

だから6度5分だったら結構、いやもう7度3分だったら熱と思うところが、38度以上で初めて座薬を使うと。価値観が違ったりもしますよね。〈スライド21〉

老後のために予防しましょう、今はたばこはやめましょうねと言われても、長嶋さんを見てごらんささいよと言って、この食後の一服がうまいんだからというようなこともある。同じ医療関係者の中でも、例えば聞き違いで半筒でお願いしますねと言った、3筒ですねと、はい半筒ですと言って、電話を返していたと思うのですが、聞き違いでこんなことも起こったという報道がありました。〈スライド22・23〉

患者と医療をしてくださる方とのすれ違いということで、こんなこともあります。よかれと思ってくださっても、一人一人のことがやはりちょっと違うと。これはいろいろ書いていらっしやると思うのですが、一人一人のある程度の気持ちは表情などで見えるのですが、考えというのは聞かないとわからないですね。やはり聞いてもらわないとわからないし、1回話しただけでは、こういうことですか、こうですかとやりとりをする必要があるだろうと思います。〈スライド24・25・26〉

そうすると、インフォームド・コンセント、主語は患者で、ビーイング・インフォームド・アンド・コンセントというのが私は最初だと思うんですね。説明されていて自分で承諾すると。主語動詞、あるいはそれが転化した名詞だと思います。患者という人が主語になるということで、そのためにはやはりいろいろ聞いてもらわなければいけないのですが、必ず言われるのです。忙しいので聴けませんと、忙しくて聴いてられませんかと言われるのですが、なぜ忙しいのかとか、だれの何のためなのかと、どうして忙しくなってしまうのか、保険の点数が何とかで。なぜそんな保険の仕組みなのかというようなこと、これ一緒に考える必要があるのではないのでしょうか。もう医療をする人のひとり相撲ではいけないというか、あまりにも負担が大き過ぎる。〈スライド27〉

これからは、受ける側はドクハラとか何とかというメディアに乗ってしまうのではなくて、文句を言って終わるのではなくて、自分の立場でできることをやっていくと。医療する人もこうなんですよと出してもらって、一緒にあなたはどう思いますということをやってもらいたいなと思います。できればこんなことですね。

学校教育から、今、病気になっていない人も、一般の元気な人もずっと医療のことを大事にしてほしいと。それで、その前提として医療というのはリスクがあるんだと、不確実なことも起こり得るんだと。それを踏まえた上で、あなたが、自分が主語になるようにどうすればいいかを考えて行動しましょうねと。医療をする人も、サービスの受け手や社会との対話を通じて、信頼があって初めてやっていけるもの、そしてそれでもっとやりがいを評価されるものなんだということを踏まえてもらいたいなと思います。〈スライド28〉

ぜひ医療の関係の方も、患者さんだけでなく、元気な一般の人といろいろつながっていたきたい。そこから協働のヒントがもっとあるのではないかなと思います。

座長 それでは、シンポジストの方、前のほうにお座りいただければと思います。残り40分ぐらいになってしまいましたが、ディスカッションをさせていただきたいと思います。

ディスカッションは大きく二つに分けてしたいと思います。まず、患者と協働の医療という概念が果たして妥当なのかどうかという点が一つであります。後半で安全管理、安全確保における患者との協働について、議論させていただきたいと思います。

まず、「協働の医療」、実はこれは医療の質に関する研究会、NPO質研の中心的な概念にしようとしているわけですが、実は必ずしも十分吟味して選んだという言葉でもないのです。大変似た言葉で「患者中心の医療」という言葉があります。この言葉と協働の医療というのは、どう重なってどう違うのだろうかということが私としては大変気がかりであります。NPO質研としては、この点について私は今日お集まりのシンポジスト、あるいは会場の方々に、いろいろディスカッションをしていただければ大変ありがたいと思うのです。

「患者中心の医療」というのは、医療の本質をほんの少し見間違っていると思うのです。今現在もちろんその考えは日本というコンテキストの中においては重要だと思いますが、若干「的(まど)」を外しているのではないかと思います。

