

# 医療安全軽視による病院経営危機と その回避の方法についての一考察 ～医療メディエーターの活動を通じて～

増田伊佐世

キーワード：医療事故、医療安全管理者、リスクマネジメント、医療メディエーション、コンフリクト・マネジメント

## 1. はじめに

1999年に発生した2つの重大な医療事故（横浜市立大学付属病院での患者取り違え事件と、都立広尾病院での薬剤取り違え事件）を契機として、医療安全の重要性は高まり、多くの病院で医療安全管理に力を注いでいる。医療機関はもとより、国を挙げての、行政、学会、医療関連団体、そして企業なども連携した取り組みが少しずつ形になり、日本の医療安全管理体制は構築されてきた。2006年には「医療安全管理加算」が新設され、多くの病院で専任、専従の医療安全管理者が配置された。

患者は良質の医療を求め、医療者はそれを提供したいと考えている。両者の思いは同じであるが、医療は不確実なものであるのも事実である。患者は医療に完全を求めており、医療不信の芽もここにあると考えられる。

赤瀬・磯貝（2005）らは「ひとたび医療事故が発生すると、運営メンバーや幹部職員はその対応に追われることになる。特に死亡事故の場合、遺族への対応、入院および外来患者への対応、社会的信用回復への対処などに時間を割くことになり、さらに動揺は他の職員へも広がり、場合によっては病院運営そのものが困難になる可能性もある。」と述べている。

医療機関が評価され、選ばれ続けていくために必要なことは「医療の質の確保」と「健全経営の確保」であると言われている。安全を確保することは医療の質を確保することに他ならない。そのためには医療安全管理による事故防止活動とともに、医療

の透明性や事故発生時の適切な対応が必要となる。

平成 24 年度の診療報酬改定では、医療従事者と患者との対話を促進するため、患者・家族への支援体制を整備していることを評価する「患者サポート体制充実加算」が新設された。患者等からの疾病に対する医学的な質問や生活上の不安等様々な相談に対応する窓口に、専門の職員を配置し相談を受けることで加算される。その職員は、医療関係団体等が実施する「医療対話仲介者」の養成を目的とした研修を受けていることが望ましい、とされている。

医療対話仲介者＝医療メディエーターが行う医療メディエーションは、患者と医療者が向き合う場をつくり、当事者同士の対話を促進するプロセスである。2003 年から日本医療機能評価機構患者安全推進協議会で検討が始まり、和田・中西（2011）により構築されたプログラムをもとに 2005 年から研修が始められた。年々受講者は増加し、現在医療メディエーター協会への登録会員は 2,000 名を超える。受講者増加の背景には、医療安全への寄与があると考えられる。

本論文では、医療事故発生時の経済的損失を明らかにするとともに、医療メディエーションが医療安全に果たす役割について述べる。

## 2. 医療事故の経済的損失について

### 2-1. 先行研究

医療事故に伴う経済的ダメージについて数値化を試みた研究は、赤瀬・磯貝（2005）らによるものがあるが、それによると事故発生後からの幹部職員の会議や聞き取りにかかる直接的な損失は約 89 万円、また患者数の減少から 6 ヶ月で 2 億 4,769 万 6,745 円の医療収益が減少したとし、合計で約 2 億 5,000 万円の損失が発生している（事例は点滴用キシロカインを静注したことによる患者の死亡）。ただしこの研究では医療訴訟に係る費用は考慮されていない。

### 2-2. N病院における医療事故の経済的損失

平成20（2008）年にT県N病院において発生した医療過誤は以下のとおりである。

本医療事故の被害者となった患者は70歳の男性で、気管支喘息とアスピリン喘息の既往があり、N病院には平成3年から平成7年までの間、気管支喘息治療のため3回の入院歴がある。

平成20年10月25日発熱（38.9度）と左胸部痛を訴え時間外受診した。同日入院となり、肺炎・胸膜炎の診断で抗生剤を投与した。症状は軽減し、外泊もできるような状

態に改善していたが血液検査にて貧血の進行がみられ、入院から22日後に鉄剤の投与をおこなった。同日夜に39.4度の発熱を来した。

宿直医は、患者がアスピリン喘息であり、通常の解熱鎮痛剤では重症発作を起こすことから、解熱のため“副腎皮質ホルモン”の「サクシゾン」を処方しようと電子カルテで“サクシ”を入力し、画面に表示された“筋弛緩剤”「サクシン」を誤って処方した。看護師たちは疑問を抱きながらも、サクシンの点滴を実施した。その後、心肺停止に気づき心臓マッサージ等の処置を行ったが、蘇生に至らず死亡となった。

この事例における経済的損失を、前述した赤瀬・磯貝（2005）らの「直接的損失のスコア化：事後処理に要する時間に関する費用」に沿って、考えてみる。

赤瀬らは、モデル病院の事故後に開催された会議と所要時間を、会議録から算出している。4回の臨時安全対策委員会や警察・保健所からの聞き取り、記者会見、当事者への聞き取り、4回の事故調査外部委員会等が行われた。病院長で1,032分、看護部長で1,437分、事務部長で1,352分の時間を費やしている。16名の病院幹部の平均が665分と10時間を超え、3名の当事者の平均が168分であった。

N病院の場合も、一つ一つの会議の所要時間は不明であるが、臨時安全委員会や事故調査委員会、メディカルリスクマネジメント委員会など計5回、記者会見、職員説明会などに加え、3名の外部調査委員とご遺族を含めた事故調査委員会を計7回開催している。これらの直接的な損失は100万円を超えるものと考えられる。

また、当該医療事故は平成20年10月に発生している。平成18年度からの月別外来患者数を見てみると（図1）、年々徐々に患者数が減少しているが、平成20年度11月の外来患者延数は、前月比で約2000人減少している。この月については、やはり事故発生の影響で患者数が極端に減少しているのではないかと考えられる。

