

意見書

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

医療事故調査制度の施行に係る検討会 構成員各位

平成 27 年 2 月 5 日

大磯 義一郎

1. 医療安全に向けた議論を ～事故調査の問題点～

イギリスにおいて、2005～13 年の間に、GMC（医事委員会）から診療行為の適切性に関する調査を受けていた医師 114 人が死亡しています。これを受けて研究された BMJ Open 2015 年 1 月 15 日オンライン版に掲載された、イギリスの医師 7,926 人を対象とした横断調査（<http://bmjopen.bmj.com/content/5/1/e006687.full>）において、下記のような報告がされています。

・過去 6 カ月以内にクレームを抱えた医師(2,257 人, 28.5%)ではクレームがない医師(1,780 人, 22.5%)に比べ中等度～重度の抑うつ症状の相対リスク (RR) が 1.77 (95%CI 1.61～2.13), 中等度～重度の不安障害のリスクも 2 倍以上に上昇していた (RR 2.08, 95% CI1.61～2.68)。また自傷行為や自殺念慮のリスクも 2 倍以上となった (RR 2.08, 95% CI1.61～2.68)。

・クレームの形態別の検討では、患者からの口頭による医師本人へのクレームや書面によるクレームに比べ、GMC からのクレーム照会があった場合、抑うつ症状や不安障害に苦しむ割合が最も多かった（各群の中等度以上の抑うつ症状の割合 12.0%, 13.5%, **22.3%**）。

・過去 6 カ月あるいはそれ以上前にクレームを抱えた医師の約 82～89%がその後の診療や検査、処方が増えた他、43～50%が複雑な症例の診療を担当しなくなったり特定の処置や難しい症例の担当をしなくなったりしたと答えた。

・本人へのクレームがなくても他の医師のクレームを聞いた場合もクレームを抱えた医師と同様の割合で「診療が防御的になった」と答えていた。

・クレームを抱えた医師の 60%が 1 週間程度、27%は 1 カ月以上勤務から離れたと回答した。

・GMC は患者と大衆を守るために存在する。これは過去の失敗から学び、患者の治療に関わる者全てを改善するという目標を掲げている他種のクレーム対応過程でも同様である。

しかし、あらゆる調停がそうであるように、予想されない結末になることもある。かつてジェイン氏とオグデン氏は定性研究で多くの総合診療医はクレームを受けたことで防御的な医療行為を行うようになったことを報告している。我々のデータもまた研究に参加した医師の大多数は防御的な医療行為を行っているという報告がある。これには過剰検査や過剰検照会、薬の過剰処方、リスクの高い患者の受け入れ拒否と早急に処置を諦めることが含まれている。ナッシュ氏の論文でも高い水準の防御的な医療行為が報告されている。回答率が36%と高い彼らの研究では、43%の医師が余分に患者を照会していると回答し、55%は余分な検査をさせ、11%は法医学的懸念から通常より多くの薬を処方していると回答している。同じ筆者のその後の報告では、医療への介入が高い地域で働く医師は法医学的なクレームの対象になりやすいことがわかっている。そのような専攻での防御的な医療行為がとりわけ不安の種となるだろう。これらのような振る舞いは患者のためにならず、彼らへの害にもなりうる一方で、保険医療費の値上げを引き起こす可能性もある。

・我々の研究結果は政策立案者たちに影響を与えることができると信じている。患者が彼ら自身への治療に関するクレームを申し立てる手続きは、専門家が治療の基準に懸念を抱き、重大な予想外の出来事が調査されるためにも必要だ。しかしながら、経験することで高いレベルで精神的病率と関連するようなシステムでは、手続きにより対象が傷つきやすく、調査自体の結果、精神病的な状態に苦しめられるため適切でない。最も重要なことには、かくの如く多くの医師に防御的な医療行為をするように至らしめるようなシステムは患者に良くない。医師の心痛、燃え尽き症候群とやる気の損失は知られている医療ミスと関連していることから患者の保護に関しさらなる懸念となる。

