

医療事故をなくすには 患者込みのチーム医療と 医師免許更新制の実現を



勝村久司

personal data

かつむら・ひさし 1961年大阪府生まれ。京都教育大学教育学部卒。大阪府立高校教諭。90年に陣痛促進剤被害で長女を亡くし、医療裁判やさまざまな市民運動に取り組む。医療情報の公開・開示を求める市民の会を結成し、患者に対する診療報酬明細書(レセプト)の開示を勝ち取った。05年初の患者側代表として中央社会保険医療協議会委員に就任。主著に「ほくの「星の王子さま」へ——医療裁判10年の記録」(レセプト開示で不正医療を見破ろう!)など。
(http://homepage1.nifty.com/hkr/)

事故から学ぼうとしない医療者たち

私の妻は、一九九〇年(平成二年)一二月に一人目の子どもを出産した際、知らない間に使われた不必要な陣痛促進剤によって医療被害にあった。過強陣痛に襲われても放置され、ようやく緊急帝王切開で取り出された長女は九日後に死亡し、妻自身も一時、生死の境をさまよった。私たちが夫婦は全国で陣痛促進剤被害が繰り返されていることを知り、子どもの命を無駄にしないためにも、子どもが生きていたら育児にかけていた時間で医療裁判や市民運動に取り組みしようと決めた。裁判は事故から九年目に勝訴確定したが、その際に「この事故を教訓に事故防止に努めたい」とコメントした被告の市民病院には、私たちの事故

の概要すら知る者がいないことが後にわかった。事故を知らないで事故を教訓にすることはできない。私たちは、一〇年目の命日の日に、被告病院の職員研修で事故の内容を報告する機会を求めた。それが実現しようやく裁判に区切りがついたと感じたが、残念ながら、いまだに全国で同様の被害が報告され続けている。

拙著でも書いたが、被害者側が勝つべき裁判であつても、カルテ改ざんや偽証の蔓延によってなかなか勝てない理不尽な状況がある。私たちのように被害者側が勝訴確定した事故でさえ、医療界はまったくそれを教訓にしようとしなかった。そもそも、これまで医療事故被害者が裁判等を通じて闘ってきた相手は、患者の命や健康よりも私利私欲を優先した行為、あまりにも低レベルな

行為、さらに医療界独特の封建制による証拠隠滅やカルテ改ざん、偽証、悪意ある鑑定書など、「医療犯罪」と呼ぶべきものがほとんどだ。

ところが、現状の医療者への安全教育は、患者とのコミュニケーション術やヒヤリ・ハット報告を学ぶことが中心で、それだけでは、薬害や医療被害を繰り返してきた体質は改善できない。被害の事実を知り、そこから素直に学ぶことが必要だ。人権教育や倫理教育は、過ちから学ぶ真に科学的な教育であることが必要だ。被害者の多くは、単に事故が起きたことへの怒り以上に、その前後の不誠実な対応に怒りを感じている。事故を知ろうとせず、教訓にしようとしぬい姿勢はその筆頭だ。私は、二〇〇五年春に設置された、厚生労働省「医療安全対策検討ワーキンググループ」の検討会に委員として参加した。その席で私は、医療事故防止のためにはまず、インシデントよりも先に実際に起こっているアクシデントから素直に学ばなければいけないこと、民主的・科学的なチーム医療の推進が必要で、そのためには患者や家族もそのチームの一員として参加させる必要があることを強く訴えた。

患者や家族も加わってこそそのチーム医療

多くの公立病院の医師が一つの大学出身者で固められるなど、大学医局は人事権を握って封建的な人間関係を作ってきた。教授のやり方には「右にならう」のが常識で、医師も看護師も助産師も、自分の意見など言えない状況では、「チーム医療」が意味をなさない。患者との関係を民主化していく前に、まず、医療者間の関係が健全にならなければいけない。

