

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
2030年までの Universal Health Coverage 達成に向けた
アジア各国の進捗状況と課題に関する研究
令和4年度 分担研究年度終了報告書

途上国における UHC の要素である医療の質・安全の現状
- 1次医療を中心に

研究分担者 種田憲一郎 (国立保健医療科学院)
研究協力者 堀井 聡子 (株式会社フジタプランニング)
宮本 勝行 (株式会社フジタプランニング)
竹形 みずき (株式会社フジタプランニング)
Ishdorj Enkhtsolmon
Nansalmaa Bazarragchaa

研究要旨

【目的】提供される医療の質・患者安全が担保されていることは、真の UHC を達成するための必須の要素である。医療事故のほとんどはシステムの課題であり、患者安全の状況を知ることは、医療機関及び国全体の医療システム・医療の提供体制の課題を知る端緒となる。そこで本分担研究では、途上国における患者安全に関わる関係法令等、計画・対策、評価方法・指標、とくに1次医療レベルにおける医療事故の実例について、情報収集することを目的とする。

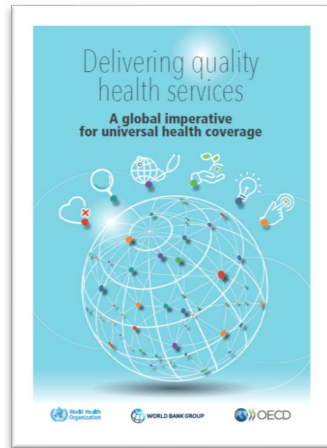
【方法】情報収集の協力が得られた4か国(ベトナム、フィジー、ジンバブエ、モンゴル)を対象に、インターネットや紙媒体(行政機関からの発行資料等)、文献(新聞記事等を含む)等オープンアクセスの情報源を中心に調査を行った。

【結果】患者安全または医療の質向上に関わる取組みは、4か国の全ての国々で、何らかの活動が行われていた。一方で医療の質や安全に関する法規制や国家政策については3か国(75%)、評価方法・指標の有無については1か国(25%)、具体的な医療事故(疑い含む)の事例共有については2か国(50%)で行われていた。

【結論】限られた方法による情報収集ではあるが、調査対象とした4か国の全ての国において、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取組みが行われており、このことは医療の質・患者安全の課題が少なくとも認識されていることが示唆された。一方で、ほとんどの国々で医療事故の具体的な事例が公開されていない、医療に関わる訴訟や苦情の数などが把握されていないことは、患者安全の課題を把握することの難しさも示唆されている。継続した情報収集によって、各国の患者安全への取り組みの状況を把握し、医療システムの課題について検討する端緒とし、日本の取組み・経験から貢献し得ることについて理解を深めることが必要である。

A. 研究目的

「持続可能な開発目標 (SDGs)」では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) 「全ての人々が基礎的保健医療サービスを必要な時に経済的不安なく受けられる」状況を目指し、「基礎的保健医療サービス (母子保健, 感染症, 生活習慣病, 人材・病床) の提供」と、「家計の支出 (所得) に占める壊滅的な健康関連支出 (家計の25%以上の支出)」でモニタリングされている。WHO 西太平洋事務局 (WPRO) 加盟国では、2/3 以上の国々で「基礎的保健医療サービスの提供」を表す UHC スコアが 80 未満であり、国により分野ごとの進捗状況も異なる。また、WHO では UHC を以下のように定義している：“Universal coverage (UC), or universal health coverage (UHC), is defined as ensuring that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship.”そして、“QUALITY AS A FUNDAMENTAL FEATURE OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE” (図) としている。即ち、提供される医療の質 (患者安全を含む) が担保されていることは、真の UHC を達成するための必須の要素である。患者安全が担保され



ていなければ、危険な医療を提供されることとなり、患者を傷つける、死に至らしめることとなる。その患者安全が担保されていれば避けられたはずの死亡の割合は、入院患者においては平均で約 1 割、途上国においてはさらに高い割合であるとも指摘されている (<https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-facts-on-patient-safety>)。本研究では、2030 年までにアジア地域の UHC 達成に向けて、基礎的医療保健サービスの提供体制や、国民皆保険に関連した保健財政の課題や改善策、および日本からの提案の可能性を検討し、日本が主催する保健関連の国際会議の議題案やその際に活用可能な情報を提示する。

このとき患者安全のほとんどの原因は、そこに直接関わった個々人の医療者の問題ではなく、ほとんどがその医療・保健サービスが提供されるシステムの課題であることを考慮する。即ち、患者安全の状況を知ること、医療機関及び国全体の医療システム・医療の提供体制の課題を知る端緒となる。また医療の質・患者安全の取り組みに貢献し得る取り組みとして、日本から海外に発信し貢献し得る 5S (整理、せいとん、清掃、清潔、しつけ)、KAIZEN (カイゼン)

5S-KAIZEN-TQM

- a philosophy and a way of organizing and managing the workspace and work flow with the intent to improve efficiency by eliminating waste, improving flow and reducing process unreasonableness.

1. 整理 Seiri Sort
2. せいとん Seiton Set
3. 清掃 Seiso Shine
4. 清潔 Seiketsu Standardize
5. しつけ Sitsuke Sustain

<https://www.jica.go.jp/activities/issues/health/5S-KAIZEN-TQM-02/about.html>

などの取り組みがある (図)。

そこで、本分担研究では、コロナ禍でも調査可能な途上国において、とくに1次医療レベルにおける患者安全に関わる取組み・医療事故の事例について、情報収集することを目的とする。

B. 研究方法

【調査方法と調査項目】

インターネットや紙媒体（行政機関からの発行資料等）、文献（新聞記事等を含む）等オープンアクセスの情報源を中心に調査を行う：

- (1) 医療の質や安全に関する法規制や国家政策について
- (2) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける計画や対策の状況について
- (3) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける評価方法・指標の有無について（「有り」の場合は医療関係訴訟の数や医療に関わる苦情の数等）
- (4) 具体的な医療事故（疑い含む）の事例について

【対象国】

以下の4か国の状況について調査を行う：

- ① ベトナム社会主義共和国
- ② フィジー国
- ③ ジンバブエ共和国

④ モンゴル国

<倫理的配慮>

ほとんどの情報収集はインターネット上で公開されている情報であり、様々なネットワークを介して得られた情報については、個人が特定されないような形で情報収集を行う。とくに海外での情報であるため、個人を特定すること不可能な形で、個人情報保護されている。

C. 研究結果（参照：表、別添資料）

- 関係法令等
 - －4か国のうち3か国（75%）において関係する法令がみられた。
- 計画・対策
 - －4か国全て（100%）において何らかの活動が行われていた。
- 評価方法・指標
 - －4か国のうち1か国（25%）のみで取組みがみられた。
- 1次医療レベルでの医療事故の実例
 - －4か国のうち2か国（50%）において事例について情報収集できた。

国名	調査項目	関係法令等	計画・対策	評価方法・指標	1次医療レベルにおける医療事故の実例
①	ベトナム社会主義共和国	×	△	×	×
②	フィジー国	○	○	×	○（1件のみ）
③	ジンバブエ共和国	△	△	×	×
④	モンゴル国	○	○	○	○

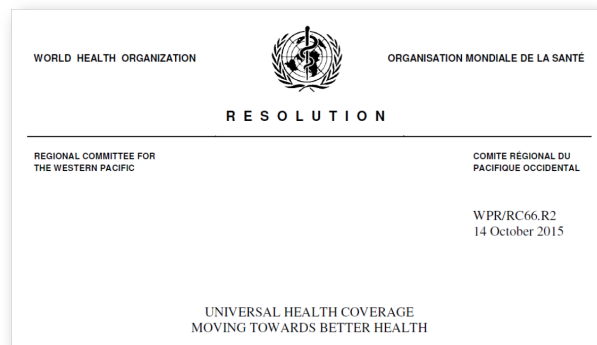
D. 考察

一部の国々においては1次医療における患者安全に関する法令等の有無が不明瞭であるが、調査対象の全ての国々において、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取組みが行われていた。このことは医療の質・患者安全の課題が少なくとも認識されていることが示唆される。一方で患者安全の取組みに関する評価方法・指標はモンゴル以外の国々では見つけられなかった。また、1次医療レベルにおける医療事故も皆無ではないはずであるが、ほとんどの国々で報告が見つけられなかった。

医療事故のほとんどは、事故に直接的に関わった医療者個人の課題ではなく、チームの課題を含む、組織としての課題である。即ち、人材育成のシステム、情報システムの課題、組織管理のシステムの課題、などである。さらに個々の組織の課題の背景には、国のシステムとしての課題が存在する。一方で、これらのシステムの課題を把握し解決する端緒となる医療事故の具体的な事例が公開されていない国々や、患者安全に関わる指標（訴訟や苦情の数など）がない国々があることは、1次医療における患者安全の課題を把握することの難しさも示唆されていると考えられる。

