

平成 31 年度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)

総括研究報告書

患者・国民の医療への主体的な参加を促す患者つながりサポートシステムの構築

研究代表者：中島和江

大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 教授

研究要旨

第 3 回閣僚級世界患者安全サミットにおいて、「統合的で患者中心の医療 (integrated, patient-centered care)」を提供する一環として、「患者参加の支援 (patient engagement)」を通じて、医療の質・安全の向上に取り組む必要があることが宣言された。本研究は、患者・国民の医療への主体的参加を通じて安全で質の高い医療を実現するために、現在の患者参加の取り組み状況、特徴、促進・阻害要因について明らかにし、共同行動の計画立案に資する知見を得ることを目的として行った。

研究方法は、2 名の海外講師の講義 (患者参加の国際的潮流、shared decision making の全国展開) 等により患者参加の世界的動向を把握するとともに、国内の 14 の患者参加支援の取り組みについてその特徴、課題、促進要因等を分析した。具体的には、①がん対策における患者協働型医療の推進、②患者・家族と医療者との対話推進 (NPO 架け橋)、③大阪慢性腎臓病対策協議会による腎臓病予防啓発活動、④病院での医療安全への患者参加支援プログラム (阪大病院いろはうた)、⑤腹膜透析医療における Shared Decision Making の推進、⑥薬局薬剤師による生活習慣改善のナッジ、⑦CBR matrix を用いた慢性循環器疾患患者への社会的処方、⑧劇場型の医療者教育、⑨地域医療における血糖値双方向モニタリング、⑩抗がん剤副作用気づきアプリ、⑪がん患者等の支援 (認定 NPO マギーズ東京)、⑫認知症カフェ、⑬腹膜透析患者によるピアサポート、⑭患者会のピアサポート (阪喉会) の取り組みである。患者参加に関する医事紛争からの教訓 (患者側弁護士) 及びオープンなデータ連携による患者参加の促進についても分析した。さらに、大阪大学医学部附属病院で治療中の 30 代～90 代のがん (婦人科、消化器外科)、糖尿病、慢性腎不全患者 111 名を対象として、病気の受容段階や治療の目標設定、患者同士の交流の経験やその有用性等について調査した。

対象とした 14 の取り組みでは、さまざまなステークホルダーが関わり、多様な患者参加の支援が展開されていた。これらは、①方針決定への参画/対話推進ハブモデル、②健康への関

心芽生え促進モデル、③プロフェッショナルとの協働モデル、④ICTによる自己管理支援モデル、⑤地域での専門職や患者との緩いつながりモデル、⑥ピアサポートモデルの6つに類型化された。患者を医療に巻き込むアプローチとしては、従来より知られている「patient activation（患者の活性化）」、「shared decision making（共同意思決定）」に加え、「自己効力感の向上」が見られself-efficacy boostと名付けた。

阪大病院の患者アンケート調査では、同じ病気の患者同士の交流（ピアサポート）は、患者の不安を軽減し、治療や生活への活力を与える効果があり、また患者はピアサポートを求めていることが明らかになった。ピアサポートは、今後の患者参加の支援のあり方を大きく変える潜在能力を有していると考えられた。

このような患者参加を支援する取り組みを推進し持続させるためには、①医療者の時間の確保と効率的実施方法の開発、②患者参加の支援に携わる人々の教育と人材育成、③ICTの利活用、④新たなつながり（連携）を形成するためのリーダーシップ、⑤経済的インセンティブや財政的支援、⑥患者参加の支援に携わる人々のモチベーション向上、⑦エビデンスの構築、⑧ボトムアップ活動を支援する制度設計、⑨ピアサポートの発展、⑩情報共有のためのプラットフォームの構築などが必要であることが明らかになった。今後、患者参加の支援の取り組みをヘルスケアシステムの様々な領域において一層推進するには、国や自治体の施策による後押し、第三者機関（認証機関等）の取り組み、学術団体の取り組み、産業界との連携によるイノベーションなどが必要であると考えられた。

安全で質の高い患者中心の医療の実現のためには患者参加が不可欠である。そのためには、患者参加を支援する多様な「患者つながりサポートシステム」を、さまざまなステークホルダーの協力と連携を得て構築する必要がある。

研究分担者

北村 温美（大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 助教）

徳永 あゆみ（大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 特任助教（常勤））

田中 晃司（大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学 講師）

中川 慧（大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学 助教）

清水 健太郎（大阪大学医学部附属病院 救命救急センター 助教）

猪阪 善隆（大阪大学大学院医学系研究科 腎臓内科学 教授）

池田 学（大阪大学大学院医学系研究科 精神医学 教授）

橋本 重厚（福島県立医科大学 会津医療センター 糖尿病内分泌代謝腎臓内科学 教授）

坂村 健（東洋大学 情報連携学部 教授）

加藤 雅志（国立がん研究センター がん対策情報センター がん医療支援部 部長）
運行（京都大学経営管理大学院 アート・コミュニケーションデザインと組織経営寄附講座 特定
准教授, 劇団衛星 代表）
岡田 浩（京都大学大学院医学系研究科 社会健康医学系健康情報学 特定講師）
安部 猛（横浜市立大学附属市民総合医療センター 医療の質・安全管理部 助教）
滝沢 牧子（群馬大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 病院講師）

研究協力者

Cat Chatfield (Quality Improvement Editor, British Medical Journal)
Pa-Chun Wang (CEO, Taiwan Joint Commission)
秋山 正子（認定 NPO マギーズ東京 共同代表理事）
豊田 郁子（患者・家族と医療をつなぐ NPO 法人架け橋 理事長 / イムスリハビリテーションセ
ンター東京葛飾病院 医療安全対策室 医療対話推進者）
杉本 隆（公益財団法人 阪喉会 理事長）
東 幸生（あずま総合法律事務所 弁護士）
須藤 隆二（須藤・大場法律事務所 弁護士）
武地 一（藤田医科大学医学部 認知症・高齢診療科 教授）
Johan Thor (Associate Professor / Senior Medical Advisor, The Jönköping Academy for
Improvement of Health and Welfare, Jönköping University)
山本 里江（国立がん研究センター がん医療支援部教育研修室 研究専門職）
中島 伸（国立病院機構大阪医療センター 総合診療部 部長, 脳神経外科 医長）
上間 あおい（大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部, 技術職員）
佐藤 仁（横浜市立大学附属市民総合医療センター 麻酔科 講師, 大阪大学医学部附属病院 中央
クオリティマネジメント部 特任講師（常勤））
高橋 敬子（兵庫医科大学 医療クオリティマネジメント学 准教授）
末長 英里子（京都大学経営管理大学院 アート・コミュニケーションデザインと組織経営寄附講
座 特定助教）
桑田 成規（市立奈良病院 診療情報管理室 課長）
原田 賢治（東京農工大学 保健管理センター 教授）
山本 知孝（東京大学医学部附属病院 医療安全対策センター長 准教授）
綾部 貴典（宮崎大学医学部附属病院 医療安全管理部 教授）
中村 京太（大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部 特任教授（常勤））

A. 研究目的

2001年に発表された米国 IOM からの報告書「Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century」において、質の高い医療、すなわち①安全で (safe)、②効果的で (effective)、③タイムリーに行われ (timely)、④効率的で (efficient)、⑤公平で (equitable)、⑥患者中心 (patient-centered) の医療を実現することが、今世紀のヘルスケアシステムの課題であることが指摘された。これを契機として、本目標を実現するためには「患者参加 (patient engagement)」が必要であることが認識され、各国でさまざまな取り組みが発展してきた。

我が国では、2002年4月に厚生労働省から発表された医療安全推進総合対策における、医療安全を確保するための関係者の責務等の中で、患者の医療への主体的な参加に対する期待が述べられた。また、2018年に東京で開催された第3回閣僚級世界患者安全サミットでは、安全な医療が提供されるためには患者参加が重要であることが各国大臣により確認され、東京宣言にその重要性が盛り込まれた。我が国の医療現場等においてはさまざまな患者参加の取り組みが行われていると推察されるが、患者参加の概念やフレームワーク、具体的な取り組み領域や内容、それを実現、推進するための方法や課題、その効果等について、これまで十分な情報共有や研究が行われていない。

そこで本研究では、患者・国民の医療への主体的参加を通じて安全で質の高い医療を提供することを目的として、現在の患者参加の取り組み状況を把握し、その特徴、及び促進要因や阻害要因について明らかにする。また、安全で質の高い医療を実現するための全ての関係者（患者・国民、医療従事者、企業、都道府県、国など）の共同行動 (Patient Safety Action, PSA) における患者・国民の役割について検討し、PSA の具体的な行動計画立案に資する知見を取りまとめる。

B. 研究方法

医療における国内外の患者参加の取り組みの概要を把握し、いくつかの代表的な取り組みについて類型化し、各取り組みの目的や理念、背景や経緯、取り組みの内容と効果、課題や促進因子について検討した。本研究の目的は、どのような取り組みがあれば患者参加が促進され、またそのような取り組みを推進するためには何が必要かということを明らかにすることであり、患者参加の取り組みを網羅的に調査し分類することではないことから、研究対象は、本研究代表者、研究分担者、研究協力者が各専門領域においてこれまでに実施してきた、もしくは関心を持って調

査してきた医療や医療安全への患者参加に関する取り組み事例とした。

具体的な内容と分担は、①国及び都道府県のがん対策推進協議会（加藤）、②大阪慢性腎臓病対策協議会による腎臓病予防啓発活動（猪阪）、③大学病院における医療安全への患者参加支援の取り組み（上間・中島）、④腹膜透析医療における Shared Decision Making 推進（猪阪・北村）、⑤薬局薬剤師による生活習慣改善支援（岡田）、⑥CBR matrix を用いた慢性循環器疾患患者への社会的処方（高橋）、⑦劇場型の医療者等の教育（蓮行）、⑧腹膜透析患者によるピアサポート（北村・徳永）、⑨患者の疾病体験情報に関する共有ウェブサイト PatientsLikeMe（佐藤）、⑩情報技術による生活や医療支援に関する課題と展望（坂村）、⑪過疎・高齢化の地域医療に果たす ICT の役割（橋本）、⑫抗がん剤副作用気づきアプリ（田中）である。

これに加え、本研究者（医療職や大学教員）による取り組みに加え、より広く患者参加の取り組みを把握、理解するために、⑬「マギーズ東京」におけるがん患者等の支援（認定 NPO マギーズ東京 共同代表理事 秋山正子氏）、⑭患者会「阪喉会」のピアサポート（公益財団法人阪喉会 理事長 杉本隆氏）、⑮患者・家族と医療者との対話推進（NPO 架け橋 理事長 豊田郁子氏）、⑯医療過誤訴訟からの教訓（あずま総合法律事務所 東幸生弁護士、須藤・大場法律事務所 須藤隆二弁護士）についても同様の情報を収集した。「マギーズ東京」及び「阪喉会」の取り組みについては、研究分担者が現地を訪問し秋山氏に半構造化インタビュー（運営理念、運営方法、取り組みの評価、将来展望と課題）を行った。「架け橋」の取り組みについては、研究代表者中島が大会長を務めた第 14 回医療の質・安全学会学術集会の企画シンポジウム「患者の力を引き出す患者協働型医療へのアプローチ」で豊田氏に講演いただき、その概要を研究分担者でまとめた。東、須藤両弁護士には、患者側弁護士としての活動経験に基づく患者参加に関する見解や期待について、非構造化インタビューを行った。

また、患者参加に関する国際的な動向を把握するために、⑰世界トップジャーナルから見た患者参加の国際的潮流（BMJ Quality Improvement Editor, Dr. Cat Chatfield）、⑱ Shared Decision Making の全国展開（台湾ジョイントコミッション CEO, Dr. Pa-Chun Wang）、⑲第 3 回閣僚級世界患者安全サミット東京宣言（中川）についてまとめた。Dr. Chatfield は招請講演会を開催し、Dr. Wang は上記の豊田氏と同じセッションにおいて講演いただき、それらの概要を分担研究者でまとめた。

これらの患者参加を支援する取り組みに関して、背景と目的、活動の特徴、患者参加の行われている場（国の政策や病院の計画等の意思決定、地域、医療機関や薬局等）、患者参加を支援する団体や人々（国や自治体、大学、医療機関や薬局、NPO、企業、医療職、患者、ボランティア等）、患者参加に必要なリソース（財源、教育、ICT 等）、実践や推進に必要な事項等について整理した。これらをもとに、特に、Patient/person Journey における局面（健康行動や早期発

見、医療機関での治療や自己管理、病気と折り合いをつけながらの生活等)、患者参加の場、及び患者や生活者が必要としている情報やサービス等に焦点をあて、患者参加の類型化を行った。

さらに、患者の疾病の受容状態、治療のゴール、同じ疾患を持つ患者との情報交換の経験とその有用性、自分の病気の体験を他の患者に伝えることに対する考え、患者が必要としている情報やサポート等を明らかにすることを目的として、大阪大学医学部附属病院の患者 111 名に対して自記式アンケート調査を行った(安部、北村、徳永、田中、中川)。具体的な調査方法や解析手法については後述する。

本研究は大阪大学医学部附属病院観察研究倫理審査委員会にて承認を得て実施した(承認番号 19282)。

C. 研究結果

I. ヘルスケアへの患者参加 (patient engagement) に関する国際的動向

1. 世界患者安全サミット～国際的な政策レベルでの取り組み

第 1 回世界患者安全サミット 2016 年、イギリスのロンドンにおいて開催された第 1 回閣僚級世界患者安全サミットでは、①患者安全への取り組みを、個人や医療機関などのパーツ単位ではなく、これらが相互につながったシステムの中で検討すること、②患者安全が懲罰的アプローチに陥ることなく、組織として説明責任を果たせるような健全な組織文化を醸成すること、③患者と医療者を医療事故の被害者と加害者という二極化してとらえるのではなく、両者を患者安全の解決策の設計に巻き込むこと、④エビデンスに基づく患者安全の改善策について提言がなされた。

第 2 回サミット 2017 年、ドイツのボンで開催された第 2 回サミットでは、国際共同の取り組みを進める重要性が示され、持続的な政策的関与、患者安全取り組みの評価、システム化した取り組み、グッドプラクティスの共有等について提言された。この中で、患者安全の向上のために、患者報告アウトカムを利用することや医療のパートナーである患者や家族の関わり的重要性が強調されている。

第 3 回サミット 2018 年 4 月 13、14 日、東京で開催された第 3 回サミットでは、加藤勝信厚生労働大臣(当時)を中心に 44 カ国(うち 18 カ国は閣僚が参加)の代表団、国際機関(WHO 等)、民間団体、専門家、一般参加者等、約 500 名が参加した。①患者安全文化、②高齢化社会における患者安全、③低中所得国におけるユニバーサルヘルスカバレッジ(全ての人が適切な予防、治療、リハビリ等の保健医療サービスを、支払い可能な費用で受けられる状態のこと)達成のための患者安全の必要性、④患者安全における ICT、⑤患者安全の経済的側面の 5 つのテーマにおいて、専門家によるパネルディスカッションが行われた。この中で、「患者安全

