

安心と信頼の医療を確保
のための誠実な試みを1つ
ご紹介したいと思います

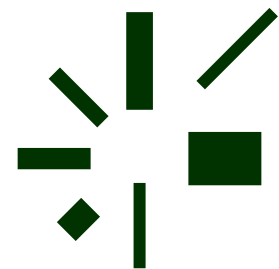
第5回 「安心と希望の医療確保ビジョン」
具体化に関する検討会
提出資料 その1

国際医療福祉大学大学院

大熊由紀子

真実を話します
実践している病院からの報告

社会保険相模野病院
内野直樹



真実説明の歩み

1995年 産婦人科部長 産婦人科で開始

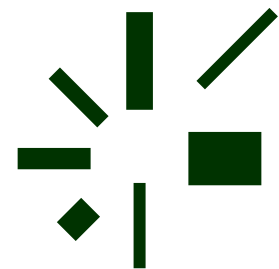
➡ 無視と非協力

2002年 副院長 病院に提案

➡ 拒否と不信

2004年 病院長 病院の方針として実施

➡ 抵抗と流言飛語

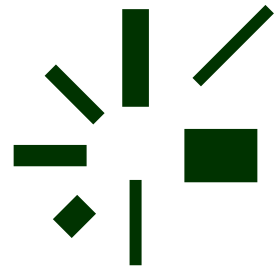


職員行動規範

常に恥ずかしくない行動を

(2004.4.1)

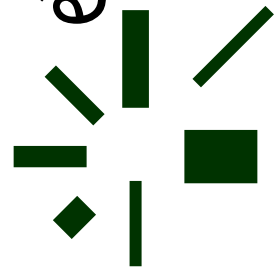
1. 結論に至った判断は間違っていないか
2. 患者、指示内容、手順を再度確認したか
3. 自分の行動は正しいと言えるか
4. 人に見られて恥ずかしくないか



全職員へ宣言

(2007.10.1)

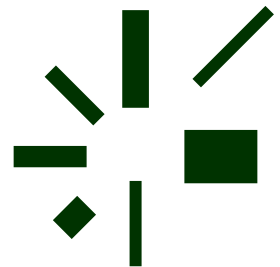
1. 事故、失敗は隠蔽せず、
患者が気がつく前に話す
2. 過誤があれば謝罪する
3. 病院は個人を徹底して守るが
隠蔽した場合は許さない
4. 必ず具体的対策を講じ、公表する



患者への約束

院内各部署に掲示

1. 全ての事象に正確な情報公開をします。
2. 事故防止のシステムを確立し、常に改善努力を怠りません。
3. 事故が発生した場合、必ず真実を話します。
4. 原因を究明し、判明した事実と対策を速やかに公表します。



当たり前のことを やってみたらどうだったか？

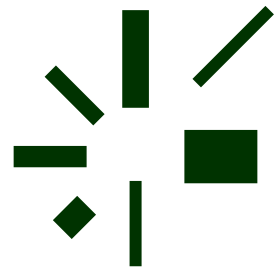
1. インシデントレポート数の推移

2003年～2007年の比較

2. 職員アンケート 2008年5月実施

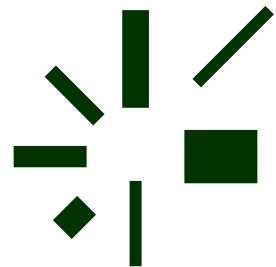
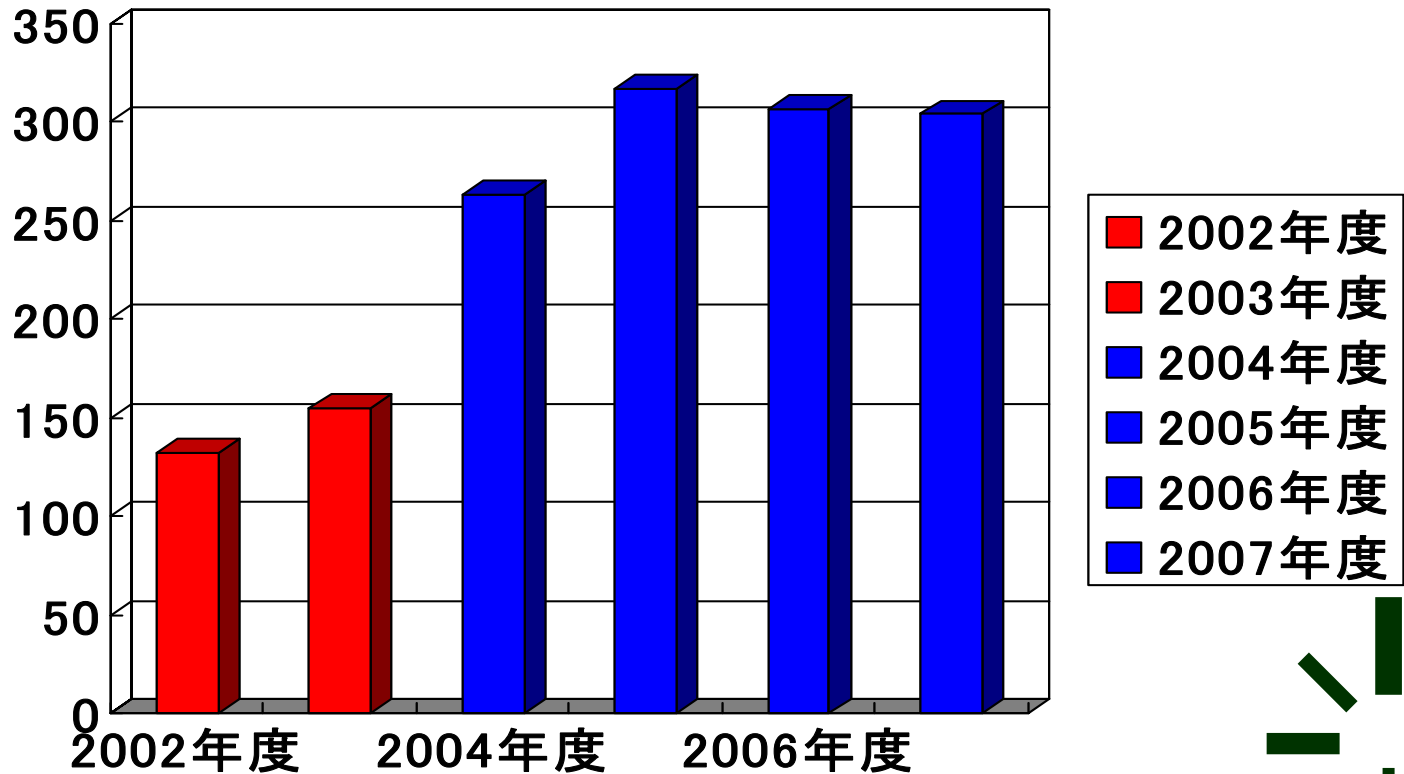
67/75 名から回答(基幹職員対象)

