

## 意見書

厚生労働大臣 塩崎恭久 殿  
厚生労働省医政局長殿  
医療事故調査制度の施行に係る検討会  
構成員各位  
構成員随行者、傍聴人及び国民各位

平成 26 年 12 月 4 日

中村・平井・田邊法律事務所

弁護士・医師・MBA

田 邊 昇



本検討会第 2 回期日も、小職の不都合日に設定されたため、出席できなかったこと、及び第 2 回期日への意見書作成後に、事務局から論点整理案が提示されたこともあり、以下のように小職は第 2 回期日の議事録を拝読した上で、意見を本書面で述べ、小職の意見の参考資料をいくつか添付した。

第 3 回期日は、小職自ら出席可能であるが、議論において時間の制約があることから、本意見書の提出によって、時間を有効に活用されることを期待する。

なお、今回のような検討部会は、すでに巷間、議論すべき問題について、意見が複数あることを前提に、意見集約と統合を目的とするために行うものであるから、第 1 回期日前に「議論の整理」と題する論点表及び審議日程を配布すべきではなかったかと思料する次第である。実際の作業にあたられた、事務局の方々の、日程調整や資料作業は大変であったと思われるが迅速に行っていただき感謝申し上げます。

### 1 センターへの第 1 報報告事項について

- (1) 小田原構成員の簡潔でよいとする意見、大磯構成員の匿名化すべきとの意見に全面的に賛成である。
- (2) 事故の第 1 報たる報告に、詳細は書きえないし、その後に変遷があった場合には、センターの調査において混乱が生ずる危険性もある。
- (3) その余の論点でも、構成員によっては多くの情報が直ちに医療安全に資するとのドグマに陥っているように思える。多くの天災のときの状況などでも明らかのように、根拠の乏しい、誤認に基づく情報は、かえって方向性を歪め

るのである。また、徒に情報提供を医療現場に求めると、現場に無用の負担をかけることになるうえ、提供のための情報のみを提供する傾向が生ずるバイアスが生ずる危険性がある。

- (4) 宮澤構成員、加藤構成員らは訴訟等の紛争解決の視点から、事件の特定性を求めるため、最初から具体的な内容の記載を求められるのであろうが、第1報であることを勘案されれば、その後にセンターへの相談等のやり取りで、さらに詳細が把握されうるのであって、最初からできるだけ内容を詳しく書いて、その後に修正していくというのは順序が逆であろう。
- (5) 河野構成員のご意見は、具体例を踏まえてのご発言かどうかは不明であるが、類似の報告が多く生じてきたような場合において、緊急に対応する必要がある場合（たとえば原因不明の突然死をきたすような感染症が流行している疑い）は、センターがその内容等をさらに詳細に調査することができる規定になっているのであるから、対処は可能だと思われる。

## 2 第1報の報告期限について

- (1) 「遅滞なく報告」との文言であるが、山本和彦座長も意識してのご指摘と思われるが、大阪高裁昭和37年12月10日判決（判例タイムズ141号59p）は、『すみやかに』という文言は本法第十七条第一項においてのみ用いられているものではなく、広く各法令において慣用されている法令用語であつて、そこには立法上の技術に基く定着した一定の約束と慣例が認められるのである。即ち『すみやかに』は、『直ちに』『遅滞なく』という用語とともに時間的即時性を表わすものとして用いられるが、これらは区別して用いられており、その即時性は、最も強いものが『直ちに』であり、ついで『すみやかに』、さらに『遅滞なく』の順に弱まつており、『遅滞なく』は正当な又は合理的な理由による遅滞は許容されるものと解されている。」と述べている。そして、「ところで『すみやかに』というのは、『何日以内に』という数量的な観念とちがつて、価値判断を伴う用語であつて、その判断には解釈を必要とするのであるが、このことは『直ちに』『遅滞なく』についても同様であり、さらに広く法律用語の大部分についても共通の性格であつて、ひとり『すみやかに』の用語にのみ限られたものではない。一定の行為を命ずる場合に『何日以内』というような確定期限をもつてするか、或いは『直ちに』『すみやかに』というような定め方をするかは、その法令の立法趣旨、要求される行為の直接の目的、性質、方式等によつて合目的合理的に考えられるべきであつて、作為又は不作為を命ずる場合に確定期限による定め方のみですべての場合に対処することは、複雑多岐にわたる社会生活事象に照らせば、現実には不可能、不適當であることは明らかである。」としている。

なお、同判決の原審の大阪地裁昭和37年7月14日判決（判例時報327

号 48p) は日本刀の譲渡を受けたにも関わらず 7 か月以上、銃砲刀剣類等所持取締法第 33 条、第 17 条第 1 項の「すみやかに届け出ない者は処罰する」旨の規定にも関わらず届けなかった事案について、同規定は、期間が不明瞭であり憲法第 31 条に違反し無効な規定であるとして被告人を無罪としている。

- (2) さて、本報告は、センターが事故事案を院内で検討した結果についてさらに分析・調査を行って、以て医療安全に資することを目的とするものであり、第 1 報たる医療機関からの報告によって直ちに効果を得ようとするものではない。従って、24 時間以内の報告義務を課すなどは、医療機関を思考停止に陥らせ、片端から報告させることで、事故センターへの報告件数のみを増やし、あるいは遺族からのセンターへの再調査要請に結び付けようとするといった趣旨であるならともかく、法令の趣旨からしては賛同しかねる。
- (3) 本制度は、全く新しい制度であり、医療機関においても、報告すべき事案について検討を重ねた上で報告を行う方が、本制度の制度趣旨、適正な報告案件についての学習効果も得られよう。従って 1 か月程度というのは遅きに失するとは考えられない。

### 3 院内調査過程の内部資料について

- (1) これらは、センターに対しても「外部」として提出しないのは WHO ドラフトガイドラインの大原則である秘匿性から当然である。

この点は、構成員に異論はないと思われる。

- (2) センターの医療機関への質問等は、医療安全のために必要不可欠かつ最低限の範囲で、当該事件に関与した医療従事者等の人権を保障した範囲でのみ行いうるものであって、医療機関の内部調査資料をそのまま提出させるなど、WHO ドラフトガイドラインに真っ向から反するものである。

