

# 学会 報告

## 第16回 日本医療マネジメント学会 学術総会

常任理事 医療安全・医事法制部長 水谷 匡宏

第16回日本医療マネジメント学会学術総会が6月13日、14日の2日間にわたり、岡山市コンベンションセンターをメイン会場とし開催された。今回のメインテーマは「楽しく働くために－医療の進むべき姿を求めて－」と題し全国から大勢の医療関係者が一堂に会した。全体のプログラムの内容からみても医師が直接関係するテーマが乏しいことで、会場内の参加者には医師の姿が少なく、幾分さびしさを感じたが、発表会場の雰囲気は活気に満ちており盛況であった。

この中で特に目を引いた演題を数題紹介する。第1日目のシンポジウム「自信を持って職種間協働に携わるために～メディカルスタッフに供される教育・研修システムは～」の演題では、看護師、放射線技師、薬剤師、栄養士それぞれの立場から発表が行われた。新人看護師の学習が成功するための条件には、学習者本人のモチベーション、適切な学習現場、有効な研修プログラム、熱心な指導者の4項目が必要であることを聖隷浜松病院の清水貴子氏が明らかにした。

また医療安全の領域では「医療機器、医療材料と医療安全」と題して国際医療福祉大学大学院の武藤正樹教授より発表があった。2008年の日本医療機能

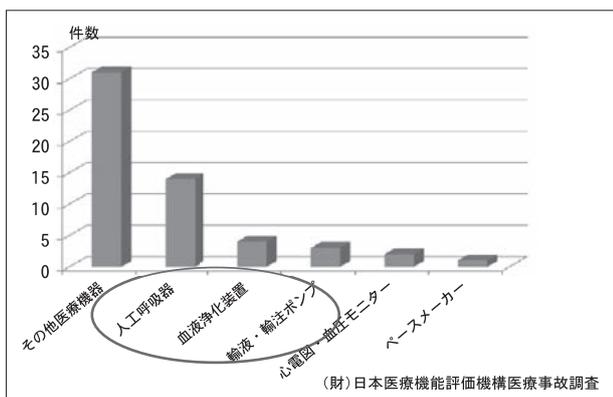


図 医療機器関連の事故件数 (2008年)

評価機構の調査では全国272施設で1,440件の医療機器、材料の事故やインシデントが報告されており、とくに医療機器関連の事故では(図)にあるように、人工呼吸器、血液浄化装置、輸液・輸注ポンプ、などの順に医療事故報告が多かった。さらに米国のMS-DRG (Medicare Severity-DRG)におけるネバーイベントリストと医療材料における関連についても言及した(表)。米国ではこのリストにある医療事故については発生報告を義務付け、この事象に関する追加的な医療費支払いは保険対象外の扱いとなる大変厳しい内容である。

◇ ◇ ◇

常任理事 医療安全・医事法制部副部長 橋本 洋一  
以下については、私から報告する。

15のシンポジウムが企画されたが、医療安全と直結した『医療事故・これからの対応』について報告する。

わが国の医療事故に対する対応は司法による責任追及があるのみで事故の調査を行う組織が機能してこなかった。公平で中立的な立場の第三者機関が医療事故の究明や再発防止を行うことが、医療事故に対する社会の信頼と理解を築くうえで重要であると日本医療安全調査機構は考えている。医療事故調査制度が来年発足の運びになる模様であるが、まだまだ数多くの課題が横たわっている。調査の実施組織である地域の体制整備は実務的なものとして重要であるが、地域の体制を組むのはブロック制か各都道府県単位なのか、中心となるのはどのような組織か、人材を集める方法、財源的な課題、対象は解剖例のみか、非解剖例も含めるか等である。

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」(モデル事業)では「従来型」と呼ばれる平成17年から実施している第三者型調査と平成23年にスタートした院内調査を支援する形の「協働型」という2種類の方法によって、約220例の調査分析を実施してきた。今回の新しい事故調査制度案は「院内調査」を主体としており、支援組織からの外部委員の参画等、後者の「協働型」調査方法に近い体制といえる。

