

Table1-5

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
19	全てを医療者に任せるのではなく、医療者の安全管理のチェックをしてもらうように医療システムを一部変えていく必要がある	患者・家族の医療安全管理への参加に関する「ガイドライン」を学会で作成してはいかがでしょうか	
20	参加メンバーが固定されていないと個々の問題のみに終わってしまい、提言ができない。 個人情報の漏洩にどう配慮するのか	病院の管理者のもとに責任者を作って、例えば、1年半くらいである程度の結論を出す	
21	透明性 医療・診断に関する分かりやすい説明 リスクと技術に関わる説明	施設名・治療などの開示	
22	個人情報との兼ね合い（セキュリティの問題）		
23			唐澤先生の内容がとても参考になり、スライドだけの資料だけでも欲しい。

Table1-6

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
24	<p>病院に対する考えが基本的に患者と医療者では違う。患者は病気を治すために病院へ来ている。医療者は働きに来ており、治せない病気があることも知っている。</p> <p>事故が起きた場合、その行為もだが精神面で傷つくことも多い。</p>	<p>医療者は常に患者の立場に立つ必要がある。システムの改善だけでなく、精神面でも安心してもらう工夫</p>	<p>今まで“安全”という医療者関係の集まりしか参加したことがなかった。市民の集いというだけで興味があった。こういう集いが多くなり、患者と病院の距離が縮んでいくきっかけになればと思う。</p>
25	<p>現場スタッフ（医療者）からの反対</p> <p>自分達の仕事を患者さん側より監視される不安</p> <p>医療安全よりも、今まさに受け持ちの仕事を消化することに労力を使っている</p>		
26	<p>医療は専門外である</p> <p>何を聞いてよいか分からない</p> <p>尋ねることが診てもらおう医療者に嫌な印象を与えるのではないかと不安</p>	<p>医療者としては一人一人に適切にコミュニケーションをとり、わかり合うことが大事</p> <p>人間としての期待(よい意味で信じる事)がないとできない</p>	

Table1-7

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
27		<p>昨日の基本看護協会のシンポで山内先生が「連携を作るためには、同じ体験を共有すること」と言っておられたが、医療者、Drがそれぞれの立場と体験する機会があれば、何かいいアイデアがまたそこで出るのではないか。</p>	<p>現場で医療安全を担う一員として、様々な研修講演会などに参加してきたが、本学会の活動のほんの一部であるこのシンポジウムに参加して、活動に賛同した。是非今後も参加していきたい。</p> <p>医師のパターナリズムははびこっている医療の中で、コメディカルが意見を主張することができても、そのこと(患者参加)が具体的対処として取り上げられるには難しい現状がある。</p> <p>医師がセーフティマナージャーになることがいいのかも知れない</p>
28	<p>ゆとりのない方、自分の考えで話されすぎるとき</p>	ボランティア	
29	<p>遠慮(こんなこといったら診てもらえない)という風土が影響している</p>		

Table1-8

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
30	患者様の立場から、まだまだ。医師と同じ立場でICが行なわれているのか？医師が優位になっているように思えます。	大変参考になり、医療安全の取り組みを病院全体で見直していかなければならない。問題の分析・解決など根本的にできていない。これからの課題として、早急に取り組みたい	
31	情報を得ることができない	情報公開の場を多くする。 機会を知る	
32	情報を上手く医療者に伝えられない		
33	医療者サイドの意識—まだまだ閉鎖的な面がある 患者サイドの遠慮「何か言えば、診てもらえないのでは…？」という思い(特に地方に多いと思うが) 何でも見える言える医療現場にはなっていない 原因としては医療現場が忙しすぎ、働いている人は疲弊して余裕がなくなっていると思う 患者自身が自分の疾患についての知識を持つ努力が必要 分からないことは聞くという姿勢も必要	最初はコミュニケーション 患者サイドも「患者の権利」をもっと勇気を持ち主張してもよいと思う	
34			様々な立場の方の意見を聞くことができよかった。もっと本音トークが聞けるよう時間をもっとあったらよかった。

