

プライマリケアにおける 患者・家族との協働による患者安全改善ガイド

2020年12月

医療の質・安全学会 若手人材育成支援委員会



このガイドは米国保健福祉省の米医療研究品質調査機構(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)により作成された。作成には MedStar Health Research Institute が主導し、プロジェクトチームには以下の団体が含まれていた；Project Patient Care、MedStar Institute for Quality and Safety、Clinical Directors Network、Consumers Advancing Patient Safety、Iowa Healthcare Collaborative、Prince George's County Department of Health、Telligen Quality Innovation Network-Quality Improvement Organization。

2018年4月

訳者より

患者協働による患者安全の向上は診療への患者・家族の参画を促し、患者中心の医療の実践において必要不可欠なものである。このガイドでは大きく4つの戦略が挙げられており、どれもが医療現場で実践しやすいものである。また本ガイドは実装方法についての記載があることも特徴である。実際に戦略を医療現場において実装することの重要性と困難さは現場で働く医療者ならば誰もがわかるであろう。このガイドにはそのような困難を解決し、戦略を実装する際のヒントが散りばめられており、評価方法や持続性を保つ方法についても記載されている。本ガイドはプライマリケアにおいても患者安全の重要性は変わらないとの思いから、医療の質・安全学会内 若手支援委員会の有志を中心に作成された。このガイドを用いることにより本邦のプライマリケアにおける患者安全が向上し、患者中心の医療の実践の一助となれば、この上ない幸いである。

2020年8月

「プライマリケアにおける患者との協働による患者安全ガイド」日本語版翻訳チーム
監修

小泉 俊三（東光会七条診療所）

種田 憲一郎（国立保健医療科学院）

訳者

栗原 健（浦添総合病院 病院総合内科/名古屋大学大学院 医療の質・患者安全学）

小坂 鎮太郎（板橋中央総合病院 総合診療科）

綿貫 聡（多摩総合医療センター 救急・総合診療センター）

和足 孝之（島根大学附属病院卒後臨床研修センター）

本ガイドは米医療研究品質庁(AHRQ)より許可を得て、以下の文書を翻訳したものである。
Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families. Content last reviewed July 2018. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/reports/engage.html>

内容

はじめに.....	70
患者と協働する時間を見つける(Finding Time To Engage Patients).....	71
患者・家族協働戦略(Patient and Family Engagement Strategies).....	72
患者が診療において協働するための準備(Be Prepared To Be Engaged).....	73
安全な薬剤リストを患者と共に作成する(Create a Safe Medicine List Together).....	74
教え返す(Teach-Back).....	76
患者も引継ぎに参加(Warm Handoff Plus).....	78
実際の戦略.....	79
ステップ1. 実践する指導者を決定し、リーダーシップ体制を確保する.....	79
ステップ2. 実施する戦略を決定する.....	80
ステップ3. 計画を練る.....	80
ステップ4. 戦略の設計を行う.....	81
ステップ5. 患者や家族に改善点を知ってもらう.....	81
ステップ6. 実施した効果を評価する.....	82
追加資料.....	83
参考文献.....	85
インフォグラフィックの参考文献.....	87
付録A-「患者が診療するための準備」実施ガイド.....	88
付録B-「安全な薬リストを患者と作成する」実施ガイド.....	91
付録C-「教え返す」実施ガイド.....	94
付録D-「患者も引継ぎに参加」実施ガイド.....	96

はじめに

「プライマリケアにおける患者協働による患者安全ガイド」は、プライマリケアにおいて患者・家族と連携し、患者安全を確保するために作成された。このガイドには、患者協働を実践し、安全性を向上させる際に役立つ内容が記載されている。

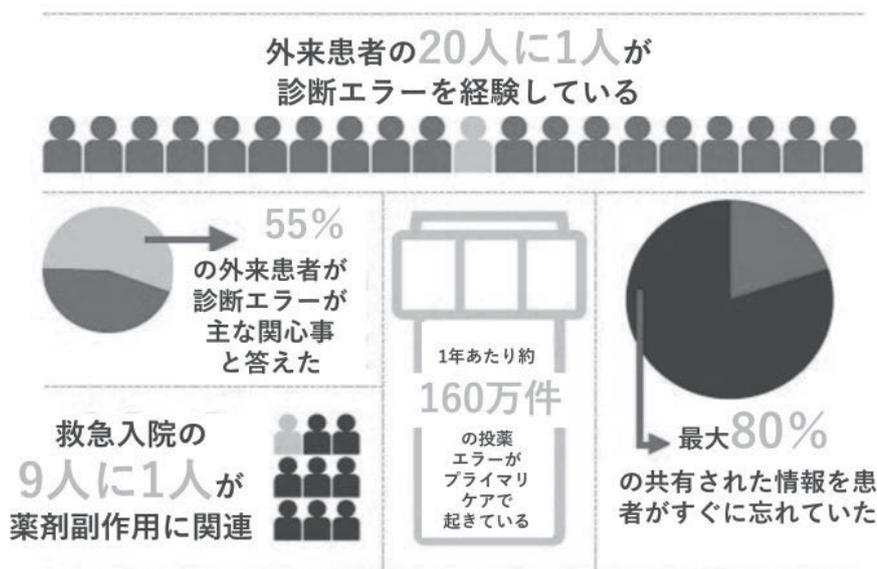
プライマリケアにおける患者安全の崩壊は現実には起こっている(図1)。

(<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-family%E3%80%80engagement/pfeprimarycare/%20envscan.html>) (1)

プライマリケアでの患者安全の研究により、患者協働により改善可能ないくつかの要点が特定されており、以下の点があげられている。

- ・**診断エラー**；「(a)患者の健康上の問題について正確かつ適時に説明されなかったこと、または(b)その説明を患者に伝えることができなかったこと」と定義されている。(2)
- ・**コミュニケーションの不和**；患者・家族との不完全で効果的ではないコミュニケーション、検査結果が伝えられていない、チーム内のコミュニケーションエラーなど。(3,4)
- ・**投薬エラー**；コミュニケーション・処方・詰薬・調剤の失敗、患者の誤内服など。
- ・**ケアの細分化**；病期（急性期とプライマリケア）による医療機能の区分や外来の部署間でケアが移行され、結果としてケアが細分化されている。

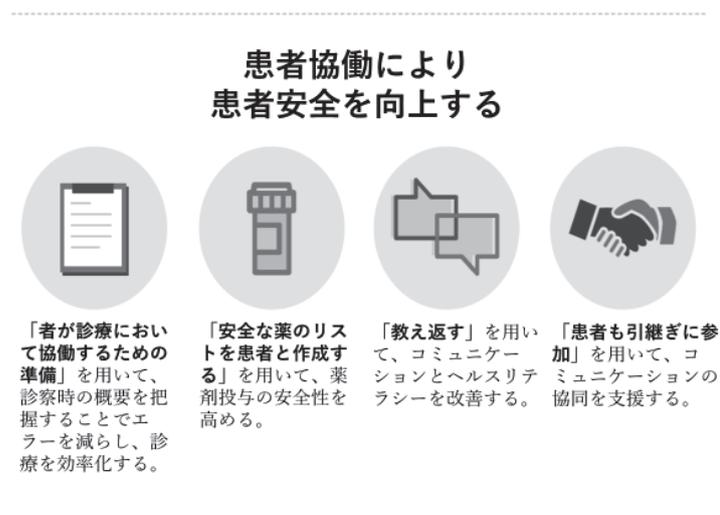
図1. プライマリケアにおける患者安全の崩壊



プライマリケアにおいて医師-患者関係は質が高く、安全で、効果的な医療を実現する鍵となる。患者協働は、安全性を高め、信頼関係の構築に有用である(図2)。

患者協働による安全向上についてのエビデンスに基づく戦略は、組織使命の達成に不可欠である。このガイドに記載されている4つの戦略は、プライマリケアにおいて、患者・家族が綿密で協力的なコミュニケーションに参画し、安全向上を促すものである。患者・家族を安全な医療の取り組みに参加させることも、このガイドの重要な点である。安全に投薬するには、完全で正確な薬剤リストの作成から始める必要がある。

