

第3回 医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会

医療版事故調査機関の早期設立

「医療事故の原因究明をして、再発防止を図り、 医療事故にあった患者や家族に公正な対応」

2012年 4月 27日

医療事故被害者遺族

永井裕之

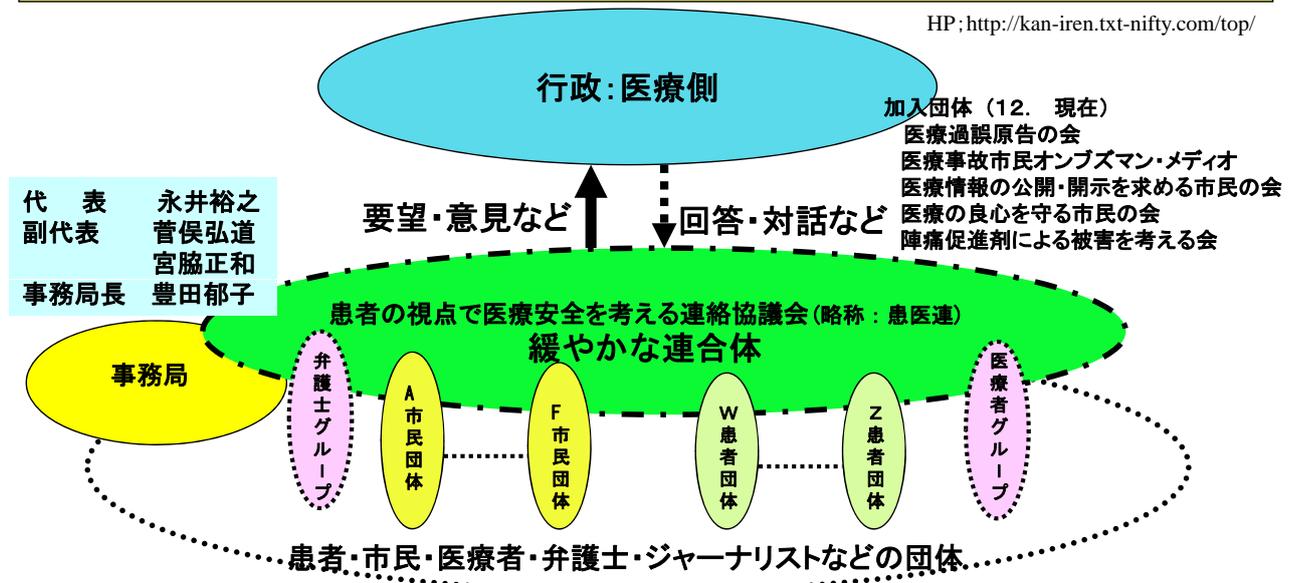
「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」代表

「医療の良心を守る市民の会」代表

1

患者の視点で医療安全を考える連絡協議会 (略称：患医連)

HP; <http://kan-iren.txt-nifty.com/top/>



医療事故の減少や医療の質・安全の向上を実現させるために活動している医療事故被害者・遺族、市民、医療者の団体が連携して、2008年に結成した。

—医療版事故調の早期設立を願って活動—

医療事故調査機関の早期設立キャンペーン

医療事故調査機関 早期設立キャンペーン

医療中でおこる事故。
悲しむ人々が増え続けている。

医療事故の再発防止には
第三者機関による
調査、原因究明が必要です。



医療に安全文化を 医療に安全文化を

京都市協会の医療安全を推進する連絡協議会
連絡先 (FAX) : 047-380-0806

私たちが求める医療版事故調

私たちが求める医療版事故調（医療事故調査機関）は
次の目的と性格をそなえるものです。

1 目的

医療事故の原因を究明して、再発防止を図り、医療事故にあった患者・家族への
公正な対応を目的としたもの

2 性格

公正中立性：中立の立場で、手続と調査内容が公正であること
透明性：公正中立に調査が行われていることが外部からみて明らかこと
専門性：事故分析の専門家によって、原因究明・再発防止を図ること
独立性：医療行政や行政処分・刑事処分などを行う部署から独立していること
実効性：医療安全体制づくりに、国が十分な予算措置を講ずること

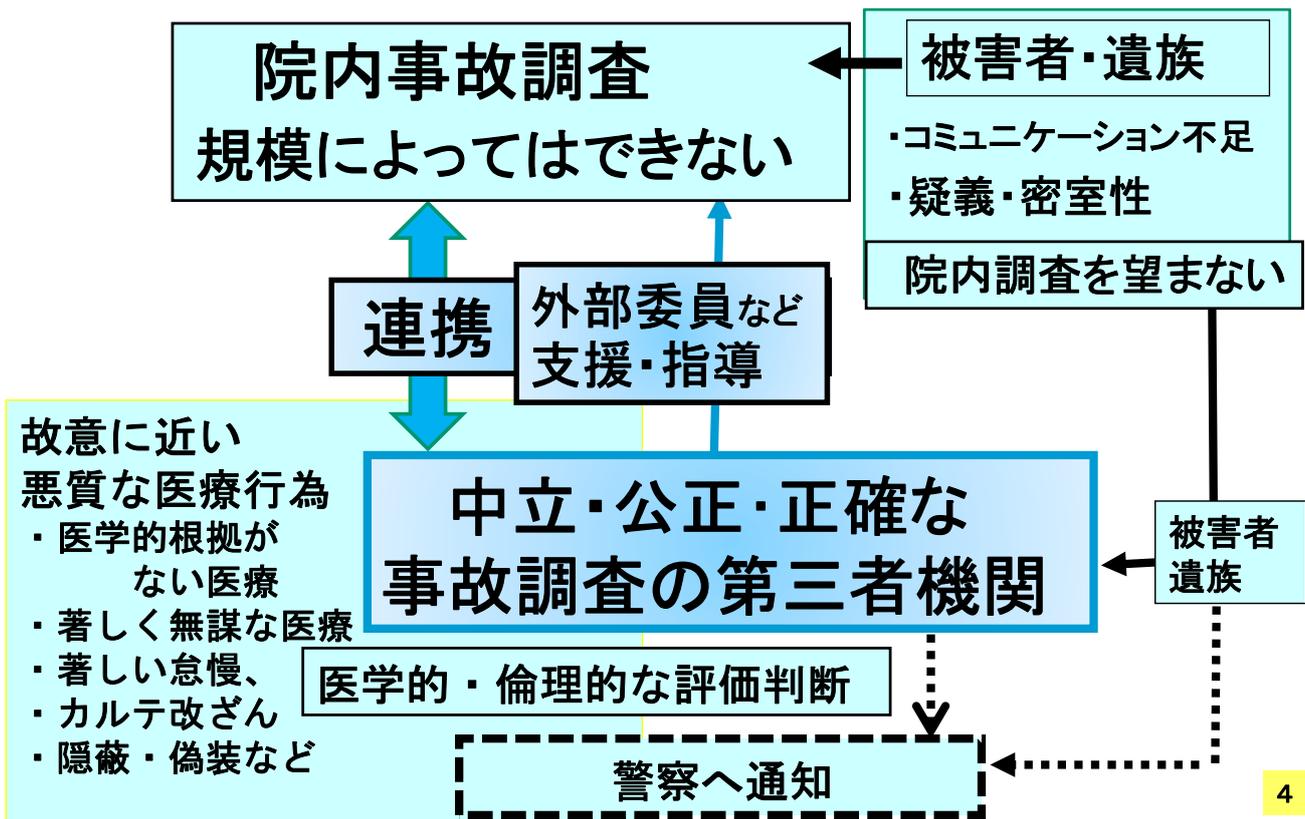
このような医療版事故調の早期設立を求めます。
医療事故調査が、目的に沿って実現されるように、
医療版事故調の具体的なあり方を考えていきましょう！

・医療事故調査制度の法制化を求める要請書（'12.4）
：永井補足資料 - 1

・国会議員会館 院内集会
医療事故の第三者調査制度の構築及び院内事故調査
制度の法制化を求める意見書（'11.7）
永井補足資料 - 2

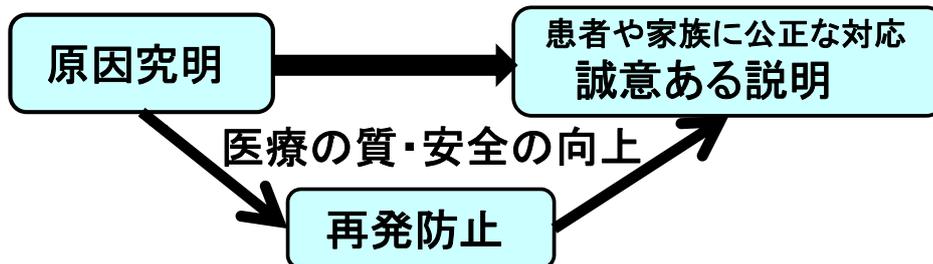
3

医療事故調査：第三者機関と院内との関係



私たちの求める事故調の目的は？

医療事故の原因究明をして、再発防止を図り、医療事故にあった患者や家族に公正な対応をする



私たちの求める事故調の性格は？

1. 公正中立性 中立の立場で、手続・調査内容が公正である

2. 透明性
公正中立に調査が行われていることが、外部からみて明らか

3. 専門性
事故分析の専門家が、原因究明・再発防止を図る

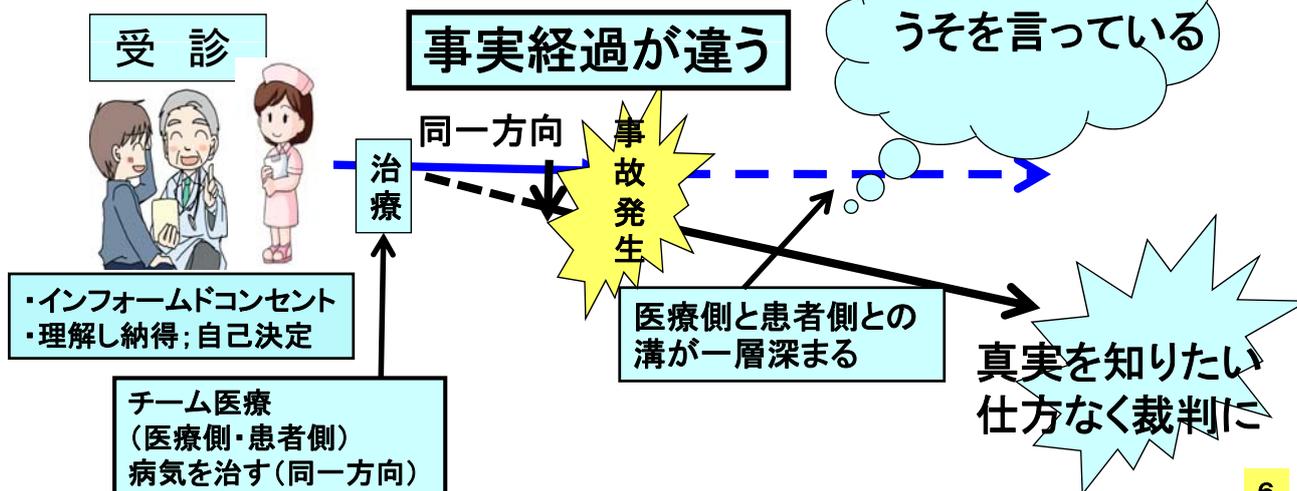
4. 独立性
医療行政や刑事・行政処分を行う部署から独立している

5. 実効性 医療安全体制づくりに、国が十分な予算措置を講ずる

5

医療事故？ ゼロにはできない・・・

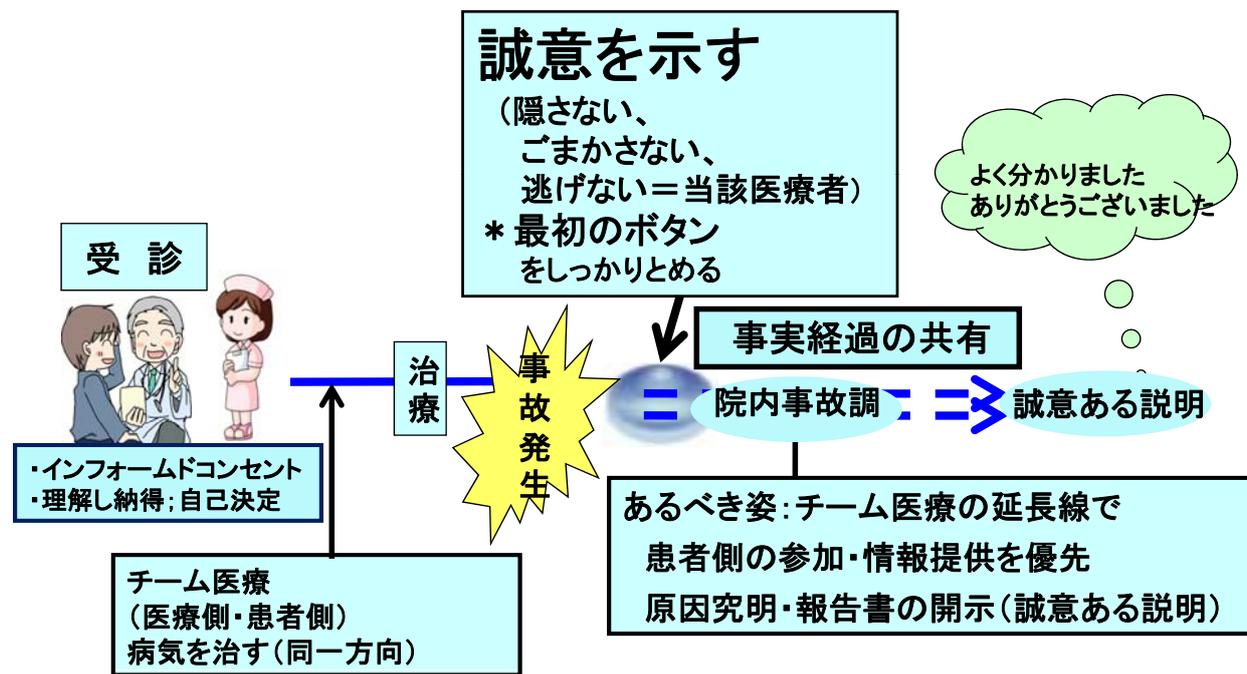
医療側の説明・コミュニケーション不足、対応の悪さなどからの患者側のモヤモヤした気持ちが、事故が発生した時に不信感を急増



6

信頼を得るための医療事故対応

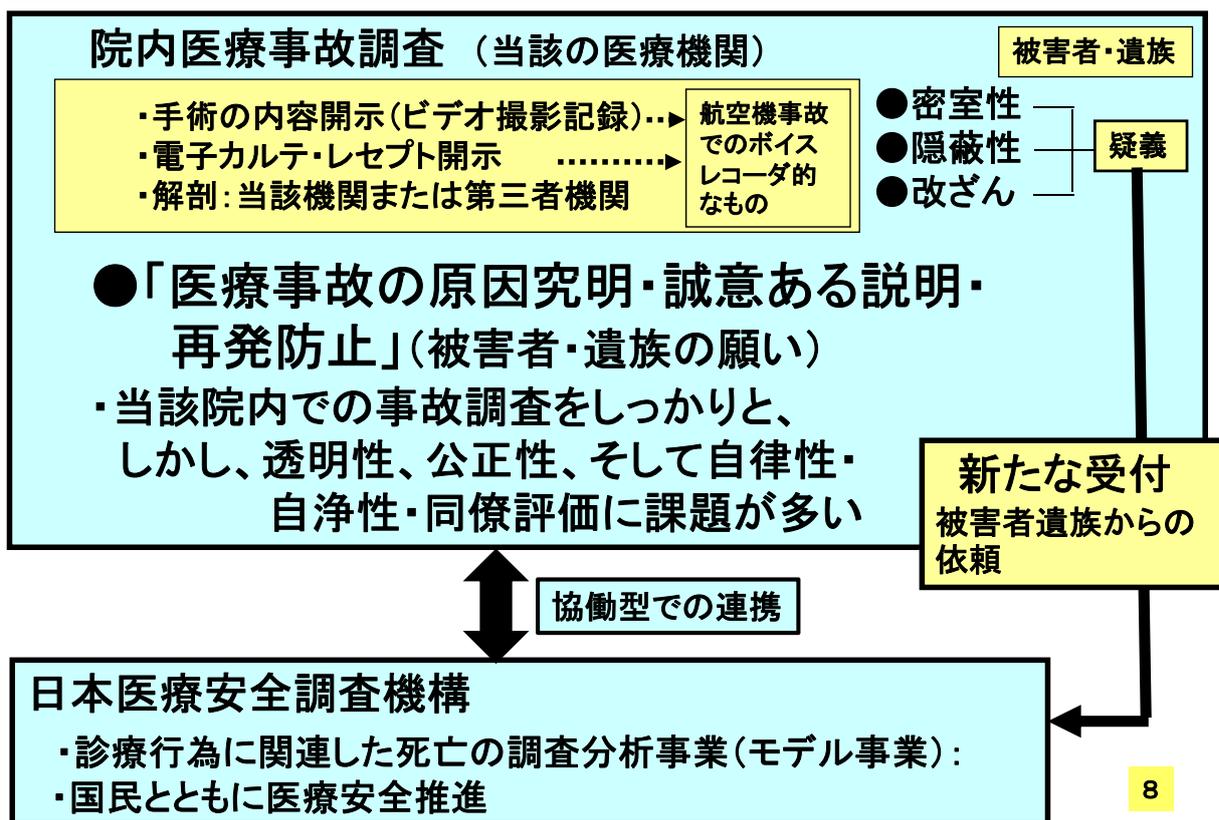
—うそをつかない医療：正直文化—



院内 医療事故調査委員会 (第三者の出席は必須)

7

当該院内での事故調査は当然、しかし...



8

モデル事業の火を消すな！

* 事業仕分け「費用対効果」で予算大幅カット
・民主党政権下で厚労省関連事業として厳しい実態

* モデル事業の判断：被害者遺族の満足度は高い
着実に医療安全に貢献している
・『モデル事業』の成果を「医療版事故調」に引き継ぐ
・その見通しが出来るまでは、『モデル事業』を
やり続けること

* 平成16年9月30日 日本医学会加盟19学会声明
「診療行為に関連した患者死亡の届出について～中立的専門
機関の創設に向けて ～声明は生きている！
日本医療安全調査機構事業に19学会全てが参加（'12.4）

9

安全文化の国民的定着(安全意識・安全運動)

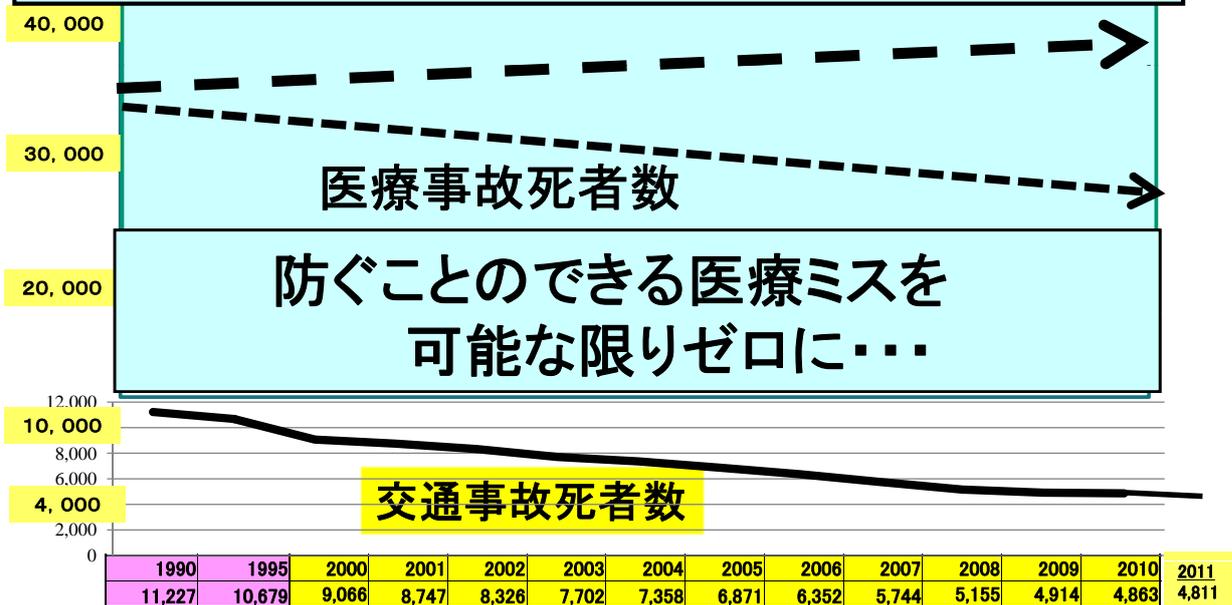
- 1) 交通安全：50年以上前から
- 2) 製品安全：40数年前から
- 3) 食の安全：10年くらい前から

4) 医療安全：政治も、行政も、国民も、
これから

「医療安全運動」を交通安全運動以上に、
国を挙げて実施していくべき時

交通事故死より多い

交通事故死 = 9,066人('00) → 4,811人('11)
 医療事故死 = 2~4万人('00) → 2~4万人('11)



11

日本の医療過誤での死亡者数は？

推計 年間死亡者数	医療過誤	20,358人
	有害事象	40,651人

- *「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」報告書 平成18年3月
 - ・医療過誤で死亡 = 627人に1人
 - ・有害事象で死亡 = 314人に1人
- *推計ベース; 厚生労働省平成20年患者調査の概要
 - ・平成20年9月(1ヶ月)一般病床における退院患者数 = 106万3700人
 - ・全国の年間退院患者数 = 約1276万4400人

医療事故調査会(森功会長)

医療事故死亡数 = 年間3~4万人と推定(平均3.5万人)

12

報告文化？医療事故情報収集等事業—平成22年年報 (日本医療機能評価機構)

平成22年年報：平成22年1月～12月：1年間、

●事故報告がゼロ(報告義務を負う医療機関=272)

1) 医療機関：66/272施設(24.3%)；21年度 61/273

2) 病床規模別

* 500床以上：20/119施設(16.8%)；21年度 21/273

(1000床以上：5/30施設；21年度 2施設)

3) 学校法人

・国立大学：3/45施設

・私立大学：20/51施設

正直者が得をする仕組みを！

13

望ましい報告数

インシデントレポート件数 = ベッド数 × 5

<例> 1,000床；約5,000件

医師の報告数(1割) ex；約5,000件 = 500件

● 医師が上げるインシデントレポートは圧倒的に重症度が高い

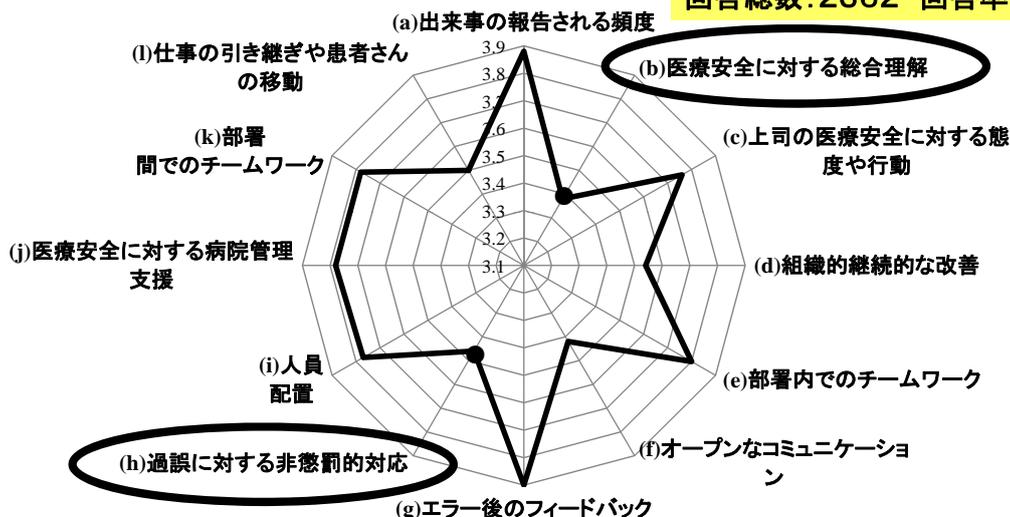
● 医師の報告が少ない ⇒ 病院が重要な情報を把握できていない

京都大学(現名古屋大学)長尾能雅教授 提供

14

5病院 全職員の安全意識調査結果

回答総数:2362 回答率:84.5%



永井裕之 大学院修士論文より 2012. 3

* すべての病院に共通している課題:12項目中、5項目
(b)医療安全に対する総合理解 **(d)組織的—継続的な改善**
(f)オープンなコミュニケーション **(h)過誤に対する非懲罰的対応**
(l)仕事の引き継ぎや患者さんの移動

15

医師のコメント(本音?)

