

平成27年度 九州・沖縄地区 医療安全に関するワークショップ

～新たな医療事故調査制度をふまえた院内調査のあり方Part II～

医療事故被害者遺族の立場から医療者に望むこと
～医療事故の調査概要と提言～

2015年 10月 21日

「医療の良心を守る市民の会」 代表
患者の視点で医療安全を考える連絡協議会 代表

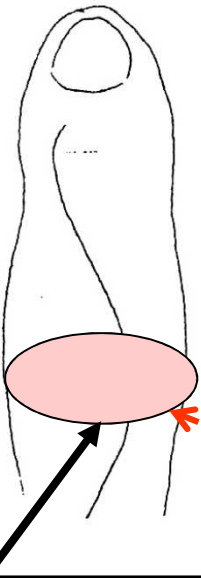
永井 裕之

患者・家族と医療をつなぐNPO法人 架け橋 理事

—目次—

1. 医療事故調査の概要
2. 提言(おもいと期待)

入院; 簡単な手術、成功



炎症で腫上る

● 1999年 2月 8日

・ 都立広尾病院 整形外科病棟に入院

● 2月 9日 夕方

・ 主治医から説明

「簡単な手術ですよ。なにも心配ありません」

略図で手術仕様を説明：

左手中指（関節）の滑膜切除手術

手術承諾書に署名

● 2月 10日 昼

・ 左手中指（関節）の滑切除手術は成功

・ 麻酔から覚めての第一声

「左手がまだしびれていて、感覚がないわ」

「これで楽になるわ」

三つの連鎖ミス(1999.2.11 広尾病院薬剤誤注入事故)

<ミスー1>「A看護師が薬剤準備ミス」

- ・「洗浄用ヒビグル」と書いたメモを「へパ生」注射器に貼り、流し台の上におく。
- ・8時30分ころ「A看護師」は処置台にあった**抗生剤と注射器(ヒビグル入り)**を妻の部屋へ、注射器を床頭台に置き、点滴開始

<ミスー2>「B看護師の確認ミス」

- ・9時ころ「B看護婦」が床頭台にあった注射器は「へパ生」入りと思い(**確認不十分**)、ヒビグル10ccの内の**1cc**を血管内に注入し、へパロック:直後、妻は**異常を訴える**

