

愛知県弁護士会人権擁護委員会シンポジウム

# 医療安全管理体制のあり方を考える

～愛知県弁護士会の調査を踏まえて～

## 報 告 書

平成25（2013）年3月

愛知県弁護士会

## はじめに

愛知県弁護士会は、２０１２年３月に「医療安全管理体制に関する調査研究報告書」を発表しました。

この報告書は、すべての人に安全で質の高い医療を受ける権利を保障するには充実した安全管理体制が不可欠であることを踏まえ、当会人権擁護委員会医療部会が中心となって東海三県の主要な病院の実情を調査し、よりよい医療安全管理体制の実現に向けて数々の提言を行ったものです。

２０１２年７月２８日、当会は、この報告書の完成を記念して「医療安全管理体制のあり方を考える～愛知県弁護士会の調査を踏まえて～」と題するシンポジウムを開催しました。当日は、配付資料の追加印刷が必要となるほど多数の方にご来場いただき、報告書の提示した問題意識を、さらに掘り下げる形で議論を深めることが出来ました。

このシンポジウムの成果を広く共有するために、本冊子を発刊いたします。この冊子が、安全な医療の実現を考える上でご活用いただけることを願ってやみません。

末尾となりましたが、報告書の作成及びシンポジウムの実施にあたってご協力をいただいたすべての関係者の皆様に、心より御礼を申し上げます。

２０１３年３月

愛知県弁護士会

会 長 瀬 瀬 和 義

愛知県弁護士会人権擁護委員会シンポジウム

# 医療安全管理体制のあり方を考える ～愛知県弁護士会の調査を踏まえて～

日 時 平成24年7月28日(土)  
13:30 ～ 16:30  
会 場 愛知県弁護士会館5階ホール

## 【 式次第 】

総合司会 森本 真仁 弁護士(愛知県弁護士会人権擁護委員会委員)

1 開会挨拶(愛知県弁護士会副会長 村上 満宏)

2 医療安全管理体制に関する調査研究報告

横山 貴之 弁護士(愛知県弁護士会人権擁護委員会委員)

3 パネリストからの報告

長尾 能雅 医師(名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授)

小野 寅雄 看護師(藤田保健衛生大学病院 医療の質・安全対策部

安全管理室 安全管理者 看護長)

鶴田 忠久 看護師(名古屋掖済会病院 医療安全管理室室長補佐 看護師長)

豊田 郁子 氏(新葛飾病院 医療安全対策室 セーフティマネージャー)

成田 清 弁護士(愛知県弁護士会会員)

～ 休憩(パネリストへの質問用紙回収) ～

4 パネルディスカッション

コーディネーター 堀 康司 弁護士(愛知県弁護士会 人権擁護委員会委員)

5 閉会挨拶(愛知県弁護士会人権擁護委員会委員長 花井 増實)

## 配布資料

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」（横山 貴之 弁護士）

資料 2 「大学病院における医療安全」（長尾 能雅 医師）

資料 3 藤田保健衛生大学病院についての報告（小野 寅雄 看護師）

資料 4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」（鶴田 忠久 看護師）

資料 5 新葛飾病院についての報告（豊田 郁子 氏）

資料 6 「医療安全管理と弁護士の役割」（成田 清 弁護士）

医療安全管理体制に関する調査研究報告書

パネリストへの質問用紙（休憩時間中に回収）

シンポジウムについてのアンケート（シンポジウム終了後に回収）



愛知県弁護士会人権擁護委員会シンポジウム

# 医療安全管理体制のあり方を考える ～愛知県弁護士会の調査を踏まえて～

日 時 平成24年7月28日（土）

13：30～16：30

会 場 愛知県弁護士会館5階ホール

【総合司会 森本真仁】

それではプログラムに移りたいと思います。まずは愛知県弁護士会の村上副会長より開会の挨拶を申し上げます。

【村上 満宏】

只今ご紹介いただきました愛知県弁護士会副会長の村上満宏と申します。本日、このお暑い中、斯もたくさんの方々に来場いただきまして誠にありがとうございます。本日は本来であれば当会の会長であります瀬瀬和義がこの場で挨拶すべきところではありますが、所用のためこの場に参加することができません。お詫び申し上げます。

先ほどもご紹介がありましたが、本日のタイトル「医療安全管理体制のあり方を考える」、そしてサブタイトルがですね、～愛知県弁護士会の調査を踏まえて～とあります。僭越ながら当会の医療安全管理体制に関する調査報告書は、弁護士会として作成するという点では、全国では稀であり、貴重な報告書であるというふうに伺っております。この報告書にも書かれておりますが、当会人権擁護委員会医療部会が、平成21年からこの医療安全管理体制のあり方について今まで調査研究してきたわけであり、この間多くの医療機関、そして医療関係者の方々のご協力を受けまして今年の3月に完成した次第であります。そして協力していただいた医療機関の方々にも送付させていただいております。早速ですが、私の所に東京の大学病院から礼状が届いております。紹介させていただきたいと思っております。

「調査地域こそ異なるものの、この報告書により他の病院の医療安全への取り組みの現状について知ることができました。当院でも昨年4月より安全管理室に新たに医師1人を常駐させるなど取り組んでいる次第であり、調査報告書は大変参考になりました」とのお返

事をいただいております。大変光栄に感じている次第であります。

今回はこの調査報告書をできるだけたくさんの方々にお聞きいただきたいということで本日基調報告する予定であります。

そして2部のパネルディスカッションでは、医療安全に取り組んでおられますお医者さん、そして看護師、そして患者のお立場から、そして弁護士といった様々な方たちの議論をしていただきまして、さらに深めてまいりたいと思います。

最後になりますが、本日この暑い中、斯もたくさんの方々お集まりいただきまして本当にありがとうございます。よろしくお願いします。(拍手)

# I 医療安全管理体制に関する調査研究報告

【総合司会 森本真仁】

続きまして、医療安全管理体制に関する調査研究報告に移りたいと思います。報告者は愛知県弁護士会人権擁護委員会委員の横山貴之さんです。それではよろしくお願いいたします。



【横山 貴之 弁護士】

<はじめに>

愛知県弁護士会の人権擁護委員会の医療部に所属しております、弁護士の横山といいます。

当部会では平成21年より、多くの医療機関や、皆様のご協力をいただきまして、医療安全管理体制に関する調査研究を行ってまいりました。そして、この度、その結果を取りまとめた報告書を作成いたしましたので、その概要をこれより皆様にご報告させていただき

たいと思います。

お手元に資料のない方いらっしゃるかと思いますけれども、パワーポイントに沿ってお話をさせていただきたいと思います。

医療は、人間の最も根幹である生命ですとか健康に直結する活動であります。そのような点から考えますと、医療は安全なものでなければなりません。そして、市民の誰もが医療の受け手である患者になり得るという医療の公共性に鑑みますと、国には医療の安全を確保すべき義務があると言えます。国はそのような義務に基づきまして様々な医療安全に関する施策を実施していますが、大変残念なことに、今なお医療事故は根絶されていない状況にあります。このような状況の中、平成20年に日本弁護士連合会は、国に対して医療事故調査制度の整備などを求める宣言を行いました。これを踏まえまして、医療安全体

制の現状を把握し、より充実した医療安全管理を実現するために必要な提言を行うべく、当部会では今回の調査研究を行いました。

### ＜医療安全管理に関する現行法上の規定について＞

初めに医療安全管理に対して現行法制度の中でどのような仕組みが作られているのかということをごく簡単にご報告いたしたいと思います。

平成18年度に行われました第5次改正医療法におきまして、医療安全の要請が強く盛り込まれました。その一つとして、全ての医療機関に対し医療安全の確保のために指針の作成ですとか、各種の研修の実施を義務付けるようになりました。ここで言います全ての医療機関とは、入院するためのベッドの有無やベッドの数など問わず、本当に全ての医療機関に対してこういったものを義務付けるということにあります。

次に医療安全の確保のために、職員の方などに向けた各種の研修の実施が義務付けられております。

それから平成18年にはいわゆる医療安全加算としまして、診療報酬上の手当てがなされるようになりました。平成18年には、一患者の一入院あたり50点の医療安全対策加算がなされておりましたが、これは、その後平成22年の診療報酬改正におきまして、専従の医療安全管理者がいる医療機関の場合には85点、専任の医療安全管理者いる場合には35点という形で変更されております。

それから医師免許の停止ですとか取消、それに伴う再教育研修というものが医師法などで設けられております。現行法上、重大な医療過誤などが起こってしまった場合には、当該医師の免許の停止、取消というものが行われることがありえますけれども、その方々が再免許を受けたり、業務に戻ってくる場合には、安全管理の面から、倫理研修ですとか知識・技術に関する再教育の研修を行って、医療事故が再発されないようにということが行われております。

### ＜調査の契機について＞

続きまして、今回、当部会において行いました調査の契機について少しご説明を致します。

医療安全管理の目的は、アクシデントですとかインシデントを可及的に防止し、またはそれを可及的に減少させるというところにあります。そのためには、実際に発生してしま

ったインシデントですとかアクシデントを適切に抽出し把握することが必要になります。そして、このように抽出・把握されたインシデントなどに基づきまして、事故の背景に遡った原因分析を行い、それを踏まえた再発防止策を立案するということが必須となります。そして、これらの作業を統括することを求められている方が医療安全管理者ということになります。厚生労働省の作成しました医療安全管理者の業務指針というのを見ますと、医療安全管理者というものを次のような者であるというふうに言われています。すなわち各医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲を受ける、それから人材ですとか予算ですとかインフラなどの必要な資源を付与される、その上で、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者が医療安全管理者であると言われております。

### <アクシデント、インシデント抽出の現状>

このように現場で起こっているアクシデント、インシデントというものの抽出が非常に重要な意味を持ってくるわけですが、実際にそのような抽出がどのように行われているのかということに基づいて、少し数値を見ながらご説明をしたいと思います。

まず最初に統計的なデータに基づいたある比較をさせていただきました。

比較の一つ目は、厚生労働科学研究で行われました医療事故の全国的発生頻度に関する研究というものから読み取れる数字です。この研究は実際に入院されていて退院された方のカルテですね、これを全国の医療機関から4389件ピックアップをしまして、カルテの中身を振り返って検討しました時に、どのぐらいの有害事象が発生しているのかということ調査したものです。この調査によりますと約6%の割合で入院中のアクシデント、有害事象が起こっているということが報告されております。

もう一つの統計データは、財団法人日本医療機能評価機構が行っております、医療事故情報収集等事業というものです。こちらは全国各地にあります報告義務のある医療機関、この医療機関が持っておりますベッドの総数は約14万床になるということですが、そちらから報告を受けまして統計的な調査を行っております。それによりますと各報告年度によってばらつきはありますものの、おおよそ0.052から0.101%の医療事故、アクシデントが報告されているということになります。

この2つの数字を比較してみますと、実際に行われた医療の中でカルテレビューから算出された実際の発生頻度というのが6%であるというふうに言われているのに対し、自発的な報告に基づいて算出された発生頻度は0.052から0.101%ですので、報告に

基づく発生頻度は実際の発生頻度の120分の1から60分の1であるという数字を一つ割り出すことができます。このような数値の乖離を見た時に、果たして適切にインシデントですとかアクシデントの把握・報告がなされているのでしょうかという疑問を抱かざるを得ません。更に医療事故情報収集等事業におきましては、法令によって報告義務が課せられているにもかかわらず報告数がゼロであるという医療機関も多数存在していました。

このように報告のない医療機関は事故が全く起こっていない医療機関なのでしょうか、それとも抽出する能力の欠けた医療機関なのでしょうか、それとも抽出した事故を隠してしまう医療機関なのでしょうか。このような問題意識が抱かれます。

続いて統計的なものではなく個別の医療機関の数値において、ある比較をしたいと思います。この比較は、医療事故収集事業等におきましてレベル3Bとされています、濃厚な処置ですとか、治療を要した、ある意味重い事例についての報告頻度の比較になります。

京都大学医学部附属病院で公表されています資料によりますと、レベル3Bの報告頻度は1.129%とされています。他方、愛知県立6病院におけるレベル3Bの報告頻度は0.089%というふうにされています。これを計算してみますと12.6倍ほどの格差がございます。京都大学医学部附属病院は大学病院でして、先進的な医療、生命に危険のある医療、高度な医療を行うところであります。他方、愛知県立6病院の中には精神科単科のような病院もございまして、そこで行われている医療の性質にはそれなりの差があるとは思いますが、ただ、そういった量、病院の規模ですとか、性質を考慮したとしても、12.6倍に及ぶばらつきを見ますと、やはり各医療機関によって事例の抽出能力ですとか把握能力に相応のばらつきがあるのではないかという印象をやはり受けました。

このようにアクシデントやインシデントを適切に抽出できないということになりますと、これは実際に現場で発生している事故の実態把握ができていないということになります。このことは先ほど申し上げた原因分析ですとか、再発防止を行う前提が欠如してしまっているということを意味します。

このような現状に鑑みました時に、医療安全管理者を中心とした医療安全管理体制が十分に機能しているのかどうか、そういった疑問を持ちましたことから、当会では今回のような調査研究を行ったということでございます。

## <調査の方法>

次に、実際にどのような調査を行ったのかということをご説明したいと思います。

一つ目は、東海地区にあります比較的大規模な医療機関にお願いをしまして、ヒアリング調査をさせていただきました。ご協力いただけた医療機関は、17施設にお願いをしたうち、11施設に上りました。担当者が各医療機関に直接出向いてのヒアリングですとか、書面による照会と回答という形での聞き取りをさせていただきました。

それから平成22年6月に専従医師安全管理者の存否についてのアンケート調査というものを行いました。これは全国の国立大学の附属病院ですとか、私立大学の附属病院のような高度な医療を行っているところにアンケートの用紙をお送りしまして回答をお願いしたものです。当会ではこのように専従医師の安全管理者の存否についてのアンケート調査を行いましたが、たまたま、平成22年の7月に同じような調査が行われておりました。それは医療の質・安全学会の学会誌に先般報告されたものでして、その内容というのは平成22年の7月に、国立大学附属病院42大学45病院にアンケートを行い41病院から回答が得られたというものです。この内容については、また後でご報告をさせていただきます。

当会の3つ目の調査としましては、医療従事者ではないですけれども、医療安全管理業務に携わっている3名の方にヒアリングの調査をさせていただきました。

その他に、文献ですとか、厚生労働省のホームページなどによる補充的な調査を行っております。順にその調査の結果をご報告させていただきます。

## <医療機関からのヒアリング調査の結果の概要>

まず東海地区の大規模病院にお願いをしましたヒアリング調査ですけれども、ヒアリングの内容がいくつかの項目に渡ります。

まず1点目で、医療安全に関する院内規則が定められていますか、どのような定め方をしていますかということについてお話をお伺いしました。

医療安全に関する院内規則は、医療法の6条の10というところで作成が義務付けられていることもありまして、全ての医療機関で作成がされておりました。医療安全に関するマニュアル類についても作成されているところが多いんですけれども、それらについては半年から2年の間に改訂する医療機関が多いという傾向が見られました。そして、改訂の際には、他の医療機関ですとか厚生労働省、医師会の作成したマニュアルを参考にするところが多いというお返事をいただきました。

次に、医療安全管理部門のスタッフの編成や研修などについてお聞きしました。

各病院によってスタッフの構成というのは様々でしたけれども、大きな傾向としましては、1名ないし2名の専従の看護師の方が医療安全管理の主たる業務を担っているということが見てとれました。そして専従医師の配置は1施設のみで行われているということでした。

後でまたご説明しますが、全国アンケートにおきましても4施設において専従医師の配置が行われているというお返事をいただきました。ちなみに、先ほど申し上げました医療の質・安全学会で行われました調査の結果ですと、業務の50%以上を医療安全管理に費やしているという状況での医師の安全管理者を配置しているのは41病院中14病院との回答であったとのことでした。

それから当会の調査の報告に戻りますけれども、医療安全管理部門の中には、薬剤師ですとか臨床工学技師を配置しているという医療機関も見られました。

また研修への参加については、当地区で行われている研修よりも、むしろ東京ですとか大阪で実施されているところまで遠方に足を運んで研修に参加をしているというような声が聞こえました。

ヒアリングの中で聞かれました現場の方の声をいくつか紹介してみたいと思います。

多くの方がおっしゃっていたのは、やはりマンパワー不足であるということが聞こえました。具体的には、せめてもう一人看護師が欲しいというような声。それから専任の医師がいる病院がうらやましいというようなご意見。それから医療安全管理加算のようなお金よりも専従の医師が欲しいと。それから医療安全管理部門の業務の増大に関して、なんでも安全管理室に任せようという風潮を感じるというようなお話をいただきました。

他方で、医師は専門化が進んでおり専門外のことは看護師よりも知らないというご指摘をされて、むしろ医師ではなく、看護師の方のマンパワーが欲しいというようなご意見も聞かれました。

続いて院内で医療事故が起こった時に開催する院内事故調査委員会についてのお話をお伺いしました。今回調査にご協力いただきました11の医療機関中10の施設で、院内事故調査委員会の開催実績があるというお話をいただきました。

ただ、その結果作成されました事故調査報告書の取扱いについては医療機関ごとに様々でして、院内でのみ共有して患者家族に渡さないという取扱いをする病院もございました。また対外的な公表経験のない病院ですね、例えばホームページに載せたりですとか、そう



いったことをされない病院も存在していました。

また、調査のプロセスとしまして透明性というものの観点から調査委員には必ず患者側の弁護士を入れるようにしているという医療機関もありました。

合わせまして数年前に当会で愛知医療情報ネットというものに関するシンポジウムを行ったんですけれども、そういった愛知医療情報ネットというものの存在については知らないという残念な回答が多く見られました。

### ＜国立高度専門医療センター、特定機能病院に対するアンケート調査結果の概要＞

続きまして専従の医師の医療安全管理者の存否についてのアンケート調査の中身をご報告させていただきます。

この調査は全国の国立高度専門医療センターと特定機能病院、これはいわゆる大学病院が多くを占めるんですけれども、全国で86施設にありますが、そこに文書での依頼をして行いました。その内で68の医療機関からご回答をいただきまして、医師の専従安全管理者の配置が当時4施設であるということがわかりました。

そのアンケートの中で寄せられました声をいくつかご紹介させていただきます。

専任の医師が安全管理者として必要であるというご意見がいくつか見られました。その理由としまして、看護師ですと、医師の裁量の中に入る問題については判断が難しいというご意見。それから影響度の高い事故事例、恐らく手術ですとか患者さんの生命に直結するような危険性の高い事故だと思われそうですけれども、そういった事故事例は医師に多い、よって専任の医師が必要であるというご意見。それから看護職から言われるのを面白くないと感じる医師が多いので専任の医師が必要であるという意見。それから手術のような手技を伴う事例については経験がある医師の関与が適切であるということで専任の医師が必要であるというご意見などが見られました。

他方で専従の医師は必ずしも必要ではないというご意見もいくつか見られました。その理由としまして、専従の看護師と兼務する副院長だけで安全管理は足りるというようなお話、それから医師の関与はあった方がいいんですけども、専任で一人だけというよりは、兼任でもいいから複数いた方が良くというようなご意見をいただきました。それから興味深い意見としまして、専従の医師の医療安全管理者が広まらないのはキャリアパスが未確立だからではないかというご意見もいただきました。

なお、このアンケートの中では、専従という言葉と専任という言葉がきれいに整理をさ

れずに使われております。実はここは法令などによって専従と専任というものの線引きがはっきりされていないということもありまして、当会のアンケートでもここを整理せずに聞いたという形になっておりますために、質問と回答において専従と専任という言葉がきちんと区別されずにご回答されていたということをご理解いただけますようお願いいたします。

### ＜医療者ではない立場から、医療安全管理業務に従事される方からのヒアリング調査＞

続きまして、医療者ではない方で医療安全管理に携わっている方たちへのヒアリングの調査を行いました。

このヒアリング調査は3名の方をお願いしております。

お一人目は豊田さんという方でして、のちにパネリストとしてもお話をお伺いすることになっておりますけれども、お聞きした内容というものは主に3点ございまして、1点目は、医療安全管理者に求められる教育ですとか、能力はどのようなものが必要ですかということ。2点目は、医師が安全管理者になることのメリットはどのような点にありますかということ。それから3点目は、医療安全管理者に医師になることのデメリットはございますかということ、この3点をお聞きしました。

豊田さんのお話をご説明しますと、安全管理者に必要な能力につきましては、事例分析を通じた原因分析をする能力が必要であるということでした。それから医師が安全管理者になるメリットとしましては、やはり医学の専門知識がある人が安全管理に携わる点が良いだろうという点をご指摘いただきました。反対にデメリットとしましては医療安全が医師の視点に偏ってしまうというようなお話をいただきました。

それから河野さんという方にお話をお伺いしました。河野さんは元航空管制官でして、ご自分が航空管制をされている時にヒヤリハットの体験をされたという経験をお持ちです。現在は自治医科大学で医療安全管理のお仕事をされて教授を務められている方です。河野さんのお話によりますと、安全管理に携わる者に必要な能力としては、事実を把握する能力、それから問題点を抽出し整理する能力、そしてそのような抽出整理された問題点を分析する能力が必要であろうというお話でした。ただこういった能力は一定のトレーニングを行うことによって習得することが可能なもので、医療資格がなければいけないと、そういったものではないだろうというお話をいただきました。それから、医師が安全管理に携わることのメリットとしましては、手技ですとか具体的な医療行為が問題となる場合

