

療専門にしているのですが、ここ7、8年は医療安全管理室の責任者を兼務して仕事をしております。今回このような大変貴重な機会を与えて頂きましてありがとうございました。今稲葉先生からお話がありましたように、この指針を作成する経過で様々な議論がありまして、最終的に指針を作ることが目的だったわけですが、どうしても私は実務家なので、現場にこの人がいるということがどう影響を与えるのかとか、あるいはこういう人をどうやったら育てていけるのかっていうことをずっと考え続けてきました。ただそれは今回の指針の中には、もちろんそういったことを書き込むということはこの研究班の最終的な目的ではないので、この研究報告書の中には書き込まれていないのですが、私はこの作業を通じて考えたことを今日は今後の課題ということも含めて述べさせて頂きたいと思います。

これは先ほどもありましたように、医療対話推進者の業務というのが今回指針という形で1項目から6項目まで出されたわけですが、この中全部いろいろ言うともた研究班での議論を蒸し返すことになるかもしれませんので、いくつか今後、これを受けて、誰がやるのかはともかくとして考えていかなければならないであろうことについていくつかかいつまんでお話をしたいと思います。

まず一番重要なことは医療対話推進者と今回言われるような人の、我々の組織における位置付けになってくると思います。指針では患者・家族支援体制の調整と対話促進の役割というふうに書かれております。大切なことはですね、これもいろんな議論の中から出てきたのですけれども、この権限が委譲されるということ、これは医療安全管理者にも同じようなことがあると思うのですけれども、やはりこの人がポンとただけで、あの人はどこの誰だということがわからないと、今後の業務の遂行ということにも問題になってくるわけで、一応ここはやはり対話推進者の位置付けとしては組織の中にきちんとポジションがあって、それはただのポジションだけではなくて、管理者からきちんと権限が委譲されているということがひとつのポイントだと思います。その上で、病院には今様々な部門があります。特に医療安全管理部門は今私どものような100床足らずの小さな病院でも設置をされていて、小さければ小さな病院であるほどですね、色々な実働的な部隊を持っている、例えば専任のリスクマネージャーなんか私たちの病院をみますと、看護部でもない医局でもない、いろんな問題で何か具体的に解決しないといけないようなものが生じると、たいてい医療安全管理室に話が持ち込まれてくる。すぐやる課みたいな格好になってですね、何でも医療安全管理室というような、どうしてもそういうような位置付けになっているのですが、これ新たに対話推進者といわれる人が配置された場合に、従来の医療安全管理の枠組み、それからもちろん看護部、医局、その他の検査部門、様々な連携が出てくるわけですが、そういうところとの連携をどういうふうにするのかと。この二つですね、ポジションそれから権限、それと連携ということが非常に重要になってくる。それをどういう人が担うのかということが次の課題になるのかなと思いました。特に、まず患者支援体制の構築ということが今回この対話推進者に課せられた非常に大きな役割だと思うのですけれども、それはやっぱりまず病院側にそういうポジションの人が配置された場合、安全管理部門との関係の調整は必須であると思います。まずどこまで、おそらくどっちが先とか、どっちが偉いとか、どっちが上下という話ではなくて、従来医療安全管理部門がはからずもやっていたような対話、あるいは病棟に出向いて、何かこうトラブルが起こっているということで医療安全管理室に来た仕事は今リスクマネージャ

一が対応しているわけですが、そういう中で、どの部分は安全管理者が担いながら、どの部分是对話推進者が調整をしていくのか。むしろ今後は対話推進者が前面に出ながら、上手にそのあたりを切り分けてですね、連携をしていくと。そういうような位置付け、これは自然発生的にはおそらくなかなかうまくいかないと思いますので、事前に十分こういった職員を配置するということを計画した際に、充分事前の調整と事前の整理をしておく、職務分担のような、整理をしておくのも必要ではないかと思いました。それから診療部門であったり、事務部門、それから各所の委員会との連携というのも、これは病院には数多くの部門、委員会がありますので、これを連携と書いてしまうと簡単なのですけれども、具体的にそこでどのような仕事を担うのかということ、指針はもう大まかなものを示すだけですから、そこに書き込めないいわゆる細則のような部分ですね。規則の細則のような部分をそれぞれのところでかなり調整していく必要があるではないのかというふうに、具体的な実践ということを考えればあると思います。それから患者・家族支援体制の構築ということも書かれていますけれども、これも、今患者相談窓口が開設されていると思うのですけれども、ここでもおそらく既存の体制との調整ということが問題になります。この辺に関しても指針では詳しく書き込むことが出来ておりませんので、この辺は実際これをどうやって我々の病院、皆さんの病院の中に具体化していくのかということがこの指針をもとに考えないといけないことなのだろうと思います。

次に、業務で言えば3番目、患者・家族への一次対応としての業務というのがありますし、それから4番目、患者・家族からの相談事例の収集、分析、フィードバック評価ということが挙げられていますけれども、そもそも対話推進者と想定される人たちのバックグラウンドが非常に多様です。安全管理者の場合は、看護職、医師がほとんど中心で、一部 MSW の方であったり、あるいは心理職の人たち、いるのですけど、おそらく対話推進者という方はそれ以外、事務職ですね、医事課の職員であったり、あるいは窓口の職員であったり、あるいはもちろん MSW の人、心理の方、場合によってはその他の病院外からですね、ボランティアに関わってくる人なんかも、もしかすると今度あり得るのかもしれません。患者さんの家族、あるいは患者団体の方ですね。というのは様々な体験を持った方が対話を仲介するという目的で、病院の中に参加する一つの窓口に成り得る話だと思えるのです。ただこれは前段階の組織の中での位置付けというところで十分な議論をしなければいけないことだと思います。ただそのように対話推進者というのはバックグラウンドが非常に多様であるということは押さえなければならぬことだと思います。と同時に、相談内容も非常に多様だと思います。我々が医療安全管理室でやっている相談よりもむしろ例えば対応、今も対応であったり、様々なクレームもあるわけですが、もうちょっと細かくですね、例えば疾病などに関する相談がドクターであったり、あるいは現場のスタッフナースには言えないのだけど、といったような形で来るとすることも想定されるでしょう。それからあるいは生活費あるいは医療費の支払いなんかのことで、ケースワーカーさんの話じゃないのだけど、そこまで行く必要はないのだけど、もうちょっと気楽に相談したいといったようなニーズもあるのではないかと思うのです。相談内容もおそらく極めて多様だと思います。それ故にこの指針は先ほど稲葉先生がおっしゃった様に、非常に対応の幅が非常に広く、多様になっているということもあるのですけれども、推進者と目される人のバックグラウンドも多様な上に、相談内容も多様である。この辺も現実としてこれを推進していくうえでは十分な今後の細かな、摺り合

