

平成28年度

医療安全能力向上のための効果的教育・トレーニングプログラムの開発  
—医療安全学の構築と人材育成—

平成28年度国公立大学附属病院  
医療安全セミナー報告書及び学術集会等講演録

# 患者とともに実現する 安全で質の高い医療

～Resilience・Patient Journey・Empowerment～

平成29年3月31日

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



Department of Clinical Quality Management  
Osaka University Hospital

## はじめに

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では、平成21年度から文部科学省特別経費により「医療安全能力向上のための効果的教育・トレーニングプログラム開発事業」を行っており、平成24年度からは継続事業となっています。その一環として、これまでに医療チームの安全を支えるノンテクニカルスキルに関する教材の開発および教育の実施、医療安全への患者参加プログラムの開発・展開、eラーニングシステムの開発・導入を行ってまいりました。

また、本プログラムでは、医療の質・安全への新たなアプローチであるレジリエンス・エンジニアリングを重要なテーマとして取り上げており、これまでにその概念や、臨床現場における実践例について紹介してきました。従来の安全管理は「失敗事例から学ぶ」アプローチが中心でしたが、レジリエンス・エンジニアリングでは「成功から学ぶ」アプローチをとります。より正確に言うと、人と人や、人と環境等との「相互作用」に着目して、「物事がどのようにうまく行われているのか」を明らかにし、その知見を活用して、うまくいくことを増やそうとするものです。

本年度は、レジリエンス・エンジニアリングの観点から、患者さんと患者さんに関係する人々との相互作用にフォーカスを当てて、医療への患者参加を推進するための教育方法について検討しました。

本事業の一環として毎年開催している国公私立大学附属病院医療安全セミナーでは、患者のエンパワーメントを通じて治療への積極的な参加を促し、結果的に慢性疾患の管理を成功に導くための、医療者に向けた教育手法である「糖尿病劇場」とその医療安全への応用の可能性について、名古屋大学の岡崎研太郎先生に実践例を交えてご解説いただきました。

秋には、医療への患者参加の重要性を患者の視点から提唱しているキャロリン・キャンフィールド先生をカナダからお迎えしました。患者と医療者の信頼関係を基盤としたヘルスケアのあるべき姿や、その信頼関係のネットワークがセーフティネットとしても機能するという点について、ご講演いただきました。併せて開催した本院での研究会では、慢性腎不全の療法選択外来や腹膜透析患者会での患者参加の実践例をもとに、「ペイシエント・ジャーニー」という概念や「エキスパート・ペイシエント」の力を借りることの重要性についてディスカッションを行いました。

本冊子はこれらの内容をまとめたものです。「患者参加」をキーワードとした新たな医療安全の展開の一助となれば幸甚に存じます。

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  
部長・教授 中島 和江

## 患者とともに実現する安全で質の高い医療 ～ Resilience・Patient Journey・Empowerment ～

### 目次

#### I エンパワーメントに基づく医療者教育 ..... 4

講演 岡崎 研太郎  
名古屋大学大学院医学系研究科  
地域総合ヘルスケアシステム開発寄附講座 講師

#### II Relationship-based Healthcare for better Safety and Quality ... 26 患者－医療者関係に根ざした安全で質の高い医療の実現

講演 Carolyn Canfield  
キャロリン・キャンフィールド  
Department of Family Practice, The University of British Columbia  
Honorary Lecturer (特別荣誉教员)

#### III 慢性疾患患者の patient journey を支える、expert patient のちから ..... 44 一腹膜透析治療における目指すべき patient journey についての考察から一

講演 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 副部長・助教

## 講演 I

# エンパワメントに基づく 医療者教育

講師：岡崎 研太郎

名古屋大学大学院医学系研究科  
地域総合ヘルスケアシステム開発寄附講座 講師

平成5年（1993年）京都大学医学部医学科卒業。天理よろづ相談所病院を経て、平成12年（2000年）9月よりミシガン大学留学。平成15年（2003年）に帰国後より、円滑な医療者－患者関係の構築、及び医療者教育の重要性を提唱し、平成21年（2009年）から糖尿病劇場を中心とした活動を行っている。平成25年（2013年）3月より現職。



座長：長谷川 剛

上尾中央総合病院 院長補佐。平成3年（1991年）筑波大学医学専門学群卒業。自治医科大学胸部外科学を経て、平成19年（2007年）に同医療安全対策部教授。平成26年（2014年）より現職。呼吸器外科医の視点から医療安全に関する教育、講演、研究を行っている。



「エンパワメント」とは、相手が、自分自身の力で自主的に行動できるようサポートし、促すことであり、特に医療現場においては患者が積極的に治療に参加できるよう促すことを指します。

## はじめに

長谷川

これから岡崎研太郎先生に「エンパワメントに基づく医療者教育」というタイトルでご講演いただきます。岡崎先生は京都大学をご卒業の後、天理よろづ相談所病院で研修された一流の糖尿病専門の内科医です。米国で教育について学ばれ、最近では医療者教育関係のワークショップ等で活躍されています。

本日の先生のご講演から、教育の方法論について学べると思います。また、今回の医療安全セミナーで大阪大学医学部附属病院の中島和江先生が紹介されたレジリエンス・エンジニアリ

ングの概念のうち、work-as-imagined (WAI, 頭の中で考える仕事) と work-as-done (WAD, 実際の仕事のやり方) を近づける、あるいは、そのことに気づくための工夫や仕掛けに関係して参考のできる部分があるのではないかと考えています。

岡崎

本日は、エンパワメント、糖尿病劇場、コミュニケーション、医療者教育、チーム医療を中心にお話します。エビデンスとして評価することが難しい領域ではありますが、きっと別の何かがあると信じています。

はじめに、この会場で糖尿病劇場を実演します。そして、糖尿病患者のエンパワメントについて説明し、糖尿病劇場がどのような仕組みになっていて、何を学ぶことができるかを解説します。最後に、これらのことを医療者教育や医療安全へ応用する可能性についてお話します。

## 今日の話題

- 1) 糖尿病劇場とは
  - 演劇を用いた聴衆参加型の医療者教育WS・実演
- 2) 糖尿病エンパワメント
- 3) 糖尿病劇場の特徴
  - 糖尿病劇場のなかみとしくみ
  - 糖尿病劇場からの学び
- 4) 医療者教育・医療安全への可能性

## アイスブレイク

糖尿病劇場に入る前に観客側の皆さんの準備をします。その場で立ち上がって、隣の人と二人一組になってください。本日は、ペアでいろいろとお話をさせていただく機会があります。チームができたなら、お二人で「よろしくお願いします」と挨拶をしてください。

次に、相手の方と右手で握手をしましょう。そしてさらに、左手で「じゃんけん」をしましょう。勝負負けが決まったら、握手していた手を離して着席してください。

今、皆さんにしていたワークは「アイスブレイク」というものです。初対面の人同士も多かったと思いますが、



お互いの緊張をときほぐし、コミュニケーションを取りやすくするための手法の一つです。本日のペアワークの心の準備のために実際に行っていました。

## 糖尿病劇場

それではいよいよ糖尿病劇場です。この劇場は、平成21年（2009年）の5月に、全国規模の学会としては初めて大阪で行いました。本格的な糖尿病劇場は医師役の人と、患者さん役の人、そしてそれぞれの本音をしゃべる黒子をその後ろに準備します。日常の診療でよくあるような風景を寸劇という形で表現して、それについて聴衆の皆さんとディスカッションします。

本日の糖尿病劇場は一幕のみの短いバージョンです。中央クオリティマネジメント部の方二名に、一時間前に出演を依頼し、控室で猛特訓を行ってきました。

ストーリーの説明をします。登場人物は岡本先生と住吉さん、医師と患者です。ちょっとした日常的な外来の光景ですが、住吉さんがなかなか痩せないということが問題となっているようです。

劇を見た後に、観客である皆さんに感想をお聞きます。正解は星の数ほどあり、一つではありません。ですから、思ったことを言ってください。正しいとか、正しくないということはありません。それでは、糖尿病劇場の始まりです。

### 糖尿病劇場のお約束

- “答えは星の数ほどある”
- 主役は観客の皆さん
- 自分で考え、みんなで共有する

岡本医師

住吉さん、こんにちは。どうぞお入りください。

住吉さん

はい、よろしく申し上げます。

岡本医師

ああ、住吉さん、おはようございます。じゃあ今日も体重の表、見せてもらってもいいですか。住吉さん、体重98キロですね。これ、前の外来より5キロも増えてますよ。ここに書いてる記録では、前半の方はちょっとだけですね、増えてるの。後半で一気に増えたみたいですね。住吉さん、何も書いてないですけど、何をされていたんですか。

住吉さん

中国に出張だったんで、測れなかったんです。

岡本医師

住吉さん、また出張行って太ったんですか。出張に行くたびに体重が増えるんで、出張行ったときこそ、体重ちゃんと測ってほしいんですけどねえ。ホテルには体重計とかなかったですか。

