

医療安全対策委員会
答 申

医療安全推進のために
医師会が果たすべき役割について

平成15年11月

日本医師会医療安全対策委員会

医療安全推進のために
医師会が果たすべき役割について

本委員会は、平成14年9月27日に、坪井会長より諮問を受けた「医療安全推進のために医師会が果たすべき役割について」、同15年11月13日までに10回の委員会を開催し、鋭意検討を重ねた結果、以下のとおり取りまとめましたので、答申いたします。

平成15年11月

日本医師会
会長 坪井 栄 孝 殿

医療安全対策委員会

委員長	佐野文男
副委員長	児玉安司
委員	樋口正俊
委員	小國美種
委員	中島和江
委員	梁井 皎
委員	中村定敏
委員	澤 晶子
委員	楠本万里子
委員	原 明宏

(順不同)

医療安全推進のために医師会が果たすべき役割について

目次

はじめに	医療に対する国民の期待	1
	医療の安全性	3
1	How safe is safe enough? - 医療に求められる安全性	3
2	リスクの認識	3
	(1) ヒューマンエラーと医療現場の実情	4
	(2) 医療の質の低下	4
3	リスクへの対応	5
4	残留リスクの社会的許容性	6
	政策としての医療安全と医療専門職の主体的な関わり	8
1	医療をめぐる政策形成の担い手 - 現状と問題点	8
2	医療政策形成における医療専門職(profession)の役割	8
3	患者の安全と医療の質を向上させるための3つの政策的アプローチ	9
	直面する課題と解決方策	11
1	個々の医師一人一人の資質の向上	11
	(1) 現状	11
	(2) 改善すべき点	12
	免許制度	12
	教育・研修	13
2	ヒューマンエラーによる事故の防止	14
	(1) ヒューマンエラー対策の基本的な考え方	14
	(2) ヒューマンエラーを防止するためのシステム	15
3	医療事故に対する刑事処罰のあり方についての再検討	16
	(1) 問題の所在	16
	(2) 民事賠償・行政処分・刑事処罰のバランス	17

医療安全推進のために医師会が果たすべき役割	19
1 全国の医師会が直面する課題	19
(1) 「医師会における医療安全への取り組みについて」調査結果から	19
(2) 課題解決の方向性	21
2 医師会が取り組むべき施策の提言	22
(1) 自律的取り組み	22
教育と研修の機会の提供	22
事件事例情報の収集・分析・還元	24
(2) 政策提言的取り組み	25
GMC(General Medical Council)型の自律的な免許制度への発展	26
医学・医療教育の統合的な体系整備	26
死因と事故原因究明を推進するための法律整備と機関設立	27
行政・メーカー・医療従事者間の意思疎通	28
医療訴訟の急増に伴う鑑定人協議会のあり方	28
(3) 市場型取り組み	29
医療界の立場からの社会への情報発信	29
患者の権利と責務の明確化	30
市場への情報提供	31
附；医療事故の事例分析に基づく再発防止体制の確立に向けて	32
事例情報の収集をめぐる問題の背景	
1 死因解明の重要性	32
2 いわゆる「医療事故の警察届出問題」との相克	32
3 法医学会ガイドラインと外科学会ガイドライン	33
4 原点に立ち返って	34
おわりに	国民の期待に応える医師会をめざして 37
委員名簿	39
資料	
医師会における医療安全への取り組みについての調査 集計結果	41

はじめに 医療に対する国民の期待

わが国の医療制度は、すべての患者が自ら受診する医療機関を自由に選択できるフリーアクセスを保証し、また、その提供する医療の質の高さが、世界に冠たる長寿社会の実現に大きく寄与してきたことは疑う余地がない。しかもこのようなわが国の医療制度は、米国の数分の一の費用と人員によって賄われるなど、医療関係者による懸命な努力の結果、諸外国との比較においても低廉なコストで高いアウトカムを保証していることは特筆に値する。

他方、このような医療提供体制が整備される一方で、今日、国民の医療に対する不信や不安が高まってきていることも、また事実である。たとえば、全国の地方裁判所に新たに提起される医事関係訴訟の件数(第一審新受件数)は、毎年増加の一途をたどり、平成14年中では896件に達している。

このような状況のもと本委員会は、平成9年7月、患者の安全確保と医療の質の向上を図るための方策を検討することを目的に日本医師会内に設置され、平成10年3月には報告書「医療におけるリスク・マネジメントについて」をまとめ、医療事故の再発を防止するための視点として、「責任追及型」から「原因追求型」への転換を促す姿勢を明確にした。さらに、平成13年8月の報告書「患者の安全を確保するための諸対策について」においては、平成10年報告書の内容を発展させ、「ヒト 医療従事者に関する安全対策」、「モノ 医薬品、医療用具、医療施設等に関する安全対策」、「組織とコミュニケーション 『患者の安全』のための体制作り」の三つの局面から、医療の安全確保に有益と思われる施策を提言した。

一方、医師会自身による取り組みの方向性についても、平成12年3月報告書「医療安全対策に関する緊急提言 医療安全に関する研究と人材育成の必要性」のなかで、医療安全に関する調査研究ならびに人材の育成を医師会主導で早急に着手すべきことを提言した。このように日本医師会は他に先駆けて、患者の安全確保と医療事故防止に関するさまざまな取り組みを実践してきたところである。

しかし、医師会をはじめとする医療界および医療関係者によるこれらの取り組みは、ある程度、医療界全体の意識改革に寄与したと見ることはできるものの、

現実の医療場面においては、必ずしも医療事故の減少が目に見える成果として現れるまでには至っていない。実際、各医療機関において、患者との間の紛争の増大に悩む状況は、ますます深刻化し、示談で解決する紛争の件数も増加を続けている。加えて、マスコミ等による医療界に対する過剰なまでの批判も激しさを増し、「医療機関の隠蔽体質」、「医療の密室性」など、国民の不信をあおるような言葉ばかりが目につく状況も存在する。これら一部のマスコミ等による偏頗な報道姿勢に対しては、医療担当者の立場から必要な反論を行い、国民の正しい理解を求めるべきことは当然であるが、同時に、国民が医療に対していかなる期待を抱いているのかを知り、それにわが国の医療が十分に応えているのかについて真摯に検討することは、今日の医療従事者に課せられた重要な責務といえる。

すなわち、すべての医療機関で医療安全の基本理念が実践的な取り組みとして行われることが重要であり、日本医師会はその取り組みのなかで会員および都道府県医師会、都市区医師会等に対して指導および支援の役割を担う必要がある。そのため本委員会は、医療に対する国民の期待と医療の安全性の確保という原点に立ち返り、いま一度、医療安全対策において医師会が果たすべき役割について検討を加え、さらに、医療安全に関する喫緊の課題とその解決方策についての提言を試みた。

医療の安全性

1 How safe is safe enough? 医療に求められる安全性

安全性を議論するうえで、安全とは何かについての正確な理解は不可欠である。安全とはリスクが全くなくなったこと、すなわちリスクフリーの状態を意味するわけではない。いかなる技術も必ず技術の進歩に伴って新しいリスクが生み出され、また完全には克服することができないリスクが残されてしまう。このようなリスクを残留リスクという。医療においても、診療内容が高度かつ複雑になればなるほど、患者に従来なかった利益を提供することができると同時に、その一方で残留リスクが増大する。たとえば、低侵襲の腹腔鏡手術を導入することによるこれまでの手術にはなかったリスクの発生、放射線検査に造影剤を使用することによるアナフィラキシーショックなどの重大な副作用の発生は、わかりやすい例である。また、必ずしも高度な医療技術に限らず、人為的なミスによる事故の発生をシステムによって完全に防止できない場合には、これも残留リスクとして取り扱わなければならない。

安全とは、この残留リスクが社会的許容範囲内に収まっている状態を意味している。しかし、医療安全に関する議論の場ではしばしば、この残留リスクの概念が正確に理解されることなく見過ごされていることに注意を要する。

2 リスクの認識

医療におけるリスクの検討にあたっては、ヒューマンエラーに起因する事故と医療の質に関わる事故を区別したうえで、それぞれを行為者個人の問題として結論づけてしまうのではなく、その背景要因を明らかにするために医療システム全体の視点から論じる必要がある。

(1) ヒューマンエラーと医療現場の実情

医療現場における医療事故のリスクに対する認識は、従前、必ずしも一般的ではなく、「医療事故はあってはならない」という考え方が支配的であったことも手伝って、医療自体に内在する残留リスクの把握は十分とは言えない状況がみられた。

しかしながら昨今、医療法施行規則の改正によって医療施設内における事故報告が制度化され、あるいは、自主的な取り組みとしても、危うく事故になりかけた事例を院内で報告収集する「ヒヤリハットレポート」(インシデントレポート)等の手法が用いられるなど、医療施設内でのリスクを把握しようとする取り組みが着実に広がりを見せてきた。

その結果、さまざまなニアミス事例(ヒヤリハット事例)や事故事例が集積され、医療現場には現実にはたくさんのリスクが存在している事実が明らかになってきた。各医療現場においては、これらの事例を分析した結果、多くの場合、注意不足が原因であるとされ、その再発防止策として指差し確認の回数を増やしたり、注意を喚起するといった対策が採られてきたところである。

しかし、そもそも過密かつ過重な労働を強いられている医療従事者に対して、さらなる注意力を要求すること自体は困難であり、だからこそ「不注意」による事故が繰り返し起こっているのもあって、本質的な問題は、注意力の不足を補うようなハードウェアやシステムが医療現場に完備されていないという点にある。すなわち、リスクに対する認識は高まってきたが、そのリスクの背景要因ないし根本的な原因についての認識は、まだまだ不十分な状況である。さらに、それらの認識を現実の安全な医療へと結びつけていくためには、各医療施設や現場の実情にあった医療安全体制を構築することが必要となる。

(2) 医療の質の低下

医療事故を誘発するリスクとしてヒューマンエラーとともに重視すべきものに、医療施設として備えるべき医療水準が満たされていない場合をあげることができる。平均的な医療水準に満たない医療が行われることは、医師・患者関係の信頼を揺るがす要因としても重大である。水準以下の医療が行わ

れる原因は、しばしば個々の医療従事者の知識不足や能力不足にあるとして片づけられがちであるが、本質的な問題は個々人の努力に帰せられるべきではなく、日本の医療全体の水準の維持、医療従事者の資質の確保、さらには、いかにしてわが国の医療水準の向上を図るかという問題として捉えるべきである。

また、これらに付随する問題として、二度・三度と医療事故を繰り返し起こす医療従事者(いわゆるリピーター)に対する再発防止策も、具体的に策定し実行に移すことが、医療全体の質の保証という観点から重要なことといえる。

3 リスクへの対応

以上の観点に立って、わが国の医療制度全般を見わたすと、さしあたり次のとおり三つの問題点を指摘しうる。

第一の問題点は、現在の医学教育のなかでは、医療安全に関する教育が極めて不十分なことである。医療事故は日常診療において繰り返し発生してくる事象であるから、医療安全についての教育がなされているか否かは医療事故の防止効果を大きく左右することになる。医療安全学は、それ自体が一つの体系をもった学問として確立されていかなければならないが、のみならず、卒前、卒後を通じた医学教育全体のなかで体系的にカリキュラムに組み込まれていく必要がある。

