

2025年3月8日  
第2回医療安全心理・行動学会学術総会

医療事故発生時の「患者の信頼を得る情報共有」について考える

## 医療への患者参加が進まない 背景と医療安全の関係

医療情報の公開・開示を求める市民の会 代表世話人

勝村久司

<勝村久司 略歴> 1961年生まれ。京都教育大学天文学研究室卒。大阪府立高校理科教員。  
1990年12月、長女を陣痛促進剤による医療事故で亡くし、医療裁判や市民運動に取り組む。

<HP> <http://hkr.o.oo7.jp/hk/> <mail> h-katsumura@nifty.com

2003年 枚方市民病院「医療事故等防止監察委員協議会」委員

2005年 厚生労働省「医療安全対策検討ワーキンググループ」委員

2005年 厚生労働省「中央社会保険医療協議会」委員

2007年 医療機能評価機構「産科医療補償制度 準備委員会」委員

2008年 医療機能評価機構「産科医療補償制度 運営委員会」委員

2010年 医療機能評価機構「産科医療補償制度 再発防止委員会」委員

2015年 群馬大学附属病院「医療事故調査委員会」委員

2020年 厚生労働省「医薬品等行政評価・監視委員会委員の選考委員会」委員

2020年 厚生労働省「薬害を学び再発を防止するための教育に関する検討会」委員

【主な著書】 「ぼくの『星の王子さま』へ」～医療裁判10年の記録～(幻冬舎文庫)

「患者と医療者のための『カルテ開示Q&A』」(岩波ブックレット)

【主な編著書】 「事例から学ぶ『医療事故調査制度』活用ブック」(篠原出版社)

「レセプト開示で不正医療を見破ろう！」(小学館文庫)

【主な共著書】 「患者安全への提言～群大医療事故調査から学ぶ～」(日本評論社)

「医療被害に遭ったとき」「カルテ改ざん」「薬害が消される！」(さいろ社)

【主な連載】 「患者もつくる 医療の未来」(JR東海 WEDGE ONLINE)

## 私の妻子の被害と医療裁判の経過

- 知らない間に不必要な陣痛促進剤(子宮収縮薬)投与
- 感受性の個人差が200倍以上あるため過強陣痛発生
- 妻の苦しみの訴えを軽視し放置→胎児仮死→死亡
- 裁判で病院側は妻の記憶と異なる事実経過を主張
- しかし、病院側はカルテ改ざんを認めざるをえなくなる
- 一審の和解勧告を拒否→大阪高裁で完全勝訴→確定
- 勝訴確定を受け病院に再発防止のための要望書提出
- 病院は「この事故を教訓に事故防止に努める」と発言
- しかし病院長も幹部も、事故の内容を知らなかった
- 10年目の命日の職員研修で妻が事故について講演

## 医療事故被害者遺族の心の整理

- 何をしても、決して「元には戻れない」。
- せめて、この事故が教訓になり、同じような被害が起らないようになれば、**亡くなった子どもの命に意味を持たせることができる。**
- 被害者が医療裁判を起こすか、医療者が内部告発しないと、事故は隠されたまま。
- 提訴しても勝訴できるのか？ますます泥沼にはまって不幸になってしまうのではないか？
- 子どものために、生きていたら育児にかけたはずの時間で、子どもを育てるように、取り組んでいこう。

## 医療事故被害者が求めること

- 真実(正しい事実経過)の説明
- 健全な原因分析(第三者性、独立性、透明性などが担保された中での原因分析)
- 被害を生かす「再発防止策」の実行

## まず、被害者側が求めることは「真実」

- 真実とは正しい事実経過のこと
- 嘘や隠蔽が発覚したら不信感は払拭できない
- 子どもを育てるのと同じで「本当のことを言ったら叱る」のではない
- 「嘘をついたり(改ざん)、隠したり(隠蔽)」は交通事故の場合で言えばひき逃げと同等
- 真実の担保は日常的な情報共有や、事故時の当事者双方の情報共有で実現できる

