

厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)

平成15年度研究報告書

研究課題

医療事故リピーターの特徴及びその把握と再教育・処分制度のあり方
についての研究

(課題番号H15-特別-016)

(平成16年4月)

主任研究者

小泉俊三(佐賀大学医学部附属病院総合診療部教授・副病院長)

目 次

はじめに	1
研究組織	2
研究結果	3
研究実施に至る経緯と基本的視点	4
付 参考資料1 厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール	
参考資料2 医療ミス事例(http://www.naoru.com/misu.htm)	
参考資料3 リピーター意思の排除を求める署名活動のページ	
参考資料4 N Berlinger 「Avoiding Cheap Grace - Medical Harm, Patient Safety」	
研究成果の今後の活用	35
フォーカスグループインタビュー報告	36
付 資料1 参加要請文と同意書 資料2 発言の要約・分類・範疇一覧	
医療安全にかかるリピーター(仮称)対策と処分制度の現状と課題	79
付 資料1 米国 リピーター対策に関する行政の役割について	
資料2 Extract from HSN's annual report for 2003	
資料3 患者障害に関する法(スウェーデン, 1996年成立)	
資料4 ヘルスサーヒス専門家の活動に関する法(1998年)	
資料5 NDP公開シンポジウム—医療の質安全の向上を目指して	
資料6 パネルディスカッション「臨床研修の安全管理のあり方を考える」	
オーストラリア・ニュー・サウス・ウェールズ州における医師免許制度と患者安全への配慮	187
付 資料1 Code of Professional Conduct	
資料2 Division4- Disciplinary powers of Committees and Tribunal	
資料3 The New South Wales Medical Board Performance Assessment Program	
資料4 About the APSF(Australian Patient Safety Foundation)	
資料5 Iatrogenic Injury in Australia	
他業種における調査 海難審判における事故対策について 報告	229
医療事故対策に航空の安全システムを生かすための考察 報告書	237
第1部 東京慈恵会医科大学付属青戸病院で起きた腹腔鏡手術による止血ミス事故のヒューマンファクター的分析と対策の考察	240
第2部 民間航空の機長を支える安全システム	256
添付資料	

はじめに

近年、医療事故に国民の注目が集まるとともに医療事故多発医師（いわゆるリピーター医師）の問題が取り沙汰され、平成14年12月には医道審議会による「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」の中で、刑事事件とならなかった医療過誤も処分の対象とすることと明示されるなど、医療事故を起こした医師の再教育 処分のあり方について早急に検討する必要が生じている。

医療事故の全容を把握するのは容易でないとしても、明らかに、より高い頻度で医療過誤を繰り返すような医師に対しては、何らかの再教育を行った上で、医師免許を再申請させるなどの措置が必要である。

そのため、本研究においては、リピーター医師を取り巻く諸問題に関して概念整理を行うとともに、航空業界など安全管理が特に重視される他の領域における不適格者の発見、処遇に関する制度について調査・研究を行い、法体系が異なる等の理由から十分な情報が得られていない諸外国についても医療事故を起こすなど問題のある医師の師処分制度についてその実情を調査した。

平成16年4月15日

小泉俊三

研究組織

① 研究者名	② 分担する 研究項目	③ 最終卒業学校・ 卒業年次・学位 及び専攻科目	④ 所属機関及び 現在の専門 (研究実施場所)	⑤ 所属機関に おける職名	⑥ 研究費 配分予定額 (千円)
小泉 俊三 2040274584 I7ポート 10%	総括	京都大学医学部 (昭和46年) 総合診療医学 医学教育学	佐賀大学医学部附属 病院総合診療部教授	副病院長	11 000千円 一括計上
上原 鳴夫 I7ポート 5%	国際比較	京都大学医学部 (昭和47年) 国際保健学 医療の質改善	東北大学医学部医学 系研究科教授 社会医学(国際保健学 分野)	教授	
松井 邦彦 2080314201 I7ポート 5%	概念整理	宮崎医科大学 (平成元年) 総合診療医学 臨床疫学	熊本大学医学部附属 病院総合研修センター	助手	

研究結果

- 1 医療事故に関するマス メディアの取り上げ方、特に「リピーター医師」とキーワードとしたこれまでの報道の経緯を跡付けることによって、国民の間に医療不信が高まる理由の一つとして、医学界を指導する立場にある医科大学、専門学会、医師会等に組織としての自浄作用かはなはた不十分であることが明らかになった。
- 2 医師教育の最前線にいる大学病院や研修病院の臨床指導医を中心に、リピーター医師についてのフォーカス・グループ討論を行った結果、プロフェッショナリズム(職業人としての倫理規範)教育の不備、特に明らかに臨床医としての適格性に欠ける医師に対する処遇があいまいなままになっていること、等が指摘された。
- 3 海外在住の研究者の協力を得て、米国、欧州等における患者安全管理、医療の質向上、医療事故に関連した医師処分制度・再教育制度等に関する資料を収集・解析することが出来た。この中で、各種の資格認定機関において認定システムの透明性を保つこと、患者代表や第三者がこれらの認定(処分)システムに加わることの重要性が明らかとなった。
- 4 航空業界における不適格者の処分 再教育制度について調査するとともに、航空業界におけるこれまでの安全管理のあり方に照らして、ヒューマン・エラーの観点から最近発生した医療事故の分析を行うことによって、安全管理システムと安全を軸とする組織文化の醸成、リピーター医師の再教育について多くの教訓を得られた。

