

# 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



# 私たちが求める医療版事故調

私たちが求める医療版事故調（医療事故調査機関）は  
次の目的と性格をそなえるものです。

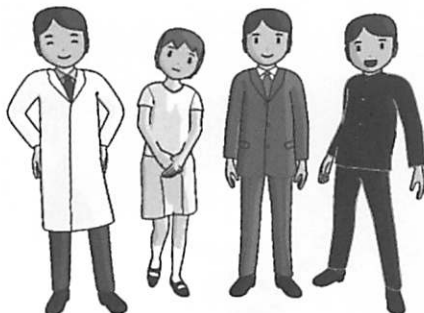
## 1 目的

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

## 2 性格

公正中立性：中立の立場で、手続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・再発防止を図ること  
独立性：医療行政や行政処分・刑事処分などを行う部署から独立していること  
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

**このような医療版事故調の早期設立を求めます。  
医療事故調査が、目的に沿って実現されるように、  
医療版事故調の具体的なあり方を考えていきましょう！**



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

湘南厚木病院  
**第8回 ヒヤリ・ハット大会**  
 2012年5月20日(日)

作成日:2012/5/18

8:00	受付			
8:30	開会のあいさつ オリエンテーション			
8:35	休憩			
8:35	Aグループ 司会:秋元 タイムキーパー 松土	栄養室	矢嶋	アレルギー対応について
		3E	安藤・石川	この子本当に私の子?~赤ちゃんを取り違えないために~
		総務	西田	公開医療講演 講師が来ない!
		ER	斎藤	管理薬剤の取り扱いについて
9:25	Bグループ 司会:馬場 タイムキーパー 田中(リハ)	外来	木本	地下室へようこそ
9:25		医事課	早坂	死亡診断書について
		5W	青山	内服薬の認識の向上と内服させ忘れの防止
		健診	安藤	同姓同名者によるカルテNo.取り違え
10:15		透析室	大倉・山本	透析医療における災害対策
		3W	吉村	血糖測定のルールについて~改善策のその後...うまくいってると思ったのにっ!~
休憩				
10:25	Cグループ 司会:渡具知 タイムキーパー 南部	リハビリ	吉岡	誰もいないリハビリ室
		4W	秋元	離院事故について
		ICU	河野	ヒヤリハット事例が多いわけ
		DS	小林	他部署との連携の必要性について
11:15	Dグループ 司会:山本 タイムキーパー 建部	薬局	建部	患者さんが安全に内服できるように...
11:15		4E	佐賀	転倒・転落ゼロを目指して~安全な入院生活を守るため~
		放射線	南部	CD作成時のトラブル改善
		内視鏡	山本・石川	効果的な説明用紙の作成~ポリペク後出血ゼロ作戦~
12:15		治験	大山	チームで取り組むことの大切さ
12:15		ME室	吉田	機器の故障によるデータ消失
12:15		検査	田口・高橋	エコーで人をひいた事例
12:15	昼食 (弁当を配布)			
13:05	医療事故被害者遺族の立場から 医療者に望むこと ~ 医療過誤事件の概要と提言 ~  特別講師:永井 裕之 (医療の良心を守る市民の会 代表)			
15:05	休憩			
15:20	感染対策委員会より 4E病棟:北川			
15:50	保険診療について 医事課:山下			
16:20	表彰式			
17:00	閉会のあいさつ			

施設基準算定項目一覧 【特掲診療料】

○関連部署

●専任者

●専従者

診療項目	点数	医師	看護	薬剤	検査	画像	リハ	ME	栄養	MSW	医安	医師	診療	診療	診療	備考
がん性疼痛緩和指導管理料	200・100	●	○									○				*医師研修
小児科外来診療料	院外560・380/院内670・49	○														*標榜小児科
院内トリアージ実施工料	100	●	●									○				*ER経験5年*リサーチ実施工示
夜間休日救急搬送医学管理料	200	○	○	○	○	○										*初診・QO車来院 入院時○*2次救急医療機関
ニコテン依存症管理料	初230・2~4回184・5回180	●	●													*敷地内禁煙
肝炎インターフェロン治療計画管理料	700	○			○											*消化器科
薬剤管理指導料	380・325	○	○													*常勤薬剤師2名以上*DI室
医療機器安全管理料I	100							●			○					*臨床工学技士1名以上*医療機器安全研修
HPV核酸検出	360	○			○											*標榜:産婦人科*産婦人科医師
検体検査管理加算IV	500	●			●											*院内検査*臨床検査技師10名以上*専任相当医師
心臓カテーテル法による肺検査の血管内視鏡検査加算	400	●	○		○											*前項を継続5年以上医師1名以上
埋込型心電図検査	90	●			○											*標榜循環器
時間内歩行試験	560	○			○											*在宅酸素導入前後 6分間歩行*年4回
画像診断管理加算 2	180	●				○										*放射線科専門医師
ポジトロン断層撮影・複合撮影	PET7000・PET-CT7500	●			○											
64列マルチスライスCT撮影	950	●			○											*画像診断管理加算2
1.5テスラMRI撮影	1,330	●			○											
冠動脈CT撮影加算	・950+600	●			○											*画像診断管理加算2
心臓MRI撮影加算	・1330+300	●			○											*画像診断管理加算2
抗悪性腫瘍剤処方管理加算	70	●	○													
外来化学療法加算I 化学療法加算A 15歳以上	580	●	●	●												*委員会
外来化学療法加算I 化学療法加算B 15歳以上	430	●	●	●												
無菌製剤処理料	40	○	○													*薬剤師常勤2名以上*無菌製剤室*クリーンベンチ・安全キャビネット
脳血管疾患等リハビリテーション料 II	200	●				○										*専任医師1名 *専従PT1名OT1名ST1名 併せて4名以上
脳血管疾患等リハビリテーション料 II 療用症候群	190	●				○										
運動器等リハビリテーション料 I	175	●				○										*専任医師1名 *専従PT1名OT1名ST1名 併せて4名以上
呼吸器等リハビリテーション料 I	170	●				○										*専任医師1名 *専従PT1名OT1名 併せて2名以上
透析液水質確保加算 1	8	○	○					○								*オンライン透析時 加算2 20点
経皮的中隔心筋焼灼術		○						○								*循環器 経験10年以上医師1名以上 *臨床工学技士1名以上 *冠動脈形成術・ステント留置術100例以上
ペースメーカー移植術及び交換術	7820・4000	○														*循環器又は心臓血管外科医師1名以上
大動脈バルーンパンピング法 (IABP法)	8,780	○														*循環器又は心臓血管外科医師1名以上
医科点数表第2章第10部手術通則5及び6に掲げる手術		○														
輸血管理料 II	300	●			○											*輸血委員会 *輸血用血液製剤・アルブミン製剤の一元管理 *専任常勤臨床検査技師1名以上
病理診断管理加算(組織診断)	120	●			○											病理診断医常勤1名
病理診断管理加算(細胞診断)	60	●			○											病理診断医常勤1名