は、急性期医療、プライマリ・ケアを含む外来医療、地域医療、在宅医療などあらゆる場において確保されるべきであり、そのためには統合的で人中心のアプローチが必要であること」、「安全で質の高い医療の提供や医療サービスのあらゆる側面（政策の策定、組織レベル、意思決定、健康に関する情報の理解、セルフケア）において、患者及び家族の参加が重要であること」、「医療を安全に提供するためには、医療従事者の適切な労働環境が必要であること」などが確認され、これらをもとに東京宣言がまとめられた。また、これまでのサミットでの提案を受け、WHO 総会で「世界患者安全の日（9月17日）」が創設された。【資料 1-1】

キーワード：世界患者安全サミット、患者安全への持続的な政策的関与、システムへの着眼、ユニバーサルヘルスカバレッジ、高齢化社会、医療の質・安全、患者及び家族の参加、統合的で人中心のアプローチ、労働環境、世界患者安全の日

2. 患者参加の国際的潮流と学術雑誌の取り組み

（講師：Dr. Cat Chatfield、BMJ Quality Improvement Editor、英国 General Practitioner）

患者参加の重要性 病気や医療施設を中心にデザインされた医療は、患者にとって断片的で非効率であることが経験されている。個々の患者の目標や考え方を医療者と共有し、それらを反映させた医療を提供するためには、患者の参加が必須である。

欧米における患者参加の状況 欧米ではヘルスケアのさまざまなレベルで、患者・市民参加（patient and public involvement, PPI）が実践されるようになってきている。具体的には、病院やプライマリケアグループのアドバイザリー委員会、規制当局（欧州医薬品庁 EMA、米国食品医薬品局 FDA、英国国立医療技術評価機構 NICE、英国医療技術評価 HTA 等）における許認可や評価、学術活動（コクラン、医学教育、各種学会等）、研究領域では研究費助成機関（英国国立医療研究機構 NIHR、オランダ保健研究開発機構 ZonMW、米国の患者中心アウトカム研究所 PCORI、カナダ患者中心研究戦略機構 SPOR）や製薬業界からの要請、研究テーマの優先付けへの関与（英国 James Lind Alliance）などがあり、患者報告アウトカム（patient reported outcome, PRO）は世界的に広がりつつあり（英国の患者中心アウトカム研究所 CPROR、米国のヘルスアウトカム測定国際コンソーシアム ICHOM 等）、研究開発における重要な測定項目となっている。

BMJ の取り組み 学術雑誌である BMJ も「患者・市民とのパートナーシップ（patient and public partnership, PPP）」を推進している。BMJ では、3名の患者エディター、35名の国際的的患者リーダーのパネル、1000人の患者レビューワーを擁し、編集委員にも患者が参加している。研究者に対しては「患者との共創（co-production）」を推奨し、BMJ Quality

Improvement の論文では 2015 年から患者参加の有無の明示を著者に求めており、2019 年夏の 1 カ月半のデータでは、「患者参加あり」の論文は全体の 18% (127/719) であった。また、研究結果を研究に参加した患者や患者コミュニティに還元することは非常に重要であるにもかかわらず、十分でない状況を改善するため、BMJ は 2019 年から著者に対して研究結果の患者への周知計画の有無と具体的な内容を記述するよう求めている。さらに、BMJ のコンテンツも「患者との共創」により作成し、教育コンテンツの 80% で患者の協力を得ており、エディトリアル 11% は協力患者との共著であり、協力患者による記事「What your patient is thinking: WYPIT」は BMJ の人気記事の一つである。また、BMJ の 17 の姉妹雑誌のうち 14 誌において、さまざまな形の患者参加が取り入れられている。

実践や推進に必要なこと 患者・市民参加を実行に移すためには、医療者の意識改革（医療者の専門的知識だけでなく患者の経験に基づく知見も重要であるという認識）、時間と財源の捻出、医療者の協働スキルの構築、適切なパートナーを見つけること、患者の役割や期待することの明確化、良い関係の維持、患者の健康面への配慮、患者の利益相反（企業等からの資金提供、患者自身が受けている治療等）の管理、患者参加によるアウトカムや付加価値の評価が必要である【資料 1-2】

キーワード：医療現場、規制官庁、学術活動及び研究領域への患者参加の広がり、患者・市民参加 PPI、患者・市民とのパートナーシップ PPP、学術雑誌による患者・市民参加の推進、患者報告アウトカム（patient reported outcome）、患者との共創（co-production）、患者の利益相反、患者・市民参加のインパクト評価、学術雑誌による研究者への要求事項や患者による情報発信を通じた推進

3. 台湾ジョイントコミッションによる共同意思決定推進プロジェクト

（講師：Dr. Pa-Chun Wang、台湾ジョイントコミッション CEO）

患者参加の発展の歴史 台湾における患者参加は、インフォームドコンセント（1986）、エビデンスに基づく医療普及プロジェクトおよび患者中心の医療という考え方の導入（2002）、医療安全への患者参加（2004）、共同意思決定（Shared Decision Making, SDM）（2015）と発展してきた。台湾ジョイントコミッション（医療機能評価機構）は、2016 年から 3 年間にわたり、同国厚生労働省の助成により、SDM の実践を促進するプロジェクトを実施した。

SDM 推進プロジェクト これは患者意思決定ツール（patient decision aids, PDA）や医療者や国民向け SDM 教育ツールを、全国の大小様々な規模の病院で自由に共有できるプラットフォームを構築し、オリジナルで質のよいツールを提供した施設にはインセンティブが与えられるという仕組み等により、極めて高い病院参加率と積極的な SDM 推進が得られた。これら

のツールには、急性期疾患の手術や処置等に関するものと、慢性疾患、母子保健、ヘルスプロモーションに関するものが含まれている。また、PDA の内容については、台湾ジョイントコミッション内で品質認定（ガイドラインに基づいているか等）、さらに倫理審査（特定の治療法の選択を誘導するものでないか等）が行われる。また、SDM 活動の評価はオタワ病院研究所が開発したスケールを用いて行われ、患者及び医療者から高い評価が得られている。

実践や推進に必要なこと さらなる SDM の推進のためには、医療提供者が意思決定のために患者が必要とする情報を理解すること、多様な専門家の関与（心理学、ソーシャルワーカー、患者会等）、患者や家族とコミュニケーションをとるための医療者の時間の確保、イノベーションが必要である。【資料 1-3】

キーワード：患者参加の歴史的発展と進化、共同意思決定、患者用ツールや医療者教育ツールの共有と普及、国の助成、医療機能評価機構による実施、病院へのインセンティブ、ツールの品質認定・倫理審査の実施、取り組みの評価、患者が求める情報の理解の必要性

4. 患者による疾病体験の情報共有ウェブサイト「PatientsLikeMe」

患者個人に情報と力を与える 「PatientsLikeMe」は患者向け健康情報共有サイト(health information sharing website for patients)であり、弟を 29 歳で ALS と診断された Heywood 氏(マサチューセッツ工科大学卒)が、知人と共に 2006 年に設立した。難病に関する正しい情報を見つけ出すことが難しく、適切な治療や工夫に関する情報になかなかたどり着けなかった自身の経験から、個々の難病患者が有する経験や人生を共有し、患者や家族の判断や行動を手助けをする患者コミュニティとして始まった。

デジタルプラットフォーム上の患者コミュニティ 「PatientsLikeMe」では、利用者が体系的かつ時系列に沿って、診断時期とその前後の症状、重症度と寛解法、薬物治療の効果、副作用、アドヒアランスなど、一連の疾病経験（the journey of illness）を共有する。利用者は、SNS と同様に、自分と同じ症状の人、同じ治療を受けている人などと交流・情報交換ができる。それによって、個人では知り得なかった知識を得ることができるとともに、利用者が同じ境遇にある人たちのコミュニティからエンパワメントされ、疾患の枠を超えてより良い人生を送ることができるようになることを目指している。また、立ち上げ初期から、集積されたデータを用いて、患者の視点を生かした研究を実施している。

実践及び推進に必要なこと スマートフォンが発達し、多くの人が SNS を利用する昨今では、患者同士が情報をシェアするデジタルプラットフォームは、患者中心の医療を実践する上で時代にマッチしたツールであると言える。いつでもどこでも手軽に利用でき、有用な情報が得られたなら、多くの利用者を獲得し巨大なデータ収集が可能となる。それによってさらに精度の高

い情報を提供できる可能性が高い。一方で、「PatientsLikeMe」もそうであるように、データを関連企業に販売することで自社の利益を生むビジネスモデルは、ボトムアップの患者コミュニティという性質と相反する面も多く、大きくなるほど本来意図したコミュニティとしての機能が失われる恐れがある。患者・国民の利益にコミットした目的主導型の企業が、自身の利益とのバランスをとりながら成長していくことができれば、患者繋がりサポートシステムの一つの大きな柱となりうるものと思われる。【資料 1-4】

キーワード：ピアサポート、デジタルプラットフォーム、健康情報共有、患者の疾病体験、患者同士のコミュニティ、研究活動、治療法開発、営利企業

II. 我が国における患者参加を促す代表的な取り組みモデルとその特徴

疾病との関わりから見た人々の人生における局面（健康行動や早期発見、医療機関での治療や自己管理、病気と折り合いをつけながらの生活等）、患者参加の場、患者参加を支援するためのアプローチ、人々が必要としている情報やサービス等に焦点をあて、患者参加の類型化を行った。現在行われている患者参加のさまざまな取り組みは、（１）方針決定への参画/対話推進ハブモデル、（２）健康への関心芽生え促進モデル、（３）プロフェッショナルとの協働モデル、（４）ICTによる自己管理支援モデル、（５）地域での専門職や他患者との緩いつながりモデル、（６）ピアサポートモデルの６つに分類された。６つのモデルとそれぞれの具体的な取り組み例は下表に示すとおりである。

（１）方針決定への参画/対話推進ハブモデル	①がん対策における患者協働型医療の推進 ②患者・家族と医療者をつなぐ「架け橋」の取り組み
（２）健康への関心芽生え促進モデル	③大阪慢性腎臓病対策協議会による腎臓病予防啓発活動
（３）プロフェッショナルとの協働モデル	④医療安全への患者参加支援プログラム「阪大病院いろはうた」 ⑤学会主導の末期腎不全医療における Shared Decision Making 推進 ⑥薬局薬剤師による生活習慣病患者の行動変容サポート ⑦CBR matrix を用いた慢性循環器疾患患者への社会的処方 ⑧学生や医療者等が「実感する」ことのできる劇場型教育法
（４）ICTによる自己管理支援モデル	⑨高齢過疎地地域の医療における血糖値双方向モニタリング ⑩抗がん剤の副作用気づきアプリの開発
（５）地域での専門職や他患者との緩いつながりモデル	⑪マギーズ東京におけるがん患者支援 ⑫地域に根差した統合ケア推進拠点としての認知症カフェ
（６）ピアサポートモデル	⑬腹膜透析患者同士の World Café と Meet-The-Expert ⑭患者会「阪喉会」のピアサポート

また、患者参加に関する医事紛争からの教訓、及びオープンなデータ連携による患者参加のイ

ノバージョンの可能性について検討した。

1. 方針決定への参画/対話推進ハブモデル

(1) がん対策における患者協働型医療の推進

がん対策基本法の制定 わが国のがん対策は、平成 18 年のがん対策基本法の制定後、がん対策推進基本計画に基づいて進められてきた。第 3 期がん対策推進基本計画（平成 30 年 3 月閣議決定）に基づき、各都道府県は「都道府県がん対策推進計画」を策定し、地域の状況に応じてがん対策を進めている。各都道府県では、がん対策推進協議会等の名称の会議において計画が立案されており、会議の委員の構成はその都道府県のがん対策に大きな影響を与えている。

がん対策基本法（平成十八年法律第九十八号）の、国のがん対策推進協議会について定めた第二十五条第二項において「協議会の委員は、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者、がん医療に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。」と規定され、患者や家族の立場を代表する者が委員として参加し、患者の視点がん医療政策に反映される体制が整備された。その後、都道府県のがん対策推進協議会においても、がん対策を検討していく際に患者の視点を取り入れていけるよう患者・家族の参加を進められている。

都道府県がん対策推進協議会への患者参加 本研究では、各都道府県のがん対策推進協議会における患者参画の状況について調査した。2019 年 5～6 月において、WEB 上で公開されている各都道府県のがん対策推進協議会の情報を収集し、それらの会議の委員名簿から、患者・家族等の立場で参加している委員の人数の収集を行った。委員が公開されていた 45 都道府県のがん対策推進協議会すべてにおいて患者・家族等の立場で参加している委員が含まれ、その人数は 1～8 名（中央値 3 名）、全体の委員数に占める割合は 5.4～57.1%（中央値 15%）であった。各都道府県において患者協働型のがん対策推進が図られていることが明らかになった。

実践や推進に必要なこと がん対策の計画立案への患者参画により、医療者視点では気づかないインプットが得られ、より充実したがん対策が進められているが、これらの取り組みの評価や地域の特性をふまえた効果的な対策の全国的な共有が必要である。【資料 2-1】

キーワード：がん医療政策、国及び都道府県、がん対策推進計画、がん対策推進協議会、政策立案への患者や家族の参画、効果の評価、効果的対策に関する全国的な共有の必要性

(2) 患者・家族と医療をつなぐ「架け橋」の取り組み

（講師：豊田郁子氏、患者・家族と医療をつなぐ NPO 法人架け橋 理事長 / イムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院 医療安全対策室 医療対話推進者）

医療事故防止のための患者協働 2003 年に医療事故で子供を亡くされた豊田氏は、翌年から

セーフティマネジャーとして新葛飾病院において医療安全教育、患者相談を行ってきた。院内の職員教育では、医療者間のコミュニケーションの重要性、及び医療事故に際しては医療者への心理的ケアをまず行った上で、患者と医療者の誠実な対話を推進する必要性を啓発してきた。この活動を通じ、患者家族の体験談が医療者と患者家族の相互理解と、前向きな医療の質・安全向上への協働を強く推進することを実感した。医療安全のための患者協働という新しい文化を医療に根付かせるため、2008年に患者・家族と医療者をつなぐ「架け橋」を発足、2012年にNPO法人化し活動の場を全国に拡大した。当時米国において、子供を医療事故で失ったソレル・キング氏が悲しみを乗り越え、病院との和解金を使ってジョージ・キング財団を設立し、当該病院で自身の体験を語り、入院患者の医療参加支援、医療者への心理的サポート、患者安全カリキュラムなど多くのプログラムやツールを開発し、全米各地の病院に導入をすすめていた。豊田氏はキング氏と面談し、財団の活動が医療者の安全意識を変え、「病院の文化を変えるには、医療事故を経験した者の体験の物語こそ、データ以上に大切」といわれるようになっていくことを知り勇気づけられた。「架け橋」はその後も、体験談を通じて医療安全を学ぶ機会の提供、患者家族の声を反映させた医療事故対応の手引きDVD作成、全国での医療対話推進者研修等を通じ、我が国の医療安全における患者協働の推進に貢献している。

