

## この国の医療を変えるには…

<第74回>

### 医療事故再発防止への動きは始まっている

隈本邦彦(くまもと くにひこ)

江戸川大学メディアコミュニケーション学部教授

名古屋大学客員教授

元 NHK 報道局記者

この連載でも何度か取り上げてきたが、2015年10月に始まった「医療事故調査制度」が、もうすぐ発足4年目を迎える。

医療法第6条の改正で、提供した医療によって患者が“予期せぬ死亡・死産”をした場合、あるいはその疑いがある場合、医療機関は必ず届け出をした上で、原因調査と再発防止策の検討を行うことが義務となった。

### ◆日本の医療機関は正直申告しているか？

ほんとうに不思議なことだが、全国の医療機関からの事故報告件数は「1日1件」というペースがずっと続いている(1年目388件、2年目363件、3年目378件)。制度発足から何日経ったのか、報告件数の総数を見ただけですぐわかってしまうほどだ。この報告数は果たして多いのだろうか、少ないのだろうか。

制度設計の段階で厚生労働省は、年1,000~2,000件程度の報告を想定していたので、それよりはかなり少ない。ただ、その想定の根拠もあいまいなものであったので、いまの数字が日本の医療の実態である可能性もないわけではない。

だが2018年末現在の報告件数の詳細な内訳(図1)を見ると、まだまだ正直に報告をしていない医療機関があるのではないかとさせるデータがある。

それによると、入院病床のない診療所からの届け出は、この3年3か月の期間でわずか16施設からだけであった。入院病床のない診療所は全国に16万3千ほどあるので、報告実績が

あるのは実に1万に1件くらい、全体の0.01%に過ぎないことになる。

確かに開業医のレベルなら、命にかかわるような医療事故は少ないのではないかという見方もあり得るが、薬の取り違いなどの医療事故は、決して高度な医療を行っている病院だけで起こるものではない。だから入院病床のない診療所からの、この報告の少なさはかなり気になるところである。

病床規模が大きくなると報告実績がある病院の割合も増えていくが、それでも**800床以上900床未満**といった大規模病院でも、この**3年余りの期間に1件も報告がなかった施設がまだ8病院あり、900床を超える病院でも1件も報告がなかった施設が15病院もある**という事実には驚かされる。

これほどの大規模病院で、3年余りにわたって、患者の予期せぬ死亡が1件もないということがほんとうにあり得るのだろうか。本制度では、医療過誤があったかどうかを問わず、予期せぬ死亡であればすべて報告することになっているのに、である。

1999年の都立広尾病院の事故で妻を亡くした永井裕之さんは、「報告ゼロが続いている病院は厚労省が表彰したらいい」といつもおっしゃっている。これらの病院を「無事故病院」として表彰してやれば、その名前がわかるから、そんな病院にはいかないで済むからだという。



図1 病床規模別にみた制度発足後3年3ヵ月間の医療事故報告実績 (医療事故調査支援センター, 2018年年報より)

大規模な病院で何年にもわたって1件も報告がないということは、とてつもなく「安全な病院」である可能性もゼロではないが、それよりも、事故があっても報告しない「不正直病院」か、事故が起きてもその情報が適切に収集できていない「患者安全機能不全病院」の可能性が高い。

### ◆報告率が低い医療機関の特徴

報告実績の詳細をみているともう1つ気になるデータがある。

表1が、医療事故報告数を開設者別にみた数値だ。

表1 開設者別にみた医療事故報告実績（医療事故調査支援センター2018年年报より）

開設者		[医療事故発生報告件数]										
		国 <sup>※1)</sup>	自治体 <sup>※2)</sup>	公的 医療機関 <sup>※3)</sup>	法人					件数	個人	合計
					学校法人	医療法人	公益法人	会社	その他の法人 <sup>※4)</sup>			
年												
	2018年1月～12月	55	106	49	28	102	7	8	17	162	5	377
	2017年1月～12月	56	88	49	28	105	14	6	20	173	4	370
	2016年1月～12月	52	92	48	39	128	11	11	21	210	4	406
	2015年10月～12月	11	18	10	9	24	0	3	1	37	5	81
	累計	174	304	156	104	359	32	28	59	582	18	1,234
<参考>	2018年合計における 1万床あたりの報告件数 <sup>※5)</sup>	4.22	4.69	4.50	5.01	1.09	1.37	8.26	1.82	1.41	1.26	2.28
	病床数 <sup>※6)</sup>	130,409	226,109	108,843	55,919	937,987	51,039	9,681	93,658	1,148,284	39,658	1,653,303