住吉さん

体重計？ そういえば、そうですね。もう次は探すんで、はい。

岡本医師

中国に出張行くと、何で体重が増えるんですか。

住吉さん

私だってね、何で太ってるか分かりません。私はね、現場でしょっちゅう重たい機材を持ってるんです。全く食べないってことはできません。

先生、私は汗っかきなんで、水だけはしっかり飲むようにしてるんですが、ひよつとして、私、水飲んだら太る体質とかじゃあないですか。

岡本医師

いや、水飲んでも、すぐおしっこになるんで、太りませんよ、水なんかで。

いいですか。体重っていうのは、食べたカロリーと、運動とか基礎代謝で消費したカロリーとのバランスで決まってるんです。要するに、運動している以上に食べてま

すね。ご自分ではそんなに食べてない気がするんですけど。

**住吉さん**

いや、先生ね、病院に来てまで痩せようと思ってるんですよ。そんなにたくさん食べるバカなんか、いませんよ。きっと先生が知らないだけで、私は特異体質です。

**岡本医師**

そんな体質ありません。そんな体質ありませんよ。

**住吉さん**

いや、でも、私だって糖尿がね、悪くなるのを指をくわえて見ているつもりはないんです。来月は出張の予定はないし、今度こそ頑張っただけで絶対に体重落としてみせますから。

**岡本医師**

はあ、分かりました。じゃ、住吉さんなりに自信があるようですね、来月まで、それでやってみてください。でも、太った5キロは、次回までにいくら元に戻すようにしましょうね。

**住吉さん**

分かりました。毎日、体重計で測ることにしますし、5キロぐらいなら痩せられると思いますよ。

**岡本医師**

はい。では、また来月。お大事に。

**岡崎**

ありがとうございました。素晴らしい熱演でした。それでは、お隣の人と今の劇を見て、どのような感想を持ったか少し話し合ってください。いかがでしょうか。どんな風に感じましたか。

**参加者A**

先生はもう少し患者さんの話を聞いてあげればいいと思います。責めすぎかなど。

**岡崎**

ありがとうございます。「もうちょっと話、聞いてやれよ」ということですね。他の方、いかがですか。

**参加者B**

「痩せろ、痩せろ」と言われたら、痩せる気がちょっと失せちゃうかなと思います。

**岡崎**

ありがとうございます。「痩せろ、痩せろ」と言われたら、痩せる気がね、ちょっと失せちゃいますよね。

以上のような感じで、糖尿病劇場ではここからディスカッションがいろいろ深まっていきます。「あのドクターについて、どう思います?」とか、「あのドクターに何かアドバイスをしてあげるとしたら、どうですか?」とか、「患者さんはどうなんだろう?」という感じで進めていきます。

二幕目では、住吉さんの妻と娘さんが出てきて、三幕目では「もう俺、腹立った。手術受ける」って言って、胃のバイパス手術という減量手術を受ける気になるのですが、ドクターと看護師さんが、「あれ?この人、大丈夫なのだろうか」というような感じで続いています。

答えは星の数ほどあります。主役は皆さんで、自分で考えた答えをみんなでちょっと共有しようね、という約束で進めていきます。

## 糖尿病劇場への扉を開いた糖尿病エンパワメントとは

私が糖尿病劇場を始めようと思った背景についてお話しします。アメリカに留学していた時に、公衆衛生の健康行動、健康教育を専攻しました。その中で、大学生のボランティアが高校を回って講義をする際に、高校生が話を聞いてくれないので劇をしたということを見聞きました。

糖尿病エンパワメントに感銘を受けて、ぜひ日本で広めたい、普及したいと思いましたが、講義をしたり、ロールプレイをしたりしても、今一つ伝えたいものが伝わらないという実感の中で、ふとアメリカでの経験を思い出して、帰国後数年してから劇を始めました。

その根本のきっかけとなったアメリカでの1型糖尿病キャンプでのエンパワーメントの話に少し触れたいと思います。1型糖尿病は、ある日突然インスリンが分泌されなくなり、インスリンの皮下注射がインスリンポンプが生命維持のために必要になる糖尿病です。幼児期、学童期に発症することが多く、患児の交流、情報交換を目的とする1型糖尿病キャンプが、様々な都道府県で夏に開催されています。

1型糖尿病キャンプでは、頻繁に低血糖が起こります。夕方に一日一回だけ医師と会う時間があって、医師が小学校4年生くらいの子にも「明日のインスリンの量、どうする？」と聞きます。当然減らすと思いますよね。すると、その男の子が「いや、明日もそれでいく」と言い、私は「えー！」と思ったのですが、医師が「じゃあ、それでいこう」と答えました。すると次の日にはやはり低血糖が起こります。

その日の夕方に、医師が改めて「明日のインスリン量、どうする？」って聞くと、その男の子が、「インスリン減らそうと思う」と回答しました。医師が「何で？」と聞いたら、「いやー、なんか俺、いつもと同じようにインスリン打っていると、低血糖になるんだ。よくみんなと一緒に動いているからかな」と答えたのです。

私は、「小さな子供でも本人が気づくまで、ここまで待つのか」と思い、これはとても印象的なできごとでした。このキャンプに参加していなかったら、おそらく糖尿病専門の医師にはなっていなかったと思います。

アメリカに行くきっかけとなったのは、エンパワーメントを提唱している面白い教授がいるという話を聞いたからです。その先生は教育学の専門家、「糖尿病の治療の98%は患者さんの行動が決める。今日何を食べるか、運動するかどうか、インスリン打つかどうか、薬をきちんと飲むか、飲まないか、そういうことが治療の98%を決める」と言われました。「いやいや、薬の量の加減、インスリン量の調節は私が決めています」というと、「ケンタロウ、患者さんが診察室を一步出たら、今日その患者さんがビッグマック食べるのか、食べないのか、フレンチフライ食べるのか、食べないのか、公園の周りを1周歩くのか、2周歩くのか、歩かないのか、全部患者さんが決めている。だいたいおまえが出した薬を患者さんが全部飲んでいて思っているのか」と言われて「ああ、なるほど」と思いました。

食事療法や運動療法の実行率は半分ぐらいです。薬の内服は93%ぐらいです。インスリンという注射は、指示をすれば結構な割合の人がきちんと施行してくれるのですが、インスリン注射を初めて導入する必要がある場合などは、なかなか決心してくれない人がたくさんいます。インスリン注射は日常生活に大きな影響を及ぼします。生活習慣を変えるということは本当に難しいことです。

そのような時に、「この患者さんって病識がないよね」、「この患者さん、何でおやつをやめ

てくれないだろう。おやつさえやめたら、もうちょっと良くなるはずなのに」、「何で注射、始めてくれないだろう」と考えてしまいがちです。「まあ、仕方ないか。病識がないしね」と感じたり「医師からもう1回、合併症の怖さを教えてもらったらいいのでは？教育入院もう1回受けたいんじゃない？」という感じのことを口にされたりするかもしれません。

先ほどの劇のように、「水を飲んでも太るんです」って言われることもありますよね。「いや、歩いたらいいですよ。歩いたら体重減りますよ」→「時間がないんです」→「いや、あなたから、どうしたらいいか聞いてきたじゃない。だから歩けばいいって言ったのに、時間がないってどういことですか」というような会話を繰り返したりしていると、私たちは日々、「なぜうまくいかないのだろう」と考え込んでしまいます。医療者も一生懸命指導しているのに、そして患者さんも悪気はないのに、なぜか結果がうまくいかない、結果に表れないということを、私たちは日々経験しています。

### 糖尿病患者におけるセルフケア行動の実行度

|           |     |
|-----------|-----|
| 食事療法      | 60% |
| 運動療法      | 50% |
| 血糖自己測定    | 80% |
| 薬の内服      | 93% |
| インスリン自己注射 | 97% |



生活習慣を変えるのは難しい

アメリカでも同様です。私の恩師であるボブ・アンダーソンは、「あしなさい、こうしなさい」という急性期の病気に対するような医療者主導でやっていく従来型のアプローチでは、慢性の病気はなかなかうまくいかないのではないか」ということを指摘しています。

この先生が、「糖尿病教育にはパラダイムシフトが必要だ」と提唱し始めたのは、1990年代の始めでした。そして、それをまとめた本が「糖尿病エンパワーメント」<sup>1</sup>です。糖尿病は患者さんのもので、患者さん自身がその問題を解決して、治療方針を立てていく権利と能力を持ち、責任を負います。それを医療者は邪魔しないように、支援に徹する、という考えが述べられています。これは患者と医療者の共同作業であり、医療者間のチームによる共同作業なのかもしれません。

### エンパワーメントの特徴

|       | 伝統的な糖尿病診療 | 糖尿病エンパワーメント |
|-------|-----------|-------------|
| 主 役   | 医療者       | 患者          |
| アプローチ | 権威的、父性的   | 共同作業        |
| 関 係   | 指示する人と従う人 | 支援する人とされる人  |
| 最終決定者 | 医療者       | 患者(と医療者)    |
| 責 任 者 | 医療者?      | 患者          |

エンパワーメントにおける医療者の役割とは、患者が意思決定するための十分な情報を提供し、患者とパートナーシップを確立し、患者に行動変容を促し、問題解決に近づけるような情報を提供することです。あくまでも意思決定者は患者であり、患者をサポートしながら一緒に治療目標を設定します。

一方、エンパワーメントにおける患者の役割とは、自身の感情、目標、価値観等に関する情報を医療者側に提供し、医療者とパートナーシップを確立し、自己管理、意思決定、治療の結果に責任を持ち、自分で選択した目標に向かって積極的に努力することです。

