

医療提供体制の現状と改革 (2)

近 藤 功
中 浜 隆

目 次

はじめに

第1章 医療提供体制の現状と課題

第2章 医療従事者の資質の向上

- (1) 医療の量から質への転換
- (2) 医師のインターン制度の復活
- (3) 医療従事者の免許更新制度の新設
- (4) 正看護婦の教育年限の引き上げ
- (5) 准看護婦制度の廃止

第3章 診療情報の提供

- (1) インフォームド・コンセント
- (2) 診療情報の開示 (以上『本誌』第52巻第2・3合併号)

第4章 医療過誤 (以下本号)

- (1) 医療過誤の事例
- (2) 医療事故の調査
- (3) 医療過誤訴訟の増加
- (4) 医療事故防止の取り組み

第5章 診療報酬の不正請求 (以下次号)

- (1) 診療報酬の請求と審査
- (2) 不正請求の事例
- (3) 不正請求に対する取り組み
- (4) 不正請求の防止

第6章 医療制度改革のアンケート調査

- (1) 調査の方法と結果
- (2) 調査結果の分析

おわりに

第4章 医療過誤

(1) 医療過誤の事例

近年、国民から最も注目され、厳しい批判を受けた医療事故は「薬害エイズ事件」であろう。エイズウイルスに感染した非加熱血液製剤を投与された患者1434人がエイズウイルスに感染し、そのうち493人が死亡したわが国最大の薬害事件であった。

このような大規模事故以外にも、さまざまな「医療過誤」や「医療過誤訴訟」が連日のように報道されている。そこで筆者は、「医療過誤の実態」を把握するために、平成12年1月から平成13年12月までの2年間、全国の医療過誤（医療事故）に関わる新聞記事を収集した。平成14年に入っても医療過誤（医療事故）は続発しており、おそらく今後も発生するであろう。

以下は、平成12年と13年に『北海道新聞』（朝刊と夕刊）に掲載された全国の医療過誤（医療事故）の事例を示したものである²⁹⁾。

* 1月23日（朝刊）p.29

島根県内の病院で、入院中の患者（12歳女性）の人口呼吸器のスイッチが切れていたために死亡した。

* 2月19日（夕刊）p.11

東京都内の病院で、平成11年2月、患者（58歳女性）が左手中指のリウマチ手術を受けた翌日、看護婦が血液凝固剤と間違えて消毒液を点滴した直後に

29) 同新聞ではほとんどすべての場合、医療機関は実名で報道されている。この点について本稿では、医療過誤（事故）がどの医療機関で発生したのかではなく、どのような医療過誤（事故）が発生したのかを示すことに主眼を置いているので、医療機関の名称は記載していない（病院の所在地を都道府県で記載することにとどめている）。また、紙幅の制約のために、かなりの事例を省略している。

なお、周知のように「看護婦・看護師」は平成14年3月1日から「看護師」に名称変更されたが、本稿では引用文献で「看護婦」と記載されている場合にはそのまま用いている。

患者の容態が急変し、死亡した事故で、東京都は同病院に警察に届けられないように指示した疑いがあることがわかった。

* 2月20日(朝刊) p.34

高知県内の病院で、糖尿病の患者(60代女性)を治療中、点滴チューブとカテーテル(導管)が外れ、静脈からの出血で患者は死亡した。同病院では平成12年1月に患者を取り違えて別の患者用の血液を輸血するミスがあったばかりであった。

* 3月8日(朝刊) p.28

京都府内の病院で、入院中の患者(17歳女性)の人口呼吸器に、看護婦が呼吸器の加湿用蒸留水と間違えて消毒用エタノールを2日間余り注入し、患者はエタノール中毒で死亡した。

* 3月10日(夕刊) p.15

大阪府内の病院で、前立腺がんで入院中の患者(63歳男性)が予定量の8倍の抗がん剤を誤って投与され、副作用で平成12年1月に死亡していたことがわかった。主治医の研修医(27歳)は看護婦に投薬量を誤って指示した。

* 3月21日(夕刊) p.13

北海道内の病院で、平成10年1月、准看護婦が鼻から胃に通じる管に投与する抗がん剤などの薬剤を、誤って静脈につながる管に投与したために、患者(72歳男性)が死亡していたことがわかった。同病院は医師法で義務づけられている患者の死亡を警察に届けていなかった。同病院は投薬ミスと患者の死亡との因果関係を認めた。

* 3月22日(夕刊) p.10

神奈川県内の病院で、平成11年1月、手術患者取り違い事故が発生した。患

者2人の確認を怠り、手術の必要のない患者に手術を行い、その患者に傷害を与えた。執刃医2人、麻酔医2人、看護婦2人の合計6人が業務上過失傷害罪で在宅のまま起訴された。

* 3月31日（朝刊）p.38

埼玉県内の病院で、入院中の患者（44歳女性）にモルヒネを誤って投与し、患者は2日後に死亡した。医師が指示した痛み止めのモルヒネの量を看護婦が誤ってその10倍の量を患者に投与し、死亡させた。病院は患者の死亡を警察に届けていなかった。

* 4月11日（朝刊）p.32

神奈川県内の病院で、入院中の患者（1歳6か月の女兒）に内服薬を誤って点滴し、翌日死亡させた。鼻から胃の中に入れているチューブを誤って静脈点滴チューブに内服剤を注入し、死亡させた。

* 4月27日（夕刊）p.14

東京都内の病院で、平成11年12月、医師の指示ミスで通常の3倍の抗ガン剤を胃ガン患者（64歳男性）に投与し、11日後に死亡させた。病院側はミスを認めた。

* 6月1日（夕刊）p.13

大阪府内の病院で、平成8年と平成10年に、ガン性を否定する病理検査の結果を無視して外科医（院長）が乳ガンの手術を続行し、患者2人（70代と60代）の乳房を切除していたことがわかった。また、ガンを完全に否定する検査報告書がカルテに張られたが、外科医はその上に別の検査データをのりづけして張るなど、カルテの改ざんまがいの行為も行ったという。

* 6月3日 (朝刊) p.35

東京都内の病院で、入院中の患者 (20代女性) に、医師が誤って通常の10倍の量の催眠剤を服用させ、患者が重度の脳障害でこん睡状態に陥った。主治医が催眠剤「0.5ミリ」を誤って「5ミリ」と研修医に指示し、薬剤師も看護婦も常用量オーバーに気付かなかった。研修医は医師国家試験に今春合格したばかりだったという。

* 6月5日 (朝刊) p.29

大阪府内の病院で、平成10年4月、食道ガンの手術後、容体が急変して死亡した患者 (62歳男性) の看護記録を担当外科医 (院長) が看護婦に指示して書き換えさせて (改ざんさせて) いたことがわかった。

* 8月4日 (朝刊) p.29

茨城県内の病院で、患者の検査結果を取り違え、肺がんではない患者に肺がん手術を行う医療ミスがあった。

* 8月12日 (夕刊) p.10

東京都内の病院で、平成11年9月、心臓病で入院中の生後4か月の女兒が通常の10倍の量の強心剤を5日間にわたって投与され、一時心停止状態に陥っていたことがわかった。主治医が強心剤「ジゴキシン」を内服薬として与えるさい、処方せんに適量「0.05ミリグラム」とするところを「0.5ミリグラム」と誤って記載した。

* 8月15日 (朝刊) p.28

東京都内の病院で、入院中の患者 (35歳女性) が睡眠導入剤を投与された直後に死亡した。

* 8月17日 (夕刊) p.12

東京都内の病院で、パーキンソン病の患者(89歳男性)にブドウ糖を投与しようとした医師が、誤って降下剤を注射し、患者が死亡する医療事故が起きた。

* 8月22日 (夕刊) p.12

青森県内の病院で、平成12年2月、患者(20代女性)に対し、右足の指の変形矯正手術を実施したさい、誤って左足の指を手術した。また、平成11年4月にも、悪性腫瘍(しゅよう)の疑いのある患者(40歳女性)の確定診断のため、右首のリンパ節の組織を摘出したが、誤って副神経を損傷し、患者の右腕の動きに支障が生じた。

