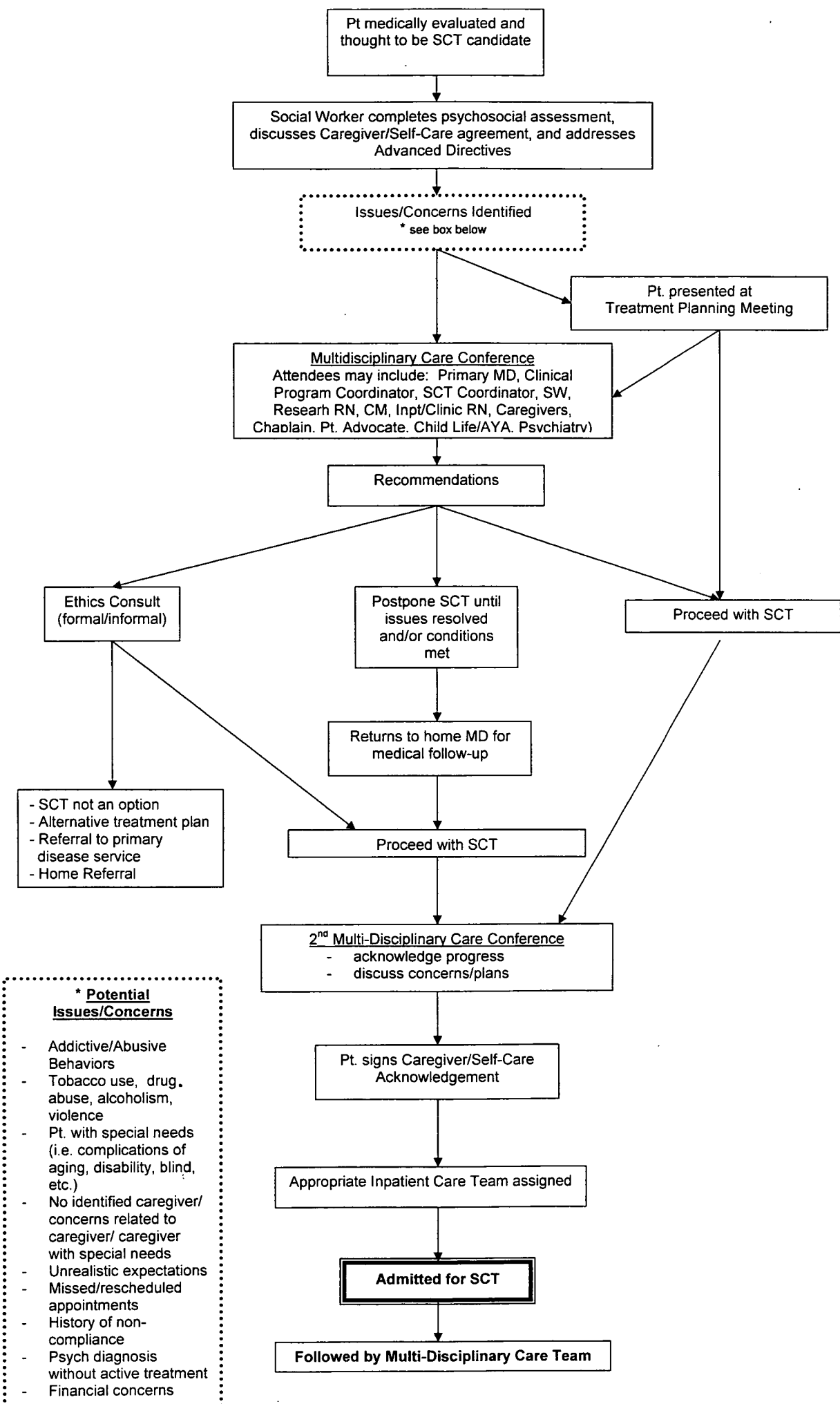
関係団体各所、病院スタッフが作成した情報を集め、患者・家族が病気や治療について知りたいと思う情報をたくさん用意し、誰でも多くの情報に触れることができる。そして、Learning Center、インターネットを活用した方法でその情報にアクセスすることができ、患者・家族が欲しいと思う情報に辿りつくために手伝うスタッフの配置、システムが整備されている。外来、入院で実施されている教育クラスでも、エビデンスに基づいたガイドラインやアルゴリズムに基づいて、患者に応じた治療計画が外来から入院、退院後までを見通して進行され、全過程で適時に教育的介入が入る。治療過程の中で患者自身が学ぶ機会は、がんサバイバーと接触する場所があること、患者や家族同士でオープンに悩み相談や意見交換ができるグループ活動があること、ケアギバーを労うイベントなど、ボランティアスタッフの活躍も含めて、人が媒体となって繰り広げられている多彩な精神的ケア、癒しの環境づくりの効果もある。両者ともチームで行う医療ケアの概念に基づき、患者と家族にも病気や治療についての知識を獲得し、自ら対処し行動することを促す狙いがある。

