

ディスカッション

座長 **小泉 明** (日本医師会副会長)
講師 **ナンシー・ディッキー** (元アメリカ医師会会長)
黒川 清 (東海大学医学部長)
児玉安司 (弁護士)
三宅祥三 (武蔵野赤十字病院副院長)
嶋森好子 (日本看護協会常任理事)

小泉 明 (座長) ただいまからディスカッションに入りたいと思います。

まず最初に、各先生方の講演ならびに特別発言に対する質問をいただいておりますので、順にお答えいただくことにいたします。

質問票による質疑応答

●アメリカのレポーティング・システムについて

小泉 明 ディッキー先生に対するご質問がいくつか来ております。それを順に申し上げますので、1つずつお答えいただきたいと思います。

最初の質問は、愛知医大の高本先生からで、全米32州に導入されているという強制報告制度、マンドトリー・レポーティング・システムについてです。第1は、免責条項の有無。第2は、患者障害程度(重症度)の規定はどうなっているのか。第3は、過誤発生時から報告までの期限は定められているのか、いとすればどのぐらいの期間かという3点でございます。

ナンシー・ディッキー この報告制度、レポーティング・システムはいろいろな州にありますが、それぞれ大変趣きを異にしています。それが問題を起こしています。医師あるいは病院が、それぞれ違うルールが存在していることを知らないことが多いからです。

よくあることですが、多くの州は非常に重症なもの、たとえば間違った側に手術をしてしまったというような、非常に重症なものだけを報告することを要求していますが、州によっては投薬ミスがどのぐらいあったかとか、病理が術前の診断に合わないといったような細かいことについても、全体の数だけを報告せよという州もあります。

しかし、州によって分析されたデータを見ると、ほとんどの場合、このデータは州ごとに比較することができないようになっています。ですから、私が知っている限りにおいては、どの州も患者の障害の程度を判断するような規定は持っていないと思います。

つまり、最終的なアウトカムとして、どういうものであるかがよく規定されていないので、IOMからニューヨークの研究で出したデータに対しての批判が寄せられています。というのは、ここで使った基準は、平均の病院患者よりも重症な人たちです。したがって、その看護の結果として死亡例が通常よりも高くなっているのではないかと批判が出ています。

ですから、インシデントあるいは症例として報告するときには、もともとどのぐらいの重症度だったのかを報告し、そこで事故がどのぐらい実際に死亡原因に寄与したのかが判断できるようになっていなければいけなかったと考えられています。

小泉 明 ディッキー先生，もう1つご質問があるそうです。

高本 滋 (愛知医大) マンダトリー・レポティング・システムは，報告をしなければ懲罰はあるのですか。

ナンシー・ディッキー これは必須だということになっているのですが，懲罰は今のところありません。すなわち，事故があったことを報告しなかったといっても懲罰はありません。

私が住んでおりますテキサス州にもやはりマンダトリー・レポティング・システムがありますが，報告義務は特にありません。

小泉 明 ありがとうございます。

次に，同じくディッキー先生へのご質問で，武田総合病院の吉田彌太郎先生からのものです。

日本語で概略申し上げると，まもなく制定されるという法律について，その立案のプロセスにアメリカ医師会が積極的に関与したとおっしゃった，それは具体的にはどういうことかという質問です。

ナンシー・ディッキー 現在，アメリカで審議されております法律は，連邦政府レベルのことです。これは，ここで義務を課すかどうかということを考えているわけですが，どういったものを報告すべきか，またどういった時期に報告をすべきかということが検討されています。また，どういう結果がもたらされるのか，特に義務を怠った場合にどうなるかについて検討が進められています。

アメリカでは，医師は非常に数多くの義務がありまして，その義務を遵守しなかった場合には免許を取り消されるようなことがあります。したがって，連邦での法律をつくることは，医師にとって州のものよりも大変な脅威と考えられています。

ただ，先ほど積極的な関与と申し上げましたのは，これは国家的な法律を敷くことによって守秘義務が守られるのではないかと，すなわち事

故があった場合にその情報を弁護士の手の届かないところに置いておくことができる，いわばピアレビューのシステム，われわれ品質管理の分野で使っている手法を導入しようということになります。

守秘義務が積極的に守られていないと，われわれ医師はおそらく事故が起こったときに，それを正直な目で見ないのではないかと。すなわちお互いにかばい合って訴訟を避けようとするのではないかとということが心配されています。

その新しい法律は，お互いに批判し合うことができると同時に，患者さんのケアを目的としています。そしてお互いの批判が訴訟につながらないという担保を得たいと考えております。

●診療所における医療事故への取り組み

小泉 明 ありがとうございます。吉田先生，よろしいでしょうか。

次は川崎市医師会の小林先生から黒川先生への質問です。

病院と個人の診療所とは医療事故に対する取り組み方は異なると思いますが，個人の診療所の場合にはいかに対処すべきでしょうか，という質問です。さらに，個人の場合には，医師の資質，クオリティーが関係すると思いますが，先生，お考えを述べていただけますか。

黒川 清 一般にはほとんど病院での事故の話をしているわけですので，お答えがむずかしいのですが，個人の診療所の場合には，やはり医師の腕というか，医師の資質にかなり大きく依存します。チェックするプロセスが少ないという問題がありますので，医師会も一生懸命やっておりますが，生涯教育をもっと標準化しなくてはいけないのではないかと考えております。

それから，医師の卒後臨床研修などが義務化されるのであれば，ぜひその機会をとらえて，アメリカのようにシステムとして強制的にいろいろな医科大学卒業者を交流させたほうがいい

と思います。医局制度はいろいろ批判されていますが、すぐにはなくならないので、2年の研修が終わったらその大学のどこかの医局に入るという約束はしても、研修期間は必ず交流させることにすれば、当然それぞれの大学の教育、どういう医師をつくっているのかみんなに分かります。

研修2年目には4か月、無医村に行くことにすれば、無医村があつという間になります。そういうことを国民や政治家にアピールすることによってはじめて、研修の費用を一般会計から出すという公的なサポートを得られる。そして、できるだけ質のいい医師をつくるということ、医療機関の人たちが社会に向かって責任をもってアピールしていくことが必要なのではないかと思います。

●安全のためのコストをどう負担するか

小泉 明 次に、児玉先生にいくつかご質問が来ております。

最初の質問は、愛知県豊川市民病院の松本先生から、児玉先生のお話にあったリスクマネジメントシステムに関連して、その有無を保険医療制度のなかの医療費に反映させることの方向性についてのお考えを聞かせていただきたいということです。

