

テーマ

医療事故調査制度について



日時 平成 29 年 1 月 31 日 (火) 19:00 ~
場所 沖縄県医師会館 会議室 3

出席者

広報担当理事: 本竹 秀光 (沖縄県医師会理事)
司 会: 田名 毅
(医療事故調査制度担当理事)
顧問弁護士: 阿波連 光
(弁護士/弁護士法人ひかり法律事務所 所長)

医療事故調査制度担当理事 田名 毅

平成 27 年 10 月に医療事故調査制度が施行されて、1 年半が経過しました。沖縄県医師会は支援団体として沖縄県内の事案に関わってきました (平成 29 年 3 月 15 日現在 5 件、内訳は手術関連 2 件、処置 2 件、投薬・点滴 1 件)。私は外部委員としてすべての事案の委員会に参加し進行役を務めました。当該医療機関の先

生方、他の外部委員の先生方、そしてアドバイザーの顧問弁護士の先生方と死亡原因の究明及び事故の再発防止を目的に、多角的な視点から十分に意見交換を行い、その要約を報告書に記載し、最後には委員全員の了承を得るようにしています。委員会の審議の中立性、公平性を保つために委員会の委員長は外部委員の中から総合病院の管理者 (院長、副院長) の先生にお願いしています。どの事案に関しても学ばせていただくことが多く、現在支援団体の担当者として経験を積みながら本制度を的確に運用すべく取り組んでいるところです。これまでの事案にご協力いただきました外部委員の先生方、委員長を務めて下さった先生方にこの場を借りて御礼申し上げます。今回、本制度施行後の取り組みを振り返るべく平成 29 年 1 月 31 日に座談会を開催しました。以下のその議事録を報告致しますので、ご一読いただけたら幸いです。

○田名 (司会)



本日は皆様、お忙しい中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。

医療事故調査制度が始まりまして、すでに1年以上経ちましたので、現時点で総括をしながら、今後沖縄県全体としてどういう取り組みを進めていくかを考える重要な時期に入っているかと思えます。

ぜひ今日は関係している皆様、本竹先生は日頃より病院管理者としてのご経験が豊富ですし、阿波連先生には私どもと医療事故調査制度に関わったご経験を踏まえ、司法の立場から現況についてお話をいただければと考えております。

それでは先生方、よろしくお願い致します。

○阿波連



顧問弁護士の阿波連光です、よろしくお願い致します。

○本竹



広報担当理事の本竹です。私は中部病院長を務めて1年弱になりますが、この制度の、いわゆる管理者が医療事故調査の対象か否かを最終決定するということが管理者

にとっては非常にプレッシャーになると思えます。ただ、この1年間は、こういう事例が当院

で発生していないのが幸いではありますが、実際事例が起こったときには、管理者1人では決められないので、病院幹部で十分に内容を揉んで、それが医療事故に当たるのか、当たらないか判断していかないといけないと思います。

田名先生はいろいろなセミナーに出られて全国の報告書を見ているので、実際その辺の管理者の対応で知っていることがあれば教えていただきたいと思えます。

1. 医療事故調査制度の現況と課題について

○田名 (司会) それでは、早速ですが私から医療事故調査制度の現況と課題を話したいと思います。昨年11月に出了た日本医療安全調査機構の資料がありますので、要点のみ説明したいと思います。

図1をご覧ください。

これまでの医療事故報告件数ですが、開始時が19件、その後26件、36件というように徐々に増え、現在はコンスタントに月間で30～40件ほど全国で報告されているようです。昨年の9月までの一年間の統計ですと388件が全国から報告がされています(図1)。



図1

図2は地域ブロック別の医療事故報告の現況です。各県、エリアで多少のばらつきがありますが、九州はその中でも比較的件数は多いほうになっています。

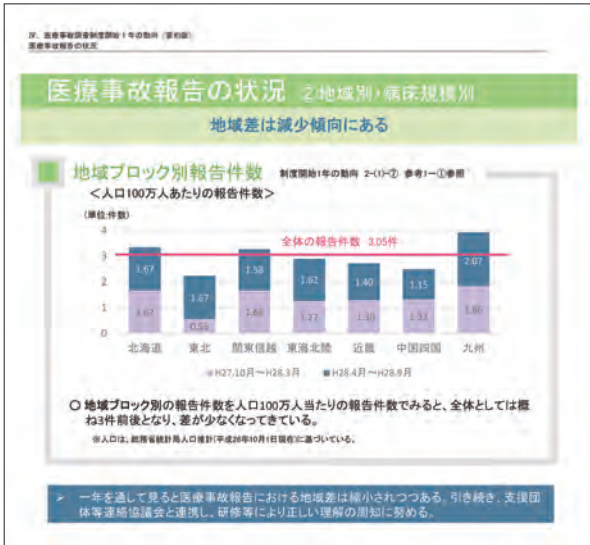


図2

図3が患者さん死亡から医療事故の報告までどれぐらいの期間を要しているかについて日数別に件数が出ています。薄紫が前半の半年ですが、平均22日ぐらいで患者さん死亡から報告の届け出があったようです。