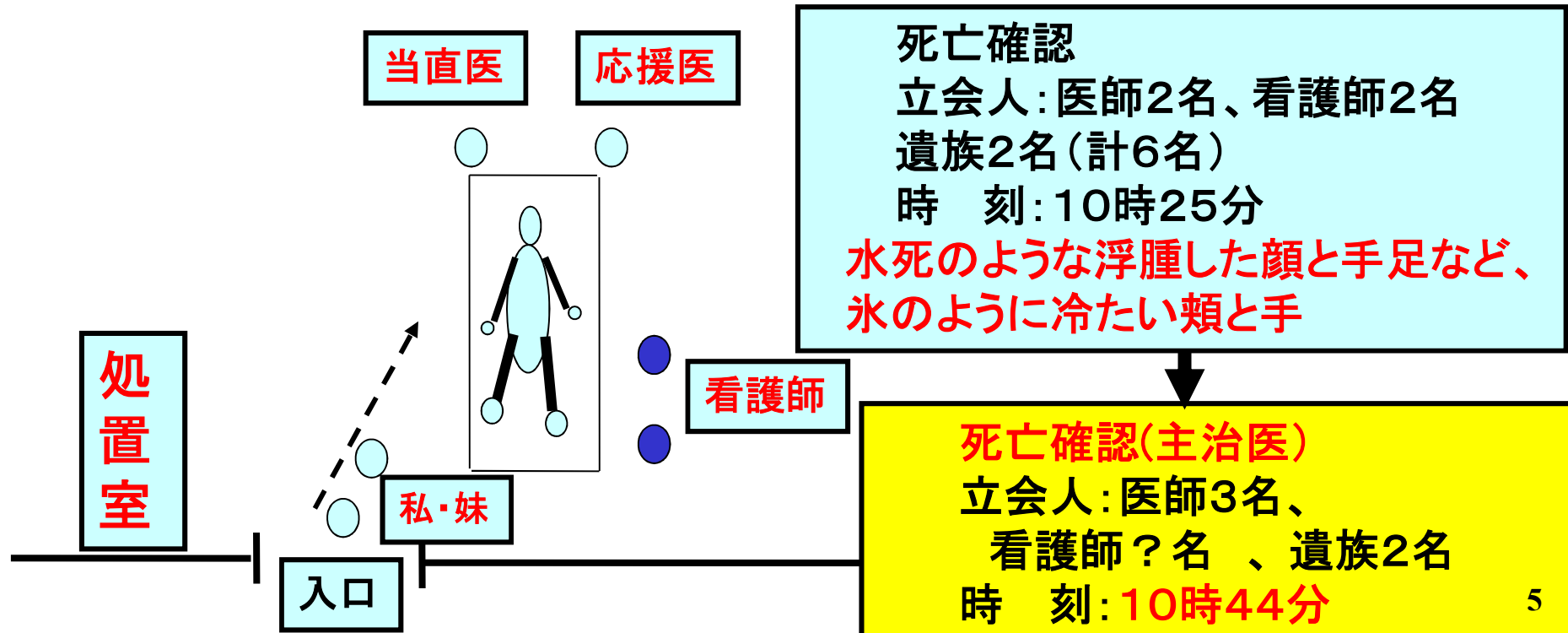
<ミスー3>「当直医(能力・経験不足)が早まった救命処置」

点滴用に確保していた静脈ラインをそのまま使い、救命処置準備のため、薬剤(ソルデム3A 500ml)注入:チューブに残っていた**ヒビグル9cc**が体内に、**急死**

大変長く待たされて処置室へ（20分）

- 2月11日AM10時ころ 病室に到着、すぐカンファレンスルームへ
- AM10時20分ころ 妹と二人で処置室へ
 - ・2人の医師、2人の看護師 ただ呆然と立っていた
 - ・妻の無残な姿；浴衣の裾などの乱れ、足がドテツと広がる
 - ・人間の尊厳無視、家族への配慮なし、単に恰好のみの蘇生

「そんなむだなことはやめてください」→挿管抜去→「10:25」



主治医の説明・解剖承諾

●2/11 AM11時少し前(当日初めて話をする)

・主治医の説明

点滴直後に、急変し、血圧が198を示し、
その後心肺停止 蘇生できず申し訳ない

死因は心筋梗塞、大動脈乖離、クモ膜下出血が
考えられる

●午前11時30分ころ

主治医「病理解剖をしたいのでここに署名を……」と、承諾書を渡す

●承諾書提出

「死因納得できず」 → 「解剖して、死因を知りたい」

主治医「解剖は明日午前9時から始めて、午前11時には終了します」

院長の説明

● 2/12 AM11時ころ

・院長の説明

まだ解剖をしていない

的を絞った解剖をするために検討中

解剖がいつ始まるかわからない

● AM12時少し前 院長室

・ **実は看護婦が薬を間違えた可能性がある**

・ 東京都、広尾病院が信用できないならば、

他で解剖する方法もある

* 東京都、広尾病院を信用していた

「死因納得できず」→「**解剖して、死因を知りたい**」

まだ信用していた

- 2/12 PM5時ころ 院長の説明
 - ・解剖所見——死因；心疾患の症状なく
「誤薬注入の疑いが一層高まった」
 - ・院内検査——血液から消毒薬は確認できず
- 遺族 強く要求：**故人への誠意**
 - ・中立的な外部機関での検査、真相の明確化
医師としての倫理と責任を果たすこと
 - ・再発防止、情報開示
→事故対応、対策の模範病院に

