

平成29年度 医療安全に関するワークショップ in 福岡

「医療安全推進 —医療安全対策の一步前進をめざす—」

患者・遺族から医療者へ期待すること

2017年 11月 21日

NPO法人「架け橋」理事  
医療過誤原告の会・会長  
宮脇正和

# 講演にあたって

日頃、患者さんの命と向き合って医療に尽力しておられるみなさん、  
本日は、日常の医療の中で事故等の重大な事象に遭遇した時、患者・家族がどのような思いで対応し、歩んできたか、  
ご理解を深めていただき、  
今後より質の高い実践につなげていただきたいと願って、お話をさせていただきます。

# お話の概要

- 1、自己紹介
- 2、医療事故遭遇後、患者・家族の状況と変化
- 3、医療過誤裁判について
- 4、医療事故被害者群像
- 5、医療事故の現状
- 6、医療事故被害経験者が活動してきた事
- 7、医療事故調査制度と被害者運動
- 8、医療現場のみなさんへ応援メッセージ

# 自己紹介 1

## 医療事故被害に遭遇

- 1983年 医療事故で娘を亡くす
- 1993年 医療過誤裁判が勝訴的和解で終結
- 1991年 医療過誤原告の会設立に参加
- 2005年 医療過誤原告の会会長、現在に至る

## 医療との関わり

- 1991年 精密機械企業から、医療関係法人に転職  
小病院・診療所勤務
  - 1996年 臨床研修指定病院へ  
医局事務部長(診療部、医師政策、医師研修担当)  
歯科・在宅介護部門統括等を経て
  - 2011年 医療関係法人を定年退職、  
医療過誤原告の会会長に専念
- 現在 医療事故被害者相談, 支援、公平な医療事故調査制度へ運動

## 自己紹介 2

# 娘が医療事故死・多くの方にご支援をいただき 10年後・勝訴的和解で終結

- 1983年2月、3才前の娘、軽い肺炎で入院を勧められ、半日で死亡？
- 主治医の言葉「親の管理が悪い、栄養失調??？」
- たくさんの方から死因調査にご協力いただいた  
娘の保育園のお母さん達、友人の医療関係者  
(看護師さん、検査技師さん) から励まし、援助  
カルテの読み方、検査データの読み方、  
薬の文献、知り合いの医師紹介、裁判傍聴
- 紹介された医師を全国、訪ね歩く (8名の医師と面談)  
真摯な説明、医療について基本的な理解深まる (専門的立場から意見)
- 主治医の前勤務先の県立病院小児科部長から思いがけないお話しとお詫びの言葉
- 看護学校校長から正直な資料提出

そして

- 多くの方のご支援で事故から10年目、1993年3月 **勝訴的和解**  
病院長が全面謝罪、再発防止を盛り込んだ和解協定書

## 事故後の患者・家族の状況と変化 1

### 医療事故被害者・家族の試練 被害者(家族)が家庭崩壊(離婚、発病など)

被害者・家族はこれまでの生活が崩壊し、  
深い悲しみ、苦しみを 背負いながらの日々へ

- 子どもの事故は ⇒ 両親に亀裂
- 父の事故は ⇒ 一家を経済的危機に
- 母の事故は ⇒ 一家の日常の暮らしに危機
- 高齢者の事故は ⇒ 子どもの亀裂
- 妊婦の事故は ⇒ 婚家と実家の亀裂

## 事故後の患者家族の状況と変化 2

### 病院・主治医が正直に、真摯に対応の場合

- 治療内容や経過について、信頼して尋ね、理解できない時は、わかるまで聞ける
- 医療機関の真摯な対応が、被害者・家族のパニック状態からの早期立ち直りを支える
- 過誤であれば、適切な補償が出来る
- 紛争回避、信頼関係の絆が保たれる
- 医療事故、被害者の心情から学び、再発防止に繋がれやすくなる
- 医療者の誇り・働き甲斐が保たれる

## 事故後の被害者、家族の状況と変化 3

### 「ヒューマンエラー」から「システムエラー」へ

- 事故原因を調べる事を通じて、  
主治医等の個人責任を追及していた気持ちに変化
- 病院のシステムや医療界の権威主義に起因
- 医療政策・制度に起因することに気付く
- 再発防止を願う気持ちが膨らむ
- 他の被害者と一緒に、医療安全推進の運動へ  
医療安全の向上を願う医療者・政策立案者・メディア等と連携

