

■ 「寝たきり老人」は「寝かせきりにされた高齢者」だった ■

ところが、寝たきり老人という単語、日常語、役所用語が、日本以外の国にはありませんでした。大変困って、「脳卒中で半身不随になって、自分では起きられなくて、おむつをして、寝巻きを着て、天井をぼんやり見ている人」と説明したところ、「そのような人を我々は“ケアが必要な年金生活者”と言っています。でも、天井をぼんやりというのと、寝巻きを着ているというのがどうしても理解できないのですが」と言われました。

「そういう方に合わせてください」と言ったら、「そこにおられますよ」と言われました。その方は図8のように起きていらっしやいました。「なぜ寝ていないのでしょうか」と聞くと、「毎朝起こしますから」という答えが返ってきました。日本で「寝たきり老人」と呼ばれている人は、寝かせきりにされ、廃用症候群に陥った犠牲者だったのです。しかも、ただ起きていただけではありませんでした。イヤリングをして爪にはマニキュアをして、寝巻きではなく、よく似合うワンピースを着ていました。

もっと驚いたことに、自宅で暮らしているというのですが、家族に死に別れ、一人暮らしだということです。自分でベッドからおきられず、食事や排泄に人手をかりなければならぬ人が自宅で暮らし続けられていることに、私はカルチャーショックを受けました。

そこで、「寝たきり老人」という言葉の代わりに、「寝かせきりにされた高齢者」「介護が必要な高齢者」という言葉をつくり、朝日新聞の社内で提言しました。「寝かせきり」という言葉は、いまでは広く使われるようになっていきます。新しい言葉をつくって人々のものの方を変え、これもジャーナリストの役割だとおもいます。

■ 欧米先進国という錯覚 ■

図9は、1985年の敬老の日の朝日新聞の一面に書いた大型コラムです。けれど、すぐには信じてもらえませんでした。「外国から来た客に見せるわけがない。どこかに隠してあるだろう」といわれました。お医者さんたちは「寝たきりになるような年寄りには適当に死なせているに違いない」というのです。心配になって、またいろいろな国にでかけました。

アメリカでも「寝たきり老人などというコンセプトは、我が国にはない」と言われました。(図10)ただ、お年寄りたちのようすを見ると、輝いて誇りを持っているとはとてもいえない表情でした。なぜだろう、と色々調べ、わかったのは、ケアワーカーの人たちの位置づけでした。介護職は、「ベッドから起こし、車椅子に乗せ、おむつを取り替える人」と考えられていました。それなら英語がしゃべれなくてもいいだろうと、日本でいう「外人労働者」にあたる人を安い賃金で働かせているのです。

日本でもいま、フィリピンから安い労働力を入れようとしています。介護には言葉や文化がとても重要です。長い目で見たプラスマイナスに警告するのもジャーナリストの役割だと考えます。

しばしば欧米先進国という言葉が使われます。しかし、こと、ロングタームケアに関しては、アメリカは先進国とは言えないと私は思っています。

■ 介護保険のメニューになった『「寝たきり老人」のいる国いない国』 ■

スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、スイス、イタリア、イギリス、オランダ、ベルギーといった国々を訪ねて、最もうまく機能しているのはデンマークだという結論に達しました。

ここではホームヘルパーは、「誇りを膨らませるプロ」と位置づけられていました(図11)。そして、全体のシステムがよく考えられているのです。ケアする人も、される人も、いい笑顔です。はつらつとしています。その結果、入院期間が短くて済んでいました。

デンマークでは、図12の左のように入院中から退院後のプランが作られます。介護に当たる人はプロです。訪問ナースという動く司令塔がいます。住宅の改善も入院中にしてしまいます。一方、図の右の日本は、長男のお嫁さんがやつれ果ててお世話をしています。たまにやってくる小姑さんは元気はつつです。家族のもめごとが絶えません。これも「日本型悲劇」です。

調べたことを『寝たきり老人』のいる国いない国—真の豊かさへの挑戦』（図13 ぶどう社）という本にまとめました。この本は、手から手へと渡り、28刷になりました。本を読んで作業療法士や訪問看護婦を志した、といってくださいる方によく出会います。

第1章には、「寝たきり老人」という概念がなぜないのか、その12の秘密を書きました（図14）。おむつをしてもおしゃれができる、プロのホームヘルパーが朝昼晩現れる、家庭医という名の専門医がいる、補助器具センターが様々な補助器具をタイミングよく貸し出す。特養ホームは何床とは言わず何室と言い、個室に思い出の品がたくさんもちこまれている・・・こんなことを紹介しました（図15）。その基礎を作ったアンデルセンさん（図16）という元大臣との対話も添えました。これらが、介護保険のメニューになってゆきました。政策を変えることも、ジャーナリストの役割だと思っております。

■ 医療満足度と「でんぐりがえしプロジェクト」と■

図17は医療費と医療満足度の関係を見たものです。アメリカは多くの医療費を使っているにもかかわらず、国民全体の1割しか満足していません。健康保険がないことが大きく影響しているのでしょう。日本も3割の人しか満足していません。日本と同じぐらいの医療費なのにデンマークは9割の人が満足しています。なぜだろうと、また、考えました。

理由の一つに、日本の医療費の中には、よその国では医療費にカウントされていない社会的入院の人たちがたくさん含まれているということがあります。図18に、1985年以来、社説で訴えたことを書き出してみました。

デンマークの「動く司令塔」は、日本ではケアマネージャーになりました。24時間対応のホームヘルパーも介護保険の中で実現しました。福祉用具法が93年にでき、住宅改善も介護保険に組み込まれました。「効き目の確かな、より安い薬を使う権限が薬剤師に」については、最近ジェネリックが出てきました。

「患者が医療福祉スタッフの研修の講師に」は、国際医療福祉大学大学院で試みてみました。「でんぐり返しプロジェクト」と言って、統合失調症の人が、精神医療福祉の研修の講師になったりするプロジェクトです。統合失調症だけではありません。例えば筋ジストロフィーのデュシャンヌ型の人で、日本だと筋ジス病棟にずっといるような人が、デンマークでは自分の家で、ヘルパーさんを自分で選んで暮らしています。それが公的に支援されています。そして、図19のように、医学生を自宅に招いて研修の先生になるのです。こうして、Quality of Lifeを医学生もきちんと学ぶようになっているわけなのです。

レスピレーターをつけた人が自分で介助者を選ぶ、それを公費で保障するオーフス方式と呼ばれる制度をつくったのは、エーバルト・クローという自身が筋ジストロフィーの人でした。この人とデンマークで出会い、日本で講演旅行をしてもらいました。そして、世の中を説得する7原則を二人で作りました。それが図20です。

愚痴や泣き言では世の中は変えられない。説得力のあるデータを提示する。市町村どうしの競争心をあおる。「メディアは不勉強、行政は頭が固い、政治家は欲張りだ」などと言っていないで、その中に味方を作っていく。運動を暗いものにせず、ユーモアに包むこと、この7原則です。