- ・自らの医療行為の中で生じた過誤は知られたくないという意識が強い。
- ・犯人探しをするような雰囲気があり、インシデントを出しにくい場面がある。
- ・報告しづらい雰囲気がある、すぐ報告する風土づくりは必要と思う。

●過誤に対する懲罰的対応を恐れている

- ・インシデント報告:『懲罰の対象』『始末書のようなものである』『報告数の多い部署は危険な部署である』
 =インシデントレポートが少ない理由

*正直のものが得をする報告システムの構築が 急務である

永井裕之 大学院修士論文より 2012. 3

16

事故調査(原因究明)⇒無過失補償

「厚労省第3次試案」「大綱案」=国民的な財産(08.6)
なぜこのベースから再検討しないの?白紙に?
・大綱案の修正点を審議し、修正は?

民主党政権(2政務官)

・紛争処理・解決を出発点 ・院内事故調査で十分

資料3 医療過誤原告の会・第33号会報('11.6.1発行)

<シンポジウム>医療事故調査機関の早期設立を('10.12.5開催)

岡井崇教授の発言

P49:まずは原因究明と再発防止、補償は別制度

大綱案に修正で(反対は救急学会など4学会)

P54:院内事故調は相当甘い。

原因究明の仕方が緻密でないというか、安易になりかける

17

医療事故から学び、事故を少なく

医療界での自浄性・透明性・同僚評価を
高めるためにも、

新たな皮袋(医療安全制度)が必要

・事故を報告:報告文化の定着

・「正直文化」(うそをつかない医療)の実践

・「医療に安全文化」が育つ



「医療の質・安全の向上」のために不可欠な
「医療事故調査第三者機関の早期設立を！」
「医療安全制度を小さく産んで、医療者、市民、
国民みんなまで育て上げねばならない」

18

<永井補足資料-1> 第3回医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会
XX党 御中

平成24年 4月 6日

患者の視点で医療安全を考える連絡協議会（略称：患医連）

代表 永井 裕之

参加団体：医療過誤原告の会

医療事故市民オンブズマン・メディアオ

医療情報の公開・開示を求める市民の会

医療の良心を守る市民の会

陣痛促進剤による被害を考える会

医療事故調査制度の法制化を求める要請書

私たち連絡協議会（患医連）は、医療事故の再発防止・医療安全の推進のため、「医療版事故調査機関の早期設立」を実現すべく活動しています。すでに検討された法制化への道がこの約3年間棚上げされてきました。このたび改めて「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」が開始され、医療界も「医療版事故調査機関の設立」を訴えています。私たちは今般、政党各位に対し、以下のとおり要請します。

【要請の趣旨】

医療事故再発防止のため、院内事故調査委員会及び第三者機関による医療事故調査制度の確立（法制化）を求める。

【要請の理由】

わが国では、現在医療事故死亡例が多発しております。同じような医療事故が発生しないために、原因究明をし、再発防止を図り、医療の質・安全の向上を図る必要があります。そのためには、医療事故調査制度の確立が不可欠です。

医療事故が発生した場合、医療機関自らが院内事故調査で、原因究明を行い、医療事故の再発防止・発生予防、及び医療事故に遭った患者・家族の被害救済を図り社会的説明責任を尽くすことが必要です。しかし、いまだ医療機関での院内事故調査が十分になされている状況にはありません。第三者調査制度が確立され、適切な事故調査・再発防止策の策定を行うことによって、医療事故調査の範とならなければなりません。

また、全国のあらゆる医療機関で発生する医療事故の原因を究明し再発防止を図り、全国レベルで医療安全を推進していくためには、やはり第三者調査制度が確立されなければなりません。

したがって、医療事故調査制度の確立には、第三者調査制度及び医療機関内での事故調査制度の両方が制度として確立することが不可欠です。

政党各位におかれましては、両制度の法制化が実現するよう、国会におきましてご尽力賜りたく、次の要請をいたします。

— 記 —

1. 私たち患医連のおもい・意見をお聞きいただく政党ヒアリングの実施
2. 医療事故調査制度の法制化に向けた超党派議連の立ち上げ

<連絡先>

氏名： 永井 裕之

住所：〒279-0012 浦安市入船3-59-101

携帯：090-1795-9452

FAX：047-380-9086

e-mail;kan-iren-info@yahoogleroups.jp

＜永井補足資料－２＞ 第3回医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会

医療事故の第三者調査制度の構築及び院内事故調査制度の法制化を求める意見書を総理大臣、厚生労働大臣、各政党へ提出し、院内集会を開催して医療版事故調の早期設立を訴えた。

内閣総理大臣 菅 直人 殿

厚生労働大臣 細川 律夫 殿

医療事故の第三者調査制度の構築及び院内事故調査制度の法制化
を求める意見書

2011（平成23）年7月26日

患者の視点で医療安全を考える連絡協議会（略称：患医連）

代 表 永 井 裕 之

参加団体：医療過誤原告の会

医療事故市民オンブズマン・メディアオ

医療情報の公開・開示を求める市民の会

医療の良心を守る市民の会

陣痛促進剤による被害を考える会

（連 絡 先）

〒279-0012 浦安市入船3-59-101

携帯：090(1795)9452 FAX 047(380)9086

e-mail;kan-iren-info@yahoogroups.jp

医 療 問 題 弁 護 団

代 表 弁 護 士 鈴 木 利 廣

（事 務 局）

〒124-0025 東京都葛飾区西新小岩1-7-9

西新小岩ハイツ506 福地・野田法律事務所内

電 話 03(5698)8544 FAX 03(5698)7512

患者の権利法をつくる会

事務局長 小林 洋二

(連絡先)

〒812-0054 福岡市東区馬出1-10-2

メディカルセンタービル九大病院前6階

電話 092(641)2150 FAX 092(641)5707

e-mail;kenri-ho@gb3.so-net.jp

意見の趣旨

医療事故調査制度の確立のため、以下の制度を法制化することを求める。

- 1 第三者調査制度を速やかに構築すること
- 2 重大な医療事故（合併症と考える余地がある事例を含む。）が発生した場合に、医療機関が院内で事故調査を行う制度を法制化すること

意見の理由

第1 はじめに

わが国では、後述第2の2(1)のとおり、現在医療事故死亡例が多発しており、医療事故の再発防止・医療安全の推進を図る必要がある。そのためには、医療事故調査制度の確立が不可欠である。

医療事故が発生した場合、後述第3の1のとおり、医療機関自らが院内事故調査で、原因究明を行い、医療事故の再発防止・発生予防、及び医療事故に遭った患者・家族の被害救済を図り社会的説明責任を尽くすことが必要である。しかし、後述第2の2(3)のとおり、いまだ医療機関での院内事故調査が十分になされている状況にはない。第三者調査制度が確立され、適切な事故調査・再発防止策の策定を行うことによって、医療事故調査の範とならなければならない。また、全国のあらゆる医療機関で発生する医療事故の原

因を究明し再発防止図り，全国レベルで医療安全を推進していくためには，やはり第三者調査制度が確立されなければならない。

したがって，医療事故調査制度の確立には，第三者調査制度及び医療機関内での事故調査制度の両方が制度として確立することが不可欠である。

第2 第三者調査制度の構築（意見の趣旨1）について

1 第三者調査制度構築に向けたこれまでの動向及び現状

（1）診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の実施

平成16年4月，日本内科学会，日本外科学会，日本法医学会，日本病理医学会の共同声明，同年9月の日本医学会主要19学会による共同声明，及び平成17年6月の日本学術会議の提言によって，医師法21条の届出制度に替わる新たな届出制度及び中立的・専門的な調査機関を創設する必要があるとの提起がなされた。

このような機関を創設する「モデル」となることを企図して，平成17年9月，日本内科学会が実施主体となって，「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」が開始された。同事業は，診療行為に関連した死亡について原因を究明し，適切な再発防止策を立て，それを医療関係者に周知することによって，医療の質と安全性を高めていくことと，評価結果を遺族及び医療機関に提供することによって医療の透明性の確保を図り，医療への信頼性の確保につなげることを調査の目的としている。

モデル事業の過去5年間の成果を踏まえ，平成22年3月，「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業・これまでの総括と今後に向けての提言」がまとめられた。同提言は，医師法21条の異状死届出事案について調査が困難であること等，同事業実施にあたっての現行制度上の限界が示され，モデル事業の実施によって，医療事故調査を行う中立的第三者機関が，法制度として必要であることが更に明らかになったと述べている。

(2) 厚労省における第三者調査制度創設に向けた動向と現状

ア 新たな医療事故の届出制度及び中立的・専門的な調査機関の創設を求める医療界の声を受けて、モデル事業が開始された後、平成18年2月に福島県で産科医師が逮捕される事態が発生した（福島県立大野病院事件）。これに対し医療界から、警察・検察の捜査方法などに批判の声があがった。このような事態と批判の声を受けて、平成18年6月、衆参両院の各厚生労働委員会が、第三者による調査、紛争解決の仕組み等の検討が必要であるとの決議をした。

イ そのため、厚労省では第三者調査制度の創設に向け具体的検討に入ることとなった。平成19年3月、「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」（いわゆる第一次試案）を公表し、4月には、診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会を設置した。同年10月には、「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案」―第二次試案―を公表した。

第二次試案を公表したころから、厚労省の考える第三者調査制度は医師の刑事責任追及を目的とするものに他ならず認めることはできない等という意見が一部の医師らから強行に主張され始めた。

平成20年4月、「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案」―第三次試案―が公表された。第三次試案に対しては、一部の医師、学会が第二次試案に引き続き反対の意思を表明した。これに対して、医療事故被害者の団体などは、第三次試案は第二次試案と比べて後退しているところがあるものの、原因究明、再発防止を目的とした第三者機関（「医療版事故調」とも言う。）を創設すべきとして、第三次試案に賛同する意思を表明した。

同年6月には、第三者調査制度創設のための法律案の概要を示した「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」が公表された。大綱案と第

三次試案をベースとしたものが、第三者調査制度の厚労省案である。

同案は、標準的な医療から著しく逸脱していると判断される事案につき警察へ通知することを設計していた。これに対し、医療者より強い反発があり、厚労省案は成案に至らず、平成 21 年の政権交代後、第三者調査制度創設の動きは進んでいない。

ウ 医療事故被害者の団体で構成される「患者の視点で医療安全を考える連絡協議会」（患医連）は、平成 22 年 5 月 12 日、内閣総理大臣、両議員、各党に対し、計 23,846 筆の「医療事故調査機関の早期設立を求める要請署名」を提出した。そして、①平成 22 年の国会期間内の早い時期から、両院厚労委員会での真剣な討議を開始すること、②同年度中には「医療版事故調」に関する法案を提出し、成立させること、③各党のマニフェストに「医療版事故調設置」に関する政策を盛り込むことを要請した。

さらに、同年 11 月 24 日、患医連は、両議員及び厚生労働省に対し、平成 22 年度中には「医療版事故調」に関する法案を提出し、成立させるよう要請し、岡本充功厚生労働大臣政務官と面談をした。

それでもなお、第三者調査制度の構築に向けた動きは進展していない。

2 第三者調査制度の構築の必要性

(1) 多数の医療事故死亡者の存在－日本における医療事故死亡者の推計－

我が国の医療機関で医療事故がどの程度起きているか、その実態は把握されていない。このような状況の下、過去に事故の発生頻度を調べることで日本の医療事故の全体像を推計するという考え方にに基づき、「医療事故の全国的発生頻度に関する研究」が行われ、平成 18 年 3 月に報告書がまとめられた。

同研究結果に基づくと、入院患者の 314 人に 1 人が有害事象で死亡し、627 人に 1 人が医療過誤で死亡していると推計される。

この割合から、医療事故死亡数を推計することができる。厚生労働省平成 20 年患者調査の概要によると、平成 20 年 9 月の一般病床における退院患者数は 106 万 3700 人であるので、全国の年間退院患者数を約 1276 万 4400 人と考えることができる。これを入院患者数と同視して上記推計を基に計算すると、314 分の 1 にあたる年間約 4 万 0651 人が有害事象で死亡し、627 分の 1 にあたる年間約 2 万 0358 人が医療過誤で死亡している計算になる。過誤の有無を問わず、医療事故での死亡者数は、2 万を大きく上回ることが予想される。

日々多数の医療事故死亡が発生していると考えられる現状からすれば、医療事故の再発防止・医療安全の推進のため、医療事故調査制度を早急に法的に整備し確立していかなければならない。

(2) これまでの動きを促進・発展させる必要性

前述の過去 5 年間のモデル事業の成果を踏まえてまとめられた提言では、医師法 21 条の異状死届出事案について調査が困難であること等、同事業実施にあたっての現行制度上の限界が示され、モデル事業の実施によって、医療事故調査を行う中立的第三者機関が、法制度として必要であることが更に明らかになったことに言及している。同提言が述べるとおり、中立的な第三者機関の構築に向けた法整備を行い、法制度の下で、医療事故調査・再発防止が行われなければならない時期に来ている。

また、第三者調査制度について、1 年以上に渡って医療者と医療事故に遭った患者の家族等が議論して厚労省案が設計された。これを棚晒しにして、第三者調査制度を創設しないということがあってはならない。厚労省案に不備があるというのであれば、その不備を補う議論を、医療者・医療事故に遭った患者・家族を入れた公開の検討会で行い、一日も早い第三者機関の創設を実現すべきである。

(3) 院内事故調査委員会による調査の不十分さ

ア 院内事故調査委員会とは、診療の過程で生じた死亡事故、重度の後遺障害を残す医療事故など重大な医療事故が発生したときに、事故原因を究明し再発防止を図るために当該医療機関内に設置される、医療事故を調査する委員会をいう。

医療者自身による事故調査と再発防止の取り組みとして院内事故調査は極めて重要である。

イ しかし、平成22年12月7日のモデル事業の運営委員会において、委員から、大学病院や国立病院でもひどい院内事故調査報告書を作成する事例があることが指摘されている。かかる指摘は、現在の院内事故調査委員会による調査の実情を示している（一般社団法人日本医療安全調査機構「第3回運営委員会議事録」

http://www.medsafe.jp/gijiroku/gijiroku_talk03.pdf）。

ウ また、平成21年3月1日、患医連ならびに医療問題弁護団は、医療事故調査シンポジウム「医療版事故調を検証する ～ 広尾病院事件から10年」を開催した

(http://www.iryu-bengo.com/general/press/pressrelease_detail_30.php)。同シンポジウムにおいて、平成11年に起こった東京都立広尾病院での医療事故を契機として「医療安全」の取り組みが行われてきたものの、医療事故調査における原因究明と再発防止の取り組みは、まだまだ不十分であるという実態が明らかになった。

例えば、患者側が院内事故調査委員会による調査の実施を求めたにもかかわらず、○内部の事例検討会で検討済み、○異常な経過ではない、過誤はない、○過失があったことを認めているので調査は不要といった理由で、拒否されたものがあった。

また、医療安全の取り組み・院内事故調査はすでに多くの病院で十分

に行われていると訴えている医師が院長であった医療機関（当時）において、医療事故の報告がなされていない事例が存在した（後の調査では「隠蔽」と断定され、関係した医療従事者を糾弾する内容となっている。）。同事例において作成された院内事故調査報告書では、病状の悪化を早期に診断できなかったのか、治療は医学的にどのようになされるべきであったのかという点への回答や具体的改善策の提示が不十分であった。

エ さらに、医療機関の規模などから院内事故調査委員会を設置することができない医療機関は多数存在する。

オ したがって、第三者調査制度が確立され、適切な事故調査・再発防止策の策定を行うことによって、医療事故調査の範とならなければならない。

なお、医療事故の再発防止・医療安全の推進のために求められる第三者機関は、次の性格を備えたものである。

- ①公正中立性：中立の立場で、手続と調査内容が公正であること
- ②透明性：公正中立に調査が行われていることが外部からみて明らかなこと
- ③専門性：事故分析の専門家によって、原因究明・再発防止を図ること
- ④独立性：医療行政や行政処分・刑事処分などを行う部署から独立していること
- ⑤実効性：医療安全体制づくりに、国が十分な予算措置を講じること

（４） 患者・医療者双方の第三者調査制度創設の要望

第三者調査制度創設に向けた動きがない現状には、患者側だけでなく医療者も強い不満を持っている。

平成 22 年 4 月からモデル事業の運営を行っている一般社団法人日本医療安全調査機構の平成 23 年 4 月 22 日の運営委員会において、助成金削減を

理由に事業の中止を理事会が決定したことに対し、医師である運営委員より死因究明を行う第三者機関の創設実現に向けてモデル事業を継続すべきであるとの意見が相次ぎ、理事会決定が再考されることになった。これも、医療者自身が第三者機関の創設を求めている端的な表れである。

3 第三者調査制度を早急に構築すべきこと

以上の理由から、医療事故の再発防止・医療安全の推進のため、第三者調査制度を早急に構築しなければならない。この課題は、日々多数の医療事故死亡が発生していると考えられる現状からすれば、緊急の課題である。

第3 院内事故調査制度の法制化（意見の趣旨2について）

1 院内事故調査の必要性

(1) 医療機関自らが原因究明のための調査を行わない、あるいは、調査をすべて第三者に委ねるのでは、当該医療機関における医療安全の向上に結びつかない。医療機関が自ら事実関係の調査・整理を行い、原因究明・再発防止策の検討等を行い、再発防止に取り組むことが重要である。

(2) また、院内事故調査委員会が原因究明を行い、調査結果に基づき医療機関が患者・家族に説明を尽くせば、患者・家族との信頼回復につながる。外部委員等を経験した弁護士の指摘でも、調査後説明を尽くし紛争の解決に至った事例が存在する（日本弁護士連合会第51回人権擁護大会シンポジウム第2分科会基調報告書「安全で質の高い医療を実現するために―医療事故の防止と被害の救済のあり方を考える―」（以下、「基調報告書」という。）132～134頁）。

さらに、重大な医療事故が発生した場合、社会も医療機関が事故に対しいかなる対応をとり、どのように再発防止を図るかについて、関心を寄せ

ている。そのため、適切に院内事故調査を実施しその結果を公表等することは、社会的な説明責任を果たすことになる。

- (3) 以上からすれば、院内事故調査は、原因究明を行った上で、①医療事故の再発防止・発生予防、②医療事故に遭った患者・家族の被害救済を図り社会的説明責任を尽くすために必要なものである。

2 院内事故調査委員会の設置に関する現在の法律上の位置づけ

現行の法制度の下においても、以下に述べるとおり、医療機関に医療事故調査義務、院内事故調査委員会による調査義務があると認められる。

(1) 医療法施行規則に基づく医療事故調査義務

ア 医療法施行規則 11 条 4 号は、病院又は患者を入院させるための施設を有する診療所の管理者は、「医療機関内における事故報告等の医療に係る安全の確保を目的とした改善のための方策を講ずること」としている。医療機関が、事故報告等の上記方策を講じるためには、まずは公正かつ適切な医療事故調査を行う必要がある。

したがって、医療機関の管理者には、同規則 11 条 4 号によって、医療事故調査が義務づけられている。

イ また、特定機能病院や国立高度専門医療センター等の事故等報告病院に対しては、同規則 9 条の 23 第 1 項 2 号、11 条の 2 は、事故発生日から 2 週間以内に事故に関する報告書の作成を義務づけ、同規則 12 条は、事故発生日から原則として 2 週間以内に報告書を厚生労働大臣の登録を受けた分析事業機関に対して提出しなければならないとしている。この事故等報告書には「事故等事案に関して必要な情報」を記載することとされており（同規則 9 条の 23 第 2 項 5 号）、医政局長平成 16 年 9 月 21 日付「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」によれば、「事故等事案に関して必要な情報」とは、発生要因、患者側の要

因（心身状態），緊急に行った処置，事故原因，事故の検証状況，改善策とされている。かかる事項を事故等報告書に記載するためには，医療事故調査を実施することが不可欠である。

したがって，医療法施行規則 9 条の 23，11 条の 2，12 条も医療事故調査が実施されることを当然の前提としている規定であるといえる。

ウ なお，平成 11 年 2 月ないし平成 13 年 1 月の医療事故を取り扱った下記の地方裁判所の裁判例でも，医師・医療機関等の事故原因調査義務を認めた裁判例が存在する。

(ア) 東京地裁平成 16 年 1 月 30 日判決（都立広尾病院事件判決）（判例タイムズ 1194 号 243 頁，判例時報 1861 号 3 頁）は，「①医療行為に関する情報は病院側が独占しており，しかも，病院側は当該情報にアクセスすることが容易であること，②医師は医療行為をつかさどる者として，一定の公的役割を期待されており，医師法 21 条の規定する届出義務もその一つの現れと見ることができること，③医療行為により悪い結果が生じた場合，当該患者が生存している場合は，医師には患者に対しその経過や原因について説明する必要があるところ，より重大な患者の死亡という結果が生じたにもかかわらず，医師が説明する義務を何ら負わないというのは不均衡であることからすれば，診療契約の当事者である病院開設者としては，患者が死亡した場合には，遺族からその求めがある以上，遺族（具体的事情に応じた主要な者）に対し，当該事案の具体的内容，保有する又は保有すべき情報の内容等に応じて，死亡に至る事実経過や死因を説明すべき義務を，信義則上，診療契約に付随する義務として負うというべきである。さらに，上記①及び②からすれば，病院開設者において上記の説明をする前提として，診療契約の当事者である病院開設者としては，具体的状況に応じて必要かつ可能な限度で死因を解明すべき義務を，信義則上，診療契約に付随する義務として負うというべ

きである。」と判示する。

(イ) 京都地裁平成 17 年 7 月 12 日判決(判例時報 1907 号 112 頁)は、「受任者である医療機関ないし医師は、診療契約上の債務ないしこれに不随する債務として、患者の治療に支障が生じる場合を除き、委任者である患者に対し、診療の内容、経過及び結果を報告する義務があるといえ、このことから、委任者である患者について医療事故が起こった場合、患者に対し、医療事故の原因を調査し、報告する義務があるといえる。」と判示している。

(2) 院内事故調査委員会による調査義務

医療法施行規則 11 条 2 号では、病院又は患者を入院させるための施設を有する診療所は「医療に係る安全管理のための委員会を開催すること」としている。医療に係る安全管理のための委員会（以下、「医療安全管理委員会」という。）について、平成 14 年 8 月 30 日医政発第 0830001 号各都道府県知事宛「医療法施行規則の一部を改正する省令の一部の施行について」では、「第 2 (2) 新省令第 11 条第 2 号に掲げる『医療に係る安全管理のための委員会』（以下「安全管理委員会」という。）とは、医療機関内の安全管理の体制の確保及び推進のために設けるものであり、次に掲げる基準を満たす必要があること。」「ウ 重大な問題が発生した場合は、速やかに発生の原因を分析し、改善策の立案及び実施並びに職員への周知を図ること。」としている。このことからすれば、医療安全管理委員会には、少なくとも重大な事故事例については、発生の原因を分析し、改善策の立案をする委員会、すなわち院内事故調査委員会が含まれることが予定されているといえる。

(3) 院内事故調査制度の確立を定めた明文規定の不存在

上記 1, 2 の義務は、解釈によって導き出される当然の帰結である。

しかし、現在、重大な医療事故が発生した場合に、法令上、院内事故調

査委員会を設置すべき旨の明文の規定はないと言わざるを得ない。

3 院内事故調査制度法制化の必要性

(1) 「医療事故調査の在り方に関する意見書」に基づく要望

ア 医療問題弁護団は、平成 17 年 5 月、「医療事故調査の在り方に関する意見書」（以下、「意見書①」という）を作成し、厚生労働大臣及び文部科学大臣に対し、下記の事項を要望した。

記

- 1 医療事故が発生した場合に、医療機関が医療法施行規則 11 条 4 号に基づき医療事故調査を実施すること、及び、発生した医療事故が重大な事故事例である場合に、医療法施行規則 11 条 2 号に基づき医療事故調査委員会を設置して医療事故調査を実施することを、全国の医療機関に対し、周知徹底するよう指導されたい。
- 2 厚生労働省及び文部科学省は、医療事故調査の在り方につき検討し、適切なガイドラインを作成し、これを全国の医療機関に対し、周知徹底するよう指導されたい。