UHCの達成のためには、提供される医療の質が担保され、安全であることが必要である。WHO西太平洋地域事務局(WPRO)では、UHCを実現するためのHealth System Attributesとして、まずQualityを掲げている(図、表)。

しかしながら、日本を含む先進国においても患者安全を達成することは容易ではない。このためグローバルな患者安全の取組みの一つとして、世界各国の保健大臣が中



UHC Attributes by WHO/WPRO

Health System Attributes	Action domains for UHC
QUALITY	1.1 Regulations and regulatory environment
	1.2 Effective, responsive individual and population-based services
	1.3 Individual, family and community engagement
EFFICIENCY	2.1 System design to meet population needs
	2.2 Incentives for appropriate provision and use of services
	2.3 Managerial efficiency and effectiveness
EQUITY	3.1 Financial protection
	3.2 Service coverage and access
	3.3 Non-discrimination
ACCOUNTABILITY	4.1 Government leadership and rule of law for health
	4.2 Partnerships for public policy
	4.3 Transparency, monitoring and evaluation (M&E)
SUSTAINABILITY AND RESILIENCE	5.1 Public health preparedness
	5.2 Community capacity
	5.3 Health system adaptability and sustainability

心となって、WHOなどの国際機関とも協力し、「Annual Global Ministerial Summit on Patient Safety」が例年開催されていた。2016年にはロンドン(イギリス)、2017年にはボン(ドイツ)、そして2018年には日本が主催国として「第3回閣僚級世界患者安全サミット」を東京で開催した(<https://www.mhlw.go.jp/psgms2018/>)。2019年にはジェッダ(サウジ・アラビア)において、第4回のサミットが開催された

(<https://www.spsc.gov.sa/English/Summit/Pages/About-the-Summit.aspx>)。

これらのサミットの会合において、OECDは様々な医療分野における患者安全に関する医療経済学的評価のレポートを発表している。そのうちの1つが、1次医療に関わる「The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care」である

(<https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>)。この中で言及されているメッセージは以下である：

1. プライマリーケアと外来診療は、高いパフォーマンスで持続可能かつ強靱な医療システムの基盤であり、鍵である。
2. プライマリーケアや外来診療における安全性の欠如はよくあることであり、その多くは回避することができる。
3. 患者への危害に起因する世界の疾病負担の半分は、プライマリーケアと外来診療で発生している。
4. 安全性の欠如がもたらす金銭的、経済的コストは高い。
5. 部門の分断と適切な情報の欠如を克服しなければならない。
6. より強力なガバナンスと監視が必要である。
7. より安全なプライマリーケアや外来医療を実現するためには、患者さんの関与を深めることが鍵となる。
8. 医療システムのすべてのレベルでリーダーシップが必要である。

2020年以降、新型コロナウイルスのパンデミックによりサミット開催は延期されていたが、2023年2月23日・24日に、Patient Safety 5th Global Ministerial Summit（患者安全の第5回世界閣僚級サミット2023）が、スイスのモントルーでスイス政府の主催によって開催された（<https://pss2023.ch/>）。サミットのスローガンは「Less harm better care - from resolution to implementation」（危害を

より少なくし、よりよいケアを—対策からその実装へ）であった。当日の発表によると世界中から600名余りの参加者があり、80カ国以上から閣僚や上級行政官などの参加があった。サミット後に発表された

「Montreux Charter on Patient Safety」（患者安全に関するモントルー憲章）によると、世界各地の専門家・上級行政官・閣僚のための重要な行動決議として、まず明記されていたことは以下であった：「患者安全の戦略・政策及び介入の実施を強化することで、グローバルな公衆衛生上の優先事項として患者安全を位置づける」。患者安全の取組みがグローバルにさらに高まっていることが示唆された。

継続した情報収集によって、各国の患者安全への取組みの状況を把握し、医療システムの課題について検討する端緒とし、日本の取組み・経験から貢献し得ることについて理解を深めることが必要である。

（研究の限界）

コロナ禍で、限られた方法による情報収集であるため、十分に情報収集できていない可能性もある。

E. 結論

限られた方法による情報収集ではあるが、調査対象とした4か国全ての国において、何らかの患者安全または医療の質向上に関わる取組みが行われており、このことは医療の質・患者安全の課題が少なくとも認識されていることが示唆された。患者安全への取組みはグローバルにも高まっており、UHCの達成にも欠かせない。継続した情報収集によって、各国の患者安全への取組みの状況を把握し、医療システムの課題につ

いて検討する端緒とし、日本の取組み・経験から貢献し得ることについて理解を深める必要がある。

F. 研究発表（学会発表、論文発表）

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

**2030年までの Universal Health Coverage 達成に
向けたアジア各国の進捗状況と課題に関する研究**

分担研究報告書・資料

種田憲一郎

国立保健医療科学院

令和 5 年 3 月

(2023 年)

目次

1. 目的.....	1
2. 調査対象国.....	1
3. 調査方法.....	1
4. 調査結果.....	2
I. ベトナム社会主義共和国.....	2
II. フィジー国.....	7
III. ジンバブエ共和国.....	12
IV. モンゴル国.....	15

図表一覧

図 1: 医療提供体制（ベトナム）.....	2
図 2: 人口（モンゴル）.....	15
表 1: 人口の推移（フィジー）.....	7
表 2: 各医療レベルにおける保健医療施設の概要（フィジー）.....	8
表 3: 各地域の地域病院・地区病院・専門病院のリスト（病院名）（フィジー）.....	9
表 4: 医療事故事例（2010年以降）（フィジー）.....	11
表 5: 各医療レベルにおける施設種別と施設数（ジンバブエ）.....	12
表 6: 持続可能な開発目標モニタリング指標・評価（モンゴル）.....	16

1. 目的

途上国における患者安全のニーズを知る。

2. 調査対象国

以下4か国を対象とし、調査を実施した。

- (1) ベトナム社会主義共和国
- (2) フィジー国
- (3) ジンバブエ共和国
- (4) モンゴル国

3. 調査方法

インターネットや紙媒体（行政機関からの発行資料等）、文献（新聞記事等を含む）等オープンアクセスの情報源を中心に、以下の項目について情報収集を行った。

- (1) 医療の質や安全に関する法規制や国家政策について
- (2) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける計画や対策の状況について
- (3) 国・地域・医療機関のそれぞれにおける評価方法・指標の有無について（「有り」の場合は医療関係訴訟の数や医療に関わる苦情の数等）
- (4) 具体的な医療事故（疑い含む）の事例について

4. 調査結果

1. ベトナム社会主義共和国

1. 基本情報

ベトナム社会主義共和国（以降、ベトナム）の人口は9,762万人¹、平均寿命は男性が71.2歳、女性が79.4歳である。主な死因は、心血管疾患（33.2%）、悪性新生物（19.9%）、糖尿病（6.7%）等の生活習慣病である²。合計特殊出生率は2.1、人口に占める高齢者割合は12.3%（ベトナムでは60歳以上を高齢者と定義）であり、近年、高齢化が急速に進んでいる³。

ベトナムの公的医療の提供体制は、国・省・郡・コミュニティの4つのレベルに分類されている（図1）。各レベルの公的医療施設の所管は、国立病院は保健省、省・郡病院はそれぞれ省・郡行政組織である。コミュニティレベルの医療施設はコミュニティヘルステーションと呼ばれ、医師（一般医）、看護師、助産師等が勤務している。これら医療施設間では、患者の病状に応じて下位の病院から上位の病院へ紹介したり、治癒した患者を逆紹介したりするリファラルシステムが存在するが、実際には、コミュニティヘルステーション、郡病院を経由せずに、省や国・中央レベルの病院を受診する患者は少なくない。民間医療施設も存在するが（施設数は国内の全病院の10%未満）は、リファラルシステムには含まれていない。本稿では、公的医療の提供レベルのうち、コミュニティレベルで提供されている医療を指して1次レベルの医療とする。

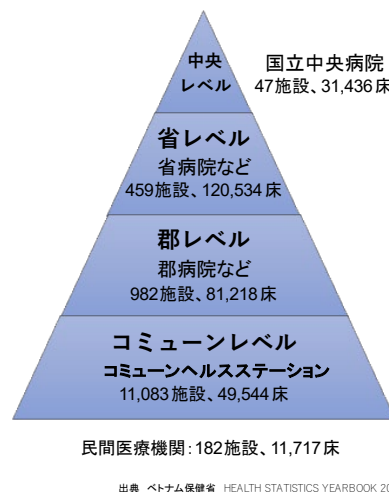


図1：医療提供体制（ベトナム）

¹ 外務省. ベトナム社会主義共和国. <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/vietnam/data.html#section1>

² IHME. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

³ Help age Vietnam. <https://ageingasia.org/ageing-population-vietnam/>

⁴ world bank databank.

