

2010J1006B

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

医療安全に焦点をあてた

総合的医療リスクコミュニケーション

教育プログラムの開発と実践

平成 21 年度～平成 22 年度 総合研究報告書

研究代表者 橋本廸生

平成 23(2011)年 3 月

— 目 次 —

I. 総合研究報告

医療安全に焦点をあてた総合的医療リスクコミュニケーション教育プログラムの開発と実践

研究代表者 橋本迪生（横浜市立大学附属病院） 1

（資料1）医療教育プログラム開発におけるリスクコミュニケーションに関するチェックリスト

（資料2）「医療リスクコミュニケーション教育プログラム（患者用教育ツール）」評価票

（資料3）教育プログラムの構成

（資料4）検討委員会名簿

（資料5）検討委員会の開催状況

（資料6）検討委員会議事録

（資料7）教育プログラムコンテンツ

II. 研究成果の刊行に関する一覧表 67

III. 研究成果の刊行物・別刷 67

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

総合研究報告書

医療安全に焦点をあてた総合的医療リスクコミュニケーション

教育プログラムの開発と実践

研究代表者 橋本迪生 横浜市立大学附属病院

研究要旨

本研究の目的は、医療、疾病に関連したコミュニケーションの円滑化、促進を図るために、患者、市民向け及び医療従事者向けのリスクコミュニケーションプログラムを開発することである。

初年度は、他分野（原子力、公共事業（主に災害）、環境・化学物質、食品等の分野）におけるリスクコミュニケーション促進のための事例等を収集し整理した。それらの他分野とも比較しつつ、医療分野におけるリスク特性、利用者特性等について整理し分析を行った。さらに、医療分野のリスクコミュニケーションに関して、教育すべき対象者、取り上げる場面、教育内容の特性、市民等におけるリスクの認知特性等を勘案し、医療安全に関するリスク及びリスクコミュニケーションの全体像の可視化を行った。また、医療分野において既に行われている類似の教育的取組み事例等を収集し、上記全体像の中に落とし込み、さらに、これら既存の取組み事例との関係から、本研究において開発する教育プログラムの位置づけについて検討を加えた。

最終年度は、初年度の研究成果も踏まえつつ、医療における患者教育プログラムが備えるべきポイントを整理したチェックリストを作成した。その上で、既存の患者教育用教材を参考に、チェックリストを用いて制作上の工夫を加えた教育プログラム（案）を制作した。内容の妥当性や実用可能性等の視点で、医療専門職による評価（一次評価及び二次評価）を行った結果、開発した教育プログラムは「現場での活用可能性」を備えていると評価された。評価結果に基づく改変を行い完成度を高めた教育プログラムを、患者－医療者間の適切なリスクコミュニケーションを確保・促進するための患者向け教育プログラムとして取りまとめた。今後は、本研究の成果を活用しながら、多忙な医療現場における患者向け教育プログラム作成支援のためのツール群や方法論を検討することが期待される。

分担研究者 緒方 泰子(千葉大学大学院看護学
研究科看護システム管理学専攻 准教授)

院機構総合研究センター診療情報分析部 主任研究員)

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 講師)

研究協力者 坂根 健一(特定非営利活動法人
医療教育開発センター 理事長)

研究協力者 土島 智幸(手稲溪仁会病院小児
N I Vセンター センター長)

研究協力者 古場 裕司(独立行政法人国立病

A. 研究目的

本研究の目的は、医療、疾病に関連したコミュニケーションの円滑化、促進を図るために、患者、市民向け及び医療従事者向けのリスクコミュニケーションプログラムを開発することである。医療分野のコミュニケーションは、多くの市民が一生の間に何らかの形で体験する可能性が高くその重要性はいうまでもないが、医療リスクコミュニケーションに関する研究は少ない。近年ではADRに注目が集まっており、医療現場でのトラブルや医療事故発生時の対応に関する研究や研修が行われている。しかし、医療現場では医療従事者間および医療従事者と患者、家族の絶え間ないコミュニケーションによって当事者らのリスク認知が形成され、それが、医療事故発生時などコミュニケーションが難しい局面において表出されると考えられる。本研究では、より日常的な医療従事者間、医療者患者間の安全にかかわるコミュニケーションに焦点をあて、医療従事者向けのリスクコミュニケーション教育プログラムの開発することを目的とする。

多くの市民は、医療機関への受療の機会に、医師との間にインフォームドコンセントと称される情報と情緒の交換過程を経験している。しかしこれは、治療が前提となる個別的な場面での限定的なコミュニケーションである。

一方、患者ではなく市民としての日常の生活場面を想定してみると、医療の不確実性や過誤の確率的不可避性に依拠する医療サービスに本来的に付随するリスクを、医療側と市民社会がどのように共有するかについての取り組みは、例外的に観察されるのみである。同様に研究的なアプローチも少ない。

近年ではADRの一部であるコンフリクト・マネジメントやその中核的スキルであるメディエーションに注目が集まっており、医療現場でのトラブルや医療事故発生時の対応に関する研究や研修が行われている。医療現場では医

療従事者間および医療従事者と患者、家族のコミュニケーションによって当事者らのリスク認知が形成され、それが、医療事故発生時などコミュニケーションが難しい局面において様々に表出していると考えられる。この表出の様態は、個別の状況の差異にも依存するが、その基層において、日常的なリスクコミュニケーションが影響を与えていると考えられる。

本研究では、より日常的な医療従事者間、医療者患者間の安全にかかわるコミュニケーションに焦点をあてた医療従事者向けのリスクコミュニケーション教育プログラムの開発に関する研究を行うこととする。

B. 研究方法

1 プログラムの位置づけおよび基本方針の検討

1.1 他分野の取組みに関する情報収集

原子力、公共事業（主に災害）、環境・化学物質、食品等の分野におけるリスクコミュニケーション促進のための事例等を収集した。

他分野とも比較しつつ、医療分野におけるリスク特性、利用者特性等について整理し分析を行った。

1.2 情報収集結果の整理

医療分野のリスクコミュニケーションに関して、教育すべき対象者、取り上げる場面、教育内容の特性、市民等におけるリスクの認知特性等を勘案し、医療安全に関するリスク及びリスクコミュニケーションの全体像の可視化（一定の評価軸を設定した上でマッピング）を行った。

