

令和4・5年度

自浄作用活性化委員会答申

より良い医療環境を築くために

令和6年3月

福岡県医師会自浄作用活性化委員会

令和6年3月19日

福岡県医師会

会長 蓮 澤 浩 明 殿

福岡県医師会自浄作用活性化委員会

委員長 宮 崎 親

答 申

自浄作用活性化委員会では、貴職からの諮問「より良い医療環境を築くために」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめましたので答申いたします。

福岡県医師会自浄作用活性化委員会

委員長 宮 崎 親

委員 三 好 恵

杉 原 耕一郎

林 洋 一

西 村 宗 胤

南 谷 敦 子

百 武 宏 幸

青 柳 明 彦

星 子 久

(順不同)

目 次

はじめに.....	1
1. オンライン診療について.....	2
(1) オンライン診療の今まで	
(2) オンライン診療の今後	
2. マイナ保険証について.....	4
3. かかりつけ医について.....	5
4. ハラスメントについて.....	7
(1) パワハラ防止対策の義務付け	
(2) 患者・家族からのハラスメント	
(3) カスタマーハラスメント・迷惑行為の防止対策	
(4) 対策	
5. 医療安全について.....	9
6. ハートフル研修会の開催について	13
おわりに.....	14

はじめに

医師には、診療において認められる数々の裁量権がある。身体に侵襲をもたらす行為は、患者の生命・健康に必要な診療の場面において、医師の判断によって許されるものとなる。このため、医師は医療上の知識や技術の習得・向上に努めるとともに、倫理的責務を果たすべくこの向上に努めなければならない。

福岡県医師会では、自浄作用活性化委員会を平成 16 年に設置し、ここでは、「会員の共通認識のもとに会内にて自浄作用を活性化させ、県民の信頼に答える医療を提供することともに、不正行為や医療事故を未然に防ぐことを、組織として取り組むこと」に主眼に置いた取り組みを行ってきた。

これまで自浄作用活性化委員会において、医師の倫理感の向上や、医師と患者との相互理解について議論してきた。前回（第 9 期）には 2019 年発の新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行を機に導入が進んだオンライン診療などこれまで概念にない「非接触」などの診療の形態を求められるようになったことも踏まえ、「医師—患者関係の原点」について議論を重ねた。

今回、第 10 期の会長諮問は「よりよい医療環境を築くために」である。近年の医療をめぐる環境変化は著しく、「コンビニ受診」という言葉に表されるように、医療を自己の症状を改善するための安易な手段として誤認されてきているように感じる。同様に医師に対する患者の認識も、疾患に対して治療方針を示し共に戦うパートナーではなく、画面の先に症状を伝え、薬を出すだけの便利屋として受け止められてきているのではないだろうか。

医療環境の変化は、IT 化による時代の流れ、国の政策、感染症の流行など様々な要因によってもたらされているが、どれだけ時代が変わろうとも、医師—患者関係の原点には、ヒト—ヒト関係の素地があり、医師は常に原点に立ち返り、奢ることなく目の前の住民に対して誠意を尽くし、信頼を構築したうえで医療は成り立つものであるということを、我々は忘れてはいけない。

患者との信頼関係を損なわないためにも、少なくとも我々医療人が確認しておかなければならないことを中心に、今期の議論を重ねた。

今回の答申が、今後の医師・患者関係の構築に役立てることができればと考える。

1. オンライン診療について

我が国の医療分野のICTは僻地等の遠隔診療での活用が期待されてきたが、COVID-19の影響により発展が加速したのは言うまでもない。そこで、より良い医療環境を築くために遠隔医療の中でもオンライン診療について今後のあり方を考える必要がある。

(1) オンライン診療の今まで

2018年に策定され2023年5月に改定された「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の中で、まず「遠隔医療とは情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為」と定義されその中で「オンライン診療とは遠隔医療のうち、医師一患者間において情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為をリアルタイムに行う行為」と定義されている。

またD to Pの中でオンライン診療はオンライン受診勧奨とは明確に区別されており、具体的な疾患名を挙げてこれに罹患している旨や医学的判断に基づく疾患の治療方針を伝達すること、一般用医薬品の具体的な使用を指示すること、処方等を行うことなどはオンライン診療に分類される。

