

Ⅱ-iv) 患者の立場から

永井 裕之

診療関連死の中立的要因分析と再発防止に関する研究 シンポジウム

— 医療事故における行政指導と再教育 — 厚生労働科研 高本班研究報告

Ⅱ 新しい制度構築のための具体的模索 iv) 患者の立場から

2013年 2月 23日

医療過誤被害者遺族

永井裕之

「医療の良心を守る市民の会」代表

「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」代表

「患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋」理事

1

1999.1.11 患者取り違え事故
2.11 点滴誤薬投与事故

あの時から15年

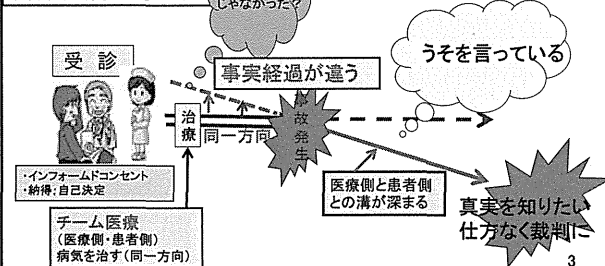
「当時から比べて変わりましたよ」

医療事故調査、
本当に変わったの？
公正中立性は？
透明性は？
医療事故から学んでるの？
医療事故は減ったの？

2

医療事故？ 事実経過の共有

患者が苦情を述べるのは、
医療側の説明・コミュニケーション不足、対応の悪さなど
改善すべき問題が多い



3

医療機関の医療事故対応

最大の問題は組織防衛に走る

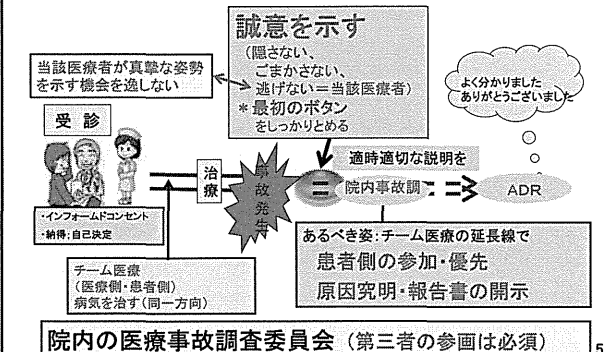
医療事故が発覚すると信頼が失墜するとの
思いが先行？

* 医療機関を守る院長、事務職、顧問弁護士

・隠す
・ごまかす
・逃げる (逃がす) → うそをつく、かばう
(本当のことを言わない)

4

望ましい医療事故対応 — うそをつかない医療 —



5

当該院内での事故調査 今日から~しかし...

医療事故 当該の医療機関

・手術・診療等内容開示 (ビデオ記録) ...
・電子カルテ・レセプト開示 ...
・解剖: 当該機関または第三者機関

航空機事故
でのボイス
レコーダー
なもの

被害者・遺族
● 密室性
● 隠蔽性
● 改ざん

疑義

● 目的: 「医療事故・過誤の原因究明・再発防止」
・まず当該院内での事故調査 (外部委員必須) を
しかし、透明性、公正性、そして自律性・自浄性
・同僚評価など課題が多い

日本医療安全調査機構

診療行為に関連した死亡の調査分析事業
(モデル事業): 国民とともに医療安全推進

新たな受付
被害者遺族からの
依頼

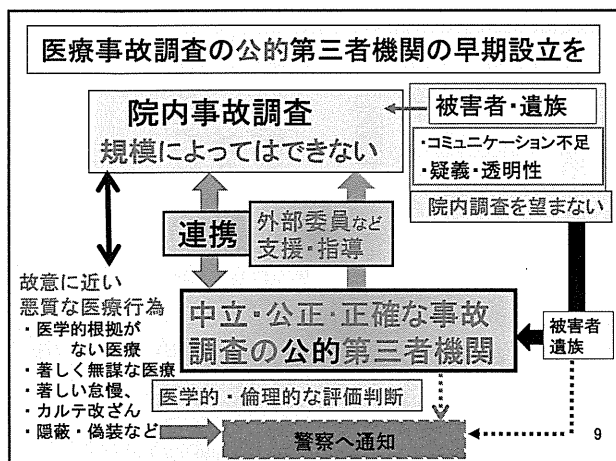
6

内部事故調の限界
* 東電、JR西日本 * 教育界(いじめ、自殺) * スポーツ界(指導/暴力) * 医療界だけは内部調査をしっかりとやる・・・(???)
院内での事故調査は相当甘い。原因究明の追求の仕方が、程度が軽いというか緻密でないというか、安易になりかける。 小さい院内病院では、毎日一緒にやっている人たちですからこれは絶対甘くなります。だから第三者機関が必要なのです。 大学病院 教授
* 消費者庁に消費者安全調査委員会が設置 ・「医療事故には第三者機関がなくていいのか、という議論がある」と投げかけ、第三者機関の必要性を強調した。 2012.11.23 医療の質・安全学会 樋口東大教授が提起 (医療維新 橋本佳子(m3.com編集長))