医師	17	看護師、助産師	19	薬剤部	2
放射線部	6	臨床検査部	7	事務局	16

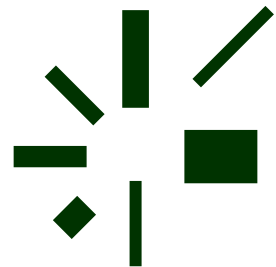
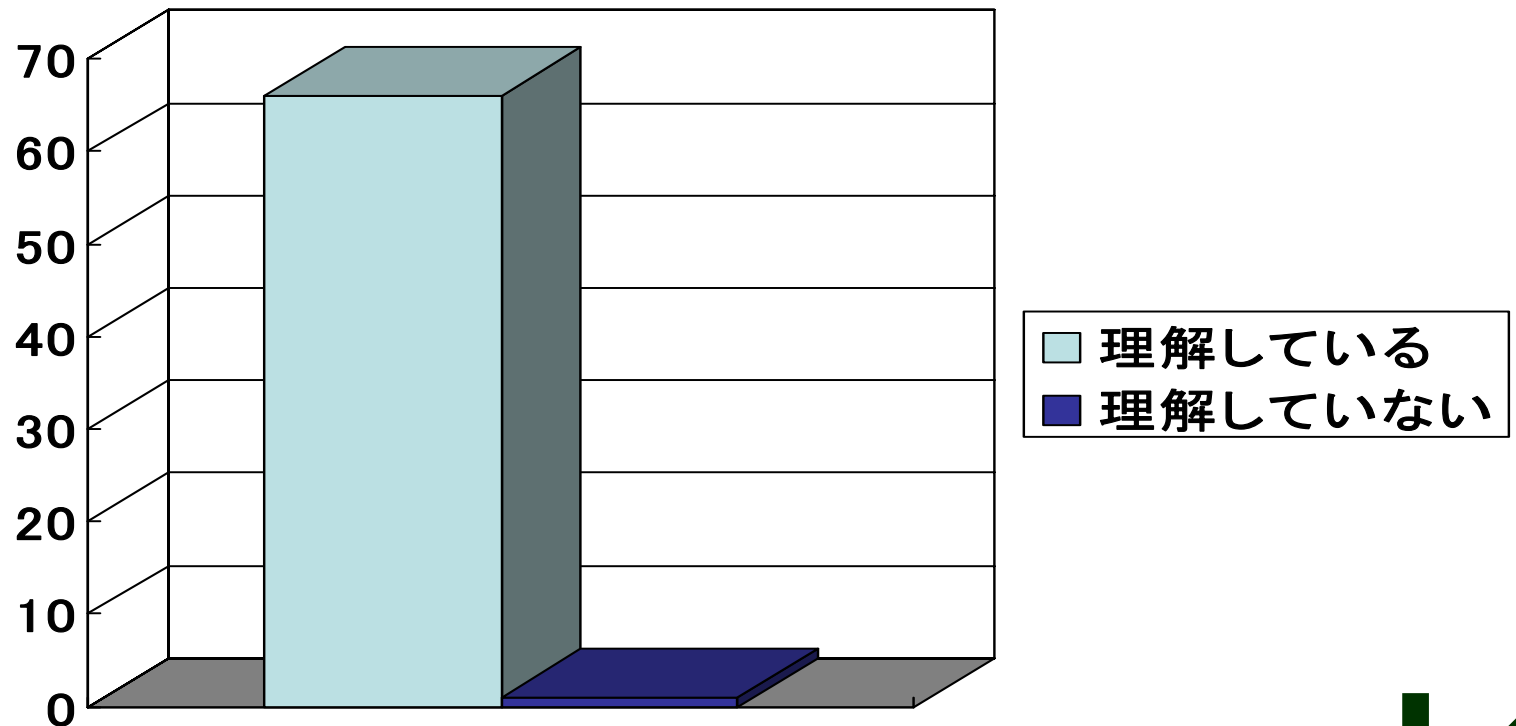