「でんぐりがえしプロジェクト」を日本でも試みてみようと思い、13回の連続公開講座を企画しました。教壇の上の先生役が患者さんや障害者の団体の方たち。“生徒”が医師、

看護師、福祉関係者、その卵です。大変評判がよく、『患者の声を医療に生かす』（図 21 医学書院）という本になりました。看護学部の先生方の中で、患者さんをゲスト講師にする試みが広がり始めました。ハンディを負っていて、発言力の弱い方々の声を社会にとどけることもジャーナリストに課せられた役割ではないでしょうか？

■精神医療、老人医療の質にこそ関心を■

しかし、変えるのが難しいのが精神医療の世界です。

図 22 は、人口 1000 人あたりの精神科ベッド数です。厚生省のつくった国際比較のグラフは 1977 年でプツンと切れていました。そこで OECD のデータを見つけてグラフにしてみたら、日本の異様な状況が明らかになったのです。厚生省もやむなく、このグラフを横軸を長くして差が目立たないようにして発表するようになりました。役所が隠している事実を明るみに出すこともジャーナリストの仕事ではないかとおもいます。

ところで、統合失調症の人もだんだん外来で支援できるようになりベッドがあいてきました。そのため、精神病棟が、認知症の人たちの収容所になりつつあるのです。図 23 は、精神医療界の高名なリーダーの精神病院です。壁には、「患者様の意思の尊重」と掲げられているのですが、とても尊重しているとは思えない風景が展開されています。そのことにご自分たちで気がついていないのです。医療者が陥る職業病、病名で人を見てしまうからでしょうか？

病院の廊下は図 23 の右側のように回廊式になっています。「わけもなく徘徊をするから」という説明ですが、同じ病状の方が、デンマークなら、左のように馴染みの家具を持ち込んで落ち着いて暮らしておられます。なぜこのようにぐるぐる回っているか、ご自分の身に置き換えてみていただきたいとおもいます。自分の意思に反してこういう所へ連れてこられ、寝間着を着せられ、雑居部屋。自分が居るべき場所を探して歩き回るのは、異常な行動ではなく、あたりまえのことではないでしょうか？

クリスティン・プライデンという、アルツハイマーの一種になられたオーストラリアの科学技術庁高官がこう書いています。

「デメンシアと呼ばれる人々の異常な行動は、異常な環境と異常なケアへの正常な反応なのです」

先日、京都で認知症のご本人たちのネットワークの記者会見が行われました。クリスティン・プライデンさんが、ポールさんという旦那さんの支援を受けながら日本に来て、自分の名を名乗り、薄れゆく記憶の中で社会に向かって語った姿に触発されて、自分たちも社会に対してものを言っていこうということで作られた認知症ご本人のネットワークです。


ご本人たちが出された 17 のメッセージの中には、「仲間と出会い、話したい」「助け合って進みたい」「できないことでだめだと決めつけないで」「私たちなりに家族を支えたいことを分かってほしい」とあります。認知症の方たちにこのような力が秘められているという事実を、精神病院界の重鎮の皆さんたちは知ろうとなさらず、「患者だから寝巻を着せて病棟の中に置いておくしかない」と考えておられるのではないのでしょうか。

スウェーデンやデンマークが凄いと思うのは、毎年訪ねるたびに進歩していることです。間違ったと思えばすぐ方向転換をすることです。デンマークには「寝たきり老人」という言葉こそありませんでしたが、「水平の人」という言葉がありました。デンマークは老人病院を作らなかったのですが、スウェーデンは、長期介護病院というものを作り、雑居部屋に寝かせきりという時代もありました。日本の療養型をグレードアップしたようなものです。しかし、1980年代、そこがお年寄りの住いになってしまったのなら、住まいにしようという改革が行われました。そこが日本と違います。

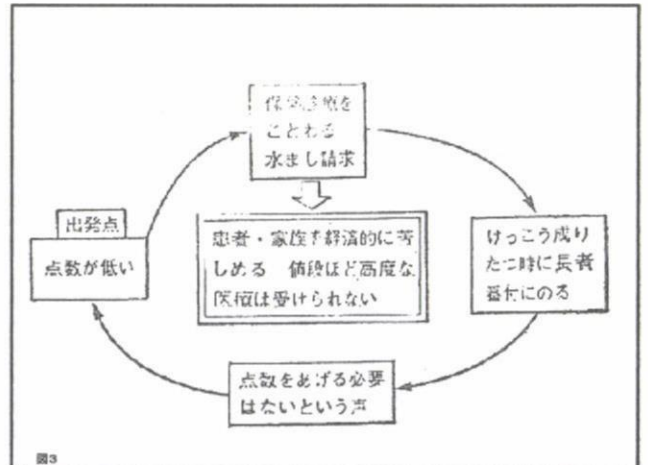
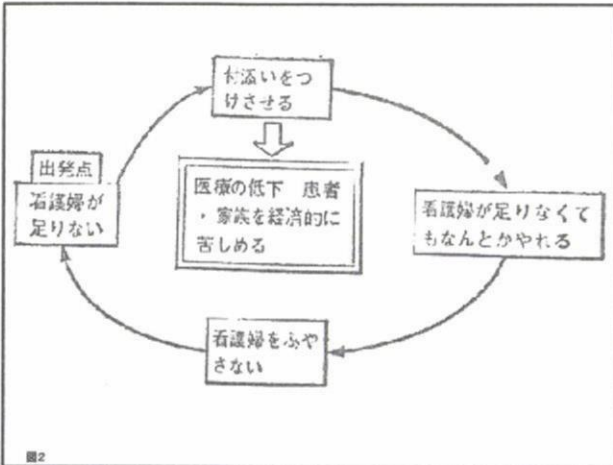
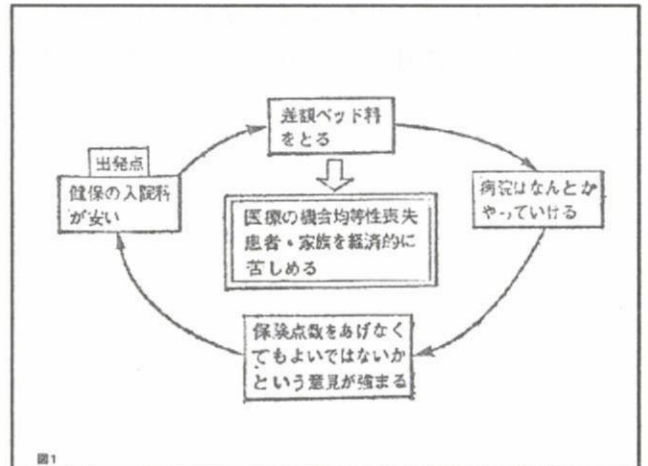
医療の質・安全が論じられるとき、精神医療、老人医療はしばしば忘れられてしまいま