第二に、医療に関する教育訓練の問題がある。医師の裁量の前提となる標準的な知識・技能をすべての医師が具えることは、医療全体の水準の維持と質の確保という観点から極めて重要である。この点で、現在の医学教育が置かれている状況は、卒前教育、卒後研修ともに未だ十分とはいえず、早急に教育・研修の環境を整備していく必要がある。

第三は、医療の標準化の遅れである。どのような医療が標準的な医療といえるのかについては、根拠に基づく十分な議論が必要であり、EBMの考え方が導入、普及されなければならない。ところが、従来、一般的な診療に関しても、

標準的な医療について、医療界が十分な議論を経たコンセンサスを見出し得なかったところに、患者側の不信の原因の一つがあるものと思われる。

4 残留リスクの社会的許容性

安全とは、残留リスクが社会の許容する範囲内に収まっている状態を意味するとの理解を前提とするならば、医療安全においては、まず、医療に内在するリスクを社会、国民が正確に理解し、そのうえで、それらのリスクを、医療関係者の努力によって、人々が納得する範囲内にまで縮減させることが必要となる。

たとえば、高度の医療行為や重症患者に対する処置において生じうる不可避のリスクについて、予め医療側で周到な対策を講じ、また患者・家族に十分な説明を行っていても、リスクが現実化した場合には、患者・家族の納得が得られなかったり、マスメディアによって医療過誤として厳しい報道にさらされることさえある。医療における残留リスクについての国民一般の正しい理解が促進されるよう医療界からの正しい情報提供を強化していく必要がある。

他方、実際に残留リスクを低減させる問題については、医療関係者の懸命な努力にもかかわらず、医療現場においてはなおもヒューマンエラーに起因する医療事故が繰り返されており、このように残留リスクが依然として高い状況は、国民の「医療不信」を助長していると見ることができよう。

加えて、標準的医療の水準を一定のレベルに保持し、あるいは改善する仕組みが十分に機能していないため、医療水準以下の医療が行われていることも、医療の残留リスクを依然として高いものとしている。この点については、とりわけ医療関係者自身、医療界自らによる改善の取り組みと自浄作用が期待される場所であるが、現状の取り組みでは未だ不十分と言わざるを得ない。

今後、これらのリスクを可能な限り減少させるための方策として、ヒューマンエラーを予防し、各医療機関のみならず地域での医療連携を密にすることによって医療の質を高めるとともに、リスクが高い高度な医療行為および重症事

例においては、特に念入りな説明と同意取得を徹底するなどのいわゆる「リスク・マネジメント体制」を各医療機関ごとに整備していくことが急務といえる。

政策としての医療安全と医療専門職の主体的な関わり

1 医療をめぐる政策形成の担い手 現状と問題点

医療は、国民生活に最も身近で影響力の大きい、重要な政策分野である。また、その対象とする範囲は広範に及ぶため、政策形成に関わるセクターも多岐にわたる。すなわち、医学教育・研究は文部科学省において、医療提供体制全般と各医療職種の業務、免許・資格等の管理、医療研修および医事・薬事に関する事項は厚生労働省が主管し、医師免許の取消処分等も厚生労働省内に設置された医道審議会が主管している。一方、医療に関する刑事司法については、警察庁・検察庁・法務省などがその政策立案を担い、さらに、医療事故に関する民事・刑事の訴訟については、最高裁判所事務総局をはじめとする司法行政および各裁判所の個々の判断がなされて、その集積が医療を規制する法体系を形作っている。

しかし、これらの多方面にわたる医療に関する諸施策が、相互に整合性をもって統合的な政策として形成されているかという点については未だ不十分と言わざるを得ない状況である。たとえば、巷間、医療事故をめぐる民事訴訟、刑事処罰、そして資格制度相互の関係が問題とされたが、縦割り行政のなかで必ずしも統合的な政策が形成されるには至っていない状況である。このような政策形成場面においては、医療現場の実情を知り、また、その問題点を指摘しうる医療専門職の積極的な関与や、政策形成の担い手としての主体的な発言が極めて重要となる。したがって、今後の医療政策の立案にあたっては、日本医師会をはじめとする医療専門職団体から積極的な提言を行うことが、実効性のある政策を生み出す要諦になるというべきである。

2 医療政策形成における医療専門職(profession)の役割

医療専門職は、医療知識を習得し、それぞれの立場で医療の専門職として資

格を得て業務を独占し、医療を実践している。医療実践の経験は医療専門職以外の者には持ち得ず、医療現場の実情、問題点、そしてあるべき姿を、患者の利益を守るという観点から語るができるのは、医療専門職以外にはあり得ない。加えて、専門的知識と経験を具えた医療専門職にとって、医療のあるべき姿について一定の見解を示し、率先して行動を起こすことは、医療に身を置く者としての社会的責任であるとも言う。その際、医療専門職は多くの専門的知識や経験を有していることから、独断専行に陥りやすいといった弊害も危惧される。そのため、医療政策の形成過程に医療専門職が主体的な関わりをもって臨む場合には、とりわけ以下の諸点に留意する必要がある。

医療専門職は、職業ギルド的な利益の保持を超えて、国民全体の利益と健康の増進、医療の質の確保を重視していくべきである。

医療専門職は、たとえば、医療費について受け身の発想で医療費の値上げを要求するというような対応をとるのではなく、積極的なより良い医療を追究する医療政策の全体のなかから提案をしていくべきである。

現状の制度を運用し、現状の法律をいかに解釈するかという問題と、新たな立法に基づく制度の創設の問題を混同することなく、正確な法律論(解釈論・立法論)と政策論を展開していく必要がある。

3 患者の安全と医療の質を向上させるための3つの政策的アプローチ

医療分野に限らず、あらゆる政策形成の場においては、以下に述べる3つの主要なアプローチが採られている。

第一は、規制型のアプローチである。従前のわが国においては、行政を中心とした規制と護送船団方式と言われる脱落者を出さない利益配分の方式が採られてきたことは周知の事実である。

これへのアンチテーゼとして、市場型のアプローチがある。市場の意向を尊重し、市場をいかに機能させるかという観点を重視するアプローチである。たとえば、福祉・介護の領域では「措置から契約へ」という考え方が提唱され、

従来の行政による規制と利益配分一辺倒のあり方から、より柔軟で市場の機能と情報提供を軸にした開かれたサービス運営が指向されるに至っている。もちろん医療分野においては、行政規制のみによる政策形成はあり得ないし、また、他のサービス産業等と同様の考え方で単純な市場原理の導入を主張することも不適當であることは言うまでもない。

そこで、上記の「規制型」、「市場型」のアプローチに加えて、とりわけ専門職の存在が前提となる政策分野においては、専門職の職業倫理という観点を加味した「自律型」(professional autonomy)のアプローチが重要となる。

医療専門職は、医療現場の実情と医療に関する国民の声を最もよく知る立場にあるとともに、医療における問題点を自らの知識と責任において把握する必要もある。さらに医療専門職は、その専門知識による独善に陥ることなく、患者の声を聞き、患者の代弁者となって医療政策形成の主体として活動していく必要がある。したがって、ときには、国民の視点に立って規制当局、行政当局に対して働きかける責務すらも負い、また、一面においては医療というサービス産業の市場に対して国民の健康の保持という最重要の目的ゆえに単純な営利主義と競争原理では解決できない「情報提供」の機能を十全に行っていく責務も負っている。

このように、政策形成の場面では一般的に、規制型・市場型・自律型の3つのアプローチが採られているが、医療の質の向上と患者の安全確保を目的とした政策形成においては、医療専門職による自律的な取り組みこそが極めて重要であり、政策全体を統合する機能を担うことが期待される。

直面する課題と解決方策

1 個々の医師一人一人の資質の向上

(1) 現状

わが国の医療の質の確保に重要な役割を果たしているのは大学医学部・医科大学における医師養成段階での卒前教育および、医師免許取得後の生涯教育として行われている卒後教育研修である。また、卒前教育と卒後教育の間には医師免許の付与のための審査として医師国家試験が存在し、合格し医師免許を付与された者には2年間の臨床研修が義務づけられる(ただし、平成16年度より実施)。免許付与後は医師として不適切な行為があった場合には免許を取消しまたは一時停止とする措置が、医道審議会の議を経てとられる。そのほかに各専門医団体や学会等が独自に、一定の要件を満たした者に専門医や認定医等の称号を付与し、また、その更新に際しては一定の生涯教育の受講を条件としている場合が多い。

わが国の医師の技能水準は、これらの養成課程・国家試験および免許管理・生涯教育・専門医制度等により、ある程度一定のレベルを維持してきたと見ることはできよう。しかし、医療事故とそれに起因する医事紛争が後を絶たず、また、医療界に生起するさまざまな不祥事を目のあたりにするとき、われわれはこれまで連綿と続けられてきた医師養成や医師免許のあり方を問い直し、現代社会に求められている医師の資質そのものを見直すべきときに来ていることに気づかなくてはならない。

たとえば、これまで医療事故に関しては、民事賠償責任の帰趨に大方の関心が注がれていたが、そもそも民事賠償とは被害者に生じた損害を加害者と被害者の間で公平に分担し(被害者救済)、紛争を早期に解決することを目的とした制度である。そこでは、関与した医師や医療従事者ならびに管理者等の過失の有無や程度が中心的な争点となるが、これは、結局、加害者の責任の存否を決することを目的とした議論にしかすぎない。

もちろん、発生した医療事故の個々の被害者を迅速に救済するためのこう

した議論が必要であることは当然であるが、より大局的な見地から見れば、いま真に求められているのは、医療事故が発生した際に、その事故の内容を吟味し、個人の「注意力」というような一般的な属性に帰するのではなく、再教育を行い、弱点を克服したうえで再び質の高い医療に取り組めるようなヒト作りを目指すことである。この点でたとえば身近な例である自動車の運転免許制度と比べても、事故情報の収集と再教育への連結という面で医療の質の確保のための制度は大きく立ち遅れていると言わざるを得ない。

(2) 改善すべき点

免許制度

医療の質の確保に重要な役割を果たす医師免許制度は、現状においてはさまざまな問題をはらんでいる。

第一に現在の医道審議会を通じた免許の停止等の行政処分には、医療専門職自身による自律的な取り組みという側面がない点である。

第二に医道審議会には、行政処分の検討対象を選定するために独自に情報収集を行う機関や権能がない点である。現状では、刑事事件として報道された事案や社会的に大きく問題とされた事案を検討対象として収集し、その事実認定に際しても、報道や刑事事件の事実認定に依拠して免許停止等の処分が行われている。このような状況に加えて昨今、紛争の早期解決・被害者救済を目的とするはずの民事手続において、医師側が敗訴した判決あるいは医師側が賠償金を支払った事案についても医道審議会の場で免許取消等の可否を検討しようとする考え方が示されているが、これはむしろ国民の被害者救済の観点からはその桎梏となるものであり、本来の免許制度の運用としては邪道と言わざるを得ない。すなわち、免許制度に本来求められる内容とは、免許保有者の個々の技能が常に水準以上に保たれるように審査し、基準を満たさない者には再教育等の方法により技能水準を維持させることであるといえよう。