インシデントレポート

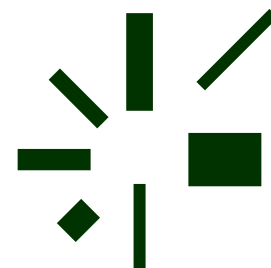
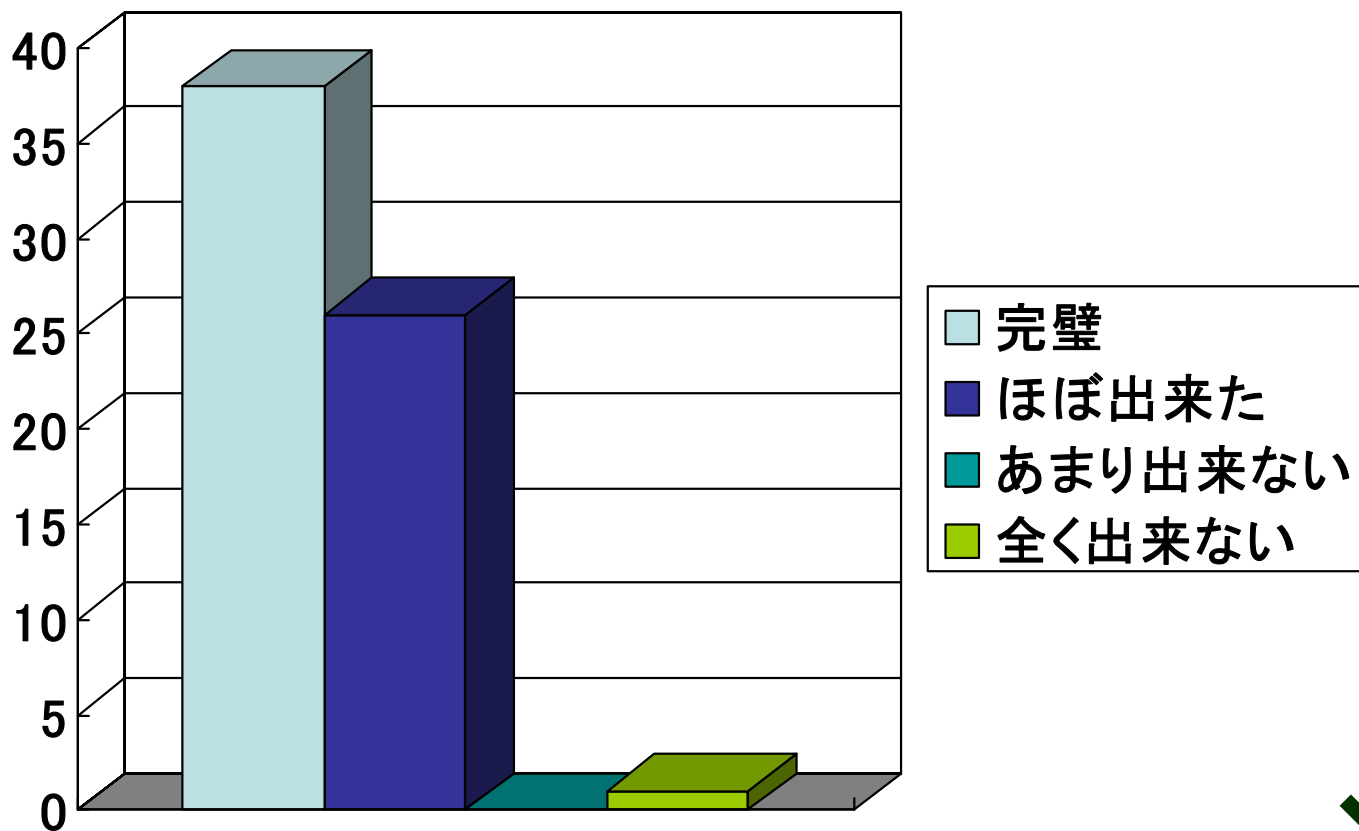
提出数の変化



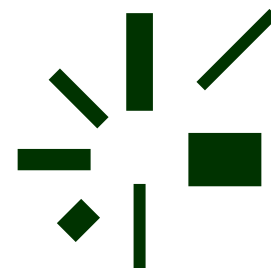
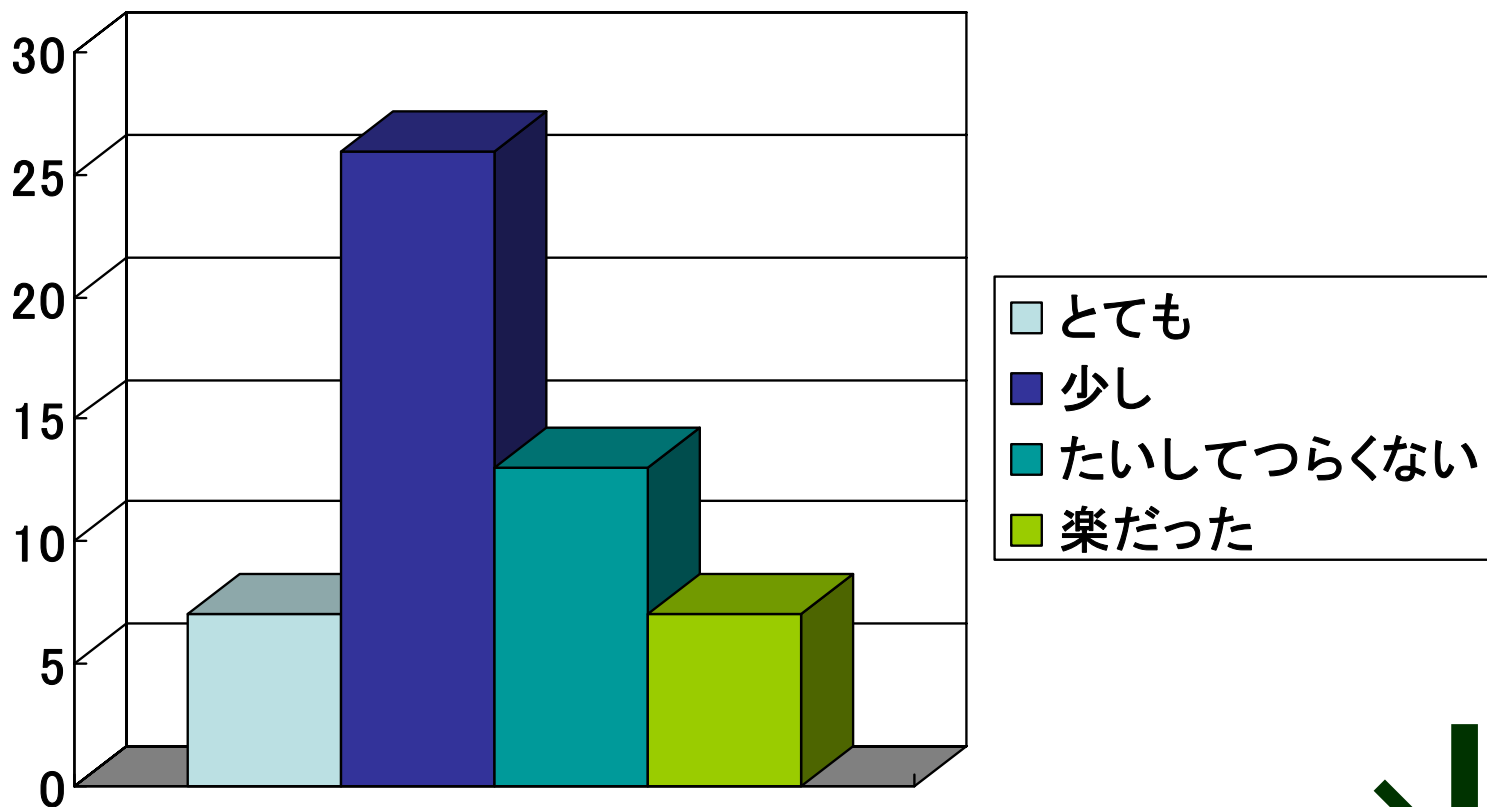
方針を理解しているか



