

No Fault Compensation (無過失救済制度) スウェーデン

1975年 PCI(Patient Compensation Insurance)

医療関係者の任意保険

必要条件: 不適切な医療によって被った、避けられははずの損害
(医療行為の直接的な結果である可能性50%が閾値)

適応基準: 1 治療行為による損害

2 一般的な疾病に合併した不合理に重度の損害

3 誤診による損害、4 事故(転倒など)、5 感染

除外基準: 1 軽い損害

2 重度な状態に対しリスクを伴う医療を行った場合etc

13

医療事故被害防止・救済システム (加藤良夫弁護士)

医療被害防止・救済センターの設立

相談・事故報告を受け補償の判定し実行

過失ある医療者に求償をする

賠償責任保険の加入を義務付ける

一定の場合に求償の減免を認める

14

悼みを分かち合うこと、事実を伝えること、関係の修復、補償、そして赦し

長谷川 剛

自治医科大学 医療安全対策部

呼吸器外科医として、医療事故に絡んだ問題について現場の感覚で話させていただく。

精神科領域では、トラウマ、PTSD等、医療に限らず、重篤な体験をしたあとの精神問題について学問的な検討が進んでおり、治療を含めて様々な問題が考えられている。これらのことは、我々が被害者の救済問題について考えていくときの一つのヒントになるであろう。極端な例ではあるがアメリカのペンシルバニア州で、アーミッシュの小学校に乱入した男が教師と男子生徒を全部放り出し、女子生徒だけ足を縛って、後ろから処刑スタイルで撃ち殺したという非常に残酷な事件があった。私はペンシルバニア州に留学経験があり、かつていた場所の近くで起こったことだったので驚いたのだが、このような事件の被害に遭ったご家族の気持ちを考えてみるということが一つのヒントになるということだ。

小西聖子さんというトラウマを扱っている精神科の医師の講義録で、『トラウマの心理学』という本がある。その冒頭に、被害者とその家族は犯罪の被害に遭ったときから二つの時計を持つということが書かれている。一つの時計は事件から5年たっても10年たっても事件の時を指し示し、そこから全く前へ進まないのだが、もう一つの時計は容赦なく時を刻み、香典返しやあいさつもしなければならぬ。何年かたてば、引っ越しなどで生活を変えることを余儀なくされることもある。現実の時計はほかの人と変わりなく進んでいくのである。こういったことに想いを届かせることも医療事故による被害者救済を考える際のヒントになるのではないかと考えてご紹介した。

医療事故にはいろいろな分類のしかたがあるのだが、医療組織の中でその対策や対応を考えるとき、大ざっぱに言うと非常にシンプルに「エラーを管理する軸」と、個々の医師や看護師の「質を管理するという軸」、それからもう一つ、実際には紛争は医療行為自体がうまく完結していてもしばしば起こるので、そういった問題に対処する「紛争管理（コンフリクトマネジメント）」という軸がある。やはり外の社会に向けて報告するといった問題も組織として考えていくことが必要で、それぞれについて人と場所をきちんと作っていかないと、病院の安全対策はうまく機能しないのではないかと考えている。

医療の質・安全学会では、エラー管理の軸、つまり失敗が起こらないようにするという問題を扱っている。これは科学としてできる領域である。質を管理する軸では各専門学会の役割が大きいと考える。今まで日本の医学会は学術親睦会でしかなく、年に1回集まって話をしていただけだったのだが、今は非常に厳しい社会の要請の中で、例えば外科系の学会では自分たちの診療の質を問われているということで、学会を中心とした医学の質の管理が検討されている。そして、今回の学会では唯一このワークショップが、三つめの軸、つまり医療紛争にかかわる問題を扱っている。学会全体としてはどちらかというと最初の二つの問題が中心になっており、それは科学として必要な部分なのだが、現場で医療をしている医師なり看護師、あるいは患者や患者の家族にすると、三つめの問題にきちんと対応できている、解決できていることも医療をしやすく、医療にかかりやすくなるという点で重要なのではないか。

医療事故の本を読むと、医療被害者の「五つの願い」というものがよく出てくる。原状回復、真相究明、反省謝罪、再発防止、損害賠償の五つである。また、裁判になって賠償責任の問題が生じたときには過失責任を立証することが患者側に要求されるので、専門性と密室性、封建制という「三つの壁」が立ち上がる。この五つの願いと三つの壁は、言

葉が独り歩きしはじめるとそれだけでわかったような気になってしまうが、実はそこには深いいろいろな意味がある。

被害者やそのご家族は、「我々は真実を知りたいのだ。それを明らかにする手段がないから裁判をするのだ」と言われる。確かにこれまでは病院側の不誠実な対応や不十分な説明のみで裁判しかルートがなかったことは事実であろう。では訴訟をして最終的に判決が出れば、あるいは和解すれば皆さん満足するかというと、意外とそうではない。これはなぜかかというと、訴訟で明らかになるのはある法的効果を確定するために必要な事実のみで、しかも裁判とは基本的にボクシングの試合のように訴える側と訴えられている側のやり合いなので、両当事者が攻撃と防御を尽くすことが要請され、場合によっては重箱の隅をつつくような激しいかつ不毛な議論になってしまうからである。これでは、一般の人間の感覚からすると、「誠実な対応」とは全く反対のことになってしまう。したがって、裁判で本当に我々が知りたい真相が明らかになるかということ、患者や家族にとってもあまり役に立たないことが多く、我々医療者側にしても医療事故の再発防止や質の改善にはあまり役に立たないことが多い。もう少しきちんと医療の中身の問題として分析されたものであれば違おうと思うのだが、なかなかそうはなっていないのが現実なのだ。