児玉安司 午前中のお話で申し上げたかったことをまとめれば、ともすれば倫理の問題や人格の問題とされがちな医療事故、医事紛争が、個人の倫理やモラルの問題ではなくて、3つのファクター、つまり技術（テクノロジー）と経済的なインセンティブ（エコノミクス）と、法律制度（リーガルシステム）がうまく調和しなければ、経済的な破綻に至るのではないかという点を指摘したかったのです。現在の保険医療制度のなかにコストとしてどのように反映させていくか、私の講演ではむしろ賠償のためのネガティブなコストがどのように市場で消化されるかという側面をお示したわけです。

安全のためのコストをだれがどのように負担するかはきわめて重要な問題だと思います。麻酔器の配管、酸素・笑気の配管の取り違い事故がありましたが、これは器具をJIS規格で規格化していくことでおおむね解消されていました。

器具の問題で、もう2つほど例を挙げますと、1つは静脈系と経口経管の三方活栓の問題ですが、まず三方活栓を静脈系と通常の経口経管につながるルアーチップの通常の注射器とカテーテルチップの注射器に分ける。そして、三方活栓も切り替える。これだけで非常に大きなコストがかかります。三方活栓1個、通常の静脈のものを流用していれば1個100円ぐらいですが、完全に経口経管のものと切り替えると1個400～500円ぐらい、4、5倍ぐらいのコストになります。

そういう器具を使ったほうがより安全なんだというコンセンサスを得て、経済的なインセンティブを与えませんか、医療経営の厳しいなかで、どうしても普及していきません。普及しないと、1個当たりの単価が落ちないという悪循環に陥って、安全な器具が普及しないことになると思います。より安全な器具に対しては、政府のほうが何らかの補助を与えるという選択肢も考慮する必要があるかと思います。

2つ目の例は、私は紛争でしばしば経験しているアラームの問題です。アラームの性能が悪くて、やたらに鳴ってしまったり、いざというときに鳴らなかつたりする。そういうことを解決するためには、インテリジェントアラーム、つまり適切な時期に適切なタイミングで適切な内容のアラームを鳴らしてくれるような器具が必要なのですが、これについても経済的なインセンティブが与えられていません。

例を挙げれば切りがないのですが、器具は普及すればするほど安くなる。普及させるためには、メーカー側の初期投資のコストを吸収する形での普及を保証していく必要があります。

マーケットにある程度政府が介入して、保険医療制度に組み込んでいかなければ、市場へのドライブがかかりません。これは1つの政策課題になりうるのではないかと思います。

それから、コストのもう1つの問題は、たとえば三宅先生の病院で行われているようなリスクマネジメント委員会ですが、人というのはただではありません。リスクマネジメント委員会で情報を集め、会議をやり、判断をし、実行する。この時間だけでも大変なコストがかかります。この機会費用をどうするのかは大変な問題です。リスクマネジメント委員会は患者の安全のためだからやりなさいとか「カルテ開示」のときもそうでしたが、患者の権利だから開示しなさいというだけでは、なかなか普及しません。むしろ、よりよいサービス、患者の求めるサービスであるならば、それに対する適正な対価と経済的インセンティブが保証されてしかるべきだと考えております。

●看護婦個人の民事責任

小泉 明 ありがとうございます。次に、日大板橋病院の一木順子先生からのご質問です。

看護婦個人に民事責任があることは承知していますが、現在、法的には保助看法37条にあるように、診療補助業務は医師の指示により発生し実施しているということに関連して、児玉先生のご見解をいただければということです。

児玉安司 法律の制度上、看護婦の個人責任ということはありません。民事責任についてもありません。ただ看護婦が単独で民事訴訟の被告となる例は、今のところ少ないと思います。

刑事責任の場合は、むしろ最終的な行為者である看護婦の刑事責任が問われがちであります。看護婦に関しては刑事責任のほうが前面に出てきているという状況にあると思います。

民事訴訟に限って言うと、消毒液の誤注射のようなミスの場合は、行為者を特定するのが容

易ですが、こういう場合には訴訟まで行って争うことは少ないと思います。病院の全体の責任として和解交渉が行われ、示談に至るのが通常の経過です。

一方、長い経過のなかでの、診断の遅れ、治療が遅れたような問題に関しては、看護婦は勤務交代がありますので、特定の看護婦の過誤として過失を認定するのは患者側の訴訟のストラテジーとして必ずしも合理的ではありません。むしろ、投網を打つように、病院全体の責任を問うほうが合理的です。

追加させていただきますと、インシデントレポートあるいはアクシデントレポートの法的保護について、アメリカではどうかというお話は、アメリカという国ほど説明しにくいところはありません。各州ごとによりかなり法制度が異なります。

ニューヨーク州の例を挙げますと、証拠法上、つまり裁判で何を証拠に出していいかという証拠法上、院内で同僚同士が医療行為に問題があったかどうかを検討するピアレビューの内容や、事故が起こった後、院内で検討してどういう点を改善したかというインブルーメントや、患者さんとの間で紛争を解決しようとして和解案を提示したセツルメントオファーとか、そういったものは、より紛争を抑え、新しい事故防止に役立ちます。

しかし、それが証拠になるということだと、新しいステップに病院が踏み込んでいきにくくなります。したがって、これらはすべてニューヨーク州では証拠から除外されております。

何を証拠から除外するかは、法律で定めるのではなくて、判例法で裁判官の判断によって決められることがしばしばあります。そういう意味では、ディッキー先生のお話にありましたピアレビューに対する法的保護をさらにレポートングシステムまで広げるというのは、レポートングシステムもピアレビューの一環であるという見方をすれば、裁判官の判断として、

ピアレビューと同様に法的免責を与えて、よりその情報が医療者の間で流通しやすくすることが、全州同じではないという前提でご理解いただきたいのですが、そういう工夫がなされている州もあるということです。

しかし日本の場合、法律の前提としては、セツルメントオファーであれピアレビューあれインプループメントであれ、民事訴訟法上は何ら証拠排除の対象になっていません。これは、日本の民事訴訟法が19世紀のプロシアの民事訴訟法の骨格をそのまま引き継いでいるという歴史的な経緯によるものです。では、厚生省が音頭を取って法務省に働きかけ、民事訴訟法の改正をするようなことが望めるかという点、非常に困難です。

ただ、実際の訴訟のなかで、こういうものを証拠として提出せよという動きは今のところ目立っては出てきておりません。

インシデントレポートというのは、そもそも結果が発生していないときに書かれるものですから、インシデントレポートが訴訟で使われることは確率的には非常に低いと言えると思います。