7

私たちが求める公的な医療版事故調査
1. 目的 医療事故の原因を究明して、再発防止を図り、医療事故にあった患者・家族への公正な対応を目的としたもの
2. 性格 公正中立性：中立な立場で、手続きと調査内容が公正であること 透明性：公正中立に調査が行われていることが外部からみて明らかなこと 専門性：事故分析の専門家によって、原因究明・再発防止を図ること 独立性：医療行政や行政処分・刑事処理などを行う部署から独立していること 実効性：医療安全体制づくりに、国が十分な予算措置を講じること

8



9

アメリカの医師会の倫理基準
医療過誤時の情報開示
● 医師には何があったのが、患者に理解できるように必要な事実をすべて告げる倫理義務が存在する ● 真実を告げた後に生じる法的問題の可能性が、医師の患者に対する正直さに影響してはならない

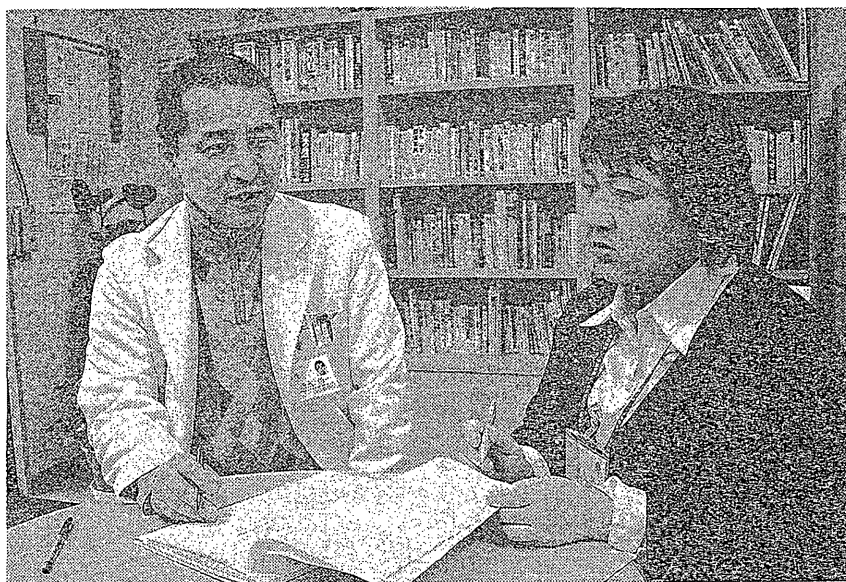
10

「医療事故調査」と「行政指導と再教育」
事故調査の目的：原因究明、再発防止(事故から学ぶ) ⇒医療の質・安全の向上
透明性・専門性・公正中立性を担保
行政指導：新たな審査会(医療者個人より組織・責任者) 再教育：倫理観・人間性、勿論専門力も(人材育成)
* 全員加入の新医師会組織の構築(懲戒処分機能を持つ) * 各医療機関での人材育成・研修機能の充実

11

医療事故から学び、事故を少なく
医療界の自浄性・透明性・同僚評価を高めるためにも、新たな皮袋(医療安全制度)が必要である ● 事故を報告：報告文化の定着・正直者が得をする仕組み ● まず、「うそをつかない医療(正直文化)」の実践 ● 医療に「安全文化」を育てる
医療の質・安全の向上のために不可欠な 医療事故調査の公的な第三者機関の早期設立！ 「医療安全制度を小さく産んで」 「国民(医療者・市民) みんなで育て上げねばならない」

12



「うそダメ」
「ミス謝罪」
「貫く」

身内意識から医師同士でかばい合う傾向が強い医療界で、過誤があれば患者側に立ち、真実と再発防止を求めて闘ってきた医師が大腸がんで亡くなった。新葛飾病院（東京都葛飾区）の清水陽一院長。六十二歳だった。病院には、慕っていた医療関係者や患者などからお悔やみの言葉が相次ぎ、近く「送る会」が開かれる。（鈴木伸幸）

(鈴木伸幸)

清水陽一・新葛飾病院長を悼む

「医療者にとって大切なのは、『 उसをつかない』『情報はすべて開示する』『過誤があれば謝罪する』という単純なこと」。初めて取材した二年前、清水さんは熱く語っていた。その時、既に病魔に襲われていた。抗がん剤の影響か、少しばかり薄くなった頭髮を短く刈り込んでいた。

生まれたい医療事故に関心を持ったのは医学生時代。母校の産婦人科で専攻があった。研修医一人だけが立ち会った出産で、母親が突然の出血。研修医は対応できず、母親は亡くなった。

