

医療事故の調査などについて考える

有賀 徹¹⁾, 大嶽 浩司²⁾

¹⁾独立行政法人労働者健康安全機構

²⁾昭和大学病院医療安全管理室

(平成 28 年 5 月 25 日受付)

要旨：病院においては多部署，多職種からなるチーム医療が行われていて，それらのチーム医療が幾重にも重なって，組織的な医療が展開している．更にチームとチーム，部署と部署とはタイトな相互関係にあって，病院医療は正に複雑系を成している．そこで，病院ではインシデント・アクシデントレポートを集積し分析するなどして，自らの病院医療の質向上を計る組織的な取り組みを行ってきた．その基本は，組織的な医療のシステム改善によって日常診療における患者の安全をより一層高め，医療の進歩に寄与することである．つまり，患者の，人としての尊厳に鑑みて，その患者にとって最も正しいと思われる医療を実践することが，患者の意思を尊重することとともに，我々医療者の職業倫理の主軸であり，院内における事故調査などは，正にこのことを具現する方法でもある．その意味で，事故の調査は患者・家族と医療者との相対的な均衡の上でなされるものではなく，医療のあり方そのものとして，我々の職務の延長上に行うべきことである．そして，平成 26 年 6 月に「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」が成立し，平成 27 年 10 月から全ての病院，診療所，助産所を対象として法に定義された医療事故について第三者機関としての日本医療安全調査機構に報告し，院内での事故調査を進めるなどが義務付けられた．本法の趣旨も基本的に医療の確保であり，質向上を目指すものである．ここにおいて病院長には管理者として大いなるリーダーシップの発揮が求められ，多職種から成るチーム医療が重層する病院医療について，病院長は倫理的な観点から，患者の意思を尊重することと，医師，看護師ら現場の医療者の自律を保護することとの二つを正に両立させる立場となる．このように医療事故の調査などについて考えることは，組織的な医療を展開する病院医療の価値規範を再確認することでもある．

(日職災医誌，64：241—248，2016)

キーワード

医療事故調査，医療倫理，チーム医療

はじめに

医療機関において，なかでも規模の比較的大きな病院では，インシデント・アクシデントレポートを院内で集積し分析するなどして，自らの病院医療の質向上を計る組織的な取り組みを概ねこの 10 数年来行ってきた．そして，結果が重大なアクシデントについては，任意ではあるものの，病院から日本医療機能評価機構に報告し，そこでの分析結果と事故予防の方法とを自らの病院で利用してきた．このような作業については，地域の中核的な医療機関や，医学部附属病院などがより積極的であったと思われる．その理由は，診断や治療の過程が必ずしも容易でない症例がそのような医療機関に勢い集中し，患

者，家族らと難儀な関係に陥ることも稀ではなかったからと思われる．しかるに，診療に関連した死亡事例が警察を介して刑事事件となるなど，関係者にとって不幸な歴史も少なからず経験してきた．医療者にとって刑事事件に巻き込まれる懸念があれば，それがそのまま萎縮的な医療へと繋がっていくことは想像に難くない．

そのような状況にあって，平成 26 年 6 月に「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」(略して「医療介護総合確保推進法」)が成立した(表 1)¹⁾．そこには，地域包括ケアシステム，地域医療構想など，超高齢社会の進展を見据えた「医療と介護の確保」が謳われると同時に，医療事故に係る調査の仕組み(表 1，4 その他②)についてもこ

表1 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¹⁾
(略して“医療介護総合確保推進法”)

