

表 11 The University of Texas MD Anderson Cancer Center で提供される媒介物の機能分類結果

MD Anderson Cancer Center(BMT)										リ ス ク	効 率	安 全	不 安	知 識	意 識	行 動	他		
資料 番号	内容(タイトル)		いつ	どこで	誰が	誰に	種類	作成主 体	運用	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	病院案内パンフレット		常時公開	病院	病院	患者・家族	パンフレット	病院	全般的					●	●				
2	International Center	海外渡航者のサポート部門	常時公開	病院、HP	International Center職員	患者・家族	パンフレット資料、電話、Fax	病院	全般的	●				●	●				
3	MSWセミナー資料	MSWの役割と機能について、カウンセリング内容	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	治療費、入院・通院中にかかる費用に対する経済的サービスの情報、休職期間の保証などの手続きに関して行う支援に必要	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	ケアギバーの宿泊施設、駐車料金の支援サービスなど	外来	外来	MSW	患者・家族	パンフレット、電話、現場	病院	全般的					●	●				
6	BMT Guidelines of Care	造血幹細胞移植についてのガイドラインとプロトコル	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	患者の入院決定までのアルゴリズム	外来	外来	医療チーム	医療チーム	資料	医療チーム				●	●						
8	患者用バス	SCT患者提供用のバス		外来	看護師	患者	説明書	医療チーム						●				●	
9	ボランティアサービス案内	・PINIC ・電話対応 ・患者ネットワーク ・がんサバイバー など	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	患者図書室の利用方法、サービス案内について	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	鍼治療、アロマセラピー、マッサージセラピー、料理、太极拳、教会など、患者・家族のQOL向上のために提供しているサービス	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	患者・ケアギバーに対して行う移植別教育クラスで使用するPPT	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	移植タイプ別教育資料(自家移植、同種間移植)	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	退院後の緊急連絡先一覧	退院準備	病棟	医療チーム	患者・家族	資料	医療チーム					●	●					

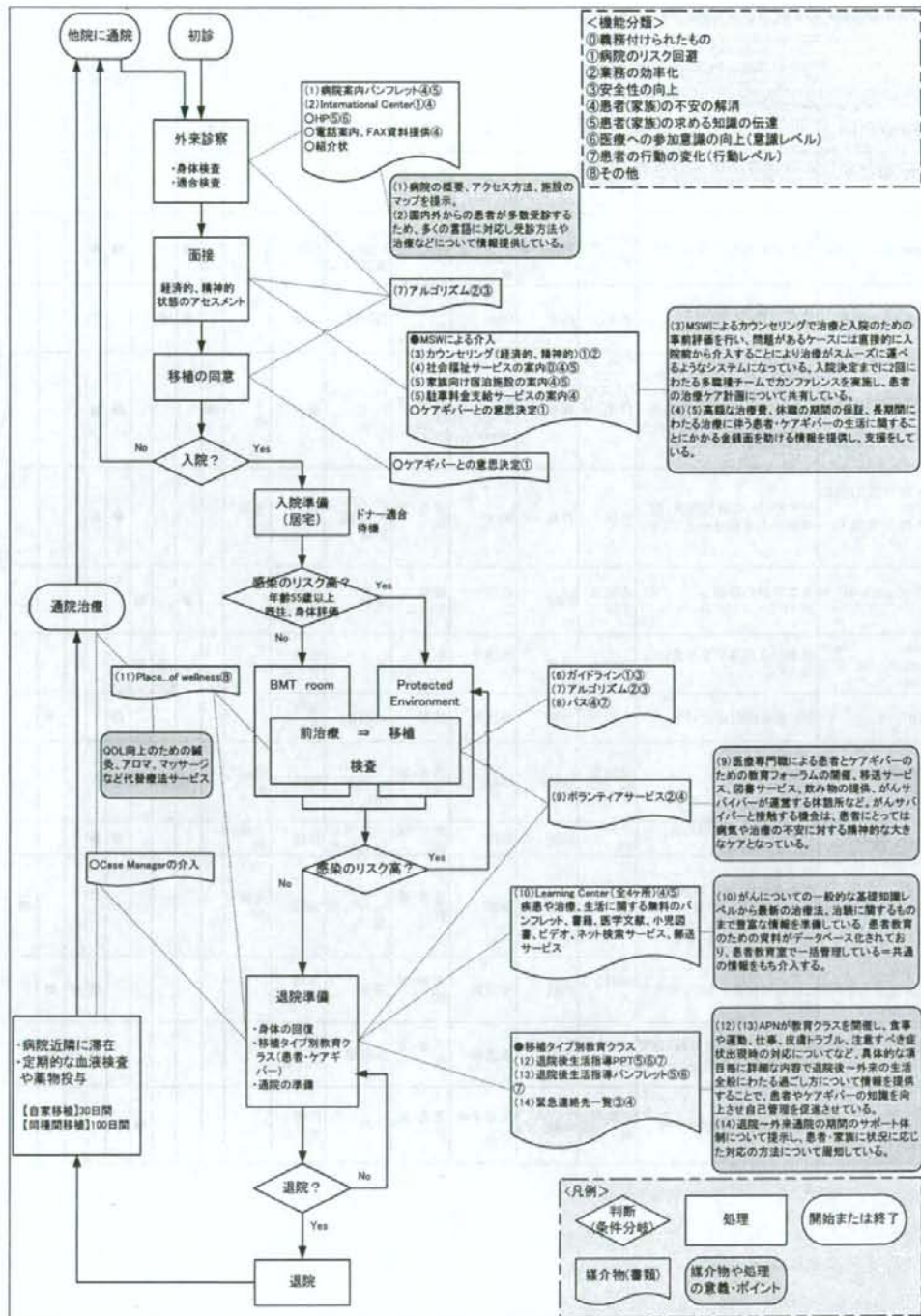


図6 媒介物の機能分類結果 (The University of Texas MD Anderson Cancer Center)

IV 19年度の研究成果からみた考察

4.1 医療機関における患者への情報提供に関する分析の枠組みの検討

今回、医療機関における患者への情報提供の実態を収集し、分析フレームの検討・試行を行った。その結果、患者への情報は患者が医療機関を受診する前から始まっており、受診機関にアクセスする段階（ホームページやかかりつけ医）から、受診・入院決定時、入院時、入院中、退院決定時、退院と経過のあらゆる段階で情報提供なされていることがわかった。その中で、医療者の情報は、患者の段階を次の段階に推進させる決定的な役割を果たしていた。そこで、情報提供を時系列に整理し、そのフローに従って情報の果たす役割と機能を確認していくことで、医療者の情報提供の意図と、それに対する患者の受け止め（反応）を評価・分析できることが確認できた。そこで、この研究では、

