

いかげんにインシデントレポートをやっているか、やっていないか、やっていてもまともにやっていないところが、あるいは大事なものは全部隠しているところが、事故が少なくてマスメディアからは注目されずに、誠実に発表しているところだけが、マスメディアがあそこにまたこんな事故が起こった、これはひどい病院だということになってしまう。こういう非常にねじれた関係というのが、過渡期としてできつつあるというのは、非常に不幸なことだと思っております。

そして、私は、メディアの方がいらしたら、十分その点は気をつけていただきたいんですが、メディアもまた何か発表があったら、それをすぐに告発的に報道するのではなくて、とにかく医療をお互いに育てていくという立場で報道してほしいと思います。また、今のようなことを斟酌(しんしゃく)しながら報道というものが成り立たなければもうそだと考えております。それは非常に過渡期的な現象です。

しかし、これはある程度定着して、先生がイニシアチブをおとりになった結果として生まれてきた、あの医療機能評価機構の中でもそういうレポートが集められて、ある程度整理をされて公表されていくというようなシステムが恒常化する——何でもアメリカがいいわけはないけれども、アメリカではそれが恒常化しております——そういう社会状況になったときに、いま言ったようなねじれというのは少しずつ解消していくのではないかと期待はしているわけです。これは、期待どおりになるかどうかわかりません。

それともう一つは、後段でおっしゃった価値の問題をどういうふうに医療の中に……。これはもう、非常に深刻な問題であります。たまたま私が大変感銘を受けたのは、最近のある医療事故に対して、それを告発なさった患者さん側が、今でも担当の先生には尊敬と感謝しかない、というふうに言い切っておられるんです。そして、だけれども、しかしどこかに問題があったから、実は予期しない不幸な結果が生じた。そのプロセスを明らかにして、今後そういうことが繰り返し起こらないようにするために何かしてほしい、と明確に述べておられるその方の証言を聞いて、私は大変感銘を受けたんです。

そういう形で、「前車の轍(わだち)」——前の車の轍をどうやって間違った轍を踏まないようにするか——という言葉がございませ

れど、患者の側も、また医療者の側も、あらゆる事故というのは常に「前車の轍」の意味を持ちます。

これは、もう一つ申し上げれば、医療とは違いますが航空機事故では、ご承知だと思いますけれども、最近国際司法の暗黙の申し合わせ、どこかで明確な申し合わせがあったのかわかりませんが、少なくとも暗黙の申し合わせで、刑事事件としてはいかなるヒューマンエラーやミスもこれを刑事事件としては問わない。民事は別ですが刑事事件としては問わないという方向に進んでいるように、私には見えます。

例えば、名古屋で起きたエアバス 300 の事故に関しては、あれは明らかにパイロットの未熟さが事故の直接の原因であったにもかかわらず、パイロットに対して刑事責任は問われなかった。この判決に被害者の感情としては割り切れないものがありになったようです。

しかし私は、そういう形で起こった事故は全部レッスンなんだという姿勢をみんなが共有することによって、おっしゃったような問題の一つは、何とか少しずつよい方向へ向かえるんじゃないかと感じております。あまり解決策ではないんですけど。

<パネルディスカッション>

東京都の IA レポートから

医療の質に関する研究会 副理事長
聖学院大学 教授 郡司篤晃

今、東京都ではインシデント・アクシデントのレポートを集めておりまして、その分析を私が依頼されてした、その結果をお見せしようかと思えます。

まず、分析の対象となりましたのは、今年の9月15日から1カ月間、50施設から大体1750件ぐらいのデータであります。現在も続いておりますが、1カ月だとこのぐらいだったということです。対象となった施設の特徴は、一般病床が74%、精神病床が20%、療養病床が4%ですから、ほぼ一般病床です。今日は細かい分析はしませんので、これ全部一緒にお話をさせていただきます。次をお願いします。 <スライド2>

まず、病院と病床の規模との相関を見ます。これは病床であります、相関係数がそういうふうになります。しかし、1床当たりの係数になりますと、密度で見ますと病床が多いほど少なくなる、だから病床が多い病院ほどレポートが少ない、こういう結果であります、これはどのぐらいのデータが集まっているかわかりませんので、リコールの問題がわかりませんので、このまま解釈していい結果だとは思いません。むしろ大きいところが出していないという可能性もあるということですね。次をお願いします。 <スライド3>

種類、ここでは場面となっておりますが、どういふ報告が多いかという、驚くなかれ、転倒・転落というのが全体の報告の22.5%、そして2番目の「その他」というのがございます。これはほとんど1件ずつ別な事例ですね。つまり事故は多様だと。それが全体の12.8%を占めるということになります。その次によく初歩というミスが出てきます。4番目が点滴、5番目が調剤の管理で5.9%という構造になって、どっとそのほかにあるということです。次をお願いします。 <スライド4>

レベルというのでありますが、これはレベルゼロというものです。障害とかそういうこと、実際に行われる前に気がついたということであって、5というのは重篤な結果です。そうするとかなり重篤な結果もあるのですが、やはり軽症なものの報告がたくさんあるということ

です。1とゼロを比べると、ゼロが少なく、むしろ1の半分ぐらいになっています。あまり低いものは報告されてこないらしいという意味だと思います。次のスライドをお願いします。 <スライド5>

これは曜日と件数の関係をグラフにしたものです。日曜日が非常に低くて、その次の月曜日は非常に高い。これはすべての件数です。そして、火曜日から金曜日まで行って土曜日に下がる。これを細かく分析するという結果のいろいろな報告もありますが、むしろこの回数法の規則みたいなものがしっかり意味をあらわしているのではないかなと思います。これは、日曜日は行為数が少ない、月曜日はその反動で多くなる、土曜日になるとまた少なくなるということであらわしている。つまり、行為数が多ければそれにほとんど比例してではないかと思いますが、エラーが起こる、曜日による差はないと、金曜日に何か週末を思ってたまたま手元が怪しくなることはないということの意味していると思います。次をお願いします。 <スライド6>

当事者という欄があります。しかし、この当事者というのは先ほどの組織事故という考え方からすれば怪しいのでありますが、ニアミス、レベルの低いところは確かに当事者ということもあり得るでしょうから、そのデータをまともに信用して見ますと、看護師が全体の報告の何と45.1%であります。准看護師が11.2、薬剤師、看護助手とありまして、全部で68%、ほぼ7割はこの職種の人たちによるインシデント・アクシデントであるということになります。

では医療の事故がこのとおりになっているのかというと、私はこのとおりになっているとは言いきれないと思います。つまり医師の報告が2.5%でしたか、非常に少ないということは、諸外国のデータと比較しますとそういうふうにはなっておりませんので、それはこういう人たちが報告しているということだと思います。逆に言いますと、非常に軽度のインシデント・アクシデントというのは、看護、あるいはコメディカルの人たちという、ある意味では医師等に比べますと比較的未熟練の労働者が、そして最終行為者であるという医療の特徴がここに出ているのかなと思います。

以上です。これが東京都におけるインシデント・アクシデントレポートであります。この中

には感染は含まれておりません。アメリカでアドバースイベントといえは感染が含まれます。しかし、日本での、あるいは少なくともこの調査におけるインシデント・アクシデントの中には感染は含まれておりません。感染というのは、いわば当事者のはっきりしない、ある意味ではアドバースイベント、医療事故ではないかと私は思いますので、その点を忘れないようにしたいと思います。以上、最近の調査の結果をご報告させていただきました。

「患者・家族と協働する医療を探る」

船橋市立医療センター 医療安全対策室長
唐澤秀治

私の発表は、論点を明確にするためにあいまいな表現をできるだけ避けまして、断定的な言い方をさせていただきます。そのために皆さんには随分きつい言葉に聞こえるかもしれませんが、それはお許しください。
<スライド1>

5年前に私が院内・院外に向かいまして、「医療は危険がいっぱいだ、医療従事者だけでリスクマネジメントはできない、患者さん・ご家族と一緒にリスクマネジメントを行いましょう」と提言いたしました。そうしましたら、院内・院外から猛反対に遭いまして、「とんでもないことを言う」とマスコミからも袋たたきに遭いました。「無責任だ、責任放棄だ」と言われました。

平成12年8月に脳外科の責任者とともに、脳外科のリスクマネジャーを兼任しまして、平成14年8月からは病院全体の医療安全対策室長、これは医療安全の提言をするという役割ですが、それを兼任しております。 <スライド2>

さて、患者・家族の皆様と医療従事者の間には溝がございます。患者・家族の皆様のお考えは、「病院は清潔なところだ、衛生的であるべきだ」ということだと思います。しかし、病院は病人、細菌、ウイルスが集まる場所です。マウスには細菌がついておりますが、パソコンのマウスにも細菌がついております。医師の3～6%、看護師の5～9%はMRSAのキャリアです。手洗いをしたとしても、まだかなりついております。

<スライド3>

やはり溝がございます。家族の方のお考えは、「検査を行い、薬も使い、手術もしてください、日に日によくなるはずだ、死ぬなんてとんでもない、医療事故ではないのか？」というものです。

しかし、私が毎日診察させていただいている脳の病気、脳のけがの患者さんは、点滴を抜きます。転びます。転落します。性格が全く変わってしまいます。大声を出します。傷をさわります。便をこすりつけます。痰(たん)やつばを家族にも私どもにも吐きつけます。殴ります。

