

医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会 第二回検討部会で示された検討事項に関する意見

独立行政法人労働者健康福祉機構

秋田労災病院 第二内科部長 中澤堅次

2012.4.27.

医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会
第二回検討部会で示された検討事項に関する意見

秋田労災病院 中澤堅次

院内調査に重点を置くことは、前回意見の一致が見られたと思いますが、第三者機関の役割にはまだ一致した見解はないと思います。院内調査の得失を議論してから、上部機関の議論をするのが順序と思い、院内調査を主体にした事故の対応について経験をお話ししながら私見を述べさせていただきます。その前に、医療の実情を少し話させていただき、ご理解を得たいと思います。

■医療事故の背景

<死亡について>

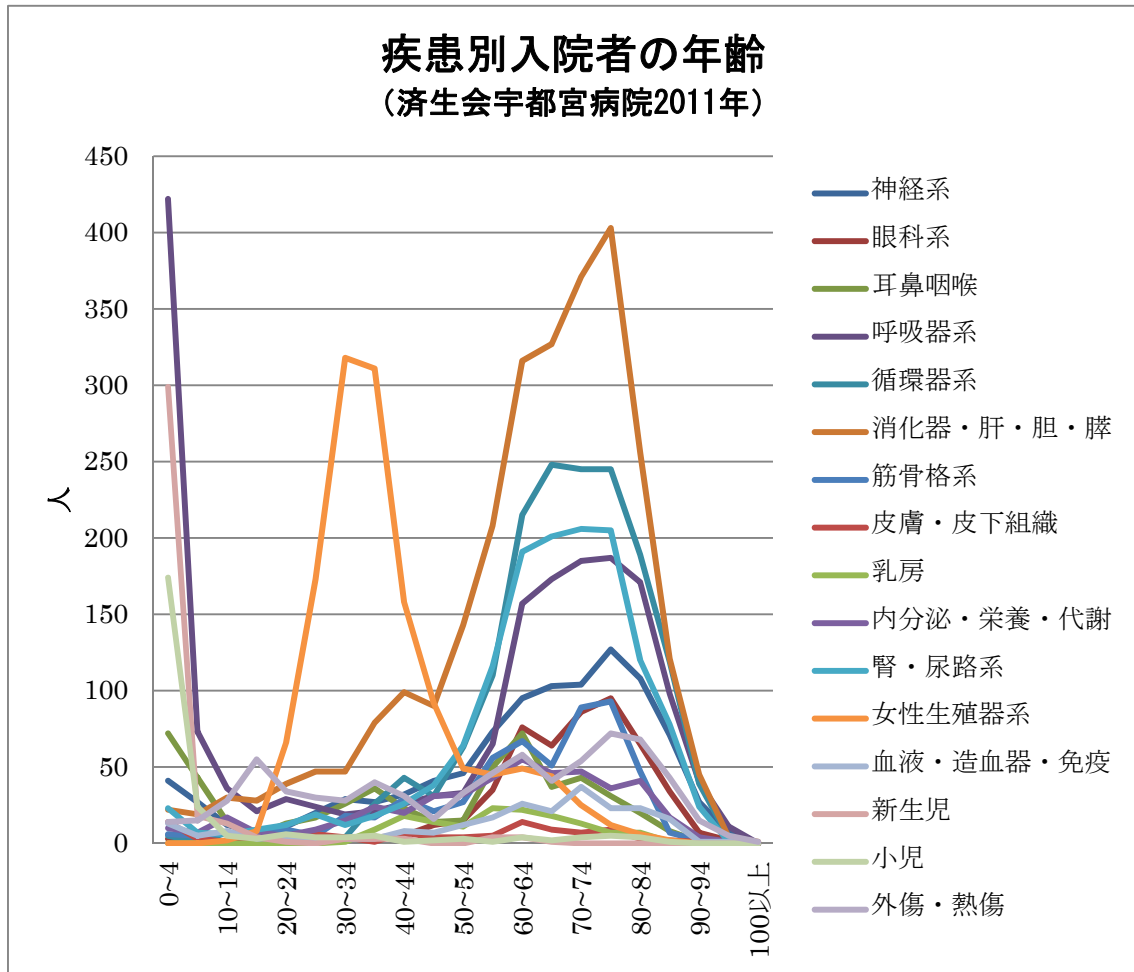
ほとんどの死は医療と関係があるようにいわれますが、実際に診療が関係する死亡は病気による死亡に限られます。そのほかに、自然死、災害死、犯罪死がありますが、これらの死に医療は直接関係がありません。制度は医師が犯す殺人も意識して議論されていますが、第二次世界大戦中はともかく、平時にはほとんど聞いたことはなく、制度の目的に取り上げる意味はありません。

日本の検死は医師により行われますが、アメリカでは専門の検死官が行い、犯罪死かどうかを判定する役割を担っています。医師法 21 条は検死の問題で、法医学も医療事故もなかった時代に、解剖を勉強している医師の役割と決められたものと思います。検死のために作られた法律を医療事故死に適用したので、医療事故と犯罪の混同が国民の間にできあがってしまいました。異常な事態と思います。