診療項目	点数	医師	看護	薬剤	検査	画像	リハ	ME	栄養	MSW	医安	医師	診療	診療	診療	備考
喘息治療管理料	75・25	●														1月目:75点以降25点
糖尿病合併症管理料	170	●	●													*糖尿病足病変ハリスク要因 *30分指導
糖尿病透析予防指導管理料	350	○	○	○						○						*研修終了経験看護師
外来緩和ケア管理料	300	●	●	●												*チーム*30分指導*カンファ週1回
胎児心エコー	1,000	●														循環器内科・産婦人科・小児科経験5年以上、20症例以上経験医師
麻酔管理料		○												○		*麻酔科医師1名以上



湘南厚木病院 医療安全研修会

医療事故被害者遺族の立場から  
医療者に望むこと  
～ 医療過誤事件の概要と提言～

2012年 5月20日

医療事故被害者遺族  
永井裕之  
「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

そのとまの  
出逢い  
が  
出逢い  
い

相田みつを

出逢い  
そして感動  
人間を動かし  
人間を愛してゆくものは  
むずかしい理論や  
理屈じゃないんだなあ  
感動が  
人間を動かし  
出逢いが  
人間を  
愛えてゆくんだなあ・

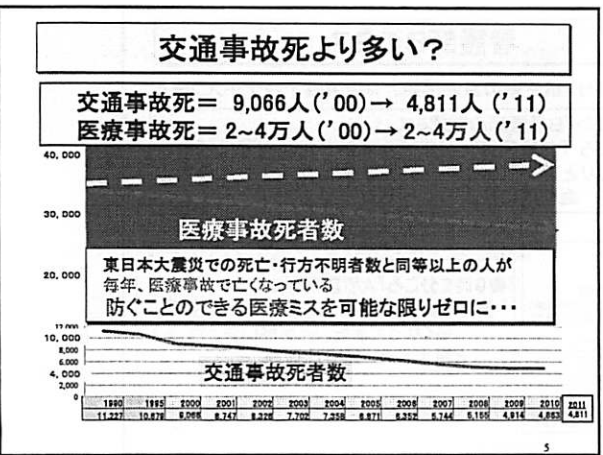
1999.1.11 患者取り換え事故  
2.11 点滴誤薬投与事故  
あの時から13年  
「**当時から比べて変わりましたよ**」

医療事故調査、  
本当に変わったの？  
公正中立性は？  
透明性は？  
医療事故から学んでるの？  
医療事故は減ったの？

交通事故死より多い？

「事故はすぐそばにある。  
決して他人事ではありません。」  
(1999年春の交通安全週間の標語)

米国の例; 交通事故死=約4.3万人  
医療事故死=4.6万人～9.8万人  
('99年報告)



目次

1. 医療過誤・事件の経過

1) 事故発生の経過  
2) 事故後の対応  
3) 刑事・民事裁判

2. 提言

### 1-1) 事故発生の経過 手術(成功)、医療過誤;即死 ・重ねられた3つのミス

7

### 発病・受診

<1998年>

- 8月 大阪から東京に転宅
- 10月ころから 妻 悦子、慢性関節リウマチ悪化

<1999年>

- 1月 8日 都立広尾病院 整形外科受診

1月11日 横浜市大 患者取り違い事故  
(わが事のように怒る)



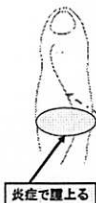
・学生に口すっぱく、  
看護の基本「3度の確認」  
を説く

8

### 入院

- 2月8日 滞在していた父に  
「じゃあ、行ってくるからね。10日もしたら退院してくるから、心配ないよ。」  
・都立広尾病院 整形外科病棟に入院  
(関節リウマチ)

