

■ 研究ノート

医療問題解決型コミュニケーションにおける アクセシビリティおよびペイシェント・ セントリシティの検証

—医療施設内外の患者相談サービスを事例として—

吉 村 理津子
(京都女子大学大学院研修者)

医療問題解決型コミュニケーションとは、医療現場で発生したトラブルを第三者の関与によって解決に導くための手段である。国内外で普及の取り組みが進んでいるものに、米国発の医療メディエーション、倫理コンサルテーションがある。また日本国内には、医療施設外に拠点を置く自治体の患者相談、患者支援団体の電話相談等のほか、施設内の患者相談窓口がある。あるいは、相談員としての資格をもつ市民ボランティアが施設内で患者相談を行う事例もある。

これらの医療問題解決型コミュニケーションには「医療トラブルを第三者によって解決に導き、当事者を救出する」という共通の目的があり、それゆえに、通常の医療サービスと同様、患者（家族）の視点に立ったものとして、アクセシビリティ（利用しやすさ）、ペイシャント・セントリシティ（患者中心性）が考慮されていなければならない。

本稿では、アクセシビリティ、およびペイシェント・セントリシティという2つの概念がヘルスケア領域でどのように定義づけられているのか概観し、医療問題解決型コミュニケーションの一類型である医療施設内外の患者相談において、これらがどのように関与しているのか検証する。

キーワード：医療問題解決型コミュニケーション、アクセシビリティ、ペイシェント・セントリシティ、患者相談

はじめに

医療問題解決型コミュニケーションとは、医療トラブルを第三者の関与によって解決に導く手段である。現在国内外で普及の取り組みが行われている主なものに、米国発の医療メディエーション、倫理コンサルテーションがあり、これらは1980年頃から日本に導入され始めた。また国内には、患者支援の一環として医療施設内外で実施されているものがいくつかある。例えば、自治体の患者相談、患者支援団体の電話相談、医療コーディネーターによる意思決定支援サービス等であり、これらは医療施設外に拠点を置いている。これに対し、施設内に患者相談窓口を置き、看護師や安全管理者、医療メディエーターが患者相談に応じる医療

機関もある。または、相談員の資格をもつ市民ボランティアが施設内で患者相談を行う事例もある。

これらの医療問題解決型コミュニケーションは、各々異なった背景のもとで成立し、固有の取り組みが行われてきた。一方これらには「医療者・患者（家族）間に発生した医療トラブルを第三者の関与によって解決に導き、当事者を救出する」という共通の目的があるため、治療・看護・介護といった通常の医療サービスと同様、患者（家族）の視点に立ったものでなければならず、そこには、アクセシビリティ（利用しやすさ）、あるいはペイシャント・セントリシティ（患者中心性）等が考慮されていることが重要なのである。

筆者は、現在医療問題解決型コミュニケーション

ンにおけるアクセシビリティ、ペイシェント・セントリシティの検証を目的とする研究を進めており、類型ごとの活動において、これら2要素がどのように関与しているのか調査中である。本稿では、アクセシビリティ、およびペイシェント・セントリシティという2つの概念について、まず、どのような意味をもつか、国内外のヘルスケア領域でどのように位置づけられているのか概観する。次に、医療施設内外の患者相談の事例を取り上げ、アクセシビリティ、ペイシェント・セントリシティが実際の活動においてどのような意義をもつか検証する。

1. アクセシビリティおよびペイシェント・セントリシティの定義

ここでは、アクセシビリティおよびペイシェント・セントリシティという言葉にどのような意味が含まれているのか、これらはヘルスケアの領域でどのように定義づけられているのか、概観する。

1-1. アクセシビリティ (accessibility)

