

医師（管理者を除く）

に考える保健分野の合理性と衝突したが、結果的にはアメリカ側が譲歩することで、保健の合理性が優先された。

「現実的に見るなら、法にできるのは、さまざまな合理性の衝突の自己破壊的傾向を、法的『形式化』によって阻止することだけである。法が社会におけるさまざまな合理性の衝突そのものと取り組んで成果を挙げることなど、どうしてできよう？うまくいくのは、そうした合理性の衝突の限定された一部だけでも法律問題に翻訳し、それによって平和的解決のフォーラムを提供する場合なのだ。しかも、その場合も、法は上位の調整者として働くのではない。全面的支配の傾向や一方的な圧政に抗して、相互的な自律を法的形式によって保証できればそれだけでも、たいしたことである。」

この観点から日本の状況を見ると、国際的に形成された様々な専門分野の合理性に対して、司法が素人の判断を強権で押しつける形になっている。日本では、現在のような国内的な司法レジームは、国民国家が成立したときに形成された。現在の刑法は、明治41年（1908）に施行されて以後、本格的改正は行われていない。刑法は個人を対象としているが、現在の社会は100年前とは全く違う。高度に専門化し、複雑で巨大な組織が社会で重要な役割を果たしている。こうした組織の事故を無理やり過失犯罪として個人の責任にしておまおうとしている。再発防止にもつながらないし、かえって社会の安全と公平性が損われる。

対象が国内と個人に限定された、1世紀前の古い法律が、国際的に正当性が形成され、しかもそれが、日々進歩する医療レジーム、航空運輸レジーム、産業レジームなどに対立し、ときに破壊的な影響を与えつつあるように見える。

法は規範の源泉ではない。規範は人間の営みから歴史的に生じる。トイブナーは、法は対話の形式だと考えている。100年も前の刑法、しかも例外規定である業務上過失致死傷を絶対の規範として振りかざし、現代の複雑なシステムの中で起きる事故を個人の責任として処理することは、そもそも無理がある。

刑法35条は「正当な業務による行為は、罰しない」としている。医療ではヒューマンエラーは避けられない。事故につながるかどうかは、システムの問題が大きい。正当な専門的業務の制御のルールを、規範的予期類型の言語で規定することは安全を向上させない。相応の言語体系を持つ専門家による制御が必要である。

（正当行為）

第35条 法令又は正当な業務による行為は、罰しない。

6 医療事故調査と付随する問題についての基本方針

- 紛争解決を主たる目的とする。
- 公平な被害救済を行う。
- 科学的な調査と評価を行う。

安全対策は医療事故防止センターが担当しており、「医療事故調査機関」は安

医師（管理者を除く）

全対策を主たる任務としない。

7 制度についての具体的議論

1) 組織上の問題

学会主導か病院団体主導か

厚労省のパブリック・コメントを求めるための文章「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」からは、医師の学会主導で行われているモデル事業をそのまま引き継ぐような印象をうける。学会は実質的に大学医局の連合体であり、大学医局の論理と利害に忠実すぎる傾向がある。また、学会から供給される医師は、実務経験が豊富でなく、現場の実態を理解していないことがしばしばある。

医療事故調査には看護師、臨床工学技師、薬剤師の参加が不可欠であるが、医師の学会主導だと、こうした人材が得にくい。多様な職種の経験豊富な人材を確保するためには、病院団体主導とすべきである。1ないし2年業務についてあと、元の病院に復帰する。将来、病院の副院長以上には経験者を必ず含むようにする。更に、定年離職後、一定の期間内の人材を得ることも可能であろう。