## 医療事故裁判・薬害訴訟の本質

- カルテ改ざん、偽証、かばいあい鑑定等との闘い  
(医学論争ではなく**事実経過を争っているだけ**)
- 偏見や差別、誹謗中傷との闘い  
(「嘘つき」から「被害者」になるための取り組み)
- 被害を覆い隠そうとする不誠実をなくすための闘い  
(被害から学び再発を防止するための取り組み)

7

## 「医療過誤」と「インフォームド・コンセント」

●米国科学アカデミーの「To Err is Human」という報告書は、医療過誤を「治療が予定されたプラン通りに実施されなかった、あるいは、予定したプランが初めから間違っていた」と定義している。

●インフォームド・コンセントは「医療者が患者と共同の治療目的を設定して、その目的を達成するために治療プランを作成するプロセス」と定義されるので、米国科学アカデミーの医療過誤の定義は、「インフォームド・コンセントで患者と取り決めたことが守られなかった、あるいは、誤った情報をもとにインフォームド・コンセントが作成された」と置き換えることができる。

●しかし、日本における医療過誤は、「医療の側がインフォームド・コンセントのプロセスを端から無視している」ケースが目立ち、米国科学アカデミーの定義からすると「医療過誤」の範疇には入らない。

●インフォームド・コンセントという現代医療の根幹に関わるルールを無視するようなケースは、「過誤(善意が前提となった行為の誤り)」として取り扱うべきではなく、「悪意をもってなされたもの」として取り扱うべきである。

●「リスクマネジメント」とか「医療の質の管理」とか、テクニカルな努力で医療過誤を減らそうという努力も大切だが、それ以前の問題として、医療の側がインフォームド・コンセントのルールを守ること、日本の「医療過誤」から「悪意をもってなされたもの」を取り去ることが肝要。

## 医療事故には2種類ある

(A) 悪意なく起こってしまう医療事故

(B) 誠意なく繰り返される医療事故

- 医療者の関心→(A)を減らすこと。
- 患者の関心→(B)をなくすこと。
- 欧米では、(A)→事故、(B)→犯罪。
- (A)も、隠蔽・改竄・ごまかし・偽証等で(B)になる。
- 日本の医療裁判の多くは(B)をなくすために提起されているが、医療者の多くは(A)と勘違いしている。

## インフォームドコンセントが なされていない医療事故

- 陣痛促進剤(子宮収縮薬)による事故
- 東京女子医大のプロポフォール事故  
(2014年)
- 群馬大学の腹腔鏡の事故(2014年)

## 意識改革が必要な2つの重要用語

インフォームド・コンセント  
(計画の共同作成)

~~手術のための入院後に実施される  
術式・合併症・副作用等の説明~~

治療法などを選択するための  
十分な情報共有と意見交換

アカウンタビリティ  
(結果の説明責任)

~~説明文書を提示し  
同意書にサインをもらう~~

事故後すぐのオネストーキング  
新たなICの実施、再発防止策の提示

## 子どもが事故に遭った市民病院に 求めた改革とその取り組み

- ①10年目の命日の職員研修での約束(2000年12月)
  - 遺族へのカルテ開示
  - 複数大学の医局からの医師の採用
  - 市民による医療事故等防止外部監察委員会
- ②外部監察委員会から市長への提言(2003年3月)
  - カルテ改ざん防止策
  - 例外のないカルテ開示
  - 病院窓口でのレセプト相当の明細書発行

## 医療に対して検察は何を誤ったか

- 富士見産婦人科病院事件(1980年)

「医療とは呼べない犯罪行為」と民事訴訟の最高裁判決で確定した、健康な子宮を摘出する等して社会で大きく報道された事件が不起訴にし、医療界の価値観を混乱させた。

- 枚方市民病院カルテ改ざん事件(2000年)