不安と不信が募る

- 2/14 AM11時ころ 大阪の自宅にて
・通夜;先だつての「湯灌の儀」で発見し、撮影



事故の発覚を恐れて？

血液検査

・2/17 遺族中間報告を要請
——急遽外部機関を探す

・2/19 第一化学薬品に検査依頼
——衛生局長ストップをかける
「民間の機関でなく、都の機関で・・・」

検査能力がない「監察医務院」に変更手配

事故の真相究明をする気がなかった？

中間報告会 (99. 2. 20) 警察への届出もしていない

●死因について
(遺族)「これだけはっきりしているのに…」

(院長)「高度な確度で…、
しかし、断定できない」

(副院長)「点滴の跡で炎症
を起すこすこともある」



「間違いないじゃないか」

- ・誤薬投与によることを認めず
- ・血液検査も不明確
- ・警察への届出せず
「うやむやにされる」→警察への届出迫る

報道によって開いた医療の密室の扉 —ふってわいた記者会見— 1999.3.16



緘口令——3月16日急遽記者会見
委員会メンバー、組合も事故を知らず

- ・早朝フジTV記者が来訪
- ・フジTV: 午前のニュースでスクープ
- ・記者会見(しぶしぶ)

・病院

「まったく隠すつもりはなかった」

* 届出遅れは

「遺族の意向」

「遺族のご了解」

「プライバシーを配慮」

となどと、事実と全く異なる発言

都知事に直訴

●石原都知事に直訴(8/15)

——知事怒る

- ・手紙が4日間もかかって手元に
 - ・遺族が言っているほうが正しい
- 報告書の完成を**

事故その地はない。ものだけで聞けて、納得できない。石原知事が会見で「とんでもない」と何度か触れていた都立広尾病院を舞台にした医療事故についてだ。関節リューマチの手術が原因を説明できず、今月半ばに、知事に訴状を送っている。

事故後の

遺族は広尾病院及び衛生局病院事業部の不誠実極まりない遺族への対応に心を痛め、憤りが増すばかりです。

6点について事例を挙げて、問題を提起した。 **組織防衛的な動き**

1. **すべて内々で処理したい思いが先行していた**
2. 死因の明確化がまだ出来ていない
3. **病院内部の調査がいい加減である**
4. 病院は**単なる隠蔽の失敗事例**ととらえているのではないか
5. 遺族に対して**誠意ある謝罪がない**
6. **その場しのぎの対応**で終始している

都 調査委員会

都立病産院医療事故予防対策推進委員会

- '99. 5. 19 第1回 調査委員会開催
- 委員長――〇広尾病院院長(6/28 辞意)
- 委員――職員又は都で世話になった「身内の会」

- 7/16 第三者(外部)委員1名就任
...ようやく、調査委員会が本格稼働
- 報告書作成<口封じ;口裏あわせ>
当事者からの聴取もせず
- 8/24 遺族からのヒアリング(格好をつけただけ)
- 8/25――答申の最終検討会
- 8/27――知事に報告書提出、知事謝罪

起るべくして起きた事故 危険な看護システム

薬剤準備 —効率重視の医療体制—

・間違った合理化とマンネリ化（職場の人は慣れていた）

● 同じ処置台で同時に準備

- ・体の中に入れるもの（へパ生）
- ・体の中に入れてはいけないもの（消毒剤：ヒビグル）

● 同形の注射器で消毒薬10cc計量

● 識別法の不統一

- ・薬名を注射器に直接記入（へパ生）と
紙（消毒薬）を張る

● 個人別のトレーもない

起るべくして起きた事故 機能しない救命システム

***エマージェンス コール(緊急連絡)**

- ・他の病棟の専門医を呼ぶ手段がなかった
 - ・整形外科医が心疾患の救命を？
- 当直医(能力・経験不足)が早まった救命処置

システムの的な欠陥 (民事提訴)