## 医療過誤裁判について 1

### 病院が『責任逃れ』『うそ・ごまかし』対応の場合

- 被害者・家族の怒りが増大し、憎しみに転化
- 病院への信頼が崩壊、真の原因を知りたい
  - ⇒ 警察に相談 X
  - ⇒ 行政窓口相談 X
  - ⇒ 弁護士に相談 …多額の費用…
  - ⇒ マスコミへの通報 X
- 自分で原因調査する場合(民事の時効は10年)

## 医療過誤裁判について 2

# 医療事故被害者が追い詰められ裁判へ

- 事前説明と違う重大な結果（死亡・重度障害）
- 病院・主治医から真摯な対応がない
- 説明・カルテ内容が事実と違う
- 被害者が納得できないのに、説明打ち切り

### 全て裏切られた時、重大な岐路

・・・何とか、納得がいく本当の事が知りたい・・・

- 多くの被害者（国民）が最後の砦として裁判に期待  
医療事故原因を明らかに、主治医の責任を明確に、  
被害補償、再発防止

## 医療過誤裁判について 3

# 医療事故被害者に立ちはだかる大きな壁

何とか、真実が知りたい・でも・立ちはだかる高い壁

- ①家族の同意
- ②調査資料(カルテ等の保全)
- ③医学の勉強(診断、治療、検査、投薬、手術等)
- ④医学文献集め
- ⑤協力者探し(医師、医療関係者)
- ⑥信頼できる弁護士探し
- ⑦経済的負担(調査100万円、裁判提訴200万円～)

その結果 被害者の95%は裁判を諦め、  
5%が裁判提訴へ

## 医療過誤裁判について 4

# 被害者に厳しすぎる医療過誤裁判

多くの被害者(国民)が最後の砦として裁判に期待

医療事故原因を明らかに、主治医の責任を明確に、  
被害補償、再発防止

しかし、民事裁判の機能は、

過失の立証が、被害者に求められる

事故の責任割合の認定と支払額決定

事故原因の究明、再発防止が目的ではない

・法廷は、勝訴のために激しく争う場、お互いの人格攻撃

・遺族に事故の状況が繰り返し、フラッシュバック

・被害者・遺族に厳しい勝訴率(通常裁判の1/5)

2016年 原告勝訴判決17%(和解51%) (通常民事80%)

# 医療事故被害者群像・1

## 息子(H君・19才)を虫垂炎手術で亡くした、NOさん

- 会社の寮で腹痛、近くの病院を受診、虫垂炎の診断で手術に
- 手術中に急死

病院の説明…病理解剖の結果、「心不全」、「無症状型突然死」

慢性の心臓病、生存しても将来心臓移植が必要だった

- 元気な息子が… 心臓移植？ 突然死無症状型？？？

わが不運と自己嫌悪で、1年間自宅に引きこもり

- 母として納得いかない…**夫の反対を押し切って、死因究明に**

孤独な猛勉強、病理所見を精査、協力医4人、麻酔事故と確信

- 5年後裁判提訴…証人尋問で、若い内科医が告白【麻酔事故】
- 息子の死後、10年目で、第1審勝訴的和解

# 医療事故被害者群像..2

「パイロットが一人消えた日」を出版したSAさん

- 大学病院に検査に行ったまま、帰らぬ人に
- 大手航空会社の副機長・・・機長目前で胸痛発症
  - ホルター心電図、心エコー異常値、運動負荷心筋シンチ検査・・・心停止
- トレッドミル検査で気分が悪くなるも、さらにスピードアップ
- 救命処置(AED・心肺蘇生)の遅れ、心停止、低酸素脳症、死亡
- 大学病院はミス・責任を認めず救命時間の証拠記録改ざん
- 親族の支援で、死因究明し裁判に、一審で勝訴的和解
- 裁判で勝訴的和解、しかし、**家族は崩壊状態に**

# 医療事故被害者群像・・・3

大手電機メーカーの技術者だったAさん

11年前、奥さん(51歳)B大学病院で医療事故死(CVライン誤挿入)、裁判で勝訴的和解

この事故を契機に、B大学病院のCVライン事故が激減

Aさんは、奥さんを医療事故で失い、裁判を闘った経験から、

医療事故被害者支援、医療事故を再発防止に活かす運動に参加

数年後、Aさんが、「画像診断書確認不足」で、1年間肺がん放置され、

末期がんと告げられて間もなく死亡、Aさんの願い

- 1、損害賠償だけで終結でなく、同様の事故防止について病院から発信を促す
- 2、Aさんの願いを理解できる弁護士に依頼 ⇒ 誠実に対応
- 3、病院を動かすようにマスコミの支援を ⇒ TV、新聞で大きく報道

