

医師（管理者を除く）

内容はすぐに病院側と患者側に適切に説明される必要があります。対話型の裁判外紛争処理システムと組み合わせて考えていく必要があります。

5. 再発防止のためのさらなる取り組み

ここが最も重要です。現状でシステムエラー的なものは質・安全学会や病院管理学会、病院団体、医師会、看護協会、薬剤師会などを通して還元すべきです。一方質的なものは専門学会を活用すべきです。機構の認定基準などにも反映させていく経路が必要です。

6. 行政処分、民事紛争及び刑事手続きとの関係

行政処分は再教育やそのための一定期間の業務停止という方向で検討すべきです。民事紛争は国民の権利ですので、止める理由はありません。ただし医療関連の障害は本来保険制度で医療費がカバーされているということもあり、そういったことを斟酌した無過失補償制度（保険構築で可能だと考えています）を設立すべきです。

これは過剰な賠償責任追及体制は結果的に社会のモラルを破壊する側面があるからです。（法学者アティアなどの論考参照）

刑事介入は極力謙抑的であるべきです。捜査段階を医療側の人材を利用する形にすれば、現行法体系でも認容度が高まる気がします。現在の刑事捜査は警察側も混乱しており、医療側のショックも大きいと言う状態です。しかし双方の理解で解決出来る余地はあると考えます。

診療行為の内容に関する刑事責任追及は極力控えるべきであることは間違いありません。

なお、航空・鉄道事故調査委員会と捜査機関の関係も、航空関係者からはシステムエラーの刑事責任追及の無意味性を何度も指摘していますが、司法は相変わらず従来の業務上過失を持ち出しているのが実体です。これは各業界の人々と医療界とが連携して議論していくべきことなのでしょう。

以上、簡単にコメントさせて頂きました。

21条には診療関連死をのぞく、という一文を付すこと、紛争解決には対話型のADRをめざすべきであること、医療事故による損害に対しては無過失補償の保険制度を設立すべきであること、の3点を強調したいと思います。

医師（管理者を除く）

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

添付ファイル：PUBLIC.DOC

意見書

平成 19 年 4 月 20 日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室御中

「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。

1. 項目番号：1-(1)

内容：医療不信について

意見：添付文書参照して下さい。

医師（管理者を除く）

医療不信について

診療関連死の問題は、現在の医療不信の根源的な問題である。死因究明の制度設計は、医療事故の再発防止、医療の質向上に不可欠であり、急速に医療崩壊が進行している現在、喫緊の課題と考えられる。しかし死因究明のあり方を検討すると同時に複合的な施策が必要である。厚生労働省が現在数々の施策を発表したり検討しているところと理解しているが、不適格医師の排除に関しては、行政処分に関する改革以外、まだ有効な施策を検討していないと推察する。

医師の能力・資質の問題

臨床医の能力は単なる記憶力ではなく、技能も重要である。また、臨床医の資質としては社会の常識、良好なコミュニケーション能力が必要である。残念ながら臨床医の能力・資質に問題のある医師が野放しの状態にあることは否定できず、これでは医療を信頼できるはずもない。若い医師に教える立場にある上級医に臨床医としての資質が欠けていれば、せつかくの人材を失うことにもなる。これらを打開するためには、現在の医師国家試験制度や臨床研修医制度、専門医制度を改革することが考えられる。

医師免許は医学知識さえ身につければ交付するべきものではなく、技能や臨床医の資質も評価した上で交付するべきである。そのため現在の免許制度を段階制、更新制とする。大学卒業後に行う試験では医師仮免許を交付する。前期研修医期間中に医師相互の評価制度を導入し、指導医が研修医の技能・資質を評価すると同時に、研修医は指導医の指導能力・資質を評価する。前期研修後に、臨床経験と指導医の評価結果を重点的に検討し医師本免許を交付する。

同様に専門医制度も指導医と資格希望医師との医師相互の評価制度を組み合わせ、臨床経験のみならず、技能試験と指導医の評価結果を重視して資格を与える。臨床医は患者、同僚、他職種の職員と円滑なコミュニケーションをとることが重要で、その評価は現場でしか判断できない。また評価制度があれば、円滑なコミュニケーションを構築する努力を惜しまないであろう。各医師の意識が多少でも変われば、医療現場の雰囲気が大いに改善することは十分期待できる。

