

医療安全活動における病理医師の役割と意義～自院での取組と全国アンケート実施を前提としての日本病理学会北海道支部でのアンケート実施の結果～

1) 近江八幡市立総合医療センター病理診断科・京都府立医科大学細胞分子機能病理学 細川洋平

2) 北海道大学大学院医学研究科探索病理 西原広史

1. はじめに

平成 10 年に発生した患者取り違え事例以降に多発した医療事故を受けて、平成 12 年には厚生労働省に医療安全推進室が設置された。平成 17 年以降、医療安全関連の学会が設立され、医療現場からも自立的な力強い運動が始まった。平成 19 年及び平成 26 年には医療法改正が実施され、平成 27 年の医療事故調査制度施行（文献 1、2）と、国としても医療現場としても医療安全確保について誠実に取り組んできたところである。

さて、日々、医療現場で発生する重大な有害事象には医師が関わることが多く、その評価も医師でなければ困難なことが多い。院長直轄の医療安全管理部門が整備され、専任リスクマネージャーが活動しているが、医師への介入は今なお医師でなければ困難なことが少なくない。このような状況下で、質の高い医療を安全に提供することを目的として、医療安全推進活動における医師の役割を高め、事例検討の人材育成をも目指した新しい組織づくりを試みたが、時を同じくして、国内でも同様の機運が高まっており、厚生労働省科学研究、平成 27 年度及び平成 28 年度地域医療基盤開発推進研究事業補助金「医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究」（研究代表者：名古屋大学附属病院医療の質・安全管理部、長尾能雅教授）に班員として活動する機会を与えられたので、その

活動を振り返り報告したい。

2. 近江八幡市立総合医療センターにおける、医療安全活動において医師の参加を促し、役割を高める取り組み

1) 近江八幡市立総合医療センターにおける医療安全管理体制

当院医療安全管理体制は院長をトップに置き、主たる管理職者から構成された医療安全管理委員会、各部署を代表する職員で構成されるセーフティマネージャー部会、そして、サーベイヤー会議の 3 つから構成され、医療安全管理室は会議開催調整、情報収集・管理を掌っている（図 1）。平成 26 年 4 月以降、この体制としている。

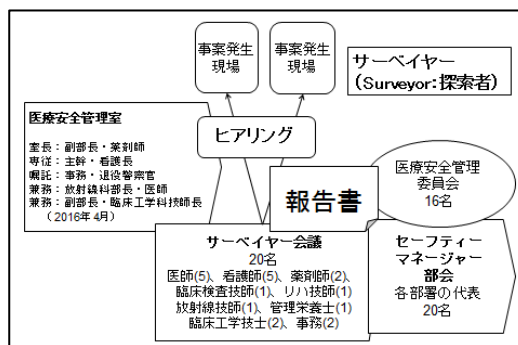


図1 当院医療安全管理体制(平成 28 年 4 月)

2) 事例検討の場としての根本原因分析（RCA : Root cause analysis）会議設立
振り返ると、平成 25 年以前はインシデント・アクシデント事例を詳細に検討する環境が必ずしも整っていた訳ではなく、看護師 1 名が専任リスクマネージャーを務める医療安全管理室（室長、副院長）の判断により医療安全管理委員会、セーフティマ

ネージャー部会に事案が提起され、議論をしていたが、看護部の無記名ヒヤリ・ハット報告事例の中にレベル 3b 事例が含まれていたことを契機として、平成 23 年 1 月、インシデント・アクシデント事例の振り返りを目的として根本原因分析 (RCA : Root cause analysis) 会議を立ち上げた。毎週木曜日の午前 11 時～12 時の 1 時間、数例について検討を重ねていたところ、保健所の定期監査では高く評価されたものの、事例の当事者、とくに医師への面談を深めることが必ずしも容易ではなかった。

3) サーベイヤー会議の設立

平成 26 年 4 月、前述の RCA 会議を発展的に解消し、3 分の 1 はセーフティマネージャー部会委員を兼任し、医師委員を 3 分の 1 に増やした新たな取り組みとしてサーベイヤー会議を設立した (図 1)。「サーベイヤー」とは「探索者」を意味し、インシデ