わせ、検討が必要である部分ではないかと思うのですね。その上で、非常に厄介なのが、これは研究班に参加していろいろ議論しながらこんなこと言うのも変なのですが、説明と対話と文化の醸成というのがあります。これが私は以前から曲者だと思っているのですね。医療安全の方もそうです。病院に安全の文化をとということば、いつの頃から標語のようになっていますけど、私は随分いろんな所でいろんな人に聞きました。文化の醸成ってどうやるのですか？って。まともに答えてくれたってどうか、あ、そうだと納得した答えをしてくれた人は未だに1人もいないのです。文化ってどうやって醸成出来るのでしょうか。これが私達実務家にとっては最大の問題だと思います。指針は出来ただけで、これが言い方悪いですけど、お題目で終わってしまうかどうかはここにかかっていると思うのですね。ですから私は個人的にはこの研究が次のステップに進むのであれば、是非その辺なのです、具体的なステップというのを皆さんと議論出来ればなと思います。これに関してはですね。いくつか、よくこれに似たような文化というものを分析する際に、知識、技能、態度ということがよく言われるわけですね。Knowledge, skill, attitude ですか。知識的なことってというのは従来もそうです、事例の分析を研修会であったり、カンファレンスを通じて全職員が共有するという形がよく取られます。先ほど稲葉先生の話にもありましたけど、今実際に医療安全研修は全職員参加の研修が年に2回あるということをやっています。その他にもMEもあるし、薬もあるしということで、病院ではほとんど毎月何らかの研修がある、全職員を対象、あるいは一部の職員を対象にしたもの、研修がいっぱいあるわけですね。研修を企画しているところはみんな頭が痛いし、研修疲れをしているし、結局参加者もやっぱり数が多いと参加率も悪くなるということで、ここもやり方その他の問題が出てくるでしょう。それから技能に関してはこれも最近病院の研修でも取り入れることが多くなりました、特にコミュニケーションスキル。あるいはチームワークですね。チームワークに関する研修というのは最近病院ではかなり増えてきました。聞いているだけではね、知識の伝達というのは、話が多くなっちゃうので。話をしているとほとんどの人は寝ちゃいますから。技能というのは頭と手を動かすということで、いろいろ作業をする研修が最近非常に多くなってきました。こういったものは従来通りのやり方で今後も内容も考えられていくでしょう。問題は、この態度と言われるものですね。これは医療安全の研修でもそうです。従来型の院内研修では私は限界があるのではないかと思います。医師の人材教育や看護師の人材教育の中で最近シュミレーショントレーニングというものですね、あるいはシナリオベースと言われるような、ロールプレイとはちょっと違うのです。個人的には僕は、ロールプレイは嫌いなのですけれども。シナリオベースと言った形で、シチュエーションを作りながらそれに参加してというような教育方法が使われたり、それから種田先生が一生懸命やられているチームステップスというチームワーク研修の在り方なんかも出ているのですけれども、残念ながらこの態度の部分というか、行動変容にも結び付く態度の部分の研修はなかなかいい方法がないというが、未確立であるというのが現実ではないかと。ただし、少なくとも手をこまねいては文化が変わらないということは間違いないことでしょう。

今後の課題なのですけども、私はやっぱり学習、何かを学ぶ、特に子供や学生じゃなくて、社会人が何かを学ぶというときには、何のために学ぶのかということが明確に書かれていることは大切なのではないかと思います。そういう意味で医療対話推進者というのはどういう人なのだというのをやは

り、これも議論があったのですけれども、きちんと明文化する必要がある、それがコンピテンシーということですよ。コンピテンシーが記述されれば、このコンピテンシーを満たすためにどのような学習が必要なのか、どのような学習攻略が取れるのかということが次に進めることができますので、やっぱりここは何らかの形でやる必要があると思います。その上で養成カリキュラムの開発ということなのですが、これは基本的な知識というのがあります。基本的知識は養成者、推進者のバックグラウンドに限らず全員が学ぶべきコアカリキュラムという形で作るものが一つ、それから今後どういったバックグラウンドの人が想定できるか、それもちよっとわからないですけども、少なくとも医療職と非医療職といったようなバックグラウンド、非医療関係者、専門家じゃない人、専門家である人みたいな形で、バックグラウンドに対応したカリキュラムも合わせて作る必要があると思います。それから今回私も非常に勉強になったのは、様々なコースを開催されている方々のヒヤリングに参加させて頂いて、色々なことが行われていて、皆さん目的が必ずしも医療推進者を目的にやられているわけではないのですけれども、実に多様なですね、幅の広い研修が行われていて、どれも非常に魅力的だったのです。ですからこれは、こういったものは、例えばコンピテンシーを決めて、医療対話推進者はこうなのだとおっしゃったところで、おそらく特色が出てくるころじゃないかと思うのです。特色を出して、その養成コースを主催する団体が活かしたカリキュラムを今後どう作っていくのかと、あるいはそれを全体の対話推進者養成の中でどのように位置付けていくのかということも残された大きな課題ではないかと思いました。

それと他の対話推進者との連携というのは、おそらく一人ではなかなか辛い仕事だと思うのですよね。ですから例えば対話推進者として働いている人たちがお互いの連絡網のようなものを作りながら、やはりこういった人の話を聞きながらやっていると相談相手を、同じような職種の人と連携をしていくと。そういったような体制も併せて考えていかないとなかなかしんどくなってしまう場合があるかと。その上で、評価ということですが、これは対話推進者の評価というよりも、養成の評価ということになると思うのですけれども、カリキュラムは実効性があるかどうかを、評価を受けなければなりませんので、そういったような評価をする仕組みも作らないといけないし、それから何より僕は最初から言っていることなのですが、コアカリキュラムを学ぶだけでももちろんよくないし、それからそれぞれのバックグラウンドに基づくカリキュラムを勉強したとしてもおそらく十分ではない。おそらくこれは生涯学習という形で何らかの継続的な学習をする。これはマストだと思うし、今回その部分は書き込まれているのですけれども。ここを具体的にどうするか。例えば色んなアイデアがあると思うのです。色々な団体に主催するショートカリキュラムみたいなものを作って頂いて、それを皆さんが自由に選択できるような形なんか作ると楽しいと、僕は思ったことがあるのですけれども。モチベーションをもってこの仕事を、対話推進者として院内で働いている人が、モチベーションを持ち続けることが大切です。そのためには、職場の中での位置付けをきちんと確保するとともに、自分がこの仕事をしているのだということを持続できる、そういったような連携相談の方法であったり、あるいは新しい知識のアップデートだったりということをする方法を次には組み立てていく必要があるんじゃないかなというふうに思いました。

ちょっと長くなりましたけど、以上で私の分担研究者としての所見を終わります。

ありがとうございました。

稲葉

ありがとうございました。

バックグラウンドが多様である、相談の内容が多様であるというようなこと、それから文化の醸成の具体的なステップ、この議論、それから養成カリキュラムの問題、後で時間ありますので、皆さんも頭に留めておいて頂ければというふうに思います。

次はですね、石川先生から話をさせていただく事になります。石川先生はご存じのようにドクターで、この分野で知らない人はいないと思いますので、あえて私はお話しいたしません、やはりリスクマネージャーの業務指針を作っていたいただいた時の雰囲気をちゃんと理解されておられましたので、私達指針を作るには安定感をもって出来たなと思っております。

