

# 欧米における医療事故の報告から 日本の現状を考える

東京大学医科学研究所附属病院手術部

西山 友貴



西山 友貴 / にしやま・ともき  
1985年 岡山大学医学部卒  
1996 - 98年 米国留学  
2000年 東京大学医科学研究所附属病院  
助教授就任

最近、新聞や雑誌に連日医療事故が取り上げられ、いくつかは裁判になっている。昔と違い、裁判では医療者側が敗訴する事が多い。その医療事故の中には、われわれ医者が考えても考えられないような初歩的なミスによる事故から、ミスではなく、どう考えても避けることが不可能なもの、すなわち報道されるべきではないと思われるものまで含まれている。しかし、本当に医療事故は増えたのであろうか？あるいは単に世間一般に知らされる、あるいは問題視される機会が増えただけなのだろうか？確かに医療技術の進歩に伴う複雑化や多様化により医療事故の発生頻度も増えてはいるのであろう。それに加えて、昔だったら避けられない事故で済まされていた部分が問題にされるようになってきたために急増しているようにみえるのであろう。

欧米、特に米国ではこの数十年、医療事故の訴えが増加の一途をたどっていると言われている。従って早くから対策が検討されてきた。1991年のNew England Journal of Medicineに、ニューヨーク州の病院で1984年に51の病院における30,121症例の記録を調べた結果が報告された。入院患者の3.7%に医療事故が発生し、そのうち27.6%は不注意によるものであった。不注意によるものはより重篤な医療事故につながっていた。医療事故のうち56.8%が1か月以内に、13.7%が6か月以内に回復したが、2.6%が永久の障害になり、13.6%が死亡した。医療事故の内訳は19%は薬による合併症、14%が傷の感染、13%が技術的なことで生じた合併症であった。医療事故の48%が手術に関するものであったが、不注意によるものは、手術関連では17%であったのに対して、手術と関係ないものでは37%と多かった。不注意による医療事故は、診断(75%)、非侵襲的治療(77%)、救急室での出来事(70%)に多かった。医療事故が生じた場所別では、手術室では14%に対して、病棟で41%、救急室で70%であった。すなわち手術室の中では医者、看護婦その他スタッフが他の場所に比べてより緊張しているため、さらに緊急時に対応できる環境が整っているため、不注意による事故の頻度が他の場所に比べて少ないのであろう。救急室で扱われた重症外傷の58%が治療上の重篤なミスにあっており、その原因の多くは、医者の経験不足であると判断されていた。救急医療の現場では、各科の若い医者が初療に当たることが多いためであ

らう。この現状は日本も同様である。さらにもちろん緊急時で十分考える時間的余裕がないことも原因であろう。

集中治療室における報告では、医療事故の63%が人的ミスによるものであった。フランスの1993年の報告では、2つの集中治療室で5か月間の400症例のうち31%に医原性の合併症が生じ、53症例は重篤で、3症例が死亡した。1995年に発表された4か月の調査では、1日に1人の患者につき1.7回ミスが起こっており、1つの集中治療室で毎日2つは重篤なミスが起こっていた。フランスの医療現場は見たことがないのでわからないが、これは非常に高い頻度で、おそらく日本でもこんなに高い頻度でミスは起こっていないと思われる。

私が米国滞在中に読んだある雑誌に、米国の医療事故の頻度が診療科別に載っていた。1996年当時のことで、今でも覚えているのは、産婦人科における事故率が、当時私が記憶していた日本の事故率の5～10倍近かったことである。これは、米国の医療レベルが日本より低いためか、米国では多くが報告されているのに、日本では報告されない部分があるためかわからないが、とにかく公の事故率は米国の方がかなり高かった。日本にはいまだに米国の医療が進んでいると思っている人が多いと思われるが、実際は一部の専門化された病院がその領域においてのみ長けているだけで、一般の診療レベルはおそらく日本の方がいいのではないだろうか。歯科治療においても、米国では平気で丸1日かけて何本もの歯を同時に治療する。日本ではこんなことは行われていない。しかし実際米国で歯科治療を受けた人を見ると、治療後全身状態が悪くなることしばしばある。これも医療事故につながる可能性があると考えられる。

米国において、子供が40度の発熱と発疹で病院に行った時、担当の医者は病名を告げず、薬も処方せず、ただ市販の解熱剤を買って飲ませなさい、というだけであった。彼らは、もし病名を告げて間違っていたら、あるいは薬を処方してその薬で何か生じたら、訴えられる、という意識が強いんだな、というのがその時の私の印象である。それ以来、病気にかかっても病院には行かなかった。

本年9月「欧米医療における質改善の取り組み」というシンポジウムが東京で開かれた。そこでハーバード大学の教授が、医療事故

事故の種類	症例数	全体に占める割合(%)	不注意による割合(%)	重篤な障害を残した割合(%)
手術関係				
創部感染	160	13.6	12.5	17.9
技術的合併症	157	12.9	17.6	12.0
運搬性合併症	137	10.6	13.6	35.7
非技術的合併症	87	7.0	20.1	43.8
手術ミス	58	3.6	36.4	17.5
合計	599	47.7	17.0	24.0
非手術関係				
薬剤関連	178	19.4	17.7	14.1
診断ミス	79	8.1	75.2	47.0
治療ミス	62	7.5	76.8	35.4
麻酔関係	13	1.1	N/A	N/A
その他	202	16.2	N/A	N/A
合計	534	52.3	37.2	25.3
総合計	1,133	100.0	27.6	24.7