Table1-9

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
35	お互いに本音を話し合う場であること 医師に対して遠慮する心 お任せ医療から抜けられない 医師の数が少ない地方では課題がある	両者が参加できる(このよ うな)公開シンポジウムな どを根気よく続けていく 必要性を感じた 「私のカルテ」を書く習慣 を育てる	ビッグサイトの会 議は医師自身の安 全対策不足を指摘 していない。(こち らは本音があって いい)
36		患者参加型の医療の中で 患者さん側から「氏名確 認」や「研修会」などの参 画	
37	自分達の責任や負担が増すのではないか、 医療者が押し付けようとしているのではな いかという誤解をできるだけ少なくして伝 えていくこと、実践していくこと。		明らかに、過失と いえない事象につ いて、説明しても 受け入れてもらえ ないことが少な がらある。患者さ ん・家族は「ミス だ」と決め付けて しまって修正が難 しい。 本音の話が聞けた 気がします

Table1-10

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
38	患者さんの立場・医療者の立場が異なり、主張のみが互いの立場で語られている。互いの立場を理解して具体的な方法論を議論しなければならない。 医療の現場に国が効率化を持ち込むので。	人的・財政的な措置が必要である	病院の医療職の労働環境を論じてほしい
39	学会の方は最初のシンポジウムを聞きましたか？依然として医療側の言い訳、責任回避の域を超えず、失望しました。 市民の側からのクレームを是非聞きたいと存じます。	医療事故の公表。隠すことなく情報開示し、事故を予防するよう努力すべきと思います。	
40	IT時代を向かえ、情報が容易に取れるようになった マスメディアによる過剰な情報、あおるような誘導、不正確な情報の流出		
41	トップの決断	厚生労働省の積極的アピール・支援	
42	医療用語・ヒューマンエラーを起こしやすい医療現場を知っていただき、受身ではなく参加メンバーに加える。	患者さんにも勉強していただきたい。医療への期待をかけ過ぎる(お任せではダメ)	医療者が離職している。人不足や経営で現場は混乱している。もっと情報を公開すべき。

Table1-11

ID	課題や障壁	提案・アイディア	感想気づき
43	2年ごとの診療報酬改正で、病院は数パーセントずつ収入がダウンしている。今年は特に看護師不足のため、療養病床削減やベッド数の削減などマイナスの環境にあるため、収入にならないことには消極的にならざるを得ない。	患者や市民が参加してその病院の医療安全を(改善しよう)向上しようとする。ことに関して、診療報酬の対象としてはどうか？そうすれば病院は目を向けて真剣に取り組むと思う。	医療安全については、医師や病院自身は事故を起こしてはいけないということで、常日頃当然考えている。故意に何かが起こるのではなく、偶発的に発生する。患者の命を救うため、超多忙な状態でケアしている。それを一方的に医療従事者だけを責めるようなことはいかがなものか。医療機器メーカー、製薬会社、検査会社、各社の責任もある気がする。
44	医療に関する知識不足	患者や市民が学習しやすいものが増えること	前半の4名の話はどれもわかりやすくコンパクトにまとまっていてよかった
	専門用語がわかりにくい点	医療従事者が一般人にわかりやすいシステムを作る工夫をすること	それぞれの立場の違いがちょうどよいバランスだと思う。
	医療機関の中での治療の流れ、システムがわかりにくい点	患者さん側からの話を聞いて意識を変える(上野さんの話のように)	

Table1-12

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
45	医師が病気を治すのではなく、自然治癒力を助けるのが医療であると考えて欲しい。医療について万能ではないことを理解しないといけない	医療のトップに君臨している医師が謙虚な姿勢で市民感覚で考えて説明すること	
46	十分な時間をかけて説明などを行ないたいが、時間や費が足りない現状がある。ゆとりある人員配置を取れるようにして欲しい。		
47	医学的知識に大きなギャップがある。これを埋めるのに労力と時間を要する。ことをじっくり進めれば、上手くいくと思う。	患者の感覚を聞きだせると対策として役に立つと思う。雑談の時間を多く取ることでしょう	
48	実際に医療に関する事故・クレームなどであった人でないと参加する意欲が出ないと思う	まず、その問題の傾向に対応した医療安全に対応した問題解決を行いながら広報などで先手を打つ	

