

## 討 論 II

講師,日医医療安全対策委員会委員,  
セミナー参加者を交えての討論

講 師 ジョアンヌ・ターンブル  
(全米患者安全基金理事長)

日本医師会医療安全対策委員会委員

平山牧彦(前茨城県医師会副会長)

樋口正俊(東京都医師会理事)

大勝洋祐(鹿児島県医師会副会長)

梁井 皎(順天堂医院院長補佐)

児玉安司(弁護士・医師)

嶋森好子(日本看護協会常任理事)

座 長 小泉 明(日本医師会副会長)

副座長 星 北斗(日本医師会常任理事)

小泉 明(座長) ターンブル先生,医療安全対策委員会委員,そしてフロアの先生方全員での討論IIに先立ちまして,日本医師会医療安全対策委員会の平山委員長から,医療安全対策委員会の活動状況について,ご説明をいただきます。平山先生,よろしくお願ひいたします。

### 日本医師会医療安全対策委員会 の活動状況

平山牧彦(医療安全対策委員会委員長) ご指名を受けまして,日医医療安全対策委員会の活動,および委員会で議論されたこと,それに私の考えてきたことも多少付け加えてご報告いたしたいと思ひます。

日医医療安全対策委員会は,NPSF(全米患者安全基金)が発足したのと同じ1997(平成9)年の7月に,坪井会長から「医療における安全意識の確立と向上を図るために,リスクマネジメントはいかにあるべきか,その対応策について」の諮問をいただき発足いたしました。委員会では「医療におけるリスクマネジメントについて」という答申を1998年3月にまとめました。

この答申についてご説明する前に,言葉の定義を申し上げたいと思ひます。よく使われる「医療過誤」という言葉は曖昧な点があり,価値判断が入っているため,これは使いたくないということで,委員会でいろいろ議論をいたしました。「医療事故」という言葉は,患者の疾患そのものではなく,医療行為によって引き起こされた障害で,不可抗力によるものと,過失によるものがあります。医事紛争,民事上の患者からの損害賠償請求,患者からの苦情,謝罪や説明の要求なども含めて「医療事故」という言葉を委員会の議論のなかから私は使うことにいたしました。

#### 医療安全対策委員会の基本姿勢

医療安全対策委員会の基本姿勢は,①患者の立場に立つ,②だれもが事故を起こしうる,③事故は単独では起こらない,の3つであります。

第1に,患者の立場に立ち,患者の安全を守ることが医療行為の基本であり,前提です。これが成立しなければ医療ではないということを強調したいと思ひます。

第2に,だれもが事故を起こしうるのです。従来の医療事故防止への対策は貧しかったといえます。いま新聞や誌面をにぎわしている医療

事故の記事は医療側にとって手厳しいものですが、積年のツケが出ているともいえます。文部省の医学教育のなかには医療事故に関する教育が全く欠如していますし、厚生省もようやく9月になって対策を発表し始めたところです。もちろん、医療側の危機意識もかなり不足していました。この危機意識を医療関係者全体に広げ、認識を深めていかないと、医療事故は思いもかけぬ弱い鎖の部分から顔をのぞかせるであります。

実際の医療事故や医事紛争の件数の把握は困難ですが、訴訟に至った数は平成5年ごろまでの10年間は1年当たり約300件だったのが、平成10年、11年は約630件となっています。紛争にはならなかったものの事故と呼べるのはその10倍、さらにニアミスがそのまた10倍あると推定すれば、1年間に $630 \times 100 = 63,000$ 件の発生になります。医師数が約24万人ですから、計算上は4年強で全医師が何らかの形で事故に関係することになります。ですから、だれもが事故を起こしうるのだという認識をもっていた方がいいのです。

第3に、事故は単独では起こらない。今までは事故を起こした当事者を責めて終わっていましたが、これではその背後にある事故を起こすシステムを隠してしまい、事故の再発防止にはなりません。事故は単独では起こらず、いくつかの関門をすり抜けて起こるのです。これまでも、実際にいくつかの重大な事故が繰り返して起きました。1つの事故の背後には、いくつかのストーリーがあるので。

#### 医療安全対策委員会の答申内容

医療安全対策委員会の答申の骨子は、次のとおりです。①医療事故および紛争に関する情報収集体制とその組織の確立、②院内における事故報告体制等の組織の整備、③安全対策マニュアルの作成と徹底、④医療現場の意識改革、⑤医療職の労働条件の改善、⑥生涯教育・啓蒙活

動へのリスクマネジメントの導入、⑦医学教育・医師養成のあり方に対する提言。

また医療事故防止の観点から、次の4つの提言を掲げました。①医師に対する教育・啓蒙活動、②患者の意思を汲み取る努力、③社会や国民一般に対する広報活動、④法曹に対する働きかけ。

先般、横浜市立大学病院で患者を取り違えて手術するという大変な事故が起きました。その4~5年前にも熊本市市民病院で同じような事故を起こしていながら、その経験が生きてこなかったのです。このような事故が起きたとき、その背景にある看護婦の労働条件や夜勤明けの状態、あるいは栄養チューブと血管内注入器具の間違った接続など、いろいろな事故の要因を解析し、誤動作のすり抜けを防ぐことによって次の医療事故を防止することが可能になるでしょう。事故に至るシステムを解析し、それを学ぶことの重要性をここで強調します。麻酔学会では、それまでばらばらであった笑気や酸素のバルブの配置を統一したことで、事故がかなり減ったと報告しております。私どもも、器具・設備に対してもいろいろ考えていく必要があるかと思えます。

また、本委員会としてのマニュアルは作成しません。マニュアルは、あくまでも各医療機関がその規模や特性に合わせて自分で作成すべきものだと考えるからです。厚生省がつくったマニュアルの丸写しという愚も避けてほしいと願っております。その作成の過程で学ぶものが多いからです。

#### 医療事故を防ぐために

横浜市立大学病院の取り違い事故は大きな衝撃を与え、医療事故に関する取り組みがやっと動き出したかと思えます。前回のセミナーで東海大学の黒川清先生が指摘なさいましたように、システムとして医療事故が起こらないようにするには、複雑な医療行為のなかから事故原

