

IHI イノベーション・シリーズ 2011

患者・家族の「並外れた」入院診療経験を達成するために

訳： 越智小枝、一原直昭

発行： IHI Japan

Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care

Barbara Balik, Jim Conway, Lorri Zipperer, Joanne Watson

Copyright 2011 Institute for Healthcare Improvement

原著

Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care

Copyright © 2011 Institute for Healthcare Improvement

IHI ウェブサイト (www.ihl.org) から無料でダウンロード可能です (登録が必要です)。

原著者

Barbara Balik, RN, EdD: Senior Faculty, IHI; Principal, Common Fire Healthcare Consulting

Jim Conway, MS, FACHE: IHI Senior Fellow

Lorri Zipperer, MA: Principal, Zipperer Project Management

Joanne Watson, MD: Health Foundation/IHI Fellow 2008-2009; Consultant Endocrinologist/Clinical Director of Patient Experience, Taunton & Somerset NHS Foundation Trust

日本語版訳者

越智 小枝 (おち さえ): IHI Japan, インペリアルカレッジ・ロンドン公衆衛生大学院生。

一原 直昭 (いちはら なおあき): IHI Japan, ハーバード大学公衆衛生大学院、横浜市立大学附属病院 循環器内科/救急部。

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Institute for Healthcare Improvement (IHI) は医療を改善することを目指す米国の非営利組織です。IHI は、診療をより良くするために役に立つ考え方を醸成し、これらを行動に移すことで、変化を推進します。すでに数千人もの医療従事者が IHI の活動に参加しています。ぜひウェブサイト (www.ihl.org) をご覧になってみてください (英語)。

イノベーション・シリーズ white papers (報告書)

IHI のイノベーション・シリーズ white papers (報告書) は、上記の目標に向けて IHI が作製し、無料で公開している資料です。これらの報告書に含まれる着想や調査結果は、IHI とその協力組織の革新的な取り組みの成果です。報告書は、IHI が取り組んでいる問題や、医療組織が進歩を成し遂げるのを助けるために IHI が推進し、試している考え方や、すでに実践されている場合には、その成果を共有するように構成されています。

IHI Japan

IHI Japan (<http://naoaki.juno.bindsite.jp/ihl/>) は、米国 IHI の報告書等を日本語で紹介する活動を中心として、自分たちの職場をもっと良くしたいと考えている日本の医療関係者を応援する非営利組織です。Facebook ページ (<http://naoaki.juno.bindsite.jp/ihl/>) もぜひご覧ください。お問い合わせは JapanIHI@gmail.com まで。

翻訳ボランティア募集、寄付募集

IHI Japan では随時、翻訳ボランティアを募集しています。ご自身が興味を持った IHI の教材を選んでいただきます。翻訳が完成したら、事務局で内容を確認し、必要な修正を加えた上で、IHI Japan のウェブサイトで公開します。翻訳者のコメントも、IHI Japan のウェブサイトや Facebook ページに掲載します。勉強のためにも、仲間作りのためにも、ぜひ挑戦してみてください。翻訳以外のかたちでご協力いただける方や、ウェブサイトの維持費など IHI Japan の活動に必要な費用をサポートしていただくための寄付も歓迎します。ご興味を持たれた方は JapanIHI@gmail.com までご連絡ください。

概略 Executive Summary

入院中の患者・家族の診療経験を理解し改善する必要性は日々高まっています。この状況を踏まえ、Institute for Healthcare Improvement(IHI)はこれまでのリサーチの詳細な見直し、モデルとなる病院の調査、専門家へのインタビューを行いました。

私たちの目標は、患者や患者家族の診療経験のうち、非常に優れたもの—これは患者さん中心性、安全性、効率性、即時性、効果性かつ普遍性と定義されます—を達成するための1次ドライバや2次ドライバを特定することです。同様の方法はHCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)が行った患者推奨度調査でも用いられています(1)。このプロジェクトの様々な関係者の中には患者・家族、医療機関への専門アドバイザー、IHI、患者中心医療の専門家なども含まれています。

このプロジェクトでは、患者・家族の入院をより良くする5つの1次ドライバ（とそれに関連する2次ドライバ・エビデンス・症例）を同定しました。すなわち

- 1) リーダーシップ、
- 2) スタッフの心づかい・気遣い、
- 3) 信頼関係、
- 4) 信頼性の高い医療、
- 5) エビデンスに基づく医療

です。病院はこのフレームワークを用いて患者・家族の病院での診療経験を改善できます。改革を試行し実行し、それを全員の日常業務へと織り込むことで、優秀な結果を得ることができるのです。

この白書では、患者・家族の入院中の診療経験をより良くするために必要なエビデンスやリソースを集めています(2, 3)。これらの取り組みはIHIの改善マップ(4)に既に示されている、ベッドサイドでの医療改革(5)やIHI ナショナル・フォーラムでのプレゼンテーションだけでなく、様々な病院での改革への努力も含まれます。この白書は主に米国での経験を基に書かれていますが、共著者であるコンウェイやワトソンはこれを英国でも試用し、ここに書かれている内容が国境を超えて有用であることを既に示しています。

背景 Background

入院生活における患者・家族の診療経験が注目を浴びている背景には幾つかの理由があります。まず、米国のHCAHPSという公的機関が全ての病院のパフォーマンスのデータを公表するようになり(6)、誰でも医療機関の比較ができるようになったということ。次に、多くの医療機関ではなかなか入院患者・家族の診療経験の改善が進まず、更に改善を維持する事も難しいということが挙げられます。更に、臨床レベル・組織レベルで患者と純粋かつ良好な関係を結ぶのは、前例はあるものの、時間がかかります。最後に、このような環境改善の試みを集約しただけで病院全体の長期的取り組みとする、いわゆる「いいアイデアの寄せ集め」だけで終わってしまわないことは、多くのリーダーにとって至難の業なのです。

このような難題に対峙して、病院のリーダーたちはIHIに次のような質問をしてくるようになってきました。

- ・ どうやったら患者・家族の診療経験を最高のものにできるだろうか？
- ・ 患者中心・患者家族中心医療は多々あるが、どうやってそれを意味あるものにすればよieldろうか？
- ・ 現在色々なプロジェクトを同時進行させているが、どうやってこれらのプロジェクトが本当に改善に向かっていくかを判定すればよieldろうか？
- ・ 患者・家族の診療経験づくりは、業績や成果にもつながるのだろうか？

この質問に答える為、IHIは90日のリサーチと開発プロジェクトを組みました。このR&D (research and development)プロジェクトは、下記のようなものです。

- ・ 様々な利害団体（患者・患者家族を含む）によるチームプロジェクト
- ・ 専門家によるエビデンスのレビューと、そのエビデンスを、経過を通して職場の情報伝達プロジェクトに反映させること
- ・ 病院の患者・家族の環境づくり・評価の経験がある 60 人以上のリーダーへのインタビュー
- ・ 模範病院のインタビュー
- ・ 患者・家族中心ケア協会(Institute for Patient- and Family- Centered Care)、ピッカー協会 (the Picker Institute、プラネツリー (Planetree)などの専門機関へのコンサルテーション
- ・ IHI の IMPACT 学習・革新コミュニティによる改善促進計画の検定と評価

この R&D の目標は、患者・家族中心の医療の土台を作り、最良の診療経験を作り上げる為に何が必要か、推進力チャートという形で簡潔にまとめ、フレームワークを明確にすることです。病院が患者・家族の環境作りを様々な面から理解できるよう、この論文では次のような内容を紹介していきます。

- ・ **1次ドライバ・2次ドライバの一覧**：これらをもとに組織全体としての目標を達成できます。
- ・ 様々な病院のお手本例：理想を実行に移すための参考となります。
- ・ **取り掛かりのコツ**
- ・ **参考図書・文献**：詳細なエビデンス・ガイダンス・症例などを参照できます。

この推進力チャートを開発するに当たり、3つの課題が明らかになりました。

1. 統合型のシステム（integrated system）は優良な入院患者・家族の環境作りの鍵である。

インタビューを受けたリーダーや専門家は患者の診療経験作りへの取り組みと、質・安全性改善の取り組みを切り離して考えることはできないと答えました。この二つは統合的、かつ相互補助的であるというのです。例えば、患者と良好な関係を築くことは安全な医療にもつながり、安全な医療は患者の診療経験改善にもつながります。患者と家族は診療経験を個々の部分としてではなく全体として見ています。つまり、診療、信頼関係、経験などの要素は全て連関しているのです。

2. 良い結果を生み出す為には上層部・中間管理職・現場の各々のレベルでのリーダーシップが必要である。

患者・家族の診療経験が常に改善し続けるような職場環境を作り、良い結果へと結びつけるためにはリーダーシップの存在は欠かせません。もしリーダーが患者さんの環境改善を現場に任せてしまうと、成果に統一性がなく、局所的になってしまいます。成果を出せるリーダーというのはIHIの「改善の為のリーダーシップの条件」に示されているような要素を持っています：彼らは結果を出すための希望・アイデア・献身的な遂行力というものを持っているのです。(7)

3. 患者・家族の診療経験作りで最良の結果を得る過程においては、一連の流れ作業よりも、流動的かつ非常に強固な活動が必要である。

例を挙げれば、結果を残せるリーダーシップというのはスタッフや関係者の心をつかむことで、お互いを尊重し合うコミュニケーションや患者さん・家族との信頼関係を築き、更にスタッフや医療従事者が献身的に働く環境を作り上げることができることなのです。