またそもそも限られた人数のスタッフだけで、多くの患者に対する医療の安全を確保するのは難しい。回診のときに家族を外に出したり、立ち会い分婉を認めない等の慣習をやめ、患者本人や家族にも「チーム医療」に加わってもらうことで、家族や本人の目をケアレスミス防止に役立てることができると。家族や本人だけが知っている情報を医療者が共有することで、事故や診断の誤りを避けられる場合も増えるだろう。

医療者側が自らの権威を保とうとして患者との情報共有に及び腰であるうちは、事故は繰り返される。チーム医療で大切なことは、医療スタッフの間だけでなく、患者とも同じ情報を共有してい

*1 自書
「ほくの「星の王子さま」へ——医療裁判10年の記録」(幻冬舎文庫)

*2 無反省な医療界
富士見産婦人科病院事件の被害者たちは、約二〇年に及ぶ民事訴訟の結果、ようやく最高裁で「医療とは呼べない犯罪行為」と記された判決を得た。しかしこの間、医療界は被告医師たちに対して何の反省も迫ることができなかったし、事実いまだに何の反省もない言動が続いているという。

*3 インシデントとアクシデント
インシデントとは、いわゆるヒヤリ・ハット事例など、事故にいたるまえに発覚したミスを指す。アクシデントは、実際に被害が生じた事故のこと。

*4 医療安全対策検討ワーキンググループ
その結果、報告書では、次の三本の柱が重点項目として掲げられた。
1 医療の質と安全性の向上
2 医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止策の徹底
3 患者、国民との情報共有と患者、国民の主体的参加の促進

*5 医療者間の関係
大学間の人事交流を促進するだけでなく、看護協会や助産師会などコ・メディカル職(医師以外の医療従事者)もよりよい医療の実現のために積極的に意見表明し、カルテ改ざんの指示にNOと言えるだけの独立性を築いていかなければいけないだろう。

こうとする姿勢なのである。

カルテ等の診療情報の開示は、そのための最優先課題だ。二〇〇五年春からようやく個人情報保護法が施行され、カルテ開示やレセプト開示がサービスではなく患者の権利となったが、十分にシステム化されておらず、開示は日常的なものになっていない*。

素人には専門的なことがわからないのではと危惧する意見もある。しかし患者は医療すべてでなく、自らの病気についてだけ詳しくなればよいし、専門家が誠実に仕事に取り組んでいるかどうか、当然の人権感覚を持ちえているか、専門家であるためにきちんと研鑽を積んでいるかどうか等は、通常の市民感覚で十分に見抜くことができる。様々な情報収集が可能になり、患者団体や被害者団体も増えた今、患者自身が自らの病気に関しては最も専門家であるケースも少なくないのである。

医師免許更新制を導入せよ

日本経済新聞の二〇〇五年七月三日付の世論調査では、技術や知識が一定のレベルに達していない医師を排除する、医師免許更新制の導入に賛成する人は八六パーセントを超えている。

もたない。国民の多くが望んでいる医師免許更新制の導入を、医師会や国が拒み続けるならば、医療の質の向上も医療不信の解消も望めないだろう。

患者の価値観を反映した診療報酬を

事故による被害だけでなく、健康な子宮や乳房をがんだと偽り手術をしたり、危険だとわかっている薬剤を使用し続けるなど、患者の健康や命より金儲けを優先する医療が蔓延するのは、診療報酬の設定が不健全だからだ。

医療の価値を示す診療報酬の単価は、患者の需要や価値観とは無関係に、供給側の意向で一方的に決められてしまっており、このことが、患者にとって不本意な医療が施される根源となっている。一部の悪徳医療機関が過剰診療や架空請求で儲ける一方で、心ある医療者は寝る時間もなく働き続け、良心的な医療機関ほど経営は苦しい*。

この一五年間で医療費は一五兆円から三〇兆円に膨れ上がったが、赤字の医療機関は赤字のままだ。中身の議論を封印し、価値観を変えずに総額の議論に終始している限り、どれほど医療費の総額が膨張しても、不本意な医療の総量が増えるだけで、患者の満足度は決して上がらない。