す。声をあげられないこの方たちの境遇にこそ、関心をもっていただきたいとおもいます。その際、この方たちを「医療」の対象として見ることの誤りにも、気づいていただきたいとおもいます。与えられた時間がきてしまいましたので、ここで終わらせていただきます。

医療の質・安全とメティア
ジャーナリズムが果たしてきた役割
 ～ごくごく個人的な経験から～



福祉と医療・現場と政策をつなぐ「えにし」ネット
 志の結びつきと小間使い
 国際医療福祉大学大学院
ゆきさん (大熊由紀子)




11 **医療費増加のどろろが問題なのか**



図4

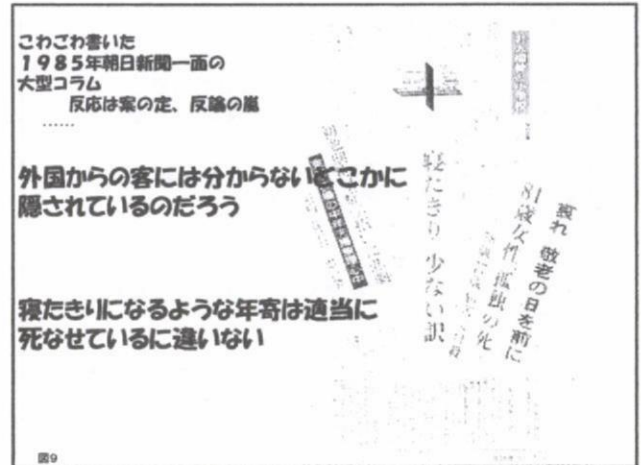
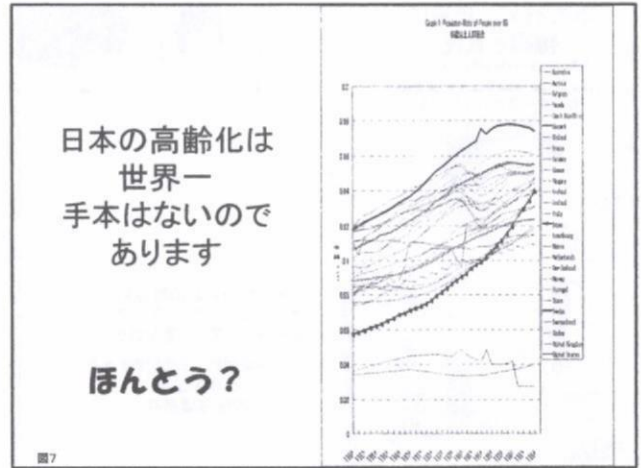
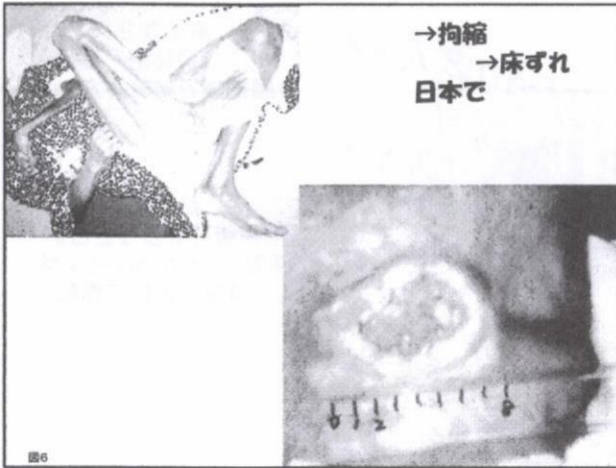
1979年に打ち出された **日本型福祉政策が生んだ 「日本型患者」**

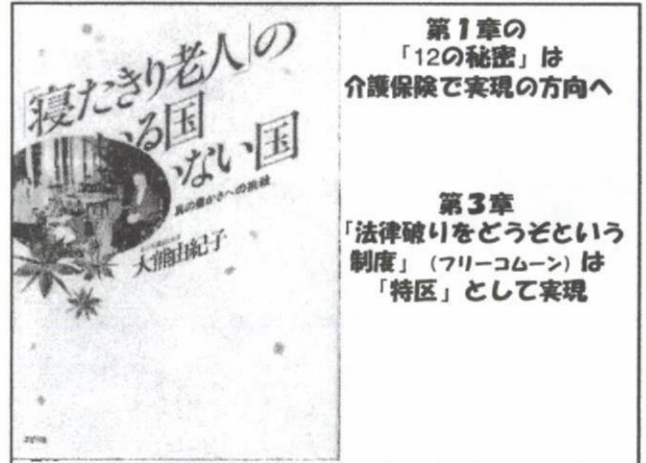


調りと役割のノーマライゼーション
 愛とめくもりのノーマライゼーション
 住食費とコミュニケーションのノーマライゼーション

人生の質 (QOL) の3要素
 (ウズヤラ大ラッシュ・シェボン+ゆき)

図5



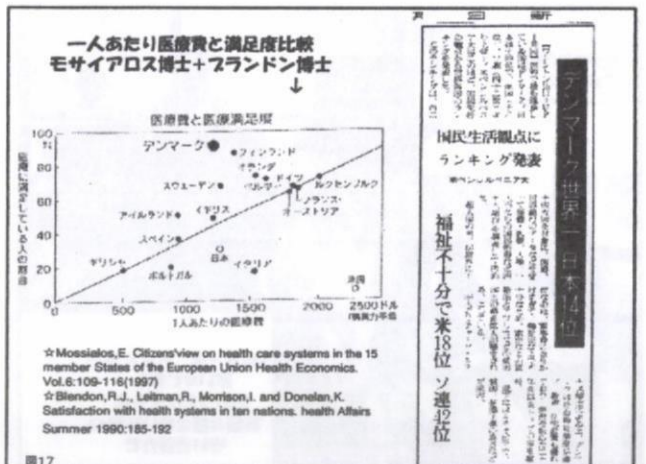
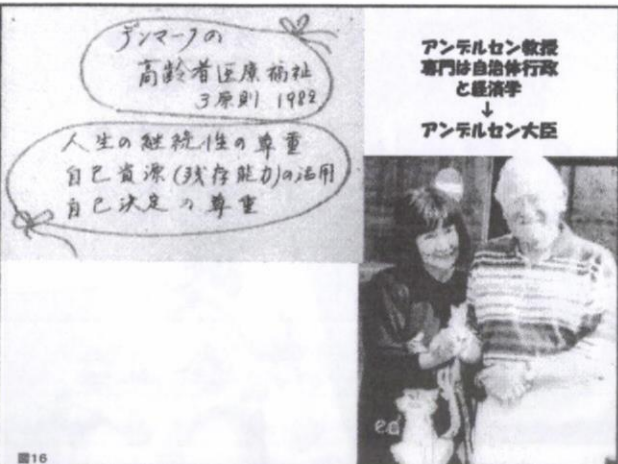


