

とや、更なる研究や資源やとりわけ時間を費やすことなしには、直面している問題についての情報が更に提供されることはないかもしれない、ということを経験しておかねばならない (Calman, 1996)、と述べている。

前述したように、リスクにさらされている、ないしはさらされる可能性のある人々に対しては、十分に情報を提供し、その問題に対する理解を深めてもらうことが重要である (吉川, 1999)。しかしながら、不確実な事態のもとでは、判断の基準系となる固定した枠組みがなく、認知的にも行動的にも事態の統制が困難になることから、しばしば人びとに不安感情をもたらすことになる (木下, 2006)。医療は患者の参加を抜きにしては成り立たず、不安感情が医療への積極的参加を促すとは考え難い。

「リスク・コミュニケーションの直面している最大の課題の一つに、リスク評価 (risk estimates) における不確実性の存在がある」という研究者もおり (Williams, 2004)、「不確実性」をどう扱うかは、医療におけるリスク・コミュニケーションのあり方を考える上で、とても重要な課題の一つであると考えられる。

また、不確実性の存在する医療であるからこそ、Covello の言うように、リスク・メッセージおよび関心や意見等の情報を交換し合う両者の間で、信頼関係が構築されて

いることが重要であるといえるかもしれない。

4. リスク・コミュニケーションに関わる専門家への情報提供・教育機会

専門職がリスク情報を適切に捉えて分かりやすく説明するための技術を身につけられるよう、必要な情報やトレーニング機会等が提供されている。インターネットを通じて得られた米国の例を以下に示す。

(a) the U.S. Department of Defense, Deployment Health Clinical Center (DHCC) の例

殆どの医師は、通常、高い関心に基づく何らかの危機が存在するものの、医師と患者の信頼関係は未確立で、力関係には差がある、といった状況下で患者と出会う。それゆえ、医師-患者間の相互作用に関してより共通に語られる課題の一つに、医師が患者に悪いニュースを伝える際のスキルがある。

米国国防総省 (the U.S. Department of Defense) の Deployment Health Clinical Center (DHCC) では、患者に対して、健康に関連する情報を効果的に伝達する方法を学べるよう、効果的なリスク・コミュニケーションの方法を身につけるための複数の資料を、ホームページ上で公開している。具体的には、以下のようなものがある。

①Video 教材

- Clinical Risk Communication Presentation (DHCC のトレーニングシリーズ)
: タイトルをクリックすると、DHCC のディレクターによる、一連のトレーニング教材の概要についての説明を視聴できる。また、シリーズに含まれる各ビデオのタイトルをクリックすると、パワーポイント・スライドによる講義内容を映像と音声で学ぶことができる。これらには、演者の講義中の映像やパワーポイント・スライド、講義の原稿が含まれる。この教材は、リスク・コミュニケーションの定義や歴史を初め、臨床場面のみならず、感染症や自殺予防等に関する内容を含んでいる。
- Clinical Health Risk Communication: A tool to improve health care communication
: リスク・コミュニケーションに関する 2003 年に行われた講義の様子が収録されている(44 分間)。映像と音声による(自己)学習が可能である。(前述の教材よりも若干映像が不鮮明ではある)

②文献

- Risk Perception and Communication in Addressing Exposure Concerns, 6th August 2009
: タイトルをクリックすると、War Related

Illness and Injury Study Center (WRIISC) によるプレゼンテーションで使用された一連のパワーポイント・スライドを見ることができる。

- American Medical Associations, Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand, Manual for Clinicians, 2nd edition, 2007
: 医師を対象とするマニュアルそのもの(56 頁)にリンクしている。
- Communicating the Uncertainty of Harms and Benefits of Medical Interventions. Medical Decision Making, 27, 681, 2007.
: SAGE の Journal Online にリンクしており、論文全文を無料で入手できる。
- When the Doctor and Patient Don't See Eye to Eye
: 医師と患者間のコミュニケーションにおけるすれ違いを解決するポイントについて述べられている文章(2 頁)にリンクしている。
- その他

③地域におけるリスク・コミュニケーション

- CDC によるトレーニング:
: Crisis & Emergency Risk Communication (CERC)
公衆衛生における危機的状況下でのリスク・コミュニケーションに関するト

トレーニングコースに関するホームページへのリンク（詳細は(b)参照）
ほか

・World Health Organization Field Guide, Effective Media Communication during Public Health Emergencies, July 2005.

: WHO によるメディアを通じた効果的コミュニケーションのためのガイドにリンクしている(53 頁)。ステップ 1~7 に整理されており、各ステップは以下のとおりである。

Step1 : Assess media needs, media constraints, and internal media-relations capabilities (メディアのニーズおよび制約、メディアに関して内部でできることを査定する)

Step2 : Develop goals, plans and strategies (目的、計画、戦略をたてる)

Step3 : Train communicators (コミュニケーターを訓練する)

Step4 : Prepare messages (メッセージを準備する)

Step5 : Identify media outlets and media activities (メディアの表現手段・活動状態を明らかにする)

Step6 : Deliver messages (メッセージ

を配信する)

Step7 : Evaluate messages and performance. (メッセージやパフォーマンスを評価する)

・その他

④ 関連組織等へのリンク

・ US Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine (USACHPPM) Health Risk Communication Program

: トレーニングコース情報へのリンク

・ Center for Risk Communication

: Center for Risk Communication のホームページへのリンク。同センターの出版物のリストが紹介されている。また、一部のリスク・コミュニケーション関連の文献を PDF ファイルとして無料で入手できる。