最近「患者様」という言い方がありますが、患者様はどこから出てきたかという、「お客様」から出てきたのだと思うのです。お客様というのは、いうならば市場経済がつくり出した言葉です。つまり、市場においてはお客が選ぶ主権者です。そして、確かに日本は市場経済によって大変豊かな社会になりました。現在の日本人たちは、若い時から豊かな市場の中から、自分の好みに最もよく合ったものを選ぶというトレーニングを受けて育ってきているわけですが、いざ医療を受ける段階になりますと全く主権がないというのに気がつくわけですね。これは大変な不満をもたらすのではないかと思います。

患者様と言われていれば、たまたまわがままが突然爆発をするということがあり得るのではないかと思います。つまり、本質を間違えますと、例えばDNAの解釈を一つだけ間違えますと、意外に症状は大きく出てくるのではないかと。そして、それが後半の議論ですが、事

故、安全、あるいはそういう事故における訴訟というものに大きく影響してくる。小さなDNA、小さな本質の間違いが大きな社会現象になってくるということがあり得るのではないかと思います。

私は先ほど申し上げましたように、直感的にそう言いました。つまり、医療の本質は協働だと言ったわけなのですが、その点に関して、唐澤先生を除くと今日はむしろ安全よりも協働の医療ということにかなり議論が集中したと思います。その点に関して演者の方からまずご意見をいただければありがたいと思うのですが、いかがでしょうか。どなたからでも結構ですが、井部さんいかがですか。患者中心の医療と協働の医療、どちらが正しいですか。

井部 私はこのレジュメの最初にも書きましたように、メディカルエラーを防ぐ大事な要因として、「患者が医療チームの一員である」という発想なので、そもそも医療安全のためだけに協働するというのはナンセンスであると考えます。日ごろの日常的な活動の中で、結局それぞれの人間の尊厳というのも重要でありますので、患者だけの人間の尊厳だけを取り上げるのは不平等です。医療に参画している人たちが、それぞれが当事者としてどう居場所を確保することができるかということが重要だと思っています。

座長 なるほど。そのほかの演者の方はいかがですか。

佐伯 今はいろいろマスコミがいいネタにしている部分があるかなと思いますね。ドクハラにしても何にしても。

ああいうところに行きますと、患者の立場の人は「医者というのは」となったりもします。そういう番組などを見て、だからマスコミと患者は困るんだというふうに医療を。これはお互いにとって非常に不幸なことで、本当に信頼の上に立ちたいんだと、お互いもっと尊重できる、尊重する関係になりたいと思うんですね。ただ、現状は先ほどのプライバシーのことにしろ、やはり多くの場合、患者さんはあちこちのところでは自分は人ではなくて物として扱われていると感じていることのほうがまだ多い。それが普通のところに、どこへ行っても大事にされてきたなと思えたら、まずそこを目指してもらえたらなと思って。

だから、先生が危惧していらっしゃるの、患者さんがわがままになるとかというのは、そ

れはまだ実際に、そこまで達していたら心配されていいことなのかなという気はちょっといたします。

座長 なるほど。演者の方から何かほかにありませんか。

井部 私は「白い巨塔」を注目して見て、もう終わったんですね。あれはかなり現実を反映していると大体のナースは言うのですが、あれを見てわかることは、医療者それぞれも必ずしも自分が尊重されて職場にいるわけではないと。研修医などを見ると、言いたいことも言えなくて悶々とするわけですが、医師の教育もトップダウンでありますし、看護師の組織も軍隊モデルと言われているように、それぞれがそれぞれの尊厳を確保して職場にいるというような、あるいは教育を受けてきているという、そういう背景ではないし、それから医療制度そのものがトイレに行く時間も確保できないくらいに走り回っている看護職で、かえって患者からお忙しそうですねとか、大変そうですねとか、哀れみを受けているような、主客転倒のようなところがありますので、そうしたそれぞれの医療者というか、それぞれ一人一人の背景というのあまり豊かな背景ではないというのがあるのではないのでしょうか。

座長 そのほかの演者の方、よろしいですか。どうぞ。

石垣 村上先生がレイ・エキスパートのお話をなさいましたが、私は素人として専門職、例えば弁護士の方のお世話になるといたします。幸いなことに私自身は今のところその機会はないのですが、友人が弁護士のお世話にならなければいけないことになりました。そのとき、友人が体験したことは、先ほど患者さんが病院で体験するような無力感とか、無抵抗感だったそうです。ですから、専門職が業として行っている世界と、非専門職がいきなりその世界に身をおいたときの隔たりを埋めていくことはとても難しいことかもしれません。だとすると、協働ということのために、両者が必要かつ十分な情報をどう共有していくかが安全にもつながる重要なことだと思います。専門職と素人との乖離は、医療だけではなく法曹の世界でも同じことが起きているのかもしれない。

