

この国の医療を変えるには…千葉と群馬～2つの検証報告書の根本的な違い

隈本邦彦 江戸川大学メディアコミュニケーション学部教授

群馬大学と千葉県がんセンターで、腹腔鏡手術後に亡くなる患者が相次ぎ、それぞれに設けられた検証委員会が2015年3月検証報告書を公表した。

皆さんは、同じような時期に同じように出されたこの2つの報告書を、同じようなものと受け止めてはいないだろうか？

実は2つの検証報告書は、その目的から検証範囲、書かれている内容のレベルがまったく違うのである。

さらには報告書を出した委員会の委員構成、審議方法もまったく違っていた。

天と地ほどの違いがあるこの2つの検証報告書だが、一般の国民にはその違いがほとんど伝わっていないと思う。そうなってしまった原因の多くは、2つの報告書の「報道のされ方」がさほど違わなかったためだと考えられる。

確かにニュースや新聞記事読んでみても、その違いはちっとも伝わってこない。よっぽどの医療事故調査マニア(?)にしか、その違いはわからないのだ。2つの報告書の発表当日の報道ぶりを見てみよう。

2015年3月3日のNHK ニュース

腹くう鏡手術・8人死亡 群大病院 “全ての事例で過失”の最終報告書

前橋市にある群馬大学医学部附属病院で腹くう鏡を使って肝臓の手術を受けた患者8人が、手術後、3か月余りの間に死亡していた問題で、病院は、どの程度、肝臓を切除すればいいのか事前の評価が不十分な状態のまま手術を行った可能性があるなど、患者8人全員の診療に過失があったなどとする最終報告書を公表しました。

前橋市にある群馬大学医学部附属病院では、去年までの4年間、いずれも40代の男性医師が執刀した腹くう鏡を使った手術を受けた60代から80代の患者8人が、手術後、3か月余りの間に死亡していたことが明らかになっていて、病院はきょう、外部の専門家も含めた調査委員会が患者が死亡した経緯などを調査した結果を最終報告書として公表しました。

報告書では、死亡した患者8人の事例を個別に検証したうえで、▽かわりの治療の選択肢や腹くう鏡手術を行った場合の死亡する確率などの具体的なデータを患者などに示した記録がないことなどから、事前の説明が不十分だったとしているほか、▽担当の医師は、どの程度、肝臓を切除すればいいのか事前の評価が不十分な状態のまま手術を行った可能性があるなどとしています。その上で、「すべての事

例において過失があったと判断された」と結論付けています。

また、少ない人数で診療を担当し、担当の医師が他の医師などからの意見を受けず、閉鎖的な診療体制だったなどとして、病院側の管理態勢にも不備があったと指摘しています。(後略)

2015年3月30日NHKニュース

千葉県がんセンター・腹くう鏡手術11人死亡 検証委報告書 10人の手術に問題

千葉県がんセンターで腹くう鏡を使った手術を受けた患者11人が相次いで死亡した問題を調査してきた第三者検証委員会が報告書を公表し、難しい手術を腹くう鏡を使って行ったことなど、11人のうち10人の手術で問題点が指摘されました。

千葉市中央区にある千葉県がんセンターでは、7年前から去年2月までに腹くう鏡を使って肝臓やすい臓などの手術を受けた患者11人が相次いで死亡し、千葉県は、医師や弁護士など第三者による検証委員会を設置して調査を進めていました。

検証委員会がきょう、公表した報告書によりますと、調査対象の患者11人のうち10人について、手術方法の選択や手術中の対応などに問題があったと指摘しています。

また問題が指摘された10人のうち7人の患者については同じ男性医師が担当し、このうち平成25年1月に行われた74歳の男性の手術について、「本来必要のない静脈の切除が行われたことなどが死亡につながった。難しい手術にも関わらず腹くう鏡を使って行うという判断に問題があった」と指摘しています。

また、同じ医師が担当し、平成24年9月に行われた76歳の女性の手術については、「出血した際に、腹くう鏡を使った止血にこだわり、適切な対応が遅れた」と指摘しています。

報告書では、がんセンターで行われたすい臓の一部や十二指腸を切除する手術のあと、在院中、または30日以内に死亡した率が腹くう鏡を使って行った場合、腹を開く開腹手術よりおよそ15倍、高かったことも明らかにしており、腹くう鏡を使った手術のリスクが浮き彫りになったと指摘しています。

そして、▽難しい手術を病院内の倫理審査委員会に諮らずに行ったことや▽患者への説明が不十分だったことも問題だとしています。

こうやって並べてみるとこの2つのニュース、確かにそっくりだ。

長さもだいたい同じ、内容にも共通点がある。

- ① 調査対象の死亡例のほとんど(あるいはすべて)で手術に問題があった。
- ② 患者に他の手術方法などの選択肢を示して丁寧に説明した記録がない。
- ③ 一人の医師が独善的に治療を進めていくことが許されるような院内の雰囲気だ