がん専門の高度かつ最新のがん治療を提供している医療施設として、その治療実績と臨床研究に関する世界に誇る業績から、得られる豊富な資金、集約されている人的資源を最大に活用してこそ生まれるサービスである。複数の専門部門にその役割が分担され、患者と患者を支える家族に対しても配慮した、もれのない良質なサービス提供をする仕組みが多数あるのは、MDACCの理念に対する姿勢と世界のがん治療におけるMDACCの使命、ここで働く多くの病院スタッフの力が基盤となっている。

資料17 MD Anderson CC 資料機能一覧

MD Anderson Cancer Center (BMT)																		
資料番号	内容 (タイトル)	頁	いつ	どこで	誰が	誰に	種類	作成主体	用途	義務	リスク	効率	安全	不安	知識	意識	行動	他
1	病院案内パンフレット	複数	常時公開	病院	病院	患者・家族	パンフレット	病院	運用	0	1	2	3	4	5	6	7	8
2	International Center	複数	常時公開	病院、HP	International Center職員	患者・家族	パンフレット、電話、資料、電	病院	全般的		●			●	●			
3	MSWセミナー資料		外来	外来	MSW	患者・家族	質問紙	MSW			●	●						
4	社会福祉サービスの案内	複数	外来	外来	MSW、ケースマネージャー	患者・家族	パンフレット、電話、現場	病院	全般的	●				●				
5	家族向け宿泊施設の案内 駐車料金支給サービス	複数	外来	外来	MSW	患者・家族	パンフレット	病院	全般的					●				
6	BMT Guidelines of Care	21	入院決定後	病院	医療チーム	医療チーム	資料	医療チーム			●							
7	Special Needs Algorithm for SCT Patients	1	外来	外来	医療チーム	医療チーム	資料	医療チーム				●						
8	患者用パス	1	外来	外来	看護師	患者	説明書	医療チーム						●			●	
9	ボランテイアサービス案内	複数	常時公開	病院	病院	患者・家族	パンフレット、資料、HP	病院	全般的			●		●				
10	Learning Center	複数	常時公開	病院	病院	患者・家族	パンフレット、HP、現場	病院	全般的					●				
11	Place ...of Wellness	複数	常時公開	病院	病院	患者・家族	パンフレット、HP、現場	病院	全般的									●
12	退院後生活指導用PPT	100P以上	教育クラス	病院	看護師	患者・家族	現場	医療チーム							●	●	●	
13	退院後生活指導パンフレット	各15P以上	教育クラス	病院	看護師	患者・家族	説明書	医療チーム							●	●	●	
14	When to call or return to the emergency center	1	退院準備	病棟	医療チーム	患者・家族	資料	医療チーム						●				

Special Needs Algorithm for SCT Patients



- * Potential Issues/Concerns**
- Addictive/Abusive Behaviors
 - Tobacco use, drug, abuse, alcoholism, violence
 - Pt. with special needs (i.e. complications of aging, disability, blind, etc.)
 - No identified caregiver/ concerns related to caregiver/ caregiver with special needs
 - Unrealistic expectations
 - Missed/rescheduled appointments
 - History of non-compliance
 - Psych diagnosis without active treatment
 - Financial concerns

