

トピック8:

患者や介護者と協同する

子宮外妊娠破裂を起こした女性

Samanthaは(精子提供による人工授精を受けた)妊娠6週半の妊婦であり、かかりつけの一般開業医の紹介で緊急超音波検査を受けるため受診した。経腹および経膈超音波検査により右側の子宮外妊娠が疑われた。検査の施行中、放射線技師が助産師か医師の診察を受けるのはいつかと尋ねたところ、Samanthaは翌日の正午と返答した。その後の話し合いは、Samanthaが自分でフィルムを持っていくか、診療所側がSamanthaの指定する医療従事者宛てに送付するかという内容だけであった。最終的にSamanthaが自分で持っていくことになった。

Samanthaは「紹介医以外は開封しないこと」と書かれたフィルム入りの封筒を受け取ったが、状態の深刻さについての忠告や直ちに主治医に報告するようにといった指示は全く受けなかった。Samanthaは帰宅後、封筒を開封して超音波検査の報告書を読んでもらうことにした。これを読んだSamanthaは事態の重大性を直ちに理解し、すぐに主治医に電話したところ、主治医は大至急入院する必要があると助言した。

Samanthaは午後9時に入院し、子宮外妊娠破裂に対する大手術を受けた。この事例では、診療過程に患者が十分に関与することの重要性と、常日頃からの患者とのコミュニケーションの必要性が強調されている。

Source: Case studies—investigations. Health Care Complaints Commission Annual Report 1999–2000:60. Sydney, New South Wales, Australia.

母親の治療に関する問題を解決する介護者

Maria (82歳) は自宅で転倒して軽度の大腿骨骨折を負い、病院に入院した。それまでは活動的で、息子のNickが自宅で介護していた。2日後、病院側が評価を行い、Mariaにリハビリテーションを行うのは困難であると判断した。Mariaはほとんど英語を話せず、病院側の評価結果をMariaに説明する通訳もいなかったため、Mariaはすぐに病院を信頼できなくなってしまった。Nickは母親の回復の見通しをこの時点で予測するのは早すぎると考えた。また病院側はX線検査の報告書の写しをかかりつけ医に提供することを拒否し、Nickはこのことに腹を立てた。更に、病院がMariaを療養施設に転院させるため裁判所に保護命令を申し立てる予定であることを知ったNickは、患者支援サービスに連絡した。

患者支援サービスの職員、Nickおよび医療チームの主要メンバーが集まって話し合いを行うことになった。その結果、試みにMariaにリハビリテーションを受けさせ、効果が得られるかどうかを検証することに決まった。チームはまたX線検査の報告書を提供することにも同意した。Mariaはリハビリテーション部門に転床し、順調にリハビリテーションを完了した。退院したMariaは、地域サービスの支援も受けながら再びNickによる在宅介護を受けることになった。もしMariaの治療に関する話し合いにNickとMaria本人が関与しなかったら、これほど良好な結果は得られなかったと考えられる。

Source: Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:11. Sydney, New South Wales, Australia.

はじめに — 患者および家族の関与が重要となる理由



昨今では患者中心の医療の重要性が叫ばれているが、多くの患者にとっての現実はいずれもこれとかけ離れているのが現状である。患者が自身の医療にどの程度まで関与すべきかについては、現在も古い考え方が根強く残っており、これが患者や消費者にとって大きな障害となっている。しかし、一方では風潮の変化も認められ、医療でも消費者の声に関心が寄せられるのみならず、世界中の多くの国々で政府や医療提供者の認識が高まってきている。

どのような介入にも、患者の健康状態の改善について不確実な要素がある。自身が受ける医療の質について有用な情報を得られるという権利は万人が有するものであり、侵襲的な処置を受ける患者ではこの権利が特に重要となる。患者が同意する場合は、患者の家族や介護者も情報交換の場に参加させるべきである。消費者／患者が医療専門職と協力しながらインフォームドコンセントを正しく得ることができれば、介入とそれに伴うリスクに関する意思決定を下すことが可能となる。そうすべき介入としては、治療コースを定めた一連の薬物療法や侵襲的な処置などが考えられる。

実施される治療や介入の大半は、良い結果をもたらすか、少なくとも患者に害を及ぼすことはない。しかしその一方で、望ましくない転帰となる場合も確かにあり、それらは偶然ないし系統的なエラーによることが多く、ほぼ全てに人が関与している。医療システムの質は、これらのエラーがどのように扱われているかで判断できる。高信頼性組織としての達成度は、失敗に対してどの程度入念な計画が立てられているかを見ることで評価できる。医療機関がシステム上のリスクの管理過程に消費者を関与させなければ、本人からしか得ることのできない患者に関する重要情報を入手する機会を逃してしまうことになる。

オープンディスクロージャー (open disclosure [率直な情報開示]) という用語は、患者に害が及んだ場合にその患者や介護者と誠実なコミュニケーションをとる行為を指して用いられる。多くの医療施設でオープンディスクロージャーの手続きが採用されているのは、プロ意識の重要さと患者および介護者との誠実なコミュニケーションの重要性が反映された結果である。これはさらに、医療従事者が患者とパートナーシップを構築する機会を増やしている。

現在、多くの消費者組織が安全な患者ケアを促

進または支持する組織的活動に関心を寄せている。WHOのPatients for Patient Safety¹⁾ キャンペーンは、消費者に目を向けた取り組みであり、ここでは患者安全に関する教育と有害事象の一因としての医療システムに焦点が当てられている。医療専門家が患者と介護者を医療提供におけるパートナーとして扱えば、それだけで患者にとっての医療の本質や医療専門家の体験を変貌させることができる。互いに協力しながら診療過程を進めていくことで、患者の体験を改善し、提供されるケアや治療と患者の実体験との間の差異がなくなる。それにより有害事象は減少するであろうし、実際に発生しても、患者と介護者がその根本的な原因を理解できる可能性も高まってくる。

治療中の患者 (特に入院患者) の多くは、たとえ治療が計画通りに進んでいても心理的に影響を受けやすい状態にある。そのため、医療従事者にとってはルーチンの手技であっても、それを受けた患者が心的外傷後ストレス障害に似た症状を発症することもある。発生した有害事象が防止可能なものであった場合には、心的外傷が特に重度となることがある。更に、有害事象が発生した後の患者や家族への対応やコミュニケーションに問題があったことで、有害事象そのものより大きな精神的苦痛をもたらしてしまう場合もある。本トピックでは患者関与について概要するが、これらの活動は本質的に、(i) 有害事象の発生後における学習と治癒の機会であるという側面と、(ii) 害の発生予防に患者が関与するという側面に分けることができる。

キーワード

有害事象, オープンディスクロージャー, 謝罪, コミュニケーション, 苦情, 文化的規範, 情報開示, 教育, エラー, 恐れ, インフォームドデザイン, 法的責任, 患者と家族, 患者中心, 患者のエンパワーメント, 患者関与, 患者の権利, パートナーシップ, 報告, 質問

学習目標



本トピックの目的は、害の予防と有害事象から教訓を得る過程において、患者および介護者が医療におけるパートナーとして協働できる方法を学生に学ばせ、理解させることである。

学習アウトカム: 知識と実践内容

習得すべき知識



基本的なコミュニケーション技術, インフォームドコンセント/インフォームドチョイス, ならびに情報

開示の原則を理解しなければならない。

習得すべき行動内容



以下の事項が求められる：

- 情報を共有するよう積極的に患者および介護者を促す。
- 患者および介護者と積極的に情報を共有する。
- 患者および介護者に共感、誠実さ、敬意を示す。
- 効果的なコミュニケーションを行う。
- 患者に十分な情報提供を行ったうえで、治療や介入についてインフォームドコンセントを取得し、患者がインフォームドチョイスを行えるよう支援する。
- それぞれの患者の相違、宗教的・文化的・個人的な信条、ならびに個人のニーズを尊重する。
- 情報開示プロセスの基本的なステップを説明し、理解する。
- 患者からの苦情に敬意を持って誠実に対応する。
- 全ての臨床活動に患者関与の考え方を適用する。
- 良好な臨床管理に患者および介護者が関与することの重要性を認識し、そのことを示す。

基本的なコミュニケーション技術

良好なコミュニケーションの原則に関する概観

教育課程で良好なコミュニケーションの原則やインフォームドコンセントの原則をまだ取り上げていない場合は、オープンディスクロージャー（情報開示）の詳細な説明に入る前に、これらの原則について簡単に概観を示しておくことが有用である。