表1の赤枠で囲んだ部分に注目してほしい。

2018年の年間報告件数を1万床あたりでみたものだが、国や自治体など公的な団体が経営している病院では、4.22～4.69件という水準であるのに、医療法人立あるいは個人立では1.09～1.26件と3分の1以下の頻度である。

医療法人といってもいわゆる“一人医療法人”も多いため、ほとんどが個人経営の医療機関であろう。そうした医療機関からの報告頻度は明らかに少ないのである。これは制度発足以来ずっと続いている顕著な傾向だ。

### ◆医療者の矜持が問われる制度

本制度で、予期せぬ死亡を報告することは医療機関の管理者の法律上の義務ではあるが、それを怠っても特に罰則はない。また世間に公表されることもないので、実は報告をしなくても何のペナルティもないのである。

一方で、いったん事故報告をすると、原則として外部委員を入れた調査委員会を作り、詳細な事故調査を行い、その結果

を遺族に説明するという義務が生じる。つまり報告をすれば相当な手間と費用と心理的な負担がかかるのだ。

そういう状況の下、本制度では、事故を正直申告するかどうかが＝つまり制度にスイッチを入れるかどうか＝を決めるのは、ひとえに医療機関の管理者の判断に委ねられている。病院の一職員や遺族側から届け出することは、制度上認められていない。

これはどうなのだろう。人は自分ひとりだけの力ではなかなか変われないものだ。それなのに、やらなくても責められないし、やれば負担がかかるという制度設計である。誰も見てないのであれば報告しないでおこうと考える人が出てくるのも当然だろう。一人医療法人や個人のクリニックからの届け出頻度の少なさは、それに起因している可能性が高い。

そういう意味では、本制度は、医療者の「矜持」が問われる制度と言っても過言ではないだろう。

**すなわち、起きた医療事故に真摯に向き合い、亡くなった患者の生命に敬意を表し、経験を医療界全体で共有してより安**

**全な医療をめざそうという崇高な意識が医療者側になれば、成り立ち得ない制度なのである。**

そして、日本の医師集団にその志がほんとうにあるのかどうか問われている制度という言い方もできるだろう。

### ◆“事故から学ぶ”動きはもう始まっている

医療事故調査制度導入の最大の目的は、事故の原因分析を通して同種事案の再発を防止することである。

実はその動きはすでに始まっている。

医療事故の届け出を取りまとめている第三者組織＝医療事故調査・支援センターでは、これまでに集まった医療事故調査報告書をもとに、これまでに9本の「医療事故再発防止に向けた提言」をまとめている。それぞれ30ページほどの冊子だが、これがなかなかの優れモノぞろいなのである(表2参照)。

表2 これまでに発行された「医療事故再発防止に向けての提言」

- 第1号 中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析—第1報—
- 第2号 急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析
- 第3号 注射剤によるアナフィラキシーに係る死亡事例の分析
- 第4号 気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析
- 第5号 腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析
- 第6号 栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析
- 第7号 一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気 (NPPV) 及び気管切開下陽圧換気 (TPPV) に係る死亡事例の分析
- 第8号 救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析
- 第9号 入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析

提言は、いずれも10例前後の実際の死亡事故事例をもとに、その共通要因や、医療者側の陥りやすい過ちについて分析し、それに対して、実践的な＝つまりどの医療機関でも実現可能な＝再発防止策を具体的に提示している。

## ◆ビデオや漫画も使って“わかりやすく”

提言では、わかりやすい図や動画、漫画、患者向けパンフレットまで作成して、その普及を図っていかようとしている。これまでの日本の医療界ではあまり見られなかった姿勢だ。

例えば2018年3月発行の再発防止に向けた提言第1号の「中心静脈穿刺合併症に係る死亡の分析—第1報—」では、ごく日常的に行われている中心静脈穿刺に潜む危険について、報告された12人の死亡事例のうち10件の共通要因を分析して、8つの提言をしている。



提言の 17 ページにある図(図 2 参照)では、超音波画像のガイドで穿刺をした場合、針先が静脈を貫いてその下の動脈に達していることに気づかない場合があることを、シミュレータで再現した図を使って説明している。「注意してやりましょう」というような抽象的な話ではなく、「しっかり練習しろ」という上から目線でもなく、実際に穿刺を行う医師の側の立場に立って、再発防止の具体策を示している点がいい。