文献番号	タイトル	著者	書誌名. 発行年月; 巻(号): 開始ページ-終了ページ
1	Ethical Approval of Clinical Studies, Informed Consent, and the Declaration of Helsinki: What You Need to	Rod J. Rochrich, M.D. and et al.	Plast and Reconstructive Surgery. 2007 Jun;119(7):2307-9.
2	Perioperative Patient Safety: Correct Patient, Correct Surgery, Correct Side- A Multifaceted, Cross-Organizational, Interventional Study	Edna Zohar, MD, MHA and et al.	Anesthesia and Analgesia. 2007 Aug;105(2):443-7.
3	Surgeon Information Transfer and Communication: factor Affecting Quality and Efficiency of Inpatient	Reed G. Williams and et al.	Annals of Surgery. 2007 Feb ;245(2):159-169.
4	Assessing Decision-making Capacity in Elderly Patients: The Gynecologist's Role	Maureen Henry, JD and et al.	Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007 Sep;50(3):800-12.
5	Plants to reduce drug risks examined	Donna Young	American Journal of Health-System Pharmacy. 2007 Aug;64(1):1568-74.
6	Evaluating teamwork in a simulated obstetric environment	Pamela J. Morgan and et al.	Anesthesiology. 2007 May;106(5):907-15.
7	Patient Advocacy: Witnessing Informed Consent For Research in Acute Care	Julia A. Goodwin, MNSc, RN	Medsurg Nursing. 2004 Aug;13(4):227-31.
8	Mentally Disordered Offenders' Abilities in Occupational Performance and Social Participation	Lindstedt, H., A. Soderlund, and et	Scandinavian Journal of Occupational Therapy.2004;11:118-127.
9	Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders	Cynthia S. Jacelon PhD RN CRRN-A	Journal of Advanced Nursing. 2004 Jun;46(5):549-57.
10	Who owns the child in hospital? A preliminary discussion	Linda Shields PhD FRCNA	Journal of Advanced Nursing. 2003 Feb;41(3):213-22.
11	Decision-making in the treatment of elderly people: a cross-cultural comparison between Swedish and German physicians and nurses	Jorg Richter PhD	Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2002 Jun;16(2):149-156.
12	Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities	Margaret Holmes-Rovner PhD	Health Expectations. 2000 Sep;3(3):182-191.
13	Correlates of Hospitalized Patient' Perceptions of Service Quality	Barbara A. Niedz	Research in Nursing and Health. 1998 Aug;21(4):339-49.
14	Patients' rights and the admission and discharge	Renata Klop PhD	Health Expectations. 2000 Sep;3(3):182-191.

文献 NO.	概要
1	<p>現代医学の実験は以下の段階からなるものである。1. 概念化、2. 理論の確立 3. 具体性の確立、4. シミュレーションとテスト、5. 動物実験、6. 人体実験 ここで注目すべきは、人体実験が最後の段階におかれていることである。投薬、 外科手術は、人体へ影響を直接及ぼすため、倫理的規約と安全措置(Safeguard)が人 体を危険性から守るため開発された。</p> <p>かつて、奴隷や家族を人体実験の対象としてきた時代から、20世紀の人権擁護の 時代へと変わった。この人権の尊重は、第二次世界大戦後、以下の項目を含む倫理 ガイドライン Nuremberg Code を生み出した。1) インフォームド・コンセントは きわめて重要なものである、2) 医療リサーチは動物実験をまず先に行なう、3) 利 益はリスクに勝る、4) リサーチはしかるべき研究者によって行われる、5) 身体的、 精神的被害は避けなければならない、6) 致命的な怪我や死を招くようなリサーチは 行ってはならない</p> <p>1964年のヘルシンキ宣言、1966年の Henry Beecher による「倫理と臨床試験」、 1970年代のナショナルコミッションの設立などは、Nuremberg Code の再解釈によ るものである。1979年、ナショナルコミッションはベルモントリポートを発表した。 それは、以下の3つの倫理的原則が人体実験に含まれるべきであるとした。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 実験対象者の尊重 2. 有益性 3. 正義 <p>そして現在、生物医学の論文はヘルシンキ宣言の倫理規約に沿った実験によって 構成されている。このヘルシンキ宣言は以下の3つのセッションによって構成され ている。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 基本的原則 2. 臨床ケアを含む医学リサーチ 3. 人体実験を含む非治療生物医学リサーチ
2	<p>すべての患者は病院の管理上の欠陥や人為的ミスの危険性にさらされている。麻 酔専門医、外科医、看護師、補充スタッフはそれぞれ異なった専門性を必要とする。 患者の周術期 (Perioperative patient) の安全を守ることを目的とした医療機関の 介入は必要なものである。</p> <p>2001年、「患者の安全を第1」とするプロジェクトを始めた。本論文は、周術期 患者の安全性の向上を目的としたプロジェクトの結果を示す。</p> <p>メイヤーメディカルセンター (MMC) は713のベッドを持ち、15の外科部が毎 年5000の症例を扱っている。</p> <p>研究は1) 2001年から2002年にかけての治療処置のための組織的、教育的側面 の規定、2) その後の実施機関の2つに分けられた。</p> <p>各周術期の出来事、成り行きの関連性を与えるため、前手術準備チェックリスト (a preoperative checklist)を作成した。このリストは看護師によって埋められた。</p>