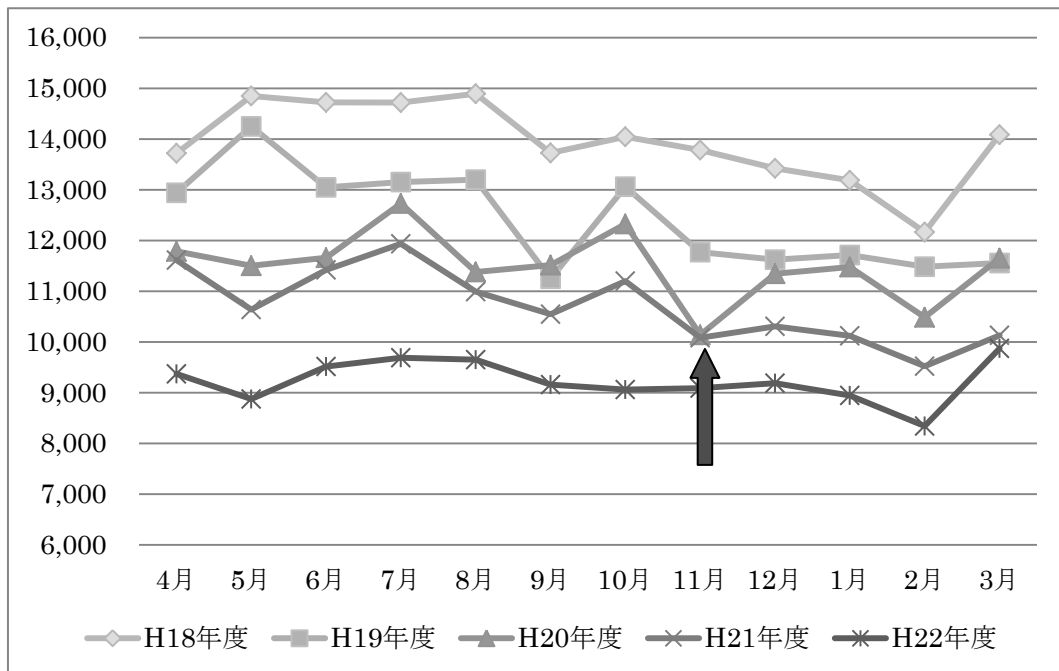


図1： N病院の月別外来患者延数

また、平成18年度から22年度の収支状況をみると（表1）、平成19年度の1日平均患者数は、入院で261.9人、外来で608.3人であった。平成20年度は入院259.6（-2.3）人、外来567.9（-40.4）人と減少している。さらに平成21年度には入院246.2（-13.4）人、外来531.0（-36.9）人に減少し、総収益は平成20年度で2億6,338万円、平成21年度には2億1,633万円の減少となっている。給与費については、平成20年度で690万円、平成21年度は8,178万円の減少であった。

表1：N病院の財務諸表

## 1事業状況

			18年度	19年度	20年度	21年度	22年度
許可病床数(床)			307	307	307	307	307
許可病床利用率			89.0%	85.3%	84.6%	80.2%	75.9%
患者 状 況	患者 述 数	入院(人)	99,750	95,862	94,743	89,863	85,015
		外来(人)	167,312	149,038	137,998	128,502	110,751
	1日平均 患者数	入院(人)	273.3	261.9	259.6	246.2	232.9
		外来(人)	682.9	608.3	567.9	531	455.8
保健予防活動実施件数(件)			21,886	22,414	23,299	24,868	22,812
職員数(総数)10月1日時点(人)			452.7	486.9	488.4	483.1	472.0

## 2損益状況

(単位：千円)

		18年度	19年度	20年度	21年度	22年度
総 収 益	入院収益	4,489,254	4,576,357	4,443,189	4,260,797	4,197,439
	外来診療収益	1,525,991	1,469,497	1,381,507	1,348,063	1,265,400
	保健予防活動収益	198,513	197,730	207,098	208,138	205,770
	医療相談収益	179,203	178,987	180,100	172,251	163,458
	その他	263,656	265,721	213,018	219,330	242,013
	小計	6,656,617	6,688,292	6,424,912	6,208,579	6,074,080
	特別利益 (特別修繕引当金制度廃止)	0	0	0	0	0
	計	6,656,617	6,688,292	6,424,912	6,208,579	6,276,424
総 費 用	給与費	3,745,347	3,854,347	3,847,441	3,765,652	3,703,454
	材料費	1,507,569	1,539,063	1,344,254	1,282,856	1,140,739
	経費	379,217	421,410	389,112	363,861	365,202
	委託費	436,138	442,569	442,485	475,809	474,628
	建物等更新費用	214,605	197,343	191,609	185,139	175,035
	その他	234,674	255,046	285,663	286,003	253,296
	小計	6,517,550	6,709,778	6,500,564	6,359,320	6,112,354
	特別損失 (退職手当引当金不足額繰入)	0	0	0	0	241,847
	(賞与引当金全施設繰入)					
	計	6,517,550	6,709,778	6,500,564	6,359,320	6,354,201
当期純損益		139,067	▲21,486	▲75,652	▲150,741	▲77,777

## 3財政状況

(単位：千円)

	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度
資産勘定					
(流動資産・有効固定資産・ 無形固定資産・その他資産)	4,756,272	5,067,790	5,209,419	5,068,108	5,274,007
勘定					
(流動負債・固定負債)	4,288,009	4,621,012	4,838,293	4,847,723	5,130,206
資産勘定 (利益剰余金)	468,263	446,778	371,126	220,385	143,801

## 2-3. N病院における医療事故の原因分析

N病院では、根本原因分析法（RCA：Root Cause Analysis）を用いて分析を行った。その結果、以下の要因が根本原因として抽出された。

- (1) 危険薬の誤投与防止対策に関するシステム不備
- (2) 医師の処方時の確認不足および臨時指示の伝達不足
- (3) 薬剤師の危険薬剤払い出しにおける確認不足
- (4) 看護師の危険薬剤に対する知識不足、観察不足
- (5) 職員間のコミュニケーション不足
- (6) 職員および新規職員への薬剤に関する教育不足、情報不足
- (7) 医師の勤務体制
- (8) 医療安全管理体制の不備