患者・家族中心ケア（PFCC）：歴史、定義と最近の傾向

Patient- and Family-Centered Care: History, Definition, and Current Status

歴史と定義 History and Definition

「患者中心のケア」への必要性が高まり始めたのは1950年代であり、「患者中心医療」がバリントらによって紹介されたのは1970年代のことです。その後ピッカー福祉プログラム(Picker Commonwealth Program for Patient-Centered Care)やピッカー協会(Picker Institute)が1988年に研究を開始し、患者中心ケアに必要な8つの本質的な方向性・各々の方向性における患者環境の測定方法を同定しました。この8つの方向性とは、アクセス、患者の価値観や嗜好の尊重、診療・情報・コミュニケーション・教育の協調、身体的な快適さ、精神面のサポート、知人や家族の参加、退院・転院調整になります(9)。2001年には、米国医学研究所は「質の狭間を超えて：21世紀の新しい医療システム（*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*）」という本(10)で6つの改善の為に包括目標の1つに患者中心ケアを挙げています。その中で「患者の診療経験」は患者中心ケアを測定する1つの目安になっています(11)。

「患者と家族中心のケア」にはいくつかの定義があります。ピッカー協会、患者・家族中心ケア協会(Institute for Patient- and Family-Centered Care)、プラネツリー(Planetree)による定義(12-14)は各々微妙な違いこそあれ、表1に示すような共通の要素を含んでいます。

表1. 患者・家族中心のケアの定義 Table 1. Definitions of Patient- and Family-Centered Care

<p>ピッカー協会 Picker Institute</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族中心ケアは「患者の目を通して見た医療の改善」である。 ・全ての患者は質の高い医療を受ける権利があり、患者の視点・経験を医療の改善努力へと集約させなくてはならない。 ・患者中心のケアは以下のような原則を含む。 <ul style="list-style-type: none"> ○信頼できるスタッフにより有効な治療が行われること ○患者の希望を尊重し、治療方針決定に反映させること ○医療についての信頼できるアドバイスをすぐに受けることができること ○セルフケアに関して簡潔明瞭な情報提供とサポートがなされること ○身体的に快適であり、かつ清潔で安全な環境であること ○共感的な精神的サポートを受けられること ○知人・家族の参加 ○地域医療のサポートとそこへ至るまでのスムーズな引き継ぎ
<p>患者・家族中心ケア協会 Institute for Patient- and Family-Centered Care</p> <p>患者と家族中心のケアは以下のような性質を持つ。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人が尊厳と尊敬を持って扱われること ・医療従事者が患者・家族と、十分かつ偏見のない情報を共有し、それを肯定的・有益なものとして相互に伝達すること。 ・患者・家族は自身の影響力と自律性を拡大するべく診療経験に参加することで、自分の立場を確立できること。 ・診療提供の場だけでなく政策や開発プログラム・専門教育プログラムなどの方面でも患者・患者家族・医療従事者の協力体制が見られること。
<p>プラネツリー Planetree</p> <p>患者と家族中心のケアは以下の要素を含む。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人らしい交流 ・家族・知人・社会からのサポート ・情報と教育 ・栄養と食育 ・建築およびインテリアのデザイン ・芸術と娯楽 ・精神性 ・人間味 ・補助療法 ・健康なコミュニティ

これらの定義—あるいは別の定義でも同じだが—があるにしても、組織はその組織特有の需要と目的に応じた患者と家族中心ケアの定義を創らなくてははいけません。定義づけというのは患者・家族の診療経験を改善しようというすべての作業の核となるものだからです。定義とは、明確で、説得力があり、性格でかつ簡潔でなくてははいけません。これは単なる標語といったものではなく、患者・家族を診療や方針決定に全面協力してもらうという確固たる意図を持って、組織の信念や患者さん・家族への約束を正式な形で表明するものなのです。IHIは「家族」の定義を「患者が家族と呼ぶ人々」と定義しており、本来医療関係者が用いる家族とは分けて使っています。

現状 Current Status

患者・家族の診療経験の最適化は従来、医療の現場で、「あった方が望ましいが必須ではないもの」とみなされてきました。ほぼ半世紀にわたる議論・研究・試行にも関わらず、患者・家族中心の環境・システム・経験づくりというのは未だ確たる定義もなく扱われています。プラネツリーとピッカー協会が共同で作った「患者中心ケア改善ガイド(*Patient-Centered Care Improvement Guide*)」では、その進歩を妨害している俗説（とそれが誤っているというエビデンス）も報告しています(15)。このような俗説の例としては以下のようになります。

- ・患者・家族中心ケア（PFCC）が効果的であるというエビデンスはない。
- ・PFCCの提供はコストがかかりすぎる。
- ・PFCCを提供するためには看護師の仕事が増える、時間が取られる
- ・PFCCを始めるためには、新たにシステムを作らなくてはならない（あるいはこれに付随する通説として：例えば、PFCCを実行して患者の環境を良くするには2人部屋をなくさなくてはいけない）
- ・患者へのカルテ開示は守秘義務の侵害につながりうる。
- ・私たちは医療の質について何度も表彰されているのだから、PFCCを達成できている。
- ・患者は現実的でない要求をするものである。
- ・家族の介入は医療の妨害、治療の遅延、医療事故、感染コントロール不良などの原因となる。
- ・患者や家族を医療チームのミーティングに加えると、スタッフや医師がオープンに話し合うことができなくなる。

様々な外力—「押し」も「引き」も含め—がPFCCの性質を迅速かつ劇的に変えつつあります。これらのプレッシャーを表2にまとめてみました。

表2. PFCCへ影響を与える力

「押し」の力：現状に満足できなくなる力	「引き」の力：将来設計を魅力的に見せる力
<ul style="list-style-type: none"> ・ 消費者からの圧力 <ul style="list-style-type: none"> ・ 消費者(患者)が専門家に「方針を決定するのはあなた一人の仕事ではない」と言うこと。 ・ 患者の権利 ・ 患者の安全 <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療の有害事象を経験した人々の肉声が病院上部や消費者に届くこと ・ 医療研究・品質調査機構(Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ)による消費者・患者報告システム <ul style="list-style-type: none"> ・ 透明性の要求 ・ 医療改革 ・ 適正調査委員会 ・ より高度なレベルでの消費者介入を目指す団体—AARP, Consumer Reports, National Quality Forum, National Priorities Partnership, Picker Institute, Planetree, Institute for Patient- and Family- Centered Care, IHI, Lucian Leape Institute, World Health Organizationなど 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者・家族を取り巻く形での医療システム再編成が全ての人に適応されること（への要望） ・ 患者環境改善が他の結果にも関連し、臨床業績(16, 17)・収入面(18)・スタッフの満足度も共に改善すること ・ 患者が活動的になり、自己管理に積極的になることで慢性疾患の臨床経過が改善すること(19, 20)。世界各国・および国内の医療機関で立派な成功例・成果がうまれることで、医療のパフォーマンスの標準とされてきたものを革新すること ・ 医療提供者・従事者は自身の患者や家族のためによりよい患者環境を模索していること

現在、患者経験を改善したり患者との信頼関係を築くことにより診療成績が改善した、という報告が続々となされています。例えば、自分の治療計画に参加した患者さんは複雑な慢性期の病態でも上手く自己管理できるようになった(21-23)、適切な補助を探すことができた、不安やストレスが減った(24)、入院期間が短くなった(25)などの報告があります。さらに、メディケア・メディケイド・サービス・センター(米国保健社会福祉省の公的保険制度運営センター：(CMS))は患者環境のランキングを病院比較のウェブサイトに掲示しており(26)、将来的な医療費償還額にこの調査結果を反映させると言っています。この連携は、PFCCに対する「良い事だが必要のないもの」という見方を変えるものです。病院のリーダーは患者・家族環境の改善を医療の質・安全・経済性と同等に必要なものとみなすようになってきています。

最良の患者・家族経験に対する理解

Understanding the Exceptional Patient and Family Experience

患者の診療経験に関しては様々な文献がありますが、医療機関がよく直面する問題として、この長大な計画をどこから手掛ければよいか、正しい優先順位は何か、成果が遅れたときにどうやって強化するか、色々な提言が出てきたときにどれが一番結果につながるのか、といった疑問があります。PFCCを現場に応用するための必須項目、有効性の確認方法、そして(有効であると判断すれば)それを更に発展する方法について、文献、医療機関の成功談、信頼できる専門家などが示すエビデンスをまとめると以下のようなものになります。

- ・患者・家族との信頼関係は最良のPFCCを目指すための基盤ともいえるべきものです。ルシアン・リープ患者安全性財団(Lucian Leape Institute of the National Patient Safety Foundation)が提唱する通り、「もし健康というものがテーブルに乗っているとすれば、患者はいついかなるときもそのテーブルについていなくてはならない」のです。

- ・優良な患者・家族の診療経験は医療の質の「6つの目標」の全ての地盤となります。この「6つの目標」は米国医学研究所のが「質の狭間を超えて」で定義づけているもので、患者中心性、安全性、効率性、即時性、有効性、平等性の6項目のことです(27)。

- ・PFCCは健康と医療の全ての現場(入院・外来・地域医療・家庭医療)および全ての局面(環境・組織・マイクロシステム、個々の患者の体験)において考慮されるべきものです(表3参照)。