医療分野において既に行われている類似的な教育的取組み事例等を収集し、上記全体像の中に落とし込み、さらに、これら既存の取組み事例との関係から、本研究において開発する教育プログラムの位置づけについて検討を加えた。

1.3 プログラムの基本方針の検討

本研究において開発する、教育プログラムの基本方針（基本的考え方、対象者、教育内容（場面）、活用方法等）について検討を行った。

2 教育プログラムの検討

2.1 医療現場におけるコミュニケーション上の課題の抽出

先行研究の精査および過去の医療事故やインシデント事例から、コミュニケーションの問題が指摘されている事例を洗い出し、コミュニケーション上の課題を抽出した。

2.2 医療現場において求められるスキルの検討

2.1で抽出されたコミュニケーション上の課題を踏まえ、求められるスキルを洗い出した。

さらに、本研究で開発するプログラムが目指すべき、教育の到達目標について検討した。

2.3 教育プログラムの内容等の検討

2.2を踏まえてプログラムの具体的な内容について検討した。

2.4 教育プログラム（素案）作成

作成したコンテンツを統合・編集し教育プログラム（素案）を作成した

3 検討委員会

専門家による検討委員会を3回開催した（資料4・5・6）。

4 教育プログラムの開発

4.1 学習テーマの検討

先行研究や先行事例の精査等も踏まえ、特にリスクコミュニケーション上の教育ニーズが高いと考えられるテーマについて検討し、開発する教育プログラムにおいて取り上げる学習テーマを決定した。

4.2 開発に当たって配慮すべき視点の整理

前年度の研究成果を踏まえ、医療におけるリスクコミュニケーションにおいて配慮すべき事項について検討した。今回の教育プログラムの開発に当たって配慮すべき視点として、チェックリスト（案）の形にとりまとめた。

4.3 教育プログラム（案）の制作

上記を踏まえ、個々の学習テーマについて既存の教材等を参考にしつつ、医療リスクコミュニケーションの観点から必要な加筆修正を行い、教育プログラムのたたき台を作成した。

表 1 参考とした教材等

- 「ワーファリンを正しく服用していただくために」（昭和大学病院薬剤部説明資料）
- 「外来化学療法について」（上尾中央総合病院外来化学療法室説明資料）
- 「MRI 検査について」（上尾中央総合病院 MRI 検査室説明資料）
- 「ノロウイルス感染症について」（株式会社キューラメディクス IC ベーシック資料）
- 「上部消化管内視鏡検査について」（上尾中央総合病院消化器外科説明資料）

既存教材を参考とするに際しては、現場を訪問し、患者への教育・説明に関わる医療者へのインタビュー調査を行い、教材を用いた患者教育の実施方法や留意点等について把握した上で教育プログラムの検討に活用した。

表 2 訪問インタビュー調査の概要

訪問日時	訪問先	面会者
1月13日(木) 13:00~19:00	上尾中央総合病院 医療安全課、消化器外科、 外来化学療法室、MRI 検査室	高柳克江氏 (看護師)

さらに、医療安全、患者教育、薬学等を専門

とする研究協力者を交えたディスカッションを行い、教育プログラム（案）としてとりまとめた。

表 3 教育プログラム（案）に関する
ディスカッションの開催状況

日時	参加者（敬称略）	概要
11月19日（金） 12:30～13:30	橋本 ¹ 、古場 ³ 、 坂根 ³	コンテンツの構成及 び妥当性について
11月30日（火） 13:00～15:00	橋本 ¹ 、山本 ² 、 緒方 ² 、古場 ³ 、 宮本 ³ 、坂根 ³	コンテンツの構成及 び妥当性について
12月21日（火） 13:00～15:00	橋本 ¹ 、山本 ² 、 緒方 ² 、古場 ³ 、 坂根 ³	コンテンツの表現方 法及び妥当性につ いて
1月25日（火） 10:30～12:00	橋本 ¹ 、古場 ³ 、 坂根 ³ 、小池 ³	コンテンツの表現方 法及び妥当性につ いて
2月1日（火） 13:30～15:30	橋本 ¹ 、山本 ² 、 緒方 ² 、古場 ³ 、 坂根 ³	教育プログラム（案） としてのとりまとめ について

1：研究代表者、2：分担研究者、3：研究協力者

5 教育プログラム（案）の評価（一次評価）

開発した「教育プログラム（案）」について、内容の妥当性や実用可能性等について、医療専門職の立場からの評価（一次評価）を行った。

5.1 評価方法

教育プログラムを実際に使用してもらった上で、各学習テーマのシーン別の説明資料について、気づいた点などをメモしておいてもらい、半構造化面接法（インタビュー）による聞き取り調査を行った。

修正前の教育プログラム（案）については、医療専門職8名から評価をしてもらった。評価協力者の臨床経験に応じて、教育プログラム（案）に含まれる学習テーマすべて、または、臨床経験に応じた学習テーマを選択して評価してもらい、意見を聴取した。学習テーマのうち、「ノロウイルス感染症」については、修正点を明確にするため、感染対策に詳しい研究者一名からコメントしてもらった。

5.2 評価協力者とリクルート方法

教育プログラム（案）への評価は、3年以上の経験を有する医療専門職（主に看護職）であり、本教育プログラムの内容を評価できるような適切な領域での臨床経験を有する者とした。研究者2名のネットワークを通じて対象者のリクルートし、計8名から協力を得た。

評価協力者の属性は次のとおりである。

評価協力者8名は、全員女性であり、年齢は、20代1名、30代4名、40代2名であった。全員が臨床における看護経験を有し、総看護経験年数は平均9.9年（3.0年から14.0年）で、そのうち医療機関における看護経験は8.6年（3年から4年）であった。経験した診療科は、外科、救急外来、一般外来が各3名、内科、内科と外科の混同、手術室が各2名、小児科、産科、ICUが各1名であった（複数回答）。評価協力者のうち3名に、それぞれ2年、5年、10年の教育経験があった。

5.3 評価の視点

評価協力者には、「患者にとっての内容のわかりやすさ」「内容の充足程度」「倫理的問題の有無」「現場での活用可能性」を意識しながら学習テーマごとの各内容をみてもらった。