また大学教授が研究重視で臨床経験が少ない傾向にあることも問題であるが、このような医師相互の評価制度があれば、大学教授の選考において、下級医師からの評価を重視することができ、医学論文の質と量のみならず臨床医の指導能力も選考基準とすることが可能になる。

医療崩壊の進行している現在、医師に負担を強いる改革は受け入れがたいものではあるが、不適格医師を排除するシステムが行政処分だけでは医療不信は払拭できない。検討に値すると考える。

医師（管理者を除く）

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 御中

昨年度、[redacted]でお世話になった[redacted]と申します。

診療関連死死因究明機関に関しては、前職の[redacted]で研究発表（参考添付します）をしたこともあり、大変興味深く、動向に注目しております。

以下に今回ご提案の件に関して、意見をお送りします。

私の研究発表（第[redacted]次日本法医学会・[redacted]）では、全ての診療行為関連死を一旦中立的調査機関に届け出た上で検証・調査を行う、というものであり、今回出す意見もこの考えを基調にしています。

・ 2の（1）②について

「監察医制度等の現行の死因究明のための機構や制度との関係を整理」のところで、その整理手法として現行監察医制度の活用が考えられますが、現行制度は運用が地域限定であり、しかも警察における検死との関係によって運用が行われているものであります。

既存機関である監察医制度を活用することとなると、警察による検証が必要ない事例まで、全て監察医制度の流れに乗せることになり、それは適切ではないと思います。

しかし、監察医制度の必要性、重要性は大いに認めるところですので、今回提案している死因究明機関は監察医務機関とは全く別個のものとして整理・運用する必要があると考えます。

ただし、解剖等も含め、現行機関の技術的優位性は相当期間揺るぐことはないと考えため、当面の間はこれら既存機関の従事者の活用、ならびに保健所等の地域行政機関における機関運用の可能性も模索し、それら機関に従事する者に対する教育・研修体制を整える必要があると考えます。

また、制度に関しても、診療関連死は専門的な医療行為が介在した死であり、通常の事故や犯罪による死とは全く違う流れを作った方が整理しやすいと考えます。

・ 3の（1）（3）（4）、6について

医師法21条の異状死届出制度との整理が必要、とありますが、初動段階における警察の関与が死因究明機関の広範な運用の足かせになると考えています。初動段階での警察の関与を切り離すためにも、診療関連死の医師法21条の適用除外規定が必要であると考えます。

ただし究明の結果、刑事責任を追及するに足るレベル（これについても検討が必要ですが、個別案件によることもあり、事例の積み上げで対処する）のものに関しては、警察への告発も含めた対応を取るのが良いと考えています。

医師（管理者を除く）

医師法 21 条の問題は異状死の定義も含め、さまざまな議論がありますが、今回提案の機関について実効性を求めるのであれば、広範な取り扱いを全国で行う仕組みを整える必要があり、抜本的に医師法を改正し、当該機関を盛り込んだ新法の制定が望ましいと考えています。

以上

医師（管理者を除く）

差出人： [REDACTED]

送信日時： 2007 年 4 月 20 日 金曜日 14:26

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について」

今回の検討の中で、まずは、死亡の原因をどこまで、解明するのかの議論を行っていただきたい。その中で、医療事故をどう取り扱うかを検討していただきたい。死因の統計をとる意味でも、事件、事故なら、警察の関与することになり、病気については、医療機関が中心となって、究明することになるが、どちらかが判明しない場合には、第三者機関で判断しなければ、公平性が保てないと考えられる。そのため、検視制度、Autopsy Imaging、解剖の費用負担などを整理し、あくまでも、現代の医療で、解明できるものは、極力、解明し、死因として、後世に残していくという科学的な視点から論じることが必要と考える。目先の、医療ミスなのかどうかといった、狭い視点ではなく、今後につながるシステムとして、是非、検討していただきたい。