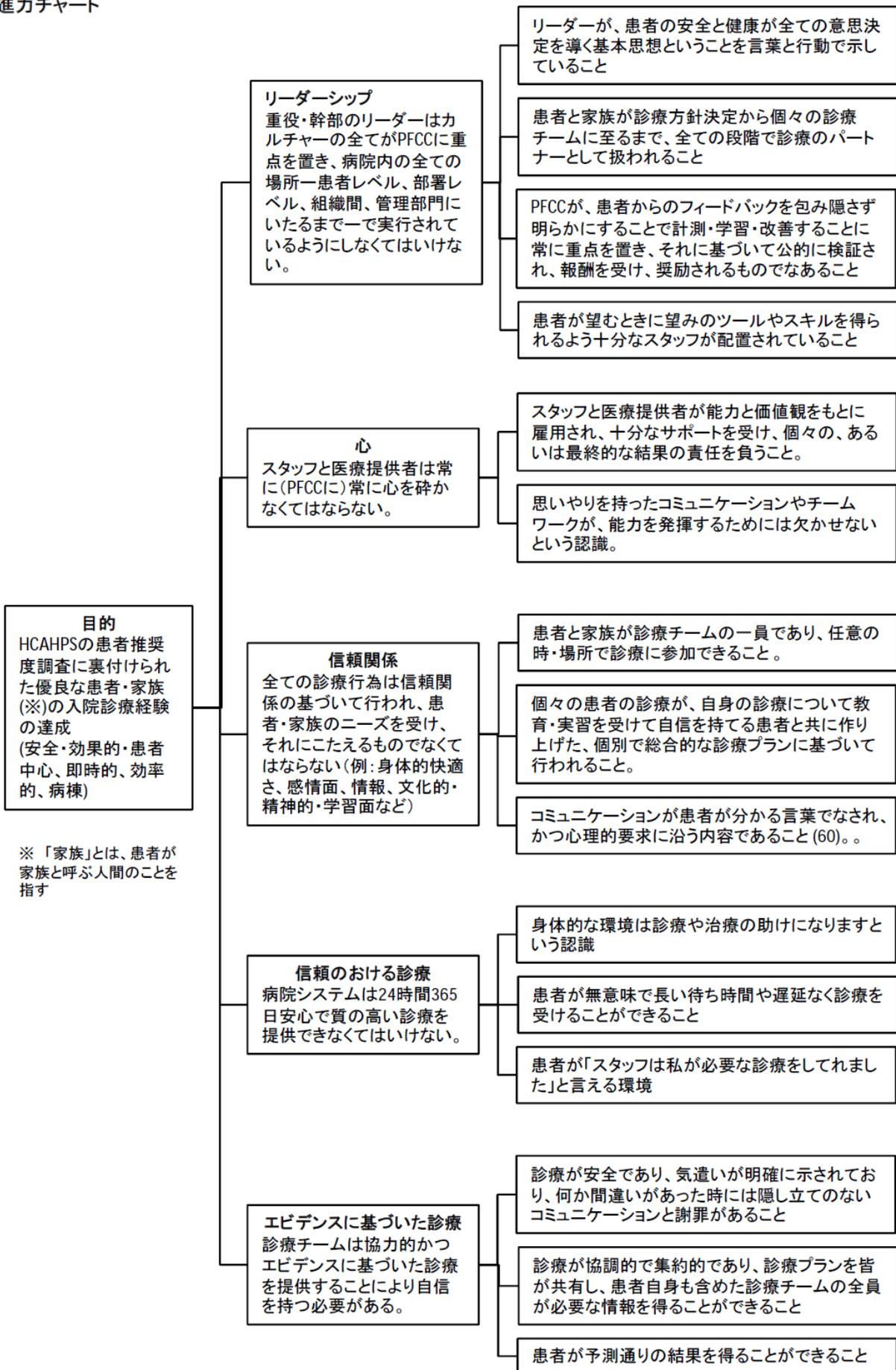
- ・患者・家族の診療経験を改善しようという努力も、皆がばらばらに行ってしまうと、結果は局所的で全体的な改革につながる事は難しく、また成果も断続的となってしまいます。

- ・次々と蓄積する知見によれば、PFCCは価値の基盤となるだけでなく、臨床成果・経済面・サービス面および満足度を改善する上での必須項目なのです(29, 30)。

表3 様々なレベルでのPFCC

レベル	場所	例
環境	地域社会、市町村、県	<ul style="list-style-type: none"> ・ コミュニティグループ ・ 複数の医療機関にまたがる医療連携 ・ 医療委託機関、メディカルホーム ・ 先進医療計画（生命維持の為の医療処置(MOLST)など） ・ 学校・教会によるプログラム ・ 公衆衛生その他の対外活動
組織	医療システム、トラスト(英)、病院、療養施設	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者環境の調査、患者の訴え ・ 患者・家族の評議会・アドバイザー・団体など ・ 情報センター・患者窓口 ・ 24時間体制の医療支援 ・ 投薬リスト
マイクロシステム	診療所、診療科、ユニット、救急部、訪問	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者、アドバイザー、アドバイザー団体 ・ 自由なアクセス、行動曲線の最適化 ・ 患者家族の回診への参加
個々の診療経験	ベッドサイド、検査室、在宅	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療録を自由に閲覧できる状態 ・ 診療計画への参加 ・ 「賢い患者は質問をする」(31)

図:推進力チャート



IHIの患者・家族の環境作りの推進力チャートは、次の3項目を一目で俯瞰できるようになっています。

1. **目的**：優良な患者・家族の診療経験作り
2. **1次ドライバ**：目的達成のために必須の行動
3. **2次ドライバ**：1次ドライバを達成する為に必要なステップ

推進力チャートは、これを実行すればある特定のゴールや結果を得ることができる、という理論やアイデアを図示したものです。望み通りの結果を出すためには、1次ドライバ（必須項目）と2次ドライバ（各々の1次ドライバに関連した具体的な変革案）を明らかにする必要があります。

1次ドライバとは以下のようなものです。

その1. リーダーシップ：管理職や幹部のリーダーは、組織文化の全てがPFCCを中心に動き、病院のあらゆる場所—個人レベル・マイクロシステムレベルだけでなく、部署の境界を超えて、管理に至るまでのレベルで実行されるようにしなくてはなりません。

その2. 心：スタッフ・医療提供者の熱意や志が十分に反映されるには、組織内の全ての人間を尊重し合う人間関係、PFCCに対する価値観を共有しようという熱意が重要です。

その3. 思いやりのある人間関係：全ての医療行為は思いやりのある態度、すなわち患者や家族が必要とするもの（身体的な快適さ、感情的、情報、文化的、精神的、学習面などの要求）を先回りして対応する心に根差しています。

その4. 信頼できる医療：病院システムは信頼性が高くかつ質の高い医療を24時間365日提供するものでなくてはなりません。

その5. エビデンスに基づいた医療：医療チームは協調的かつエビデンスに基づいた医療を提供できることでチームに自信を浸透させなくてはなりません。

以下に各論を示します。

1次ドライバ その1：リーダーシップ

管理職や幹部のリーダーは、組織のカルチャーの全てがPFCCを中心に動き、病院のあらゆる場所—個人レベル・マイクロシステムレベルだけでなく、部署の境界を超えて、管理に至るまでのレベルで実行されるようにしなくてはならない (32)。

我々IHIが改善の為にリーダーシップのあり方 (33)、リーダーシップの7つの活用術 (34)、「重役が重要になる」ための指南書 (35)、医療のリーダーシップ研究 (36)、その他優良機関の経験談などで示しているように、リーダーシップを持った人間の積極的な介入は患者・家族の環境改善には欠かせません。力のあるリーダーというのは、組織文化の中心を患者・家族が何を必要としているかということに置き、（例えば治療中心の医療より患者中心の医療といった）革新的なアイデアに取り組み、PFCCをカルチャーとするための忍耐力と技術を持っているのです(37-39)。重役から現場にいたるまで、リーダーは皆このゴールの達成に専心し、またこれを、最高幹部が率先して行う、組織の核となる方針であると認識しなくてはなりません。更に、この方針は組織内の全ての仕事—すなわち診療提供の方法にはじまり清掃、会計、駐車場、環境デザインに至るまで—に浸透しなくてはなりません。全ての従業員は医療提供者なのです。

このようなリーダーはより良い患者環境を得る為の「書き換え」に必要な「書かれていない」ルールを知ろうと一生懸命になるものです。例えば、あるマネージャーは、患者は入院したら術着を着なくてはならない、という規則から、好きなものを着てよい、という方針に換えようとしてしました。この時の彼女の行動は、

改革推進の為に最高幹部・中間管理職・現場のリーダーがしっかりと協力することが必要だということを示すよいお手本です。他のCEOは、最近自分が配偶者が入院した経験のあるスタッフを呼び、経験談を話すよう言いました。彼らはそのスタッフに、「自分がいいと思う医療を得るためにはどのルールを破りたいと思いましたか？」という質問をしたのです。また別の管理職の女性は、90日以内病院の全てのフロアで患者が好きな時に面会できるようにする、と宣言しました。彼女は従来の面会時間制限をなくすために病院のマネージャーやスタッフと話し合い、システムや設備の整備を行ったのです。

管理職のメンバーがリーダーシップを発揮するには、IHIの「『重役が重要になる』ための指南書—データ収集と意見の聴取」の中で、6つの必須事項のうちの1つが重要になります。それは安全な医療へ向けて何を推進すべきかを選択し評価する、ということを経験談における最初の検討課題として挙げることです。またこの時に、透明性を維持し、有害事象のデータ＝「人」であることを認識させることも重要です。

多くの委員会では委員会の最初に、前の月に有害事象に会った患者の検討から始めます。これらの症例は議論を活性化し、安全なシステムへの移行に対する意欲をかきたてるのに役立っています。

管理職がリーダーシップを発揮する他の1例として、症例検討があります。医務部長(CMO)や看護部長(CNO)と協力して、CEOは病院で起きた重大な有害事象につき個人に対する詳細な調査、例えば被害者である患者や家族、関係したスタッフの聞き取り調査などを行います。この目的は、一連の「ストーリー」を細部にわたって把握し、複雑な医療システムに潜む危険の性質と根源を明らかにすることにあります。CEOは自ら役員に向かって、その症例について1時間以内のプレゼンテーションを行います。可能であれば、関係した患者や家族がその委員会に同席し、個人的な解釈や私見を加えることが望ましいでしょう。

2次ドライバ

2次ドライバとは、1次ドライバを達成するのに必要な前段階の事です。核となるコンセプトは、最高幹部は言行一致しては行けない；意図的に見られやすい行動をとらなくては行けない；一挙一動が患者・家族に則した行動でなくては行けない、などです。