1. 情報提供の分析のためのフレームとして、「時系列による整理」と「機能による整理」を組み合わせた方法を開発した。
2. 時系列による整理としては、「初診」「外来診療」「入院判断」「入院準備」「入院」「退院準備」「退院」の7区分として整理
3. 機能による整理としては「①義務付けられたもの」「②病院のリスク回避」「③業務の効率化」「④安全性の向上」「⑤患者（家族）の不安の解消」「⑥患者（家族）の求める知識の伝達」「⑦医療への参加意識の向上（意識レベル）」「⑧患者の行動の変化（行動レベル）」「⑨その他」の9区分として整理

この分析フレームを、国内医療機関での3つの聞き取り調査と海外視察3医療機関へのヒアリング調査の結果に対して試行的に適用した。

4.2 医療機関における患者への情報提供の実態

医療機関における患者への情報は、その対象の特性に応じて、患者の認知を促したり、リスク回避を目的としたり、患者の自立支援を促すものであったりと多様な目的で行なわれていた。そこで、それらの情報の提供における特徴を概観すると、

1. 医療機関の情報は、文書、掲示、ホームページ、口頭、実物提示等の多様なルートで、多様な内容の情報が患者に対して提供されている。
2. 情報提供の手順（タイミングと内容）は、病院単位、診療範囲などで、目的に応じ、計画的・意図的に計画されており、医療者の役割が明確になされていた。しかし、それらは、硬直的、画一的なものではなく、大きな枠組みの中で、患者個人の特性や心理的状况に合わせて対応されており、患者の認知や反応に応じて柔軟な対応がなされていた。
3. 情報提供の枠組みの設定は、患者のもつ特性や情報の受け止めによるリスクなど、多くの出来事の体験の中から意図的に計画されていた。多くはそうした経緯から、情報提供のための媒介物が準備され、基準に従った情報提供がなされているが、実際的には現場の裁量により、患者参加を促進する運用が図られていた。例えば、説明書1枚を渡すときでも、患者の反応を促したり確認する意味があり、スキルの高い医療者は、その反応を見て次の対応を適切に変化させるなど、媒介物は医療者と患者の相互作用を促す道具、機会、コミュニケーションツールとして活用されていた。=『合わせ鏡モデル』
4. 情報提供は、患者の行動変容や決断を促す手段・機会であり、患者の理解・納得を尊重する

必要性から、リスクの高い状況では、口頭説明だけでなく、情報をパッケージ化して提供したり、患者・家族と共有する仕組み（チケットボードに患者目標を書き出したり、貼りだす、説明に同席してもらう）、専任のスタッフを設けるなどの事例が把握された。

5. 情報を受け止める環境も大きな役割を果たしている。米国においては、治療に関わる専門情報だけでなく、病院そのものの持つ癒しの環境や人的資源（サバイバーなどのボランティア、代替療法、飲み物や音楽サービス）などの情報が、患者・家族の緊張感を取り除くものとして利用され、本来の治療効果を高める相乗効果を果たしていた。

4. 3患者参加を促す情報提供のポイント

本調査から得られた患者参加のポイントを検討し、以下に整理した。

1. 媒介物そのものではなく媒介物の『使い方』に着目する

- ・ 患者参加を促進する文書というものはない。文書を含めた患者－医療者のコミュニケーションの中で信頼関係や参加意識が構築されていく。
- ・ 一方方向チャンネル式の関係性ではなく、媒介物を仲介とした合わせ鏡モデル＝双方向に、らせん状の関係性の発展を築く
- ・ 情報を受け止め、理解してもらうには、内容的、時間的にも、ある程度の時間を掛けたリ専任で対応するなど、対象の認知や理解を促す冗長性も重要である。

2. 一方的な教育ではなくリスクの共有や意識の共有の視点を持つ

- ・ 専門家である医療者が、素人である患者を教育するのではなく、医療者と患者を取り巻くリスクを明らかにし、パートナーとして共有していくことが重要である。
- ・ 患者のもつ考えや展望を明確にする機会を持つ
例) N病院の糖尿病教室における自己紹介
- ・ 医療者と患者（家族）の関係性を理解した上で、医療者側の状況（情報）を先行して提示することによって、患者側の理解を求め参加促進を促すことができる。
例) VMのチケットボード（患者の退院目標を部屋のボードに記載して患者・家族・医療者の三者で共有する）
例) F 医療センターのリスク情報の提供：先だしジャンケン＝リスクは事前に説明し、患者ができる・患者しかできない情報提供を当事者に依頼する。

3. 情報の可視化（見える化）によって、リスクの共有をはかる

- ・ 情報は患者に届けられて初めて意味を持つ。患者が気付く仕組みを利用する。
- ・ リスクを可視化するには「言語化（文書）による伝達」だけでなく、「視覚に訴える伝達」や「文書＋説明」や「質問を併用する」など、情報が患者・家族に見える形とする。
- ・ 伝達には、「〇〇が危険」という言葉による直接的な内容ではなくても、患者自身がリスクを想起できるイメージや雰囲気共有できることも効果がある。
例) 幼児のベッドからの転落を防止するために、柵の使用の必要性を赤ちゃん人形の転落写真で視覚的に母親の注意を喚起する、どすこい人形のもつ旗の色で注意喚起する、イラストや矢印を効果的に使った患者用クリティカルパスなど。