インフォームドコンセント

医療専門職と患者または依頼者との関係において、同意の取得が重要とならない状況はごくわずかである。これは助言、投薬、介入などの医療行為自体に「自律性の尊重」という概念が関係するためである。自己決定権の尊重とは、個人には自身の価値観と一連の信条に基づいて選択および行動できる権利があるということの意味する。これはすなわち、患者が意識を失っている場合や生命にかかわる緊急事態でないかぎり、患者自身の選択に医療専門職が干渉することは倫理に反する行為であるということの意味する。患者が自身の治療にどの程度関与しているかを判断するうえでは、同意取得のプロセスが良好な指標となる。医療行為の大多数は書面ではなく口頭での同意に基づいて実施されてお

り、書面での同意は病院での治療や手技の施行時に限られるのが通常である。しかしながら、たとえ口頭での同意であっても、完全かつ正確な情報を患者と共有する必要がある。学生や医療専門職の中には、最初に自己紹介するか同意書に署名が与えられれば同意取得に関する要件は全て満たされるものと誤解している者もいるが、同意取得という行為は決して同意書への署名や簡単な説明だけで終わるものではない。

同意取得のプロセスにより、患者（またはその介護者）はケアや治療に関する全ての選択肢を（提案された治療計画の代替案も含めて）検討できるようになる。このように同意取得とは非常に重要なプロセスであるため、医療専門職がこのプロセスを適正に実施するためのガイドラインが作成されている。しかし残念なことに、時間的なプレッシャーや望ましくない態度によって、このプロセスが簡略化されてしまうことも多い。同意取得のプロセスは、各地域の法律も考慮に入れながら時間をかけて開発されてきた。基本的にこのプロセスは、患者に情報を提供する段階と患者の意思決定を支援する段階に分けられる²⁾。患者への情報提供に係る要素としては、医療従事者が提供する情報の内容と、患者による情報の理解が挙げられる。一方、意思決定の支援に係る要素としては、患者が開示された情報を理解し、場合によっては家族や介護者と相談するための時間、自由かつ自発的に選択する機会、医療提供者の適性や能力などが考えられる。

病院、歯科診療所、薬局、診療所などの職場に配属された学生の多くは、同意取得のプロセスを実際に観察することになる。医療専門職と患者が治療の選択肢について話し合い、患者が介入や治療に同意または拒否するという模範例を見ることのできる学生も中にはいるであろうが、最低限の情報しか与えられないまま提案された医療行為に同意する患者の姿を目にする学生も多いことであろう。担当の歯科医師や医師と話をする前後に、患者が薬剤師、看護師、その他の医療従事者と同意について話し合うことも珍しくない。率直なコミュニケーションを可能にし、患者のニーズが効果的に満たされるようにするため、看護師は患者が抱えている心配を全て担当の医師に伝えておくべきである。そして手技や治療を実施する責任者は、患者がその手技や治療の性質を完全に理解しており、付随するリスクと有益性について十分な情報を得ていることを確認しなければならない。

多くの学生を悩ませる事柄として、どのような情

報をどの程度まで開示すればよいのか、十分な情報提供を行ったと言うためには患者がその情報をどの程度まで理解していなければならないのかという問題がある。患者に十分な判断能力があり、自発的な決断であり、なおかつ内因的な圧力（ストレスや悲嘆）も外因的な圧力（金銭や脅迫）もなかったと判断するには、どうすればよいのであろうか。

健康保険やその他の財源がない可能性のある患者に対しては、金銭面の配慮が極めて重要となる。

患者が知っておくべき情報



今日では根拠に基づく医療の実施が広く奨励されており、数多くの治療法について、成功の可能性と害をもたらす可能性に関する多数のエビデンスが得られている。そうした情報が入手可能な場合には、それらを患者に分かりやすく伝えることが重要である。意思決定の助けとなる印刷物がある場合は、それらを使用すべきである。ケアや治療を受け入れるか否かを決断させる前に、患者に以下の事項に関する情報を提供しておく必要がある。

診断または主な問題点（プロブレム）

この項目には検査結果と手技も含まれる。診断や何が問題であるかの評価がなければ、提案された治療法や解決策が有益となるかを患者が判断するのは困難である。また試験的な治療を検討している場合は、そのことを伝えておくべきである。

診断または問題点に関する不確かさの程度

医療とは本質的にエラーの起こりやすい行為である。多くの症状がみられ、考慮すべき情報が多くなる場合には、それだけ診断を確認または変更したり、問題点を再検討したりする可能性が高くなる。したがって、必ず診断の不確かさについて説明しておく必要がある。

治療または解決策に伴うリスク

患者が自身にとって最適な意思決定を行うためには、提案された治療法や手技に伴う副作用や合併症のほか、身体的または精神的健康に影響を及ぼす結果の可能性について知っておく必要がある。更に、予定された治療法や解決策に付随するあらゆるリスクの性質と、その治療を受けなかった場合に想定される結果についても知っておく必要がある。

ある治療法のリスクと有益性を伝える方法の1つは、その治療法や手技に関する一般的な情報を話し合うのではなく、その治療法や手技に関連した既知のリスクと有益性（そして不確かさ）に関する具体的な情報について話し合うようにし、それから患者や介護者が抱いている特定の心配に対応し、彼ら

が必要としている情報を提供することである。

患者には、医療従事者が望ましいと考える選択肢だけでなく、より幅広い選択肢を提示しなければならない。患者が特に知っておく必要のある事項を以下に示す：

- 提案された治療法
- 期待される有益性
- 治療の開始時期
- 治療に要する期間
- 必要な費用
- 検討可能な代替案の有無
- その治療法の有益性
- その治療を受けない場合のリスク

もし何の対応も行わなければ相応の結果を招くことになるため、たとえ一定のリスクを伴うとしても、多くの治療は無治療よりも優れた選択肢である。

予想される回復期間に関する情報

治療の種類や治療を開始するか否かの意思決定には、雇用状況、家族の責任、財政的な心配、治療の位置づけなど、患者の生活に関わる要因が影響してくる場合がある。

ケアまたは治療を提供する医療従事者の氏名、地位、資格、経験

患者には、ともに治療を進めていく医療専門職がどのような訓練を受け、どの程度の経験を積んでいるのかを知る権利がある。経験の浅い医療専門職が治療を担当する場合は、指導・監督がより重要となるため、指導者に関する情報も患者に伝えるべき内容となる場合がある。

必要となるサービスおよび薬剤が利用できる可能性と必要となる費用

診療の過程では別の医療従事者による診療が必要となることがある。場合によっては、回復までの過程で医療以外の面での支援が必要になることもあり、たとえば、麻酔下での外来治療を受けた患者を自宅まで送迎するといった支援から、薬剤の受け取りや大手術後の回復期間における日常動作の介助まで、さまざまな支援が考えられる。また継続的なフォローアップ治療が必要となる場合もある。

良好なコミュニケーションのための



支援ツール

良好なコミュニケーションを推進するべく、いくつかのツールが開発されている。その1つが米国イリノイ州シカゴのノースウェスタン大学によって開発されたSEGUE frameworkである³⁾：

お膳立てをする（Set）

情報を引き出す (Elicit)
情報を伝える (Give)
患者の考え方を理解する (Understand)
接触を終える (End)

文化能力 (cultural competence)



オーストラリア患者安全教育構想 (APSEF) では、「文化能力 (Cultural competence)」という用語を「医療従事者として必要な知識、技能および態度であり、全ての人々に対して、個人の文化に基づく健康と疾病に対する理解や考え方を尊重し敬意を払いながら十分かつ適切な医療サービスを提供できる能力」と定義している⁴⁾。

文化という用語は幅広い意味を持った言葉であり、その概念には言語や習慣のほか、価値観、信条、行動、慣習、制度、意思疎通の方法なども含まれる。学生の中にも服装や食習慣に対する考え方が異なる者がいるかもしれないが、それは本人の文化や宗教に関連したものかもしれない。しかし、彼らの信念体系は、服装や食習慣の違いのように明確なものではない。

現在では世界中の多くの国々で、医療従事者と患者が患者安全や患者関与について考えるようになってきたが、これはつい最近になってからの動きである。この変化が医療にどのような影響を及ぼすかについては多くの議論がある。医療専門職に文化能力が求められる一方で、各国で進められている患者安全推進運動の多くが医療システムの文化的側面の変革を目指したものであるということも認識しておく必要がある。

学生が医療における文化能力を身に付けるうえでは、以下の条件が求められる⁵⁾：

- 文化的な相違点を認識して受け入れる。
- 自身の文化的な価値観を認識する。
- 文化的背景が異なれば、コミュニケーションの方法や行動様式、情報の解釈、問題の解決方法などが異なるということを知覚する。
- 患者の健康に対する認識、支援の求め方、医療従事者との交流、治療やケアの計画に対する遵守度などは患者の文化的な信条に左右されるということを知覚する。
- 患者の（健康に関する）リテラシーを正しく認識する。
- 患者の文化的・民族的背景に合わせた最適な医療を提供できるように業務内容を調整する能力と意志を身に付ける。
- 文化能力には社会経済的地位が低い人々への