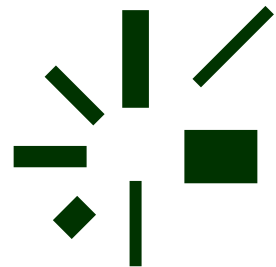
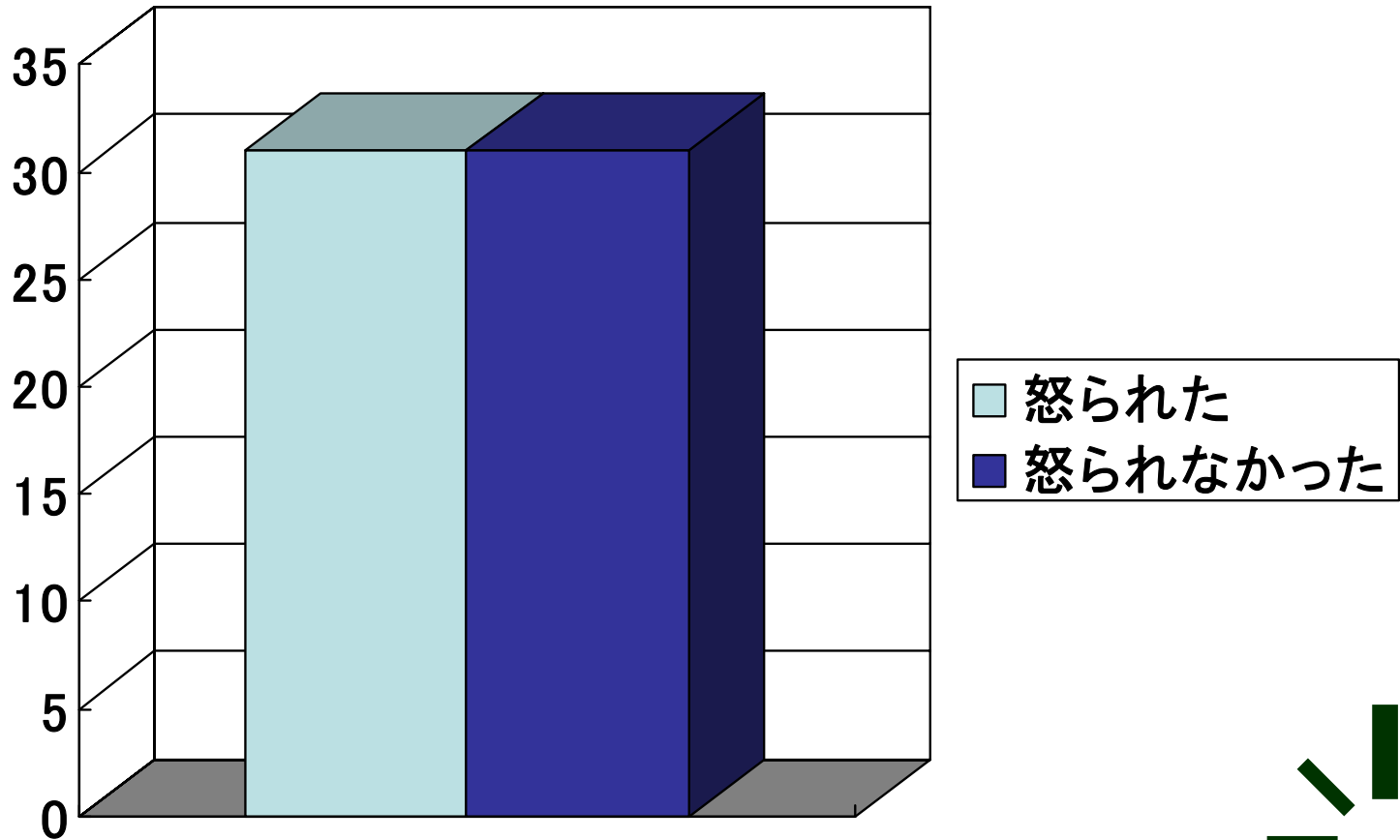
方針は実行できているか



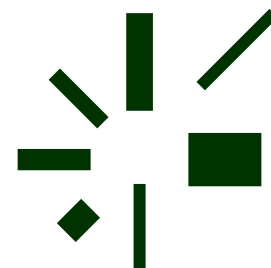
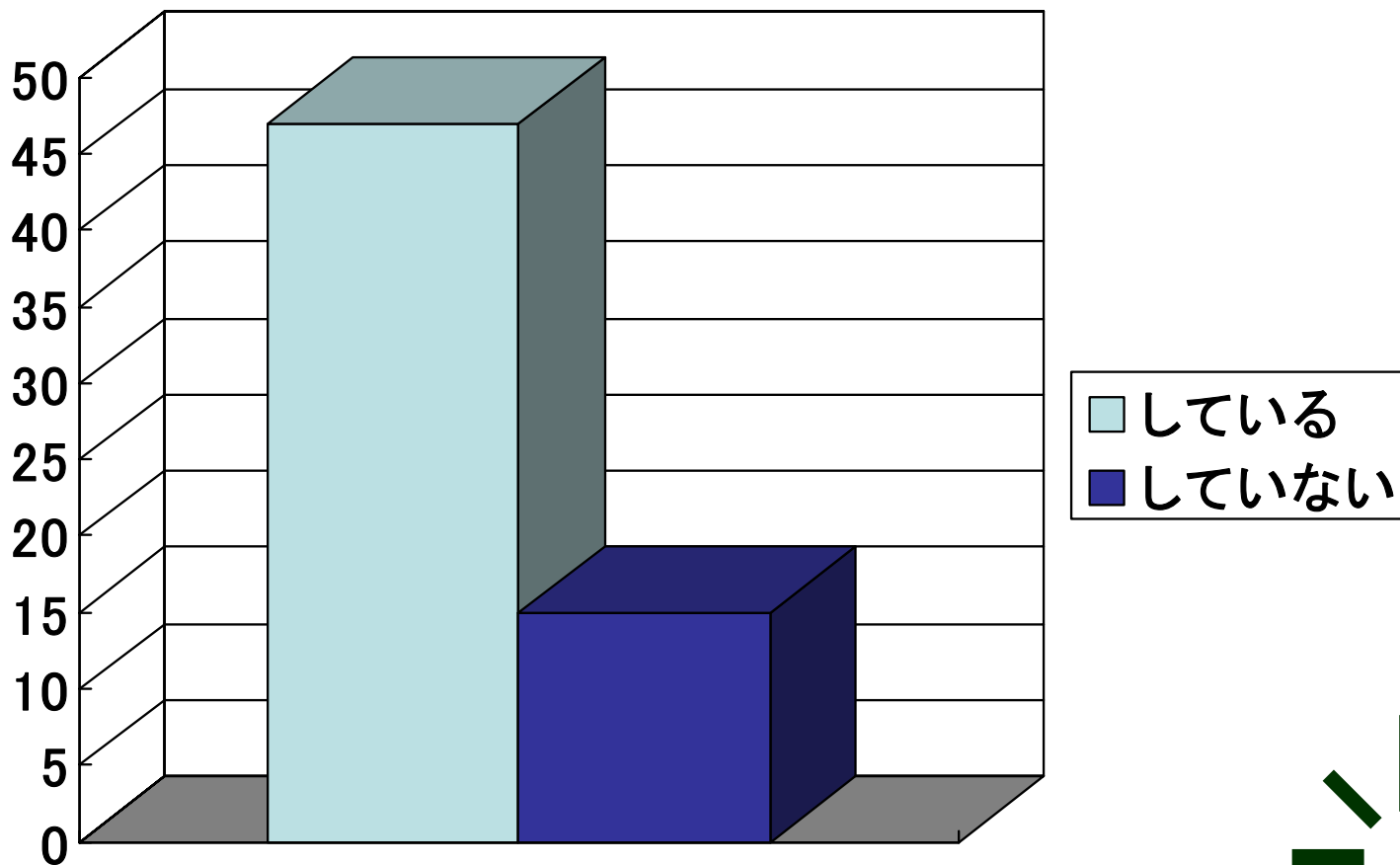
つらかったか