4. 患者・家族の参加を得て、共に事故を防ぐ姿勢を持つ
- ・ 医療参画は、患者だけでなく、家族に対して働きかけることも有用である。
 - ・ 家族をケアパートナー、ケアギバーとして位置づける。
 - ・ ケアギバー・ケアパートナーの参加にも段階があり、情報共有、教育が必要である。
 - ①してはいけないことはしない、①異変に気づいたときにスタッフに教える、②治療（または事故予防）に参加する、③対策を医療者と一緒に考えるなど。
 - ・ 専門的治療に伴う支援、在宅療養移行後の生活管理・支援に必要な情報も提供する。
患者・家族に守ってほしい 20 ヶ条などの提供
米国では治療を行なうためのケアギバーを必須とするところもある。
患者会、サバイバーをケアのパートナーとしての存在と捉えることも有効である。
5. リスクコミュニケーション論を応用する
- ・ 医療者と患者との間にある知識や意識の壁が、患者参画の阻害要因となっている場合、リスクコミュニケーション技術を利用する。例えば医療現場では、次のようなリスクコミュニケーションの原則を適用することが可能である。
 - ・ 専門家（医療者）がリスクと感ずることは、一般の人々（患者）もリスク認知が高い。
 - ・ リスクに対する多様な価値観を尊重する。素人である患者や家族が感じた不安についてもリスク情報として取り入れる姿勢を持つ。
 - ・ 専門家（医療者）は素人（患者）が参加しやすいよう、伝える情報の内容を工夫する責任があり、ニーズに配慮した情報提供を行う。
6. ”コンシェルジュ (conciierge)” と ”すぐやる科” を活用する
- ・ 医学の専門分化、機能分化による専門外来が発展するとともに、総合窓口の役割が重要性を増している。
 - ・ どの診療科を受診すればよいか分からない患者の相談窓口や診療にあたる外来部門（総合診療科）、フロアマネージャなど、コースに乗れない患者、例外的な問題状況（情報）に対応し解決する機能・部門が必要である。
事例）N病院の連携診療科、MDAの国際センターなど
7. 確認文書や患者の自記式質問用紙を（患者の）意識・行動変容のツールとして使う
- ・ 確認文書は、医療者から患者への汎用的な情報伝達に用いられる文書類であるが、その渡し方（渡す場面、渡す手段（手渡し等）、渡す人、口頭での補足、署名を求める）によっては患者の意識・行動変容を促すこともできる。
 - ・ 患者の自記式質問用紙を活用し、患者の考えを客観的に引き出す糸口とする
 - ・ 患者が署名する機会、質問に答える機会を、変化を促進するマイルストーンとして計画的に活用する。
8. 外来での情報収集機能・教育機能の強化をはかる
- ・ 患者参画を促す第一歩は外来診察時から始まる。外来は多様な情報や期待をもっている患者の情報を確認し、方向付ける役割機能を持つ

- ・入院部門との連携を図り、入院後の環境や生活適応を促進する情報提供や患者の選択・決定を促す機会を設定する
例) 精神科の病棟見学、ルール説明、MDAの治療決定におけるMSWの介入など。
- ・入院前に患者情報を収集し、退院後の生活の問題を解決する。
例) SAHRPの人工関節置換術における患者教育、家での転倒危険箇所の確認・改善など。
- ・入院後に必要な情報を教材パッケージとして外来で提供する。この際、患者が理解できる表現の工夫、専用の教育スタッフ、教室などの教育の機会を設ける。
- ・入院前の患者の情報を共有する。電子カルテの活用で、入院後の連携に資する情報を円滑に交換することができる。

9. 看護職の患者家族への情報提供機能の強化をはかる

- ・患者参画を促すためには、媒介物そのものよりも媒介物の使い方が重要である。多くの場合、患者家族との親密な接点を形成できるのは看護職である。そのための研修、教材、品質管理、体制等の強化が必要となる。
- ・糖尿病の教育入院、人工関節置換術における患者指導など、精神科における看護面接など、看護師の役割範囲を設定することにより、より専門性の高い看護能力を発揮できる。
- ・品質管理を行なう上級看護師(リーダーナース)と、専門的な介入を行なう看護師(WOCやNSTなど)の連携により、質の高い看護ケア計画の提供を図る
- ・医療チームの中で、患者の意見を聞く、反応を確認するなどの看護師の役割を治療促進機能と捉え、情報共有していく仕組みが必要である。

10. 不安・緊張状態では、情報は正しく認知されない。環境からの癒しや代替療法、医療者とのふれあいも情報であり、患者・家族の不安や緊張を取り除いて治療効果を高める機能を持つ。

- ・SAHRPのplanetreeの取り組み、MDAの代替療法、ボランティアなど、専門的な治療を補完するサービスの提供が必要である

11. ネットによる情報氾濫の現状を踏まえ、相手が正確に理解できる・伝える情報伝達技術が必要である。

以上、患者参加をもたらす情報提供のあり方を11項目に整理した。治療が必要という、身体的、心理的、社会的、経済的危機に直面した患者・家族をいかに安定した状況に導き、治療の主体者として行動できるかは、医療における中心的課題であり、その解決には、患者の疾患経過を中心とした専門的治療の側面と、受け手である患者の疾患や治療、医療機関に対する当事者・家族の認知を基盤とした計画的・統合的な情報提供の必要性が示唆されていた。

各医療機関に置いては、そうしたサービスを提供するために、医療チームとして、試行評価を繰り返しながら、独自のシステムの形成に取り組んでいた。その目的は、時間や環境、資源といった制約の中で、いかにリスクを回避して治療効果を高めるか、患者の自主性・自律性を高めるかという課題の中で生まれたものである。そこに必要なものは、対象の認知の特性に応じた情報提供であり、それらは病棟単位、外来単位という範囲が区切られたものではなく、ホ

ームページやネットといった一般社会からもアクセスできる広範囲な情報、患者が求める情報、真に必要とする情報、治療を継続するのに不可欠な情報など、患者に関連した情報をいかに整理し、効率的・効果的な情報提供ができるかが問われている。

今回の研究調査では、その医療施設が取り組んでいる、情報提供の仕組みやその背景にある病院の理念や医療者の考えを聞くことができた。それらはその施設の目的やおかれた環境の中で生まれたものであり、全ての医療機関で成功するものではないが、サービスの高さに置いて、患者中心の医療、患者参画を促す情報提供モデルとして活用できる多くの要素を有していた。

今後は、そうした事例の収集枠を拡大し、あるいは情報紹介の活動を通じ、患者の主体的な医療参画、患者-医療者の連携、安全かつ安心できる医療を実現するために必要な情報の内容、必要な媒介物、提供システムのあり方を検討し、さらに、改善を図るための分析の仕組みについて検討する必要がある。

結論

平成 19 年度の調査から、患者と医療者を結ぶ情報提供について以下の結論を得た。

1. 今回の研究において、情報提供の整理フレームとして、「時系列による整理」「機能による整理」を開発、試行した。
2. 先駆的な医療機関では、患者適応やリスク管理の手段として、“計画された情報提供”が志向されていた。
3. 情報は、文字や口頭での情報伝達だけでなく、実物提示や癒しの環境〔人的・物理的〕など、患者が認知するあらゆるものが情報として利用されていた。
4. リスク管理や患者適応を促進するためには、外来での情報収集・提供が大きな役割を担っており、チームでの計画的な取り組みがなされていた。
5. 患者だけでなく、ケアギバー・ケアパートナーの働きが重要であり、患者目標を達成するために、情報提供や共有する仕組みも構築されていた。
6. 入院から在宅療養まで、対象の疾患の特性に応じて検討された情報は、パッケージとして提供することで、高い教育的効果が得られていた。
7. 一方的な情報提供や教育ではなく、双方向の情報提供が患者参加意識を高め、患者の行動変容に効果を上げていた。

