

8医療機関管理者

40才代

医療紛争等の経験

1医療紛争の当事者になったことがある

本文

2004年5月28日に、「検察審査会法を改正する法律」が公布されました。この法律は、2009年5月27日までに施行するよう定められています。

現行と大きく異なるのは、検察審査会が第一段階と第二段階の二階建てになるという点です。(1)検察審査会が「起訴相当」とし、検察が「不起訴」などとした場合、検察審査会の再度の審査に付され、(2)検察審査会が再度、「起訴相当」とした場合に、検察に代わって「指定弁護士」が起訴する—¥—¥という形になります。

つまり、検察の判断にかかわらず、起訴が可能¥になる新たな仕組みが誕生するわけです。患者遺族が捜査機関に告訴し、検察が「不起訴」としても、その後、検察審査会で再度「起訴相当」とされれば、「必ず起訴」されるのです。

「指定弁護士」は裁判所が指定するもので、検察官の代替役を果たす弁護士です。検察審査会が第二段階で「起訴相当」とした場合、起訴を行います。その後の刑事裁判でも、検察官の代わりに指定弁護士が公判の維持に当たり、尋問などを行います。また、第二段階の検察審査会では、弁護士は法的助言を行う役割も果たします。

つまり、新たな仕組みでは、検察審査会への不服申¥し立てから起訴に至るルートで、弁護士が関与する機会が増えます。前述のように、医療事故を扱う弁護士はそう多くはありませんので、医療に精通していない弁護士がかかわる可能¥性も十¥分に考えられます。しかも、検察審査会は国民で構¥成するため、どうしても患者側の視点に立つ傾向にあります。この制度が始まれば、“医療事故調”を設立しても、「医学的に不当な起訴」の問題は、必ずしも解決しない恐れがあると思われます。

現在の刑事裁判をめぐる問題として、医療に精通していない警察・検察が捜査・起訴を行うことが挙げられます。現在、厚労省は“医療事故調”の創設を検討していますが、それによりこの問題は解決するかのような説明をしています。医師などが参加する医療安全調査委員会で診療関連死の死因究明などを行い、報告書をまとめますが、そのうち調査委員会が警察に通報するのは、故意または重大な過失に限るとしているからです。また「遺族が警察に告訴しても、すぐ捜査はせず、調査委員会を使う」といった説明も聞かれます。

しかし、このように調査委員会で医療者が専門的に死因究明を行っても、検察審査会法が改正されれば、全く別のルート、つまり医療の専門家の視点を通さずに起訴されるルートが誕生するのです。

この制度の導入は一連の司法制度改革の一環です。2009年度から裁判員制度がスタートするほか、刑事裁判の法廷で被害者・遺族らが被告人や証人に直接質問ができる制度が導入されます。これらと同様に、検察審査会法の改正は、犯罪被害者保護の視点から進められてきました。2001年6月12日に取りまとめられた司法制度改革推進審議会意見書によれば、「検察官に独占的に付与されている公訴権行使の在り方に民意を直截に反映させていく制度をより拡充すべきである」とされており、このような流れで検察審査会法の改正に至りました。

しかしこれは詭弁であり、内容のよくわからない一般市民に責任を転嫁するものでしかないと思います。

いずれにしてもこの制度を抜きに医療訴訟制度の論議をしても全く意味をなさない、併せて論議すべきことです。

なお以上の文書は弁護士・
氏に聞く
「医師を必ず起訴」という新ルートが誕生
改正検察審査会法が施行間近、“医療事故調”議論にも影響
(m3.com編集長) から大半引用させていただきました。

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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－」に対する意見について