N病院では、「サクシゾン」と「サクシン」の間違いが他施設であったことを受けて、「サクシゾン」の採用を取りやめていた。しかし、その年の4月に採用された当該医師は、「サクシゾン」が採用されていないことを知らなかった。そのため、オーダーリングシステムで、3文字入力で薬品名が出てきたとき、「サクシゾン」と書かれていると思い込んでしまった。このオーダーリングシステムでは、危険薬処方時に注意を促すメッセージ表示機能や薬品検索時に視認性を良くすることでミスを誘発しない工夫などはされていなかった。

また、オーダーを受けた薬剤師は、病棟で気管内挿管をするために使用すると思い込み、サクシンを払いだした。毒薬の管理台帳は薬剤部長が管理しており、サクシンが手術室でしか使用されないことを部内で共有できていなかったことが原因である。病棟看護師は、サクシンを使ったことがないため、薬効についての知識がなく、通常の抗生剤を開始するのと同様に点滴静注した。

N病院では、この事故以前にも誤ってサクシンが払いだされ、看護師が気付いて患者に投与されなかったインシデントが発生していた。しかし、そのレポートは出されず、院内で危険が共有されることはなかった。

## 3. 事故発生後の対応について

後に病院がまとめたN病院の事故発生時の対応は以下のとおりであった。

心肺停止を確認した看護師は、心肺蘇生を開始するとともに宿直医をコールした。ただちにご家族に連絡し、患者の妻が来院した際、宿直医より「薬を間違えました。現在、心肺停止の状態です。できるだけのことをさせていただきます。」と説明し、心肺

蘇生術を継続した。また、後に到着した病院長から、ご家族に「薬剤を取り違えて、こんなことになってしまって申し訳ありません。」と再度、状況を説明し謝罪を行っていることから、事故発生直後の説明と謝罪については適切に行われたと考えられる。しかし、それでも記者会見の開催の同意確認や院長や主治医の墓参について、配慮が不足していた、と述べている。

記者会見を開くことを遺族に説明した際、遺族は反対した。そのため、N病院では当初記者会見を見送った。しかし、遺族としては「記者会見に自分たちが出なくてはいけないのならば、やってほしくない」ことが本心であり、記者会見そのものに反対したわけではなかった。医療従事者が遺族のその思いを理解できたならば、「記者会見にご遺族が出ることはありません」と伝えることができ、タイムリーに記者会見が行われたはずである。事故後は遺族のみならず、医療従事者も混乱し、不安定な状況にある。そのような状況下では、言葉による誤解が生じやすい。冷静な第三者がその場で遺族と医療従事者の橋渡しをする必要がある。

#### 4. 医療安全管理者養成の現状

現在、医療安全管理者養成を行っているのは、日本病院会や全日本病院協会、看護協会（県単位）、医療の質・安全学会などである。これらのプログラムは平成19年3月に厚生労働省より出された「医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針」に則った内容となっており、診療報酬の「医療安全対策加算」取得の際の研修要件を満たすものとなっている。

内容は、医療安全の基礎的な技術と、分析方法、事故防止のための体制整備や研修の企画とともに、医事紛争対応、事故発生時の対応なども含まれている。

N病院の事故分析に用いられた根本原因分析法も、少しずつ形を変えながら、教育が行われている。こういった手法は、医療安全管理者だけが理解していても、院内で活用していくことは難しい。日々のインシデント事例の分析を行いながら、院内に周知を図っていくことが望ましい。

紛争対応や事故発生時の、いわゆるクライシスマネジメントは、6日間41.5時間の研修期間のうち7時間を占めている。実際、医療安全管理者の業務として、「医療事故における患者対応」を掲げていることもあり、医療安全管理者には必須の項目である。しかし、内容は知識中心であり、対応スキルの習得までは難しい状況にある。

表 2：医療安全管理者養成プログラムの一例

平成 24 年医療の質・安全学会「医療安全管理者養成研修会」
1. 医療安全管理に必要な基本的知識
2. 厚生労働省における医療安全の取り組みについて
3. 事故要因としてのヒューマンエラーとその防止について考える
4. 医事紛争対応と法制度
5-1. 分析手法 I 日本医療機能評価機構の運営する事故防止事業と産科医療補償制度（量的分析の意義）
5-2. 分析手法 II 個別事例の分析について
6. 事故発生時の対応
7. 医療安全体制の整備と医療安全研修の企画・運営
8. 医療安全を確保する業務プロセスの改善手法について
9. 医療安全管理の実践報告 パネルディスカッション
10. 医療安全管理者の継続学習について

## 5. 米国ミシガン大学ヘルスシステム

2001 年、米ミシガン大学ヘルスシステム（アナーバー）は、リスクマネジメント部門を再編し、過去に起きた事例から医療過誤の予測や評価を行い、同時に患者の苦情を病院の改善や補償に変えるプログラムを作成した。プログラムの 3 つの原則として、1 つめは、医療過誤が起きた場合、迅速に公正に補償する。2 つめは医学的に適切な治療をすることを厳密に遵守する。3 つめは前例から学ぶことで医療過誤、ひいてはクレームを減少させることである。ミシガン大学は、適正な治療をしているかを判断するため、リスクマネジメント部門に熟練した看護師等を配置し、まず院内で、事故発生時の状況下で適切な治療が行われていたか、そしてその治療が患者の結果に不利な影響を与えたかを検討する。これらについて再調査を行い、質の改善、教育の機会を検討する。リスクマネジメント部門において、医療過誤であり、患者に悪影響を与えたと判断された場合は、即座に補償を含めた紛争解決へと進む。

米ブリガム・アンド・ウィメンズ病院（ボストン）の Kachalia ら(2010)はミシガン大学ヘルスシステムの研究者らとともに、1995～2007 年の 1, 131 件の医療過誤のクレーム、または医療過誤による補償請求の記録を分析した。



表3：プログラム導入前後のクレーム・医療過誤訴訟発生率の変化

(単位：件)

	月平均発生数*		導入前後比	P 値
	導入前	導入後		
新規クレーム発生数	7.03 (5.98-8.08)	4.52 (3.96-5.08)	0.64 (0.44-0.95)	0.025
新規訴訟発生数	2.13 (1.58-2.67)	0.75 (0.47-1.03)	0.35 (0.22-0.58)	<0.001
訴訟以外のクレーム数	4.90 (4.17-5.63)	3.77 (3.27-4.26)	0.77 (0.52-1.14)	0.191