これ以外に法律家も参加する。

県単位の組織か全国組織か

全国組織とするべきである。県単位だと調査水準に容認できない差が生じる可能性がある。

病理医、法医学者の役割

病理医は病理報告を提出することで議論に関与する。必要に応じて議論に直接加わる。常に議論に参加する必要はない。

医療関連死については、法医学者は関与しない。

2) 調査のきっかけ

患者側の要請をどう扱うか

患者側、あるいは、医療側の依頼で調査に着手する。紛争解決が主目的なので、どうしても患者側の訴えを受け入れて調査を開始する必要がある。

届け出制度の是非

義務を伴う届け出制度にはしない。義務とすると新たな種類の違反と紛争が生じることになる。患者から届け出ることができるようにしておけば患者側からの不満は生じない。

医療関連死と医師法 21 条の関係は

医師法 21 条の異状死から、医療関連死は除く。

3) 死亡事故以外

死亡に至らない傷害を扱うか

扱う。永続的な障害が残存した場合、死亡よりかえって対応すべきことが大きい。生きて困っている人間への対応は死者への対応より重要である。

医師（管理者を除く）

4) 解剖

義務とするのか

解剖を得るべく努力するが、義務とはしない。個々の患者について相当量の情報が残されており、解剖なしでも相応の判断は可能である。

解剖を実施する場合には、患者側の承諾のもとに、病理解剖を実施する。

ただし、病理解剖のできない病院については、「医療事故調査機関」、あるいは、別の機関が、他院での病理解剖を斡旋する。

法理解剖の役割は？

法理解剖は医療関連死から切り離す。

5) 調査と報告

調査は誰が行うのか

患者からのクレーム、あるいは、医療過誤の発生を受けて、第一段階としては、各病院の調査委員会が調査と患者への対応を開始する。病院の対応に問題が生じたときには、病院、あるいは、患者側の要請で「医療事故調査機関」が調査に関わる。この場合、「医療事故調査機関」が調査を主導し、病院の調査委員会が協力する。

事実だけか法的評価を含むのか

調査委員会外部でもよいが、何らかの形で科学的言語を持つ新たな評価方式を創設しなければならない。「規範的予期類型」としての司法は「認知的予期類型」である医療と全く異なる言語体系を持つ。このため、評価が科学的なものになりやすく、判断の振れ幅が大きい。過去の裁判での判断をリセットする必要がある。裁判の過程を短縮化して過去の法的判断を大量コピーするようなタイプのADRは、医療崩壊をさらに進めることになる。

評価部分については、無過失補償を前提とした考え方、表現方法となろう。

もし評価を含むとすれば、評価部分を確定させる仕組み（患者側、病院側の同意、あるいは、異議申し立て）が必要である。この仕組みに民事の第一審と類似の権威を付与する。第二審以後は高裁、最高裁で審理する。高裁については、特許と同様に専門の部署を作ることを考慮する。

誰に開示するのか

患者側、病院側の双方に示す。

確定した報告書を補償機関に送付する。補償機関は一定の基準に従って補償額をきめ、補償基金から補償する。定められた金額以下の金銭は、病院負担とする。

報告書を、医療機能評価機構の医療事故防止センターに送付し、安全対策に資する。

行政処分実施機関に送付して行政処分に資する。

6) 紛争解決

紛争解決とは

医事紛争の解決は、正確で科学的な調査と、偏りのない評価を行い、それを

医師（管理者を除く）

患者側に十分に説明して納得を得ること、一定の条件を満たすものについて金銭で紛争を終了させることを基本とする。患者側の納得が得られることを目指すが、不調に終わる場合もあり得る。こうした場合には、判断が科学的合理性に則っていること、社会が解決を正当と受け取ることが重要である。

患者側の納得を紛争解決の必須条件とすると、病院側の一方的譲歩を促しかねず、さらなる医療崩壊の原因となりかねない。

紛争解決はどこで行うのか

まず、病院が紛争解決の努力を開始する。調査を実施し、その結果を患者に説明し、納得を得る。必要に応じて金銭による解決を図るのを本来とするが、この段階のどこでも、医療側・患者側双方が「医療事故調査機関」に調査を要請することが出来る。

「医療事故調査機関」に持ち込まれた案件については、評価を確定させる過程を民事裁判の第一審に相当するものとする。第二審は、特許をめぐる裁判と同様に、高等裁判所の専門の部署が担当する。紛争解決を現行の民事裁判に頼ったままで「医療事故調査機関」が調査結果を患者側に示すことになると、裁判が一気に数十倍に増加する可能性がある。そうなれば、処理しきれなくなる。

不法行為法による解決をそのまま維持するのか

現行の民法 709 条が適用されたままで公平な賠償を実施するとすると、現在の診療報酬では医療機関が財政的にもたなくなる。別な補償体系が必要である。

現行の民法 709 条不法行為による賠償での紛争解決を、保険診療については、医療契約で制限する。医療契約に無過失補償制度を組み込む（自由診療についてはこの限りにない）。無過失補償では、「避けられた傷害」を補償の対象とする。