けります。セクハラも行います。実際の臨床経過は急性期には変動します。最初は良くても徐々に悪化いたします。最初に話ができて死亡することもあります。

実際に医療事故が起きております。ある患者さんが自分のベッドのところにある点滴の名前が自分の名前ではないと言いました。すぐに私が飛んでいっておわびいたしました。幸いにも点滴を疾患別で大体同じパターンにしてありましたので、ほかの患者さんの点滴でしたが、点滴の内容は全く同じで、ミスは防げました。

人工呼吸器の加湿器には、蒸留水が入っているのですが、消毒液のにおいがするとナースが気がついてくれました。すぐに駆けつけまして、ご家族においでいただいておわびをいたしました。幸いにもその後、患者さんに問題となるような影響はありませんでした。

頭のけがの患者さんで緊急手術が必要だったのですが、患者さんの手が動きまして、手術台が動いたときに指が圧挫されてしまいました。すぐにご家族におわびをしまして、緊急手術でしたので、頭の手術を優先させまして、次に手の手術を形成外科の先生にやっていただきました。

私どもの病院で胃瘻増設に伴う腹膜炎の事故が起こりまして、非常に複雑な背景がございます。複数の診療科、システム上の問題がございました。私は責任者としてご遺族にすぐおわびいたしまして、警察に届け出をしました。警察の調べを受けまして、現在私は警察から検察庁に書類送検されている身分であります。 <スライド4>

私が脳外科の責任者として、リスクマネジャーとしてやってきた結論がこのスライドです。医療従事者だけでリスクマネジメントはできない。医療安全管理を患者・家族と一緒にしよう。これが私の結論でありました。

まず、脳外科の入院患者さん全員に全般的説明書をお渡しします。今日、皆さんのお手元に配付してございますけれども、この説明書の中で、医療は危険だと明言いたしました。そして、医療事故防止対策マニュアルを、私どもの脳外科のマニュアルをそこに全面公開いたしました。そして、患者・家族の皆様にはリスクマネジメントに参加してくださいという20か条をお願いしております。

全般的説明書以外に疾患別の説明書を現在32種類用意いたしまして、個々の患者さんに

対応できる説明書をお渡ししております。入院の患者さん以外に外来用の全般的説明書も用意いたしました。そして、徹底的に説明するという方針で、インターネットのホームページでもこれをすべて公開しております。患者・家族の皆様には説明をよく聞いて質問してください、そして選択肢の中から選択して、リスクマネジメントにぜひ参加してくださいとお願いしております。〈スライド5〉

これが実際の全般的な説明書です。本日、皆様にお渡ししたのは第4版であります。今度の4月1日に第5版の改訂版が出るようになっていきます。全般的説明書の中には、入院患者さん1万人以上の統計が出されておまして、死亡率が13.7%ということも明記されております。私どもの医療事故防止対策マニュアルも全面公開いたしました。そこで、危険がいっぱいです、みんなでリスクマネジメントを行きましょう、患者さん・ご家族にお願いしたいことはこの20か条ですということをお記いたしました。

以上が脳外科のリスクマネージャーとしてやってきたことですが、医療安全対策室長となりまして、病院全体にこれを波及させるということは至難のわざでした。圧倒的に大多数を占めます反対勢力がございまして、それに対して私は提言しかできないという立場でした。〈スライド6〉

そこでいろいろ理論武装の必要がございました。まず、RiskとDangerを分ける必要があります。「Risk、危機」とはアラビア語で明日の糧です。積極果敢にチャレンジして獲得しなければならないものです。虎穴に入らずんば虎子を得ず、これがRiskです。それに対して、「Danger、危険」とは危害を加える圧倒的に強い権力です。こんなものに絶対にチャレンジしてはなりません。君子危うきに近寄らず。このRiskとDangerを分ける必要がございまして。

さて、リスクマネジメントのRiskとは何でしょうか。危機です。危機の危はDanger、危機の機はチャンスです。現在は医療界にとって危機的状況にあります。しかしチャンスでもあるのです。〈スライド7〉

私は毎日、カッサンドラの予言を言い続けております。カッサンドラとはHomerの詩にあらわれるトロイの王女、アポロンの恋人です。アポロンから真実の予言をできるという能力を与えられました。しかし彼女はアポロンを裏切

ったために、アポロンから「彼女がどんなに真実の予言をしようとも、周りの人がだれ一人信じない」という運命を背負わされました。

ギリシャ兵が入った木馬がトロイにやってきました。カッサンドラは予言しました。この木馬の中にはギリシャ兵がいる、これを入れてはならない。しかし、周りの人はだれ一人信じませんでした。

つまり、カッサンドラの予言とは「だれも信じない真実の予言」という意味なのです。私も含めて、このフロアにもいらっしゃるかもしれませんが、リスクマネージャーは永遠にカッサンドラであり続けなければなりません。今までは平穩無事だったが、いつか大事故が起こるよ。だれも信じません。昨日までは何も起きなかったが、今日は絶対何か起こるよ。だれも信じません。今日は幸いにも何もなかったが、明日は必ず何か大事故が起こるよ。なぜなら、いつか事故が起こるということは真実だからであります。〈スライド8〉

A bad day, a bad day, a bad day, ……私はこれを毎日言い続けております。自由を確保するには、常に外敵への警戒が必要です。安全を確保するには、常に危惧の念が必要です。高度信頼組織とは、毎日最悪を予想し、改善し続ける組織をいいます。A bad day, a bad day, a bad day, ……非常に暗い毎日ですが、私はこれを毎日言い続けております。〈スライド9〉

戦争の哲学書と言われます Clausewitz の『戦争論』は1832年に発表されました。この考えを医療安全対策に応用することができます。戦闘、戦術、戦略、戦争と分けております。戦術とは個々の戦闘に勝利する方法でありまして、戦術の失敗は戦略で補うことができます。戦略とは戦術を束ね、戦争目的を達成する方法、つまり勝利する方法です。戦略の失敗は戦術で補うことはできません。医療安全対策は、患者さんの医療を安全に行うということが目的です。戦略の失敗は戦術で補うことはできないのです。それから、兵站、後方支援、Logistics、この概念も非常に大事です。〈スライド10〉

リスクマネジメントのキーワードはたくさんございますが、中でもこれが最も大事なキーワードだと私は思っています。リンゲルマン・ラタネの『社会的怠慢理論』とスイスチーズモデルです。

1人でやっている仕事、これはご本人が名人、達人ですし、100%の力を出していますので、

まず安全は保証されます。しかし、チーム医療というのはスライドのような医療でありまして、大勢の人が、大勢の部署が関与をいたします。強調したいのは、一番先頭でやっている人は Best Person だということです。チーム医療の中には片手でやっている人も、反対方向に引っ張っている人も、何もやっていない人も、座り込んでいる人もいます。このシステムを直さないと、先頭の者だけが悪者になってしまいます。

病院という組織にはいろいろな防護壁、バリアが置いてあります。しかし、バリアは完璧ではありません、もともとあいている穴もあれば、突発的に穴があくこともあります。そして、この穴を貫通したときに事故が起こる。最も不幸なのは患者さん、そしてご家族なのです。

しかし、もう一つ忘れてならないのは、先頭にいる者のことです。この者は High Risk Person かもしれませんが Best Person である場合もあるのです。これを私どもは肝に銘じるべきです。〈スライド 11〉

チェルノブイリからも学ぶことができます。1986 年に事故が起こりまして、5 カ月後にパリで国際会議が開かれました。ソ連の代表は Legasov、この事故の主席調査官でした。Legasov は、事故の原因は運転員のエラーと規則違反であると断言いたしました。この言葉はよく聞かれます。医療従事者のエラーとマニュアル違反、ルール違反、新聞報道でもよく聞かれます。しかし 2 年後、Legasov は首つり自殺を図りました。自殺直前の肉声のテープがあります。「事故の原因は運転員のエラーと規則違反ではない。ソ連の経済政策の貧困である」、この言葉を残して Legasov は自殺をしたのです。

事故の原因を究明することは重要です。しかし、真の原因は表にあらわれてこない。再発の防止のために対策を立てるのは、実現可能なことまでなのです。この点を リスクマネジャー、組織の責任者、そして患者さん・ご家族、医療従事者、マスコミ、みんなが考える必要がございます。〈スライド 12〉

次に Threat という言葉も非常に重要です。Threat とはラテン語で強く押すことです。Threat は日本語で脅威と、またはリスクマネジメントの教科書でも脅威と訳されていることが多いのですが、これでは全く意味が通じません。強く押すこと、危害要因と訳すべきであ

ります。エラーが発生します。その背景には、エラーが発生しやすい状況があります。そして、強く押す要因 Threat があります。

Threat とは、組織の文化、風土、雰囲気です。リーダーの権威、押しつけです。外からのプレッシャーです。疲労、ストレス、焦りです。業務の集中です。急がされることです。誤ったマニュアルです。誤ったルールなんです。これをなくさなければ、エラーの再発防止は行えません。〈スライド 13〉

JAMA から学ぶことができます。2002 年、Hickson らの発表がございます。アメリカに、患者の苦情が多いドクターのデータベースと、開示訴訟が多いドクターのデータベースがあります。Hickson らはこれら二つを対比させました。見事に一致したのです。苦情と訴訟が対応するのですから、訴訟対策は苦情対策だというのが Hickson らの結論です。