* 8月26日 (朝刊) p.39

茨城県内の病院で、平成11年7月に入院中のゼロ歳児が誤って抗生物質を過剰投与され、副作用で指が壊死(えし)し、平成11年11月に5本の指すべてを切断する手術を受けていたことがわかった。医師が体の大きい別の子供と勘違いし、誤って10倍の投薬量を口頭で研修医に指示し、それが看護婦に伝えられ、点滴投与された。医師本人が投薬指示票を書いていれば、患者の氏名、生年月日、体重を記入するため、ミスは避けられたという。

* 8月28日 (朝刊) p.29

埼玉県内の病院で、本来は患者(87歳女性)の腹部に穴をあけて胃に直接流し込むタイプの栄養剤を、看護婦が誤って腕の静脈に点滴した。患者は点滴を受けている最中に容体が悪化し、他の病院に搬送されたが死亡した。

* 9月2日 (夕刊) p.11

大阪府内の病院で、平成11年4月に生後8か月の女兒の腸重積(じゅうせき)を見逃し死亡させる医療ミスと、平成11年1月に切断する必要のない患者(53

歳男性) の右大腿部神経を誤って切断し、右足下半身まひを招く医療ミスが相次いでいたことがわかった。同病院は2件とも医療ミスと認めた。

* 9月13日 (朝刊) p.31

福岡県内の病院で、平成12年2月、医師が手術で患者(82歳男性)の大動脈瘤の切除後に血管接合するさい、心臓手術ではあまり使わない生体用接着剤を大量に使用し、血液を循環させる人口心肺の回路が詰まり、患者は手術の1時間後に心不全で死亡していたことがわかった。同医師は平成11年8月に同病院に着任後、46人の手術を手掛け、このうち6人が手術中か手術後に死亡した。

* 9月16日 (朝刊) p.31

東京都内の病院で、71歳男性が急性心筋梗塞の疑いで入院したさい、右足付け根の動脈に取り付けられた血圧測定器のチューブの切替えコックが外れ、大量の血液が体外に流れ出て失血死した。

* 10月3日 (朝刊) p.31

広島県内の病院で、平成12年3月に行われた手術後の医師のミスで患者(3歳男性)に脳障害が残った医療事故で、警察署などは業務上過失傷害の疑いで、院長、研修医、研修医の監督に当たっていた主任部長など病院関係者8人を書類送検した。調べでは、患者は右心室周辺の筋肉を切り取る手術を受けた。手術の約2時間半後に集中治療室で心停止を起こし、モニターが血圧の低下を表示したが、付き添っていた研修医はモニター設備の不調が原因と思いきみ、13分後に看護婦が異常に気付くまで患者を放置した疑い。院長や主任部長らは研修医の監督を怠った疑い。主任部長が蘇生(そせい)措置を施し、心臓は正常に戻ったが、脳に障害が残り寝たきりの状態という。

*10月14日（夕刊） p.13

宮城県内の病院で、平成12年8月、患者（60代女性）の手術をしたさい、執刀医が体内にガーゼを残したまま縫合していたことがわかった。通常、手術に使用したガーゼ数を確認するが、看護婦が追加したガーゼを記入するのを忘れた。同病院は患者や家族にミスを隠したままガーゼを取り出す再手術をし、この手術代も請求していた。

*10月23日（朝刊） p.31

兵庫県内の病院で、患者（64歳女性）が手術中、麻酔医が人口呼吸器に「ピープ弁」と呼ばれる弁を装着したさい、呼気側と吸気側を誤り、患者が酸欠で死亡した。麻酔医は、事情聴取に「慣れからくるうっかりミスです」と話しているという。

*10月24日（朝刊） p.29

三重県内の病院で、出血の続いた入院中の患者（79歳男性）に対して誤った型の血液を輸血し、患者は腎不全などで重体になった。主治医は血液型がO型の患者をA型だと思い込み、カルテのチェックも怠って、A型の血液を取り寄せた。さらに、輸血する血液の型が適切かどうかを検査する交叉（こうさ）反応の結果も見誤り、患者にA型の赤血球400ミリリットルを輸血した。同病院は、主治医らによる医療ミスだったことを認めた。

※10月26日（朝刊） p.30で、この患者は死亡したことが報じられている。

*11月8日（朝刊） p.29

新潟県内の病院で、数年前、乳がんの女性患者（60代）の手術が行われたさい、医師が誤ってがんでない右の乳房を切除していたことがわかった。院長によると、外来患者として女性を診察した医師が、カルテに左右を間違えて記載し、それをもとに誤った手術伝票が作成された。手術前日に入院した女性を診察した別の医師がカルテの誤りに気付き看護婦に連絡したが、看護婦

は手術伝票の訂正や看護婦長への連絡を忘れたという。手術の執刀は記載ミスをした医師が担当した。

*11月21日(夕刊) p.11

鹿児島県内の病院で、血液型がO型の患者(71歳男性)に誤って、別の患者用のB型血液を輸血するミスがあった。患者は翌日になって死亡した。病院は死亡直前まで輸血ミスに気付かなかった。

※11月22日(朝刊) p.31で、看護婦が患者名などを記載したシールを血液パックに張り忘れるミスがあり、患者を取り違えたことを院長が明らかにしたことが報じられている。

*12月4日(朝刊) p.29

富山県内の病院で、医師がパソコンで投薬指示書を間違えて作成したために、肺炎で入院中の患者(48歳男性)が毒薬指定の筋弛緩剤を誤って投与されて一時呼吸停止状態になり、8日後に死亡した。担当医が、パソコンの画面で炎症を抑える副腎皮質ホルモン剤「サクジソン」を選ぼうとしたが、似通った名前の筋弛緩剤「サクシン」をクリックした。

*12月15日(夕刊) p.17

福島県内の病院で、出血性胃かいようで入院中の患者(74歳男性)に、本来は鼻から入れるトロンビンという胃の内部の出血を止める止血剤を誤って点滴した。患者は間もなく「苦しい」と訴え、看護婦がすぐに点滴装置をはずして医師らが救命措置をしたが、患者は約2時間半後に死亡した。

*平成13年1月20日(夕刊) p.11

東京都内の病院産婦人科で男性医師は平成12年11月、患者(28歳)の卵巣のう腫除去手術の際、腹腔鏡の先端部の「止め金」を、同年12月には、別の患者(33歳)の卵巣のう腫除去手術の際、腸を支える「へら」を患者体内に置

き忘れてしまった。同じ医師が、同じ手術で2回にわたり置き忘れた。前者は看護婦が気づき、後者は患者の腹痛の訴えで分かり、いずれも再手術で取り出した。

* 1月22日 (夕刊) p.11

東京都内の病院で、平成9年12月、橋から転落して下顎を骨折し、同病院で顎の整復固定手術を受けた20歳女性が、2日後に死亡した。死亡原因は手術時、執刀医が誤ってあごの骨をワイヤーで固定する際、脳内にワイヤーを突き刺したことによるものとの疑いがあったが、病院は当初、手術ミスを否定していた。その後、当時の担当医の1人が遺族を訪れ、執刀医が誤って脳内に突き刺したと告白したことにより医療ミスが明らかになった。遺族は病院側の対応をみて提訴を検討する。

* 2月7日 (朝刊) p.30

北海道内の医院と、同じ市内にある別の一般病院で、平成9年、「血液型不適合妊娠」で死産した胎児の母親と夫は、その医院と、出産介助にあたった同市内の病院は、「RH血液型不適合妊娠」の際、抗体の発生を抑える薬剤の投与・抗体検査・新生児交換輸血を怠ったとして、医院と病院に対し、計4400万円の損害を求める訴えを札幌地裁小樽支部に起こしていることが分かった。

* 2月16日 (夕刊) p.15

長野県内の病院で、平成12年11月より入院中の(50歳代の男性)患者が、平成13年2月、本来は鎮痛剤と鎮静剤を投与するはずが、看護婦がほかの患者の強心剤を誤って注射し、死亡する投薬ミスがあった。