- ・リーダーが、患者の安全と健康が全ての意思決定を導く基本思想ということを言葉と行動で示していること(40)。

- ・患者と家族が診療方針決定から個々の診療チームに至るまで、全ての段階で診療のパートナーとして扱われること(41, 42)。

- ・PFCCが、患者からのフィードバックを包み隠さず明らかにすることで計測・学習・改善することに常に重点を置き、それに基づいて公的に検証され、報酬を受け、奨励されるものでなあること(43)。

- ・患者が望むときに望みのツールやスキルを得られるよう十分なスタッフが配置されていること(44)。

見本例

2004年にスペクトラム健康システム(Spectrum Health System)は国内で比較可能な患者環境調査ツールを開発・適用しましたが、幹部は患者自身による診療経験評価が予測外に低いことになりました。なんと(下から)

24パーセントだったのです。この結果を踏まえ、幹部をふくめた会社全体が、患者・家族の診療経験作りを次の4年で大幅に改善する方針を打ち出しました。この年度越しのプランは、結果として「計画」や「構想」とどまらず、会社の文化となりました。スペクトラム健康システムの患者環境の評価は、現在80パーセント以上となっています。スペクトラム兼行システムの技術革新・患者関連業務の副社長であるクリスティン・ホワイトが、この成果を挙げられたキーポイントを以下のように述べています：

・「全員野球」：これは、全ての幹部がPFCCおよび患者・家族の診療経験に貢献できる方法を定義し、自分のものにすることを意味します。一つの幹部チームにおいては、一人の幹部だけが戦略、実践の責任を持つ立場にあります。しかし、全ての幹部が結果に関わる重要な役割を果たしています。例えばCFOはPFCCの全体的な戦略について、その責任職にある幹部と同じくらいの知識を持って議論でき、更に患者に優しい会計システムについても説明することができます。社長は毎月印象深い事例、成功例、改善の余地などについて話し合う、PFCCマネジメント会議の議事録の初稿を保存しています。

・PFCCが会社のミッションに直結していること：最高幹部はPFCCの成果について常に高みを目指し、局所的な取り組みと会社全体の取り組みを一体化させ、他の戦略とも歩調を合わせるようにしています。

・患者の環境作りは単なるサービス重視よりも深いものであるという認識：サービスの技術は必要ですが、PFCCの文化を作るには十分ではありません。PFCCは単に「親切にする」などといったものではなく、最良の信頼関係を築けるようにシステムを変えるものなのです。

・影響力の重視：重視されるべきは、患者と家族にとって意味のある仕事です。付加価値を生まない無駄な作業を行うべきではありません。

・合同チームには患者の同席が必要であるという認識：例えば、面会時間制限は90日以内に病院の全ての場所で廃止されました。既定の「面会時間」の代わりに、個々の患者の要求に応じて家族が居られるようにしました。幹部は設備・プロセス・器材などが目的達成に間に合うよう、スタッフと協力して取り組みました。スタッフは患者と協力することで、半個室などユニークな取り組みを手掛けました。

・患者と家族がアドバイザーとして、病院全体の幹部会やサービスラインの評議会に参加すること：8つの病院を合わせて、およそ100の患者・家族によるアドバイザーが2000病床にわたる140のサービス部門に参加しています。幹部会は主要患者アドバイザー、サービスライン評議員、幹部チームなどの役員で成り立っています。患者や家族によるアドバイザーは病院の重役職や主要メンバー（質・安全委員会取締役、患者安全委員、ミシガン州再入院予防活動医員（MiSTAAR）、患者教育委員など）の試問チームに参加しています。

・PFCC技術の開発：例えば、1年次研修医はPFCCに必要な交流のシミュレーション講習を受けます。

・スタッフが誠心誠意働くよう戦略をたてること：ゴールは、全てのスタッフに、全ての人間の行動がどのように患者と家族に影響を与えるかをしっかり認識させることです。

1次ドライバその2：心

スタッフと医療提供者の心をしっかりつかまなくてはいけない。

PFCCは命令したからといって実現できる事ではありません。医療従事者が親身で思いやりのある人間になるためには、サポートされているという自信が必要です。医療の細かい技術は複雑で評価が難しいのに比べ、患者さんの全般的な感想というのは全ての医療提供者の協力体制の良さと密接に関係しています。そして、見本となるような医療機関では、全ての従業員を「医療提供者」とみなしているのです。レン・ベリーは顧客を「探偵」に見立てました。つまり、顧客（患者）が医療機関に接触するときには意識的・無意識的にかかわらず自分が経験したもののの中に潜んでいる「手がかり」を探し出し、全体的な印象として仕立てあげるのです(45,46)。レン・ベリーの研究によれば、サービスがより広範で多彩、複雑、かつ細やかになればなるほど、顧客は「手がかり」に同調しやすいのです。医療は明らかにこの4つの要素を含んでいます。これらの「手がかり」からも分かるように、患者家族の環境作りは単なる個々の努力ではなく、上手なシステムデザインがなければ得られないものなのです。

ベリーは3つの独立した「手がかり」について述べています。（これは医療という状況に合わせて書き換えたものです）

・**臨床**：サービスが提供する「モノ」の部分です。技術の質、医療提供者の能力、信頼性、協調性などが挙げられます。患者・家族が医療の個々の臨床の構成要素を評価する能力はまちまちです。しかし彼らは、医療チームがいかにお互い協力的に働いているか、コミュニケーションをとっているか、患者さんに「あなたのことをきちんと把握しています」というニュアンスを伝えられているか、という点においては評価することができます。臨床という手がかりを患者が評価するときには「可・不可」の二択で評価します。患者が色々な場面で技術の質や、能力、信頼性、協調性をダメと判断してしまうと、よい環境作りは難しくなります。

・**雰囲気**：これはサービスを提供される「方法」のうち、物理的な側面です。医療提供者がそうであるのと同様、患者と家族にとっても最初の印象はその後の診療がどのようなものかの予測材料になります。医療環境は容易に不要なストレスを生みます。逆に言えば、雰囲気が良ければ平穩、希望、平癒といった印象を与えることもできるのです。細かい気配りをする医療機関は、様々な方法で「私たちはあなたを良くするためにここにいますよ」という信号を発信しているのです。音・証明・道案内標識（あるいはスタッフが気持ちよく道案内をしてくれること）、清潔、整理整頓、物の配置、スタッフの身だしなみなどは全て患者環境の手がかりであり、ポジティブにもネガティブにも作用し得るのです。

・**人間関係**：患者や家族の心を思いやる礼の心に根差したやりとりは、患者・家族環境の重要な規定因子となります。患者の心理的要求に答えようという努力などを含め、信用を生む行動というのは「ここは最高の居場所です」というシグナルを出すものです。礼儀正しく思いやりを持った関係が臨床の質に伴うことは、最高の環境を作るためには欠かせません。

個人の価値観と組織が同じ価値観を持ち、効率よいシステムのバックアップと正当な評価を実感できれば、スタッフや医療提供者はより効率よく仕事ができ、より安全な医療を提供でき、よりよい患者家族の環境を作れるのです(47)。従業員がどれだけ組織に入れ込んでいるかを測定する信頼性の高いツールも幾つか出ています(48)。従業員満足度単独より良いということで業績を上げている病院では病院の信頼度と従業員の熱心さを把握するのにこれらのツールを使うようになっているようです。

従業員にとって最良の病院と評価され、かつ患者家族環境も非常に良いとされている医療機関は価値観の一致する人間を雇用することが第一歩だということを知っています。リーダーは患者・家族の環境作りに対する関心を共有できる人々を雇用・選別・教育・保持する責任があります。

2次ドライバ

・スタッフと医療提供者が能力と価値観をもとに雇用され、十分なサポートを受け、個々の、あるいは最終的な結果の責任を負うこと。

・思いやりを持ったコミュニケーションやチームワークが、能力を発揮するためには欠かせないという認識。

見本例

グリフィン病院という米国で最初にプレネツリーが経営した病院は、雑誌「フォーチュン」の「働きたい会社ベスト100」に10年間選ばれています。グリフィン病院は全米の病院の臨床業績のトップ1%以内に位置する、臨床能力で有名な病院です。その理由はスタッフの心の持ちようにあります。新しい従業員を雇う時には臨床態度に主眼を置いた試問を作って自分の態度を説明させます。例えば、「あなたが患者中心のケアを

行えたと思った時の事を説明してください」という質問などです。

グリフィンがスタッフに、プロフェッショナルとしてこうしたい、という強い願望や個人的な目標があれば、それをサポートします。こうすることで従業員個人の価値観と一致した院内の雰囲気を作っていくのです。このために、グリフィンは幾つかの方法をとっています：診療を良くするという目標に打ち込める人々を雇う事、オリエンテーションの時に何が求められているかを分かりやすく示すこと、今現在の取り組みをサポートすること、などです。誰が勤務しているか、ではなくどのような人が勤務しているか、という目で扱われるようになると、ある従業員が言うように：「自分の人生をプロとして、個人として眺めるようになり、本当に重要な事は何か、ということを考えさせられました。そして多少自分のあり方を修正することで、人生が楽しく、かつ平穩になった気がします。」

このようなリーダーシップや幹部の働きにより、グリフィン病院のスタッフは仕事の意義を知り、より仕事に打ち込むことができ、また人として、プロとして進歩をかさね、健全な人間関係を築くことができます。ちなみに、グリフィンの給料は周りの他の病院より相対的に低いのです。このことは、「仕事の喜びは正に万人に共通する望みだ」というデミングの言葉を如実に反映しています(49)。

1次ドライバその3: 思いやりのある人間関係

全ての医療行為は思いやりのある態度、すなわち患者や家族が必要とするもの(身体的な快適さ、感情的、情報、文化的、精神的、学習面などの要求)を先回りして対応する心に根差しさなくてはならない。