さらに、現状の医道審議会による処分には、医療事故の発生と医療の質の問題が必ずしも反映されておらず、処分対象も刑事事件や保険の不正請求の問題に偏りがちである。端的に言えば、まさに見せしめ的な処分が行

われているにとどまっております、今後、積極的な再教育機能を具えた仕組みへと改めていくことが必要である。

教育・研修

卒前の医師養成課程のなかに、今日の医療が抱える問題の淵源があると指摘する声は多い。すなわち、医療事故の発生原因としてたびたび指摘されるチーム内でのスタッフ間の意思の不疎通や、協調性の欠如といった問題は、医療技術の習得以前の間人性、人格に起因するものということができるが、これらは卒前教育のなかでも早い段階から解決しておくべき課題であるといえよう。また、患者との接遇においてたびたび問題を起こす医師も、他者とのコミュニケーションに障害があると考えられ、医師養成段階における全人的な教育が強く望まれるところである。

同様の問題は卒後の生涯教育においても指摘することができる。特に、患者接遇に関しては、長年の診療経験のなかでいつしか患者に対して威圧的な態度をとったり、診療内容の説明が疎かになるなどの問題を抱える医師も見受けられる。診療に対するこのような患者不在の姿勢は、医療事故の温床になることは明らかであり、個々の医師が生涯教育のなかで改めていくべき問題である。これらの学習内容は、日本医師会生涯教育制度のなかでは「基本的医療課題」として位置づけられており、「医学的課題」と比較して、従来必ずしも重視されてきたとは言い難く、今後、日本医師会としても内容の充実に努めていく必要がある。

一方、医師として具えるべき基本的な技術や知識についても、教育・研修の側面から今一度検証することは必要であろう。すでに「医療の安全性」に関する議論のなかでも触れたように、医療水準に満たない医療を行う医師は、患者から見れば医療に対する不満の最大の原因と考えられ、その改善は個々の医師の努力を待つのではなく、医療界全体の責務と捉えて対策を講じる必要がある。特に、医師法の改正に伴い平成16年度から医師の臨床研修が必修化されたことは、この問題の重要性をより際立たせている。臨床研修は、医師免許を取得するのに要求される技能を保持すると認められた者が、その技能を基礎として実際に診療に従事する場面で必要とされ

る実践的な技術を修得するものである。したがって、この段階ですべての研修医には標準的な医療に含まれる知識・技能を修得させよう、医療界全体で効果的なカリキュラムを構築していく必要がある。

2 ヒューマンエラーによる事故の防止

(1) ヒューマンエラー対策の基本的な考え方

“To Err is human, to forgive divine”という言葉が使われる。まさに人はミスをするのであり、そのミスに対していかなる事故防止対策をとるかということが問題となる。しかし、すでに触れたように、不注意の対策がダブルチェックや指差し確認等の注意力の強化のみに求められるならば、それは「対策」の名に値しない。すなわち、ヒューマンエラーによる事故を防止するための対策とは、本質的には、注意力が欠如しヒューマンエラーを犯しやすくなった状態にあっても事故を誘発しえない仕組みをハードウェア、システムの面から構築することである。したがって、ここでは特に医療現場におけるハードウェア、システムの整備を促進しうる政策形成への道筋を示すことが、ヒューマンエラーの防止対策として大きな意味を持つであろう。単純な構造の注射器を使用する際の誤注射事故から心臓カテーテルなどの最先端医療機器の使用時に起きる事故に至るまで、器具・機器等の不具合に由来する事故あるいは器具・機器等の弱点を人間の注意力で補いきれずに起きる事故は後を絶たない。これらの事故を防止するためには、従来、人間の注意力に頼っていた部分を極力排除し、器具・機器等のハードウェアの構造を、事故が起こりえないものに改善していくことが有効である。古くは、麻酔時に不注意から笑気と酸素の接続を誤るといった事故に対して、これをハードウェア的に誤った接続ができない構造を採用することによって解決したという実例がある。このように、事故を生じにくい器具・機器等を普及させていくためには、現実の事故事例を医療器具・機器メーカーの製造部門にフィードバックし、開発努力を促すことが必要である。その前提として、医療関係者の側からは、

現状の器具・機器に対する医療現場の声をメーカーと行政に伝えていくことが重要である。同時に、医療器具・機器メーカーがこのような新規格の器具・機器等を開発する際には、多大なコストや開発リスクを伴うが、これらに対しても財政的な裏付けがなければ、実効性のある安全器具の開発は不可能である。

行政は医薬品や医療器具・機器等の開発・製造・販売等について広範な規制権限を有し、また、それらの価格設定や補助金の交付などについてもさまざまな権能を有している。しかし、このような行政の機能は、これまで医薬品・医療器具・機器等の安全性の向上に十分寄与してきたとは評価し得ない。たとえば、医薬品について言えば、これまで医薬品自体の有害な副作用の防止などの安全性については、行政庁は高い関心を払ってきたが、複数の薬剤相互の名称や外観が似ているために混同を起こしやすいといった使用時におけるリスクについては、行政庁の対応に見るべきものはなかった。これは、医療現場においては各医療従事者が切実な問題として認識しているリスクであっても、その声が必ずしも行政を通じて明快にフィードバックされていないことによるものである。

(2) ヒューマンエラーを防止するためのシステム

異型輸血から患者取り違えに至るまで、一見、個人の不注意によるものと思われる事故が、実はシステムの欠陥に起因するものであることはしばしばある。輸血を例に挙げれば、医師が輸血を決断してから実際に患者に実施されるまでに、多数の医療従事者が関与して情報が伝達され、実際の血液バッグが多数の人の手を介して届けられ、そして血液型の情報や製品の情報が医療機関の内外を流通する。すなわち、異型輸血という一見単純なミスと思われる事故も、このようなヒト・モノ(物品)・情報が錯綜するなかでいくつもの要素が複雑に関与しあって発生しているのが実情である。

一つ一つの異型輸血や取り違えなどの事故は、各医療機関におけるヒヤリハット報告やアクシデントレポートのなかにおいては、その現象面だけに注意が行きがちであるが、多数の事例を集積し、かつ典型的なケースを深く分析していけば、それらが医療機関におけるヒト・モノ・情報を統御する全体

のシステムの弱点に由来するものであることが明らかになる。

まず、個々の医療機関においても、自主的な取り組みによってヒューマンエラーを防止する工夫が図られるべきである。たとえば、行政側の対応不備などによって放置されている薬剤相互の名称や外観の類似は、医療従事者の誤認・混同を誘発しやすいとされているが、このような薬剤は同一医療機関内では同時に導入することを避けるなどの回避策をとることが有益である。同様のことは医療器具・機器等に関する指摘しうる。

さらに、このような個々の医療機関の取り組みを強化し、医療機関の内部機構全体のシステムの弱点を明らかにするような深い分析は、全国の医療機関が医療事故の情報を共有できるようなシステムの構築により、一層効率よく推進していくことができる。

3 医療事故に対する刑事処罰のあり方についての再検討

(1) 問題の所在

本来、医療専門職が起こした医療事故に対して刑事処罰がどこまで必要なのかについては充分慎重な議論が必要である。すなわち、医療専門職のミスは刑事処罰によって解決されるよりは、むしろ民事の損害賠償によって被害者救済を迅速に図ることが第一義であり、ついで、同じ過ちを繰り返させないために再教育を行い、それでも改善の見られない者に対しては最終的な手段として免許の取消・停止等の厳しい措置を行うことが必要と考えられる。また、そうすることによって、医療の質の確保と医療専門職の自浄作用を国民に対して明らかにしていくことが可能となる。

一方で、昨今、現実に医療事故が警察の捜査対象とされる傾向が広まりを見せている事実は謙虚に受け止め、また、その理由を十分に検討する必要がある。平成9年に異状死の届出等により警察等の司法機関の捜査対象となった医療事故は年間21件であったのが、平成14年は183件に上っている。このような医療における刑事処罰の拡大の背景には、

民事紛争の長期化に伴う解決手段としての機能不全

免許制度と行政処分の不備

医師法21条など、警察への届出に関連する制度に対する医療界の取り組みの誤り

などの要因が考えられる。

このように医療事故の刑事処罰のあり方については、医師法21条による異状届出の問題のほか、事故事例情報の収集と免責との関係など、複合的な要素が含まれることから、ここでは詳細に立ち入らず、本報告書末尾の「**附；医療事故の事例分析に基づく再発防止体制の確立に向けて - 事例情報の収集をめぐる問題の背景**」において、これらの問題を扱う。

(2) 民事賠償・行政処分・刑事処罰のバランス

事故の解決手段としての刑事処罰が、民事紛争と行政処分の不全を補うために機能拡大されている状況は制度としての均衡を失っており、早急に是正されるべきである。

この点で、交通事故をめぐる法制度は、三者が比較的均衡のとれたかたちで運用されている。すなわち、民事賠償に関しては厳格責任をとり、結果が悪い場合に加害車両の運行供用者に厳格な責任を負わせる制度がとられ、また、賠償金の支払いも保険制度を通じて国民全体にその社会的負担がリスク分散されるような仕組みがとられ、民事事件としての迅速な解決が図られている。さらに免許制度については、再教育を中心とした行政処分が迅速かつ広範に行われ、一罰百戒的・見せしめ的な免許の剥奪ではなく、危険な運転者に対して再教育を行いながら免許の剥奪を含めた厳しい処分が行われている実績がある。そのうえで刑事処罰に関しては、民事賠償・行政処分によっても解決できない場合の最終的な法的手段として謙抑的な運用がなされており、轢き逃げや飲酒運転等の悪質事案でなければ刑事事件として重大な処罰が行われることはない。

翻って医療事故の場面では、交通事故や運転免許において見られたような民事・行政・刑事の補完関係、相互のバランスが完全に崩れているという重大な欠陥がある。医療については、すべての事故は一律に論じられているた

め、民事賠償・行政処分そして刑事処罰が役割分担することなく一斉に発動したり、しななかったりしている。結果として、すべての制度がますます機能不全に陥り、医療現場では民事の賠償責任を認めれば刑事責任も問われることがあり、さらには行政処分によって資格さえ失うかもしれないという危惧が抱かれることは、紛争の解決を遠のかせ、被害者救済の観点からも避けなくてはならない。また、すでに免許制度の項で触れたように、行政処分と免許制度が再教育と医療の質の改善に重点を置いたかたちで機能していない点は、それ自体極めて重大な問題である。なぜなら、これを補うために刑事処罰が、本来の謙抑的な運用ではなく、むしろ積極的に活用されてしまうことによって、社会的に有用な活動を行っているはずの医療従事者が、市民社会からキックアウトされるという重大な結果を生んでいると言えるからである。