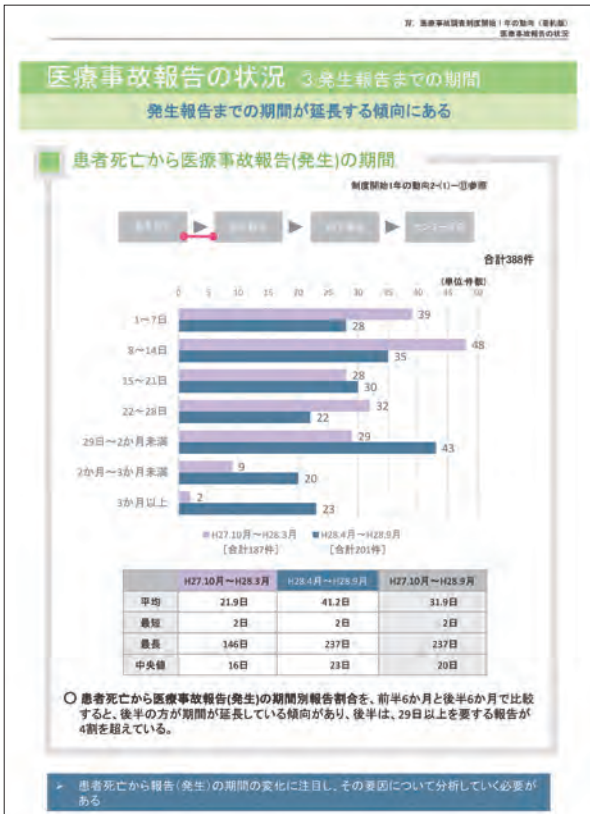


図3

後半の半年は40日ですから、前半の倍になっています。逆に言えば、報告するにあたって医療機関も慎重に判断するようになり、開始時よりも時間がかかっているようです。

図4は、徐々に院内調査結果が報告されているということで、その報告件数が出ています。

下段の表ですが、前半の半年は報告まで65日、後半は141日かかっていることがわかります。本制度の目的である原因究明、そして再発防止に資する報告書の作成となりますと、このように時間がかかる傾向があると考えます。



