

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

資料4

平成24年4月27日

安全な医療を求めて—患者側弁護士の立場から—

南山大学大学院法務研究科

教授／弁護士 加藤良夫

安全な医療を求めて

—患者側弁護士の立場から—

南山大学法科大学院教授 弁護士 加藤 良夫

私は弁護士になって38年になりますが、これまで、患者側の弁護士として、それぞれのケースごとに当該診療科の医師の助言も受けながら多くの医療過誤事件を取り扱ってきました。医療過誤の中には、死亡や重大な後遺症を残したものもあります。医師の診断ミス、手技上のミス等様々ですが、医学のごく基本的なレベルのことが不十分なために発生した事例も少なくありません。また、患者の人権をないがしろにしていると痛感した例もあります。ミスによって重篤な結果を招いた医療過誤のケースであっても、医師・医療機関は、率直に非を認めて謝罪したり、再発防止策を被害者に伝えることがほとんどなく、責任回避的態度を示すのが普通の姿でした。このような医療側の対応によって、患者側はさらに傷ついてきました。

私が言いたいことは「重大な医療事故を発生させた医療機関は、『隠さない、逃げない、ごまかさない』という姿勢を基本にして、ピア・レビューのできる外部委員の参加を求め、速やかに、客観的、自律的、公正な事故調査を行う必要がある。特に診療に関連した死亡事例については、速やかに病理解剖をする必要がある。医療事故被害者の真相究明及び再発防止の願いを正しく理解し、誠実に事故調査を行い説明責任を尽くすとともに再発防止策を立案して実践しなければならない。ところが診療関連死等について十分なレビューがなされているとは思われない。このような実情を踏まえて考えれば、事故の情報を網羅的に集約しそれらを調査し医療の質の向上につないでいくための第三者機関が必要である」ということです。

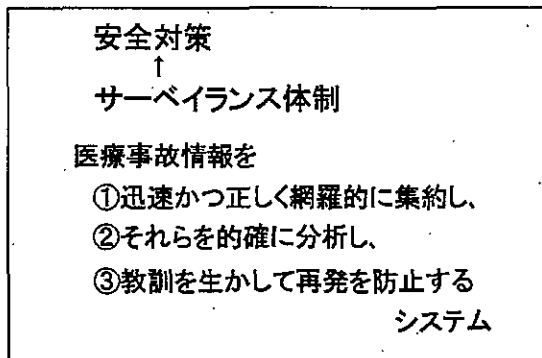


図1 安全対策

安全対策を立てていくためには、まず医療事故の報告制度というものが極めて重要です。どこにどんな事故が起きているのかということをもっと把握しないとダメです。いつも思うことは、わが国には事故の網羅的報告制度というものがありません。正確な実態が把握できていません。従って医療事故情報を正しく、網羅的に全部集約して分析をして教訓を生かすというシステム、とりわけ調査権限を持った第三者機関が必要だと私は感じております。

医療機関ごとに（あるいは学会ごとにあるいは地域ごとに）安全対策を構築していくことも重要であり、医療事故から教訓を引き出したり安全のための対策を立てるなど医療の「質」と「安全」を確保するためには、その大前提として院内の医療事故を正しく網羅的に把握する仕組みを院内に用意しておかなければなりません。可能な限り専任のスタッフがリーダーシップを発揮できるとよいと思います。

1. 医療被害者の「五つの願い」

医療被害者の「五つの願い」

1. 原状回復
2. 真相究明
3. 反省謝罪
4. 再発防止
5. 損害賠償

※被害者も「事故防止」のパートナーに

図 2 医療被害者の「五つの願い」

れることによって被害者は人間としての「尊厳」を大きく傷つけられることとなります。この被害者の思い、真相究明・再発防止というものは、「きれいごと」ではなく、アイデンティティーをかけた願いであると思っております。

医療事故の被害者は、医療事故調査が、外部の専門家も参加して公正中立に行われるよう、そのプロセスについても強い関心を持っています。また透明性を確保するためにも被害者を蚊帳の外に置くことがないよう、ヒアリングをしたり、疑問点の提示を求めたり、報告したりすることなどが大切であると思っております。

医療事故被害者の「五つの願い」というのはこのように挙げることはできますが、被害者を体験された方も事故防止を願っているのですから、院内の事故調査等にあたっては、医療事故被害の体験者を事故防止のパートナーとして医療安全のいろいろな場面で発言をさせていただいたり検討会に参加していただいたりしてもらおうという、すなわち「患者参加」を制度の中に組み込んでいこうという姿勢が医療界にも必要ではないかと思っております。

安全な医療をなぜ求めるのか

- 患者・家族の幸福のため
(医療従事者の誇り・喜び)
- ※リスク(賠償金の支払い)を減らすため
- ※「こういうことをすると患者から訴えられます」

図 3 安全な医療をなぜ求めるのか

裁判等ではどうしても金銭賠償の問題が中心になりますが、被害を受けた皆さんの気持ちというのは、真相究明・再発防止ということが極めて重要です。それは私なりに考えるに、亡くなった人のことをあいまいにすることは、亡くなったその人の尊厳を害することだというご遺族の思いがあるからだと思います。また、再発防止をきちんとしないと同じようなことを繰り返すことになり、これもまた死者の尊厳を害することになります。すなわち、医療事故で被害を受けた患者・家族は真相の究明と再発の防止を強く願っています。真実があいまいにされ、同じ過ちが繰り返さ

医学部の学生に授業をする機会もあります。医学部の学生が、例えば教員である大学の先生から大事なことをきちんと覚えておきなさいと言われるときに、「こういうことをすると患者から訴えられますよ」という教え方をされることがあります。私は、それは間違っていると思っております。例えば、薬の配合禁忌とかいろいろな問題があります。「こういうことをしてはいけない。そういうことをすると患者から訴えられる」という教え方ではな

安全な医療は不可能か

- 医療の不完全・不確実性 …… 観察、備え
- 人は誤るもの …… 確認、訓練
- システムに問題あり …… 改善、対策
- 開き直らず、着実に一步を踏み出すべし
- ・手洗いの励行が院内感染を減少させる
- ・報告文化・取り組む文化が事故を減らす

図 4 安全な医療は不可能か

目標とすべきことは何か

- 安全で質の高い医療の実現
- 医療被害の発生を少なくすること
- ※「訴訟」や「医事紛争」を表面的に減らすこと
- ※「押さえ込む」「いいくるめる」こと

図 5 目標とすべきことは何か

く、「そういうことをすると患者さんが亡くなったり大変不幸なことになったりするからやめましょう」という、当たり前のことですが、人間性、患者のためにこそ自分たちは医療をしているという立場から率直にヒューマニズムというものを医学教育の中で教えてほしいと思います。「こういうことをすると裁判になって負けますよ」という教え方をするとゆがんだ医療者が育っていくのではないかと心配をします。

医師等の医療従事者にとっても、医療の質を高め患者に対し安全な医療を提供することは、職業人としての誇りであり、喜びであるはずですが、医療の質の向上を図ることよりも、単に訴訟や医事紛争を減らすことや患者の不平不満・クレームを表面的に押さえ込むこと

車の両輪

1. 真相を究明し、再発防止を図ること
2. 医療被害者の救済を図ること
3. 1と2は車の両輪であり、制度設計にあたって念頭においておくべし

図6 車の両輪

に熱心になるのではいかにも悲しい話です。
(無過失補償制度等の被害救済策を検討するにあたって、真相究明・再発防止策の立案と一体的に制度設計が進められるべきことは当然です)

医師であれ患者であれ誰もが医療の質の向上と安全な医療を求めています。医療に100%の安全を求めることは無理としても、それを目指して日々努力を重ねていくことは可能なことです。そのような姿勢から患者との信頼関係を構築すべきです。

2. 『隠さない、逃げない、ごまかさない』

**平成14年(2002年)8月16日
事故発生
隠さない・逃げない・ごまかさない**

↓

**医療事故調査委員会 設置
(6名中3名が外部委員)
第1回 8/28 → 第7回 10/17**

↓

医療事故調査報告書

※加藤良夫・後藤克幸編著『医療事故から学ぶ』中央法規出版,2005

図7 平成14年(2002年)8月16日事故発生

院長が記者会見で言った言葉は「隠さない、逃げない、ごまかさない」という大変強烈なメッセージでした。外部委員が3名でございまして、約2カ月という非常に短い期間でレポートをまとめてほしいということでしたので、かなり集中的に時間をかけて聞き取り調査なども含めて行いました。

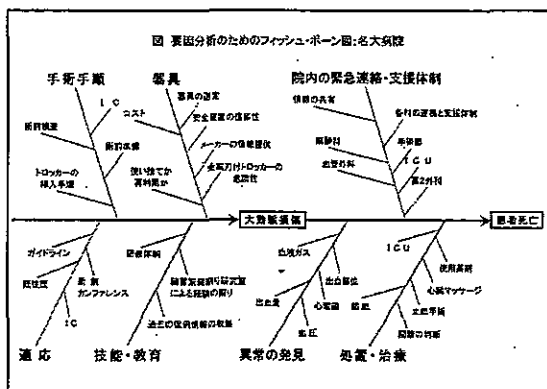


図8 要因分析のためのフィッシュボーン図:名大病院

これは魚の骨のように見えるのでフィッシュボーンという図です。いろいろなカテゴリーに分けてどこにどんな問題点がありそうかということを書き出して、それを整理しながら検討していくということはこの事故調査委員会で行いました。この名大の腹腔鏡手術の件は、事故直後警察にも届けられました。業務上過失致死ということで警察が遺体を写真に撮っていくという検視の手続きを終え、これから本格的な捜査が始まるという時にこの院内事故調査が並行して行なわれるということになりました。まず、病院の中できちんと事故調査をするので捜査を先行しないでほしい

ということを病院長から警察に申し入れをしてもらい、日ごろ患者側でやっている弁護士も参加しているということなども含めて警察の方でいろいろと考えていただけたかと思いますが、警察としては通常検察庁に書類送検をするのですが、最終的にはこの調査報告書を踏まえて、その手続きもしないままに終了しているという大変特異な経過をたどりました。

メディアも最初は大変大きく名大病院でこういう事故があったということを知っていたのですが、「隠さない、逃げない、ごまかさない」という名大の事故後の対応を評価するという態度に変わりました。

それから、国が遺族に賠償金を支払うということで民事裁判に至ることなく示談解決を見ました。これも大変特異な経過をたどりました。

このときはこういう形で解決をしたわけですが、当時とは担当者等スタッフが変わってきて、名大病院の最近のいろいろな動きを見てみると、この「隠さない、逃げない、ごまかさない」という正直文化とでもいうべきものが十分に根付いているのかなど、私はちょっと心配をしています。絶えず外からきちんとした指摘なり、熱いまなざしがないと、そうした文化というのはこの社会ではなかなか育っていきません。

医療事故の把握のために

1. 「医療事故」は「沈殿」しやすい
2. 「合併症」もなるべく把握する
3. 「報告」する文化へ

※医療の質・安全のための基盤整備

図9 医療事故の把握のために

「医療事故調査報告書」を見た限り、あたかも責任を回避する目的で作成されたのではないかと感じられるものもありましたし、裁判において、院内医療事故調査報告書の結論と異なる判断が示された例もあります。仲間かばいがみられるとか同僚批判が不十分だとか、自浄作用がまだ育っていないという実感は私を持っております。

他の医療機関の場合はどうでしょうか。医療安全に関わる部署が設けられ、その役割を果たしているのでしょうか。院内で発生した事故を正しく把握できているのでしょうか。院内医療事故調査委員会が果たして公正に機能しているのでしょうか。医師たちは自律的に客観的な評価ができているのでしょうか。医師たちは、正直に医療事故等の有害事象を院長や医療安全の担当者に伝えているのでしょうか。そして院長は、すすんで「日本医療機能評価機構」に報告しているのでしょうか。作成された

刑法には、業務上過失致死傷罪が定められていますが、我国で発生してきた医療事故の

うち、刑事事件となったものはごくわずかです。今日においても、警察が医療事故を積極的に取り上げているという状況にはありません。

刑事問題についての考え方

1. 本来、第一義的には医療の世界できちんと検証されてしかるべきこと
2. 公正な事故調査の仕組み(「第三者機関」)が必要
3. 被害者の「五つの願い」に応えたならば高く評価する
4. 起訴便宜主義の弾力的運用

図 10 刑事問題についての考え方

要と考えます。第三者機関としては、厚労省が大綱案までこぎ着けた医療安全調査委員会構想が一番妥当な線をいっているのだらうと思っております。

医療事故と刑事責任

1. 何があっても「一切刑事免責」は妥当か
※患者に発生した不可解な出来事を調べてみると……
2. 医療安全調査委員会構想で示された考え方は、「摺合せ」されたもの

図 11 医療事故と刑事責任

捜査機関への通知

- a. 故意や重大な過失があった場合
※医療水準から著しく逸脱している場合
- b. 過失による医療事故を繰り返しているなどの悪質な場合(いわゆるリピーター医師など)
- c. 医療事故が起きた後に診療記録等を改ざん、隠匿するなど、非常に悪質な場合

図 12 捜査機関への通知

検察官の着眼点

1. 結果の重大性
2. 過失行為の態様の悪さ
3. 事故後の対応の悪さ
※示談の成否
4. 被害者の処罰感情の強さ
※告訴の有無

図 13 検察官の着眼点

刑事問題についての私自身の考え方をお話しますと、本来、医療事故については、第一義的には医療の世界できちんと検証されてしかるべきことだという原則的な考え方を持っています。医療事故を起こした医師が「医療は不完全で不確実なものである」とか「人は過ちを犯すものだ」とか「システムにこそ問題がある」とか言っても、被害者は納得できません。一般論としてはその通りであるとしても当該事例に即して自律的、客観的に振り返り、謙虚に分析し評価すべきです。そのため公正な事故調査の仕組みというものが必

医療事故の当事者となった医療従事者にとっても、真相の究明と再発の防止は願うところのはずです。時として刑事罰のことや民事の賠償、あるいは行政処分のことなどを心配しすぎて、正直・誠実になれないことがあります。医療事故について正直に報告し、教訓を引き出そうとする医療従事者を励まし、隠そうとする医師等を減らしていくためには、正直者を許す文化、正直者が馬鹿を見ない仕組みづくりが必要です。一方で一切の刑事免責を求める医師も存在します。中には大きな問題のあるケースや悪質なケースも存在しますし、医療事故を装った犯罪が存在することや、患者に発生した不可解な出来事を警察が関与して調べることによってその後の重大な被害の再発を防止した例を考えると、一切の刑事免責を求めることは相当とはいえないと考えます。そして被害者の「五つの願い」に応えたならば高くそれを評価します。起訴便宜主義とは、検察官が起訴するかしないかという広汎な裁量権を持っていることを言います。要するに、ある事故があったとしても、日頃より患者のために、医療の安全、医療の質の向上を願いながら勤勉誠実に医療に取り組み、事故後、誠心誠意事故調査に協力し真実を伝え謝罪もし、そして再発防止のために本当に真剣に動いているということは、ご遺族の気持を落ち着かせ起訴しない方向に大きく謙抑的に運用されていく要素になることは間違いありません。

検察官は結果の重大性等様々なことを考慮しますが、とりわけ事故後の対応の中で示談が成立するとか、被害者の処罰感情が慰謝され被害を受けた人が告訴をしないというような方向になっていけば起訴される事案はより一層稀なものとなっていくのだろうとっております。

3. 事故調査制度と無過失補償制度

**日本弁護士連合会
第51回人権擁護大会**

**「安全で質の高い医療を受ける
権利の実現に関する宣言」**

2008年10月3日

http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/nhr_res/2008_2.html

※日弁連シンポ実行委員会編
『安全で質の高い医療を実現するために』あけび書房

図 14 日本弁護士連合会第 51 回人権擁護大会

我国の全ての弁護士が加入している日弁連には、今3万人ほど弁護士がいますが、この団体が年1回人権擁護大会を開いております。2008年10月3日に富山で、「安全で質の高い医療を受ける患者の権利の実現に関する宣言」を行ないました。詳しくは、あけび書房から出版された本に出ています。

その中で日弁連が国に求めた事柄の骨子は、まず患者の権利に関する法律を制定すべきであるということです。基本的に患者の権利がどういふものかということと理念としてきちんと踏まえていろいろな医療政策というものを形作っていく。その医療政策の根本的ところは、患者の権利というものを明確に法律で定めるべきではないかということです。

**日弁連が宣言の中で国に求めた
ことがらの骨子**

1. 患者の権利に関する法律を制定する
2. 医療事故調査制度を整備する
 - ① 院内事故調査
 - ② 第三者調査機関
3. 無過失補償制度などを整備する
4. 人的物的な医療提供体制を整備する

図 15 日弁連が国に求めたことがらの骨子

次に、医療事故調査制度を整備することです。一つは院内事故調査であり、もう一つは第三者調査機関です。この第三者の調査機関に関しては、基本的には調査権限を法律上付与してしっかりとした外部調査ができること。そして、院内事故調査に関しても外部の専門家がきちんとかかわって中立・公正に調査がなされるように指導監督することです。

日弁連で調査したところ、病院長が事故調査の委員長となっていることがあります。それでは院内のさまざまな改革は難しかりょうと思います。院内事故調査のためのガイドラインについても日弁連のシンポ実行委員会でもディスカッションして提案をさせていただいています。

3つ目には、日弁連として無過失補償制度の整備を国に求めました。無過失補償制度については、2011年8月26日に第1回目の「医療の質の向上に資する無過失補償制度などの検討会」が開かれました。この検討会の初日に、検討会の名称の中に「医療の質の向上に資する」という文言をなぜ付けているのかという意見が出たのですが、私は当たり前のことだと思っています。無過失補償制度というものが、事故調査とか医療の質の向上とかそういうことに関係なく設計され構築されるということでは制度がゆがみます。つまり端的に言えば、「お金を渡せば被害を受けた人は黙ってしまうでしょう、紛争は表面的には消えるでしょう」みたいな矮小化した発想では、この無過失補償制度は決して導入すべきではありません。医療の安全・質の向上に資するようにどう設計したらいいかということを考えなければいけません。