### エンパワーメントにおける医療者の役割

- 患者が意思決定するための十分な情報を提供する
- 患者とパートナーシップを確立する
- 患者に行動変容と問題解決方法に関する情報を提供する
- 患者と共同で目標を設定する
- 意思決定者である患者をサポートする

### エンパワーメントにおける患者の役割

- 感情、目標、価値観、ニーズ、能力に関する情報を提供する
- 医療者とパートナーシップを確立する
- 自己管理・意思決定・結果に責任を持つことを認める
- 自分で選択した目標に向かい努力する
- 自分から積極的に関わる

## 糖尿病エンパワーメントに挑戦

これから皆さんとエンパワーメントに挑戦をしてみます。エンパワーメントができているかどうかの評価基準はスライドのとおりです。感情や目標に注意を向けているような関わりができたなら「プラス2点」です。問題を少し掘り下げよう関わりができたなら「プラス1点」です。「お昼ご飯に何を食べますか」、「社員食堂ですか、お弁当ですか」、「何時ぐらいに夕飯食べますか」など、情報収集の質問は「プラスマイナス0」です。「あんた、そんなの簡単よ。おやつ、やめたらいいじゃない」と患者さんの代わりに問題を解決しようとしている関わり方は「マイナス1点」、「だめじゃない。糖尿病のくせにケーキなんか食べちゃ」と批評するような関わり方が「マイナス2点」です。

### エンパワーメントができているか

+2:感情や目標に注意を向けている

+1:問題を掘り下げている

±0:分類不能

-1:患者の代わりに問題を解決

-2:患者を批評している

### 「私、大福が大好きなんです」

例題を出します。これは実話です。「私、大福が大好きなんです」と言われた患者さんがおられました。これに対する医師の答えは「大福はもうこの世に存在しないとってください」だったそうです。でもそれで大福をやめられる人は、高く見積もって2割ぐらいだと思います。

それではさきほどの二人組でワークをします。じゃんけんで勝った人が負けた人に、「私、大福が大好きなんです」と言ってみてください。じゃんけんで負けた方の方は、何か答えてあげてください。

はい、ありがとうございます。何と答えましたか？

### 参加者C

「どうして、その大福が好きなんですか」って、情報収集しました。

### 岡崎

ありがとうございます。「どうして大福が好きなんですか」ですね。情報収集かもしれないし、ちょっと問題を深掘りしてプラス1点かもしれません。良い回答だと思います。その他の人はどのように回答しましたか。

### 参加者D

「どれくらい食べますか」

### 岡崎

ありがとうございます。それはよく出てくる答えです。情報収集ですね。

### 参加者E

「どんな大福が好きですか」

### 岡崎

これもよくありますよね。情報収集というだけではなく、少し問題を掘り下げているかもしれません。

また、よくあるのは「大福、おいしいですね。私も大好きです」という答えです。患者さんに共感していて良いと思うのですが、そこからどうつながっていくのかが知りたいところです。「一週間に一個くらいならいいんじゃない？」という答えだと「勝手に決めないでくださいよ。この人が一週間に一個でいけるかどうか、どうして分かるんだ？」とってしまいますよね。「だめでしょう。糖尿なのに大福なんか食べちゃ」と言うような人はあまりいないと思いますが、エンパワーメント的にはマイナス2点となります。

## わたし大福が大好きなんです

+2:感情や目標に注意を向けている

+1:問題を掘り下げている

±0:分類不能

- いくつ食べるんですか?
- 美味しいですね。
- わたしも大好きです。

-1:患者の代わりに問題を解決

- 1週間に1個だったらいいんじゃない

-2:患者を批評している

- ダメでしょう、糖尿なのに大福食べちゃ

どのような関わり方がプラス評価となるかという、「大福を食べたら、どんな気分になりますか」とか、「どんなときに大福食べたいですか」等になるかだと思います。先ほどの「どうして大福食べるんですか」と似ています。感情や目標を掘り下げていくような返答がプラス評価になると思います。

あるいは、「大福食べたら、あなたの血糖値はどのくらいになりますか」等もプラス評価です。インスリンを打っている人なら血糖測定器を持っているので「大福テスト、やってみる?」みたいな感じで話することができます。このような関わり方だとプラス1点になると思えます。エンパワーメント的な関わり方のイメージがつかえましたでしょうか。

## わたし大福が大好きなんです

+2:感情や目標に注意を向けている

- 大福を食べると、どんな気分になる?
- どんなときに食べたいですか?

+1:問題を掘り下げている

- 大福を食べると血糖値はどうなる?

## 「私、水を飲んでも太るんです」

それでは、「私、水を飲んでも太るんです」と言われたらどうしますか。

参加者F

「運動をしてください。それから三杯でもよいので飲んでください」

岡崎

運動したら、三杯ぐらいいけるのではないかと思います。

参加者G

「たくさん飲まれますか」

岡崎

ひょっとして水中毒のみみたいになっているかもしれませんね。確かに多尿症や、尿崩症のチェックは必要かもしれません。

参加者H

「水を飲んだら、どこへいっちゃいますかね」

岡崎

一緒に考えるということですね。「水を飲んだら、どこに行きますか」。胃の中なのは間違いはないですが、患者さんによってリアクションが違いますからそれによって、問題を掘り下げていく、ということでしょうか。

参加者I

「どうしてでしょうね」

岡崎

一緒に悩むということですね。初めてのパターンで大変面白いです。ありがとうございます。

例えばプラス2点としては、「水を飲んでも太る自分って、どう思います」とか、「特異体質では」のような丸投げパターンもありますね。「ではどうしたらよいと思うか」と一緒に考え

るきっかけになるわけです。「どうしてでしょうね」と言うことと近いかもしれません。

プラス1点としては「水を飲んでも太るって、どういうことですか」とか、「そう思うようになったのって何かきっかけがありますか」とか、「周りに同じような人はいますか」等です。「水を摂るとやはり体重が増えますか。もっと体重が増えるものはありますか」も当てはまると思います。

以上の二つのワークを通じて、医療者が全て答えを出す必要もなさそうだということがわかりになると思います。「大福、好きなんです」とか、「水を飲んでも太るんです」という患者さんの性質はそう簡単に変えられないので、「なるほど」といったん受け止めます。そして、その後はどう声をかけるかという能力が、きっと慢性疾患を扱う医療者には必要なのではないかと考えています。

## 水を飲んでも太るんです

### +2:感情や目標に注意を向けている

- 「水を飲んでも太る」自分ってどう思う？
- じゃあ、どうしたらいいと思う？

### +1:問題を掘り下げている

- 「水を飲んでも太る」ってどういうこと？
- そう思うようになったのはどうして？
- まわりにも同じような人がいる？
- 一番体重が増えやすいのは水？

## 糖尿病劇場の仕組みとそこから得られる学びとは

さて、糖尿病劇場を始めたのは、平成21年（2009年）でした。その年の5月に大阪で開催された日本糖尿病学会年次学術集会で、全国デビューを果たしました。演じているのは皆、私の仲間の素人の医療従事者で、多くは自身の職種と違う役割を演じてもらっています。今日も薬剤師の先生が医師役を演じ、看護師の方が患者役を演じてくれました。いつもと違う役を演じた方が、良い気づきが得られます。そのあとの聴衆とのディスカッションにも生きてきます。

このような活動を始めてから私にとっての謎が少し解けてきました。私の個人的な一番の謎

は、栄養指導室で何が起こっているのかが分からないということでした。看護師さんのフットケア外来や医師の外来は、何となく会話が聞こえてくるので想像が付きまします。しかし、栄養士さんの指導室は比較的離れた個室で、防音もしっかりしていて、何がそこで行われているのかが分からないのです。「栄養指導にもう一回行きますか」と尋ねたときに、「はい、行きます。ぜひ行きたいです」という患者さんと「二度と行きたくありません」という患者さんがおられ、その違いが何であるのかが分からなかったのです。

もしかしたら、尋問のようなことが行われているのではないかと想像します。「朝は何時に起きますか。昼ご飯は何時に食べますか。残業はどのくらいの長さで頻度で、夕ご飯は何時になることが多くて、何時に寝ますか」と質問攻めにするのです。情報収集は大事ですが、糖尿病の療養指導の場においては、下手をすれば取り調べのようになってしまいます。

糖尿病劇場を通じて私たちが大切にしていることをお話します。医療者は知識があることが前提条件であり、スキルも大切です。しかし、最も大事なものは、きっとマインドであると思っています。言いかえると意識とか、考え方とか、あり方等になるのだと思いますが、これを変えるのは本当に難しいと思っています。そのような点に揺さぶりをかけるのに、糖尿病劇場は意味があるのではないかと、個人的には考えています。

大阪大学ではワークショップデザイナー育成プログラムを開催しています。糖尿病劇場を始めた頃に、平田オリザ<sup>1</sup>さん、蓮行<sup>2</sup>さんが書かれた「コミュニケーション力を引き出す」<sup>ii</sup>という本を、私の同僚の薬剤師さんが持ってきました。蓮行さんにメールを出してみるとお返事が来て、「ワークショップのプログラムがあるので、よかったらどうぞ」と勧誘されて、参加することになりました。とても面白いプログラムでした。何かワークショップをやってみたくて、患者さん向けの企画、教室、健康講座等で困っている方は、ぜひ参加してみてくださいと思います。