図4

図5は、解剖の実施状況は前半の半年よりは後半増加しているということです。ちなみにAiの実施率には変化がないようです。



図5

図6に関しては、開始当初は外部委員を参加させない調査もあったようですが、制度の主旨の理解が進んでその割合は減っています。

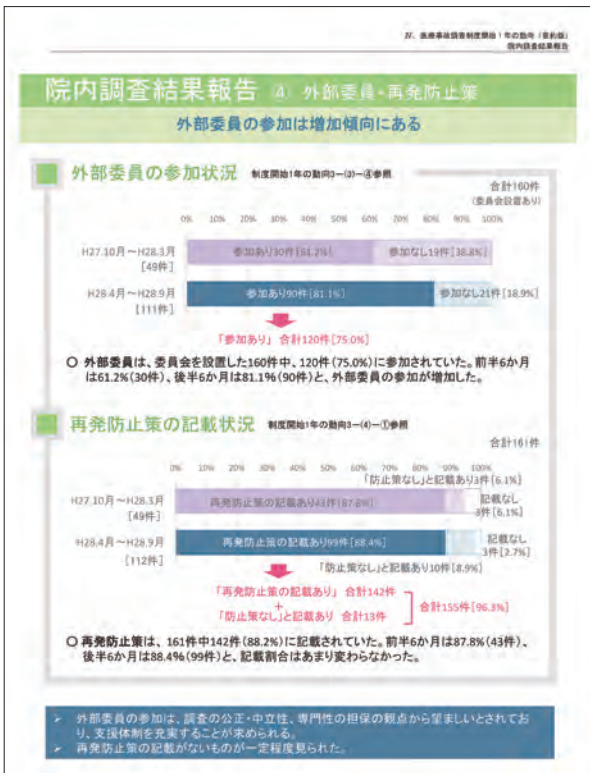


図6

図7に関してはセンター調査の依頼を示していますが、全体でも16件と数は少なく、基本的にはご遺族は報告書により納得いただいている場合がほとんどようです。

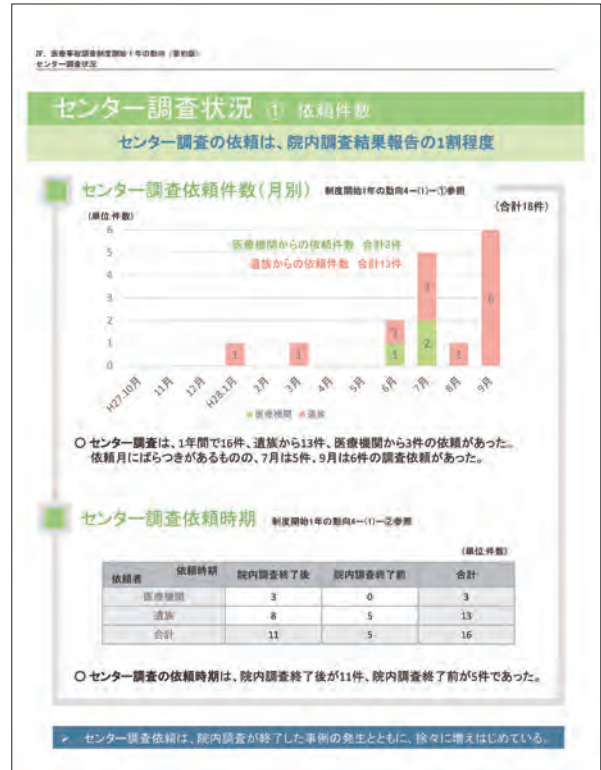


図7

しかし、その16件中センター調査を依頼した理由は、ご遺族が「報告に納得できない」という理由が多くを占めているようです。

沖縄県の動向については、先日会報にも紹介しましたが、現時点まで県内で4件の医療事故があり、私ども沖縄県医師会も外部委員として参加し、2件に関しましては既に報告書を提出されています。残りの2件に関しましては、現在、報告書を作成している最中です。現時点では、センター調査に至った事案はありません。

概要はこうになります。制度が始まった当初は、初期対応の本制度の対象事案かどうかについてよく医療機関から電話がかかってきました。実際、私も15件～16件ほど電話で相談対応しました。そのうち4件に関しては調査に協力しましたが、最近では、電話での相談自体が、以前よりは明らかに少なくなっています。

事故が少ないのでたまたまそうであればいいのですが、全国的にみても報告までの日数がかかる傾向があり、管理者の先生方がより慎重になり、事故調のラインにのせる事を躊躇されたり、ためらうケースがあるのではと考えています。管理者の先生方からもう少し現場の情報やご意見を集める必要性も感じています。今後、支援団体の立場としては、県内の先生方に医師会の医療事故調査制度における支援団体としての役割をもう一度再認識していただき、もっと相談しやすい体制づくりを構築していきたいと考えています。

○本竹 田名先生に質問ですが、院内調査に時間を要す事で、あまりに長すぎると、やはりご遺族の不信感を招くことになってきますよね。

○田名(司会) 先程の報告では、前半が65日、後半は141日かかっています。

○本竹 どうしてそれだけかかっているのでしょうか。

○田名(司会) 実際に私も4件のみの経験ですが、話し合いの過程で新たな事実が出てきたり、それに基づいて報告書全体の方向性を決めていくときに、2回目か3回目の委員会において、まとめ方の方向性が変わってくる場合もあります。逆に十分な協議をするときには、ある程度の時間が必要というふうに私も感じております。

○本竹 県内の4件の場合には、大体報告まで早いほうでしょうか。

○田名(司会) そうですね。

報告した2件に関しては、5カ月前後です。残りの2件に関しましては、5カ月、半年以上経過がかかっています。

○本竹 これは調査報告書が出てくるまでということですか。

○田名(司会) そうです。院内事故調査委員会が始まって結果が出るまでに。時間を要するケースが出てきています。

○本竹 結果はでていませんが、院内事故調査委員会は平均何回開催されていますか。

○田名(司会) 3回から、多くて4回です。

○本竹 他府県の事例では平均何回くらい開催されていますか。

○田名(司会) 概ね3回~4回前後が標準的な回数ようです。もちろんケースによっては、もっと回数が必要になる場合も出てくるかもしれません。

○本竹 もっと回数が必要なのが出てきますよね。

○田名(司会) はい。委員会開催を終了する目安は、「あとは報告書の作成に入りましょう」という方向性が見えてきたところになっています。追加の委員会を開催するかどうかは報告書を作成し、すべての委員が回覧した上で必要がある場合のみ開催するようにしています。そこまでが大体3回から多くて4回ぐらいです。