【平成 20 年度研究結果】

I. 平成 20 年度の研究の目的・方向性

平成 19 年度（1 年目）の調査においては、情報提供システムを構築している施設や部署の聞き取り調査を実施し、対象（群）の特性や治療経過にあわせた情報提供や媒介物を介した患者—医療者間の情報交換が、患者の参画意識を高め、患者の自己管理能力や自己決定力を強化し、行動変容を促す契機となっていることが確認された。それらの情報提供は、サービスの質の高さに置いて、患者中心の医療、患者参画を促す情報提供モデルとして活用できる多くの要素を有していた。しかし、それらは、その施設の目的やおかれた環境の中で生まれたものであり、全ての医療機関に適用されるものではない。

そこで、2年目の研究は、1年目の調査を基盤として、調査対象施設を拡大し、多様な背景、多様な機能をもつ医療施設（病院）における医療情報提供の実態を明らかにして、患者—医療者間の情報共有を促進する情報・媒介物の機能と必要な要素について考察することを目的とした。

II. 研究方法

2.1 研究方法

この研究は、次の 2 段階の研究方法によって実施した。

第 1 段階調査：質問紙による医療施設の情報提供の実態調査

第 2 段階調査：質問紙調査において承諾を得られた医療機関における聞き取り調査

2.2 調査内容

1) 施設の概要：

①設置主体、②病床数、③病院機能、④併設施設、⑤医療連携・退院調整機能、⑥在院日数・病床稼働率、⑦看護職員配置基準

2) 患者の医療参加を促進する情報（媒介物）提供取組の現状

①患者からの相談・提案部署の設置

②患者・家族から提示された意見への対応、フィードバック方法

③専門看護師・認定看護師の活用実態

④施設における医療安全、診療情報提供、患者支援、地域交流、環境への取り組み状況

⑤医療安全に対して患者参画をすすめるための情報提供方法

3) 患者の主体性を引出した情報媒介物やその利用場面

①実際に体験した「信頼関係がうまく築けたがん患者」の事例について、ひとりの患者が外来で診察を受けてから入院治療し、退院するまでの間に提供された情報（媒介物）とその効果

②患者の意識変容や治療への参加促進についての患者・家族への情報提供に対する意見

2.3 倫理的配慮

文部科学省の臨床研究に関する倫理指針に基づき、質問紙調査については匿名性を保ち実

施する。聞きとり調査は、質問紙調査時に募集して、協力を申し出た施設に対し実施した。調査目的、内容に関しては文書で説明し、了承を得た上で実施した。分析や結果の公表に際しては、各医療機関、個人が特定されないよう匿名化すること、協力を得た医療機関、個人に不利益が生じないことを保証する。

Ⅲ. 結果

第1段階調査:質問紙による医療施設の情報提供の実態調査の結果

3.1 本調査の目的

本調査は、医療施設において、医療者が、どのようにして患者に情報を提供しているのか、また、その際、情報を媒介するモノ(文書、人材、環境など)がどの様に使用され、どの様な効果をもたらしているかを、現場の体験や声として、広く収集することを目的とした。そのため、病院の概要とともに、患者の医療参加を促進する情報(媒介物)提供の取り組みの実態から、患者の主体性を引出した情報媒介物やその利用の具体例を抽出する。

3.2 調査方法

調査対象:第1段階としてWAM-NETから東京都の病院651を抽出し、第2段階として第1段階で抽出された各病院のホームページによって、精神専門病院を除き、がん疾患患者に対するケアを提供していると判断できる病院 325 件を抽出し、調査票送付による調査を行った。

調査期間:平成 20 年 10 月 30 日～平成 20 年 12 月 15 日

調査内容:

調査表1:施設の概要

調査票 2:患者の医療参加を促進する情報(媒介物)提供取組の現状

調査票 3:患者の主体性を引出した情報媒介物やその利用場面(具体例)(調査票 3 は 3 部)

なお、質問紙は巻末の資料に添付した。

3.3 調査結果

調査対象とした 325 施設中、46 施設から回答があった。(回収率 14.1%)

【1】回答病院の概要

1. 設置主体

設置主体別数は、医療法人が 21 施設、学校法人が 6 施設、会社立 3 施設であった(表 1)。

表1 回答病院の設置主体別の内容

N=46

設置主体	国立 病院	国立大 学機構	国立 その他	都道 府県	市町村	日赤	済生会	厚生連
病院数	1	1	2	1	0	1	0	0
設置主体	社会 保険	医療 法人	社会福祉 法人	学校 法人	会社	個人	その他	
病院数	2	21	1	6	3	0	7	

2. 許可病床数

回答病院の許可病床数は、100～199床の病院数が最も多く(13病院)、次いで99床以下(8病院)、200～299床(7病院)の順であった(表2-1)。

また、療養病床を有する病院は11病院、精神病床を有する病院は5病院であった(表2-2)。

表2-1 許可病床数別の回答病院数

N=46

許可病床数	～99	100～199	200～299	300～399	400～499
病院数	8	13	7	6	3
許可病床数	500～599	600～699	700～799	800～899	900～
病院数	4	1	1	1	2

表2-2 療養病床を有する病院数と精神病床を有する病院数

療養病床	11
精神科病床	5

3. 病院機能別の分類

回答病院46病院の機能分類では、一般病院が42病院であった。DPC対象病院は8病院、回復期リハビリテーション病棟を有する病院は7病院、緩和ケア病棟有りが4病院であった。(表3)

表3 回答病院の機能類型(複数回答)

N=46

機能類型	病院数
一般病院	42
DPC(急性期入院期間別包括評価)対象病院	8
回復期リハビリテーション病棟を有する	7
緩和ケア病棟を有する	4
地域医療支援病院	4
特定機能病院	2
開放型病院	2
該当なし	0

4. 回答病院の併設施設

併設施設としては、検診センターが14施設、訪問看護ステーション14施設、介護老人福祉施設10施設のほか、居宅介護事業や訪問看護事業など、地域に向けて多様なサービス提供施設を併設施設していた(表4)。

表4 回答病院の併設施設(複数回答)

N=46

併設施設	病院数	併設施設	病院数
検診センター	14	通所介護事業所	4
訪問看護ステーション	14	介護老人福祉施設	2
介護老人保健施設	10	有料老人ホーム・軽費老人ホーム	2
居宅介護事業所	8	ホスピス	0
訪問介護事業所	7	健康増進施設	0
地域包括支援センター	5	その他	7
認知症高齢者グループホーム	5		

5. 回答病院が算定している診療報酬・介護報酬

回答病院の医療連携・退院調整に関する診療報酬・介護報酬は、退院時リハビリテーション指導料(21病院)、医療安全対策加算(18病院)、医療機器安全管理料(17病院)、後期高齢者退院調整加算(14病院)、後期高齢者退院指導薬剤情報提供料(11病院)などを取得していた。(図1)