対応力も含まれるということを知覚する（社会的に軽視された人々は、受動的な態度をとる傾向があり、自身の意見や好みを口に出すことをためらうほか、自身の判断を信用しようとしなないこともある）。

患者および介護者の関与



医療サービスの消費者である患者は、専門職の医療従事者やそれ以外の医療従事者と比べて、医療の安全と質を改善する活動において最も発言権のない利害関係者である。患者とその家族が一連の診療過程に絶えず関与し、医療従事者とは異なる視点でプロセス全体を見わたせる存在であることを考慮すれば、もし患者とその家族の関与が得られなければ、実際のデータや患者の実体験という豊富な情報源を失ってしまうということが理解できるはずである。一方、これらの情報源を活用すれば、患者安全のために講じる対策と患者が実際に体験する安全水準との間のギャップを明らかにすることが可能となる。

患者とその家族は他の利害関係者の集団のように組織化されていないため、患者とその家族の利益やニーズが十分に検討されることもなければ、それらを研究活動、政策立案、患者安全教育カリキュラム、患者教育、エラー／インシデント報告システムなどに組み込もうとする動きもみられなかった。しかし近年、患者安全分野の指導者たちは、この分野で進展がみられない原因の1つとして、医療安全を確保するための活動に（医療サービスの）消費者を効果的に関与させてこなかったという事実に注目するようになっている。

患者関与の効果

患者とのパートナーシップの重要性については、倫理的な側面を検討した文献は多数存在するものの、患者とのパートナーシップによってエラーの発生率がどの程度抑えられるかを検討した研究はほとんど実施されていない。Gallagherらの研究⁶⁾では、入院患者の91%がエラー防止活動への参加を強く希望していたことが示された。しかしながら、患者にとっての取り組みやすさは問題によって異なり、薬剤の服用目的については85%の患者が気軽に質問できると回答したが、医療従事者が手を洗ったかどうかを質問することには約半数（46%）の患者がとても気が引けると回答した。

GallagherとLucasが2005年に発表した患者へのエラーの開示に関する論文⁷⁾では、開示に対す

る患者の態度を評価した研究が7件特定された。これらの研究は、患者と情報を共有すれば自分が医療訴訟の危機に曝されるのではないかという医療従事者の恐れと患者が望む状況との間にギャップがあると報告されていた。幸いにも、最近では情報開示に関する方針が精力的に作成されており、2005年以降、多くの病院が情報開示に関する方針を採用し、明らかな悪影響なく順調に運用されている。

患者は自身が受ける医療にどのようにして関与できるか

患者とその家族は一連の診療過程に絶えず関わっていく一方、医療者側は、多様な職種の従事者が間隔を置きつつ出入りしては、それぞれが特定の医療を提供していく。しかし、そうした介入や医療計画は時として十分に統合されていない場合もあり、切れ目のない医療を提供するという目標は必ずしも達成されていない。患者が診療過程に常に存在するという事実と、患者自身が豊富な情報源であり、医療計画における重要な資源でもあるという認識を併せて考えれば、医療の安全のためには患者とその家族も関与させるのが望ましいという主張は大きな説得力を持つことになるであろう。

医療の連続性

大抵の医療専門職が患者と接するのは、その医療専門職の職場環境である病棟、薬局、歯科診療所、診療所などであるが、一方の患者は自宅から診療所、病院の外来、病棟、診察室とさまざまな医療環境を転々とする。コミュニケーションやチームワークが不良であれば患者への医療の連続性が損なわれる可能性があるということを、医療系の学生は理解しておく必要がある。必要な情報が入手できなかったり、入手した情報が間違っていたりするなど、情報が不正確または不完全な場合には、患者に間違った治療を行ってしまう危険性がある。ある職種から別の職種へ、ある環境から別の環境へと状況が移り変わっていく中、患者だけは常に変わらず存在する。その過程での情報交換に患者を関与させておけば、そこでのコミュニケーションの精度を向上させることができる。正確な情報は常に重要であるが、特に患者の引き継ぎやシフト交代の際には極めて重要となる。

学生が患者の引き継ぎの質を高めるうえでは、以下の事柄が求められる：

- 患者に対するケアおよび治療の連続性を確保するために、正しいタイミングで正しい人物に

情報を提供できる。

- 情報を読みやすい字で明確に記録できる。
- 患者の経過を示した患者記録を作成できる。
- チーム内の別のメンバーや別の医療チームに対して患者の状態とケア計画に関する情報を正確に伝えることができる。
- 医療チーム内の別のメンバーに臨床所見をはっきりと伝えることができる。
- 治療を担当する医療従事者や医療チーム内の他のスタッフに患者の診療を引き継ぐことができる。
- 全ての患者に連続的な医療を提供するために職種間の連携を確保できる。
- 薬剤を効果的に管理できる。

患者の体験談は訴えかける

ヒューマンエラー研究の専門家は、害の発生を防止するうえで患者や家族が担う役割を明確に理解させないまま、患者や家族に責任を負わせることについて、強い警告を示している。エラーの発生を最小限に抑えるために患者が果たせる役割については、そのプロセスに患者の果たすべき役割が本当にあるのか否かを含めて、真剣に検討した研究はまだ実施されていない。しかし、有害事象を被った患者の体験談の多くが示唆しているのは、もし医療従事者が患者の心配に耳を傾けていたら、有害事象は避けられたかもしれないということである。これらの体験談には医療従事者に強く訴えかけるものがあり、これらの体験談を聞いた学生は、必ず真剣に向き合い、その体験に思いを巡らし、新たに理解した内容を自身の実務に適用しようとする。また患者の体験談は、教科書や講義で扱う題材を補足する強力なツールとしても活用できる。

患者の体験から学ぶ

患者の体験を学生の教育材料にするという考え方は従来にはなかった発想であるが、学生や医療従事者にとって疾患や病態に関する患者の体験談は多くのことを学べる教育材料であるというエビデンスが蓄積されている。患者の体験談から学べる事項には患者が果たす役割も含まれ、その主なものとしては、(i) 診断の手助けをする、(ii) 適切な治療法を決定する、(iii) 経験豊富で安全な医療従事者を選ぶ、(iv) 治療が適切に行われるよう確認する、(v) 有害事象を特定して速やかに周囲に知らせる、などが挙げられている⁸⁾。

患者の声には説得力があり、また患者中心のケア

を促進していくうえでは患者自身の役割が重要になるため、患者の話から学んだ内容は大半の学生の記憶に残ることになる。患者の心配や疑問が適切に対応されなかったために有害事象が発生したという事例を採用してもよい。

現状の医療システムでは、患者とのパートナーシップの構築に有用となる専門知識が十分に活用されていない。患者の話からは、症状に関する情報、患者の好み、リスクに対する考え方などを知ることができるが、患者はそれ以外にも、予期せぬ事態が起こった場合にそれを検知して報告するという役割も果たすことができる⁹⁾。

オープンディスクロージャー（情報開示）



とは何か、何を開示すべきか

オープンディスクロージャー（open disclosure）とは、治療結果が悪かったことを患者やその家族に伝えるプロセスを指して用いられる用語であり、治療中の疾患または外傷から想定された不良な転帰を告げる場合は含まない。現在では多くの国々でオープンディスクロージャーに関するガイドラインが作成および運用されているが、これらのガイドラインをめぐる議論を反映して、オープンディスクロージャーにはさまざまな定義が存在する。以下にオーストラリアにおけるオープンディスクロージャーの定義を示す：

患者に関係するインシデントが発生した後で、患者およびその関係者と率直かつ一貫性したアプローチでコミュニケーションをとるプロセス。その過程には、発生した事象に対して遺憾の意を表明する、患者に絶えず情報を提供する、類似インシデントの再発防止策の実施を含めて調査結果のフィードバックを行う、などの行為が含まれる。提供する情報の内容には、問題のインシデントやその調査から得られた情報のうち患者安全の改善を目的とした医療システムの変更に関係する事項も含まれる¹⁰⁾。

オープンディスクロージャーとは、有害事象の発生後に患者やその家族と誠実なコミュニケーションを取ることであり、責任の所在を明らかにすることではない。誠実であるという要件は倫理的な義務であり、大抵は倫理規約に明記されている。一方で、医療専門職用の情報開示に関するガイドラインがまだ作成されていない国も多い。これらのガイドラインによって解決すべき質問として、「この状況において正しいことは何か」「自分がよく似た状況に置かれたら何を望むであろうか」「愛する人が有害