訴訟では、個人の過失に焦点が当たる、感情的対立を逆に加速する、あまり過度に刑事の話が進むと場合によっては防御的医療が進んでしまうといったことが言われている。では、一人の医者としてどうすればよいのか、何かお互いにもう少しすっきり解決できる方法はないのか、だれかそういうことを教えてくれる人はいないのかとずっと悩んでいたところ、最近、ナンシー・ペーリンガーというアメリカの生命倫理学者の『After Harm: Medical Error and the Ethics of Forgiveness』という本を見つけた。まさに事故後、傷害のあとというタイトルである。この本の結論を言ってしまうと、医療事故後の対応として、きちんと事実を伝えなくてはいけない、適切な謝罪がないといけない、それからやはり補償がないといけない。その補償については、もちろんお金のこともあるが、それ以外に身体的あるいは精神的な問題への対応を強くとらえている。そして、最後に赦しの問題を考えないと、この問題はクリアできないだろうとしている。

実際に病院の中で事故が起こった場合、最近はなるべくきちんと説明しようという方針でやっているところがほとんどだと思う。しかし、それがなかなかうまくいかないのはなぜだろうか。患者や家族からすると、コミュニケーションが途絶するということが最もつらいことである。手術を受ける前までは毎日来ていろいろな話をしてくれ、手術前にも1時間ぐらい説明をしてくれたのに、手術中ないしは手術後にトラブルが起こったあとは、突然看護師も医者も口が重くなって話してくれなくなった、説明すると言って1回来て話したあとは何も説明がなくなるという光景がよくある。我々医療者側としてはそれでも一生懸命やっているつもりなのだが、患者やその家族はコミュニケーションが明らかに途絶していると感じて、それを非常につらく思うのである。ここには一つの大きなギャップがある。必要とされているコミュニケーションの内容自体が事故のあとは変質しているのである。したがって、今までと同じように必要なことだけを話すというスタンスでは、関係の維持ができない。コミュニケーションを継続するには、医療者側にもものすごいエネルギーとコミュニケーションに関する知識が必要なのである。

先ほど紹介があったハーバードのマニュアルでも、やはりまず謝るということになっている。この場合、口先だけで謝るのではなく、心から謝る必要があるのだが、そのためには謝ることを自分自身が納得していないとだめだと思う。これが医療事故の場合の難しいところである。例えばA型の人にB型の血を輸血してしまったというような明らかな過誤では謝るしかない話なのだが、手術の際にいろいろなことが重なって厳しい状況の中で判断したこと、自分なりにそれがベストだろうと考えて行ったことについて、しかし結果が

悪かったというだけでそれが間違っているから謝れと言われると、なかなか素直に謝れないものである。医療事故と呼ばれる事象の内容は、実はかなり複雑な問題が絡み合っている。私は「謝罪」という言葉自体への抵抗があるのではないかと、現場の人間として思っている。しかし、少なくとも病気を治そうと思った治療行為で患者に有害なことが発生したということは事実であり、患者にとってみると、幾ら合併症の説明を受けていようが、日本の医療環境は厳しいという話を聞いていようが、病気を治そうと思って入院した病院で違った障害を負うというのはつらいことである。同時に患者に少しでも良くなってもらいたいと願って努力している医療者側にとってもつらいことだ。こういった両者の痛みを共有するという感覚を持たないとこの話はうまくいかないだろう。

次に、事実を伝える（ディスクロージャー）ということが重要である。これについては、ペーリンガーも適切な説明を行うようにと書いている。やはり医療の現場で使う言葉と我々が日常に使う言葉は違うので、それを理解して説明しなくてはいけないのだが、なかなか難しい。もう一つのポイントは、決して隠さない、隠蔽を疑われるようなことはしないということである。こちらは隠していないつもりでも、何か隠しているに違いないと思われてしまうことがある。ここにもやはりある種の溝があると考えられるが、その溝を埋める手だてを考えなければならない。

有害事象発生時の説明にあるもう一つの問題は、医療者側も説明をしたいのだが、医療事故直後には分からないことが多いということである。調査してみないと分からないことや専門家の判定を仰がなければ分からないこともたくさんあって、それを現時点では不明だと言うと、不信感を持って説明を求めている人にとってはさらにその不信感を募らせてしまう結果になるというコミュニケーション・ギャップが存在するのである。

その間を埋めることが本当は双方でできればいいのだが、現状ではなかなか難しいため、間に入って適切に話を取りもつ役割のメディエーターが求められている。現場でも、やはり中間に立つ人がいないと難しいということを感じている。患者側のニーズも医療側のニーズも、真相究明や再発防止など深い意味では実はそんなに変わらないのだが、今言った溝があまりにも深く、うまくコミュニケーションができないのが実態だと思う。

補償の問題については、一律にこうだから幾らというような世界ではなく、最終的には人間が痛みから回復し、再出発することを念頭に置いた適切な補償が必須であろう。

自治医大では今、早稲田大学の紛争交渉研究所とのパイロット・スタディで、メディエーターの養成を進めようとしている。医療事故が発生した場合は時間が非常に大事で、なるべく早期に患者やその家族に対応しなければいけない。そうなるとやはり院内にメディエーターが必要だし、それでうまくいかないときに外部の協力を仰ぐということが必要になるのではないか。

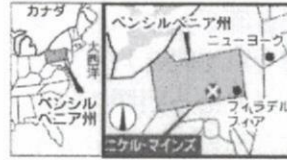
最後の赦しの問題については、こういった対応を一生懸命やって信頼関係が構築されたとして、最後に残るのは悲嘆体験、対象喪失体験からその人がいかに回復できるかどうかという問題になる。心理学ではエンパワメントと言うのだが、ものすごい心的外傷（トラウマ）によって無力化され、もう何にもできないという状況の人が、もう一回人生をやり直してみようとする力を再び得るということをどうやって支援できるか。赦しというものは、医療者側がこんなことをしたから許してくれというように対価として求めるものではない。逆に、医療事故の被害者やその家族も、ずっと恨みつらみだけで生きていくことはできないし、当然忘れることもできない。その中でどのように人間に対する信頼を取り戻し人生を生きていくかという問題が残る。残念ながら私には明確な答えはないし、ペーリンガーもはっきりとは答えていない。