今からもう一つワークを行います。それではイケメン研修医役の先生、出てきてください。次に看護師役の方、お願いします。

これから2つのパターンの寸劇をご覧ください。台詞は全く同じで一言だけですが、それを見て何らかの違いに気がついたり、感想を持たれたりしたら、ぜひ教えてください。

パート1のパターン（声のトーン）でお願いします。

<sup>1</sup> 平田オリザ：日本の劇作家・演出家・青年団主宰。こまばアゴラ劇場芸術総監督・城崎国際アートセンター芸術監督。東京藝術大学COI研究推進機構特任教授、大阪大学コミュニケーションデザイン・センター客員教授、四国学院大学客員教授・学長特別補佐、京都文教大学客員教授。

<sup>2</sup> 蓮行：日本の劇作家・演出家・俳優。劇団衛星代表。大阪大学特任講師、岡山県立大学非常勤講師。

#### 看護師役

「先生なんか、大嫌い」

#### 岡崎

次に、パート2のパターン（声のトーン）をお願いします。

#### 看護師役

「先生なんか、大嫌い」

#### 岡崎

ありがとうございます。まずは言われたご本人に聞いてみましょう。医師役の方、言われてみていかがでしたか。

#### 医師役

かなりショックですね。

#### 岡崎

かわいらしい看護師さん役の人に嫌いって言われたら、ショックですよ。パート1とパート2で、何か違いはありましたか。

#### 医師役

パート1の方が言葉に濁点が多く勢いを感じ、すごく感情的になっているという印象を受けました。パート2はすごく滑らかに言われて、さほど不快感はなかったです。

#### 岡崎

パート1の設定では看護師は先生のごことが本当に嫌いで、パート2では、ちょっと好きなのに、うまく言えなくて嫌いとい口走ってしまうというパターンです。平田オリザさんや蓮行さんによると、演劇というのは言葉だけではなく、字面には「大嫌い」と全く同じ台詞が書いてあったとしても、正反対の情報を伝えることができるそうです。

平田オリザさん曰く「言葉だけでなく、コンテキスト（文脈）のズレというのが演劇には大事」だそうです。私たちの日常診療では、「患者さんはこう思っていて、これを大切にしている」というものがある一方で、医療者は「とにかく生存期間が延びることの方が大事」と思っていたりします。両者の間にはこのようなズレが結構あるのではないかと感じており、その点につ

いては演劇と大変親和性が高いと思っています。

3年ほど前の糖尿病学会で糖尿病劇場をしたときに、平田オリザさんをゲストでお迎えして、ご講演いただきました。タイトルは「わかりあえないことから」であり、同名の書籍<sup>iii</sup>は平成25年（2013年）の新書大賞の第4位になっています。「人と人とはわかりあえないよね」というのが、平田オリザさんのモットーであり、わかりあえない2人がどのように、どのような落としどころを探していくか、いかに2人の中で考えていくかという点が医療にも通じるところがあると、現在の私は思っています。

講演会の最後に質疑応答の時間があり、勇気ある看護師の方が「素晴らしいお話、ありがとうございました。コミュニケーション能力を高めたいと思っているのですが、どうしたらいいですか」と直球の質問を投げかけました。平田オリザさんの答えは「演劇をやってください。もしできないのであれば、せめて観に行ってください」というもので「なるほど」と思いました。

### 今のワークの背景

演劇は“**暗黙情報**”を取り扱う（蓮行）

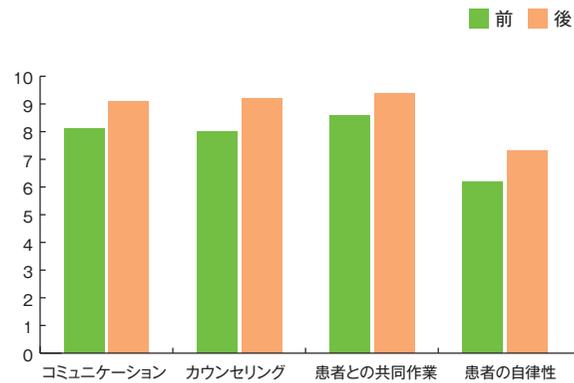
“**コンテキスト(文脈)**のズレ”（平田オリザ）

演劇に参加すると、何が違って、どのような効果があるのか調査しました。対照群はありませんが、糖尿病劇場の前後で比較をすると、「コミュニケーション能力が重要だ」、「カウンセリングのスキルを磨く必要がある」、「患者さんとの共同作業は大事だ」、「患者さんの自立性を尊重するのが大切だ」等、考え方が、少しエンパワーメントに沿った方向に、ポジティブに有意に変化をするということが分かりました。

インタビューでは、「患者さんの思いを想像できるようになった」、「自分の診療を振り返るきっかけになった」、「人の良いところを真似して取り入れてみようと思うようになった」、「チーム医療の大切さに気づいた」等の意見が出されています。

幸い、各所から反響をいただきこれまでに全国の六十数カ所で公演を行いました。

## 劇場参加前後でDASスコアが上昇



「糖尿病患者との関わりにおいて重視する態度」を医療者に質問し、数値化したグラフ (DAS=Diabetes Attitude Scale)

## “Throw away your hammer”

恩師のボブ・アンダーソン先生が日本に招かれたときに、先生から “Throw away your hammer” (金槌を捨てろ) と言われました。「金槌は持ち歩かないのですけれど」と返したら、“Throw away your hammer, That's not your nail” 「金槌を捨てなさい。それはあなたの釘ではない」とのお言葉をいただきました。

私たちは、患者さんの問題を見つけると、ついつい自分で直そうとしてしまいがちです。そうではなくて、患者さんが金槌の使い方を覚えられるように手助けするのが医療者の仕事ではないだろうか、というのが、日本の医療者に向けたボブ先生のメッセージであったと思っています。

本日は駆け足でしたが、エンパワーメントでは適切な問いを立てることが重要であること、糖尿病劇場を実演したり観たりすることでコミュニケーション力を高めたり、日常の振り返りにつながったりすることを学んでいただきました。医療安全への応用の可能性としては、チームの相互理解、あるいは患者さんを理解すること、問題を理解することから、チームビルディングなどにつながるのではないかと考えております。

## 糖尿病劇場から医療安全まで

- 1) 糖尿病エンパワーメント
  - 適切な問いを立てる
- 2) 糖尿病劇場
  - コミュニケーション力を高める
  - メタ視点を獲得することができる
  - 医療者教育・医療安全への可能性
- 3) 糖尿病劇場の特徴
  - 相互理解からチームビルディングへ



糖尿病劇場の様子

## ディスカッション

### 長谷川

伝統的な糖尿病診療の医療者を、「医療安全管理者」に、糖尿病のエンパワーメントを受ける方、つまり患者を「現場の医療従事者」と置き換えて、普通の我々の対応を考えてみると、現場の人から「こういうエラーがあった。こんなことが起こった」と報告された時、そこに立ち向かう時の物の言い方が大切であるということが学べると思いました。

### 岡崎

そのとおりだと思います。指示する人と従う人、支配する人と支配される人という関係からは、何も生まれてこないし、そもそも楽しくありません。現場が楽しくないと、あまりいい方向に向かないと思います。

私が、診療所や病院で糖尿病外来をやっていると、国内外から医学生が来て研修をしていきます。彼らによく言われることは、「先生、患者さんが笑っていていいですね」ということです。アルバイト先の病院でも、隣の内科の先生が、「隣の糖尿病外来からは笑い声ばかり聞こえてきていいよね、気楽で」とも言われます。「それなら、楽しくやったらいいのに」って思います。

楽しくないと、行動も良い方向に行きにくいのではないのでしょうか。対決するよりは、一緒に相談をして、何か考えていくという方が、アウトカムもいい方向に向かうのだらうなと感じます。もちろんエビデンスを出していかないといけないとは思いますが、直感的にそう思っていて、どうも間違った方向ではなさそうだなと考えています。

### 参加者

糖尿病の患者さんは罹病期間が長く、教育入院で入退院を繰り返します。エンパワーメントを学習し、患者さんに考えてもらうことで何と血糖コントロールをよくしようとしたのですが、なかなかうまくいきませんでした。良い対応方法があれば教えてください。

### 岡崎

エンパワーメントで100%患者さんがよくなるということはありません。私の患者さんの中にも、HbA1cが8~10%を超えていてうまくいかない患者さんはたくさんいます。

それは患者さんの性格によるものではなくて、一つは、待つことが大事だと感じています。ただし、どう待つかが重要で、放り出すわけではありません。最近、私の恩師の奈良県立医科大学の石井均先生や、京都大学文学部の皆藤章先生が、糖尿病医療学会を立ち上げ、糖尿病を持つ人やケアする人の心や行動に焦点をあてて糖尿病臨床を学ぶことに取り組んでおられます。難しい患者さんへの対応に悩むことはありますが、患者さんと医療者が同じ方向を向いて一緒にいて、その中で何となく色々な会話をしている中で、いつかふわっと2人の間に何らかの解決策が浮かんでくるのだらうと思います。

また、糖尿病外来に来なくなってしまった人の透析導入率、失明率、足の切断率は有意に高くなるというエビデンスがあります。どんなに悪いコントロールであっても、病院や、クリニックに継続して通ってきているだけで合併症の予防につながっていると思いますので、とにかく関係を切らないことが大切です。

### 参考文献

- i) ポプ・アンダーソン…石井均訳 糖尿病エンパワーメント—変えること、おそれること、成長すること 第2版；医歯薬出版；2008.
- ii) 平田オリザ…運行 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 新書；2007.
- iii) 平田オリザ…わかりあえないことから—コミュニケーション能力とは何か—；講談社現代新書；2012.

