

都立広尾病院事故から20年シンポジウム

『医療安全(医療事故調査)のこれまでとこれから』

2019年 2月10日

医療過誤原告の会・会長

宮脇正和

1 医療過誤原告の会 紹介

活動目的

- ・ 医療事故被害者支援・交流（被害者・遺族を孤立させない・サポート）
- ・ 公平な医療事故調査・再発防止の制度設立、医療安全と質の向上

活動経過

- ・ 1991年 医療過誤原告の会設立(150名) 医療事故被害者・家族で構成
- ・ 2019年 設立から28年、入会者1550名余、現会員約330名

活動内容

- ・ 日常的に全国からの医療事故相談対応、医療被害者サポート
全国4支部(関東、中部、関西、九州)、被害対応相談会、交流会
医療事故対応ハンドブック、会報発行、ホームページ活用
- ・ 公正な医療事故調査制度に向けて運動(被害者5団体で)
毎月駅頭宣伝(8年間)、シンポジウム開催、行政・国会議員要請
メディア対応、医療関係団体と懇談、自治体・行政医療安全関係委員等

活動資金（年間約120万円）

- ・ 会員の会費とカンパ ⇒ 会報発行、シンポジウム等開催、通信

2-1 医療事故の現状

誰でも医療事故の当事者になる

- 医療過誤原告の会 28年間、全国から相談を受けて
 - ★医療事故被害から、自分だけ逃れるすべはない
 - ★本人・家族が医療事故に遭うリスクは非常に大きい
(医師、看護師、ジャーナリスト、司法関係者等々も、本人・家族が被害者に)
- 過酷な労働条件の中で一生懸命頑張っている医療者、
誰が事故当事者になっても不思議でない状況
- 医療事故は被害者と医療者の**双方に大きな傷**を残す
↓ ↓ ↓
- 医療事故の防止、安全・質の向上は国民全体の課題

2-2 医療事故の現状

何とかしたい、医療事故当事者のミスマッチ

突然の事故・死に向き合い、受け入れるために
被害者・遺族は何を望んでいるか

- ① 納得できる説明(事実経過を共有)
- ② 関係資料の提供(情報共有を促す)
- ③ 故意、隠ぺい、重大な倫理違反等がないことを確認
- ④ 医療機関の真摯な対応



医療者の不安(事故に正直に向き合えない要因)

- ① 「ミスをすると訴えられるぞ」、医学生・研修医に先輩医師から刷り込み
- ② 医療事故被害者の話を聞いたことがなく、怖い患者の印象ばかり(クレーマー?)
- ③ 医療事故対応の教育訓練、当事者のサポートの制度がない
- ④ チーム医療のハズなのに、事故はシステムより個人責任、の職場風土
- ⑤ 重大な医療事故当事者になれば、免許はく奪?される心配
- ⑥ 警察沙汰、マスコミ沙汰、裁判沙汰にたいする恐怖
- ⑦ 経営ノルマに追われて、安全がないがしろにされる背景
- ⑧ 医療技術の急速な進歩に職員の安全研修が追い付かない

3-1 医療事故調査制度と被害者運動 医療事故調査制度設立へ向けて

- ①2008年10月 医療事故調査制度設立を目的に
5団体で「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」結成
- ②2008年11月から、毎月、駅頭で宣伝・署名活動、
交流会（医療事故調フォーラムとして弁護士等も一緒に）
- ③各団体と共にシンポジウムを積極的に開催
- ④厚労省、国会議員への要請、毎年国会院内集会
- ⑤各医療団体と積極的に懇談会
- ⑥報道機関・報道関係者への働きかけ、記者会見
- ⑦「医療基本法」制定を求め、幅広い団体と連携

3-2 医療事故調査制度と被害者運動

2015年10月 制度発足時 改革事項を提起

1、予期せぬ医療事故の判断は病院管理者の判断？

- ・死亡事故実態の正確な把握が最も重要
- ・医療事故被害者と医療機関職員からの公的相談窓口が必要

2、事故調査のやり方は管理者の判断？

- ・調査が信頼されるには透明性・公平性・専門性が必要
- ・事故の情報保全、事故時遺族に情報提供・情報共有が紛争防止へ
- ・事故調査委員会は遺族代理人、被害者団体から参加を
- ・産科医療補償制度、死因究明モデル事業で実績