図2. 患者・家族と協働することで、患者安全の向上を目指す4つの戦略



患者と協働する時間を見つける(Finding Time To Engage Patients)

プライマリケアで患者安全の最大の問題は何か？と質問した時、多くが「時間がない」と答える。それはつまり、患者を診察する時間、質改善に取り組む時間、競合する診療所での様々なプレッシャーを管理する時間が不足しているのである。



プライマリケアで患者・家族の参画を行おうとすると、最初は時間を要するであろう。医療現場・医師のニーズと患者・家族のニーズのバランスをとることは、質が高く、安全で、効果的な患者中心の医療を提供する際の課題である。このガイドでは時間的制約を克服し、患者協働を成功させ、安全性を向上させた実例があげられている。

患者・家族協働戦略(Patient and Family Engagement Strategies)

このガイドは患者・家族の安全性を向上させる4つのエビデンスに基づいた戦略(図3)が挙げられている。

図3. 患者安全向上のため、患者と家族を参画させるためのエビデンスに基づいた戦略

	<p>患者が診療において協働するための準備</p> <p>患者・医師へ診察の要点を決めるように促す。 診療の効率化と安全性向上により、効果的なコミュニケーションを生む。</p>
	<p>安全な薬剤リストを作成する</p> <p>最前線で誤薬を防ぐものとなる、完全で正確な薬剤リストを作成する。 患者の転帰、服薬アドヒアランス、安全性向上につながる。</p>
	<p>教え返す</p> <p>コミュニケーション改善やヘルスリテラシーが向上する。 患者との効果的な情報共有が可能になる。</p>
	<p>患者も引継ぎに参加</p> <p>チームの一員として患者と協働し、協力的なコミュニケーションを促す。 ケア移行時のコミュニケーション不足を軽減するため、診療所内での引継ぎを支援する。</p>

それぞれの戦略には、プライマリケアにおける実装を支援する資料が存在する。これらの項目には、戦略に特化した実施と評価についての説明がある。トレーニング教材や手順書、患者用の教材などについても記載されている。

実施と評価の手引きと、現場に即した介入方法や、介入法の選択に役立つ手順書も添付されている。

患者が診療において協働するための準備(Be Prepared To Be Engaged)



「患者が診療において協働するための準備」とは何か？

この戦略は、患者や家族に、診察前に準備をしてもらい、より診察に参画できるように促すものである。この目的は患者・家族が診察の目的を設定し、準備し、発言し、質問できるようにすることである。この戦略では、患者へ文書を渡して、患者が話したいこと、質問、健康上の目標を記載するように促す。これによって、診察の要点を特定し、患者の質問へ確実に答えることができるようになる。

なぜこの戦略を使用するのか？

ある研究によると、患者が診察前に要点を書いておくと、医師の74%と患者の79%が、診察中のコミュニケーションが改善されたと報告したという結果が出ている。(5) 研究に参加した医師の80%以上が、患者に要点を書き続けることを望んでいた。(6,7)

"メモは、患者が診察時に伝え忘れたことによる、診察後の電話質問の回数を減らすのに役立つ。また‘ドアノブの質問’と呼ばれる診察終了間際に行う質問を大幅に減らすことができる。患者は診察開始時に抱いていた質問や懸念を伝えることができ、医師は診察を効率的に行うことができる。"-医師

どのように実施するか？

患者の関心事や優先順位を理解することは、安全な診療の鍵となる。この戦略には計画、実施、評価のための資料が含まれている。詳細な実施ガイドは付録Aに記載されている。

準備には時間がかかるのか？



患者はしばしば、診察に自分の心配や疑問を話し合う準備をせずに来てしまい、医師や医療者が感じる時間的制約に拍車をかけてしまうことがある。また患者は質問するつもりだったことや、話したいと思っていたことを忘れてしまうこともよくある。患者・家族が診察前に十分な準備をしておくと、診察時間がより効果的に使われ、情報交換の質が改善される。

安全な薬剤リストを患者と共に作成する(Create a Safe Medicine List Together)



安全な薬剤リストを作成するとは？

この戦略は、患者・家族が完全で正確な薬剤リストを作成することに積極的に参加するためのものである。患者へ処方薬と市販薬の両方を含む、注射・吸入・軟膏・点滴などの経口薬以外の薬から、たまにしか飲まない薬まで、すべての薬剤を持参するようお願いする。医療者が患者・家族と一緒に完全かつ正確な薬のリストを作成し、そのリストに基づいて、医師が薬剤調整を行う。

"多くの場合、患者が『白い薬を飲んでいる』『紫の薬を飲んでいる』『緑の薬を飲んでいる』と言っても、それが何なのか、どのくらいの量を飲んでいるのか、わからない。この方法は、薬剤を確認ことができ、投薬ミスを減らすことができるので、カルテ記録を改善するのに役立つ。医療従事者、患者の誰もが、患者が何を、どのように、どのような理由で服用しているのかを知ることができるようになる。-医師

なぜ薬剤のリストを患者と一緒に作成するのか？

誤薬はプライマリケアではよくあるエラーであり、その発生率は処方 100 件につき 1~90 件である。(3,8) 薬物の問題には、処方ミス、禁忌、過剰投与、過少投与、患者アドヒアランスなどが存在する。

米国疾病予防管理センター (Centers for Disease Control and Prevention) によると、医師の 3/4 以上の診療で薬物治療をしており、毎年 32 億個の薬剤が投与されている。(9)

処方ミスは、処方の 5~7%、(3,10,11) 年間少なくとも 1 億 6,000 万件の処方ミスが発生している。

米国ではほぼ半数の人が 30 日間に少なくとも 1 剤の処方をされており、5 人に 1 人が 3 剤以上処方されている。(9) 5 種類以上処方されている患者の薬剤の半数以上が、必要のない薬、禁忌薬、処方通りに服用していないことがわかっている。(12)

安全な薬のリストを作成するには？

プライマリケアで薬剤安全性を保つためには、患者・家族をチームの一員として参加させ、チーム一丸で協力することが必要である。一緒に薬剤のリストを作成することで、ジェネリックやそうでない薬の両方を服用している患者が意図せず過剰摂取したり、処方古くなっていたり、処方薬との相互作用が悪いサプリメントを服用しているなどの薬剤の問題を発見するのに役立つ。

少なくとも年に一度は、患者にすべての薬剤を持ち込んでもらい、安全な薬剤リストを作成する。詳細な実施ガイドは付録 B に記載されている。

安全な薬剤リストの作成には時間がかかるのか？



安全な薬剤リストを共に作成するには時間がかかる。しかし、患者が服用している薬を完全で正確に理解することにより、健康管理ができ、有害事象や救急外来受診や入院を減らすことができる。

チームに巻き込むことによって、医師は服薬アドヒアランスと服薬ヘルスリテラシーという複雑な課題に取り組むことができるようになる。

教え返す(Teach-Back)



