

否した場合に適切な医療を受けられるどうか)といった諸般の事情を総合して、その存否を判断すべきと考えられている。

この点、交通事故で脳挫傷・気管支断裂の傷害を負った患者につき、脳外科医及び整形外科医が宅直(外科医は在院)であることを理由に第3次救急医療機関がその患者の受け入れを断った事案で、裁判所は、①第3次救急医療機関は同一視内における第1次、第2次救急医療機関の存在をもって診療拒否の正当な理由とすることはできない、②患者の受傷と密接な関連を有する外科医が在院しているのであれば、脳外科医及び整形外科医が不在であっても、診療拒否してはならない旨判断している(神戸地裁平成4年6月30日判決)。

3 無診察治療について

医師法20条は「医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出産証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない」と定める。無診察での治療等は、誤診のおそれがあり、また、有効で適切な治療を選択できなくなるおそれもあり、弊害が大きいため、禁止されたものである。

では、どの程度の診察があれば、治療等をしてよいかが問題となる。

この点、患者の病状やそれ以前に継続して診察していたか否か等、諸般の事情を考慮して決せざるを得ないが、電話や電子メールによる病状の聴き取りだけでは「無診察」と判断されることが多いであろう。

家族からの聴き取りで精神分裂病(現在の統合失調症)妄想型と診断して処方した事案で、裁判所は「非告知投薬、ことに患者本人の診察を経ないそれは、できる限り避けることが望ましいといえるが、病識のない精神病患者に適切な治療を受けさせるための法的、制度的なシステムが十分に整っていない日本の現状を前提とする限りは、病識のない精神病患者が治療を拒んでいる場合に、患者を通院させることができるようになるまでの間の一時的な措置として、相当の臨床経験のある精神科医が家族等の訴えを十分に聞いて慎重に判断し、保護者的立場にあって信用のおける家族に副作用等について十分説明した上で行われる場合に限っては、特段の事情のない限り、医師法20条の禁止する行為の範囲には含まれない」として、患者本人を直に診察しない場合は極めて限られた状況においてのみ治療が許される旨判断した(千葉地裁平成12年6月30日判決)。

なお、自ら診察していない患者につき、診察した医師と協議の上で診断書に連署することは、本条違反とされるおそれがある(熊本地裁昭和49年12月25日判決)。

4 療養方法等の指導義務について

医師法23条は「医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない」と定める。

どの程度の指導が求められるのかにつき、最高裁は、以下のとおり、判示している。事案は、医師が新生児の母に対し、子に軽度の黄疸と体重減少がみられた場合に、「何か変わったことがあったらすぐに自分のところか、近所の小児科医の診察を受けなさい」と注意しただけで帰宅させたところ、子が新生児核黄疸に罹患し、後遺症として脳性麻痺が残ったというものである。

「子を退院させるに当たって、これを看護する両親に対し、黄疸が増強することがあり得ること、及び黄疸が増強して哺乳力の減退などの症状が現れたときは重篤な疾患に至る危険があることを説明し、黄疸症状を含む全身状態の観察に注意を払い、黄疸の増強や哺乳力の減退などの症状が現れたときは速やかに医師の診察を受けるよう指導すべき注意義務を負っていた」(最高裁平成7年5月30日第三小法廷判決)

5 異状死体等の届出義務について

医師法第21条は「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と定める。この異状死体等の届出と医療事故の関係については、いわゆる都立広尾病院事件をきっかけとして、平成12年以降急増し、平成15年に全国の警察に届出のあった医療事故・過誤は248件となっている。

同条の「検査」の対象に「診療中の患者であった者」を含めるか否かにつき、解釈上争いがあったが、最高裁が以下のとおり判断し、一応の決着を見た。

「医師法21条にいう死体の『検査』とは、医師が、死亡した者が診療中の患者であったか否かを問わず、死因を判定するためにその死体の外表を検査することをいうものと解すべきであり、医師が、死亡した者が診療中の患者であったことから、死亡診断書を交付すべき場合であると判断した場合であっても、死体を検査して異状があると認めるときは、医師法21条に定める届出義務が生じるものと解すべきである」(最高裁平成16年4月13日第三小法廷判決)

「医療の質と安全について考える市民と医療者の集い」の討議報告

医療の質・安全学会パートナーシッププログラム企画WG

山内桂子（代表）、中原るり子、森永今日子、和田ちひろ、高橋知子

医療の質・安全学会パートナーシッププログラム企画WGでは、医療の質安全を高めるためには患者や市民の視点と力が不可欠であるという観点から、患者、市民、医療者が立場を超えて医療の質と安全のあり方をともに考える場として、第1回学術集会に合わせて公開シンポジウムの開催を企画し、意見交換と論点整理を行った。以下にその討議の結果を報告する。

I 目的

- ・ 市民・医療者の双方が医療の質・安全の現状について情報を共有し、共通認識を持つ。
- ・ 「患者・市民参加」の視点から、患者市民は医療者に何を期待しているか、医療者は患者・市民に何を期待しているかを知る。
- ・ 全国で始まっている「患者・市民参加」の取り組み例を知る。
- ・ これから、患者・市民と医療者がパートナーとして、医療の質・安全を高めるために何ができるか、何をすべきかを議論する。
- ・ 本学会のパートナーシッププログラムへの参加を呼びかける

II. 実施概要

日時 2006年 11月23日（祝） 13:00～15:30

対象 患者・一般市民・患者会・医療者・行政関係者など

会場 東京ファッションタウンビル(TFTビル)東館

討議者

【コーディネータ】

飯野奈津子（いいの なつこ） NHK解説委員

1983年国際基督教大学卒業。はじめての女性記者としてNHKに入局。99年に解説委員となり、医療、介護、年金など社会保障問題、女性問題に取り組んでいる。著書「患者本位の医療を求めて」（NHK出版）。

【シンポジスト】

勝村久司（かつむら ひさし） 「医療情報の公開・開示を求める市民の会」世話人

1961年生まれ。京都教育大学(天文学教室)卒業。現在、大阪府立高校教諭。

1990年12月、長女を陣痛促進剤被害で亡くしてから、医療裁判や市民運動に取り組む。

「医療情報の公開・開示を求める市民の会」「陣痛促進剤による被害を考える会」「全国薬害被害者団体連絡協議会」等の世話人。

厚生労働省「中央社会保険医療協議会」「医療安全対策検討ワーキンググループ」や(財)日本医療機能評価機構「裁定委員会」等の委員をつとめる。

主な著書に、「ぼくの『星の王子さま』へ～医療裁判10年の記録～」（幻冬舎）、「患者と医療者のためのカルテ開示Q&A」（岩波書店）、「レセプト開示で不正医療を見破ろう！」（小学館）など。