・ その他

(b) CDC の Crisis and Emergency Risk Communication (CERC) の例

CDC では、CERC training program、という専門家と公衆（住民）とのクライシス・リスク・コミュニケーションに関するトレーニングの機会を提供している。トレーニングには Online Training、In-Person Training があり、トレーニングコースの教材等は、CDC のホームページを通じて入手できる。

Online Training には、米国での深刻なイ

ンフルエンザの大流行への準備や対応を支援するような重要なコミュニケーションの概念やツールを提供するようにデザインされたコースもある。Online Training に関するページにアクセスすると、緊迫した状況下でのメディアを通じたリスク・コミュニケーションの場면을映像で見ることができる。

In-Person Training では、テロを含む公衆衛生の緊急時に、公衆・メディア・利害関係者等へ情報を伝えるという厳しい現実をうまく乗り切るための基本的な知識や技術が提供されている。このコースの受講対象としては、背景の異なるリスク・コミュニケーションの専門家が想定されており、具体的には、例えば、連邦・州・地方といった様々なレベルの公衆衛生の専門家、医療や健康に関わる専門家、地域や市民のリーダー、ボランティア組織などが含まれる。

トレーニングコースのテキストは、以下の12のモジュールで構成されている：

- Module 1) Introduction (CERC についてのイントロダクションほか)
- Module 2) Psychology of a Crisis (危機に関する心理)
- Module 3) Messages and Audiences (メッセージと聴衆)
- Module 4) Crisis Communication Plan (クライシス・コミュニケーションの計画)

- Module 5) Spokesperson (代弁者)
- Module 6) Working With the Media (メディアとともに働く)
- Module 7) Stakeholder/Partner Communication (利害関係者/パートナーとのコミュニケーション)
- Module 8) Other Communication Channels (その他のコミュニケーション経路)
- Module 9) Terrorism and Bioterrorism Communication Challenges (テロやバイオテロに関するコミュニケーション)
- Module 10) Human Resources for Crisis Communication (クライシス・コミュニケーションのための人的資源)
- Module 11) Understanding Roles of Federal, State, and Local Health Partners (連邦・州・地方の保健に関するパートナーの役割を理解する)
- Module 12) Media and Public Health Law (メディアや公衆衛生の法律)

こうしたテキストの内容には、Covello 等複数の研究者による研究成果が反映されている。

また、CDC の CERC に関するページで

は、コース内容をイメージしやすいよう、公衆衛生に関する実際の出来事をもとに、CERC の原理を応用したトレーニングコースの教師等による演習の例なども紹介されている。

5. 米国における患者安全に関連した取組：

Team STEPPS®

Team STEPPS® (Team Strategies and Tool to Enhance Performance and Patient Safety) は、エビデンスにもとづいたチームワークシステムであり、ヘルスケアの専門家間で、コミュニケーションやチームワークのスキルを改善することによって、望ましい患者アウトカムを目指すものである。米国の The Department of Defense (国防総省) と Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ；医療品質研究調査機構) とで共同開発され、2006年に公表された。

米国における全国的実施のため、以下の5つが Team Resource Centers となり、3日間の master trainer training course を実施している。5つの Team Resource Centers とは、Duke Medical Center, Carilion Clinic, University of Minnesota Fairview Medical Center, Creighton University Medical Center, University of Washington Medicine、である (AHRQ ホームページより)。

Team STEPPS®におけるチームワークトレーニングに関連した基本的且つクリティカ

ルな概念には、次のようなものがある。まず、個々人が身につけ得る基本的な4つのチームワークスキルであり、それらは、① Leadership (リーダーシップ)、② Communication (コミュニケーション)、③ Situation monitoring (状況モニター)、④ Mutual support (相互支援) である。チームが有するツールや戦略によって、これら4つのスキル各々に関するコンピテンシーのレベルを高めることができたならば、そのチームは、3つのチームワークアウトカムを高めることができることが先行研究で示されているという。3つのチームワークアウトカムとは、①Performance (パフォーマンス)、②Knowledge (知識)、③Attitudes (態度) である。こうしたスキルやアウトカムの関係性は、Team STEPPS®のロゴマークに表されている (AHRQ のホームページ参照)。

MEDLINE および CINHALL をデータベースとして用い、Team STEPPS をキーワードとして文献検索を行ったところ、現時点では、Team STEPPS の解説はあるものの、研究論文や実践報告は見当たらなかった (2010年3月時点)。しかしながら、Team STEPPS®で用いられているコミュニケーションツール“SBAR”については、複数の報告がみられた。

SBAR は、コミュニケーションにおいて重要な視点である、「今何が起きているか

(Situation)」「どのような事情がこの状況をもたらしたのか (Background)」「問題は何か (Assessment)」「問題の修正のために、どうしたらよいと思うか (Recommendation)」、すなわち Situation-Background-Assessment-Recommendation の頭文字をとったものである。米国海軍で使用されていたコミュニケーションツールであり、Team STEPPS®へ導入される以前に、非営利の Health Maintenance Organization (HMO) である Kaiser Permanente が導入しており (住吉, 2009)、医療機関等における応用例も多い。例えば、専門職連携を必要とするリハビリテーションチームのコミュニケーション改善に応用した例 (Boaro et.al., 2010) や、地域病院の小児・周産期ケア病棟への応用例 (Beckett et.al., 2009)、母体搬送を円滑にするために SBAR を用いた患者サマリー書式を提案した例 (Edwards et al., 2008) など多数の報告がある。