第1章 「寝たきり老人」がいない！

秘密その1 おむつをしてもお洒落ができる
秘密その2 ホームヘルパーが朝昼晩現われる！
秘密その3 アマチュアとプロの違うところは.....
秘密その4 魔法のランプをこすったときのように
秘密その5 訪問看護婦は名探偵
秘密その6 家庭医という名の専門医
秘密その7 補助器具センターは地下室がすごい
秘密その8・9 「〇〇床の施設」と「〇〇室の施設」
秘密その10・11・12 在宅福祉三点セット

対話-1 デンマークの元社会大臣・アンデルセンさん

図14



高い満足度
～デンマーク医療16の秘密～

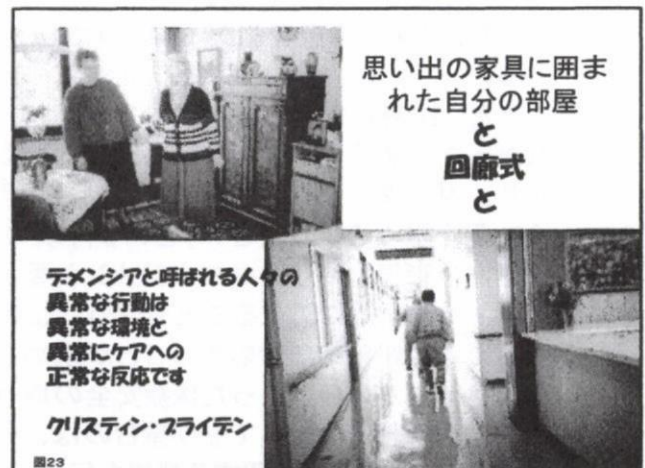
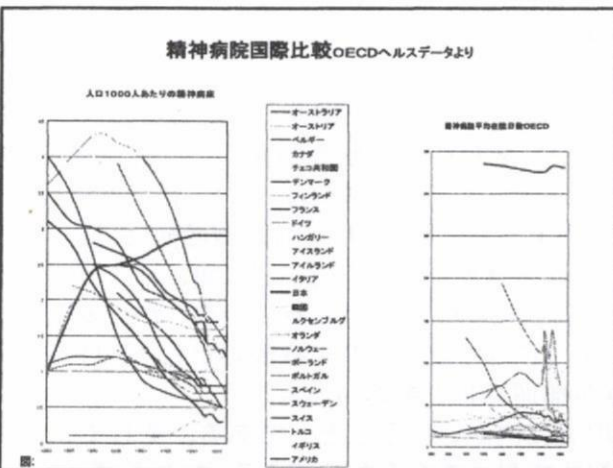
- <1> 病院には、入院治療が必要な人だけがいる
- <2> 社会的入院が市町村財政に不利になる仕組み
- <3> 動く司令塔、訪問ナース
- <4> 24時間対応のホームヘルプ
- <5> からだにあわせた補助器具のタイミングよい貸し出し
- <6> 車いすで動きやすい、外出しやすい住宅改善
- <7> ハシゴ受診を減らす「家庭医」という名の専門医
- <8> 医療機関どうしが競争するためのしかけ
- <9> 現場に権限
- <10> 企業に学ぶ(QCサークル)
- <11> EBM情報センター
- <12> 効き目の確かな、より安い薬を使う権限が薬剤師に
- <13> リサイクルする
- <14> こども時代の歯科教育とおとなの自己負担
- <15> 患者が医療福祉スタッフ研修の講師に
- <16> 顧客満足度調査をして公表する



クローさんの世直し7原則

- グチや泣き言では世の中は変えられない
- 従来の発想を創造的にひっくり返す
- 説得力あるデータにもとづいた提言を
- 市町村の競争心をあおる
- メディア、行政、政治家に仲間をつくる
- 名をすてて実をとる
- 提言はユーモアにつつまで(^_^)☆

図20



福井 トシ子

杏林大学医学部付属病院

5～6年前までの医療報道は、「医療者側が何かを隠している」という仮説を前提とした情報発信のなされ方が主流であったように思う。「事故を公表していなかったことが明らかになった」というように、事故隠しばかりが強調されていたような気がする。一方で、当該医療機関は、「調査中でありコメントできない」という言い方に終始して、社会に対する説明責任を十分に果たしているとは言い難かった。そのため、医療事故の報道が繰り返されるたびに、医療消費者の医療不信は強くなっていった。それが99年を境に爆発した感がある。

なぜ、「隠している」ように見えるのか。その理由の根底には、「医療システムの複雑性」が大きく存在しているように思う。今、医療制度改革は急速に進められ、診療報酬も2年に1度変更する。それをそのつど、患者さんがわかるような言葉で説明することに、私たち医療者は苦慮しているのが現実である。医療サービスが提供される仕組みがあまりにも複雑で、報道者にも医療消費者にも医療者にでさえ、非常に分かりにくい。これが、さまざまなミスコミュニケーションを生む土壌になっているのではないか。

また、医療消費者に対する私たち医療者の説明のしかたが、上手ではないという問題もある。患者さんに説明する際、患者さんが現状をどのような理解の上にとっているのかという確認を十分にできないまま、限られた時間のなかで医療システムの中の断片を伝えるだけで終わってしまうという現実がある。そのような情報の提供や説明は誤解を生み、それが不信につながっていくこともある。医療者と医療消費者の間に情報の非対称性があるなか、十分な情報を医療者側が提供できていないことが、「隠している」ように見えるのかもしれない。もちろん、故意の隠蔽や、虚偽の報告はそれ以前の問題である。

しかし、「隠している」という疑いに基づく「負のスパイラル」とでもいうべき、不審が不信を生む対立構造からは、結局、何も生まれない。断片的な情報は誤解を生むし、誤解は不信を生んで、納得できなければ信頼関係も作れない。信頼関係が形成されなければ医療の質は保てず、医療の萎縮にもつながる。それがさらに不信を生むというように、負の循環に陥ってしまうだけである。99年に取り違え事故が報道された後、手術室に入室される患者さんが「手術をする目は、右目だ」と入室されたということがあった。これは、患者側が不審の目で私たちを見ている象徴的な出来事だったと思っている。

ただ、医療消費者も報道者も医療者も、決して負のスパイラルを望んでいたわけではなかったと思う。そして、ここ5年ほどは状況が少し変わりつつあると感じている。つまり、対立関係からの脱皮を図る動きが現れているということである。それには、「こういう仕組みを作りなさい」という行政の後押しもあったと思う。特に特定機能病院は、医療安全管理室やリスクマネジメント委員会の設置を義務づけるなど、制度面、システム面、人的配置に関することも含め、なぜ医療の質と安全性が脅かされているのか、多面的に考え組織的に対応することが求められるようになった。どの医療機関でも、PDCAサイクルにのっとった医療安全の取り組みが推進されてきていると思う。

