

閣僚級世界患者安全サミット
(The Third Global Ministerial Summit on Patient Safety)における
Person-centered care の推進

研究分担者

中川 慧（大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学）

1. はじめに

各国や国際機関のリーダーに、患者安全の重要性や患者を中心に見据えた医療の質向上の重要性を浸透させることを目的として、2016 年にイギリスのロンドンで初めて閣僚級世界患者安全サミットが開催された。サミットでは各国の先進的な取り組みや、国家としての基本戦略につき現状を共有し、今後の指針を定めていくが、筆者は 2017 年に厚生労働省医政局総務課医療安全推進室に室長補佐として出向し、第 3 回となる東京でのサミット開催に深くかかわった経験から、その概要について解説する。

2. 第 1 回閣僚級世界患者安全サミット

第 1 回サミットがイギリスのロンドンにおいて 2016 年に開催されてから、全世界で共同して患者安全を推進する取り組みを行っていくことの重要性が徐々に認識されるようになった。第 1 回では以下のような内容を中心に提言がなされた。

<システムを基本に考える>

患者安全を改善する方策は、システムエンジニアリングの方法を用いて、ケアの提供システム全体を変革することを目的とすべき。

<文化に注目する>

組織の文化を変革することが持続可能な患者安全の改善をもたらすために必要な条件である。指導者は、目的を達成することと、説明責任を果たしながら懲罰的な取り扱いやネガティブな扱いがなされることを回避することとのバランスをとる必要がある。

<患者及びスタッフを中心とした医療>

患者及び医療者の両者が、表面的な対策ではなく有害事象の問題の解決策の作成に積極的に関与すべきである。

＜エビデンスに基づく医療＞

患者安全の改善策は出来るだけ検証され有効性が確認されるべきである。しかし、この分野のエビデンスはいまだ発展途上にある。医療システムには、エビデンスが希薄な領域であっても安全を改善しつつ、エビデンスを創造することが求められている。

このサミットの成果物として、Imperial College London によってサミットの患者安全対策の歴史をレビューした報告書 “Patient Safety 2030”⁽¹⁾ が作成された。

3. 第2回閣僚級世界患者安全サミット

第2回サミットはドイツのボンにおいて2017年に開催された。このサミットにおいてさらに国際共同の取り組みを進める重要性が示され、各国の取組が紹介され以下のような提言がなされた。

- ・ 各国は患者安全の課題を理解し、自らの取組を評価しなければならない。
- ・ 各国の政策立案者が持続的に患者安全に関与し続けなければならない。
- ・ 患者安全の向上にはシステム化した取組が必要である。
- ・ 患者安全の課題や取組を相互に学習し、好事例を広く共有する必要がある。

これらの詳細は第2回患者安全サミットの報告書⁽²⁾としてまとめられている。

4. 第3回閣僚級世界患者安全サミット

これらを受けて、第3回サミットが、2018年4月13日から14日にわたり東京において開催された。当時の加藤勝信厚生労働大臣を中心に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。特にユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を中心に議論が行われ、患者安全文化、高齢化社会における患者安全、低中所得国におけるUHC達成のための患者安全の必要性、患者安全におけるICT、患者安全の経済の5つのテーマにおいて、パネルディスカッションが行われ、以下のような内容がとりまとめられた。

(1) 患者安全文化

座長：ドナルド・バーウィック（医療の質改善協会(IHI)、名誉会長、米国）

クリス・パワー（カナダ患者安全研究所会長、カナダ）

演題：演者

1. 患者安全におけるリーダーシップと教育、養成：マイク・ダーキン

（インペリアルカレッジシニアアドバイザー、英国）

2. 「ドイツ患者安全連合 ―安全文化の背景―」ハーディー・ミュラー

（ドイツ患者安全連合、マネージングディレクター、ドイツ）

3. 途上国の公立病院における KAIZEN：トン・ター・チャー

（チョーレイ病院、室管理部門長、ベトナム）

4. KAIZEN を通しての患者安全：麻生泰（株）麻生代表取締役会長）

5. 患者安全への患者の関わり：豊田郁子（NPO 法人架け橋理事長）

6. Safety I, Safety II, 医療のレジリエンス：ジェフリー・ブライスワイト

（オーストラリアヘルスイノベーション研究所、教授、オーストラリア）

患者安全文化

1. 全てのレベルにおいて、リーダーはヘルスケアのガバナンス、企画立案、発展と提供にあたり、患者と意味のある協力関係を築く必要がある。
2. 政府とヘルスケアのリーダーは、ヘルスケアの質と安全の向上を、UHCと同列の優先事項として扱うべきである。
3. ヘルスケアの継続的な質と安全性の向上を確実なものとするため、リーダーはヘルスケア提供の立案に関する学習活動の支援や開発に協力するべきである。
4. 指導者は、医療従事者の恐怖やゲーミングにつながるような患者安全に関する監視、監査、報酬および**処罰を避けるべき**である。代わりに、**エビデンスに基づいた介入と継続的学習**に重点を置くべきである。
5. 全てのアクションは**倫理に基づき「まごころ」**を持って行われるべきである。

(2) 高齢化社会における患者安全

座長：長谷川友紀（東邦大学教授）

トマソ・ペランディ

（トスカーナ州臨床リスクマネジメント及び患者安全センター副所長、イタリア）

演題：演者

1. 高齢社会における患者安全の概要：アルバート・ウー

（ジョンズ・ホプキンス・ブルームバーグ公衆衛生大学院 教授、米国）

2. 高齢者に特有の危険性：ルイ・シウ・ファイ

（香港中文大学、医療専門コンサルタント、中国）

3. 高齢者に対する適切な薬品使用：平井みどり（神戸大学 名誉教授）

4. 安全な生活のための認知機能が衰退した人及び家族へのリハビリ：大沢愛子

（国立長寿医療研究センターリハビリテーション部リハビリテーション科医長）

5. 急性期医療及び臨床での高齢者の医療過誤に関連した患者安全と予防法：ピーター・グスマン

（GRB リスクマネジメント学会、マネージングディレクター、ドイツ）

6. 高齢者への危険なプライマリーケアの原因：国家報告収集事業からの教訓：アンドリュー・カーソン・スティーブンス

（カーディフ大学医学部 診療研究フェロー、英国）

高齢化社会における患者安全

1. 高齢者は多くの慢性疾患を抱えていることが多く、有害事象の犠牲者となりやすいため、積極的な政策で患者中心の統合的なケアを提供する総合的なアプローチを用いて健康、患者安全に取り組むべきである。
2. 高齢化社会において、医療の主流は急性期の病院から患者安全に関するリソースが少ない地域コミュニティに移行してきている。患者安全に関する介入やリソースも徐々にこの変化を反映すべく、患者、家族、コミュニティを巻き込みながら地域に移行していくべきである。
3. 地域コミュニティのケア施設においては医療・保健提供者における患者情報の共有が患者安全の改善とより広範囲のヘルスアウトカムに必要不可欠である。加えて患者安全にかかわるインシデントの分析と安全な取り組みの実施から学んだ教訓を共有し、臨床的な知識、ヒューマンファクターの知識を結集して、グローバルなイニシアチブを確立すべきである。
4. 急性期医療における効果的な患者安全介入は、患者のニーズ、地域医療のシステムや高齢の医療・保健従事者を含む地域リソース、を考慮しながら地域医療にあった形に適用、設計させていくべきである。高齢化社会における患者安全はLMICにおける医療安全にも適用することができる。

(3) 低中所得国における UHC 達成のための患者安全の必要性

座長：ジェレミー・ヴェイヤード（政策アドバイザー、世界銀行）

ニーラム・ディングラクマール

（WHO 患者安全とリスクマネジメント部門 コーディネーター）

演題：演者

薬物治療の安全性に向けての課題 —スリランカの事例—：プリヤダルシャニ・ガラパッティ（コロンボ大学教授、薬理学科長、スリランカ）

害のない薬物治療 — 第 3 回 WHO グローバルな患者安全への挑戦からの 1 年と患者の体験談 — 変化を生む議論を起こす（ビデオプレゼンテーション）：リアム卿（WHO 患者安全特命大使）

3. プライマリケアにおける患者安全 —タイの事例—：ピヤワン・リンパニヤラート（ヘルスケア評価機構 副 CEO、タイ）

4. より安全なプライマリケア —UHC 達成の必要条件：WHO イニシアティブ—：ニーラム・ディングラクマール

（WHO 患者安全とリスクマネジメント部門 コーディネーター）

5. 患者安全への患者の関わり —ウガンダの事例—：ロビナ・カイティリテッインバ（ウガンダ国立健康消費者機構 常任理事、ウガンダ）

6. 効率化と費用削減 —フィリピンの経験から—：クリセルダ・アベサミス（フィリピン保健省 保健医療施設開発局 ディレクター、フィリピン）

低中所得国におけるUHC達成のための患者安全の必要性

1. 患者の害を減らし、効率を改善し、コストを削減し、患者の安全性の進歩を確保し、人的資本を保護するためにするために、UHCの構成要素の一部として患者安全を優先させる。
2. すべてのレベルの医療、特にプライマリケアで患者の安全を向上させるためのリーダーシップ能力と人的資源を活用する能力を構築するのに十分なリソースを投資する
3. WHOのGlobal Patient Safety Challenge（投薬に伴う重大な回避可能な害を軽減する）の実施に必要な政治的支援とコミットメントを提供する。
4. 患者の安全性の測定、モニタリングと評価のシステムを確立し、有害事象報告のための責任を問わない文化（blame free culture）を促進し、公衆に透明に報告する
5. 治療、医療組織の設計、ガバナンス、そして公共政策に関する意思決定の際に患者、家族の声を取り入れるための、患者、家族が関与するシステムを確立する。

(4) 患者安全における ICT

座長：エドワード・ケリー（WHO 医療サービスデリバリー・医療安全課 課長）

武田裕（滋慶医療科学大学院大学 学長）

演題：演者

1. 安全性測定のためのビッグデータの活用：ドナルド・バーウィック

（医療の質改善協会（IHI）名誉会長、米国）

2. デジタルヘルスと患者安全—インドの経験より：サンジーバ・クマール

（インド保健省次官補、インド）

3. 院内情報システムによりおこるインシデント：楠岡英雄

（独立行政法人国立病院機構 理事長）

4. ICT の効果の評価：ジョアンナ・ウェストブルック

（マッコーリー大学 医療健康システム及び安全研究所ディレクター、オーストラリア）

5. ダイナミックな医療制度のレジリエンス促進のための ICT の活用：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部长、教授）

患者安全におけるICT

1. All stakeholders have a role – 政府と主要な関係機関は、機能、有用性、相互運用性、費用対効果およびメンテナンスの容易さを考慮して、医療・保健システムのすべてのレベルでICTを評価し実施するための調整を主導すべきである。
2. Policies matter – データの2次利用のためのAIなどの分野でのプライバシー、機密の保持に関する国家政策は、患者中心の統合的な医療サービスに向けて適切に策定されるべきである。
3. Use safety data effectively – 有意義な分析と意思決定を可能にするために、医療情報システムにおいて、患者安全データの使用を幅広く考慮すべきである。
4. Patients and families play a role in ICT – ICTは、UHC達成に向けた患者中心の保健医療サービスの根幹である患者と家族の役割を強力に支援し得る
5. We must be ready to answer the questions of the future – ICTに対する患者安全の研究は、現在および将来にわたって、全国および全世界的な医療環境のあらゆるレベルでのICTのより安全で適切かつ効果的な適応のエビデンスを構築する上で必要不可欠である。

(5) 患者安全の経済

座長：インゴ・ヘアテル

(ドイツ連邦保健省、医療法制・患者の権利・患者安全課 課長、ドイツ)

演題：演者

1. 測定— 患者安全の測定の必要性：ニエク・クラジंगा

(OECD 医療の質指標室長)

2. 患者安全への投資の事例 —カナダの事例(新 CPSI 報告書)—：クリス・パワー
— (カナダ患者安全研究所 会長、カナダ)

患者安全の経済

1. 患者の参画は、安全を確保する上で不可欠である。
2. 外来部門における患者の安全を強化することは、病院セクターと同様に、サクセスフル、持続可能でレジリエントな保健医療システムにとって非常に重要である。世界において患者の有害事象から生じる疾病負荷の半分は、外来分野で発生している。
3. 外来におけるプライマリケアをより安全にするためには、安全な測定システムを適切に配置することが不可欠である。エビデンスに基づく政策立案こそがスタンダードであるべきだ。
4. 患者安全への先行投資は、世界各国さまざまな研究から明らかなように、優れたコストパフォーマンスを提供する。



これらは東京宣言⁽³⁾として取りまとめられ、これからの患者安全への取組みの大枠が示された。個別のパネルの議論については厚生労働省の website⁽⁴⁾で閲覧可能となっている。

【患者安全に関する東京宣言】

- ✓ 世界各国において「患者安全に関するグローバルアクション」への高いレベルの政治的推進力を継続し、低・中所得国を含む世界各国と緊密に連携し、協力や学びを通じ、能力を強化するための関わりを確認する。我々は UHC 達成に向け努力すると同時に、医療政策において患者安全を優先させる。

【患者安全に関する東京宣言】

- ✓ 患者安全の向上を目的として、制度や診療における改革を実行していくため、**プライマリ・ケアを提供する医療機関から高次医療機関に至るまで、公的及び民間双方の医療機関を支援し、改革の実行が可能となるようにすることを約束する。**
- ✓ リーダーシップやマネジメントにおける能力開発に取り組むことにより患者中心の医療を支援し、患者安全システムを強化し、安全で透明性の高い文化を創出し、患者安全分野において医療従事者を教育及び訓練し、患者及び患者家族の参加を促し、更には、効率性を高め、リスクに関する知識、ベストプラクティス及び成功例の共有により有害事象を最小化する。
- ✓ 被害を受けた患者及び患者家族、国際機関並びに他の主要な関係者と協力しながら、**毎年 9 月 17 日を『世界患者安全の日』に定めることを含め、取組の可視化を進め、『患者安全に関するグローバルアクション』に取り組むことに努める。**

5. 東京宣言後の医療安全に関する動き

前述のように、東京宣言においては、患者中心の医療、システムの強化、医療従事者の教育、適切な労働環境、患者、家族の意思決定への参画、世界患者安全の日の設立と患者安全に関するグローバルアクションなどが言及された。これらを受けて、2019 年 5 月には東京宣言で盛り込まれた世界患者安全の日の WHO 総会で承認され、毎年 9 月 17 日を世界患者安全の日として取組みの可視化、患者安全についての啓発を行うこととされた。2019 年のテーマは 'Speak up for patient safety!' であり、世界各地でイベントが行われた。これらの取組みは WHO のホームページ⁽⁵⁾ にも公開されている。同年 11 月 30 日に開催された第 14 回医療の質・安全学会学術集会（国立京都国際会館）においても、その取組みを紹介したセッションが企画され、参加した医療事故の患者遺族からのコメントも寄せられた。

（スライド一部抜粋）



世界患者安全デーの創設には日本も大きく関わっている	
2017年3月	第2回閣僚級世界患者安全サミット（ボン）において、世界患者安全デーの創設が提案され、承認された。
2018年4月	第3回閣僚級世界患者安全サミット（東京）において、東京宣言が提出され、世界患者安全デーの創設に言及された。
2019年5月	WHO総会において、提案された議題である“患者安全のグローバルアクション”に世界患者安全デーの創設が盛り込まれており、承認された。
ドイツ語圏の国々（ドイツ、オーストリア、スイス等）では、従前より毎年9月17日を、International Patient Safety Dayとして患者安全に関する会合を開催してきた経緯がある。	

また、医療従事者の働き方については、現在厚生労働省において、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」⁽⁶⁾等を中心に議論が進められている。一方で、患者や家族の参画という部分では諸外国に比べ、本邦での取り組みは限定的である。医療現場の負担軽減と患者の積極的な医療への参加とは互いに好循環をもたらすと考えられ、俯瞰的な視野で双方への取り組みを推進していくことが必要と考えられる。本研究の分担で、患者の行動変容を促すための医療者・薬剤師教育、また患者間の情報交換の場を設けることによる患者参加の推進例など一部を好事例として報告したが、今後さらに情報の連携や国内外の好事例の紹介などを通してより患者や家族の参加しやすい患者安全文化を醸成する必要がある。

6. 参考文献

- 1) <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/Patient-Safety-2030-Report-VFinal.pdf> (accessed on 5th Mar. 2020)
- 2) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Patientensicherheit/Patient_Safety_Summit_2017_Final_Report.pdf (accessed on 5th Mar. 2020)
- 3) <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000204000.html> (accessed on 5th Mar. 2020)
- 4) <https://www.mhlw.go.jp/psgms2018/index.html>
- 5) <https://www.who.int/news-room/campaigns/world-patient-safety-day/2019>
- 6) https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05488.html

患者参加の国際的潮流と学術雑誌の取り組み

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）

滝沢牧子（群馬大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部）

1. 講師

キャット・チャットフィールド先生

（The BMJ（British Medical Journal）Quality Improvement 編集者、家庭医）

2. 特別コメンテーター

ヨハン・トー先生

（ヨンショピン大学 健康福祉改善アカデミー 准教授）

2. 講演要旨

患者参加の必要性

私達医療者も患者も、一人一人のものの考え方の背景には多様な経験によって形成される「個人の視点」があることを理解する必要があります。私自身、家庭医としてのトレーニングを受け、また、性暴力被害者の調査員として、さらに、BMJの編集者として仕事をしてきました。また、患者としての経験や介護者としての経験もあり、それらはみな、私自身の患者参加についての考えに影響しています。患者参加について考える場合に、私たち自身と同じように、個々の患者の「個人の視点」やそれを形成する背景を考慮することは非常に重要です。医療者と患者の目標が異なっている場合もあり、実際の医療においては、医療者側が想定したデザイン通りにはいかず、異なる考えを持つ医療者と患者との相互作用によって、結果として、ケアが断片化することや、効率的でなくなることが経験されています。そこで、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していくために、医療への患者参加が必須です。

医療システムの様々なレベルでの患者参加の実践例

医療提供の現場：医療において患者参加はますます重要になっています。英国ではほとんどの病院に患者の諮問委員会があり、プライマリケアでの患者グループの参加は必須となっています。また、ウェブやSNSを通じて、さらに多くのPX（ペイシエント・エクスペリエンス：患者経験価値）のデータは蓄積されつつあります。

規制当局：欧州医薬品庁（European Medicines Agency）、米国食品医薬品局

(Food and Drug Administration)、英国国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Care Excellence)、医療技術評価 (Health Technology Assessment) など製薬や医療機器の規制や許認可、質評価にかかわる様々な組織で、患者や市民の参加が求められるようになっており、構造的な変容が始まっています。

学術領域：コクランはもちろん強い患者参加の要素を持っています。医学教育の面では、英国の医学部のほとんどで患者がカリキュラム編成や教育などに参画しています。また、英国の学術団体でも次第に患者参加が見られるようになっています。

研究レベル：研究資金の提供団体は患者参加を求めるところが増加しています。製薬企業では特に患者参加の動きが加速しています。資金提供を受ける患者団体が増加し、一部で重大な利益相反問題も発生しており、今後の規制の在り方を見守っていききたいと思います。

研究課題の共創のための団体 (ジェームス・リンド・アライアンス) もあります。また、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、研究開発における重要な測定項目となっています。

研究活動への患者や市民の参加 (patient and public involvement: PPI) は増加していますが、どのような価値があり、患者にとってどのような意味があるか、また、その質、意義、影響度についてきちんとした評価が行われていないのが実情です。研究者と患者間で、研究目的、関心や優先順位が異なっている可能性があるので、合意形成までのプロセスを構築すること、また、患者参加によるメリットの定量的な評価が必要であり今後の課題です。

BMJ における患者・市民協働の実践状況

BMJ では研究者にできるだけ「患者と共創すること」を推奨しています。2015 年から、BMJ Quality Improvement では患者参加の有無をほぼ全例で明示してもらっています。一部の論文は除外されます。論文の結果だけでなく、その作成プロセスにおいても、付加的な価値のあることと考えています。現在 55%は参加なし、27%は患者参加に適さない、との結果ですが、その推移を見守っています。

また、研究結果を知ってもらう活動に力を入れています。患者にとっては、研究結果を患者のコミュニティーにフィードバックすることがもっとも重要ではないでしょうか。

編集部で患者のエディターを 3 人雇用しています。35 の患者団体の代表者のパネル、1000 人ほどの患者レビューワーを擁しています。また、国際的な患者グループディスカッションをインターネット上で開催しています。

では、co-production、共同制作という視点ではどうでしょうか。私達 BMJ では、雑誌編集において、患者との共同制作によるコンテンツが増加しています。特に、教育コンテンツにおいては、現在、約 80%に患者協力者が参加しています。患者からの良い評価を得ており、コンスタントに患者協力者が作成している記事もあります。様々なタイプの記事がありますが、「患者は何を考えているか」(What Your Patient Is Thinking : WYPIT)、といった大変人気の記事、さらに、質改善活動のパートナーシップといった内容に患者参加の記事があります。また、論説(Editorial)の 11%は患者協力者が共著となっています。学術的な部分については、なかなか参加が難しいのが現状です。抽象的な内容である場合がありますし、大きなシステムについて扱っていることが多いからです。さらに、現在私は知識の共創、特に、医療の質・安全領域の知識を患者と一緒に作成するという事にチャレンジしています。

現在では BMJ だけでなく、姉妹誌 17 のうち 14 誌について、患者参加の有無を明示的に記載するようになっていました。私たちはかなり努力してここまで来ましたが、これから始める方々へのアドバイスとしては、まず、できることから着手するということです。重要であることは判っていますが、実際に始めるのは簡単ではありません。特に古い慣習や文化を、柔軟な考え方に変えていくということは容易ではないのです。

BMJ における患者・市民参加の推進に際しての課題

課題として、これらの仕事に投入しているリソースと時間の問題があります。患者も、私たちも、共創のために多くの時間を費やしていることになるので、その時間や経済的なコストの捻出に対して、サポートしていかななくてはなりません。パートナーシップは形式的なものに終わらないようにすることに注意が必要です。我々は、目的を明確にして、特にどのようなことに力を貸してほしいか、コメントしてほしいかという点をクリアに説明し、彼らの都合を優先して協働を進めるようにしています。患者にとって、医療の専門家と協働することは非常に大きな時間や労力を要求されることになります。但し、医療におけるコストや労働はすでにぎりぎりに切り詰められた状態であり、患者参加にかかるコストがどのようなよい結果をもたらすか、という明確な価値が不明な状態のままで、これをどんどん進めることは困難な側面があります。患者参加の意義として、たとえば、研究費の配分を考えた場合に、患者にとってどのような意義がある研究か、という視点は重要であると考えています。

次に、COI についてですが、患者代表者の方々は様々なイベントでの講演などで企業からの資金提供を受けていることがあり、その点は注意する必要があります。また、経済面だけでなく、個人的に受けている治療についても COI がない

かどうか確認します。また、特定のものごとについて強い意見を持っている場合もあります。

患者参加推進活動の世界の現状と課題について（BMJ 患者パネルからの報告）

さて、今回、当社の患者パネルと年次集会を開催しました。18 人の集まりです。そこでは、患者のパートナーシップと SDM については大きな進展が見られたこと、一方で、質改善と安全の問題については患者参加についての新しい関係性の構築には大きな困難があることが話しあわれました。現場はいそがしく、変化を起こす事に大きなエネルギーが必要です。

しかし、大きな潮流として、患者や市民の参加の意義を医療機関が戦略的に重要と認識してきています。患者が医療における重要なリソースであることを認め、それを体系的に医学教育の中に取り入れようとしている点は大きく改善している点です。教育の早期から患者さんに関わることで、彼らを単なる治療の対象としてではなく、患者の価値観について教えてくれる教師として認識するようになります。

課題もあります。報酬がないことは大きな課題です。学会などに参加している医療職は本来の仕事の一部として参加しますが、患者さんは違います。患者さんに対しては、医療者に対するほどには報酬が支払われていないという事実は、彼らの意見の価値が医療者の意見ほど十分に評価されていないということの表れであり、課題と考えます。また、権力のバランスという問題もあります。患者さん自身が医者と同等であると感じることができるようになるのは困難な課題ですが、こういう問題があるということを認識しておく必要があります。

また、患者団体も変わることが難しい組織です。一般の患者をどのくらい代表しているか、という課題もありますし、長く団体代表として活動していると、次第にもともと持っていた問題意識や価値観が薄れてしまいかねません。

一方で、特定の疾患ごとの患者団体の活動は、職能別に壁を作りやすい医療における「サイロ」の課題と同様に、「サイロ」的なアプローチをとりやすいという問題があります。患者パネルたちはこの課題を克服するヒントを提示しました。彼らは、医療における共創を進めるには、各代表者の非公式な話し合いを通じた活動が大変有効であると述べています。つまり、公式な秩序だった組織で動くよりは、共通の目的を持った人々が、相互に支援しながら働く、社会活動的なアプローチがもっとも有効で動きやすいということです。

まとめ：患者参加のさらなる推進に向けて

世界では医療システムに影響する様々なレベル（病院組織、規制当局、学術団体、研究活動、医療者教育）で患者参加が推進されており、活動実績も大幅に増

えています。しかし様々な注意点や課題も見えてきました。

まず、医療者側の意識改革、すなわち患者の経験に基づく知見は重要であるとの認識を共有すること、が必要です。医療専門職の論理的専門知識のほうで、患者の経験的知識よりも価値が高いと考えられがちであり、患者の意見や働きが十分評価されていません。医療専門職と協働することは、患者にとって多大な時間と労力を要しますが、報酬がないことにも表れています。この意識改革のためには、患者参加の質・意義・影響度を定量的に評価し、患者・市民と医療者の双方にフィードバックすることが必要です。

一方、患者団体側にも改善が必要な点があります。患者団体代表が、本当に患者全体の意見を集約しているのか、特定の主張や限局的なアプローチに偏っていないか、等に注意する必要があります。研究に関する専門的知識の習得を患者の一部に教育している領域も多くありますが、これについては本来の患者参加の意義が失われてしまうとの意見もあります。また、抽象的なテーマについては患者参加を求めることが難しいという問題もあります。

患者参加をさらに推進するためには、患者協働の目的を共有し、患者に求めることを明確化し患者の負担にも配慮すること、よいパートナーシップを維持できるように医療者へのスキルを教育すること、それらのために患者協働の効果を測定しフィードバックしていくことなど、患者協働を実践しやすい環境を整える努力を続けていくことが求められています。

3. 質疑応答

Q1: BMJ の活動に、患者さんはどのようにして参加するのでしょうか。市民ではなく実際の患者さんなののでしょうか。

A1: 患者パネルに関しては、BMJ のアウトリーチ活動で実際にお会いした患者さんたちに声をかけて、参加してもらいます。そういう意味では、偏りのある患者さんである可能性があります。患者レビューワーについては、BMJ のウェブページから公募しており、同時にアウトリーチ活動での声掛けも行っていますが、それぞれ登録し、関心領域等を登録するシステムになっています。

Q2: 患者さんの代表者が真の患者像を代表しているのでしょうか。強い意見のある人などに偏っていないのでしょうか。

A2: 「患者の代表者」というのは「医療者の代表者」と同じように、どのような人がなれるか、難しい課題です。英国においては、患者の代表を務める人は、中流階級で教育レベルが高く、女性である傾向があり、有色人種はほとんどいないことがわかっています。一方で、私たちはみな「個人の視点」を持っているため、完璧な代表者であることは難しいので、それらの代表者が、患者の声を十分に拾

い上げて活動をするということが重要であると考えます。

Q3: 患者参加というのは、大変魅力的ですが、現時点ではすべて「プロセス指標」ではないでしょうか。最終的に、現在のこの大いなる努力とコスト、特に患者さんへの支払いに言及されていましたが、それに見合うアウトカム、価値を得られるかというところはどうか。医療システムは財政的にぎりぎりの状態が続いています。

A3: 確かにその答えはまだ得られておらず、まさにこれからの課題だと思います。

Q4: 一般的な産業では市場の動向調査等は熱心に行われていると思いますが、医療以外の他の産業においてこのような消費者が直接的に運営にかかわるスタイルというのはあるのでしょうか。

A4: 確かに、患者参加諮問委員会のようなものは市場調査と似たような性質で、結果も有益なものがあるかもしれません。また、たとえば、学校というものは、保護者が運営に積極的にかかわり、実際に学校に行って読み聞かせのような活動を行っているなど、類似点があるように思います。

Cat Chatfield 先生

The BMJ (British Medical Journal) Quality Improvement 編集者、家庭医



英国の家庭医でありながら、主として医療安全と質改善のための医療者教育・支援に精力的に取り組まれ、その活動は、教材作成から質改善に関する学術雑誌の編集まで多岐にわたります。近年は、世界四大医学雑誌の一つである The BMJ において、The Health Foundation と協働し、安全文化から複雑系科学までの幅広い視点から質改善に関する論文発表の推進と、臨床現場での実践につなげるための教育的サポートを目的としたプロジェクトのリーダーとして多大な貢献をされています。

また、医療安全における最大規模の国際学会で、世界の医療安全をリードする International Forum on Quality and Safety in Healthcare のアドバイザー委員でもあり、常にエディターチーフの推薦で最新の知見をこの国際学会で講演され、世界の動向を先導する重要な役割を担っておられます。

会議の様子



Trends in patient engagement

Dr Cat Chatfield
Kyoto 1st December 2019



患者参加の潮流

Dr Cat Chatfield
Kyoto 1st December 2019



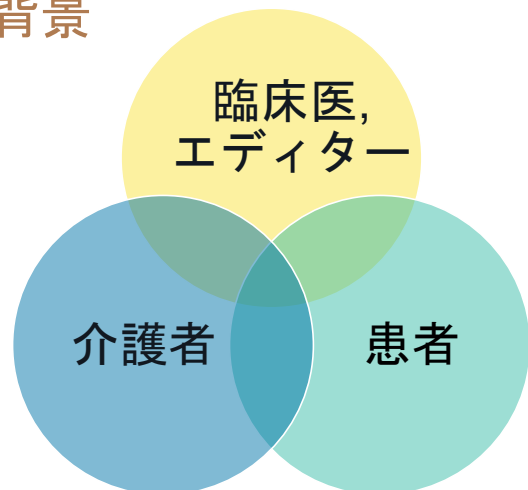
What shapes my views?

- *Work*: NHS GP, Sexual Assault Forensic Examiner, BMJ editor
- *Patient Experience*: Idiopathic thrombocytopenia, depression & anxiety, maternity care
- *Carer*: dementia, psychosis



「私の考え方」を形成する背景

- *仕事*: NHS 家庭医療専門医(GP), 性的暴行の法医学審査官, BMJ エディター
- *患者経験*: 特発性血小板減少症, うつと不安神経症, 妊産婦ケア
- *介護*: 認知症, 神経症





User experience

Design

Disease and doctor
centric

Care fragmented,
wasteful
and inefficient

Poor understanding of
patients' experience,
priorities, preferences
resources, outcomes and
services they value



User experience

使用者の経験

Design

デザイン

疾患・医師
中心

断片化された、
無駄の多い、
効果的でないケア

患者の経験、優先事項、
好み、利用可能な支援、
患者にとって重要なア
ウトカムとサービスに
ついての
理解不足

Providers Patient advisory groups hospitals, primary care
Family and Friends Test
Patient experience data eg CareOpinion.org.uk

Regulators PPI in EMA / FDA / NICE / HTA

Academia Cochrane / Medical Education / Royal colleges

Research Funders require PPI : UK (NIHR), Netherlands (ZonMW),
US (PCORI), Canada (SPOR)
Pharmaceutical Industry
Co-creation of research agenda (James Lind Alliance)
Patient Reported Outcomes (CPROR, ICHOM)

Conferences Patients Included movement



医療提供者 病院の患者の諮問委員会、プライマリ・ケアへの患者グループからの意見聴取、
患者が受けた医療サービスについて家族・友人に勧めるかのアンケート、
患者経験価値のデータWebサイト（例 CareOpinion.org.uk）

規制当局 欧州医薬品庁(EMA)、アメリカ食品医薬品局(FDA)、英国国立医療技術評価機構(NICE)、
英国の医療技術評価(HTA)への患者・住民参加 (PPI: patient and public involvement)

学術 コクランレビュー、医学教育、各種学会活動 / Medical Education / Royal colleges

研究 基金が要請するPPI : UK (NIHR), Netherlands (ZonMW), US (PCORI),
Canada (SPOR)

製薬産業

Co-creation of research agenda (James Lind Alliance)

患者報告アウトカム(Patient Reported Outcomes (CPROR, ICHOM)

カンファレンス 患者を含めて行うムーブメント



Evolution and challenges of #PPI in research

Feb 2019 RAND report



PPI in research expanding: *better evidence needed to support and embed it and evaluate impact*

Quality of PPI matters: *Drive to raise standards*

PPI in agenda setting in UK (and other countries): 60 + James Lind Alliance "PSPs" 30 ongoing - but? *impact/influence*

Patients, carers + front line health professionals priorities differ from researchers. (Crowe S et al RIE 2015)

研究活動への患者・住民参加(PPI)の始まりと変化

Feb 2019 RAND report



研究へのPPIの拡大: 支援し根付かせるには、より良いエビデンスと影響度の評価が必要

PPIの質: 水準を上げるように推進

英国（および他国）でPPIが計画されている研究 :60 以上。James Lind Alliance で“PSPs(Priority Setting Partnership)” が30 件進行中 - が、意義や影響度は?

患者、介護者、臨床現場の医療者の優先事項は研究者のそれと異なる (Crowe S et al RIE 2015)

BMJ Patient and Public Partnership

- 3 patient editors
- Panel of 35 international patient leaders
- Pool of nearly 1000 patient reviewers
- Patients on editorial board



BMJの患者・住民協働

- 3人の患者エディター
- 35の国際的な患者団体の代表者のパネリスト
- 1000人の患者レビューワー
- 編集委員会の患者メンバー



BMJ Patient Panel

- In 2019, panel members have
 - Reviewed 29 papers
 - Contributed to 22 articles
 - Participated in 2 podcasts
- Active google discussion group
- Annual meeting



BMJ 患者パネリスト

- 2019年, パネルメンバー達の実績
 - 29の論文をレビュー
 - 22の論文に貢献
 - 2つのポッドキャストに参加
- Googleでの討論グループに積極的に参加
- 年1回のミーティング



Co-production of research in The BMJ

Between 1/8/19 and 17/10/19

- 127/719 (18%) authors reported they involved patients
- 397/719 (55%) authors reported they did not involve patients
- 195/719 (27%) authors reported it was not appropriate or not possible to involve patients
- 100% of papers have PPI statement

BMJにおける研究の共創

2019年 8/1から2019年10/17の論文について患者参加の有無を調査

- 127/719 (18%) の著者は「患者参加あり」
- 397/719 (55%) の著者は「患者参加なし」
- 195/719 (27%) の著者は「患者参加に適さない、または不可能」
- 100% の論文でPPIの有無に関する記載あり

Dissemination of research findings



研究成果を知ってもらう活動



Coproduction of other content

EDUCATION: authors

Patient contributors/authors/co

Patient review

Patient led + co led series:

WYPITS, Partnership in practice series

SCHOLARLY COMMENT:

Patient authored editorials

Patient review

NEWS & VIEWS:

Patient perspectives / BMJ Opinion / essays /
Podcasts / Twitter

他のコンテンツの共創

教育:

患者協力者/著者/共著者

患者レビュー

患者先導 + 共導シリーズ:

WYPITS (What Your Patient Is Thinking),
Partnership in practice series

学術的コメント:

患者による論説

患者レビュー

ニュース、視点:

患者の視点 / BMJ Opinion / エッセイ /
ポッドキャスト / ツイッター

Coproduction of Knowledge Collection

- 12 articles, 2 editorials and 1 podcast
- Produced in partnership with the WHO Alliance



集約的知識の共創

- 12の論文、2つの論説、1つのポッドキャスト
- WHOの研究連盟と協働



Variation across BMJ Journals

Requirement to authors to provide a #PPI statement - 14 titles

Patient/carer led series: *Archives Dis.Childhood, B J Sports Med, Pract. Neurology, BMJ Paeds Open. BJ Sex Rep Health*

Patient editor: *BJSRH*

Patient advisory board: *JNNP (patient led podcasts/blogs planned)*

Named editor to promote #PPI: *BJSM, Vet Record, BMJ Health and Care Informatics*

Patient written and co- produced content: *Injury Prevention, JNNP, BMJ Qual & Safety. BMJ case reports. BJSRH*

Patient review - *Drug.Ther.Bull*

BMJ 姉妹紙の患者参加に関する状況

著者にPPIの状況についての記載を求める雑誌 : 14誌

患者/介護者 先導シリーズ: *Archives Dis.Childhood, B J Sports Med, Pract. Neurology, BMJ Paeds Open. BJ Sex Rep Health*

患者の編集者: *BJSRH*

患者の諮問委員会: *JNNP (patient led podcasts/blogs planned)*

PPIを推進する指名編集者: *BJSM, Vet Record, BMJ Health and Care Informatics*

患者が書いた、あるいは患者と共創したコンテンツ: *Injury Prevention, JNNP, BMJ Qual & Safety. BMJ case reports. BJSRH*

患者レビュー - *Drug.Ther.Bull*

Challenges implementing BMJ #PPI Strategy

Changing mindsets : *support from the top essential*

Time + Resources: *investment appreciable*

Building partnership skills: *no substitute for experience - beware tokenism*

Finding the right partner/s: *skill mix demanding*

Agreeing "terms of engagement": *clarity on role/expectations essential*

Maintaining relationships: *support, feedback, reciprocity*

Awareness of health issues: *personal*

Managing COI: *Individual and organisational*

Evaluating impact : *easy for processes. Not for culture and practice*

BMJ でPPIのストラテジーを実践する際の課題

考え方を変えること: トップから変わり、他を支援することが必須

時間+リソース: 時間と経済面での多大な投資

パートナーシップスキルの構築: 経験に代わるものはない- 形式的なものにならないよう注意

正しいパートナーを見つける: 複数のスキルが要求される

“患者参加”の認識を共有する: 役割と期待することについて明確にする

良い関係を維持する: 支援、フィードバック、互惠関係

健康面への気遣い: 個々に対応

COIの管理: 個人的、組織的

インパクトを評価する: 手順の評価は簡単だが、文化や実践したことを評価することは難しい

Patient panel report on progress - 1

- Encouraging progress with initiatives to promote patient partnership and shared decision making
- Frustration about the difficulty of establishing new ways of working, and changing long standing cultural mores.
- Overloaded health systems and agenda swayed by short term political interests add to the slow pace of change

患者パネルからの進捗報告- 1

- 患者協働とshared decision makingについては先導的に推進している
- 新しい働き方を確立し、旧来の文化的習慣を変えることは困難
- 医療システムへ負荷がかかりすぎていることと、政策的関心によりアジェンダが短期間に変わることが、現場の変化をもたらし難しくしている

Patient panel report on progress - 2

- Healthcare institutions are now thinking strategically about patient and public involvement
- Growing involvement of patients as teachers in undergraduate medical education
- Strides being made towards co-production of research
- Adoption of charters of patients rights
- Move to appoint a small handful of Patient Directors in NHS Trusts in UK

患者パネルからの進捗報告- 2

- 医療機関は現在、患者と住民の参加の意義を戦略的に重要と認識してきている
- 卒前医学教育に、患者に教師として参加してもらう施設が増加している
- 患者と協働した研究は大きく推進されている
- 患者の権利に関する憲章の採用
- 英国NHSトラストにおける、少数の患者理事の設置

Patient panel report on progress - 3

- The work of patient leaders “is neither well recognised nor valued.”
- Lack of remuneration “reinforces the view that their work is not as important as that undertaken by health professionals.”
- Patient organisations are not ideally placed to lead change Those who head them tend to lose sight of the concerns of “ordinary” patients.
 - Disease based patient organisations replicate the siloed approach to health
- Co production of health and partnership working is better driven by advocates working in more informal network: people unite with a common purpose, teaching each other new skills and methods of advancing a social movement

患者パネルからの進捗報告- 3

- 患者リーダーの働きが「十分認識されていないし、評価もされていない」
- 報酬がないことは「患者の働きは、医療専門職の働きほど重要でないとみなす見方を強めている」
- 患者団体は変化を理想的に導くものではない。患者団体の代表は「本来の患者としての」問題意識を失いがちである。
 - 特定の疾患ごとの患者団体も、医療者と同様にサイロ的アプローチを行う
- 医療を共創し協働することは、より非公式なネットワーク、つまり人々が共通の目的でつながり、社会的運動を進めるための新しいスキルや方法を互いに教えあうようなネットワークで活動するリーダーによって、より一層推進される。

Thorny issues

- Money
- Power dynamics
- Expertise and experience
- Training
- Personalisation and varied preferences
- Harms
- Representative patients: diversity and inclusion
- Involving patients in more “abstract” issues - eg antimicrobial resistance, hospital management?