私の考えは違います。訴訟対策は苦情対策かもしれない。しかし、苦情対策はもとを絶つこと、患者さん・ご家族の不安、不満、これをなくしてあげることが最も大事なことだと思います。〈スライド 14〉

Hickson らの論文にこのように書いてあります。訴訟を受けやすいドクターとはこういうドクターである、訴訟を受けにくいドクターとはこういうドクターである。訴訟を受けやすいドクター——話を聞いてくれない、Telephone call に返答してくれない、粗雑で荒っぽい、思いやりのない、外科系の医者、男性の医者である。訴訟を受けにくい医師——わかりやすく希望を持たせる説明をしてくれる、ユーモアがある、患者のことを心配してくれている、質問によく答えてくれる、非外科系で女性のドクターである。私が院長だったら、こういうドクターをすべて雇えばいいということになります。これらのうち特に「説明をする、質問によく答える」これを医療安全対策に応用することが重要です。〈スライド 15〉

さらに Hickson らは言っております。苦情の 50% は 10% の医者に集中している、訴訟の 48% は 8% の医者に集中している、賠償金・解決金の 80% は 5% の医者に集中している。これをハイリスクドクターというのです。しかし、逆に考えますと、それ以外の場所にベストドクターがいるかもしれません。ベストナースがいるかもしれないのです。〈スライド 16〉

ゲーム理論からも学ぶことができます。ゲー

ム理論とはノーベル賞理論です。ゲームには戦略的思考が存在しておりますので、これを医療危機管理に応用することができます。キーワードはICです。インフォームド・コンセントとともわれますけれども、IncentiveとCommitmentです。行動誘引と行動表明なのです。これを医療安全対策に応用できます。〈スライド17〉

さて、行動誘引（Incentive）とはアメとムチの作戦です。医療機関に対してこういう方針をとります。アメの作戦ですが、もし安全対策を講じれば、診療報酬をふやしますよ。ムチ——医療事故が起こればその病院に対しては罰則を与えますよという行動誘引です。〈スライド18〉

患者さん・ご家族に対してはこういう行動誘引が可能になっています。たとえば 診療カードに個人負担で写真を張るという行動です。写真を張れば個人が誤認されませんよ、事故が減りますよというアメの作戦です。ムチ——事故が起きたら大変ですよ、このくらいの個人負担ならお得ですよ、というのが行動誘引なのです。〈スライド19〉

さて、行動表明とはどういうことでありましょう。患者さんの医療は長い工程で行われます。谷もあります。危険なこともあります。これを乗り越えてやっと安全にその病気が治るわけでありまして、長い医療の工程があります。どこかで事故が起こる可能性があります。医療の危険性を表明せず、安全対策もとっていないければ、事故の発生の確率は高くなります。〈スライド20〉

それに対しまして、医療機関は自分の病院は安全対策をとっていますよ、こういう安全対策をとっていますからこれに従ってくださいというCommitmentをする必要があります。患者さんは、それなら安心だと思って何もしていませんと落とし穴にはまってしまいます。〈スライド21〉

やはり病院側が医療安全対策をとっていると行動表明するだけではなく、患者さん自身もリスクマネジメントに参加すると行動表明して、一緒に医療を行って、この長い工程を歩めば安全に病気が治ると。つまり、行動誘引と相互Commitment、これがゲーム理論から学ぶことなのです。〈スライド22〉

犯罪心理学からも学ぶことができます。ニューヨークでは凶悪犯罪が多数ありました。軽犯罪から大きな犯罪、そして凶悪犯罪が発生した

わけですが、ニューヨークのジュリアーニ市長は不寛容政策（Zero Tolerance Policy）、つまり小さいことでも許さないよという政策をとったわけです。具体的には 軽犯罪に対して、ニューヨークの地下鉄の落書きを徹底的に消すという作戦をとりました。そうしましたら、より大きな犯罪が減りまして、殺人事件のような凶悪犯罪が減少したわけです。

これを医療安全対策に応用することができます。小さな怠慢が大きな怠慢となって、大きな医療事故になるかもしれません。小さなインシデント、レポートが上がってきまして、しらみつぶしに解決していく、しらみつぶしにシステム改革をしていく、それが大きな事故の減少につながるはずなのです。〈スライド23〉

NASAからも学ぶことができます。NASAでは機能不全を予想してマニュアルを徹底的につくっております。What if games、スペースシャトルがもしこうなったらどうするんだゲームというのをやるのです。Malfunction Tree、機能不全に陥ったらどうしたらいいんだというシミュレーションをやるのです。そして、これを提案するチームとマニュアルをつくるチームは別のチームでありまして、徹底的にマニュアル化していきます。徹底的にガイドラインをつくっていきます。

大切なのは実行スピードです。実行スピードがなければスペースシャトルは落ちてしまいます。NASAではマニュアルが床から天井まで積み上げられまして、宇宙飛行士はすべてマスターする必要があります。これを医療安全対策に応用することができます。〈スライド24〉

というような理論武装をしまして、みんなに訴えまして、圧倒的に多数を占める反対派を説得いたしました。そして、私は平成14年の8月に命じられましたけれども、インターネット上に私どもの病院のホームページがありますけれども、そこに平成14年11月11日に医療安全対策室の掲示板を掲げました。A4サイズで当時120ページでありました。そして、医療安全対策情報を掲示いたしました、いろいろなインシデント・レポートが上がってくる、そしてその対策、マニュアル、ガイドラインを毎月追加更新いたしました。現在これは240ページになっておりまして、300ページを超えることになりましたので、現在改訂作業中で、総務課の話では4月にページを全く新しくして皆さ

んにお見せすることができます。患者さん・ご家族だけではなく、どなたにもこれは見ていただいております。〈スライド 25〉

平成 14 年 12 月から、診療科を問わず、入院患者さん全員に「患者・家族の安全対策 20 か条」というのを配付しました。本日皆さんのお手元にあるのがそれでありまして、20 か条ありますが、わからないところがあってもそのままにしないとか、2 人以上で説明をお聞きくださいとか、意思表示は明確にしてくださいとか、身内に医療関係者がいる方が結構多いんです。そういうときはおっしゃってください。かかりつけ医とも協力します。医療従事者が集中して医療行為をしているときはちょっと注意してください。その行為を妨げないでくださいというお願いもしてあります。いろいろなことを 20 か条掲げまして、具体的にこういうことで協力してくださいとお願いしてあります。〈スライド 26〉

最初、私は「何でも質問用紙」というのを入院患者さん全員にお配りする予定だったのですが、病院の上のほうから反対がありまして、「何でも質問用紙」に何でも書かれたらとても仕事ができないというのが反対意見でありました。それで方式も考えまして、「何でも質問用紙」の名前だけを変更しました。「患者相談窓口申し込み用紙」、これも本日皆さんにお渡ししてありますが、中身は「何でも質問用紙」です。つまり、不安なこと、不満なこと、何か教えてほしい、何でもいいから書いてください、という用紙です。全入院患者さんに平成 14 年 12 月から配付されております。〈スライド 27〉

NASA の作戦も応用いたしました。1 年間で 100 以上のマニュアルを発行するという作戦です。110 発行できまして、現在 1 年半で 250 のマニュアル、ガイドラインを発行しております。〈スライド 28〉

自動化という作戦も行いまして、よくカルテを書かないドクターがいます。カルテを書けと言っても書かない、そこで そういうことはやめることにしました。説明をしないドクターはいないはず。複写式の説明書をつくりまして、ここに書いてもらいます。そして、1 枚を患者さん家族に渡して、1 枚をカルテにとじる。カルテにとじる、カルテにとじる、これが立派なカルテになるわけです。必ず複写式の説明書で患者さん・ご家族に説明をすれば、患者さ

ん・ご家族はカルテを得たのと同じことになります。私はこれにセルテ作戦と名前をつけました。だれも使ってくれませんが、カルテの力を説明書のセにかえてセルテ作戦と呼んでいるわけです。〈スライド 29〉

さて、入院患者さんで同姓の患者さんが何人いるかという調査をしました。入院患者の 25%、4 分の 1 が同姓患者でした。船橋市のデータベースがありまして、船橋市に多いトップ 30 の名前がございまして、そうしましたら、同姓患者 25% はすべてトップ 30 の中に入っております。同姓同名の患者は 400 人中 1 名、パーセントにしますと 0.25% です。

ということはどういうことかといいますと、ここに集中して対策をとればいいということになります。トップ 30 に集中する作戦、これを患者さん・ご家族に協力していただきまして、ID カードにももちろん漢字でサインをしていただきますが、ここにあなたはトップ 30 の中に入っているお名前ですよというマークを張りました。私はこれは危険マーク、黄色いマークを張りたかったのですが、みんなの反対に遭いまして、危険マークというのはよくないと、安全マークにきなさいということで、緑色のマークに変更しました。〈スライド 30〉

それから、患者さん・ご家族に聞きますと、こういう薬はアレルギーがあって使えない、ぜんそくである、それから宗教上の理由で輸血ができないということがあります。そこで、これはこちらが外来カルテですが、外来カルテの最初に患者さん・ご家族からの情報を書きます。輸血は拒否しますとか、ペニシリンでアレルギーが出たことがあります、卵はだめですとかそばはだめですということを書くわけです。この患者さんが入院したときにはこのオレンジ色のカードがこのまま入院カルテの一番先頭にきます。そうしますと、ここで医療従事者は、あつこの患者さんに対してはこういうことは禁忌であるということが一目瞭然になるわけです。〈スライド 31〉