- 2月9日 夕方  
「看護婦さんたちは、とても気持ちいい方よ。」  
・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



炎症で腫上る

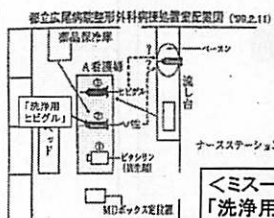
### 手術は成功

- 2月10日 朝 見舞う  
「手術が終わったところにくるから、がんばってね。」
- 左手中指(関節)の滑膜切除手術は成功  
・昼ごろ、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」  
手術・全身麻酔のリスクからの解放
- 1時ころ 主治医より、滑膜除去の現物で説明  
「悪性ではないようですが、念のため、鑑定に」
- 4時過ぎ 見舞いに行った妹に  
点滴の名前や薬名を確認

10

### 看護師Aのミス

- 2月11日 夜勤の「C看護師」が血液凝固を防ぐ  
「ヘパリンナトリウム生理食塩液(ヘパ生)作成、  
注射器に油性サインペンで「ヘパ生」と書く→6本保冷库へ



- 8時過ぎ悦子担当の「A看護師」  
が点滴のために①抗生剤と②ヘパ生1本を保冷库より取り出し処置台におく

- ・A看護師は他の患者用消毒剤「ヒビグル」を③同型の注射器で吸い、同じ処置台におく

<ミスー1>「A看護師」  
「洗浄用ヒビグル」と書いたメモを②「ヘパ生」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)を悦子の部屋へ、注射器を床頭台に置く

### 看護師Bのミス

- 8時35分 抗生剤の点滴開始、9時頃終了⇒ナースコール

<ミスー2>「B看護師の確認ミス」

- 9時ころ「B看護師」が床頭台にあった注射器は「ヘパ生」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、ヘパロックした

(残りの9ccはチューブ内)




- 9時5分ころ「A看護師」に、  
妻は「なんだか、これをしたら気持ちが  
悪くなってきた。胸が熱い気がする」  
と訴える⇒ 当直に連絡

12

### 当直医のミス

- 9時20分ころ 当直医 病棟にける  
「胸が苦しい。息苦しくなってきた。手もしびれてきた…」と訴える  
顔色蒼白、呼吸も弱く意識レベルが下がりはじめ

<ミス-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



- 残っていた90CCのヒビグルが  
体内に入り、数分後に意識不明  
(40CCで救命事例：垂水中央病院)
- A看護師「間違えたかも…」  
と、当直医に報告
- 9時30分過ぎ、心肺停止
- 心肺蘇生をするが、  
一度も戻らず(即死)

### 1-2) 事故後の対応

- ・真実は隠したい
- ・本当のことを知られたくない

### 病室前で待ち伏せ

- 2/11 AM10時ころ 妹と二人で5号病室へ  
・甥長代席 部屋の前で私たちを待つ  
・悦子のベットはなく、異変を感じる  
・甥長代席 部屋に入れず、カンファレンスに連れ込む  
「点滴が終わって少したって、気分が悪いと訴え、  
その後急変した」



### 当直医がやってくる

- 2/11 AM10時5分  
当直医がカンファレンスルームに  
・当直医の説明  
点滴のあと急変、心臓停止と肺機能停止が同時  
に起こって現在は脳死状態  
蘇生を続けているが、これ以上続けるかは親族  
が判断を 親族にも連絡を  
とってすぐ出て行った

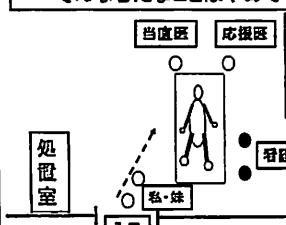
脳死? おかしな説明だな...

- ・A看護師は「間違えたかも…」と、当直医に告げて  
いた
- ・遺族に、医療ミスの可能性の説明は一切なかった

### 遺族二人が体験した唯一のこと

- 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  
・悦子の無残な姿、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」



**死亡確認**  
立会人: 医師2名、看護師2名  
遺族2名(計6名)  
時刻: 10時25分

**死亡確認(主治医)**  
立会人: 医師3名、  
看護師?名、遺族2名  
時刻: 10時44分

### 死亡確認 立会人と時刻

2月11日		事実(遺族の唯一の体験)	都の主張(口裏合わせ)
死亡 確認	時刻	AM10:25	AM10:44
	立会人	私、看護師、主治医、A看護師、B看護師、計6人(主治医出席せず)	私、看護師、主治医、B看護師、A看護師+X看護師、計6~7人(A看護師は誰も立会っていない)
	立会 状況	挿管を抜去し、主治医が死亡立会	主治医に挿管、蘇生を止めた。(遺族の前で挿管を抜去しない)、主治医が死亡立会
死亡 連絡	状況	妻は水のように冷たかった	息者はまだ暖かかった
	死亡連絡	10:30ころ~ 親族に死亡を電話 (B看護師証言: 10時30分頃、死後の 顔面一に涙事)	
主治医の 行動	10:30~40 主治医が別室に経過 を見た。		10:30頃(当初10:20) 主治医が別室 10:30過ぎ 主治医は直達から引離ぎ、 探訪をした
	11時頃 主治医が別室で親族に経過 説明し、一人で出て行った。		10:40頃 主治医が別室で親族に経過 説明し、親族を連れて処置室に行った。