上野 創（うえの はじめ） 朝日新聞記者／「がんと向き合って」著者

1971年生まれ。94年、早稲田大学政治学科卒、朝日新聞に入社。長野支局、横浜支局などを経て、現在は社会部教育班。97年11月、26歳で睾丸腫瘍の告知を受け、肺の転移巣も見つかかり、手術、化学療法を受ける。98年夏に退院、職場復帰。その後、99年、00年にそれぞれ再発し、手術と化学療法を受ける。00年10月から朝日新聞神奈川版で闘病体験の連載「がんと向き合って」を開始。約1年間続ける。02年、連載がファルマシア医学記事賞を受賞、03年、連載をまとめた本「がんと向き合って」（晶文社）が日本エッセイストクラブ賞を受賞。現在は主に教育関連の記事を担当。

山田雅子（やまだ まさこ） 福井県立病院副看護師長

1982年（昭和57年） 3月 福井県立看護専門学校卒業

1982年（昭和57年） 4月 福井県立病院就職

0 2005年（平成17年） 4月 副看護師長（循環器内科病棟）

現在、院内で、クリティカルパス運営委員として、患者参加をテーマに活動している。

唐澤 秀治（からさわ ひではる） 船橋市立医療センター副院長（医療安全管理室長）

昭和52年3月29日 東京医科歯科大学医学部卒業

平成7年4月1日～平成17年3月31日 船橋市立医療センター脳神経外科部長

平成13年9月1日～現在 昭和大学医学部脳神経外科客員教授

平成16年7月1日～ 船橋市立医療センター医療安全管理室長

平成18年4月1日～ 船橋市立医療センター副院長（医療安全管理室長）

佐原康之（さはら やすゆき） 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長

平成3年（旧）厚生省入省、介護制度改革本部、保険局医療課等を経て、平成18年9月より現職。

Ⅲ 発表内容（第一部）

第一部は4人のシンポジストより、約15分ずつの話題提供をいただいた。その要旨(当日配布資料に掲載)は次のとおりである。

1. 「医療の質と安全について考える」 勝村久司

医療事故再発防止策の基本は、模擬患者によるコミュニケーション術やヒヤリハットによるマニュアル習得ではなく、葉害や医療被害の詳細と体験の重さを知り、素直に被害から学ぶ姿勢を持つことだ。ところがこれまで、医療者は、リスクマネジメントのためにインシデント事例の収集はするが、アクシデント事例を学んでこなかった。医療スタッフは自らの医療機関で起こった事故の詳細さえ知らないことがほとんどだ。

話し方がうまくなれば信頼されるのではなく、結果だけで信頼されるかどうかが決まるのもない。大切なことは精一杯その患者に接し、精一杯事故の再発防止に努めているかどうかである。

また、医療の質を高め、安全な医療を確保するためには、「チーム医療」が欠かせない。これが健全に機能するためには、医療者間の人間関係が民主化されなければならない。一部の医師に遠慮しコミディカルスタッフが意見を言えないようでは意味がない。更にこれからは、患者や家族も「チーム医療」の一員に入れて情報を共有していくことが必要である。また、医療機関は患者の立場に立った苦情受け付けや相談室の設置を行い、苦情から学ぶ発想を持たなければならない。そして、リスクマネージャーやソーシャルワーカーなどの立場が医療機関内の職場の中で一定の権限を持つ必要がある。

良心的な医療機関ほど、経営が苦しくなる原因は、診療報酬単価の不自然さにある。看護や助産など、患者や市民にとって価値の高い医療行為の単価が安く設定され、検査漬け・薬漬け・手術漬けにするほど、収入が増える仕組みになっている。院内感染防止などの医療事故防止対策等にも、健全な単価が付いていない。この問題の改善には、全ての国民に、診療報酬体系の価値観（単価）が不自然であることを知らせる必要がある、レセプト相当の医療費明細の開示の普及が欠かせない。単価の価値観を変えない限り、医療費の総額をどれだけ増やしても、良心的な医療機関ほど赤字と人手不足に苦しむ構図は変わらないだろう。投影資料 (p41～) 参照

2. 「がん体験者の立場から」 上野 創

9年前の11月、睾丸のがんの告知を受けました。左睾丸を手術で除去したものの、肺全体に転移していました。7カ月入院し、5クルルの抗がん剤治療、末梢血幹細胞移植を伴う超大量化学療法も受けました。鬱も体験しましたが、運良く退院にこぎつけました。その後も2回再発、その都度、手術と抗がん剤の治療を受けました。

患者はまな板の鯉になりがち、という側面があります。医療の知識は極めて専門的で、医療者に任せるしかないということではなく、薬の投与や手術では医療者を信頼して任せることがほとんどという意味です。

基本的に、医療安全は第一に医療者側の責任であることは当然でしょう。でも、患者が何もしなくてもいいわけではありません。結局、患者の体調の変化について、医療者は採血などのデータを見てはいるけれど、基本的には患者自身が一番よく分かる。自分がどんな状態か、何か変な兆候はないか、きちんと医療者に伝えることは患者の「仕事」なのだと思います。

個人的には、がんに対処するものをはじめとして健康食品は問題が多すぎると感じていますが、飲むのであれば、率直に医師には伝えるべきでしょう。思わぬ副作用の可能性もあります。

私自身は、体調の変化を伝えなかったがために、感染症への対策が遅れて命を失いかけたこともあり、やはり寝転がっていれば良いというものではないと改めて思いました。そして何より、どんなに優秀な医療スタッフに助けられたとしても、自分自身が治したい、なんとしても生きようと強く思うことが大切なのではないか。「鯉」になってベッドの上に乗っているのではなく、自分自身も治す行為に参加していく気構えが、自分の病気、自分の人生を引き受けていくことになるのだと思います。向き合うのはしんどいときも多いけれど、だれも代わってはくれないのだから。

3. 「市民と医療者とのパートナーシップー患者参加によるクリティカル・パス作成」

山田 雅子

福井県立病院は、地域の基幹病院としての役割を担っており、そこで私は、看護師として勤務している。院内ではクリティカル・パスの担当をしており、通常は医療者で取り組んでいるが、当院の新築移転時に、患者の参加と協力を得て白血病の患者用クリティカルパス（以下パスと記載）を作成することができた。今回はそのパスの紹介と患者参加の活動について述べる。

当時、血液内科病棟は看護師の大幅な異動が予定されていた。この異動について、長期療養中の患者と看護師から不安な声がかかれた。この両者の不安解決には、患者の視点でわかり易いパスが必要と考え、患者参加によるパス作成を提案した。患者参加について、医療者から反対意見も出たが、6名の白血病患者の協力が得られた。