2021年12月～2022年1月に日本医師会により行われたアンケートの結果では日本医師会の基本的な考え方である「オンライン診療は、解決困難な要因によって、医療機関へのアクセスが制限されている場合に、対面診療を補完するもの」について、多くの会員は賛成であったことより、オンライン診療が対面診療に代わるものではなく、あくまでも補助診療として捉えている医師がほとんどであると考えられる。これは多くの医師がオンライン診療では適切な診断、加療はほぼ無理であり、オンライン診療で診断を確定させることはかなり危険な行為であると考えていると言わざるを得ない。

2023年8月にオンライン診療の事例集が厚労省より出ているが、難病の専門クリニックが遠方の患者に対して行っている例、北海道や離島の受診困難な患者に対して行っている例、治療難度の高いがん患者のセカンドオピニオンを行っている例等、オンライン診療の良い例が示されている。一方で、現在は規制緩和により一時的ではあるが、初診でのオンライン診療も一部認めているため、これを悪用するようなものがインターネット上で散見される。

(2) オンライン診療の今後

もし対面診療に代わりオンライン診療が広く認められるようなことが起こるとしたら、その場合、十分な診断ができないことを患者に同意してもらわないと

いけない事態になりはしないだろうか。医師のモラルが大変重要になってくる。反対に、コンビニ感覚で簡単に手軽に受診しようとする患者側にも啓発が必要と思われる。

やはりオンライン診療は日本医師会の基本的な考え方のように対面診療を補完する存在となるべきであろう。その場合、D to Pだけでは無理があると考えられる場面も予想されD to P with D、D to P with N等が重要になると思われる。2021年度文科省補正予算では「ウィズコロナ時代の新たな医療に対応できる医療人材養成」という項目で39億円計上している。この内容は実習の高度化や遠隔医療に関する教育内容に充実を検討する大学に対し早期に教育実習体制を構築するためのシュミレーターやDX設備、感染対策関連機器等の整備を支援するとある。全てが遠隔医療に計上されているわけではないものの、国としても医師だけでなく全ての医療関係者を遠隔医療、オンライン診療に携われるように尽力する姿勢がうかがえる。我々医師会是对面診療を補完するオンライン診療を正しい方向に導いていく責任がある。

2. マイナ保険証について

2022年、国が医療DX（デジタルトランスフォーメーション）に関する施策を提案し、医療分野でのDXの進行が始まった。その一環としてマイナ保険証によるオンライン資格確認が導入された。このシステムには事務的な負担を軽減するというメリットがある。初めて訪れる医療機関でも過去の薬剤情報や特定健診情報を共有でき、就職、転職、引越しをしても手続きの変更が不要で、そのまま健康保険証として利用可能である。また、医療費が高額になった場合、自己負担上限額を超える支払いに対して限度額適応認定証が不要になる。医療費通知情報の自動入力により、確定申告時の医療費控除が簡単になる。保険証の無効状態も把握できるため、医療機関は診療報酬の回収業務を軽減できる。これらの施策により、医療現場の事務的作業の効率化が期待される。

しかし、マイナンバーカードには多くの個人情報が集約されており、情報漏洩によるプライバシー侵害が最大の懸念事項である。現時点では個人情報の紐づけ誤りなどが存在し利用率はまだ低い。2024年秋には健康保険証が廃止される方針であり、マイナ保険証による受付業務は増加する見込みである。今後、医療機関には情報漏洩に関するセキュリティ対策の強化が求められる。

これまでの医療機関の情報漏洩は、外部ネットワークとの接続を避けることで防がれてきた。しかし、近年、オンライン資格確認、クラウド型電子カルテの導入、リモートメンテナンスの普及、ICTを活用した医療連携などにより、外部との接続が必要となり、医療機関へのサイバー攻撃への懸念が高まっている。厚生労働省は、医療DXの推進にあたり、サイバーセキュリティ対策の必要性を指摘し、ガイドラインを示した。チェックリストに沿った医療情報システムの管理・運用が求められており、特に2023年度内には、インシデント発生時の組織内外の連絡体制図の作成が必要とされている。これらは医療監査でも確認されることになった。