趣旨
持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、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、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行う。
概要
1. 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法等関係）
①都道府県の事業計画に記載した医療・介護の事業（病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進等）のため、消費増収分を活用した新たな基金を都道府県に設置
②医療と介護の連携を強化するため、厚生労働大臣が基本的な方針を策定
2. 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）
①医療機関が都道府県知事に病床の医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）等を報告し、都道府県は、それをもとに地域医療構想（ビジョン）（地域の医療提供体制の将来のあるべき姿）を医療計画において策定
②医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け
3. 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化（介護保険法関係）
①在宅医療・介護連携の推進などの地域支援事業の充実とあわせ、予防給付（訪問介護・通所介護）を地域支援事業に移行し、多様化 ※地域支援事業：介護保険財源で市町村が取り組む事業
②特別養護老人ホームについて、在宅での生活が困難な中重度の要介護者を支える機能に重点化
③低所得者の保険料軽減を拡充
④一定以上の所得のある利用者の自己負担を2割へ引上げ（ただし、一般の世帯の月額上限は据え置き）
⑤低所得の施設利用者の食費・居住費を補填する「補足給付」の要件に資産などを追加
4. その他
①診療の補助のうちの特定行為を明確化し、それを手順書により行う看護師の研修制度を新設
②医療事故に係る調査の仕組みを位置づけ
③医療法人社団と医療法人財団の合併、持分なし医療法人への移行促進策を措置
④介護人材確保対策の検討（介護福祉士の資格取得方法見直しの施行時期を27年度から28年度に延期）
施行期日（予定）
公布日、ただし、医療法関係は平成26年10月以降、介護保険法関係は平成27年4月以降など、順次施行。

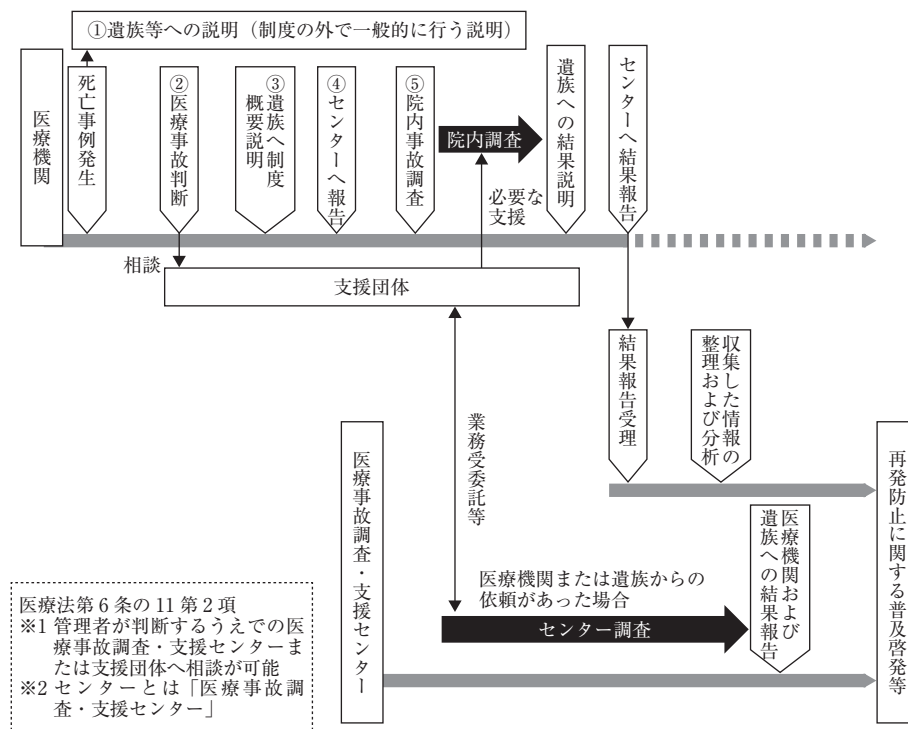
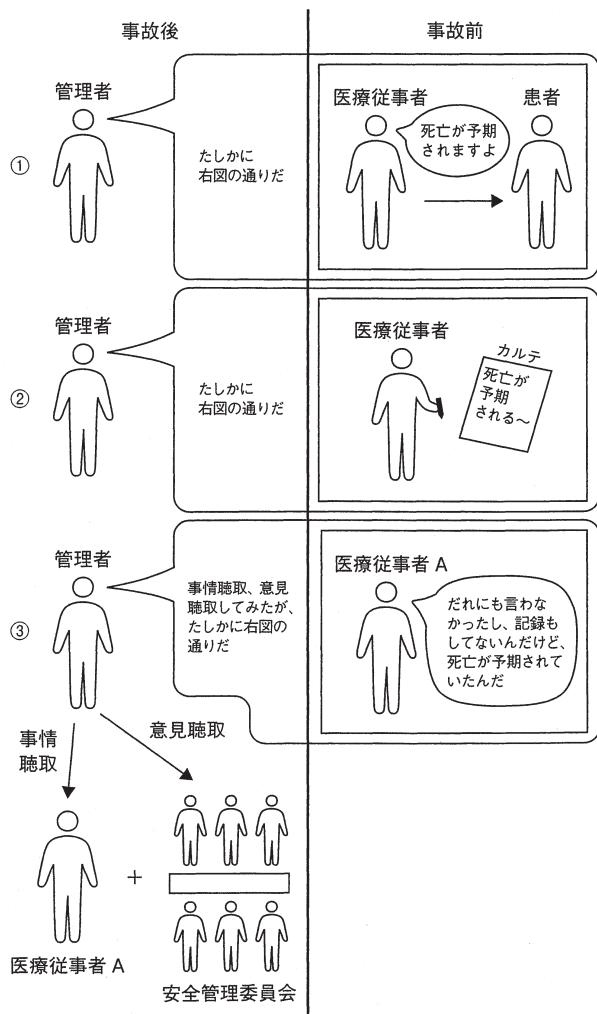