は、やはり実際にそういったものを行っている医師の視点が必要であろうというメリット。それから再発防止を立案する中で、やはり実現不可能な再発防止策を立案することはいけませんので、そういった点から実現可能性のある再発防止、これを立案する時にはやはり医師のタッチが必要であろうと、そういった点をご指摘になりました。他方医師が安全管理に携わることのデメリットとしましては、分析の視点が医学的な見地に偏ってしまっていて、ともすれば、環境ですとか状況のような多方面からの分析が疎かになってしまう可能性があるのではないかというお話をいただきました。

続いて3人目にお話をいただきましたのは北野さんという方です。この方も、かつては航空業界でお仕事をされていまして、臨床工学技士の資格をお持ちの方ですけれども、現在はいくつかの病院での医療安全管理ですとか顧問のようなお仕事をされている方です。北野さんによりますと、安全管理を行う者に必要なものとしては、まず体系的な知識ですとか実践が必要であろうということ。それから疑問視ですとか客観視できる能力が必要。協調行動がとれるということが必要。それから中立性を保てるということですか、交渉能力、調整能力が必要であろうというご指摘をいただきました。その上で医師が安全管理に携わることのメリットとしましては、専門的な知見を提供できるということのお話をいただきました。他方で医師が安全管理に携わると専門分化によりまして職種間ですとか組織間の連携に難が生じる恐れがあるのではないかというお話をいただきました。

このように3人の医療者ではない方からお話をお伺いしまして、それぞれのご意見をお聞かせいただいたわけですが、確かに、ドクターが入ることによってデメリットも確かにあるんだけれども、積極的に医師を入れるべきではない、排除しなければいけないと、そういう趣旨のご意見ではないというようにお伺いをいたしました。

### <現状の医療安全管理体制の問題点と1つの体制モデル>

そして以上のような調査・研究の結果を踏まえて医療安全管理体制の現状については、次のような問題点があるのではないかということをまとめました。

1つは専従の医師がいらっしゃらないということ。そして、少数の看護師のみに負担が集中してしまっているという問題点があると考えました。

それから2つ目の問題点としまして、医師ですとか看護師以外のスタッフが不足しているという問題点を挙げました。

その上で当会としましては、医療安全管理のあるべき体制というのは、このようなもの

が一つ考えられるのではないかとということで、人的体制についての一つのモデルを考えてみました。これは大規模な医療機関を念頭に置いたモデルですので、中小の医療機関ですとかには実現可能性の上で問題があるかもしれませんが、そういった目で見ていただければと思います。

まずこのピンクの枠で囲ったところが医療安全管理部門になります。そしてその中には、まず専従者としまして、専従の医師ですとか専従の看護師の配置が必要ではないかと考えました。専従の医師、専従の看護師というのは、字のごとく、専ら医療安全管理業務に携わるという方たちになります。ただ、突然そのような仕事をするということについてはなかなか難しいところもあるかと思うので、場合によっては過渡的な措置といたしまして、専任の様な位置づけから専従のところに徐々に移行していくということも必要かなとは思いますが、まず専従者として専従の医師と専従の看護師は不可欠の存在であろうというふうに考えております。

そして、その下に兼任という方々をいくつか位置づけさせていただきました。まず兼任の一つとしましては、診療部門をいくつかのグループに分けて各グループから医師1名を兼任の安全管理者として配置すると。具体的には外科的な診療科のグループから1名、内科的な診療科のグループから1名、検査部のグループから1名という形で兼任の方を何人か配置していただく。

それから薬剤部門から薬剤師の方がやはり医療安全管理部門に入っていただくことが必要であろうということを考えております。病院で発生する事故の中には医療行為ですとか看護行為に起因するものもたくさんありますが、薬剤の投与などに関連した事故もたくさん起こっておりますので、やはり薬剤の専門家である薬剤師の方に安全管理部門に入っていただくということは非常に重要なのではないかなということを思いました。

同じように医療事故の中には医療機器に起因した事故もたくさん発生します。そういったものについてきちんと現状を分析し、再発防止を考える上では、やはり医療機器の専門家である臨床工学技士の方についても安全管理部門に入ってもらおうということが重要であろうということを考えております。

それから、より多角的な視点からの安全管理ということを考えますと、必ずしも医療資格を有している人だけに限定する理由はございませんので、医療資格を有しない方につきましても、病院の実情などに鑑みて、積極的に安全管理部門に入っていただければなということを思いました。

そしてこのような安全管理部門の業務に協力をするものとして、各診療科ですね、外科の中でも脳外科ですとか心臓血管外科ですとか消化器外科ですとか、そういった診療科から医師の方お1人、看護師の方お1人が安全管理部門の業務に協力するというようなバックアップ体制が必要なのではないかなということ进行了思いました。

### ＜国および医療機関に対する提言＞

その上で、このような一つのモデルを実現するために、国や各医療機関に対してこのようなことをしていただきたいという提言をまとめました。

まず、国に対する提言ですけれども、医療安全管理者の配置状況をきちんと把握することが前提になるかと思ひます。当会の調査ですとか、先ほどの医療の質・安全学会の調査におきまして、医療安全管理者の配置状況はある程度調査をされておりますけど、やはり厚生労働省がきちんと中心になって配置状況を正確に把握するということが必要になるかなと思ひます。

それから少なくとも、専従医師ですとか専従看護師各1名を安全管理部門には配置するということの義務付けをする必要があるのかなということ进行了思いました。

さらに医師や看護師以外の複数の職種、先ほどのモデルで申し上げますと、薬剤師さんですとか臨床工学技師の方ということになりますけれども、多角的な検討という見地からしますと、そういった複数の職種の方の配置が必要であろうということです。

それから診療報酬上の加算を行うことということを提言したいと思ひます。医療安全部門は経済的な面から見ますと、必ずしも採算性のある部門ではありません。しかし非常に重大な役割を果たす部門であります。ですからそのような負担をすべて医療機関の負担にするのではなくて、やはり安全に関して義務を負っている国が少しでもバックアップをするという観点からしますと、診療報酬上の加算が行われなければいけないと。そして、やはり現在の85点ですとか35点という加算は、やや低すぎるのではないかなということ进行了考えています。

次に各医療機関に対する提言としまして、この2つを提言させていただきたいと思ひます。

1つ目は医療安全管理業務の存在意義を積極的に評価するということです。

一昔前は、医療安全管理部門というのは、言わば院内警察のようなイメージを持たれていて、最近はそのようなこともないかとは思ひますけれども、積極的な業務を行う前向き

な部門であるということをきちんと皆さんに理解をしていただくという意味で、その存在意義を積極的に評価するというのが、各医療機関において必要なのではないかなと考えております。

それからキャリアパスを工夫することというような提言をさせていただきました。

具体的に何かと申しますと、医療安全管理業務にですね、臨床の現場から入っていただいて医療安全の仕事に従事していただいた先生が、じゃあその後、自分はどうなるんだろうということを考えた時に、やはりそのキャリアの形成に不明確なところがあって心配で安全管理業務に飛び込んで行けないというようなことがあるように思います。そこで例えば病院の管理者になるためには医療安全管理業務の経験がなければいけないというような工夫。それから大学においてですね、医療安全管理の講座を創設して、そこにしかるべきポストを作るということで医療安全管理業務に携わる方のキャリア形成が少しでも明確になるというような工夫が必要ではないかなと思いました。また、大学においてそのような講座を設けるということは、これから医療安全管理を担っていく人材の育成にもとても大切なことではないかなということを思っております。

以上のような提言をこの報告書の中ではさせていただきました。

## <まとめ>

最後に、少しまとめをさせていただきたいと思います。

医療安全管理の重要性というのは、繰り返しになりますけれども、将来のアクシデントの再発防止という大きな役目、それから現に発生してしまったアクシデントから患者さんを救命するというような側面という非常の大きな重要性があります。

にもかかわらず医療安全管理業務に関する組織的な支援体制は乏しく、負担が少人数の担当者に集中してしまっているというのが残念ながら現状であると思います。このような現状を踏まえまして医療安全管理業務の積極的な意義、これを適切に評価するという土壌を涵養して適切な人材を確保する必要があると思います。そのために、国や医療機関は一体となって積極的な支援をしていただきたいと思います。弁護士会も微力ながらお手伝いをさせていただきたいと思います。

最後になりますが医療安全管理に真摯に取り組んでいらっしゃる方々に敬意を表します。それから今回の調査・研究のご協力をいただきました皆様にお礼を申し上げましてこの報告とさせていただきます。ご清聴ありがとうございました。（拍手）

【総合司会 森本真仁】

ありがとうございました。

それではこれで医療安全管理体制に関する調査・研究報告を終わります。もう一度報告書の横山弁護士に拍手をお願いいたします。（拍手）

## Ⅱ パネリストからの報告

【総合司会 森本真仁】

続きましてパネリストの皆様からご報告をいただきます。まずは名古屋大学医学部附属病院医療の質安全管理部教授、長尾能雅さんです。それではよろしくお願いいたします。

【長尾能雅 医師】

### <はじめに>

名古屋大学医学部附属病院で、医療安全の専従の医師として務めております長尾です。私は、医療安全専従医師となってこれで7年とちょっと経っております。この間、いわゆる一般診療は行っておりません。先ほどのご報告にございましたように、堺秀人班の研究成果によると、年間医療事故でお亡くなりになる方が4万人ぐらい。2万5千人から4万5千人ぐらいというふうに推測されております。このボリュームを市民がどのぐらい理解してるか、あるいは医療者もあまり理解できていないところがあると思っております。



### <どのような事故が報告されているか>

どんなことが、昨今、事故として報告されるか。

いわゆる大学病院であってもそうでなくても、随分、機能分化が進んでいるんですが、そのことがリスクともなります。

これはですね、癌の骨転移の患者さんの写真です。痛みが取れないということで、看護チームはここをホットパックで温めるという方法で痛みの緩和をしていました。

一方で、癌サポートチームというチームが関与していました。彼らは下半身に鎮痛をか



けるということで関与しておりました。ただしその2つの機能が連携できていなかったの  
で、鎮痛のかかったところにホットパックが当てられ続け、深い低温やけどをきたしてし  
まったという医療事故です。つまり機能が分化すると、1つリスクが増えるんですね。機  
能分化は大変有意義なことなんですが、情報共有がしにくくなるというリスクが増えます。

それからですね、アッと思うとこういうことも報告されます。歯を削るタービンから水  
の出が悪いという報告がありました。ちょっと覗いてみたらなんかヘドロのようなものが  
詰まっているということで培養してみたところ、その水から大量の雑菌が出てきたという  
ことです。つまり休日明けですと、その歯科治療の水は、非常に汚い状態になっている  
ということです。健常の健康な成人が、こういった菌を口の中に仮にまかれてもそう大きな  
ことにならないんですが、病院には高齢者ですとか、免疫の弱った方、あるいはステロイ  
ドを飲んでる方、色々な免疫状態の弱い方がいます。こういった方がこういう菌を、例え  
ば誤嚥して肺炎になったり、それを医療者が媒体して院内感染になったり、ある時はアウ  
トブレイクすると、世間を揺るがす大問題ということになるわけです。

### ＜病院によるモニターの必要性＞

つまり医療安全も感染制御もですね、文明病の側面があるんです。医療が発達して複雑  
になって、そして、免疫力の弱い患者さんも生存期間が延びてきているわけですね。そう  
いった状況で、こういった新しい問題が、いつ、どこで発生しているか分からないという  
ことです。ですので、病院には常にこれをモニターするということが求められます。

まず医療者個々人が非常に不確実であるということです。その不確実な集団に、今申し  
ましたように複雑で大規模な業務が求められ、かつスピードも求められているというこ  
とです。入院期間がどんどんどんどん短くなり、短期間で在宅に持っていくということが強  
いられています。そうしますと、チームの中に認識のずれ、ミクロのですね、さまざまな  
情報のずれといったものが大量に発生しております。これらが私のところには、毎日毎日  
山のように報告されています。で、ある時確認行動や、モニタリングに十分な時間が割け  
なくなってしまうと、そしてアッと思った時に異常が通過していく、これで年間4万人の  
方がお亡くなりになっているということです。さらにその後も医療のリスクは続くわけ  
です。集団心理に支配され、楽観的にことを捉えてしまう、当事者特有の心理が働きます。  
Story Generation と言いますが、こういったものに左右されてマクロの情報遮断が起こ  
ります。例えば、病院にそのことが報告されていなかった、あるいは患者に適切に情報が

提供されていなかった、社会に情報が提供されていなかった。こうなりますと医療現場のリスクは無限大になっていくということです。

医療現場ではですね、ミレニアム以前は、まずそういった現状把握すらできておりませんでした。こういったことに正面から向き合っていなかったと思います。その後、行政指導でインシデント・レポーティングシステムが導入され、徐々に現場のリスクというものが把握されてきたわけです。これは名古屋大学のデータです。名古屋大学は1035床ございますが、年間に9000件ぐらいのインシデントが上がるような文化土壌が育ってまいりました。特にドクターからの報告が年間5～600件あるということです。

### <医師からの報告の重要性>

ドクターからの報告がなぜ重要なのかをお示します。

左側が医者の報告した1180件。右は医者以外が報告した14000件ですが、医者の報告の約半数は疾病発生を捉えています。治療している過程の中で新しい疾患が患者さんに発生しましたという報告ですね。1000床規模の病院が2年間医療行為をした場合に2年間で500件ほどの重症疾患が新たに発生していることが報告からだけでもわかるということです。これを換算しますと、週に5件となります。月曜日から金曜日まで1日1件重症疾患が発生していると考えていい値です。医師が報告しないとなりますと、ここが全くわからないという状況になります。つまり、医師の報告数が少ない病院は、重要な情報、治療すべき患者の有害事象をキャッチできていないということになります。

私は、この機会に、もう一度計算しなおしてみました。どのぐらいの報告があれば有害な出来事を、病院はキャッチできるんだろうか。これは。あくまで仮説ですので、聞き流していただければ幸いなのですが、私の計算、独断の計算によれば、1年間で病床数の6.6倍ぐらいの報告数が必要になるんじゃないかと思います。その数の8%が医師の報告であれば、ある程度有害事象を拾うことができるのではないかと推測します。例えば400床の病院であれば年間2640件の報告で、内医師の報告は211件という計算になります。さらにですね、この報告基盤として病床数分のレベル3aが必要ではないかと思います。レベル3aといいますのは、軽度な医療行為が発生したものですが、つまり1000床だったら年間100件ぐらいの3a以上の事例が集まっている必要があるのではないかと、ざくっとそんなふうにイメージしています。

医師が報告した疾病で重症だったもので、かつ、後からよくよく検討して、やっぱりこ

れは医療ミスだったと捉えられたものが60件ございましたが、様々な病気を含んでいることが分かります。つまり医療行為をするということは、あるいは医療行為を受けるということは、こういう疾患の発生をある程度予測しなくてはならないということです。提供する側からすればそういったことがいざ発生した時に多くの科が連携して治療をするという発想がまず第一に来なくてはなりません。特に先端的な行為や複雑な医療行為をする、そういう施設であればその体制作りが第一に求められるということです

### <名古屋大学医学部附属病院における医療安全管理体制>

名古屋大学は、昨年、医療安全体制をリニューアルいたしまして、これだけのメンバーが医療安全管理部にいます。多分、全国で唯一だと思いますが、専従医師が2人おります。そして看護師が2人、そして弁護士が1人います。それから事務が6人おります。

それから、色んな有害事象が報告された時に、私と先ほどの専従医師で治療ができるわけではありませんので、院内のスペシャリストに治療の役割を依頼しないといけないわけですね。今、名大病院には120名のセーフティマネージャーと呼んでいます。部門医療安全管理者と呼ばれる人たちがいます。この120名のうち、4割がドクターです。彼らには、このスライドのようなことを依頼しています。他部門における有害事象発生時に臨床的助言、エキスパートを紹介してほしい、あなたの科から、代表の人を派遣してほしいということですね。また、部門横断的緊急治療チーム編成に参画してほしいと。名大病院のベストの治療を、特に有害事象発生時、それが過誤であれば、なおさらその瞬間に集中して提供する体制を持つべきであると考えからです。

### <有害事象発生時の組織横断的な緊急対応例>

これは実際の事例です。先月、手術の終盤にコンプレッセンを剥がしましたところ、赤ちゃんの足に点滴が漏れ、パンパンに腫れ上がっていたという状況が発生しました。非常に危険な状態でチアノーゼがきていますので、このままうかうかしていますと、足を切断しなくてはなりません。阻血状態ですね、壊死に発展するかもしれません。で、この出来事は直ちに麻酔科から私の所に連絡がありました。そうしましたら、我々は、各部門のリスクマネージャーに連絡して現場に行ってもらったり、あるいは知恵をいただくことができるわけですね。これだけのメンバーに私は声を掛けることができます。整形外科・形成外科、それから皮膚科、そして薬剤部。薬剤部に連絡したのはとても私は良かった

たと思っています。漏れた液体の成分を調べて、ph ですか、組成ですね、どのぐらいの組織障害性があるのかということを短時間で調べてくれました。もし、それが強い障害性があるならステロイドを打たねばならないということを皮膚科と連携しながら助言してくれます。このような連携は口で言うのは易しいのですが、実際に大学病院では長い間、出来てこなかった。なかなか難しいことです。小さなインシデントを元に、常にトレーニングしておかねば、なかなかいざという時にできないことなんですね。

この事例では、専門家によって減張切開が行われ、取り合えずの阻血は解除されまして、いわゆる指を切断しなくてはならないというリスクは回避されました。

ちょうど同じころ熊本大学で、これは残念ながら対応が遅れたのでしょうか、指を切断せざるを得なかったというアクシデントがネットで流れていました。病院長によると、点滴はカルシウムや水分補給などが目的で右足の甲から行った、10時間を超す手術終了後スタッフが右足の親指が腫れているのに気付いた、症状は悪化し2ヶ月後に第一関節から先が欠落した、点滴の薬液に含まれていたカルシウムが壊死の原因になった可能性があるともみているとのことでした。

これは紙一重なのですね。その急場の対応、点滴が漏れるということは、これ毎日のように起こることですね。漏れたことが問題ではなくてその対応の遅れというものが問われているのだと思います。

私は、こういった連携には、ある程度優先順位があると思っています。例えば、今事故が発生しているとか、あるいは過誤によって有害事象が発生したとなりましたら、病院は何を置いてもその治療に集中したいわけです。過去に類似の状況で事故が発生したという事例も、優先順位が高いと思いますね。一方で、過去に類似の経験はないが危険が予想される。危険は少ないが万全を期したい、こういう治療は日常行われておりますが、これら全てに病院のリソースを注入するのは現実的には難しいです。この辺りの峻別が必要になります。このディフェンスの力というのは、つまり医療行為や看護行為に潜むリスクから患者をディフェンスする。そのための力が必要だというふうに私は考えているわけです。その他の部門からも様々なインシデントが挙げられています。放射線部、薬剤、あるいは手術部、検査、リハビリ、透析、それぞれが、本当にバラエティに富みます。一つ屋根の下でかくも多様なリスクが存在しているのかということをキャッチすることができます。そういった報告に丁寧に対応すれば報告行動自体が、また変わります。例えば、リハビリ技師は、一昨年まではほとんど院内報告をしていませんでしたが、昨年積極的に一緒に検

討をいたしましたところ、報告数が10倍となりました。報告が連携を導き、連携が報告を導くということです。

### <多職種による対応の必要性>

これらのバラエティに富むリスクを、単一職種で解決するということはなかなか難しいことです。しかし、今まで、多くの病院がこれを看護師中心に育んできた。これは黎明期の事情で色々やむを得ないところがあったと思いますが、先ほど横山先生がご報告したのはそういう現状の課題だと思います。私は安全管理部長の下に、GRM機能がチームで成立すべきではないかということを随分前から考えております。それは兼任のリスクマネージャーであったり、ドクターであったり、ナースであったり、あるいは名大の病院の場合には弁護士もおります、事務や技師、薬剤師、こういった様々な職能が集まってリスクをコントロールする機能を持つ必要があるのではないかと思います。

7月1日の読売新聞にこういう記事が載りました。病院の実力として医療安全を取り上げたわけです。これには幾つかの指標が選ばれていました。事故の調査の数ですとか、あるいは報告の数ですとか、私がとても重要だと思ったのは、医療安全というものが先端医療や手術と同じように病院が有している一つの力であって、そこをちゃんと市民がモニターしていかなければならないんだといったところを伝えたということかと思います。これは安全管理に携わってきた人たちにとっては非常に重要な動きではないかと思っています。

### <まとめ>

最後ですけども、財界の人たちはとてもこの辺のことをよく考えておられます。去年、経済同友会、京都ですけども、私と山中先生が交互に呼ばれまして、話をしてくれと言われました。つまり、財界はiPS細胞を非常に有用な技術だと考えていると。しかし実際に運用する現場の方の安全性はどうなっているんだと。もし、これを投与した時に今まで知りえなかった有害事象が患者に起こった時に治療体制はあるのか、あるいは患者を間違えてiPSを投与してしまったらどうなるのか、この治療は止まってしまうんじゃないかと、その安全体制について聞かせてほしいということを言われました。ですから、いわゆる先端医療と安全管理は繋がっているのだと思います。今後、安全をみんなで育て、そしてそれを獲得できたコミュニケーションが新しい治療にチャレンジできるといったような文化の成

熟が求められているのではないかと感じています。以上です。ありがとうございました。(拍手)