事象で苦しんでいたら、自分は何を望むであろうか」などが挙げられる。

患者は有害事象の開示や有害でなかったインシデントを招いたエラーの開示を望むか

Vincentらが1994年に発表した画期的な研究¹¹⁾では、医学的な傷害が患者とその親族に与えた影響の大きさと、それらのインシデントの発生後に患者側が法的措置を取った理由が調査され、患者の役割や体験の精力的な研究のきっかけとなる重要な知見が明らかにされた。Vincentらは、1992年に5つの弁護士事務所を通じて医療事故訴訟を起こした患者およびその親族227名（標本全体466名の48.7%）と面談を行った。その結果、訴訟理由となったインシデントにより職業、社会生活および家族関係に深刻かつ長期的な影響を受けていた回答者が70%以上に上ることが判明した。この調査結果は、これらの事象が強い感情の乱れを引き起こし、長期間にわたって当事者を苦しめ続けていたことを意味している。法的措置を講じるという決断は、当初の傷害を根拠としていたが、有害事象の発生後に患者たちが受けた無神経な対応やコミュニケーションの不備もまた決断に影響を及ぼしていた。病院側からの説明に満足していた回答者は全体の15%未満であった。

訴訟理由の分析では、以下に示す4つの主要テーマが浮上した¹¹⁾：

- 医療水準に関する懸念：患者と親族も類似インシデントの再発防止を望む
- 説明の必要性：傷害が発生した経緯と原因
- 補償：実際の損失、苦痛および苦悩に対する補償、もしくは傷害を受けた患者が将来受ける医療に対する補償
- 説明責任：スタッフまたは組織は自身が行った行為について説明しなければならないという考え方。患者は病院側に対して、誠実な態度と自身が負った傷害の重症度に関する正しい評価、そして自身が経験した事例から病院側が何らかの教訓を学んだことの保証を求めている。

有害事象を経験した患者が望むことは、何が起きたかの説明、責任の受け入れ、謝罪、類似事象の再発防止の保証、そして場合により懲罰および補償である。

有害事象の発生後に患者に対して誠実であることを困難にする主な事由

医療従事者が有害事象について正確な情報を適

切なタイミングで患者に告知しようと考えたとしても、そうすることで訴訟を起こされたり、少なくとも腹を立てた患者側と衝突したりするのではないかという恐れがつきまとう。開示プロセスに焦点を絞った教育により、このような事態に対する医療従事専門職の対応能力を高めることが可能である。医療従事者はまた、評判の失墜、失業、保険契約の解除などを恐れるほか、自らを恥じたり、患者に更なる苦痛を与えるのではないかと恐れられるかもしれない。しかしオープンディスクロージャーとは、非難を受け入れたり転嫁したりすることではなく、真のプロフェッショナルとしての誠実な態度を示す行為なのである。

情報開示の重要原則



以下に情報開示に関する重要原則を示す¹²⁾：

- 適切なタイミングで率直なコミュニケーションを行う。
- インシデントの発生を認める。
- 遺憾／謝罪の意を表明する。
- 患者とその関係者が抱くと考えられる期待を妥当な範囲で想定しておく。
- スタッフを支援する。
- 守秘義務を守る。

オープンディスクロージャーのプ



ロセスは多くの段階で構成される。このプロセスに関する責任はしかるべき地位の医療専門職が負うものであり、有害事象に関する患者および家族への告知の責任を学生に負わせるようなことは絶対にあってはならない。このプロセスの流れと患者および家族にとっての意義を学ぶため、学生は責任者と患者の面談に同席して、そのプロセスを見学すべきである。図B.8.1に、2007年からオーストラリアのニューサウスウェールズ州で採用されているオープンディスクロージャープロセスの流れ図を示す。

開示に関するハーバード手法 (Harvard Framework)¹³⁾



このモデルは、準備、対話の開始、事実の提示、積極的な傾聴、主張の受け入れ、対話の結論、対話の記録という7つの段階で構成される。開示のための対話を始める前に、関連する事実を全て見直しておくことが重要である。対話の参加者にはふさわしい人物を選ぶ必要があり、話し合いを行う環境も適切に選択すべきである。

話し合いを始めるにあたって重要となるのは、患者や家族が討論に参加する準備ができてい

判断し、彼らの医療リテラシー、理解力、全般的な理解度を評価することである。話し合いを進める医療専門職は、専門用語や医療用語を使わずに事態の経緯を説明しなければならない。必要以上に詳細な説明をして患者や介護者を混乱させることがないようにし、一方で簡略化しすぎないように注意することも重要である。明確な言葉でゆっくりと話すように注意し、ボディランゲージも活用すべきである。事態の経緯を一通り話し終えたら、転帰についてその時点で判明している事実を説明し、その先講じることになるあらゆる対応について言及することが重要である。医療専門職は患者と家族の苦痛を真摯に受け止めなければならない。

患者と家族の話を敬意を持って入念に聞くことが重要であり、一方的に話して終わるのでなく、患者と家族が質問して医療専門職が可能なかぎり回答できるだけの時間と機会を残しておくよう気を付けなければならない。

対話を終えるにあたっては、対話の内容を要約したうえで、途中で出された重要な質問にはここで再度言及しておくべきである。また、この時点でフォローアップ計画を作成すべきである。その後、対話の内容（ならびに有害事象に発展した経緯）を適切に記録すること。

高度なコミュニケーション技術とオープンディスクロージャー

有害事象の発生後には強い感情的変化がみられることに留意すべきである。患者はしばしば恐怖、無力感、怒り、欲求不満などの感情を覚える。感情的な状況にも自信を持って対処できるようになるため、学生は基本的なコミュニケーションスキルを習得しておく必要がある。

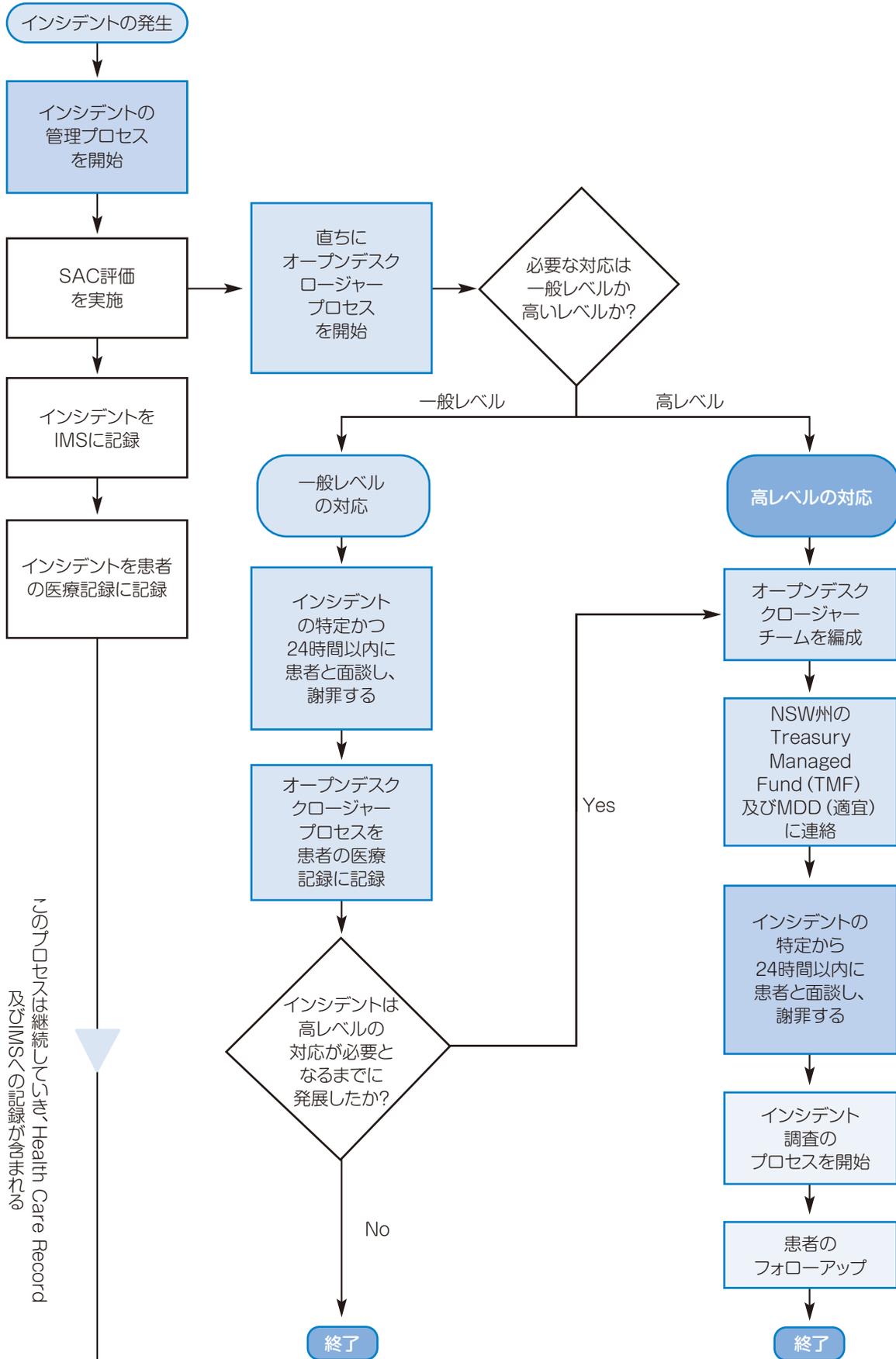
患者や介護者とのコミュニケーションを支援する医療系の学生および医療専門職向けのツールや訓練プログラムは数多く存在する。通常、コミュニケーションに関する教育セッションで学生を指導すべき事柄としては、正しい質問をすること、「過度に防衛的」に見えないようにすること、患者や介護者の心配に耳を傾け、理解しているという態度を患者側に示すことなどが挙げられる。