イ しかし、その後の医療界での医療安全、医療事故の再発防止・発生予防に向けた取り組みは、以下に述べるとおり、上記要望に添うものであったとは認めがたい。

(2) 医療事故情報収集等事業への事故事例報告がない医療機関の存在

財団法人日本医療機能評価機構による医療事故情報収集等事業の第 9 回報告書(平成 19 年 6 月 27 日, http://www.med-safe.jp/pdf/report_9.pdf)において、報告義務を負う医療機関(平成 19 年末で 273 施設)のうち、平成 16 年 10 月から平成 19 年 3 月までの 2 年半に医療事故事例の報告がゼロの施設が 53 施設にものぼったことが明らかにされた(同報告書 16 頁)。これを受けて、厚労省は、平成 20 年 9 月 1 日付で、事案報告を促す通知を

全報告対象医療機関に送付した。当時、厚労省医療安全推進室は「安全管理が完ぺきな病院がないとは言えないが、報告すべき事例が 1 件もないとは考えにくい」と指摘していた（平成 20 年 9 月 3 日毎日新聞）。

その後、医療事故情報収集等事業平成 21 年年報

(http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2009.pdf) において、平成 21 年 1 月から 12 月までの医療事故事例報告件数が報告されている。しかし、平成 21 年単年度で見ても、報告義務対象医療機関全 273 施設のうち、報告件数がゼロの施設は 61 施設に上る（同年報）。

以上の結果は、報告義務対象医療機関の中にも、医療事故を報告することによって、医療安全等に寄与しようとする意識が希薄な医療機関が少なからず存在することを示すものである。医療事故事例の報告すら行わない医療機関が、院内事故調査委員会による事故調査を行って、医療事故の再発防止を図ることなど期待できない。

(3) 院内事故調査実施経験のある医療機関の少なさと院内事故調査の実情

基調報告書では、院内事故調査に関するアンケート調査の結果が報告されている（同 398 頁以下）。同アンケート調査は、特定機能病院、医療法施行規則 11 条による事故等報告病院及び社団法人日本病院会の会員のうち病床数 300 床以上の病院合計 1037 施設を対象に、平成 20 年 4 月に実施されたものである。うち 275 施設から回答があった。

同調査によれば、有効回答 275 のうち、4 分の 1 を超える 71 施設が平成 20 年までに院内事故調査を行った経験すらなかった（同 399 頁）。

また、一定の事故事例が発生した場合には院内事故調査委員会を設置して、厳格に公正性等を確保しつつ事故調査を行う必要があるところ、院内事故調査委員会に外部委員が選任されている例が少ない、委員長を病院長が務める等、問題と思われる実情が見られたと報告された（同 163 頁）。

(4) 合併症として医療事故調査の対象とされない事例の存在

前記第2の2(3)において、異常な経過ではない、過誤はないとして、医療機関が院内事故調査を拒否する事例があることを示したが、患者側の代理人として調査活動などを行う過程で、合併症であるという理由で、院内事故調査委員会による調査を拒否されることはしばしば経験するところである。

しかし、合併症と言われる事例の中には医師・医療機関の努力によって防ぎうる事例が存在する可能性があり、かかる事例に該当するか否かは調査を尽くさなければ判明し得ないことである。

このように合併症と考える余地がある事例であっても、調査を行うことによって、防ぎ得る合併症を見つけ、同様の被害の再発防止・発生予防につなげることができる。

(5) 死亡事例以外の重大な事故事案の調査の必要性

以上の院内事故調査委員会による調査の現状とは別の理由として、厚労省案では、医療安全調査委員会が調査の対象とする事案が死亡事案とされていることを考えなければならない。

死亡に至らなかった重大な事故事案についても、適切に事故調査がなされ再発防止を図る必要があり、かかる事案に対しては院内事故調査制度の下、調査が実施されなければならない。

4 院内事故調査制度を法制化すべきこと

1 件の医療事故からは多数の教訓が得られ、院内で事故調査をし再発防止策を策定することは、医療安全、医療事故の再発防止・発生予防に役立つ。平成11年以来、医療事故の再発防止・医療安全の推進及び院内事故調査の必要性が叫ばれてきた。

しかし、これまで院内事故調査委員会による調査を実施するか否かは、医療機関の任意の判断に委ねられてきた。そうしたところ、上記のとおり、院

内事故調査委員会による調査に基づく医療事故の再発防止・発生予防の対策が十分に行われてきたとは言えない。

かかる現状においては、第三者調査機関が設立され、同機関が適切な事故調査・再発防止策の策定を行うことによって、医療事故調査の範とならなければならない。そして、院内の事故調査制度は、現在のモデル事業でなされているように、同機関と連携を図り、院内事故調査を充実・促進させていくものであることが必要である。

したがって、重大な医療事故（合併症と考える余地がある事例を含む。）が発生した場合には、物的・人的観点から院内事故調査制度を敷くことができない医療機関を除き、院内事故調査委員会を設置し事故調査を行う院内事故調査制度を法制化すべきである。

なお、院内事故調査委員会の設置方法、調査の進め方などについては、意見書①

（http://www.iryu-bengo.com/general/press/pressrelease_detail_20.php）, 又は、基調報告書『第2編院内事故調査ガイドライン』を参照されたい

（http://www.nichibenren.or.jp/ja/jfba_info/organization/sympo_keynote_report.html）。

第4 結論

したがって、意見の趣旨記載のとおり、第三者調査制度を早急に構築すること、及び、重大な医療事故（合併症と考える余地がある事例を含む。）が発生した場合に、医療機関が院内で事故調査を行う制度を法制化することを求める。

以上

医療過誤原告の会

2011年6月1日発行 第33号 医療過誤原告の会・会報

特集

シンポジウム 「医療事故調査機関の早期設立を」

講演 大病院で連続した心臓弁置換手術死亡事故の経緯

川田 綾子 医療過誤原告の会

病院における予期せぬ死亡の死因究明に
警察・法医学者は有害無益

西田 博 中野女子大心臓病内科学科

医療事故調査・医療安全の制度づくり

渡辺 真俊 厚生労働省医療安全推進部

受諾率が高い茨城県ADRの活動

小松 満 茨城県ADR協議会

医療事故原因調査の取り組みと課題

高梨 滋雄 元自民

●コーディネータ

永井 裕之 医療過誤原告の会・医療安全推進部・医療過誤原告の会

高橋 純 医療過誤原告の会・調査員

会報第33号発行にあたって

日ごから、「医療過誤原告の会」にご理解とご支援をいただいている皆様には、心から感謝申し上げます。

「医療過誤原告の会」は1991年10月発足以来19年が経過、今年で20周年となります。

この数年間は特に、医療被害者にとって大変厳しい年となっています。

医療過誤事件は、医療機関が被害者に正真正正に原因の説明を行わなかった場合、原因究明の社会的制度がなく被害者は自分で医療過誤の原因究明を行わなければならないままです。

医療の責任ある立場の方から、医療情報開示・患者への納得のいく説明・医療の安全性向上等、大きく変わったとよく聞かれますが、医療機関が原因の隠蔽を図った場合、被害者の置かれた厳しさは、少しも改善されていません。

むしろこの数年は「医療被害者の権利・まっとうな医療を受ける権利」が押しつぶされ、本来医療界が自ら正すべき医療の倫理・自律性が後退しているのではないかと、私達には感じられます。

医療事故を正真正正に原因究明することは、医療者の良心に依拠するだけではなく、国民に納得のいく公的制度として確立すべきものです。2007年に厚生労働省のもとで、被害者・医療・司法・学芸・マスコミ等各界の委員で医療事故原因究明制度検討委員会が発足し、2年にわたり議論を積み重ね、医療安全委員会大綱法案の作成まで進みましたが、一部の医療者から刑事免責の意見が強く出され、国会に法案上程される

前に政権が交代、民主党政権になって1年以上ストリップしたままです。

医療過誤原告の会は、「世論の視点で医療安全を考える連絡協議会（患医連）」に参加して、他の被害者組織の方々と一緒に、一昨年5月に全政党的国会議員参加によるシンポジウム開催や毎月駅頭での署名・宣伝活動など、積極的に運動を進め、署名数は2万名を超えました。昨年5月には、参議院議員会館において、院内集会を開催し国会議員9名、政界8名を含む参議院8名に参加いただきました。同日月24日には、政権与党の民主党、厚生労働委員会の全国会議員、厚生労働省政務次官にも、直談判を行いました。

私達医療被害者は、長年にわたって無権利のまま放置されてきたといっても、過言ではありません。そして、医療行為が原因で年間約2万から4万人が死亡と推定されています。毎日100余の方が亡くなっている事態について、医療事故原因究明制度づくりが進まないままではいけません。

今年「医療過誤原告の会」発足20年となる節目の年です。私たちは「過ちから学ぶ医療」を原点に、「医療事故調査第三者機関制度設立促進を教育」めざして、一層努力してまいります。どうぞ今後とも、ご支援とご協力をお願い申し上げます。

2011年3月15日

医療過誤原告の会

会長 宮藤正和

- 第12回 参加12名
日時：2009年12月5日（土） 17時～18時
場所：J.R代々木駅
- 第13回 参加13名
日時：2010年1月30日（土） 11時～12時
場所：地下鉄神保町駅
- 第14回 参加17名
日時：2010年2月28日（日） 16時～17時
場所：地下鉄浅草高円前
- 第15回 参加22名
日時：2010年3月28日（日） 16時～17時
場所：J.R有楽町駅前

- 第16回 参加22名
日時：2010年4月25日（日） 16時～17時
場所：J.R池袋駅東口
- 第17回 参加17名
日時：2010年5月30日（日） 16時～17時
場所：林光原・御茶ノ水駅
- 第18回 参加12名
日時：2010年6月26日（土） 16時～17時
場所：J.R水戸駅東口
- 第19回 参加17名
日時：2010年7月25日（日） 16時～17時
場所：J.R目黒駅付近
- 第20回 参加16名
日時：2010年9月12日（日） 16時～17時
場所：J.R中野駅北口
- 第21回 参加18名
日時：2010年10月24日（日） 17時～18時
場所：J.R目黒駅西口
- 第22回 参加16名
日時：2010年11月21日（日） 16時～17時
場所：J.R日守里駅東口

宣伝・チラシ配布・署名活動（東京）

1. 医療事故調第三者機関設立に向けて
私たちが医療被害者にとって、「専ら原因究明のための公的第三者機関設立」は長年の願いであり、早期に実現すべく、他の医療被害者団体と共同で、毎月街頭を名義伝活動が23回を数え、政府関係団体への協力申し入れ、懇談等方法的に行い、署名数は2万5千筆を超えました。

医療過誤原告の会・1年間の活動

第16回 参加22名

日時：2010年4月25日（日） 16時～17時
場所：J.R池袋駅東口

第17回 参加17名

日時：2010年5月30日（日） 16時～17時
場所：林光原・御茶ノ水駅

第18回 参加12名

日時：2010年6月26日（土） 16時～17時
場所：J.R水戸駅東口

第19回 参加17名

日時：2010年7月25日（日） 16時～17時
場所：J.R目黒駅付近

第20回 参加16名

日時：2010年9月12日（日） 16時～17時
場所：J.R中野駅北口

第21回 参加18名

日時：2010年10月24日（日） 17時～18時
場所：J.R目黒駅西口

第22回 参加16名

日時：2010年11月21日（日） 16時～17時
場所：J.R日守里駅東口

- 目次
- ◎医療過誤原告の会・1年間の活動 3
 - 1. 医療事故調第三者機関設立に向けて 3
 - 2. 「医療基本法」制定を 5
 - 3. 産科医療補償制度、裁判外紛争処理（ADR）、死亡時画像診断（A） 5

シンポジウム
「医療事故調査機関の早期設立を」

司会 清水 紀子（医療過誤原告の会理事・中部地区）

◎主催者挨拶 7

宮脇 正和（医療過誤原告の会・会長）

永井 裕之（産科の視点で医療安全を考える連絡協議会代表）

◎講演Ⅰ 11

「大病院で連続した心臓弁置換手術死亡事故の経緯」

川田 綾子（医療過誤原告の会）

◎講演Ⅱ 16

「病院における予期せぬ死亡の死因究明に

警察・法医学者は有資格者

西田 博（東京女子医科大学産科医）

◎講演Ⅲ 21

「医療事故調査・医療安全の制度づくり」

渡辺 真夜（産生歩留率医療安全推進委員）

◎講演Ⅳ 28

「受諾率が高い茨城県ADRの活動」

小松 清（茨城県医師会副会長）

◎講演Ⅴ 40

「医療事故原因調査の取り組みと課題」

高梨 滋雄（産科）

◎シンポジウム 48

「医療事故調査制度と医療安全文化の確立」

コーディネーター

永井 裕之（産科の視点で医療安全を考える連絡協議会代表）

高梨 滋雄（産科医療過誤原告の会副会長）

◎閉会挨拶 72

森水 泰彦（医療過誤原告の会 中部地区代表）

第23回 参加16名

日時：2010年12月19日（日）16時～17時

場所：J.R恵比寿駅西口

第24回 参加14名

日時：2011年1月23日（日）16時～17時

場所：J.R御茶ノ水駅

「事故調推進」・「患者の権利」等

関連団体シンポジウム・イベント

2009年12月20日（日）東京

院内事務調査委員会演劇とシンポジウム

共催：財団法人生存科学研究所 明治大学法科大学院 医学法センター、医療問題意識団

2010年1月9日（土）奈良女子大学キャンパス内

シンポジウム「医療事故と医療裁判を考える。真の再発防止と被害者救済はどうしたら可能か」

主催：医療裁判を考える会

共催：医療問題原告の会関西支部・医療の良心を守る市民の会

1月30日（土）東京 神保町

共催：患者の視点で医療安全を考える連絡協議会（患医連）

Tマニ「医療事故調査・裁判と医療報道」

主催：医療の良心を守る市民の会

2月6日（土）東京 御茶ノ水

参議院演劇「医療を巡る現在の政策的課題」

主催：患者の権利オンブズマン東京

4月10日（土）東京 渋谷

産科医療補償制度における医療事故の原因分析と再発防止のための課題
主催：神前優進利による被害者を守る会

5月12日（水）東京

東京・参議院議員会館院内集會
医療事故調査・第三者機関設立を 政府・国会議員へ要請
主催：患医連

5月29日（土）名古屋

医療事故情報センター設立20周年記念「多様化する患者側弁護士役を果たすために」

主催：医療事故情報センター

7月3日（土）東京 全水道会館

「そのない医療、生きている。清水陽一氏講演
主催：医療の良心を守る市民の会

10月6日（水）東京

2010年秋期演劇「裁判例から医師の説明義務を考える」等
主催：患者の権利オンブズマン

10月30日（土）東京 御茶ノ水

医療基本法制定を求めるシンポジウム
主催：医療基本法を制定フォーラム

2. 「医療基本法」制定を

昨年10月に名古屋で、「今こそ患者の権利・医療基本法を」患者の権利宣言25周年シンポジウム」が開かれた。

この時の実行委員会を、「医療基本法制定推進フォーラム」に発展させて協議を重ね、協力団体・個人の参加もあり、10月30日（土）東京でシンポジウムを開催しました。医療と法を結び、患者の権利を明確に、全ての人へ質の高い医療提供を、国の政策に反映させるため、基本法の制定を求めていきます。

3. 産科医療補償制度、裁判外紛争処理（ADR）、死亡時画像診断（AI）

産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児に対する補償機能と脳性麻痺の原因分析・再発防止の機能を併せ持つ制度として創設され、2009年1月から運用がはじまっています。現在、被害事例をもとに、原因分析、再発防止方法等について、検討委員会で議論が行われています。当会の

勝村久幹幹事は、再発防止委員会で被害の原因分析結果が、迅速に再発防止につながることを願って、奮闘しています。（委員会の内容は「産科医療補償制度」のホームページで閲覧できます）

医療被害に遭ったとき、医療機関が納得のいく説明を拒否した場合、裁判に訴えるか諦める選択しかありませんでした。新たに裁判外紛争処理（ADR）を目的として、全国で11機関が活動を始めています。医療被害者にとって、裁判以外にADRの選択肢ができたことは歓迎ですが、被害者の訴えに医療機関が対応せず、ADRが不成立となるケースが多く、ADRの機能を高めるために、厚労省主催でADR機関連絡調整会として、各機関の交流が始まりました。当会の宮脇正和会長が委員として参加しています。

死因究明に死亡時画像診断（AI）活用を検討する動きが広がっています。10月22日に厚労省主催で開催された検討会で、当会の高橋純則会長が医療過誤巡査の立場で参考人として出席、死因究明にAI制度の導入と、こまかしを防ぐ工夫の必要性、事故回の早期設立意見を述べました。

〈シンポジウム〉

医療事故調査機関 の早期設立を

主催：医療過誤原告の会

共催：患者の視点で医療安全を考える連絡協議会（患医連）

日時：2010年12月5日（日）

会場：東京 文京区 全労連会館

〈司会〉 清水 紀子（医療過誤原告の会幹事・中部地区）

きょうは、お忙しいところお集まりいただきましてありがとうございます。ただ今より、医療過誤原告の会主催のシンポジウムを開催させていただきます。司会を担当させていただきます清水紀子です。不慣れではありますがよろしくお願いたします。それでははじめに、医療過誤原告の会会長の宮脇より、開会のごあいさつをさせていただきます。

〈主催者挨拶〉

宮脇正和（医療過誤原告の会・会長）



こんにちは。医療過誤原告の会・会長を務めております宮脇です。本日はお忙しいところを、シンポジウムにおいでいただきましてありがとうございます。

医療過誤原告の会は1991年に創設しまして、今年で19年になります。19年前、私たちは医療被害に遭ったときにどこへ相談したらいいのか、全国の被害者がバラバラで、多くの方々がどうしていいのかかわらないままあきらめてしまう状況にありました。しかし、大きな被害を被ったまま、そのことを曖昧にしては、なかなか生きていけないという苦惱も深刻でした。そして、何とか医療事故の原因を究明し、再発防止に役立てていくことを通じて、被害が苦しみ・悲しみから立ち直っていくことを通じて、そんな全国の医療被害者の思いが結実して「医療過誤原告の会」が設立され、19年間にわたって運動を積み重ねてきました。

医療過誤裁判は、一般には事故を起こした病院に對して、その医療被害者が闘っていると思われていますが、実は多くの良心的な医療者に支えられて闘っています。医師の意見書であるとか、検査結果の読み方、医学文献の探し方など様々な助言をいただき、はじめて被害者が専門的な領域で、医療事故の過失を立証することが可能となるのです。また、該当する病院の職員からひどい医療事故について、内部告発も少なくありません。従って、私たちの活動は、医療被害者だけでなく、日本の医療をよくしたいと願

うさまざまな医療者の方々と一緒になって、医療被害を再発防止に役立てていきたい、安心・信頼の医療づくりという運動の性格を持っています。

この数年間、医療事故調査の公的な制度作りを行なうため、厚生労働省のもとで医療被害者も含めた関係者が参加する検討会が開かれ、法案化まで議論が煮詰まっていますが、民主党政権交代後、残念ながら今、頓挫している状況です。今日はシンポジストとして、医療被害者をはじめ、医療機関、医療に携わっている方々、それから厚労省医療安全推進室長、弁護士さんにも来ていただいて、様々な角度からどういうふうにしたら医療被害をしっかりと再発防止につなげていけるか、それから現に困っている医療被害者に対してどうしたら救済できるか、議論を深めていただきたいと願っています。また、現在行き詰まっている医療事故原因調査制度について、少しでも前進できるような、ひとつのきっかけになってほしいと思っております。

シンポジストの方々には、お忙しいところおいでいただきまして、本当にありがとうございます。会場からの発言や、質問等の時間も準備いたしておりますので、ぜひみなさんのお力で実りあるシンポジウムに出来ますよう、よろしくお願いいたします。

通目標は、「医療版事故調の早期設立を望む」という活動をしております。医療版事故調の必要性を今までいろいろなところで語り、宮脇さんも先ほどお話をされました。私どもとしてはしっかりと事故調をして、原因究明をしてほしい。そして事故ならば謝罪はもちろんしてほしい。再発防止をものすごく気にかけています。特に今、少なくとも病院に入院したら、街を歩いているより、事故なり事故死に遭う確率は多いことはたぶん間違いないと思います。そのような状態ですので、国民全体として交通安全以上に、医療安全運動を展開すべきだと思っております。

国の機関としてぜひ、医療安全という問題を手掛けてほしい。医療安全を高めるために医療版事故調というのはぜひ第三者機関として必要だと思っております。ただ、私ども患者、被害者、また国民の目から見ると、やはり医療界にはもっともっと倫理観とか自浄能力とか同僚評価の向上が必要なのではないかと思っております。医療版事故調の早期設立を望むキャンペーン・署名活動を2年前から月に二週、街に出て、活動をしています。

私たちの求める第三者機関は、原因を究明し再発防止を図る。その性格という意味では、公正中立性、透明性、専門性、独立性、特に客観性という意味で、

(司会) 続きまして、被害者団体をとりまわめて、事故調設立の運動を進めています。患者の視点で医療安全を考える連絡協議会代表の水井さんにごあいさつをお願いいたします。

(主催者挨拶Ⅱ)

永井 裕之 患者の視点で医療安全を考える連絡協議会代表



ただ今ご紹介いただきました水井でございます。

昨日、宮脇会長のほうから、5分ほどお話ししてほしいと言われてまして、急選、みなさんに患者の視点で医療安全を考える連絡協議会及び事故調の問題について、私どもが進んできていることについてお話ししたいと思います。

患医連といっていますが、2008年に一応設立して、3年目になります。今、加盟団体は、5団体です。この5団体が緩やかな連合体として、当面の共同として十分な予算を講じていただきたい。こういった医療版事故調の早期設立を願っています。

特に院内事故調という問題がもう出てきています。院内事故調は当然、事故を起こしたところをしっかりとやるべきなのが当然です。しかし、当該の病院で調べはしにくい、というほどまでに感情的にもつれたりいろいろしているときもあります。また、そういう機関の規模によつて、院内で事故の調査ができないところもあります。そう、正しいようなところも含めると、やはり、中立、公正、正確な事故調査機関というものができ、そこを院内事故調と連携していくようなしくみが要るのではないかと思います。特に、事故の発生への通知の問題、これは、私ども、だいたい妥協し、また問題があるので、やはり故意に近い悪質な医療行為については、自ら医学的にまた倫理的に専門家が評価し、そこに問題が本当にあるとすれば警察に届けてもいいんじゃないですか、という言い方をしています。

いずれにしても、今、民主党は新しいしくみは要らないということを言っていますが、しかし、こういう新しい文化を作るという意味では新しい仕組み、新しい草葉が要ると思っております。まず、嘘をつかない医療とか、医療の安全文化をどう育てていく

か、が課題です。そのためには第三者機関を早く作って、小さく生んで、みんな大きく育てていく。私は大きく育つのに30年かかるかもしれないとも言っています。この間、先ほど宮脇さんからもご説明がありました。事故調査の動きがないので、11月24日に厚生労働省政務3役や民主党幹部と、厚労委員に要請を提出しました。そして、岡本厚労政務官と話をし、大変がっかりしました。岡本政務官は民主党として、事故の原因究明より、紛争解決を重視するご態度でした。私たちが求めているのはそういうことじゃありません、ということも言ったんですが、残念ながら認識の一致はできませんでした。もう3年かから5年前、いろいろな立場の方々が議論をして出来上がったのが、第3次案でした。それは国民の財産であるとは思っています。その財産についての認識がまったくと違うということに、本当にがっかりしました。医療事故調査委員会の設立をどういうふうにもう一週、ネジを巻いてやっていったらいいかを今日は論議できたいと思っていますし、ぜひみなさんと共にいいシンポジウムにできたらなと思っています。以上です。

■講演 I

大病院で連続した心臓弁置換手術死亡事故の経緯



川田 綾子 (医療事故被害者遺族)

ご紹介いただきました川田綾子です。今日は、医療事故被害者遺族という立場でお話をさせていただきます。時間が非常に限られておりますので、風聞統のように話しますが、またご質問等あれば、会后にでもいただければと思います。よろしくお願います。

まず始めに、ごつと私の母の事故の経緯をお話したいと思えます。2003年3月に検査入院で、母自ら病院に赴きました。大学病院である東京医科大学病院に赴きました。そのまま当時の第二外科から、冠状動脈のバイパス手術と、僧帽弁置換の同時手術を勧められ、手術が即決定しました。当初は死亡率はさほど高くないという説明で、病院のホームページ

(宮脇) 水井さん、ありがとうございます。

先日、衆参国会議員の厚生労働委員76名の方々に、このシンポジウムへ出席のお願いをいたしました。本日、共産党の田村智子参議院議員からメッセージが届いていますので、概要を紹介させていただきます。