冒頭に取り上げたアーミッシュの学校襲撃事件では、その後、自殺した容疑者の葬儀に被害者の家族らが参列している。容疑者の遺体は妻や子供3人が付き添う中、9年前に死

亡した娘の墓のそばに埋葬された。この事件は9年前に自分の娘が死んだことが関係しているようで、容疑者は娘の死にとらわれたと見られており、被害者の家族は容疑者の遺族に心からの赦しを表明したという。参列者はその赦しの場面に賛嘆したという。今の私は自分の娘が足を縛られて殺されたらとても許せるとは思えない。しかもアーミッシュという非常に宗教的背景のある問題ではあるが、医療事故の被害者の救済として最後の最後に考えなければいけないのは、自分の家族をひどい目に遭わせた医者なり看護師を赦せるのかという問題である。あるいは我々が加害者になったときに、その責任をどう考えるのかということでもある。被害者救済の問題は実は、医療者の「責任」をいかに考えるかということとともに、被害者自身の有り様が最後の最後に問われるのだろうと思っている。

AFTER HARM

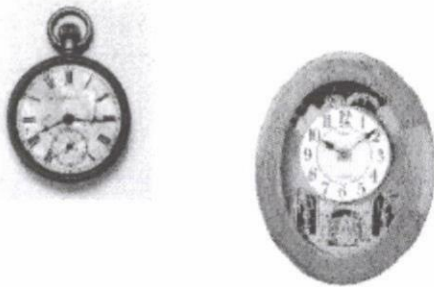
自治医科大学
長谷川剛



米小学校発砲 児童 ら4人死亡、 7人重体 男は自殺

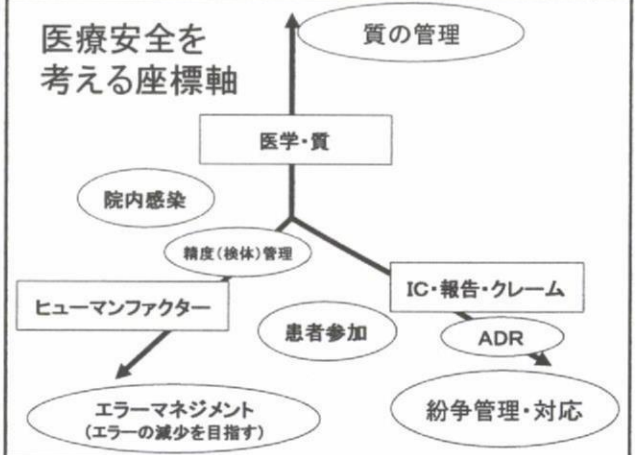
警察や目撃者の証言によると、事件時、同校では1～8年生(日本の小学生と中学生に相当)の児童・生徒26人が教室で授業を受けていた。
容疑者は小型トラックで学校に乗りつけ、複数の銃を持って教室を襲撃。男子児童・生徒や教師らを解放した後、女子児童・生徒らを入質に取り、黒板の前に並ばせ足を縛った上、至近距離から頭を撃った。

被害者は二つの時計を持つ

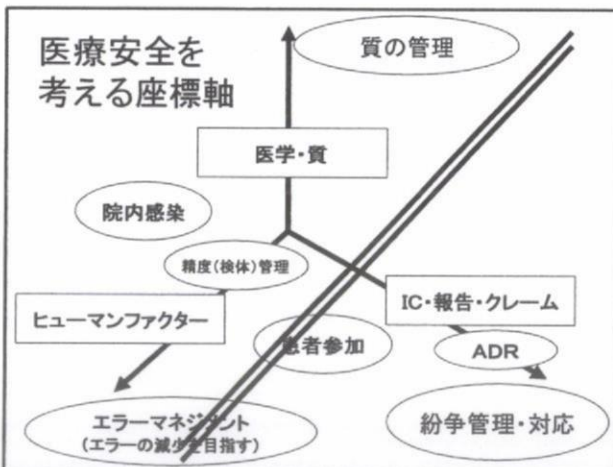


小西聖子『トラウマの心理学』NHKライブラリー

医療安全を 考える座標軸



医療安全を 考える座標軸

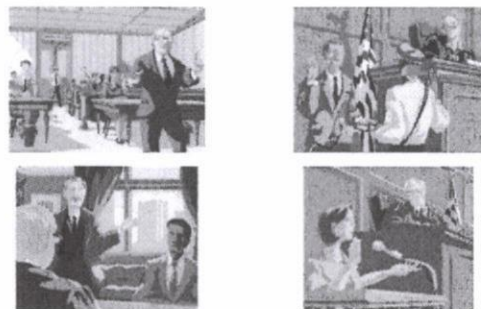


医療被害者の5つの願い

- 原状回復
- 真相究明
- 反省謝罪
- 再発防止
- 損害賠償



医療紛争・裁判



3つの壁

- 専門性の壁
- 密室性の壁
- 封建制の壁

「訴訟こそ、すべての真相を明らかにしてくれる最後の手段」

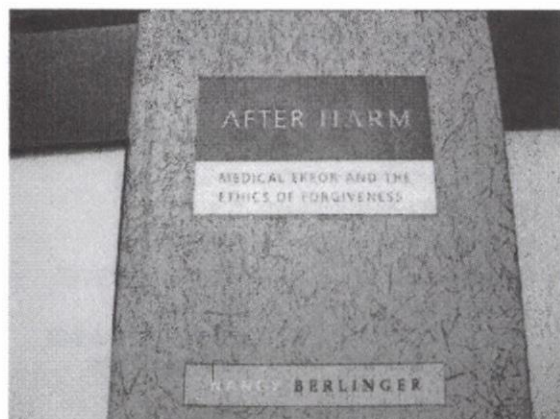
- 訴訟で明らかになるのは法的効果を確定するために必要な事実のみ
- 対審構造: 両当事者が対決的に攻撃防御を尽くすことが要請される
- 誠実な対応の対極
- 再発防止にもあまり役に立たない

医療事故訴訟の問題点

1. システム原因でなく医療者個人の過失に焦点
2. 医療者＝患者間の感情的対立を加速
3. 過失の有無と救済の連動は適切か？
4. 防御的医療や事故隠しへの影響
5. 医療者＝患者関係の貧困化
6. 特定分野の医師供給の歪み

⇒医療安全の推進につながらない
⇒医療システム全体のゆがみと患者全体の不利益
⇒被害者の満足度も低い

(早稲田大学紛争交渉研究所 和田仁孝)