内部告発され、死亡患者の側に主治医がいたかのように書き加えられた改ざん事件を、「あまりにも明らかな改ざんで悪質とはいえない」として不起訴にし、医療界の価値観を混乱させた。

- 福島県立大野病院事件(2004年)

内部で事故調査がされ、行政処分もされていた医療事故の主治医を逮捕し、医療界の価値観を混乱させた。

## 医療事故の原因分析に必要なこと

- (1) 安易に「予期していた」で片付けない。
- (2) 医療事故調査制度を十分に説明する。
- (3) 第三者性、透明性、独立性の確保。
- (4) オネストリーキングによる情報収集。
- (5) 分析に使用する事実と論点の確認。
- (6) 再発防止策の提言と実行確認。

## 医療事故調査委員会の責務

1. 事故が起こったこと、事故調査を始めることを遺族に説明をするだけでなく、誠実に事故調査をするためには、遺族からも、事実経過について情報提供を求め、できる限りの情報収集することが不可欠。
2. 事故の説明の際は時系列に書かれた看護記録のコピーなどを手渡した上で、病院が把握している事実を伝えながら、補足や違和感がないかを確認する。
3. 看護師など、それぞれのスタッフ毎に把握している事実経過や記憶が異なるように、そばにいた遺族だけが知っている情報が存在する可能性に留意する。

## 医療事故調査委員会の責務

4. 医療事故調査の報告書のドラフトがある程度できた段階で、事実経過や論点に違和感がないかどうかを関係者に確認してもらう。
5. 事故調査委員会は、再発防止策を報告書に記載して終わらず、その防止策が、どのように具体的に現場で生かされているか、どのような形で進められているかを確認する作業も行う。
6. その結果も、遺族に報告する。



## なぜ事故を公表する必要があるのか

- (被害者への謝罪の意味だけなら公表は不要)
- 隠さない姿勢の証
- 再発防止に向けた覚悟の表明(同じような事故が起こらないようにするための情報共有)
- 事故を風化させない(時間的情報共有)
- 他の医療者や他の医療機関で経験を生かす(空間的情報共有)
- (社会的財産である医療への責任)

## 事故を風化させないための 「時間的情報共有」の例

### <枚方市民病院>

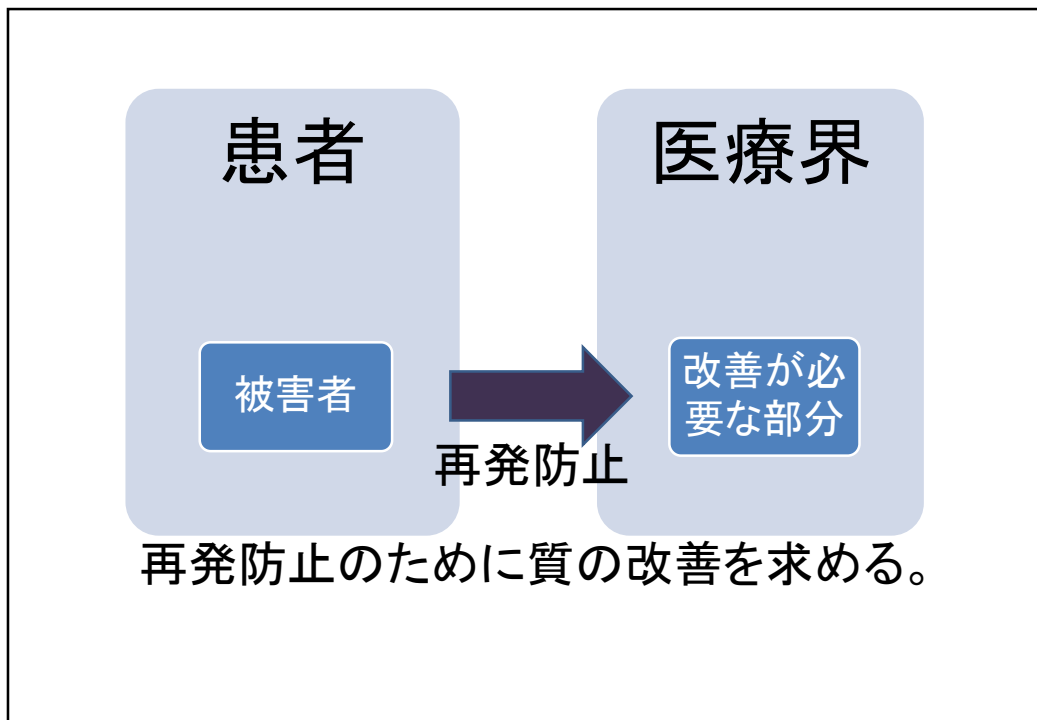
- ・医療事故等防止外部監察委員協議会の設置
- ・市長への提言等のホームページ無期限掲載
- ・命日での職員研修の実施