○本竹 2件はもう既に報告書が出て、ご遺族のほうには説明したのでしょうか。

○田名(司会) はい、説明をしていると思います。

○本竹 ご遺族の方への報告書の提出に関してはいかがですか。

○田名(司会) この件に関しましては、基本的には病院のほうで対応されましたので、詳細については把握していません。阿波連先生は



1件は立ち会われたとお聞きしていますが、報告書を渡されてはいましたか。

○阿波連 一番最初のケースについては、ご家族への説明の際に、私も立ち会いましたが、報告書をご家族にお渡ししています。そのケースでは、報告書を説明するだけではなくて、さらにそれを噛み砕いたパワーポイントや画像、統計データなどの説明資料も用意されて、1時間ぐらいかけて説明をしていました。

ただ、患者さんは亡くなられたという感情的なところがあって、それですぐ納得ということではなかったんですけども、一応持ち帰って検討するということになって、その後特に今のところ何もない状態です。

○本竹 ご遺族への説明はむづかしい点があると思いますが、パワーポイント等を使ってかなり丁寧ですよ。

○阿波連 どうしても調査報告書の内容そのものはかなり専門的で難しいので、ご家族の方に少しでも理解してもらえるように病院は工夫したようです。

○田名(司会) この制度が始まったときに、報告書が司法の場に使われることを危惧する意見が医療関係者の中では多かったのは事実です。しかし実際には十分な調査を行い、報告書を作成し、ご遺族に十分な説明を行うことによって、ご遺族の疑問点に関する答えを出すこととなります。そのことがご遺族の納得というか、経過を理解をしていただくことに繋がると考えます。もちろん再発防止策を立てることも大事ですが、私はこの制度を経験していく中で、この十分な調査を行うことに意義があると感じています。

しかも、それを病院だけの判断ではなくて、第三者である外部委員の先生方が入り、委員全員で出した結論となると、ご遺族も医療関係者を守ろうという医療側の姿勢だけには映らなくなるのではと考えています。

それでは、阿波連先生、司法から医療現場への提言という形で、是非お話をお願いいたします。

司法から医療現場への提言(司法側から)

○阿波連 田名先生からありました通り、当初、このような調査報告書を作成して、患者さん側にお渡しすると、その後、裁判の証拠として利用されてしまうのではないかとということに危惧していました。まだ、この制度が始まってからまだそれほど時間が経っていないので、まだまだ様子を見なければいけませんが、県内では、訴訟に至ったケースはまだありません。

提言というとなかなか難しいところはありますけれども、今回の制度そのもののプロセスを通じて、事故についての病院の内省が深まると同時に病院とご遺族との間のコミュニケーションもまた深まったと言いますか、今までよりもさらにもう1つチャンネルが増えたという意味で、この制度は評価してよいと思っています。

特に今回、4件の事故調査制度に立ち会わせてもらいましたが、どれも外部委員が入ることによって議論がかなり多様化しましたし、医療現場の実際の苦労というものも大変よくわかりました。調査報告書では、死因の究明は当然ですが、全体のプロセスと申しますか、予期しない死亡事故が起こってしまった事案に



おける医療従事者の努力や苦勞もまた伝えられたらと思うようになりました。

その部分もまたご家族の方に知ってもらってこそ、互いに理解しあえることになるのではないかと。医療裁判ということになれば、過失を巡って激しく争われるため、相互理解ということは置き去りにされがちですが、外部委員も加わった事故調査制度によって、実際の医療現場はどういうところに苦心していて、その中でこういう事故が起こったということの全体の把握ができるということは、患者さんにとってもとても有益なことであると思っています。

そういう意味では、この制度は、十分活用できる余地というのはあるのかなと思いました。

ただ、1つ注意してほしいのは、この事故調査制度は、あくまでも事故原因の究明というところに目的があって、責任を追及することは目的ではありません。ですから、そこを十分に理解しないで事故調査制度を利用することは避けたほうがいいと思います。責任の有無について判断するものであるとご家族に誤った期待をさせてしまうと、別のトラブルになりかねません。

事故のレポートが後の裁判で責任追及の根拠として使われるのではないかとということで、始めるときには僕らもかなり心配していましたが、みんなで議論しながらそれをつくってみると、もともとの事案がそもそも難しく、そんなに簡単にご家族の方にとっての裁判で有利な証拠となるというわけではないと感じています。むしろ、基本的な情報を整理してご家族に説明することによって、誤解に基づく紛争を減らせる可能性はあるのだと思います。