\*1ヶ月の総患者数を10万人に補正した場合

分析の結果、医療従事者が過誤を認め、謝罪し、補償を申し出るようになってから、表3のとおり1か月あたりの新規クレーム発生率は患者10万人あたり7人強から4.52人となり、36%減少した。また医療過誤訴訟の1か月あたりの平均発生率は半数以下に減少し、10万人あたり2.13人から0.75人となり、75%減少した。

また図2に示すように、プログラム導入後、クレームが発生してから解決するまでの期間の短縮が認められた。

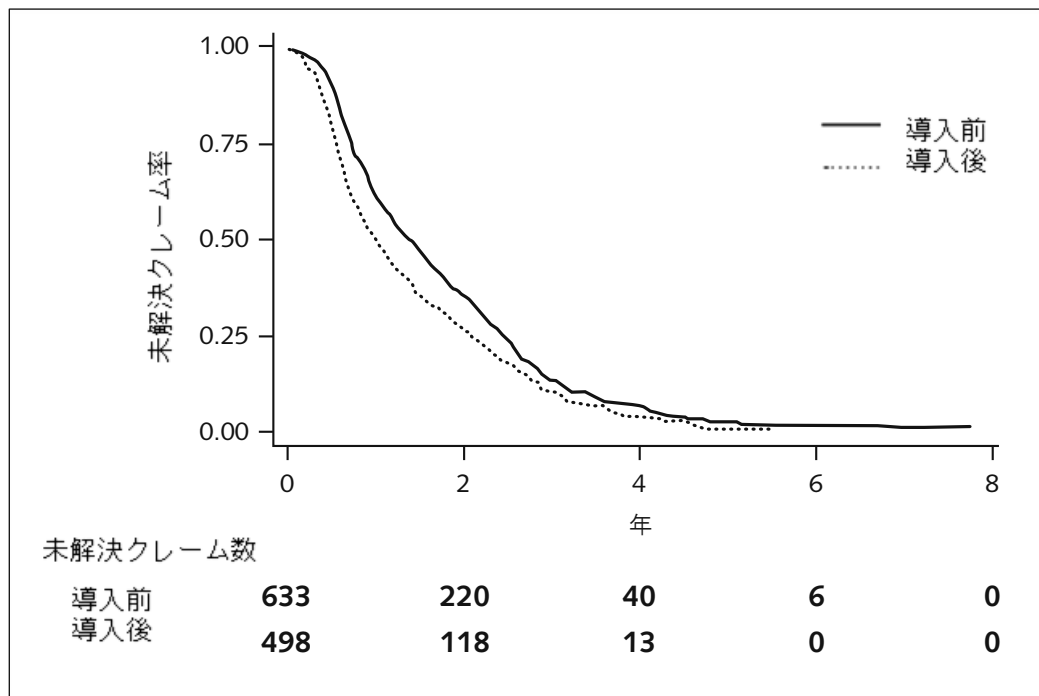


図2：プログラム導入前後のクレームを解決するまでの時間の比較

プログラム導入により、クレーム発生数が減少し、クレーム解決にかかる平均期間も数か月間短縮している。発生から2年時点での未解決クレーム数は導入前に比べ約半数となった（図2）。さらに、患者への補償や弁護士費用を含む平均賠償費用は約60%減少している（表4）。Kachaliaらによると、訴訟費用の平均は約40万6,000ドル（約3,450万円）から22万8,000ドル（約1,940万円）に減少した。

表4：プログラム導入前後の訴訟および賠償コストの比較

（単位：ドル）

	中央値*		平均値		前後比
	導入前	導入後	導入前	導入後	
全賠償費用	8.48 (3.24-21.48)	4.00 (1.16-9.31)	18.91 (12.61-25.21)	7.78 (5.14-10.42)	0.41 (0.26-0.66)
訴訟に至った クレーム費用	4.06 (0.02-13.95)	0 (0-3.65)	13.85 (8.26-19.43)	3.71 (1.46-5.95)	0.27 (0.13-0.54)
訴訟に至らない クレーム費用	1.02 (0.13-5.95)	2.45 (0.29-5.61)	5.06 (3.07-7.04)	4.07 (2.55-5.60)	0.81 (0.47-1.38)
患者への賠償	7.88 (2.11-19.09)	3.56 (1.07-8.00)	16.64 (10.90-22.38)	6.90 (4.51-9.30)	0.41 (0.26-0.67)
訴訟費用	0.95 (0.18-2.87)	0.19 (0.01-0.89)	2.26 (1.46-3.06)	0.88 (0.48-1.27)	0.39 (0.22-0.67)

\*1ヶ月の医業収益を1000ドルに補正した場合

Kachaliaは「多くの人々は、正しいことを行って間違いを開示すれば、医療過誤のクレームや賠償はなくなると述べている。われわれの知見はそれが行えることを示しており、事実、賠償費用や請求は実際に改善した。誠実さ、正直さ、透明性が3つの大きな推進力である」と述べている。