それでは石川先生、よろしく願いいたします。

石川

稲葉先生ありがとうございます。

分担研究者をさせて頂いております、地域医療振興協会の石川と申します。どうぞよろしく願いいたします。

分担研究者として関わったこと、そしてこの指針に関しまして思ったこと、それをちょっとお話させて頂こうと思います。

今ご紹介頂きましたように私は医師でありまして、そして5つの病院で現場の医療安全管理の経験がございます。それから平成19年の9月に出了た医療安全管理者の業務指針および養成のために研修プログラムの作成指針、その検討会の委員の一人として作成に少し関与致しました。それと現在の業務の関係上、医療安全管理者養成研修を企画、実施をしております。昨年度の指針の前に、4月、診療報酬の改定で、患者サポート体制充実加算というのが出了た。その新設に対応して、昨年の春からいろいろ稲葉先生と相談して、医療対話仲介者の養成研修というものを私どもの施設で、この指針とは関係なく、その前から企画していた。このような状況で関わったということでございます。大変貴重な機会を頂きました。

分担研究者としての所見ということですが、実は医療安全管理者、現在のリスクマネージャー、セーフティマネージャーといわれている方々とそれから医療対話推進者との共通点と相違点を意識して検討する必要があると、そんなふうに思ったことと、約10年先んじている医療安全管理者の業務、この①～⑤というのは指針に、医療安全管理者の平成19年の指針に書いてあるものですが、実は平成11年からおそらく日本では医療安全に関するいろんなことが起きたと思いますけども、その後医療安全管理者という方々が日本中では出てきましたが、当時業務の指針というのが確かなくて、私もその時期に部署のリスクマネージャーとしていましたけれども、何をやっていいのか当時は分かりませんでした。19年に指針が出了て、それで割とはっきりして、18年には診療報酬で医療安全対策加算というのが出了ておりますので、そういうことで組織的にもいろいろ整ってきたということがござい

ます。当時は日本各地で大変苦勞された医療安全管理者の方々が指針を見て、そしてそれからまた様々なことを研修されたりしている、そういうような状況だと思います。今回、患者・家族支援と医療安全管理の連携、共同の構築というのは一つのキーワードだと今回思いました。それで業務指針の中に、先ほど稲葉先生がご紹介頂きましたけども、平成19年の指針とそれと本指針と相まって医療安全業務と看護支援業務との有機的な連動、しかもそれが各医療機関の規模や機能に応じてっていうふうなことがあります、有機的な連動というのは一体どういうことなのだろうかと。ちょっとこれ表で作ってみたんですが、左側が医療対話推進者の今回の業務指針です。それでこちらが医療安全管理者、平成19年3月の業務指針です。ご覧になりまして、まず体制の構築、患者・家族支援の体制の構築というのがあって、安全管理は安全管理の体制構築になっております。2)の方は、職員への教育・研修、これも支援体制に対する教育・研修の実施、医療安全管理の方は医療安全に関する実施、ということになっています。さらに4)と3)ちょっとずれますけれども、様々な相談事例もしくは向こうはインシデント、アクシデントの分析、対策、そしてフィードバック評価と。業務的には、内容は違うことがあっても業務的には非常に似通っていると。事故対応ですね。それからこちらは事故を疑った患者さんやご家族の申し出に対しても対応する。実際事故が起きた時は対応する。その違いはありますが、医療事故の対応もあって、文化の醸成もあって、ということで、実は非常に似通ったところがあります。ということは、右側の方ですね、安全管理体制の構築とかいうことに関しては、すでに多くの病院でおやりになられて、マニュアルや業務指針があったり、すでに安全管理指針があったり、分析やフィードバック評価、職員教育なんかもすでに、例えば医療研修は年に1回おやりになられていたりとか、様々な分析方法で評価されたりとか、事故対応はフローチャートが出来ていたり、文化に関してはいろいろな全職員に対する様々なトライアルをやっていると思います。そうしますと今回の指針も実は右側の方はゼロから始めた、何も指針がないところから各病院や職員の方が大変ご苦勞されて、その後19年の指針が出て作られたのですけれども、今回はゼロからではなくて、こちらの指針は既に出来上がっている様々な体制に割とスライドしていけるようなところがたくさんあると、そのように思います。こちらもゼロから立ち上げるとなると、これはもう大変な苦勞があると思います。それともう一つ、指針を見て頂きたいのですが、少し戻ってよろしいですか。ここに病院の規模や機能に応じてということばがあります。ということはこれ二つ、同じ人がやるような病院がきっとあるだろうと。中小の病院では二人分けることは難しい。医療安全管理者に任せられることがもしかしたらあるかもしれない。大きな施設になると別々になるかもしれない。そうしますと、これらのことを役割分担がどこかでやりながら得意分野でやられていくことが必要なのかなと思います。人っていうのは極めて重要なので、人をどう配置するかっていうことは今後のトップマネジメントの方々の大きな課題になってくると思います。それぞれ両方とも様々な研修や人や、色々なことが関わってきますので、これから院内で組織的にお考えになることだと思います。それと一つ特徴的なのは、先ほど稲葉先生がお話しされたように、一次対応としての業務、これが実は医療安全管理者とは少し違うところであると。一次対応としての業務というのは相談や苦情の内容に応じた適切な対応や、疑った患者さんに対しての申し出の対応、院内巡視と書いてありますけれども、このところにちょっと焦点を当てて考えてみますと、医療安全管理者とは異なる医療対話推進者特有の業

務と考えることも出来ると思います。相談に対応というのは、今まですでに様々な方がおやりになられていますし、こういう名前がつかなくても、リスクマネージャーとかじゃなくても各医療者が随時対応されていることだと思えますが、今回はこういう指針に出たということで、こういうものをきちんとトレーニングしておやりなって、更に先ほどお話になられたような文化の醸成にまで発展することが必要になってくるだろうと。これをみますと、稲葉先生がよくおっしゃるのですが、患者さんやご家族の意思決定の支援をするのだと。どうしたらいいかわからない、どう対応したらいいかわからないというようなことを、意思決定をきちんと支援するっていうのは実はそれほど簡単なことではないと思います。私自身も、なかなか自分自身でも難しいと思っていますが。これが医療安全管理者の指針にはなかったところで、様々な患者さんやご家族がこれから右に行くか左に行くか、もしくはどうするかということに対することをきちんと、疾病に関してもそれから生活上に関しても苦情や相談に関してもきちんとやっていってそれを記録に残すことが必要だと。そのような指針になっているのではないかと思います。実はこの指針が出る前に、ここは直でこの研究事業とは関係なかったのですが、先ほど申し上げました患者サポート体制充実加算が出た時に、こういう支援の担当者が必ず出てくるだろうということで、多少の研修の必要性を感じまして、私どもの施設では昨年夏と秋にかけて3回、そしてフォローアップ、そういうことを実際行いました。この内容に関しましては、稲葉先生にいろいろご相談さしあげて、稲葉先生のお力を借りて、ちょっと指針の内容とはだいぶ違ってはいますが、当時昨年春の時点では、こういうものは必要なんじゃないかなということを考えて、連携ですとか義務だとか、電話のトレーニングですとか、謝罪だとか、そういうことも含めて検討してやってきました。この研修に関しましては、受けた方々はどんな受講動機があったかというところ、コミュニケーションスキルを高めたいとか、知識、技術を習得したいとか、人間関係調整能力を学びたいとか、こういうサポート体制の加算を取るのだからとか、そんなようなことで、満足度も比較的高いものでありましたけれども、まあ今回指針も出ましたのでまたいろいろ大きく変えて次も行いたいなと思っています。