●インシデントレポートとアクシデントレポートの法的位置づけ

小泉 明 次のご質問も、インシデントレポートに関連したことで、栃木県医師会の倉松先生からの質問です。

「インシデントレポート制を導入していますが、診療録にどの程度まで記入しなければいけないのか、患者さんに実害がない場合、どのように対応したらよいか」。

同様のご質問で、事故報告書について、順天堂医院の梁井先生からの質問です。

第1に「事故報告書は診療録と同様に開示を求められることがあるのか」、第2に「保存期間と保存義務について」です。

両者の関連で児玉先生、お答えいただけます

か。

児玉安司 そもそもインシデントレポートとは、何ら悪い結果が発生していないものを言うのです。これがもともとの定義です。そして、インシデントレポート制度とは、これは反省文でも始末書でもなくて、三宅先生がおっしゃっておられたようなQC活動、つまり現場からこういう問題点があるから、システムとしてこういう点を改善したらリスクが減るのではないかという提案活動です。

そういう意味では、本来、何らかの事故、事件、訴訟等の証拠資料になるべきものではないし、そういう内容のものではないはずです。

それと性格を全く異にするのが事故報告書(アクシデントレポート)です。事故報告書は、実際にアクシデントが起こって、患者さんに何らかの傷害が生じたときに書かれるものです。

これの開示について、平成10年に民事訴訟法が大改正になりまして、このときに裁判上の文書提出命令の範囲が大いに拡充されました。ちょうどその時期、三宅先生の病院でもインシデントレポート、アクシデントレポートを活発にやっておられて、何度か三宅先生とお話をしたことがありましたが、1つはきちんとした事実を記載しているのであれば恐れることはないかという医療者としての筋論、これが出発点としてあろうかと思えます。

後からついてくるのが法的なディフェンスの考え方なのです。

昨年、これは金融機関をめぐる判決なのですが、最高裁判所で、内部稟議書に関しては文書提出命令の範囲外であるという判決が出ました。診療録の場合は、直接患者さんと医療機関の間の治療行為がいかに行われたかという記録ですので、裁判上は証拠として文書提出命令の対象になるのは争いのないところですし、実務上も診療録は提出しています。しかし、事故報告書に関しては、むしろ、内部稟議書に準じた性格もっています。つまり、内部としてど

のように事故に対処するか、あるいはどういう改善策を行っていくかということです。直接に事故報告書に関する判例は出ておりませんが、少なくとも最高裁判所の昨年の内部稟議書に関する判決を読む限りにおいては、事故報告書は内部稟議書に当たり、これは文書提出命令の範囲外であると理解されます。

小泉 明 ありがとうございます。インシデントレポートのところで、ご質問の内容の紹介が少し言葉が足りなかったようです。ご質問には「たとえば点滴速度が数時間、間違っていたというようなことをインシデントレポートに書いた。そういうことは診療録にまで記入しなければならないか」と具体的に書かれていますので、追加してお話をいただけますか。

児玉安司 診療録に何を書くかというのは非常にセンシティブな問題でして、できるだけネガティブなことは書きたくない、ポジティブなことだけを書きたいというのは、これは医療者に往々にして起こりがちな誤りだと思います。

ただ、実際に訴訟の場面や、あるいは訴訟に限らず、実際に診療録を診療情報提供として患者さんに開示しながら説明する場面でも同じことだと思うのですが、病院側に不利なことでもきちんと書いてある診療録というのは、万人にとって信頼性の高い診療録だろうと思います。

明らかに事実としてネガティブなことが起こっているにもかかわらず、それが書かれていない診療録は、その患者さんにとっても、また第三者である裁判所にとっても、要するに都合の悪いことは書かない診療録だという評価を受けます。

診療録の大原則は、重要なことは必ず記載する。記載したことには、必ず医療行為が連動している。こういう診療録を記載することが非常に重要なのではないかと思います。

小泉 明 その次にもう1つ、宮城県の山形先生から「患者さんの安全ということですが、痴呆のある患者さんが目を離した際に転倒事故

を起こした。これはしばしば起こりうる事故と考えられるが、この種の場合の対応策について、患者の安全確保対策室などで日本医師会が検討するのであれば対応策を示してほしい」というご質問というかご要望です。

これは私が、座長挨拶のなかで、患者の安全確保対策室を設けましたと申し上げたことに関連していると思いますので、お答えとしては、ご要望のとおり検討いたしますということです。まだ、検討しておりませんので、結果、結論を申し上げる段階にはありません。

演者間の質疑応答

小泉 明 ここで、演者の先生方から、ご講演のなかで言い足りなかったことがありましたら、伺いたいと思います。演者間での質疑応答に時間をしばらく使いたいと思います。

●看護婦と医師の関係

嶋森好子 ディッキー先生にお尋ねします。

日本では医師と看護婦は車の両輪といわれ、たとえば包帯交換とかの治療処置をする場合に、患者さんの安全のため、苦痛を緩和するためにも一緒に処置をするのが一般的で、包交の介助ということを見習って看護学校でも教えられます。

そういうことがアメリカでは比較的少なく、医師は医師同士で包交に行くのが割と一般的にあるとお聞きしたので、それが事実そうなのをちょっとお聞かせください。

ナンシー・ディッキー うれしいです。というのは、アメリカのメディアとかアメリカの看護婦がここにいないので、ちょうどいい機会だと思ってあえて申し上げますが、アメリカの看護職は、本来はドクターを介助する役割があったのに、そこから離れてしまいました。医師からは独立した立場をとっているわけです。それに火に油を注ぐような動きというものもありました。

患者さんの世話をするのに必要な看護婦の数が足りないため、この数年来、回診に看護婦を連れて行くのは、看護婦さん自身の仕事もあり、むずかしくなっています。

医師の指示も口頭よりは書面で伝えることが多くなってきたので、記録を後で読めばいいわけです。むしろ今は医師が看護婦の記録を読むことも多いし、問題は、看護婦が医師の介助という立場を離れてきたことによって、一部の患者にとって問題が生じていることなのです。つまり、車の両輪として機能しなくなって、2つの車輪が別の方向を向いて走っているような状況になってきたのです。

看護婦さんがわれわれの指示に賛成できない場合には、看護の倫理そしてポリシーから、医師に対して説明を求めるのは当然だと思います。それで対立することもあります。看護婦さんが、こういう指示を先生は書きましたが、私はこれには賛成できない。いや、どうしてもこれをやってくれと医師が主張することもあります。しかし、それよりは話し合って説明して理解し合うことのほうが多いわけです。どうしても看護婦が賛成できないのであれば、そのことも記録にきちんと残します。時には、弁護士が間に入ることもあるわけです。