「参議院議員・田村智子 医療事故を専門に扱う第三者機関を早期に設立させるため、私はみなさんと力を合わせて頑張る決意です。」

また、公式・非公的に、超党派の国会議員の方から様々なご支援もいただいていることを併せてご報告させていただきます。

(司会) それではさそく講演を始めさせていただきます。はじめに、川田綾子さんをお願いいたします。川田さんはお母様を医療事故で亡くされて、同じ大学病院で被害に遭われた方々と共に、大学病院の医療安全を高めるために、現在、活動しておられます。それは川田さん、よろしくお願いたします。

ジでも死亡の事例はないということが公開されておりましたので、安心して手術に向かわせました。しかし、結局予定の時刻の7時間を大幅に上回る24時間に及ぶ手術となり、そのまま、意識を戻さぬまま亡くなりました。

1年後、2004年の春頃に、読売新聞社さんに、病院の関係者から内部告発が寄せられました。その時、すでに我が家が連続した手術の3事例目であるということが分かりまして、これ以上の死亡者は出させないために、弁置換と新聞記者と遺族によるチームが完成されました。しかし、その後4例目に当たる方も亡くなり、本当にこれはとんでもないことが起きたということで、社会的にも大きく訴えなければいけないと、2004年12月に証拠保全をしました。同時に病院側の実態を読売新聞社が大きく社会的に報道しました。未熟な医師の経験を積ませるための弁置換手術、それを指示した第二外科と病院全体の組織の在り方というのが大きく問われた事件です。

その報道直後に院内事故調査が設立されました。また同時に第三者による委員会も、病院側が各関係学会に依頼し、完全に独立した機関として調査委員会が設置されました。当時、第二外科の主任教授は、

死亡例のあった期間、リスクマネジメント委員会の委員長でした。さらに院内安全管理の総責任者でもありましたが、そうした連続した事故について報告は一切ありませんでした。

その後、東京医大では他の医療事故も明らかにありまして、どうして医療事故が絶えないのだろうと、大きく疑問を持ちました。資料のほうにも添付させていただったので後で見たいだきたいのですが、私たちの心臓手術の事例が、2002年から2004年のはじめにかけて、それ以前にも、実は息子さんを亡くされたとか、娘さんを亡くされたという方が明らかにありました。連続した心臓手術事故の後、これも社会的に大きく報道されましたが、関連病院の八王子医療センターで、生体肝移植による死亡例が連続して起きていました。これも途中で内部の医療者から見直しをしたほうがいいのではないかと危惧する声があったのですがお歴々のまま、結局52例のうち23人が1年以内に亡くなるという事件がありました。

今年になってから、東京医大のご遺族の方と繋がる機会が非常に多くありまして、このままでは個人個人の叫びでしかなくて、社会的にも病院側にもなかなか届かないという認識を持ちました。そこで、當

育っていない、またADRなども、後ほど厚労省からご報告がありますが、検討が進んでいます。各地域で取り組みが評価されています。これはこれで大切なことなのですが、結局のところ、ADRは裁判外紛争解決、つまり「紛争解決」ですね。原因の究明ではないのです。遺族が求めているのは紛争を解決することではなくて、どうして死んだかを知りたいのです。それが原因究明なのです。そこを多くの方に分っていただきたいと思えます。

一方でメディエーターの育成というのが、各地の大きい病院などで取り組まれています。しかしメディエーターというのは、やはり紛争解決のスキルの習得が主流だというふうに、私は今のところ認識しています。メディエーター育成というのがどのような取り組みでどのような役割かをオープンにするべきですが、今のところ明確でないと思われず。

院内の事故調査と院外の事故調査というお話をしましたが、もう一度、うちの事例を振り返って、院内と院外とでどう違う違いがあるのかというものを少し触れたいと思います。母の場合にも、報道があった直後に院内の事故調査というものは出されました。ただこれは遺族に向けてのものではなくて、報道に向けて出されたもので、心臓弁置換4件に閉じて、医

面、東京医大という対象に絞って、被害者遺族のネットワークを発足しました。目的としては、配布資料に書いてありますように、被害を受けた患者遺族が情報交換を図りながら相互理解を深めること、また、外部の機関などを活用して問題解決に努めていく、そして最大の目的であります。東京医大に対して医療安全に向けた提言を随時行い、改善改善を求めていきたい、ということを大きな目標としてあげています。これは、社会的責任を担う大学病院の在り方そのものも問いたたしいたい、そして結果的には再発防止をしていきたい、という強い思いがあります。こうした組織を立ち上げると、どうも病院と患者遺族が対立するのではないかと、ということも言われがちです、病院側も警戒しかねないと思います。しかし決して私たちはそういう意味でネットワークを立ち上げているのではなくて、先ほど患医連代表の永井さんがおっしゃっていたように、医療者と遺族が乖離しないということを前段階として考えています。原因究明、そして嘘をつかない真実な対応と謝罪、それが再発防止に繋がるのだ、ということを大きく訴えていきたいと思っています。

そして、院内の調査には限界がある、ということですね。院内で事故調査を実現できる文化としくみが

康遊誤という認識はないと。安全管理部門への報告は一切ない、という。これはもう病院の判断でしかないので。従って関係官庁、所轄警察への届け出もなかった。すべての件に同じご遺族様からの質問、連絡はありません、ということ……。これは、私は亡くなった後に何回か病院に問い合わせもしていますし、どうして亡くなったか必ず明らかにしてほしい、ということを担当医にも伝えているのですが、そういう遺族の声はどこかへ行ってしまっているというのが、実際に起きたことですね。

一方で、これは社会的に大きく事件になったというのでもあって、外部の事故調査を病院側が学会に依頼して、完全に独立した外部調査委員会を設立しました。当時JR総合病院の院長だった古瀬彰さんという方が委員長になって報告書をまとめてくださいました。全事例に対して、医学的な見地からも法律的な見地からも検証してくれて、膨大な量の報告書になりました。その時に、今起こした大きな問題として、指導責任である診療課長が引き続きトレーニングのため手術経験を積ませたこと、というのが報告書のなかで述べられていました。高度な手術を適切な指導者のいない状態で、しかも連続して生じた死亡、にも関わらずあえて実施し続けたということ

は、患者中心の医療という理念に根本的に反している」ということが報告書にしっかりと述べられています。

こうした第三者調査機関というのは、古瀬さんがこれまでもずっと考えていらつしやうたようで、そういうことをきちんと病院側患者側のいずれからも独立して進めることを望んでいるということも、当時の外部事故調査には、きちんと述べられていました。

その後こうした事件が明らかにになって、病院側が全面的に謝罪、そして示談に至りました。他の遺族のみなさんも示談に至りましたが、その後の東京医大の組織改革ということも、きちんと遺族としてはこの間見続けてきました。八王子の医療センターでも連続して亡くなった生体肝移植の患者さんがいます。一連の死亡がなぜ起きたかということをは明らかにするために、組織的なガバナンスの在り方を調査する目的で、今年の夏に東京医大の前理事長の呼びかけで、独立した機関として調査されました。今年になって調査報告書が発表されて、私も本当に驚きました。が、連続した心臓弁手術の死亡事故を受けた外部調査報告の提言が全く生かされていない、ということが書かれていました。患者中心の医療の視点が欠如、教授会・理事会の内部対立関係云々、というこ

てない部分が大いではないかと思つて、最後に訴えたいです。「一番求めたいことは、「なぜ、なぜ亡くなったか」を知りたい、ということですよ。紛争の解決策ではなくて、原因の究明ということを何度も訴えていきたいという事です。それによって遺族の気持ちというものは、不信感だつたり絶望感だつたりかた、一歩前へ進めます。

この夏に、我が家より以前に娘さんを亡くされた、八王子の医療センターのご遺族と知り合うことができました。会った時は絶望感がまだ大きく感じられました。裁判にも勝つていらつしやるのに、なぜ娘さんが亡くなったかわからない。それを求めて病院側に何度も足を運ばれたにも関わらず、「裁判でもう解決したのだらう」と門前払いをずっと受けていました。今年になってやっとセンター長が面談してくれて、院内カンファレンスを聞いてくれたと、しうして娘さんが生きていたときに、病院にいるときに院内カンファレンスをしないのだらう、もう今さら悔やんでも仕方がないので、これが生感です。

その方が、娘さんがどうして亡くなったかということ、センター長との面談が実現したことで今年になってやっとわかり、少し前向きになった気持ちを、同じ遺族として感じることができました。それはこれ

とが書かれています。これは、うちの事故調査が出たのが2015年ですから、結局5年経つても同じことがまた報告されたということ、いったい5年間病院は何をしていたのだらう、という疑問を大きくせざるを得ない実感です。

病院側も今回の報告書を受け止めて、現在再生委員会と再生プロジェクトチームを発足しています。3月の年度末を目途に提言を出すということで、これまでに2回再生委員会が開かれていまして、病院のホームページでも公開されています。委員長は自治医科大学の学長さんで、やはりきちんと第三者に委託して進めたいという事は、公的な資料を見る限りでは期待したいと思つていますが、机上空論だけに終わるのではないかと、という危惧も過去の経験から見ると否めない部分もあります。再生委員会のなかでもきちんとスピードを持って実現可能な具体策を提案するプロセスを透明性高く……、などなどがうたわれており、この辺も期待できるのではないかと、今の時点では思つているところです。

最後に、今日は医療従事者の方も多く来ていらつしやると思うので、今一度、遺族の気持ちを理解していただきたい。どうしてもこの間、これは行政や役人の方もそうだと思いますが、やはり受け止めてもらつていない方にはなかなか理解しにくいと思つていますが、もし自分の家族、子どもや親や兄弟が医療事故に突然遭つて亡くなったらどういう気持ちになるかというのを、想像力を働かせていただきたいと思います。いろいろな事例を知るだけではなく、自分の身に置き換えて感じてほしいと思つていきます。

以上でお話を終わらせていただきます。ありがとうございました。

(司会) 川田さん、ありがとうございました。

続きまして、東京女子医大心臓血管外科教授の西田博さんに、診療行為について、¹⁰の取り調べを体験されたお立場から、医療事故調査に第三者機関設立についてのお考えをお話し願います。

病院における予期せぬ死亡の死因究明に警察・法医学者は有害無益

西田 博(東京女子医科大学腫瘍外科医)



ご紹介で教授と言われましたが、私は教授でも何でもなく、一介の講師です。今日はスライドの枚数が多いんですけども、15分というところで、お配りしてある資料をあてで読んでいただくということにして、そのなかにもを中心に、あるいはお配りしたものと関係なくお話しします。

私は今から8年前、今日のように非常に天気の良い11月でしたけれども、日曜日の9時から5時までの内科の休日の外来を、埼玉県の某病院でしております。そのときに、2時過ぎくらいに、70歳代の糖尿病をもった男性が、全身倦怠感と、ちよっと息切れがするということで来られました。最初は風邪かなと思ったんですけども、糖尿病もありだとい

る。若機関は絶対に創設すべき、ということを訴えております。

昨年、厚生労働省の関東信越厚生局でこういったシンポジウムがありまして、そこでもお話をさせていただきました。その時にちょっとエピソードがありまして、今日のようにスライドのパワーポイントがあらかじめ厚生省の人に送っていたんですけども、担当の看護系の技官の人から、私、警察とか法医学者の批判をしていたわけですけれども、特定の職種への批判は客観的事実に則してほしいと、そういうところでもない差し金が進みまして、非常に胸が立ちました。

要するに、厚生省の技官の方というのは、今日、医系の技官の方が来られていますけれども、ほとんど臨床経験がなく現場のこともわからない。また看護師さんというのは、サイエンスとしての医学が全然わからないもので、客観的事実を示していてもそれがわからないんですね。そういうこともあって、厚生省がしっかりとっていないので、この第三者機関もできていないということは行政の責任が極めて大きいと思うのです。

去年お話ししたことが二續で、¹⁾嫁が、予期せぬ病院での死亡が起こったときに、真相究明、死因究明に介入するということは、全くお門違いであります。

うことで、肺炎でも起こしているといけないなということでもレントゲンを撮りましょう、と。そうしたら、右の肺に非常に広範囲な肺炎がありましたので、「肺炎を起こしていますので入院してください」と。

ということで、ご本人とご家族、奥さんでしたけれど、お話ししたのはいいたいトータルで20分ちよっとくらいでした。私は5時ですと外来をやっています、帰って、その翌週にまた行ったときに、「先週入院した患者さんは元気になりましたか」と聞いたときに、「いや、実はその日の晩に急変して亡くなった。ご遺族が警察に届け出てちょっと採めているんですけど」という話を初めて聞きまして、それで、なぜか私が外来で診察したときに誤診をして、それで患者さんが亡くなった……、ということでも、業務上過失放死の被害者として、4年経って調べが始まりました。

1年間、非常に苦勞をして、結局嫌疑不十分で不起訴になって、と、それが非常にかいつまんだ経過であります。

事故調に関しては、これは私の不起訴処分告知書であります、こういうものを持っている人もそういないと思いますけれども、その後、私のような目に、冤罪に遭う人が一人でも減れば、ということでも、医療系のネットであるとか、医療系のジャーナルに、第三者機関に関しては、これは私にとつてもそうであり、患者さん、みなさんにとつても有害無益です。

よく患者さんのなかに、民事訴訟を有利にするために警察に行くことすらあります。それはある意味、有利に働くことでもありますけれども、それが故意改ざん、隠蔽がない場合は、必ず逆の目で見えますに降りかかってくる。それはやめたほうがいい。

それからこの第三者機関を、私は作るべきだと言っていますけれども、若干みなさんと同床異夢のところがあるわけですね。第三者機関の設立の目的は真相究明、再発防止です。患者さん側が、責任追及であるとか補償のことをこれにからめると、絶対に第三者機関というものではできません。ということですが、先ほど川田さんのお話にもあったように、それから水井さんのお話にもあったように、患者さんが必ずしもこの責任追及、補償を、第三者機関にからめていない。いないのに、この医師側で反対する人たち、この第三者機関が責任追及、補償との鎖が切れていないというところで強行に反対をした、と。

なぜこういうことになったかという、制度設計する厚生労働省が、あそこへの責任追及、補償ということを、第三者機関と完全に切り離さなかった。切り離すだけの直球を投げなかった、と。投げない

ちに故権交代が起きてしまつて、もうぐちゃぐちゃになつたということだと思つてすね。まあ、事件の概略を言いました。

それで、法医学者というのは患者さんが警察に行くとか司法解剖になります。死因を判定するのは法医学者一人になつてしまふわけです、司法解剖になると、法医学者というのはどういう人たちかということ、私の件の鑑定書を書いた人は、60歳代の、もう定年前の教授で、臨床経験はインタン時代に2年しかありません。私の大学の同級生が、某T大学の法医学の教授をしています。彼は臨床経験ほとんどゼロです。法医学者というのは、誰かが刺されたとか、ガス中毒で死んだとか、そういったことの事件の死因は多少はわかるかもしれませんが、病気で死んだ人の死因がわかるはずがないんですね。風邪ひとつ診られない人たちがやつているわけです。

そういう人たちが医学的事実がわからないのに、適当に創作をするわけです。創作というのは、村木さんとの事件でも一緒ですけれども、捏造とイコールなんですね。要するに特捜というのは、ストーリーを作つてそれを真実としてそれに勝手に物事を当てはめていくと、そういうことなんですね。

この鑑定書、これは非常に難しいのであつて読んで警察というのがまたひどいところで、要するに法医学の真実を明らかにするというのがは有罪にするということが優先されるわけです。私の症例も、私を調べている刑事が、この法医学者の出ていることは違うな、間違っているな、と言いつつやめないわけです。村木さんの事件でも、彼らはきつと途中で、村木さんは無罪だと思つてた。思つていても、進めたらやめないわけです。まあ、そういうことですね。

警察は非常に迷言を生みます。私の外来でした診断と、死亡診断書に書かれた診断は全く同じなわけです。死亡診断書は当直医が出していますけれども、全く一致しているのになぜ私が誤診したといつて罪に問われなきゃいけないのかと尋ねると、死亡診断書が違つても人は死なないが、外来での診断が違つてると、人は死ぬんだとか、わけのわからないことを言うわけです。もしこれで罪になるのであれば、医者はおもつて刑事犯罪人だらけになります。もちろん私の外来診断は間違つていなかったわけですが。

それだけではなくて、いろいろと引っかけの質問をします。刑事課長は私に、先生がした診断の半分は合っている。半分間違えたんだ、と。半分間違えたということを確認すれば、私はその家族との関係がいい

ほしいのですけれども、ここに書いてあることは、日本語として堂々巡りをしている。警察にして、法医学者にして、この間の特捜にして、司法過誤というか、間違ひがあつても何のお咎めもないのです。大抵の特捜も、証拠捏造があつたから謝りましたけれども、あれがもし明るみに出なくて、ただ村木さんが無罪になつたというだけだと、何も謝らないわけですね、間違ひしました。というふうに、非常に権力を持つている人たちが、医学もわからないのに勝手に真実を創作するということは、本当にもう捏造だけの世界だけでしかない、と。

そして、法医学者の集まりである法医学会は偉そうなことを言っていますが、私がぜひやつてほしいことは、もし病氣、病状に対する死因究明も自分たちがするのであると言つのであれば、それができるといふことを評価する資格制度を作つてほしい。このピアレビューというのが何かわからないのではないかとある人に言われたんですけども、ピアレビューというのは、仲間うちで、例えば論文を点検し合うということですから、仲間うちで法医学会が、法医学者が書いた死因究明の鑑定書をレビューする、合っているかどうか。そういったことくらいはすべきだと思つてすね。

ので、さも家族に刑事告訴を取り下げさせてやるよ、うなことを言うわけです。私は半分も間違えた覚えがありませんから、そんなことは到底受け入れられませんと言いました。しかしこういう司法取引のよなことをする。

それから、当直医に対しては、当直医も一応被疑者として取り調べを受けたわけですけれども、今考えてみると、あの外来診断は違つてたと思わないかと言わせるために、この件は、外来で診た私、西田をターゲットにやるんだ。要するに、「お前の罪を聞かないから、どう思う?」というようになことを言つて誘ふさせるわけですね。要するに、真相究明とは全く無関係。

それから、誣抑性というものもあります。要するに、警察官というのは書類を送致するのが仕事ですから、どうせ起訴するかしないかは検事さんが決めるんだからと言いながら、何とかが、コンプレックスのあるようなコメントをするわけです。書類送致をしないと必ず、私はプレスリリースをしますから、それが起訴不起訴であろうが、新聞に出るわけです。検察はまあ、さすがにこれはもう無罪だとわかつていましたから、私、検察には19回行ききましたが、検察は一回で不起訴になりました。

それから検察審査会に、ご遺族がかかるわけですね。そうするとその時に「遺族は、ただかけるだけじゃなく、新聞社に記事を投げる」と。私が不起訴になった時に「誤診で死亡」「医師は不起訴」と、こういう書き方をするメディアがまたいるわけです。その時にコメントを求められた事務局長が、「こういう書き方をするなら検察審査会の結果も書かないとフェアじゃないよ」ということを言って、次の記事で「検察審査会でも不起訴は相当」と。それだけじゃなくて「過失を認めることは困難」と。「仮に過失が認められたとしても、因果関係を認めるのは困難」ということで、検察審査会も、全くには非がないということを確認されたわけです。

患者さん家族にとって、警察に頼ることは、警察以外に行き場がない、という場合に駆け込んでしまう場合もあるかもしれませんけれども、そうではなくて、民事を有利に働かせようということと警察に行くことは、絶対にいい結果を生みません。警察に行つた途端に、みなさんと私たち医療者の関係はもう修復不可能な対立関係になります。私も非常にフレキシブルを受けましたから、押し圧力にはなりませんけれども、警察というのは、税金を使っているいろいろな調べますから、みなさんの負担にはなりませんけれども、

刑事で不起訴になった途端に、今度は民事で争おうというときに、今度は患者さん側にも、私たちにミスがあったことを立証する責任ができてくるわけです。そうなるので、刑事で不起訴になったことを民事で証拠を集めて、自分たちで有罪にもっていくのは非常に難しく不可能です。それ以前に、患者さんと医療者の関係というのが修復不可能な状態になってしまいますから、それは絶対にやめるべきだと思います。

言いたいことは、まあ、患者さんが警察へ届けても、あるいは駆け込んだとしても、あるいは警察から届けを受けたとしても、故意や改ざんや隠蔽がないとわかつた時点で、つまり医学的評価の問題であると判明した時点で、患者さんも警察も手を引く。あるいは患者さん側の弁護士も、これはもう刑事沙汰はやめましょうと説得する。つまり告訴を取り下げる。あるいは警察は捜査を、調書を打ち切る、と。そして専門家の評価に委ねる、と。このような土壌が、患者さん側、あるいは司法法にできない限り、この第三者機関の設立を強く望む私から見ても、永遠に第三者機関はできないと思います。以上です。

(司会) 西田さん、ありがとうございます。

制度づくり」についてお話をお願いいたします。

いうことです。時間厳守です。お話を進めていきます。というふうな思っています。テーマに背いてありますのは、事故調のことが中心のようないまテーマになっていますけれども、事故調の件につきましては、内部でいろいろ検討してございます件も、対外的にはばんばんと出せるものもそんなに多くないような現状もございまして、現在、我がほうでやってございます医療安全全般の話を、全部をトータルするよな感じで資料を用意してきましたので、おつきあいくださいませというふうに思っています。

■講演Ⅲ
医療事故調査・医療安全の制度づくり
 渡辺 真俊 (生労働省医療安全推進部長)

今日はシンポジウムの開催、誠にお疲れ様です。私ではですね、この4月にこの空衰を拜命したところでありまして、ちょうど8カ月が経つたところで、医療安全に関しますことをさせていただくというところで、非常にこの業務の重要性を日々感じて、鋭意努力をしている次第です。今日は宮脇さんからお話をいただきました。まずは20分ほど、聴取を



私のスライドはみなさま方のお手元にあるものと全部一語ですので、こちらを見ていただいてもお手持ちのほうを見ていただいても構いません。左のほうの図は、医療裁判の、医療事故にかかる紛争の状況というところを、ちょっとまず最初に出し過ぎてしまったんですけれども、平成14年から21年までということですが、民事裁判のみに限つていうと、その医療関係訴訟

事件の受付件数は、このようなグラフになっていると
いうことです。

平成15年、16年のあたりにピークがきて、その後若干減っているような感じになってございます。最近この数字を見て其介護士さんが言われますのは、医療機関で、患者さんに対する対応が丁寧になってきている。この表れじゃないかと。データはなんだけれど肌感覚でそういうことを感じると、そういうような話もあつたところでございます。この原因について何なのかというのは、本当になかなか、いろいろな解釈があるかと思えますけれども、そういったことも一つはあるのかなと思っております。

右のほうのグラフは、1999年、2000年を境に、我が国の医療事故の主要新聞における取り扱い事件数が非常に増えていったというものでございまして、1999年、2000年前後にこのような事件がいろいろございまして、医療事故が社会問題化になってきたこともございまして、我がほうで、厚生労働省においても、1999年、2000年に医療安全推進室が作られたというような経緯を、今一度お話させていただきますと思います。

これは、みなさま方よくご存じだと思いますけれども、約10年ほど前にアメリカの某組織が出したもので、
そして昨年、2006年の第5次医療法改正では、いくつか柱があつたんですけれども、医療計画制度の見直しとか、医師不足問題の対応とか、医療保持制度改革とか、医療従事者の質の向上とか、あつたなかの一つとして、医療安全の確保というのが一つの柱として出されたことになってます。

もう一点、診療報酬も厚生労働省は担当してございまして、具体的には保健局というところが担当ですけれども、その診療報酬においても、医療安全対策の充実というところで、専任あるいは専従の医療安全管理者をおいて、しっかりとやっている場合には、こういうような点数が算定できる、というような取り組みも進めているところであります。また、もうひとつ細かくなろうかと思いますが、医薬品や安全管理の評価ですとか、医療機器安全の評価等々といった点数も策定されているところでございます。

現在、我がほうで取り組んでおります各事業につきましては、全部でこのようにございまして、これららににつきまして、ご説明をしたいと思いますと思っております。

これは医療事故情報報告システムということで、真ん中にございまして医療機能評価機構が中心となつてやっていたというものです。我がほうで予算を確保

です。「O BERS IS HUMAN」は誰でも間違える」ということで、そのことを前提に、間違つても事故を起しても障害にならないようにするために、どうすればいいかということをご提言して、起こったことに對してごやかか言つてはなくて、安全を確保できるようにシステムを設計し直し、将来のエラーを減らすように専心することであるというところでございまして。