単なる個人的ミスという問題ではなく



危険なシステム放置した
病院全体の**システムの的な欠陥による事故**

大変残念なこと

民事裁判：本件医療事故は、「**組織構造上の過失**」、
医療システムの改善が重要であることを訴える

→ **東京地裁は認めず**

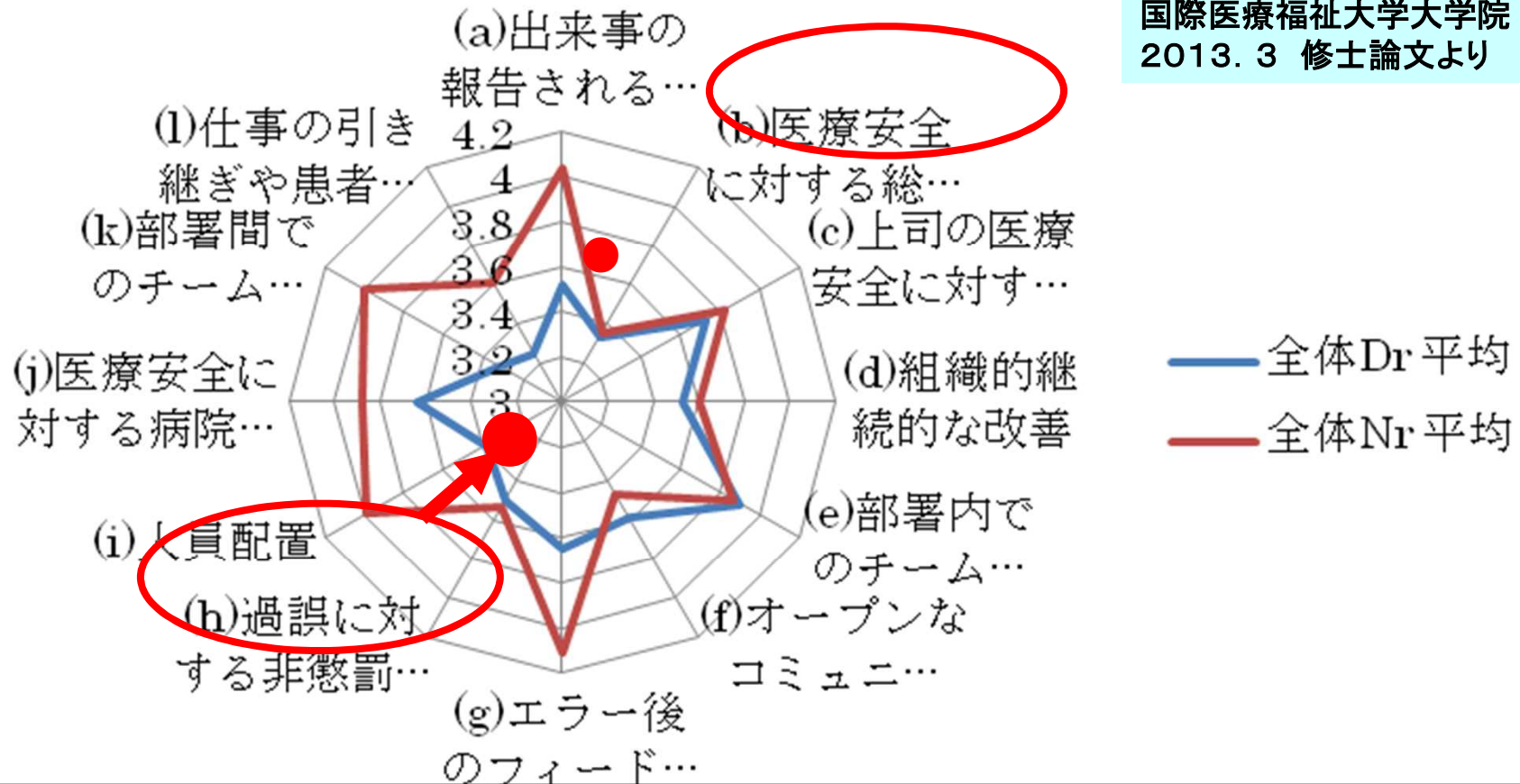
東京都「控訴しないコメント」(’04.1.30 東京地裁民事判決)