今、医療報道において私が望むのは、「共に現実に向かい合うこと」である。そして現実、事故の背景に関する情報も伝えられて初めて見えてくるものである。たとえば、

ある施設で医療事故が起きたとき、自分の施設でも起きうるものとして、報道から学ぼうとする。新聞を読み、テレビを見て、ラジオを聞き、ネット検索をしても、情報はあまりにも断片的で、同じような事象が自分の施設でも起きうるのか推測することさえも難しいのが現状だ。記者会見では院長などが謝罪している光景が大きく取り上げられるが、そのような報道一辺倒では現実は見えにくく、そこから何かを学ぶには限界がある。医療者だけでなく、医療消費者が知りたいのも、「今ある現実」なのではないかと思う。なぜなら、最も望まれるのは事故の再発防止であり、それを確かなものにするためには、現状を理解する必要があるからである。

医療の現実として、そこに不確実性がある以上、常にリスクを伴い、その効果にも限度がある。また、医療の供給体制として、人的にも金銭的にも資源が限られており、その制約下で医療者ができることとできないことがある。このことが正しく理解されるように、医療システムの現状について報道することを、ぜひジャーナリズムの役割として位置づけてほしい。また、一つの事象について「そのときだけ」取り上げるのではなく、その背景にまで踏み込んで継続的に追求し、そこで得られた情報を発信してほしい。そのような報道が、医療消費者と医療者との相互理解を生み、信頼関係の構築につながっていくと思う。

今、医療において信頼関係が崩壊している。私たち医療者は、その関係を再構築するところから始めなくてはならない。これは、99年以前にもあった問題をそのままにしてきたことのツケが、回ってきているのだと思う。この信頼関係を作っていくプロセスがとても大切であり、報道・ジャーナリズムには医療消費者と医療者のコミュニケーションを推進させるような情報を発信していただきたい。医療消費者も、報道者も、医療者も、安全で質の高い医療を願っている点では同じである。現実を共有したうえで、共に医療の質と安全の向上に向けて歩みを進めていきたいと思う。

医療の質・安全とジャーナリズムの役割

医療システムと医療消費者のコミュニケーションを
推進することを期待する

杏林大学医学部付属病院
福井 トシ子

5～6年前までの医療事故報道

- 「何かを隠している」仮説に基づく報道
《報道機関》
「●●の事故を公表していなかったことがわかりました」
→事故の背景が抜け落ち、「事故隠し」が強調された。
- 《医療機関》
「調査中であり、コメントできない」
→医療機関も、社会に説明することが上手ではなかった。

↓

医療事故報道が繰り返されるたびに、
医療不信が強くなるばかりだった。

なぜ、隠しているように見えるのか

- 医療システムの複雑性
医療サービスが提供される仕組みがあまりにも複雑で、報道者にも医療消費者にもわかりにくい。
- 医療消費者に対する説明の巧拙
この複雑な医療システムを説明することは、医療者も報道者も上手ではなかった。

```

    graph LR
      A((断片 医療システム)) --> B[断片的な情報]
      B --> C[誤解]
      C --> D[不審感]
    
```

5～6年前までの“負のスパイラル”

～「不審」は「不信」を生み、「不振」を生む～

- 対立構造からは、何も生まれなかった。

```

    graph TD
      A[医療の萎縮] --> B[断片的な情報]
      B --> C[誤解]
      C --> D[不審]
      D --> E[不信]
      E --> F[不振]
      F --> A
      G((医療者)) --- B
      G --- C
      G --- E
      G --- F
      H[「情報感がないれば医療の質は保てない!」] --- B
      I[「納得できなければ信頼関係も崩れない!」] --- E
    
```

対立からの脱皮を図った5年間

- 医療消費者も、報道者も、医療者も、決して“負のスパイラル”を望んではいないはず。
- そして、それぞれが「なぜ、医療の質と安全性が脅かされているのか」を見つめ始めた。
- 医療機関でも、PDCAサイクルに則った安全管理がかなり推進された。

当院の全職員が常時携帯している「医療事故防止対策マニュアル」

医療システムの相互理解へ

- 特に相互理解が大切な「現実」
医療の不確実性
リスクを伴うこと、効果にも限度があること
医療の供給体制
人的にも、金銭的にも資源が限られていること
その環境下で医療者ができること・できないこと

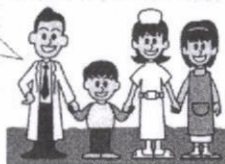
```

    graph LR
      A((背景 事象 医療システム)) --> B[背景を含めた情報]
      B --> C[相互理解]
      C --> D[信頼感]
    
```

コミュニケーションを推進する報道を

- 医療消費者も、報道者も、医療者も、「安全で質の高い医療」を願っているのは同じ。
- 医療システムはとても複雑でなので、断片的な報道からは何も生まれない。
- 医療環境の厳しさが増す昨今、医療消費者にその「現実」を伝えることは重要な報道の役割。

「現実」を共有した上で、
ともに医療の質と安全を！



中澤 堅次

済生会宇都宮病院 院長、医療制度研究会 代表幹事

病院医療は今、危機的状態にある。病院内部でのリスクはさることながら、病院にたどり着く以前に大きな生命のリスクが発生している。これまで、医療は受診者に十分な説明を行ってこなかった。分かりにくい専門用語を使い、読みにくい言葉をカルテに書いてきた。忙しさにかまけて裁量を周囲に押しつけてきた面もある。その一方で、技術の進歩に力を注ぎ、ある程度成果を上げることもでき、国民皆保険や医療無料化とともに世界に類のない医療環境を作ったが、その反面、医療に対する依存を生む結果になった。高齢化に関係する疾患の増加で、医療は以前より成果を出しにくい状況になり、需要と期待の大きさに成果が伴わないジレンマに陥っている。そして、医療費削減の波の中で、質の向上とは正反対な医師不足という深刻なリスクを背負うようになった。

人体は複雑で、個別性があり、生命も傷つきやすい。生命が危機に瀕したとき問題解決を託される医療現場では、常に変化を伴う多様な状況があり、新しい変化は新しいリスクを生んでいる。リスクの存在と誤りを犯す人間との組み合わせで事故は必ず発生し、ゼロにすることは難しい。また、ミスは生命にかかわる医療が行われる現場において起こりやすく、結果は重大な障害に結びつきやすい。この事実を近年になって初めて医療者は認識することになった。

信頼を失いつつある病院で発生する医療事故は、メディアの焦点となる。事故はミスがあっても結果が悪くなくても事故と言われ、ミスがあっても結果が悪くなければ事故とは言わない。メディアは結果が生じてから行動を開始する。結果が悪ければ1000回に1回のミスでも犯罪の扱いを受け、そのほかの数千の成功は無視される可能性がある。医療側はこのようなケースで業務上過失致死という罪名をつけられることには著しい不公平感を持ち、起きた結果に責任を問うことはよしとしても、結果そのものに重点が置かれる世間一般の感覚とは相入れない。