After Harm – 事故後

- Disclosure – 事実を伝える
- Apology – 謝罪
- Repentance – 悔恨(悔い改め)
- Forgiveness – 赦し

有害事象発生後の対応

- コミュニケーションを継続すること
 - 患者家族にとってはコミュニケーションの途絶を感じる事が最も辛いことである。
 - コミュニケーションを継続するにはエネルギーが必要！！
 - 必要とされるコミュニケーションの内容が変化

悼みをわちあうこと

Apology

- 謝罪というより、悼み(いたみ)を共有する
 - 病気を治そうとして行った治療行為で患者に有害事象が発生するということは辛いこと(医療者側)
 - 病気を治そうと思って入院した病院で違った傷害を負うのは辛いこと(患者側)

Disclosure(事実を伝えること)

- 適切な説明を行う
 - 隠さないこと
 - 隠蔽を疑われるようなことはしない
- 問題点
 - 有害事象発生時にすべての事実がわかっているわけではない
 - 隠すつもりは無いが、はっきりしない、わからないという言葉が、逆に不信感を募らせることがある

関係の修復



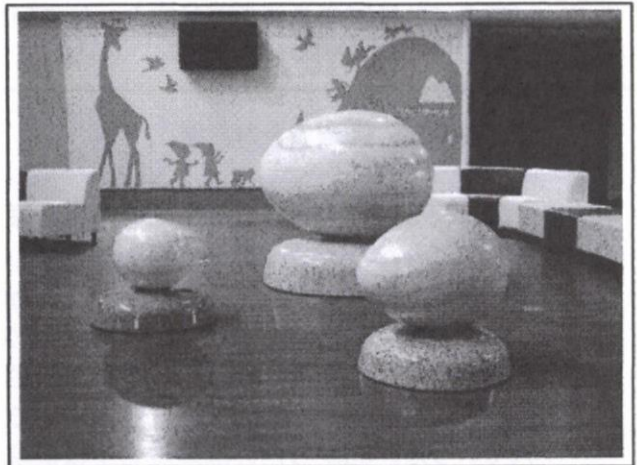
医療メデイエーション

- 対話によるコンフリクト低減と合意形成
 - ⇒ 中立的第三者のケア提供による対話促進
- 第三者機関と院内初期対応のスキル
- なぜ対話が可能で意味があるのか？

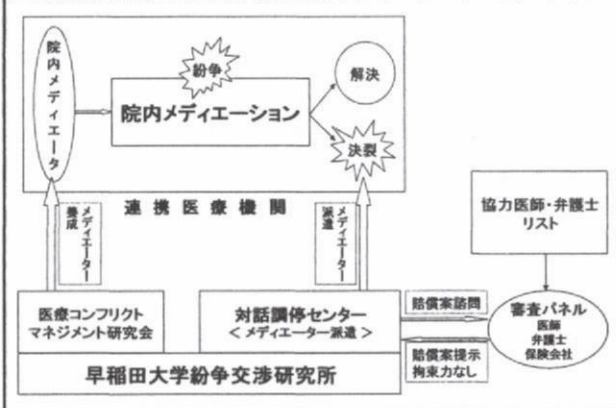
【患者側のニーズ】	【医療側のニーズ】
真相を知りたい	原因究明
二度とおこさないで	安全管理システム改善
誠意ある対応と謝罪	適切な謝罪と応答

補償

- 適切な補償は必須
- 回復、再出発のための補償



医療機関連携型ADR(対話調停センター)パイロット・プラン



これで解決するのか？

- 悲嘆体験(対象喪失体験)からの回復
- エンパワメント(Empowerment)
 - ト라우マによって無力化された人が再び生きる力を得る

Forgiveness(赦し)

- 対価として求めるものではない
- 赦すことによって立ち直れる部分がある

自殺したアーミッシュ学校襲撃犯、葬儀営まれる

2006.10.08



米ペンシルベニア州ジョージタウン——当地周辺で暮らすキリスト教プロテスタントの一派、アーミッシュの学校を襲撃し、児童5人を殺傷した後に自殺したチャールズ・カール・ロバーツ4世容疑者(32)の葬儀が7日営まれ、アーミッシュらも参列した。容疑者の遺体は妻や子ども3人が付き添うなか、9年前に死亡した娘の墓のそばに埋葬された。容疑者は娘の死にとらわれていたとみられる。葬儀の参列者75人前後の約半数はアーミッシュだった。コロラド州の消防署付き牧師ブルース・ポーター氏によると、アーミッシュらは容疑者の遺族に心からの許しを表明し、容疑者の妻も深く感動していたという。

「医療事故被害者救済の取り組み」について患者・被害者の立場から考える

豊田 郁子

新葛飾病院 医療安全対策室

私は、5歳の息子を亡くした医療事故被害者の家族である。その私自身の被害体験から感じたことがたくさんあって今の活動をしているので、簡単に息子の被害についてお話しさせていただき、今感じていることと活動内容を紹介させていただく。

息子・理貴は、2003年3月9日に亡くなった。その2日前から、息子は父親の実家に姉と初めてのお泊まりに行っていた。2日泊まって、帰ってくるはずの明け方3時半ぐらいに、息子がおなかが痛いと言っていて泣き叫んでいるという電話が入り、迎えに行き、すぐ病院へ連れていった。向かったのは地域の中核病院で、そこに2度受診して入院までしたのだが、医師が病室に一度も来ないままショック状態になり、鼻や口から多量に吐血をして、理貴は亡くなっている。腹痛を訴えてから11時間後のことだった。

非常に短い間に亡くなったので、病院は警察に届け出をした。事件性はないと何度も警察から言われたが、家族はそれはおかしいと思ったので解剖を希望し、行政解剖になった。その結果分かったのは息子の病名である。絞扼性イレウスで腸が2か所ねじれていて、緊急手術をしないと助からないという病気だった。