難しい問題

- コスト
- 権力的な上下関係
- 専門的知見か経験的知見か
- 教育訓練
- 個別化と多様な要望
- 害
- 患者の代表: 多様性と包括
- より「抽象的な」問題への患者参加 – 例 抗菌剤耐性、病院運営？

Thank you very much
cchatfield@bmj.com
bmj.com/patients

「患者参加」のイノベーション ー台湾における協働型意思決定の全国キャンペーン

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）

1. 講師

王 拔群 先生

（台湾医療機能評価機構 最高経営責任者、天主教輔仁大學医学校 教授）

2. 講演要旨

従来、医療現場の患者・医療者間のコミュニケーションの型としては、パターンナリズム（医師から患者への一方向の「意見」）、あるいは情報提供型（インフォームド・コンセントのように医師から患者への一方向の「情報提供」）が主流であった。特にアジア圏は文化的に儒教の影響が強く、社会的なヒエラルキーが根強く残っており、患者はどうしても受け身であることが多かった。しかし近年は医療が進歩し治療の選択肢が非常に拡大している。また患者は高齢化とともに多くの合併症を有しながら、医療に求めるものは増大している。こうした状況の中で、患者の望みに沿った治療を提供するためには、医療者がエビデンスに基づいて「一般的な患者」で選択されることの多い選択肢を勧めるという従来の姿勢から、「目の前のこの患者」にとってはどの選択肢が最適かを個別に考える姿勢に変換することが必要となっている。そのためには、医療に患者を巻き込むこと、「患者参加」が必須である。つまり、医療に患者がより主体的に関わるが必要であり、患者・医療者間の新たなコミュニケーション方法を探求する必要性が生じてきた。こうした変遷の中から近年、協働型意思決定（Shared Decision Making:以下 SDM）という考え方が提唱されてきている。このSDMにおいては、医師と患者間で双方向に意見や情報をやり取りするという点で、パターンナリズムや情報提供型のコミュニケーション方法とは大きく異なる。

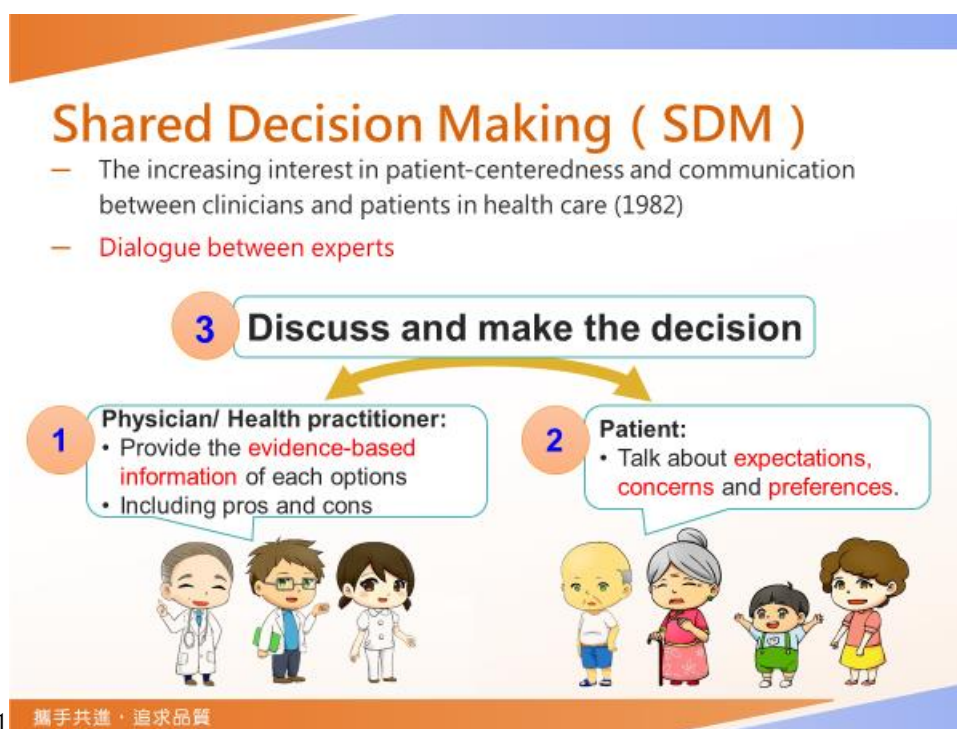


図 1

協働型意思決定（SDM）とは、患者と医療者が協働して、医療における意思決定を行おうという考え方である（図1）。SDM においては、医師は診断と治療に関して専門的知見・エビデンス・経験に基づく意見を提供し、患者は個々の身体の専門家として、治療を選択する際に重視したいもの、例えば価値観、リスクに対する考え方、社会的背景やこれまでの経験に根差した考え方について意見を提供する。この専門家同士の双方向の情報交換（dialogue between experts）を通じて、医療者は患者が何を望んでいるか、何を懸念しているかを十分考慮して治療法を検討する必要がある。SDM を行う際には、インフォームド・コンセントや患者教育を行うときと同様に、患者がしっかりと理解できる言葉で説明することが重要で、相互に十分な情報を得た上での選択（informed choices）を協働して行う。

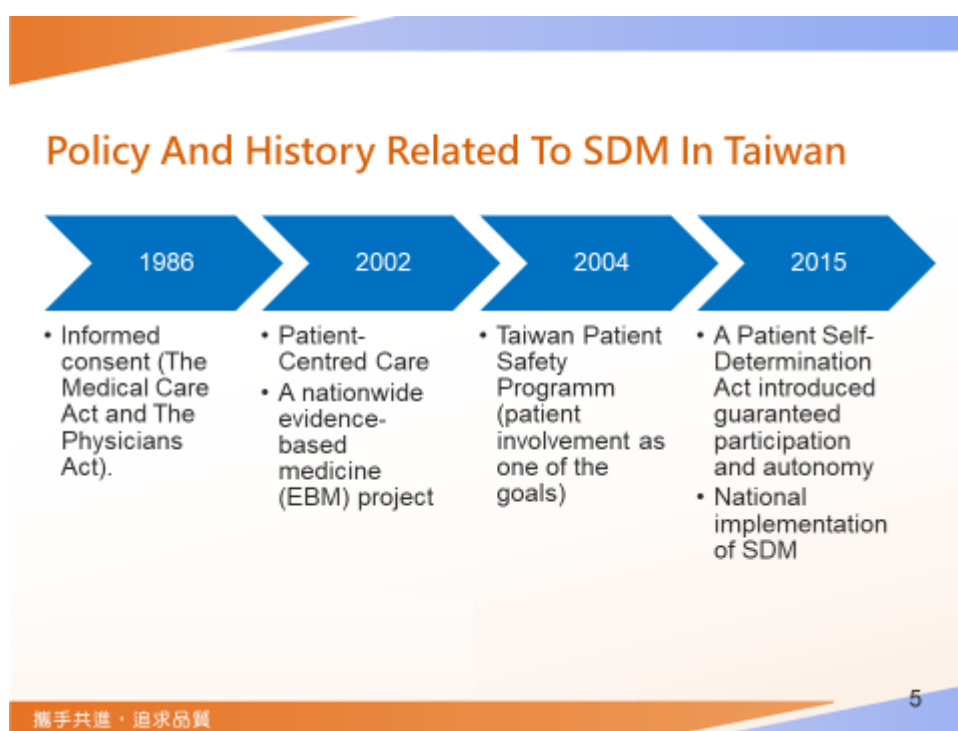


図 2

図 2 に示すように、台湾では 1986 年に、医療活動および医療者の行動指針が定められ、侵襲的な処置・治療を行う際には、まずインフォームド・コンセントを得ることが義務化され、2002 年にエビデンス・ベースド・メディスンの全国普及活動が行われた。同時に「患者中心の医療(patient-centered care)」という考え方が台湾で初めて導入され、SARS 流行後の 2004 年に、患者参加を重要なゴールの一つとした「台湾患者安全プログラム」が策定された。そのため、台湾患者安全プログラムにおいて、患者参加は長年にわたり非常に重視されてきたが、2015 年にはさらに患者の自己決定を促すための指針の中で、患者参加と患者の自律性を保障するとともに、医療者に SDM の実践を促す活動を開始した。その背景には、いくつかの論拠があるが、主には、医事紛争が増加していたこと、患者安全に係る事案の 30%以上が医療者と患者間のコミュニケーションの問題に起因していたこと、医療者と患者間に大きなヘルス・リテラシーのギャップがあったこと、そして、両者のコミュニケーションがうまくいかない障壁があったことが挙げられる。この障壁を打ち壊し、互いの信頼関係を得るために、一般国民が患者安全にしっかり関わり、医療に参加する必要があると考え、SDM キャンペーンを開始した。

Participant And Infrastructure

Sponsors

- Ministry of Health and Welfare(MoHW): Since 2016
- Health Promotion Administration of the Ministry of Health and Welfare(HPA): Since 2017

Organizer

- Joint Commission of Taiwan(JCT)

Tool

- The SDM platform
- Patient decision aids (PDA)
- E-learning courses and video for publics and clinicians
- SDM training material

Implement

- Needs assessment: Medical specialty societies, health provider
- Training: SHARE Approach, PDA development, international conference.
- Call for implementation : at least 100 hospitals were invited every year.
- Evaluation measures

7

図 3

SDM Platform

<https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw>

攜手共進・追求品質

図 4

図 3 に示すように、台湾医療機能評価機構（Joint Commission of Taiwan:以下 JCT）では 2 つの政府支援プログラム、すなわち衛生福利部（日本で言うところの厚労省）支援のものと、衛生福利部国民健康署が支援するものの 2 つのプログラムを取りまとめて実施している。SDM プラットフォームの目標は、JCT

とその参加病院とが情報共有できる場を築くこと、Patient Decision Aids(患者の意思決定支援ツール: 以下 PDA) の策定を行うこと、SDM トレーニングのための教材作成などである。これらの活動には毎年 100 以上の病院が参加し、専門診療科の学会や、あらゆるグループの医療者が共に活動する。図 4 が、SDM プラットフォームのサンプル画面である。すべての SDM キャンペーンに関する教材、PDA、体験をこのプラットフォームでスムーズに共有することができ、政府もこうした病院間の情報共有を推進している。参加病院は、SDM プラットフォームに PDA を提出する際に、その著作権については、全国で共有するという事に同意して提出している。台湾では、病院の規模により、使えるリソースに大きな格差がある。政府として、リソースの不足した小さな病院に対しどのような支援を行うかを考えた結果、規模の大きな病院が独自に開発した成果物を、他の小規模な病院と共有化することによって、大きな病院も認定、評価を得ることができる仕組みを構築した。

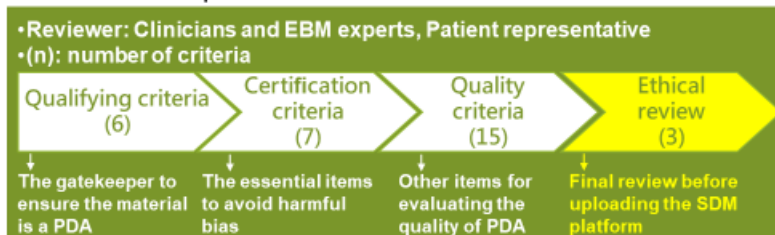
2 つのプログラムのうち、衛生福利部は特に臨床的な側面に焦点を当てた取り組み(例えば、気管切開、冠動脈疾患、膝関節の置換術等)を行い、一方、国民健康署は慢性疾患(例えば慢性腎不全、糖尿病、高脂血症、閉経後障害、慢性閉塞性肺疾患)、母子保健、公衆衛生(禁煙、肥満治療)などのヘルスプロモーションに焦点を当てた取り組みを推進している。多くの病院から、これらに関する様々な PDA が提供されており、自由にアクセスし共有できるため、小規模な病院、クリニックなどでも、様々な材料を自分たちの病院で活用できる。SDM キャンペーンに、全ての病院に参加してもらえよう呼びかけ、2018 年は 185 の病院が参加し 125 の取り組みが報告申請された。表彰や発表会などもやることで活動を推進し、とても活発に活動が展開されている。各病院で取られた PDA を募集しており、同年は 13 分野から 148 件の開発結果の申請がなされ、そのうち 68 件に対して認証を与えた。

図 5 に PDA 認証システムを示す。衛生福利部の SDM プラットフォームで共有されるためには、PDA は JCT で認証される必要があり、その認証基準を決めている。まず、規定の SDM フォーマットに合致していること(適格性のクライテリア 6 項目)を確認し、次に情報が最良のエビデンスあるいはガイドラインに基づいたものであり有害なバイアスを避けるための必須事項を満たしているか(認証基準 7 項目)を確認する。さらに PDA の質を評価するためのその他の基準(質評価のための基準 15 項目)を確認したのち、最後に、倫理的レビューを行う。この倫理的レビューを行うことが特筆すべきシステムであり、3 項目により情報がエビデンスに基づいた適正なものであること、合理的な選択肢について提示されていること、選択肢は偏重なく提示されていることを確認する。中には、患者の意思決定の過程が操作され得るような PDA もある。例えば、薬剤放出型

ステントの使用を促し、自己負担の高い医療機器などの使用、購入を選択させるような PDA がある。我々は、そのような情報ではなく、平等で偏重のない情報を提供すべきだと考えている。

Ethical Review Of PDAs

・ PDAs review process



・ Ethical review criteria

- ・ Compliance with the best evidence or clinical guidelines
- ・ Provide reasonable options
- ・ The options are presented in a balanced without bias

・ Finding

The standard that often fails to meet is

"The options are presented in a balanced without bias"

図 5

攜手共進・追求品質

11

Publics Promotion



図 6

攜手共進・追求品質

12

図 6 に一般市民に対する啓発活動の例を挙げる。台湾ではこの 3 年間、SDM キャンペーンを継続し、国内の全ての病院が、患者と医療者間のコミュニケーション方法を根本から見直し、刷新する努力を続けている。

我々は、SDM キャンペーンがどのようにうまくいっているかを様々なツールで評価している。図 7 にその中の一つ、オタワ病院研究所が開発した”Preparation for Decision Making Scale”に基づく SDM 活動の評価結果を示す。医療者、患者双方を含めてほぼ全ての参加者で満足度が高いという結果であったことから、医療者と患者の間のコミュニケーションを改善するために、開発した教材や PDA が役立っていると考えている。

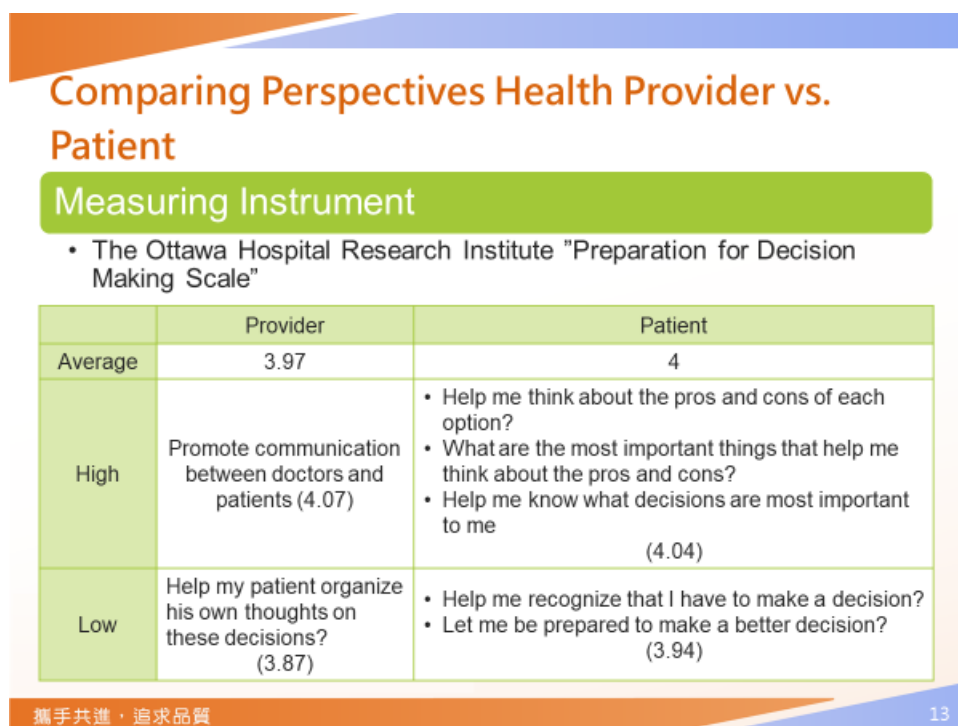


図 7

攜手共進・追求品質

13

ただ、意思決定を支援するプロセスには、まだ改善の余地があると考えている。そのうちの一つは、SDM には時間を要するという点だ。ケアプロセスの中に SDM を組み込まなくてはならないが、病院の中はいつも忙しく、入院手続き等々のプロセスの中では時間が足りないという問題だ。医療チームは、この意思決定支援のプロセスをどう日常臨床の中に統合するかを考えていく必要がある。

3 年間の SDM キャンペーンの中で我々が学んだことは次の 3 つに集約される。第一に、患者と家族が何を求めているのか、意思決定のために何を必要としているのかを理解するための情報を、より多く集めるべきであるということだ。患者が要求しているものを理解することが、我々の SDM 活動を将来どのように展開していくべきかを考える際の指標となるからだ。第二に、パラメディックの専門職の関与を積極的に拡充させることが、極めて重要だということだ。例えば、心理学者、ソーシャルワーカー、さらには患者会などの団体の助けが必

要だ。最後に、前述したように SDM のための時間を確保することだ。患者、家族とのコミュニケーションを取る時間を医療プロセスの中に確保し、SDM の理念を日常臨床と統合させ実践することが、何より重要だ。これらの課題を踏まえ、SDM の実践をさらに促進するためにはイノベーションも必要だ。実際に様々な革新的な技術も SDM に活用されており、その一例として、台湾の退役軍人病院では XR テクノロジー、すなわちヴァーチャルリアリティ (VR) とオグメントリアリティ (AR) を用いている。患者がゴーグルを付けると、患者が志向するものがデジタル情報化され表示され、バーチャルな世界の中で、医療者と患者がコミュニケーションを取ることができるという大変興味深いイノベーションだ。この取り組みは JCT で国家医療品質プロジェクトの賞を受賞した。今後はこうしたイノベーションも取り入れながら、効率的で質の高い SDM を目指していく必要があると考える。

王 拔群

台湾医療機能評価機構 最高経営責任者、天主教輔仁大學医学校 教授



台湾の中国医薬大学を卒業し医学博士号、ハーバード大学公衆衛生大学院修士（健康政策マネジメント）、国立台湾大学 EMBA を取得しています。マサチューセッツ眼科耳鼻咽喉科病院、ハーバード大学医学部で耳鼻咽喉科のフェロウシップを終了。台湾耳鼻咽喉科学会、台湾ヘルスケアエグゼクティブ、台湾医療品質協会、シミュレーション医学教育学会（理事長）等、多数の組織において要職を務めてきた。

国際的にも活躍し、全米医療品質協会（NAHQ、米国）、国際眼・耳病理学会（Schuknecht 学会）、および Collegium Oto-Rhino-Laryngologicum Amicitiae Sacrum（CORLAS）のメンバーでもあります。医療の質・安全領域をはじめとした主要な科学ジャーナルに、300 以上もの論文を執筆しています。

Innovative Thinking of Patient Engagement - A Nation-wide Share Decision Making Campaign

Prof. Wang, Pa-Chun MD. MSc, MBA
CEO, Joint Commission of Taiwan

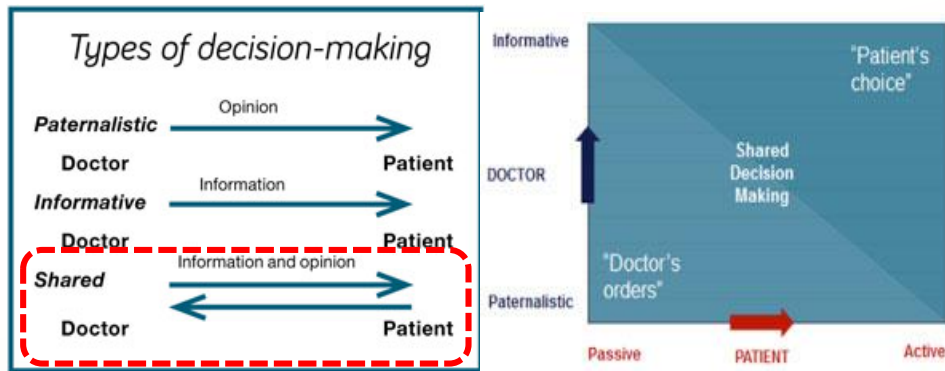


「患者参加」のイノベーション ー協働型意思決定の全国キャンペーン

Prof. Wang, Pa-Chun MD. MSc, MBA
CEO, Joint Commission of Taiwan



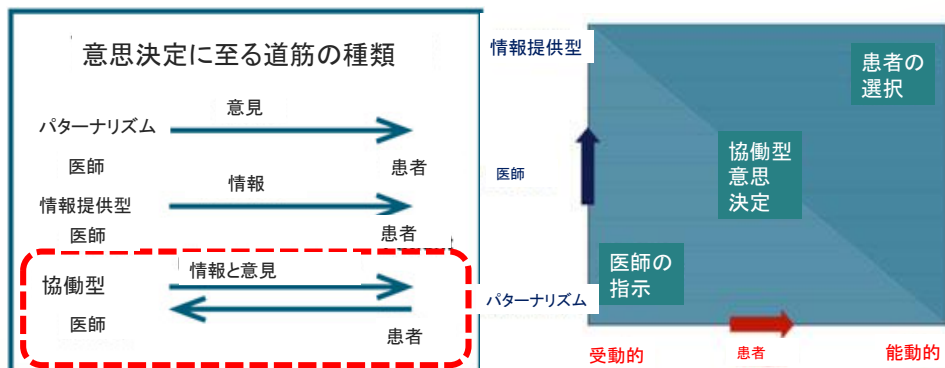
Types Of Decision-Making



<http://www.medicalprotection.org/newzealand/casebook/casebook-january-2014/consent-and-shared-decision-making>

攜手共進・追求品質

意思決定に至る道筋の種類

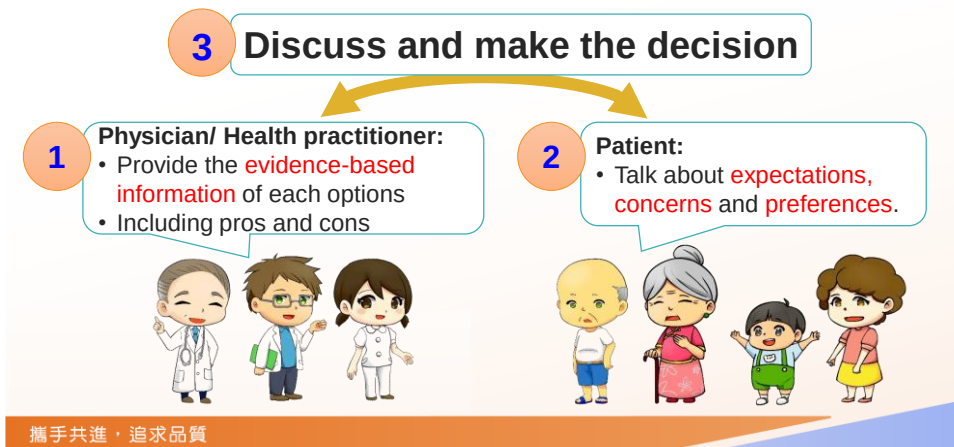


<http://www.medicalprotection.org/newzealand/casebook/casebook-january-2014/consent-and-shared-decision-making>

攜手共進・追求品質

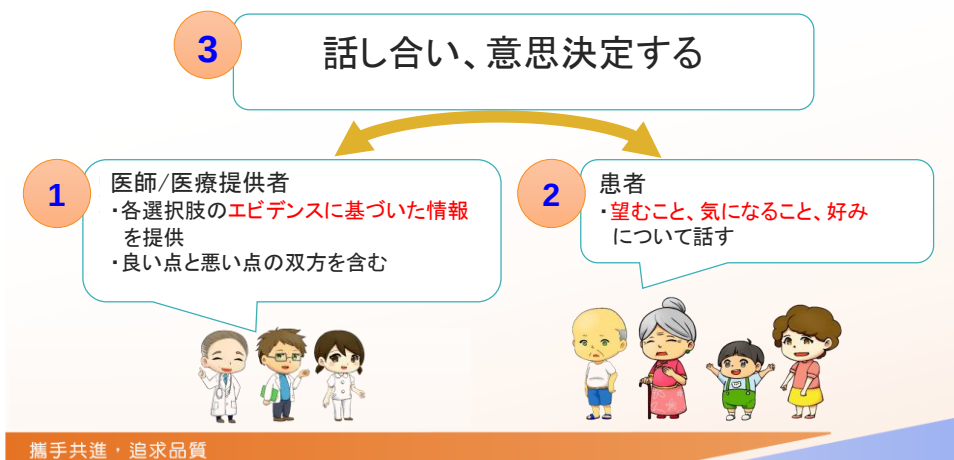
Shared Decision Making (SDM)

- The increasing interest in patient-centeredness and communication between clinicians and patients in health care (1982)
- Dialogue between experts



協働型意思決定 (SDM)

- 医療における「患者中心」「医療者・患者間のコミュニケーション」への関心の高まり (1982)
- 専門家どうしの対話



Shared Decision-Making, Informed Consent, And Patient Education

Similarities

- **SDM includes** the spirit of informed consent and patient education.
- They all need to communicate with patients in **plain language**.

Differences from SDM

- Timing (early)
- Options
- Incorporate patient **values** and **considerations**.
- Evidence-based medicine(EBM)
- Numeracy(clearly and meaningful)
- **Informed choices**.

攜手共進・追求品質

Shared Decision-Making, Informed Consent, And Patient Education

協働型意思決定、インフォームド・コンセント、そして患者教育

類似点

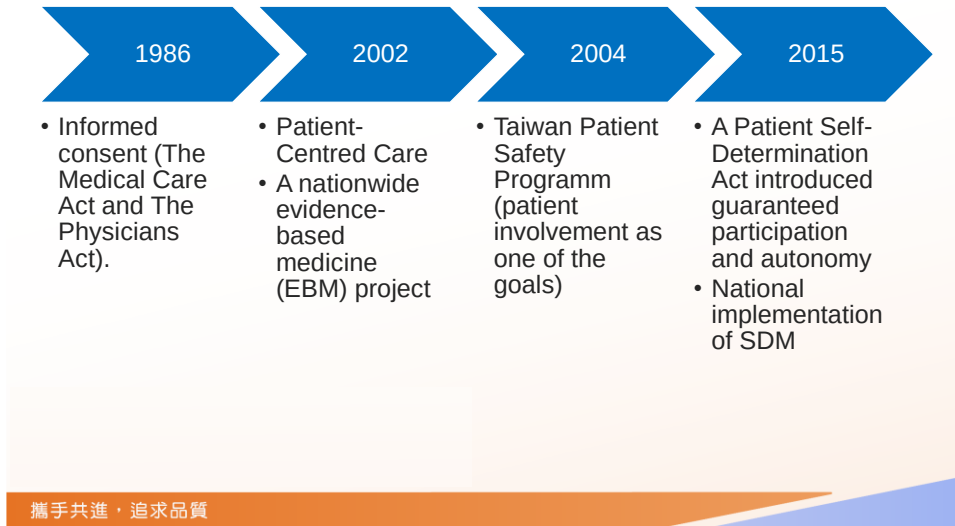
- **SDM**はインフォームド・コンセント、患者教育の意味合いも含む
- これらはどれも患者と **平易な言葉**でやりとりする必要がある

SDMとの違い

- タイミング(早い)
- 選択肢
- 患者の**価値観**や**考え**を加味する
- エビデンスに基づく医療(EBM)
- 数学の基礎知識(明確、有意義)
- **情報を得たうえでの選択**

攜手共進・追求品質

Policy And History Related To SDM In Taiwan



台湾におけるSDMに関連したポリシーと歴史



Rationale

- Taiwan Patient Safety Goal: **Encourage public to involve in patient safety**
- More than 30% of patient safety events result from communication problems between health care providers and patients
- Medical disputes
- The gap of health literacy between health care providers and patients
- Barriers in patient-physician relationship

攜手共進・追求品質

台湾でSDMを推進することになった論拠

- 台湾の患者安全のゴール：
国民に患者安全に自ら参加するよう推奨
- 患者安全に関する事案の30%以上が、
医療者と患者間のコミュニケーションの問題に起因する
- 医事紛争
- 医療者と患者間のヘルス・リテラシーのギャップ
- 患者-医師間の関係性にある壁

攜手共進・追求品質

Participant And Infrastructure

Sponsors

- Ministry of Health and Welfare(MoHW): Since 2016
- Health Promotion Administration of the Ministry of Health and Welfare(HPA): Since 2017

Organizer

- Joint Commission of Taiwan(JCT)

Tool

- The SDM platform
- Patient decision aids (PDA)
- E-learning courses and video for publics and clinicians
- SDM training material

Implement

- Needs assessment: Medical specialty societies, health provider
- Training: SHARE Approach, PDA development, international conference.
- Call for implementation : at least 100 hospitals were invited every year.
- Evaluation measures

攜手共進・追求品質

キャンペーンへの参加と基盤

後援

- 衛生福利部(日本でいう厚労省): 2016年から
- 衛生福利部国民健康署: 2017年から

統括

- Joint Commission of Taiwan(JCT)

ツール

- SDMプラットフォーム
- 患者による意思決定支援ツール(PDA)
- 国民と医師のためのEラーニングコースとビデオ
- SDMトレーニング教材

実践

- 必要性の評価: 専門診療科の学会や医療者
- トレーニング: SHAREアプローチ、意思決定支援ツールの開発、国際会議
- 実践病院の募集: 毎年100以上の病院が参加
- 評価方法

攜手共進・追求品質

SDM Platform
<https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw>



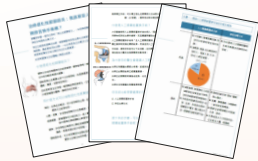
SDMプラットフォーム
<https://sdm.patientsafety.mohw.gov.tw>



Government Funded PDA (2016~)

◆ MoHW

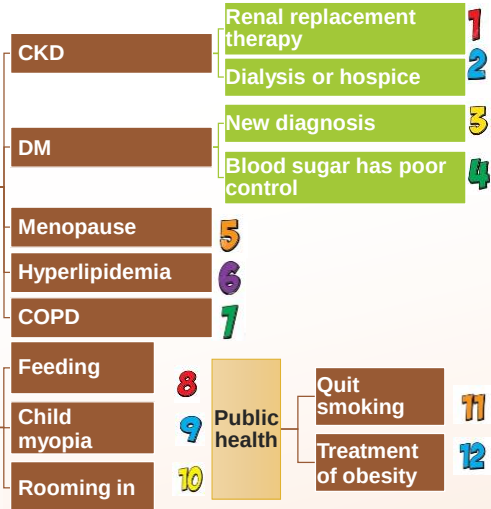
1. Childbirth
2. Angina
3. Knee Osteoarthritis
4. Tracheostomy
5. Badly brain injury
6. Diabetic macular edema
7. Atrial fibrillation



◆ HPA

Chronic

Maternal and child



攜手共進・追求品質

政府が資金援助した意思決定支援ツール(PDA)(2016年以降)

◆ 衛生福利部

1. 出産
2. 狭心症
3. 膝関節症
4. 気管切開
5. 重度脳損傷
6. 糖尿病性黄斑浮腫
7. 心房細動



国民健康署

慢性疾患

母子保健



攜手共進・追求品質

Campaign (2018)

Call for hospitals to
implement SDM

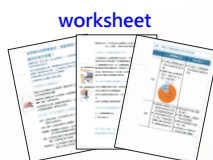


185 participants

125 submitted results

49 excellent awards

Call for PDAs



13 fields

148 submissions

68 certifications

攜手共進・追求品質

キャンペーン(2018)

SDM実践に取り組む
病院を募集

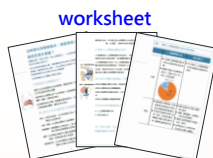


185 参加施設

125 申請された取り組み結果

49 優秀賞

意思決定支援ツール
(PDA)の募集



13分野

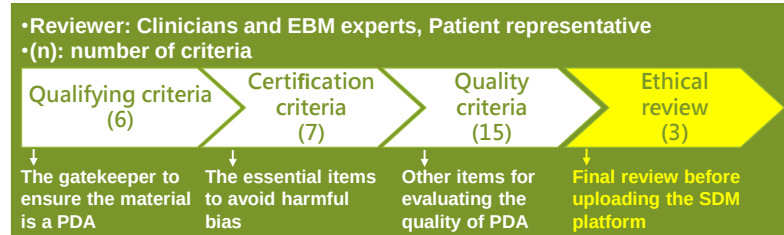
148申請

68認証

攜手共進・追求品質

Ethical Review Of PDAs

• PDAs review process



• Ethical review criteria

- Compliance with the best evidence or clinical guidelines
- Provide reasonable options
- The options are presented in a balanced without bias

• Finding

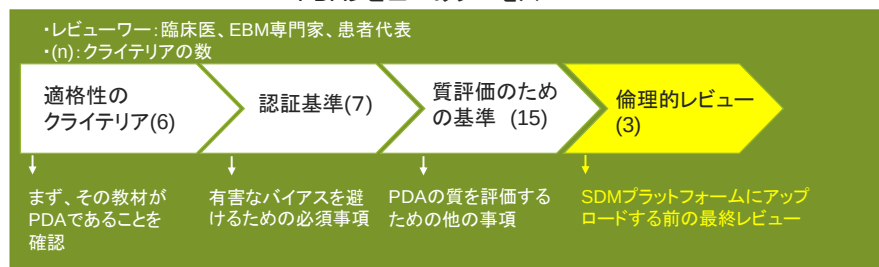
The standard that often fails to meet is

"The options are presented in a balanced without bias"

攜手共進・追求品質

PDA(意思決定支援ツール)の倫理面のレビュー

PDAレビューのプロセス



• 倫理的レビューのクライテリア

- 最良のエビデンスあるいは臨床ガイドラインに則っている
- 合理的な選択肢について情報提供している
- 選択肢は偏重なくバランスよく提示されている

• わかったこと

- 基準のうちしばしば適合していないものは、
"選択肢は偏重なくバランスよく提示されている"である

攜手共進・追求品質

Publics Promotion



攜手共進，追求品質

国民への啓発



攜手共進，追求品質

Comparing Perspectives Health Provider vs. Patient

Measuring Instrument

- The Ottawa Hospital Research Institute "Preparation for Decision Making Scale"

	Provider	Patient
Average	3.97	4
High	Promote communication between doctors and patients (4.07)	• Help me think about the pros and cons of each option? • What are the most important things that help me think about the pros and cons? • Help me know what decisions are most important to me (4.04)
Low	Help my patient organize his own thoughts on these decisions? (3.87)	• Help me recognize that I have to make a decision? • Let me be prepared to make a better decision? (3.94)

攜手共進・追求品質

医療者と患者の視点の比較

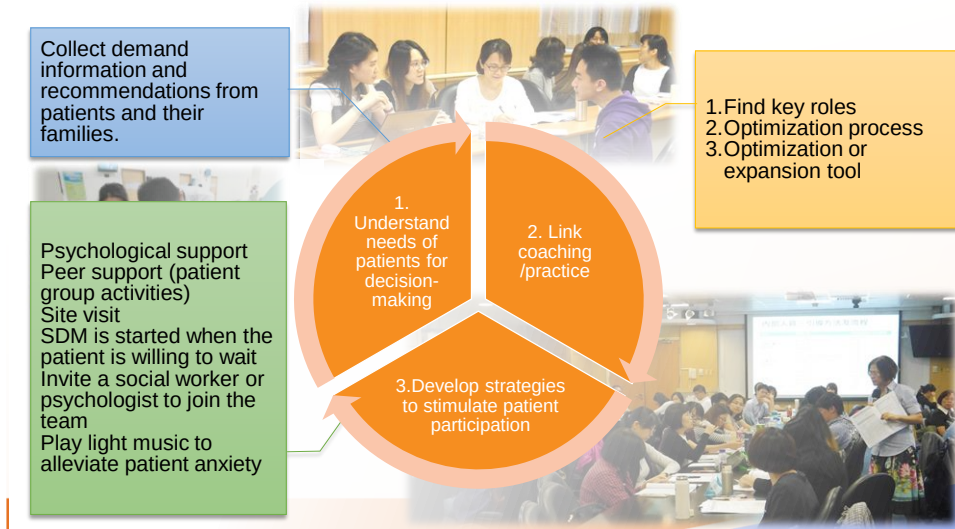
測定ツール

オタワ病院研究所が開発した“Preparation for Decision Making Scale”

	医療提供者	患者
平均	3.97	4
高い点のもの	医師と患者間のコミュニケーションを促進 (4.07)	• 各選択肢のメリット、デメリットについて考えるのに有用か? • メリット、デメリットを考えるのに有用なもので最も重要なものは何か? • どのような意思決定が自分にとって最も重要かを知るのに有用 (4.04)
低い点のもの	患者が意思決定をするために自分自身の考えを統合するのに有用か? (3.87)	• 自分が意思決定をしなければならないことを認識するのに有用か? • よりよい意思決定をするための準備ができる (3.94)

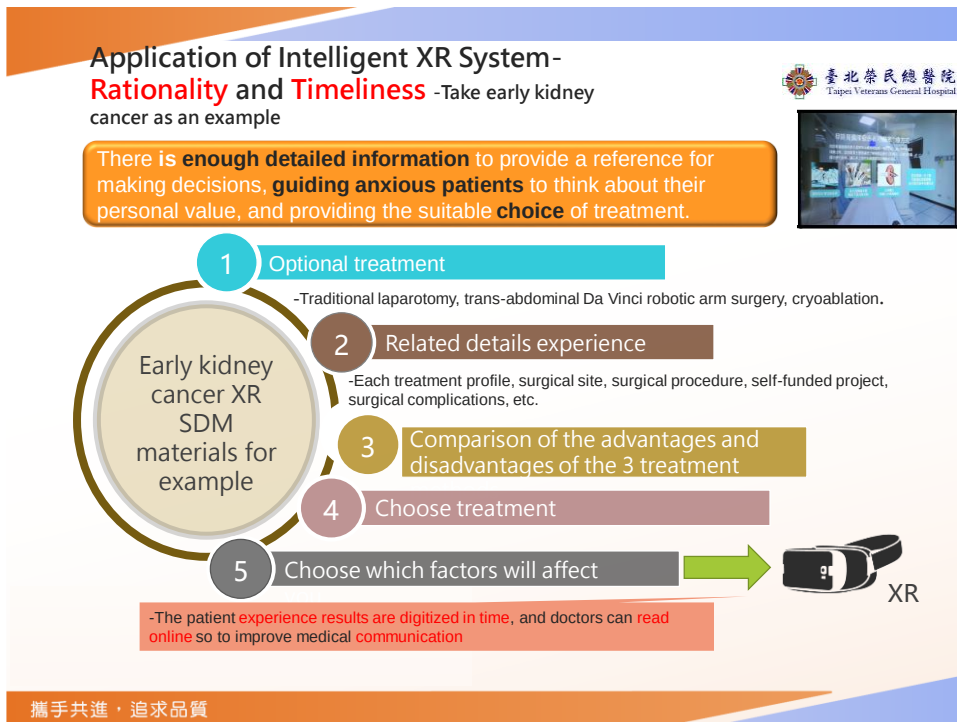
攜手共進・追求品質

Findings / Recommendations: SDM Implementation Strategies For Hospital



新たな知見/推奨: 病院のためのSDM実践ストラテジー





QUALITY, WE TOGETHER!

