

繰り返された医療事故

2024-11-20

Q: 表題はどういうことですか？

A: 2019年から2021年にかけて、兵庫県の赤穂市民病院の脳神経外科 A 医師が執刀した手術で、8件の医療事故が発生していました。事故には、カテーテルで血管の壁に穴を開けて死亡に至ったケースや、脳腫瘍の切除後に重度の意識障害になったケースなど、深刻なものも含まれています。病院側は、① 院内で検証会議を3度開き、8件のうち3件の医療事故は外部の有識者に意見を求めていた、② 医療安全の考え方が院内で浸透しておらず、ガバナンス（統治）が機能していなかった、とコメントしています。

**赤穂市民病院で発生した医療事故をめぐる流れ**

令和元年	7月	脳神経外科に40代男性医師が着任
	9月	男性医師が関与した8件の手術で医療事故が発生(うち1件の腰椎手術を医療過誤と認定した) →令和2年1月に初めて院内で報告書が作成された
2年	2月	
	3月	病院が男性医師に手術禁止命令
3年	8月末	男性医師が依願退職
	12月	病院が赤穂市保健所に報告
4年	2月	院内医療事故調査委員会を開催
	3月	
6年	6月	病院が記者会見で8件の医療事故について説明
	7月	兵庫県警が業務上過失致傷の疑いで男性医師と50代上級医を書類送検

図.1 一連の医療事故の経緯

Q: 本件をどう思いますか？

A: 先ず驚かされたことは、2019年から2021年にかけて起きていたこれだけの不祥事が、今まで公表されていなかったことです。病院側は、被害者の遺族の告発で隠していらなくなったようです。厚労省も報告されていたはずですので、責任がないとはいえません。問題点は、病院の①と②のコメントでほぼ尽くされています。

Q: コメント①に含まれる問題点とはどういうことですか？

A: コメント①には、「外部の有識者に意見を求めていた」という表現があります。つまり、わが国の医療安全の有識者に意見を求めても、何も有益なアドバイスがされなかったということです。意見を求められた時点で有識者が有益なアドバイスをしていれば、被害はこれほどまで広がらなかった可能性があります。

Q: わが国の医療安全の有識者は、どのようなアドバイスをすべきだったのですか？

A: 本件は同じ医師が繰り返したという点で異例ですが、同じような医療ミスはわが国の医療界で数多

く起きています。いわば、「氷山の一角」といえます。わが国だけではなく、米国を含む海外の先進国の医療界でも起きています。わが国と海外との違いは、医療事故に対して適切に対処しようとしているかどうかということです。わが国の医療界は、海外の先進国に比べて医療事故の対処で遅れをとっています。そのため、わが国の医療安全の有識者は有益なアドバイスをできなかったのだと思います。

Q: 海外の先進国の医療界は、どのように対処しようとしているのですか？

A: 国連の世界保健機関（WHO: World Health Organization）と米国の食品医薬品局（FDA: Food and Drug Administration）は、医療事故の防止のために本格的なヒューマンファクター（Human Factors）を導入しようとしています。ところが、わが国の医療界は本格的なヒューマンファクターを理解できていません。そのため、有識者は適切なアドバイスをできなかったものと思われます。

Q: わが国の医療界も、ヒューマンファクターに関心をもったことがあるのではないですか？

A: その通りです。ですが、本格的なヒューマンファクターではありませんでした。弊社代表も、これまで医学会や医療機関での講演で本格的なヒューマンファクターの紹介を試みてきました。ですが、残念ながら十分には理解されませんでした。理由は、ヒューマンファクターが革新的なトップダウン思考の科学技術だからです。これまでのボトムアップ思考の教育で育った医療界の皆さんが理解できないのも、無理はありません。その結果、わが国の医療界はボトムアップ思考でも理解できる「安易なヒューマンファクター」に飛びついてしまいました。

Q: 「安易なヒューマンファクター」とは、どういうものですか？

A: わが国の航空業界や原子力業界には、本格的なヒューマンファクターを理解できない自称「ヒューマンファクターの専門家」が数多くいます。彼らは、本格的なヒューマンファクターを理解できずに、「安易なヒューマンファクター」を各界に広めてしまいました。その典型例が、国連の国際民間航空機関（ICAO）がヒューマンファクターの概念モデルとして世界に広めている SHEL モデルを勝手に変更して、m-SHEL モデルなどという独善的な概念モデルを医療界を含む各界に広めてしまったことです。聞けば、「SHEL モデルにはマネジメントが表現されていない」と解釈して、勝手にマネジメントの「m」を追加したそうです。