5.4 倫理的配慮

「教育プログラム（案）」の評価および後述する「修正版教育プログラム（案）」の評価は、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会において承認された後に開始された。

評価への協力依頼の際には、依頼文書と口頭で、「研究への参加は対象者の自由意思にもとづくものであること」「研究への参加に同意しない場合、一切の不利益を被ることがないこと」「研究への参加をいつでも撤回することができること及び撤回の方法（口頭、メール、書面、電話等）」「質問紙への回答の保管方法」「個人が特定されない方法でのデータの分析や公表」

等について説明し、調査に協力する場合にのみ、承諾書に署名してもらった。

特に、教育プログラム評価に協力を得る場合には、①研究者らと教育的な関係がある（学業上の成績等を評価する関係）、②研究者らと職業上の利害関係がある（上司-部下の関係など）、③研究者らと経済的な利害関係がある、のいずれかの関わる者を除外した。

5.5 評価の実施

評価協力者 8 名には、教育プログラム(案)を配布し、前述の評価の視点を意識しながら各内容を見てもらい、気づいた点等について、研究者が意見を聴取した。意見の聴取は、評価協力者の都合に合わせて個別に実施した。

評価協力者のうち、すべての学習テーマについて評価を行ったのは 6 名で、他の 2 名は、自身の臨床経験にもとづき、学習テーマのうち、「ノロウイルス感染症」について評価し、インタビューに応じた。

また、「ノロウイルス感染症」については、評価協力者 8 名のコメントから、修正点が多いと考えられたため、どのように修正する必要があるか、といった具体的な修正方法も含めて、感染対策に詳しい研究者 1 名の意見を聴取した。

5.6 評価にもとづく教育プログラム(案)の改修

評価結果をもとに「教育プログラム(案)」の改修を行い、「修正版教育プログラム(案)」の評価を行った。

6 修正版教育プログラム(案)の評価(二次評価)

「修正版教育プログラム(案)」について、医療専門職による評価(二次評価)を行った。

6.1 評価方法

評価の視点を明確に示した質問紙を作成し、

評価協力者に評点をつけてもらった(資料 2 参照)。同時に、さらに修正が必要な点について、評価の視点にもとづく意見を質問紙に記入してもらった。記入された意見から修正方法を想定しにくい場合には、評価協力者と面接の上意見を聴取した。

6.2 修正版教育プログラム(案)の評価協力者とリクルート方法

修正版教育プログラム(案)の評価は、修正前の教育プログラム(案)の評価と同様に、適切な領域での 3 年以上の臨床経験を有する医療専門職(主に看護職)から協力を得て行った。協力者は、研究者 2 名のネットワークを通じてリクルートし、修正前の教育プログラム(案)の 8 名とは異なる 5 名から協力を得た。5 名全員が、全学習テーマについて評価を行った。

評価協力者 5 名は、全員が女性であり、年齢は 30 代 3 名、40 代 1 名、50 代 1 名であった。総看護経験年数は平均 6.8 年(2 年から 10 年)、病院での看護経験は平均 6.3 年(2 年から 9 年)であった。経験した診療科は、外科 3 名、内科と外科の混合 2 名であり、内科、救急外来、外来の経験者が各 1 名であった(複数回答)。全員が教育経験者であり、平均 7.2 年(0.13 年から 16.0 年)の経験があった。

6.3 修正教育プログラム(案)の評価の視点

評価は、「内容の分かりやすさ」「内容の充実程度」「倫理的な問題の有無」「教育プログラムの活用可能性」の観点から行ってもらった。

「内容の分かりやすさ」のみ、各学習テーマの内容にもとづいて、具体的な内容ごとの「分かりやすさ」を評価してもらった。

「内容の分かりやすさ」は、「非常にそう思う(=5)」から「全くそう思わない(=1)」の 5 段階、「内容の充実程度」は「十分(=5)」から「不十分(=1)」の 5 段階、「倫理的な問題の有無」は、「倫理的な問題がある(=1)」 「倫理

的な問題はない (=2)」の2段階、「教育プログラムの活用可能性」については、「活用できる (=5)」から「活用できない (=1)」の5段階の選択肢を設けて評価してもらった。

6.4 倫理的配慮

修正版教育プログラム(案)の評価における倫理的配慮は、「5.4 倫理的配慮」のとおりである。

6.5 修正教育プログラム(案)の評価の実施

修正版教育プログラム(案)を保存したCDおよび5.3の視点に基づく評価票を評価協力者に配布し、回答された評価票を封筒に入れて封をし、無記名で回収ボックスに提出するよう文書または口頭で評価協力者に依頼した。

7 教育プログラムの教材化

評価協力者5名ではあるが、開発した教育プログラムについて、「内容のわかりやすさ」「内容の充足程度」について一定の妥当性が確認された。また、すべての内容について、倫理的な問題はないと判断された。

このように、評価協力者の意見にもとづく修正を行って完成度を高めた教育プログラムを用いて、教材化(試作版)を行った。

C. 研究結果

1 プログラムの位置づけおよび基本方針の検討

1.1 他分野における取組みの概観

これまでに実施されたリスクコミュニケーション促進のための事例に関する文献調査を行った。

収集に当たっては、医療リスクとの関連性や事例の多様性等を勘案し、原子力、公共事業(主に災害)、環境・化学物質、食品等の分野を取り上げて、事例を選定した。収集した事例の一覧を表4に示す。なお、各事例の詳細についてはそれぞれ文献等を入手した。

1.2 情報収集結果の整理

1.2.1 医療に関するリスクコミュニケーションの特徴

医療分野のリスクコミュニケーションに関して、教育すべき対象者、取り上げる場面、教育内容の特性、市民等におけるリスクの認知特性等を勘案し、医療分野の特徴について検討したところ、以下の要素が抽出された(表5)。

表5 医療に関するリスクコミュニケーションの特徴

特徴	概要
①当事者性	患者本人が、リスク事象(医療行為)の発生に必要不可欠である
②情報の非対称性	医師と患者間で、リスクに関する知識や理解に差があること
③立場の非対称性	医師と患者間で、ある種の力関係が存在すること
④不可避性	基本的に、医療行為を受けないという選択肢が存在しない
⑤不可逆性	被害が発生すると、発生前の状態に戻ることができない
⑥結果の個別性	被害があるかどうかは人によって違い、誰にとっても共通の事象ではない
⑦問題の個別性	ハザードの結果は、患者本人の問題としての要素が強く、社会性が低い