## 講演 II

# Relationship-based Healthcare for better Safety and Quality

患者－医療者関係に根ざした安全で質の高い医療の実現

講師：Carolyn Canfield キャロリン・キャンフィールド

Honorary Lecturer (特別荣誉教員)  
Department of Family Practice, The University  
of British Columbia

レジリエンス・エンジニアリングの観点から医療への患者参加を推進すべく、教育活動に尽力している。治療計画の段階から医療従事者と患者が意見を交わし合い、相互の信頼関係を築きながら治療の目標を決定していくことの重要性を提唱し、平成26年(2014年)に“Canadian Patient Safety Champion”表彰、平成28年(2016年)秋に“inaugural British Columbia award in Leadership in Advancing the Patient Voice”準優勝の表彰を受けた。デンマーク、オーストラリア、アメリカ、イギリスなどの医療系学会における招請講演を多数行っている。



司会：徳永 あゆみ

大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 特任助教。  
日本糖尿病学会専門医。レジリエンス・エンジニアリングによる慢性疾患管理についての臨床、教育、研究業務に従事している。



(大阪大学医学部附属病院 拡大リスクマネージャー会議)

徳永

本日はカナダからキャロリン・キャンフィールド先生をお迎えし、「患者－医療者関係に根ざした安全で質の高

い医療の実現」についてご講演いただきます。キャンフィールド先生はこのたび初来日され、第11回医療の質・安全学会学術集会をはじめとする、計6か所で講演されています。また、医療の質・安全学会誌の平成28年(2016年)11月号に“Resilient Health Care through Patient Engagement”(患者参加を通じたレジリエント・ヘルスケア)という特集記事を寄稿され、その翻訳は私が担当いたしました。本日は、患者－医療者間の信頼関係に基づいたヘルスケアのあるべき姿について、患者やご家族の視点からお話しいただきます。

## はじめに

本日はお招きいただきありがとうございます。私はボランティアで講演をはじめとする活動をしています。本日はまず、患者の視点から見た安全とはどのようなものであるかについて述べさせていただきます。次に、患者の視点から見たレジリエンスについてお話しします。レジリエンスとは弾力性や柔軟性を意味する言葉であり、個々の人間や医療などのシステムが有する臨機応変な対応力や回復力のことを示します。最後に、そのような力を引き出すために、患者の立場からどのように行動すべきか、そして医療者側の立場から患者と共にどのように行動すべきなのかをお話をします。

## 来日中の講演先

平成28年(2016年)

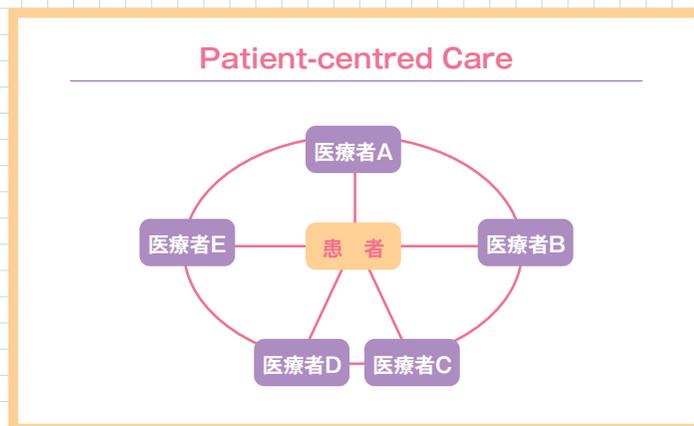
- 11月19日 第11回医療の質・安全学会学術集会
- 11月22日 横浜市立大学附属市民総合医療センター
- 11月24日 大阪大学医学部附属病院
- 11月25日 高山赤十字病院
- 11月28日 倉敷中央病院
- 11月30日 滋慶医療科学大学院大学

## 医療とは共同作業である

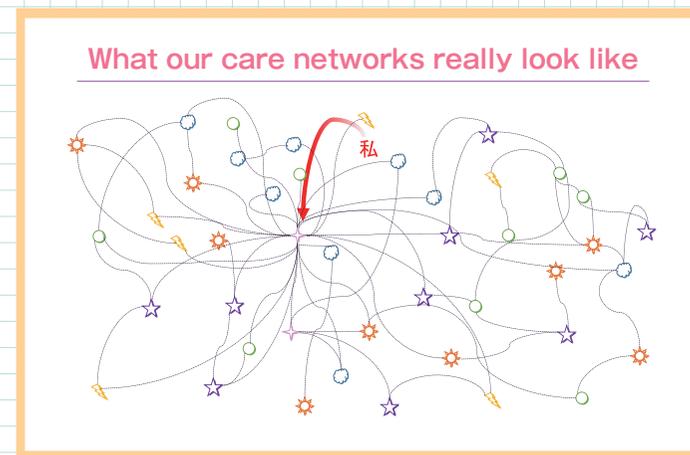
私が考える医療というものは一方向のサービスとして提供されるものではなく、双方向の共同作業です。患者と医療者相互の協力関係があればこそ、また、信頼関係に基づいてこそ成り立つのが医療です。従って、医療の質を良くするという目的を果たすためには、患者と医療者の良好な信頼関係を構築することが不可欠であり、信頼関係があれば自然に医療の質は良くなっていくでしょう。

## 患者—医療者間のネットワーク

この図は皆さんがよく目にする「患者中心のケア」(Patient-centred Care) を表したものです。患者が真ん中に存在し、その周囲で各医療者が患者に対応しているように見えます。しかし、それぞれの医療者は孤立しており、ここにチームは存在していません。医療者間にお互いの関係はなく、真ん中に患者が存在しても、それぞれの職種は個別に動いています。



次の図はヘルスケアネットワークの実際の姿を模したものです。



一目で非常に複雑なものであることが分かります。私は患者としてその中心に立っています。赤い矢印で示したところです。ヘルスケアの実際の姿はこのように複雑であり、信頼関係で成り立っています。一つひとつの要素の全てがつながりを有しています。例えば、患者の周囲に医師が存在し、その医師は看護師とのつながりがあり、さらにはその人々がすべての病院職員とつながっています。また、病院単位で見た場合にも、ヘルスケアシステムは外部の施設やサプライヤーなど様々な層から成り立っており、非常に複雑です。いずれの「点」もたった一つだけで孤立しているものではありません。信頼関係なくして、このシステムはうまく作動しません。

このようなシステムは「複雑適応システム」(complex adaptive system, CAS) と言えます。真ん中には患者の安全があり、患者の世界があります。患者を取り巻く世界も一つの複雑適応システムであり、医療の世界も複雑適応システムです。患者が医療の助けを必要とする時には、患者の世界と医療の世界という二つのシステムが交わり合うことになります。二つの銀河の衝突に例えることができるかもしれません。両者の関係は常にダイナミックであり、動き続けています。衝突が起こりがちですが、協力関係を有することによってうまく動かしていくことが可能です。

## 同じ船に乗る

患者と医療側の衝突を回避し、協体制を育みながら治療を上手く遂行するには、医療の安全と質の両方が重要です。そのためには、うまくリスクを管理していかなければなりません。医療の安全と質は、患者と語り合っ、その声に耳を傾けることなしには意味をなさないと考えています。そして、医療を享受することによって得られる利益を最大化し、リスクを最小化することが重要です。

治療に際しての患者・医療者関係にあるものに例えてみましょう。海に浮かぶ船の操舵室に患者である私と家族が乗っていて、治療を担当する医療チームの全員も乗り込んでいます。患者、家族、医療チームが一丸となって、船の目的地を決めていきます。全員が海上に眼をこらし、リスクがないか、トラブルがどこかに潜んでいないかを確認します。また、有害な事象が起きていても、それを全員で一緒にいち早く認識します。患者の病態、患者を取り巻く状況は刻々と変化し続け、非常に動態的なものです。その状況に応じて、航路を変えていく必要が生じます。海の上のほとんどのものは眼を凝らしても見ることはできませんし、多くのことは海面下でも起こり得ますので、全く予想もできません。

## 患者が真に求めるものとは

ところで、患者にとってヘルスケアは、孤独感が伴い、不確かであり、信頼を持ってない、という印象が強くなります。近代医学によって寿命を延ばすことができるようになった一方で、生活の質（quality of life, QOL）が置き去りにされてはいないでしょうか。QOLとは何を指し、誰がその価値を決めるのでしょうか。

私たちはまず、対話することから始めなければならないと思っています。患者が自身の人生において何を目標としていて、何を本当に求めているのかについて理解を深めなければなりません。そのようにして得た情報を参考にしながら、健康であることをはじめ、患者にとっての安寧を伴った目的にどのように向かって行くかを考えなければならないのです。患者自身が決めた目標があってこそそのヘルスケアであり、その治療目標に基づいてケアプランが進められなくてはなりません。