我が国においても、Team STEPPS®について、米国の病院へ視察訪問したり、個々の病院で取り組んだりしているケースが見られ始めており、マスタートレーニングを受けて国内での普及を支援しているという動きもある。また、Team STEPPS®のコミュニケーションツールである SBAR について、インターネット検索および医学中央雑誌をもとに検索したところ、日本の医療現場においても、既に実践に活用されている

例が少なくないようである。

6. まとめにかえて

本報告では、主に医療におけるリスク・コミュニケーションに関連する研究や医療安全に関わる諸外国の取組事例等について、基本的概念を示した上で、近年の医療におけるリスク・コミュニケーションに関連した研究の動向を量的に捉え、英語論文を主に用いてその特徴について概観した。

その結果、望ましいリスク・コミュニケーションを成立させるために必要なこととして、以下のような点が含まれると考えられた。①専門家は、疾病や医療に関するエビデンス情報を入手する術を確保しておくこと、②医療職 (特に医師) がそれらの情報を批判的に読み解く技術をもち、非専門家に判りやすく伝える技術を高めておくこと、③患者が疾患や治療に関する情報を理解できるような手立てがあること (情報の非対称性への対応)、④リスク・コミュニケーションを行う利害関係者間の信頼関係を構築しておくこと、⑤医療の有する特徴を視野に入れて臨むこと、等である。

医療従事者を対象とした、医療安全に焦点をあてたリスク・コミュニケーション教育を実施する際には、リスク・コミュニケーションを行う状況 (臨床場面、健康に関わる緊急事態など) の特性を考慮した内容・方策を、情報源の確保、情報伝達のス

キル、評価のあり方等を視野に入れて選択していく必要があると考えられる。

引用文献

- Ancker J. S., Senathirajah Y. & Kukafka R. (2006). Design Feature of Graphs in Health Risk Communication: A Systematic Review. *Journal of American Medical Informatics Association*, 13(6), 608-618.
- Beckett CD. & Kipnis G. (2009). Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. *Journal for Healthcare Quality: Promoting Excellence in Healthcare*, 31(5), 19-28.
- Boaro N., Fancott C., Baker R., Velji K. & Andreoli A. (2010). Using SBAR to improve communication in interprofessional rehabilitation teams. *Journal of Interprofessional care*, 24(1), 111-114.
- Calman K. C. (1996). Cancer: science and society and the communication of risk, *BMJ*, 313, 799-802.
- Covello V. T. (1995). Risk Perception and Communication. *Canadian Journal of Public Health*, 86(2), 78-82.
- Covello V. T. (2003). Best Practices in Public Health Risk and Crisis Communication. *Journal of Health Communication*, 8, 5-8.
- Culver J. O., Bowen D. J., Reynolds S. E., Pinsky L. E., Press N. & Burke W. (2009). Breast cancer risk communication: Assessment of primary care physicians by standardized patients. *Genetics in Medicine*, 11(10), 735-741.
- Davis R. E., Dolan G, Thomas S., Atwell C., Mead D., Nehammer S., Moseley L., Edwards A. & Elwym G. (2003). Exploring doctor and patient views about risk communication and shared decision-making in the consultation. *Health Expectations*, 6, 198-207.
- Edwards A., Matthews E., Pill R. & Bloor M. (1998a). Communication about risk: diversity among primary care professionals. *Family Practice*, 15(4), 296-300.
- Edwards A., Matthews E., Pill R. & Bloor M. (1998b). Communication about risk: the responses of primary care professionals to standardizing the 'language of risk' and communication tools. *Family Practice*, 15(4), 301-307.
- Edwards A., Elwym G. & Gwyn R. (1999). General practice registrar responses to the

- use of different risk communication tools in simulated consultations: a focus group study. *BMJ*, 319, 749-752.
- Edwards C. & Woodard E. K. (2008). SBAR for maternal transports: going the extra mile. *Nursing for Women's Health*, 12(6), 515-520.
 - Epstein R. M., Alper B. S. & Quil T. E. (2004). Communicating Evidence for Participatory Decision Making, *JAMA*, 291(19), 2359-2366.
 - 遠藤久夫 (2006). 第2章 医療サービスの経済的特性, 遠藤久夫, 田中滋, 西村周三 (編著). 医療経済学の基礎理論と論点. 勁草書房: 東京, 37-62.
 - Glik D. C. (2007). Risk Communication for Public Health Emergencies. *Annual Review of Public Health*, 28, 33-54.
 - 郡司篤晃 (1998). 医療システム研究ノート. 東京: 丸善プラネット.
 - 林裕造, 関沢純監訳 (2003). リスク・コミュニケーション—前進への提言—, 化学工業日報社: 東京.
 - Heilbrun K, Philipson J., Berman L. & Aarren J. (1999). Risk Communication: Clinicians' Reported Approaches and Perceived Values. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 27(3), 397-406.
 - Hopwood P. (2005). Psychosocial aspects of risk communication and mutation testing in familial breast-ovarian cancer. *Current opinion in oncology*, 17, 340-344.
 - 吉川肇子 (1999). リスク・コミュニケーション—相互理解とより良い意思決定をめざして—. 東京: 福村出版.
 - 吉川肇子, 重松美加. (2008). リスク・コミュニケーションとは—その歴史と現代における課題—. *日本医事新報*, 4397, 78-83.
 - Lee D. H. & Mehta M. D. (2003). Evaluation of a visual risk communication tool: effects on knowledge and perception of blood transfusion risk. *TRANSFUSION*, 43, 779-787.
 - Lipkus I. M. & Hollands J. G. (1999). The Visual Communication of Risk. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 149-163.
 - MacDonald D. J., Sarne L., Sarvellen G., Bastani R., Giger J. N. and Weitzel J. N. (2007). Selection of family members for communication of cancer risk and barriers to this communication before and after genetic cancer risk assessment. *Genetics in Medicine*, 9(5), 275-281.
 - McCOMAS K.A. (2006). Defining Moments in Risk Communication Research: 1996-2005. *Journal of Health Communication*, 11, 75-91.

