

死因究明に向けての動向に鑑みて
全国医学部長病院長会議
平成 26 年 5 月 15 日(理事会),同 16 日(総会)

1)現在の動向と全国医学部長病院長会議の基本的見解

診療に関連した死亡(以下、診療関連死)については、医師法 21 条の解釈など多岐に渡る議論がある。また現時点において、院内における事故調査を基本に、民間の第三者機関と該当の医療機関、ないし関連諸団体とが連携する社会的な仕組みが法的(「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(案)」)に構築されることになるという。そして、新年度から「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」と称する研究課題名の下に、研究班(班長:西澤寛俊氏 全日本病院協会々長)が組織され、そこで「医療事故調査に係るガイドライン」の作成が進められようとしている。先の法が公布されればガイドラインが実質的な意義を発揮することになると思われる。

診療関連死の調査などに関して全国医学部長病院長会議は、平成 25 年 5 月に「診療に関連した予期せぬ有害事象(死亡事故など)の調査のあり方」を公表している(図)。本件が国会での議論を経て、法律・ガイドラインなどその基盤が漸次整備されようとする局面において、我々全国医学部長病院長会議は次のように考える。

法律・ガイドラインなどその基盤の整備に当たっては、まずその内容を十分に吟味し、全国医学部長病院長会議の意見が十分に汲み容れられたものとすべきである。当然のことながら、具体的な諸々を厚生行政・関係各位と議論する中で、医療現場において診療の質を一層改善できることに資するものとすべきである。従って、医療者の信頼が得られることが原則となるので、その意味において、患者に提供される医療の質向上が健全に図られて、かつ医療者にとって納得のいく「ガイドライン」の作成へと進めなければならないと考える。

2)本質的な問題

このような死因究明に係る一連の動向においては、死因の究明に基づくシステムの是正、すなわち診療プロセスの改善などを通して医療の質を向上させようとする考え方と、“医療過誤”を犯したとして医療者を罰しようとする意図とが相対峙している。そもそも医療者は、事例の調査に際して、医療の質向上を真摯に思えばこそ、自らの関与した事実関係や忌憚のない意見について率直に述べるなどするわけで、「罰する仕組み」の中においては、医師ら医療者が経験や意見について率直に述べることを躊躇するであろうし、このことは常識的に考えて避けられない。勿論、いわゆる萎縮医療に陥ることも十分に想像される。

その理由は、医療が自然科学たる医学の実践であるとは言うものの、多様性、不確実性などを十分に孕んだ生物学の実践でもある以上、後から遡って”問題点”を指摘できる状況があり得る。つまり、後から遡って指摘された”問題点”によって医療者が罰される可能性を恐れるからである。

前述した状況は思い過ごしでなく十分に懸念される場所である。そのようなことになれば、「死因究明に基づく医療の質改善」という目的は全く達成できない。他方、罰を控えつつ、医療者に経験や意見の陳述を強制する場合には、医療者の人権そのものに抵触しかねない。ここに本質的な問題がある。これらの点を無視して安易なガイドラインが作成されると、医療そのものが成り立たなくなる。加えて、医療者への行政処分の可能性についてもいずれ大きな問題になるかも知れない。

3)問題の克服

上記の問題は、医療機関が作成すべきとされるであろう「診療関連死の死因究明に関する報告書」の取扱いの問題でもある。従って、ここでは「報告」の意義を考察する必要がある。

まず、死亡事例に遭遇した遺族らに主治医は経過などについて説明せねばならない。このことは、主治医が診療の開始から続けてきた多くの説明に、更に死因の究明後においても説明を加えて、「診療のけじめ」をつけることでもある。従って主治医は、それまでと同じように、診療録に記載したり、図などに示して手渡したりもする。遺族らへの「報告」について基本はこの通りで、診療録は求めがあれば開示できるので、報告の記載内容については文書として得ることができる。今後、民間の第三者機関に対して提出する可能性のある「報告書」については、多くの議論があろうが、まずは「診療録への記載」が第一歩であろう。

以上のように、遺族への説明について診療録への記載を行うことと、その部分を院内事故調査委員会で利用したり、第三者機関に提出する書類で活用したりすることは問題ないと考えられる。しかし、院内のシステムの改善など多岐に渡ることを考慮した時、すべてが診療録への記載に馴染むものでは必ずしもないことも確かであろう。従って、「報告書」の作成については、本質的な問題としての議論と不可分であり、ガイドラインの作成などにおいても是非とも丁寧な議論が求められる。このため、末尾の図(今年の理事会・総会にて承認)も単に「報告」などと訂正するに止めた。

4)仕組み構築の基盤

いずれの診療関連死についても、解剖所見を得ることができる体制が求められる(図)。ここで都道府県医師会と、地域の大学医学部および附属病院とは、相互に密な連携・協力が不可欠である。そして、院内でのインシデント・アクシデントレポートが日常的に提出され、それらを基に不断に質向上への取り組みがなされるべく、そのような面での地域の大学医学部および附属病院からの支援の在り方もいずれ練っていかねばならない。医療の質を向上させることを目的に、社会的な諸々の機能が相互に調和・連携することが望まれる。

以上により、全国医学部長病院長会議は、各地の大学医学部および附属病院と、各都道府県医師会とが、上記の支援の在り方や解剖所見を得ることについてなど、より具体的に有機的な連携を構築するよう切に望む次第である