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

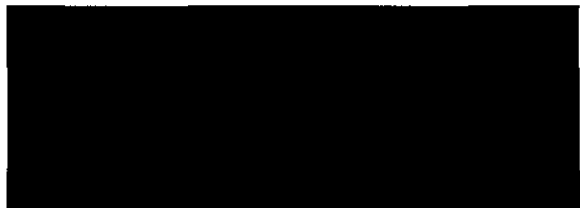
[REDACTED]

医師（管理者を除く）

意見書

平成19年4月20日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 へ



「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：1 _____
◆ 内容：目的 _____ について

② ご意見

医療従事者は安全・安心な医療をもとめる患者・家族からの期待に応え最大限の努力をする必要がある一方、診療行為には一定の危険性が伴い場合によっては不幸な帰結につながる場合があります。また、診療の内容に関わらず、患者と医療従事者との意志の疎通が不十分であることや認識の違いによる不信感により、紛争が生じることがあります。診療関連死に関する調査・分析等の仕組みがこれまで十分でなかったことがこの一つの原因であるとの指摘があります。1の(1)、(2)で述べられている通りであり、この状態を改善することが当課題の目的と考えます。

従いまして、(3)の2行目「...再発防止等に資する観点」の後に「および、診療の内容に関わらず、双方の意志の疎通が不十分であることや認識の違いによる不信感により生じた紛争の解決に資する観点から」を追加して頂きたいと思えます。

診療関連死の分析・調査、過失の有無の判定は極めて重要ですが、それだけでは患者・医療者間のすべての紛争の解決にはなりません。多くの紛争の解決のために、院内における当事者間あるいは第三者をまじえた、冷静かつ真摯な対話が必要であり、診療関連死の分析・調査の結果がその中で活用されるべきと考えます。

医師（管理者を除く）

パブリックコメント

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（案件番号 495060227 厚生労働省）

組織必要性についての厚生労働省試案が示す根拠（試案策定背景の要旨）

患者・家族と医師の間に「認識の相違」が存在する。患者・家族が医師に対して不信感をもつことが医療紛争につながっている。医療関連死の調査・分析が不十分であることが原因で、患者・家族が裁判による原因解明を期待するようになった。専門的機関を設けて医療関連死の調査・分析を行えば、再発防止と患者・家族の不信感を解消させることにつながり、さらに患者が民事訴訟や刑事訴訟の手続きに至ることを避けられる。

コメント

1. 「試案策定の背景」について

患者・家族と医師の間には「認識の相違」が存在し、そのため双方の抱く不信感から医療紛争に至っている。だが、「診療行為に関連した死亡の調査・分析が不十分である」ことは、「患者・家族が民事手続きや刑事手続に解決をゆだねる」に至る複数の原因の一つに過ぎない。従って、「専門的機関を設けて調査・分析」を行えば、「患者・家族の不信感を解消することができる」とは言えない。ましてや「民事手続きや刑事手続に至る」ことを避けられるとは言えない。「民事手続きや刑事手続に至る」真の原因は、単に患者・家族と医師の間の「認識の相違」としてのみ存在するのではなく、様々な立場（医療従事者間、医療と司法・行政・社会・メディアの間）における「認識の相違」が複合的に影響しているからである（Jurist 1327, 2-6, 2007. 2. 1）。「専門的機関を設けて調査・分析」すること自体は医学にとって必須であるが、委員会の判断のあり方によっては患者・家族と医師の間の「認識の相違」をさらに深めて、医療訴訟問題をより複雑化させる可能性もある。さらに、現時点では「診療行為に関連した死亡の調査・分析」が行われても、再発防止につながるとはいえない。その理由は、医療紛争に関わる事故の調査・分析結果を臨床の場に速やかにフィードバックさせる機構が存在しないからである（Jurist 1327, 2-6, 2007. 2. 1）。なぜこの点が軽視されるに至ったのか、その原因を真摯に追究することは医学だけでなく、社会にとって価値のあることと考える。

