

総説

医療チームの一員としての患者アドボカシー
～診療への第三者立会い～

磯部 隆一

純真学園大学 保健医療学部 検査科学科

Patient Advocacy as a member of the medical team
～ Intervention of the third party to the medical care ～

Ryuichi ISOBE

Department of Medical Technology, Faculty of Health Sciences, JUNSHIN GAKUEN University

要旨： 米国では Patient Advocacy や Patient Representative 等と呼ばれる専門家たちが、患者と医療者双方にとって十分納得いく医療決断へと向かえるようそのプロセスを支援し、結果として医事紛争の未然防止に一役買っている。患者は医療の主体であるという前提において患者は医療チームの一員であり、その認識のもとで、第三者である彼らも医療チームの重要な一員なのである。

近年、我が国においても患者アドボカシーという呼称でその役割が紹介され、医療決断サポーター（支援員）等、日本版患者アドボカシー人材育成プログラムが諸所で実施されてきたが、人材の具体的な運用について広く理解を得られているとは言い難い。

本稿は、まず医療安全管理の観点から、事後対応によっては患者の満足が必ずしも得られないことを医事関係訴訟と裁判外紛争解決の現状分析に基づき述べた上で患者アドボカシーの役割と意義を論じ、次に現実的な運用方法の提案へと項を進めたものである。更に、この分野においては実証的研究がほとんどなされていない現実を踏まえ、第三者の立会いを患者はどう捉えるかを問うたアンケート調査結果に基づき考察を深めた。

キーワード： 患者アドボカシー、立会人、医療安全管理、医事紛争、医療決断、インフォームド・コンセント

Abstract： In the United States, a third party called "Patient Advocacy" intervenes in medical care and supports clear medical decisions for both patients and health care providers as a member of the medical team. In addition, with respect to a medical safety management, medical disputes can be avoided by this type of intervention.

In recent years, some Patient Advocacy training programs have been carried out in our country since the role of Patient Advocacy in the United States was introduced. However, there still seems to be too many difficulties for the professionally trained personnel to work in a concrete way.

First, in this article, a role and the significance of Patient Advocacy were confirmed by the comparison with the present states of the medical lawsuits and the alternative dispute resolutions. Furthermore, the author discussed the modality of the intervention by a third party in medical care in our country, based on the results of the questionnaires that have been obtained from outpatients.

keywords： patient advocacy, medical safety management, medical dispute, medical decision, informed consent

1. はじめに

医療安全管理上、診療に係わる患者と医療提供者とのトラブルの未然防止は事後対応に増して重視されるべきである。医療崩壊が喧伝され、またリスク管理が強調される余り、今日、医療者の防御志向が過剰になった感もある。しかしながら、患者と医療者双方が相互理解を深め、閉塞感や対

立感情を排除することこそが、安心・安全な医療の実現に何よりの近道ではないだろうか。

患者1人の苦情から発生する病院の損失について、米国医療消費者アドボカシー協会（Society for Healthcare Consumer Advocacy：SHCA）の興味深い試算がある。要点をまとめると次のようになる。患者1人が支払う平均的入院治療費を5,000^{ドル}、一

生の間に入院する平均回数を5回とすれば、患者1人が不満を感じて他院へ移ってしまう損失は25,000ドル。また、1人の不満な患者がいれば、不満を口に出さない6人の患者（サイレントクレーマー）がいるといわれる。それらの患者が口コミで悪評を伝える人数は平均で9～10人とされ、病院に対する悪評を耳にする潜在的な患者は少なくとも $(1+6) \times 9 = 63$ 人になる。この1/4の16人が悪評を信じて病院に来なくなれば、結局、1人の苦情のある患者から発生する潜在的な損失は $16 \times 25,000 = 400,000$ ドルに上る¹⁾、というのである。また、仮に患者が病院を変えたとしたらどのような場合かについてのフロリダ大学 Jerald Young 氏の調査結果によると、対象とされた2,500世帯の住民の53%が受けた待遇のために病院を変え、医療の質のために病院を変えたのは20%に留まったという²⁾。

以上いずれも米国の事情であることを考慮すべきではあるが、医療者または他の職員の態度に患者が医療機関への愛着（loyalty）をなくす要因が潜んでいることは確かであろうし、それによる経済的損失の大きさを私達は認識しておかなければならない。