アクセシビリティは、ケンブリッジ英英辞典によると「(ある物/場所への) 到達しやすさ、(ある物の) 入手しやすさ/理解しやすさ」と定義されている¹⁾。わが国では、国立国語研究所の「外来語」委員会が「利用しやすさ」という訳語の使用を勧めている²⁾。ただし、国内外におけるアクセシビリティという用語の実際の使用については、次の2つの異なる流れが形成されてきたようである。1つは、2010年頃からIT領域に限定して始まった流れであり、高齢者や障害者を含むあらゆる人が情報通信機器、ソフトウェア、ウェブ・コンテンツ等を利用できる環境づくりを目的とする³⁾。もう1つは、領域を限定せず、広範囲の製品や建物、サービスを全ての人々が利用できるかどうかの指標に基づく流れであり、ここからノーマライゼーション(障害者が健常者と平等に存在する社会こそがノーマルな社会である)やバリアフリーの概念が生まれた⁴⁾。

このような背景のもと、ヘルスケアの領域では、2013年世界保健機構(World Health Organization: WHO)がアクセシビリティを次のように定義し

た。①適正な医療サービスを必要時に誰でも平等に受けられること(物理的アクセシビリティ)、②医療サービスを受けた人々が経済的困窮を被ることなく対価を支払うことができること(経済的アクセシビリティ)、③利用者は医療情報を要求・享受・開示する権利を有し、かつ情報の機密性が保持されること(情報アクセシビリティ)⁵⁾。なお、日本プライマリ・ケア連合学会では「プライマリ・ケアとは国民のあらゆる健康上の問題に対し、継続的・全人的に対応する保健医療福祉機能」とした上で、これを構成する概念の1つとしてのアクセシビリティについて、上記WHOの4分類のほか、患者のニーズに迅速に対応できること(時間的アクセシビリティ)、患者への配慮に心がけ、診察時の患者の苦痛を軽減したり、安心して受診できる環境を提供すること(精神的アクセシビリティ)の2つを加えた⁶⁾。

1-2. ペイシェント・セントリシティ (Patient Centricity)

ペイシェント・セントリシティは、患者中心性と訳され、その概念は約30年前の米国で提唱された。1993年ボストンにあるピッカー研究所(Picker Institute)の所長ピッカー(Picker, H.)は患者・家族を対象とした調査を行い、その報告書で「患者中心のケア(patient-centered care)とは、患者の価値観や趣向、ニーズを理解し、尊重することである」と論じ、以後わが国でも患者中心性という言葉が注目されるようになった⁷⁾。2001年全米科学アカデミー(National Academy Sciences)の下部組織である医学研究所(Institute of Medicine)が著した報告書『谷間を越えて21世紀システムへ(Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century)』では、ピッカーの主張は「患者は人間として尊重され、患者の価値観もまた優先されるべきである」という文言によって受け継がれた。この考え方は2010年頃から米国で再び見直され、「患者の治療を主導するのはプライマリ・ケア医(初期診療医)である」とする「患者中心のメディカル・ホーム」(Patient-Centered Medical Home: PCMH)モデルが各州の医療政策に導入されるようになった。わが国でも2015年厚生労働

省がPCMHモデルを採用した地域包括ケアシステムの構築に着手している⁸⁾。その中核であるペイシェント・セントリシティは、わが国の製薬業界にも浸透し、薬剤の開発や治験の過程でユーザ（患者）の意見を採用したり、患者にも参画してもらう、という新しい方向性が形成されている⁹⁾

このような経緯から医療の中核概念としてとらえられるようになったペイシェント・セントリシティは、米国の医療品質研究調査機構（Agency for Healthcare Research and Quality：AHRQ）によって次のように定義づけられている。すなわち、医療者・患者（家族）間の協働により、患者のニーズを尊重した意思決定が行われ、患者（家族）もケアに参画できるような環境が与えられるようになること¹⁰⁾。また日本では、看護情報学の専門家がこれを次のように定義している。すなわち、患者（家族）の尊厳が考慮され、患者がタイムリーに情報を受け取れること、患者（家族）は任意に意思決定に参加できること、患者・家族・医療者が協働すること、医療の内容を必要に応じて見直すこと¹¹⁾。

1-3. アクセシビリティとペイシェント・セントリシティの検証の対象事例

第2節では、1-1、1-2の定義に照らしながら、これら2要素が医療問題解決型コミュニケーションにおいてどのように位置づけられているのか、医療施設内外の患者相談サービスを例にとって検証する。具体的には次の2事例である。