## 6. 医療メディエーション

### 6-1. 医療メディエーションとは

医療メディエーションの定義は「患者側と医療者側の対話を促進することを通して情報共有を進め、認知齟齬（認知的コンフリクト）の予防・調整を支援する関係調整

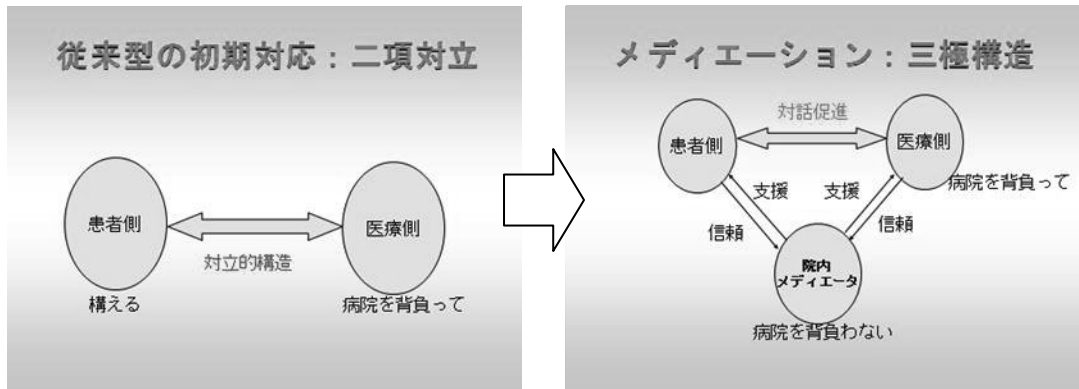


図3：医療メディエーションモデル

モデル（和田・中西（2011））」である（図3）。

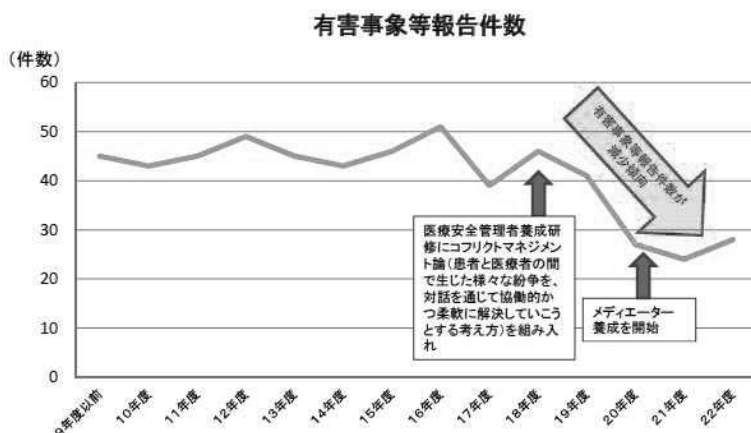
医療の現場では、患者と医療者が1対1で対応することがほとんどである。通常の診療場面では問題とはならないが、様々な状況の中で患者と医療者との間に認識上の齟齬や誤解が生じる場面もある。それが時には、事故につながったり、苦情の種子になったり、対立をエスカレートさせてしまうこともある。苦情への対応場面や有害事象が発生した場面などはその典型であり、二項対立の構造で対応すると、対話がうまく進まず、齟齬が深まってしまうことも多い。有害事象発生時や苦情対応時には、医療者も平静ではいられず、緊張して余裕をもって接することは困難である。一方で患者・家族側も怒りや悲しみといった感情に影響され、冷静ではいられない。病院を背負って説得しようとする医療者に対して、認識の齟齬をいっそう深めてしまうことになりかねない。

一方、医療メディエーションは、三極構造の対話モデルである。医療メディエーターは第三の極に位置し、何も背負わず患者側、医療者側の話を聞き、対話を促進していく。医療メディエーターは評価、判断、説明、意見の表示などは一切せず、質問をとおして当事者に語ってもらい、当事者同士が互いの深い思いや背景に気づいていくプロセスを支援していく。対立する双方が、自分たちの手で認知の齟齬や葛藤を乗り越え、関係を修復することを目標としている。

## 6-2. 全国社会保険協会連合会の取り組み

全国社会保険協会連合会では、平成18年度から同連合会の医療安全管理者養成研修にコンフリクト・マネジメント論を組み入れ、平成20年度からはメディエーター養成を実施し、有害事象の報告件数も減少するという結果がみられた（図4）。

## 全国社会保険協会連合会の取組み



平成19年度までの有害事象等報告件数の平均は44.8件であった。平成18年度から医療安全管理者養成研修にコンフリクトマネジメント論(患者と医療者の間で生じた様々な紛争を、対話を通じて協働的かつ柔軟に解決していこうとする考え方)を組み入れ、平成20年度からはメディエーター養成を開始。以降の平均が26.3件と大幅に減少した。

図4：全国社会保険協会連合会有害事象報告件数の推移(中西(2012))

また、全国社会保険連合会では、2008年6月、ハーバード大学医学部関連医療機関で使用されている「医療事故・真実説明・謝罪マニュアル」に準拠した「医療有害事象・対応指針」を策定した。指針は、①初期行動②真実説明③謝罪④調停(メディエーション)⑤根本原因分析⑥補償⑦事故報告の7項目を柱としている。同連合会の伊藤理事長は、「『医療有害事象・対応指針』を策定してから、確かに医師賠償責任保険請求件数は減少していますし、トラブルも起きにくくなったと感じます。訴訟や大きなトラブルに発展するか否かは事故の予後・転帰ではなく、病院側の対応による部分が大きいのです」と述べている(和田(2012))。

### 6-3. 愛媛県医師会の取り組み

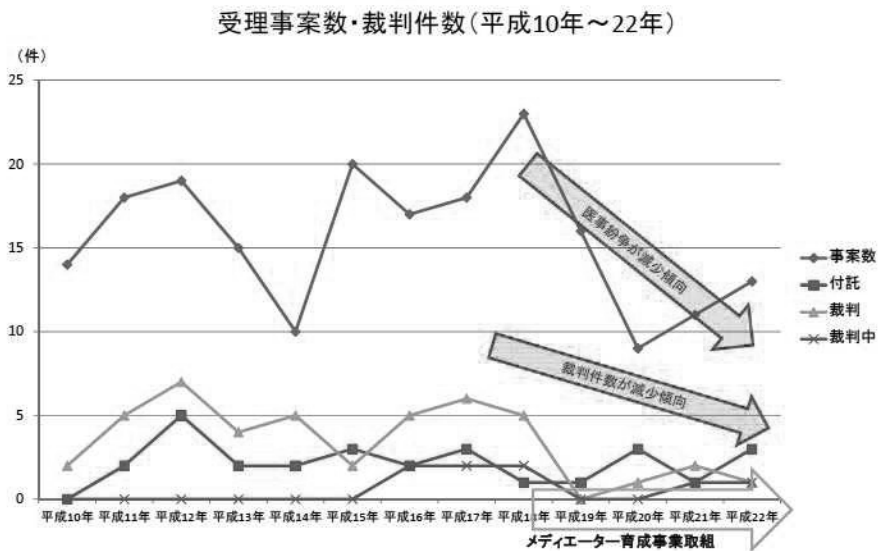
愛媛県医師会では、50床に1人のメディエーター配置を目指し、2007年から人材育成を続けてきた。愛媛県医師会は医事紛争の相談窓口であり、従来紛争は医事紛争処理委員会と顧問弁護士による示談交渉(裁判所調停を含む)で解決してきたが、十分に対応できているとは言い難かった。医療メディエーションでは、特に初期段階でケアの心情を根底において対話の促進を図ることが重要視されている。紛争過程におい