因を1つ1つ除去していく必要があります。これには巨大な費用とエネルギーを要します。真剣に医療事故を減らそうとするなら、かなりのコストがかかることを指摘したい。安全は無料ではありません。たとえば、看護婦、あるいは小児科医や麻酔科医が非常に過酷な労働条件のもとで仕事をしているとすれば、人員を増やすということを考えてだけでもかなりコストがかかるということは自明のことかと思えます。

アメリカではNPSFが活動を始め、さらに本年の2月にはクリントン大統領が医療事故減少の国家行動計画を発表しました。これは、5年間で医療事故を50%削減するために、年間20億円を拠出して患者の安全のための研究を始めるといふものです。日本でも同様な研究が動き出すことを願っております。

横浜市立大学の事故も決して単純なものではなく、報告書によると40人も人が関係しています。これらの多くの関係者の目をすり抜けて事故が起こった最大の原因は、危機意識の欠如であつたらうと推測しております。

以前、登山をしていた人たちが天候の急変により全員凍死したという浅間山事件がありました。登るときには晴れて暖かだったため、ふもとの茶屋に衣類や食料を置いていって遭難したというこの事件は、危険への認識が欠如していると、助かるシステムそのものが働かなくなるということを示していると思えます。

このことから、特に若い医療者に対しては繰り返し繰り返し危険への認識を訴えることが当面の最重要課題と考え、私が個人で20ページくらいの読みやすいテキストを作成し、私からこの3月に全国8,000人の医学部卒業者に差し上げました。これは来年も配るつもりであります。

さて、平成10年2月9日の東京高裁は、エホバの証人信者手術の判決のなかでこう言っています！本件のような手術を行うにあたっては、患者の同意が必要であり、患者がその判断をす

るうえで必要な情報を開示して患者に説明すべきものである」。この「同意」とは、各個人が有する自己の人生のあり方は自らが決定することができる、という自己決定権に由来するものです。今までは専門家としての医師に自由裁量権がありましたが、患者に自己決定権があるということをつらやまして判決で、最高裁でもこれは認められました。

#### 医学と医療に関する一考察

私は、委員会でのいろいろな議論をしている間に、医学と医療について考えを致すようになりました。医学はすぐれて国際的であり、世界共通です。一方、医療は全く個人的な要素を含み、その土地の文化に深く根差しています。明治以来の日本の医学は技術志向であり、医療については深く考えてこなかった経緯があります。医療事故の予防にあたっては、この文化について考えることが重要です。インフォームド・コンセントにしても、患者の年齢や職業、その他の因子を勘案して、個々の医師がその経験や力量によって苦勞を重ねておられるところでありましょうが、地域や地区によっても、そのアプローチの仕方が大きく異なると聞いております。

お叱りを受けるかもしれませんが、医学は大変重要なものでありますが、しよせん技術なのです。大学教授の多くが、その学問的業績によって評価されてきたとすれば、医療、ことに医療事故に対する関心が不足してきたことは否めないでありましょう。この点で、日本耳鼻咽喉科学会が、教授の選任にあたって医学的業績だけでなく医療的な業績も評価するとの声明を發したことは、特筆に値すると思えます。

最近ではevidence-based medicine (EBM)の重要性が指摘され、そこには多くの学ぶべきものがあり、われわれはそこを通過しなければなりません。しかし、専門家としての医師の自由裁量権よりも患者の自己決定権が優先し、患者のQOLを重視するという判決が確定した現在、現

実はEBMよりも一歩先を歩き始めたようです。この「病氣」にはこの治療というより、この「病人」にはこの治療、という視点が重要になってくるようです。

今年の夏は、医療事故の報道の多さにひどく気が重くなったことは事実です。今までの患者さんには申しわけのないことですが、今後、患者の安全のために医療界が一致して行動する、よいきっかけであると考えたいと思います。

以上、委員会の報告と、私見を述べさせていただきました。

---

## 討 論 II

講師 日医医療安全対策委員会委員、  
セミナー参加者を交えての討論

---

**小泉 明** それでは、これから討論IIに入らせていただきます。進行は星先生にお願いいたします。

**星 北斗**(副座長) あらかじめ質問票に記入をお願いしましたところ、大変多くのご質問をいただきましたので、内容によってはまとめて質問させていただくことにいたします。

エラーを報告した場合の法的保護

**星 北斗** まず1つめは、岩手県医師会の岩淵先生からターンブル先生へのご質問です。

「エラーを起こした人を誉めるという風潮が大切だと先生は指摘されました。しかし、エラーが外部に漏れると訴訟につながることもあるかと思えます。アメリカでは、このようなエラーを起こした人や施設に対して法的な保護がなされているのでしょうか。また、州ごとにピアレビュー保護法が定められているとのことですが、それはいつごろから制定され、どれくらいの州で施行されているのでしょうか。」

**ジョアンヌ・ターンブル**(講師) ピアレビュー保護法がいつ制定されたのかは分かりませんが、それぞれの病院内でしっかりと根づいています。確かにパラドックスではあります。実際にエラーを起こした人に罰がいくかもしれないときに、それを報告せよというのは大変難しいことです。

アメリカの場合、自主的な報告システムはブラインド化されています。すなわち、自分の名前を書かずに報告します。自主的な報告の目標は間違いから学ぶことですので、報告することによって自分に罰が及ぶというのでは、だれも報告する人はいないでしょう。

医療の報告システムに関しては、クリントン大統領の提言を受けて、現在作成過程にあります。各州で違いがありまして、なかには強制報告制度というものもあります。これはインシデントも含めて、過失があった場合には、すべて自分の名前をつけて報告するというものです。それに対して、自主的な報告システムでは名前は記載されません。

**星 北斗** ありがとうございます。これに関して、委員の先生方で何か発言がございましたらお願いします。また、フロアのほうからございましたら、挙手をいただきたいと思います。児玉先生、よろしいでしょうか。

**児玉安司**(医療安全対策委員会副委員長) アメリカでは、重大な事故の場合には強制的に報告を求めるマングトリー・レポーティング・システムがあり、それよりもマイナーな事故に関しては任意に報告を求めるボランティア・レポーティング・システムがあります。

ボランティアに自ら進んで報告をした場合には、法的な制裁を受けないように配慮がなされています。ただ、強制的な報告制度があるかないか、あるいは法的保護があるかないかということについては、州によってばらつきがありますし、強制的な報告制度を導入している州は過半数には至っていないのではないかと認識してい