座長 なるほど。それは、この世界では専門の壁とか、あるいは一つ世界を変えると情報の非対称とか、言われていて、それは医療ほど圧倒的な差がある2者の間の関係はないと言わ

れています。果たしてそれが埋まるのか。それは完全には埋まらない。したがって、そこでもどうしてもパターンリズムが出てこざるを得ないかもしれないという問題と、それからインフォームするときどうしてもいい点を強調し過ぎるといわれるは言われております。ネガティブなこれをどうやって伝えていくか、リスクをどうやって伝えていくか、しかもリスクも施設や医師によって差があるわけですから、そういうことまで含めてインフォームするのかどうかということになりますと、これは情報の非対称だけではなくて、もっと深刻な別の次元の問題も入ってくるかなと思うのですけれども、石垣さん、その辺は。

石垣 先ほどインフォームド・コンセントのガイドラインをお示しいたしましたが、それが出てきた背景というのは、佐伯さんのお話にもありましたが、医療者は話した、いや聞いていないということが日常多々あるわけです。

それで、「コミュニケーションとは聞き手に決定権がある」ということを医療者がもっと認識することは乖離を埋める一つの重要なポイントだと思います。

座長 恐らく聞くだけで決定ができない場合もあるかもしれませんね。みずから調べたいこともあるかもしれません。そして、そういうチャンスというのをふやしていくということは、やはり大きな意味で今の本質的な壁、専門家の壁、あるいは患者の主體的な決定に寄与するのではないかと考えているんです。これはちょっとコマーシャル的でありますというか、我々の希望であります、そういうことを埋めるためのいろいろな情報提供の仕組み、こういうものをNPO質研は促進していきたいなと思っております。

佐伯 すみません。ちょっと最近読んだ本なのですが『見えないものと見えるもの』というタイトルで、社会学の方なのですが、石川准という方がお書きになった本がありまして、その中にホスト、それからアシストするというような考え方があるんですね。

ソムリエの田崎真也さんの話も出てくるのですが、ソムリエは出しやばるものではないんだと。ある人が自分のゲストをもてなしたいというときに、そのもてなすワインをご用意する最高の援助者であると。それで、ゲストをもてなした主人公はそのホストであると。

これを医療の場に置きかえてみると、石川さ

んはそこから展開しているのですが、患者さんは自分のある部分がぐあいが悪くなった、その部分をもてなす、そのときに最高のアシストをしてくれるいろいろな専門職の人と、そんな位置づけもあっていいのではないか。だから、主人公はやはりその部分を持っているホストでしかないのだと、そんなことがあります。

だから、中心というのはわがままという意味ではなくて、その人しか、ほかの人は身代わりにはなれないわけですから、よくも悪くも結果を引き受けるご本人がまずあって、それでみんなが最善のことを尽くそうとするとか、そんな発想だったらいいなと思います。

座長 個別事例別にインフォームド・コンセントの問題に入っていくと、そういう乗り越えがたい専門家の壁、あるいは情報の非対称というものがあると。しかし、例えば制度的にそういうものに対応を結構上手にしているのではないかと思われる国もないわけではない。例えば、イギリスのGPというのは患者さんを診ても診療行為によって報酬はふえません。病院の医療が必要な場合には、そのGPが患者と相談をして病院に送り込む、そしてどういうケアを受けるかということと患者と相談して病院と話をするという形になっています。つまりエージェントという考えですね。

日本の医療には真に患者の側に立つエージェントがない。それはかかりつけ医という言葉がありますが、かかりつけ医は相変わらず出来高払い制度で、報酬をもらう存在ですね。そうではないエージェントというものをいかにつくっていくかを考えなければならない。かかりつけ医も制度的な保障のある存在になっていくということもあるわけなので、情報の非対称が必ずしも全く乗り越えがたいものではない。別な次元からアプローチしていくと、そういう可能性もないことはないと思っているわけです。これに関してフロアの人から何かご意見をいただければ大変ありがたいのですが、いかがでしょうか。