ただ、調査の結果、責任が明らかになる事故の場合には逆に書いてあげて、病院としての責任を認めて、ご遺族にちゃんと謝罪するというのも必要なのかなとは思っています。

○本竹 報告書を渡すか否かという件ですが福岡県医師会の上野先生は初めから全部渡すと

お話されていてそっちのほうのいろいろ逆にトラブルが起こらない気がします。

○田名(司会) 私は報告書は基本、医療者の立場でまずは書くべきだと思いましたので、まず当該病院側に原案を書いてもらい、その後外部委員として私ども医療関係者が回覧し、意見を加えます。その上でオブザーバーとして弁護士の阿波連先生、植松先生に目を通していただいています。その際、私たち医療者の目線とは違う視点でコメントがいただけるので、私たちももう一度別の角度からその事象に光をあて直す機会になります。実は全国的に弁護士の先生にオブザーバーとして委員会に入っている県というのは、必ずしも多くはないようです。

私は実際、本制度の支援団体として関わる中で、まずは私たち医療者の目線をしっかり持った上で、第三者的に弁護士の先生方のご意見を伺えるというのは、議論の方向性を構築していく際に大変勉強になっています。医療と司法が良好な形で協働できていると実感しているところです。これが全国の中でも1つのモデルになればと考えています。

○本竹 沖縄の事例で、田名先生も、阿波連先生も報告書の作成には関わりましたか。

○田名(司会) はい。最初は当該病院の先生方が中心に書いて、それを外部委員として委員長がまずチェックし、その後専門委員や私の



ような支援団体委員が外部委員として読ませてもらい、必要であれば加筆修正します。それを弁護士の先生方に見ていただき、仕上げ方のアドバイスをいただきます。段階を踏んで皆で読み込み、追加修正していくことで最終的に合意形成された報告書が出来るようにしております。

○本竹 実際、その当該病院から上がった調査報告と、先生方を含めて外部委員、専門医の人たちの所見と内容などで乖離などはありませんでしたか。

○田名(司会) はい、ありました。そういうときは外部委員の先生のみで、個別で時間を設けて他の資料を検討し、それを報告書に反映するという形をとりました。その内容を医療機関側にもフィードバックして、再度委員会にて意見交換をしたということもありますので、外部委員の目が入ることで違う光があたると考えています。

○本竹 事故調査制度の目的は原因の究明と再発予防ですよね。当院の事例での経験ですが、自分の施設の事案を調査することに加えて、ほかの施設でも同じことが起こってないか文検等調べているうちに、同じような器材で同じような事故が起こっていることがわかって、とすると、やはりこの器材は問題がないかということを検証しないといけない。調査の幅が広がっていった経験があります。

○田名(司会) 県内のある事案だったのですが、実際に医療機関に委員会の委員全員でその医療現場に出向き、事故現場機械の作動状況、アラーム音のチェックなどを実際に検証することによって当日起こったと思われる事象、また原因として想定されることに関して、皆で理解を深めることが出来たという経験があります。

あの事案に関しては、機械の問題点に関して私たち外部委員、当該医療機関の委員が現場で作動状況を追体験出来たことが報告書を作成するのに大変参考になりましたので、必要に応じ

て委員会で現場の検証を行うことは大変重要と感じました。

○本竹 これは医療事故とは直接関係ないかもしれませんが、報告を書くにあたって、時間の設定が非常に重要だと思ったのは、病院の中はデジタルがついている機械がたくさんあって、意外と時間がきちんと合わせられてないというのがあり、これをいちいち調査して、その都度その都度、標準に合わせることをしないと、何か調べるときに時系列がおかしくなることがあるものですから、それも1つの勉強になりました。

○田名(司会) 今、ビデオカメラもそうですけれども、いろいろな物証がとれる時代になっています。先生がご指摘のように、仮にトラブルがいつ起こっても後ほど振り返りをすることが出来るようにするために、各種機材の時間を合わせたり、アラーム音を確認したりするという取り組みは、医療安全の視点から他の医療機関側にもフィードバックできる内容と考えています。

○本竹 そうですね。だからそういう意味では、当院でもそうですけれども、医療安全委員会がきちんとそこのところを、院内を回りながら調べて行きます。それはやっぱりかなりの防止策につながるので、医療事故を減らすということで重要なのかもしれません。