例えば、ある患者にとっての目標は友人とガーデニングを楽しめるようになることかもしれませんが、お孫さんや近所の子供たちと一緒に遊ぶことかもしれません。創作活動を通しての自己表現をし、楽しむことかもしれません。目的意識を持てるようになること、何かに貢献していると感じられること、何かを教えてあげられること、あるいは自分はこれができるという自信を示すことかもしれません。時にはカップルとして一緒に寄り添い続けることが最も重要かもしれません。お互いの健康状態が横並びではなくても、一緒にいることが大切で、その目的のためにどのような指導や支援をすればよいのかということも医療者側も共に考えるべきです。また、患者の目標は、誰かと共にいてつながっていると実感できることかもしれませんし、四季の移り変わりや自然を愛でることかもしれません。

## 手と手を取り合ってゴールを目指す

このような目標を実現に近づけるためには、患者と医療者が平等な立場で会話ができなければなりません。患者と医療者はそれぞれに専門知識があるため、お互いに平等な立場で尊重し合う必要があります。患者は自分の症状に対する専門家と言えます。どのような時に気持ちがよいのか、どのような時に気持ちが悪くなるのかといったことは患者本人が一番よく分かっています。患者側は自分がどのような価値観を持ち、何を好んでいるか、何が優先事項なのかについて医療従事者に情報提供する一方で、医療者側からは医学的な知識やガイダンスを得るという平等な関係を築く必要があります。お互いに意見を交わせば交わすほど信頼関係が生まれ、柔軟性をもって向きあうレジリエントな強い関係性が生まれます。そうすることにより、恐れや無力感というものを別のものに変えることができるようになります。

患者にとって、病院は安全な聖域ではなく危険を感じる場所です。だからこそ、なぜ家に帰ることの方が安全であるかを理解すべきです。自宅にいる方が多くの医療のサポートを受けられるということかもしれません。患者は、自分たちが受けているケアにおいて、より多くの役割を果たそうとするものです。つまり、より大きな責任を自分自身の幸福や利益、安寧に対して果たそうとするということでもあります。提供されるケアプランは患者自身が実行するものです。

病院という場所は、患者にとっては謎に満ちた落ち着かない所です。医療者が話す言葉は、

患者が普段使用する言葉とは異なるため、たいていは理解不能です。このような理由から、患者は自分のアイデンティティが失われてしまうような感覚を持ちます。一生懸命ケアプランを立ててもらっても理解できず意味をなさないこともあります。患者と医療者が一丸となって明確なケアプランを作ることが求められており、それは患者の目指す目標や目的に沿ったものでなくてはなりません。理解可能なものでなければならぬし、患者自身の手の中にあつて、必要に応じて柔軟に変更可能なものであるべきであると考えます。

患者にはそれぞれの社会的背景があり、それぞれのコンテキストの中で生きています。彼らは、自身にとって誰が重要で、どこに住み、どのような生活を営んでいて、どのような責任を負い、何が大切だと思っているのでしょうか。医療が患者の人生に関わってくることで、どのように生活への影響を及ぼすのかということを考える必要があります。患者は一人の病める人ではなく、実生活においては大切な家族の一員であり、患者の家族もまた治療方針、その結果によって影響を受けるからです。

従来から、患者にとっては家族が一番の支援者だと考えられています。中には家族ではないコミュニティに支えられているという場合もあります。信頼関係が深まると、患者にとって一番大切なことが何なのかを聞き出すことができるようになります。

## 安全とは絶対的なものではない

臨機応変の対応力や回復力であるレジリエンスは、医療においては専門職個々の能力や病院が組織として持っている能力であると考えられています。しかし、レジリエンスを考える上では、患者という柱も作っておく必要があります。

この世の中には、絶対的に安全なケア (safe care) というものは存在せず、相対的に安全なケア (safer care) というものが存在するだけです。「絶対にこれは安全です」と約束できるようなものはありません。私たちは互いに協力しながらリスクを回避しなくてはなりません。

例えば、ある患者のためのケアプランを計画し、どのように進めるべきかを医療チーム全員で考える際に、患者自身が有しているリソースを役立ててくれればより安全と言えるかもしれません。また、患者の関心事に注目することによって、これまでバラバラだった医療者間にチームとしての協体制度が生まれるかもしれません。そうするうちに、自然に説明責任が果たさ

れることがあるかもしれません。

There is no “safe” care  
only “safer” care

## 信頼関係構築のためにすべきこと

患者側が安全であると感じられるようにするためにはどのようにしたらよいのでしょうか。共通の治療目標に照準を定めていくこと、治療によって期待できることを明らかにすること、リスクを理解し受け入れること、共にリスクを軽減できるよう働きかけること、肉体的、精神的、物理的に様々な面で備えを進めていくこと、ニーズと懸念事項に応えるための手段を知ること、そして、患者が専門家からの助言を受けながらも自身の治療で役割を果たすことで全員が安全だと感じることができるようになります。

医療者が具体的にすべきことは、何よりも患者と対話することに尽きると思います。初対面の時から対話を続けることにより、信頼関係の構築が進み、ケアがより安全となっていく、そのうちに信頼関係が強くなっていきます。色々なことを質問し、それをきっかけに対話を繰り返すことが重要です。

## 患者への質問が信頼関係構築のきっかけとなる

それでは具体的にどのような質問をすればよいのでしょうか。例えば「あなたのためにもっとできることがありますか」「あなたの考える理想像は何ですか」などが挙げられます。これらの質問は自分の治療目標を考えてもらうきっかけづくりになります。実現不可能な目標を提示している場合には、実現可能性の高いものが何かを一緒に探していきます。

医療の現場で患者と医療者の認識に差があると感じたときには、オープンエンドな質問をするよいでしょう。例えば「知っておけばよかったことがあれば教えてください」、「変えられることは何ですか」です。

患者が抱えている恐怖感を知るためにもオープンエンドな質問が大切です。様々なことが見えてきます。例えば「あなたについて知っておくべきことがあれば教えてください」などです。

いくつかの質問例を示しましたが、他にもいろいろと考えていただきたいと思います。質問をすることで信頼関係の構築が始まります。そしてもちろん、質問に答えてくれる患者の訴えに応じた適切な対応をすることが重要です。

### より信頼し合うためには

- 治療目標に照準を定める
- 治療によって期待できることを明らかにする
- リスクを理解し受け入れる
- 共にリスクを軽減できるよう働きかける
- 肉体的、精神的、物理的に備える
- ニーズと懸念事項にこたえるための手段を知る
- 助言を受けながらも、自身の治療で役割を果たす

## 信頼関係のネットワークはセーフティネットにも

信頼関係がネットワークの形としての確に表されている絵を示します。いろいろな人をつないでくれる接点となるのが、図の右に記載した単語です。「技術」「尊重」「気づき」「力量」「信頼」「冷静さ」「責任」「直感」「コミュニケーション」「相互依存性」などであり、まだ他にもあるでしょう。



この信頼関係のネットワークは患者と医療者の間だけではなく、医療チームのメンバー間にも存在します。患者の家族や一般社会とのネットワークも構築できます。信頼関係のネットワークを強固に構築しておけば、予期しないことが起こっても対応しやすくなります。患者側もリスクを認識して備えておくことで、予期しない事象、望まぬ事象が発生しても、受容しやすくなります。このような意味から、これはセーフティネットと言えるかも知れません。患者自身が満足する状況になれるか否かは、医療者だけが決めるものではありません。患者もケアにおいて役割を果たすわけですから、自身によるところも大きいのです。

安心感をもって業務を行っている医療者は、患者と同様に、状況にうまく適応することができます。多様な日常業務の中で、4つのレジリエンス能力（想定し、モニターし、対応し、

学習する)を医療チームとして発揮することができます。自分は医療チームに欠かせない一員であるとプライドを感じることができます。信頼の絆は可視化できませんが、きちんと機能している医療チームには必ず存在するものです。

## チームとしてともに歩む道のり

ひとたび病気になると、進むべき道を選択していく過程は人生にも似て波乱万丈です。雨雲が近づき目の前にぬかるみがあろうとも、わずかに見える轍を目印にしながら手探りで進まなくてはなりません。安全な医療を目指して、主役として先頭を走るのは誰なのでしょう。手探りで道のりを歩いていくうちに、気がつけば目標としていたことが見えてきます。それと同時にリスクも見えてきます。それ以外にも予期しようのない、見えない危険が潜んでいるかもしれません。このような状況の中、先頭を切ってより安全な形でケアを進めていくメンバーの中には必ず患者も入っていなければなりません。医療チームとして患者と医療者が手と手を取り合えば、より安全にケアを遂行できます。

道のりの最後にはきっと、患者自身から感謝の言葉、そして家族や仲間からの感謝の言葉がもらえることでしょう。大切なことは、何に対して感謝してもらったのかを知ることより、何が患者にとって重要だったのかを改めて理解することです。

## ディスカッション



ネットワークの構成要素を人の網の目で示したスライドの10の要素 (p.35)のうち、どれが一番大切ですか。



優先順位は決めていませんが、中核をなすのは共感であり、患者の置かれている複雑な世界を理解することが大切です。医療者にとって優先順位が高いと思うことと、必ずしも患者がそう思うこととは一致していません。ものの見方、システムの見方も同じではありません。



日本の患者は「医師におまかせ」ということが多いように感じます。患者に満足な医療を受けていただくために、どのようなことに取り組むべきでしょうか。どのような会話の秘訣がありますか。