しかるに、本検討会においての議論では、「刑事訴追をされるのが4%あるからというお話もありましたけれども、例外的な事象をもって制度全体の構造を考えるのは、制度全体を考える上で誤りなのではないか。むしろ大多数がどうであるかということ考えた上で制度の構造を考えていくのが健全な制度の構築のあり方であろうと考えております。」「この制度を考えると、やはり責任追及というものはそもそも目的ではない。それはおっしゃるとおりです。ただ、現行法の枠内で考えていくことになると、責任追及の可能性があるということは、その可能性をなくそうとするのは立法で解決するしかないという問題ですので、これは立法論をしている、これから刑事訴訟を変えていこう、民事訴訟を変えていこうということでは、それは実現し得ないことである。」といった意見が出たり、モデル事業において、事故調査報告書を患者側が損害賠償の請求書に添付して請求している実態がある（第4回検討会小田原構成員提出資料）にもかかわらず、どのような経緯で作成された文書かは不明ですが、日本医療安全調査機構より、「個人の責任を明確にしたものはない」、「医療行為の法的評価を行うものではない」（第4回検討会永井構成員提出資料）と自らの問題点につき、学習、反省することなく、自己弁護に終始していたりと（なお、同一文書内で「手技が習熟していなかったことが問題点の一つとしてあるならば、そ

の事実を記載することは当然であり」と矛盾する記載もしています) 問題が認められます。

センターの調査について考えるに当たり、まず基本となることは、厚生労働省 HP「医療事故調査制度に関する Q&A」Q&A 8にあるとおり「本制度の目的は医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行うことであり、責任追及を目的としたものではありません。」医療法では、医療機関が自ら調査を行うことと、医療機関や遺族から申請があった場合に、医療事故調査・支援センターが調査することができることと規定されています。これは、今後の医療の安全を確保するため医療事故の再発防止を行うものであり、すでに起きた事案の責任を追及するために行うものではありません。今後具体的な調査手法や遺族への報告のあり方を検討するに当たり、責任追及にならないよう、個人情報やプロセスの資料の取扱などを含めて検討を進めたいと考えています。」ということです。

第一回検討会冒頭に橋本政務官が「改正医療法では、医療の安全を確保するための措置として、医療事故の原因分析を行い、再発防止に役立てることとされており、責任追及や紛争解決とは切り分けたものとなっております。そうした観点から、構成員の皆様には、高い見地から率直な御意見をいただき、活発で前向きな御議論をいただきたいと考えております。」とおっしゃられたように、自己の利益に固執するのではなく、医療従事者、患者にとってより安全な医療現場となるよう前向きな議論が行われることを強く望みます。

2. 事故調査において重要なことは調査対象者の人権を保護すること

先に示したイギリスでの調査結果が示すように、過去の失敗から学び、患者の治療に関わる者全てを改善するという目標を掲げている調査であっても、その方法を誤ると、調査対象となる医療従事者の生命・健康に対し重大な被害を与えることとなります。だからこそ、「医療に関する有害事象の報告システムについてのWHOのドラフトガイドラインでは、報告システムは、「学習を目的としたシステム」と、「説明責任を目的としたシステム」に大別されるとされており、ほとんどのシステムではどちらか一方に焦点を当てていると述べています。その上で、学習を目的とした報告システムでは、懲罰を伴わないこと（非懲罰性）、患者、報告者、施設が特定されないこと（秘匿性）、報告システムが報告者や医療機関を処罰する権力を有するいずれの官庁からも独立していること（独立性）などが必要とされています。」（厚生労働省 HP「医療事故調査制度に関する Q&A」Q&A 1〈参考〉）。

なお、当然のことですが、事故調査報告書に何を記載するか、ご遺族に何を説明するか、報告書を交付するか否かといったことは、過度に範囲を拡大すると説明責任、責任追及の問題となる反面、それによって医療現場が安全になることはありません。

したがって、事故調査を行うにあたっては、調査対象となる医療従事者が心から安心して調査に協力できるよう、下記のような手続的保障は最低限求められることとなります。

(1) 医療従事者に対し聞き取り調査を行う際に説明すべきこと（聞き取り調査書にも同内容を明記すること）

「この聞き取り調査は医療安全のために行うものであり、責任追及のために使われるものではありません。したがって、正直に話していただきたい。また、この聞き取り調査の結果は、内部資料として医療安全対策を検討・議論するためだけに使用されるものであり、外部に提供する等、他の目的に利用されることはありません。

ただし、本聞き取り調査結果及び聞き取り調査結果を基に作成された事故調査報告書は、わが国の刑事訴訟法上、強制捜査（搜索差押）がなされた場合、あなたに対する刑事訴追の資料として捜査機関に提供されることとなります。

