

では本当は理事長は豊田さんになっておりますけど、北田さんが副理事長ですね、北田さんの方からお話をして頂きます。よろしくお願ひします。

北田

宜しくお願ひします。副理事長の北田と申します。私自身は病院の中に設置されております患者業務室という部屋で患者・家族支援業務に従事しております。この業務に携わるきっかけとなりましたのが、実は2004年にこの病院の医療事故で夫を亡くすということがきっかけでした。この病院は私に嘘をつくことをしませんでした。誠実な対応を受けましたが、いろんな方と出会うことによって他の被害者と出会ったときに、多くの方がそのような対応を受けられずに本当に苦しんでいるということを知りました。更に誠実な対応を受けないということが当事者もどれだけ苦しむんだということも知ることが出来ました。私の夫の事件の解決となった対応の大切さ、患者と寄り添うという大切さを本当に痛感したときに、この架け橋の理事長である豊田郁子さんと出会い、架け橋の活動をスタートしたと、そういう経緯であります。

NPO 法人「架け橋」です。さらっと読ませていただきます。

医療者と患者・家族間の信頼関係の構築を目的とし、コミュニケーション・対話を促進するために、医療者への支援と啓発を提供します。医療事故に遭遇した患者・家族の心情から学び、今後の医療安全の質と向上に寄与します。医療事故の被害者及び関係者が、医療事故後の信頼関係回復に向けた対話の重要性について、広く医療従事者と一般市民が共に考える機会を提供いたします。

架け橋の事業内容としては、ここに書かれているところなのですが、普及活動としていろいろなこういう開催をさせて頂いております。相談活動、研究活動はまだ実施されておりましたが、今後行っていく予定となっております。

ここで大事なこととして、設立経緯ですけれども、この活動は医療安全や医療事故問題に取り組む一人の病院長と被害者遺族の出会いから始まりました。2006年5月に新葛飾病院の病院長主催で職員間の対話を促進する目的で患者や家族と向き合うことの大切さのテーマに研修を開始しました。約2年間この研修を行っていたのですが、2年間経過して見続けていく中で、病院の中で活動していくことに限界を感じて2008年3月、医療メデイエーション研究会「架け橋」を発足しました。同年9月にメデイエーション以外、メデイエーションに留まらず、更にもっと広く学びたいという考えをもちまして、「架け橋～患者・家族との信頼関係を繋ぐ対話研究会」と改名いたしました。これはこの時の様子です。この研修会の様子なのですが、実際に私も何度かこの研修に参加させて頂きましたが、本当に職種を問わず、患者・家族も含めいろんな職種の方が参加して、ある一つのテーマに沿っていろんな議論をされていきます。その中で感じたことは、医療者の捉え方であるとか、患者・家族の捉え方とか、その中にすごく違いがあるんだなということを実感して、対話の必要性をすごく感じた研修となりました。この次のスライドもそうですが、こういうテーマをもちまして、第30回までですね、こういう形で約2時間ぐらいですかね、勉強会を進めて参りました。2007年には、医療の質・安全学会の方で新葛飾病院の患者支援室の方がこういう勉強会に対して新しい医療の形ということで、表彰状も頂きました。これは架け橋が最初ですね、患者・家族との信頼関係を繋

ぐ対話研究会の発足の時の模様です。架け橋の研修会一覧ですが、設立シンポジウムから始まりまして、現在行われています患者支援相談員、院内相談員、いろんな言われ方があると思いますが、そういう研修も行っています。こちらの方はまたご覧ください。設立の経緯ですが、2009年厚生労働省が医療者と患者の対話をサポートする院内相談員と、当NPOでは院内患者支援員と言っておりますが、そちらを各医療機関に配置するための補助金を交付いたしました。交付されて入りました。現在は終了となっております。2010年には院内相談員に求められる研修内容に基づいて当会主催の院内患者支援相談員養成研修を開始致しました。2011年には東京、大阪、札幌の3都市で院内患者支援要請研修を実施致しまして、昨年も同じように実施することが出来ました。2012年の4月には患者・家族と医療を繋ぐNPO法人「架け橋」という名前に改名しまして、新たに活動をスタートしております。同年の4月には診療報酬改定で患者サポート体制充実加算が新設されたということになっております。先ほどから出ています患者サポート体制充実加算の話になりますが、医療安全との連携がやはり大切だということを、この内容からも踏みしめられていると思います。実際に私の勤めております大阪の阪南中央病院でも私も医療安全管理部に所属しております、必ず連携を取る、他の従来からある相談機関というのがありますので、そちらの方とも連携を取りながらやっております。リアルタイムにどうしても大切なものがある場合には、院内で集まって体制を整えるということもやっております。そういうことがやはり大事なかなと思います。

こちらのほうが院内患者支援研修のご案内になりますけれども、詳しくは今日お配りさせて頂いております別紙の方で見て頂ければと思いますけれども、その表面の方には架け橋が目指す活動、時間が今日はあると思いますので読ませて頂きます。傷ついた気持ちに寄り添う。二つ目、関係者の話を聴き、いっしょに考える。三つ目、患者・家族・医療者を心から尊重する。四つ目、肩代わりするのではなく、向き合うことを支える。五つ目、公平性、中立性を超える。六つ目、医療事故分析の調査には、携わらないが連携する。七つ目、小さな信頼から大きな信頼へ。というふうになっております。後、最後にお話させて頂きたいのは、架け橋の特徴ですね。特徴としては講師、理事の構成が書いておりますが、医師2名、看護師5名、患者相談員等3名、法律家2名、研究者・教員2名、患者・家族4名となっております。こういうふうに様々な立場から経験と現場を踏まえた研修を行っていることが架け橋の大きな特徴となっております。今年の研修に関しては日程の詳細についてはまたホームページのほうで見て頂ければと思います。本日は10分と言われておりましたので、具体的な研修内容をお持ちしませんでした。当NPOでは模擬事例の検討会や受講者が提出した事例を基にした検討会なども行っております。今年も大阪、東京、札幌の三都市で研修を行いたいと思いますので、またそちらの方もご覧になって頂きたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

稲葉

どうも、北田さんありがとうございました。

10分間でやって頂いて当初の予定よりも早く終わりましたので、一応今多分お疲れになったと思います。10分間休憩してから次のステップに入りたいと思いますけど、基本的には今の登壇して頂いた方、前に来て頂きまして、それから宮本さんとか加部さん、石川さん、前の方に来て頂く席作って