図1 医療事故に係る調査の流れ²⁾

の法律の中に位置づけられた。その後、関連する諸法令が整備され、これら医療施設が事故報告を行う第三者機関である医療事故・調査支援センター（図1²⁾）として一般社団法人日本医療安全調査機構の指定もなされ、平成

27年10月から医療事故調査制度が全ての病院、診療所、助産所を対象に開始された。すなわち、“法に定義された医療事故”について日本医療安全調査機構に報告し、院内での事故調査を進めるなどが義務付けられた。

図2 当該死亡または死産を予期しなかったもの⁷⁾

医療事故調査の本質

我々が実践する医療については、そもそもヒトという生物を対象にしていることから、本質的に不確実である。治療の過程で密かに進行していた病気が発症することや、重大な合併症や偶発症が生じることもある。その意味で、我々医療者は患者、家族らに十分な説明をせねばならないが、それについても予想の範囲内に限られる。従って、不確実なことは稀ではあってもいずれは起こるので、このことを前提にした「備えを怠らない管理体制」が求められる。すなわち、医療事故への備えは病院医療の一環でもある。

加えて、病院においては多部署、多職種からなるチーム医療が行われていて、そのチーム医療が幾重にも重なって、言わば組織的な医療が展開している。さらに、チームとチームとはタイトな相互関係にあって、病院医療は複雑系を成しているとも言われる³⁾。従って、医療事故とは病院における組織的な医療、すなわちシステムの不全が生じたものと見做す必要がある。

そこで、医療事故の調査を行う本質について、全国医学部長病院長会議は次のように述べている⁴⁾。つまり、我々医療者は、患者の人としての尊厳に鑑みてその患者にとって最も正しいと思われる医療を行う。このことが、患者の意思を尊重することとともに、我々の職業倫理の主軸を成している。診療に関連した有害事象（死亡事故など）について調査をすることは、このようにして展開している日常診療の延長線上に位置づけられる我々の責務である。すなわち、調査を行う目的は、事故の原因分析を通じて再発の防止について、つまり「システム」の改善などについて検討し、日常診療における患者の安全をより一層高め、医療の進歩に寄与することである。その意味で、調査を行うことそのものと、患者・家族の意思の如何とは直接的な関係にない。このメッセージにある最後の一文、すなわち「調査をすることと、患者・家族の意思とは直接的な関係にない」については、予想外の治療結果になったと患者、家族らに責められて、ようやく重い腰を上げるなどでは決してないことに言及している。

