

令和元年度厚生労働科学研究費補助金  
(地域医療基盤開発推進研究事業)  
分担研究報告書

医療安全に関する仮設問題

研究分担者 樋口 範雄 (武蔵野大学法学部 特任教授)

研究要旨

本報告は、医療事故後の対応をめぐる仮設事例である。医療事故後の報告や調査の在り方について、よくある誤解を想定しながら、あるべき対応について仮設事例を用いることによって、簡潔に解説する。制度開始後 4 年を経た医療事故調査制度においても、医療界には事故後の対応の在り方について依然として誤解がある。事例を用いて概説するだけでなく、あるべき事故後の対応の在り方を示唆する。

A. 研究目的

本報告は、医療事故後の対応をめぐる仮設事例である。医療事故後の報告や調査の在り方について、よくある誤解を想定しながら、あるべき対応について仮設事例を用いることによって、簡潔に解説する。制度開始後 4 年を経た医療事故調査制度においても、医療界には事故後の対応の在り方について依然として誤解がある。事例を用いて概説するだけでなく、あるべき事故後の対応の在り方を示唆する。

B. 研究方法

(倫理面への配慮)

基本的には公知の情報を扱っているため、倫理面での問題は生じないと考えられる。しかし、研究過程で偶然に得た個人情報等については、報告書その他の公表において個人を特定できないようにし守秘を尽す。

C. 研究結果

末尾(資料)参照。

D. 検討

末尾(資料)参照。

E. 結論

末尾(資料)参照。

F. 研究発表

後掲の研究成果の刊行に関する一覧表を参照

G. 知的所有権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得 特になし
2. 実用新案登録 特になし
3. その他 特になし

〈資料〉

【医療安全に関する仮設問題】樋口範雄  
【2019年4月4日のニュースから作成】

68歳男性。2017年11月、大阪のA病院に肺炎のため入院し、栄養補給のために大腿部の静脈からカテーテルが挿入された。2018年2月に転院先のB病院で長さおよそ1メートルのワイヤーが静脈内に留置されていることが発見され、ワイヤーとカテーテルが抜去されたが、その際に死亡した。警察が業務上過失致死の疑いで詳しい経緯を調べているが、司法解剖の結果、心臓周囲に出血が見られ、ワイヤーの先端が心臓壁を突き破っていたことが考えられた。

男性は、亡くなる3か月前の2017年11月にA病院で血管にカテーテルを挿入する手術を受けており、ワイヤーはカテーテルを誘導する際に使われたものであった。

○B病院が会見「捜査に全面的に協力」

「病院として申し訳なく思っている」と謝罪した。会見にはカテーテルを抜く処置を行った医師も同席し、「カテーテルがうまく抜けなかったため、不審に思って胸部のX線検査を確認するとワイヤーが入っているのが分かった」と説明した。

その上で、「ワイヤーが入ったままの状態では不整脈や感染症の恐れがあり、見つけた段階で抜くのは当然で、適切な処置だったが、私が行った処置の結果、何らかの原因で患者が死亡したので、警察の捜査に全面的に協力したい」と述べた。

○A病院「私たちに非がある」

「体内にワイヤーを残してしまったことは間違いなく、私たちに非がある。本人を含めご家族には大変申し訳ないと思っており、今後は、警察の捜査に協力して結果を待ちたい」とコメントしている。

この事例について、事件発生の後、A・B病院はどのような対応をすべきだったか。また、今後はどのような対応をとるべきか。以下のうち、2020年現在において、不適切だと思われる回答はどれか。

- a. 死亡の原因となった可能性のあるA病院から、医療事故調査届け出を行うとともに、院内調査を実施すべきである。
- b. B病院が警察に届け出たこと自体は、医師法上の義務を履行したものでやむを得ない。
- c. 本件の原因を究明するには、A・B両病院の協力が必要である。警察の捜査の結果を待ちたいとするのは、どちらの病院としても問題である。
- d. 司法解剖の結果を利用して、原因究明のための院内調査を急ぐべきである。
- e. 原因究明を最優先するために、院内調査の結果は、軽々に警察に提出すべきではない。

適切でないものはb

2014年の医療法改正により、2015年10月以降、医療安全調査制度が発足した。医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげようとする制度である。下記の厚生労働省のウェブページを参照されたい。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061201.html>

そこでは、複数の病院にまたがる医療事故の場合、原則として当該死亡の要因となった医療を提供した医療機関から報告していただくことになる、とされている。したがって、aは適切である。

c については、本件の原因究明を図るのは医療機関の責務であり、警察による究明は、本件について刑事法上可罰性があるかという視点での捜査であって、決して、医療事故から学んで再発防止を図ることが主目的ではない。したがって、警察の捜査結果を待つという問題ではないと指摘するcは適切な言明である。

dも言明として適切であるが、現実には、警察において司法解剖がなされた場合、それが当該病院や第三者機関のセンター調査に利用できない場合が多い。この点もまた、医療安全の推進のためには、むしろ警察への届け出から司法解剖へつなぐ道が必ずしも適切でない理由となる。

eは、院内調査を迅速かつ円滑に進めるためには、本件事故の関係者が、後の刑事訴追を恐れることなく調査に協力することが必要であり、その意味で適切である。

bを適切でないとするのは、医師法21条の異状死届出義務からすると大胆な言明だとも考えられるが、実際に、医師法21条による届け出は極めて少なく、医療過誤が刑事訴追される数も極小になっている現状では、B病院の判断に疑問が残る。むしろA病院と協力して、原因を速やかに究明し遺族に説明すること、さらに効果的な再発防止策を打ち出すことが、医療者として重要だと考えられる。