	<p>周術期の間の決められた段階で、リストは検証された。また、患者の手術準備に関してはゼロ容認の原則を用いた。</p> <p>この原則下では、患者に麻酔と外科手術への準備に関する重大なエラーが改善されるまで、患者の手術は延期されることとなった。</p> <p>その後の実施機関では、患者が治療の次の段階に進むとき、埋められたリストは検証され、まだ書き込まれていないリストの箇所が埋められた。</p> <p>その際、「不首尾」とされる箇所は記録、分析された。また、すべての事例は病院理事と看護長からなる委員会が調査した。</p>
3	<p>医療ミスにおける重大な原因の1つは勤務医間のコミュニケーションの損失によるものだとされている。医師とスタッフの間でコミュニケーションがどのように行なわれているのは、コミュニケーションが患者のケアに対して肯定的、否定的に働くのかを調べた。</p> <p>調査は看護師、麻酔専門医を含む医局グループを直接観察し、ウェブによるアンケートのデータ収集を行なった。</p> <p>328 のコミュニケーション損失事例が収集された。そのうち、180 は症例報告、148 は一般的なコメントだった。コミュニケーション損失が内科医とスタッフの間で以下のような結果をもたらす事が分かった</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 責任を曖昧化させる： <ul style="list-style-type: none"> 症例に携わった人数、専門医の数、責任者に関する説明の不足 2. 医師の患者に関する情報の不足 3. 医師の目の前の患者に対する興味の喪失： <ul style="list-style-type: none"> 11 の事例で医師は重大な患者を優先すべきとした 4. 情報の曲解：送り手の受け手に対する認知不足、スタッフの知識の欠如 <p>これらのコミュニケーション喪失から患者への対応の遅延（77%）、時間の浪費（48%）などが発生したと報告された。</p> <p>特にコミュニケーションを必要とする場面として 1) 勤務員のシフト変更時 2) 患者の配置変更時が挙げられた。</p> <p>そこで、以下のようなコミュニケーション原則の提案が考えられる。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 行動、理由を明確に伝える 2) 必要な情報は豊富に伝える 3) だれが責任を負っているのか明確にする 4) だれが、いつ行動を支持したのか、適時分かるようにする 5) 医師間のブリーフィングは受けとられ、理解されるやすいものにする。内容実行のために何も障壁とならないよう作成する 6) 情報伝達手段は適格なものを選ぶ 7) Eメールなどの非同時的コミュニケーションは適当である時に用いる 8) どのように人を呼び出すか、有効的な方法を考える 9) 口頭による情報伝達は、曲解につながることを念頭に置く 10) 医局内の権力構造、権力差は情報伝達とコミュニケーション上の問題となる