### 主治医の言動

- 2/11 AM11時少し前(当日初めて話をする)  
主治医がカンファレンスルームに
  - ・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

義妹 「点滴は大丈夫だったのですね」  
主治医「ピクシリンの点滴は昨日もして問題なかった」

- ・遺族に、医療ミスの可能性の説明は一切なかった

19

### 解剖を承諾

- 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

長男「お父さんがやりたいようにしたら」  
次男「解剖したって、お母さんが帰ってくるわけではないよ」  
義妹夫妻：解剖を積極的に進めた

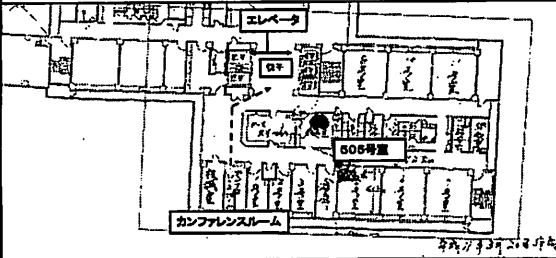
- 承諾書提出  
「死因納得できず」→「解剖して、死因を知りたい」

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」

20

### 同じ病室の人に会わせたくなかった？

- 2/11 AM12時ころ 遺体を霊安室に移動
  - ・カンファレンスルームからエレベータホールへ
  - ・私物、スリッパなど「ごちゃ混ぜ状態」で風呂敷、紙袋に
  - ・プライバシーの無視



### 警察への届け出

(医師法21条)  
(病理解剖)

22

### 病院と都衛生局との共同協議

- 2/12 AM11時ころ 院長室
  - ・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
- 広尾病院と衛生局が協議(2/12午前)
  - ・衛生局「職員を警察に充てることになる」
  - ・午前11時10分(解剖について院長から一度目の説明の後)  
衛生局副参事が院長など病院幹部らと検討  
『病理解剖で死因を追求する方向で対応することとした』

### 院長の言動

- AM12時少し前 院長室 (院長の説明)
  - ・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・・(遺族に改めて病理解剖の承諾を求めて警察に届けない:都と決定)

・院長、東京都を信用していた  
「死因納得できず」→「解剖して、死因を知りたい」

24

**医療事故・医事紛争予防マニュアル**

—平成10年3月改定「事故隠しマニュアル？」

医療事故・医事紛争  
予防マニュアル

医療事故は、都立病院、ひいては都政に対する信頼の低下を招くことになります。⇒医事紛争や医療事故は絶対に防がなければなりません

同井清士

2000年 医療事故・医事紛争予防マニュアル

謝罪避け／見解述べず／資料は見せない  
都が情報隠し手引  
14病院で使用

見直し進め  
来月改訂案

書類が見られない間隔を取ることに

**医療事故・医事紛争予防マニュアル**

- 過失が明白である場合を除いて、事故発生の実態経過の説明のみにとどめるようにする。
- 事故の原因の判断や見解等の説明及び謝罪は避けるようにし、特に特定なことは言わないようにします。  
(主治医の言動)
- 患者が死亡した時、過失が極めて明白な場合を除いて、「瘡痍解剖を行うことが是非必要であるので承諾していただきたい。」と遺族に承諾を求める。
- 過失が極めて明白な場合を除いて、警察への届出をしない。  
(院長の言動)

基本姿勢；「過失が極めて明確な場合」  
そんな事故はない？

**まだ信用していた**

- 2/12 PM5時ころ 院長室  
(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

28

**不安が 不信に**

- 2/14 AM11時ころ 大阪の自宅にて
  - 通夜；先だっの「湯灌の儀」で見出し、撮影



こんなになっているなんて、誤薬に遠くない

29

**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

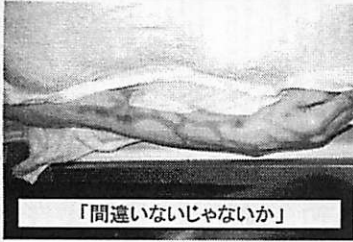
30

### 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ともある」



「間違いないじゃないか」

<倫理観、専門性を疑う発言を平気でする>

- ・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

### 警察への届出

- ◎2/22(月)午前 病院・都と調整(届出を決定)
  - ・病院事務長から電話
  - 「永井さん、よろしいですね」
  - ・実は、渋谷署に相談(血液検査)
  - 渋谷署は広尾病院に支援を得ている

- ◎2/26(金)渋谷署を訪問(刑事課長)
  - 「被害届けだされますか？」
  - 出されなくとも調べますが…」

- ◎3/1渋谷署に被害届 提出時
  - 「永井さん、事件になるとは限りませんから…」

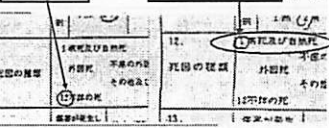
32

### 更なる隠蔽工作

死亡診断書の虚偽作成(3/11)

- 主治医、院長と相談、協議
- ・「不詳の死」(2/12)から
- 「病死及び自然死」(保険会社提出用)に

「不詳の死」(2/12) 「病死及び自然死」(3/11)



33

### ふってわいた記者会見

3/16 記者会見(しぶしぶ)