<生・老・病・死と医療について>

済生会宇都宮病院の入院者の年齢を調べると、入院はゼロ歳児とその母親の世代に多く、50 歳以後は老化による病気の入院が多くなり、70 歳の後半に最大のピークを形成した後、急激に減少しています。小児と婦人科を除けばほとんどの疾患は老化と関係し、医療は出生・出産・老化そして死という逆らえない危機に対応しています。

いわば医療は年齢と戦っているようなもので、最終的には死が支配する領域に医療が手を出していることとなります。飛行機に例えれば機械の劣化で落ちそうになっているところに介入し、墜落を防ごうとしているようなもので、起死回生のヒットもありますが、打率はそんなに高いものではありません。死がもたらされたときに、関わったものはミスを疑われ、第三者の詮議を受けなければならないという制度は、善意の医療者にはつらいことです。せめて事情を聴いてからにしてほしいという気持ちです。



<医療の危険性について>

人体は皮膚に覆われ感染から守られており、手術や注射は皮膚を切開するのでそれだけで感染の危険を伴います。病気は体内で起き、外から見ることには出来ず、皮膚を開けても病変は脂肪に埋没して手に取るようには見えません。外科の手術は手探り状態で完全な安全はありません。危険で不確実な手術でも助かる見込みがあればと、危険を覚悟で希望する人はいて、その希望に沿おうとする医者もいます。部品交換ややり直しができない人体には悪い結果はかならずあるものです。

<人は過ちを犯す>

テレビのアナウンサーもニュースの中で言い間違いをします。同じ人間でも、命に関係する職業を持てば業務上過失が問われ、危険の無い現場で働く人は過失を法的で問われることはありません。医療では、貴重な人命と、誤りを犯す人間との間にミスマッチがあり、たまたまタイミングが合えば、いつでも医療事故は起きると、現場にいる医師は感じています。

見えないところに潜む危険は、遭遇して初めて気づくもの、技術の進歩が加わるごとに、落とし穴をつぶしながら医療は発展してきました。それでもいつかは自分自身が、予期せ

ぬ事故に遭遇し、病む人の役に立ちたいと願う思いとは逆に、犯罪者として扱われ償いを要求される。追い詰められれば、危険の無い現場に逃避することを止めることはできません。医師不足の中で、急病人の医療で必須な外科などの分野に、医師がいなくなる事態はすでに起きています。

■院内調査と事故対策

努力を重ねても事故は必ず起きるという前提で考えると、医療事故が起きた場合、被害者への対応が最も重要と私は考えます。初期の対応でなんとか被害を最小限に食い止めることもあります。亡くなった場合でも、あらゆる手段はここに集中されるべきと思います。医療機関として出来ることは、損害の賠償や、事故後の医療提供、謝罪などですが、いずれも限りがあり、遺族に完ぺきな満足は得られるはずはありません。せめて院内調査を精緻に行い、事故の全容を理解していただき、過失があれば償いをして納得を得るしか方法はなく、院内調査はそのためにも欠かせない調査です。

■院内調査を補う専門機関

事故の当事者しか知りえない情報は、裁判官の心証と同じように相手に伝わります。院内調査は最も身近に真相を探ることができ、経過を知っている当事者が現場にいます。高度に専門的な問題が絡む場合は第三者の見解が必要ですが、この場合、疾患の経験を集積している臨床の専門家が力になります。ピンポイントで調査に協力する学会など専門家のこの機能はすでに実績があり、現場の問題解決に必要な第三者機関の一つの形です。

■補償の確定に必要な院内調査

精緻な調査は、事故の全容を明らかにし、賠償額を決めるのに役に立ちます。弁護士が間に入り、被害者の希望も聞き、後遺症なども含めて、過去の事例を基に賠償額が決まります。後遺症の診療に医療機関が引き続いて責任を持つこともあります。詳しい事情をお話しするだけで、やむを得ない事情を理解していただくこともあり、断ち切れそうな信頼関係のなかでも、訴訟に比べれば双方の納得が得られる線で解決ができます。

■無過失補償制度と第三者機関

ここでの問題は、医療機関の過失が証明できない場合です。ワクチンで稀に起きる死亡、造影剤のショック死などはこれで、今まではどこに持って行っても救済方法がなく、被害を受けた人は泣き寝入りでした。その部分にこそ無過失補償制度は必要で、私たちは切望している制度です。予防接種にはすでに損害の補償に実績があり、支給するかしないかを定める第三者のシステムも存在します。それは誤りを判定する機関ではなく、不合理な請求の有無を調べる機関になり、厳密な調査の必要はありません。場合によっては多数決で決めてもよいレベルだと思います。欧米における無過失補償制度を所管する第三者は、過失・無過失を判定する機関ではなく、補償の可否を決める機関であり、それ以外の機能はあっても、それには興味のない人たちが選ばれているのではないかと思います。第三者機関を考えるうえで重要な視点だと思います。