* 2月25日 (朝刊) p.39

神奈川県内の病院で、平成12年3月、出産が迫った30代の女性に陣痛室で陣

痛用の麻酔薬を腰に注射する際、誤って脊髄を包む膜を破った。約2センチ場所をずらし麻酔したが、液が破れた膜から脊髄に入り、呼吸運動の筋肉に作用し、意識が戻れないまま、昏睡状態に陥る医療事故があった。子供は、帝王切開で出産させ無事。通常は、麻酔を実施した後は10分以上、患者の経過観察すべきだとされているが、医師は注射をして約5分後に陣痛室を離れた。患者の容体の急変に気付いたのは、付き添いの家族であった。

* 3月4日(朝刊) p.38

北海道内の病院で、平成12年12月、腎不全で治療中の患者(82歳男性)が、主治医の指示で、薬剤師が血圧降下剤の服用量を増やす際、誤って似た名前の血糖値を下げる薬剤を処方した。患者は2日間、この薬剤を服用し、低血糖になり意識不明に陥った。平成13年2月に死亡するまで意識は戻らなかった。

* 3月8日(朝刊) p.34

北海道内の病院で、平成13年2月、悪性リンパ腫で入院中の患者(64歳男性)は、看護婦のミスで点滴注入用の静脈バイパス管の固定絆創膏の交換の際、ハサミでバイパス管にきずをつけた。十数分後、この患者の管の傷口から出血しているのを家族が発見したが患者の容体が急変、出血からの4日後に死亡した。

* 4月11日(朝刊) p.30

青森県内の病院で、平成13年1月、患者(60歳男性)の心臓手術の際、医師等は心臓の近くに長さ2センチの手術用の縫合用の「針」を置き忘れた。手術後のエックス線写真で異物の有無を確認したが気付かず、翌朝の再確認で「針」が体内に残っていることがわかった。さらに同病院では、同年2月20日には女性患者(70歳)の膀胱腫瘍の手術の際、左骨盤内に30センチ四方のガーゼを置き忘れ、1週間後の経過観察時にガーゼを見つけると言う医療ミ

スを起こしている。

* 5月15日（夕刊） p.13

北海道内の病院で、平成13年5月10日、脳梗塞で入院中の患者（70歳女性）に対し、看護婦が患者を取り違い、異なる血液型輸血をすると言う医療ミスをしていたことが明らかになった（患者の血液型はB型で、輸血されたのはA型）。両患者は、共に寝たきりの同室の患者であった。看護婦は190mlの輸血で患者の異常に気づき、直ぐに輸血を中止したため幸い死亡には至らなかった。看護婦は「思い込みから誤った患者に輸血してしまった」と話している。同院院長は、「重大なミスでたいへん申し訳なく思っている」としている。

* 5月24日（夕刊） p.15

北海道内の病院で、93年肺腫瘍で入院していた患者（66歳男性）が胸膜細胞の検査を受けた際、細胞検査針の先端部3センチが折れ、胸腔内に残った。医師は「健康上問題はない」と説明し、患者は退院した。しかし、間もなく肺に痛みを感じ道内の大学病院で検査を実施したところ、医師から「すぐに除去が必要」と言われ手術を受けて先端部を除去した。病院はミスを認め賠償請求に応じていたことが分かった。

* 6月22日（朝刊） p.34

富山県内の病院で、平成13年5月、癌の手術を受けた患者（69歳男性）は、腹部に差し込まれた管を換える際、管で動脈を傷つけ大量の出血により死亡していたことが分かった。さらに同病院では、同年2月にも女性患者（87歳）に誤った血液型の輸血をするミスがあったことも分かった。女性患者は4月に肺炎で死亡している。担当医は男性患者については、医療ミスとして認識していなかったという。

* 6月27日 (朝刊) p.32

北海道内の病院で、平成13年2月、男性患者(60歳代)に血糖値を下げる薬(アマリール)と血圧を下げる薬(アルマル)を薬剤師が、医師から処方された処方箋を見間違えて患者に投薬するミスがあった。この患者は、薬の取り違えが分かるまで4週間を誤った薬を飲まされていた。患者に異常はなかったが、医学関係者は血圧が低かったり循環器系に疾患のある患者の場合生命が危険な状態に陥る場合もあると指摘している。

* 7月6日 (朝刊) p.32

北海道内の病院で、平成13年7月、入院中のALS(難病の筋萎縮性側索硬化症)患者(63歳の男性患者)が深夜に、装着していた人口呼吸器が外れているのを当直看護婦が見つke、警察に通報した。同病院では心臓マッサージをおこなったが、患者は間もなく死亡した。宿直には医師1人、看護婦2人が当たっていた。道内の病院では最近、ALSで入院している患者の人口呼吸器が外れ、患者が一時重体に陥ったり、死亡につながる事故が相次いでいる。昨年と一昨年に道内で合計4件あった。

* 8月5日 (朝刊) p.31

山形県内の病院で、平成13年7月、心臓病で入院中の重症患者(82歳女性)が同月容体が悪化したため、いったん帰宅していた主治医の男性医師が呼び出され、栄養剤を注入するため鎖骨下の静脈にカテーテルを挿入しようとしたが、うまく入らず失敗し、中止した。4日後に患者は死亡した。周りにいた患者の家族が、医師の話し方がおかしいことから、聞いたところ、医師は酒を飲んだ状態であることが分かった。

* 9月27日 (夕刊) p.17

北海道内の病院で、平成11年7月、右腎腫瘍で開腹手術を受けた患者(40歳男性)が手術の翌日死亡した。手術を担当した院長ら4人は手術後、飲食店

に出かけた。患者の男性は、手術の3, 4時間後、苦痛を訴えたが、担当医は看護婦からの電話でいったん病院に戻ったものの、腹腔内出血には気付かず再び飲食店に戻った。医師は翌日になって腹腔内出血を確認、再手術を行ったが、男性は手術2時間後に死亡した。遺族は術後の経過観察を不十分であるとして同病院に対し1億5千万円の損害賠償を請求した。

*11月10日（朝刊）p.33

北海道内の病院で、平成13年9月に、胆石で入院中の患者（30歳女性）が肺周辺の胸腔内の液を除去する管をつけていたが、医師は体液は膵臓の炎症が原因と診断し、炎症が治まったため管をはずした。ところが翌朝、胸腔内の液体がたまり呼吸不全で死亡した。さらに10月11日には、肺癌で入院していた患者（67歳男性）は、右肺下部の腫瘍除去手術中、動脈から大量の出血で死亡した。生命に危険を及ぼす手術にもかかわらず、手術を行った医師らは患者の家族にその危険性について説明していなかった。

*12月28日（夕刊）p.13

北海道内の病院で、平成8年10月、自営業の妻は二男を出産のため入院、帝王切開を希望したが、主治医は経ちつ分娩を試みたため、へその結の血流が遮断され、胎児は危険な状態に陥った。帝王切開に切り替えたが、低酸素虚血性脳症により仮死状態で生まれ、約1年後に死亡した。子供の両親は「出産時の措置の注意義務違反」、さらに過失を隠すための「カルテ改ざん」をしたとして、病院を相手に約7700万円の損害賠償請求を札幌地裁におこした。

*12月29日（夕刊）p.7

北海道内の病院で、平成13年10月、患者（85歳女性）は入院時、腸閉塞のところ担当医は検査もせず急性胃腸炎と診断し、点滴などの治療をした。2日後の検査で腸閉塞と分かり、腸閉塞の治療や手当てをしたが容体が悪化し死亡した。これについて担当医は、外来受診時、検査をしなかったことについ

て「重症度を見誤った」、翌日の入院時にも「急性胃腸炎」と判断したとしながらも、担当医は「医療ミスではない」と言っている。

*12月29日 (夕刊) p.7

東京都内の病院 (全国で3か所の心臓移植実施施設の一つ) で、平成13年3月、心臓手術を受けた小学6年生の女兒が、手術の人工心肺装置の操作ミスで脳障害に陥り、3日後に死亡していたことが29日分かった。病院の内部調査でミスを隠蔽するため、女兒の診療記録が改ざんされていたことも分かり、病院側は両親に謝罪、両親は執刀医等を業務上過失致死容疑で警察に告訴する方針。