作成中は、患者から様々な意見が出て時間と労力を要したが、完成したものは、従来のものに比べわかり易く、治療内容の確認が容易なことから、患者にも医療者にも好評を得た。このパスは、従来のパスとは異なった形式になったが、患者の治療コンプライアンスやQOLの向上および安全面

に効果があった。

現在、この体験を活かして、患者参加をテーマに取り組んでいるが、院内では、まだ一部の活動であり、今後、院内では組織的に患者が参加できるシステム作りが求められる。また、私は、数年前より患者交流会での活動をしているが、医療者も積極的に患者交流会に参加していかなければならないと感じている。投影資料 (p47～) 参照

4. 「患者参加型リスクマネジメント (RM)」 唐澤秀治

- 1) 2000年に当院の脳神経外科で「患者参加型リスクマネジメント (RM)」を開始したときに、院内・院外の反響はかなり否定的なものでした。院内からは「患者・家族がRMに参加するなんてとんでもない。これ以上苦情が増えたら対応できない」という声があがり、取材にきたマスメディアの論調は「RMに患者・家族を参加させようというのは、病院側の責任放棄だ。患者側に責任を押し付けるものだ」というものでした。しかし、患者参加型RMの有効性の手ごたえを感じることができましたので、2002年からは患者参加型の仕組みを病院全体に拡大しました。
- 2) 患者参加型医療および患者参加型RMは医療安全における基本であり、スタートにあたるものです。まず医療側からRMについて説明し、それに参加することを呼びかけ、患者・家族に参加してもらうことがどうしても必要なのです。
- 3) もちろん説明し呼びかけるだけで医療安全が達成できるわけではありません。患者参加を受け入れる仕組みが必要ですし、それ以外の対策や仕組みが本当に本当に数多く必要なのです。当院は2005年にISO9001の品質マネジメントの認証を取得しました。「数多くの仕組みの継続的改善を図り、医療の質を向上させ、その結果としてより安全な医療にしよう」、これが当院の方針です。投影資料 (p52～) 参照

4)

IV 討議 (第二部) の記録

第一部の話題提供を受けて、佐原康之氏より厚生労働省の取り組みの説明と第一部の感想が述べられた。その後、コーディネーターの飯野氏から、患者・市民と医療者の間に不信感が増大している現状を変えるために、まず双方が本音を語る事が提案され、ディスカッションが行われた。

以下、佐原氏の発言の概要と意見交換の一部を紹介する

<佐原康之> 厚生労働省の佐原です。現在、医療安全、患者さんの医療への参加と言うことで、国として進めていることを簡単にご説明します。

昨年の7月に医療安全対策会議検討会議、これは勝村さんにも入っていただいています、大きく3つのことをやっていこうと決まっています。1番目に医療の質、安全性の向上と言うことで、病院での取り組みだとか、医薬品業界や医療機器業会と一緒にやっていく。そして2番目、先ほど勝村さんが非常に重要だご指摘いただきましたけれども、医療事故が起きたときの原因究明をきちんとやっていく。これは院内の事故調査もあると思いますし、第三者が客観的な立場で調査をすることもこれから考えていかなければいけないと思います。三番目に今日のテーマであります、患者さん、それから国民との情報共有とそれから主体的な参加の促進ということ国として進めていかなければいけないだろうということで、この検討会の有識者からのご指摘をいただいているところです。

それでは患者・国民の参加、情報共有の促進に関してどのようなことが行われるのか。今回医療制度の改革があり、ひとつは入院診療計画の説明の義務化が19年から始まります。入院されるときに

「いついつまでこんなことをやっていきますよ」ということについて、きちっと全てのケースについて説明してくださいということです。

それから患者さんの立場に立つと、どういう病院で、どんなことをやっているのかと知ることが知りたい。例えばこの病院はクリティカル・パスがあるのか、医療安全管理者が配置されているか、相談窓口があるのかと言ったことを、統一的に情報提供をする仕組みがありませんでしたので、それを19年からやっていきます。都道府県が医療機関の情報を集約して、分かりやすく病院に提供する仕組み。例えば、県内にA病院からZ病院までであるとすると、クリティカル・パスを使用している病院、A病院では「はい、使用しています」、B病院では「使用していません」、C病院では「使用しています」という風に一覧の形で見られるようになっていくこととなります。そして3番目は広告規制の見直しをしてより公開できる範囲を広げていくといったことでもあります。

それから、特定機能病院(大学病院だとか臨床研修病院)には患者さんからの相談を受け付ける窓口を設置することをお願いしています。さらに、各県に一箇所、「医療安全支援センター」を作ってくださいということが決まっています。現在でも全ての都道府県にあり年間4万件の相談を受けておりますが、今回の法制化されましたので、今度は安全支援センターから病院に「こういうところを改善してください」ということを言えるようになっていきます。

何よりも大切なことは、十分なコミュニケーションを日々の診療の中で行っていくことだと思います。実は、今週は、医療安全推進週間であり様々な団体、国をはじめ色々な所でこういった催しを開催していただいています。今年の標語は、「分かるまで聞こう、話そう、伝えよう」で、これは患者さんにも向けられたメッセージですし、医療者にも向けられています。「患者さん、あなたは分かるまで医療者の方に聞いてください、自分のことを話してください、伝えてください」、同様に医療機関の方も「患者さんが分かるまで、相手のことを聞いて、治療のことを話して、伝えてください」ということです。

あと4名の方の発言を聞かしていただきまして、改めて感じましたことを簡単に述べます。先ほど唐澤先生のほうから「医療は危険なものなのだ」ということを十分に認識するべきであるというご意見がありまして、それは全くその通りだと思います。例えば、お産の事故があるたびに、「そもそもお産は安全なのに死んじゃうことがあって、けしからんじゃないか」と言う論調がありますけれども、現在日本で1年に約50名近くのお母さんが亡くなっています。そもそもお産と言うのは危ないものです。では昭和25年のとき、どれくらい死んでいたかと言うと、100万出生で1600人ぐらい亡くなっています。明治の頃は、4千人近くの方が亡くなっています。それに比べれば、非常によくなってきたけれども、患者さんが求めるのはゼロリスクです。

あるいは手術をしたときに合併症はあり得るということで、そのことを患者さんには十分に理解していただく必要があると思う一方で、逆に医療者に何でも合併症なんだと説明されても、患者さんは納得しません。そういうところを、もう一步踏み込んだコミュニケーションが必要なのかなと常々と感じていますし、今日の話をお聞かせいただきまして感じたところです。どうもありがとうございました。