優良な患者・家族の環境作りの為の核となるのは、患者・家族がどんな場面でも好きな時に診療に参加できるような、思いやりを持った人間関係を作ることです。医療提供者は、自分たちが患者の人生における「お客さん」であること、全てのやり取りはお互いにとってよりよい診療を行うための学習のチャンスであることを認識する必要があります(50, 51)。患者や家族の心理的要求をサポートすることは、環境改善に密接に関係しています。スタッフや医療提供者が患者の心理的要求を理解し対応する能力は、病院の環境をよりよくするためには欠かせない能力です(52, 53)。

思いやりのある人間関係というのは多面的であり、患者・家族の文化的・精神的・知的に基づいた身体的な快適さ・心理的要求・正しい知的要求—例えばヘルスリテラシーなど—toに呼応するものです。人々は色々な場面で、自分の好みに応じて診療に参加することができなくてはなりません。個々人を尊重し、個別に対応する事は環境の重要な一因子です。それだけでなく、患者の中でも診療テクノロジーや健康全般に関する理解度というのは異なります。各々のヘルスリテラシー能力に合わせることもまた、思いやりある人間関係の基礎ともいえるべきものです(54)。

米国医学会の代表図書、「ヘルスリテラシー:混乱を避ける処方箋 (*Health Literacy: A Prescription to End Confusion*)」では、ヘルスリテラシーについて、『個人が基本的な健康に関する知識を習得する能力、および健康に関する適切な判断を下せるための情報量』と定義しています(55)。この定義は社会における健康に関する意思決定という考えにも発展します。これは、健康について、個人の健康に関する理解能力と社会的・文化的因子に基づいて家庭・職場・地域社会などで議論がなされる状態のことです。ヘルスリテラシーについてのこのような定義もまた、思いやりのある人間関係の礎となるのです。

2次ドライバ

- ・患者と家族が診療チームの一員であり、任意の時・場所で診療に参加できること (56, 57, 58)。
- ・個々の患者の診療が、自身の診療について教育・実習を受けて自信を持てる患者と共に作り上げた、個

別で総合的な診療プランに基づいて行われること。

- ・コミュニケーションが患者が分かる言葉でなされ、かつ心理的要求に沿う内容であること (60)。

見本例

2003年に、アイオワヘルスシステムが創立した医療倫理協会は医療倫理の学習・共有・改善を目指す多目的グループです。医療倫理協会は臨床パフォーマンス改善の専門家や医療倫理一チーム、「アイオワの新しい読者 (New Readers of Iowa)」外交官という、読み書きを学ぶ大人の会などによる共同体です。この共同体は、「アスク・ミー3 (Ask Me 3)(61)」、「教え返す方法 (the Teach Back method)(62)」、その他読みやすい出版物など、ヘルスリテラシー関連のアイテムを通じてシステム全体でヘルスリテラシーについての能力を導入・実行・向上させることを目的としています。

フィラデルフィアのこども病院は、患者・家族が専門医に教えることで患者・家族が深く診療に関わるようになった一例です。神経疾患におけるリーダーシップ教育 (Leadership Education in Neurodevelopmental Disabilities ; LEND) は、教育者と耳鼻科・行動発達小児学・家族リーダーシップ、ヘルスケア管理、看護、栄養学、職業訓練などのスタッフが参加する混合的なリーダーシップ訓練プログラムです。このプログラムの主な目的は専門家の臨床的およびリーダーとしての多面的なトレーニングをサポートし、様々な科目において大卒～大学院卒レベルの訓練を受けられるようにすることです。この組織は、地域機関の支持者や代表者、子供の親と手を組み、このトレーニングを提供したり、障害のある子供やその家族の為の環境整備をしたりします。この時特に強調されるのは慢性期疾患を抱えた子供たちと診療計画を共有することです。患者・家族のサポーターは、患者とよい関係を築くためにはどのように動けばよいか、ということについて、医療の専門家を積極的に教育してくれます。

ヴァージニアメゾンメディカルセンターの救急医療は総合回診 (MDR)を行っています。2004年以降は家族がベッドサイドに居る決まりになっています。また、2008年からは患者が看護師の申し送りにも参加できるようになっています。ベッドサイドMDRは今では標準化されており、医学的な内容に加え、日々の診療計画を更新する事にも重点をおいています。家族は出席が奨励されています。チームのメンバーは家族(可能であれば患者自身も)に治療の過程や回診の目的を説明したり、彼らの出席を歓迎し、疑問がたくさんあるということ述べた上で回診スケジュールの都合で質問の時間が別に設けられている事を説明したりすることで、診療プランの「協議事項を決める」手助けをします。もし全ての質問に答える時間がなかった時は、MDRチームがその質問を討議する時間を設けます。

その後MDRチームは患者・家族に参加するかどうかを聞きます。一部の患者の回診の時には、チームのメンバーが部屋に入らないこともあります: 部屋の外での回診を希望する人や、チームが部屋に居ることで不要のストレスがかかることが明らかな人、隔離病棟の人などですが、要望やストレスによるものは少なく、隔離病棟のケースが多いようです。患者と家族が別々のゴール設定のミーティングも別の時間にスケジュールされ、終末期医療を含む話し合いも行われます。家族が看護師の申し送りに出席するときには、課題の設定も行われます。看護師と医師によれば、家族がいることで申し送りが滞る事は決してない、とのことでした。反対に、医師はオープンで透明なMDRのやり方が時間の節約につながるということを学んだ、とのことでした。

1次ドライバその4: 信頼のおけるケア

病院システムは信頼性が高くかつ質の高い医療を24時間365日提供するものでなくてはならない。

信頼のおけるシステムとは、明らかで統率のとれた診療を、患者・家族を含む診療チームメンバーがどのようにシステムが動き、どのように協調しているのかを分かった状態でやっているものです。特に患者自身がサービスのデザインに参加している時にはこれが重要です(63)。IHIの患者環境研究開発チームのあるアドバイザー患者が述べているように、信頼のおけないシステムは結果として「皆が隙間からこぼれ落ちてしまう」のです。

良いリーダーの行動、熱心なスタッフ・医療提供者、信頼関係といったものは、患者・家族を混乱、情報欠如、更にひどいケースでは有害事象を受けた状態で放置するようなシステム、などによって容易に瓦解します。信頼できる診療は、患者・家族の診療経験改善に必須の集約的システムの一部とも言えます(64, 65)。これはひいては身体的な環境の改善につながり、医療提供や治癒支援に対する自信を高めることにもなるのです(66)。

2次ドライバ

- ・身体的な環境は診療や治療の助けになります(67)という認識。
- ・患者が無意味で長い待ち時間や遅延なく診療を受けることができること。
- ・患者が「スタッフは私が必要な診療をしてれました」と言える環境 (68)。

見本例

診療の信頼度改善の努力の一環として、北ミシシッピにあるバプティスト・メモリアルという217床の病院の上級幹部は、2週間に1回の患者安全昼食会を通じて患者・家族との連携を図っています。CNOのリーダーシップの下、スタッフはその昼食会の前日に患者・家族を招待します。幹部リーダーは患者の参加を歓迎し、会の目的が患者の安全を確立する為のものであることを説明します。リーダーたちはジョイス・キングの体験談 (69)を語るどころから始め、その後ノース・ミシシッピで進行中の、患者の安全改善のための2つの試みについて説明します。一つは「乗車券」と呼ばれる、ある病棟から別の病棟への安全な搬送システム、もう一つは「コンディションH」という、家族が自分の愛する家族の搬送が心配な時に助けを呼ぶよう奨励するシステムです。これら2つのシステムは年間を通して実行されていますが、反応はすこぶる良いものです。家族(と一部の患者)は自分の経験を他の人と共有したり、患者・家族にしかない視点を提供することによって病院のリーダーが診療の信頼性を改善する手助けをできます。また、現在進行中の診療改善の試みについても聞くことができます。

1次ドライバその5: エビデンスに基づく診療

医療チームは協調的かつエビデンスに基づいた医療を提供することでチームに自信を浸透させなくてはならない。

患者・家族による助言者はリーダーと同様、エビデンスに基づいた診療を、環境を良くするために必須のものとして見えています。ある患者が言うように、「もし正しい診療を受けられないのであれば、どうして優良な診療経験といえるのでしょうか?」。エビデンスに基づく診療というのは専門家の診断と結びついたもっとも良く知られた科学に地盤を置き、これからはより一層患者の価値観に導かれるものでなくてはなりません(70)。患者は医療提供者とスタッフが最新の科学やエビデンスに基づく医療を提供してくれるものと期待しています。それは人々が飛行機に乗った時に無事着陸できると期待しているのと同じことなのです。患者・家族の観点からすれば、エビデンスに基づく診療には、何か不具合が起きた時への対処 (71)、各部署

間で診療の統制が取れていること(72)、結果が予測できる事(73)なども含まなくてはなりません。組織は患者の診療経験改善を促進するために、健康に関する情報テクノロジーやPFCCという眼鏡で見た新しい方法を開発し、紹介していかなくてはなりません。患者と提供者の視点から見た診療の知識のニーズが健康情報テクノロジーのデザインと実践につながった時、大きな進歩が可能となるのです(74)。例えば、新しいテクノロジーが導入された時には、診療を与える側の学習曲線があるのが一般的です。しかし、もし患者が「私たちは新しい電子カルテを導入しますので、しばらく不便に耐えてください」とだけ言われたとしたら、患者の診療経験は良くもならないだけでなく、それに対する信頼も浸透させることはできないでしょう。

2次ドライバ

- ・ 診療が安全であり、気遣いが明確に示されており、何か間違いがあった時には隠し立てのないコミュニケーションと謝罪があること。
- ・ 診療が協動的で集約的であり、診療プランを皆が共有し、患者自身も含めた診療チームの全員が必要な情報を得ることができること。
- ・ 患者が予測通りの結果を得ることができること。

