

## INTERVIEW

公益社団法人地域医療振興協会  
地域医療安全推進センター センター長  
石川雅彦先生



【プロフィール】 石川雅彦先生 1983年自治医科大学医学部卒業。旭川医科大学および関連病院にて血管外科を中心とした外科臨床・研究、離島を含む地域医療に従事。北海道大学医学部附属病院総合診療部助手を経て2004年国立保健医療科学院政策科学部主任研究官、2005年政策科学部長として医療安全、病院管理関連の研修・研究業務に従事。米国VA-NCPSにてRCA等トレーニング修了。厚生省、医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会委員を務めた。2011年東京医科大学医療安全管理学講座教授(大学病院安全管理室副室長兼務)を経て、現在は公益社団法人地域医療振興協会 地域医療安全推進センターにてセンター長を務める。

# 動き出した 医療安全への取り組み

聞き手：山田隆司 公益社団法人地域医療振興協会 地域医療研究所所長

## 地域の病院でさまざまなことに対応する外科を経験して

山田隆司(聞き手) 今日は、地域医療振興協会 地域医療安全推進センターの石川雅彦先生にお話を伺います。石川先生は平成24年1月からスタートした同センターのセンター長として赴任されました。まずは、先生の経歴を紹介していただけますか。

石川雅彦 私は1983年に自治医科大学を卒業しました。北海道の6期です。当時の自治医大の北海道出身の卒業生は旭川医大で研修をすることが決まっていたので、卒後は旭川医大の外科学第一講座に入り、20年くらい大学病院とその関連病院に勤務しました。その間、1年10ヵ月の

利尻島の離島勤務もあり、地域の臨床医療に携わっていました。

その後、縁があって北海道大学医学部附属病院の総合診療部へ行くことになり、助手として勤務しました。

山田 旭川医大の外科に所属されていたときは病院から病院へ移動という感じだったのですか。

石川 はい、複数の関連する病院に勤務し、外科医は私1人という病院もありました。

山田 50床とか100床あって、外科医1人ですか？

石川 病床数はもう少し小規模でした。

山田 そういうところの1人の外科というのは、一体どういうことをやっているのですか。

石川 1人でできることは限られていますので、全身麻酔が必要な手術の場合には搬送するか、もしくは大学から応援に来ていただいて対応しました。自分の所属していた旭川医大の外科学教室には大変お世話になりました。

山田 外科医としては、そういう小さなところを転々とするというのは、ストレスではないのですか？ 日の目を見ない外科医というか……。

石川 (笑)たしかに手術が毎日あるわけではありません。整形外科、眼科、耳鼻科、皮膚科といったプライマリケアへの対応も必要だったので、最初に赴任する前にそういう科の先生方のところへ行っているいろいろ教えていただきました。一番役に立ったのは、その後もそういう先生方が、さまざまな対応方法を電話一本で教えてくれたことです。どういう疾患の人が来るかというのが想定内であればいいのですが、そうとは限らないので、当時はなかなか厳しかったですね。

山田 たしかに病院で1人の外科というと、内科以

外の侵襲を加えるものはみんな外科ということになりますね。そういう意味では小病院の外科医というのが、実は一番総合医に近いんでしょうね。

石川 はい。そういうストレスは、おそらく卒業生の皆さんは同様の体験をされたのではないかと思います。

山田 先生の義務年限も含めた前半の時期は、基本的にはそういう北海道の小規模病院医療の最前線だったのですね。北海道というのは診療所というよりも小規模病院が多いというイメージがありますね。病床もほかの地域に比べるとかなり多い気がします。先生にとって忘れられないシビアな思い出のようなものはありますか。

石川 やはり外傷の患者さんが一度に複数名こられた場合など、どのように治療し、どのようなスピードでどこに搬送するか、そういったことを常に考えなければなりません。

山田 転送も時間がかかることが多いでしょうね。

石川 はい。ただ、搬送先の病院の先生方にはそういう状況を理解していただいており、とても助かりました。そのような病院には初期研修のときに旭川医大で指導を受けた先生方が多かったので、コミュニケーションを取りやすかったと思います。