次に、フロアーからの発言や、参加者アンケートの回答の紹介を織り交ぜながら、シンポジストを中心に患者参加の医療安全を進める上で何が障害となっているかについて率直に意見交換を行った。以下、その意見交換の一部について紹介する。司会は、コーディネーターの飯野氏である。

<司会>：「本音の話をすると攻撃的だと思われるから」と議論を避けているといつまでたっても進歩しないので、今日は煽るわけではありませんが本音の話をしていきたいと思います。まず、勝村さん。第一部の中でも佐原さんのお話の中でも「(患者や国民に)医療が危険だということを知って欲しい」という発言があったのですが、そのへんについていかがでしょうか。

<勝村>：「患者が医療の危険性に無理解だ」と言われるのですが、医療関係者の方が、実際に起きている医療事故の危険や被害の実情について無理解だと思えます。また、医療への理解、という点では、そもそも僕は医療に関する教育の不健全さの問題が大きいと思うんです。今までの高校の保健の教科書には、例えばお産でも、これだけ繰り返されている陣痛促進剤被害のことも全く触れずに「お医者さんに相談しましょう」、「お医者さんのいうとおりにしましょう」という論調で書かれているわけです。そして、患者はカルテやレセプトをつい最近までまったく見ることができませんでした。情報が与えられず、患者は何も考えず医師に任せとけばいいのだというような形を教育通じて作っておきながら、「患者に賢くなりましょう」と言ってもそれは無理だし、「医師の都合の良い患者になりましょう」と言っているに過ぎないと思うのです。最近はややインターネットだったり、情報公開の流れが社会的にあったりということで、少しは患者にも情報が得られるようになってきて、医師と患者の情報の共有が始まったばかりというところだと思います。

情報公開の究極は健全な教育だと思います。先ほど言ったように、僕は陣痛促進剤の被害をなくしたい一心で動いていますが、例えば、1974年から産科医に配布されている資料に「陣痛促進剤は感受性の個人差が200倍以上あるから危険なんだ」と書かれていますが、今の産科医や助産師や看護師はそのことを教えられておらず、本当に知らないまま陣痛促進剤を使用しているのです。だから僕らは薬害被害者団体と共に、厚生労働省だけでなく文部科学省とも交渉を始めて、医学教育、看護教育では、薬害や医療被害から学ぶ教育の推進を要望しています。その中で、医学を作っている大学教授や文部官僚たちがそもそも被害を知らないという事実もわかってきました。

厚労省の安全推進室や今日発表された先生方の一部の病院などで、「医療」の側は一生懸命事故防止に取り組んでいるようですが、僕は「医学」の側がまだまだ遅れていると思います。例えば普通の医師たちが「こんな鑑定書を書いていいの?」と思うような鑑定書を裁判に出してきて、被害をなかったことにしようとしている大学教授がまだいます。大学の教授が事故から学んで、事故防止のための情報公開や教育を医学のところから始めていき、医療の方にも広げていくという形が必要です。

また、例えば、スーパーで加工食品を買いますと、加工食品には原材料名が全て記載されているし、添加物も全部正式名称で書いてあるわけです。だから、小学校や中学校の家庭科の授業の中でそういう添加物の意味について学ぼうという話にもなっていくわけです。ところが医療に関しては、点滴の中に入っていた薬や輸血で使われた血液製剤の正式名等を知るのは本当に至難の業です。家に持ち帰る薬に関しては、3年ほど前に診療報酬がついて薬剤名が知られるようになりましたけれど。

だから「血管確保の目的で点滴をします」とか、「子宮口を柔らかくする薬です」というような説明だけで陣痛促進剤を投与されるようなことが起こり、先ほど見ていただいたような不自然な出生数のグラフが出来るのですが、患者には陣痛促進剤が使われていることさえ分からなかったりするわけです。薬害肝炎でも、自分に投与された血液製剤がフィブリノゲンかどうか

からないという問題が起こるわけです。

僕は中医協の委員になってまず、医療を受けるたびに診療報酬、つまりその医療の単価、使われた薬名や量などの明細書をまず渡すっていうところから始めていかないと本当の情報の共有は始まらないと主張し続けて、今年からはそのような明細書の発行が努力義務とされるところまでは進んできています。これまで情報が隠されてきたのに患者が無理解だとか、患者がお任せなんだと言われるのは、医療被害を受けた側からすると納得できません。

私の妻は、病院の母親教室のテキストの余白いっぱい書き込みをしていました。その中に、「血管確保のために点滴をしますが、自然分娩を大切にすると」言った主治医である副院長の言葉がちゃんと書いてありました。しかし、裁判が始まると、「陣痛促進剤は全員に使ってたけど、全員が被害にあってるわけじゃないから母親が悪いんだ」「自然分娩を大切にすると」って、全員に陣痛促進剤を使っていることを隠したのは、本当のことを言うと患者が不安がるからだ」と言うのです。そういう教育を受けさせられて来たのです。だから母子健康手帳に、促進剤の被害とか出生数のグラフを載せて欲しいと要望し続けていますが厚労省は載せてくれないのです。

<司会>：今、システムのお話ありましたよね。教育とか情報とか。今のお話もまた後でしたいと思うんですけども、感情的なすれ違いがあるのかどうかというところはどうでしょうか。

<勝村>：僕も学校に勤めているので、病院も学校もいっしょだなと、仕事の大変さはよくわかるのです。学校でも、辞めていく、ノイローゼになる、学校に来れなくなる、という教師が増えています。生徒から暴力受ける、保護者からひどいクレームを受けると。まあ色々叩かれるということでは一緒なんですよね。それはそれで多くの問題をかかえていると思うし、きちんと解決に向けて努力していかなければいけないと思います。だけど、医療被害をなくしていこうという話をした時に、「患者にもクレーマーがいる」という話が出てくると、それは全く違う話だろうと思うのです。

学校でも同じような混乱が起こっているんで、病院の中でもそういう雰囲気があることは理解できます。ただ、どの職場にもこの教員は辞めた方がいいだろうというような教員が、やっぱり一人二人といたりするんですよね。それを分かっているきちんとやる管理職もいれば、事勿れで何もしようとしない管理職もいる。また、一生懸命生徒の立場になって動き、問題の多い教師のことを何とかしようとする教師もおれば、自分はきちんとやっているということだけで、他の教師の問題には無関心な教師もいるわけです。

そういう問題のある教師に対して生徒や保護者からクレームがついた場合でも、職場の大半の人は自分たちの組織を守るためなのか、「生意気な生徒だ」「うるさい保護者だ」というふうにひとくくりにして拒絶してしまうような面があることを感じているのです。一般にうるさい保護者、すぐく対応が大変な保護者がいることも事実なのですが、学校側、教師側が変えていかななくてはならない部分があるという問題とはしっかりと分けて考えないといけない。総論として「最近の患者はこういう傾向が強い」とか、総論として「医師はみんなこんな感じだ」みたいな話をしていると、まともな議論ができるわけがないわけです。