この2次ドライバのうち、「患者は予測通りの結果を得ることができる」という項目は、患者・家族による助言・および文献に基づいたドライバです。この項目は、医療提供者側から、自分たちは患者の期待する結果を知らないことが多い、あるいは医療提供者の予測と患者のそれは違っていることが多い、という懸念を生んできました。しかしこの項目は、患者・家族・医療提供者は結果への予測や、提供者が結果を完全には予測しえない、ということも含めて診療プランを共有する、ということも含まれています。プランの共有において起こりうるギャップの一つに、病院で起きる合併症-例えば感染症や深部静脈血栓症など-を、患者が診療の過程で予測していない、ということがあります。診療プランの共有において医療者側がリスクを説明しなかったり、患者・家族が理解できないような言葉で説明したりしたときには患者が予測しない結果というものが起きやすいこととなります(76)。

もう一つの例は患者・家族の助言者が「私は乳がんの生存者です。私は全てが分かっていたり予測可能であったりしないこと、診療の過程で驚くようなことが起こりうるということを知っています。私はそれが自分にとって驚くことであったとき、医療者にとってもそれは驚くことなのか、ということが知りたいのです。つまり、我々が診療プランに対する理解を共有しており、お互いが今起きていることを把握している、ということを知る必要があります。」

ここで持ちあがるもう一つの懸念は、「患者が非論理的な要求や期待をした場合にはどうしよう？」というものです。これは現場で、さまざまな相反する要求に応えようと必死に働いている医療者に多くみられる懸念です。しかしトップレベルの業績を上げている病院の経験は、この思い込みとは逆の結果を示しています。患者・家族の予測はほとんど常に直截的であり、医療に従事している人々のミッションと調和するものです。以下に、患者の100%が要望として挙げる事のリストを示します(77)。

- ・ 話を真面目に聞いてもらい、診療のパートナーとして尊重してもらうこと
 - 家族と医療者が同等に扱われること
 - 望むときに方針決定に参加できる事
- ・ 常に真実を伝えられること
 - すべてを本人に完全に、かつ明らかに説明してもらうこと

- 間違いが起きた時に説明と謝罪をされること
- ・診療チームの全てに情報が行き渡っていること
 - 診療が遅延なくかつ漏れなく記録されること
 - それらの記録が要求した時にすぐ開示されること
- ・あらゆる状況において診療チームのメンバーが協調して働いていること
- ・肉体的だけでなく精神的にもサポートしてもらえること
- ・質が高く安全な医療を受けられること

医療のスペシャリストも、これらの期待に賛同するでしょう。しかし多くの場合、信頼に足るだけのシステムがないのが現実です。診療提供におけるお互いの関係を理解している医療提供者と患者は、診療プランについて同意できることが多いため時間の節約にもなり、埋められない差異を感じることも少なく(78, 79)、また患者・家族との連携が医療提供者にとって問題となることも少ないのです。先進的な病院は、診療経験が劣悪化したり、全ての人にとって病院がストレスの場所になることを避けるため、活動支援のインフラを確立し、困っている患者や社会の動きに沿って働けるようにしています。これによって医療従事者がサポートもなく一人苦しむことを避けられます。専門家のサポートを遅延なく受けられることによって、患者・家族・医療従事者の不安が増大することを予防できるのです。

見本例

ピッツバーグ大学メディカルセンター（The University of Pittsburgh Medical Center (UPMC)）では、HCAHPSの利用者向けに、「高い業績と患者・家族中心のケアを達成しているアカデミックな医療機関」というサイト(80)で、エビデンスに基づいた診療やPFCCの方法論に基づいた画期的な経験を紹介しています。彼らの試みは整形外科部門から始まりましたが、今ではこの方法論を色々な場所に応用しています。彼らは診療現場における患者の診療経験を全体的に観察し、その患者と接触する機会のある全てのチームメンバーに協力してもらっています。UPMCのチームは有能で、詳細な観察を通じて患者が院内を移動する行程で出会う全ての局面が患者・家族環境に影響を与えるものとして見えています。このように現場の医療提供者と患者・家族とのやりとりに注目することで、医療提供者が専門領域を超えて協調的で集約的な医療を提供することを阻害する要因を見つけやすくなります。それと同時に、このような障壁を明らかにする機会も多くなり、新しい解決法も生まれやすくなるのです。

UPMCのPFCCの為の方法論を要約すると以下のようになります。

- 1) 注目する診療行為を選択する
- 2) PFCC環境の評価委員会を作る
- 3) 現在の診療環境を色々な方法で評価する、しかし常に患者の視点から見た行動曲線（患者の経験談や調査データなども含め）を直接観察する
- 4) 患者との接点のある場所を基にしたPFCCワーキンググループを設立する
- 5) PFCCワーキンググループは、個人的にどんなものが好ましいか、ということ語り合うことで理想とすべき環境に対する認識を共有する
- 6) どこに改善が必要で、どこから開始するかを決める

このアプローチの結果、患者は安全なケアを受けられるようになりました—例えば、関節内感染の発症率は0.3%です。手術室のチームはお互いの作業を非常に緊密にコーディネートしており、10件の股関節人工

関節置換術が7時間で終了します。患者は期待通りの結果を得ることができ、サービスにも満足しています。これは、HCAHPSの評価がいつも非常に高いという事実にも裏付けられています。

評価方法 Measures

1次ドライバ、2次ドライバを達成し、究極的には患者・家族の診療経験を改善するための進捗度評価は、それぞれの病院独自のニーズに合わせなくてはなりません。このような評価方法には、各々の2次ドライバの目的にリンクしたプロセスや結果の測定が含まれています。この評価方法は、全ての部署・組織で各々のスタート地点に基づいて作り上げるものです。表4に、患者・家族環境の評価方法の例を示します。

表4. 患者・家族環境の評価方法の例 Table 4. Sample Measures of Patient and Family Experience

1次ドライバ	2次ドライバ	測定法
その1:リーダーシップ	患者・家族は診療の全ての段階においてパートナーとみなされなくてはならない。	<ul style="list-style-type: none"> ・院内、および患者・家族会の主要な関係者によりPFCC評価がなされていること ・目標と現状のギャップを明らかにするための作業計画が練られている事 ・ギャップを埋めるための方法が計測可能である事(81)
その2:心	スタッフ・医療提供者は価値観と資質によって選ばれ、成功に裏付けされ、かつ個人としても全体としても結果に責任を持たなくてはならない。	<ul style="list-style-type: none"> ・雇い主と医療提供者の帰属意識調査結果が、結果に対する関心度の点で常に改善していること：組織は例えばギャロップQ12（表5参照）で見られるような質問に注目しなくてはならない(82)。
その3:信頼関係	各々の患者の診療は他分野にまたがり患者と共有できる診療計画に基づいてなされ、患者は教育を受けた上で自分の診療計画の進行に自信を持ってなくてはならない。	<ul style="list-style-type: none"> ・100%の患者が適切に共有型診療プランを得ることができ、これは患者・家族の積極的な参加に裏付けされていること。 ・100%の看護師がTeach Backを効率的に試用できること。 ・100%の患者教育ツールが、適切な読解レベルについての医の倫理ガイドラインに則っていること。
その4:信用できる診療	患者は不当に長い待ち時間や遅延なく診療にアクセスすることができなくてはならない。	<ul style="list-style-type: none"> ・IHIの「改善マップ」の中の「効率・安全の測定法」→「患者の流れ」を参照(83)。 ・信用できる過程に関して、実際に行われている安全の測定方法を使用すること。
その5:エビデンスに基づいた診療	診療は共有型診療計画を用いることで連携・集約され、患者診療チームの患者自身を含む全ての人間が必要な情報を得ることができる。	<ul style="list-style-type: none"> ・IHI改善マップの効果的プロセスを参照（84）。

表5. ギャラップの、従業員の帰属意識を評価するための組織の12の質問事項（Q12）

<ol style="list-style-type: none"> 1. あなたは自分の仕事に何を期待されているかを知っていますか？ 2. あなたは自分の仕事を正しく行うために必要な道具や設備がどこにあるか把握していますか？ 3. 仕事をする時に、あなたはベストをつくせる環境にありますか？ 4. この7日間で、あなたは良い仕事をした、というコメントやほめ言葉を受けましたか？ 5. あなたの上司や職場の他の人が、あなたを個人として気にかけてくれていると思いますか？ 6. 職場に誰かあなたの成長を促してくれるような人はいますか？ 7. 職場であなたの意見は考慮されていますか？ 8. 会社のミッションや目標はあなたの仕事を大事だと思わせてくれますか？ 9. あなたの友人や同僚は質の高い仕事をしていますか？ 10. 職場に友達はいますか？ 11. この6か月で、あなたに昇進についての話をする人はいましたか？ 12. ここ1年で、あなたは職場で学習したり成長したりする機会を得る機会がありましたか？

組織はギャラップQ12（表5参照）のようなツールを用いて従業員の帰属意識を測ることもできます。このツールは従業員が診療やサービスを提供する時の経験に関する情報源ともなります。また、患者の経験に注目できる能力のある従業員をダメにしてしまうようなシステムを見つける手がかりにもなります。成功している組織は、患者経験の改善に先だって仕事に集中できる従業員が必要であることを認識しているものです。このような質問は、従業員の帰属意識評価の一環として半年から1年毎に試行するのが理想的です。

始めるにあたって Getting Started

表6には、優良な患者・家族の入院経験を達成するにはどこから始めればよいか、のヒントが示されています。目指すべきゴールは、PFCCに対する共通したビジョンを皆が持つことです。それにより組織内にいる全ての人、および患者・家族にとっての一元的な力が生まれ、このようなビジョンを実現するために邪魔なものを排除するシステムが出来上がるのです。物事をはじめめるための行動に関してもう少し知りたい方は、「効率的なコミュニケーション、文化的能力、PFCCを発展させるには：病院の道しるべ (*Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*)」(85)をご覧ください。