医療安全推進のために医師会が果たすべき役割

1 全国の医師会が直面する課題

(1) 「医師会における医療安全への取り組みについて」調査結果から

本委員会では、今回の諮問「医療安全推進のために医師会が果たすべき役割」を検討するにあたり、全国の都道府県医師会ならびに郡市区医師会の関係者が、医療安全対策についてどのような問題を抱え、また、どのような要望を抱いているかを的確に把握する必要があると考え、日本医師会患者の安全確保対策室の協力を得て、すべての医師会を対象としたアンケート調査を実施した。

このアンケート調査は、全国の都道府県医師会および郡市区医師会が、医療安全対策の取り組みをこれまでにどの程度実施したか、その実績および効果についての報告を求め、併せて今後の取り組みの予定および実現にあたって障害となるものは何か、などについての記述を求めたものである。調査結果の概要は、本報告書末尾の「**資料** 医師会における医療安全への取り組みについての調査 集計結果」にまとめた。ここでは、その一部を紹介するとともに、結果から読み取られた課題等について触れるにとどめる。

調査は、平成15年3月から約2ヵ月間をかけて実施され、回収率は、都道府県医師会において100%、郡市区医師会において87%(917医師会のうち797医師会)と高率であった。回答者は、各医師会の会長、医療安全対策担当の理事、あるいは事務局職員などさまざまであったが、記入責任者の記名式で行われた。

まず、医療安全対策の取り組みの現状に関する質問につき、過去に何らかの取り組み実績を有すると回答した医師会の割合は、都道府県医師会で96%、郡市区医師会では34%と、大きく結果が分かれた。規模の小さな郡市区医師会では、都道府県医師会の取り組みに依存する傾向が反映されたものと考えられる。

具体的な取り組みの内容は、「講習会の開催」が圧倒的に多く、ついで「資

料集の配布」、「勉強会、報告会の開催」、「委員会の設置、報告書の作成」がほぼ同数ずつであり、この傾向は、都道府県医師会、郡市区医師会に共通していた。これに対して、「事故もしくはニアミス等の報告制度」や「事例分析」を実施している医師会の割合は、郡市区医師会の方が都道府県医師会より圧倒的に多かった。個々の医師が経験した事例の収集・分析は、都道府県医師会レベルよりも身近な郡市区医師会において、より積極的に取り組まれているという実情が推察される。

なお、講習会の開催については、一般会員を対象とするものばかりでなく、新規開業や新規入会の会員を対象として開催する医師会も見られた。また、郡市区医師会のなかには、独自の講習会を開催する代わりに、都道府県医師会や地元の国公立病院等が開催する研修会に会員を参加させたり、それらと共催というかたちをとるケースも見られた。講習の具体的な内容は、医療事故防止・医事紛争の現状等が大部分を占めたが、院内感染予防や褥創対策といった特定の内容に焦点を絞って開催する例も見られた。

次に、取り組みの成果について自己診断に基づく回答を求めたところ、「まったく効果があがっていない」とする医師会は、都道府県医師会、郡市区医師会ともごく僅かであり、ほとんどの医師会は「よい効果があったようだ」か「よくわからない」のいずれかであった。一方で「明らかな成果があった」とする医師会も、都道府県医師会で6件、郡市区医師会で17件を数えた。総体的に見ると、医療事故防止として実証可能なほど明確な効果は上がっていないものの、何らかのよい兆候が感じられたというのが平均的な回答であると見受けられた。しかし、対策を講じているにもかかわらず一向に医療事故件数が減少しない、あるいは、逆に増加している、として「まったく効果があがっていない」と回答する医師会も少数ながら見られ、この点についてはさらなる検討が必要と思われる。

医師会の取り組みに対して、個々の会員や参加者からどのような反応があったかとの質問に関しては、講習会・セミナーの開催については、ほぼ全数で好評であったとの回答があり、「再度の開催」、「定期的な開催」を望む声があったとの回答も多数見られた。また、資料集・マニュアル等の発行やニアミス・事件事例の情報収集とフィードバックを実施している医師会でも、

それぞれの会員からは「役に立っている」との反応が多かったようである。内容に関して会員から詳細な問い合わせが寄せられている例もあり、取り組みの内容によっては、極めて高い関心が示されている状況がわかった。

一方で、取り組みの難しさを指摘する回答も多数寄せられた。とりわけ目立ったのは、小規模の診療所開設者が会員の多数を占める医師会では、講習会の計画段階で、講師候補者が大規模医療施設を対象とする研究者であるため、講習の狙いと合致せず実現できなかったというものである。また、所属会員が病院・有床診療所に従事する医師と小規模診療所を開設する医師とに二分されるような医師会でも、講習会の趣旨が不明確になるとして、開催を見送ったケースがあった。このような会員構成に起因する問題は、講習会ばかりでなく、マニュアルの作成、ニアミス報告および分析等においても同様に起こりうるものと思われる。

以上の問題点を踏まえ、各医師会から日本医師会に対して示された具体的な要望としては、講習会の講師・演題・教材等の選定について手がかりがないので、日本医師会にそれらの情報提供や指針の提示を求める意見が多かった。さらに、講習会の教材・啓発用ビデオ・医療事故防止マニュアルなどを具体的に作成することや、日本医師会主催による講演会あるいはその地方開催を望む声も多かった。

(2) 課題解決の方向性

上に見たアンケート調査の結果および今後に残された課題は、日本医師会の今後の会務運営にとっても極めて貴重な資料となるはずである。特に、顕著に見られた傾向としては、地域の医師会では医療安全対策の取り組みの方向性、あるいは具体的な方法論がわからず、日本医師会に対して具体的な助言や指導を求める意見が多く見られた点である。日本医師会は、これらの要望に対して具体的かつ詳細にわたり情報提供を行い、必要な助力をすることも価値のある取り組みとなろう。しかし、より根本的には全国いずれの医師会もが同等の水準を確保しながらも、各地域の実情に応じた医療事故防止の取り組みを独自に展開できるように導いていくことが、全般的な課題解決への近道となるものと考えられる。

すなわち、医療安全対策の分野においても、都道府県医師会、郡市区医師会と日本医師会との間にはそれぞれの機能に分化が図られるべきである。日本医師会としては、医療安全対策の標準的な取り組み手法を策定し、各医師会および各会員に示すことが求められているといえよう。それとともに、医療界全体、あるいは国の医療施策全般に関わる、医療安全の基盤整備の問題などを積極的に提言し、あるいは自ら取り組めるものについては、主導的な立場に立って取り組んでいくことが望まれる。

2 医師会が取り組むべき施策の提言

上に見た患者の安全確保に関する現状の問題点および、全国の医師会が医療安全推進に取り組むうえで抱えるさまざまな課題を前提とし、以下では、医師会として今後具体的にどのような取り組みを進めていくべきかにつき、3つの政策的アプローチの類型に従って提言していく。

(1) 自律的取り組み

教育と研修の機会の提供

自律的アプローチに基づく取り組みのなかでは、まず医師会が本来の自浄作用を取り戻し、自らの手によって医師の医療技術の鍛錬と人間性の陶冶を力強く推し進めていくことを最優先課題としなくてはならない。これは、専門職業の団体として当然の責務ではあるが、現実的にこれを成し遂げることは容易ではない。一見、医療事故防止に直結しないと思われる内容であっても、患者に接する立場の臨床医の技術・知識と品性を医師会の責任において向上させることは、患者の視点からは、医師会員全体の信頼感を増すこととなり、ひいては医師会員の誇りを高め、安全安心な医療の実現に寄与するものと考えられる。

自浄作用を向上させる具体的な方法論としては、会内の自浄作用活性化委員会等の検討成果も踏まえ、問題のある会員については単に処分による

のではなく、再教育に重点をおいた処遇を中心に考慮していくべきである。特に医療安全との関係においては、再三にわたり医療事故を起こす医師(いわゆるリピーター)の発見と安全教育の徹底が中心的な課題となろう。

また、一般的な医療安全教育の機会として、日本医師会医療安全推進者養成講座の拡充も取り込まれるべき課題である。特に現在の受講者定員1000名の枠については、受講希望者数との比較において少なすぎるとの指摘がみられ、さらに年3回東京で実施されるスクーリングについては、遠隔地の受講生にとって相当な時間的・経済的負担となっていることが確認された。これらに関しては、今後、定員の拡充、全国の主要都市でのスクーリング開催などの方法も考えうるが、当面の打開策としては、都道府県医師会館と日本医師会館の間に構築されている光ファイバーケーブルを用いた双方向通信網を利用して、サテライト方式の授業を実施することが考えられる。

一方、各地域においても、医療安全に関する情報や知見の共有を図ることを目的として、地域ネットワークを強固に構築することが効果的である。このネットワークでは、特にきめ細かい医療安全教育・研修を実施し、さらに参加者間での自由な情報交換の場を提供することが要点となる。ネットワークを構築する際には、参加する医療機関それぞれの専門性、対応可能な医療行為の種類や救急対応の可否・程度等を勘案した連携が円滑になされるよう、医療機関相互の情報交換と意思疎通を日頃から積極的に進めていく必要がある。とりわけ、地域のなかでも特に孤立化しがちである医師一人で診療を行っている個人診療所の積極的な参加を呼びかけていくことは、このネットワークの存在意義をより高いものにするものと思われる。

さらに、これらの地域ネットワーク等を活用して、地域の各医療施設が取り組んでいる医療安全対策をより効果的なものに改善できるよう、医師会が実践的な指導を行うことも、地域医療全体の質向上につながるものと考えられる。このネットワークは、医療事故防止や医療安全の問題のみにとどまらず、医療の質の向上に関する情報等も積極的に採り入れながら医療界全体の幅広い問題について医療従事者の拠り所となりうる場に育成していくことが肝要である。

医師会による自律的な取り組みは、医療安全対策に占める医師会が担う役割のなかでは最も重視すべきものである。上に見たように、医師会の自律的な取り組みのすべてに共通する基本的な考え方は、自ら学び絶えず向上を図る医師の姿とすべきである。

事件事例情報の収集・分析・還元

そのうえで、医療のヒト・モノ・情報のシステムの問題は、医療機関における管理システム(広くはリスク・マネジメントシステム)の根本的な改善が必要であると捉えるべきである。医師会は関係学会と連携しながら、事例の収集と分析を行い、多くの医療機関の参考・啓発となるような事例については個別事例としてではなく、一般的・普遍性のある情報として提供・公表するなど積極的に役割を果たすべきである。