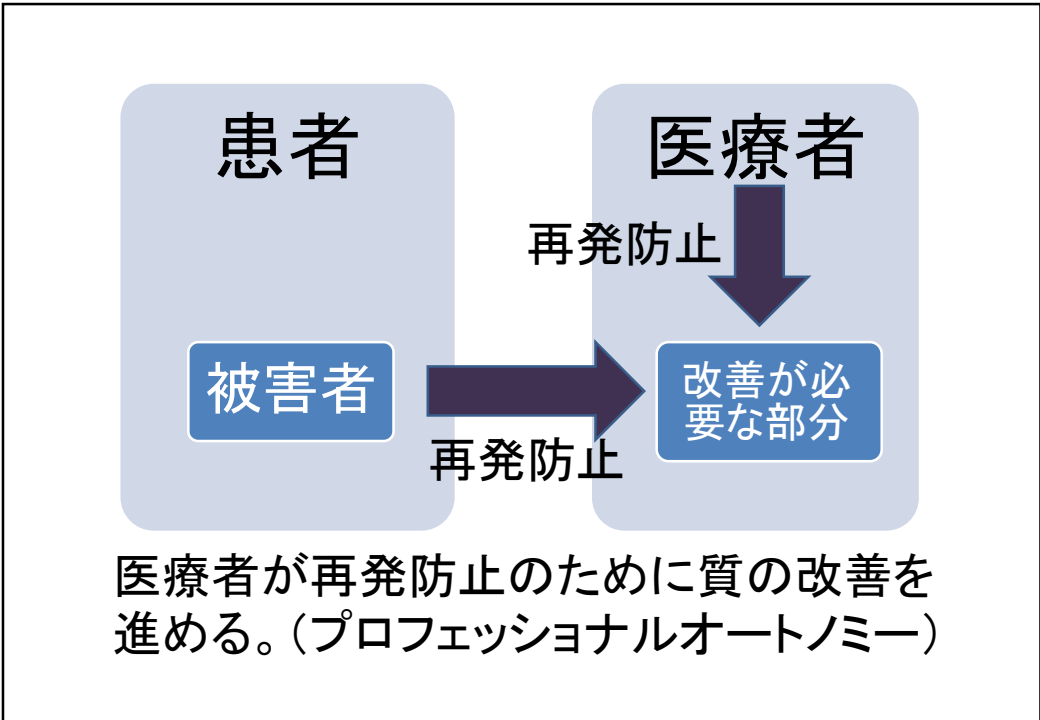
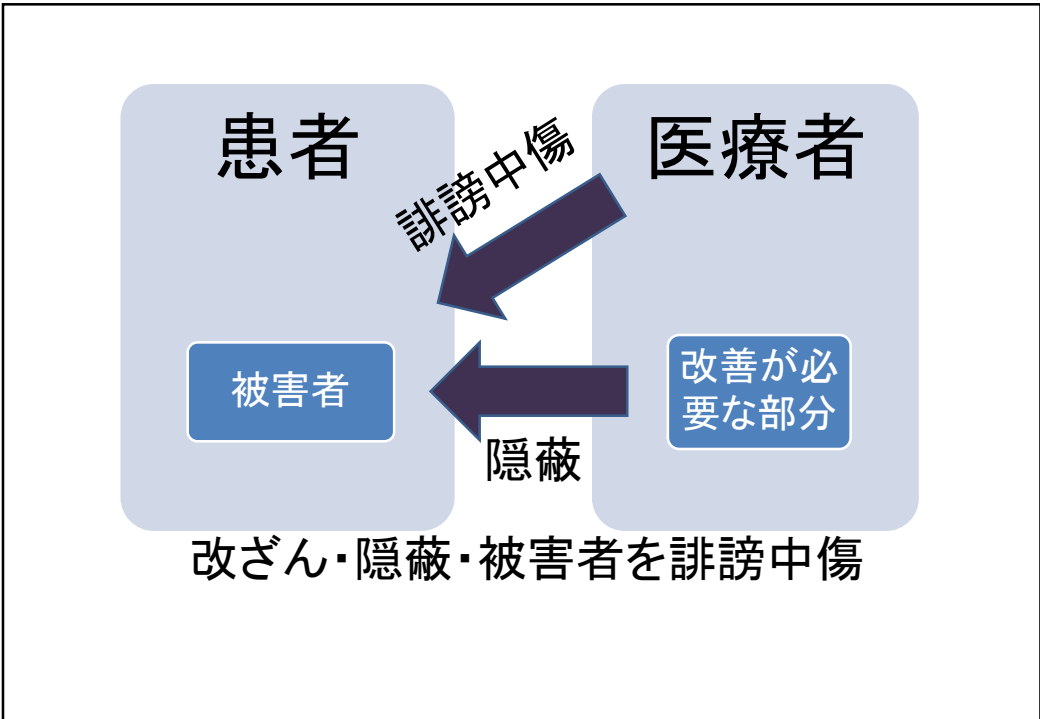
### <群馬大学附属病院>