山田 旭川医大は自治医大から1年遅れて開学したのですよね。そういう意味では、新しい大学だったので、垣根が低かったのかもしれないね。

石川 はい。当時ではまだ珍しかったと思うのですが、初期研修を多科ローテート研修でやらせていただき、研修としてはとてもよかったですね。

## 総合診療から医療安全の道へ

山田 地域の病院の外科医として20年勤務して、普通ならステップアップしてまた大学へ戻って外科の教員になったりするのが一般的かなと思うところですが、あえて北大の総合診療部に行かれることになったのはどういうきっかけですか。

石川 地域にいたころから総合診療と医学教育に少し興味が移ってきていました。たまたま縁があって勤務先の病院から北大の総合診療部へ異動しました。

さらに、そこで医学教育やOSCEなどにかかわっているうちに、当時少し話題になってきた医療安全に興味を持つようになり、厚生労働省所管で保健・医療・福祉に関係する職員などの教育訓練や、それらに関連する調査および研究を行う機関である国立保健医療科学院に勤務することになりました。

山田 総合診療よりも医療安全の方に先生の関心が移ったということですか。

石川 総合診療にかかわり、部署のリスクマネージャーとして委員会に出席しているうちに医療安全や医療の質などに興味を持つようになりました。

山田 では北大にいたのは2年間ぐらいですか。

石川 はい、2年間です。

山田 保健医療科学院ではどういう部署だったのですか。

石川 政策科学部に所属しました。そこで医療安全に関連するさまざまな調査・研究や、医療安全管理者の養成に関すること、さらに医療安全関連の長期(6ヵ月)・短期研修の実施、また、インシデント・アクシデント事例分析方法である、RCA(根本原因分析法)やHFMEA(医療における失敗モード影響分析法)に関して、米国でトレーニングを受けました。

山田 保健医療科学院で医療安全について本格的に

勉強しながら取り組み始めたということなのですね。

石川 走り始めて、走りながら勉強したという感じですよ。

山田 全国的にも医療安全への取り組みが始まったころですね。とても大切な分野なのに比較的歴史は浅いのですね。

石川 はい。2003年4月に、臨床研修病院や特定機能病院に対しては、医療安全管理部門の設置や医療安全管理者の配置および患者相談窓口の設置が義務付けられました。2007年の医療法改正では、診療所を含む医療機関に対し施設規模に応じた医療安全対策が求められました。さらに2006年の診療報酬改定で医療安全対策加算が、当初は50点でしたが付くようになり、医療安全管理者の配置が条件になっていたため、医療安全管理者を養成する病院が増加しました。2008年には50点の加算が、専従85点、専任35点になり、さらに医療安全管理体制の構築が広く求められてきているといえます。

山田 医療安全というのは今でこそ病院にとって当然のことのようですが、当初は医療費で誘導しながら整備を進めていったという感じなのですね。

石川 全体の流れとしては、厚生労働省では医療安全推進のため、2001年に医療安全対策検討会議、2006年には医療安全管理者の質の向上に関する検討作業部会を発足し、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が公表され、医療安全管理者の業務が明確になり、組織における継続的な人材育成が求められるようになりました。現在は、さらに質を高めることにシフトしてきていると思います。

山田 なるほど。この7、8年で目立った動きが起きてきたということですね。

保健医療科学院での先生の仕事は主にどうい

うことだったのですか。

石川 医療安全と医療の質向上, 病院管理に関連する人材育成と調査・研究がメインの業務でした。研修に関しては, 医療機関のトップマネジメントや, 医療安全管理者を対象とした長期・短期の研修の企画・実施, 医療安全管理や医療安全管理者の業務指針やインシデント・アクシデント事例分析に関連する調査・研究などを実施していました。