て初期対応がその後の経緯を大きく左右することから、医療メディエーターの育成に取り組んだ結果、図5のような変化が生じた。

#### 6-4. 医療安全管理者のメディエーター研修受講の現状

医療メディエーター研修は日本医療機能評価機構と早稲田総研に常設研修がある。それ以外にも、愛媛県のように医師会が企画しているもの、静岡県のように病院協会が企画しているもの、その他、病院単位で研修を行う病院や、法人単位で研修を行うことがある。研修では、知識の提供にとどまらず、ロールプレイを通して、体験的に分析手法や対応技術を学んでいく。全員が交代でメディエーター役、医療者役、患者役を演じることで、それぞれの立場で紛争時の心理状況を疑似体験することができる。そこでは、マニュアル的なテクニックを習得するというよりは、むしろ真摯な姿勢を示すときに自然に現れる振る舞いを体験することを通して、マインドや姿勢そのものを自分のものにしていくことが目的である。

### 愛媛県医師会医事紛争処理委員会の取り組み



【用語解説】  
 メディエーターとは、院内での苦情や事故後の初期対応の際に、メディエーションのモデルを援用して患者側と医療側の対話の橋渡しをする役割  
 メディエーションとは当事者間の対話を促進することを通して、認知の歪みを直し、納得のいく創造的な合意と関係再構築を支援するしくみ  
 (社)日本医療メディエーター協会HPより

図5：愛媛県医師会医事紛争処理委員会の受理事案・裁判件数（中西(2012)）

今回、静岡県の医療安全推進者ネットワークを通じて、アンケートを行った。76病院の医療安全管理者に対し、メールで質問を送付し、41施設（53.9%）から回答を得た。

回答のあった病院の属性は図6～10のとおりである。病床規模、経験年数は様々であるが、80%の医療安全管理者が、事故発生時や苦情についての患者対応を業務として行っている（図8）。また、医療メディエーション研修は基礎編、継続編を合わせると63%が受講している（図9）。今後受講予定との回答を合わせると、90%の医療安全管理者が医療メディエーション研修を受講することになる。現在の医療安全管理者が未受講であっても、院内に研修修了者が1名以上いる病院が88%を占めていた（図10）。逆に、研修終了者がいない病院では受講予定なし、が3病院中2病院であった。