- National Research Council (1989). Improving Risk Communication, National Academy Press: Washington D.C.
- 木下富雄 (2006). 第一章リスク学の領域と方法 1. 不確実性・不安そしてリスク. 日本リスク研究学会編. リスク学事典. 東京: 図書印刷株式会社, 13-15.
- 緒方泰子 (2006). 患者参加プログラムに関する文献調査～取組事例とその特性～. 厚生労働科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業: 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 (研究代表者: 橋本廸生), 平成 17 年度総括研究報告書, 15-31.
- Rothman A. J. & Kiviniemi M. T. (1999). Treating People with Information: an Analysis and Review of Approaches to Communicating Health Risk. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 44-51.
- Ruland C. M. (2003). Improving patient safety through informatics tools for shared decision making and risk communication. *International Journal of Medical Informatics*, 73, 551-557.
- Schwartz L. M., Woloshin S. & Welch H. G. (1999). Risk Communication in Clinical Practice: Putting Cancer in Context. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 25, 124-133.
- Slovic P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285, 1987.
- 住吉蝶子 (2008). TeamSTEPPS が医療にもたらすもの 医療ケアの安全性を追求した革新的プロジェクト, 医学会新聞, 2848 号.
(http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02848_02 (cited 2010. March))
- Thurmann P. (2006). Safety and risk communication to patients. *Infoma Healthcare*, 5(6), 747-750.
- Thompson K.M. (2002). Variability and Uncertainty Meet Risk Management and Risk Communication. *Risk Analysis*, 22(3), 647-654.
- Tinker T. L. (1996). Recommendations to Improve Health Risk Communication; Lessons Learned from the U.S. Public Health Service. *Journal of Health Communication*, 1, 197-217.
- 漆博雄 (2001). 1 章 日本の医療保険制度と国民医療費, 漆博雄 (編). 医療経済学. 東京大学出版会: 東京, 1-16.
- Williams P. R. (2004). Health risk communication using comparative risk analysis. *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology*, 14, 498-515.

参考文献

- ・ 吉川肇子 (2009). 健康リスク・コミュニケーションの手引き. ナカニシヤ出版: 東京.
- ・ 日本リスク研究学会編 (2006). リスク学事典. 東京: 図書印刷株式会社.
- ・ 岡本浩一 (1989). リスク認知・リスクコミュニケーション研究の概略. 日本リスク研究学会誌, 1(1), 23-27.

参考にした URL

- ・ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) :
<http://teamstepps.ahrq.gov/abouttoolsmaterials.htm> (cited 2010. March)
- ・ Centers for Disease Control and Prevention(CDC), Crisis & Emergency Risk Communication :
<http://www.bt.cdc.gov/cerc/index.asp>
(cited 2010. March)
- ・ the U.S. Department of Defense, Deployment Health Clinical Center (DHCC) : Risk Communication :
http://www.pdhealth.mil/clinicians/risk_comm.asp (cited 2010. March)
- ・ 医療安全推進者ネットワーク Medsafe.Net 「医療安全をとりまく動向ここに注目！」:
<http://www.medsafe.net/contents/recent/141teamstepps.html> (cited 2010. March)

患者・病者の知識・技術の専門化に関する考察
：医療者と患者のパートナーシップ構築のために

分担研究者：山本武志（千葉大学大学院看護学研究科保健学教育研究分野）

研究要旨

患者・病者であることやその知識・体験が、社会的・医療的資源としてどのように活用されようとしているかその現状を踏まえ、それが医療者患者関係に与える影響について、医療社会学で提示されている医療者-患者関係、セルフヘルプのモデル等を手がかりに考察した。患者・病者の知識、体験の専門化と専門家化 (professionalisation) は、医療者との関係で取り扱われない「残余部分」を、患者・病者の専門的な領域として体系的に取り扱うことで可能になる。その一方で、医療専門家の立場からは、医療専門家自身がコントロールできない場において、医療専門家のコントロールが効かない何かを患者が身につけたり、医療専門家の考える治療・治癒の過程の筋道から患者が外れていく可能性を危惧している。両者のパートナーシップという観点からは、当事者集団の当事者集団によるコントロールによって、集団内で流通される情報や提供されるプログラムの質を保証し、医療専門家に提示していくことが求められる。一方で、患者・病者の professionalisation は、個人の豊かな体験の表出を覆い隠し、患者・病者間の新たな階層化や専門家支配を産み出す可能性を孕んでいる。当事者組織及び彼らが提供するプログラムの意義を保つためには、「管理しない」ことによってその当事者性を損なわないことも求められる。

A. はじめに

わが国における医療者患者関係は疾病構造の転換とともに、この 20 年において劇的に変化している。インフォームド・コンセントという概念は市民においても広く知られるようになり、消費者主体の医療者-患者関係は、より好ましいものとして位置づけられている。