https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=VNM

2. 関係法令等

ベトナムにおける医療安全に関する法律・計画等は保健省医療サービス局 (Medical Service Administration) の所掌である⁵。

本調査時、ベトナムには医療安全に関する法律は存在しなかった⁶。ただし、政府は、医療従事者の資格・免許・教育に関する事項や医療機関の機能・体制等を規定する「診断治療法 (2009年発効)」⁷の改定作業を進めており、同改定を通じて医療安全に関する章が新設される予定である⁸。改定案には、病院の安全を確保し、患者や医療従事者の安全を確保する活動の法的拘束力を確立・強化することを目的として、医療事故や苦情・医療紛争の解決に関する事項を盛り込むことが検討されている。ただし、同法律の内容が、医師をはじめとする医療従事者の免許 (国家試験の導入) に関する事項等広範にわたることから、改定案に関する関係者の合意が得られておらず、国会への法案提出はなされていない^{9,10}。

医療安全に関する主な行政文書には、2013年に保健省より発出された「保健省通達：病院の医療サービスのクオリティ・マネジメント・ガイドライン (19/2013/TT-BYT)」¹¹と「保健省大臣決定：病院の質基準 (4858/QĐ-BYT)」¹²がある。通達には、患者中心の医療を理念として、医療の質を担保するための定期的な監査の実施等について記載されている。加えて、患者安全に関する事項として、正確な患者の特性、医療行為に関する事故の予防、安全な外科手術の実施、安全な薬剤の使用、患者の転落防止等を推進するために、環境改善の取り組み、医療事故の報告と要因分析の実施等を具体的な対策として掲げられている¹³。一方の大臣決定では、5項目83指標からなる病院の質の基準を定めている。同基準に患者安全の項目は含まれていないものの、全指標に患者安全の視点が横断的に取り入れられている¹⁴。以上のことから、ベトナムでは医療安全に係る法制度整備を進めているが、改訂法案および通達の対象となる医療施設の種類は「病院」のみである。

1次医療の質に関しては「大臣決定：草の根レベルのヘルスケアネットワーク構築に関するプロジェクト (2348/QĐ-TTg)」¹⁵の中に言及されている。ただし、本決定は、コミュニケーションヘルスセンターを含めた1次医療の提供体制、提供される医療の内容を充実させることを

⁵ 2019年度 医療技術等国際展開推進事業 報告書

⁶ Ministry of Health. Report draft of law on medical examination and treatment. EPORT DRAFT OF LAW ON MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT (Amendment), 2019

⁷ Law on the medical examination and Treatment (40/2009/QH12)

⁸ Ministry of Health. Report draft of law on medical examination and treatment (Amendment), 2019

⁹ <https://en.vietnamplus.vn/draft-revised-law-on-medical-examination-treatment-under-discussion/240633.vnp>

¹⁰ <https://vietnamlawmagazine.vn/na-scrutinizes-draft-laws-on-health-facilities-treatment-48707.html>

¹¹ The Ministry of Health, Vietnam. Circular: Specifying Implementation Guidelines for Healthcare Service Quality Management in Hospitals. -No. 19/2013/TT-BYT, 2013

¹² BỘ TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN số 4858/QĐ-BYT, 2013 年

¹³ The Ministry of Health, Vietnam. Circular: Specifying Implementation Guidelines for Healthcare Service Quality Management in Hospitals. -No. 19/2013/TT-BYT

¹⁴ アジアの開発途上国における医療の質の改善への取り組み NCGM テクニカルレポート Vol.09, 2016

¹⁵ Project of building and development health care network at the grassroots level in the new context QUYẾT ĐỊNH PHÊ DUYỆT ĐỀ ÁN XÂY DỰNG VÀ PHÁT TRIỂN MẠNG LƯỚI Y TẾ CƠ SỞ TRONG TÌNH HÌNH MỚI 2348/QĐ-TTg, 2015

目的としたものであり、医療安全に関する記載は見られなかった。

3. 計画・対策

ベトナムでは、医療施設における医療安全対策を進めるため、2009年に医薬品に関する有害事象を報告する National Centre of Drug Information and Adverse Drug Reactions Monitoring (National DI&ADR Centre)を設立するとともに、2011年には「Be Safe with Medicines」と呼ばれる誤薬防止や薬の安全性に関する取り組みを開始した。また、保健省は2018年に医療事故を予防することを目的として「通達：医療施設における医療事故予防のためのガイドライン (43/BYT/2018)」を発行し、医療施設における医療事故の特定・分析・報告のためのシステム確立に向け取り組んでいる¹⁶。本通達を受け、「現在、多くの病院においてインシデント報告が実施されるようになった」、という報告がある¹⁷。加えて、前項に記載した大臣決定 (4858/QĐ-BYT) の指標のひとつに「質管理部門の設置」が明記されていたことから、病院における質管理部門の設置が急速に進み、現在では、郡病院における設置が進んでいるという報告がある¹⁸。ただし、前述の通り、いずれの行政文書も病院を対象としており、1次医療を提供する施設で同様の対策がなされているかについては、情報は得られなかった。

医療安全に係る制度とは別に、Direction of Healthcare Activities と呼ばれる制度があり、省病院等には、それより下位レベルの病院に対して、医療サービス、予防活動、科学研究、研修等の実施支援が推奨されている¹⁹。また、国立または省病院等に設置された研修センターや、研修実施に関する国の認可を受けた病院は、自組織のみならず、それより下位の病院に勤務する看護師等に対しても感染症対策や看護管理等、各種テーマの卒後研修（現任教育）を実施できる制度がある。こうした制度を用いて、1次医療を提供する医療従事者に対する医療安全に関する知識の普及がされている可能性がある。

4. 評価方法・指標

上述のとおり、「保健省大臣決定：病院の質基準 (4858/QĐ-BYT)」が2013年12月に発出された²⁰。評価指標は5項目22コード83指標で構成されている。項目と指標数は、患者中心ケア（19指標）、保健人材（14指標）、専門活動（38指標）、質改善活動（8指標）、専門領域基準（4指標）である。専門活動の項目に、感染管理、インフラ・機材の安全性、薬剤管理等のコードが含まれている²¹。評価は、国内すべての公的病院で定期的（年1回）に実施され、全指標を「悪い、普通、おおむね良い、良い、非常に良い」の5段階で評価して

¹⁶ WHO. Quality and Safety. <https://www.who.int/vietnam/health-topics/patient-safety>

¹⁷ 国立国際医療研究センター. 2019年度医療技術等国際展開推進事業報告書. 7.医療の質・安全に係る組織内連携促進のための保健医療従事者マネジメント能力強化事業. 2020

¹⁸ 2019年度医療技術等国際展開推進事業 報告書

¹⁹ アジアの開発途上国における医療の質の改善への取り組み NCGM テクニカルレポート Vol.09, 2016

²⁰ BỘ TIÊU CHÍ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG BỆNH VIỆN số 4858/QĐ-BYT, 2013 年

²¹ アジアの開発途上国における医療の質の改善への取り組み NCGM テクニカルレポート Vol.09, 2016

いる。また、評価点の平均値を保健省の WEB サイトで公開している²²。ただし、この評価は「病院」に対しての取り組みであり、1次医療を提供する施設に対する質評価の指標や方法に関する情報は得られなかった。

5. 1次医療レベルにおける医療事故の実例

ベトナムの医療安全に関する記載として、2015年に「医療機関における事故報道が相次ぎ、国民の医療機関への患者安全への取り組みの注目度が急速に高まっている」という記述²³があったほか、「医療現場での医療事故・医療ミス等が社会問題化し、患者や住民からは医療施設での患者安全や医療の質が問われるようになったことを受け、2013年に病院の質管理部に関する保健省通達が発出された²⁴」との記述があった。これらのことから、2012年より以前から、ベトナムでは、報道等を通じて国民に医療事故等が認識されるようになっていたと推察される。

そこで、2010年から現在までに登録された論文について、PubMedを用いて(((patient safety) OR (medication errors) OR (medical errors)) AND (vietnam))をキーワードで検索したところ192件の論文が該当した。このうち、医療事故の内容と発生状況を明らかにしている論文が3件^{25,26,27}あり、うち2件^{26,27}は同一研究チームによるベトナム都市部の2箇所の公立病院を対象とした投薬事故に関する研究であった。2014年に実施された調査(7日間の観察研究)の結果、全投薬ケース5,271中2,060のケースで少なくとも1回の医療事故(投薬事故)があったことが明らかになっている(発生率:39.1%,95%CI:37.8%-40.4%)。具体的な事故の内容は、投与方法の間違い(23.5%)、調製方法の間違い(15.7%)、投薬漏れ(2.3%)、投与量の間違い(1.8%)であった。これらの事故の臨床上のインパクトは、軽度72(1.4%)、中等度1,806(34.2%)、重度182(3.5%)であった²⁶。

また、上記と同時期に実施された調査は、インスリンに限定した投薬事故が229ケース中66件発生していたことを明らかにした(発生率:28.8%,95%CI:23.1%-35.2%)。いずれも臨床上のインパクトが中等度～重度の可能性のあるものであった。投与方法により発生率は異なり、皮下注射(22.5%)より点滴(80.0%)による発生率が高かった。具体的な事故の内容は、投与時間の誤り、準備・投与技術の誤り、投与漏れであった²⁷。

²² 国立国際医療研究センター. 2019年度医療技術等国際展開推進事業 報告書 7.医療の質・安全に係る組織内連携促進のための保健医療従事者マネジメント能力強化事業, 2020

²³ <https://www.jica.go.jp/project/vietnam/010/news/20150409.html>

²⁴ 2019年度医療技術等国際展開推進事業 報告書

²⁵ Nguyen H-T, Nguyen T-D, van den HeuvelER, Haaijer-Ruskamp FM, Taxis K (2015) Medication Errors in Vietnamese Hospitals: Prevalence, Potential Outcome and Associated Factors. PLoS ONE 10(9):e0138284. doi:10.1371/journal.pone.0138284

²⁶ Huong-Thao Nguyen 1, Tuan-Dung Nguyen, Flora M Haaijer-Ruskamp, Katja Taxis Errors in preparation and administration of insulin in two urban Vietnamese hospitals: an observational study. Nurs Res. 2014 Jan-Feb;63(1):68-72.