もっとお話ししたいことがたくさんあるのですが、私の時間は 20 分ですので省略いたします。リスクマネジメントは実際どのようにすればよいのか。その病院のトップの継続的かつ強力な意志表示は絶対に必要です。目に見える形で必要です。それから、リスクマネジメントの委員会に圧倒的に強い権限を与えるべきであります。私に権限は全くございません。必須

マニュアルを整備すべきであります。必須マニュアル、現在 250 になっております。それから、報告書に必ず答えるシステムをつくるべきであります。それも目に見える形で答えるべきであります。そして、みんなでリスクマネジメント、患者さん・ご家族も目に見える形で巻き込むべきであります。〈スライド 32〉

こういうことを行いますと、結果として必ずインシデント・レポート、アクシデント・レポートの数は増加してまいります。その増加に対しまして必ずシステム改革をしてあげる、必ずマニュアルを一つ一つつけてあげる、そして答える。そうするとまた増えてまいります。報告書に必ず答えるシステム、一つ一つのインシデントをシラミつぶしにつぶしていくという作戦です。結果として必ず大事故は減少するはずで

す。これはいつ終わるかといいますと、終わることはございません。A bad day, a bad day, a bad day, ……が永遠に続くわけです。なぜでしょうか。時代は流れるのです。組織は生まれ変わっていかないとだめなのです。学習し続けない組織はやがて滅亡します。組織は人の半分も生きられません。多くは 40 年も経ないで滅亡すると Senge は言っております。アメリカのビジネス界では 30 年で滅亡するのです。一つの事業は 10 年ともたないのです。学習とシステム改革は endless に続くのです。〈スライド 33〉

医療事故が起きました。関係者に対して何をしてさしあげるべきなのか。患者さんが亡くなってしまわれた場合には、ご遺族の方に、おわびと金銭的補償が必要になってまいります。事故調査と再発防止策を講じることが必要になってまいります。それから、亡くなられた人のことを私たちは決して忘れませんよという意志表示が必要になってまいります。

High Risk Person については、やはり徹底した再教育が必要になります。もう一つ強調したいのは、Best Person に対する対策です。ベストナース、ベストドクター、彼らは自分を責めます。医療界から去っていきます。みずから命を絶とうとする者もおります。彼らにすぐ言葉をかけてあげる必要がございます。Everything has an end、物事には必ず終わりがあるんだ、今はつらいかもしれないけれども必ず終わるから、今は冬かもしれない、でも冬来たりなば春遠からじだよ、夜明けの来ない日はないんだよ、と声をかけてあげる必要がござ

います。そして、その人に向かって、ほほ笑んでいるあなたによって幸せになれる人がいますよ、頑張っているあなたによって元気になれる人がいますよ、そしてあなたが存在しているだけでいいという人がいますよと、力になってあげる必要があります。そして、システム改革の責任者はその間に徹底的にシステム改革を、この人が何とか立ち直るまでの間にシステム改革をやってあげる必要がございます。〈スライド 34〉

論語からも学ぶことができます。「人、遠き慮（おもんばか）りなければ、必ず近い憂いあり」。リスクマネジャーは毎日つらいですが、カッサンドラの予言を言い続ける必要があります。A bad day, a bad day, a bad day, ……。

「過ちて改めざる、是を過ちと謂う」。システム改革を続ける必要があります。

医療安全管理の戦略であります。私は再び 5 年前と同様に、本日ここで提言いたします。発想を転換し、患者さん・ご家族とリスクマネジメントを一緒に行いましょう。

「患者は医療チームの一員である」ことを具現化するための看護職の視点

聖路加看護大学 教授 井部俊子

A bad day の話を明るく楽しく、悲しみを込めて唐澤先生に語っていただきましたが、私も聖路加国際病院では看護部長で副院長を 10 年いたしました。その後半の 3 年間は病院全体のリスクマネジメント委員会の委員長として、明日は我が身ということで、いつも覚悟を決めて出勤するという日が続いていたように思います。報道でほかの病院の記事が出ましても、それは決して他山の石ではないと、いつも身の引き締まる思いで暮らしていたことを思い出します。

そのときに、日本看護協会の、今、郡司先生は副会長とご紹介いただきましたが、実は副会長の任期は終わっておりまして、現在監事として仕事をしておりますが、その副会長のときに横浜市大の患者取り違え事故がありまして、日本看護協会としては急遽リスクマネジメントガイドラインを職能団体としてつくろうというときの委員会の委員長として、比較的早い時期に組織として医療事故に取り組むためのガイドラインをつくった経験がございます。

そのときに委員会でいろいろ議論をするわけですが、その中の一つの資料に出されたのが、今日レジュメに書きました、メディカルエラーを防ぐために「あなたにできること」でした。この資料がある委員から出されまして、それは米国の医療研究品質調査機構、AHRQ というところからの資料なのですが、くしくも 20 項目でありました。先ほど唐澤先生も 20 条つくったとおっしゃっていましたが、20 項目が示されました。

その 20 項目の 1 番目の項目が、「ただ一つ最も重要なことは、あなたが医療チームの積極的な一員となることである」と記されておりました。そのことが私は非常に印象に残っておりまして、患者は医療を受ける側、向こうの人ではなくて、医療チームの重要なメンバーであるという認識がいかに医療者に少なかったかという反省の上に立ちまして、私は看護職ですので、看護職は患者が医療チームの一員であるということ、具体的にどんな行動で示していくことができるのかということに関心を持ち続けたいりました。

現在、日本看護協会出版会から出ております

『ナーシング・トゥデイ』という雑誌があるのですが、その雑誌の連載の企画の一環として、「ワーキング・スマートⅢ」というのをやっております。ワーキング・スマートというのは賢く働こうという意味なのですが、「ワーキング・スマートⅢ」の連載で若手の、特に現場におります専門看護師の仕事をしている方たちとともに、毎回テーマを決めて、患者は医療チームの一員であるという視点を具現化するためのテーマに取り組んでおります。

お手元のレジュメには第 1 章から第 13 章までの項目を挙げてございます。後半のほうはまだ出版されていない記事なのですが、今日用意したのは 1 から 11 までのテーマに私たちはどんなふうに回答というのでしょうか、提案をしているかということをお示しして、問題提起したいと思っております。〈スライド 1〉

まず、最初にみんなが関心を持ちましたのは、インフォームド・コンセントの誤解ということでありまして。看護職はインフォームド・コンセントを IC と省略しております、何でも省略するのが好きなのですが。

この「IC の場に同席する」ということをよく使うという現場の話がありまして、IC の場に同席するっておかしいのではないかという話からこのテーマに取り組んだわけですね。記事は雑誌に出ておりますが、要約しますとこのようなことです。

つまり、IC の場に同席して、記録用紙を持って医師の後ろに突っ立っているのは看護職の役割ではないと、医師の話を記録する係ではないということですね。では看護職は何をするのか。大事なことは、話し合いができる場をつくらなくてはいけないということですね。医療者側と患者・家族側が向かい合って座るという図式は、戦国時代の決戦の前に双方が対峙している場面を象徴し、必要以上に緊張感が高まるという精神科医の提案もありまして、医師から何か病気の説明を受けるときには、円形のテーブルで対峙しないように、それからできるだけ看護職が中間に位置して、どちらの発言も容易にできるようにするという、そういう構造がいいということが一つです。そこで患者の自己決定をささえ、かつ患者を擁護する。もしわかっていないなと思ったら、そこを少し補ってあげたり、あるいは発言を促したりすることが重要だということですね。〈スライド 2〉

次は、“療養上の世話”の決定をめぐるという第2回目なのですが、おかゆかご飯を決めるのはだれという何か非常に具体的な話で、先ほどの唐澤先生の高級な話ではないのですが、新たな看護のあり方に関する検討会報告書で、これは昨年3月に提出された報告書なのですが、その中に看護職というのは療養生活支援の専門家だということを文言として盛り込まれております。そうしますと一々おかゆにしましょうかご飯にしましょうかまでなぜ医師に聞かなければいけないのかという自己批判から始まりまして、患者が望んでいることや希望を聞いて話し合うとか、そうした場をつくるとか、医師の指示の根拠をちゃんと考えようとか、医師との交渉に当たり、お互いの要求をうまく満たす方法はないかということを考えようといったことです。〈スライド3〉

次は「パターン認識の落とし穴」というのが2003年7月号です。あなたの説明を患者がどう解釈しているかわかっていますかという、これも私たち看護職の行動の見直しなのですが、具体的にあるメンバーが説明したのは、Mさんの胸ポケットにたばこが入っていた。手術に当たって禁煙について説明したのに理解度が低いと、病識がないという言葉をよく使うわけです。そこで、いけないじゃありませんかと患者に話をするということなのですが、よくよくMさんに話を聞いてみると、たばこを吸っても気管カニューレからたんを取ることで肺炎にはならないと解釈していたということがありまして、患者が解釈している内容と私どもが思っている内容とは食い違いがあるということです。なぜそうなのかということや、ツーウェイのコミュニケーションをもっときちんとしなければいけないということです。〈スライド4〉

