慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	第86回慶應医学会総会・シンポジウム
Sub Title	
Author	
Publisher	慶應医学会
Publication year	2006
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.83, No.4 (2006. 12) ,p.260- 266
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	学会展望
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20061200-0260

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

学会展望

第86回慶應医学会総会・シンポジウム

日　時　平成18年11月10日（金）15時～18時30分
場　所　慶應義塾大学病院　新棟11階大会議室
主　催　慶應医学会
共　催　慶應義塾大学医学部

15：00　開会の辞　副会長　相磯　貞和（慶應義塾大学医学部解剖学）
15：05　総会議事，三四会奨励賞授与式
　　司　会　監事　鹿島　晴雄（慶應義塾大学精神・神経科学）

シンポジウム『病院としての安全対策と危機管理』

司会　戸山　芳昭（慶應義塾大学医学部整形外科学教授）
（16：00～16：25）
Ⅰ.「異状死の届出義務と医療従事者の刑事責任について」
古川　俊治（慶應義塾大学法科大学院助教授　医学部外科，TMI 総合法律事務所（弁護士））
（16：25～16：50）
Ⅱ.「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業について」
上家　和子（厚生労働省大臣官房参事官（健康・医政担当））
（16：50～17：15）
Ⅲ.「私立大学病院医療安全推進連絡会議について」
落合　和徳（東京慈恵会医科大学附属病院副院長）
（17：15～17：40）
Ⅳ.「東京大学医学部附属病院における医療安全対策と機構改革」
永井　良三（東京大学医学部附属病院病院長）
（17：40～18：05）
Ⅴ.「緊急時の情報リスクマネージメント」
後藤　正彦（株式会社博報堂コーポレートコミュニケーション局長）

16：00～16：25

Ⅰ．異状死の届出義務と医療従事者の刑事責任について

慶應義塾大学法科大学院助教授　医学部外科，TMI総合法律事務所（弁護士）
古川俊治（ふるかわ としはる）

Ⅰ．「異状死」をめぐる議論

医師法第21条は，「医師は，死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは，24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない．」と規定しており，第33条の2により，この届出義務に違反したときは，50万円以下の罰金に処することとされている．東京都立広尾病院事件に関する最高裁判所平成16年4月13日判決は，「医師法21条にいう死体の「検案」とは，医師が死因等を判定するために死体の外表を検査することをいい，当該死体が自己の診療していた患者のものであるか否かを問わない」として，本規定の届出義務が，診療継続中の患者であっても，診療に係る傷病と関連しない原因で死亡し，死体を検案して異状が認められる場合にも生じるものであり，医療事故の場合にも生じることを示した．しかし，現実の臨床実践上，具体的に如何なる場合に，本届出義務が生じるのか不明であり，臨床現場で混乱を招いてきた．日本法医学会，日本外科学会をはじめとする諸学会の中で，行政側を交えて議論が行われ，2005年9月には厚生労働省がモデル事業を開始するに至ったが，本届出義務は相変わらず不明確なまま存続し，また，モデル事業の対象事案自体の不明確さもあり，状況は混乱したままである．

この規定の本来の趣旨は，死体又は死産児については，殺人，傷害致死，死体損壊，堕胎等の犯罪の痕跡を止めている場合があるので，司法警察上の便宜のためにそれらの異状を発見した場合の届出義務を規定したものである（旧厚生省：医師法解第16版）．ところが，この届出義務は，従来，十分に周知され，行われてきたわけではなかった．例えば，毒物混入による保険金目的連続殺人事件において，過去の不審死が「病死」として扱われていたために，犯罪発見が遅れていたことなどが指摘されている．そのため，一般的な異状死の範囲は広く捉えられるべきであろう．