医療事件事例の情報収集を行う機関の具体的な姿としては、行政機関から独立した第三者的性質のものとしつつ、医学・医療の専門的知見に裏付けられた分析に十分対応しうるよう、医師が参画する医学・医療の専門団体が運営の主導を担う組織とすべきである。当然、収集した情報は、医療界全体の安全対策という目的以外に転用されてはならない。すなわち、報告を行った当該医療機関や当事者の法的処分はもとより、格付けや機能評価等の認定の際の判断資料としての参照も許されるべきではない。また、事例の報告は、発生した客観的事実を迅速に収集することも重要であるが、それとともに当該医療施設内で分析検討した結果や再発防止策についても報告を集めることが効果的である。個々の事例の原因分析に基づいて立案された事故防止策が記載されていない事故報告書を大量に収集したところで、事故防止にはどれほどの効果も期待し得ない。このことは、これまでマスメディアによって夥しい数の医療事故が報道されても同様の事例の発生が後を絶たないという事実からも首肯しうる。

事例を収集し分析した結果は、できるかぎり迅速に、一人でも多くの医療従事者に安全情報として伝達する必要がある。伝達手段としてはインターネットの利用が考えられるが、情報の蓄積が進むとともに利用者が必要とする情報を探し当てるのが困難となることが予測されるので、ホームペ

ージ内に検索機能を備えることは必須である。

一方、情報収集機関の創設に際して克服すべき点多岐にわたる。まず、収集した情報を解析する専門分野の人材確保が大きな問題である。これは財源の確保とも関連するが、医療のみならず医療事故防止や安全対策についての専門的知識を有し、医療安全の実現に強い熱意をもつ優秀な人材を多数確保することが、この制度を有意義なものとする鍵となる。

また、報告される情報の内容がより信頼性の高いものとなるよう、情報の機密保護には特段の配慮が必要である。特に、事例情報のフィードバックに際しては、症例や事故の周辺情報等から当事者が特定されることなく、安全対策・再発防止のために必要な情報のみが他の医療関係者に伝えられるように、情報伝達の仕組みが考えられなくてはならない。したがって、インターネットを經由しての収集結果や分析結果のフィードバックも、医療関係者のみを対象とした限定的なアクセスとするのか、広く一般国民からのアクセスも認めて透明性を高めるのかといった点についても熟考を要する。また、特定の医療器具・薬剤等に関する事故や不具合に関する情報も、患者の安全確保という至上命題のもとでは、メーカー企業の利害を越えて情報収集や公開が円滑になしうるよう、関係者の意識改革も必要であろう。

以上に見たように、新たに第三者機関を設置して医療事件事例情報の収集分析および結果の公表を行うことに大きな意義があることは疑いないが、他方、公表結果がマスメディアを通じて必ずしも正確に国民に伝達されるとは言い難い状況が見られるなど、実現にあたって克服すべき問題もまた数多く残されている。したがって当面は、第三者機関の設置に依拠しない方法として、すでに公表・報道された事例等について、個々の医療機関がそれぞれの実情にあったかたちで「同様の事故が起こらないための対策」を立案しうるよう、いわゆる「リスク・マネジメント体制」を各医療機関において構築していくことが有用と考えられる。

(2) 政策提言的取り組み

患者の安全確保は、国民全体に関わる重要な施策であることから、医師会は自らの自律的な活動を行うばかりではなく、法律制度・社会制度全体につ

いて広い視野からの提言を積極的に行っていくことも、医師会の社会的使命といえる。医師会がさしあたり提言していくべき施策としては、特に個々の医師の資質向上と、患者・国民からの信頼確保を重視するという観点から、以下のものが考えられる。

GMC (General Medical Council)型の自律的な免許制度への発展

個々の医師の資質の向上を確実に実現しうる方策を考えるうえで、医師免許制度の抜本的な改革は不可避の課題といえよう。イギリスのGMC (General Medical Council)は、医師の資格について極めて高い権威を持つ組織として知られている。医療専門職自らが自浄作用を示し、医療専門職以外の識者を患者代表、さらには国民の代表として参加させたうえで、医療の質を維持するために免許制度を通じたコントロールが極めて重要な役割を果たすのである。現在のわが国で、これと同等のシステムを構築することは容易ではなく、また、医師の専門職業団体として日本医師会が免許管理を実施するというのも現実的とは言い難い。しかし、少なくとも医師免許に更新制を導入するなどしたうえで、各地域の医師会において日頃の医療実践のなかで著しい非行や未熟な行為があったと探知した者については、医師会による再教育や教化の機会を授け、免許更新に際して相当な監視を行き届かせることは、現実的な対応策といえよう。

医学・医療教育の統合的な体系整備

医学教育および生涯教育・研修の各局面において改善すべき点があることはすでに見たとおりである。ここでは医師の養成段階から生涯研修に至るまでの個々の教育機会について、これらを一連の流れとして体系づけ、そのなかで必要な教育内容を、特に基本的医療課題および患者接遇などに重点をおきつつ充実させていくことを提言する。これにより個々の医師は、あらゆる機会に自らの技能の維持および患者接遇等を十分に学び、研鑽を積む機会が保証されることになるわけであり、そのような機会を提供することは、医師会としての重要な役割になるものと思われる。

医学教育を統合的に捉える試みは、すでに医学教育センター設置の構想

(日本学術会議第7部 医学教育学研究連絡委員会報告「医学教育センターの設置について」平成9年)として提唱され、日本医師会においても検討された経緯はあるが、未だ実現には至っていない。当面の現実的な取り組みとしては、医学教育に関わる既存の組織(全国医学部長病院長会議内の医学教育委員会・医学教育振興財団・医療研修推進財団等)が相互に緊密な連絡をとりあい、医学教育の体系化に向けての検討を進めることが考えられる。その取り組みにおける中心的な役割を担う組織としては、日本医師会が相応しいものと考えられる。

さらに、これらの統合的な医学教育体系は、前項の医師免許の更新制と適切に連動させることにより、医師会が本来有する自浄作用についても、処分中心の考え方から教育・再教育を中心としたものへと質的な変化がもたらされることが期待される。生涯教育制度の体系整備の具体的な方法論については、日本医師会学術推進会議報告書「医学教育と医学研究の推進」に示された考え方も参照しつつ、真に有用なカリキュラムを組成すべきである。

なお、医師養成教育に関しては、平成16年4月から実施される臨床研修の必修化にあわせて、新たに研修医教育カリキュラムを策定しておく必要があることはすでに述べた。ここでは、新しい研修医教育はその後の医師の生涯教育全般を視野に入れて、臨床医として最初に学ぶべき事柄を過不足なく修得しうる内容とすることが肝要である点を附言するにとどめる。

死因と事故原因究明を推進するための法律整備と機関設立

事故原因の究明等を専門に行う第三者機関の設立が必要なことについてはすでに述べた。ここでは、その設立に際して必須事項となる、事故情報の捜査への転用禁止や、機密保持などを立法などの方法を用いて確実なものとするべきことを提唱する。さらに、死因の解明を迅速かつ正確に行いうる機関の設立についても、臨床医の団体たる医師会から、積極的な働きかけをしていくべきである。

すなわち、現状においては、病理医の数は絶対的に不足しており、医療事故が疑われる症例以外においても、医学的に死因の解明が必要と思われる

るにも拘わらず、解剖を実施し得なかった事例は少なくない。他方、監察医務の分野で実施される行政解剖や、刑事司法の場で行われる司法解剖についても、臨床医が利用しやすいとは言い難い状況である。死因の解明を確実に行うことは、医療の透明性、信頼性を高めるうえでも重要な要素となる。今後、全国レベルでの死因解明を実施しうる公平な制度を整備すべきことを提言し、日本医師会としてもこれを強力に推進すべきである。

行政・メーカー・医療従事者間の意思疎通

医療従事者と行政・メーカーの間の意思疎通を円滑にし、医療安全に有用な情報の交換を活発に推進していくためには、医師会が国民の命を守り、医療現場の安全と医療の質を向上させるという使命を自覚し、医療現場におけるリスクに関する情報を集積し、メーカーと行政に伝える橋渡しの役割を果たす必要がある。

このような取り組みの具体例として、すでに医療器具に関しては、日本医師会医療安全器材開発委員会が、医師・薬剤師・看護師・ME・医療機器メーカー開発担当者等を構成員として組織し、平成14年2月に「接続器具・シリンジ・輸液セット・輸液機器等に関わる安全確保の検討」と題する提言を行っている。

医療に関与するあらゆる立場の人々の考え方や患者の安全確保に向けての改善提案などを具体的な施策に結びつけるうえでは、医師会という組織の社会的重要性は極めて重大である。医師会自らが施策を実行していくことももちろんであるが、特定の医療器具・薬剤等の事故再発防止など、緊急性を要する取り組みについては、その構想のみを提言していくなど、臨機応変な対応をしていくべきである。

医療訴訟の急増に伴う鑑定人協議会のあり方

医療事故の防止と直接関係する問題ではないが、昨今、医療訴訟が急増し医療訴訟の解決に長い時間がかかることについての批判が高まっている。その最大の原因は、医学的な専門知識を持たない裁判官に対して医学会が積極的に専門知識を供給していないことにある。昨今、最高裁事務総

局に鑑定人協議会が置かれ、各学会から鑑定人を迅速に推薦する仕組みが採られつつあるが、なお、改善の余地がある。訴訟になる前の段階で当該紛争にかかる診療行為の内容を充分吟味し、公正かつ客観的な意見を述べることは、院内のピアレビュー、地域における医師会や学会の役割、そして中央における医師会や学会の役割として極めて重要なものである。医療内容の当否、その適否が医療専門職による判断に寄らざるを得ないことは裁判過程においても同様であり、医療訴訟の解決の遅れは裁判所の問題というよりはむしろ医療界の取り組みの不十分さに由来しているのである。

一方で、現在の裁判制度そのものを、より利用しやすいものとするための改善方策についても、さまざまな可能性を検討しておく必要がある。現状において医療過誤訴訟を担当する裁判官は医学的知識の不足を感じても適当な医療機関や医師に相談することは、事件処理の公平性を失する恐れがあるとして禁じられている。また、医学部6年および臨床研修2年の最低8年間に及ぶ医学教育の内容をすべて現職の裁判官が修得することは現実的ではない。したがって、訴訟遂行上、医学的な疑問・医療上の疑義等が生じた場合には、裁判官は限られた時間のなかでの確かな判断を下すために意見を求めうる人材を確保することが制度的に認められるべきである。具体的な制度の策定にあたっては、たとえば米国における *Amicus curiae* (法廷の友)等の制度を参照することが考えられる。ここに挙げたような医療訴訟を公正かつ速やかに解決するために有用な制度の改善については、医師会の立場からも自ら慎重な検討を重ねたうえで、積極的な政策提言を試みていくことが望ましいと考えられる。

(3) 市場型取り組み

医療界の立場からの社会への情報発信

医療従事者自らが、医療安全・患者の安全確保に今後ともより一層の努力を傾けるべきことは言うまでもないが、他方、患者・国民に対しても医療・医学の現状や科学としての限界について正しい理解を求める活動も怠ってはならない。すでに指摘したように、一部のマスメディアによる過剰なまでの医療界批判は、患者と医療従事者の間に築かれた信頼関係を破壊