文化の違いはありますが、ヘルスケアの根幹にあるものが信頼関係であることに変わりはありません。二つの戦略があります。一つ目に、患者と家族に説明した時には、きちんと理解しているかを確認するため“teach back”、つまり教え返してもらうことです。医療者側はよかれと思って情報をたくさん出しますが、患者が全て理解できるとは限りません。もう一つは、オープンエンドな質問をすることです。患者に質問をして、その答えに耳を傾けながら考えていくことが必要です。質問し、傾聴することで患者と医療者が同等な立場になることができます。手を握り、同情の意を示すことも効果的です。

Q

薬剤師として、患者ときちんと向き合うために時間をかけたいと思っていますが時間が足りないのが現状です。どうすれば少しでも解決に近づくと思いますか。

A

どの現場でもフラストレーションがたまる問題です。明確な答えはありませんが、いろいろな人たちとの間でディスカッションをすることにより、そのうちに優先順位が見つかると思います。

Q

医療者と患者との信頼関係を築くためには、看護師が大きな役割を担っているのではないかと感じています。患者は看護師にどのようなことを求めているのでしょうか。

A

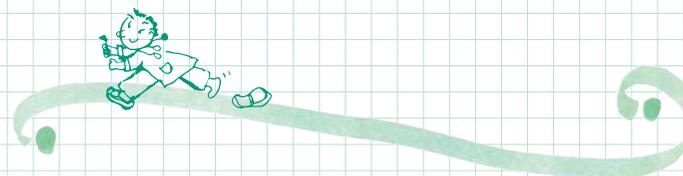
看護師が重要な役割を果たしていることは私も同感です。一番大切だと思うのは、医療者自身が元気であることです。様々な職種の人が輪を作ってコミュニケーションを取ることも大切です。お互いが尊重し合い、認め合いながら仕事をしていくことが大切です。

Q

個々の患者と個々の医療者という関係のみならず、病院という組織がどのように患者の声を医療に活かせばよいか、具体的な方法について教えてください。

A

組織では管理部門で立てた方針に従って治療が行われていると思います。患者にも、ぜひ病院の委員会に入ってもらい、その声を届けてシステムを作ったり、作戦を練り直したりすることが必要です。また、私が過去に手術を受けた経験から、同じ治療を受ける患者からのアドバイスはとても有効であると考えています。他の患者の中にも、自分の経験を活かしてほしいと思っている人がいます。ぜひそういう人の力を使う仕組みを作っていただきたいです。入院前の患者教育に用いるパンフレット等の内容に、経験者である患者の声を取り入れるというものの一つの方法です。



## 参加者の皆さんの感想から

患者さんの最終目標を見据えて、病気を治すことよりも、その目的に向かって提供する医療や、その他のヘルスケア関連のサービスを行うことが大切であり、そのためには、医療だけでなく様々な専門的な分野のサービスが必要になると感じました。

医師  
.....

ケアの方向性を考えさせられました。病院から患者だけでなく、患者から病院の方向にも治療プランにはたらきかけ、“trust”を構築して初めて治療すべきなのだと思いました。

医師  
.....

患者自身に答えがあるという点は、同じ思いです。日本人は自分の中の真実を相手に伝えるということに慣れていないため、医療者の問いかけの方法はご講演内容よりも一層時間をかけて関係を築くことから始めないといけないと感じました。自分の命に関する主体は自分であるべきですが、大きな病院の中では、飲み込まれ、流され、自分を見失ってしまう経験をしました。しかし、医療者の立場になるとその気持ちを忘れることも多く、反省しました。

看護師  
.....

リスクマネジメントについて、医療従事者だけでなく、患者を巻き込む形で管理し、治療を継続していくことの重要性を理解できました。今後、外国人患者が増えていく中で、言語や文化の違いを考慮し、対応していく必要性を強く感じました。

国際医療コーディネーター  
.....

我が国においても、患者や家族は自分自身の人生やQOLについて改めて考えるべきであると感じました。

医師  
.....

患者さんを、自分自身の症状や嗜好などを知っているプロとして捉えることの大切さに改めて気づかされました。そのためにはその人や周囲の人と話すことがとても大切です。色々な価値観がありそれに柔軟に応えられるような「しなやかさ」を持っていきたいです。

看護師  
.....

お互いが専門家であるという考えが印象的でした。患者さんの人生に関わった以上、安全にチームワークでベストを尽くしてゴールを目指すことのできる柔軟な頭、考え方をもちたいと思いました。

看護師  
.....

リスクに対し、患者・医療従事者が共同して対応することの大切さを学びました。

事務職員  
.....

医療者と患者が同じ船に乗っていくこと、患者にとってのゴールを知るためにも会話を第一とし、お互いが平等な立場で尊重し合うことで信頼関係を築くことがレジリエンスの第一歩であるという言葉が印象に残りました。

看護師  
.....

# 全国各地で講演やディスカッションを行いました



第11回医療の質・安全学会学術集会



横浜市立大学附属市民総合医療センター



高山赤十字病院



大阪大学医学部附属病院 薬剤部 & 中央クオリティマネジメント部

©2017 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



大阪大学医学部附属病院 拡大リスクマネジャー会議



福岡県立医科大学  
会津医療センター



グリーンメディック薬局  
(大阪府豊中市)



倉敷中央病院



大阪大学医学部附属病院 病院長室

©2017 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

### 講演 III

## 慢性疾患患者の patient journey を支える、expert patient のちから

— 腹膜透析治療における目指すべき patient journey についての考察から —

講師：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 副部長・助教

平成11年(1999年)に大阪大学医学部医学科を卒業し、第一内科(腎臓内科)入局。平成26年(2014年)10月から現職。特に腹膜透析が専門。平成16年(2004年)より大阪大学医学部附属病院の腹膜透析治療の立ち上げに携わり、現在に至るまで一貫して腹膜透析診療および療法選択外来を担当。

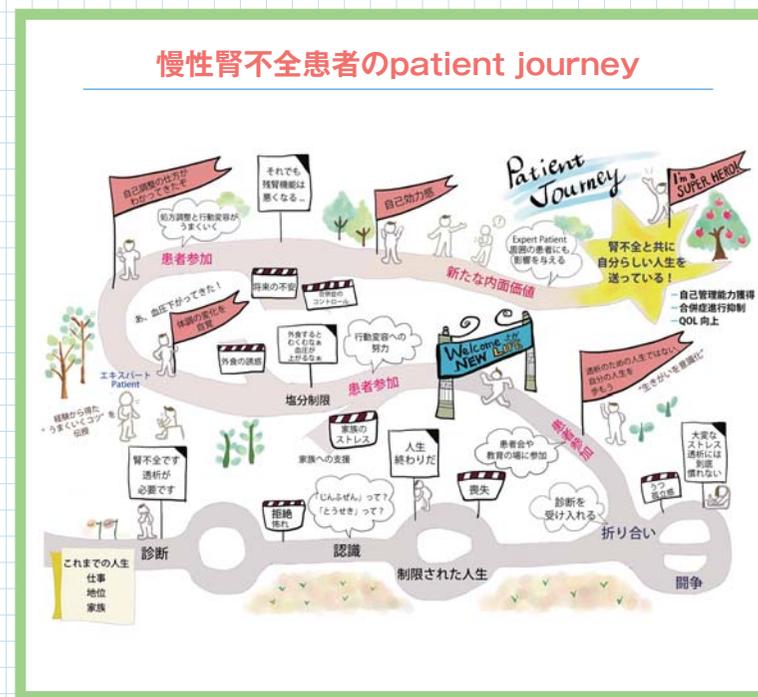


### patient journey

本日は、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のプロジェクト研究会に、カナダから来日中のキャロリン・キャンフィールド先生をお招きしました。部員とともに、「慢性疾患患者の patient journey を支える、expert patient のちから」についてディスカッションしたいと思います。

キャロリン・キャンフィールド先生のご講演から、医療は、患者と医師の信頼関係に基づいた共同作業であるべきと学びました。病態の把握、診断、治療方針の決定、治療に伴い生じる種々の問題や併存する疾患への対応など、患者の歩む長い道のり (patient journey) は、「患者の意思」が反映されたものであるべきです。ただし、ここで重要なのは医療者が「患者の言いなりになる」ことではなく、「患者の意思」の背景にあるもの(家庭での役割、社会的役割、生活環境など、個々の価値観を形成するもの)を把握し、医学的視点と合わせて患者・医療者の両者が最良と思われる道を、互いに軌道修正しながらたどっていくことです。それが患者の視点からみた医療の質向上、患者・医療者双方の満足度向上につながると、キャロリン・キャンフィールド先生は仰っていました。

私は腹膜透析臨床をライフワークとし、慢性疾患である腎不全患者への食事療法や透析療法選択についての説明、自己管理能力が治療成功の大きなカギとなる腹膜透析患者へのケアを通じて、医療への患者参加を促す診療を心掛けてきました。しかしながら、生涯付き合っていかなければならない疾患(しかも完全治癒することがなく、状態は徐々に悪化することが予測される疾患)を宣告された患者は、拒絶や恐れ、喪失感におそわれ、なかなか疾患や治療について前向きに考えることができずにいる場合も多々あります。このような人々にも、自己実現を果たせるような、生き生きとした patient journey を歩んでもらうことが慢性疾患医療の目標です。そのために必要なステップについて、私なりに4つにまとめてみました。