医療従事者の疲弊

- ・ 医師が疲弊しては安全な医療を提供できない
- ・ プロが力を発揮できる環境整備が必要
- ・ 「医師」と「患者」に本質的な利害対立が存在するだろうか

図 16 医療従事者の疲弊

を整備しなければ医療安全にはつながっていきません。スタッフの問題や予算の問題等、いろいろなことが必要になるということをこの宣言の中で言いました。

4つ目として、日弁連は国に対し、人的物的医療提供体制の整備を求めました。マンパワーの不足等の制度的な要因は医療の質と安全にとって重大だからです。医療従事者が疲弊していたならば安全な医療は望めません。プロがプロとしての力を十分発揮できるような環境整備をどう図っていくのかということについても患者側も大に関心を抱いて政策決定に関与していくべきだと思います。すなわち、人的・物的な医療提供体制というもの

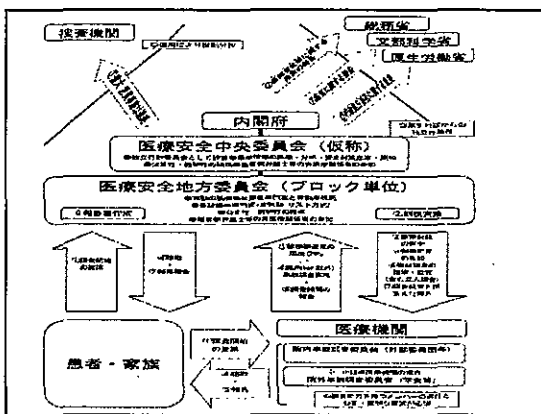


図 17 医療安全委員会

そして、私は具体的なプランとして、医療安全中央委員会みたいなものが内閣府の下につくられるようなことを考えて、以前の厚労省の検討会では発表させていただきました。もう一つのほうは十数年前になりますが、医療被害防止と救済を一体的に行なう機構をつくるべきだということを提案させていただきました。これに関してはいろいろな機会に多くの医療関係者の人たちにも読んでもらったパンフレットがございます。こういうものはインターネットで検索をかけていただくと出てきますので関心のある方はお読みいただければと思います。

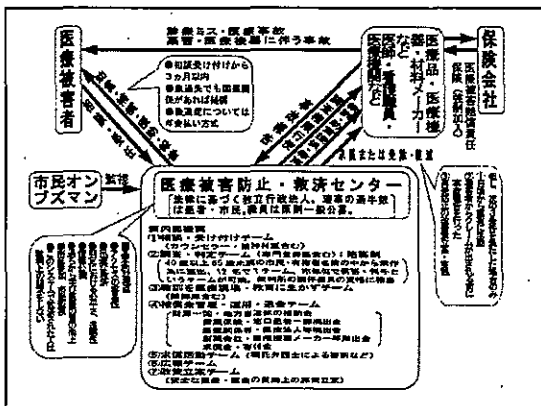


図 18 医療被害防止・救済センター構想

院内事故調査ガイドライン

1 院内事故調査の必要性

安全で質の高い医療を受ける権利を保障するために院内事故調査は必要である。また、院内事故調査が安全で質の高い医療を受ける権利の保障に資するためには、目的にそって適切に実施されなければならないし、調査結果を共有化・フィードバックする方法がなければならない。

しかし、モデル事業からは、現在の院内事故調査は不十分との指摘がなされている実情がある。

また、一定の事象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、医療機関からは、院内事故調査委員会による事故調査について、事故調査の手法や手順が不明であった、どのように対応すれば良いのか対応方法などを聞きたい等、事故調査の手法・手順を示すことを求める意見があった。さらに、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。

以上から、安全で質の高い医療を受ける権利の保障に資する院内事故調査を実施できるようにするには、院内事故調査及び院内事故調査委員会に関するガイドラインが必要である。

そこで、安全で質の高い医療を受ける権利の保障に資する院内事故調査及び院内事故調査委員会のあり方を、院内事故調査ガイドラインとして提案する。

2 院内事故調査の目的

医療事故調査の第1の目的は、医療事故の原因を究明し、その原因を踏まえて再発防止策を策定・提言し、もって、医療事故の再発を防止することである。医療事故調査への取り組みは、基本的に、院内において自律的に行う必要がある。

もっとも、自院における医療事故の再発防止にとどまらず、医療事故調査は、他の医療機関における医療事故の発生予防をも目的とすべきである。なぜなら、ある医療機関において発生したものと同種の医療事故は、他の医療機関において他の患者に対しても起こり得る。そうである以上、医療事故の原因に関する情報及び対策を、広く共有すれば、他の医療機関における医療事故の発生を予防することができ、ひいては日本の医療の安全を確保することとなるからである。

また、医療事故に遭遇した時、患者・家族は、なぜ、どのような経緯で、医療事故の被害に遭ったのか、真実を知りたいと考えている。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、事故原因を究明して、患者・家族に対し充実した説明を尽くすとともに、社会的な説明責任を果たすことも医療事故調査の重要な目的と認識すべきである。このような説明を尽くすことが、医療者と患者・家族との信頼関係、及び社会的な信頼の維持・回復を図ることになり得る。

3 院内事故調査の質・信頼性を担保するために必要なもの

院内事故調査の質・信頼性を担保するためには次のものが必要である。

(1) 専門性の確保

医療は極めて専門性が高い。専門性の高い医療の中で発生した事故の原因を究明するためには、原因究明にあたる者に高い専門性が要求される。

(2) 科学性・客観性の確保

事故原因の究明は、科学的かつ客観的な事実に基づいて行う。

科学的な事実とは、スタンダードとなっている医学的知見等であり、客観的な事実とは、スタンダードとなっている医学的知見も含め、医療器具・薬品等が関わっている場合の当該物件、画像検査その他の検査結果、適切に記載された診療記録の記載等である。

(3) 公正性・透明性の確保

これまで医療事故及びその対応に関する情報が、社会のみならず患者・家族に対しても、明らかにされることが少なかった。このような状況では、社会も患者・家族も、医療機関が医療事故に対し適切な対応を取ったことを、直ちに信用して受け入れることができない。そのため、院内事故調査は、公正性・透明性を保って行われなければならない。

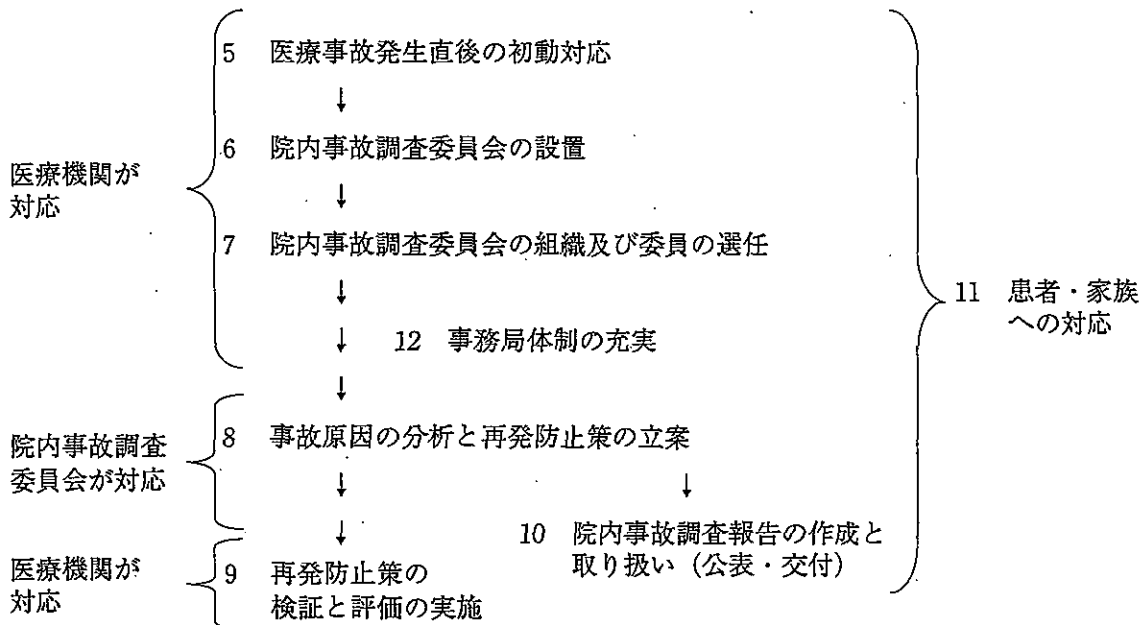
(4) 論理性・分析力の確保

医療事故の原因を究明し、再発防止策を導くためには、その思考のプロセスは論理的でなければならない。これにあたる者には、分析力が必要である。

逆に言えば、論理性・分析力を欠いて導かれた原因、再発防止策は、社会にも患者・家族にも受け入れられない。

4 院内事故調査の流れ

以下に院内事故調査の流れと、各事項につき、対応にあたる主体及び本ガイドラインで説明する項番号を示す。



5 医療事故発生直後の初動対応

(1) 初動対応

原因究明のためには何よりも客観的事実の調査が重要である。しかし、事実についての人間の記憶は、時間の経過とともに薄れていく。また、事実を明確にする上で重要な証拠（医療器具や記録等）も、事故発生直後の段階で保存・管理する措置を講じなければ、散逸し収集が困難となる。

以上から、医療事故発生直後から、関係者が記憶する事実を記録にとどめさせ、重要な証拠を保存する等の初動対応をとらなければならない。

初動対応の担当者・担当部署は、医療安全管理室（管理者・管理委員会）が望ましい。担当者・担当部署及び実施すべき初動対応は、事前に院内規程やマニュアルに定めておく。

医療事故発生後の初動対応としては、次のことを行う。

①医療事故に関与した医療従事者に事実経過を記録させる。医療事故発生後に診療記録等に記録するときは、記録の時期、記録者を忘れずに記載させ明らかにしておく。

②重要な証拠を保存・管理する。

③現行医師法21条のもと、異状死に該当する事案はその届出を行う。

④死亡事例において、遺族の同意を得て解剖を行い、死因を調査する。同意が得られない場合は、Ai（Autopsy imaging 死亡時画像診断）による死因検索の実施を検討し、遺族の同意の上、できる限り実施する。

⑤薬剤など放置すると変質し、事後に事実が不明となる可能性がある場合は、薬剤を検査する等の調査を実施する。

⑥関係者から聴き取る事項があれば、聴き取り調査を行う。

⑦後に院内事故調査委員会が設置された場合には、その時点までに調査した結果を、保存・管理した記録・証拠とともに院内事故調査委員会に引き継ぐ。

(2) 内部通報者に対する不利益処遇の禁止

医療機関が事故の発生を認識するきっかけが内部通報である場合、医療事故の原因究明・再発防止という医療安全に向けた行動の一環として尊重すべきことから、その内部通報者が誰かを追求することは原則として行わない。内部通報者が判明した場合でも、その者に不利益を課さない。

(3) 院内事故調査手続きを優先させる旨の捜査機関に対する申し入れ

発生した医療事件事例が刑事責任を問うべき医療過誤事例に該当する可能性がある場合、刑事捜査が行われる可能性がある。

刑事捜査が行われた場合、診療記録等、事故調査を行う上で重要な証拠が押収され、院内事故調査による原因究明を行えない事態が生じ得る。また、刑事訴訟による医療事故の原因究明には自ずから限界があり、刑事責任の追及が必ずしもシステムエラーの改善など再発防止につながるものではない。

医療事故の原因を究明し、再発防止・発生予防を図り、医療機関が社会及び患者・家族に対し説明を尽くすといういずれの観点からも、院内事故調査を適切に行おうとする場合には、刑事捜査の介入は極力控えられるべきである。

そこで、刑事捜査の介入を回避するため、病院長から捜査機関に対して、院内事故調査を適切に行うので院内事故調査手続きを優先させてもらうよう真摯に申し入れることが望

ましい。患者・家族が刑事告訴を行う場合もあり得るが、捜査機関は、患者・家族の意思、院内調査委員会が適切に進行しているか等を見極めながら、刑事捜査介入の必要性、時期を判断することになる。

上記申し入れにより捜査機関が積極的な捜査を控えた場合には、院内事故調査終了後、捜査機関に対しても調査結果を示し、調査を適切に行ったことを事後的に報告することが望ましい。

6 院内事故調査委員会の設置

(1) 院内事故調査委員会を設置すべき場合

ア 重大な事故事例

重大な事故事例が発生した場合、原因究明及び再発防止・発生予防を求める社会一般の要請が強くなる。この場合、原因究明のための調査及び再発防止策の策定は、より公正かつ適切な手続きで行われなければならない。また、より公正かつ適切な手続きで院内事故調査が行われることは、患者・家族の願いでもある。

したがって、重大な事故事例が発生した場合、院内事故調査委員会を設置して事故調査を実施しなければならない。

「重大な事故事例」の範囲については、次のような考え方が参考になる。

例① 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における報告範囲を参考に、「行った医療または管理に起因して、患者が死亡し、もしくは患者に心身の障害が残った事例」

例② 国立大学附属病院医療安全管理協議会で定めた影響度分類のレベル4以上

なお、医療行為を行わなかったことに起因して重大な事故事例が発生した場合も、事故調査を実施すべき場合に含まれる。

イ 同種事故の再発防止に資する場合

重大な事故とはいえない事例でも、同種事故の再発防止に資すると判断される場合には、原因究明を行い、再発防止を図るため、院内事故調査委員会を設置することが望ましい。

(2) 設置基準の規程化

院内事故調査委員会の公正性を疑われないようにするためには、そもそもその設置が恣意的になされてはならない。

委員会が恣意的に設置されないため、あるいは、設置しない理由を外部に対して明らかにするため、設置基準を規程として定めておく。

(3) 小規模医療機関における事故調査の実施

小規模医療機関においても、上記(1)記載の事例が発生した場合には医療事故調査委員会による事故調査が必要である。しかし、小規模医療機関においては、人的・物的資源の制約から、院内事故調査委員会による調査に困難が伴う場合がある。

このような場合には、学会・地区医療団体・地区中核医療機関の協力を得る等の方法により事故調査を実施することが望ましい。

いくつかの学会においては、小規模医療機関に協力して事故調査を実施することを目的としたものでは必ずしもないものの、すでに医療事故調査を実施する体制が存在する。地

区医療団体・地区中核医療機関においても、小規模医療機関に協力して医療事故調査を実施できる体制を早急に整える必要がある。

7 院内事故調査委員会の組織及び委員の選任

(1) 院内事故調査委員会の組織

ア 医療事故調査委員会の組織形態

医療事故調査を実施する委員会の組織形態としては、主として以下の①～④の形態が考えられる。

なお、内部委員とは、事故が発生した医療機関の職員から委員として選任された者をいい、外部委員とは、事故が発生した医療機関の外部の者から委員として選任された者をいう。また、医療事故調査委員会(内部調査委員会か外部調査委員会かにかかわらず)は、事故原因を調査し、医療事故防止策の策定・提言を行う権限を有する。

①内部委員のみで構成される内部調査委員会を設置するもの

②外部委員を入れた内部調査委員会を設置するもの

③外部委員のみで構成される外部調査委員会を設置するもの

④内部委員のみで構成される内部調査委員会と外部評価委員会を設置するもの

外部評価委員会：事故が発生した医療機関の外部の者で構成され、内部調査委員会の調査、事実の認定及び医療事故防止策の提言について、その手続き及び内容が適正か否かを事後評価する委員会

医療事故調査を実施する委員会を組織するにあたっては、現場に根付く再発防止策を策定し実践するために、内部委員が主体的に再発防止策策定までの事故調査に関与する必要がある。他方、公正性・透明性及び論理性を確保するためには外部委員を入れる必要がある。

したがって、②外部委員を入れた内部調査委員会を設置するのが、最も適当と考えられる組織形態である。

(2) 委員として選任すべきではない者

ア 当該医療事故に関与した医療従事者、患者・家族

当該医療事故に関与した医療従事者、患者・家族は基本的には調査の客体となる。この立場の者が委員として選任されることは、公正性確保の観点から認められない。

イ 病院長

病院長は、院内事故調査委員会の調査結果、再発防止策に基づき、院内のシステム改善、スタッフの処遇、患者・家族への説明を決断する立場にいる。このような立場にある病院長が院内事故調査委員会の委員長はもちろん、委員になることもできない。

ウ 診療科部長については両論あり得る

当該医療事故に関与した診療科に所属する者(部門長を含む)を委員として選任することについては、公正性確保の観点を重視すれば選任しない方が良い。他方、当該診療科の部門長等は当該診療科の医療と現状に精通しているのであるから、専門性等を重視すれば、原因究明及び再発防止策策定・提言のために選任する方が良い。事例によっていずれの要請を重視すべきかを判断して、選任の是非を決定する必要がある。

(3) 外部委員の選任

ア 外部委員の選任と人数

公正性・透明性確保の観点から外部委員を選任しなければならない。院内の者は院内のシステムの問題に慣れてしまい気づかない場合があるので、原因究明・再発防止の観点からも、外部委員を選任することは重要なことである。

外部委員の人数は、公正性・透明性及び論理性確保の観点から、複数選任する。

イ 内部委員と外部委員の別（医療機関の顧問弁護士）

医療機関の顧問弁護士は形式的には外部の者であるが、その立場を考慮して、委員として選任する場合は、内部委員扱いとする。

ウ 外部委員として選任すべき者

①発生した医療事故等の分野における医療の専門家

専門性及び公正性を確保して調査を実施するためには、発生した医療事故又は起因する医療行為等の分野における医療の専門家を委員として選任する。

②医療問題に関わっている弁護士等や事故調査の手法について知見を有する有識者

医療に身を置く者は医療現場の問題に慣れてしまい気づかない場合がある。また、医療従事者は医療の専門家であるが、必ずしも事実調査及び事実認定の専門家ではない。したがって、医療に関する事故の調査であっても、原因究明・再発防止の観点から、医療分野以外から、事実調査及び事実認定に長けた外部委員を選任することが不可欠である。