米国では Patient Advocacy や Patient Representative 等と呼ばれ、我が国には患者アドボカシー³⁾として紹介された診療への言わば「立会人」^{註1)}が、トラブル未然防止に一役買っている。彼らは中立的な「黒衣」として診察室に患者と同伴し、患者と医療者双方が十分納得いく医療決断へと向かえるようそのプロセスを支援する。すなわち、インフォームド・コンセントの実質化を目的とした医療チーム第三の協働者である。彼らが登場した背景には、医療の質と医事紛争とは相関がないことを示唆した Harvard Medical Practice Study⁴⁾や、患者と医師間のコミュニケーションに紛争の種があるという研究⁵⁾の影響が推察される。医療が医療者の聖域である限りインフォームド・コンセントは一種の啓蒙の結果となりかねず、トラブルの火種は燻り続ける。我が国に相応しい第三者立会人の在り方が、広範かつ真剣に議論されて良い時機だと思うものである。

2. トラブル事後対応の現状分析

2-1 医事関係訴訟

医事関係民事訴訟の新規提訴件数（新受件数）と一件当たりの平均審理期間（月数）を見てみると、平成4年から平成20年までに図1のような推移を示している。一説に、訴訟件数の30倍の事故・過誤があるともいわれている。平成に入って訴訟の増加が顕著となり、新受件数は平成6年を500件を超え平成15年には1千件を超えた。新受件数は平成16年をピークに減少傾向にあるが認容率は40%弱と一貫して低迷している。また審理の迅速化が図られ平均審理期間も減少傾向にあるが、それでも約2年間かかっており、一般の民事訴訟の平均約8ヶ月と比較してまだまだ長期間である。思い余って訴訟に踏み切ったとしても、長期間の精神的・経済的労苦を背負うことになる。また、民事裁判は金銭で解決することを目的としており原告側のニーズと必ずしも一致しない場合もある。医療訴訟について患者の求めているものは、「なぜ事故が起こったのかの真実の説明」、 「事故を起こした医師からの謝罪」、 「事故の再発の防止」であるといわれており⁶⁾、最初に明確な説明と謝罪があれば訴訟へと発展しなかった可能性もある。医療訴訟の最大の問題点は、判決や和解が出ても患者やその家族と医療者個人や医療機関との対立が解けないことが多く、両者の信頼関係が生まれたり深まったりするケースは殆ど見られないことである。

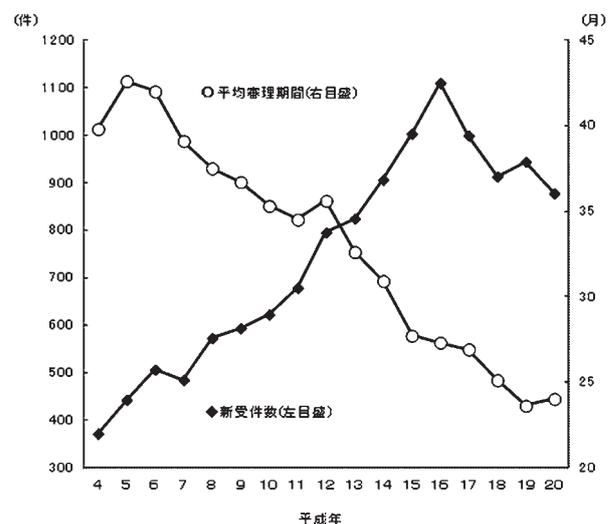


図1. 医事関係訴訟の新受件数と平均審理期間（月）の推移
（出典：最高裁判所公表資料に基づき作成）

2-2 医療ADRと医療メディエーター

平成19年4月より「裁判外紛争解決手続きの利用の促進に関する法律」が施行され、裁判外紛争解決手続き（Alternative Dispute Resolution：ADR）に各方面からの注目が集まりつつある。我が国におけるADRとしては、裁判所による調停手続、また裁判所外では行政機関、民間団体、弁護士会等の運営主体による仲裁、調停、斡旋、相談、等々と、多様な形態が存在する。医療に係わる患者側と医療提供側とのトラブルを、裁判によらず当事者同士の話し合いによって解決しようとするのが医療ADRである。