私も講義に出ている医療機関のみならず、お話をさせていただくこともあるんですけれども、システムのしつかり対応できる、整理できるものは、そこは何度も見直していただきたい、構わないので、医療機関内でシステムのうまき整理できるものはしっかりとやつていただくようにお願いをしておりますので、ございまして。

字が大きくて申し訳ございませんけれども、平成13年に、厚生労働省に医療安全推進室が設置されて、その後、医療安全対策検討会議を開催して、我が国の医療安全対策の基本的な考え方が示されたということ。その後、医療法という法律のなかに医療安全管理体制の整備を義務づけた、そういうふうなことをしながら今日に至っているというものです。

して医療機能評価機構が中心となつてやつていただいているものでございます。病院、医療機関から事故の報告、あるいはヒヤリハットの報告を受け付けて、そしてこの分析機関で事故の発生予防と再発防止が目的、指導や処分を目的としない、というような基本的な方針に従つてこれらの情報を提供して、そして医療機関、国民行政機関等々にそれをフィードバックしているというふうな取り組みを、この5、6年前から鋭意進めているところで、非常に重要な事業と思つてございまして。我がほうでは医療安全、医療の予防という観点から、二丁目一番地の施策ではないかなと思つておりますけれども、これらにつきまして鋭意取り組みを進めているところであります。

ざつと平成21年の件数でございますと、1800件程度というふうになってしまして、死亡例が156と、いただいたような件数のものを扱っている事実というところでございまして。また、ヒヤリハットの件数についてはお手元の資料にもある通りですので、ご確認ください。

フィードバックといいますか、あがつてきた事故情報報なりヒヤリハットの事例をどういうふうにして今後に生かしているかということですが、毎年一週間の報告書、あるいは年に4回の報告書を作成いたし

まして各医療機関にお戻ししているという作業をさせていたいただいていますととも、月に1回程度ですが、具体的には、こういう2枚紙にしまして、インスリン丸錠の誤飲がありましたというようなことで、こういうことが再発防止のために徹底していただきたいというところで、こういうちょっと色刷りにして、かなり多くの医療機関にお話を、フィードバックをしている最中でございます。

現在、一番下にあるんですけど、48号までできてございまして、1番から48番までございします。こういうたものを、しっかりとひとつ見えていくだけでも医療安全に関します知識といえますが認識といえますか、が非常に広まるので、大切なので、ぜひ医療機関のみなまき方には、参考にしていただき、ということを、私からの講義や何かの機会につけていろいろとお話を申し上げさせていただいているところで、

2点目が、医療安全支援センターについてということで、各自自治体に医療安全支援センターが設けられているところで、機能がその上にございしますように、相談機能だったり、情報提供機能だったり、研修会を、医療関係者に対します研修会をするような機能だったりということでございまして、このスлайドでひと言だけ申し上げたいのは、左下に総合支援の9月までに、全国の200くらいの医療機関にアンケートを出していろいろ聞いたところでは、こういう大人の、職の配置をしている施設が50%とか、必要性はあるけれど配置はしていないのが41%とか、そのようなことを確認しつつあるところで、今後どういうふうかに、こういう業務といたしますか、職といたしますか、こういうようなことを伸ばしていったらいいのかと、こういうことについても鋭意取り組みをしているところで、

続きまして、医療版のADRというのも徐々にされていっていますので、それに関しましての話です。また後はほとんど松先生等からお話をされるかと思っておりますので、私のほうははしょってやらさせていただきますかと思っております。医療版ADR、全国で十数カ所行われていて、意見を交換会等をやるといふようなこととしてございまして、この22年の3月、そして7月、11月と、いふことで、この医療版のADRの連絡調整会議を行っているところでございます。

例えば、東京の3つの弁護士会からの報告ですとか、愛知、千葉、そして札幌、茨城の先生からもご報告いただきました。広島、大阪、仙台、福岡弁護士会のセンターの取り組みの紹介等々を進めていると

申業というのがございまして、こういったことをする従事者の、各地方自治体の従事者の方のスキルアップをしていくということが非常に重要な柱だと思っております。総合支援事業というところで、東京大学の医療安全管理学講座にお願いして、日々、研修をしていただいているというふうなものです。

個別の取り組みの3点目ですけれども、先ほどからメイエイターという言葉が出てきたかと思えます。そういったメイエイターのようなものをイメージして見てくださればと思っております。患者、家族、医療従事者等との対話の推進についてということでございます。まあ医療事故といえますか、医療に関しますトラブルが病院内で起きようになったとき、あるいは起きてしまったときに、患者さん、家族、そして医療従事者等とのコミュニケーションの仲立ちをして十分な話し合いを促進する業務が重要だろうという認識は誰も疑うことはないと思うところで、その推進に向けてまだまだオリエンテーションがっていない部分がございますので、今日、主催者の一人であらっしゃいます豊田さん等々にも相談をしながら、現在、全国でどういった実態になっているのか等々、把握に努めているところでございします。

字が細くなつて申し訳ないんですけども、このころです。個別事項の5点目として、診療行為にかかる死因究明制度をあげさせていただきます。ここにありますように、平成19年の3月に厚生労働省で第一次法案というのができて、第二次、第三次、對抗案までバージョンアップしてきましたが、残念ながら成案にはなっていないところで、私、講義の際に何度か言っているのですが、マスコミにも書いていただいているんですけども、個人的には、二つ原因があったと思っております。医療関係者、患者の方々も含めたいろいろな関係者の方々の理解が十分に一致するまでには至らなかつたということが一点。そして、医療関係者を中心に第三者委員会をやるにしても、ちょっと医師不足等々というところもございまして、誰がどうどうするのかというふうなこともなかなか進じかつたということが一点。個人的にはそのような二点が残念ながら成案にならなかつた原因なのかなというふうふうに思っています。現在、検討を進めているところでございします。

民主党の案はここにありますように、まあひと言でいうと、従来の理解なんですけれども、院内の取り組みを重要化して、重要ととらえてやっていくというものだと私は理解していますが、それはそれで当然ながら一理ある話と思っております。現時点では

民主党委案の考え方も踏まえ、また対抗案の考え方も踏まえ、検討しているところで。

今後の検討についてというところで、現在このように整理しておりますものを持ってきました。11月11日の、社会保障審議会医療部会で資料として出しているスライドです。はじめに、この1月からの国会で、当時の厚労大臣、当時の政務官が第三次試案及び対抗案がそのまま成案となることはないというふうに言われてありますのが一点、引き続きこれまでの議論を参考にしつつ、医療現場の方々はもとより、医療を受ける患者や国民の方々からも広くご意見を伺うとともに、関係省庁とも協議を得て検討を伺うところでして、その一環として、ずばりではなくて恐縮なんですけれども、死因究明、診療行為に関連した死亡の調査、分析モデル事業の内容の見直しとか、あと、一昨日もあったんですけれども、死因究明に関します死亡時画像診断の活用に関する検討会等々における議論をしているところで。

モデル事業ではこの5年間、鋭意やってきましたけれども、内科学会を中心にやっていたものにつきましてとはひとまずお疲れ様でした、ということ、新たに、一般社団法人日本医療安全調査機構というのが立ち上がり、そこが中心となって全国十カ所、十

10、11、そして一昨日と、鋭意取り組みを進めてきています。これは、ちょっと、周辺状況になろうかと思えますけれども、昨今では死亡時画像診断という取り組みも徐々にやられてきており、せっかくならうという取り組みがあることも、活用するというようなことは、大切だろう、必要だろうということとは、誰も異議がないということに思っています。この死亡時画像診断の有用性と限界とか、対象者をどう見るのか、位置づけをどうするか、どう活用するのか等々ということにつきまして、いろいろと議論協議をされているところです。12月中を目途に、一定の課題整理といえますが、報告書といいますが、そういったものを出すようなあたりで、鋭意取り組みをしているところで。

4番のところではいいますと、実施体制の整備ということで、こういった取り組みいいんですけれども、ただ、実際の医療機関内でどこまで今、現在、できるのかとか、全国的な体制整備に向けてはどんな考え方でいったらいいのかが、また専門家の育成はどういうふうにしていったらいいのかなどということについては鋭意議論を進めているところで。ちょっとご紹介になりますけれども、これの会議の2回はと前に、高橋さんにも来てお話をしていたいた

件じやなくて十カ所をやっていたいていっているところでございます。これの詳細の説明は省きますが、この4月からはこれまでのやり方をもうちょっと見直して、制度化するにあたって、もう少しうまくはめ込んでいけるようなところをイメージしながらこのような見直しもしながら、モデル事業を進めていっているところで。

若干時間がかかっていたことが否めなかったのですが、それをもうちょっと手順を簡素化するとか手順を標準化するとかして、スピーディーにやっていくべきじゃないかというところに焦点を当てて検討していること。そして、院内調査委員会の取り組み機能はやはり大事だと思えますので、院内調査委員会が作成した報告書で、第三者のほうで、このモデル事業のほうでレビューしていくような作業モデルも検討、そしてまた再発防止の提言について、その方法論も含めて検討ということ、特に4番のところにつきまして、大きな病院もあり小さな病院もあり、いろいろなパターンがあるのかな、というふうに思っています。そのあたり、現在、このモデル事業のほうのワーキンググループ等々で、鋭意検討をしているところで。

死亡時画像診断に資する検討会についてはここにある通りです。この6月から、鋭意、6、7、8、9、

次第でございます。

最後の柱は産科医療補償制度についてということでございます。平成21年の1月からこの補償制度につきまして取り組みを進めているところで。

こういったところで、最後、まとめになりますけれども、医療が非常に高度化してきている。そして病院側においては、そういった高度化してきている医療にしっかりと対応していかなければならず、非常に負担があるけれども、まあ頑張ってきてやっていただければ、ということ。そして受け手側、患者さん側の要望も、一部あるいは全体等々、要望も高くなってきているような状況だろうということ、そういった状況であるけれども、医療側とはいわず患者さん側の医療への質は参加というようなこともいろいろ踏まえ、本場にこういった状況をうまく克服といいますか、うまくいい方向に流していければ、というようになことを考えながら厚労を進めているところでございます。(二)清聴ありがとうございます。

(司会) 渡辺さん、ありがとうございます。

続きまして、先ほど渡辺室長のお話にもありました、医師ADRRを医師会主導で取り組まれている茨城県医師会副会長の小松清さんにお願います。現

在、全国口方所でADR機関が運営されていますが、茨城県ADRは申し出に対する受任率が非常に高く、医療機関が患者の思いと向き合うよう、医師会幹部

■講演Ⅳ

受診率が高い茨城県ADRの活動

小松 満 茨城県医師会副会長



本日は機会を与えていただきましてありがとうございます。
させていただきます。

演題の「受診率が高い茨城県ADR機関の活動」というのは、私がつけたのではなくて宮脇会長がつけたものですから、一応、お断りしておきます。私は茨城県のやっております医療問題中立処理委員会について述べさせていただきますと思います。

これは、1969年といえますから半世紀ほど前

が大きな努力をされています。小松さん、よろしく
お願いいたします。

東大の神経内科の教授だった沖中先生、非常に日本
で有名な、高名な内科のお医者さんでした。この沖
中先生が退官される最終講義のなかで述べた言葉で
す。誤診率が14%というようなことを述べられました。
私は医学部に入ったときに聞いたかなと思つたら
逆つていて1963年というのは、高校2年でしたら
だからこれは、かなりマスコミで取り上げられた言葉
ではないかと思っております。

その時に、みなさんが、この14%というのをどう感
じるかわかりませんが、当時の新聞記事のなかには、一般の人は誤診率の高さに非常に驚かされた
ということが書かれていたと思います。逆に医師は、
「木当り14%が、すごいな」と、誤診率の低さに驚い
たというようなことが言われていたかなと思つており
ます。今回、インターネットで調べたらやはりそのよ
うなことが書いてあったので、まず間違いないと思つ
ております。

それでまた、このような神経内科の泰斗といわれ
た教授先生でもこれだけ間違っていた、と。たまた今の
診断技術から、検査器械から何から、非常に進歩し
ていますので、現在、沖中先生がいたらどのくらい
の誤診率になったかはわかりません。先ほどスライドの
中にもあったように、医師は、医療というものは、絶
対という言葉はないのだと考えております。医療を
していることに、医療というのには不確実性のあるもの
で、予期せぬ出来事が起こってしまうことがある、と。
それを全くゼロにすることはできないと考えておりま
す。

しかし患者さんにとつては、医療というのは
100%確実でなければならぬと思つている。これ
は、その患者さんにとってはその通りだと思ひます。
だから「先生、絶対大丈夫ですわね」というような言
葉を、手術の話をしたときに言われます。しかしそ
の時に医者の方は、昔はよく「庄せておきなさい」
と言つたといえますから、そういう確実だということ
は言わないまでも、だいたい大丈夫だよというよう
なことを言っているのだと思ひます。ただ今は、絶対と
いう言葉はないというふうな、まず、おそらく医者の
ほうは言つてゐるのではないかと思つております。

この、医者と患者とのギャップが、いかにその手術

前に、合併症から何かいろいろ話をしていたにし
ても、実際に起こつてしまえばこの認識の差で大き
なトラブルになっていくのではないかと思つておりま
す。実際、先ほども故意とか隠蔽、改ざん、こうい
うものがあれば、医者の介入も仕方ないかというよ
うなことをいわれていました。横浜市大の患者取り
返す事件、あのようなものは許されないことですが、
多くの医療事故は、医者のほうでも全く予期せぬ不
可避的なものはかなりあるわけです。これに對して
は説明して許してもらわざるを得ないと思つておりま
す。

実際、患者さんに不利益なことが起こつてしまつた
とき、それを担当した医者というのは本当に悩みま
すし責任を感じております。ただそれを表立って口
に出して謝罪するということは、実際問題として非
常に勇気が要ることです。まずそういうことは、は
とんとほおびたことのない人はかりです。何回もそん
な、謝ることを経験しているような医者だったらどう
しようもありませんから、慣れないということも
あるし、どうして自己弁護的になつてしまつて、とい
うことがあつて、医者の不信が今まであったんだと思
ひます。

ただ、この前ADR機関連絡調整会議の時に、弁

護士のある方が「医者は紛争を本気で解決しようとは思っていないのではないか」という発言がありました。私はこれには驚きました。医者は紛争はできるだけ早く解決したいと思っております。ただその手段が、なかなかうまくいかない、ということなのです。だから弁護士の方々は、あの時、聞いていて良かったと思いました。

それである、茨城県医師会に医事紛争処理委員会というのが、これは1964年、東京オリンピックの年に設立されております。このことに対しても、その時の、これはそのADR調整会議で、別な弁護士なんですけれども、医者側の立場に立った委員会で、医療側の代理機関である、この委員会を言っています。要するに、公平な委員会じゃない、という発言をしております。こういう委員会は全国都道府県にあるわけですが、少なくとも茨城県医師会の医事紛争処理委員会、これは公平に運営されております。ただし、そのような誤解を受けても致し方ないところはあります。この医事紛争処理委員会というのは、医療事故の医療側責任の有無を判定します。医者に責任があるかないかを判定します。そして茨城県の場合は、委員会は、たまたまなんですけれども、18人の専門委員医師と、二人の顧問弁護士との20人で

い悪くないと、責任はないという言い方をしていると、その他の委員から、この会は医者の味方をする会じゃないんだから、そんなに医者の弁護をする必要はない、と言われてやめたことがあったよ、というように言い方をしています。

これが茨城県の昨年の処理件数です。37件、医事紛争委員会にあがりましたが、それで、医療機関側に問題があるとなったのが23件、6割です。それ以外は無責、これは責任がないというのが14件、これを見てみなさんがどのように感じるかはわかりませんが、けれども、私たち執行部もこの委員会に入っているわけですから、まず執行部はあまり発言しません。しかし聞いていて、非常に厳しいです。私は整形外科が専門なんですけれども、これで医療機関に責任があるといわれたら、これはたまらん、というような問題が出てきます。

それでもみんな検討して、20人の委員のなかでいろいろなことを話し合っているわけですから、有責と無責の判定が出ることもあります。そしてこの上にも、ここで有責と、医療側に責任ありと決まれば、日本医師会の紛争処理委員会があがって、そこで最終決定されて賠償額が決まってくるというしくみになっています。そういうことでやっています。だから弁護士

構成されています。そして問題なのは、この医療事故が起ったとき、紛争が起ったときに、申し出られるのは医療機関からだけなのです。患者側からは言えない、ということば、紛争が起って、これをどう処理するかということに、その患者さんが、この委員会で責任があるなしを判断してほしいと思っても、医療機関が承諾しないとあがってこないという大きな問題があります。

それから、当事者が出席できないのです。要するに、医療機関側は出られません。患者側も出られません。そういうしくみになっています。こういうことが、その当事者同士の話し合いというのがないことが、やはり問題があるんじゃないかな、と思っております。

これが委員構成ですけれども、内科が5名、整形外科3名、産婦人科3名、外科2名、脳神経外科2名、耳鼻咽喉科1名、麻酔科1名。たまたま勤務医が9名と開業が9名で成り立っています。それから弁護士が顧問弁護士5名です。それで公平にやられているかどうかという問題があるわけなんですけれども、昔、先輩の、この委員をやられた先生に聞くと、最初にこの委員に選ばれたときには、これは医者の弁護をしなきゃならないと考えたそうです。そこでそれをやっているうちに、一方的に医者は悪くない、と言ってしまう不公平なものではないかと私は信じております。

それで、今、今度は本題に入るんですけれども、茨城県医師会で、この中立処理委員会、これができるきっかけになったのは、平成14年に、日本医師会に本来ビジョン委員会というのができたのです。これは50歳以下の若い医師を委員とする委員会だったのです。そして将来的に、日本の医師会はどうあるべきかというところを検討するなかの、今、医師会員として何をすべきかという会長諮問が出されたわけです。それで一人一人が、その委員が分担して答申を執筆しているんですけれども、そのなかに、私たちのところから行った、理事だった小沢という者が、中立委員会の設立というのを提案したわけです。

これは、医事紛争がずっと増えてきたところに、医者と患者との間のコミュニケーションがない、医者が説明をしていない、それで、そのことによって患者さんが誤解をしている。その誤解を解いて説明責任を果たす場を提供する委員会があってもいいんじゃないか。そういうことによって紛争は少なくできるのではないかと、いう発想でやったわけです。

ところがこれは管申が出されませんでしたけれども、日本医師会では取り上げられませんでした。それで、

日本医師会でもやらないんだつたら、それじゃ茨城県でもやってみようか、ということになって、茨城県医師会でもこれを提案したわけですが、その時もやはり、時期尚早と。医事紛争委員会があるじゃないか、という意見で否決されたわけです。

それで、あきらめていたわけですけれども、その後2年経ったら、茨城県の医師会会長が、現在日本医師会会長をやっている原中先生に代わったわけです。そこで、もう一度これを提案しました。これを作るべきだと。そうしたら原中先生が、それじゃやってみようか、ということと、中立委員会というものを作ることになったわけです。それで、平成17年の3月に、中立委員会の設置検討委員会というものを立ち上げました。それでその委員会のメンバーをどうするかということ考えたときに、まず弁護士は絶対必要だろうと弁護士を一人選ばせてもらいました。それから学識経験者として、大学の教授、この先生は、被害者支援センターの理事長をされている先生、にお願いした。それから、やはり女性も必要だろうということで、市民代表として、茨城県商工会女性部連合会長。もう一人はマスコミから、茨城新聞社の社長をお願いした。NHKにもお願いしましたが、NHKは冷たく「参加しません」と言われました。あそこは本当に変

なじゃないんですか」というような発言を、ぼつとしたのです。このひと言で他の3人ががらつと態度が変わった。それじゃやってみようか、ということになって、それから前向きにどんどん進んでいきました。

けれどもこのなかで、やはり、私たちは単純に考えていたんですね。こういうものを、第三者感開を立ち上げて話し合う場を作ればいいんじゃないかと思っていたんですけれども、意見を聞いていううちに、中立性の担保というのはどうするかということになってしまった。それで、弁護士先生は、設立主体をどうするんですか、となったのです。私たちは単純にNPO的なものを設立してやるのが一番みんなに公平に見られるかなと思っていたんですが、実際問題そのようなものは無理じゃないか、ということになってしまいました。

それから、資金はどうするの、ということになった。これも私は、寄付を集めてやりたいなと思っていました。けれども、こういうものに寄付する人はいるんですか、ということになってしまったのです。お金の問題でも止まってしまう。それから委員の選任の中立性。これを誰が選ぶか。そういう3つの点が問題になりました。

な体質ですね。この4人と、それから医療関係者として県医師会の役員が3人入って、検討委員会を作りました。

私たちはこの委員会を、先ほども言ったように、医者と思者と間のコミュニケーションを高めて紛争を解決するために作りたい、という説明をして、できれば原因の究明もできればと。そこまでいくことはなかなかできないのですが、そういうことができることを目指しているんだと言ったのですが、これは全く理解されませんでした。委員が言うのは、「医師会がなぜそんな、自分たちが不利になることをやるんですか」ということです。「医者が出者の味方になるはずがない」というわけです。医師会が出者の味方になるはずがない。これには愕然としました。こんなに私たちは信用されていないのか、初めてわかりました。

それで委員会を毎月やって2回やりましたが、その間全然進行しない。どうしてやるんですか、ということばかりなのです。3回目になったときに、今までひと言も発言しなかった、遅刻はしてくるし、委員に遅んだのは間違っていた、と思っていた女性の委員がですね、こう言ったんですよ。「お医者さんも大変ですわ」と。「治法はかりじゃなくこんなことをやるの間全然進行しない。どうしてやるんですか、ということばかりなのです。3回目になったときに、今までひと言も発言しなかった、遅刻はしてくるし、委員に遅んだのは間違っていた、と思っていた女性の委員がですね、こう言ったんですよ。「お医者さんも大変ですわ」と。「治法はかりじゃなくこんなことをやる

これは困ったなと思ったんですけれども、その時委員が、これは設立主体を茨城県医師会にして、運営資金も茨城県医師会を出して、委員選任の中立性というけれども、設立主体が県医師会だから、県医師会の会長が選べばどうでしょうか。と。そしてこれが中立的に運営されているかどうかというのには、実績を基にしてみんなに理解されるんじゃないでしょうか、という発言が出たんですね。いや、この時は本当に感激しました。私たちが言ってきたことがやっと思解されたな、というような気持ちになりました。

そしてそれから、規約とかいろいろ考えて、6回の委員会を開いて、だいたいの案ができました。今度はその、県医師会の理事会を通して、代議委員会に諮って承認を得なければいけないわけですが、今度は委員がなかなか理解しないのです。会員が反対するのです。「こんな、弁護士を入れた会を作って中立だ」とか、医療機関に何のメリットがあるんだ、という意見なのです。それから「すでに医事紛争処理委員会があるんだから、それでいいじゃないか」というような意見。消極的な意見ばかりがありました。

そこで私たちが説明したのは、結局、医事紛争が起ったときに、非常に医療機関は困惑します。そ

これは、まず普通の場合は、診療時間中に患者さんは来ます。これは当然です。よね、やっつけていないときに行っただって、いるかないかわかりませんから。診療時間中だったら、まずはとんどの場合いるわけですから。話し合いをこういう委員会、中立委員会でやることによって、診療時間外にできるということが大きなメリットですよ、ということ。それから、第三者を交えることで精神的負担が減る。患者さんと直接、二人だけで対峙していれば、非常にストレスです。貰められるばかりですから。説明しても、これはもう、感情的なものになってしまつて、なかなか説明がうまくいかない。

ところが第三者が入ることによって、やはりある程度抑制されます。そこで冷静な話し合いができる、ということも説明しました。それから患者さんの意見を聞くこと、それと、自分たちの説明をすることによって、理解できることも多くあるんじゃないのかな、というようなことを話して、やつと納得してもらえました。

それで中立委員会ができたわけですが、この委員会の目的というのが、患者側と医療側が話し合える場を提供して、中立の立場で、その紛争、問題処理で、支援を行う。これが目的です。そして、これがそのうち考えもあつたんですけれども、結局、医療に薬人だけではちよつと困難じゃないかということが委員から出まして、この中立委員会の問題を、検討委員会委員をやつていた3人も入ることにして、結局10人になりました。結果的には、私はこの受任率が高いというのは、医師会の役員がこの会に入っているからだと思います。