具体的には、医療問題に関与し上記の視点での調査及び事実認定を行うことに長けている弁護士等や事故調査の手法について知見を有する有識者等を選任する必要がある。その理由は次のとおりである。

院内事故調査委員会における調査では、調査によって事故当時の状況を明らかにするだけでは足りず、事故の発生前から発生後にかけての経過、発生した結果を総合して検討し、いずれかの時点で事故の発生を回避できる何らかの措置を執ることができなかったかという回顧的な視点での調査が必要となる。さらに、調査から結論に至るプロセスが論理的かつ科学的なものかを吟味されなければならない。医療問題に関与し上記の視点での調査及び事実認定を行うことに長けている弁護士等や事故調査の手法について知見を有する有識者等は、委員会の中で上記の役割を果たすことができるからである。

エ 外部委員として選任することを検討するのが適当な者

①患者・家族が推薦した人物の尊重

患者・家族が委員として推薦した人物は、公正性・透明性確保の観点から、委員の人選にあたって尊重する。

②患者代表者の選任の検討

外部委員として、患者代表者たるいわゆる医療の素人の選任を検討することは、公正性・透明性の確保の観点からは望ましいことである。その選任によって、多角的視点で院内事故調査を実施し、調査結果を誰にも説得性あるものとし、分かりやすい言葉で社会及び患者・家族に対し説明を尽くすことを期待できる。

(4) 委員の守秘義務

院内事故調査委員会の委員は、個人情報その他デリケートな情報を扱う。したがって、

委員は調査において知り得た事項のうち公表されない事項について守秘義務を負い、医療機関は同義務を委員に課す必要がある。

8 事故原因の分析と再発防止策の提言

(1) 事故調査の対象

事故調査は、どのような事実が積み重なって事故発生に至ったのかという事実を確定する作業から始まる。委員が、事実を再現的にイメージできる程度にまでなっていないならならぬ。そこまでに至れば、事故原因の分析及び再発防止策の提言において、具体的で有意義な議論を行うことができる。

事実調査における対象は、①物、②記録、③人に分類される。

① 物

医療機器・薬剤等が関与する事故である場合、事故を起こした「物」そのものを事故時の状態のまま保存する。東京都立広尾病院事件のように誤投薬された際に用いられた注射器が廃棄される等すれば、重要な資料が失われて事実が不明になるばかりでなく、医療機関の事故調査に対する姿勢が疑われる。

薬剤など放置すると変質し、事後に事実が不明となる可能性がある場合は、初動において薬剤を検査する等の調査を実施する。

事故調査のために物に対して手を加える必要がある場合には、物の性状を正確に記録しつつ、公正性・透明性が疑われない方法で行う。

② 記録

診療録・看護記録等の診療記録、各種検査結果、手術のビデオ等の画像資料、その他全ての当該患者の診療に関して作成された記録は調査の対象とされる。特に死亡事例において剖検記録は重要な資料となる。

事故発生後に既存の記録に改変を加えることは、その目的いかんに関わらず、行ってはならない。事故後に診療記録等に記録をする場合は、記録の時期、記録者を明記する等の方法によって、事故後の記載であることが分かるように区別して記載する。

なお、事後的な事故調査によって容易に原因究明がなされるようにするためには、再現性に資する資料（充実した診療記録、術中ビデオ等）が診療過程で作成されることが重要である。そのための体制整備・マニュアル作成を平素から行っておく。

③ 人

当該事故の発生に関与した全ての人が調査対象となる。

- ・医療従事者（医師・看護師・薬剤師・医療機器の管理者等）
- ・患者・家族など → 患者・家族への対応は、第11項において後述する。

これらの人々から体験した事実を聴取して診療記録に記載されていない事実経過を補充する必要がある。

聴き取りにあたっては、事故調査の必要性・重要性を説明し、協力を要請する。

他方、刑事責任追及の可能性があると思われる事例においては、供述等に基づいて作成された調査報告書は刑事事件において証拠として利用される可能性があること、自己の意思に反して供述する必要はないこと、代理人弁護士（又は弁護士）の同席も可能であることを説明するという運用がなされることが望ましい。

(2) 事故原因の分析

ア 事故原因分析の手法

事故調査においては、事故がなぜ起きたのかという事故原因についての分析的・科学的な検討が行われなければならない。

個々の医療行為の誤りの有無を漫然かつ抽象的に吟味したり、科学的な知見を前提とせずに医療慣行を基準として是非を論じるような検討の仕方は、事故原因の分析においても再発防止策の提言においても意味がない。

事故原因の分析及び再発防止策策定にあたっては、評価されている事故分析・再発防止手法（ルートコース分析（RCA、根本原因分析法）等）を用いて、多角的に事故原因と再発防止策を検討する。

また、分析に際しては、医療従事者のみで行うべきではなく、回顧的・後方視的な証拠に基づく事実認定の訓練を受けている弁護士等、事故調査の手法について知見を有する外部委員を入れて学際的な議論を行う。そうして、調査及び調査の過程での議論が、論理性等を確保して行われるようにする。

イ 事故分析にあたって想定される着目点

事故分析にあたっては事故再発の危険を減少させるために必要な改善点を検討する。想定される着目点を例としてあげる。

①事故に至ったプロセスの検討

- 診断
- 適応と治療選択
- インフォームド・コンセント
- 治療手技・技量
- 事故後の異常の発見と緊急治療などが適切に行われたか

②病院のシステムの検討

- 研修・教育がどのように行われていたか
- 院内コミュニケーションは適切であったか
- 病院のルール、ガイドラインなどが守られていたか、そもそも存在したか
- 管理体制は適切であったか
- スタッフの人員配置、勤務体制
- 薬剤、医療機器の選定システムと維持管理体制
- 院内の設計、動線などに問題はなかったか

(3) 再発防止策の提言

再発防止策を検討するにあたり、まず事故原因を特定の個人のミスや個人の努力の問題にとどめることがあってはならない。当該医療機関のシステムの問題として、どのような再発防止策がとれるかという視点が重要である。

また、再発防止策は、現場に根付くものでなければならない。そのためには、事故発生の直接の原因だけでなく、背景事情までも十分に理解・検討することが必要である。その上で、医療現場の実態に基づいた実施可能な再発防止策を策定・提言する。

9 再発防止策の検証と評価の実施

院内事故調査委員会によって提言された再発防止策に対して「PDCA サイクル：Plan（計画）、Do（実行）、Check（評価）、Act（改善）」による検証と評価を実施しなければならない。

PDCA サイクルの実践は現場で適切に行わなければならない。

そのほかに、再発防止策が適切に実施されるようにするため、当該院内事故調査委員会を年1回程度再結集し、再発防止策の実施状況を評価するという方策も考えられる。

10 事故調査報告書の作成と取り扱い（公表・交付）

(1) 事故調査報告書の作成

ア 事故調査報告書の作成

事故調査が科学性・客観性・論理性・公正性を確保して行われたことを明らかにするため、再発防止策を周知するため、また、患者・家族及び社会に対する説明を尽くすため、事故調査の結果をまとめ、事故調査報告書を作成しなければならない。

イ 事故調査報告書の記載内容

事故調査報告書には、上記アに列挙した目的を達成できる記載がなされなければならない。すなわち、まず、論理的かつ科学的な記載がなされなければならない。また、事故調査報告書に基づき実践すべき事項が明確になるよう、具体的な記載が必要である。患者・家族及び社会に説明して理解してもらえよう、できる限り平易な文章で記載し、適宜、説明に必要な資料等を付けたり、議論の内容が分かるように少数意見を紹介すること等も行う。

記載すべき事項としては、次の事項をできる限り詳細に記載する。ここに挙げる事項以外のものも事案に応じて適宜必要な事項を記載する。

- ・ 調査活動の経過
- ・ 院内事故調査委員会が事実と判断した診療経過その他の事実
- ・ 事故に至った機序、原因ないし背景、根本原因
- ・ 診療経過に対する医学的評価
- ・ 患者・家族から疑問が投げかけられていた事項に対する回答（別個に項立てするかは事案により判断）
- ・ 再発防止策の提言
- ・ 委員の所属・氏名

(2) 調査結果の公表

ア 公表の原則

他の医療機関における同種事故の発生を予防するとともに、社会的な説明責任を果たすため、原則として、事故調査報告書は公表し、外部と医療事故に関する情報の共有化を図る。そうすることで、当該院内事故調査に対し外部の知恵を入れ、より良い再発防止策を提言することも可能となり、安全で良質な医療を受ける権利の保障にさらにつながることが期待される。

現在、過失の有無によって公表の有無を決する医療機関が多い。しかし、上記理由から、過失の有無は公表にあたっての重要な判断要素ではない。

イ 患者・家族のプライバシーへの配慮

公表する場合、患者・家族のプライバシーに配慮しなければならない。

この点、2004年12月24日厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」では、「Ⅲ医療・介護関係事業者の義務等5. 個人情報の第三者提供（法23条）(5)その他留意事項」として、「医療事故等に関する情報提供にあたっては、患者・利用者及び家族等の意思を踏まえ、報告において氏名等が必要とされる場合を除き匿名化を行う。また、医療事故発生直後にマスコミへの公表を行う場合等については、匿名化する場合であっても本人又は家族等の同意を得るよう努めるものとする。」との指針を示している。したがって、同指針に則り、事故調査報告書を公表する。

ウ 患者・家族が公表に反対した場合

事故調査報告書の公表について、少なからず患者・家族が反対する場合もある。反対を顧みず公表することは適当でない。

しかし、反対がある場合も、医療機関としては、事故調査の必要性・重要性を患者・家族に説明して公表に理解を求めるよう努めることが望ましい。

エ 公表基準の規程化

事故調査報告書の公表の判断に迷わないように、また、公表が恣意的になされていると疑われないように、事故調査報告書の公表基準は、事前に院内の規程で定めておくことが望ましい。

(3) 事故調査報告書の患者・家族への交付

事故調査報告書作成後、調査結果を公表する前に、患者・家族に対し、事故調査報告書の写しを交付して、事故原因等について説明を尽くす。

原則として、説明は病院長など医療機関を代表する者が行う。

なお、院内事故調査委員会設置から事故調査報告書が作成され患者・家族へ交付されるまでの期間については、3ヶ月程度を一応の目安とするのが良い。再発防止・発生予防という目的からは事故が風化する前に報告がなされるべきであり、患者・家族に対しても早期に事故調査報告書に基づき説明がなされるべきことを考えると、3ヶ月程度が適当である。

11 患者・家族への対応

患者・家族に対しては、調査の対象としてだけでなく、事故による被害を被った者への配慮が必要である。また、医療事故が発生して信頼関係が崩れている場合があり、その回復を図っていくためには、特に患者・家族に対する関係において、公正性・透明性確保の観点を忘れてはならない。

(1) 事故発生直後の対応

医療事故が発生した場合、医療機関は、医療事故が発生したこと、診療記録の写しを交付できることを伝える。そして、求めがあれば速やかに診療記録の写しを交付する等、積極的に情報開示し、説明を尽くす。また、院内事故調査委員会を設置して調査を行い、患者・家族に報告・説明する方針がある場合はそのことを伝える。

このような姿勢は、通常、患者・家族のみならず社会からも評価され、その後の紛争発生ないし激化を回避することにつながる。

(2) 設置及び進捗状況の説明・報告

院内事故調査委員会を設置し調査を開始する場合、患者・家族にそのことを説明する。
また、院内事故調査委員会による調査の進捗状況の報告も随時行う。

(3) 聴き取り

患者・家族からは、事実関係のみならず疑問に感じる点などを、早期に聴き取る。事故調査によって患者・家族の疑問に答えることが、説明を尽くし、信頼関係を回復することにつながる。

(4) 傍聴・議事録の交付

院内事故調査委員会の傍聴について、理想的には患者・家族の求めがあれば傍聴を認めるのが望ましい。しかし、これによって自由な議論をできないと感じる委員がいることも事実である。事案の性質、患者・家族の希望、委員の側の希望等を調整して、傍聴を認めるか否か決するのが適当である。

議事録の写しの交付についても同様である。

(5) 事故調査報告書の作成、交付及び説明

調査活動を終了し、事故調査報告書を完成させる前にも、患者・家族に調査の概要を伝え、意見を聴く機会を設けることが望ましい。

事故調査報告書作成後、調査結果を公表する前に、患者・家族に対し、事故調査報告書の写しを交付しなければならない。その上で、原則として医療機関を代表する者が、事故原因等について説明しなければならない。

12 事務局体制の充実等

(1) 事務局体制の充実

迅速かつ適切な事故調査・報告がなされるためには、委員への資料の配布、議事録の作成その他の庶務が円滑に行われることが必要かつ重要である。そのためには、事務局体制を充実することが必要不可欠である。

(2) 委員への資料等の配布

委員が十分な準備をして委員会での専門的かつ論理的・科学的な議論に臨むことができるように、可能な限り、資料・参考文献は事前に委員に配布する。診療記録の写しや医学文献等の参考文献につき、翻訳や補充説明が必要とされる場合には、必要に応じて、訳文や補充の説明書も用意する。

(3) 議事録の作成

院内事故調査委員会が開催された場合、議事録を作成する。議事録を作成することによって、調査の過程ないし終了後に生じた疑問点を検証したり、調査終了後に同種事故が発生した場合の当該調査・防止策の適正さを再検討できるようにする。

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—

2008年10月2日

編 集 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分科会実行委員会
〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-1-3
TEL：03-3580-9841（代表）
FAX：03-3580-2866

印 刷 第一資料印刷株式会社
TEL：03-3267-8211

場合は証明書を発行するという形も考えられる。

また、医師法に医師の研鑽義務を明文化し、医師の自覚を促すということも考えられる。

医療水準という目に見えないハードルを押し上げ日々発展する医学知見を国民のものにするために医師の生涯教育の制度化の議論を深めるべきである。

2 情報公開・市民参加の大切さ

診療を受ける際、患者は自己の病状、医療行為の目的、方法、危険性、代替的治療法などにつき、正しい説明を受け理解した上で自主的に選択・同意・拒否できる。これがインフォームド・コンセント原則である。

インフォームド・コンセント原則に照らしても、プライバシー（自己情報のコントロール権）の点からしても、個々の診療の場において、患者本人に対して、患者個人に関する情報を開示することは重要である。患者が自分に関するカルテ等の診療上作成された資料を閲覧したり謄写したりすることができるよう、法律を整備すべきである。自分が受けるべき医療の内容を十分に検討し納得するため別の医師の意見を聞くことができるという「セカンドオピニオンを得る権利」が尊重されるためにも、カルテ等の閲覧謄写請求権が法制化される必要がある。

さらに医療機関や医師に関する情報は患者がこれから受診しようとする医療機関を選択する際に役立つので、医師や医療機関ごとの専門性や、治療成績などについても、情報が積極的に開示されるべきである。とりわけ医療事故の事例は、同種の医療を受ける患者にとって切実な情報であり、しかも同種事故の再発防止のための教

訓を内包しているから、公開され、社会の中で共有化され、生かされなければならない。

医療事故を極力減らし、患者本位の安全な医療を構築していくには、医療事故に関する報告制度や院内における安全管理委員会の設置などの対策が講じられる必要が高いが、医療関係者の力だけでは不十分であり、患者・市民も積極的に力を発揮すべきであろう。専門家の中では当然視されるものの考え方も、素人の新鮮な感覚によって再検討されることがある。市民参加により、事故原因の検討、再発防止策の立案等に、市民感覚や医療とは全く別の分野の人達のものの方・考え方が生かされる場面が十分に考えられる。

なお、医療事故に関する情報が患者側からも提供されるならば、事故情報をサーベイランスするシステムに組み込まれて役立てられることだろう。また、医療被害者の救済を図る場面でも、市民感覚が重要であり、司法的な解決の仕組みの中に患者・市民の声が十分に反映するような工夫がなされてしかるべきであろう。

要するに、医療事故に関する情報が広く共有化され再発防止に役立てられるとともに、すみやかに被害者救済が図られるためには、情報公開と市民参加の視点は極めて重要なことといわなければならない。

3 「医療被害防止・救済機構」構想について

(1) はじめに

前に述べた通り、医療被害者に対する既存の救済システムには、改革の必要性がある。被害者側の立証責任の軽減を立法的に解決することを含め、これら既存の制度の改革を目指すことも大切ではあるが、新しい観点から、全く新たな救済制度の創設も構想されて然

るべきであろう。とりわけ、患者が医療事故によって特に重度の障害を負ったような場合は（医療機関等に対して被害者が別途裁判を提起していく道を残しつつも）裁判手続きを経ることなく救済されるとともに、医療事故からすみやかに教訓を引き出して現場に返し同種事故の再発防止を図ることに有効な仕組みをつくる必要性が高い。日弁連人権擁護委員会としては医療被害の防止と救済のために裁判手続とは別個の新しいシステム（医療被害防止・救済機構）を一つのアイデアとして提言する。以下にその要点を記す。

(2) 「医療被害防止・救済機構」の目的

この機構は医療被害者（医療過誤や看護事故による被害者はもちろんのこと薬の副作用による被害者、医療機器による被害者等医療の場におけるすべての被害者をいう。）の早期救済を図ると同時に医療現場等へ再発防止策をフィードバックすること、あわせて診療レベルの向上、医療制度の改善、患者の権利の確立等に役立つ活動をすることを目的にしている。