「避けられた傷害」については、別途定義を明確にする。実質的には従来の民事裁判での賠償の対象と同様の事例を、補償の対象とする。

7) 補償あるいは賠償

病院自身の交渉での金銭の支払い

病院が支払う。

無過失補償による補償費用はどこから出すのか

診療報酬の一部を中央にプールして補償基金とする。ただし、免責額を設けて、一定額（300 万円あるいは 500 万円）以下のものについては、病院が支払う。

誰が補償基準を決めるのか

補償金額の算定方法については国民の代表が決める。補償を大きくすると、医療費が上昇する。支払いも医療側ではなく国民の代表が行う。

補償基準は法律で決めずに、フレキシブルに見直せるようにする。

8) 刑事責任

過失犯罪を医療に適用するのか

業務上過失致死傷を医療に適用すべきではない。ただし、これは医療に限定したことなく、医療以外の分野のシステム事故も同じである。システム事故を過失犯罪とすることについて、医療の問題とは別に、本格的な議論が必要

医師（管理者を除く）

である。

もし、過失犯罪を残すとすれば、刑事責任の範囲を明確にする必要がある。これは過去の刑事事件になった医療過誤を類型化して検討すればよい。検討する際には、医療が本来リスクを負っていること、人間はエラーをしやすい存在であることを前提とする。

刑事責任を重過失致死に限定するにしても、判断を安定させるためには、明確な定義が必要である。

いずれにしても、業務上過失致死傷そのものを問題にするとすれば、議論に時間がかかることになる。現在のままの法令でしばらく運用に任せることになろうが、医療事故調査機関の活動次第では、運用だけで解決する可能性もある。

故意犯罪をどう扱うか

故意犯罪であることが明白になった時点で調査を中止し、検察に引き継ぐ。

9) 安全対策と行政処分

安全対策の主役は誰が担うか

安全対策は個別的な観点も必要だが、全体としての判断が必要になる。すべての事故が防げるわけでもないし、すべての事故について新たな対策を加えていくことが有益ではない。資源や労力は有限なので、全体のバランスを常に考える必要がある。そこで、安全については、「医療事故調査機関」での調査結果を、医療機能評価機構の医療事故防止センターに送付し、医療事故防止センターが、個別の事件についても、全国的な安全対策の水準をにらみつつ、安全対策の監視を行うようにすべきである。

「医療事故調査機関」での調査結果を行政処分に使うのか

調査結果を処分の根拠とする。行政処分は再発防止を目的とする。「医療事故調査機関」での医療専門家による調査と無過失補償で紛争に対応しようとする、医療側の努力のインセンティブが生じない可能性がある。この意味から、「医療事故調査機関」の調査結果を行政処分実施機関に送付し、「合理的な基準」に基づき医療機関、あるいは、医療従事者を処分する。

システムエラーとしての医療事故に対する処分は、当然、個人より病院に対するものが中心になる。必要に応じて医療機関への指導、改善命令、処分を行う。ただし、監督機関の責任回避のためにすべての医療事故に新たな対策を命ずることは、当該病院の安全対策のバランスを失わせ、かつ、現場の疲弊を招き、かえって安全性を阻害しかねない。行政処分実施機関が責任逃れのために意味のない処分を乱発することのないよう、医療提供者側を含む委員会による行政処分実施機関の監査を行う。この監査機関の人事権は行政から独立させる。

基本的にシステムエラーについて個人を処分すべきではない。意図的怠業、マニュアル違反、責務に対応した能力の欠如、過去の事故履歴を個人処分の判断材料とする。同時にマニュアルや規則が現実に実施可能かどうか、十分な訓練がおこなわれていたかどうかなども考慮されるべきである。常にリスクを負っているという医療の性質上、個人の処分は謙抑的でなければならない。

医師（管理者を除く）

行政処分検討の端緒

- ①すべての刑事事件
- ②医療事故調査機関での調査結果
- ③病院、同僚による告発

告発を義務とする必要はないが、個人の問題についてはこのルートでしか発見できないこともあるので、用意しておく必要がある。

10) 検死制度

病院外の死体検案、故意犯罪により病院内に発生した死体をどう扱うか

犯罪だけでなく、事故や危険な伝染病を念頭に社会の安全を目的として実施する。解剖を実施するかどうかと、その後の扱いについての判断は、警察官ではなく検死担当者が行う。故意犯罪以外のものについては、解剖結果を紛争当事者に同時に周知する。