おりますので、私の司会で、私も聞かせて頂く事もあるかもしれませんが、会場と一緒にどの人に対するどういう質問が少し言って頂いて、それからその会の方々も来ていると思いますので、そこからもご意見を追加して頂くという機会も作ろうと思います。そうしましたら45分ぐらいをメドにして再開したいと思います。少し休憩させてください。

意見交換会

稲葉

では、始めましょう。まずは、私から、各登壇者に後半の議論を盛り上げるために、質問をさせていただきます。

杉浦先生、日本医療メディエーション協会の特色というところのようところにありますか。

杉浦

医療対話推進者とか、色々な言葉がありますけれども、要はですね、両当事者の想いをきっちり出し尽くして、お互いに了解して、そういう過程を問題視する、そのために必要な技術だとか、理論だとかを考えていく…というのが、一言ではないのですが、そういうのがポイントだと思います。

稲葉

日本医療「メディエーション」協会と仰有るところですので、三者間の関係というのは、かなり念頭におかれておりますよね。三者間の関係が成立するというのは、医療の現場では、そんなにたくさんある訳ではないですけれども、時には紛争の中で生じることがあるということで、その三者間でどうやってコミュニケーションをするか、それをメディエーターが、どういうふうにして調整するのかというところが、やっぱり中心になるということでしょうかね。

杉浦

このスライドで示しましたように、そういう意味では、一つのモデルというのが重要ですね。それから、医療の現場—僕が医者で患者さんと話すときもそうですけれども、そういう意味で、マインドとかコンセプト—そういう考え方ですね、それが実際は、かなり医療現場では大きい要素を占めているのではないかな、そういう印象を持っております。

稲葉

医療メディエーターを育てるということが最終目的ではなくて、むしろ医療の現場で医療メディエーションのマインドを醸成すると、それが文化の醸成にも繋がっていくということですよ、そのマインドというのは、患者さんの想いをしっかりと受け止めて、医療者の想い、あるいは医療者のちゃんとした情報の提供というのを受け止めて、それをちゃんと情報交流させるという中で、お互いが理解をし合うというようなものがマインドということになるのでしょうかね。

杉浦

ええ、そういうことですがけれども、その後は、姿勢ですよ。まあ、医者だと患者さんを前にして、一方的に、5分の診療時間ですから、上手く言わないと、ですから、患者さんには、僕が追加で患者さんに30分くらい説明しますが、最後はですね、手術時間は何時からですか、とか、手術の内容を聞いてきて、そういうようなギャップがあるのですね、ですからやはり、そこは医療者として十分に相手の気持ちを、ですね、考えていく—そこが一つのマインドというか姿勢ですね、そういう意味では態度ということが非常に大きな要素かな、と思います。

稲葉

医療メディエーション協会は、もともとメディエーションというのが紛争解決の一つの手法として、特にアメリカを中心にして発達して行って、ご自身もメディエーションのトレーニングをしたりしておられるわけですが、その医療の紛争の解決というコンセプト自身がなかなか医療の現場でそれを使ってしまうと、患者さんとの間が正当な申出も紛争として捉えられるというような思いがあって、どうしても紛争解決という言葉が使いにくい、というか、むしろ使うべきではないという意見もあるのですが、そのあたりはどのようにお考えですか。

杉浦

先ほど、どちらかの方が、(稲葉)先生でしたでしょうか、一次対応、とか仰有っておられますよね。結局、そこがポイントかなと、我々は、初期対応という用語を使っておりますけれども、やはり、そこが(稲葉)先生の仰有るとおり、それを紛争と言ってしまうと、話がややこしくなる、そういうふうに思っております。

稲葉

そのところは、研究班としては、医療事故を疑った人の申出、という言い方をして、慎重に言葉を選んでいますが、言葉の選び方だけではなくて、そのこと自身をちゃんと正当なものだと、あるいは、私たちが説明することなのだ、と医療者の方が受け止めないと、多分上手くいかないと思うのですが。

杉浦

(稲葉)先生の仰有るとおりです。

稲葉

はい。分かりました。さあ、そうしたら、もう一つ富永さんのところで、かなり構成された研修をされている、非常に長い研修をされておりますよね、全体としてはですね、その中で、医療対話推進者といえますか、今回の患者サポート体制の中での中核となる人の研修としては、どのようなものを中心にする

ると、富永さんたちがやっておられるような研修のコンセプト一言でいうと特色みたいなものとマッチしていくことになるのでしょうか。まずは会のコンセプトのようなものを少し短い言葉で仰有っていただくと、そこを私がまた深掘りをしていきますので、どうぞお話いただけますでしょうか。

富永

いま、医療対話サポーターという方、そういう話は、私たちが医療安全を始めた頃にはなかった言葉ですね。メディカルソーシャルワーカーという方はいたけれども、そういう相談をされる方はいなかったのですね。だから、医療事故と言いますか、有害事象、あるいは疑われた患者さんご家族がいらっしゃった時に、それもすべて医療安全管理部が対応しないといけなかった、この人材養成講座は初期対応を大切にしました研修でありました。だから初期対応、一次対応とかっていう部分になりますので、私は医療安全、リスクマネージャーやっておりましたけれども、医療対話推進者についても可能ではないかと思うんですね。別に研修生には医療関係、看護師とか医師だけではなく事務の方もいらっしゃるし、それからメディカルソーシャルワーカーの方もいらっしゃいましたので、特段、医療に関する免許を持っていないといけないという研修ではなかったですから、どなたも研修受けて頂けるような内容ではございましたけれども、医療安全に関わる人ということ、主にやっておりましたけども、今日ずっと一部からお話を伺っていても私たちの側にいて下さると、私は随分楽だなと思いました。もちろん患者さんとお話する、セッティングとか調整とかそれからお電話を掛けることまで全部やっておりましたので、そういうこともしながら医療安全の検討会の調整もすると言ったら、スーパーマンでないと出来ないのに、専門の方が傍にいて患者さんのことを対話して下さるといふことになると、随分楽だし、幅が広がるというふうにすごく思いました。対応に幅が広がる、病院としても厚みのある対応が出来ると思っています。

稲葉

ありがとうございます。そうすると、医療事故紛争対話研究会としては初期対応をどうするか、今まで医療安全の観点からやっていたけれども、その中にも患者さんの対応も入っていて、ある種の意味でごっちゃになっていたところが、こういうような人たちが出てくると、何が医療安全として特化してやるのか、それから医療対話推進者が前に出て、横にいてやっていくことで、両者が協働することでもう少し病院の対応が幅広く、あるいは厚みがあるという表現をされましたけれども、そういうふうに出てくるのではないかと。今までの研修自身をその特化に応じて、項目を変えていくとこれに対応出来るということでしょうかね。