### 4 事故報告書の作成および遺族への交付について

- (1) この点加藤構成員が安部総理の国会での発言を引いて、見解を述べておられるが、平成 26 年 5 月 14 日厚生労働委員会議事録（資料 1）を見ればわかるように、報告書を遺族に交付するといった発言は全く見られない。
- (2) 事故報告書の作成自体、医療機関にとって、文言の表現等に神経質になり、検討以外の側面で時間を要することになるために、却って医療安全に反することになるばかりか、遺族がこれをもって訴訟や刑事告訴に用いるようなことになれば、一切のセンター報告はなくなり、本制度自体は立ち行かなくなることは必定であろう。
- (3) 訴訟等を生業とする弁護士は、紛争のためのツールとして期待しているようであるが（資料 2 医療問題弁護団のウェブサイト、資料 3 大阪弁護士会広告、東京 3 会の法律相談センターの東京メトロ霞ヶ関駅構内の広告 資料

4 宮澤構成員の弁護士論考)、本事故調査制度は、紛争解決や紛争惹起のための制度ではない。もし、報告書の形式にして、これを遺族に交付すれば、すれば、内容の如何に関わらず紛争化するリスクが高まる。むしろ法令の条文をどう依頼人の利益に叶うように読むかに長ける職人として、文言の一字一句に金銭請求への活路を見いだしていくのが弁護士の仕事だからである。

(4) なお、センターの作成する報告書も、匿名化した報告書であり(第186回国会 厚生労働委員会 第17号 平成26年5月9日)直ちに訴訟資料にはならないことは国会答弁で明らかである。

(5) 東京高裁平成23年5月17日判決(判例タイムズ1370号239p)は独立行政法人国立病院機構における医療事故に関し、同機構の運営する各病院の院長等をもって構成する全国国立病院院長協議会に置かれた医療事故評価委員会から付託を受けた評価専門医が作成した医療事故報告書について、東京高裁平成15年7月15日決定(判例タイムズ1145号298p)は、私立医科大学内の医療事故調査委員会が作成した文書について、広島高裁岡山支部平成16年4月6日決定(判例タイムズ1145号298p)7は国立大学医学部附属病院内で医療事故の状況等に関して文部省及び病院長等に報告等するために作成した文書について、最高裁平成23年9月30日決定(日経メディカル2011年11月号「保険会社への事故報告書、患者への開示要求を棄却」平井利明)、は医療機関から損害保険会社への事故報告書について、いずれも文書提出命令の対象外との判断を行っており、遺族等に対する秘匿性を認めている。

#### 5 センターの複数指定について

(1) 松原構成員のご主張のように、センターを複数置くことは適切である。今回の事故調査制度は、特定機能病院の事故収集制度とは異なり、個々の事例について、院内において丁寧に、外部委員なども必要に応じて入れて検討をし、もって医療事故の減少につなげようとするものである。

従って、一つの機関に多くの事故例を集積する必要はない。まして、医療機関の自主的な医療事故の報告による制度骨格であるから、複数のセンターが、医療機関にとって使いやすい工夫をすることで競争を行うべきであろう。

(2) WHO ドラフトガイドラインはセンターの独立性が必要であるとしているが、今回のセンターは厚生労働省の監督・関与が強く、独立性には大きな疑問が残る。その意味でも、複数の機関を置いておくことは重要であろう。

(3) さらに、前回の私の意見書の中での質問が、座長及び事務局から回答されることがなかったが、厚労省事務局担当者から個人的にご説明をいただいたので、前提として述べておくが、厚生労働省の本事故調査制度の概算要求額は10.5億円であり(資料5)、医療機関からの報告件数は、特定機能病院にお

ける死亡事故の報告件数に、病床数で全医療機関に按分して推測した数字をもとに、センター独自の調査委員会のようなものは前提とせず（医療機関からの報告の分析費用のみ）で見積もり費用を算定しているとのこと説明であった。

とすれば、医療機関からの報告をファイルして、適宜「まとめた」として報告書などを作成しておけば、10.5億円の人件費等の予算が確保できるのであり、厚生労働省としても雇用創出に寄与するとの発想であろう。

そして、報告件数が増加すれば、予算額も今後増大することは間違いない。

- (4) 現時点で、厚生労働省の厳重な監督を受ける形で、本医療事故調査制度が実施しうるのは、おそらく松原構成員のご発言のように、特定機能病院の医療事故収集制度を担う（財）医療機能評価機構とモデル事業を実施していた（社）医療安全調査機構であろうが、前者の役員構成には、本検討部会の構成員である病院団体と宮澤潤弁護士が入っている。後者は、定款で、学会と病院団体が構成員となっている。
- (5) 国民におかれてはそのような視点での、本検討部会の議論推移の観察も有用であろう。

#### 6 センターの独自調査の開始時期について

- (1) 特に、遺族からの調査依頼が問題になるであろうが、加藤構成員のおっしゃる通り「何年もそのまま、その後の動きがない、報告書が上がらない」というときには、当然遺族はその後どうなったのかということを知りたい、きちんとお答えいただければ、それはそれでいいのかもしれませんが、そこがきちんといかない場合は、この第三者機関が調査することができる仕組みになっていると解釈せざるを得ない。」とするのが自然であろう。
- (2) すなわち、要件は①センターに医療事故発生の報告があること。②センターへの事故調査終了の報告が数年間にわたってないこと。③その理由が、合理的でないこと（ただし、遺族の納得の問題ではないであろう。客観的に合理的な理由の存否で判断されるべきであろう。）④当該事故事案が、医療事故再発防止、医療安全に具体的に必要不可欠であることが要件であろう。

#### 7 センターへの報告について、再発防止策は記載するかどうか

- (1) 再発防止策の必要的記載はむしろ有害無益であろう。院内で、死亡事案以外の事故や、ヒアリハット報告なども含めて、常設の医療安全委員会で検討することが適切である。
- (2) しかし、センターを通じた薬剤名の紛らわしさや、剤型の改善要望などは、「改善策」として、特に記載項目を設けるのではなく、特記事項として、許容的あるいは任意的記載事項とすれば足りるであろう。

- (3) むしろ、十分な医療従事者の人員配置ができるような診療報酬の増額要望はシステム論として非常に重要な点であるから、この点は、特に項目を設けて、○をつけるような形で意見を収集すれば、医療安全と診療報酬抑制政策の因果関係が明瞭になり、医療安全のための真の課題解決のために資することは疑いもない。また、このような結果になれば、自動的に診療報酬の増額を行うような施策を厚生労働省も行うべきである。

#### 8 高宮構成員のご発言・および事故定義について

- (1) 高宮構成員は、自殺については、報告すべき医療事故の対象とはしないという高宮氏が代表として御意見を述べる日本精神病院協会の見解とのことであるので、訂正し、賛同する。
- (2) 一方、高宮構成員のおっしゃる、隔離、身体拘束中の転倒・転落は、医療法上、医療安全目的という同趣旨の特定機能病院における事故収集制度の用語との整合性から、今回の制度からは排除するべきである。
- (3) 調査対象として、これが必要、これも検討するべきとの意見は、いずれも傾聴するべきであるが、本事故調査制度は、新たに国民たる医療機関や医師等の医療従事者に多大の負担をかけ、税金からの多額の出捐を要するものであるから、感度・特異度についての配慮が必要である。