私の分担研究の立場といたしましては、病院の医療機関の規模に応じてどなたがおやりになるか、もしくは同じ人がおやりになるか、様々なことがあると思いますけれども、現在ある医療安全管理体制の中にこの患者・家族支援の体制をどう組み込んでいくか、もしくはオーバーラップしているところをどう整理してやるかということは今後検討していく必要があると思います。以上で終わります。

稲葉

はい、どうもありがとうございました。

医療対話推進者と医療安全管理者の業務の違いのようなところをしっかりと整理すること、新しい業務のところの方法論を頂きましたので、非常にわかりやすく今後の参考にして頂けるのでは。そういう意味ではさすが医療安全管理者の業務指針を作った人だなあというふうに思いながら聞いておりました。それと並行してご自身は、私も含めてですけれども、こういうプログラムを運営していくということをやりながら業務指針、研修指針を考えてきたというプロセスですね。また後で話したいと思います。

それでは厚生労働省からお忙しいところ来て頂きました宮本さんよろしくお願ひいたします。

宮本

はい、よろしくお願ひいたします。厚生労働省医療安全推進室の宮本と申します。稲葉先生をはじめ研究班の先生方には大変ご尽力いただきまして、ここまでまとめて頂きまして本当に厚く御礼申し上げます。

また会場にいらしている皆さん方も、今後の養成と申しますか、すでにこの分野でご活躍されている皆さん、非常に多いというふうに思っております。これまでのご尽力非常にありがたいと思っておりますので厚く御礼申し上げます、また今後の活躍も是非お願ひしたいと思っております。

直接のですね、今回の内容の方はもう十分ご紹介頂いたと思ひますし、私共としてはひたすらお願ひするというのが立場ではありますが、時間を頂きましたので少し関連して、少し遠くなりますけれども、外側の話をさせて頂こうと思ひます。私共お話をさせて頂く時間が医療安全管理者の講習などでよく頂きます。医療安全対策が、その字だけを見ますとやはり事故を減らしていく、それから残念にも起こってしまった場合もなるべく再発に努めていく、そこが狭い意味で、医療安全ということで理解しているわけですが、なかなかその中に納まりきらない部分があるというのが、医療安全対策を進めてきた上での共通した認識になっておりました。 実際医療安全の世界を含めた歴史を見て参りますと、事故の発生予防というような意味での医療安全というのはたかだか10数年ぐらいしか歴史がないというふうな状況だと思ひます。ただ医療過誤、医療事故というテーマそのものはもっと歴史が長くて、数十年にわたる歴史がある。その中で扱ったテーマは保険のお支払いであったり、和解と申しますか、患者さんと医療者側の方でお話をしていくかという点ですね、むしろ事後的な解決の部分が、その中に含まれていて、そこを数十年にわたって検討していたというのがこの部分の歴史であると思ひます。私どもの直截な行政も2001年、平成13年から始まっているわけですがけれども、その当時から事故後の対応というふうなものの中に患者さんと医療者側とどういうふうに収めていくかというのが、なんとなく、事実上含まれてきたということで、一方で医療の現場においても先ほどからご紹介頂いたと思ひますけれども、医療安全を担当されている方が院内の事故防止のために仕事をする一方で、何か事案として発生したものをいろんな対応を両方して、かなりその内容、本来は違うものでありそうなのですがけれども、事実上統合されて実施されてきたというのがここまでの経緯としてあるのだと思ひます。私どもとしまして、事実上そういう二つの良さがあるということをお認ひしてこれまで仕事しておりまして、その二つのものについて、事故防止という点については非常に細かいものの積み上げみたいな部分が大いなのでコツコツやっければ成果が出る、という話をさせて頂きますし、またその紛争解決、これは医療機関の方の側から見た話なのですが、患者さん側と医療側のコミュニケーションということについては担当の方だけがやればよいというわけではなくて、その組織全体として一丸となって誠実に対応して頂く、ということが両方必要であるという話を、両方が揃って、働く方にとっても利用される患者さんにとってもいい病院になっていくという話をいつもさせて頂きます。ここも関連して見て頂いているのですが、医療機関を利用した満足度合というのを3年に1度継続して測定されておりました。平成20年までは右肩上がりになっ



ておりまして、医療側の努力というのが患者さん側に伝わっているようですね、という話をさせて頂いたのですが、昨年発表されました23年の結果を見ますと落ち込んでいると。特に外来側の方にかなり数字のギャップが出ているということがありまして。統計ですので、何か一つ原因があってこういう結果になるかっていうのはなかなか分からないということなのですけれども。ただですね、医療機関側の対応がひどくなったというのはなかなか考えにくいだらうと。そうしますと、患者さん側といますか、国民側といますか、期待が高まっていて、そことのギャップというのはかなりあるのではないかと。こういう話をさせて頂いて、期待が高まった患者さんの、国民の皆さんの方を変えるというのは事実上難しいわけですから、どういうふうに進めていくのかを一緒に考えて頂きたいですね、という話をさせて頂きます。

民間で苦情に関する調査、統計を作っておられる方がおられて、その方の話、データを見せて頂きますと、最近それぞれの業種で苦情が増えたかどうかはどうですか、と質問しますと、増えたっていうふうな答えが大きい業界が二つありまして、一つは医療界なのですけれども、もう一つは教育、この二つがほかの分野に比べて最近苦情といますか、話が増えましたっていうのですね、こういう回答が多い結果が出ておりました。さらにその非常に面白いのですけれども、ではなぜ増えたのか、どういふふうな理由で、クレームといますか、お話が増えたのですかっていう質問に対してですね、他の業種ですと、相対的なのですけれども、それぞれの事業者側にもいろいろ至らない点がありましたっていうところに、チェックされていた回答の割合が高いのですけれども、それに比べて教育と医療に関しては、クレームを言った方の側に問題があるっていう要素の回答の選択肢を選ばれている確率が高いと。非常に興味深い、敢えて言えば、他罰的というか、そういうことを言ってくる方が悪いってのが相対的には多い業種が教育と医療であるという結果が出ていて、非常に興味深い結果であるなと思っています。文化だというお話がありまして、ちょっと不適切な日本語かもしれないのですけれども、同じような認識というのは、面白いことに、海外でも医療問題を検討する中で同じ構図があるというふうに言われています。ですから職員同士でのコミュニケーションであるとか、患者さんと医療側とのコミュニケーションや認識であるとか、同じような課題があって、同じように問題が発生している。世界同時的、多発的に同じような課題が発生して、みんなが一斉に解いていっている、そんなような状況にあるものじゃないかなと思っています。私たちも意識している部分、または結果として取り組んで部分も含めてですね、この分野、患者さんと医療者側のコミュニケーションの促進に関する取り組みを今でも重ねておりまして、簡単ですけれども少し紹介をさせて頂こうと思います。