ます。

最近では日本でも、事故が起こった場合には、同じ事故を二度と起こさないために、医療従事者全員に病院内の共通認識として事故の実情を知らせて今後の対策を練っていくという、オープンな方法をとる医療機関も徐々に増えてきています。しかし、その一方ではオープンに議論をすることによって、かえって事故の事実が外部に漏れて、厳しいマスコミのバッシングに遭ったり、警察の捜査が入るなど、今の日本の医療機関を取り巻く状況は急速に変化しつつあります。

ターンブル先生は、非難し罰すること(blame and punishment)から離れて、前向きにクォリティー・インブループメントを行っていくことが大事だと強調しておられます。しかし、日本のこの一、二年の状況をみておられますと、刑事責任を問うというような強いblame and punishmentが次第に強まっているように感じられ、私は個人的に危惧しております。この点について、ターンブル先生のコメントをいただければと思います。

**ジョアンヌ・ターンブル** ボランタリー・レポーティング・システムのほうは現在構築中で、まだしっかりとはできておりませんが、このレポーティング・システムは、そこから学ぶためのものであって、医者への責任を問うためにつくられるものではありません。

医療従事者としては、報告はすべて自発的なものであるべきだと考えています。したがって、報告することと刑事罰が適用されるかどうかということは、別の話だと思います。刑法にかかわるような過失の場合には、各州によって扱いが異なります。たとえば、ある州では何度も手術ミスを行った脳外科医に対し、彼の医師免許を剥奪しました。

それから、マンドトリー・レポーティング・システムは12の州にあると理解しています。しかしながら、このレポーティング・システム

も多くの失敗を重ねてきています。

医療事故の警察への届出は必要か

**星 北斗** それに関連しまして、もう1つご質問をいただいております。愛知県医師会の勝又先生からの、非常に率直なご質問です。

「医療事故はその軽重を問わず、一旦報道されると警察が来て捜査をするケースが多いのですが、実際に医療事故が起きた場合、すぐに警察に連絡する必要はないと思います。医療事故と警察への連絡という観点で、アメリカの実情をお伺いしたい」。

**ジョアンヌ・ターンブル** 警察へは通報しません。医療でのエラーと呼ばれるものに警察は関係ありません。実際に過失がある場合を除いては、ほとんどの医療事故は報告されません。

もちろん是正措置はとられるべきですが、それを行うのは警察ではなく医療従事者であるべきです。この医療従事者が自ら是正するにあたって、一般大衆が満足できるような方法でできなかったとしたら、これこそが問題だろうと思います。

**星 北斗** ありがとうございます。この件に関して、どなたかご意見はございますか。なければ、私のほうから発言させていただきたいと思います。

この8月22日に、厚生省は国立大学に対してリスクマネジメント・スタンダードマニュアルを作成し通知しました。その作成委員会が出した報告書の中の「警察への届出」という項には「医療過誤によって死亡または障害が発生した場合、又はその疑いがある場合には、施設長は速やかに所轄警察署に届出を行う」と明確に記載されております。関連事項として、医師法第21条の異状死体等の届出義務が書いてあります。これについて、委員の先生方はいかがお考えでしょうか。

**樋口正俊**(医療安全対策委員会委員) 私は京都医師会で医事紛争を担当しておりまして、

そのマニュアルに関しては、届出をするとすぐに捜査が入るようでは困るという会員からの意見がありました。過失の疑いのある場合にまで届出義務があり、それを受けたら警察も捜査に入らざるをえなくなるのでは、警察の現場にも医療の現場にも混乱が起こるのではないかと考え、日本医師会の医事法制課に申し入れをいたしました。

**星 北斗** ありがとうございます。私も個人的には大変なことだと認識しております。ターンブル先生、どうぞ。

**ジョアンヌ・ターンブル** 医療従事者が手をつないで、厚生省に対して直訴したらいかがでしょうか。これは決して警察が入ってくるべき領域ではありませんし、危険な前例となる可能性があります。同時に、このようなステートメントが出てきたのであれば、それに対する具体的な代替案を医療側も提案するべきではないでしょうか。医療を分かっていない警察などの組織に任せるのは難しいと思います。

オーソリティー・グレーディエントをなくすには

**星 北斗** ありがとうございます。次は福島県医師会の阿曾先生からいただいた教育に関するご質問です。

「医療事故ではヒューマンファクターが問題となる割合が高いようですが、日本の社会は縦割りですので、オーソリティー・グレーディエントが問題です。医師の側から看護婦や薬剤師に問題を指摘することがあっても、その逆はなかなか難しいのです。患者の安全に関して、互いに意見を言い合うことは大切だと思いますが、医師側の聞く態度、看護婦やパラメディカルから問題点を医師に指摘する態度というものの改革は、アメリカではどのように進められ、どのように教育しているのでしょうか。」

**ジョアンヌ・ターンブル** 私は、医師に対しては「診療に役立つことなのだから」と説明す

るようにしています。基本的には根本原因を分析(RCA)することによって、医師も看護婦も薬剤師も一緒に集まって問題について話し合うことのメリットを理解するようになってきました。これにより、ゆっくりではありますが、文化を変えていくことができました。

オーソリティー・グレーディエントは確かに大きな問題です。しかし、実際にRCAを経験し、それがいかにプラスの効果があるかを理解すれば、皆話し合いに参加し、改革していくことができると思います。

**星 北斗** ありがとうございます。嶋森先生、どうぞ。

**嶋森好子**(医療安全対策委員会委員) 私も何回か事故を起こした病院にお伺いして、事故の現状の把握と分析をやらせていただいたことがあります。そのときにお手伝いくださったのが心理学の先生でした。ターンブル先生も心理学がご専門だそうですが、医療従事者だけでは互いの利害が対立したり、責任を押しつけ合ったりしてしまいますので、心理学とか社会心理学の方たちに分析に加わっていただき、客観的な意見を述べていただくと、両方が互いに理解し合えるように思います。

**星 北斗** ありがとうございます。どなたかコメントはございますでしょうか。どうぞ。

**小川寿幸**(上尾中央総合病院) 私は22年前に医学部を卒業しましたが、恩師から「良い看護婦さんがいると良い研修医が育つし、研修医が良くなれば常勤医は安穩としておられない」という言葉で指導をしてもらいました。ヘッドダウンである限りは、オーソリティー・グレーディエントもなくなるのではないかと思います。