行政解剖の結果は40日かかると言われたが、解剖の結果と病院が説明してくれることは全く別の問題だと思っていたので、家族としてはいつ病院は説明してくれるのかと待っていた。しかし、1か月過ぎても病院からは何の連絡もない。私はやはり事実を知りたいと思い、カルテ開示をしてもらって説明を求めようと考えた。そう考えていた矢先に、突然、新聞社数社から連絡が入り、内部告発文書が届いていることを知らされた。そのときに私が思ったのは、やはりそうだったのかということである。同時に、内部の人が告発するほどひどい状況だったのかと、本当にやり切れない思いでいっぱいになった。

それでも、私たちは病院が心から謝罪してくれることをいちばんに望んでいた。事実を明らかにしてきちんと対応してくれれば騒ぎ立てるのはやめようと思い、記者にもそのように話して、予定どおりカルテ開示の申し出をした。ところが、実際に受けたカルテ開示の説明は、私たち遺族からすれば全くと言っていいほど誠意がないものだった。そのままにしてしまおうとする病院に対して、私は初めて絶対に許せないという気持ちになり、取材を受ける決心をしている。そして、息子の死から3か月近くたった6月1日日曜日の朝刊に、その記事が載った。

このころの私は、病院を責め続けていただけではなく、息子を救えなかった母親としての自分自身をずっと責め続けていた。理貴には3歳上の姉がいるのだが、娘のことを全く考えてあげることができない状態で、自分の子供は理貴だけだという精神状態になってしまっていた。そういう状況では、周りの友人や親戚、家族とのコミュニケーションも取れず、家族の心はどんどんばらばらになっていってしまった。そして、だれにも話せない状況に陥り、知らず知らずのうちに私はマスコミだけに救いを求めるようになっていった。それが異常なことだとは分かっていたのだが、被害者の心のケアをしてくれる場所がどこにもないために、私自身も気持ちをコントロールすることができなかったのである。

その後、ほかの医療被害者家族のかたに声をかけていただくなど、本当にさまざまな出会いがあった。私は有資格者ではないが、20年近く医療事務の仕事をしていたので、医療従事者の友達がたくさんいて、心ある医療者との出会いもあり、時間の経過とともにいつしか私の気持ちは変化していった。最初は息子さえ帰ってきてくれればそれでいい、息子

のこと以外は考えられないというところから、こんな思いはだれにもしてもらいたくない、それは患者側だけではなく、被害が増えるということは加害者も増えていってしまうということだから、医療者にもそういう思いはしてもらいたくないということを心から願えるようになって、そういうかたたちと一緒に活動を始めたのである。

その中で新葛飾病院の院長と出会い、現在は新葛飾病院医療安全対策室のスタッフとして勤務し、更に被害者としても医療機関や医学部、看護学校等で講演活動をしている。新葛飾病院の清水院長とは、地域の活動を始めようという話でスタートしたのだが、患者の視点を持った病院の職員になってほしいと言われ、おととしの10月から職業として医療安全業務に携わるようになった。被害者家族である私がセーフティマネージャーという任務を引き受けた理由を一言でいうと、医療者のことをもっと知りたいと思ったからである。医学的知識に乏しい私がこんな大変な業務をそう簡単に担えるはずがないことは十分に分かっていし、いろいろな活動の中で患者と医療者の溝が簡単に埋まらないことも十分に分かっていた。それでも、対立していても何も解決しない、何も変わらないので、まずは相手の立場を知ることから始めたいと思ったのである。

患者の視点で医療安全に取り組んでほしいということで採用された私は、昨年5月に患者図書室である「からだ学習館」と患者相談窓口を院内に設置し、病院内の苦情やクレーム、医療トラブル後の相談を担当している。具体的に患者さんやその家族からお話を伺うことで、改めて医療者と患者の意識の差を強く感じているところだ。

息子のことに戻ると、内部告発文書を読んだときには、告発した人がこれだけ危険を冒してまで伝えたかったことは一体何だったのかと思った。いまだにそれは分からない部分ではあるのだが、遺族ではなくメディアである新聞社に送るということは、ある程度それを公にしてもらいたいということである。それから、病院内部の当事者たちの本当の気持ちも知りたいと思った。告発文書を書いた人は一人二人だが、実際には関係者はたくさんいたので、当事者の人たちはどんな気持ちでいるのか、告発した人も含めて、本当のことを伝えたいと思っている人や、被害者と真剣に向き合いたいと思っている人は実際にいるのではないのか。その場合、病院は隠そうとしているのだから、組織から非難され続けているのではないのか、その人たちは大丈夫なのかと思った。本当は人のことを考えられるような精神状態ではなかったのだが、なぜかこの告発文書を読んだときにはそのかたたちを心から心配した。被害者は患者だけではなく、医療者の中にも大きなダメージを受けている人がいるのではないのか、それでは何も解決していかないのではないかと感じながらも、ずっと私は病院を恨み続けてきたのである。

被害に遭った病院とは、実は昨年9月に和解をしている。それにはいろいろと理由があったのだが、まず、病院では今、息子の命日に毎年院内研修会を実施してくれている。病院に対する気持ちの変化があった理由として、今年の命日にあったある出来事を少しだけ紹介する。昨年から病院の職員のかたたちが息子のお墓参りに来られるようになったのだが、私には形ばかりにしか見えなかった。事故直後から職員の異動が激しく、当時の関係者がどんどんいなくなってしまう中で、私はだれを憎んでいいのか、何をどうしたらいいのか分からなくなっていた。しかし、中には病院が変わらなくてはいけないということで私にアプローチし続けてくれている人もいて、そのことは私の頭の中に常にあった。そんな中で、今年の命日にお墓参りに行ったところ、息子のお墓にたくさんの花が供えられていて、すぐに病院の人たちだと分かった。私はそのとき、とっさにお墓から歩いて5分の病院に駆け込んでいった。それまではお互いの代理人弁護士を通じてしか話し合いを行っていなかったのだが、無我夢中で病院に駆け込んでいったのである。出てこられた医事課長のかたと少し話して、時間がないのですぐ帰らなくてはいけないということで席を立ててドアを開けたところ、目の前に当時救急外来の当直をしていた看護師の一人が立ってい