結びに Conclusion

表6に示したような活動は、病院が患者・家族との関係を継続的に改善し、かつ意味のある生産的なものにするのに役立ちます。病院はこの白書に書かれたフレームワークを、個々の病院診療における患者・家族経験を改善計画をデザインするときに利用できます。その時には5つの1次ドライバに注意しましょう：リーダーシップ、心、信頼関係、信頼できる診療、エビデンスに基づいた診療です。診療に携わる全ての人が、自分がケアする人々とどうやったらよいパートナーシップを作り上げることができるだろうか、と考えることができ、このようなパートナーシップをサポートするようなプロセスが実現したならば、患者・家族の経験—および診療業績も—は必ず改善するのです。

表6. 最良の患者・家族の入院経験を得るためのスタート地点

1次ドライバ	2次ドライバ
<p>1次ドライバその1: リーダーシップ 重役・幹部のリーダーはカルチャーの全てがPFCCに重点を置き、病院内の全ての場所一患者レベル、部署レベル、組織間、管理部門にいたるまで一で実行されているようにしなくてはならない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族を含めた多面的な評価委員会を作ること。 ・あなたの病院独自のPFCCの定義づけと動機づけを、患者・家族と一緒にやって行く。こと。 ・PFCC評価表を完成させること。 ・推進力チャートを使って、既に実行されているところとギャップのあるところを明らかにすること。 ・推進力チャートの評価を使って次に必要なステップを明らかにすること。戦略的ゴールの共同開発や試用、計画の実行、患者・家族のアドバイザーと共にプログラムをデザインすること、など ・患者・家族と回診・カンファランスの内容を共有すること。 ・患者・家族によるアドバイザーを計画チームや改善委員会などのメンバーに入れること。 ・リーダーがPFCC戦略について正しく語る事ができ、日常業務、特に安全・質の改善にそれを応用できているかどうかを常に確認できること。 ・全てのリーダーが、常に次のような問いかけをしていること: 「患者がこのプログラムのデザインやこの改革に参加できるようにするには、どうすればよいだろうか?」「安全管理意識の結果からみて、我々のリーダーシップはどうだろうか?」「安全と生産性の相反する部分ではどのようにバランスを取ったらよいだろうか?」
<p>1次ドライバその2: 心 スタッフと医療提供者は常に(PFCCに)心を砕いていなくてはならない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・従業員が全て「医療提供者」として認識されること。 ・人事部が人を雇う時に、候補者が十分な人間関係の能力、特にチームワークを持っているかどうかを行動や患者・家族中心度を測る質問などを用いて評価し、PFCCの価値観に基づいて採用しているか確認すること。 ・医療提供者にとっても信頼できるシステムを確立するために、最前線の効率のよい管理訓練を提供すること。 ・スタッフと患者・家族の関係を阻む障壁を取り除くシステムを確立すること(例えば快適なラウンジや、ベッドサイドでの引き継ぎなど) ・従業員がすぐに - 少なくとも1週間か1か月おきに - 目にすることができる、患者・家族環境の測定データを作ること。 ・礼儀正しい態度がすべての人に期待され、実行されていることを確認すること。 ・スタッフ・医療提供者の、チームワークのスキルを常に訓練し、上達させること。
<p>1次ドライバその3: 信頼関係 全ての診療行為は信頼関係の基づいて行われ、患者・家族のニーズを受け、それにこたえるものでなくてはならない(例: 身体的快適さ、感情面、情報、文化的・精神的・学習面など)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・礼儀正しい行いが全ての従業員に期待され、確実に実行されていること。 ・医療提供者が医療倫理の知識を持っているようにすること: Teach Backなどの教材を使うとよい。 ・患者に、どのようにして自分の診療に参加したいか聞くこと。 ・患者・家族が診療録を紙ベース、あるいは電子媒体の形で直接アクセスできるようにすること。 ・診療提供者と患者がパートナーとして協力するために、共有診療プランを使うこと。
<p>1次ドライバその4: 信頼のおける診療 病院システムは24時間365日安心で質の高い診療を提供できなくてはならない。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の行動曲線を追ってみること(87)。 ・システムの信頼性を確認する事: 待ち時間や遅れ、繰り返しを減らすこと。 ・プラネツリーやヘルスケアデザインセンターなどの要点をすべての病院のデザインに組み込むこと: HCHAPの病院環境に関する質問から始めるのがよい。
<p>1次ドライバその5: エビデンスに基づいた診療 診療チームは協力的かつエビデンスに基づいた診療を提供することにより自信を持つ必要がある。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・最新の知見に基づいたエビデンスに基づく診療が提供できていること(88)。 ・幹部が、完全に透明性を保った方針を打ち出し、もし間違えた時には謝罪するようにしていること: 幹部職員が方針を実行するのが望ましい。 ・患者・家族が診療の行程と予測される結果を認識できていること。

参考図書・文献

- 1 The Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS): Surveys and Tools to Advance Patient-Centered Care. <https://www.cahps.ahrq.gov/default.asp>.
- 2 Institute for Healthcare Improvement. Improving the Patient Experience of Inpatient Care Evidence. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/EmergingContent/ImprovingthePatientExperienceofInpatientCare.htm>.
- 3 Picker Institute Europe. Invest in Engagement. <http://www.investinengagement.info/>.
- 4 IHI Improvement Map. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/ImprovementMap/>.
- 5 Institute for Healthcare Improvement. Transforming Care at the Bedside. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/StrategicInitiatives/TransformingCareAtTheBedside.htm>.
- 6 US Department of Health and Human Services. Hospital Compare. <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>.
- 7 Reinertsen JL, Bisognano M, Pugh MD. *Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. <http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/SevenLeadershipLeveragePointsWhitePaper.htm>.
- 8 Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. *Treatment or Diagnosis: A Study of Repeat Prescriptions in General Practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1970.
- 9 Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL (eds). *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
- 10 Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- 11 Browne K, Roseman D, Shaller D, Edgman-Levitan S. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Affairs*. 2010 May; 29:5, 1-5.
- 12 The Picker Institute. <http://www.pickerinstitute.org>.
- 13 The Institute for Patient- and Family-Centered Care. <http://www.ipfcc.org>.
- 14 Planetree. <http://www.planetree.org>.
- 15 Frampton S, Guastello S, Brady C, Hale M, Horowitz S, Bennett Smith S, Stone S. *Patient-Centered Care Improvement Guide*. Derby, CT: Planetree; 2008. <http://www.planetree.org/Patient-Centered%20Care%20Improvement%20Guide%2010.10.08.pdf>.
- 16 Isaac T, Zaslavsky I, Cleary P, Landon B. The relationship between patients' perception of care and measures of hospital quality and safety. *Health Services Research*. 2010 Aug;45(4):1024-1040.
- 17 Epstein R, Fiscella K, Lesser C, Stange K. Why the nation needs a policy push on patient-centered care. *Health Affairs*. 2010 Aug;29(8):1489-1495.
- 18 Charmel P, Frampton S. Building the business case for patient-centered care. *Healthcare Financial Management*. March I-V 2008.
- 19 Epstein R, Fiscella K, Lesser C, Stange K. Why the nation needs a policy push on patient-centered care. *Health Affairs*. 2010 Aug;29(8):1489-1495.
- 20 Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient

empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995;18:943-949.

21 Coleman K, Austin B, Brach C, Wagner E. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs*. 2009;28:75-85.

22 Huang E. The cost effectiveness of improving diabetes care in US federally qualified community health centers. *Health Services Research*. 2007;42(6):2174-2193.

23 Epstein R, Fiscella K, Lesser C, Stange K. Why the nation needs a policy push on patient-centered care. *Health Affairs*. 2010 Aug;29(8):1489-1495.

24 Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995;18:943-949.

25 Charmel P, Frampton S. Building the business case for patient-centered care. *Healthcare Financial Management*. March I-V 2008.

26 US Department of Health and Human Services. Hospital Compare. <http://www.hospitalcompare.hhs.gov>.

27 Leape L, Berwick D, Clancy C, et al. Transforming healthcare: A safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*. 2009;18:424-428.

28 Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

29 Institute for Healthcare Improvement. Improving the Patient Experience of Inpatient Care. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/EmergingContent/ImprovingthePatientExperienceofInpatientCare.htm>.

30 Browne K, Roseman D, Shaller D, Edgman-Levitan S. Measuring patient experience as a strategy for improving primary care. *Health Affairs*. 2010 May; 29:5, 1-5.

31 Partnership for Healthcare Excellence. <http://www.partnershipforhealthcare.org>.

32 5 Million Lives Campaign. *Getting Started Kit: Governance Leadership "Boards on Board" How-to Guide*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/BoardsonBoard.htm>.

33 Provost L, Miller D, Reinertsen J. *A Framework for Leadership for Improvement*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; February 2006. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/LeadingSystemImprovement/Leadership/EmergingContent/IHIFrameworkforLeadershipforImprovement.htm>.

34 Reinertsen JL, Bisognano M, Pugh MD. *Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care (Second Edition)*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. <http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/SevenLeadershipLeveragePointsWhitePaper.htm>.

35 5 Million Lives Campaign. *Getting Started Kit: Governance Leadership "Boards on Board" How-to Guide*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/BoardsonBoard.htm>.

36 Balik B, Gilbert J. *The Heart of Leadership: Inspiration and Practical Guidance for Transforming Your Health Care Organization*. Chicago: American Hospital Association Press; 2010.

37 Institute for Healthcare Improvement. Improving the Patient Experience of Inpatient Care. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/EmergingContent/ImprovingthePatientExperienceofInpatientCare.htm>.

www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/EmergingContent/ImprovingthePatientExperienceofInpatientCare.htm.