富永

はい。項目を変えなければならぬとまでは思いませんけども、十分対応できますし、それからアドバンストといいますか、継続研修であれば、成功体験というふうに言っておっしゃっていましたが、本当にそういう事例をみんなで傾聴することで、またスキルアップになるという気がしますので、人材養成講座のプログラムをさほど変えなくても対応出来るのかなというのを思っています。それを全

部推進者にはめるという意味ではありませんけれども、そんなようなイメージです。

稲葉

わかりました。どうもありがとうございました。

水木さんのところの団体のやり方っていうのは、私が見ているところによると、トラブルであるとか紛争であるとかの前に、もうちょっとこの患者さんを支えてあげることによって繋がっていくのではないかと。どちらかという、その思いを聞いて、その患者さんの思いをどんな風に伝えていくのかっていう、もうちょっとベーシックなようなことをやられているんだな、と思いながら聞いていたのですが。まあ私が言っていることが正しいかどうかは別としまして、やっておられる団体の基本的なコンセプト、まあ1枚目のパワーポイントだと言われたらそれまでなのですが、ちょっとお話し頂けますでしょうか。

水木

はい、他の団体さんとは違いまして、体系を持っているような、持っていないような、とにかく臨機応変に、現場に即した必要と思うものをどんどんやっという形で養成講座は企画運営して参ります。なので、体系がないという弱みなのですが、それはむしろ強みであったりも思っています。私たちはナースだけではなく、最近は福祉関係者の事務の方にも入って頂いてまして、とにかく患者・家族の目線を持った専門家を作っていくんだと。もちろん専門家というのは敢えて言っているのもあって、やはり自分たちが患者・家族の目線があるという思い込みが意外に強いというのが研修を8回やってきた感想です。ですので、違うよ、持っていないよ、そういうフレームじゃなくて、もっと自分が持っているフレームを揺らしてみないと本当のことは見えないよ、ということをもまず伝えるということを徹底的にやっています。もう、先ほど申し上げましたけども、様々な知識は入れますし、基本的なスキルと言ったものもやるんですけども、徹底してやっているのはダイアログです。対話です。思いのほか、みなさん、質問の仕方があまりお上手でなくて、患者さんの本当に聞いてほしいところまで届かないということ、事例を通してよく感じております。なので、徹底して何度も何度も、対話出来るわよっていう方々に対して対話をしてほしいということをやっています。あとは事例をふんだんに使いまして、どうしても1人の人にずっと関係性をもって最後まで見届けておりますので、結果を知っているわけですね。患者さんの満足というところも知っているので、そこから遡って事例を使って何に気づいてほしいかっていうことをやっています。さきほど稲葉先生がおっしゃって下さったように、紛争になる前にもっとやれることたくさんあるよねっていうのが、基本的な考え方で、特にこう言いますと、日常業務と何が違うのよ、私たちは普段のユージュアルケアでやっています、って言うのですが、やはりやりきれないから不満になったり、クレーム化したりしているんだっていう、その事実をちゃんと見ていきましょうね、って言う、当たり前前のことを伝えている研修になっております。

以上です。

稲葉

はい、どうもありがとうございます。そうすると、多分この後架け橋が出てくると思いますので、今度被害者の方々とか患者さんそのものが患者さんの目線であることによって、医療を変えるということ、この後出てくるとと思いますが、まずは水木さんの方は医療者自身が患者目線をしっかりと実感をして、そこから出せるものは一体何なのかということを経験者としてもう一回詰めてみるというようなことをされているということですのでよろしいでしょうか。

さあ、それでは架け橋の方もお話を聞きたいと思います。この団体は先ほど最終的な構成員の理事の方々に特徴があるとおっしゃって頂きましたが、何を、大事に研修をされていたり、どういうものを自分たちの目標にしているのか、少し最後に7つ8つですか、項目がありましたけども、もう一度そこを含めてちょっと話をして頂けますでしょうか。

北田

先ほどお話ししましたように私たちの構成員としては本当に様々な立場の方がいます。現場の方でいろんなことをやっていますので、すごくその現場のことを伝えることが出来るのではないかと考えています。特に大事に思っているのは、医療事故に遭遇した医療者および患者・家族の心情を知って頂きたい。自分自身の場合も事故の被害者でありましたので、どういうことで苦しむのか、どういうことを知りたいのか、患者・家族が求めるものは、何が起こったのか真実が知りたいと思いますので、そういうところを分かって頂きたいというところがすごくあります。私は今当該病院、その事故を起こしてしまった病院に勤めておりますので、実際に事故を起こしてしまった当事者たちがどれほど苦しんでいるかというのを本当に目の当たりにしてきました。事故から8年も経っているのですが、いまだにちょっとしたことでフラッシュバックを起こしてしまって苦しむということがありましたので、そういうところを研修の中に入れて、よく知って頂きたいということ。それに対して実際に相談員をするときに医療安全の知識であるとか、基本的なことは知っておかないと患者さんに対応できない所もたくさんありますので、そういうところを含めて研修させて頂いております。

稲葉

前半の業務指針の中でもあると思いますけど、要するにこの医療対話推進者というのは医療職だけではないという前提になっておりますので、医療職でない方々が病院の中で医療対話推進のようなことを、既にされているという団体の構成員の方々がされているという意味では非常に特色のあるプログラムが遂行されているのではないかなと思います。

さあ、ここからは私が予定しているものはございません。朝から他のところで講演してからここに来ましたので、ほぼ頭の中がほとんど理性とか知性とか全部飛んでおりますので、皆さんのご発言を中心にしながら、この4名の方、それから会場にいらっしゃる方もほとんどの方が何らかの形でこの研修であるとか、こういうことに関わっていらっしゃる方だと思いますので、お一人の発言は出来るだけ短くして頂きながら、たくさんの方々のご意見を聞きたいと思います。質問でも結構ですし、各団体の追加発言でも結構ですので、挙手を頂きましたら私どもの方からマイクを持って参りますのでよ

ろしくお願いします。どなたでも構いません。特に順番を決めておりませんので、いかがでしょうか。医療メディエーション協会の方々、他にいらっしゃいますでしょうか。もしもありましたら追加してご発言を、あるいは他の団体の方、ご発言頂きますでしょうか。