病院の対応

- 1、画像診断書確認不足の経過等、事実を正直にAさんに伝えた
- 2、Aさんの治療に全力を尽くす
- 3、画像診断書の連係ミスを防止する対策の具体化(第三者委員会)
- 4、病院のホームページで事故を公表、謝罪、経過、再発防止を発信

## 誰でも医療事故の当事者になる

- どんな社会的立場でも  
本人・家族が医療事故に遭うリスクは大きい  
医師、看護師、ジャーナリスト、司法関係者等も本人・家族が被害者に知られてない(交通事故の数倍)⇒**対策は進んでない**
- 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

## 医療事故の現状 2

# 意外に知られていない、医療事故死の研究

- 2006年3月 厚生労働省研究班  
「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」  
18病院の4389冊のカルテを抽出して分析  
☆医療・看護事故による死亡 24000人/年(毎日65人)
- 名古屋大学附属病院(名大病院)医療の質・安全管理部  
長尾能雅 教授(2013年2月・東大シンポ)  
☆医療事故による死亡 40000人/年(過誤は3%)
- 交通事故死 4113人(2014年)(毎日11人) 毎年減少

## 日本人の死因

(境秀人班・カルテレヴュー研究からの試算)

1	悪性新生物	342849人
2	心疾患	181822人
3	脳血管障害	126944人
4	肺炎	115240人
X	医療事故	40000人
5	不慮の事故	38030人
6	老衰	35951人
7	自殺	30197人

(2009年人口動態統計より)

# 医療の「信頼・安全・安心」のサキドリ 積極的情報開示・真実説明に挑戦

## 1、社会保険グループ(51病院)3年間の実践

2008年10月 「医療有害事象・対応指針」(真実説明マニュアル)策定・取組開始  
2012年5月、3年間の検証結果発表 (社会保険旬報2012年9月掲載)

### 指針内容

- 1、真実説明(隠さない、逃げない、ごまかさない)
- 2、謝罪する(共感表明謝罪、責任承認謝罪)
- 3、丁寧な説明(管理者・医師が必要に応じて、何度でも)
- 4、事故の責任は管理者(システムが原因、個人責任にしない)

検証結果	実施前	実施後
1、責任承認謝罪増	38%	⇒ 54%
2、説明回数増	2007年/2010年	⇒ 218%
3、再発防止策検討	40%	⇒ 51%
3、訴訟件数減	12件	⇒ 0件
4、損害支払額減	2007年/2010年	⇒ 54%

## 2、配布型カルテ開示 みなと協立総合病院 20年間実践 (医療過誤原告の会・会報第35号掲載)

# 医療事故被害経験者が活動してきた事 1

## 医療過誤原告の会 設立

### 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
- ・ 2017年 設立から26年、入会者1500名余、現会員約300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

## 医療事故被害経験者が活動してきた事 2

# 医療事故再発防止に向けて、26年間活動

### 1、診療情報の開示、情報共有化の実現

レセプト、カルテ開示、診療内容情報提供

### 2、産科医療補償制度に運用委員として参加、信頼性向上へ

### 3、医療事故調査制度設立へ被害者団体の共同

- 患者の視点で医療安全を考える連絡協議会結成
- 国民の関心を高めるため、9年間毎月駅頭宣伝
- 医療事故調査制度関連の会議・委員として参加
- 医療・行政関係団体との協議、メディアへの協力要請