運転免許と医師免許は、それを持つ者の不注意が人の命の存否に直結するという点で共通する。

交通事故の場合、「事故を起こしても、ひき逃げだけはしてはいけない」という意識はほぼ常識になっており、「できるかぎり被害者に誠意を見せて、救命措置と被害救済、和解を目指すな」ければいけない」という感覚がある。ところが医療事故の場合は、「事故が起こった場合には、カルテを組織的に改ざんし内部告発は許さない」ということが常識になっていて、感があり、「訴えられなければ、絶対に被害者に謝罪をするな」というような指導もまかり通っていた。

交通事故を減らすために、運転免許を持つている者の逸脱行為に対する罰則規定は年々厳しくなり、免許の更新時に行われる講習も、それぞれの状況に合わせて段階をつけてなされている。一方、同じように多くの事故が発生しているはずの医療分野については、医師免許更新制がないために、まったく何の対応もなされていない*。

医療の世界には、漫然と医療事故を繰り返すリピーター医師に反省を迫る機会も、医師が医療の安全に不可欠な事故情報を共有する機会も、人権や命の重さにあらためて気持ちを引き締める機会

健全な医療を育てるためには中身の議論が大切である。そのためには患者が医療費の明細を知ることが不可欠で、その上で初めて患者の視点を重視した医療が実現する。

私は、二〇〇五年度から厚生労働省「中央社会保険医療協議会」（中医協）の委員にもなった。年度末に診療報酬改定案ができた段階で、広く国民の声を聞くパブリックコメントを実施する予定になっている*。しかし、これまで国民は、自分たちが受けた処置や投薬・検査などにどれだけの診療報酬がついているのかを、一切知らされていなかった。それは、国民は意見を持つことさえできないと、私は中医協で発言した。具体的には、医療機関窓口で、個々の薬剤名・処置名・検査名等の正式名称や単価・数量等を記載した詳しい領収書を発行することを推進しなければならない。

私は、長年市民運動に関わるなかで、多くの医療被害者や医療関係者と知り合った。そのなかで、被害者たちが「こんな医療になればよいのに」と願い訴え続けてきたことは、実は、ごく普通の良識ある大多数の医師たちの願いと一致していることを知った。良質も悪質も一括りにした議論をやめれば、皆の願いが叶うはずだ。

*6 カルテのIT化

医療機関のIT化もいわれているが、カルテを手書きからフロッピーに変えただけではまったく意味がない。IT化は、医療者間や患者との情報共有を推進し、安全性を向上させるものでなければ意味がない。詳しくは、自著「患者と医療者のための「カルテ開示Q&A」」（岩波ブックス）。

*7 医療事故への対応

そもそもどれぐらいの事故が起こっているか、その量や質さえほとんど把握されていない。たまたま発見した事故だけが大きくクローズアップされているのが実情である。医療事故報告制度も一部で始められていないが十分に収集されていない。

*8 診療報酬の矛盾

たとえばお産の場合、夜間や休日の人件費を減らすために、陣痛促進剤を使用して無理矢理に分娩を平日の昼間に誘導する乱暴な医療機関ほど収入が増え、夜間や休日でも複数のスタッフが長時間にわたる自然の陣痛に付き合ってくれる医療機関ほど赤字に苦しんでいる。

*9 患者の視点の重視

中医協では、数年前から、検討項目の中に「患者の視点の重視」が盛り込まれており「患者への情報提供の推進、患者による選択の重視のための方策の検討」等が必要とされてきたが、きちんとした議論はなされてこなかった。

（脚注すべて筆者）

筆者が推薦する基本図書

- 「医療と裁判」井藤士として、同作者として「石川寛俊（岩波書店）」
- 「カルテ改ざん」石川寛俊監修／医療情報の公開・開示を求める市民の会編（さいろ社）
- 「医療事故がとまらない」毎日新聞医療問題取材班（集英社新書）