「協働型」の経験から「医療機関は外部委員が入っ

表 ネバーイベント・リスト11項目と医療材料

・ネバーイベント・リスト	・追加項目
①術中空気塞栓	⑨手術部位感染(ある種の整形外科手術、肥満手術)
②手術時の異物残置	⑩血糖値のコントロール不良による合併症
③輸血時の血液型誤認	⑪深部静脈血栓や肺梗塞(膝関節や股関節の人工関節置換術)
④膀胱留置カテーテル由来の感染	
⑤褥瘡	
⑥中心静脈カテーテル由来の感染	
⑦縦隔炎	
⑧院内外傷(転倒・火傷など)	

た院内調査や報告書作成までの経験が少ない」ことが分かった。また、外部委員として参加する専門医も委員会での発言を躊躇する場面もみられ、「院内調査」の進め方に関する実践的な研修、さらに外部委員として参画する委員への研修が必要であることが判明した。

ポイントとなる事象とその背景・要因の客観的かつ詳細な情報収集が不可欠であり、それを基に根本原因を検討することで医療安全に資する対策を講じることが可能になり、「真実を知りたい・同じことを繰り返してほしくない」という遺族の想いに報いることができる訳で、調査においては「事実確認」が最も重要である。

一連の調査を通して学ぶことが多いが、現在、調整看護師が18名いるが、その養成に1事例を通してみる期間が必要で1年はかかる。人材の養成はシステムの構築が必要である。

厚生労働省の「医療事故調」案が本年2月に法案提出され、平成27年10月1日から施行予定になっているが、それまでの1年あまりの期間に、医療機関としての活動を岡山赤十字病院副院長で乳腺内分泌外科部長である辻尚志先生のフローチャートの内容をここで紹介したい。予期しない死亡や診療行為に関連したと思われる患者死亡が発生した場合、遺体の状態保存し、医師が死体検案をする。外表上に異常がある場合、異状死として24時間以内に警察に届ける。外表上に異常がない場合、家族への説明と同意を得て、明らかな過失・過誤がない場合、死亡診断書作成後にお見送りをする。家族の納得が得られない場合や解剖による原因究明が必要な場合、家族に第三者機関(日本医療安全調査機構)による原因究明制度について説明し、同意された場合は同機構に調査申請を行う。機構での調査を希望せず、警察への連絡を希望する場合は警察へ連絡する。同時に「警察では医学的原因究明が出来ないことや解剖後の説明が十分にされないこと、機構では原因を究明してその後、きちんと説明があること」等を説明する。明らかな過失・過誤がある場合、責任承認謝罪を行い、事態の説明責任を果たし、賠償についての

話をすすめる。

医療の良心を守る市民の会代表の永井裕之氏は公平な医療事故調を実現するための課題を6つ提示された。

- ①中立性、公平性を担保するために少なくとも3県以上のブロック単位にすること。
- ②院内事故調査委員会の委員に中立的な立場の委員を複数選任すること。
- ③第三者機関の調査権限に半公的機関としての位置付けと権限を与えること。
- ④調査範囲が事案の発生を予期しなかったものに限定しないで、合併症事案も含めたより多くの事案が報告されるべきである。
- ⑤調査費用が医療機関や一部、被害者家族に負担させていることが問題。医療安全の質の向上といった観点からみて公益性を有すると思われ、公費で賄われるべき。
- ⑥地道な取り組みが継続できるように財源確保が問題である。

事故調が国民の信頼を得るためには、医療界・医療者が調査過程で自立的・自浄性を発揮することにかかっている。

さらに次の2点が重要であると述べている。

- 1) 被害者・遺族への適時適切な情報提供を行い、事実経過を共有できるようにする。
- 2) 調査結果の報告を被害者・遺族に丁寧に説明し、納得を得られるように努力する。

シンポジウム「総合医育成」の会場をのぞいてみたが、3,800名もの参加者があったとは思えないほど人数は少なかった。参加した医師の数が少なかったせいなのかもしれない。患者の高齢化に伴って、多診療科を受診することが多くなり、ある患者について全体を把握している家庭医の後方支援ができる存在である『総合医』が必要とされる。多剤投与といった問題も改善される可能性がある。大規模な総合病院でも小規模病院でも、そういった『総合医』の存在が必要で、その育成が急務である。