	<p>ことを念頭に置く</p> <p>11) 医師とスタッフは患者の基本的な容態を簡単に正確に得られるようにする</p> <p>12) 経験豊富な勤務者とそうではない者の知識の幅を認識する</p> <p>アクションプラン</p> <p>1) 責任者の明示、責任者に容易にアクセスできるようにする</p> <p>2) 職務と責任を分かりやすく明確に、その職務の担当者に割り当てる</p> <p>3) 各患者へ1つのケアチームを主要チームとして割り当てる</p> <p>4) 情報伝達を習慣化、形式化させる</p> <p>5) 患者がケアチームの治療を受けること、患者の異動の際はそのチームから患者が離れることを前提とする</p>
4	<p>外科医は老年患者の意思決定能力をどのようにして捉えるべきか考えなくてはならない。意思決定能力はインフォームド・コンセントを得るうえで重要なものである。</p> <p>能力の二分法によれば、患者は能力の有無に関して”Yes (持っている) ”、”No (持っていない) ”に分類される。しかしこの方法では、様々な要因が無視される。二分法の間層は多数存在する。</p> <p>これらの患者にとってどのようにして意思決定を行なうのがベストであるのか、患者の自立性の尊重、代理人による意思決定、法手段の適用を含めて検証する。</p> <p>患者には以下の4つの機能が意思決定の際、必要となる</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 選択肢を選び、伝える 2. 情報を理解する 3. その情報の内容が患者自身にどのように影響するのか理解する 4. 意思決定を与えられた情報を把握した上で、理知的に導く <p>医師は、患者が上記の4つの機能を持ち合わせているか、的確な意思決定の代理人がいるかを考えなくてはならない。また、患者を最大限、意思決定の場に含めることで法に則ったインフォームド・コンセントを得ることが出来る。</p> <p>患者の自立性と福祉的側面の尊重、不必要な意思決定の遅延、医療コストの削減からも以上の事は重要である。</p>
5	<p>リスク現象のためのアクションプラン(risk minimization action plan: RiskMAPs)は患者が不必要かつ危険の伴う医療回収を削減するための手助けとなる。</p> <p>このアクションプランのうち4つは製薬が販売された後に深刻な欠陥が生じたために立てられた。しかし、同時に投薬介入が薬剤へのアクセスを保障し、患者の安全への妥協を許さない限り、RiskMAP は患者のケアに対する障壁となってはならない。</p> <p>そのためリスク別にわけた製薬調査のスタンダードが必要となるが、このアプローチが患者にとってベストであるとも限らない。製薬流通と患者の安全面のための様々なプログラムがすでに存在する。</p> <p>TOUCH (Tysabri Outreach: Unlimited Commitment to Health) 11000 人の患</p>

	<p>者が参加した natalizumab の検査プログラムでは、2 件の多病巣性脳障害 (progressive multifocal leukoencephalopathy) が認められたために販売が延期された。管理上の問題の TOUCH に対する管理上の負担から処方医は natalizumab を処方しない傾向が見られた。</p> <p>本来 RiskMAP は、「適切な患者」に適切な製薬を投与することを目的としたものだが、処方の傾向そのものが下がるという予期しない結果となった。</p> <p>ペンシルバニア大 Storm 教授は、これを RiskMAP が薬剤投与の必要な患者だけに行なわれた成功の証しであると述べた。また、遺伝子検査による個人化された薬剤が世に出回るまでは、RiskMAP は「完全に理論的なアプローチ」であるとした。</p>
6	<p>産婦人科のように危険性の高い診療科では、現場における各勤務者の認知能力と対人能力が患者の安全性に深く関わるため、非専門的な診療に対する振る舞いを調べるのが重要になる。</p> <p>ORMAQ (Operating Room Management Attitude Questionnaire: 手術室管理姿勢に関するアンケート) が医療現場では、麻酔専門医と外科医の各個人の医療パフォーマンスを調べるために使われている。</p> <p>本稿では、ORMAQ を応用した HFRS (Human Factors Rating Scale: 人間的要素評価のためのスケール), GRS (Global Rating Scale: 統合的要素評価のためのスケール) と名づけた各評価システムがどの程度産科診療において信頼できるデータを与えるかを調査した。</p> <p>HFRS はリーダーシップ、自己表現、情報のシェア能力、チームワークを 45 のチェックリストから構成した。GRS ではチームの医療パフォーマンスを 5 段階で評価した。</p> <p>シミュレーションセンターとして、設備の整った、帝王切開の可能な現場を置いた。調査用シミュレーションシナリオの想定場面のために、英国の母体死に関する匿名調査を基にした、母体死に繋がる要因を特定した。結果、以下の 4 つのシナリオを含むものが完成した。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 子癇前症を伴う緊急の帝王切開 2) 胎盤剥離を潜在化させる胎児の徐脈が認められる 3) 34 週 of 双生児のへその緒の脱出症を伴う緊急の帝王切開 4) 胎児の心拍数を確認することができない病的に肥満な母体による分娩 <p>34 人の調査参加者 (16 人の看護師、6 人の産婦人科医、6 人の麻酔専門医、6 人の医局勤務者) が 13 のシミュレーションを繰り返した。71 の HFRS と GRS の検証が得られた。</p> <p>結果、HFRS による検証では、産婦人科医療現場では、個人のパフォーマンス、リーダーシップなどと医療の安全性の関係に関する十分な説明を得ることが出来なかった。また、GRS では、各シナリオを通じた総括的な説明を得ることは出来たが、各シナリオへの個別の形成的評価を下すことはできなかった。</p>
7	<p>急性期ケア環境での研究のインフォームド・コンセントの立会いには、2 通りの</p>