したがって、下記の権利があなたにあることをお伝えします。

- ・あなたには黙秘権があり、そして質問に答えることを拒否できます。
- ・あなたが供述したことは法廷で証拠として使われるかも知れません。
- ・あなたは本聞き取り調査の前に、弁護士に相談することができ、聞き取り調査中に弁護士の立ち会いを求める権利が有ります。
- ・もしあなたが、弁護士を雇うことが出来ないなら、あなたが望むなら聞き取り調査前に〇〇の費用で一名の弁護人が任命されます。
- ・もしあなたが弁護士なしで、今聞き取り調査に応じるなら、途中であなたの都合で供述を止め弁護士を求める権利が有ります。

今、私があなたに説明したあなたの権利を理解し、あなたは弁護士立ち会いなしで、私の聞き取り調査に応じますか？」

(2) 医療機関が行った医療事故調査の結果のセンターへの報告書冒頭に記載すべきこと

「本報告書は、医療事故調査制度の下に作成された文書です。本報告書の作成の目的は、本制度が、医療法第 3 章「医療の安全の確保」に定められているとおり、医療の安全を確保するために、医療事故の再発防止を行うことにあります。

医療に関する有害事象の報告システムについてのWHOのドラフトガイドラインでは、報告システムは、「学習を目的としたシステム」と、「説明責任を目的としたシステム」に大別されるとされており、ほとんどのシステムではどちらか一方に焦点を当てていると述べています。その上で、学習を目的とした報告システムでは、懲罰を伴わないこと（非懲罰性）、患者、報告者、施設が特定されないこと（秘匿性）、報告システムが報告者や医療機関を処罰する権力を有するいずれの官庁からも独立していること（独立性）などが必要とされています。

そして、この医療事故調査制度は、同ドラフトガイドライン上の「学習を目

的としたシステム」にあたります。したがって、責任追及を目的とするものではなく、医療者が特定されないようにする必要があり、医療機関が行った調査結果を警察や行政に届けるものではありません。

したがって、本報告書は、かかる目的に有用であるように厳格、公正な、忌憚のない意見が盛り込まれることを担保するために、①聞き取り調査を行った医療従事者に対し、開示を前提としない聴取であることを確約しており、②原因調査、再発防止策の検討においても、経験豊富な医師に第三者の視点から評価を求めるとともに、医療事故調査・支援センターに報告する以外には一切公表しないことを確約した上で、これを前提として意見の表明を依頼し、作成しています。」

(3) 医療機関が行った医療事故調査について遺族へ説明する際の手続き

ご遺族に説明する前に、調査対象となった医療従事者から、予定される説明内容について同意を取ること。

その際、当該医療従事者に対し、訂正申立権と拒否権があること及び異議申立をすることができることを説明すること。

(※訂正申立権等は、医療機関に対し実質として認められることを意味するのであって、裁判手続きを経る必要はない)

(4) センターが行った調査についても院内調査と同様とする

3. 医療安全のために活発で前向きな議論を

本検討会構成員である河野先生の著書「医療におけるヒューマンエラー」に記載されているように、医療システムは、制御対象が人であることから不確定要素が多く、かつ、何らかの疾病を有していること、また、制御対象数が複数であり、問題解決のために提供される情報も制限されていること等から、機械を対象とする産業システムと比べ安全性向上には大きな困難があります。

それに加え、医療現場には、「人、物、金といったリソースが足りない」ことから、医療現場は非常に危険な状態にあるといえます。

医療従事者の誰もがミスをしたい、しても構わないなどと考えていません。第3回検討会河野構成員提出資料にあるように「医療事故が発生すると犠牲者が二人出る。一人は患者および患者の家族であり、他の一人は医療関係者である」のです（なお、わが国でも自殺者が出ているとのことには慙愧の念に堪えません）。

リソースが圧倒的に不足している我が国の医療現場において、どのように医療安全を推進するか、そして、同時に無駄若しくは価値の低い調査により現場を破壊しないか、このバランスをとっていくことが求められるのです。

一方、わが国の医療安全に対する取り組みは緒についたばかりで、試行錯誤の最中にあります。【参照1】に示したように、モデル事業においても、「安易な対策三点セット」

(① 「十分に注意して作業するように」という通達を出す ② 「安全第一」というスローガンを壁に張り出す ③ 安全の専門家による講演会を開催する)や「竹槍精神型安全」にとどまっており、医療安全になんらの役に立たないばかりか、責任追及に報告書が悪用されていることから、かえってマイナスとなっています。