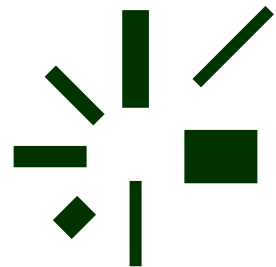
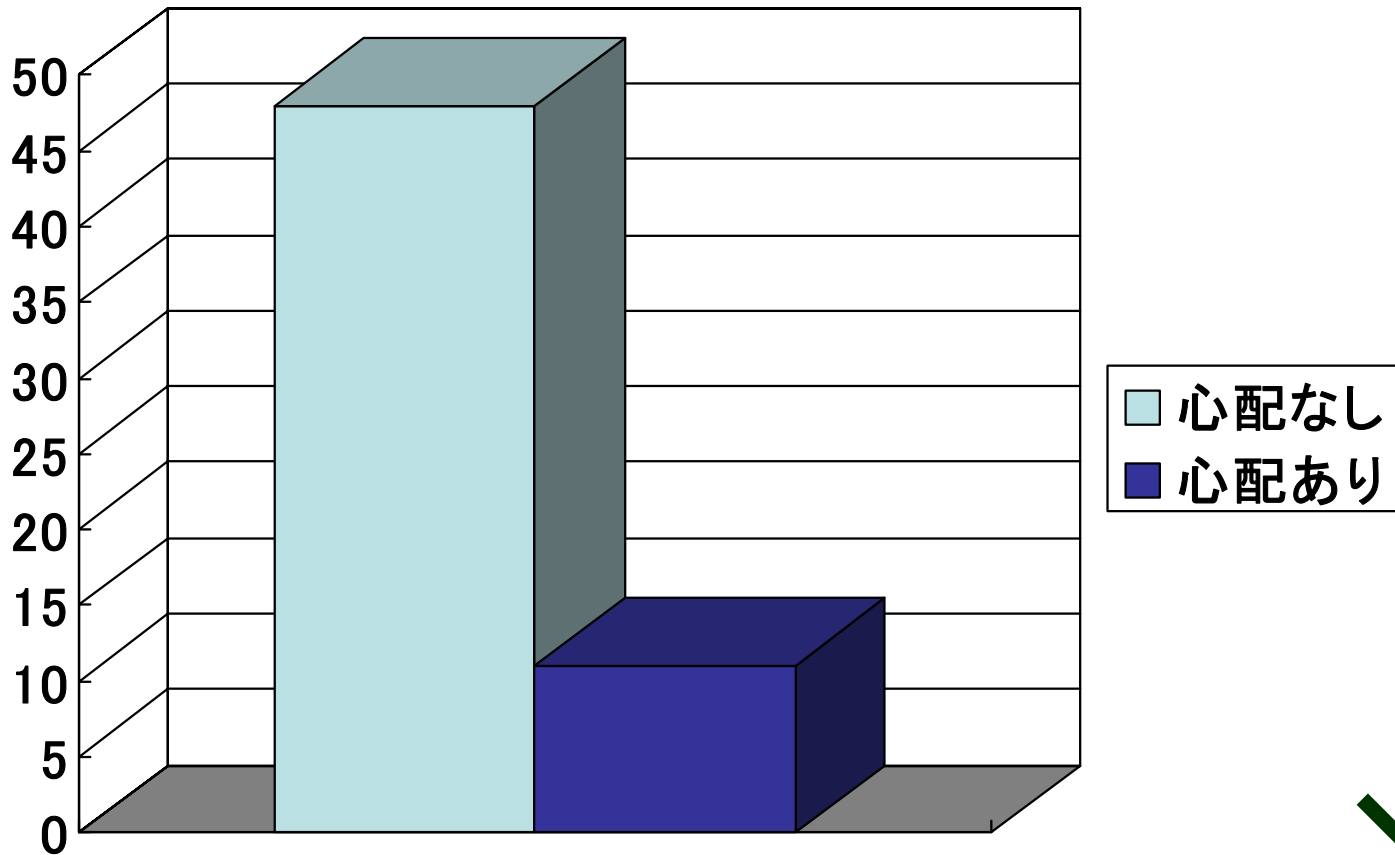
患者の反応