## より生き生きとした patient journey を歩んでもらうために必要なステップ

### 1st STEP 選択肢があることを知る

診断を受けて喪失・拒絶という状態にいる患者は、正しい情報が不足しているために過剰な不安にとらわれがちです。インターネットにも一般的知見から特殊な経過に至るまで様々な情報があり、惑わされます。この段階の患者には、病気や治療に関する正しい情報を提供し、不要な不安を取り除いてあげることに努めます。この際、詳細すぎる情報を一度に提供しても吸収できませんので、情報提供のタイミングや量については個々に配慮が必要です。また、出血性ショックに対する輸血など、行へべき医療が自明である病態を除けば、「治療には選択肢がある」ということを知ることで拒絶・逃避状態から脱するきっかけになるかもしれません。適切な時期に適切な情報を提供し、治療方法にも選択肢があることを知っていただくことが第一のステップです。

### 透析療法の選択肢

#### 血液透析 (hemodialysis)



週3回通院。基本的には1回4時間通院しなければならないが、治療については医療者に任せられる。



ご自宅での透析液交換の様子

#### 腹膜透析 (peritoneal dialysis) の特徴



腹腔内にブドウ糖を含む透析液を注入すると、血液内の溶質・水分が「拡散」「浸透」の原理により、腹膜を介して透析液中へ移動する。数時間後、自分で腹腔内の透析液を排液し、新規の透析液を注入する(1回の透析液交換に要する時間は30分程度)。この透析液交換を1日4回行うのが標準的な治療メニューだが、個々の生活スタイルや残腎機能に応じて、メニューは多様にアレンジすることができる。透析液交換は、自宅だけでなく職場や旅行先でも実施できるので、自由度が高い反面、日々の自己管理(毎日の透析液交換、食事管理、清潔操作、腹膜透析カテーテル出口部の清潔管理)が非常に大切である。

血液透析と腹膜透析、腎移植という3つの選択肢がある。腹膜透析の概要を示す。

### 2nd STEP 自分の治療方針を自分で考える

人生が制限されたと感じ拒絶・逃避状態にある患者が、これからの「病とともに生きる人生」を前向きに捉えることができるようになるきっかけは、「自分にとって大切な物」や「自己の内面の価値」を意識化することであり、それらを認識している人は、困難な状況に陥ってもまた目標に向かって進むことができるとされています。「自己の内面の価値」には創造価値(仕事の実現など)、体験価値(自然や芸術、親子の愛情に感動する、など)、態度価値(ボランティアなど他者への配慮)の3種類がありますが、こうした内面価値(自身にとっての「生きがい」)を改めて意識することは容易ではありません。このときに大きな助けになるのが、先輩患者です。

これまでの療養説明や患者会の経験から、「先輩患者が生き生きと生活していることを目の当たりにすること」あるいは「先輩患者の体験談」は、極めて有効であると実感しています。アンケート調査や論文でも、治療選択の過程で欲しかったサポート・意思決定に影響する主要因子として、「他の患者さんに会い、彼らの経験を聞くこと」が挙げられています(BMJ 2010;340:c112)。当院では、透析治療を考慮する必要がでてきた患者への療養説明の際には可能な限り、自己の人生を生き生きと過ごされている先輩透析患者(expert patient)に面談していただくこととしています。面談では、透析導入前の患者が心の中にある不安や迷いを相談するとともに、先輩患者自身の透析導入期の体験や、透析を生活の一部に取り入れて仕事や趣味など「自分にとって大切な物」を継続している実生活の様子を話していただきます。この面談を終えると不思議なほどに、それまで逃避していた透析療法というものを前向きに捉えられるようになります。そして、このときの先輩患者の生き様が、後輩患者にとっての目標となり、自分の治療方法について正面から考えることができるようになるのです。

つまり、自分の治療方法を自分で考えるというステップを踏むためには、自分にとって大切な物、自己の内面価値を意識化することが必要ですが、この難しい段階を expert patient が大きく後押ししてくれるのです。

## 先輩患者との面談



「腹膜透析を導入して2年ほど経った頃からパラグライダーを始めました。ずっと憧れてたので、向こうに湖が見えて、本当に気持ちいいです。」

先輩患者が「生きがい」「自分にとって大切なもの」を継続できている姿は、自分の目標とする生き方を前向きに考えるための大きな推進力になる。

### 3rd STEP 自己効力感の獲得と自己管理の継続

第2段階を踏むことができた時点が、患者参加 (patient engagement) の始まりです。ここで初めて、治療的教育が可能となります。慢性疾患をうまくコントロールする (=合併症の進行をできるだけ遅らせる) ためには、自己管理能力を獲得することが必要不可欠であり、そのために個々に応じた教育を繰り返し行いますが、スムーズに自己管理能力が身につくわけではありません。しかし一旦治療への参加が得られた患者は、失敗を経験しながら「どのようにしたら体調が良くなるか」を体得していきます。それが「自己効力感」となり、patient empowerment が成功します。このステップでも、有効なのは expert patient です。先輩患者から「うまく管理するコツ」や「失敗談」を具体的に聞くと、自己管理能力獲得の大きな参考になります。先輩患者の視点は、医療者の視点とは異なり、後輩患者と同じ視点から助言されるので、素直に心に入るのだと患者たちは言います。

さらに、自己管理を継続していくことが求められる慢性疾患患者は、終わることのない日常生活管理 (食事・服薬管理等)、徐々に進行する病態、将来への不安など、前向きに歩けなく

なるような因子と常に葛藤しています。また、葛藤しているのは患者だけでなく、家族 (特に調理担当者、介助者) もまた違う視点から葛藤していることも理解しサポートしていくことが必要になります。ここでは医師、看護師 (特に expert nurse の存在は重要)、薬剤師、栄養士、訪問診療医、訪問看護師、臨床心理士、そして expert patient も加わった医療チームとしてのサポートが有効です。こうした観点から、我々は腹膜透析患者会を開催したり、患者会ニュースを発行したりしてきました。患者会は患者および家族、訪問看護師を対象とし、医師からの講義 (これまでのテーマは減塩やリン管理の重要性、清潔管理について、災害時対策等)、実習 (手技、災害時避難方法)、栄養士からの講義、減塩弁当での会食、そして expert patient からの旅行体験記や趣味披露、仕事との両立の仕方、などの発表があります。患者会終了後に参加者にヒアリングを行うと、「(医療者からのレクチャーよりも、) 患者さんからの話がよかった、ためになった」という声ばかりです。また夫が患者である妻同士が同じテーブルになるようセッティングすると、会話が止まらないほど盛り上がり、こうした機会をもっと設定してほしいと要望が出ます。patient journey を歩く人も、付き添う人も、葛藤しながら歩いているのです。そして、患者会を利用した patient-peer support は、患者・家族の葛藤を軽減してくれる貴重な場であると感じています。

## 患者会の様子

これまでの当院の腹膜透析患者会のプログラム

年1回、計8回開催

### 【医療者からのレクチャー】

- ・塩分制限について (医師、栄養士)
- ・リン管理について (医師、薬剤師)
- ・動脈硬化について (医師)
- ・出口部感染を予防するために (医師)

### 【実践型教育】

- ・清潔な操作手技
- ・災害時対応 (透析中に災害にあつたら)
- ・入浴パウチを貼っての温泉入浴 (日帰り旅行)
- ・減塩弁当 (栄養士と料亭のコラボ)

### 【先輩患者の工夫を共有】

- ・旅行体験記、旅行時の工夫
- ・各人が工夫したカテーテル収納袋

### 【みんなの趣味披露】

- ・フルート演奏
- ・絵画、ちぎり絵、手芸作品など

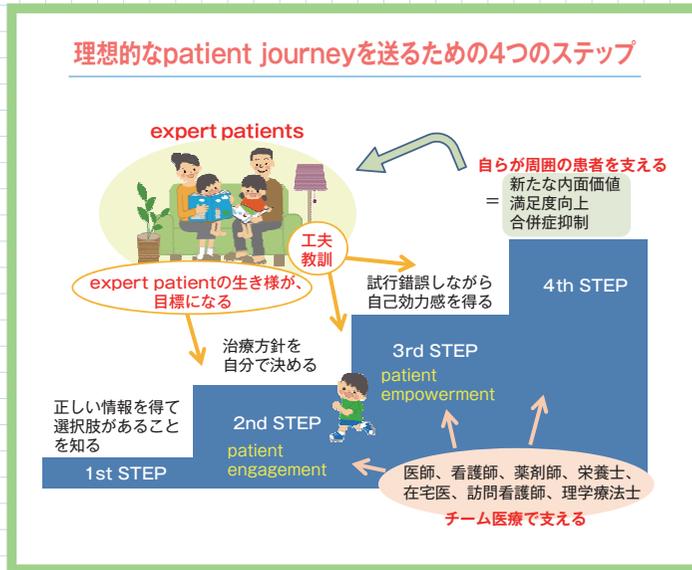
### 【患者家族同士の情報交換 (奥様会)】



特に、透析歴の違う患者同士の情報交換や患者家族同士の情報交換などが毎回好評で、要望も多い。



重要であることを、我々は認識していく必要があるのではないのでしょうか。



医療者ととともに、先輩患者もチームの一員となり、patient journeyを支えている。