小泉 明 嶋森先生、いかがでしょうか。

嶋森好子 日本の場合は、アメリカの制度をそのまま持つてくることはないと思います。ただ、アメリカの看護婦さんがうらやましいな、医師の指示を断れるというのがいいなと思うところがあります。極端にするつもりはないのですが、本当の意味で車の両輪であるような日本のあり方を考えたいと思います。

ディッキー先生のお話を聞くと、アメリカでは看護婦のほうの車輪が大きいように思いますが、日本の場合は医師の車輪のほうの大きいのではないかと思います。これを何とか同じ大きさにして、お互いにやりたいことがやれるように、しかも水平な形で、いいところは学び合い、

まずいいところはお互いに注意し合うようになればいいのではないかと思います。どうもありがとうございました。

小泉 明 どうもありがとうございました。

それでは、改めて演者の先生、特別発言の先生から追加のご発言といたしましょうか、講演あるいは特別発言では尽くせなかったことについて、何かおっしゃりたいということがありましたら、お願いいたします。

ナンシー・ディッキー 本話題に出ていないことが1つあります。それは、アメリカでは非常に論議を呼んでいることなのです。

患者に対して、何かミスがあったときどう説明するか。患者が知らないところで起こっているミスがいっぱいあるわけですね。なかには、それで患者が死亡するかもしれないようなものもあります。

ただ、それについて、診療録を読むか、あるいは医療チームから話を聞かない限りは患者は知りません。問題は、間違いが起こった場合に、患者に説明するべきか、その場合にだれがどこまで説明するべきかです。

倫理の専門家は、ゆっくりと時間をとって患者に説明するべきだと言います。そして、間違いを是正するためにどういった対策をとったか、再発しないようにどうシステムを替えたかについても説明するべきだと言います。

患者とのコミュニケーションが重要であると、本日の話にも何度も出てきました。アメリカでの経験では、患者さんにどういうことがあったかを話したほうが裁判になりにくい。そして、裁判になっても、それほど極端な賠償金を要求することも少ない。そのかかった費用の補填賠償程度で済みます。

この点について、日本ではいかがでしょうか。ご意見を伺わせてください。

小泉 明 いかがでしょう。どなたか、三宅先生、お願いいたします。

三宅祥三 決して私どもの病院でも事故が

減っているわけではありません。しかし、その対応が非常に早い段階で、私が出ていくことも結構多いのですが、誤りは誤りとして認めて対応する。誠意をもって対応すると、大きな訴訟にはならず済むことは実感しています。

ですから、やはりあまり隠したり逃げたりしないで、正面から受け止めることが大事なのではないかと私は思っております。

小泉 明 ありがとうございます。

その点では、同様であるという理解になりましょうか。

ナンシー・ディッキー われわれの傾向も同じです。

患者さんに何が起きたかをきちんと知らせたほうが、情報を共有したほうがいい。そして、これからどういったことを変えますと、そうしたほうが一般的に結果はいいのです。

医師の場合、こんな恐ろしいことがあった、しかも医療側のミスだと、患者または家族に言うのは大変むずかしいことですが、そうすべきだと思いますし、これからやらなくてはいけないことの1つだと思います。

もう1つは、病院が専門家を雇って、その人が話し合いに医師とか看護婦に付いていくとか、そういうときの話の仕方を教えるとか、だれかトレーニングを受けた人が話し合いを助けることはとてもいいと思います。

小泉 明 ありがとうございます。

今のことは日本の病院ではどうでしょうか。三宅先生、どのようにお考えになりますか、その専門家については。

三宅祥三 私はもう今は何でも屋という感じで、そういうときには必ず引っ張り出されます。早い段階で私が患者さんとかご家族とお話をし、非を非と認めて、当事者である医師とか看護婦が一緒ですが、話し合いをすることはやっております。

●アメリカにおける医師免許更新制度について
三宅祥三 ちょっとディッキー先生にお伺いしたいのですが、私が聞いている範囲では、アメリカには医師も看護婦も免許の更新制があると聞いておりますが、それが1つ。

それから、credential という制度があって、おそらくそのなかに含まれているのではないかと思うのですが、病院が医師を雇用するときに、アメリカ医師会（AMA）が医師の個人情報を全部把握していて、病院は雇用するときにその情報を全部もらうことができる。一方、その病院は、雇用している医師に問題があったときには、AMAに報告しなくてはいけない義務があるというように聞いているのです。

そういう構造があると、結局、問題を起こす医師はだんだん病院から雇用されなくなっていく、そういう仕組みがあるように聞いたのです。

私は、その話を聞いたときに、アメリカ医師会は、職業集団として、自分たちの職業を壊すような医師を排除していく仕組みをもっていると考えたのですが、その点はいかがでしょうか。

ナンシー・ディッキー 必要以上の情報を差し上げてしまうことになるかもしれませんが、いくつかお話のなかにあった言葉についてお話をしてみたいと思います。

個別の州によって医師は免許を取得します。したがって、50種類の免許を取得する方法があるわけです。毎年あるいは2年に一度あるいは5年に一度それを更新します。テキサス州では毎年医師免許の更新をしなければなりません。これは基本的には州に対して料金を払えば済むことです。もちろん、CME（生涯教育）の時間は常に新しい情報を得るために満たしてはなりません。しかし、懲罰があるわけではありません。

また、専門については専門委員会による認定があります。つまり、委員会が一度認定した専門医になりますと、あとは一生それを続けることができます。この委員会による認定期間は、

7年間とか10年間という州もあります。そういったしますと、もう一度その期間内に委員会の認定を受けるために試験を受けなくてはなりません。ほとんどの専門医の分野がこうした医師免許の更新を求めています。

それから、credential についてですが、その申請のプロセスがあります。特定の病院あるいはマネージドケアの企業で仕事をしようとする際は、5~25ページの申請書を出さなくてはなりません。つまり、どこの医大に行ったか、これまで訴訟を起こされたことがあるか、その際に勝訴したか敗訴したか、どこの病院で勤務したことがあるか、認可を行う場所あるいは病院から懲罰を受けたことがあるかということ申請しなくてはなりません。

この申請書の作成は時間がかかるとなっています。20何年前では1か所しか仕事をするとはなかったし、定期的に credential を更新すればよかったということがあります。

5年前になりますが、ある病院で保健所とか他の病院とかいろいろな組織のほうで必要だということで、私にいろいろな申請書を書かせたものですから、15種類にもなってしまったことがあります。