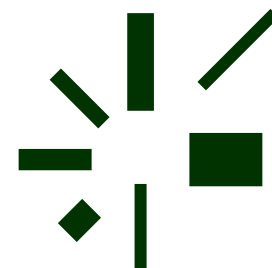
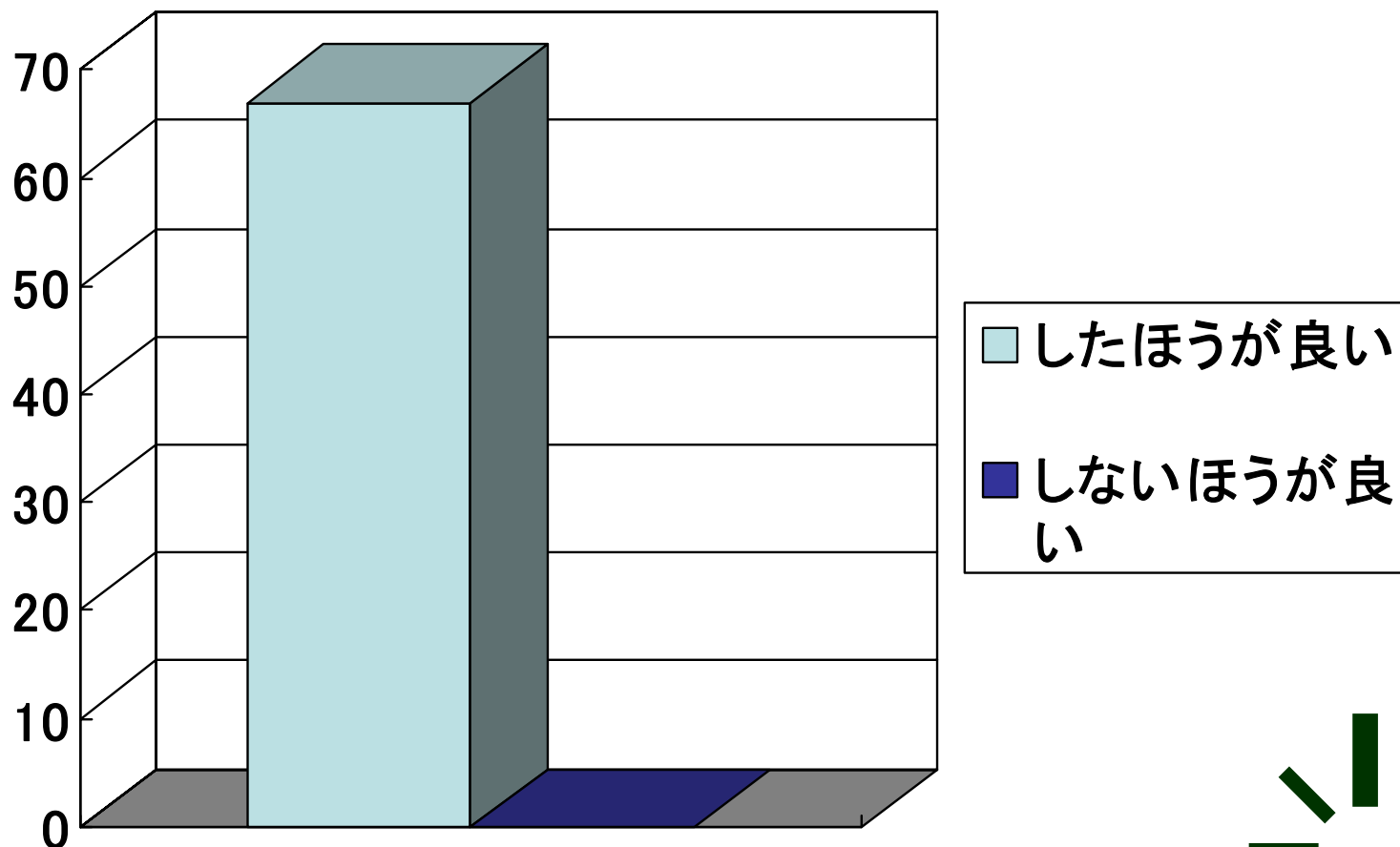
指導しているか



4年経過してどうか



継続したほうが良いか



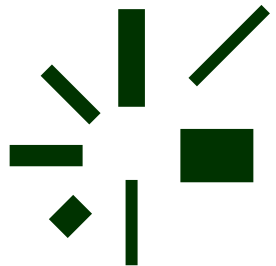
実例(1) 産科

分娩時の会陰Ⅲ度裂傷

分娩後2ヶ月で直腸膣ろう形成

説明と共感表明

1. 起こったことは合併症である **説明**
2. 入院して治療する(人工肛門) **治療方針**
3. 辛い治療になるが申し訳ない **共感表明**
4. 治療費はいただくが、個室を提供する