それで、あつせん調停会議を、今、解散までのフォローチャートですけれども、まず、いろいろなホームページとか、最初始めたときは茨城新聞に出してもらつたり、いろいろなことを弁護士さんのほうに広めてもらつたりして、そういうことから患者さんが、中立委員会というのがあるということを聞いて県医師会に連絡します。そうすると県医師会の担当の者が申請書を患者さんに送る。申立の申請書です。それを、こういう問題があるんです、といういろいろ書いたものを送つてくる。それを委員長の方で見て報告して、これを受けるかどうか判断します。

今まで受けなかったのは、この弁護士の方で、来たものは全部やりましょうという考えなので、今まで2例、受けていません。一つはこれは裁判問題だと恐ろしいものなので、これは受けられない、ということを受けてませんでした。あと一例は、3つ

医療機関の責任の有無を判断する、判定する場所ではないということ。それから、賠償額を決定する機関ではないということ。これを原則として始まりました。

最初のうちは、ここに行けば医療機関の有責無責を判定してくれるし賠償額も決めてくれるから、裁判より早いから行きなさいよ、と言われたら行って来た申立人もいました。しかし、そういうところではないということ。そして、処理委員会を立ち上げました。10人の委員を決めました。弁護士は、茨城県弁護士会から3人の弁護士さんを推薦していただきました。この弁護士のなかにはもちろん茨城県の医師会の顧問弁護士は入っておりません。それから、医療問題に特に通じているという弁護士さんもおられません。医療問題だけやっているとどうもじやない普通の弁護士さんを3人です。一人はたまたまその時、茨城弁護士会の会長をされていた、ということ。それから学識経験者としては、先ほどの被害者支援センターの理事長だった教授と、茨城新聞の社長さんです。それから市民代表としては笠間市国際交流協会というところの会長さん。それから女性の立場で茨城県地域活動連絡協議会会長になってもらいました。最初、医師会には入らないほうがいいかなというものがあります。

それで委員長が受けたら、医療機関から出していいわけですから、要するに申し立てられたほうに連絡して、出られるか出られないかということをお願いして、出ますということになったから、その確認、同意書をとつて、それから始まるわけです。今まで出られなかったのは3件です。拒否といつたらいいかな。それで、あつせん調停会議の出席者ですけれども、原則的に申し立て御は本人か家族、本人が高齢とか、あるいは亡くなられた方もいるわけですから、そんなときは家族になるということになります。出手御は、言われたほうです。申し立てられたほうは、今までは医療機関が患者さんのほうに申し込んだのは1例しかありません。一般的に患者さん側から申し立てられます。医療機関側からの出席者というのは、担当医か管理者、あるいは上司。必ず医者が入つてくれ。その問題がわかつている医者が来てくださるということになっていきます。

今まで医者が出なかったというのは、2、3例ありま

すかね。1例は介護の問題だったので、担当医に出られる手先が鈍っちゃったという申立入の訴えがあった、それで出られなかった。あと1例は、弁護士が、医師免許を持っているダブルライセンスの弁護士さんだったから、その弁護士が出てきて話を聞いてから担当医を出さかどうか考えましよう、ということがあった、担当の者が受けちゃったのです。だからそれはもうだめだから、もう次からはそういうことはやめなさい、というようにして、まず担当の医者が出てくるのが原則だということにしてやっております。

それで、調整会議の委員構成は3名で行います。学識経験者、市民代表から1名、弁護士1名、それから医師会の役員1名、3人でやります。そのなかの議長は弁護士か市民代表、学識経験者から出てもらう。医師会の役員は医療の問題について聞かれたときに話す。決して出しゃばってしゃべってしまわない。一度余計なことをしゃべって怒られたことがあります。なるべく聞かれたときだけ話すようにしています。それで開催ですけれども、いろいろ書類等を見てやるわけですけれども、やり方としては、まず両方に来てもらって、最初は申立入、患者さんの話を、患者さんがどういふことを考えているか、どういふことを求めているかというのを聞いてみる。そしてそ

これは公立病院の使用者なので、病院のほうを申し立ててくれないかということでも求められなかったという、この3例だけです。

これは申立の事案の診療科目別です。これは患者側の要求なんですけれども、平成18年度、これは見てわかるように、まず損害賠償だけでも、私はこちらを見て本当に愕然としました。説明を求めるとか、謝罪を求めるとか、原因究明とかは建前なのかなという、本音じゃないのかなと。弁護士さんも、これは解決にはお金しかありませんよ、というようなことを言っているんですね。だからそうなのかな、とも思ったけれども、私たちの目的とするのはこういうことではないので、という説明をしてみても、1回ひと通りみんなが終わったときに、話し合いました。それでやり方を変えました。最初は弁護士さんが、どうしてもあつせんしてしまおうと思つたので、「いくらでだったら納得しますか」という聞き方をしちやつていたので。それでみんな、聞かれるから損害賠償だと話してしまつたわけです。それと同時に、18年もつれていた事案が多かつたということも、もう話し合つても無理なところ、というような感じだつたようでした。ところが、次の年になると、まずはほとんどが説明と謝罪ということになってきます。やつと機能してき

の患者さんが言っていることを、次に交替して、医療機関側に出てもらって、患者さんはいついついことを聞きたがつている、病気のこのところを疑問に思っているのを説明してくれませんか、あるいは、どうなんですかと聞いて、医療機関側が言ったことを患者さん側は今度は、こういうことを言っていますよ、と。それを何回か繰り返します。そのうちに、もうこれは二人で、両方一緒に話しちやつても大丈夫となったときには、二人一緒に、医療機関側、患者さん側が来て、両方に話していくということです。そういうやり方をしております。

今までの申立件数ですけれども、平成18年14件、そのうち受けたのは13件。19年度は8件来て8件受けています。20年度は14件のうち12件受けています。21年は13件全部を受けているということです。医療機関が受けなかつた事例ですけれども、一つは精神科の患者さんの問題でした。これはもう、ずっと何年も話し合つていて、これ以上話し合つても無理なので、法的に解決したいということでも出なかつたのです。もう一つは、話し合いが進んでいるので、このままで解決できるから大丈夫だということです。3例目は公的病院の勤務医が、もう移って他のところに行つてしまつているお医者さんを対象にした申立だつたので、

たどれしかつたですね。それで、20年度、今度は説明、謝罪、賠償とこの3つ。これは、申立書のなかは何を望みますかと、説明と謝罪と賠償とその他と書いたものに丸をつけてくださいといったので、このようになつてきたのです。ただ、やはり説明して詳しいことを知つて、間違つていたら謝つてほしいと明らかなと思つています。21年度もそうです。

あつせん調整会議の開催回数ですけれども、1回目で終わったのが12件、26%、2回が20件44%、6回が2回までで済んでいる。これはもう、合意したのもありますし、ほとんどが合意しない、もう無理ということでは済んでいます。5回開催したのが3件ありました。それから終了までの期間は半年以内と思つていますが、最低5人が1回に集まる目を決めることがなかなか難しく、どうしても長引いてしまふ。2年以上かかったのが1件ありました。これは合意しました。

合意件数ですけれども、今まで申し立てでは全部で45件ありましたが、納得して合意したのは19件です。最初の平成18年度は13件のうち2件しか合意しませんでした。19年度は8件のうち1件、20年度は12件のうち6件、昨年は13件のうち10件合意。年々、

医療機関と患者さんと、合意するケースが増えていくと思います。事例が合うようなものになってきたのかも知れません。

これは解決金、見舞金ですけれども、これは1例1千万円以上というのがございました。これは1千4百万円でした。これは死亡事例でした。遺族の方はお金ほそんなに求めていない、と。ここで決めてくれ、と言われたのですが、決められないからということ、どのくらいのを求めているのかということを出してもらったら、弁護士さんか何かと相談して持ってきたでしょう。そして、それは20万かそのくらいだったですかね。その後は医療機関単独で決められませんでした。これは医療側に責任ありとなりました。そこで有責と。これは医療側に責任ありとなつて、賠償額はこれくらいですと出て、1千万以上になつたわけです。

今後の中立処理委員会の課題ですけれども、問題となつているのは中立性の維持です。それと、設立主体と費用というのが問題になっていきます。それとも「小医は病を癒し、中医は人を癒し、大医は国を癒す」という言葉があるわけです。私なんかは病だけ診ていて、患者さんのことを診ていないと非常に反省

者さんを納得させてしまうような状況、そういうものを作るんじゃないか、ということでは弁護士が反対しまして、私たちは、これまで医師会の費用でやっていきたいなと思っております。

(司会) 小松さん、ありがとうございます。

最後に、患者の立場で医療事故問題に取り込まれております、東京医療問題弁護団の高梨滋輝さんに、「医療被害者の立場から「医療事故原因調査制度づくり」の現状と課題についてお話し願います。」

省させられました。

そしてこの中立委員会があつて、まずこの、医療とというのは不確実性を伴うものだ、と。これは変わらないんですけれども、ただ、不確実性というのは、アクシデントをゼロにすることは不可能なのです。しかし、たとえ不可避的な事故であつても、医療者はその患者はかりじゃなくて、事故に遭つた患者さんのまわりには家族とか、それから従業員とか、いろいろな取引相手とか、その背景に大勢がいるんだということを考えて、この医療の事故の問題に対して、医療者は真摯な態度で対処しなければいけないんじゃないかな、ということをおっしゃられました。

それで、茨城県医療問題中立処理委員会の費用ですけれども、これは申込み費用はなしです。成立手数料もなしです。なぜかという、お金がなくて申し込めないという人をなくすことが一つです。それから成立手数料なしというのは、これは弁護士のほう、それはやめましょう、と言っています。それはなぜかという、成立したときに成功報酬を求めてしまえば、何とかこれを、あつせん調停を合意させてしまおうというインセンティブが働いてしまうんじゃないか、と。きちんとした説明と謝罪というか、そういうことを無理にさせるような状況というか、思

医療事故原因調査の取り組みと課題

高梨 滋雄（弁護士）



ただ今ご紹介いただきました弁護士の高梨です。みなさんお疲れのところだと思いますので、できるだけ早くご説明をいたしたいと思っております。かならず口なると思いましたが、レジュメのほうにかならず書いておきましたので、後でもう一度ご覧いただければと思いますので、よろしくお願ひいたします。

本日お話しさせていただく内容ですが、医療事故原因調査制度の必要性が認識されるに至った経緯、それを踏まえて医療安全調査委員会、俗にいう厚生労働省案というものが出てきたこと、こののをまづ復習させていただきます。そこまではご存じのみなさんも多いと思うんですが、一応そこを復習したうえで、今、それが全然実現の目的がたつていない状況で、さらに、それではそういう現状を放置するという制度の案が出されました。

可及的速やかに確立すべきという共同声明が出されました。それを踏まえて、あともう一つ、平成18年だったと思いますが、福島県立大野病院事件が起きまして、それに対してさらに大きな、こういう事故調査制度の必要性というのを認識させるに至りまして、厚生労働省のほうから医療安全調査委員会という制度の案が出されました。

これは、死亡に限定されますけれども、医療事故が起きた場合、医療機関側が、医療安全調査委員会に届けて報告する、もしくは患者家族のほうから調査依頼をするというかたちで事故の原因分析の調査をする。そのなかから特に悪質な性の高いものについては警察にその事故を通知して、警察はその医療安全調査委員会の見解を尊重するかたちで捜査や、検察のほうへの起訴が行われる。それで医療安全調査委員会が出した原因分析を踏まえて、厚生労働省は医療機関や当該医師に対する行政処分を決定する。そしてそのなかから再発防止に向けて学ばれたものについて提言を出すというふうなかたちで、医療事故に対応しようとするしくみが、この医療安全調査委員会のジークレットのほうにまだ出ておりましたので、詳しいことはこちらのほうをご覧ください。

ると一体どうなってしまうのか、ということを再確認します。プラスアルファ医療事故原因調査制度の設立に向けていくつかの流れ、停滞してはいますけれども、流れができています。そして、最後に医療事故原因調査制度を実現するためにはどのような課題が残っていると考えられるのか、ということについて順番にお話しさせていただきたいと思います。

まず、医療事故原因調査制度の必要性が認識されるに至った経緯というのは、平成10年代に入ってから、大きな、重大な医療事故が頻発したということがあげられます。平成15年1月4日の横浜市立大学事件、11年2月には郡立広尾病院事件、平成14年11月には東京慈恵医大附属戸野病院事件、平成に有名な事件です。で、みなさんご存じのことだと思います。これらの重大な医療事故が発生したことによって、それまで医療というのは無難なもので、誤りがないものではなく、医療安全事故の再発防止のために、原因の調査分析をする必要があるということが認識されるに至りました。

特に広尾病院事件の最高裁判決を受けるかたちで、平成16年9月に、日本医学会加盟の主要な19学会が診療行為に関連して患者死亡が発生した全ての場合について、中立的専門機関に届け出を行う制度を、しかし、医療安全調査制度をめぐる現状としましては、原因調査制度の実現に向けての動きは非常に停滞しております。少なくとも、先ほど渡辺室長からいろいろご尽力いただいているというお話を伺いましたが、端で見ておりますとなかなか進んでいないように見えています。厚生労働省があと一歩でできるところまでいきましたけれども、現状では少なくとも実現の目途というのはたっておりませんし、また民主党が、厚生労働省案に対案として提案していた民主党案というものもあつたんですけれども、それも実現しておりません。民主党が真剣に医療安全調査制度の設立を考えていたのなら、なぜ圧倒的な多数を国会で握っていた時期にこれができなかったかというのには、非常に、端で見てみると不思議な思いがいたします。

この医療事故調査制度の実現が停滞している大きな理由は、やはり政権交代によって厚生労働省案というものが、実現ができなかったこと、厚生労働省案に対する、医療界が大きな反発を、実はしていたのです。先ほど西田先生からのお話もありましたけれども、医療者のほうの理解が十分得られていなかった側面がありました。

これは先ほどの図で申し上げますと、医療安全調

査委員会に届けられた事故のうち、例外的通知というものが、医療安全調査委員会のほうから警察のほうに行くことと定めていました。具体的には医療事故のうち悪質なものに關して限定して、医療水準を著しく逸脱したものが、リピーターであるとか、カルテの改ざんをしているケースとか、そういう事故については警察に通知がなされると定められていました。我々法律家から見ると、そんなに漠然とした規定には読めないのですが、それは社会学者である法律家と、自然科学者である医療者の違いなのでしょう。医療者から見ると抽象的で、これは、事故が起きたから医療安全調査委員会に届けなければならぬといっただけで、いつの間にか警察にその情報がいついて捜査が入るなんてことがあつたら非常に困る。そういった意味で基準が不明確なまま、自らが刑事処分を受けるかもしれないかという批判があります。システムになっているのではないかとこの批判があります。私はそれが、医療界が一番大きい反発をした原因だと理解しております。

あともう一個、平成16年に医療界のほうからこういう制度を作るべきだと声明が出されたのですが、反面、平成の10年代の後半になって、医療に關する刑事裁判について無罪判決が非常に続きました。こ

あるという批判が出ましたけれども、実はそれはその通りで、訴訟書類は公開してはならない。将来裁判において証拠となりうるものは、裁判が開かれるまで開示されないというルールがあります。そのため、被疑者について医師起訴・不起訴の判断がなされるまで、事実上診療記録や司法解剖の報告書など訴訟書類となりうるものについては、捜査域内外の人間が閲覧することは困難な状況になります。かつ、被疑者が逮捕・拘留されている場合は、事実上、起訴・不起訴の判断をするまで時間的な制約があります。これは最大で23日間という制約がありますので、ブラックボックス化というのは長期化する心配がないのですけれども、被疑者が逮捕・拘留されていない場合は時間的制約がありません。これは公訴時効の範囲内だつたらずと捜査が続くことになりました。公訴時効というのは、いつまでに、起訴しなければならぬという時間的制約で、いわゆるみなさんが認識している時効という概念だと思つていただいてかまいません。

そのために事故資料のブラックボックス化が長期化する、すなわち、公訴時効期間内であれば、いつまで経つても事故に關連する資料というのは出てこなくなつてしまうことがあります。さらに捜査が進む

のことによって医療界が、問題意識が希薄化したのではないかと私は思つています。

最後に一番大きいことなのですが、国民一般が医療事故調査制度の必要性を認識していないのではないかと。だからこれができなくても、政府も批判されないし、厚生労働省も批判されないという状況ではないかというふうに考えております。

では、今のままを放置していいのかということも再確認してみたいと思います。医療行為に關連して患者が死亡するという医療事故が生じた場合、まず現状ではどういふふうな動きになるのでしょうか。これについてはまず、先日と西田先生からのお話にもありました。医師については業務上過失致死罪を被疑事実とする捜査が始まることによくあります。その捜査の端緒、きっかけのことが、医療機関による異常死の届け出か、遺族による告訴・告発で捜査が始まります。検察庁に問い合わせたところ、医療機関による異常死の届け出で捜査が始まることが多いのだそうです。

じゃあ捜査が始まつてしまうとどういふことになるかという点、実は、事故資料がブラックボックス化されてしまいます。これは先般、失開問題で、ビデオ映像が流れたときに、刑事訴訟法に違反する行為で

と、検察官による刑事処分、起訴・不起訴の決定がなされます。検察官が起訴・不起訴の判断をします。現在、医療事故で医師が起訴されるケースは少なうて、だいたい年間10件未満くらいだろうと、法務省にお問い合わせをしたら、そういうふうなお答えでした。

検察官による起訴・不起訴の判断は、医師が行つた行為が業務上過失致死罪に該當し、かつそれを証拠により立証できるかという観点からなされます。しかし、検察庁は起訴・不起訴の判断に必要な医学的知見を収集するシステムを有していません。現在、例えば東京地方検察庁だと医師と区別される検察官が2名いらつしゃいます。私はそのなかの一人の方とお話をしたことがあります。東京地方検察庁に限つていえば、東京地方検察庁独自に、このケースは医学的におかしくて、犯罪に該當する可能性があるのかどうかということについて、必要な医学的知見を制度として収集するシステムはないそうです。そのために、医療の専門家でない検察官が、医療事故につき医学的合理性がなく法的評価としても刑事上の過失に當たるのかということを判断しなければならず、非常に大変な思いをなさつていらつしゃるそうです。

そして検察官による起訴・不起訴の判断は、医師

が行った行為が業務上過失致死罪に該当し、かつそれを証拠により立証できるかという観点からによるものであつて、不起訴になったことは、医師の行った医療行為の妥当性、合理性に問題がなかったということ、必ずしも意味するものではありません。そして刑事裁判になります。起訴されると刑事裁判が開かれます。刑事裁判では検察官、業務上過失致死罪に該当すると主張する事実が存在し、かつその事実が業務上過失致死罪に該当するか否かについて裁判所が判断します。裁判所が、検察官が業務上過失致死罪に該当すると主張する事実が存在し、かつその事実が業務上過失致死罪に該当すると判断すれば有罪判決がなされ、そうでなければ無罪判決になります。

このように、刑事裁判によって裁判所が判断するのは、検察官が業務上過失致死罪に該当すると主張する事実が存在して、かつその事実が業務上過失致死罪に該当するか否かなのです。それゆゑ裁判所が無罪判決と判断をしても、医師の行ったことに医学的問題がなかったことを意味するわけでは、やはりありません。それはそもそも機能が違うわけですから、非常に当たり前のことだと思ひます。

一つの例をあげて申し上げたいと思ひます。福島県おりません。この問題は、私が勝手に申し上げていることではなくて、この事件の医師の主任弁護人を務めた安福弁護士も、「守秘義務があるので申し上げられませんが、この事件について無罪判決が起きたというだけで議論を終わらせていい事件ではないと考えています」とおっしゃられました。

先ほどから刑事の捜査の話ばかりしていましたが、それでは他に医療事故の原因調査の分析のための制度はないのでしょうか、現状において、先ほど渡辺室長からお話がありましたけれども、まず、医療事故収集等事業がござります。医療事故の再発防止の観点から、平成16年から、財団法人日本医療機能評価機構が、医療事故収集等事業を実施しております。この事業は、一定の参加が義務づけられている機関、任意で参加なさっている機関が、広く有害事象やヒヤリハット事象も含めて報告し、これに対して日本医療評価機構のほうで、その情報の収集分析を行っています。

しかし、一つの限界があるのは、対象となる医療機関が限定されていること。もう一つは対象となる医療機関を報告しないと、そもそも分析の対象になりません。手元にちよつとデータがあるのですが、2割くらいの医療機関が事故なしという報告を致年、多

立大野病院事件。検察官が業務上過失致死罪に該当すると主張したのは、医師の行為は妊婦の子宮壁に癒着していた胎盤を剝離した行為です。これにより大量出血が起きて妊婦の方は亡くなりました。しかし、胎盤が子宮壁に癒着していた場合に剝離することは医学的に一般に行われていることで、合理性があることです。剝離することで出血は止まりますが、多くの場合、子宮壁が収縮して出血は止まりませんし、止まらなければ止血の措置をとればいだけの話なのです。そのため、医師が胎盤を剝離した行為は業務上過失致死罪に該当しないと判断しました。

けれども、ここは高梨の私見ですけれども、本事件の問題点は、胎盤が癒着している可能性がある……、細かい話を申し上げますと、前置胎盤の場合、一定の確率で胎盤が癒着しているといわれています。そう考えれば、胎盤を剝離した場合、大量出血がある危険があることは、高い確率ではないかもしれませんが、予測することは可能だったのではないかと思います。けれども、この場合、輸血の準備もほとんどなされていませんでしたし、止血措置をするためのバックアップの人的体制も、この医療機関ではとられていませんでした。

この問題については刑事裁判では判断がなされて年にならなくて済んでいたということがいわれております。本当にその医療機関で多年にわたって医療事故が全く起きていなかったということが、疑問が持たれて、そう考えると、報告がないということに対する信用性というのは高いとはいえません。

あともう一個は診療行為に関連した死亡の調査や分析に関するモデル事業です。これも、先ほど渡辺室長からのお話がありました。死因究明及び再発防止を目的に中立性の立場で解剖、分析、検証する事業で日本内科学会が事業主体となって関係学会との協力を得ながら開催されて、平成22年度からは日本医療安全調査機構というところが継承しています。

ただしこれも限界がありまして、法律上の制度ではないので、警察と検察の捜査が実施されている場合、それが優先します。先ほどいった、事故資料のプラットフォーム化というのが起きてしまうと、事実上の調査はできないことになります。あともう一個は、実施される地域は非常に限定された範囲の地域だけです。全国規模で行われるものではありません。

問題点を紹介させていただきました。現状の問題点というのは、警察の捜査が医療事故の大半の中心となつてしまつています。現在、存在する制度や医療行為に関連して患者が死亡するという医療事故が発

生した場合、その対応は検察、警察による捜査が中心になっているが、それは医師の行為が犯罪に該当するかという観点で考えられるものに過ぎません。しかも、その警察、検察の捜査、起訴における判断妥当性には疑問があります。先ほどの西田先生のケースはまさにそうです。近年では福岡の、医師の問題ではありませぬけれども看護師が高齢の方の爪切りをした事件があります。このケースでは警察、検察は、全く専門的な医学的知見をどううとしないうで、その看護師の行為を虐待であると決めつけて起訴しました。福岡地裁では有罪判決がでましたが、控訴審の福岡高裁では逆転の無罪判決がでました。このような警察、検察の捜査によって、事実上、事故情報がブラックボックス化され、事故原因の分析、調査が妨げられているのが現状です。

警察、検察の捜査に優先する事故原因の分析を調査する法制度が、医療事故の再発防止、医療安全の確保のために必要なのではないかと考えられます。

医療事故原因調査制度設立に向けて、今、いくつかの動きがあります。一個は産科医療保険制度が、平成21年度から始まりました。詳しくはこのホームページを見ていただければわかります。これによって一定の産科の範囲の医療事故について分焼機関が提出

した診療録に記載された情報および保護者からの意見に基づき、医学的観点から原因分析を行うとともに、今後の産科医療の質の向上のために同じような事例の再発防止等の提言を行われることになっていきます。

実は、一部の限定された領域においては医療事故の原因調査制度はスタートしております。もう一個が消費者庁事故調査機関の在り方に対する検討会です。現在、消費者庁では消費者事故、シンドラ社のエレベーター事故等を含めて、消費者事故の独立した公正かつ網羅的な調整機関の在り方について検討がなされています。11月にはたしか医療関係のほうも報告がなされていたと思います。医療事故に限らず、全ての事故について同種事故の再発防止、安全を確保するために事故原因調査制度が必要とされているということが、今、広く認識されるようになってきています。

3つ目が、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業のこれまでの総括、今後に向けた提言が平成22年の4月に起きました。これは私、調査分析モデル事業が一定の成果をあげる一方、様々な眼焦点や問題点を検出しましたので、これについて、どのような対処をしていくべきか、と、制度設計論について述