しかし、このような消費者主権の時代において、医療者-患者関係における意思決定に関する権限が患者側に大幅に委

譲されたとしても、意思決定の根拠となる情報は圧倒的に医療者側にあるため、根幹では医療者が患者の意思決定を制御しているといわざるを得ない。

医療者と患者の情報の非対称性は、インターネットの普及や、医学的決定の根拠となる情報の開示によって変化しつつある。また、患者・病者のもつ知識や体験が、医療者のそれとは異なった形で価値が拡大されつつある。

本稿では、患者・病者であることやそ

の知識・体験が社会的・医療的資源としてどのように活用されようとしているかその現状を踏まえ、それが医療者患者関係にどのような影響を与えるかについて、医療社会学において提示されている医療者-患者関係、セルフヘルプのモデル等を手がかりに考察を加える。

B. 従来の医療者-患者関係のモデル

1. 医師-患者関係

パーソンズが示す病人役割概念では、病気は逸脱の一類型とされる¹。病者は本来果たすべき社会的役割を免除され、病気であることを免責されるかわりに、治療の専門家の支援を得て回復することが求められる。このようにして、病者が社会に存在できるためのシステムが作りあげられている。一方で、この前提は、病者よりも医療者が病気や治療について専門的な知識をもっており、治療に関する決定を行う者として位置づけられている。

パーソンズが示した病人役割や医師-患者関係モデルは、医師と患者を上下関係として捉えている。慢性疾患のように逸脱した状態が継続的で、患者自身の手で管理が委ねられる状況には馴染まないことから、スザッスとホランダーは、疾患の重症度別の医師-患者関係モデルを提示した¹。慢性疾患の状況では、医師と患者は対等で、医師は患者の自己管理の手助けをするという相互参加モデルが

提示されている。自己管理のあるべき姿は治療のための正しい知識をもっている医療専門家によって提供されるもので、その意味では、患者は医療専門家のもつ医学知識（医学的正しさ）によって支配され、制御されており、その状況下での「相互参加」が想定されている。

2. セルフケア

セルフケアは、「一般の人々自身が自分たちの健康問題に主体的に対処していく積極的役割」とされる²。セルフケアの概念は1970年代に欧米で確立されてきたものである。その背景には、1974年のラロンド報告(Lalonde Report)として、ライフスタイルが健康に与える影響が指摘され、健康の個人的(宿主)要因がより大きく見積もられるようになったことが一つの要因としてある。また、市民生活に介入する過度の医療化に対する反発と1960年代からの社会運動・消費者運動の潮流に乗って、健康や生命のコントロールを医療専門職から患者・市民の手に取り戻し、積極的に自己管理を行う風潮を強める結果となった。慢性疾患中心の現代においては、セルフケアは疾患のコントロールという点で重要な役割を果たしている。

セルフケアは、一般の人々の健康における積極的役割を推進する一方で、結果的に医療専門職以外のケア手段に患者・市民がコントロールされてしまう危険性

をはらんでいたり³、セルフケアでは対応できない社会構造的な要因が軽視されてしまう可能性がある⁴。また、高騰する医療費を削減する手段としてセルフケアが期待され、すでに 1974 年の段階で、Levin⁵によって、「政府が医療費削減をねらってセルフケアを推奨している」と指摘されている。

3. セルフ・ヘルプ・グループ (SHG)

セルフ・ヘルプ・グループ (SHG) とは、「相互援助を通じてメンバーの問題を改善し、より効果的な生き方を求めていく集団」のことである。いわゆる専門家の援助が中心ではなく、援助の源泉はグループのメンバーにある。現在の SHG に近い組織は戦後になってから組織されるようになったが、そこには、セルフケアと同様に、1960 年代からの社会運動を通じて、専門家支配から脱却し、生活を患者・障害者自身の手に取り戻すことが意図されている。グループは、内容的（相互支援、情報提供から、啓発活動や社会運動、ロビー活動）に、また、専門家の関わりの度合いという観点から、様々な類型のものがみられる。

C. 患者の知識・体験を活用した新しい様々な取り組み

患者の知識や体験に価値を置き、それらを医学的に、社会的に活用する取り組みが広がりつつある。診療場面での患者

参加は、とくに医療安全という観点から患者という資源を活用しようとする動きが活発である。アメリカの AHRQ は、「医療事故を防ぐための 20 のヒント⁶」を公表している。医療安全における医療参加は、患者自身が身を守るために有効であると同時に、医療従事者にとっても、患者が有効な資源と存在し機能することを意味する。

また、医学教育において、患者や障害者が講義の一部として体験談を語ってもらう取り組みは新しいものではないが、一歩進んだ取り組みとしては、わが国では 1995 年ごろから養成がスタートした模擬患者 (Simulated Patient) を用いた教育方法がある。模擬患者は、医師の医療面接のスキルを向上させるために、医学教育に取り込まれ、OSCE (Objective Structured Clinical Examination) においても登用されている。

このような、医学的に患者の知識や経験を活用する取り組みの他に、患者・病者の集団において、彼らのスキルや経験を共有化する活動が見られる。

病者の知識・体験を体系化し社会的に活用する仕組みとしては、アメリカで開発されたセルフマネジメントプログラム (CDSMP: Chronic Disease Self-Management Program) がある。CDSMP はアメリカ以外の各国においても展開され、イギリスでは Expert Patient