医師（管理者を除く）

2. 共通認識のために確認しておきたい事項

医療事故に対して、医療の立場、医学の立場、患者や社会の立場、そして司法の立場がある。定義に基づいて、それぞれの立場を明確にしておく必要がある。

医学：生体の構造・機能および疾病を研究し、疾病の診断・治療・予防の方法を開発する学問。医療：医療で病気をなおすこと。療治、治療。医療過誤：診断・治療の不適正、施設の不備等によって医療上の事故を起こすこと。誤診・誤療などがその例。刑事上・民事上の責任を問われうる。裁判：裁判所・裁判官が具体的事件につき公権に基づいて下す判断。訴訟法上は、判決・決定・命令の3種に細分。（以上、広辞苑第5版）

医療の立場とは、個々の患者を対象としており、予測不確実な未来に対し、現在を懸命に闘うものであり、実践である。例えば、予定手術中であっても、その時の状況によっては例外的な方法に変更することもしばしば行われる。全体としての手術進行は「予定通り」であっても、選択される手技は「予定通りでない」ことが生じうる。つまり医療は、単純な疾患でない限り全く同じ症例は無く、画一的な対応は困難である。

医学の立場とは、医療における多数の症例の実践において得られる問題を研究し、より良い診断・治療・予防の方法を開発する学問である。医学は本来、（結果としてうまく行かなかった過去の出来事に対して）医師の責任自体を問うものではない。その不幸な出来事をもとに、改良を目指して将来のより良い医療を目指す学問である。

医学において、医療関連死あるいは重篤な合併症の検討では、何らかの仮説を含めて説明を試みて、最も可能性が高い原因の追求（死因だけでなく死に至った過程を含めた推測）を行い、その反省が次の症例に生かされる。この積み重ねこそ、医療が進歩する源であり、医学そのもののあり方である。「医学的に正しい方法」とは、「絶対的に正しい方法」を意味しているのではない点が重要である。刻々と得られる新しい発見により、医学的に正しいと考えられてきた方法が、「誤り」となりうる可能性がある性質のものだからである。ある治療を行えば良い結果が得られる可能性を意味しているだけであり、その良い結果自体が100%可能であることを保証しているわけではない。

この点は非常に重要であるので、集合論を借りて確認しておく（図）。医学的言葉を使用すれば、司法において「有罪」と「無罪」を決するのは、（医学的）禁忌事項を行ったのか否かによる。一方医学的判断においては、ともに論争がない「確定事項」と「禁忌事項」、そしてその間に「論争がある事項」が存在する。学会等における争点としての「論争がある事項」についてのせめぎ合いが、鑑定等においてそのまま現れる事態をしばしば経験する。司法は、実体的真実（医学的真実）を求めるものではない。個々の事例について「有罪」か「無罪」であるかを判断するものである。従って、医学的に「論争がある事項」は本来「無罪」とされる性質のものである。逆に、司法において「有罪」と判断された具体的事項は、医学にあっ

医師（管理者を除く）

ては「禁忌事項」として明記される対象である。この時、医学的に対応できる言葉となる必要がある。

医療訴訟を国民が権利に基づいて意志表示した自然な反応と捉えると、その原因の追求と改善は極く一般的な医学的命題となら変わりはない。医療訴訟は複雑な原因に対する結果として現れたものである。その原因を解決しない限り手続き論では対応できそうにない。その意味で、厚生労働省試案について、医学面ならびに司法面において多くの限界があることを以下に具体的に示す。その上で、結果として表面に現れている医事関係訴訟に振り回されるのではなく、医療の裏付けをなす医学本来の視点から問題解決へ向かうことの重要性を述べる。

3. 厚生労働省試案の問題点

医療における「真実」を、患者・家族や法的立場からみたとき、医学的に絶対的な「真実」として認識される。その判断が権威ある機関にてなされるとき、医療現場で追求されている（暫定的あるいは可及的）「真実」が、患者・家族や法的立場からは絶対無比な「真実」として（誤って）認識される。厚生労働省試案が示す現状の「医療関連死の調査・分析」を行うだけでは、この「認識の相違」を完全に解決できるわけではない。そして、この「認識の相違」を解消させない限り、「医療関連死の調査・分析」が「患者・家族の不信感を解消する」ことにつながることはなく、「民事手続きや刑事手続きに至る」ことを避けられることにもつながらない。それどころか、医療紛争をさらに複雑化させる可能性さえある。