会場Gさん

架け橋の事務局をしておりますGです。今日は貴重な話をどうもありがとうございました。私からは各団体の方への質問とあと次のステップに向けた質問ということで関係者の方にお伺いしたいのですが、架け橋でかなりの数の研修を続けている中で、参加した方からの思いの中でよく聞くというか、一番困っているという質問が出るのが、参加して下さる方っていうのはやはりみなさん一定の思いがあって、頑張っていきたい、医療の現場で頑張っていきたい、患者・家族、医療者に寄り添っていきたいというすごく高い理念を持って参加して下さって、研修の中でも一定レベルのお土産を持って各機関や病院に戻って帰られる方がほとんどなんです。ただそこで一番ぶつかるのが、それを現場の他の人たちに伝えていくこと、更には上のトップや自分の上司に伝えて、思いを共有していくということについて一番壁にぶつかるということを知っていますね。そうしたそれぞれの思いは皆さん持っているのになかなか組織の中で浸透させていくっていうことにもがき苦しんでいる方が多いんですが、他の団体さんはそういうことに関しては研修の中でどういうアドバイスなり、研修のプログラムの中に組み込んでいるのか、っていうことを聞きたいというのが一点、

稲葉

まず聞きましょうか。

会場Gさん

はい、じゃあお願いします。

稲葉

多分この養成研修はそれぞれのモチーフで作られていくことだと思いますが、それを医療の現場に戻した時にどうやって伝達するのか、これ文化の伝達かもしれませんが、そういうものをどうやって伝達するかっていうことを研修の中でどういうふうに変えられているのか、少し医療メディエーション協会から順にお話しして頂けますでしょうか。

杉浦

はい、わかりました。一つは例えば研修参加者がどう現場で、例えば僕の場合ですと管理職ですので、具体的には認定医療メディエーターの研修の数を増やすとかですね、それからいろんなことがあった時に、そういう自分で学んだことを医師、看護師さん、患者さんにもお伝えして理解、それから具体的にはそういうことが対応できるような組織も病院として作っていくことが具体的には出来るかなと思います。それからもう一つはですね、少し議論がずれてもいいですか。実際のところはですね、医

療、病院は難しいところがありますよね。そこは本当にね、気持ちとかだけではだめなので、どっちかというところとさっき指導体制ってありましたよね。そういう意味でそこに、宮本先生お見えですけども、行政がもう少ししっかりではないですけども、何らかのことを考え頂くと病院としては非常に対応できるのではないかと。要するに個々のある程度努力とか経験とかそこに依存している要素が非常に強いんです。そこが個人的には感じるところで、とにかく最大限に、いろんな事例があれば研修にも医師にも看護師にも参加してもらい、そういうのは基本的には公費でやって頂きたいということです。

稲葉

そうすると日本メディエーション協会はかなりたくさんの方々をお育てになっておりますよね。この団体の中では多分圧倒的に桁が違うぐらいの。そうすると病院の中にたくさんのそういうメディエーションマインドを持っている人たちがたくさん置いていくというのが一応当面の方向性として考えているということですね。そうすると一人でなくて、複数の方が伝達者になっていって、繰り返し伝達していくということになりますよね。そのあたり富永さんはいかがですかね。

富永

あの、医療安全の方も出来たことを伝えるにはかなりの壁があります。研修生も多く言われます。なかなか伝わらないとか、提案してもプログラムが作れないとかって言いますが、この人材養成講座では必ず宿題が出て、なんかをやれというのです。高いことじゃなくていいから、例えば時計合わせ一つやってこいとか、手順を一つ作り直してこいとかっていうことを、小さいところでやってきますので、やったことを皆に話して、褒めてもらえたり、助言を頂いたりすることで、また翌月に実践が出来て、自分の中のモチベーションを維持することが出来るんじゃないかと思います。それからもう一つはメディエーション協会もそうだと思うんですけど、研修生のネットワークでどういうふうに行っているとか、こういうふうなアプローチしているとか、お互いの情報交換がありますので、なかなか萎えることなく、地道に活動しているんじゃないかと思います。それからもう一つは、その性格みたいなものがあります。やろうとする人と、なかなか言わないとしない人の性格の違いがあるから一律ではないような気がします。研修したからみんなが一步前に出られるのかって言ったらそうではないような気がしますので、一律ではなくても、小さな一歩でもいいかなというふうに思っております。

稲葉

研修受けたから出来るというわけでもないし、その人の意欲がタイムリーにうまく促進できれば出来るのだけど、なかなか出来ない人もいらっしゃるというのは、本当にそういうことだと思います。おっしゃった宿題というのは、自分であらかじめこういうことをやっていきますって言ってやるのですか。それとも現場に帰ってこんなことをやりましたということを報告するということなのですか。なんか宿題というのは。

富永

はい、その通りです。学んだことを家に帰ったら病院で足りないところを、少し手を加えてくるということですから、自分一人一人が何をするかを決めます。

稲葉

どうですか、宿題という点。宿題と言われるとちょっとなんか行きたくなくなるような、僕自身はですが。それはただ、いわゆる研修自身が受けている時だけじゃなくて次の研修までの間も持続的な研修だということを意識させるためのツールなのですよ。そういうことですよ。ありがとうございます。それからネットワークがあるということですが、医療メディエーション協会もネットワークがあると思うのですが、どういう情報交流をされているのですか。どういう形で交流されているのですか。年に何回とか、ネット上であるとか、メーリングリストとか、そういうような？どんなかんじですか。

富永

人材養成講座はメーリングリスト持っていますし、同期のメンバーですね。年代は超えませんが、同期の釜の飯を食ったってやつですね、その人たちがメーリングリスト持って、こういう手順が欲しいとか、こういうようなことやるのはどうするのとか、研修プログラムは何かいいものない？とかいうようなやり取りをやっているみたいですね。

稲葉

メディエーション協会では修了者へのネットワークみたいところで、情報交流というのはされているのですか。もしくは勉強会みたいなのはありますか。

杉浦

一つは各協会内部で、各支部が定期的に講習会やっていて、その時に情報を、それから今は e-mail がございますので。それから協会としては facebook を作りまして、かなり深い内容の相談もちゃんと対応できるというようなこともやっております。基本的には草の根的なというのが中心になるのかもいれません。

稲葉

多分これから local knowledge といいますか、現場で対応した情報、教科書に載っていない、実際に研修をやった人しか体験できないことで役に立つような情報をどうやって集めていくのかみたいなことは、すごく大事になってくることだと思います。水木さんはいかがですかね。修了生の方々が学んだことを伝達しあいながら、伝達するということに難しさがあるのはどこも同じだと思うのですが、何か工夫みたいところはありますか。