38 Brady C. “Lessons from High-Performing Hospitals: Achieving Patient- and Family-Centered Care.” Presentation at the CAHPS User Group Meeting on December 5, 2008.

39 Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL (eds). *Through the Patient’s Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.

40 Machell S, Gough P, Steward K. *From Ward to Board: Identifying Good Practice in the Business of Caring*. London: The King’s Fund; 2009.

41 Ahmann E, Abraham M, Johnson B. *Advances: Changing the Concept of Families as Visitors in Hospitals*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care; 2002.

<http://www.ipfcc.org/resources/advances/index.html>.

42 Conway J. Patients and families: Powerful new partners for health care and caregivers. *Healthcare Executive*. 2008 Jan/Feb;23(1):60-62.

43 DiGioia A, Greenhouse P, Levison T. Patient- and family-centered collaborative care: An orthopaedic model. *Clinical Orthopedic Related Research*. 2007;463:13-19.

44 Needleman J. Is what’s good for the patient good for the hospital? Aligning incentives and the business case for nursing. *Journal of Policy, Politics, and Practice Nursing Practice*. 2008;9:80-87.

45 Berry L. The collaborative organization: Leadership lessons from Mayo Clinic. *Organizational Dynamics*. 2004;33(3):228-242.

46 Berry L, Seltman K. *Management Lessons from Mayo Clinic*. New York, NY: McGraw Hill; 2008.

47 Gittel J. *High Performance Healthcare Using the Power of Relationships to Achieve Quality Efficiency and Resilience*. New York, NY: McGraw Hill; 2009.

48 Harter J, Wagner R. *The Elements of Great Management*. Washington, DC: Gallup Press; 2006.

49 Deming WE. *The New Economics*. Cumberland, RI: MIT Press; 1994.

50 Johnson B, Abraham M, Conway J, et al. *Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health Care System. Recommendations and Promising Practices*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care; 2008.

<http://www.ipfcc.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>.

51 Wasson J, Anders S, Moore G, Ho L, Nelson E, Godfrey M, Batalden P. Clinical microsystems, part 2. Learning from micro practice about providing patients what they want and need. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2008;34:345-352.

52 Beach MC, Sugarman J, Johnson RL, Arbelaez JJ, Duggan PS, Cooper LA. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Annals of Family Medicine*. 2005;3:331-338.

53 Davies E, Cleary P. Hearing the patient’s voice? Factors affecting the uses of patient survey data in quality improvement. *Quality and Safety in Health Care*. 2005;1:428-432.

54 Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*. 2008;67:2072-2078.

55 Kindig D, Affonso D, Chudler E, et al. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington, DC: National Academies Press; 2004.

- 56 Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. *Journal of the American Medical Association*. 2004;291:2359-2366.
- 57 Delbanco T. Health care in a land called people power: Nothing about me without me. *Health Expectations Journal*. 2001;4(3):144-150.
- 58 Picker Institute Europe. Invest in Engagement. <http://www.investinengagement.info>.
- 59 Zarubi KL, Reiley P, McCarter B. Putting patients and families at the center of care. *Journal of Nursing Administration*. 2008;38:275-281.
- 60 Henderson A, Van Eps MA, Pearson K, James C, Henderson P, Osborne Y. “Caring for” behaviours that indicate to patients that nurses “care about” them. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;60:146-153.
- 61 National Patient Safety Foundation. Ask Me 3. <http://www.npsf.org/askme3/>.
- 62 I nstitute for Healthcare Improvement. Teach Back Method. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/MedicalSurgicalCare/MedicalSurgicalCareGeneral/ImprovementStories/StLukesHomeCareNeedsAnticipatedatDischarge.htm>.
- 63 Bate P, Robert G. Experience-based design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality and Safety in Health Care*. 2006;15:307-310.
- 64 Haraden C, Resar R. Patient flow in hospitals: Understanding and controlling it better. *Frontiers of Health Services Management*. 2004;20:3-15.
- 65 Bisognano M. Nursing’s role in transforming healthcare. *Healthcare Executive*. 2010 Mar/Apr;25(2):84-87.
- 66 Sadler BL, Joseph A, Keller A, Rostenberg B. *Using Evidence-Based Environmental Design to Enhance Safety and Quality*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2009. <http://www.ihl.org/IHI/Results/WhitePapers/UsingEvidenceBasedEnvironmentalDesignWhitePaper.htm>.
- 67 Frampton S, Charmel P (eds). *Putting Patients First, 2nd Edition*. Derby, CT: Planetree; 2008.
- 68 Meade C, Bursell A, Ketelsen L. Effects of nursing rounds on patients’ call light use, satisfaction, and safety. *American Journal of Nursing*. 2006 Sept;106(9):58-70.
- 69 Josie King Foundation. <http://www.josieking.org>.
- 70 Krahn M, Naglie G. The next step in guideline development: Incorporating patient preferences. *Journal of the American Medical Association*. 2008;300:436-438.
- 71 Berlinger N, Wu AM. Subtracting insult from injury: Addressing cultural expectations in the disclosure of medical error. *Journal of Medical Ethics*. 2005;31:106-108.
- 72 Tufano JT, Ralston JD, Martin DP. Providers’ experience with an organizational redesign initiative to promote patient-centered access: A qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*. 2008;23:1778-1783.
- 73 Fremont A, Cleary P, Hargraves J, Rowe R, Jacobsen N, Ayanian J. Patient-centered processes of care and long-term outcomes of myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16:800-808.
- 74 Smith SP, Barefield AC. Patients meet technology: The newest in patient-centered care initiatives.

Journal of Health Care Management. 2007;26:354-362.

75 Harvard Hospitals. *When Things Go Wrong: Responding to Adverse Events. A Consensus Statement of the Harvard Hospitals*. Burlington, MA: Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors; March 2006.

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Literature/WhenThingsGoWrongRespondingtoAdverseEvents.htm>.

76 Allhoff F, Jarosch J, Matiasek J, Reenam J, Wynia M. *Ethical Force Program Consensus Report. Improving Communication — Improving Care*. Chicago: American Medical Association; 2006.

77 Conway J. “Reflections of Family Voices.” Presentation at the Institute for Healthcare Improvement National Forum in Orlando, Florida, in December 2005.

78 Conway J, Johnson B, Edgman-Levitan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, Simmons L. *Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health Care System: A Roadmap for the Future*. Institute for Family-Centered Care and Institute for Healthcare Improvement; June 2006.

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Literature/PartneringwithPatientsandFamilies.htm>.

79 Conway J, Nathan DG, Benz EJ, et al. *Key Learning from the Dana-Farber Cancer Institute’s 10-Year Patient Safety Journey*. American Society of Clinical Oncology 2006 Educational Book, 42nd Annual Meeting, June 2-6, 2006, in Atlanta, GA. 2006:615-619.

80 Shaller D, Darby C. *High-Performing Patient- and Family-Centered Academic Medical Centers: Cross-site Summary of Six Case Studies*. Picker Institute; July 2009.

http://174.120.202.186/~pickerin/wp-content/uploads/2010/06/Picker_Report_final1.pdf.

81 Institute for Healthcare Improvement. Improving the Patient Experience of Inpatient Care — Patient- and Family-Centered Care Assessment. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/EmergingContent/ImprovingthePatientExperienceofInpatientCare.htm>.

82 The Gallup Organization. <http://www.gallup.com/consulting/52/Employee-Engagement.aspx>.

83 IHI Improvement Map. <http://www.ihl.org/imap/tool>.

84 IHI Improvement Map. <http://www.ihl.org/imap/tool>.

85 The Joint Commission. *Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient- and Family-Centered Care: A Roadmap for Hospitals*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission; 2010. <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/ARoadmapforHospitalsfinalversion727.pdf>.

86 Institute for Healthcare Improvement. Patient- and Family-Centered Care Organizational Self-Assessment Tool. Available at:

<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientCenteredCare/PatientCenteredCareGeneral/Tools/PatientFamilyCenteredCareOrganizationalSelfAssessmentTool.htm>.

87 DiGioia AM, Embree PL, Shapiro E. *Go Guide: Transform Care in 6 Steps. The Patient- and Family-Centered Care Methodology*. Pittsburgh, PA: The Innovation Center at Magee-Women’s Hospital of UPMC; 2008. <http://www.innovationctr.org/PDF/GoGuide.pdf>.

88 Institute Healthcare Improvement – Improvement Map resources for evidence-based care. <http://www.ihl.org/IHI/Programs/ImprovementMap/>.

IHIのイノベーション・シリーズ

1 Move Your Dot™: Measuring, Evaluating, and Reducing Hospital Mortality Rates

2 Optimizing Patient Flow: Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings

3 The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough

Improvement

4 Improving the Reliability of Health Care

5 Transforming Care at the Bedside

6 Seven Leadership Leverage Points for Organization-Level Improvement in Health Care

(Second Edition)

7 Going Lean in Health Care

8 Reducing Hospital Mortality Rates (Part 2)

9 Idealized Design of Perinatal Care

10 Innovations in Planned Care

11 A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change

12 Leadership Guide to Patient Safety

13 IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition)

14 Engaging Physicians in a Shared Quality Agenda

15 Execution of Strategic Improvement Initiatives to Produce System-Level Results

16 Whole System Measures

17 Planning for Scale: A Guide for Designing Large-Scale Improvement Initiatives

18 Using Evidence-Based Environmental Design to Enhance Safety and Quality

19 Increasing Efficiency and Enhancing Value in Health Care: Ways to Achieve Savings in

Operating Costs per Year

20 Reducing Costs Through the Appropriate Use of Specialty Services

21 Respectful Management of Serious Clinical Adverse Events

22 The Pursuing Perfection Initiative: Lessons on Transforming Health Care

23 Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care