²⁷ Reema Harrison1*, Anurag Sharma1, Merrilyn Walton2, Esmond Esguerra3, Seinyenede Onobrakpor1, Bui Trung Nghia4 and Nguyen Duc Chinh4 Responding to adverse patient safety events in Viet Nam Harrison et al. BMC Health Services Research (2019) 19:677<https://doi.org/10.1186/s12913-019-4518-y>

もう一件は、1 教育病院（外科病院）の医師・看護師 1,000 人を対象とした研究であった。調査の結果、回答者 497 名中 295 名（59%）がインシデントを経験しており、うち 86 名（17%）は重度のインパクトが生じる可能性がある事象を経験していた。また、397 名（80%）はニアミスを経験しており、そのうち 140 名（28%）のケースは重度のインパクトが生じる可能性のある事象であった。発生した事象の具体的な内容については記載がなかった。なお、これらインシデントの報告後の対応について、何等かの対応（ガイドラインの修正等）が取られたケースは 19%にとどまり、報告制度があってもその後の対応は十分ではないことが示唆された。

以上のように、医療事故の実態やその原因を客観的に把握し、対策を講じる動きもみられているが、1 次医療を提供する施設における情報は得られなかった。

II. フィジー国

1. 基本情報

フィジー共和国（以降、フィジー）は、2020年時点で、人口は896,444人²⁸、平均寿命は男性が66歳、女性が70歳である²⁹。2020年時点で2.5であり²⁹、全人口の19%程が20歳未満である。また、主な死因は、2021年度の報告によると、心血管疾患（33.5%）、内分泌/代謝系疾患（16.7%）、悪性新生物（9.4%）と非感染性疾患（Noncommunicable diseases）が上位を占める³⁰。

表 1：人口の推移（フィジー）

	2019年	2020年	2021年	2022年
総人口（人）	918,465	920,422	924,610	929,766

保健医療サービス省より共有

フィジーの医療提供体制は、スバを拠点とした中部地域（Central division）、西部地域（Western division）、東部地域（Eastern division）、北部地域（Northern division）の4地域に区分けされ、各地域での保健公衆衛生上の行政機関として地域保健局（Divisional Medical Office）が設置されている。各地域で3次レベルである地域病院（Divisional Hospital）と2次レベルである地区病院（Sub-divisional Hospital）、1次医療レベルであるヘルスセンター（Health Centre）またはナースステーション（Nurse station）の3層の公的医療機関が配置されている。この他、公的医療機関として専門病院も数か所設置されている。公的保健医療施設における人的資源、財務、医薬品及び医療資機材の管理は保健医療サービス省（Ministry of Health and Medical Services, MHMS）によって一元化されている。MHMSの傘下において、Medical Superintendents（以降、MS）が地域病院及び専門病院の臨床サービスを管理し、Divisional Medical Officers（以降、DMO）が群小地域病院、ヘルスセンター、ナースステーションを管理している。

また、表3に国内の各地域（中部、東部、西部、北部）における、地域病院（Divisional Hospital）、地区病院（Sub-divisional Hospital）、専門病院、民間病院のリストを示す（2022年11月時点）。

²⁸ 外務省. フィジー共和国 <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/fiji/data.html#section1>

²⁹ World Bank. Data. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.FE.IN?locations=FJ>

³⁰ フィジー国保健医療サービス省提供資料

表 2：各医療レベルにおける保健医療施設の概要（フィジー）³¹

施設種別	人員配置例	カバー人口	概要
地域病院	医師、助産師、看護師、環境保健オフィサー、放射線技師、歯科医、栄養士、理学療法士、ヘルスプロモーションオフィサー、ピア・エドゥケーター、検査室スタッフ等	100,000～800,000	公的病院では、3つの地域病院と2つの専門病院を通じて専門の外来治療と入院患者のケアが提供される。 院内の医療機器、医薬品、消耗品、包帯等の医療資源は、Essential Drugs List (EDL) ³² 及び関連する機材リストに基づき、調達、保管されている。
地区病院	医師、助産師、看護師、環境保健オフィサー、放射線技師、歯科医、栄養士、理学療法士、ヘルスプロモーションオフィサー、ピア・エドゥケーター、検査室スタッフ等	10,000～80,000	病床数は10～80床である。院内の医療機器、医薬品、消耗品、包帯等の医療資源は、Essential Drugs List (EDL)及び関連する機材リストに基づき、調達、保管されている。 緊急時、ヘルスセンターからの搬送先として夜間もオンコールで対応している。
ヘルスセンター	医師、あるいはナースプラクティショナーと看護師	3,500～10,000	大規模なヘルスセンターには、薬局、臨床検査室、X線撮影室が備わる。歯科、ヘルスインスペクター ³³ 、栄養士、看護師が在籍し、学校訪問や地域看護活動を実施している。一部のヘルスセンターには、外来患者の短期観察（最大12時間）及び緊急出産に対応できるベッドがある。 全てのヘルスセンターの基本的なインフラは、政府の定める施設基準に従っている。また、EDLに従って医薬品・消耗品・医療機器・その他の備品が供給される。
ナースステーション	看護師	1,000～5,000	多くのナースステーションはMHMSによって運営されている（95%）。一部は電気が通っており、他施設へのリファラルのための無線電話を有している。その他、コミュニティが独自に運営するナースステーションについても、政府の基準を満たす必要がある。 看護師は、保健省が管轄する発注システムを通じて医薬品やその他の消耗品の供給を受けている。

（出典：保健医療サービス省提供資料）

³¹ フィジー保健医療サービス省提供資料

³² 保健医療サービス省. Essential Drugs List (EDL). <https://health.gov.fj/PDFs/Essential%20Medicine%20List.pdf>

³³ ヘルスインスペクター：食品安全、水衛生、タバコ、感染症等の公衆衛生上の規制に基づき、食堂、学校、空港、医療施設等の機関に所属し、管理・指導を実施する職種

表 3：各地域の地域病院・地区病院・専門病院のリスト（病院名）（フィジー）

中部	東部	西部	北部
地域病院 (Divisional Hospital)			
Colonial War Memorial		Lautoka	Labasa
地区病院 (Subdivisional Hospital)			
Navua	Levuka	Sigatoka	Savusavu
Korovou	Vunisea	Nadi	Waiyevo
Vunidawa	Lakeba	Tavua	Nabouwalu
Nausori	Lomaloma	Rakiraki	
Wainibokasi	Rotuma	Naiserelagi Maternity	
	-	Ba	
専門病院		民間病院	
St. Giles	-	Military Hospital	Suva Private Hospital
Tamavua/Twomey	-	Naiserelagi Maternity	

(出典：MHMS 共有資料)

2. 関係法令等

フィジーにおける医療安全に関する計画等は、MHMS が所轄である。MHMS が発行している「戦略計画 2020-2025 (National Strategic Plan 2020-2025)」³⁴によると、国内の医療安全の取り組みについては「優先分野 2：質が高く安全で患者中心の医療サービスへのアクセスの向上」の内「成果 2.3：患者安全とサービスの質と価値の持続的な改善」の中で「すべての保健医療セクターにおける患者安全や質の向上に係る実践、クリニカルガバナンスの強化 (活動 2.3.1.1.)」と関連している。この他、病院管理体制の構築や質の向上については、「優先分野 3: 効率的で効果的なヘルスシステムの管理」の内、「重点分野 3.1：すべてのスタッフの貢献が認められ評価される技能に優れた人材の育成」、「重点分野 3.2：サプライチェーン・調達システム・医療機器/機材の維持管理の効率性の向上」、「重点分野 3.6：MHMS 全体の計画とガバナンス体制の強化の継続」等とも関連している。