### 4、医療者へ講演、講義等により、被害者の真の思いを伝える

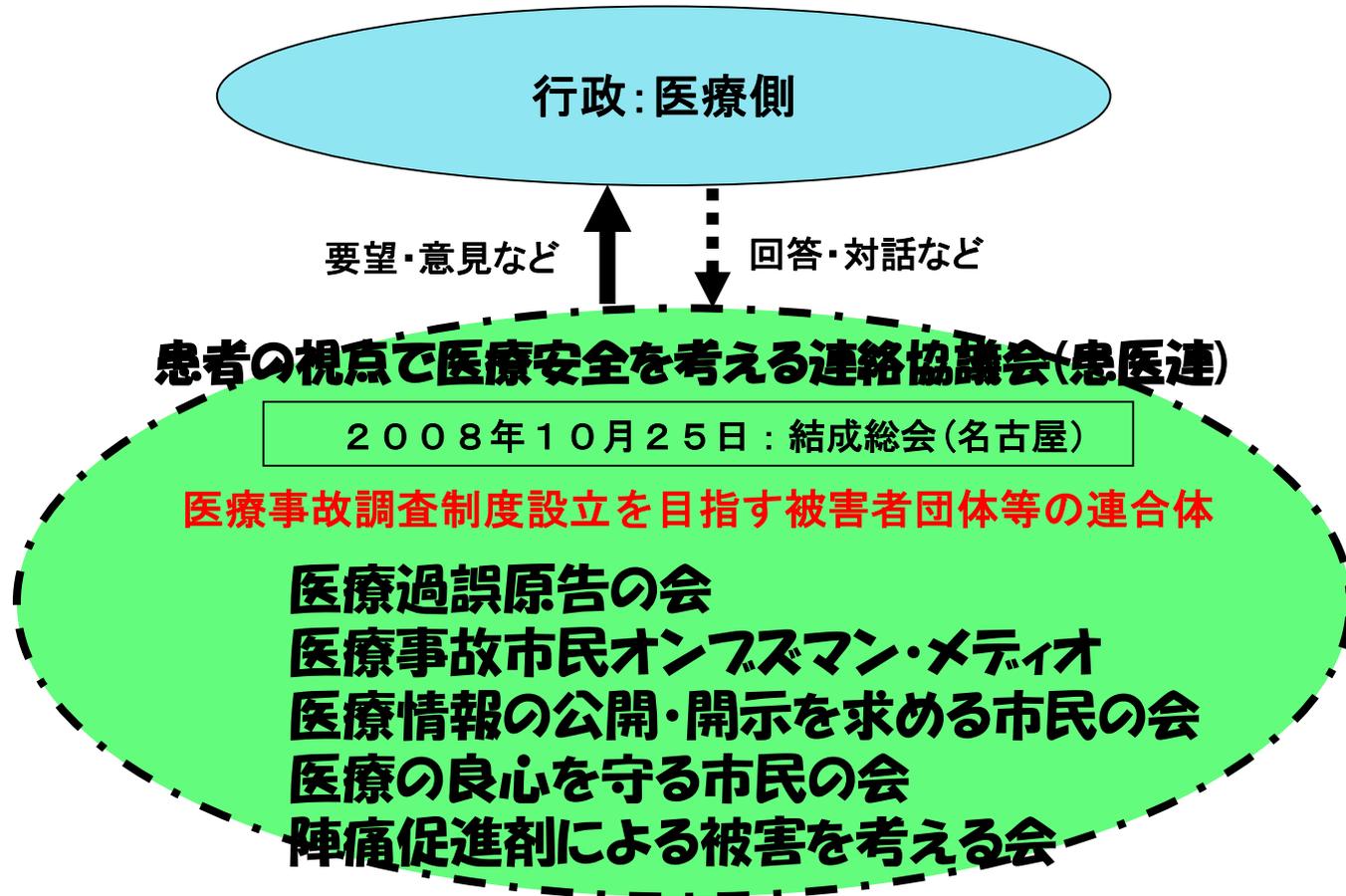
### 5、シンポジウム等の冊子発行、ホームページで発信

## 医療事故被害経験者が活動してきた事 3

### 医療安全へ 被害経験者の実践例

- 1、医療事故病院の医療安全に遺族が協力
  - ・医療事故当事者の病院、毎年メモリアルデーの開催に協力
  - ・医療安全10か条の提案（10年かけて具体化させる）
- 2、事故当事者遺族が医療安全担当職員に
- 3、遺族が、医学生・看護学生に授業で講義
- 4、遺族が病院職員の医療安全講習会等で講演
- 5、国や自治体等、医療安全関連各種委員会の委員に
- 6、医療事故対応テーマについて研究活動

# 患者の視点で医療安全を考える連絡協議会（患医連）



毎月駅頭宣伝・署名9年間、国会院内集会、シンポジウム、  
国会議員・医療関係団体との懇談、厚労省等検討会へ参加

## 医療事故調査制度発足後の状況

- ①2015年10月制度施行(医療事故被害者委員の意見は排除)
- ②センターへ報告件数2年目、約360件/年(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、2年間相談42件(センターへの届出4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