【総合司会 森本真仁】

ありがとうございました。続きまして藤田保健衛生大学病院 医療の質・安全対策部・安全管理室安全管理者看護長の小野寅雄さんをお願いいたします。

【小野寅雄 看護師】

<はじめに>

よろしくお願いします。藤田保健衛生大学病院の小野と申します。

私は藤田保健衛生大学病院に平成元年に勤めまして、現在に至っております。安全管理者としては、約4年半安全管理者として担当しております。

まず、当院のご紹介ですが、名古屋に隣接しています豊明にございます。大学病院のコンセプトとしては、水と緑の癒し空間というコンセプトで、故藤田啓介先生が創設された病院となっております。施設概要ですが、病床数は1489床、現在、診療科37科、職員数は2200名、看護師はその内約1160名在籍しております。外来患者数は約1日2000人で、入院患者数も平均1200人を前後しております。平均在院日数は、まあ

若干、今の時代でいくとちょっと長めなんですけども、17から18日という結果です。手術件数は昨年23年の1月1日からの1年間ですと1万件を超えた状況で手術を行っている状況です。まあ病床数から見るとですね、日本で1、2の多さということと自覚しております。こちら内訳なんですけど、一般病床数として1459床、精神病床としては30床。あと、総合救急救命センターとして、まあストロークのユニットなんですけども、NCUで14床、CCUで10床、GICUで31床、救命ICUで6床



ということになっております。

### ＜安全管理部門の位置付け、構成＞

私が安全管理部門で担当している組織の位置づけなんですが、こちらに病院長の直下に医療の質安全対策部というものがあります。その部の中に安全管理室、医療の質管理室、感染対策室という3部門があります。その中で私が安全管理者としているのが安全管理室となります。

この安全管理室が支配している担当者として、医療安全推進者、セイフティマネージャーと呼んでいますが、そういった連絡会があります。この連絡会に在籍しているスタッフは、各診療科から、それから看護部門、それからコメディカル部門の代表者が集まっています。現在総勢91名担当しております。

この安全管理室が行っている委員会として一番大きなもの、各部門長が集まる医療問題対策委員会というものがあります。その下部組織として委員会として事故防止対策委員会があります。

あと、こちらにあります事故調査委員会というのは、先ほどの重症事例が起こった場合には、直ちにこういった医療事故調査委員会が設立されて調査会が始まっていくという体制になっております。

安全管理室の構成ですが、安全管理室長は副委員長で1名兼務です。副室長に医師、外科系と内科系の医師が1人ずつ2名おります。あと、室員として医師が2名、それから薬剤師1名、看護師が専従で3名おります。で、理学療法士、全国でも珍しいと思うんですが、当院では安全管理者として理学療法士が専任で1名入っております。あと、事務員が感染対策室兼務で1名、合計11名の構成となっております。

### ＜安全管理室の業務内容＞

安全管理室の役割としては、スライドにありますように、院内の各診療部門、各委員会に対しての医療安全に関する要求や提言をして、職員の安全管理教育に努める役割を担っております。あと、他に、安全管理報告書の内容確認であったり、安全管理研修の企画運営、職員の安全管理体制についての教育を行っております。そして我々安全管理者、専任者の役割としては、医療に関わる安全管理のための委員会で使用する資料、議事録の作成を行ったり、事故などに関する診療録や看護記録の確認指導、患者・家族への説明、事故



発生時の状況確認、医療安全に係る連絡調整、医療安全対策の推進等を行っております。

### <死亡事例についての全例確認>

そして最後にあります院内事故、院内死亡についての情報把握ということを行っております。これはですね、当院独自で行っているんですが、安全管理者による、死亡事例に関して必ず出棺前に安全管理者が必ず死亡原因に問題がなかったかどうかの確認を行っております。これは昼間、夜間はですね、院長代行という担当がいまして、そちらに任せてるんですけども、9時から夕方6時ぐらいまで、我々が勤務している間の死亡事例に関しては全て報告をいただいてすぐにカルテを調べて病床に赴いて、異常がなかったかどうかの確認をして、異常がない医療事故がないということを確認した上で出棺をさせているということが特徴で行っております。以上が当院の医療安全の体制ということでご紹介いたしました。以上です。(拍手)

### 【総合司会 森本真仁】

ありがとうございました。続きまして名古屋掖済会病院 医療安全管理室室長補佐 看護師長の鶴田忠久さんからご報告をいただきます。お願いいたします。

### 【鶴田 忠久 看護師】

#### <はじめに>

皆さん、名古屋掖済会病院の鶴田と申します。資料の中で一部数字等を修正しているところがございますので、スライドの方でご確認ください。

私は平成16年から当院で医療安全管理者として勤務しております。看護師であります。看護師でありながら医療安全管理者という使命を受けた時にはちょっとびっくりもしましたが、その辺のことも含めて少しご案内をさせていただければと思います。

まず最初に当院の説明を少しご紹介したいと





思います。日本海員掖済会 名古屋掖済会病院、一般床662床、28診療科を持つ総合病院です。付属施設としては救命救急センター、緩和ケア病棟、化学療法センターなどがあります。なお、がん拠点病院や地域医療支援病院、臨床研修指定病院、日本機能評価機構のバージョン6など認定を受けております。

### <医療安全部門の沿革、組織体制等>

当院の医療安全の歴史は比較的長く、平成12年リスクマネジメント委員会という名称で立ち上がりました。この当時は医療事故に対応する部署であったと聞いております。リスクマネジメント委員会は、平成16年に医療安全管理委員会と名称を変え、この時看護部にも看護安全対策委員会というものが発足し、ヒヤリ・ハット体験報告書の仕組みができました。平成16年に医療安全対策室を設立するに当たり、私が指名を受けてそれから現在に至っております。この時、同時に患者サービス課というものを設立し患者様の声を直に聞くという課を作っております。この時に合わせてインシデントレポートシステムを電子化し、全職員からいつでもどこでも入力できるようなシステムにしました。平成21年には患者誤認防止認証システムを導入しております。

当時の医療安全の組織ですが、大きく4つに分かれておりました。医療安全管理委員会、医療安全対策室、看護部安全対策委員会、セイフティーマネージャー会の4つの組織でした。組織図を見ますと、このようになっております。病院長の下に医療安全管理委員会がありまして月1回会議を開いております。その実行部隊として医療安全対策室がありまして週1回の会議を行っております。下の中に書いてありますように当院では82名のセイフティーマネージャーがおりますが、各部門に1名以上配置しており、月1回セイフティーマネージャー会、年2回のセイフティーマネージャー総会という形で会議を開催しております。医療安全対策室の人員構成ですけれども、まず専従の医療安全管理者として私が配置されております。室長は医療安全担当の副院長となっております。他に看護部から副看護部長が、薬剤・検査部・事務部門から3人の者が兼任という形で出席しております。

### <医療安全対策室の業務内容>

医療安全対策室の主な活動ですけれども、以下に挙げた10項目になります。それぞれについて少しお話をさせていただきます。まず、日常的な情報活動・整理・分析を行っております。インシデントレポートの情報収集はもちろんのこと、医療事故報告書、こち

らの方を元に基本的な情報収集を行っております。

これは当院のインシデントレポートの報告件数ですが、平成17年からのデータしかご提示できませんけれども、大体3000件前後で推移してまいりました。システム変更によって一旦平成21年に報告件数が減りまして、それから皆さんの協力を得て、現在大体年間3000件ペースに戻っているという状況です。ベッド数で割りますと、1ベッド当たり5.7件の報告件数になります。

これは医療事故報告書です。当初は医療事故報告という認識があまりにも薄かったものですから、何でもかんでも事故報告で書くということがありましたので少し整備をいたしました。医療事故の3b以上を事故報告で書くということを周知して、現在は50件前後の報告件数で推移しております。

また、看護師長会の朝会というのがあります。これは、朝、看護師長が集まってベッドのコントロールをするんですけども、その部署に現場の看護師長が集まってくるんですね。ここで情報収集を直に行うことができるようになりました。今まではインシデントが挙がったり、事故報告書が挙がったりすると、相手の都合を確かめたり、事故状況を確認してから出向くというような時間の手間があったんですけども、毎朝必ず顔を合わせることで、現場ですぐ話を聞けるという意味では大変助かる活動になっております。

あと、医療安全管理委員会と医療安全対策室ですが、医療安全管理委員会は毎月行っております。この中で主に行うことは医療事故報告書の検討です。3b以上の事故ですので、必ず病院としての体制を決めるということを行っております。

次にインシデントレポートの検討についてですが、インシデントレポートは毎月大体200件以上挙がってまいりますので、それを一々確認することはできません。その中で重要なもの、重大なものに関して決定していくという体制でやっております。医療安全対策室は毎週会議を行っておりますけれども、すべての医療安全に関する検討・対策を行います。ただし医療事故というのはいつ発生するかわかりません。それが事故なのかどうかということもその時点ではわからない場合もあります。そういう時のために、必ず、臨時でいつでもみんなを招集できるという体制で対応しております。これは当院のインシデントレポートの流れですけども、当院も看護師さんが85%以上と、大多数の病院でもそうでしょうけれども、85%以上の看護師さんの入力数でインシデントレポートは報告されております。まあ現場でインシデントが発生する。そうするとその部署・部門のセイフティーマネージャー、師長、主任、そういうところに内容が報告される。そこで内容を確認

して不備があればその場で現場に戻したり、報告者に戻す。その報告がきちんとしてるということであれば、医療安全対策室の方へ報告される。この中で医療安全管理委員会にかけて承認されれば現場に戻すといった形でインシデントレポートは運営されております。

問題解決の受付窓口ということで、各セイフティマネージャーからの問題提起があります。インシデントレポートからの報告分析などはS H E L L分析などを用いて現場から報告をされています。それぞれの問題に関して必ず受けてそれに対して返答する、そういう姿勢で日々対応しております。

次に指針やマニュアルの作成ですが、医療安全対策マニュアルは年2回改定するように努力しております。これは紙ベースで各部署に配布はしておりますけれども、ネット上でいつでも確認できるように、また変更点があれば院内メールで伝達する、そういった形で全職員に周知させるといった方法を取っております。

医療安全研修ですけれども、年2回の全職員対象研修の他、様々な研修を行っております。医療安全講演会ですね。こういった形で全職員を対象に講演会を行っておりますが、やはり病院という特殊な職場でありますので、全員が一堂に集まるということは難しいのが現状です。

次に看護補助者・診療アシスタント・病棟事務員教育についてです。病院というのは医師・看護師やコ・メディカルだけではなくて、こういう下支えをしてくれる方々もたくさんいらっしゃいます。こういう方たちは医療安全の教育を受けたことがございません。こういう方にもきちんとわかりやすく説明する。全職員を挙げて医療安全を遂行するんだということを教育するというのも一つの仕事だと思っております。5S活動、感染対策も含めて協力していただいております。

研修医医療安全教育。これは研修医を集めてこういった形で私が色々話をさせていたくんですが、話をしてもなかなか理解してもらえません。これは研修医のインシデント対策の検討会です。こういった形でグループワークをする。代表者が前に出てきてきちんとみんなにそれを説明する。それぞれまた検討して発表する。そういった形で一人一人が必ず参加するというような全員参加型の勉強会、そういうことを目指しております。

医療機器の事故というのは毎年報告されています。年々少なくなっているようには思いますが、必ずどこかで発生して、なんでこんな間違いがというふうに驚くことがあります。当院でも臨床工学部に協力を依頼して、個別にこういった形で輸液ポンプだったり、シリンジポンプだったり、人工呼吸器の勉強会を、マンツーマンに近いような形で教育す

る、そういった体制を行っております。心肺蘇生に関しては救急科にほとんど委任しておりますけれども、こういった形で解剖生理から実際の手順まで、こういったものをみんなに教育する、これは新採用者の教育ですけれども、必ず採用時にはこういう教育を受けまし、希望者はそれ以降の教育も受けることができます。

医療安全に関する情報収集ですが、日本医療機能評価機構の安全情報もありますし、看護協会の医療安全情報もあります。あと、看護協会などではメーリングリストで皆さんがそれぞれ話合いが持てるような場もありますので、そういうところから色んな情報を収集することができます。

先ほど話したセイフティーマネージャー会・セイフティーマネージャー総会なんですけれども、事例検討を行ったり色んなことをやっております。これは看護師さんの事例検討です。20名ほどの看護師さんが集まってそれぞれが発表する。これは医師の事例検討会です。大体40名ほど集まっているでしょうか。こういった形で重要な事例に関しては検討会を重ねていく。あと、講堂で行っているグループワークです。セイフティーマネージャー総会の一面なんですけれども、グループごとに分かれて多職種が集まり発表する。検討した事例を発表する。これは、どうしても医療事故というと医師・看護師が中心となって動きやすいんですけれども、それ以外の方、技師であったり事務員であったり、それぞれの立場が自分の立場で検討した内容をこうやって報告してみんなで共有するという形を取る、今までと違った勉強会で有意義ではなかったのかなというふうに考えております。

あとは医療事故発生時の支援ですね。当院でも医療事故は先ほど報告しましたように年間50件前後報告書が上がります。それらが全て対応しなくてはいけないものかどうかは別としまして、医療事故が発生した時にはすぐに支援する姿勢が必要であります。これに関しては主として副院長の医療安全担当者と私が担当するといった形でやっております。

次に患者・家族からの苦情・暴言・暴力です。5、6年ほど前から患者・家族による暴言・暴力というのは大きな問題になっています。医師・看護師は一生懸命患者さんのためにと考えてやっているんですが、やはり十分に話が伝わってない。内容が分かってもらえないまま治療を行われたために、結果が悪かった。そうすると暴言・暴力に発展しやすくなる。そのような場合、両者の間に入って話をすることも業務の一つになっていると思っております。

他には判断が付きにくいような事柄っていうのは、病院である以上色んなものがあります。本当に些細なことから重大ものまで、色んな形で報告をされてきますので、そういう

ことにも対応するといった形ですね。で、1日の業務の中では今お話したようなことを、順番立ててこのように、朝の院内外のメールチェックから、朝会、インシデントレポート、事故報告書の確認、現場での情報収集、会議や打ち合わせ、医師・看護師の教育なども行っております。

### <情報収集と援助姿勢の重要性>

医療安全業務遂行のポイントとして、私はまず情報収集と援助姿勢というふうに考えております。システムとしてインシデントレポート事故報告書の報告体制を整えて、色々教育して、入力方法だとか、こういう判断の仕方などを協力しました。ただなかなかそれだけでは現場のみんなは動けないんですね。そういうところに援助する姿勢を見せて一緒に考える、そういうことをやってやっとみんなが納得して、そういうことをきちんと報告してくれる。そういうことが8年目にしてという遅いんですけども、段々分かってきました。

### <行政による支援の必要性>

今後の医療安全のことについてですけど、行政上の支援が大きくものを言います。私も民間の病院では、やはりこういう支援がなければなかなか病院が動かせない、そういうことがあります。

医療安全管理加算、今年になって患者サポート体制充実加算、こういうものが加わりました。こういうことが加わることによって、患者様の苦情やクレーム、そういったことをケースワーカーが話を聞いてくれることができるようになりました。こういうことに関してですね、ケースワーカーが患者様と医療者の間に立って話を聞く、上手に話を聞き出して患者さんがわからないことをきちんと説明してあげる。そういうことで納得していただけるということも非常に多く発生していると考えます。こういった支援は非常にこれから大変だと思いますので、是非今後も行っていきたいというふうに思っています。

### <職員教育、患者教育の重要性>

あと、職員教育と患者教育ですね。職員に関しては今も申し上げましたように、やはり当院でも1000人からの職員がおります。一人一人になかなか医療安全の重要性や、そういうところは伝わりません。当院に82名いるセイフティマネージャーをきっちり教育

して、病院の意思・意図、そういうところをわかってもらって、そこからみんなに伝えていくといった形を取ってもらわざるを得ないと思っています。

しゃかりきになって、こう頑張っていたような感じで空回りもあったんですけども、今年ちょっとこんなことがあったので紹介させていただきます。これは看護部の主任会でフィッシュっていうのをやっています。一時盛んになって、あっちこちの病院でも取り入れられたと思うんですけども、そういったところで、思いがけなく、今年表彰状を受けてしまいました。非常に心が荒れやすいような職場の中で、こういったことを受けると、ああ見てもらってうれしいなと、頑張らなくちゃと、かえって元気をもらったようなこともありました。

### <まとめ>

最後に医療安全管理者として、やはり皆さん医療者っていうのは患者さんのために頑張ろうというふうな認識をしてるということがよくわかります。自らの気持ちに忠実に、できる行動を行える体制づくり、それから患者様や家族、社会情勢、これらの変化に対応できる体制作りを行って行って、今写真に出ているのは今年の看護部の新入生ですけども、彼らが医療に関して頑張って活躍できる体制を作れるようにするのが自分の使命じゃないかと思います。

簡単ではありますが、私が行っている医療安全に対しての活動報告を行わさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。(拍手)



### 【総合司会 森本真仁】

ありがとうございました。続きまして新葛飾病院 医療安全対策室 セーフティマネージャーの豊田郁子さん、お願いいたします。

### 【豊田 郁子氏】

### <はじめに>

皆さんこんにちは。ご紹介いただきました東京

の葛飾区にあります新葛飾病院の医療安全対策室と患者支援室に勤務しております豊田と申します。私は医療の有資格者ではない視点で医療安全に関わっておりますので、そちらの方の話をさせていただきたいと思います。

まず初めに、私は2003年に医療事故で当時5歳の息子を亡くしております。誤診が原因だったんですけれども、軽い腸閉塞だと思われていたのが実は重い腸閉塞で、すぐに緊急手術をしないと助からないものだったんですが、それは私たち家族からすると、放置されてしまった、見逃されてしまったという状況でした。その後、内部告発がありましたが、内部告発があったからすぐに新聞報道で病院を責めたいという思いではなかったもので、病院に話を聞きに行ったんですけれども、残念ながらとても不誠実な対応をされ、最終的に報道の力を借りるようなことになってしまい、事故から3ヶ月後にこのような大きな報道に、事件のようなことになっていってしまいました。

### <発生した事故の問題点>

息子に起きた医療事故の問題点なんですけれども、事例で言うと医師の不作為に当たります。この医師が誤診してしまったこと、そのことだけが問題であったということではなくて、やはりこの病院ではチームで動いていなかったということがありました。

医師の間で適切に引継ぎがなされていなかっただけでなく、看護師の間でも、当直の看護師さんから日勤の看護師さんに引き継がれて、それから入院したので、外来から病棟の方に引き継がれていく間に申し送りに不備があって、いつの間にか経過観察が緩慢になっていってしまい、最後は誰も病状の悪化に気付くことなくショック死してしまったということがありましたので、チーム医療体制の問題をすごく痛感しました。

それからもう一つは医師のモラルなんですけれども、この先生は日ごろから、いつかこういうことをやるんじゃないかと言われていた医師だったということで内部告発があったようですが、元々、一緒に働いているスタッフ間の協力的な医療が行われていなかったという問題も感じましたので、今、医療安全の中で、患者と医療者のコミュニケーションがとても大切と言われてはいますが、それだけではなく私には、それ以上に一緒に働いている職員間のコミュニケーションをいかに円滑にとっていくかということが大切ではないかというふうにこの事故を通じて感じました。

### <事故発生後の状況>

当初1年ぐらいは病院との関係性がもう悪化していくだけの状態で、仕方なく私は被害届を提出したんですけれども、それからさらに1年半ぐらい経って病院が突然和解したいと申し出てきてくれました。

実は、当時納得していたわけではなかったんですが、医師の不作為の事例はなかなか裁判では明らかになりにくいということもありましたし、お互いにダメージを受けてしまうだけの様な気がして和解に応じることにしました。

そして、和解に応じた途端に当直の医師の不起訴が確定したんですけれども、その時に病院側の方の弁護士の方から、病院でその気持ちをお話していただけませんかって言われたんですけれども、とても講演をできるような気持にはなれませんでしたので、すぐに断りました。

### <病院との関係の変化>

ところがその半年後の事故から3年後の命日の日に、当事者の一人である看護師さんとお会いすることができて、その看護師さんはずっと私に謝りたい思いでいっぱいだったそうなんですが、会わせてもらえなかったようで、でも実際にお会いすることができた時に、その看護師さんがどんな思いで3年間過ごしていたのかということを知ることができ、心からの謝罪を受けることができた私は、そこから一気に心が回復していきました。

そして、こんな誠実な看護師さんが一人でもいてくれるんだったら、私はやっぱりこの病院でお話をしようと思って、その翌年、事故から4年後の命日にその病院で自分の気持ちをお話しました。

これはその時のアンケートの結果なんですけども、本当はもっとたくさん頂いてまして、今日はスライド1枚だけなんですけど、よくその当該で起きた事故の遺族に対してここまで自分たちの気持ちを告白してくれたなって思うぐらい、本当に本音のことが書いてあって、これを読んだ私は、さらに心が回復していくことになりました。やはり事故の当事者同士、当該の者同士が分かり合う努力をしていかないと、こういった医療事故の問題というのは、救済につながっていかないのではないかと思います。

今のこの仕事に就くまでに、色んなことがあったんですけど、2004年に入ったら新葛飾病院の当時病院長だった清水陽一さんと出会うことができまして、医療事故のお話をしていく中で、患者の視点で病院の中で医療安全に携わってもらえないかというお話をいただきました。



当時、元々医療事務の仕事を長年続けていたんですが、何も資格はありませんので、医学的知識がない私にそのようなことはできるはずもなく、やってみたいけれどもできそうにありませんというお話をしました。