水木

コーディネーターは自分がコーディネーターと名乗るのも大事なんですが、周りからこの人コーディネーション力あるよね、って認められるのも自分の力とあって、ちょっと突き放した感がありますが、それも含めて、開拓するのも含めてコーディネーターだよって言うことは養成講座の方でお伝えしています。各医療機関の組織の中で一番大変だろうなと思うのですが、外に出て、相談を受けているから出来る結果を出すということに私たちはこだわっているんで、病院に戻った方にもやっぱり結果を出して、周りにコーディネーターだと認めてもらえるのもあなたの力ですというふうにはしています。ただ、そうはいつでも、日頃一番大事なのは振り返りなのですよ。自分がやったことがそれで良かったのか悪かったのか、正解のないものなので、その振り返りはなかなか周りの人が協力してくれない場合は非常に孤立していきましますし、疲弊していきましますので、そこは協会がなんとかフォローをしていきたいなと思ってスーパーバイズの役割を今後は強化していきたいなと思います。もう一点やっぱり隙間を埋めるのは負荷という側面もあるのですけれども、楽しいと思える人も中にはいるのですね、ちょっと変わっているかもしれませんが。やはり問題を解決して人の役に立つ、それが実は楽しいのだからってその姿を見せていくって言うのもとても大事なことだと思っております。

稲葉

北田さんに今のようなことを聞いてもいいですか。現場でどうやって根付かせるかということ研修の中でどう教えているのかみたいなことだと思っております。何かありますか。

北田

架け橋としてはプログラムの中に今2名の患者支援員がおりますので、この中で患者支援の大切さとか患者支援の具体的活動というところのプログラムは入れております。3日目には患者サポート体制が出来たということで構築するための組織図ということも昨年度からは入れておりますので、そういう意味では少しプログラムがあるのかなとは思いますが、連携、後のフォローとかその辺のところは今後の課題かなと思っております。

稲葉

そもそも院内で患者相談員を事故の被害者の方々がすると、その人たちが認知してもらってということ自身がすごく苦勞されている中で、体から出ている苦勞みたいなものがそこから私たちに教えて頂くものがあるのだらうと思っておりますので、そこはすごく架け橋の強いところですよ。

石川先生、先生もやっている、私もお手伝いさせて頂いているんですけど、先生がやっておられる地域医療振興協会の中のカリキュラムの中で、研修内容をどうやって現場に落とししていくのか、あるいは伝達していくのかって言うところにどんな工夫をされているのか、ちょっと教えて頂ければありがたいです。

石川

ありがとうございます。大変難しい問題だと思っています。

Gさんの話は全く同じことを私も質問を受けたりしています。はっきりした回答はないのですが根本原因とは何なのかと、その方が例えば帰って活躍出来ないとか、トップに話が通じないのは何かって考えると、そこの病院が意識が低いとかそういうことではなくて、そもそも組織の中でのその人の位置付けというのが少し問題なのかなと思うようになりまして、最近では組織図をまず見てくださって話をします。つまり人事部の中の1人とか看護部の1人であれば、医師が聞く立場ではあまりないだろう。例えば院長直轄とかであれば、診療科や家族から独立しているのであれば、業務課の方やいろんな方が話を聴く立場にあるということで、医療安全管理者の外枠の方は院長直轄ということが結構多くなってきていると思います。今回の指針でも管理者の指示に基づく権限が委譲されて、その指示に基づいていわゆる職種横断的にやるっていうのが一番最初の位置付けにあるのです。もしも可能であるなら、この指針の本指針の位置付けというところから、一度組織図を見直していくようなことをしていくのであれば、その方が他の職員の方がその方の意見を聞く立場にあるということになる。組織の一員として活躍するには、組織図もしくは委員会で発言するのが、組織図の中で自分はどんな立場かっていうことを明確にして、発言できるような体制を整えていかなければいけない、そんなような話をしています。

稲葉

権限が委譲され、管理者の指示に基づき、ということを自分の組織でもう一度考えてみないといけないですね。これはかなり業務指針を作るときに議論をしたところだと思います。水木さんがおっしゃるように、そんな人の本当の魅力みたいなものをちゃんと醸し出しながら、組織の中でしっかりと院長の真下でちゃんと権限が委譲されて、現場でもそういう権限を持ってやれるような人たちを作っていくということが一つのやり方だということで、それは研修そのものではないかもしれませんが、研修に派生して出てくるような事柄だと思います。

加部先生、いかがですかね。加部先生がおっしゃっていたように文化の問題ともかなり関連して、個々の能力だけでは出来るどころと、やっぱりかなり変わって頂かなくてはいけないところ、それを杉浦先生は厚労省、行政が少しそのことについてサポートして頂いたらどうか、それも一つの方法だと思いますけど。加部先生は、どう考えていらっしゃるでしょうか。

加部

今石川先生がおっしゃった様に、とっても大切なんだけど、とっても難しい問題なんだと思うんですね。これは対話推進者だけじゃなくて、他の医師を育てるとか、人材を育てる時にも同じようなことが起こっていると思うのです。熱心に勉強する人たちはどんな時でも熱心に勉強するわけで、それをどうやって広げていくかっていうのは我々今まであまり有効な教育の手立てを持っていなかったんじゃないかなと思うですね。だから今はどうするかっていうと、とりあえずまずはコアになる人たちを1人から2人、2人から3人と育てていく、少しずつでも育てていく努力をやるのがまず必要だと

僕はいつも言っています。それからもう一つは、きょう午前中から聞いていて改めて思ったんですけど、管理者の理解の部分で、やっぱりまだまだ理解がないというか、それは要するに日本のトレンドだからとか、安全上必要だからとか、いろいろ紛争が起こると大変だからということで、医療安全部を独立、直轄にしたり、院内対話推進のセミナーに行ってみて来い、みたいなことがあるのかもしれないですが、はっきり言うといろんな語弊がありそうなので口が止まりますけども。誤解を恐れずに言っちゃうと、やっぱりその院長なり病院管理者が心底理解をしているか、それこそ被害に遭われた豊田さんや北田さんを病院の中でこういう役割につけるという、おそらくこれすごい人だなと思うわけですけども。ある意味そういう突き抜けた人たちが例外じゃないようなぐらいに理解が進まない、川田さんの質問の答えにはなかなかたどり着かないのかなという気がするのですけども。まずはそこをどう埋めていくのかっていうのはまだまだアイデアがないですね。

稲葉

これまでの病院のスタイル、これまでの教育を院内に伝えるという、これまでのスタイルではどうもうまくいってなかった。それを突き抜けるために何をやるのかっていうことを本気で考えなければならぬということですね。