さらに、全国医学部長病院長会議が「医療事故調査制度に関するガイドライン」⁵⁾を発した折にも、「医療介護総合確保推進法および関連法令による趣旨は確かに医療の確保に資すべく病院医療の安全面における質向上を構築することであり、医療事故にしばしば伴う、患者側からの訴えや係争を直接的に取扱うものではない。しかし、患者や家族にとって看過できない事例ともなれば、やはり医療者はこのことを見据えて対応する場面もあり得よう。しかし、事故の調査が患者・家族と医療者との相対的な均衡の上に展開するものではなく、医療のあり方そのものとして、我々の職務の延長上に行うべき事柄である。つまり、調査の基本は院内事故調査で、これは院内の医療者が職業倫理に則る自律と軌を一にする」旨を説明し、職業倫理の視点こそ事故調査の本質であることを述べている⁶⁾。

医療事故調査制度について

昨年の10月から医療施設の管理者は、法で定義された死亡事例について、一般社団法人日本医療安全調査機構に事例を報告するなど一連の作業が課せられることとなった。法で定義された医療事故とは、端的に言うなら、医療に起因し、かつそのことが予期されなかったと管理者が、病院であれば病院長が判断した死亡事例である。本件は正確な解説を目的とした成書⁷⁾などに当たりたい。この判断については、図1²⁾に示すように管理者として支援団体に相談することができるので、昭和大学病院長であった筆者は、かつて主治医にとって急な死亡ではあったが、検査所見や解剖所見などを検討した院内事故調査委員会を経て、図2³⁾に示す③であると判断しつつ、更に東京都医師会に組織された院内調査委員会に相談をした

表2 医療に起因する（疑いを含む）死亡又は資産の考え方⁷⁾

「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったもの」を、医療事故として管理者が報告する。

「医療」（下記に示したもの）に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産（①）	①に含まれない死亡又は死産（②）
○診察 —徴候、症状に関連するもの ○検査等（経過観察を含む） —検体検査に関連するもの —生体検査に関連するもの —診断穿刺・検体採取に関連するもの —画像検査に関連するもの ○治療（経過観察を含む） —投薬・注射（輸血含む）に関連するもの —リハビリテーションに関連するもの —処置に関連するもの —手術（分娩含む）に関連するもの —麻酔に関連するもの —放射線治療に関連するもの —医療機器の使用に関連するもの ○その他 以下のような事案については、管理者が医療に起因し、又は起因すると疑われるものと判断した場合 —療養に関連するもの —転倒・転落に関連するもの —誤嚥に関連するもの —患者の隔離・身体的拘束/身体抑制に関連するもの	左記以外のもの 〈具体例〉 ○施設管理に関連するもの —火災等に関連するもの —地震や落雷等、天災によるもの —その他 ○併発症 （提供した医療に関連のない、偶発的に生じた疾患） ○原病の進行 ○自殺（本人の意図によるもの） ○その他 —院内で発生した殺人・障害致死、等

*1 医療の項目には全ての医療従事者が提供する医療が含まれる。

*2 ①、②への該当性は、疾患や医療機関における医療提供体制の特性・専門性によって異なる。
医政局長通知より

ところ、そもそも表2⁷⁾に示す「左列、つまり①に含まれない死亡」で「原病の進行」との位置付けであるとの返答を受けた経験がある。図2は死亡事例について「予期されなかった」を説明する厚生労働省令を分かり易く解説したものである。図2の①②③のいずれかに該当する場合は法に言う「予期された」であり、医療安全調査機構に報告すべき医療事故ではないと判断する。従って一般的に、管理者はまず表2の左側に該当するか否か、もし該当するなら、図2①、②、③の順で確認し、支援団体に相談することも薦められる（図1）。

さて、院内での事故調査については、上記事例のように医療安全調査機構に報告する必要性の判断も含めて早速に開始してもよいし、医療安全調査機構に報告してから調査委員会を開催してもよい。筆者は東京都医師会に組織された東京都医療事故等支援団体協議会運営委員会に委員長として参加しているが、その経験によれば後者が多い。しかも、法に定義された死亡事故ではなかったものが少なくないとも感じている。いずれにせよ、法令によって「支援団体から支援を受けること」とされているので、院内事故調査への人材派遣、報告書作成への支援などが考えられる。また、報告書を作成した折に、支援団体にその完成度に関する意見を求めることも支援に含まれる⁷⁾⁸⁾。全国医学部長病院長会議では、人的支援の意義について「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」と述べている⁹⁾。医療事故の調査も一般的な診療の延長上に位置するという基本に則るところであり、人的支援の必要がある場合にはそれを求めればよい。