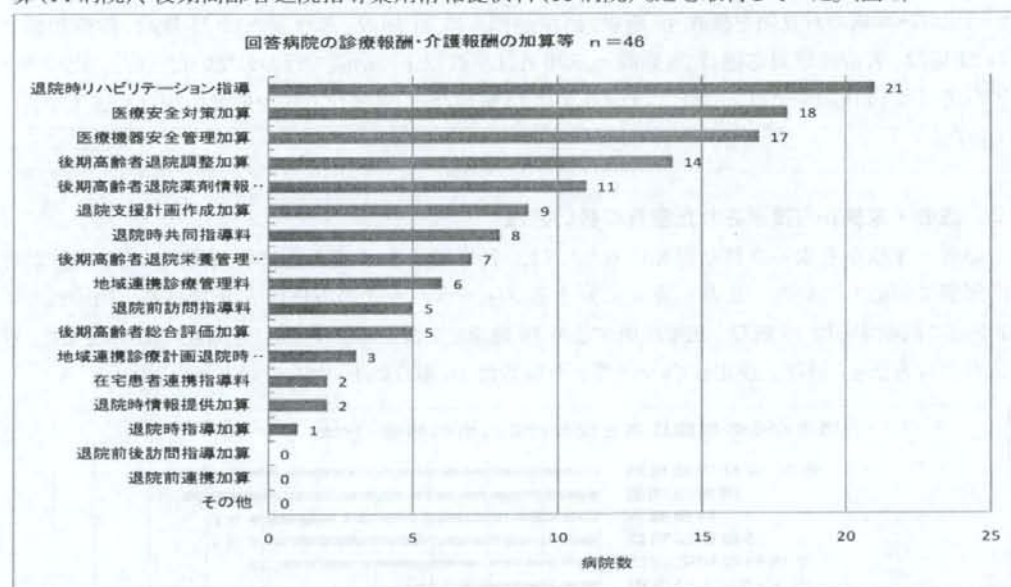


図1 回答病院の診療報酬・介護報酬(複数回答)

6. 一般病床における平均在院日数、病床稼働率

回答病院の平均在院日数は表5であり、回答病院の平均値は15.5日であった。病床稼働率は表6のとおりであり、回答病院の平均値は82.4%であった。

表5 平均在院日数 N=46

在院日数	病院数
7日未満	2
7日～14日未満	22
14日～21日未満	17
21日～28日未満	4
28日以上	1

表6 病床稼働率 N=46

病床稼働率	病院数
50%未満	2
51%～60%未満	0
60%～70%未満	3
70%～80%未満	9
80%～90%未満	17
90%～100%未満	12
100%以上	2

7. 看護職員配置基準

病院の看護職配置基準は表7のとおりである。

表7 看護職員配置基準

看護師配置基準	病院数
7対1	18
10対1	21
13対1	1
15対1	5

【2】患者の医療参加を促進する情報(媒介物)提供取組の現状

1. 患者からの相談や提案を受けるための部署や方法

回答病院の患者からの相談や提案を受付けるための部署や方法は、図2のとおりである。46施設のうち、患者・家族の意見箱を設置42施設、医療連携室は37施設、診療案内は31施設、診療相談窓口31施設、苦情処理対応窓口28施設と、5項目は半数以上の病院で行われていた。また、ボランティアの活用は14施設やセカンドオピニオン外来は13施設など、多様な方法で患者の意見や提案を受けていた。

2. 患者・家族から提示された意見の扱い方法

患者・家族から提示された意見に対しては、表8のとおりである。46病院中、41病院が専門部署で対応していた。また、意見に対するフィードバックの方法は表9である。掲示板やポスターに掲載するは30施設、直接説明するが26施設、文書で回答するが26施設であった。また、意見の受付方法を5個以上設定していると答えた施設は16施設に上っていた。

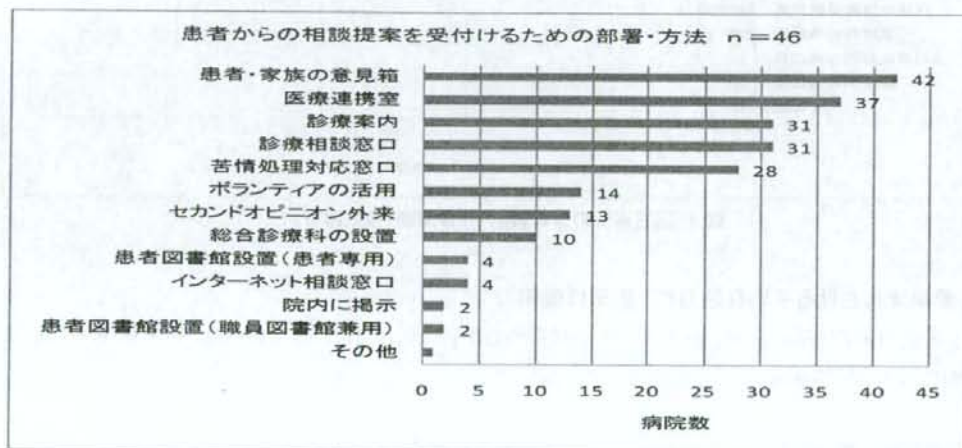


図2 患者からの相談や提案を受けるための部署・方法(複数回答)

表8 患者から提示された意見の扱い部署(複数回答)

部署	病院数
専門の部署で対応	41
関係部署で対応	1
決めていない	4
その他	1

表 9 患者家族へのフィードバック方法(複数回答)

方法	病院数
掲示板やポスターに掲示する	30
直接説明する	26
文書で回答する	26
インターネットや広報誌に掲載する	6
その他	3

3. 専門看護師・認定看護師の配置について

専門看護師・認定看護師の配置の有無と、配置されている部署を表 10 に示した。回答病院 46 施設のうち、配置ありが 30 施設、配置なしが 16 施設であった。そのうち、専門看護師が 9 施設、認定看護師が 29 施設に配置されていた。施設別にみると、専門看護師を配置していると答えた 9 病院の規模はすべて 200 床以上の病院であった。認定看護師を配置していると答えた施設の規模は、400 床以上は 100%であったが、400 床未満 200 床以上で 70-85%、200 床以下では 45%以下で、小規模になるほど配置していると答えた施設は少なかった。また、延人数は、専門看護師 12 名、認定看護師は 107 名であったが、配置部署は表 7 に示した通りである。

回答病院に配置されている専門看護師の種類と述人数は表 11 に、認定看護師の種類と述人数は表 12 に示した。

表 10 専門看護師・認定看護師の配置(複数回答)