1.2.2 医療に関するリスクコミュニケーションの全体像の可視化

医療安全に関するリスク及びリスクコミュニケーションの全体像の可視化(一定の評価軸を設定した上でマッピング)を行った。

1.2.2.1 医療場面の設定

ここでは、以下の10の典型的と思われる医療場面(健常時を含む)を取り上げて検討することとした(表6)。

表6 本研究で取り上げた医療場面(健常時を含む)

1)健常時	2)健診・検診
3)外来診療	4)教育入院
5)検査入院	6)救急搬送
7)手術を伴う入院	8)化学・放射線療法
9)在宅医療	10)終末期医療

1.2.2.2 医療において想定されるリスクの設定
医療または医療のリスクコミュニケーションにおけるリスクをどう捉えるかは、社会的な又は学問的な合意が得られているものではない。ここでは委員会での議論等を踏まえ、以下のリスクを取り上げて検討することとした。

表 7 本研究で取り上げた医療におけるリスク

a	疾病リスク（病気になるまたは病気が発見されるリスク） 不安リスク（病気になることへの不安が増大するリスク）
c	経済的リスク（病気になることに伴う経済的リスク。医療に要する費用に加え、休職などの機会損失を含む）
d	生活リスク（QOL が障害されることによる生活上の不便等のリスク）
e	不治療リスク（病気が治癒しないことまたはその不安のリスク）
f	死亡リスク（死亡することまたはその不安のリスク）
g	医原性リスク（治療による身体的お顔粗衣によるリスク。手術の合併症や薬剤の副作用、医療事故のリスクを含む）

1.2.2.3 医療場面ごとのリスクの分析とリスクコミュニケーション上の特徴の整理

1で設定した医療場面ごとに、2から関係するリスクを抽出するとともに、医療におけるリスクコミュニケーションの軸を用いて、分類整理を行った(表 8)。以上の分類から、「当事者性」「情報の非対称性」「立場の非対称性」「問題の個別性」といった軸は、医療の各場面に概ね共通の特徴であると考えられることができる。

一方、「不可避性」「不可逆性」「結果の個別性」は、特に重症例で問題になる特徴であり、受診や入院に至らない段階では当てはまらない場合がある。

また、健常時は医療に伴うリスクが見えにくい（顕在化していない）段階にあり、その他の場面と質的に異なる可能性がある。同様に終末

期医療の場面では、医療的介入以外の要素（例えば、宗教的要素など）が大きくなるためにやはり質的に異なる可能性がある。

1.2.2.4 医療リスクコミュニケーション事例の整理

医療分野において既に行われている類似的な教育的取組み事例等を収集し、上記全体像の中に落とし込み、さらに、これら既存の取組み事例との関係から、本研究において開発する教育プログラムの位置づけについて検討を加えた(表 9,10)。

1.3 プログラムの基本方針の検討

1.3.1 医療のリスクコミュニケーションに関する考察

委員会での議論等を踏まえ医療のリスクコミュニケーションに関して以下のような考察を行った。
1.3.1.1 市民・患者とは誰か

マクロレベルでの医療リスクコミュニケーションについて考える時、市民対医療者の図式で捕らえられることが一般的であるが、ここで市民とは誰を指すかという点は明らかにした上で議論を進めるべきである。

リスクコミュニケーション研究の上では、国際的に NGO は市民に含めないというのが通例になっていると言われるが、一方で NGO からは「私たちこそ市民」という主張がなされることもある。

さらに、リスクコミュニケーションを行おうとした場合に、あるいは行った結果として、市民の階層化につながることも考えられる。結局、理想的な無色透明の「市民」が存在するのではなく、現実世界には、様々な立場、様々な知識、様々な事情を抱えた多様な「市民たち」が存在するのであり、医療リスクコミュニケーションについて議論する際に、この点を忘れてはならないと言える。これは、ミクロレベルで「患者」を考える際にも同じように適用される。

1.3.1.2 専門家の役割とは何か

近年、医療者－患者関係がパートナーリズムからパートナーシップへ変容するのに伴い、消費者主義的な考え方の下、患者の権利を強く主張し、そのことで医療者－患者間の関係性を悪化させる例が見られるようになってきた。具体的には「クレーマー」や「モンスターパジェント」と呼ばれる患者が該当する。

医療の患者参加や医療リスクコミュニケーションの意義や目的について再度確認することが必要であり、その目的に照らして、全体最

適化の観点から互いの役割、権利・義務を明らかにする必要がある。

専門家（医療者）は患者より多くの情報や経験を有するという、情報の非対称性を所与のものと考え、そのことのデメリットばかりでなく、メリットについても認識するべきであり、デメリットを克服しつつメリットを享受する姿勢（例えば、患者が専門家を上手に利用するというスタンスや、市民参加を重視しつつも専門家の意見も尊重する姿勢）が求められるだろう（表 11）。

表 8 医療に関する場面ごとのリスクコミュニケーションの特徴の整理

場面	リスク種類	リスクコミュニケーション上の特徴						
		①当事者の性	②情報の非対称性	③立場の非対称性	④不可避性	⑤不可逆性	⑥結果の個別性	⑦問題の個別性
健常時	a 疾病リスク b 不安リスク	△	○	○	×	△	△	△
健診・検診	a 疾病リスク b 不安リスク g 医原性リスク	○	○	○	×	△	△	○
外来診療	a 疾病リスク b 不安リスク c 経済的リスク d 生活リスク e 不治療リスク g 医原性リスク	○	○	○	△	△	△	○
教育入院	c 経済的リスク d 生活リスク e 不治療リスク f 死亡リスク	○	○	○	△	△	×	○
検査入院	a 疾病リスク b 不安リスク c 経済的リスク d 生活リスク g 医原性リスク	○	○	○	△	△	△	○
救急搬送	d 生活リスク e 不治療リスク f 死亡リスク g 医原性リスク	○	○	○	○	○	○	○
手術を伴う入院	c 経済的リスク d 生活リスク e 不治療リスク f 死亡リスク g 医原性リスク	○	○	○	○	○	○	○
化学・放射線療法	c 経済的リスク d 生活リスク e 不治療リスク f 死亡リスク g 医原性リスク	○	○	○	○	○	○	○
在宅医療	c 経済的リスク d 生活リスク e 不治療リスク f 死亡リスク g 医原性リスク	○	○	△	○	○	○	○
終末期医療	c 経済的リスク f 死亡リスク	○	△	△	△	△	○	○