○田名(司会) 私たち支援団体が事案を通して経験したことを、個人情報漏れないように最大限の留意をした上で会員の先生方にフィードバックすることは、支援団体として重要な役割と考えています。タイミングをみて情報提供していきたいと考えています。

○本竹 阿波連先生に質問ですけれども、先ほど報告書がいざ裁判になったときに、それが使われないかというところで、弁護士の中でもそういう議論はあったと思いますけれども、一応の方向にいきつつあるのですか。

○阿波連 はい、まだどうなっていくのかははっきりはわかりません。これを使うのは結局、患者さんのほうの弁護士さんなので、普通に考えれば使いたいただろうと思います。

一番大事なことは、本当に死亡の原因がわからないものについて、こう言っただけでは何ですけれども、無駄な裁判をしてもらいたくないということなんです。過失があって賠償責任があるものについて、賠償する、裁判をされるというのはしょうがないと思うんですけども、いろいろみんなで調べた結果、どうしても避けられなかったものについて裁判をするというのは、ご遺族にとっても、病院としても大変な負担となります。そういうものを減らしていくというだけでも、相当意味があるのかなというふうに思いました。

○田名（司会） どの事案もそうですが、医療事故が起こったと思って届け出るケースにおいて、医療機関は医療過誤の存在を念頭に報告すると思います。その際、当該医療機関としては、患者さん、ご遺族に申し訳なかったという思いから、今までその患者さんのために頑張ってきたことは抜きにして、その一点に絞って議論しがちになります。全体を見た上でその医療行為がどれぐらいその死亡に関して関わっているかを検討することが大事ですが、外部委員の立場としては「申し訳ない」と感じている内部委員とは異なる視点で多角的に見ていく、客観性を担保していくという意味で、外部委員の存在、役割は大変重要と感じています。この点は私たち支援団体が関わっていくときに常に大事な点として意識していくべきではないかと考えております。

○本竹 同感です。

○田名（司会） 今のところ県内の先生方に、外部委員としての参加をお願いして断られたことはなく、どの先生方も同じ医療に携わる者としての緊張感と責任感からか、皆さん快く委員

会に協力していただきました。全国調査では外部委員の選任が難しいという意見が出てきたりしています。沖縄の医療界には沖縄の医療を育んでいこうという共通認識があると考えます。今後も多くの先生方に外部委員としてご協力いただき、県民のための医療の質的向上にお力添えをいただきたいと考えています。

○本竹 いつ自分が当事者になるかもしれないと考えれば、外部委員を経験することで、いざという時に適切に対応できると思うし、何よりも医療事故の防止にもつながると思います。

○田名（司会） 開始当初は外部委員として私たちが外から入り、しかも委員長を外部委員の先生が担当するという方法は医療機関側に抵抗感を持たれるのではと大変懸念していました。実際には外部委員の先生が委員長を務めることについて、当該病院の院長をはじめとする先生方も快くそのことを受け入れていただいています。院内の立場、院外の立場という形で対等にディスカッションできる環境をつくっていくことが、より良い事故調査に繋がると考えますので、今後もこのような形で支援団体として役割を果たしていきたいと思っています。

○本竹 Aiについて少し教えてください。現在 Ai の活用状況はどうなっていますか。解剖と Ai の併用などについて。

○田名（司会） 併用に関する情報はございません。

○本竹 おそらく解剖ができたら Ai はしてないのかもしれないですけどね。

Ai はもう 10 年以上前から行われていて、最初は例えば外傷で、頭を打って亡くなって、死因が特定できる外的な出血が無いような症例で、死因検索のために CT を利用することなどの単純なことから始まったようです。現在、CT などのイメージの質の向上に伴い、かなりの程度まで死因がわかるようで、日本病理学会でも Ai を参照すると言う動きもあるようです。

また、大災害のときの身元確認のために CT などの Ai が活用され普及しつつあるようですが、最初のころに問題になったのは、Ai の診断をどうするかといったときに、専門家がいるかどうかという話で、今、沖縄県でも先生、Ai をとる施設が複数あがっていましたね。活動状況がわかりますか。

○田名（司会） 医療事故調査制度には最終的には上がらずに相談で済んだケースで 1 例、ある医療機関から Ai の読影に関して専門医を紹介してほしいという依頼があり、ある病院の放射線科の先生が Ai に関して造詣が深いという情報がありましたので、その先生を紹介してつないだということがありました。

まだ実際には医師会の支援団体として、組織的に Ai の読影医の先生方を登録したり、個人的に協力体制をしっかりと作るような取り組みまでは行っておりませんが、今後の整備が必要な事項として課題にしたいと考えています。