実例(2) 麻酔科

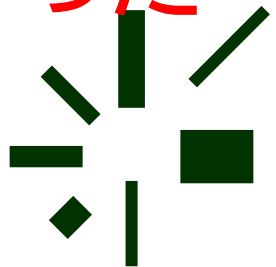
誤薬投与

麻酔終了時に誤って局麻剤静注

説明と謝罪と約束

1. 誤薬投与があった 申しわけない **謝罪**
2. 患者への不利益はない **説明**
3. 経過を見て何かあれば補償する **約束**

患者は麻酔下であり意識はなかった



実例(3) 産婦人科

人工妊娠中絶時の子宮穿孔

昨年まで15年間相模野に勤務した医師

相模野の説明→隠蔽せず

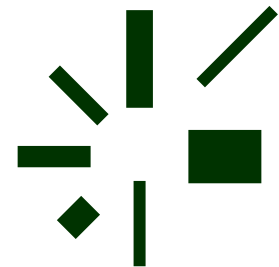
1.子宮穿孔である 原因は手術のため **説明**

2.次回の妊娠は可能である **治療結果**

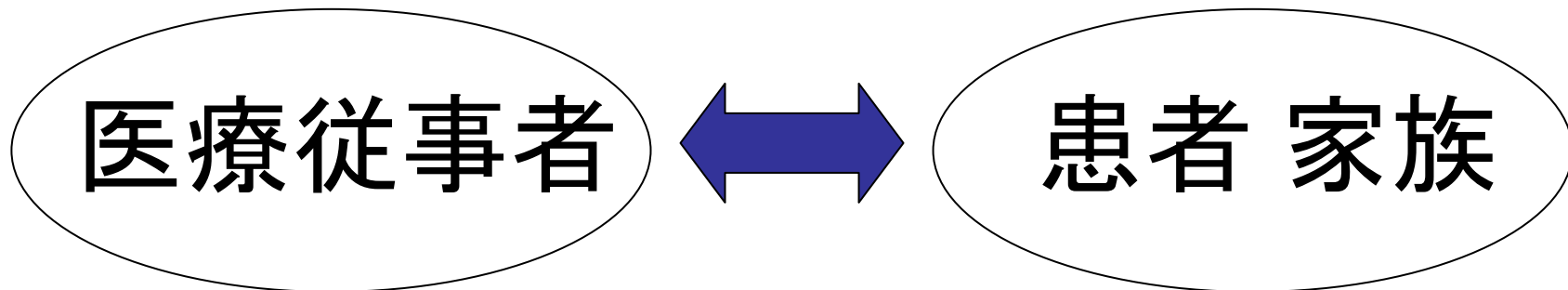
前医から説明と謝罪

1.医療ミスであることを認める **謝罪**

2.治療費を負担、見舞金支払い **補償**

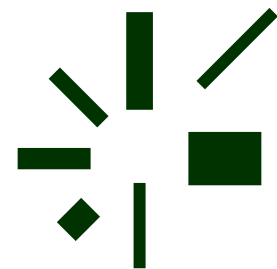


真実説明の意義



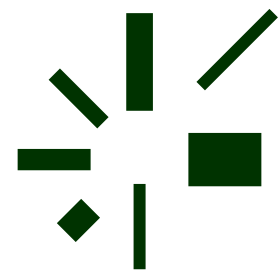
信頼関係の構築

結果として訴訟、トラブルの減少

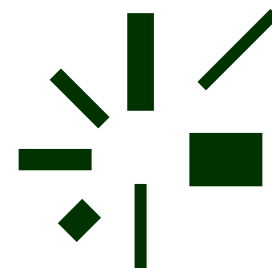
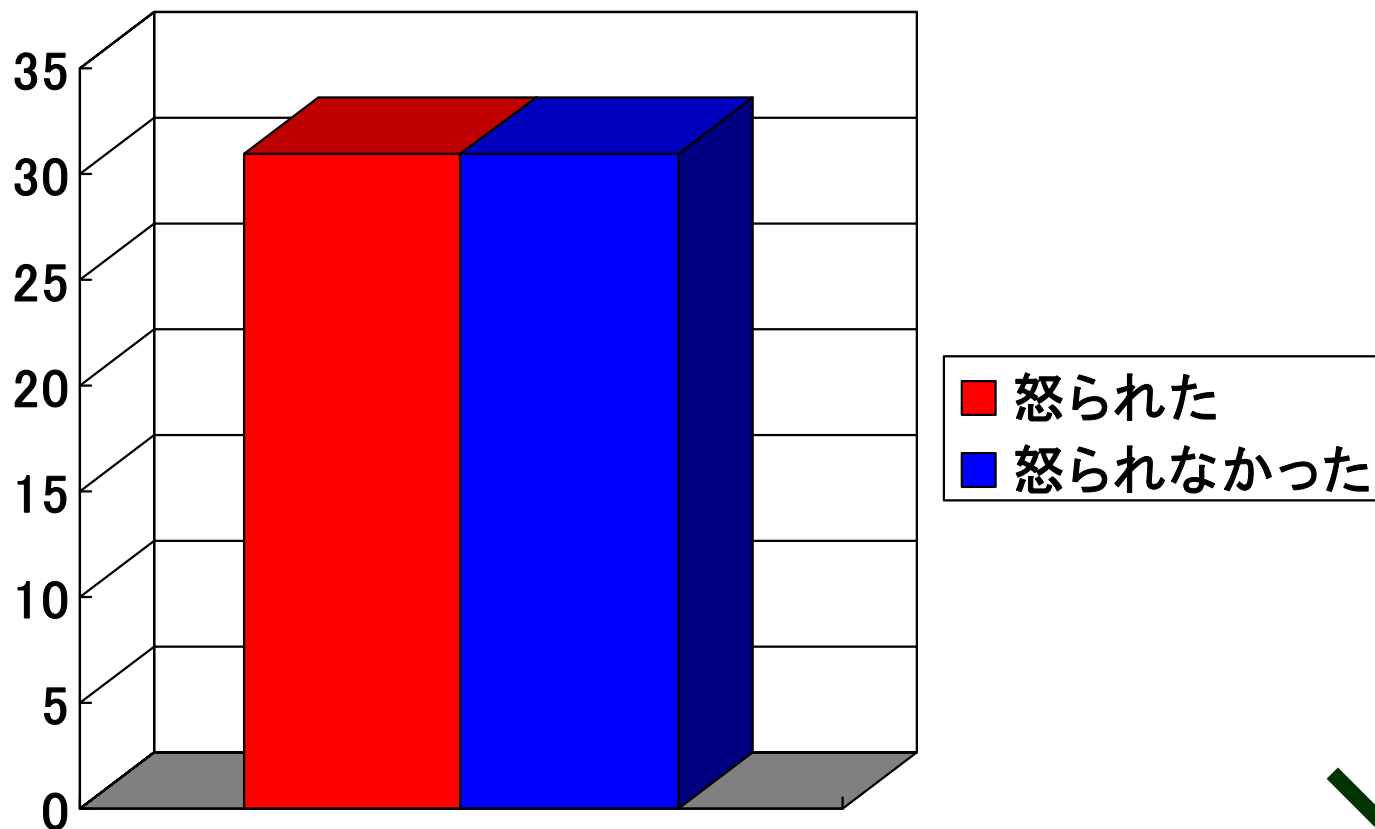


真実説明実施の原則

施設管理者が原則を熟知
職員全員が理解して実行
職員保護の徹底



医療現場でミスがおこることを 理解してください



社会保険相模野病院概要

小規模公的病院（神奈川県相模原市）

許可病床数 170床 診療科目8科

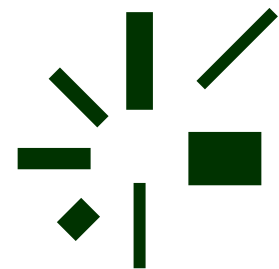
職員数 235名（医師 34名 看護師 144名）

外来患者数 500名 入院患者数 118名

病院の特徴：周産期医療に特化

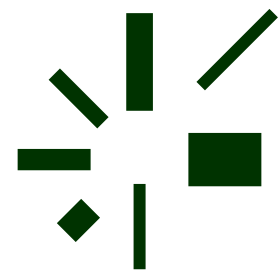
年間分娩1300例 NICU20床

病院長専門分野：産科



初めの一步！

小さな一步！



第5回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会提出資料 その2

国際医療福祉大学大学院 大熊由紀子

在宅ケアの充実と働きやすい訪問看護ステーションのためのパイロット事業予算のご提案です。

以下は7月に開かれた集いの呼びかけです。多くのナース、患者家族、ジャーナリストが集まりました

「日本中に星降るほどの訪問看護ステーションを！」

「地域での在宅看護の充実を！看護師の一人開業を実現しよう」

在宅療養で困っている方々のために

高齢化が進み、又療養病床の削減などに伴い、在宅医療の要である訪問看護の役割は益々大きくなります。

しかし、1999年に国が出した「ゴールドプラン21」で9900ヶ所出来る予定でしたが、現実には6割ほどしかありません。その壁となっているのが人員基準です。2.5人のナースがいないと開業出来ず、そのうち1人が辞めると休止届けを出さざるを得ないのです。