11) 保険方式による補償基金

保険料率による病院のインセンティブ操作

保険方式をとり、事故の多いところの保険料率を高くするようにして、医療事故を減らすためのインセンティブをもたせることが考えられる。しかし、病院の経営上のインセンティブを持たせるほどの保険料率を動かすとすれば、事故が起きた危険な病院から資金を奪うことになり、ますます危険になる。この方式は国民皆保険の本邦にはなじまない。全体の底上げをするような方式が望ましい。

医師（管理者を除く）

目的について意見を述べます。

本来すべての行為に危険性を伴う「診療行為」において生じた事象を扱うわけですので、診療行為に潜む危険性はもっと強調されてしかるべきと考えます。

調査期間設立の目的に、再発防止が第一の責務であることを明言すべきと考えます。個人責任の追及ではないことを保障すべきと考えます。

医師法 21 条は「犯罪の関与が疑われるような異常死」に限るべきと考えます。このような時は警察機構と医療機関との協力がスムーズにいくと思います。

医師（管理者を除く）

差出人： [REDACTED]

送信日時： 2007 年 4 月 13 日 金曜日 12:39

宛先： 死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

件名： 「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」

意見書

平成 19 年 4 月 13 日 (金)

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 御中

項目番号： 495060227

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」

私は日本脳神経外科学会認定の学会専門医です。

1) 医療現場へ警察が介入することは止めていただきたい。

診療の現場では、付置すればほぼ確実に進行して死に至る疾患があります。

簡単ではないがチャレンジして救われる場合もあります。

今回産科医師が業務上過失致死の疑いで逮捕された事例は、日々病と格闘している現場の医師の士気に冷水をかけるようなものです。

善意で行った医療行為の結果に関して、医療の現実を知らない

警察が出てきて適正な判断ができるのでしょうか。極めて疑問です。

事件性がある場合以外は保健所の管轄が適当と思います。

このままでは挑戦医療は無理で、消極医療の芳香へ進み、

特に外科系が衰退して行きます。

2) 日本法医学会の意見を聞いたとのことですが、

会員数はおそらく 100 名か 200 名程度の、医学系の学会としては飛び抜けて少数派と思います。

因みに米国では「監察医」の制度があり、異状死は監察医が処理しています。

米国には「法医学会」という学会そのものが存在しないと聞いています。

医療現場での医療経験の乏しい日本法医学会の人達の意見が正しいとは思いません。

「法医学会」は日本とドイツには存在するようです。

諸外国でこのようなことがどのように処理されているか詳しく調査していただきたいと思います。

医師（管理者を除く）

差出人: [REDACTED]

送信日時: 2007年4月13日金曜日 16:00

宛先: 死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

件名: 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 宛 「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」に関する意見

医療の結果に付いて刑事責任免責を付け加えて下さい。

理由について

福島県立大野病院の医師逮捕の事例のように執刀医が逮捕されることが容認されるならば、これは医療行為による通常の偶発症までもが、時にきわめて恣意的に判断されてしまう可能性があることを意味します。

すなわち、適切と思われる医療行為そのものが結果で判断され、さらに医学上の検討が必要な事例でも、逮捕に至る危険性があるということになります。

[REDACTED]

医師（管理者を除く）

別紙様式

意見書

平成19年4月13日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 へ

郵便番号: [REDACTED]

住所: [REDACTED]

氏名(注1): [REDACTED]

電話番号: [REDACTED]

電子メールアドレス: [REDACTED]

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」に関して意見を提出いたします。

(以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。)

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号: 3, 4, 6
- ◆ 内容: 届出制度、調査のあり方、刑事手続きとの関連について

② ご意見

- 1) 医療関連死において、届出の必要な死亡例が何であるのか、基準を設けていただきたい。
- 2) 患者家族の感情によるのではなく、客観的な観点から死亡原因の追究を行うよう制度を整備していただきたい。
- 3) 死亡原因の究明にかかる費用については公費負担としていただきたい。
- 4) 正確な死因の追求のため、故意による死亡以外については刑事責任の免除をお願いしたい。