ント、アクシデント発生後可及的速やかに当事者職員 2、3 人との面談を、予めグループ分けした 2～4 人の委員で構成されたチームで実施し、その結果を毎月 1 回定期的に開催するサーベイヤー会議で報告、議論した。話し合いの結果を当事者にも還元しつつ、サーベイヤー会議通信 (図 2) としてまとめ、院内に周知するように努めた。当初、多忙な医師を委員として増やすことに否定的な意見もあったが、医師への面談に医師の関与を確実にするとともに、面談する側とされる側を経験する医師を増やし、医療安全活動における医師の役割を高め、広め、深めることを主眼とした。

平成 26 年 4 月～28 年 3 月の 2 年間の取り組みの要約を表 1 に示した。

表 1 サーベイヤー会議の立ち上げの 2 年間の活動の要約

運営年度	平成26年度	平成27年度
会議開催回数	11回	11回
1回当り会議時間	1時間	1時間
委員数 (医師委員数)	21名 (7名)	23名 (7名)
参加率 (医師参加率)	74.9% (68.5%)	80.4% (68.8%)
検出事例数	10例	10例
サーベイヤー会議 通信発行回数	3回	2回

平成 28 年 2 月 12 日
発行 サーベイヤー会議

サーベイヤー会議通信 第 4 号

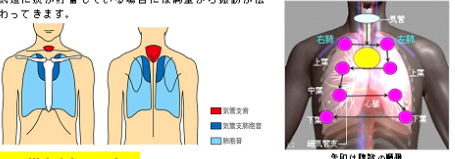
◆早期に痰詰まりを察知するために◆

平成 27 年 11 月 29 日、院内で痰塊による窒息死亡事例があり、本年 1 月 19 日のサーベイヤー会議で事例の検証と課題について討議しました。

呼吸音の聴診は、肺に起こっている現象をリアルタイムに把握することができ、換気状態や気道の状態 (痰の貯留や閉塞等) の確認に有効です。

1 肺野をきちんと理解する
体表面から上葉・中葉・西区・下葉のおおよその位置を把握できるようにしておきましょう。

2 聴診で痰の位置を把握する
聴診の際には、手のひら全体で左右の胸野をしっかりと押さえます。気道に痰が貯留している場合には胸壁から振動が伝わってきます。



3 正常音を知っておく
聴診器で上から下に向かって、頭部・前胸部・側部・背部の順に左右を比較しながら、音が聞こえる場所、音の強さ・音の性状を聴いていきます。同一部位で最低 2 呼吸分を聴取します。

4 副雑音で痰の性状を予測する
* グルーといういびきに似た音が胸部気管支から胸骨部周辺で聞こえる場合
中絶に近い気管に粘膜炎の高い痰が存在します。
* フクフクという水溜りのような音が胸野全体で聞こえる場合
気管支に粘性の低い痰が存在します。

聴診や聴診をして痰の貯留を確認したからといって、全ての痰が吸引できるわけではありません。吸引できる範囲は限られていて、主気管支の先や肺の末端に貯留している痰は、吸引によっても除去することはできません。

★痰の量や性状など変化があれば主治医に報告して早めに対応していきましょう。

※参考: <http://www.seika.jp/keatsite/jp020>

図 2 サーベイヤー会議通信

4) 病理解剖実施状況と臨床病理検討会 (CPC) の運営について

当院は病床 407 床の DPC3 群病院であるが、平成 18 年～平成 27 年の 10 年間における年平均病理解剖数は 6 例であった。平成 28 年 1 月～12 月における病理解剖実施数は 13 例で、原則、職員の見学は自由としている。求めに応じて実習看護学生の見学も受け入れてきた。平成 28 年 1 月～12 月現在、開催した臨床病理検討会 (CPC) は 11 回で、原則として院内職員参加自由であ

り、近年は毎回、地域医療従事者支援研修会として開催している。運営責任者として、参加者が発言しやすい環境づくりを心掛けてきた。

5) 自院での取り組みのまとめ

本取り組みを開始して2年9カ月が経過したが、医療安全管理室と連携し、相互的補完的な役割を果たしてきた。急変死亡事例のような重大事例ほど迅速な対応と情報共有が望ましいが、当事者の心理的負担を考慮して、面談者はメディエーターマインドを備え、当事者を尊重する態度を涵養することが常に大切であり、人材育成の取り組みともなっていた。また、不注意、うっかりなどの個人的要素を含めたエラー発生要因を職場、組織全体の課題として捉える風土づくりも大切であることは論を俟たない。医療現場で多忙な医師の参加を促進する取り組みに特効薬はないが、判りやすい資料作成、誰もが発言しやすい雰囲気づくりが事例検討の質を高める大切な要素と感じている。また、普段から死因について議論しやすい環境を整え、予期せぬ死亡事例発生に際して医療安全管理室と連携し、適切、速やかに病理解剖を実践し、CPC、M&M (Morbidity & Mortality)カンファランスを開催し、医療安全推進活動に貢献することが病理医にとって大切な役割となると考えられた。