## 私たちは、どちらの医療に期待を持つのか

一つの判断	法の規定	倫理的判断(?)
できるだけ、スイッチを押さない	医療事故は、 <b>医療者が判断</b>	患者家族との信頼を重視し、家族からの申し入れも判断材料とする
法的にする必要がないものは、しない。	<b>説明・記録</b> があれば、医療事故ではない	死亡リスクを予期していても、リスク対応をしていない場合は、調査の必要がある
解剖はあえて勧めない	必ずしも <b>解剖</b> を実施しなければならないこととなっていない	死因の究明には、解剖を可能な限り勧める
院内の専門家で構成	院内調査 <b>委員の資格</b> (体制)に法的な縛りはない	外部委員を入れて、中立的・第三者的視点を確保
報告書を渡せば、医療者が訴訟等で不利益に扱われる。	<b>報告書を手渡す</b> のは努力義務	家族の理解を確保するためには、交付する

# 医療事故当事者のミスマッチ

## 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か
- ④医療機関の真摯な対応



家族の突然の死を、受け入れるためには必須

## 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、医師免許はく奪?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

# 医療事故調査制度改善の課題

2016年6月 厚労省が制度改善へ一部見直し

- 「予期せぬ死」基準統一 ⇒ 今後の課題
- 死亡事例すべて院長に報告
- 遺族の相談窓口をセンターに ⇒ 調査の判断機能を
- 院内調査の優良事例を共有
- 院内調査報告書にセンター支援 ⇒ 再発防止の実効性

患者・遺族に寄り添う制度を

- 医療安全は患者・遺族の思いも反映させる制度に
- 医療安全に取り組める環境づくり(制度、予算、体制、研修)

## 医療現場のみなさんへ応援メッセージ 1

### 医療機関で働く皆さんへの要望・事故対応の要点

- 患者は管理対象ではなく**共同医療のパートナー**  
リスク管理の立場では視野が狭くなる
- 物申す**患者から学ぶ**、**医療の質向上の宝庫**  
何を求めているか汲みとろうとすると⇒凍りついた関係が解けていく  
患者の声に「クレーマー」等ラベリング⇒患者の声が聞こえなくなる
- 早期に苦情の内容を良く聞くことが**信頼を繋ぐ**  
初期対応は火消し・患者対策の視点ではバツ
- 事故が起きたからではなく、**対応をどうしたか**が信頼・不信の分かれ道
- 医療事故＝(裁判),(報道),(警察)沙汰・・・？  
**デマに惑わされないで**・・・裁判提訴は簡単ではない(知識,時間,費用)  
医療事故だけでは新聞記事にならない  
警察は動かない、民事裁判も被害者に困難

# 安全な医療をなぜ求めるか

医療被害の発生を少なくすること

患者・家族の幸福のため

被害の事実共有は、被害者・家族が立ち直る大きな手がかかり

医療従事者の誇り・喜び

安全で質の高い医療の実現

医療事故から真摯に学ぶ、個人責任からシステム改善へ

× リスク(賠償金の支払い)を減らす

× 「患者から訴えられないように」

× 「訴訟」や「医事紛争」を表面的に減らす

× 患者を「押さえ込む」「いいくるめる」

## 病院管理者の方へ

- 医療事故調査制度設立だけでは、  
患者安全文化は育たない
- 日本の新しい医療文化づくり  
医療事故から学ぶ機会を繰り返す続ける  
公開セミナー、メモリアルデー、シンポジウム等
- 医療機関トップの責任と期待  
くれぐれも医療安全担当者任せにしない  
患者と医療現場をしっかり支える  
特定機能病院の医療安全体制が抜本的改善へ(2016年6月厚労省令)

## 医療現場のみなさんへ

医療安全の三原則(NPO架け橋 理事長 豊田郁子)

- ・ うそをつかない
- ・ 情報を開示する
- ・ ミスがあれば謝罪する

病気・医療事故で苦しむ

患者・家族の一番の味方は  
これまで信頼してきた医療者

患者と医療者のパートナーシップを高めることが、  
医療事故の悲劇を生まないために欠かせない

被害者経験者と共に医療事故の検証と再発防止の取り組みは、  
明日の医療事故から自分の大事な家族を守る営み

**ご清聴、ありがとうございました**

**みなさんの  
今後のご活躍を  
期待します**