僕は薬害や色々な医療事故の被害者たちとずっと活動してきたんですけど、結局それは偏見との戦いなんですよね。裁判の中身もちゃんと見ないで、「一生懸命やっていて仕方がない事故なのに訴えているんじゃないか」と言われる。僕らが「偏見だ」と言うと、「全てがそうだといいのよ」と言い返さしてしまうけれど、何も全てだとは言っていない。僕は、外枠の総論で議

論を続けていては、いつまでたってもまともな議論はできず、すれ違いが続くと思います。中身の各論の議論を一つ一つ整理していくならば、医療側も患者側も理解し合え、分かり合えると思う。労働組合なんかでも、昔は労働組合に入っているだったらどんな人でもかばおうとしていたけれど、最近は変わってきて、あまりに仕事しない人や、あまりに不誠実な人を庇うことはしないという方針になってきている。医療でも「あまりにもこの医師はダメだろう」とか「やっぱりこんな医療のやり方だけは、医療とは呼べず許されないだろう」ということを市民感覚で証言できた医療者たちがいたことが、被害者たちをある程度は助けてきたというのがこの十数年間だったと思うのですよね。

<司会>：上野さん、どうですか。何かコメントありますか。

<上野>：今教育の話が出て本当にそうだと思いますけれど、教師を取材すると、「こんなに一生懸命やっているのに、こんなに責められている。保護者の無理難題に悩まされている」という話が出ます。でも、やっぱり問題になる教師はやっぱりいる訳ですよ。少ないけれどいるという場合は、それはちゃんと対処しなきゃいけないし、報道もやっぱりしなきゃいけないんじゃないか、というスタンスです。決して全部の教師が悪いと言って取材してるわけではないですけど、やっぱり問題があるのであればそれはきちんと直さなきゃいけないと。同じことが医療にもあるんだと思うんですね。

一方で、患者の方だってめちゃくちゃじゃないか、金は払わない、暴力はふるう、暴言は吐く、言いたい放題で、医者は黙ってじっと我慢の子でこんな医療やってられる訳がないという話がある。しかし、それは勝村さんのようなケースとは少し分けて考えた方がいいだろうなと思っています。そして、両方から学ぶべきなんだとおもいます。

そして、勝村さんの話のように、何か本当に納得いかないことが起きるのであれば、それはちゃんと解明して行って欲しいと思います。筑前町のイジメ自殺のようなことが起きるならば、それはそれで対処しなきゃいけないし、そこから学びたい。そういうことが二度と起きないようにとすることでしか前に進んでいかない。事件を隠したってしょうがないと思います。それで、じゃあ暴言患者をどうするんだって話はそれとは別の問題として切り離して何か対処できないもんかなあと思います。

かたや医療裁判でとんでもない鑑定書偽造するような医者をしてもらえるんだという話と、じゃあ暴力振るう患者を何とかしてくれて話を永遠にやっても多分だめなんだろうなと思います。

全国に何百万人の患者というものがいますが、多くは裁判になっていない。僕が裁判しなかった患者の1人として思うのは、やっぱり教育というのはすごく大きいということです。お医者さんやナースに対しての教育、これは実は本音で言うとちょっと寂しいんですけど、出来上がった大人を変えることはすごく難しいので、これから現場に出てくる人に期待しようかという非常に後ろ向きに考えている面も実はあります。でも少なくとも今これから医者を目指していく人に対して、患者を体験した立場から、今こういうことを思ってる、今医療はこうなってるけど患者の方からの期待としてこんなことがある。自分はこんな体験したからそこから学んで行ってほしいというようなことを、どんどん発言するようにしています。

そして、今日のシンポジウムの企画者の1人である和田さんも一緒になって、悪性リンパ腫や他の病気の体験者、ALSの体験が集まって、講師として医学部教育の中に入っていきこうじゃないかということになりました。そこには勝村さんのような医療被害の人たちも招く動きが出

てきていて、医学教育の方でも、じゃあ実際の患者から学ぼうという姿勢はあるのです。

<山田>:私は看護師の立場からの発言ですが、看護師はいつも人が足りなくて困っているんです。それはどうしてかということ、患者さんからの暴言もありますし、ちょっとしたミスでもつつかれて、一所懸命やっているのにその責任ばかりを問われている。また、私たち看護師とはずっと同じ所にいるわけではないのです。何年かしたら職場の配置換えがあります。それで、先ほど発表したように慣れないところで慣れない患者さんたちと向き合って働かなければならないのです。そういった時に辛い体験をしますと、私たちより若い年代の人たちは、辛くなって辞めてしまう人も多いですね。それから、労働環境もかなり厳しいのです。三交替ですけども、通常時間には全く仕事が終わりません。私の病院では今、看護師の過重労働が労働基準監督署に問題視されています。どれだけ超過勤務をしたのか、どういう仕事しているのかということは今細かく調査している所ですけども。私たちは一所懸命すればするほど仕事の量が多くなります。

今、教育のことも言われましたけれど、今就職してくる看護師は、ほとんど4年間の学校を出てきます。それでかなり勉強はしてくるのですが、実際にはほとんど何もできない状態で現場に入ってきます。そこから教えなければならぬので、現場は厳しいですね。その中で、正しい情報を患者さんに伝達してきちんとした仕事をするのは難しいです。

また、うちの病院も職員の数が多いので伝達がなかなかうまくいきません。自分たちのやっている取り組みでも、全部の職員に伝えるにはかなり時間がかかりますし、いろんな考え方を持っている人がいるので、今日のこのシンポジウムのことを病院に持って帰ってどうしようかになってというのが私の本音です。

<司会>:ここまで色々ご指摘あったように、ひとくくりにするな、いろんなケースがあるじゃないかということですね。患者の中にも熱心な方もいれば、クレーマーみたいな人もいる。一方でお医者さんたちも熱心にやっている方もいれば、情報を隠したりする人もいる。「裁判に訴えるような患者はクレーマーなのに、どうしてマスコミが相手にするんだ」などとおっしゃるお医者さんもいる。大切なのは、患者と医療側のあるべき姿についてきちっと議論して考えていくこと。そしてそれとは別に、クレーマー的な迷惑をかける人たちの問題を考える必要があるということだと思います。唐澤先生どうですか。