しかねない危険性を帯びている。医療界として、これらマスメディアの不当な報道に対しては時宜を得た反論を示すことも必要と思われるが、より本質的な取り組みとしては、医療界自らが医療安全について現実にどれだけの取り組みをしているか、また、現在の医療・医学ではどこまでのことができ、どんな点が未解決なのか、特に新しい治療法の効果と危険性についてなど、医療界全体としての情報提供を積極的にかつ、わかりやすく行うことが必要と考えられる。

情報提供の具体的な手法としては、従来から日本医師会によるテレビ放送やインターネットホームページ、市民公開講座等が利用されてきたが、今後は、各地の医師会においても地域に根ざした、よりきめの細かい情報提供のあり方が模索されるべきである。具体的には、各地の医師会による市民公開の医療講座の開催、ケーブルテレビや地元放送局のローカル向け番組のなかでの地域医療ネットワークの紹介、地方新聞等を利用した上記の情報の広報等が考えられる。

患者の権利と責務の明確化

医療安全活動の基本理念は患者中心の医療にあるべきことは言うまでもない。しかるに今日の医療の場で、患者が患者として本来有すべき正当な権利が未だ十分に保証されていない現状は、直ちに改められるべきである。特に、診療の過程での医師の説明が不親切であるとか、医師を含む医療機関の職員から暴言を吐かれたといった苦情・相談は、全国の医師会の「診療に関する相談窓口」に数多く寄せられてきている。医師会の活動のなかにおいても、懇切な説明とそれに基づいた医師と患者の十分な意思疎通は患者の安全確保を実現する基盤であることを自覚的に捉え、患者の権利擁護を医師の倫理のなかでも最重要に位置づける取り組みを進めていくべきである。

一方、患者の権利擁護とともに、いわゆる「賢い患者」を育成していくことも医師会の役割の一つといえよう。すなわち、患者の権利が保証されることの背面には、自身の健康情報を正確に医師に伝える責務、理解できるまで質問する責務、他の患者に迷惑をかけない責務といった、患者として果たすべき責務も存在すると見るべきである。医師会では、患者・国民

に向けて、医療を受けるに際して心がけてほしい点などを積極的に広報し、医師と患者との協力的な医療を実現する努力を怠ってはならない。その前提として、まず、患者が自らの責務を果たしうる環境、すなわち、わからないことは気軽に質問できる診察室の雰囲気を整えるよう、医療側自身による改善を図ることは不可欠であろう。このような取り組みをすることなく一方的に患者に責務を押しつけることのないよう、医師会としても自ら戒めなくてはならない。

市場への情報提供

医薬品や医療器具のメーカーは、製品の供給を通じて医療サービス市場の重要な一翼を担うステークホルダーであり、エンドユーザーである患者の安全を重視する姿勢をさらに促進していくべき立場にある。医師会は、このような医薬品・医療機器メーカーに対して安全な製品づくりに有益な情報を積極的に提供していくべきことは当然であるが、そのみならず、患者すなわち市場に対しては、どのメーカーが医療安全についてどのように熱心な取り組みをしているか、どのような事故が起こり、またどのような防止対策がとられているかなど、メーカーの取り組み自体も公表の対象にし、ユーザーフレンドリーなメーカーが市場において適正に評価されるような情報を発信していくべきである。

附；医療事故の事例分析に基づく再発防止体制の確立に向けて 事例情報の収集をめぐる問題の背景

1 死因解明の重要性

医療事故・医療施設内での死亡において異状があった場合には、死因解明の必要があることは言うまでもない。日本法医学会は検案・解剖をする医師の立場から「異状死ガイドライン」を公表し、そのなかで異状の概念を非常に広くとり、死因解明の機会をできるだけ広く捉えようとしている。この背景には、わが国の検視および監察医制度がアメリカ等のコロナー(監察医)の制度と比較して全国的に未整備であり、本来、国民の健康と医療安全に極めて重要な情報となるべき検案と解剖が充分に行われず、多くの遺体が死因を解明されないままにされているという実情があり、同ガイドラインは、これに対する警鐘として評価できる。

2 いわゆる「医療事故の警察届出問題」との相克

日本法医学会の異状死ガイドラインは、本来、医師法21条を離れて、その検案と解剖を通じた死因の解明に主眼を置くものであったはずである。ところが、この重要な考え方が医師法21条という条文と直接リンクされたことによって、医療ミスの疑いがある場合には直ちに警察が医療現場に介入するという運用が、昨今、一般化するに至っている。医師法21条は言うまでもなく公安目的の条文であり、犯罪捜査の端緒と位置づけられている。医療過誤は業務上過失致死(刑法211条)の犯罪に当たる可能性があることから、警察は医療事故の届出を受けた際には業務上過失致死の疑いで捜査を開始することになる。

ところが、通常、現場の警察官には医療の内容を十分に評価する知識がなく、また、そもそも医療専門職の医療行為に対する法的評価の困難性という問題があることから、警察届出自体は、死因の解明と患者の安全確保に資する効果をもた

らしているとは言い難い。そればかりか、いたずらに医療関係者が捜査の対象とされ、また、本来、民事賠償と刑事処罰そしてより根本的には、患者やその家族・遺族に対する説明をもって医療関係者の倫理とすべきところを、警察に届け出るべきか否かという論点をも医療現場に持ち込むことによって、医療に著しい萎縮効果を生んでいるという弊害を指摘しうる。

このような問題を受けて、近時、臨床系の学会においても、医療事故発生時の警察届出問題に関して、いくつかの見解が示されている。なかでも日本外科学会が平成13年に発表した「声明 診療に関連した『異状死』について」および同14年の「診療行為に関連した患者の死亡・傷害の報告について」は、先の法医学会「異状死ガイドライン」との比較において、次に見るような重大な問題を含んでいる。

3 法医学会ガイドラインと外科学会ガイドライン

法医学会ガイドラインは広く異状死体について検案・解剖を行い、死因の解明を行うことが主たる目的であったものと思われる。ところが、結果的には医療現場への警察介入を無制限に拡張してしまい、刑事司法の運用の大原則である謙抑性を失わせるに至ったことは極めて遺憾である。

一方、外科学会ガイドラインは異状死の概念を限定し、重大な過失に基づいて障害が発生したことが明らかであるような場合に届出を限定し、患者に十分な説明をして同意を得たうえで生じた合併症については、医師法21条による届出の対象ではないとの解釈を示している。しかし、この点については、裁判所も行政も有権解釈においてそのような限定は全く付けておらず、医師法21条の解釈論としては法律家に全く受け入れられていないのが実情である。すなわち、現状の裁判所の見解を前提とすれば、外科学会のガイドラインに従って届出を行わなかった場合には、医師法21条違反として処罰される可能性がある。

さらに、外科学会ガイドラインは、本来、異状死体が存在した場合の届出義務を定めたに過ぎない医師法21条の適用範囲を、死亡および傷害の場合にまで

拡張してしまった。しかも、本来、医師法21条は届出義務者を検案した医師と定めていたにもかかわらず、外科学会ガイドラインは「医師の高い倫理性」を理由に診療を行った医師自身として、医療ミスの可能性があるときに自ら警察に届け出ることを推奨するに至ったのである。これは警察介入の範囲を条文を超えて遥かに大きく拡張するものであり、同時に、憲法上の権利である自己負罪拒否特権を否定するものでもある。医療機関が厳しいバッシングを受けているなかで外科医の置かれた厳しい立場とやむにやまれぬ心情は理解するとしても、法の定めのない範囲にまで警察の関与を拡張したという点で、法律論・法解釈としては著しい逸脱と言わざるを得ない。さらに、外科学会ガイドラインは「第三者機関」に言及をしているが、これには2つの点で問題がある。

第一に、仮に将来、第三者機関が制度上確立したとしても、医師法21条が存在している限りは医師法21条に基づく個々の医師(外科学会の解釈によれば「診療に従事した医師」)の届出義務は変わらず、現在の医師法21条をめぐる問題点は何ら解決されない。この点において外科学会ガイドラインには政策論としての重大な欠陥がある。

また、第二に第三者という発想そのものについて、その趣旨を明らかにする必要がある。すなわち、第三者という意味が当事者の医師・患者関係の利害関係を越えた客観性・公平性を担保するという趣旨であれば、それは重要な指摘である。しかしながら、医療の内容についてその評価を語れるのは、外科であれば外科という専門職でなければいけないはずであり、専門職の自律性と自浄作用という最も重要な観点を看過するわけにはいかない。国民の期待は医療専門職が公正な自浄作用を発揮することに向けられており、医療の質を医療専門職自らが担保する必要があるのである。

4 原点に立ち返って

ここでわれわれは、医師法21条という情報を前にして、なにゆえ、このように問題が拡大していったかという背景を十分に検討する必要がある。すなわち、

医療専門職の自浄作用が十分に機能せず医療の密室性と真摯な説明が行われていないとの批判が医療に向けられるなかで、その密室性を打破する手段として、刑事司法という最終手段が広範に用いられるようになってきているのが現在の医療の実情である。

しかし、原点に立ち返れば、本来、求められている制度とは医療事故の原因解明と医療安全のための情報収集であることは疑いがない。すなわち、医療の質の確保は、本来、行政処分と免許制度の運用によって保たれるべきであったが、これに代わり、刑事処罰によって医療の質が保たれようとしていること自体に極めて問題がある。行政処分の運用によって過剰な刑事処分の拡張を許すべきではなく、行政処分の適正な運用による医療の質の確保と適正な免許制度の運用が望まれるものである。

本来、民事紛争の解決、患者や家族に対する公正な説明と情報提供の問題は、医療専門職の当然の倫理として自律的に解決されるべきであり、また当然のことながら、真率な説明を行わないこと自体が規制の対象となるというのは当然のことであろう。自律型・規制型・市場型のそれぞれの角度から民事紛争の解決、患者や家族に対する情報提供を促進していくことは、今後の課題としてますます重要視されていかなばならない。

医師法21条は、本来、犯罪捜査の端緒のための制度であり、医療過誤による死亡、業務上過失致死(刑法211条)に該当する犯罪であるとして、医師を刑事処罰する制度として運用されはじめたのは昨今のことである。

本来、医療の質の維持は免許制度で対応すべきであり、免許制度で対応しきれないほどの倫理的な逸脱の事例(交通事故の轢き逃げに該当するような倫理に反する事例)については、刑事処罰をもって処断することもやむを得ないが、一般の医療事故、とりわけ不注意による事故や医療知識の不十分による事故というのは、本来、医療システムの問題、あるいは医療の教育制度・研修制度に起因する問題であって、個々人の再教育のための免許制度の運用を行うのは別論、個人に対する究極の倫理非難である刑事処罰をもって解決することは決して適切な法の運用とは言えない。

このような観点を踏まえ、医師法21条問題が単に医師法21条の解釈論によって出てきたものではないこと、医師法21条の解釈をめぐって法医学会・外科学

会のガイドラインの対立というような矮小なとらえ方をすべきではないこと、今、問われているのは医療界自身の自浄作用であり、また、患者・家族・遺族に対する透明性のある対応であることを考えれば、医師法21条を契機とする医療現場に対する警察介入の無制限な拡大は決して妥当な政策選択とは言えず、むしろ医師法21条以外の政策手段によって、すでに述べたような死因の解明と医療の質の確保を図るべきである。