Table1-13

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
49	現在の医療行政では、病院は入院中心。クリニックを担当するホームドクター体制を進めているが、これは慢性疾患で長年通院している患者に対し、診療を断り、クリニックへの通院を勧めることになる。病院経営を考えると、紹介患者のみの外来診療にシフトせざるを得ないのが現状。極端な場合、紹介状を持たない患者の診療を断る場合も出ていが、サービスという質の面からはどう考えるべきなか。（医療関係者以外の方に聞きたい）		リスクマネジメント ↔ セーフティマネジメント 社会的に作られてしまっている「赤ひげ」的なイメージと、能力はあるのに支払う気が全くない患者の診療を断れないこと、に疑問を感じる。
50	両者の立場を認め合い、みんなのためのみんなの医療を自覚し合えば、障壁は取り払える	一般の方々のボランティアがあればゆとりができる	
51	どうしてもリスク・クレームなど、暗いイメージがつきまとい、職員の合意が取りにくい。 知られては困ることが多いと考えられる		

Table1-14

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
52	医師が本音を言うことが難しい雰囲気があり、患者側からの一方的な意見表示になりがちであるように思える。(その結果、患者・市民が攻撃的に映る)	医療関係者が本音を言える雰囲気を作ることで、それによってシンポジウムなどが双方向で活性化するように思える。	
53	医療者と患者の医療に対する意識の差		
54	私は看護師を目指している学生である。素人の目から見ると、まだ、「医療安全」という言葉は漠然としているように感じる。言葉では分かっているが、実際はどうなの？ときかされると答えられない。私たちのような人はたくさんいると思う。言葉が先行して実態がよくわからないといったことがあるのではないか。	もっと本や文章ではなく、いろいろな人の口から話を聞いてみたい。	
55	医療者と患者さんとその家族の距離を縮めること		
56	自分の病気のことだけれど、理解に努める人そうでない人様々な人がいる。両者に参加してもらおうためにどうしたらいいか。		
57		情報開示しかない(ウィキペディアのように、性善説効果)	
58	患者市民、個人では力が弱い。しかし、患者会になると別の利害が絡む		

Table1-15

ID	課題や障壁	提案・アイデア	感想気づき
59	<p>患者・市民側要因：バタナリズム</p> <p>患者・市民側要因：知識</p> <p>患者・市民側要因：医学的リテラシー</p> <p>医療機関側要因：方法論の無知</p> <p>環境的要因：国民的多忙、プロフェッショナルリズムへの無理解</p>	<p>淡々と努力を続ける中、互いにあるいは外的に学びあうことが必要だ</p>	<p>目的意識の共有の難しさがある</p>
60		<p>医療側の真摯な姿勢</p> <p>患者側には対決姿勢をとらずに、医・患双方の合意が必要</p> <p>医・患双方をサポートする場が必要</p>	
61	<p>医療者側の固い表情（とっつきにくさ、忙しい様子も含めて）</p> <p>悪い方に差別されるのではないかという不安</p>	<p>医療者側の積極的な働きかけ（表情の柔らかさ）</p> <p>コミュニケーションの方法を多様に</p>	
62	<p>医師を「先生」と呼ぶ環境の改善－</p> <p>医師は技術者であり先生ではない</p> <p>用語の障壁</p> <p>病院の院長はなぜ医師なのか－看護師でも一般人でもよいのではないか</p>	<p>医師免許制度の在り方</p> <p>専門用語の解説能力</p> <p>経営と現実分離</p>	<p>市民や患者が参加する前に、医療従事者内部のコミュニケーション？</p>


Table1-16

ID	課題や障壁	提案・アイディア	感想気づき
63	患者側がいくら専門知識を知ろうとしても限界がある。医療の専門用語を覚えたり、理解するのは無理。	医療者に専門職として意識を高く持って欲しい。	企画から準備、今日まで大変だったと思う。本音が聞けてとてもよいシンポジウムだった。
64	医療機関では、医師・看護師など医療スタッフの不足が深刻で、日々の医療をこなすのが手一杯という状況がある。そうした中で、医療安全を院内組織の中で特に医師の中で行なうことさえもままならない実態があるのではないか	政府・厚生労働省が医師・看護師や助産婦などのスタッフの増員、育成を政策として行なう必要があるのではないかと思う。 医療側が医療の実態をありのままに、患者・市民に話すことが大事だと思う。そもそも医療の不確実性や医療機関の経営実態も含めて検討する必要がある	患者側・医療側それぞれの意見、主張の中には十分納得できるものがある。お互いが同じ場所で議論しあうことの中に打開策が見出されてくるのではないか。

VI 発表資料

資料1 シンポジウム話題提供スライド(勝村)