「なぜ、研修医のバツクアッパがなかったんだ」。遺族と一緒に、大学に説明するようピラ

「どんなに注意しても 配ったことがある。」

医療事故は起こる。重要なのはどう対処し、再発防止につながるか。過失を犯した医療者も、謝る機会を失えば、心のしこ

二十五年前には、父親が医療事故に遭った。全身の筋肉が徐々に萎縮する難病で入院していた父

親の人工呼吸器の接続部

医療事故の再発防止に熱心だった清水院長(左)
 2009年、東京都葛飾区の新葛飾病院で

りが残る。何より医療の安全性を高めるための情報公開。それは医療者と患者の双方にプラス」

埼玉県の開業医の家に生まれた。医療事故に関心を持ったのは医学生時代。母校の産婦人科で事故があった。研修医一人だけが立ち会った出産で、母親が突然の出血。研修医は対応できず、母親は亡くなった。

「なぜ、研修医のバックアップがなかったんだ」。遺族と一緒に、大学に説明するようピラを配ったことがある。

二十五年前には、父親が医療事故に遭った。全身の筋肉が徐々に萎縮する難病で入院していた父親の人工呼吸器の接続部がはずれ、見つかったときには脳死状態。そのまま亡くなった。

医療事故防止へ真っすぐ

直後に看護師が呼吸器の管理ミスを認め、涙ながらに謝罪した。「率直に反省してくれた。今後気管に入れ、結果的に一つながる。これなら父親も浮かべれる」と気分は軽くなり、逆に看護師を信頼できた。単純だが実行が難しい「ミスがあれば認め、謝罪する」ということの大切さが身に染みたという。

「すぐに謝って丸く収

一九八〇年代からは、めようつとする医師と思われがちだが、ミスがなければ絶対に謝らない。言いた。九九年にベッド数百い掛かりからは、医師を徹底的に守る」

院長に就任後は、徹底した組織改革に乗り出した。二〇〇四年には、息子と云々（略）

情報公開徹底
裁判12年なし

患者団体で活動していた豊田郁子さん^(四)を、患者からの苦情や相談の窓口として雇った。

心臓カテーテル治療で知られる循環器内科の名医。その自信が裏打ちとなり、実践した「こそを

それでも事故は起こらない医療」。院長だ
る。医師が七十代男性を った十二年間、医療裁判
がんと診断したが「治療や証拠保全に至った事件
は無理」と判断し、告知はなかったという。いつ
をしなかった。その半年もニコニコと笑いが
後に男性は亡くなり、遺ら、真つすぐに生きた医
族が「なぜ告知しなかつ 師だった。

医療事故調査機関 早期設立キャンペーン

医療の中でおこる事故。
悲しむ人々が増え続けている。

医療事故の再発防止には
第三者機関による
調査、原因究明が必要です。

医療に安全文化を

患者の視点で医療安全を考える連絡協議会
連絡先 (FAX) : 047-380-9806



私たちが求める医療版事故調

私たちが求める医療版事故調（医療事故調査機関）は
次の目的と性格をそなえるものです。

1 目的

医療事故の原因を究明して、再発防止を図り、医療事故にあった患者・家族への
公正な対応を目的としたもの

2 性格

公正中立性：中立の立場で、手続と調査内容が公正であること

透明性：公正中立に調査が行われていることが外部からみて明らかなこと

専門性：事故分析の専門家によって、原因究明・再発防止を図ること

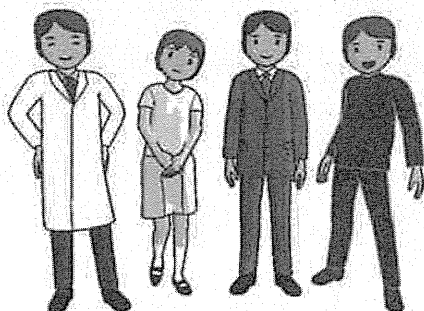
独立性：医療行政や行政処分・刑事処分などを行う部署から独立していること

実効性：医療安全体制づくりに、国が十分な予算措置を講じること

このような医療版事故調の早期設立を求めます。

医療事故調査が、目的に沿って実現されるように、

医療版事故調の具体的なあり方を考えていきましょう！



患者の視点で医療安全を考える連絡協議会

連絡先 (FAX)：047-380-9806

Ⅱ-Ⅴ) マスコミの立場から

前村 聡

Ⅱ. 新しい制度構築のための具体的模索 ～マスコミの立場から

日本経済新聞社 大阪本社社会部

前村 聡

akiramaemura@gmail.com

わずか8カ月の間に、手術で6人の患者を死に至らせた医師がいる。

北九州市の産業医科大学病院第2外科に勤務していた40代の元助教。東京の医大で医局長の経験もあるベテランの心臓外科医だ。1昨年8月の着任から同病院が手術中止を命じるまでに担当した手術は46例。死亡率は13.0%で、全国平均(6.1%)の2倍以上だ。

...(略)...ある関係者は「手術が雑で、動脈と一緒に静脈まで切ったこともある。彼が執刀する時は通常の3倍の輸血を用意していた」と明かす。

同医師は昨年8月、新潟県内の病院に転出。間もなく病院に行き先を告げずに辞めたが、医師免許は取り消されておらず、今もどこかでメスを握っている可能性はある。

2001年8月9日付日経新聞朝刊1面



都立広尾病院事件 (1999年2月11日発生)