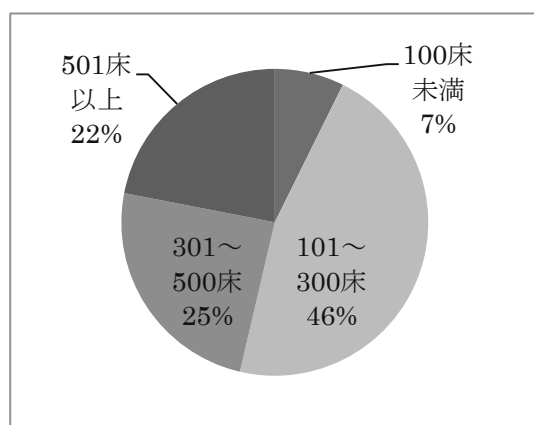


図6：所属病院の病床数

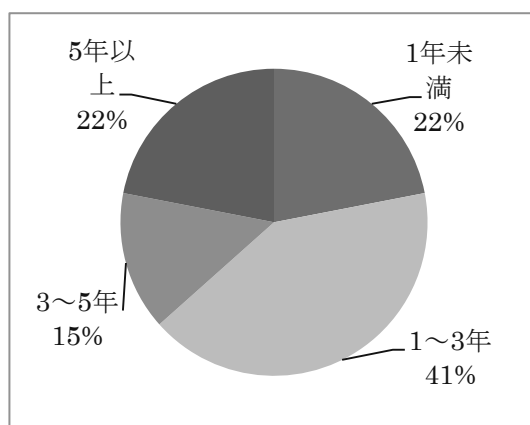


図7：安全管理者の経験年数

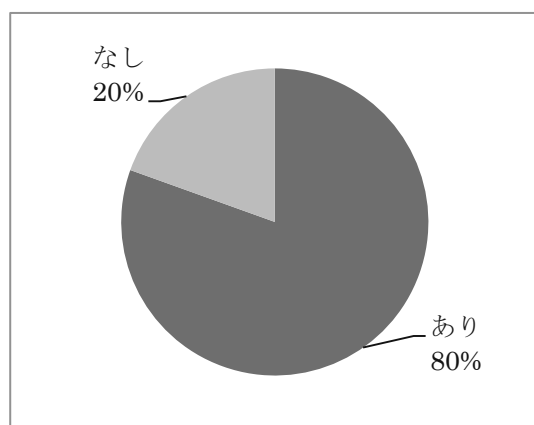


図8：患者対応の有無

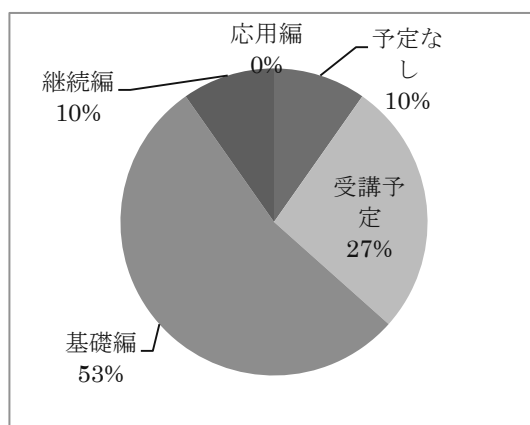


図9：安全管理者の受講レベル

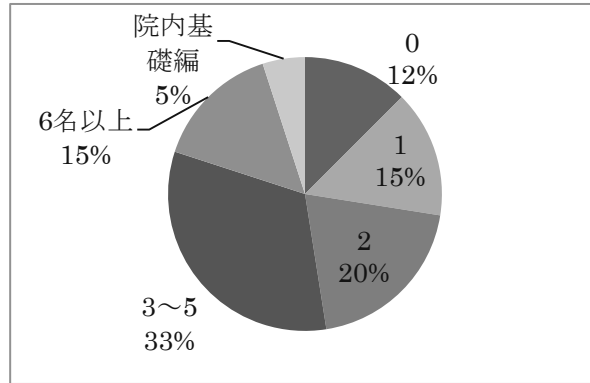


図 10：病院ごとの医療メディエーション研修終了者数

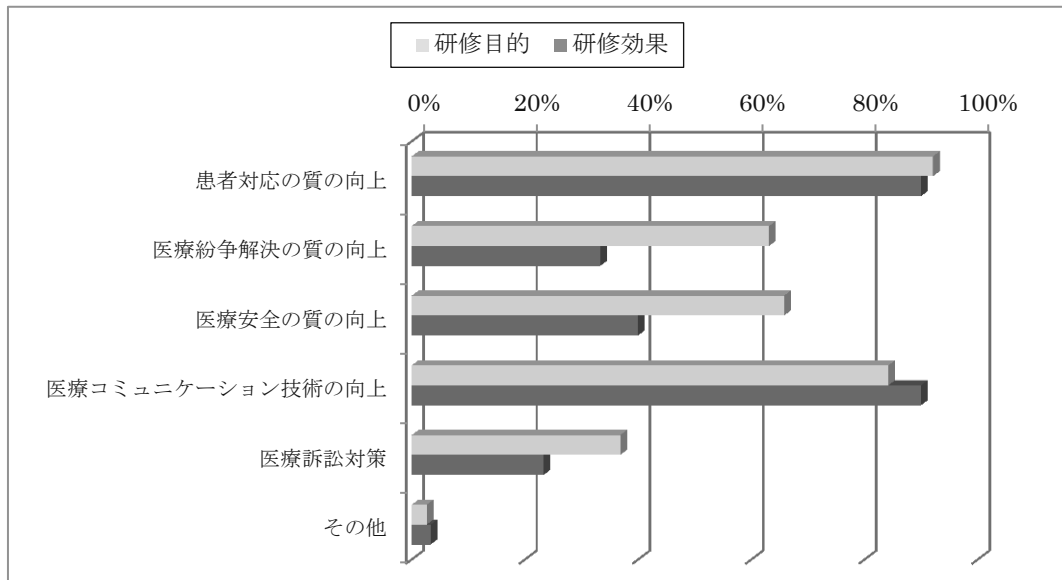


図 11：研修受講目的と研修受講による効果

また、研修修了者および受講予定者に対して受講の目的（回答数 38）を、研修修了者に対して受講の効果（回答数 30）を聞いた。5つの項目について複数回答を受けたところ、図 11 のような結果となった。「患者対応の質の向上」、「医療コミュニケーション技術の向上」については受講目的、効果ともに 90%前後の医療安全管理者が「ある」と答えた。「医療安全の質の向上」では 66%が受講目的にあげているが、効果については 40%が「ある」と答えている。「医事紛争解決の質の向上」では 63%が受講目的にあげているが効果については 33%が「ある」と答えている。「医療訴訟対策」については 37%が目的にあげており、効果については 22%という結果であった。

## 7. 考察

ひとたび、医療事故が発生すると病院が経済的に受けるダメージは大きい。それだけでなく、繰り返される会議や聞き取り調査、場合によっては警察からの取り調べなど、事故当事者の精神的・心理的負担も大きいものとなる。そうした重大事故が発生しないよう、医療安全管理者は、日々のインシデント・アクシデントレポートの収集、量的・質的な分析を行い、再発防止のための対策立案、実施、評価、再立案といったサイクルを実施している。そして、職員研修や院内ラウンドを行い、安全文化の構築を図っている。しかし、医療事故がゼロになることはない。たとえば、カルテの電子化は患者情報の一元化と同時に、機械的にエラーを防止するための役割もある。しかし、機能や運用上の問題から、また違ったタイプのインシデント・アクシデントが発生する。

インシデント収集の大きな目的は、アクシデントにつながるようなエラーの発生を把握し、分析を行い、アクシデントを防ぐということである。医療事故発生のモデルとしてはスイスチーズモデルが有名であるが、最後の一枚で穴を塞ぐことができたときに、そこまでの穴を検証し、埋めることができれば、同様事象で事故に到達することを避けられる。N病院の事例では、誤ってサクシンが処方されるインシデントがその前にも発生していたにも関わらず、報告がなく、共有されることがなかった。こうした例は未だに存在している。エラーが事故につながらなければ、そこで胸をなでおろし、関係した当事者だけで完結してしまう。なぜそのエラーに至ったかを振り返り、周知しなければいずれ事故につながることは明らかである。事故につながれば、場合によっては患者の生命が失われ、職員は自責の念に苛まされ、病院はその機能を低下させてしまう。よって医療安全管理者には、インシデントを適正に報告できる文化を醸成すること、インシデントからアクシデントを予測すること、そしてそのアクシデントが現実のものにならないように具体的な対策を立てることが求められる。

このような平時の事故防止活動も重要であるが、医療安全管理者の役割のひとつに事故発生時の患者対応がある。医療安全管理者研修では、その重要性は伝えられているものの、スキルの習得には至らず、医療安全管理者個々が、手探りの状態で患者対応を行ってきた。そこで、医療安全管理者の継続学習としても注目されたのが医療メデイエーションである。

静岡県では、年2回の医療メデイエーター養成研修を継続的に行っている。同県の医療安全推進者ネットワークで行ったアンケート調査では、医療安全管理者の80%が患者対応を行っていると回答した。医療事故発生時に現場から口頭で連絡がある場合



や、事故発生後患者・家族への説明の場面で介入する場合、あるいは時間が経過してから患者・家族から訴えがある場合、様々な場面で医療安全管理者は患者対応を行っている。紛争と医療安全は同一のものではないが、医療安全に伴う紛争は決して少なくない。