研究実施に至る経緯と基本的視点

主任研究者 小泉俊三

背景

平成 11 年のいわゆる横浜市立大学附属病院患者取り違え事故以来、医療事故について国民の間で急速に注目が集まり、医療事故多発医師（いわゆるリピーター医師）の問題が各方面で取沙汰されている。このことの表れとして平成 12 年以来、主要全国日刊紙に掲載された医療事故ないしは医療安全に関連する記事数は年間約 1500～1600 例の多きに達している。この数字は平成 10 年以前の約 8 倍から 10 倍となっていて国民の間での医療事故への関心の高さを如実に示している。

また、平成 14 年 12 月には、その直前に起こった東京慈恵会医科大学附属青戸病院内視鏡前立腺手術事故か大きな社会的非難の対象となったこともあり、医師の行政処分を検討する医道審議会により「医師及び歯科医師に対する行政処分の考え方について」が提示され、その中で、刑事事件とならなかった医療過誤についても処分の対象とすることか明示された。このように、従来は処分の対象とされていなかった事例も行政処分の対象となりうる事態が生じており、医療事故を起こした、あるいは起こす懸念のあるとされる医師を取り巻く状況について、早急に現状を把握する必要が生じてきた。

研究計画と具体的課題

本研究では、医療事故多発医師（いわゆるリピーター）の問題に焦点を当て、以下の 3 項目について、国内外の知見を集めるとともに、国内の個別医療事故事例について航空機事故防止の領域で発展してきた方法論を活用して分析研究を行うこととした。また、海難事故等における処分 再教育の実情についても知見を集積し、併せてパイロット等の資格認定や教育システムの取扱についても調査することを課題として研究計画を立てた。

1 医療事故多発者の教育に関する研究

（医療事故多発か明らかになった場合の再教育の方法について）

2 医療事故多発者の特徴及び要因に関する研究

3 医療事故多発者の把握の方法に関する研究

医療事故多発者(いわゆるリピーター)像の再検討

ついて具体的な調査研究の進め方について数度に亘って厚生労働省安全管理推進室の担当技官等と検討を重ね、研究課題のうち特に緊急性と重要性のある課題の抽出を試みた。その結果、いくつかの問題が浮かび上がってきた。

その1は、いわゆる医療事故リピーター医師の概念が、マスメディアを通して急速に人口に膾炙することになったためもあって、その定義がかなりあいまいなことか判明した。

医療事故リピーター概念が広く流布するにいたった背景には、

- ・ 医療の現場には医療事故を起こしかちな医師が、数なからいるのではないか。
- ・ 医療事故のかなりの部分がこれら一部の医師によって引き起こされているのではないか。
- ・ このような医師には特別の教育的対応が必要で、それでも改善の見られないときは医師の資格を剥奪すべきではないか。

などの推測と判断が含まれていると考えられる。

さらに、これら少数の「困った」医師は、問題を起こしても反省していないのではないか、医学界はこのような一部の「困った」医師に対して甘い対応しかしてこなかったのではないかという形で、医学界の閉鎖的な体質への批判として取り上げられることが多い。

では本当にこのような一部の「困った医師」がとれくらいの比率で存在するのか。また、「困った」＝「望ましくない」とは何を意味するのか意外とあいまいなままである。例として、1 知識の不足、2 経験の不足・技術の問題、3 態度の問題、4 学会の標準と異なる見解の持ち主、などが挙げられるか、描かれるリピーター医師像は発言者の立場によってかなり幅があるように思われた。このことを前提に、医療事故リピーター概念を再度検証すべく、研修病院の臨床指導医層を中心にフォーカスグループ討論を企画・実施し、問題の基本構造を明らかにすることを試みた。

医療事故多発者(いわゆるリピーター)の実態把握

その2は、上記(その1)とも関連するが、リピーター医師の実数など、実態把握を試みるにあたって、これまでの医療事故関連のデータは利用し難いことが判明したことである。各医療機関のヒヤリ・ハット報告をはじめとして、当事者への譴責を避けるため、これらの情報は、個人名を抹消した匿名情報の形でしか提供されえない。確かに、今日展開されている病院の医療安全運動は、個人を責めず、組織としての安全なシステムを構築することに力点が置かれているため、ヒヤリ・ハット事例も含め、「間違いを犯した個人」を特定する情報は公示されない。このように医療安全管理における、個人を責めない職場文化を形成しようとする立場と、問題医師の再教育・処分のあり方を考える立場とは、現象面では相容れない部分があり、このことか医療事故リピーター医師の把握を困難にする最大の要因であると考えられた。同様に、医道審議会のデータとして発表されているこれまでの処分は、ほとんどか刑法犯、保険診療の不正、交通事故による事例であり、これらのデータを利用してリピーター医師の把握を行おうとしても大きな困難を伴うことが判明した。