1) 医療安全支援センターの「患者の声相談窓口」

医療安全支援センターは、厚生労働省の管轄下にあり、2003年に全国で設置が始まり、その数は2018年12月現在380に達した。その役割は、医療相談業務の統括、医療安全に関する医療機関への助言等である。下部組織である「患者の声相談窓口」の設置箇所は、各都道府県支援センターのほか、保健所内、提携医療機関や医師会内等広範囲にわたる。相談員は、看護師や薬剤師等の医療者、医事担当事務員を中心に体制が組まれている¹²⁾。

2) 院内患者相談窓口

医療機関内の患者相談サービスの別形態として、一般の病院等に見られる院内患者相談窓口がある。

厚生労働省の報告によれば、2012年同省が行った診療報酬の改定に伴って新設された「患者サポート体制充実加算（患者支援体制の評価により診療報酬が加算される制度）」の効果により、一般病院（中小規模病院、基幹的病院等）における院内患者相談窓口の設置数が急増した¹³⁾。以来、公益財団法人日本医療機能評価機構は、病院機能評価基準として「患者支援体制」を重視するようになった。その評価対象は、「専従スタッフがいるか」、「患者相談窓口の周知に尽力しているか」、「多様な相談内容に対応可能か」、「個人情報保護は万全か」、「相談内容が関係者間で共有可能か」等である¹⁴⁾。

2. 医療安全支援センターの「患者の声相談窓口」におけるアクセシビリティとペイシェント・セントリシティの検証

2-1. アクセシビリティの検証

医療安全支援センター（以下、支援センター）と「患者の声相談窓口」（以下、窓口）の周知活動は自治体によって異なるが、最寄りの支援センター、窓口の所在地は、都道府県・市町村のウェブサイトや広報紙に記載されている。また、所在地情報を患者向けの「くすり手帳」に載せ、調剤薬局を介して配布している自治体では、この努力が奏功し窓口の利用者数が増加した¹⁵⁾。窓口における相談の受付方法は概ね統一されており、電話、面談、ファックス、電子メール等複数の選択肢が提示され、患者（家族）の状況に応じた相談が可能となっている。相談は無料である。全国の支援センター／窓口向けの「医療安全支援センター総合支援事業作成相談対応ガイドブック」には、相談者としての姿勢や心構えが記されており、それを確実にするための研修が定期的に行われている。

一方、管轄区域の提携医療機関内の窓口で稼働する相談員からは、次のようなことが課題として報告されている。すなわち、当該窓口は施設内に後付けで設置されたものであるため相談者がその場所を容易に捜し出すことができない、相談員の離席中に相談者が窓口を訪れた際、施設の雇用職員が進んで対応しようとし、相談時間は30分

以内とされているが、問題の全容を把握するにはもう少し時間の幅を広げるべきである、等¹⁶⁾。

以上のことから判断すると、全国の窓口における物理的アクセシビリティ、経済的アクセシビリティ、精神的アクセシビリティは概ね確保されていると思われる。しかしながら、管轄区域内提携医療機関の窓口の相談員が示した2つの課題は、当該機関の雇用職員が窓口の目的や意義を理解していないことに起因している。これらは、情報アクセシビリティに悪影響を与えるため、支援センターは当該機関に対し、理解と協力を呼びかけることが肝要である。また、時間的アクセシビリティの欠点をカバーする目的でファックスやメールでの対応が提示されているのかもしれないが、これらを使用出来ない環境下の人々にとっては、このことが情報アクセシビリティの弊害となるため、再検討が必要である。

2-2. ペイシェント・セントリシティの検証

窓口の相談員は、相談者の話を傾聴した後、必要に応じて以下を実施する。1) 相談者に対し、要点整理の援助・説明・情報提供を行う、2) 相談者に対し、他課や関係機関を紹介する、3) 当該医療機関へ連絡する、4) 立ち入り検査部門へ引き継ぐ。支援センターが毎年作成する「相談受付件数・内訳」報告書によれば、各都道府県下支援センターが受付けた総案件のうち、30分間の相談でクローズしなかった案件に対し、傾聴後上述の2)、3)、4)を実施した割合は72% (2017年度)、75% (2018年度)と高率であった¹⁷⁾。

