

講 演

ウィーン大学病院における 「法律の救急箱」の10年 ——損害処理における経験と変遷——

レオポルト＝ミヒャエル・マルツィ
甲斐克則＝北尾仁宏（訳）

1999年、法律的にも職務的にも、ウィーン大学病院（Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien）の法務部に対して、患者の安全に関連する「リスクマネジメント」というテーマに取り組むようにとの委任はなかった。賠償責任保険（Haftpflichtversicherung）もまた、その時点では、解約告知を通じて保険保護を取り止める、あるいはそうすることによって威嚇するにとどめるといった意図は一切なかった。なぜなら、この欧州最大の病院の損害経過（Schadenverlauf：保険金の支払い履歴等〔訳者註〕）は、まったく目立つものではなかったからである。

そうだとすれば、なぜ当時、損害処理の、とりわけそれも、驚嘆すべきことに他のどこにも比肩しうる形式では見いだすことができないほどの損害回避の——今日まで続く——不断の改善がなされたのであろうか。

なぜ、この計画は、例えば、元来はるかに間近であったであろう医療管理部門もしくは診療部ではなく、まさに当病院自身の法務部において開始されたのであろうか。その理由は、法務部にすべての損害事象が報告され、かつ法務部では、区分された一部所においてよりも容易に、ある複雑な対象の全体を見渡せるから、というものである。自前の法務部はまた、委託された弁護士事務所のように損害事例によって金銭を稼ぐ、ということではなく、むしろ、回避可能な損害事例を通じて、ぎりぎりの人的資源のもとで貴重な労力を縛り付ける余計な仕事を授かる。

しかし、加えて、1999年のほぼ1回きりの事態において出くわした多くの他

の要因があった。

1. 病院で行為する人々、賠償責任保険の場で行為する人々、そして両者の長年の協働

欧州においては、そしてまた欧州においてのみならず、——いずれの部門で活動するかにかかわらず——被保険企業の側で損害処理に従事する人々と、保険会社のもとでそれに従事する人々とが、いつしか個人的に知り合うということは、決して通常ではない。書類の処理は、通例では、電話回線による場合や、あるいは一層頻繁にはもっぱら電子的になされる場合にも、隔々まで詳細に規格化されて実施される。

これとはまったく対照的に、当院の場合には、単に書類を片付けることだけでなく、損害発生の原因を分析することにもまた、双方の専門担当者が尽力した。他の所でもまた、保険の従業員が定期的に病院へ招待され、経過、特にある損害事例において重要であった、または将来的に重要たりうる経過を現場で追体験できるということは、まったくもって当然ではなかったし、現在も当然ではない。

しかし、現存する欠陥を隠さずに完全な透明性を本当に実践する者は、同時に（そしてほとんど自動的に）、他方で、日々の仕事を将来において根本的に軽減するような、貴重な信用を築き上げる。

長年にわたる、そして継続的に実践されてきた、同じ領域における活動を通じて、個々の従事者のもとに多くの知もまた築き上げられうるし、また永続的な利益もまた獲得されうるのである。

2. すべての関係者の支配的思考

組織内の個々の従事者は、各々、自身の明確に区分された職務範囲を有しているが、自らの活動範囲を超えて外を見ることは、常に役に立つ。病院は、世界的には、唯一のリスクゾーンというわけではなく、航空輸送、化学産業、原子力産業、消防なども、同様に危険性がある。個々の具体的危険がどれだけ異なっていようと、これらは、それでもやはり驚嘆すべきことに、多くの共通点を有しており、また、損害回避の方法は、一見して思われているよりも、現実には、はるかに似通っている。

それゆえ、最良のものから学ぶために、まったく異なる部門におけるものであろうとも、損害回避に関する研究所を訪ねることは、絶対的に意義深い。航空機での移動は、抽象的考察からは危険性がなくはない活動であるにもかかわらず、テスト済みの標準化された膨大な数の安全対策を通じて、空の旅が（少なくとも統計的・グローバル的に見て）それに先立つ空港までの自動車走行よりもはるかに低リスクであることは、保障されているのである。言うまでもなく、航空業界においてリスク低減という案件の手段に関して投入されるもののすべてが、検証もなく病院の世界へと転用可能であるというわけではないが、しかし、多くが、少なくとも改善のための思案の端緒としては利用可能である。例えば、チェックリストの導入などである。