加部

そうですね、例えば私は新生児の蘇生の学会のプロジェクトで蘇生の教育研修をやっているんですけども、蘇生は例えば赤ちゃんだけじゃなくて、小児も成人も標準蘇生法というのがあるんですね。成人の標準蘇生法というのは20年も前から日本で繰り返し研修が行われて、多数の研修修了者がいるんですけども、その彼らが、20年経っても成人の標準蘇生法が日本に定着しないって嘆いているんですよ。僕はそれどうしてかと、思ってよく聞いたら、講習に来る人たちはモチベーションも高いし一生懸命やるのだけど、現場へ帰った時に講習者が点のようにしか存在しないからやっぱり何か目の前で特別なことが起こった時に対応が出来ないんだと。なるほどと思ったので、じゃあそれどうするのかって言ったときに、今蘇生法とか医療の技術教育の中で言われているのは、講習会ではなくて、トレーニング、病院で実際皆が働いているところで働いている仲間たちとトレーニングすることが一番いいのだろうと、教育の組織、変更が今少し行われているんですね。それが多分今のこういった医療安全だったり対話推進のところは、漠然としており、従来の教育がずっと続いているわけですけども、やっぱり何か次のアイデアを出さないと結局講演会をやったり、講習会をやってもそれで職員を集めても、大体話を60分ぐらい講習会をやると、今日は長すぎたとかアンケートに書かれちゃうし、気が付くと前の方3人は起きているけど後ろの方はみんな寝ていたりとか。いつも来ない人は決まっているとかですね。やっぱり皆さん同じ事を抱えていると思うのですね。それをモチベーションのある人がそれをどうやって伝えていくかっていうもう一つそのアイデアが何かないかなっていうことを皆さんの知恵を絞りながら、

稲葉

そうですね、先ほどの水木さんが教えて頂いたように医療安全の伝達するのは非常に難しく、医療安全も全部ではありませんけども、知識ベースのものでも伝達するのは難しく、こういう先ほど言った Attitude であるとか、態度みたいなものを中心とするような患者・家族対応みたいなものは余計に伝わりにくいということなので、その方法論をちゃんと考えなければ次の良い、まさに先ほど宮本さんがおっしゃって頂いたように、今はこれでいいのだけど、次のステップになって、これをマストにしていくときにはですね、もうちょっと方法論がちゃんといるのではないかと。その成果も含めて。これは診療ガイドラインなんかでもそうですよね。ガイドラインいっぱい作って、100ぐらい作っているのですが、みんな守ってない、みたいなところとよく似た根っこがあるような気がいたします。この点は私がちょっと指名させて頂いていいでしょうか。小牧市民病院のDさん、私はいつも病院に行かせて頂いて、既に2回ぐらい行かせて頂いたんですけども、病院の中で比較的医療安全室あるいは患者相談窓口が上手くいっている病院のような気がするのですが、何故上手くいっているのか、実は本当は上手くいっていないのか、そのあたりも含めて少しコメントして頂ければ。いかがでしょうか。

会場Hさん

突然のご指名に戸惑っておりますけれども。上手くいっているかどうかというのがちょっとわかりませんが、私は事務の人間です。隣にいるのが看護師の資格を持ったメディエーターですが、我々は常に大体、常時2名体制です。その理由はやっぱり一人だと、私は事務で医療の知識がないものですから、そういったところで医療職の人間の知識も借りながら、お互いにちょっとフォローし合いながらですね、対応していくというようなことで日常的にはやっております。2人で対応することで1人だとどうしてもいろんな患者さんみえますので、暴言の患者さんもしればいろんな相談の患者さんもいます。そういったところでどうしてもプレッシャーがきついというのがありますし、そういったところでプレッシャーがかなりきついですし、女性だとかなり内面の中に深く傷つくということもありますので、そういったところで2人で対応することによって少しでもフォローし合える、そういった体制を取っていますので、今のところそれが多分功を奏しているのではないかなという気はするのですが、他の病院の対応が分かりませんので何とも言えませんけれども、そういったところでは上手くいっているのではないかなと思います。

稲葉

Hさんが今おっしゃらなかったのですが、病院の管理者の意識であるとか、上層部の力がかなりあるのではないかとこのように思います。まあ沢木さんと一緒に行けばどんな人でも大丈夫ですよ。そういうふうにも思いました。どうもありがとうございました。

さあ、今の質問は一旦ここで、かなり大事な問題ですけども、根本的な問題なんですけれども、もう少し皆さんからご質問頂いて、少し登壇者の方々にお話しいただこうと思うんですが、何かありますか。

会場 I さん

愛育病院新生児科の I と申します。

杉浦先生の発表で、そういうメディエーターの研修をされたときに、結果として医療スタッフ間のコミュニケーションが改善したというのが書かれていましたけれども、私自身チームワークがどういうふうにしていけば医療の質が上がるのかとか、それは例えば話を聞く力だとか説明の態度、そういうすごく医療従事者間も大事な部分かなと思うのですが、そこが、医療従事者間のコミュニケーション対応した流れをどういうふうに解釈されていらっしゃるのか教えて頂けますでしょうか。

杉浦

一言で申しますと、僕が違うところで話をする時に言うのは、態度が変わります。それは相手もわかりますからそうすると一種の電波ではないですけども、そういう形で人と人を介して変わっていくのではないかなというふうに思っているのです。ですからケアの気持ちだとか、傾聴だとか、そういったものを、身を持ってやりますので、そういう気持ちで、その人がいいと思えば次のことをやる、そういう形である意味で組織がゆっくりとですけど変わっていく。そういうのはある程度自分自身も感じる事が出来ます。

そんなのでよろしいですか。

稲葉

非常に大事なことですよね。医療安全とか患者・家族対応の問題を考えていくにあたって、医療者間のコミュニケーションをどうやって円滑にしていくのかっていう、これは隠れた大きな論点ですよ。最近では隠れていないかもしれませんが大きな論点だろうと思うのです。その点はドクターがきれるであるとか、様々な医療者との問題もやっぱりこの背景にありますので、私達医療指針はそのことも一応入れたつもりですが、あまりきれいに入っていないかもしれないなと今思っております。是非今のようなご発言のように、単に関連家族と医療者のコミュニケーションだけじゃなくて、杉浦先生がおっしゃって頂いたように医療者間のコミュニケーションを高めるためにこういう研修があることによって、やっぱり先生とナースとの関係、ドクタードクターコミュニケーションみたいなところの改善も射程に入るのだということをもう一度確認させて頂きたいなというふうに思います。どうもありがとうございました。