**星 北斗** ありがとうございます。児玉先生、どうぞ。

**児玉安司** 医療事故防止のために病院内に委員会を設けて話し合うというのは、最終的にはいかに患者さんの安全を確保するか、より安全

な医療のためには何ができるか、という方向性でやるべきことだと思います。

これに対して、実際に事故が起こってしまい、民事・刑事の責任を問われているような場面で検討されるべきことは、法的責任があるか否かであって、これと患者の安全のために何ができるかを検討することとは、大きく異なるものだと考えております。

梁井先生にお伺いしたところ、順天堂医院では、訴訟対策や紛争対策のセクションと、医療の安全対策のセクションとを明確にお分けになっているということです。私も弁護士という立場上、講演などでは、医療事故・紛争・訴訟にかかわる法的な説明と、リスクマネジメントあるいはクオリティ・インプループメントに関する説明とは分けて話をして、この2つは発想が異なるということを強調しております。

専門職としてのリスクマネージャーの仕事とは

**星 北斗** リスクの回避と事故の予防は分けて考えるべきだというお話でした。これに関連して、順天堂医院の今井先生からご質問をいただいております。

「ターンブル先生はリスクマネージャーの経験者ではないということですが、現在、日本では大学病院や国立病院などの各部署、病棟その他にそれぞれリスクマネージャーを常置することで体制の構築が図られています。この方法は本当に有効な方法でしょうか。

アメリカでは、500～1,000床の大病院でも数名の専門職のリスクマネージャーを置いて、そのリスクマネージャーが病院全体に目を光らせていると聞いていますが、これは新しい職種であり、日本では今のところできそうにもありません。このアメリカの専門職としてのリスクマネージャーは、うまく育成され機能しているのでしょうか。また、リスクマネージャーという職種の将来の展望はどのようなのでしょうか。」

**ジョアンヌ・ターンブル** いま、リスクマネジメントは損害賠償への対応策から予防策(risk prevention)へと急速に変わってきています。リスクマネージャーの仕事も、事故の原因を調査するだけではなく、事故そのものを回避する策を練る方向へと変わってきていますので、きちんとした訓練を受けていなければなりません。システムそのものも、今まさに変えようという動きが出ています。

**星 北斗** ありがとうございます。何かコメントがございますでしょうか。どうぞ。

**今井寿正** (順天堂医院) ただいまの質問者の今井でございます。ごくシンプルにもう一度お尋ねします。日本では、1病棟あるいは1外来といった1つのユニットで働く医師や看護婦のうちの1人を、安全対策にかかわらせてリスクマネージャーと呼ぼうという動きがあります。こういう人たちは、現にアメリカで存在するのでしょうか。

**ジョアンヌ・ターンブル** リスクマネージャーという言葉は存在しています。その仕事の内容はリスクの予防あるいは事故の予防で、これが変わってきているのです。

**今井寿正** 日本の方式ですと、大学病院では各病棟、各外来のリスクマネージャーが100人以上にもなってしまう。このようなリスクマネージャーはありうるとお考えですか。

**ジョアンヌ・ターンブル** 私どもの病院は約500床ほどでしたが、2人のリスクマネージャーがいました。しかし、スタッフのなかにはパフォーマンス・インプループメントのディレクターとスペシャリストがいて、主にデータを解析していました。そのほか、これをベースとして今後どうやって予防するかの行動計画を立てる人もいました。

**今井寿正** そのリスクマネージャーとは、病院の医療安全対策室のようなところにおいて、病院全体を見渡してデータを分析し、それに対して指令を出していく、そういう意味ですね。

**ジョアンヌ・ターンブル** 指令といいますか、むしろ協力をベースとした形のパートナーシップです。リスクマネージャーはリスクマネジメントという専門知識はもっていますが、医療の専門家ではありませんので、医師や看護婦と一緒に力を合わせることによって1つの体系をつくるということです。

**今井寿正** アメリカでその立場に立たれる方は、もとは看護婦であるかもしれないし、MSW（医療ソーシャルワーカー）であるかもしれないし、心理学者であるかもしれない。だけど、医師である可能性は少ないのでしょうか。

**ジョアンヌ・ターンブル** そうです。ただ最近は多くの医師が新たに方法論を学んで、この仕事をやるようになってきています。これは、医師のほうが同僚として話を聞くことができるという点で、非常に良いことだと思います。

#### 日本型リスクマネジメントのメリットとデメリット

**星 北斗** ありがとうございます。何か関連してご発言がございましたらどうぞ。

**児玉安司** 日本では何年か前に、リスクマネジメントあるいはリスクマネージャーという言葉が次第に使われ始め、病院長ないしは副院長がリスクマネージャーと名乗られ出したころは、正直いって違和感がございました。

というのは、リスクマネジメントのリスクとは何かというと、患者からの損害賠償請求によって病院が財政的に破綻してしまうというリスクです。そのリスクを回避するためには、保険の手当てをしなくてはなりません。ハーバード・リスクマネジメント・ファウンデーションのプレジデントは保険のブローカーで長年研鑽を積まれてきた方でしたので、当初はリスクマネージャーという言葉に対し、保険のノウハウを学んだ人というイメージが強かったのです。

ただ、ターンブル先生のお話にもありましたように、リスクマネージャーの仕事も、事故の

原因を分析してプロアクティブに医療事故を防止し、患者さんの安全を図っていこうという方向に変わってまいりました。つまり、リスクマネジメントの対象が、医療機関の財政的破綻の防止なのか、あるいは患者の安全なのか、という発想の違いによってリスクマネージャーの性格づけも変化してきたように思います。

アメリカでのリスクマネージャーの役割と性格が変化してきたあとで、日本型のリスクマネジメントの考え方が入ってくるようになりましたので、日本でのリスクマネジメントという言葉には、クオリティ・インプルーブメントあるいはパフォーマンス・インプルーブメントの性格が強いように思います。

今、日本ではゼネラルリスクマネージャーをトップとして、その下にリスクマネージャーを置いて、さらにその下にリスクマネージャーの補佐をたくさん置くというピラミッド状の構造をもった体制ができつつあります。大病院ですとリスクマネージャーが100人もいるわけで、これも日本型のリスクマネジメントのありようだと思います。