・「病院の組織的な過失ではなく、**看護師の単純ミス**
であることが認定されたこと」

*「**個人責任**」のみで終わるならば、
同じような事故が起こる

看護師・医師(医療安全意识調査:5病院)

永井裕之
国際医療福祉大学大学院
2013. 3 修士論文より



* 課題:12項目中、4項目

(b)医療安全に対する総合理解 (d)組織的—継続的な改善

(f)オープンなコミュニケーション (h)過誤に対する非懲罰的対応

医師・看護師の懲罰に関する意識

＜医療安全意識調査(5病院)＞

医師

- ・犯人探しになってしまいきらいがあるように感じる
- ・有害事象を引き起こしたスタッフは、やはり報告しづらい雰囲気がある
- ・医師は自らの医療行為の中で生じた過誤は知られたくないという意識が強い
- ・責任を感じることは当然だが、すぐ報告する風土づくりは必要

看護師

- ・報告書＝始末書のように感じる
- ・インシデントが発生すると、まず誰が関わっていたのかが、特定され、不利益になる
- ・インシデントレポートの分析は各部署でよく取りまとめている。しかし、個人の問題として分析が終わっている

まだ残念な風土・意識

- 「個人責任」のみで終わるならば、同じような事故が起こる
- * 事故の背景、システム・仕組み課題を究明し、それを解決できる再発防止に取り組むべき
- * 「医療システム上の改善」こそが医療事故をなくす重要なポイントである

- 風土・意識の抜本改革が必要だが…
- * 多くの医療機関、責任者そして医療者が犯人探し、犯人を断定して、個人責任を問うことが多い
 - ・「早く「臭いもの」に蓋をしたい」
 - ・「当事者が退職すると一件落着」

2. 提 言(おもいと期待)

—医療に報告文化・正直文化を、
それが出来て本当の安全文化が育つ—

「医療安全」は健全経営の根幹

- 専門力（技術） （リーダーの意志と全員の熱意）
- 質（病院：各部門：個人）
- システム・仕組み

向 上
改 善
たゆまぬ挑戦

医療安全の向上
自分が利用したい病院に

安心・信頼（信用）：患者・市民の心の問題

職員同士の信頼関係は？

選び続けられる病院に

安全文化の国民的定着(安全意識・安全運動)