医療の質・安全学会
第1回学術集会公開シンポジウム

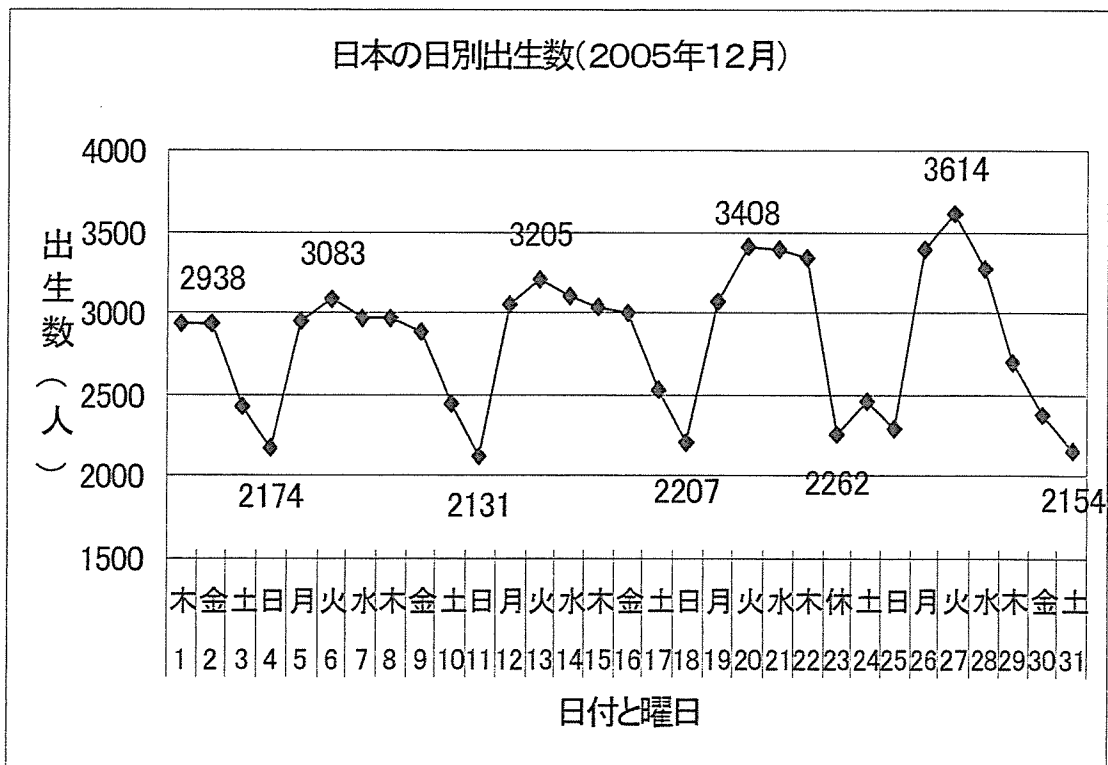