3. 1 「認識の相違」の問題について

〔論理進行と時間軸〕

担当医は事前から関与しており、予測不能な未来に対して立ち向かっている。事件に対して、時間軸に沿って変化する状況に刻々と対応しているのである。一方、患者を担当していない臨床医、病理医、法医の医師は、起こったことを事後の結果を知った後に推測するのである。時間の進行とは逆に、既に明確になった結果から原因を推測することにより、事件に関与するのである。そして法律家の多くも、時間的進行とは逆の思考過程を踏み、判断を行う。ジュリストに「後医は名医」として説明した通り、立場の違いは結論に強く影響しやすい（Jurist 1327, 2-6, 2007. 2. 1）。「最初に患者を診療した医師「前医」より、後に患者を診療した医師「後医」の方が、時間的にも空間的にもより多くの情報が得られるので、正確な診断が行える。後の医師はその知識量や腕前に関わらず、最初に診察した医師より常に名医である、そのような評判を得やすい。この錯覚は実際に起こりやすく、かつ大変厄介な「認識の相違」である。自らのことを棚に上げ、「前医」の過去の診療の適否を批評するのである。通常医療において、治療に当たる医師は予測不確実な未来に対し、現在を懸命に闘うものである。だが「後医」は結果の分かった現在から、既知の過去を眺めやり、ただ論評を加えるだけなのである。」

医師（管理者を除く）

〔医師間の認識の相違〕

モデル事業の運営委員である虎ノ門病院の山口徹院長は「各学会から推薦された評価医が資料を見れば、即公平な判断ができるわけではないことがよくわかった。専門医の意見は、われわれが思うよりもはるかに現場に厳しい。一般病院と大学病院の環境の違いなど、いろいろな要素を考えて評価するのはかなり困難だ。」（メディカル・トリビューン、2007. 3. 8 p 24-25.）と述べられている。ここに指摘されている「現場に厳しい専門医の評価」結果は、前述の「後医」が陥りやすい「認識の相違」に基づいているのではないかと私は考える。試案の委員会における評価判定では、このような「認識の相違」の影響を受ける可能性が極めて高い。そして、試案の委員会報告書は、証拠として法的判断に利用されることを避けることもできない。

医学において自らの信じる知識を広めようとする時に、様々な言葉が選択される。この言葉が、医学以外の分野の人々の誤解を招く。例えば学会発表において「この方法を選択すべき」とする主張がなされる。学問的に他の方法との違いを強調する意味で使用される言葉である。だが実際にはその他の方法を完全に否定できる根拠が無いものが多い。医学におけるこの「語り口」が、その思考法まで影響し、例えば鑑定書において「この方法を選択すべき」との記述が散見される。だが、社会的にも、また司法においても、「この方法を選択すべき (must)」とは、それ以外の方法は「選択すべきでなかった」こと (guilty) を意味していることについて、医学的立場の医師は考慮していない。医学が医学領域のみに存在するときは良かったが、「医事関係訴訟」において医学が他領域と深く接触するようになった結果、医師の言葉を介してこのような「認識の相違」が顕在化している。

試案委員会だから、あるいは専門医だから、この「認識の相違」を回避できるのではない。皆が共通認識を持たない限り回避できない性質のものなのである。

〔専門医の質的経験内容〕

試案の委員会を構成する専門家（臨床医、病理医、法医学、法律家）の経験内容は判断結果に大きく影響する。経験が豊富であるとは、単に経験数だけでなく、経験の質が良好で幅が広いことを意味する。良好な質とは、必ずしも大学病院や基幹病院をさすものではない。また、機械的にカウントされる経験数とは全く異なるものである。経験の数と質のは、ともにその専門家の価値観に影響し、判断に直接影響を与える。

質的重要性の一例として、例えば一つの専門家集団と見なされていても、実はさらに専門性が分かれているのが現状である。ある「分野」の専門家がその中の「分科」全ての専門家であることはまれである。問題は、「専門家」とは何かの定義に関わる問題である。また例えば、救命センターに所属して一定期間経験したかどうか、僻地や小病院で勤務経験を積んだかどうかなども、その判断に大きく影響を与える。大学に紹介されてきた既に診断がついて患者を如何に多数診療しても、大学