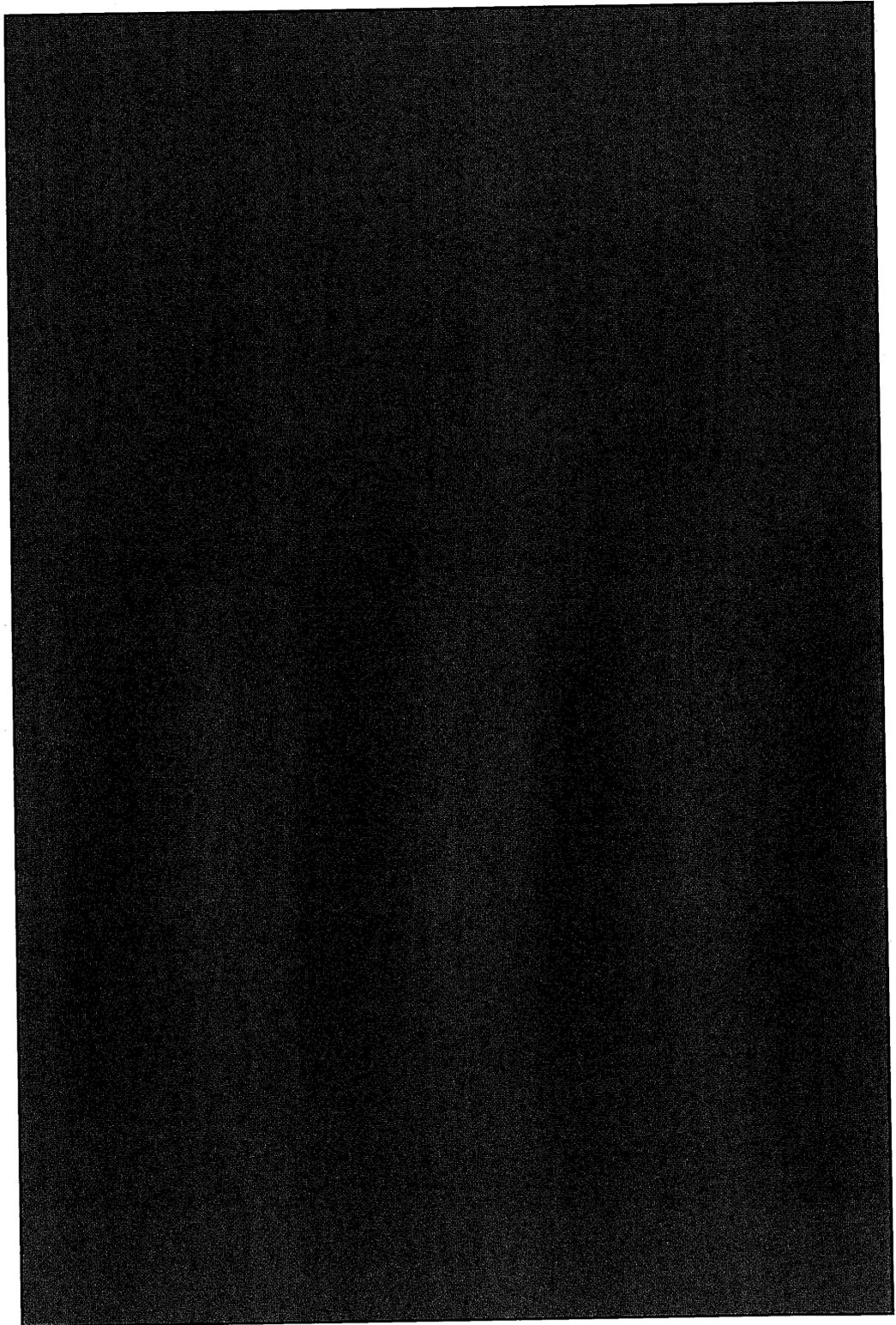
多くの事故類型を調査するべきという見解は、感度を高めよとのご意見であろうが、検診でもわかるように、徒に感度を高めると、精査による事故率も増加し、費用や、労力で問題が生ずる。一般的に、検診システムは、特異度を重視した設計になっていることは医療関係者であれば常識であろうが、本事故調査制度は、疫学的な調査ではなく、1件1件に時間をかけて丁寧に調査を行うことを主眼としているのであるから、特異度を重視し、「これは件数だけでみても多くなり過ぎるから、負担を考えると報告しなくてもよいのではないか。また、特定機能病院の事故調査制度や、死亡以外の事案も含めた他の調査研究などを活用する方が、事故再発防止のためにより良い情報が得られるのではないか。」といった視点からネガティブリストを作成し、そのリスト個々に包含される要件を法条に照らして規範化していけば、特異度の高い省令の作成が容易だと思われるので、報告対象となる医療事故についての当職の意見としたい。

#### 9 永井構成員のご発言について

- (1) 当職の意見に対して憤慨しておられるようであるが、意見書において、医療安全を推進する立場から、強く反論を記載するが、永井構成員や、その他の構成員のお気持ちを害する意図はない。しかしながら、私が開陳する反対意見に対して一定の感情が生ずる限りでは、検討部会の

性質上許容されたい。

注：削除部分については、特定の訴訟の判決についての記載であることから、田邊構成員と調整の上削除している。



- (2) 永井構成員がおっしゃる、「医療事故は、現場の医師自身も遭遇する可能性がある」というのは至言である。現場の医療従事者は、自らが

被害者にも加害者にも、ごく身近な目撃者になることも、十分具体性をもって認識しており、だからこそ真摯に向き合える立場なのである。

- (3) 一方で、現場を離れ、功成り名を遂げた方や、現場は知らず、書物からの情報で、深夜に不眠不休の活動をした後に患者や遺族から暴言を浴びせられたことのない方、あるいは、紛争惹起の道具として利用するために報告範囲を拡大しようとする者が、現場の医療従事者に比して医療安全に対して大きな発言権があるといった誤解をもっているのであれば、それは改められるべきである。