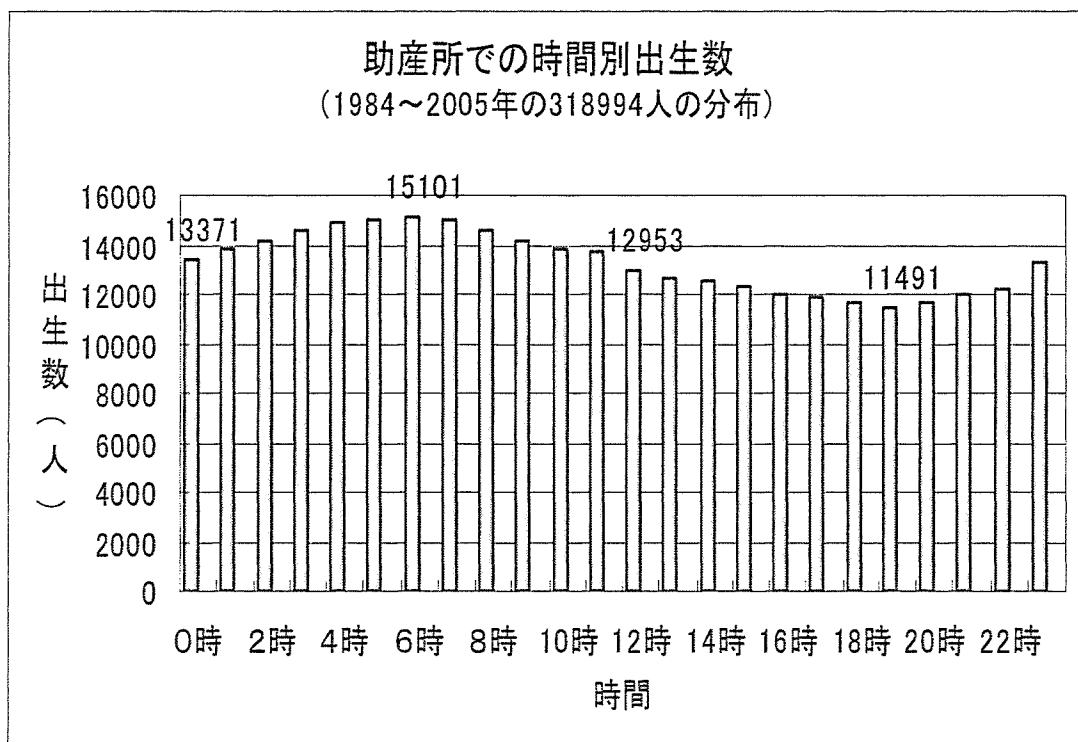
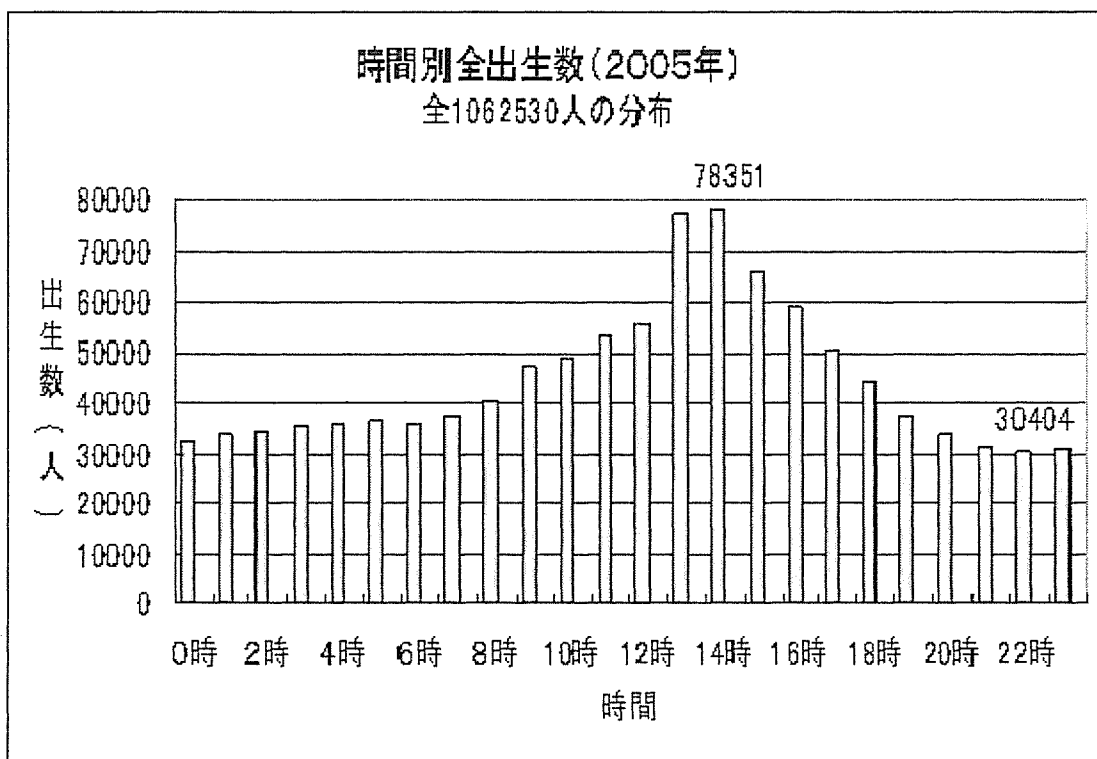
情報開示・情報共有の重要性

