「医療安全における説明責任」

大阪医科大学附属病院医療安全対策室 室長 村尾 仁

お陰様で医療安全シリーズは10回目を迎えることができました。医療安全に終わりはないが、このシリーズは10回という節目で一旦終了する。そこで、本シリーズの最後は「医療安全における説明責任」と題し、実際に医療事故後が発生した際の説明責任について考える。

はじめに

私は医師になって36年になる。少なくとも20世紀の終わりごろまでは、患者（社会）から医療は不信感を浴びていなかったと記憶している。医療は有難いものであり、医療従事者も含め感謝の対象であった。常に患者のために最善を尽くすプロフェッションとして尊敬の対象以外の何者でもなかった。

しかし、1999年の横浜市大の患者取り違え事故等の重大な医療事故が度重なり、大きく報道されたことを機に医療に対する不信感が形成されるに至った。その果てに、医療を他のサービス業と同じレベルで批評する風潮までが生まれたのである。

患者や社会にとっては、長年信じてきた「医療は完全無欠の存在であって欲しい」という願望が崩れさった瞬間だったのだろう。根拠のない美化したイメージから、医療の不確実な事実を見せられ、受け入れたくないという反応になったに違いない。

医療システムは、そもそも不完全で不確実なものである。しかし、この本質を医療提供者の側が意識していたかと問われれば、それは大いに疑問である。つまり、医療が複雑系システムであるという理解は、医療提供者も受益者の患者も認識していなかったのである。医療事故後の説明責任を考える際には、前提としてこのことを押さえておきたい。

医療提供者と医療受益者の関係

かつてのように患者からの信頼によって医療が行われていた時代は、万が一不幸な医療事故が発生した場合にも、最善の医療が提供された結果で

あるから仕方がない、これは運命だと、多くの患者や家族は受け入れていた。まさに、医療への信頼が背景にあったからこそこの物語であった。

今も昔も医療の不確実性は何ら変わっていない。しかし、今は重大な医療事故が発生すると、何らかの過失（ミス）があったのではないかという疑いの目が医療に向けられる傾向にある。

その結果、委縮医療等の防御的な姿勢が医療に生まれた。しかし、その反面で患者の立場に立った医療を意識するようになったことも事実である。これは、不信感が生んだ副産物であるが、未だ医療提供者も患者も医療システムの複雑性を理解した上での新しい関係にまで成熟していない。

「医療の複雑性や不確実性を社会と共有する」は机上論か

もはや我々は、かつてのように患者（社会）からの無条件の信頼の上に医療を行える時代に戻ることはできない。だとすれば、どうすれば新しい信頼関係を再構築することが出来るのだろうか。

1つの試みとして、もっと医療に患者を参加させようという提案がある。最も普及しているのは、「患者さんに名前を名乗ってもらおう」という呼びかけがある。多くの患者はその行為を通じて、医療の不確実性を理解して協力して頂くようになっている。まさにこれは、患者にも医療が如何に複雑なものであるかということを理解してもらいたいという狙いが一部成功した具体例といえる。

医療は、受益者である患者との関係において他の社会システムとは異なり、医療提供者と患者は協力してシステムを護るべきである。このような患者参加のような仕掛けをくり返しおこなった未来に、医療提供者と患者がともに医療の複雑性や不確実性を共有することが出来る時代が来ることを願う。しかし、より強力なアイデアが無ければ、その道りは遠い気がする。

再発防止に向けた説明責任

かつて多くの医療事故調査は、後知恵で誰でも容易に指摘できる当事者個人の判断や行動をエラーとして拾い上げ、それらヒューマンエラーを事故原因だとする古いアプローチ（パーソンアプローチ）が普通であった。そして、個人に注意や再教育などの懲罰を与え一件落着としていた。しかし、これでは全く再発防止は図れず、また別の人が同じ事故を起こす。

今日、ヒューマンエラーはその病院の医療システムに潜む課題が生んだ副産物であるという理解に立っている。医療システムの課題こそが、事故調査で浮き彫りにし改善すべき根本原因であるとするアプローチ（システムズアプローチ）を、我々は原理原則に取り入れている。

システムズアプローチにおける医療事故後の対応原則は、当事者と診療科は事故発生的事实を速やかに報告し、その後の事故対応と再発防止に向け事故調査に協力することが求められる。当然のことであるが、医療事故が発生したという事実を患者やその家族に速やかに伝えるという最初の情報開示は診療当事者と診療科長の役割である。明らかな事実は、医療事故調査の結論を待つまでもなく、診療科の責任として診療科長の指揮において実施されるべきである。

事故が発生したとたんに、診療科の顔が見えなくなるならば患者や家族の診療科への不信感が助長され、組織的な事故対応をも難しくする。

病院内への説明と患者や家族への説明の違い

ある医療事故の根本原因が、システムズアプローチによって弱いチームワークやコストと効率を重視する組織圧力等の医療システムにあるという結果がでた場合を考えてください。

医療システムの複雑性や不確実性が社会と共有される時代になった場合は別として、医療事故の原因や経緯の説明の内容は、組織内部向けと患者や家族向けでは異なるものである必要がある。

これは、決して隠蔽を意図したものではなく、患者や家族が求めることを説明するのが信頼に資すると考えるからである。

例えば、レストランで食事をしたとき、砂糖と塩を間違えて調理したひどい料理が出てきたとしよう。レストランからの説明として、あなたは何を期待するだろうか。

入ったばかりの見習いが砂糖のケースに間違えて塩を入れてしまったとか、給料が3か月間支給されていないために従業員の士気が低下している等といった、組織に潜在する根本的な課題を説明されたいと思うだろうか。そんなことよりも、誰もが真摯な謝罪の言葉と不利益をカバーする具体的対応を求めるに違いない。

全く同じではないにしても、システムズアプローチで明らかになった根本的背景や組織体制の不備について、事故に遭遇した被害者やその家族に向け事細かに説明する必要はないであろう。何故なら、その説明をしてもおそらく言い訳にしか聞こえないからである。必要なのは、起こったことを事実と認めて誠実に謝罪することであり、それが説明責任である。

一方、病院内部に対する説明は、明らかになったシステム内部の課題が如何にして医療事故に発展したのかを明らかにしなければならない。そして、その課題を改善するために挑戦しなければならない。これは容易なことではない。組織の在り方を変えるには勇気と覚悟も必要である。しかし、この試練のプロセスこそが医療事故（失敗）から学ぶという医療安全に課せられた使命なのである。

終わりに

これで10回のシリーズを終了する。シリーズを通して、大阪医科大学医師会員の皆さんに私なりに医療安全の重要なテーマとトピックスを紹介したつもりだが、一貫性を欠いていたことはお許し願いたい。本シリーズが、皆さんを介して大阪医科大学の医療安全文化の醸成に少しでも役立つことを願う。