次は「ユニットとしての家族へのアプローチ」ということです。ある日外出をして家に帰ってきた患者Eが、家に帰ってもどこにも居場所がないんですとナースにほそっと漏らしたということから始まりまして、Eという患者だけを見ているのではなくて、家族のダイナミクスもきちんと見なくてははいけません。この家族はEさんの発病によって、Eさんと妻はライフスタイルを変更してきているわけですが、互いに相手を気遣って自己抑制し、無理をしながら新たな家族関係を辛うじて維持してきたわけです。今回Eさんが不眠や感染の兆候があらわれ

てきたことで、辛うじて維持してきた家族の関係性の均衡が崩れようとしてきているという状況から、看護職はどうしたらいいかということを考えようということです。答えは雑誌の記事に書いてあります。〈スライド5〉

それから、次は「よかれと思う看護」からの脱却」ということです。これも実際の会話ですが、患者が麻薬を使いたくないと言うと、看護師が、そうですね、わかります、麻薬を使うのは心配ですよね、でも麻薬といっても心配は要りませんよ、痛みがちゃんと取れるほうがずっと楽になると思いますので、と矢継ぎ早に話をしているわけですが、患者は「……」と答えていないわけです。

それから、少し間がありまして、別な場面で看護師が麻薬に対して嫌な思いがあるのですかと、問う。しばらくの沈黙がありますが、患者は重い口を開きまして、麻薬を使うと痛みは取れるんだらうけれども、痛みを感じられなくなると生きている感覚がないんだと述べたということで、勝手によかれと思う話をしてさっさと帰ってくるのは失敗であるということの説明をしています。〈スライド6〉

次は外来の話です。待ち時間が長くて、大きな病院の外来というのは大体混み合っていて、不満が多い最大場所なのですが、ここは患者がチームの一員となる最初の窓口としての外来という機能があるのではないかとということです。特に看護師は外来の全体を見ておりますので、いかに調整するかがポイントです。

例えば、看護相談をする、あるいは待合室のいすを工夫する、快適な空間をつくる、適度な明るさと静けさを保つ、患者同士の効果的な出会いの場をつくる、あるいは医療情報、健康情報の提供をする。実際に、化学療法の脱毛時のバンダナの巻き方を説明したとか、あるいはかつらの選び方、装着後のカット方法といったものを、外来の場を使って意見交換をすることができたということです。〈スライド7〉

次は「転倒と抑制」ですが、患者の意思の尊重を私たちはどこまで徹底して行うかということがこのとき話し合われました。転倒予防をめぐるナースの思い、患者の思いということがありまして、なかなかすばっと解決はできないわけですが、いずれにしても抑制をするということよりも尊厳を持った一人の人として対応すること、優しく穏やかな声で話しかけること、心地よいケアを提供するということが大切だ

という結論になりました。〈スライド 8〉

次は「医療広告規制の緩和と看護」ということです。看護を広告しなければいけないと、広く世の中の人にどのような看護が看護なのかということ、ナイチンゲールはこれが看護であることと看護でないことという「看護覚え書」を書いておられますが、例えば現代の診療報酬の中では褥瘡対策未実施減算とか、緩和ケア診療加算、安全対策に関しても必ず看護師がそこに活躍しているのですが、こうした活躍の場がなかなか見えないということが一つの反省点でありました。〈スライド 9〉

これはなかなか興味深いのですが、「診療科の壁と看護師の役割」というテーマで 2004 年 1 月号は書いています。耳のところの腫瘍の S さんは、耳鼻科と脳神経外科と形成外科の 3 診療科がかかわっているわけです。ある日、最初に耳鼻科の医師が創部の消毒を行って、次に形成外科の医師が来て、かえたばかりのガーゼをがばっとはがし、皮弁部位の観察を行って消毒した。昼ごろになると脳神経外科の医師が来て、脳脊髄液ドレーンの廃液量と位置を確認して、患者のそばにいた看護師にドレーンの高さがずれています、他の医師にも固定の位置をずらさないように伝えておいてくださいと言って去ったということで、S さんはキレたわけですね。ここで看護師は三つの診療科の医師の診察の調整をしたのです。〈スライド 10〉

それから、次は「個人情報の行方—看護師の責務と患者の権利—」ということ。2003 年 5 月に個人情報保護法が通過いたしましたので、2 年以内に全面施行ということになっておりますので、その中で特に看護記録、もしくは診療録に関連することで、利用目的の特定と利用目的による制限、それから利用目的を通知しないといけないことや、第三者への情報提供の制限と、個人データを本人の求めに応じて知り得る状態にしておくということが個人情報保護法に入っておりますので、現場の、特に私たちは看護記録ですが、それをどう説明し、どう記録をするかということを考えてはいけないという話です。〈スライド 11〉

次は「コンプライアンスからアドビアランスへ」ということです。まずは薬物療法への医療者のかかわり方を変えようということ。患者はなぜ薬を飲み続けることができないのかという、いわゆる医師の指示に従うという「コンプライアンス」から、自分で決めて服薬を行

い、その行為が生活の中に溶け込むように工夫するといった「アドビアランス」という考え方には一緒に考える、生活の一部となるように無理なく続けられる方法を見つけ出す。アドビアランスの維持を支える。薬を飲んだ結果、調子が悪くなったら、率直に伝えてほしいと伝える。特に調子が悪くなった場合に、薬のせいだと患者は思っている、医師に悪いから黙って飲むのをやめて、何も言わないというようなことも実際にあります。関係性の見直しを行っていく必要があると考えています。

12 番目には 看護師—看護師関係です。つまり、一定の専門的知識を持ったスペシャリストとジェネラリストの間の、昔で言う医師—看護師関係のような関係性が散見されるので、それを私たちはどう考えるべきかということ。13 番目に「DNRはだれが決めるのか」です。DNRは医療関係者がよくわかることですが、一般の方たちにはほとんど目に触れないで治療方針が決められることがあるわけです。DNRとは Do Not Resuscitate ですから、蘇生はしないということなのですが、蘇生はしないということを一括だれがいつの段階で決めるのかということが 13 番目の議論になっています。

こうした全体の流れから見ますと、看護職はある意味で他人の人生の伴走者として身近なところにいるわけですし、先ほど村上先生からもレイ・エキスパートという概念が提示されましたように、そうした人たちの傍らにいて、その人たちの人生を理解し、共感し、受容しながら、身近に存在する、24 時間見捨てないでそこにいるということが看護職の強みでもあります。そうした私たちの役割を実現していくためには、看護職自身が共感や、あるいは洞察力を持った、見識の高い看護職が多く育たなければいけないということを感じるわけです。メディカルモデルではない看護モデルのもとに、きちんとした役割行動がとれることが必要だということ、これらの総括です。

「受け手と担い手との共同（協働）行為としての医療の定着を目指して」

東札幌病院 副院長 石垣 靖子

大変ご丁寧なご紹介ありがとうございました。東札幌病院の石垣と申します。本日このような機会をいただきましたこと大変光栄に存じております。

ただいま郡司先生からご紹介いただきましたが、東札幌病院は今年 22 年目を迎える病院です。開院以来ホスピス・緩和ケアを標榜しており、入院患者の 65% から、多いときには 70% ががん患者さん、特に進行・再発・末期がんの患者さんが多いという、大変特徴のある病院です。したがって、日常の医療の中で患者さんの参加を得ることは必須でありまして、そのことについては特に大切に取り組んでまいりました。

最初に、最近のヘルスケア変化のごく一部を、私たちの病院にひきつけて概観してみたいと思います。〈スライド 1〉

病院中心のケアは在宅ケアに大きくシフトしております。在院期間の短縮や患者・家族の QOL を重視する視点からも、医療依存度の高い人も在宅に移行し、ケアが受けられるようになりました。特にホスピスケアを受ける対象の方々は、予後が限られていることもあり、短期間でも在宅ケアを希望される方が増えてきております。従来入院しなければできなかった治療も外来治療へ転換しつつあります。日帰り手術や通院化学療法などがその代表です。また、よい意味でも悪い意味でもいわゆる父権主義（パターナリズム）は、患者の自律（自立）の置き換えられ、これまでナースが管理していた副作用対策は患者が管理するようになってきました。たとえば、私たちの病院で行われる抗がん剤の治療は、患者さんの自己管理能力にもよりますが、ナースに渡される指示箋が同時に患者さんにも渡されます。そのことによって、ちょっとしたインシデントが防止できることもあります。たとえば抗がん剤の注入開始予定の時間になっても薬剤が始まらないとか、注入時間が予定通りに進んでいないとか、患者さん自身もプロトコルが順調に進むように主体的に治療に参加されるのです。また、痛み治療の管理にしましても、患者さんが 24 時間の痛みの度合いを記入するアセスメント用紙があります。その記入を見ながらレスキューの鎮痛

剤が多くなりますと、患者さんと相談して基礎になる麻薬性鎮痛剤のドーズをアップするようにいたします。また、便秘や吐き気などの副作用状況についても、アセスメント表に基づいて患者さんと話しあいながら、適切な対応をすることができます。患者さんご自身が自分の痛みのコントロールに参加できるということは、患者さんの安心につながりますし痛みの閾値があがるというメリットもあります。