■再発防止と第三者機関の目的

次に行うべきことは再発防止です。被害者宅にお詫びに行った時に必ず要望されることで、再発防止に思いを託すしかない切ないお気持ちが身に沁みますが、再発防止を誓いながら、避けようがない事故はまた起きるとの思いは消えません。

再発防止は普通いくつもの要因を考えその中から本当の原因を引き出し、システムに反映させることが行われます。調査の目的は、システムの不備を監査し責任を問うのではなく、事故の起きた筋道を調査し、原因を避けてシステムを作りかえることを意味します。複数の要因がありどちらかに決められなくても予防システムは作ることはできます。責任追及や処分が目的になると、調査のやり方が個人対象になるので、システム化はできません。あいまいな基準は許されず、権威で決めるようなことになれば、安全対策は新しい訴訟の場になるでしょう。

■再発防止と調査の在り方

誤りに学ぶというやり方は医療の進歩には欠かせない方法です。カンファレンスと呼ばれる症例検討は、予測されるリスクを挙げ、認識に誤りがあれば指摘し、議論が行われます。死亡症例検討会は、何で死亡したかに議論が集中し、再現することが出来ない死亡例の検討が行われます。すべては仮定の世界の議論で証拠はないのですが、良心的な医師ほど自分に厳しく反省を口にする傾向があります、この記録が訴訟に使われれば、反省が恰好な餌食となるので、カンファレンスも異質なものになるでしょう。良い悪いが重視されると、現場は口を閉ざすようになり、個人の技術も全体のレベルも伸びることはありません。再発防止のシステムの中で、第三者には現場に基づいた適切な立案は不可能で、無理に介入すれば医療の進歩はありません。

■現場の責任追及

医療事故が発生した時には、現場に責任を問わず、病院がすべてに責任を取ると宣言しているところは多いと思いますが、ほんとの原因に即した対策を重要視するのであればこの方法しかありません。個人の責任追及と処分を行えば、だれがやっても厳密な調査と完ぺきな結論が求められ、一旦結論が出されるとその基準は変えることが出来ません。システムの硬直化がおり、処分が重ければ経験を積んだ技術者が一つ一つ事故のたびに消えてゆき、現場はさらに弱体化して再発防止とは逆な結果になると思います。

■ミスの公開と再発防止

ミスの公開は同業者に落とし穴の存在を伝えるうえで大切ですが、医療者の責任だけを報道するメディアの姿勢はこの方向性に逆向きです。報道を見ても事故の全貌がわからず、罪の大きさが浮き彫りになります。わたしもかつて死亡に至らなかった、過誤による事故を公表し注意喚起の意味もあり、記者会見を行ったことがあります。その時は新聞には事故の本質が書かれ、見る人が見れば落とし穴の存在がわかる記事を書いてもらえました。良い悪いを言わなければ事故の本質を見ることが出来ます。

■第三者機関と報告制度

中央の第三者機関が最初から主体的に介入するシステムでは、現場から報告が上がらな

いと調査が始まりません。医師法 21 条もそうですが、第三次試案も報告に無理があり、24 時間以内、疑いを含む報告義務、違反した場合の罰則に病院長は困惑しました。ミスが存在もわからないうちから、苦労を共にするスタッフに起きた事故を、処罰機能がある第三者に報告するのは、部下の信頼を損ねることになり、今なら医師の集団離職で首が飛ぶことも考えられます。まず院内調査の報告で現場の意見を聞き、納得できなければ本人の意思で次の段階へというのは法的にも堅持されることが必要と考えます。

■院内調査の透明性の確保

院内調査で透明性が確保できるのかというご意見もあると思います。医療行為を受けるに当たり、患者さんはインフォームドコンセントで十分な情報を提供され、自分の意志で決断しているので、事故が起きたら当然事故に関する情報を得る権利があると考えます。済生会宇都宮病院では玄関に表示した患者の権利の最後に、医療事故が起きた時には詳細な報告を受ける権利があると記し、職員にも周知しています。欧米では患者の権利は法律になっている国もあり、具体的な病人の権利が公に認められています。この一項目があれば透明性は格段に上がります。

■まとめ

医療事故はゼロになることはありません。対策は被害者の救済に重きを置き、損害の補償、病院の診療継続、謝罪などあらゆる手段をここに集中すべきです。対応を円滑に行うために、精緻な調査が求められ、そのために必要な第三者には、専門分析、無過失補償、再発防止など、現場の対応を補完する多彩な役割が求められます。ご発表の中には処分を目的とする第三者もあり、いくつかある役割には相反する方向性があります。報告書などを他の目的にリンクさせることや、機能をだぶらせた法的権威のある総合的な第三者機関は、大規模なものになり、目的がしぼれず、精緻な調査も、被害者対策や再発予防にも弊害が大きいと思います。また透明性確保のために、病人（患者）の権利を根底に置く医療の倫理の確立が求められますが、この議論は職能団体が真摯に検討すべきだと考えます。