○本竹 Ai 読影専門医の育成に関して沖縄県医師会としてどういうふうに関わっていきますか。

○田名（司会） 実は昨年日本医師会において、Ai の講習会があり、私が沖縄県からという立場で参加してきました。ほとんどの講義は受けましたが、やはり先生がおっしゃいますように、通常の医療における読影とは違う専門的な分野と感じました。Ai 情報センターの先生方が中心になって講義をされていました。

この枠は毎年、年に一度日本医師会と Ai 情報センターの共催で、2 日間コース（土曜・日曜）の講習会（受講証を発行）を、各県 3 名の枠で開催しています。次年度からは医師会としても県内の放射線科の先生方にこの講習会の案内をしていきたいと考えています。

また、放射線科の先生方の間でも本制度の施行を契機に Ai の関心が高まっているとも聞い

ておりますので、琉大の放射線医学教室とも相談しながら県内の読影体制の構築について検討したいと考えています。

但し、現時点で県内での Ai 画像の読影が難しい場合は、有料の Ai 情報センターに画像を送って、より専門性の高い読影を参考にすることも必要と考えております。

○本竹 例えば病理解剖でも 100% 診断がたくわけじゃなくて、Ai との合わせ技でかなり精度が高くなるという報告もあるので、実際、病理学会でも Ai をそういうふうに関項の中に入れるかというのが出てきているみたいですから、そういう意味では、これからますます Ai の必要性が拡大していく可能性があるのでは、こういうのも県医師会が支援できればいいかなと思います。

○田名（司会） 話は変わりますが、資料（図 8）をご覧ください。これは私が本制度の説明会で使っているものですが、この中の右上警察への届け出に関することを敢えて書いています。死亡後に警察に届けた場合は、医療事故調の調査に入る前に警察の調査が入ることになり、ご遺体及び関連資料が一旦警察に行くこととなります。実際に救急外来等で到着時すでに死亡している場合は、警察に届け出ることが多

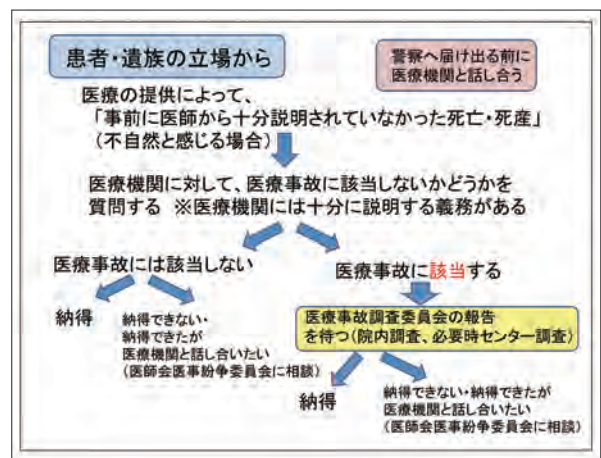


図 8

いと聞いています。もし、ある医療機関において急変して救急外来に送られたケースに関しては、警察に届ける前にまず紹介先の医療機関側に亡くなったことを報告した上でその後の対応（警察に連絡するかどうか等）を相談するシステムが必要ではないかと考えています。この点については皆様いかがでしょうか。

○本竹 やっぱりその辺は非常に大切なところになりますよね。

実際、救急室で普通は医療機関以外から来た場合には、どうしても警察という話になってくると思いますが、医療機関から来たときには、その医療機関の長に遅滞なく連絡して、逆に来てもらってそこから始まるということが重要なと思います。

○阿波連 考える機会があれば。

○本竹 考える機会が、それは非常に重要だと思います。

○阿波連 警察に先にカルテ等が押収されてしまうと、必要な調査はまるでできないんですよ。専門的知見を持たない捜査機関の捜査の結果として得られる情報よりも事故調査委員会できちんと調べて得られた情報の方が患者さんのご家族にとっても有意義であると思います。そういう意味では、できるだけ事故調査委員会を利用してもらうことが望ましいと思います。

○本竹 おっしゃるとおりです。

医療機関からの搬送で途中になくなるケースはありますので、送る側、受ける側の遅滞のない連携が重要だと思います。

○田名（司会） 非常にデリケートな部分ですので、このことをどうやって全医療機関に伝えていくかを考えています。病院の管理者で、特に日頃から忙しい救急外来を開設している医療機関はこういった事案が多いと考えられます。到着時死亡は全て警察に届けるということを見直していただくことを医療界全体に進められたらと考えています。何か方法があれば教えてくださいいただけますか。