保健人材の質の担保に係る法令は職種に応じて設けられており、すべての医療レベルでの医療・保健職種に対して、登録・役割・違反行為・罰則等が規定されている。医師・歯科医師の関連法令としては、1978 年に発効された医師/歯科医師法 (Medical and Dental Practitioner) があり、2017 年に改訂されている³⁵。この法令はフィジーの医療、歯科、鍼治療、カイロプラクティック治療に関して、医師および歯科医師の登録と役割、医師、歯科医師会の役割についても明記している。また、看護師・助産師の関連法令としては、2011 年に発効された看護師法 (Nursing Act 2011) があり、助産師その他の看護系医療職については 1999 年発効の看護師・助産師・看護系医療職法令 (Nurses, Midwives and Nurse Practitioner' rules 1999) が対応している³⁶。栄養士等の保健関連職種 (Allied Health Professionals) については、2011 年発効の保健関連職種法 (Allied Health Professionals Decree 2011) が対応してい

³⁴ MHMS. <https://www.health.gov.fj/health-ministry-launches-infection-prevention-and-control-guidelines/>

³⁵ WHO. Medical and Dental Practitioners Act. <https://extranet.who.int/mindbank/item/151>

³⁶ The Laws of Fiji. <https://laws.gov.fj/Acts/DisplayAct/3219>

る³⁷。

3. 計画・対策

フィジーでは、医療施設における医療安全対策を進めるため、MHMS 事務次官 (Permanent Secretary) に直属する役職として「国家患者安全・質マネジャー (National Manager of Patient Safety & Quality)」が設置され、1名の担当官が保健医療施設における患者安全と医療サービスの質に係る管理を担っていた。2023年1月に名称が「国家患者安全マネジャー (National Manager of Patient Safety)」に変更となった。同役職では、患者安全及び保健医療施設における医療サービスの質に係る管理を担い、地域保健局との協働のもと、リスクマネジメント、クリニカルガバナンス体制、患者満足、医療サービスの質の向上、5S-KAIZEN-TQM 手法を管轄する。さらに、各地域保健局にリスクマネジャーが配置され、各担当地域の医療安全と質の向上に関わっている。さらに、地域病院レベルにリスク管理ユニットを設置し、リスク管理、品質改善、顧客サービスプログラムを通じて患者の安全を促進するための取り組みを実施・調整している。

また、2017年、患者の権利と顧客満足度の向上のため、保健省は患者からの苦情受付ホットラインを開設した。苦情の大部分は待ち時間やサービスへのアクセスに関することとされており、待ち時間の短縮や患者満足度の調査やフィードバックを通じた患者安全と質の向上を目指している。

2004年に策定された院内感染対策ガイドラインは、世界銀行の財政援助と太平洋共同体 (Pacific Community, SPC) の技術支援のもと、2022年に改訂され発行された。各医療機関では、ガイドラインに基づいた院内感染研修が実施されているものの³⁸、改訂版発行後、世銀の財政支援のもと、西部地域、北部地域を中心に医療施設を対象とした集中的な院内感染予防の研修が開催された。

4. 評価方法・指標

1次医療を提供する施設に対する質評価の指標、方法に関する情報は得られなかった。

5. 1次医療レベルにおける医療事故の実例

2010年から現在までに登録された論文について、PubMed を用いて (((patient safety) OR (medication errors) OR (medication errors) OR (medical errors)) AND (fiji)) をキーワードで検索をしたところ 18 件の論文が該当した。しかし、病院内の医療事故やインシデントについて分析した論文は得られなかった。

次に、新聞等を基に医療事故 (Medical accident) や医療過失 (Medical negligence) 等をキーワードとして検索を試みた。Fiji Times 誌によると、フィジー消費者協議会 the Consumer

³⁷ WHO. Allied Health Practitioners Decree 2011. <https://extranet.who.int/mindbank/item/5776>

³⁸ MHMS. <https://www.health.gov.fj/ipc-training/>

Council of Fiji) に 2011 年から 2016 年の 7 月までに寄せられた医療関連の苦情件数は 83 件を報告している³⁹が、この内何件が 1 次医療レベルで発生したものは明らかではない。さらに、2010 年以降の新聞等からは 3 件の医療訴訟が取り上げられていたが、内 2015 年に発生した 1 件のみが 1 次医療施設であるヘルスセンターで発生したものであった。

表 4：医療事故事例（2010 年以降）（フィジー）

発生年	事故内容	出所
2022	膀胱結石除去手術後、容体が悪化し死亡した。家族が、医療過失があるとして地域病院の院長を相手に訴訟。(3 次医療レベル)	FBC News (2022 年 5 月) ⁴⁰
2015	ヘルスセンターの看護師が、口腔内に外傷を受傷した小児に対し、医師の診察等の外来診療を受けさせずに帰宅させた。数日後に死亡。2020 年 12 月フィジー高等裁判所は看護師の医療過失を判決した。(1 次医療レベル)	Fiji Sun ⁴¹ (2021 年 1 月)
2011	腰背部の手術後に身体障害が発生した成人男性が、地域病院に対して訴訟。フィジー高等裁判所は、病院側の医療過失として判決した。(3 次医療レベル)	Fiji village news (2011 年 2 月) ⁴²

³⁹ Fiji Times. Justice for medical negligence. <https://www.fjitime.com/justice-for-medical-negligence/>

⁴⁰ FBC News. Man files medical negligence case against Labasa Hospital.

<https://www.fbcnews.com.fj/news/health/man-files-medical-negligence-case-against-labasa-hospital/>

⁴¹ Fiji Sun. Shine A Light: Medical Negligence – Who Should Pay? <https://fijisun.com.fj/2021/01/02/shine-a-light-medical-negligence-who-should-pay/>

⁴² Fiji village. News. Man awarded \$413,000 in compensation. <https://fjivillage.com/news/Man-awarded-413000-in-compensation-29ks5r/>

III. ジンバブエ共和国

1. 基本情報（主に医療提供体制）

ジンバブエ共和国（以降、ジンバブエ）の保健医療サービスの提供体制は、リファラルシステムを基本として、1次医療レベルから4次医療レベルまでの五段階に分類されている。このうち、プライマリ・ケアを提供する医療施設は1次（プライマリ）レベルに分類される診療所や保健センターであり、2019年時点で表1に示す施設数が設置されている。⁴³プライマリ・ケアサービスの提供は、農村部の診療所では主に「プライマリ・ヘルスケア看護師（Primary Health Care Nurse）」が提供し、都市部等の診療所では主に看護師・助産師・クリニカルオフィサーが提供している。⁴⁴

表 5：各医療レベルにおける施設種別と施設数（ジンバブエ）

サービス提供レベル	施設種別	施設数
4次（Quaternary）	Government Central Hospitals	6
3次（Tertiary）	Government Provincial Hospitals	8
2次（Secondary）	Government District Hospitals	44
	Mission Hospitals	62
	Private Hospitals	32
1次（Primary）	Government Rural Hospitals	62
	Municipal Polyclinics	15
	Private Clinics	69
	Mission Clinics	25
	Local Authority Clinics	1,122
	Urban Council/Municipal Clinics/FHS	96
	Government Rural Health Center	307
総計		1,848

人口10,000人対の医療施設数の全国平均は1.1であり、政府の目標値である2には及ばない。特に、ジンバブエ全10州の中でも人口密集地域であるハラレ特別州（首都ハラレが所在）とブラワヨ特別州においてはそれぞれ0.2と0.4である。さらに、これらの特別州には、プライマリ・ケアサービスの一部を提供する2次医療レベルの施設ならびに地域の中核医療施設となる3次レベルがいずれも設置されてないため、住民がプライマリ・ケアサービス以上の保健医療サービスを必要とする場合は、1次医療レベルから高度医療を提供する4次医療レベルに直接紹介される、または、4次医療レベルの施設に直接受診することとなる。

2. 関係法令等

本調査時、医療安全や医療事故に関する法令は存在しなかった。また、保健医療分野にお

⁴³ Ministry of Health Child Care. National Health Strategy (2021-2025)

⁴⁴ S.Ray, N. Masuka: Facilitators and barriers to effective primary health care in Zimbabwe. African Journal of Primary Health care & Family Medicine. 2017; 9(1): 1639. doi: 10.4102/phcfm.v9i1.1639

ける主な関連法規である「医療専門職法 (Health Professions Act [Chapter 27:19])」⁴⁵「医療サービス法 (Medical Services Act [Chapter 15:13])」⁴⁶「公衆衛生法 (Public Health Act [Chapter 15:09])」⁴⁷においても、医療安全に関する明確な記述は見つけれなかった。

保健省が 2021 年似策定した「国家保健戦略 (National Health Strategy, 2021-2025)」は、プライマリ・ヘルスケアの強化・再活性化を基盤として、利用可能な資源を最大限に活用して、国民に公平、適切、利用可能、手頃 (Affordable) で、質の高い保健医療サービスを提供して、国民の高い健康レベルと Quality of Life の実現を目指している。本戦略は 4 つの重要結果項目 (Key Result Areas) に紐付いた合計 11 の分野別成果項目 (Sector Outcome Areas) で構成されているが、医療安全については「伝統医療の安全性の確保」に関する事項のみである。プライマリ・ケアレベルにおける医療安全・患者安全・職員安全等については言及されていない。