実は今日は必ずしも人数は多くありませんが、極めて専門性の高い方があちらこちらから、遠くから集まってきてくださっておりますので。——はい、どうぞ。

村上 村上といいます。専門性は高くなくて、素人の立場で発言したいと思います。今日のテーマが「患者と協働する医療」ということで出していたのですけれども、仕事は看護協

会というところに勤めていますので、知っている人もいっぱいいらっしゃるのですが。去年、私の母が何回か病院に入院しまして、そのときに患者の家族に結構なっていましたので、そういうこともちょっと含めて参加したのですが。

一つが、先ほどから協働するという言葉が出ているのですが、協働というのはともに働くということなので、働くからには月給をもらいたい、ボランティアではない、お金をもらう立場だと思えます。患者さんはやはり払う立場なんです。お金をもらっているのは医療者のほうであって、患者さんはお金を払っているほうなので、協働するという言葉にはまず最初に抵抗感があったんです。それが一つ。多分そうだと思う。お金を払っているのに何で働かせるのかしらというのが素朴な感想だと思います。

ただ、一員であるということは絶対なんです。それと、むしろ主人公は自分であるという患者さんの立場では、特にうちの母なんかは非常に強くそれはありました。協働するという言葉についてはそんなことを考えました。

それと、佐伯さんは医療者、医師、ナースの学校などでいろいろ教育にかかわって、普通の会話ができるということだと思えます。敬語を使ったり、丁寧な言葉で話す、相手の気持ちを考えるという、そういうことをすごく教育するというのも大事だとは思いますが、患者の側から言ったときに、そんなに高いお金を払っているわけでは全然なくて、それで医師も看護師も本当に死ぬほど働いているというのがわかりますので、そのときに何を一番期待するかといったら、きっとたくさん患者さんもいるし、待っているのも嫌なわけだから、短い時間でいいのでポイントを突いた質問、自分の症状を正確に把握するための大事なポイントを突いた質問をさっさとしてほしいという感じで、説明に時間をかけられるのも患者の側にしてみれば苦痛なことかなりあって、同じことを何遍も聞かれて、自分の嫌なことをいっぱい話さなくてはいけなくて、これは何のって母は私にかなり文句を言うわけなんです、私に言われても困る。

私も家族の立場でいっぱい説明しなければいけなくて、話したい人もいると思うんですけども、話すということが苦痛の人も多いので、黙って座ればびたりと当たるではないのですが、1人の人にたくさん言ったんだから、あとはみんなお互いにわかっていってほしいわよ

というのがあったのも事実です。

それと、最初に唐澤先生がおっしゃっていた中にちらっと出ていたのが、患者さんは医療者につばを吐きかけるとか、暴言を吐くとか、殴るとかあったのですが、それは確かにあった。私の母の入っていた病棟でもありましたし、そういうことはあるので、そういう状況なので、皆さん心の中では患者さんはいい人という感じだったのですが、いい人悪い人の話ではなくて、患者はいろいろな面を持っているということを前提にしたほうが話が実際的に進むと思います。

座長 なるほど、ありがとうございました。

大変貴重な意見をいただきまして、協働の医療でその点を十分留意しながら進めていきたいと思いますが、もう残り時間も少なくなりましたので。——先生、どうぞ。

唐澤 院内から次のような苦情が上がってきます。「患者さんから 暴力または暴言を受けたけれども、私たちは守られていないと感じている」と医療従事者が訴えてくるんです。これに対して 患者さん、または家族の方から暴力を受けたときにどうしたらいいかというマニュアルをつくりました。次に同じようなことが起きたらマニュアルどおりに対応する。必要ならマニュアルを改訂する。最終的には肉体的なだけでなく、精神的なことまで考えてあげないと、マニュアルとしては不十分だということが最近わかってきました。

それから、リスクマネジメントの観点からいいますと、私が何か提言してもほとんどが反対に遭うのですが、敵をつくってはいけないというのがリスクマネジメントの原則なんです。どんなにひどいことを言われても、反対されても、そのときはじっと我慢して、頭を下げてお願いしますと言って、またちょっと時間がたつと改革のチャンスが出てくるのです。敵をつくらなくて仲間だけをつくっていくのがリスクマネージャーの仕事です。