医療安全支援センターはですね、それ以前より設置をしていたのですけれども、平成18年の医療法の改正によりまして、医療に関する苦情に対応するという事で、名前が医療安全支援なのでも、実際の業務一番目に置いた内容としては苦情に対応してその相談に応じるというような業務を行っています。その他医療の安全の向上のための業務というのも行っています。全国都道府県47に設置をされている他、保健所や二次医療圏の保健所などにも設置をして年間に10万件ぐらいの相談、苦情に対応しているということで、一定の実績を上げているというふうに思っています。それから医療裁判外紛争解決の機関、医療ADR機関というのが全国で11ありまして、これの連絡調整会議とい

うのを開催しています。11の機関の他に法曹の関係者、それから患者さん側にも一部、それから病院の関係者にお集まり頂いて徐々に意識の交流を図るということで進めています。それから患者さん側と医療従事者との対話促進ということで、これまで具体的な取り組みというのがなかったわけですが、一部アンケートする中では、そういった医療者と患者・家族とのコミュニケーションの仲立ちをしていくような人たちが既にある程度配置されているというような実績、それから将来的には考えていきたいというような回答を含めると、9割ぐらいの、限られた病院ですけれども、そういう方が必要であると言われておまして、今回の取り組みもこういった実際の状況を背景にしていたところがあります。今回の指針ですね、最初に稲葉先生にご紹介頂いたとおり、行政の位置付けとしては、非常に軽いと言いますか、絶対置かないといけないということをお願いしているものでもありませんし、またこの仕事をしないといけないということで、その仕事の中身を強く定めているわけでもありません。一方で、医療の現場を見せて頂きますと、そういった役割を果たす方が既におられるという実績、それからその必要性を認識して養成に向けて動いておられるという病院についてもすでに実績があり、また実際にニーズもあるということで、固まっていない部分が多いわけですが、求められている部分というのは非常に大きいと思っております。その養成と実践を重ねて頂きまして活躍頂ければ、患者さんとそれから勤めておられる方にとっても勤めやすい施設になっていくだろうというふうに期待しております。両方が成立をしまして、是非お互いにとって今よりも向上していく形になっていただければありがたいと思っております。今後の活躍というのを期待致しまして私からの話は以上とさせていただきます。どうもありがとうございました。

稲葉

宮本さんどうもありがとうございました。

そしたら、少しセッティングをしますのでお待ち頂けますでしょうか。

当初の時間より少し早めに終わっておりますので、私の方で少し整理をさせて頂いて、会場の方からも質問を頂こうと思っております。医療対話推進者の報告会ですから、出来るだけ対話をしたいなというふうに思っておりますので、よろしくご協力の方お願いいたします。

まずですね、これは加部さんの方からおっしゃって頂いた、これから医療対話推進者になる方の多様性とそれから業務の範囲の広さ、それが二つ合わさると非常にいい人が出来るときもあるし、いい対応が出来るときもあるし、そうでない、ちょっと言葉は悪いですが、プアな対応しか出来ないような場合、このところどういうふうにして私たちはやっていけばいいか、一つおっしゃったのは、バックグラウンドに応じたような研修の在り方みたいなことをおっしゃったのですが、そこは多分これからやっていくにあたって、院内で例えば事務系の方を充てると、そこには医療上の相談が来る、というような形でマッチングが上手くいかないというような場面が出てくると思いますが、そこについて分担研究者として、お二人ドクターですのでお話しいただいて、宮本さんコメント出来るところだけコメントして頂いたらと思います。まずはいかがでしょうか。

加部

具体的にももちろんアイデアがあるわけではないのですが、おそらくそれは、一つにはまだ現段階では対話推進者というのは具体的に何をやる人なのか、要するにコンピテンシーの議論が足りないと思うのですね。それが明らかになればそれを満たすための学習項目を作ることが出来ますから。その中でこの人が出来ること、出来ないことというのがある程度整理して、多分そうやってかなりロジカルなですね、体系を組み立てていかないと、人を育てるといのは難しいのかなと。これは最近ドクターを研修させたりするのも同様に考えて、それぞれの専門医だったり、診療科のコンピテンシーを見ながらやっているのですが、同じようなある種人材育成の手法みたいなものを検討していく必要があるんじゃないかなと、私個人的には思います。

稲葉

そうですね。アメリカでも実は病院内で倫理のコンサルテーションをするにあたってのアメリカの生命倫理学会がコンピテンシーの報告書を出している時は、業務があって研修がある真ん中にコンピテンシーがあって、つまりどんな業務があって、何が必要になるのかということから研修ということなのですが、そうすると、今回の私たちの報告は業務があって、研修があるというふうになっているけれども、もう少し業務に応じたコンピテンシーをもうちょっと分析しないといけないということですかね。

加部

はい。おそらくこれで今回の指針が出て、こういう人ってある意味定義が出来たわけですから、そこを次やるには私はどうしてもコンピテンシーの部分の書き出しをしないとけないと思うのですね。どうしても従来型のこういった、医療安全管理者もそうだと思うのですけれども、私は研修を長く携わってみて思うのは、やっぱり何十時間で何々という、日本の教育の悪いところなのだと思うのですけれども、履修的な意識作用が強いわけなのです。おそらく継続学習というのも含めて、20時間学んだらコアカリキュラムがクリア出来るというようなことではないと思うのです。ある人は20時間で素晴らしいものを得るかもしれないけど、ある人は40時間かかるかもしれないし、でもそれはそれで全然構わないと。どっちかというところは履修主義ではなく習得主義。何を習得したのかということで、その人の教育の効果を測るのだという考え方だと思うのですが、そのちょっと従来の医療人材の育成に対する考え方を少し変えていかないといい人材を育てていくことはなかなか出来ないのかなというふうに思っています。

稲葉

どうもありがとうございました。

あの、大学のカリキュラムであるとか、そういう時にはSBOみたいなもので、**subjective behavioral objection** を使って、コンピテンシーにかなり近いところの、行動変容の目標みたいなものを立ててやっていくことをやられていると思いますので、やっぱりそこに方法論と、業務をしっかり分析

をして、その分析の中から何をしないといけないか、どういう能力が必要かということを出した上で、もう一回研修を立て直すとか、研修しながらコンピテンシーとの関係で振り返り合う関係というのが必要だということですね。