3. パートナーとしての賠償責任保険

門外漢として、保険の営業政策の論理を理解しようとするとき、まずは一旦そうした企業の立場になって考察する必要がある。保険は、可能ながざり多くの保険料を徴収したときが最大限の成功である、というわけではなく、むしろ損害による支払額に比べて保険料が長期にわたって高いときにのみ最もうまくいっているのである。しかし、自由市場経済における保険料は、競争圧力のせいで簡単には引き上げられないことから、ここでは、殊のほか大いにファンタジーが求められる。つまり、保険側が経済的優位に必ず至りうるのは、被保険者の損害を分析して、将来の望まれざる事象を最小化しよう積極的に被保険者を援助するときである。

まさにこのことを、ウィーン大学病院の賠償責任保険（25カ国で活動しているウィーン・インシュランス・グループ株式会社の子会社であるウィーン市営の保険で、数十年にわたり、その先見のかつ保守的で、目先の利益ではなく継続性を志向する経営政策で知られている）は、すでに早くから認識し、とりわけ自らもそこから経済的優位を得てきた。

4. 医療職の構成員が損害事象に際して有する要望を認識すること

まさしく頻繁にリスクのありがちな活動が実施されることから、世界中至る所で病院は危険な場所だとみなされているにもかかわらず、再三驚かされるの

は、損害事象が——とりわけ法的観点において——適切には処理されないこと、いわんや将来のための結論など導き出されていないことである。

確かに、医師および医療関係職（medizinnahe Berufe）の教育において、「損害事例における正しい（とりわけ法的に正しい）態度」というテーマは、ほとんど存在しないか、まったく存在しない。ありうる出来事としての損害事例は、大概、排斥される。というのは、何しろ、どのみち「注意深く働く」し、それゆえ何も起こりえない、とされているからである。その際、具体的個人の態度にはまったく左右されないはずであったとしても、突如として損害事例へと巻き込まれる、という経験がものを言う。

換言すれば、病院の職員は、確かに、医療・監護者的問題の発生に際して紛糾状態を扱う術を非常によく心得てはいるが、しかし、法的に正しい態度は教えられていないも同然であるし、——正直に言って、稀ではあるが——法的に重要なことが追加的に生じる場合、講習を受けていないがゆえに、適切にふるまうにはどのようにすればよいのか、心得がないのである。

それゆえ、損害事例が発生しうるずっと前から、いざというときに具体的に何がなされるべきか——あるいはまた何がなされざるべきか——ということが周知されているべきである。また、ある従業者が職務に就く際にも、いずれの人物および施設が迅速な（法的、心理的その他の）援助を提供するのか、がすでに明確化されているべきである。

以上のすべてのことを達成するために、援助を提供可能なほかならぬその人々が、予め考えて、危機的状況の中で被援助者が表明する要望に先回りして取り組む必要がある。

5. 最高執行部による支援

リスクマネジメントの原則に係る課題は、上層部案件である。職務中の従業者は、保健施設の幹部が完全に、しかも、発生した問題の処理が1度は最適に推移していないときでさえも、後ろ盾となっている、と確信していなければならない。

しかし、病院幹部による単なる道徳的支援だけは、まったくもって不要であって、むしろなされなければならないのは、専門家養成への積極的な投資である。そうした行為の成果は、まったく保証されておらず、ましてや、その直後に成果が挙がることは絶対にならない。リスクマネジメントは、長期的課題であ

り、後退と失敗を伴う。重要なのは、ひとえに長期的展望であって、多少説得力のある四半期決算ではない。しかし、多くの企業において、異なる哲学が支配的であり、それがために、いかなる根本的改善も期待されえない。

6. 数値、データ、事実——生産構造分析 (Leistungsstrukturanalyse) を基礎とした 回顧的損害分析——

永続的に病院内に現存するリスクを効果的に克服できるようにするために、損害事象を取り巻く関連する数値、データおよび事実を知る必要がある。それゆえ、各損害事例は相応に分析されるべきで、〔損害の〕原因は分類のうえ、リスト化される必要があり、また、最終的には獲得された知見から正しい結論が導き出される必要がある。これが当初はどれほど時間を要するものであろうとも、この努力は、明確に付加価値をもたらす。このための道具は、固有の領域で発展したいわゆる生産構造分析（Leistungsstrukturanalyse：推測および仮定に基づき、システム内にすでに現存するデータを具体的に関係づけながら解釈すること）である。それを通じて獲得された知見（一定の平日の、または一定の時間帯の突発事例の集積など）によって、確率標本を作成することができ、また、獲得された知見に基づき、重層的なやり方を対象として、困難を除去することができる。