また、保健省が 2015 年に策定した「質保証・質向上戦略 (Quality Assurance and Quality Improvement Policy)」⁴⁸では、医療安全 (Patient safety) の定義を「医療サービスの提供に伴う患者へのエラーや有害事象の防止」としている。さらに、本戦略の優先課題のひとつに「患者安全の向上と医療サービスの提供におけるエラーの提言」を取り上げて、安全文化の醸成とエラーの監視・発生防止の必要性について強調するとともに、必要なシステムの構築・強化や医療従事者の訓練の必要性について言及している。ジンバブエにおいて、患者や医療従事者の安全を脅かす状況として、院内感染、医療廃棄物の不適切な処理、医薬品の非合理的な使用、外科手術における不適切な安全・感染管理等があげられている。一方で、プライマリ・ケアレベルに特化した医療安全に関する戦略等の記載は見当たらなかった。

3. 計画・対策

国レベル、つまり中央省庁である保健省 (Ministry of Health and Child Care, MOHCC) において、保健医療サービスの質と安全を監督する部局は、「質保証・患者安全局 (Directorate of Quality Assurance and Patient Safety)」である。保健省は、医療安全や患者安全に特化した国家ガイドライン等は発行していない。

医療機関における医療事故報告のシステムの構築・運用等に関する法令や規則等は策定されていないため、医療事故報告に関するプロトコルを医療機関で独自に規定して運用している医療機関もある。一方で、本調査の範囲においては、医療機関によって取りまとめられた医療事故報告書等の文献は見つけれなかった。

⁴⁵ Government of Zimbabwe. Health Profession Act (Chapter 27:19) : <http://www.mdpcz.co.zw/wp-content/uploads/2016/09/Health-Professions-Act.pdf>

⁴⁶ Government of Zimbabwe. Medical Service Act (Chapter 15:13).

<https://zimlil.org/akn/zw/act/1998/27/eng@2016-12-31#:~:text=6.-,No%20choice%20of%20health%20practitioner%20at%20Government%20hospitals,of%20any%20specific%20health%20practitioner.>

⁴⁷ Government of Zimbabwe. Public Health Act (Chapter 15:09). <https://faolex.fao.org/docs/pdf/zim21475.pdf>

⁴⁸ Ministry of Health and Child Care. https://depts.washington.edu/edgh/zw/hit/web/project-resources/QA_QI_policy.pdf

4. 評価方法・指標

ジンバブエにおける、プライマリ・ケアレベルの医療安全や患者安全を評価する方法や指標は、国・地域・医療機関のいずれのレベルにおいても見つからなかった。一方で、保健省が世界銀行の支援を受けて 2011 年から導入した「成果連動型資金調達 (Results-Based Financing)」⁴⁹における医療施設に対するチェックリスト⁵⁰のチェック項目のうち、医療安全・患者安全に関連するものとして、「WHO が発行する Surgical Safety Checklist の利用率」が取り上げられている。

5. 1 次医療レベルにおける具体的な医療事故の事例

2010 年から現在までに登録された論文について、PubMed を用いて(((patient safety) OR (medication errors) OR (medical errors)) AND (Zimbabwe)))をキーワードで検索をしたところ 95 件の論文が該当した。95 件のうち、プライマリ・ケアレベルの医療事故の内容やその発生状況について明らかにしている論文はなかった。

オンラインでアクセス可能なジンバブエのいくつかの主要紙 (New Zimbabwe 紙、The Sunday Mail 紙、Daily News 紙、NewsDay 紙) において、「patient safety」「medical error」「medical accident」等のキーワードを用いて検索したが、1 次医療レベルにおける医療事故や患者安全の内容を主題として扱っている記事は見当たらなかった。

⁴⁹ World Bank. Policy Brief “Evolution of Results-Based Financing in Zimbabwe”. https://www.globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/Policy-Brief-Zimbabwe-Evolution-of-RBF.pdf

⁵⁰ Ministry of Health and Child Care, Zimbabwe. Hospital Quality Supervision Checklist (February 2016)

IV. モンゴル国

1. 面積・人口について

モンゴル国は、中央アジアに位置し、面積としては160万平方kmで世界19位を誇る開発途上国である。なお、2022年にモンゴルと日本は国交樹立50周年を迎えた。

人口は340万人で（2022年、[Статистикийн мэдээллийн нэгдсэн сан \(nso.mn\)](http://www.nso.mn)）、その人口の66,9%が首都ウランバートル市などの都心部に集中している。全人口の30,6%が遊牧民であり、人口密度は2.1人/平方kmで、人口増加率は2.2%である。平均寿命は70,7歳（うち女性76,2歳、男性66,7歳）とされている。

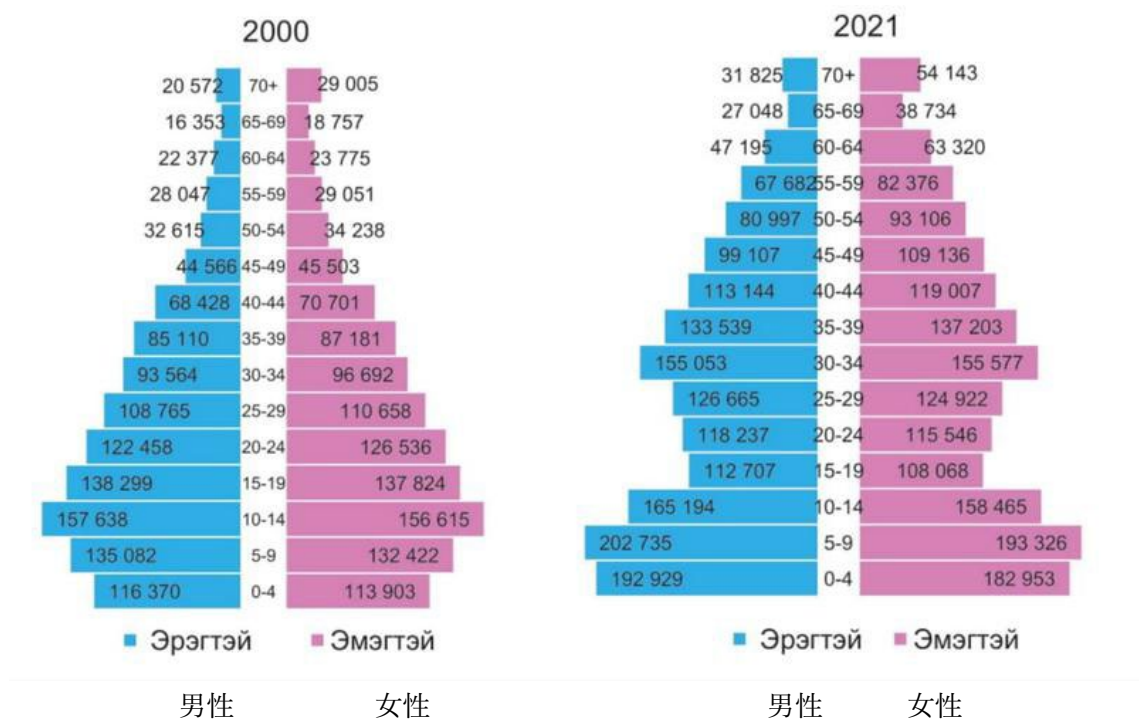


図 2: 人口 (モンゴル)

2. 医療の基本情報について

モンゴル政府として、長期開発政策を発表として「長期開発ビジョン 2050」を掲げており、モンゴル国家長期開発政策は九つの目標、47の目的からなり、2021-2030年、2031-2040年、2041-2050年の三つのステップでそれぞれの目標を達成することになっている。目標達成の評価は73の指標で行われる。[em.uzuulelt.2021.pdf \(hdc.gov.mn\)](http://em.uzuulelt.2021.pdf)

これらの目標、目的を達成するために、1998年に施行された医療法（2002年、2011年に改正）に基づく一次医療施設やリファラル病院のスタッフが日々奮闘している。医療サービスを提供する4,952の施設に約58,696人の医療従事者が従事しているとされ、その中の82%が女性である。内訳として、医師は22,1%、看護師が23,0%となっており、医師対看護師率は1:1,0である。医師免許は5年毎の更新制である。

また、全国的にバグ、ソム（モンゴルの行政の一番小さい単位）の病院、家庭保健センターという一次医療施設となる 208 カ所の施設に 3,259 名（医師が 1127 名、看護師が 1063 名、ソーシャルワーカーが 1069 名）の医療従事者が勤務している。ソム保健センターに関しては、A,B,C と三つに分類されており、A レベルのソム保健センターはそのソムの人口に対する医療サービス提供以外に周辺の 4 つのソムの住民に対して 4 つ以上の専門医療を提供できる体制で、B レベルとは、国境沿いや国道や鉄道沿いに位置し、鉱山、観光地、産業地域また事故特定区域に医療サービスを提供する施設を指す。C レベルは、A または B レベルに該当しない地域での医療サービス提供する施設を指すとしている。

[/https://moh.gov.mn/](https://moh.gov.mn/) /<http://hdc.gov.mn/file-category/13//>