JCT FB

JCT LINE

JCT 網站

攜手共進，追求品質

PatientsLikeMe～患者向け健康情報シェアサイト～

研究分担者

佐藤 仁（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）

1. 患者個人に情報と力を与える

PatientsLikeMe は、そのホームページによれば、患者向け健康情報シェアサイト(health information sharing website for patients)と定義されている。兄弟が 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。正しい情報を見つけ出すことの難しさから適切な治療や様々な工夫になかなかたどり着けなかったことを悔やみ、難病の患者が、それぞれの持つ経験や人生を共有して、正しい情報のもとに判断ができるよう手助けをする患者コミュニティとして始まった。

2. 特徴

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、薬物治療の効果と副作用、アドヒアランスなど(the journey of illness)を共有する。それにより、同じ症状のある患者や同じ治療をしている患者同士が容易につながり交流することが出来る。現在、650,000 人を超えるメンバーが、2,900 を超える疾患の 43,000,000 個のデータを提供している。利用者がシェアする様々な情報をパートナーに販売することで収益を得ている。パートナーは、研究機関や製薬メーカー、医療機器メーカー、病院、NPO、バイオ企業など 80 社を超える。

3. 研究活動

データを医師や研究者、企業ともシェアし、疾患への理解を深め、新たな治療法の開発を試みている。代表例としては、リチウムの内服が ALS の進行を遅らせる効果がある可能性を示唆した小規模な研究結果を受けて、同社がメンバーに参加を呼びかけ、実際にリチウムを内服している ALS 患者からの報告に基づく 12 ヶ月の観察研究を行った結果、リチウムに ALS の進行を遅らせる効果はないことをいち早く報告した。その後の RCT により同様の結果が報告された。

4. 昨今の動向

2016 年に中国のバイオテック・スタートアップ iCarbonx の出資を受け、DigitalMe というリサーチプログラムを開始した。これは、PatientsLikeMe で集積された、疾患を持つ一人の人間としてのヒストリーから抽出された大量のデ

ータと、遺伝子情報や様々な生体からの検体の分析情報を統合して、マシンラーニングを使用し、個人の生体情報のデジタルアバター（mobile based digital avatar）を作成することを目指している。（2019 年の段階で検体のリクルートは終了）このアバターを用いて研究を行ったり、他の同様の疾患の患者のアバターを使用することで高度にパーソナライズされた健康に関する選択の提示や介入を行うとしている。また、患者参加のフォーラムで、AI を用いた言語分析から、全く新しい治験を見出す研究なども行っている。

がん対策における患者協働型医療の推進

研究分担者

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）

研究協力者

山本里江（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）

1. 研究目的

わが国のがん対策は、平成18年にがん対策基本法が策定された後、がん対策推進基本計画に基づいて進められている。第3期がん対策推進基本計画が平成30年3月に閣議決定され、各都道府県は「都道府県がん対策推進計画」を策定することで、地域の状況に応じてがん対策を進めている状況にある。

各都道府県が「都道府県がん対策推進計画」を定めるにあたり、各都道府県でがん対策推進協議会等の名称の会議で審議を行い、それに基づいて計画が立案されている。このように各都道府県のがん対策の方向性の策定に、当該会議が重要な役割を果たしており、会議の委員の構成が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。」と規定されたことに基づき、政府が設置したがん対策推進協議会に、患者・家族の立場を代表する者が委員として参加することとなった。これにより患者の視点ががん医療政策に取り入れられ、がん対策の立案において患者が参画していくことの重要性が高く評価された。その後、全国の都道府県においても、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・家族の参加を進めている。

今回、各都道府県が都道府県がん対策推進計画を検討した各都道府県のがん対策推進協議会の構成を調査し、全国のがん対策推進協議会への患者参画の状況について明らかにし、患者協働型医療推進の状況について検討する。

2. 研究方法

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た。それらの会議の委員の名簿から、委員数および患者・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。

3. 研究結果

47都道府県中、45都道府県においてがん対策推進協議会の委員を公開していた。すべての都道府県において、患者・家族等の立場で参加している委員が含まれていた。また、患者・家族等の立場で参加している者は1～8名であり、中央値3名、平均3.1名であった（図1）。また、全体の委員数に占める、患者・家族の立場からの参加委員数の割合は5.4%～57.1%であり、中央値15%、平均17.8%であった（図2）。

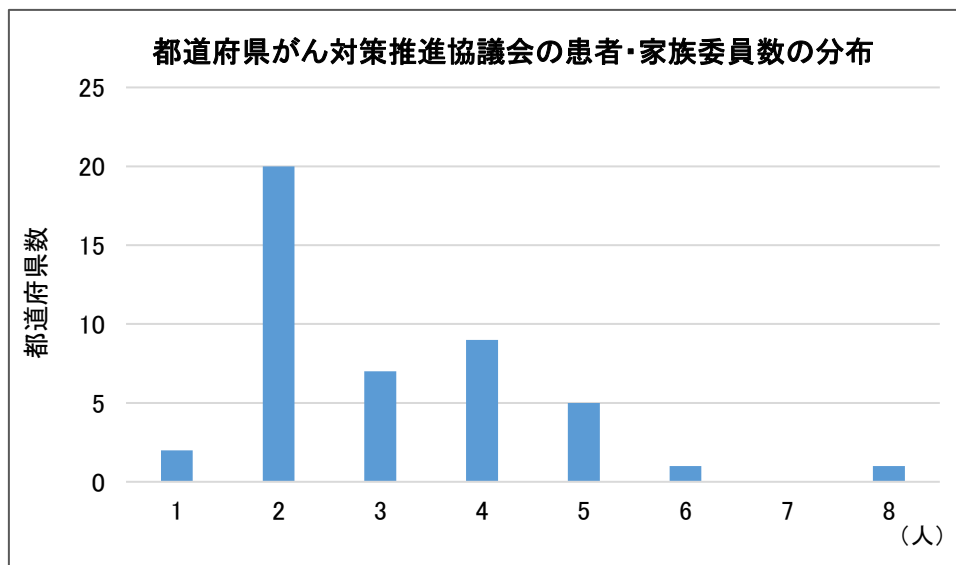


図1 都道府県がん対策推進協議会の患者・家族委員数の分布

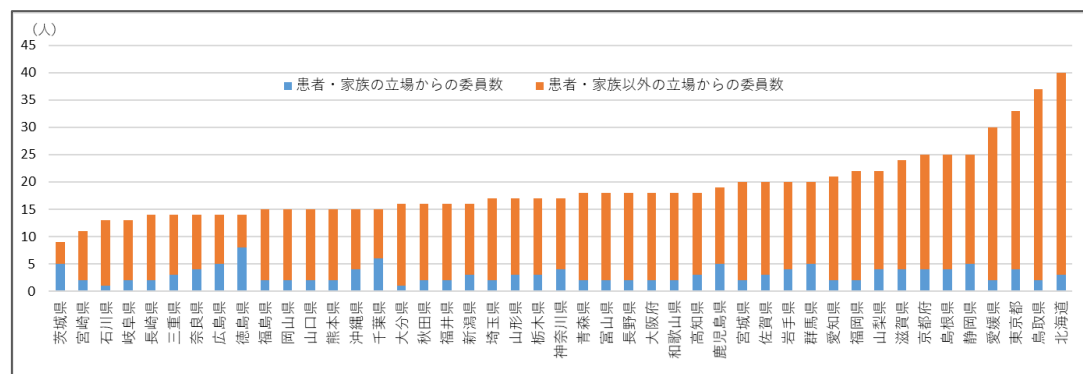


図2 都道府県がん対策推進協議会の患者・家族委員数とその他の委員数

4. 考察

各都道府県が「都道府県がん対策推進計画」を定めるにあたり、がん対策推進協議会等において、すべての都道府県で患者・家族等の立場の者が含まれており、全国の都道府県のがん対策の検討の場において患者参画の取り組みが進められていた。患者等ががん対策の検討の場に参加することで、医療者視点では気づかない観点からの意見を取り入れることができ、より充実したがん対策

が進められると考えられる。しかし、患者等の立場の者が参加することによって、実際にどのような効果があったかについては明らかになっていない。今後、患者等ががん対策の計画立案に参加することで、地域の医療にどのような影響があるのかについて明らかにしていく必要がある。

5. 結論

全国の都道府県のがん対策を検討する会議において患者・家族等の立場の者が委員として含まれており、各都道府県で患者協働型医療の推進が図られていることが明らかになった。

6. 研究発表

なし

(1) 論文発表

なし

(2) 学会発表

なし

7. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

(1) 特許取得

なし

(2) 実用新案登録

なし

(3) その他

No	都道府県	がん対策推進協議会	がん対策推進協議会等名称	がん対策推進協議会等 全体委員数	患者・家族 委員数
1	北海道	北海道がん対策推進基本計画（平成30年3月）	北海道がん対策推進委員会	15（特別委員25）	3
2	青森県	第3期青森県がん対策推進計画（平成30年3月）	青森県がん医療検討委員会	18	2
3	岩手県	第3次岩手県がん対策推進計画（平成30年3月）	岩手県がん対策推進協議会	20	4
4	宮城県	第3期宮城県がん対策推進計画（平成30年3月）	宮城県がん対策推進協議会	20	2
5	秋田県	第3期秋田県がん対策推進計画（平成30年3月）	平成29年度秋田県健康づくり審議会がん対策分科	16	2
6	山形県	健康やまがた安心プラン（中間見直し版）（平成30年）	山形県健康長寿推進協議会	17	3
7	福島県	福島県がん対策推進計画（第3期）（平成30年3月）	福島県がん対策推進審議会	15	2
8	茨城県	茨城県総合がん対策推進計画（第四次計画）（平成30年3月）	茨城県総合がん対策推進会議	9	5
9	栃木県	栃木県がん対策推進計画（3期計画）（平成30年3月）	栃木県がん総合対策検討会	17	3
10	群馬県	群馬県がん対策推進計画（第3期）（平成30年3月）	群馬県がん対策推進協議会	20	5
11	埼玉県	埼玉県がん対策推進協議会（平成30年10月1日現在）	埼玉県がん対策推進協議会	17	2
12	千葉県	第3期千葉県がん対策推進計画（平成30年3月）	千葉県がん対策審議会	15	6
13	東京都	東京都がん対策推進計画（第二次改定）（平成30年3月）	東京都がん対策推進協議会	33	4
14	神奈川県	神奈川県がん対策推進審議会（平成30年4月1日設置）	神奈川県がん対策推進審議会	17	4
15	新潟県	新潟県がん対策推進計画（第2次）（平成29年3月改定）	平成28年度 新潟県がん対策推進協議会委員	16	3
16	富山県	富山県がん対策推進計画（平成30年4月）	富山県がん対策推進協議会	18	2
17	石川県	第3次石川県がん対策推進計画（平成30年4月）	石川県医療計画推進委員会がん医療対策部会	13	1
18	福井県	第3次福井県がん対策推進計画（平成30年3月）	第3次福井県がん対策推進計画策定委員会	16	2
19	山梨県	山梨県がん対策推進計画（第3次）（平成30年3月）	山梨県がん対策推進協議会	22	4
20	長野県	長野県がん対策推進協議会（任期2018年8月1日～2020年7月31日）	長野県がん対策推進協議会	18	2
21	岐阜県	第3次岐阜県がん対策推進計画（平成30年3月）	岐阜県がん対策推進協議会	13	2
22	静岡県	第3次静岡県がん対策推進計画（平成30年3月）	静岡県がん対策推進協議会	25	5
23	愛知県	第3期愛知県がん対策推進計画（平成30年3月）	愛知県健康づくり推進協議会がん対策部会	21	2
24	三重県	三重県がん対策推進計画（第4期三重県がん対策戦略プラン）（平成30年3月）	三重県がん対策推進協議会	14	3
25	滋賀県	滋賀県がん対策推進計画（第3期）（平成30年3月）	滋賀県がん対策推進協議会	24	4
26	京都府	第2期京都府がん対策推進計画（平成30年3月）	京都府がん対策推進協議会	25	4
27	大阪府	第3期大阪府がん対策推進計画（平成30年3月）	大阪府がん対策推進委員会	18	2
28	兵庫県	兵庫県がん対策推進計画（第5次ひょうご対がん戦略推進方策）（平成30年3月）	兵庫県がん対策推進本部	不明	不明
29	奈良県	第3期奈良県がん対策推進計画（平成30年3月）	奈良県がん対策推進協議会	14	4
30	和歌山県	第3次和歌山県がん対策推進計画（平成30年3月）	和歌山県がん対策推進委員会	18	2
31	鳥取県	鳥取県がん対策推進県民会議（平成28年度）	鳥取県がん対策推進県民会議	37	2
32	島根県	島根県がん対策推進計画（平成30年3月）	島根県がん対策推進協議会	25	4
33	岡山県	第3次岡山県がん対策推進計画（平成30年3月）	岡山県がん対策推進協議会	15	2
34	広島県	広島県がん対策推進計画（平成30年3月）	広島県がん対策推進委員会	14	5
35	山口県	第3期山口県がん対策推進計画（平成30年3月）	山口県がん対策協議会	15	2
36	徳島県	徳島県がん対策推進計画（2018年改定版）（平成30年3月）	徳島県がん対策連絡会議	14	8
37	香川県	香川県がん対策推進協議会（平成30年9月14日開催）	香川県がん対策推進協議会	不明	2
38	愛媛県	愛媛県がん対策推進計画（平成30年3月）	愛媛県がん対策推進委員会	30	2
39	高知県	第3期高知県がん対策推進計画（平成30年3月）	高知県がん対策推進協議会	18	3
40	福岡県	第3期福岡県がん対策推進計画（平成30年3月）	福岡県がん対策推進協議会	22	2
41	佐賀県	佐賀県がん対策等推進協議会（2017年7月11日HP更新・任期3年）	佐賀県がん対策等推進協議会	20	3
42	長崎県	長崎県がん対策推進計画（第3期）（平成30年3月）	長崎県保健医療対策協議会がん対策部会	14	2
43	熊本県	第3次熊本県がん対策推進計画（平成30年3月）	熊本県がん対策推進会議	15	2
44	大分県	大分県がん対策推進計画（第3期）（平成30年3月）	大分県がん対策推進協議会	16	1
45	宮崎県	宮崎県がん対策審議会（平成30年3月31日現在）	宮崎県がん対策審議会	11	2
46	鹿児島県	鹿児島県がん対策推進計画（平成30年3月）	鹿児島県がん対策推進協議会	19	5
47	沖縄県	沖縄県がん対策推進協議会（任期2018年12月11日～2020年12月10日）	沖縄県がん対策推進協議会	15	4

患者家族・遺族の視点からのピア・サポートと、協働する医療安全

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）

1. 講師

豊田郁子先生

（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）

2. 講演要旨

医療安全活動を開始したきっかけとこれまでの活動

私は元々医療事務の仕事を行っていましたが、今から16年前の2003年に、突然5歳の息子を医療事故で亡くすという経験をしました。その後、実は内部告発が起きるのですが、そのことをきっかけに、同じような事故を経験した遺族の方々と出会って、講演活動などを始めました。その活動の中で当時の新葛飾病院長、清水陽一医師と出会い、清水院長から「患者の視点で医療安全を担当してほしい」という要請を受け、事故から1年半後に新葛飾病院に、セーフティ・マネージャーとして入職し、患者相談窓口の担当を始めました。2012年の診療報酬で患者サポート体制充実加算が新設されたことから、現在も医療対話推進者として活動しています。急性期病院で働いてきましたが、現在のイムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院は、2017年に急性期病院から回復期のリハビリ病院へと機能が変わり、現場でもその役割の変化を学びながら実践しています。

2007年からは、厚生労働省の医療事故調査制度につながる、死因究明のあり方に関する検討会に患者の立場を代表するものとして参加するようになり、それ以降、さまざまな公的な会議に参加するようになりました。例えば、ガバナンス強化を目的に、特定機能病院に医療安全に特化した監査委員会が設置されるようになりましたが、そうした委員会にも私のような患者の立場の者が参加できるようになりました。また、医師の働き方改革に関しても参加させていただき、実は医師の働き方改革は医療安全に深い関りがあることがわかってきましたので、同時に、国民に受診の仕方を理解していただくというような取り組みもスタートしています（図1）。

自己紹介

豊田 郁子

患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋 理事長

2003年 3月 医療事故で長男（当時5歳）を亡くす
 同年12月 医療事故の経験を語る講演活動（医療機関・医療従事者向け）を始める
 2004年10月 新葛飾病院に入職し、医療安全対策室・患者支援室を開設
 2008年11月 患者支援室が医療の質・安全学会 第1回「新しい医療のかたち」賞を受賞
 2017年7月よりイムスリハビリテーションセンター東京葛飾病院に勤務

＜これまでの主な活動＞（2007年4月～2019年3月）

厚生労働省 診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会 構成員
 厚生労働省 医療事故調査制度の施行に係る検討会 構成員
 一般社団法人 日本専門医機構 理事
 厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会 構成員
 厚生労働省 上手な医療のかかり方を広めるための懇談会 構成員

＜現在の活動＞

患者の視点で医療安全を考える連絡協議会 事務局長
 日本医療機能評価機構 産科医療補償制度 原因分析委員会 委員
 日本医療安全調査機構 医療事故調査・支援センター総合調査委員会 委員
 千葉県病院局 医療安全監査委員会 委員
 日本医科大学 医療安全監査委員会 委員
 東京医科歯科大学 医療安全監査委員会 委員
 一般社団法人 日本歯科専門医機構 理事
 群馬大学医学部附属病院 患者参加型医療推進委員会 委員
 厚生労働省 保健医療分野AI開発加速プログラム 構成員
 厚生労働省 上手な医療のかかり方推進委員会 委員



著書：増補新版【亜紀書房】

図1 活動の経緯

医療者間の対話推進から医療者患者間のピア・サポートへ

私が病院に入職した15年前は、医療安全管理体制ができ始めたころです。そこに患者さんの心理面のサポートや対話推進に関する教育や実践をどう組み込んでいくかということが、大きな課題でした。私はまず初めに、医療者間の対話を促進するための院内研修などを行いました。それまで、同一職種でのテクニカルなことにに関する研修は熱心に実施されていましたが、多職種で、しかもコミュニケーションの問題を学び合うという機会がすごく少なかったように思います。これらの取り組みを院外にも広げるため、2008年に研究会「架け橋」を発足しました。その後2012年にNPO法人化し、「患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋」を設立しました。

私たちの病院では、特に職員サポートに力を入れておりました。これは、やはり、今回ピア・サポートということも一つのテーマなのではけれども、医療事故においては、患者と医療者でサポートし合うということが非常に難しいという現実があります。医療者が患者や家族に真摯に向き合うということが必要なのですが、それをモットーにして取り組もうとすると、どうしても医療者の心理面のダメージが大きくなります。そこで、まずは職員の心理的ケアを行い、その上で患者さんに向き合うような場を設定していくというような取り組みをしておりました。

図2は、講演活動を始めたころの写真で、上の写真は、私がまだ新葛飾病院に入職する前に、一人の遺族として講演に参加したときのものです。下の写真

は、私が入職してから初めて企画したもののなのですが、新葛飾病院で事故に遭われた遺族の方に来ていただいたもので、大きな新聞報道で取り上げていただきました。当初、遺族の方は「ここに足を踏み入れるのがつらい」というように話されましたが、やはり、どうしても再発防止のことを伝えたいということで参加していただきまして、真剣に熱心に職員が聞いている姿勢を見て、「家族の死が無駄になっていないって感じられた。来てよかった」とおっしゃっていただきました。こういう相互理解の場を設けることがピア・サポートの一つになるということを学ばせていただきました。



図2 新葛飾病院 医療安全研修セミナーでの患者・家族参加

こうした取り組みが、この医療の質・安全学会で、第1回新しい医療のかたち賞として評価いただきました。上原先生、清水院長とも亡くなられてしまいましたけれども、このお2人の志を継いで一生懸命努力されている先生方がいらっしゃると思いますので、敬意を表したいと思います。

そして、実はその間に私自身は当該病院との対話が全くなされないことから関係が非常に悪化していまして、1年ぐらいはほんとに、当該病院に対する憎しみの思いが強くなっていました。そのため、警察に被害届を出すという事態にまでなりましたが、その後、病院が「和解したい」という申し出をしてくれまして、話し合いの結果、和解に応じることにしました。そのときに、この病院で、11月だけではなくて、息子の命日の前後1週間を医療安全推進週間と定めて、毎年研修会を行いたいということを言っていただきまして、研修会が始

まりました。実は、このとき私も「ぜひ講演してください。お母さんとしての気持ちを話してください」と言われたのですが、私はちょっとそのときフラッシュバックがひどくて、行きたくても行けない状態だったので、お断りをしました。ところが、実際にその企画をされた命日のときに、私はお墓参りに行ったのですが、そこで「私は、もう病院がこういうふうに対応してくれて、恨むというような気持ちではなくなっているな」ということを強く感じ、「病院にそのことを伝えに行こう、今日は行けそうだ」と確信が持てたので、その病院に行き、その気持ちを伝えました。すると、その帰り際に、当事者の一人の看護師さんが声を掛けてきてくれて、「実はずっと謝りたかった。謝る機会を失ってしまった」ということで、泣きながら謝罪をしてくれました。この方のおかげで、私は心の回復がすごく目覚ましく、この方の出会いから1年後、事故から4年後の命日の日に、この病院に行って講演をすることができました。泣きながらで、ちゃんとお話できたか自信がありませんが、それでも職員の皆さんはたくさん感想を書いてくれて、「自らが変わりたいと思った」とか、「患者さんの声をもっと聞いた方がいいと思った」とか、「豊田さんには毎年来てほしい」とか、そういった意見をたくさん寄せていただきまして、そうしたフィードバックをいただくことが、私たちの心のケアにつながっています。

患者の声を医療へ生かす

現在は、患者会の活動としては、略称で患医連という連絡協議会に所属しております（図3）。元々は私は「医療の良心を守る市民の会」に所属していたのですが、医療事故調査制度の議論が始まった際に、複数の団体が一つになってしっかり声を上げていこうということで、2008年にこの協議会が結成されて、現在は「患者代表者を推薦してください」という依頼などに対応しています。

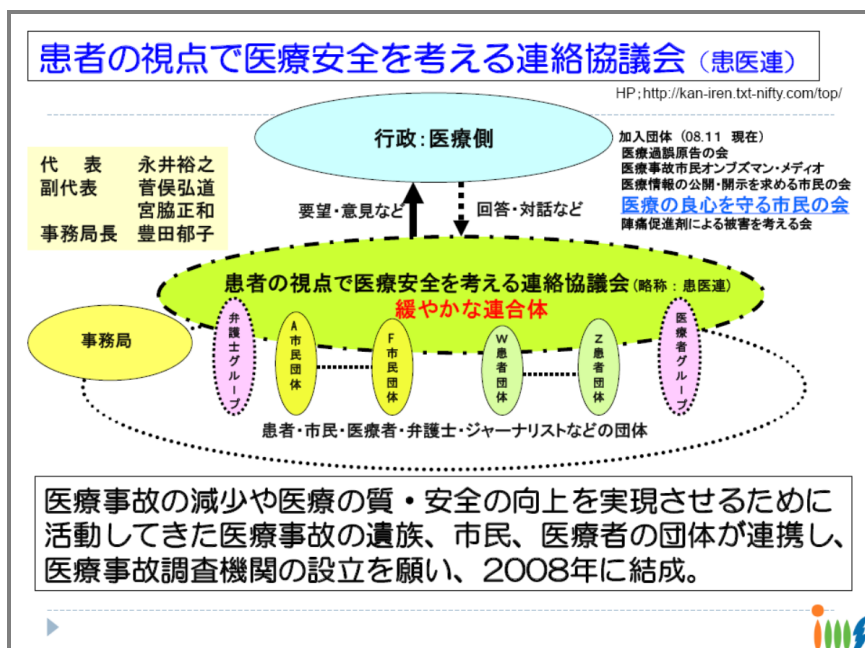


図3 患者の視点で医療安全を考える連絡協議会の発足

他にも、患者参加の活動を続けていくことをサポートしてくれる機会がたくさんありました。2005年に参加したのが、国際医療福祉大学大学院で行われた乃木坂スクール連続講座「患者の声を医療に生かす」でした。これは、パートナーシップ型の取り組みとして、「でんぐり返しプロジェクト」というデンマークのシステムで、患者が講師になって体験を伝え、医療者が聴講するというものです。ここでのディスカッションで、「患者の声を伝えたり、医療者の反応を聞くことが、すごく大事だ」ということを体感しました（図4）。

**患者の声を医療に生かす
「でんぐりがえしプロジェクト」**

2005年、国際医療福祉大学大学院
「乃木坂スクール」で開催
連続講座「患者の声を医療に生かす」

パートナーシップ型の取り組みとして、プロ（医療者）の物の見方を広げ、意識を変えるために考えられたデンマーク発祥の医療・福祉研修システム「でんぐりがえしプロジェクト」は、患者が講師（体験を伝える）に、医療者が聴講（聴いて学ぶ）するプログラムに参加。

『患者の声を医療に生かす』
【医学書院】2006年

図4 でんぐりがえしプロジェクト

しかし3年ぐらい病院で活動を継続していると、行き詰まりを感じました。自信を失いかけたところに、アメリカで大きな患者参加活動をしているソレル・キングさんという女性がいるということを知り、今から10年前にアメリカに行きお会いしました。ソレル・キングさんは、ジョンズ・ホプキンスこども病院で、お子さんのジョージちゃんを亡くされているのですが、その病院の医師にも会いに行きました。他にも、事故の当事者の患者さんや、その当該病院をいくつか訪ねたのですが、そこで聞かされたのは、「アメリカの医療では、『患者のストーリーがデータよりも意味を持つ』と言われてるんですよ」という言葉でした。これは、患者さんたちが一方的に言っているのではなくて、全く同じことを医師、医療者の皆さんから言われたことがとても印象的で、私は大きな力と勇気をもって、日本に帰ってきました。



図5 ソレル・キングさんを訪問

さらに広がる患者活躍の場

他にも、東京医療センターの尾藤先生が研究されていた「ともに考えるインフォームド・コンセント作成ワーキング」という、医療者の説明を患者が理解していくプロセスを医療者と共有する研究会に参加しました。

また、病院では、国立保健医療科学院とWHOの共催による「病院における医療の質・患者安全マネジメントコース」の一環として、カンボジア、ラオス、ベトナム、モンゴルなどの医師が日本に来られて、私たちの患者参加の取り組みなどを研修されました(図6)。



図6 海外からの研修受け入れ

他には、産科医療補償制度、医療事故調査制度など、原因分析の部分に患者が参画することが大事ということで、今、私は原因分析委員会および総合調査委員会に参加させていただいております。

それから、群馬大学病院で事故が起きましたけれども、患者参加型医療推進委員会というものが2018年からスタートして、私は今年から参加させていただいていますけれども、当該の遺族の方が参加されて、インフォームド・コンセントの改善や、カルテ共有の取り組み、誓いの日の設置など、患者の声を反映した対策に群馬大学病院が懸命に取り組まれている、私たちも応援しています。

NPO法人架け橋という団体は、遺族と事故の当事者、双方が参加している団体です。私たちは、医療者への支援と啓発を一番の目的に掲げています。先ほど申し上げましたように、医療者がダメージを受けてしまい患者さんに向き合えず共倒れしてしまうということは、決して医療にとっていいことではありませんので、そういった考えで、主に医療対話推進者の養成研修を行っております(図7)。

患者・家族と医療をつなぐ NPO法人 架け橋

- ◇医療者と患者・家族間の信頼関係の構築を目的として、コミュニケーション・対話を促進するために、**医療者への支援と啓発**を提供します。
- ◇医療事故に遭遇した患者・家族の心情から学び、今後の**医療の安全と質の向上**に寄与します。
- ◇医療事故に遭遇した患者・家族および関係者が、事故後の信頼関係回復に向けた対話の重要性について、広く**医療者と一般市民がともに考える機会**を提供します。

<経緯>

2006年5月：新葛飾病院にて職員間の対話促進を目的に研修会を開始

2008年9月：院外へも広げる必要性から「架け橋～患者・家族との信頼関係をつなぐ対話研究会」を発足し、研修活動を拡大

2011年 患者支援員（院内相談員）養成研修を東京・大阪・札幌で実施

2012年4月 **医療対話推進者研修**などの教育事業を柱に、NPO法人設立

※同年4月 診療報酬改定で患者サポート体制充実加算が新設



研修の様子

▶患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋：<http://www.kakehashi-npo.com/>

図7 患者・家族と医療をつなぐ NPO 法人 架け橋

事故対応が非常に難しいということで、悩まれている方の声を多く聞きます。そこで架け橋では、医療事故調査制度に対応したDVDの教材を作成しました。当事者の声が反映されたもので、こうした取り組みにチャレンジしております。

また、昨年、閣僚級世界患者安全サミットが日本で開催されまして、私は遺族の取り組みとして、患者参画による良い効果についてお話をしました(図8)。その翌日の閣僚級会合で、加藤厚生労働大臣が患者安全に関する東京宣言として、被害を受けた患者および患者家族、ならびに他の主要な関係者と協力しながら、患者安全に関するグローバルアクションに取り組むたいという宣言をされたのですが、ここで9月17日を世界患者安全の日に定めたいという提案があり、今年になって正式にWHOは世界患者安全の日を制定したということです。



図8 第3回閣僚級世界患者安全サミット

それから、また、冒頭にご紹介しましたように、医師の働き方改革の中で、患者さんに理解を求める、「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクトということがスタートしました。五つの方策を掲げています。私は特に「チーム医療を徹底し、患者家族の相談体制を確立すること」について取り組もうと思っています。市民、医療、医師、医療提供者、他にも行政と企業がそれぞれアクションしてってほしいということで、アクション例が示されています(図9)。これはどなたでもインターネットでご覧になれますので、ぜひ一度ご覧になってください。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！

市民のアクションの例

- 患者の様子が普段と違う場合は「信頼できる医療情報サイト」(※1)を活用し、まずは状態を把握する
- 夜間・休日に受診を迷ったら#8000や#7119の電話相談を利用する
- 夜間・休日よりも、できるだけ日中に受診する
- 日中であれば院内の患者・家族支援窓口(相談窓口)も活用できる
- 夜間・休日診療は、自己負担額が高い、診療時間が短い、処方が短期間など、受ける側にもデメリットがある
- 抗生物質をもらうための受診は控える
- 抗生物質はかぜには効かない
- 上手に「チーム医療」(※2)のサポートを受ける
- 日頃の体調管理は看護師に、薬のことは薬剤師に聞くなど、医師ばかりを頼らない

医師/医療提供者のアクションの例

- あらゆる機会に医療のかかり方を啓発する
(待合室、母子健診、小児健診、成人健診、高齢者健診、学校健診、職域健診、公開講座)
- 電話相談や「医療情報サイト」などの最新情報をチェックして質を保つ
- 「かかりつけ医」として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める
- タスクシフト・タスクシェア(業務の移管・共同化)を推進する
- 医療の質を上げ、患者の満足度を上げることにつなげる
- どの医療従事者に相談したらよいかをサポートする患者・家族支援体制を整える
- 管理者は働き方改革に真摯に取り組み、地域医療の継続にも貢献する
- 医療従事者も患者の安全のため、健康管理に努め、きちんと休暇をとる

厚生労働省: H31.1.21修正(資料2)「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言！

図9 「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト宣言

患者の力を引き出す患者協働に向けて

医療安全に関わる仕組み、制度づくりに、これまで患者・家族の立場を代表する者が参画し、多くのことが話し合われてきました。

★超少子高齢社会に向けて、患者との協働は重要！

- 医療現場の環境改善(働き方改革、AIの導入など)
- 専門職間、地域・在宅医療との連携(チーム医療)
- 医療安全管理、感染対策体制の構築、教育活動
- 信頼関係を構築する対話推進の仕組み
- 情報提供、分かりやすい広告、記録等の開示
- 上手な医療のかかり方に向けた取り組み 等

図10 患者協働の展開

今年11月18日にデーモン閣下が加藤厚生労働大臣から大使に任命され、アワードを始めることになりました。医療とのかかわり方を変えていこうということで、取り組みをしている団体を募集しています。

超少子高齢社会に向けて、医療安全において様々な視点から患者と協働する

ことは重要だと考えております（図 10）。働き方が大きく変わっていく中で、医療安全にかなり影響を及ぼしますので、ぜひ、もちろんここに掲げている問題だけでは、課題だけではありませんけれども、たくさんたくさん、患者と一緒に考えていかなければならない問題があります。ぜひ一緒に学ばせていただいて、取り組んでいけたらと思っています。

施設や地域の枠を越え、大阪府全体で団結して腎臓病予防啓発活動を行う
「大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI）」の設立と展開

研究分担者

猪阪善隆（大阪大学大学院医学系研究科 腎臓内科学）

1. 大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI）の発足

我が国における腎疾患患者、透析患者が年々増加傾向にあった 2007 年、慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease : CKD）の発症・進展予防対策を強化することが喫緊の課題であると認識され、腎疾患対策検討会が厚生労働省に設けられた。検討会では、これまでの我が国の腎疾患対策が、健診による腎疾患の早期発見、および透析医療の充実を中心に行われてきたものの、腎疾患の進展予防対策が不足していることが指摘された。腎疾患の進展には生活習慣が関わっており、重症化予防のためには、かかりつけ医を含む医療者教育が必要とされ、同年日本腎臓学会により作成された CKD 診療ガイドの普及、患者教育のための教材作成などが進められることとなり、これらに対し 2009 年から CKD 特別対策事業として国家予算がつけられ都道府県の取り組みを推奨する仕組みが構築された。

一方、生活習慣病予防を目的として 2008 年から特定健診・特定保健指導が開始された。大阪府でも尿たんぱく陽性、HbA1c 高値でありながら未治療の人が特定健診で非常に多く発見されていたが、大阪府の特定保健指導実施率は 13.1%（全国平均は 17.5%）にとどまっていた。また平均寿命、健康寿命ともに、大阪府は全国で 38 位と下位であった。かかりつけ医への CKD 診療ガイドの普及も十分とは言えず（日腎会誌 2013）、やはり腎不全の改善が見込めない時期になってから腎専門医に紹介されるケースが多かったことから、2015 年秋に猪阪が大阪大学医学部腎臓内科教授に就任した際に、「CKD 啓発活動を通じて腎臓専門医が連携することで、腎臓病の重症化予防に取り組み、ひいでは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、「大阪府内の腎臓専門医が施設や地域の枠を越え、一致団結して啓発活動に取り組むことが必要ではないか」と大阪府内に医学部を擁する 5 大学と基幹病院の腎臓専門医リーダーに声をかけた。同じ問題意識を持ちながら、枠組みを越えた活動のプラットフォームがなかった各施設のリーダーからはすぐに賛同が得られ、2015 年 12 月に大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI）が発足した（図 1）。



図 1 大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI）役員（敬称略）と主要関連施設

2. 行政（大阪府）との連携（両者のニーズの合致）

まず 2016 年 3 月の世界腎臓デーに合わせて疾患啓発活動を実施したのち、同年 4 月に第 1 回 O-CKDI 世話人会を開催し、2016 年度のテーマを「かかりつけ医および府民の認知度向上と行政の参画」とした。同 5 月に大阪府庁に赴き、O-CKDI 活動への協力要請を行った。行政との連携が必要であると考えた理由は、① 重症化予防の取り組みに市町村に差異が見られていたことから、市町村間で格差なく活動を均てん化するために大阪府全体の取り組みとして展開することが望ましいと考えられたこと、② 特定健診の結果に基づき特定保健指導を行う保健師と腎臓専門医が共通認識を持ち、連携・協働する必要があると考えられたこと、の 2 点である。

折しも、2015 年 4 月から大阪府では、民間企業や大学等と社会問題の解決を図る窓口として「公民戦略連携デスク」が設置されていた。この公民連携事例の一つとして、猪阪の話聞いた中外製薬担当者が大阪府健康医療部保健医療室健康づくり課に相談したことから、この行政との連携は実現化に向けて大きく進んだ。

大阪府にも、大学や病院などの組織の枠組みを越えて大阪府全体で腎臓専門医と連携し腎臓病重症化予防活動を行いたい事情があった。その背景には、2018 年度より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がある。保険者である大阪府は大きな医療費を占める人工透析導入例を抑制する対策の必要性に迫られていた。また、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）の取組み、医療費水準、府の取組みを評価し、

その評価に応じた交付金を大阪府に与えるというインセンティブにより、府の主体的な住民啓発を強化しようとしていた。そのため、0-CKDI からの連携要請は、大阪府にとっても求めていたものであった。

まず、大阪府と議論を重ね、2018 年 3 月に発表された第 3 次大阪府健康増進計画には初めて「慢性腎臓病 (CKD)」が独立した項目で記された。特に糖尿病性腎症重症化予防のための特定保健指導の促進、医療データを活用した受診促進、早期治療・重症化予防に係る普及啓発の取り組みを推進することが目標として示された。透析予防については、腎疾患対策検討会議の目標に合わせ、大阪府の年間新規透析導入患者数を図 2 の通り設定した。これらの目標設定、活動推進は、腎臓専門医にとっても、また大阪府にとっても、必要としていたものであり互いのニーズが完全に一致していたことが、連携を円滑に促進したと考えられる。さらに、2018 年 10 月に公布、施行された大阪府健康づくり推進条例では、市町村、医療関係者、事業者など多様な主体の連携と協働による健康づくりを推進する「オール大阪体制」の構築が謳われ、0-CKDI もこの体制の中で活動を展開することが可能となった。

年間の新規透析導入患者数 目標値
【腎疾患対策検討会議】 ・ 2028年までに、年間新規透析導入患者数を35,000人以下に減少させる。(2016年の年間新規透析導入患者数は約39,000人) ・ 新規透析導入患者数について、2016年比で、 5年で5%以上減少、10年で10%以上減少を達成する。 【大阪府】 ・ 2028年までに、年間新規透析導入患者数を2500人以下(糖尿病性腎症1000人以下)に減少させる。(2016年の年間新規透析導入患者数は約2788人(糖尿病性腎症1174人)(性別、年齢など判明している新規導入患者は37252人)

図 2 第 3 次大阪府健康増進計画における透析導入抑制の目標

3. 具体的な活動例

これまでの 0-CKDI の取り組みを図 3 に示す。

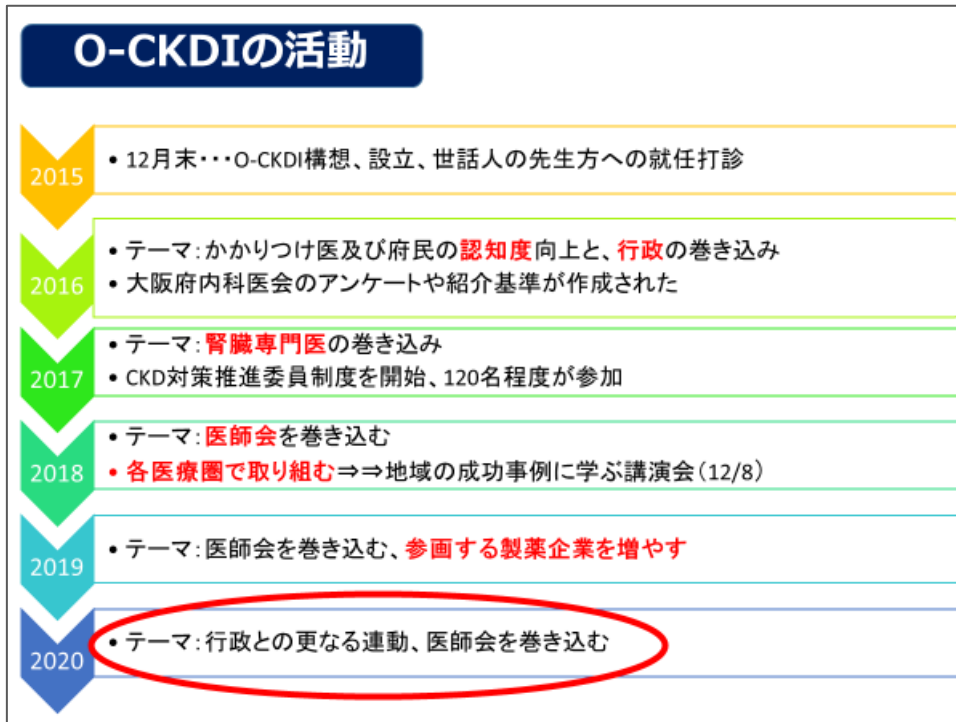


図 3 O-CKDI のこれまでの活動目標

・専門医紹介基準の策定

まず、非専門医や保健師が共通認識を持ち腎臓専門医に患者をつなげることができるよう、「CKD 連携 紹介基準」を定めた（図 4）。大阪府内科医会会長も O-CKDI 世話人の一人であり、この CKD 連携紹介基準の作成、普及や、CKD 実態調査など、腎臓専門医とかかりつけ医の連携推進に重要な役割を果たしている。

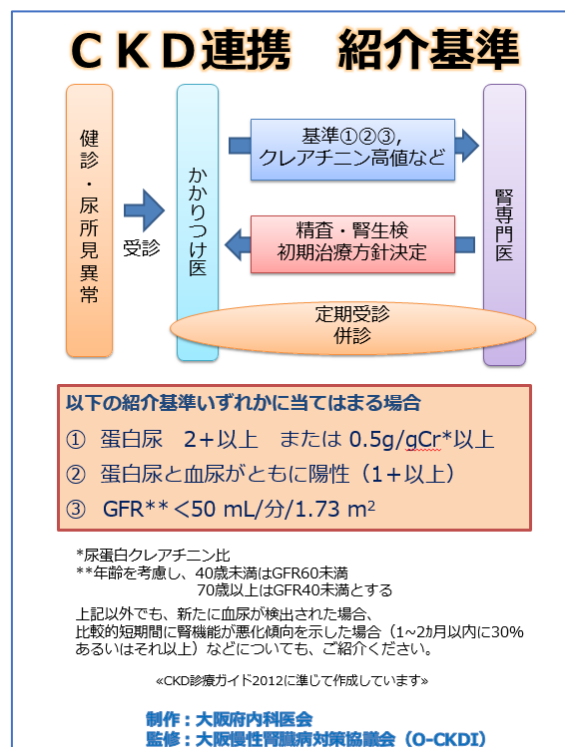


図 4 腎臓専門医への紹介基準

・地区代表の定期的な報告会

O-CKDI は、大阪府を約 10 のブロックに分割し、それぞれの地区の代表を O-CKDI 世話人が務めており、世話人が自主的にその地区での CKD の普及・啓発に

努めるとともに、行政担当者も含めて定期的に報告会を開き、好事例の紹介や情報交換を行いながら、大阪府全体の底上げと活動の均てん化を行っている。地区ごとの活動例としては、院内職員へのCKDセミナーを積極的に行っている施設、世界腎臓デーに合わせた各地区での講演会、医師会での地域連携糖尿病性腎臓病ネットワークの構築と糖尿病専門医の参画、医師会ホームページからの腎臓専門医紹介状ダウンロードシステムなどがある。

さらに2019年には、この報告会を拡大して成功事例を紹介するシンポジウムを開催し、各地区での行政と連携しながらCKD啓発活動を行った事例などを紹介した。

・非専門医への教育、市民啓発活動（資料1）

0-CKDIが共催あるいは講演する市民講座やCKD啓発の講演は2018年以降、年間30回を超えている。2019年9月13日には大阪府健康づくり推進条例を受けて設置された「健活おおさか推進府民会議2019～日本健康会議in大阪～」にて、大阪府の市町村長や健康行政に携わる保健所などの職員、主な病院の院長などに対し、CKD予防と健康づくりの活動を広く発信した（図5）。0-CKDIの世話人会には、大阪府の健康局担当者も参加しており、行政との円滑な連携が可能となっているとともに、大阪府でのCKD啓発イベントなどを大阪府庁のHPに掲載していただき、広報面でも重要な役割を果たしている。



図5 健活おおさか推進府民会議2019～日本健康会議 in大阪～でのCKD啓発

・CKD対策推進委員制度と協力専門医の拡大

2017年にはCKD対策推進委員制度をスタートし、2019年6月現在、約130名

の推進委員がそれぞれの地域で CKD 啓発活動をリードしている。さらに O-CKDI には協力専門医が約 400 名参加しており、市民啓発活動を行っている。大阪府の市民向けの啓発イベント（世界腎臓デーに合わせて開催される「慢性腎臓病 CKD ミニレクチャー&健康相談」）においては、2000 名以上の市民の方に CKD 啓発のためのチラシを配布するとともに、CKD 啓発の講演や健康相談を行った（図 6）。



図 6 「世界腎臓デー」 イベントの様子

- ・ CKD 認知度調査

大阪府の市民向けの啓発イベントにおいて、CKD の認知度の調査を行った。CKD 啓発講演に来られた市民 42 名に対するアンケートでは 27 名（64.3%）が CKD を知っていたが、通りすがりの市民 112 名のうち CKD を認知していたのは 21 名（18.7%）であった。今後、CKD 啓発活動を続けていく中で、継続的に CKD 認知度に関するアンケート調査を行い、CKD 啓発活動の効果を調査する予定である。

- ・ 大阪府の継続的な健康づくり支援アプリ「おおさか健活マイレージ アスマイル」

健活おおさか推進府民会議とともに、大阪府は「健活 10」のキャッチコピーを作成し、さらに 2019 年 1 月から、健康サポートのための専用スマートフォンアプリ「アスマイル」を運用開始した。これは体重測定や歩数、健診受診、健活イベント（ウォーキングイベント、健康測定会など）への参加などでポイントがたまり、抽選で電子マネーなどが当たる、というもので、住民の健康へのリテラシー向上、生活習慣改善に役立つと考えられる（図 7）。



図7 大阪府の「おおさか健活マイレージ アスマイル」

4. 自主運営の継続、発展のために

厚生労働省が進めてきた CKD や糖尿病性腎症の重症化予防診療連携モデル事業は、熊本市や岡山市など、各地域で成果をだしてきたが、いずれも県庁所在地のある市単位のものである。0-CKDI は大阪府全体の啓発活動の均てん化を目指しており、都道府県単位の新しい診療連携モデルとして、国の腎疾患対策検討会（2017 年）で注目され、その提言において 0-CKDI のように、医療従事者や関連学会・行政機関等が枠組みを越えて連携し好事例を横展開する必要性が挙げられた。これを受けて、日本腎臓病協会が、各都道府県代表となる腎臓専門医を決定し行政担当者が連絡をとれるようにした。厚生労働省はさらに 2019 年度に、慢性腎臓病特別対策事業と慢性腎臓病診療連携構築モデル事業に予算をつけ、全国の都道府県で同様に行政と腎臓専門医、医師会、関係団体が協働する啓発・重症化予防活動体制が整備されるよう推進している。

0-CKDI では、今後の活動展開のため、NPO 法人化、および中外製薬以外の共済企業の協力を得る必要、医師会との連携強化が課題である。また、大阪府においては糖尿病重症化予防における同様の取り組みについては、腎臓病ほど均てん化が進んでいない。糖尿病性腎症重症化予防対策の取り組みができていない自治体へのヒアリングを平成 30 年度に実施したところ、糖尿病やデータ活用に関する知識の不足、国・府の制度についての認識不足、かかりつけ医・医師会・専門医の連携不十分、市町村の国保課と健康課との役割分担や連携が不明瞭であること、専門職のマンパワー不足などの課題があることがわかった。そこで、大

阪府では近隣の専門医、医師会、糖尿病学会担当医などがアドバイザーとなり、市町村の抱える課題に応じた助言を行う仕組み（糖尿病性腎症重症化予防アドバイザー事業）を令和元年から開始し、市町村の取り組み促進と質の均てん化への試みを始めている。

O-CKDI共催及び後援の会合/講演会

2016年度

5月14日 豊中市医師会講演会
5月19日 高槻CKDネットワーク
5月21日 第7回中津CKD病診連携勉強会
7月21日 法円坂 糖 腎 医療連携Forum
7月21日 阿倍野区医師会講演会
7月24日 第61回日本透析医学会学術集会・総会 市民公開講座
9月3日 豊中市医師会CKD研修会
9月23日 守口市医師会学術講演会
9月29日 CKDのチーム医療を考える会
10月5日 第54回全国大学保健管理研究集会 ランチョンセミナー
10月29日 高槻市医師会学術講演会
10月29日 第8回中津CKD病診連携勉強会
12月3日 O-CKDI講演会
12月20日 堺市医師会内科医会学術講演会
1月12日 ORCH CKD病診連携の会
3月2日 中之島腎臓フォーラム2017
3月11日 街頭キャンペーン
3月11日 第9回中津CKD病診連携勉強会
3月18日 南大阪CKD連携の会