また、プロファイリングというものがあります。患者やコミュニティーが、医師について知ることができることはすべて知りたいと考えるわけです。マサチューセッツ州が初めて州としてプロファイリングを要求するようになりました。つまり、医師に対してこの情報を公開しますよというものです。ですから、マサチューセッツ州ではインターネット上で医師についての情報が得られますし、紙ベースで欲しければ手紙を出して要求すれば得られます。どの医大に行ったか、どのようなトレーニングを受けたか、どのような研修を受けたか、医大で教えているかどうか、パートタイムかフルタイムか、訴訟を起こされたことがあるか、その場合、勝訴だっ

たか敗訴だったか、敗訴の場合はいくら賠償金を払ったかというような情報を求められます。

医師は、この法案が通ることが分かっていたので、立法府と共に、情報を得た人には一体どの程度医師が訴訟を起こされるのかという情報も与えることになりました。3回訴訟を起こされ平均すると100ドルぐらい払いましたというような内容です。それは、たとえば医師全体の平均が5回であって、毎回50万ドル払わされているのだとしたら、3回ぐらいの訴訟は大したことないわけです。

というわけで、現在は10州がこうしたプロファイリングの法律を通していています。今後2,3年の間にすべての州で実現することでしょう。

全国レベルで集めた情報ですが、これはAMAが集めている情報ではありません。私たちがこのような情報を集めたとしたら、おそらく会員が1人もいなくなってしまうことでしょう。

というわけで、政府の機関でナショナル・プラクティショナーズ・データバンクというのがあります。そこが集めているのです。医師が訴訟を起こされると、勝訴、敗訴、和解にかかわらず、その情報がこのデータバンクに行きます。

たとえば、免許組織とか病院とか、あるいは大きなグループから懲罰を受けた場合には、その情報もやはりデータバンクに行きます。医師が正式な処罰を受ける前にその病院を辞めてしまおうと決めた場合にも、その情報は、データバンクに知らされます。

医師が病院あるいはマネージドケアにおける特別な認可を申請する場合には、法律によって、データバンクに照会をかけ、その医師についてのどのような情報があるかを調べなくてはなりません。病院のスタッフとして、あるいは病院に雇われなくても病院の仕事をするような場合にも、病院側もその医師に問題がないかどうかを調べなくてはなりません。後になって、医師に問題があったことを知りませんでしたという言い訳は病院側はできません。

患者側からみて1つの問題は、このデータバンクに入っている情報が、医師や病院はアクセスできますが、一般大衆がアクセスできないことです。患者が、データバンクに何が入っているのかを知りたいと考えアクセスしようとしても、これは秘密情報ですと言われてしまいます。

以上が、州の免許委員会が現在行おうとしているプロファイリングに関してのお話ですが、ナショナル・プラクティショナーズ・データバンクの情報の秘密性も今問題になっています。

病院には、多くの医師が勤務しています。また、個人開業している一方、小切手で支払いを受けながら病院で仕事をする場合もあります。

州のルール、専門医のルール、病院のルールを全部守ろうとすると、倫理的な矛盾が生じることがあります。特に、お金の問題と、患者にとってベストなものは何かということとを両立できない場合があります。今、勤務医のなかには組合をつくらうという動きがありまして、多くの医師が組合という形で契約や病院との関係において発言権を高めようとしています。

いろいろな話をいたしました。私たちが心配しているような内容もあります。アメリカでは医師が訴えられる頻度が非常に高いのです。専門によっては、訴えられたことがない医師は珍しいぐらいです。一体どのぐらいの頻度で、その医師が訴えられているかは、患者にとっては良い医師か悪い医師かを判断する基準にもなるのです。そこで、患者に対しては、訴訟と質の良い医師との関係についても啓蒙していく必要があると思います。

医療事故報告の義務化のお話もありましたが、最も病気の重い人たちを集めて統計をとったのでは意味がないというお話がありました。そういう状況下で、悪い医師にされてしまう可能性があるなかで、実は最もケアを必要としている人たちへのケアがおろそかになってしまう恐れもあるわけです。

というのは、情報が乱用されることを恐れて、

報告されるべきことが報告されない場合があるからです。報告を役に立つものに、そして懲罰的な意味合いではなくプラスの意味をもつものにしていく必要があると思います。

小泉 明 ありがとうございます。

フロアとの質疑応答

小泉 明 それでは、フロアからのご質問、ご意見を伺いたいと思います。

質問のときには、どなたにということ、それからご所属とご氏名をおっしゃっていただきたいと思います。——どうぞ。

●周産期のトラブルと脳性麻痺

佐藤健次郎（長崎県医師会） 長崎県医師会の佐藤でございます。黒川先生にお願いいたします。

現在、医療事故で大変問題になっているのは、産婦人科で脳性麻痺児が生まれることです。この場合は、インシデントレポートとかリスクマネジメント委員会とかでは防げないのではないかと。

産婦人科学会で帝王切開の適応をもう少し緩くして、全体にそれを広めていかなければいけないのではないかと私は思っていますが、いかがでしょうか。

黒川 清 先生のおっしゃるとおりだと思います。

たとえば、学会がいろいろな診療ガイドラインをつくりますが、これが本当の意味の「標準」であるかどうかです。私はアメリカ生活が長かったから分かるのですが、医師になるプロセスは4年制の大学を出てからさらに4年、医学部に行きます。しかし、同じ大学の医学部には大部分は行かないシステムになっています。必ず他大学の学生と混ざるわけです。卒業してトレーニングに行く場合も、これもマッチングで、同じところには行かないことになっています。

日本では、大学の医学部にいったん入ったら大体はその卒業した大学の医局に入ることになります。ですから、全然混ざらない。これは、すごくまずい。アメリカの場合は、医学部に入る前、医学部の間、卒後のトレーニングと、医師になるまで、必ず強制的に混ぜるようにしていますので、少なくとも婦人科医になったときは全国レベルの、共通のトレーニングプログラムで教育されているわけです。それに基づいて学会が出すいろいろなガイドラインは、ある程度「標準」として妥当なものに達します。

しかし、日本の場合はどこでも通用するトレーニングの経験がなくて、「自分の教室では」という「伝統的」な人たちが何人が集まって学会の理事か何かになって、ガイドラインを決めています。学会で決めるガイドラインがどれだけ科学的に妥当であるかどうか、疑問ではないかと思うのです。

しかし、帝王切開についてもそうですが、アメリカの場合は医師の技術料が非常に高いですから、やたらと帝王切開の多い州とそうでない州の差があるのです。これは医学的な判断ではない因子のせいだということが言われています。