図.2 m-SHEL モデル

**HuFac Solutions, Inc.**

Q: SHEL モデルを m-SHEL モデルに変更するなどは、些細なことではないのですか？

A: そうではありません。「SHEL モデルにはマネジメントが表現されていない」と思い込んでいるのは、ヒューマンファクターの概念を理解できていない証左といえます。国内で m-SHEL モデルを広めるのはさして問題ありませんが、海外で発表すれば、SHEL モデルを理解できていないばかりか、倫理観にも欠けるということで恥をかくことになります。SHEL モデルはそれ自体で、社会や組織における人間中心のマネジメントのあり方を明確に表現しています。

Q: m-SHEL モデルを広めている人達がヒューマンファクターの概念を理解できていないとすれば、現実には何か実害があるのですか？

A: 大いにあります。ヒューマンファクターの概念を理解できなければ、ヒューマンファクターを現場で役立てることができません。エラー分析ができないからです。本件でも、最初の医療事故でエラー分析して適切な対策をとってれば、その後の医療事故を防ぐことができていました。わが国の医療安全の有識者が適切なエラー分析をできなかったのは、重大な不実行エラーと考えなければなりません。

Q: ヒューマンファクターの概念を理解したエラー分析とは、どういうものですか？

A: 紙面の都合ですべては書けませんが、要点のみを書きます。すべてのエラーは、下図の3種類に分類できます。左から、無作為エラーと系統的错误、突発的错误です。原因はそれぞれ、「知識、技量の不足」と「設計、手順の不備」、「脳の特性」です。対策はそれぞれ、「訓練、審査」と「設計、手順の改善」、「ヒューマンファクター」です。適切なエラー分析をしなければ、対策は立てられません。

**エラーの分類**

射撃の成績			
エラーの種類	無作為エラー	系統的错误	突発的错误
情報処理	知識ベース	ルールベース	スキルベース
意識レベル	高い	普通	低い
原因	知識、技量の不足	設計、手順の不備	脳の特性
意識	顕在意識	顕在意識	潜在意識
対策	訓練、審査	設計、手順の改善	ヒューマンファクター

5

図.3 エラーの分類

Q: A 医師は同じようなエラーを繰り返してしまっていたので、原因は「知識、技量の不足」による無作為エラーといえるのではないのですか？

***HuFac Solutions, Inc.***

A: 赤穂市民病院はそのように考えて、対策としてA医師を解雇したようです。ですが、A医師の医師免許を剥奪する権限はありませんので、抜本的な対策にはなりません。本格的なヒューマンファクターの知識がなければ、A医師を立ち直させることはできません。同じような医療事故が再発することになります。それに、系統的エラーあるいは突発的エラーという可能性もあるために、新たな対策が必要になる可能性もあります。

Q: 系統的エラーとは、どういうことですか？

A: WHOやFDAは、最近のハイテク医療機器の使いづらさによるヒューマンエラーに注目しています。それに、電磁干渉(EMI)による医療機器の誤作動が原因の医療事故にも注目しています。FDAによれば、米国では2010年～2018年にEMI関連で142件の死亡事故があり、約12000件の負傷事故が起きているそうです。

Q: コメント②に含まれる問題点とはどういうことですか？

A: コメント②には、「医療安全の考え方が院内で浸透しておらず、ガバナンス(統治)が機能していなかった」と書かれています。これは、わが国の医療を指導する厚労省が本格的なヒューマンファクターを導入しようとしていないからです。厚労省は医療機器設計のガイドラインを明示していますが、設計者にガイドラインを守らせるだけでは効果を発揮しません。ヒューマンファクターは意識と思考方法の変革であるからです。為政者や経営者も含めて、すべての関係者に押しなべて概念を理解していただく必要があります。本件が長期にわたって放置されていたのは、医療関係者の意識変革がなされていなかったためともいえます。意識変革のためには、m-SHELモデルのような独善的な概念モデルが阻害要因になります。すでにわが国の各界に浸透しているm-SHELモデルとは勇気をもって決別して、早く世界標準(Global Standard)のヒューマンファクターに統一する必要があります。

本情報に関する連絡先：

(株) ヒューファクトリユージョンス

URL: <http://www.hufac.co.jp>

E-mail: [info@hufac.co.jp](mailto:info@hufac.co.jp)