患者さんとの関係もそうでした、病院に来たくないのを救急車で連れてこられたと憤慨している方もいるわけです。それから入院したくないという人もいます。もちろん、それはその方の意思を尊重しなくてはならないわけです。患者さん・ご家族と接していきまして、患者さん・ご家族の中に医療従事者というのは結構多いと感じます。

結論としては、敵対するのは決して得策では

ありません。患者さんとも敵対してはいけない。家族の方とも敵対してはいけない。もちろん、病院の組織の中でも敵対してはいけない。ひたすら仲間をつくっていく、その一つの方法は情報をビジブルにすることです。座長 なるほど。ありがとうございました。はい、どうぞ。

井部 唐澤先生のようなリスクマネージャーは良いリスクマネージャーなのですが、最近私がちょっと心配しているのは、リスクマネージャーというのは当事者にとってはとても言いにくいことを報告しなければいけないわけで、そうするとだんだんと取り締まるリスクマネージャーになってしまうんですね。またやったのみたいな。そうすると、医療者同士がリスクマネージャーにおびえてしまうという、そういう警察官的リスクマネージャーが院内にでき始めているという傾向もありまして、特に医師が権限を持ってリスクマネージャーをやると、「やったのか！」みたいな、そういうふうになると二重に警察官ができてしまうという危険性はあると思います。

唐澤 リスクマネジメントの教科書には、「リスクマネジメントの原則として 情報収集部門と制裁部門をはっきり分けなさい」と書いてあります。今私は情報収集部門に属しています。決してだれかを注意するということはしない。とにかく情報を収集して、提言することに徹しています。

リスクマネジメントはナースが中心にやってくれています。私どもの病院では鈴木久子副看護部長、彼女が非常に優秀で、ほとんどのことを全部やってくれています。間違いなく情報収集部門と制裁部門をはっきり分けておかないと、リスクマネジメントは成功しません。

座長 なるほど。大変貴重なお話をありがとうございました。それでは、安全のほうに事実入っておりますが、入っていききたいと思います。

唐澤先生の今日のお話を聞いて、恐らく皆さん同じ感じを持たれたかなと思います。こんなに大変なんだと思われたのではないかなと思うんですね。今まで何だったんだろうという印象を持ったわけです。

そして、唐澤先生のメッセージの中に、安全の確保について、医療従事者だけではできないと書いてありますね。この否定形で言うということは、物事の本質をきちっと言い当てるのに結構役立ちます。医療従事者だけではリスクマネジメントはできない、あるいは安全確保はで

きないということ、これは大変大きなメッセージというか、事実になるのではないか。そしてやってみると、先ほどのお話にもありましたような量の仕事になるということですね。マニュアルだけでも何百ページですか、200ページを超えると、そういう仕事になっていく。果たして今まで日本の医療施設の中でこれだけの仕事を覚悟してやっていただけるか、あるいはこれから予想しているだろうかと思うと、大変貴重な経験、これからみんなて共有していかなければいけない、大変先進的なご努力なんだと、感動を持って聞かせていただきました。

いかがでしょうか。聴衆の皆さんの中から何かご質問とかご意見がこの点に関してはたくさんあるのではないかと思います。いかがですか。もし演者の方も唐澤先生にお聞きしたいということがありましたら、何か質問していただきたいと思いますが。——はい、橋本先生、どうぞ。

橋本 横浜市大の橋本ですが、我々のところが数人来ています。我々のところは唐澤さんとは随分違うやり方をしているんだと思って、反省はしていないんですが、考えがあってやっているんです。ちょっとその辺、違う考えがあったらお聞かせいただきたいんですが。

私は、医療のリスクを減らすためには、医療者の一人一人が力をつけなければ全く意味がないと思っているんですね。だから、リスクマネジャーが何かをしたり、あるいは何かをさせたりというのは、基本的には初期の段階だけでいいだろうと思っているんです。つまり、我々のところは初期は随分前に過ぎましたので、どうしてそうなったのか現場で考えるよというのを基本的なスタイルにしているんですよ。そうでなければ、いくらマニュアルを積んでも、個々の末端の本当に危険と直面している医療者を守ることはできないと思うので。その考え方は甘いですかね。

