

## 大学病院等の医療安全確保に関するタスクフォース

### 大学病院等の問題と検証が必要な点

#### COMLの活動や経験を通して

NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長 山口 育子

1. 電話相談（1件の平均時間約40分、25年間で約54800件）の活動から
  - \* 大学病院や特定機能病院を受診する患者は「ここで治療してもらえなかったら他に行く先がない」と思い、多少威圧的な対応や説明でも我慢。提示された治療方法も「最先端の治療を行う病院だから、これを受けるしかない」と受け止めがち。
  - \* 大学病院は各科ごとに別組織の集合体で、科の力関係が患者の治療にも影響を及ぼす。
    - ・複数の科が連携してくれない。
    - ・「別の科が対応していると思っていた」（内部で確認がない）
    - ・「あの科にはうちから口出しできない」
  - \* 長時間かけて説明されても、「理解できなかった説明内容」＝「そんな説明は聞いていない」というのが「説明不足」を訴える相談の大半の真相。
  - \* 治療や臨床研究の同意書の説明を受けた内容のチェックリストは形骸化する傾向（本当に理解、納得して提出しているとは限らない）。
  - \* 医療事故や予期せぬ問題が生じた際、丁寧で誠実な説明がなく、組織として威圧的な対応をされることで患者側の不信感が増大しがち。
  
2. 全国76ヵ所で実施した病院探検隊の活動（経験）から
 

（約10名で出動し、午前中に見学や受診、午後から主に管理職にフィードバックとディスカッション。後日、メンバー全員の個人レポートと総合フィードバック文書作成）

  - \* 見学や受診を通して感じた組織の雰囲気とフィードバック時に参加する管理職の雰囲気が酷似。
    - 例1）開かれた雰囲気や患者の声に耳を傾ける姿勢がある。
      - ⇨ディスカッションで役職を越えて活発な質問や意見交換が行われる。
    - 例2）閉鎖的な雰囲気で患者を受け入れない雰囲気。
      - ⇨院長や医師の管理職医以外から発言・質問が殆どない。
    - 例3）すれ違うスタッフが積極的に挨拶や会釈をし、日常から改善が繰り返されていて、院内コミュニケーションが豊か。
      - ⇨トップダウンとボトムアップの均衡を管理職が大切に保とうとしている。
    - 例4）複数のスタッフが患者を見守り良い意味での“監視の目”が行き届いている。
      - ⇨過去の医療事故を前向きな改善につなげる努力をしている。

⇒医療機関のガバナンスが組織文化に大きく影響を及ぼしている。

3. 講演先の管理職との懇談や各種委員の経験、活動全体を通して
- \* 内向き志向の大学病院は内部からの改善の力が働きにくく、問題が起きれば（職員というより）組織を庇う傾向が強い。
  - \* 指摘しても行動変容しない、改善しない職員に対して、管理者は頭を抱えつつも事実上、放置状態になっている印象。
    - ・「あの医師は苦情が多い」
    - ・「問題のある医師ほど研修会に参加しようとしない」
    - ・（病院探検隊で受診したメンバーが職員の対応の酷さを指摘した際）「今日回られたコースは当院で最悪のスタッフが揃っていた」と管理職が発言。
  - \* 各科単位のガバナンス機能が十分働いていないと、病院管理者のガバナンスは事実上働かないし成立しない。
4. 東京女子医大と群馬大学の問題点で他の大学病院等でも検証が必要な点
- \* 未承認や保険適用外の治療を倫理審査委員会に諮る基準の明確化や徹底がなされているか。
  - \* 他の科や部署から意見や批判を受けることなく、閉鎖的な診療体制になっている科の有無。
  - \* 各科の連携や風通しをよくしたり、ピアレビューの奨励をはかったりする具体的な取り組み。
  - \* 入院や手術から一定の期間で死亡した場合のチェック機能（横断的に確認できる診療情報管理士の役割、権限、体制など）。
  - \* インフォームド・コンセント実施体制（説明時のスタッフ体制、説明者以外のスタッフによる患者の理解度確認、同意書の形骸化予防など）。
  - \* 職員に改善の指摘や指導を行った後のチェック機能が働いているか。
  - \* 複数の科が連携して治療を行う場合の責任体制の明確化。
  - \* 薬剤師の「処方監査」「疑義照会」、看護師の疑問提起への対応など、チーム医療で行うべきチェック体制の明確化。
  - \* 院内で問題が発生し、改善点が生じた内容の組織内での共有のあり方。
  - \* 医療事故やトラブルが生じた際の解決方法についての判断基準。

以上