医療ADRには、裁判準拠型ADRと対話自律型ADRの主に2つのタイプが考えられる⁷⁾。裁判準拠型ADRは審理期間が短く費用が少なく済むことは確かであるが、訴訟と類似した評価裁断型解決になるため当事者の真の要求を満足させることは困難と思われる。対話自律型ADRは基本的に当事者のニーズに応答し患者の納得を得て双方の合意形成を図ろうとするもので、この対話合意形成手続きを医療メディエーターが担う。医療メディエーターは、弁護士法との関係で、医療従事者であるかどうかに関わらず当該医療機関内職員に限定されている。2004年に日本医療機能評価機構が養成を開始して以来、早稲田大学や大阪大学でも養成講座が開設され、医療メディエーターを名乗る人材が多数輩出されてきた。医療メディエーターは中立性を保ちながら、医療紛争を当事者同士の話し合いで早期に解決できるよう仲介するという。

それでは、医療メディエーターが活躍し対話自律型ADRが普及すればトラブルの円満解決が得られるかという点必ずしも期待はできない。そもそもADRには強制力がなく相手側が応じなければ成立せず、また診療経過の事実関係や事故について医療側が有責かどうかの対立が大きい場合は解決が難しく、そのような場合は訴訟による解決を選択せざるを得ない。つまり、医療ADRが有効に働くのは、感情的な対立等、紛争の未然防止が可能であった場合ではないだろうか。更に、提供者と受容者の情報格差が歴然とした医療においては、どうしても医療提供側に有利になることも医療ADRの現実であると思われる。

マスメディアを利用した医療ADRや医療メディエーターに関する広報が目につきはじめた。その中で、医療ADRが普及しさえすれば訴訟リスクを回避するための防御的医療（Defensive Medicine）が減少する可能性がよく取り上げられている。しかしそれは相互理解を深めることや医療過誤・事故を予防することとは無関係であり、医療者や医療機関に幾らかの安堵を与える都合良いFire Wallの売り込みになりかねないことを危惧するものである。

3. 診療への第三者立会いの提案

3-1 立会人を提案する背景

厚生労働省は、医療安全対策の一環として「患者への情報提供・共有と医療安全への患者の参加促進」の方針を打ち出した。患者参加の医療安全を考えることは医療そのもの考えることであって、何も特別なことではない。他の産業では顧客の声を聞くのは至極当然であるにもかかわらず、「多くの病院、診療所、その他の医療の現場で殆ど活用されないままになっている重要な資源は患者」⁸⁾なのが医業経営の問題であろう。患者参加が思うように進んでいない実情を厳しく検証し、状況打開への具体的な提案がなされるべきである。

それぞれの患者は医療に関する理解度・認識度の差に加えて身体的・精神的状況の格差も抱えており、同じ疾患の患者であっても求める情報は様々ではない。従って、患者それぞれの情報リテラシーを考慮し「患者への情報提供・共有」を図らなければ「すれ違い」が当然生じてくるし、患者からの苦情や訴訟の原因の多くはここにあると思われる。また、治療法を提示する医師は複数の選択肢の中から責任を持って薦められる一つのものを最終的に選んでいるが、選択肢が急激に増えてきたため医師が悩む場面も増えた。そこで、患者にも一定程度の責任や役割を持って共に考えてもらいたいというのが「医療安全への患者の参加」の意図であろう。ただし、インフォームド・コンセントが多くの場合に形式上の義務の域を脱していないうちに、次の概念である「決断の分担（Shared Decision Making）」⁹⁾へとステップを踏むようなことは危険ですらあり、医療提供者から受容者への責任転嫁とさえ受け取られかねない。

このような現状を背景として、患者と医療者の相互理解を深め実質的なインフォームド・コンセントを実現するために、診療への第三者立会いが提案されてきたものである。

3-2 立会人の役割

論者が想定する立会人の役割は、大方次のとおりである。立会人は苦情処理という受身の姿勢ではなく、また患者の代理人という位置付けでもない。患者と医療者との間の第三者として診療に立会い、医療者の説明を適切な形でサポートし疾患や治療に関する患者の理解を助けると共に、不安を取り除きながら医療決断への患者参加を促す積極的な施策である。第三者が立ち会うことで診療過程の透明性が確保され、相互の思い違い等を防止する役割もある。立会人がそれぞれの患者の苦情や不満を汲み取って分析し、それを改善に生かすことで医療の質も向上するであろうし、一方で医療に対する過度の期待や幻想を患者から取り除くことも可能である。多忙な医師にとっては情報提供の時間節約となり、且つ治療に専念する安心が生まれ、ひいては患者満足度の向上や診療に係わるトラブルの未然防止につながるが大いに期待される。