座長 極めて本質的な議論だと思いますが、唐澤先生、いかがですか。

唐澤 私は 安全対策とは闘いと同じだと思っております。スポーツで勝利するために、またこの安全対策でも患者さんに安全に元気になっていただくためには、三つのことが必要だと私は思っているんです。

あるところで聞いた言葉ですが、一つは情熱がないと絶対だれもついてこない。パッションがないとだれもついてこない。それから、もう

一つは使命感を持ってやらないとだめだ、ミッションを持ってやらないとだめだ。そして3番目がアクション、行動に移さないと絶対にだめなのです。ひたすらパッション、ミッション、アクションで、ずっとエンドレスでやり続けるしかないんです。

現在まだ具体的には動いていませんが 私は今、医療安全ボランティア制度ということも考えています。

それから、医療安全対策は一つの作戦だけではできません。十でもできません。何十、何百、何千と、どんどん出し続ける必要があります。時代が変わっていきます、医療技術も変わっていきますから。現場でどんどん安全対策をしてくれるだろうと現場を信頼することはできません。やはり全体のシステム改革をやり続ける必要があります。

座長 事故が起き続けるそうですが、いかがですか。はい、どうぞ。

増田 今日お話を伺いまして、レイ・エキスパートという概念を伺いまして、大変感動したんですが。それで、医療者、患者の非専門性というのを尊重しなければいかんということをおっしゃいました。しかし同時に、安全の面からいった場合に、患者の非専門性というのを尊重するというのは一体どういうことなのか。

それから、郡司先生がおっしゃった患者中心主義、簡単に言えば患者志向ということと、それから専門志向というのは、ある意味においては相克することがあるわけですね。そういうことを含めて、患者の非専門性を尊重すること、安全性の面からどうとらえるかということをもっと追求しなければいかんのじゃないかというのが一つの意見です。

それから、もう一つは協働の面で、患者とのコミュニケーションの問題なのですが、私は年末年始に入院をしまして経験をしたのですが、患者は病院の職員が全部各職種とも一致協力して自分の診療に当たってくれると思っているわけですね。ところが、実際入ってみるとなかなかそうっていないと。

例えば、複数科に受診した場合に、こちらの内科の医者はこちらの診療科の医者は、その間の連携は本当にうまく言っているのかという気がしますし、それから最初に外来で記録をとられるときに、私は時系列的に自分の症状を書いて持って行って、こうですと言って説明するんですが、そこで聞いたナースの人は、当直の

研修医の先生がいましたが、それを聞いている。それで病棟に行くと、また同じことを聞かれるんですね。そういうような繰り返しがある。診療科の医師同士が本当に連携しているのか、あるいは私の症状をナースは的確に医師に伝えているのか。医師の指示というのは的確にナースとそれを聞いて指示を出しているのかと。そういう極めて素朴な質問が出てくるわけでして、情報の非対称性ということがあるけれども、専門性の違いということ以前に、そういう具体的な事柄について一体医療者がどう答えているのか、そのコミュニケーションをやっていくことが、まさに協働の第一歩であろうと思うんですね。

したがって、繰り返して申し上げると、やはり安全性の面から患者志向というか、患者の主体性というものをどれだけ尊重していくのかということが一つと、それから医療者同士の連携というものが大事だと思いますね。

それから、唐澤先生がお示しになった図の中に、綱を引っ張っていると、片方が反対に引っ張ったり、片方が手をおろしたり休んだりしているのがあるという図が出てきましたが、まことに適切な図です。まさに病院の中はそういうような形でチーム医療が行われていると思うんですね。

では、それを反対側に引っ張ったり休んだりしているところを一体だれが調整するのか。そこで私は主治医という問題が非常に重要な問題だと思っていますけれども、それを言っているとまた長くなりますから、この辺でやめますが、そういう意味で協働というものを考えていくべきであろうと思います。