### <病院に患者の視点を取り入れることの必要性>

ですが、清水院長は、いや病院の中に足りないのは患者の視点であって、専門職はいっぱいいるからその人たちに助けてもらいながらなんとか形をつくってもらえないかということで、お話を受けまして、2004年の10月から新葛飾病院に入職しました。

その当時は176床の病院で、ですから今日ご発表された方々の病院に比べると、本当に小さな民間病院なんですけれども、そこで少しずつ形を作っていました。総称で患者支援室と言っていますけれども、小さな病院ならではのやり方です。患者さんの図書室と、それから医療安全対策室と、それから私が今一番役割を担っている患者相談窓口。この3つの機能を1つにしています。

病院の中には意見箱も設置していますけれども、そういったものもすべてこの部屋で集めていますので、病院の中で起きているトラブル関係とかそういうものは全てこの部屋に入ってくるような形を取っています。

### <新葛飾病院の医療安全管理体制>

今現在、実は心臓の部門が近くにハートセンターを作って50床ほど隣に移りましたので、今は131床なんですけれども、全部で医療安全対策委員会のメンバーは31人いて、病院長が委員長になっています。多くの病院が副委員長が担っていることが多いと思いますけれども、当院では病院長がやった方がいいだろうという考えでやっております。

当院は副委員長は1人しかおりませんので、副委員長が1名と事務長と看護部長。それに私と、もう一人専従の看護師の医療安全管理者が入って主に活動しています。そして、各部署、部門ごとの代表者が1、2名ずつ入って月に1回委員会を開催しています。正直、実情は、なかなか医師の協力を得られていなくて、アクシデントが起きた時にはアクシデントレポートが提出されますが、インシデントやヒヤリ・ハットのレベルだと全く書いていただけないという現状があります。

それでも、何とかその理解を深めようということで、この31名の中に医師が6名入って、とにかくこの現実起きてるものを知ってもらうところから始めようということをや

っております。

当院の特徴としては、ワーキンググループを作っているんですけども、1年間に出的インシデントレポートの中で最も気を付けなければいけないものを毎年3つか4つぐらい出して、1年をかけて、それらについての対策を考えるように班を作っていて、なるべく職種をバラバラにしてグループを結成し、病院の中で年2回以上行わなくてはならない研修のうちの1回、年度末に、このワーキンググループの人たちが活動内容を発表する、報告をするような形を取っています。

その他には週に1回検討会をしていて、1週間の中で提出されたインシデントレポートで特に早い段階で対策を取らなければいけないようなものについて、1週間に1回コアメンバーで会議を開いています。

他には、私たちの特徴として、医療事故を経験した人たちの声を聴いて意識を高めていくということが大切だと思っていますので、私が入職する前の平成14年ぐらいから清水院長が行っていたそうですけれども、この新葛飾病院の中で起きた事故のご遺族の方に来ていただいて、事故を検証したりするシンポジウムを行っていたと聞いていますけれども、その後私も一人の遺族として参加したことがありますし、この下の方の写真は私が初めて企画したものなんですけども、やはり新葛飾病院で事故に遭われた方、ご遺族に来ていただいてこういった研修会を行ったりしています。

この頃から、私も全国の病院から研修に来てくださいということで講演依頼が来るようになり、講演活動は、今もずっと続けておりますけれども、少なかった依頼が、今はもう本当に連日、来てくださいというご依頼を受けますので、患者さんの声を聞いて行こうという声が随分高まってきたような感じがしています。

患者支援室の役割としましては、その患者さんに出来るだけ参加していただいて、患者さんの声をなるべく聴けるような体制にして、そしてその中で問題点を解決していったり改善していったりしようということが目的で開設しておりますので、図書室もありますから患者さんに向けての情報発信とか、患者さんに知識を得ていただくための情報提供をしていますし、それから病状や診断内容に対してのご相談もありますので、それに関しては看護師がお話を受けることもありますし、または実際に携わっている現場の人たちにお話を持って行って、そして私などが同席してご相談を受ける時もあります。その他にも苦情やクレームに関すること、それから医療事故の対応などについても私たちの部屋で責任者と共に行っております。

### <患者相談窓口の役割>

私が、今、主に担っている役割としては、患者相談窓口の担当者なんですけれども、特徴としましては、患者・家族がエンパワーされて、医療者が本来の仕事を問題なく実践できるように医療者を支援するというのが特徴です。事故はゼロにならないので事故後の対応もしっかりやっていこうというお話が今日もあったと思うんですけれども、大分、病院の中でしっかり対応して行こうという意識が出てきて、事故が起きる前の対策や取り組みも始まっていますし、明らかな事故に対してはそういう動きになってきていますけれども、しかし、病院の中で多くあるのは、病院はミスだと思っていない、でも患者さんから見たらミスにしか見えないというような、そういうトラブルが実は今も多くの病院で起きています。

そういった時にどのように対応をしたらよいのかということを考え、当院ではそのような対応に応じられる体制作りを心掛けています。必ずカルテを開示することや、主治医や当事者のスタッフがしっかりとお話をして説明していくこと、そこに私のような相談窓口担当者が同席させていただくことなどのシステムを作って、これまで対応を続けてきました。

### <患者家族の代表としての活動>

他にも私は、患者家族の代表という立場で医療全体に働きかけるような形の患者参加をしてきています。厚生労働省でいわゆる医療版事故調と言われている事故調査委員会の立ち上げに対する検討会が平成19年から始められましたけれども、そういったところに患者・遺族の立場の人が入るようなことが行われ始めて、実際に私も委員として入らせていただきました。また、新葛飾病院が患者の視点での取り組みを認められ、医療の質・安全学会の中で“新しい医療のかたち”賞を受賞しました。

そして、その後患者さんとの信頼関係をつないでいくことが大切ではないかということ意識し、架け橋という研究会を立ち上げました。その後に、産科医療補償制度という制度がスタートして、私は原因分析委員になりました。これはいわゆる無過失補償制度なんですけれども、産科に限定していて、ここでもですね、原因分析をする過程で、私は全く知識がない立場なんですけれども、実際に報告書を作っていく中で、医療者の方だけで作っていくと患者が読んだ時にどうしてもわかりにくい表現があったり、患者が読むとすごく傷

つく表現があったりしていくということがありますので、原因分析をしっかりとやっていただいているところを見せてもらうと同時に、そういったところの気づいた点や指摘事項についても発言させていただいています。

そして更に、昨年からですけれども、産科以外の無過失補償制度を作っていく話が出て、検討会がはじまりましたが、その中で無過失補償制度というものを考える以前に、事故調査の方は、第三者機関の議論はどうなったんですかというお話が出まして、ではそのことを先にやりましょうということで、今年の2月からまた平成19年に議論されていたものがまた再開することになりました。

また、今年の4月に、研究会だった架け橋がNPO法人になりまして、新しく活動を始めています。実は平成21年に院内相談員という名称で、こういった心構えや知識を持って窓口で対応していくことが大切だということで、研修内容を含めた通知が厚労省から出ていたんです。でも、あまり知られることなくお話が終わってしまいまして、そんな中、今年になって、診療報酬に、患者サポート体制充実加算という点数が付きまして。

これについてすごく大切なことは、医療安全と連携していることです。単に苦情を受けて、すみませんでしたって謝って、まあまあまあということではなくて、本当に起きている問題をしっかりと抽出しなければいけない、担当部門の人たちと連携を取ってしっかりと事実確認をした上で対応していくことが大切だということだと思いますが、患者サポート部門の担当者を要請する研修を私たちNPOでは始めることになりまして、今月の21日から東京で開催しております。

## <まとめ>

ということでですね、私の立場としましては、医療事故を経験しておりますので、患者や家族は、どのようなことが一番知りたいと思うのか、どんな気持ちになっていくのかということを医療従事者の皆さんにお伝えしていきながらですね、専門職の皆さんに果たしていただく役割をしっかりと担っていただいて、関係者が連携して対応していくことが大切だというふうに思っていますので、色々、生意気な発言もさせていただきましたが、色々な仕組みがたくさんできてきて心強く思っている一方で、本当は、患者さんたちや、それから事故を経験している当事者のスタッフの人たちは、どんな思いで、どんなことになっているのかという部分がまだまだ知られていないという現状もあります。今も私が講演活動をしていると、行った先の病院の内部の方が、自分たちの本音を話されて、どんなこ

とに不安を感じているのか、「立派な報告書を作っているけれども、現実には中の職員がみんなダメージを受けて辛い思いをしているんです」、「こういう人が辞めてしまいました」とかいう話を聞くことが多々あります。私たちとしても、医療者の人たちを潰そうと思っているわけではもちろんありませんので、両方の立場の方たちのサポートを、今後どういった形でやっていったらいいのかということを早急に考えていかなければならないと思っています。是非、医療従事者の方や、それから患者さんの立場の方だけではなくてですね、様々な立場の方々にこの現状を知っていただいて、医療安全はすべての国民の皆さんが関係することなので、皆で体制を作っていくということが大事ではないかということ、今日は述べさせていただきました。

ご清聴ありがとうございました。（拍手）

【総合司会 森本真仁】

ありがとうございました。最後に愛知県弁護士会会員の成田清さんより報告をいただきます。それではよろしくお願いいたします。

【成田 清 弁護士】

### <顧問弁護士としての医療安全への関わり>

ご紹介いただきました弁護士の成田でございます。医療安全管理室との関わりということからお話したいと思います。

私は8つの自治体病院と民間病院を1つ、大学の附属病院を1つ、これだけの病院の顧問弁護士として主に医療安全管理室のご相談に応じております。医療安全管理室からの相談業務あるいはどんな仕事をしているのかということをお申し上げます。

企業に法務部というのがございますよね。企業の法務部というのは営業とか製造とかそういう各現場から上がってくる色々な法律問題を法務部がコンプライアンスを徹底するという意味において機能するわけですが、私は安全管理室というのは基本的にはそれと同じ機能を持つもの、つまり病院の法務部なのではないかなというふうに思います。ただ、企業とは非常に違うのは、病院というところは専門職の集団ですので、営業と管理部との関係のような関連ではなく、お互いの協力関係が上手くいかなければチームワーク

医療ってというのはできていかないという点において違うのかなというふうに思います。

私がやっていることの中で、まず一つは医療安全についての研修を行います。全職員に対する研修を行い、あるいは安全管理室におられるリスクマネージャーだけではなくて、現場のリスクマネージャーの皆さんを集めての研修とか、そういうものの中でリスクマネジメントがいかに重要であるのかとか、あるいは危機管理意識というものはどういうことなのかということのお話をすることがございます。単純な講演ではつまらないので、事例を持ち込んでその事例を演じてもらって、私たちが患者さんのご遺族の立場になってドクターに詰め寄るといようなロールプレーをやりまして、その中でリスク管理というのはどういうことなのかということを実感していただくというようなことをやっています。

次にアクシデント発生時の対応であります。まあ何がアクシデントなのかという定義の問題も一つあります。これは今日のシンポの中でも恐らく出てくるのだと思いますが、私はとにかく、過失あるなしに関わらずアクシデント、有害事象であればできる限り報告を上げて、そしてそれを審査して、アクシデントの防止に向けての対策を取っていくのが望ましいのかなというふうに思っています。アクシデント報告がありますと、病院によってもかなり違いますが、私の事務所のファックスに情報が流れてきて、そして担当者に電話してどういう対応をするのかということの打ち合わせをしたりもいたします。そしてそのアクシデントの分類、シビアなものなのか軽いものなのか。そのアクシデントの背景にあるものがかかなり重大なものなのかどうなのか、そういうことの分析を求められることがあります。それから自治体病院はほとんど公表基準を持っておりますので、その公表基準の適用をどうするのかということのご相談を受けることもございます。

それからアクシデントが起きてから、もちろんアクシデント報告があったものをすべて紛争化するわけではありませんけれども、紛争化した場合にはその解決までのご指導をす



るということもやっております。

それから最近多いのはクレーマーあるいはネグレクト、あるいは輸血の拒否といった事例がありまして、これはかなり緊急性のあることですので、事務所にいきなり現場から電話がかかってくるということもございます。クレーマーが、あるいは院内の施設を壊したとか、あるいは看護師さんを殴ったとかというような事態になった時に、その個人の問題として解決するのではなくて、組織として受け止めて、組織として対応していくということにしなければ、医療に従事される皆さん方を守ることはできない。そういう点で毅然とした態度を取りましょうということを言って励まします。それからネグレクトに関しては、時々ありますのは、心疾患の小さなお子さんで奇形があって、もうお父さんお母さんは連れて帰りたいと言うのだけれども、しかし、やはり人道的に言うと手術はしなければいけない、どうしましょうかということをお小児科の先生から私に電話がかかってくる場合がございます。児相へ相談することとか、あるいは私たちの立場でどういうふうに対応していくのかということをお電話でとりあえずご指導する、あるいは来ていただいてお話することもあります。

輸血拒否のケースは、最近大体ルール化ができてますので、それほど紛争化することはなくなりました。

5番6番は従来のかといいますか、紛争化してしまった後の我々の仕事であります。私はその5番6番以下の紛争化してからの問題にどう対応するかということよりも、予防部門あるいは紛争する前の段階でそれをどのように予防していくのか、あるいはそれを予防につなげていくのかというのが私たちのこれからの仕事だろうというふうに思っております。

### <医療安全管理に専従する職員の必要性>

調査報告書に関する感想を申し上げますと、日ごろ私が医療安全管理室の仕事にアドバイスしていて感じる点と一致する点は多いと思います。ただ何となくここ1、2年で各病院の医療安全管理室は充実したなという感を持っております。

実際に、まず、どんなことを感じているのかということをお申します。

まず、やはり医療安全管理室は組織として活動できる規模が必要になります。私がかかっている病院の中でも500床以下の病院、500床とか300床ぐらいの病院では、安全管理者が1名で、看護師さんが1名専任ではいるんだけど、後は全部兼任職員で、そ

して独立の部屋を持ってないとか、部屋があってもその机に一人で座っているという孤独な形態があります。私はそういう病院に行って、後で資料にあるとおり、大規模な病院でこんなふうに専従職員がたくさんいるのですよというお話をして、院長先生以下に講演して増やしていただけたところもございました。

近年、室長を副院長兼務または専任としているところが多くなりました。そして複数の専任または専従職員を配置する病院が多くなってきたように感じます。医療安全管理室というのは、これは診療部門・看護部門・薬剤部門など、その医療に関与する専門職の、各専門職を統括して、医療安全の立場から統括するわけでありますから、私は、室長は副院長である方が望ましいだろうと思いますし、その副院長はなかなか専任とは難しくても、専従に近い形でないとやっていけないのではないかと考えております。

例えばここに一つの例を示します。これは800床から1000床ぐらいの規模の病院のケースですが、ご覧いただけるように室長は副院長兼務であります。院長直属の専門部署というふうに位置づけられていて、専任職員が事務職が1名、そして看護職が1名、専任事務職員が1名ということでございます。総勢11名の体制でありまして、独立の部屋と机があるということになります。

それからもう一つのケースは室長がやはり副院長の兼務であります。こちらは、ほとんど専任に近い状態でありまして、専任もしくは専従の職員は、看護師1名、事務員1名そして臨床検査技師、衛生管理者が専従におります。総勢10名ということになります。

それからもう一つのケースは、これは内訳を書きませんでした。専従4名のケースでありまして、ここの室長は完全な専任、副院長は安全管理室の室長であり専任でありまして、彼の机は安全管理室の中にございます。メディエーターや相談員、警備職員など9名を置いております。メディエーターを安全管理室の中に置くべきかどうかというのは、私はちょっと異論がございまして、メディエーターは患者支援員として大事な仕事ではあるんだけど、安全管理の仕事と少し距離を置きながらお互いに助け合うといった関係を取った方がいいのかなというふうに私は思っています。

それから大学病院の場合は、先ほど名大病院のケースがありました。これは国立の大学病院ですが、同じようなことでかなり大掛かりな組織になっております。ただ、まあこれは、多分大学病院というところは、大学の元々の医局の組織がありまして、最近では医局というものを飛び越えた形にはなっておりますけども、そういう点においてコントロールするためにはなかなか大掛かりな組織がいると。ただ、非常に高度な知識がおりなの



ですから、それを発揮すれば事故の発生にも、あるいは解析にも生かされるはずでございます。

### ＜医療安全管理部門と各診療部門の関係について＞

次の問題として、医療安全管理者と各部門のリスクマネージャーとの関係を、ここが私一番最近問題なところだなというふうに思い始めました。医療安全管理室がいくら充実しても、各部門から、現場から上へ報告があがってくるばかりで、そして安全管理室は大変忙しい、つらい思いをするのだけれども、現場の方は上へ投げてしまって、もうそれで終わったと思っているというようなケースを時々見かけます。

まず、一つはどうしたらインシデント・アクシデント報告が医療安全管理室に上がるか。これはインシデントにしてもアクシデントにしても報告が上に上がらなければ題材はないわけですから、それがなければ問題の解決、まず体制をいくら作ってもですね、箱をいくら作ってもそこに物が投げ込まれなければ機能してかない。それから今度はインシデント・アクシデントの報告が各部門にどのようにフィードバックされるのか、ここが一番私は問題だろうと。そのフィードバックが上手くいき、そして一緒に協力して解決するということができる、こういう医療事故という大変シビアな場面に対してみんなで協力して解決できるという文化ができてくのではないか。それができないと安全管理室だけが苦悩し苦しい思いをすることになりかねない。医療安全管理室が整備されても各部門のリスクマネージャーに反映されなければ一方通行に終わるということを私は最近講演でお話することにしております。

### ＜研修の重要性など＞

医療安全管理室に携わる職員の研修の必要性和、そのどう伝わってくるのかということが大変難しい問題であります。学問としてまだそこまでいっておりません。成熟していない。それから私どもの顧問している病院のほとんどは自治体病院ですので、自治体病院の特質性として自治体病院の事務局の人たちというのは病院の中だけで動いているところは少ないわけでありまして、前職が農業委員会からきましたとか、消防署から来ましたとかですね、税務職員でしたという人がこういう部署に4月1日から来ましたって来られる方もいます。もちろんその人たちは一生懸命勉強するのですけれども、そういう人が来るとまたゼロからのスタートになってしまう。そういうところが非常に辛いところであります。

これはそういう病院でない民間病院でも同じだと思うのです。医療安全管理室ですとそうやって一生そこで仕事するなんてとても考えられないわけで、キャリアパスの問題、どうするのかという問題の指摘がありましたが、それと一緒にこういう医療安全管理室で勤務した人たちがもう一度現場に戻るとか、もう一つアップしてどういう仕事の中でその経験を活かせるのかということを考えないと辛い2年3年になってしまうように思います。

それから各部門のリスクマネージャーの研修も必要かと思います。これで非常に参考になるのは、私が顧問をやっているある病院では、毎年一泊二日で合宿をやって、各診療部門のリスクマネージャー、ですからドクターとナースと技師さんもそうなのですが、そういう人たちを数十名集めてきて、グループで色々なゲームなんかをしながら研修を行う。私たちもそこで短い時間ですがお話もします。常にリスクマネジメントっていうものに対する意識をドクター・ナース・技師さん含めてですね、共有してもらおうということが非常に大事なわけでありまして、そういう研修が必要なのかなというふうに思います。組織体としての安全管理体制となっているかどうかということがポイントであり、箱もの、あるいは人と物が充実しているかだけの問題ではないということでもあります。

それから、専門職の自律的な活動として構築する必要があるということ。

それから、医療事故防止への取り組みや医療安全管理指針などをWEBに掲載しているところが多くなりました。私は、これは大変いいことだろうというふうに思います。市民に対してこういう取り組みをしている、こういう体制でやってるんですよということをWEB上に出していくという姿勢、これが非常に望ましいことであろうと思います。

### <小規模医療機関における安全管理について>

一番問題なのは、医療安全管理室を設置していない病院、あるいは小規模の病院で一体こういう問題をどこがやるのかということが、あるいはそういう小規模の病院の向けの体制はどうあるべきかというところが一つ大きな問題だろうと思います。

事故調査の手法とか、この辺はまた時間が多分もうオーバーしていますので飛ばしましょう。以上でございます。ご静聴ありがとうございました。（拍手）

【総合司会 森本真仁】

ありがとうございました。これにてパネリストの報告を終わります。

### Ⅲ パネルディスカッション

【総合司会 森本真仁】

それではパネルディスカッションに移らせていただきたいと思います。パネルディスカッションのコーディネーターは愛知県弁護士会人権擁護委員会委員の堀康司さんです。尚成田さんは所用のため4時頃に中座することになっておりますので、あらかじめご了承ください。それではお願いいたします。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】



後半は私の方で進めていきたいと思います。たくさんの質問用紙をお出しいただきましてありがとうございました。

なるべく皆さんの問題意識に触れられるように進めたいと思っておりますが、時間が限られておりますので、まず第1に医療安全管理に関わる人の問題について質疑を進めたいと思います。前半のお話では多様な職種による多様な視点から医療安全管理を行っていくことが非常に重要であるということが各パネリストの方のお話から浮き彫りになってきたのではないかと思います。これをどう進めていったらいいのかという観点で質問をさせていただきます。よろしくお願いいたします。

## <医療安全管理に専従する医師の必要性について>

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

最初に長尾さんに伺いますが、専従の医師が配置されることの意味について、実際に医療安全管理を専従で対応する医師としてお仕事をされた経験から、専従でなければ、専従の医師がいなければ実現できないというのは一体どの辺りにあるのかということについて簡潔にお話をいただけますか。