教え返すとは？

「教え返す」とは患者協働、患者安全、アドヒアランス、質改善を促進する、エビデンスに基づいた介入方法である。「教え返す」は、患者と家族が理解できるように、病状を明快に説明したことを確認すること目的である。

「教え返す」では、患者・家族が知っておくべきことや、行うべきことを**「彼ら自分の言葉で」**説明してもらう。聞いたことを繰り返してもらうのではない。医療者が説明しても理解してもらえなかったかどうかわからないため、確認するのである。

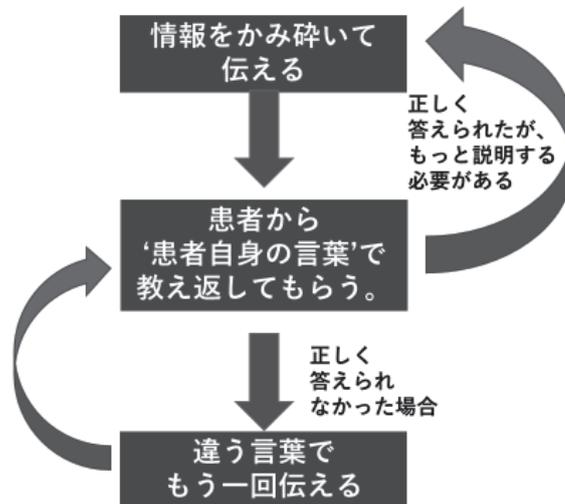
「教え返す」は説明したことについて、患者や家族が明確に理解しているか確かめる戦略なのである。

"私は長い間医師を行っているが、多くのことが理解されていないことに気がつかなかった。この方法は素晴らしいアイデアである。"-医師

なぜ「教え返す」を使うのか？

医師は患者の情報に対するニーズを過小評価し、患者と効果的にコミュニケーションをとれていると過大評価していることがわかっている。(13-15) ある研究では診察時に患者が伝えた情報の最大80%がすぐに忘れられていた。(16)別の研究では、診察後に覚えていた情報の約半分が不正確であった。(17)

患者の誤解と想起不良は、アドヒアランスと転帰不良の一因となっている。(16,18)「教え返す」は患者と家族が伝えられた情報を明確に理解できるようになる、実績のある戦略ある。患者・家族とのコミュニケーションを改善する方法により、安全性の問題へ直接対応することができる。



「教え返す」はどうやって実装するのか？

「教え返す」は新たに診断名を伝える際や、新たに投薬する際、新しい医療機器を導入する際（吸入器など）、新しくケアの指導する際など、新しく物事を伝えるときや指導をするときに最も有効である。詳しい実施ガイドは付録Cに記載されている。

「教え返す」には時間がかかるか？



「教え返す」場合、最初は時間がかかるかもしれないが、使用した医師は診察中に数分時間をかけて患者が理解していることを確認することで、1~2 日後にその患者から電話やメールで病状について教えてほしいと言われるような、電話やメールが少なくなることを理解するようになる。

「患者も引継ぎに参加」(Warm Handoff Plus)



「患者も引継ぎに参加」とは？

「患者も引継ぎに参加」とは患者や家族の前で医療者が引継ぎを行うことをいう。チームに患者を含めることにより、臨床状況や問題点、治療方針などについて話し合われていることを聞けるようにする。

「患者も引継ぎに参加」では、プライマリケアにおいて患者・家族を引継ぎに参加させることを重点に置いている。この戦略は医師、事務、薬剤師、看護師、ソーシャルワーカーなど、チームの任意の2人のメンバー間で行う。

"引継ぎの時に、医療者が何かを言うと、突然患者が『そうではないです、本当は...』と言うことがあるが、この方法を用いると患者に同じ質問をする必要がない。そのためとても楽になり、より具体的な質問をすることができる。"-医師事務

なぜ「患者も引継ぎに参加」を使用するのか？

「患者も引継ぎに参加」は患者を引継ぎに巻き込むことで安全性を確保する。チーム内、またはチームと患者・家族間でのコミュニケーション不良は医療事故の原因となる。効果的なコミュニケーションが、患者安全と結果改善に不可欠であることが研究で明らかになっている。さらに、患者とのコミュニケーションの協働(「患者も引継ぎに参加」によって促進される)は信頼関係を構築し、関係を強化し、その結果、コミュニケーションの改善、転帰の改善、患者と医師の満足度向上につながる。(19,20)



「患者も引継ぎに参加」はどのように実装するのか？

「患者も引継ぎに参加」を導入する際は、小規模から始めるべきである。1部署もしくは2部署内で開始する。もしくは一日の最初と最後の患者でまず試してみる。詳細な実施ガイドは付録Dに記載されている。

「患者も引継ぎに参加」には時間がかかるか？



「患者も引継ぎに参加」は、当初は時間がかかるかもしれない。検査結果が異常な患者や重要な検査所見のある患者など、特定の患者で優先的に行うことで、時間的制約を対処できる。「患者も引継ぎに参加」を使用し続けることで、患者中心のコミュニケーションが強化され、医師・医療スタッフ・患者の満足度を向上するはずである。

実際の戦略

実際に戦略を導入する方法は、他の質改善を目的としたプロジェクトと同様に行う。そのためには、責任を持った介入(コミットメント)、リーダーシップ、そして計画が必要である。米国医療研究品質調査機構(Agency for Healthcare Research and Quality)は「外来診療の質改善ガイド」の中で、質改善(QI)を促進するためのヒントを提示している。

質改善プロセスを円滑に進めるための3つのヒント

1. QI に関与するすべての関係者とのコミュニケーションや参加を促すことを優先する。プライマリケアに関わる人々（患者、医師など）にとって何が最も重要なのかを知り、彼らの変化を受け入れ、その変化の主導権の取得を支援する方法を探る。
2. 事が大きな事案よりも管理がより容易な小規模な事案から改善活動を開始する。小規模な活動や変更は、新しくはじめたその計画をさらに改良し、成果を検証し、関係者からの支持も集めることができる。
3. QI は反復的に行うものであることに留意し、他の人にも伝えておく必要がある。各ステップでの経験から、他に追加すべき対策を練りながら、途中で頻繁に修正を加えていく。



詳細については、下記の「外来診療の質向上ガイド」の4章を参照。

(<https://www.ahrq.gov/cahps/quality-improvement/improvement-guide/4-approach-qi-process/index.html>)

ここでは、戦略の概要と、推奨される評価方法について記載する。

ステップ1. 実践する指導者を決定し、リーダーシップ体制を確保する

改善活動を成功させるためには、強力なリーダーシップとスタッフの関与が重要である。

実践する指導者を決定する

実際に戦略をリードする指導者が必要である。その指導者は力があり、かつ他者から尊敬される存在である事が望ましい。指導者は、まずチームビルディングを行い、計画を実施するための技術的なサポートを行う。事務スタッフと現場スタッフの双方から指導者を見つけて、あらゆる立場での積極的な関与を促すとよい。

さらに、患者側の代表者を決定することも考慮する。患者・家族諮問委員会(PFAC)がある場合は、参加を促すために PFAC への参加を検討する。

リーダーシップ体制の確保

患者安全の向上には、強力なリーダーシップが重要である。指導者は、リーダーシップを次のようにとるべきである。

- ・プライマリケアでの患者安全の問題と現場の状況。
- ・患者安全の問題を解決するための実現可能な戦略

指導者がリーダーシップをとる際は、インフォグラフィック(模式図)を利用するとよい(https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patientsafety/patient-family-engagement/pfepriamarycare/infographicposterfinal508_0.pdf)。