った。

視聴者の一般的な受け止め方は「群馬と千葉でなんだか同じような事件が起きたんだな、それを同じように検証したら同じような結論になったんだな」という感じだろう。

「腹腔鏡手術はやっぱ怖いな、もし医者に勧められても断ろう」と思った人もいたかもしれない。

すべてに「過失があった」と書かれた群馬大報告書

ニュースや新聞記事というものは、書いた記者がその記者の視点で報告書を読み、自分が重要だと思ったところを強調して書くものだ。だから報告書をさらっと読んだだけの彼らにはどちらも同じように映ったのかもしれない。しかし（しつこいようだが）ほんとうに両者はまったく中身が違うのである。

まず群馬大学病院の報告書には、検証対象の8例についてすべて「過失があった」と書かれていた。これは明らかに事故調査委員会の出すべき報告書の範囲を超えている。そもそも“過失の認定”は、事故調査委員会の仕事ではないのだ。

事故調査では第一に、事故がどのようにして起きたのか（事実経過）を調べ、それはなぜ起きたのか（原因）をあきらかにする。そしてそれを医学的中立的立場から、言い換えれば同じ専門性を持つ職業人の立場から、適切な医療が行われたのかどうかの評価（医学的評価）を行い、さらには背景的要因も含めどうすればそれが防げたのか（再発防止策）を検討して提言していく。

組織というものは何か事故が起きたときに「何が起きたか→誰が起こしたのか→責任者はだれか→処罰・処分→一件落着」という“責任指向”の対応を取りがちだ。しかしそれは事故の再発防止にはつながらない。事故を起こした本人は反省するかもしれないが、組織全体には事故の教訓がまったく浸透しないからだ。

そこで、事故が起きた時には「何が起きたか→原因は何だったのか→どうしたら防げたのか→再発防止」という“原因指向”の対応が大切なのである。

そういう意味で、群馬大学病院の報告書が、1件1件の手術事例に対して「過失があったと考えられる」「過失があったと考えられる」といちいち指摘しているのは、明らかにやりすぎだった。“責任指向”であり方向性としても間違っていた。

一方、千葉県がんセンターの第三者検証報告書は、個々の手術事例について日本外科学会に医学的問題点を指摘してもらっているが、過失の認定は一切していない。

報告書に「過失があった」と書くのと「医学的に問題があった」と書くのでは、一見同じようでもその意味がまったく違うのである。

問題の鎮静化を焦った結果か

個人の過失を認定するのは、もっぱら警察・検察・裁判所といった司法機関の仕事だ。あるいは病院管理者が、あくまで病院としての説明責任と賠償責任を果たすうえで、個々の事例に過失を認定する場合もあるかもしれない。いずれにしても事故調査委員会がそれをしてはいけない。

結局のところ、群馬大学病院は個人の過失を認定することによって、「当院には悪い医師がいました。しかしその医師が悪いのであって、病院は悪くはないのです。まあ管理責任くらいはありますけどね」と言っているのであろう。

おそらく、一連の死亡事故報道をきっかけに（多額の補助金が得られる）特定機能病院やがん拠点病院などの指定を失ったりしては困る、なるべく早くこの問題を沈静化させたいという病院当局の意向が色濃く反映されたと考えられる。

読売新聞の最初のスクープ以降、群馬大学をめぐる報道は過熱気味だった。

このようにミスをした個人を追いつめて（あるいはクビにして）全体としては一件落着になってしまうというやり方は、これまで過去の様々な医療事故に対して病院側がよくやってきた手口である。

群馬大学の調査報告書の本文はわずか 12 ページだった。それに手術事例ごとの患者別事故報告書がその 3 倍の 36 ページ添付されている。そして再発防止に向けた改善報告書はわずか 1 ページ。全体的に個々の過失認定に多くのページが費やされていた印象だった。

問題だらけの群大の調査委員会運営

群馬大学では、調査委員会の構成や運営方法にも大きな問題があった。委員会のメンバーは、病院幹部 7 人からなる学内委員と、5 人の学外委員がいた。

しかし学外委員のうち 2 人は匿名でどこの誰なのかはわからない。この種の事故調査委員会では極めて異例のことである。さらに学外委員のうちの弁護士委員は、なんと病院の顧問弁護士だった。こういう人は明らかに身内であって、外部委員と

呼ぶのは何ともおこがましい。

その学外委員の1人から驚くべき実態を聞いた。9回開かれた事故調査委員会のうち、その学外委員が呼ばれたのは1回だけだったというのである。それ以降は何も音沙汰がなく、どうなっているのだろうか、次はいつ呼ばれるのだろうかと思っているうちに、いつの間にか報告書がまとまり公表されてしまったそうだ。結局、複数回参加していた学外委員は、例の顧問弁護士だけだったことがわかった。

私が話を聞いた学外委員は、長年にわたって病院の医療安全体制確立に取り組んできたベテランだ。もし事故調査報告書に「過失があった」というような書きぶりがあればそれを見逃すはずはない。そこで詳しく聞いてみると「報告書案にそんな記述があったという記憶はない」というのである。ほんとうに呆れた話だ。

私は何人かの知り合いの記者にこの話をした。その後の各社の報道によると、群馬大学では、手術をした当該医師からのヒアリングの内容を顧問弁護士以外の外部委員には知らせておらず、それどころか案の定、外部委員に無断で「過失あり」という文言を報告書に書き加えていたことが明らかになった。