この日本型のメリットとしては、病院は縦割り、横割りが非常に厳しくできている組織ですので、今の日本の現状として、どんな事故がどこで起こっているのかもよく分からないという事態が起こりかねない状況を踏まえれば、このピラミッド型の組織も必ずしも悪くないのではないかとはいえます。

しかし、明らかにデメリットだと感じられるのは、たとえば誤投薬が起きた場合、根本原因の分析をして改善していくためには、医師の処方から、薬剤師の調剤を経て、実際に看護婦により投薬されるまでの全プロセスを横断的に考察して、どういうシステムを構築したらよいかを考えなくてはなりません。まさにシステムズ・アプローチが必要な場面です。ところが、ピラミッド型の組織では事故が起こった場合にその科のリスクマネージャーのところに問題が

戻されてしまうこともあります。運用の仕方を誤れば、せっかく病院全体として統合した情報がばらばらになりかねないというデメリットを生じる可能性があります。

**星 北斗** ありがとうございます。梁井先生、どうぞ。

**梁井 啟** (医療安全対策委員会委員) 先ほど質問されました今井先生と私は、順天堂医院と一緒にリスクマネジメントに携わっておりまして、われわれの大学でも各科にリスクマネージャーを置いております。医師が約60名、看護婦が15名、薬剤師が約10名、その他も含め計93名になります。それを専門ごとに10個の小委員会に分け、インシデントの内容ごとに個々の小委員会で具体的に検討し、検討した結果をまた10個の小委員会の中の広報委員会に戻して、全体にフィードバックするようにしております。

専門のリスクマネージャーをおいている病院をしばしばみかけますが、私どもの病院には専門職のリスクマネージャーはおりません。本来の医療の仕事をしながらリスクマネジメントもやっています。ここで大事なのは個々の職員の意識を高めることだと考えますので、リスクマネージャーは毎年1/3ぐらいが交替します。そして5年、10年たつて全員がリスクマネージャーを経験すれば、意識も変わってくるだろうと思っています。

今回、厚生省が出したリスクマネジメント・スタンダードマニュアルは、私どもの考えと似ている部分もあると感じていますが、事故報告書の扱いについては検討中です。

安全対策のための法の整備は

**星 北斗** ありがとうございます。では次にご紹介いたしますのは千葉市医師会の鈴木先生からいただいたご提言です。

「安全システムを考えるうえで、法の整備と費用は避けて通れない問題だと思います。しかる

に、前回は今回もこのセミナーには行政関係者が全く出席していません。次回からは厚生省あるいは支払い側からのご意見を聞かせていただきたい」。

実は、厚生省の担当官が出席されていますので、コメントをお願いいたします。

**青木龍哉** (厚生省健政局保健医療技術調整官) 私は厚生省で、特に特定機能病院における医療事故を担当しております。本日はターンブル先生のお話をはじめ参考になるご提言、ご指摘が多く、今後の行政に生かしていきたいと考えております。事故に関しましては、厚生省でもさまざまな対策を考えておりますので、今後、日本医師会また医療関係者の方々といろいろご相談させていただきながら進めていく考えであります。

**星 北斗** ありがとうございます。拍手が起こっておりますが、いささか官僚的なご返事だったように思います。

少しコメントさせていただきますと、医療の安全対策は、健康政策局総務課や、国立病院部、文部省など、さまざまなところで出されています。しかし、その根源の部分の議論がまだ足りないのではないかと思います。

たとえば、医薬安全局では薬あるいは医療器具の安全性の問題について検討する。しかし、それは医薬安全局の中での議論で終わってしまうのです。全体を見通して、日本の医療安全の問題をどう考えていくかを議論する場がないのです。医療関係者のみならず、患者の代表、マスメディア、行政関係者など、あらゆる人たちが集まって議論できる場が設定されれば、一歩でも患者の安全に近づけるはずで、そして、日本医師会がその場を提供できたら、こんなに素晴らしいことはないのではないかと考え、そのためにも今後も努力をしていきたいと思っております。

リスクマネジメントにかかわる費用の扱いは  
**星 北斗** では、次のご質問をどうぞ。

**石渡 勇** (茨城県医師会) いま国は医療費削減の方向にありますが、このリスクマネジメントにかかわる医療費は、当然増やさなければならぬ部門だと思えます。

事故の要因にはいろいろありますが、機器の改良によって事故が完全になくなった事例が2つございます。

産婦人科では、以前は吸引で人工妊娠中絶を行うことがありました。その吸引管の吸引口と排気口が全く同じ大きさなので、逆に取り付けて、吸引しているはずなのに空気を送りこんでしまい、その結果、空気塞栓で患者が亡くなるという事故がいくつかありました。それに対し、排気口は器械の中に入れて、間違った取り付けが起こらないように改良したところ、事故はゼロになりました。

また、先ほどもお話がありましたが、酸素と笑気のアダプターを変えたことによって、これも事故をなくすことができました。

このように、機械を改良したりディスプレイ製品を使用することによって、少しずつ事故を減らせるはずですが、しかし、これは医療費の増加につながるわけですから、リスクマネジメントにかかる費用も診療報酬に見込むという方向へ、医療費全体の考え方をもっていく必要があります。このリスクマネジメントにかかわる費用について、日本医師会としてどうお考えなのか、お聞かせ願います。厚生省のお考えでも結構です。

**星 北斗** 厚生省の方、いかがでしょうか。局が違うため、発言しにくいかもしれませんが、何かコメントはございますか。

これは確かに大きな問題ですが、このデリケートな問題にあえてご発言いただける方はいらっしゃいますか。

**糸氏英吉** (日医副会長) 診療報酬に手当てがされないからリスクが起こっても仕方がないと

は、医師としては言うてはいけないことだと思います。しかし、ディスプレイ製品も増えてきておりますので、われわれとしても実費補償という形で診療報酬に上積みするよう、常に要求しております。厚生省とは押し問答の形になっておりますが、患者の安全のために厚生省にも責任ある態度をとっていただきたいと思っています。

医療安全の問題には、システムの問題とヒューマンファクターの問題の2つございます。この2つのどちらが優位とは言えませんが、日本医師会としては、医療従事者の意識改革の面では必ずしも十分ではなかったことを肝に銘じて、対応していきたいと思っております。