ステップ2. 実施する戦略を決定する

実践ガイドを確認し、患者安全の重要な問題に対する戦略を決定する。

- ・患者から質問をしてもらい、患者の関心事や健康上の目標を把握したい場合は、「**患者が診療において協働するための準備**」ことを心がける。この戦略は、診察をより効率的にし、フォローアップ回数の減少にも寄与する。
- ・複数の薬剤を服用している患者が多い場合や、服薬管理に力を入れる場合は「**より安全な薬剤リストを患者と作成する**」を考える。この戦略は完全で正確な薬剤リストに基づいた薬の照合を行うことで、患者安全を強化し、患者の転帰が改善する。
- ・自宅でのケアの方法、薬の内服方法、医療機器の使い方、追加の処置やケアの必要性など、患者に伝えたいことを確実に理解してもらいたい時は、「**教え返す**」を用いる。この戦略は、帰宅後も患者が知っておくべきこと、しなければならぬことを確実に理解してもらえるようにすることに役に立つ。
- ・電子カルテや紙で引継ぎを行っている場合は、「**患者も引継ぎに参加**」を用いる。この戦略はチームメンバー間や患者・家族とのコミュニケーション改善に貢献する。

実践的な方法の改善は労力を伴うため、複数の戦略を同時に実行するのは非現実的である。現状の問題に対して最も適しており最も意義が大きい戦略を選択する。まずは小規模で実施し、絶え間なく実施することが、これらの戦略が成功し持続することに寄与する。

ステップ3. 計画を練る

戦略を選択し、優先順位を決めれば、次のステップで実装計画を作成する。

・**チームを形成する**。どんな実践指導者も、一人ではできない。指導者が戦略、タイムライン、評価基準について決めるためには、小規模の複数領域にわたるチーム形成が役に立つ。

・**合理的なタイムラインを設定する**。持続可能なものにするには、専念することと時間が必要である。複数の戦略を同時に実施するべきではない。次の戦略を開始する前に少なくとも3ヶ月間は継続すべきである。このような方法をとることで、実践者が介入を展開し、気を散らされずに進捗状況を評価する時間を確保できる。

スタッフの再教育を必要とする可能性のある複雑な変更にも柔軟に対応できるようにする。「患者も引継ぎに参加」のような複雑な戦略の場合は、単純なものよりも時間がかかり複数回の調整も必要となる。

・**手順を標準化する**。質の改善を計画、実施、評価する最善の方法は一つではない。すでに改善方法が確立されている場合は、その方法を継続する。

広く利用されている質改善の方法は PDSA サイクルである。(21)Plan-Do-Study-Act (PDSA)サイクルを通じて改善が加速されるように努める。このサイクルを回すことで、改善し、修正する際は追加の測定と評価が必要である。

ステップ4. 戦略の設計を行う

指導者は選択した戦略を設計し、チームを統率する。

クイックスタートガイドを使用する。その中にはそれぞれの戦略に特化した実施要項が記載されている。このガイドは、初期段階を想定しており、各介入を採用するための戦略を計画するのに役立つ。付録A、B、C、Dには戦略別に実施ガイドが記載されている。

ステップ5. 患者や家族に改善点を知ってもらう

我々はこれらの戦略を用いていること、そして患者と家族のあるべき役割について、患者・家族に知ってもらうように努める。全員が患者と関わることで、戦略の重要性を患者へ再認識させることができる。

患者と共有したい情報がある場合は、患者向けの資料を用いるとよい。患者・家族に戦略を知ってもらえたら、医療スタッフが戦略を実際に活用することが重要である。患者の期待に応えなければ、戦略を実施しなかったときよりも、患者との関係を悪化させる可能性があるからだ。

ステップ6. 実施した効果を評価する

努力と成功を認める

機会を得て進捗状況について情報を共有する。介入による成功事例を伝え、医師や医療スタッフを称賛し、患者安全の向上の労力を公に認める。介入による改善が診療のあらゆる側面から見られるようにして、強固な土台作りを行う。

評価方法の確立

質改善の有効性を評価し、測定項目を選択する際には、いくつか考慮すべき点がある。

- ・利害関係者とそれぞれのニーズをについて調査する。内部の利害関係者（例：患者、医師、スタッフ、管理者）と外部の利害関係者（例：支払者、規制当局）の両者を含む。理想的には、内部・外部の双方の関係者のニーズを満たす評価尺度を選択する必要がある。
- ・戦略特異的な成果と実装計画を決定する。戦略の効果を検証するために、アウトカム指標とプロセス指標の双方で、特異的な尺度を決定する。尺度は、観察や自己申告によって得られることが多い。プロセス指標は、戦略が成功したかどうか、または実施した(実施できなかった)方法と理由に焦点を当てるべきである。指標の例はそれぞれのクイックスタートガイドに記載されている。
- ・患者安全と患者協働の世界標準の評価指標を特定する。これらは、経時的に追跡しているものにし、プロセス指標よりも定期的に測定されることは少ないだろう。計画の影響を十分に評価するため、汎用できる指標のベースラインの評価を必ず実施する。以下に例を示す。

患者安全と患者協働の効果をモニターする

いくつかの調査は、患者安全と患者協働の影響をモニタリングするために、これらの取り組みを支援している。ここで提供されている調査と対策は推奨事項である。環境に最も適した手段を選択すると良い。

- ・ **AHRQ Medical Office Survey on Patient Safety Culture**(患者安全文化に関する調査)。AHRQ がサポートしているこの調査は、診療所のスタッフに特化したものであり、プライマリケアの患者安全文化や医療の質に関する意見を集めている。

<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/index.html>

- ・ **Clinician & Group Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems**(CG-CAHPS)。患者経験価値や医療従事者の経験値を評価する調査である。

<http://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/cg/index.html>

・ **CG-CAHPS ヘルスリテラシー**。この調査では患者のヘルスリテラシーを向上させる、医療従事者の行動を評価することに注目している。ヘルスリテラシーとは「患者が適切な健康上の意思決定を行うのに必要な基本的な健康情報やサービスを手に入れ、処理し、理解する能力」と一般的に定義されている。ヘルスリテラシーは個人の能力に依存する部分もあるが、情報の複雑さや伝え方にも影響される。

<https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/item-sets/literacy/index.html>

・ **患者安全の測定方法**。近年、患者の視点に立った患者安全の新しい尺度がいくつか開発されている。これらには以下のようなものがある。

・ **Primary Care Patient Measure of Safety (PC PMOS)**

(<http://qualitysafety.bmj.com/content/25/4/273>)

・ **Patient Reported Experiences and Outcomes of Safety in Primary Care (PREOSPC)**

(<http://www.annfamned.org/content/14/3/253.full>)

・ **患者経験価値の評価 (Patient Experience Assessment)** は

「Improving Your Laboratory Testing」に記載されている。

(<https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/lab-testing/lab-testing-toolkit.pdf>)

追加資料

ケーススタディ

全国の模範事例として 4 つ作成されている。これらの事例は患者と家族を巻き込むことによって、患者安全性を向上させた成功例である。

・ **OpenNotes®**。OpenNotes®は、患者が自分の診療録にアクセスし、読むことができる。

患者はインターネット上で閲覧し、印刷して記録を読むこともできる。

・ **患者・家族諮問委員会**。患者・家族諮問委員会(PFAC)とは、患者、家族、医療関係者が協力することによって、安全性や質、患者経験値を向上させるための委員会である。