- ・フジTVのスクープを恐れる
- ・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」

同日場所に入れ

同日場所にも注釈2条

などと、事実と全く異なる発言

3/17 都議会の質疑

- ・遺族の意向を無視した同様な虚偽回答を繰り返す

### 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



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. 病院内部の調査がよい加減である
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

- 緘口令——3月16日の記者会見まで委員会メンバー、組合も知らず
- '99. 5. 19 第1回 調査委員会開催
- 委員長——岡井 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動
- 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(格好をつけるだけ)
- 8/25——答申の最終検討会

### 広尾病院ミス調査報告 (99・8・27)



死因の記載が2軒3軒  
遺族指摘で警察届け出

死因は消毒液点滴  
断定受け知事陳謝

調査当事者1層かぞ

- 知事の強い指示で急遽作成
- 事故当事者の事情聴取はまったくなし
- 知事謝罪(99・8・27)  
衛生局長(新任)と  
病院事業部長(新任)(99・8・30)  
も謝罪

当事者の謝罪は全くなし

「ボタンのかけ違い」が  
やっと正常になった  
＝出発点に立てる

### 行政処分 (99・10・8)

「明らかな過失があったほか、事故後の対応に適切を欠き、遺族の不信を増幅した」

知事謝罪「事故を生んだ皆さんとともに、遺族への対応の不親切さを改めて陳謝」

<職員10人を処分>  
 停職: A看護婦:2カ月、院長:1カ月(辞職願提出)  
 戒告: B看護婦、看護部長、主治医、病院事業部長  
 訓告: 看護科長、看護副科長  
 口頭注意: 婦長、病院事務局長

◎早期な決着(くさいものには早くふたを)  
 =確度の高い事故は、早く処置して終わりたい  
 ・表面的な「誠意」をしめす  
 ・都から和解の提案

### 当事者の来宅許可

●ようやく来宅

- 10月30日 A看護師、31日 B看護師
- お詫び
- 「新たな事実」を証言

A看護師証言:死亡時刻の記載時、二つの時間があつたが、婦長代席の指示で遅いほう(10:44)を記載

B看護師証言:10:30に清拭をしていた。

11月1日病院内部でA、B看護師の発言内容チェック(発言修正)他のことした時間だった。

### 死亡確認 (看護記録・カルテ)

#### 広尾病院事故調査小委員会報告(平成12年10月)

●看護記録および医師記録の不備について  
 <具体的な記載がない>・10時5分頃からの当直医の説明内容  
 ・10時40分前後の主治医の説明内容

看護記録  
 カルテー誤薬投与の可能性についてはまったく記載されていない



10\*44 夫・妹立ち会いにて死亡確認する  
 B看護婦証言:10:30に清拭をしていた。

A看護婦証言:死亡時刻の記載時、二つの時間があつたが、婦長代席の指示で遅いほう(10\*44)を記載

### 最終病院報告(11/23)

これまでの長い間、ご遺族の皆様へ、大変ご心労をお掛けいたして、申し訳ありませんでした。(医療過誤は謝罪せず)

●院長・M副院長・看護部長・事務局長来宅  
 ・報告内容を読み上げ  
 ・自らの正当性を強調  
 ・全員が合意した内容

・社会人として、常識以前の問題  
 ・医療人として、責任感はず?

## 医療システムの欠陥

当然起こるべくして起きた事故

## 危険な看護システム

### 薬剤準備



- 狭い処置台 約1.5×0.7m (当時3人:MAX6人で準備)
- 同一注射器を計量に (識別法の不統一)
- 同じ処置台に準備
  - ・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)
- 個人別のトレーもない

◎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)

43

## 機能しない救急救命システム

### ①エマージェンシ 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  
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

### ②救急救命センター

- ・入院患者は蚊帳の外
- ・外部からの患者だけ?

44

## システムの欠陥

単なる看護婦の個人的ミスという  
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欠陥による事故

45

## もっと基本に戻って

- ・妻は、11日の朝は朝食をし、一人で  
トイレにも・・・なにに不自由なかった。
- ・(化膿防止?) 錠剤も飲めた。

- ・なぜ、点滴が必要だったか?
- ・へパロックした、まだ点滴をつづける?

↓  
安易な点滴:それも看護婦が処置をする  
静脈注射は医師の役割  
(H14.9.30改定:医師の指示の下で看護婦らが診療の補助行為)

## 1-3) 刑事・民事裁判

47

## 二人の看護婦に有罪判決

2000. 12. 27

東京地裁で、裁判長が「初歩的な看護婦の過誤により死亡した被害者の無念さは察して余りある。遺族の悲嘆も大きく、二人の刑事責任は重大」として、執行猶予付きの禁固刑を言い渡した。

## 2. 提言

—安全で安心な医療の提供と  
医療事故の低減にむけて—

55

### 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

### 「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  
自分がかかりたい病院に

↓  
安心(信頼・信用): 患者・市民の心の問題  
選び続けられる病院に

### 人は間違える(より安全な医療を)

- ヒヤリ・ハットのデータ収集と「分析」
  - ・ 定量的な分析と判断(ハインリッヒの法則 1:29:300)
  - ・ QC活動(情報の公開・共有化)
- 医療安全への意識改革
  - ・ 事故を隠す⇒事故から学ぶ
  - ・ リスクマネジメント⇔安全対策の議論が大切
- お客様は神様である…松下幸之助
  - ・ 悪いこと(不良・事故情報)はすぐに報告
  - ・ トラブル・クレームは宝
  - ・ 被害者意識を持つな

### 報告文化の醸成 望ましい報告数

インシデントレポート件数=ベッド数×5  
<例>1,000床:約5,000件  
医師の報告数(1割)ex:約5,000件=500件

- 医師が上げるインシデントレポートは圧倒的に重症度が高い
- 医師の報告が少ない⇒病院が重要な情報を把握できていない

京都大学(現名古屋大学)長尾龍雅教授 提供

56

### 医療の不確実性

- 医療の不確実性を理解していただけない

- 「医療に安全はない」とは、開き直り?