その一方で、医療の受け手である患者・家族からの苦情相談窓口への相談の実態から問題のありかを把握しようとする方法についても検討した。定量的な解析は困難と思われるか、医療関連の市民団体からの聞き取り調査は試みる価値があると考えられる。多数の相談事例の中から、特定の医師か、医療事故リピーターとして非難の対象とされてゆく過程を跡付けることは可能かもしれない。また、リピーター医師についての有用な情報が得られそうな対象として、各地の県医師会に設置されている相談窓口や各府県の医療安全支援センター、弁護士会の相談窓口、等が考えられる。

国外(米国・欧州・濠州等)の医師処分・再教育制度についての調査

ついて、本研究班では、米国・欧州等に在住の協力研究者に依頼して国外(米国・欧州・濠州等)の医師処分・再教育制度等についての情報を収集・解析し、それぞれの国における医療安全の試みと医療事故リピーター医師の再教育・処分制度の概念的枠組みを明らかにした。詳細については、上原鳴夫分担研究者と研究協力者鐘ヶ江寿美子医師の解説に譲る。

航空安全対策システムを医療事故対策に生かすための事例研究

事故対策に関しては、航空産業はさまざまの先進的試みを成功させてきている。従って、航空安全システムで有効性の確かめられている手法を医療事故に当てはめて解析を試みることは有意義であろうと考えた。その 1 事例として航空安全の領域で先駆的な活動を展開している日本ヒューマン・ファクター研究所に委託して、上述の慈恵会病院内視鏡前立腺手術事故を解析した。同研究所の研究チームからは、医療事故事例の解析だけでなく、航空産業界において実施されているパイロットの免許、再教育、処分のあり方についても CRM (Cockpit Resource Management) 等のシミュレーションをはじめ、多くの示唆とリピーター医師対策につながる教訓を得ることが出来た。

また、同様に海難審判の実際についても情報収集を行った。

要約

現在、我が国の医療界は、「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール(平成 15 年 12 月 24 日)」(参考資料1)にも見られるように、安全管理をはじめとする医療の質向上を国民から強く求められており、医療事故リピーター医師を放置しているのではないかとの疑念は一般国民の医療不信の表れ(参考資料2、3)として話題になっている。

医療事故リピーター医師についてその概念を再検討するとともにその実態を解明し、その処分・再教育制度を明らかにすることは医療安全行政にとっても焦眉の課題であるか、本研究によって、医療事故リピーター像かその問題点も含めて、より緻密に提示され、諸外国も含め、医師の免許制度、認定や再教育・処分制度の概念的枠組みが明らかになったと考える。また、航空業界等における安全管理システムやその方法論を参照しつつ、わが国独自の医師に対する再教育・処分制度を一日も早く確立することが求められている。

追記

最後に、患者の立場から、医療安全における「(過ちを犯した)個人を責めない」立場に関する論考が、国際的なハイオエシックス研究所であるヘイスティンクス・センターの学術機関誌「Hastings Center Report」に掲載されていた。医療事故を起こした医師の再教育に関連する論点が含まれているので紹介する。「Avoiding Cheap Grace --- Medical Harm, Patient Safety」と題された論文のなかで著者の Nancy Berlinger 女史は、近年の安全管理で強調されている、“To Err Is Human”を取り上げ、医療提供側の組織内たけでの陳謝と許し、という構造の中で、患者・家族と向き合って許しを請う、という契機が往々にして軽視されがちではないかとの懸念を表明し、医療過誤が起こってしまった場合にとるべき、医療機関・医療提供者の態度についてユタヤキリスト教の伝統を前提とした理論付けをしている(参考資料4)。

被害を受けた者の視点から:医療過誤における「救し」の理論

「告白」に分類されるもの

- ・ 過ちを直ちに認め、状況を分かり易く全て説明する
- ・ 陳謝し、お悔やみを言い、自らも後悔の念を抱くことか出来るようにする
- ・ システム・エラーということ自体を理解しない人もいるので、システム・エラーの場合でも個人的に責任を負う気持ちを持つ
- ・ 医師が出来事を受け止め、叱責的でない環境でカウンセリングを受ける機会を与える
- ・ 真実を隠蔽することは患者の自律の妨げとなり、医療者の墮落を招くという立場を、医療機関内部の原則として、育てる
- ・ 部下をスケープコートにしない
- ・ 医師と(弱い立場の)患者の力関係の差を悪用しない — 権威の濫用には、患者が言うことを聞かなかったから、とか、過誤を合併症と言いくるめたり、神様のせいにしたりにしたりすることか含まれる