適切な情報の共有、すなわち患者さんが自分に行われる治療に対して理解されていることが必要です。すなわち、いまは患者さんがご自分の病気と共存しながら、治療と折り合っていくという時代になってきました。生活習慣病が増加し、超高齢社会のなかで心身の障害を持つ人が増えている現状では、これまでのような生物医学モデルでの対応は十分ではなく、社会科学的な医療のアプローチ、つまり生活重視型医療モデルへの転換がますます迫られているのだと思います。

私どもの病院では、「医療は受け手と担い手との共同（協働）行為である」という共通認識があります。しかし、日々の医療実践の中で、このことを具現化するのはそう簡単なことではないことを常々感じております。〈スライド 2〉

東札幌病院は 1994 年に倫理委員会を院内に設置し、研究審査委員会と臨床倫理委員会をつくりました。臨床倫理委員会ではこれまで患者一医療者間の情報のギャップや、医療を進める上で問題になること、例えば ALS の患者さんが、レスピレーター（人工呼吸器）の装着を拒否された場合とか、輸血を拒否する患者さんに輸血が必要になったときにどうするかということも話し合ってきました。しかし、多くは現在直面している問題についての話し合いです。例えば、進行がん患者さんの抗がん剤の治療等について、患者さん自身の意志決定をどうサポートするかなど、地域住民の常識的な目線で話し合い、患者さんと合意しながら方針決定をしていきます。臨床倫理委員会のメンバーのなかには当然、医療専門家以外の人も入っております。

患者さんと医療者間とのコミュニケーションのギャップによって、患者さんに不利益を与えるということが臨床倫理委員会でしばしば話し合われるようになり、委員会ではインフォームド・コンセントのガイドラインをつくりました。しかし、日常の医療のなかに、定着する

ことが困難でしたので、2001年から2002年にかけて多くの職員の参加を得て、ガイドラインの改訂版をつくりました。

このガイドラインをつくる時に確認したことです。インフォームド・コンセントの基本は当然ながら患者主体のものであるということです。〈スライド3〉

患者が自分の置かれた状況について十分把握した上で、ある医療方針に同意することです。外国の文献を読みますと、インフォームド・コンセントとは、患者がギブ (give) するものであり、医療者は患者からインフォームド・コンセントをオプティン (obtain) するという表現になっております。ですから医師がインフォームド・コンセントを進めるなどとは決して言わないということも学びました。

お手元に私どもが作った改訂版インフォームド・コンセントのガイドラインを資料として載せてあります。〈スライド4〉

インフォームド・コンセントとは次の事項を満たす承認行為であると定義づけました。患者（ないしは代理人としての家族）が行うものである。病状および医療方針についての適切な理解を伴っている。医療従事者に対するものである。特定の医療的働きかけを行うことを内容とする。すなわち、インフォームド・コンセントとは、患者ないし代理人としての家族が、病状および医療方針についての適切な理解を伴った上で、特定の医療的な働きかけを行うことを医療従事者に対して承認する行為であるということを確認したわけです。

たとえば、ある患者さんに鎮痛剤注射の指示がでたとします。ナースは患者さんにこの注射をする理由、部位、効果と予想される時間、リスクなどを説明いたします。納得された患者さんがその行為を承認して、初めて鎮痛剤の注射をするというプロセスが成り立つわけです。すべての医療（ケア）の行為は、インフォームド・コンセントのプロセスに基づいて行われるということです。

私たち医療者側には専門家として病気の状態と治療法についての専門的知識があります。しかし、患者さん側には自分の人生の実情についての情報、あるいは価値観があります。両者からの情報を十分に話し合い現時点でどうするか、合意による決定のプロセスがインフォームド・コンセントだと考えております。〈スライド5〉

インフォームド・コンセントを進めていくときに、患者さんの満足度 (QOL) を参考にすることがあります。〈スライド6〉

医療におけるクオリティ・オブ・ライフ (QOL) の評価には様々な方法がありますが、0から10までのシングルラインで行う総合評価を用いることもあります。総合して今の状態はどのくらいですか、と非常に満足から、非常に不満足までの11段階で記入していただく方法です。

たまたまある患者さん、85歳の方でした。QOLは大体8くらいという時期に胃がんが見つかりました。主治医は手術をしましょうと患者さんに勧めました。その方はご家族とも相談され、「85歳までもう十分生きた。人生で自分のやりたかったことはほとんどやってきたし、孫もひ孫もいる。もし手術をしてもこの先ずっと生き得るわけではない。家族の同意も得て手術をしないことに決めました」ということで、医療者も納得し手術をしませんでした。退院して時折、訪問看護師のケアを受けて過ごされましたが、狭窄がすすんで食が細くなっても、輸液などの治療を希望されずに枯れるように亡くなりました。その方のQOLの面積はこの濃い線の中になります。

もう一方は、92歳の女性の方でした。貧血の精査で入院し、胃がんが見つかりました。医師は手術を勧めました。医師は、もし手術をしなければ、早晚食べられなくなるだろうと説明しました。この方は、「食べることは生きることなので、できれば死ぬ前の日まで食べていたい」と、手術を希望されたのです。その時点でその方のQOLはやはり8くらいでした。手術の侵襲によって一時的にQOLは下がりましたが、その侵襲から回復するとまたもとのQOLを保つことができました。92歳という年齢ですから、それから1年半くらい生きられましたでしょうか。この方のQOLの面積は薄い線で表すことができます。

インフォームド・コンセントとは、このように医療者側の専門的な技術・知識と、患者さんの個々の事情・価値観を相互に話し合ってベストの治療を選択するプロセスなのだと思います。同時に医療行為の決定は、その行為をすることによって、その後の患者さんのQOLがどのように維持され、拡大されるかということに基づいて決定されるべきです。

しかし、現実の場では患者さんの人生の事情

とか、価値観などが尊重される医療はなかなか難しいこともあります。この定着を目指して私どもが16年近くにわたって行っている「医の倫理セミナー」があります。東北大学の哲学の教授であります、清水哲郎先生とともに行っているのですが、清水先生は、私ども人間はくいのちI>とくいのちII>の統合体であると言っております。〈スライド7〉

くいのちI>とは、一人一人の他の諸生物と共通した生命体として、初めから終わりにいたる生物学的な生命で、これを *vita biologica* と表現しております。くいのちII>は、一人一人の来し方、行く末を人生として見、何をしてくて、今何ができ、これからどうしようとするのかといった言説で記述される、*vita biographica* であると説明しております。くいのちI>とくいのちII>の統合体であるということを、日常の医療の実践で重視しないと、患者さんとの間に乖離がでてくるのは当然であります。

くいのちII>が尊重されない背景に、病院という特殊というか、ある意味では異常な環境のなかに患者さんが置かれていることもあります。最近読んだダニエル・F・チャンプリスの著書「ケアの向こう側」(日本看護協会出版会)は、こういう衝撃的な文章で始まっております。「病院では、悪人ではなく善良な人がナイフを持ち、人を切り裂いている。そこでは善人が人に針を刺し、肛門や膣に指を入れ、尿道に管を入れ、赤ん坊の頭皮に針を刺す。初対面の人に服を脱ぐように命令する」。まさしくそのとおりで、そのような環境の中で、患者さんが自分はいくいのちII>をもった存在なのだと言主張することはなかなか難しい状況もあると思います。〈スライド8〉

この本の中で「物として扱われる患者」という項目があります。患者がある種の処置を受けるときのストレスは、その処置による身体的苦痛とともに、それを受けるときに彼らを感じる無力感、無抵抗感、強要観といった感覚と関連するようであると書かれております。病院という特殊な環境のなかでは時として、患者さんのくいのちII>はまったく無視されることを私ども医療者が意識しないと、患者さんとの乖離はますます大きくなると思われまます。〈スライド9〉

マックウイニーという人も同じようなことを言っております。「医学は絶えることのない

道徳(倫理)問題を抱えている。現在、そのうち二つが特に重篤である。一つは苦悩に対する不感症であり、もう一つは力の乱用である」。力の乱用は、医療者と患者との間にも、医療者間にもあると思います。

私たちが会おう患者さんは、普通の地域住民なのです。医療者は普通の地域の人たちに出会って、その人生に触れて、その結果その人たちの人生が変わり、そして自分の人生も変わるという、得がたい特権が与えられる場にいるわけです。〈スライド10〉

しかし、医療を受ける方々が意思決定をするときに、医療者による力の乱用が行われているのではないかとリア・L・カーティンは言っております。「医療の場では、技術に関する権限のほとんどは専門職者にある、ということになる。問題のポイントは、人の価値観の領域に入る意思決定をする道徳的権限が専門職者にあるのか」〈スライド11〉

ベルグリーノという人も、人間は病気になることによって様々な傷を負うと言っております。まず病気になることによって人間としての自立が侵害される。すなわち、専門家に対して治してくださいとお願いする立場に立たされる。また、いろいろな事由で患者としての自由がなくなる。そして、病気による自己選択の能力が損なわれる。最も患者が大きな傷を受けるのは見知らぬ人々の支配下に置かれることであるということです。〈スライド12〉

ですから患者との協働(共同)行為を進めていくために、医療における倫理原則、すなわち、相手を人として遇しているかという視点を、いかに定着できるかという課題があります。〈スライド13〉