2017年度

4月20日 第5回狭山心腎血管研究会
5月20日 高槻CKDネットワーク
7月15日 北河内腎臓病フォーラム
8月26日 慢性腎臓病市民公開講座（高槻市）
9月14日 CKDチーム医療を考える会
9月30日 第10回中津CKD病診連携勉強会
11月25日 北河内慢性腎臓病（CKD）市民公開講座
12月2日 CKDセミナー（日本腎臓財団）
12月9日 大阪慢性腎臓病対策協議会（O-CKDI専門医向け企画）
1月18日 東大阪慢性腎臓病カンファレンス（市立東大阪総合医療センター）
1月25日 慢性腎臓病地域連携勉強会（大阪大学）
1月27日 第2回慢性腎臓病（CKD）セミナー（大阪市立総合医療センター）
2月17日 Osaka Kidney Meeting（大阪市立総合医療センター）
3月1日 K2-Net（北野病院）
3月1日 中之島腎臓フォーラム2018（住友病院・関西電力病院・JCHO大阪）
3月3日 市民公開講座in大阪（大阪医療センター）
3月3日 市民公開講座（白鷺病院）
3月8日 病診連携CKDセミナー（大阪大学）
3月10日 世界腎臓DAYイベント（O-CKDI）
3月15日 豊能医療圏CKDカンファレンス
3月17日 第11回中津CKD連携勉強会（済生会中津）
3月22日 ORCH CKD病診連携の会（大阪日赤）

2018年度

4月21日 慢性腎臓病市民公開講座in茨木（高槻病院）
4月25日 淀川区医師会学術講演会（福田先生）

5月22日 北野病院腎臓病教室
 5月24日 地域医療ネットワーク講演会（松下記念病院）
 6月2日 腎不全ネットワークの会（日生病院他）
 6月21日 慢性腎臓病地域連携勉強会（阪大）
 6月26日 北野病院腎臓病教室
 7月24日 堺市医師会内科医会学術講演会（大阪労災）
 7月24日 北野病院腎臓病教室
 8月28日 北野病院腎臓病教室
 9月1日 第3回地域が考える腎臓病・糖尿病連携の会（明治橋病院）
 9月1日 慢性腎臓病市民公開講座 高槻市（大阪医大）
 9月8日 豊中鑑の腎（市立豊中病院）
 9月15日 北河内腎臓病フォーラム2018（関西医大）
 10月3日 K2-Net（北野病院）
 10月4日 CKDチーム医療を考える会（大阪日赤）
 10月13日 第12回中津病診連携勉強会（済生会中津）
 10月18日 第6回慢性腎臓病地域連携勉強会（阪大）
 10月23日 北野病院腎臓病教室
 11月21日 枚方市腎臓地域連携の会
 11月27日 北野病院腎臓病教室
 12月8日 大阪慢性腎臓病対策協議会
 1月22日 北野病院腎臓病教室
 1月24日 第7回慢性腎臓病地域連携勉強会（阪大）
 2月2日 第4回地域が考える腎臓病・糖尿病連携の会（明治橋病院）
 2月26日 北野病院腎臓病教室
 3月2日 第2回市民公開講座（白鷺病院）
 3月7日 K2-NET（北野病院）
 3月7日 中之島腎臓フォーラム2019（住友病院・関西電力病院・JCHO大阪病院）
 3月9日 慢性腎臓病“CKD”ミニレクチャー&健康相談
 3月14日 病診連携CKDセミナー 慢性腎臓病の合併症対策（大阪大学）
 3月16日 第13回中津CKD連携勉強会
 3月23日 第1回城北腎疾患連携セミナー（大阪市立総合医療センター）

2019年度

4月20日 東大阪 市民公開講座（東総）
 5月18日 市民公開講座（関西医科大学香里病院）
 5月30日 第8回慢性腎臓病地域連携勉強会（阪大）
 6月25日 腎臓病教室（北野病院）
 7月23日 腎臓病教室（北野病院）
 8月27日 腎臓病教室（北野病院）
 9月5日 CKD講演会 in HOKUSETSU（大阪医大）
 9月21日 北河内腎臓病フォーラム in 守口
 9月28日 高槻市市民公開講座
 10月22日 腎臓病教室（北野病院）
 10月24日 豊能医療圏CKDカンファレンス（阪大）
 11月14日 第9回慢性腎臓病地域連携勉強会（阪大）
 11月21日 CKDチーム医療を考える会（大阪日赤）
 11月26日 腎臓病教室（北野病院）
 12月14日 大阪慢性腎臓病対策協議会
 12月19日 ORCH CKD病診連携の会（大阪日赤）
 1月23日 北河内腎臓病療養指導士セミナー（松下記念病院）
 1月23日 第10回慢性腎臓病地域連携勉強会（阪大）

1月28日	腎臓病教室（北野病院）	
2月15日	人生100年時代に向けた医療介護連携～地域包括ケアシステム構築をめざして～（大 阪府池田保健所）	
2月25日	腎臓病教室（北野病院）	
3月5日	中之島カンファレンス2020（住友病院・関西電力病院・JCHO大阪病院）	中止
3月7日	第3回市民公開講座（白鷺病院）	中止
3月12日	病診連携CKDセミナー（大阪大学）	中止
3月14日	慢性腎臓病“CKD”ミニレクチャー&健康相談	中止

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」の開発・導入・展開～

研究協力者

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）

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）

1. はじめに

患者参加(patient engagement)とは、患者が医療プロセスにおける自分自身の役割を理解し、それを果たすための知識、技術、自信をもつこと、医療の様々なレベルにおいて、医療者と患者がアクティブなパートナーシップを築くことを意味している^{1,2}。患者参加の代表的な領域には、健康教育、意思決定、自己管理、医療安全などがある³。いずれも、医療者や医療機関による何らかのサポートが必要であり、海外では数多くの患者参加支援プログラムが展開されている。医療安全の領域では米国 Joint Commission の“Speak UP”^{4,5}や National Patient Safety Foundation の“Ask Me 3”などがよく知られているが、言語や文化が異なる我が国にこれらの企画をそのまま取り入れることには障壁がある。

2. 阪大病院いろはうたの開発と導入

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、オリジナルの患者参加支援プログラム「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、この内容が印刷された「いろはうたファイル」（図 1）を全ての入院患者が受け取り、状況に適した説明を受けることである。ファイルには句を紹介した「いろはうた説明用紙」（図 2）が封入されている（図 3）。また、活動を可視化し、自覚と一体感を高めるため、全職員が「いろはうたバッジ」を着用している。

患者参加の推進にあたっては、その意義と具体的な手立ての患者への説明が鍵の一つとなる。成人系の病棟において、同意が得られた 43 名の入院患者を対象にいろはうたファイルを用いた説明を実施し、フィードバックの分析結果から、標準的な説明手順を作成した⁶。これを模擬実演した動画を院内の全ての電子カルテ端末から視聴できるようにするとともに、後に患者自身がいつでも、何回でも「いろはうた」の内容を確認できるようベッドサイドのテレビや病院ホームページに「テレビいろはうた」（動画）（図 4）を公開した。ヘルスリテラシーの個別性に配慮した海外の先行事例を参考に、誰もが「ハッ」となる短いスト

ーリーを作成し、アニメで解説したものである。これらのツールやプログラムの運用手順は、業務への実装前に院内の関係会議に諮り、承認を得た。

プログラム導入後の患者対象の質問紙調査（回答者 5,873 名）では、9 割が「7 つの句がわかりやすかった」「イラストが句の内容を理解するのに役立った」と評価し、「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」との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」などの意見が幅広い年代の者から寄せられた。これらの結果や職員からのフィードバックを基に活動を評価し、患者確認（い）（図 5）、転倒予防（ろ）（図 6）に関する追加ポスターやリーフレットの制作、取り組み強化期間の設定など、改善を加えながら運用を継続している。

3. 高山日赤における「阪大病院いろはうた」の導入と展開

高山赤十字病院（高山日赤）は、飛騨医療圏唯一の三次救急施設として急性期から慢性期まで地域の幅広いニーズに応え続けることを期待されている。職員は強い使命感を持って勤務しているが、多診療科や多部署が関わる領域の患者安全、電子カルテ導入以降の職員同士のコミュニケーションの変化に向き合う中で、病院は変化のきっかけを模索していた。職員全体で「いろはうた」に取り組み、患者と医療者とのパートナーシップ形成を目指す過程を職員の医療安全への意識向上・行動変容の契機にしたいと考えた副院長（医療安全担当）の提案により、阪大病院との共同プロジェクトを立ち上げ、2012 年に「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」であると考える者が「患者や家族への教育・指導」と考える者を上回った。高山日赤において院内の多部門から多職種を招集、結成したコアチームが、阪大病院と連携しながらフィールドワークを進め、高山日赤の職員がプログラムの主体となるよう、ツールや運用を同院の業務や文化に適した形に改変、再定義し、院内の教育に取り組んだ。

プロジェクト開始から 10 か月間に、高山日赤、阪大病院、及び両者合同で実施した、合計約 80（21 分類）の事項を、いろはうたの組織的な展開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⁷。

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り、記述回答では「温かみや優しさを感じる」「大切なことを確認、再確認できる」という意見や「質問や相談することを後押ししてくれる」などコミュニケーションに言及した評価や報告があった。一方で、キックオフ8か月後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。いろはうた導入後もコアチームが中心となって職員向けの報告会を幾度も開催し、コンセプトの再確認やオリジナルの活動を追加するなど、パートナーシップの追求を継続している。

4. まとめ

患者参加を推進するためには、中心となる人やツール、これらを有機的に機能させる仕組みが必要である。幅広い背景の全入院患者を対象とする取り組みは、患者参加の基盤となる文化を築く、緩いつながりの確認と強化を主眼としている。日常臨床業務に違和感なく浸透するよう、導入時にはステークホルダー間の調整を丁寧に行い、評価と改善を見据えて組織全体の活動に位置付ける意思決定手続きを踏んでおくことが大切である。

5. 参考文献

1. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Activation Measure(PAM) : conceptualizing and measuring activation in patient and consumers. Health Serv Res. 2004;39(4 Pt 1):1005-26.
2. Carman KL, Dardess P, Maurer M, et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Health Affairs 2013 Feb;32(2):223-31.
3. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. BMJ 2007; 335(7609):24-7.
4. The Joint Commission. Speak Up Campaigns. Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/for-consumers/speak-up-campaigns/> (accessed 28 May 2021)
5. 大阪大学医学部附属病院. 患者さんと医療者のパートナーシップーSpeak Up (The Joint Commission)/スピークアップ「声に出しましょう!」

Available from: <https://www.hosp.med.osaka-u.ac.jp/home/hp-cqm/ingai/instructionalprojects/partnership/iroha06/index.html>
(accessed 28 May 2021)

6. 池尻朋, 上間あおい, 中島和江 他. 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」の開発と導入. 日本医療マネジメント学会雑誌. 2013;14(3):113-120.
7. Ikejiri T, Uema A, Nakajima K, et al. Keys for the successful implementation of patient engagement programmes for Patient Safety, International Forum on Quality and Safety in Healthcare 2013.



図1 いろはうたファイル



みんなの いろはうた —患者さんと医療者のパートナーシップ—



今いちど 自分の名前を 伝えましょう

病院には、よく似たお名前の方がおられます。点滴や検査の前、薬を受け取る時などにはフルネーム（氏名）を伝え、ネームバンドをお見せください。



廊下は意外にすべります スリッパやめて 夜も安心

スリッパは、院内ではすべりやすく、ケガのもとになります。入院中は履き慣れた、すべりにくい、踵をおおう靴で過ごしましょう。



歯は外したら いれ物へ 大事な体の 一部です

入れ歯をなくしてしまうと、とても不便です。検査などではずした時は、すぐに容器にしまいましょう。

図2 いろはうた説明用紙（表面）



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

すべての治療はあなたを中心にすすみます。病気についてはご自身でも勉強しましょう。わからないことやご希望があるときには遠慮なく病院の職員にお伝えください。



ホッとする 相手に話そう 不安な気持ち

不安や悩みを一人で抱え込む必要はありません。家族、友人や病院の職員などに気持ちを伝え、一緒に治療に取り組んでいきましょう。



変だな？ と思った時は 確認を くすりは 正しく 飲みましょう

お薬にはたくさんの種類やのみ方があります。初めてのお薬を手にした時や、何か疑問に思った時は、服用する前に確認しましょう。



とっても 大切 次の診察 いつですか

退院後はご自身での体調管理が大切になります。これからの診察予定や病院で聞きたいことをノートなどに書き留めておくことをおすすめします。



© 2010 大阪大学医学部附属病院



図2 いろはうた説明用紙（裏面）



図 3 「いろはうた説明用紙」がセットされた「いろはうたファイル」



図 4 テレビいろはうた

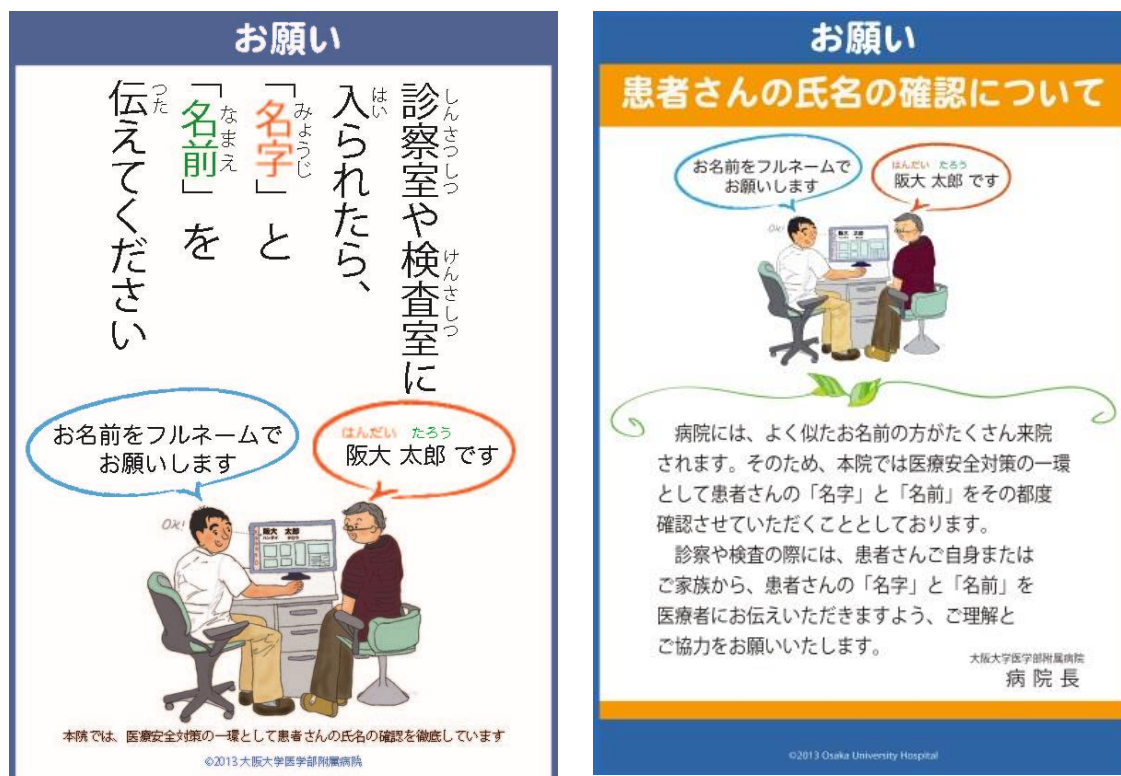


図 5 患者確認ポスター



図 6 転倒予防に関するポスター、リーフレット

腎不全医療における療法選択および腹膜透析治療における Shared Decision Making の推進

研究分担者

猪阪善隆（大阪大学大学院医学系研究科 腎臓内科学）

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）

1. 末期腎不全に対する療法選択における、我が国の患者協働推進活動

1970 年代以降、我が国の腎不全医療は、どこでも誰でも良質な透析が受けられることを目指して、血液透析治療の体制拡充を推進するポリシーで保険制度を整備してきた。しかし近年は、少子高齢化、病態の複雑化と慢性化、介護費の増加等により医療費が増大する中で、年々増加する透析医療費が医療経済を圧迫していた。透析医療費を抑えるため、血液透析に偏った我が国の透析医療を見直す医療経済上のニーズが生じていたことと並行して、世界的に person-centered care の視点が重視されるようになり、その理念は透析療法選択における意思決定の在り方を見直す機運を生んでいた。これらを背景として、腎不全医療において①重症化予防や生活習慣の改善を促す取り組みを進める必要があること、②諸外国に比し著明に血液透析に偏っていた我が国の療法選択状況を問題視し、適切に情報提供し個々の患者の価値観を反映した療法選択を推進する必要があること、が喫緊の課題であるとの認識が専門医に広まりつつあった。

2017 年 10 月 7 日に開催されていた第 23 回日本腹膜透析医学会学術集会・総会で、日本透析医学会理事長と日本透析医会会長を座長として国会議員、日本腎臓学会理事長、日本移植学会副理事長、日本腎不全看護学会理事長、日本腹膜透析医学会理事長、日本臨床工学技士会理事長による「緊急シンポジウム」が急遽開かれ、療法選択時の意思決定の在り方、SDM 浸透の必要性を国がリードする必要性も含めて共通認識が得られた（図 1）。これを受け、腎不全医療の関係主要学会から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透析医療に関わる方針が、大きく転換した（図 2）。

緊急シンポジウム 腎代替療法の適切な情報提供 司会：中元秀友（日本透析医学会理事長／埼玉医科大学病院 総合診療内科） 秋澤忠男（日本透析医会会長／昭和大学医学部内科学講座腎臓内科学）
SSY-1 下肢末梢動脈疾患指導管理加算の創設について 秋野公造（参議院議員） SSY-2 腎代替療法選択外来の必要性 中元秀友（日本透析医学会理事長／埼玉医科大学病院 総合診療内科） SSY-3 CKD 診療・療法選択の課題と人材育成 柏原直樹（日本腎臓学会理事長／川崎医科大学 腎臓・高血圧内科学） SSY-4 腎代替療法としての腎移植－早期情報提供の重要性－ 湯沢賢治（日本移植学会副理事長／ 独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 臓器移植外科） SSY-5 療法選択における意思決定を支援する看護 内田明子（日本腎不全看護学会理事長／聖隷横浜病院） SSY-6 在宅医療としての腹膜透析普及のために～適切な情報提供の必要性～ 水口 潤（日本腹膜透析医学会理事長／社会医療法人 川島会 川島病院） 追加発言 1 療法選択の必用性－家庭血液透析－ 川西秀樹（土谷総合病院） 追加発言2 腎代替療法の適切な情報提供 ～臨床工学技士の立場から～ 本間 崇（公益社団法人日本臨床工学技士会 理事長）

図1 第23回日本腹膜透析医学会緊急シンポジウム（2017年）

➤ 腹膜透析や腎移植の推進に資する取組みや実績等を評価する。

1. 導入期加算を見直し、患者に対する腎代替療法の説明を要件化するとともに、腹膜透析の指導管理や腎移植の推進に係る実績評価を導入する。

現行	改定後
【人工腎臓】	【人工腎臓】
導入期加算 300点	(改) 導入期加算1 300点
	(新) 導入期加算2 400点
【施設基準】 なし	【施設基準】
	導入期加算1 関連学会の作成した資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき、患者毎の適応に応じて、腎代替療法について、患者に対し十分な説明を行うこと
	導入期加算2 ① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を過去1年間で12回以上算定していること ② 腎移植について、患者の希望に応じて適切に相談に応じており、かつ、腎移植に向けた手続きを行った患者が過去2年で1人以上いること ③ 導入期加算1の施設基準を満たしていること

2. 慢性維持透析患者外来医学管理料の加算を新設し、導入期加算と同様な評価を導入する。

(新) 腎代替療法実績加算 100点 (1月につき)

【施設基準】 導入期加算2の施設基準を全て満たしていること

➤ 腹膜透析を推進するため、腹膜灌流に係る費用の入院料への包括を見直す(別途算定可)。

【見直す入院料】 回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特定一般病棟入院料




6

図2 平成30年度診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課(平成30年3月5日版)

この改定では、腎代替療法について、関連学会の作成した資料に基づき十分説明を行うことが導入期加算1の条件とされ、さらに腹膜透析や腎臓移植の実績のある施設では導入期加算2や腎代替療法実績加算(慢性維持透析患者の外来医学管理料)が与えられることとなり、これらの加算申請施設数は年々増加した。

さらにSDMの質を高めるため、令和2年度の診療報酬改定では、「腎代替療法指導管理料」(500点)が新設され、その条件には、腎臓病診療経験、腎臓病看護経験の一定年数以上の専任常勤医師、看護師が行うこと、施設として定期的に腎臓病教室を開催していること、腎臓病教室とは別に個々に適切な時期に血液透析・腹膜透析・腎臓移植のいずれも情報提供を行うこと、などが定められた(図3)。各施設では情報提供実施者、時間、提供情報内容を記載した文書をカルテに登録することで事務的に加算を申請する、といった仕組みをそれぞれに構築しつつある。令和2年度の改定は単に情報を提供するのみでなく、Shared Decision Makingを実施するためには、時間と経験値を要することが認識され、SDMに要する労力が評価されるとともに、患者協働を適切に進めようという意図が示されたものと考えられた。ただ、腎臓移植に関する実績条件が厳しくなり、多くの中小規模施設でのSDMの努力は診療報酬に反映されないことが、今後の検討課題と考えられる。

腎代替療法指導管理料の新設

- 透析開始前の保存期腎不全の段階から腎代替療法に関する説明・情報提供を実施した場合について新たな評価を行う。

(新) 腎代替療法指導管理料 500点 (患者1人につき2回に限る。)

[算定要件]

- ・ 対象となる患者は、次のいずれかの要件を満たす患者であること。
 - ア 慢性腎臓病の患者であって、3月前までの直近2回のeGFR($\text{mL}/\text{分}/1.73\text{m}^2$)が**いずれも30未満の場合**
 - イ 急速進行性糸球体腎炎等による腎障害により、**不可逆的に慢性腎臓病に至ると判断される場合**
 - エ **適切と判断される時期に腎代替療法の情報提供を実施すること。**
- ・ 関連学会の作成した腎代替療法選択に係る資料又はそれらを参考に作成した資料に基づき説明を行うこと。

〔施設基準〕

- ・ J038 人工腎臓 導入期加算2の施設基準に準じる。
- ・ 以下の職種が連携して診療を行う体制があること。
 - ア 腎臓内科の診療に従事した経験を3年以上有する専任の常勤医師
 - イ 5年以上看護師として医療に従事し、腎臓病患者の看護について3年以上の経験を有する専任の常勤看護師



52

図3 令和2年度診療報酬改定の概要 厚生労働省保険局医療課 令和2年3月5日版引用

学会主導で国の施策に SDM の理念が反映され、実際にインセンティブが付与される仕組みは、全国の慢性腎不全医療に関わる施設の療法説明に関する意識を高め、実際に全国的に PD 選択率は上昇している。

さらに SDM 推進協会が 2017 年 10 月に発足し、2018 年 4 月には意思決定支援のための小冊子を全国に配布、全国での SDM セミナー（ロールプレイやグループワークを含む）を開始し、SDM 実践推進のためのスキル普及に積極的に活動している（図 4）。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、全国的に腎臓内科における SDM 実施の文化は醸成されつつある。

2019年7月
21日（日）



東京にて、腎臓病SDMセミナー アドバンストコースが開催されました。大阪同様、参加者の皆さんは熱心にグループワークに取り組み、施設間での情報交換も活発に行われていました。

2019年7月
20日（土）



大阪にて、腎臓病SDMセミナー アドバンストコースが開催されました。同コースは、昨年ベーシックコースを受講された方々を対象に、SDM実践にむけたコミュニケーションスキル向上および院内体制構築にむけたリーダーシップスキル向上の支援を目的としています。参加者の皆さんは、熱心に講義に耳を傾け、積極的にグループワークに参加されていました。

図4 腎臓病SDM推進協会ホームページより引用

2. 国際的な最新の動向

2020 年に PD 処方に関するガイドラインが国際腹膜透析学会から 14 年ぶりに更新された（図 5）。2006 年のガイドラインでは、複数の大規模 study から得られた知見をもとに溶質除去量の目標値を設定し、これをクリアすることが「適正な」透析であるとされた。しかし 2020 年に改訂されたガイドラインは、健康であることに影響する因子は溶質除去量のみではないことを明確にし、これまでの数値目標を目指したケアから goal-directed care へのパラダイムシフトを明確に支持する画期的なものとなった。このガイドラインでは“patient”ではなく”the person doing PD”と表現され、個別の身体的、精神的、社会的背景や、家族や介護者の考えなども含めてディスカッションを行う Shared Decision Making を医療チームと患者間で実施し、これを通じてライフスタイルや QOL、健康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) が推奨されている。医学的にも多面的に評価すること、また、患者が目標とする人生を歩むことを可能とすることを旨とする「high-quality goal-directed PD」が全面的に推奨されている。

Guidelines

International Society for Peritoneal Dialysis
Perit Dial Int 2020, 40(3), 244-253

**International Society for Peritoneal Dialysis practice recommendations:
Prescribing high-quality goal-directed peritoneal dialysis**

国際腹膜透析学会が推奨する PD 治療：質の高い、目標指向の PD 処方

要約

ISPD（国際腹膜透析学会）は 2006 年に PD 処方に関するガイドラインを発行した。このガイドラインは尿毒素の除去に焦点をあて、透析による尿素除去量を測ること等を提示し、小分子の溶質をある一定量除去することが「適正な」透析に必要とした。しかしながら現在では、透析患者の健康は、尿毒素の除去だけではなく、多くの様々な因子によって影響されるものだ、ということが広く受け入れられている。このガイドラインは「PD をしている人（the person doing PD）」に焦点をあてて作成された。ここでは透析は「目標指向」であるべきだと提示されている。PD をしている person とケアチームとの間の意見交換 (shared decision-making) を通じて、透析治療のケア目標 (care goals) を設定する。こうしたケア目標を設定するねらいは、(1) PD をしている人が、自らの人生目標を達成することができるようにすること (2) 透析チームによって質の高

い透析ケアが提供されるよう推進すること、である。

Key recommendations

1. PD 処方、PD をしている人とケアチームの間での shared decision-making を通じて処方決定されるべきだ。SDM の目的は、(1) PD をしている人が目標通りの人生を歩めるようにすることで最大限の QOL を維持すること、(2) 症状や治療疲れを最小限にすること、(3) 確実に質の高いケアが提供されるようにすること、を可能にする現実的なケア目標を設定することである。
2. PD 処方はその地域のリソースや人々の治療への要望や人生の考え方も考慮に入れて多様な選択肢を検討するべきである。特に治療の介助をしている家族や介助者の要望や考え方も考慮に含める。
3. 質の高い PD ケアを提供するためには複数の面から評価するべきだ。
 - a. Patient reported outcome measures (PROMs : 患者報告アウトカム尺度) - PD をしている人がどのような人生を送っているか、健康についてどう感じているか、を測定するもの。この PROMs は、その人の症状、透析レジメンが生活に与える影響、メンタルヘルス、社会的状況も含めて検討するものであるべき。健康関連 QOL。
 - b. 体液の評価—透析治療の重要な部分。尿量と透析除水量の両者が体液量を良い状態に維持するのに重要。日々のルーチンケアとして血圧や臨床所見とともに体液量評価を行うべき。
 - c. 栄養状態—患者の食欲、臨床所見、体重、血液検査(K、HCO₃、リン、Alb)から、定期的に栄養状態を評価すべき。K、リン、Na、たんぱく、炭水化物、脂肪の食事摂取量を測定し調整することも必要かもしれない。
 - d. 尿毒素の除去—Kt/Vurea やクレアチニンクリアランスで透析量として測定可能。但しこれらの測定値について特定の目標値を達成する必要性やメリットを示す質の高いエビデンスは存在しない。
4. 老廃物を除去し続け、尿を出すことのできる残腎機能は、すべての PD をしている人が知っておくべきことだ。管理はこの残腎機能を可能な限り保持することに焦点をあてて行われるべきだ。
5. 高齢でフレイルや予後の不良な人で透析が必要な場合、透析疲れを最小限にするために透析処方を減らす方が、QOL の面で利点が多いケースもある。
6. 低所得、低中所得国では、リソースの限界も考慮にいれたうえで、これらの提言に準拠するようあらゆる努力を行うべきだ。
7. 小児に対する質の高い PD の提供についても成人と同様の原則で行う。すべての症例で、PD 処方は個々の子供と家族が求める医学的、精神的、社会的、経済的な面からの要望に合致するようデザインされるべきだ。

図 5 新 腹膜透析ガイドライン（国際腹膜透析学会 2020 年）

CBR matrix を用いて慢性疾患患者支援のための社会的処方を考える

研究協力者

高橋敬子（兵庫医科大学 医療クオリティマネジメント学）

1. CBR matrix について

世界保健機構（WHO）、国際労働機関（ILO）、国際連合教育科学文化機関（UNESCO）、国際障害と開発コンソーシアム（IDDC）の4組織より、障害のある人と家族、その他、これまで社会的に排除されてきた人たちの貧困削減に役立てるための Community-based Inclusive Development（地域社会開発戦略：CBID）の1つとして Community-based Rehabilitation：CBR の概念が2010年に発表された。そのガイドラインにおいて、患者を取り巻く様々な要因、すなわち Social Determinants of Health（健康社会的決定要因：SDH）の脆弱な要素を把握するために、5つ大項目を繋がりのあるものとして横に並べ、各項目を構成する5つの要素を縦に配した CBR matrix（表1，図1）が発表された。

表1. CBR matrix を構成する項目と要素の紹介

Component (大項目)	Elements (要素)
Health 健康増進	Promotion さらに健康を増進させる意欲と環境 Prevention 疾病の予防や増悪阻止の意欲と環境 Medical Care 医療の提供と受け入れ先 Rehabilitation 社会復帰に繋がる訓練ができる環境 Assist Device 補助装具と入手
Education 教育、 リテラシー	Early Childhood 小児期の教育 Primary 初等教育 Secondary & Higher 高等教育 Non-Formal 学校教育以外の付加的な教育 Lifelong Learning 生涯継続する教育
Livelihood 生計を成り立た せる扶助	Skills Development 能力技術の開発や獲得 Self-employment 個人事業 Wage Employment 雇用や賃金の獲得 Financial Services 金融、蓄財 Social Protection 社会保障 社会資源
Social 生活環境を豊か	Personal Assistance 介助者 Relationships, Marriage, Family 親類、配偶者、交流関係

にするもの	Culture&Art 文化、芸術への関心と接する機会 Recreation, Leisure, Sports 運動や楽しみ、息抜きへの関心と参加 Justice 公正な司法判断を仰げる環境
Empowerment 生活に力を与えるもの	Advocacy&Communication 支援者との繋がり Community Mobilization 取り巻く環境への理解と受け入れ Political Participation 公平で自由な政治への参加 Self-help Groups 自発的自助的な支援活動、ピアサポート Disabled People's Organization 障害者団体、患者会など

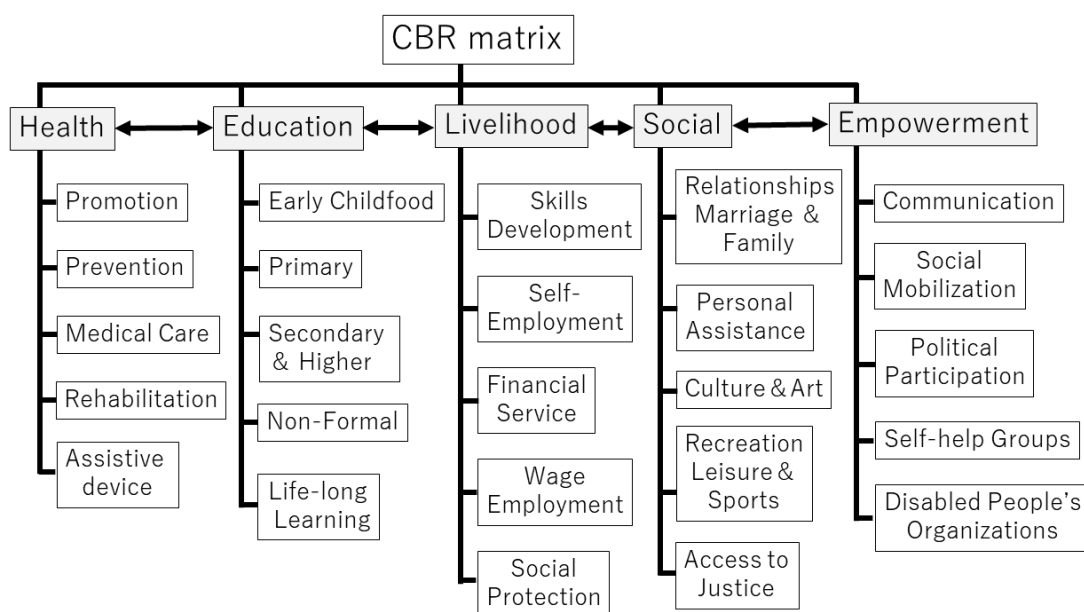


図1 CBR matrix：WHO ガイドライン掲載図より作図

我が国において CBR matrix は障害を有する者への機会均等化や社会統合のための戦略としての使用が散見されるのみである。現実の医療では、社会支援や経済状態などの SDH が患者の健康維持に影響を与えることは理解しているものの、患者個々の SDH の詳細な解析手段が得られず、患者の社会的に脆弱な部分を見出すことができていない可能性がある。特に慢性疾患を抱える患者では、「治癒」というゴールを得ることは難しく、長い罹病期間の中で疾患の寛解と増悪を繰り返すこととなる。増悪への移行を回避するためにはセルフケアのような「自らを理解して自らを治療する」ことが求められるが、すべての患者が容易に実施できるわけではなく、「何か」が加われば実施が容易になる可能性があるといった「何か」の抽出が必要である。

CBR matrix における「医療」は、「Health：健康増進」という大項目で示さ

れ、関連する要素には人々が健康に生きるための必要なものを深く掘り下げ配列している。医療機関内で提供している「医療」は CBR matrix では「Medical care」と表現され 1 つ要素として数えられるに過ぎない。健康を阻害する背景要素や患者の健康維持の支援へと繋げるためには患者環境を広く見渡し、患者が獲得することによって健康維持へと繋げるための支援となるもの認識する手段として CBR matrix を臨床の場で活用する着想に至った。

2. 慢性疾患患者への応用

(1) 研究対象と方法

慢性循環器疾患を抱える患者に多職種構成の Heart Team が心臓リハビリテーション外来で介入を行う際に、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の脆弱な要素を見出し効果的な介入方法を考察する。

患者背景や問診で得られた情報は 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) に分類し、判断材料が得られなかったり、分類に至らなかった項目が、この患者の脆弱な要素と捉えることとした。

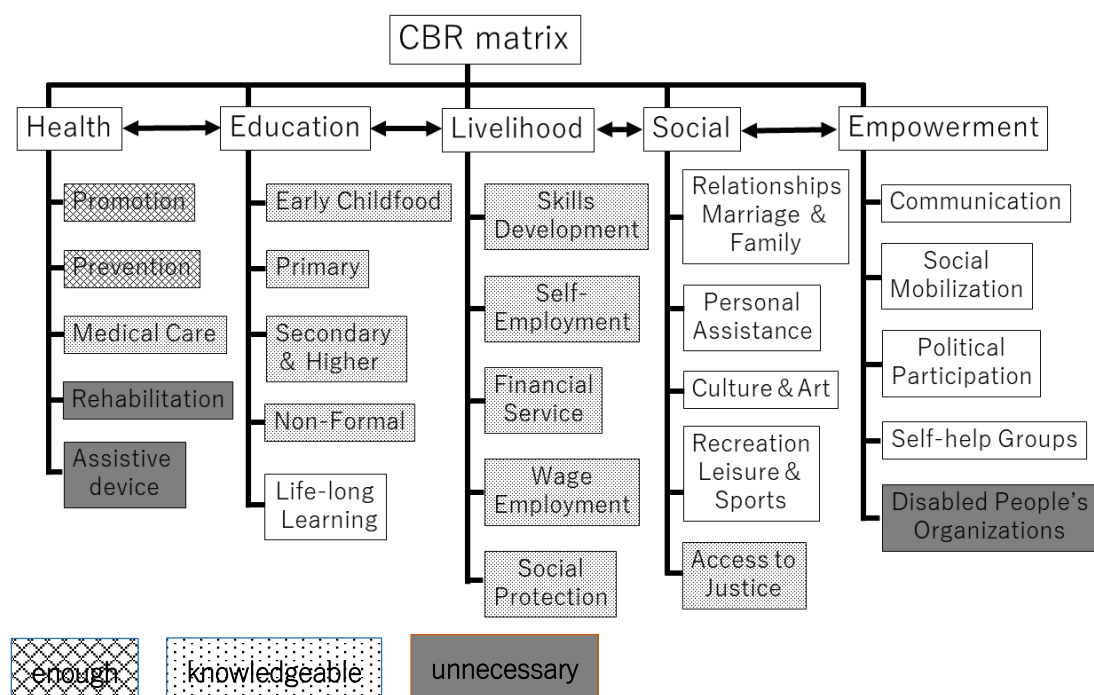
(2) 介入例の紹介

Heart Team Case 1 :

62 歳の男性。 59 歳時に慢性大動脈解離を発症し保存的加療を受けているが内服コンプライアンスが悪く血圧が安定しない

初診時問診	CBR matrix を意識した追加問診
一軒家に独居で居住、59 歳で退職	タクシー運転手をしていた 家の周囲に広い農地を所有している
自宅菜園が趣味	数種類の野菜を栽培している 一人で黙々と日々畑仕事をしている
1 回/月の頻度で医療機関を受診 他の病院には行きたくない	電車を 3 回乗り継いで 70 分を要して通院している。 人と話すと気を使うので慣れたところに通いたい
この疾患では突然死がありうることは理解し覚悟はできている	突然死は覚悟しているが死にたくない
病院には行くが薬はきちんと内服していない	服薬しなくても誰にも注意されないのだから飲んでいない

	家庭血圧は測定していない
タバコはやめられない	禁煙した方がいいと思うが禁煙の方法がわからない
年金生活である	収穫した野菜を契約したお店に出荷し副収入が充実している



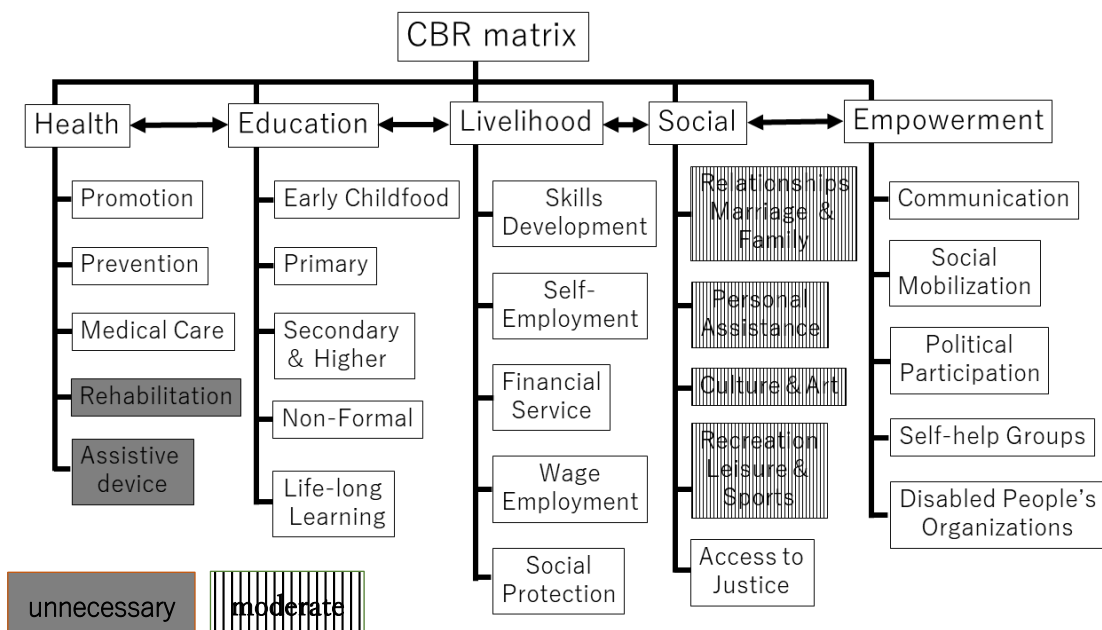
Case 1 においては、Social と Empowerment の 2 項目に関連する要素が充足していないことが表出した。この患者にはピアサポートを加味した、集団指導方式の心臓リハビリテーション外来への参加を提案し現在通院中である。

Heart Team Case 2 :

51 歳の女性。急性心筋梗塞を発症し 2 週間の入院期間の後、外来通院へと至る。45 歳頃から糖尿病の指摘があり近医で内服処方を受けていた。虚血性心疾患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が、積極的なセルフケアができていない。

初診時間診	CBR matrix を意識した追加問診
賃貸住宅に夫と子供 2 人の 4 人暮らし	夫は長距離トラックの運転手で、仕事に出ると 2-3 か月は帰らない。収入は夫が管理し、帰宅した時に夫から生活費をもらう。

	基本的には困窮していないが、以前に夫の仕事が長くなり生活費が底をついた経験があるため、普段から切り詰めて生活している。
自分は専業主婦	文章を読むのが苦手で、マニュアルなどの理解が難しくアルバイトなどができない 父親の転勤が頻回で、小学校と中学校は卒業したが、十分な学習ができなかった。ローマ字がわからないので、メールができない。
趣味は裁縫や編み物	生活費を切り詰めるために、自分と子供の衣服を手作りしている。 裁縫は子供のころから母に教えてもらっていた。 近所の人とは挨拶や雑談はする 友人はいない
1 回/月の頻度で通院する。電車で 2 駅なので通いやすい	交通費の節約のため 25 分歩いて通院している
糖尿病に関しては今後かかりつけ医で診察を受けたい	パンフレットなどの新しい情報をもらっても、理解できないので、今までと同じように診てもらいたい。



Case 2 では、Education、Livelihood の 2 項目に関連する要素が充足しておらず、Empowerment の要素においては判断すべき材料となるものを問診から引き出せず、多くの要素が充足していないことが判明した。この患者の場合、何よりも生育環境がもたらした Education の要素の脆弱さが患者のヘルスリテラシーを低下させ、得られるであろう健康に関する情報の遮断が発生していることが表出した。この患者の学習方法は体験した記憶を基に習得している可能性が高く、介入方法としては外来通院回数を増やし、外来診察の体験の中からヘルスリテラシーを培っていただく方法を実行している。

3. 医療での Trans Professional Work の導入と社会的処方への拡大へ

CBR Matrix を用いた慢性疾患患者への介入は、患者-医療者の双方に SDH を意識させる有効なツールと考える。しかしながら、表出した要因をその地域の社会資源に繋げるためには、医療機関のみの働きでは限界がある。患者中心医療の支援として Inter-professional Work（多職種協働：IPW）での取り組みが実施されているが、CBR Matrix に取り上げられている各項目と要素には、様々な組織や職業やコミュニティが存在し、もはや医療界のみの IPW では患者への支援は完結せず、Trans Professional Work といった業種や組織間での境のない協働が必要である。

2016 年に英国で提唱された social prescribing（日本語訳：社会的処方）という「お薬処方のみではない社会的環境の処方」という概念を基にした活動が萌芽し始めている。これはまさに CBR matrix で可視化された患者が抱える様々な問題要素を緩和すべく、地域に存在する社会資源と患者を繋ぐ実際的なサービスである。社会的処方の実践には有効に機能するリンクワーカーの育成をはじめとする様々な課題があるが、まずは医療において見過ごされがちな「人が健康に生きるために必要な医療以外の何か」把握することに関して、患者、医療者ともに意識するための手段として CBR matrix は有用であると考ええる。