さあ、いかがでしょうか。

会場 J さん

医療安全支援センター総合支援事業、事務局の J と申します。スーパーバイズの機能について全ての方にお聞きしたいのですが、先ほどもちょっと話題に出たと思うんですが、修了生の方たちのスーパーバイズの機能を持っているかどうか、っていうことと、スーパーバイズの機能があるとなればどんな方法で行っているのかっていうことをお聞きしたいです。

稲葉

いかがでしょうか。

杉浦

えっと、スーパーバイズというのはどういう意味なのでしょう。

会場Kさん

修了した方が支援をするにあたって困ったりするようなことがあるときに、後方支援をしてくれるような方がいるのかどうかという。

杉浦

はい、それはメディエーター協会の場合は事務局がありますし、経験者もおりますので対応しています。そんなのでよろしいですか。

稲葉

それはなんか窓口みたいなのがあって、そこに相談すると、電話かメールで対応して頂けるという？

杉浦

はい、大体そういったところです。

稲葉

他のところはいかがですか。

富永

窓口はありませんが、事務局の方に相談が来られることはあります。それから個人的に相談を受けることはかなりあります。修了生から相談を、メールで相談を。だからでもそれは窓口と違って機能していません。研究会としては機能しておりますので。

稲葉

水木さんのところはどうなのですか。ちょっと突き放して、スーパーバイズはむしろしないというわけではないでしょうか。

水木

いやいや、突き放すのはコーディネーターの役割を確立するところであって、スーパーバイズの方は逆に理事の方で、なかなか協会の人の来ていて言いにくいのですが、これから力を入れないといけな

いという問題意識はあるのですが、やはり理事が基本的に全員で対応するようにしています。というのも、院外に来る相談というのは意外に重いのですね。なので、どうしても対応するのは私共理事になってきます。個別、普通日常、他の方はどうしているのかというと、日常業務の中でその勉強したことを生かすぐらいの活動の範囲なので、そこは院内の力を借りているようであって、非常にこじれたものについては理事の方でメール、電話何でもやって、手取り足取りやっております。以上です。

稲葉

ありがとうございます。架け橋はいかがですか。

北田

相談窓口としては設置しておりません。研修終了後には一応みなさんでアドレスを共有して頂くということにしておりまして、フォローアップ研修にご参加は要望という形にはさせて頂いておりますが、実際のところ事務局は私はやっておりませんので、実際どれぐらい来ているか、もしかしたら来ているのかもしれませんが、現状ではあまりないと思います。

稲葉

イメージとしてはあれでしょうか、次のフォローアップの機会に実際に院内で困っているような問題を出して頂いて、一緒にそれを検討するというような形、ということですかね。そういうような形で即応性のスーパーバイズというか、相談窓口というのはないけれども、少し時期遅れだけれども、それをもう一回みんなで議論するという場面は持つておられるということですね。ここのところどうでしょうかね。どんな支えをやるかっていうことですよね。僕個人の意見を言わせて頂くと、なかなかメールと電話ではですね、応答しにくいということがありますね。私自身はいろいろ今1週間に3つか4つ相談が来たりするとですね、思い切って会いに行きます。会いに行ったらちゃんと現場の様子をご自身から聞いてやらないと、責任のある対応が出来にくいというのがある。僕の性格的なところもあるかもしれないですけど。そこで一緒に、一人だけではなくて、複数の方が必ず関わっておられるので、その方々もみながら一緒に、まさにカンファレンスを臨床でやってみるという、そういう形のスーパーバイズといいますか、そういうふうな活動の方が、僕はいいのかなという気がするのですね。医療安全のような場合だったら、こういう知識であるとかこういうようなことがあれば、それを形式的にとは申しませんが、それを当てはめて現場が楽になるということはあるのですが、患者・家族対応の場合は、もう少しきめ細やかなのかなって。フェイストゥフェイスでないとなかなか出来ないスーパーバイズがあるのではないかというのが、私のイメージとしてあるものですから、そのあたり少し、皆さんでまだディスカッションして頂ければいいと思いますので、そういう問題点があるということだけちょっと確認をさせて頂いて。

さぁもう最後か1つか2つぐらいになるのですが。

会場Lさん

済生会中央病院の医療安全対策室のLと申します。

見たことあるなと思う人はスルーしてください。ニュートラルな立場でちょっと質問したいと思いません。私自身、数年前に起きたサクシンとサクシゾンの事故の際に、事故直後からご遺族との示談、それと当事者のケアまで関わった経験を持っています。研修しないといけないこと、当事者のケアをしないといけないことは分かります。じゃあ実際にこういった推進者、指名された人はどこまで関わればいいのか、関わるにしてもどういった形で関わるのか。病院の対応者が都度変わることに対して患者さんはものすごく拒否反応を示すと思います。そういったときにどういうふうな形をとればいいのか。架け橋さんのチラシの中に公平性・中立性を超えるとありますけれども、まさにそういった形の方がサクシン・サクシゾンの事故の時も、私もそういうふうに対応してきましたので、そういった形が理想だとは思いますが、その先、指針の先をどう考えているのか、多分 Q&A が出たら必ずどこまで関わるかっていう質問が来ると思います。そこは、稲葉先生はどうお考えになるか。

稲葉

多分 Q&A は、特別研究は医政局マターなものですから、Q&A は多分今考えられているのは保険局かなんかで考えられているのですが、僕もその詳細は知りませんので、私の感じでだけお話をしますと、おっしゃるようにやっぱり病院側の対応者が一貫していないと困りますよね。特にかなり患者さんの方には寄り添いながら、まさにおっしゃった中立性を超えて、むしろ公平ということは少し配慮しないといけないけど、やっぱりこの患者さんに寄り添ってやっていかないといけない、それは水木さんがおっしゃった連続性みたいなところはすごく大事なことだと思うのです。これ僕が言うよりももしかしたら、架け橋のHさんに言って頂いた方が。勝手に振っちゃったのですが、一貫性とか連続性みたいなところをどうやって配慮していくのか。おっしゃっているように医療対話推進者という業務を少しももしかしたら超えるかもしれないというような議論がMさんはお考えになっているかもしれませんのでちょっとコメントして頂ければ。いかがでしょうか。