コモンディーズとしては、消化器系疾患 49,6%、呼吸系疾患 10,7%、循環器系疾患 10,2%と、モンゴル国保健開発センターが発表している。

3. 持続可能な開発目標と UHC について

モンゴル政府は、保健セクターにおける「長期開発ビジョン 2050」の第一フェーズを 2020-2030 年に実施しており、「医療の質、安全基盤を構築する」と名付け、以下の 4 つの方向性を示した。

1. 国民またその家族、雇用主の参加に基づいた公衆衛生サービス制度を構築する。
2. エビデンスに基づいた近代的な診断または治療の技術イノベーションを導入し、医療の質、パフォーマンスに基づいた財政、保険制度を構築する。
3. 保健分野においてデジタル化を進め、国家情報データベースを構築する。
4. 保健分野の人材開発、能力向上を図り、医療従事者の社会保障の再構築をする。

目標に関しては昨年、世界の 165 カ国の中で、持続可能な開発目標のパフォーマンス指標（KPI）63,8 点で、106 位となっている。西太平洋地域の国々の平均指標が 65,7 でモンゴルが 1,8 点下回っている。モンゴルの医療保健目標の実施兼パフォーマンスはレベルとしては「中」だが、改善途中にあると評価されている。

表 6 持続可能な開発目標モニタリング指標・評価（モンゴル）

持続可能な開発目標保健関連指標	モンゴル値	期間	評価	進捗度
妊産婦死亡率 （出産 10 万人当たり）	45	2017	●	↑

新生児死亡率 (出生 1000 件中当たり)	8,1	2019	●	↑
5 歳未満死亡 率(出生 1000 件中当たり)	15,6	2019	●	↑
結核感染者数 (人口 10 万 人当たり)	428	2019	●	→
非 感 染 者 1000 人 当 た りの新規 HIV 感染者数	0,0	2019	●	↑
30～70 歳 の 循環器疾患、 ガン、糖尿病 または慢性呼 吸器系疾患に よる死亡率 (%)	30,2	2016	●	→
交通事故死亡 率(10 万人あ たり)	21	2019	●	↓
(出産から計 算する)平均 寿命	68,1	2019	●	→
15～19 歳 の 女性 1000 人 当たりの出産 数	31,4	2018	●	→
医療従事者の 出産介助(%)	98,9	2014	●	●

プライマリ・ケアの維持 (%)	62	2017	●	↗
-----------------	----	------	---	---

www.sdgindex.org

表の説明

↓	現在下がっていて、改善する必要がある
→	2030年には、持続可能な開発目標を達成するスピードの50%以下である
↗	点数が50%以上だが、2030年に持続可能な開発目標を達成するには不十分
↑	2030年には、十分持続可能な開発目標を達成する可能性がある

なお、2020年のUHCプライマリ・ケアの達成度は85%で、世界平均を19%、地域平均を8%上回るとWHOと共同で作成した「2021年保健指標」に記載している。

[em_uzuulelt_2021.pdf \(hdc.gov.mn\)](#)

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=745463080278322&id=100044439099331

4. 医療施設の情報収集・管理について

保健大臣の2019年のA611令には、3-4「国家レベルで行う医療に関する情報分析をし、評価や指標を改訂し、それぞれの機関の保健分野におけるデータを月、期、年ごとに統計を集計しまとめること」、3-5「モンゴル全体のすべての報告、情報をまとめ、分析をし、基礎指標に基づいて統計集計し、フィードバックする」。3-7には「各レベルの医療機関の報告情報の質を監理し、専門的な分析方法等を提示し、IT専門家、生理統計医、情報処理技術者が能力開発できるように支援バックアップする」、また、4-1-1「すべての医療機関は、モンゴル国における出生、死亡、出産時の母子死亡、外来、医療指標、コモンディーズを毎日記録し、症例ごとに分類し、オンラインデータベースに登録する」とある。

また、4-1-2「すべての医療機関は、登録された出生、死亡、出産時の母子死亡、外来、医療指標を国家報告書式 ӨМТ-501-1に基づいて毎月オンラインにて報告する」としている。

さらに、2-1-7には「月毎の集計を家庭、ソム、村の保健センター、県、地区の総合病院、地域医療診断センター、専門病院、特別専門病院等は、次の月の2日までに、県及び市の保健局は、次の月の4日までに管轄となる医療機関に報告すること」、2-1-8「保健開発センターは、国全体の報告情報をまとめ、国家統計局に次の月の6日までに、保健省や他関連機関

に次の月の7日までに紙媒体またはオンライン上で提出すること」、2-1-9「保健センターは、国家大会議及び政府に届ける報告情報を保健省の関連部局を通し、次の月の7日までに紙媒体またはオンライン上で提出すること」と示されている。[/https://moh.gov.mn/](https://moh.gov.mn/)

5. 医療現場のアクシデント等についての最新データ

2023年1月には、モンゴル保健開発センターが、「2022年には医療サービス提供の段階で4,119件のヒヤリハットまたはアクシデントが報告された」と発表している。臨床現場では2,095件で全体の50,86%、非臨床現場では2,024件で49,14%を占めるとした。臨床現場のアクシデントとしては治療時の事例が30%、臨床における感染リスクに関する事例は28%、薬品の安全管理に関わる事例は13%、患者誤認が13%、検査に関する事例が13%、輸送時の安全に関わる事例が2%、手術時の安全性に関する事例が1%だった、とホームページ上で公表した。

またここで、非臨床現場のヒヤリハットの実例としては、医療従事者のコミュニケーション能力に関する事例は28%、医療機器に関する事例は23%、診療費に関する事例は17%、医療情報システムに関する事例は16%、施設の老朽化に関する事例は13%、スタッフの安全に関する事例は3%だった、と記載されている。モンゴル保健開発センターのサイト内にある「保健指標情報データベース」[С т а т и с т и к м э д э э л л и й н с а н \(1313.mn\)](http://www.hdc.gov.mn/)で、各県ごとにあるソムの家庭保健センターの情報を公表している。同データベースには、患者や顧客が一次医療施設における医療サービス提供の質、安全に関する意見苦情等を記入できる「一次医療施設の人材開発、資金調達状況、顧客の評価状況」という欄があり、保健開発センターではどんな小さな単位での出来事も把握できる状況にあるとされる。

<http://www.hdc.gov.mn/>

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=739470550877575&id=100044439099331

6. プライマリ・レベルの医療の質・安全

- 某県保健局における取組み（県保健局プライマリ・ケア担当専門官からのヒアリング）
- 1. 医療事故・事例などを記録し、報告する仕組みと、その実状
 - 保健大臣の A/566 令に従い、医療サービスを提供する過程でのアクシデント・事故について記録し、月に一回、関係者に注意喚起を行っている。
- 2. 地域の医療機関における医療の質・安全を維持する組織・仕組み
 - どの医療機関でも医療安全管理室を置き、3-5名配置している。
- 3. 医療従事者向けの医療の質・安全に関する勉強会・研修
 - 3カ月に1回実施し、総合病院、家庭保健センター、ソム保健センターの関係者が参加
- 4. 患者の安全に対してその家族からの意見、苦情の解決処理・対策

- 患者の安全に関する意見、苦情は十分な説明を行わなかったことが原因になることが多い。医療機関ごとにその家族と連絡を取り、状況を把握し、必要に応じて自宅を訪問し、解決している。

5. 医療の質・安全を保つ妨げになっている要因と必要な支援

- 医療の質・安全について専攻した職員がいないこと。質・安全に関する研修を増やす必要がある。

① 県立総合病院レベルでの取組み（医療安全管理室室長からのヒアリング）：

1. 医療事故・事例などを記録し、報告する仕組みとその実状

- 保健大臣の2019年のA566令に従って部・科ごとに記録し、医療安全管理室に紙媒体またはオンラインで報告。大臣令により1A、1Bレベルのケースはその部・科で解決し、3・4レベルのケースは医療安全管理室の年間計画に沿って解決する。

2. 地域の医療機関における医療の質・安全を維持するための組織・仕組み

- 医療安全管理室の管理監督の下で、感染制御部、看護部と協力している。医療安全管理室は室長、マネジャー、報告担当という3名体制。リスク・安全マネジャーが不足している。

3. 医療従事者向けの医療の質・安全に関する勉強会・研修

- 年に1回モンゴル医療の質委員会と共に研修を実施。院内研修としては、院内の医療の質・安全の課題について他の科と勉強会を行っている。

4. 患者の安全に対してその家族からの意見・苦情の解決処理・対策

- 手技・手術の安全に関する意見・苦情はある。院長の規定により解決し、対策を取る。対象者となる従事者に内容を確認し、指導を行う。また院内全体に情報共有し、研修を行う。

5. 医療の質・安全を保つに妨げになっている要因と必要な支援

- 定期的に医療従事者向けに医療の質・安全に関する研修をい、病院全体の医療の質・安全に対する意識を高める必要がある。また、医療安全管理室の人材を育成し、能力向上を図る必要性がある。