べているものです。

最後に、医療事故原因調査制度の必要性が関係者に認識されるようになってすでに、これはまあ長いといつかどうかは別ですが、少なくとも、少なくとも私にとっては長い年月が経過しているのではないかと思います。医療事故原因調査制度の制度設計については厚生労働省案や診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の、これは総括や今後の提言に向け、司法解剖を絶対にするとなかなか進まない。そうすると病理解剖やAIの活用が必要なのではないか等様々な、もつと簡略化してもできるのではないかなという提言があります。院内事故調査委員会がしっかりとしているところでは、レビューで足りるのではないかなという提言もなされています。

実際に、このように医療事故原因調査制度の必要性が認識されて、制度設計についても一定の議論はすでになされております。実際に平成21年1月から産科医療補償制度によって産科病性まひ事故については医療事故の調査が開始されています。要するに必要性は認識されているし、診療行為のモデル事業で一定の実績があつて何が問題なのか。制度設計についても、厚生労働省案や診療モデル事業の経験からある程度のことばもう煮詰まっている状況です。しかも

①(司会) 高梨さん、ありがとうございます。

引き続き、シンポジウムに移らせていただきますけれども、会場の準備がございまして、少々お時間をいただきましたまして、15時45分から始めさせていただきます。また、ご質問等ございます方は、お手元の質問票にお書きいただきますので、こちらの会場係にお渡しください。それでは今から休憩といたします。

「医療事故調査制度と医療安全文化の確立」

(司会) それではただ今よりシンポジウムを開始いたします。シンポジウムのコーディネーターの永井さんと高橋さん、進行のほうをよろしくお願いいたします。

(永井) ただ今からシンポジウムを開催したいと思います。大幅に時間がずれるかと心配していましたが、各シンポジストのみなさんに守っていただけたので、お時間は取れると思います。今日、産科の無過失補償の問題を検討されておられます昭和大学の岡井先生が会場にいられています。岡井先生からもご意見はいかがでしょうか、質問が出ていますので、ぜひ本人からお願います。

(岡井) いきなりご指名いただきましたけれども、昭和大学の産婦人科の岡井でございます。チラシに、「医療事故調査機関の早期設立」というキャッチフレーズがあります、これを読んだもので、どうしてもこの会には出席したいと、実は今日は知人の葬儀だったんですけれども、途中で抜け出して、ネクタイを替え



てやってきました。

ということで、全部最初から聞けなくて、西田先生の話の途中から聞かせていただきました。この1ページ目の一番右の下の、開床異夢というところのこのスライド、話は聞いていないんですけれども、プリントを眺めてもらいました。これで見ると、患者さん側の考えられている第三者機関と医療側の考えられている第三者機関は、ちょっと懸念が違ふんだぞということを、先生、言われているんじゃないかと想像するんですね。責任追求、補償というのが、患者さん側が考えているという感じが、このスライドからは読めるのですが、そのところを先生、申し訳ないですが、もうちょっと詳しく、説明していただければありがたいと思います。

しようし、医療側は冤罪防止ということでも眺めている人もいるでしょうということ、この真ん中のところに書いてあるのがもちろん「主」です。その時に、この第三者機関を作るときに、この真ん中のこの星二つ、これを目的にして作ろうとしないと、決してできませんよ、と。そういう話です。

(岡井) わかりました。ありがとうございます。私もそう思います。今考えている第三者機関、ここで語っている医療事故調査機関というものは、真相ということとはちょっと気になります、原因を究明すること、それを再発防止に生かすこと又それが目的であるろうと。ですから、事故の被害に遭われた患者さんに、金銭面で補償するということは別の制度でしっかりとやるべきだし、それから責任追及ということに関しては、やはりこういうことになった残念な気持ちだとか、いろいろな疑問はあるでしょうが、それこそADRというようなやり方やっていくべきのも、あるというふうに私は思っています。まずそこで、今、西田先生がお話されたように、第三者機関というのはそういう目的であるということをきちっと認識して話を進めたいと思います。

それで、次に、渡辺医療安全推進室長の、これま

(西田) 患者さん側も医療側も、この真ん中の真相究明、再発防止を求めているんだということで、ただ、患者さん側は、責任追及、補償から眺めている人もいるで

での医療事故調査制度の創設に向けた動向というスライドを見せていただいたので説明を聞きましたが、ちょっと最後のほうが不明瞭な印象を受けました。どこから渡辺さんが客長に変わったのかは知りませんが、これはもったと語が進んでいるんですね、現実には、大洲案に対して、医師会のなかにある日本医学会というのが音頭をとって、話をまとめていました。日本医学会のなかには108の医療系の学会が加盟していて、臨床系だけでも75学会あります。それぞれその学会の意見を聞いたり、どこが問題かというようなことを調整して、相当この大洲案に対して修正を加えたかたちで、これだということじゃないかと、そこまで決まっていたんです。

最後まで反対したのは救急学会など4学会だけです。他は、このところをこう修正してくればそれでオケという、大洲案はそのままじゃないです、修正が加わりますが、まよまりかけていた。それにも関わらず、政権が交代したというだけで、そこまで医療界のほうが見解を調整してまとまったものを全く白紙にして新しくやるとういうのは、大人げないという、何を考えられているんだらうと、私は本当にものすごく不満なのです。

それに関して厚労省は、そういう経緯をきちっと

知っているはずなんです。最後の最後まで、あそこまでいつていた。それを、民主党の厚労大臣が政務次官か知りませんが、そのへんに気を遣い過ぎて、厚労省が何の動きもしないというのは、おかしいではないかと思えます。

それで、民主党の案は、私はたまたまですけれど、も政権交代する前に尾立議員から見せてもらって、どうですか、と質問を受けて、これは問題があると申し上げました。何が問題かという、患者さんの権利というものを前面に押し出している。それはいいんです。それはわかるのですが、出発点が、患者さんと医師とのトラブルを解消するという、そこから出発しているのです。

そうすると、原因究明とか再発防止というのは、要するに2番目になっていくわけです。患者さんとの関係は大変大事です。けれども、それは別な機会にしっかりとやると考えて、やはり原因究明は先にやらなければいけない。これは医療を向上させるためであり、将来、同じような事故で亡くなったたり障害を受ける患者さんの数を減らすために絶対に必要なことなのです。それが、民主党案のやり方だと、下手すると、患者さんとの間で話し合いがつかないまま、場合によっては、これはとても特殊な例かもしれませんが

たのは、だいたい私も賛成するところが多いんですけども、一つだけ気になるのは福島県の事件の話です。あれは無罪と言ったけれどもまだ問題があると云われた。それは、医療の内容は完全ではなく問題はもちろんです。けれども、私たちが言っているのは、ああいう事例を刑事事件にするのがおかしらと言っているのです。そこをわかってもらわないと困るのです。医療の質というのは、とても幅が広くて、沖中教授の話が出ましたけれども、ああいうものすごく能力のある人から、私たちがみない平均的な者や、場合によっては勉強もしていない、相当質の低い医療をやっている人もいるわけです。いるんですけれども、これが正当な医療である限り、自分が患者さんのためにやろうと思つてやった医療である限り、どんな結果になつても刑事罰にはしないでもらいたいというのが、医療界の強い意見です。別の手段で、その医師の診療能力を高める努力をするべきなのです。

だから、さっきの大綱案に戻りますけれども、具体的なことがないためだと、何かこう、説教的な言い方だと医者は満足しないんだと言つていましたけれども、そういう面もちょっとあるんです。一番ひっかかったのは、「標準的な医療から著しく逸脱した医療は警察に届ける……」、あの一文なんです。あれは

んが、大変高額の慰謝料金を払うことによって問題ないとしてしまえば、その事故は原因究明も何もされないままに済んでしまふ。それが、番の問題点だということでは、私は申し上げました。

そういう問題点もあるのです。ですから、じゃあ民主党案で検討してくださいといつて出てきたときに、医療界からはまた相当いろいろな意見が出来ます。それで75の臨床の学会が、全部、だいたいこれはいきましようということになるまでとれただけかかると思いますが、それを、渡辺さんからぜひ民主党議員の方に伝えてもらいたいと思えます。

この事故調査機関というのは、日本の国の医療のためにとても大事なのですが、医療財がその気にならぬと、もちろん患者さんも同じです、国民もそうですけれども、やはり医療を提供する側がその気にならないとできないです。いくら民主党がどんなに票を取つても、日本医師会とか日本医学会が絶対反対と言つたり、できませんよ。だつてそれを調査するのは医療提供者、つまり医療がわかつている人間がこの原因は何かと調査するわけですから、その協力が得られなければいけません。絶対できないので、そこはぜひしっかりと伝えてもらいたいと思えます。

それからもう一つ、高梨さんの話を聞いていて思っ

何かというと、今言つたように、一生懸命患者さんのためにやった、と。しかし、その人の能力が劣つていたためにうまくいかなかった。そう言う事例まで警察に届けるのですか、という話ですから、それに對して反対しているわけです。

ですからあそこでも書き換えて、本当に悪質なのは何なのか。具体的に、カルテの改ざんなんかもありますし、それから正しく報告しなかったとか、もうと言えば、医療安全のために本当に必要な手順を踏まない医療をやつたとか、いくつかあるのです。そういうものを人れ込んで大綱案を改正して、やろう、というところまでいつていたのです。それが政権交代してこんな状態になっているということがすごく不満で、そういうことで、今日(23)にやつてきて、それから私の考えていることを話させていただきました。すみません、長くなりました。ありがとうございます。

(永井) どうもありがとうございます。西田さんは、今は全部、もうお答えしましたか。何かありましたら……。

(西田) いや、全くその通りで、高梨弁護士が言われたことを、私も同じことを、おかしいと思つています。そ

れだけじゃなくて、検察官による不起訴になってもそれは医師の行った医療行為の妥当性、合理性に問題がなかったということの意味するものではない、と言われると、私も不起訴になったんですけれども、合理性に問題がなかったと意味するものではない。そういうことを、高梨さんのような弁護士さんがこういうところで言われるというのは、非常に私は心外で、私の場合は検察審査会にもきちんとかかって、検察審査会でもう過失もないし、ということ全部言ってくれているわけです。まあ、それは私の怨念めいたことですね。

なぜ今こうやって、先生が言われたように第三者機関が頓挫してしまっただかという、第3次試験の後に、警察への通知というあたりを整理した、あれが遅すぎたのです。第1次試験が出たあたりから、もうそれは、医療界は、ここはおかしい、ここがおかしい、と言っていました。ですから第1次試験の後にそこまでいってれば、もう今頃成立していたわけです。それが第2次試験を出して、第3次試験を出して、パロメをとって、それでおかしい、おかしいと言って、もう全然、手遅れになりかけたあたりに、警察の通知のどこを、何か研究班でもよろよろっと出した。そこがやはりおかしいのです。それで、そもそも、検

討する委員会の委員長が、刑法学者だったり、検討委員会に何度も傍聴に行きましたけれども、そこに警察庁の人がオプザーバーというふうな感じで、我々の捜査権を取り上げるような話になるんだつたら許さんぞ、というような感じで座っていて、という感じでは話が進んでいる。

それはもう、おかしいですね。ですから、厚労省の人に、僕はやはり、人選も含めて、あるいはその専門家の省庁としての胆力がなくて、ずばつこう、直球を投げ込まなかつた。そこが非常に問題だと思っています。今日、いろいろ言いたいことはありますが、この話を進めるには、医療者はもちろん、患者さんもそれからメディアも、司法院、弁護士さんも含めてですけれども、この原因究明、再発防止のための第三者機関には、NOMOD警察、警察は入ってくるな、ということをおまみさんで、致してこれから進めていくべきだと思います。

(永井) 高梨さん、何らかの弁解をしたいと思っておりますのでよろしくお願ひします。

(高梨) ちょっと、私の言葉が足りなかつたので西田先生を不愉快にさせてしまつて申し訳なかつたと思います。

私が申し上げたかつたのは要するに、判断能力がない人が判断をすると、問題がない医療の問題があると言ったことあれば、問題がある医療についてそれが見逃される危険もあるということを申し上げたかつたのです。それを片方しかここに書かなかつたものですから、あの、西田先生の医療行為に問題が残されているとか、そういう話をしたかつたわけではありません。いろいろなケースを見ていまして、やはり大きい問題というのは、今のシステムだとどうしても判断能力がない警察や検察が、原因分析とかそういうことはかけ離れた目的のために、医療行為に介入する状況というのは良くないと考えております。

本日私が申し上げたかつた二番のことはそこで、その状態を放置すると、それは医療者にとっても患者にとっても大変不幸な結果を招くとも考えています。ですから、そうではなく警察や検察の捜査に優先する医療事故の原因分析制度の、ここも早く設立すべきではないかというのが申し上げたかつたことで、ちょっと二部言葉が足りないところがございましたので申し訳ありませんでした。

(渡辺) 医療安全推進委員長の渡辺です。岡井先生のお話に對しまして、2点ほどコメントといたしますがお話しさせていただきたいと思ひます。1点目は先生がまさにおっしゃいますように、どういう案になつていくかわかりませぬけれども、関係学会の協力がなければ進まないのは、それは当然だと思ひますので、そのことは十分に承知しながら、十分に気をつけながらやっていきたいというふうに思ひつています。

もう1点、今いろいろ話になつていて、当事者間で解決されればそれでいいのか、というところは非常に大きな、本当に大きなポイントだと思います。これは小役人的に考えれば、そうしますと、行われた医療がどんなであつてもいいの、ということになりかねないという危険もはらんでいる話だと思ひつています。そのところは、まだまだいろいろな議論をしっかりとしていく必要があるのではないかというふうに思ひつています。最近、足立政務官もですね、もう対外的に言つていらつしやるので、もう言つてもいいと思ひますけれども、患者さんの納得を基本として、それでも整理がつかないようなものについては第三者の存在を全て否定するのではないというようなコメントもちょっとござるようになっています。やはり院内を基本としつつ、そこで済まないものに関しまして

(永井) どうもありがとうございます。渡辺さん、次とつづ。

は、第三者も当然出てくることがあり得るというように考えた基本になっていくのかなと、個人的には思っています。2点ほど、先生が言われたことにしてお答えするとするならば、そんなことでコメントをさせていただきます。

(永井 渡辺さん、ありがとうございます。岡井先生にぜひ、一番最初に私が説明して、シンポジウム資料2のころの一番最後に、この間の24日に、事故調の設立をということ、今、新しい岡本政務官が今度担当するということ……。この政務官とお会いしたときに、民主党の考え方は、医療事故の原因究明より紛争解決を重視する、ということをはっきり言われました。私たちは本当にがっかりして帰ってきました。この問題についてはぜひ、医療界というか医師会も含めて、本当にやるべきことはこうだね。今の渡辺さんのおっしゃり方もね、僕は極めて不満です。そうすると、今の院内事故調というのはまだしつかりできていないのに、院内事故調でなんとかまるめちゃったらそれでいいんじゃないか、というふうには、被害者から見るとそれを狙っているんですか、と言われても仕方ない。院内事故調をしつかりやりながら、やはり第三者機関というものがあることによって院内事故調もよく

たちです。これは絶対甘くなりません。だから第三者機関が必要なのです。私はそう思います。

問題は、そこで、ではこの人が何か医療的に劣っていたとか、確実に間違ってエラーを起こしたというときに、これを刑事罰とすると、今度はみんなが反発するのです。それはなぜかという、刑事罰というのはやはり犯罪者だという烙印を押しているわけですから。先ほどから出ている「OVERSIGHT HUMAN」と言われたように、どなたが私たち、誤診もし、手術がうまくいかないこともあるが、医療はそういうものだというのを考えれば、医療の場合はそう簡単に犯罪にしてはいけないと、例えミスがあってもです。犯罪にするのであれば、やはり明らかに犯罪行為でこういうことはやってはいけないということをきちっと規定して、それに及んだらこれは犯罪とすべきで、それはいいです、当然です。

で、犯罪でないミスをどうするかといったら、これは私たちの間でやらなきゃいけないのです。医療界のなかでちゃんとペナルティを与えるんです、そういう人には、本当に程度の低い医療をやっている、一回注意を受けた、それなのにまた同じことをやっている。それを刑罰で制御するという、もちろん、医療界は全員反対します。医療界、私たちのなかで、自分

なつていくだろうし、そういうしくみをしつかり作るということは、新しいしくみを作るというふうには言わないのです。そういうようなところにもその問題があると思っっていますので、これは我々被害者というが、国民的な考えと、医療界というか医師会の考え方がそんなに大きく違っていないと思っっていますので、ぜひ医師会のほうからも、岡本さんとお会いしてでも、内容は違うということをしつかり言い続けていただきたいと思っます。岡井先生いかがでしょうか。

(岡井 ありがとうございます。院内事故調に関しましては、私も大病院のなかの院内調査委員会の委員として、事故があるたびに行っています。しかし私の目から見ると、みんな仲間ですとか、やはり甘いのです。例えば、産科医療補償制度の原因分析委員会で、よその事例があがってきたのを、みんなで、ああでもない、こうでもないとか議論しています。それと比べるとどういう表現すればいいのか、まあ、相当甘い。原因究明の追求の仕方が、程度が軽いとか秘密でなるといって、安易になりかける。私はうるさいほうだからちよつと文句を言ったりもします。まあそんな感じですから、大病院でもですよ。そうするとちょっと小さい院内病院では、毎日一緒にやっている人たちで、ちゃんとそういう人はコントロールしましょうよと言っことで。それで何ができるかというところ、これを国に頼むと行政処分になつてしまうので、本当にやらなくちゃいけないのは医師会とか学会が自らやることです。それは専門医資格を一時停止するとか、その学会での何らかのペナルティなのです。もちろんそれは一生取り上げるわけではないですよ。そこは大事なところは再教育のプログラムとか、そういうことを全部きつと入れて、そういうことで、医療事故をなくする、安全な医療を心がけようというインセンティブを高めていくことも必要だし、現実にはそういうペナルティが効いてきますから、それでやっていけると思っます。そのことをしつかりやるのが第三者機関であると私は思っます。

それから、患者さんの補償は別問題です。被害に遭つた患者さん全員に、補償はきちんとしてあげなきゃいけない。当然のことです。それから、それでもなおかつ医師と患者との間に、事故が起つたために対立が生じてしまつたとか、今まで信頼していたあの人が信用できないとかの、相互不信を解決するために、ADRがあつて、それはそれでしつかりやるべきだと、これも大事なことです。大事なだけけれども、それが一番大事で、それをやつてしまえば、医

療事故の原因説明はやらなくて済んでしまおうという話は、これは本当の医療の向上のためにどうか、ということを申し上げたわけでは。

(永井) どうもありがとうございます。質問のなかに、岡井先生が今お話しされたことかもしれません。西田先生に医師に関する質問があります。要は、警察を問題視することに、故意、改ざん、隠蔽という話があることは理解したのですが、特に、同じようなこと事故を何度か起こしているいわゆるリビーター医師に、それを予期せぬことについてそれを片付けて、本当にいいんでしょうか？岡井先生は教育というような問題もおっしゃったと思いますが、このへんについて西田先生はどんな見解ですか。

(西田) 私は私自身、リビーター医師ではないと思っておりますのであれですが、リビーター医師をリビーター医師であると、それを判断するのは誰がするのかというところ、それは岡井先生が言われたように、専門家集団というか、医師の集団がすべきであろうと思えます。そこでしっかりプロフェSSIONナルオートノミーを発揮して、評価をして、何らかの対処をする。それがちゃんと行われたのが、隣の川田さんの東京医大それは、こう言つては何ですが、隣にいる渡辺さんも臨床経験は1年です。ほとんどの医系技官は、ペーパー医師みたいなところがあつて、そういう人たちが、この行政処分を下すというのは、非常に危険なところがある。そういうところもあると、ね。

(永井) 西田さんのお話の中で、東京医大の話もあり、行政処分の問題も出ていました。川田さんは今のお話に対してどんなお考えですか。

(川田) 専門医の話は、うちの場合も、担当した執刀医を責めるという気持ちにはなぜか当初からあまりありませんでした。でもそれを学会という内部で、再教育をするというのは、疑問があります。その先生は現在、他のところで臨床されているので、結果からすると、今西田先生がおっしゃったように、きちんと有言実行しているのかな、とは思いますが。ただその実情というのは患者、一般市民からは見えないところもあつたり、大きな事故を起した専門医を再認定するということも、当事者としてはたいへん気になります。ニュースなどは見ていましたが、どういう基準で専門医を再認定する、というのがわからないというのが気になるので、専門家集団とはいえず、

の事列で、学会が中心となつてきちんと報告書を出して、専門医として再教育をして、今、その先生はまた専門医をとって診療をされていますけれども、そういうことだと思えます。

リビーターは警察に行くべきだとかいう話は全然ないと思います。行政処分という話も私は反対で、というのは、要するに、この第三者機関を作るときに、刑事処分はとんでもない、行政処分だったらいいだろうという話があります。けれども行政処分というのは、例えば、医師免許を取り上げるとかいう行政処分、これは、破廉恥なことをした医者だつたら別ですけれども、それは非常に重いことなわけです。それを厚生労働省がやるということに関しても、非常に現場の医師から不信感があつた。要するに、厚生労働省に、その医師が行政処分をするに値するほどの医師かどうかというのを医学的に判断する方はないのです。結局刑事処分の後追いをして、刑事で有罪になつた人を行政処分してきたというだけです。ですから、医療界が第三者機関に反対したという人たちのなかには、警察との繋がりがだけじゃなくて、それが厚生労働省は行政処分に使うんじゃないかとか、その第三者機関ができたときに、厚生労働省の天下り機関になるんじゃないかとか、要するに厚生労働省の信頼がないのです。

局はやはり仲間で認定するところがあるのではないかと、というように穿つた目で見ると、正直にいてあります。やはり基準なり規定なりをきちんと公開するということが必要だと私は思います。

(永井) ありがとうございます。西田さんのお話のなかにもふれられていましたが、医療事故調査の第三者民間の検討会で、座長が刑法関係の人だから問題があるような話を結構、お医者さんの人が言つたりするのを聞いているのですが、それに関わった豊田さん、どんな思いがあるかちょっと反論も含めて、お話しします。

(豊田) こんにちは。遺族代表で検討会に参加していましたが、私は専門的なことまではよくわかりませんが、患者の立場から見ると、何かすごく偏つているように思えます。それが、その立場の人(刑事法学者)として偏つていないと見えたのが、あの方の人柄なのかわかりませんでした。この議論で、では誰が委員長を務めればいいのかといったときに、これまで遺族が検討会の中に入るといったこと自体できなかった状況で入っていたので、逆に医師が中心となつ

て話を進められることのほうが、違和感があったのかもしれないというのは正直あります。

ですので、誰が座長を務めることがよいかについて、私は経験が豊富なわけではないのでよくわかりませんが、検討会スタート当初はすいぶん意見が食い違っていたなかで、最後のほうは立場を超えてすいぶんわかりあえたのではないかと思いますので、私個人としては、あの大綱案がこんな形で、途中で止まってしまうたのは非常に残念です。さきほどからみなさんがいろいろおっしゃっていますように、この議論が先にすすめないのは、実はわかっている人たちにははっきりわかっていますが、何なごまかすような議論を出してこられる人たちが邪魔しているようにしか見えません。警察への通知に対する反対、原因究明にあんなにお金をかける必要はない、それより医療現場のためにも紛争解決の観点でやっていくほうがいいのではないかとという人たちの話が入って意見の相違になり、もめているのではないかと、私個人は、検討会に2年間参加して感じていました。

(永井) どうもありがとうございます。ちよつと話題を変えます。小松先生への質問があります。そのままちよつと読ませていただきます。「お話のなかにあって機関が応諾して、医者も、担当した医者が出てくるというのは、そのなかに医師会の役員が入っていることですね。これが一番安心できるといふことがあるのではないかなと私は思っております。

だから、同じようなADRの機関でも、愛知県でしたか、そこに医者が入っているんですね、そこは応諾率が高くなっています。やはり弁護士サイドだけやるといふのが問題なのだと私は思っております。

(高梨) 東京3弁護士会の医療ADRのことにに関して申し上げますと、私個人は、今、小松先生がおっしゃられたことは違つて、地域的な差があるのではないかと考えております。実は一部の東京の大病院には患者に対して組織防衛的な対応をとるところがございます。例えば弁護士が患者や遺族の代理人としてカルテ開示の申し入れをしても、厚生労働省のカルテ開示ガイドラインは法律上の義務ではないから応じる必要はないという回答を、いとも簡単に大病院の代理人の弁護士がしてくることもあります。東京3弁護士会の、医療ADRというものはあくまで訴訟と違いまして、医療機関は応諾しなくても不利益がないものですから、組織防衛的な対応をとるような医療機関については応諾しないというふうには私の