「懺悔」に分類されるもの:

- ・ 当事者に会いたくない患者には無理に当事者に会わせない
- ・ 行為の罪は認める(「自分はミスをした」)が自己自身に恥し入(「自分はダメな人間」)らない
- ・ 患者・家族が望めば宗教的ケアやカウンセリングの機会を与える
- ・ 治療費その他を病院側が負担する
- ・ 直接患者に許しを請うことか抑圧的になり、文化的に不適切な場合かあることを知る、と同時に、
- ・ 患者・家族か、自分で、心の痛み、怒り、不公正感の元となっている事故のことを忘れられる状況を作る努力をする

「赦し」を推進するのに役立つもの

- 病院の質改善(QI)プロセスに被害者の参加を求め、被害者自らの医療過誤体験や病院文化についての意見を共有しなから共に患者中心の安全文化を作り上げることか出来るようにする(但し、他の患者を守り、システム問題を解決するのに、被害者か病院の質改善プロセスに参加する義務かあると感しさせるようであってはならない)
- ・ 倫理教育の機会を捉えて臨床医、病院牧師、患者の代弁者、臨床倫理の専門家、カウンセラーや地域の聖職者か、医療過誤の心理的・靈的側面を探る、患者の視点から医療過誤を理解する能力を身に付ける、人としての許しを、正義に基づく離脱という枠組みの中で捉えることを学ぶ、非西洋的な和解のパラタイムを認識する、被害者のための正義か実現するよう努力する
 - ・ 病院スタッフのために、医療過誤に伴って生じる感情や責任かどのようなものかを探るための集まりの場を提供する、そして
医療従事者も人間であり、過ちを犯す場合もあることを否定したり、医療過誤に対応して患者安全を推進するに当たって、真実告知、説明責任、共感、正義に反する組織文化を見つけ出し、それと戦う

参考資料1:

厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール

参考資料2

医療ミス事例(<http://www.naoru.com/misu.htm>)

参考資料3:

リピーター意思の排除を求める署名活動のページ

参考資料4:

N Berlinger

「Avoiding Cheap Grace – Medical Harm, Patient Safety」

平成15年12月24日

照会先

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

医療安全対策専門員 永田充生(内 2580)

代表 5253 1111

直通 3595 2189

「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」について

本日、厚生労働大臣より「厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール」が、別係のとおり発出されたので、お知らせします。

なお、本アピールについては別途、各都道府県、政令都市及び各関係団体等へ情報提供することとされております。

医政局総務課医療安全推進室

厚生労働大臣医療事故対策緊急アピール

医療事故が話題にのほらない日かない程、最近、医療事故が相次いでおり、さらには医療事故に起因して医師が逮捕される等、あってはならない事件も起こっております。

医療は生命を守り、健康を保持するためにあるものです。医療事故の頻発はこのような医療本来の役割に対する国民の期待や信頼を大きく傷つけるものと言わざるを得ません。

厚生労働省としては、医療安全を医療政策の最重要課題のひとつとして位置付け、平成14年4月に関係各界の方々のご意見を基に「医療安全推進総合対策」を策定し、医療安全対策の充実に取り組んできたところであります。また、全国の医療関係者の皆様方におかれましても、医療現場における安全対策の推進に種々御尽力頂いているものと承知しております。

しかし、最近の状況を考えると、この様な状況が続けば国民の医療に対する信頼が大きく揺らぎ、取りかえしのつかぬ事態に陥るのではないかと危惧しております。そこで、このような事態に陥らないように全国の医療関係者の皆様方におかれましては、医療事故を防止し、国民が安心して医療を受けることが出来るよう、安全管理対策の更なる推進に御尽力をいたたきますよう心からお願い申し上げます。

さらに、本日の要請に先立ちまして私から厚生労働省の担当部局に対し、「人」、「施設」、「もの」の三つの柱をたて、新たな取り組みあるいは、対策の強化を進めるよう強く指示したところであります。

具体的には、

「人」に関する対策として、

- (1) 16年度より始まる医師臨床研修必修化に併せて研修医への安全意識の徹底を図るとともに、学術団体等が行う生涯教育に資する講習会の受講を促めるなどの医師、歯科医師の資質向上への取り組みを進め、医師、歯科医師としてのあるべき知識、技術、倫理の徹底を図る。
- (2) 刑事事件とならなかった医療過誤等にかかわらず、医師法等上の処分の強化を図るとともに、刑事上、民事上の理由を問わず、処分を受けた医師、歯科医師に対する再教育制度について検討する。
- (3) 産業医を十分に活用して医療機関職員に対する安全、衛生管理の徹底を図る。