～医療の質と安全について考える～

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

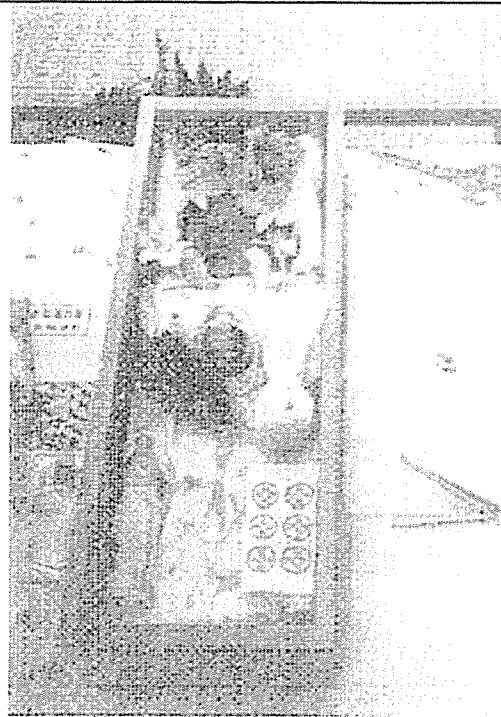
勝村久司





ぼくの「星の王子さま」へ

第一章 命：うながり



一九九〇年二月二日、ぼくの「星の王子さま」・王子は九日間の命を終えた。
ぼくは王子のわずかな爪の毛を一つ一つゆっくりに切って包んだ。ほんの小さな手に数珠を添え、棺に、ほ乳瓶を入れた……。

当事者にとっての陣痛促進剤被害

<被害の共通点>

- 知らされずに飲まされた
- 人間として扱われなかった
- 密室での拷問

陣痛促進剤被害の背景

- 過剰投薬と手抜き診療
(不自然な操作による曜日別・時間別出生数)
- 一石三鳥の利益優先
(人件費削減、薬価差益増、患者増)
- 情報の非公開
(1974年から産科医だけに配布されていた警告書)
- 教育の不健全
(保健の教科書・母子健康手帳・母親教室テキスト)

7

レセプト開示の意義

医療費の単価 = 医療の価値観

- 単価の不健全→価値観の崩壊
どれだけ医療費の総額を増やしても赤字の病院は赤字のまま。良心的な医療者の過労。いい加減な医療者の怠慢。地域医療・救急医療の崩壊。
- 不明瞭な明細→保険制度の崩壊
みんなの財産を有効に使うために消費者による下からの改革が必要。

8

↓ 本当のリスクマネージメント

- ①昔からの医療崩壊が、今、発覚しているだけ。
 - 一人医師による陣痛促進剤被害→30年以上前から
 - 奈良の救急車のたらい回し→20年以上前から
 - 事故隠し→医療裁判や医療事故報告書は嘘だらけ
- ②被害を繰り返さないために
 - チーム医療と医療界内部の民主化
 - 患者・家族の医療参加のための情報共有

9

↓ 医療安全対策WG報告書

- I. 医療の質と安全性の向上
- II. 医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底
- III. 患者、国民との情報共有と患者、国民の主体的参加の促進

(2005年6月8日)

10

枚方市民病院の改革への取り組み








①10年目の命日の職員研修での約束

- 遺族へのカルテ開示
- 複数大学の医局からの医師の採用
- 市民による医療事故防止外部監察委員会

②外部監察委員会の提言

- 例外のないカルテ開示
- カルテ改ざん防止策
- レセプト並みの詳細な医療費明細書の発行



市民と医療者とのパートナーシップ	
<p>1. 市民参加の意義</p>  <p>2. 市民参加の課題</p> 	<p>3. 市民参加の推進</p>   
<p>4. 市民参加の成果</p>  	

14

患者参加のきっかけ

旧病院

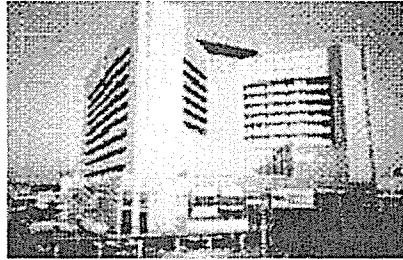
新病院

血液内科
呼吸器内科

血液内科
腎臓内科

呼吸器内科
代謝内科

緩和ケア



抗がん剤を間違えないだろうか



慣れた看護師が何人くるのか

15

急性骨髄性 白血病治療のマップ

※全名は「急性骨髄性白血病」ではなく「急性骨髄性白血病」