※上記医療ミスで、ミスを隠蔽するための「術後記録改ざん」については、翌日の『北海道新聞』12月30日朝刊 (p.30) で上記病院長が病院内で「隠蔽があったこと」、「遺族や社会を騒がせたこと」に対しての謝罪会見が行われた。さらに、同病院の執刀医2人が業務上過失致死容疑と証拠隠滅容疑で逮捕されたことが『北海道新聞』平成14年6月28日夕刊 (p.19) で報道された。

上記の事例に示されているように、医療過誤には医師や看護師の小さな不注意によるものもあれば、重過失によるものもある。また、研修医によるものや医療過誤に付随してカルテや看護記録を改ざんするという意図的行為もある。他方、患者の被害にも、軽微な影響ですんだ場合もあれば、後遺症が残ったり死亡した場合もある。医師や看護師の「確認不足」や「思い込み」で、患者に傷害を与えたり、死亡させた事例が比較的多い。また、本稿では医療機関の規模は記載していないが、神奈川県内の病院における「手術患者取り違い事故」や東京都内の病院における「点滴薬誤認による死亡事故」のように、医療過誤の多くは大病院で発生している。

本稿で取り上げた (新聞で報道された) 医療過誤は「氷山の一角」である。新聞等のマスメディアで取り上げられる医療過誤は、患者に大きな傷害を与え

たり、後遺症を残したり、死亡させた事例が多いようである。大小合わせると、実際には新聞で報道された何倍もの医療過誤が起きている(発覚しなかったり、報道されなかった医療過誤が多数ある)ことを、大病院に長期間勤務した筆者(近藤)は確信している。医療過誤が発覚したことが「運が悪かった」と言う医療関係者さえいることも事実である。

(2) 医療事故の調査

医療過誤が全国的に多発していることを受けて、医療過誤(医療事故)³⁰⁾の実態を把握し、防止策を検討・実施するために、医療機関や医療関係団体、行政(監督官庁)等が医療事故の調査を行っている。

30) 厚生省『患者誤認事故防止方策に関する検討会報告書』(平成11年5月)では、「医療事故」と「医療過誤」を以下のように整理している。

「医療事故」は、医療にかかわる場所で、医療の全過程において発生する人身事故一切を包含する言葉として使われている。医療事故には、患者ばかりでなく医療従事者が被害である場合を含み、また、廊下で転倒した場合のように医療行為とは直接関係しないものも含んでいる。医療事故のすべてに医療提供者の過失があるというわけではなく、「過失のない医療事故」と「過失のある医療事故」(医療過誤)を分けて考える必要がある。

「医療過誤」とは、医療の過程において医療従事者が当然払うべき業務上の注意義務を怠り、これによって患者に傷害を及ぼした場合をいう。過失の有無については、事例によっては、必ずしも明確でない場合がある。また、事実認定が医療事故の発生時点における医療水準に照らして判断されることから、医療過誤の範囲は時代とともに変化することになる。

他方、厚生省『リスクマネジメントマニュアル作成指針』(平成12年8月)では、以下のように定義している。

医療事故は、医療に関わる場所で、医療の全過程において発生するすべての人身事故で、以下の場合を含む。なお、医療従事者の過誤、過失の有無を問わない。
ア 死亡、生命の危険、病状の悪化等の身体的被害及び苦痛、不安等の精神的被害が生じた場合。

イ 患者が廊下で転倒し、負傷した事例のように、医療行為とは直接関係しない場合。

ウ 患者についてだけでなく、注射針の誤刺のように、医療従事者に被害が生じた場合。医療過誤は、医療事故の一類型であって、医療従事者が医療の遂行において、医療的準則に違反して患者に被害を発生させた行為。

(a) 医療法人医真会グループ

大阪府八尾市にある医療法人医真会グループ（八尾総合病院）は、院内の医師や看護師等の報告に基づいた調査で、平成9年11月から平成12年2月までの期間に関連6施設を含めてミスが770件、ミス寸前のケースが408件あったことを明らかにしている。ミスの内訳は、看護方法や投薬に関するものが約4割を占めていたが、点滴やエックス線撮影で患者を取り違えるという深刻なミスもあった。

こうした結果を受けて、同病院は医療ミスの問題を検討するリスクマネージャー（危機管理者）を専従で3人配置し、投薬ミスの防止策を探るための医師等によるプロジェクトチームも設置している³¹⁾。

医療機関が医療事故の実態を自主的に調査し、公表することはきわめてまれであるように思われる。医療事故の実態を自主的に調査・公表するとともに、医療事故を低減し、質の高い医療を提供するための取り組みを積極的に展開している医真会グループを高く評価したい³²⁾。

医真会グループの理事長（医師）は、平成14年4月15日～18日の連続4日間、NHK教育テレビで放映された「医療事故と闘う医師」と題する番組に出演され、注目された。同理事長は、この番組等において、過去の医療事故を教訓に自己の病院の医療ミス発生を公表し、その原因追求と防止対策に取り組むほか、全国民を対象に「医療過誤から身を守る心得」と題し、①良い病院を見分けるポイント、②かかりつけ医を選ぶ場合の注意事項、③診察を受ける時の心構え（インフォームド・コンセント）、④手術や入院時の医療ミスなどから身を守るには？（納得のいくまで説明を求める）、⑤手術等の時は、患者（自分）の診療情報を医師に請求し、セカンド・オピニオンを求めることを提言している。

患者の側に立った真に医療の実践を掲げる同理事長（医師）の勇気ある発

31) 『北海道新聞』平成12年3月20日付け朝刊。

32) NHK教育テレビ「医療事故と闘う医師（大阪八尾市総合病院理事長、森功）」平成14年4月15日放映。『北海道新聞』平成14年4月3日付け朝刊。

言は、日本の医療制度に警笛を鳴らすものと筆者は確信している。同理事長に対して、今後のわが国の医療を改革する医師の一人として深く敬意を表したい。

(b) 日本看護協会

日本看護協会は平成12年2月に、誤薬事故の実態と今後の検討課題を明らかにすることを目的として、首都圏の11病院で発生した誤薬事故について、看護職に事故1件につき調査票1枚に無記名で報告を求める方式で調査を行っている³³⁾。

報告書によると、「年齢と臨床経験年数」では、誤薬事故を起こした看護職は、平均年齢が28.7歳で、臨床経験年数は「5年未満」が62.5% (158人)を占めた。このうち、「1年未満」が19.4%、「1年～2年未満」が17.0%であり、両者を合わせると「2年未満」が36.4%であった(表6を参照)。

「5年未満」が6割以上を占めていたことについて報告書は、「対象病院

表6 臨床経験年数

	件	%		件	%
5年未満	158	62.5	5年～10年未満	41	16.2
1年未満	49	19.4	10年～15年未満	26	10.3
1年～2年未満	43	17.0	15年～20年未満	13	5.1
2年～3年未満	32	12.6	20年～25年未満	9	3.6
3年～4年未満	18	7.1	25年以上	6	2.4
4年～5年未満	16	6.3	計	253	100.0