3、調査は地域・病院間格差を容認？

- ・院内事故調査は質の均一化が必要
- ・支援体制は全国をブロック単位に、死因究明モデル事業で実績

4、院内事故調査報告書を被害者交付は任意？

- ・事故調査報告書を被害者に渡さなければ、調査が信頼されない
- ・第三者が調査報告書を検証できる事で、調査の質が向上する

4-1 医療事故調査制度3年経過の状況

2015年10月、念願の 医療事故調査制度が発足した…が

2015年10月から3年間、センターへの届け出件数

1129件（**施行前の想定**1300～2000件/年 の**1/4**）

特に、800床以上の29病院は、届け出ゼロ？

・医療事故調査制度について、医療団体等の研修、
支援団体の医療機関への助言が

「医療者の免責」対策になってないか？

事故原因調査に消極的になっていってないか

・公平な事故原因調査、再発防止、医療の信頼回復
医療安全の向上は、国民・医療関係者共通の願い

4-2 医療事故調査制度3年経過の状況

医療事故調査制度発足後の状況

- ①2015年10月制度施行(厚労省検討会では医療事故被害者委員の意見排除)
- ②センターへ報告件数3年、1129件(施行前の想定1300~2000件/年)
- ③医療過誤原告の会へ予期せぬ死亡、3年間相談82件(センターへの届出10件)
 - ・届け出なかったケースから
 - A、腹部大動脈りゅう予防的手術、安全を強調して手術を勧められたが死亡
遺族には、死亡のリスク0.3%あったと事後説明し、届け出ず
 - B、点滴チューブが夜中に外れ、低血糖で死亡、病院は責任認めず、届け出ず
 - C、頭痛で歩いて入院、4日後手術、その日に死亡、届け出ず
 - D、心臓カテーテル手術中意識不明、2日後死亡、主治医は謝罪したが、届け出ず
 - E、入院中に拘束、ICM-症候群で死亡、主治医は「よくあること」、届け出ず
 - G、入院中、胃瘻から栄養液漏れ、腹膜炎、死亡、病院調査して謝罪、
支援団体の助言は、センターには届け出不要
 - H、看護師の医療ミスで死亡、病院は謝罪したが、後に責任否定
 - J、手術後に、点滴を行った直後死亡、センターに届けると言った、後に否認

第3回閣僚級世界患者安全サミット

2018年4月 44ヶ国が参加（政府主催 東京都内）

先進国の閣僚から、年間医療事故死数が報告

- アメリカ(人口3億人) 20万人
- イギリス(人口6千万人) 2万人
- ドイツ (人口8千万人) 1万8千人(病棟だけで)
- **日本 (人口1億2千万人) 公式な調査報告なし**
⇒事故調結果、**予期せぬ死亡、3年で1129人?**

★意外に知られてない 厚生労働省研究班調査
2006年3月「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」
年間医療事故死、24000人～48000人

5-1 医療事故再発防止、調査制度改革へ

事故を届け出ない医療機関の行く末は・・・

- 同様の医療事故が繰り返される
- 医療不信増大、地域住民の不安が広がる
- 再びマスコミ沙汰、警察沙汰、裁判沙汰に
- 特定機能病院指定取り消しなど行政処分
- 医療機関のモラル低下、職員意欲を削ぐ
- 研修医に選ばれない
- 医療機関の危機が深刻化

5-2 医療事故再発防止、調査制度改革へ
医療事故調査制度に責任を持つ行政
医療事故調査制度を実践する医療機関管理者
医療事故調査制度を活かす機構

- 医療事故調査制度設立だけでは、
患者安全の制度や文化は育たない
医療事故現状把握、たゆまぬ制度改革は行政の責務
死因究明モデル事業(2005～2014年)の教訓を活かせ
- 医療機関トップ(特に特定機能病院)の責任と期待
事故に真摯に向き合う姿勢が信頼醸成
医療事故・被害者から積極的学び、制度活用を
- 機構は再発防止の提言と提言活用の検証
医療機関からの事故届け出を高める模索を

5-3 医療事故再発防止、調査制度改革へ 医被害者団体はこれからも制度改革 再発防止へ向けて運動継続

「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」（被害者5団体）

- ①2008年11月から10年間毎月続けて来た、
駅頭での宣伝・署名活動をさらに継続
(医療事故調フォーラムとして弁護士等も一緒に)
- ②医療事故被害者サポート、泣寝入りを減らす
- ③制度改革へ、**被害者・患者も再発防止に参加**
- ④厚労省、国会議員への要請、各医療団体と連携
- ⑤報道機関・関係者へ理解と協力の働きかけ