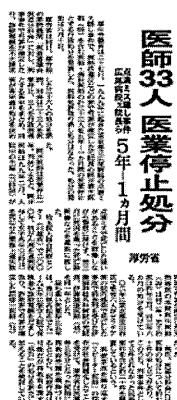
➢2004年4月、医師法21条違反などの刑事罰が最高裁で確定

➢2005年7月、厚労省が行政処分で医業停止1年を

➢事件発生から6年半

➢刑事司法に依存

2005年7月28日付日経新聞朝刊社会面



3

厚生労働省は23日、重大な医療事故などを起こして刑事事件となったケースについては、刑が確定する前でも行政処分をすることを決めた。

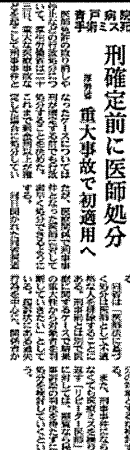
これまで罰金刑以上が確定した場合に処分していたが、医療関係で刑事事件となった医師に対して素早く処分できるようにする。

同日開かれた同省医道審議会医道分科会の検討結果を受けての判断。

同省は「医師法に基づく処分は医師として不適格な人を排除することにある。刑事罰とは別で医療に関するケースで結果の重大性から対象者を判断していきたい」としている。

起訴状にある過失行為を中心に、関係者から聞き取り調査を行うなど事実関係を特定するという。

2003年10月24日付日経新聞朝刊社会面



医療ミス 民事・示談でも医師処分
厚労省 刑事事件以外に拡大

厚生労働省は23日、医療ミスで刑事事件でなかった医師や医療機関に対して、行政処分（医業停止）を課す方針を明らかにした。これまで、医師法21条違反などの刑事罰が確定した場合にのみ行政処分を行っていたが、今回の方針では、民事訴訟で判決が出たり、示談で済んだケースでも、被害者らが同省医事課に申し立て、事実が確認できれば、審議会が処分を審議する。

医道審議会医道分科会が13日、「行政処分の考え方」の基準をまとめ、公表した。新たに行政処分の対象とするのは、刑事事件とならなかった医療過誤で、「医療を提供する体制や行為時点の医療水準などに照らして、明白な注意義務違反が認められる場合」とした。

民事訴訟で判決が出たり、示談で済んだケースでも被害者らが同省医事課に申し立て、事実が確認できれば、審議会が処分を審議する。

2002年12月14日付日経新聞朝刊社会面

富士見産婦人科病院事件

➢1980年、埼玉県警が当時の理事長を医師法違反(無資格診療)容疑で逮捕したのを契機に「健康なのに子宮や卵巣を摘出された」などと1000人以上が被害を訴え、「営利目的の乱診乱療」が社会問題化した事件

➢患者側は医師らを刑事告訴したが不起訴

➢民事訴訟で東京地裁は1999年、組織的な不法行為を認め、元理事長と妻の元院長、元勤務医らに総額約5億1000万円の損害賠償支払いを命じた。高裁を経て、2004年7月13日に最高裁で確定した。

➢被害者からの申し立てがあり、最高裁で確定したことを受け、厚労省が同月29日の医道審議会での処分を指示していた

2005年3月3日付
日経新聞朝刊社会面



1週間後に行政訴訟、4年余り診療継続

処分取り消し求め提訴 確定まで診療継続 富士見産婦人科元院長

2005/03/12 朝日新聞 夕刊 14ページ 551文字

「乱診乱療」を問われ、医師免許取り消し処分が決まった富士見産婦人科病院(埼玉県所沢市、87年破産)の北野千賀子元院長が、厚生労働省を相手取り、処分の取り消しを求める行政訴訟を東京地裁に起こし、執行停止を申し立てた。北野元院長は現在も所沢市内で産婦人科クリニックを運営しており、裁判所の判断が確定するまで診療を続けられることになる。

医師免許取り消し訴訟 富士見産婦人科元院長の敗訴確定 上告棄却／最高裁

2009/05/29 東京読売新聞 朝刊 31ページ 275文字

1970年代に不要な手術で患者の子宮などを摘出したとして、厚生労働省から医師免許を取り消された富士見産婦人科病院(埼玉県所沢市、閉鎖)の北野千賀子元院長が処分の取り消しを求めた訴訟で、最高裁第1小法廷(宮川光治裁判長)は28日、北野元院長の上告を棄却する決定をした。北野元院長の敗訴が確定した。

厚生省は2005年3月、「十分な検討を行わずに子宮や卵巣を摘出した」として医師免許を取り消した。北野元院長は「当時の医学水準からすればいずれも手術は必要だった」と主張したが、1審・東京地裁判決、2審・東京高裁判決は請求を棄却した。

