

「医師の働き方改革」を進め、シフト制を導入し、その結果として医療機関の集約を進めるならば、確かに十分な休息を取った医師によって医療が提供されるというメリットが期待できるでしょうが、一方で地域によっては「近所の病院ですぐ診てもらえる」医療体制ではなく「可能性も生まれます。こうしたメリット、デメリットを国や都はきちんと国民、都民に説明すべきでしょう。」

「医師は労働者である」ということ

医療事故調査制度の施行から2年

医療現場では冷静な対応が進んでいる

東京都病院協会常任理事
社会医療法人社団慈生会等潤病院長・院長

伊藤 雅史



伊藤 雅史

制度施行から2年、現場は冷静に対応

2015年10月に医療事故調査制度が施行され、丸2年が経過した。制度施行から今年9月までの累計をみると、医療事故報告751件、院内調査報告476件、相談件数3732件、センター調査の依頼および調査結果報告の件数は43件となっている。

今回の制度における調査対象は「当該病院等に勤務する医療従事者が提供

については全面的に賛同できるものではないかもしれませんが、その前提に立つて議論を進めるならば、夜間帯の診療を制限するか、手当を充実させて人員を確保するか、といった論点も出てきます。必然的に病院経営にしわ寄せがくる問題ですが、単に病院経営の観点のみから主張しても、一般的に広く受け入れられないでしょう。東京の医療をどうしていくか」という点から訴えていく必要があると思います。

———ありがとうございます。

が含まれ、調査対象の医療機関はリスクの高い医療も多く提供しており、今回のように診療所も含めた全ての医療機関を対象にしたものと比べれば、調査対象事例の発生頻度が減少するのは当然だろう。これについて塩崎前厚生労働大臣は記者会見での質問に対し同様の趣旨を明快に回答しており、「医療機関が報告を怠っているのではない」「医療事故を隠しているのではない」というのは、杞憂である。

支援団体の「支援」は院内調査を適切に進めるためにある

支援団体による「支援」についても、医療現場はきわめて冷静に活用しているようだ。医療法第6

した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたもの」であり、それが毎月30〜40件くらい報告されていることになる。制度施行以来、目立った乱高下もなく、ほぼ横ばいの状態で報告が届いていることは、医療現場が今回の制度についてかなり冷静に、かつ正確に理解して対応している何よりの証左といえよう。関係各位の制度普及に向けたご尽力にあらためて敬意を表したい。

一部には「報告件数が少ない」とする意見も聞かれる。どのような根拠に基づいた評価なのかはわからないが、推計の根拠となった日本病院会アンケートでは「医療事故」についての明確な定義がなく、医療法に規定された「医療事故」よりも幅広いさまざまな事例

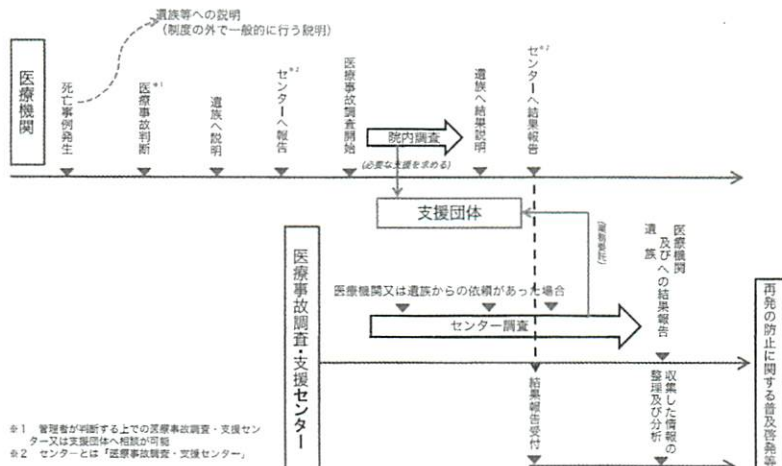
条11第2項には「病院等の管理者は、医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体（法人でない団体にあつては、代表者又は管理人の定めのあるものに限る。次項及び第6条の22において「医療事故調査等支援団体」という。）に対し、医療事故調査を行うために必要な支援を求めらるるものとする」とある。

