

事故報告数横ばい、病院長判断が影響？

医療行為による死亡事故の原因を調べ、再発防止につなげる「医療事故調査制度」。制度開始から来年、10年を迎えますが、病院によって対応や判断に差が生じ、事故の報告数は横ばいが続いています。制度の現状と課題を2回にわたって考えます。

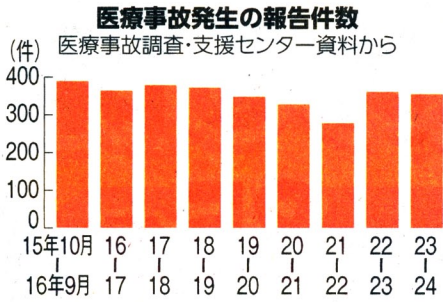
(藤谷和広)

医療事故調査制度10年へ 課題は「上」

制度は2015年10月に始まった。医療法では、提供した医療に起因するか、その疑いがあり、予期していなかった死亡事故が起きた場合、管理者(病院長)は第三者機関の「医療事故調査・支援センター」に報告しなければならないとされている。その後、院内で調査し、結果は遺族に説明することが求められる。

報告数は横ばいが続き、ここ数年は年間300件台で推移している。センターに報告するかは病院長の判断になるため、実際の医療事故はもっと多い可能性がある。それを示唆しているのが、病院や地域によるばらつきだ。

23年末までの実績では、600床以上の大きな病院のうち、複数回報告したことがある病院が6割だった一方、1回も報告したこと



病院・地域でばらつき「訴訟が増える」と誤解も 医療者・遺族らの検討会 制度の運用を検証方針

がない病院が2割を占めた。都道府県別で人口100万人あたりの報告数をみると、宮崎が最多で年5・2件、福井が最少で年1・0件となっている。

厚生労働省の研究班は23年1～2月に全国の病院を対象にアンケートを実施。24%にあたる2235病院から回答があった。報告の実績がない病院に理由を尋ねると、「医療行為に関連する死亡がない」「予期せぬ死亡がない」に次いで、4割近くの病院が「管理者が事故報告事例ではないと判断」と答えた。

制度の目的は、個人の責任追及ではなく、再発防止や医療の質向上だが、病院長が十分に理解しているとは限らない。アンケートでは、制度の研修を受けたことがあると答えた病院長は4割にとどまった。

制度の運用を担う「日本医療安全調査機構」の宮田哲郎常務理事は「調査をする遺族からの訴訟が増えるという誤解や、忙しいのに仕事を増やしたくないという感覚がまだにある」とみる。調査を経て遺族との関係や院内の体制が改善された事例の共有を進め、「制度を活用することのメリットを実感してもらいたい」と話す。

再発防止狙い、厚労省研究班が「手引き」

厚労省の研究班は今年、病院向けの「手引き」をつくった。制度の活用を促し、再発防止につなげる狙いがある。

病院へのアンケートによると、すべての死亡事例について医療事故の疑いがあるかスクリーニングしている病院では、していない病院と比べ約3倍、報告実績がある病院の割合が多かった。手引きではまず、医療事故が疑われる事例を確実に把握し、発生した際に適切に対応できる体制の確保が重要だと強調する。そのうえで、死亡直後の対応として現場保全、関係者からのヒアリングを含む情報の収集と整理、遺族への説明に

あたったの確認事項を記した。「お気持ちわかります」など、「医療従事者がよく使用するのが遺族が傷つきやすい表現」も例示、注意を促している。

手術で合併症が起こるリスクは常にあり、死亡を予期していたかどうかの判断は難しい。手引きでは「一般論ではなく、当該患者の個別の問題として、想定される合併症に関する具体的な説明が行われていたかどうかに着目する」とした。

特に対応が難しい死亡直後の遺族への説明、事故判断に関する院内検討会、事故判断後の遺族への説明については、動画も作成。研修での活用を呼びかけている。

機構は今年10月、医療者や弁護士、遺族らで構成する検討会を立ち上げた。医療事故として報告すべきかの判断や院内調査をどう支援し、再発防止につなげていくか。制度の運用や機構の取り組みを検証し、提言をまとめる。

当事者や家族でつくる「医療過誤原告の会」の宮脇正和会長(74)は「報告されるべき事故が報告されてこない。多くの被害者が泣き寝入りせざるを得ない状況だ」と指摘。遺族の相談に基づき、センターの判断で病院に報告を求め、病院が応じない場合はセンターが調査を実施するよう求めた。今回の検討会でどこまで議論が及ぶかは未知数だが、宮脇さんは「今の制度の中でも改善できることはたくさんある」と期待を込める。