1988年に厚生労働省の研究班が作成した冊子「上手な医者のかかり方十か条」は、患者(家族)が医師との対話に臨むときの心構えを記したものであるが、これは後にNPO法人ささえあい医療人権センターCOMLが改訂し、「新・医者にかかる10箇条」とした。現在全国の窓口では、相談者に医療者と良好な関係を築く方法を教示する際のツールとしてこれを使用する動きが広まりつつある¹⁸⁾。

まず(1つめの)傾聴後の相談員の対応については、原則として相談員は1人であり、かつ30分以内に傾聴を終え忠言を与えなければならない、

という状況下、相談員がこれほどの高率で患者のニーズに応え、前向きに対処した、という事実は評価に値する。また、相談員のこうした対応が、のちに相談者のニーズを尊重した意思決定、相談者へのタイムリーな情報提供につながる可能性も考えられる。

次に、(2つめの)「新・医者にかかる10箇条」の使用について述べる。窓口の相談員から医療者とのコミュニケーションに関わる忠言を受けた相談者は、この先、意思決定や治療計画/実施に参加できる程度の知識やスキルを身につけるかもしれない。しかしながら、それはあくまでも医療施設外の相談窓口で得た間接的なものであり、意思決定、治療の計画や実施に参加する機会が直接相談者に提供されることはほとんどないであろう。この意味から、支援センターの窓口が、「患者本人が自らのケアに参画する環境、患者の価値観に沿った個別化プラン等が患者(家族)に提供される」というペイシェント・セントリシティの要件を満たしているとは言いがたい。

3. 院内患者相談窓口におけるアクセシビリティとペイシェント・セントリシティの検証

3-1. アクセシビリティの検証

厚生労働省は、2012年に「患者サポート体制充実加算」を新設し、翌年その届出を行った1,500の病院内に設置されている患者相談窓口を利用した者を対象にアンケート調査を行った¹⁹⁾。その報告書から物理的アクセシビリティに関する内容を抜粋すると、1) 利用者が患者相談窓口を知ったきっかけは：医療者からの紹介、患者相談窓口の看板/ポスター、医療機関の配布資料、職員による口頭での案内等、2) 患者相談窓口に関する看板/ポスターの掲示文、口頭での説明・配布資料の内容は理解しやすかったか：わかりやすい/どちらかといえばわかりやすい84.1%、わかりにくい/どちらかといえばわかりにくい9.9%、無回答6.0%、3) 相談員の平均人数：患者1人につき1.7人、4) 相談時間合計：患者1人につき62.7分、5) 問題や不安は解決したか：解決した/ある程度解決した90.7%、あまり解決しなかった/全く解決しなかった2.4%、どちらともいえ

ない4.6%、無回答6.9%、6) 相談員の対応への満足度：とても満足／満足89.7%、あまり満足していない／全く満足していない2.4%、どちらともいえない5.6%、無回答2.3%であった。以上のことから、院内相談窓口における物理的アクセシビリティ、経済的アクセシビリティ、情報アクセシビリティは概ね確保されていると判断された。

一方同アンケートで指摘された院内患者相談窓口に対する要望や課題は、「多忙な医師に代わり、病棟に医療ソーシャルワーカーを1人は置いてほしい」、「随時相談に応じてほしい」、「時間を気にせず相談したい」、「病状を知る医療者に同席してほしい」等であった。すなわち、院内患者相談窓口においては、総相談時間、同席相談員の人数、相談時の雰囲気等を含む時間的アクセシビリティ、精神的アクセシビリティについてさらなる検討が必要と考えられた。