「施設」に関する対策として、

- (1) 第三者機関による事故事例情報の収集、分析、提供のシステムの整備や、医療機能評価機構等の外部機関による評価の受番促進等を通して医療機関評価の充実に図る。
- (2) 手術室や集中治療室などのハイリスク施設、部署におけるリスクの要因の明確化を図り、安全カイトラインの作成を進める。
- (3) 手術の画像記録を患者に提供することによって、手術室の透明性の向上を図る。
- (4) 小児救急システムの一層の充実を図る。
- (5) 地域の中核となっている周産期医療施設のオープン病院化の研究を進める。
- (6) 病院設計における安全思想の導入の強化を図る。

医薬品・医療機器、情報等の「もの」に関する対策として、

- (1) 例えはがんなどのように治療に際して手術、化学療法、放射線療法や骨髄移植等の異なる治療法が出来る場合の、その選択に係るFBMを確立し、それらをカイトラインとしてまとめる
- (2) 二次元コードやICタグを使った医薬品の管理や名称・外観の類似性評価のためのデータベースの整備、抗がん剤等の特に慎重な取り扱いを要する薬剤の処方の際する条件を明確化することなどを通して薬剤等の使用に際する安全管理の徹底を図る
- (3) オータリンクシステムの活用や点検の集中管理、患者かバーコードリーダーを所持して薬や検査時に目視確認を行うなど、ITを活用した安全対策の推進を図る
- (4) 輸血医療を行う医療機関での責任医師及び輸血療法委員会の設置、特定機能病院等での輸血部門の設置により、輸血の管理強化を図る
- (5) 新しい技術を用いた安全面でも優れた治療技術の研究開発などを推進していく

厚生労働省としては、今後とも国民の信頼確保のため全力を傾けて参ります。医療関係者の皆様方の御理解と御協力を重ねてお願いいたします

平成15年12月24日
厚生労働大臣 坂口 力

(参考資料)

1 「人」を軸とした施策

1) 医師等の資質向上

【例】・国家試験における安全意識を踏まえた対応

臨床研修における安全意識の徹底（研修医用安全カイトの作成）

生涯教育に資する講習会の受講を奨励（届け出事項とすること及び医籍登録事項への追加を検討）

2) 刑事事件とならなかった医療過誤等にかかる医師等上の処分及び刑事上、民事上の理由を問わず処分された医師、歯科医師の再教育

【例】 医道審における審査の強化

再教育のあり方の研究・検討

3) 医療機関における安全、衛生管理の徹底—産業医制度の活用

【例】・産業医制度の活用（医療機関職員の安全、衛生管理等の労務管理の徹底）

2 「施設」を軸とした施策

1) 事故報告の収集、分析、提供システムの構築等

【例】・第三者機関による事故事例情報の収集、分析・提供システムの構築

医療機能評価機構等の受審促進等

- 2) ハイリスク施設・部署の安全カイトライン導入
 - 【例】 ハイリスク施設 部署の特定とリスク要因の明確化
 - ・カイトラインの策定
 - 3) 手術室における透明性の向上
 - 【例】 ヒテオ等による記録及び患者への提供のあり方の研究
 - 4) 小児救急システムの充実
 - 【例】 ・小児救急にかかると各システムの充実
 - 5) 周産期医療施設のオープン化
 - 【例】 モデル研究
 - 6) 病院設計における安全思想の導入
 - 【例】 ・カイトライン作成
- 3 「もの（医薬品・医療機器・情報等）」を軸とした施策
- 1) 治療法選択に係るFBMの確立及びカイトラインの作成支援
 - 【例】 ・白血病の抗癌剤治療－骨髄移植－臍帯血移植等
 - 2) 薬剤等の使用に際する安全管理の徹底
 - 【例】 ・医薬品における2次元コード 1シタクの利用
 - ・名称 外観データベースの整備
 - ・抗がん剤等の投与に際して特に慎重な取り扱いを要する薬剤の処方と際する条件の明確化
 - 3) ITの導入 活用
 - 【例】 ・治療安全のためのオータリンクシステム活用
 - ・ITによる点滴の集中管理
 - ・ITによる患者の参加による安全推進
 - 4) 輸血の管理強化
 - 【例】 輸血医療を行う医療機関での責任医師及び輸血療法委員会の設置
 - ・特定機能病院 臨床研修指定病院における責任医師、輸血部門等の設置
 - 5) 新しい技術を用いた医療安全の推進
 - 【例】 ・新規技術の研究

医療ミス事例



「脳性マヒ」「突然死」「心筋梗塞」「日本の医療」「医療事故情報センター」

リピーター医師

厚生労働省は2003年6/26日までに、医療ミスを繰り返す「リピーター医師」に対する行政処分申し立てを受け付けたり、具体的な処分方法を検討したするための「医師資質向上対策室」(仮称)を7/1付けて新設する方針を決めた。「リピーター医師」問題では医療事故被害者から対策を求める声が高く、同省は業務停止や免許取り消しの処分対象を「民事訴訟でミスが認められた場合」にも広げる方針を決めている。具体的な仕組みは今後、木村大(都立大学教授「刑法」や民法学者など)教人による研究班を設置し、2003年度中によとめる。