2つの最も重要な道具——「生産構造分析」に基づく、 「法律の救急箱」と「回顧的損害分析」

法律の救急箱 (juristischer Notfallkoffer) の強みは、疑うべくもなく、その単純さと、法的問題やすでに生じている損害事例に遭遇したあらゆる人にとっての敷居の低さにある。ウィーン大学病院においては、損害事例における態度に関して各従事者にとって重要な情報の詰まったプラスチック製のこの箱に、仕事場から徒歩1分以内で手が届くようになっている必要があること、しかも、職業集団から独立した形でそうしていなければならないことが確立された。つまり、「法律の救急箱」は、例えば、臨床領域のみならず、守衛、従事者食堂、IT部門、あるいは院内消防にも備えられているのである。というのも、それらの場所でもまた、——しかも、四六時中——部分的に複雑な法的諸問題を伴った損害事象が浮上しうるからである。

ウィーン大学病院の勤めに就いてほんのすぐ後に、新人従事者のために、詳細な講習が実施される。これらの講習は、詳細な知識を伝授することよりも、例えば、医薬品の突発事例の場合、火災の場合、さらにはまた発生している法的問題の場合などのような具体的事例において迅速に援助を整えることへ寄与することに主眼を置いている。したがって、法的助言が通常の開院時間外にも迅速かつ非ビューロクラティックに無料で利用可能であること、および、「誤った警鐘 (Fehlalarm)」もまたいかなるネガティブな帰結をもたらさないことが、各人に周知されている必要がある。

「法律の救急箱」は、(試験運用で) 2007年春に導入され、試験的利用者の提案を通じて若干の改善がなされた後、2007年11月に本格運用が始まった。

「法律の救急箱」の中身は、損害事例において何ひとつ失念しないようにするためのチェックリスト、オンラインでも記入可能な損害報告のための用紙、そして、すべての重要な題材を読み直して調べることができる1冊の法律の教科書である。ウィーン大学病院の電話センターへの架電を経て助言を求める人は(夜遅くや、週末、もしくは夜中であっても)、法律家に、電話で最大6時間以内に連絡を付けることができる。通常の事案では電話による回答が提供され、複雑な事案の場合は、法律家が、通常の勤務時間外であっても外部から直接、助言を求める診療科または部門へと赴く。

2007年11月の導入以降、予定された期間の全事例が引き受けられ、その際、ほとんどいつも即座に電話による連絡があり、ごくまれに返事が遅れたが、それでも常に6時間の期限内であった。

法律的助言が通常の開院時間外に気軽に利用可能である、という事実だけでも、職員を非常に安心させる効果がある。絶え間ない講習・講演を通じて、各診療科・部門において、この形式での支援が紹介されている。ずっと以前からウィーン大学病院の法律家たちは、毎日、職員らと連絡を取り合い、非常に頻繁に個々の部門を訪ね、それゆえに名のない援助者でもないことから、職員らによる大きな信頼が生じており、この信頼が個別の事案で役に立っている。反対に、もしも、ほんの2、3回でも、連絡が取れないままであるならば、それは、このシステムにとって重大な信頼喪失であろう。

「法律の救急箱」は、長年の平均で、年に約20回、通常の勤務時間外に使用され、その結果、法律家の負担も、夜間・週末の時間外労働によるコストも、限度内に抑えられている。この方法で法律家に持ち込まれた事例は、ただの1件も裁判沙汰になっておらず、適切な形で迅速に報告された場合には、メディアで報道されたこともない。

個別事例の事象態様は、当然、具体的な問題状況に依存する。しかし、ある問題事態において法的問題の詳細を隅々までたちどころに理解して相応しい助言の成果を挙げるなど、新米には期待しえないので、少なくとも10年間の医事法分野の経験を有する法律家が絶対に必要である。

当大学病院のリスクマネジメントの2つ目の道具は、いわゆる「回顧的損害分析 (retrospektive Schadensanalyse)」であり、こちらもまた、「生産構造分析」に基づく。