院内調査の結果については、遺族に説明し、そして医療安全調査機構に報告することとなっている。後者は文書によるものである。前者も場合によっては文書によるが、日本医師会松原謙二副会長によれば「これは努力義務であり、正当な理由（①内部で意見が一致しない②調査が十分でない③目的外使用が明らかである）がある場合には、報告書を交付できない場合もあり得る」との見解を示している¹⁰⁾。いずれにせよ、医療安全調査機構が調査をした場合（図1下段）にもやはり文書は残る。そこで、医療従事者を保護すべく匿名化、ないし識別不能にすることが求められる（表3⁷⁾）。しかしこのようであっても、文書が残れば、刑事捜査や裁判への転用は現時点で避けることはできない。医療介護総合確保推進法に含まれる医療事故調査制度は、このような目的外の使用を前提としていないが、現状がそのようなことを認識し、正しく法に則った事例について整然と報告することと、

表3 医療機関の管理者がセンターに報告すべき事項⁷⁾

厚労省令で定められた事項	医政局長通知で定められた事項
日時/場所/診療科	
医療機関名/所在地/連絡先	
医療機関の管理者の氏名	
患者情報（性別/年齢等）	
医療事故調査の項目、手法及び結果	・調査の概要（調査項目、調査の手法） ・臨床経過（客観的事実の経過） ・原因を明らかにするための調査の結果 ※必ずしも原因が明らかになるとは限らないことに留意すること ・調査において再発防止策の検討を行った場合、管理者が講ずる再発防止策については記載する ・当該医療従事者や遺族が報告書の内容について意見がある場合等は、その旨を記載すること
当該医療従事者等の関係者について匿名化（非識別化）する	
	本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないことを、報告書冒頭に記載する
	報告書はセンターへの提出及び遺族への説明を目的としたものであることを記載することは差し支えないが、それ以外の用途に用いる可能性については、あらかじめ当該医療従事者へ教示することが適当である

法の目的に沿った報告書を作成することが重要である。

病院管理におけるリーダーシップとチーム医療の意義

病院が提供すべき医療内容は今や量も質も多大となり、多診療科、多職種によるチーム医療は必然であり、このことは冒頭にも言及した。そして、高齢患者は言うに及ばず、患者を生活に戻すとなれば、院内外の人的資源の投入もやはりチーム医療による。このように重層した医療機能を病院管理という観点で論じるなら、まずは医療者個々による自らの管理、つまり研鑽が求められ、次に複数の医療者から成る医療チームの管理ないし運営がある。更に、複数の医療チームを束ねる、部門としての管理も必要である。救急部門、手術部門などと、各々の機能を発揮する部門管理が機能している必要がある。そして、それら全体は病院長ないし病院開設者が統括し、管理をしている。前述のように、各組織はタイトな相互関係にあり、全体が複雑系を成している。このような特徴の上に、職業倫理、医療安全などと多岐に渡る価値規範が病院の中で絡むこととなる。病院管理について端的に表現すればこのようである。

このような管理の現状に加えて、先の医療介護総合確保推進法の下で、医師の職能を看護師に移譲するなどの法体系、すなわち保健師助産師看護師法などの改正も行われ、医師の包括的な指示によって看護師が特定行為を行うことも可能となった（表1, 4. その他①）¹¹⁾。医療チームが一丸となって患者によかれと思うことを行う、つまり患者の尊厳に主軸をおく医療の実践は、医療者の自律と善行の原則に従うものと言えるが、職能の移譲が法体系に含まれたことは、チーム医療が法的な規範としても位置付けられつつあると理解できる¹²⁾。この点につ