・ **チームベースドケア**。チームベースドケアは、チームワークを重視して医療を提供する方法である。チームには、患者・家族のほかに、医師や看護師、薬剤師やソーシャルワーカーも含まれる。

・ **シェアード・ディシジョン・メイキング(SDM)**。SDM は患者が医療チームと協力し、医療における意思決定を行う方法である。患者や家族が治療の選択肢をよりよく理解し、最適な治療方法を選択できるようになることが目的である。

各事例には概要、実施要項、連絡先が記載されている。症例の全文と、患者や医師向けの要約は、AHRQ のウェブサイトから閲覧できる(<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfprimarycare/casestudies.html>)。

より高度な実践方法についての資料

その他にも、患者・家族を巻き込み、患者安全性を向上させる多くの戦略が開発されている。しかし、これらの戦略はより複雑で、導入には技術的な工夫が必要である。本ガイドに詳述されている戦略をすでに導入しているような先進的な施設では、更なる患者安全向上のため、追加の戦略を検討してもよいだろう。より高度な実践方法についての資料は、AHRQのウェブサイトからダウンロードできる

(https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfeprimarycare/advancedpractice-guide_final508.pdf)。

よくある質問

よくある質問 (FAQ) の Web ページが、プライマリケアでの実践と実践指導者を支援するために開設されている。よくある質問として このガイドに記載されている戦略の例を紹介している。よくある質問は、AHRQ のウェブサイトで確認することができる (<https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfeprimarycare/faq.html>)。

本資料の由来

本ガイドとその資料を作成するのに2年の歳月が必要であった。初版は2016年10月から2018年3月まで公開されている。元々の教材は、米国全土で実地試験が行われた。実地で得られたフィードバックは、使用率を高めるため、資料の改善に用いられた。オリジナルの資料は、AHRQから入手可能である (<https://admin.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfeprimarycare/interventions/index.html>)。

参考文献

1. Agency for Healthcare Research and Quality. Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families Environmental Scan Report. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfepriarycare/envscan.html>. Accessed March 28, 2018.
2. Improving diagnosis in health care. Report in Brief. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2015. http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2015/Improving-Diagnosis/DiagnosticError_ReportBrief.pdf. Accessed March 28, 2018.
3. Olaniyan JO, Ghaleb M, Dhillon S, et al. Safety of medication use in primary care. *Int J Pharm Pract* 2015;23(1):3-20. doi:10.1111/ijpp.12120. Accessed March 28, 2018.
4. Leonhardt KK, Pagel P, Bonin D, et al. Creating an accurate medication list in the outpatient setting through a patient-centered approach. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al., eds. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*. Vol. 3: Performance and Tools. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249936>. Accessed March 28, 2018.
5. Anderson MO, Jackson SL, Oster NV, et al. Patients typing their own visit agendas into an electronic medical record: pilot in a safety-net clinic. *Ann Fam Med* 2017;15(2):158-61. doi:10.1370/afm.2036. Accessed March 28, 2018.
6. Robinson JD, Tate A, Heritage J. Agenda-setting revisited: when and how do primary-care physicians solicit patients' additional concerns? *Patient Educ Couns* 2016;99(5):718-23. doi:10.1016/J.PEC.2015.12.009. Accessed March 28, 2018.
7. Kowalski CP, McQuillan DB, Chawla N, et al. "The hand on the doorknob": visit agenda setting by complex patients and their primary care physicians. *J Am Board Fam Med* 2018;31(1):29-37. <http://www.jabfm.org/content/31/1/29.long>. Accessed March 28, 2018.
8. Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf* 2016;25(7):544-53. doi:10.1136/bmjqs-2015-004178. Accessed March 28, 2018.
9. FastStats - Therapeutic Drug Use. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/drug-use/therapeutic.htm>. Accessed March 28, 2018.
10. Avery AJ, Rodgers S, Franklin BD, et al. Research into practice: safe prescribing. *Br J Gen Pract* 2014;64(622):259-61. doi:10.3399/bjgp14X679895. Accessed March 28, 2018.
11. Akbarov A, Kontopantelis E, Sperrin M, et al. Primary care medication safety surveillance

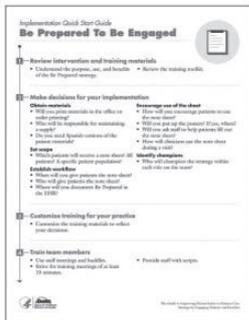
- with integrated primary and secondary care electronic health records: a cross-sectional study. *Drug Saf* 2015;38(7):671-82. doi:10.1007/s40264-015-0304-x. Accessed March 28, 2018.
12. Koper D, Kamenski G, Flamm M, et al. Frequency of medication errors in primary care patients with polypharmacy. *Fam Pract* 2013;30(3):313-9. doi:10.1093/fampra/cms070. Accessed March 28, 2018.
 13. Calkins DR, Davis RB, Reiley P, et al. Patient-physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the postdischarge treatment plan. *Arch Intern Med* 1997;157(9):1026. doi:10.1001/archinte.1997.00440300148014. Accessed March 28, 2018.
 14. Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al. Discrepant perceptions about end-of-life communication: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(2):190-200. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.11.009.
 15. Coran JJ, Koropecjy-Cox T, Arnold CL. Are physicians and patients in agreement? Exploring dyadic concordance. *Health Educ Behav* 2013;40(5):603-11. doi:10.1177/1090198112473102. Accessed March 28, 2018.
 16. Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med* 2003;96(5):219-22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539473/>. Accessed March 28, 2018.
 17. Anderson JL, Dodman S, Kopelman M, et al. Patient information recall in a rheumatology clinic. *Rheumatology* 1979;18(1):18-22. doi:10.1093/rheumatology/18.1.18. Accessed March 28, 2018.
 18. Laws MB, Lee Y, Taubin T, et al. Factors associated with patient recall of key information in ambulatory specialty care visits: results of an innovative methodology. *PLoS One* 2018 Feb 1;13(2):e0191940. doi:10.1371/journal.pone.0191940. Accessed March 28, 2018.
 19. Toccafondi G, Albolino S, Tartaglia R, et al. The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. *BMJ Qual Saf* 2012;21 Suppl 1:i58-66. doi:10.1136/bmjqs-2012-001178. Accessed March 28, 2018.
 20. Knox L, Crosson J, Parchman ML. Primary Care Practice Facilitation Curriculum Module 30. Building Teams in Primary Care. (Prepared by Mathematica Policy Research under Contract No. HHSA2902009000191-Task Order No. 6.) Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; September 2015. AHRQ Publication No. 15-0060-EF. <https://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/pcpf-module-30-teams.pdf>. Accessed March 28, 2018.
 21. Institute for Healthcare Improvement. How To Improve. <http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx>. Accessed March 28, 2018.