#### 10 宮澤構成員のご発言について

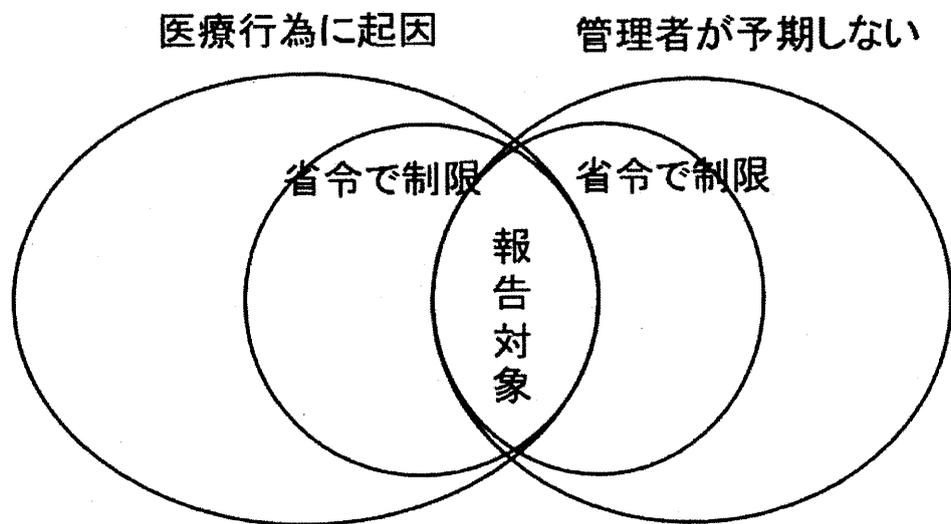
- (1) 事故調査制度がなくなると、医療事故に警察が介入してくるといった医療現場への恫喝ともとれる発言をされているようであるが、医療法人協会ガイドラインにも記載したように、医療事故であっても外表面に明確な異状がなければ、医師法 21 条の対象外であるし、むしろ、今回の医療事故調査制度は、警察等司法機関の介入をブロックする手だてはとられていない。従って、宮澤構成員の発言は、前提を欠く発言であると思慮する。宮澤構成員は、医療側の弁護士であるとのことであるし、厚労省の委員会等におかれては常連として頻繁に重用されている方であるので、かかるご発言には疑問を感じないわけにはいかない。
- (2) また、医師法 21 条の異状死体の取り扱いについては、佐藤参考人が説明されたように、国立病院機構のマニュアルなどにも最高裁判例に反した記載が未だに行われており、現場の医療従事者の人権侵害が継続している。このような誤った医療機関の運用実態が、警察の介入を招いているのであって、今回の事故調査制度は、むしろ遺族が調査報告書をもって刑事告訴するなどの危険性を内包していることに留意すべきである。

#### 11 報告範囲について

- (1) 当職は、今回の改正法における医療機関からセンターへ報告すべき医療事故としては以下のような図で見ればわかりやすいと考える。
- (2) すなわち、医療行為起因性があり、かつ省令によって限定され（拡張ではない。省令は『定義』するのではなく『限定』であるべきである）さらに管理者の予期しなかったもので、省令で限定されるものに限るべきである。教条主義的な議論は不要であるが、法律の文言を拡張的に解釈することは禁物である。
- (3) そして、先に述べたように、特異度の高い、精選されたケースをじっくり検討できるように、報告は不要で、負担が大きい、弊害があるよう

な事故を除外し、それらの事故の属性を省令に記載して、報告除外事項  
すれば足りるであろう。

そして、重要なことは、この作業によって、重要だと思われる事故が  
報告対象外になることを恐れないことである。円滑な制度のスタートに  
はそのような知恵が必要ではあるまいか。



添付した資料

- 1 平成 26 年 5 月 14 日厚生労働委員会議事録
- 2 医療問題弁護団ウェブページ
- 3 大阪弁護士会リーフ・東京三会法律相談広告（メトロ霞ヶ関駅）
- 4 宮澤潤構成員論考「医療事故調は紛争解決のツールとなり得るか」
- 5 平成 27 年度厚生労働省概算要求

平成 26 年 5 月 14 日厚生労働委員会議事録

[http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb\\_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009718620140514019.htm](http://www.shugiin.go.jp/internet/itdb_kaigiroku.nsf/html/kaigiroku/009718620140514019.htm)

○あべ委員 ありがとうございます。

新しいことを始めていくとき、いつでも不安はつきものでございますが、今の制度のままでは、次世代に対してしっかりと責任のある社会保障制度は困難であると私は思っております。そのお覚悟を持って、また政府の体制も、しっかりと市町村を支えていくということで、ぜひともお願いしたいというふうに思っております。

二点目でございますが、医療事故でございます。

この問題は本当に、原因究明と再発防止、この二つの目的を実現する、その仕組みは困難が伴ってまいります。医療者の方からの非常な不安も出ております。医療関係者誰もが、医療事故を起こそうとは思っていません。医療事故の発生を望んでもいません。しかしながら、医療事故は起こってしまうわけであります。

そうした中、今回、調査結果報告書が一体どういう使われ方をするのかというのが医療者の懸念であります。特に、予期せぬ死亡また死産、それはどういう場合なのか、さまざまな不安を医療者は抱えているわけであります。

私は、何といたっても、同じ過ちを繰り返さない、再発防止である、ここが重要なんだと思っております。医療事故で御家族を亡くされた方々が、何とかこの再発防止の仕組みを入れてほしい、自分の家族が亡くなったことを無駄にしてほしくはない、医療者を責めるのではない、もうこのようなことは決してないようにしてほしいというのが、医療事故の原因究明と再発防止では一番大切な部分だと思っております。

この調査制度は医療事故の再発防止に重点を置いた仕組みであるということを、改めて総理の御所見をお伺いいたします。

○安倍内閣総理大臣 今委員がおっしゃったように、再発を防止する、同じ原因で人の命が失われることはあってはならないわけでありまして、医療事故の再発防止のためには、医療機関が問題意識を持ってしっかりと対応していくことが重要であると考えております。

こうした観点から、今回創設する調査制度は、医療機関が医療事故として報告した事例

を第三者機関において分析するとともに、医療機関や遺族等への情報提供を通じて医療事故の再発防止につなげていくことを目的としています。

この制度を実効あるものとするためには、医療機関から届け出る医療事故の定義、範囲を明確にし、各医療機関に周知していく必要があります。このため、今後、厚生労働省を中心に、ガイドラインの作成や研修の実施など、しっかりと対応させたいと考えています。

.....