〔注〕(1) 1つの薬害事故に複数の看護職が関与した4事例は除外した。

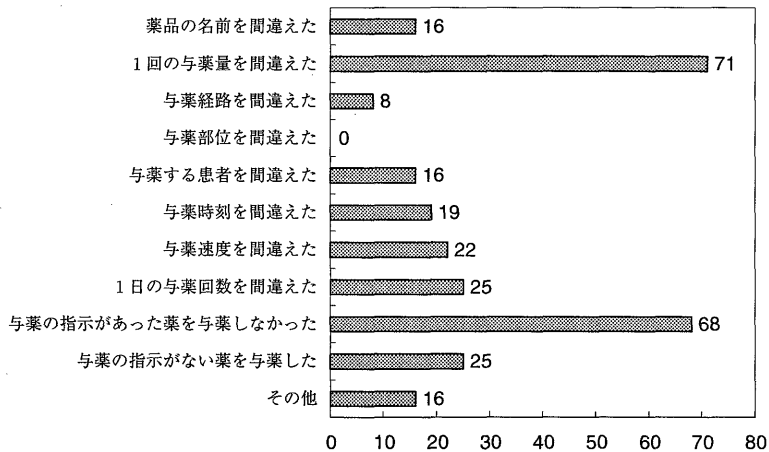
(2) 事故当事者には他種職6.6%が含まれる。

〔出典〕日本看護協会『「誤薬事故に関する調査」結果(概要)』平成12年11月

33) 調査票の回収数は257枚であった。調査対象病院の総病床数は7,528床で調査月(2月)の平均稼働率は92.5%であり、対象病院に勤務する看護婦数は総計5,397人であった。日本看護協会『「誤薬事故に関する調査」結果(概要)』平成12年11月。

の看護職の年齢構成に関してのデータが不足しているため、誤薬事故と関係する看護職に経験年数の浅い看護婦の割合が高いとは一概にいえない。しかし、マンパワーの不足のために、新人看護婦を含めて、経験の浅い看護婦たちが高度で専門的な知識、技術を要する業務を実施していかなければならない現実がある。新卒者である経験1年未満は、一度に多くのことを処理する能力が不足することで行動が中断され、確認不足、思い込みが多くなると推測される。これらの状況を改善するためには、マンパワーの強化、教育・研修、サポート体制等の整備について、今後とも組織的な取組みが必要である」としている。

「誤薬の内容」では、誤薬を起こした薬の種類は、「注射薬」が50.2%で約半数を占め、「経口薬」が44.0%、「坐薬」が0.8%であった。誤薬の内容は、「1回の与薬量を間違えた」が71件で最も多く、次いで「与薬の指示があった薬を与薬しなかった」が68件で圧倒的に多かった(図4を参照)。「1回の与薬量を間違えた」内容は、1時間あたりの輸液量の間違い、注射薬のアンプル数・単位の間違い、経口薬の錠剤やカプセルの与薬数の間違い等さまざまであった。



〔出典〕表6に同じ

図4 誤薬の内容 (複数回答)

「誤薬事故の発見と事故が起きた背景」では、誤薬事故を発見したのは（複数回答）、「他の看護婦の指摘」が132件で最も多く、次いで「再確認」が79件、「患者・家族の指摘」が22件であった。誤薬事故が起きた背景としては（複数回答）、「与薬した看護婦の確認不足」が132件と最も多く、次いで「準備した看護婦の確認不足」が103件、「準備した看護婦の誤った思い込み」が86件、「与薬した看護婦の誤った思い込み」が81件、「気持ちのあせり」が54件であった（表7を参照）。「確認不足」「誤った思い込み」「気持ちのあせり」

表7 誤薬事故が起きた背景となった要因（複数回答）

与薬行為の問題 (456件)	準備した看護婦の確認不足	103
	与薬した看護婦の確認不足	132
	準備した看護婦の誤った思い込み	86
	与薬した看護婦の誤った思い込み	81
	気持ちのあせり	54
不十分な情報 (63件)	患者に関する情報不足	43
	患者への説明不足	11
	新しい職場で不慣れ	9
情報伝達の問題 (50件)	医師の指示間違い	9
	口頭指示の誤認	8
	医師の指示記載が不明瞭だった	17
	指示の転記ミス	16
看護業務の遂行 形態に関する問題 (49件)	準備した看護婦と与薬した看護婦が同一ではなかった	23
	与薬業務の途中、他の業務が入り、中断された	26
薬剤の形態や管理に関する問題 (46件)	薬剤の保管場所に問題があった	8
	薬剤の形態が類似していた	6
	薬剤の商品名が類似していた	8
	薬剤の混合を忘れた	2
	薬剤に関する知識不足	22
医療機器に関する問題 (19件)	医療機器の操作ミス	14
	医療機器の誤作動	5
その他		37

〔出典〕表4に同じ

という与薬行為の問題が多くを占めていたことについて報告書は、「高度化、複雑化する医療現場における、看護婦が行う業務量の多さと煩雑さ、能力に応じた教育機会の不足、疲労などがその背景にあると思われる」としている。

「患者への影響」では、誤薬を起こした後、患者への影響がどのようなであったかについて、「事故による実害はなかった」が149件 (58.0%) で最も多く、次いで「事故により、バイタルサインに変化はなかったが、何らかの影響を与えた可能性がある」が98件 (38.1%) であり、両者が大部分を占めていた。「事故により、新たな治療、検査、処置の必要性が生じた。または、入院日数が増加した」は5件 (1.9%) であった (表8を参照)。

表8 患者への影響

	件	%
事故による実害はなかった	149	58.0
事故によりバイタルサインに変化はなかったが、何らかの影響を与えた可能性がある	98	38.1
事故によりバイタルサインに変化が生じた	4	1.6
事故により、新たな治療、検査、処置の必要性が生じた。または入院日数が増加した	5	1.9
事故による後遺症が残る可能性がある	0	0.0
事故により、死亡にいたった	0	0.0
無回答	1	0.4
合計	257	100.0

〔出典〕表4に同じ

(c) 文 部 省

文部省は平成12年6月に、医薬品・医療材料等の管理と取扱いに関する問題を中心に医療現場の実態を幅広く調査し、大学付属病院における今後の医療事故防止に役立てることを目的として、全国の大学付属病院本院 (国立42病院、公立8病院、私立29病院) を対象にしてアンケート調査を実施してい

る。

調査結果(78病院が回答)によると、看護師に対するアンケートでは、「医薬品投与に関して医師が記載する指示書の内容は明確か」との質問に対して、5.2%が「明確である」、91.4%が「ときどき不明確である」、2.6%が「不明確である」と回答している。また、「医薬品投与時に患者を取り違えそうになったことがあるか」との質問に対しては、15.5%が「実際に患者を取り違えたことがある」、68.1%が「患者を取り違えそうになったことがある」と回答している。

医師に対するアンケートでは、「研修医の書いた処方せん・指示書を確認しているか」との質問に対して、27%が「必ず確認している」、44%が「原則として確認している」、21%が「特別な場合は確認している」、6.4%が「確認していない」と回答している³⁴⁾。

(3) 医療過誤訴訟の増加

多発する「医療過誤」に対して、患者や遺族が医療機関や国、自治体等を訴える「医療過誤訴訟」が近年、増加している。

最高裁判所によると、医療過誤訴訟の新受件数(地方裁判所と簡易裁判所)は、平成3年の356件から平成10年には600件を上回り、平成12年には767件に上り、平成3年の2.2倍に増加している³⁵⁾。既済件数は、平成3年の361件から平成12年の674件と1.9倍に増加している。また、未済件数(一審で係争中の件数)も平成12年に1886件に上り、平成3年の1.5倍に増加している(表9を参照)。平成10年から平成12年における診療科目別の受件数では、内科、外科、整形・形成外科、産婦人科が比較的多くなっている(表10を参照)。

平成2年以降、原告(患者側)が医療過誤訴訟の1審で勝訴する(一部勝訴

34) 文部省『医療事故防止のための医薬品・医療材料等の管理と取扱いに関する調査(概要)』平成12年9月、『北海道新聞』平成12年8月18日付け夕刊。

35) なお、平成13年度の新受件数は805件であり、過去最多となった(『北海道新聞』平成14年7月14日付け朝刊)。

表9 医事関係訴訟事件の処理状況

	新 受	既 済	未 済
平成 3 年	356	361	1250
平成 4 年	371	364	1257
平成 5 年	442	347	1352
平成 6 年	505	392	1465
平成 7 年	484	426	1523
平成 8 年	572	500	1595
平成 9 年	593	527	1661
平成 10 年	622	584	1699
平成 11 年	663	569	1793
平成 12 年	767	674	1886