インフォグラフィックの参考文献

ステップ1に記載されているインフォグラフィックには、以下の文献を用いた。

- Akbarov A, Kontopantelis E, Sperrin M, et al. Primary care medication safety surveillance with integrated primary and secondary care electronic health records: a cross-sectional study.
- Drug Saf 2015;38(7):671-82. doi:10.1007/s40264-015-0304-x. Accessed March 28, 2018. Anderson JL, Dodman S, Kopelman M, Fleming A. Patient information recall in a rheumatology clinic. Rheumatology 1979;18(1):18-22.doi:10.1093/rheumatology/18.1.18. Accessed March 28, 2018.
- Avery AJ, Rodgers S, Franklin BD, et al. Research into practice: safe prescribing. Br J Gen Pract 2014;64(622):259-61. doi:10.3399/bjgp14X679895. Accessed March 28, 2018. Coran JJ, Koropecjy-Cox T, Arnold CL. Are physicians and patients in agreement?
- Exploring dyadic concordance. Health Educ Behav 2013;40(5):603-11. doi:10.1177/1090198112473102. Accessed March 28, 2018.
- FastStats - Therapeutic Drug Use. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/drug-use/therapeutic.htm>. Accessed March 28, 2018.
- Improving diagnosis in health care. Report in Brief. Washington, DC: National Academy of Sciences; 2015. http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2015/Improving-Diagnosis/DiagnosticError_ReportBrief.pdf. Accessed March 28, 2018.
- Kessels RPC. Patients' memory for medical information. J R Soc Med 2003;96(5):219- 22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC539473/>. Accessed March 28, 2018.
- Koper D, Kamenski G, Flamm M, et al. Frequency of medication errors in primary care patients with polypharmacy. Fam Pract 2013;30(3):313-9. doi:10.1093/fampra/cms070. Accessed March 28, 2018.
- Laws MB, Lee Y, Taubin T, et al. Factors associated with patient recall of key information in ambulatory specialty care visits: results of an innovative methodology. PLoS One. 2018 Feb 1;13(2):e0191940. doi:10.1371/journal.pone.0191940. Accessed March 28, 2018.
- Olaniyan JO, Ghaleb M, Dhillon S, et al. Safety of medication use in primary care. Int J Pharm Pract 2015;23(1):3-20. doi:10.1111/ijpp.12120. Accessed March 28, 2018.
- Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, et al. How safe is primary care? A systematic review. BMJ Qual Saf 2016;25(7):544-53. doi:10.1136/bmjqs-2015-004178. Accessed March 28, 2018.

付録 A - 「患者が診療において協働するための準備」実施ガイド



「患者が診療において協働するための準備」の導入と設計を支援するクイックスタートガイド(QSG)が存在し、大きく6つの場面に分けられている。

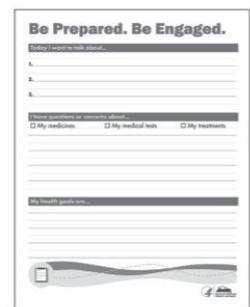
1. 介入資料・教育資料を見直す

実施する前に、実践指導者は教材、その使用目的や戦略について理解する必要がある。

準備のためのシート

このシートを診察前に患者や家族へ渡し、診察中に伝えたいことを書き留めておくように伝える。このシートは来院時に患者・家族に渡しておく。

医師は診察室で、患者が書いた内容をすぐに確認することができる。この情報は、医師が診察の計画を立案する際に役立つ。患者の現在の悩みから緊急ではない悩み、疑問、目標などについて話し合う時間があるときは追加で診察することができる。

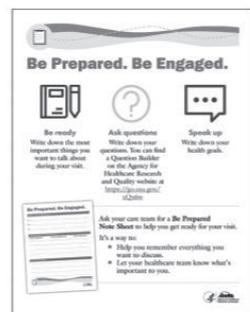


シートを使用する際は以下の点を考慮する。

- ・シートは、診察室で患者が記入できるようにするか、来院時に配布するべき。
- ・現場では、シートのコピー、クリップボード、鉛筆・ペンを用意するべき。
- ・医師はシートを用いて診療計画を立案し、必要に応じてフォローアップ時でも、患者の目標や懸念事項に確実に対応できるようにする。
- ・患者層によっては、他言語のシートも用意する。

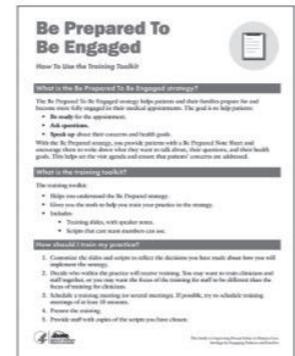
患者啓発ポスター

患者啓発ポスターは、診察室や待合室に掲示し、患者へ医療者が求めていることを理解してもらえようとする。計画する際には、患者や家族の目に最も触れる場所にポスターを設置することを検討してみるとよい。複数言語での患者啓発ポスターの準備も考慮する。



トレーニングキット

トレーニングキットには、スライド、導入する際に使用する原稿、トレーニングガイド（「トレーニングキットの使用法」）が含まれている。トレーニングキットは実践指導者が使用するべきものであり、現場や事務のリーダーと協力して用いるのが最も効果的である。



2. 実装を決定する

実装計画を練るにあたって、いくつかの事項を決めなければならない。これらは QSG に記されており、以下が含まれている。

- ・ 資料をどのように入手するか
- ・ 実装をどの範囲で行うか
- ・ 実装はどのようなワークフローで行うか
- ・ どのように戦略が使用されるように促し、より強固なものにしていくか
- ・ 誰が実装する際のリーダーとなるのか

3. 現場に合わせて訓練を調整する

トレーニングガイド、スライド、台本が用意されており、訓練に使用できる。スライドと台本は、実装方法によって内容を調整する必要がある。

4. チームメンバーを訓練する

チームに導入法、目標、初期に試験的に実施する計画を伝えるため、初期訓練を企画するべきである。

理想的にはトレーニングは 15 分から 30 分の間で、既存の会議を活用し、混乱を最小限に抑えるべきである。トレーニングに参加する全員のために資料のコピーを用意しておき、実施中に戦略や各資料の使用法を練習し、快適に感じられるように工夫する。質問に答え、懸念事項を話し合う十分な時間を確保する。

5. 実装の本番

チームが訓練を受け、資料を入手し、使用する準備が整ったら、いよいよ「患者が診療参加するための準備」戦略を実装する時である。

- ・ チームに開始日時と初期の実施と評価のタイムラインを伝える。

- ・スタッフミーティングや問題解決に向けて協議を利用することによって、課題を話し合ったり、成功事例を共有したりすることで、チームを強化する。このような話し合いは、初期期間中は少なくとも毎週行うべきである。これにより、この戦略が推進され、持続的となる。

- ・優れた実施者を特定し、コーチやメンターとして活用する。この戦略を使用することによってうまくいった事例について共有する。

6. 進捗状況を評価する

患者安全全般の評価指標に加え、この戦略に特化した指標を1つもしくは2つ選ぶことが重要である。これらの例は QSG に記載されている。

付録B 「安全な薬リストを患者と作成する」実施ガイド



「安全な薬リストを患者と作成する」の導入と設計を支援するクイックスタートガイド(QSG)が存在し、大きく6つの場面に分けられている。

1. 介入資料・教育資料を見直す

実施する前に、実践指導者は教材、その使用目的や戦略について理解する必要がある。

患者へのリマインダーカード

ハガキサイズのリマインダーカードは、次回診察時に薬を持ってくるように視覚的に患者へ訴える。

プライマリケアでは、以下の点を考慮する。

- ・予約の1～2週間前に患者へリマインダーカードを郵送する。
- ・診察の最後に患者へリマインダーカードを渡して、次回の診察時に薬を持ってくることを思い出させる。
- ・リマインダーカードの複数言語版を用意する。



自動のリマインダーメールに「来院時に薬を持参するように」というメッセージを追加することで、患者に薬を持参する必要性を思い出させ、より実施率が上がることもまたわかっている。

患者啓発ポスター

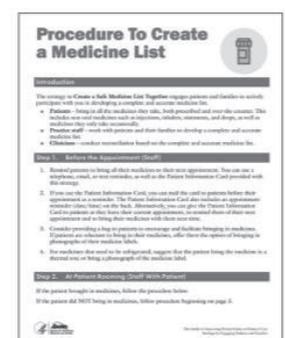
患者啓発ポスターは、診察室や待合室に掲示することで、患者へ医療者が求めていることを理解してもらうことができる。患者や家族の目に最も触れる場所にポスターを設置することを検討するとよい。