○井坂委員 次に、医療事故調査制度について、本法案は、調査と再発防止のためと言いながら、結局、報告書が遺族の手に渡ることによって訴訟に使われる可能性が残っている、その結果、医療関係者が一〇〇%正直に調査に応じられない懸念があります。一方で、遺族側は発議ができない、真相究明をしようと思えば、結局、訴訟の手段しか残されていない、こういう仕組みになっております。

医療事故調査報告書は遺族に非公開とするなど、純粹に再発防止のために使い、一方で、無過失補償制度など遺族発議の責任追及制度を設けることで不毛な訴訟も減らしていく、この二本立ての制度が二本同時並行で必要だ、このグランドデザインについて総理の御見解を伺います。

○安倍内閣総理大臣 医療事故の再発防止のためには、医療機関が問題意識を持ってしっかりと対応していくことが重要と考えます。

こうした観点から、今回、創設する調査制度は、医療機関が医療事故として報告した事例を第三者機関において分析するとともに、医療機関や遺族等への情報提供を通じて、医療事故の相互理解や再発防止につなげていくことを目的としています。

この制度では御遺族に医療事故調査結果の報告書を説明することとしていますが、本制度は責任追及や紛争解決を目的とした制度ではないため、今後、ガイドラインの策定等を通じて、医療事故の再発防止という本制度の趣旨がしっかりと伝わるようにしていきたいと考えています。

委員は責任追及の仕組みがなければ中途半端なものとなるとの御意見だというふうに承知をしておりますが、現在の案については、関係者により長きにわたる議論を重ねてようやくこのような形となったものでありまして、医療事故調査の取り組みを前進させ医療安全、信頼できる医療を推進していく観点から御理解をいただきたい、このように思います。

## 医療問題弁護士

与えられる医療から参加する医療へ

HOME

## 医療問題弁護士とは？

代表者プロフィール

医療問題弁護団の概要

最近の活動

提供するサービス

医学的専門知識の習得

弁護団による集団的検討のシステム

苦情解決システム

入団を希望される弁護士の方へ

## 団員解決事件

団員解決事件一覧

## 相談から訴訟等までの流れ

1. 相談

2. 調査活動

3. 訴訟等

4. 費用

相談票ダウンロード

## 医療問題Q&amp;A

1. 医療ミスを疑ったら

2. 医療側に説明を求めるにあたって

3. 法律相談準備

4. 弁護士に依頼するにあたって

5. 調査手続き

6. 医療裁判の現状

7. 医療裁判の流れ

8. 専門家の協力

## 弁護士の声(団員リレーエッセイ)

[医療機器の治験とプロトコル違反  
が問題となったある裁判](#)[銀座眼科レーシック集団感染事件](#)[がん遺伝子治療に関する裁判を経  
験して](#)[日本ヘルスケア歯科学会の認証ミ  
ーティングに参加して](#)[「患者の権利」の遺志を継ぐ](#)

## プレスリリース

[医療事故調査制度創設のための  
医療法改正を求める要請書](#)[「医療事故に係る調査の仕組み等](#)

## 最近の活動

一覧へ戻る

被害対策

## 医療事故の法律相談が初回無料となりました！

2014年10月14日

これまで医療事故の法律相談をお受けするにあたり、ご相談者の方から、相談料をいただいております。

このたび、より一層の医療事故被害者の救済を図っていくため、

**初回相談を無料で行うこととしました。**

是非、医療問題弁護団の医療法律相談をご利用下さい。

相談申し込みの方法は、「相談から訴訟等までの流れ」をご参照下さい。

※ メールでの相談申し込みを受け付けておりますが、メールでの相談には応じておりません。ご了承下さい。

[相談から訴訟等までの流れ](#)

## 例えば こんな場合

- Q1** 医師に簡単な手術だと言われ、手術を依頼しましたが、急に容態が悪化しました。
- Q2** 十分な説明がなのまま、治療が行われて、後に深刻な後遺症に悩んでいます。
- Q3** 緊急入院したが適切な治療を行ってもらえず、家族が死亡しました。
- Q4** 明らかに治療ミスでありながら、病院や医師らは過失を認めようとしません、どうしたらいいでしょうか？
- Q5** 肝炎だと言われてずっと治療をしてきましたが、よくなるないので、別の病院で診てもらおうと肝ガンとの告知を受けました。

**弁護士に  
ご相談ください**

# A

案内テープ

**06-6364-1236**  
**大阪弁護士会**

総合法律相談センター



・京阪中之島線「なにわ橋駅」下車 出口①から徒歩約5分  
 ・地下鉄・京阪本線「淀屋橋駅」下車 1号出口から徒歩約10分  
 ・地下鉄・京阪本線「北浜駅」下車 26号階段から徒歩約7分  
 ・JR東西線「北新地駅」下車 徒歩約15分

〒530-0047 大阪市北区西天満1-12-5  
 大阪弁護士会館 (市民法律センター)

**☎ 06-6364-1248**

(予約受付：月～金・午前9時15分～午後8時)

医療過誤

# 医師の責任を追及したい!!

どうしたらいいの？



## 病院や医師の責任を追及できるのはどんなとき？

### 医療事故の発生

病気の治療や手術を受けた結果、思いがけない重度の障害が残ったり、亡くなってしまうといったことがあります。



そんなとき、信頼していた病院や医師に対する不信感がつのってきます。

### 責任を追及できる場合（過失と因果関係）

医療の現場で発生する医療事故がすべて病院や医師の責任というわけではありません。医師や看護師が診断や手術、クスリの処方や手当を誤り、その結果損害を被ったという場合に責任が認められます。このように医療機関側に落ち度（過失といいますが）、その結果、患者の死亡や後遺障害など一定の損害が認められる場合（因果関係がある場合）には、病院や医師の責任を追及し、患者側が受けた損害の賠償を求めることができます。

## このままでは納得できない

大阪弁護士会では、医療事故裁判の経験を有する弁護士による医療事故相談窓口を設けています。ぜひご利用ください。

### 医療事故相談にあたって準備していただくもの

- ① 診断書、検査結果など病院から交付を受けたもの
- ② 診療内容や病状の経過を記述した日記やメモ類

### 相談後の手続

カルテ開示を受けていない場合は証拠保全の申立てから受任する場合があります。

カルテ開示や証拠保全により得られた医療記録をもとに、担当弁護士は法的地見地から医療過誤の成否について検討します。

この場合専門的な医師の意見を求めるなど、医師の協力を必要とする場合がほとんどです。



## どんな解決方法があるの？



医療事故について病院や医師の責任を追及する方法は、主に次の2つです。

### 民事責任の追及

患者または遺族が受けた損害の賠償を請求する手続です。示談交渉、民事紛争処理センターでの示談あっせん、民事調停、民事訴訟などがあります。

### 刑事責任の追及

患者が死亡したり、重大な後遺障害を受けた事件で、医療機関側に重大かつ初歩的なミスがある場合に、医師の刑事責任を追及出来る場合もあります。

## 費用は？

### 証拠保全手続費用・調査費用

裁判所にカルテ等の検証を求めると手続（証拠保全）をとる場合は、医療記録の量等により異なりますが、通常、概算で50万円程度かかっています（弁護士費用、コピー代、画像複写代、協力医相談料などを含みます）。