○本竹 これも1つのディスカッションのテーマになるかもしれないです、そういう意味では医療安全でも、県医師会でどれだけできるかわかりませんが、救命救急センターを持っている施設というのは、そんなたくさんありませんので、そこの先生方と話し合いを持つことが必要と思います。

○田名（司会） その際は情報の匿名化には十分注意した上で、過去の警察に届けた事案が、その事故調査にどのような影響が出たかという点に関して具体的な話をお伝えしたいですね。

○本竹 そうですね。

○阿波連 ご遺族にとっては、どう考えても事故調査委員会の調査のほうがいいですよ。

○本竹 うちの病院の場合には、例えば救急センターでそういう事例が発生したときには、管理当直者がいますので、そこに報告がいった管理当直者が判断できなければ管理者にあがってくると思いますけど、一応そういう流れにはしています。

救急室というのは、やはり研修医もいますし、まだ十分判断できないドクターもいますから、そういう意味では、その時点では必ず管理当直者のドクターにまずは報告がいった、そこからの流れでということになります。

○阿波連 どこかで一度、実際の事案をもとに議論する機会があればいいと思っています。

○田名（司会） 医療事故調査制度の理解を県内の医療機関の先生方に広めていく1つの方法として、このあたりも大切な切り口でできないかなと考えています。

○本竹 そうですね、先生、ぜひやられたらいいと思います。

○田名（司会） ありがとうございます。ぜひ検討してみます。

他に何かございますでしょうか。

○本竹 先生もいろいろな会議に出られていると思いますけれども、医療事故調査報告が予想よりもかなり少なかったし、その後も

なかなか多くないということに関していろいろな先生方の意見というか、そういうのはありませんか。

○田名(司会) はい、あります。1つは、初期対応の難しさを今でも実感しています。これまで私が医療機関からご相談いただき、報告の是非についてアドバイスしてきましたが、報告しなかった事案の中で本当は報告する必要があったのではなどと、今になって悩むこともあります。先日の統括支援団体統括者セミナーでも全国から参加している担当者に事案5件に対して報告の必要性の有無について挙手にて考えを聞いてみますと、意見が分かれることが多くありました。「いや、これはあげなくていい」、「やっぱりあげるべきだ」。そこはこれまで経験した事案とか、もしくはその時々で考えで関係者が悩みながら判断していることがよく分かりました。対象事案かどうかを判断する初期対応の難しさというのは、これからこの制度を進めていくに当たって大変重要なポイントになると考えています。

そこでぜひ、全医療機関の先生方をお願いしたいのは、管理者の先生方は多分、悩みながらご判断されていると思うので、そのときに支援団体である私たち第三者にご相談いただきたいということです。私に対応した件数も少しずつ増えてくれば、私の経験値が高くなり、以前あった事案を頭に思い浮かべながら先生方にアドバイスできます。その意味では、報告すべきか悩んだ際には医療機関から県医師会まで気軽にご連絡いただきたいと考えています。

事務レベルまで連絡が一度あっても、その後病院の中で解決するとそのまま私のところに連絡が来ないという件数が数件ありましたので、出来れば一度直接電話でお話したかったと感じています。

これまでも電話で相談させていただきますと、非常に感謝いただくケースが多いので、もう少し気軽にご連絡いただけたらと思います。

○阿波連 調査というと、取り調べをされるような、ネガティブなイメージがあるかもしれません。

しかし、今回、いくつかやってみてその調査のプロセスの中で、現場としてはかなりほっとしたような感触を得たものがあると思います。

現場の実際の医療関係者の人達は自分がやっていたことが間違っていたのではないかということや自問自答してものすごい思い悩んでいたと思うんですけども、こういうみんなのディスカッションを経ることによって、考え方が整理され、客観視できるようになって、そこについての安心感で多分得られたんじゃないかなと思います。そういう意味では、どの医療機関もやってよかったと、多分言ってもらえるんじゃないかなと、そういうふうに見えて思いました。

○本竹 医療事故調査で医師が中心になると思いますが、看護師やコメディカルの立ち位置はどのように考えていますか。

○田名(司会) 県内のある事案に関しては、看護師の話が大変重要であったケースがありました。本日は主に医師の立場で話しましたが、この制度は医療界全体に関わる制度ですので、コメディカルの方々も当事者になったときも、速やかに私たちも医療機関全体で支援出来るようにしていきたいと考えています。その意味では、看護団体をはじめとする他の支援団体と常に情報交換出来る環境作りが重要かと思っています。

○田名(司会) 本日は、大変貴重な話を聞かせていただき、誠にありがとうございました。