(3) 「医療被害防止・救済機構」の活動

まず医療被害者はこの機構にいつでも、電話、ファックス等自由な方法で相談申込ができる。勿論医師・看護婦・医療機関・製薬会社・医療機器メーカー等も、事故情報を誠実にセンターに報告することができる。

機構は事故情報を集め分析検討し、医学教育、看護教育、医療現場、メーカー等への教訓として生かそうとする。機構は法律に基づく独自の立入・調査権限を有しており、例えば医療機関に対してはカルテ等の提出を求めた上、様々な調査を行う。そして機構が救済すべき事案であると判断したケースについては機構が被害者に対し

てすみやかに補償をする。

(4) 「医療被害防止・救済機構」の組織形態

機構の理事の過半数は患者・市民とし、「医療過誤原告の会」等）医療を受ける側の人たちの声が反映されるような仕組みを作っておく。機構の職員は一般公募方式で採用する。現在ある「医薬品機構」は厚生省の外郭団体で、職員はほとんどが厚生省からの出向である。また、理事は厚生省と大蔵省の出身者であり評議員の多くが医薬品メーカー等の関係者で占められている。医療消費者や被害者の声が反映しにくい構造となっている。従ってこの制度を抜本的に改革して分割再編することにより、「医療被害防止・救済機構」をつくることもひとつの考え方である。

機構は法律にもとづく特殊法人の形態をとる。そして運用全般については常に市民オンブズマンの監視をうけるものとし機構を定める法律の条文の中にその旨を予め入れておく（市民オンブズマンについては、川崎市が市政全般の監視により、条例により制度化した例等がある）。

(5) 陪審制と透明性・公正さの確保

相談を受けてから6ヶ月以内に判断をすることを旨とする。迅速な救済をするために、被害の調査、判定には陪審制をとる。陪審チームは予め選挙人名簿の中から選定・構成されていて新件1件ごとにそれを担当するチームが決まり、登録している専門家の意見を参考にしながら、ケースを吟味し、救済するかどうかを個々のケースについて判定する。

判定の透明性、公正さの確保の観点から、当事者のプライバシーを考慮しつつできる限りオープンにしていくようにする。当事者が

承諾している場合は判定の場への傍聴を可能にするとか、あるいは当事者の匿名性を守りつつ議事録の公開等をしていく。医療関連危害情報を国民が関心を持って見ることができるよう、インターネット上にホームページを開設し、どこからでもアクセス可能な状況をつくり、情報公開を押し進めていく。ホームページでは教訓も含めて最新の情報を提供し、この社会に事故情報を隠ぺいするのではなく「過ちから学ぶ」ということを一つの大切な「文化」として作り上げていく。

(6) 「医療被害防止・救済機構」の内部組織

機構の内部組織としては、相談に応ずるチームとしてカウンセラー・看護婦・精神科医等のスタッフが必要である。このほかに陪審員を補助して医療事故になるかどうかの調査判定を援助する部門、講師として医療現場へスタッフを派遣する部門、資金運用等を担う財務部門、広報活動等を行う部門、より安全な医療政策を立案する部門等が必要である。特に医療事故・看護事故を減らしていくためにも、医療従事者がこの機構の内部にスタッフとして存在し、事故の分析・評価、再発防止のための教育・啓発に積極的に携わる必要がある。

(7) 「医療被害防止・救済機構」の財源

機構の財源については、国庫負担のほか自動車の自賠責保険と同様に医療事故の被害回復を図る互助の精神から、患者の一部負担金を充て、医療側・医療機器メーカー等も利益の一部を被害救済のための基金に拠出する。製薬会社はこれまで「医薬品機構」に拠出金を負担してきたが、仮に「医薬品機構」が組織変更されても、副作用被害救済の観点から負担を継続すべきである。このほかに財源と

しては、寄付金等が考えられる。

機構のランニングコストを節約するためには、各都道府県が設置する消費生活センター等現存する消費者窓口との密接な連携を図ることも必要である。

(8) 被害者は無過失のケースでも補償される

現在の医療過誤訴訟では医療側に過失がなければ損害賠償は認められない。そのため過失の主張立証に時間を要し、いきおい訴訟が遅延しがちとなる。医師賠償責任保険が存在していてもそれが適用される場面は限定されており、被害者救済の役割は十分に果たされていない。また医療側の過失を立証しやすいケースでは被害者は損害賠償を受けられるが、医療側に問題点が沢山あるものの、いずれをとっても過失とまではいいがたいという場合は一切賠償を認められないこととなり、時に不公平感も残すこととなる。

無過失のケースでも因果関係があれば補償される。このことにより医療被害者の救済が大きく拡大する。医療に起因して起こった大変気の毒なケースは過失があろうがなかろうが補償することが必要である。又損害額が低く現状においては事実上泣き寝入りにならざるを得ないケースについてもこれを放置しておいて良いわけはなく、しかるべき救済システムが必要となる。

この構想は交通事故被害者の救済を図る自賠法や製造物による被害から消費者を保護しようとする製造物責任法の目的・背景（すなわち被害者救済を図ること）とほぼ共通する考え方に立っている。

(9) 補償の水準

機構が補償する水準は、相当の水準であるべきであるが「完全な賠償」の水準を下回るものとする。なぜならば過失の有無を問わず

に補償がなされるものであるため慰籍料相当分が認められなくてもやむを得ないと考えられるからである。また、支払われるべき補償金の主眼とするところは生活の支援であり、一時金ではなく定期金方式によって支払われるものとする。

被害者が加害者に対し補償水準を越えて「完全な賠償」を求めるためには裁判所へ訴えを提起する必要がある。

(10) 因果関係の判定について

医療過誤裁判では医療側の過失と原告の損害との間に因果関係がなければ請求は認められない。そのため原告側は因果関係の主張立証に苦勞することが多い。元々病気のある人がその病気の自然の経過のなかで悪化して死亡したのか、医療上のミスがあったために死亡したのかをクリアカットに判定できない場合がある。ただ、厳密な意味での自然科学的証明を追求した場合には、被害救済は著しく困難となるので、「一応の推定」などの理論をもとに因果関係の判定のためのガイドラインをつくり、医療側の反証をうながすことが必要である（例えばお産の時に妊婦が亡くなったとしても、解剖の結果実は心筋梗塞で亡くなったことが判明した場合には、医師の診療行為と死との間に因果関係がないと判定されることもありうる。このような場合は補償が受けられないこととなる）。

(11) 陪審制の特色

国民が専門家の意見を参考にしながら、救済すべきケースかどうかについての判定に関わる陪審制の仕組みは、迅速・適正な救済をめざす点でもコストの点でも有利な面がある。従って少額事件についても救済しやすくなる。少額事件が機構に集まることは社会的にみても大変有益である。なぜならば早期にさまざまな情報が集まれ

ば再発防止・被害拡大防止のヒントもその中に含まれてくることにもなり医療・看護のレベルアップ・安全な医療の実現につながるからである。そして継続的に数多くの情報を収集していくためにも、広く被害救済を図っていくことが不可欠であり情報収集と被害救済は一体的に実行されることが重要である。

(12) メリットシステムの導入

医師、看護職、医療機関、製薬会社、医療機器メーカー等に過失があるケースについても機構は加害者に対し求償をしないが、場合によっては拠出金の負担割合を増大させることができるものとする（メリットシステムの導入）。また事故後に隠ぺいを図ろうとするなど悪質なケースについては、事案の概要とともにその行為者の名前を公表することができることとする。

これらの政策によって誠実に仕事をする事の尊さが再認識され、医療の世界においても加害者が事故を隠ぺいしたりごまかしたりして責任回避的態度を示すという体質を変え、患者中心の医療、安全な医療、レベルの高い医療の実現を図る。

日本弁護士連合会

〒100-0013 東京都千代田区役ヶ関1-1-3

電話 03-3580-9841 (代表)

FAX 03-3580-2866

医療事故被害者の人権と救済

2001年3月30日 第1刷発行

著者 ©日本弁護士連合会
人権擁護委員会
発行者 石井昭男
発行所 株式会社 明石書店

〒113-0034 東京都文京区湯島2-14-11
電話 03 (5818) 1171
FAX 03 (5818) 1174
振替 00100-7-24505
<http://www.akushi.co.jp>

組版/装丁 明石書店デザイン室
印刷 株式会社文化カラー印刷
製本 株式会社雄渡製本

(定価はカバーに表示してあります)

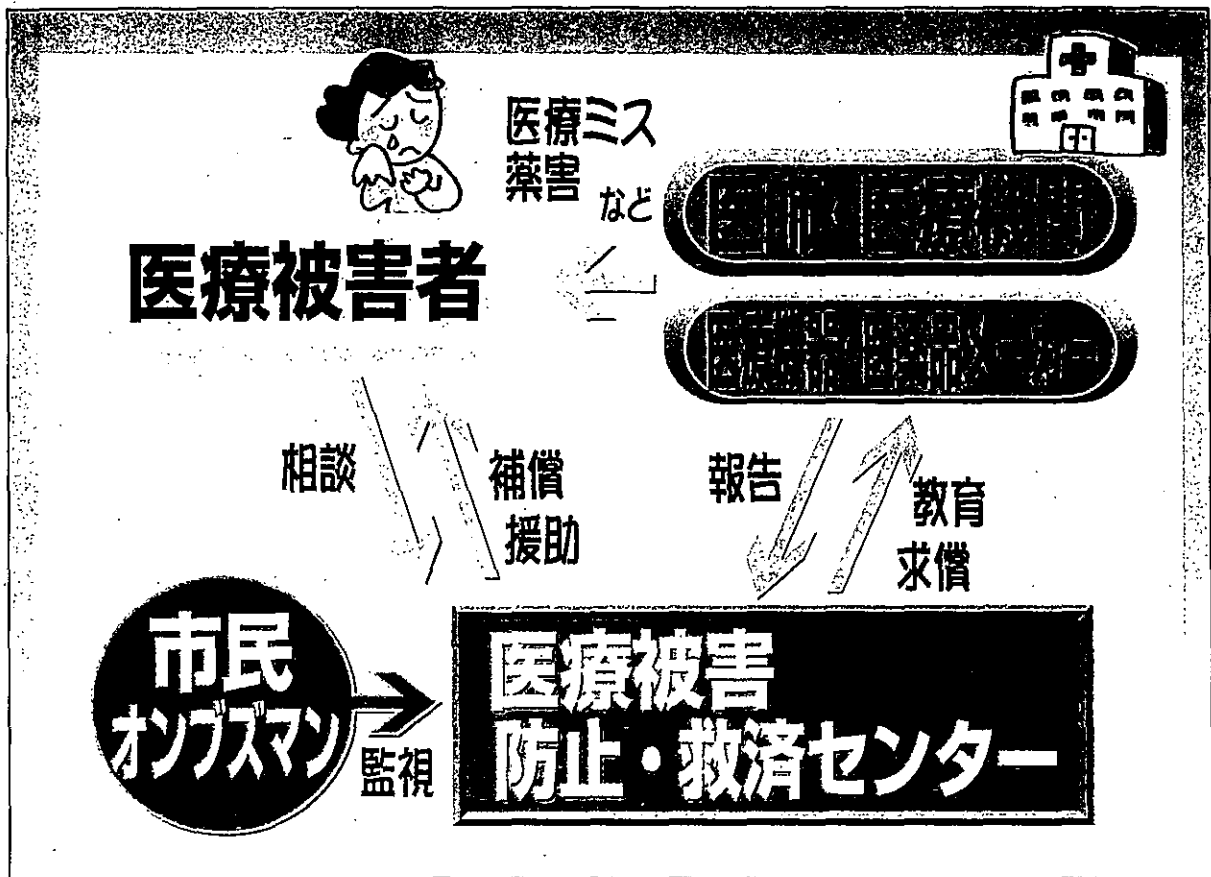
ISBN4-7503-1392-0

医療事故を防止し被害者を救済するシステムをつくりたい

—「医療被害防止・救済センター」構想の実現をめざして—

南山大学法科大学院教授

弁護士 加藤 良夫



連絡先

□「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称) 準備室
〒461-0001 名古屋市東区泉1丁目1-35
ハイエスト久屋6階 センター気付
TEL 052-951-8810 FAX 052-951-8820
ホームページ <http://homepage2.nifty.com/pcmv/>
E-mail BCC06176@nifty.com

□栄法律事務所
〒460-0008 名古屋市中区栄4-15-23 LM1216
TEL 052-263-1303 FAX 052-263-1327
E-mail ykato777@aqua.ocn.ne.jp

(なお、医療事故情報センターのホームページは<http://www3.ocn.ne.jp/~mmic/>です。)

目 次

はじめに.....	P、1
I 「医療被害防止・救済センター」構想の基礎にあるもの.....	P、2
(「センター構想」の背景・動機・問題意識を語っています。)	
II 「医療被害防止・救済センター」構想.....	P、11
(「センター構想」の要点が図になっています。)	
III 「医療被害防止・救済センター」構想について.....	P、12
(「センター構想」の内容を解説しています。)	
IV 「医療被害防止・救済センター」構想のこれまでの歩み.....	P、16
(「センター構想」に関する報道を中心に記しています。)	
あとがき.....	P、18
資料 (1～10)	P、19

(表紙図はNHKのフリップより)

はじめに

私はこれまで30年程、患者側弁護士の立場から医療被害者の救済に取り組んできました。それは医療被害者の救済を阻む「三つの壁」(専門性の壁、密室性の壁、封建制の壁)との闘いの年月でもありました。

ところで医療被害者は「五つの願い」(原状回復、真相究明、反省謝罪、再発防止、損害賠償)をもっています。その中で一番強いのは、亡くなった人を返して欲しいとか、もとの状態に戻して欲しいという原状回復の願いです。しかし、失われた生命は戻りません。しかも生命・健康は金銭に評価することのできない価値であります。ですから賠償を求める裁判には本質的に限界があります。真相究明、反省謝罪、再発防止という観点からみても、裁判がベストの方法とは言えません。もちろん、警察や検察が医療過誤のケースのすべてを収集し、対策を立てるという役割を担うことが良いとも思われません。

医療被害者を速やかに救済すると共に医療事故の事例から教訓を引き出し、再発防止・医療の質の向上に役立つようなシステムを新たに構築する必要があります。

医療被害防止・救済センター構想を最初にまとめたのは、末尾の「これまでの歩み」の中にあるとおり1997年2月のことです。その年の9月に新聞報道されて以後これまで多くの方々の意見を聞き、私なりに考えながら部分的に改訂を重ねてきました。医師や看護婦の方々を対象とする研修会やシンポジウム等の場でも一つの考えとして提示してきました。医療被害者・市民の方々の集会でも話をしてきました。(このパンフレットの前半部分(P.2~P.10)は市民グループの勉強会で話した時の記録をもとにしています。後半部分(P.12~P.15)は、医療事故情報センターのホームページに掲載した記事をもとにしています。)その結果、この構想の基本の考え方については多くの方の賛同が得られるものと思っています。

現時点でもこの構想が完璧なものとは言えませんが、医療事故防止と被害者救済を図る「第三者機関」を設置する必要性については大方の合意が得られるものと思います。「第三者機関」のイメージを考える際の一つのたたき台としていただければ幸いです。

「医療被害防止・救済センター」の設立を目指す活動母体「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)を可能な限りすみやかにスタートさせたいと思っています。その準備のために2001年9月「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)の準備室、を開設しました。準備室の任務は、第一に新しいシステム乃至第三者機関の必要性を広報すること、第二に呼びかけ人、賛同者等の輪を広げていくこと、第三に「めざす会」の準備会の発足に向けて必要な諸活動を展開することです。

なお、「医療事故を防止し、被害者を救済するシステム」については、きっと様々なアイデアが可能だと思われます。大筋このようなものというイメージがないと人々は力を発揮できません。新しい制度を作り上げていこうというのですから、様々な意見があって当たり前です。細かい点の違いを乗り越えて、英智を結集して素晴らしいシステムを共に作り上げていこうではありませんか。

I. 「医療被害防止・救済センター」構想の基礎にあるもの

1. こんにちは

皆さんこんにちは。ご紹介頂きました加藤良夫です。今日はこじんまりとした集まりですのでアットホームな雰囲気でお話しをさせていただきます。

お手元にあります「医療被害防止・救済センター構想」(P.11)と書いてあるものと新聞記事のコピー(末尾資料1)と、「患者の権利法をつくる会」のニュースに書いたもの等を参考にしながらお話しさせていただきます。質問やご意見等を沢山聞かせていただきたいと思いますので、どうぞ遠慮なく聞いて下さい。

2. 医療過誤の概念

医療事故の話をするわけですが、最初に、医療事故とか医療過誤とか医事紛争という言葉の概念の違いを簡単にお話しします。

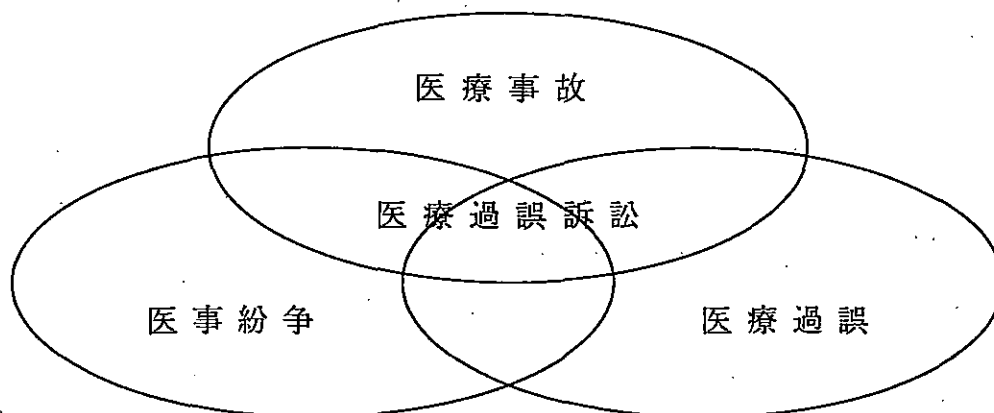


図1. 医療過誤の概念

まず医事紛争は、お医者さん等にミスがなくても起きてきます。医療費の問題とか、患者さんと看護婦さんとの人間関係の問題とかです。態度が横柄だというレベルでも紛争というのは起きてきます。その中には勿論、お医者さん等にミスがあって患者さんが被害を受けたというように医療過誤があったことから紛争になっているということがあるわけです。

