

## 「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」に対する意見について

### 総則2 定義、以下について

全体に、医療事故＝死亡症例、としか解釈できない内容となっているのが残念でなりません。

死亡症例、事件性の「報告」から委員会が調査を開始するのであれば、司法解剖への手順や警察通報の方法・報告を義務化し、違反に対する罰則（法の強制力）を設けるなどの方向で良いと考えます。

ここでまた「調査委員会」を「設置する意味合いが、現場からは理解できません。すでに国民や医療者は「調査」ではなく、医療安全を確保する「法の執行」を求めているのではないのでしょうか？

現行で日本医療機能評価機構が行っている医療事故情報収集等事業の方がよほど役に立っていると思います。

「医療事故調査及び勧告等 第12、以下」でもあるように、多くの政策は中央から地方への通知・勧告を行うものですが、この医療安全だけは例外としていただきたい気持ちでいっぱいです。

第12～第14にある「中央での分析を地方へ通知」している間に般化された方策・解釈がなされ、地方から各医療機関へ通知されるときには「あたりまえ」の報告がなされるだけです。

現場で、各患者ごとに異なる背景・人となり・健康への想い、を扱っている我々医療職者や、そのサービスを受ける患者様。その存在を中央行政は軽んじているのではないかという気持ちにさせられるのです。

医療安全は「実践」です。

法整備や今後の邦の方策などは中央で担うべきだと理解しています。しかし、実践は現場出なければできませんから、地方ごとの委員会が直に地元の医療機関と連動しなくては現実のものとなりません。

本案にある「地方に設置される委員会」の姿はより強化しなければいけないと考えます。さらに診療報酬の誘導も必要となりますが、各医療機関に任されていた医療安全対策委員会などに対し、設置のみならず「活動報告の義務化」を行うよう提案します。現場の話で申し訳ないのですが、法の強制力を一番欲しているのは現場で医療施設経営側と職員・医療者と患者との狭間に居る中間管理医療者七日も知れません。施設側は経営上の都合で優先度を決めていきますから、医療理念上も社会常識上も「安全管理」は優先されるだろうと思われがちです

しかし、現実には事故対策を実施している医療機関の少ないこと。この事実は医療関係者でなければ実感できません。

そして、現場レベルで安全対策を実施しているのは「ヒト」なのです。法整備や届出などの「システムデザイン」が優れていても、それを使うかどうかすらも「選択」できるような調査・安全対策では現実とかけ離れた姿しか見えないうです。まして、現実に即した方策は出てこないでしょう。

## 今、医療安全は「ヒューマン」で成立している

FMEAに見られる視点、「ヒトはエラーを起こす」に基づけば、ヒトが安全対策に取り組む以上、重要・軽微を問わず、エラー（＝最悪の場合死亡）は起こりません。その確立を限りなく低くするために対策を講じるのですが、「ヒトの教育」「対策システムのデザインと実施」を各医療機関に任せた結果、どうなったのですか？ これ以上、各医療機関の医療安全に格差が生じても診療報酬は画一的に支払うのでしょうか？

これまで、民間医療機関に20年勤務していますが、安全対策に関りバーンアウトされていった諸先輩方が数多くいらっしゃいました。言葉を変えれば、その先輩方から後輩へという「ヒューマンシステム」が医療安全を支えていたのでしょうか。

医療施設内のゆがんだ経営によって、正常なヒューマンシステムが壊されたりしていくことは誰も望んでいないでしょうが、事実、多くの施設で目撃し私自身も体験しました。

ヒューマンシステムを軽く見ている施設は当然、職員間の連携はうまくないですから、患者様の信頼の喪失（＝選ばれない施設＝患者減）、職員減少（医師・看護師確保のための余分な人件費率上昇）、というループに入り経営難を呈します。

古くはマズローも示した通り、ヒトは安全欲求が満たされねば心理的集団帰結は起こりません。ヒューマンシステムを意識した経営は職員への高次欲求（本来の専門家としての欲求＝慈患者の支援者としての自分自身の向上）を喚起します。

医療職は各専門分野ごとに患者のために為すべき事、と提示してきました。安全の提供もそのひとつであり、実は「あたりまえ」に実施されねばならないものです。

それが崩壊しているのはまず医療者が「安全でない」状況にあること、その上では患者への安全の提供が困難であるということだと私自身感じているのです。

医療安全対策の前段階で必要な、「医療法人」「医療施設」の開設母体に対する地方自治体レベルの介入（定期的な事業報告、または医療監視の最大強化。前回の「強化」くらいでは現場は変わりませんでした）から、ヒューマンシステムを院内教育・業務改善委員会等に重ねて考え、報酬面での誘導を検討していただけないでしょうか？

（できる事なら法整備と言いたいのですが、ここまで施設を意識した内容になると各自治体の担当者レベルになってしまうので…。）

## 病院機能評価等

Ver 4.0、Ver 5.0、それぞれの対策チームを異なる医療施設で展開してきましたが、第三者評価の取得はこれまで考えてきた組織体での牽制やヒューマンシステムの見直しなどの効果があると強く感じています。

項目をひとつひとつ追いかけると、単独部署では解決できない項目が圧倒的に多く、全体の組織内リレーションズが問われる内容となっているので、現在過渡期に入っている施設ほど、気づかされるものが多いです。

今回バージョンアップする6.0では「医療の質向上・持続する努力」も評価されていくなど、ヒューマンシステムを意識した経営を喚起する内容となっているので、ますます期待できるようになりました。

ISOに見られる「内部監査」も今後は医療機関でも必要でしょうから、何らかの第三者評価を受けることも義務化していくと思います。できれば早期に報酬面等での誘導を行い、その内部組織から地方自治体は医療安全報告できる体制になればよいと考えます。

## 医療機関で実施させたい対策は何か？

医療者同士による「内部牽制システム」の構築と、牽制システムをその医療施設以外の部署が管理する地域ネットワーク管理ではないでしょうか？

## まとめ

- ① 本大綱案は、医療現場に居るものにとって、歯がゆいほど「遅れて」いるもの。「調査」などではなく実践力のある法案とすべきでしょう。そのためには地方自治体レベルでの活動を中心にした法案が理想です。法でなく省令でも何でも良いので、安全対策が実施されなければならないものとの認識を強めたいです。
- ② また、表面化した最悪の事態（死亡）ではなく、医療安全全体に注目すべきです。これまでは法の面で触れられてこなかった「ヒューマン＝実践者」を守り、維持していくため、何らかの方策を明記していただきたいと思います。
- ③ 経験上、日本医療機能評価機構による「病院機能評価」は経営側への問題提起から現場での改善策までを網羅している項目設定であり、ソフトウェア・ヒューマンウェアの改善に有効であるので、早期に義務化あるいは報酬面優遇などの措置に入っていただきたいです。
- ④ 今すぐ実施できる対策も欲しいです。（院内医療安全対策チームの実態報告等例）当方は埼玉なので、当院での取りまとめ＝活動人員表、インシデントアクシデント分析・対策報告、→県保健医療部 医療整備課 へ半期1回報告 など  
※データ収集より活動実態が確認できることが重要

以上（本文A4／3枚）