日本医師会も対策を進めている。セキュリティ対策の進め方が不明な場合の「セキュリティガイドライン相談窓口」や、インシデント発生時の「サイバーセキュリティ対応相談窓口（緊急相談窓口）」を開設している。また、サイバー攻撃や情報漏洩が発生した場合の一時金支援制度も用意されている。これらのサービスは日医A①会員を対象にしており、更なる利用を呼び掛けている。現在、各医療機関のサイバーセキュリティへの関心や理解は必ずしも高くはない。しかしマイナ保険証の利用が必須となるため更なる啓発活動が求められる。

3. かかりつけ医について

医療を提供する側である医師は、目の前の患者に対してより安全で、より質の高い医療を提供するため日々診療にあたり、それぞれが求める医師像や身を置く環境、スキルなどによりその姿は異なる。その中で「かかりつけ医」はどのように位置づけされるだろうか。

最初に医療を受ける側の患者の立場から。身体に異常を感じて医療機関を受診する際、どこに行くのがよいか分からず家族や知人に相談する方、うわさやインターネットで調べる方、かかりつけ医（いつもかかっている先生）がいる医療機関を受診する方など様々。それは専門が異なってもまずかかりつけ医を受診する方や、病状に合わせていくつかかかりつけ医をもたれている方もいる。クリニックなどでは医師が代替わりしても「かかりつけ」と称する医療機関に長年通院されている方も少なくない。「この病院（クリニック）に来ると安心する。先生がかかりつけですから」、「この前はここが休みだったので別の病院を受診したが、症状が続くので来ました」などの思いを聞くとありがたいという気持ちと、いつも受診いただいている責任を感じる。日常診療で少しずつ互いに信頼関係が築かれ、かかりつけ医の感情は誰かに言われるものでもなく自然に芽生えるものだろう。応じる医師が思うかかりつけの患者像は。診療録を見ずとも名前を聞くだけで病名や病状、服薬内容や家族構成、患者の性格など思い浮かぶのは特別なことではないが、やはり患者との関係性の中で自然に芽生えるものだろう。それは数年ぶりに受診される方もいれば、その後受診されない方もいるかもしれない。それは数ある医療機関の中で自院を選んで受診していただいているという気持ちがあり、受け止め方はそれぞれだろう。

医師と患者の関係としての「かかりつけ医」は、私たち医師はどのように考えるだろうか。日本医師会の提言で「かかりつけ医」は、『「かかりつけ医機能」の機能の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。』とし、『なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。』と定義している。ここでいう「かかりつけ医機能」は、国民にわかりやすく示すために、医療機能情報提供制度により情報を閲覧できる仕組みとなっている。続けて、各医療機関は地域におけるそれぞれの役割をしっかりと果たしていくことで、必ずしも1つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。それぞれの医療機関が有している機能を発揮しつつ、連携することで「地域におけ

る面としてのかかりつけ医機能が発揮されていく、としている。「患者のかかりつけ医」から「地域のかかりつけ医」としての機能の位置づけも求められるものと思われる。広く国民に受け入れていただける「かかりつけ医」は、医師と患者の関係からさらに発展するものに進められる。

4. ハラスメントについて

(1) パワハラ防止対策の義務付け

2020年6月1日より改正労働施策総合推進法が施行され、セクハラ・マタハラ防止対策に加え、職場のパワハラ防止対策も事業主に義務付けられることとなった。これにより事業主は、パワハラ、すなわち①優越的な関係を背景とした、②業務上必要かつ相当な範囲を超えた言動により、③就業環境を害すること（身体的若しくは精神的な苦痛を与えること）を防止するため、相談体制整備等の雇用管理上の措置を講じることが義務付けられた。

こうしたハラスメント対策は、医療従事者が安心・安全な医療を提供するために、あらゆるハラスメントから守られなければならないことを意味し、よりよい医療環境を築くための人的な環境整備ともいえる。