2. 「医療安全管理活動における病理医の役割を高める取り組みについて」

1) 背景

平成19年の診療報酬改定結果検証並びに平成22～23年の医療安全体制整備に関する厚生労働科学研究等により、日本の医療安全管理活動において医師が必ずしも積極的に関与し得ていない状況が明らかとな

ってきた。厚生労働省は平成20年4月、「医療の安全確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案-第三次試案-」を公開したが、同年同月、日本病理学会は、同事業への貢献のための具体的要望として、病理専門医養成への財政的支援、病理医の地域単位グループ化、現実的な登録制度等の整備、解剖施設等運営のための財政的裏づけ、既存施設充実による解剖調査拠点設置と協力体制構築を挙げ、さらに医療安全推進のため、病理解剖の公費負担を要望してきたが、現在なお診療報酬は算定されていない状況にある。

一方、平成22年からの厚生労働省補助事業の「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」、日本病理学会も参画した「医療事故調査制度」が平成27年10月から展開されるに及び、診療関連死における病理医の役割、即ち病理解剖を実施し、死因を明らかにする本来の役割がクローズアップされてきた(文献3)。

2) 本研究班における取り組み

平成27年度に発足した本研究班では、まず医療安全管理業務専従者に全国アンケートを実施し(文献4)、さらに、病理解剖実施環境や診療関連死亡事例の病理解剖の実施状況を明らかにすることを目的にアンケートを実施する運びとなった(文献4)。

第1段階として、平成28年3月、日本病理学会北海道支部会員の協力を得て、30弱の施設対象にアンケート(表2)を実施したところ、ほぼ3分の1に相当する9施設から回答を得ることができた(表3)。アンケートは設問によっては選択肢を設け、あるいは自由記載とした。なお、アンケート内容、第一段階のアンケート結果解析については、本最終報告書、「I. 総括研究報告

【資料 6】「病理医アンケートについて」を参照されたい。

病理解剖依頼時の対応については、365日 24 時間対応を可能としたのが 3 施設、可

1. 貴施設（貴講座）における病理解剖の実施状況についてお伺いします。
Q1 貴院における病理解剖の年間実施数を教えてください。
Q2 貴院における病理解剖を担当する医師数について教えてください。
Q3 貴院における病理解剖体制について教えてください。
Q4 貴院の病理解剖施設について教えてください。
Q5 執刀時の解剖補助体制について
2. 貴院（貴講座）における医療安全に関連する病理解剖への対応状況についてお伺いします。
*医療安全に関連する病理解剖： 通常の病理解剖として執刀したが、結果として医療過誤、あるいは治療が患者の死に直結した可能性が判明、あるいはその可能性が疑われた症例。「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」による解剖症例を含む。
Q6 医療安全に関連する病理解剖の経験の有無を教えてください。
Q7 医療安全に関連する病理解剖に対して病理医はどのように対応すべきでしょうか？
Q8 医療安全に関連する病理解剖を円滑に行うために必要と思われる事象を挙げ、優先順位をつけてお答えください。 複数回答可
Q9 医療安全管理者との連携についてお聞かせください。
Q10 病院の医療安全対策について、病理医がどのように関わるべきでしょうか？
Q11 これまでに経験した医療安全に関連する病理解剖の際に直面した困難

表 3 日本病理学会北海道支部アンケート協力病院における年間解剖実施数と病理医師数

年間解剖実施数(体)		病理医師数(人)	
50体以上	0	5人以上	4
30-50体	2	2-4人	3
10-30体	4	1人	2
10体以下	3	外部委託	0

能であるが原則として勤務時間内のみとするのが 5 施設であったが、病理解剖従事者の健康管理の観点からご遺体冷蔵保存設備の備えがない施設が 2 施設あった。

病理解剖は、基本的に開胸・開腹により胸腹部臓器の観察と臓器摘出を、さらに必要に応じ開頭し脳摘出を行うが、この際、訓練を積んだ臨床検査技師あるいはそれに準ずるスタッフの介助があれば病理医の業務負担はかなり軽減されることは言うまでもない。回答施設の全てで 1 名以上の介助スタッフが確保されていた。