脳性麻痺の可能性があれば、どうしても帝王切開が多くなりますが、それはむしろ児玉先生がおっしゃったディフェンシブ・メディシンの意味が強いと思います。

実は、脳性麻痺については、児玉先生のほうがよくご存じだと思います。

小泉 明 児玉先生どうぞお願いします。

児玉安司 まず、大枠のお話をしますと、今、日本で脳性麻痺の子どもは1,000人の出生に対して1人から2人、年間で1,000人から2,000人生まれています。もし、これに対して、すべての方が訴訟を起こして、すべての方に2億円ずつお支払いすることになると4,000億円ぐらいの基金が必要になります。

一方、産科が平均的に40万円ぐらいの分娩

費用をいただいているとして、100万人の子どもが生まれているとすると、これも約4,000億円で、総売上を損害賠償に充てることになってしまうわけです。

アメリカでも、産婦人科は非常にハイリスクで訴訟にさらされることが多いので、帝王切開の適応については科学的な適応を維持しつつ、周産期のトラブルと脳性麻痺の因果関係があるかないか。周産期にモニターをしたこと、しなかったことについて、その結果を左右するかどうかというような、さまざまな研究が発表されており、

最近では、ウィリアムズの教科書には、因果関係がありと認めるためには、たとえば出生時の臍帯血がpHが7.0以下でなくてはいけないとか、多臓器不全がなくてはいけないなどの、4つの基準が書いてありまして、この基準を満たしたときのみ、周産期のイベントと脳性麻痺の因果関係があるとしています。つまり、適応のところで絞ったり広げたりするのではなくて、因果関係の認定のところで科学的な根拠を集めて、因果関係を切断するというような論陣をアメリカ産科婦人科学会が張っております。

ちなみに、日本でも昨年、大阪高裁で同じ4基準で因果関係を否定した判決が出ておりますので、日本でも次第にアメリカの4基準が訴訟の場に反映されてくるのではないかと思っております。

●患者の過度の期待にどう対応するか

小泉 明 ありがとうございます。

それでは、次のご質問はございますか。

高橋長裕 (千葉市立海浜病院) ディッキー先生へのご質問です。

患者に対する教育の話をされましたが、時として患者の期待が高すぎることがあります。どれだけやっても、われわれの側としては完全には患者とのコミュニケーションができないと感じることがあります。

患者は、医師がすべて病気を治癒することができると思っております。われわれは結局神様ではありませんから、完全な治癒をすべての症例にもたすことはできないわけです。そういった高すぎる期待を抱いている患者に対してはどうしたらよろしいでしょうか。

ナンシー・ディッキー それを教えていただけるのではないかと期待して日本に来たのですが、残念ながら私も答えをもっておりません。先生がおっしゃった問題は、まさに医師がこれから先、21世紀にも抱えていく大きな問題ではないかと思えます。

医学の分野において大幅な進歩がありました。そしてマスコミもテレビも、たとえば“ER”というテレビ番組をご存じかと思えますが、どんなけがをした人でも、60分後にはすっかり元気になって病院から出ていけるのだというイメージを与えてしまいます。

ですから、私どもの診療所に来るときには、患者さんはなぜ同じような形で奇跡を起こしてもらえないのかが分からないのです。

日本のマスコミについては分かりませんが、私はアメリカのマスコミについてはずいぶん批判をしてきました。というのは、1人の患者について、私どもが予測したよりも良い結果が出ると、これがマスコミに取り上げられて、今度はすべての人がそれを期待するようになってしまうという問題があります。そのために、インフォームド・コンセントがこれから先、むずかしくなってくるだろうと思えます。

患者さんには、リスクが存在することを理解してもらわなければなりません。患者の教育をすることで、すべての人が完璧にはなりえないこと、そして、われわれとしては現代の医学が許す範囲においての最高の改善をしたいということを伝えたいのですが、これは非常にむずかしいことです。時として、マイナスの面を強調しなければならぬときもあります。

マスコミの人たちが、われわれ医師の、こう

いうメッセージを伝えるお手伝いをしてくれている部分もあります。ただ、アメリカでも、患者さんの過度の期待を防ぐことはできません。

数年前にアメリカの中西部で両腕を農業の事故で失った10代の方がありました。パラメディックが来たときには、まだその腕が残っていて、それを持って帰りました。そして、再度両腕を接合した後の写真が掲載されました。数年前であれば切断になっていたところですが、そうでなかったという写真を出したわけです。両腕が実際にうまくついて、その機能が回復したと報道されました。

しかし、その後になって、接着はしたけれども機能は回復できなかったことが分かったわけです。擬装具のほうがより機能が高かったかもしれないと思われるほどでした。

腕や指を失った場合に、いい先生がいて、いい病院があれば、元に戻るとしてしまいます。しかし、最後にその機能がどういったものが得られたのか、それに対する対価は何だったのかを報道しなければ、その記事は完全に終わったわけではありません。

また、コストを考えた場合、2本の腕を接着して2年後に機能しなくなるのと、地域全体に予防接種ができるのと、どっちがいいのかという問題があるわけです。

こういったことを、私たちは患者に対して話をしなければならぬ。そして、時としてはマイナスの側面を説明しなければならぬ。期待しすぎる患者さんに対応していかなければならないという側面も出てきます。

●医療の質の改善で医療事故は減るか

小泉 明 ありがとうございます。後ろの方、どうぞ。

飯田修平（練馬総合病院）特にアメリカにおける状況をお伺いしたいのですが、ディッキー先生あるいは黒川先生、児玉先生がアメリカの状況をお分かりだったらお答えいただきたい

いのです。

分析は確かに非常に皆さん緻密にやっておりますが、三宅先生も医療事故は減っていないとおっしゃっているんですね。そうすると、何のためにやっているのか。やはり医療事故が減るような具体的な対策ができないといけないと思います。

これから始めるということだと思っておりますが、そうであれば当院でも始めているのですが、なかなか解決ができないのです。それは、やはり品質保証ではとてもだめで、品質改善しかないだろうと思ってやっているのですが、それだけではどうしたらいいかわからないのです。

アメリカでJCAHOあるいは基金をつくられているいろいろな研究なされているようですが、事故が減ったという話をあまり聞かないのです。ですから、なぜ減らないのか、あるいは減るにはどうしたらいいかをお話しいただければと思います。

小泉 明 それでは、ディッキー先生からお願いします。

ナンシー・ディッキー ご指摘のとおり、事故は減ってきておりません。すなわち、医療の質の改善と、事故の低減との関連についてまだ十分理解ができておりません。この改善というのは、人に関連するものです。つまり、単にわれわれが医療従事者、医師や看護婦、薬剤師について訓練をする、そして患者の安全性を高めるためにエラーを減らすと言っているわけですが、IOMの報告やそのほかの文献が述べているところによると、われわれは個人として問題を改善できるのだと思ってはいけないということです。