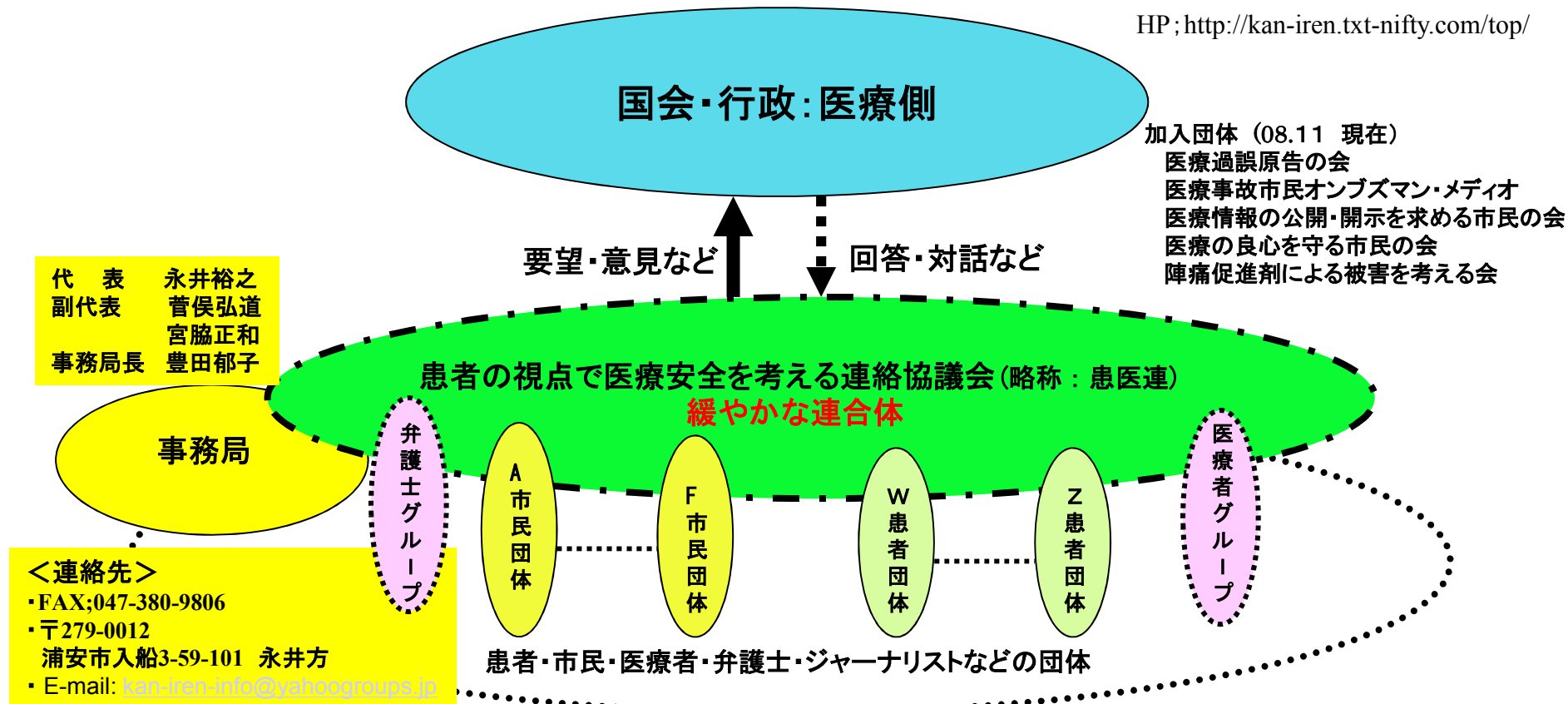
- 1) 交通安全: 50年以上前から
- 2) 製品安全: 40数年前から
- 3) 食の安全: 10年くらい前から

4) 医療安全: 政治も、行政も、国民も、
これから

「医療安全運動」を交通安全運動以上に、国を挙げて実施していくべき時

患者の視点で医療安全を考える連絡協議会 (略称：患医連)

HP ; <http://kan-iren.txt-nifty.com/top/>



医療事故の減少や医療の質・安全の向上を実現させるために活動している医療事故被害者・遺族、市民、医療者の団体が連携して、2008年に結成した。

医療版事故調の早期設立を求めて活動しています。

医療事故調査機関の早期設立キャンペーン

医療事故調査機関 早期設立キャンペーン

医療の中でおこる事故。
悲しむ人々が増え続けている。

医療事故の再発防止には
第三者機関による
調査、原因究明が必要です。

医療に安全文化を

患者の視点で医療安全を考える連絡協議会
連絡先 (FAX) : 047-380-9806



私たちが求める医療版事故調

1. 目的

医療事故の**原因を究明**して、**再発防止**を図り、医療事故にあった患者・家族への公正な対応を目的としたもの
⇒ **日本の「医療安全と医療の質」の向上**