賠償責任保険と病院の法務部の課題は、発生した損害事例を的確に処理して法廷での不要な法的紛争を回避することである。損害を将来まったく発生させないよう尽力することが、両者に直接的に要求されているわけではない。もちろん、そのような考察を保険の側や法務部の側から行うことも禁じられてはいないが、しかし、大量の日常業務のせいで、そのようなことについて思案をめぐらすために必要な時間など、たいていはまったく残されていない。しかし、ウィーン大学病院の法務部は、まさにこの点にこだわって、どうして一定の時間帯に、再三再四、同一の、または少なくとも類似した、後で損害に至るような過誤が発生するのか、を突き止めるために、実にしっかりと時間をかけてき

た。もっとも、いつ、どこで損害が発生しているのかを知るだけでは不十分であって、むしろ、何と何が、まさしくこの事態において損害を発生させるに至ったのか、また、何がその損害を完全に回避するのに十分であったのであろうか、ということを知る必要がある。

そうしたことを極限まで詳細に明らかにするには、差し当たり、当然、時間がかかる。ウィーン大学病院の法務部もまた、この仕事を日常業務と並行しては果たしえなかった。しかし、最終的に金銭の支払いに至ったすべての損害事例を究極まで詳細に点検して、それによって、何が実際に損害に至ったのか、また——さらによりいっそう重要なのは——、病院というシステムがそこから将来のために何かを学び取ることができるのかどうか、ということを経験的に明らかにすることが、長期的には有意義であろうと、賠償責任保険を納得させることには成功した。

2000年1月1日から現在に至るまでのウィーン大学病院のすべての弁済済み損害事例を含む回顧的損害分析は、興味深い詳細な内容を明らかにした。典型的な損害事例には、あるリスク分野の平均以上に優れた1人の従事者が、主として1月、3月および7月の金曜日の14時以降、意思疎通の失敗の後に遭遇し、また、少なくとも1人は、かりに自身の知識、あるいはまた単なる漠然とした推測をしかるべく正しい場所へ寄せていたならば、なおもその損害経過を断ち切る鍵を握っていたであろう、と——もちろん、かなり大雑把だが——言うことができる。

そこから、今や——この知識が、しかるべく全従事者へと伝達されるならば——、次のような多くの改善措置を導くことができる。

- ・なぜ、まさしく最良の従事者が不釣り合いなほど頻繁に、損害事例へ巻き込まれているのか、ただちには理解できない。しかし、詳細に分析すれば、比較的理解しやすくなる。すなわち、卓越した働き手は、平均以上の実績を挙げて、さらにまた不釣り合いなほどリスクを内包している領域へ突き進む必要がある。しかし、ある損害が統計的には1回ほど発生する、そのような1%だけでなく、手術的侵襲が成功した99%も考慮してよい。まったく手術しないことは、すなわち、いかなる過誤をも犯さないことを意味するであろうが、しかし、手術に関わる患者たちを救わないことをも同時に意味するであろう。医学は、大学病院においても、当然ながら最大限可能な注意を払って、

限界へ挑戦できなければならない。

- ・リスク分野は、世界規模で同じで、すなわち、婦人科、小児科、神経外科、整形外科、外傷外科、一般外科である。これらの分野においては、行為する人々が格別に保護される必要があり、また彼らは、発生しうる損害事例において役立たずとは目されないこと、うまくいかないことのすべてが責任者によって惹起されたわけではないことを請け合ってもらう必要がある。
- ・金曜日の午後は、とりわけ、迫り来る週末によって、一方では、外からの圧力が生み出され、他方では、甘んじてこの圧力を受容することによって自分自身にプレッシャーをかける結果、過誤が重なることから、かなり危険性がある。
- ・損害事例が——ウィーン大学病院において明白に減少した後も——今なお特に1月、3月、7月に集中する理由は、依然として實際上徹底的には解明することはできなかった。しかし、クリスマスと年始の時期の人手不足と、ことによると——祝日による条件付きの——1月における総量の増幅とが非常に強く関連しているのであろう。3月には、会議と研修によって、ときおり、きわめて多くの不在者がチーム内に存在し、7月は典型的な休暇月間である。しかし、そのことだけでは、まだとても、長年の平均でまさしくこれらの月が目立つ理由の説明にはならない。9月にも多くの会議が開催されるし、8月も伝統的な休暇月間だからである。
- ・損害事例の80%において、少なくとも1回は意思疎通の問題に至るが、しかし、たいていそれは複数回である。頻繁なのは、職業集団間（医師—看護師等）の誤解、男女間の誤解、さらにまた、言語的に条件付けられて、様々な国籍や出自の人々の間での誤解である。誤解のリスクは、医療施設内における意思疎通が、例えば、航空業界におけるそれよりもはるかに系統立てられずに行われて、ときおり、様々な言葉が1つのことや同一のものに対して用いられるということを通じて、さらにまた高められる。
- ・非常に重大な問題は、医療制度上の施設における急峻なヒエラルキーである。下位の人々が、敢えて上役に異議を唱えたり、上役がちょうど何かを混同し、忘却し、または看過していることをもっぱら礼儀正しく気付けさせたりすることは、ごくまれである。片や上役も、——誰によるものであろうとも——時宜を得て表明された警告は、反抗的な干渉ではなく、ときに、損害事例をなおも回避する最後の機会である、と分かっているのは、ごくまれである。警鐘が誤っていた場合でさえ、常に、——作業経過のあらゆる遅延にも