つまり制度における「支援」は院内調査を適切に進めるために行うものであつ

「外部委員を必ず入れる」ことを求めているわけではない。厚生労働省の名越研究・医療安全推進室長も、私が外部委員をかならず参加させなければならぬのかと質問したのに対して「マストではない」とお答えいただいている。

言うまでもないが、「何が何でも外部委員を入れず、自院で完結させなければならぬ」ことを述べたいわけではない。日常の臨床でも、自院の医療スタッフだけでは対応しきれない場合、他の医療機関から応援を求めることはよくあることだし、患者をより設備・陣容の整った医療機関に託すこと

医療事故に係る調査の流れ



出典：厚生労働省ホームページ「医療事故調査制度について 概要図」

は日常的に行われている。外部委員の招聘を含めた支援のあり方は、そうした日常の診療と同様に考えていいだろう。

こうした支援団体として、東京都医師会はきわめて頼もしい存在である。医療事故調査制度全般に関する「よろず相談窓口」を24時間体制で稼働させており、かつ、担当理事である小林弘幸先生や救急医療の第一人者である有賀徹先生をはじめ、この分野のエキスパートが顔を揃えているのだ。

遺族への説明は制度の外で行うべき

報告については医療法第6条11第4項で「病院等の管理者は、医療事故調査を終了したときは、厚生労働省令で定めるところにより、遅滞なく、その結果を第6条15第1項の医療事故調査・支援センターに報告しなければならない」と定めているが、通知では医療事故調査・支援センター（以下、センター）への報告内容については通知で定められた項目を網羅することを求めている。

センターへの報告書のポリシーについてはA4一枚程度で概略を記載するのが適切だろう。患者遺族に対して、センターへの報告書をもって説明するという意見も聞かれるが、これは医療のあり方として適切ではないと考えられる。というのは、報告書は後述のように医療従事者が識別できないように記載しなければならず、かつ、そもそも遺族への説明を想定して作成するものではない。

遺族への対応は、調査の一環で行うのではなく、厚生労働省が「医療事故調査

の流れ」(図)で示しているように、制度の外で一般的に行う説明として行わなければならない。医療安全の向上に特化することが本制度の主眼であり、センターへの報告書をもって遺族に納得してもらおうというのは、目的を取り違えているばかりか、遺族が不信感を抱くことになりかねない。制度の有無にかかわらず、遺族に寄り添うのは医療者として行わなければならないことなのだ。

もう一つ留意しなければいけないのは、今回の制度が、報告書について当

私の医道

唐澤祥人

元日本医師会会長

私が日本医師会会長に立候補する要因の一つになったのが、医療裁判の頻発とそれを背景にした医師の「立ち去り型」サボタージュ、そして医療崩壊だった。就任直後の記者会見で、この問題を担当することになった木下勝之常任理事と私は記者会見に臨み、「類似した事例と比較しても、大きな疑問を感じざるを得ない」と述べ、さらに医師法第21

条が拡大解釈され、捜査機関がいきなり捜査権を行使するよう事態が全国各地で起きれば、医療現場に混乱が生じ、国民にも悪影響を及ぼしかねないと訴えた。あわせて、新たな医療事故届出制度の構築も求めた。医療の経過中に不幸な出来事が起きてしまった場合には、単に責任追及するのではなく、その原因を医療関係者自身が究明していくべきというのが趣旨だった。

これ以降、医療事故調査制度の議論が始まったのだが、与党・自民党や厚生労働省から出てきた試案をめぐって、議論は紛糾した。それらの制度案には、通常の医療行為でも、場合によっては医師が警察に逮捕される余地があったからだ。案を作成した人たちがしてみれば、医療現場は犯罪を起そうと思えばかなり容易に起こせる場所であり、警察が介入する余地を残しておきたいという思いもあったかもしれない。