患者と介護者を関与させる方法

学生が患者とともに業務を行ううえでは、以下の事柄が求められる：

- 情報を共有するように患者と介護者を積極的に促す。

図B.8.1 オーストラリアのニューサウスウェールズ州で採用されているオープンディスクロージャープロセス



Source: Flow diagram of the open disclosure process http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf ¹²⁾

- 患者と介護者に対して共感, 誠実さ, 敬意を示す.
- 効果的なコミュニケーションを行う.
- 適切な方法でインフォームドコンセントを取得する.
- オープンディスクロージャーはプロセスであって, 一度きりの出来事ではないことを憶えておく (患者が質問しやすい状況を常に整えておくべきである).
- それぞれの患者の相違, 宗教的・文化的・個人的な信条, ならびに個人のニーズを尊重する.
- 情報開示プロセスの基本的な段階を説明し, 理解する.
- 全ての臨床活動に患者関与の考え方を適用する.
- 良好な臨床管理における患者および介護者の関与の重要性を認識できていることを示す.

SPIKES: コミュニケーションツール



SPIKESは, 準備 (Setting), 認識 (Perception), 情報 (Information), 知識 (Knowledge), 共感 (Empathy), 戦略と要約 (Strategy and Summary) の6つの段階で構成されるコミュニケーションツールである¹⁴⁾. 終末期患者への悪い知らせの告知を支援するツールとして用いられるが, より一般化して, 意見の対立時の対処や高齢患者, 扱いにくい患者, 社会文化的背景の異なる患者への対応など, 幅広い状況での患者および介護者とのコミュニケーションに応用できる. 以下に説明する技術の一部または全部は, 学生でもすぐに実践することが可能である. 学生はまた, 下記の簡単なチェックリストを使用するだけでなく, 「もしこの患者が自分の家族だったら, 自分はこのような治療を望むだろうか」と自問してみるのもよいであろう.

第1段階: 準備 (S: setting)

プライバシー

多くの病院, 歯科診療所, 薬局, その他の医療環境に配属された学生は, 患者のケアや治療についてプライバシーへの配慮が不適切と感ぜられる状況を目にするであろう. 慎重に扱うべき事柄について話し合う場合には, 適切な準備が重要となる. できるかぎり邪魔の入らない環境で患者が話を聞き, 質問できるようになくてはならない. 医療従事者と患者とが互いに真剣に向かい合うことが極めて重要である. たとえば, テレビやラジオがついている場合は, 電源を切るよう患者に丁寧に依頼すること. そうすれば, 参加者全員が話し合いに集中しやすくなる.

重要他者 (significant others) を同席させる

支えとなり話し合いの手助けをしてくれる存在として, 家族の同席を希望するかどうかを必ず事前に尋ねておくべきである. 特に衰弱した患者や社会的地位の低い患者など, 患者によっては情報の理解を手助けしてくれる人物を必要とする場合もある. 希望する場合は誰かに同席してもらってよいと患者に伝えることは特に重要である.

腰かける

医療専門職が患者を見下ろすように立ちながら, あるいは机の反対側に座りながら患者と話をすることによって生じる問題については, 多くの学生は注意を払い, 実習の早い段階で意見を述べることも多い. しかし時が経つにつれ, これが普通と考えるようになり, この習慣を受け入れてしまう. 学生はまず, 患者に座ってよいか許可を求めてから座るという流れを練習するべきである. 座って話をすれば顔を合わせたコミュニケーションが可能となり, すぐに立ち去るつもりではないという意味が患者に伝わるため, 患者は座ってから話をする医療従事者を高く評価するものである.

落ち着いた態度を保ち, 文化的に適切であれば絶えず相手の目を見て話すことが重要である. ただし, 患者が泣いている場合は, 敢えて目をそらし, 気持ちが落ち着くまでいくらかの一人にしておく時間を与えるのが最善である.

傾聴の姿勢

医療従事者の重要な役割の1つは, 患者が話している間は遮ることなく, 患者の話に耳を傾けることである. 適度なアイコンタクトを維持しつつ黙って話を聞くのが, 関心があることを患者に示す適切な傾聴の姿勢である.

第2段階: 認識 (P: perception)

まず患者がどのように考えているかを尋ねることがしばしば有用となり, 患者が自身の状況をどの程度まで理解しているかを医療従事者が把握する手掛かりとなりうる.

第3段階: 情報 (I: information)

患者にどれだけの情報を開示すべきかは, 多くの学生にとって大きな問題である. このプロセスに関する規則は国によって異なるが, 患者ごとの情報ニーズに注目するという点は, おそらく大部分の国や文化で適用される共通原則であろう. 人間が多様であるのと同様に患者もまた多様で, 必要とする情報量や処理できる情報量は人それぞれである. こ

の部分に関しては、学生は指導者による指導を受けるべきである。教員や指導者に応じて得られる情報量は異なってくるが、学生にとってさまざまな医療専門職のアプローチを見学することは、多様な患者に対して何が有効となるかを観察する良い機会となる。主役は患者であることを忘れてはならない。学生は個々の患者に集中して、それぞれの患者が何をどの程度まで知りたいと考えているのかを明らかにする必要がある。知りたくないはずと決めつけてはならない。

情報ニーズは患者によって異なる。心不全の家族歴がある患者の場合には、医師は通常よりも長い時間を割いて、特定の治療計画に付随するリスクを入念に説明し、患者が抱えているかもしれないあらゆる不安に対処しようとするであろう。

リスクについて憶えておくべき単純な原則は、たとえ頻度が極めて低くとも著しい害の発生する可能性がある治療法や、軽微であっても出現頻度の高い副作用がある治療法については、必ず全ての患者に情報提供を行う必要があるということである。この原則を適用すれば、医療従事者が提供する情報を患者の情報ニーズに一致させるのに役立つであろう。このアプローチは、話し合いを促すことによって、患者と医療従事者とのコミュニケーションを強化することにもつながる。

多くの情報を一度に与えられて混乱している患者を目にすることもあるであろう。情報提供はペースに注意しながら、それぞれの患者の状況に合わせた形で行うべきである。話し合いの最初に簡単な質問をするか、次のような簡単な説明を行うことで、過度な情報提供を回避することができる：

診断や治療について十分な情報を間違いなくお伝えできているか、その都度、確認させてもらいますね。

あるいは：今のところはもう十分に説明を受けたと思われたら、いつでもそうおっしゃってくださいね。

診断の理解が患者にとって困難な場合など、患者が非常に不安になっているときに重要な情報を伝えても、患者はその情報を記憶することができないが、これは学生もすぐに実感することであろう。なかには、あまり多くの情報を聞きたがらない患者や、自身の治療について自分で決断を下したがる患者もいる。しかし、たとえそうであっても、患者の自律性を常に尊重するために、話し合い、説明および質問への回答という過程は省略してはならない。医療従事者と話し合いたい質問事項を一覧表にまとめて持ってくる患者もいるが、学生はそのような

患者にも恐れることなく、落ち着いて1つずつ回答していくべきである。できれば教員や指導者に同席してもらった方が望ましいが、それが不可能な場合は、教員や指導者と検討してみますと患者に断っておくべきである。

第4段階：知識 (K: knowledge)

効果的なコミュニケーションができていれば、患者の心をかき乱すような情報を伝える前に、必ず何らかの予兆が伝わるものである。それにより、たとえ数秒だけだとしても、患者が心の準備をする時間ができる。たとえば、「Smithさん、申し上げにくいのですが、良くない話をお伝えしなければなりません。」などのように前置きするとよい。

第5段階：共感 (E: empathy)

以下に示す4つのステップは、学生が患者の感情的なニーズに注意を払ううえで有用となる。

- 患者の話に耳を傾け、患者が抱えている感情を特定する。患者が表現ないし体験している感情を正しく理解できているか自信がない場合は、「そのことについて今はどのようにお感じですか？」などのように質問する。
- その感情を引き起こしている原因を特定する。これはつらい話だと思います。今のお気持ちを教えていただけませんか。よろしければ、後でもう一度参りますので、ご理解いただけるような状態になられてから改めてお話ししましょう。ご質問がございましたら、最大限お答えさせていただきます。
- 患者の感情とその原因を認識していることを患者に示す。
- 黙って待つ。ただその場所において、患者に情報を理解させ、質問を考えさせる時間を与えることも重要である。