患者と医療者とのコミュニケーションや患者参加の医療安全について状況が思うように改善されていない一つの原因として、医療を患者と医療者との二者間でしか捉えてこなかったことを指摘したい。診療への立会人の介在は患者と医療者それぞれの資質やリテラシーに帰されてきた直接的な関係の限界を打開し、実質的な医療安全管理体制の構築に資するものと考えられる。

3-3 立会人に相応しい人材とその立場

ポーエンの家族システム論によれば、二者というのは緊張関係を生み易くそれぞれが第三者を巻き込もうとし、この場合の第三者は相手にとって圧力になる¹⁰⁾。従って、立会人はあくまで患者やその家族と医療者や医療機関との橋渡し役に徹し、立会人自身の価値観や判断によって患者を誘導したり医療者に対する盾になってはならない。すなわち、立会人に相応しい人材の第一の必要条件は中立公正を堅持できることである。立会人が

遭遇する場面を想定すると、医学的知識や情報収集・処理能力があり、法律にも通じ、尊厳死等の倫理的問題にも対応でき、また、社会保障や福祉制度などの経済的問題に関する知識も備えていることが理想であろうが、実際には、セカンドオピニオンも含め、必要なときに適切な窓口で橋渡しできる調整能力が重要と思われる。

さて、患者と医療者に対し中立を堅持しながら、かつ組織横断的なコーディネートが可能な立場とは可能であろうか。中立であるためには特定の医療機関に属さないことが相応しく思えるが、医療機関が実質的な医療安全を目指すのであれば、当該医療機関のシステムの中に立会人を位置付け雇用するのが適切であろう。ボランティアもあり得るだろうが、持続的な取り組みは雇用された医療機関への愛着があってこそ成り立ち、それは役割と決して矛盾しない。患者の苦情や思いを汲み取り医師やその他の職員に物申すことが、結局は自らの職場の改善のきっかけを作り一層質の良い医療の提供につながる。例えば米国の Patient Advocacy は、病院機能を維持するために不可欠な専門職として認知され医療機関に雇用されている。ただし、言わば内部監査的な役割を負い他の職員から反発を招きかねず、また専門職で構成された医療機関という特殊な環境の中では医師とある程度同等の立場でなければ成り立たない。そのため医療機関のトップは彼らの役割を十分に認識し権限を与えており、事実、約 1,000 名の SHCA 会員 Patient Advocacy の約 80% が経営者に直属している¹⁾。

3-4 医師事務作業補助体制加算による運用の提案

平成 18 年度診療報酬改定において医療安全対策加算が新設され、医療安全管理者の配置が義務付けられた。ただし、医療安全管理者の要件は医師、看護師、薬剤師等の医療有資格者であって事務職員等は含まれておらず、機関のトップ直属というイメージでもない。米国の実情を見ると、Patient Advocacy の約 80% が学位を有するが、分野は看護系や心理系だけではなく経営・管理やマーケティング等も増え、医療有資格者ではない人材も多い¹⁾。我が国の医療機関においても幅広

く人材を求める意味から、平成20年度改定で新設された「医師事務作業補助体制加算」（平成22年改訂）による運用を提案したい。医師事務作業補助者は専従配置であり質向上の業務と行政上の業務が示されているが、具体的な仕事内容については今後の議論によると思われる。医師の「説明や事務処理に関する時間的負担の軽減」という目的を満足することから、まず立会人を医師事務作業補助者として機関トップ（＝医師）直属に雇用したらどうだろうか。

