

Management view

日本医師会 男女共同参画フォーラム

ワークライフバランスの実現を

日本医師会の第5回男女共同参画フォーラムは25日、北海道札幌市で開かれた。男女共同参画に取り組む医師らが全国から集まり、「今、医師の働き方を考えるーとともに仕事を継続するためにー」をテーマに意見を交換した。働き方を変え、社会の意識を変えてこそ医療崩壊から再生への道が開けるとする大会宣言を採択し、閉幕した。

開会のあいさつでは、唐澤祥人日本医師会会長がフォーラムの趣旨が女性医師を対象としたものから医師全体の勤務環境改善を考えるものへと変わってきたことを挙げ、「5年の取り組みの大きな成果の1つ」と評価した。

特に医師が男女共同参画促進の象徴的な分野となっていると説明し、女性医師の勤務継続とキャリア形成のためには「国の取り組みはもちろんのこと、病院長をはじめ、上司、同僚、家族らの理解、協力、さらには女性医師自身にも本人のキャリアについて考えてもらう必要がある」と女性医師自身の意識変革にも期待した。

性別を問わずワークライフバランスを実現して環境を整備することを

重要な課題と位置付け、解決することが「医療崩壊を食い止め、安心して安全な医療を提供することにもつながる」とした。

長瀬清・北海道医師会会長は地域医療支援の取り組みを示し、道医師会で女性医師支援の状況を調べるアンケートを行っていることを報告した。

日本医師会女性支援センターマネジャーの保坂シゲリ氏はセンターの事業について説明した。今年度の事業として都道府県医師会(地域医師会)の開催する講習会や講演会などで託児サービスを併設する費用を補助する取り組みを始める計画を示した。女性医師の



唐澤氏

講習会での託児サービスに補助

キャリアアップの支援が目的で、補助額や申請方法は検討している。

また、地域からの声を吸い上げるため全国を6ブロックに分け、各ブロック別の会議を9月以降に開催していくことも説明した。

男性医師の育児支援の実例も

シンポジウムでは、ワークライフバランス実現のための指針や実例などが報告された。札幌医科大学耳鼻咽喉科学講座の正木智之氏は医師同士で結婚し、育児支援をしている自身の現状について説明した後、夫婦共に医師の男性医師を対象に実施したアンケートの結果を報告した。

勤務先の保育園への要望として「24時間保育」、「妻に夜間の呼び出し、研究会、勉強会出席などがあつ

た場合の一時預かり」などの声を示し、保育時間の延長と緊急時の保育機関が求められているとした。勤務先の病院への希望では、「妻または夫のシフト勤務を認めてほしい」、「妻の育児休暇を認めてほしい」などの意見を紹介。子どもがいる医師の定時勤務と育児休暇の普及が求められていると強調した。

福岡県医師会男女共同参画部会委員副委員長の香月きょう子氏は、女性医師と男性医師が共に働き方を変えることが必要と指摘した。東京女子医科大医学部長の大澤真木子氏は、同大が取り組んでいるキャリア教育や再教育センターの活動などを紹介し、自分の理想の医療を実行することが可能となるような職場環境を整えることが重要とした。札幌医科大学長の今井浩三氏は、地域医療に対する使命感を育てる教育や医療人育成センターの取り組みなどを報告し、広い視野を持った育成が必要と呼び掛けた。



医療安全全国共同行動

事例の要因分析で患者安全文化確立を



ヒューマンエラー防止は、システムや環境の見直しで

国立保健医療科学院政策科学部安全科学室の種田憲一郎室長は25日、厚生労働省東北厚生局が主催した東北ブロック医療安全に関するワークショップで、「事例の要因分析と教訓化」をテーマに講演した。医療事故の再発防止には事例要因分析が不可欠との見解を示し、要因分析に有用な考え方やツールを紹介した。種田氏は、医療事故の根本原因を分析することで、「患者安全文化を確立できる」と述べた。同ワークショップではほかに、医療安全対策の現状や今後の動向などが報告された。

種田氏は、「To Err is Human」(人は誰でも間違える)という考えを紹介し、医療事故を完全に防ぐのは難しいことを指摘。その上で、医療ミスが起こるのは個人の不注意のせいではなく、システムに要因があるとした。

医療事故の根本原因であるシステムを改善するためには、なぜ間違えるのか・どうして間違えるのかを掘り下げていく必要がある。

種田氏は、要因を分析する際に有用な概念として、ヒューマンファクターズエンジニアリング(HFE)を紹介した。HFEは人間工学とも呼ばれ、人間の特徴や周囲とのかかわり合いを理解し、安全で効率的なシステムを設計する学問。HFEに触れることにより、医療機器や作業過程などについて知識を深められ、より詳細な分析を行うことができるという。

事例の分析方法として同氏は、根本原因分析(RCA)を紹介した。RCAは、事例を系統的に分析して、その根本原因や寄与因子、背後要因を同定し、医療事故の再発・防止を図るプロセスのこと。RCAを行う際に特に重要なポイントとし

て、時間の経過に沿って出来事を把握することと、なぜ事故が起きたのかを繰り返し疑問に思うことを挙げた。

RCAを行う際のツールとして同氏は、米国退役軍人病院(VA)が採用している因果関係の5原則を説明した。VAでは、医療事故事例分析の収集・評価を行っている。VAの主な評価項目としては、①原因と結果の関係を明示する②「不十分な」「不注意で」というような不明瞭(めい

りょう)な表現を避け、具体的で正確な表現を用いる③ヒューマンエラーではなく、システムや環境などの先行する原因を同定する④手順の不順守には先行原因があることを理解する⑤行動の不履行だけでは原因とならないことを理解するーの5つがある。種田氏は、「これらのポイントを押さえることで、より深いRCAができる」と述べた。

同氏はまた、システムを改善する方法として、VAが推奨する対策を紹介した。効果が高い対策として、作業過程の単純化や unnecessary 作業の削除、リーダーシップを取って活動に関与すること、作業過程や治療計画の標準化などを挙げた。中程度

に効果がある対策としては、スタッフの増員や仕事量の軽減、文書やコミュニケーションの強化などがあるという。国内の医療施設では、問題解決の対策として、作業のダブルチェックや新しい規約の策定などを行いがちだ。しかし、VAではこれらの対策を「比較的効果が弱い」としていることを説明した。

RCAを実際に行っている国内の医療施設からは、事故の再発を防ぐだけでなく、問題解決能力を育成することができ、医療安全文化の向上につながったという声が上がっている。

種田氏は、「事故を分析し、教訓化することで、患者安全文化を定着させることができる」と述べ、そのためには「事例の要因分析が不可欠だ」と総括した。

医療事故事例要因分析と改善は、医療安全全国共同行動の行動目標7に位置付けられている。推奨する対策には、「事例要因分析の手法の周知と職場での実施」と「事例要因分析で明らかになった課題に関する改善活動の実施」の2つがあり、すべて達成できた場合には、「M&Mカンファレンスのプログラム化」にチャレンジすることが明記されている。



種田氏