第4回検討会で中島先生がおっしゃられたように「たくさん事例を集めたら安全になるというのは私は幻想だと考えています。そこには理論(セオリー)が必要です。一つ一つのケースを丁寧に扱い、複雑系を前提として、サイエンスに基づいて個別の医療機関では対応できない問題に対して、解決策を示し、しかも実際に解決する。」ことが強く求められます。

ただ、附帯決議にあるように、上記モデル事業の課題を踏まえると、まずは、センター本体のレベルアップが第一歩となるものと考えます。第3回検討会河野構成員提出資料にあるように「再発防止策の立案に当たっては、医療者の労働環境、機器設備の整備状況、医療者間及び医療者一患者間のコミュニケーションの状況等、幅広い背景をあわせて検討し、科学的、客観的な事実関係の原因分析を行うことが必要である。個人のミスや不注意といった点に着目した原因分析からは脱却しなくてはならず、その背後にあるシステムの問題に着目するヒューマンファクター工学の視点が必要である。例えば、図3は医療用ヒューマンファクター工学の説明モデルであるPmSHELLを示しているが、エラー対策は各要素ごとに多面的多重的に実施することが重要である。」といったような、現在の医療安全の考え方をセンターが正しく理解することが何よりも重要です。

そして、本医療事故調査制度は、院内事故調査を中心としていますので、センターの水準が一定まで到達したら、次に全国の基幹病院、そしてすべての医療機関へと医療安全の考え方を浸透、普及していくことが求められます。

本年10月から何が何でも調査を開始するということでは、誤った調査により医療安全に寄与しないばかりか、現場医療従事者の生命・健康を大きく損なうこととなります。我が国の医療安全は緒についたばかりですので、モデル事業の課題を踏まえ、一步一步着実にかつ、安全に進めていくことが医療安全に向けた最短経路であると考えます。

【参照 1】診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業(135 事例)

評価結果報告書の概要

タイトル：広範な脊柱手術中、大量出血により心肺停止となった事例

キーワード：胸椎椎弓切除術・後側方固定術、腰椎後方椎体間固定術、大量出血、輸血、術中管理

1. 対象者について

○年齢：70 歳代

○性別：女性

○事例の概要

高腰部脊柱管狭窄症および胸部脊髄症に対して胸椎椎弓切除術・後側方固定術、腰椎後方椎体間固定術を実施中、ショック状態を経て心肺停止となった。

2. 結論

(1) 経過

死亡の 1 年半ほど前から膝の上の痛み、腰痛、下肢痛を訴え、死亡の 10 ヶ月ほど前から排便異常を訴えていた。主訴は疼痛で、それに対するリハビリテーションを中心とした治療がなされていた。死亡の約 1 ヶ月前入院となったが、入院時便失禁があり、右臀部への放散痛ならびに右下肢痛がみられた。知覚異常は不確定であった。運動機能については、疼痛のために歩行が困難であったが、T 字杖歩行で自立歩行は可能であった。寝返り、座位保持などは可能であった。

入院後の看護記録では症状の軽減も記載されていた。患者ならびに主治医の主眼は便失禁の治療にあり、便失禁の原因として、直腸機能そのものか、脊髄由来によるものか、検査して治療することを目的としていた。画像診断の結果は腰部脊柱管狭窄症、胸部脊柱管狭窄症であった。泌尿器科的疾患は認められず、肛門括約筋の収縮を認めるので、便失禁は腰椎由来ではないと患者本人に説明された。最終的には手術が決定され、「下肢痛は腰部脊柱管狭窄による脊髄圧迫が原因である。狭窄の中心は腰椎であるが、胸椎部にも狭窄があり、胸腰椎移行部に圧迫骨折の X 線所見があつて不安定なため胸部から腰部までの広範囲の胸椎椎弓切除術と脊柱の安定を得るため第 7 胸椎から仙椎までの固定術が必要である。」と家族に説明のうえ、胸椎椎弓切除術：後側方固定術（第 7 胸椎から第 12 胸椎）および腰椎後方椎体間固定術（第 1 腰椎から仙椎）が予定された。手術開始 1 時間 30 分後ごろから血圧低下および脈拍低下が認められ、膠質液輸液や回収血の返血を行ったものの同 5 時間 30 分後にはショック状態となり、同 8 時間 15 分後に手術を中止したが、同 12 時間 30 分後に死亡が確認された。総出血量は 3550 ml であった。