雇用する上で、その人件費については次のような試算がある。200床の急性期病院で平均在院日数15日だとすれば1ヶ月当り400人程度の新規入院があり、加算の配置が最も少ない100対1の場合2人の配置が必要である。収入的には105（点）×400（人）＝42万円になり、これは事務職員2人弱の人件費に相当する金額ではないか、というものである¹⁾。Patient Advocacyの年間給与について米国SHCAの2005年度調査では380人の回答（女性92%、年齢41～60歳が70%）のうち3～4万ドル16%、4～5万ドル28%、5～6万ドル19%、であり¹⁾、学位、専門性、仕事内容から見て、それ程の高給待遇とは思われない。要するに、良い医療実現への強い信念と責任感が、彼らPatient Advocacyを成り立たせているのである。

3-5 立会人に対する患者の意識について

ところで、患者自身は診療への第三者の立会いをどのように捉えているのだろうか。第三者の立会いがほとんど想定されていない我が国において、患者の医療決断支援に熱心な取り組みを続けている医療決断サポーター研究会理事長の稲津佳世子医師が行った患者アンケート調査^{注2)}は大変貴重である。この項では本アンケート調査結果に基づき、患者が求める立会人像を考察した。

アンケートは、平成14年6月、九州大学附属病院に通院中の外来患者への聞き取りで行われた。回答者180名、有効回答数154名（男性70名、女性84名）である。14項目の質問の内、本稿に関連深い6項目の回答を集計した。

まず、第三者の立会いに対する意識を尋ねたところ肯定的な回答が47%あった（図2）。分からないと答えた中でどちらかと言えば否定的な回答

者も含め、立会人が要らない理由を尋ねた。結果は図3のとおりであるが、診療は患者と医師との1:1の関係でうまくいくと考えている回答者が、男女とも10%に満たないことに注意すべきであろう。次に、立会人に肯定的な回答者に、立会人に望むことを尋ねた（図4）。図中の数字は複数選択の結果である。医師の説明に物足りなさを感じている回答者が多く、納得したいという思いは女性がより強いことに気が付く。質問2（図3）との比較から、家族の支援が受けられない男性は第三者のサポートを求める傾向が認められ、女性より強く不安感を抱いていることが推測された。そこで、立会人はどのような資質を備えた人であるべきなのか、そのイメージを資格に置き換えて全回答者に尋ねた。その結果は図5のとおりで、医療資格が必要とする回答者の多くは医師か看護師と答えている。立会人は医師の説明の翻訳者でもあり、総合的な医学知識が必要ということであろう。女性は資格を不要とする回答が最も多く、男性も同様に資格を不要とはしないまでも資質をより重んじる傾向が認められた

続いて立会人の費用を誰が負担すべきかについて、立会人に肯定的な回答者に質問した。結果は図6のとおりであり、折半も含めて女性は患者が負担して良いと考え男性は病院が負担すべきと考える傾向が認められ、特に男性は費用負担によっては立会人を拒否することが危惧された。

実際に立会人を導入するに当たって費用負担と共に大切な問題となる立会人の適切な立場について、その医療機関の職員か他の医療機関の職員か、または立場は問わないのかを、立会人に肯定的な回答者に尋ねた。結果は図7のとおりであり、男女とも半数以上が立場は問わないと答えた。

以上を整理すると、診療への第三者の立会いを患者の約半数は肯定的に捉えており、その要因は、医師の説明と診療における精神的支援体制への不満にあることが示唆された。立会人の費用負担については男女で差はあるものの、仮に医療サービスの一環として医療機関に整備されていれば問題ないと思われた。また、医療有資格者でなくても、医療機関内職員であっても、必ずしも否定的には捉えられていないことが分かった。