他の言語の患者啓発ポスターが必要かどうかもまた検討する。



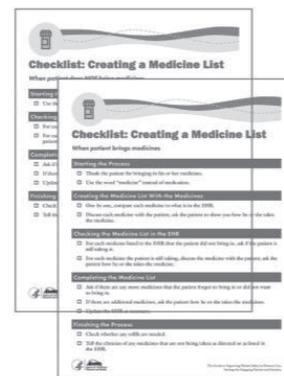
薬剤リストを作成する手順

薬剤リストを作成する手順書には、安全なお薬リストと一緒に作成する手順が記載されている。この手順書には、予約前に行うこと、患者が薬を持ち込んだ場合は薬剤リストを作成する方法、患者が薬を持ち込んでいない場合の薬剤リストを作成する方法が記載されている。また、診察時に医師が行う手順についても記載されている。



薬剤リストを患者と作成する際のチェックリスト

この戦略には、患者が薬を持ち込んだときに使用するチェックリストと、薬を持ち込まなかったときに使うチェックリストがある。これらのチェックリストは患者の状況に応じて使い分け、より詳細な情報を得ることができる。チェックリストは最初にこの介入を実践するときに役立つ。チームがこの戦略に慣れてくると、チェックリストを使用する頻度は減るかもしれないが、すぐに参照できるようにコンピュータに取り付け、手元に置いておくことで、戦略を維持し続けさせることができる。



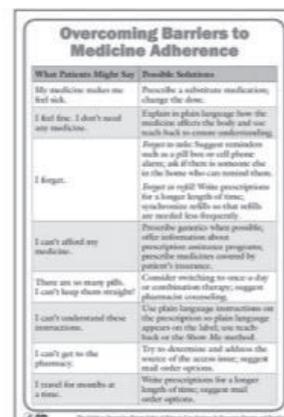
トレーニングキット

トレーニングキットには、スライド、患者へ伝える内容についての台本、戦略を実装する際のロールプレイのシナリオ、トレーニングに役立つガイド（「トレーニングツールキットの使用法」）が含まれている。トレーニングキットは実践指導者が使用するべきものであり、臨床や事務のリーダーと協力して使用するのが最も効果的である。



服薬アドヒアランスの問題を克服する

服薬アドヒアランス不良を改善するための簡単なヒントを提案している。このツールはトレーニング中に配布資料として使用し、すぐに参照できるように手元に置いておく。このツールは、導入の初期段階で特に有用である。



2. 実装を決定する

実装計画を練るにあたり、いくつか決めるべきことがある。これらはQSGに記されており、以下が含まれている。

- ・ 資料をどのように入手するか
- ・ 実装をどの範囲で行うか
- ・ 実装はどのようなワークフローで行うか
- ・ どのように戦略が使用されるように促し、より強固なものにしていくか
- ・ 誰が実装する際のリーダーとなるのか

3. 現場に合わせてトレーニングを調整する

この戦略には、トレーニングガイド、スライド、台本、チームトレーニングで使用するためのロールプレインナリオが提供されている。スライドと台本は、それぞれの現場でこの戦略をどのように実装するかを反映させるために応じて調整する必要がある。

患者が薬を持ち込んだときと持ち込まなかったとき双方の薬剤リストを作成する方法をそれぞれ実践することが重要。それによって、チームはすべての状況に対応できるようになる。

4. チームメンバーを訓練する

チームに導入法、目標、初期に試験的に実施する計画を伝えるために、初期訓練を企画すべきである。

理想的には、訓練は15分から30分の間で、既存のミーティングを活用し、混乱を最小限に抑えるべきである。訓練に参加する全員のために資料のコピーを用意しておき、実施中に戦略や各資料の使用方法を練習し、不快にならないように努める。質問に答えたり、懸念事項を話し合ったりする十分な時間を確保する。

ロールプレイによる練習は非常に重要である。スタッフミーティング、懸念事項の話し合い、ラーニングランチなど、練習する機会を設ける。

5. 実施の本番

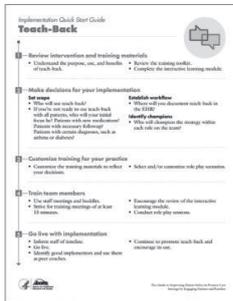
チームが訓練を受け、資料を入手し、実践する準備ができたなら、いよいよ「安全な医薬品リストを患者と作成する」戦略を実装する時である。

- ・チームに開始日時と初期の実施と評価のタイムラインを伝える。
- ・スタッフミーティングや問題解決に向けての協議を行う。課題を話し合ったり、成功事例を共有したりすることで、チームは強化される。このような話し合いは、初期期間中は少なくとも毎週行うべきである。これにより、この戦略が推進され、持続的なものとなる。
- ・優れた実施者を特定し、コーチやメンターとして活用する。戦略を使用することでうまくいった事例について共有する。

6. 進捗状況进行评估する

患者安全全般の評価指標に加え、この戦略に特化した指標を1つもしくは2つ選ぶことが重要である。これらの例はQSGに記載されている。

付録C 「教え返す」実施ガイド



「教え返す」の導入と設計を支援するクイックスタートガイド(QSG)が存在し、大きく6つの場面に分けられている。

1. 介入資料・教育資料を見直す

実施する前に、実践指導者は教材、その使用目的、戦略について理解する必要がある。「教え返す」はチームメンバーそれぞれが行うコミュニケーション法であるため、教材はすべてトレーニングツールである。

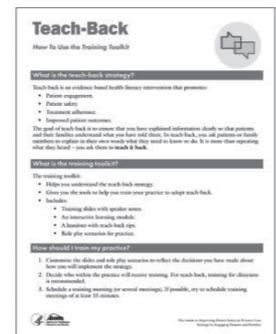
自己学習ツール

自己学習ツールは「教え返す」の概要、効果的に使用する方法、「教え返す」を使用して患者とどのようにコミュニケーションをとるのが書かれている。



トレーニングキット

トレーニングキットには、スライド、ロールプレイのシナリオ、訓練や周知に役立つトレーニングガイド（「トレーニングツールキットの使用方法」）が含まれる。トレーニングキットは実践指導者が使用すべきものであり、臨床や事務のリーダーと協力して使用するのが最も効果的である。



2. 実装を決定する

実施計画のため決めなければならない項目がある。これらは QSG に記載されており、実装の範囲、「教え返す」をどのように標準化するか、誰が実装を行うかなどが記載されている。

3. 現場に合わせてトレーニングを調整する

「教え返す」には、トレーニングガイド、スライド、ロールプレイシナリオ、自己学習ツール、チームトレーニングに使用するための医師用のツールが提供されている。現場の状況に応じてスライドを修正し、実施方法について決めた事項を反映させる必要がある。

4. チームメンバーを訓練する

チームに導入法、目標、初期に試験的に実施する計画を伝えるため、初期訓練を企画するべきである。

理想的には、訓練は15分から30分の間で、混乱を最小限に抑えるべきである。チームが練習（またはお互いの練習を観察）し、戦略に慣れてきていると感じられるように、ロールプレイに参加する時間を確保する。質問に答えたり、懸念事項を話し合ったりする十分な時間を確保する。