医療安全のための多様な患者協働 豊田氏は2007年より厚生労働省の検討会（死因究明、医師の働き方改革等）にも委員として参加し、一般市民への上手な医療のかかり方や医療者への患者支援体制の築き方等を提案している。これまでの活動を報告した第3回閣僚級世界患者安全サミットでは、医療のあらゆる側面（政策決定、組織的対策、治療意思決定、自己管理等）において患者・家族参加が重要であることが東京宣言として組み込まれた。豊田氏らの活動は、患者家族の意向を医療施策に反映させることのみならず、行政、現場の医療者、そして市民のそれぞれの実情と理念を理解する者として互いをつなぎ、垂直的（階層間）及び水平的（階層内）コミュニケーションの重要なハブの役割を果たしている。【資料 2-2】

キーワード：政策立案への参画、病院運営への参画、患者・家族の体験談、対話推進、相互理解、安全文化、コミュニケーションのハブ

2. 健康への関心芽生え促進モデル

(1) 大阪慢性腎臓病対策協議会による腎臓病予防啓発活動

大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI）の設立 慢性透析患者数の増加に対し、厚生労働省の腎疾患対策検討会は、慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease, CKD）進展予防のためには、生活習慣に係る国民啓発および、かかりつけ医と腎臓専門医の協働が必要と提言した（2007年）。しかし大阪府の特定保健指導実施率は全国下位であり、専門医への紹介が遅れる事例も多かった

ことから、2015年に大阪大学の猪阪が「腎臓専門医が施設や地域の枠を越えてCKD早期啓発・重症化予防に取り組むことで、大阪府民の健康寿命の延伸に寄与する」ことを目的として、府内5大学と基幹病院の腎臓専門医リーダーに呼びかけ、2015年12月に大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI）が発足した。

行政（大阪府）との連携による活動の展開 ①市町村間の格差ない活動、②特定保健指導を行う保健師と腎臓専門医との協働のためには、行政（大阪府）とO-CKDIの連携が必須であった。ちょうど2015年度から大阪府が推奨していた公民連携事業として、中外製薬株式会社が両者を橋渡しした。また、2018年度から国民健康保険制度の財政運営の責任主体が都道府県に一元化されたことを受け、保険者として府は透析医療費を抑えたいと考えていた。さらに国は「保険者努力支援制度」を設け、保健指導に関する市町村（国保）、府の取組みを評価し、評価に応じた交付金を府に与えるというインセンティブにより、府の自律的な住民啓発を促進しようとしていた。即ち、行政とO-CKDIの連携は、両者のニーズにすべて合致するものであった。行政との連携の結果、①府の健康施策におけるCKD早期啓発への重みづけ（第3次大阪府健康増進計画、健活おおさか推進府民会議）、②府の広報力や企画力によるCKD認知度およびヘルスリテラシーの向上（健活おおさか推進府民会議、世界腎臓デー、健活アプリ等）、③横方向の連携（地区からの報告会等）による全体の活動促進が得られ、さらに内科医会とも連携（地区医師会講演会等）することにより専門医への早期紹介基準が作成された。

実践や推進に必要なこと 同じ目標のもと行政、大学、病院、企業が枠を越え団結して活動するO-CKDIは、府内各地区の自律的な活動を促すとともに、それらが府全体の格差ない効果的な啓発活動につながっており、「都道府県の自律的な住民啓発、重症化予防対策」のモデル事業である。今後の継続、発展のために、NPO法人化や複数企業の後援、効果の評価、インセンティブの仕組み、専門医や学会のアドバイザー事業の整備などが必要であろう。【資料3】

キーワード：疾患認知度の向上、ヘルスリテラシーの向上、行政・大学・病院・開業医・企業の連携、国の施策と医療者のニーズのマッチ、自律的活動、効果指標やインセンティブ等の必要性

3. プロフェッショナル協働モデル

（1）医療安全への患者参加支援プログラム「阪大病院いろはうた」

日本の文化に即したオリジナルプログラムの開発 患者が自分自身の医療プロセスに積極的に関わる契機を得るためには、医療者や医療機関による何らかのサポートが必要である。米国 Joint Commission の“Speak UP”をはじめとする患者参加プログラム普及の潮流を受けて、大阪大学医学部附属病院（阪大病院）では、患者さんと医療者とのパートナーシップ（協働）を深めるこ

とを目的に、「阪大病院いろはうた」を開発し、2010年に病院全体の取り組みとして導入した。主な特徴は「いろはにほへと」で始まる7つの安全行動のポイントを、日本古来の知恵の伝承法である「句」と親しみやすい「イラスト」で表現したことであり、この内容が印刷された「いろはうたファイル」を全入院患者が受け取り、状況に適した説明を受ける。職員用の解説ツール、広報ツール、動画補助ツール等も備えた複合型プログラムとなっている。

「阪大病院いろはうた」の効果 患者対象の質問紙調査では、9割が「医師や看護師に話しかけやすくなった」「病気や治療に積極的な関わりをしようと思った」と意識の変化を示した。「転倒しにくい靴を着用するようになった」「気になることを医師に尋ねるようになった」など、自らの行動を変化させた者もいた。最も人気があった句は「二度三度 たずねることも遠慮なく 治療の主役はあなたです」であり、「コミュニケーションが促進された」「病院側と患者側の距離が縮まった」等の意見が、幅広い年代の患者や家族から寄せられた。

他の医療機関におけるプログラムの導入 飛騨医療圏唯一の三次救急施設として地域で中核的な役割を担う高山赤十字病院（高山日赤）は、2012年に阪大病院との共同プロジェクトにより「阪大病院いろはうた」を一部改変、導入した。高山日赤の全職員を対象とした事前調査では、94%が「患者が医療や医療安全に積極的な関わりを持つことが重要である」と回答したが、「患者参加」という言葉を知っている者は15%程度と少なく、推進にあたって最も重要なことは、「医療従事者や職員への教育・指導」だと考える者が「患者や家族への教育・指導」と考える者を上回った。10か月のフィールドワークによるプログラムの導入期間に実施した約80（21分類）の事項を、組織的な「いろはうた」の展開プロセスに果たした重要性の観点からカテゴリ化すると、導入の鍵は、①病院幹部の強力なリーダーシップ ②コアチームの結成 ③自施設に適したツールの作成（改変） ④先行病院との情報共有、アイデアの共有 ⑤トライアルと評価 ⑥職員や患者への教育（教材作成、説明会） ⑦ Program designer/instructor による継続的なサポートの7つであることが明らかとなった。また、導入後の患者対象の調査結果は、阪大病院と同様の傾向であったが、キックオフ8か月後時点の職員側の評価では、患者とのコミュニケーションやパートナーシップ形成に関する変化を自覚した者は、全職員のうち6%に留まっており、長期的な視点に立った取り組み継続の必要性が示唆された。

実践や推進に必要なこと 幅広い背景の全入院患者を対象とする患者参加プログラムの展開は、患者と職員のきっかけ作りやパートナーシップ文化の醸成を主眼としている。従って、日常臨床業務に違和感なく浸透するよう、導入時は関係する院内のさまざまな部署の職員と運用の調整を丁寧に行い、組織全体の取り組みに位置付ける意思決定手続きを踏むことが重要である。また、患者の行動変容へのインパクトの評価や持続可能なプログラムにするための工夫が必要である

【資料 4-1】

キーワード：患者参加支援プログラム、日本文化、組織的な取り組み、いろはうた、句、ステークホルダー、医療従事者や職員への教育、評価と継続

（２）学会主導による末期腎不全医療における Shared Decision Making の推進

学会主導の政策提言と診療報酬改定 我が国の透析医療は、血液透析（HD）が 97%、腹膜透析（PD）がわずか 2.8%と非常に偏っている。年々増大する透析医療費抑制の必要性、また person-centered care 推進の世界的潮流とから、我が国の療法選択の在り方を見直すべきとの機運が高まり、平成 29 年 10 月の第 23 回日本腹膜透析医学会学術集会・総会で、腎不全医療に関わる 5 学会・2 団体・国会議員による「緊急シンポジウム」が開催された。療法選択時の SDM 普及のため国のリードが必要との議論もなされ、ここでの意見が反映された形で、平成 30 年度の診療報酬改定では、HD のみでなく PD、移植についても情報提供し HD 以外も選択されていることへの加算「腎代替療法実績加算」が新設された。さらに令和 2 年度には、質の高い療法説明を実施した場合（一定年数以上の腎臓病診療・看護経験を有する専任医師と看護師が実施、施設として定期的に腎臓病教室を開催、個別に偏りのない療法説明を実施、が条件）に算定可能な「腎代替療法指導管理料」も新設された。この改定は、SDM に必要な専門職の経験値と労力への評価でもある。

SDM 実践に必要なスキル普及のための全国的教育活動 学会の動きと連動して SDM 推進協会が平成 29 年 10 月に発足し、SDM 支援冊子の作成と全国での SDM 実践スキル教育セミナー（ロールプレイ、グループワーク等を含む）を通じて、医療者への SDM 実践支援を活発に行っている。このセミナーを模倣した院内セミナーを自主的に開催する病院も多く現れている。学会主導での国の施策制定（インセンティブ）、質の高い SDM 実践のための教育（実践スキル）、そして患者協働のメリットを医療者が実感すること（モチベーション）により、腎臓内科における SDM 実施の文化は全国的に醸成されつつあり、実際に PD 導入患者数も増加している。

国際腹膜透析学会のリーダーシップ 2020 年に国際腹膜透析学会（ISPD）が発表した新 PD ガイドラインは、検査数値に基づく適正透析（例）から目標指向型の腹膜透析処方（例）へのパラダイムシフトを明示した画期的なものである。SDM を通じてライフスタイルや QOL を維持するための現実的なケア目標を個別に設定すること（person-centered, individualized shared decision-making approach）が推奨されており、世界的な SDM 推進へのインパクトの大きいものである。

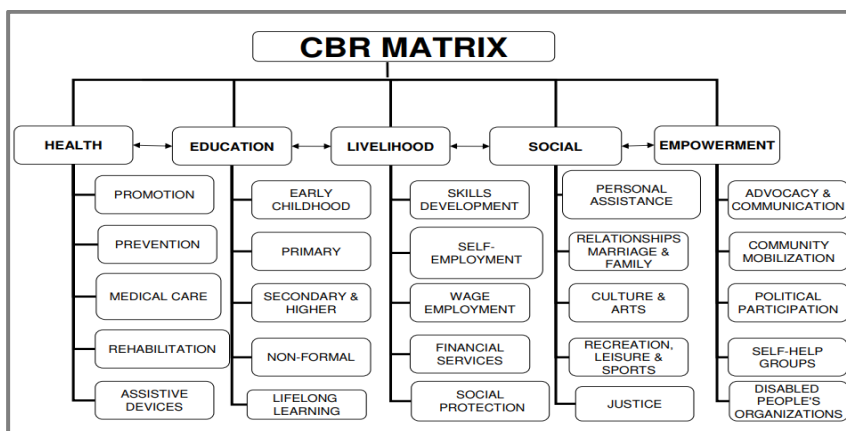
実践や推進に必要なこと 学会による理念の明示、国と連携したインセンティブの設定が、強力な SDM 推進力となった。さらに、理念を実践するための具体的教育手法・資料の整備普及、および現場医療者が患者協働の重要性を実感することが、自律的な SDM 推進の

ためのモチベーションとなると考えられ、継続的かつ効果的に理念が実践されるために必要と考えられた。【資料 4-2】

キーワード：透析患者、共同意思決定、「適正透析」から「目標指向型の腹膜透析処方」へ、パラダイムシフト、国内・国際学会主導、診療報酬への反映、実践スキル教育手法の確立、医療者のモチベーション

(3) CBR matrix を用いた慢性循環器疾患患者への社会的処方

健康の社会的決定要因 Community-based Inclusive Development (地域共生社会開発)の一環として、2010年にWHOからCommunity-based Rehabilitation (CBR) (地域に根ざしたリハビリテーション) の概念が発表され、そのガイドラインの中で人々の「健康の社会的決定要因 (SDH)」を把握するツールとして CBR matrix が紹介された。CBR matrix では、健康の社会的決定要因として、Health (保健)、Education (健康)、Livelihood (生計)、Social (社会)、Empowerment (エンパワメント) の5項目を「列」とし、この5項目それぞれを掘り下げた関連する5つの要素を「行」として配し、視覚化したものである(下図)。これを用いて、個人の各要素の必要性や充実度を評価し、脆弱な要素を把握し、社会的支援につなげるものである。



慢性循環器疾患患者に対する CBR matrix の活用 兵庫医科大学病院の心臓リハビリテーション外来において、多職種から構成されるハートチームが慢性循環器疾患患者に対して介入を行う際に、治療効果が得られにくい患者に対して CBR matrix を意識した問診を行い、患者に必要な「健康の社会的決定要因」を見出し、それをふまえた介入を実施した。問診で得られた情報を CBR matrix と照合し、各要素を knowledgeable (知っている)、enough (充足している)、moderate (平均的である)、unnecessary (不要である) で評価し、該当しない要素や項目をサポートが必要な領域と考えた。具体的なケースを2つ示す。

1 例目は慢性大動脈解離の保存的加療中の中年男性患者で、服薬アドヒランスが悪く血圧が安定しないケースで、一人暮らしで、服薬しなくても誰にも注意されないのできちんと内服できない、禁煙した方が良いと思うがその方法がわからない等を把握した。社会とエンパワメントの2項目に関連する要素が充足していないと判断し、本件患者にはピアサポートを期待して集団指導方式の心臓リハビリテーション外来への参加を提案した。

2 例目は急性心筋梗塞で入院加療ののち外来通院中の中年女性患者で、再発防止のために冠危険因子のコントロールや内服指導を行うもののセルフケアがうまくできていないケースでは、文章を理解するのが苦手なためアルバイト等もできず切り詰めた生活を送っていること、また病気予防のためのパンフレットをもらっても理解しにくいこと等を把握した。教育と生活の2項目に関連する要素が充足していないことから、体験を通じた学習によるセルフケアの向上を期待し、外来通院回数を増やした。

CBR Matrix を用いた慢性疾患患者への介入は、患者と医療者の双方に「健康の社会的決定要因」を意識させる有効なツールである。本ツールの活用により、服薬アドヒアランスやセルフケアの向上等、患者参加へとつながる医療者のサポートを患者に適した形で行うことや、さらには社会的処方（social prescribing）が可能になると考えられる。