2. 性格

公正中立性: 中立な立場で、手続きと調査内容が公正であること

透明性: 公正中立に調査が行われていることが外部からみて
明らかなこと

専門性: 事故分析の専門家によって、原因究明・再発防止を図る

独立性: 医療行政や行政処分・刑事処理などを行う部署から
独立している

実効性: 医療安全体制づくりに、国が十分な予算措置を講じること

医療事故調査制度の施行

2015. 10. 1~

<目的>

原因調査(原因究明) → 再発防止

医療の質・安全の向上

ようやくここまできた

医療事故調査制度の実現に向けて 支援団体から（日本医師会：15.8.29）

めざすべき価値基準

- ・医療提供者と患者・国民の信頼関係
- ・医療の質の向上

「対立」から「対話」へ

医療界、医師会の**真摯な姿勢**と

一丸となった取り組みが見られている！

（日本医師会 常任理事 今村定臣氏 資料より）

国民に信頼される制度にするために 対立から対話(説明・報告)

●治療前(インフォームド・コンセント;IC)

- ・情報と決断の共有(それぞれの患者に対応したリスク説明と理解)

●事故直後

- ・当事者・関係者と遺族をヒアリングし事実経過を整理する
- ・遺族にカルテ等の資料を渡し、事実を共有する

●調査後

原因究明の調査報告書を遺族に渡して、しっかり説明し、遺族の理解・納得を得る

(期待)医療対話推進者が重要な役割

- ・モデル事業での「調整看護師の役割」
- ・遺族の「おもいや疑問点」を丁寧に聴取する

医療対話推進者：信頼構築

【医療対話推進者は】

医療機関・病院において、あらゆる医療過程（日々の懸念から不測の事態を含む）で患者およびその家族が持つ疑問、不安、不満などについて、患者・家族が納得して医療を受けるために**院内の相談窓口として常駐し、適切に対応する。**

患者・家族がエンパワーされ、医療者が本来の仕事を問題なく実践できるように両者を支援する。また、医療者と患者・家族が真摯に向き合い、当該医療者が説明責任を果たすためのより**良いコミュニケーションを促進できるように支援する。**

（患者サポート体制充実加算：平成24年4月～）

—平成27年度 医療対話推進者養成研修要項—



患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋主催

「架け橋」は、2008年に研究会として「医療従事者と患者・家族間の信頼関係を築くためのコミュニケーション・対話を促進する」ことを目的に活動をスタートし、24年4月に特定非営利法人の認定を受けました。

これまでの研修をさらに充実させること、患者相談窓口などで患者の相談を受ける立場の人をサポートすること、そして患者・家族と医療従事者のよりよい関係やコミュニケーションなどに関する研究を深めること、以上の3つの柱で活動してまいります。

私たちが養成をめざす「医療対話推進者」とは、医療事故が起きた時の対応のみならず、日常診療の中で患者・家族が感じる不安や不満等について耳を傾け(寄り添い)、院内での対応または解決のため、患者と医療従事者を支援する職員です。

東京 7月18日(土)～7月20日(祝)

大阪 9月19日(土)～9月21日(祝)

名古屋 1月9日(土)～1月11日(祝)



■受講料:一般39,000、正会員36,000円(税込/3日間)

■参加条件:3日間すべての日程に参加できる方(修了された方には、修了証をお渡しいたします。)

事務局(お問合せ先) NPO法人架け橋事務局 地域担当(東京):川田

MAIL: npokakehashi_office@yahoo.co.jp

(架け橋ホームページ<http://www.kakehashi-npo.com/>のお問い合わせフォームからも連絡可能)

FAX:03-3697-1501

—院内医療事故調査説明会&研修会—

9月5日(土)～6日(日) 1月16日(土) 東京

信頼される制度にするために
今後も要望し続け、医療界の変革をみまもる

1. 調査範囲

届出を要する事故の範囲が「管理者が**予期しな
かった死亡**」としている

* 届出の判断を当該医療機関(管理者)や当該の
医療者だけである場合、**大半の事案が合併症と
して届出されないのでは？**

(期待)被害者遺族が予期しなかった死亡は、院内での
検討・調査し、しっかり説明すべきである

合併症と考えられても報告すべき基準

(名古屋大学病院の院内報告基準:長尾教授)