<唐澤>:病院というのはやっぱり各部署で個別に対応しないといけないので、私どもの病院ではどういう工夫しているかといいますと、現場で個別の対応をして、手に負えないときは安全管理室がすぐ出て行きますし、必要があれば調査委員会を開きます。

もう一つはシステム上の問題と考えて個人を責めないことです。先ほど勝村さんがおっしゃってくださったんですけど、個人を責める気がないって言われると、すごく気が楽になるんですね。医療は1人でやっているわけではなくて、チーム医療でシステムで動いています。私どもの病院もそうですが、システム上の欠陥というのが多々あるんですね。システム上の欠陥というのはどういうことかということ、連携が悪いとかルールが定められていないとかいうことです。あまり働かない人がいると、それをカバーするために、「じゃあ私がやります」って手をあげてくれる人がいるんですね。昨日も当直で今日も勤務で全然休めていないけれど、今日もやりますと手をあげてくれるドクター、ナースがいるわけですね。すると、かなり重労働になってそこで事故が起きてしまう。事故が起きてしまうとその最前線に立って手をあげてくれた人のせいになってしまう。病院としてはこれを調査すると明らかにシステムエラーと分かります。

また、相手の方が、もちろん賠償すべき点は賠償するとして、事故がシステム上の問題で起こることをわかってくださると本当にありがたいですね。ところが、個人が悪い、個人が悪いって言われるとですね、その一番先頭にいたナースはベストナースなんです。一番先頭にいたドクターがベストドクターだったということが、全例ではないけどあるんですね。その彼や彼女が悪いって言われてしまうと、どんなにシステムエラーだと説明しても、その人たちは辞めていく。場合によっては自殺を図るということになります。

それからもう一つ、警察に連絡するんですけども、警察が色々調査をして、4件中1件はだいたい司法解剖になります。病院の調査委員会では、「システム上のこういう欠陥がありました。非常に申し訳ないと思います」と言うのですが、警察はですね、「警察はシステムを捕まえることはできません」って言うんですね。「警察は犯人を捕まえて、犯人を書類送検するのが仕事です。警察の立場も分かってください」と言われるんですけども、その犯人はベストナースであったりベストドクターであったりしてしまう。そういうジレンマがあります。

ご家族へは個別にできるだけ丁寧に対応する、正直にお話しする、報告書もお渡しする。それから、ご家族がいろんなことを質問なさいますので、「法的な手続きは、一般的にはこうなります。もちろん、そういう手続きを取られるかどうかはそちら様の判断ですけど」というような説明をする、一方、システム上の問題としては、とにかく病院として、システムエラーをなくす、システムの改善を図っていくようにすることが大事だと思います。

<勝村>：今の話を聞いて、事実とは異なる偏見を持ってしまっている問題が大きいのではないかと思います。僕ら被害者が偏見を持たれているなというのは、最近のインターネットの医師たちのメーリングリストやブログなんかを読んでいてすごく感じる事なのです。逆に僕は医療者に偏見を持ってないと思っているわけですね。その根拠としては、多分、普通の医療関係者の人たちはほとんど被害者の友達がいないと思うんですけど、僕なんかはいろんな経緯があって、医療関係者の友人はかなり多いですね。看護師さんでも助産師さんでも色々情報交換して、いい人たちを僕はいっぱい知っていて、その人たちの声をたくさん聞かせてもらっている。だから、被害者と話をしたり交流したことがないのに、「きっと被害者ってこうなんだろう」と思いこんでしまっているような偏見を取り除いていかなきゃいけないと思うわけです。そういう意味で、今日は唐澤さんに、僕たち被害者が決して個人を責めているだけではないということをおわかってもらったことはすごく嬉しいです。

この十数年間に注目された医療裁判では、非常に質の低い救急医療の被害で子どもを亡くした親もシステムが悪いということで救急医療について厚生労働省に交渉に行ったり、20年前の奈良市の救急医療のたらい回しで子どもを亡くして訴えた人も、医師を訴えるだけじゃなくて奈良市の行政を訴えて再発防止を要望しているし、僕らも裁判をしながら、陣痛促進剤の問題で厚労省に添付文書を改訂してくれと交渉に行くわけですよ。システムの問題なんだと。だけど何で裁判をしなきゃいけないかっていうと、最初に言ったように、被害だと認めてもらえないからなのです。被害じゃなかったのならば何も変える必要がないことになってしまいます。これまでの有名な医療裁判は全てカルテ改ざんや偽証との戦いだったと言っても過言ではないのです。改ざんや偽証をしないような医療機関だったら、たとえ事故が起こっても、病院側は被害者とのテーブルにつきますから裁判をする必要がありません。逆に嘘を言われ始めたら被害者たちは泣き寝入りか裁判をするかを迫られてしまうので。医師が一生懸命やってたまたま結果が悪かったという時には被害者たちは本当に自分たちで受け入れようと努力しますし、僕

は脳性マヒの子どもを何十年も抱えている親をいっぱい知っています。本当に起こってしまった不幸な結果を受け入れよう受け入れようと努力するけれども、さすがにあそこまで開き直られたら、今後のことを思うと、泣き寝入りをして放っておくことはできないと思って勇気を出して裁判をするんです。決して結果が悪かったから裁判をするのではなく、事故の前後の不誠実な言動の連続の中で「裁判をしないと同じような事故が繰り返されるだろう」という確信から裁判をしているのだと思います。

警察や検察に関しては、僕は非常に大きな間違いをしてしまったのは、僕らの事故が起こった数年前のあの富士見産婦人科病院事件を不起訴にしたことだと思うんです。あのことで十数年間、「あれが不起訴なんだから医療犯罪に関しては何を訴えても不起訴にされてしまう」と言われてしまいました。去年、民事の最高裁で「医療とは呼べない犯罪行為」という判決が確定したんですけれど、それが刑事では不起訴だったのですから、警察に行ってもだめなんだという常識がずっとあったわけですね。交通事故なんかも、一生懸命やっていたたまたま起こる事故だったら全部略式だし、何回も何回も繰り返して反省無く事故を繰り返しているリピーターとか、ひき逃げをするとか、そういう場合は大きな問題として報道されるという形で、それで健全だと思います。僕は医療事故についてもそういうふうになっていって欲しいと思っています。今はなぜそうならないかと言ったら、これまで医療事故なんかまったくないかのような振りを医療界はしてきたから、実は事故があったということで、警察もそういう対応をしないといけなくなってきた。そういう過度期だと思うんです。同じようにマスコミにも過渡期特有のものがあって、これまでは医療事故なんか無いというのが常識になっていましたが、実は事故がけっこうあったんだということだけで大きなニュースになって社会の認識を変えていくことになって来ているんだと思います。