なかには扱いにくい患者もおり、どうやっても避けることはできない。患者とその家族には、コミュニケーションをとりやすい人もいれば、あれこれ要求が多く対応が難しいと感じられる人もいる。それは、過去にひどい医療体験があり、それに憤慨しているからかもしれないし、治療を待たされて不満を持っているためかもしれない。薬剤やアルコールの作用が原因である可能性や、精神疾患の症状である可能性も考えられる。学生がこのような患者に遭遇した場合は、型にはめるような考え方や決めつけは危険であるということを肝に銘じておくべきである。

多忙な医療施設において特定の集団が差別的な

待遇を受けることは珍しくない。特定の患者または患者集団（たとえば、違法薬物の常用者）に対して医療チームが型にはめるような見方をしている場合には、学生は自身の偏見や選り好みは客観性と意思決定にどのような影響を及ぼしているかを認識することが極めて重要となる。特に個人的な意見や態度が客観的な臨床判断を困難にする結果、治療や診断の誤りを招く恐れがあることから、このようなケースでは通常以上の注意が必要である。

第6段階：戦略と要約 (Strategy and Summary)

話し合いの終了時に話し合った内容を要約することは、どのような場合にも良い考え方である。患者は追加の質問をできるし、何か重要な事を思い出さかもしれない。最後の段階で新たな問題が浮上した場合は、改めて面談を設定すること。

学生には実習で患者と接するようになり次第、こうした活動を練習するよう奨励すべきである。患者から病歴を聴取したり主訴について質問したりすることは、積極的に患者と向かい合う絶好のチャンスであり、その中では患者の訴えに耳を傾け、閉じられた質問と開かれた質問をして、自身の状態や状況について理解できたかを患者に尋ねることができる。そのためには、まず質問をするように患者を促すことが最初にステップとなる。

患者の医療参加を促進する

慢性疾患の管理において自身の役割を積極的に果たす患者は、自身の医療について受動的な役割しか果たさない患者と比べて、転帰がより良好となるようである¹⁵⁻¹⁷。防止可能な害のリスクに関する啓蒙活動や教育によって、有害事象の防止に積極的に関与できる機会を患者やその家族に認識させることが可能となる。安全についての心配があれば医療従事者に伝えるように促すべきである。

指導方略および形式

本トピックについては、セクション単位に分割して既存のカリキュラムに組み込んでよいし、独立した学習活動として教えてよい。独立したセッションとする場合には、いくつかの方法があり、以下にその一覧を示す。

双方向的な講義／通常の講義

トピック全体を網羅した指針として、付属のスライドを使用すること。PowerPointのスライドをそ

のまま使用してもよいし、OHP用のスライドに変換してもよい。セッションの冒頭では事例研究を題材とし、シナリオの中で提示された問題を学生に特定させること。

小グループ討論



1人または複数の学生に進行役を命じて、本トピックに関係する領域について討論させるとよい。討論は本トピックの見出しに沿って進めてもよいし、事前に資料を準備して配布するのでもよいであろう。このセッションを担当する教員は、地域の医療制度や臨床環境に関する情報を補足できるように、本トピックに精通した者が務めるべきである。

シミュレーション訓練



エラーの報告および分析の必要性や有害事象に関しては、さまざまなシナリオが作成できるであろう。患者と学生の話し合いを基本として、情報に食い違いがある、患者が知りたがっている情報を学生が把握していない、患者が学生について苦情を述べている、などの特殊な状況を設定したロールプレイが可能である。また、苦情を受けた学生に関するデブリーフィングを基本設定としたロールプレイも可能であろう。

その他の教育活動

本トピックに関係する領域について討論を促す方法は他にもある。患者を招いて医療システムにおける体験談を話してもらうことは極めて有益であり、本カリキュラム指針が取り上げている特定の問題に関係した話であれば特に有益となる。本トピックで検討した特定の問題に焦点を当てたその他の教育活動について、以下に概要を示す。

有害事象発生後のオープンディスクロージャーに関連した法的小および倫理的問題に関する学習

本カリキュラム指針で採用した事例は、その大部分がオーストラリア、英国、米国のものであるが、情報開示に関する法律と文化的な期待は国によって異なる場合がある。

- 自国にある職能団体の倫理規定を参照する。オープンディスクロージャーについてどのように記載されているかを調べ、自国の職能団体や専門学会の見解と比較する。
- 自国の消費者団体について調査する。
- 地元のメディアが取り上げた患者権利の擁護活動に関する記事を参照する。
- 自身の所属する分野で、専門職の賠償責任保

険を運営している組織から職員を招き、よくあるエラーとそれらを減らすための戦略について話してもらう。

患者の苦情に対応する手順に関する学習(トピック6を参照) → **T6**

- 周囲から尊敬されている指導的地位にある医療専門家を招いて、自身の実務における苦情への対応方法について話してもらう。
- 本トピックで紹介した事例や自身の所属する分野で発生した実際の事例を用いて、学生に謝罪の手紙を書かせる。
- 1つの事例に注目し、エラーによって一人の患者が被った損害(失業、長期の治療、死亡など)を補償するために保険者が負担すると考えられる費用、あるいは患者の家族が負担することになる費用を算出させる。
- 苦情を申し立てるよう支援されている患者についてどう思うか、医療専門職に対して非公式に質問させる。患者の声に耳を傾けることが適切な行為となる理由について、学生同士で主張する練習を行わせる。
- 苦情のプロセスに関与したことのある患者を招いて、自身の体験について話してもらう。

コミュニケーションとオープンディスクロージャーに関する学習

学生をペアまたは少人数のグループに分け、1人の学生に深刻なエラーが発生した事例の患者役を、別の学生にそのエラーの事実を患者に知らせる医師役を演じさせる。ロールプレイを行かせた後、どう感じ、何を学んだかを簡潔にまとめさせる。もう1つのアプローチとしては、学生や学生の家族が実際に経験した患者および介護者の医療参加の事例がないか学生に質問してみるのもよいであろう。有害事象を経験したことのある患者やその家族を招いて、学生に話をしてもらうのも効果的な教育法となる。患者安全の教育において患者は非常に優れた教師となる。

患者の啓発 (empowerment) に関する学習

学生をペアまたは少人数のグループに分け、医療において患者に安心感を与える要因や逆に不安感を与える要因について情報を収集させる。あるいは、学生をペアに分け、患者はどのようなときに自身の安全(薬剤の確認など)に貢献できたと感じるかについて患者と話をさせ、そこで学んできた内容をグループで発表させるのもよいであろう。

文化能力に関する学習

学生を少人数のグループに分け、文化の異なる患

者に対して医療従事者はどのようにコミュニケーションを取ればよいかを考えさせる。がんなどの生命を脅かす疾患の患者を題材とした事例を提示し、患者に伝えるべき内容に影響を及ぼしうる文化的な相違について学生とともに議論する。

患者が有害事象を体験するというシナリオで改めてシミュレーション訓練を行い、有害事象に対する患者の反応に文化的な違いはないか学生とともに議論する。

実習現場で学生が実施できる活動

- 医療サービスを受ける間に患者がたどる行程を追跡する。
- 外科的手技について患者から同意を得ようとしている医療従事者を追跡し、インフォームドコンセントの枠組みとの関連でこの業務について考察する。
- 医療専門職(医師、看護師、理学療法士、歯科療法士、ソーシャルワーカー、薬剤師、栄養士、通訳)と1日だけ一緒に過ごし、特定の専門職が患者や介護者にどのように対応しているかを調査する。
- 実際に患者に対応している学生に、日常的に患者の疾患や病態に関する情報を患者の視点から検討させる。
- 実際に患者に対応している学生に、以下の質問を日常的に行わせる。「現在受けていらっしゃる医療や過去に受けられた医療について、最も役に立った事柄と変えてほしいと思われる事柄を、それぞれ3つずつ挙げてもらえますか?」
- 有害事象の調査および報告を行うためのプロセスないしチームが整備されているかどうかを所属する大学または医療施設に問い合わせる。可能であれば、それらの活動を見学または参加する許可を関係する指導者に求める。
- 所属する施設が有害事象を再検討するM&Mカンファレンスやピアレビューの検討会を開催しているかどうかを確認する。
- 医療施設で実際に目撃したエラーについて、誰も非難することなく学生同士で議論する。
- 配属された診療環境において、スタッフが現在使用している主なプロトコルについて質問する。また、ガイドラインの作成過程とスタッフがその内容、活用方法、例外事項などを知る方法について質問する。
- 有害事象が患者に与える影響について考察してエッセイを書く。

事例研究

誤薬の事実を認める

この事例は、ある高齢者医療施設で発生した誤薬事故への対応を示したものである（トピック6を参照）。



Frankは高齢者介護施設の入居者である。ある晩、看護師が誤って糖尿病ではないFrankにインスリンを注射してしまった。看護師はすぐにエラーに気づいて他のスタッフに報告し、そのスタッフがFrank本人とその家族に説明した。施設は直ちに対応を開始し、病院への搬送を手配した。Frankは一旦入院し、経過観察の後、施設に戻るようになった。エラーを起こした看護師はインスリンを誤って注射したことを包み隠さず迅速に開示したとして賞賛され、類似のエラーを繰り返す可能性を最小限に抑えるべく、その後は投薬に関する訓練を積極的に受けるようになった。

討論

—学生にこの事例を読ませ、看護師がとった誠実な対応の有益性について、患者とその家族、医療施設、看護師本人および施設の経営陣の観点から討論させる。

Source: Open disclosure. Case studies. Health Care Complaints Commission, 2003, 1:16–18. Sydney, New South Wales, Australia.