	<p>見解がある。1つはナースが署名に立ち会うとし、もう1つはインフォームド・コンセントそのものに立ち会うとするものだ。</p> <p>基礎的、臨床的であろうと看護研究は看護専門職には欠くことのできないものだ。ICN(International Council of Nurses)と NINR(National Institute for Nursing Research)は疾病研究に加え、看護研究はケア、ヘルスプロモーション、疾病予防、症状管理、新技術の使用、健康格差、エンド・オブ・ライフケアの質と費用効果を研究するのだと強調している。</p> <p>健康管理機構認定合同委員会は(The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) 治療と研究のための同意についての一般指針をしめしているが、同意立会いプロセスについては明確にしていない。そのため施設は同意について独自のガイドラインの制定・実施をするほかなく、一定のアウトカムはない。</p> <p>臨床環境でのインフォームド・コンセントのプロセスの情報資源となるような施設方針や手順が存在するべきである。有効な方針には同意取得に誰が責任を持っているかが明確になっているものだが、その中には研究のためでなく、治療のみの同意について触れているものもある。</p> <p>残念なことに、研究でのインフォームド・コンセントに明確な方針は、全ての医療施設では使用されていないと考えられる。研究者が調査展開し実施承諾を得ようとする中で、研究者間には同意ガイドラインがあるかもしれないが、研究が行われる施設の中では方針はないかもしれない。</p> <p>研究の中で同意立会いやデータ収集を期待されるナースは参考にする方針や、自身の業務をガイドとする明確な方針がないため、著者はこのギャップは懸念すべきものと捉える。</p> <p>インフォームド・コンセント立会い前に急性期ケアナースへの調査研究についての教育が行われれば、その条件に見合うこととなる。</p> <p>連邦政府政策の被験者保護の 46. 117 条にはインフォームド・コンセントの立会い手順が記載されており、要約された書面形式の同意書が使用される際は、研究同意の口頭提示に立会いは必要であることが明記されている。</p> <p>ナースは患者の擁護者であり、後者の見解は看護専門職により適格なものであると考えられる。ナースは臨床現場での役割から法的、倫理的な責任を全うすること、そして患者が情報提供を受け自発的な研究参加者となれるよう擁護することに義務がある。この役割は変わりつつある研究に応じた、施設方針の変化を促進するものである。</p>
8	<p>この研究の目的は精神障害犯罪者 (MDO) の職業パフォーマンス (OP) と社会参加 (SP) について記述し、専門家と MDO のこれらの能力への評価を比較することにある。</p> <p>また、疾病分類グループ、また物質関連障害の有無別グループについても OP と SP の関連にて比較が行われた。</p> <p>自己評価インスツルメント (日々の職業実行能、自己効力感スケール、重要性ス</p>