実践及び推進に必要なこと CBR matrix を用いることで、患者の理解や態度の問題としてとらえられていた事柄が、健康の社会的決定要因の観点から把握できるようになる。一方で、患者が必要としている社会資源に「どのように繋がればよいのか」、また地域にある社会資源を患者が「どの程度活用できているのか」ということを把握できなければ、社会的処方は完結しない。患者と社会資源をうまく繋げるためには、医療者だけではなく業種や組織の境界を超えたトランスプロフェッショナルワーク（業種間協働：TPW）の概念の下で、社会教育と人材の育成が必要である。【資料 4-3】

キーワード：CBR matrix、WHO、健康の社会的決定要因、服薬アドヒアランス、セルフケア、患者参加、社会的処方、トランスプロフェッショナルワーク、人材育成

（4）薬局薬剤師による生活習慣病患者の行動変容サポート

患者の行動変容の難しさ 糖尿病、高血圧等の慢性疾患は健康的な生活習慣により改善できることが知られているが、患者は医師から指導を受けても、実際に行動変容をすることは容易ではない。海外では、薬局は従来の薬剤提供施設としてだけでなく、予防接種や禁煙指導等の疾病予防や、糖尿病や高血圧等の生活習慣病患者への健康的な生活習慣への改善支援など、より幅広い業務を担うようになっている。この背景には、薬局で薬剤師が生活改善の支援を行うことで、血糖、血圧、脂質等の値が改善するというエビデンスがある。

COMPASSプロジェクト 分担研究者の岡田らが日本国内で2011年に行った2型糖尿病患者へのクラスターランダム化比較試験であるCOMPASSプロジェクトでは、薬局薬剤師が患者に薬を渡す際、配布資料を用いて3分程度で食事・運動療法のコツ等を説明するという介入を行うことにより、対象群と比較してHbA1cが0.4%改善した。また同様に、高血圧患者に対して減塩などの情報提供を行ったCOMPASS-BP研究においても、介入群は対象群と比べて3か月後には収縮期血圧が6mmHg低下した。この研究用に開発した薬剤師用の教育プログラムは、薬局薬剤師を対象に「3☆（スリースター）ファーマシスト研修（1回8時間、全3回）」として2012年から毎年、年15回程度実施し、これまでに2000名以上が受講した。また、全国各地で本研修を継続的に実施できるよう、参加者の中からファシリテータを養成する仕組みを作り、名称も2019年からは「Patient Centered Care（PCC）研修」と改称した。

実践及び推進に必要なこと 薬局薬剤師が患者の行動変容のためのナッジ（行動科学等における用語で、人々が自発的に望ましい行動をとるよう促す手法や仕掛けのこと）を行うことは、生活習慣病の自己管理を実践するための方法として有用である。実施のバリアとしては、薬剤師のマインドセット（薬以外の説明を薬局で行うことに対する抵抗）が経験されている。本取り組みの推進には、医療者が患者から直接感謝される経験をすること、短時間で実施可能な介入内容、患者用のわかりやすい教材、医療者用の研修プログラムと持続可能な人材育成システム、診療報酬等でのインセンティブ、効果に関するエビデンスが必要である。【資料4-4】

キーワード：生活習慣病、患者の行動変容、ナッジ、薬局薬剤師の関与、研修プログラム、持続可能な人材育成システム、効果に関するエビデンス

（5）学生や医療者等が「実感する」ことのできる劇場型教育法

「劇場型の医療者教育」の現在地 医療者の仕事は、生活の視点から患者の健康を探求することとあり、医療者教育においては医学的な知識のほかに、患者を全人的にとらえる能力や、ケア環境とチーム体制を整備しながら医療活動を展開する能力を身に着けることが求められている。こうした能力のなかには、患者やその家族、医療従事者、非医療セクターの人々など様々な立場の人と円滑な対人関係を築くためのコミュニケーションスキルが含まれる。

コミュニケーションスキルの獲得と向上のために、演劇という手法が注目を集め先駆的な取り組みが行われてきた。演劇的手法を用いた教育プログラムとは、学習者が主体的に行うロールプレイや演劇作成のプロセスを取り入れたもの等を指すが、そういった手法には、複雑な事象をメタ化して認識させる機能や、動的な思考や判断を要求する機能があり、主体性や想像力、柔軟性や状況把握能力など、コミュニケーションに重要なスキルを向上させることができる有効なツールである。しかし、その量と質はまだまだ不十分というのが実情である。

また、「劇場型医療者教育」は医療者向けの教育にはとどまらない。演劇的手法を用いて患者を「劇場」に巻き込み、「患者をエンパワメントする」ことによって、患者というリソースを医療現場で最大限に活用できるようになる、ということがゴールである。

「劇場型の医療者教育」の効果 卒前教育では、基本的には現場経験がなく、人生経験が少なく、若く健康な学習者が対象となる。彼らに対し、「劇場型の医療者教育」を活用することにより、暗黙知（暗黙情報）を共有する、という優れた教育効果が期待できる。言い換えれば、言語による説明ではわかりづらいことが、「演じる」ことで「実感する」ことができるのである。これは、医療者にとって不可欠な「他者の視点」の獲得および「俯瞰的視点」の獲得に資する。

また、卒後教育における「多職種連携」や「ベテランと新人の関係づくり」、「患者参加の促進」などにも有用であることは言うまでもない。

実践及び推進に必要なこと これまで「劇場型の医療者教育」についてエビデンスが示されたことは多くはない。「医療者および医療者教育に携わる者が、確かに実感する効果」を「どう測るか」という評価の研究を含めて知見は積み上げ、医療業界の内外に真摯にアピールし、実践と研究を進めなければならない。【資料 4-5】

キーワード：劇場型医療者教育、コミュニケーションスキル、患者のエンパワメント

4. ICT を用いた自己管理支援モデル

(1) 高齢化過疎地域の医療における ICT の必要性

わが国における医療への ICT 導入の方向性と地域の現状 超高齢社会を迎えたわが国では、医療リソースの都市部への偏在、医療費や介護費の増大といった課題が生じ、特に過疎地域では深刻な状況となっている。総務省の ICT 利活用促進のための取り組みのうち、ヘルスケア関連では、医療、介護、薬局、自治体間における医療連携ネットワークの構築による診療情報（EHR, electric health record）の共有、母子手帳、お薬手帳等の患者個人の健康情報（PHR, personal health record）の統合、そして、それらの情報を円滑に連携させることを目指している。

福島県会津地方は、全国高齢化率の上位を占める市町村が多く、医師数は人口 10 万人あたり 168.3 人と全国平均の 2/3 に留まる。面積は東京都の 8.65 倍で、医療機関へのアクセスも遠距離となる。このような地域では、オンライン通信システム、診療情報・生体情報共有システム等、「医療連携のネットワークを強化する ICT」を導入することで、医師偏在問題の軽減だけでなく、専門医による非専門医サポートや医療から介護までのシームレスなサービスも充実させることが可能となる。連携にもさまざまな形があり、D to D（専門医-非専門医間のコンサルト）、D to N（医師-看護師間のコンサルト）、D to N to P（医師から臨床現場の看護師への直接指示

伝達)、D to P (医師による患者の診療) が挙げられる。

ICTで患者の自己管理能力を高める 高齢者には慢性疾患患者が多いことから、自己管理を支援することも少ない医療リソースを有効に活用する一つの柱となる。Flush Glucose Monitoring システムを用いた血糖値のリアルタイムフィードバックにより糖尿病患者の自己管理行動が向上する例があるが、得られた生体情報から適切な自己管理行動を促すシステムがあれば、さらなる効果が期待できる。福島県立医科大学会津医療センターでは ICT (blue tooth 通信システムを搭載した自己血糖測定装置) を用いた生体情報共有と双方向型のコミュニケーション促進を試みてきたが、若年患者には可能であっても、高齢者にとっては、複雑な機器の取り扱いと経済面での負担が課題として挙がる。

実践及び推進に必要なこと 遠隔診療の診療報酬について、従来は 1 回 72 点の電話再診料のみで 200 床以上の大病院は制度の対象外であったが、平成 30 年度の診療報酬改定によりオンライン医学管理料(100 点)が新設されるとともに上記施設基準も撤廃され、制度上は遠隔診療の推進に向け動き出している。次は、地方自治体と医療機関が連携し、通信デバイスの貸与やメンテナンスサービスを促進すること、さらに方言を含めた言語を理解するスマートスピーカー (無線通信機能と音声操作アシスト機能をもつスピーカー) と連動させることで、地域の高齢者を含め多くの国民が医療によりアクセスしやすくなると考えられる。【資料 5-1】

キーワード：ICT、オンライン診療、医療連携、パーソナルヘルスレコード、自己管理支援、シームレスなサービス、リアルタイムフィードバック、通信デバイス

(2) 化学療法におけるセルフマネジメントをサポートするアプリ開発

化学療法における患者参加の重要性 がん患者数の増加、抗がん剤および支持療法薬の進歩等により、外来化学療法の機会が増加している。外来化学療法は、患者が自身のライフスタイルを継続でき、精神面・経済面でのメリットがある。一方、入院での化学療法に比べ、医療者からのサポートや全身状態のモニタリングの機会は減少する。そのため、外来化学療法においては、患者自身で副作用管理を行う必要があり、現在は、パンフレットや服薬指導など患者教育を通じた対策がとられているが、患者により理解度や行動は異なる。また、重症化の予防ためには、医療者による迅速な患者状態の把握とタイムリーな介入を効率的に行う必要があるが、現状では患者の受診を待って対応するのが通常である。外来化学療法を安全に行うためには、患者やその家族が、自身の健康状態に関心を持ち (モニター)、病気、治療・副作用に関する正しい情報にアクセス (学習、予測) し、適切なタイミングで適切な判断や行動 (対応) ができることが重要である。

副作用自己管理をサポートするアプリ開発 患者がタブレットに毎日 12 項目の入力をするこ

とで、自分自身の健康状態の把握ができ、必要に応じ医療機関への受診を促す「副作用自己管理アプリ」を開発した。本アプリの利点は、①正確で漏れのない確認、②簡単で短時間での記録、③経時的データの振り返り（副作用の予測による不安感の軽減、次の行動の計画）、④家族内や医療者との情報共有、⑤アプリの継続的利用による学習効果などがあげられる。本アプリの入力は、1項目あたり2秒～47秒、全12項目は51秒～3分46秒と、個人差はあるものの比較的短時間で可能であった。また、アプリ使用後のアンケートでは、副作用発現時に入力がやや負担であったが、自身の体調への関心が高まり、治療の安心感が高まったという感想が得られた。

実践及び推進に必要なこと アプリ使用のアドヒアランスを向上するためには、利用者側にスマートフォンやタブレット端末およびインターネット環境があること、高齢者など端末に不慣れた患者にとってもわかりやすいユーザーインターフェイスを有すること、また医療費の自己負担の軽減など経済的インセンティブが導入されること等が必要である。病院等の電子カルテシステムとの連携が可能となれば、医療者とのタイムリーな情報共有にも寄与するが、一方で情報セキュリティの問題を克服する必要がある。【資料 5-2】

キーワード：外来化学療法、抗がん剤副作用、自己管理、アプリ、患者の判断・行動支援、短時間、ユーザーインターフェイス、医療者との情報共有、IoT、遠隔診療支援

5. 地域での専門職や他患者との緩いつながりモデル

(1) マギーズ東京におけるがん患者支援

(インタビュー：秋山正子氏、認定 NPO マギーズ東京 共同代表理事)

タイトル 1988年、英国エジンバラのマギー・ジェンクスは医師から乳がんの宣告を受け動揺したが、診察室の外では次の患者が待っていると言われ、病院では心情を吐露し相談することができなかった。我が国でも医学の進歩とともにがんは慢性疾患となる一方で、DPC 制度導入後、入院期間は短縮され、治療のステージは外来・在宅療養へシフトしている。退院後に患者が直面する日常・社会生活上の悩み、治療経過の中で生じる様々な不安に対し、全国のがん拠点病院にはがん相談支援センターが設置されているが、予約が必要で時間も15分程度と限られている。秋山氏は長い訪問看護実践の中で、医学面や心理面での介入が遅れる事例を多く経験し、英国でマギーさんの遺志をひきつぎ創設されたマギーズ・キャンサー・ケアリングセンターを我が国に導入した。設立資金は募金で、当初の運営は国からの期限付き助成金で行われ、現在は寄付および公式グッズの販売利益をあてており、土地は期限付きである。

自分を取り戻すための空間やサポート このマギーズセンターは、がん患者が安心して心情を語ることができ、語る中で病とともに前向きに自身の歩む方向を自分で見つける、病院と家の間の第3の場所として位置づけられる。予約は不要で時間の制限もない。統一された教育プログラ

ムにより理念を共有する看護師、心理士、栄養士が関わるが、彼らは患者に対して決して「こうしなさい」とは言わず、友人のように「よく聴く看護」に徹する。スタッフや他の患者と語る中で患者は自身の生き方を見出し、自信を取り戻す。その様は「マギーズマジック」と呼ばれ、スタッフは患者のもつ力を体感する。このような患者とスタッフ双方の感動がモチベーションとなって、NPO 法人としての運営を支えている。

実践及び推進に必要なこと 地域包括ケア制度の対象とはならない「ADL の保持された」がん患者の生活上の支援が不十分な我が国において、患者のもつ力を引き出しエンパワメントするこうした取り組みは、患者の QOL や満足度向上のみならず、医療経済上も良い効果を期待できる。継続的な運営と発展のためには人材育成と資金確保が必要であり、がん相談拠点制度への組み込みなど国の施策整備が必要と考えられる。【資料 6-1】

キーワード：患者のもつ力を引き出す、エンパワメント、聴くことに徹するケア、空間とサポート、生活上の相談支援、医療者用の教育プログラム、寄付による運営、がん相談拠点制度への組み込みの必要性

（２）地域に根差した統合ケア推進拠点としての認知症カフェの取り組み

（インタビュー対象者：武地一氏、藤田医科大学医学部 認知症・高齢診療科 教授）

認知症総合施策における認知症カフェの位置づけ 本邦における 2020 年の認知症患者数は約 600 万人と推計され、65 歳以上の 6 人に 1 人が罹患する疾患であり、様々な対策が実施されてきた。2015 年から 2019 年までの新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）は、関連する 12 省庁横断的な認知症施策を推進するための国の総合戦略であり、「認知症の人の意思が尊重され、出来る限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らしを続けることが出来る社会を実現する」ことを目的に策定された。認知症カフェの活動は新オレンジプランの 7 つの柱のうち、①認知症の普及啓発活動や②適時の医療や介護との連携、③介護者への支援、④認知症当事者とその家族の視点を取り入れる活動として位置づけられ、特に診断早期における本人と家族への支援の役割が期待されている。