医師（管理者を除く）

診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性
パブリックコメント

項目番号 : 3-(1)

内容 : 届出対象、医師法第21条の異常死 について

「届出対象は診療行為に関連した死亡すべてとする、ただし、医師の説明で遺族が診療行為や死因に関して納得している場合は届出不要とし、その旨をカルテに文章として残すこととする。」とするのが望ましいと考えます。

平成16年12月17日、福島県大野病院で、前置胎盤で癒着を伴い処置が困難な帝王切開手術があり、母体死亡となった。執刀医は異状死の認識はなく結果を上司に報告し、病院は事故調査委員会を設置、平成17年3月22日に報告書が提出された。事故から1年以上経過し、母体死亡後24時間以内に警察署に届け出ず、証拠隠滅のおそれがあるとの理由で執刀医が逮捕された。

平成6年、法医学会が医師法21条のガイドラインを発信した。医師法21条は「医師は、死体または妊娠4ヵ月以上の死産児を検査して異常があると認めるときには、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」と規定する。由来は明治39年施行の医師法施行規則第9条「医師死体または4月以上の死産児を検査し異常ありと認むるときは24時間以内に所轄警察署に届出づべし」であり、これが昭和17年制定の国民医療法施行規則第31条に移行、さらに、昭和23年施行の現法に至った（上塚芳郎総合メディカルマネジメント、ラジオNIKKEI 21: 15~21:35）。この法律の目的は、当初から犯罪捜査への協力であり、医療行為に関連したものではなかった。ところが、法医学会のガイドライン（日法医誌1994第48巻、第5号、357~358）では社会が多様化・複雑化したので異状死の定義は広範でなければならず、病気になり診察をうけつつ、診断されているその病気で死亡することが「ふつうの死」でそれ以外は異状死とされた。そして、診療行為の過誤や過失の有無を問わず、注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡、診療行為自体が関与している可能性のある死亡、診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明の場合を含めて異状死とした。

1999年2月11日、都立広尾病院で看護師が患者に誤って消毒薬を注入し、患者が死亡する事故があった。病院内で対策会議が開かれ、警察に届け出る方針に決まったが、監督官庁の都衛生局に連絡したところ、これまで都立病院から警察に事故の届け出をしたことがないとのことで留保となり、異状死認識後24時間以内に警察署に届出がなされなかった。その後、遺族から病院が迫られ、事故から11日後に警察

医師（管理者を除く）

に届出がなされた。この事件後、法医学会のガイドラインに即するような形で2000年5月、国立大学医学部付属病院長会議の中間報告がだされ、医療行為について刑事責任を問われる可能性がある場合は速やかに警察署に届け出る、判断に迷う場合もまずは速やかに警察署に連絡することが望ましい、とされた。また2000年8月、リスクマネジメントマニュアル作成指針（厚生省所管の国立病院等が対象）では、医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届け出を行う、とされた。

これらのガイドラインは臨床医の日常診療に不安の影を落とした。もともと、不確定な結果予測しできない医療で、診断や治療で不幸な結果になったら警察に報告しなければならないとしたら、これからの診療は不安でできなくなると感じた。2001年3月、4病院団体協議会の医療安全対策委員会中間報告書が出され、医療事故を想定した新たな制度の創設が望ましく、警察署への届け出が義務付けられると、診療が萎縮し、医療の進歩を阻害する可能性がある、とした。また、日本外科学会は明らかな過失による医療過誤は届け出義務があるが、十分に説明して同意が得られた手術の結果、予期された合併症で患者が死亡した場合は届出義務がなく、もし届出が義務づけられれば遺族との信頼関係は崩壊し、萎縮医療となり国民福祉が後退する、患者死亡や医療過誤疑いの場合には中立機関を設立し調査すべきである、と声明を出した（日外会誌102巻、3号、2001）。2004年2月、日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会の4学会が共同で声明を発表し、患者死亡事故の原因や過失の有無などを専門的に検証する第三者中立機関の創設を提唱した。予期しない患者死亡や診療行為に関連した患者死亡はすべて第三者機関に届け出て、死体解剖を行うなど、死因を公正、科学的に検証し、遺族に適切な情報を提供する必要を指摘した（ラジオNIKKEI 21: 15~21:35、全日病ニュース2004年5月1日号）。