いて医療安全に焦点を当てて考察を進める。

多職種が“混ざり合って”チーム医療を実践するには、円滑なコミュニケーションと職種間の相互理解などが求められる。その中で、事前の打ち合わせ（ブリーフィング）、業務開始時などにおける情報共有（タイムアウト）、業務遂行中での疑問に関する発言（スピークアップ）とそれらへの傾聴（リスニング）といったノンテクニカルスキルを用いた相互支援が求められる¹²⁾。ノンテクニカルスキルによる支援に加えて、薬剤の選択を薬剤師が主治医に提案する、同じく管理栄養士が食事内容を提案する、集中治療室において看護師や臨床工学技士が人工呼吸器からの離脱（ウィーニング）を率先するなど、各職種によるテクニカルスキルを用いた支援で、患者にとって必要なことを実践するにあたり、テクニカルスキルであっても相互に乗り入れをするように展開できる¹⁴⁾。

チーム医療におけるリーダーないしコンダクターは、診療の諸局面に応じて多診療科、多職種にしばしば移り得る。このような中で実は、リーダーがリーダーシップを取り易くなるように下から支えることもリーダーシップの一環であると言えることができる。病院管理とは正にこのような仕組みを醸成し、不断に発展させることである。

病院医療における責任の所在など

今後に多くの職種にとって業務範囲が拡大されていく場合があっても、医療安全が軸になることに変わりはない。そして、包括的な指示であれ、直接的な指示であれ、そのような指示による医行為の責任は基本的に指示をした医師に、つまりチーム医療のコンダクターたる役割に帰することは当然であろう。しかし、このことにも益して、そのような仕組みを幾重にも構築して、組織的な医

療の展開を図るとなれば、最終責任は管理者たる病院長が負うこととなるに違いない¹²⁾。この部分は特に重要である。すなわち、患者の尊厳を尊重すると同時に、我々医療者の尊厳についても実に尊重されねばならない。しばしば指摘されるように、医療事故の調査報告書などにおいて管理者と現場の医療者との間に利益相反が存在し得るからである。その意味で、患者による自己決定権を保障することと、医師や看護師自身の自律を保護することについては両立させねばならない¹⁵⁾。このような倫理的な規範こそ、病院組織の責任であるという他はない。繰り返しになるが、医療事故に関連して民法や刑法などがどのように我々を責めるかなどとは全く関係なく、それらと真に独立した倫理規範に則って、また職能の移譲を可能とした法体系の故にもチーム医療の集積を以て組織的な病院医療として組み立てている責任は管理者にこそ課せられる¹²⁾。

このことについて、従来から行われている医療事故の収集と分析の手法 (Safety-I) から Resilience engineering (Safety-II) への進化という観点で述べると次のようである¹⁶⁾。我々医療者には、例えばマニュアルに従うなどして日常的にこなす仕事以外にも、緊急的な“外乱”とも称すべき事態にしばしば遭遇するので、これらには臨機応変に、脅威を予知したり的確に回避したりと、柔軟な判断や調整を行う。そのような作業の結果として、時に医療事故となることもあり得る。つまり、成功と失敗とは“紙一重”であり、そのような作業に当たる第一線と、組織医療の責任者である管理者とは、この意味で信頼し合い、また価値観を共有せねばならない。事故となればそれなりに、また成功事例となれば外乱を如何に調整できたかなどについて学習を進める必要がある。失敗の事例、つまり adverse event を集積しそれらに分析を加えて、いわゆる PDCA サイクルを廻す質向上の試み (Safety-I) のみならず、“紙一重”で adverse event とならなかった、圧倒的多数の成功事例を教訓とする方法は、柔軟かつ強靱に対応する resilient な病院組織の構築に資するところである。後者の方法論である Resilience engineering (Safety-II) は、チームとチームや、部門と部門などが相互に影響し合う、つまり産業としては複雑系をなす病院組織の安全管理体制として今後注目すべきである。ちなみに、今回の事故調査制度、Safety-I、Safety-II はいずれも医療安全を期すものであるが、各々の概念を集合論的に理解するなら、今回の事故調査制度は Safety-I に含まれ、Safety-I は Safety-II に含まれる。