悪い結果についてそこに人が介在すれば原因は人に求められ、事故の起きた場所、つまり、病院に原因を求めることは、ごく一般的で自然な思考過程だと思う。しかし、医療が持つ危機回避の手段は、危機にある人体をさらに傷つけるという方法しか存在しない。人体に治癒の可能性が残されていなければ回復ということはありません、ミスがなくても悪い結果が生じる確率は高い。悪い結果は本人や家族、または第三者にとって受け入れがたく、損失が大きいほど提供側に責任を求める傾向があり、両者の意識の差を大きくしている。

現代医療は国民皆保険のもとで発展し、小児の無料診療、予防医療、風邪ひき、軽いところでは虫刺されなど、本来の病者救済の意味から快適さの追求に範囲は広がっている。サービスと消費という感覚は、経済負担が少ない外来診療を中心に旺盛になり、要望は増大した。国の運命ととらえなければならぬ高齢化は、人々の医療への依存を高める反面、技術の進歩が及びにくいことが結果の悪さになり、医療と受ける人との意識の差をさらに広めている。

保険財源の逼迫で医療の効率化が進んだが、この面でも新しいリスクは生まれる。入院したその日に手術が行われることが一般的になりつつあるが、入院してから手術まで時間があつた昔よりは、初対面が増えた分、人違いのリスクが高くなり、看護師と入院者は手術の時点でリストバンドなどによる確認など、特別なガードが必要になっている。

医療技術の進歩もまた、新しいリスクとなる。抗がん剤を使わずにがんを受け入れてい

た時代には過剰投与による心配はなく、人工呼吸器の装置が一般的でない時代には管が外れて死亡するリスクは存在しなかった。さらに、医療政策の是非は問題の専門性が高いだけに、国民にその判断を期待することは難しい。民間開放と称して混合診療を求める経済優先の考え方が、いかに危険かを健康な国民に理解してもらうことは至難の技であり、厚生労働省の政策の誤りを医療者が指摘しても、理解されることは少ない。

医療現場は、死の存在により大きな影響を受けることによりよく気づきつつある。技術の進歩をもってしても死に打ち勝つことはできないと感じており、実際に医療現場で死に直面する若い医師の間では、特に認識されつつある。介護の現場でも同じようである。しかし、20世紀の医療を体験した国民の意識に変化が出るのは遅く、これからも大きな葛藤を経験しなければならない。従来の手法では解決できない死の問題に対する理解の相違も、医療側と受診側の間に深い溝を形成している。この溝は医療側が埋めなければならないが、医療は病気になった人にしか説明のチャンスはなく、信頼が失われると正しい内容も伝わらない。これはエイズの予防のようなもので、病気になってしまった人に感染しない方法を教えても意味がない。

このようなときに唯一力を発揮するのは教育である。教育は事実を教えなければならない。特にあるべき姿が見えず、定番が通用しなくなった時代にあっては、事実に基づいて方向性を探るしか方法はない。事実の認識には証拠が必要であり、証拠がないと共通の理解が生まれない。信頼関係がない状況ではエビデンスは大きな力となる。

医療現場が悩む不確実性と死の問題は事実であり、動かしがたい現実である。この事実をだれが国民に伝えることができるか。医療か、家庭か、学校か、職場か、地域か、行政か、国かということになるが、家庭も学校もその機能はなく、例え機能したとしても時間がかかる。職場は効率主義に偏るので、医療の目的からは遠く離れる。行政も国も信頼という面では医療と大して変わらない。医療はそこに訪れる人には強い影響力があるが、信頼の喪失に悩み、効果が発揮できなくなっている。

そのような中で、唯一、この問題に影響力を持ちえるのはメディアしかないとは私は考えている。メディアは真実を伝えるものではなく、報道も必ずしも証拠に基づくものではないという議論は正しいかもしれない。しかし、事実は必ず存在し、やがて現実として動かしがたい重みを持つ。エイズ、ライ、水俣病、石綿被害などの例を出すまでもなく、事実認識の甘さはあとになって動かしがたい結論に収束し、代償は直接国民に跳ね返る。

知りえた事実、特に誤りの存在が明らかな事実の究明は、以後の危機回避に重要な役割を持つ。誤りを直視し、その裏にある問題を正確に分析し、再び誤りが生じることを想定し、対策を立てる。そこに必要な資質は、事実謙虚であること、よしあしの判断をしないことである。よしあしの判断は個人に責任を求める。それは個人の努力に問題の解決を求める考え方である。したがって、人は誤りを犯すという事実を無視し、根本の解決に肉薄することはない。根本原因に即した対策が立てられなければ、必ず人の誤りとの関係で同じ過ちが繰り返される。大切な教育という機会が失われた現在、メディアは国民の教育という務めを担っている。小学生からみんなテレビに親しみ、みのもんた氏の医学教育は、方向性はともかく、普及効果は抜群である。

しかし、最初から善悪を規定して書かれる記事は、根本の原因にたどり着かない。明るいものの後ろの闇の部分にある真実も、やがて大きな意味を持つようになると思う。定番の存在しない現代において、お互いの立場を捨て問題の存在を見つめ、正しく分析して理解する。誤りに学び、解決は個人の能力によらず、人は誤りを犯すことを前提に、だれもが間違わないシステムを模索し、変化には必ず伴う新しいリスクに備えるという原則は、医療側だけでなく、行政もメディアも、あるいは国全体に求められる姿勢であると思う。

ワークショップ7

寺井 美峰子

聖路加国際病院 医療安全管理室

リスクマネージャー（医療安全管理者）が病院に配置されはじめたのは、日本では1999年ごろからのことである。具体的に医療法の施行規則一部改正に伴いその配置が義務づけられたのは、平成14年であり、平成14年10月（平成15年4月施行）に、特定機能病院は「専任の医療に係る安全管理を行う者の配置」が必要とされ、臨床研修病院は専任という取り決めはないものの、その配置が要件となった。

その後、医療安全管理者の配置が進み、再び医療安全管理者に注目が集まったのは、今年4月の診療報酬改定によって、医療安全対策加算が新設されたことによる。急性期医療の高度化、複雑化に対応できる医療安全管理対策の実施体制について、新たに診療報酬上の評価がなされることとなり、具体的には、急性期入院医療において、医療機関内の医療安全管理委員会との連携による、より実効性のある医療安全対策を組織的に推進するため、医療安全対策にかかる専門の教育を受けた看護師、薬剤師等が医療安全管理者として専従していた場合に、入院初日に50点の診療報酬がされるということになり、注目を浴びた。この50点という診療報酬は、520床の当院で計算すると、年間約800万円の収入になる。この報酬を医療安全管理者配置分にあてることができるということから、配置が一気に推進されたようである。