医療事故というのは不可抗力ということもあります。医療というのは万能ではないので、どうしても避けられない事故というのが起きてきます。そういうものはミスとは言えないわけです。ですから、医療過誤と医療事故とは概念的に重なる部分と重ならない部分とがあります。

今から問題になってくる裁判の事例というのは図1の三つの円が重なっている部分、医療事故であり且つお医者さんや看護婦さん等のミスがあって、そのことで紛争になり争いになっているものです。

3. 医療事故被害者の願い

医療事故に遭った人達の願いは次の五つです。

第一に原状回復です。これは元の状態に戻してほしいということです。例えば子供を亡くしたら生き返らせて欲しいという思いがあるわけです。例えば自分の体に麻痺が起きた場合は元に戻

- ① 原状回復
- ② 真相究明
- ③ 反省謝罪
- ④ 再発防止
- ⑤ 損害賠償

図2. 医療事故被害者の願い

して欲しいということです。二番目は自分の受けた被害の真相を明らかにしてほしいということです。医療事故のケースというのは原状が回復できません。例えば失明したとか腕が麻痺したとかということになると、再手術等をして原状に戻す努力をするわけですが、元通りにはなりません。死んだ人は返りません。特に子供を亡くした時の悲しみは大きいものがあります。それにも拘らず真相が曖昧に

されてしまう。場合によれば親の体質とか遺伝とかに問題があったのではないかと、というようなことを言われて、お医者さんのミスがどこかへ消えてしまい、亡くなった人のせいに問題がすり替えられてしまい、尊い犠牲がそのまま評価されずにごまかされウヤムヤにされる。ウヤムヤにされるということが堪らなく被害者の気持ちを傷つけるのです。被害を受けたことに加えてウヤムヤにされるという二重の苦しみがあるということをもまず理解してほしいと思います。

それから、お医者さん達は「ミスをしました。ごめんなさい」ということを進んでおっしゃるという事が殆どありません。被害が起きた時「自分は悪くなかった」という弁解を真っ先に言う側面があります。心からの反省の言葉も謝罪の言葉もないということで、これも又患者さんを苦しめることとなります。

再発防止については、想像して頂ければわかると思います。一番大切な人を失った時にお金が幾ら貰えるということは考えないですね。そう言う人に私はお会いしたことがない。やはり原状回復、それから真相究明、反省謝罪があってしかるべきで、二度と同じことを繰り返してほしくないという気持ちが非常に強いわけです。自分の大切な人が亡くなったにも拘らず、何の反省もなく、教訓も生かされず、また同じことを繰り返して失敗しそうだとなると、自分の愛した人の死がいかに軽んじられ意味のないものにされているような感じがします。ところが、「こういうふうには反省をし、二度とこういう事故は起こさないようにするから許して下さい」というようにおっしゃれば気持ちはまだ慰謝されるのです。

多くの薬害の人達が街でいろいろと活動されますけれども、そういう時に「ノー・モア・スモン」等とおっしゃって薬害を二度と繰り返してほしくないという気持ちを強く訴えられず。それは自分の受けた被害が社会化されて、社会の中で生かされ再発防止に何か役立つということが大事だと考えているからなのです。

五番目に損害賠償の問題ですが、医療過誤がありお医者さんのミスがあって被害が発生したと

このような場合に、やはりご主人が亡くなったりして生活の面で困られることが多いわけです。働きなくなったりもします。そういう意味で賠償が必要になります。

4. 医療過誤裁判の限界

ただ賠償といっても、例えば腕一本失ったらどの程度の金額になるか、殆どの方がわかりません。妥当な金額がわかりません。ですから医療過誤のケースで、医療過誤被害者が真っ先に求めるのは金銭賠償だと一般の人が思われるのは大間違いです。先程述べました、いろんな思いが被害者にはあります。原状回復というのは例えば実際亡くなった人を返すことですが、それはできませんし、一旦失った健康の回復というのは難しいので、誰もが何ともならないところです。この無念さに対しては永久に何ともならない話なのです。真相究明とか、反省謝罪だとか再発防止だとか、損害賠償というのは人為的に可能なことです。しかし、医療過誤裁判でやっていることはごく一部の損害賠償の部分でしかないのです。

「『ごめんなさい』と言いなさい」とか「反省をちゃんとしましたか」「反省した態度を示しなさい」と言うのではなく、病院側に対して「賠償金を支払いなさい」と命じるのが民事訴訟です。ある意味では補償だけの問題に矮小化されてしまい、被害者の思いが色々あるのに直接そのことを訴えられず、「賠償金を支払え」という言い方でしか組み立てられません。ここに医療過誤裁判の本質的な問題点があります。

5. 医療過誤訴訟は氷山の一角

医療裁判では、被害に遭った人達、皆が皆、訴訟を起こしているかというところではありません。

例えば抗癌剤を投与されて、その抗癌剤の副作用で亡くなる人達があります。化学療法をどんどんやることによって、骨髄の働きが悪くなって、結局血小板とか白血球等を作れなくなり、その為に亡くなっていく。このように抗癌剤で患者さんが亡くなるということがあります。抗癌剤で亡くなるのを化学療法死と言いま

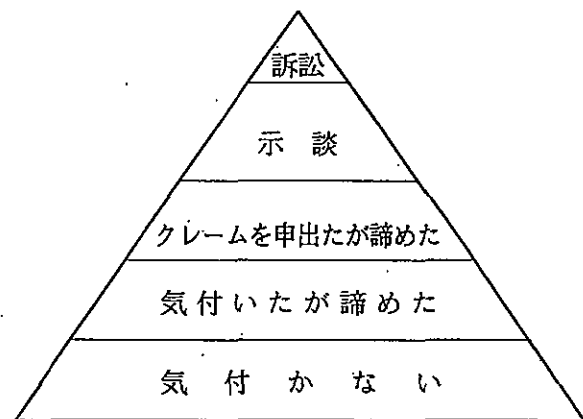


図3. 医療過誤訴訟は氷山の一角

す。ケモセラピー（化学療法）によるデス（死）を略してケモデスという言い方をします。でもケモデスなどという言い方はあまり一般化されていなくて、家族は癌で死んだと思っています。ところがよく調べると抗癌剤の副作用に対する対処の仕方の問題で、実は下血をして亡くなっているということがあります。亡くなった本人もそうでしょうけれども遺族の人達も気付かないわ

けです。癌で死んでいったと思っておられるのですから、薬の使い方等を問題にするという気にもならないわけです。自分が事故にあったことも気付かないのですから、クレームを出すこと或いは何か疑問をお医者さんにぶつけるということはできません。こういう人達が多分、相当数いると思います。又、仮にクレームを出しても、体質的なものではないかとか色々なことを後から言われるという雰囲気があります。どうもおかしいと気付いたけれど、今更お医者さんに言っても死んだ人が返ってくるわけではないし諦めたという人が沢山います。「年寄りだったし、まあそれも寿命と考えます」とそういうことを言う人もいるでしょう。どうも変だなと思い、思い余ってお医者さんにどうして亡くなったのか申し出たけれども、それはその方の寿命と考えて下さい等と色々なことを言われ諦めさせられるというケースもあります。

6. 医師賠償責任保険

示談の場合、一人の死亡に対しても数百万円位のお見舞い金で示談がされているという例もあります。反対に、裁判で認められる額に近い賠償金を支払うという形で、きちっとした示談ができる場合もあります。しかしそのようなことは多くはありません。

その背景の一つには保険会社の存在があります。交通事故を起こして人をはねてしまった場合は賠償金が保険で支払われます。それと同じように患者さんが医療側のミスで亡くなった場合には、医師の賠償責任を保険でカバーします。交通事故の場合は自動車損害賠償責任保険ですから自賠責という言い方をします。お医者さんの保険は医師賠償責任保険ということで医賠責と言います。安田火災保険とか東京海上火災保険等の保険会社がそういう形の賠償保険を売り出しています。ですから示談をすとか訴訟で負けてお金を払うという時には保険会社が全部それをカバーし、お医者さん自身はお腹が痛まない仕組みになっています。被害に遭った人は、お医者さんが自腹を切ってお金を払い、何となく痛みを感じてほしいと思うわけですが、実は、お医者さんは保険からそれをカバーしてもらっています。バブルの崩壊後、不況風が保険会社にも入ってきていて、払う側の保険会社が段々医賠責保険でもなるべく払わないように、低額に押さえられるようにという力学が働いてきており、それで被害者の補償という意味では必ずしも上手く機能しないという状況が発生してきています。

医賠責保険の審査に約一年、高額の場合だと一年以上かかることがあります。示談がうまく成立すればまだ一定の区切りもできるのですが、もし示談が成立しないと、訴訟をすか諦めるかの二者択一になります。医療被害に遭った人は、示談がまとまらなければ訴訟に踏み切るか完全に諦めるかどちらかしか選択肢がなくなるのです。それで訴訟はとてやれないということで諦める人も出てきます。ですからまず、医療過誤事件で訴訟になるという部分は氷山の極々一角である事をご理解頂きたいと思います。

7. 年間の医療過誤訴訟件数

年間にどのくらいの訴訟が起きているかといいますと、10年程前には300件位でしたが、このところどんどん増えておりまして、700件を越えるまでになってきています。これを新受件数と呼びます。つまり1年間に日本中の裁判所に新たに起こされる訴訟の件数です。訴訟は毎年毎年これからも起こされますが、裁判所の処理能力からしますと、もっと少ない数しか毎年解決できません。ですから、どんどん訴訟が起こされると、未済といひまして、まだ解決されず裁判所で争いの最中という事件がだんだん増えてくることになります。増えてたまって今日本で争われている事件は2,500件以上になっています。この傾向は益々強まるでしょう。つまり裁判所の裁判官の数や処理能力を超えて裁判がどんどん増えるということですから、一年間に解決できる数は限られますので、徐々に件数がたまって増えていくということになります。

8. 医療事故、医療過誤の実数

医療事故とか医療過誤とかいわれるもの、特にお医者さんのミスがあるようなものはどのくらいあるのでしょうか。訴訟は年間700件くらいですが、医療事故がどのくらいあるのかということとはなかなか調べようがありません。

一つ大きなヒントがあります。それはハーバード大学のチームが研究して発表しているもので

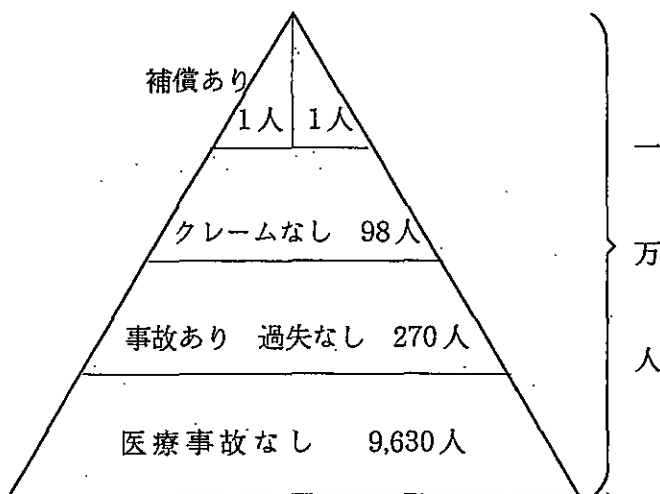


図4. ハーバード大学の調査結果

す。お医者さんと法律家等がチームを組んで、10,000人位の入院患者さんのカルテを片端から調べ、医療事故があるか無いか、医療事故があった場合そこに過失があるか無いか、つまりお医者さんに落ち度があるか無いかを調査しました。10,000人のうち、医療事故がないという人のケースは9,630人でしたから、96%位は医療上、何等問題なく退院していったケースです。事故があったというのは370人でした。勿論

事故があるという中には過失があるケースもないケースもあります。この内、過失なしというのが270人、過失ありが100人ありました。

10,000人の患者さんの症例を調べてみたら100人が医療過誤によって被害を受けています。

1%が医療過誤があって被害を受けているということになったのです。

では、この100人について見てみましょう。

医療過誤があって、本来補償されなければいけない人が10,000人のうち100人いました。その

100人は果たして補償されたのかといいますと、まず98人はクレームを出していません。医療過誤にあった人の殆どはクレームを出していないということです。気付かないとか諦めたとか色々です。クレームを出したのはわずか2人。そのうちの一人は認められず補償されませんでした。1人だけが補償されたのです。たった1人だけです。

よく、アメリカは訴訟社会ですぐに訴訟をされると言われています。医療の現場でも、お医者さんと患者さんがぎくしゃくして困った状態がある等ということ言われています。しかし実情を見ると、医療事故に遭った人達が皆気付いて補償を受けるためにクレームを出しているかというのと、全くそうではないという調査結果が出たのです。

これらの調査等を踏まえ、アメリカでは1年間に44,000人から98,000人もの人が医療事故で死亡しているという推定もあります。これから日本の被害者数を推定すると、少なくとも2万人以上の患者が医療事故によって死亡していることが一応推定されます。これは、交通事故死の数の2倍に相当します。実態把握すらできないということは、きちんと被害者の救済を図るという観点からすれば大変由々しき事態で、実は裁判所に持ち込まれている件数とは桁違いの医療事故の総数があるのだということを知っておいて下さい。

9. 医療過誤裁判の特殊性—3つの壁（専門性、密室性、封建制）

裁判というのは社会的に見ると馴染みがあるわけではないものですから、裁判を実際にやる時には決断が必要であり、しかも医療被害者の救済をはばむ「3つの壁」があります。

その第1は、専門性の壁で、医学医療が専門的分野であるため一般の人には解りにくいという面があります。第2は、密室性の壁で事故は手術室だとか分娩室等の密室で起きているわけです。病院という世界自体、一般社会から閉ざされた密室性を持っています。第3は、封建制の壁です。例えばTVドラマの「白い巨塔」のようにお医者さんがミスを覆い隠して教授になったりするという、相互批判の乏しい世界です。3つの壁の中で一番大きな壁が封建的な壁で、この壁が立ちはだかっている為に医療過誤の被害者が裁判をする時に協力者が少ないのです。協力するお医者さん—私達はそれを協力医と言っています—が非常に限られているというか、見つかりません。その為に苦勞をしています。

10. 医療過誤裁判の特殊性—立証責任

裁判の場というのは一般の常識からすると完全に逆転しています。例えばAさんがいます。Aさんは盲腸の手術—虫垂炎といいます—を受ける為に入院しました。そして入院先の病院で死んでしまったとします。普通、盲腸の手術で死ぬことは不思議です。この病院で何が起きたのか遺族にはわかりません。社会常識的にいうと、何故死んだのかという事は手術を担当した人が説明しなければいけないでしょう。Aさんがどうして死んだのかということの説明しなければいけな

いと私は思います。

ところが、裁判となるとこれが逆転するんです。Aさん側が、何故死んだのか、どうすれば防げたのか、医者はどこにミスがあったのかということ細かく言わねばなりません。専門的な知識を持っている人達、密室で働いている人達、そういう人達ではなく、遺族が、裁判所に対して証拠によって説明しなければいけないという仕組みになっています。これは物凄く不自然なことだと思います。社会的に言えばAさんは盲腸の手術で死んだ。死んだのは何故か、どうしたら防げたのか、何がいけなかったのかということは医療側が知り得ることで、全部医療側が言うべきです。ところが、裁判となるとこれが逆転して、医療側が「『一体私のどこに問題がありましたか』『どうしたら防ぐことができましたか』全部言って下さい」となってしまう。協力するお医者さんがいて「このお医者さんのこの点が問題です」と言ってくればまだいいんですが、協力するお医者さんが見つからないとなると遺族の人達は非常に困るわけです。こういう根本的な問題が裁判には付纏っているということです。 もう一つは、例えばある病気で手術を受けて亡くなったという時には、お医者さんのどこに落ち度があったかという過失とそれにより死亡という結果に結び付いたという因果関係を立証しなければなりません。お医者さん或いは看護婦さんの落ち度があったために、ある因果の流れでもって死亡に至ったということ、患者側・遺族側が言わなければいけないということです。どこに落ち度があったのか、どういう事があったのか、どうすれば防げたのか、その事によってAさんが亡くなった、ということ言う為に、延々時間がかかる訳です。

11. 「医療被害防止・救済センター」構想のきっかけ

医療被害防止・救済センターを考えるに至った、私にとっては大変衝撃的な事件がありました。7つの坊やが盲腸の手術を受けました。当時7歳、元気な男の子です。しかし手術の結果、寝たきり状態になりました。麻酔の事故でした。何が起きたのか。この7つの坊やは脊椎麻酔という脊椎の間のところからベルカミンSという脊椎麻酔剤を打って麻痺させ痛みを取っておいて手術をするという手術によって寝たきりの状態になってしまいました。話すことも歩くこともできない。御飯を自分の手で食べることもできない。おしめも全部してあげないと自分でおしっことかうんこかできない。そういう状態になってしまったんです。

裁判は、三審制という言葉聞いたことがあると思いますが、まず最初に地方裁判所というところに行きます。その上が高等裁判所で、名古屋には高等裁判所があります。さらにその上には最高裁判所というのがあります。東京に一か所しかありません。大きくいうとこの三つです。他には簡易裁判所とか家庭裁判所とがありますけど、単純化していうと、地方裁判所に民事の裁判を起こして不服のある人は高等裁判所に控訴して、更に不服があれば最高裁判所に上告します。