**星 北斗** ありがとうございます。どうぞ。

**石渡 勇** 医療事故が起きたとき、医療現場にもいろいろな問題がありますが、構造的に考えれば、リスクマネジメントにかけることのできる医療費がないせいではないでしょうか。ですから、リスクマネジメントには費用がかかるということをもっと社会に認識してもらうことも必要ではないかと思えます。

**星 北斗** ありがとうございます。ターンブル先生、どうぞ。

**ジョアンヌ・ターンブル** 少しコメントさせていただきます。患者の安全のビジネスケース」のなかには、エラーマネジメントにかかる費用と訴訟にかかる費用の比較も出ております。これからは、この対策をしなかった場合には訴訟のためにどれだけコストアップになるのか、というようなコストの比較評価が必要なのではないでしょうか。

医療のリスクをどう患者へ伝えるか

**星 北斗** ありがとうございます。次のご質問は福岡県医師会の高須先生からターンブル先生あてにいただいております。

「本日の話は医療をする側の話がメインでしたが、医療を受ける側へは、医療のリスクや費

用負担に関する教育などは行われているのでしょうか。また行われている場合には、どのような効果があったのでしょうか。

**ジョアンヌ・ターンブル** 私のような作業をしておりますと、お答えできるほどの知識はないということがよく分かりますので、謙虚な気持ちでお話ししたいと思います。

以前、患者をはじめ利害をもつ人たちを全部集めた、利害関係者カンファレンスというものを開きました。そこに参加した家族を医療事故で亡くした遺族の方は「ミスのないケアなどは神話だということをしっかりと教えてほしかった」とおっしゃいました。こういう方たちは最もインテリジェントな集団ですので、そういう意味では教育の対象になると考えます。

リピーターへの対応は

**星 北斗** ありがとうございます。次はリピーターに関する東京都医師会の大村先生からのご質問です。

「医師、看護婦を問わず事故を繰り返す人がいますが、どう対応したらよいのでしょうか。また、アメリカではどうなのでしょうか」。

**ジョアンヌ・ターンブル** アメリカでは、まずリピーターを明らかにします。次になぜそうなのか、教育が足りないのか、何らかの物理的・身体的・精神的な問題があってできないのか、その原因を探ります。そして、教育を行ってうまくいくかどうかをみます。だめであればカウンセリングをして、それでもだめな場合には特権を剥奪するといった罰を与える、というように段階的にアプローチします。

**星 北斗** ありがとうございます。では平山先生、どうぞ。

**平山牧彦** (医療安全対策委員会委員長) この問題については、日本では今のところ打つ手がないというのが率直な返事です。

1973(昭和48)年に日医の医師賠償責任保険が始まって以降、武見会長は、リピーターが出

たときにはその人を選んで専門の先生方をつけて勉強させた、という話が伝説かもしれませんが残っています。その当時はそれも可能でしたが、今はご存知のように各県で医療事故のいろいろな実態をつかんでおられても、公表しないという約束でやっておりますので、それが1つの足かせになっています。

また、日医医師賠償責任保険の制度を検討する委員会でこの問題は何度も話題になり、いろいろな案が出たようですが、紛争処理が目的の医賠償保険制度では、リピーターをなくすのがないということなのです。これは日本医師会に課された大変な問題だと思いますが、残念ながら今のところはこのような惨めなお返事しかできません。お許し願いたいと思います。

**星 北斗** ありがとうございます。このリピーターの問題について、どなたかご発言いただけますでしょうか。どうぞ。

**樋口正俊** この質問を出されました大村先生は、日本母性保護産婦人科医会の先の副会長で、東京産婦人科医会の先の会長でもいらっしゃいます。

私も産婦人科ですので産婦人科に限って申しますと、産婦人科では医師免許のほかに母体保護法の指定医制度がありまして、東京都医師会の場合は2年ごとに約1,000人が更新しております。産婦人科は事故が多いといわれていますが、リピーターの先生方についてはある程度分かっておりますので、この更新のときに個別に注意する努力はしております。

**星 北斗** ありがとうございます。梁井先生どうぞ。

**梁井 皎** リピーターという点では、人だけではなく、機器にもリピーターがあります。石渡先生の提起された問題に戻るようで申しわけないのですが、機械の場合も、古いものだけでなく、新しい機械でも繰り返し事故を起こすメカニズムのものがあります。

したがって、人の場合に個々に教育してリ

ピーターをなくす努力をするのと同じように、機器についてもリピーターをなくす努力が必要です。医療機器メーカーの方にはどうしてもコストダウンが念頭にありますので、厚生省あるいは日本医師会が、日本中の問題のありそうな機器に関する現場の情報をまとめて検討する機関をつくっていただきたいと思います。

医師としての適性な判断は

**星 北斗** ありがとうございます。どうぞ。

**吉原忠男**(埼玉県医師会) いろいろご意見が出ましたが、私も医療事故を担当しております。リピーターについては大変苦労しています。リピーターに対して問題点を指摘しても、率直に頭に入る先生は少ないのです。思い込みが強いとか自信過剰といった性格的なものや、適性の問題もあるかと思えます。今の日本では資格剥奪もできませんので、もっと初期の段階で、入学試験の適性検査を厳密にしたり、しっかり教育するなどの方法をとれば、長い目でみれば医療事故のうちのヒューマンファクターを排除できるのではないのでしょうか。

**星 北斗** ありがとうございます。何かコメントはございますか。平山先生、どうぞ。

**平山牧彦** ターンブル先生は心理学者でもいらっしゃいますので、吉原先生に代わってお伺いしたいのですが、医学部の入学試験のときにそういう人をチェックすることは可能でしょうか。

**ジョアンヌ・ターンブル** 素晴らしいディスカッションになってまいりましたね。知識の面では適性があっても、医学に対する感情的知性をもって生まれる人、もたずに生まれる人がいます。そうした人たちは、心理学テストを行うことによって簡単に振り分けることができます。ただ、それと成熟度を区別して判断することができるかどうか、つまり大人になっても変わらないのかどうかを判断することが難しいのです。年齢を重ねることによって謙虚になるこ