合併症と考えられても

- ・患者(や家族)が予期していない合併症
- ・患者(や家族)が予期していても医療者がヒヤリハットした合併症
- ・患者(や家族)が予期していても、重篤な結果となった合併症
- ・診断、発見、対処が遅れた可能性が否定できない事例
- ・患者や家族から苦情の出た(出る可能性のある)医療行為

これらはいずれも報告対象になる

(期待) 院内での報告文化の醸成を

信頼される制度にするために 今後も要望し続け、医療界の変革をみまもる

2. 調査依頼の拡大・医療機関が届出しない事例や医療機関の管理者による意図的な事故隠しを少なくするために、**遺族や病院職員が第三者機関に相談が出来る窓口を設ける**

・**第三者機関が精査して調査が必要と判断した場合は、当該医療機関に調査を要請する仕組みを組み入れる**

・**窓口を設けると、患者側からの喧嘩に乗ることになる(一部の医療者)**

(期待) 第三者機関の中に相談窓口を設けるべき

各医療機関に「患者相談窓口」の設置し、

「医療対話推進者」がヒアリングをする

<患医連>2つの窓口を設けて相談に乗り始めた

信頼される制度にするために
今後も要望し続け、医療界の変革をみまもる

3. 調査メンバーのあり方

- * **中立性・透明性・公正性を確保**するために
 - ・調査及び運営に医療事故被害者で医療事故再発防止に取り組む者の参加が必要
 - ・多岐にわたる専門家：医療者の他、事故調査分析の専門家、医療機器製造業者、システム担当の専門家など

- ・**院内メンバーだけでよい(一部の医療者)**
(期待) 外部委員の助けを借りる(透明性・中立性)

信頼される制度にするために
今後も要望し続け、医療界の変革をみまもる

4. 調査の仕組み

- ・中立性・公正性を担保するためには、都道府県単位ではなく、**ブロック単位**にした方がよい
- ・利益相反の防止、**調査分析の均一性**の早期確立が必要

支援団体：都道府県医師会を母体とする(日本医師会)
(期待) 近隣の県での連携し、支援をしあう

信頼される制度にするために 今後も要望し続け、医療界の変革をみまもる

5. 調査費用：公的な費用投入

- ・日本の医療安全と質の向上に資するための事故調査・再発防止を目的とする**第三者機関の運営自体に、公的費用補助**を行い、国として医療事故防止に取り組む
- ・院内事故調査は公的補助を行い、**医療機関に全負担を求めない**
- ・遺族の負担する費用は、当初は無料として開始すべき

第三者機関は民間の機関である

(期待)半公的な機関にして国がしっかり支援を！

信頼される制度にするために 〈おもいと期待〉

この制度は医療界・医療者の**自発性・自律性・自浄性の発揮**にかかっている

- 事故の報告：**報告文化**（報告することが良いこと：
「個人責任」から「システム改善」を）
- 「うそをつかない医療（**正直文化**）」の実践
- 医療に「**安全文化**」が育つ

- 医療事故調査・支援センターの稼働と支援団体との連携
- 新たな医療事故調査制度を小さく産んで、国民（医療者：市民）みんなで大きく育て上げよう！**

医療者の人材育成に期待すること

1) 専門力と人間性（バランスよく）

①専門力の拡充

- ・まず一本柱を造れ 高く 太く

②人間性の向上（医療従事者としての倫理観、責任感）

- ・いろいろな経験、多くの人との出会い
⇔視野の広さ、発想の柔軟、見識
- ・人を好きになる（人の心はかがみ以上）
他人への思いやり、相手の立場を気づかう感性

2) 判断力、決断力の養成

- ・論理的にNOと言える対応力の啓蒙を!!

よく観て よく聴いて 信念を持って言おう！