ここで少し、病院の医療安全管理者の定義の整理をさせていただきたい。現状では、医療安全管理者の呼称がさまざまあり、「リスクマネージャー」という呼称で、診療報酬で評価される専任の医療安全管理者の場合もあれば、部門部署の医療安全管理担当者を指す場合もある。ここで整理するに当たっては、平成13年度の厚生科研（「医療機関におけるリスクマネージャーの機能に関する研究」主任研究者井部俊子）の「安全管理のための3段階のマネジメント」という考え方をうけてみたいと思う。医療安全管理者だけを取り上げて定義すると分かりにくいのだが、このように病院全体のマネジメント、医療安全管理体制の中で医療安全管理者を定義すると、少し分かりやすくなるのではないだろうか。

医療安全管理には3段階のマネジメントがあると、厚生科研ではまとめている。第1のレベルは、施設の安全管理の責任者として施設全体を統括する立場で、多くの場合、副院長などの経営幹部がこれに当たる。第2のレベルが、施設全体の医療安全について実務的に担当するもので、専任である場合が多く、一般的にリスクマネージャーと呼ばれる立場の人である。第3のレベルが、各部門の長、または部門長が任命するもので、現場で部門や病棟ごとに医療安全管理を担当し、推進する役割を担う者である。以下、私の「医療安全管理者」の定義は第2のレベルの、施設の医療安全について実務的に担当する者とさせていただく。

組織図で見ると、医療安全管理委員会の中に医療安全管理者があるという形で、ライン機能とは少し外れている。医療安全管理委員会に属していて、医療安全管理室、医療安全管理部門があるところではそこに医療安全管理者が属しており、やはりラインからは外れたスタッフ機能を果たしている。

医療安全管理者の機能におけるキーワードは組織横断的な活動ということで、部門部署の医療安全担当者を支援し、一人一人のスタッフも支援し、全体を調整し、医療安全に関する何らかの対策を院内に実行していくときの牽引役となる役割を担う。こうした役割・機能の考え方については、随分共通の認識が持たれるようになってきたと思う。先駆的な

病院に医療安全管理者が配置されはじめた1999年から5年以上が経過し、この役割・機能に関する共通認識はすでにできつつあるのではないかと思う。しかし、医療安全管理者の具体的な業務内容については、組織によってかなり差があるのが実情であろう。

そこで、医療機能評価機構の認定病院安全推進協議会のリスクマネージャー部会が2005年3月にとりまとめた「医療安全管理者（リスクマネージャー）の業務に関する指針（中間まとめ）」を紹介したい。副題として、「より効果的かつ機能的な活動を行うために」とあるが、以下、この指針が作られた経緯を少し説明したいと思う。

医療機能評価機構認定病院患者安全推進協議会のリスクマネージャー検討部会が置かれたのは、平成15年のことである。この当時は、特定機能病院での医療安全管理者配置が施行された年度で、他の施設においても配置が進められた。しかし医療安全管理者の実際の業務内容はさまざまであり、患者安全推進協議会の会員病院のみならず、日本全体で医療安全管理者の業務範囲が明確にされていなかった。そこで、業務内容や業務範囲の標準モデルを確立するとともに、組織的な医療安全推進を促進する方策を検討しようということが、このリスクマネージャー検討部会のタスクフォースとされ、2年間の集大成として中間まとめを作成した。

この業務指針の策定に当たっては、認定病院患者安全推進協議会会員病院にアンケート調査を2回実施した。1回目は2003年9月に行い、対象病院514病院についてリスクマネージャーの業務内容に関して詳しく聞いたものだが、当時は業務規定を持っていないと回答した病院が52%にも達した。2回目のアンケート調査は、2004年2月に行い、同じ514病院に実施し、113病院からの回答を得た。アンケート項目の中のリスクマネージャーの業務内容32項目は、先行研究（平成13年度厚生科研 主任研究者井部俊子氏）に準拠した。これらのアンケート調査と、リスクマネージャー部会に集ったリスクマネージャーとのディスカッションの内容から、業務指針を策定した。

この当時、まず、何ら業務規定がなかったということから、1人あるいは数名の医療安全管理者に医療安全に関する多くのことが持ち込まれて、非常に業務が混乱していた。中核業務がどういうことなのか、どこまでが医療安全管理者の業務の範疇なのかということに議論が集約されたのである。

検討の結果、中核業務と中核業務以外に大きく区分がなされた。中核的業務は、院内報告制度を基盤とした医療安全のための活動、医療安全のための委員会に関する活動、医療安全のための部署間の調整、対策等の提案、医療安全のための指針、マニュアルの作成、医療安全に関する研修、教育、医療安全に関する院外からの情報収集と対応、医療安全のための院内評価業務とされた。

そして、そのほかにも医療安全管理者がさまざまな業務を行っていることがアンケート調査等では報告されたが、その中で次の二つの業務について、医療安全管理者が担う場合があるとした。それは医療事故発生時の対応業務と相談窓口に関する業務だった。

リスクマネジメントでは医療事故発生時の対応は重要である。患者相談業務も医療安全にとって大切だが、中核業務とは一線を画したのはなぜかということの説明したい。アンケート調査では、事故発生時とその後の対応において、主体的に行うべきであるとしているリスクマネージャーがいる一方で、そうではないと回答したリスクマネージャーがかなりいた。事故発生時とその後の対応に関するアンケート調査項目4項目の中で、「事故・インシデント等の際の当該職員への対応」については、72%の医療安全管理者が主体的に行うべきと回答しているが、「当該患者への対応」については主体的に行うと回答していたのは40%、「裁判への対応」については20%であった。医療事故発生時、発生後対応の業務内容についても、リスクマネージャーが関与するものとそうでないものとのばらつきがあった。加えて、「患者相談窓口業務・苦情やクレーム対応」についても主体的に行うと回答した医

療安全管理者は少数派であった。「患者からのクレームの収集・分析」については主体的に行うべきとの回答が54%であったが、その他の患者相談窓口業務や苦情・クレームについて主体的に取り組んでいる医療安全管理者は少なかった。こうした結果から、一般的な役割・業務に含めるのはどうかということがあり、組織によって検討すべきではないかとされた。

医療安全管理者が患者相談窓口業務、および医療事故発生後対応業務に何らかの形で関与するという点では一致したが、それらの業務への関与の度合いについては、検討が必要である。中核的な業務が事故発生時、発生後対応や相談窓口業務によって滞っているようでは、中核的な業務の遂行による医療安全推進が滞るという懸念も多くあったことを、補足としてお伝えしておきたい。

「医療安全管理者（リスクマネジャー）の業務に関する指針（中間まとめ）」は、この形で集約して発信したわけだが、これに対して協議会の病院管理者からさまざまな意見があった。中でも、医療安全管理において病院管理者に求める視点を含めたいという医療安全管理者の業務を考えたほうが、より効果的ではないかという意見を踏まえ、病院管理者として医療安全上の問題に対応するうえでの組織体制づくりの在り方を検討し、集約物を作成しようということになり、この検討が平成17年から2年間の医療機能評価機構において続けられた。