医療事故を繰り返す「リピーター医師」などが社会問題化するなか、厚生労働省は8日までに、医療事故を起こした医師に対し、迅速な行政処分を下せるよう、処分の前提となる事実関係を調査する全国的な専門組織「医療事故調査委員会」(仮称)の創設に向けて本格検討に乗り出した。

富士見産婦人科病院事件で、厚生省は今年3月、元院長(79)の医師免許を取り消した。処分は民事判決に基づく初の判決だったが、事件が1980年に表面化してから25年が経過し、その間も元院長は別のクリニックで診療を続行。同省は「処分が遅すぎる」「医師に甘すぎる」と批判された。

月内に専門家による検討会を設置、年内に最終的な意見を取りまとめ、来年の通常国会で医師法などの改正を目指す。

「国土交通省の航空・鉄道事故調査委員会の医療事故バージョンが目標」(厚生省関係者)の意見も浮上している。

2005年6月8日付日経新聞夕刊社会面

医療版「事故調」を検討

厚生省、月内に専門家会
行政処分 迅速化狙う

医療事故の調査・検討に当たる「医療版事故調査委員会」(仮称)の設置が、厚生労働省で検討されている。同省は8日、関係省庁と連携して、医療事故の調査・検討に当たる専門組織の設置を検討する。同省は、医療事故の調査・検討に当たる専門組織の設置を検討する。同省は、医療事故の調査・検討に当たる専門組織の設置を検討する。

医師行政処分 「戒告」を追加
厚生労働省は、医師の行政処分を厳格化する方針で、戒告を追加する。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。

2005年6月8日付日経新聞朝刊社会面

厚生省は、医師法と歯科医師法を改正。刑事事件に至らない医療ミスは、医師の経歴に残らない行政指導で対応してきたが、今後は医療停止にはならないものの、戒告の対象とする見込みだ。医療停止期間はこれまでの最長5年から3年に短縮し、それを超えるケースはすべて免許取り消しとするなど、全体として厳しく対応する。

処分には調査が必要のため、行政の権限も強化。医師に対する事情聴取や医療機関への立ち入り調査などを強制的にできるようにするほか、調査を拒む医師には50万円以下の罰金を科す。全国の厚生局・支局に、医師免許を持つ調査専門の職員も配置する予定だ。

一方で、厚生省は処分を受けた医師に再教育の研修を義務づける。医師のあるべき姿や医療制度などについて学ぶ「倫理研修」、ミスを犯した医療行為について医療機関で再学習する「技術研修」などを想定。なぜミスしたかを本人に考えさせて研修計画を提出させることも検討している。

厚生省は4月からホームページ上で医師の名前などを公表するのに合わせて、行政処分の内容も掲載する。研修が終われば処分歴は削除される。(2007/03/05 朝日新聞 夕刊 3ページより)

2005年11月3日付日経新聞朝刊社会面

医療ミス厳格処分
戒告新設 軽微でも対象
医師の行政処分を厳格化する方針で、戒告を追加する。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。

「民事訴訟で4件の医療ミスを認めた」として遺族などが医師免許の取り消しを求めていた医師(71)に、厚生労働省は先月29日、刑事罰が確定した1件のみを対象に最も軽い戒告の行政処分とした。刑事事件にならなかった医療ミスも処分できるように2007年に同省の権限を強化したにも関わらず、刑事罰を追究するだけの同省の不十分な行政処分が続く。

処分を求めていたのは「リピーター医師をなくす会」。代表の伊藤永真さん(45)の妻(当時30)は帝王切開手術を受け、麻酔薬の投与ミスで死亡。医師は06年に業務上過失致死罪で罰金50万円が確定した。

この医師は伊藤さんの例を含めて3年余りで4件の医療ミスを起こしたことを認めて民事訴訟で和解。だが今回の行政処分は刑事罰が確定した伊藤さんの1件のみが対象。伊藤さんは「4件目の医療ミスだった妻のケースからすでに約10年。医師は今も診療を続けている。免許を取り消すべきだ」と憤る。

同省は07年4月から調査権限を強化したが、これまでに処分できたのは3件の医療ミスで計6人だ。

2011年10月2日付日経新聞夕刊社会面

医療ミスの行政処分

厚生省、刑事罰追認をめぐり
医師の行政処分を厳格化する方針で、戒告を追加する。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。戒告は、医師の行政処分の中で最も軽い処分である。

次の医道審議会で.....