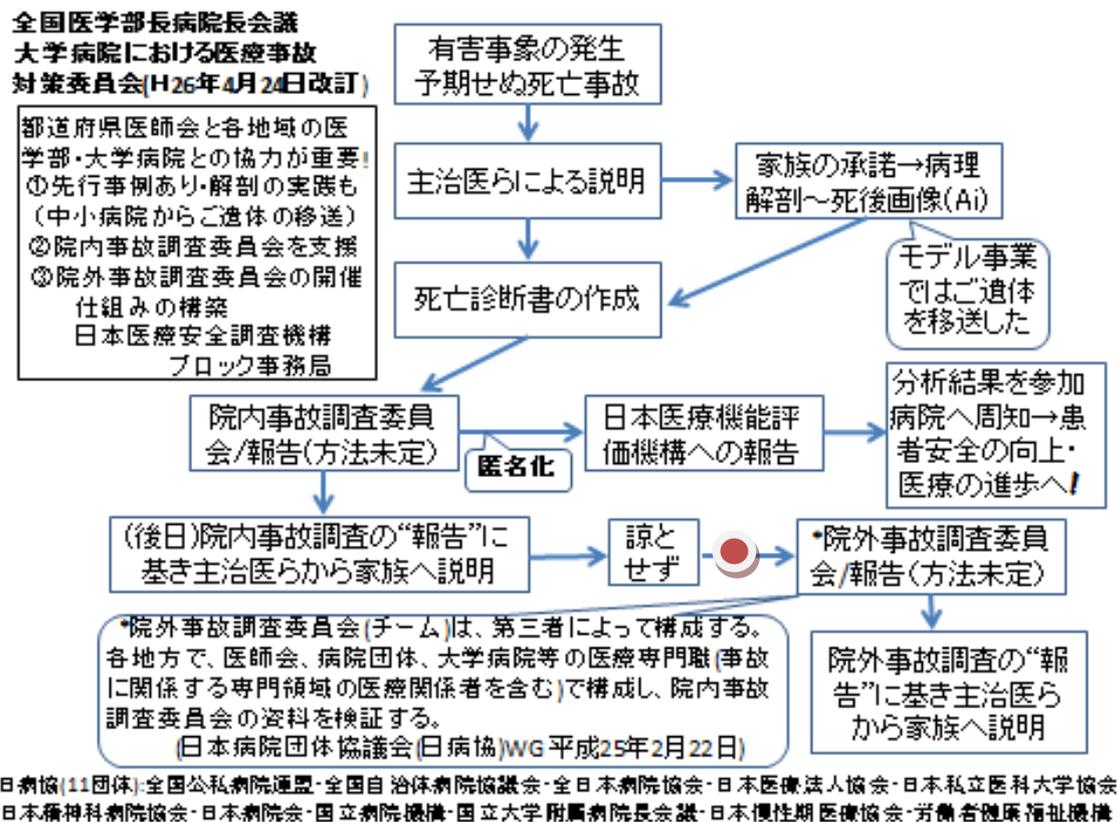


図:「予期せぬ死亡事故」への対応(流れ図)(全国医学部長病院長会議,平成 25 年 5 月を改訂)

5)図の理解を深めるために

1)この図において、医療者として主軸をなすべきは「院内事故調査委員会」であると考えられる。また、本文にあるように、「報告書」の在り方については丁寧な議論が求められる。

2) 仕組みの目的は、医療者らを咎めることではなく、あくまで「死因の究明によって医療の質を向上させること」である。従って、今回のガイドラインにおいては、医療者だけが院外調査委員会へ申請でき、患者・家族のみによる申請(●)は不可である。それでも患者、家族が不服を訴えるなら、「民事訴訟などで(医療の範囲の外で)」が本筋となる。

3)患者・医療者などの匿名化は「安全」を構築する仕組みにおいて、正に要とも言うべき重要なポイントである。図においては日本医療機能評価機構への情報伝達においてのみ匿名化の記載がなされているが、その他においても医療安全に資することを目的としている以上、情報の取扱いについて匿名性を保障する仕組みが求められる。

匿名性の保持によって関係者らを特定しないことについては、関係者に懲罰を加えないことや、事故調査においてシステムの不全に焦点を当てるべきことなどとともに、有害事象を取り扱う仕組みを成功させる必要条件である。このことは、世界保健機構(WHO)もそ

のように提言していて(有害事象の報告・学習システムのための WHO ドラフトガイドライン.一般社団法人日本救急医学会診療行為関連死の死因究明等の在り方検討特別委員会,他監訳,2011年10月,へるす出版,東京)、死因究明の目的が患者安全に資するとするからには、そのための仕組みを創設するにあたり、この「世界標準」にこそ則るべきである。

(参考)

地域によっては、次のような流れ(フロー)を実践している事例もある。すなわち医療機関は、事象の発生後に速やかに、まず第三者機関に連絡し、剖検取得の支援、調査分析支援チーム(医師・看護師)の派遣を受ける。そして、院内事故調査委員会の開催、報告書の作成を第三者機関の支援を受けながら行う。ここで第三者機関は地域(県)医師会に置かれ、実質的に地域医師会によって束ねられた大学病院などが協力している。一般診療と同様に、医療安全の面でも中小病院を地域の基幹病院が支援する構図となっている。このことにより、事故の当事者である患者・家族と医療者の間における信頼関係が強化・補完されているものと理解することができる。

以上

(大学病院の医療事故対策委員会)