「基礎知識」 医療ミスを繰り返すリピーター医師を減らせるか？

■医療事故と医療ミスの違いとは

人体を傷つける手術や注射などの医療行為が合法的とされるのは、①免許を持つ医師が治療目的で行う、②患者がこれを事前に承諾している、③標準的な医療技術が備わっている、という三条件が前提となっている。これらが一つでも欠けると、医療提供側は業務上過失傷害罪などを問われる可能性がある。ちなみに、医療事故と医療ミスの違いとは、前者は医療行為に伴って発生する事故全般のことを指し、このうち明らかに過失によって生じた犯罪的なケースのみを医療ミスと呼ぶ。

医師法二一条は、ミスや予期しない形で患者が死亡した「異状死」については、二十四時間以内に警察への届け出を義務付けている。(参考：押田茂實著「医療事故 知っておきたい実情と問題点」祥伝社新書)

■「いい病院」で相次いだ医療事故
病院ランキング本ブームとは裏腹に、最近では、全国各地を代表する「いい病院」において、初歩的なミスが相次いでいる。

○五年七月四日、中部屈指の施設である国立病院機構名古屋医療センターで、信じられないミスが発覚した。同年六月下旬に左目の

腫瘍摘出手術を受けた五〇代の男性患者が、左右取り違えて手術をされた結果、健全な右目側にメスを入れられてしまったのだ。この初歩的なミスについて、「右目だと思い込んでいた」と弁明した執刀医の処分について、病院当局は「今のところ考えていない」とコメントした(朝日新聞〇五年七月五日付)。

続けて七月下旬、東北大学病院では、重症肝臓病の五〇代の女性患者に対する生体肝移植手術中に、点滴ボトルが空になっていたのを治療チームの誰一人として気づかないまま手術が続行された。そのため、最大一五〇ccの空気が静脈に流入し、二カ月後の九月二三日、女性は多臓器不全で死亡。大病院側は遺族に謝罪し、厚生労働省や宮城県警にこの一件を報告した。

九月二日、今度は、がん治療の総本山である国立がんセンター中央病院で、患者を取り違えて肺がんと手術を行うミスが発覚した。被害者は、同月初めに手術を受けた六〇代の男性患者。病院側の説明によると、手術が必要かどうかを調べる病理検査(細胞診検査)のため、採取した肺組織の検体を取り違え、検体の一部に他の患者のものが混入した

のが間違いの元だった。

その渦中の一〇月二日、医療事故の鑑定を活動の柱とする医療事故調査会(森功代表世話人)が、治療をめぐる患者と病院とのトラブルについて、驚くべき事実を公表した。

同調査会が、最近一〇年間に裁判で証拠保全されたカルテ七三三件の医学鑑定を行ったところ、実際に医療ミスであったと判断されたケースが五四二件(七三・九%)にも上り、六割強の三三五件で患者が死亡していたという。明らかかなミスとは断定できない場合でも、診断や手技を誤るなど、医師の知識不足、技術不足が原因と疑われるケースが圧倒的に多かった(読売新聞〇五年一〇月七日付)。

■「リピーター医師」の実態

○五年五月、ミスを繰り返すリピーター医師の再教育制度の導入を検討してきた日本医師会(植松治雄会長)が、この新制度を同年八月からスタートさせることを決めた。対象は当面、過去三年間で三回以上の有責事故を起こした医師で、その数だけで全国約二〇〇人となる見通し。

医療訴訟を数多く手がける貞友義典弁護士が「リピーター医師 なぜミスを繰り返すの

◆診療科目別の医療訴訟

診療科	訴訟件数	訴訟比率	医師1人当たりの平均訴訟件数を1とした場合の数値
産婦人科	113	12%	2.45
外科	210	23	2.37
整形外科、形成外科	140	15	1.87
内科	241	26	0.87
泌尿器科	18	2	0.81
皮膚科	18	2	0.63
精神科、神経科	27	3	0.60
小児科	26	3	0.49
耳鼻咽喉科	12	1	0.35
眼科	15	2	0.33
麻酔科	8	1	0.27
歯科	60	7	—
その他	36	4	—
合計	922	100	—