	<p>ケール、社会的相互作用のインタビュースケジュール)、観察(アレン・認知レベル・スクリーン)、レジスター・データ(心理社会的・環境問題 Psychosocial and Environment Problems---IV軸; 機能の全体的評定尺度 Global Assessment of Functioning Scale---V軸; 特定の機能障害を持つ人へのサポート・サービスのアセスメント Assessment Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments)が活用された。</p> <p>全国スウェーデン司法医学委員会(the Swedish National Board of Forensic Medicine)により人口統計データ・レジスター・データが収集された。16ヶ月の期間中にインフォームド・コンセントののち選抜された161人の被験者のうち、74人(46%)が各自病棟にてインタビューを受けた。MDOは職業パフォーマンスや地域生活参加についていくらかの障害を示した。</p> <p>しかし彼らは自身のパフォーマンスや参加に満足しており、障害の認識に限りがあることが示唆された。</p> <p>専門家は、MDOは社会的参加に問題、いくつかの部分で長期に渡る重大な障害を抱えていると判断した。</p> <p>統合失調症患者はOP、SP変数の一部で人格障害患者や他の精神障害患者よりも低スコアを示した。結果から、MDOの大部分は地域生活が可能となるようなサポートが必要だと考えられる。</p>
9	<p>アメリカでは75歳以上の人々の40%が毎年入院しているが、文献ではこういった入院について視点を深められていない。この調査は入院中の高齢者の経験や行動を明らかにし、彼らの経験の真意を見出し、彼らが入院中に関与する社会的プロセスを説明する実質的理論の展開ができるようデザインすることを目的とした。</p> <p>グラウンデッド・セオリー展開のためインタビューと参与観察データが用いられた。参加者は最低で75歳、英語を話し医学的な理由(手術目的でない)から入院をしたことがあり、インフォームド・コンセントを行える人々とされた。高齢者、家族メンバー、高齢者にケアを提供する正看護師にインタビューが行われた。</p> <p>高齢者には病院生活の中で2時間の観察が行われた。コンピュータ利用のデータ分析にはオープン・軸足・理論的コード化(open, axial and theoretical coding)が用いられた。研究の信頼性を高める方法として、持続的な観察、参加者の照合、ピア・リサーチ・サポート、熟達した老年看護研究者による監査が用いられた。</p> <p>入院は健康上の変化が断定されるときから始まり、帰宅に向け調整する過程まで続くプロセスと特徴づけられた。人的整合性はダイナミックで個人に内在し、健康、尊厳、自主性により成ると捉えられた。</p> <p>入院中、高齢者は自身の人的整合性の管理のための方策をとっていた。初期では健康に関する方策を中心に、後に尊厳、最後は自主性に焦点を当てていた。</p> <p>入院下にある高齢者はヘルスケア提供者との関係の持ち方、健康・尊厳・自主性を管理するためにとる行動を選択していた。これらの結果は看護ケアの発展と更なる研究に示唆するところがある。</p>
10	<p>人の所有とは人権侵害としてみなされるが、オーナーシップ概念は子どもの入院</p>

	<p>時の保護者とスタッフの相互作用に関係すると提案する。この文献はディベート促進を目的とし、子どものオーナーシップ研究・討論についての研究の探求について説明する。</p> <p>このトピックと関係があると思われる全文献の調査は行えなかったが、図書目録、データベース、大衆向けメディアを用いた。データベースは英語文献があり研究内で扱ったが、英語・スウェーデン語、アイスランド語以外の文献は扱えなかった。</p> <p>子どものオーナーシップ概念がいかに医療専門職と保護者間の関係、最終的にはヘルスケア提供にどう影響するのかを調査した研究はなかった。</p> <p>過去の文献には人間のオーナーシップは多くの文化で見られ、かつて保護者は子どもの所有者であったと捉えられていた。</p> <p>他者の所有とは法的なニュアンスがあり、例として結婚が破綻したときの保護者争いや、代理人や受胎補助の結果に関する倫理的ディベートが挙げられる。</p> <p>これは医療ではインフォームド・コンセントや自主性との関わりからも、移植分野で論議を起こす問題となっている。また輸血を拒否する宗教的グループにとっても大きな問題である。</p> <p>医療でファミリー・センタード・ケアやケアにおけるパートナーシップといったモデルは保護者とスタッフ間のポジティブなコミュニケーションによるものとされている。</p> <p>病院スタッフメンバーがケア対象である子どもを所有するような感覚を体験しているのであれば、本質的に「子どもに最善の利益をもつ」のは誰であるかをめぐると対立が起こりうる。</p> <p>まとめとして、保護者かスタッフか、入院下の子どもの所有は誰にあるのだろうか。この問題はそもそも論議すべき話題であるのだろうか。</p> <p>成人、子どもであろうと、他者の所有とは近代の人権理念に倫理的に正反対の概念だろうか。これらの問いへのコメントを募る。</p>
11	<p>この研究の目的は、異文化視点から医師・看護師の、重症で無力な高齢者の治療判断における比較可能性を評価することである。</p> <p>便宜的標本としてドイツの医師 192 名、看護師 182 名、スウェーデンの医師 104 名、看護師 122 名が、横断的研究の質問表により調査された。</p> <p>様々なグループのうち 39～58%が患者意思と一致しない治療選択を行っていた。しかし医師よりも看護師のほうがはるかに高いコンプライアンスを示した。</p> <p>患者希望についての情報を増加することで心肺蘇生法を行う確率は低下した。医師の宗教や病院のコスト面があまり重要でなかった一方、倫理的問題や患者希望は治療決定の最重要決定要因であった。</p> <p>グループ内、またグループ間での意思決定に関する不一致は 基本的な価値や社会的意見の一致の欠如を反映し、患者の自主性改善の必要条件を示している。</p> <p>メディカルトレーニングでのインフォームド・コンセントのオリエンテーションを含めたコミュニケーションスキルに加え、重症高齢患者の治療に関連した問題に更に焦点を当てる必要がある。</p>