配置の有無				配置されている部署			
配置の有無	病院数	種類	病院数	看護部	病棟・外来	他の部署	部署なし
配置あり	30	専門看護師	9	5	3	2	0
		認定看護師	29	19	22	5	0
配置なし	16						

表 11 配置されている専門看護師の種類と述べ人数

種類		人数	種類		人数
がん看護	7	母性看護	1	老人看護	0
急性・重症患者看護	2	慢性疾患看護	0	慢性疾患看護	0
感染症看護	1	精神看護	0		
小児看護	1	地域看護	0		

表 12 病院における認定看護師の種類と述べ人数

種類		人数	種類		人数
感染管理	23	救急看護	5	新生児集中ケア	2
皮膚・排泄ケア	19	透析看護	4	小児救急看護	2
がん性疼痛看護	10	手術看護	4	摂食・嚥下障害看護	1
集中ケア	9	認知症看護	4	不妊症看護	0
緩和ケア	8	がん化学療法看護	3	その他	3
糖尿病看護	8	乳がん看護	2		

4. 医療安全・診療情報提供・患者支援・地域交流・環境への取組み状況

4-1. 医療安全の施設での取組み

回答施設における医療安全への取組みは、表 13 に示した通りである。「オープンに話し合う雰囲気

気がある」は全施設が、「組織全体で取組む姿勢がある」が 45 施設、「当事者になった時に組織が守ってくれる安心感がある」が 42 施設と職員に関する割合は高いが、患者に対する事故防止策は、キャンペーンが 34 施設、患者パンフレットが 33 施設、患者の意見を取り入れるが 25 施設であった。

表 13 病院での医療安全取組み状況(複数回答)

N=46

取組み内容	取組み有	取組予定	取組み無	無回答
インシデントや事故をオープンに話し合う雰囲気がある	46	0	0	0
インシデントや事故防止に組織全体で取組む姿勢がある	45	1	0	0
医療事故の当事者になった時に組織が守ってくれる安心感がある	42	1	3	0
事故防止キャンペーン(ポスター、ワッペン等)に取組んでいる	34	4	8	0
患者パンフレットで事故防止協力(確認行動)を呼びかけている	33	10	2	1
事故防止に患者の提案や意見を取り入れている	25	9	11	1

4-2 診療情報に関する取組み状況

診療情報に関する取組み状況は表 14 に示した。「病気や治療についての患者説明用資料を準備している」が、46 施設中 40 施設、「初診時、患者の話が十分聞け、説明できる診察時間を設けている」が、31 施設があった。一方「待合室などに治療説明用の視聴覚教材を設置している」は 16 施設、「診療科における治療内容や成績を HP などで開催している」は 22 施設にとどまっている。

表 14 診療情報への取組み状況

N=46

取組み内容	取組み有	取組予定	取組み無	無回答
病気や治療についての患者説明資料を準備している	40	2	4	0
初診時、患者の話が十分聞け、説明できる診察時間を設けている	31	4	11	0
セカンドオピニオンを推奨するシステムを明示している	24	10	12	0
診療科における治療内容や成績を HP などで開催している	22	10	14	0
待合室などに治療説明の視聴覚教材(ビデオなど)を設置している	16	4	26	0

4-3.患者支援・地域交流への取組み状況

患者支援・地域交流への取組み状況は表 15 に示した通りである。「公開講座など地域住民と交流できる場を設定している」は 30 施設、「広報誌や HP を病院・患者の双方向コミュニケーションの場として活用している」は 26 施設、「患者会など患者のグループ活動を支援する活動を行っている」が 26 施設であったが、「患者サロンなど、患者が自由に参加できる場を設置している」は 9 施設、「元患者・家族など医療専門職以外の支援スタッフ(ボランティアなど)を受け入れている」は 16 施設であった。

表 15 患者支援・地域交流への取り組み状況

N=46

取り組み内容	取組み有	取組予定	取組み無	無回答
公開講座など地域住民と交流できる場を設置している	30	2	13	1
広報誌やHPを、病院・患者のコミュニケーションの場として活用している	26	7	11	2
患者会など患者のグループ活動を支援する活動を行っている	26	1	17	2
ボランティアなど患者の身近な人材から意見を聞いている	23	4	17	2
元患者・家族など医療専門職以外の支援スタッフ(ボランティアなど)を受け入れている	16	8	21	1
患者サロンなど、患者が自由参加できる場を設置している	9	2	34	1

4-4. 環境への取り組み状況

「絵や植物・庭・オブジェ・音楽などを活用し、患者をリラックスさせる環境に配慮しているか」という設問に対し、41施設があり、取組予定が2施設、取組み無は3施設であった。

表 16 環境への取り組み状況

N=46

環境への取組み	取組み有	取組み予定	取組み無	無回答
病院数	41	2	3	0

5. 医療安全に対する患者参画への取り組みについて

医療安全に関する患者への情報提供の方法については、表 13 に示した通りである。

患者確認のためのネームバンドの使用については、34施設が口頭で説明の他、パンフレット18施設であった。また、フルネームでの確認は、口頭説明が29施設、パンフレットが20施設、院内掲示が20施設であった。

病室ネームの非表示は患者のプライバシー保持を目的にしているが、理解を求める患者への説明は、口頭説明が25施設、パンフレットが23施設であった。

誤薬防止のための確認方法の説明は、注射や内服薬の双方とも35施設が口頭説明、パンフレットが13施設であった。

転倒転落防止についての説明は、口頭説明が35施設、パンフレットが28施設であった。

感染予防のための手洗いの説明は、口頭説明が29施設、院内表示が28施設、パンフレットが20施設であった。

治療についての質問や説明などを医療者に求める方法は、口頭説明は31施設、パンフレットが28施設であり、病院の方針としてホームページに掲載していると答えた施設は6施設であった。

説明の方法全体をみると、すべての項目で施設数を超えており、複数の方法で患者に説明されると推察されるが、説明方法の合計では、口頭説明が253であり、説明方法の48%と半数近くを占め、次いで、パンフレットが162(30%)、院内掲示が81(15%)であり、ホームページ掲載は16(3%)であった。

表 17 医療安全に関する情報提供の方法 (複数回答)

N=46

項目	口頭説明	パンフレット	院内掲示	HPに掲載	他の説明方法	合計
ネームバンドの使用	34	18	9	3	0	64
フルネームによる患者確認	29	20	18	0	0	67
病室ネームの非表示に対する理解	25	23	7	4	4	56
誤薬(注射)防止のための確認方法	35	13	8	1	6	63
誤薬(内服)防止のための確認方法	35	12	8	0	3	58
転倒・転落防止について	35	28	3	1	4	71
感染防止のための手洗い(病室入口)	29	20	28	1	3	81
治療についての疑問や説明を医療者に求める方法	31	28	0	6	3	68
合計	253	162	81	16	23	528