た、医療側は紛争解決をしようという意識があるのか、という内容ですが、東京の弁護士会のADRで、医療機関が応じないために話し合いができませんでしたというケースが多いということが前置きとしてあったと思います。「ここからが質問ですが「医療機関の対応が悪い」というか、応諾率が低い」ということの事実について、小松先生はその理由が何だとお考えでしょうか」と、そのついで質問です。

(小松) 私もあの時に出ていたわけですが、たしかにそのような前置きがありました。ただ、なぜ応諾率が悪いのかというのは、弁護士しかやっていないからです。あの時、東邦大学の小山先生が「そんなことではない」と反論してものすい激論になったわけですが、これも、結局、弁護士会主体でやっていることに、医療側はやはり不信任感を持っている。これは二ワトリが先が卵が先か、の語になってしまうので、そこまでは、どちらが悪いというような問題ではなくて、今まで医療側が一方的に叩かれてきたということが原因になっていきます。これは、弁護士が入れば私たちは一方的に責められるだけだという意識が医療側にはありますから、そのために、出たくないという気持ちになつてしまつてですね。茨城原の場合に、その医療

ほうは理解しております。私から見ると東京3弁護士会の医療ADRの限界というのはそこいへんじゃないかというふうにご考えております。

(永井) どうもありがとうございます。次に、質問というか意見ということを出されています。清川さん、よろしくお願ひします。

(清川) 先生方のご意見を聞いていて思ったことなのですが、小松先生が、誤診率のギャップが、医師側と患者遺族側とあるとおっしゃいましたが、例えば高梨先生がおっしゃったように、2割の医療機関が事故なしと報告しているというように、実は、医師、病院側があえて事故はないんだ、ということこそそのギャップが生まれているんじゃないかと、私は認識しています。つまり、マスコミなどに病院側が積極的に開示をしていく情報というのは、病院は、いかにうちの病院が素晴らしいかというような情報しか出さないから、受ける患者のほうも、病院では間違いが起らないんじゃないかという認識があるために、そういう誤診率の認識のギャップというのは起こるんだと思います。

つまり、波辺室長さんもおっしゃられていましたが、誰にでも間違いはあると、間違えなばらばらにならなくて

うふうな認識があるならば、その間違いはあるという情報も、全て公開するべきじゃないかと思えます。事故調という以前に、全ての病院が、事故が不慮の死、不審な死ということ全て公開してというか、厚労省に全部報告し、厚労省はそれを全て発表する。いちいちマスコミに発表するのが大変でしたら、厚労省のホームページに全て閲覧できるように発表する。これによって、いかに病院が、事故がないということが神話でしかないんだということを患者が認識する。

それによって誤診率の認識のギャップが解消されるし、それから遺族側にとっても、自分たちは泣き寝入りしてないんだと。誰かが自分たちの事件を知っているんだと。公開はどういう範囲まで、というのはすごく難しいかと思えます。事故調査が今開かれて原因を調査中ということも含めて、まだ原因はわからないけれどもこういう異常死があったということ程度でもいいかと思えます。医療事故について全その人が共有できるようにする。そうすると、他の病院でも似たような事例が起こりそうなときの予防にもなります。一番患者にとつての許せない表情、病院がこの事故はなかったとして、間に舞られるということが一番、遺族側にとつて悲しいことなので、それもなるべく、と思えます。こういう意見を持っているんですが、いかがでしょうか。

(永井) どうもありがとうございます。事故情報の報告システムについては、川田さんもご意見があるようですので、お願いします。

(川田) 全く、今の清川さんと同じことを私も、実は質問状に書きました。情報システム自体、土台は正しいというか、間違っていないかと思いますが、要は、報告しない医療機関があることが問題です。報告されたものをきちんと公表するというのが、そこは評価できるんです。では報告しない……、先ほど高梨先生のお話しでは、2年間事故がないということも、きちんとして、きちんとそれは追求できているのか。また、もし報告しない中でさっきおっしゃっていたような事故があったという事例について、何も国としても追及していないんですね。そのへんをどう考えているかというのをぜひ聞きたいです。

(澤川) インターネットで公開すべきと言ったのは、事故があった遺族側が、その病院が公開しているかどうかというところを把握できるからという意味です。厚労省

せると思います。

私も1年前に子供を2歳で亡くした遺族です。私のケースでは3カ月前に、うちの子と同じような麻酔によるミスがあり、同様に亡くなっています。病院に、麻酔について、カテーテル検査受けたときに、今回のようなケースで事故はなかったのですが、ということを問うたところ、全く具体的な説明がありませんでした。その3カ月前の事故は、事故調査委員会が継続して行われていて、病院の中では問題視されていて、全ての医師に認識されていたにも関わらず私たちには説明がなかった。我々のケースで、3カ月前の事故を知っていたら、そういう同じようなカテーテル検査を受けさせることをやめさせることもできたかもしれないし、病院を移すこともできたし、そこまでいかなくても、医師に緊張感を与えて、ちゃんとやってくれ、ということができたかと思えます。渡辺室長の説明にあったように、今、対象となる医療機関が、報告義務医療機関というのは特定機能病院とか限られているところなので、うちの病院は心臓病ではかなり著名な機関であるにも関わらず、報告の義務のある医療機関に認定されていないということもおかしいです。ですから公開は全ての医療機関に義務づけ

に報告したただと、自分らの事件が報告されているかどうかはわからないので、それがきちんと可視化できるようにしないか意味はないかと思えます。そうなると、全情報を公開していれば、事故がないというような病院が駄目ということが、受けた患者さん、遺族側にとつてわかるので、そこを強調したいと思っています。

(永井) 今、清川さんがおっしゃる、事故報告は、厚労省に直接くるわけではないし、もう一つは、この病院がどうだという、そういう右前は一切出さない。そういうしくみのなかで行っているの、今おっしゃるところまでいくのには、大学の壁があるのかもしれない。いずれにしても渡辺室長、今の二つの質問について、見解をお願いします。

(渡辺) 病院のほうがいい情報しか出さないとか、起こったとか、起こった事故が全て公開されるのが望ましい姿じゃないか、とかということにつきましては、今、永井さんもおっしゃいましたように、現在、システムとしてはそれはなっていないという事実でございます。非常に貴重なご意見だと思いますし、非常に重要な検討課題だと思います。そこでどうもえすの

お答えは切らせていただきたいと思えます。このことは非常に、このことをさらに突き詰めていく、さらに展開させていくとすると、非常に大きな議論がまた必要だと思います。患者さんご意見も聞かなくちゃいけないし、これについては医療機関のほうのご意見も聞いていかなくてはいけないので、そのようなことで認識しています。

もう1点、この件でコメントさせていただきましたから、全世界の国、どこでもこのことが課題になっているようです。詳しくは勉強しきっていないんですけども、どこの国では、この医療事故を出す、インセンティブといいます、インセンティブを手えるために、1件あたりいくらくらい出すので、医療事故情報を出させるような制度を作っているというような国もあるようです。全世界的に見ても、非常に重要かつ根深いといえますが、そういう問題なんじゃないかというなかで、私も一つの検討課題というふうにと認識していますので、また貴重なご意見をいろいろといただきたいと思えますとともに、これについてはもったいろいろなご議論、ご意見等々、出されるべき話なのかなと思っています。

(永井) 事故報告のしくみなり、先ほど出た届け出をしな

を出せというのではなくて、予期せぬ死亡を全部出すと。要するに、入り口を非常に広げて、そのなかに貴重な再発防止とか医療安全の向上に供するようなのが含まれているとかたちで集めるならいいですけども、事故を出せといった途端に、非常に何ていうか、出口があやふやな状態になるので、それはうまくいかないと思えますから、事故とかと関係なく、医療安全、再発防止のために、予期せぬ死亡、あるいは予期せぬ合併症は、全部届け出るのでなく、全部情報共有しましょうと、そういうかたちであれば、私はいいと思えます。

(永井) 岡井先生、何度もすみません。現在273の病院が報告義務があつて、そのなかにたぶん20%くらい、1回も報告していないという病院があるようです。そのようなことも含めて、1回もないというのは、事故らしき、とか、予期せぬ、以前の問題があるんじゃないかな、と私たちは思っています。西田さんのおっしゃるようなことを医療界のなかで、よく医師の方がおっしゃるので、ああ、そうなのか、そういう言い方もあるなと思えます。しかし、私らはその説明では一般市民は納得できないところがあることも事実だと思います。現在の報告制度のなかで、報告を出来

ない病院、たぶん事故があつてもしていない病院があるんじゃないか。そういうことでは、西田先生が医療界が同僚評価をしっかりとやっているとおっしゃるほどは、できていないんじゃないかと僕はいつも言っています。そこらへんについて、西田さん、反論はどうですか。

(西田) 今の話を極論すると、病院で亡くなった人、あるいは何か合併症を起こした人は全部届け出るといふようにしない限り解決しないと思えますね。要するに、次の段階は、病院で予期しない状態で亡くなった人は全部届けると。それを事故を届け出るとなると、事故かどうかは、それはいろいろな見方があるわけです。我々は、これは事故でなくて、予想しなかったちでの急死というのは医療であれば結構あるわけです。それも全部含めて届け出ましょう、とか。そういうふうにしてもえれば、それはもう全然、あれです。ただ、事故を届けようというのなら、それが事故かどうかというのは、非常に難しい問題であるので、それで、事故といった途端に責任追及とかが始まったりします。

やはり、医療安全とか、再発防止とかを目的とするのであれば、責任追及とかとは切り離して、事故でない病院が事実あるが、それがどこの病院かわからない。医療事故の報告をしっかりとやるという意味では、厚労省を悪者にするだけではなく、医療界として何かやり方があるんじゃないかなという気がしますが、そういうことについてどんなご見解を持っておられますか。

(岡井) 報告をするということが、制度上、義務づけられていない、あるいはどういふものを報告するかということの定義がないというので、一部の人はそういうことは知られたくないということで、本来は一般的な概念の事故には相当する事例であっても、それを報告していない、というところは現実にあると思えます。しかし、それはやはり、西田先生が言われたみたいに、事故とは何かという定義がまだはつきりしていないし、それが事故だということを報告しろということになると、今の日本の制度のなかでは、それこそ解決しなければいけないのですが、刑事責任のそれからまた民事でも賠償責任という話になってくると、人情として、事故にしないこと、事故という扱いにしないほうが自分たちにとっては得策だと思ふような、そういう体制があるわけです。背景にはね。

だからそこを直していかなくちゃいけないのです。報

リピーター医師ということを聞いて、一番奇異に思うのは、リピーター医師って誰が作った言葉なのかと思うんですけどね。そんなにリピーター医師っているんですか、どうなんですか。

(永井(国)) 例えば、東京医大の件にしたって、心臓外科で……。

(西田) 東京医大の件以外にリピーター医師っているんですか。

(永井(国)) 私自身は東京医大についていろいろ調査しているんですけど、少なくとも、八王子の生体肝にまで及ぶという事は、やはりそういう……。

(西田) リピーター医師、リピーター医師と言いますけれど、リピーターだかフリーターだか何だかわかりませんが、それとも、その言葉はずっと一人歩きしていると思うんですけどね。

(永井(国)) ええ、まあ、あの……。

(西田) リピーター医師ってそんなにいるのかと。要するに

ではなくて、専門医の再教育もしていますし、それから専門医の基準も厳しくしつつあります。それはそれで対応しつつあります。これはあまり関係ないことかもしれないけれども、専門医ということに関して、逆の意味での社会的評価も全然ないんですね。専門医だから診療報酬が高くなるとかそういうことも全然ありませんし、それは、国全体として日本の専門医制度をどうしていくかということは考えていかなければいけないと思っています。

(永井(国)) わかりました。患者側から見ると、なんか専門医というと、非常にグレードが高くイメージするということでは、比較的あり得る話で、ドクターのスキルそのものまではなかなか個人の患者では見分けがつかないというのは、現実的だと思うんですよね。

(西田) それはおっしゃる通りです。学会の専門医だから、ある一定のレベルを確実に保証しているかというところ、それは全然ないと思います。

(永井) どうもありがとうございます。では、間垣さんにマイクをお願いします。

リピーターというと、刑務所に入ったと思って出てきたら、また同じ犯罪をしてまた刑務所に入ると、いったことをイメージするんです。リピーター医師って世の中にそんなにいるのかなと。

(永井(国)) あいや、そうであればですね、少々、そちらで、壇上で、リピーター医師という話で始まったものですが、その言葉を使わせてもらったのですが、少なくともスキルがある、ない、まあ、スキルに欠ける、あるいはどうも……。

(西田) それが、リピーターという言葉になっているのが、まずちょっとおかしいと思うんですけども……。

(永井(国)) いや、いや、それは、じゃあ、ちょっと、取り消します。

(西田) あなたの言われていることが、専門医制度の問題と専門医のレベルの問題ということであれば、それはまたちょっと非常に別のことです。日本の専門医制度の問題がどうかという話になればそれは、紙切れではないかというふうな人もいますし、そういう人もいます。少なくとも、全く、学会は何もしていないの

(福垣) 愛知県の福垣と申します。医療事故被害者の関係者でございます。医療事故調査委員会につきましては、第2回の委員会に参考人として呼ばれまして、私も意見を申し上げました。その後検討委員会は、大変熱心な討議を続けられて、たしか17回くらいやられたと思います。その議事録を私、全部読んでおります。

それで、私が第2回ということ、第1回は顔合わせです。一番最初の外部の意見を聞いたときの委員会だとも思いますが、その時私が申し上げたことは、結局、医療事故被害者として一番悩んでいることは、同じような事故が二度と起こらないようにすること。再発防止にあると、このことなんです。一つで済めばこれだけなんです。

だからそういう意味で、この医療事故調査委員会を作って、それで重大な事故については克明に調査して、それに対する再発防止策を立てて、それを公表すると。それを全ての医療機関が認識をする、ということによって、医療事故は大幅に減らせるんじゃないかというふうに考えております。ですから、せっかくの大綱案ができましたけれども、これはいろいろな意見があることは十分承知しておりますし、もちろん、さらに調査を加える必要があるかと思えます。

が、総括的にいえば、大変よくできた案だと私は思っております。ですからこれを、大綱案をもとにしまして、さらにそれを押し進めて、この事故調査委員会を、あるいは安全調査委員会でもいいのですが、ぜひ早期に立ち上げていただきたいと思っております。

それから民主党の案の話が出ましたが、私は民主党が政権を取る前に、民主党が案を作ったということで見えております。あの案は、国民のこと、あるいは患者のこと、医療事故被害者のことを全く考えていません。医療界を代表する意見でもありません。一部の医療者だけで作り上げたものです。それが今、まかり通っているとということについて、大変残念に思っております。

それから、調査委員会の、いわゆる院内調査委員会なんですが、これも公正なる第三者機関ができあがったうえで、それも公正なる第三者機関だけでは不十分で、処理しきれないと思うんです、件数からいっても。そうすると院内の事故調査委員会というものをやはり使っていく必要はないわけですが、院内の事故調査委員会というのは、必ず第三者を入れるというかたちで公正なものにする必要があると思っております。院内だけでつくられた調査委員会は、今までの例をみても、信用できないと思っております。第三者機関と

しての事故調査委員会を中心に考えるべきでありま

す。
この調査委員会にしても、医療者が中心になって作るわけですから、そこで判断をして、極めて悪質なものであれば、それはやはり警察へも通報すべきであると。これは残しておく必要があると思えます。

医療の世界は何をやってもいいということではまかり通らないと思います。かつて、例えば埼玉県の所沢で、産科のお医者さんが、産科の医療法人といいますが、健康な人の子宮を、何十というか、ものすごくたくさん摘出したというような事件がありました。これは極端な例ですが、こういったことがあったら、やはり当然処罰の対象にすべきですよ。だからそういう道というのは残されていなきやいかんと、こういうふうには思っております。

(永井) どうもありがとうございます。時間も迫ってきていますので、それぞれの方、今日のシンポジウムと質疑応答を通じて、特に医療事故調査委員会設立の問題も含めての、1分以内くらいでお話していただき、それで締めたいと思えます。川田さんからお願います。

(川田) 今日は貴重なお話をいろいろありがとうございました。

講演のときにもお話ししましたが、いろいろな政策を作るにあたって、言葉の一人歩きというのが危険だな、と私も認識をしました。遊戯も含めて全ての方にお願したのは、常にニュートラン状態である、きちんと自分で考えること。それがひいては国民的な運動にもなるし、いい政策を作っていくということに結びつくのではないかと今思っています。その時にやはり、何度も言いますが、忘れていただきたいくないのは、自分の家族が医療事故に遭ったかどうかのようにしてほしいだろうというのを、医療者の方も、法律家の方も、行政の方も、考えていただきたい、想像していただきたい、そこに私の思いは尽きると思っています。今日はありがとうございました。

(西田) 私の言いたいことは、この今日のタイトルに全て書いてあります。故意・改ざん・隠蔽、それから最後の方が言われたように、とても医療と思えないようなもの。その言葉で尽くせると思いますが、そういうものは警察が入ってきてもいいんですけれども、真相究明のために第三者機関に、パイプを警察に向けてつくっておくことは私は絶対反対です。それがある以上は、この第三者機関を作ろうという

話はきつとつまらないと思います。

(渡辺) 今日は本当に、1時半から非常に貴重な意見をいろいろいただきました。ありがとうございます。全て参考にして、今後当方でも議論をしてやっていたいと思っております。最後に、稲垣さんから言われたお話に対してひと言葉だけコメントいたします、再発防止に際していくとか、院内事故調査委員会の活用ということも、私の今日のスライドの42番のところにありますように、調査・分析のモデル事業等々においても議論を検討していくことになっていきますので、申し添えさせていただきます。どうもありがとうございました。

(小松) 本日、いろいろな被害に遭われた患者さんの家族からのお話を聞いて、私が感じたのは、この十年、医療界は大きく変貌していると思えます。この医療事故に関して、私たちは、日本医師会もそうですが、非常に変わってきたと。隠蔽、改ざんとか、いろいろいわれますけれども、本当にこれは、もうほとんどそういうことではやられていないと私は信じております。また、さっきの専門医の問題も、私は整形外科の専門医ですけれども、私になったときは、唯かにできたときなので、学会に所属していたから、その

まま申請すればなれたんです。ところが今は、実際に試験をやつて、それで落ちる人がたくさんいます。だんだん専門医のレベルも上がつてきていることは事実だといつてこそご理解いただきたいと思つています。以上です。

(高橋) 高梨です。2点ほど申し上げたいと思つています。まず1点は、院内事故調査委員会が開催できる医療機関というのは非常に限定されています。そういうことが開催できる物的、人的、施設がないような医療機関のほうがむしろ、医療安全に関してエネルギーやコストを費やすことができます。かえつて事故が起きるということがあります。そう考えるとやはり、院内事故調査委員会を中心とした原因分析というのはちよつと非現実的なのではないかと考えております。

もう1点は、医療事故調査の第三者機関については制度設計もできておりますので、あとは国民的な支持というものがあれば実現するんだろうと信じております。私も頑張つて参りますのでよろしくお願ひします。

(永井) 小松先生にたてついでで大変申し訳ないんですが、多くの医師は「永井さん、十年前に比べれば大

きるようになつて、いろいろな角度から説明していただきました。

事故の原因究明ができていない人たちが、それに悩んでいる人が多いということだけは、やはり知つておいていただきたいと思つています。そういう状況のなかでは、私が最初に言いましたように、事故の第三者機関というものをしつかり作ることによつて、院内事故調わり全体の問題がよくなり、医療の安全また医療の質の向上になつていくものだと私は信じています。医療事故調査機関の設立は大変しんどい道に今なつてきていますが、私もみなさんと共に頑張りたいと思つています。ぜひ日本の医療をよりよくなるという意味も含めて、医療版事故調の早期設立について一層声をあげていきたいと思つています。よろしくお願ひします。

(高橋) 私の感想を述べさせていただきます。今日も私が感じるのは、医療に関する不信任感が依然として相当根強いものがあるということです。それに対して、お名前を出して失礼かもしれませんが、西田先生がおっしゃつたように、なぜ医者が刑事罰あるいは行政罰を被らなくちゃならないのか、納得出来ないという声が医療界にあることは私もど国民には、私も医療事故

変変わりましたよ」と、僕にもよく言つてくれます。たしかに医療技術や、ハード的に事故を起こさないような仕組みは、変わつてきていると思つています。しかし、医療事故、事故という定義はどうかと言われると、私たちが見たときに事故らしきものもあるかもしれないが、それに対する医療側の事故調査のオープン性は、あまり変わつていないと私は感じて

います。
それはなぜかという点、今日も来られている多くの被害者、医療側からしたら被害者らしき人の話を聞いていると、事故に対する対応は先生方がおっしゃるほど、まだしつかりできていない。それは事実だといふことを本音で認識していただきたい。

もし医療事故らしきものを病院側に訴えたとしたら、やはりそこをしっかりと説明し納得していただく努力をしていただきたいのです。それなしで門前を閉じてしまつて、東京都内の大きな病院のなかでも、それだつたら裁判に訴えたらどうでしょうかと、顧問弁護士が出てきて話をするような事例は本当にまだ多くあるのです。

理解ができなかつたり、事実経過が違つたので、さらに、説明を求めると、おかしな患者だとかと先生方は言いますが、やはりおかしな患者だつたら理解できない被害者ですが、やはりどうも得心がいかないといふ思いを抱きました。これは改めて国会があれば西田先生のご意見も伺つてみたいと思つています。

こういう国民の側あるいは市民の側の医療不信を放置しておくことは、医療の側にも私どもの側にも不幸であるということには間違いありません。だから懸命な努力を凝らして、どこかで突破口を見いだして、何か新しい信頼感を作るような、そういう制度なり、あるいは文化なりというものをつくり上げていくほかないだろうと思つています。今日の余会で、みなさんのご意見をお伺ひして、またそのことを強く感じさせられました。今日はどうもありがとうございました。

(永井) ではシンポジウムを終わります。シンポジウムの先生方に、拍手でお礼をしたいと思つています。今日はどうもありがとうございます。



森永 泰彦（医療過剰原告の会・中部地区代表



ただ今ご紹介いただきました森永です。本日は講演者のみなさま、貴重なご意見、並びにご体験をご紹介いただきました。どうもありがとうございます。なお、会場の皆様も、最後まで、長時間ご臨席、ご意見をいただきました。ありがとうございます。私も、十年ほど前に亡き息子の件で医療裁判をやり、その経緯から幹事をお引き受けしています。最近も、中部地区の医療過剰の疑いがあると恐われておられる方々からいろいろ相談を受けております。その中で感じますことは、再発防止、原因究明の為に、被害者側でも事実を具体的に客観的にきちっと掴む、把握することが非常に重要な点なということです。

そういう点で、この第三者機関というものの設立は強く望まれるところですけれども、今後どうやって

いくということが課題となります。いろいろ問題を取り組む場台によく言われることですが、働きかける対象として3つあるそうです。一つ目は関係者の意識や知識、意見の調整などの人間系への働きかけ、二つ目は種々のしくみ作りなどシステム系への働きかけ、三つ目は取りまく環境系への働きかけ、環境といってもエコロジーではなく、社会とか国民などへの働きかけです。先ほど高梨先生もおっしゃいましたが、国民への働きかけが、非常に重要ではないかと思えます。

そういう点で、マスコミの方が本日のテーマにもう少し力を入れていただければ、と思います。最近のマスコミの報道を見聞きしていますと、些細なことを、大衆迎合を狙いいろいろ報道していますが、もう少し国民の文化とか生活とかに着眼した、ポリシーを持った報道をやっていたらいいのだが、と、最近よく考えます。そういう点で、原告の会もそれに少し力も力を注ぎたいと考えていますので、今後ともよろしくお願いたします。

今日はどうもありがとうございます。

閉会

これにてシンポジウムを終了いたします。長時間にわたりご協力をいただきました。ありがとうございます。ございました。

医療過誤原告の会事務局

〒189-0026 東京都東村山市多摩湖町1-22-2 宮脇方

電 話 090-6016-8423

Eメール contact@genkoku.jp

公式 Web サイト <http://www.genkoku.jp>

医療過誤原告の会・会報 第33号

2011年6月1日 初版第1刷発行

発行者 医療過誤原告の会 会長 宮脇 正和

編 集 (株) アルファ・デザイン

©2011 医療過誤原告の会