母親の話に耳を傾けることの重要性

この事例は、個々の患者を一人の個人として扱い、患者とその家族の心配に耳を傾けることの重要性を示したものである。

未婚の母のRachelが第1子を出産した。産まれたのは在胎週数37週の健康な新生児で、出生時体重は2,700gであった。分娩は正常に終了し、母体および新生児ともに分娩の1時間後には安定した。看護師はRachelに母子ともに全く問題ないと伝えた。

分娩6時間後から母乳栄養が開始されたが、授乳に問題があり、新生児には過度の眠気が認められた。この事実は看護師によって医師に口頭で報告された。その病院の規則では分娩36時間後に退院すると決まっていたため、退院の準備が進められた。

A医師はRachelに対して、特に問題はなく、新生児に軽い黄疸がみられるものの、母子間に血液型不適合はないため、2～3日で消失するはずであると説明した。更に、「健康な赤ちゃん」なので数日もすれば授乳も改善されるはずとの見込みを伝えた。

一方、別の医師（B医師）は1週間後に来院するようにRachelに指示していた。自宅にいる間も授乳

がうまくいかない状態が続き、黄疸が更に重症化したため、怖くなったRachelは出産72時間後に新生児を連れて救急外来を受診した。救急部の医師は患児の体重測定は行わず、血清ビリルビン値の測定をオーダーした。その結果は13.5mg/dL (231μmol/L)であった。B医師は日齢3日の乳児にしては高値であるが、特に心配の必要はないと説明した。1週間後に再度受診するよう指示して、笑いながら「赤ちゃんは大丈夫ですから、ご心配なく。信じてください、僕は医者なんですよ。」と言った。

それから数日間、新生児は1時間半ごとに母乳を欲しがらなくなり、Rachelは母乳が出なくなってしまった。それを聞いたRachelの友人（子供はいない）は「先生から大丈夫って言われたのなら大丈夫よ。心配しなくていいわよ。」と助言した。

生後10日目、RachelはB医師の指示に従って新生児を連れて病院を受診した。この時点で新生児の体重は約20%減少しており、ビリルビン値は35 mg/dLまで上昇していた。診察ではビリルビン脳症の徴候が明確に認められた。

病院の（事故）調査委員会は、この防げたはずの状況に至った経緯を解明するため調査を開始した。

問い

—学生にこの事例を分析させる。どの時点で何が起きたのか。この有害事象の発生を防止するために、どの時点で何ができたか。

たとえ言葉では明確に表現されない場合であっても、患者とその介護者の心配を解読して理解することは、医療従事者が習得すべき重要な技能である。患者や家族の心配は時に過剰であるとして無視されることもあるが、患者の心配を軽視したり、十分な検討を怠るようなことがあってはならない。いかなる時も患者や介護者の心配は真剣に受け止めるべきであり、彼らに自分たちの心配が不適切なものと感じさせてはならないのである。

Source: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Case supplied by Professor Jorge Martinez, Project Leader and Functional Analyst, Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

患者からの手紙

次の手紙は、ある患者が病院で体験した経験を患者の視点から綴ったものである。

Aliceと申します。25歳です。その日は6日前から腹痛が続いていて、すっかり怖くなっていました。というのも、姉が1年前によく似た症状を起こしまして、大腸がんと判明し、現在では非常に強力な治療

を受けているからです。

家族を心配させたくなかったため、一人で受診することにし、朝早く病院に着きました。しかし、誰に何を訪ねたらいいか、よくわかりませんでした。その病院に行くのが初めてだったからです。どの方も忙しそうで、話しかけにくい雰囲気でした。私の他にも、同じように怖がっている感じの患者さんもいました。

深呼吸をしてから若い女性に声をお掛けしたところ、その方はこちらを見てにっこりされました。消化器科はどこにあるかご存知ですかとお聞きすると、彼女は少し笑って「学生なのですが、私も迷子なんです。一緒に探しましょう。私も消化器科に行かないといけないんです。」と言われて、「案内所で聞いてみましょう。」と提案してくれました。

良い考えだと思いましたが、急に何だか守ってもらっているような感じを受けました。まるで本当の医療専門職のような方がそばにいてくれたのです。

案内所に行ってみると、とても混雑していて、大勢が叫んでいて、怒っている人もいました。案内所には職員の方が1人しかいらっしゃいませんでした。先ほどの学生さん(Lucyさんという方でした)は「ここで聞いてみないと、どこにも行けませんね。」と言われましたが、正面入り口に標識があったので、私はそれをたどって行ってみませんかと提案しました。

人混みの中をかき分け正面入り口まで行き、ようやく消化器科にたどり着きました。Lucyさんは「よかった。ここですよ。後は向こうにいる看護師さんに聞いてみてください。私はこれから授業なんです。お大事になさってくださいね。」と言われました。

ところが看護師さんに話を聞いてみると、直接消化器科に来てはならず、まず救急外来に行って、そこで状態を判断してもらわなければならないと言われてしまいました。そこで救急外来に戻ったのですが、到着してみると、もう大勢の人が待っていて、受付の方は順番どおり待てと言うのです。看護師さんには「もっと早く来てもらわないと」と言われました。(もっと前から来ていたんですよ!)

ようやく総合診療の先生の診察を受けると、先生はX線検査と血液検査を指示されました。しかし誰も何も話してくれず、何の説明もありませんでした。あの時は、お腹が痛くて目が覚めたときよりもずっと怖く感じました。

その後も一日中、病院内を転々としていましたが、夕方になって先生が来られ、ほんの一言、問題は全く心配もないと言われました。それでやっと「生きた心地」がしました。

私が病院の上層部の皆さんに申し上げたいのは、病院に来る人は誰でも(たとえ大した病気ではないとしても)ストレスを受けていて、多くの場合は体調が悪いということを知っていただきたいということです。こちらの話をよく聞いてくださり、どうしてこんなに具合が悪いのかを理解して下さる、親切な方に診ていただきたいものです。まず医療従事者の皆さんと私たち患者とのコミュニケーションをもっと分かりやすいものに改善する必要があると思います。病院をどのように利用したらいいか、はっきりとした情報を明示してほしいです。どのような病気でも治せるわけではないのは理解しています(残念ですが神様ではありませんからね)。しかし、患者に対してもっと親切することは可能なはずで、この点に関しては、医師の先生と看護師さんは大きな力をお持ちです。その言葉や身振りによって、あるいは患者の状況を理解して下さることで、私たちは安心感を覚え、ほっとすることができるのです。

この力は病院を受診する人々にとって、とてもありがたいものであるということ、どうか忘れないでください。

敬具 Alice

討論

一患者の不安に対処する方法について議論する。

Source: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools working group. Case supplied by Professor Jorge Martinez, Project Leader and Functional Analyst, Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina.

言葉の壁

この事例は、歯科外来でみられた言葉の壁に関するものである。この事例では、言葉の壁による医療従事者と患者とのコミュニケーションの不備が原因となって患者が感情的苦痛を経験することになった。

18歳の男性が虫歯の充填処置を受けるために母親とともに歯科診療所を受診した。歯科医師は右下第1臼歯の重度の齲蝕と診断し、X線撮影を施行した後、根管治療が必要であることを患者に英語で伝えた。

歯科医師は根管の位置を正確に特定するために歯冠中央に開口部を作成し始めたが、患者は明らかに通常の充填処置を受けるつもりでいた。歯科医師が非常に敏感な歯髄組織に触れると、患者は痛みのためにびくりとして、ひどい治療をするなど歯科医師を非難し、それ以降の治療を拒否して歯科処置室から出て行った。その後、同施設の歯科管理部を訪れて正式に苦情の申し立てを行った。後になっ

てから、この患者の英語力は「わかりました」や「ありがとう」などのわずかな言葉を話せる程度であったことが判明した。

患者とその母親は、歯科医師が効果的なコミュニケーションに努めなかっただけでなく、手技について明確な説明を怠ったと訴え続けた。

問い

- 患者が英語を理解しているかどうか歯科医師が確認しなかった要因としては何が考えられるか。
- 患者と母親が治療の開始前にこの事実を率直に話せなかった要因としては何が考えられるか。

Source: This case study was provided by Shan Ellahi, Patient Safety Consultant, Ealing and Harrow Community Services, National Health Service, London, UK.