4. 参考文献

- 1) WHO Guideline Approved by the Guideline Review Committee, Community-Based Rehabilitation; CBR Guideline 2010
- 2) Bickerdike L, Booth A, Willson PM et al. Social Prescribing: Less Rhetoric and More Reality. A Systematic Review of Evidence. BMJ open 2017; 7 (4): e013384
- 3) Roland M. Everington S. Marshall M. Social Prescribing – Transforming the Relationship between Physicians and Their Patients. N Engl J Med 2020; 383(2): 99–97

「薬局薬剤師は患者の伴走者に！」
～薬局での薬剤師による生活習慣改善支援の可能性

研究分担者

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）

1. はじめに

社会の急速な高齢化と生活習慣の変化に伴う疾患構造の変化は疾病を持ちながら生きる慢性疾患患者数の増加を招いており、資料資源の不足と医療費の高騰につながっている。慢性疾患の中でも糖尿病や高血圧は血糖値や血圧が高くなる病態であるが、初期の段階では自覚症状はなく、将来起こる可能性がある合併症を予防することが重要になる。このような病気は、食事や運動、禁煙など健康的な生活習慣を身に付けることで改善できることも多いが、生活習慣を自らの力で変更することは容易ではない。そこで、我々の研究グループでは地域医療における薬局薬剤師の役割を見直し、薬剤師が薬局で薬剤を渡す際に行うことが義務付けられている服薬指導に着目した。

2. プロジェクト開始のきっかけ

教育関係の仕事に10年間携わった後に40歳で薬剤師になり、薬局に勤務することになったことが始まりであった。患者と毎月顔を合わせるうちに、様々な相談を受けるようになった。特に糖尿病患者は、食事や運動の習慣を変えることは容易ではなく、HbA1cは月によって大きく上下し、血糖コントロールが悪化すれば、医師から叱責を受けることがあることを知った。患者と相談しながら解決策を探るうちに、次第に生活習慣を修正し、血糖コントロールを改善していく患者が少なからずいることに気づいた。

高血圧患者に対しても、同様の経験をした。近隣の医師達は、患者自身による家庭自己血圧測定を勧め、血圧手帳に記録させていた。高血圧患者達からは、血圧計の購入方法や機種について薬局で相談を受けたり、血圧手帳の使い方などを説明する際、血圧手帳の「高血圧を改善する生活習慣」の項目について、特に「減塩のコツ」について説明しておく、と血圧が改善して減薬につながる症例を多数経験した。

糖尿病・高血圧の患者、どちらの場合も薬局で投薬時に数分の情報提供を継続して行うことで、患者の生活習慣改善の行動変容が起きていた。学会などで症例報告として発表した、糖尿病学会所属の医療者の中では、薬局はあまり認知されておらず、投薬時のちょっとした情報提供程度で血糖コントロールが改善することについては信じてもらえないことも少なくなかった。また、薬局

薬剤師ですら、薬以外の説明を薬局で行うことに対して、抵抗を感じる薬剤師も当時は少なくなく、患者アウトカムに対する効果に対しても懐疑的であった。

そこで、薬局で患者への投薬時に、簡単な生活習慣改善の情報提供を行ったときの患者アウトカムへの効果を、臨床研究として評価する必要性を感じ、ランダム化比較試験：COMPASS プロジェクトと COMPASS-BP を計画、実施した。薬局で、糖尿病や高血圧患者に短時間の生活習慣改善の情報提供を行うことは、患者の生活習慣改善への動機づけになる。行動経済学で言えば「ナッジ」（英語で肘で軽くつつくの意）で、言い換えれば患者をエンパワーする方法である。患者を指導するのではなく、患者のやる気を引き出すこの手法を、全国の薬局で実施すれば、薬を増やさずに血糖値や血圧を改善できるのではないかと考えた。

3. COMPASS プロジェクト

慢性疾患患者へ処方される薬剤は、長年にわたりほとんど変わらない。そのため、薬局で薬剤師は、処方の変わらない慢性疾患患者に対しては、十分に機能が発揮できないと感じることも少なくない。我々は、薬剤師に患者が服薬を継続し治療に前向きになるような動機づけの手法を研修で学んでもらった。また、患者が生活習慣を改善するコツを紹介した配布資料を作成し患者に実施した。毎回 1 枚に食事・運動療法のコツをまとめた資料を 3 分以内の簡単な説明と共に患者に渡し、その薬剤師による軽微な介入が、患者のアウトカムに与える効果について検証した。

1) COMPASS プロジェクト（2011 年～2013 年）

薬局で薬剤師により 2 型糖尿病患者に対する短時間の生活習慣改善の動機づけを行うことによる、血糖コントロール改善について検討した。薬局をクラスターにしたランダム化比較試験：COMPASS プロジェクトを実施した。

50 薬局、132 名の 2 型糖尿病患者が 6 か月間、対照群では通常の服薬指導のみ、介入群では通常の服薬指導に加えて予め用意された 14 種類の配布資料（図 1）を用いた 3 分程度の生活習慣改善の情報提供を受けた。対照群に比べて介入群では HbA1c -0.4% （95%CI -0.74 to -0.06 、 $P=0.021$ ）%であった（図 2）。

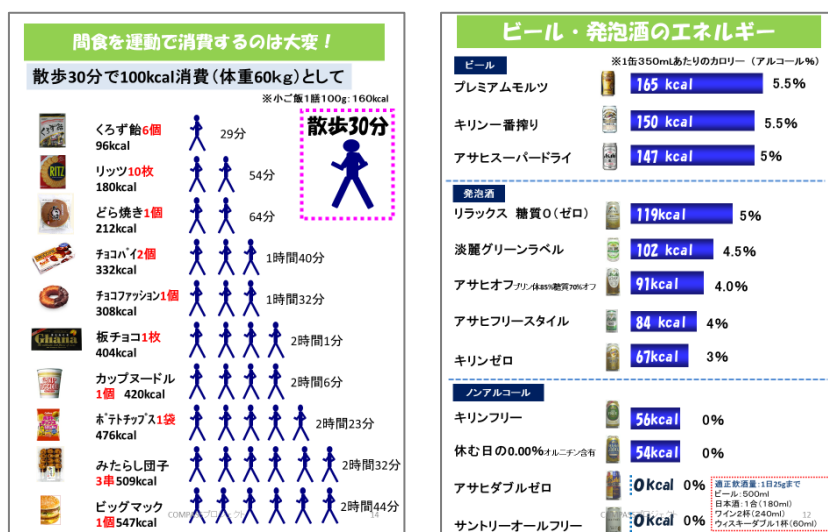


図 1. COMPASS プロジェクトで使用された配布資料

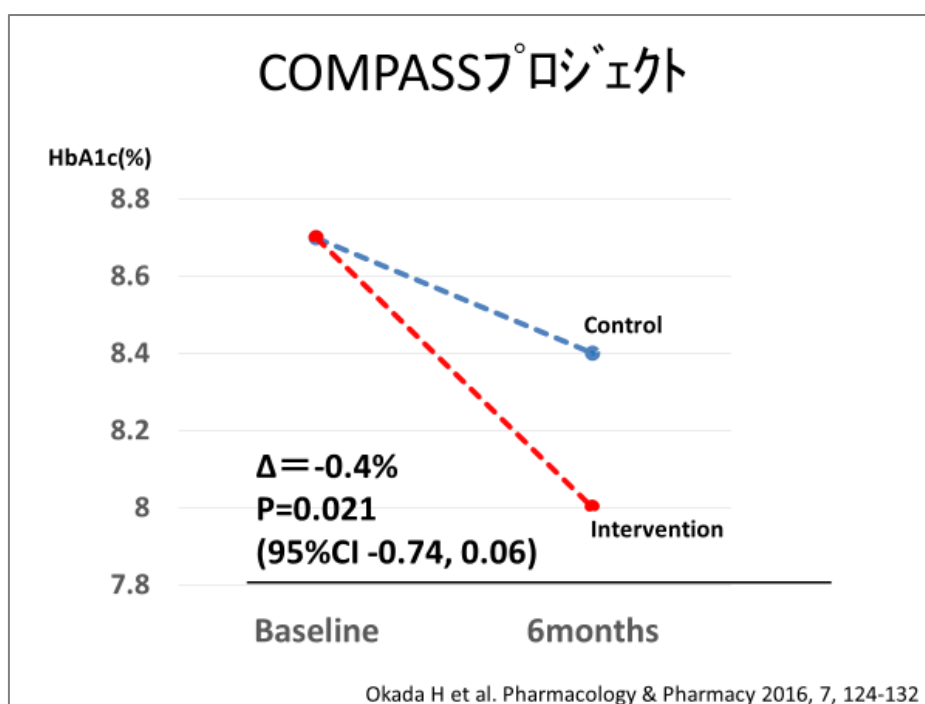


図 2. COPASS プロジェクト 対照群と介入群のHbA1cの6か月間の変化

2) COMPASS-BP 研究

COMPASS プロジェクトが2型糖尿病患者を対象とした薬局薬剤師による生活習慣改善支援の研究であったが、次に行ったのが薬剤師の介入は同様だが、対象は高血圧患者を対象にしたCOMPASS-BP研究である。こちらの研究でも、薬局で薬剤師が「減塩」・「野菜食」(DASH食)・「有酸素運

動」・「減量」・「節酒」といった、実施することで狡猾効果が期待できる生活習慣改善についての情報提供を、介入群の患者へ予め用意された配布資料を使って3分程度、投薬時に行うという研究であった。また、血圧測定は1日2回、起床時と就寝時に家庭血圧計を使って3か月間実施した（図3）。

結果は、73 薬局、125 名の高血圧患者が参加した。介入群の対照群に対する収縮期血圧の差は -6.0mmHg (95% CI: -11.0 to -0.9 , $P=0.021$)であった。MMRM 解析では、収縮期血圧の差は -4.5mmHg で、こちらでも同様に対照群に比べ介入群の血圧が改善することが明らかとなった（図4）。



図3. COMPASS-BP での配布資料例 貸与した歩数計・家庭血圧計

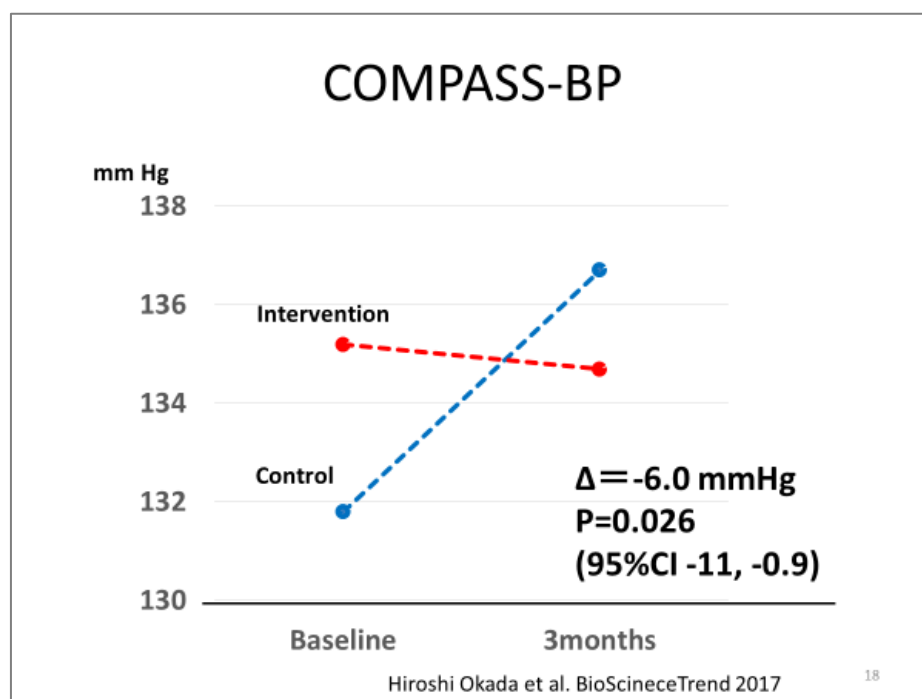


図 4. COMPASS-BP 収縮期血圧差は 6.0mmHg であった。

4. 3☆（スリースター）ファーマシスト研修

日本で最初の薬局でのクラスターランダム化比較試験である COMPASS プロジェクトが 2012 年に終了した後、研究のために開発した「薬局での 3 分間動機づけ面接」プログラムを、チェーン薬局 2 社で、1 回 8 時間、3 回の研修プログラムとして、東京・大阪・福岡で 2012 年から年間 15 回程度、毎年実施した。8 時間バージョンの他に、3 時間の無料体験版も全国各地で実施し、受講者は 2 千名を越えている。2013 年には、この研修プログラムの書籍版「3☆ファーマシストを目指せ！」も出版された（図 5）。

岡田が 2016-19 年のカナダ留学期間中は、全国（東京、関西、福岡）に計 7 名のファシリテーターを育成し、彼らが 2 人組になり各地で研修を実施した。また、3 時間の体験版についても、研修受講者の中で希望した 25 名を体験版ファシリテーターとして育成し、スライドとファシリテーターマニュアルを支給し各地で実施してもらった。効果を実感した参加者からファシリテーターを育成すること、マニュアルとツールを準備することで、各地で標準化された教育が途切れることなく継続できた。なお、3☆ファーマシスト研修は、2019 年は Patient Centered Care: PCC 研修と名前を変え、新しいコンテンツも取り入れて大阪で 7 回実施した。



図 5. 3☆ファーマシストを目指せ（書籍）

COMPASS プロジェクトのために開発された、「薬局での 3 分動機づけ面接プログラム」を書籍にしたもの（2013 年 じほう）

5. まとめ

取り組みを始めたきっかけは、薬局で患者と親しくなると血糖値が改善していくことに気づいたことであった。患者と言葉を交わし、相談を受けることは薬局薬剤師として重要な仕事だと感じるし、感謝される経験は自分の仕事への何よりの動機づけになった。患者のためになる活動であるとわかれば、医師や看護師、管理栄養士など他の職種も理解を示し、応援してくれる方も増えた。2008 年から 12 年間、研究と研修活動を全国で行ってきて分かったことは、行動変容が一番難しいのは、医師でも看護師でもなく、ベテランの薬剤師であるということであった。幸い若い世代の薬剤師は、慢性疾患を持つ患者の支援を薬局で行うことも、自らの仕事の一部と認識する人が多い。特に、そのような患者さんから、感謝の言葉を受けることで、過去の私と同じように、薬局でも病気をもちながら生きる患者さんの治療継続を支える仕事に、薬局薬剤師の専門性を見出し、面白みを感じている薬剤師も増えてきた。

今後も、増え続ける慢性疾患患者を薬局で支援し、現在よりもより一層、社会に貢献できる薬剤師を育成していきたいと考えている。

6. 参考文献

1. Hiroshi Okada, Mitsuko Onda, Masaki Shoji. Effects of Lifestyle Intervention Performed by Community Pharmacists on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes: The Community Pharmacists Assist (Compass) Project, a Pragmatic Cluster Randomized Trial. *Pharmacology & Pharmacy* 7 124-132 2016
2. Okada H, Onda M, Shoji M, Sakane N, Nakagawa Y, Sozu T, Kitajima Y, Tsuyuki RT, Nakayama T. Effects of lifestyle advice provided by pharmacists on blood pressure: The COMMunity Pharmacists ASSist for Blood Pressure (COMPASS-BP) randomized trial. *Bioscience trends* 11(6) 632-639 2018
3. 岡田浩 3☆ (スリースター) ファーマシストを目指せ! 2013年 じほう

学生や医療者等が「実感する」ことのできる劇場型教育法

研究分担者

蓮行（大阪大学大学院人間科学研究科 / 劇団衛星代表）

1. はじめに

医療者の仕事は、生活の視点から患者（本来、患者とは限らない広く「市民」を対象と考えるべきだが、本稿では論が拡散しすぎることを防ぐため、基本的に「患者」とする）の健康を探究することであり、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、医師・看護師・コメディカル、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講義形式の授業は必ずしも最適とは言えず新たな方法が模索されてきた。中でも、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¹⁾。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。しかし現実には、演劇的手法を用いた「劇場型医療者教育」が社会実装されているという状態には程遠い。卒前教育では、医療系学部での演劇的手法を用いたコミュニケーション教育は、一部で先進的な取り組みが散見されるものの大学間の差が大きく、全体的に見れば、その量と質はまだまだ不十分というのが実情である。その要因としては、第一に、カリキュラムにおいてコミュニケーション教育を行う十分な時間がないこと、第二に、演劇に関する専門性を持たない教員には導入が難しい（あるいは、難しいと思われる）という2点が挙げられる。卒後教育に於いては、「いかに学ぶか」という主体性が学習者に委ねられているので、すでに高いコミュニケーション能力と新しい知見への関心を持つ層が積極的に取り入れる事例が散見する反面、本来そういった手法が必要であろうタイプの医療者からはほとんどアクセスがない、という状況である。結果として「コミュニケーション能力の高い人材と低い人材」の能力格差は拡大していると考えられる。そして「コミュニケーション能力の低い医療者」の存在によってデメリットを被るのは、本人たちより患者たちである。民間企業であれば、コミュニケーション能力の不足に

よって企業活動が上手く行かなければ市場から退場させられるという形で責任を取らされるが、医療業界はデメリットは主として患者が被ることになり、公共的な視点から非常に問題である。医療者のコミュニケーション能力向上は、当人たちの問題ではなく社会的な問題なのである。

そして、実のところ「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、「患者をエンパワーメントする」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。そのゴールに向けて、現段階では「医療者教育分野において、効果的に学習者のコミュニケーション力や共感力を高めるための、演劇的手法を用いた教育プログラムは、いかなる形で設計すれば、高い教育効果を有したまま導入が進むのか」というアプローチで、他分野（工学・教育学・経営学等）とも連携しながら、研究と実践を進めている。

2. なぜこのような取り組みを始め、現在地はどこにあるか

本稿の筆者である蓮行は、演劇ワークショップ（演劇的手法を用いた参加型・体験型・複方向型学習）²⁾を防犯・交通安全や環境問題、食育などのテーマで小学生から大学生、社会人や高齢者までと創作・上演してきた経験を有している。医療者教育の分野でも、卒前教育としては看護大学において「生命と芸術実践演習」や「看護コミュニケーション」の科目を教員として担当しており、演劇的手法を用いた教育で行ってきた。卒後教育についても、医療者向けの研修講師や、医療系学会でのワークショップ実践などを行ってきた。これらの経験から、演劇的手法を用いた医療者教育プログラムは、①医療現場で必要とされるコミュニケーション力や共感力を高めることができる、②医療者-患者関係の重要性という理念を知識レベルにとどまらず実感を伴って深く学ぶのに適している、③参加者のチームビルディングに効果的であり、多職種協働によるチーム医療の重要性を学ぶことができる、という有効性を実感した。そして、患者参加型の新しいプログラムとしての高いポテンシャルがあると確信している。これまでの活動実績を表1に示す。

また、筆者が代表となっていた科研費挑戦的萌芽研究課題「高等教育における演劇的手法を用いた教育プログラムの事例分析と設計指針の構築」（2016年度～2018年度）においては全国の国公立大学のシラバスから演劇的手法を用いた授業を抽出した。なかでも看護分野のシラバスを精査した結果、演劇的手法を用いた授業が質・量ともに不足していることが分かった。さらに複数の大学で同一の教員が行う授業が見受けられ、属人的な授業技術によって授業が行われているという課題も発見されている³⁾。

次なる展開に向けた準備状況として、演劇的手法を用いた看護教育の現状を把握するためのデータベース構築や、各課題の遂行に関連する医療者教育分野内外の研究者および演劇分野の実践者とのネットワークの拡充を進めている。

3. 継続可能な理由

医療におけるコミュニケーションは「患者に正しい情報を伝える」、「患者から有効な情報を引き出す」ことには、とどまらない。極めて多様かつ、広く社会の様々なセクターやプレイヤーと関わるものである。しかし、従来の医療者教育には、そこまでの幅と深度を持った教育リソースは多くは存在しない。また、少なくない医療関係者は、自分たちに必要なコミュニケーションスキルを過少に捉えている。したがって、需要はあるが供給が足りない、また自分たちの需要に気づいていないという状況であると言える。現状の教育活動・実践活動は、それらの「需要に気づいた医療関係者」によって支えられている⁴⁾。

例えば、卒前教育においては、ロールプレイを取り入れたいが、自分にはスキルがないあるいは準備に割けるリソースがない、という大学教員からの相談は多く、筆者を非常勤教員やゲストとして招くというパターンが多い。

卒後教育については現在は、民間企業がCSR活動の一環として、医療者向けコミュニケーション研修を企画している。また、看護協会や栄養士会、地方の総合病院からの研修依頼もあり、医療関係者が独自の財源を用いて研修会を開催するケースもある⁵⁾。医療関係の学会でのワークショップも開催している。

このように、個人・民間ベースでは課題意識があり、「劇場型の医療者教育」への注目度は高いと言える。しかし、既に試行段階ではなく、本来ならば「劇場型の医療者教育」の効果について「大規模なRCTを実施し、実証研究から社会実装に向けた展開を行うべきステージ」にはあるので、まとまった公的研究資金を投入して、医療業界にエビデンスを示すべきである。そうすることで「需要」が喚起され、社会実装が実現して、継続・自走できると考えられる。「劇場型の医療者教育」の効果については、次項で改めて述べる。

4. 「劇場型の医療者教育」の効果

「劇場型の医療者教育」の効果は、非常に幅広いものと期待される。それは人材育成という範囲を大きく超え、実践そのものがチームビルディング（経営学と医学の学際領域では「チーミング」とも呼ばれる⁶⁾）に繋がるなどの様々な効果がある。

本稿では紙幅の都合などもあり、卒前教育における代表的な教育効果について言及する。

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。つまり、患者に接したことがなく、また患者に対する社会的責任を負ったことがなく、患者の家族や人生について想像する材料に乏しく、さらには「老眼」や「関節の痛み」について想像すらできない、という学習者たちである。「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。また若い学習者が直接的に議論しづらいこと（LGBTQの患者との関わり、終末期医療など）を取り扱うことができる⁷⁾。

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。

具体的な例を挙げる。ある高齢男性患者のところにやって来る見舞い客が、頻繁に「プリンなどの甘いもの」を土産に持ってくるという状況を想定する。看護師や栄養士は、この見舞客に「甘いものの土産の頻度を落とすように」と伝えなくてはならない。無論、「よくないことはよくない、とはっきり伝える」ということは、紛れもない一つの正解であり、時に医療者は、躊躇なく正論を伝えなくてはならない。しかし、患者との信頼関係、患者やその家族のQOLを考えた場合、なるべく穏便に、互いの感情を損ねることなく、それでも必要な情報を伝え、患者やその家族の「行動変容を促す」という高度なコミュニケーションも必要である。とはいえ、若い学習者に「こういう場合、どのように伝えたら良いか」をテキストで教えても、ほとんど効果は期待できない。また、「どう伝えたら良いか、議論してみましよう」というアクティブラーニングを取り入れても、なかなか有益な議論にはなりにくい。そこで、「シナリオ」を用意する。以下は、医学書院発行の「看護教育2016JUL. vol157」に寄稿した筆者の原稿⁸⁾からの引用である。

※※※※※引用ここから※※※※※

看護師「ああ、こないだ大笑いした拍子にプリンこぼして、悔しがってましたよ」

女性「あら、お洗濯で御迷惑をおかけしました？ すいません」

看護師「いやいや、それより、お孫さん、マイちゃんでしたっけ？」

女性「はい。うちの末っ子です」

看護師「おじいちゃん、デレデレよね」

女性「そうなんです。孫が6人いるうち、女の子1人だけなので」

看護師「プリンは、マイちゃんが『渡す係』になったらいいかもね」

女性「はあ」

看護師「おじいちゃん、ほら。プリンは、たまのお楽しみにするくらいにしないきゃいけないから。私たちが言うと、『楽しみを奪うな！』って怒るから」

女性「そうなんですよね。プリンは、ほどほどにるのは私もわかってるんですけど…」

看護師「プリンはいちちゃんからの特別なプレゼントってことにしたらよさそうね」

女性「（笑いながら）じゃあマイに、メッセージカード書いてもらって、一緒に渡してもらいます」

看護師「それ、いいですね！おじいちゃんには、マイちゃんとプリンお楽しみについて、言っておきますね」

女性「はい、失礼します」

以上のやりとりは、看護師さん側にはお見舞い品のプリンの頻度を下げたほうが良いという、明確な目的の設定があります。そして一見会話風に、話が急に孫娘のことに飛んでいます。しかし、流れの中でプリンの頻度が高くなると入院生活の上で好ましくないこと、そして、好きなプリンをおじいちゃんに我慢してもらうためのアイデアを示し、その方法について合意をとりつけています。患者さんやお見舞いの方たちは、当然、論理的な話に対する構えが普段からできている人ばかりではありませんから、このような会話に見せた対話という工夫が必要な場合もあるでしょう。ベテランの看護師が新人の看護師に対しては同じような工夫が必要な場合もあるかもしれません。

※※※※※引用ここまで※※※※※

上記のようなテキストを読ませる、ということでも、一定の教育効果は期待できるだろう。この場面を、映像教材として観賞させれば、テキストで読ませるよりも一段理解が進むだろう。舞台俳優（ボランティアの模擬患者でもよい）と看護教員が、このやり取りを教室で「上演形式」で行えば、映像よりもさらにリアリティを感じられるので、学習者に与える影響はより大きくなる。デモンストレーションとして看護教員がこのテキストを実演して見せた後に、「さあ、皆さんもそれぞれの役に2人1組で分かれて、声に出してやってみましょう」と促せば、より長期記憶に残る刺激となる。さらには、「ベテランの看護師なら、こんな風に言えば、お見舞い客にうまく伝えられるかもしれません。でも、あなたたちが新人として現場に入ったら、同じ言い方ではうまくはおかないかもしれません。さあ、自分たちならどうするか、看護師役とお見舞い客役のセリフを相談しながら作ってみて、いろいろ試してみましょう」という、寸劇づくりのワークショップに展開できる。このように、学習者の「当事

者性」と「主体的な関わり具合」を高めていくことに「演劇的手法」は非常に有用である。100人規模の学習環境でも、90分授業の中で、この例示したワークショップは実施可能であり、実は決して大きなコストは必要ない。筆者は、すでに科研費やJST未来社会創造事業などの研究費を原資に、教育現場での実施に足る演劇ワークショップのコンテンツを開発済み⁹⁾¹⁰⁾であり、決して特別なファシリテーションスキルが無くても、卒前教育への導入は可能である。

ここまで、もっぱら卒前教育について言及してきたが、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。

5. 今後の展開と課題

これまでの実践と研究において、「劇場型の医療者教育」について学問的に明らかになったことは多くはない。一方で、エビデンスという形は取らないまでも「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」が存在し、それによってこれまでの実践と研究が支えられてきたことも事実である。

「どのように効果を測るか」という評価の研究を含め、リサーチクエスションは幅広く存在するし、萌芽的な知見は積み上がってきている。それらの知見を深化および拡大し、「劇場型の医療者教育」の社会実装を進めるために、公共セクターと民間セクターの両方に、そして医療業界の内外に、真摯にアピールを続け、実践と研究を進めなければならないと考えている。

6. 参考文献

- 1) 日経メディカルオンライン:「糖尿病劇場」で医療者の意識を変革, 2016年1月27日, <http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/201601/545433.html>
- 2) 平田オリザ, 蓮行: コミュニケーション力を引き出す～演劇ワークショップのすすめ～, PHP研究所, 2009
- 3) 蓮行, 川島裕子, 平田オリザ, 田口真奈, 安藤花恵, 斎藤有吾, 芝木邦也, 松下佳代: 看護教育分野に於ける「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, 2020(印刷中)
- 4) 市川雅美, 仲元司, 西森栄太, 南茂, 丸山友子, 森本光俊, 高杉一恵, 小林朱: 演劇を通じた病院スタッフと地域CDEとの交流, 第60回日本糖尿病学会学術集会, 2017
- 5) 蓮行, 記村聡子: 健康・医療分野のコミュニケーション教育とアクティブラーニング(講演研究会), 2019

- 6) Amy C. Edmondson : Teamwork on the Fly, Harvard Business Review, 90 (4), 72-80 2012
- 7) Kumagai AK, White CB, Ross PT, Purkiss JA, O'Neal CM, Steiger JA. : Use of interactive theater for faculty development in multicultural medical education, Medical Teacher, 29, 335-340, 2007
- 8) 有馬葉子, 蓮行 : 【対談】「演じる」視点からロールプレイを再考する, 看護教育, 医学書院, 57(11), 896-902, 2016
- 9) 野村美明(代表) : 交渉教育のための要素理論の研究-よりよき実践に向けて, 科学研究費助成事業基盤研究 (A) , 2013-2015, <https://kaken.nii.ac.jp/ja/grant/KAKENHI-PROJECT-25245016/>
- 10) 谷口忠大(代表) : 「知」の循環と拡張を加速する. 対話空間のメカニズムデザイン, JST未来社会創造事業 (探索加速型) , 2017-2019, <https://research-er.jp/projects/view/1006749>

表 1. これまでの活動実績

年	日程	時間	講演（研修）名	場所	対象	人数	主催	活動要旨
2010	11/6-7		第8回西東京糖尿病心理と医療研究会	東京	医師を中心に糖尿病に関わるすべての医療従事者	25名	（協力）西東京糖尿病心理と医療研究会、ノボ ノルディスク ファーマ株式会社	糖尿病心理的側面に関する研究・啓発のための、演劇ワークショップの実施
2013	8/3		接遇指導者養成講座 修了生フォローアップ研修	熊本	病院の接遇指導者	16名	日本グラン・クール協会	病院内での接遇指導を円滑に行うための指導者指導研修
2014	7/1	10:00-16:50	平成26年度国公立大学附属病院医療安全セミナー	大阪	国公立大学病院（医療安全担当部門、管理部門等の多職種）、文科省、厚労省関係者	354名	大阪大学（文部科学省後援）	医療安全に関する教育を演劇ワークショップで行うことの意義、効果について学習
2016	7/11	11:00-16:30	チーム医療を推進する多職種協働のマネジメント（2016年度研修No.110 看護管理Ⅱ）	大阪	看護師、助産師（師長クラス）	約80名	大阪府看護協会	多職種協働、若手育成、患者との関わりの中心を担う師長クラスの研修として、演劇ワークショップを実施
2017	2/23	18:50-20:30	尾張糖尿病チーム医療セミナー「実践 糖尿病劇場」	愛知	糖尿病診療に関わる医療職多職種	約30名	一宮西病院	糖尿病劇場の作り方と療養指導への有用性を学習し、糖尿病劇場を实践（写真1）
2017	7/15	11:30-16:30	チーム医療を推進する多職種協働のマネジメント（2017年度研修No.89 看護管理Ⅱ）	大阪	看護師、助産師（師長クラス）	約60名	大阪府看護協会	多職種協働、若手育成、患者との関わりの中心を担う師長クラスの研修として、演劇ワークショップを実施

2018	2/3	13:30-15:00	一般社団法人岡山県言語聴覚士会 第2回社員総会・第18回学術集会 教育講演「多職種連携に留まらないコミュニケーションデザイン」	岡山	岡山県言語聴覚士会会員	約80名	一般社団法人岡山県言語聴覚士会	言語聴覚士の職務として、多職種連携に留まらず、患者・患者家族・地域を含めたコミュニケーションデザインを考える必要があるので、演劇ワークショップを通じて学習
2018	9/6	16:00-17:30	平成30年度「多可町で学ぶ地域連携」研修	兵庫	多可赤十字病院看護師 多可町の住民	7名	多可赤十字病院 看護師を対象とした地域連携研修デザインワーキンググループ	多可町内の唯一の総合病院として、地域づくりへの貢献が求められる看護師を対象とした演劇ワークショップを実施
2019	8/25		健康・医療分野のコミュニケーション教育とアクティブラーニング	京都	医療教育関係者	19名	共催：一般社団法人ACCD 大学コンソーシアム	いつまでも安心して暮らすことのできる地域作りをテーマに、医療者と患者や市民とのコミュニケーションについて考える
2019	8/31		演劇で考える、これからの共生社会	京都	医療・福祉従事者	約30名	第6回認知症フレンドリージャパンサミット2019 in 京都	福祉、医療従事者と、認知症の高齢者のこれからのあり方を、演劇ワークショップの実践を通じて考察
2019	11/29-30		第14回医療の質・安全学会学術集会シンポジウム	京都	医療・福祉従事者多職種	約400名	医療の質・安全学会	相談者、カウンセラー、客観的観察者の3役に分かれたロールプレイを通じたコミュニケーションスキルの習得 (写真2、3)



(写真1)

2017.2.23 尾張糖尿病
チーム医療セミナーで
の糖尿病劇場の風景



(写真2、3)

2019.11.30 第14回医療の質・安全学会
学術集会シンポジウムの風景



過疎・高齢化・医療リソース不足環境下の 地域医療に果たす ICT の役割とその阻害要因

研究分担者

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）

1. 福島県における高齢化と医療リソースの現状

我々の医療圏である会津地方は、高齢化率（65 歳以上の人口比率）が金山町の 57.51%を筆頭に半分以上の町村が 40%を超え、全国高齢化率ランキング上位 20 に 3 町村が入り、いわば高齢化先進地域である（図 1）。医療需要は最近 5 年間で 4%、介護需要は 13%増加した。福島県における介護保険料は全国でもトップクラスの市町村が多い（図 2）。

割合の高い市町村					割合の低い市町村				
順位	市町村名	高齢者の割合	高齢者の数	人口	順位	市町村名	高齢者の割合	高齢者の数	人口
1	金山町	58.4	1,203	2,059	1	西郷村	24.8	4,974	20,366
2	昭和村	56.1	695	1,238	2	鏡石町	26.8	3,319	12,363
3	三島町	52.9	820	1,549	3	郡山市	26.9	87,604	332,974
4	西会津町	46.2	2,789	6,034	4	大玉村	26.9	2,382	8,910
5	只見町	45.8	1,961	4,282	5	須賀川市	27.6	20,919	76,125

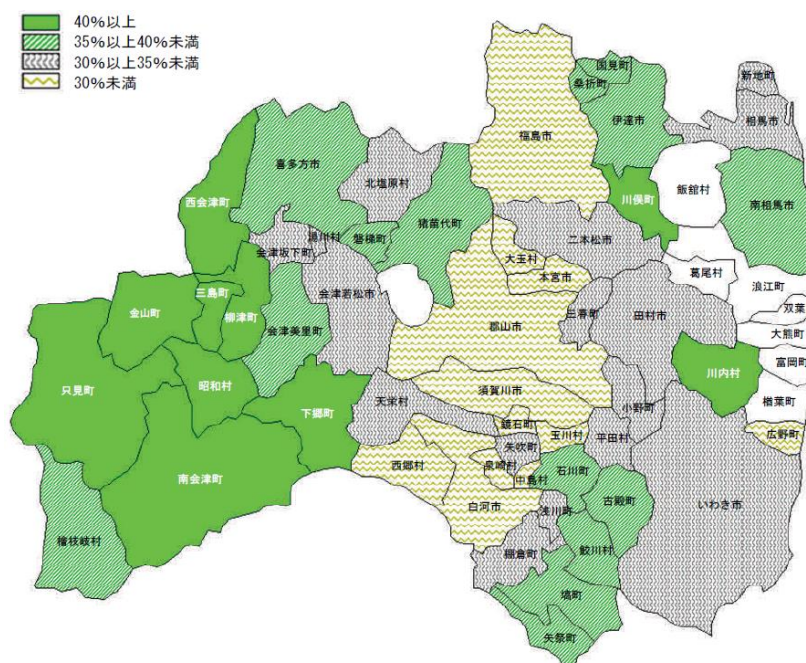
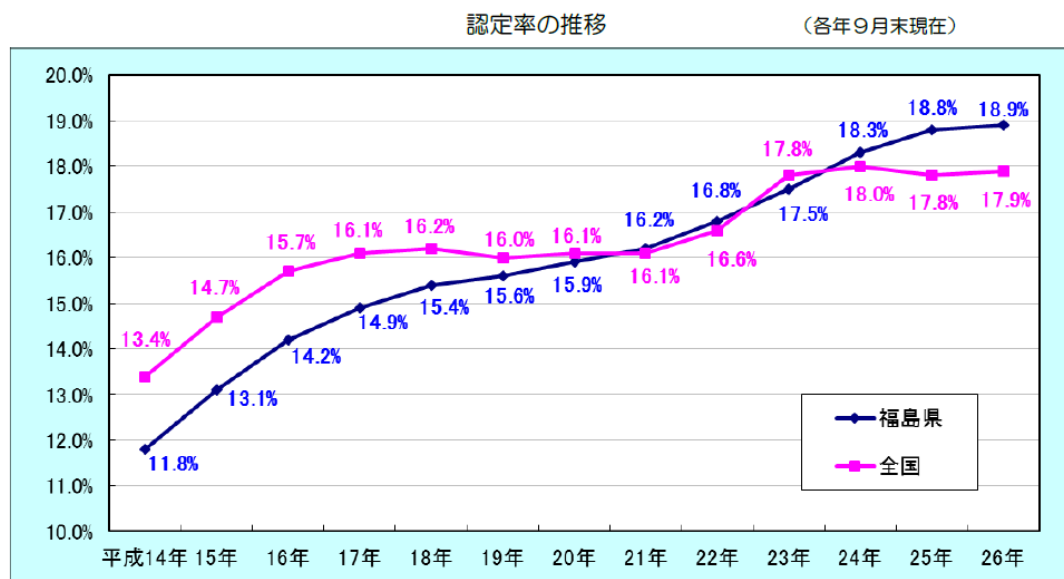


図 1 福島県の高齢化人口の割合

（出典 福島県の高齢者の数（65 歳以上人口）～「敬老の日」にちなんで～
《令和元年 8 月 1 日現在「福島県の推計人口」より》福島県企画調整部統計課）



市町村別介護保険料(全国平均 5,514 円、福島県平均 5,592 円)

県内順位	市町村名	月額 (円)	全国順位
1	飯舘村	8,003	2
2	双葉町	7,528	5
3	三島町	7,500	6
3	大熊町	7,500	6
3	葛尾村	7,500	6

図2 高齢化による介護保険料増大

(出典 図表でみる福島県の保健・医療・福祉 2015、市町村別第1号被保険者の介護保険料基準月額一覧 福島県)

一方、会津地区の医師数は、人口10万人当たり168.3人と、全国平均249.35人と比べ極めて少なく、専門医数はさらに少ない。また福島県は、北海道、岩手県に次いで広く、会津地方だけでも5420.69km²と東京都の8.65倍あるが、人口は毎年約1.2%減少し現在約24万人、人口密度は49.16人/km²と東京都に比べ約1/300である。交通網も道路だけ、あるいは単線のJRのみであることが多く、医療機関を受診するにも遠距離で時間もかかる。積雪時にはさらに困難となる。またインフルエンザなど感染症蔓延期に高齢者が遠距離を移動し、医療機関や調剤薬局で長時間滞在することは感染のリスクを上昇させる(図3)。

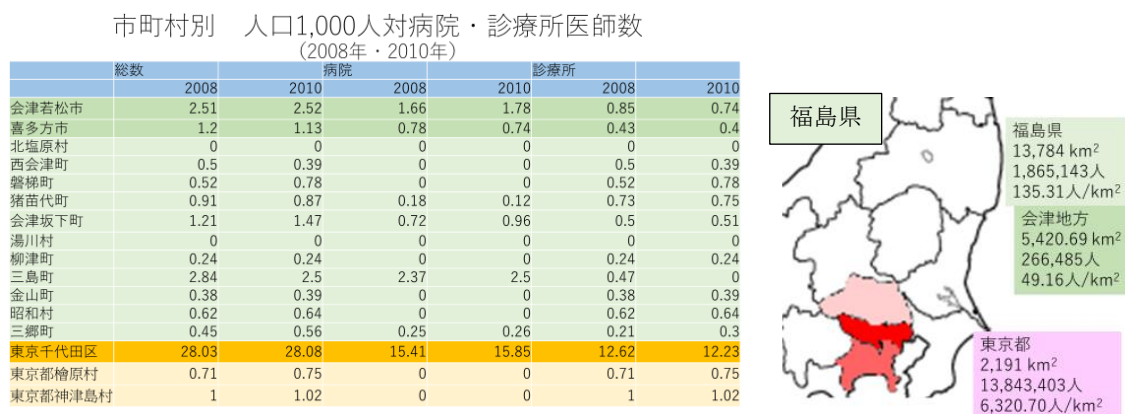


図3 市町村別・診療科別医師数の現状

(出典 資料編 2013年3月 日本医師会総合政策研究機構、福島県の位置・人口・面積
福島県ホームページ www.pref.fukushima.lg.jp/site/ken-no-sugata/ichi-jinko.html)

2. ICTの活用により、時間と空間を超え制約を乗り越える

このような空間的、時間的、医療リソース上の制約を解決するには ICT の活用が必須である。これらを利用することにより、数少ない専門医の活用、偏在の解消など実臨床のサポートが可能となる(図4)。

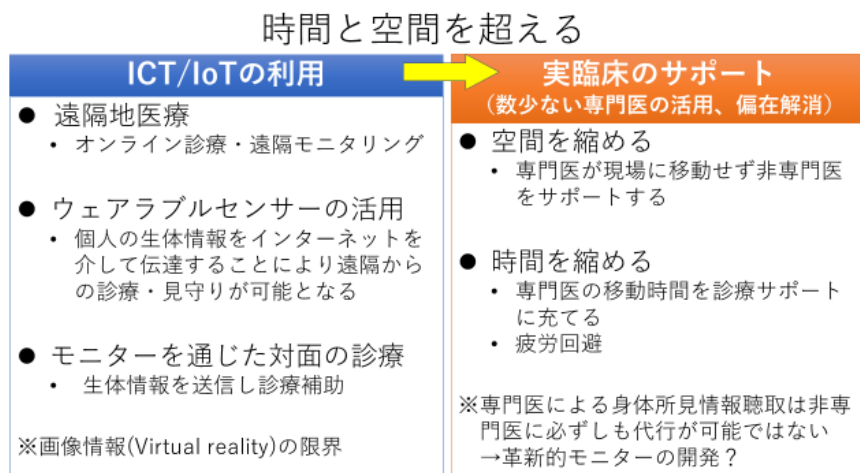


図4 専門医のいない病院への医療技術支援

遠隔地診療の方法として、患者 - 医師間では、ウェアラブルセンサーによる心拍数、活動量、睡眠などの生体情報、血圧や血糖測定結果のインターネットを介した情報送信と医療機関からの自己管理フィードバック、あるいはタブレット端末を用いた外来診療が、医師 - 医師間ではインターネットを介した大容量通信により非専門医から専門医への病理・画像診断依頼が、技術的には可能な時代に入っている。クラウドコンピューターを用いる電子カルテを導入すれば、医療から介護までシームレスな対応が可能となる（図 5）。