第14回

医療事故の扱いを巡る議論が紛糾

一方、医療側としては医療機関内で起きることは医療機関の人たちに任せたいというのが基本的な姿勢だ。また、非常にリスクの高い手術は必ずある。それに取組んでうまくいかなかった場合、逮捕される可能性が生じる。まじめに医療に取り組んだにもかかわらず、殺人や窃盗といった犯罪と同列に扱われるのは、やはり受け入れがたい。

すべて医療機関内で完結させるという仕組みを行政側に認めてもらうというのは、難しいという意見もあった。事件性があり、拡大が危惧される場合は警察が介入する道筋を残しておきた

該医療従事者が特定できないような書き方を求めていることだ。

医療法第6条11第4項を受けて、15年5月8日に発出された厚生労働省令第100号では「病院の管理者は、法第6条11第4項の規定による報告を行うに当たっては、(中略)当該医療事故に係る医療従事者等の識別(他の情報との照合による識別を含む。事項において同じ。)ができないように加工した報告書を提出しなければならない」と定めている。当該医療従事者の名前を伏せればよいというレベルでは

なく、他の情報と突き合わせても当事者がわからないようにして報告するところが義務づけられているのだ。このような状態になった報告書だけを見て、遺族が納得するだろうか。むしろ医療の一環として丁寧に説明することこそ、医療現場の私たちに求められると思う。

事故調制度は「個人に責任を帰結させない」制度

医療事故調査制度は「個人に責任を帰結させない」という世界的には常識

い気持ちもわからなくはない。しかし、その仕組みを調査制度に設けるべきかは、議論がわかれた。制度上で医療と警察を敵対させるのは良くないというのが、私の基本的な考え方だった。元来、医療界は警察行政に対してとても協力的だった。医師法第21条に則り、死体検案の際に事件性があると考えられるようであれば警察に知らせていたのだ。

墨田区でも地区医師会と警察、消防署は協力関係にあり、定期的に防災会議を開いている。日常的にも協力関係は密接で、人探して警察が訪ねてきたときも協力を拒否することはなく、「必要であれば、いつでも病院にお越しください」という姿勢だった。実際、警察もいろいろ情報を持っていき、それなりに便益を感じていたはずだ。そうした協力関係がこじれては、結局は地域住民が不利益を被る。

であつても本邦では長年の議論の後に確立された画期的な制度であり、まさに「パラダイムシフト」と言えるものである。医療とは不確実なものであり、医師も万能ではない。そうしたなかで安全性を高めていくには、ヒューマンエラーに焦点を当てるだけでなく、システムエラーにも注目し、体制の構築・改善を進めていく必要がある。そうした理想のもとに歩み始めた制度なのだ。

もちろん、一朝一夕に頭を切り替えるのは難しいだろう。たとえばセンターがまとめた「医療事故の再発防止に向けた提言」の第1報「中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析」では9つの提言を掲載しているが、穿刺手技やカテーテルの位置確認など、大半が医療従事者のスキルに焦点を当てており、制度本来の趣旨に合致しているとは言いがたい。

システムエラーをどう防ぎ、事故を起こさないようにするかという観点からの考察はまだまだ不十分である。今後の提言を期待したい。

最後に一言、医療安全の議論は「医療の内」、紛争化したら「医療の外」として切り離されるべきであり、紛争化した場合には調査の中断を提言した全国医学部長病院長会議の声明は、本制度の根本的な理念に則り妥当なものと言える。

しかし、センターは紛争訴訟例でも調査を進めるべきとしており、パラダイムシフトによって切り分けられた「医療安全」と「責任追及」のスキームを同じ舞台に引き戻そうとしているかに見られる。

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。

東京ガスだからこそ、診える。聴こえる。エネルギーのこと。



東京ガスの電気
2016年4月から東京ガスは低圧のお客さま向けに電気の販売を開始しました。下記までお問い合わせください。

東京ガス株式会社
都市エネルギー事業部 公益営業部
東京都港区海岸1-5-20 TEL.03-5400-7735