医療行為の目的は相手の善・利益を最大にすることであり。それは、QOLを高く、そして、その人の価値観を尊重する。これは先ほどの事例でも85歳の方の手術をしないという決定、その方の人生観を尊重するという事です。行為の進め方では、相手を人間として遇する、共同を進めると同時に、患者さんの傍らにあるということです。すなわち、人間の弱さを受け止め、思いを同じにすることを大事にして行為を進めていくことでもあります。〈スライド14・15〉

その具現化のために倫理検討シートをカンファレンスで使用することが役立っております。これは、治療のメリット・デメリット、患

者さんの意思・価値観についての特記事項、患者さんの理解と意向、そしてご家族の意向はどうか、もし当事者間の不一致があったら、それをどのように埋めていくかなど、先ほどのインフォームド・コンセントのガイドラインをもとに話し合いをいたします。〈スライド 16〉

このシートを使用する大きな目的は、その患者の医療（ケア）のゴールをどこにおくか。その決定に患者・家族が参加しているか（意見が尊重されているか）。行われる治療は最善のものか。その治療をすること、あるいはしないことによるメリット・デメリットはなにか。それを患者・家族と共有しているか等を確認しながら話し合いを進めるものです。〈スライド 17〉

当院のように終末期の患者さんが多いということでは、その人をどれほど人間として遇することができるかということが大きな課題であり、医療者と患者さんとの信頼関係を構築することでもあります。それは、様々な意味で医療事故を未然に防ぐことであり、起きてしまった出来事を前向きに解決していくために極めて重要なことだと思います。

医療テクノロジーの進歩は、生物体として私たちのもっている、優れた回復力を忘れがちにさせています。病気は患者さんご自身が回復していくもので、私たち専門家は、様々な方法でその力をより引き出していく役割だと思います。そうすることで、医療の受けてと担い手、双方の満足をたかめることができるのではないのでしょうか。

「患者と協働する医療を築くー安全の向上を
目指してー」

東京SP研究会 代表 佐伯晴子

ご紹介いただきましたように、私は外国語大学というところでロシア語が一応卒業した学科なのですが、ロシア語自体はあまり勉強しませんでした。その後、英語の教員の資格を持っていましたので、細々と小規模に教えたりなぞして、たまたま結婚した相手が ある商社のサラリーマンでしたので、その関係で5年余りイタリアに駐在することになりまして、イタリア語をゼロからそこで始めたわけなんですね。

私は大学にいるときにフランス語とスペイン語はとっていたので、ある程度わかってはいたのですが、やはり生活してみると全然通じないと。でも通じないのは困るので、ゼロから学び始めて、だんだん通じるようになってきて、その通じるというのがおもしろいなど。外国語大学が出身だったのですが、そんなことはどうでもよくて、自分で生きてみて初めてわかったんです。その言葉の通じることのおもしろさの一つあります。

もう一つは、父親が膵臓がんで亡くなったり、ちょうど同じぐらいの時期に私のいとこも膵臓がんで、何か周りの私の好きないい人がどんどん亡くなっていく。好きでもない人は生き残っていくのですが、それがとても私にとって辛いということがありまして、ではなぜ私は生き残っていくんだろうと。いずれ死ぬのだけれども、死ぬとか生きるってどういうことなのかなど思っていました。たまたまいろいろな出会いがありまして、それでイタリアに行く話が出て、ではヨーロッパの人は、イタリアの人はどうやって死んでいくのだろうかとか。まだ日本にはホスピスは非常に少ない時期でしたので、発祥地のイギリスではどういうふうに行っているのだろうかなんて、本当に何でも見てやろうというような気持ちでイタリアに5年間住んでおりました。

その中で少しずつ言葉が使えるようになったということもあって、自分が興味を持っていたがんの末期の患者さんをサポートするチームがあったんですね。イタリアのミラノに国立がんセンターというところがあって、そこが北イタリアの緩和ケア協会と非常に連携をとって、ボランティアグループをつくってました

ので、そこにまず講座を受けに行って、自分も実際の患者さんのところでボランティアをしたかったのですが、やはりちょっとイタリア語がそこまでの力がつかなかったといひましようか、イタリアは都市国家の名残がありまして方言が非常に強いものですから、外国人が学んだ程度のイタリア語では歯が立たないし、わざわざ病気の方に努力して私のつたないイタリア語を理解していただくなんていうのも、とてもご迷惑な話なので、事務局の仕事をやっておりました。

そんな中で、私みたいな者がボランティアで参加できるんですね。ボランティア講座に入れる。ボランティアにある一定の仕事を頼むんです。ボランティアのナース、ボランティアの薬剤師さんとして、24時間で末期の患者さんがひとり暮らししていくのを支える、そんなサポートグループが既に20年くらい前にもう北イタリアに完成してました。そこでは本当にチーム医療というのが、ああこれがチーム医療というものなのかと非常に納得をしてきたのですが。

それで、私は93年に日本に帰ってきました、同じような仕事をしたいなと思ったんですね。素人なんだけれども、事務職みたいなこととしてそんなチームにかかわれることはないかなと探したのですが、結局何もなかった。何かうろろろしてましたら、たまたま大阪のCOMLというところの辻本好子さんという方——ささえあい医療人権センターCOMLというのをつくった人なのですが——その方と出会いがありまして、東京でもこういうSPの活動をやりたい人がたくさんいるみたいだから、まとめ役、連絡役をちょうど探しているの、「あなたどう？」なんて94年くらいに声をかけられて、実際に活動を始めたのが95年ということになります。

それでは、ちょっと前置きが長くなりましたが、レジュメのところにも非常に変なことをいっぱい書いています。素人、さつき村上先生がレイ・エキスパートなんて、まあどうしようも、とてもうれしい言葉をおっしゃってくださったのですが、私の売りは素人なんです。素人から見て、ああこんなことがあるんですかとか、これはうれしいですねとか、こんなのどうですかというようなことがずけずけ言えるという立場を、今、模擬患者のところでやっています。これが将来自分が死ぬときというのはちょ

っとなんですが、自分の子供が死ぬときに、大事な人がこれからどんどん次の世界に行こうとするときに役立ってくれたらいいなど、そんなことでやっています。〈スライド0〉

例えば、協働って言われるのですが、協働って何なんでしょうと。いつもわからないのが、このことの主語はだれなんだろうと。私たちは主語が抜けて話が通じる日本語の世界におりますので、そんなことも影響しているのかもしれないのですが、主語が感じられないんですね。

協働というのは、平たく考えると医療者は患者と協働する、同じように患者は医療者と協働するということでよろしいんですね。では、協働するための条件は何か。今日、私がこれという正解を出せるわけでも何でもなくて、今日私がお話ししたいのは、協働するための前提は今どうなっているのだろうか、それでは条件はどういうふうにしたらいいんだろうということを一緒に考えていければいいかなと思っております。

先ほどのような船橋市立医療センターですとか、こちらの聖路加国際病院ですとか、あるいは東札幌病院の、ひょっとしたらむしろ例外的かもしれないですね。これだけ積極的に取り組みをしてくださっている病院は、日本は広くいろいろな病院がたくさんあるのですが、多くの場合やはり患者さんは普通にかかってこんな感じを持っていることが多いです。〈スライド1〉

セルテという言葉もありましたが、説明していただける数はちょっとふえてきたというのは最近何かで報告されていましたが、でもやはり説明がわからないというのがありますね。わからなくてもそこで、すみません、これどうのことですかと質問ができない、伝わらないという感じでしょうか。〈スライド2〉

それから、例えば外来で筒抜けとか、伝統がある病院だけれども6人部屋とか。4人になりましたので差額ベッド代って。「ええっ」っていう感じなのですが、なぜ私がポータブルトイレでやる音をみんなに聞かれなければいけないの。それが嫌だから無理してでもトイレに行く。そうすると転倒すると。そんなことが結構あるのではないかなと思いますね。

前に新聞などで、外国人の方が日本の医療を受けてみてどういう感想を持ちましたかというところで、プライバシーが全然ないと。それをお答えになった方は、いわゆる欧米先進国の

方に限らず、いろいろな国、先ほど円グラフがありました、そのパーセンテージとしてまだ社会との不適合が少ないぐらいのお国の方も、かなりそういうご感想だったように思います。だから、それで乖離があるわけですね。

患者さんとの満足度と、日本の医療はこれだけ数字がいいのに、平均寿命もこれだけ延ばして上げているのに、なぜこんなところかというと、こんなことも結構多いのかなという気がします。DNR、一体、だれが、いつというお話もありましたが、そんなのだったら早く言ってもらいたかったのにというのが本当に素朴なところですよ。〈スライド3〉

ただ、医療におけるコミュニケーション不足は患者さんだけが感じているものではないだろうと思うんですね。先ほど、看護師－看護師間の関係性というお話もありましたが、スタッフ同士で伝わりにくくて困ること、薬剤師さんがあれっと思う。アマリアルですか、いいのかなといったところで、その病院の中の薬剤部とドクターとの関係が非常によければ言えるところが、まあいいのかな、言うとも面倒くさいということになって、最後のとりでで患者さんの安全が守られないということがかなりあるかもしれないです。

疑義照会をすると、おたくには処方せんは回しませんからねと、もうけんか腰になってしまう。だから中身を見てちょっと考えなさいよという薬剤師会の現場でのこともあると思うのですが、あれっ患者さんてそこにはどういうふうに見られているんだろうと、患者さんの安全でどこにいつてしまうんだろうと、ちょっと考えることもあります。〈スライド4〉