### 示談交渉・調停・訴訟等の費用

調査結果を踏まえて、個別にご相談ください。

### 資力に問題がある場合

訴訟救助や法テラスの法律援助を受け、全ての費用の立替を求められることも可能です。

当駅直結 B1b 弁護士  
03-352

**債務整理、労働、離婚、相続、  
医療過誤など様々な相談に対応!**

東京都新宿区新宿3-1-22 MSOビル6階  
「新宿三丁目駅」A1またはC1出口  
予約受付: **03-5312-5850**

と **信頼** **LC 弁護士会の法律**  
法律相談センター

2014年11月23日 東京メトロ 霞ヶ関駅ホーム 田邊昇撮影

医療事故調は紛争解決のツールとなり得るか

表1 医療関係訴訟事件の処理状況及び平均審理期間  
(平成15年～平成25年)

年	新受	既済	平均審理期間(月)
平成15年	1,003	1,035	27.7
平成16年	1,110	1,004	27.3
平成17年	999	1,062	26.9
平成18年	913	1,139	25.1
平成19年	944	1,027	23.6
平成20年	876	986	24.0
平成21年	732	952	25.2
平成22年	791	921	24.4
平成23年	769	801	25.1
平成24年	786	844	24.5
平成25年	809	803	23.3

(注)

- 1 民事関係訴訟事件には、地方裁判所及び簡易裁判所の事件が含まれる。
- 2 平均審理期間は、各年度の既済事件のものである。
- 3 本表の数値のうち、平成16年までの各数値は、各庁からの報告に基づくものであり、概数である。
- 4 平成25年の数値は、速報値である。

療訴訟の件数と年

そのような前提の下では、この医療訴訟の件数と年

医療関係訴訟は最高裁の統計(表1)によれば、平成16年の1110件の新受件数をピークに平成21年までは一貫して減少が続き、平成21年には732件の新受件数とされている。

一 医療紛争の実態

医療事故調は紛争解決のツールとなり得るか

井 護 士 宮 澤 潤



ただ、平成21年からはほぼ横ばい状態で約800件という数字を中心にならずか上下の振れがある状態となっており、ほぼ安定している状況となっている。一方、厚労省の試算によれば、患者が死亡する医療事故は年間13000〜20000件とされている。

裁判となつてい

る事案全てが死亡事故でないことは当然であるが、その結果の重大性を考えると、訴訟となつていない件数の中でも死亡事故は一定の高い割合を有するものと想像される。

この間産科領域において、どのような変化があつたのかを考えると、産科医療補償制度の創設があつたことを忘れることはできない。

産科医療補償制度は、公益財団法人医療機能評価機構が一定の基準の下、出産に関わる医療事故(産科医等の過失の有無を問わない)が発生し、児に重度の脳性麻痺が発症した場合、一律20歳になるまで合計3000万円の補償を行うとする制度である。

この制度は、補償を行う機能と同時に原因分析を行い、再発の防止をもその制度目的としている。医療機能評価機構の中には、産科医療補償制度に関わる委員会がいくつか設置されており、脳性麻痺の原因を医学的観点から究明してゆくこ

表2 医療事件関係訴訟事件の診療科目別新受件数

(平成20年～平成25年)

診療科目	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年
内科	228	229	237	181	164	180
小児科	22	22	22	19	22	10
精神科(神経科)	30	33	29	30	33	33
皮膚科	9	10	17	7	6	12
外科	180	165	142	123	145	124
整形外科	108	105	105	93	99	90
形成外科	18	19	24	24	24	29
泌尿器科	18	22	9	15	18	24
産婦人科	99	84	89	82	59	56
眼科	27	23	24	22	34	20
耳鼻咽喉科	19	19	16	9	19	6
歯科	70	71	72	76	86	78
麻酔科	8	4	6	8	9	2
その他	119	116	104	81	103	115

本表の数値は、各診療科における医療事故の起こりやすさを表すものではないので、注意されたい。

- (注) 1 複数の診療科目に該当する場合は、そのうちの主要な一科目に計上している。  
 2 平成25年の数値は、速報値である。

とを目的とする原因分析委員会もその一つである。この原因分析委員会は産科・小児科の医師・弁護士等により構成され、レトロスペクティブ(後方視的)に医学的に原因を分析し、再発防止等の検討も行っている。

この原因分析委員会は法的責任を判断

するものではなく、医学的な評価を行い、今後の事故防止に役立てることを目的としている。

## 二 医療紛争の原因

### 1 期待と現実のギャップが紛争を招く

医療紛争に限らず、紛争はほとんどの場合、期待と現実の結果との齟齬が大きい場合に発生すると考えられる。医療分野は専門性が高く、当事者間で事実関係についての理解の度合いが大きく異なる場合が多い。

患者側からは、医師は何でも知っているはずというような過大な期待があり、一方で医療機関側では医学はなお未解明な部分も多く、何故当該事故が発生したのか不明となる場合もあるという現実を理解している。

この様な期待と現実が大きく解離している場合に紛争が発生する。

紛争発生を予防する手段としてインフォームドコンセントの重要性が認識され、事前の説明が充実していく方向に現在進んでいると言える。

ただ、事前の説明は緊急の場合など、医療機関側で十分な説明を行うチャンスが限られている場合があり、また、患者側でも事態に驚き、冷静に理解し、記憶できない場合もあり、常に十分に行い得

るケースばかりであるとは言えない。そのため、原因究明に関する事後の対応が重要な地位を占めることとなる。

## 2 医療事故被害者五つの願い

このような状況を裏付けるように、医療事故に遭った被害者の五つの願いといわれるものの中に真相究明・再発防止が挙げられている。

自らの家族が不幸にして遭遇してしまった医療事故について、本当は何があったか知りたいということが患者側の強い要求として挙げられている。

このように考えると、本当は何があったか知りたいという患者側の要望に応え、信頼性のある説明がなされなければ、医療者側と患者側の溝は深いままとなり、事実認識の程度が近づくことはなく、紛争は激化したまま推移することとなる。