一般的な医療メディエーションの展開は、患者に予期せぬ事象が発生した場合、あるいは患者、家族から何らかの訴えが発生し、現場職員の一次対応で解決しない場合医療メディエーターが対応する。そこで解決に至ることもあるが、医療者との対話が必要であるときには、もう一方の当事者である医療者にも話を聞き、あらためて対話の機会を作ることになる。この対話も1回で終結する場合、継続的な対話を必要とする場合と、ケースによって様々である。対話の際に必要なことは、医療者側の「逃げない、隠さない、ごまかさない」態度であり、医療メディエーターは患者側・医療者側双方が安心して話せる環境をつくり、それぞれが自己の認知の中で事実とらえているコンフリクトの原因となった事象を語るができるように対話を促し、双方の語りから得た情報を分析・把握するスキルが必要である。さらに、患者の表層に現れている怒りの奥にある、悲しみや不安を受け止める姿勢が求められる。

医療事故に直面したご家族の求めるものは必ずしも金銭賠償ではなく、医療者からの誠実な説明とそれに伴う真実を知りたい、ということである場合が多い。実際に裁判を起こしたいわけではなくても、病院の対応に不満を持ち、怒りや悲しみのやり場が見つけられず、裁判という手段をとらざるを得なくなってしまうこともある。ミシガン大学ヘルスシステムやハーバード大学「医療事故・真実説明・謝罪マニュアル」の効果に見られるように、患者と医療者が正直にオープンに話し合うことで、患者は誤った情報や誤解から訴訟に走る前に、正しく何が起きたかを理解することができる。日本においても、真実を話して謝罪する、という文化が根付きつつある。しかし、事故発生時から、これを二項対応の図式で実施していくことは困難である。医療者は多忙であり、対話に十分な時間をとることは難しく、コンフリクトに伴う精神的負担も大きい。医療機関に中立的第三者的立場で仲介する医療メディエーターを設置することで、「患者の不安を取り除いて満足度を高め、スタッフを訴訟やトラブルから守る、組織の信頼感を高めて健全な経営を保つ」などが期待できる。

静岡県では63%の医療安全管理者がすでに基礎編以上の研修を受けており、27%が今後受講予定であると回答している。すでに複数の研修修了者がいる病院は82%であった。これは医療メディエーションのアプローチが、紛争時だけでなく普段のケア場面における患者対応に応用できるため、既受講者が他の職員に受講を勧めていること

が理由であると考えられる。医療メディエーションのアプローチは、患者—医療者間の良好なパートナーシップの構築やインフォームドコンセントに役立ち、医療職種間のコンフリクトにも対応できる。アンケートの自由記載からも、「看護師長は全員研修を受けるべき」「担当者だけでなく、管理職には全員受けてほしい研修である」などの意見が多い。また、メディエーションスキルを習得した医師からは、「日常診療がスムーズになった」との意見が聞かれている。患者側の認知フレームを意識した対話をもつことで、一方的な関わりにならないことが理由の一つだと考える。

医療メディエーター研修の受講目的や効果について医療安全管理者の多くは、直接的な紛争処理や訴訟回避の対策とは考えていない。医療者側が、誠実に向き合い、ご家族と協調的に対話できることを促進するため「患者対応の質の向上」や「医療コミュニケーション技術の向上」を主な目的として受講し、実際に効果があると感じている。医療コミュニケーション技術は、医療者—患者間のみならず、医療者—医療者間にも重要な役割を果たす。院内のコミュニケーションが円滑になることで、医療の安全や質そのものへの寄与もあると考える。

医療安全管理者には、日常の事故防止活動を適切に行い、有害事象やクレームの発生時には、臆することなく患者、医療者と真摯に向き合い、事実経過をたどりながら事象を共有していくことが求められる。コンフリクトに直面するためには、医療安全管理者が医療メディエーションのスキルを身につけるだけでなく、組織全体が医療メディエーションに対する理解をもち、個々がメディエーションマインドをもって患者の思いを受け止めることが重要である。

## 参考文献（引用文献を含む）

- [1] 赤瀬朋秀・磯貝行秀（2005）「医療事故に伴う病院の経済的損失に関する調査研究」『月刊保険診療』60(6)、81-85。
- [2] 今川俊一郎ほか（2008）「特集—医療メディエーション最前線 愛媛県医師会の取り組み」『医療安全』18号。
- [3] 健康保険鳴門病院誤投薬事故調査報告委員会（2009）『健康保険鳴門病院誤投薬事故調査報告書（2009.08.20）』。  
[http://naruto-hsp.jp/top/img/pdf/FMAI\\_report.pdf](http://naruto-hsp.jp/top/img/pdf/FMAI_report.pdf)
- [4] 菅原浩幸（2009）「病院が医療コンフリクト・マネジメントに取り組む意義—評価機構の視点から」『患者安全ジャーナル別冊 医療コンフリクト・マネジメント』

- トの考え方 (2009. 11)』。
- [5] 出河雅彦 (2009) 『ルポ医療事故』朝日新聞出版。
- [6] 和田仁孝・中西淑美 (2011) 『医療メディエーション—コンフリクト・マネジメントへのナラティブ・アプローチ』シーニユ。
- [7] 和田仁孝 (2012) 「提言：医療者と患者のトラブルを未然に解消し病院の健全な経営を保つ」『最新医療経営フェイズ・スリー』2012年8月号、34-39。
- [8] Boothman, R., A. Blackwell, D. A. Campbell, Jr., E. Commiskey and S. Anderson (2009) A Better Approach to Medical Malpractice Claims? : The University of Michigan Experience, *Journal of Health & Life Law*, 2(2): 125-159.
- [9] Kachalia, A., S.R. Kaufman, R. Boothman, S. Anderson, K. Welch, S. Saint and M.A.M. Rogers (2010) Liability Claims and Costs Before and After Implementation of a Medical Error Disclosure Program, *Annals of Internal Medicine*, 153: 213-221.
- [10] 中西淑美 (2012) 「患者相談・苦情の対応の整理 患者サポート充実加算算定準備」