つまり、医療提供の制度そのもののなかでどういう問題があるのかを理解し、そしてミスが起こらない仕組みをつくらなければならないということです。

アメリカでもやはりエピネフリンとそれに非常によく似たバイアルを使っているという問題

があるのです。この問題はいろいろな薬剤について問題になってきていまして、三宅先生と同じような回答を私たちも得ています。つまり、メーカーに電話をかけたたり手紙を書いて、安全性を高めるために、バイアルの形を変えてほしい、そして間違っただけのものを手に取らないようにしてほしいということを要求しています。しかし、それはわれわれの問題ではない、あなたたちの問題ですよというのがメーカーの対応です。

その人たちに対して私たちは言わなければならないと思います。バイアルの形を変更しないというのであれば、そして私たちの患者を守ることができないというのであれば、次に問題があったときには一緒に裁判所の法廷に立ってもらいます、ということをお話しなければいけないと思います。

同じような問題で、コネクターチップの問題があります。この器具の接続を、色を違え、あるいは形を違えて、はっきりと間違っただけなら絶対につながらないようにしなければ、事故は減らせないのでないでしょうか。

しかし、現在のところ、メーカー側としては、バイアルやコネクターチップを変更することについてのモチベーションがありません。われわれが義務をもってそれを言ってやらなければならない。患者さんはできるだけ助けてもらう必要があるわけですが、すなわち、そんなに簡単に間違いを犯せないような環境をつくらなければいけない。そういったことについて、やはりメーカーに知らせるべきではないかと思えます。

制度が変わらなければいけない、われわれが制度を変えるということは大きなことです。アメリカでもこれは始まったばかりです。

黒川 清 アメリカでもやっと実態が分かってきたから対策をとれるわけですが、実際何が起きているか、たとえば三宅先生のところではどういう事故が起こっており、その対策として

何をしているかという情報は、みんなが共有しているわけではないのです。それを共有するには、秘密が守られているかどうかの問題、免責の問題とか、まずいろいろ解決すべき問題があるのです。

そういう点から言うと、日本人の精神構造とか雇用の問題もあるのです。看護婦さんはもっと多いほうがいいに決まっているけれども、30兆円の医療費をいかに分けるかということしか行政が考えていないところに問題があるわけです。たとえば看護婦さんも夜勤が多い、月に4回とか6回とか8回とかあります。

アメリカでは、たとえば週に40時間働くとすると、看護婦さんも、子どもが小学校に行き出すと昼間があいているから、昼間だけ40時間やりたいという人がいくらでもいます。あるいは、準夜だけやりたい人もいるし、10時間週4日働くという人もいますし、いろんなコンビネーションで働いているわけです。だから、引き継ぎも違った時間に行われますから、看護婦全員が「引き継ぎだから今は処置できない」などという話は全く起こらないようになっています。

日本でそういうことができるかという、できません。なぜかという、フルタイムの雇用と臨時の人の給料があまりにも違うからです。週に20時間だけ働きたいという人がいたっていいわけです。あるいは準夜だけ来る。それがどうしてできないのでしょうか。それは、戦後の日本は常にフルタイム、終身雇用、大きな退職金というシステムで安い労働力を使っていたからです。それが日本の経済成長のあり方だったからです。

だから、そういう根本的な問題があることをお互いが認識することと、医療のいろいろな問題にはどういうものがあるのか、それで、どうすればよいかという情報が共有できれば事故は確かに減るだろうということです。しかし今は、どのくらい、何が起こっているかさえもお互い

に分からないところに問題があるのです。

小泉 明 児玉先生、いかがですか。

児玉安司 先日、長年外科医をしてこられた先生とお話をしていた、「児玉君、何を言っているんだ、医療事故はどんどん減っているんだ、私の若いころは異型輸血をばんばんやっていた」ということを言われたことがありました。いずれにしても過去がどうであったかのデータがない以上、減っているか減っていないかを検証する手段がないわけです。

ただ、少なくとも言えることは、事故が起こっていることを認識することは、事故を減らす第一歩であって、リスクマネジメント、院内の医療の質の改善を始めようとする先生方に常に申し上げているのですが、今からわれわれはパンドラの箱を開けようとしている。過去にパンドラの箱に封じ込められたたくさんの問題点が一気に噴き出してきて、見かけ上、事故が増えたように見えるかもしれない。ただ、そのパンドラの箱を開けることによって、最後には必ず希望が残るはずだ。つまり、目標に向かっていく病院の組織が生まれてくるはずだと申し上げております。

そういう意味では、品質改善によって問題が認識され、事故が減らされる方向になるということについて、私は大きな期待をもっているわけです。

それから2つ目は、各病院ごとの品質改善では本当に事故を減らせないのではないかという部分ですが、ディッキーさんが、メーカーも含めて訴訟の場に引き出してくることが必要ではないかと言われましたが、これはアメリカにおいても知識のある媒介者がある以上、そこまでの責任しかメーカーは負わないのが一般的です。

器具メーカーにしても医薬品メーカーにしても、これまでは使う側のことを何も考えないで、似たような剤形の薬とか、そっくりなアンプルとか、とにかく危険きわまりないものをどんど

ん医療現場に供給してきました。

ただ、一旦、医療従事者にとって患者の安全をより守りうる器具が業界の標準になったら、それから立ち遅れた企業というのは、つまり技術水準に立ち遅れたこととなります。すでに、そういう意味での新しい市場をめぐる器具メーカー、医薬品メーカーの競争が始まっています。あるいは厚生省が誘導し始めているという前向きな実感を私はもっています。

こういう問題を抜きに、品質改善の院内の活動だけをやっていると、安全の階層の実現方法のなかの第3段階、第4段階であるマニュアルづくりとか、教育訓練という、そういう信頼性の低い、安定していない安全対策のところまでしかいきません。それより上に出ていこうとすれば、やはり業界、メーカー、そして行政、すべてを巻き込んで、医療現場に本当に今何が起きているのか、本来患者さんとのコミュニケーションに割くべき時間がどれほどつまらない注意力に割かれてしまっているかをよくご理解いただいで連携していくことが、新たなステップ、より効果的なリスクマネジメント活動に重要ではないかと考えております。

小泉 明 ご質問はアメリカではということでしたが、三宅先生のご講演を伺ってしまして、先生の病院では減ったと言うことはむずかしいかもしれませんが、医療事故は起こりにくくなってきている印象を受けましたが、そういう受け止め方でよろしいですか。