Program (EPP)として国家的に取り組みられている。CDSMP と EPP については次の項で詳しく取り上げる。

他の取り組みとしては、ピア・カウンセリングが挙げられる。詳しくは本報告書の別稿にて紹介しているが、障害者福祉の領域では法制化までなされている。カウンセリングは、心理領域の専門家が被援助者に対して行うものであるが、ピア・カウンセリングは、病気や障害を有するものが自身の知識や体験という資源を活かして実践される。ピア・カウンセリングが有効であることは、被援助者の支援に関連して、専門家が提供し得ない知識や技術が存在していることを意味し、従来の医療専門職と患者(障害者)の枠組みを超える画期的な取り組みであるといえる。

1. セルフマネジメント・プログラム (CDSMP)について

セルフマネジメントの概念は 1960,70 年代に、病気のよりよい解決を求めるものとして開発された。当時は、従来の医療システムとのかかわりを絶つことによって、患者自身が生活のコントロールをとることを意味していたが、今日、強調される点は違ってきており、セルフマネジメントは、慢性疾患の患者に提供されるケアの中心的で欠かすことのできない部分と見られている。CDSMP は、スタンフォード大学患者教育研究所の Lorig

教授のチームによって開発された。彼らは、AHCRP(現 AHRQ)とカリフォルニア州たばこ関連疾病局から 5 年間の研究費を得て、慢性疾患の人々を援助する地域ベースのプログラムを RCT を通じて開発、評価した。なお、研究は 1996 年に終了している。そこで開発されたプログラムは、患者に教育をするとか、関連した情報を与えるといったものではなく、生活を効果的にコントロールするために、患者の自信を高めたり、スキルや情報、専門家のサービスを使うように促したりするように構成されている。

プログラムの内容⁷⁾は、期間が 6 週間にわたり、週 1 回 2 時間 30 分のワークショップを地域の会場で行うものである。さまざまな慢性疾患の問題を抱えた人が共に参加をする。ワークショップは 2 人のリーダー(少なくとも一人は慢性疾患をもった専門家ではない者)がワークショップを進める。テーマは、1)フラストレーション、疲労、痛み、孤独などの問題を取り扱うテクニック、2)体力、柔軟性、忍耐力を維持し向上させる運動について、3)薬剤の適切な利用、4)家族、友人、医療専門家との効果的なコミュニケーション、5)栄養、6)新しい治療を評価する方法、の 6 つである。参加者は教科書「Living a healthy life with chronic conditions^{3rd}」⁸⁾(邦訳⁹⁾は 2 版)とリラクゼーションオーディオテープを受け取ることになっている。

2. Expert Patient Program (EPP) について

EPPはCDSMPに基づいて行われている。コースの参加者はCDSMPと同じ教科書⁸をコースマニュアルとして使っている。コースは、CDSMPと同様継続6週間において週2.5時間行われる。毎週、2人のボランティアチューターが、構造化された教科書をもとに、8-16人の参加者をリードする。EPPでは、CDSMPと同様に、患者が自分の病気について知識を深めることにより、自己の責任で病気を管理し専門家と協働することを可能にさせる。

2000年から始まった当プログラムは、10万人前後の単位で地域医療の計画を立てるプライマリケアトラスト(PCT)が主体となっていくことが想定されており、開始当初2年間で2,000人を超える人が6週間のコースに参加した。

3. CDSMPの評価

当初の研究費で行われたRCTでは、心疾患、肺疾患、脳卒中、関節炎の1,000人以上の患者がプログラムに参加し、3年間のフォローアップを行った。この間の変化を、健康状態(障害、社会的/役割の制限、痛みと身体的困難、活力/疲労、shortness of breath、精神的健康、うつ、健康困難、主観的健康感)、ヘルスケアの利用、セルフエフィカシー、セルフマネ

ジメント行動(運動、認知的症状管理、メンタルストレスマネジメント/リラクゼーション、医師とのコミュニケーション、事前指示)について評価している。その結果、プログラムに参加した人(実験群)は、参加していない対照群に比較して、運動、認知的症状管理、健康度の自己評価、健康困難、疲労、障害、社会的活動制限について向上が見られた。また、実験群は入院日数が少なく、外来での受療、入院(回数)が少ない傾向が見られた。また、コスト換算では1:10の節約が見られた。これらの結果の多くは、3年にわたって継続していた。

CDSMPのプログラムは、現在では、オセアニア、欧州、中国、日本で実施され、その実効性の評価が行われている。評価はRCTによる厳格な評価手法を用いたものが多く、ほとんどの研究で有効性が認められている。中国において150人を実験群と対照群に分けた研究では、セルフエフィカシーの上昇や対処行動等に変化がみとめられた¹⁰。また、上海での半構造化面接による評価¹¹では、知識、セルフマネジメントスキルやQOLを向上させる効果が見られた。スペイン語版の評価¹²では、糖尿病患者450人を1年間にわたって調査したところ、保健行動、健康状態、セルフエフィカシーの向上が見られた。オーストラリアにおけるベトナム人、中国人、イタリア人、ギリシャ人の評価¹³では、6ヵ月後に活力、運動、

症状管理、セルフエフィカシー、全般的健康、痛み、疲労、健康に関する悩み、について改善がみられたが、医療サービスの利用について対照群との差は見られなかった。また、ベトナム人と中国人は、よりよく改善していた。