○：当てはまる △：場合によっては当てはまる ×：当てはまらない

表9 医療リスクコミュニケーション事例の整理

場面	リスク種類	マクロレベル	ミクロレベル
健診・ 検診	a 疾病リスク b 不安リスク g 医原性リスク	<ul style="list-style-type: none"> ・学校教育（事例1） ・NPOによる勉強会（事例2） 	
外来 診療	a 疾病リスク b 不安リスク c 経済的リスク d 生活リスク e 不治癒リスク g 医原性リスク	<ul style="list-style-type: none"> ・病院ホームページを通じた情報提供 ・医療計画や医療機能情報公表制度を通じた情報提供 ・市民、患者の病院運営への参加（事例3） 	<ul style="list-style-type: none"> ・疾病に関する患者向けパンフレット ・患者用クリティカルパス ・医療アドボケータ（事例4） ・医療ボランティアの活用（事例5、6、7） ・インフォームドコンセント（事例8） ・エキスパートペイシェント
教育 入院	c 経済的リスク d 生活リスク e 不治癒リスク f 死亡リスク		
検査 入院	a 疾病リスク b 不安リスク c 経済的リスク d 生活リスク g 医原性リスク		
救急 搬送	d 生活リスク e 不治癒リスク f 死亡リスク g 医原性リスク		
手術を 伴う入 院	c 経済的リスク d 生活リスク e 不治癒リスク f 死亡リスク g 医原性リスク		
化学・ 放射線 療法	c 経済的リスク d 生活リスク e 不治癒リスク f 死亡リスク g 医原性リスク		
在宅 医療	c 経済的リスク d 生活リスク e 不治癒リスク f 死亡リスク g 医原性リスク		<ul style="list-style-type: none"> ・患者の組織化（事例9）
終末期 医療	c 経済的リスク f 死亡リスク	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期医療・脳死に関する議論 	

表 10 事例一覧

事例番号	取り組み名称 (実施主体)	事例概要	資料 出典	事例 番号	取り組み名称 (実施主体)	事例概要	資料 出典
1	学校教育における 医療教育の取組み (横浜国立大学教育 人間科学部附属横浜 小学校)	横浜国立大学教育人間科学部附属横浜小学校では、養護教諭を中心として医療に関する教育に取り組んでいる。	委員会 発言	6	患者の家族に よるボランテニア 活動(北原リハ ビリテーション 病院)	北原リハビリテーション病院に転院する際、患者家族によるボランテニア活動「ゆうあい」への入会を必須条件としている。入会に同意した家族には、病院でのさまざまなボランテニア活動をお願いしている。病院では地域通貨(北原通貨「はびるす」)を発行しており、様々なボランテニア活動を通して、市民と一緒に作っていて、病院を目標としている。1時間のボランテニア活動で北原通貨「1はびる」が獲得できる。	文献 2
2	医療従事者 OBOG の ボランテニア活動 (聖路加国際病院)	聖路加国際病院では、元院長などの退職者が、院内で患者からの相談に対応するなどのボランテニア活動を行っている。	委員会 発言	7	患者会の組織 化 (手稲溪仁会病 院小児 NIV セ ンター)	手稲溪仁会病院小児 NIV センターでは、NIV 治療を行っており、在宅 NIV を行う小児患者も多い。現在は、北海道全域で NIV 患者 30 名、気管切開下人工呼吸器装着患者 8 名の管理を行っている。平成 19 年から、患者家族、病院、訪問スタッフ、地域住民を対象とした「小児 NIV 家族交流会 zousonnet」を開催し、100 名を超える参加を得て、患者家族の不安軽減、医療者側の結束、地域住民との交流などの効果が見られている。平成 21 年からは患者家族主催の形に変更し、家族主導の自立的在宅医療システムの構築につながるなど、患者家族会を通じたリスコミュニケーションが図られている。	第 2 回 委員会 資料 2
3	「県立柏原病院の小 児科を守る会」	丹波市内で唯一、小児の入院を扱う「兵庫県立柏原病院」の小児科が閉鎖の危機に瀕しているとの記事を書いた記者の呼び掛けで開かれた座談会を契機に、市内の主婦をメンバーに、地域医療を守るための活動を行っている。具体的には、「コンビニ受診を控えよう」「かかりつけ医を持つ」「お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう」をスローガンに掲げて意識啓発に取り組みたり、「小児救急冊子」(どんなときに救急車をよべばいいのか)受診の目安チャート図/絵で見える子どもの状態処置など)や、「くま先生の SOS」(千葉県東金市「NPO 法人地域医療を育てる会」)のコロナバージョンで、子どもにも分かるストーリーで、二次救急病院と開業医の使い分けの必要性を伝える絵本)の作成・頒布などを行っている。	文献 1	8	転倒・転落に関 するインフォメ ーションセンタ ー	患者の転倒・転落件数を減らすことはできないが、それに伴うケアを減らすことはできると考えている。具体的には、初期段階に医師が患者の転倒・転落対策の内容と回避できない可能性を家族に説明することにより、患者の家族のケアを減らすことができる。	委員会 発言
4	市民、患者の病院運 営への参加	米国では、患者の気づきを病院、医療従事者に伝える場を設けたり、病院運営にボートメンバーとして参画したりといった患者参加の仕組みが構築されている。	委員会 発言	9	米国における 病院ボランテイ アの活用	米国では、地域コミュニティから病院ボランテニアが参加しており、患者の声を聞いたりといった仕事を行っている。ボランテニアにもランタ付けがあり、能力や実績に応じて仕事割り当てられている。また、がんが寛解した元患者が、病院内でボランテニアとして活動し、患者の悩みや生活上のアドバイスなどを行う取組みもある。	委員会 発言
5	医療アドボケートの育 成(九州大学大学院)	平成 16 年から、医療関係者を対象に、「医療決断サポート養成講座」を開講し、アドボケートの育成を行っている。延べ 184 人が受講修了し、医療機関等で活動している。医療決断サポートの仕事としては、「医療者と患者の橋渡し」や「医療から生活への橋渡し」が想定されている。	第 2 回 委員会 資料 3				