三宅祥三 いいえ、現実には事故は減っていないと思います。ただ、大きな紛争に発展しなくなったということだろうと私は思っております。

私どももお金もないし人もいないので、統計的な処理をしていませんから比較はできないのですが、実際のインシデントレポートとかアクシデントレポートから見ますと、決して減っているとは思わない。ただ、大きい事故は減ってきているかなということですが。

小泉 明 ありがとうございます。医療事故がはたして減るのか。それは減らさず努力をするわけですが、一方で、このままにしておけば増加するというか、つまり医療はますます高度化し複雑化して、事故が起こりやすい状況はますます強まっていくということは、否定できないように思います。

したがって、三宅先生の病院でいろいろ努力されていて、紛争につながるような大きな事故が減ったことは、これは大きな成果ではないか。放置すればどうしても増加する傾向にあるという事実は、否めないと思いますし、また、人はミスを犯すものであるという、そういう要素ははっきりしてくる事態が強まっていくことは事実ではないかという印象を受けました。

まだ少し時間がございますけれども、ほかにはご質問がございますか。

●看護職と賠償責任保険

板橋 明 (埼玉医大) 先日、安全問題の委員会をやりましたときに、看護婦さんが事故を起こしたときに、はたして補償について問われないかどうかということが問題になったのです。児玉先生の話では、看護婦さんに対して直接賠償請求されることは今のところほとんどないという話でしたが、今後は分からないわけです。

それから、病院全体が訴訟の対象になっても、病院がその看護婦さん個人に対して賠償請求することはありうると思うのです。

そういうことで、看護婦さんの代表の方に、看護婦さんの賠償保険はどうなっているのかを調べていただいたところ、組織的に行われているものは全くないことが分かりました。

私は勤務医ですが、個人的にも賠償保険に入っています。看護婦さんのこの問題に関して、たとえば看護協会なりで基金をつくるとか、そういうことを考えておられるかどうかを嶋森先生にお聞きしたいと思います。

それから、もう1つ、安全の問題のなかで、

看護婦さんの勤務形態が非常に問題になっていますが、最近3交代勤務から2交代勤務という形でかなり強行されているという話を聞きます。病棟によっては2交代でも十分にやっているとところはありますが、現場の人たちがこれは危ないと認識しているような形で、人員削減の目的だけで2交代勤務が強行されることは、在院日数もだんだん短くなる、医療の密度が濃くなっているという状況が起こっているなかでは、非常に危険なのではないか、本日の議論に逆行するのではないかという面があると思うのですが、そのへんは看護協会としてはどのようにお考えか、その2つをお聞きしたいと思います。

嶋森好子 ご質問ありがとうございます。賠償責任保険については、助産婦と訪問看護ステーションを営んでいる看護職についてはそういう保険があります。それから、国立病院の共済組合が、国立病院勤務の看護職への賠償責任保険を本年の7月から開始するという話を聞いております。それから、看護協会では、会員向けに賠償保険をつくらうという話が、平成10年ぐらいから起きていまして、検討は始めております。

ただ、はたして看護婦が賠償責任を負うべきかどうか、弁護士先生によっていろいろ意見がありまして、時期尚早ではないか、つまり雇用者責任と医師の指示の範囲で業務をやっているの、単独で民事訴訟の対象にならないというご意見です。

そういう議論がありますが、会員のほうからは、昨年からの事故報道のなかで看護婦が事故当事者になっており、公務員の場合には自治体からの処分があったりしていますので、非常に不安が高まっております。検討してほしいという意見が非常に強いのです。実は今、保険会社にいくつか提案していただいて検討しております。時期尚早という意見と、一方で、看護職として責任をとるという意味では賠償責任保険

をつくったほうがいいという意見もありますので、会員に検討してもらって、どうするかを決めていきたいと思っております。

それから、交代制勤務につきましては、諸外国の例も見てもみますと、変則3交代形式、日勤と昼勤と夜勤として、夜勤は比較的長くして、その代わり回数を少なくすることによって合理的にできるという、そういう勤務形態をとっているところがたくさんあります。

看護協会のスタンスとしては、患者さんの状況、つまり慢性期であり負担のかからないところでは、変則2交代とか変則3交代みたいなことを入れられるような、選択できることが重要ではないかと考えています。

ただ、長時間の夜勤の場合には、夜勤の深夜明けあたりに非常に疲労が蓄積しますので、休憩時間をきちんと確保すること。労働基準法では8時間につき1時間となっているわけですが、16時間の場合は少なくとも2時間の仮眠時間もしくは休憩時間を確保できるようにしてほしいという考えです。

そうしますと、2人夜勤で2時間ずつ休めば4時間は1人夜勤になってしまいますので、長時間夜勤の場合には3人を確保する必要があると思っております。

きちんと休憩時間を確保し、対象に応じて勤務が自由に選べる。選ぶのはトップダウンではなくて、働く看護職自身が患者さんの状態と、ほかにどういう看護職が働いているかを考えながら検討していくのがいいのではないかとことを、看護協会出版会から出版した『シフトワークマニュアル』という本の中で提案しております。

3交代制一律というのは、むしろそれだけ、それに沿わない人たちを締め出すということになると考えています。

小泉 明 まだまだご質問がなくなりませんが、終了予定時刻になりましたので、このあたりで終えたいと思っております。

総括および閉会

小泉 明 日本医師会副会長

本日、ディッキー先生は、アメリカにおける医療事故の件数のお話からお始めになりましたが、非常に数が多いことに驚きました。

しかし、わが国も近年、この数のことが問題になっており、それはわれわれ医療関係者のみならず、社会全体がこのことに対して大変強い関心をもっているのです。アメリカがこれまでどのような考え方で対処してこられたか、また個々の具体的な対応についてどのようなことがなされてきたかにつきまして、直接関わってこられたディッキー先生ご自身から、そしてアメリカに長く滞在され、その事情に詳しい黒川先生、児玉先生からもお話が聞けたことは、非常

に有益であったと思います。

私どもは、医療提供者として、あるいは医療機関の運営に当たる立場として、医療事故の問題、患者の安全の問題に対して、自らのこととして非常に強い関心をもっており、単に行政当局が医療事故を報告させるとか、起こさせないとか、そういう立場ではなく、わが事として今後も対処していきたいと思っております。

その意味で、本日のご講演、そしてフロアを含めての討論は、私どもにとっては想像以上に有益なご示唆、ご教訓をいただいたと思って感謝しております。

今後とも、どうか日本医師会の患者の安全確保についての取り組みに対してご支援あるいはご鞭撻をいただきたいということを申し上げて、このディスカッションを終え、あわせてセミナーを終了したいと思います。