〔注〕数値は各庁からの報告に基づくものであり、概数である。

〔出典〕最高裁判所資料

表10 医事関係訴訟事件の診療科目別新受件数

	平成10年	平成11年	平成12年
内 科	143	149	178
小児科	14	21	24
精神科 (神経科)	14	11	29
皮膚科	8	11	8
外 科	140	132	177
整形・形成外科	77	70	109
泌尿器科	10	11	13
産婦人科	89	109	114
眼 科	18	22	27
耳鼻咽喉科	15	19	20
歯 科	50	43	39
その他	44	45	50
合 計	622	643	788

〔注〕(1) 複数該当する場合にはそれぞれに計上した。

(2) 数値は各庁からの報告に基づくものであり、概数である。

〔出典〕最高裁判所資料

も含む)割合(容認率)は、平成3年の25.6%が最も低く、平成12年の46.8%が最も高くなっている³⁶⁾。

医療過誤訴訟の証拠鑑定を行っている札幌医事法研究所は、医療過誤訴訟が増加している要因として、①患者の意識が高まり、泣き寝入りしなくなったこと、②医療過誤に取り組む弁護士が増加したこと、③「インフォームドコンセント(十分な説明と同意)」の重要性が高まり、治療や手術の目的や予想される結果などの説明を怠ると、医師にミスがなくても訴えられる傾向が強まったこと、をあげている³⁷⁾。

筆者は、医療過誤訴訟が増加している要因として、上記のほかに、①裁判官も医療過誤訴訟に慣れたこと、②素人でも医療ミスに気付く程度の知識をもつようになったこと、③医療ミスに対する患者の意識が変化し、それをきちんと主張する姿勢ができてきたこと、があるように思われる。

しかし、医療過誤訴訟以外の民事訴訟の勝訴率が80%を超えているのに対して、医療過誤訴訟の勝訴率が半分以下であるのは、過失立証責任が被害者である患者側にあることも加わり、いかに医療過誤訴訟が困難であることを示している。医療過誤訴訟の勝訴率を高めるためには、提訴する患者や家族が今後どのようにして問題に立ち向かっていかなければならないかである。

「医療過誤」が万一発生した場合、被害者である患者側のとるべき姿勢として重要なことは、決して「あきらめ」や「泣き寝入り」をせず、医師に対し、医療ミスの発生原因の究明を求め、場合によっては医療側の責任を追及することである。

さらに、裁判での勝訴を高めるためには、医療側のミスが明らかな場合、第1に、医療過誤訴訟に詳しい弁護士に早期に相談することが最も大切である。なぜならば、患者自身や家族が「医療ミス」を前提として医師に直接「カルテ」や「看護記録」の開示やコピーを請求した場合、病院側が警戒心を抱き、また医療ミスの発覚を恐れて「カルテ」や「看護記録」の改ざんを招く恐れがある

36) 『北海道新聞』平成12年6月28日付け夕刊。

37) 同 上

からである。弁護士に依頼した場合、裁判所に「カルテ証拠保全」を申し立てることにより、「医療ミス」の真相が解明できるからである。

第2に、外来、入院を問わず、医師の診療を受けた場合、最初の時点から患者や家族が主治医に症状や治療内容等についてできるだけ細かく質問し、診療過程を記録しておくことも患者側の「証拠保全」として大変重要である。

患者側が医療過誤裁判に勝ち抜くためには、医師側だけが医療ミスを目撃し、知っているという「密室性」、医師同士がお互いにかばい合う「封建制」、高度な知識が求められる医療の「専門性」の3障壁を突き崩していくことが必要なのである。

(4) 医療事故防止の取り組み

(a) 厚生省(厚生労働省)

厚生省は相次ぐ医療事故の抜本的防止策を検討するため、平成12年3月に、全国の病院から医療事故が寸前で防がれた危険な「ニアミス」のケース1万件を目標に情報収集し、原因の分析を始めた。

また、日本医師会など国内の主要医療団体の代表者を集め、医療安全対策連絡会議を今後年2回程度開催し、事故防止について意見を交換し、事故防止への取り組みを広めることにした³⁸⁾。

さらに、厚生省は以下の医療事故防止策も計画し、実施している。

- ① 事故防止マニュアルの作成及び周知徹底については、患者誤認事故予防のための院内管理体制の確立方策に関する検討会(座長:菊池晴彦国立循環器病センター総長)が報告書を作成し、都道府県や関係団体等に送付するなどして、事故防止への周知徹底を図った。
- ② 医療事故防止に関する調査研究では、平成11年度より3年計画で「医療のリスクマネジメントシステム構築に関する研究(主任研究者:川村治子(杏林大学保健学部教授))」を開始した。1年目にはインシデント

38) 『北海道新聞』平成12年3月22日付け夕刊。

事例（ヒヤリとしたりハットした事例）を約1万件収集し、集計・分析を実施し、医療ミスの根本的な原因を探ることになった。

- ③ 医薬品などの容器や名称の類似性が原因となる医療ミスを防ぐため、業界団体などを介し、製品の改善点の情報を収集することにした。
- ④ 厚生大臣から医療関係団体への緊急要請としては、日本医師会、日本歯科医師会及び病院団体を含めた関係団体の代表に対して、医療事故防止に関する緊急要請を実施したほか、今後は定期的に医療事故防止に関する取り組み状況の報告や、医療事故防止策に関する意見交換を行うことにした。
- ⑤ 医薬品等関連医療防止システムの確立のため、医薬品、医療用具を始め医療上使用される製品の容器・仕様・名称等の物的要因による医療ミス事例の情報を幅広く収集・分析し、その原因の究明及び具体的な改善を検討し、実施するシステムの構築を図ることにした。
- ⑥ 医療事故の発生を防止するため、外部の専門家も加えた作成委員会を組織し、国立病院等における標準的な医療事故防止手順書である「リスクマネジメントスタンダードマニュアル」を作成した。
- ⑦ 平成11年度から開始している医療事故防止策に関する研究費を増額して12年度以降もインシデント事例の分析及び事故防止策の研究の充実を図るとともに、他の分野における事故防止の取り組み等についての調査研究を実施することにした。また、大規模病院を対象として、安全管理体制の取り組み状況について実態調査を行うとともに、医療事故の防止に関連した諸外国の状況について調査を実施することにした。さらに、平成12年4月より実施される特定機能病院における安全管理体制の徹底を図ることにした³⁹⁾。

39) 厚生省「医薬品・医療用具関連医療事故防止対策の推進について」平成12年4月、同『患者誤認事故方策に関する検討会報告書』平成11年5月、同「看護のヒヤリ・ハット事例の分析」平成12年6月、同『リスクマネジメントマニュアル作成指針』平成12年11月。

- ⑧ 平成13年5月に設置された医療安全対策検討会議は医療安全推進総合対策を平成14年4月にまとめ、厚生労働省は院内事故報告制度や安全管理指針策定をすべての病院に義務付けるほか、患者の苦情や相談に対応する窓口を各都道府県に整備することにした。同省はすでに大学病院等全国80余りの特定機能病院について、①安全管理指針の策定、②事故等の院内報告制度、③安全管理委員会の設置、④安全管理のための職員研修を定め、これを約2万7千の病院・有床診療所すべてに義務づけ、平成14年10月から実施している⁴⁰⁾。

高度医療を担うと認定された上記の特定機能病院は、医療現場からの報告を受けて対策を検討する上記の「安全管理委員会」を月1回程度開催するように厚生労働省から指導されている。しかし、平成12年4月以降の2年間で20回程度開催した病院が多かったが、回数は最多の377回から最小の3回まで大きな幅があった。最小3回の病院の場合、2年間で事故が87件、「事故一歩手前」が2954件の報告を受けていたにもかかわらず、安全管理委員会はわずか4回しか開催していなかった。また他の病院でも、「事故」が4件、「事故一歩手前」が1763件の報告を受けていながら、同委員会は4回しか開催していなかった⁴¹⁾。