3-2. ペイシェント・セントリシティの検証

国内の院内患者相談窓口の形態は様々であり、医療トラブルに直面した患者（家族）が初期的に訪れる一般的な窓口のほか、倫理コンサルテーションや医療メディエーションの枠組みの中で行われている窓口、あるいは資格をもつ市民ボランティアが相談員として稼働している窓口もあり、それぞれトラブルの内容に特化した相談が可能となっている²⁰⁾。2012年の厚生労働省によるアンケート調査報告書では、院内患者相談窓口の利用に関するデータとして以下が示されている。1) 当該窓口を専門部署としてしている施設は60.7%、2) 稼働する相談員数は平均して5.64人、3) 当該窓口の利用者のうち「問題や疑問・不安が解消した」と回答したのは約9割。一方、院内患者相談窓口の課題として、相談員の不偏性（すなわち、対立する当事者間に中立的に介入する能力）が確保できるか、ということが指摘されている²¹⁾また、最近の動向として、院内患者相談窓口は「患者支援センター」に組み込まれるケースが増加している。これは、2012年の「患者サポート体制充実加算」の新設に伴い、各施設が院内患者相談窓口や患者の入退院支援機能の強化を図ったことに因る²²⁾。なお、「患者支援センター」では、

相談・入退院・内外組織との連携・退院後の療養等の支援を患者に切れ目なく提供する「ワンストップ・サービス」の導入が進んでいる²³⁾。

以上のことから、院内患者相談窓口におけるペイシェント・セントリシティは、概ね確保されていると判断した。患者相談窓口を専門部署として設置している施設数の割合がさほど高くないのに対し、平均相談員数は比較的多いようだが、他職種との兼任の可能性も否めない。このことは、相談員の不偏性の確保の問題と併せ、今後の課題とすべきであろう。

考 察

本研究では、「治療・看護・介護といった通常の医療サービスと同等のアクセシビリティ、ペイシェント・セントリシティが医療問題解決型コミュニケーションにおいても確保されるべきである」ということを前提に、これら2要素がどのように位置付けられているか、医療施設内外の患者相談サービスを事例として検証した。

医療安全支援センターの「患者の声相談窓口」では、ある程度のアクセシビリティは確保されているが、提携医療機関の職員の理解不足が情報アクセシビリティに悪影響を及ぼしていること、相談時間が30分以内に制限されているため時間的アクセシビリティに弊害が出ていること等がわかった。少なくとも、提携医療機関への理解と協力を求めるのは不可能ではないと思われる。しかしながら、医療安全支援センターが公的機関である以上、相談時間枠を拡大したり、相談者が意思決定やケアに参加できるよう働きかけることは困難かと思われる。むしろ、相談員の努力が時間的アクセシビリティの欠点を補っている点、相談員から与えられる忠言が相談者をエンカレッジしている点に注目し、現在の相談体制の枠内で精神的アクセシビリティ、ペイシェント・セントリシティをより向上させる努力や活動に重点を置くべきではないか、と考える。

院内患者相談窓口に関しては、アクセシビリティは概ね確保されていること、またペイシェント・セントリシティについても良好である、ということがわかった。一方、院内患者相談窓口の課

題は、精神的アクセシビリティと時間的アクセシビリティの改善、ペイシェント・セントリシティ向上のための専任相談員の確保、相談員の不偏性の確立の必要性である。このような状況下、最近の動向として、院内患者相談窓口が「患者支援センター」に組み込まれるケースが増加している、と述べた。中でも、患者支援センターで実施されている「ワンストップ・サービス」の利点を活かせば、ペイシェント・セントリシティの定義のとおり、医療者・患者（家族）間の協働、患者（家族）の医療への参加が可能になるのではないだろうか。今後各施設でこの体制が強化されれば、相談員の不偏性確保の問題もおそらく解消に向かうであろうし、その結果、院内患者相談窓口におけるペイシェント・セントリシティはさらに向上する、と思われる。

結 語

アクセシビリティ、およびペイシェント・セントリシティという2つの概念がヘルスケアの領域でどのように定義づけられているのか確認し、医療施設内外の患者相談サービスにおいて、これら2つがどのような意義をもつのか検証し、その結果から抽出された課題への対応策を示した。

(注)