ロールプレイによる練習は非常に重要である。ミーティング、懸念事項の話し合い、ラーニングランチなど、訓練する機会を設ける。

5. 実装の本番

チームが訓練を受け、資料を入手し、実践する準備ができたなら、いよいよ「教え返す」戦略を実装する時である。

- ・チームに開始日時と初期の実施と評価のタイムラインを伝える。
- ・スタッフミーティングや問題解決に向けて協議を活用する。課題を話し合ったり、成功事例を共有したりすることで、チームは強化される。このような話し合いは、初期期間中は少なくとも毎週行うべきである。これにより、この戦略が推進され、持続的なものとなる。
- ・優れた実施者を特定し、コーチやメンターとして活用する。戦略を使用することでうまくいった事例について共有する。

6. 進捗状況を評価する

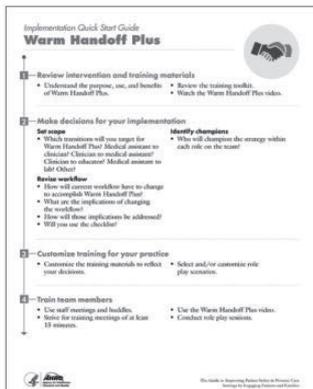
患者安全全般の評価指標に加え、この戦略に特化した指標を1つもしくは2つ選ぶことが重要である。これらの例はQSGに記載されている。

「教え返す」の入手可能な評価ツールは、*Conviction and Confidence Scale*である。この評価法は「教え返す」を評価するもので、以下のサイトから入手できる。

<http://www.teachbacktraining.org/assets/files/PDFS/Teach%20Back%20-%20Conviction%20and%20Confidence%20Scale.pdf>

このツールは、最初は定期的（例：四半期ごと）に使用し、医師がこの方法に慣れてきたら、リマインダーとして使用頻度を下げて（例：年1回）使用する。

付録 D - 「患者も引継ぎに参加」実施ガイド



「患者も引継ぎに参加」の導入と設計を支援するクイックスタートガイド(QSG)が存在し、大きく6つの場面に分けられている。

1. 介入資料・教育資料を見直す

実施する前に、実践指導者は教材、その使用目的、戦略について理解する必要がある。

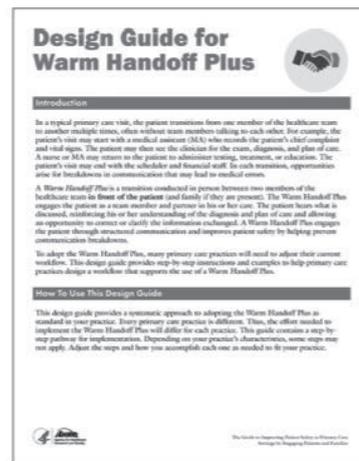
「患者も引継ぎに参加」のビデオ

ビデオでは、「患者も引継ぎに参加」の良い例を医療従事者へ提示している。トレーニング中にビデオを使用し、状況の背景を設定し、コミュニケーションの機会を作り、ロールプレイを行えるようにする。



「患者も引継ぎに参加」のデザインガイド

実践指導者とチームはデザインガイドを使用し、実践計画を練る必要がある。デザインガイドでは、実施に関して実践者が決定すべき重要な点を挙げている。



決定すべき重要な点には以下が含まれる。

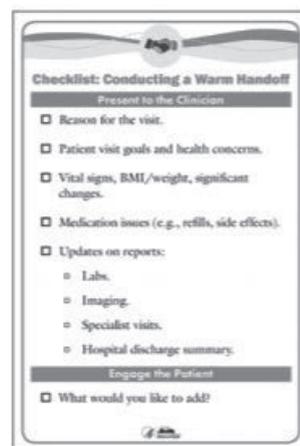
- ・実践のどの場面で引継ぎが必要かを定める。
- ・患者・家族をチームメンバーとして入れるようにする。
- ・戦略に対応するために現在の手順をどのように再調整するかを決め、段階的な導入方法を決定する。

デザインガイドは、実施計画を支持する重要なものである。

実施する際のチェックリスト

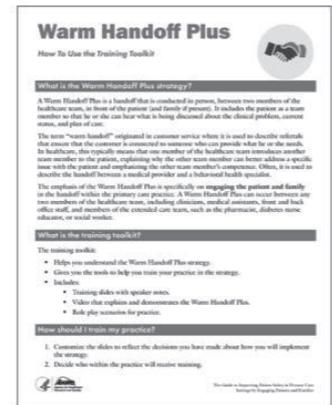
「患者も引継ぎに参加」を実施する目的のチェックリストは、医療従事者が一緒に診察室にいるときに、定式化されているコミュニケーションをサポートする。

このチェックリストはこの戦略をはじめて実践する際に役立つであろう。チームが慣れてきたら、チェックリストの使用頻度は減るかもしれないが、すぐに参照できるようにチェックリストをコンピュータに貼り付けておくことで、役立つ。



トレーニングキット

トレーニングキットには、スライド、ロールプレイのシナリオ、トレーニングガイド（「トレーニングキットの使用法」）が含まれている。トレーニングキットは実践指導者が使用するべきものであり、臨床や事務のリーダーと協力して使用するのが最も効果的である。



2. 実装を決定する

実装設計を練るにあたり、いくつか決めるべき事項がある。これらは QSG に記されており、以下が含まれている。

- ・ 資料をどのように入手するか
- ・ 実装をどの範囲で行うか
- ・ 実装はどのようなワークフローで行うか
- ・ どのように戦略が使用されるように促し、より強固なものにしていくか
- ・ 誰が実装する際のリーダーとなるのか

3. 現場に合わせてトレーニングを調整する

この戦略にはトレーニングガイド、スライド、ロールプレイシナリオ、自己学習ツール、チームトレーニングに使用するための資料が存在する。現場の状況に応じてスライドを修正し、実施方法について決定した事項を反映させる必要がある。

4. チームメンバーを訓練する

スタッフや臨床チームに、導入、その目標、初期導入時に試験的に実施する方法を知らせるために、初期訓練を企画すべきである。

理想的には、訓練は 15 分から 30 分の間で、既存のミーティングを活用して混乱を最小限に抑えるべきである。トレーニングセッションに参加する全員のために資料のコピーを用意しておき、戦略とその使用方法を実践し、不快に思わないように努める。

実施中は、各資料の内容を確認する。質問に答えたり、気になることを話し合ったりする時間を十分に確保する。

ロールプレイによる練習は非常に重要である。ミーティング、懸念事項の協議、ラーニングランチなどの機会を設ける。

5. 実装の本番

チームがトレーニングを受け、資料を入手し、実践する準備ができたなら、いよいよ「患者も引継ぎに参加」戦略を実装する時である。

- ・チームに開始日時と初期の実施と評価のタイムラインを伝える。
- ・スタッフミーティングや問題解決に向けて協議を行う。課題を話し合ったり、成功事例を共有したりすることで、チームは強化される。このような話し合いは、初期期間中は少なくとも毎週行うべきである。これにより、この戦略が推進され、持続的なものとなる。
- ・優れた実施者を特定し、コーチやメンターとして活用する。戦略を使用することでうまくいった事例について共有する。

6. 進捗状況进行评估する

患者安全全般の評価指標に加え、この戦略に特化した指標を1つもしくは2つ選ぶことが重要である。これらの例は QSG に記載されている。

本ガイドは、米国医療研究品質庁（AHRQ）が作成した「Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families」の日本語版であり、AHRQからは「医療の質・安全学会誌」に掲載することを前提として翻訳許可を得ています。

（編集委員会）