ともありますので、そういう意味では、教育を行ってチャンスを与えることが必要だと思います。

**星 北斗** ありがとうございます。どなたかご発言ございますでしょうか。どうぞ。

**佐々木邦幸**(千葉・佐々木病院) 昔の旧制高校の場合は全寮制でしたので、人格形成もでき、学ぶ人の素質もかなり振り分けられたと思います。今はそういう機会がなくなりましたので、やはり制度にも問題があるかと考えます。

**星 北斗** ありがとうございます。

**小泉 暎**(座長) 私自身、7年間にわたり医学部医師養成機関の責任者でありましたので一言申し上げますと、狭い意味の学力でのみ入学者を決定するという風潮は、現在のわが国の大学ではほとんどないと言えらると思います。学生からは何らかの形で、医師であること、医学に対する情熱、人々を大切に思う心を聞いております。

ヒューマニティーという側面はかなり注意されておりますが、ご指摘にありましたように、自信過剰といった性格上の問題については、必ずしも十分とは言いきれないと思います。そういう点では、入学試験にあたる担当者の方々に強調していく必要があると思います。

**星 北斗** 梁井先生、どうぞ。

**梁井 皎** 順天堂大学の場合は1年間の全寮制があります。入学試験の後の一次試験、二次試験のときに面接をするのですが、確かに成績は良くても、面接でこれは医師には向いていないと思われる人が何人かおります。そのときに必ず「ほかの人との協調性が心配されるが1年間の全寮制で大丈夫だろうか」というような質問をします。以前は協調性がなくて全寮制になじめずにやめていく学生もいましたが、最近は入学して1~2年でやめる学生はいなくなりました。入学試験の二次試験のときに20分ほどの面接でも行えば、医師としての適性がかなり分かるかと思えます。

**星 北斗** ありがとうございます。日本医師会でも医師の人間性の問題はとても重要だと考え、これまでも生涯教育という形でやってきました。しかし、入学以前からの医師の教育体系を見直さなければならないのではないかと、医師会が果たす役割があるのではないかと議論が行われていることを追加的に報告させていただきたいと思います。

医療事故防止対策を实践するうえでの問題点

**星 北斗** そのほか何かございますか。どうぞ。

**王 伯鈞** (千葉・井上記念病院) 医療スタッフのコミュニケーションについて、当院のケースをご紹介してご意見をお聞きしたいと思います。

当院は約170床の民間病院です。日本の民間病院では、スタッフが少ないために静脈注射は看護婦に任せることがあります。このような状況のなかで医療事故防止対策のマニュアルをつくり、国立病院のように点滴、輸血、抗癌剤の投与などを全部医師がやることにすると、看護婦からは静脈注射もボイコットされてしまいます。そのため、現場の状況に応じて、スタッフが少ないところは看護婦が点滴や注射をし、ある程度余裕があるところは全部医者がやるという対応が考えられます。この場合、ルールは全体的に統一すべきなのか、あるいは多少柔軟性をもたせてもやむをえないのか、ターンブル先生にコメントをいただきたいのです。

また、医療事故防止対策をやっているなかで医師と看護婦の関係が険悪になることはないかという心配もありますので、この点についてどうしたらよいか、嶋森先生のご意見をいただきたいと思います。

**星 北斗** まずはターンブル先生からお願いします。

**ジョアンヌ・ターンブル** やはり融通性をもたせるのがベストだと思います。1つのルール

がすべての場合に適用されるものではありませんし、インテリジェントな人間の集まりですから、どういう人が何をやるべきか、ということは分かると思います。HROのお話のとき、トレーニングが何よりも重要だということを申し上げました。ですから、小さな民間病院であれば、いくつかの処置は看護婦に認可して、ある程度の期間をおいてから試験などをして更新するというようにしたらどうでしょうか。

もちろん、アメリカでも医師と看護婦の間に摩擦が起こることがありますが、重要な問題は患者の安全性ですので、それ以外のものについては融通性をもたせていくことが大切ではないかと思えます。また、RCAという根本原因分析でも申しましたが、患者の安全性という、医師と看護婦に共通した1つの問題を中心として話し合うことによって、新たに互いの存在を評価し合えるようになりますので、これはむしろいいチャンスだと思います。それでは、嶋森先生、どうぞ。

**嶋森好子** 静脈注射については、医師がやるべきだという判例があったのですが、その後、医師の指示があれば静脈注射は看護婦もできるという最高裁の判決が出ています。ですから、看護婦も静脈注射はできます。ただ、抗癌剤のように危険度の高い注射の場合には、看護管理者としては、十分教育を受けていない看護婦にさせるのは非常にリスクが高いので、このような注射は医師がやるべきだと考えます。

看護婦の静脈注射については、たとえば都内にあります榊原記念病院では、アメリカからIVナースという静脈注射専門のナースを招いて院内の看護婦を教育し、その人に静脈注射の管理も含めて任せる体制にしていると聞いています。その結果、感染が減少したというデータも出ているそうです。

まず、医師法や保健婦助産婦看護婦法に定められた業務範囲を超えないことを確認したうえで、どのくらいの知識と技術が必要か、だれが

やれば合理的でリスクが少ないかを話し合うことで、コミュニケーションも良くなり、事故防止も図ることができるのではないかと思います。

**星 北斗** ありがとうございます。平山先生どうぞ。

**平山牧彦** 注射に関して、法的なことを少しつけ加えさせていただきます。

1951(昭和26)年に石川県で看護婦の注射による患者死亡事故が起きた後、すぐに厚生省は看護婦は注射をしてはいけないという局長通達を出したのです。ところが、その後、医師の指示のもとで看護婦が注射をするのは差し支えないという判決が出ました(名古屋高裁 昭和27年6月13日)ので、看護婦が静脈注射や筋肉注射することは法的に問題はないと考えております。

ただし、いくつかの問題もあります。1つは医師がいない場所では看護婦は注射できない点で、看護婦が患者の家を訪問して注射をすることはできないと理解されています。

もう1つは予防注射です。各市町村長の依頼によって医師が注射をする、このとき医師はあくまでも責任をもってするのであって、看護婦が予防注射をしてはいけないということになっています。ところが、ここでも問題がありまして、ツベルクリンの注射など、年輩の医師で目がよく見えなくてうまく注射できないときは上手な看護婦のほうがよいのではないかと思います。法的には具合が悪いということがあります。以上です。