本アンケート調査は同意した外来患者を対象が

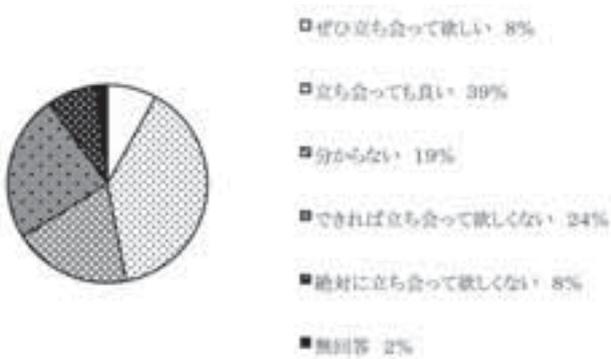


図2 質問1：立会人がいるとしたら？

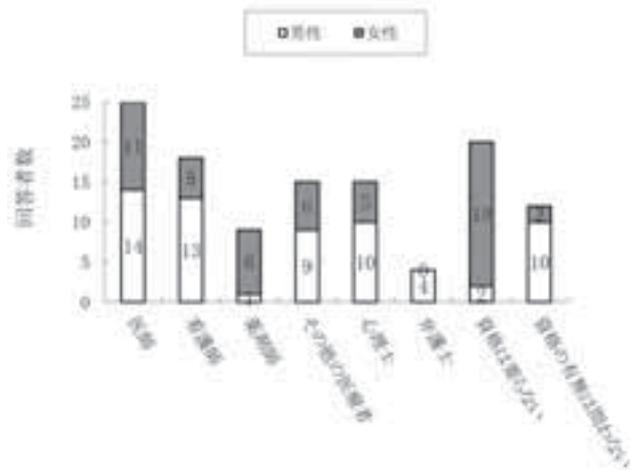


図5 質問4：立会人に相応しい資格は？

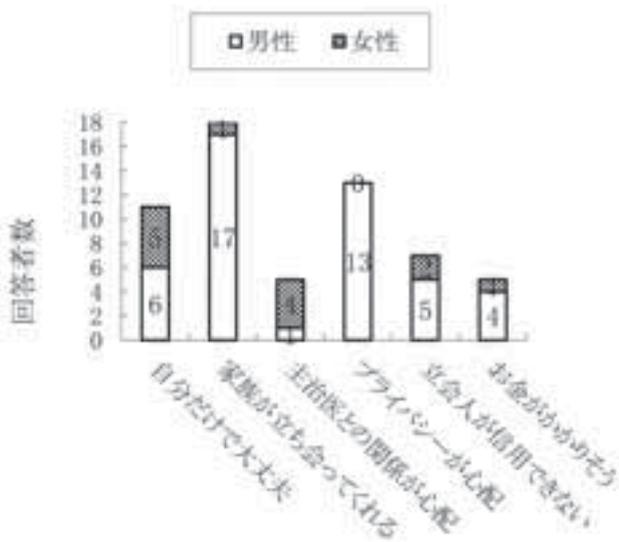


図3 質問2：立会人が要らない理由は？

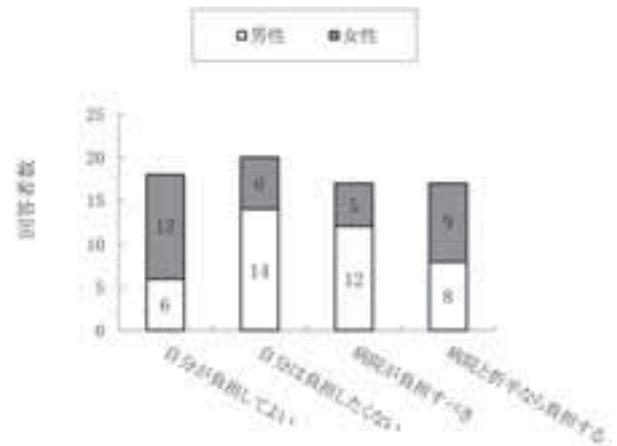


図6 質問5：立会人の費用負担は？

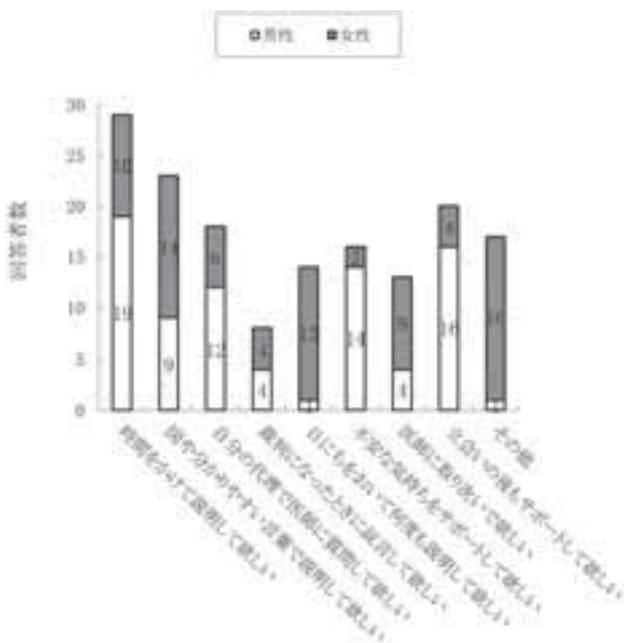


図4 質問3：立会人に望むことは？

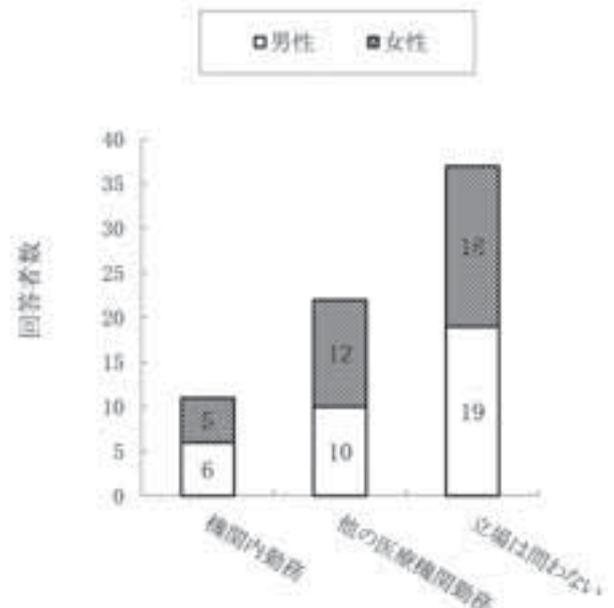


図7 質問6：立会人の適切な立場は？

限定されているため、ある程度のバイアスは予測される。調査する医療機関や受診する科、あるいは患者の病態が違えば患者特性も変わり得るだろうし、年齢階層別や一般市民を対象としても調査すべきだと思われる。また、調査から10年余りが経った現在、患者意識の変化も想定される。しかしながら、我が国の患者を対象としたこのような調査は、平成24年10月現在、論者が調べた限りにおいて見当たらず、考察すべき客観的データとして本稿に取り上げたものである。

4. まとめ

本稿では、まず、医療安全管理の観点から、事後対応によっては患者の満足が必ずしも得られないことを医事関係訴訟と裁判外紛争解決の現状分析に基づき述べた上で、患者アドボカシー（立会人）の役割と意義を述べ、また、その現実的な運用方法の提案を試みた。更に、第三者の立会いを患者はどう捉えるかを、アンケート調査結果に基づき考察した。