【長尾能雅 医師】

はい。専従の医師がいなければならないかという答えを私はまだ出せないのですが、医師がいることによってこういうことができるということは指摘できると思います。まず一つは、有害事象が発生した時の医学的な情報共有のスピード感が圧倒的に速いと思います。で、問題点に短時間で到達できると、これは医師に専門性があるからですね。それから医療事故が発生した時の治療連携も、医師が中心になった方が、例えばどの科に声を掛ければいいのかというのは医学的な知識が必要になりますので、その構築が可能ということと、それから事故を検証するにあたって医学の知識が必要になると思いますし、それからそれを報告書にまとめて社会に説明していくといった時にも医師の力が必要になると思いますね。そういったところで今ある GRM の機能にプラスαをしたそういった取り組みはよりクオリティが上げられるのではないかと考えています。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

小野さんに伺いたいのですけども、藤田保健衛生大学病院では現在のところ専従の医師の方はいらっしゃらないと思うのですが、今長尾さんから指摘のあったような機能については、藤田保健衛生大学ではどのような形で補完をしているということになるのでしょうか。

【小野寅雄 看護師】

そうですね、先ほど長尾先生もおっしゃいましたが、有害事象が起こった時のスピード感、やはり専従医師がいるとかなり違うと思っています。ですがそのスピード感を補うためにですね、当院では毎朝必ずレポート報告を確認しまして、警鐘事例であるかどうか

の判定を毎朝レポート報告からとって、警鐘事例に関してすぐに室長に連絡して動こうという努力はしております。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

鶴田さんに伺いたいのですけれども、やはり市中病院で医師の専従者がいないという件については、病院としてどのような対応をお考えになっていますか。

【鶴田忠久 看護師】

当院では専従の医師はいないのですけれども、室長が副院長ということがありまして有害事象が発生した場合にはすぐにこれに対応しなければならないということで、それに専門分野に近いものを数名指名します。協力を仰ぐという形ですぐ対応できるような体制を作って、というふうにしているのが現状です。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

先ほどの成田さんの発表では室長が副院長であるということに一つ大きな意義があるのではないかという指摘があったのですけれども、鶴田さんの病院では副院長が室長になっていることで受けているメリットというか、そういう点は何か感じられることはありますでしょうか。

【鶴田忠久 看護師】

室長が副院長ということでのメリットは今言ったように決定者として大きな力を持っていること、これが一番のメリットではないかと思います。副院長ということがありますと、どうしても顔色を見てしまう医師も発生してしまうのかなというふうに、後ろで見ているとそういう感じはしますけれども、それをどう調整していくかというところに自分が入っていく意義があるのかなというふうにも感じています。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

豊田さんからは今日百数十床の病院の立場から色々な現場で工夫をされているというお話を聞きましたけれども、これぐらいの規模の病院で医師の方が、専従、要するに仕事の8割以上を医療安全管理体制に割くというような形で医療安全管理に関わることが、実

現可能性としてはどれくらいあるのかという点についてどのようにお感じになっていらっしゃるでしょうか。

【豊田郁子 氏】

イメージだけでしか答えられないのですが、今の段階ではちょっと考えられない話ですね。まずその医療現場に医師が不足しているという中で、今の段階では想像がつかないです。どこに働きかければそういう方を確保できるのかということをお聞きしたいと思っています、必要性は十分感じていますが、今の段階ではこのぐらいの小さな病院ではちょっと想像がつかないです。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

医師が専従的に関わり得ない体制の中で、それをカバーする工夫としては主にどこに力を入れていらっしゃいますか。

【豊田郁子 氏】

それはやはり、まず医師の理解者を作ることということで、私を採用した病院長が昨年亡くなってしまったものですから、それまではその病院長が元々事故調査などについて長年詳しく勉強してきた立場の人だったので、言ってみれば専任のような立場でしたから、すぐ相談して支持を仰いで、医療安全管理者の看護師が言われた部署に動いていくという指示を受けて動くことができたのですが、今は決して病院長に理解がないわけではありませんけれども、やはりそういった医療事故や医療安全に対する知識が、清水院長の時ほどの状況ではありませんので、事故が起きた時に私たちがすぐ入りますけれども、どうしても調査や検証の部分で遅れ気味になっているということは感じます。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

成田さんのお話からは、多数の病院の状況を横並びでご紹介していただきましたけれども、一つの病院では副院長の先生が、専任とおっしゃいましたが、専従という形で関与ができているということだったのですけれども、その当該病院とその他に専従医師がいない病院とで、初動の違いとか管理の違いなどで感じられる点はありますでしょうか。

【成田清 弁護士】

今日ご紹介した病院ではなくてですね、いわゆる安全管理者が1人、看護師さんだけという体制で行っている病院が、そこも大分変りましたけども、そういう時代がありました。そういう時代はですね、やっぱりその安全管理者の看護師さんが何か問題意識を持った時に、現場に声を掛けても所詮看護師さんとドクターとの関係から言うと、なかなかものを言いにくいというか、言っても聞いてくれないという問題を現実にあったように思います。ですからそういう点でドクターが専任か専従なのか兼務なのかはともかくとして、安全管理室の中にドクターがいて、その人たちが相当の役割をはたしてくれなくてはいけないことは事実です。ただ問題は副院長という立場なら別ですが、そうでない40代50代の働き盛りのドクターを、日常の診療業務から外して医療安全管理室の貼り付けと言ったらおかしいですけど、そこに専従になってもらうということは、彼のドクターとしての、専門職であるドクターの仕事から言うと、以後ずっとそれが専門でいくというなら別ですけど、そうでないとするならば、自分の診療の専門領域をあきらめなくてはならないことになってしまいますよね。それは恐らくなかなかやれないこと。それが障害になっていることだと私は思います。ですから医療安全管理室をしていた人が辞めて開業しちゃったとかね、そういう現実があります。

<医療安全管理に関わる医師のキャリアパスについて>

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

今、成田さんの方から医療安全管理に関わる医師のキャリアパスをどう確保して行ったらいいのかという点での問題提起があったと思うのですが、恐らく全国的に見てもその最先端を進んでいらっしゃる名古屋大学の長尾さんの立場から、この医療安全管理者のキャリアパスというのが、今後どのように開かれていったらいいというイメージをお持ちなのかお聞きしたいと思います。

【長尾能雅 医師】

その議論はですね、全国、国立大学の病院長会議というのがございまして、その下部組織に医療安全協議会という組織がございます。この10年ほど、毎年集まっては議論をしてきたところなのですね。国立大学のように医師のリソースが豊富な組織においては、可

能な限り専従の医師の安全管理者を配置すべきであるという提言が昨年出されました。それで、今、全国に専従の医師 GRM と呼ばれる人が 10 名ほどいまして、専任となりますと 20 名ほど、ようやく全国立大学病院の半分ぐらいに育成が進んだところです。私は、これは国立大学だからできることなのではないかというふうに考えているところもありまして、これをすべての病院にというのは難しいです。その国立大学であっても、キャリアパスの問題がやはり大きなネックになっています。名古屋大学は教授職を配置しましたが、それができない組織の方が多いのですね。

私は、現状では中堅の医師が中心となって、先ほどの情報共有を迅速にするといった仕組み作りを進めた方がいいのではないかと思います。その中堅の医師は決して専任である必要はなくてですね、兼任でもいいので、あるいは曜日によって変わってもいいと思います。

私は、いわゆる副院長は決定権者なので、事故抽出や調査の実務に深く関わるよりはですね、マネジメントに軸足を置くべきかと思っています。やはりその医学的、臨床的に能力の高い、あるいは周りから信頼されているような中堅医師がその抽出作業に関与するといった仕組みを普及していった方がいいのではないかというふうには考えているのですが。そういった取り組みの中からですね、医療安全を専門にしてもいいというような人が出てくれば、そういった人たちにポストを与えていくというのが、おそらく自然な順番なのではないかなと思っています。

#### 【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございます。時間の関係で成田さんにお話を聞くのはこの次の点が最後だと思うのですが、今の長尾さんのご指摘で、現場の医師が週替わりでもいいから関わっていったらいいのではないかという点は、公立病院などで医療安全管理体制を整える上で非常に示唆的なポイントだと思うのですが、ご感想などはいかがでしょう。

#### 【成田清 弁護士】

私も同感であります。各病院は各診療科あるいは各病棟ごとに現場のリスクマネージャーを置いております。その人たちと共同で作業を進めていくという。そしてその共同で作業を進めることによって医療安全管理室というものが、医療安全管理室という閉鎖した空間だけの問題ではなくて、病院全体でそれを考えていくという文化を作っていけるといい



と思います。そういうものができてくれば、その現場の人たちで、例えばある診療科で問題が起きてきたら、その診療科のリスクマネージャーと安全管理室と一緒に調査をして、そして改善点が出てくればそれをもう一回現場のリスクマネージャーが現場に徹底すると、そういうことができるようになればいいのかなというふうに思います。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

どうもありがとうございました。何か最後に一言ありましたら。

【成田 清 弁護士】

たくさん言いたいことはあるのですが、別のシンポジウムの打ち合わせやっているものですから失礼しますが。私が今日一番言いたかったのは最後に言ったことで、医療安全管理を考えるのは、医療安全管理室を作るという制度、人と物で医療安全管理室体制を十全なものを作るということ、それだけではなくて、そこをどう機能するかということ。で、それがどう機能するかということは現場との間の共同作業が上手くいくようになるかどうか、そこが一番ポイントなのではないか。で、その医療安全管理室担当の副院長とお話しをして、最近うちの病院では、医療安全管理室から電話がかかると、現場のドクターが背がポンとなって緊張してしまうとかですね、あるいは医療安全管理室に入れられたという表現で伝わってくると。で、そういう関係であっては困るわけであって、その医療安全管理室が現場で困った問題を一緒に解決してくという、そういう文化を作っていないと、医療安全管理室が孤立になってしまうというふうに思います。

【コーディネーター 堀 康司 弁護士】

どうもありがとうございました。 (拍手)

## <医師・看護師以外の職種の医療安全管理への関与について>

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

引き続きまして、医療安全管理体制のスタッフの問題についてご質問したいと思っております。医療安全管理に関わる職種としては看護師さんが中心となってこれまで進んできたという歴史があると思いますけれども、コメディカルと言われるお医者さん以外の医療

従事者の方の職種としては決して看護師さんに限られることではないと思っています。

小野さんのお話では藤田保健衛生大学病院の体制の特徴として、理学療法士の方が専任で関わられているというお話だったのですが、その意義やあるいはその機能としてどのようなところにユニークな点があるのかということをご説明いただけますでしょうか。

【小野寅雄 看護師】

はい、ありがとうございます。当院では先ほどのプレゼンでも言いましたけれども、理学療法士を1名ということで、専任で医療安全を担当してくれておりますが、当院の事故報告の内容を検討した時に、転倒・転落の事故がかなり多く報告いただいています。それで、その中でも昨年転倒・転落事故の中で骨折をしてしまう患者さんが月1例ぐらいありました。そこで、どういったところに問題があるかというところを検討した結果、やはり、その身体的な側面からのそういった防止策を考える必要性あるんじゃないかということで、理学療法士によって、そういった専門的な身体的なフィジカルなところで防止できないかというところを考えまして、そこで理学療法士に入ってもらって、そういった転倒・転落の事故をちょっとでも減少させたい、それから患者さんに不利益がいかないようにということで理学療法士に入ってもらった。それで、結局、色々な専門的な援助方法とかを現場サイドに赴いて指導してもらったりとかすることで、やはり転倒・転落は若干減っております。意義があったと思います。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

今日参加の他のパネリストの方の他の病院において、そのコ・メディカル、ナース以外のコ・メディカルの参加について何かその工夫をされてるとかいう点があったらご紹介をいただきたいのですが、どなたかいらっしゃいませんか。はい、豊田さんお願いします。

【豊田 郁子氏】

私たちが言うと、ワーキンググループを作っていて、今のお話みたいに転倒・転落班を作っています。そうするとやはり理学療法士が中心となって現状を調べる、現場を調べるというようなことになったりしますので、看護師だけではない視点で、調べたりして

意見交換しますので、転倒・転落に関してどうやって防いでいくかというのを違う角度でも見る事が出来、外部研修など何か勉強しに行くにしても、違う角度から見に行ってくれているので、活動報告を発表する際に、多角的な内容になってるんじゃないかなっていうふうに思いますし。

あと、今、誤嚥や窒息予防の部分でも、関係する職種の人たちが、外部の色々な研修を受けたりして、食事介助についても、看護師や助手を務める人たちに向けて研修を行ったりしているので、そういった起きうる問題を取り上げてワーキンググループ作っていると、「私たちの職種の方が専門的にできるかもね」、みたいなことで自ら手を上げてくれるようになっているので、このような活動をするのも一つ効果的だと思っています。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございました。他に何かありますか。長尾さんお願いします。

【長尾能雅 医師】

三重丸を書いていただくとイメージしやすいと思うんですが、一番真ん中の小さい円は常に安全管理室の中にいるようなメンバー、その次の丸は週に1回ぐらい安全管理室に来てミーティングするようなメンバー、さらにその外に部門リスクマネージャーあるいはセーフティマネージャーと呼ばれるような、まあ月1回ぐらい顔を合わせながら議論するようなメンバー。こうあるんですけど、一番真ん中の中心の円の中にどういう職種を入れるのかといったところだと思うんですね。私、2番目の円の中には多くの職種やあるいは研修医とかですね、診療部門の部門長などを加えて定期的に集まるといいと思っておりますし、あるいは一番中央に、名古屋大学で取り組んだのは先ほども触れましたが、弁護士が入ったということは一つの取り組みとして興味深いなというふうに考えております。そのどこのメンバーの議論をするのかがもう少し明確に進むといいと思います。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

鶴田さんいかがでしょうか。

【鶴田忠久 看護師】

当院では、すべての職種に関してセーフティマネージャーがおりますし、医療安全管理

委員会の中にもかなりの重要なポストにいらっしゃる方に入っています。先ほどもスライドで少し紹介させていただきましたけれど、例えば、臨床工学部が入って勉強会をやると、今度は看護師や医師の視点とは違うわけです。そういう専門職の力を借りてやると個々の能力が格段にアップします。ただ単に講義だけを聞いている場合とは違って、やはりそういうコ・メディカル能力をフルに活用をする。以前当院でも誤嚥という問題が非常に大きく取りざたされた時がありました。この時もリハビリテーション部の力を借りて、そういう活動を通して、今はそれが通常の業務になっているということもありますので、非常にそういう方々の力は大きいので、これからも協力を要請していきたいというふうには考えています。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございます。その藤田衛星保険大学病院では、先ほど長尾さんがおっしゃった三重丸の真ん中の円の中に敢えてその理学療法士の方を入れるという判断をされたということだと思うのですが、その判断に至った背景というのはやはり件数の問題が大きいのでしょうか。

【鶴田忠久 看護師】

その件数の問題ではなく、その理学療法士がまずその医療安全に入ったというのは、他種職種が協力して医療安全を構築していこうという考えが病院長にありまして、その病院長の考えの元に、看護師だけじゃなく、検査部の方も以前に入られておりました。その交代要員として理学療法士が来たという背景がありますので、病院全体でチーム医療ということで、医療安全もチーム医療ということを考えて院長の元に、そういった色々な他職種が医療安全に関わろうということで入ってきたのが最初です。

【コーディネーター 堀 康司 弁護士】

最初にその検査部の方が、その三重丸の中心のところに入っていることで、非常にその役立ったとか、良かったなあと思う点はございますか。

【鶴田忠久 看護師】

検査部の方が入っておられた時代は、まだ医療安全が当院では非常にまだ浅い状況の時

でした。人も看護師と検査部の2名で医療安全を担っていた時代で、非常に苦勞されていたということは聞いております。その検査技師が故に何かメリットがあったかっていうところまでの検証はできておりませんが、ちょっとそういった時代背景がありましたので、メリット的なところはちょっとありません。

## <患者の視点を医療安全管理に盛り込むことについて>

### 【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございます。それから今日の前半の豊田さんのご報告では、その豊田さんが医療安全管理に関わられる際の院長先生の言葉として、院内に患者さんの視点が不足している。それを体現してくれないかというような、その判断の元で入られたということなのですが、他の病院の先生方に伺いたいのですが、やはり患者さんの視点を医療安全管理に盛り込んでいくためにどのような工夫をされているのかということをお聞きしていきたいと思います。

まず、鶴田さんのお話だったと思うのですが、医療安全管理体制を整備することと並行して、患者サービス課というものを病院の中に設けたということなのですが、これが今どんな機能をはたしているのかというのをもう少し詳しく話していただけないでしょうか。

### 【鶴田忠久 看護師】

はい。医療安全対策室を整備するにあたって、医療安全対策室は事故防止対策や、事故が発生した時の対応集団、患者サービス課は、事故に遭った患者さんであったり、例えば病院との間にトラブルとなった患者さんの対応を行う。その間に病院、ほとんどの場合が医師ですけれども、医師と患者さんの間に立って両方の意見を仲介して患者さんの本当の想い、医師の本当に伝えたかったこと、そういうところの仲介役として患者さんの立場に立って対応するということを主眼に置いて設立してあります。

### 【コーディネーター 堀康司 弁護士】

すると組織としては、医療安全管理部門と患者サービス科はある程度区別がされているんでしょうか、それともかなり近い組織という扱いになっているんでしょうか。

【鶴田忠久 看護師】

かなり近い組織になっております。そちらの課長も医療安全対策室の室員ということで、兼任で務めておりますので、そこで結局対応ができない場合、そういう時には医療安全対策室の方に上がっておりますので、私どもの方で対応するとそういうこともあります。

【コーディネーター 堀 康司 弁護士】

成田さんのお話の中にメディエーターという、患者さんとその医療者を取り持つ部門が、その医療安全管理室そのものの管理体制の中にあることには若干違和感があるという指摘もあったのですが、その点についてまず鶴田さんはどうお考えでしょうか。

【鶴田忠久 看護師】

私自身も違和感はあります。メディエーターの存在というのは非常に重要です。今患者サービス科にソーシャルケースワーカーが5名ほどおります。このソーシャルケースワーカーがこのサポート体制加算というのを受けて患者様のお話を聞いたりするという立場に立つように当院ではしました。そのようにしましたが、まだやり始めて間もないということで実績がまだなかなか上がってこないというのがあるのですが、今後そういう、例えば患者様の話を聞いたり、医師の中間に立って対応するという立場に立ってほしいというふうに強く感じておりますし、そのように院内でも動きの方を進めております。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございます。小野さんに伺いたいのですが、藤田保健衛生大学病院で医療安全管理に患者の視点を取り込むという意味で何か工夫をされているような点はございますか。

【小野寅雄 看護師】

はい、昨年から、先ほどスライドにも作ってありましたけれども、医療の質・安全管理対策部と名称が変更されています。その中で医療の質管理室というものが新たにできました。そこでその医療の質管理室が担う役割として、その患者様からのクレーム等に関して専門の医師、まあ精神科の医師が入っておりますが、そういったところでそういったご意見を聞こうという体制作りを昨年からしております。そこで患者様からの意見を吸い上げ

て改善していくということの取り組みを始めております。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

実際にその患者さんからの視点で指摘があつて初めて、ああこういうことがあるんだなと気付いたような点で何か御記憶のあるようなことはありませんか。

【小野寅雄 看護師】

そうですね、最近非常に目立つこととして、こんな表現が良いかどうか分かりませんが、モンスターペイシェントとかモンスターペイシェントっていう言葉があるんですが、そういったかなりクレーマー的な存在の方がみえます。そういった方に精神科独自の視点から色々関わっていただくことで非常に冷静になれて、そのクレーム内容がはっきりしてきて、対応が、円滑にいくということを経験しましたので、ちょっとしたクレームだったら事務対応でいくんですけども、かなりの程度の病院に対する苦情に関しては、冷静に客観的に見て対応できる医師が対応することで、まずその患者様を冷静にして、そこから新たな対応策が、医療安全管理者の方にも降りてくることもありますので、そういったところで非常に役に立つなという印象を持ちました。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございます。名古屋大学病院では、その患者の視点を医療安全管理に取り込む上で何か工夫はありますでしょうか。

【長尾能雅 医師】

例えば目安箱に入れられたすべての苦情が教授会で披露されます。それで、私が教授としてそこに参加しているので、その中から医療安全重要な視点の提言があれば取り入れるということが可能です。私は先ほどの3つの円の中のどこかに、患者を入れるか、あるいは相談員を入れるかといったことに関してはあまり好ましい形ではないというふうに考えています。私は相談員とか患者は第3極なんじゃないかなという気がしています。安全部門・病院とそれから事故被害者とまあ2極あるとして、第3極として相談員の立場があるのではないかなという感じです。

それからこれは少し角度が違いますが、医療安全への患者参加ということでは、例えば

フルネームを名乗ってもらうとか、薬についてわからないことがあったら遠慮なく聞いてくださいというようなキャンペーンをすとか、一緒に安全性を高めていきたいと思いますという形での患者参加は、これは名古屋大学だけに限らず多くの病院で進められてるんじゃないかなと考えております。

## <インシデント、アクシデントの抽出数について>

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございます。あまり時間がありませんが、少し観点を変えて聞いてみたいのですけれども、長尾さんの報告の中で、実際に医療安全管理のために必要な事例が抽出されているかどうかを考える上での大胆な仮説の提示がありましたけれども、横山さんがこの報告書をまとめるにあたって、やはり私たちも同じような発想がこの調査報告を始めるきっかけではあったのですが、その長尾さんから提示のあった数字などを聞いて、どんな感想を持ったのかということとを少しご披露いただけますか。あるいはこの調査報告をまとめる中で、そのメルクマルをどうやって評価していったらいいのかということで、かなり我々苦勞したわけですが、その辺りについて何か少しお話をいただければと思いますが、いかがでしょうか。