マイノリティへの評価としては、48人を対象とした研究では、セルフエフィカシー、健康(特定)セルフエフィカシー、自己管理行動、の向上が見られた($p < .10$)¹⁴。また、プログラムがうっ血性心不全の入院を減らし症状を改善することはすでにわかっているが、識字能力の低い(小5レベル)23人の患者を対象としたところ、3ヶ月後に知識や自己管理の改善がみられた¹⁵。

総合的にみると、とくに自己効力の改善や運動の実践、健康状態の改善などの効果があると評価できる。病気を自己管理するという慢性疾患の基本的かつ普遍的なスキルを取り扱っていることと、トレーナーが患者自身であることが、疾病による違いや文化的な差異を超えて有効性が認められる要因であると考えられている。その一方で、外来受診回数の低減や医療費削減といった行政的効果が認められる研究は少ない。

4. EPP に対する医師の反応・評価

EPP は国家的な取り組みであるため、地域単位で予算管理を行っているイギリスの医療専門家にとっては、他国の

CDSMP とは違って、直接的に自分たちの業務に影響を与える。EPP の目的は、患者をアマチュア医師にしたり、医師と競わせるところにあるのではなく、QOL を向上させるスキルや自信を高めること、医療専門職と協働することに力点が置かれているが¹⁶、EPP の考え方は、医師から歓迎もされ批判もされている¹⁷。医薬品業界団体の調査では、たった 21% の医師が政府の EPP の提案に賛成で、58% が家庭医(GP)の業務量の増加を予測、42% が NHS のコストが増加すると考えていた¹⁸。最近の調査では、半数以上の医師が、より多くの情報提供をすることは多くの時間を必要とすると考えており、これらの医師にとって EPP によって養成される患者は、「骨の折れる患者」、「不当な要求をする患者」、「時間を使う患者」、という評価であった¹⁹。

D. 患者・病者の知識、体験の専門化と専門家化についての考察

1. 患者・病者の知識、体験の専門化と専門家化の可能性

患者の知識や病気に対する考えは、医療専門家にとっても重要なものであるが、同時に取り扱いがやっかいなものでもある。健康信念(Health Belief)は、Health Belief Model(HBM)にみられるように、医学・公衆衛生的に正しいとされる行動や科学的知識との対比で、Belief は非合理的なものとして扱われている²⁰。HBM は、

医学的に正しいとされる行動の存在が前提となっていて、その正しい行動を取らせるために、人々の知識や感じている脅威などを捉えて、そこに働きかけをする。とくに、1980年代までは、健康における社会環境と行動の相互作用を検討した行動主義モデルに関心が集まったため、人々(Lay)がいかに健康や病気を捉える・俯瞰しているかについて、あまり関心が向けられなかった。

科学的事実を正しいとするフレームワークにおいては、Beliefは「現代の科学社会における未開の残余部分²¹⁾」と捉えることができる。Comaroffら²²⁾の白血病の子どもに関する研究の中で、現代医学は子どもに何が起きたかについて親が理解できるフレームワークを提供していないことを議論している。親は、子どもに何が起きているかを尋ねているだけではなく、「なぜわが子がこの病気にかかったのか?」、「なぜ今なのか?」を尋ねている。医学的な知識は、よりよく治療することに役立つが、親が子どもの病気を理解するのに必要とする知識については、医学的知識から十分には提供されない。

医学的知識を用いたコミュニケーションにおいて医療専門家が用いる言葉は、医療専門家個人の豊かな言葉ではなく、医学的知識として個人から切り離された科学的な知識として患者に提供される。言葉を「科学的」な知識に変換して提供されると、それによって、両者の意思決

定は容易になるという効果がある。

その一方で、Comaroffら²²⁾の指摘に基づけば、医学的知識を介したコミュニケーションは、患者の本質的な病気の理解には有効ではなく、両者のコミュニケーションの隔絶を引き起こすと考えられる。医療者との関係においてふれられることのない「残余部分」を、患者・病者の専門的な領域として体系的に取り扱えるのであれば、それは、患者・病者の知識、技術、体験の専門化が可能であるし、患者・病者の専門家が現れてくるのは不思議なことではない。

2. 患者・病者の知識、体験の専門化と専門家化の問題点

先に紹介した、ピア・カウンセリング、CDSMP、EPPなどは、医療専門職が取り扱ってこなかった「残余部分」を当事者自身の手で切り開いた領域といえる。しかし、医療専門家はEPPに対して表明されているように危惧をいだくむきが見られる。

より歴史の長いSHGに対する評価においても、例えば、カナダ家庭医医師会の郵送調査²³⁾では、8割の医師がSHGの有用性を高く評価する一方、「誤った情報の提供」や「一般的ではない治療を奨励する」という危惧がもたれていた。また、前立腺がんのサポートグループに対する医師の評価は²⁴⁾、84%の医師がグループについて肯定的な態度を表明した一方で、

28%が患者にはめったに紹介しないと回答していた。グループの有用性については、情報や情緒的サポートを指摘していたが、グループのネガティブな面（支配的なメンバーや、情動的なミスリード）についても指摘されていた。効果的なグループの定義はその反面となっており、「専門家からの広い範囲の情報が得られること」「よくトレーニングされたグループリーダー」がいることが指摘されていた。

医師の危惧は、医療専門家自身がコントロールできない場において、医療専門家のコントロールが効かなくなる何かを患者が身につけたり、彼らの考える治療や治癒の筋道から患者が外れていくところにあると思われる。この危惧が現実であるならば、当事者同士のかかわりは、「健康を害し病気を悪化させる可能性」があること、「患者と医療専門家との溝をより深める可能性」があること、の2点の問題が挙げられる。