出典 1 : 「県立柏原病院の小児科を守る会」ホームページ <http://mamorusyoumika.com/index.html>

出典 2 : 北原脳神経外科ホームページ <http://www.kitaharahosp.com>

1.3.1.3 医療の特徴とは

医療の特徴として、通常「個別性」「不確実性」「専門性」「広範性」「突発性」などが指摘される。このような医療の特性を反映して、医療リスクコミュニケーションに関しては「リスク事象における当事者性」、「情報の非対称性」、「立場の非対称性」、「不可避性」、「不可逆性」、「結果の個別性」、「問題の個別性」などの要素が見出された(表 5)。

表 11 情報の非対称性のメリット/デメリット

メリット	<ul style="list-style-type: none"> ・体系的な知識の整理が可能 ・その知識に基づいた確立された世界観が得られる ・知識の真偽に関する科学的な検証が可能 ・コミュニケーションの効率化が図れる
デメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・選択・行為の主体である患者の意思決定が不完全になる（意思決定のための情報が不足していることに加え、問題設定のフレーミングが異なる） ・検証されていないことは判断できない ・現時点での知識体系に不備がないと考えがち（学界の定説には反論しにくい） ・集団については考えやすいが、個については考えにくい ・選択の妥当性など価値判断はできない

1.3.1.4 望ましい医療リスクコミュニケーションとは

医療リスクコミュニケーションの特徴を踏まえた上で、医療及び医療リスクコミュニケーションを取り巻く課題として、「医療の無謬性幻想」、「trans-scientific questions」、「死の非日常化」、「メディアの役割」、「医療者に対するコミュニケーション教育の不足」「リスクコミュニケーションの専門人材の不足」を指摘することができる(表 12)。

医療リスクコミュニケーションに対する取り組みを通じて、これらの課題を解決することが期待される。

1.3.2 医療のリスクコミュニケーション教育プログラムの基本方針の検討

1の検討を踏まえ、本研究において開発する、教育プログラムの基本方針に求められる要件について検討したところ、「ターゲットの明確化」「コミュニケーション場面の明確化」「平常時からのコミュニケーション」「既存のコミュニケーションの方法論の分析」「新たな技術の活用」「包括的アプローチ」の6つの考え方が整理された。

それぞれの具体的な内容は表 13 の通りである。

2 教育プログラムの検討

2.1 医療現場におけるコミュニケーション上の課題の抽出

先行研究の精査および過去の医療事故やインシデント事例から、コミュニケーションの問題が指摘されている事例として「外来化学療法」のケースを取り上げ、コミュニケーション上の課題を整理した。

外来化学療法は抗がん剤治療を外来（通院）で行うものであり、通常の社会生活を送りながら治療を継続することができるため患者のQOLの向上に寄与されている。一方で、入院よりも患者と医療者の関係性が薄いこと、その上、個々の患者ごとのレジメンを用いた治療が必要であること、副作用や緊急時の対応など通常の外来診療よりもリスクが高いことなどの特徴があるため、表 14 のようなコミュニケーション上の課題が指摘できる。

表 12 医療および医療リスクコミュニケーションを取り巻く課題

課題	概要
医療の無謬性幻想	医療のサクセスストーリーだけが取り上げられ、医療に不確実性や失敗があることが患者側に十分認識されていない。不確実性が存在することを社会全体で共有できていない。
trans-scientific questions	trans-scientific questions とは、科学に問うことはできるが科学だけでは答えられない問題群を指す。「コスト」、「公平性」など医療だけで答えられない問題の解決が、医療者に託されている。
死の非日常化	人の死が日常から隔離されたことで、「死は避けられないもの」という価値観が喪失している。以前は自宅で死を迎えていたため、子どもの頃から死を受容する素地が形成されていたのではないか。
メディアの役割	専門家の話が難解であっても、その人のポジショニングを理解すれば、内容を理解しやすくなる。しかし、日本のメディアは問題が起こると専門家を連れてきて発言させるだけで、そのスタンスなどまで含めて解説してくれるメディアは見当たらない。
医療者に対するコミュニケーション教育の不足	リスクコミュニケーションについて医療者の養成カリキュラムに含まれておらず、適切なコミュニケーションが図られていない。医療従事者は臨床上直面する問題を解決するために、試行錯誤を通じてリスクコミュニケーションのあり方を模索している。
リスクコミュニケーションの専門人材の不足	<p>臨床のリスクコミュニケーション上の問題においては、医師が応対に迫られる場面も多いが、多忙かつコスト高の医師がそのような対応を行う必要があるかどうかについては議論の余地がある。</p> <p>リスクコミュニケーションのための専門人材（ボランティアの活用を含む）を育成・配置することで、効率的効果的なコミュニケーションにつながる可能性がある。</p>

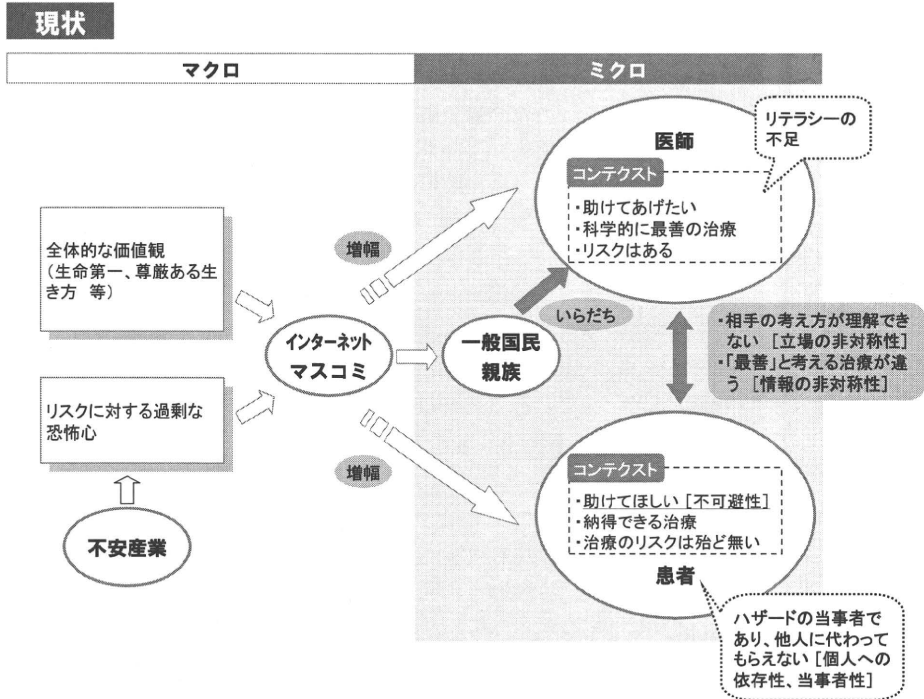


図1 医療のリスクコミュニケーションに関する論点の整理(1)