紛争の原因であった両者の格差を縮小させ、紛争とならないか、あるいは紛争が激化することを防止するためには、患者側が信頼できる事後的な説明が必要となる。

医療事故の調査の在り方も前記のような現実に立脚して検討されなければなら

ない。

## 三 医療事故調査の在り方（第三者性の観点）

### 1 第三者の専門家の必要性

患者が死亡する医療事故が年1300〜2000件という数字であることを考えると、その全ての調査につき、センター機能を有する機関で行おうとすることは現実的ではない。

その意味で院内事故調査を基本に置く形となった今回の医療事故調の在り方は現実的であると言える。

また、院内の事情を知る者が行うのが院内の事故原因を検討する際には問題点の指摘可能性などの面から有効であるとの側面もある。

ただ、前述したとおり、患者の望みは「本当は何があったか知りたい」との内容であることから、院内の者のみでは、事故調査が本当に中立・公正に行われたのかという点について、容易に信頼を得られるとは言い難い。

そこで、外部の第三者の専門家が入り、検討する必要があると言える。

### 2 信頼される中立性とは

医療事故調査に関する検討会等において医療関係者の委員からは、第三者を入れるという点については、医療機関を信用できないという前提のこととなるのではないかという強い反発があった。

これは、特に大病院等規模が大きく、機能・人員の充実した医療機関を前提として医療行為を行っている委員からは強く主張がなされた。

自らの自負を有する医療行為に関して、第三者が入らなければ適切で中立的判断がなし得ないとの批判に基づく設定であるとの理解をしてしまった結果であると考える。

しかし、第三者を交えなくとも中立・公正な判断をもって医療事故調査を現実に行い得るといふことと、第三者からの信頼を得られる形で公正・中立を保持するということとは異なる。

敢えて比喩的に言うならば、正義は、正義が行われていると第三者に認識できなければその役割の半分しか果たしていないということと同一であろう。

公正・中立に医療事故調査が行われることは勿論重要であるが、公正・中立に医療事故調査が行なわれているというこ

とが形の上でも患者側に分かるということが制度としての信頼性を保つ根拠となることを忘れてはならない。

患者側から見ても、内実は勿論、形式の面においても公正であることが理解できる形となっていることがその制度としての信頼性を生むものであり、外部の第三者の専門家が加入することは是非必要であると考えられる。

この点に関し、厚労省の当初の事務局案は「必要に応じて第三者の専門家が加わる」という内容であった。しかし、このように必要に応じて外部の第三者の専門家を加えるとなると、費用もかかり、また、議論が様々な観点から出て、面倒であると認識される危険があることから、現実には外部の第三者が加わるのがほとんど期待できなくなってしまう可能性が高い。そこで、筆者は、「原則として外部の専門家が加わり、院内調査を行う」という形に変更することを強く主張し、現在はその形で法案も成立し、ガイドライン作りも進行している。

ただ、ガイドライン策定においては外部の第三者の専門家を入れることを好ましく思わない委員もなお存在し、第三者とは当事者以外、すなわち、医療行為を行った医師と患者が当事者であるのだから、院内の他の医師は第三者に当たるといって、外部からの専門家である必要はないというような主張をされる委員もなお存在した。

しかし、既に述べたように第三者を入れるということが公正・中立を保持しようという機能を目指すものである以上、当事者以外の者であっても院内の専門家であれば、内部の者のみで判断しているとの形となり、公正・中立が疑われかねない。前記のような詭弁とも言うべき主張は、これを容れる余地はないと言わなければならない。

この点に関し、厚労省の当初の事務局案は「必要に応じて第三者の専門家が加わる」という内容であった。しかし、このように必要に応じて外部の第三者の専門家を加えるとなると、費用もかかり、また、議論が様々な観点から出て、面倒であると認識される危険があることから、現実には外部の第三者が加わるのがほとんど期待できなくなってしまう可能性が高い。そこで、筆者は、「原則として外部の専門家が加わり、院内調査を行う」という形に変更することを強く主張し、現在はその形で法案も成立し、ガイドライン作りも進行している。

#### 四 医療事故調査の結果（報告書）の取扱い

##### 1 問題の所在

今回成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により医療法の一部が改正され、医療事故調査の結果を医療事故調査・支援センターに報告をする前に、遺族に対し、事故報告内容の説明をしなければならないとされている。

法文上は調査報告書を遺族に交付する

という形とはなっていない。

そのため報告は口頭でよく、院内事故調査の報告書を遺族らに交付する必要はないとの議論が生まれてくる。

そして、院内調査報告書が裁判等の法的手続に利用されることを危惧して調査報告書は渡さず、その基となったカルテはいくらでも開示・交付するからそれを参照することにより説明としては十分であるとの議論も生まれている。

##### 2 患者家族に報告書そのものを交付して説明すべき

医療行為が高度に専門性を有する側面があることに關しては、おそらく異論はないであろう。そのような医療行為の内容を口頭のみで説明で素人である患者家族は十分理解することができるとはどうか。患者の死亡に対し、最も深く利害関係を有し、また、最も何があったのかについて知りたいとの要望を持っている患者家族に報告書を交付しないということ は理解に苦しむ主張である。

これに対し、事故調査制度は原因の究明と再発の防止という目的をかけたものであるから、患者家族はこの二つの目的と関係がなく、事故報告書を開示・

交付する必要はないとする議論があった。しかし、これは明らかに本制度の視点を置く方向を誤っているものと言わなければならぬ。原因の究明と再発防止は、医療者の技術の向上や医療者が紛争に巻き込まれないようにするために行っているものではない。それは、まさに医療行為の一方当事者である患者が安心して医療を受けられるようにするために行われているということ忘れてはならないのである。このような観点から報告書の取扱いを考えると、報告書を患者家族等に交付しないということは発想として出てくる余地がないと言わなければならぬ。

また、事故報告書は医療法6条の11第4項において医療事故調査・支援センターに報告しなければならぬとされており、開示することが予定されている文書である。その為、家族にとっては亡くなった患者のカルテの開示請求を為し得るのと同様に報告書の開示請求も為し得ると考えなければならない。

個人情報保護法の観点からしても事故報告書は患者に関する情報であり、その情報をコントロールし得る権利は患者及び家族にあると言わなければならぬ。ただ、開示が予定されている報告書以外

の、事情聴取に関する生の録取書等は非開示とされなければ、事実が適切に述べられない危険もあり、そのような文書までは開示の対象とはならないと考えるべきであり、そうである以上そのような生の録取書等は交付する必要はないと考えるべきである。

## 五 報告書は訴訟手続に使用されるか

報告書は患者家族に渡される以上、それをどのような形で利用するかは患者家族側の判断に委ねられると考えなければならない。

したがって、訴訟の場に提出されることも当然あり得ることと考えなければならない。

このような考えに対し、あらかじめ証拠制限契約をし、報告書を証拠として使用しないとの契約を患者側との間で締結することにより、証拠として利用できなくすることができるのと主張をする立場の方がいる。