また、医療安全上の診療関連死に関連する病理解剖実施の経験については 9 施設中

6 施設がその経験がないとの回答であり、診療関連死亡事例が速やかに病理解剖が実施されにくい状況が覗かれた。

医療安全関連病理解剖経験については、過去に 5 体以上の経験を有するが 2 施設（あるいは 2 名）、1~4 例が 1 施設（あるいは 1 名）、経験なしが 6 施設（あるいは 6 名）であった。

医療安全関連病理解剖に対して病理医としての対応については、「通常の病理解剖以上に手厚く対応すべき」が 3 施設で、「外部に委託すべき」との回答が 4 施設からあった。症例によっては法医学解剖として対応すべきとの考えや、中立性を担保する上で外部委託が望ましいとの考えが自由記載欄に添えられていた。

病理医として病院の医療安全対策についてどう関わるべきかとの問いに対しては、「日常的・積極的に関与すべき」と 5 施設から回答があったものの、3 施設からは「本来的に病理医は客観的な立場であるべきゆえに、自己が所属する医療機関の医療安全対策に関与すべきではない」の考え方が示された。これらの根底に、病理医、介助を担う臨床検査技師不足による不安があることは論を俟たない。また、少数意見であるが、予期せぬ死亡に際し、ご遺族は病院に対して不信感を募らせ、病理解剖の承諾を得にくい場合もあり得るが、その際に、主治医は他医療機関においても病理解剖を実施できることを明確に伝えるべきとの意見もあり、都道府県単位、地域での医療機関が連携し、医療界として自律的に取り組むべきとの貴重な提案と考えられた。医療安全関連病理解剖に際して直面した困難については、スタッフの増員、医療安全責任者などの第三者の立ち会いを求める意見や、

病理解剖結果をご遺族に説明しても、納得して頂けなければ、虚しさが残り、医療安全関連解剖実施の際の責任範囲が未だ不明確との意見が自由記載に述べられていた。

以上、アンケート結果を概況すると、業務量に比して人員が十分ではない状況にありながら、医療安全活動において病理医が果たす役割について日常的・積極的に関与するべきとの意見が過半数を占めた点については、日本病理学会会員が現状をよく理解し、高い使命感をもって日常業務に邁進していると改めて尊崇の念を禁じ得なかった。

さて、本研究班に所属する2名の日本病理学会会員が日本病理学会理事、診療行為関連死調査に関する委員会委員長とも協議した結果、「医療事故調査制度を含む医療安全に関し、病理部門等と安全管理部門との連携が院内の医療安全管理体制に与える影響について提示できる具体的な指標作り」を掲げた厚生労働省科学研究班（代表研究者：東京医科歯科大学医歯学総合研究科医療政策学講座・医療情報システム学分野・伏見清秀教授）と連携してアンケート設問数を増やすこととなった。全国アンケートは平成28年11月、日本病理学会認定施設A及び大学病院135施設を対象として実施された。なお、病理医全国アンケート質問内容については、本研究班年度報告書を参照されたい。全国アンケートは、平成28年12月中旬を締切として、日本病理学会で現在集計中である。

3) 最後に

本研究班の当初計画と異なり、病理解剖業務に従事する医療現場の病理医に対する全国アンケートの最終結果を本稿に盛り込めなかったことは大変残念であり、その任

を担った研究分担者として責任を感じている。しかしながら、現状把握の段階から、医療安全に関わる2つの異なる厚生労働省科学研究班と日本病理学会が協働し、医療安全推進活動、診療関連死亡事例における医師・病理医の役割を高める方策を議論することとなり、国民の利益に資するところ大なるものと大いに期待される。

4) 文献

- (1) 木村壮介：「医療事故調査制度」について(1)。病理と臨床 2016、34：414-419
- (2) 木村壮介：「医療事故調査制度」について(2)。病理と臨床 2016、34：535-541
- (3) 内藤善哉：「診療関連死の現在・医療事故(安全)調査機構」。病理と臨床 2016、34：1158-1161
- (4) 長尾能雅：厚生労働省科学研究費補助金 地域医療基盤開発推進研究事業「医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上」平成27年度総括研究報告書。2016年3月