(2) 解剖結果

胸背部中央の高さから仙骨部に掛けての脊柱正中部に手術創、上下長さ 34.5 cm。黒色の手術糸と金属クリップで縫合閉鎖済。手術創の創内にはガーゼ 20 枚が詰められている。

ガーゼを除くと、第 8 胸椎から第 2 仙椎迄の椎弓（第 12 胸椎を除く）が切除され、左右の椎弓根に椎弓根スクリューが各々13 個打ち込まれ、左側ではスクリュー同士を繋ぐ金属棒を設置。創洞内に血腫無し。創面の骨格筋には所所に小さな焦げ痕が散在。血管損傷は確認出来ない。創底部に脊髄硬膜に包まれた脊髄が確認出来る。脊髄損傷は肉眼では認められない。

心臓：心筋壊死なし。部分的に微細な心筋線維化を認める。

肺臓：著変なし。

肝臓：軽度の脂肪沈着およびうっ血像を認める。

腎臓：急性尿細管壊死を認める。失血死を支持する所見。糸球体病変なし。

骨髄：骨梁の粗鬆化を認める。

その他全身諸臓器に著変を認めなかった。

（3）死因

胸椎・腰椎椎弓切除・後側方固定・腰椎後方椎体間固定手術中の術中出血による失血死。

（4）医学的評価

高齢者医療においては、保存的治療ないし侵襲の少ない手術を適応とするのが一般的である。本事例は医学的に適応の間違いとはいえないとしても、臨床所見と検査所見を考えると、広範囲椎弓切除術の適応には疑問が生じる。当該手術は大量の出血が術前より予測される術式であり、高齢者がこれだけの術式に耐えられるか、と危惧されるものであるから、それを実行するには、十分な医療設備と器具と組織と人員を揃えて、それだけの準備と心がけて臨まなければならなかった。

麻酔記録の記載が不十分なため、出血に関する経時的な事実の把握が困難で、麻酔担当医が輸液量の決定や輸血の必要性の有無を判断した根拠の推定が困難であるが、術中の病態急変時における対処法が不十分であったと言わざるを得ない。麻酔記録から判断する限り、手術開始後約 5 時間 30 分後以降はショック状態と言っても過言ではなく蘇生的な対処が必要であると思われるのに実施されていない。その時点では、「このショック状態の主な原因は失血による循環血液量の不足であろう」と推測できたはずであるが、実際には回収血の返血と少量の膠質液輸液しか行われず、血液検査も行われていない。実際に行われたことの妥当性や行うべきであったのに行われなかったことの必要性などについては、日本麻酔科学会が配布している「危機的出血への対応ガイドライン（2007 年）」が参考になると思われる。

軽度の高血圧および BMI 30 と中等度の肥満を認める 70 歳代女性に対し、予定された術式の手術を行う場合には、術前から輸血に対する準備をしておき、術中は通常のモニターに加え侵襲的モニターである A-line による連続的な血圧の監視を行うのが一般的である。しかしながら、本事案ではどちらも実施されていない。この医療機関の今までの経験から、「輸血用血液の術前準備や A-line による術中血圧の監視は不要である」との判断が許容されるとしても、本事案のような循環動態の変動を認めた場合には、その時点で A-line の留

置や血液の準備をするのが適切と考える。

システムエラーの観点からの評価は次の通りである。

1) 診療記録がきちんと記載されていないと、患者の症状の把握ができず、診断に至るまでの経過も不明であり、手術の適応や手術術式の選択が正しいか否かの判断をすることができず、さらに手術前に用意しておくべき医療機器や薬品の準備とスタッフの心構えの準備が、十分にできない。これらが不十分であれば、主治医だけが理解していても、その他の医療スタッフは理解不足となる。

2) 医療技術の進歩、医療設備や医療材料の高度化、麻酔領域の進歩などにより、高齢者医療においても長時間手術や大量出血の予想される手術が選択され、難手術の問題も克服されるようになった。しかし、高齢者に対する的確な診断と最少必要限度の侵襲しか与えない手術術式の選択の必要性は、古今において変わるものではない。

その点、本事例では、複数の見解を十分に比較考慮して決定するというチームアプローチによって本件手術が選択されたとは言い難い。

3) 手術前にはカンファレンスを実施し、手術に対する見通しを適切に行わなければ、大量出血に対する準備も十分にできないことになる。

大量出血への対応としては、返血システムの確認や輸血の準備などが重要であるが、本件では、この点に関し十分な用意がなされていなかった。また、現在の制度上、準備した輸血用血液が使用されなかった場合、返品できず病院負担となるため、大量の輸血用血液の準備は経済的リスクが大きい可能性がある。