4月2日に開いた会見で、病院側は報告書から「過失があった」という文言を削除する修正をしたうえで、あらたに病院全体としての再発防止策を検討する委員会を立ち上げて、いわば調査のやり直しを行うことを発表した。まったくやれやれである。

ほんとうに外部委員だけの千葉県第三者検証委

それに比べ、千葉県がんセンターの第三者検証委員会は、ほんとうに病院と直接関係のない第三者だけ7人で構成されていた。しかも、私や医療事故被害者の豊田郁子さん、すい臓がん患者団体の代表眞島喜幸さんなど、患者側の委員が3人も入っていた。身内をかばったり組織に配慮したりする必要のない人たちだけで9回の討議を重ねた。みんな得手分けをして患者の遺族にもお会いして、手術前の説明や事故後の対応などについて聞き取りを行った。

もちろん当事者の執刀医らの意見も聞いた。こうした委員構成や運営方法には「この事故をきっかけに千葉県がんセンターの体質を改善したい」という千葉県病院局の矢島鉄也局長の強い意志が感じられた。

報告書は本文42ページ。11人の死亡事例を詳細に検証した結果、

- ① 保険適用されていないような新しい術式の難しい手術を行うにあたって事前に倫理委員会にはかるというルールになっているのにそれが守られていなかった。
- ② インフォームド・コンセントの指針が作られているのに、まったく周知されておらず、正しく運用もされていなかった。
- ③ カンファレンスで術式の検討や術後の反省を行うことになっていたがそれもほとんど形だけとなっていた。

など、病院として、患者の権利を守り医療の質を高めるシステムが、存在していたのに機能していなかった点を指摘した。

さらに医療安全管理の体制についても、11例中1例を除いて規則通りに医療事故報告が行われていたが、その場で30分程度の緊急対策会議が開かれただけで病院としての対応がほとんど終わっていたことがわかった。そこから原因究明→再発防止へとシステムを展開させていかなければならないのに、それはまったく行われていなかった。

結局のところ医療安全管理のシステムも、存在していたのに形骸化していたのである。

病院の体質を厳しく指摘した報告書

千葉県がんセンターがそんな病院だったからこそ、高難度の腹腔鏡手術が、患者には「傷口が小さくて負担が軽いですよ」という簡単な説明をただけで、倫理委員会の事前審査なしに行われ、年に1人から3人のペースで術後早期に亡くなってしまっているという問題が放置されていたのだ。事故報告→原因究明→再発防止というサイクルがまったく回っていなかった。このため内部告発によって週刊朝日にその実態がスクープされるまで、千葉県病院局の幹部さえも知らないという状態になっていたのである。

第三者検証委員会は千葉県がんセンターには同僚医師や他職種から「これはおかしい」という指摘が容易にできない風通しの悪さがあったと認定した。最初に問題を感じた麻酔科医が、それを告発しようとして、いやがらせを受け退職に追い込まれたという経緯があったからだ。

提言では「平素から診療行為に関与する医療者（麻酔科医、執刀者以外の同科の医師、手術部の看護師、ICU スタッフ、病棟スタッフなど）が互いの意見を拾い上げる体制をつくっておくこと」を求めた。

また死亡した 11 例の中には医療内容に問題があったことを認め、遺族との間で示談をしていたケースが 2 件、外部の医師を入れた医療事故調査委員会で問題があったと指摘されていたケースが 2 件あったにも関わらず、それを病院が一切公表していなかったことも指摘した。「組織的に隠ぺいが意識されているというふうに受け止められかねず、そのことがその後の外部への通報の発端となったとも考えられる」と指摘し改善を求めた。

千葉県がんセンターの第三者委員会報告書は、なぜその医師が事故を起こしたかだけではなく、なぜそれが続いたのか、また続けていることをなぜ誰も止められなかったのかという点の解明に全力をあげた。

もっと早期に事故の原因を突き止め再発防止をはかるシステムが動いていれば、少なくともその後の患者さんは亡くならずすんだのではないかというのが委員たちの共通の思いだったと思う。

そして提言の中では、今後、患者への事前の説明内容を標準化すること、どの症例を倫理委員会にかけるべきかの基準をしっかりと決めること、院内の医療安全システムを抜本的に改善して再発防止に向けて実効性のあるものに変えていくことなどを具体的に求めた。

一定期間後の改善状況の報告も求める

この種の委員会は提言を出したら解散し、結局言いつばなしということになりがちだ。そのため千葉県検証委員会の報告書では、提言内容がその後どこまで実現しているか、一定期間後に千葉県自らが点検して公表することを求めている。絶対に言いつばなしには終わらせないという意味だ。

どうだろうか。2つの報告書には、これだけの違いがあった。そしてその違いは、一連の事故をきっかけに、本当に病院が変わろうとしているかどうかという、依頼者側の本気度の違いだった、と私は思っている。

江戸川大学メディアコミュニケーション学部

「月刊ライフサポート」2015年5月号より転載

月刊ライフサポート: <http://lifesupport-co.com/webmagazine/magazine.html>