た。彼女は私に、この3年間お母さんがどんなにつらい気持ちで過ごされていたか、ずっとおわびをしたかったと、声を詰まらせて泣きながら謝罪されたのである。私はそのかたの言葉にうそはないと信じている。私は救急外来の看護師さんたちにはよくやっていただいたと思っていると伝えたのだが、そのかたは「いや、あれだけ救急外来で危機感を感じていたのに、それを引き継げなかった責任は重い」と言われた。私はその言葉を聞いて、改めて隠し続けてきた病院という組織と、事故の当事者たちの気持ち、認識は違うのだということを感じた。そして、双方の心の傷が深くなる前に、もっと早くそれを知りたかったと強く思い、医療事故発生後の医療機関の対応について深く考えさせられた。

被害者は、被害を二重にも三重にも受けたと感じてしまっている。実際に私もそう感じているし、ほとんどの被害者がそう思っている。そして、救済されていないと思っている。先ほどから紹介されている裁判外の紛争解決については、私もぜひそういう形で取り組んでいかななくてはいけないのではないかと強く思っているのだが、実際には患者や被害者からすると、ADRや第三者機関、無過失補償は病院側の言い訳に使われているのではないか、形だけではないかという不安と不信感でいっぱいになっているという現状があることを、皆さんには知っていただきたい。

それから、被害者は何重にも傷を負ってしまうので、傷がそれ以上に深くない、被害者が望む救済とはどんなことなのか、ぜひ皆さんと一緒に考えていきたいと思っている。やはり私は医療事故の当事者どうしが相手を知ろうというプロセスがいちばん大切ではないかと思っている。

先ほど稲葉さんからご紹介のあった新葛飾病院のADR研修では、稲葉さんに司会進行役をしていただき、20人程度でいろいろなディスカッションを行っている。ここでは、ある程度指導して答えを教えたいと思って参加している職員が多く、最初は「稲葉さんは答えを出してくれない」と言われたのだが、そうではなく、私は答えはないと思っている。事故のケースもそれぞれ違うので、やはりそれは自分たちで考えていかななくてはいけない。そういう意味で、既存のものではなく、新しい取り組みを作っていける人たちが参加するべきだと思っている。

医療の質・安全学会 第1回学術集会 ワークショップ

医療事故被害者救済の取組み - 被害者とは誰か、救済とは何か、
今取組まなければならないことは何か

—患者・被害者の立場から—



新葛飾病院
医療安全対策室

豊田 郁子

平成18年11月23日

発病・受診

2003年3月9日の明け方、息子・理貴が
強い腹痛を訴えた為、小児救急外来を受診

入院

そのまま入院 病室に11時に移動
病棟スタッフに危機感が感じられず

急死

入院から2時間半後
病室に医師が一度も来ないまま、理貴は
黒茶色のものを多量に嘔吐し、心肺停止
16時03分死亡、ショック死

医師と病院の不誠意

理貴の死亡から1ヶ月後、説明も連絡も
ない病院に対し、カルテ開示を申し出る

内部告発

カルテ開示の申し出をしようとした頃、
「息子さんの死はミスによるもの」と
いう匿名の文書が新聞社数社に届いて
いたことを知る
「やっぱり」...例えようのない衝撃...
内部の人達が告発するほどひどい状況
だったのかと思うとやりきれなかった

マスコミ報道

病院の不誠実な対応に傷つき、
取材を受けることを決心

「状況報告書」

看護師 顔色が悪くおなかもふくれている。
待てそうもないのですが。
当直医 なに考えてる。待たせておいて
病棟処置中だと言ってます。
3分後再び電話。
看護師 すぐに診ていただけませんか。
当直医 いいから待たせておいて
さらに10分後。
当直医 いま調洗ってるから



医療被害者としての活動

再発防止を願い、2003年12月より
医療被害者家族として医療機関・医学部
看護大学などで医療事故に関する講演活動や小児医療
を支援する活動を開始。

医療従事者としての活動

活動のなかで、新葛飾病院院長と出会い、2004年
10月より新葛飾病院医療安全対策室に勤務。
安全対策と同時に「医療事故被害者救済の取り組み」
を病院内で実践するための活動も開始。

患者支援室

からだ学習館（患者図書室・相談窓口）設置

相談窓口設置場所

管理棟1階：からだ学習館内

医療相談員構成メンバー

看護師、社会福祉士

（病状や診断内容など）

予約相談 毎週月曜日午前9時～13時

セーフティーマネージャー

（システムや苦情）

相談受付 月曜～金曜まで（祝日を除く）



ワークショップ 4

特別発言

埴岡 健一

「日経メディカル」編集委員、東京大学医療政策人材養成講座 特任助教授

患者とジャーナリストの視点からお話ししたい。一般から見れば、医療の安全と質に関して、それを「完全に保証してほしい」、あるいは「医師や医療機関を選べるようになりたい」という要望がある。先ほどから病院格差の話が出ているが、自分や家族が病院に行くとしたら、「大丈夫なところで診てほしい」、あるいは「病院を選べるようにしたい」というのが一般の人の切実な思いだろう。

また、医療の質や安全に関して、「プロの医療者に、問題点も教えてほしい」という気がするだろう。「悪い医師や施設は取り締まってほしい」という気もあるだろう。また、「もし間違えたり失敗したら、謝ってほしい」という気持ちもある。さらに、「頑張っているところは応援したい」という気持ちがするのではないか。また、医療改革に関してはよく「総論賛成・各論反対」になるが、「自分への痛みも含めて、改革プランを示してほしい」と見られているのではないだろうか。

最近の言葉で「立ち去り型サボタージュ」という言葉がある。「立ち去らないでほしい」、「ぜひここで踏みとどまって参加型コミットメントをしていただきたい」という気持ちで一杯だ。

私は去年、およそ2か月間アメリカを取材し、アメリカの医療界を様々な側面から見てきた。アメリカは無保険者が多数いるなどの問題もあるが、医療の質や安全については体制がしっかりしていると思った。専門性が確立しており、医療の質の確保・向上にいろいろな手だてが打たれている。医療者への教育もしっかりしている。学ぶべきものは多い。