2004年4月13日、広尾病院事件の最高裁判決が出て、この問題点を2004年10月15日、日医総研ワーキングペーパーで尾崎孝良氏が報告している。争点は検案の意義、医師法21条が憲法38条1項に違反しないか、の2点であった。検案は死者の外表面検査により死因や死因の種類を判定することを言うが2つの解釈があり、死者が自己（医師自身）の診察した患者であった者は含まれないとする消極説と含まれるとする積極説があった。この最高裁判決前まで検案は自分が診察中の患者が死亡した場合や臨終に当たって診察した者がすぐに死亡した場合は含まれないという消極説で実務判決はなされていた。この解釈の変更の元になったのが法医学会のガイドラインやそれに沿った形のガイドラインが最高裁判決に影響を及ぼしたらしい。尾崎氏の報告の中に、医療過誤を届け出ること自体が憲法38条1項に違反する可能性が高いとする、佐伯仁志東大教授の論説がある（ジュリスト1249号）。医療過誤によって刑事責任を追究される可能性があるのに届け出るのは自己に不利益な供述を強要されないとする条項と合致しないからである。その意味では、外科学会が出した声明も明らかな医療過誤を届け出るように書かれており、憲法違反の可能性があると指摘する。

医師（管理者を除く）

医療過誤は司法の解釈からは犯罪（業務上過失致傷罪も犯罪である）とされるが、医師も国民も犯罪というふうには捉えていないと思われ、医療行為自体が医療過誤を内在している限り、医療行為が犯罪の温床になるという解釈もできる。結果が悪ければ犯罪扱いをされるということになれば医療者の地位は不安定なものになり、医師になる人が減少し、ますます医療が成り立たなくなる。結果が悪く、手術などで死亡することがあるが、悪い結果を良くするように工夫や努力がなされ、医学は進歩をし、死亡率が低下した。だから、悪い結果を隠したり、放置したりする事をなくし、透明性を保つことが一番大事なのである。医療のことが詳しく分からない警察が不幸な死亡があったという届け出を受け、犯罪の疑いがあるからという解釈で動けば、当事者は拘束され、全てのデータも差し押さえられ、犯行現場である施設の一部も使えなくなる可能性もある。司法解剖の結果は捜査上の秘密とされ遺族にも病院側にも伝えられない、最終判断が出るまで長期間を要する、結果が知られないから、すぐに対策をたてる事もできない。だから、届け出先は警察署ではなく中立的第3者機関でなければならず、結果は病院にも遺族に伝えられるべきである。そのことにより、診療内容の透明性が明らかにされ、医学の進歩が確保されると考える。医療の停滞につながる刑事罰を医療行為に科すことをしてはならない。

医療不信はあると認識しているが、実際には多くの医師-患者関係は良好で信頼のもとに医療は成り立っている。届出する必要のない、診療行為に関連した24時間以内の死亡も多くあると思われので、患者の遺族が納得するのであれば、届出義務をなくすることが、無用の混乱を防ぐ事にもなるし、設立される第3者機関の業務を増やさないためにも必要と考える。

医師（管理者を除く）

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」について

1. 事故調査委員会の果たすべき役割

今回の事故調査委員会が負うべき役割を検討する際には、現在の医療紛争¹解決システムにどのような問題があるかを考えなければならない。現在あるシステムとしては、民事訴訟、刑事訴訟、病院内での個人による調整、病院内紛争処理機関による対応、医師会による賠償責任保険、一部医師会による第三者機関（茨城県医師会による医療問題中立処理委員会など）があり、他にも限定的ではあるが仲裁、調停などによる解決が図られている。

従来制度の問題点

そして顕在化した紛争の解決において大きな役割を担うのは個別的な交渉と、民事訴訟であると考えられる。しかし、それらによる解決にはいくつかのデメリットがある。

前提として医療紛争における患者のニーズは主に、真実発見と医師等医療関係者の誠意ある対応（具体的には謝罪など）を求めること、そして必要な補償を得ることであるといわれている²。しかし、民事訴訟において真実発見は事案解決の限度でしか行われず、法律構成に無関係な部分については事実の解明は行われない。さらに、訴訟では対立的構造で行われることから、感情的コンフリクトはむしろ激化することが多く、医療関係者の誠意ある対応は望みがたい。また、補償の面においても、賠償責任が認められるためには不法行為、債務不履行いずれにおいても医師に過失があることが必要となり、患者にとっての保証の必要性を基準に判断されるわけではない。