(2) 患者・家族からのハラスメント

ハラスメントは、医療機関の職員間においてのみ発生するのではない。2021年12月に大阪市内の心療内科クリニックで元患者の放火により院長、患者らの多くが死亡した事件、2022年1月に埼玉県ふじみ野市で患者の遺族が自宅に在宅医療の主治医を呼び出し、散弾銃で殺害した事件など、近時は患者・家族から医療従事者に対する暴行傷害、ハラスメント事例が数多く報道されている。

よりよい医療環境を築くための大前提として、医療従事者が患者・家族からのハラスメントから守られるべきことはいうまでもない。

(3) カスタマーハラスメント・迷惑行為の防止対策

厚生労働省は、職場におけるセクハラやパワハラだけでなく、近時のカスタマーハラスメント（カスハラ）の実態も問題視し、顧客等からの暴行、脅迫、ひどい暴言、不当な要求等の著しい迷惑行為について、事業主が適切に対応すべき体制の整備、被害防止への取り組みを行う必要があるとの指針を示した（2020（令和2）年厚生労働省告示第5号）。

顧客等からの著しい迷惑行為とは、医療現場においてはまさに患者・家族等からのハラスメントであり、カスハラ防止対策は、患者・家族等からのハラスメント防止対策にほかならない。

患者・家族等による迷惑行為（クレーム・言動）、ハラスメントとは、①要求内容が妥当か、②要求実現の手段・態様が社会通念上不相当なものか、③それに

よって医療従事者の就業環境が害されるものか、によって判断される。

これには、以下、いくつかの行為類型がある。ひどい場合は弁護士対応や警察への通報も検討する必要がある。

1) 長時間拘束型・リピート型

投薬できない薬の処方を執拗に求めて居座る。診療に納得がいかないとして長時間、繰り返し電話で説明を求める。納得のいく病名の診断書作成を求める。自宅へ謝罪に来るよう求めるなど。

2) 暴力・暴言・威嚇・脅迫型

思いどおりの診察や対応を要求し、断ると「殺されたいのか」と凄む。机を強く叩く。看護師に物を投げる。腕を強く掴むなど。脅迫や強要罪にあたりうるし、退去を求めて応じない場合は不退去罪にあたりうる。

3) SNSやインターネット上での誹謗中傷型

「口コミ」に個人名を特定し、誹謗中傷するなど。事実を反し、名誉棄損や業務妨害にもあたりうる。投稿者が判明していれば対策も取りうるが、匿名の場合は難しいことが多い。

4) セクハラ型

性的な言動や差別的な言動など。悪質なものは強制わいせつ罪にもあたりうる。

(4) 対策

よりよい医療環境を築くためには、いうまでもなく、医療従事者が安心して医療を提供できる就業環境でなければならない。

そのためには、ハラスメント防止の観点から、患者・家族に対しても「できま線(せん)」の線(ライン)を引くこと、毅然とした対応をすることが重要である。

不当な要求に対しては毅然と断り、文書による対応に切り替え、弁護士対応に委ね、警察への通報も辞さないこと、あらかじめ院内掲示、ポスターなどで迷惑行為の拒絶を警告しておくことが勧められる。

5. 医療安全について

1999年 Institute of Medicine の提言 *To Err is Human* 「人は誰でも間違える」で示されたように「間違っても障害に至らないようにする」には「重要なことは、個人を攻撃して起こってしまった誤りをとやかくいうのではなく、安全を確保できる方向にシステムを設計し直し、将来のエラーを減らすように専心することである」*¹と示されている。すべてはこの言葉に集約されているように思われる。しかしながら良好な望ましい医療とは、我々医療従事者と患者側の相互関係が円滑に行われることが前提として存在していることが不可欠であると思われる。従って**間違い、誤り**という言葉が医療従事者がどうとらえるかということを含め、その医療行為に関して生じる医療側—患者側相互の不利益を考慮したうえで、今後は広い意味での相互の関係性の不一致を考慮して診療を進めることは、医療提供側にも今後より重要となる問題になることは間違いのないことと思われる。