厚生労働省による月1回の安全管理委員会の開催指導にも従わず、2年間でわずか2～3回の委員会を形式的に開催しただけの病院等に対して、事故に対する反省の欠如はもちろん、今後も医療事故の改善策を望んでも無理ではないかと思われる。高度医療を担う特定機能病院は、入院基本料の加算分等、診療報酬上の優遇措置を受けているのである。従ってそれだけ患者に対する責任も重いはずである。患者は、より高度な医療設備と技術・人材を求め、信頼と安心をもって受診し、治療を受けているはずである。しかし患者の願いとは逆に、医療過誤によって尊い生命が失われる結果になっているの

40) 厚生労働省『医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～』平成14年4月。

41) 『毎日新聞』平成14年4月24日付け朝刊。

が現実である。厚生労働省は、医療過誤に対して今後は、より強力な指導を推進しなければならない。

(b) 日本医師会

医療事故が相次ぎ、医療の「質」に関する限り、わが国は先進諸国のなかで低いと言われているにもかかわらず、これまで日本医師会は医療事故に対して積極的な防止策等を講じてこなかった。しかし、横浜市立大学医学部付属病院で起きた患者取り違い事故を初めとして続発する医療事故以後、ようやく事故防止対策に取り組みを見せるようになってきた。もっと早期に事故防止対策を立てていれば、日本の医療の質はこれ程まで低下しなかったと思われる。

日本医師会をはじめとする医療関係6団体（日本医師会長及び役員，日本私立医科大学協会会長，日本病院会長，全日本病院協会会長，日本医療法人協会会長，日本精神病院協会会長）の代表者が平成12年3月に日医会館において「医療事故防止緊急合同会議」を開催し、今後における医療事故発生防止のための決意表明を発表した。その概要は、①平成11年1月に発生した横浜市立大学医学部病院の「患者取り違い手術」から始まり、その後も続発した死亡を含む一連の医療事故で国民に対する信頼が大きく揺らいでいること、②今や患者は不安の念を抱きながら医療を受けている事態にあること、③医療事故に対する医療関係者の責任は重大であること、④事故の再発を防止するため、事故原因を徹底的に究明すること、⑤国民が安心して良い医療を受けられるよう、医師を初めとして全ての医療関係者は国民の不安を払拭するための具体的な対策を明示すること、である⁴²⁾。

また、日本医師会長（坪井栄孝氏）は、医療事故削減のプログラムを創設した全米患者安全基金のジョアンヌ・ターンブル理事長をわが国に招いて平成12年9月に開催した「患者の安全に関するセミナー」の基調報告のなかで、

42) 「医療事故防止緊急合同会議，連盟で「共同声明」を発表」『日医ニュース』平成12年3月14日。

「医療事故防止対策」等について意見を交換した。ターンブル理事長は「事故を隠したり、示談に持ち込んだりすることに苦勞するより、医療スタッフ全員のコミュニケーションを深めるなどして患者の安全対策に投資したほうが長期的に見て利益になる」と指摘し、わが国の安易な事故隠しを批判した。

日本医師会長は、何回も事故を起こす医師について、日医側が「法的に公表もできず、打つ手がないのが実情」としたのに対し、ターンブル理事長は「米国では再教育、カウンセリング、医師免許はく奪と段階的にアプローチしている」と説明した⁴³⁾。

このように日米間においては、医療事故に対する対策や医師の事故に対する認識はまったく異なっているのである。多くの尊い生命が医療事故によって失われているにもかかわらず、「打つ手がないのが実情」ですまされてよいとは思われない。

(c) 日本看護協会

日本看護協会は、看護におけるリスク・マネジメントの目標は、患者の安全と安楽を確保し、看護の質の確保に貢献することであり、患者の安全が保障され、看護職を含めた医療従事者にとっても安全に業務を遂行できる環境を実現するための早急な対策を必要とし、医療事故防止へ向けて取り組みを全国的に進めると同時に事故が起きている根本原因を究明し、改善するために、以下の主要な具体的取り組みや提言を行っている。

① 臨床における医療従事者の絶対的不足の解消

医療事故の原因としては、看護職をはじめ医師・薬剤師・検査技師など全職種にわたるマンパワーの絶対的不足を解消することが不可欠である。看護職については急性期病床には最低でも「入院患者数対看護職員数1.5：1」以上が必要である等、医療機関の機能に対応した適正配置と、特に休日・夜間の配置を厚くすることが急務である。

② 研修会の実施が必要で、同看護協会及び都道府県看護協会において、

43) 『北海道新聞』平成12年9月3日付け夕刊。

医療事故防止及びリスクマネジメントに関する研修会を実施する。

- ③ 「リスクマネジャー養成研修」を本会として平成12年12月4日から開始する。さらに、平成14年から、研修を終えて各地で活躍するリスクマネジャー支援の交流会を開催する。
- ④ 「組織で取り組む医療事故防止－看護管理者のためのリスクマネジメントガイドライン」を普及させ、活用する。
- ⑤ 「誤薬事故に関する調査」を首都圏11病院で実施する。

また同協会は、安全な医療・看護を提供するために、以下の提言を行っている。

- ① 上記の①と同様の内容
- ② 全国規模で事故原因の分析対策を徹底させるために、第三者機関において以下の機能を果たすことが必要である。
 - a) 各施設が事故情報、ニアミス情報を提供し、事故調査の専門家が事故の根本原因を分析し、改善を公開することで、事故防止策を全国に徹底する。
 - b) 事故が発生した医療機関には、専門家をまず派遣して調査にあたり、根本原因を分析して防止策を勧告する。
 - c) 事故に遭った患者と家族への支援を行う。同時に、事故に関わった医療従事者の自責や不安を含めて、再発防止支援プログラムなどを行う。
- ③ 看護職員の卒後・継続教育の強化と配置
循環器専門やがん専門病院、急性期病院で重大な事故が起きていることから、専門分野の先端医療を提供する病院には、リスクマネジャーのほかこれまで以上の医療従事者の配置及び専門教育を修めた看護職を配置する。日本看護協会ではこれに備えて専門看護師や認定看護師を教育・認定しており、活用が望まれる。特に業務密度が高く危険業務の伴う分野である「救急看護」「感染管理」「重症集中ケア」「ガン化学療法

看護」の各認定看護師を配置し、医療事故防止を図る。また医師・歯科医師に対する卒後研修の義務化のように、看護職員の卒後研修の制度化が急がれる。看護婦、看護師（現在は看護師）の国家資格を取得するには3年以上の教育が必要であるが、臨床実習などの時間数が不足している。医療が高度化し、ケアの対象が多様化している今日では、卒後研修が必須となっている⁴⁴⁾。

本章(1)で論述したように、わが国の医療過誤の代表例として、神奈川県内の病院における手術患者の取り違い、手術の必要のない患者に対して手術をし、患者に障害を与えた「手術患者取り違い事件」、乳癌（左乳癌）の女性患者の手術の際、乳癌でない右側の乳房を切除してしまうという前代未聞の「手術ミス」、治療薬と消毒薬を間違っって静脈に点滴して患者の生命を奪った「点滴ミス事件」等、通常では考えられない重大な医療過誤が後を絶つことなく発生している。「医療過誤」と「医師のモラルの低下」は国民の間で深刻な問題として捉えられ、日本の医療に対する国民の信頼は大きく揺らいでいる。

重症な心臓疾患の患者が手術後に容体が悪化したため、一端帰宅した医師が呼び出された際、飲酒をしていたため、静脈へのカテーテルの挿入に失敗し、後に患者が死亡するという事故、手術時に体内に医療器具を置き忘れた事故、子供に投与する薬剤を通常の10倍の量を処方し、服用させて死亡させた事故、輸血の際、異なる血液型の血液を輸血し、死亡させた事故など、数え上げるときりがない。このような絶対にあってはならない「医療ミス」は、単に「気の緩み」とか「誤った思い込み」などで簡単に片付けてしまうべきではない。

人間性を失った医師の多いのも事実である。手術時、患者体内に「ガーゼ」を置き忘れ、後日、患者の苦痛などの訴えから「ガーゼ」の置き忘れが発見され、緊急除去手術で「ガーゼ」を除去したものの、その除去手術料まで患者に