(産経新聞2005年1月10日付より)

か?」光文社新書)で、医療ミスが一番多い産婦人科(図表)のリピーター医師の実態を詳しく紹介した。その一部を抜粋すると――
ケース①A産婦人科院長及びその長男医師 八一年から九四年までに、四件の医療事故を起こした。八一年の事例は、出産後の女性の腕に神経麻痺を生じさせ、一三年後の九三年に六〇万円を支払い和解した。同じく八一年、出産直後に女児を死亡させ、八九年に一〇〇万円で示談成立。同年、帝王切開後に不妊症を生じさせて提訴され、九九年、控訴審で敗訴、賠償金五五〇万円の支払いを言

い渡された。さらに、九四年、女児が出産一カ月後に死亡した件でも、二年後に示談金一九〇〇万円を支払った。

ケース②B産婦人科院長 八七年頃、妊婦に重い脳障害を負わせ、約九〇〇万円の賠償命令。九〇年、帝王切開で出産後の母親が退院後に心不全で死亡し、遺族に見舞金を支払った。九二年、出産後に母親への輸血が遅れ死亡させ、約七〇〇万円の賠償命令。九九年、規定量を大幅に超えた陣痛促進剤の投与で子に低酸素脳症の後遺症を与えたとして提訴され、現在係争中。

ケース③C産婦人科医 九六年、新生児黄疸を放置して脳性麻痺の障害を負わせ、〇二年五月に和解。同じく九六年八月にも、新生児の黄疸の見落としで重度脳性麻痺を負わせため訴えられたが、〇二年五月に一億円で和解した。その係争中の〇一年一月、准看護師に希釈が必要な注射液を原液のまま注射させ、女児に全身麻痺の障害を負わせたとして、〇二年四月、民事裁判を起す係争中。

何度間違いを犯しても懲りない、これらの医師の実態について、前述の貞友弁護士は、「いくつもの新聞やテレビの取材を受けましたが、多くの方は私から「リピーター医師はともひどい人間だ」という答えを引き出す

うとしました。しかし、そこに焦点を置くのは間違っています。医師の知識や技術が低劣であり、それがリピーター医師が生まれる原因です。(中略)医師として最低限の知識がない、技術がない、病院内でのルールを守らない、そのような医師が存在するのです(前掲書)と手厳しく批判した。

他の先進国と違い、わが国の場合、医療事故全般・医療裁判についての情報収集システムが全く整備されてこなかったため、どこの誰がミスを起こしているか、どのようなミスをして医療裁判の被告となっているかなどの情報も皆無に等しい。

その結果、ミスを繰り返す「不適格医師」は野放し状態にあるのが現実だ。これが黙認されてきた社会的背景には、患者側に泣き寝入りを見逃さない。言い換えれば、日本社会が内に孕むひずみを直視せずに制度を作っても、医療ミスがなくなるはずもないのである。医師でジャーナリストの富家孝氏は、「通常、何の問題もない状況であれば、医師や病院は患者にとつて頼りになる存在であるが、いざ病院の存亡にかかわる事態が生じた場合には、「血も涙もない敵」に豹変することをくれぐれも肝に銘じていただきたい。」(中央公論)〇五年九月号より)と教えている。

日本の論点

THE ISSUES FOR JAPAN

文藝春秋編

勝負の
ときがきた

2006

日本の論点

文藝春秋編

勝負のときがきた

文藝春秋

日本の論点

THE ISSUES FOR JAPAN

文春ムック
凸版印刷株式会社印刷
Printed in Japan

定価2800円(本体2667円)
雑誌67811-24

ISBN4-16-503050-3

C9430 ¥2667E