その為、管理者がスタッフの顔色見ながら仕事をし、自らがスタッフ以上に働いているのが現実です。熱意あるナースが1人開業し利用者が増えたら2人目のナースを雇う、そんな当たり前の事が出来ないのです。

助産師、ケアマネ、医師、薬剤師が1人で開業できるのにナースは何故2.5人なのか？ 自宅で1人で開業することが主婦ナースにとって一番働きやすく、利益性も良く、やりがいがあり、継続出来ると思います。また利用者にとっては、かかりつけナースが身近にいることに、安心感があります。

こんなナースの新しい働き方に関心ある方々の御参加を心よりお待ちしております。

安心して暮らせる地域を皆様と共に創っていきたいと思っています。どうぞ宜しくお願い致します。

■日時：2008年7月19日（土）15:00～18:00

■場所 女性と仕事の未来館：東京都港区芝5-35-3 TEL03-5444-4151

安心と希望の医療確保のための家庭医、訪問ナース、ホームヘルプ、緩和ケア支援を考えていただくご参考に、福祉と医療・現場と政策をつなぐ「えにし」ネット <http://www.yuki-enishi.com/> の「ホスピスケアの部屋」にアップした文章を抜粋いたしました。

(1)ターミナル期の人の85%が自宅で過ごすデンマークで考えたこと

■死の迎え方-4つの時期■

日本での死の迎え方は、4つの時期に分けられるように思います。

第1期は、「死」が、身近なもの、見えるものだった時代。縄文の時代から終戦直後までがそうです。幼い子どもたちを含め、みんなで看取る、野辺の送りをします。ごく自然に「死への準備教育」が行われました。残された人々も「できるだけのことはした」と満ち足りた気持ちをもてました。それが可能だった最大の理由は、医学・医療が未発達だったために、寝ついている期間が短く、あたたかな気持ちが壊れないうちに死が訪れたことです。

第2期は、人々が病院を頼りにするようになった時代です。半身不随や痴呆症になって何年も生きられるようになるにつれ、「看病」は何年も続く「介護」に変わりました。にもかかわらず、現実には行政官や政治家は1979年、「日本型福祉」の政策を打ち出しました。「嫁」の24時間、365日の無給介護に頼り、福祉予算を節約する政策です。

疲れはて、愛情が枯れそうな家族の「救い主」として登場したのが、日本独特の「老人病院」と精神病院の認知症病棟でした。医療水準の低い雑居の病室での「誇りをはぎ取られた死」が日常化し、日本独特の「寝たきり老人」が大量生産されました。福祉予算を節約したツケは、医療費の増大をも招きました。

がんのような病気も例外ではありませんでした。医師も看護婦も家族までも心電図モニターの波形を見つめている臨終の場面。波が平らになったときが死。そんな風景も日常的になってゆきました。(略)

パイオニアの赤字覚悟の実践が認められ、緩和ケア病棟入院料が新設されました。

ホスピスや緩和ケア病棟が安らかな死を実現する解決策と思われた時期、それが「**第3期**」です。

ところが、赤字が黒字になり、「病院経営の戦略としての緩和ケア病棟」を計画する病院が増えるにつれて、パイオニアたちは、求めていたものとは違うと考えるようになりました。

■訪問ナース・家庭医・パリアティブケアチームの連携で■

2002年秋に訪ねたデンマークでは、様子がまるで違いました。

この国には日本のゴールドプランや介護保険より20年以上早く始まったホームヘルプや訪問看護の仕組みがあります。これを基盤に、ターミナル期には訪問ナースが24時間体制で滞在してくれる制度が生まれました。写真1の真ん中の女性は、夜勤専門のナースです。夜勤は時間あたりの報酬が高く、幼い子どもと昼を一緒に過ごせるので人気のある仕事なのだそうです。



国民すべてが自分の選んだ家庭医をもつというこの国独特の制度も威力を発揮します。ナースの写真の右側に写っている女医さんは、「ターミナル期の患者さんには、『いつでも電話をどうぞ』とプライベートな電話も知らせています」といいました。

家庭医は病院の部長級の尊敬を受けるプライマリーケアの専門医で、平均1600人の患者を受け

持っています。

自宅が狭かったり、病状や症状が複雑だったり重かったりする場合は、訪問ナースの拠点に近いケアつき住宅に引っ越してくることもできます。さらに難しい問題を抱えた人には、10人規模のこじんまりしたホスピスが控えています。

3年前から威力を発揮し始めたのがパリアティブ(緩和治療)チームでした。拠点は基幹総合病院にあり、病院の各科の専門家と連携をとって治療の橋渡しをする一方、家庭医をバックアップし、症状が難しいときは積極的に往診するのです。

写真2には麻酔科出身で疼痛治療の名人である男性医師と、ホスピスケアの老舗イギリスで修業してきた女性の内科医が写っていますが、ナースや牧師、心理士、理学療法士、ソーシャルワーカー計10人でチームを組んでいるのが特徴です。

たがいにファーストネームで呼びあう息のあった対等の間柄が印象的でした。



■看取り寄り添い休暇も■

1990年には「看取り寄り添い休暇法」が成立しました。親しい人とのかけがえのない時間をともにするための有給休暇です。条件は、死を迎えるご本人の指名があることです。

オース市が2年前に調査したところ、ターミナル期の人の85%が自宅で過ごしていました。8割の人が病院で死を迎える日本に比べると驚異的な数字ですが、「市民の願いにはまだ遠いのです」と関係者は口々にいい、挑戦は続いています。

だれもが自分らしく、望む場所で、安らかに、愛する人との別れのときを過ごせる。私の願う**第4の時代**です。