おわりに 国民の期待に応える医師会をめざして

患者に安全な医療を提供するために採るべき方策は、個々の医療従事者に向けられたものから、診療科単位の取り組み、病棟や医療機関ごとの対策、学会ごとの対応、そして医療界全体による取り組みに至るまで、段階ごとにさまざまな内容が考えられるが、いずれの対策を実行するにせよ、これに関与する個々の人々の意識が、真に安全な医療、患者の安全確保を指向していなければ、その取り組みは画餅にすぎない。患者の安全確保の取り組みは、医療界に安全文化を創造し根づかせるという壮大な営みである。当然、個々に取り組まれる具体的な対策は、一朝一夕に成果が現れるものばかりではなく、そのほとんどは実に地道な活動といえる。これらの活動を持続させ力強いものとするためには、おのこの取り組みの根底に共通する哲学が存在し、それが関係者の強い信念となることが不可欠である。

本委員会は、すでに平成10年報告書「医療におけるリスク・マネジメントについて」で明らかにしたように、検討にあたっての基本理念を「患者の立場に立ち、患者が安心して医療を受けられる環境を整えること」にあるとした。この理念は現在においても些かも変わることはなく、社会的にも患者中心の医療を指向することが安全な医療に結びつくとの認識は、広く受け入れられるところとなった。これを受けて平成13年報告書「患者の安全を確保するための諸対策について」においては、より具体的な取り組みの方法論を提示するに至った。

本答申においては、今一度、患者中心の医療を徹底すべきことを確認するとともに、これをさらに進め、患者の権利を積極的に擁護する取り組みを推進すべきことを提言した。すなわち、従来の基本理念では、医療提供側は常に患者を中心に据えて、患者が安心できる環境を提供することを考え、行動するというスタンスにとどまっていたが、今後はさらに積極的に患者に関与し、患者の権利を保護し、また、実際に権利の侵害があった場合にはいち早く権利を回復する手段を講じることが、医療提供者側に求められているのである。患者の権利に対して医療提供者がこのように積極的な態度をとることは、患者中心の医療の理念をより強固なものとし、ひいては医療事故防止への強い動機づけとなるものと考えられる。

また、この取り組みは医療界に身を置くすべての職種が一丸となって進めていくことにより、極めて大きな成果を生み出すことができる。このような職種横断的な取り組みの実行には、活動の核となる組織が不可欠であるが、地域医療のなかで大きな役割を担う医師会こそは、その任にあたるのに最も適した組織といえよう。

日本医師会ではすでに、患者に対する診療内容の説明、診療記録等の開示に関しては「診療情報の提供に関する指針」を平成12年から実施し、その一環として全国の都道府県医師会および一部郡市区医師会に「診療に関する相談窓口」を設置し、患者・家族等からの診療をめぐる相談・苦情・提言を受け付ける活動を展開している。日本医師会としては、これまでの活動で培った経験をも生かしつつ、今後、患者の権利擁護について積極的に検討し、医療界全体の患者の安全確保に対する意識の明確化へとつなげていくことが、重要な責務になると捉えるべきである。

以上、「医療安全推進のために医師会が果たすべき役割について」の諮問に対する答申とする。

医療安全対策委員会

委員名簿(順不同)

- | | |
|-------|--|
| 佐野文男 | 北海道医師会 副会長 |
| 児玉安司 | 東海大学医学部 教授(弁護士・医師) |
| 樋口正俊 | 前 東京都医師会 理事 |
| 小國美種 | 兵庫県 姫路市医師会 会長 |
| 中島和江 | 大阪大学医学部附属病院
中央クオリティマネジメント部 副部長, 助教授 |
| 梁井 皎 | 順天堂大学医学部附属順天堂医院 副院長 |
| 中村定敏 | 全日本病院協会 常任理事 |
| 澤 晶子 | 千葉県 安房医師会 理事 |
| 楠本万里子 | 日本看護協会 常任理事 |
| 原 明宏 | 日本薬剤師会 理事 |

(註) 印；委員長
印；副委員長

資料

医師会における医療安全への取り組みについての調査

集計結果

医師会における医療安全への取り組みについての調査 集計結果

調査の概要

「医師会における医療安全への取り組みについての調査」は、日本医師会医療安全対策委員会が平成14年度、15年度の諮問「医療安全推進のために医師会が果たすべき役割について」を検討するにあたり、全国の医師会による医療安全への取り組み状況および、取り組みの推進にあたり抱える問題点などの実情を把握することを目的に企画したものである。

実際の調査集計は日本医師会の名において、おおむね以下の要領で行われた。

実施主体	日本医師会 患者の安全確保対策室(室長；糸氏英吉 副会長)
調査対象	都道府県医師会および郡市区医師会(917医師会)
調査時期	平成15年3月から約2ヵ月間
回答方法	選択式および自由記入式、必要に応じて資料を添付 医師会名および記入責任者の個人名の記名式
回収方法	日本医師会に直送または各都道府県医師会経由

なお、調査票の回収率は、都道府県医師会が100%(47医師会)、郡市区医師会が87%(917医師会のうち797医師会)であった。

調査に用いた質問および回答記入用紙は次頁に示したとおりである。

以下の該当する口欄に✓を記入し、記述欄にコメントをご記入ください

医師会名： _____ 医師会（県名 _____）

<都市区医師会の場合はカッコ内に都道府県名を記入>

回答内容に関して日医から照会する場合の貴会事務局担当者

氏名 _____ 役・職名 _____

1 貴医師会では、平成13年度または14年度中において、患者の安全確保、医療事故防止対策としての取り組みをお持ちですか。

- ・ ある
- ・ ない（5へ）
- ・ 現在までのところはないが、来年度以降実施の具体的計画がある

2 それはどのような取り組みですか（計画中のものはわかる範囲で）。会合の名称、参加者数（または会員全体からみた参加率）、演題、演者、配布物のタイトルや制度の概要等は裏面または別紙にご記入ください。また、それらの内容を示す資料・成果物等がある場合には、可能な限りご提供いただければ幸いです。

- ・ 講習会の開催（H13年度 回，H14年度 回）
- ・ 資料集の配布（H13年度 回，H14年度 回）
- ・ 勉強会、報告会の開催（H13年度 回，H14年度 回）
- ・ 委員会の設置、報告書の作成（H13年度 回，H14年度 回）
- ・ 他団体等とのネットワークづくり
- ・ 事故もしくはニアミス等の報告制度
- ・ 事故もしくはニアミス等の事例分析
- ・ その他

3（すでに実施済みの取り組みについて）それは医療事故防止に成果があったと評価できますか。また、そう判断する根拠があればお示しください。

- ・ 明らかに成果があった
- ・ よい効果があったようだ
- ・ まったく効果があがっていない
- ・ よくわからない
- ・ 効果の有無を評価できるほどの時間が経過しておらず判定不能

判断根拠

4 (すでに実施済みの取り組みについて)会員からの反応、評価が具体的に寄せられていればお教えてください。

5 これまでに実施を検討してみたが何らかの障害があって実現できなかったものがあれば以下に記入してください。(現在検討中で、実施にあたり未解決の問題があるものでもかまいません)

実施を検討した取り組み

実現できなかった理由

6 貴医師会が患者の安全確保、医療事故防止活動を行っていくうえで、特に日本医師会に望むこと、期待すること等があればご記入ください。

7 その他 (自由にご記入ください)

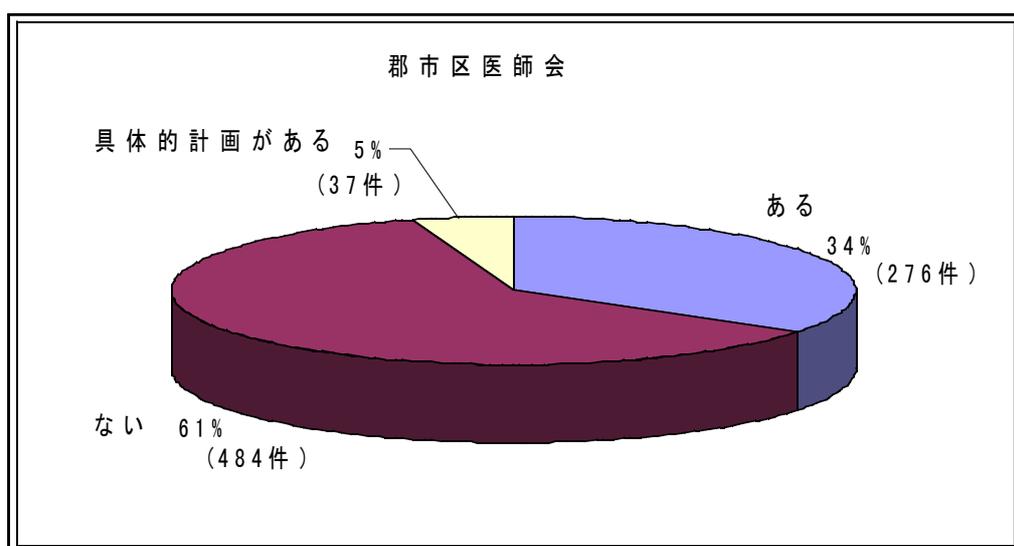
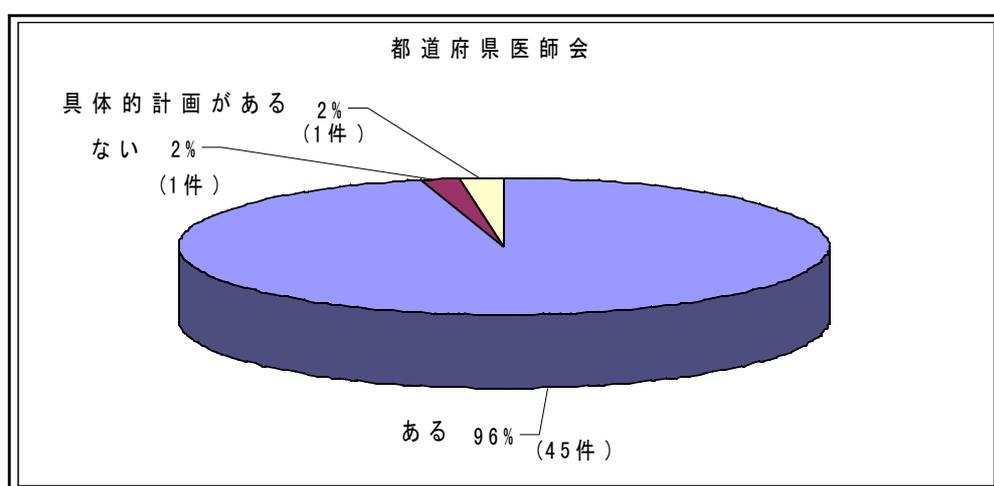
質問は以上です。ご協力ありがとうございました。(裏面に記載のための余白あり)