自宅出産

この事例は、重要な家族による医療上の意思決定への参加に関するものである。

Marieは第2子を妊娠していた。第1子は地元の病院で何の合併症もなく出産していた。今回の妊娠では、助産師が妊娠管理を行っており、検診の結果は全て良好であった。妊娠36週目にMarieと担当の助産師は分娩計画について話し合った。Marieは自宅出産を希望したが、Marieの夫はやや不安を感じていた。妊娠経過は順調であり、第1子のお産時に合併症がなかったことから、助産師は自宅出産も選択肢の1つであると説明した。

妊娠39週に達した頃に陣痛が始まり、Marieは助産師に電話して自宅に来るよう依頼した。分娩は急速に進行し、2時間も経たないうちに子宮口が全開となった。Marieがいきみ始めたとき、聴診を行っていた助産師が胎児の心拍数が低下していることに気づいた。助産師はMarieに左側臥位をとらせ、息まないように指示した。5分も経過しないうちに心拍数は改善され、児頭が発露し、その1分後には健康な女児が娩出された。母親と新生児の状態は分娩後数時間で安定した。

その翌日、助産師はMarieとその夫の自宅を訪ね、分娩経過について説明した。夫は、助産師が経験豊富であることは知っていたが、胎児の心拍数が下がったことには今もショックを受けていると語った。そもそも彼は自宅出産を望んでいなかった。

問い

- Marieが自宅出産について十分な説明を受けていたことを助産師はどのようにして確認することができたか。
- 患者の親族（この例では夫）は選択や意思決定

にどのように関与することができるか。

–夫の心配に対する助産師の対応としては、どのような対処が適切であったか。

Source: Case supplied by Marianne Nieuwenhuijze, RM MPH, Head, Research Department, Midwifery Science, Faculty of Midwifery Education and Studies, Zuyd University, Maastricht, The Netherlands.

Tools and resource material

Farrell C, Towle A, Godolphin W. Where's the patients' voice in health professional education? Vancouver, Division of Health-care Communication, University of British Columbia, 2006

(<http://www.chd.ubc.ca/dhcc/sites/default/files/documents/PtsVoice/Reportbook.pdf>; accessed 21 February 2011).

Patient-safety workshop

Building the future for patient safety: developing consumer champions—a workshop and resource guide. Chicago, IL, Consumers Advancing Patient Safety. Funded by the Agency for Healthcare Research and Quality (<http://patientsafety.org/page/102503/>; accessed 21 February 2011).

Patient-centred care

Agency for Healthcare Research and Quality. Expanding patient-centred care to empower patients and assist providers. Research in Action. 2002, issue 5, (<http://www.ahrq.gov/qual/ptcareria.pdf>; accessed 21 February 2011).

Leape et al. Transforming healthcare: a safety imperative. Quality & Safety in Health Care, 2009, 18:424-428.

Medical errors

Talking about harmful medical errors with patients. Seattle, University of Washington School of Medicine (<http://www.ihl.org/IHL/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Tools/TalkingaboutHarmfulMedicalErrorswithPatients.htm>; accessed 21 February 2011).

Open disclosure

Open disclosure education and organisational support package. Open Disclosure Project 2002-2003, Australian Council for Safety and Quality in Health Care ([http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/\\$File/OD-LiteratureReview.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/F5F0F61AB647786CCA25775B0021F555/$File/OD-LiteratureReview.pdf); accessed 21 February 2011).

Open Disclosure. Australian Commission for Safety and Quality, 2 December 2010 (<http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/PriorityProgram-02>; accessed 21 February 2011).

Open disclosure guidelines. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; accessed 21 February 2011).

本トピックに関する知識を評価する

患者安全の評価については、指導者向け指針(パートA)に詳細に記載している。本トピックに関しては適切な評価方法がいくつかあり、具体的にはエッセイ、多肢選択式問題(MCQ)、BAQ(short best answer question paper)、事例基盤型討論(CBD)、自己評価などが挙げられる。このアプローチの利点は、実際に患者と接する訓練プログラムを終了するまでに学生自身が行った患者安全活動の記録集を作成できることであり、これは就職活動や将来のキャリアの中で有効活用することも可能である。

患者関与と情報開示に関する知識は、以下の方法によっても評価することができる:

- ポートフォリオ
- 事例に基づく討論(CBD)
- 研修部署でのOSC(客観的臨床能力試験)
- 医療システム(全般)とエラーの可能性に関する観察記録
- 病院や診療所で患者が果たす役割、パターンリズムが招く結果、オープンディスクロージャーのプロセスにおける地位の高い医療専門職の役割、教師としての患者の役割などをテーマとした省察的記述(reflective statement)

評価は形成的評価でも総括的評価でもよく、順位付けの方法も「満足できる/満足できない」とい

う二択式でも点数評価でもよい。(パートBの付録2に示した評価用紙を参照のこと)

評価チームに患者の代表を参加させることも重要となるであろう。

本トピックの教育方法を評価する

教育セッションをどのように進め、どのように改善できるかを再検討するにあたっては、評価が重要となる。重要な評価原則の概要については、指導者向け指針(パートA)を参照のこと。

References

- 1) *Patients for patient safety: statement of case*. Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety (http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient_statement/en/index.html; accessed 21 February 2011).
- 2) Kerridge I, Lowe M, McPhee J. *Ethics and law for the health professions*, 2nd ed. Annandale, NSW, Federation Press, 2005:216-235.
- 3) Emmanuel L et al, eds. *The patient safety education project (PSEP) core curriculum*. Rockville, MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2008.
- 4) Australian Council for Safety and Quality in Health Care. *National patient safety education framework*. Commonwealth of Australia, 2007.
- 5) Genao I et al. Building the case for cultural competence. *The American Journal of Medical Sciences*, 2003, 326:136-140.
- 6) Gallagher TH et al. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 2003, 289:1001-1007.
- 7) Gallagher TH, Lucas MH. Should we disclose harmful medical errors to patients? If so, how? *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2005, 12:253-259.
- 8) Davis RE et al. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expectations*, 2007, 10:259-267.
- 9) Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Quality & Safety in Health Care*, 2002, 11:76-80.
- 10) *Open disclosure health care professionals' handbook: a handbook for health care professionals to assist with the implementation of the open disclosure standard*. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, Commonwealth of Australia, 2003 (www.health.gov.au/internet/safety/.../hlthcareprofhbk.pdf; accessed 21 February 2011).
- 11) Vincent CA, Young M, Phillips A. Why do people sue doctors? *Lancet*, 1994, 343:1609-1613.
- 12) *Open disclosure guidelines*. Sydney, New South Wales, Australia, Department of Health, May 2007 (http://www.health.nsw.gov.au/policies/gl/2007/pdf/GL2007_007.pdf; accessed 21 February 2011).
- 13) Harvard Hospitals. *When things go wrong, responding to adverse events, a consensus statement of the Harvard Hospitals*. Cambridge, MA, Harvard University, 2006.
- 14) Developed by Robert Buckman, MD, Associate Professor of Medical Oncology, University of Toronto, Toronto, Canada. Modified from: Sandrick K. Codified principles enhance physician/patient communication. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 1998, 83:13-17.

- 15) Bower P et al. The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2001, 51:838-845.
- 16) Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51-62.
- 17) Montgomery P et al. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database Systematic Review*, 2006, 1:CD002206.

トピック8のためのスライド: 患者や介護者と協同する

患者安全について学生に教えるうえでは、常に講義が最善の方法になるとは限らない。講義を検討する場合は、その中で学生に対話や討論をさせるのが良いアイデアとなる。事例研究を用いれば、グループ討論の1つのきっかけが生まれる。もう1つの方法は、本トピックに関係する問題をもたらす医療のさまざまな側面について学生に質問することである。たとえば、非難の文化、エラーの本質、他産業でのエラーの管理方法などについて質問するとよい。

トピック8のスライドは、指導者が本トピックの内容を学生に教える際に役立つよう作成されており、各地域の環境や文化に合わせて変更してもよい。全てのスライドを使用する必要はなく、教育セッションに含まれる内容に合わせて調整するのが最も有効となる。