モニタリング結果が患者にリアルタイムにフィードバックされると自己管理が向上することが期待され、生活の質および合併症予防に有用と期待される。特にインスリン治療をはじめとした注射薬を用いる糖尿病患者において、血糖値をモニタリングするためのツールとして指先を針でプリックして血糖値を確認する方法が主流となっているが、疼痛の問題、検査の労力、コスト上の制約から一日数回の確認にとどまる。著者は、外来通院中の糖尿病患者数名に対し、24 時間にわたりリアルタイムに血糖値を自身で確認できる血糖センサーを装着した。装着した糖尿病患者において、自己管理意識が向上し、実際に 1 型糖尿病患者では低血糖イベントの減少、2 型糖尿病患者では管理目標範囲内の血糖コントロールが達成しやすくなることを国際学会で発表している。

ICT/IoTを利用した自己管理支援
● ウェアラブルセンサーの生体情報を自己にフィードバックし、生活習慣を改善 ● 活動量、座位時間、睡眠時間、心拍数、体重、体脂肪量、（血圧、血糖、・・・摂食行動）をモニターし、必要とする行動を促す ● 運動のサポート、開始の促し、運動強度・継続時間の指示 ● 適切な食行動のサポート （食事内容、カロリー表示、バランス、朝食摂取の促し、間食の抑制はできるか？）
遠隔医療の提供者と対象者
D to D （専門医から非専門医への診療支援）
D to N （医師から看護師への診療支援）
D to N to P （医師による臨床現場看護師への診療上の判断や指示の伝達）
D to P （医師による患者の診療）

図 5 ICT/IoT を利用した自己管理支援

3. 遠隔診療の実施にあたっての課題と今後の展望

2018 年の段階では 200 床以上の医療機関では遠隔診療が行政上認められておらず、また著者所属医療機関からオンライン診療の許可も下りなかった（図 6）。

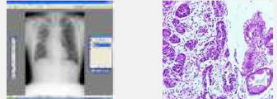
	診療形態	診療報酬での対応
医師対医師 (D to D)	情報通信機器を用いて画像等の送受信を行い特定領域の専門的な知識を持っている医師と連携して診療を行うもの 	[遠隔画像診断] - 画像を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、その読影・診断結果を受信した場合 [遠隔病理診断] - 術中迅速病理検査において、標本画像等を他医療機関の専門的な知識を持っている医師に送信し、診断結果を受信した場合（その後、顕微鏡による観察を行う。） （新）生検検体等については、連携先の病理医が標本画像の観察のみによって病理診断を行った場合も病理診断料等を算定可能
医師対患者 (D to P)	情報通信機器を用いた診療 	[オンライン診療] ・（新）オンライン診療料 ・（新）オンライン医学管理料 ・（新）オンライン在宅管理料・精神科オンライン在宅管理料 対面診療の原則の上で、有効性や安全性等への配慮を含む一定の要件を満たすことを前提に、情報通信機器を用いた診療や、外来・在宅での医学管理を行った場合 ※電話等による再診 （新）患者等から電話等によって治療上の意見を求められて指示をした場合に算定が可能であるとの取扱いがより明確になるよう要件の見直し（定期的な医学管理を前提とした遠隔での診療は、オンライン診療料に整理。）
	情報通信機能を備えた機器を用いて患者情報の遠隔モニタリングを行うもの 	[遠隔モニタリング] ・心臓ペースメーカー指導管理料（遠隔モニタリング加算） 体内植込式心臓ペースメーカー等を使用している患者に対して、医師が遠隔モニタリングを用いて療養上必要な指導を行った場合 ・（新）在宅患者酸素療法指導料（遠隔モニタリング加算） ・（新）在宅患者持続陽圧呼吸療法（遠隔モニタリング加算） 在宅酸素療法、在宅CPAP療法を行っている患者に対して、情報通信機能を備えた機器を活用したモニタリングを行い、療養上必要な指導管理を行った場合

図 6 診療報酬における遠隔診療（情報通信機器を用いた診療）への対応

（出典 平成 30 年度診療報酬改定の概要 医科 I 平成 30 年 3 月 5 日版 厚生労働省保険局医療課）

遠隔診療の対象となる生活習慣病は高血圧と血糖測定可能な糖尿病患者が対象となっている。信頼できる家庭血圧計を有する高血圧患者、自己血糖測定可能な自己インスリン注射を行っている糖尿病患者に絞られる。当院では希望する青年期 1 型糖尿病患者において、すでに blue tooth 通信システムを内蔵した自己血糖測定装置を用い、血糖測定結果を電子データとして診療科専用のデータ端末に送付し、何らかの問題が生じた際には相談の Mail を送信できるようにしている。血圧計も東日本大震災の時に開発が進み、通信機能を備えた機器があり、遠隔地からも医療機関へデータを送信可能し、血圧上昇時には対応可能となった。しかし、真に遠隔医療が必要とされる高齢患者は、むしろ自己血糖測定ができない糖尿病患者が多くを占める。

また、オンライン診療や遠隔診療では画像通信電子機器が必須である。一方著者の外来において 70 歳以上の患者 80 名中スマートフォンを有するのは 2 名、タブレット端末保有者は皆無であった。さらに複雑な電子機器の操作は家族の

支援がないと自分ではできない（図 7）。画像通信手段を有さない患者の場合、通信安全性を考えるとベンダーを介してとなるが、機械と通信量で月に 5000 円を超える出費となり、医療費だけでも負担なのに、現金収入が乏しい高齢者には更に重い経済的負担を強いることになる。このように種々の問題が、地方の高齢者のための ICT、IoT を用いた診療の障壁となっている（図 8）。

高齢者にウェアラブルセンサーを装着し スマートフォンを渡したただけでは使えない

D to P
医師と患者がタブレット
端末で通信し、対面診療

自己測定した血圧や、血糖値を
技術的あるいは経済的に電子媒
体で送れない高齢者には、紙媒
体に記載してもらい、Web画面
上で確認

図 7 高齢者とオンライン診療

今後の展望	課題点
● ICT/IoTを用いた自己管理による疾病一次予防 ● 重症化予防、個別化医療、Precision Medicine ● PHR・EHRを匿名化し、社会資本として活用 (big data活用、診療データ活用：Learning Health System) 国家機関による管理 (ONC：Office of the National Coordinator for health information technology) ● ゲノム情報と疾病予防、管理、個別化医療、Precision Medicine	● 倫理 (ELS-I：Ethical, Legal, Social Implication) ● 高齢者におけるユーザビリティ ● 通信コスト、セキュリティ ● 産業としての遠隔医療？

図 8 今後の展望と課題点

地方では広域を少数の地域保健師が多くの高齢者を見守り、管理することが大きな負担となっている。ICT を活用すれば少数の医療者でも広域を時間空間的に短縮して見守ることが可能になる。

COVID-19 感染症蔓延に伴い電話診療が可能になると現時点で電話診療ができなかった患者はいなかった。これは簡便で通信に関わる機器とコストの解決が今後の地方における高齢者のための電子診療に不可避の課題であるといえる。現在地方自治体との連携により、通信デバイスの患者への貸与が検討され、一部開始されている。機器の操作の点では、スマートスピーカーを考えたが、方言は認識しない。今後の課題として、方言や聞き取りにくい高齢者の言語をコンピュータに学習させ認識するシステムを開発する必要がある（図 9）。今後は、コストや操作面でユーザーにやさしい IoT 連携機器の開発と、それらの使用による生活の質、医療の質、医療提供に係る労力・コスト・医療経済等における効果を客観的に示すための研究が必要と考えられる。

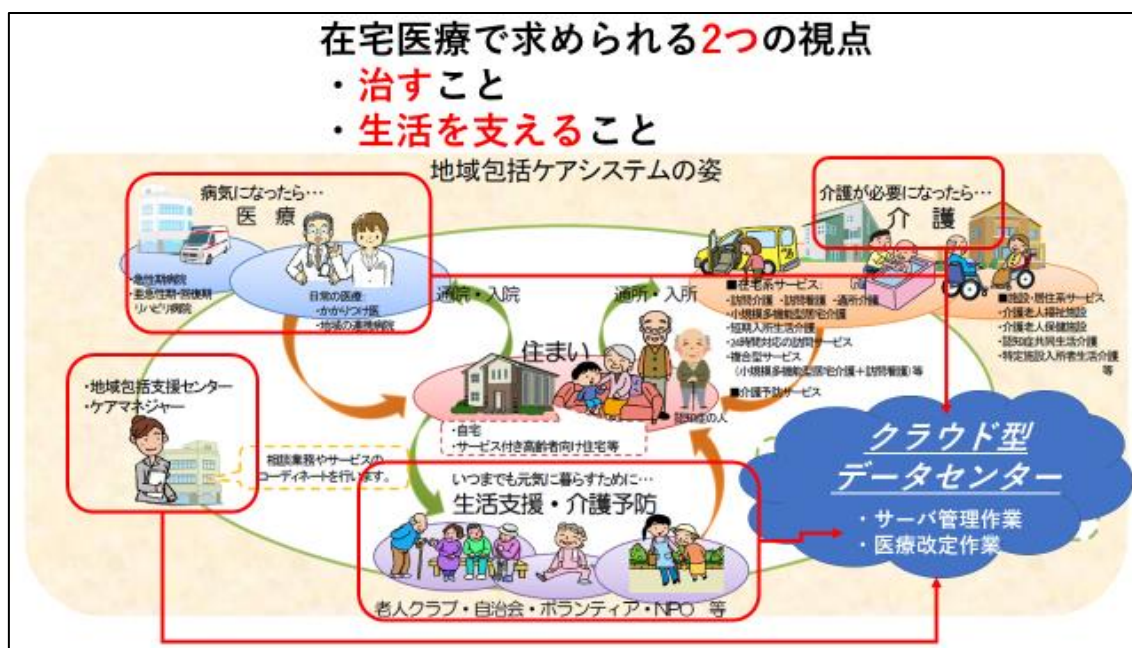


図 9 地域包括ケアシステムにおける医療情報の共有

（出典 磯部澄枝氏 「地域保健総合推進事業—地域包括ケアシステム構築における行政管理栄養士等の役割に関する研究—」（H30. 7. 25 H30 年度都道府県等栄養施策担当者会議）公開 PDF 中の「地域包括ケアの姿」を引用し、一部改変）

施設、地域、職種等の垣根を越え、在宅医療の質と安全を高める医療介護専用 SNS

縦の連携と横の連携

医療の効率化、資源配分の観点から、病院は高度急性期から慢性期、在宅医療（診療所）まで機能分化している。この病診間の連携（縦の連携）を円滑に行うためには、診療情報を共有する電子カルテネットワークの構築が有用であり、各地で取り組みが始まっている。一方、在宅医療、地域包括ケアにおいては、多職種の横の連携が重要となる（図1）。患者の病状や、生活上のニーズは日々変化していく。この日々の変化を、訪問日時や介入視点の異なる多職種全員が遅滞なく共有し、対応・方針について共通理解を得ることが、これまで難しかった。この問題を解決する手段の一つとして、完全非公開型医療介護専用 SNS（Medical Care Station :MCS（エンブレース株式会社））がある。全国で 200 以上の医師会で採用され、10 万人以上の医療・介護者が登録している。患者単位で MCS 上にグ

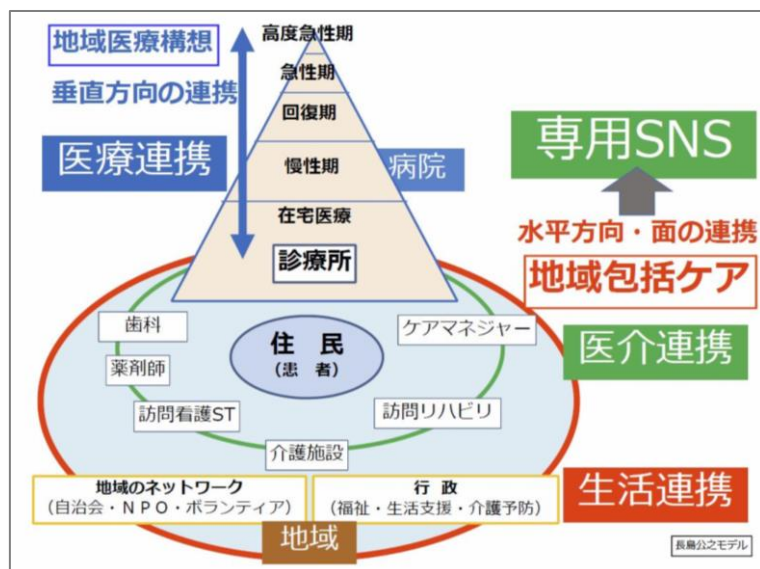


図1 地域医療における縦のつながりと横のつながり

（栃木県医師会
長島公之氏講演資料）

患者ごとに、画像や動画付きで連携できる

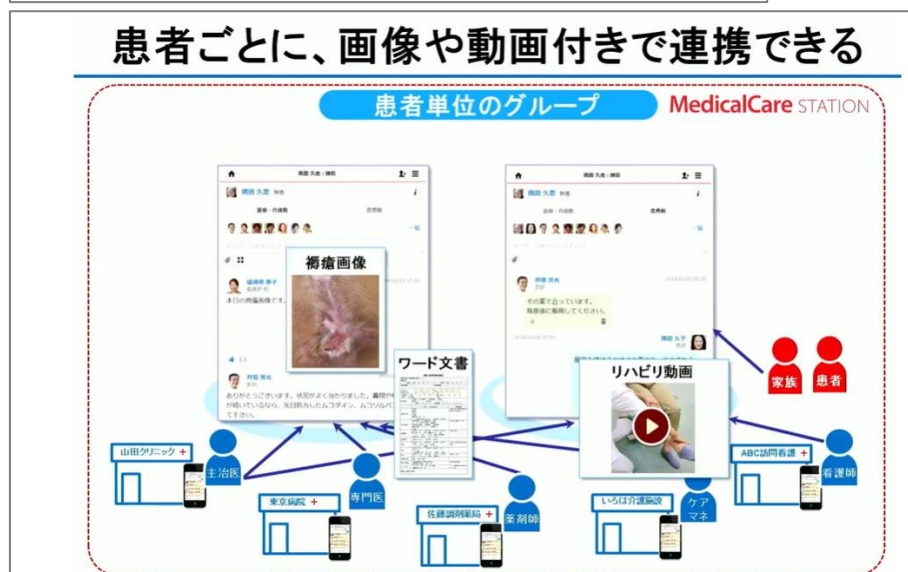
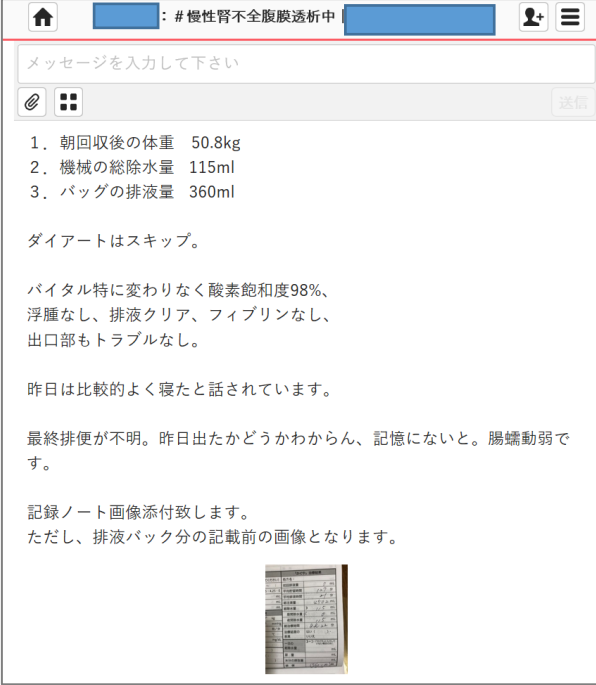


図2 MCSでの患者単位の情報共有（MCS HP）

ループを作り、関わる医療・介護者を MCS 上に登録する（場合により患者・家族も登録可能）。このアプリは PC、タブレット、スマートフォンいずれからでも無料で簡単に使用でき、情報セキュリティは厚生労働省のガイドラインに則っておる。

医療介護専用 SNS を用いた連携の様々なメリット

MCS のメリットは、いつでも、どこでも、誰でも、安全に、縦割りの垣根を越えてつながることができるという点である。MCS 活用による効果として、①従来のカンファレンス、メール、Fax、電話などでの連携に比し、より迅速に、きめ細かく正確な情報を共有し、多職種が統一した対応をとることができること、②病院・在宅間の切れ目のないケアが提供できること、③患者の視点からの意見や、専門職種からの意見を反映させることができ、互いの学習になるとともに医療の質・安全の向上につながることに、④効率的に入院可能な施設を探すことができること、⑤地域包括ケアシステムを推進するに際しての主治医・副主治医制への活用も可能であること、などが示されている。これらは在宅医療の安心、安全につながるとともに、医療・介護者間の横方向のコミュニケーション改善、また縦と横のつながりを円滑につなぐものである。さらには、災害、停電時にも SNS は通信可能で被害状況や在宅機器使用患者の情報等を迅速に共有可能であったという経験も重ねており、地域包括ケア推進および災害時ネットワークとしても今後ますます活用されていく可能性がある。



メッセージを入力して下さい

1. 朝回収後の体重 50.8kg
2. 機械の総除水量 115ml
3. バッグの排液量 360ml

ダイアートはスキップ。

バイタル特に変わりなく酸素飽和度98%、
浮腫なし、排液クリア、フィブリンなし、
出口部もトラブルなし。

昨日は比較的良好に寝たと話されています。

最終排便が不明。昨日出たかどうかわからん、記憶にないと。腸蠕動弱です。

記録ノート画像添付致します。
ただし、排液バック分の記載前の画像となります。

図 3 MCS での情報共有画面

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

研究分担者

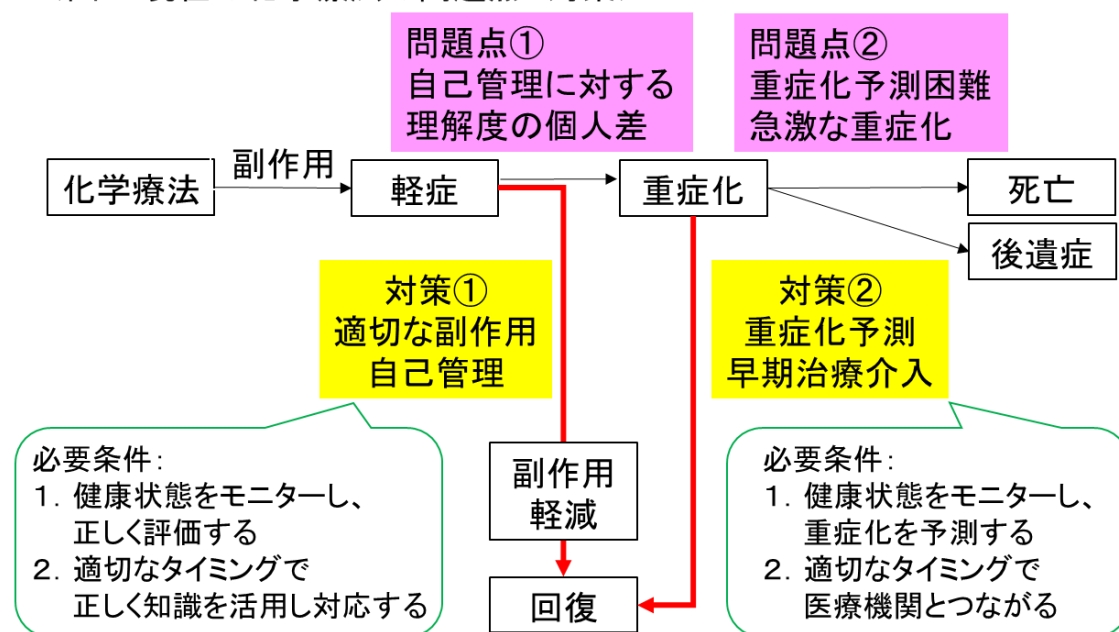
田中 晃司（大阪大学医学部附属病院 手術部、消化器外科）

1. はじめに

2017 年人口動態統計および全国がん登録によると、がんで死亡した人は 373,334 人で、がんは全死亡原因の 27.9%を占めている。2016 年に新たに診断されたがんは 995,131 例であり、1985 年以降罹患率は現在も増加傾向にある。集学的治療の進歩に伴い、化学療法により生存期間が延長することが証明されてきている。そのため、多くのがん患者が化学療法を受ける状況になっており、癌治療の中での化学療法の重要性はますます高まってきている。従来の化学療法は副作用が非常に強いものが多く、入院による厳重な観察と副作用に対する支持療法が必須であった。近年は、副作用の少ない抗がん剤、経口抗がん剤、副作用を軽減する薬剤の開発・導入により、外来にて化学療法を行う機会が増加している。外来化学療法では、患者自身の望むライフスタイル（自宅での生活や仕事や趣味）を継続することができ、精神的にも経済的にも負担が軽減されるというメリットがある。一方、入院での抗癌剤治療に比べ、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。化学療法は進歩しつつあるが、程度の差はあるものの副作用はほぼ必発であり¹、抗がん剤のレジメンによっては 1.6%~11.1%で致死的な状態に陥ることが報告されている²。外来化学療法時の副作用発現は、患者の精神的不安の増強、QOL の低下を引き起こし³、重症化した際には後遺症や死亡につながる。初めて副作用を経験する場合は、患者は強い不安を感じ、適切な対応がとれず、副作用による症状軽減が得られないなどの事態が生じうる。特に、高齢者では予備能が少ないうえに、必要以上に副作用を我慢するケースもあり、適切な対応が遅れ重症化するリスクがある。そのため、特に外来化学療法においては、副作用の予防・軽減のためには、適切なタイミングで適切な対応を患者自身で行う必要性が高い。現在は、各抗癌剤に応じたハンドブック(手引書)やパンフレット等の作成や、医療者からの患者への服薬指導など患者教育を通じた対策を行い、患者自身で化学療法の内容や副作用について理解してもらう努力をしている。しかしながら、現状の対策は患者の理解度に依存する部分が多く、患者により手引書の理解度および遵守率は異なっている。また、手引書通りの対策をとっていても、副作用の重症化リスクはゼロにはならない。重症化の予防および早期治療介入のためには、全身状態の把握と、適切なタイミングでの医療介入が必要である(図 1)。しかしながら、重症化率はそれほど高くはなく、医療者が全患者の状態を

毎日外来診察や電話問診等でモニターすることや、全例入院にて治療するのは非効率的かつ非現実的である。

＜図1：現在の化学療法の問題点と対策＞



2. 外来化学療法における「患者参加」の意義

「患者参加」による医療安全の向上⁴、医療コストの軽減⁵などが報告されており、「患者参加」の重要性が認識されてきている。外来化学療法において、「患者参加」を促進させ安全性を高めるための一つの方法として、患者教育が行われている。例えば、薬剤師がレジメン情報に基づく服薬指導・副作用対策・副作用予防の指導および支持療法の指導等を行っている。しかしながら、癌患者の増加、化学療法の適応の拡大に伴い、化学療法を受ける患者数が増加しているが、医師・看護師・薬剤師などのマンパワーや、病床数などのリソースは十分な状況ではない。限られたリソースのなかで、今後増加していく外来化学療法を安全に行うためには、既存の患者教育・患者指導では対応が困難となることが予想される。

また、WHO（世界保健機構）の「Patients Engagement」に関する資料によると⁶、医療者同様に患者、家族、介護者の能力を強化するプロセスにおいて、統合的かつ人間中心のアプローチが重要であること、また、これを実現するためには、患者や国民が自らの価値観を反映させた医療を円滑かつ安全に受けることができるよう、患者自身の医療への積極的関与を促進し支援することが重要であることが提唱されている。すなわち、医療・健康における患者・国民の意思決定において、医療者からの従来型の情報提供による医療リテラシーの向上

のみならず、患者それぞれの心理的、経済的、社会的事情などの状況に合わせて、患者自身が主体的に治療に臨んでいくことを支援することが重要である。外来化学療法においては、限られたリソースのなか、安全性を担保しつつ、患者の状況に合わせてうまくバランスをとりながら治療を行う必要があるため、「Patients Engagement」を実践するためのよい場面であると考えられる。

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・対応ができること、が重要と考えられる。患者の主体性や理解力に依存せず、「モニター、学習、予測、対応」を適切なタイミングで達成するためには、医療者からの指導およびハンドブック（手引書）やパンフレットによる事前の情報提供のみでは限界がある。まるで病院で適切なタイミングで「モニター、学習、予測、対応」していることを、患者自身で、家庭で可能な限り再現することをサポートするシステムがあれば、外来化学療法の安全性を高められると考えられる。そこで、患者自身で全身状態を把握してもらうことを促し、かつ必要に応じ医療機関とつながるためのシステムを構築することで、効率的で安全な外来化学療法のシステムを構築するアプリを開発した。また、患者自身の医療への参画により、自己決定感が向上し、治療における満足度が高まることも期待される。

3. 副作用自己管理をサポートするアプリの開発と利用効果

副作用の発現時期や重症度を正確に収集するのは、現状では非常に困難である。当院では、この問題を解決するために、入院にて化学療法を受ける患者に、副作用に関する情報のメモを付けてもらう取り組みを行ってきた（図2）。しかしながら、倦怠感が強い場合や患者が協力的でない場合など、記載困難な場面を経験してきた。また、紙媒体での運用は、紛失の問題、枚数が多くなると管理しにくいという問題、記載した文字が読めない問題、自覚症状はメモ欄への自由記載となり、重症度判定が困難である問題などがあり、取得した情報の継続的共有には適さない場面があることを経験

<図2 自己管理表>

自己管理表 _____ 様

食事欄には何割摂取できたか、便・尿は『正』の字で回数を記載してください

月日	体重	時間	体温	脈拍	血圧	食事	主食	副食	便	尿	メモ
()						朝					
						昼					
						夕					
()						朝					
						昼					
						夕					
()						朝					
						昼					
						夕					
()						朝					
						昼					
						夕					
()						朝					
						昼					
						夕					
()						朝					
						昼					
						夕					

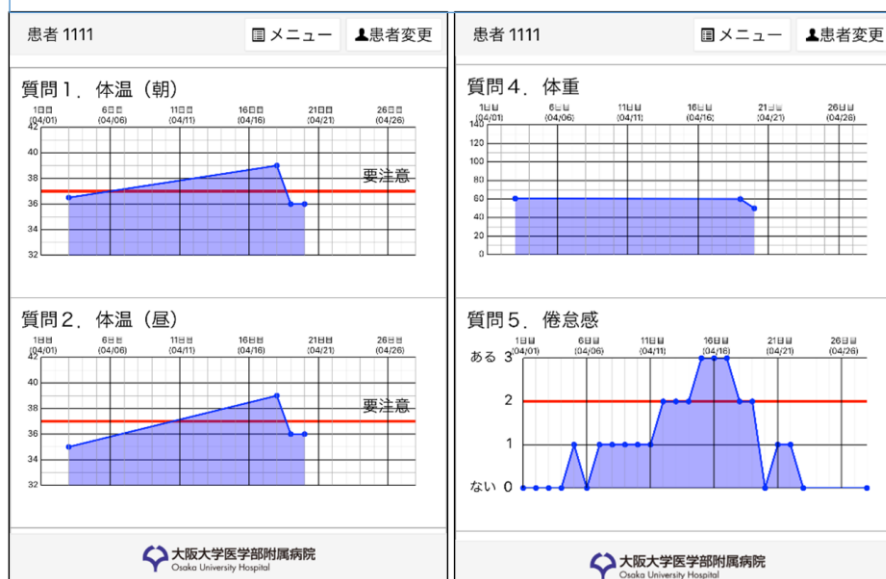
大阪大学医学部附属病院 がん医療推進部

してきた。そこで、タブレットを用いた副作用自己管理アプリを作成した（図3）。アプリを使用することで、ワンタッチで、直感的な操作で副作用を選択できるため、高齢者でも使用可能で、倦怠感など副作用が強いときでも入力が苦痛となりにくい。症状を感じた時にいつでも入力作業ができるので、副作用発症日時を正確に記録できるという利点がある。また、客観的に経時的データの振り返りが可能であり、化学療法を繰り返す際には、副作用出現の時期や程度の予測が容易となる。患者自身にとって副作用が予測範囲内となれば、不安感の軽減や、行動計画を立てやすくなるメリットがある。また、本アプリを用いることで、医療者と情報共有が行いやすくなるというメリットもある。

＜図3. 実際のアプリ画面＞



患者自身や医療者が経時的データを振り返ることが可能
→2回目以降の副作用の発現時期や程度の予測が可能



また、継続的に利用してもらうためには、より簡便かつ患者にとってわかりやすいことが必要と考えている。入力項目は1日当たり12項目から構成されている。簡便性の評価の一つとして、それぞれの入力に要した時間を入力のログから算出した。入力に要した時間は、1項目あたり2秒～47秒であり、全12項目の入力に要した時間は51秒～3分46秒と、個人差はあるものの比較的短時間で入力を完了できていた。また、大半の患者で未入力項目はなかったが、全項目の27%が未入力となっている症例も存在した。アンケート調査を行ったところ、副作用発現時にやや入力が負担であったが、アプリにより自身へ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意見をいただいている。

現在は、外来化学療法を受ける患者での使用を目指し、患者の副作用状況に応じたセルフケアの提案や、医療機関受診の目安を提案できるようにアルゴリズムのブラッシュアップを行っている。



4. 副作用自己管理をサポートするアプリの普及に向けて

アプリ普及に向けて必要なリソースとしては、アプリ開発の技術者、アプリ開発費用が必要である。また、アプリの実際の利用に際しては、サーバーやクラウド環境の構築とその維持の費用も必要となる。現時点では、アプリ開発・改良および環境構築には時間を要する。

アプリの普及の推進要因としては、スマートフォンやタブレット端末の普及により、サービスを提供しやすい環境が整いつつあると考えられる。

アプリの普及の阻害要因としては、アプリ利用のコンプライアンスの問題がある。利用者側にスマートフォンやタブレット端末もしくはインターネット環境が必須である。高齢者など、スマートフォンやタブレットの使用経験がない患者層が存在する。しかしながら、高齢者こそ本サービスによる自己管理をサポートすべき対象であるため、できるだけ直感的でわかりやすく読みやすい UI をプログラムする必要がある。また、高齢者も非高齢者も含め、継続的にアプリを利用してもらうためには、アプリ利用による恩恵を実感してもらう必要がある。例えば、本アプリを用いて、自己管理がうまく出ている場合には、医療保険費用の割引きや医療費の自己負担の軽減など、経済的インセンティブを与えられるとアプリの利用を促進することができる可能性がある。また、継続利用することによる楽しさを生み出せるような、デザインやゲーム要素を加えることも対策となりうる。病院のカルテシステムとの連携が可能となれば、患者のみならず、医療者側の利便性にも寄与することができる。しかしながら、電子カルテとの連携には、情報セキュリティや個人情報保護の問題を克服する必要がある。

5. まとめ

本アプリ開発の取り組みは、患者の状態に応じ、適切なタイミングで確実に情報提供を行うことで、患者の医療リテラシーレベルにかかわらず、学習の機会を提供することにつながる。医療者の多大な時間や経験値を要さず、効率的かつ極めて実効的に患者参加が促されるとともに、安全な外来治療の継続を可能にすることが期待される。このシステムが社会実装できれば、化学療法の副作用管理のみならず、あらゆる全身状態悪化の予兆（例えば、狭心症、脳梗塞、肺炎など）を早期にとらえることができ、救命率向上や後遺症軽減につながる可能性がある。

6. 参考文献

1. Pearce A, Haas M, Viney R, et al. Incidence and severity of self-reported chemotherapy side effects in routine care: A prospective cohort study. *PLoS One* 2017; 12(10):e0184360.
2. Ohe Y. Treatment-related death from chemotherapy and thoracic radiotherapy for advanced cancer. *Panminerva Med* 2002; 44(3):205-12.
3. Carelle N, Piotto E, Bellanger A, et al. Changing patient perceptions of the side effects of cancer chemotherapy. *Cancer* 2002; 95(1):155-63.

4. Coulter A, Ellins J. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* 2007; 335(7609):24-7.
5. Charmel PA, Frampton SB. Building the business case for patient-centered care. *Healthc Financ Manage* 2008; 62(3):80-5.
6. World Health O. Patient engagement. Geneva: World Health Organization, 2016.

マギーズ東京および系列施設におけるがん患者支援の取り組み

研究分担者

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）

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）

滝沢牧子（群馬大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部）

1. インタビュー

秋山 正子先生（特定 NPO マギーズ東京 共同代表理事）

2. マギーズ東京について

英国発症のマギーズキャンサーケアリングセンターの活動に感銘を受けた秋山氏が、東京でマギーズの理念に合う土地を探すところから始め、2016 年にオープンした、がん患者を支援する施設である。医療スタッフによるきめ細やかな配慮と、提供される静かな空間の中で居場所を見つけながら、自分の今後について、自分自身で意思決定が出来る力をゆっくりと取り戻す場所である。

3. インタビュー内容

（1）ハード面について

Q1: マギーズ東京の設立契機となったものは何か。

A1: 在宅看護師時代、がん治療が終了し、終末期の緩和ケアを要する状態を待つだけになった状態の患者さんで、整理しきれない思いを抱え、家族にも病院にも気軽に相談が出来ないという例を多数みてきた。病院では、治療の話はしても、どう生活していくかは解決できない。また、DPC 制度が始まってから外来化学療法へのシフト、入院期間の短縮が進み、なおさらゆっくり患者さんの話を聞くことのできる環境ではなくなっている。医療者も患者が納得も理解も出来ていないことは薄々気づいているが、外来時間が限られた中でどうにも出来ずに現状維持に甘んじていた。

2008 年に英国マギーズに関する講演を聴講し、目指すモデルがあると確信して 2009 年に現地に見学に行った。日本の制度上の制約、金銭的課題、土地問題があるため、日本の制度の中でできることを模索する中で、まずは戸山地域の空き店舗を利用した「暮らしの保健室」をオープンした。木の香り漂う部屋に、全ての人を対象としたオープンな空間を構築した。秘訣は「地域の住民の力を引き出し、住民同士をつなげる」ことであった。見学に来られ、孤立した患者の居場所、看護師の相談支援の場所が自分の地域にも必要と感じた方が、全国に 50 か所ほど類似の場所を作られた。また、地域のさまざまな施設（病院や診

療所、薬局など)の多職種(医師、看護師、薬剤師、ケアマネージャーなど)を集めた事例検討の場を設け、数えること 95 回となった。顔の見える連携(ゆるいつながり)のおかげで、患者情報のやり取りなどが円滑化し、住民を適切な医療につなげることが可能となっている。

その後、東京都の事業に応募し、マギーズの理念が受け入れられ、選ばれることとなった。現在の場所に 2016 年にオープンすることができた。

Q2:立地や空間選びのポイントは。

A2:都から偶然に与えられた場所であった。マギーズの細則に従った環境は以下のとおりである。

- ・立地は、空が大きく開けた場所であり、近くに川や海などの水、空気と光がふんだんに注ぐこと
- ・窓が多くオープンで、ウッドデッキに広い庇を有し、木の香りが漂う空間であること
- ・大テーブルを配置し、トイレは 2 つ設置すること

上記の条件で本棟を建築した。隣にも棟を増設したが、既存の国産木材の展示用施設を移築し、国産木材とガラスで覆うオープンな空間とし、本棟と渡り廊下でつないだことで、中庭様の空間ができた。

Q3:スタッフの構成はどのようになっているか。

A3:常勤スタッフは秋山氏、看護師 2 名、心理士 1 名である。栄養士は非常勤で勤務している。その他マギーズ研修を修了済みのスタッフ数名が非常勤で参加しており、中にはがん専門病院で勤務しながらマギーズ東京で活動している看護師もいる。

Q4:財源はどこから出ているか。

A4:設立当初二年は都から予算が出ていたが、それ以降はすべて寄付または公式グッズの販売利益により賄われている。

Q5:施設の利用可能時間等は。

A5:平日の 10-16 時、約 30 人/日が訪問する。来訪者は初回の方が 6 割、リピーターが 4 割の構成である。

Q6:具体的な運営や活動内容はどうか。

A6:以下の形で運営している。

- ・無料、予約不要

- ・ 専門家によるミニイベントを時々開催する（ウィッグ、ウォーキング、これからの私の生き方レクチャー等 20 種類くらい）。
- ・ 医療者スタッフによる相談対応
- ・ 患者同士の交流

こうした活動を行っていく中で、患者は今後の自分の在りかたについて、ゆっくりと心を決めることが出来るようになる。その段階になると、自然にマギーズを卒業していく。

（２）ソフト面（運営のこころ）について

Q1: マギーズ東京が掲げる目的や目標とは。

A1: がんを抱え病院にも家族にも本音が言えない患者、病院での宣告に衝撃と孤独感、わけのわからない不安を感じ、ざわざわと気持ちの落ちつかない患者が、その気持ちをそのまま持ってくる場所だと感じている。整った環境の中で自分の物語をゆっくり語ってもらい傾聴することで、患者の真の欲求や、わからなかったことが整理され、自分を取り戻し、意思決定のちからを取り戻す場所となる。

Q2: 活動の原動力となるものは何か。

A2: 迷える患者が自分を取り戻し変化していく様子、その人自身の力が湧いてくるさまは「マギーズマジック」と呼ばれており、それを目の当たりにすることである。その人の生き抜く力への感動が、相談支援の原動力になる。

Q3: 患者との実際のつながり方はどのようなものであるか。

A3: 前述のとおり、無料で予約不要であり、ゆとりのある空間の中で自由に座る。ドリンク、お菓子はオープンキッチンで自由に準備できる。スタッフとの相談が多いが、患者同士がゆるくつながることもある。つかず離れずで医療者が見守り、心理的な安全が確保できないようなやり取りが始まれば、サッと間に入ってフォローする。

Q4: 活動の制約になっているものは何か。

A4: スタッフ数が限定されていることである。また、コスト上の問題や、情報の授受が難しいこと、現在の土地にも実は制約がある。

Q5: 活動の擾乱となりうるものは何か。

A5: 2020 オリンピックによる混雑を懸念しており、移動先も念のため探している。

Q6:独自のルールはあるか。

A6:「患者中心」を超え、人生を生きる主役としての患者本人のちからをどう引き出すかを考えることである。スタッフはプロではあるが、あくまでもわき役であることをわきまえ、少しだけコントロールする程度にとどめる。

(3) 自己評価について

Q1:うまくいっていると思うか。

A1:いっていると思う。

Q2:評価の理由は。

A2:継続性につきると考えている。その他、教育プログラムにより、スタッフの理念が統一されていること、マギーズマジックを目の当たりに出来ることにより職員満足度も高いことである。また、非がん患者には暮らしの保健室活動があり、拡張性があることも挙げられ、満足されている患者さん自身が運営に協力している。マギーズ類似の活動は地域によっては、当初はモデル事業に手挙げすることがあり、事業終了後は市のがん相談支援窓口として存続している。

Q3:活動において、何に着目してモニターすべきであると考えるか。

A3:患者が自分を取り戻す様子だと思う。これについては、同業者からの問い合わせも多数ありそうだと思っている。

Q4:マギーズの特徴として工夫している点は何か。

A4:マギーズ指定のオープンな空間づくりをしていること、癌患者に限定していること、プロフェッショナルなトレーニングを受けた医療職・看護職による「よく聴く看護」を実践していることである。また、行動目標を決めるのは相談者自身であることを重視していることである。

Q5:改善すべき点はあるか。

A5:現時点では不明である。

Q6:改善を妨げるものがあるとすれば何か。

A6:財政基盤だと考える。

Q7:懸念事項はあるか。

A7:前述したが、財政面での基盤と立地である。

（４）次のステージへ向けて

Q1: 将来の展望はどのようなものか。

A1: ドネーション文化のない日本での継続性は財政上のチャレンジだが、理念は暮らしの保健室などで継続可能であり、全国へ拡散することも出来る。

Q2: 継続性を高めるための戦略は何か。

A2: 人材育成が重要だと思う。

Q3: 要望したいことはあるか。

A3: このような活動拠点のがん相談拠点制度に組み込むことである。環境や人を整備した事業には、助成制度があるべきと考える。

（５）その他

Q1: 暮らしの保健室の継続性に必要なことは何か。

A1: 住民の力を使うことが重要である。自分たちで介護に備えて勉強し、自分たちで健康になるための力を引き出し、お互いがつながり、次世代を育てることである。

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

研究分担者

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）

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）

滝沢牧子（群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学講座）

池田学（大阪大学大学院医学系研究科 精神医学講座）

1. インタビュー

藤田医科大学医学部 認知症・高齢診療科

武地 一 教授

2. ピアサポートの推進のための認知症政策と認知症カフェの位置づけ

WHO でも認知症対策は最優先項目と宣言されており、英国など高齢化が進む先進国では国家レベルでの対策が進められてきた。認知症は、かつて偏見等があり、これについても国としてとりくみの必要性があり、平成 16 年（2004 年）に行政用語も「痴呆」→「認知症」へ変更された。2000 年に介護保険制度がはじまり、1999 年に初めての認知症治療薬が発売されるなど、支援の仕組みが次第に整備され、診断も積極的に行われるようになった。製薬メーカー含め社会的にも啓発活動が活発化したことも影響し、中等度から高度の認知症だけでなく、軽度認知症や、MCI（mild cognitive impairment）の診断が増えてきた。

認知症カフェはオランダで 1997 年にアルツハイマーカフェとして始まり、世界に広がってきたが、日本では、認知症カフェの源流として、1980 年から「つどい」という当事者家族の活動があった。ぼけ老人を支える家族の会という活動から認知症の人と家族の会と改称した。2004 年に京都で開催された国際アルツハイマー会議で、日本とオーストラリアからの認知症当事者が講演した意義は大きかった。これがきっかけになり、当事者の視点という方向性がはっきりしてきた。

2012 年からのオレンジプラン、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総合戦略で、令和元年には認知症施策推進大綱として政策総合プランとしてまとめられた。認知症カフェはオレンジプランにおいて設置が推奨され、

新オレンジプランでもその活動が推奨されてきた。新オレンジプランの 7 つの柱（図 1）のうち、①②④⑦に関連して、特にその役割が期待される。

図 1：新オレンジプランの 7 つの柱

- ① 認知症への理解を深める為の**普及・啓発**の推進
- ② 認知症の容態に応じた適時・適切な**医療・介護等の提供**
- ③ **若年性認知症**施策の強化
- ④ 認知症の人の**介護者への支援**
- ⑤ 認知症の人を含む高齢者にやさしい**地域づくり**の推進
- ⑥ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデルなどの**研究開発**及びその成果の普及の推進
- ⑦ **認知症の人やその家族の視点**の重視

3. どのような支援があるか（経済的支援、専門家による支援）うまく行っている点や課題

国の施策として、厚生労働省から各自治体に認知症地域支援推進員が 1 人配置され、自治体ごとのカフェに関する広報などを行っている。一方で、認知症カフェ自体の運営には公的な経済的支援はなく、市民が参加し、ボランティア精神で運営されており、民生委員やソーシャルワーカー、自治会長のような研修を受けた市民、引退看護師などがリードしていることが多いのが実情である。公的なインセンティブをつけすぎると実績重視・管理的・画一的になりやすい面があると考えられるが、カフェの活動はそのような制限がない。専門職有志でやったことを行政が吸い上げる形で発展、実施しており、気楽に話ができる、地域に根差した自由度の高い活動をしている。一方で認知症の予防（本来は認知症は予防できない）や健康体操といった本来的でない活動もある。