我が国においては2002年（平成14年）10月より病院及び診療所に、医療安全管理のための体制確保義務が厚労省より示され、2003年4月より特定機能病院・臨床機能病院に、専任の医療に係わる安全管理者・医療に係わる安全部門・患者窓口配置義務が示された。続いて2004年10月から医療事故情報収集等事業の開始、2007年4月より無床診療所、助産所にも医療安全管理体制確保義務が加えられたことは我々臨床医の知るところである。

医療安全管理体制の確保義務が示され、各医療機関で指針の策定や、研修の実施、安全を確保するための措置が現在各医療機関で実施されているが、今後の医療事故の予防や改善のためには起こりうる可能性のある医療事故の集積が必要となる。そのために医療事故情報収集事業では医療安全対策に有用な情報を医療機関と広く共有するとともに、国民に対して情報を公開することを通じて、医療安全対策の一層の推進を図ることを目的としている。

医療事故情報収集等事業では報告すべき事故など事案の定義は

(1) 誤った医療又は管理を行ったことが明らかであり、その行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例または予期しなかった、若しくは予期したものを上回る処置その他の治療を要した事例。

(2) 誤った医療又は管理を行ったことは明らかではないが、行った医療又は管理に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかった、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事例。（当該事案の発生を予期しなかったものに限る）

(3) 1及び2に掲げるもののほか、医療機関内における事故の発生の予防及び

再発の防止に資する事例。

とされている。(医療法施行規則第9条の20の2第1項第14号)

医療事故情報等事業への報告状況は報告義務医療機関のみでの報告は2022年の1年間で4,631件であり、第72回(2022年12月31日)までの報告では毎年増加の傾向であり、医療機関の医療安全に関する意識の向上を反映しているものと思われる。

医療側への「医療安全に関する情報の提供」に関しては医療事故情報収集等事業HP(<https://www.med-safe.jp/index.html>)内で事例の検索が可能で、医療安全情報、報告書・年報の情報を得ることが可能である。

医療事故調査制度の目的は「医療事故が発生した医療機関で院内調査を行い、その結果を第三者機関が収集・分析することで再発防止につなげることにより、医療の安全を確保することを目的とする」とされている。そのために対象となる医療事故が発生した場合、遺族への説明に加えて、**医療事故調査・支援センター**へ報告し、必要な調査の実施、調査結果について遺族への説明及びセンターへの報告を行う。その後依頼があればセンターは調査を行い、その結果を医療機関及び遺族への報告を行う。加えて医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析を行い、最終的に**医療事故の再発の防止に関する普及啓発**を行う。支援センターは厚生労働大臣が定める支援団体として、職能団体・病院団体等・病院事業者・学術団体に分類され医療事故に該当するかの判断や院内調査の方法等の標準化を進めるため、支援団体協議会を制度として位置づけ、中央・地方の連携が図られている。そして最終的には**医療事故の再発防止に向けた提言**として、現在まで第17号まで各医療機関に配布されている。

本制度における医療事故の定義は

「医療機関(病院、診療所、助産所)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、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったもの」とされている。

本制度で「医療事故」に該当するかどうかは、医療機関の管理者が組織として判断すること、また医療事故に該当しないと判断した場合は、遺族などに対してその理由をわかりやすく説明することとされている。

また都道府県、保健所を設置する市及び特別区により設置されている、**医療安全支援センター**は医療に関する苦情・心配や相談に対応するとともに、医療機関、患者・住民に対して、医療安全に関する助言および情報提供を行っている。設置状況は2022年11月までで合計395箇所となっている。各センターの詳細は医療安全支援センター総合支援事業HP(<https://www.anzen-shien.jp/center/>)で参照が可能である。加えて病院等の管理者の義務として、医療安全支援センタ

一の助言に対して、適切な処置を講じるよう努めることが求められている。

医療安全関連の診療報酬は入院基本料・特定入院料の基準の中に医療安全管理体制を満たすことが必要であり、医療安全対策の推進に関して、医療安全対策の充実の評価・患者サポート体制の充実・報告書管理体制の充実・医療機器安全管理の充実などにそれぞれ診療報酬の加算が現時点（2024年1月時点）決められているが2024年4月の診療報酬改定で何らかの改訂があるものと思われる。