病院管理者を中心に新たなメンバーが選出され、病院全体の安全管理に関する検討が進められ、成果物として指針「病院における医療安全管理の位置づけとその組織体制のあり方に関する指針」がまとめられた。「患者安全推進ジャーナル」11月号に載る予定と聞いている。その中では、「医療安全管理に関連する要素とその相関関係」が図示され、医療安全管理の要素として「患者安全活動」「医療事故紛争・苦情対応」という大きな要素と、関連要素である「職員安全」「感染対策」「医療相談」「防災対策」「個人情報保護」が関連しあっていることを表している。

これらの要素を管理する医療安全管理上の組織を組織図で示している。病院長の下に副院長レベルの医療安全管理統括責任者が置かれ、その指揮下に患者安全管理者、患者安全推進者が置かれ、もう一方に、医療事故紛争・苦情対応責任者、紛争対応窓口担当者、苦情対応窓口担当者も設けるとされた。医療安全管理において構築することが必要な体制が広い視点で整理され、各担当者が提示されたと理解している。

医療安全管理者（患者安全管理者）は何をすべきか、どのように機能すべきか、という問いに対しての私見は、中核業務である患者安全推進活動を充実させ、医療安全推進者とともに連携して活動することであると考え。病院の医療安全管理については、病院幹部が意思決定をし、リーダーシップを発揮して、院内の組織全体に周知し、実行の指揮を執っていくという構図が望ましい。

この中核業務が、医療安全管理者の日常業務として非常に重要だという見方もできると思う。情報収集・分析・対策・立案・提案・評価といった医療安全に関するサイクルをしっかりと回していくことによって、再発防止や予防、または類似事象の再発を予防していくという役割が明確になったと考えている。

ここまで医療安全管理者の役割・機能、業務について述べてきた。医療安全管理者の中核となる業務はすでに抽出されていると思うし、これは多くの施設で同じ見解であろうと思う。ただ、医療安全管理者の実際の役割・機能、業務内容は、各医療機関内の医療安全管理上の組織体制によってかなり変化するだろう。苦情相談対応の窓口がない場合には、医療安全管理担当者がこの役割を受けようになる組織もあるかと思う。


また、組織横断的な立場で役割を果たそうとするのであれば、医療安全管理部門以外のどこかの職種の部門に属していることは、制約を受けると思うので、組織横断的な立場で

機能しやすい位置づけが保障されていることが必要である。それから、権限委譲の範囲も大きく影響してくると思う。また、業務形態にも大きく左右される。専任での配置が義務付けられている特定機能病院以外は、兼任で配置されている医療安全管理者が多いとも聞く。業務量の違いもある。医療機関の機能が特定機能病院なのか、急性期なのか、療養型なのかによってもリスクの程度が異なり、医療安全管理者の業務量が変わってくる。

医療機関に1人、あるいは数人しかいない医療安全管理者がどういう役割を執ることが組織にとって有効かを検討し、中核となる業務を中心として、組織で詳細を検討していくことが、最も医療安全に貢献することになるだろう。

ワークショップ
「医療安全管理者と推進者に求められる能力」

**医療安全管理者の
役割・機能、業務内容を再考する**



聖路加国際病院
専任リスクマネジャー 寺井美峰子

医療安全のための医療法施行規則一部改正の概要
(H.14.8. 30)

医療機関の特性に応じた安全管理体制確保の義務づけ

(1)すべての病院および有床診療所対象

- ア 医療に係る安全管理のための指針の整備
- イ 医療に係る安全管理のための委員会の開催
- ウ 医療に係る安全管理のための職員研修の実施
- エ 医療機関内における事故報告等の医療に係る安全管理の確保を目的とした改善のための方策を講ずること

(2)特定機能病院・臨床研修病院が対象(H14. 10. 7)

- ア 安全管理者の配置(特定機能病院は専任)
- イ 安全に関する管理を行う部門の設置
- ウ 医療機関内に患者からの相談に適切に応じる体制の確保

St. Luke's International Hospital

医療安全対策加算の新設

1 基本的考え方

- 医療安全管理対策については、すでに特定機能病院等を中心に一般の医療機関においても管理部門の設置、複数の専任職員を配置など、従来の体制に上乗せした体制が整備されつつある。
- 入院患者にとってより安全で効果的な入院医療の提供を一層促進させる観点から、急性期医療の高度化・複雑化に対応できる医療安全管理対策の実施体制について、新たに診療報酬上の評価を行う。

2 具体的内容

- 急性期入院医療において、医療機関内の医療安全管理委員会との連携による、より実効性のある医療安全対策を組織的に推進するため、医療安全対策に係る専門の教育を受けた看護師、薬剤師等を医療安全管理者として専従で配置している場合について、入院基本料に対する加算を新設する。

新 医療安全対策加算(入院初日) 50点

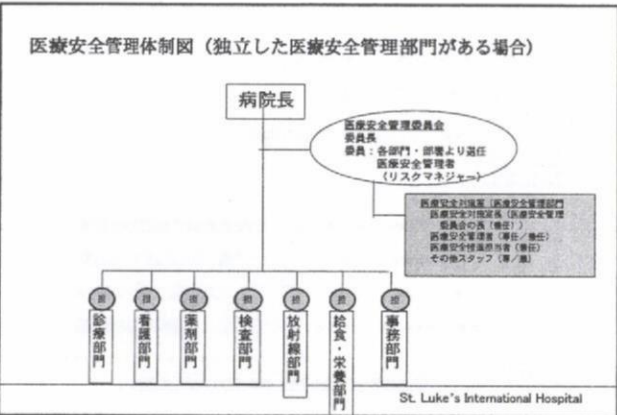
St. Luke's International Hospital

安全管理のための3段階のマネジメント

- 第1のレベルは、施設の安全管理の責任者として施設全体を統括する立場の者で、安全管理のための委員会の委員長がこれに該当する。多くの場合副院長などの経営幹部が兼任している。
- 第2のレベルは、施設全体の医療安全について実務的に担当する者で、専任である場合が多い。一般にリスクマネジャーと呼ばれる立場の人がこれに該当する。
- 第3のレベルは、各部門の長または部門長が任命する者で、現場で部門や病棟ごとに安全管理を担当し推進する役割を担っている。

平成13年度 厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業
「医療機関におけるリスクマネジャーの機能に関する研究」主任研究者 井部俊子

St. Luke's International Hospital



日本医療機能評価機構 認定病院患者安全推進協議会(2005年3月31日)

医療安全管理者(リスクマネジャー)
の業務に関する指針(中間まとめ)

→より効果的かつ機能的な活動を行うために→

International Hospital