また、患者・病者の知識、体験の専門化と専門家化(professionalisation)は、彼らの技術や知識の体系化とその属人化を意味する。知識・技術・経験の体系化は、逆に、「個人の豊かな体験を覆い隠してしまう可能性」、をはらんでいる。また、こういった専門的知識・技術を身につけた患者・病者の出現は、従来から患者会等の運営で問題が指摘されているように、「患者・病者間の新たな階層化や専門家支配

を産み出す可能性」がある。

これらの問題は構造的に解決が難しい。医学的に誤った導きをしない当事者集団は、医療専門家によって情報が統制され、管理されている集団といえる。そのような当事者性を失った集団は、当事者集団とはいえない。であるならば、当事者集団の当事者集団によるコントロールによって、集団内で流通される情報や提供されるプログラムの質を保証しなくてはならない。そして、その質の保証を当事者集団が医療専門家にアピールしていくことが求められる。

その一方で、当事者集団は当事者性が活かされる集団(またはプログラム)でなくてはその存在意義はない。SHGにしても、ピア・カウンセリングにしても、民間医療を推奨しようが医療者批判を行おうが、当事者の組織化とその自発的な取り組みは、医療専門家によって制限されるべきものではない。しかし、両者のパートナーシップという観点からは、患者・病者の当事者集団が、自らの手でいかに管理をして、いかに管理をしないのか、そのバランスをうまく取れる組織とプログラムが求められているといえよう。

1 進藤雄三, 医療の社会学, 世界思想社, 1990

-
- 2 西田真寿美, セルフケアをめぐる論点とその評価, 健康観の転換, 園田恭一(編), 東京大学出版会, 1995
 - 3 園田恭一, 健康の理論と保健社会学, 東京大学出版会, 1993
 - 4 西田真寿美, セルフケアをめぐる論点とその評価, 園田恭一, 健康観の転換: 新しい健康理論の展開, 東京大学出版会, 1995
 - 5 Levin LS, Self Care Lay Initiatives in Health(2nd), Watson Pub Intl, 1979
 - 6 Agency for Healthcare Research and Quality, 20 Tips to Help Prevent Medical Errors, <http://www.ahrq.gov/consumer/20tips.htm>, 2002年2月, 2008/3/25 参照
 - 7 Stanford Patient Education Research Center, <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>, 2008/3/25 参照
 - 8 Holman, H., Sobel D., Laurent D., Gonzalez, V., Lorig, K. (Eds.), Living a Healthy Life With Chronic Conditions: Self-management of Heart Disease, Arthritis, Diabetes, Asthma, Bronchitis, Emphysema and Others(3rd), Bull Pub Co, 2006
 - 9 ケイト・ローリング(著), 近藤房恵(訳), 慢性疾患自己管理ガイドンス: 患者のポジティブライフを援助する, 日本看護協会出版会, 2001
 - 10 Siu AM, Chan CC, Poon PK, Chui DY, Chan SC, Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population. Patient Educ Couns, 65, 42-50, 2007
 - 11 Dongbo F, Ding Y, McGowan P, Fu H, Patient Educ Couns, Qualitative evaluation of Chronic Disease Self Management Program (CDSMP) in Shanghai, 61, 389-396, 2006
 - 12 Lorig KR, Ritter PL, Jacquez A, Outcomes of border health Spanish/English chronic disease self-management programs, Diabetes Educ, 31, 401-410, 2005
 - 13 Swerissen H, Belfrage J, Weeks A, Jordan L, Walker C, Furler J, McAvoy B, Carter M, Peterson C, A randomised control trial of a self-management program for people with a chronic illness from Vietnamese, Chinese, Italian and Greek backgrounds, Patient Educ Couns, 64, 360-368, 2006
 - 14 Farrell K, Wicks MN, Martin JC, Chronic disease self-management improved with enhanced self-efficacy, Clin Nurs Res, 13, 289-308, 2004

-
- 15 DeWalt DA, Pignone M, Malone R, Rawls C, Kosnar MC, George G, Bryant B, Rothman RL, Angel B, Development and pilot testing of a disease management program for low literacy patients with heart failure, *Patient Educ Couns*, 55, 78-86, 2004
- 16 Department of Health, NHS, The expert patient: a new approach to chronic disease management in the 21st century, London, Stationery Office, 2001
- 17 Shaw J, Baker M, "Expert patient"—dream or nightmare?, *BMJ*, 328, 723-724, 2004
- 18 Association of the British Pharmaceutical Industry. The expert patient: survey, October 1999, London, ABPI, 1999, www.abpi.org.uk/publications/publication_details/expert_patient/survey.asp
- 19 Dorer G, Developments in the expert patients programme, Presentation at the British Pharmaceutical Conference and Exhibition 2003, Harrogate International Centre, 15-17, 2003
- 20 Bury, M., Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*, 23, 263-285, 2001
- 21 Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective, Good BJ, Cambridge University Press, 1994
- 22 Comaroff J, Maguire P, Ambiguity and the search for meaning: childhood leukaemia in the modern clinical context, *Soc Sci Med*, 15B(2), 115-123, 1981
- 23 Ross E. Gray, et al, Cancer self-help groups and family physicians, *Cancer Practice*, 7, 10-15, 1999
- 24 Suzanne KS, et al. Clinicians' attitudes to prostate cancer peer-support groups, *BJU International*, 99, 68-71, 2006