産婦人科における**産科医療補償制度**は2009年1月に創設された制度で、産科医療体制の人的・質的確保の目的のために、脳性麻痺児に対する無過失補償制度として開始された。

補償額は、看護・介護を行うための基盤整備の資金として準備一時金600万円と、看護・介護費用として毎年定期的に給付する補償分割金総額2,400万円の合計3,000万円が児の生存・死亡を問わず**補償金**として支払われる。補償対象と認定されると、分娩機関等から提出された診療録・助産録、検査データ、診療体制などに関する情報、および保護者からの情報等に基づいて**医学的観点から原因分析**が行われる。その後、脳性麻痺発症の原因、診療行為等の医学的評価、再発防止の提言などについて取りまとめた**原因分析報告書**が**保護者及び分娩機関**に送付される。その中では事象の発生時における情報・状況に基づき、その時点で行う適切な分娩管理等は何かという**前方視的観点から評価**を行い、産科医療の質の向上に資するために、脳性麻痺発症の防止に向けて改善につながると考えられる**課題が判明するとそれを提言**とする。結果的に本制度における事例の集積が持つ重要な役割として、各種診療ガイドラインへの資料提示と活用があり、産科医療の質の向上となるよう運用されている。^{*2}

最高裁判所医事関係訴訟委員会の医事関係訴訟事件の診療科目別概算件数によると、全診療科の訴訟件数は2004年の1,043件から、2021年速報値までの時点で820件とやや減少傾向にある。これに比して産婦人科単科での訴訟件数は2004年の157件から徐々に減少し、2015年に50件と約3割となり、2021年速報値までの時点でも同様の傾向で推移している。このように産科医療以外の婦人科を含めた産婦人科全体の訴訟件数も明らかに減少している。これが何に起因するかを検証は困難と思われるが、2017年2月の最高裁判所医事関係訴訟委員会によると、『産科においては、産科医療補償制度が導入されたことで同制度では、医師や弁護士等で構成される第3者機関により原因分析が行われることにより、脳性麻痺の訴訟件数のみならず、発症件数も減っており、社会的に有意義であると思う。』とのコメントが述べられている。

分娩機関の産科医療補償制度加入率は99.9%であり、原因分析・再発防止の制度の運営がフィードバックとして全分娩関連医療機関に加えて保護者に示されることが関係していることは疑いないことであろう。第13号産科医療補償制

度ニュースによると原因分析報告書を提出した保護者、分娩機関へのアンケート結果では

原因分析に関するアンケート結果として

(1) 原因分析の評価では【原因分析が行われて良かったですか】という問いに対して「とてもよかった」「まあまあ良かった」の回答を合わせると保護者で71.2%、分娩機関で88.5%とともに高い割合であった。

(2) 分娩機関での原因分析報告書の活用状況では【原因分析報告書を院内で周知、活用されましたか】という問いに対して「周知、活用した」の回答が79.3%であった。

再発防止に関するアンケート結果として

(1) 再発防止に関する報告書の利用状況では本制度加入全分娩機関から無作為に抽出した病院および診療所に対し【再発防止に関する報告書を利用したことがありますか】の問いに「利用したことがある」の回答が74.3%であった。

(2) 産科・小児科医療関係者に対する提言への取り組みでは「すでにほとんど取り組んでいる」と「すでに一部取り組んでいる」の回答が合わせて66.7%であった。

以上の結果より産科医療補償制度が医療機関や保護者相互に対して望ましい方向で運営されていることはある程度推察でき、医療の質の向上および保護者の理解が医療訴訟を減少させる一因となっていることが示唆される。

各診療科においても、医療の質の向上と医療側-患者側との相互関係が良好となるように医療安全対策を定期的に見直し、フィードバックされた報告書・提言の内容を各医療機関で検討し、改善点を明らかにする必要性が今後の医療安全対策として重要であることはもちろん引いては医療訴訟の減少に寄与すると思われる。