- 少しでも安全な医療の提供に挑戦する

⇕  
市民・患者への「医療安全」教育の徹底

60

## 知事に嘆願の上申書提出

- ・両看護婦ともに若く将来が期待される人材である。
- ・両看護婦は既に都の行政処分を受けており、今回刑事処分を受けた。
- ・刑事処分は執行猶予つきであり、両看護婦はそのまま継続して勤務できる。
- ・同一事件で二度の行政処分はないものと期待する。
- ・両看護婦には是非とも今後早く立ち直って、自己の苦い経験を糧にして、自己研鑽による専門力の充足、および患者（又は遺族）を最優先とする看護の質の改善と後輩の指導などにより看護婦の道を更に究めていただきたい。
- ・看護婦として、その後看護婦養成の教師として活躍した悦子も同じ願いで見守っていると思う。
- ・東京都は、両看護婦を再処分にするなどと安易な見限りをすることなく、両看護婦の人生と看護婦としての再出発の機会を与えるために、今後も継続して都立病院で勤務して、自己啓発をしてよき看護婦に成長していくようご助言、ご指導、ご支援をお願いしたい。

## 最高裁 小法廷 判決 ('04. 1. 30)



医師法21条は「医師は死体を検査し、異状があると認めるときは、24時間以内に警察に届け出なければならない」

	被告の主張	最高裁判決	上告を棄却
医師法 21条	・「検査」を「死因判定行為」 ・「治療行為は『検査』でない、 診察中死亡した今回の ケースには、適用できない」	「検査」＝「診察中かどうかは問わ ず、死体の外表を検査すること」 「死亡したのが診察中の患者でも 届け出義務は生じる」	初の見解
憲法 38条	医療ミスの場合、 医師に通報義務を課せば、 「何人も不利益な供述を強要 されない」 と定めた憲法違反	医師の社会的責務など考慮 「医師が届け出で、自分が刑事責任 を問われる恐れがあっても、公益上 の高度の必要性に照らすと届け出 義務を課すことは憲法に違反しない」	初の合憲判断

## 【参考】 アメリカの医師会の倫理基準

### 医療過誤時の情報開示

- 医師には何があったのかが、患者に理解できるよう必要な事実をすべて告げる倫理義務が存在する
- 真実を告げた後に生じる法的問題の可能性が、医師の患者に対する正直さに影響してはならない

51

## 民事：提訴 '00. 9. 22(平成12年)

- 病院関係者が、事故がおきた時、「隠せばよい」と考えるならば、医療過誤はいつまでもなくなる  
  - 1) 真相解明を妨害すれば「個人の責任」が問われることをはっきりさせる
  - 2) 虚偽事項を「真実（遺族が知る唯一の真実）に」『死亡確認の立会人と時刻』
- 広尾病院、東京都全体が、組織としてとっていた危険なシステムによって引き起こされた事故  
 ・事故原因はシステム的原因であることを明らかにする
- 事故の損害賠償責任を明らかにする

52

## 訴訟対象

### 当事者

原告：永井裕之ほか 合計5名(悦子の遺族)  
 被告：東京都  
 岡井院長、坪田主治医、F事務局長（広尾病院）  
 H事業部長、A副参事（都衛生局病院事業部）（当時）

### 被告に、看護婦二人は除いた

- ・病院全体のシステムの欠陥による事故
- ・誠意ある謝罪をしたのは看護婦だけ(命日には花束)
- ・看護婦二人も被害者になった

53

## 民事判決 ('04. 1. 30)



- 1 東京都、院長・主治医ら関係者に対し、「個人責任」としての賠償を求める  
→ 東京地裁は認定
  - 2 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
  - 3 誤薬注入されるという医療事故本体に基づく損害賠償請求に加えて、その後の「事故隠し」を理由とする損害賠償請求  
→ 東京地裁は認定
- 「死亡確認の立会人と時刻」  
→ 原告主張を東京地裁は認めず
- ・東京都、主治医は控訴せず
  - ・院長は東京高裁に控訴 (2/10)

54

### 人間の弱さ

#### 正常化の偏見

- 自分にとって都合の悪い情報を無視したり、過小評価する
  - ・逃げない非常ベル
  - ・交通事故と宝くじ

#### 認知的不協和

- わかっちゃいるけど・・・
  - ・みんな・・・、今までだって
  - ・やっていない自分を正当化する理由を探す
  - ・そんな理由は簡単に探すことができる