従来の行政処分は刑事事件で罰金以上が確定した医師らに限られていた。刑事事件にならないミスで医師を処分する場合、厚生省が注意義務違反を認定する調査・分析が必要となり、課題が多かった。対策室では今後、どの程度の処分が可能なかを検討する。対策室は民事課内に設置し、5人前後の職員で構成する。司職はすでに「被害者」団体から医師処分申し立ての受付を始めていた。リピーター医師を巡っては、三重県四日市市の教諭(さん)か、医療ミスを繰り返す医師を国が放置したために妻が重い障害を負ったとして、国や医療法人を提訴し、「リピーター医師をなくす会」を発足させている。

事例	起訴・判決	理由
割り箸が刺さって死亡	業務上過失致死罪で在宅起訴	東京都杉並区で1999年7月、保育園児(当時4歳)が転倒し、くわえていた綿飴の割り箸が口中に突き刺さり死亡した事故で、東京地検は2002年8/2、適切な治療を行う注意義務を怠って死亡させたとして、杏林大学医学部附属病院で診察した医師を在宅起訴した。 ★「業務」には、人の生命・身体の危険を防止することを義務内容とする業務も含まれる(最高裁判決昭和33年4月18日刑集12巻1090頁) ★過失の有無は、業務上要求される客観的な注意義務によって過失の有無が判断される。
添い寝で死亡	3000万円	「生後すぐに分娩台で母親と添い寝をさせた長男が急死したのは、医師らが監視を怠ったため」として、さいたま市内の夫婦が埼玉県戸田市の中島産婦人科医院に損害賠償を求めた訴訟は25日、さいたま地裁で、病院側が陳謝し3000万円を支払うことで和解した。 訴状によると、原告男性の妻は2000年5月に入院し、部分麻酔で陣痛を和らげる「無痛分娩」で長男を出産した。病院では出産後4時間、分娩台で母子を添い寝させるのが慣例で、担当の看護助手が長男を妻の脇に寝かせた。妻が約3時間後に目を覚ますと長男は死亡していた。当時、主治医の院長は分娩室を離れ、看護助手1人が約20人の入院患者の世話をしていたという。病院側は当初、「突然死」としていたが、和解条項では母親の体などで圧迫された窒息死の可能性を認めて謝罪した。新生児を数時間、母親と触れ合わせる方法は、「カンガルーケア」と呼ばれ、母子のきずなを強めるとして取り入れる病院が増えている。
植物状態	9600万円 で和解	東北大病院(仙台市)で耳の手術を受け、麻酔後に重い植物状態になった仙台市の元看護婦(31)とその両親が「容体急変は投薬ミスが原因」として、国と医師2人に約1億6300万円の損害賠償を求めた訴訟で15日、国が9600万円を支払うことで仙台高裁で和解が成立した。一審の仙台地裁は昨年4月、投薬ミスと認め、国と医師1人に計約1億1800万円の支払いを命じ、国側が控訴。和解では国側は投薬ミスを認めなかったが「問題となった薬物の作用について研究を深め、安全を期する取り組みに努力する」などとした。 一審判決によると、女性は1994年5月、東北大病院で聴神経腫瘍の摘出手術を受けた。医師は女性に麻酔をした後、血圧が低下しているのに、脈を少なくする薬を使用した。このため女性は心停止に近い状態に陥り、7分以上にわたり脳の酸素が不足、意識が無く、自発呼吸も出来ない状態が現在も続いている。 一審判決からの約2200万円の減額は、逸失利益のうち、病院での完全看護に伴う生活費の控除という。女性側の弁護士は「家族のストレスが限界にきているため、和解に応じた」としている。
抗ガン剤の	9900万円	ガン治療のため、別府中村病院に入院中に死亡した同市内の男