先に引用した Harvard Medical Practice Study の続報によれば、事故や過誤が全くなかったと考えられる事例の約半数で賠償金が支払われた一方、過誤が明白と思われる事例の約半数で全く賠償金が支払われなかったという¹²⁾。患者やその家族と医療者や他の職員との間のコミュニケーションの改善に医療機関を挙げて取り組まれてさえいれば、万が一医療事故・過誤が起こったとしても、感情的な対立による訴訟は回避され得ることを改めて強調しておきたい。

我が国においても、いわゆる「チーム医療」への理解が進み具体的な取り組み事例も増えてきているが、患者に対する医療専門職集団の協働という構図を脱していない。本来、医療チームは患者を主体として構成されなければならない。患者を客体として捉えてきたところに、インフォームド・コンセントの限界、ひいては医療安全管理の限界が見える。診療への第三者の介入は、医療に関する患者（医療消費者＝市民）と医療者双方の成熟した社会が実現するまでの、安心・安全を支える補助輪的な役割を果たすものではないだろうか。

医療機能評価等のために患者アドボカシー室や相談窓口を置く医療機関も増えてきたが、あくま

で苦情処理等の事後対応の域に留まっていると思われる。一步踏み込んだ対策が必要であるとの思いから本稿を起草した。第三者立会いによるトレード・オフの予測や、立会う場合の具体例を示す必要を論者自身が感じている。しかし、今日、医療決断サポーター養成講座（九州大学大学院医療システム学講座主催、2004年～）等、患者の医療安全参加を支援するための人材育成が諸所で実施され立会人の準備は既に整いつつある。がんや侵襲性の高い検査時等での限定的な試行が必要と思われるが、まずは医療提供側が理解を深め、立会人活用の道を拓いていくことが肝要であろう。