* 1 To Err is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine, 1999

(邦訳)『人は誰でも間違える；より安全な医療システムを目指して』
医学ジャーナリスト協会訳、日本評論社、2000

* 2 佐藤昌司：わが国の脳性麻痺と産科医療補償制度の現状

大分県立病院院長 佐藤昌司 日本産婦人科学会雑誌 Vol.75, No.12.
pp.1736-1742 2023

6. ハートフル研修会の開催について

会員の共通認識のもとに自浄作用を活性化させることを目的としたハートフル研修会（自浄作用活性化研修会）を会場またはWeb（Zoom）を併用したハイブリッド形式にて2回開催した。

【第1回】

と き 令和5年11月14日（火）19：00
と ころ 福岡県医師会館・各医師会館・Web
演 題 「安全な医療を届けるための国の取組」
講 師 厚生労働省健康・生活衛生局がん・疾病対策課 西嶋 康浩 氏
取得単位 ・日本医師会生涯教育制度1単位（CC：7）
・専門医共通講習会—医療安全：1単位

【第2回】

と き 令和5年12月13日（水）19：00
と ころ 福岡県医師会館・各医師会館・Web
演 題 「患者・家族からのハラスメント～医療安全の観点から～」
講 師 南谷綜合法律事務所代表弁護士 南谷 敦子 氏
取得単位 ・日本医師会生涯教育制度1単位（CC：7）
・専門医共通講習会—医療安全：1単位

おわりに

第10期（令和4年度・5年度）の会長諮問「よりよい医療環境を築くために」について、各委員がそれぞれの観点から議論を重ねていった。

医療の基本は、医師 - 患者の良好な関係であるが、その周囲にある医療環境は、窓口のマイナ保険証に始まり、オンライン診療という新たなシステムにより大きく変化した。また、患者を病人としてだけでなく、その生活も包括して支えてきた「かかりつけ医」に関する解釈、医師（医療人）の尊厳にも関わるハラスメント事案の増加など住民の認識も変わってきた。これらの課題について、各委員から今期委員会の中で議論したことを中心に述べていただいた。

医療安全の取組としては、産科医療補償制度を例に医師 - 患者（保護者）の相互理解を深めている取り組みを紹介した。そして、福岡県医師会の自浄作用活性化を促す取り組みとして「ハートフル研修会」を開催した。

これらを通じ、我々医師は会長が当初述べられたように、医師としての倫理観をしっかりと持ち、患者さんとの信頼関係の構築を図る努力を怠ってはならないことを再認識した。時代が変わっても、決して変わることはない医師としての矜持である。

さて、私事ではあるが、10年前、前福岡県医師会長の松田峻一良先生の「日本の医療を福岡から変える。福岡県医師会から変える。」という熱い想いの一助になろうと、この自浄作用活性化委員会の委員長を拝命し、今日に至った。

当初より、本委員会に求められることは医師（医師会・医療機関）と患者の関係性の向上である。接遇や聞き方についても学んでいった。

しかし、その後、マイナカードや遠隔診療に代表されるIT化という環境変化、コンビニ受診やクレイマーといった住民の価値観の変化、そして、非接触・非対面をいう概念を促進したCOVID-19感染症の流行など、新たな課題が次々と現れて、医療をめぐる環境も大きく変化した。

これらの中で、常に、医療とは何か、医師 - 患者関係を良好に保つために我々医療人は何をすべきかを考えてきた。

次に見える課題は「働き方改革」である。いくなれば医療者の善意によって支えられてきた時間外の診療や病状説明等含め、勤務時間内で収まらないものは省略しなければ「是」ではなくなる。もちろん健康あつての医療人であり、休息をとらない（取れない）医療は判断を損なう恐れがあるため大切な取り組みであることは間違いない。しかし、医療を受ける側（患者）の理解・周知は十分であろうか？これが医師 - 患者関係に及ぼす影響は計り知れない。

新たな時代の始まりを機に、今期にて自浄作用活性化委員会委員長の重責を辞することを考えている。

次の時代の先生方が、どれだけ世の中が変わっても、価値観の変化が訪れても、「医の原点」に立ち返り、奢ることなく患者に向きあい、より良い医師 - 患者関係を構築する努力を続けていただくことを切に願っている。

最後に、この答申を基に福岡県医師会の自浄作用が促進していくことを期待して、今回の会長諮問に応えたい。