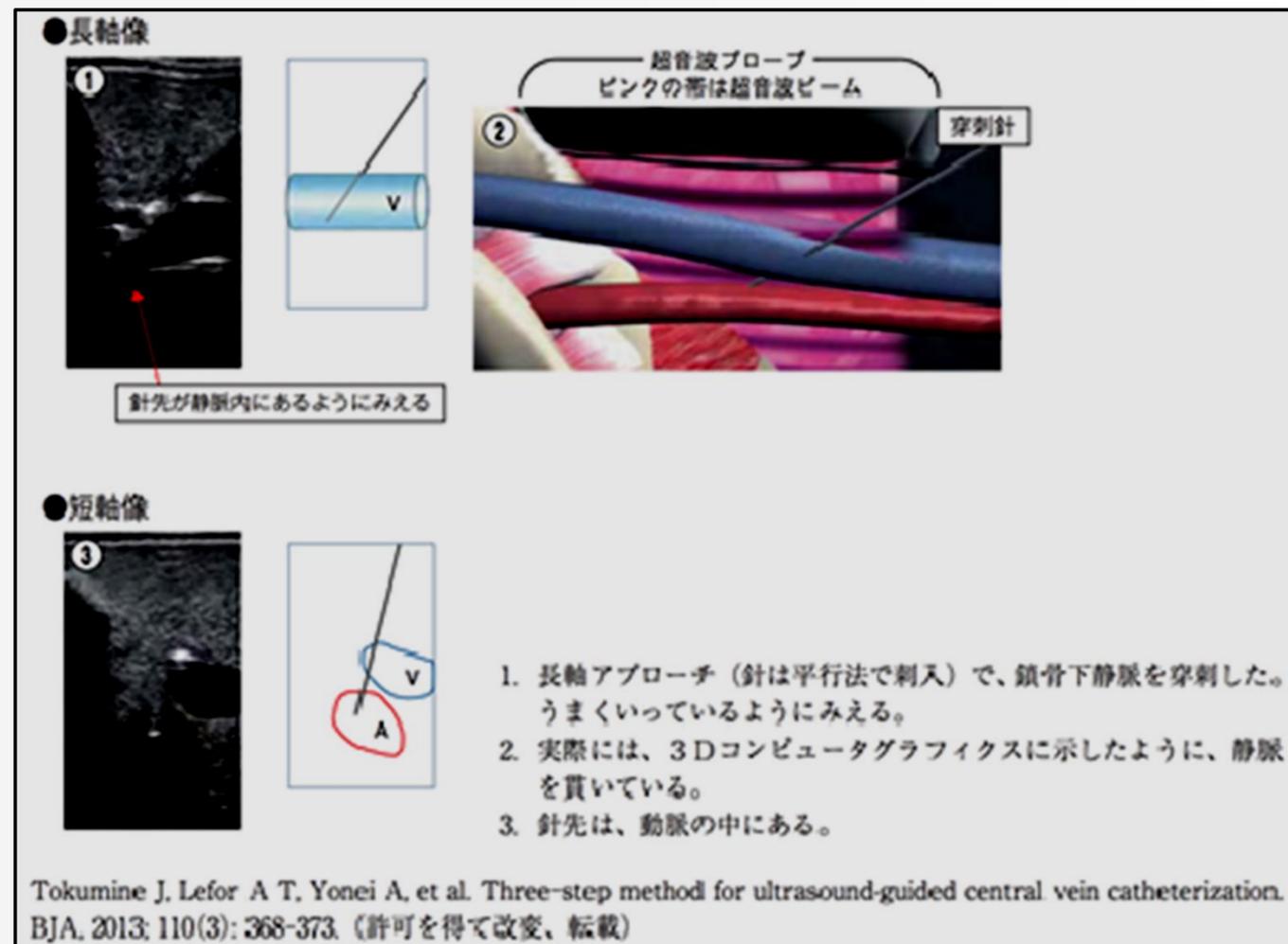


図 2 再発防止に向けた提言第 1 号の 17 ページにある事故再現図

センターのウェブサイトでは、この提言に関連した動画※も見ることができ、その中で穿刺の失敗事例を疑似体験することもできるようになっている。

※<http://fa.kyorin.co.jp/medsafe/movie/teigen01.mp4>

また、提言第 2 号「急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析」では 11 人の死亡事例の分析の中で、8 件に共通する要因から得られた、6つの提言をまとめている。この種の事故の予防や早期発見には患者の協力も必要であることから、患者向けのパンフレットの見本も作って提供している。(図 3 参照)