以上です。

座長 貴重なご意見ありがとうございました。特に協働の中には患者と医療者だけではなくて、医療の中の協働も重要だというご意見が後半だったと思いますが、1番目のお話は具体的に患者が安全に協力する、協働するというのはどういう可能性があるのかというご意見が中心にあったと思うんですね。例えば、石垣さんのお話から私が拾ってみますと、もはや副作用のモニターは看護の仕事ではなくなったとおっしゃいましたよね。つまり痛み、こういうものは客観的に観察できる面もあるかもしれないけれども、基本的にはやはり患者自身が一番いいセンサーだと思いますよね。

今日はいろんなモデル、例えば慢性疾患のモ

デルとか、あるいは治癒していく過程のモデルとか、いろいろ話がありましたが、医療者にはできない、患者にしかわからないところもあるというのは、非常に大きな重要な点ではないかと思うのですが、その辺もう一度強調していただけないでしょうか。

石垣 多分、医療というものが始まって以来、専門家は高度の教育と知識や経験を持った人たちで、素人はお任せするのが当たり前とされているのだと思います。基本的に専門職に対する尊敬と信頼がありました。しかし、時代が変わって超高齢社会の現代は、これまでとは疾病構造や人々の意識にも大きな変化がおきてきました。慢性疾患患者が多くなりますと、自分で自分の健康を管理する、自分の人生は自分で決める時代になってきたのだと思います。医療の場では、患者はよい意味でもっとくいのちII>の部分主張していく必要があります。医療者も特にナースは、患者に対してそのことができるようにエンパワメントすることが必要です。そうしないとそこに協働というのは生まれてこないと思います。協働というのは、両者がフィフティー・フィフティー（人間としての対等性）の関係になることです。もちろん医師にお任せいたしますという意味決定も含めてですが、患者さんが日常の医療やケア参加できるように、意思決定を積み重ねていく、そのことを私たちがどう支えていくかがとても重要だと考えます。生死に関わることはもちろんですが、日常の細かいことで意思決定を支えていく、それは患者さんにとって自分は人として遇されていると感じることだと思います。協働はそこから始まると思います。

座長 ありがとうございます。痛みから始まってクオリティー・オブ・ライフ、あるいはそういった人生全体の生き方というか、価値観といいますか、そういうものまで含めると、やはり医療者と、それから患者さんの協働という関係の前提にはそういった完全なコミュニケーションというものが重要だという、そういう。

石垣 一言よろしいですか。

座長 はい、どうぞ。

石垣 昔読んだ本に、アメリカでは子供のころから自己決定の訓練をするとありました。木村利人先生の本ですが、「Don't hesitate because your body」という教育だそうです。遠慮しないでください、なぜならあなたの体な

のだから。なぜならあなたの命なのだから。そういうエンパワメントを私たちは続けていかなければならないと思います。

座長 ありがとうございます。安全の問題は医療従事者だけではできない、これは大きなメッセージになりますが、唐澤先生のレジュメにもありますように、これから、具体的にどういうふうに参画するのかという、その方法を医療機関側が提示する必要があります。これも大変重要な点ではないかなと思います。

もう時間を過ぎてしまいましたので、これでやめなければなりません。座長としてまとめるということではできませんが、ある程度まとめて議論をしてきた過程の中で、その役割を果たさせていただいたことにさせていただきたいと思いますが、医療の事故というのは決して患者の協働だけで防げるわけではない。先ほど私が出しましたスライドの中にその他というものがあるのですが、あれは予定されていた事柄ではない事件が起こるということですね。したが

まして、患者さんにインフォームするといっても、すべての事態をインフォームすることは不可能なのでありますから、そういう意味ではまた独自に医療の安全のための対策というのは必要だ、そしてそれを完璧にやろうとすると、いろいろな考え方があるかもしれませんが、一途なやり方でいくとあれだけの仕事量になるんだということですね。これは今日の大変大きな成果の一つだと私は思っております。

そういうわけで、これから我々の団体もそういうことを具体的にしていくための啓蒙普及活動、あるいは研究活動に力を入れていきたいと思っていますので、今日の参加者の皆さんにもいろいろご参画、ご援助をいただきたいというふうに思います。

以上をもちまして、不十分であるかもしれませんが、今日のシンポジウムを終わらせていただきたいと思います。どうもご協力ありがとうございました。



Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

とくになし

Ⅳ. 研究成果の刊行物・別刷

とくになし

Ⅴ. 研究成果による特許権等の知的財産権の出願・登録状況

とくになし