- 厚生労働省は5日、医道審議会の答申を受け、刑事事件で有罪が確定するなどした医師と歯科医師計38人の行政処分を発表した。
免許の取り消しは6人、1カ月～3年の業務停止は30人、戒告は2人。処分の発効は19日。

患者の病名を偽り診療報酬を不正請求したとして詐欺罪で有罪になった旧厚生省医療指導監査官、〇〇〇〇医師(61)＝横浜市＝や.....略.....は免許取り消しとした。

産婦人科医院での2件の医療事故を巡り、患者の家族が事故を繰り返す「リピーター医師」として処分を申し立てていた★★★医師(71)＝三重県菟野町＝は戒告とした。★★医師は別の医療事故でも業務上過失致死罪で罰金50万円の略式命令を受け、昨年9月に厚生省から戒告処分を受けている。

同省は診療報酬の不正請求について、従来は不正額に応じて処分していたが、額に関わらず「医療停止3カ月」など一定の処分内容とする方針に改めた。

2012年3月5日付 毎日新聞夕刊社会面(抜粋)

刑事処分と行政処分

- 医療過誤における刑事責任の追及と医療安全対策とは、その目的を異にしており、完全に重なり合うわけではない
- 行政処分自体が基本的に刑事処罰に連動しており、現状では、行政処分が医療事故防止の観点から積極的な機能を果たしているとは評価できない状況にある。したがって、このような行政処分の実態を前提にして、刑事処罰の必要性を否定することができないことは明らか
- 本来、行政処分は、医師免許を付与する行政当局の責任において行うべき事柄であり、極めて限定された範囲で行われるにすぎない刑事処罰に依存していたこれまでの行政処分のあり方自体に問題があり、今後、全面的な見直しを検討すべきではないか

飯田英男弁護士(元福岡高検検事長)「刑事医療過誤Ⅱ」(2006年)

「何でこんな研修を受けなきゃいけないんだ！」
2007年10月、埼玉県和光市の研究機関の講堂に怒号が響いた。

大声を出したのは医業停止や戒告などの行政処分を受けた医師。「問題医師」を再教育するため厚生労働省が初めて開いた研修会で、研修を拒む一部の出席者が荒れた。

参加した約70人の処分理由は様々。だが2日間で倫理や安全など6項目を学ぶ研修メニューは、医療事故でも粗暴犯でも医療費不正請求でも同じ。医療事故で処分を受けた若手の男性医師は「一緒にくたにされることに違和感を覚えた」

「問題医師」研修を担当した北海道大教授の間沢政次(61)は「医師の質向上という社会の期待に応えていない」と日本の研修の効果に疑問を投げかける。

2008年10月25日付日経新聞朝刊1面



医療水準の分布 (東京医大外部調査委員会報告書)

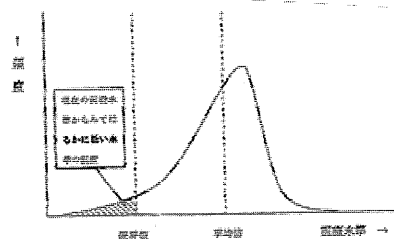


図1、医療水準の分布

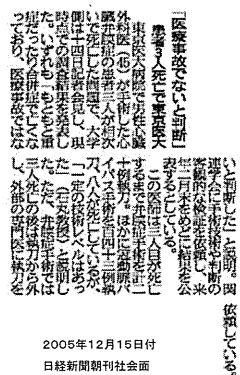
「平均値より下だが、限界値を超えた医療ミスかの判断できない」



2006年3月31日付
日経新聞朝刊社会面



2006年4月2日付
日経新聞朝刊社会面

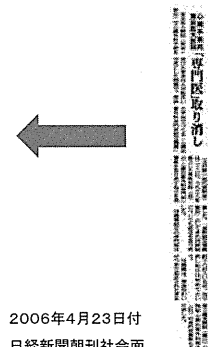


2005年12月15日付
日経新聞朝刊社会面

学会の自律性(処分と再教育)



2008年4月16日付
日経新聞朝刊社会面



2006年4月23日付
日経新聞朝刊社会面

医師の教育制度にも変化の兆しがある。

2004～2004年に心臓手術で患者3人が死亡し、関連学会でつくる心臓血管外科専門医認定機構から専門医の認定を取り消された東京医大病院の40代の医師が08年4月、「再認定」を受けた。約40年に及ぶ日本の専門医史上初だった。

1～2年目の新米医師と同等の待遇で復職。不得意だった高度な「弁膜症」手術の経験も重ね、100例以上の症例を積んだ末の再認定だった。

研修を担当した東京大教授、高本直一(61)は「事故を起こした医師を廃業させることは社会にとっても損失。いかに現場に戻すが重要」と話す。

医療事故で長男が障害を負い、死亡した愛知県春日井市の稲垣克巳(79)は願う。「産後を繰り返さないためにも、国、学会、医師会、大学などが知恵を出し合い、教育の仕組みを整備して欲しい」

2008年10月25日付日経新聞社会面

人気病院でも薄い体制

「妊婦死亡」の教訓生かせ

産科医療補償制度を運営する日本医療機能評価機構が、新生児の蘇生方法などに問題があったとして、制度に加入する診療所に初めて改善要請したことが分かった。この診療所は続けて2件の補償を申請しており、同機構は「問題が繰り返される恐れがある」として、半年後をめどに改善内容を報告するよう文書で求めた。

改善申請を受けた診療所は1例目の申請をした数カ月後に2例目を申請した。原因分析で、胎児の心拍数を確認する分娩監視装置の使い方や新生児の蘇生方法などに共通の問題があったことが判明。