まず最初に地方裁判所に訴訟を起こして判決が下ります。この場合、判決までに10年かかって

います。私ではなく別の弁護士が10年間このケースで頑張っておられたんだけど負けています。10年かかって結局負け、弁護士を交替して、医療過誤の問題をやっているからという事で今度は私のところへこられた。私も調べてみて、盲腸の手術で何で寝たきりになるのだろう、これはいくら何でもおかしいということで、一生懸命やって高等裁判所で判決を目指して頑張ったんです。六年かかりました。途中から、私の尊敬する、元裁判官で今は弁護士をしている優秀な人に加わってもらって、絶対負けられないという気持ちで頑張っていました。裁判官が途中で代わり、ちょっと様子がおかしくなったなと思っているうちに負けてしまったのです。

地方裁判所で10年やって負けて、高等裁判所に場所を移して6年やって、弁護士も変えた、更に後から弁護士が加わって負けるとなると、坊やお母さんやお父さんは、裁判所は自分達庶民が助けてとかお願いとか言っても通じるところではないと思ってしまいます。何を言っても聞いてもらえるような場所ではないので諦めますという話になります。しかし、そこで諦めるわけにはいきません。いくら何でもこのケースは気の毒だし助けなければいけないと私は思いましたので、一生懸命励まして、何とか最高裁判所に上告という手続きをとりました。地方裁判所に提訴して、判決が不服だから高等裁判所に控訴する。その判決に不服だから最高裁判所に上告する。こういう順番になります。

上告してから4年かかって、今度は「高等裁判所の判決は間違っているから高等裁判所の判決を破棄して差し戻す」という判決が最高裁で出ました。実質これで勝訴となりました。

この判決が出るまでにトータルすると20年かかり、7つの坊やは30才近くになりました。こういう裁判の在り方は裁判を受ける権利とか憲法の原則からいってもおかしい。又、手術で寝たきりになって、どうしてこの子の救済の問題で20年もかからなければならないか納得できません。

裁判官も素人ですから実際には結審になるまでに、専門家によって、このケースがどういうことか鑑定をしてもらうことが多いのです。専門家の意見を聞いたり、ああでもないこうでもないと言って争って、医学論争、科学論争になっていったことが、この裁判が物凄く長くかかってしまった原因の一つです。

つまり、過失と因果関係の立証の為に大変苦勞をしました。医療過誤事件というのはいつも過失と因果関係の立証で苦勞しますが、このケースもまさにそれでした。

最高裁判所は、お医者さんが脊椎麻酔をしてから2分毎に血圧を測りなさいと薬の能書に指示が書いてあるのに、5分毎にしか血圧を測らず、異常の発見が遅れた。もしこれを2分毎にちゃんとやっておれば異常の発見ができて、手術を中止し対応できたのでこの事故は防げたという判決をしました。非常に常識的、当たり前の判決で、最終的には勝訴しました。でもそこに至るまでには大変長い道程があったわけです。

このことを契機に、私は、裁判というのは長すぎるのではないか。様々な被害者の思いを端的

にきちんと解決をつけていく社会的なルールを作れないものかと思いました。特に、真相を早く解明して、再発防止を速やかに医療現場に教訓化し、より安全な医療を作っていくということに、尊い犠牲となったケースが役立てられるということが重要です。そして補償が迅速になされ、再発防止が速やかに行われ、それらが上手く連動していくようにしたいということがポイントです。

例えばこの盲腸のケースですと、親御さんは盲腸の手術を受けてから人生がまるで変わってしまったわけです。下に子供が何人かいますので、この子の世話をしながら下の子供達を育てるということになります。いつも添い寝をして床ずれ（褥瘡）ができないようにし、おしっこが出たら夜中もおしめを取り換えなくてははいけませんから一緒に寝て、夜中にもおしめの中に手をいれてみて濡れていれば取り替えるというような生活をずっとしています。御飯は流動食とかチューブによる栄養とかでは味も味わえなくてかわいそうだからと、皆が食べるのと同じように料理して、それをお母さんが、魚とか色々な味がわかるように別々に噛んでドロドロの状態にして食べさせるという生活を何年もしています。おしめは毎日毎日干すというような生活をしながら、何の補償もなく二十年間も裁判をやるわけですから、もっと早くに、先に補償をしてあげたらいいのではないかと思いました。

被害者の方を先に補償して、問題のある医療機関やお医者さんに対しては、求償という言葉がありますが、その補償をしたところが被害者に代わって後で求償していくということを考えました。

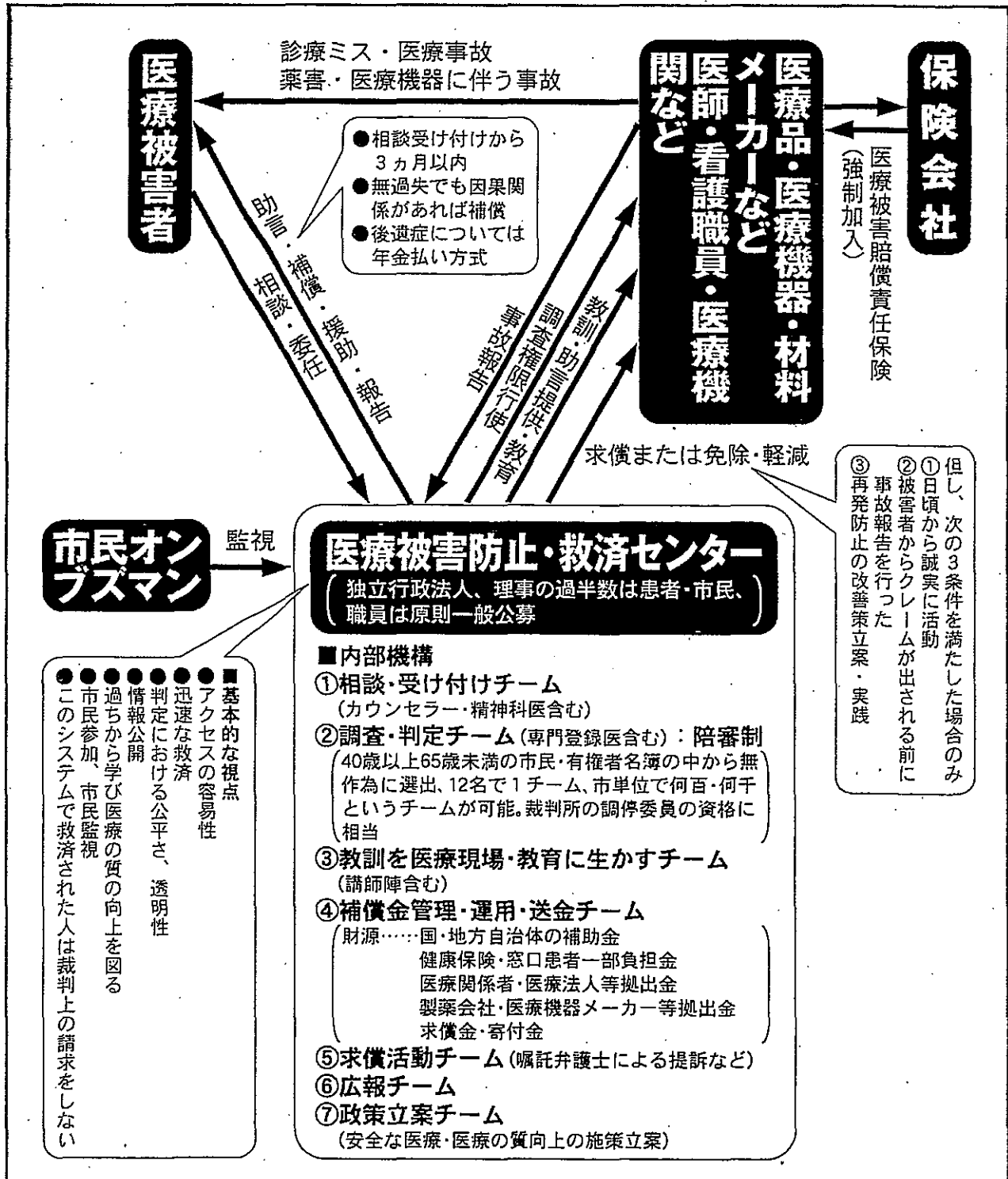
このようなことから、医療の現場において医療の作為・不作為、つまり医療側が何かしたこと、しなかったことによって、被害を受けた人及び家族が速やかに救済されるように、また、被害例から教訓を引き出し、再発防止・診療レベルの向上・システムの改善・患者の権利の確立等に役立てるために、センターが必要だと考え、この医療被害防止・救済センター構想をまとめたわけです。

1998. 10. 24 ウィルあいち にて

あいちホスピス研究会 もみじの会 第八回セミナー

（テープ起こしをして下さった、吉田千鶴さん）
（吉田嘉宏さんご夫妻に深く感謝申し上げます。）

Ⅱ. 「医療被害防止・救済センター」構想



(ジャミックジャーナル 2002.4)

(一部修正)

Ⅲ. 「医療被害防止・救済センター」構想について

1. 「医療被害防止・救済センター」の目的

このセンターは医療被害者の早期救済を図ると同時に医療現場等へ再発防止策をフィードバックすること、あわせて診療レベルの向上、医療制度の改善、患者の権利の確立等に役立つ活動をするを目的にしています。

2. 「医療被害防止・救済センター」の活動

まず医療被害者はこのセンターにいつでも、電話、ファックス等自由な方法で相談申請ができます。

勿論医師・医療機関・製薬会社・医療機器メーカー等も、事故情報を進んで正直にセンターへ報告することができます。

センターは事故情報を集め分析検討し、医学教育、医療現場、メーカー等への教訓として生かします。そしてセンターが救済すべき事案であると判断したケースについてはセンターが被害者に対して補償を先行させます。加害者側が事故を隠そうとしたりすぐに改善の方策を取らなかったりする等の問題がある場合には、センターが被害者に代わって加害者側に求償を求めていきます。

3. 「医療被害防止・救済センター」の組織形態

センターの理事の過半数は患者・市民とし、「医療過誤原告の会」等医療を受ける側の人たちの声が反映されるような仕組みを作っておきます。センターの職員は一般公募方式で採用します。現在ある「医薬品機構」は厚生労働省の外郭団体で、職員は厚生労働省からの出向であり、理事の多くも医薬品メーカー等の関係者で占められています。本来、医療消費者としてあるいは被害者として入ってしかるべき消費者団体や被害者団体の代表等がより一層、運営に関わっていただけるようにすべきです。

この「医薬品機構」を改革して分割再編することにより、「医療被害防止・救済センター」をつくることもひとつの考え方です。

センターの機構としては独立行政法人（法律にもとづく法人）の形態をとります。そして運用全般については常に市民オンブズマンの監視をうけることが出来る仕組みを法律の条文の中に予め入れておきます。

4. 陪審制と透明性・公正さの確保

相談を受けてから3ヶ月以内に判断をすることを目途とします。迅速な救済をするために、被害の調査、判定には陪審制をとります。陪審チームは新件1件ごとに構成され、予め登録された

専門家の意見をも吟味し、判定します。

判定の透明性、公正さの確保の観点から、当事者のプライバシーを考慮しつつできる限りオープンにしていくようにします。当事者が承諾している場合は判定会への傍聴を可能にするとか、あるいは当事者の匿名性を守りつつ議事録の公開等をしていきます。

医療関連危害情報を国民が関心を持って見るができるように、インターネット上にホームページを開設し、どこからでもアクセス可能な状況をつくり、情報公開を押し進めていきます。ホームページでは教訓も含めて最新の情報を提供し、この社会に事故情報を隠ぺいするのではなく「過ちから学ぶ」ということを一つの大切な「文化」として作り上げていきたいと思えます。

5. 「医療被害防止・救済センター」の内部機構

センターの内部機構としては、相談に応ずるチームとしてカウンセラー・精神科医等のスタッフが必要であります。このほかに陪審員を補助して医療事故になるかどうかの調査判定を援助する部門、講師として医療現場へスタッフを派遣する部門、資金運用等を担う財務的部門、求償活動を実践する弁護士等の部門、広報活動等を行う部門、より安全な医療政策を立案する部門等が必要です。

6. 「医療被害防止・救済センター」の財源

センターの財源については、自動車の自賠責保険と同様に医療事故の被害回復を図る互助の精神から、国や地方自治体の予算及び患者の一部負担金を充て、医療側・医療メーカーも利益の一部を被害救済のための基金に拠出します。製薬会社はこれまで「医薬品機構」に拠出金を負担してきたが、仮に「医薬品機構」が組織変更されても、副作用被害救済の観点から負担を継続すべきです。このほかに財源としては求償金や、寄付金等が考えられます。（医療事故情報センターでは、1998年5月30日に総会記念シンポジウム「医療被害者の救済システムを考える」を開催しました。その時の記録が冊子になっています。その冊子のP. 35、P. 36参照）

7. 被害者は無過失のケースでも補償される

現在の医療過誤訴訟では医療側に過失がなければ損害賠償は認められません。そのため過失の主張立証に時間を要し、いきおい訴訟が遅延しがちとなります。又医療側の過失を立証しやすいケースでは被害者は損害賠償を受けられるが、医療側に問題点が沢山あるものの、いずれをとっても過失とまではいいがたいという場合は一切賠償を認められないこととなり、時に不公平感も残すこととなります。この構想では無過失のケースでも医療行為と結果との間に因果関係があれば補償されます。このことにより医療被害者の救済が大きく拡大します。

医療に起因して起こった大変気の毒なケースは過失があろうがなかろうが補償していくことが

必要です。又損害額が低く現状においては事実上泣き寝入りにならざるを得ないケースについてもこれを放置しておいて良いわけではなく、しかるべき救済システムが必要となります。

この構想は交通事故被害者の救済を図る自賠法や製造物による被害から消費者を保護しようとするPL法（製造物責任法）の目的・背景とほぼ共通する考え方に立っています。

8. 因果関係の判定について

医療過誤裁判では医療側の過失と原告の損害との間に因果関係がなければ請求は認められません。そのため原告側は因果関係の主張立証に苦勞することが多い。元々病気のある人がその病気の自然の経過のなかで悪化して死亡したのか、医療上のミスがあったために死亡したのかをクリアカットに判定できない場合があります。陪審制度を採用する場合は科学論争的に因果関係を判定しようとするのは馴染まないで、センターが救済すべきケースかどうかについては「著しく意外な結果」かどうか等をもとに市民感覚で判断すればよいのではないかと考えます。（例えばお産の時に妊婦が亡くなったとしても、解剖の結果実は心筋梗塞で亡くなったことが判明した場合には、医師の診療行為と死との間に因果関係がないと判定されることもあり得ます。）

9. 少額事件も救済される

国民が陪審員になる仕組みは迅速な判定をめざす点でもコストの点でも有利な面があります。従って少額事件についても救済しやすくなります。少額事件がセンターに集まることは社会的にみても大変有益であります。なぜならば早期にさまざまな情報が集まれば再発防止・被害拡大防止のヒントもその中に含まれてくることにもなり医療のレベルアップ・安全な医療の実現につながるからです。そして継続的に数多くの情報を収集していくためにも、被害救済を図っていくことが不可欠であり情報収集と被害救済は一体的に実行されることが重要です。

10. 責任軽減・免除の条件

医師、医療機関、製薬会社、医療機器メーカー等に過失があるケースについてはセンターが求償することもできますが、以下の3つの条件を満たした場合はその責任を軽減するか免除することができるようにします。

第一に常日頃からまじめに医療活動・企業活動を行ってきたこと（例えばそれまでまじめに診療をしてきた人がうっかりミスをしてしまった場合は、常日頃よりいい加減なことを繰り返してきた人がミスをした時と比べて、責任非難の度合いも異なると思われます）。

第二に速やかに被害者に謝罪すると共に、被害者がセンター等へクレームを提出する前に、加害者側が自発的かつ正直にセンターへ事故報告をして自らの失敗を社会の教訓にしようとしたこと。

第三に真相を究明するとともに同種事故の再発防止へむけた改善策を立案し、それを実践しはじめたこと。

これら3つの条件が全て揃っている時には、センターは加害者に対して求償しないこともできることとします。

この政策により社会の中で日頃よりまじめに仕事をする事の尊さが再認識され、医療の世界においても加害者が事故を隠べいしたりごまかしたりして責任回避的態度を示すという体質を変え、患者中心の医療、安全な医療、レベルの高い医療の実現に寄与できればと願っています。

11. 国民の参加・監視の重要性

「一切お任せ」の姿勢の中からは「患者中心の医療」に向けた改革は生まれてきません。

この構想が正しく機能するためには設立までのデザインがしっかりしていることが大切であると同時に、発足後において日常的な国民の監視が重要となります。また陪審制度を採るのも、陪審制度を通して国民が身近かに医療の問題を知る機会となると考えるからです。

12. おわりに

この構想については幸いマスコミも関心を向けて大きく報道を下された。(平成9年9月3日中日新聞夕刊、平成11年5月30日日経新聞朝刊、平成11年11月11日NHK「未来派宣言」)おかげで色々な意見や声が寄せられています。強く賛意を示して下さる医師・医療関係者の方々もおられ意を強くするとともに医療被害者の方々の素早い積極的な反応には、ことからの切実さを痛感させられます。10年先にできていれればと思って提案したのですが、もっと早く実現できるよう全力を尽したいと思います。この構想は一つのたたき台であり、より良いものを作り上げていくために事故防止・救済システムに関し是非アイデア等をお寄せ下さるよう希望します。

なお、今後の予定としては、当面はこの構想についての検討を加えつつ、発起人会か準備会のような推進母体をつくっていきたい。それとともに陪審員の方々に集まっていただき、具体的なケースについて評決をしてもらう企画などを試行したいと考えています。