これに対し，診療行為の多くは適切に行なわれてもある程度の合併症の発生を避けられないものであり，診療行為に関連した異状死の範囲については，慎重な考慮が必要である．警察官憲は医療に関する解析・検証能力が乏しいにもかかわらず，医療機関においては刑事被疑の対象となること自体が，警察署の介入による患者との信頼関係の崩壊，関与した医療従事者の長期の大きな精神的・時間的負担，院内における不信感，マスコミの一面的な報道，萎縮医療など，大きな問題となる．たしかに，医療事故に関して，何らかの報告制度があることは望ましいが，その主たる目的は，①事故情報を収集・分析し，再発防止に役立てること，②予期せぬ結果に至った診療行為について疑問がある場合，第三者による公正な検証が行なわれる手続を確保し，医療過程の透明性を向上し，国民から信頼される医療を構築することである．医師法21条の本来の趣旨は警察官が犯罪捜査の端緒を得ることを容易にすることにあり，この目的に適合するものではない．全国的・永続的な中立的第三者機関による医療事故の新しい報告制度を創設し，医師法21条関係の法令（施行規則等）を改正することが最も合理的な問題解決であると考えられる．

Ⅱ．医療従事者の刑事責任について

近年，医療過誤事件に関して，医師が逮捕され，また，執行猶予つきながら長期の禁錮刑に処せられるなど，医療従事者に対する刑事責任の厳格化が顕著である（特に，実際に過った医療行為を行った担当医だけでなく，その指導医にも，禁固刑が適用される事案も出ている）．この傾向には，多くの問題点がある．特に，本年2月に福島県において，帝王切開における癒着胎盤処置に関する母体出血死について，業務上過失致死・医師法違反の疑いで産科担当医が逮捕された事件については，地方の産科医不足の問題も含めて，社会的な議論に発展した．

犯罪容疑者を逮捕するには，刑事訴訟法上，①罪を犯したと疑うに足りる相当な理由があること（逮捕の理由），②証拠隠滅や逃亡のおそれがあること（逮捕の必要性），が要件として要求される．今回の福島県の事件の場合，報道によれば，すでに2005年4月に同院に対する強制捜査・証拠書類の押収が行われており，また，福島県も事故調査を行ったうえで報告書を作成し，担当医の判断ミスを認め

て遺族に謝罪した上で，6月には同医師を減給1カ月の懲戒処分，病院長を戒告処分としていた．また，同医師はその後も大野病院唯一の産婦人科医として献身的に勤務し続け，逮捕当日も診療中であった，というのである．本件においては，逮捕の必要性が認められるかどうか，大きな疑問がある．

また，医療過誤に関する刑事責任を考えた場合，本来，法律上の過失を問うためには，行為者に予見可能性が無ければならないが，刑事罰の対象になるような実行上の過誤（薬剤取違え等）は，予見可能性が乏しい．達成目的と刑事制裁という手段の関係の合理性を考えてみても，過誤を起こす危険な医療従事者を排除することが目的なら（社会防衛の趣旨），行政処分が有効であるし，刑罰という制裁を明示して医療従事者に予防的心理を働かせることが目的なら（一般予防の趣旨），予見可能性が乏しいので機能しないと考えられるし，被害患者を慰謝することが目的なら（応報の趣旨），民事賠償と行政処分で対応可能であろう．このように，医療過誤に関する刑事責任には不合理な点が多い．実際，米英では，医療過誤に対しては刑事制裁はほとんど適用されていない．

医療従事者に対する刑事処分の行き過ぎた状況は，すでに臨床現場を萎縮させ，リスクの大きな診療科の医師数が不足するという事態を招いている．異状死の問題とともに，抜本的な問題解決が必要である．

16：25～16：50

Ⅱ．診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業について

厚生労働省大臣官房参事官（健康・医政担当）
上家和子（かみや かずこ）

わが国においては，平成11年に特定機能病院での患者取り違え事件が発生して社会問題となり，医療事故に対する国民の関心が高まる契機となった．

平成14年４月には医療安全対策検討会議が「医療安全推進総合対策」を策定し，医療機関内の安全管理体制の整備，医療安全支援センターの整備，ヒヤリハット事例の収集等，医療安全対策の体制整備が図られてきた．さらに平成15年12月「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」を出し，「人」「施設」「もの」の三つの柱を立て，新たな取り組みと対策の強化を進めることとした．平成16年10月からは第三者機関（（財）日本医療機能評価機構）による事故事案等の収集事業が開始され，わが国における医療安全対策の大きな枠組みができてきた．今後，これらの施策を充実していきたい．