地域資源としての認知症カフェの機能 カフェは認知症の人々が住み慣れた場所で自分らしく生活するために利用できる地域資源の一つであり、また、本人が必要とする多様なケアサービスをタイムリーにコーディネートする機能も有し、当事者と家族の視点を取り入れた活動として、医療や介護とは異なる機能を果たしている。認知症によって生じた暮らしにおける変化や混乱、漠然とした不安は第三者に相談することで整理され、具体的な対応策や支援策に結びつきやすくなる。「デイケアは認知症患者として行くことが決められているが、カフェでは認知症をもった人（生活者）が自主的に行く」という表現に見られるように、当事者が主体性を発揮し生活上の

悩みやトラブルを、暮らしの場で解決していくという点が医療モデルとは異なる。

認知症カフェの現状と効果 認知症カフェは 2019 年末時点で全国約 7000 か所に設置され、月 1 回の活動が主流である。ボランティア精神に基づき、地域の専門職や研修を受けた住民など多様な主体が運営しており、経済的なインセンティブはない。行政からは人的支援として自治体ごとの認知症地域支援推進員 1 名が配置され、主に企画広報活動を担っている。当事者や家族が同じ立場の人と対等で気軽な交流ができ、悩みや不安があれば専門職に相談できる場となっている。利用者の声には、「社会的つながりや役割を得て笑顔が出て、この会に来たいということが多い」、「認知症のために閉じこもりがちであったが、認知症カフェでの他者との会話や趣味の活動を通じて、まだできることがあることを発見し、自分らしさを取り戻せる場になっている」「家族のつどいでは、介護経験を語り合い、悩みを共有できたことを喜び、工夫などを学びとる」「本人のよい状態をみることで、家族もおだやかになれる」などがある。また、市民ボランティアにとっては当事者や家族との交流を通じて、我が事として認知症への理解が深まり、カフェの効果ややりがいを実感できる場となっており、それが地域への普及啓発にもつながることが期待される。

今後の課題 認知症カフェの活動内容は運営主体により多様性があるためそれを尊重しつつも、カフェの共通の機能や効果を明らかに、それらをより広く周知するとともに、認知症サポーターや認知症サポート医等の仕組みともうまく連携していくことが必要である。【資料 6-2】

キーワード：新オレンジプラン、認知症カフェ、診断初期、地域ボランティア、自分らしい暮らしの継続、地域資源のコーディネーション、多様で主体的な運営、やりがい

6. ピアサポートモデル

(1) 腹膜透析患者同士の World Café と Meet-The-Expert

SDM の難しさ 慢性腎不全患者において、透析療法導入前は心理的、身体的に最もつらい時期であり、多くの患者は喪失感で意思決定が困難となる。また、治療方針決定後も、生活上の悩みや困難に自分自身や家族とともにうまく対処し、人生を前向きに歩み続けることは容易ではない。優劣のつけられない複数の治療選択肢がある場合、患者と医療者で共同意思決定 (Shared Decision Making, SDM) を行うことが望ましいが、医療者の限られた経験知のみで、また日常臨床の限られた時間とマンパワーの中で SDM を実行することには限界がある。

Meet-The-Expert と World Café 研究分担者である北村らは、大阪大学医学部附属病院の腎臓内科外来において診療の一環として、患者へのはじめての透析療法説明時に、その日に定期受診した腹膜透析 (PD) の先輩患者との面談を必要に応じてその場で設定し、患者・家族同士で自由に質問、助言をしあう「Meet-the-Expert」を 10 年以上前から実施している。主治医や

看護師らは、基本的にこの意見交換の場に介入しない。また、年1回のPD患者会は3年前からワールドカフェを取り入れた「PDカフェ」の形式とし、PD患者・家族間で席替えをしながら互いの経験知を共有している。これらの患者間のつながりの場（peer-to-peer ネットワーキング）がもたらす効果は次の5点である。①同じ困難を経験し克服した先輩患者の心からの共感の後輩患者の不安を軽減する、②病とともに自分らしい生活を続けている先輩患者の姿を目の当たりにすることで、自身の人生設計を前向きに考え、想定される困難に対して先行的に対応することが可能となる、③実践的な情報の集約的学習の場となる、④自身の経験を他者に伝え役に立つことを認識することは自己肯定感につながる、⑤医療者も患者の経験知から学び、その有用性やpeer-to-peer ネットワーキングのもつ力を実感し、患者協働の重要性を認識することができる。

実践及び推進に必要なこと このようなピアサポートの場を形成することは、患者参加を促す一つの有用な手法であり、慢性疾患を有する患者をエンパワメントし、病とともに歩む人生（patient journey）を相互に支援すると考えられる。このような取り組みを日常臨床に実装するためには、患者同士のつながりの場を創ることができる医療者の存在と育成、患者報告アウトカムを含めた効果のエビデンスの抽出、異なる疾病患者での実施方法の検討、経済的インセンティブの導入、グッドプラクティスの共有などが必要である。【資料7-1】

キーワード：peer-to-peer、patient journey、経験知の尊重、効果・効率性に関する客観的指標、他の疾患への適用

（2）患者会「阪喉会」のピアサポート

（インタビュー対象者：杉本隆氏、公益財団法人阪喉会 理事長）

喉頭摘出術後患者による自律的な相互支援システムの構築 喉頭摘出術を受けた患者にとつて、代用音声の習得は Quality of Life の回復、向上のために大きな課題であるが、その習得訓練については長期間を要し、また保険収載がなされていないこと等から、病院外でのサポートシステムを構築する必要があった。このような背景から、患者によるボランティア団体としてわが国で最初に設立されたのが「阪喉会」であり、70年以上にわたり発声教室の開催、発声補装具の紹介、患者同士の交流等の活動を継続している。新規入会者は年20～30名、総会員数は370名前後、会員の9割が高齢男性で、発声指導員は25名前後である。大阪府内3か所の拠点で発声教室を開催しているが、同じ疾患を持つ人たちとの貴重な交流の場として、発声法習得後も通い続ける会員が多く、カラオケサークル等のさらなる患者交流会も自然発生的に生まれている。

ピアサポートによる双方へのエンパワメント効果 杉本氏自身の研究では（ピア・サポートにおけるエンパワメント効果 ——「阪喉会」の指導員を事例として——、岡山大学大学院社会文

化科学研究科紀要 49:105-123, 2020.)、自らも患者である指導員は、失声により、就業、社会活動、日常生活に全員が大きな影響を受け、3人に1人が抑うつ・失意

(disempowerment) に至った。しかし、阪喉会のガイダンスで初めて先輩指導員が上手に話しているのを見て勇気づけられ、代用音声の習得により、苛立ちや抑うつが消失し、就業、生活、行動範囲の回復が得られ、日常生活の自律性やコントロールを回復することが出来た。即ち、発声スキルという技術の獲得だけにとどまらず、精神的な力づけ (empowerment) も得られたことが示された。このエンパワメントを礎として、生きがいをもたらした恩返しをしたい、過去に自らが経験した自己効力感の回復を後輩に伝えたい、と指導員を引き受けた者がほとんどであった。

また、指導を行うことについて、85%の指導員は、後輩が発声できたときの喜びが指導者自身の生きがいとなる、生活のリズム・楽しみができた、自身の成長につながる等の肯定的な考えを示した。このように、新たな形での社会参加を果たすことによるエンパワメント効果が、指導員を継続するモチベーションになっていると考えられた。

実践および推進に必要なこと 術後の失声に対する不安は大きく、発声スキル習得のための教室は非常にニーズが高い。ピアサポートにより得られた自己効力感を後輩に伝えることで双方がエンパワメントされ、さらにボランティアとして阪喉会活動を継続するモチベーションになることは、本活動を継続させる効果的な仕組みと考えられる。しかし、喫煙率低下や化学療法の進歩とともに喉頭摘出患者数が減少し、会費収入が少ない地方の患者会運営が財政面、人材面で厳しい状況となっており、阪喉会から指導員を派遣する等のサポートを行っている。運営資金の一部を公的資金で賄う仕組みや、研修会場提供等の医療機関の支援、患者会間の連携推進が、今後必要と考えられる。【資料 7-2】

キーワード：発声教室、指導員、QOL、ピアサポート、エンパワメント、自己効力感、モチベーション、病院外での支援、新たな形での社会参加、財政支援、人材確保

7. 患者側弁護士からみた医療安全と患者参加

(インタビュー対象者：東幸生弁護士、あずま総合法律事務所、須藤隆二弁護士、須藤・大場法律事務所)

コミュニケーションと信頼関係 医事紛争相談では、治療アウトカムの悪さそのものよりも、治療経過等について患者や家族が十分に理解し納得できるような意思疎通が図れなかったことにより、信頼関係が悪化し紛争化したと考えられるケースが少なくない。患者にとって、医学的な説明は難解であり、厳しい内容であることが多いため精神的な負担が大きい。医師による丁寧な説明と意見交換に基づき治療方針の決定を行うことにより、患者の不安や疑問が解消され、その

後のアウトカムの受け入れも改善する。また、トラブルが起こってからではなく、治療経過の早期から主治医に代わって患者の疑問点や不安を傾聴する専門のスタッフを配備することで、患者満足度の向上と医療者の業務負担軽減の両方につながると考えられる。

統合的医療と協働型ゴール設定 近年、複数の併存疾患を有する高齢者が増加しており（例えば、糖尿病と慢性心不全の併存）、それぞれの疾患に対するエビデンスに基づいた治療を、一人の患者に足し算で適用できないことも多い。患者の年齢、健康状態、生活環境などを理解したうえで、患者や家族とともに、患者に適した統合的な治療のゴール設定を行うことが重要である。

【資料 8】

キーワード：コミュニケーション、信頼関係、高齢化社会、統合的医療、協働型ゴール設定

8. オープン・イノベーションによる新たな社会システムの創造

IoT 構想のはじまりから実用化の時代へ インターネットは、人間同士の情報交換を助けるために開発されたが、その後、機械（モノ）そのものをインターネットにつなぐ考え方（IoT, Internet of Things）が生まれた。コンピューター、家電、家具、床などの「モノ」をインターネットでつなぎ、そこから得られる情報をリアルタイムで統合することで、人の手で多くの操作をしなくても、移動、仕事、家事など生活上のあらゆることが円滑に進められる。分担研究者の坂村健が開発した組み込み用リアルタイム OS「TRON（トロン）」は、複数の入出力制御や OS 作業のリアルタイム性を実現したもので、現在でさまざまな分野の機器やシステムに汎用されている。これは全ての技術情報を公開し利用することが出来るオープンアーキテクチャを前面に掲げたものであり、この「オープン（性）」が IoT をあらゆるものに広げ社会に実装するために不可欠な要素である。

オープン・イノベーションと IoT の社会実装例 坂村が会長を務める公共交通オープンデータ協議会では、鉄道、バス、航空事業者等のデータを集め、アプリケーション開発者や ICT ベンダー等に提供し、人々がスムーズに任意の場所に移動できるための革新的なプログラム開発の促進に取り組んでいる。単に乗り物を売る、乗せるのではなく、移動サービスを提供する MaaS (Mobility as a Service) という考え方に基づいている。同様の発想での取り組みに、IoT と AI を建物に組み込んだモデル住宅団地の構想（Open Smart UR）がある。これは、住人の生活状況をセンサー感知しながら、照明や空調、家電の動作等を含めた室内環境の自動調整やカスタマイズにとどまらず、居住地区全体に AI によるセンシングを機能させ、地域内の見守りや、目的地への移動支援、パブリックスペースの予約等、快適な生活環境そのものを提供する HaaS (Housing as a Service) である。

ヘルスケアサービスにおいても同様のアプローチが可能である。医療へのアクセス支援、医療

連携ネットワークの強化だけでなく、パーソナルデータのオープン化により、患者自身が健康関連データをクラウド上から抽出し、情報連携に役立てることができる。世界的にはオープンソースの利用やデータのクラウド化が進んでいるが、わが国では危険だという誤解から、進んでいない。特にヘルスケア領域では、病院ごとに細かなカスタマイズがなされている電子カルテシステム、生体情報を扱う医療機器メーカーの機密性、個人情報保護のクローズ性のため、情報の統合や連携が困難な状況にある。

実践及び推進に必要なこと プライバシーと公共の概念を再構築し、個人情報保護の在り方を再検討し、情報連携のバリアを取り払うことができれば、Healthcare as a Service という一大分野として発展すると考えられる。オープンなデータ連携の推進には社会の認識の変化が必要であり、欧米諸国のように義務教育課程でプログラミングやコンピューターを学ぶ制度があれば、教育を受けた世代ではデジタル化についての理解や親和性が高まると考えられる。【資料 9】

キーワード：IoT、オープン化、MaaS、HaaS、情報連携、パーソナルデータ、個人情報保護

9. 患者の必要とする情報及びピアサポートに関する患者アンケート調査の結果

目的と方法 患者が必要としている情報、患者が設定している治療のゴール、同じ疾患を持つ患者との情報交換の経験とその有用性、自分の体験を他の患者に伝えることに対する考え等を明らかにすることを目的として、大阪大学医学部附属病院の患者 111 名（消化器外科入院患者 29 名、婦人科入院患者 20 名、腎臓内科外来患者 25 名、糖尿病内分泌代謝内科外来患者 37 名）に対して、自記式アンケート調査を行った（実施期間は 2021 年 2~3 月）。本調査は、主治医が対面で患者に対して本研究に関する説明を行い、同意を得られた患者に対して実施した。アンケートの回答は無記名とし、郵送で回収を行った。記述統計は Excel2016 を用いて算出し、テキストマイニング（共起ネットワーク分析）は KH Coder3 を用いて行い、探索的統計解析には IBM-SPSS Modeler ver.18.2 を用いて決定木分析及びランダムフォレスト分析を行った。

患者の属性 アンケートに回答した 111 人の患者の年齢分布と診療科は表 1 に示すとおりである。治療中の疾患（複数回答）ではがんが 52 人（46.8%）であった。

困っていること 病気の治療をしながら生活する中で最も困っていることとして、治療に関することが 23 人（23.7%）、仕事・通学が 18 人（18.6%）、趣味が 15 人（15.5%）と多く、その内容は、治療では情報、時間、精神的サポート、仕事・通学では時間と体力面でのサポート、趣味では時間が足りないというものであった。

表 1. 年代別受診科分類*

年代	腎臓内科 (n=25)		糖尿病・内分 泌・代謝内科 (n=37)		消化器外科 (n=29)		産科婦人科 (n=20)		全体 (n=111)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
30-40	3	12%	2	5%	0	0%	2	10%	7	6%
50	10	40%	7	19%	1	3%	8	40%	26	23%
60	6	24%	10	27%	10	34%	6	30%	32	29%
70	4	16%	15	41%	14	48%	4	20%	37	33%
80-90	2	8%	3	8%	4	14%	0	0%	9	8%