図 3 再発防止に向けた提言第 2 号で作られた患者向けパンフレット見本

提言第 6 号の「栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析」では、口から入れた栄養チューブが誤って肺に入ってしまった 6 人の死亡事例の分析を行い、6つの提言をまとめているが、図 4 のような漫画を作って「聴診器の気泡音の確認だけでチューブが入ったと早とちりしてはいけない」という教訓を伝えている。

◆“過ちに学ぶ”ことでしかわからないこともある

医学や看護学の教科書には「こうすべき」ということは書かれているが、「そうしないと、どうなるか」ということは、あまり書かれていない。例えば「浣腸は左側臥位でやるべし」と教科書には書かれているが、そうしなかった場合に何が起きるかということほとんど書かれていない。

実際には、左側臥位ではなく立位で浣腸をやると直腸穿孔の危険性が高まるのだが、それを調べるための臨床試験を改めてやるわけにはいかないので、教科書にそう書くためのエビ



図 4 再発防止に向けた提言第 6 号の資料にある漫画

デンスはもともと存在しないのである。

つまり、こうした事例では「やっちゃって失敗した」という事例を積み上げていくしか、危険性の程度は明確にわからないものなのである。医療事故調査・支援センターが、実際に起きた出来事の実態分析から導き出した一連の「再発防止に向けた提言」には、そうした叡智が盛り込まれているということになる。

#### ◆体制やシステム上の問題にも言及

また個々の医療技術ではなく、医療機関の体制やシステムなどが原因で起きる医療事故も現実には多いのだが、その防止方法などは絶対、医学や看護学の教科書には書かれていない。



再発防止に向けての提言第 8 号「救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析」では、そこに焦点を当てている点が注目される。

画像検査の診断に係る医療事故で 19 人の死亡事例が報告された中で、そのうち 15 例が救急医療の現場で起こった出来事だったため、この提言がまとめられた。

せつかく画像に病巣が写っているのにそれが見落とされた 12 例の共通要因を分析したところ、

- ① 8 例の検査依頼書には、患者の臨床症状の記載はあったが、死に至るような重い病気 (Killer Disease) の病名は書かれていなかったために、病巣が見落とされてしまった。
- ② 7 例は研修医だけ、2 例は救急医だけで画像を見ていたため、大事な病巣が見落とされていた。

ことなどがわかった。そうした結果をもとに

- ① 画像検査を依頼する医師は、臨床症状および疑われる疾

患、特に否定したい疾患について明確に依頼書に記載し、  
診療放射線技師・放射線科医師と情報を共有する。

- ② 担当医師一人ではなく、上級医師や放射線科医師などの  
複数の医師がそれぞれの視点で画像を確認し、所見につい  
て情報を共有する。

などの提言が行われた。すぐにでも全医療機関でやってほし  
い対応策である。

これらの冊子に紹介されている事例はすべて、国内の医療  
機関で最近、ほんとうに起き、結果として患者さんが亡くなって  
しまった出来事である。そう考えると、一つ一つの提言にはずっ  
しりと重みを感じられる。

報告された事故 1 件 1 件は「事例の概要」として文字にされ  
てしまえば数行の記述に過ぎないが、実際には、退院後に、あ  
れをしようこれをしようと考えていたはずの1人の人間の人生を  
不意に終わらせ、家族を悲しませ、さらには、かかわった医療者  
に「後悔」という大きな十字架を背負わせているはずの出来事

なのである。

そう考えると、せめてこれらの事例から少しでも学び、より安  
全な医療を実現しなければという気持ちにさせられるではない  
か。

再発防止に向けた提言はすべて、医療事故調査・支援セン  
ターのウェブサイトから全文がダウンロードできる。ぜひこのサイ  
トを訪れて患者安全の向上に生かしていただきたい。

[https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content\\_id=1](https://www.medsafe.or.jp/modules/advocacy/index.php?content_id=1)



「医療・看護事故の真実と教訓」

隈本邦彦著

A5 判 2,400 円＋税

都立広尾病院の消毒薬点滴事故、横浜市立大学医学部附属病院の  
患者取り違い事故など、大小 18 の医療事故例をジャーナリストの目で  
鋭く検証し、原因の解明と再発予防の方法を具体的に提示します。