【3】患者の主体性を引出した情報媒介物やその利用場面(具体例)

回答された患者の概要は、表 18～表 21 に示した。なお、調査票として収集された患者データは、エクセルデータに変換され、外来から入院—退院までに提供された情報媒介物とその効果について統計処理を実施した。結果は、以下の通りである、なお、患者データの一覧表は、巻末に資料として添付した。

1. 患者プロフィールの概要

表 18 人数・性別(人数)

	外来	入院
総人数	60名	76名
男性	33	48
女性	23	24
無回答	4	4

表 19 年齢

	平均	SD
外来	60.4	±12.6
入院	57.8	±13.4

表 20 疾患名(N=人数)

疾患名	外来	入院	疾患名	外来	入院	疾患名	外来	入院
胃がん	13	20	食道がん	2	1	悪性リンパ腫	1	2
大腸がん	17	17	肝がん	1	1	前立腺がん	0	1
乳がん	10	7	卵巣がん	1	1	頭頸部がん	0	1
肺がん	8	6	子宮がん	0	2	その他	3	6
膵がん	2	4	白血病	0	1	無回答	4	3
合計							60	70

表 21 進行状況 (N=人数) (重複回答)

進行段階	外来	入院
早期がん	4	7
進行がん	27	30
再発・転移	17	17
終末期	17	23
無回答	6	3
合計	60	76

表 22 入院中に行った治療(重複回答)

治療方法	外来	入院
化学療法	35	44
手術	31	35
放射線治療	3	2
緩和ケア	16	28
無回答	6	3
合計	60	76

2. 患者に情報を提供した人材、文書、環境などの媒介物の種類

2.1 外来で患者に関わる人材

外来の診察、説明などで、患者に関わる人材の種類は図3の通りであり。外来診療では、外来診療時の情報収集・説明時、確定診断の検査の説明・実施、診断結果の説明、治療方針の説明と決定のすべての時期で、60事例中50事例で医師が関わっている。一方、看護師はどの時期でも、医師の関わりに比べて少数であった。家族は、初診時や検査の説明では少ないが、診断結果の説明時には、32事例が付き添っていた。

2.2 説明資料・文書等

「外来診察時の情報収集、説明時」には、病院を紹介するパンフレットなどを患者に渡し、「確定診断の検査の説明・実施」では、検査手順を明記したパンフレットを、「診断結果の説明」では、血液検査の結果やレントゲンや内視鏡のフィルムなどを用いて説明していることがわかった。また、「治療方針の説明と決定」では、手術する患者にはクリティカルパスや手術に関するオリエンテーション・パンフレットを、また、人工肛門造設予定の患者には、その説明書を配布している。糖尿病患者には教育目的のためのパンフレットを配布していた。

2.3 環境

外来の環境についての記述では、「個室を利用した」、「呼名」への配慮とあった。

2.4 情報提供の目的とその効果

外来診療の初診から治療方針の説明までに実施した、情報提供の効果に対する判断は、図4に示したとおりである。どの段階においても、「不安の解消」が60事例中、50例を超えている。また、「安全性の確保」は検査の説明時に最も高い。「知識の伝達」は、検査の説明や治療方針の説明や決定時に多く、効果を期待していることがわかった。一方、「病気の受容」「信頼の構築」は診断結果の説明時から増加する傾向が見られた。

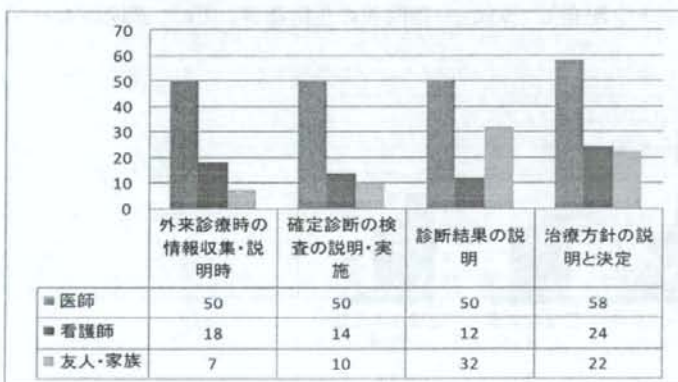


図3 外来で患者に関わる人材

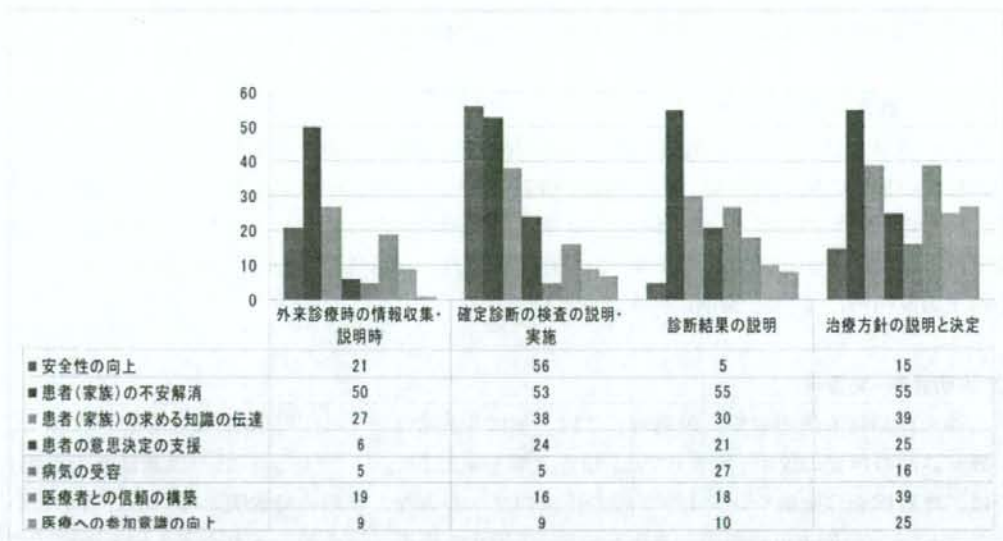


図4 外来における情報提供の目的(効果)

2.5 入院で患者に係る人材

入院治療では、「入院治療の全体計画の説明」、「メイン治療の詳細説明」では、医師、看護師の関わりが多く（図5）、「回復期支援・リハビリテーション」では医師、看護師、家族の関わりがともに少なく、「退院後の生活指導」で、医師・看護師・家族ともに関わりが少なくなっていた。