* $p = 0.0733$: カイ二乗検定

病気の受容状態と患者の治療ゴール設定 病気の受容状態については、「とても落ち込み心の準備ができず病気について何も考えられない（拒絶）」は 0 人、「病気であることはわかっているが、先の見通しが持てず不安である（混沌）」は 16 人（15.2%）、「病気を抱えている現状に慣れ、お薬を飲むことなどの治療が日常生活の一環となっている（折り合い）」は 47 人

（44.8%）、「病気を抱えているが前向きな気持ちで自分らしく人生を歩んでいる。ある程度の見通しを持つことができている（受容）」は 42 人（40.0%）であった。

患者の治療ゴール設定については、「とにかく病気の進行を抑えたい（病気のコントロール）」が 21 人（19.4%）、「治療しながらも、日々の生活や人との関りを今まで通り続けたい（今まで通りの生活）」63 人（58.3%）、「治療にしばられすぎず自分らしく生きていきたい（自分らしく生きる）」が 21 人（19.4%）であった。

病気の受容状態と治療ゴール設定の関係を表 2 に示す。病気の受容状態が混沌にある患者では、治療のゴールとして「病気の進行を抑えたい」と考えている者の割合が多く、折り合い段階や受容段階の患者では、「今までどおりの生活を続けたい」と考えている者の割合が多かった。また、治療ゴールで「今までどおりの生活」「自分らしく生きる」と答えた者では、病気の受容状態が「折り合い」や「受容」にあるものが多かった。

表 2. 疾患の受容状態と治療ゴールとの関連

疾患の受容状態		病気であることはわかっているが、先の見通しが持てず不安である (混沌)		病気を抱えている現状に慣れ、お薬を飲むことなどの治療が、日常生活の一環となっている (折り合い)		病気を抱えているが、前向きな気持ちで自分らしく人生を歩んでいる。ある程度の見通しを持つことができる (受容)		合計
治療 ゴール	とにかく病気の進行をおさえたい。	8	50%	7	15%	5	13%	20
	治療しながらも、日々の生活や人との関わりを今まで通り続けたい。	5	31%	31	66%	26	67%	62
	治療にしばられすぎず、自分らしく生きていきたい。	3	19%	9	19%	8	20%	20
	合計	16	-	47	-	39	-	102

$p = 0.0195$: カイ二乗検定

同じ病気の人との交流 「同じ病気の人と話がしたいと思ったことがある」患者は 66 人 (60.0%) であったが、診療科毎に見ると、糖尿病・内分泌・代謝内科では 37.8%、消化器外科で 55.5%、腎臓内科で 75%、産婦人科で 90%と、診療科によって異なっていた。また、これらの患者のうち、「実際に同じ病気の人と話をする機会があった」と回答した者は 49 人 (74.2%) で、その時期は、「退院してからあるいは治療を開始してしばらく経った時」が 49%、「診断名を聞いた時」が 26.5%、「治療を開始する時」が 20.4%であった。情報交換の方法は、「患者同士のための直接面談」が 73.5%、「医療者も交えた直接面談」が 16.3%と直接面談が最も多く、「メールや SNS」は 12.2%、「電話」は 10.2%であった (複数回答)。同じ病気の人と知り合った経緯は、「入院中 (同じ病室、病棟のデイルーム等)」が 47.9%と最も多く、

次いで「患者会」が14.6%、「医療者による引き合わせ」が10.4%であった。

同じ病気の人と交流したことによる気持ちの変化に関する共起ネットワーク分析では、「治療、前向き、頑張る（治療への活力）」「気持ち、楽（安心感）」「患者、情報、共有（情報共有）」「明るい、生きる、勇気、楽しい、生活（人生への活力）」という4つのクラスターが見られた。

同じ病気の人と交流したいと思った者のうち「その機会がなかった」と回答した者17人（25.8%）では、希望する情報交換の方法として、「医療者を交えた直接面談」が64.7%、「患者同士のみでの直接面談」が47.1%であった（複数回答）。話したい内容としては、病気の進行や治療の経過、自分なりの工夫、仕事や旅行等を含む生活上の注意点が挙げられた。

一方、「同じ病気の人と話をしたいと思わない」と回答した者44人では、その理由として、主治医に質問すればすべて問題解決するからが84.1%、信頼できる回答が得られるかわからないからが27.3%であった。

自分の経験の他患者との共有 同じ病気の人に自分の経験を伝えたいと思うと回答した者は61人（58.1%）であった。伝えたい内容に関する共起ネットワーク分析では、「病気、不安、気持ち、伝える（自分の気持ちの吐露）」「前向き、出来る、楽しむ（他患者への助言）」「毎日、生活、仕事、運動、食事（日常生活での工夫）」「症状、リハビリ、手術、副作用、過ごす（治療等の情報共有）」が主たるものであった。

探索的統計解析 疾患の受容状態（混沌、折り合い、受容）、治療ゴール（病気の進行とめる）、同じ病気の人との会話希望、経験共有意思に関連する要因を特定するため、探索的解析を行った。これらの6項目を従属変数とし、各設問への下位項目（設問9,10,11,13,14,15,16）を除いた他の全項目（45項目）、および設問17,18における高頻度テキスト（27項目）を独立変数とした。Random Forest法を用いて、従属変数に対する独立変数の寄与割合上位5項目を特定した（表3）。

表 3. 探索的多変量モデリング（Random Forest 法）による独立変数の寄与割合上位 5 位一覧

従属変数	病気であることはわかっているが、先の見通しが持てず不安である。	病気を抱えている現状に慣れ、お薬を飲むことなどの治療が、日常生活の一環となっている。	病気を抱えているが、前向きな気持ちで自分らしく人生を歩んでいる。ある程度の見通しを持つことができている。	同じ病気の人と話がしたい。	同じ病気の人に、自分の経験を伝えたいと思う。					
上位	項目	寄与割合	項目	寄与割合	項目	寄与割合	項目	寄与割合	項目	寄与割合
1	とにかく病気の進行をおさえない	13.1%	産科婦人科受診	7.4%	症状：食欲がない	5.4%	相談できる人はい	10.4%	糖尿病・内分泌・代謝内科受診	12.2%
2	症状：食欲がない	6.8%	経験伝えたいと思わない	5.5%	病院等への要望（自由記載） 「出来る」記載あり	3.8%	糖尿病・内分泌・代謝内科受診	10.3%	相談できる人はい	9.3%
3	治療しながらも、日々の生活や人との関わりを今まで通り続けたい。	6.5%	病院等への要望（自由記載） 「出来る」記載あり	4.4%	症状：疲れやすい	3.7%	産科婦人科受診	6.5%	年代	6.4%
4	年代	5.7%	症状：物覚えが悪くなってきた	3.9%	症状：その他	3.5%	伝えたい自分の経験（自由記載） 「治療」記載あり	5.6%	病院等への要望（自由記載） 「病院」記載あり	6.1%
5	症状：疲れやすい	5.0%	伝えたい自分の経験（自由記載） 「人」記載あり	3.9%	年代	3.4%	伝えたい自分の経験（自由記載） 「自分」記載あり	4.8%	治療中の病気：がん	4.6%

さらに、交絡要因を調整するため、決定木分析により、従属変数と有意に関連する独立変数の組合せを特定した。①病気の受容状態で「病気であることはわかっているが、先の見通しが持てず不安である（混沌）」と回答した者では、治療のゴールで「とにかく病気の進行をおさえない」を選んだ者の割合が有意に高かった（オッズ比: 6.4, 95%信頼区間: 3.3-12.7）。②病気の受容状態で「病気を抱えている現状に慣れ、お薬を飲むことなどの治療が、日常生活の一環となっている（折り合い）」と回答した者では、産科婦人科以外の受診患者の割合が有意に高かった（オッズ比: 4.1, 95%信頼区間: 2.0-8.3）。③病気の受容状態で「病気を抱えているが前向きな気持ちで自分らしく人生を歩んでいる（受容）」と回答した者では、困っている症状として「食欲がない」を選択していない者の割合が有意に高かった(オッズ比: 6.0, 95%信頼区間:1.0-59.3)。④「同じ病気の人と話がしたいと思ったことがある」と回答した者では、相談できる人のいない糖尿病・内分泌・代謝内科受診患者に比べて、相談できる人がいると回答した者（オッズ比: 15.4, 95%信頼区間: 7.1-33.3）、及び相談できる人のいない糖尿病・内分泌・代謝内科以外の診療科の患者（オッズ比: 9.5, 95%信頼区間: 3.9-23.1）で有意に高かった。⑤「同じ病気の人に自分の経験を伝えたいと思う」と回答した者では、糖尿病・内分泌・代謝内科

以外の患者の割合が有意に高かった（オッズ比: 3.4, 95%信頼区間: 2.3-4.9）。

病院や地域にあると良いサポート 自由記載の内容に関する共起ネットワーク分析では、「日常・サポート・欲しい・医療・生活・地域（医療面及び生活面での支援）」、「場所・今・必要・行く（困った時の支援）」、「聞く・良い（質問機会の増加）」、「人・病気・話せる（他者との交流機会）」に関するクラスターが見られた。具体的な記載内容の一部を下記に示す。

- ・ 病院に来た時、ふらっと立ち寄り諸々の話が出来ると精神的憩い場が欲しい。
- ・ 現在ある相談施設は予約が必要。落ち込んだ時、すごく困った時に、すぐにかきこめる場所があればうれしい。自分のペースで行くことが出来る所がほしいです。
- ・ 他病院での主治医やスタッフ等への不信や疑問が生じた時に、誰に相談すれば良いのかわからないので、サポートしていただける所があればと思います。
- ・ 透析を実際に受けている患者にしか、多分理解しがたいであろう、生活をする上での些細な事柄や精神的なこと等も、患者間での意見交換が出来ない場合が多く（通院先での患者同士、会話する時間や機会がない場合がある）、出来ればそんなサポートがWEB等で出来ればと思います。
- ・ 3か月に一度予約して通っているが、カルテを共有して別のスタッフでも良いので、その間に体調のことや心配事などを気軽に相談できる窓口が病院内にあれば良いと思う。

まとめ 患者参加を patient journey という統合的かつ動的な視点からサポートするためには、同じ病気の患者同士の交流（ピアサポート）が有用であり、また患者はピアサポートを求めていることが明らかになった。病気を体験した者にしかわからないような生活上の悩みや工夫を共有することは、不安の軽減、治療や生活への活力、さらには双方の自己効力感の向上につながることから、ピアサポートが行えるような機会や場を設けることが必要であると考えられた。本調査の対象は一施設における一部の患者群であることから、今後、本知見を研究仮説としてピアサポートに関する調査を進めたい。【資料 10】

III. 患者参加の課題 (barriers) と促進因子 (enablers)

患者参加をサポートする各取り組みから、実践や継続上の課題と実践を促進する因子を抽出した。

時間の確保と効率的実施方法の開発 患者参加を実践また支援するためには医療者の時間の確保が必要であり、このことは諸外国においても患者参加推進の大きなバリアとして知られている。本研究対象の取り組みの中には、薬局薬剤師が服薬指導の一環として3分程度で生活習慣病の行動変容のための患者教育を行ったり、腹膜透析外来において不安をかかえる患者に対して「meet-the-expert（先輩患者との対話の機会）」をその日の受診患者の中から即興でアレンジ

したりするなどの工夫をし、成果を得ているものも見られた。日常臨床業務において短時間で効率的に行うことができる工夫や多職種の関与が、患者参加推進の鍵となると考えられる。

医療者教育と人材育成 患者のセルフマネジメントに必要な教育や共同意思決定を、医療者が行うことができるような教育プログラムと教材も必要である。末期腎不全療法選択に関するSDM実践スキル教育セミナーとSDM支援冊子やスリースターファーマシスト研修などはその一例である。セルフマネジメント教育においては、患者に対する単なる知識やスキルの提供にとどまらず、治療上必要な行動を患者が現実の生活で実現できない理由を的確に把握し、その部分をサポートすることが重要である（例えば、CBR matrixを用いた健康の社会的決定要因の把握、阪大病院いろはうたに見られるスピークアップ文化の醸成）。また、教育プログラムを横展開できるような人材育成システムも合わせて埋め込んでおく必要がある。さらに、患者参加の必要性を実感できるイノベーティブな教育法（例えば、劇場型教育）の開発や、医療者教育のみならず、医療系学生、患者や家族、市民等への教育展開も必要と考えられる。

ICTの活用 患者参加を加速するためにICTの活用が不可欠である。地域において連続的に統合されたケアを患者に提供するためには、ケアの場を越えて患者の診療情報等を共有できる安全な医療情報ネットワークシステムが必要である。また、患者による健康や疾病のセルフマネジメントには、血圧計や体重計と同様に、患者自身が日々の検査や症状に関するデータを容易にリアルタイムでセルフモニタリングできるような測定機器（例えば、血糖値）やアプリ（例えば、抗がん剤副作用）等があると有用である。

つながり形成のリーダーシップ いずれの取り組みも、従来なかったつながりやネットワーク（患者・家族、行政、大学、専門医、かかりつけ医、保健師、看護師、薬剤師、栄養士、NPO、企業、弁護士等）が形成されている。既存の枠組みを越えて関係者が協働するためには、ネットワークのハブとなる人々の、時宜を得たイニシアティブやリーダーシップが必要である。

インセンティブや財源 末期腎不全患者に対する複数治療オプションの説明に対する加算（腎代替療法実績加算）や、医療者及び医療施設の質確保を要件とした共同意思決定に対する加算（腎代替療法指導管理料）に見られるように、質の高い患者参加を日常臨床の一部として実践し発展させるためには、診療報酬による評価が必要である。また、セルフモニタリング用ツール等に対する患者の自己負担軽減、アプリやツール開発のための研究助成金の獲得、NPO（例えば、マギーズ東京や架け橋）や患者グループ（例えば、患者同士のワールドカフェ、阪喉会）等の継続的活動のための財源や場所の確保についても検討が必要である。さらにピアサポート等における患者の貢献に対する報酬についても国際的には課題となっている。

モチベーション 患者参加の取り組みを駆動するためには医療者や患者のモチベーションが重要である。末期腎不全患者の療法選択のSDMにおいて患者協働のメリットを医療者が実感する

ことや、マギーズ東京での取り組みや腹膜透析患者によるワールドカフェや Meet-the-Expert で、患者の持つ自己回復力を医療者が体感することは、医療者のモチベーションとなっていることが経験されている。

エビデンス 患者参加を発展させるためには、患者の行動変容、患者報告アウトカムやヘルスアウトカムの向上、医療の質・安全の改善、医療費の抑制などにつながっているかなどについて、効果を検証する必要がある。このようなエビデンスは医療者のマインドセットを患者中心型に変えることに貢献すると考えられる。