そんな中で、例えばIOM（米国医学研究所）という学術団体では、医療界の重鎮などがあえて医療に関しての問題点を指摘し、大胆な改革案を提言している。日本では偉くなればなるほど、学会などの重みを抱えて発言の歯切れが悪くなるが、ずいぶん違うと思った。また、専門医制度の仕組みに関しては、医師会が非常に大きな役割を果たしていると同時に、専門医の協会が威厳をもった活動をしている。また、その裏打ちとして、厳しい教育制度によって、医師をきっちりと育てあげていくという仕組みになっている。これは試験だけ厳しくするのではなく、もともと生涯教育を前提に、専門医の数を抑えて質を確保する仕組みになっているのだ。

また、例えば、外科学会ではがん登録を実施し、臨床指標を測って自分たちをモニターするなど、自らを律する活動を古くからしている。外科学会は、がん病院の認定制度も運営しており、新規認定数と同じぐらいの50施設ぐらいが毎年、認定施設から落ちていくようになっている。つまり、施設の努力を引き出すようにしていた。全体に非常に自らを厳しく律しているという感じがする。また、臨床指標の施設間比較であるベンチマーク事業として、外科学会等では術後30日の死亡率などを長年モニターしており、それを見て自分たちで改善を達成しようとしている。

一昨年くらいから、アメリカでは「もう医療の安全に関する議論の時期は終わった、よいとわかったことを実行する実践の時代になった」というムードが広まっている。今、この医療の質・安全学会のホームページにはドナルド・バーウィックさんからのメッセージ・ビデオが載っている。彼が「医療現場でこれを実践すれば安全になって人の命が救える」という運動をリードしている。「10万人救済キャンペーン」が何か月前に終わったところだが、見事に予定通り10万人の医療死削減を達成した。しかも、アメリカの3000病

院以上という、ベッド数で過半数を優に超える病院がこの運動に参加している。私が訪問した病院でも一生懸命にやっていた。医療界、病院協会、医師会、いろいろなセクターが参加し、アメリカを挙げてやっている形である。

先ほど藤村先生が示された周産期の超低体重児死亡率のデータを見ても、どうしてこんなに成績にばらつきがあるのかという思いを抑えられない。こういう状況の中では、自分の家族が超低体重児を出産するときには、病院を選びたくなるのが自然な考えだろう。また、こういうデータを出していない学会がたくさんある中で、こういうものを出していただくことは本当にありがたいことだ。こうしたベンチマーキングによって成績が悪いとみられる施設が発見された場合は、ぜひサイトビジットすなわち施設訪問をして、その原因などを見つけてほしい。そして、次の願いは、全体の成績動向や施設別の成績を公表していただきたいということである。

高本先生からは、アメリカがやっているのと同様な、症例リスク調整済死亡率による施設別成績の動向に関するデータも出された。ここでも施設成績に大きなばらつきがあることが分かった。日本でも、施設別成績を公表していただいて、成績が悪い施設の名前が分かるようにしていただきたい。また、表面に表れた成績が悪くとも、統計学的には確実に悪いとは言えないという状況は、施設当たりの症例数が少ないから起こるので、統計学的に有意な分析ができるだけの症例数を確保できるよう、施設の集約を進めていただきたい。

アメリカで専門医協会のプレジデントに会ったが、彼は「社会を見て学会は歩いている」とおっしゃっていた。「社会との契約をどれだけ守るかが大事で、それを守ったときにはプロと認められるが、それを怠ればそうとは見なされなくなるのだ」ともおっしゃった。学会、医療界は通常は患者さんとのつきあいの中にいるが、社会とも向き合っている。欧米社会では、それは「神」という言葉で表されるかもしれない。プロフェッショナルリズムのプロフェスという言葉にもともとそういう宣誓するといった意味が含まれているのかもしれない。一方で日本の場合は学会の定款などを見ても、社会に関することが弱い側面がある。

今、患者さんが情報を持って目覚めてくる中で、患者さんの社会への声が大きくなって、社会からの眼差しが厳しくなるということで、医療界は受け身になりがちかもしれない。しかし、ここでぜひ、自律的なプロフェッショナルリズムを強化していただきたい。情報公開によって説明性を高め、社会から規制強化をされる前に、逆に自主的な規律強化のプランを提示し、自分たちで仲間を律していく。それによって医療界・患者・社会というきれいな三角形の関係を再回復していただきたい。

医療界では、自分たちの労働環境が苦しいということで、どうしても医療資源を拡大してほしいということばかり言いがちになるが、それとパッケージで、現に医療事故死が多いこと、医療の質が完璧でなくばらつきがあることもおっしゃってほしい。そして、その質を上げるためにはどの程度の資源が必要なのだということを示していただくと、社会も支持できるようになる。

がんの領域ではがん対策基本法ができたが、同じように緊急性の高いものとして、「医療の質と安全に関する基本法」のようなものが必要だ。米英などではもっと国全体として取り組んでいる。医療の質と安全に関して政府の司令塔となる機関が欲しい。そういう本部ができて、そのもとで研究もどンドンやっていくことが必要だ。

今日は幾つかベンチマークをやっている学会の話が出てきているが、すべての臨床系の学会でこうしたことが当然になればいい。ぜひ有識者や、いろいろなステークホルダーに集まっていただき、そういうものがどうすれば描けるかを考えていただく。そして市民に説明していただく。そして、市民の皆さんが行政や国政に働きかけて、そのための法律を作って、専門機関を作ってやっていくということが大事である。つまり、がん対策法で起こっ

たことと同じようなことを、医療の質と安全の問題でも繰り返すことが重要ではないかということだ。

IOMのレポートでは年間4万人あるいは9万人ともいわれる人が医療事故で亡くなっているとされたが、日本でも何万人かの命が医療が原因で失われている。先ほど具体的に藤村先生が、成績の悪い施設で行われた医療が成績の良い医療機関で行われていれば169人の命が救われたはずとおっしゃった。救えるはずの命を救う。ぜひその最終目的を考えて、いろいろなセクターが結集していくようになっていただきたい。