山田 日本に医療安全を根付かせる創成期に, 先生はその渦中であって国と一緒にやってきたのですか。保健医療科学院には何年間ぐらいいたのですか。

石川 4年11ヵ月です。



聞き手：地域医療研究所所長・「月刊地域医学」編集長 山田隆司

## 責任を個人に向けない

山田 その後, 東京医大の教授に着任されたのですか。

石川 はい。大学病院の安全管理室副室長も兼ねておりました。大学で医学生の教育プラス病院の安全管理の担当になりました。

山田 それまではどちらかという国の立場で政策立案の中心的なところにかかわっていたわけですが, いったん大学病院というフィールドに出ると全く同じことを扱いながらも, 実際にはずいぶん違うという感じはしませんでしたか。

石川 そうですね。毎日毎日起こることの一つひとつが今までのことと結びついて, 自分としては毎日が目まぐるしい中でいろいろなことを学んだという感じですね。

山田 私も今, 病院を管理している立場にいますが, 現場で起こることは正直言っていつも想定を上回るというか……。だから医療過誤ということになるのでしょうか。その事象を分析して学びに変えて業務改善につながっていけばい

いのですが, 一方で, 起こったことに引きずられて, 仕事に対する意欲の低下やストレス, あるいは仲間内での溝, さらに患者さんからの不信といった非常に深刻なマイナスのエネルギーが生じる。それに対応していかなければいけないということが医療安全の持つ本質的な仕事の重さだと思います。

石川 おっしゃるとおりだと思います。医療安全管理体制の整備と医療の質向上は車の両輪になっていると思います。今, 先生がおっしゃったとおりのことが, 施設の規模にかかわらずあると思います。組織内では, インシデント・アクシデントの当事者を責めないという文化があることが重要だと思います。再発防止の取り組みには, 当事者のみの問題に終始せず, システムやプロセスに焦点を当てて検討することが必要です。

山田 そこが問題ですね。些細なことも含めて, 自己責任を感じながらも, 現実を隠さず公表して改善していこうとしないと医療の質は良く



識・技術が必要だと思いますので、私の所属する地域医療安全推進センターでも、対応する研修を企画・実施しています。

**山田** 先生は政策立案と実際の大学病院の現場を経験されて、ギャップを感じる部分もあったと思うのですが、やはり政策というのは実際の地域の医療現場をベースにして検討していただきたいですね。先生が言われたように、現場が安心して医療に専念できるという体制の整備が望まれます。

私も以前管理者を務めた病院で訴訟になったケースを経験しましたが、基本的には病気の自然経過で深刻な状態になったのに、家族にとって納得がいかない、受け入れにくい感情からその矛先が医師に向けられ、大変つらい思いをしました。

**石川** そうでしたか。

**山田** これは医療安全のこととは少し離れてしまっていますが、事例集を見たりすると、医療者にそれ以上継続して争うエネルギーが残っていないがために途中で挫折して和解に応じていくということが多くのように思います。医療の持つ不確実性や不安定性が、なぜ法律家には理解されにくいのかと思います。それほど医療提供者側が過剰に責められる事例が多いことに驚きました。患者さんのためにと本当に一所懸命やっている人

がそういったことでへこんでしまわないように、医療者は限られた環境の中で常に予期せぬ事態と対峙しながら仕事をしていることを多くの国民に理解してほしいと思います。医療者にとっても患者さんにとってもより安全で安心な医療が実現するよう、患者も、医療者も、あるいは法律家もお互いの利益や権益を超えて、真摯で本質的な議論をしないといけないのではないかと思います。

**石川** 医療安全管理体制の構築というのは、患者さんのためということと、医師や看護師などの職員が安心して勤務できる医療機関にすることが大きな目的だと思います。

医療安全に取り組んでいる病院が、ホームページやパンフレットなどで、自分のところではこういうことをやっているのだということアピールしていくことも、ひとつの方法かもしれません。

**山田** 病院はどこでも基本的には同じようなことで悩んでいて、それぞれが克服しようと頑張っていると思います。この度、先生にそういう仕事に携わっていただいたので、われわれ協会のネットワークの中でうまく情報を共有して、医療安全面でも質の高い施設運営を目指していきたいです。

## 診療所の事象を共有し学びにつなげられる環境を

**山田** 一方で、協会の運営施設ではなく、協会の会員が従事している職場というのは、地域の中小病院だったり、医療崩壊寸前のようなところだったりします。特にへき地の診療所では医師は1人で、限られた人員でさまざまな業務をこなしているのが日常です。あるへき地の診療所で処