ボトムアップ活動を支援する制度設計 台湾ジョイントコミッションによる全国的 SDM 推進は、病院機能評価機構が規制的アプローチではなく、各病院の自主的な取り組みに対してインセンティブを与え、多様な取組みを共有するためのプラットフォームを構築し、取り組みの質を担保するという自律的でボトムアップな取り組みを支援する良いモデルの1つである。

ピアサポートの発達 ピアサポートは既存のヘルスケアシステムにはないユニークな機能を有しており、今後の患者中心の医療の推進の鍵となると考えられる。マギーズ東京では、病院での予約、時間制約、医療者による医学的指導とは対照的に、予約も必要なく、時間制限もなく、医療者は傾聴し、患者は自分自身で生き方を見つけ自信を取り戻すことをサポートしている。腹膜透析患者によるピアサポートでは、同じ困難を経験し、また乗り越えた患者による共感が、他の患者をエンパワメントし、また治療を行いながら生活する者同士での経験知の共有が、セルフケア能力や先行的対応能力を向上させている。

情報共有のプラットフォーム 地域のがん対策や認知症カフェをはじめユニークな患者参加の取り組みが、さまざまなステークホルダーによって色々な場で行われているが、これらの具体的な取り組みや成果を共有し、さらなる推進をするためには、ICT等を活用したプラットフォームが必要である。

D. 考案

IV. 患者安全における患者・家族参加の取り組みテーマ

患者安全への国際的な取り組みの出発点となった1999年に出版された書籍「To Err is Human」の中に、「多くの病院、クリニック、臨床において、活用されていない主要なリソースの一つは患者である」というくだりがある。この年以降、各国の医療現場においてさまざまな患者安全活動が展開されてきた。その中で、患者参加に関してどのような取り組みが行われてきたかを知るために、2018年までに出版された「患者安全と患者参加」に関する論文(2,843件)において、論文タイトル及びキーワードを用いてテキストマイニング(共起ネットワーク法及び多次元尺度法)を行った。取り上げられた主要なテーマは、①慢性疾患のセルフマネジメント(抗凝固療法、糖尿病、喘息、がん、疼痛、手術、精神疾患、リハビリテーション、服薬アド

ヒアランス、慢性心不全等での再入院の予防等)、②共同意思決定、③薬剤の有害事象(副作用等)、④医療者のエラー(投薬関連エラー、診断エラー、事務的エラー等)防止や医療関連感染防止への関与等であり、主たる医療の場は急性期病院とプライマリケアであった。

近年開催されるようになった世界患者安全サミット(2016~)では、一貫して医療への患者や家族の関わりの重要性が述べられている。患者と医療者を医療事故の被害者と加害者という対立関係ではなく、患者安全を向上するための共同設計者として位置付けることや、従来の医学的なアウトカム評価に加え患者報告アウトカムの評価を行うこと等が提案されている。第3回サミットでは、「統合的で患者中心の医療(patient-centered care)」を提供するというアプローチの一環として患者安全の向上に取り組む必要があることが強調されている。¹⁾「統合的で患者中心の医療」には2つの重要な視点がある。一つは、医療が患者、家族や介護者、医療者との協働で行われ、治療の方針やゴール設定の決定には患者の嗜好、ニーズ、価値観が尊重され反映されるという点である。もう一つは、患者への医療やケアは「医療の場を単位」とした断片的なものの足し算として提供されるのではなく、「ペイシエント・ジャーニー(patient journey)」という連続的で統合されたものとして提供される必要があるという点である。このような統合された患者中心の医療を実現するためには、患者の参加が不可欠であり、またそれを実践するためのさまざまな支援が必要となる。

すなわち、医療安全における患者参加は、医療者のエラー防止のために患者に協力してもらうということではなく、一人ひとりの患者が自分にとって最適で安全な医療を受けるために、どのような知識や行動が必要か、またそれを実践するために広くヘルスケアに関係する者はどのようなサポートを行うことができるかという観点から考える必要がある。

Engagementという言葉には、人にあることに関心を持ってもらうよう促すプロセスという意味が含まれている。Patient engagementとは、医療者が患者や家族を巻き込んで、共同して(partnershipまたはco-production)治療に関する意思決定や治療計画をたてることができるようにすることである。従って、patient engagementは、「患者参加」というよりは「患者参加の支援」と表現する方が適切であると考えられる。

V. Patient journey という視点からの患者参加の支援モデル

本研究の調査対象である14の取り組みから、我が国においてもヘルスケアシステムのさまざまな場において、患者参加を支援する多様な取り組みが行われていることが明らかになった。Carmanらの患者参加のフレームワーク²⁾では、患者参加の場を「医療政策の立案」、「医療機関の運営方針」、「患者自身の受ける医療」の3つの階層に大別し、患者の関与の程度を「コンサルテーション(患者が意見を聞かれる)」、「インボルブメント(患者が直接関わる)」、「パートナ

ーシップ（患者と医療提供者が共に決定する）」という一連のスペクトラムで表している。近年では、「医学研究への患者・市民参画（patient and public involvement, PPI）」という新たな患者参加の領域が生まれている。患者や市民のヘルスケアへの関わりに関する英語表現は、participation（参加）、engagement（関与）、involvement（パートナーとして参画）と区別されている。本報告書では参加、関与、参画などの厳密な区別をせず、「患者参加」という用語を用いた。

本研究では、Carmanらのフレームワークと異なり、ペイシエント・ジャーニーという視点から、すなわち個々の患者が病気とともに生活する上で、どのような局面で、どのようなサポートを受けると、どのような患者参加が可能になるかという観点から、調査対象となった患者参加を支援する活動を6つに類型化した（図1）。具体的には、①患者が自分の健康に関心を持つことができるように促す「健康への関心芽生え促進モデル」、②患者が医療職と協働し治療計画やゴール設定等の意思決定ができるようにする「プロフェッショナルとの協働モデル」、③患者がICTを利用して疾病の自己管理をうまくできるようにする「ICTによる自己管理支援モデル」、④患者が地域において必要に応じて専門職に相談したり同じ病気の患者と交流できるよう支援する「地域での緩いつながりモデル」、⑤患者同士が相互作用を通じて自らエンパワメントされる「ピアサポートモデル」、⑥患者が医療施策の立案、病院の運営方針決定等に参画したり、患者・医療関係者間の対話を推進する役割を果たす等の「方針決定への参画/対話推進ハブモデル」である。

患者参加を支援する代表的なアプローチとして、以前より「patient activation」と「shared decision making」の2つが知られている。³⁾前者は消費者モデルとして、後者は慢性疾患モデルとして発展してきた。Patient activation（患者のアクチベーション）とは、患者が健康増進や疾病管理に必要な知識やスキルを習得することにより、行動変容が促されるようになることである。本研究ではこれら2つに加えて、「self-efficacy boost」とも言うべき患者の自己効力感を高めることが患者参加をさらに支援する有用なアプローチであると考えられた。このようなアプローチは、特に「ピアサポートモデル」や「地域での緩いつながりモデル」で見られ、関係者の相互作用を通じて患者の力が引き出され、双方の患者の自己効力感が高まることで、患者が自分らしい生活を送ることができるようになっていた。

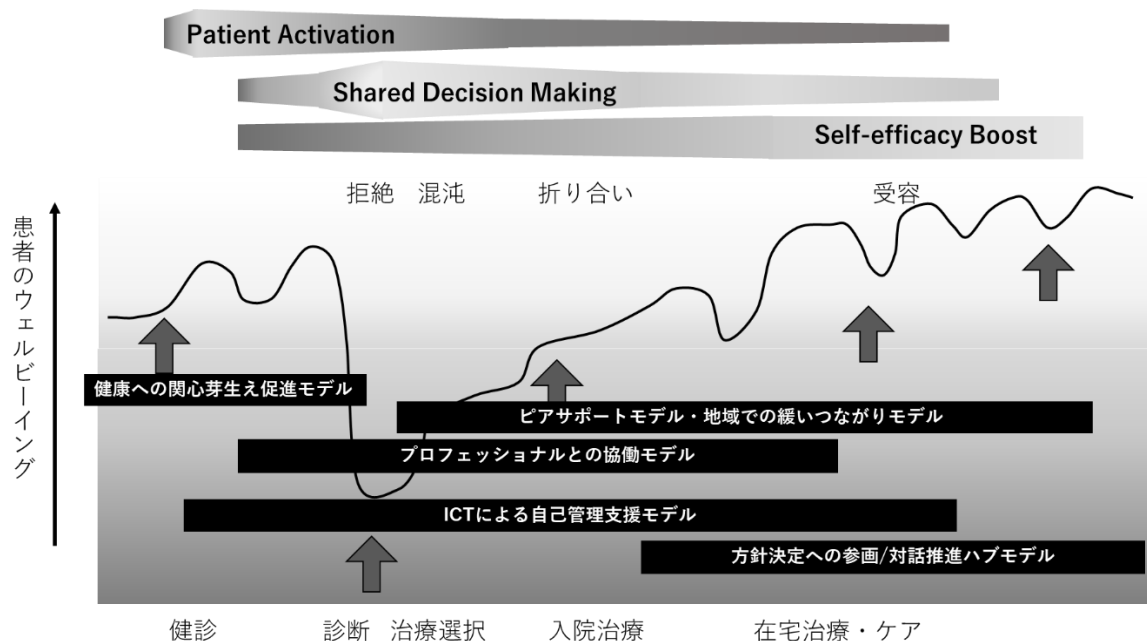


図1. Patient journeyにおける患者参加支援モデル

医療者が患者や家族に提供できる情報やケアと、患者や家族が求めている情報や支援にはギャップがあることが多い。Pew Research Center による米国での研究では、患者や家族は、さまざまな情報源、サポート、人とのつながりを求めていることが明らかにされている。患者は診断、服薬、代替治療、医師や病院の紹介については、医療の専門家に相談したいと考え、精神的サポートや日常生活での工夫等については、知り合いの患者や友人等に相談したいと考えていた。また、患者や家族は、インターネットを使って、同じ病気を持つ患者や家族とのつながりを求めている。「PatientsLikeMe」はそのような患者や家族のニーズにマッチしたネットワークの一例である。また、阪大病院の患者の声の中には、困った時に予約なしで相談できる場所がほしいというものがあり、予約なしで立ち寄れるマギーズ東京でのがん患者への支援はこのような患者の希望に応えたものである。

阪喉会や認知症カフェにおける取り組みや阪大病院の患者に対するアンケート調査では、同じ病気や体験を有する患者同士のサポートは、患者の不安を軽減し、治療や人生への活力を与え、サポートする側及びされる側双方の自己効力感を向上させることが経験されている。さらに、同アンケート調査に回答した約6割の患者は、同じ病気の人に自分の経験を伝え、治療と自分らしい暮らしを両立するための工夫や情報を共有、助言したいという思いがあることが明らかになった。ピアサポートは、今後のわが国における患者参加支援及びヘルスケアのゲームチェンジャーになると考えられる。

VI. 患者参加支援への多様なステークホルダーの関与と推進施策の必要性

世界患者安全サミットでは、患者安全は急性期病院のみならず、プライマリケア、地域のさまざまな療養施設や在宅ケアなどすべての領域で必要であることから、「patient-centered care」ではなく「person-centered care」という用語が使用されている。また同様の観点から、「patient journey」は「health care journey」、「patient engagement」は「person and family engagement」と表現されている。いずれも日本語訳として確立されたものがないため、ここでは英語で表現する。

共同意思決定の先駆者であり実践者の小松康宏教授（群馬大学大学院医学系研究科医療の質・安全学）は、patient-centered care と person-centered care の違いについて、次のように述べている。Patient-centered care とは、医療の目的を生物医学的な逸脱・異常の是正や生命予後の延長とするのではなく、患者にとって価値ある選択肢にするような医学的治療や看護ケア等を意味し、person-centered care とは、医療機関にかかっているかどうかを問わず、ケア（医療だけでなく、介護サービス、家族や友人からのケア、社会的支援を含む）が必要な人に対し、その人にとって満足できる価値ある人生を送ることを支援することである。両者の概念の差異⁴⁾は、"the goal of person-centered care is a meaningful life while the goal of patient-centered care is a functional life."のようにも説明される。他方、外科医で手術安全チェックリストのパイオニアであり New Yorker のライターでもある Atul Gawande は、自身の著書「死すべき定め」の中で、「何が医療者の仕事なのかについて私達は誤った認識をずっと引きずっている。自分たちの仕事は健康と寿命を増進することだと考えている。しかし、本当はもっと大きなことだ。人が幸福でいられるようにすることだ。そして幸福でいるとは人が生きたいと望む理由のことである」と述べている。重要なことは、ケアの提供の場や関わる職種に関係なく、ヘルスケアシステムは人々の幸福（ウェルビーイング）のために機能するようにデザインされなければならない。

対象者を患者に限定したものととどまらず、「person-centered care」を実現するための多様な「person and family engagement」の取り組みを展開するためには、社会のさまざまなステークホルダーの関与が必要である。本研究の対象事例においても、すでにさまざまなステークホルダーが関わって、多様な患者参加の支援が展開されている。そのような活動を推進し持続させるためには、本研究で明らかになったような課題を解決する必要がある。具体的には、①医療者の時間の確保と効率的実施方法の開発、②患者参加の支援に携わる人々の教育と人材育成、③ICTの利活用、④新たなつながり（連携）を形成するためのリーダーシップ、⑤経済的インセンティブや財政的支援、⑥患者参加の支援に携わる人々のモチベーション向上、⑦エビデンスの構築、⑧ボトムアップ活動を支援する制度設計、⑨ピアサポートの発展、⑩情報共有のためのプラットフォームの構築などである。①～⑦については海外においても「person-centered care」

を推進する際のバリアとして指摘されている。^{5,6)} これらは独立した因子ではなく相互に関連していることから、システムをうまく設計することで、患者参加支援の取り組みの好循環が形成されると期待される。

例えば、医師の時間の確保は、患者参加を支援する際の最もクリティカルな問題である。これまでの医療安全活動でしばしば見られたような新しい対策を次々と追加していくやり方では、医療者の働き方改革と相まって、多忙を極める医療の臨床現場に根づかない。医療者による患者参加の支援が効率的で効果的な方法やツールを用いて日常臨床業務の中にうまく組み込まれ、医療者のみならず患者が必要としている情報やサービスを最もよく知っているさまざまな人々が関わり、ICTによる効率的で確実な情報共有や情報伝達が行われるようになれば、医療現場の負担は限定的となり、患者参加の支援が実現可能になると考えられる。合わせて、医師や医療者の考えや行動に大きな影響力を持つ学術団体の方向性やNPOや患者会等の社会貢献活動等とシンクロした形でインセンティブの付与がなされることで、さまざまな現場での取り組みが活発化し実践と研究が促進され、医療者の体験を通じたモチベーションの向上や科学的エビデンスの蓄積が図られ、そのことを通じて自律的な取り組みが推進されると考えられる。