- 1) Cambridge Dictionary website
- 2) 国立国語研究所「外来語」委員会（2016：17）
- 3) NTT Smart Connect ウェブサイト
- 4) 結城（2016：69-83）
- 5) WHO website
- 6), 8) 日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト
- 7), 10) 関口（2017：499-506）
- 9) 日本製薬工業協会ウェブサイト
- 11) 中山・岩本（2013）
- 12), 15), 17), 18) 医療安全支援センターウェブサイト
- 13), 19), 21), 22) 中央社会保険医療協議会（2013：86-141）
- 14), 18) 評価事業審査部（2019：19-132）
- 16) 渡部（2007：1-12）
- 20) 吉村（2018：66-71）

23) ワタキュー・グループ（2018）

〈参考文献〉

- 医療安全支援センターウェブサイト, <http://www.anzen-shien.jp/>
- NTT Smart Connect ウェブサイト, 2016, 「アクセシビリティ・ポリシー」
- 国立国語研究所「外来語」委員会, 2006, 『外来語』 言い換え提案—分かりにくい外来語を分かりやすくするための言葉遣いの工夫—第1回～第4回 総集編, 国立国語研究所
- 関口健二, 2017, 「米国で推進される『患者中心のメディカルホーム』から我々は何を学ぶか」『日本老年医学会雑誌』54（4）
- 中央社会保険医療協議会, 2013, 「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査報告書（案）」, 厚生労働省
- 中山和弘・岩本貴編著, 2013, 『患者中心の意思決定支援—納得して決めるためのケア』中央法規
- 日本製薬工業協会ウェブサイト, http://www.jpma.or.jp/medicine/shinyaku/tiken/allotment/patient_centricity.html
- 日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト, プライマリ・ケアとは？（医療者向け）<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/>
- 評価事業審査部, 2019, 『病院機能評価データブック 2017年度別冊～評価Sの事例～』公益財団法人日本医療機能評価機構
- 結城俊哉, 2016, 「ノーマライゼーション理念における障害者の『多様性問題』に関する検討～『共に生きる』ための障害者福祉学の構想～」, 『立教大学コミュニティ福祉研究所紀要』（4）
- 吉村理津子, 2018, 「臨床医療における問題解決型コミュニケーションの理論と実践—倫理コンサルテーションと医療メディーエーションを中心に—」京都女子大学学術情報リポジトリ
- ワタキュー・グループ, 2018, 「診療報酬改定で退院支援加算を『入退院支援加算』に改称。注目される入退院支援の切れ目ない『ワンストップサービス』（622）
- 渡部直洋, 2007, 「医療安全支援センター総合支援事業代表者会議資料『医療安全支援センター総合支援事業から見た行政相談業務の現状と重要性』, 日本医療機能評価機構
- Cambridge Dictionary website, <https://dictionary.cambridge.org/ja/>
- WHO website, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights, <https://www.who.int/gender-equity-rights/>

Verification of accessibility and patient-centricity of problem-based medical communication models

— Citing two examples of patient counseling inside and outside medical facility —

YOSHIMURA Ritsuko

〈Abstract〉

A problem-based medical communication model is a method to solve a medical issue by the involvement of a third party. Those that have domestically become known include the healthcare mediation and ethics consultation both of which originated in the U.S. Also here in Japan, other than the general in-hospital patient counselling, there are a variety of Japan-specific patient support services; one is an external patient counseling led by a local government, another is an external telephone counselling conducted by a patient support group, and the other is an in-hospital patient counseling counter operated by certified citizen volunteers.

These models share a common goal of solving a medical issue through the intervention of a third party and rescuing the persons concerned, and therefore, they have to be equipped with the properties of “accessibility” and “patient-centricity” at the same level of the usual healthcare services, such as treatment, nursing and/or caring.

This research note first reviews how these two properties have been defined in the realm of healthcare, and next verifies whether or not these are properly characterized in the practices of the two kinds of patient counselling services taking place in and out of the medical facilities.

Key words : problem-based medical communication, accessibility, patient-centricity, patient counselling