根本的原因（段階的紛争処理システム欠如・類型的対応の欠如）

現在の医療紛争解決システムにおいて不完全な解決しかえられない根本的

¹本書面での定義として以下のようにする。

①医療紛争とは、患者および家族等と、医師等の医療従事者・医療機関の間に起こる紛争を指す。紛争とは、患者および家族の側から医療従事者・医療機関に対してクレーム、要望などの何らかのニーズが表出され、そのニーズが実現されない状態を指す。その原因は、医療事故の場合や医療過誤があった場合に限らない。

②医療事故とは患者に対して、入院中、又は外来治療中に、医療行為と関連して、患者に何らかの不利益な事象が起こる事をさし、なすべき医療行為をなさないことによって不利益事象が発生する場合を含む。なお、不利益事象とは、身体的な障害の発生、精神的損害の発生および時間的かつ／もしくは経済的な負担の増加（入院期間の延長、追加検査・手術の施行など）を指し、一時的な不利益の場合も含むものとする。

③医療過誤とは、医療従事者が医療行為に関連して誤った行為をすること、医療水準に照らして妥当でない行為をすることを指す。

²阿部康一「医療事故被害者救済策としてのADRの可能性」

<http://homepage3.nifty.com/medio/news/adr050812.pdf> 1-3 頁（2007年1月19日時点）

Carles Vincent et al. 'Why Do People Sue Doctors?' The Lancet, Vol343, 1609-1613(1994)

医師（管理者を除く）

な原因としては、複雑であり、かつ様々な類型が含まれる医療紛争に対して、類型ごとの対応および紛争の程度に応じた段階的対応が行われていないことが考えられる。

類型ごとの対応とは、医療紛争の原因となる事故として例えば、明らかなミス（誤投薬、手術時ガーゼ残置等）、合併症、原因不明の死亡（もしくは障害）、院内事故（転倒等）、などさまざまなタイプのものがあるが、それぞれのタイプごとにある程度類型的な対応システムを作ることによって適切かつ効率的な対応が可能となる。

そして紛争の程度は、患者および家族の内心に不満があるのみで表面的には紛争とならないものから、激しいコンフリクトが発生して当事者間で話し合うことが不可能なレベルのものまでであるが、このような程度に応じて段階的対応が必要である。具体的には、患者と直接接する医療関係者自身も意識的無意識的に紛争対応をしており、次に病院内紛争対応専門職員、病院内のさらに上級の機関、そしてそれでも紛争が解決できないと思われる際には、訴訟や第三者機関による対応というように段階的に対応することで、段階に応じた適切な解決が可能であると共に、特に上位の機関にとっては対応すべき対象が選別、限定されたものとなっていることから適切かつ効率的な対応が可能である。

従来の医療機関においてはこのうちの院内の対応機関が未発達であったことが最大の問題ではないかと考える。他の業種、例えば製造業やサービス業では会社単位、業種単位で自前の紛争処理システムを持っており（消費者センター、クレーム処理係等）、軽度の紛争はそこで処理され、複雑もしくは重大な紛争については公的紛争処理制度（裁判・仲裁等）によって処理することで、適切かつ効率的な紛争解決をしていると思われる。

事故調査委員会による解決

先に述べた類型的対応の点については、事故調査委員会は事実が不明である場合に対応するもので、過誤の存在の有無を中心的に解決すべきものであると考える。そして、無過失補償（医師過失の有無に関わらずなされる補償：産科領域における脳性麻痺への補償等）や医師再教育などの他の制度と総合的に導入されてその効果を発揮するものというべきである。

次に段階的紛争対応の点では、院内紛争処理機関の整備および院内処理機関と事故調査委員会の連携が不可欠である。院内機関は公平性に疑問があり、事故調査委員会は公平を保つべきだから両者は連携すべきでないとの批判もあると考えられるが、院内機関は迅速な対応が可能であること、当該現場の事情に通じており、より詳細で正確な調査・分析が可能であること、患者や家族とも人的関係を持つ職員が対応することが可能である点でも、より充実した調査が可能であると考ええる。また、このような事実調査の役割を事故調査委員会で行うことを考えた場合、診療録などの書面、画像などに情報が限局される上、