- ・患者参加型医療推進委員会の設置
- ・事故調査報告書等のホームページ無期限掲載
- ・誓いの碑の設置

## 遺族の第三者委員としての 病院の各種委員会への登用

遺族へのヒアリングから、今回の一連の死亡事故を再発防止に生かしていくことが多くの遺族の願いであることがわかった。群大病院は遺族の思いを受けて、全国の大学病院のトップレベルの医療安全や医療倫理の向上、患者中心の医療の実現を目指す改革を進めていかなければいけない。そのために、今後設置する個別の医療事故調査委員会やIRB、臨床倫理委員会の委員、患者支援室のスタッフなど、患者の視点や市民感覚、第三者性が生かされるように、重要な委員会や部署に本件の事故の遺族に参加を要請することを推奨する。





## 「患者(広義)」の4つの視点

- 患者(狭義)の視点  
医療を必要とする弱者として医療を求める立場。  
「医療の質」や「医療情報の活用」の問題。
- 消費者の視点  
収益をめざす医療機関や関連企業等の監視と選択。  
「医療の価値観」や「費用対効果」の問題。
- 市民の視点  
医療行政や医療関連法等がどうあるべきか。  
「医療制度改革」や「医療提供体制」のあり方の問題。
- **被害者の視点**  
「被害の再発防止」に向けた医療や行政への提言。  
原因分析の仕組みと再発防止教育への期待と提言。23

ご清聴ありがとうございました。

(参考文献)

「ぼくの『星の王子さま』へ」～医療裁判10年の記録～(幻冬舎文庫)

「事例から学ぶ『医療事故調査制度』活用ブック」(篠原出版新社)

「患者安全への提言～群大医療事故調査から学ぶ～」(日本評論社)