どこまでが医療機関の管理責任か

**星 北斗** ありがとうございます。時間も迫ってきましたので、兵庫県医師会の加古先生のご意見を簡単に紹介させていただきます。

「老人保健施設で骨粗鬆症に罹患している患者を預かっていたところ、特別なことがないのに骨折してしまい、家族から施設に対し賠償を

求めてきたが、いくら説明しても理解が得られず苦慮している」。

ほかにご質問がありますか。では、後ろの先生からお願いいたします。

**天津 寛**(和歌山県医師会) 2点ほどお伺いいたします。

保険制度上、今年から院内感染予防のための措置が義務づけられるようになりました。私は産婦人科で、各病室の前に手指消毒薬を並べておりますが、よその事例で、この消毒薬に放火をしようとしていたところを偶然発見して、災害を免れたという事件がありました。引火性の強い薬剤ですし、もし放火されて火事になり、患者が死亡するような事故が起きた場合、われわれ医師側はどこまで責任を負わなければならないのでしょうか。

また、この院内感染については常々患者の面会が大きな問題ではないかと考えておりますので、私のところでは、出産後1週間は面会ができるのは二親等までで、時間を制限して、面会時には全員マスクをしてもらっています。この点に関し、母級で徹底的に注意していますが、これは消毒薬だけを置いておくことよりも大事なことではないかと思っております。

それからもう1点は、阪神淡路大震災のときに停電のなかで分娩したという事例がありましたが、天災に対して、われわれ医療機関にはどこまで責任があるのでしょうか。

**星 北斗** 1点目の医療機関の管理責任については、児玉先生、いかがでしょうか。

**児玉安司** この管理責任にはいろいろな側面がありますが、損害賠償の点に限って申し上げますと、結果に対して直ちに責任を負うことを管理責任というわけではありません。たとえば、火災訓練を通常どおりやっているか、不必要に可燃物を置いていないか、あるいは火災が起こったときになすべき対応をしたか、といった注意義務の面で医療機関として欠けるところがあった場合に、初めて過失責任としての管理責

任を問われるのです。

これは、他の医療行為において、リスクがあり、結果が悪い場合もあるが、それが直ちに損害賠償責任には直結しない、ということと同様だと考えております。

**星 北斗** ありがとうございます。2点目の問題は、今後の課題として私どもの委員会でも検討させていただくということで、よろしく願いいたします。

#### 国家補償制度の必要性

**星 北斗** それでは最後の質問にいきたいと思います。どうぞ。

**石渡 勇** 医療事故を後の安全対策のための共有の財産とするためには、報告しやすい体制づくりが必要だと思います。それができにくい理由の1つに、裁判に利用されることへの危惧があります。今は医師賠償責任保険で患者の経済的な面をカバーしていますが、国家的な補償制度ができれば、アクシデントレポートの集まりやすい状況ができると思うのです。

以前、アメリカで脳性麻痺が医事裁判で問題となり、保険がパンクしそうになったことがあります。そのときに evidence-based medicine (EBM) に則って、いろいろ原因が究明されました。その結果、米国産科婦人科学会は4つの基準を定め、その4つをすべて満たした場合には医療側に問題があるとの見解を出しました。この基準に照らし合わせると、胎生期の脳神経の未発達による脳性麻痺が圧倒的に多くて、分娩時の医療側によるものはたかだか10%ぐらいでした。ところが、裁判では約50%も医師が責任をとらされていたのです。

日本でも、このような場合の患者に対する年金のような国家補償制度を、これからは考えていかなければいけないのではないかと思います。その点、日本医師会はどのようにお考えでしょうか。

**星 北斗** 私のほうから簡単にコメントさせ

ていただきたいと思います。

私どもも、患者に対する補償は重要な問題だと考えております。警察の介入や刑事訴追、あるいは個人的な損害賠償を受けることが患者の安全確保の逆風になるとすれば、それを排除しなければいけません。とはいえ、被害に遭って実際に苦しんでいる患者や家族に対する何らかの補償制度も必要です。これは法曹界、国家賠償、その他多岐にわたる問題を含んでおりますので、今後じっくりと考えていくための、きょうは2歩目あるいは3歩目のステップとっております。この問題に関しましては、これからもご意見、ご指導をいただければと思います。

---

## 総括および閉会

**小泉 明** 日本医師会副会長

---

まず、本日のセミナーが、非常に収穫が多く、充実した内容で意義あるものとなったことに厚く御礼申し上げます。

この第2回セミナーがこのように見事なものとなったのは、申し上げるまでもなく、ターンブル先生の素晴らしい基調講演によるところが大きいと思います。理論的で非常に質の高いものであると同時に、きわめて具体的かつ実践的で、1つ1つが今日からでもわれわれの現実の対応に使わせていただけるような、分かりやすい有意義なお話をさせていただきました。

先生のお話の1つは、全米患者安全基金の活動状況という、国レベルのお話でございました。これは、日本医師会にとりましても、今後この問題に対して国レベルでどういう貢献ができるか、どう対処しなければならないか、という点で大変有意義でございました。先ほど、星常任理事から「このセミナーをそのような日本の医療安全を考える場に」という提案がございまし

たが、ぜひそのような形で本セミナーが発展することを願ってやみません。

もう1つ、先生の演題にございました“システムズ・アプローチ”とは、一言で申しますと「個人の責任追及から根本原因の究明へ」ということです。この医療安全の問題に科学的に取り組むことは、私どもにとって、しばしば指摘されながらも困難を伴うことでしたので、大変ありがたいご示唆であったと思います。

ターンブル先生に感謝申し上げると同時に、医療安全対策委員会委員の先生方の素晴らしいご発言、そしてフロアの先生方からのきわめて有意義なご質問、ご意見に厚く感謝申し上げます。また、通訳の方にもお力添えをいただきましたことに感謝申し上げます。

それでは、これをもちまして「第2回 患者の安全に関するセミナー」を閉会とさせていただきます。ご協力、ありがとうございました。

## || お知らせ ||

日本医学会シンポジウム記録集刊行のお知らせ

- 第114回 血管障害
- 第115回 神経筋難病の update
- 第116回 糖尿病をめぐる最近の話題

1999年9月に開催された第114回、1999年12月に開催された第115回、2000年7月に開催された第116回のシンポジウム記録集を日本医学会から刊行しております。ご希望の方は、送付先の住所・氏名を明記のうえ必ずハガキにて下記へお申し込みください(領布無料)

〒113 8621 東京都文京区本駒込 2 28 16 日本医師会館内 日本医学会