44) 日本看護協会「安全な医療・看護を提供するために－医療事故防止の国会活動と提言－」平成12年11月16日。同「医療・看護安全対策のための活動」平成14年7月。

請求するという例もあった。このような医師は自己の医療ミスに対して「反省」や「謝罪」する意思はなく、医師として堅持すべき「倫理観」を欠如している。本来、医師になるべき人間は、医師としての強い「倫理観」、「人間愛」、「責任感」などが備わっていなければならないのである。医師になるべき素養の欠如した人間は、医師になるべきではない。

マスメディアで取り上げられている医療事故は「氷山の一角」である、と本章(1)で述べたが、報道されていない医療過誤で苦しんでいる被害者はかなり多いことも事実である。

こうした医療過誤の被害者の大多数は、医療過誤訴訟を提起しても、①その立証責任が被害者である患者側にあること、②医療という高度な専門性の問題も絡み、裁判で勝訴が期待できないこと、③医療事故専門の弁護士数の問題、④裁判の長期化等で、「あきらめ」や「泣き寝入り」の状態に置かれている現状を我々は再認識しておくべきである。

我々が本稿で最も重要な課題として取り上げた問題は「医療過誤」である。すなわち、現在続発中の重大な医療過誤はどのようにしたら根絶できるのか、という問題である。医療過誤の現状を考える時、「医療過誤撲滅」は緊急に解決を図らなければならない国民的課題となっているのである。厚生労働省や大学医学部、日本医師会、医療関係者は一体となって今こそ国民の要望に応え、「医療制度の抜本的改革」を断行しなければならない。そうしなければ、「医療過誤」は、今後も続発するであろう。

わが国における医療事故発生の実態として、平成10年度中、医療過誤で命をなくしている人数は、交通事故による年間の死亡者数3万人に対し、2万600人～4万4,000人とも推定されている⁴⁵⁾。

医師も完全無欠な人間でない以上、医療事故を根絶することは無理である。筆者が主張する医療事故の根絶とは、上記の事例のように、十分な注意義務を払っていれば防止できた医療事故、十分な医学的能力や技術を修得していれば

45) NHK 教育テレビ「医療事故と闘う医師（大阪八尾市総合病院理事長、森功）」平成14年4月15日放映。

防止できた医療事故のことであり、これらの事故をなくするためには、現行の医療制度をどのように改革すればよいのかということである。

絶対にあってはならない医療過誤の再発を防止する観点から、筆者は次の6項目の医療過誤防止策を提示したい。

① 戦後のインターン制度にもどす

医師については、現在の医学部6年間の修業年限で得られる医師免許取得制度を廃止し、卒業後1年間インターン生として実習させ、その後、医師国家試験を受験、医師免許を取得させる戦後の制度にもどす。

② 研修医単独の医療行為を禁止する

上記①ができなければ、現行の医学部6年間で医師免許を取得させ、取得後の2年間は専ら研修医として研修に専念させ、研修医単独による患者への医療行為を禁止するよう法律を改正する(2年間の研修医制度の義務化は平成16年4月より実施される予定である)。

医師による医療過誤の90%以上は「医師の能力不足が原因」である、と医療裁判で鑑定をしている医療事故調査会の森功代表世話人(医師)は述べている⁴⁶⁾。従って経験の浅い研修医による単独診療や、任せきりの日直・当直によって医療事故が発生しても不思議ではない。

厚生労働省は平成14年6月28日、医療事故の温床になっていると指摘されている研修医のアルバイトを、平成16年4月以降は禁止する方針を表明した⁴⁷⁾。

③ 医師免許更新制度を創設する

日進月歩の医学や医療技術はめざましく、新しい医学知識、医学技術、医学情報を適確に患者に提供するために、医師に対し、一定期間ごとに医師免許を更新する制度を創設し、その際「更新時講習」を義務付けることにより、新しい医学知識や医学技術を習得させることが重要である。

46) 45) に同じ。

47) 『北海道新聞』平成14年6月29日付け朝刊。

アメリカで大学教授や開業医を終え、40年ぶりに帰国した中野次郎医師は、アメリカの開業医の医学水準が非常に高い理由として、アメリカでは医師は3年ごとに医師免許を更新しなければならないこと、そして医学生時代に勉強した以上に勉強しなければ医師免許の更新はできないことを指摘されている⁴⁸⁾。また、医療問題調査会の森医師も「アメリカでは医師の免許更新は2年に1回行われており、更新内容は相当に厳しい。ドイツやフランスなど主要国でもアメリカと同様でないにしても、アメリカに類似した医師の免許更新をしている」と述べられている⁴⁹⁾。

④ 医師の刑事責任を問ひ、行政処分を強化する

医師が当然はらうべき注意義務を怠り、その結果、重大な「医療過誤」を引き起こした場合や、悪質な「カルテ改ざん」、「医療ミスの事実の隠蔽」などを行った場合には刑事責任が問われて当然である。また、同じ医師が同様な「医療ミス」を幾度も繰り返すような場合は医師免許の一時停止処分、場合によっては医師免許のはく奪を含めた強い行政処分が必要である。

平成14年6月28日、東京女子医大病院（心臓手術では数多くの実績をあげている国内有数の施設）で心臓手術の患者（12歳女性）が手術ミスによって脳障害に陥り死亡させ、また手術の失敗を知られないよう「看護記録を他の職員に改ざん」させたとして、執刀医2人が業務上過失致死容疑と証拠隠滅容疑で逮捕された⁵⁰⁾。人間性を失った医師として報道機関により発表され、世間の批判を浴びて問題となった事件である。医療ミスで医師が逮捕され、刑事事件に発展した例としては、これまで極めて異例のことである。このこと（逮捕）がわが国の医療過誤を減少させるきっかけになればと願いたい。

わが国においては、医療ミスが発生した場合、どこの医療機関においても事故を「隠そうとする体質」「かばい合う体質」「医師同志が互いに批判しな

48) 中野次郎『誤診列島』集英社、平成13年、98～99ページ。

49) NHK教育テレビ「医療事故と闘う医師（大阪八尾市総合病院理事長、森功）」平成14年4月15日放映。

50) 『北海道新聞』平成14年6月28日付け夕刊。

い体質」があり、医療ミスの隠蔽は上記の東京女子医大病院に限らず、わが国の医療界全体の問題である。医療制度の抜本的改革が行われない限り、今後もこの体質は変わらないであろう。

⑤ 准看護師制度を廃止し、看護教育を充実させる

看護師については、第2章(4)、(5)で論じた通り、現在の准看護師制度を廃止し、正看護師1本化の制度に移行し、教育年限を現在の3年制から4年制に延長し、看護大学と同等にする必要がある。医療の高度化に対応する高度な看護学と実習教育(臨地実習)によって、より深い知識や技能を修得させ、看護師による医療過誤をなくすことが必要である。

⑥ 国民・患者も医療に対する意識改革を図る

医療過誤によって深刻な被害を被るのは患者である。したがって患者は、医師や看護師に対する医療改革の必要性を期待するだけでなく、医療過誤から自身の安全を守るためにも、これまでのように医師にすべての医療を「任せる体質」や「受け身の体質」から抜け出し、積極的に医師や看護師と向き合い、納得できるまで説明を求めていく姿勢が必要である。また、医療機関を選択する際には、その医療機関の「情報提供」や「カルテ開示」、「インフォームド・コンセント」、「セカンドオピニオン」などの有無、「医師以外の医療スタッフの充実度」などを充分検討した上で患者が医療機関を選択することが重要である。そして万一「医療ミス」が発生した場合、決して「あきらめ」や「泣き寝入り」をせず、医師に対し、医療ミスの発生原因の究明を求め、場合によっては医療側の責任を追及する姿勢が大変重要である。

国民と患者は政府や医療関係者に厳しい「医療改革」を求めていくことは重要であるが、同時に国民や患者も医療に対する「意識改革」を図ることが「医療の質」を改善し、「医療過誤」を減少させることに繋がることを確信している。

平成14年10月7日提出