方に関する医療ミスの事例があったのですが、診療所の医師が自分を責めるばかりに、結局辞職するという事態になってしまいました。小さな職場ほどそういった経験を乗り越えて、改善に活かしていくことはなかなか容易なことではありません。

診療所という限られた環境の中で実際にはいろいろな出来事が起きているのだらうと想像されます。何とかそれをみんなで共有して学ぶことが大切だと思うのです。自分の失敗をオープンにすることはなかなか難しいかも知れないけれど、本当はどこでも起こり得ることなのです。自分の個人的な反省だけにとどめておらずに、できるだけ報告して共有できるようなネットワークをつくりたいですね。

石川 そうですね。診療所のデータの蓄積はとても重要なことですね。

山田 ある離島では、ずいぶん後になって障害を来した旅行者である患者が、遡って島での初期対応が悪かったせいだと訴えたような事例もありました。

石川 同じようなことは、病院でも報告はあるかと思えます。

山田 でも、現実にはそういう落とし穴的なことがごく初期の診療を日常的に扱う現場では数多く起っていて、地雷を踏みかけた、あるいは踏んでしまって悩んだ経験があるという先生方も実はかなりの割合にいると思います。患者さんから喜んでもらえばやる気は湧いてくるけれど、望ましくない結果に直面したときには、時に患者さんから恨みを買うことさえある。しかしそれを乗り越えてその経験を学びの材料にしていくことこそが医療の質につながるのだと思います。それを直視できる環境や雰囲気、病院だけでなく小さな診療所でも醸成していく必要があると思います。恐れなくて、くじけなくて、勇気を持って取り組んでいこうというメッセージをぜひ先生に発信して行ってほしいですね。

石川 ひとつ、大きなテーマを与えられたということですね。医療法上では、診療所の医療安全管理体制の構築が義務づけられていますが、医療者自身が本来の自分のパフォーマンスを発揮して、結果的に質の向上に結びつくことになれば

よいですね。

山田 そうなのです。孤立しがちな医療者を守り、働きやすい環境を作る。医師が患者を恐れて個々に防御的な診療に傾かないような取り組みが必要だと思うんです。

石川 そうですね。それは卒前に学習してきたことに加えて、現場に出て初めて分かることもありますので、そういったトレーニング、あるいはシステムづくりができるように情報を発信していきたいと思います。

山田 そういう意味で、先生が実際に企画されている医療事故のシミュレーション教育、シナリオの上でチームで学ぶというのは、当事者がいないぶん気兼ねなくいろいろな意見を交わすことができている方法ですね。

石川 地域医療安全推進センターでは年間20回以上の研修会を開催する予定ですが、その中には、事例検討やシミュレーションをさまざまな形で取り入れています。協会の職員だけでなく、会員の方にもぜひ広く参加していただきたいと思っています。

山田 最後になりましたが、今、へき地や厳しい環境で働いている後輩たちにメッセージをお願いしたいと思います。

石川 医療安全に取り組むということは、インシデント・アクシデントの対応をするということだけでなく、自分の力を最大限に出しながら、患者さんに安全で質の高い医療を提供し、職員も安心して勤務することができるシステムを整備するという、実は楽しいことなのです。日々の医療実施の中で、自身での対応が難しいと判断された場合には、法律家等も含めて、ぜひ一人で悩まないでご対応ください。また、そのような対応システムを施設内で構築していただければと思います。

山田 先生には、今回、協会の医療安全にかかわっていただいて、「月刊地域医学」でもそういったこと

を発信していただきたいですし、間接的にも、直接的にも、へき地・離島での医療安全のサポートに取り組んでいただけるとありがたいですね。

石川 はい。今後、医療安全に関連するさまざまな情報発信をさせていただきたいと思います。会員

の方も含めて、地域で医療安全のネットワークをつくるお手伝いをしたいと思っています。

山田 ぜひ、お願いします。石川先生、今日はありがとうございました。