年間約100万人の新生児のうち、重い脳性まひで補償対象となるのは440人と推計。1日3件の分娩を扱う医療機関でも補償申請は2年に1人程度の計算。これまでに同じ医療機関から2件の申請があったのは、この診療所だけだった。

2011年7月7日付日経新聞夕刊社会面

診療所に改善要請

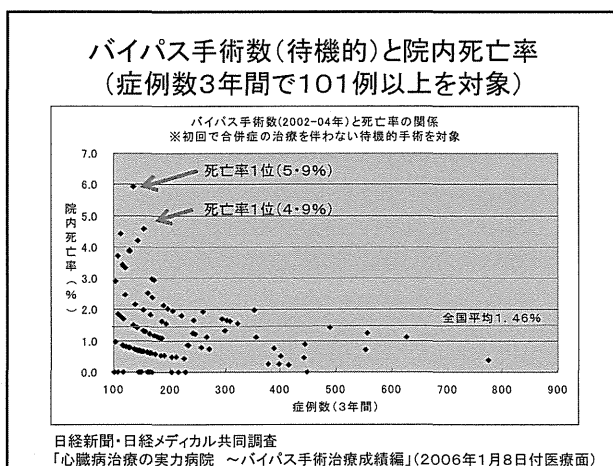
新生児の蘇生方法など、評価機構「蘇生法など問題」

産科医療補償制度を運営する日本医療機能評価機構が、新生児の蘇生方法などに問題があったとして、制度に加入する診療所に初めて改善要請したことが分かった。この診療所は続けて2件の補償を申請しており、同機構は「問題が繰り返される恐れがある」として、半年後をめどに改善内容を報告するよう文書で求めた。

改善申請を受けた診療所は1例目の申請をした数カ月後に2例目を申請した。原因分析で、胎児の心拍数を確認する分娩監視装置の使い方や新生児の蘇生方法などに共通の問題があったことが判明。

年間約100万人の新生児のうち、重い脳性まひで補償対象となるのは440人と推計。1日3件の分娩を扱う医療機関でも補償申請は2年に1人程度の計算。これまでに同じ医療機関から2件の申請があったのは、この診療所だけだった。

2011年7月7日付日経新聞夕刊社会面



死亡率上位の病院の実状

死亡率1位
中国・四国地方のA病院
3年間で待機的手術135例 死亡8人(5.9%)
うち透析患者24例 死亡5人(20.8%)

死亡率2位
関東地方のB病院
3年間で待機的手術153例 死亡7人(4.9%)
うち透析患者19例 死亡5人(26.3%)

問題はこの実態を当事者が把握していないこと！
→取材で指摘、「手術前に主治医にコンサルする...」
＝個別事例＋全体の位置づけの視点

まとめ

- 「医療ミスに対する行政処分は国家権力の医療現場への介入」という考えもあるが、医師免許は国家資格であり、免許の基準に達しない医師への処分(取り消し、停止、戒告)は当然の国家権力の行使
- 弁護士も国家資格だが、弁護士法56条に基づき、日弁連の会則に違反するなど「品位を失うべき非行」があった場合、弁護士の身分を失う懲戒処分も可能。処分履歴も「弁護士情報検索」で誰でも把握できるなど、自律的な体制を築いている

まとめ

- 医療界でも、海外では英国のように深刻な医療不信などをきっかけに医療界が自律的な処分体制を築いている国もある
- 日本では強制加入の組織がないため、行政処分が最大の強制力になっているのが現状
- だが、強制力という限界はあるものの、学会が中心となって自律的な処分と再教育の体制を築けば、行政処分の必要性は少なくなる

新しい制度構築に求められること

1. 原因究明に向けた体制の整備

- 事実確定なく、処分できず
- 現状(治療成績など)把握、共有化
- 内部調査は限界あり→外部調査もできる体制

2. 「再教育」の目的の明確化

- 過失→エラーの原因(システム&チーム&個人)から再発防止を学ぶ
- 技術不足→専門学会による技術研修による質向上、など

Ⅱ-vi) 厚生労働省の立場から

宮本 哲也

我が国の医療安全施策の動向

診療関連死の中立的原因分析と再発防止に関する研究シンポジウム
平成25年2月23日

厚生労働省医政局
総務課医療安全推進室

宮本 哲也

1

「医療安全」のきっかけとなった医療事故

➢ 1999年(平成11年1月)

横浜市立大学附属病院において 患者を取り違え、入院目的と異なる手術が施行される事故が発生、社会問題化

➢ 1999年(平成11年2月)

都立広尾病院で 血管内に消毒薬を誤注入

➢ 2000年(平成12年2月)

京大病院で 人工呼吸器の加湿器へのエタノール誤注入

➢ 2000年(平成12年4月)