どうでしょうか、今年研修もされておられて石川先生いかがですか。

石川

まず今の話ですけれども、現時点で既に医療安全管理者もしくは医療安全管理部門で、もしくは医事課とか総務課で相談業務をおやりになっている方がいらっしゃると思うのですね。こういう指針が出たり、こういう働きかけが出来たってことはおそらくこれまで10年間ぐらいおやりになられて、少しそれでも、もしかしたら十分ではないところがあったかもしれないということもあると思います。ある病院ではすごく上手くいっているところも、そうでないところもある。そういう中で、既にこういうふうにやっておられる方がいて、先ほど稲葉先生がお話になったように、上手くいっている例もきっとあるだろう。ということで、今回の指針を活用して、そういう方々が一度見てみて、ご自身の病院で強い所と弱い所、上手くいっている所と上手くいっていない所、もしくは足りない所なんかも、チェックリストみたいにしてお作りになって、足りないところは研修を受けられればいいし、そうでないところは今まで通りでいいのかなと。院内で何か新しい部署を作るとかいうことでなくて、既にあるリソースや人たちを十分役割分担をしながら、医療に関しては医療者、ここの指針にあります生活上や入院上のことであれば事務の方や NSW の方、福祉士の方がお得意だと思いますし、さらに苦情とかであれば、こういうのは他にご担当の方がいらっしゃると思いますので。そういういろんな現在やられている方々の、業務の整理をするのにこの指針をお使いになってやられればいいのかと。そんなふうに思います。

それとコンピテンシーの話はちょっと難しいと思いました。一つは今まで自分もいろいろやってきて、例えばこの指針があったとして、医療安全管理者もそうなのですが、それで例えば半年とか1年やってみて、それで一回評価をして、やっぱりこういうものはもうちょっとあった方がいいのではないか、これは十分だとか。そういうもので、指針自体を使ってどうだったかなという評価から本来の医療対話推進者のいろんなやるべきことがわかり始めるのではないかと、そんなふうに思います。

稲葉

そうですね、これ、患者サポート体制の中に入っておりますので、こういう方々が入ることによって、加算が70点つくということによって、かなり大きな病院であればかなりの金額の診療報酬の収入が出てくるということなので、ただ単におけばいいとか、どういう能力の人でもいいというのは、それは国民に対する関係では義務ですので、これはちゃんとやっていただくということなのですが。宮本さんにもお聞きしたいのは、難しいお話は聞くつもりはないのですが、医療安全管理者の研修でも、管理者研修をやって頂いて各都道府県の看護協会みたいなところでやって頂いて、それなりのクオリティがあると思っておりますが、その成果の評価、つまりそうやってリスクマネージャーが置かれた時の成果の評価、それからもう一回フィードバックして、19年の指針へのフィードバックみたい

なこととか、よく似た問題がこれからも出てくるのではないかと思うのです。つまりこの業務指針というのは先行してやられている方々の意見、インタビューをしまして、今の段階でかなりのところは広げているのだらうと思うのですが、実際にこうやって研修をやってみると、どういう成果が出ているのか、もう一回戻ってこなければならぬものがあるんじゃないかなと思うんですが、そのあたりについて厚労省は、つまり実際にこういう人を置いたときの効果、国民に対する効果みたいなことでしょうかね、今回は患者・家族支援、そのあたりのところは何かお考えになっているところはあるますか。

宮本

随分最先端のテーマだと思うのですね。医療安全の評価って非常に難しいというふうに認識されていて、特に十数年の歴史があるというふうに申し上げましたが、そこで今問題視されているのは、事故率の発生の頻度というのは通常思っていたより非常に高いところから医療事故の、医療安全の対策というのが始まっているわけですけれども、10年経ってみてもあまり変わっていないというのが、実は世界共通の第一課題です。一方で、ですからそこを簡単に立ち向かえる相手ではないというのが共通の意識になっていて、それであるからこそ、それが全体の問題なのです。一方で個々の取り組みの中では、少しずつこうやれば有効性が上がるということも少し海外の実績と手術のチェックリストを使って取り組んでいくということはですね、かなり医療の流れの中で使えるだけの証拠が出来ている。そういう状況と、あとは現場の感覚、既に実践している時の活動がありますね、そこでの感覚は、やれば出来るということと、それはそれで、不足のある部分は当然やっていく、ない部分もやれば感触として成果がある。そういうのを信じて取り組んでいるというのが今の状況だと思います。さらにそれをどう測定するかっていうことは、色んなチャレンジがされていて、実は結構面白い指標というのが、それこそ研究レベルですけどチャレンジされていて、逆に鋭すぎる指標なので、あまりにも赤裸々にいろんなことがわかりすぎてしまってちょっと使いづらいとかですね。いろんな状況で議論があって。そういうものを含めてどういうふうに応用していくかっていうのは検討していきたいと思います。それは医療安全全体なんですけど、この分野での測定というのは、どういうふうにするのか、数字でバシッと出すというのはちょっとなかなか無理があると思うので、院内での患者さん側、職員側、実は院内安全の測定で最も鋭い判定者というのはその施設にいる人だというふうに言われているのです。ただ院内にいる人なので、それを外に向かってカミングアウトするかどうかってことはあります。そういうことはやっている人たちがわかるはずなので、まずはそこで一時的な感触というのは出てくるのではないかなと。その個人の能力と活動というのは当然重要ですのでその通りだと思うのですが、先ほどから話していることは、それはその実施する人たちの方に着目した形だと思うのですが、逆にその人たち以外の方の変容を測っていくというのが今後の全体のプロジェクトの意識している所だと思っています。医療安全もそうで、医療安全管理者だけが仕事をしていても別に医療安全は向上しないですね。それが先ほどから申し上げていることで、他のあらゆる産業においても、カスタマーからのいろんな要望だとか、そういうものに応えていくということで対応している。段々と要求水準が厳しくなっている中でどうするかってことで頑張っておられるという構図が医療と

教育においてはおそらくそのスピードが遅い可能性が高くて、それもおそらく世界で共通した宿題としてあります。その中で従事されている皆さんの意識が、ある意味世間並ということになっていけば、それが大きな成果ということになるのではないかなと思います。

稲葉

多分安全と質の学会なんかで、安全の評価の指標をどうするのかっていう議論がいろいろあるのですが、今後は医療対話推進者というなかで、資質の指標の問題が出てくるのではないかなという気がします。おっしゃって頂いたように、国民の医療に対する期待度は今日よりも明日の方が高くなるので、へたすると青空天井になってしまうところをいつも遅々として追いかけるという形になって、その数字だけ見るとなかなか満足度は高まっていない、ということになるかもしれないけど、多分それを追いかけないといけないのだろうと思うのですね。その中で今石川先生がおっしゃっていただいたように、あまり比較が出来るような数字ではないけれども、成功例をしっかりと作っていくということは、非常に施設のモチベーションにとっても大事なんじゃないかということは、一つここで評価の、評価と言っているのかわからないですが、それを作っていくということが当面の課題になって、そのことが指針には少し載っている言うことをもう一度確認させて頂きたいと思います。