<参考資料>

- ① 1998. 5. 30医療事故情報センター総会記念シンポジウム記録「医療被害者の救済システムを考える」
- ② NIRA 研究報告書No.19990118 薬害等再発防止システムに関する研究(総合研究開発機構)
- ③ 日本弁護士連合会人権擁護委員会「医療事故被害者の人権と救済」明石書店

IV. 「医療被害防止・救済センター構想」のこれまでの歩み

(前 史)

1977. 10. 17 医療事故相談センター（名古屋）開設
(S. 52)
1987. 10. 31 医療事故情報センター設立準備会発足
(S. 62)
1990. 12. 1 医療事故情報センター発足
(H. 2)
1996. 1. 23 最高裁判決（虫垂炎の手術で寝たきりとなった子どものケース）
(H. 8)
7. 17 N I R A「薬害等再発防止システムに関する研究会」（黒田委員会）第1回開催

(構想の歩み)

1997. 2. 12 「医療被害防止・救済センター」構想（第一次案）とりまとめる。
(H. 9)
9. 3 中日新聞夕刊『名古屋の弁護士が「センター」構想』（資料1）
9. 20 患者の権利法をつくる会、「けんりほうニュース」「医療被害防止・救済センター」構想について
11. 1 医療事故情報センター、「センターニュース」「医療被害防止・救済センター」構想について
12. 14 患者の権利法をつくる会、総会記念シンポ「医療被害防止・救済システム」
1998. 2. 国民生活センター「国民生活」「医療被害防止・救済センター」の設置を！
(H. 10)
5. 保健同人社「暮しと健康」「医療事故の再発防止のためにも被害者がまず救済される新しい制度を」（資料2）
5. 30 医療事故情報センター総会記念シンポ「医療被害者の救済システムを考える」
8. 日本看護協会出版会「ナーシング・トゥデイ」『遅すぎる救済は本当の救済ではないー「医療被害防止・救済センター」構想』
1999. 4. 14 NHK生活ほっとモーニング「医療への不信・そのとき家族は」
(H. 11)
5. 30 日本経済新聞「医療過誤をどう防ぐか」（資料3）

- 6.10 N I R A 研究報告書「薬害等再発防止システムに関する研究」
被害者の早期救済の実現－被害者救済が薬害の拡大を防止する－
- 11.11 NHK 未来派宣言「多発する医療ミス 被害者を救います」
2000. 9.12 医療事故情報センターのホームページに「医療被害防止・救済センター」構想
(H.12) 掲載
12. 3 東京新聞サンデー版「止められるか医療事故」(資料4)
2001. 3.10 東京いきいきらいふ推進センター「いきいき」『再発防止も同時に進める「医療
(H.13) 被害防止・救済センター」構想の具体化を進めています』
- 3.30 日弁連人権擁護委員会「医療事故被害者の人権と救済」(明石書店)
- 4.12 テレビ朝日 スーパーモーニング スクープ最前線
5. 日本医療企画「フェイズ・スリー」「いま医療被害防止・救済センター設立に取り組む」
8. 『医療事故を防止し被害者を救済するシステムをつくりたい。
－「医療事故防止・救済センター」構想の実現をめざして－』
(パンフレット) 作成、配布
- 9.11 「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)準備室開設(資料5～8)
2002. 2.23 (財)日本病院会役員会にて構想について講演
(H.14)
- 11.14 厚生労働省「医療にかかる事故情報の取り扱いに関する検討部会」で意見発表
2003. 9.28 初の市民による模擬判定会を名古屋で開催(資料10)
(H.15)
2004. 4.16 財団法人連合総合生活開発研究所主催講演会で講演
(H.16)
6. 5 民医連シンポ「なくそう医療事故 たかめよう患者の権利」で意見発表
- 7.29 4学会ワーキンググループ(第4回)にて意見発表

あ と が き — このパンフレットを作成するにあたって —

一人の弁護士が医療被害者の依頼を受けて法的救済のために尽力して生かかって成し遂げることのできる仕事の量・効果を仮に「百」としますと、弁護士等が結集して良い組織を作りあげ医療被害者の救済のために組織的に取り組んだ場合の効果は「万」にも及びます。更に医療被害防止・救済のシステムをつくりあげることができたならば、その社会的意義は「億」に至るといえましょう。

医療事故の防止を願いつつ医療被害者の救済のために、医療過誤訴訟を真剣に担う、若き優秀な「患者側弁護士」が数多く育っています。また医療事故情報センターには患者側弁護士が500名程結集し、組織的な活動も軌道にのったと見ることができます。

今こそ、医療事故を防止し、かつ被害者を速やかに救済できるシステムを構築したい、と私は強く願っています。

しかし新しい制度を構築することは、「一人が努力すること」「組織をつくって取り組むこと」とは、比べようもない程のエネルギーを必要とします。

医療被害防止・救済システムを実現させるためには、「安全な医療」「質の高い医療」「インフォームド・コンセント等患者の人権を尊重した医療」を願う広汎な人々の力を必要とします。新しい活動母体を形造るための「はじめの一歩」としてこの冊子を作成しました。

別紙のとおり、以下の3点すなわち

- 1、「医療被害防止・救済センター」構想についてのご意見ご感想をお聞かせ下さい。
- 2、「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」（仮称）の在り方、すすめ方についてのご意見をお聞かせ下さい。
- 3、この活動にご参加、ご支援いただけますでしょうか。

についてアンケートを用意しています。（このパンフレットの最後のページがアンケートになっています。）とじしろに近いところにミシン目が入っていますので、記入された後切り取ってFAXか郵便でお送り戴けると大変嬉しく思います。

お寄せ頂いた皆様の声等もつけ加えて、このパンフレットの続編を発行していきたいと思っていますので、ご了解下さると幸いです。「医療被害防止・救済センター」構想の実現に向けた活動を力強く展開していくためには、印刷費、郵送料、スタッフのアルバイト代等の支出に備え、財政的裏付けも必要となってきます。準備会が発足するまでの間の寄付の窓口としては、以下のとおり「医療被害防止・救済活動支援基金」があります。

三重銀行名古屋支店（店番号430）

普通預金口座番号 1303291

名義 医療被害防止・救済活動支援基金

会計 羽賀康子

郵便振替口座

00820-1-42575

医療被害防止・救済活動支援基金

この「支援基金」からの支援状況については、準備室のホームページで適宜報告することを予定しています。

ニュースの追跡

医療過誤訴訟の国内の第一人者、加藤良夫弁護士(名古屋)が、医師のミスや薬剤の副作用などによる被害者を救う『医療被害防止・救済センター』構想をまとめた。近く日弁連の専門部会などに提起する。自身のかかわった訴訟が二十年以上もかかったこと、かつ『遅すぎる救済は本日の救済ではありません』と訴え、患者や市民が中心となった新しい医療の仕組みづくりを提言している。(三)副道

加藤の構想は、センターは持法人がまず民間法人として設立する。内容は六つのセクションからなり、医療で被害を受けた人の相談や救済の窓口となる。センターは、まず、医療被害防止・救済センターの構想をまとめた。近く日弁連の専門部会などに提起する。自身のかかわった訴訟が二十年以上もかかったこと、かつ『遅すぎる救済は本日の救済ではありません』と訴え、患者や市民が中心となった新しい医療の仕組みづくりを提言している。(三)副道

特報

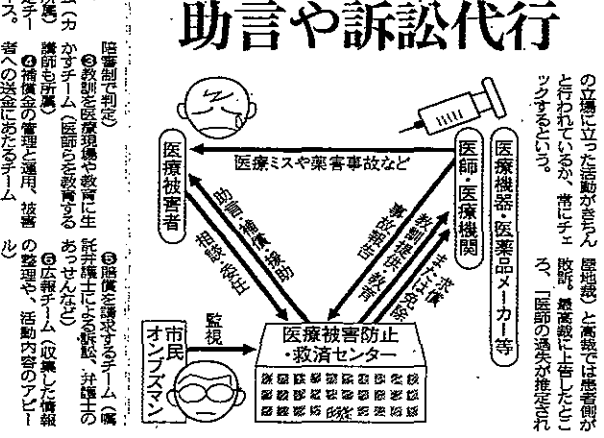
名古屋の弁護士がセンター構想

名古屋の弁護士が、医療被害防止・救済センターの構想をまとめた。近く日弁連の専門部会などに提起する。自身のかかわった訴訟が二十年以上もかかったこと、かつ『遅すぎる救済は本日の救済ではありません』と訴え、患者や市民が中心となった新しい医療の仕組みづくりを提言している。(三)副道



母親が又々(キ)入ルるとの判断がなされ、審理は行われていた。この訴訟を高度裁判から担った加藤氏は、一審の判決に不服を覚悟して上訴したが、提訴から審判判決が出るまで、約二年一月に達した。判決は、加藤氏の主張が認められ、賠償金の支払いが命じられた。この訴訟は、高度裁判から担った加藤氏は、一審の判決に不服を覚悟して上訴したが、提訴から審判判決が出るまで、約二年一月に達した。判決は、加藤氏の主張が認められ、賠償金の支払いが命じられた。

医療過誤市民の手で救済を

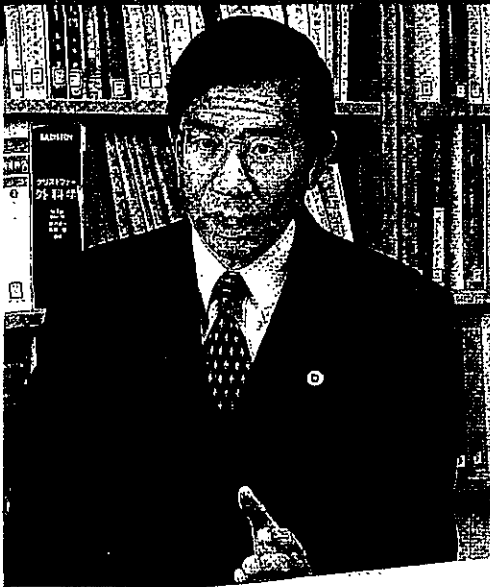


母親が又々(キ)入ルるとの判断がなされ、審理は行われていた。この訴訟を高度裁判から担った加藤氏は、一審の判決に不服を覚悟して上訴したが、提訴から審判判決が出るまで、約二年一月に達した。判決は、加藤氏の主張が認められ、賠償金の支払いが命じられた。この訴訟は、高度裁判から担った加藤氏は、一審の判決に不服を覚悟して上訴したが、提訴から審判判決が出るまで、約二年一月に達した。判決は、加藤氏の主張が認められ、賠償金の支払いが命じられた。

医療事故の再発防止のためにも 被害者がまず救済される新しい制度を

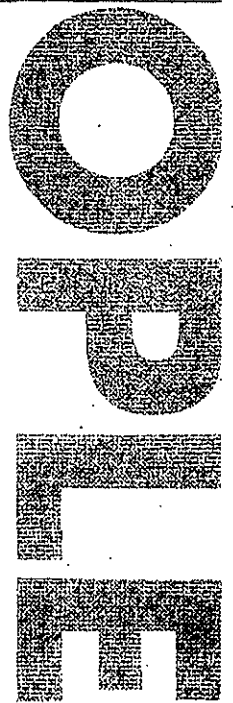
医療事故情報センター理事長

弁護士 加藤良夫氏
Yoshio Kato



「祖父も父も医師で、子どもの頃から医療の現場が常に身近にあり、しかも母は薬害のスモン患者。私はボランティア活動をしながら、被害の実態を目の当たりにしてきたのです。こうして加藤さんは、患者の立場に立つ弁護士」になろうと決意。しかし、「悲惨な被害事例がたくさんあるにもかかわらず、社会はなかなか手を差し伸べようとしない」現状に、加藤さんは弁護士仲間呼びかけて「医療事故相談センター」を名古屋に開設した。昭和五十二年のことだ。

「医療被害者の駆け込み寺」といわれ、以来、年間二〇〇―三〇〇件の相談が持ち込まれる。全国的にも医



療訴訟の件数は年々増大し、最近は勝訴率も上昇傾向にある。

加藤さんはさらに、患者救済のためにかんがる弁護士たちのネットワークとして平成二年に「医療事故情報センター」を開設。

医療事故を扱うには医学という高度な専門知識を要するうえ、事故の現場が手術室などの密室である場合が多く、医師の権威といった封建性がいまだに存在するという。

「一つひとつの事故は大切な教訓を内包しています。しかし現状ではそれを医療に活かさないばかりか、奥いものには蓋」といわんばかりに被害者の訴えをおさえ込みとうとする。これでは同じ失敗をくり返すだけではないか」と加藤さんは実践のなかで考えてきた。その結果、「一〇年も二〇年もかかる裁判では被害者は救われないし、再発も防止できない」との結論に達し、提唱したのが「医療事故防止・救済センター」の設立だ。

その構想とは「医療被害者をすみやかに救済するとともに、被害事例から教訓を引き出し再発防止、医療の向上とシステムの改善、患者の権利の確立に役立てる」というもの。

具体的には同センターが陪審制によって医療行為と被害の間に因果関係があったか否かを検討し、救済す

べきケースかどうかを判定。救済の必要が認められれば、まずセンターが補償し、患者・家族に代わって医療側に求償する。医療側がこれを認めない場合はセンターが原告となって訴訟をおこすことになる。

相当な財源が必要になるが、健康保険のように国民が一部負担するほか、医療者や製薬メーカーなどからも拠出を求めた。今後、さまざまな分野で論議しながら新しい制度が実現に向かえば、日本の医療の仕組みそのものを変貌させようだ。

「皆がもつと医療事故のことを身近に感じ、小さな事故も見逃されなくなれば、それがまた貴重な医療データや被害情報となり、事故を防止するうえで有力な手段となります」

「裁判では賠償という金銭による結果しか得られませんが、被害者には勝訴したいという以前に、生命を返して、身体を元に戻して、という深い悲しみや切なる願いがあります。このようなセンターの活動によって医療事故の全貌が明らかにされ、事故の再発防止に役立てられるならば被害者も報われます」

加藤さんの遠大な構想は今、第一歩を踏み出したばかりだが、多くの被害者の希望を担って、着実に全国に広がろうとしている。

●問い合わせ先 ●医療事故情報センター
〒461-0001
名古屋市中区東1-1の35
ハイエース久屋B階
☎052-951-1731



医師のミス報告義務付けを



医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。



加藤 良夫 (かとう・よしお) 1948年名古屋生まれ。中央大学法学部卒業後、74年に弁護士登録。77年に医療事故相談センターを開業したほか、医療をよくなる会の世話人、日本弁護士連合会人権擁護委員会の医療と人権部会の部会長などを務めてきた。医療過誤防止、患者の人権擁護をライフワークとして活動している。

加藤 良夫氏

医療過誤をどう防ぐか



裁判になる医療過誤も多いが、解決までに時間がかかる

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

患者の救済機関つくれ

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

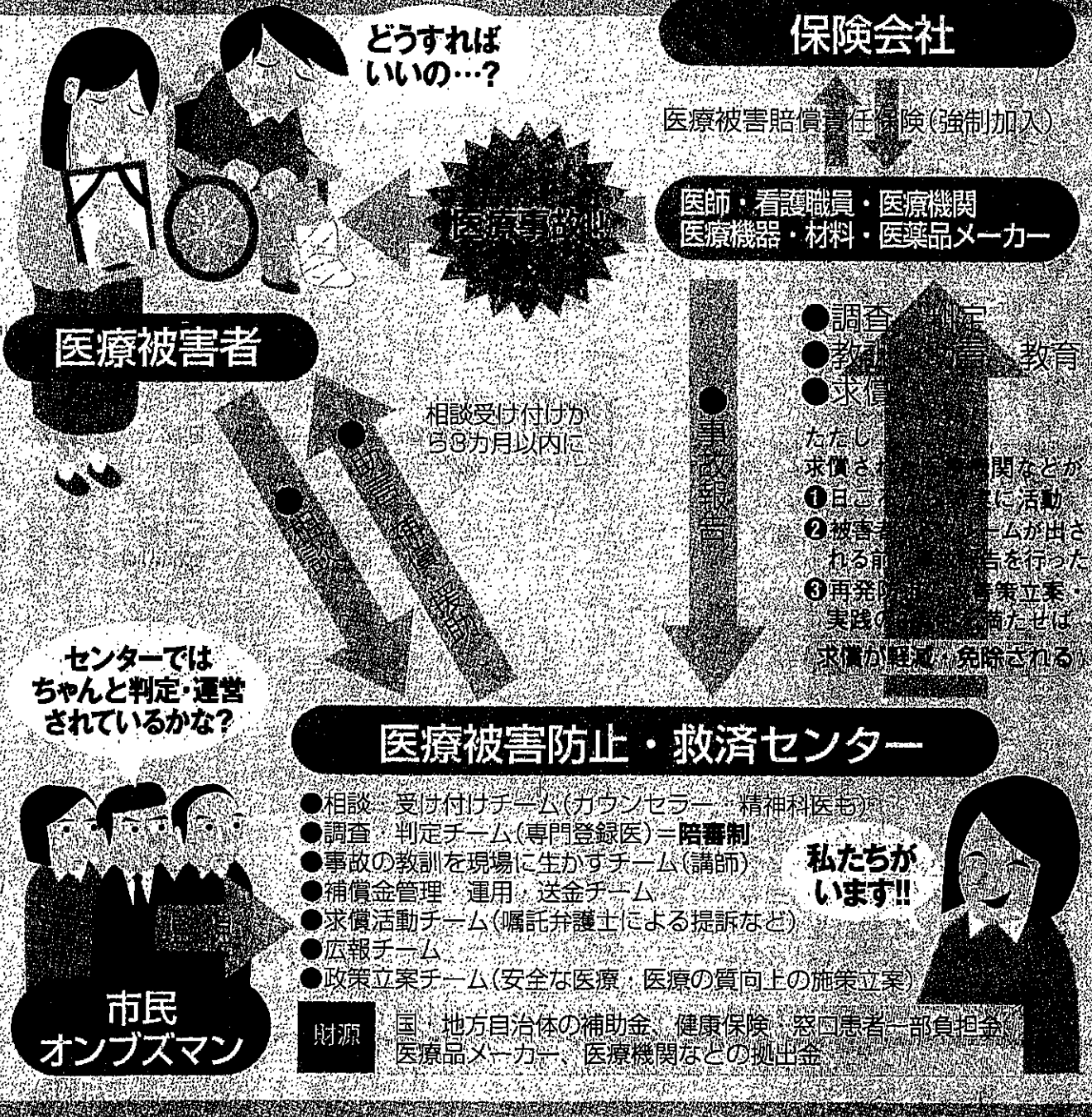
医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