人的な支援としては、平成 17 年（2005 年）「認知症を知り地域を作る 10 年構想」の取り組みとして、認知症啓発キャンペーンの一環で、認知症サポーター100 万人を目指して育成してきた。認知症の理解、啓発普及活動の応援者として 90 分の研修で養成しているが、経済的インセンティブはない。数はかなり増えたが、何らかの活動している人は少なく、今後はフォローアップ講座などで見直しを行い、力をつけていく方向性が望ましい。カフェとタイアップして活動している。

認知症サポート医は、専門医でなく、地域で専門医とリンクする医師で、1.5

日の研修で取得できる。加算というインセンティブがあるが、認知症カフェについては、医師へのアピールがあまりうまく行っていない点は課題である。

4. ピアサポートの効果、専門的な支援とのつながり

認知症カフェの効果としては、患者本人にとっては同じ立場の人との接点ができ、引け目なく対等な生活者として交流できる。家族としては、同じ立場の人との交流、専門的な情報や相談ができ、視野が広がる。認知症では「初期の空白期間」という診断後の最初の数年間が本人も家族も必要なサービスとつながりがなく、不安や葛藤が大きいことが知られており、そのような期間をつくらず、本人も家族も仲間が見つかるというのが重要であり、カフェの効果として期待できる。また、認知症によって生じた暮らしや生活の変化・混乱、漠然とした不安は、第三者への相談により交通整理され、具体的な対策に結びつきやすい。本人が主体性を発揮し、暮らし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。

当事者のピアカンファレンスだけではうまくいかないことがあり、ポイントポイントには専門職や教育を受けた市民がかかわり、必要なサービスにつなげられるようにしておくことが必要である。専門職が入るときには、白衣を脱いでもらい、病院や施設に作らず、地域の中にある、ということが重要。

住み慣れた地域で暮らす認知症患者さんが利用可能な社会資源を整理した地域ケアパスというものがあり、いつどのようなサービスをどのように利用したらよいか、新オレンジプランで提案されている。流れづくりであり、地域資源のコーディネートである。その中でも示されているが、事後的認知症対応でなく、早期から対応していくことが重要で、カフェの機能として期待される。また、地域に対する啓発、理解も促進される。

5. 利用者の声

2013 年に実施した 28 か所の認知症カフェの実態調査では、認知症の患者さん本人の様子や家族からの声、主催者の声をもとにカフェの効果を調査した。その中では、患者本人の様子として、「本人は社会的つながりや役割を得て笑顔が出て、『この会には来たい』ということが多い。」「閉じこもりがちとなった人が他者との会話や趣味的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」との意見があった。また、家族への効果と

して「家族のつどいでは同様の状態の人を知って、介護経験を語り合い、悩みを共有できたことを喜び、工夫などを学べる」「本人のよい状態をみることで、家族もおだやかになれる」との意見があった。地域住民への効果としては、「ボランティアのスタッフが認知症の人や地域の人への効果を実感することで、喜びややりがいにつながっている。」「認知症カフェとしての取組みというよりも、同じ人として地域の中で暮らし続けられる居場所として考えている」という意見があった。

6. カフェの運営上の課題、活動の原動力

認知症カフェは全国に約 7000 か所あり（2019 年末）、月に 1 回開催が多い。調査では、カフェの目的を十分に理解して活動しているところは 2 割くらいであり、残りは高齢者の交流の喫茶のような機能で、ばらつき大きいのが現状であり、課題がある。もともと自主的な活動があり、それを行政が吸い上げる形で整備してきた、多様性があり、それぞれの思いを尊重しつつ、こういうことができるというような共通点を示していこうとしているのが現在の状況。市民ボランティアはカフェの効果を実感できることが、やりがいや原動力になっているようである。専門職の有志なども増えてきていおり、地域に対する啓発、理解も促進する活動が期待される。今後は、カフェの効果や何ができるか、といった点を地域の医師や住民により広く知ってもらうことにより、認知症サポーターや認知症サポート医などとの連携が活発になるような働きかけが課題。

7. コロナ禍における対面以外の開催方法

一部オンラインでの実施例も報告されているが、高齢者が多く、オンラインでの開催などは実際には難しいのが現状である。今後は、オンライン対応支援や、それによって外出できない方にもアプローチすることにもつながるため、その方策を検討していくことも必要である。

8. ピアサポートのポテンシャルと今後の発展の在り方について

カフェ間の情報共有は、一部地域で認知症カフェ連絡会（京都 40 か所）などを通じて実施されているが、大きな仕組みとしてはない。運営者同士が SNS などを通じてつながっていることはある。そのようなコミュニティーを作ることによってニーズが満たされるか、については今後積み上げていく必要がある。

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

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）

1. はじめに

医療の進歩により、疾患治療はより長期的な管理を要するようになり、医療者が入院期間中に提供する医療だけでなく、退院後の長期にわたる患者自身による疾患管理が必要不可欠となっている。即ち、患者が主体となって疾患をよくコントロールし、合併症や原病の進行を抑え、生活の質を維持しながら病とともに生き抜くことを支援する医療が求められている。しかし、患者が病を受容し、積極的に医療に参加し、自己管理能力を身に付けていくプロセスは長い時間を要するものであり、忙しい外来診療や、短縮された入院期間の中で、医療者がこれらを十分に支援、教育することは極めて困難である。筆者は、慢性腎不全医療の経験から、患者参加、自己管理能力獲得へのプロセスを進めるための工夫をいくつか会得してきた。さらにその中でも最も強力に、かつ効率的に推進する役割を果たすものが、同じ困難を乗り越えた先輩患者との交流（Peer-to-Peer networking）であることを見出し、そのプラットフォームを構築してきた。ここでは、Shared Decision Making（以下 SDM）の実践に関する工夫について、特に Peer-to-Peer ネットワーキングの例として腹膜透析患者間の情報交換の場である PD Café、および透析療法を選択する必要性に迫られた外来患者に対する Meet-the-Expert の取り組みについて報告する。

2. 患者参加のための SDM を実践するための工夫

図 1 は、慢性腎不全患者が病とともに生きる道のり、patient journey、を描いたものである。透析が必要との診断をうけ、拒絶、喪失を経て、なんとか折り合いをつけて、治療方法を選択し、その時々の中の内的・外的な困難を乗り越えながら自己管理のすべを身に付け、個々のゴールにむかって歩む。その過程で合併症を防ぎ、QOL を維持するためには治療的教育（Therapeutic Patient Education）が重要である（WHO, 1998）。この治療的教育が成功するためには、患者がその必要性を理解すること、即ち、自身の生きがいや、続けたい（守りたい）ことを自覚し、そのためには自己管理により合併症進展をできるだけ抑えることが大切なのだ、と理解することが動機付けとして必要である。このプロセスがうまくいくために重要な問いが、”What matters to you?（何があなたにとって最も重要なことですか）”であり、欧米で WMTY movement として国際的キャンペーンが展開されている⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾。しかし、生きがいについて本人

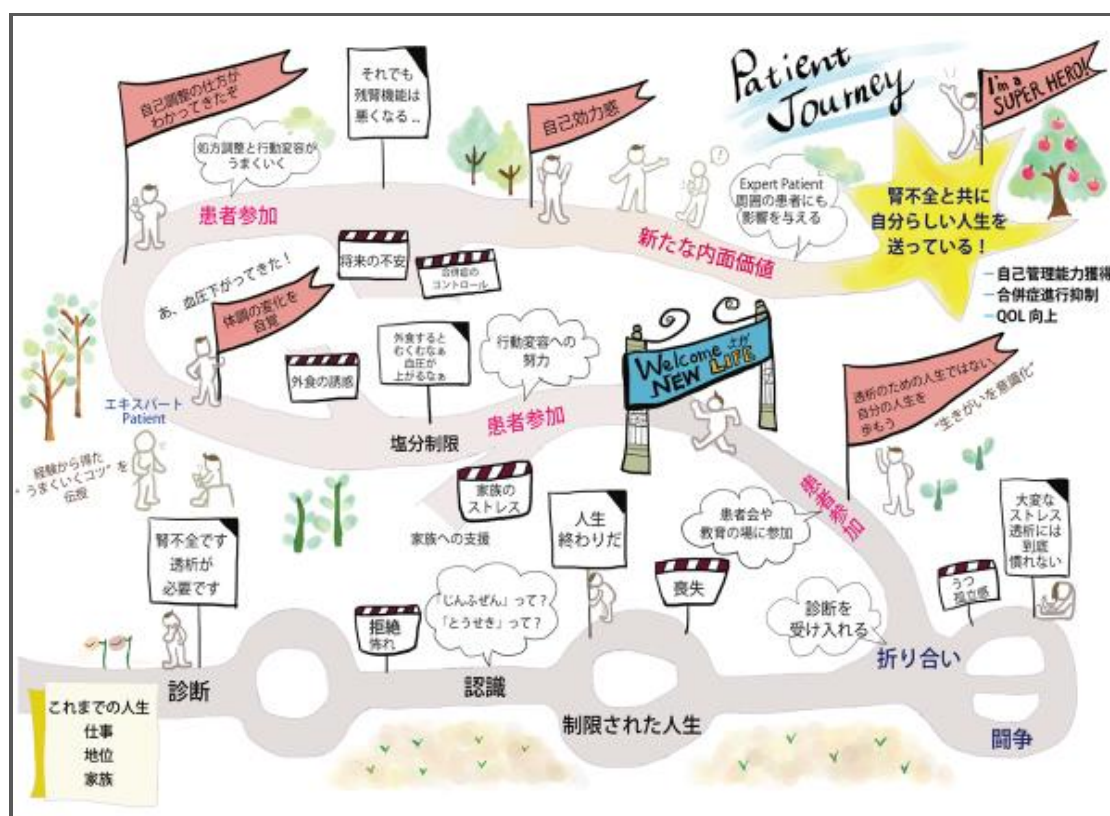


図1 慢性腎不全患者の patient journey

できえ即答できる人は少なく、ましてや医療者がそれを導き出すことは容易でない。Shared Decision Making (以下 SDM) のための SHARE アプローチの中でも、Seek participation (患者の参加を求める)、Assess values and preferences (患者の価値観、選好を評価する) という手順を、特に外来診療の限られた時間の中で実施することは、きわめて困難である。初対面の患者であればなおさらである。しかし、筆者の経験と患者達からの声、いくつかの論文からわかることは、この問題を解決するためのヒントが「生活」を考えることにあるということである。2018 年に NPO 法人 腎臓サポート協会が実施したアンケート調査でも、透析が必要と言われた時に不安に思ったこととして、8 割以上の人が「日常生活がどのように変化するのか」、5 割以上の人が「仕事や家事を今まで通り続けられるのか」を挙げている⁽⁴⁾。当院腹膜透析患者に腹膜透析を開始する際に最も重視したことは何かを聞いた調査でも、「身近な人とのつながりの継続」(自分らしくこれまで通りの生活を続けること)であった。また、患者は治療予後よりも、ライフスタイル(仕事や社会生活、孫の世話など)を維持できるかどうかを重視することが示されている⁽⁵⁾。すなわち、何が最も重要なものか(What matters most)を限られた時間の中で見出すためには、医療者は、患者の日常生活について話を深めるとよい。一見、話の本筋からそれるように思

えるが、これにより患者は、自身の大事にしていることに医療者が関心をもち、共感し、患者自身の生活を重視して共に治療法を考えようとしている姿勢に気づく。これは Three-talk model の第一段階、“Team talk” の成功をもたらす。医療者は、患者の話のうち、医学的に重要な項目以外は聞き流しがちであるが、日常生活の話の中にヒントがある。犬の散歩を毎日している、というならその犬の名前を聞くことから始める、そうした工夫がカギとなる⁽⁶⁾。

こうして SDM がうまくいくと、患者参加、治療的教育が進み、合併症の減少と QOL の向上が期待できる⁽⁷⁾。但し、医療者が治療法の選択肢を説明する際に注意しておくべきことが 2 点ある。1 点目は、患者の「生きがい」を継続するための治療方法（モダリティ、スケジュール等）を柔軟に提案することである。どうしても医療者はエビデンスにとらわれやすく、一般的に勧められる治療方法に固執し「こういう方法もできるかもしれませんが、一般的には…」とリスクやデメリットの説明が後に続き、患者の前向きな姿勢をくじいてしまうこともある。たとえば ADL や年齢に応じて透析量を調節する、治療スケジュールを柔軟にアレンジ可能とする、など「生きがい、ライフスタイルの維持」を目標とし、経験の豊かな多職種を含めて検討することが重要である。そして 2 点目は、患者の視点からアウトカムを設定することである。特に医師は、医学的に重要な事項を説明するし、医学的なアウトカムを重視する。しかし患者にとっての目標は、自身の自由な時間が保てるか、旅行などの楽しみにしていることが継続できるかどうか等であり、医師と患者の目指すものにはギャップがあることが SONG-HD 研究でも報告されている⁽⁸⁾。従って、患者の目指すもの（多くは日常生活、ライフスタイルの維持、楽しみにしていることの継続）と、医療者が説明する治療内容とが結びつくよう、前述したように患者の日常生活を聞き、それを維持する方法を共に考えるという機会を設けることが大変重要である。生活や生きがいに結びつかない説明を受けただけでは、「よくわからないし、先生にお任せします」ということになり得る。

上記に SDM が成功するためのコツをいくつか示したが、日常臨床の中で実践することは現実的には困難である。なぜなら、十分な時間、医療者の経験値、多職種のサポートが必要であり、いつでも誰でも実践できるものではなく、また努力してもなお医療者・患者間には考え方のギャップがあるからである。これらの課題を解決する手法が、Peer-to-Peer（P2P）ネットワーキングである。

3. Peer-to-Peer（P2P）ネットワーキングの例①：PD カフェ

当院では 2008 年から腹膜透析（peritoneal dialysis:以下 PD）患者会を年に 1 回実施してきたが、P2P のプラットフォームを築くため、2017 年にそれまでのレクチャースタイルから world café style に変更し、PD カフェと命名し

た（図 2）。この PD カフェでは治療経過や経験値の様々な患者、家族が 40～50 人ほど集まり、4～5 人ずつの小グループに分かれ、テーマごとに情報交換を行う。テーブルクロスは模造紙で、話し合いで得られた意見やヒントを書いていく。各グループのファシリテーターは、通常の PD 外来の担当者以外のコメディカル（栄養士、移植コーディネーター等）とし、こうあるべきといった指示はせず完全に患者間（Peer-to-Peer）での情報交換の場とする。当院の特徴は、透析導入前の患者から、腹膜透析を離脱し血液透析を施行している患者、家族まで、非常に幅広い経験談を共有することができること、家族間の情報共有も積極的に行われること、また当院栄養管理室と料亭とのコラボレーションによる減塩弁当を楽しむことであり、年々参加者は増加している。

図 3 にワールドカフェのルールを示す。1 つ目のテーマにつき各グループ内で 20 分間ディスカッションを行ったのち、グループのメンバーはそれぞれに異なるテーブルへ移動する。そこで 2 つ目のテーマで 20 分間ディスカッションを行ったのち、元のテーブルに戻り、3 つ目のテーマでさらに 20 分間ディスカッションを行う。各メンバーが異なるテーブルで得てきた情報を、元のテーブルに持ち帰り共有することで、効率的に部屋全体で情報共有される仕組みである。テーマは、療法選択時の困難をどう乗り越えたか、なぜ PD を選択したか、困っていることと対応方法、将来どうありたいか等、患者間でなければ得られない具体的な助言や情報を共有できるように設定を工夫している。

この PD カフェの効果として 5 つ挙げることができた。1 つ目は PD カフェが「集約的学習の場となる」ことである。いくら説明を聞き納得したうえで開始した治療法であっても、想像していた PD と実際の PD との間にはギャップがある。先輩患者がもつオリジナルな経験と工夫を共有することで、ギャップを乗り越えることができるようになる（例えば、温泉に入るときの防水テープの貼り方を学び、安心してゆっくり温泉に入れるようになった等）。2 つ目は PD カフェが「つながりを強く感じる場となる」ことである。回答した全員が「つながり」を感じることができたと答えているように、将来への不安を相談し、先輩から経験談を聞くことで、同じ障壁を乗り越えてきた仲間同士の「つながり」を実感し安心感を得ることができる。3 つ目は「予測して対応することが可能となる」ことである。不安が軽減すると将来を前向きに考え予測することができ、先行的対応も可能となる。実際に患者の 89% が「先の見通しを持つことができた」と答え、90% の患者が前向きにがんばろうという意欲が増した、と答えた。4 つ目は他者に自分の経験を伝えることは「新たな生きがいになる」ということである。約 88% の患者が、経験を伝えることは自分自身の振り返りになる、他の人の不安を軽減できると答えた。5 つ目は PD カフェで患者がいいきと情報共有する姿を見て、「患者協働、患者の自律性、個別化したケアの重要

性に医療者が気づき学習できる場」となることである。患者のもつ力に気づき、医療職のモチベーションも高まったとの回答を多数得た。これらの結果は、患者にとって日常生活をどのように維持していくかが最大の懸念事項であり、諸々の障壁を乗り越えてそれぞれの人生をいきいきと送っている先輩患者の個々の経験は非常に貴重な情報源である。患者が日常生活を維持するために必要な助言を、先輩患者が経験に基づいて語ることは、きわめて実効性があり効率的な教育である。

4. Peer-to-Peer (P2P) ネットワーキングの例②：Meet-the-Expert

先に述べたように、透析療法の選択期は、慢性腎不全患者にとって身体的にも精神的にも「最もしんどい」時期であるという。SDM を実践しようにも、苦悩の中にたちすくんでいる患者にとっては、いくら医療者が情報を提供しても吸収し理解することはとても難しい。そこで筆者の外来では、透析療法の選択に悩む患者への療法説明を、先輩患者・家族から行ってもらい「Meet-the-Expert」を実施している（図 4）。2 つの診察室のパーテーションを開け、先輩患者・家族に面会してもらい、心配していること等を質問してもらう。SDM に関する研究で、他の患者からの情報が意思決定に大きく影響した、という報告もある⁵⁾が、実際に同じ苦悩を体験し、困難を乗り越えて透析とともに日々の暮らしを続けておられる先輩患者と話をすることで、透析治療と日常生活が結びつき、また日常生活や生きがいを継続できることを実感してもらうことができる。先輩患者の真の共感、後輩患者の不安を軽減させ、治療を前向きに捉えることを可能にする。先輩患者にとっても、自身がこれまで悩みながら一生懸命困難を乗り越え、学習してきた経験が後輩患者の助けとなることを知り、喜んで説明を引き受けてくれる。SHARE アプローチに則って、医療者が患者に共感し、個々の生活背景や価値観を把握し、それぞれに応じた柔軟な治療方法を提案することは、対話の時間と医師の経験値が必要であるが、一方で、先輩患者によるアプローチはきわめて効果的であり、医師の経験値に依らない。患者同士の会話は、患者たちを empowerment すると同時に、医療チームにとっても、患者共同の重要性を体感する良い機会になる。



図 2 腹膜透析患者会の形式の変化



図 3 ワールドカフェの方法

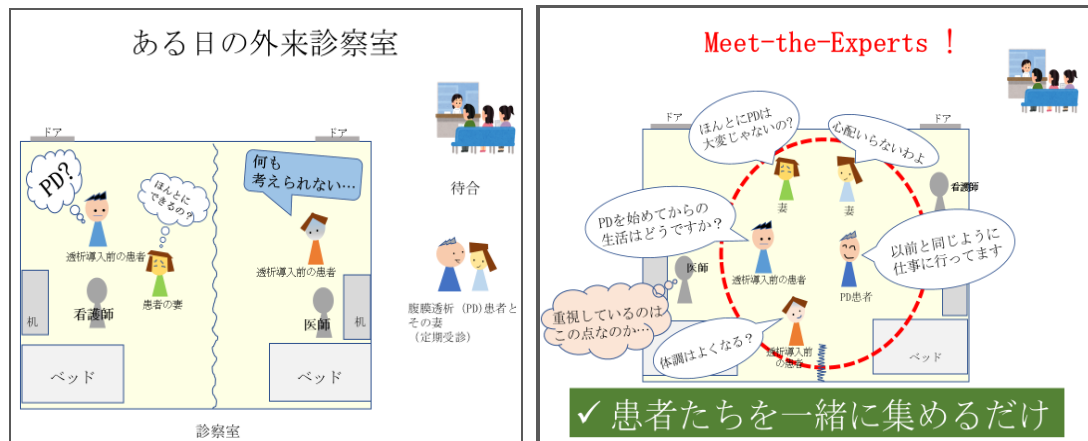


図 4 Meet-the-Experts：診察室のパーティションを除き、透析療法を決定する前の不安な患者・家族と、既に腹膜透析を実施している患者・家族とが自由に話し合う

5. まとめ

これらの Peer-to-Peer ネットワーキングの取り組みは、患者間の実践的な情報共有と学習の場となり、慢性疾患患者の自己管理能力獲得とその安定化に有意義であるとともに、個々の患者だけがもつオリジナルな経験が他者の悩みを軽減し有用であることを認識することで自身の存在意義の自覚と新たな生きがいにつながる。患者双方向にとってこれらの効果の自覚は自律性の獲得につながる。また、医療者にとっては、患者の視点からみた情報提示・教育方法の在り方を学び、患者の力を認識し患者協働型医療を推進するモチベーションにつながる。すなわち、P2P ネットワーキングのプラットフォームを構築することで、医療者の多大な時間や経験値を要さず、効率的かつ極めて実効的に患者参加が促されるとともに、医療の質向上につながると期待される（図 5）。今後は認知症等の他の慢性疾患でどのような P2P ネットワーキングのプラットフォームを構築することが可能か、またそれは有効かについて検討する必要がある。

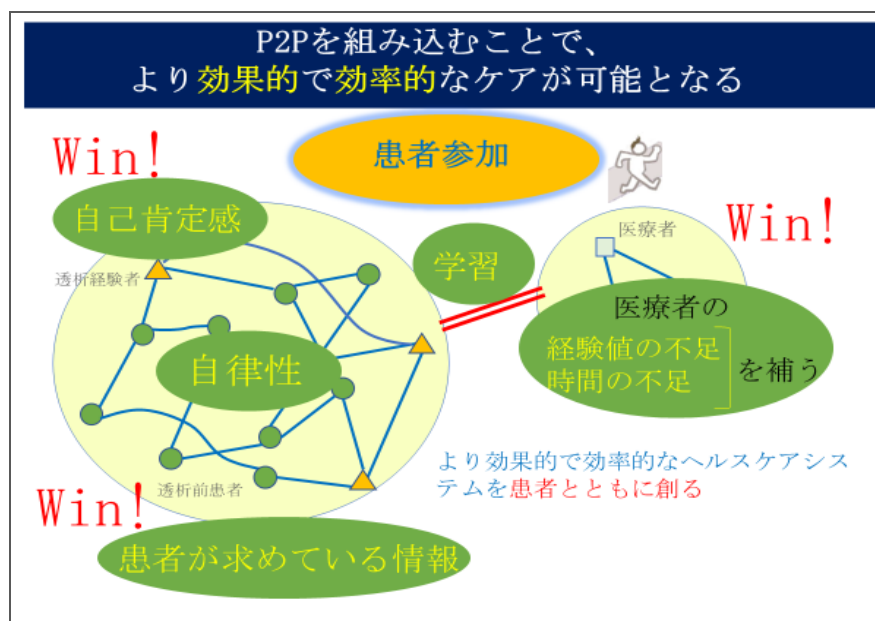


図 5 Peer-to-Peer ネットワーキングの効果

6. 参考文献

- 1) Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making-The Pinnacle of Patient-Centered Care. NEJM 366(9):780-781, 2012
- 2) A Guide to Having Conversations About What Matters. BC Patient Safety & Quality Council, Patient Voices Network.
bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2018/05/ConversationsMatterFINAL.pdf
- 3) WMTY campaign. <https://www.whatmatterstoyou.scot>
- 4) NPO 法人腎臓サポート協会 2018 年会員アンケート結果報告
<https://www.kidneydirections.ne.jp/support/report/>
- 5) Morton RL, Tong A, Howard K, Snelling P, Webster AC. The views of patients and carers in treatment decision making for chronic kidney disease: systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. BMJ 340:c112, 2010
- 6) Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JCJM. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. Patient Education and Counseling 98:1172-79, 2015
- 7) Shay LA, Lafata JE. Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. Med Decis Making 35(1):114-131, 2015
- 8) Standardized Outcomes in Nephrology Hemodialysis (SONG-HD) Initiative. Developing a set of core outcomes for trials in hemodialysis: an international Delphi Survey. Am J Kidney Dis. 2017;70(4):464-475

阪喉会における患者支援の取り組み

研究分担者

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）

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）

1. 講師

杉本 隆先生

（公益財団法人 阪喉会 理事長）

2. 阪喉会について

喉頭摘出術を受けた患者の支援を目的として、1948 年に設立されたわが国で最も古い患者会である。大阪府域を主な活動拠点として、70 年以上にわたり活動を継続し、会員数は 371 名（2016 年 12 月）である。支援者含め当事者で構成されている。

喉頭摘出術後は、失声による言語機能の喪失に対処するため、代用音声の習得が必要不可欠となる。手術入院期間中は、術後の回復と嚥下機能訓練に時間を費やすこと、また代用音声の習得には時間を要し、実際は退院後に多くの訓練を行う必要があることから、阪喉会は発声教室の開催、発声補装具等の斡旋、患者同士の交流等の支援を行っている。

喉頭摘出術後患者であり、阪喉会の理事長である杉本氏は公認会計士として運営に携わる傍ら、岡山大学大学院社会文化科学研究科の学生として、ピア・サポートによるエンパワメント効果に関する論文を執筆している¹⁾。インタビューの内容を下記に示す。

3. インタビュー内容

（1）ハード面について

Q1: 阪喉会の設立契機となったものは何か。

A1 戦後の生存率の上昇とともに、喉頭摘出術後患者にとっては代用音声の習得が大きな課題となってきた。医療行為とは異なり、代用音声の習得訓練は保険収載されていないが、患者の QOL 向上にとっては重要であることから、大阪大学医学部附属病院の耳鼻咽喉科・頭頸部外科の医師と患者が主導し、患者によるボランティア団体として 1948 年に発足した。後に阪大病院から大阪市内中央部に主拠点を移し（現在は肥後橋）、大阪国際がんセンター等、阪大病院の主要な関連病院にも拠点を作った。その後、学会での報告等を通じ、この取り組みを模倣したボランティア団体が各都道府県に設立され、国内に広まった。

Q2: 具体的な活動内容について。

A2: 以下の活動を行っている。

- ・ホームページ (<http://www.hankoukai.jp/TOP.html>) で発声教室の開催通知、発声補装具の紹介や斡旋、イベント告知等、多くの情報を掲載しており、掲示板も活用している。超高齢者以外は、スマートフォンやPCを扱う会員が多く、現在で 58,000 件以上のアクセスがある。
- ・発声教室の開催（肥後橋、阪大病院、大阪国際がんセンター）
- ・各種相談
- ・秋の 1 泊バス旅行：20-30 名参加し、うち 3-5 組の夫婦での参加がある。
- ・日帰り旅行：60 名程度参加

Q3: 阪喉会事務局（肥後橋）の利用可能時間について。

A3: 平日 11-15 時に開所している。

Q4: 入会者の人数や特徴について。

A4: 年に 20～30 人が入会し、9 割が高齢男性である。若年者は就業を継続すること多いが、定年後再就職していた会員は完全に退職することが多い。

Q5: 発声教室の詳細について。

A5: 肥後橋では毎日、阪大病院および大阪国際がんセンターでは週一回開催しており、指導員は喉頭摘出術後患者ボランティアである。

- ・初心者ガイダンス（マンツーマン）
- ・食道発声初級（生徒 5-6 名、マンツーマンに近い指導、1 ヶ月程度で習得）
- ・食道発声中級（生徒 20 名/指導員 7 名）
- ・食道発声上級（生徒 3-5 名/指導員 1 名）※1 年以上継続者が多数
- ・笛式発声（生徒 5-6 名/指導員 2 名）
- ・電動式（生徒 6-7 名/指導員 3 名）

阪大病院教室では生徒 10 名以上、指導員 3-4 名と大人数となっている。いずれも試験制であるが、発声法を習得した後も、発声教室が同じ疾患を持つ人たちとの貴重な会話の場となっていることから、通い続ける会員が多い。

Q6: スタッフの構成について。

A6: 発声指導員を務める患者スタッフは現在 22 名程度である。指導員以外にも会の運営に携わる患者は多い。

Q7:財源はどこから出ているか。

A7:会費収入 3,000 円/名・年、大阪府からの年間委託金約 300 万円、人工喉頭（電動式、笛式）の販売手数料収入により運営しているが、機関誌の発行、年次総会開催費、指導員研修会（年 1 回、3 日間）、交通費支出で年間数十万円の赤字になっている。

（2）運営の実際について

Q1:阪喉会として、患者同士のつながりをどのように考え運営しているか。

A1:9 割が高齢男性であるため、「放っておいてほしい」と思う人も多い。発声訓練という大きな目的を契機として集まってもらうが、さらなる活動を望む会員同士で、カラオケサークル、中には飲酒会等のチームが自律的に出来ており、希望に応じて自由に過ごしてもらえばよいと考えている。発声指導員にも個性があり、それぞれの個性に応じた会員が集まり活動することも多い。

Q2:患者の相談内容の特徴と、その対応はどのようにしているか。

A2:新規会員からの相談内容は、各種手続きの具体的方法や、身体的症状に関するものが多く、傾聴はするが主治医との相談を薦めることが多い。熟練会員になると、他人の視線が気になるといった悩みも薄れ、日常生活上の相談は殆どない。

Q3:患者家族の関与は多いか。

A3:最初は配偶者の付き添いで来所することが多いが、その後は、会員自身で自立するため、最終的に家族の関与は少ない。

Q4:活動の制約、懸念事項になっているものは何か。

A4:財政面の制約がある。ある程度公的資金で賄えたらありがたいと考えている。喫煙者の減少、化学療法が進歩により喉頭摘出術後患者数は減少しており、特に地方の患者会の運営が厳しくなっている。阪喉会から指導員を派遣するなどのサポートは行っている。

（3）患者の立場からの評価

Q1:阪喉会の活動についてどのように感じているのか。

A1:患者は、手術後に発声が出来なくなることを一番不安に思っているため、ニーズは非常に高い。個人的には、説明を受けるだけでは具体的なイメージがつかめず、退院後すぐに阪喉会に行ったところ、指導員の発声が非常に上手で驚くとともに、前向きな気持ちになった。

Q2:その他、患者の立場から感じること。

A2:たとえ慢性疾患であっても、患者は医療から離れた場においては、医療者と関係がとりにくい。本当は伝えたいことはいろいろあり、患者が患者の立場を忘れ、一人の人間として医療者と結びつき、対等な立場で意見を交わせるような場があればよいと思う。

(4) 次のステージへ向けて

Q1:要望したいことはあるか。

A1:医療側主催として患者会を立ち上げてもらいたい。たとえば発声教室の部屋が医療機関内に準備されているだけでも運営が楽になる。場所さえあれば、患者は自律的に会を運営することが可能である。

Q2:患者の立場から論文を作成する活動について。

A2:自分自身が病気になるまで全く知らなかった世界を知ることになった。後輩患者のために多大な活動をしている先輩患者が存在することを知り、これを纏めて世に知らしめたいと考えた。今後も執筆活動を継続する予定であり、博士号取得まで頑張りたいと考えている。

Q3:阪喉会としての今後の展望について。

A3:わが国最古で最大の患者会として、地方の団体へのサポートをどのように継続するかが重要である。地域ブロック単位で指導員向け研修会を開催しており、情報交換は活発に出来ている。全てのがんを対象とした「がん患者会」として活動を拡大すれば、運営面含め助かることも多いと思うが、患者が多様になると目的が統一されなくなるため、困難を伴うと考えている。

(5) その他

Q1: 代用音声の習得訓練が保険収載されるほうがよいと思うか。

A1:必ずしもそうとは言えない。アメリカでは100%自己負担で食道発声の訓練に30万円/30時間を要し、電動式では10万円/7-9時間と高額である。わが国では市町村からの補助金があり、患者会での発声指導がボランティアにより可能であれば、このまま継続すればよいと考えている。

Q2:オンライン教育は有効か。

A2:ある程度は可能だと思うが、直接に交流する場を求める会員が多いので、課題が多い。

3. ピアサポートが有する効果

本調査では、日常生活の維持に必須であるにもかかわらず、医療の範囲外である代用音声の習得を目的に、医療機関から独立した形で自律的に発生し、うまく機能し続けている患者同士のサポートシステムの詳細が明らかになった。阪喉会では、初心者から熟練者が混在し、指導を受ける立場と指導員、同じ興味を持つ仲間同士の交流など、さまざまな方向性のピアサポートが存在していた。

阪喉会の指導員を対象とした杉本氏自身の研究¹⁾によると、失声に至った患者は、就業、社会活動を始めとして、以前は当たり前に出ていた日常生活機能が果たせなくなることにより、3人に1人が抑うつや失意（disempowerment）に至っていた。しかし、阪喉会において、先輩指導員の上手な会話の様子を見ながら、発声スキルの習得に向かうための勇気を得るだけでなく、実際にスキルを習得することにより、失っていた日常生活機能を回復し、自律的にコントロールする力が得られることから、苛立ちや抑うつ等の精神症状の回復につながっていた。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。

またこの経験を礎に、後輩患者も同様の自己効力感の回復を経験して欲しい、恩返しをしたい、と指導員を引き受けた者がほとんどであった。指導を行うことにより、後輩患者が発声スキルを獲得した際の喜びが自身の生きがいとなり、生活のリズム・楽しみができ、自身の成長を実感する等の効果を実感していた。このような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た。

4. 参考資料

1. 杉本 隆. 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.
2. 公益財団法人 阪喉会
<http://www.hankoukai.jp/TOP.html>

患者側弁護士の取り組みからみた患者医療者関係について

研究分担者

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）

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）

清水健太郎（大阪大学医学部附属病院 高度救命救急センター）

1. インタビュー

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）

2. 大阪弁護士会医療委員会について

東弁護士、須藤弁護士の所属する大阪弁護士会では患者相談窓口の他、平成 23 年に医療委員会が設けられた。医療委員会は患者側代理人として活動する弁護士と、医療機関側代理人として活躍する弁護士の双方が属しており、医療制度の在り方に関する議論、研修会の企画および実施、研究活動等を行っている。

また、2009 年から現在まで計 9 回にわたり、司法修習生の教育活動の一環として、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と協働し、同院手術部および集中治療部の見学、医療安全の歴史と最新の動向に関する講義および意見交換を行っている。

3. 法曹界からみた患者の想い、患者協働型医療に必要なこと

本研究では、患者や遺族の立場から医療安全等にかかる問題の解決に携わった豊富な経験のある弁護士等の法律専門家により、患者と医療のつながりのあり方に関する見解を得ることが重要であることから、主に医事紛争をご専門としてご活躍であり、現在または過去において大阪弁護士会の医療委員会委員長をおつとめになられている東弁護士（令和 2 年 3 月 23 日）、須藤弁護士（令和 2 年 3 月 30 日）にインタビュー調査を行い、現在の医療においてどのような点に注力すれば患者と医療者が円滑に連携できるか、また、その阻害因子について検討した。

医事紛争に関する相談を契機として、患者や患者家族と接点を持つことが多いが、患者家族の一番の想いは「真実を知りたい」ということである。治療アウトカムの悪さが紛争の契機になるのではなく、治療計画に関する説明や、インシデントが発生した後の事実経過の説明について、患者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い場合に訴訟に踏み切ることが多い。実際に医事紛争で診療プロセスに対して責任追及が可能となる事例は 60%程度にと

どまっており、残る 40%はコミュニケーションエラーによる信頼関係の消失が契機となったものが多い。

(1) 主治医と患者の Shared Decision Making の重要性

病院で治療を受けるにあたり、医学的な説明は非常に難解なことも多く、内容も厳しい場合があるため、患者にとって精神的にも負担が大きいことである。また、主治医への遠慮があり、疑問があっても言い出せないことが多い。治療を行う際に、丁寧に説明を行うことはもちろん、患者が疑問に思うことや希望について表出できるように心掛けること、また双方の意見を交わし合い、最終的な結論を共に導き出す Shared Decision Making が最も重要と言える。

行われる治療に関して、患者がその目的や適応、デメリットや合併症についても熟知できるようにした上で、一緒に方向性を決定することができれば、万が一治療経過が良くない場合にも、説明および今後の方針決定も円滑になる。丁寧に繰り返すことで、説明内容の誤解も防止でき、その上で得られた結果については、患者家族とも受け入れやすくなると考えられる。

(2) Peer-to-peer サポートの重要性

悪性疾患をはじめとした、同じ慢性の疾患を持つ患者同士のコミュニケーションには非常に大きな効力がある。医療者の説明でも理解できない部分を補足できることもあれば、患者自身が生活の中で病と向き合うコツなどは、医療者ですら患者に伝えることが出来ない貴重な経験知となりうる。

(3) 第三者の早期介入の重要性

メディエーターの存在は大変ありがたいが、トラブルに発展した後に介入するため、介入のタイミングを早期にすることが重要である。治療経過中から随時、主治医の代わりに患者の話を傾聴するスタッフを配備し、医師には話せない疑問点や不安などを含め受け止めることが出来れば、医師側の業務負担軽減にも役立ち、患者満足度の向上にもつながると考えられる。

(4) 医療者と患者、治療目標のギャップを埋めるには

高齢化が進み、さまざまな併存疾患を有する患者が増加しており、医学的にはとされる治療を進めようとする、却って患者を追い詰める場合もある。例えば糖尿病と心不全を有する高齢者に、主治医が厳しい食事制限を課し、それを患者が真面目に守ることで極度の低栄養状態に陥るようなことがあるかもしれない。医療者は医学的なエビデンスをもとにした理想論の治療を目指すことが多いが、患者には実生活があり、実際にそのままの形で反映しようとする、

いびつな結果に終わることもある。重要なことは、一方的に理想論の治療方針を決定するのではなく、患者の置かれているコンテキストを理解し、全体像として治療がどうあるべきかを患者と共に考えることである。

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

研究分担者

坂村 健（東洋大学情報連携学部 学部長）

2. Digital Transformation(DX)時代の到来

今後、Information Technology (IT)が人々の生活を変化させる、Digital Transformation (DX)が中心的なテーマとなる。あらゆることが端末やコンピューター経由で可能となり、あらゆるデータが共有され連携が可能となるため、24 時間稼働が可能で、業務の効率、方法、スタイルが変わる。プログラミングで社会を変えられるようになる。

従来、生産性の発展、効率化は世界的に行われてきたが、これまでのやり方を踏襲するだけでは、これ以上の進化につながらない。イノベーションをもたらす重要な方法として、DX の可能性が注目されている。イノベーションは1回で上手くいくものではなく、何度も粘り強くチャレンジし続けることが重要であるが、デジタルの強みはそれが行いやすいことである。プログラミングについても昔とは異なり、インターネットとつながっているため、コンピューターが機能しやすくなり、容易になっている。また、現在はオープンソースが充実しており、ネット上で有用なプログラムを見つけることもできるようになったため、開発効率が急激に上がっている。

3. 我が国における課題

我が国の状況は非常に遅れている。中にはプログラミングを義務教育課程で教えるエストニアの例もあるが、コンピューターを小学校で教える欧米諸国とは大きな違いがある。日本は技術力が非常に高いにもかかわらず、教育が不十分であることからデジタル化についての理解や認識も不十分である。つまり、制度上の問題に端を発し、デジタル化が進まない構造となっているのである。

今までは海外に優秀なコンピューターを輸出してきたが、それですらもアジア諸国にシフトし、日本の IT 産業は弱体化しつつある。オープンソースの利用、API (Application Programming Interface)も進まず、危険だという誤解があるために、世界ではデータを分散させることが出来るクラウド化が常識となっているにもかかわらず、日本では進んでいない。

ヘルスケア領域での問題は、電子カルテである。サーバーを病院内に置いてところが多いが、クラウドコンピューティング技術を使用しない限り、完全にデータを安全に保つことが出来ないのである。

4. オープン・イノベーションのちから

重要な概念が「オープン」である。例えば人工知能(AI)の劇的進化も、オープン・イノベーションによってもたらされたものである。脳と同じ構造をもったニューラルネットワーク系のコンピューターシステムである AI であるが、1986 年に論文レベルでの発表にとどまっていたものが、2006 年にはディープラーニングとして実用化が可能なレベルにまで到達し、さらにはグーグル社による民主化が行われ、ソースプログラムを全世界に公開した。他社も同様に公開し、AI の進化をもたらした。このオープンソースこそが、イノベーションのもととなった。坂村先生が開発した TRON も昔からオープンにしており、多くのデバイスに利用されている。

5. IoT(Internet of Things)をヘルスケア領域に応用するためには

1990 年代のインターネットは、人間同士の情報交換を助ける技術であったが、近年では機械（モノ）そのものをインターネットにつなぐ発想が生まれ、それが IoT である。コンピューターなどモノ同士がつながることで、どこに誰がいるのか、モノがどのように流れているのかがわかるようになり、バーチャルな世界とリアルな世界が一体化する。膨大なセンサーが必要になるが、得られる多くのデータをクラウドに集積し使用することで、AI の学習にも役立つ。データについてはアクセスコントロールが可能であり、権限を得た人は誰でもオープンに利用できる。膨大な情報をコンピューターが処理していくうちに、コンピューターが人間の動きを理解するようになる。AI と IoT による相互作用ともいえるが、実生活やヘルスケア領域でも応用可能で、近未来には同居する AI が人間を見守る時代が到来するかもしれない。

今後の第一の課題は、クローズからオープンにすることである。また、局所最適化ではなく、全体最適化を目指さなくてはならない。特にわが国のヘルスケア領域で ICT 利用が遅れている大きな要因として、システムのクローズ性が挙げられる。日本人は賢く、システムが間違っているとしても優秀な現場が構造的欠陥をカバーしてしまうことから、いつまでもシステムの改善ができない。その典型例が電子カルテである。病院ごとに細かなカスタマイズ要求が大きく、電子的にデータ交換ができないことが多い。また、医療機器データから得られる生体情報も個人情報保護の観点からクローズ性が高く、連携できないシステムである。日常生活においても家電同士のネット連携は、同社製品に限定されていることが多い。

オープンな医療データ連携のためには、時間をかけて医療者、医療機器メーカー、システム会社等の認識を変化させなくてはならない。個人情報保護の問題もあるが、プライバシーと公共の概念を再構築し、強い標準化ではなく、イ

インターネット世界における弱い標準化の観点で動くことも必要となる。優れた米国の取り組みとしてプライバシーデータのオープン化があり、自らの医療関連のデータをクラウド上からボタン一つで抽出し、個人判断で他者に渡すことが可能である。これができる根本には DX があるのである。