もう一つだけさせて頂いて、会場からご質問頂こうというふうに思います。

研修の問題についてはこの後またご指摘あった中で出てくるかもしれませんが、一つは医療安全管理との問題なのです。医療安全管理者との連携の問題、私たちは連携と書いているだけなので、どう連携するのか、どういうふうに多重性、一つの問題が起こった時にだれが一番先に前に出ることかかっていう問題から出てくるわけです。医療安全管理者としては、加部先生が医療安全管理者をやられておられて、もしも自分のところの病院に典型的なこういう医療対話推進者の方がお越しになった時に医療安全管理者とどういう連携を具体的に、例えばドクターとしての加部としてはどうしていくみたいなど、どうお考えになりますでしょうか。

加部

具体的にまだイメージが出来ているわけではないのですけれども、むしろやはり、もしこういう人材がおることが出来たのであれば、この人たちが基本的にフロントエンドに立ってもらって、むしろこの方々が、これはじゃあドクターに回そう、これは看護師さんにしましょうみたいな、ある手法をクリアするほうが、そういうようなイメージを持っているのですけども。もちろん対話推進者が処理できることももちろんあるだろうけども、そうじゃなくて、この方々はどっちかという支援しながら、逆にそのバックエンドには安全対策のそれぞれのリスクマネージャーが控えているし、そういう意味で振り分けをしていくようなイメージかなと僕は漠然と思っているのですけど。

稲葉

例えばですね、事故をきっかけとして問題になった時に患者さんのご家族の一次的対応を医療対話推

進者が仮にする、色んなところと連携しながらやっていくということをしたとしても、その医療安全管理の中であるいは病院内の委員会の中で、事故の原因はどういうことなのかということに繋がりが出てくるのですね。単にそちらにつけるだけじゃなくて、また入っていくみたい。そういう事故の原因、事実を明らかにするという関係では医療対話推進者ってどんな役割を果たしていくことになるのでしょうか。これちょっと難しい問題だと思いますけども。必ず事故の場合が出てくると思うのですね。それを、単に心情的に共感するという、まあそれもすごく大事なことだと思うのですが、だからやはり病院で起こったことを患者さんの方に、ご家族の方に伝達するというのも非常に、フィードバックをかけるということもすごく大事なことだと。そこで初めて事実を基にした共感とか共有するということになるということはいろいろ言われていると思うのですが、そこはどうお考えですか。

加部

それも、医療対話推進者という方のポジションの問題だと僕は思うのですね。患者さんからみれば病院の職員なのかもしれないけれども、より例えば医療事故あるいはトラブルに関しての説明をしたり、詳しいことを主治医と代わって、あるいは主治医と一緒に出てきて話をするようなのが医療安全管理の方の仕事だとしたら、ちょっとそこから身を引くようなポジションなのかなという気がするんですけど。そのへんは設置する医療機関によって、あるいはどういう人を医療対話推進者に選任するかによって、ポジションにはいろいろなものが出てくるのではないかなと。

稲葉

どういう人たちを医療対話推進者に置くかだけでなく、多分管理者のスタンスによって、事故の原因の、事実を元に戻していく、患者さん・ご家族にどうするかということがあって、管理者がどういう人か、どういうポリシーを共有しているのかによって、かなりそこは多様になっていかざるを得ないということ。

加部

医療安全管理体制の構築でも私は病院管理者のリーダーシップというのは極めて重要だと思うのですが、案外そこが理解されていない部分が多いいのではないかなと思うのですよ。そこに更にこういったものを配置してくるとなると、今まで以上にやっぱり病院長なり病院管理者の積極的なバックアップとか理解がないと、おそらくそれを言われた人たち、スタッフや職員はどんどん辛くなっていっちゃうと思うのですね。その辺の理解も同時に進める必要があるのではないかなというふうに思います。

石川

医療安全管理者と医療対話推進者、明確な違いといいますか、対話推進者に最も期待されることは、指針にありますような一次対応ということだと思います。患者さんや家族がどんな懸念を持っている

かとか、どんなニーズを持っているかということのを的確に捉えて、それで院内のどの方が対応するのが一番いいのかということ、スピードを持って判断する。そういうことはトレーニングを受けられた医療対話仲介者であれば、もう既におできになられている方もいらっしゃるでしょうし、医療安全管理者は医療安全管理の方であれば、医療安全管理の方でやればいいし、これはもしかしたら院長や管理者かなと思えばそちらだろうし、その辺のことをきちんとトレーニング受けられた方がおやりになるということで、最初からボタンを掛け違える、それが適切な言葉かどうかわかりませんが、医療側の対応の仕方が変わってくると、それが患者さんやご家族の懸念やニーズに合致したものでないと、そこからまたいろんなトラブルがあるだろうと。そのトラブル防止のためにそこでやるということが第一点です。もう一点は患者さんやご家族が意見を伝える時には、院内でその人が医療対話仲介者だということを院内の職員も知ってないといけないし、あなた誰ですかって言われたときに、医療何とかっていうことであれば、患者さんやご家族がお話になることもあるし、お話にならないかもしれない。ということは、要は加部先生がおっしゃったような、管理者や院長などそういう方々が医療対話推進者という人を院内外にきちんと、うちにはこういう方がいらっしゃいます、ということ、紹介をして、何かありましたらこういう専門者にご相談して下さい。というふうにしておやりになるのがいいのかな。まあ名刺でも刷ってもらったりして、そんなような感じをイメージしています。

稲葉

まず、名刺を刷るということからかもしれませんけど、まあ院内で例えば院長からのメッセージとして、インフォームドコンセントの受け方であるとか、患者さんからの質問の仕方みたいなことが配られる病院が今だいぶ増えておりますけども、その中になかなか分かりにくい職種である、医療対話推進者の方々がどういう役割をして、これが管理職とどういう繋がりがあって、皆さんのために役立つとしているのかというようなことを配布するだとか、そういうようなことですよ。あの今、石川先生がおっしゃったインテイクの議論は先ほど加部先生がおっしゃったことなのですが、インテイクの仕方としてやっぱり患者さんのニーズをしっかりとその段階で受け止めて、そして院内でそのルートがもしもないとすると、院内のルール自身を作っていかななくてはならないということになってくる。そういう創造的な仕事もあるということですのでよろしいでしょうか。

それではですね、一点か二点です。最後のところでだいぶ時間は取っておりますので、前半私達4名について、例えばこの指針のこの部分が少し分かりにくいとかってようなことがありましたらご質問を受けたいと思います。約10分あると思いますので、いかがでしょうか。

再開後

会場Eさん

私は一般市民というか、患者側から見てからの、私自身メーカーにいて、いろんな関連のことを若干知っている観点からお聞きしたいのですが、最後に論議されていたことに関連するんですが、私が今一番ちょっと若干何故と思うのが、相談員というか推進員が事故やなんかの分析とか対策の検討を行うと、本当にこれ行うことがいいのかなという。私は患者さんなり、市民からのいろんなお話を聞き