### 医療事故？ ゼロにはできない・・・

患者が苦情を述べるのは、医療側の説明・コミュニケーション不足、対応の悪さなど改善すべき問題が多い

### 医療機関の医療事故対応

#### 最大の問題は組織防衛に走る

医療事故が発覚すると信頼が失墜するとの思いが先行？

\* 医療機関を守る顧問弁護士、行政職

- ・隠す
- ・ごまかす
- ・逃げる(逃がす)

→ うそをつく、かばう (本当のことを言わない)

### 事故に遭遇した被害者・遺族のねがい

#### 突然の被害や死亡・・・なぜ

- なぜ事故が起こったのか？  
原因を明らかにして欲しい  
本当のことを教えて！
- 心から謝ってほしい
- 二度と同様な事故を起こさないようにしてほしい

### 信頼を得るための医療事故対応

—うそをつかない医療—

誠意を示す  
(隠さない、ごまかさない、逃げない=当該医療者)  
\* 最初のボタンをしっかりとめる

適時適切な説明を  
院内事故調査 → ADR

あるべき姿: チーム医療の延長線で  
患者側の参加・優先  
原因究明・報告書の開示

院内の医療事故調査委員会 (第三者の参画は必須)

### みなさんに期待すること

- 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が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!



### <患者教育>

- 安全・安心な医療への理解と協力のお願ひ
- 安全で安心な医療について共に考えましょう—
- \*医療は基本的には不確実で危険を伴う
- \*ミスが起こらないシステムを検討
- \*共に病気に立ち向かうパートナー
- \*身近な地域の「かかりつけ医」で安心

大阪府豊中市立豊中病院

安全・安心な医療について共に考えましょう

医療は基本的に不確実で危険を伴う。ミスが起こらないシステムを検討し、共に病気に立ち向かうパートナーとして、身近な地域の「かかりつけ医」で安心な医療を受けたい。

### 安全に対する考え方の違い

日本の考え方	欧米の考え方
事故は努力すれば2度と起こらない	事故は努力しても技術・システムレベルに応じて必ず起こる
技術・システム対策よりも人の対策	人の対策よりも技術・システム対策
安全コストを認めにくい	安全コストをかける
起きた事故にのみ注目	再発防止の徹底 事故発生後の被害最小化
発生件数を重視	最大事故を重視

### 真のチーム医療

- 患者の参加; チーム医療の徹底:
  - ・オーケストラ(指揮者、コンサートマスター、各楽器のトップ、聴衆(患者))
- 職務内容と責任分担の再構築
  - ・医師と医療従事者との責任と連携
  - ・医師独裁型⇒パートナー型
  - 聖路加病院: 40年前から、現副院長の話(呼称: さん・くん運動)(あいさつ運動)
- 医療職(免許者)と事務職(非免許者)の役割
  - ・責任の明確化

組織のフラット化⇒情報共有&連携強化

### 患者中心の医療

- 患者中心(肉親以上)の医療
  - ・インフォームドコンセントの徹底
  - ×コミュニケーション不足
  - ×医療現場では法的責任回避のための書面作成(ICをとる)

まず強く、それが良好なコミュニケーション ↓ 目録があった会話

- 適時適切に説明する義務を負っている
  - ・説明: 相手に分かるように、順序立てて話す

医療者と患者・家族との情報と決断の共有

患者・親族が納得する → 患者が自己決定

↓

不慮の事態が発生しても、事態を受け入れやすい

### 院内患者相談員: 信頼構築

【院内患者相談員は】

医療機関・病院において、あらゆる医療過程(日々の悪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の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。

### 「新たな取り組み」で大切なこと

「自己革新(意識の改革)」

- 1) 正しい自己分析・自己認識なくして、自己革新・成長はありえない
- 2) 人間性にかき殺は、そう簡単には取れない(今までのほうが楽) 身につけてきた生き方・考え方・行動スタイルが一朝一夕に変えられない ⇒ 気付き、「自己革新」に挑戦

「医療安全の取組み」

- あなたは真剣にやりますか? (しょうがないから)
- 「熱意と柔軟性」
  - 周りを巻き込む熱心さ
  - 素直に聞く、すばやい判断と対応
- 率先垂範して改革を!
- ・リーダーは異端児に

# 「うそダメ」「ミス謝罪」貫く



## 清水陽一・新葛飾病院長を悼む

医療事故の再発防止に熱心だった清水院長  
＝2009年、東京都葛飾区の新葛飾病院で

身内意識から医師同士でかばい合う傾向が強い医療界で、過誤があれば患者側に立ち、真実と再発防止を求めて闘ってきた医師が大腸がんで亡くなった。新葛飾病院(東京都葛飾区)の清水陽一院長。六十二歳だった。病院には、慕っていた医療関係者や患者などからお悔やみの言葉が相次ぎ、近く「送る会」が開かれる。

(鈴木伸幸)

「医療者にとって大切なものは『うそをつかない』『情報はずべて開示する』『過誤があれば謝罪する』という単純なことだけ」が立ち会った出産と。初めて取材した二年前、清水さんは熱く語っていた。その時、既に病魔に襲われていた。抗がん剤の影響か、少しばかり薄くなった頭髪を短く刈り込んでいた。「どんなに注意しても医療事故は起こる。重要なのはどう対処し、再発防止につながるか。過失を犯した医療者も、謝る機会を失えば、心のしこ