また、医事紛争事例では、医療者と患者・家族間のコミュニケーション不足や信頼関係の破綻が指摘されているが、このような問題についても、共同意思決定の実践や主治医以外の専門スタッフやピアサポートによる患者の疑問や不安の解消など、患者参加の支援という視点から改善を図ることが可能ではないかと思われる。

このような患者参加の支援の取り組みを、ヘルスケアシステムの様々な領域において一層推進するには、国や自治体の施策による後押し、第三者機関（認証機関等）の取り組み、学術団体の取り組み、産業界との連携によるイノベーションなどが必要である。

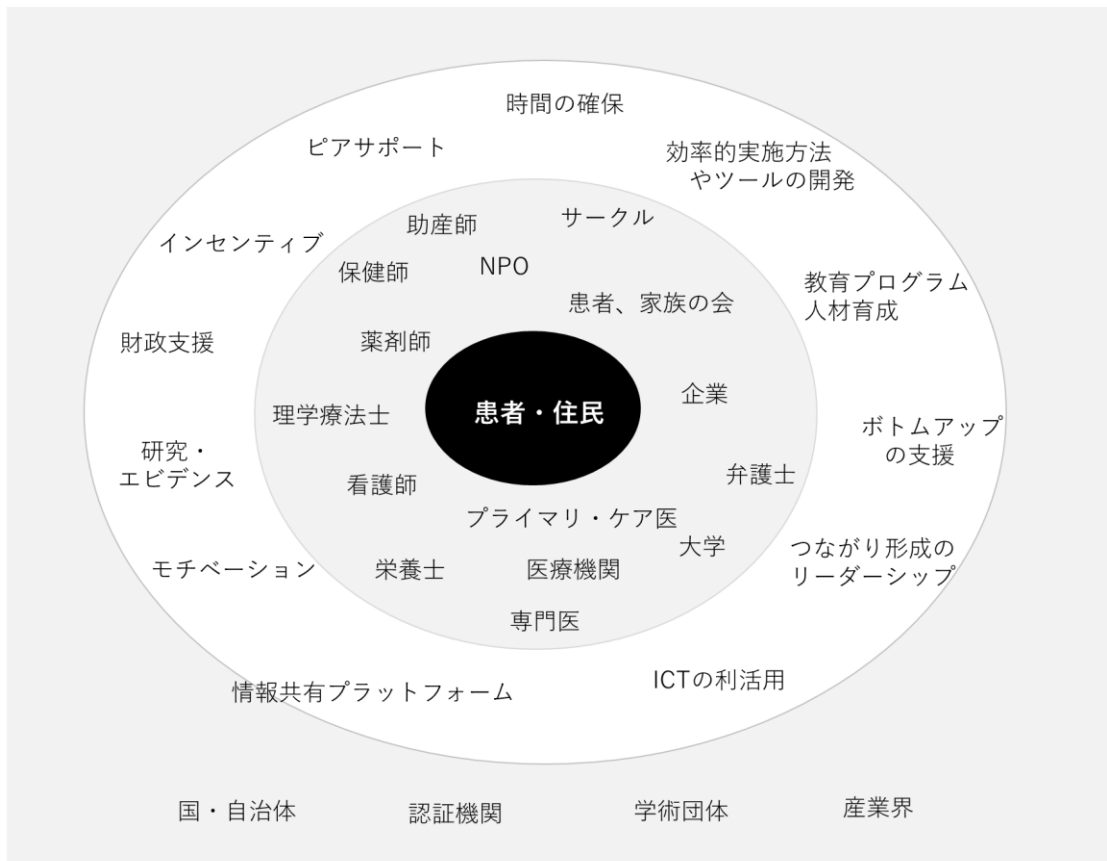


図2. 患者参加を推進するステークホルダーと促進因子

VII. 結語

安全で質の高い患者中心の医療の実現のためには患者参加が不可欠である。そのためには、患者参加を支援する多様な「患者つながりサポートシステム」を、さまざまなステークホルダーの協力と連携を得て構築する必要がある。医療安全への本格的な取り組みが始まって 20 年以上が経過した。医療安全施策において「患者参加」を推進することで、患者や家族と医療者が共同して先行的な安全マネジメントを行い、患者の幸福を主眼にした患者中心の医療を実現することが可能になると考えられる。

なお、本研究は当初平成 31 年度 1 年間の予定であったが、新型コロナウイルス感染症の拡大に伴い、当初の研究計画の実施が困難となったため、厚生労働省の許可を得て、研究方法や内容を一部変更のうえ、研究期間を令和 2 年度末まで延長した。

E. 参考文献

- 1) <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000204007.pdf>
- 2) Carman KL, Dardes P, Maurer M, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Affairs 2013; 32:223-231.

- 3) James J. Health policy brief: patient engagement. Health Affairs, February 14, 2013.
- 4) Eklund JH, Holmström IK, Kumlin T, et al. "Same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. Patient Education and Counseling 102 (2019) 3–11
- 5) Sharma AE, Rivadeneira NA, Barr-Walker J, et al. Patient engagement in health care safety: an overview of mixed-quality evidence. Health Affairs 2018; 11:1813-1820.
- 6) The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. JAGS 2016; 64:15–18.

健康危険情報

なし

研究発表

1. 論文発表

原著論文

1. Okada H, Johnston K, Nakayama T, Marra C, Tsuyuki RT. Economic Evaluation of Pharmacists Tackling the Burden of Hypertension in Japan. Hypertension. 74:54-55, 2019.
2. 北村温美, 中島和江. 透析医療における Safety- I と Safety- II. 日本透析医会雑誌. 34(3):359-367, 2019.
3. 岡田浩. 調剤薬局の取り組み. 糖尿病ケア. 16(12):52-53, 2019.
4. 岡田浩. 糖尿病患者の心理. 調剤と情報. 25(9):18-22, 2019.
5. 岡田浩. 治療中断と予防. 調剤と情報. 25(12):23-27, 2019.
6. 蓮行, 川島裕子, 平田オリザ他. 国立大学看護学教育分野に於ける「演劇的手法」の導入に関する実態調査と設計指針の提案. 協同と教育. (16):57-70, 2021.

書籍

1. 徳永あゆみ, 北村温美. 「患者さん」とレジリエント・ヘルスケア. レジリエント・ヘルスケア入門. 中島和江編著. 東京：医学書院. p.70-72, 2019.
2. 猪阪善隆ら. 腎代替療法選択ガイド. 東京：ライフサイエンス出版. in press, 2020.
3. 猪阪善隆. 腎代替療法ガイドの活用. 慢性腎臓病患者とともにすすめる患者参加型医療と共同意思決定(SDM). 小松康宏編著. 東京：医学書院. in press, 2020.
4. 北村温美. SDM の実践手法：実践編① 話し合いを始めるには. 慢性腎臓病患者とともにすすめる患者参加型医療と共同意思決定(SDM). 小松康宏編著. 東京：医学書院. in press, 2020.
5. 岡田浩. 薬局薬剤師が降圧薬服用患者に生活習慣改善の情報提供を行うことで、血圧のコントロールが改善する. 薬剤師実務のアウトカム. 亀井美和子編著. 東京：薬ゼミ情報教育センター. p.41-43, 2019.
6. 岡田浩. 薬局薬剤師による短時間の動機づけでも HbA1c は改善する. 薬剤師実務のアウトカム. 亀井美和子編著. 東京：薬ゼミ情報教育センター. p.46-47, 2019.

7. 岡田浩. アドヒアランスを高める行動科学～エンパワメントを用いた実践例～. 経口抗がん薬服薬支援マニュアル. 川上和宣, 堀 里子, 松尾宏一編著. 東京：南山堂. p.26-33, 2019.
8. Kitamura H, Nakajima K. Peer-to-Peer Information Sharing for High-Quality, Autonomous and Efficient Health Care System. In: Jeffrey B, Erik H, Garth H, editors. Resilient Health Care, Volume 6: Muddling Through with Purpose. CRC Press; 2021. p. 137-146.
9. 中島和江. レジリエンス・エンジニアリング理論に基づく安全マネジメントへの統合的アプローチ. 医療安全管理実務者標準テキスト. 日本臨床医学リスクマネジメント学会テキスト改訂編集委員会編. 東京：へるす出版. p.51-55, 2021.

2. 学会発表

国際学会

1. Hashimoto S. Potential of the self-care activities for the resilient diabetic care management -Effect of patient-friendly continuous glucose monitoring system introduction on self-care activities of patient with diabetes mellitus. The 8th Resilient Health Care Network Meeting. Aug 27, 2019.
2. Kitamura H, Nakajima K, Tokunaga A. Co-creative approaches of chronic illness management with patients. The 8th Resilient Health Care Network Meeting. Aug 27, 2019.
3. Kitamura H, Nakajima K, Isaka Y. Peer-to-peer network: a key healthcare approach to increase resilience in PD patients. ISPD-APCM2019 (The 9th Asia Pacific Chapter Meeting of International Society for Peritoneal Dialysis). Sep 27, 2019.
4. Kitamura H, Nakajima K. The Power of Connections Enabling Resilient Performance: Peer-to-Peer Interactions of Peritoneal Dialysis Patients. International Forum on Quality and Safety in Healthcare Taipei 2019. Sep 20, 2019.
5. Isaka Y. Cloud Share System to promote regional collaboration in CAPD patients. ISPD-APCM2019 (The 9th Asia Pacific Chapter Meeting of International Society for Peritoneal Dialysis). Sep 5, 2019.
6. Nakajima K. D-1 Resilience. A synthetic approach to resilient team performance in changing environments. 2020 TAIWAN JOINT CONFERENCE IN HEALTHCARE - Achieving Value in Healthcare through Patient – centered, Integrated Care (a virtual conference). Dec 10, 2020.
7. Kitamura H, Matsumoto A, Shinzawa M, Monden C, Isaka Y. The effects of peer-to-peer networking through the World Café among PD patients. The Joint ISPD and EURO PD Congress. Feb 28, 2021.

国内学会

1. 中島和江. レジリエンスの探求～つながり、共創、イノベーション～. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 大会長講演. 2019 年 11 月 30 日.
2. 北村温美. 腹膜透析医療における Peer-to-peer ネットワーキングの有効性. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 大会企画シンポジウム：患者の力を引き出す患者協働型医療へのアプローチ. 2019 年 11 月 30 日.
3. 北村温美. 患者参加を促し慢性疾患医療の質を高める「つながり」の構築. 第 30 回日本医学会総会 2019 中部 学術プログラム「医療の質向上と患者安全」. 2019 年 4 月 28 日
4. 蓮行. 医療現場のコミュニケーションデザイン～演劇の知見を活用して～. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 大会企画シンポジウム. 2019 年 11 月 29 日
5. 記村聡子, 森本敦子, 足立みゆき, 蓮行. 看護師を対象とした地域連携研修における演劇ワー

- クショップ活用の可能性. 第 60 回日本社会医学会総会. 2019 年 8 月 7 日
6. 蓮行, 岡崎研太郎. 演劇で考える、これからの共生社会. 第 6 回認知症フレンドリージャパンサミット 2019 in 京都. 2019 年 8 月 31 日
 7. 猪阪善隆. 医療の質向上を目指した shared decision making～腎代替療法選択を例に～. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 教育セミナー. 2019 年 11 月 29 日
 8. 岡田浩. 薬局における生活習慣病患者支援の可能性～COMPASS 研究と世界のトレンドから. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 適塾セミナー. 2019 年 11 月 29-30 日
 9. 岡田浩, 他. 患者の力を引き出す 患者協働型医療へのアプローチ. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 大会企画シンポジウム 11. 2019 年 11 月 29-30 日
 10. 岡田浩, 他. 日本の薬局薬剤師が高血圧患者管理を実施した場合の経済評価. 第 30 回日本疫学会学術総会. 2020 年 2 月 20-22 日
 11. 岡田浩, 他. 薬局薬剤師による糖尿病地域連携の可能性. 第 13 回日本薬局学会学術総会 シンポジウム 3. 2019 年 10 月 19-20 日
 12. 岡田浩, 他. 薬局薬剤師が行う臨床研究の進め方と留意点. 第 52 回日本薬剤師会学術大会 臨床研究教育セミナー. 2019 年 10 月 13-14 日
 13. 徳永あゆみ, 中島和江, 北村温美, 他. 血糖コントロールとその変動に影響する患者因子の同定: 時系列データを用いた解析. 第 62 回日本糖尿病学会年次学術集会. 2019 年 5 月 25 日
 14. 徳永あゆみ, 中島和江, 北村温美, 他. 糖尿病患者の life-long journey に寄り添うレジリエント・アプローチ: 変動する臨床的、社会的因子への着目. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会. 2019 年 11 月 29 日
 15. 徳永あゆみ. 糖尿病患者の life-long journey に寄り添うレジリエント・アプローチの試み. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 大会企画シンポジウム. 2019 年 11 月 30 日
 16. 中川慧. 世界患者安全の日が制定されるまでの変遷と今後の展望. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 大会企画シンポジウム. 2019 年 11 月 30 日
 17. 坂村健. 多様な社会を支える IoT 技術. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 招請講演. 2019 年 11 月 29 日
 18. 安部猛. 医療の質・安全のための研究手法～質問紙・テキスト分析～. 第 14 回医療の質・安全学会学術集会 適塾セミナー. 2019 年 11 月 30 日
 19. 滝沢牧子. 群大病院の患者参加型医療へのチャレンジ. 患者・家族と医療をつなぐ N P O 法人架け橋主催「世界患者安全の日」を知ろう! Web 講演・シンポジウム. 2020 年 9 月 19 日
 20. 滝沢牧子. Patient Journey の視点を取り入れた卒前医療安全教育. 令和 2 年度国公立大

学附属病院医療安全セミナー. 2020年10月23日

21. 大石裕子, 滝沢牧子他. 「患者入院ポスター(Hospital Patient Journey Map)」を通じて患者参加型医療の理解を深める. 第15回医療の質・安全学会学術集会. 2020年11月22-23日
22. 今井裕子, 滝沢牧子他. 当院のインフォームド・コンセントに対する患者からの評価. 第15回医療の質・安全学会学術集会. 2020年11月22-23日
23. 中島和江. 教育講演2「患者中心の医療」と「患者参加」を通じた安全で質の高い医療の実現. 第68回日本職業・災害医学会学術大会. 2020年12月5日
24. 中島和江. レジリエントヘルスケアの実践: 境界を越えて協働する. 日本人間工学会 安全人間工学委員会・東北支部共催研究会(オンライン開催). 2021年3月20日
25. 中島和江. 専門医共通講習(医療安全): Safety-II: レジリエンス・エンジニアリング理論に基づく医療安全への統合的アプローチ. 第85回日本循環器学会学術集会(ハイブリッド開催). 2021年3月26日(～6月30日)

知的財産権の出願・登録状況

なし