医療の質・安全の取り組みの現在 ～プロフェッションと学会の取り組み～ 患者とジャーナリストの視点から

2006年11月23日
医療の質・安全学会 第1回学術集会 ワークショップ4
東京大学 医療政策人材養成講座 特別任助教 埴岡健一

プロフェッショナリズム発揮に必要な要素

米国では 組織型リーダー + 個人型リーダー がうまく機能

プロフェッショナル主導の医療改革～米国の事例より
東京大学医療政策人材養成講座 埴岡健一、吉田真季 一部改変

学術団体の事例： 学術的提言機能 ～Institute of Medicine (IOM)

- The National Academies of the 医療専門部会
- 医療安全に関する提言例
- 学術団体として広範な分野をカバーし、毎年数十本の報告書を発表
 - 全ての報告書は厳密なピアレビューを経て発行される
- IOM「ヘルスケアサービス委員会」報告書の例
 - 時系列で継続的に提言を求め、理論(提言)から実践への流れを形成
 - 医療政策に携わる各ステークホルダーに実証的エビデンス

医療事故の客観的実態把握 → 医療安全の実現に向けたロードマップ提示 → 医療現場の環境改善による安全性向上 → 医療の質・安全性に関する標準データ整備

プロフェッショナル主導の医療改革～米国の事例より
東京大学医療政策人材養成講座 埴岡健一、吉田真季
link: <http://www.nap.edu/>

職能団体の事例： 専門医制度を支える仕組み ～American Board of Medical Specialties (ABMS)

数のコントロールにより、質のハードルを高める仕組み

- ABMSはPrimary Board(基本的専門医)の組織を増やさない方針を厳守
- Special Qualification(サブスペシャルティ資格)取得においても、ACGMEと各専門学会が定員を厳しく制約。例:小児科では全米+カナダで34名のみ
- 専門医の質は、事後研修 + 生涯教育により担保されている

日本で類似の役割を担い得るのは... 日本医学会? 日本専門医認定機構?

source: 日本医師会学術政策委員会「数」が関心する専門医のあり方(報告書) など

プロフェッショナル主導の医療改革～米国の事例より
東京大学医療政策人材養成講座 埴岡健一、吉田真季

専門学会の事例： 学会主導の医療の質改善 ～米国外科学会 がん部会 (COCC)

がん部会 Commission of Cancer の代表的プログラム2例

- がん登録プロジェクト National Cancer Database (NCDB)
 - 1986年開始、2002年現在で全がん患者の75%をカバー
 - がん領域別に、質の向上委員会を設置
 - 多数のプロジェクトが誕生(例:ベンチマーク事業)
- がん病院認定 Approved Cancer Program
 - 認定病院のうち、特に優れた施設を表彰
 - 3年毎に認定を行い、現在1,400余りの施設を認定済(新たながん患者の80%をカバー)
 - 新規認定と同程度の認定削除、準認定も多数

学会主導でプロジェクトを継続し、長期にわたり、信頼性の高いデータ蓄積 → デファクトスタンダード化(政府は後追い)

日本で類似の役割を担い得るのは... がん情報センター? 日本外科学会? 医療の質・安全学会?

link: <http://www.facs.org/>

プロフェッショナル主導の医療改革～米国の事例より
東京大学医療政策人材養成講座 埴岡健一、吉田真季

専門学会の事例： 学会主導の医療の質改善 ～米国外科学会 NSQIP

政府のプロジェクトに学会が乗り入れ、深化させた事例

- 1980年代に退伍軍人病院(133施設)で外科医療の質向上を目指した取り組みが先陣
- 1994年にリスク調整済アウトカムレポートを確立
- 1999-2000年に民間病院への拡張に着手
- 2001年にAQS(米国外科学会)が参入し、プログラムを更に拡張

ベンチマーキングと改善活動により...

- 術後死亡率: 27%低下
- 術後罹患率: 45%低下
- 術後入院日数中央値: 9日→4日に短縮
- 患者満足度向上

link: <https://acsnsqip.org/login/default.aspx>

ACS NSQIPの概要 (年間参加費用: \$35,000)

- オンラインでのデータ解析とベンチマークレポート提供
- 半期毎のリスク調整済アウトカムレポート提供
- 随時、特設分析レポート提供
- データ取組スタッフ向け研修プログラム提供
- 看護職等への研修プログラム提供
- 現場改善のためのソフトウェア提供

日本で類似の役割を担い得るのは... 日本外科学会? 日本医療機能評価機構? 医療の質・安全学会?

プロフェッショナル主導の医療改革～米国の事例より
東京大学医療政策人材養成講座 埴岡健一、吉田真季

個人型リーダーの事例：

現場主導の医療の質改善 ~Institute for Healthcare Improvement

- > TQM(経営管理思想)を取り入れ、医療現場改革キャンペーンを展開
- > 10万人医療死削減キャンペーン
- > わかりやすい数値目標を掲げ、カウントダウンによりムード醸成
- > 3,000病院が参加、全米の病床50%以上をカバー



日本で類似の役割を担い得るのは・・・
病院管理学会？
日本病院協会？
医療の質・安全学会？

「10万人医療死削減キャンペーン」の目標


対象	死亡削減人数
▶ 院内感染対策チーム設置	60,000
▶ 集中治療室人工呼吸器関連感染対策	10,000
▶ 急性心不全患者に対する(アスピリン&βブロッカー処方)	10,000
▶ 中心静脈カテーテル感染予防(手洗い、消毒観察)	10,000
▶ 術前管理(抗菌薬処方、血糖値管理徹底)	8,000
▶ 投薬ミス防止(処方薬数合わせチェック徹底)	2,000
合計	100,000

共著：IHI, Institute for Healthcare Improvement)
プロフェッショナル主導の医療改革～米国の事例より
東京大学医療政策人材養成講座 埴岡 健一、吉田 真幸

link: <http://www.ihl.org/ihl>

日本の医療界への期待は？

リーダーシップ発揮に向けて、何をすべきか・・・？



専門性の確立
専門医としての教育・研修
リーダーシップ教育
各種データ・指標
専門職としての発言(ルート・コネクション)
ピアレビュー実施
組織型リーダー
個人型リーダー
医療の質確保・向上

プロフェッショナル主導の医療改革～米国の事例より
東京大学医療政策人材養成講座 埴岡 健一、吉田 真幸