重要なことは、上記の信頼と価値観の故に、管理者を含めて関係者は、誰かを責めたり罰したりしないことである。Safety-II において、医療事故は起こるもの (“紙一重” など) という前提があり、また医療の質向上を目的とした事故調査と係争とは切り分ける必要がある。従って、患者ないし遺族への償いも必要があれば、別途に勘

案すべきである。医療事故を含めて様々な事故に関する報道を参照すると、人々の心や文化の水準が、事故は悪であり懲悪の一点に徹していると思われたいことが多い。To err is human, to forgive divine (過つは人の常、許すは神) という言い方のように決してない。しかし、医療というシステムにおいて医療事故の可能性があると前述のとおりである。医療とは元々そういうものであり、医療を受けることは墜落する可能性のある飛行機に搭乗することと同じである。一般の人々への理解をいざなう努力を続けることが是非とも必要である。

しかし現実の医療提供においては、墜落の可能性を含む費用体系などとなっていない。しかも、訴訟の上での因果関係に関する最高裁判所の判例によれば、因果関係の立証は総合的に検討して通常人が疑いを差し挟まない程度に真実性の確信を持ち得ることで足りる旨を述べている¹⁷⁾¹⁸⁾。すなわち、医療事故の調査を行って医学的には全く瑕疵がないとしても、通常人が「おかしい」と確信する範囲であれば、社会的な疑念が残っていると理解すべきであり、その水準において患者ないし遺族への償いも必要に応じて勘案すべきである。これもまた、医療事故の調査などと関連して病院管理の重要な一側面であると考ええる。

ま と め

医療機関には法に従って「医療事故」について日本医療安全調査機構に報告し、院内での事故調査を進めるなどが義務付けられた。ここでは、それを含めて事故調査に関連する考え方、病院医療のあり方などを論じた。後者については特に、事故事例の収集・分析などを介する従来からの方法論 (Safety-I) を含む概念である「Resilience engineering」(同-II) についてなど、組織的な病院医療についても論考した。

チーム医療が幾重にも重層することにより組織的な医療として展開する病院医療の責任者として、病院長には強いリーダーシップを発揮することが求められている。すなわち病院長は倫理的な観点からも、患者の意思を尊重することと、医師、看護師ら現場の医療者の自律を保護することとの二つを正に両立させる立場となる。このように組織的な医療を展開する価値規範に鑑みて医療事故はシステムの不全としてこそ対応すべきと理解される。

利益相反：利益相反基準に該当無し

文 献

- 1) 地域における医療及び介護の総合的な確保の推進に関する法律 (平成元年六月三十日法律第六十四号) 最終改選：平成二六年六月二五日法律第八三号 <http://law.e-gov.go.jp/htmlldata/H01/H01HO064.html>
- 2) 於曾能正博：医療事故調査制度とは。診療研究 (513)：51—55, 2015.