医療過誤の発生は、患者の生命や健康に重大な影響を及ぼす。医療過誤の発生を防止し、患者の安全を確保するため、医師のミス報告義務の導入が検討されている。

裁判以外の救済方法を——「救済センター」構想——

医療過誤訴訟の増加に伴い、被害者を救済するための裁判以外の救済方法を探している人も、医療事故の発生を防止し、被害者の救済を促す「医療被害防止・救済センター」の構想を提唱している。構想によると、患者らは、

医療側が無過失でも、医療行為の結果、患者に被害が生じた場合、因果関係の判定に時間がかかり、賠償額が不足するなどの問題がある。関係がある場合は、賠償額が不足するなどの問題がある。因果関係の判定に時間がかかり、賠償額が不足するなどの問題がある。



資料 7

2001年9月11日 (朝日新聞)

患者に補償 情報収集し再発防止

医療被害 民間で救済

全国各地で後を絶たない医療事故の被害者を救済しようと、名古屋の弁護士らが11日、「医療被害防止・救済センター」(仮称)設立をめざす準備室を立ち上げる。長い時間がかかる裁判ではな

「センター」設立 名古屋に準備室

く、センターが被害者や遺族に「補償金」を支払い、事故から得た教訓を医療現場に生かすシステムをつくるのが狙い。07年の設立を目標に、全国的に発起人を募る。医療過誤訴訟の被害者側の弁護士らでつくる

「医療事故情報センター」(名古屋)の加藤良夫弁護士が、有志に協力を呼びかけた。医療過誤訴訟は一般的に、医師の過失の立証が難しく、内容も専門的で解決に時間がかかる。加藤弁護士は「これからは訴訟よりも救済のシステムをつくるべきだ」と訴える。

構想によると、センターには法律に基づく特殊法人として設立。被害者の相談を受けるとともに、救済すべきだと判断した場合、3カ月以内に補償金を支払う。財源は医療機関の拠出金や自治体の補助金で賄う計画だ。

一方、医療機関側には事故の報告を求め、過失が著しい場合には被害者に代わって損害賠償を求め、05年をめどに活動母体を設立し、07年にはセンター設立のための法案成立をめざす。準備室は同市東区泉1丁目の医療事故情報センター内に設置。問い合わせは052・621・8810へ。

資料 5

2001年9月11日 (中日新聞)

医療救済センター

弁護士有志が設立

医療ミス、薬害などの被害者を第三者機関によって救済しようと、弁護士有志らが11日、名古屋市東区の医療事故情報センター内に「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)準備室を設置する。

医療過誤をめぐるのは訴訟が長期化するなどの課題があり、医療被害問

題に取り組んできた弁護士や医師らは、被害者を速やかに救済する「医療被害防止・救済センター」の設立が必要と判断。構想では、同センターで被害者の相談に応じて独自に調査し補償する。国の補助金や医療機関からの拠出金での運営を予定、特殊法人化して2007年の発足を目標とする。

「めざす会」はセンター設立に向けて活動するが、まず準備室で広報活

動を進めて賛同者を募る予定。こうした救済システムの準備室設置は全国でも初めてという。

代表の愛知大法学部教授で弁護士の加藤良夫さんは「医療過誤訴訟は長期化するし、泣き入りする人も多い。過ちから学び、再発防止を図るシステムをつくる必要がある」と話している。

問い合わせは同準備室 電話052(951)8810へ。

資料 6

2001年9月11日 (読売新聞)

「過失」後回し まず補償

名古屋の 医療事故救済機関構想

医療事故に遭った患者や家族らに、医療側の過失の有無に関係なく補償をする機関の設立に向けて活動している加藤良夫弁護士(愛知大学法学部教授)らがきょう11日、「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)準備室を名古屋市内に開設する。

加藤弁護士らは一九九七年、被害者救済を図る第三者機関の「医療被害防止・救済センター」設立構想を提唱。同センターは、患者らの相談・委任を受けて事実を調査し、治療内容と患者の状態に因果関係があれば、医師や病院の過失の有無にかかわらず補償する。

過失が明らかになった場合は、センターが被害者に代わって賠償請求する。

加藤弁護士は「後遺症を負った被害者や、家族を失った遺族が訴訟で争っている間、厳しい状況に放置されたままになる」と、訴訟によらない救済策の必要性を強調している。準備室では今後、国などにセンター設置を働きかける。また、広く参加者や支援者を募集する問い合わせは準備室(052・951・8810)。

手術などで事故に遭った患者や遺族に医療機関の過失の有無に関係なく、一定の補償を行う第三者機関を作る構想が反響を呼んでいる。医療事故の訴えが増えている中、解決まで長期間かかる裁判とは別の早期救済システムを作ることに、医療関係者からも問い合わせが寄せられ、ジャーナリストの柳田邦男さんなども発起人に加わった。

「医療被害防止・救済センター」構想を進めているのは、愛知大学法学部教授で医療過誤訴訟に取り組んできた弁護士加藤良夫さんら。先月中旬、名古屋市内に構想を実現するための準備室をオープンさせ、二〇〇七年の救済センター開設を目指し活動を始めた。

構想では、センターは一定の調査権限を持つ公的な第三者機関とし、患者などから相談・委任を受けて、スタッフの専門医が事実を調査する。治療内容と患者の状態に因果関係があれば、医師や病院の過失の有無にかかわらず、補償する点が大きな特徴。過失が明らかなケースは、センターが患者に代わって病院や医師に賠償請求する。

センターの必要性について、加藤さんは「医療過誤訴訟は増えているが、解決まで

医療被害 早期救済へ

公的機関を構想



家庭とくらし

長い時間がかかり、その間、患者や遺族は精神的にも経済的にも大きな困難を抱える」と指摘する。

最高裁(一〇)の「患者な

専門医が事実を調査

因果関係あれば補償

賠償請求を代行も

めた勝訴率は46・8%と高かったが、例年は30~40%にとどまっている。また、判決が言い渡されるまでの平均審理期間が二十五・八か月と、一般の民事訴訟(平均十九・七か月)に比べ、長くなっており、事故に遭った患者の早期救済が裁判では難しい。

「患者側からの「早く作って欲しい」という声だけでなく、医療関係者からもシステムの内容をもっと詳しく知りたいといった、予想以上の反響が寄せられている。これまでにカンパのほか、構想に賛同した医療関係者や被害者など約五十人から、活動に加わりたいとの申し出があった。

また、発起人に加わったジャーナリストの柳田邦男さんは「今まで後手に回って

弁護士らが準備室、国と交渉へ

が医療機関や医師らを相手取った医療過誤訴訟件数はこのところ増加を続け、昨年は七百六十七件と過去最高となった。原告の訴えが一部でも認

「医療被害防止・救済センター」の設立に向けて、名古屋市内にオープンした準備室

いことなうかがえる。

準備室ではこれまでホームページ(<http://homepa-res.nifty.com/penv/>)などでごうしたセンターの必要性や構想について説明し、意見や賛同者を募集したとこ

た医療被害者の早期救済を、市民の提案で行おうという「こころは意欲深い」と話している。

ただ、年間で五百億~一千億程度はかかると見られる補償金の財源などの問題もあ

り、今後準備室では国との交渉を進めるほか、構想についての意見や活動への支援者を募集している。問い合わせは準備室(052・951・8810)。

連載]続 アメリカ医療の光と影 第7回

医療過誤訴訟に代わる制度

李 啓充 医師/作家(在ボストン)

(2492号よりつづく)

再発防止に結びつかない医療過誤訴訟

5回にわたって、医療過誤の被害が過誤訴訟によってしか救済されない制度の愚を論じてきた。

医療過誤の被害が損害賠償訴訟を起こすことによってしか救済されない制度の愚の第1は、この制度が医療過誤の再発防止に何ら寄与しないということである。訴訟制度の目的は「なされた害に対する賠償をすべきか否か」を決定することであり、過誤を巡る事実関係については、いかにして類似の過誤の再発防止をめざすかという観点とは無縁のところ、**「過失と因果関係の有無」**を巡って原告と被告が争うという観点からのみ議論が行なわれるのである。再発防止のためにどのような改革を医療に加えるかという「前向き」の観点からではなく、賠償責任を誰にどれだけ負わせるかという「後ろ向き」の観点からだけ事実が審理されるのである。個々の訴訟審理に費やされる膨大な労力と経費とが、再発防止とは一切無縁のところまで費やされているのだから、これほど無駄な話はない。

訴訟の結果と事実関係の不一致

医療過誤の被害が訴訟でしか救済されない制度の愚の第2は、ハーバード・メディカル・プラクティス・スタディの結果からも明らかのように、訴訟審理の結果が医療過誤を巡る科学的事実関係と必ずしも一致しないということである。実際には過誤がなかったにもかかわらず過誤があったと判断されたり、その逆に過誤があったのに過誤がなかったと判断されたりするのであるが、訴訟審理の結果と事実関係の不一致が「誤差の範囲」で収まるような軽微なものではなく、乱数表で訴訟の結果を決めても変わらないような「巨大な」不一致であることが問題なのである(ハーバード・メディカル・プラクティス・スタディの結果によると、賠償額の多寡と相関したのは患者の「障害の重さ」だけであったという)。

訴訟の結果が「Defensive Medicine」を推奨する

医療過誤の被害が訴訟でしか救済されない制度の愚の第3は、訴訟の結果(=判例)が「Defensive Medicine(保身医療、防衛医療)」という、科学的にはまったく根拠のない医療の実施を奨励していることである。「ある処置・検査を実施する合理的必要はないとわかかっていても、実施しておかなければ訴訟になった時に負ける」と、膨大な無駄が医療の現場で日常茶飯に行なわれているのである。無駄だけで済めばまだよいが、「 unnecessary 医療」は当然相応の確率で新たな事故をも生み出しているはずで、医療側は訴訟に負けずに済むかもしれないが、「Defensive Medicine」ゆえに害を被っている患者も存在するはずなのである。

「訴訟を争うという不幸」

愚の第4は、過誤の被害者・家族にとって、その負担が著しく重い制度となっていることである。過失と因果関係の立証責任が原告側にあるという負担の重さだけでなく、長期に及ぶ訴訟の間に被害者・家族が体験しなければならない心理的・情動的苦痛は測り知れないものがあり、被害者・家族にとっては、「医療過誤の2次被害」とも言うべき体験を強いられるのである。医療過誤によって重い障害が残ったり、最愛の家族を失ったりした不幸を体験した上に、「訴訟を争うという不幸」をも強制されなければならないのである。

前回、過誤の被害者家族を代表して全米医療過誤サミットで証言したスーザン・シェリダン女史の「訴訟だけが取りうる手段なのでしょうか? 医療過誤の被害者に残された唯一の救済手段が、情報開示を妨げ、医療制度の変化に一切寄与しないものであるということとは、まったく逆説的であると言わなければなりません」という言葉を紹介したが、損害賠償請求訴訟を起こさなければ医療過誤の被害が救済されないという愚かな制度は医療そのものを歪めているだけでなく、不幸にして過誤の被害にあった患者・家族に対しても極度の苦痛を強いているのである。

新しい制度の創設を考えるべき時

これまで、この連載では、過誤訴訟制度にともなう数々の無駄と矛盾が集積するとどのような事態が生じるかということをも米国の実例で見えてきたが、米国医療界は現在深刻な「Malpractice Crisis(医療過誤危機)」に襲われ、医療過誤保険の保険料の高騰が医療へのアクセスそのものを損なうところまで矛盾が深化してしまっているのである。損害賠償請求訴訟を起こさないと医療過誤の被害が救済されないという愚かな制度を無反省・無批判に継続した場合、その果てには現在の米国医療界の姿が待っているのだが、私たちにとって、このような愚かな制度と決別し、医療過誤の被害を救済するまったく新たな制度の創設を真剣に考えるべき時がきているのではないだろうか?

損害賠償請求訴訟に代わる新たな救済制度として筆者が目しているのは、愛知大学法学部加藤良夫教授が提唱している「医療被害防止・救済センター」構想である。同教授は弁護士として長年医療過誤の被害者の支援を続けてきた経験から、医療事故・過誤についてその原因調査・再発防止策構築と被害の救済とを切り離して処理することの無駄と矛盾を痛感され、再発防止と被害救済を一体として扱う「センター」の創設を提唱しておられるのである。この構想について関心のある方は、「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会(仮称)準備室」のホームページ(<http://homepage2.nifty.com/pcmv/>)を参照されたい。

(この項つづく)

このページへのお問い合わせ/ご意見は shinbun@igaku-shoin.co.jp までお寄せください。

All Rights Reserved, Copyright (c) 2002 IGAKU-SHOIN Ltd.

被害者救済に「陪審制」

医療事故を市民の目で検討

医療事故の被害者救済と再発防止を目指す弁護士のグループが28日、一般市民から選んだ「陪審員」による事故の模擬判定会を、初めて名古屋市内で開いた。参加者たちは慣れないテーマに戸惑いながらも、提示された事例について様々な角度から意見を述べ合い、解決の道を探った。

名古屋で模擬判定会

主催したのは「医療被害防止・救済システム構築」を掲げる陪審員チームが専らの実現をめざす会（仮称）準備室」。全国の弁護士で作る医療事故情報センターの活動から生まれ、特殊法人「医療被害防止・救済センター」の設立を提唱している。

弁護士ら、初の試み

よる医薬品副作用被害救済制度や、予防接種法に基づき健康被害の救済措置に似た仕組みだ。

模擬判定会で、「陪審員」となったのは、名古屋市中区の40～65歳の有権者の中から無作為に選ばれた計8人。調査員役の弁護士から架空の2症例の説明を受け、論議した。

うち1例は、高脂血症の持病があり、1日2箱のたばこを吸う中年男性が心筋梗塞の疑いを指摘され、心臓の血管に管を通す検査で血管が傷ついていたケース。担当



初めて開かれた一般市民参加の医療事故模擬判定会。名古屋市中区丸の内3丁目。

も。「たばこは政府が認めている。ヘビースモーカーを差別するのは間違っている」との指摘も出た。最終的には救済の方向でほぼまとまった。

「陪審員」となった40代の女性は「素人が重大な判定をしてくれるのかと心配だったが、素直に考えて結論を出せば、市民でもできるのでは」と話した。

医師は「上手な医師がやっても1万人に1人くらいこの確率で起こる」と主張。持病で血管がもろくなっていた可能性があるべきだった」との異論もあつた。

「救済すべきだ」との意見が相次ぐなか、「本人が健康に気を付けるべきだった」との異論もあつた。

準備室代表の加藤良夫弁護士は「真剣な議論だった。やり方を工夫すれば市民による判定会は十分うまくいく可能性がある」と総括した。

アンケート回答用紙

(アンケート記入日 200 年 月 日)

1. 「医療被害防止・救済センター」構想についてのご意見、ご感想をお聞かせ下さい。

2. 「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)の在り方、すすめ方についてのご意見をお聞かせ下さい。

3. この活動にご参加、ご支援いただけますでしょうか。

ア. 賛同者、呼びかけ人等として名前を出すことができる。

イ. このパンフレットを友人、知人に手渡すなどして広めることができる。

必要部数()部

ウ. 多額でなければカンパなど物的、財政的支援ができる。

エ. 講演会やイベントをする時の臨時のスタッフとして協力ができる。

オ. 自宅でテープ起こしや距離的に近ければ発送作業等の事務上の手伝いができる。

カ. ホームページ作成等のIT関連の協力ができる。

キ. 外国の制度や文献等の調査・翻訳等を行うことができる。

ク. 具体的には何もできないが心からの応援を送ることができる。

ケ. その他

アンケートにご協力戴きありがとうございます。よろしければお手数ですが、おさしつかえない範囲でお名前等のご記入をお願いします。(希望連絡先の番号に○マルをつけて下さい)

御職業 _____

(フリガナ)
お名前 _____

勤務先 _____

1. 勤務先住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

E-mail _____

2. 自宅住所 〒 _____

TEL _____ FAX _____

代表呼びかけ人 (敬称略)

「医療被害防止・救済センター」構想をベースとした、医療事故防止・被害者救済のための機構の創設に向けた活動の代表呼びかけ人 ()内は2004年3月時点

芦澤直文 (東京通信病院副院長)

稲垣克巳 (医療被害者、「克彦の青春を返して」の著者)

大熊由紀子 (元朝日新聞論説委員、大阪大学教授)

久能恒子 (医療過誤原告の会会長、医師)

倉田卓次 (元東京高等裁判所部総括裁判官、弁護士)

黒田勲 (元早稲田大学教授、ヒューマンファクター研究所所長)

品川信良 (弘前大学名誉教授)

島田康弘 (名古屋大学大学院医学研究科教授、医療の安全に関する研究会理事長)

高嶋妙子 (日本看護協会職能理事)

寺尾俊彦 (浜松医科大学学長)

中山耕作 (日本病院会会長)

並木恒夫 (日本病理研究所副所長)

唄孝一 (元都立大学教授、医事法学者)

藤井俊介 (元全国予防接種被害者の会事務局長)

松葉和久 (名城大学薬学部教授)

森功 (医療事故調査会代表、医療法人医真会理事長)

柳田邦男 (作家)

吉田嘉宏 (市民グループ医療を良くする会代表)

李啓充 (医師、作家)