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

研究分担者

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）

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）

田中晃司（大阪大学大学院医学系研究科 消化器外科学）

中川慧（大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学）

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）

滝沢牧子（群馬大学大学院医学系研究科 医療の質・安全学講座）

1. はじめに

医学の進歩に伴い、治療を長期にわたり継続する必要が生じている。さらに、例えば化学療法のように、以前なら入院下で行われていた治療が外来で行われるようになり、医療の場は病院内から退院後、地域へとシフトしている。そのため、疾患治療と患者生活の関わりが、よりいっそう密接になっている。

このような状況の中で、治療の主体を担う個々の患者について、疾患や治療に対する受容の程度、必要としている情報、治療の上で重要視している事項や治療のゴール設定を知ることはperson-centered care実践のために重要である。また、先行的事例から重要性が示唆された、他者（医療者、他患者、社会など）とのかかわりについての考え方、同じ疾患を持つ患者との情報交換や経験知共有の意義等について、より広い疾患群で明らかにすることは、ヘルスケアマネジメントへの主体的な患者参加を広い疾患群で支援するために必要であると考えられた。

そこで、本研究班では、がん、糖尿病、末期腎不全を治療中の患者に対し、同じ疾患をもつ人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た自記式アンケート調査を行った（実施期間は2021年2～3月）。

2. 調査・解析方法

①アンケート調査概要

- ・対象：大阪大学医学部附属病院において治療中の患者（腎臓内科、糖尿病・内分泌・代謝内科、消化器外科、産科婦人科）111名。
- ・調査期間：2021年2月～3月
- ・調査方法：上記診療科に所属する本研究の研究分担者（北村温美、徳永あゆみ、田中晃司、中川慧）により、対面に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、書面でのアンケート調査を行った。調査項目の詳細は添

付資料に示すとおりである。

②解析方法

回答内容について、データセット作成を行い、設問 14-5, 17-2, 18 を除く全項目につき、集計を行った。これには、Excel 2016, Redmond, WA: Microsoft Corp. を用いた。

また、自由記載項目である設問 14-5, 17-2, 18 について、テキスト分析による解析を行った。まず、前処理として「思う」の単語を検討対象から除外した。加えて設問 18 では、「特に」の単語も検討対象から除外した。前処理の後、各設問に対し単語出現頻度の算出を行った後に、共起ネットワーク分析を行った。外部変数を設定しない通常の分析を行った後に、設問 1, 2, 6, 7, 8, 12, 17-1 を外部変数として設定し、各設問の回答内容による傾向および、共通点の有無を確認した。以上のテキスト分析は樋口耕一氏により無償提供されているソフトである KH Coder 3 を使用した。

次に、探索的分析により、患者の心理状態および他者へのつながりに関連する要因を検討した。まず、従属変数には、以下の 6 つの項目を設定した：

- 1) 「設問 6. ご自身の病気について、今の気持ちに最も近いものを一つ選んで下さい。回答② 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。」、
- 2) 「同 6. 回答③ 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。」、
- 3) 「同 6. 回答④ 病気は抱えているが、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。」、
- 4) 「設問 7. あなたにとって、治療のゴールは何ですか。最も近いものを一つ選んでください。回答① とにかく病気の進行をおさえない。」、
- 5) 「設問 12. 同じ病気の人と話がしたいと思ったことがありますか。回答① はい 回答② いいえ」、
- 6) 「設問 17. 全員にお尋ねします。(1)同じ病気の人に、自分の経験を伝えたいと思いますか。回答① はい」。

さらに、他の全項目、および 17, 18 における高頻度テキスト項目を独立変数として、探索的分析を行い、従属変数に関連する重層的要因の組合せを特定した。ただし、全員が回答しえない下位項目 (9, 10, 11, 13, 14, 15, 16) は、独立変数から除外した。また、項目「12」は、項目「17」と強い関連が見られたため、従属変数「12」の分析では「17」を、従属変数「17」では「12」をそれぞれ独立変数から除外して分析した。探索的統計解析には、Random Forest 法 (ブートストラップ ; 繰返し設定回数=100) を用いて、独立変数の重要性を

検討した。さらに、決定木分析により、従属変数に対する有意な独立変数の組合せを特定した。データセット加工、データ解析には、統計モデリングソフトウェアである IBM-SPSS Modeler ver.18.2, Armonk, NY: IBM Corp. を用いた。

3. アンケート調査結果

①集計結果

(A) あなたご自身について

設問 1) ご自身の年代に○をつけてください。

設問 2) 主としてかかっている診療科に○をつけてください。

年代	n (%)	主としてかかっている診療科	n (%)
30 代	3 (2.7)	腎臓内科	25 (22.5)
40 代	4 (3.6)	糖尿病・内分泌・代謝内科	37 (33.3)
50 代	26 (23.4)	消化器外科	29 (26.1)
60 代	32 (28.8)	産科婦人科	20 (18.0)
70 代	37 (33.3)	計	111 (100.0)
80 代	7 (6.3)		
90 代	2 (1.8)		
計	111 (100.0)		

患者の年代および主としてかかっている診療科を示す。患者総数 111 名のうち、年齢層としては 70 代が 37 名と最多であり、診療科内訳は腎臓内科 25 名、糖尿病・内分泌・代謝内科 37 名、消化器外科 29 名、産科婦人科 20 名であった

設問 3) かかえていらっしゃる病気すべてに○をつけて下さい。

	n (%)
高血圧症	44 (22.0)
糖尿病	33 (16.5)
腎臓病	29 (14.5)
脳卒中 (脳梗塞や脳出血)	2 (1.0)
心臓病	15 (7.5)
がん	52 (26.0)
婦人科系の病気 (がん以外)	4 (2.0)
その他	21 (10.5)
計	200 (100)

患者の罹患する疾患について、がんが 52 回答数と最多であるが、高血圧症、

糖尿病および腎臓病も多かった。

(B) 日ごろ困っていることについて

設問 4) 困っている症状すべてに○をつけて下さい。

	n (%)
足腰の筋力が落ちて（あるいは足腰が痛くて）日常動作に苦勞する	36 (14.5)
眼がみえにくい	22 (8.9)
耳がとおい	11 (4.4)
歯が悪い	21 (8.5)
食欲がない	8 (3.2)
疲れやすい、体力が落ちたと感じる	61 (24.6)
物覚えが悪くなってきた	32 (12.9)
十分に眠れない	26 (10.5)
その他	17 (6.9)
特にない	14 (5.6)
計	248 (100)

困っている症状については、足腰の筋力および体力が落ちた、また物覚えが悪くなってきたと回答する例が多く、体力面や認知能の「変化」を気にしていると考えられた。

設問 5-1, 2) どのようなことがらに一番困っていますか。

	n	n (%) (大項目)
大項目①：治療		23 (23.7)
✓ 情報	7	
✓ 時間	5	
✓ 精神的なサポート、理解	4	
✓ 費用	3	
✓ 体力面でのサポート	2	
✓ その他	2	
大項目②：仕事・通学		18 (18.6)
✓ 時間	8	
✓ 体力面でのサポート	5	
✓ 精神的なサポート、理解	2	
✓ 情報	2	

✓ その他	1	
大項目③：趣味		15 (15.5)
✓ 時間	11	
✓ 体力面でのサポート	2	
✓ 費用	1	
✓ その他	1	
大項目④：家事		11 (11.3)
✓ 体力面でのサポート	4	
✓ 精神的なサポート、理解	3	
✓ 体力	2	
✓ その他	2	
大項目⑤：自治会などの社会活動		3 (3.1)
✓ 体力面でのサポート	2	
✓ 精神的なサポート、理解	1	
大項目⑥：介護		2 (2.1)
✓ 体力面でのサポート	2	
その他		14 (14.4)
特になし		11 (11.3)
総計		97 (100)

困っていることについて、大項目では、治療に関すること（23 回答）、仕事・通学（18 回答）、趣味（15 回答）、家事（11 回答）の順に回答数が多く、小項目も含めると、趣味の時間（11 回答）、仕事・通学の時間（8 回答）、治療の情報（7 回答）の順に回答数が多かった。治療に関すること以外に、日常生活における不便（時間上の制約、体力面の不足）を感じている患者が多い一方、困りごとはないという意見（11 回答）も多く認められた。

（C）あなたの病気と治療について

設問 6) ご自身の病気について、今の気持ちに最も近いものを一つ選んでください。

	n (%)
① とても落ち込み、心の準備が出来ずに病気について何も考えられない。	0 (0.0)
② 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	16 (15.2)
③ 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	47 (44.8)

が、日常生活の一環となっている	
④ 病気は抱えているが、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ます。	42 (40.0)
計	105 (100.0)

PHE Scale を参照として選択肢作成
(Graffigna G., et.al., *frontiers in Psychology*, 2015)

自身の疾患の受容状況についての設問では、89 例（回答総数の 84.8%）において、「③ 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）」または、「④ 病気は抱えているが、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ます（受容）」と回答しており、疾患を抱えた状態に多くの患者が適応していると考えられた。中でも、疾患を抱えながらも自己実現が出来ている状態にあると考えられる④の段階に、42 例（40.0%）が至っていた。

設問 7) あなたにとって、治療のゴールは何ですか。最も近いものを一つ選んでください。

	n (%)
① とにかく病気の進行をおさえない	21 (19.4)
② 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	63 (58.3)
③ 治療にしばられすぎず、自分らしく生きていきたい	21 (19.4)
④ とにかく経済的な負担を減らしたい	1 (0.9)
その他	2 (1.8)
計	108 (100.0)

自分にとっての治療のゴールを問う設問について、半数以上の患者が、日常生活や人との関わりを続けた上での治療を希望していた。

表) 設問 6 と 7 における回答内容の関係 (n (%), 設問 6 回答数に対する比率)

	設問 7: 回答①	設問 7: 回答②	設問 7: 回答③	設問 7: 回答④	設問 7: その他	計
設問 6: 回答②	8 (50.0)	5 (31.3)	3 (18.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	16 (100)
設問 6: 回答③	7 (14.9)	31 (66.0)	9 (19.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	47 (100)

設問 6: 回答④	5 (11.9)	26 (61.9)	8 (19.1)	1 (2.4)	2 (4.8)	42 (100)
設問 6: その他	1 (33.3)	1 (33.3)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (100)
計	21	63	21	1	2	108

病気の受容が喪失段階にある場合は、治療のゴールとして「①病気の進行を抑えたい」、病気の受容が③（折り合い）または④（受容）にある場合は、治療のゴールとして「②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」と考えている割合が高かった。

設問 8) 家族や本院の主治医のほかに、病気や治療のことを相談できる人はいますか。

	n (%)
はい	57 (51.4)
いいえ	54 (48.6)
計	111 (100.0)

病気や治療に関する他者への相談についての設問では、約半数の患者が、家族や本院主治医以外に相談者が存在すると回答した。

設問 9-1, 2) 家族や本院の主治医のほかに、相談できる人がいる方へ：誰にどのようなことを相談していますか。

	n	n(%) (相談相手)
相談相手①：本院以外の医師		23 (30.7)
✓ 病気・治療に関すること	14	
✓ その他	1	
✓ 空白回答	8	
相談相手②：本院の看護師		7 (9.3)
✓ 病気・治療に関すること	6	
✓ その他	0	
✓ 空白回答	1	
相談相手③：本院以外の看護師		9 (12.0)
✓ 病気・治療に関すること	7	
✓ その他	0	
✓ 空白回答	2	
相談相手④：友人		27 (36.0)

✓ 病気・治療に関すること	18	
✓ その他	5	
✓ 空白回答	4	
相談相手⑤：調剤薬局の薬剤師		4 (5.3)
✓ 病気・治療に関すること	3	
✓ その他	1	
✓ 空白回答	0	
相談相手⑥：その他		5 (6.7)
総計		75 (100)

相談相手については、回答総数 75 のうち、友人（27 回答）、本院以外の医師（23 回答）が多数を占めていた。相談内容については、殆どが体調や治療に関する事項となっていた。

設問 10) 家族や本院の主治医のほかに、相談できる人がいない方へ：本院の主治医以外に相談できる人が欲しいと思いますか。

	n (%)
はい	9 (17.3)
いいえ	43 (82.7)
計	52 (100.0)

設問 8 において家族や本院主治医以外に相談者が存在しないと回答した患者のうち、43 例（82.7%）が相談相手不要と回答しており、自己にて解決可能で困り感が少ないことから他者に相談をしていない可能性も考えられた。

設問 11-1, 2) 家族や本院の主治医のほかに、相談できる人が欲しいと思う方へ：誰にどのようなことを相談していますか。

	n	n (相談相手)
相談相手①：本院以外の医師		2
✓ 病気・治療に関すること	2	
✓ その他	0	
✓ 空白回答	0	
相談相手②：友人		2
✓ 病気・治療に関すること	0	
✓ その他	0	
✓ 空白回答	2	
相談相手③：その他		3

総計		7
----	--	---

上記設問には総数 7 と少数の回答であった。

(D) 同じ病気の人とのかかわりについて

設問 12) 同じ病気の人と話がしたいと思っただけですか。

		診療科内訳			
	総計 (%)	腎臓内科	糖尿病・内分泌・代謝内科	消化器外科	産科婦人科
はい	66 (60.0)	18	14	15	18
いいえ	44 (40.0)	6	23	12	2
計	110 (100.0)	24	37	27	20

同じ病気の人との交流についての設問では、交流を希望する患者が 66 例 (60%) を占めていた。診療科別内訳では、糖尿病・内分泌・代謝内科の患者群において、交流を希望しない割合が高かった。

設問 13) 同じ病気の人と話がしたいと思っただけの方へ：実際に、同じ病気の人と話をし、あるいは双方向に情報をやりとりする機会がありましたか。

	n (%)
はい	49 (74.2)
いいえ	17 (25.8)
計	66 (100.0)

交流を希望する患者 66 例のうち、実際に交流機会を持った経験のある患者は 49 例 (74.2%) であった。

設問 14-1) 実際に話をした、あるいは情報をやりとりしたことがある方へ：それはどのような時でしたか。すべて選んで○をつけて下さい。(複数回答)

	n (%)
診断名 (病名) を聞いたとき	13 (26.5)
治療方法を決めるとき	4 (8.2)
治療を開始するとき	10 (20.4)
退院してから、あるいは治療を開始してしばらく経ったとき	24 (49.0)
治療方法・方針を変えるとき	5 (10.2)
その他	6 (12.2)
計	62

交流のタイミングとしては、退院してから、あるいは治療を開始してしばらく

く経ったとき（24 回答）、診断名（病名）を聞いたとき（13 回答）、治療を開始するとき（10 回答）の順に多かった。

設問 14-2) 実際に話をした、あるいは情報をやりとりしたことがある方へ：どのような形で情報交換をしましたか。（複数回答）

	n (%)
面談（患者同士）	36 (73.5)
面談（医療者を交えて）	8 (16.3)
電話	5 (10.2)
メールや SNS	6 (12.2)
患者会などの WEB サイト	4 (8.2)
その他	2 (4.1)
計	61

交流の形式を問う設問では、医療者の介入を問わず、患者同士の直接面談形式が 44 回答を占めていた。

設問 14-3) 実際に話をした、あるいは情報をやりとりしたことがある方へ：どのようにして同じ病気の人と知り合いましたか。

	n (%)
入院中	23 (47.9)
患者会	7 (14.6)
医療者の引き合わせ	5 (10.4)
仕事関係	4 (8.3)
近所の方	4 (8.3)
友人	3 (6.3)
市町村の HP	1 (2.1)
趣味を通じて	1 (2.1)
計	48 (100)

患者同士が知り合った場については、入院中（23 回答）の他、患者会や医療者による引き合わせ、仕事や近所の関係者や友人など多岐にわたっていた。

設問 14-4) 実際に話をした、あるいは情報をやりとりしたことがある方へ：どのような話をしましたか。

	n (%)
治療に関すること	44 (89.8)

その他	5 (10. 2)
計	49 (100)

交流の際の話題は治療に関することが多数を占めていた。

設問 15-1) 同じ病気の人と話がしたいと思ったことがあるが、そうした機会がなかった方へ：もし同じ病気の人と情報交換できるとしたら、どのような形で情報交換をしたいと思いますか。(複数回答)

	n (%)
面談 (患者同士)	8 (47. 1)
面談 (医療者を交えて)	11 (64. 7)
メールや SNS	1 (5. 9)
患者会などの WEB サイト	3 (17. 6)
計	23

病気の人との交流を望むが、そうした機会がなかった患者については、多数が医療者を交えた他患者との直接面談を望んでいた。

設問 15-2) 同じ病気の人と話がしたいと思ったことがあるが、そうした機会がなかった方へ：その理由を教えてください (例：簡単だから、表情がわかるから、など)。

どのような生活をしているかや、治療で辛かったことや良かったことを話せたら、安心感が得られる。
どんな具合かいろいろ知りたい。
より多くの情報が得られると思います。
医療者の経験値と患者としての経験・体験を教えてもらえる。
互いの容姿がわかる。顔を見て話すことで真剣に向き合える。
今般、発覚の症状の初心者として、医療関係者の皆様、患者さん方の「生の声」をお聞きすることで、何らかのアドバイス、ヒントを受けることができるから。
自分の症状との共有感。
対面が基本のようでしたが、このコロナ禍で WEB 会議なども普及してきたので、面談がやりやすくなったと思うので。
直接いろいろ聞けるから。
同じ病状の人と一度話してみたい。
表情や身体状況がお互いわかれば話しやすいと思う。
表情を見ながら多くの情報交換ができると思う。

総数 12 の回答があった。多数は、患者同士の面談を希望する理由として、実際の容姿や表情を確認することで、多くの情報が得られるという理由を挙げている。

設問 15-3) 同じ病気の人と話がしたいと思ったことがあるが、そうした機会がなかった方へ：どのようなことを話したいですか。自由に記載して下さい。

お互いの病気前の健康状態。
ちょっとした治療の工夫。
どのような治療内容か。効果があったのか。
近況や現在の病気の状況を話せたらいいなと思います。辛いことや良かったことなどお互いに話せたら、安心感が得られるし、気持ちが楽になると思います。
現状を改善する方法を聞きたい。
出ている部分のカテーテルの扱い方。外出する際、例えば一泊旅行等の過ごし方。血液透析でなく、腹膜透析を選んだ理由。いつも気を付けていることなど。
小さいことでも、困った時の対処法など。
色々病気を持っていますから、それぞれの病気の現在の状況に対してのこととか、将来又は現在に対する考え方等。治療法の受け方等。
身体具合、進行（病気）。
病気と仕事の両立や、かかりつけ医、薬局の選び方など、病気と共に生きる上で、選択しなければいけないことが沢山あるので、それについての情報交換がもっとできたらと思います。
病気になった主な原因。どんな治療をしたのか。今どんな状態なのか。日頃生活で注意していること。社会とのかかわり方。
病状、自分なりの対処法、今後どう対処していくか等。
抱えている疾患の緩和、抑制の為の具体的な方法を教えていただきたい。

希望する話題としては病気の進行や治療の経過、自分なりの工夫や困った時の対処法、生活との両立を見据えた注意点などの情報交換が挙げられていた。

設問 16) 同じ病気の人と話がしたいと思ったことはない方へ：同じ病気の人と情報交換したいと思ったことがない理由をすべて選んで下さい。（複数回答）

	n (%)
主治医に質問すればすべて問題解決するから	37 (84.1)
自分で調べて解決したいから	6 (13.6)

信頼できる回答が得られるかわからないから	12 (27. 3)
その他	9 (20. 5)
計	64

同じ病気の人と交流を希望しない患者 44 例に対し、その理由を尋ねたところ、主治医に質問すればすべて問題解決するからという回答が最多であった (37 回答)。

設問 17-1) 全員にお尋ねします。同じ病気の人に自分の経験を伝えたいと思いますか。

	n (%)
はい	61 (58. 1)
いいえ	40 (38. 1)
その他	2 (4. 0)
計	105 (100. 0)

同じ病気の人に自分の経験を伝えたいかどうかを問う設問については、61 例 (58. 1%) の患者が希望した。

②テキスト分析結果

設問 14-5) 実際に話をした、あるいは情報をやりとりしたことがある方へ：同じ病気の人と話をして、気持ちはどのように変わりましたか。

上記設問に対する回答数は 46 であった。単語の出現頻度は、「前向き」(13 回)、「安心」「自分」(11 回)、「治療」(10 回)、「気持ち」「病気」(9 回)、「頑張る」(8 回)、「楽」(7 回)、「人」「不安」(6 回) の順に多かった。「治療」「病気」など頻出語として出現が予測される単語以外では、「前向き」「安心」「頑張る」「楽」との記載があり、単語が使用されている文脈から、**同じ疾患の患者とコミュニケーションを取ることで、精神的な充足感を得ていることが示唆された**。また、「自分」「不安」については、**孤独感や不安感の軽減**（自分だけではない）についての記載が多かった。

次に、共起ネットワーク図を示す (図 1)。「治療」という単語がネットワークの中心となっているクラスターでは、「前向き」「頑張る」という単語も共起関係をもってつながっており、同じ病気の人と話をすることで、**治療を頑張ろうと前向きになる**ことが示唆された。「気持ち」「楽」を中心としたクラスターでは、両者が強い共起関係をもってつながり、**気持ちが楽になる**という効果が示唆された。「患者」「情報」が含まれたクラスターでは「共有」「知る」という

単語とも強い共起性をもってつながり、他患者の情報を知り、共有できる意義が示唆された。「明るい」「生きる」等の単語が多数集積したクラスターでは、その他「楽しい」「取り組む」「過ごす」「生活」等の単語とつながっており、**患者が置かれた状況の中で明るく楽しく生きる活力を得る効果があると考え**られた。年代別の特徴を検索したところ、年代による大きな相違はないが、全世代のネットワークの中心に「安心」「気持ち」「自分」の単語が位置しており、年代にかかわらず、**孤独感の軽減から安心感を得ていることが示された**。

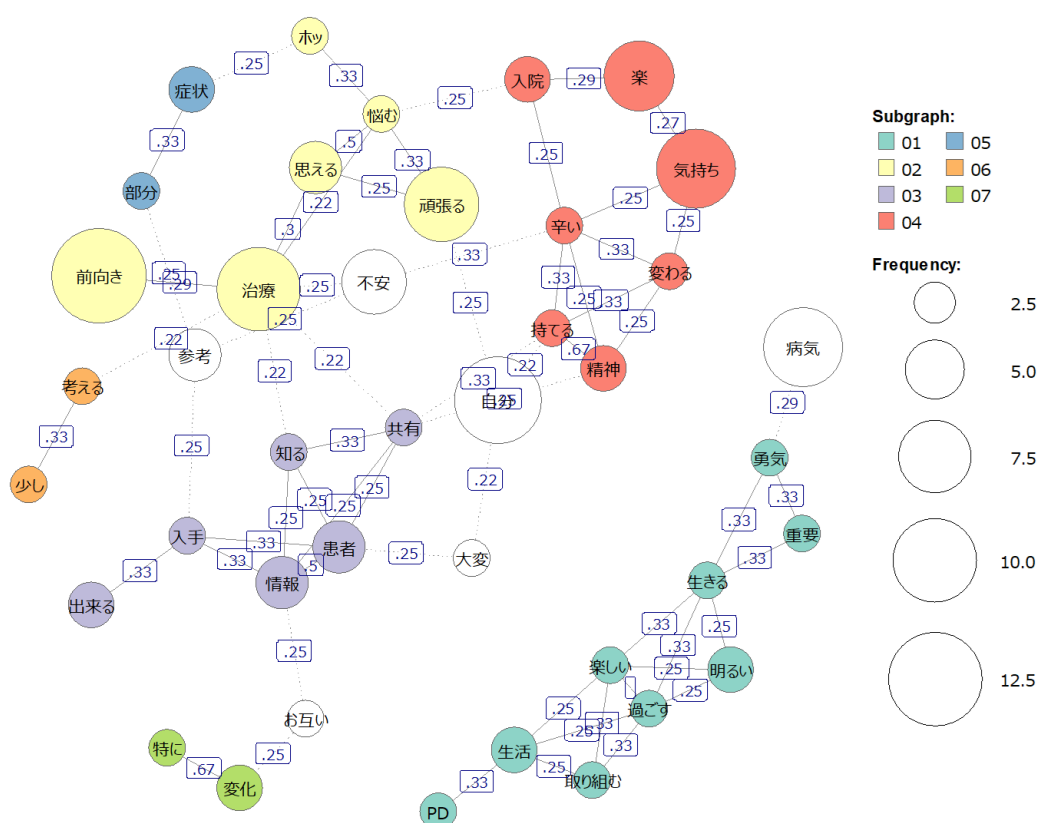


図 1. 共起ネットワーク図（設問 14-5）

設問 17-2) (設問 17-1「全員にお尋ねします。同じ病気の人に自分の経験を伝えたいと思いますか。」に対して)「はい」の場合、どのようなことを伝えたいですか。

上記設問に対する回答数は 61 であった。単語の出現頻度は、「自分」「病気」(20 回)、「治療」(19 回)、「伝える」(16 回)、「経験」(13 回)、「気持ち」「出来る」「人」「入院」「不安」(11 回)、「今」(10 回)、「生活」(9 回) の順に多かった。治療に関する自分なりの対処法や工夫、生活と治療の両立の方策など、

自身のノウハウを伝授したいという希望の他、現在の不安を吐露したり、自身の疾患経過や治療内容を話題とする希望が多いと考えられた。

共起ネットワーク図では、「不安」「気持ち」という単語を中心にしたクラスターにおいて、「病気」「伝える」とのつながりを有しており、**不安感を含めた自らの気持ちを吐露する希望**があると考えられた。「前向き」「出来る」「楽しむ」等の単語が含まれたクラスターでは、「診断」「検査」「病状」「発見」「必要」との単語ともつながりがあり、**診断や治療に関することや前向きな気持ちになるために必要なことなど、他患者への助言を行いたい**と考えていることが示唆された。「毎日」「生活」の単語が含まれたクラスターでは、「理解」「仕事」「運動」「食事」同士が強い共起関係をもってつながっており、**社会生活、日常生活と治療の両立についての話題**を希望していることが示された。「過ごす」を中心としたクラスターでは、周囲に「症状」「リハビリ」「手術」「副作用」など治療の内容を表す単語が位置しており、**自身の疾患の診断経緯、治療経過、副作用等についての情報共有**を行う希望があると考えられた。(図2)。年代別の特徴を検索したところ、30代および40代の若年層に共通する単語として「不安」「先生」が抽出された。**特に若年の患者においては、不安感との向き合いや、主治医への信頼感について話題にしたい**と考えていることが示唆された。

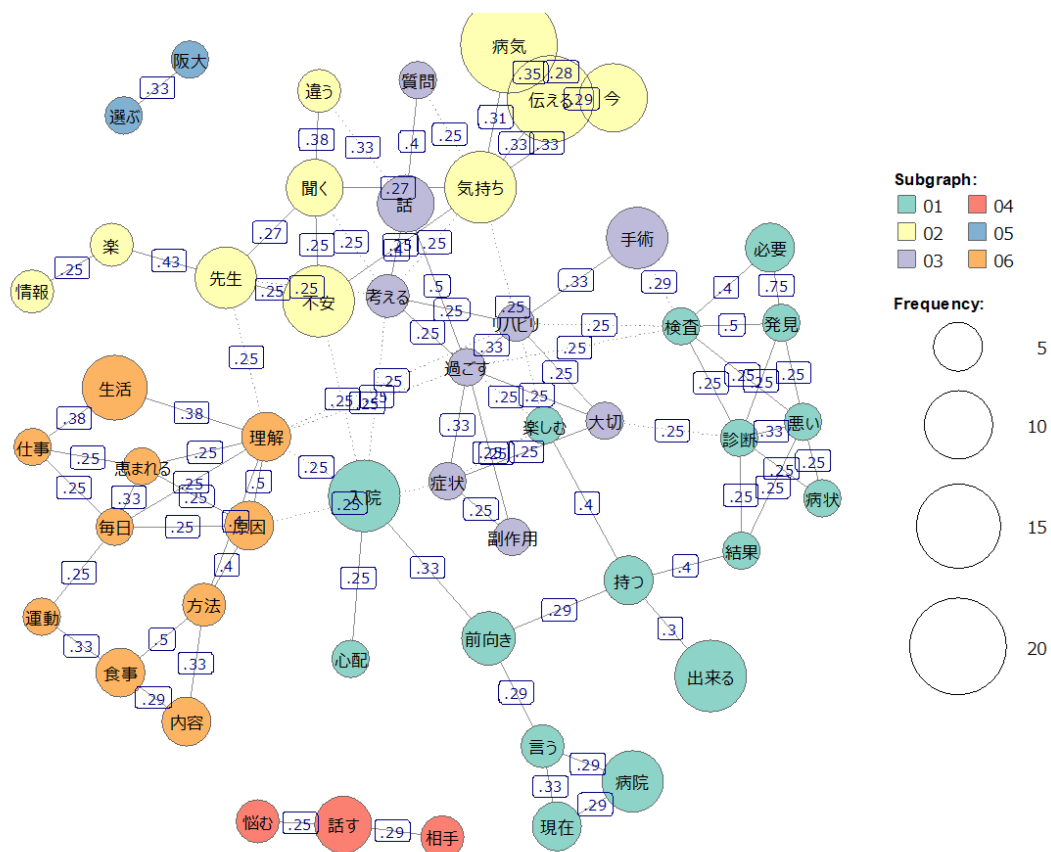


図 2. 共起ネットワーク図（設問 17-2）

問 18) 全員にお尋ねします：「こんなサポートがあったらよかったな」「今、病院に（あるいは地域に）こんな相談場所があるといいなと思う」といったご提案がありましたら、ぜひ教えてください。

上記設問に対する有効回答数は 54 であった。単語の出現頻度は、「病院」（22 回）、「相談」（20 回）、「先生」（13 回）、「出来る」（12 回）、「サポート」「場所」（11 回）、「今」（10 回）、「患者」「時間」「病気」（9 回）、「阪大」「人」「生活」（8 回）の順に多かった。全体的に**患者サポート機能を強化**することを提案する意見が多く、病院または地域において、患者が気軽に**相談できる場や機会**の提供、相談体制の拡充を求める声のほか、**患者同士または医療者との交流の場**の希望や、**医療機関や地域との連携体制を強化**すべきとの提案がみられた。

共起ネットワーク図を図 3 に示す。「サポート」「日常」「欲しい」が中心となっているクラスターにおいて、「医療」「生活」「地域」とも強い共起関係を持ったつながりを有し、**医療面だけでなく日常生活を含めたサポートを希望する声**がみられた。「場所」を中心としたクラスターにおいては、**相談・交流の場を希望する声**、「聞く」「良い」等で構成されたクラスター、「人」「病気」「話せる」で構成されたクラスターにおいては、それぞれ**質問の機会を増やしたい、他者との交流機会や交流の場を増やしたい**という要望が認められた。その他のクラスターからは、**主治医や看護スタッフとの信頼関係構築と維持**を希望していることが示唆された。

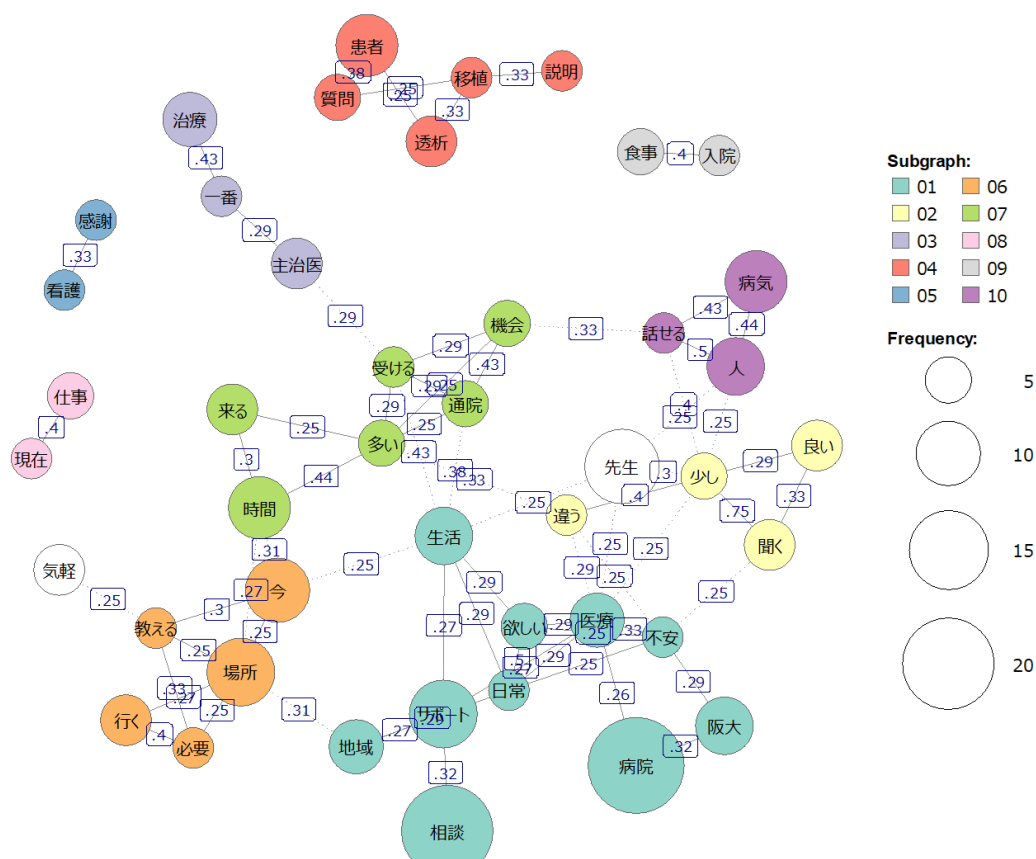


図 3. 共起ネットワーク図（設問 18）

③探索的統計解析結果

次に、疾患の受容状況（A, B, C）、治療ゴール（D）、同じ病気の人との会話希望（E）、経験共有意思（F）に関連する要因を特定するため、探索的解析を行った。A～F 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。結果は別表に示す通りである。さらに、交絡要因を調整するため、決定木分析により、下記の通り、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。

- A. 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）。
- B. 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¹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）。

- C. 病気の受容状態で「病気は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）」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）。
- D. 治療ゴールで「とにかく病気の進行をおさえない」と回答した者では、産科婦人科²の受診患者の割合が有意に高かった（オッズ比：4.2，95%信頼区間：2.3-7.4）。
- E. 「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。
- F. 「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）。

4. まとめ

がん、糖尿病、慢性腎不全を治療中の30代～90代の患者111名を対象に、病気の受容段階や治療の目標設定、求める情報へのアクセス状況や希望について調査した。病気の治療と日常生活を両立するうえで困っていることとして、治療に関する情報の不足のみでなく、日常生活（仕事、趣味、家事等）の継続における困難さ（時間、体力の不足等）が大きな割合を占めていた。治療の目標設定についても、約6割の患者が「今まで通りの生活を続けること」と答えており、治療を継続しながらもそれぞれの「日常生活」を続けるための支援が最も求められていると考えられた。一方で、病気の受容が進んでいない場合は、とにかく病気の進行を抑えることしか考えられない傾向にあると推察された。個々の望む暮らしを実現するために、受容が進み前向きな見通しを持てるよう支援することも重要と考えられた。

これらの日常生活支援および受容促進のために、特に同じ病気の人と交流できることが有用か否かを分析した。その結果、6割の患者が同じ病気の人との交流を望んでおり、実際に同じ病気の人と直接交流することで、「情報共有」「不安の軽減」「治療への活力」「人生への活力」という前向きな効果が得られることが明らかになった。また、約6割の患者が、同じ病気の人に自分の経験を伝

えたいと答え、自分の不安を吐露するとともに、日常生活と治療を両立するうえでの工夫や治療等の情報を共有し助言したいとの思いがあることがわかった。すなわち、同じ病気の人同士の交流は、双方向の支えあい、エンパワメントにつながるものであり、そうした機会が望まれていた。同じ病気の人との交流様式としては、患者同士、あるいは医療者も交えた他患者との直接面談を望む声が多かった。

また、病院や地域にあると良いサポートとして、「困った時に」「予約なしに」医療・生活面での「些細な質問でも」医療者や他患者に相談しに行くことができる場が欲しいとの要望が非常に多かった。この要望は疾患や年代に関係なく共通する要望であった。

以上から、「患者参加」を patient journey という包括的かつ動的な視点から推進、実践するためには、ピアサポートが有用であり、かつ求められているということが、がん、慢性腎不全、糖尿病の患者においてある程度共通する事実として明らかになった。当事者間でしか共有できない生活上の悩みや工夫を共有することは、双方へのエンパワメント効果を有することから、いつでも気軽に交流できる場を設定することで、自律的に患者参加と person-centered care が推進されていく可能性がある。本調査の対象が、一施設における一部の患者群であるという点が study limitation である。しかし、さらなる研究を進めるための有効な仮説になると考えられ、国民のニーズを広く網羅するサポートシステムの構築につなげることができればと考える。

アンケート調査へのご協力をお願い

平成 31 年度厚生労働科学研究費（地域医療基盤開発推進研究事業）

「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」研究班

私たちは、患者さんお一人お一人が、それぞれの暮らしの中で、病気とうまく付き合いながら自分らしい毎日を送っていただけるようにするには、どのような仕組みがあればよいかを研究しています。

よりよい医療システムにしていくために、アンケート調査へのご協力をお願い致します（所要時間：20 分程度）。



(A) あなたご自身について

1. ご自身の年代に○をつけて下さい。

- ① 20代 ② 30代 ③ 40代 ④ 50代

- ⑤ 60代 ⑥ 70代 ⑦ 80代 ⑧ 90代

2. 主としてかかっている診療科に○をつけてください。

- ① 腎臓内科 ② 糖尿病・内分泌・代謝内科

- ③ 消化器外科 ④ 産科婦人科

3. かかえていらっしゃる病気すべてに○をつけて下さい。

- ① 高血压 ② 糖尿病 ③ 腎臟病

- ④ 脳卒中（脳梗塞や脳出血） ⑤ 心臓病

- ⑥ がん ⑦ 婦人科系の病気（がん以外）

- ⑧ その他 ()

(B) 日ごろ困っていることについて

4. 困っている症状すべてに

- [illegible]

5. 病気の治療だけでなく、様々なことがら（家事、仕事など）をこなしながら毎日の生活を送られていると思います。そうした暮らしの中で、どのようなことがらに一番困っていますか。〇〇の△△が足りないこと、という形で差支えのない範囲でお答えください。

- ① 治療 ② 仕事・通学 ③ 家事 ④ 育児 ⑤ 介護
- ⑥ 趣味 ⑦ 自治会などの社会活動 ⑧ その他（ ）

の、

- A 時間 B 体力面でのサポート C 精神的なサポート、理解
D 情報 E 費用 F その他（ ）

が足りないこと。

①～⑧から一つ、A～Fから一つ、選んで下さい。

(C) あなたの病気と治療について

6. ご自身の病気について、今の気持ちに最も近いものを一つ選んで下さい。
- ① とても落ち込み、心の準備が出来ず病気について何も考えられない。
 - ② 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。
 - ③ 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。
 - ④ 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。
7. あなたにとって、治療のゴールは何ですか。最も近いものを一つ選んでください。
- ① とにかく病気の進行をおさえたい。
 - ② 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。
 - ③ 治療にしばられすぎず、自分らしく生きていきたい。
 - ④ とにかく経済的な負担を減らしたい
 - ⑤ その他（ ）
8. 家族や本院の主治医のほかに、病気や治療のことを相談できる人はいますか。
- ①はい（質問 9 へ）・②いいえ（質問 10 へ）

9. 家族や本院の主治医のほかに、相談できる人がいる方へ：誰にどのようなことを相談していますか。下の欄にご記載ください（複数回答可）。

相談相手（誰に） （☑を入れてください）	相談する内容（どんなことを） （当てはまる相談相手の欄にご記載ください）
☐ 本院以外の医師	
☐ 本院の看護師	
☐ 本院以外の看護師	
☐ 本院の薬剤師	
☐ 調剤薬局の薬剤師	
☐ 友人	
☐ その他（ ）	

⇒ 質問 12 にお進みください。

10. 家族や本院の主治医のほかに、相談できる人がいない方へ：

本院の主治医以外に相談できる人が欲しいと思いますか。

- ① はい（質問 11 へ） ② いいえ（質問 12 へ）

11. 家族や本院の主治医のほかに、相談できる人が欲しいと思う方へ：

主治医以外に相談できる場があるとしたら、誰にどのようなことを相談したいですか。次のページの欄にご記載ください（複数回答可）。

相談相手 (☑を入れてください)	相談する内容 (当てはまる相談相手の欄にご記載ください)
☐ 本院以外の医師	
☐ 本院の看護師	
☐ 本院以外の看護師	
☐ 本院の薬剤師	
☐ 調剤薬局の薬剤師	
☐ 友人	
☐ その他 ()	

⇒ 質問 12 にお進みください。

(D) 同じ病気の人とのかかわりについて

12. 同じ病気の人と話がしたいと思ったことがありますか。

- ① はい (質問 13 へ) ② いいえ (質問 16 へ)

13. 同じ病気の人と話がしたいと思ったことがある方へ：実際に、同じ病気の人と話をする、あるいは双方向に情報をやりとりする機会がありましたか。

- ① はい (質問 14-1～5 へ) ② いいえ (質問 15-1～3 へ)

14. 実際に話をした、あるいは情報をやりとりしたことがある方へ：

(1) それはどのような時でしたか。すべて選んで○をつけて下さい。

- ① 診断名（病名）を聞いたとき
- ② 治療方法を決めるとき
- ③ 治療を開始するとき
- ④ 退院してから、あるいは治療を開始してしばらく経ったとき
- ⑤ 治療方法・方針を変えるとき
- ⑥ その他（ご記載ください）

(2) どのような形で情報交換をしましたか。

- ① 面談（患者同士） ② 面談（医療者を交えて）
- ③ 電話 ④ メールや SNS ⑤ 患者会などの WEB サイト
- ⑥ その他（ ）

(3) どのようにして同じ病気の人と知り合いましたか。

[]

(4) どのような話をしましたか。

[]

△ 所問 17.1 に於て、イが正しい。

15. 同じ病気の人と話がしたいと思ったことがあるが、そうした機会がな
 かった方へ：

[illegible]

(2) 以下のうち最も不適切なものを、右の仮設欄に記入しなさい。

→ 問題 17.1 にお進みください

16. 同じ病気の人と話がしたいと思ったことはない方へ：同じ病気の人と情報交換したいと思ったことがない理由をすべて選んで下さい。

- ① 主治医に質問すればすべて問題解決するから
- ② 自分で調べて解決したいから
- ③ 信頼できる回答が得られるかわからないから
- ④ その他（ご記載ください）

続けて質問 [17-1](#) にお進みください。

17. 全員にお尋ねします。

（１）同じ病気の人に、自分の経験を伝えたいと思いますか。

- ① はい
- ② いいえ

（２）「はい」の場合、どのようなことを伝えたいですか。

(E) その他

18. 全員にお尋ねします：病院から退院して困ったことや、外来での治療を続けていく中で生じた悩みを解決するために、「こんなサポートがあったらよかったな」「今、病院に（あるいは地域に）こんな相談場所があるといいなと思う」といったご提案がありましたら、ぜひ教えてください。

・ご意見、ご提案

・特に思い浮かばない

たくさんの質問にご回答いただき、ありがとうございました。