しかし、当評価委員会から当該医療機関に対して輸血準備に関する質問をしたところ、当該医療機関が、この事を理由に整形外科の手術では輸血用血液を準備しないと回答しているのは改善すべき問題と考える。

4) 術者、手術助手やその他のスタッフについて、個別の問題を指摘し得る資料を見出すことはできない。しかし、大量出血およびこれによると思われる血圧の低下などへの対応は不十分である。術中の全身管理の役目を担う麻酔専門医がいれば違った結果になったかもしれないが、麻酔専門医の有無が事の本質とは考えない。

根本的な問題点は、手術に関与する医療者間で情報の共有化がなされておらず、その結果、手術関与者達がチームとして有効に機能しなかったことである。

5) すでに記載したとおり、侵襲の大きな手術に対する医療は、主治医や手術者の一人に委ねられるものではない。侵襲の大きな手術を施行できるだけの設備と人員を備え、それを円滑に運用できる体制、すなわち、チーム医療が大切である。その点において、医療機関としての管理体制が満足なものであったとは評価できない。

3. 再発防止の提言

(1) 高齢者に対する治療計画

高齢者のみならず如何なる疾病に対しても、臨床症状の的確な把握とそれに基づく治療計画が大切である。特に手術的治療法を選択する場合には必要最小限度の侵襲で、最大の

効果を得られるように努力しなければならない。高齢者社会における手術治療の頻度は高くなっているとともに、手術に伴う危険性も増えている。そのためには臨床症状を的確に捉え、無理のない手術を選択すべきである。

(2) 診療記録の整備

診療記録を十分に記載することが求められる。そのことが的確な臨床所見の把握と侵襲の少ない手術適応に連なる。多忙を理由に、医師の診療記録の少ないことは本事例のみではない。しかし、本事例では、家人への説明は詳細に記載されている。診療録は都合のよいことのみを記載するのではない。診療録の重要性を銘記すべきである。

近年、医師の事務作業をサポートする医師事務作業補助者が登場し、2008年には厚生労働省が医師事務作業補助者の配置を診療報酬請求の対象としている。医療機関は、医師の業務内容を見極め、場合によっては医師事務作業補助者の導入も考慮した上で診療記録の充実に努力しなければならない。

(3) 侵襲の大きな手術に対する対応

特に侵襲の大きな手術では、病院全体としての取り組みが重要である。一人の主治医あるいは術者のみで手術は成功しない。手術に対する準備と心構えが大切であり、チームワークの良さが手術の成功につながる。そのためには、カンファレンスを行い、それにかかわる要員に対し、手術内容の熟知、それぞれに課せられた役割、アクシデントへの対応策、その際に生ずる弊害などを徹底させ手術に対応すべきである。全身麻酔が必要な手術に関しては、複数の診療科を交えた術前カンファレンスの開催を義務づけるなど手術要員全員への手術に対する理解を深める努力が必要と思われる。また、診療科に関わらず侵襲の大きな手術を見極め、必要に応じて輸血用血液を準備するシステムを構築するとともに、厚生労働省と日本赤十字社においては輸血用血液の準備に掛かる病院の経済的負担に対して何らかの配慮が必要でないか検討が望まれる。

(4) 医療機関における医療安全

最近の医療はますます複雑で高度化しているので、手術のみならずすべての医療機関業務において安全を担保するためには、医療機関の職員全員が職種の壁を超えて協力して取り組むことが最も重要であるとされている。残念なことではあるが、今回の事例においては、情報の共有化が十分に行われておらず、そのため関係者がチームとして有効に機能しなかったことが最大の欠陥であったと言わざるをえない。

高度医療を円滑に進めるためにも、病院としてまず麻酔専門医の充実を図ることを希望する。それとともに、医療機関の医療安全は個々の医療関係者の安全意識が向上して初めて保証されるため、医療安全にとっては職員一人ひとりが自らの安全意識を向上させることが重要となる。そのための具体策としては利潤追求を超えた、全職員が参加する安全に関する講習会・講演会を定期的かつ継続的に開催することや関係者全員が参加可能な術前カンファレンスを実現することを要望する。