- 感染制御の観点からは、使い捨て器材の供給を改善する

- 内外研修で他の機関の経験・事例から学ぶ

- 基準・ガイドライン・マニュアルの規定、マネジメントシステムの構築

② ソム保健センターレベルでの取組み（保健センターの主任看護師からのヒアリング）：

1. プライマリ・ケアにおける医療事故・事例などを記録し、報告する仕組みとその実状

- 保健大臣のA/566令に従い、医療事故、アクシデント事例を記録し、医療安全管理室の担当者が注意し、指導する。

2. プライマリ・レベルで患者の安全に関わる取組み

- 医療の安全、リスクに関する発生事例について、リスク評価をし、対策を取る。

3. 医療の質・安全に関する研修

- 2022年1月と4月にモンゴル医療の質委員会主催の「医療サービスの安全」研修（6日間）に参加

4. 家庭保健センター、ソム保健センターレベルでの医療の質・安全に関する研修

- 保健大臣の A/566 と A/565 令と、関連のある他の令やガイドラインに沿った勉強会を実施

5. 患者の安全に対してその家族からの意見・苦情の解決処理・対策

- ほとんどの意見、苦情は医療サービス提供に対するもの。意見・苦情を受け付け、対策を取るが、情報共有し記録することが困難。

6. 医療の質・安全を保つ妨げとなっている要因と必要な支援

- 啓発指導、定期的な研修、医療サービスマネージャーなどの人材育成

③ 家庭保健センターレベルでの取組み（家庭保健センター医師からのヒアリング）：

1. プライマリ・ケアにおける医療事故・事例などを記録し、報告する仕組みとその実状

- 医療の質チームを設置・管理しているが、多くの職員には参加意識が乏しい。発生事例についての記録登録や、解決に向けた対応のチーム連携が整っていない。医師の問題意識が低い。

2. プライマリ・レベルで、患者の安全に対してその家族からの意見、苦情の解決処理・対策

- 医療事故はほとんど起こっていない。

3. 医療の質・安全に関する研修

- モンゴル医療の質委員会主催の研修に参加

4. 家庭保健センター、ソム保健センターレベルで医療の質・安全に関する勉強会・研修

- 患者の安全、誤認、医療廃棄物について。

5. 患者の安全に対してその家族からの意見、苦情の解決処理・対策

- コミュニケーション不足による苦情がある。仲裁した事例1件、減給を行った事例が1件。

6. 医療の質・安全を保つ妨げになっている要因と必要な支援

- 職員の参加意識が不足していると感じる。

7. 最近発生した医療事故等の事例

No.	内容
事例1	「お腹が痛い」と訴え一次医療施設であるバヤンホンゴル県ガルトソム病院を受診した9歳（2019年当時）の男児が、二次医療施設（当時）にあたるバヤンホンゴル県立総合病院に2019年

	<p>5月10日に搬送された。当初の診断名は「急性虫垂炎」だった。緊急手術が行われたが、意識が戻らなかったことを理由に親に、相談することなく脊髄液を採取した。原因が分からないということで、次の日に2度にわたり脊髄液を採取した。脊髄麻酔をしたのちに静脈注射で睡眠導入剤を投入したとされている(後に調査団によって、同時に体内に入れたことにより脳組織の損傷が起こった、と結論付けられた)。しかし病院側は、髄膜炎菌によって脳組織が損傷したと両親に説明した。日に日に病状が悪化したため、両親の判断で、11日目になって同病院から男児を退院させてウランバートル市に移送した。その後も症状は改善することもなく、今も四肢麻痺が残ったままだ。12歳未満の子どもには、麻酔は全身麻酔を用いるというガイドラインがあるにもかかわらず、バヤンホンゴル県立総合病院の麻酔科の医師は脊髄麻酔を使用した上、静脈に睡眠導入剤を注射したことから男児の脳に重い障害が残ったとされる。バヤンホンゴル県の専門調査局の調査官の報告は、「子どもが急性虫垂炎か否かについても自ら検査を指示するなどして確認していないことが根本的なミスである」と結論付けている。</p> <p>2019年8月27日、家族がこれは医療ミスだとして会見し、医師を告訴しようとしたが、バヤンホンゴル県の警察や検察の行動が鈍く、モンゴル国保健省にも状況報告書を提出したが、法的なプロセスはなかなか進まなかった。</p> <p>ようやく裁判が始まったのは、2021年12月28日だった。関係者が集まったが、被告の麻酔科医が弁護士を交代させたいという理由で、延期になった。その後も被告は、予定された裁判に、「コロナに感染した」という理由で出廷しなかった。後になって「再捜査が必要」とされ、現在まで責任を負う者がいないまま、事故から3年がたつ。この間の治療費、移動費などはすべて男児の家族の自己負担である。(https://zaag.mn/archives/66108)</p>
事例 2	<p>2021年9月18日にウランバートル市にある三次医療施設(当時、現在はリファラル病院)の国立第一産科病院で、看護師が臨月の妊婦に「アトロピン」の代わりに誤って「アトラクリウム」</p>

	<p>を注射し、死亡させた医療事故が発生した。新型コロナに感染した妊婦が息苦しいと訴えたのを聞いた看護師が電話で医師に指示をおおぎ、聞き間違えたと弁解している。現在裁判中である。 (https://mpress.mn/p/3305)</p>
事例 3	<p>ウランバートル市から 581 キロ東南に位置するスフバートル県で狂犬病ワクチンの代わりに誤って結核予防ワクチンを注射したという事例が発生したことを、保健大臣が 2023 年 1 月 6 日に記者会見で発表した。2022 年 12 月 5～26 日の間に 7 匹の犬にかまれた計 9 人（8 歳と 14 歳の子どもが含まれる）のうち 3 人に 3 回の接種で規定の 30 倍量投与、4 人に 2 回の接種で規定の 20 倍量投与、2 人に 1 回の接種で規定の 10 倍量投与したとされ、モンゴル保健省が専門家チームを派遣し、真相究明を急いでいる。噛まれた人に狂犬病ワクチンを接種した場合、9 カ月間経過観察が必要とされることから、保健省としては今回、間違えてワクチンを接種された人々の結核や狂犬病についての経過観察等を国の費用負担で行い、危険性に応じて海外での治療も検討するとした。</p> <p>またスフバートル県の保健局の薬剤の監理、登録情報、安全性について状況報告を求めている。県の総合病院でなぜこのような失態が繰り返されたか、患者への説明責任等についても調査し、情報提供を求める文書を県知事宛に出したこともこの会見で保健大臣が明らかにした（2023 年 1 月 7 日付日刊紙 Unuudur、 (https://www.unuudur.mn/a/252583)</p>
事例 4	<p>18 歳の男性が尿管結石と診断され、右の尿管にできたと思われる結石を取る手術を受けたが、術後 3 日で足が動かなくなった。神経内科の医師が診察したが、カテーテルのまま何日か放置した。髄液を採取する必要があるとされたが、うまくいかなかった。家族からの苦情によると、この際、20 回刺した針の痕があったそうだ。そうしているうちに状態がさらに悪化し、集中治療室に移行したが、間もなく亡くなった。入院日数は 8 日間で、年末が重なった。この事故の調査によると、初期段階の検査で患者に頸髄症があることを正しく判断できていれば、死亡医療事故に発展</p>

	<p>することはなかったと思われる。患者が外来の際にうまく歩けずに壁をつたって歩いていた上、強い頭痛があり、数日食事がとれなかったと訴えたにも関わらず、泌尿器科の医師が患者に聞いてカルテに記載することもしなかった。ただ手術にばかり注目した結果だ。また、頸髄症の影響で髄液が出ないことを単なる技術上の問題と考え、診断名を疑わなかった。当直の神経内科の医師や病棟を回診したすべての医師が診断を怠った。多方面から診断についてコンファレンスをしなかったことがそもそもの原因であるという結論に至った。</p> <p>結果、今回の事例に関係する泌尿器科、麻酔科、神経内科の医師3人に3か月無給の処分となり、各医師が所属する科の科長、副科長に嚴重注意を行った。患者の家族からは、関係する医師たちに責任を取ってもらいたいと要求があり、葬儀が終わったら医療安全管理室が家族と連絡をとることになっている。</p>
事例 5	<p>内科病棟に入院していた45歳の女性が朝方5時に窓から落ちて亡くなった。この女性には発達障害のある子供が2人いて、家族からその子供たちには病死と伝えてほしいと言われた。真相について法医学また警察の方で捜査中である。</p>
事例 6	<p>曲がった鼻を治療する手術のために入院した61歳の男性が、抗生剤のセファゾリン注射をされる際にアナフィラキシーショックにより、死亡した。入院前日にしたテストでアレルギー反応がなく、看護師もガイドラインに沿って注射をしたことが分かっている。現在、事実確認中。</p>
事例 7	<p>医療安全管理室に、当病院で手術を受けた際にC型肝炎ウイルスに感染したとして医療従事者の男性が訴えている。これに対しても事実確認中。</p>