僕は中医協の委員になっているのですが、中医協はようやく審議が情報公開されて健全な議論がスタートしましたが、病院の代表の委員と僕のような被害者の意見っていうのはすごく一致してる場合が多いです。だから僕は病院で一生懸命医療をしている人たちの思いと、被害者たちがこんな医療であればいいのにといい思いはすごく一致しているということ改めて感じています。

<上野>：今の議論を聞いていて、医療事故を隠すからやっぱりすごく問題になっていくしマスコミも炎上していくんだと思うんですよね。私は、「神奈川のある大きな病院で呼吸器が外れて子どもに障害が残るかもしれないという事態になった」という投書をもらいました。それで、その病院に取材に行くわけですね。そしたら副院長が出てきて全部説明をしてくれました。「確かにこちらのミスです」と。「呼吸器が外れるってことはあってはいけないわけですね。だけどやっぱり起きてしまった」と。そして、「実際に今意識が戻っていない。亡くなることはないだろうけれど、後遺症が残ることは実はあります」という話をしてくれました。私の取材に応じる前に、家族の了解をとった上でした。それで、それは記事にしました。ただし、「こういうミスがあった。そして病院側は認めていて、今、精一杯やっている」。そういう事実関係だけの記事ですよ、何にも隠していないから。

隠していたら、横見出しでダーンと「隠蔽」っていうふうにもっと大きな記事になるし、国民も怒るし記者も怒るわけです。起こったことは仕方がない。だったらそれはちゃんと出せばいいじゃないか。そして何でそうなったのかっていう原因を調べればいいじゃないか。それなのに隠すから記事は大きくなっていくと、メディアの中にとすごく思います。だから今勝村さんが怒っているのはまさにそこだと思うんですよね。何で認めない、なぜカルテを改ざんしてまで、めちゃくちゃな鑑定書を出してまで、そういうことをするんだっていうことで、ど

んどん対立的になっていく。

実は私が入院していたのはあの有名な心臓と肺の患者を取り違えるという事故が起きた横浜市立大学付属病院だったのです。事故後の対応に全く問題がなかったとは言いませんが、それまでとはだいぶ違う対応をしましたよね。随分情報を出したし、それでも中途半端だという意見もありますが、それなりにきちんと調査をしてメディアにも公開するという形を取りました。実は私はあの事件が起きる4-5ヶ月くらい前に退院したんです。そしてあの事件が起きてその3ヵ月後くらいにまた再発しちゃったんですね。さあどうするかと、取り違い事故を起こしたあの横浜市大病院に入院するのか、それともあんなとんでもない病院ならもうやめて別のところに行くのかと。私は肺の手術でしたから、まさに事件のあった7の1病棟というのですが、あそこの第一外科で手術受けているわけです。そして、あのミスに関わった医師も名前を知っているわけです。だけど結局自分で色々調べて、色々判断した結果、同じ病院に入りました。大きな事故を起こしていたとして、やっぱりきちんとした対応をとっている。それから、それを良くしようとしているっていうのが見えればですね。

患者やマスコミはみんな一つを見て全部を判断するって医療者側はおっしゃるわけですが、そうじゃなくて、やっぱりきちんと情報を出して、ちゃんと対応をしているところには、自分の命を預けて入ろうという判断になるわけですね。

だから、隠すとか、きちんと調査しないでなかったことにするところをまず変える。それから後は説明をきちんとして、その後の対処をしているってこともまたオープンにしていくというプロセスでしか、不確定で危険の多い医療を患者に受け入れてもらうことはできないんじゃないかなというのが、私のいくつかの体験からの考えなんですけれども、いかがでしょうかね。

<山田>：今言われたようにですね、嘘をつかないことと隠さないことは、とても大切なことだと思うのですが、なかなかもとの体質みたいなのを変えようと思うと難しいですね。例えば病院のトップがいろいろな努力や取り組みをしても、きちんと把握している職員もいれば、全然そういうこともわかってない職員も中にいます。だからこう毎日のように言っていくけないのかなと。職員の中にもとんでもない人が少しいます。一部ですけど、言う事をきかない人がいます。その少数の人のことで病院が迷惑を受けることも多々ありますので、そういう人たちをどうすればいいのかなっていうのを今、自分も話を聞きながら感じていました。自分たちだけが一生懸命やろうと思っただけでもですね、その職場で問題児と言われるようなその人たちをどうすればいいのかなあって思っています。

<司会>：とんでもない人たちがいた時に、唐澤さん、副院長の立場でどうにか辞めていただくことはできるんですか。

<唐澤>：私どもの病院は市立病院であり、職員は公務員なものですから、お酒を飲んで運転したとか刑事事件に関わったような場合は別ですけども、基本的に公務員は守られていると思います。それに対する対策として、当院では院内認定制度という仕組みをつくっています。侵襲的な検査及び手術では、個人の力量を評価して、この人はこの手技はやっても良い、この人はまだそこまで力量が上がっていないからやってはいけないというのを院内で認定する制度です。昨年からは、中心静脈カテーテル挿入、気管切開、抗がん剤投与についてこの制度を設けました。また、ある病院では、ナースの制服の胸に行うことができる手技のマークを付けているそうです。このマークを見ると患者さんは、この人はやってもいいんだな、と安心するそうです。それから、かなりの病院でとりいれていると思いますが、病院で開催する医療安全研修会に出席

した職員は、自分の胸の名札にマークを付けるようにしています。患者さんに見れば、マークがついている人はちゃんと研修を受けているということがわかるわけです。このような目に見える情報公開は必要だと思います。

<司会>：わかりました。それと、さきほど、隠さないことが大事だというお話があって、私も本当にその通りだと思うんですけどね。でも事故が起きた時に、正直に話したり、申し訳なかったという気持ちを伝えたりできないという声を、お医者さんたちからききます。例えば、一生懸命治療した患者さんが亡くなった時に、「力が及びませんでした。ごめんなさい」という思いがあるけれど、裁判で負けるかもしれないからと、弁護士や管理者から謝るなどと言われるというわけです。でも、裁判官の方に取材をしましたら、「謝ったから、裁判で勝つとか負けるっていうことは一切ないから、本当に申し訳ないと思ったときは素直に謝ってください」というお話でした。これは、お伝えしておきたいと思います。こうした誤解もあって、現場では患者と医療側が歩み寄れないということがあります。私たちマスコミが、きちっと正しい情報をお伝えすることも大事なのかなと思います。

V 参加者アンケートのまとめ

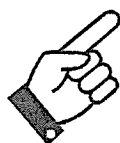
フロアの参加者にアンケート(次ページ)を配布し、第一部終了時と閉会時に回収を行った。