そんなので、例えば医学教育を例に挙げますと、幾つかこんな困ったことがあるので、教育のところから見直していきましょうというような動きも一部あります。例えば、あいさつができない研修医が来たのでは困るから、あいさつをしてとか、報連相というものを少しは身につけてもらおうということもあって、一つは問診から医療面接へという動きのようなのです。〈スライド5〉

私は、実は問診と言われる場面、あるいは医療面接と言われる場面で患者役を演じる、SPというのは Simulated Patient、あるいはいつシミュレーションしても大体同じように一定してできるということで、Standardized Patient をやっております。

学年でこれだけ、例えば医学部6年を例にとると、あるいは研修医も挙げると、チャンスはあるように見えるのですが、非常に少ない。今一番あるとすれば、ここですね。臨床実習に上がる前に知識がちゃんとできているかというのをコンピューターで試す試験と、実技はちゃんと聴診器が正しいところに当てられるか、ちゃんと聞けるかというようなのをあわせて、患者さんに失礼のないような言葉遣いができて、必要最低限の情報をもらえるかというようなものも試験に入れなければ困るということが、平成17年度から全国80医科大学漏れなくやらなければいけなくなってしまったので、これは外圧ですね、こんなことが教育現場で少しは始まってきています。

ただ、やはりまだまだここら辺がこれからということなので、患者さんがしっかりわかって Consent できるようなご説明というのはもらいにくいなど。言われっ放しとか、難しい言葉だらけでわからないということがまだまだあるようにも思いますし。

私が一番大事だなと思うのは、先ほど唐澤先生も非常にお気持ちを込めていらっしゃったと思うのですが、コミュニケーションは難しいですが、やはり通じたらおもしろい。おもしろいと思うと、それはまた次にやろうとか、やっていてよかったなという気持ちになるわけですよね。英会話も、一度もそれを使って通じる場面がないとつまらなくてやらないわけですよね。同じだと思います。こういう機会がカリキュラムの中に、あるいはプロになってからも少ないのかなと。ひとり相撲をさせられていると感じることもちょっとあります。〈スライド6〉

患者さんは地域の方と、先ほどお言葉がありました。世の中にパーセンテージにしたらくわかりませんが、例えば自分の小学校6年生のときの同級生を頭に思い描いていただくと、40人クラスだとして、何人が医療関係について今仕事をしているかと。40人クラスで4人いたらむしろ多いぐらいですよ。多分2人ぐらいかなと。そうすると、自分の友達の5%しか医療関係にはついていないと。ひっくり返して言うと、95%は医療以外のところにいる。医療の素人の人ばかりなんだと。年代を掛けていくと、日本の国民の95%は医療の素人。素人の人がそんな医療面接といいましょうか、コミュニケーションの場のところで何を大事にし

ようとしているかという、こんな単純なことです。〈スライド7〉

先ほどの医学教育のところで、例えばどんなことをやっているかという実態です。痛いと言ってきた人にはこれこれ聞きなさいよと指導されます。恐らくごく当たり前のことなんだと思います。時間があつたらこちら聞きなさいよというのがあります。おなじみのことですね。〈スライド8〉

例えば、ちょっと誤解があるというか、こちらにとってはわかりにくい「大きな病気をしたことがありますか。」よくわからないことがある。あるいは、「ご家族で大きな病気をなさった方がいるか」と。いや、「家内と2人暮らしなんで」と言っ。ちょっとずれがあるようなことも、こんなですね。〈スライド9〉

共用試験と先ほど全国どこでもやる試験のことを、そういう名称があるのですが、そのところでこれだけのことをといて学習をさせられて、学生さんはこう書いてあるからどんな人が来ても全部満遍なく聞かなくてはいけないだろうと思うわけです。ただ頭が痛いと言っただけで、あまり頭の痛いことを聞いてくださらなくて、ペットを飼っていますかとか、どうでもいいようなことまで全部網羅して聞いてくださるんですが、これ問診票にあらかじめ何か項目があつて、そこにチェックを入れるとか、あるいは待っている間にどなたかが聞きに来てくださって、そこではいとかいいえとか言うのとどこが違うんだらうと思うことがあるのです。

問診票というのは、医療者が主語、医療に必要な情報を収集する、それですよ。問うて見る、見るために問うわけですから。さっき問診から医療面接へと出ていましたが、これは何も変わっていないのではないかと思うわけです。主語は医療者のままなのではないのかと。〈スライド10〉

それで、私は患者の立場として医療面接という場面をつくる、あるいは問診から医療面接へと言うからには、これをめざしてほしいなと思っ。それは、ちょうど石垣さんのご発表をいただきましたように、本当に一人一人そのときどうい。うことを感じているのかと、どうい。うことで今悩んでいるのか、迷っているのか、あるいはどうい。うことをうれしいとこの方は感じているのかというの。が、せっかく会っ。て話をして。いるのですから、そこでわかるよう

に、手にとるように、見えるようにやりとりしてもらいたいと思います。〈スライド 11〉

患者さんの暮らしと気持ちを聞く。聞かないことには、その人のQOLを特定といいたいでしょうか、考えることもできないでしょうし、その人にとって何が一番目指したいところなのかとわからないわけですよ。〈スライド 12〉

例えば、教育の中では解釈モデルとか、これは翻訳本のところには説明モデルとあるのですが、こんなことも一応聞いておきなさいよという形で教えられてはいます。ただ、ちょっと切り口が単純といいたいでしょうか、項目に終わっているかなという印象もします。やはり医学部教育のところでこうやってお手伝いなどをしていきますと、感じてしまうんですね。問診票を埋めるために質疑応答をしているのではないとか、私が引っかけるところが、冒頭では患者に自由に話させるとテキストに書いているのです。ああ、冒頭しかだめなのかと。こういう制限つきなんですね。だから、話させる、と使役動詞です。話してもらってはいないのですよ。

それから、制限時間も最近やっと10分なんていうのもできましたが、プロの方との研修現場などをやると、ベテラン医師の方は1分ぐらいで終わってしまいました。いつもこんなに聞きませんからといって、すぐ診察しますからと。

それから、「言い忘れたことはありませんか」と言われる。こちらは健忘症でないのに、あなたが聞いてないのではないのと本当は言いたいのですが、一応おとなしい患者役として、「は？」なんて言ったりするのですが、おおよそ自分が自分のためにこのコミュニケーションの場で協働しているという気にはならないんです。学習途上の方なので仕方がないのかもしれませんが、この発想でいくとなかなか協働にはつながらないのかなという気がちょっとしています。こんなこともいろいろ場面で感じたりもしますね。最近はこのものもあります。〈スライド 13〉

ただ、確認をさせてください、お名前を伺っていいですかと言うのだったら、全然抵抗なく、「はいこうこうです、ありがとうございます」とって、気持ちよくできるのです。何も言いません。ところが「次の方どうぞ。名前は？」って聞かれてしまって、「えっ何々です。」「結構です。」何かすごく、何のためにとか、だれのために、というのが抜け落ちている、こんなふうを感じたりもしますね。

私の父が心筋梗塞で亡くなりましてなんて話をした後で、本当に若い方では「父が心筋梗塞で亡くなったのですよ」という言葉を返してくださいませんか。「普通、お父様だとかって言いますでしょう」って後でまた言わなくてはいけないのですが、こんなことも教育現場のところではあります。〈スライド 14〉

それから、私は例えば今日なんかこんなところに来たり、昨年、今ぐらいのときにはPOS学会というところで「患者さんと共に歩む診療録」というテーマでしたか、そこのところでも呼ばれたり、便利に呼ばれているのですが、こんなものがあります。ただ、ちょっとだけ出てみて気がつくことなどもお話し申しますが、のぞいてみると結構いろいろなことが見えてしまうんです。学生さんは大学病院で教わっているので、教えていらっしゃる先生は大学病院の先生なんですね。大学病院というのはやはり日本の医療の中ではかなり特殊です。そこのところでのありようがちょっと違うのかなということですか、研究のところでこんなことを感じたりもしました。〈スライド 15・16〉

いろいろなこんなのも増えてはいるのですが、ただ、今、レイ・エキスパートというのはおこがましいのですが、かなり長い目で見ようと思っています。1995年からこの活動をやっているのですが、これから10年目に入ろうとしているのですが、10年経って変わったかということ、そんな簡単に変わるものではないです。150年築いてきたものが、自民党の55年体制ですか、それも変わらないのと同じように変わらない部分が多いと思います。下手をすると、SPを呼んだのでと免罪符に使われることもあるかもしれないというので、ちょっと気を引き締めたりもしています。〈スライド 17・18・19・20〉

最後にこのところ、やはり安全のことでここだけちょっとお話ししておきます。

コミュニケーションでいろいろ自分の自助努力みたいなことで伝わるように工夫はできるのですが、最後のここが一番肝心かなと思いますね。私は自分の文化で発信する。聞いていらっしゃる方はご自分の文化でそれを理解される。そうすると、言ったつもりで聞いていないと。2回説明しました、いやそんな意味とは思わなかったって、そんなすれ違いも出てきます。言葉の定義が文化によって違う。一般の人が熱の高いときという、ああ平熱が5度8分