会場Mさん

架け橋のMと申します。

私はこの仕事を9年目になるのですが、新葛飾病院の院長がかなり私に任せて業務を依頼して頂いていたので、私の場合は他の皆さんみたいに関わりすぎてしまうことによる弊害みたいなものについても考えさせられるっていうことがありました。それで今うちのプログラムの中でもその辺りのことが全部伝えきれない部分があるので、まだまだ私もどういう形で研修をしていくことが皆さんに実感して頂けるのかっていうのが、私も勉強しなければいけないところなのですが。関わり方みたいなところでいくと、例えばメディエーションのスキルももちろん大事だと思うんですけども、何ていうんですが、先ほどDさんがおっしゃっていたみたいに、お二人でいくというのも一つとてもいいことだと思いますし、私のところで一番多い対応はその現場の、関わった人と私が一緒に対応するという形が一番多いです。丸投げ、私たち担当者に丸投げをされてしまうと、現場が、全く何が問題だったの

かっていうことが分からなくなってしまうし、反対に現場だけで対応して後で、どうしようこんなことになっちゃって、って言われても大変なことになるってところで、やっぱりそういうものは、医療安全の分野ってそうだと思うのですが、そういう院内の中でおきているトラブルとか、インシデント、アクシデントを集めている部屋と実際の現場が共有できる関係を作っていくことが大事だと思っていますので、そういうところを是非知って頂けるとすごく業務がやりやすいのではないのではというふうに思いました。なんかせつかく発言させて頂くので、勝手に喋らせて頂くのですが、例えば体制としてなかなかトップの理解を得られなかったりとか難しいと思うのですが、何かこう、外部講師でもいいし、何かでこの取り組みがとても大事なのだっていうことをバーンと謳わせてもらうっていう機会を作ってですね、それとプラス今は患者サポート加算というのがあったりするので、こういう加算を取れるようになったんだから、これがいかに大事かっていうことが分かっていたかと思えますっていうふうにしたとかですね、あとは医療監視なんかでも、いろいろ厳しくなってきたので、これだけ厳しいのです、うるさいんです、だからやらないといけないうってあたりを、使って頂いて、体制の整備が必要だと思いますし、うちも最近組織図の整理とかをしたわけなのですが、私たちの考えというより、そうしないといけなくなったのです、みたいなところを、形から入って頂いて、でもその組織図とかそういう指針を作ったのだから動かないといけない、っていうところでやっていくと、何年かするといつの間にか根付くということはあるのではないかと思います。私も8年以上やっていると、長年一緒に勤務している医師や看護師やメディカルの皆さんはだいぶこの体制に理解があるので、あまり抵抗なく、一緒に対応できるのですが、非常勤の先生もかなりいるので、そうすると全く違う意見になるわけなのです。先生、こういう意見が来ました。対応して頂けますかっていうと。そんなことやったこともない。なんでそんなことしなきゃいけないのだっていうことを言われたりして、同じ病院の中でも全然違う話になってきちゃうということがあるのです。やっぱり職員サポートしていかないと、職員が納得いかないと、何でこんなことしないといけないうままだと、きちんとした対応って出来なくなるので、やはり職員サポートがすごく大事で、その中で当事者の人に職員に寄り添うってことがすごく大事なのですが、その時に一緒に来てほしいっていう人もいれば、あなたみたいな人が来ると話が大きになっちゃうから来ないでほしいっていうふうに言われることもたくさんあるわけなのです。特に外部の先生はですね、なのでそういう気持ち、その先生の気持ちを大事にしてやっていることですね、そのことがあまり良くなかったとしても、先生はそれを選んだわけですから、その後出来ることでサポートしていくっていうことをしていくと、あまり問題にならないというか、私たちが強制的にこうした方がいいですよって言って、それで先生が分かったって言ってやったことできちんと出来なかったりすれば、ほら見ろ、みたいな話にもなりますから、そこはやっぱり当事者の人がどういう対応をしていきたいのかっていうところに寄り添いながら考えていくことがいいと思うので、必ずこういう体制でやっていくということはないなっていうことを9年目にして感じていますので、関わりすぎの問題があるし、関わりすぎも問題なので、その辺の部分をいかに研修で頂くかっていうのがなかなか難しいので、まだまだ課題がありますけれども、そういった実体験をもとにいろんな情報をお伝えしていきたいというふうに思っております。

稲葉

はい、どうもありがとうございました。

最後にふさわしいような話を聞かせて頂いたなあと思いますが、もうそろそろ時間が参りましたので、この辺りで終わりにしたいと思いますが、よろしいでしょうか。

石川先生、宮本さん、いいですか。何かコメント最後して頂ければ。

石川

では最後に一言だけ、ありがとうございました。

今の世相を含めてですね、まだまだ固まってない部分があるんだなというのが一つと、既に実践の中で、ずいぶん深く考えて頂いているんだなと。これから起こりそうなことを、むしろこれまで関心がなかった人たちがわーっと押し寄せてきてなんだ、そういうことがむしろ心配としてはあるのではないかと思うのです。言わば、賽は投げられてしまっているのです、それに従って、状況を受け入れて頂いて、それぞれのところでご尽力頂けばと思います。本当に今日はありがたい機会を頂いてありがとうございました。

稲葉

ありがとうございました。

賽は投げられたのか、パンドラの箱が開いたのか、ちょっとよくわからないところですよ。今日お話し頂きました、まさに宮本さんがおっしゃって頂いたように、かなり深い実践の経験のある先生方のお話をして頂きました。会場からも非常に貴重なご意見頂きました。シンポジウム開始の際にもご説明をしましたが、会場からの発言は、お名前は記載しませんが、貴重なご意見ですので、これ報告書と一緒に載せさせていただきます。報告書を提出するまで時間がありませんので、登壇者の発言も含めて、私の方で責任を持って手を出させて頂いて、出させて頂くということだけ、お許しただけですようお願いします。差し支えがある方は、私が会場に少し残りますので、お声をお掛け下さい。非常に貴重な情報だと思いますので、こういうローカルなナレッジみたいなところ、もうちょっと共有するようなこと、これからもやっていきたいなと思います。この対話、医療対話推進者というのは、誰が名付け親かっていうと実はですね、ヒヤリングの中で石川先生が提案されて、最初は違和感もあったのですが、今は、医療対話推進者でいいのかと考えています。いろんなヒヤリングの中で、なんかの別格な名前っていうのは、全てを満たす言葉は多分出来ないと思います。患者支援体制という中で医療対話推進者、なんかちょっとおかしいのではないかっていうご意見もあったかもしれませんが、一応こういう名前でこれから認知されて、業務指針と研修があって、70点のサポートがつくんだということは必ず追い風になるのだろう、ということは私たち信じております。ただし、最後にやっぱり加部先生が言って頂いたように、様々な背景の方々が非常に広い相談を受けるという業務ですので、これは研修が単純ではないということをもう一度心にしておく、私たちもそう思っております。だから研修も今日終わりではなくて、今後どんどん展開していくことになるということ、そう