かわらず——従事者に称賛が表されるべきではないのか、その背景が調査されるべきである。なぜなら、彼は最高の知識と良心により行為したからである。何しろ、私的領域において、このことは、決して異例なことではない。すなわち、安全上の理由から、きちんと家に戻って、暖房が消してあって留守中ずっと動かないままであるかを確かめる。しばしば、どのみち万事問題は無いが、それでも一応は、いかなる過誤も生じていなかった、と確信したかったのである。それだけにより一層、このことは、人命に関わりさえもする高リスク領域において許容され、また歓迎される必要がある。誤った警鐘を鳴らした者に処罰が忍び寄ることは、まったくもって許されない。なぜなら、さもなくば、従事者らは負の帰結への不安から自分が目立ってしまうように思われる事実をおよそ黙過する、ということが長期にわたって予測されるからである。まさにこの領域は、失敗と向き合う文化の長年にわたる発展を要するものであり、ただちに態度を改めることはできない。

結 論

「統合的リスクマネジメント (integriertes Risikomanagement)」の概念の下、ウィーン大学病院において導入されたシステムは、複数の構成要素を1つの総体にまとめている。

一方では、具体的な損害事例における迅速な援助が、他方では、損害事象、そしてまた損害には至らなかった望まれざる事象の見直し、将来における過誤・損害の数を最小化するために重要となる。

この目的を達成するために、病院の法務部は、積極的に個々の施設へ近寄って行く必要がある。各従事者は、具体的緊急事態において誰に連絡を取らなければならないかを知っておくべきである。常に繰り返される講習を通じて、損害事象に対するスタッフの感度を高めなければならない。ただし、不要な危惧を呼び起こしてはならない。病院の法律家が、頻繁に、現地の各診療科や各部門に滞在し、そうすることでまた信頼の基盤も強まる、ということが推奨される。

成果が即座に、または、もしかすると自然に生じるということなど、病院の幹部としては、まったくもって期待してはならない。むしろ、このような統合的リスクマネジメントが測定可能な成果を示すまでには数年かかる。

かれこれ20年間実践されてきたリスクマネジメントによれば、ウィーン大学病院において、以下の事実を看取することができる。すなわち、

- ・「法律の救急箱」は、包括的に投入されており、スタッフから非常に高い評価を受け、必要な場合に利用されている。
- ・賠償責任保険と一緒に、処理済みの各損害事例が「回顧的損害分析」において扱われ、将来の類似した出来事を回避するための手助けとなっている。
- ・損害数は、患者数の増大および給付実績の増加にもかかわらず、明白に下降した。
- ・裁判上の訴えの数は、長年の観察期間において、同種で比較可能な他の諸施設におけるあらゆる傾向に反して下降した。
- ・損害による支払額の下降は、賠償責任保険料の現実的削減に至った。
- ・とりわけ、言及した措置すべてを通じて、患者の苦悩は、完全に防止される、あるいはそうでなくとも具体的な損害事例において明白に削減される。

付録：チェックリスト

損害報告のための書式

情報紹介のチラシ

「生産構造分析」の解説



JURISTISCHER „NOTFALLKOFFER“

Vorgehen bei Vorfällen

- 1. Sorgen Sie für Schadensminimierung durch Sofortmaßnahmen.**
- 2. Informieren Sie Ihren Vorgesetzten.**
- 3. Zeigen Sie Mitgefühl und Betroffenheit, und sprechen Sie mit dem Patienten und, wenn dieser es wünscht, mit Angehörigen.**
 - Vermeiden Sie Schuldanerkenntnisse.
 - Keine Schuldzuweisungen.