12	<p>診療所や入院施設での出来高払い制での、意思決定共有プログラムの実行可能性について究明することを目的とする。</p> <p>方法として、調査と参加観察を行ない、患者予後研究フェーズ1からのデータ取得。研究場所と対象者はミシガン州にある3ヶ所の病院：299床の農村域にある病院、650床の都市病院、459床の都市郊外教育研究病院。プログラムに同意した全看護師・医師が評価に参加した。(n=34)</p> <p>具体的には、2つの意思決定共有マルチメディア・プログラム(SDP)を用い、乳がん外科治療または虚血性心疾患治療の選択時に調査等を行った。</p> <p>主要な結果判定法は、1) 臨床医によるプログラムの質評価 2) 病院環境での課題 3) 患者紹介率である。</p> <p>結果は、SDPプログラムは明確、正確で、情報量・長さも適切と判断された。またこのプログラムは患者にとって意思決定前の理解に情報を提供し、有用であるとも判断された。臨床医は患者が治療に関する意思決定に参加したかについて中立的な位置をとっていた。</p> <p>SDPへの紹介量は予測よりも低かった:3ヶ所の病院で7ヶ月、24人であった。実施課題は、患者ケアへの時間的制約を中心としたものであった。</p> <p>まとめとして、アメリカのヘルスケアにおける生産性と時間的制約は意思決定共有プログラムの実施を抑制するものだ。医師の紹介は患者アクセスにとって、信頼性のあるメカニズムとはいえないかもしれない。</p> <p>可能な革新として、1) インフォームド・コンセント・プロセスへの合同/組み込み 2) SDPを質指標に利用するため、病院日常業務でのプロバイダーや支払人の必要条件(provider or payer negotiated requirement in the routine hospital procedure to use the SDP as a quality indicator) 3) 患者にSDPプログラムを実施可能とするプロフェッショナル・プロバイダーへの支払人返済???が挙げられる。</p>
13	<p>この研究の目的は入院患者のサービス品質への認識を4つの変数 1) 人材業務へのナースの認識 2) 実務での自主性へのナースの認識 3) 看護ケアへの患者満足度 4) サービスの組織風土への患者の認識 との関連から調査することである。</p> <p>サンプルはある救急病院のナース-患者ペア、102名である。患者は改良版ヘルスケア・サービス・パフォーマンス・インストルメント、改訂版Lamonic-Oberst患者満足度スケール、組織風土サービス意味尺度への回答を行った。ナースは従業員離職診断、デンプスター実務態度スケールへの回答を行った。</p> <p>4つのうち2つの相関仮説が裏付けられた。看護ケアへの患者満足度、サービスに関する組織風土は、それぞれ患者のサービス品質への認識に明らかに関与していた。多変量の回帰仮説は支持されなかった。</p> <p>理論に基づいた2つの相関仮説の支持ができなかったのは、ペア式の研究での方法上の問題によるものかもしれない。</p>
14	<p>この研究では患者と関係を持つナースにとって、患者の入退院プロセスは何を意味するか調査する。</p>

研究の焦点は患者権利、総合病院や地域の病院に勤務するナースの権利や義務である。またここではインフォームド・コンセント、インフォームド・リファール、インフォームド・ディスチャージという3つの概念からなるインフォメーション・スタンダードを導入している。

綿密なインタビューは患者(n=11)、ナース(n=22)を対象に行われ、インフォメーション・スタンダードに関連した、入退院プロセスへの見解や個人的体験の解明を試みた。インタビューは定性調査にて分析が行われた。

結果より患者は入退院プロセスに不満を示さないこと、病院や地域のナースとの間の情報交換については情報提供されていなかったことがわかった。また地域のナースはしばしば患者の入院についての情報を知らされていなかった。

連携のないコミュニティナース・病院勤務ナースによる在宅ケア看護プログラムがおこなわれ、不適當な看護ケアが生じていた。