- 3) 中島和江：医療安全の向上を目的とした科学的視点にもとづくシステム再設計の必要性。第4回医療事故調査制度の施行に係る検討会，平成27年1月14日，厚生労働省。
 - 4) 全国医学部長病院長会議：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。2013年5月 <https://www.ajmc.jp/pdf/25.05.17-2.pdf>
 - 5) 全国医学部長病院長会議：医療事故調査制度に関するガイドライン。2017年11月 https://www.ajmc.jp/pdf/151218_1.pdf
 - 6) 全国医学部長病院長会議：医療事故調査制度に関するガイドラインについて。2017年11月 <https://www.ajmc.jp/pdf/27.11.20kagami.pdf>
 - 7) 有賀 徹，水谷 渉編：賢者の規範「医療事故調査制度」。へるす出版新書 No 024。東京，へるす出版，2016，pp 21—25。pp 96—103。
 - 8) 大坪寛子：医療事故に係る調査の仕組み。大学病院の医療事故対策委員会，全国医学部長病院長会議，2015年4月30日
 - 9) 全国医学部長病院長会議：死因究明の動向に鑑みて。2014年5月 <https://www.ajmc.jp/pdf/26.5.16-iryujiko.pdf>
 - 10) 松原謙二：勤務医のページ。日医ニュース（1291）：8，2015。
 - 11) 特定行為に係る看護師の研修制度の関係法律等，保健師助産師看護師法（昭和二十三年法律第二〇三号）（抄）※平成二十七年十月一日施行の改正内容を反映した条文 <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10803000-Iseikyoku-Ijik-a/0000075403.pdf>
 - 12) 有賀 徹，末永裕之：チーム医療における医師の役割。保健の科学 57：729—733，2015。
 - 13) 中島和江：医療チームの安全を支えるノンテクニカルスキル〜スピークアップとリーダーシップ。日本救急医学会雑誌 25（8）：350，2014。
 - 14) 城所扶美子：看護師からみた「相互乗り入れ型」チーム医療，「多職種相互乗り入れ型」のチーム医療—その現状と展望。へるす出版新書 020。NPO 法人地域の包括的な医療に関する研究会。東京，へるす出版事業部，2012，pp 75—94。
 - 15) Sgreccia E：医師・患者関係，第6章生命倫理学と医学，人格主義生命倫理学総論。秋葉悦子訳。東京，知泉書館，2015，pp 267—285。
 - 16) 芳賀 茂：安全文化についてもう一度考えてみる，大阪大学医学部付属病院中央リスクマネジメント部：平成25年度医療安全能力向上のための効果的教育・トレーニングプログラムの開発—医療安全学の構築と人材育成—。医療安全へのレジリエンスアプローチ [イントロダクション]（平成25年度国公立大学附属病院医療安全セミナー報告書）。2015，pp 32—40。
 - 17) 最高裁昭和50年10月24日判決民集29巻9号1417頁，東大ルンパール事件。木ノ元直樹：医療に関する主な最高裁判決。「新・判例診断」座談会資料，2015年8月，東京，pp. 5—6。（全文，裁判所 http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/204/054204_hanrei.pdf）
 - 18) 三和 護（医療局編集委員）：用語解説，東大ルンパール事件。MedWave Back Number，日経メディカル，2015年10月19日 <https://medical.nikkeibp.co.jp/inc/all/hotnews/archives/404463.html>
-
- 別刷請求先** 〒212-0013 神奈川県川崎市幸区堀川町 580
ソリッドスクエア東館 18 階
独立行政法人労働者健康安全機構
有賀 徹
- Reprint request:**
Tohru Aruga
Japan Organization of Occupational Health and Safety, Solid Square East Tower 18F, 580, Horikawa-Cho, Saiwai-Ku, Kawasaki, Kanagawa, 212-0013, Japan

The Real Significance of the Inquiries into the Causes of Malpractices in Our Hospitals

Tohru Aruga¹⁾ and Kouji Ohtake²⁾

¹⁾Japan Organization of Occupational Health and Safety

²⁾Division of Medical Safety Management, Showa University Hospital

Team approaches are carried out, in which various kinds of medical staffs are working together in systemic means and are making great progress in medical practices especially at relatively large-scale general hospitals in Japan. In such situations a great many of collaborating corps are organized tightly and involved complicatedly with one another. These ten years or more we have accumulated and analyzed adverse events reported by the members concerned for the purpose of our quality improvement in team approaches, or in interdisciplinary methods developing in the organized medical service systems in our hospitals. And then, since the 1st of October, 2015 the new law for reporting and investigating fatal accidents has been promulgated in our country; accordingly the directors of the facilities for medical care are responsible to selecting the fatal cases to be registered to Japan Medical Safety Research Organization and to investigating into the process resulting in mortality. But again from the ethical aspect, our activities to enrich the medical quality including these investigations correspond closely with respecting both the dignity and the wish of every patient. At the same time the directors are also responsible for looking up to the autonomy among medical staffs as well as to their dignity. We have to know that to consider about practical or legal matters regarding the inquiry into accidents in our hospital will lead up fundamentally to referring to our professional ethics in medicine.

(JJOMT, 64: 241—248, 2016)

—Key words—

inquiry into adverse events, interdisciplinary team approach, medical ethics