医師（管理者を除く）

という極く特異な状況における専門家に過ぎない。手術件数のみを「専門医」の判断に使用すると、大学といえども偏った「専門医」による偏った判断となる。救急病院や小病院や僻地医療での社会的矛盾点を経験しておかなければ、試案の委員会のような立場での判断には役には立たない。この点については、法も「診療当時のいわゆる臨床医学の実践における医療水準」を判断基準としている通りである。医師の判断は、判断する医師の置かれた環境に大きく影響されるので、「専門医（家）」とは何か、判定医の実績を基にした質的内容まで踏み込んで具体的かつ明確に定義される必要がある。

〔インフォームド・コンセントの問題〕

民事訴訟において、インフォームド・コンセントの不備が指摘されている。だが実際に、患者の年齢、理解度、患者の恐怖心、患者が体力的に許容できる説明時間、説明すべき事柄の数、重要性の順などを考慮した場合に、適切なインフォームド・コンセントを一つに絞ることは困難である。それでも民事訴訟においては、結果論から説明が不十分であったと指摘されることが多い。この点に関しては、仮に試案の委員会が評価する場合でも判断に苦慮するであろう。

個々の事件において理想的と言えるインフォームド・コンセントとは何か、司法から具体的に示されることは無かった。インフォームド・コンセント違反の判決が多く繰り返されている背景には、患者救済の目的も含まれると言われている。だが、医学においては、違反が繰り返されることへの改善が目指される必要がある。

司法がインフォームド・コンセントの内容について「有罪」と判断したのであれば、理想的なインフォームド・コンセントとは何か具体的な文章として最終的に明示される必要がある。個々の事例において、患者や司法の意見が取り入れられた誰もが納得できる具体的なインフォームド・コンセントが示されることが必要である。このような具体例が判決毎に積み上げられれば、インフォームド・コンセントの問題解決が容易に進むと信じる。このように解決のための具体的ステップが示されなければ、医療は疲弊するばかりである。

〔謝礼の問題〕

「認識の相違」に関連する事項として、いままで語られてこなかった内容について述べる。患者・家族と医師の関係に影響する問題として、現在も適切といえない「謝礼」があるのは事実である。「謝礼」は、医師に対する感謝の気持ちの表れと言えないことはない。だが、今では、医療そのものに対する感謝から、医療がうまく行った時だけの感謝に変わってしまっている。この状況では、「謝礼」は医事関係訴訟に至る原因の心理的側面で影響する可能性が高い。同時に、他の入院患者に対する心理的圧迫による影響も無視しえないであろう。

医師に対して「謝礼」と同時に訴訟があること自体、「謝礼」の意味を考えるとの必然性がある。そもそも、「謝礼」を受け取ることは、社会に向かって勤務医

医師（管理者を除く）

師の処遇改善を求めることに矛盾する行為である。

〔患者・家族の願いへの対応〕

医療事故の際に、患者・家族は「真実を知りたい」という。単に知りたいという場合もあれば、不信感に基づく場合もある。患者や死者の尊厳が保たれて礼が尽くされたかどうか、また親戚縁者からみて家族への礼が尽くされたかどうか、これらが患者あるいは患者家族に判断を与える。医療への信頼と尊敬と感謝が失われた現在、単なる説明や論理だけでは、患者・家族の抱く疑念を言葉で払拭することは困難である。さらに、医学においては原因が分からないことは珍しくない。仮に解剖により直接死因を明らかできて、死に至る様々な要素を厳密に特定し評価できる可能性がそれほど高いとは考えられない。患者や家族への詳細な説明は当然としても、それが理解され納得されるためには、医療に対する信頼と尊敬と感謝の気持ちが不可欠である。

医療に信頼が無い現在において、医療関連死の調査・分析だけでは、患者・家族を納得させることができるとは言えないであろう。最近ある病院において既に危険な状態にあることが家族に説明されていた90歳台半ばの高齢患者の死亡に際して、患者家族がその場で病院から直接警察に携帯電話で連絡したために、直後に病院が事情聴取と証拠保全を受けた事例があった。この事例が示すのは、警察だけでなく試案の委員会もが、訴訟の前の安上がりなステップとなりうるということである。さらに司法において、医療上の弱者救済とその手続きとしての訴訟が、社会的に認められた正当な権利となっている。無過失補償のあり方とともに議論が進んでいるが、様々な立場における「認識の相違」が解消されない限り、医療関連死の調査・分析だけでは、根本的解決は困難である。