りが残る。何より医療の安全性を高めるための情報公開。それは医療者と患者の双方にプラス」

## 医療事故防止へ 真っすぐ

直後に看護師が呼吸器「た」と責めた。別のケアの管理ミスを確認、涙なすでは、胃に入れるチューブがらに謝罪した。「率直にうそを、看護師が誤ってに反省してくれた。今後気管に入れ、結果的に一つつながる。これなら父も浮かばれる」と気分もあつた。

「一八〇年代からは、医療裁判で患者側の鑑定意見書を積極的に書いて、九九年にベッド数七百七十六床の新葛飾病院の院長に就任後は、徹底した組織改革に乗り出した。二〇〇四年には、息子を医療過誤で亡くし、患者団体に活動していた豊田郁子さん(匿名)を、患者からの苦情や相談の窓口として雇った。

それでも事故は起こる。医師が七十代男性をがんと診断したが「治療は無理」と判断し、告知をしなかった。その半年後に男性は亡くなり、遺族が「なぜ告知しなかったか」と訴えた。

### 情報公開徹底

### 裁判12年なし

二エースの追跡

# 「うそをつかない医療」貫いて

## 故清水陽一さん 志受け継ぐ動き

今年6月、1人の医師が他界した。人間だからミスはある。その時はごまかさず、正直に打ち明けて謝罪を……。そんな「うそをつかない医療」を唱えた人だった。傷ついた患者や遺族を支え、自責の念に苦しむ医師らを励ました。死の間際まで貫いた信念は共感を呼び、受け継ぐ動きも始まっている。

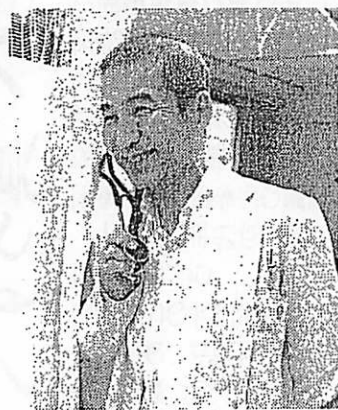
8月上旬、新葛飾病院（東京都葛飾区）院長、清水陽一さんの「慰ぶ会」が都内であった。その2カ月ほど前、勤務先の病室で62年の生を終えた故人を慕う約150人が参列。人なつこい笑顔を浮かべた遺影の前で、辛口の冗談交じりの会話を懐かしみ、涙と笑いで功績をたたえた。

「たった一度の対面だったが、兄のような包容力を感じた」。相模野病院（相模原市）の内野直樹院長（61）も、全国から集まった一人だ。清水さんに初めて会ったのは、死の3週間前。自分の病院で起きた医療事故で遺族への対応に苦悩した末、助言を求めて病床を訪ねた。

内野さんは遺族に経緯を明かして謝りたいと思ったが、聞く耳を持たなくなっていた。話を聞いた清水さんは「危篤の患者さんを見舞ったかい？ 僕の場合、ミスした職員に話を聴いてカルテを確認した後、足を運んできたんだよ」。豊かな現場経験に支えられた指摘に、内野さんは晴れ間を見た気がしたという。

清水さんは循環器内科の専門医で、約30年前に国内で「心臓カテーテル治療」が導入された際、技術を広めた一人だった。病院経営の才覚にも定評があった。

しかし、同業者には若い頃から疎まれた。ミスをかばい合う医療界の体質に厳しい目を向けたためだ。権威の前にも物おじせず、医療訴訟で患者側を手助けした。専門外の分野も猛勉強し、数千件を実質的な勝訴へ導いた。夫の死をめぐる裁判で鑑定を頼んだ50代の女性は、「法廷で攻撃されても、後で『何を言われても平気』と笑っていた。強い人だった」



闘病中も診療を休まず、笑顔で患者たちに接した＝昨年10月、新葛飾病院

### 「ミスしたらごまかさず謝る」 ■ 「語り継いで再発防ぐ」

と振り返る。

内なる「弱さ」にも敏感だった。研修医になりたてのころ、担当する患者が亡くなった。処置した先輩医師は「懸命に努力した」と遺族に説明し、院内では看護師の準備不足を強調した。清水さんは「おかしいと感じたが、勇気がなくて何も言えなかった」という。それが生涯背負う「十字架」になった。

1999年、院長に迎えられた新葛飾病院は地元の評判が悪く、経営も苦しくなっていた。再建に当たって、徹底したのが「うそをつかない医療」だ。

患者の怒りは、医療側の突き放した物言いで増幅される。「不信任を持たれたら何回でも説明を」。職員にこう説き続けた。2004年には、患者の苦情や相談に応じる「医療安全担当者」を置いた。雇ったのは、5歳の息子を医療ミスで失った母親。「僕がうそをつかないように監視してよ」と口説いた。

やがて、活動は全国に広がった。06年、医療事故の被害者や加害者、医師、弁護士らとともに、「医療の良心を守る市民の会」を結成し、副代表に就任した。

代表の永井裕之さん（70）は願う。「清水さんは『ミスを犯した医療者には、体を抱え込んででも被害者の前で謝らせた』と言っていた。苦い経験から学び、語り継ぐことが再発防止の道なんだ」と。異端児だったが、彼のような人が増えてほしい。会はいま、清水さんの遺言に従い、医療事故や裁判の歴史が一目でわかる年表のパネルを制作している。

（高橋美佐子）