ながら、事故が起こった時にその分析をする人になるということは本当にいいのかなと、極めて疑問に思います。そういう中で宮本さんがさっきご報告頂いた中で、そういうことを対応しているのが66%あるという話でしたが、この数字はもしかしたら医療安全推進室担当の人と相談員が兼務しているのが何人かいるからそういうことになっているのかなという気もするんですが。是非厚労省の調査の中でどういう事情で今やっているかということも是非調査して頂き、現実にもそういうことをやっている人たちからもヒヤリングして、両方やることのメリットなりデメリットをしっかりとつかんで業務の中に、本当にやるべきかやらざるべきかを検討して頂きたいなという感じがものすごくしています。それが一つお願いということ。

もう一つ、連携という話がありました。医療安全の関連の人と相談員の連携というのは極めて私は重要だと思うのですが、この連携の中で、多分ほとんどのところが出来ていないんじゃないかと思うのですが、連携するのに一番楽な方法は電話がすぐに聞こえる、要はすぐそばにいることなのですよ。これは、ものすごい連携できます。本当にやる気があったら、相手がどういうことに悩んで、どういうことが起こっているかをわざわざ聞くのではなくても、電話かかってくることを聞いているだけでもそんなことはすぐに出来るので、そういうようなことを連携の中で、医療の中でも活かしてほしいなという感じがして、これはある意味提案というか。

一点目はどうしてそれやったのかと、厚労省役員で既にやっている人たちについてのことをもうちょっとヒヤリングでどっかでして頂ければありがたいと。その二点です。

稲葉

えっと、1点目の宮本さんに対するご質問なのか意見なのかわかりませんが、そこをもしわかればわかる範囲で、あるいは将来的にはどんなことがありうるのか少しお話し頂けますか。

宮本

まずあの、事故の分析に参加するかどうかというところは、将来のことに向けての部分だと思いますが、指針の中ではですね、そこは努力して対応することとなっていて、直接関連するようには文書の中ではなっていないのかなと思います。

それでアンケートの部分ですけども、まず対象が国立病院の200ほどの病院で行ったということで、日本を代表するという感じはないですが、参考として聞いているというかんじです。おっしゃるような部分が、重なっているかどうかということは確かに当時詰めていなかった部分もあるかもしれないので、機会があったらまた考えていきたいと思います。今後発展していく中ですが、確認していきたいと思います。

稲葉

どうもありがとうございました。

二つ目の連携の問題は非常に大事な問題で、どういう工夫があるのかというのは、加部先生もおっしゃって頂いたように、それから医療対話推進者自身が様々な連携をするとかいろんな工夫をするとい

う、工夫の共有みたいなものを継続してやっていかなければならないというふうに思います。人間関係の問題であるとか、組織の問題であるとか、文化の問題がありますので、一つのところが全てのところで通用するというわけではありませので、出来るだけ引き出しはたくさん持てるようなそういう事例の共有の仕方であるとか、知恵の共有の仕方が、今後研修の中でも必要になってくるのではないかとこのように思います。

さあもうお一方ぐらい受けまして、半まで休憩にしたいと思いますが。

会場Fさん

医療過誤原告の会のFと申します。

医療対話推進者の配置ということで、宮本さんの方から特定機能病院の福祉病院機構で50%ぐらい配置されているということを知ったのですが、感想としてはそうなのかなということで、年間約800件弱医療過誤裁判、その水準といいますか、そこまでこじれて紛争になっていくという、相談の多くがほとんど病院の説明が1, 2回で終わってしまう。それから合併症だったり、ほとんどコミュニケーションが取れない中で、裁判になっているという状況なんです。やはり医療対話推進者という病院の主治医なり、それから管理者のところは事故じゃないって言われたときに実際にそうじゃないと思っている患者は持っていく場がないというのが非常に大きいので、今回の医療対話推進者の配置というのは、そういう意味で非常に大きな期待があるなと思いますね。出来ればこの体制が、必要なものであるのですが、強制的というか、ある程度効力を持って各病院に配置していくということが出来ていくとかなり患者の立場から言ってもこういう窓口があるのだということが、非常に救いになるというか、そこから病院との本当の対話が出来ていくなと思いますね。その点で是非今は病院の方から手を挙げるという形ですけれども、そのことを広げていく、推進していく制度的な後押しするものが是非今後考えられていくとありがたいなと思うのですが、その点についてお願いします。

稲葉

はい、わかりました。これは宮本さんに直接聞いてみます。

宮本

稲葉先生から少しだけ申し上げておられたのですが、診療報酬の対応が先に今年度の改定の中でされておりまして、そこを今具体的にするという性格が今回の研究の目的で、そうしますとおそらく予想としては、各医療機関の関心が非常に高まるだろうと。そうなるまいりますと、その関心に追いつくだけの内容、質を呈しないといけないので、そういうのが今の状況ではないかというふうに思います。更にそれを義務化しなければいけないかどうかという議論もあろうとは思いますが、そういったことはまた次の段階になっていく課題かなというふうに思います。

稲葉

はい、どうもありがとうございます。そうすると当然研修機関でしっかりとした業務が出来るような

人たちをどれぐらい提供できるのかという見通しも含めて、それを見据えてそういう方々が患者さんたちと医療者の間の調整役がかなり出来ると、767件という平成23年度の民事裁判の事件数ですけれども、やっぱりそういう中で患者さんの不満が吸収されていくというようなことが出来るともっと次のステップが必ず考えられるのだらうと思いますので、ここはやっぱり引いてはいけないところかなというふうに思っています。ただ今のところ先ほど申しましたように業務指針も関連団体から聞いただけで、私たちとしてもこれをもう一回現場で使って頂いて、チェックリストのように使って頂いて、その上で何が必要なかっていうことをもう一回議論したいなというふうに思っています。そこは、私たちはむしろ今は行政的にこの業務をやって頂きたいということでない方が、私達としてはよかったなど、少なくとも私は思っております。

さあそれではですね20分を少し越えましたが、30分始まりで2部の始めたいと思います。1部の方は、分担研究者には拍手はいらないのですけども、宮本さんには拍手をして頂いて、これで前半を終わりたいと思います。

以 上

# 医療対話仲介者(仮称)の実態 把握と役割・能力の明確化に 関する研究成果報告会

主催:厚生労働科学特別研究事業 研究班

日時 平成25年2月16日(土)

場所 池袋ステーションコンファレンス

〒171-0021

東京都豊島区西池袋1-11-1 メトロポリタンプラザビル12F

## プログラム

13:00～ 受付(開場)

13:30～ 第一部 成果報告会

稲葉一人(中京大学法科大学院教授)

加部一彦(愛育病院 新生児科部長)

石川雅彦(地域医療振興協会 地域医療安全推進センター センター長)

厚生労働省

15:30～ 第二部 シンポジウム

「患者・家族支援体制の課題と将来」

・日本医療メディエーター協会

・医療事故・紛争対応研究会

・日本医療コーディネーター協会

・NPO法人ささえあい医療人権センターCOML

・患者・家族と医療をつなぐNPO法人「架け橋」

17:00～ 意見交換と質疑応答



事前申し込み不要  
参加費無料

(定員140名)

交渉中

問い合わせ 研究班事務局 中京大学法科大学院 電話番号 052-835-8285