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」は，このような対策の一環であり，平成16年９月（19学会）に日本外科学会を始めとして関係学会から「診療行為に関連した患者死亡の届出制度と中立的専門機関の創設に向けて結集して努力する」旨の声明が出されたことを受けて実施するものである．診療行為に関連した死亡について，臨床医，法医，病理医による解剖や臨床医による調査を実施し，専門的，学際的なメンバーで死因究明及び再発防止策を総合的に検討する．評価結果は遺族，医療機関に報告する．モデル事業を通じて医療の透明性を高め，医療の安全性の向上を目指している．

従来より，医療の現場では「第三者による死因究明制度の創設」の要望が強く，第164回通常国会における審議においては，医師法21条，裁判外紛争処理制度，無過失補償，さらには死因究明制度に関し検討の必要性が述べられ，現在具体化に向けた検討が進められている．この「モデル事業」は，実施する中で制度化への課題を整理しながら基礎資料を収集するとともに，医療機関と患者遺族等との調整を担う人材の養成方法等について検討する旨が提言されており，将来の新しい制度につながっていく重要な事業と考えている．

安全，安心で良質な医療を確保するため，本モデル事業の現況と将来について考えを申し上げ，関係者のご理解とご協力をお願いしたい．

16：50～17：15

Ⅲ．私立大学病院医療安全推進連絡会議について

東京慈恵会医科大学附属病院副院長
落合和徳（おちあいかずのり）

国立大学附属病院が院長連絡会議を通じて医療安全に関わる活動の連携を深めるなか，私立大学附属病院は，それぞれ独自に医療安全に取り組んできた．私立大学病院はベッド数も多く，医育機関としてまた医療を提供する場として重要な役割を担っている．今回，国立大学附属病院には遅れをとったが，私立大学病院医療安全推進連絡会議（以下本会議）が発足したのでその概要と取り組みについてご紹介したい．

目的：私立大学病院として医療安全に関する情報を共有し，協力して効率的な医療安全管理体制を確立すること

沿革：平成18年1月26日，東京都内の大学に声をかけ第1回の会議をもち，その後2回，実務者会議を4回開催した．

検討項目：

1．本会議と私立医科大学協会の関係

私立医科大学を束ねる私立医科大学協会（私大協）と本会議の活動が重複する可能性が考えられたので，私大協内に設置された病院部会の中にある医療安全対策委員会と協議した結果，同委員会の実務的な作業部会として機能することとした．

2．医療安全相互チェック

第3者による検証を行い，医療事故の防止・安全性向上を図ること，さらに評価する側，受ける側の双方が医療事故防止の創意工夫を学び共有することが病院間相互チェックの目的である．本年11月から12月にかけ，全国を6ブロックにわけ，所属する施設同士が相互にラウンドして評価することとなり，本会議においてラウンドの実施要綱，評価表を作成した．評価は，医療安全対策委員会に報告され，委員会はこれを取りまとめて各施設に報告する．この際，改善の必要がある場合には同委員会から改善勧告を行なうものとする予定である．

3．医療上の事故等の公表に関する基準と指針

「国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針」をたたき台にし，私立大学附属病院としての整合性を持たせるようマイナーチェンジを行なった．公表に関する基準が施設によって異なるということは避けるべきであり，今後は「病院における医療上の事故等の公表に関する指針」として国立，公立，私立を問わず同一の指針で公表されることが望ましいと考えている．

4．事故調査委員会の協力体制

医療事故の発生にともない，事故調査委員会が設置されることになる．議論の公平性を担保することから，調査委員会には院内関係者のみならず院外医療従事者を委員として参加させる必要がある．この際の協力支援体制について今後検討する予定である．

17：15～17：40

Ⅳ．東大病院における安全対策と機構改革

東京大学医学部附属病院病院長
永井良三（ながいりょうぞう）

医療過誤の背景はきわめて多彩である．高度化した医療は，部分的に自動化された医療機器，有効な薬剤，情報ネットワーク，多くの医療従事者数などに依存している．これらの医療器材，薬剤，情報システムは少人数による医療の提供に高い機能をもつ一方で，誤操作やコミュニケーションエラーによって多くの医療過誤の原因となる．このことは進歩した医療も発展途上であり，人間工学的には未完成であることを示している．医療過誤には，医療体制から個々人の問題にまで及ぶ多段階の要因が存在する．これらを分析していけば，医療過誤における法則性を把握し，予防策を講じることも可能である．