3. 2 フィードバック機構について

〔ヒトは過ちをおかすことへの対応〕

ヒトは、その環境や状況により、正しくない判断を行うものである。そのため、様々なシステムで予防してきた。だが、現在に至ってもシステムの不備は続いている。医学においても同様である。医療事故は遭遇した個人同士の問題であると同時に、医学の問題でありかつ社会の問題である。

医学では「症例に学ぶ」ことの重要性が繰り返し叫ばれてきた。医療と不可分な医学においては、個々の症例から学び解決法を構築しなければ、再発を免れない。学問としての医学は、医療が実践であり常に最善手を打つことが困難であることを認めてきた。そのかわり、医療上の問題点が積み重なる前に、仮に結論が不完全であっても、問題解決の糸口をつかみ、改善に努力する姿勢を求めてきたのである。その積み重ねこそが、医療をより良い方向に向かわせる原点であり、医学そのものであるはずであった。

医療事故は医学の問題である。個々のケース毎に反省が行われ、再発予防対策が

医師（管理者を除く）

検討されてきた。問題は、現在まであまたの医療事故事例が集約的に扱われることがなく、適切なフィードバックに結びついてこなかったことにある（Jurist 1327, 2-6, 2007.2.1）。すでに蓄積された（使い方によっては多くの新しい価値を生み出す医療事故事例という共有の）「財産」が、医療にいかされるシステムが構築されていないことこそ、現在の医学の問題と言える。我々医師は医療事故を医療における例外的な事件と捉えるのでなく、医学の立場から医療に責任を持つとは何かの観点から考えるべきである。高度の安全性を確保することが本当に可能かどうか（人員、予算等）の面から判断するべきである。その上で、医学が、医療の実践における不確実性について、どのように対応してきたかを、その限界を含めて社会に説明する必要がある。医療の実体について、医療と社会・司法の間の「認識の相違」を説明し解消させる努力が必要なのである。

〔評価結果のフィードバック機構と学会・大学教育〕

私は、医療民事訴訟の公的鑑定を5件行い、改善すべき様々な問題点を指摘した。だが、私の経験したたった5件の中だけでも、同じ内容を含む事故が繰り返されている。司法の場で、公的鑑定医として見出した問題点が全く生かされず現在に至っている。医療訴訟において事故の原因が明らかにならないのではなく、明らかにしても、それらのメッセージを集約して次の事故を回避するためのシステムが働いていないことが問題である。そして、司法にはこれを動かす機能は一義的には与えられていない。

医事関係訴訟件数は年間約1000件に達している。このうちこれまで鑑定された訴訟だけでも医学的・社会的に検証されて、医療に速やかに適切にフィードバックされておれば、安全性において格段の進歩を達成できていたはずである。だが、我々はそれをできなかった。そして今、安全性において、人々の尊敬と信頼と感謝を失ったのである。

このフィードバック機構は、もともと医学の原点である。その意味で、このフィードバック機構は大学教育と学会の機能のはずである。だが大学教育や学会は、医学の「進歩・革新・未来」という華々しい夢のみをアピールするだけであり、本来その裏打ちをなす上述のような公益性の高い安全性確保のシステムの構築や卒後臨床研修医に対する効果的な基本的教育システムの構築を怠ってきた。「進歩しかつ安全な医療」とは、医療の進歩における死亡者・合併症者への反省から、進歩に合わせて速やかにそのフィードバックができる状態である」と定義されるのではないか。先端医療とは実際の安全性について担保できているものではない。「行き着いた安定な状態」にあるのではない。これらの観点から、医学と医療を進歩させる大学と学会には、それぞれ医療とは何かについての学生教育・卒後臨床教育と臨床的フィードバック機能について、初心に戻って担当する使命があると考えられる。

3. 3 真実の多様性について