しかし、どのような結果となるかわからない報告書に対して、事前に証拠として利用することを放棄させるということは、予想できない不利益を一方的に患者

家族に押しつけることとなり、無効となる可能性があると考えるべきであろう。

また、仮にこの証拠制限契約が有効であったとしても、合意に反して事故報告書が裁判上の証拠として提出された場合には、証拠制限契約を合意した当事者に債務不履行の問題は発生するかもしれないが、それが証拠採用の余地をなくす程に強い違法性を帯びているとは考えられず、証拠採用される可能性の方が高いと考えられている。

なお、前記は現実の合意があった場合のことであり、現実の合意すらない院内規則、院内掲示で示しただけでは言うまでもなく、証拠制限契約に関する有効な合意があったとは認められないと考えなければならぬ。

そもそも証拠制限契約によって、民事上の責任を回避しようとするにどのような意味があるのか考えてみる必要がある。

多くの医療機関は現在医師賠償責任保険に加入してその損害を保険によりカバーしており、自らが全額を負担するという事態に直面することはほとんどない。

報告書が双方の手に渡るといことは紛争解決のための基準が提示されることを意味し、むしろ話し合いにより紛争解決

の可能性が高くなり裁判という公の場に引き出されることが減少すると考えるべきであろう。

これは、科別の裁判件数の統計を見ると、産科医療補償制度が創設された後に産科の訴訟事件が減少していることから容易に予測できる結果と言わなければならない。

報告書が患者側にも渡るということは、医療機関にとつても話合いにより早期の紛争解決が望めるという観点からむしろ望ましいとのプラス面を見るべきであろう。

## 六 私見としての刑事罰での軽過失免責

現在医療行為により死亡が発生し、過失があったと評価されると、業務上過失致死に該当し、5年以下の懲役、若しくは禁錮又は100万円以下の罰金を課されることとなる。医療事故に対し、前記のような刑罰を課すことが果たして有効な再発防止策になるのか疑問である。

刑罰の本質は教育刑として考えられ、刑務所内で職業訓練などを行い、それにより社会に復帰した際に、再犯(犯罪の再発)を防止するところにその目的があ

ると言える。そのように考える時、医療従事者はそもそも高度の国家資格を有する者であり、再発の防止の為に印刷等の技術を習得させるような刑務所内での教育は意味がないと言える。

再発防止という目的を考える時、医療事故については刑罰を課すのではなく、どのようなことが起こったのかを包み隠さず説明することこそが事故の再発防止に重要なのではないだろうか。

このように考えるのは、医療の基礎となる医学そのものがなお、完成された学問ではなく、未解明な部分が多いことから、どのような事態が何をする事によって起こったのかの点を解明することによってこそ医療事故の再発防止を行い得るのであり、刑罰によっては決して医療事故の再発防止という目的を達成できないと信ずるからである。

民法法の領域では失火責任法により不法行為の原則が修正され、重過失の場合にのみ損害賠償責任を負うこととなっている。

刑事法の領域においても医療事故の再発防止の観点から医療事故における軽過失を刑事免責し、故意・重過失のみを刑事責任の対象とすることが考えられてよいのではないかと考えている。これは、

立法政策上の問題であり、不可能なことではない。

自らが刑事責任を負う可能性のある事実について自ら全て説明し、開示してゆくということは、黙秘権という権利が存在することからも分かるとおり、容易に為し得るものではなく、そのような方法を取り続ける限り事故の真相解明は容易ではないと言わなければならない。

(みやざわ・じゅん)

# 平成27年度 概算要求の概要

(厚生労働省医政局)

平成27年度 概算要求額	2, 348億2千2百万円
〔うち、新しい日本のための優先課題推進枠 東日本大震災復興特別会計〕	417億1千5百万円 223億2千万円
平成26年度 当初予算額	1, 851億3千1百万円
差引増減額	496億9千万円
対前年度比	126. 8%

(注1) 上記計数には、厚生労働科学研究費補助金等は含まない。  
(注2) 税制抜本改革法に基づく消費税率の引上げについては、同法附則第18条に則って、経済状況等を総合的に勘案して判断を行うこととされている。  
税制抜本改革に伴う社会保障の充実及び消費税率の引上げに伴う支出の増については、上記の判断を踏まえて、予算編成過程で検討する。

## 「新しい日本のための優先課題推進枠」要望施策

<b>安心で質の高い医療サービス提供体制の構築</b>	<b>21. 8億円</b>
(1) 女性医師が働きやすい環境の整備	1. 2億円
(2) 専門医に関する新たな仕組みの構築に向けた支援	3. 7億円
(3) チーム医療の推進	6. 3億円
(4) 医療事故調査制度の実施	10. 5億円
<b>医療のICT化</b>	<b>28. 2億円</b>
(1) 医療分野におけるICT化の推進及び基盤整備	24億円
(2) 医療情報の共有・連携の推進	4. 2億円
<b>世界に先駆けた革新的医薬品・医療機器の実用化</b>	<b>79. 5億円</b>
(1) 医療分野の研究開発の促進	13. 4億円
(2) 研究機関における研究開発の促進	66. 1億円
<b>医療関連産業の活性化</b>	<b>16. 9億円</b>
(1) 医療の国際展開	15. 9億円
(2) 新たな医薬品・医療機器開発の促進	1億円
<b>防災・減災の取組の推進</b>	<b>270. 7億円</b>
(1) 有床診療所等のスプリンクラー等整備事業	193. 9億円
(2) ドクターヘリ導入促進事業	51. 7億円 等

**5****チーム医療の推進(特定行為に係る看護師の研修制度の実施に向けた取組)****642百万円【うち、推進枠 632百万円】(39百万円)**

特定行為に係る看護師の研修制度の実施に向け、指定研修機関の確保、指定研修修了者の計画的な養成、指導者育成に対する支援等を行う。

**【一部新規】(一部推進枠)**

**6****医療事故調査制度の実施****1,052百万円【うち、推進枠 1,052百万円】**

医療事故調査結果を収集・分析し、再発防止のための普及啓発等を行うことにより医療の安全の確保に資する民間の第三者機関(医療事故調査・支援センター)の運営等に必要な経費を支援する。**【新規】(推進枠)**

**7****在宅医療提供体制の整備****18百万円**

地域での在宅医療にかかる研修会を支えるため、専門知識や経験を豊富に備えた講師人材を養成し、地域に紹介するなどの取組により、地域の在宅医療推進のための取組を支援する。**【新規】**

**8****患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療の実現に向けた取組****53百万円(54百万円)**

患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するために、医療機関における人生の最終段階における医療に関する相談員の配置等に必要な支援を行うとともに、相談事例の情報を収集・解析し、適切な体制の構築に活用する。