結果

各設問に対する回答内容を設問ごとに以下に示す。なお、記述式の回答については、記載内容の趣旨に従って分類し、比較的多くみられた類型および資料的な意義があると判断したものを一部紹介している(括弧内の数字は同趣旨の回答の数を示す)。したがって、回答のすべてを網羅するものではない。

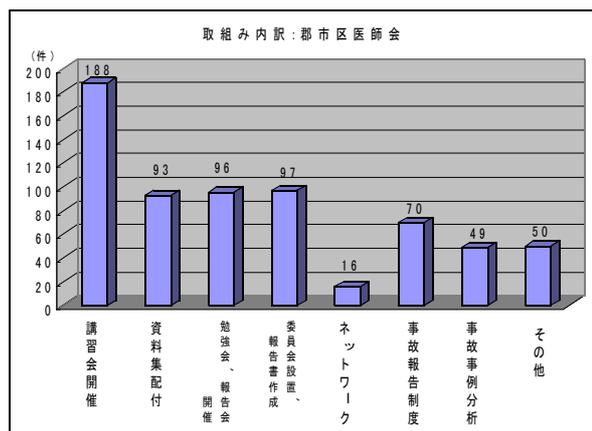
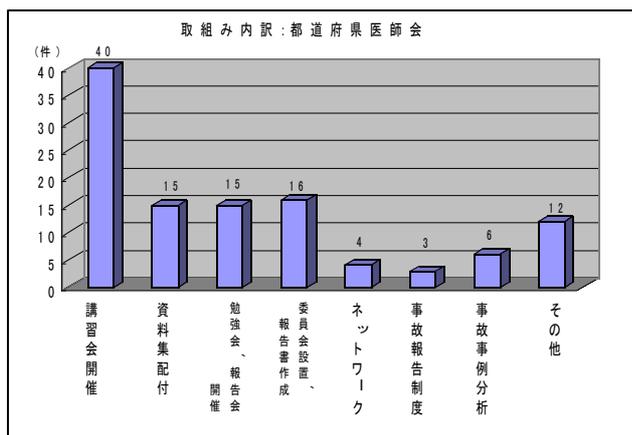
設問 1

貴医師会では、平成13年度または14年度中において、患者の安全確保、医療事故防止対策としての取り組みをお持ちですか。



設問 2

それはどのような取り組みですか(計画中のものはわかる範囲で)。会合の名称、参加者数(または会員全体からみた参加率)、演題、演者、配布物のタイトルや制度の概要等は裏面または別紙にご記入ください。また、それらの内容を示す資料・成果物等がある場合には、可能な限りご提供いただければ幸いです。



「その他の取り組み」として寄せられた回答例

<都道府県医師会>

- 弁護士・担当理事打合せ
- 医療安全対策に関するアンケート(3)
- 掲額用「医療安全宣言」の配布
- 県医ホームページ内に医療安全コーナーを新設
- 医事紛争・学術・病院・広報の担当役員で「医療安全対策チーム」を組織し、定期的協議を行うとともに、郡市区医師会担当理事連絡協議会を開催し医療安全や医療事故防止啓発を行った。

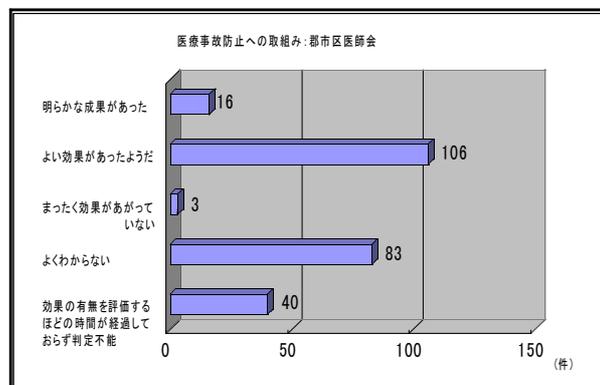
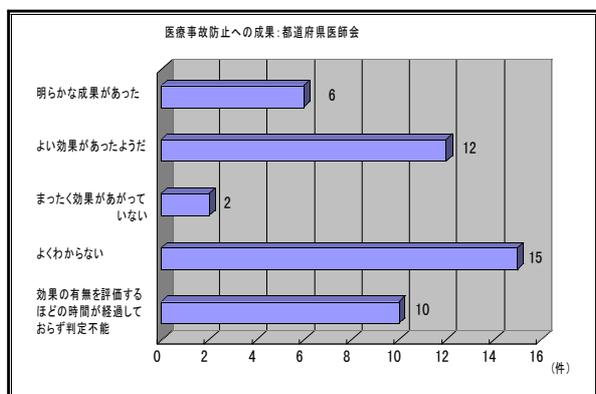
<郡市区医師会>

- 日医医療安全推進者養成講座の受講(3)
- 新規入会者に対する講習(5)
- 学習用ビデオテープの購入、貸出し(2)
- 胃癌検診・肺癌検診におけるダブルチェック(胃癌・肺癌の読影会)

- 薬剤に副反応のある患者には、名刺大の医師会発行のカードに、薬剤名、副反応などを記載して持たせるようにしている。
- 電子メール、メーリングリストを用いた情報提供、交換(5)
- 一般市民を交えた検討会(計画中)
- 苦情・相談窓口の設置(9)

設問3

(すでに実施済みの取り組みについて)それは医療事故防止に成果があったと評価できますか。また、そう判断する根拠があればお示ください。



「判断根拠」として寄せられた回答例

<明らかに成果があった>、<よい効果があったようだ>の根拠

- 事故、紛争、苦情件数の減少(27)
- ニアミス事例報告の件数が増加、習慣が定着(10)
- 会員、医療機関職員の意識、関心が高まった(24)
- 会員、参加者などからの具体的なコメント、感想(11)
- 講習会などへの参加者が多い(11)

<まったく効果があがっていない>の根拠

- 事故、紛争件数が減少しない、または増加している(4)
- プライバシー保護が障害となり事例情報の周知が進まない

<よくわからない>の根拠

- 事故、ニアミス事例などの実態を把握していない(5)
- 判定、比較の基準がない(3)

設問 4

(すでに実施済みの取り組みについて)会員からの反応、評価が具体的に寄せられていれば教えてください。

講習会・セミナーに関して

- 再度の開催、継続的な開催の要望があった(18)
- 「参考になった」といった内容の感想が寄せられた(10)
- 会員以外の医療関係職種からの反応もよかった(3)
- 講習の直後は意識が高まるが、次第に効果が薄れる(2)

資料・マニュアルに関して

- マニュアルの整備が職員間の連携に貢献との評価
- 安全講習ビデオの購入、貸出しの要望があった
- 作成した資料集に他地区医師会からの照会があり提供

ニアミスなどの事例情報の取扱いに関して

- フィードバックされる情報が役立っているとの反響(4)
- 個別の事例の詳細についての質問、情報の希望(6)
- 事例報告を通じて安全に対する意識が高まった(3)

その他、取り組み一般に関して

- 医師会報の医療安全関連記事が好評(4)
- 特に反応、評価はない(5)
- 具体的な事故予防対策が奏功して事故を未然に防げた(2)
- 医療機関ごとの取り組みの重要性は認識するが、人員、費用面で実現困難

設問 5

これまでに実施を検討してみたが何らかの障害があって実現できなかったものがあれば以下に記入してください。(現在検討中で、実施にあたり未解決の問題があるものでも構いません)

実施を検討した取り組み

<講習会・委員会関係>

- 医療事故防止の講習会、講演会の開催(25)
- 医療事故防止の委員会設置(8)
- 勉強会の開催(8)
- 特に診療所を対象とした講習会の開催(2)

<事例情報の収集、マニュアル・資料の作成関係>

- ニアミス事例などの収集、事例集の発行(12)
- 収集事例の分析・検討(8)
- ニアミス事例などの収集方法の改善(3)

<設備・機器関係>

- 患者誤認防止用リストバンドの導入(2)
- 輸血オーダリングシステムの改善
- 病棟、建物の改善

実施できなかった理由

- 予算の不足(7)
- 開催日程が確保できない(6)
- 講師、テーマなどに関する情報、ノウハウの不足(8)
- 会員のプライバシー侵害(事例情報のフィードバック)(13)
- 個々の医療機関で独自に対応している(23)
- 医師会として本格的な検討に至らなかった(14)
- 会員からの要望が少ない、関心がない(13)
- 大規模施設向けの企画に偏りがちなため(6)
- 小規模の医師会では取り組みそのものが困難(4)

設問 6

貴医師会が患者の安全確保、医療事故防止活動を行っていくうえで、特に日本医師会に望むこと、期待すること等があればご記入ください。

<講演・講習会関係>

- 医療事故防止講習会の講師のリスト作成、紹介(10)
- 講師の派遣(10)
- 講習会のテーマの紹介(3)

<マニュアル・事例集、ニアミス事例収集関係>

- 事故防止マニュアルの作成、配布(44)
- 事故事例、ニアミス事例などの事例集の発行(37)
- 小規模施設向けのマニュアル、資料集作成(23)
- 事故などの情報の迅速な伝達(21)
- 他の医師会、医療機関の取り組みの紹介(15)
- 事故、ニアミス事例に対して講じられた再発防止対策の情報(13)
- 教習用ビデオの制作(7)
- 小規模医師会での取り組み方法のモデル提示(4)

<日医自らの取り組みに関して>

- 日医主催講習会の(地方)開催(23)
- 医療安全推進者養成講座の充実・地方開催など(4)
- 日医雑誌、ニュースなどでの医療安全特集、企画(5)
- 日医から会員へ直接の注意喚起(8)
- 法制度などについて社会に向けて発言すること(7)

<その他>

- 医療安全対策コストを診療報酬に反映(13)
- 医療安全活動を国民、マスコミに正しく広報(12)
- 医療従事者の人員増、労働環境の改善(10)
- 日医医賠償保険の制度、運用の改善(13)

設問 7

その他(自由にご記入ください)

<設問 1 ~ 6 に該当しない自由記述的内容を中心に紹介>

- 事故やニアミス事例の報告を推進するために刑事免責の法制度を整備するよう国に働きかけてほしい。
- 患者の相談・苦情受付につき、医師会窓口と行政、他団体との連携を図り、苦情のたらい回しを避けるべき
- 原因追及を求めるインシデントレポートにより「犯人探し」が起こり職場内がぎくしゃくしている。
- 医師・看護師らの養成課程や国家試験に医療安全科目を導入すべき
- 各医療機関はそれぞれの取り組みを行っている。日医、各医師会の役割は、科学的分析に基づいた財政運営、制度設計である。
- 何百人もいる医師会と会員数50名程度の弱小医師会とが同列の事業をやろうとしても無理。小規模医師会でも医療安全への取り組みの活動をしなくてはいけないのか。
- 取り組みは未実施だが、今後実施(検討)したい。
- 日医から法曹関係者(裁判所、弁護士会など)に対して、医療には必然的に起きるリスクが存在することに理解を求める働きかけをしてほしい。