“In the Name of the Patient” 全ては患者のために。医療機関のモットーであり、医療者の見識であると思う。第三者の立会いは医療機関の健全な経営のためであり、それはすなわち医療機関への患者の loyalty に繋がる。全ての医療者が立会人足る資質と能力と信念を身に付けておくべきであることを提言し、本稿のまとめとする。

5. 謝辞

ご助言と資料のご提供を賜った医療決断サポーター研究会理事長稲津佳世子医師、ならびに九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座萩原明人教授、同鮎澤純子准教授に深謝いたします。

引用文献

- 1) Society for Healthcare Consumer Advocacy, In the Name of the Patient, AHA catalog, 2004.
- 2) 神尾友和, 杉浦和朗監修, 医療の質とサービス革命, 日本医療企画, 1997年.
- 3) 李啓充, 患者アドボカイト(1), アメリカ医療の光と影(1), 週刊医学新聞第2329号, 1999.
- 4) Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, et al., Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. Results of the Harvard Medical Practice Study III., N Engl J Med, 1991; 325(4): 245-251.
- 5) a) Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, et al., Obstetricians' Prior Malpractice Experience and Patient Satisfaction with Care, JAMA, 1994; 272(20): 1583-1587. b) Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al., Physician-Patient Communication, JAMA, 1997; 277(7): 553-559.
- 6) 国立保健医療科学院, <http://www.niph.go.jp/>
- 7) 現場からの医療改革推進協議会, 医療における裁判外紛争処理（医療 ADR）－患者・家族の複合的なニー

- ズに柔軟に応える仕組みを目指して-, <http://plaza.umin.ac.jp/expres/genba/kaisetsu03.html/>
- 8) 米国医療の質委員会, 人は誰でも間違える, 医学書院, 2000年.
 - 9) 稲津佳代子, 医療決断サポーターは医師と患者の架け橋, MMPG 医療情報レポート, 2005: 74: 18-20.
 - 10) 水野修次郎, 人間の行動科学としてのボウエン理論 - 特にセルフの分化について -, モラロジー研究 (No.45), 1997; 87-119.
 - 11) 平成 20 年度診療報酬改定の概要と解説, <http://20.iryoujimu1.com/>
 - 12) Brennan TA, Sox CM, Burstin HR, Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-practice litigation, N Engl J Med, 1996; 335 (26): 1963-1967.

参考文献

- 1 日本医業経営コンサルタント協会, 医業経営コンサルティングマニュアル, 2008年5月.
- 2 厚生労働省, 医師事務補助体勢加算について (中医協 診-1-2), 2008年1月18日.
- 3 厚生労働省医療安全対策検討会議医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会, 医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針, 2007年3月.
- 4 香川栄一郎, 医療過誤・医療事故に関する文献的考証, 共済総合研究第 56 号, 2008; 135-156.
- 5 日本学術会議法学委員会医療事故紛争処理システム分科会, 医療事故をめぐる統合的紛争解決システムの整備へ向けて, 2008年2月14日.
- 6 稲津佳世子, 患者の自己決定をサポートする - 医療決断サポーター (支援員) 養成講座を通じて -, 月間 Nurse Data, 2005; 26(7): 28-33.
- 7 稲津佳代子, 「医療決断サポーター (支援員) 養成講座の実態, 臨床看護, 2006; 32(14): 2102-2104.
- 8 Patrice L.Spath 著, 長谷川友紀 他訳, 患者と減らそう医療ミス 患者は安全パートナー, エルゼビア・ジャパン, 2005年.

脚注

- 注 1) Patient Advocacy や Patient Representative は患者アドボカシー, 患者擁護人, 患者代理人等と訳されるが, 役割の直接的な表現として, 我が国の場合は「立会人」という呼称が適当と思われる。よって, 本稿では立会人と呼称した。
- 注 2) 未公表データであるが, 本稿の目的に賛同され, 他に流用しないことを条件に結果のみご提供戴いた。尚, 本稿の「立会人」という呼称は本アンケート調査に従ったものでもある。