2.6 入院患者に対する説明資料・文書等

「入院治療の全体計画の説明」時には、治療計画書を渡して患者に説明している。また、クリティカルパスが適応される患者にはクリティカルパスを配布している。「メイン治療の詳細説明」では、手術の同意書、抗がん剤の説明書などが用いられていた。「回復期支援・リハビリテーション」では、乳がんの術後患者にはリハビリパンフレットを、人工肛門造設患者には人工肛門の取扱についてのパンフレットを配布していた。「退院後の生活指導」では、退院時のパンフレットを配布していた。

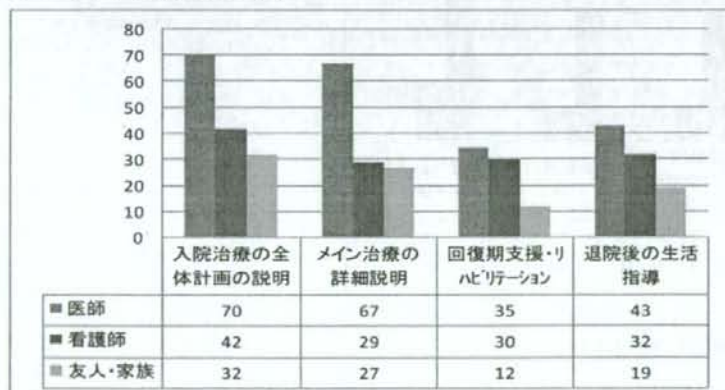


図5 入院中に患者に関わる人材

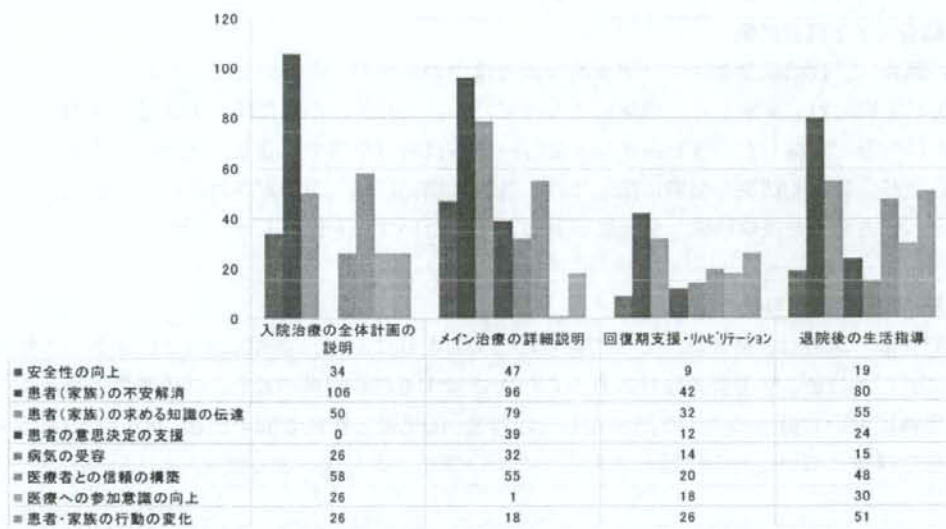


図6 入院患者への情報提供

2.7 環境配慮

環境に関連する記述では、説明時には個室で対応するが多く、工夫としては、ナースコールの位置の工夫、患者希望による面会制限、などが上がっていた。

2.8 情報提供の目的とその効果

入院患者に対する情報提供の効果については、図6に示した。入院治療の全過程において、「不安の解消」と「知識の伝達」が最も多い数値であり、効果があったとしている。また、入院治療の全体計画の説明時は、「患者（家族）の不安解消」のほか、「信頼関係の構築」が高い数値を示していた。

メイン治療の詳細説明では、「患者（家族）の求める知識の伝達」が経過中、最も高い数値を示し、「患者（家族）の不安の解消」と「信頼関係の構築」も高かった。

回復期支援・リハビリテーション時は、医療者の係わりがすべての項目にわたって少なくなっていることが特徴的である。そして、退院後の生活指導において、再び「患者（家族）の不安の解消」や「知識の伝達」「信頼関係の構築」が高くなるが、「患者・家族の行動の変化」が、この時期に最も高い数値を示していることが特徴である。

项目的には、「病気の受容」は、メインの治療説明時にやや上がるものの、「医療への参加意識の向上」とともに、全体的に低い値で推移している。

第2段階調査:質問紙調査において承諾を得られた医療機関における聞き取り調査

1. 調査方法と調査対象

調査は、質問紙調査時に「聞き取り調査協力をお願い」を同封して、回収時、協力を申し出た施設に対し実施した。実施に当たっては、調査目的、内容に関して文書で説明し、了承を得た上で実施した。また、インタビュー内容は許可を得て録音し、逐語録を作成し、分析したが、分析や結果の公表に際しては、各医療機関、個人が特定されないよう匿名化すること、協力を得た医療機関、個人に不利益が生じないことを保証した。

2. 聞き取り調査の目的と内容

聞き取り調査は、調査紙によって得られた情報を基にして、①病院の背景と患者への情報提供における特色、②患者の受け入れから患者に対する情報提供の流れ、③患者と医療者間の情報提供において発生している問題点とその背景、④患者と医療者間の問題についての具体的な解決や課題について自由に語ってもらうグループインタビューとした。

3. 調査結果・分析

インタビューの実施記録を表 23 に示す。各調査先での聴取記録は資料編に掲載した。

表 23 グループインタビュー調査実施記録

医療機関名	調査日	調査対象者
A 病院	平成 21 年 1 月 23 日	看護部長、一般病棟師長
B 病院	平成 21 年 1 月 30 日	看護部長、看護師長 2 名
C 病院	平成 21 年 2 月 20 日	看護師(呼吸器病棟)、看護師(外科病棟) 2 名

【A 病院の分析結果】

3.1 病院の概要

平成 17 年 9 月に東京郊外の現在の場所に移転。回復期リハビリテーション病棟と療養型病床を持ち、一般病棟も含めて合計 109 床で、平成 18 年から起動。地域医療に密着した病院を目指すとともに医療圏を守る連携を意識している。本病院は古典的な医療が主流。入院前の検査でがんと診断しても、患者への告知は医師によって異なる。外来では手術が必要と説明するレベル、医師によってインフォームドコンセントの内容が異なる。患者にはパンフレットを渡し、継続的なコミュニケーションを持ちつつ関わっている。例えば、医師が手術前に人工肛門造設の予測を持っている場合でも、患者に説明するかどうかは医師によるので、看護師は患者の精神的受け入れ等を事前に確認できないこともある。看護側はプライマリーの受け持ち制は採っていない。

3.2 がん患者へのケア(調査票に記載した事例の患者)について

大腸がんで人工肛門が造設されたことが受け入れられなかった事例である。無口で、コミュ