N/A: 観察症例数が少なすぎるため算出を行っていない。

N Engl J Med 1991; 324: 377-384から改変、訳して掲載

の背景の98%にシステムの欠陥が関与している、と述べている。1988年、医療の質改善に関する全米検証プロジェクトが始まり、翌年、全米フォーラムが発足した。その教育プログラム参加医師はテーマを決め、1年間専門家の指導を受け、意見交換しながら、実行、評価、改善を繰り返している。薬関係では、FDAが医薬品類似名称を避けるための基準、投与時の誤認を避けるための表示基準作りを大統領声明として指示されている。また、全米患者安全基金というものが、ヘルスクエア提供時に患者の安全を確保することを目的に、米国医師会と米国内のリスクマネジメント会社、総合化学社によって1997年に設立された。これは非営利の研究教育機関である。そこで得られたデータでは、医療事故の発生原因としてもっとも多いのが医療従事者間のコミュニケーション不足に原因する人的ミスであった。

米国ではレジデントがまず患者診療の第一線で休み無く働かされている。スタッフはそれを指導するのみのことが多いが、一般に厳しくディスカッションをするし、スタッフの知識は豊富である。ただレジデントが忙しすぎるところが、医療事故の多さにつながっている可能性がある。日本でも、特に関東を中心に、研修医とスタッフの隔たりが大きく、しかも研修医に診療の多くの部分を担わせている病院が多い。この研修医の忙しさに加えて、研修医自身、すなわち最近の若者は体力、精神力ともに低下しており、何とか業務はこなしているが、われわれが研修医であった時代のように自分で進んで勉強することが少ない。これが医療事故の増加につながっているのであろう。このような研修医中心のシステムが多く見られる関東周辺において医療事故の報道が多いのも、診療体制に問題があるのである。さらに日本の場合米国と比べると、研修医やスタッフの知識は乏しく、さらに十分なディスカッションが行われていないのが現状のようである。

米国では州によっては、病気や医師別の死亡率を公開している。十数年前であろうか、ある雑誌に、米国からの論文で、執刀医別の手術成績が載っていた記憶がある。当然ながら明らかに医師により成績に大きな差があった。保険診療の破綻をきたしている米国では、腕のいい医師が多くの利益を得られるようになっている。このような状況で切磋琢磨したからこそ、一部の専門病院では非

- Brennan TA, Leape LL, Laird NM et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-376.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991; 324: 377-384.
- Gunning KEJ. Critical incident reporting in intensive care. Intensive Care Med 2000; 26: 8-10.
- 日刊薬業QUI CK 2000. 9. 27
- 日刊薬業QUI CK 2000. 9. 6
- 医療審議会総会会議報告書2000年6月26日
- 医療事故防止のための医薬品・医療材料等の管理と取り扱いに関する調査
- 読売新聞 2000年9月28日

常に質の高い医療が提供されているのであろうが、その反面、訴訟をおそれるあまり、前述したように、薬の処方すらしながらない医者も増えているのが現状であろう。この消極性、すなわちやる気なさも医療事故を発生させる1つの原因になっていると思われる。

日本でも最近の医療事故報道の多さから、やっとな国をあげて、医師、看護婦、薬剤師を中心に対策を講じる動きがでてきた。国立大学ではリスクマネジメントマニュアルを作成してきている。これにはヒヤリ・ハット事例報告といって、何か問題が生じるたびに報告して残していき、後で参考ができるようにするシステムも含まれている。確かに欧米のレポートに見られるように、常にこれを振り返ることで、少しは医療事故が軽減するかも知れない。しかし、最近の医療事故の多くは、とても考えられない事故が起こっていることに問題がある。これにはもちろん医者を含めた医療従事者のレベル低下が大きく原因していることは確かである。自分が医者であるため弁護するわけではないが、研修医には診療業務が過負荷になっており、スタッフには雑用が多く、とても十分な指導、患者管理をする時間が無いことが多い。たとえば、他の職種と異なり、医者のみが、夜当直してたとえ寝ずに働いても、翌日通常どおりに働かなければならない。これでは十分な注意をもって診療に当たるのは無理であろう。まず医者の仕事体系自体を改善することで、十分な知識を身につける時間と体力的な余裕を与えることも重要な医療事故軽減対策と考えられる。さらに医療機器の複雑化も洋の東西を問わず、医療事故の増加に影響していると考えられる。実際、全身麻酔中に麻酔器にトラブルが起こっても、最新の複雑な麻酔器ではわれわれ多くの麻酔科医は手がでない。昔のガス駆動の簡易な麻酔器ではそのような経験はなかった。技術の進歩にわれわれ医療従事者がついていってないことも医療事故の原因の1つであろう。

今後、医療事故を減少させるためには、マニュアルの作成などによる管理体制の強化とともに、医療スタッフの仕事環境の整備、教育、医学知識の拾得、医療機器の開発を使用者の使いやすさに重点を置いて行うことなどすべてが同時進行する必要があると考えられる。