Vorgehensweise:

Informieren Sie

- die ärztliche Direktion,
Stabsstelle Vorfallabwicklung und Prävention **und**
- die Pflegedirektion, wenn Pflegekräfte beteiligt sind

4. Bericht:

Was ist konkret passiert?

Beschreiben Sie kurz den Sachverhalt (Vorfallsprotokoll).

Was sind die Fakten?

- Klinik/Abteilung
- Patientenname
- Vorfallszeitpunkt
- beteiligte Personen
- erste getroffene Maßnahmen

Sprechen Sie sich bei der weitergehenden Abwicklung mit der Ärztlichen Direktion, Stabsstelle VF-AW / Prävention ab.

Ärztliche Direktion:
Stabsstelle VF-AW / Prävention

Dr. Marzi

(01) 404 00 - **38670**
Fax-DW: 40100

Telefonzentrale:

Vermittlung

(01) 404 00-**80**

Wie kommuniziere ich richtig?

- Nur Zwischenfälle kommunizieren, die wirklich eine Auswirkung auf den Patienten gehabt haben.
- Möglichst innerhalb von 24 Stunden mit dem Patienten und/oder Angehörigen sprechen.
- WO: in einer ruhigen, die Privatsphäre des Patienten schützenden Umgebung.
- Erklären, was passiert ist.
- Nur Fakten, keine Vermutungen!
- Bedauern ausdrücken.
- Erklären der medizinischen Folgen und Vorlage der möglichen Behandlungsstrategien zur Bewältigung.
- Anbieten eines alternativen Behandlungsteams.
- Aufzeigen, dass und wie die Institution aus dem Fehler lernen wird.

Was muss ich tun?

- Alle Akten, benutzten Medikamente, verwendeten Verbrauchsmaterialien (inklusive Abfälle) sowie Geräte sicherstellen.
- Alle Beteiligten: Vorfallsprotokoll erstellen.
- Allenfalls Behandlungsfall an ein anderes Behandlungsteam abgeben.



【訳者あとがき】

本稿は、ウィーン大学病院（Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien）の法務部の責任者である医事法学者レオポルト＝ミヒャエル・マルツイ（Leopold-Michael Marzi）教授が、2017年7月4日に早稲田大学比較法研究所＝早稲田大学大学院法務研究科共催の公開講演会で講演された「ウィーン大学病院における『法律の救急箱』の10年——損害処理における経験と変遷——」（原題は、10 Jahre „Juristischer Notfallkoffer“ im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien: Erfahrungen und Veränderungen in der Schadensabwicklung）と題する講演原稿を、同教授の了解を得て翻訳したものである。マルツイ教授が早稲田大学を訪問されるのは、今回で3度目であり、私も2013年の9月にウィーン大学病院を訪問したことがあるので、かなり親しい学術交流を継続している間柄である。

今回の講演題目にあるように、ウィーン大学病院に『法律の救急箱』（掲載写真参照）が置かれたのは、2007年であり、マルツイ教授が早稲田大学を訪問された2009年9月27日の講演で私はその存在を知ったが（当日の講演の邦訳として、レオポルト・マルチ（村山淳子訳）「法律救急箱——病院における損害減少への新たな道筋——」西南学院大学法学論集43巻1＝2合併号（2010）23頁以下がある。）、10年経過した現在、『法律の救急箱』がいかなる役割ないし機能を果たしたのかは、実に興味深いものがあつた。『法律の救急箱』は、下記の掲載写真にあるように、この箱の中に、事故に遭遇した場合にすぐに手に取って読める『病院の日常の法律（Recht im Krankenhausalltag）』という150

頁程度の書物とチェックリスト〈写真参照〉が入っている。講演では、その利用により損害事例が減少したとの報告がなされており、この試みが成功していることを窺わせる。私自身も、2013年の9月にウィーン大学病院を訪問した際に、マルツィ教授の部屋に案内されて管理体制を具にみる機会があったが、実に徹底した管理状況であった。このような地道な取組みが医療安全の確保に繋がるのであろう。日本でも参考になるように思われる。

なお、マルツィ教授には、共著として、『医療職のための法律（第8版）（Sladeček/Marzi/Schmiedbauer, Recht für Gesundheitsberufe, 8. Aufl. LexisNexis）』がある。今後も、オーストリアの医療安全に向けた努力に注目したい。（甲斐克則・記）