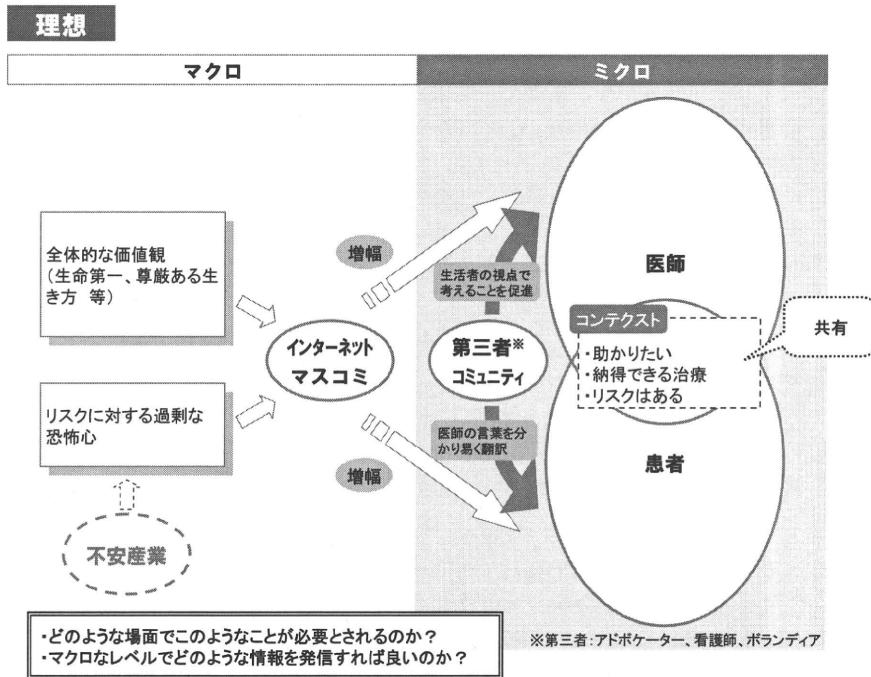


図2 医療のリスクコミュニケーションに関する論点の整理(2)

表 13 医療リスクコミュニケーションに求められる要件

区分	概要
ターゲットの明確化	<p>リスクコミュニケーションやそのための教育について検討する際には、コミュニケーションの参加者（もしくは教育の対象者）を明確化する必要がある。マーケティング用語で言う「ターゲットの明確化」であり、できるだけ具体的なターゲットの姿について想定しておくことが必要である。具体的には、疾病の状況や程度、医療に対する理解度、医療に対するスタンスなどが必要な情報と考えられる。</p>
コミュニケーション場面の明確化	<p>リスクコミュニケーションやそのための教育について検討する際には、コミュニケーションの場面を明確化する必要がある。前述の通り、一言で「医療におけるリスクコミュニケーション」といった場合にも、そこには多様な場面が想定され、それぞれごとに特徴やリスクの種類が異なっている。正しいリスクコミュニケーション（教育）を行うためには、どのような場面におけるコミュニケーションについて検討しているかを明らかにしておく必要がある。</p>
フレーミングの差異の明確化	<p>コミュニケーションの参加者（医師と患者など）によって、問題のフレーミングが異なる可能性が考えられる。特に患者に関しては、その知識レベルや問題意識は多様であり、ターゲットを明確化するとともに、リスクの種類ごとにその人の問題設定（フレーミング）をできるだけ明らかにしておく必要がある。医師・医療者側についても同様にフレーミングを明確化し、両者の差異を明らかにすることで、コミュニケーションの方向性を検討することにつながる。</p>
平常時からのコミュニケーション	<p>突発的にかつ深刻な問題が発生することがありえる点は医療の特徴と言える。そのため、想定されるリスクに対して、平常時からのコミュニケーションを心がけることが求められる。それにより、緊急時のコミュニケーションや、本人の意思決定が混乱せずに済むことが期待できる。</p>
既存のコミュニケーションの方法論の分析	<p>「医療におけるリスクコミュニケーション」としては、従来から、ムンテラやインフォームドコンセント、疾病に関する患者向けパンフレット、医療機関ホームページ等を通じた情報提供、患者会の組織化などが取り組まれてきた。コミュニケーションの方法論として、これまでまったく取り組まれてこなかったような新規の取組みが今後多く発明されることは考えにくく、既存の取組みや他分野における取組みを参考にしながら適切な方法論を模索していくことになる。そのためにも、既存の取組みについて体系化し、評価、分析した上で、既存の取組みを含めた方法論の、適切な活用のあり方について検討することが必要である。</p>
新たな技術の活用	<p>近年のインターネットをはじめとした情報通信技術の進歩は目覚ましいものがある。このような新技術は従来型の情報提供・教育の手段を大きく変革する可能性を持ったものであり、利点や限界を意識した上で医療リスクコミュニケーションへの適用について可能性を検討する必要がある。</p>
包括的アプローチ	<p>コミュニケーションの問題は、唯一の正しい解があるというよりは、多面的、多層的なコミュニケーションのチャンネルを用意し、情報の流通量と情報の質の両方を高めることが有効であると考えられる。そのため、既存のしくみをうまく活用しつつ、新しい方法論も取り入れて、包括的なアプローチによるコミュニケーションを図る必要がある。</p>