医療機関における安全の確保は，患者の安全を図り社会との信頼関係を構築する上で極めて重要である．講演では以下の点について我々の取り組みを紹介したい．

(1) 確認の徹底

バーコードが導入されるまでは，薬剤や患者誤認を現場で徹底する必要がある．輸液や注射薬の確認が平素から行われているかを管理者は常にチェックする必要がある．

(2) 院内感染対策

手洗い励行によってMRSAの院内発生を抑えることができる．手洗い率の抜き打ち調査も有効である．

(3) ITを活用した知識の確認と情報伝達

院内LANにおける医療安全情報の提供，eラーニングによる学習システムなどを試みている．

(4) 教育研修体制

スタッフの入れ替わりが多い大学病院では，任用時の研修が重要である．院長の講話，研修センターによる指導を定期的に実施している．

(5) 医療事故の再現映像

医療事故の再現映像を作成して，院内外で研修に活用している．

(6) 組織改革

病院が医局の単なる集合体とならないよう，病院執行部に決定権を集約している．各診療科の運営を円滑化するために，入院診療運営部，外来診療運営部，医療安全評価研修部，企画経営部などの運営組織を設け，バランスのよい病院運営を進めている．

17：40～18：05

V．緊急時の情報リスクマネージメント

株式会社博報堂　コーポレートコミュニケーション局長
後藤正彦（ごとうまさひこ）

博報堂には主に企業の広報機能をサポートする組織として「コーポレートコミュニケーション局」があり，その中に特に企業のリスク対応をサポートする「イシュー・コンサルティング」という機能を持っています．そこでは毎月，一定以上の規模を持つ企業が係わったリスク記事をクリッピングして分析しており，2005年は9000件を越えるリスク報道を集積しています．ちなみに，この数字は毎年増加してきています．

2003年に明らかになった東京慈恵会医科大学青戸病院の不祥事をきっかけとして，翌2004年からは「医療機関」という分類でクリッピングを始めましたが，その結果，2004年は204件，2005年は215件，そして今年は7月末までで157件の報道を把握しています．残念ながら，ここでも増加傾向が見られます．

医療機関を取り巻くリスク環境が年々厳しくなってきているのは明らかですが，その主要な原因として報道・マスコミの存在は無視できません．トラブルに直面して，事態の当事者にだけ向き合っていれば良い，という対応では許されなくなっています．2000年を中心に企業で発生した「偽装，隠蔽たたき」は医療機関も例外にはしていません．

ハインリッヒの法則として知られている重大事故発生確率（1つの重大事故が発生する前には29の中規模事故が発生しており，その前には300のヒヤリとしたりハッとする事態が発生している）を持ち出すまでもなく，重大事故を防ぐには平常時の予防措置が欠かせませんが，平常時対応では80％程度しか防ぎきれないとも言われています．予測不可能な事態が発生したときの組織へのダメージを最小限にするために，緊急行動計画の一つとしてマスコミを中心とする「情報リスクマネジメント」を用意しておくべきだと考えます．

今回は「平常時」「緊急時」「リカバリー時」という3段階の情報リスクマネジメント対応の中で，対応の仕方によって影響が大きく変わる「緊急時対応」にしぼり，その基本対応ノウハウを企業対応の実務家の立場からお話します．

主な内容は以下のとおりです．

1．第一報入手，情報入手
　情報窓口の一本化が必要
　第一報は不完全で不正確と知る
　「変化なし」も情報になる
　与えられた時間を計算する
2．対応機能と体制
　調査，渉外，広報，対策立案と連絡の5機能は必要になる
　トップに直結させる
　組織を代表できるスポークスマンを決める
3．抗議対策
　標準対応話法を用意する
4．取材対応
　メディアの関心事は事実，経過，原因，対応策，コメント
　まずポジションペーパーを作る
　取材の制限について
5．調査と評価
　事態の正確な把握は必須
　世論の把握が大切
6．対応方針の決定
　「世の中尺度」で方針を決める
　最悪の事態を想定して対応策を用意する
　関係先への協力姿勢を示す
7．発表
　とにかく文書を作る
　分かっている事実だけしか話せない
　冷静な対応
　発表のタイミングを誤らない
8．組織内部への対応
　オピニオンの標準化を急ぐ
9．対策の決定
　被害者対応と関係者対応について

以上