投与ミス	賠償命令	性(当時43歳)の遺族ら4人が、医師による抗ガン剤の投与ミスが原因として、病院を形成する医療法人恵愛会に約1億1600万円の損害賠償を求めた訴訟で、大分地裁は17日、男性は抗ガン剤の使用で容体が悪化し死亡したとして、恵愛側に約9900万円の支払いを命じる判決を言い得渡した。
脳性麻痺	1億円	脳性麻痺による重い障害が残ったのは、病院側が適切な措置を怠った結果だとして、大阪市に住む7歳男児と両親が奈良県新庄町の病院とその理事長を相手に慰謝料など計1億6000万円の損害賠償を求めた訴訟の判決が2003年4/23、大阪地裁堺支部であり、高田泰治裁判長は病院側に約1億600万円の支払いを命じた。 判決によると、男児は1995年10月、帝王切開による早産児として出生。直後から呼吸時に胸部組織が陥没するなどの新生児呼吸窮迫症候群(RDS)の症状があったにもかかわらず、新生児集中治療施設のある別の病院に搬送したのは約13時間後だった。人工呼吸管理で自発呼吸ができるようにはなったが、脳性麻痺を発症し、自力で歩けないなどの障害が残った。 判決理由で裁判長はRDSである可能性を十分に認識できており、速やかに高度医療機関に移すべき注意義務を怠った」と指摘した。
腹腔鏡手術で死亡	逮捕	東京慈恵会医大付属青戸病院(東京葛飾区)で2002年11月、前立腺ガンの摘出手術を受けた男性(当時60)が1ヶ月後に死亡する医療事故があり、菅視庁捜査1課と亀有署は2003年9/25、医師らによる止血ミスや輸血量の不足が原因と見て、執刀した男性医師3人を業務上過失致死の容疑で逮捕、青戸病院の院長室などを自宅捜査した。診療部長を含む3人も9/26、業務上過失致死容疑で書類送検する。 手術は厚生労働省が『高度先進医療』の対象に位置づけている『腹腔鏡手術』にもかかわらず、経験の浅い医師らだけで臨んでいた。家族への説明も十分でなかった上、同大の倫理委員会などの承認も得ていなかった。捜査一課はこうした行為が過失に当たると判断した。医療ミスで6人も医師が一度に刑事責任を問われるのは極めて異例だ。 逮捕されたのはいずれも泌尿器科医師の斑目旬(38)品川区上大崎2、長谷川太郎(34)練馬区田柄4、前田重孝(34)杉並区阿佐谷北3、の3被告。書類送検されるのは診療部長(52)と麻酔科に所属する女性医師(38)と男性医師(30)の3人。調べによると、斑目容疑者らは2002年11/8、前立腺ガンで入院していた千葉県の子のガン摘出のため腹腔鏡手術を実施。止血ミスや輸血用血液の不足から脳内の血液が足りなくなる低酸素脳症に陥らせ、12/8に死亡させたうたが。斑目容疑者らは腹腔鏡手術を安全に実施できるだけの知識や技術が無く、当日は業者を呼んで器具の使用法の説明を受けたり、手術法のマニュアルを身ながら執刀していたという。通常7～10時間が基準とされる手術だが、開腹手術に切り替えた時には約12時間を経過していた。 また、高度な手術の場合、慈恵医大の倫理委員会や同病院の先進医療部会の承認を得る内規があったにもかかわらず、診療部長の許可のみで執刀。男性や家族に開腹手術を選択できることや高度先進医療にあたる手術であることを説明していなかった。

<p><医療事故>「2回以上」医師が511人 免許に影響なし 毎日新聞ニュース速報 11/13</p>	<p>管理人の注釈</p>
<p>日本医師会の会員で、患者側から100万円を超える損害賠償を請求された医療事故を2回以上起こした医師が、95年までの20年余の間で511人に上ることが12日、分かった。5回以上繰り返した医師も16人含まれていたが、日本医師会は96年以降、「リピーター」と呼ばれるこうした医師に関する資料を明らかにしていない。ミスを重ねても刑事罰を受けない限り処分もなく、情報公開とともに医師免許制度の見直しや再教育などの対策が求められる。</p>	<p>全文を読んで はらわたが煮えくりかえる！ この表現以外適当な言葉がありません 関連する医道書の提言もお読み下さい！</p>
<p>日本医師会は、医療事故による賠償金の支払いに備えて73年、開業医らを対象に医師賠償責任保険制度を設け、約11万2000人の会員から年間5万5000円の保険料を徴収している。患者側から裁判以外も含めて100万円を超える高額な請求を受けると、医師会が事故の内容を検討し、医師側に責任があると判断するか裁判で敗訴・和解すれば、1億円を上限に保険金が支払われる。</p>	
<p>関係者によると、100万円を超える額が請求される事故は年間300件前後で推移し、産婦人科、内科、外科が多い。このうち73～95年の間に複数回、事故を起こした医師は、2回が391人▽3回82人▽4回22人▽5回以上16人——の計511人に上った。請求された中で実際に100万円を超える保険金が支払われるのは6割程度という。100万円以下の請求を含めればリピーターは大幅に増えると思われる。</p> <p>日本医師会の村瀬敏郎会長(故人)は95年、医師会内部でリピーターの人数を明らかにし、「こういう方にはご注意いただくと同時に会員同士で切磋琢磨(せっさたくま)して、なくす努力をしていただかなければならない」と指摘していた。</p>	<p>ほぼ毎日1件訴えられてるというのに、医師会としてのコメントがこれではどうにもならないことがわかりだろう。 医師会には事故をなくそうという気はさらさら無いのだ あるのは会員である医師を訴追の“被害”から救済することばかりです 少なくともリピーターは医師会から除名するくらいのはするべきだ。 人身事故を起こしたら免許取消や停止があるように、医師にも医師免許取消や停止を制度化したうえで、適格確認のための試験を義務づけなければいけない</p>
<p>医師の免許はいったん取得すれば、刑事事件で刑事罰が確定したり、診療報酬の不正請求で摘発されない限り、取り消しや一時停止の行政処分を受けることはない。民事訴訟でミスが認定されても処分対象にならない。</p> <p>医療に詳しい関係者からは、事故の増加を踏まえ▽医師免許の更新制度の導入や免許の一時停止など行政処分の強化▽研修を受けさせるシステム▽事故の再発防止に役立てるための事故情報の公開——などを求める声が高まっている。</p>	<p>診療報酬の不正請求など些末な問題かもしれない 医師の評価制度、医師免許の試験を伴う更新制度だけは是非実現したい そもそも医師免許を与えられたのが間違いという人間が医師になっていることがある。 試みに医大に数日通ってその会話を聞いてみてください。如何に多くの下劣な人間が医師を目指しているかがすぐにわかります。</p>
<p>日本医師会の山田統正常任理事は、96年以降の資料の公開について「毎年、事故を繰り返したケースも含め、保険の支払いの実態は把握しているが、諸般の事情により現時点では公表できない」と説明している。【医療問題取材班】</p> <p>医療ミスを繰り返す「リピーター」医師への「処方箋(せん)」はないのか。4件の事故を重ねた群馬県の産婦人科医院の院長(52)は毎日新聞の取材に「基本的な知識不足もあったが、一生懸命にやってきた」と釈明した。しかし、行政処分だけでなく、医師会からの注意さえなく、被害者の家族は「ミスの反省が全くない」と憤る。医師の資格を厳しく問う声が高まっている。</p>	<p>これからわかることは、いまの日本医師会がある限りまっとうな医療の体制は出来ないであろうということだ。 諸般の事情で公表出来ない！こんなことで済む問題だと考えている所に問題がある</p> <p>反省がないとは恐れ入る！猿以下だ 猿以下の人間が医師としてふん</p>

