



医療事故調査 5年

①

実施判断 病院任せ課題

患者の予期せぬ死亡を対象とし、事実の究明と再発防止を目指す医療事故調査制度は10月で開始から5年。医師、遺族、看護師に制度のこれまで、これからを聞いた。

名古屋大病院副院長
長尾 能雅さん (51)



ながお・よしまさ 名古屋大病院「患者安全推進部」の部長。2019年7月、「医療の質・安全学会」の理事長に就任。

「予期しなかったもの」の2軸に該当すれば調査対象とする定めだが、解釈の幅が広く、判断はばらついた。大病院に限って見ても、この5年間に多くの調査を経験した病院もあれば、0件の病院もあるという実態がそのことを物語っている。

「予期しなかったもの」の2軸に該当すれば調査対象とする定めだが、解釈の幅が広く、判断はばらついた。大病院に限って見ても、この5年間に多くの調査を経験した病院もあれば、0件の病院もあるという実態がそのことを物語っている。

「全体に低きに流れやすいシステム」と言える。一部の医療者には個人の責任追及への警戒感がなお根強く、免責されない限り報告・調査はしたくないという声もあるが、国民に隠蔽を予告しているようなもので理解は得られないだろう。

医療事故調査制度 医療法に規定され、全ての病院、診療所、助産所を対象に2015年10月にスタート。患者の予期せぬ死亡について、医療機関が事故と判断した場合、第三者機関「医療事故調査・支援センター」に報告し、院内調査を始める。結果はセンターと遺族に伝える。15・19年の発生報告の件数は計1607件。発生報告があった事案に限り、遺族などの要望でセンターによる調査も行う。センターは集積した情報の整理・分析を行い、再発防止策の検討や啓発を行う。

調査や再発防止策の立案を担える人材の育成も道半ば。患者安全担当者の教育に今後も力を尽くしたい。

調査や再発防止策の立案を担える人材の育成も道半ば。患者安全担当者の教育に今後も力を尽くしたい。課題は多いが、学生の頃から患者安全の考え方に接している世代が現場に出始めている。制度の趣旨を理解し、踏襲する医師も一定程度出てくるだろう。私は彼らを「セーフティ・ネーティブ」と呼び、注目している。それは希望の光だ。

＝3回掲載します



医療事故調査 5年

②

風化懸念 今こそ改革を

医療事故遺族

勝村 久司さん (59)



かつむら・ひさし 高校教員。医療情報の公開・開示を求める市民の会代表世話人を務める。

1990年、妻が出産時に陣痛促進剤を知らない間に大量投与され、生まれたばかりの長女皇子を亡くした。遺族の願いは、誠実な再発防止が行われ、「亡くなった命にせめても意味を持たせたい」と。その実現が子どもからの宿願だと思った。だが当時は医療機関が自ら事故に向き合うことはほとんどなく、裁判を起こす以外、遺族にできることはなかった。大変な努力がかかる裁判を闘い、高裁で勝訴して確定した。だが裁判で勝っても、それだけでは、医療機関は誠実に事故と向き合おうとしなかった。再発防止は医療者が加害者にならないためにも大切な。調査制

度は双方にとって必要なものだと認識してほしい。99年、重大な医療事故が相次ぎ、機運が高まった。私は2005年に厚生労働省に設置された医療安全対策検討ワーキンググループ(WG)の唯一の遺族側の代表となった。WGは医療事故の原因究明に基づく再発防止策の徹底を提言し、事故調の議論が本格化した。期待を高めた時期もあったが「現場が萎縮する」といった医療界の一

部の意見に押されて後退を続け、今の形が始まった。遺族の中には「小さく産んで大きく育てる」との期待もあったが、この5年を振り返ると制度の周知も実効性も不十分が目立つ。このままでは制度がやがて風化してしまうとの危機感がある。今こそ改革を行う時だ。事故発生に際し報告を受ける第三者機関「医療事故調査・支援センター」の権限拡大が必要だ。現行制度では医療機関が事故の発生報告をするかどうか迷った場合、センターに相談できる仕組みがあるが、センターが合議の上で「医療事故として報告を推奨」しても、報告しない医療機関が多い。

産科医療補償制度は今年、2度目の見直し議論が始まった。厚生労働省はぜひとも事故調改革の議論を始めてほしい。

センターがこうした医療機関に指導や勧告を行えるようにすべきだ。事故調より早く、09年に始まった産科医療補償制度に学ぶ点がある。私も運営委員を務める同制度は、出産時の事故が原因で子どもが重い脳性まひになった事例の分析を行い、再発防止に生かす。個別事例を分析した報告書の要約版は、個人情報保護特定を避けた上で公表されるのだ。一方で事故調では、個別の報告書は一切、公開されていない。センターが有意義と判断した報告書を公開するシステムを創設すべきだ。事故の原因の社会的共有が医療の安全につながる。



医療事故調査 5年

③

報告の義務 意識不十分

岩手医科大看護学部長

嶋森 好子さん (73)



しまもり・よしこ 岩手医科大看護学部長。京大病院看護部長や慶応大教授を務めた。

医療事故調査制度発足の契機は、1999年に相次いだ重大事故などによる医療への不信感があった。この20年ほどの間に現場では大きな意識の変化があり事故を起こさないための努力は根を張りつつあると感ずる。

「予期せぬ死亡」として調査対象を「予期せぬ死亡」とした点にある。当時から懸念していたこと

だが、解釈の幅が広すぎるのだ。再発防止に熱心な医療機関だけが報告を重ね、そうではない側が報告せずに済む制度では機能不全に陥る。人間は必ずミスをする。そして事

故の背景には組織の態勢などシステムの問題が潜んでいる。故意の犯罪を除き、個人の責任追及よりも、検証と再発防止策の構築に重きを置く考えは大切だ。その前提として、医療側には正直でありのままの報告が求められる。

以前勤務していた京大病院では「普段と違えばとにかく報告」が奨励された結果、母親が子どもの点滴に水道水などを混入させていた事件に気づけたケースがあった。報告する文化の成果だ。

事故の検証や裁判に関わって感じるのは、インフォームドコンセント(十分な説明と同意)などを巡る医師と患者の間での信頼関係の問題直しが求められる。

事前の説明不足が、事故後も不信感となって尾を引く悪循環に陥りがちだ。患者側も、もっと疑問点を医師にぶつけられるようになってほしい。看護師は患者のそばに寄り添い、医師との間をつなぐ存在でありたい。

こうした信頼関係の観点からも医療機関側が事故後に「予期していた」と言えば、インフォームドコンセントがなされていなくても、発生報告せずに済ませることもできる現行制度は問題がある。改善に向け、医療機関がそれぞれ何を「予期せぬ死亡」と捉えているのか調査するのも一案だ。

事故の真相解明には患者側の意見も重要だ。院内調査に原則として遺族やその代理人を含めてはどうだろうか。5年を機に、制度の検証と見直し求められる。