【横山貴之 弁護士】

やはり堺班の研究にありました、6%という数字というものが非常に重みのある数字ではないかなということのを思いました。そして、実際に調査の過程で色々な病院、医療機関から、どのぐらいの事故の発生状況ということ把握されてるのかということを見る機会があったんですけれども、やはりそういったものの自体が公表されてないというところが非常に多いなという印象を受けました。

私は、長尾先生にもお話をお聞かせいただいたことも何度かありまして、ドクターからの報告率が10%というのが一つの目安ということもお聞きしていましたので、やはりそういう数字を一つの目標として抽出の文化を作っていく必要があるのではないかなということとをざっとした印象で思っております。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】



ありがとうございます。比較的その名古屋大学病院と規模が似ている病院としては、今日、藤田保健衛生大学病院が該当するのではないかと思います。小野さんの目からご覧になって、長尾さんが提案された仮説というのはどんな印象を持たれたのでしょうか。

【小野寅雄 看護師】

はい。確かに数字的には非常に信憑性のある数字だなと思います。当院では医師からの報告率が、昨年までは10%を切っていましたが、今年システムを変えて、合併症報告を別の形態にしたところ、1月から6月までの医師の報告率が平均12%になっております。そういったことでいくと、やはりその、医師の思いというところがやっぱり、合併症報告は事故じゃないという考えがあったようです。そういったことを共感して合併症は違う、インシデントと違うよってというようにところを考えてあげることによって報告は増えてきています。当院では先ほどの数値からいくとまだなかなか少ないところはあるのですけれども、そういった意味では環境を整えてあげることによって報告は増えてくるのかなという印象です。そういったことから、先ほどの長尾先生の見立てのそういった数値目標、数値に近づけていくことができるのかなという考えは持ちました。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございます。鶴田さんからは、掖済会病院においては1ベッド当たり5.7件、年間報告があるという比率について言及もありましたけれども、その長尾さんが提示された数値に関してどのような印象をもたれたのでしょうか。

【鶴田忠久 看護師】

はい。長尾先生の示された数値はもっともな数値だと、実は私自身も感じています。当院で今のインシデントレポートの数で満足しているわけではなくて、これはやはりシステムを変えた時に現場の意見をなかなか取り組めなかったこちらのミスかなというふうに考えておりましたが、現在は順調に伸びておりますので、インシデントレポートの数としては今後もっと増えていくというふうには考えております。ただこの中で医師の報告件数に関しては、実は恥ずかしながら3%台というところにとどまっているのが現状です。実は、つい先日、長尾先生からのご指摘をいただいて、今週の管理会議で病院長の口から医師全員に対して出すようにというふうに指示が下ったところですから、これからを楽しみ

にしていますし、それを続けていくこと、続けてもらうように努力することが私どもの仕事かなというふうに考えております。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございます。規模の違いはあると思いますが、新葛飾病院の状況をご覧になって、豊田さんはどれぐらいのレポートがあったら、そこそこ、現場の実情を把握できているという辺りのメルクマルクについてどうお感じになっていらっしゃるでしょうか。

【豊田郁子 氏】

私は、あまりそういうことに関しては研究的な、専門的な立場ではないので、どれぐらいだったらいいていうことは正直よくわかりません。ただ、色々やっていく中でこういう視点を持っている人がいたら提出率が上がるなっていうことを感じたり、体験の中でいくつか感じていることはあります。例えば、ワーキンググループみたいなグループを作ったことによって色々実態が明らかになったので、レポートを出さなきゃいけないんだって思うようになったとか、あとは医療安全の取り組みっていうのは、こういうふうやっていかなきゃいけないんだっていうことがわかると、なかなか医師が提出い場合でも、それを見た他の職種が必ず書いてくれるようになったとかいう動きが、明らかにここ数年で変わってきているので、そういった一つ一つの取り組みで、まずは気付いた人から始めるっていうことが大事だなっていうのをすごく感じています。今の段階では明らかに少ないと思いますので、それをどうしていくかが大事ですけど、レポートを書くだけでなく、こういうことが起きたんですけど、報告がいつていますかという直接の電話報告が、本当にこの数年増えていますので、そういった意識を高めるっていうことはすごく大事だなって思います。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

ありがとうございました。コーディネーターの不手際で、会場の方からお寄せいただいた質問にまだ全部お答えできてない状況だと思いますが、時間の関係がありますので、残った時間を使いまいして最後に今日のパネリストの方から今日お参加していただいた感想などについて一言ずつお話をいただきたいと思います。できましたらその中で、今一番やはり問題と感じている点がどこであって、それに対して皆さんが自ら、どう今後対処し

ていきたいと思っらっしゃるかという前向きなお言葉をいただけると大変うれしいと思っております。まず横山さんの方からよろしくお願いをします。

## <まとめ>

### 【横山貴之 弁護士】

長尾先生のお話の中でも少し出たんですが、医療というものに常に付きまとう特徴として、個の不確実性ですとか、医療の複雑化というようなものがありました。そういったものの存在に鑑みた時にこういうことを言うのが適切かどうか分かりませんが、非常に個人的な意見として申し上げると医療事故をゼロにするということは恐らく非常に難しいんだろうということを思っております。で、ゼロにすることは難しいんですが、それをなるべく減らすという努力は、これは怠ることができません。そして、事故がゼロでない、ゼロにすることができないという前提に立って考えますと、やはり病院の中で起こった事故をきちんと拾い上げてそれを分析するということは非常に大切なのではないかなということを思いました。きちんとそういった事故の抽出や分析をおこなってそれを社会に還元するという作業を行っている病院を見た時に、ああこの病院はこんなに事故が起こってるんだから危ない病院だというふうに我々市民はやはり考えてはいけないというふうに思うんですね。そういった正直な態度、正直な文化を持っているという病院だということをきちんと評価して、自分がかかるなら、そういう病院に行きたいなとか、そういうことを考えなければいけないなと思います。そういった事故の把握がきちんと出来てる病院っていうのは、長尾先生のお話にもありましたように、診療科をまたいだ集学的な治療によってですね、患者さんの救命が図れて、結局は医療の受け手の患者さんの方にもプラスになってくるということもあるかと思えます。そういった点を踏まえて、我々弁護士の立場から申し上げますと、病院のそういった活動の意義ですとか、その活動の本当の意味を、皆さんに広くわかってもらうというような活動をこれからもしていきたいなという気持ちを新たにいたしました。以上です。

### 【長尾能雅 医師】

はい。今、横山先生おっしゃったことに加えて、やっぱりその国民、医療者ももちろんですが、患者それから国民が医療のリスクというものを等身大で理解することがまず前提

として必要ではないかと思います。その抽出が今まで弱かったので、何とかそういうことがこの10年で徐々にではありますけども進んでいるということと、それから自主報告だけで全てのリスクが抽出できるものではないという、その自覚も必要だと思っています。色々な手立て、例えば死亡例調査ですとか、カルテレビューとか色々な方法論を用いてそういった実態の把握をしながら、現実的な安全管理体制を構築してくということがまず一つであろうと思います。

それからもう一つは今日のような議論になりますと忘れられがちですが、ナース GRM の抱えるストレスの問題ですね。ナースも例えば2年、3年と専従で務めた時に、自分が希望している看護行為から離れることになります。このストレスは相当なものだと思います。この10年の医療安全をそのナース GRM が支えてきたということへの理解が必要だと思います。そして、より、もし本当に今後もナース GRM という職能を育成して、医療安全を担当させるということで進めていくのであれば、そのスキルアップのためのサポートが必要です。それは多職種で分担することなのかもしれないし、アドバンスドコースのような教育の機会を作ることかもしれません。その辺がまだ手つかずなんですね。GRM のスキルアップについての議論が進むといいなというふうに感じています。

#### 【小野寅雄 看護師】

現行の医療安全の体制を評価して検討することはもちろん大切だと思っています。そして進めてくべきだと考えておりますが、今一番考えているのは医療安全という意識をどういうふうに持たせるか、医療従事者に持たせるかっていうところで、常に考えているのは、医学基礎教育の中に医療安全というものをもう少ししっかりと構築して、カリキュラムに入れてく必要があるのではないかということです。若い時代からそういった医療安全とは何かといったことを、その医学生であつたり看護学生であつたり、コ・メディカル对学生に対して教育をすることで、その教育を受けて医療従事者となった者が、その医療安全に対する意識がどんどん高まってくるのではないかと考えておりますので、現行の医療安全体制も必要ですけども、将来に向けたそういった医学教育の中に安全教育、医療安全学というようなものを確立して、医療者の育成に当たっていく必要があるのではないかと考えております。そういうことで長尾先生には是非頑張ってそういった医療安全学をカリキュラムに構築していただきたいと常日頃思っている状況であります。

【鶴田忠久 看護師】

はい。皆さんすごくいいことをおっしゃっていただいて、本当に私も同感しています。私も8年医療安全管理者とやってきて、今本当に思うことは、医療安全のシステムやそういう知識っていうのは随分職員には伝わってまいりました。伝わってきましたけれども、それは本当に活かしきれているかどうかっていうのは非常に疑問が残るところです。医療っていうのは人と人のつながりだというふうに私は考えています。医師も看護師も患者さんもみんな満足のいく治療を目指しているところは同じなのです。そこをきちんと説明して患者様にいい治療が提供できるように、患者さんは患者さんでどのようになりたいのか、そういうことをきちんと話せるような環境を作っていって、安全な医療を目指すということが重要なのかなというふうに思っております。まあ難しいことは言えないですけども、そういう患者さんとのつながりを大切にして、それを職員にきちんと教育していくこと。そういうことが私どもも求められるところでしょうし、社会も求めているところだというふうに考えています。

【豊田郁子 氏】

医師の医療安全管理者の必要性に関しては、私は本当に必要だと思っています。ただ、どうしても今の環境だと、やはりそういった教育を受けるシステムがありませんし、その医師の個人の資質や能力で決められてしまっている部分が多いので、その部分でいくと心配になる部分がある、そういう意味合いで発言をさせていただきましたが、基本的には医師が必要だと思っています。それと、そうやって苦情を受けたり相談を受けたりするような立場の人と、医療安全を管理する人たちが、一緒になることについてのお話ですけど、これはその距離感みたいなものはそれぞれ皆さんの体験や経験によって感覚が違うと思うので、そこについてはもうちょっと具体的にお話をしないと、一緒がいいとか一緒じゃない方がいいっていうことだけだとわかりにくいのではないかと思います。私の場合は、まずスタートが、自分自身が事故を経験した家族として、こういう世界に入っていますので、その視点から、このぐらいの位置にいるのがいいのかなというところで病院の中でやらせていただいていますので、このやり方が必ずしもどこの病院でもいいということでは決していないと思います。やはりこのぐらいの距離感がないと現状を把握できないのかなって思ったり、相談を受ける立場の人たちが把握できないのかなっていうことは感じています

から、そういったことを、これからも話を詰めて仕組みを作っていつていただきたいなと思います。

患者サポート体制の加算に関しましても、一緒の部屋でやれとまで言ってるのではありませんが、医療安全と連携をすることが大切ということがありますので、是非連携を取ってやっていかれたらというふうに思います。それで、一つお伝えしたいのが、今、皆さん色んな医療機関で苦情の受け方だとかを模索されて、どこからどこまでをクレーマーとするのか、モンスターと名付けたりなどされていますけど、どこからどこまでがそうで、どこからどこまでが患者さんに対して病院が失礼なこと、不備なことをしてしまったのか、被害に遭わせてしまったのかっていうところの部分について、苦情で飛び込んでこられた方から拾い上げるっていうのはすごく難しい作業だと思うんですね。でもその時に最初からクレーマーだと決めつけてしまったり、それが本当は病院で重大なミスをお犯してしまっているかもしれないのに、そういう判断を最初にしてしまうと、その後何が起きたのか本当のことがわからなくなってしまいますので、最初に患者さんが飛び込んで来たときの対応と体制をしっかりしていただかないと、このままでは患者さんとの関係性、距離感が縮まっていけないのではないかというふうに思いました。そう思いますので、心の病気じゃないかって決めつけたり、早い段階で判断するのではなくて、何か起きたのか、病院で何かあったのではないかということをおまず調べていただくっていうことも医療機関に努力していただきたいっていうことは感じています。

私自身も精神的にすごくダメージを受けて寝込んだ期間があるのでわかるのですが、傷ついて寝込んでいる人、被害に遭って傷を負っている人とクレーマーはちがいますので、そのダメージの部分の改善や解決をしていかなければその方は元の状態に戻れないということがあります。ですから、その辺りのことについては、今後、患者サポート体制を広げていきたいと思いますというふうに言われてきてるわけですから、そこについては、今後、私もサポート体制に関わる皆さんにもっと積極的に関わらせていただいて、患者さんたちの現状を、お伝えしていきたいというふうに今日は改めて感じました。本当に大変勉強になりましたし、今日も医療機関の皆さんがすごく努力されているっていうことを知ってすごくうれしく思いました。本当に参加させていただいてありがとうございました。

【コーディネーター 堀康司 弁護士】

どうもありがとうございました。大変残念ですけれども時間となりましたのでこれで後

半のパネルディスカッションを終わりたいと思います。もう一度パネリストの方に盛大な拍手をいただけるようお願いをいたします。どうもありがとうございました。（拍手）



【総合司会 森本真仁】

ありがとうございました。これにてパネルディスカッションを終わりたいと思います。最後に愛知県弁護士会人権擁護委員会の花井委員長より閉会の挨拶を申し上げます。

【花井増實 弁護士】

最後まで本当に熱心にお聞きいただきましてありがとうございました。今日は本当に35度を多分超えるこの猛暑の中を本当に早くからお足を運んでいただきましてありがとうございました。私どもが本当に想定した以上に、今日ご参加をいただいたために資料の配布がお手元に届くのが遅れて、本当に申し訳ございません。今日の医療の安全体制についての調査は私どもの医療部会において進めさせていただきましたけれども、本当に医療機関の皆様のご協力でこういう調査報告をさせていただいたこと、それをまず本当にお礼申し上げたいと思います。また今日多分お見受けしたところですね、医療機関の皆様、それから市民の皆様、あるいは患者の皆様、色んな立場の方が今日ご参加いただいて、大変今日の講演の内容、パネルの内容は、それぞれ現状の安全管理体制について色んな示唆、あるいは現状認識をしていただけたのではないかと思います。私も十分にはこのことについてまだ知らなかったわけですが、医療の安全体制というのが、長尾先

生、それから小野様、それから鶴田様、豊田様、それぞれの病院で、規模の違いに応じた中でそれぞれ奮闘して、より良い安全体制を構築しようと努力されていることを本当に知りまして感銘を受けております。これから益々、国民の医療向上のために皆様がこれからもご健闘されることを祈念し、また私どももそれをお手伝いできるようなことがあれば、先ほど名古屋大学では弁護士が安全管理に関わっているという例が紹介されましたけども、より良い医療に対して我々も何か関わることがあればというようなことも思っております。本当に今日は最後までご静聴いただきありがとうございました。（拍手）

【総合司会 森本真仁】

これにて、愛知県弁護士会人権擁護委員会シンポジウム“医療安全体制のあり方を考える”～愛知県弁護士会の調査を踏まえて～を終了したいと思います。長時間ありがとうございました。



資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

## 医療安全管理体制に関する 調査研究報告

愛知県弁護士会  
人権擁護委員会 医療部会  
弁護士 横山貴之

### はじめに

- ・医療は、安全なものでなければならない
- ・医療の公共性に鑑みて、国には、医療の安全を確保すべき義務がある
- ・国は、様々な施策を実施しているが、  
今なお医療事故は根絶されていない
- ・平成20年、日弁連は、国に対し、医療事故調査  
制度の整備などを求める宣言を行った
- ・これを踏まえ、医療安全体制の現状を把握し、  
より充実した医療安全管理を実現するために  
必要な提言を行うべく、今回の調査研究を行った

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

## 第1 医療安全管理に関する現行の制度

- 1 第5次改正医療法による医療安全の要請  
→全ての医療機関に対し、医療安全などの確保のための、指針の作成や研修の実施を義務づけ
- 2 各種の研修
- 3 診療報酬上の手当
- 4 医師免許の停止、取消と再教育研修

## 第2 問題の所在(調査の契機)

医療安全管理の目的

- アクシデント、インシデントの防止・減少
- 実際に発生したインシデント、アクシデントを適切に抽出、把握
- 事故原因を分析
- 再発防止策の立案

## 資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」 ( 横山 貴之 弁護士 )

これらを統括することが求められているのが、

### 「医療安全管理者」

医療安全管理者の業務指針：

「各医療機関の管理者から安全管理のために必要な権限の委譲と、人材、予算およびインフラなどの必要な資源を付与されて、管理者の指示に基づいて、その業務を行う者」

### アクシデント等の発生頻度と報告頻度 (統計的な比較)

- 1 「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」  
(厚生労働科学研究・主任研究者堺秀人)  
→4389件の診療記録から入院中の  
有害事象の発生頻度を調査  
→発生頻度は6. 0%
- 2 「医療事故情報収集等事業」  
(財団法人日本医療機能評価機構)  
→報告義務のある医療機関(病床総数約14万)  
からの届出を集計  
→発生頻度は0. 052～0. 101%

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

- ・カルテレビューから算出された  
実際の発生頻度:6%
- ・報告数に基づいて算出された  
発生頻度:0.052%~0.101%

報告に基づく発生頻度は、実際の発生頻度の  
1/120ないし1/60

適切に把握・報告がなされているのであろうか？

- ◆ 報告義務があるにも関わらず、  
報告数ゼロの医療機関も多数存在

→報告のない医療機関は、

事故のない医療機関か？

抽出能力のない医療機関か？

抽出した事故を隠す医療機関か？

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

**アクシデント等の発生頻度と報告頻度  
(個別医療機関の比較例)**

レベル3b(濃厚な処置・治療を要した事例)の  
報告頻度の比較

- ・京都大学医学部附属病院:1.129%
- ・愛知県立6病院 :0.089%

両病院の規模や性質を考慮したとしても、  
事例の抽出・把握能力に、相応のばらつきが  
あるのではないか？

アクシデントやインシデントを抽出できない

- 実際に発生している事故の  
実態把握が出来ない
- 原因分析、再発防止の前提の欠如
- 医療安全管理者を中心とした  
医療安全管理体制が十分に  
機能しているのか？

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

## 調査の方法

- 1 東海地区の大規模医療機関へのヒアリング調査(11／17施設)
- 2 専従医師安全管理者の存否についてのアンケート調査(全国86施設)
- 3 医療者ではない医療安全管理者等へのヒアリング調査(3名)
- 4 その他

## 第4 調査の結果

### 東海地区大規模病院のヒアリング調査

#### 1 医療安全に関する院内規則等

- ・医療法6条の10で作成を義務づけ
- ・全ての医療機関で作成済み
- ・マニュアル類については、半年から2年の間に改正する医療機関が多い
- ・その際には、他院や厚労省、医師会のマニュアルを参考にすることが多い

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

## 2 医療安全管理部門について

- ・スタッフの構成は様々
- ・1名ないし2名の専従看護師が主たる業務を担っている、というのが大きな傾向
- ・専従医師の配置は1施設のみ  
(全国アンケートでも4施設)
- ・薬剤師や臨床工学技士の配置も見られる
- ・東京や大阪で実施される研修への参加

## 現場の声

- ・マンパワー不足
- ・せめて、もう一人看護師がほしい
- ・専任の医師がいる病院がうらやましい
- ・お金よりも専従の医師がほしい
- ・何でも安全管理室にまかせようという風潮
- ・「医師は専門化が進んでおり、専門外のことは看護師よりも知らない」

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

3 院内事故調査委員会について

- ・11施設中、10施設で開催実績あり
- ・事故調査報告書を患者家族に渡さない病院も存在
- ・公表経験のない病院も存在
- ・調査委員に患者側弁護士を必ず入れるようにしている医療機関

4 あいち医療情報ネット等について

「知らない」という回答が多かった

専従医師医療安全管理者の存否  
についてのアンケート調査結果

- ・全国の国立高度専門医療センターと  
特定機能病院(全86施設)に依頼
- ・68医療機関から回答
- ・医師の専従医療安全管理者の配置は4施設



資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

## 回答者の声①

### ○専任の医師が必要

- ・看護師では、医師の裁量の中に入る問題については判断が難しい
- ・影響度の高い事故事例は、医師に多い
- ・看護職から言われるのを「おもしろくない」と感じる医師が多い
- ・「手技」を伴う事例については、経験がある医師の関与が適切

## 回答者の声②

### ○専従医師は必ずしも必要ではない

- ・専従看護師と、兼務する副院長で足りる
- ・専任ではない医師が複数いた方がよい

### ○専従医師医療安全管理者が広まらないのは、キャリアパスが未確立だからではないか

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

### 3 医療者ではない医療安全管理 へのヒアリング調査

#### ①豊田氏

- ・事例分析を通じた原因分析が必要
- ・医学の専門知識、というメリット
- ・医療安全が医師の視点に偏る、  
というデメリット

#### ②河野氏

- ・事実把握能力、問題の抽出・整理能力、  
問題分析能力が必要
- ・これらの能力は一定のトレーニングに  
よって習得可能であり、医療資格が  
不可欠、というわけではない
- ・手技等、具体的な医療行為が問題となる  
場合、実現可能性のある再発防止策の  
立案等の面で、メリットがある
- ・分析が、医学的見地に偏り、環境や状況等の  
見地からの分析がおろそかになる可能性