	<p>ぞり返っている(猿に失礼なのかもしれない) (この院長は男性のようなので)妻は、家族は何をしているのか?殺人鬼の夫あるいは父を放っておいて良心が痛まないのか?何も言わないことで実質的には共犯者になる!</p>
<p>【医療問題取材班】</p> <p>群馬県の院長は勤務医時代の87~88年、点滴にビタミン剤を入れず、妊婦(48)に「ウェルニッケ脳症」による重い脳障害を負わせた。「妻の意識が遠のいていくのに、医者は『大丈夫』と言うだけで何もしてくれなかった」。会社員の夫(51)は、転院先の大学病院の医師に「こうなるまで、どうして放っておいたのか」と怒鳴られた。</p> <p>妻は身体障害者2級の認定を受けた。わずかな回復の望みにかけ、県内外のリハビリ施設を転々とした。しかし、今も言葉が不自由で、車いすの生活は変わらない。「どうしても医者に謝ませなかった」。夫は91年、院長らを相手取り、訴訟を起こした。約9000万円の損害賠償が認められた。しかし、最後まで謝罪の言葉はなかった。</p>	
<p>夫は「あの事故を境に、家庭がばらばらになった」という。日々の介護と約5年に及んだ裁判に疲れ、仕事に打ち込むことで気を紛らわせた。中学生の娘は母のいない家庭に耐えきれず、帰宅が遅くなることも多かった。夫は「前の生活を返してほしい」と思い続けた。</p> <p>医師はその後も事故を繰り返した。夫は怒りを込めて言う。「ミスから何も学ばなかったのでしょうか」</p> <p>院長の起こした事故は、この点滴ミスのほか▽開業後の90年、帝王切開で出産した母親が退院後に心不全で死亡(見舞金100万円)▽92年、産後に母親への輸血が遅れ、死亡(裁判で約7000万円の賠償命令判決)▽99年、妊婦に適量を大きく超えた陣痛促進剤を投与するなどして男児が低酸素脳症の後遺症(係争中)——の3件に上る。</p>	<p>群馬県の産婦人科医院の院長! 誰か心当たりがあったらメールで名前を教えて欲しい! しっかりと取材をして公表してやりたい このような輩は実名を公表されない限り、新たな犯罪を平気ででかすのです。 そう、これは犯罪です。 更正する気はないし更正不可能、必要もない 殺人2件、重障害2件(勿論このような人間は他にも隠れた事件を尻山起こしてます) この院長は殺人者です そしてこんな人間を擁護する医師会構成員の医者も殺人幫助者なのです 見て見ぬ振りする医師も同罪だ</p>
<p>院長との主な一問一答は次の通り。</p> <p>——最初のミスは。</p> <p>院長 基本的な知識が足りなかった。ビタミンB不足でウェルニッケ脳症になる問題は(ミスの)2年前に静岡で初めて裁判になった。</p> <p>——その裁判の知識を勉強していれば。</p> <p>院長 その点は認めざるを得ない。</p> <p>——退院後に母親が死亡した90年のケースは。</p> <p>院長 ミスは認めていない。だが、関与がゼロとは言えないので(見舞金を)払った。</p> <p>——輸血が遅れて母親が死亡した92年のミスは。</p>	<p>コメントの必要はありません。 人間としての情感のかけらも無い人間が、院長という重要な役割を演じていることがわかります</p>