東海大病院での 静脈内への内服薬誤注入事故

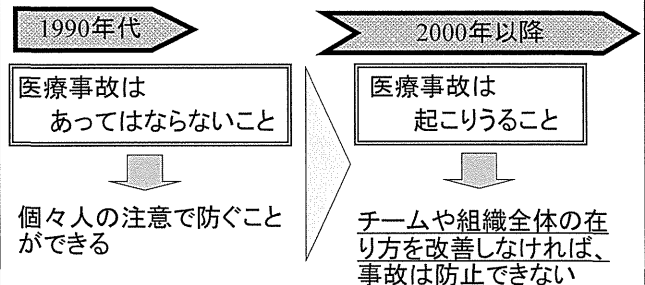
2

To Err is Human 「人は誰でも間違える」 1999 Institute of Medicine

- 「人は誰でも間違える」ことを前提に、間違っても(事故をおこしても)障害に至らないようにするにはどうすればよいかを提言
- 「重要なことは、個人を攻撃して起こってしまった誤りをとやかくいうのではなく、安全を確保できる方向にシステムを設計し直し、将来のエラーを減らすように専心することである。」

3

医療事故の見方



4

国の医療安全施策の経緯

- 2001年(平成13年)
厚生労働省に医療安全推進室が設置、医療安全対策検討会議を開催
- 2002年(平成14年)4月
医療安全対策検討会議により、「医療安全推進総合対策」報告書が取りまとめられ、日本の医療安全対策の基本的な考えが示された。
- 2002年(平成14年)10月
病院、有床診療所に、医療安全管理体制の整備を義務付け
- 2003年(平成15年)4月
特定機能病院、臨床研修病院に、医療安全管理者の配置等を義務付け
- 2006年(平成18年)6月
医療法において、無床診療所および助産所についても、医療安全管理体制の整備を義務付け(平成19年4月施行)

5

医療安全の確保(医療法)(平成18年改正)

～基本的考え方～

- ◎ 医療法において医療安全の確保にかかる医療機関の管理者の義務を規定することにより医療安全の確保という施策の方向を明示
- ◎ 都道府県等が設置する医療安全支援センターについて医療法に位置付け(都道府県等:都道府県、保健所を設置する市又は特別区)

【改正前】

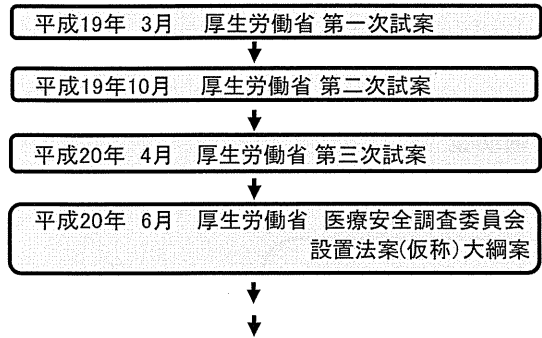
- 医療法施行規則において、病院、有床診療所の管理者に対して安全管理体制の整備が義務付けられていた。
- 医療安全支援センターについて法律上の位置付けがなく、機能が明確でなかった。

【改正内容】

- ★医療安全の確保に関する法律上の規定を新設
- ★具体的には、病院、有床診療所に加え、無床診療所及び助産所の管理者に対して、医療の安全を確保するための措置を義務付ける。厚生労働省令において、以下のことが定められた。
 - 安全管理体制(院内感染制御体制、医薬品・医療機器の安全管理体制等を含む)の充実・強化
- ★医療安全支援センターを医療法に位置付けた。
 - 都道府県等は医療安全支援センターを設置するよう努める。
 - 都道府県等は、医療安全支援センターの名称及び所在地を公示しなければならない。

6

医療事故の調査制度の創設に向けた動向



医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会

1. 趣旨
「医療の質の向上に資する無過失補償制度等のあり方に関する検討会」の検討課題の一つである医療事故の原因究明及び再発防止の仕組み等のあり方について幅広く検討を行う。
2. 検討課題
 - 1) 医療事故に係る調査の仕組みのあり方
 - 2) 再発防止のための仕組みのあり方
 - 3) その他
3. 構成員 関係団体の代表者及び有識者ほか
4. 開催経緯

第1回	平成24年2月15日	第6回	平成24年8月30日
第2回	平成24年3月29日	第7回	平成24年9月28日
第3回	平成24年4月27日	第8回	平成24年10月26日
第4回	平成24年6月14日	第9回	平成24年12月14日
第5回	平成24年7月26日	第10回	平成25年2月7日

厚生労働科学研究費補助金
地域医療基盤開発推進研究

研究代表者 高本眞一（三井記念病院）
研究分担者 木村哲（東京逋信病院）
研究分担者 山口徹（虎の門病院）

診療関連死の中立的原因分析と
再発防止に関する研究
平成 24 年度 総括研究報告書

平成 25 年 3 月発行

発行 厚生労働科学研究地域医療基盤開発研究事業事務局
〒101-8643
東京都千代田区神田和泉町一番地 三井記念病院内
電話 03-3862-9111（代表）
FAX 03-3862-9233

印刷 キンコーズ・ジャパン（株）

@2013 Printed in Japan