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

③北野氏

- ・体系的な知識や実践が必要
- ・疑問視、客観視できる能力、協調行動が取れること、中立性を保てること、交渉能力や調整能力が必要
- ・専門的知見を提供できるというメリット
- ・専門分化により、職種間・組織間の連携に難が生じるおそれ

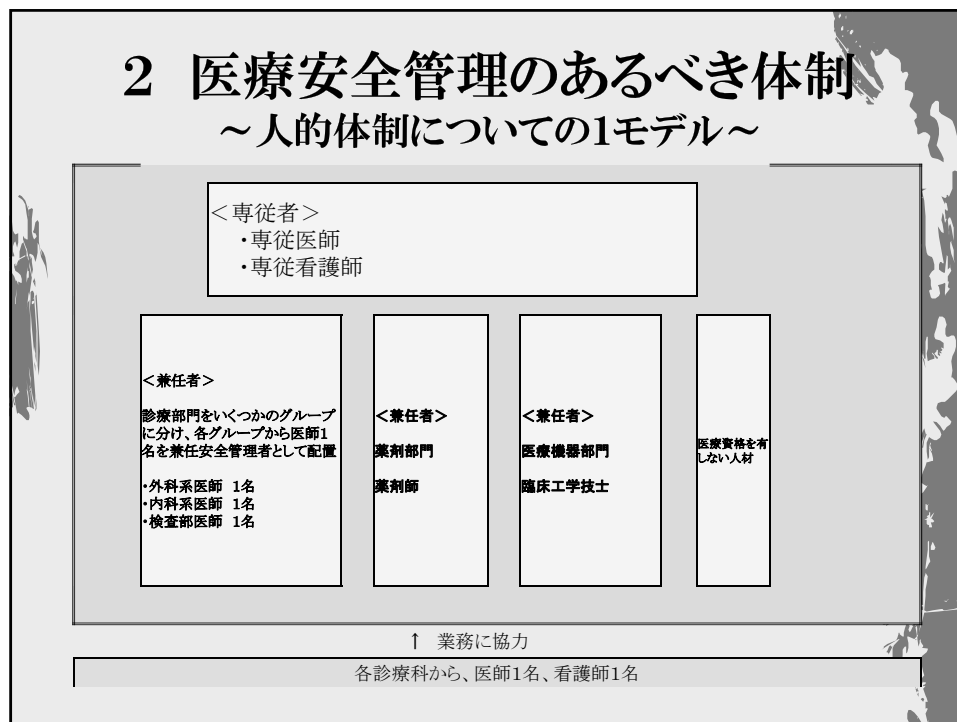
## 第5 考察と提言

### 1 医療安全管理体制の現状

- ①専従医師の不存在と  
少数の看護師への負担の集中
- ②医師・看護師以外のスタッフの不足

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

## 2 医療安全管理のあるべき体制 ～人的体制についての1モデル～



## 国に対する提言

- ①医療安全管理者の配置状況を把握すること
- ②少なくとも専従医師、専従看護師各1名の配置を義務づけること
- ③医師、看護師以外の複数の職種の配置を推進すること
- ④診療報酬上の加算を行うこと

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

## 各医療機関に対する提言

- ①医療安全管理業務の存在意義を積極的に評価すること
- ②キャリアパスを工夫すること

## 第6 総括

- ・医療安全管理の重要性  
将来のアクシデント等の再発防止  
現に発生したアクシデントからの救命
- ・医療安全管理業務に対する組織的な支援体制が乏しく、負担が少人数の担当者に集中しているのが現状
- ・医療安全管理業務の意義を適切に評価する  
土壌を涵養し、適切な人材を確保する必要性

資料 1 「医療安全管理体制に関する調査研究報告」  
( 横山 貴之 弁護士 )

- ・そのために、国や医療機関は、一体となって積極的な支援を！！
- ・弁護士会も、お手伝いをいたします。

医療安全管理に真摯に取り組んでいらっしゃる方々に、敬意を表します。

調査研究にご協力いただいた皆様に、お礼を申し上げます。

ご静聴、ありがとうございました。

資料2 「大学病院における医療安全」  
( 長尾 能雅 医師 )

医療安全管理体制のあり方を考える  
～愛知県弁護士会の調査を踏まえて～

「大学病院における医療安全」

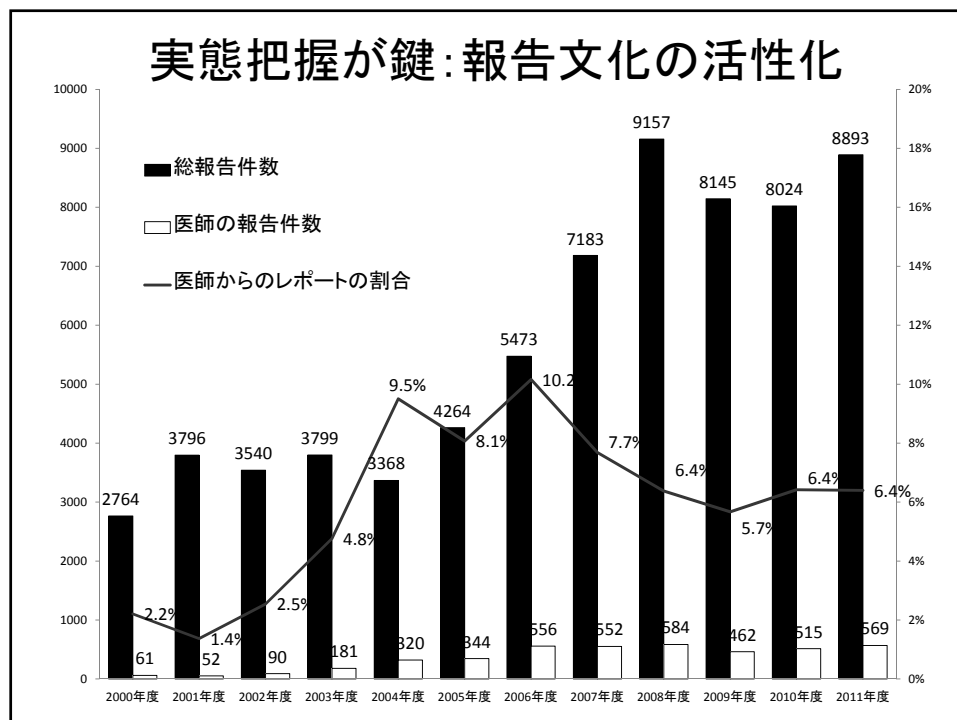
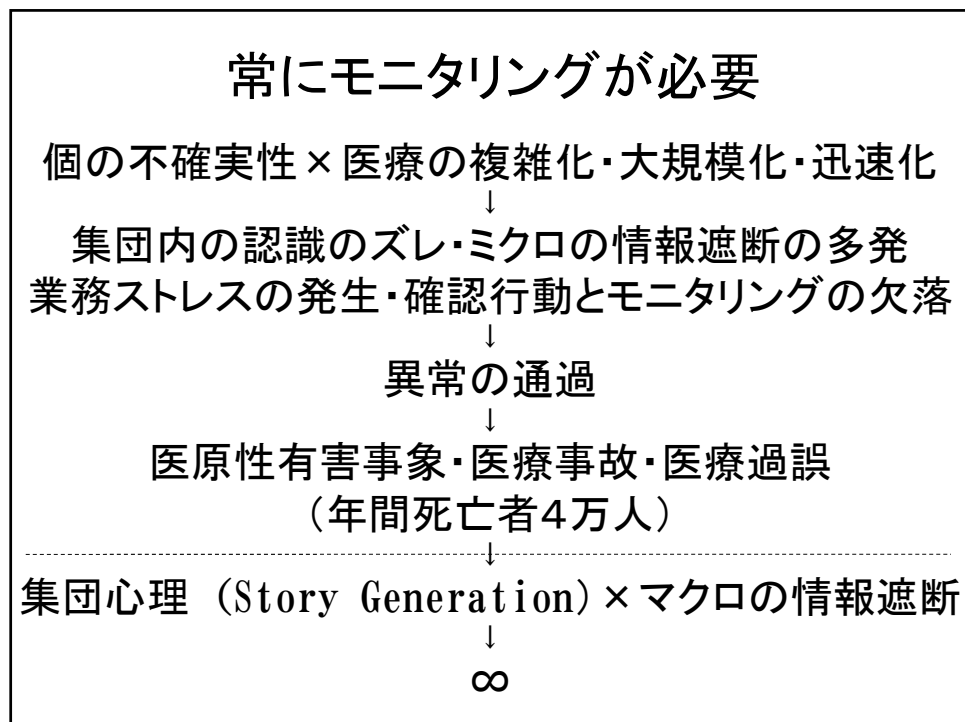
平成24年7月28日  
名古屋大学医学部附属病院  
医療の質・安全管理部  
長尾能雅

日本人の死因

|   |       |         |
|---|-------|---------|
| 1 | 悪性新生物 | 342849人 |
| 2 | 心疾患   | 181822人 |
| 3 | 脳血管障害 | 126944人 |
| 4 | 肺炎    | 115240人 |
| X | 医療事故  | 40000人  |
| 5 | 不慮の事故 | 38030人  |
| 6 | 老衰    | 35951人  |
| 7 | 自殺    | 30197人  |

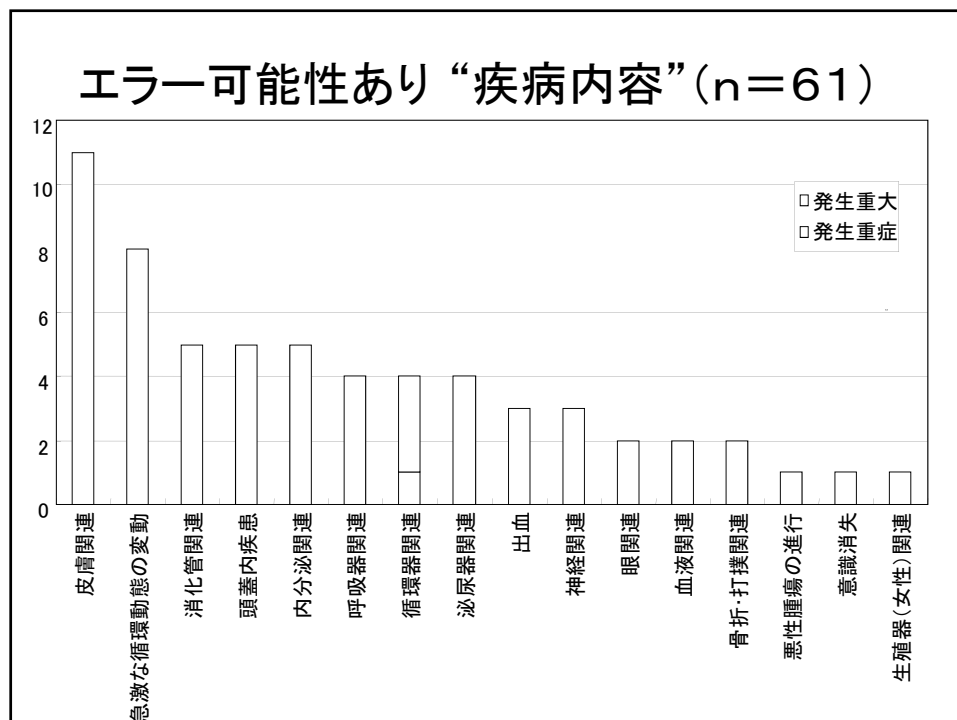
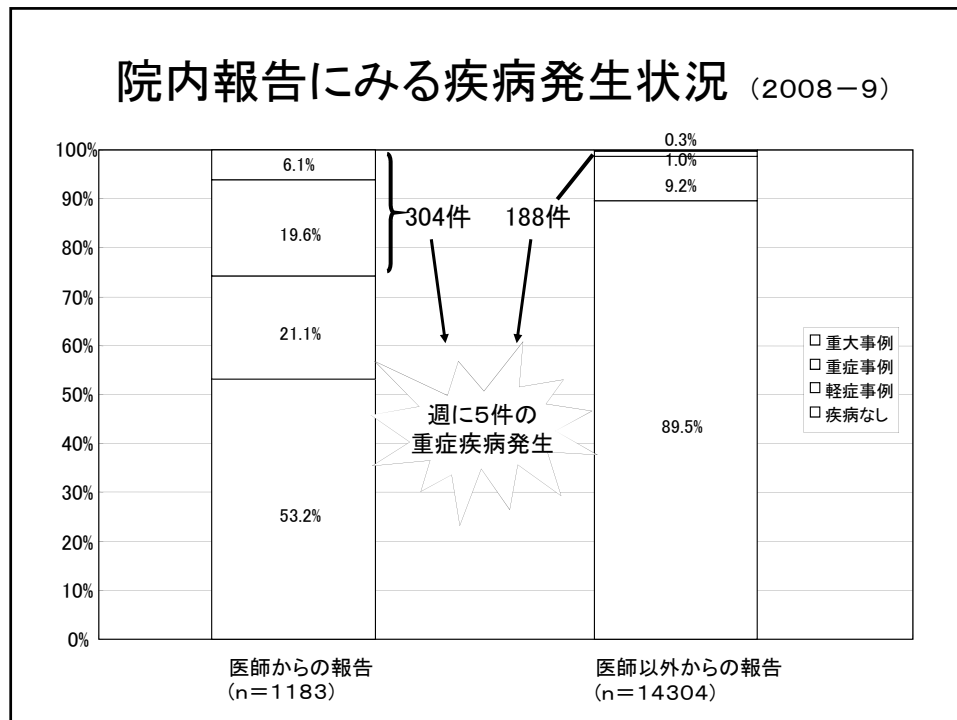
(2009年人口動態統計より)

資料2 「大学病院における医療安全」  
( 長尾 能雅 医師 )





資料2 「大学病院における医療安全」  
( 長尾 能雅 医師 )



資料2 「大学病院における医療安全」  
( 長尾 能雅 医師 )

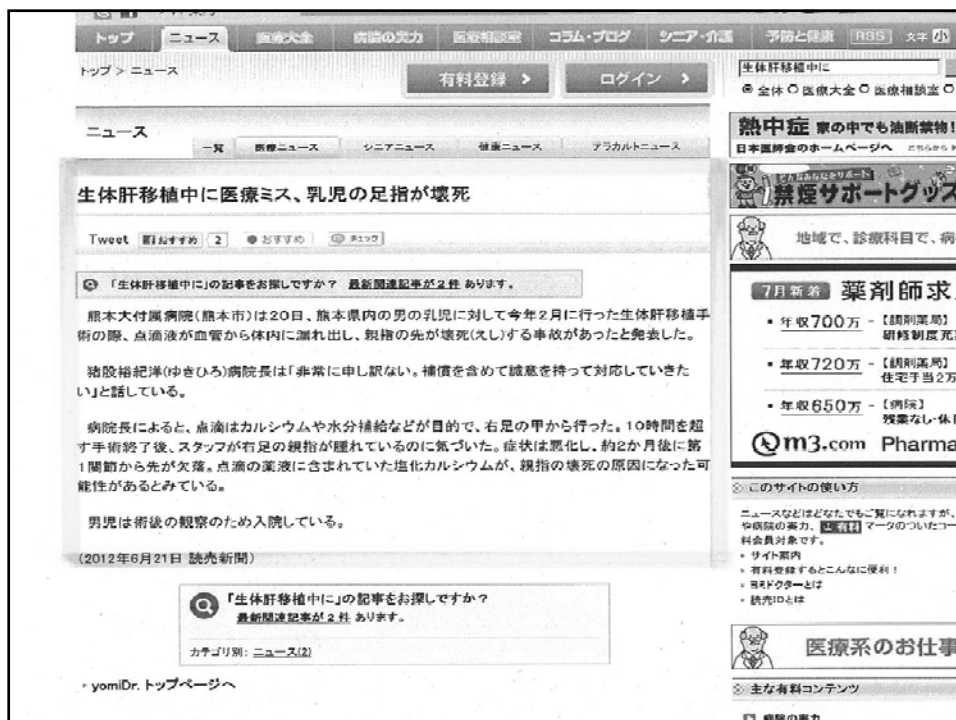


全部門にセーフティマネジャーを配置  
事故の抽出と治療

1. インシデント・アクシデント発生時の情報確認・事実関係の調査・部門内における緊急対応策の策定と指揮(医療安全管理部と密に連携)
2. 部署の利害・私情等にとらわれない客観的対応
3. 他部門における有害事象発生時の臨床的助言・エキスパートの紹介
4. 部門横断的緊急治療チーム編成への参画(最適な治療の実現)
5. 医療安全に関する施策について、部門内での周知、教育、指導
6. 臨床能力と倫理感を備えた、その部門を代表する医療人としての役割

120名の治療集団を組織

## 資料2 「大学病院における医療安全」 ( 長尾 能雅 医師 )



資料2 「大学病院における医療安全」  
(長尾 能雅 医師)

医療安全における公的連携の優先順位

Defense

- ① 現在事故が発生している
  - ② 過去に類似の状況で事故が発生した
  - ③ 過去に類似の経験はないが、危険が予想される
- 
- ④ 危険は少ないが、万全を期したい

Offense

測りにくいDefenseの力

The collage consists of several newspaper articles and a large data table. The primary article on the left, '病院の実力 医療安全', discusses the need for hospitals to be transparent about safety incidents. It includes a table with columns for hospital names, safety scores, and other metrics. To the right, a section titled '医療安全「報告文化」が要' emphasizes the importance of a reporting culture. Below this, an article mentions '最新のアプリ' (Latest App) for medical safety. The background of the collage features a large table titled '主な病院の医療安全評価結果' (Main Hospital Medical Safety Evaluation Results), which lists various hospitals and their safety scores across different categories.

資料2 「大学病院における医療安全」  
( 長尾 能雅 医師 )



資料3 藤田保健衛生大学病院についての報告  
(小野 寅雄 看護師)

## 藤田保健衛生大学病院

医療の質・安全対策部

安全管理室

小野寅雄

## 藤田保健衛生大学病院



資料 3 藤田保健衛生大学病院についての報告  
( 小野 寅雄 看護師 )

## 施設概要

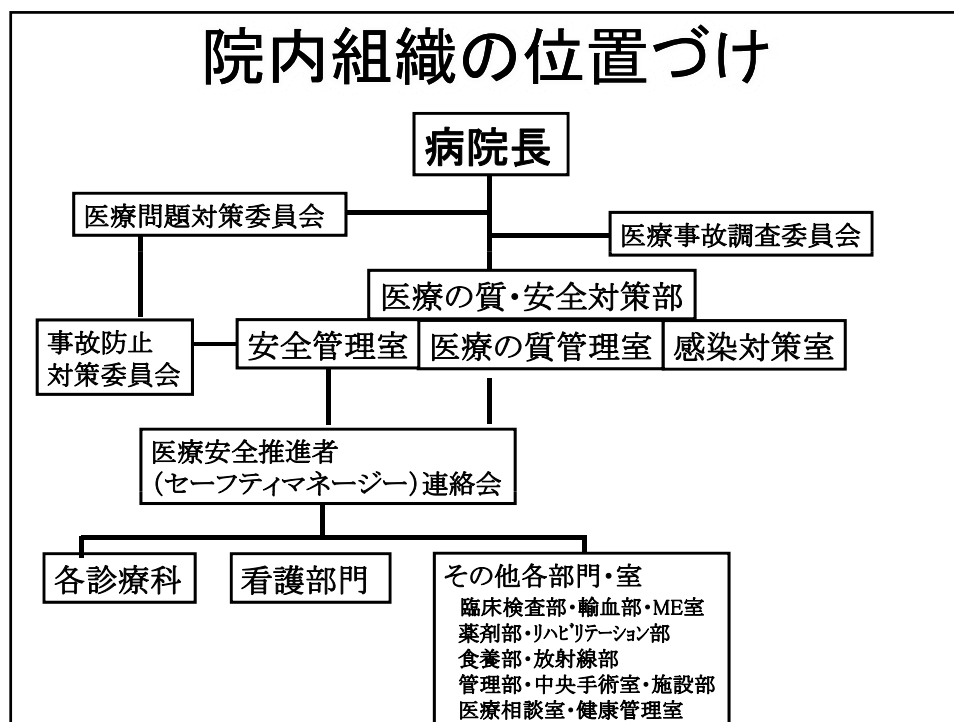


- 病床数: 1489床
- 診療科: 37科
- 職員数: 2200名  
(看護師1160名)
- 外来患者数: 約2000人/日
- 入院患者数: 平均1200人
- 平均在院日数: 17～18日
- 手術件数: 10,346件  
(平成23年1/1～12/31)

## 許可病床数

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| 藤田保健衛生大学病院                         | 1,489床 |
| 一般病床                               | 1,459床 |
| 精神病床                               | 30床    |
| 総合救命救急センター                         |        |
| NCU (Neurological Care Unit)       | 14床    |
| CCU (Coronary Care Unit)           | 10床    |
| GICU (General Intensive Care Unit) | 31床    |
| 救命ICU                              | 6床     |

資料3 藤田保健衛生大学病院についての報告  
(小野 寅雄 看護師)