表 14 外来化学療法におけるコミュニケーション上の課題

<p>(患者と医療者のコミュニケーションに関する課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 副作用に対する不安の軽減が重要である。 嘔気・嘔吐等の副作用に対処するための日常生活上の注意点に関する情報提供が必要である 化学療法の効果は患者によっても異なるが、効果が出にくい患者は、他の患者が治っていく姿を見てコンプライアンスが低下することがある。 緊急時の対応についての患者教育が必要である。 <p>(医療者間のコミュニケーションに関する課題)</p> <ul style="list-style-type: none"> 投与量や投与スケジュールの間違いを避けるための工夫が重要で、複数の関係職種によるダブルチェックが必要になる。 医師、看護師、薬剤師等の多職種の円滑な連携が必要である。

2.2 医療現場において求められるスキルの検討

1.3 で抽出された要件及び 1.2.1 で抽出されたコミュニケーション上の課題を踏まえ、求められるスキルを洗い出した。さらに、本研究で開発するプログラムが目指すべき、教育の到達目標についても検討した(表 15)。

2.3 教育プログラムの内容等の検討

医療のリスクコミュニケーションに関する教育プログラムの作成にあたっては、上記の視点を持ち、上記の到達目標が達成できるような内容とすることが求められる。

2.4 教育プログラム(素案)作成

開発された教育用プログラム「外来化学療法室」の具体的な内容について表 16 の通り評価を行った。

3 教育プログラムの基本方針の検討(研究 2 年目)

教育プログラムの基本コンセプトを以下の通り(表 17)とした。

表 17 教育プログラムの基本コンセプト

○患者向けの情報提供・教育のための教材開発を支援するためのツールである。
○患者の自己学習に用いることを想定するが、医療従事者による講義の副教材としての活用も可能である。
○患者が知っておくべき一般的な事項をまとめたもので、個別の患者の状況を踏まえた情報提供・教育までは含まない。
○特定のリスクコミュニケーション場面を設定し、その場面で患者に対する情報提供を支援する。
○流れや手順の説明に加え、リスクに関する説明を行う内容とする。
○リスクに関するコミュニケーションのあり方や具体的なツールの作成方法を示す。
○現場での汎用性や利便性、改変可能性を考慮して、プログラムは原則パワーポイントで制作する。

なお、本プログラムは以下(表 18)のような特徴を持つものとして開発した。

表 18 教育プログラムの特徴

特徴	内容
汎用性	多くの医療現場で活用・修正が可能
利便性	操作が容易
柔軟性	各医療機関の事情や考え方に合わせた編集・改変が可能
リスクコミュニケーションの促進、円滑化	コミュニケーション上の留意点をチェックリストとして提示

表 15 求められるスキルとプログラムの到達目標（案）

視点	求められるスキル	到達目標
ターゲットの明確化	ターゲットは外来化学療法患者であり、外来化学療法患者の特性や生活スタイル等について理解、分析できることが必要である。	外来化学療法患者の特性や生活スタイル等について理解している。さらに、外来化学療法患者について必要な調査や分析を行った上で、自分なりに患者像を形成することができる。
コミュニケーション場面の明確化	場面は外来化学療法であり、外来化学療法で行われる治療の内容や手順、その際の医療者－患者間のコミュニケーションについて理解することが必要である。	外来化学療法で行われる治療の内容や手順について理解している。治療に伴う医療者－患者間のコミュニケーションの場面や内容について理解している。
フレーミングの差異の明確化	外来化学療法で想定されるリスクの種類ごとに、医療者のフレーミングと患者のフレーミングを明確化し、その差異を理解することが必要である。	外来化学療法におけるリスクの種類を同定することができる。リスクの種類ごとに、医療者のフレーミングと患者のフレーミングについて述べるができる。さらにそれらの差異を理解し、差異を埋めるための方向性について自分なりに検討することができる。
平常時からのコミュニケーション	外来化学療法で想定されるリスクの種類ごとに、平常時のコミュニケーションについて理解し、具体的な方法論を検討することが必要である。	リスクの種類ごとに、平常時に必要なコミュニケーションの内容、方法、頻度について検討することができる。リスクの種類ごとに、緊急時に必要なコミュニケーションの内容、方法、頻度について検討することができる。
既存のコミュニケーションの方法論の分析	従来行われてきたコミュニケーションについて理解した上で、それらについて評価分析することが必要である。	外来化学療法について従来行われてきたコミュニケーションの内容と方法について理解している。それらの有効性と限界について評価することができる。
新たな技術の活用	新たなコミュニケーションの方法について検討することが必要である。	外来化学療法の既存のコミュニケーションに対する評価を踏まえ、必要なコミュニケーションの内容及び方法について検討することができる。医療のコミュニケーション促進に役立つ、新しい技術について理解している。
包括的アプローチ	医療者－患者間のコミュニケーションについてデザインすることが必要である。	外来化学療法におけるリスクの特性や参加者の特性を正しく評価した上で、適切な医療者－患者間のコミュニケーションについての計画（内容、方法、頻度等）を立案することができる。

表 16 プログラムに対する評価

視点	評価
ターゲットの明確化	外来化学療法患者の特性や生活スタイル等については述べられていない。
コミュニケーション場面の明確化	外来化学療法で行われる治療の内容や手順については説明されているものの、治療に伴う医療者－患者間のコミュニケーションの場面や内容については触れられていない。
フレーミングの差異の明確化	外来化学療法におけるリスクの種類については述べられていない。 医療者及び患者のフレーミングについては述べられていない。
平常時からのコミュニケーション	平常時または緊急時のコミュニケーションの内容、方法、頻度については一部触れられている。
既存のコミュニケーションの方法論の分析	従来行われてきたコミュニケーションの内容と方法については一部述べられているが、それらの有効性と限界についての説明は見られない。
新たな技術の活用	新たに必要なコミュニケーションの内容及び方法について検討する視点は見られない。医療のコミュニケーション促進に役立つ、新しい技術についての言及はない。
包括的アプローチ	包括的なコミュニケーション計画の立案についての視点は見られない。

これらを実現するために、教育プログラムは Microsoft PowerPoint®で作成した後、html 形式に変換し、ppt 形式と html 形式との 2 つのファイルを提供することとした。

4 教育プログラムの開発

4.1 学習テーマの検討

教育プログラムの学習テーマを以下の 5 つに設定した。