回答者 66 名で「医療者」43 名、「市民」9 名、「研究者」9 名、「学生」5 名、「その他」1 名(一部に重複あり)であった。具体的な職種として、医師(12 名)、医療安全管理者(1 名)(医師か看護師かは不明)、看護師(16 名)、薬剤師(4 名)、事務職(5 名)のほか、ソーシャルワーカー、臨床検査技師、カウンセラー、医療機器製造業、医療機器メーカー、大学教員、リスクマネジメントに関わる研究者(各 1 名)、看護学生(5 名)などがあげられており、非常に多彩な人が参加していたことがわかる。医療の質・安全について学会などで議論する場合、ある職種に限定された学会(例えば看護学会、医学会など)で行われることが多く、このように多彩な参加者による場を持つことができたことは、本シンポジウムの有意義であった点であるといえる。

アンケートには、患者参加型医療安全における「課題や障壁」、それに対する「提案やアイデア」、その他「感想や気づき」を書いてもらった。自由記述の回答の得られた 65 名の回答を Table1 に示す。

制限された時間内での話題提供とディスカッションであり、もっと議論したかったという声はあったものの、概ね、意義深いシンポジウムであったという感想が多く、医療者側に全てをお任せする患者のスタイルでは、医療の質・安全は保持できないという点については、意識を共有できたといえる。

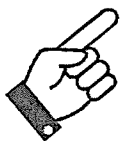
医療の質・安全学会 第1回学術集会公開シンポジウム
「医療の質と安全について考える市民と医療者の集い」アンケート



1) あなた自身について、お答えください。

本日のシンポジウムでは、事前の申し込みや参加登録を実施していません。しかし、どのような方々にご参加いただいたかを学会として把握し、今後の活動の参考にしたいと考えています。必ずご記入をお願いします。

性別 (いずれかに○)	年代 (いずれかに○)	立場・職種 (当てはまるものに○をつけ、具体的に記入)
1. 男	1. 20歳未満 5. 50代	1. 市民 ()
	2. 20代 6. 60代	2. 患者 ()
2. 女	3. 30代 7. 70代	3. 医療者(職種:)
	4. 40代 8. 80歳以上	4. 学生 ()
		5. 研究者 ()
		5. その他 ()

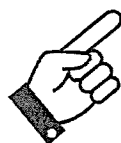


2) あなたのお考えを教えてください。

第二部では、皆さんからのご意見を集約してディスカッションに活かしたいと考えています。是非、ご記入をいただき、第一部終了後の休憩時間内にスタッフへご提出ください(もちろん、シンポジウムを最後までお聞きになってからご提出いただいてもかまいません)。

【1】患者や市民が医療安全に参加する際、どのような課題や障壁があると思いますか？

【2】上記の課題を解決するための提案やご意見、アイデアがありましたらご自由にお書きください。



3) 最後に・・・ 全体を通してお気づきの点や感想などについてご自由にお書きください。

.....

.....

.....

.....

アンケートの回答

Table1-1

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
1	信頼関係が構築できていない	連携（患者・医師・公的機関）する	勉強になりました。感謝です
2	病院での安全は医療者が守るべきという意識が根底にあるため、協力するという気持ちより、医療者を批判するという現状がある。市民の意識を変えるために、マスコミ・医療機関ができることはないのだろうか？		
4	いつでもどんな質問でも聞けるような雰囲気であれば、気軽に話しやすい。	患者も少しは勉強しなければならない。	
6	医療業界の閉鎖性	医療側からの歩み寄り、患者側の勉強、第三者（行政）の橋渡しが必要	
7	患者側の無理解		
8	医療産業の縦走的構造上の問題		
9	愛媛県宇和島市で、万波医師による病气腎移植が一時期クローズアップされた。報道などによると、ドナーに十分な同意を得ずに摘出されたケースもあると聞いた。中には術前に摘出を聞いていなくて、結果的に摘出されたこともあるようだ。発表では医療の密室性との発言もあった。参加に向けたスタートライン自体に立つことができない点が大きな課題ではないか	医師と患者の立場をどう考えていくか、どうあるべきか見出していくべきだ	患者と医師の関係についてどうあるべきかを考えるきっかけになった

Table1-2

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
10	責任追及より原因追求と再発防止の徹底。	やはり、コミュニケーション。 医師を中心とした医療チームの民主化。 医師をトップマネージャーとして権威に走らないこと	
11	医療者が忙しすぎて、声を掛けづらいケースが多いのでは？ 財政本位で医療制度が組み立てられていることが問題ではないか	医療者側あるいは患者側からよりよい医療制度を提案していくことが必要。	

Table1-3

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
12	<p>多数の同意書、説明書が作成され使用されているが、患者さんの理解はどうかを測る方法がわからない。</p>	<p>繰り返しマスメディアが啓発し続けて欲しい。</p>	<p>私は整形外科医。たまに自分の病気を本当に理解しようとする患者さんに会う。その方に、いわゆるインフォームド・コンセントをおこなっていて、適確な質問をされたりすると、あっという間に1時間、2時間が過ぎ、しかも信頼感が生まれたと感じ、充実感が得られ、疲労感もあまりない。しかし、ある程度の患者数をこなさなければならぬ以上、時間がないし、体力もない。</p>
	<p>訴訟対策や機能評価認定の目的といった側面が強く、果たして患者さんは理解できるのか？</p>	<p>患者さんが自分で学べる、しかも理解を高める方法を標準的なものを開発して、インターネットでダウンロードできるようにして欲しい。あるいは業務化が必要か。</p>	<p>このような企画が増やされることを希望する。参加することを研修医プログラムでも義務化して欲しい。</p>
	<p>「全てお任せします」という患者さんが相変わらず多い</p>		
13	<p>医師・病院の保守性 医師のパターナリズム 未熟な民主主義 規範意識の乏しさ</p>		

Table1-4

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
14	最近インターネットの普及と共に、患者さんもかなり勉強している。医師も患者の意見を聞くように心がければ（私はそのつもりですが）もっとよくなるのではないかと		
15	社会に仕組みができていない		
16	医療者と市民との医療についての知識量の格差 医療者と市民の医療の現状についての基本的認識の違い 医師など医療従事者に自分の身体を預けなければならぬ恐怖	何はともあれ、機会があれば、市民として医療に参加する	
17			安全な医療を行なうためには、もちろん医療者の努力は必要であるが、国も十分なコストを負担すべきである。安全な医療を行なうための十分なパワーが欠けている。
18	情報の共有 ヒエラルキー（Pt：Dr）（医療者間）	医療決断サポーターという第三者がICなどに同席する （私も）患者アドボカシーの存在を提案している。これは山田さんや唐澤先生のところの活動と同じかもしれない。	