### 安全管理室の構成

|        |              |    |    |
|--------|--------------|----|----|
| 安全管理室長 | 副院長          | 1名 |    |
| 副室長    | 医師(外科系・内科系)  | 2名 |    |
| 室員     | 医師           | 2名 |    |
|        | 薬剤師          | 1名 |    |
|        | 看護師          | 3名 | 専従 |
|        | 理学療法士        | 1名 | 専任 |
| 事務     | 事務職員(感染対策室兼) | 1名 |    |

合計11名



資料3 藤田保健衛生大学病院についての報告  
(小野 寅雄 看護師)

### 医療の質・安全対策部 安全管理室の役割

- 院内診療各部門、各種委員会に対して医療安全に関する要求、提言をし、職員の安全管理教育に努める役割
  - \* 安全管理報告書の内容確認
  - \* 安全管理研修会の企画・運営
  - \* 職員の安全管理体制についての教育

### 安全管理専任者の役割

- 医療に係る安全管理のための委員会で使用する資料・議事録の作成
- 事故などの関する診療録や看護記録の確認や指導
- 患者・家族への説明、事故発生時の状況確認
- 医療安全に係る連絡調整
- 医療安全対策の推進
- 院内死亡についての情報把握

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)



## 名古屋掖済会病院の概要

- 日本海員掖済会 名古屋掖済会病院
- 総合病院 一般病床662床、28診療科
- 救命救急センター
- 緩和ケア病棟・化学療法センター
- がん拠点病院
- 地域医療支援病院
- 臨床研修指定病院
- 日本医療機能評価機構 病院機能評価Vor. 6

Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 医療安全の歴史

- 平成12年 リスクマネジメント委員会
- 平成14年 医療安全管理委員会  
看護安全対策委員会  
ヒヤリ・ハット体験報告書
- 平成16年 医療安全対策室  
患者サービス課  
インシデントレポートシステム
- 平成22年 患者誤認防止認証システム

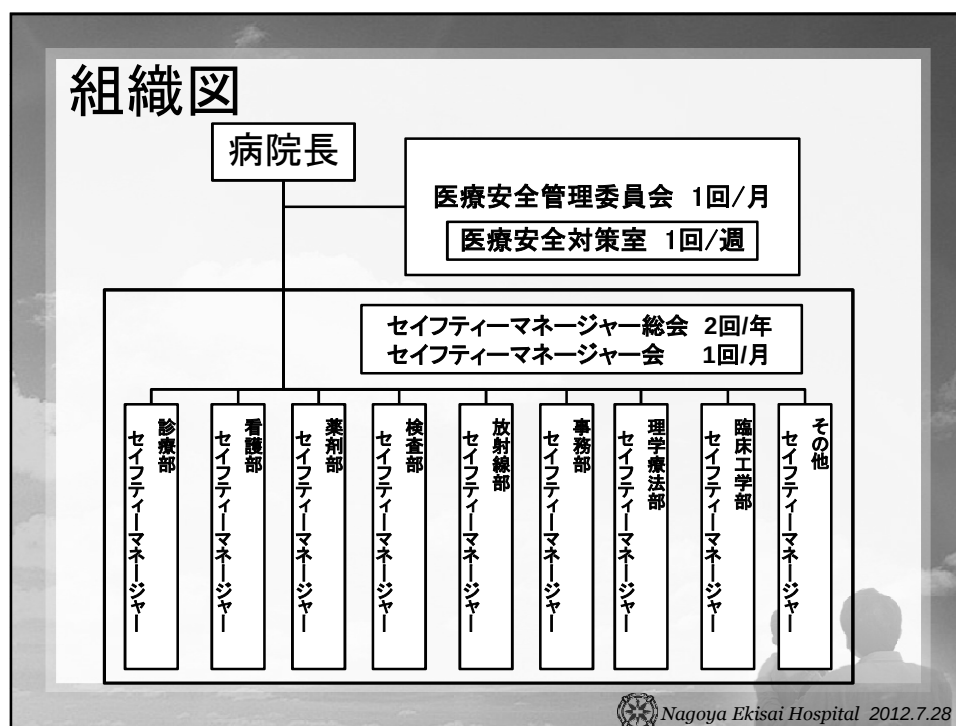
 Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 医療安全の組織

- 医療安全管理委員会
- 医療安全対策室
- 看護部安全対策委員会
- セイフティーマネージャー会

 Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」 (鶴田 忠久 看護師)



## 医療安全対策室

- 専従の医療安全管理者
- 医師(副院長・医療安全対策室長)
- 看護部(副看護部長)
- 薬剤部
- 検査部
- 事務部(庶務課・医療相談室・患者サービス課)

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 医療安全対策室の活動

- 日常的な情報収集・整理・分析、医療安全管理委員会で検討し報告
- 医療安全管理委員会、医療安全対策室会議の開催
- 各部署セイフティーマネージャーの、日常活動業務に対しての受け付け窓口
- 医療安全のための指針やマニュアルの作成



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 医療安全対策室の活動

- 医療安全に関する研修・教育として、全職員対象研修・研修医医療安全教育・新採用者研修・職種ごとの研修の開催
- 医療安全に関する院外からの情報収集と対応、医療安全に関する情報を院内に周知
- 医療安全のための院内評価業務として、セイフティーマネージャー総会の開催



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 医療安全対策室の活動

- 医療事故発生時の医療現場の支援と、対応  
に関しての指示。医療事故調査委員会開催  
時の援助
- 相談窓口に関する業務として、患者・家族か  
らの苦情や、暴言・暴力が発生した際、暴言・  
暴力対策チームと協力しその対応
- その他、医療現場で発生する判断の付きにく  
い事柄に関し個別に対応



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 日常的な情報収集・整理・分析

- インシデントレポート
- 事故報告書
- 看護師長朝会



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 医療安全管理委員会 医療安全対策室会議

- 医療安全管理委員会(毎月)  
医療事故報告書の検討  
インシデントレポートの検討
- 医療安全対策室会議(毎週)  
すべての医療安全に関する対策・検討

 Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 問題解決の受け付け窓口

- 各セイフティーマネージャーからの問題提起
- インシデントレポートからの分析報告

 Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 指針やマニュアルの作成

- 医療安全対策マニュアル(4・10月に改訂)
- 各部署に冊子として配布
- オーダーパソコン上に保存



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 医療安全研修

- 年2回の全職員対象研修
- 新採用者・中途採用者研修
- 研修医医療安全教育
- 医療機器安全教育
- セイフティーマネージャー教育
- 部門ごとの教育



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28



資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 医療安全に関する情報収集

- 日本医療機能評価機構 医療安全情報
- 医療事故情報
- 医療安全管理者メーリングリスト



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## セイフティーマネージャー会・総会

- セイフティーマネージャー会(1回/月)
- 院内全部署のセイフティーマネージャーを招集し、セイフティーマネージャー総会(2回/年)



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 医療事故発生時の支援

- 医療事故発生時の医療現場の支援を行い、対応に関し指示
- 医療事故調査委員会開催時の援助



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 患者・家族からの苦情 暴言・暴力

- 患者・家族からの苦情
- 患者・家族からの暴言・暴力
- 暴言・暴力対策チーム



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 判断の付きにくい事柄

- 医療現場で発生する、判断のつきにくい事柄への対応

 Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 医療安全業務遂行のポイント

- 情報収集
- 援助姿勢

 Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

資料4 「名古屋掖済会病院の医療安全活動」  
(鶴田 忠久 看護師)

## 今後の医療安全

- 行政上の支援(医療安全管理加算・患者サポート体制充実加算)
- 職員教育
- 患者教育



Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 医療安全管理者として

- 自らの気持ちに忠実に行動
- 変化に対応できる体制作り

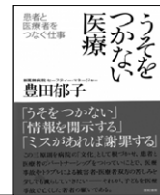


Nagoya Ekisai Hospital 2012.7.28

## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

愛知県弁護士会 主催

### 医療安全管理体制のあり方を考える ～愛知県弁護士会の調査を踏まえて～



#### 新葛飾病院 理念

やさしい医療  
嘘をつかない  
医療の提供で  
地域社会への貢献

新葛飾病院  
患者支援室 / 医療安全対策室



患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋  
理事長 豊田 郁子

平成24年7月28日



#### 息子の医療事故報道

新聞社数社に内部告発

↓  
カルテ開示

↓  
病院の不誠実な対応  
に傷つき取材を決心

## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

### 息子に起きた医療事故の背景と問題点 コミュニケーション不足が招いた死

#### ●チーム医療

- ・当直医の誤診と怠慢⇒引き継いだ看護師まで経過観察が緩慢・誰も病状の悪化に気付かなかった
- ・申し送り、経過観察においてチーム医療がなされていなかった

#### ●医師のモラル（道徳・倫理）

- ・医師に思いやりの態度と倫理観は必要不可欠
- ・担当医は、怠慢としかいいようのない患者への対応だった
- ・他科の医師やスタッフとの協力的医療、そして自らの判断能力においても欠けていた

### 当該病院との和解とその後

2004年1月、警察に被害届けを提出  
2005年9月、病院と和解  
2006年10月、当直医師の不起訴が確定

- 病院は、息子の命日(3月9日)の前後一週間を医療安全推進週間とし、毎年、医療安全研修会を実施

病院に対する気持ちの変化ー 3年後、命日での看護師の謝罪

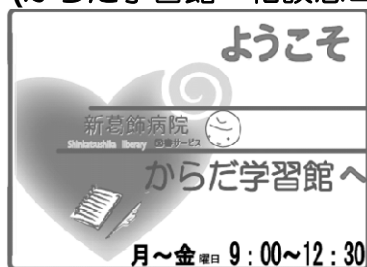
- 平成19年度(2007年)の研修会で遺族が講演  
(遺族と職員との間で、この時初めて対話が成立し、良い関係に)

## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

### 研修会を通して遺族の声を聴いた医療者の感想

1. 今回の研修を受講して、  
どのような感想を持ちましたか。
  - 体験を聴き、自分で考える、このような研修は有意義。
  - 貴重な研修で、とてもためになった。(医師)
  - 病院の内側にいて、変わらない変えられないと諦めていた自分に嫌気が差したが、まずは自ら変わりたいと思った。
  - 医療スタッフ内のコミュニケーションの大切さを痛感した。  
1人の母として豊田さんの立場に自分が立っていたら自分はどうなっていたのか、胸がはりさけそうな思いで聴いた。
  - 向き合って話し合えるようになるには、重要な課程があること、相手を受け止めなければ、心は開かれないことを再認識させてもらえた。(看護師)
  - 今までの医療安全研修では医療者側からみた視点だったので、患者側からみた研修を今後も続けて欲しい。(看護師)

### 新葛飾病院 患者支援室 院内研修会の様子 (からだ学習館・相談窓口) ・医療者間の対話を促進するための研修会



#### 向き合うことの大切さ

- 患者さんの声に耳を傾ける（聴く）
- 相手の身になって考える（想像する）
- 対話をもつよう努力する（コミュニケーション）

## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

### 新葛飾病院(131床)医療安全対策委員会

#### ●委員会メンバー

委員長（病院長）  
副院長・事務長・看護部長  
セーフティマネージャー2名

各診療科、医局・部門ごとの兼任担当者 25名  
計31名

- 委員会開催 月1回
- 院内研修会 年2回以上

### 新葛飾病院 医療安全対策委員会 ワーキンググループ管理活動

医療安全からみた自院で最も改善が必要な内容を4つに分類

#### ●患者確認班

手術室看護師長(リーダー)  
臨床工学技士  
医師  
医事課事務  
管理栄養士  
セーフティマネージャー

#### ●院内環境安全向上班

総務課事務(リーダー)  
クリニック看護師長  
臨床工学技士  
医師  
薬剤師  
セーフティマネージャー

#### ●誤嚥・窒息予防対策班

薬剤師(リーダー)  
医師  
臨床検査技師  
病棟看護師  
放射線技師

#### ●転倒・転落班

医事課事務(リーダー)  
看護師 2名  
医師  
理学療法士



## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

### 新葛飾病院 院内研修会[医療被害者家族の医療参加]

#### 医療被害者を招いて医療事故から学ぶ

平成16年度8月6日 医療安全研修セミナー

シンポジウム『医療被害から学ぶ』  
他院で医療事故被害に遭われた3家族が、  
それぞれの事故について語るシンポジウム



平成17年2月3日 医療安全研修セミナー

2) 癌の告知(説明不足による認識の違い)  
「インフォームド・コンセントについて」  
当院で、説明不足による医療事故ご家族に参加  
していただき、インフォームド・コンセントの重要性  
について勉強会を行った

弁護士の立場から「説明義務」について講演

主催: 医療安全対策委員会



### 患者支援室の役割<2006年3月設置>

#### ○目的

- 患者参加型医療の推進に伴い、患者が治療行為において医療者とかかわる過程で、必要に応じて患者と医療者の間に立ち、支援していくことを目的とする。

#### <内容>

- 医療に関する情報発信
- 患者が医療の知識を得るための支援
- 患者の自己決定への支援
- 病状や診断内容などの相談
- 苦情・クレームへの対応(病院・クリニックにご意見箱を設置)
- 解決困難な問題が発生した際の対応 等。

## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

### 患者支援員（患者相談窓口）

医療機関・病院において、あらゆる医療過程（日々の懸念から不測の事態を含む）で患者およびその家族が持つ疑問、不安、不満などについて、患者・家族が納得して医療を受けるために院内の相談窓口として常駐し、適切に対応する。

患者・家族がエンパワーされ、医療者が本来の仕事を問題なく実践できるように両者を支援する。

また、医療者と患者・家族が真摯に向き合い、当該医療者が説明責任を果たすためのより良いコミュニケーションを促進できるように支援する。



## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

### 患者家族の立場からも医療参加



- 平成19年4月～(厚生労働省)  
診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会 構成員
- 平成19年11月25日  
新葛飾病院 患者支援室 医療の質・安全学会「新しい医療のかたち」賞 受賞
- 平成20年3月8日  
架け橋～患者・家族との信頼関係をつなぐ対話研究会 設立
- 平成21年2月～(日本医療機能評価機構)  
産科医療補償制度 原因分析委員会 委員
- 平成23年8月～(厚生労働省)  
医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会 構成員
- 平成24年2月～(厚生労働省)  
医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会 構成員
- 平成24年4月5日  
患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋 設立



### 地域医療対策事業実施要綱 - 厚生労働省資料より抜粋 -

[平成21年3月27日医政発第0327039号 各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長通知]

#### (2) 院内相談員養成研修事業

日常診療の中で医師等と患者・家族が十分な対話を重ねることの重要性から、医療機関における医療従事者と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをし、話し合いを促進することで向き合える関係を築くことを支援する人材(院内相談員)の院内への配置を推進するため、院内相談員を地域において養成する研修を実施する。なお、研修の企画・実施に当たっては、以下の内容を踏まえたものとし、医療事故に遭遇した患者・家族や医療従事者の参加を得ながら行うことが望ましい。

ア 研修は、具体的な事例に基づく演習等を盛り込むなど参加型研修となるよう工夫する。

イ 研修の内容については、

(ア) 医療安全の基礎的知識に関する内容

(イ) 日常診療における患者・家族や医療従事者の立場と心情に関する内容

(ウ) 医療事故に遭遇した患者・家族や医療従事者の立場と心情に関する内容

(エ) 患者・家族と医療従事者間での信頼関係を構築するための情報共有の在り方やコミュニケーション能力の向上に関する内容

(オ) 患者・家族のより良い自己決定に資するインフォームドコンセントに関する基礎的知識に関する内容

(カ) 患者の権利擁護に関する基礎的知識に関する内容

などを踏まえた内容を企画すること。

ウ 研修実施後は、参加者の意見や反応等を把握し、その評価を行い、以後の研修の企画・運営の改善に活かすこと。

## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

### 患者サポート体制の充実

(患者サポート体制充実加算：平成24年4月～)

- 患者支援体制確保のため、患者相談窓口と各部門とが十分に連携していること。
- 各部門において、患者支援体制に係る担当者を配置していること。
- 医療安全対策加算を算定している場合は、医療安全対策委員会と十分に連携し、その状況を記録していること。

### 患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋 設立シンポジウム開催



日時：平成24年5月27日(日)14時～17時

場所：聖路加看護大学 本館講堂（東京都中央区明石町10-1）

基調講演：浅野史郎氏「自身の体験から院内患者サポートに求めるもの」

シンポジウム 「自身の立場から院内患者サポートに求めるもの」



患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋  
HP： <http://www.kakehashi-npo.com/>  
事務局：FAX：03-3697-1501

## 資料5 新葛飾病院についての報告 (豊田 郁子 氏)

### 医療事故に遭遇した 患者・家族・遺族の願い

- ・医療事故が発生した際、患者や家族は、いきなり訴訟を起こそうとは思いません。
- ・患者・家族・遺族の一番の願いは、何が起きたのかを知りたい、情報開示がなされた上での正直な話し合いです。
- ・正直な話し合いをするために、当該医療機関が事実の究明に向き合うことを望んでいます。

原因究明と再発防止を心から願っています

### 医師の医療安全管理者について（豊田の意見）

#### ①医療安全管理を担う医師に必要な教育

医師の医療安全管理者としての能力を養成するための教育としては、事例分析を通じての原因分析をさせるのがよいと考えられる。

#### ②医療安全管理者が医師であることのメリットとデメリットについて

医学の専門知識を有するという点において、医師が医療安全管理者であることにメリットがある。他方、医師が医療安全管理者になることにより、医療安全が医師の視点に偏るおそれがある。

## 医療安全管理と弁護士の役割

弁護士 成 田 清

### 1 医療安全管理室との関わり

自治体病院 8 (300～500床2病院、  
500～700床4病院、  
800～900床2病院)

民間病院 1 (800床)

大学付属病院 1 (1000床)  
の顧問弁護士として、医療安全管理室の  
相談に応じている。

## 2 医療安全管理室からの 相談業務の内容

- (1) 医療安全についての研修  
(全職員・リスクマネージャーを対象)
- (2) アクシデント発生時の対応  
(初動対応、分類、公表の要否)
- (3) アクシデントの解決までの指導

- (4) クレーマー・ネグレクト・輸血拒否事案の対応
- (5) 証拠保全に対する対応
- (6) 訴訟・調停・あっせん仲裁への対応
- (7) その他医療安全管理室の業務のバックアップ

資料6 「医療安全管理と弁護士役割」  
( 成田 清 弁護士 )

### 3 医療安全に関する 調査報告書の感想

日頃、医療安全管理室について感じていること  
と一致する点が多い。

しかし、ここ1～2年で各病院の  
医療安全管理室は充実した。

### 4 医療安全について 問題に感じていること

(1) 医療安全管理室は組織として  
活動できる規模が必要である。

自治体により、取り組みは様々である。

近時、室長を副院長兼務又は専任としているところ、  
複数の専任又は専従職員を配置する病院が多くなった。

医療安全管理室が、診療部門・看護部門・薬剤部門  
などを、医療安全の立場から統括するには、  
室長は副院長(専任・専従)であるべき。



資料6 「医療安全管理と弁護士役割」  
(成田 清 弁護士)

**[医療安全管理室体制]**

(例) 室長 副院長兼務・院長直属の専門部署

主幹 専任:事務職1名

室長補佐6名(専任:看護師1名・専任事務職1名、  
兼任:薬剤師・臨床検査技師・  
放射線科技師、理学療法士)

嘱託3名(顧問・警察OB・事務)など11名体制

独立の部屋と机あり

(例) 室長 副院長兼務(専任に近い)・  
どの局にも属さない院長直属部門

管理監(事務局長兼任)

副室長(専従:事務1名・看護師1名、  
兼任:医師1名)

副主幹(専従:臨床検査技師・衛生管理者)

室長補佐(兼務:理学療法士・リハ室長・薬剤師)  
など10名体制

独立の部屋と机あり

資料6 「医療安全管理と弁護士役割」  
(成田 清 弁護士)

(例) 室長 副院長専任

専従4名

嘱託4名

(メディエーター・相談員・警備職員)  
など9名体制

独立の部屋と机あり

(例) 大学病院

医療事故防止検討委員会

(委員長:病院長、副委員長:副病院長)

安全管理部門:医療安全管理室

室長:副院長

ジェネラルマネージャー:副室長2名(医師兼務)、  
主幹1名(専任)

リスクマネージャー:専任:看護師1名、事務職員1名

診療部門・看護部門・監理部門・中央部門:安全管理者  
(リスクマネージャー・各部門の副部長)92名

資料6 「医療安全管理と弁護士役割」  
( 成田 清 弁護士 )

(2) 医療安全管理室と各部門の  
リスクマネージャーとの関係

どうしたら、インシデント・アクシデント報告は  
医療安全管理室に上がるか。

インシデント・アクシデント報告について、  
各部門へのフィードバックはどうしたらできるか。

医療安全管理室が整備されても、  
各部門のリスクマネジメントに反映されなければ  
一方通行で終わることになる。

(3) 医療安全管理室に携わる職員の  
研修の必要性、どう育てるか。

(4) 各部門のリスクマネージャーの研修の必要性。

(5) 組織体としての安全管理体制となっているか。

資料6 「医療安全管理と弁護士役割」  
( 成田 清 弁護士 )

- (6) 専門職の自立的な活動として  
構築する必要性。
- (7) 医療事故防止への取り組み・医療安全管理  
指針のWEB掲載。
- (8) 医療安全管理室を設置していない病院、  
設置していても小規模のため  
組織化できない病院の課題。

## 5 事故調査の手法

- (1) 院内の検証・事実調査
- (2) 院内の評価(安全管理室と現場の討議・  
担当部門のリスクマネージャーの参加)
- (3) 院外の第三者が加わった  
調査委員会の設置