1. 医療安全調査委員会(仮称)の設置場所と調査の第三者性について

委員会の設置場所について、医療事故に関する調査権限と医師等に対する処分権限を分離すべきとの意見も踏まえ、今後更に検討すると書かれてはいるものの (【委員会の設置】(8))、この試案は前提的に委員会の設置場所に医療行政についての責任ある行政機関である厚生労働省を、また医療死亡事故の届出先には委員会を所轄する大臣つまり厚生労働大臣を想定している (【医療死亡事故の届出】(18))。また地方委員会は立ち入り調査権を付与されているので (【地方委員会による調査】(27)⑤)、届出受理→調査→行政処分の全てが厚生労働省の権限において行われることになり、調査の第三者性(中立性)が担保されない。この試案では、医療安全委員会が医療安全の名目の元に医師や医療機関を取り締まる調査機関になる危険性を秘めており、医療の質・安全を目指す本来の趣旨から外れている。

調査委員会は、行政の外におかれるべきで、例えば医療機能評価機構と医学会をベースにした審議会において制度設計されることが必要である。

2. 「調整看護師」の役割と適切性について (【地方委員会による調査】(30))

地方委員会の事務局に、モデル事業における「調整看護師」を想定しているが、医療安全と質についての認識が医師と看護師とでかならずしも共有されていない現在の状況を鑑みると、「調整看護師」の任務については慎重な審議が必要ではないか。その他「診療行為に関連した死亡調査モデル事業」の結果が具体的に踏まえられていない。

3. 【中央に設置する委員会による再発防止のための提言等】

(38)に記されているように、医療機能評価機構はすでに膨大な量の医療事故情報の収集を行ない再発防止策も相当に検討されたはずである。そればかりではない、厚労省、日本医師会、各学会等でもはかりしれない努力が注ぎ込まれてきた。その成果がこの試案の中に実態的に組み込まれていない。これでは、これからの取り組みも徒労に終わるのではないかという不安感が拭えない。

4. 【捜査機関への通知】(39)(40)

医療機関に対して医療死亡事故の届出を義務付け、…医療事故の特性にかんがみ、故意や重大な過失のある事例その他の悪質な事例に限定する。と記載されているが、その時の状況を想像するに、その判定は見る側によって違うので、この制度によって

警察への届出を免れうると判断するのは早計である。いずれにせよ、この試案のみでは委員会調査と警察・検察捜査のどちらが上位に立つかは不明確であると認識せざるを得ない。少なくとも、この制度により医師法21条への防波堤と考えるのは幻想である。また「調査報告書」がどのように使われるかということも、不明瞭が残る。

5. 医師会の立場でいえば、医療安全の確保に向けて医療会とりわけ日本医師会が自律的に責任を持って調査し、自らの痛みを乗り越えて安全対策に取組み、必要があれば自らを処罰するなどの制度創設に自律的に取り組むことが大切である。

4. 氏名： 水野 靖大

5. 所属： 京都大学大学院消化管外科

6. 年齢： 3 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| | | 7. 70歳以上 |

7. 職業： 9 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. 会社員 | 2. 自営業 | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | 5. 学生 | |
| 6. 無職 | 7. その他 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | |

<医療従事者>

- | | |
|-------------------|----------------|
| 8. 医療機関管理者 | 9. 医師 (管理者を除く) |
| 10. 歯科医師 (管理者を除く) | 11. 薬剤師 |
| 12. 看護師 | |
| 13. その他医療従事者 | |

<法曹・警察関係職種>

- | | | |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士 | 15. 裁判官 | 16. 検察官 |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： 3 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。 |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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—」に対する意見について

○刑事処分について

過失の重い、軽いや悪質か否かについて明確な基準がなく、どのように運用されていくのか分からない。様々なケースがあり文章で記することが難しいのは分かるが、これまでも運用上の拡大解釈は多々行われており、判例ではないが、ある程度ケースを想定して議論を重ねていただきたい。特に重い、軽いに関して言えば、結果あるいは行為のいずれに対して着眼するのかきちんと決めていただきたい。

また、厚生省の今回の案が刑事司法に徹底されるのか疑問であり、そもそもそのような権限があるのだろうか？もし、業務上過失致死を今後も医療に適応するならば、親告罪ではないので、警察の判断でどうにでもなるのではないか。それを厚生省が押さえられるとは理解しがたいが。

○行政処分について

既存の行政処分との住み分けや、処分の権限の集中などきちんと議論を重ねていただきたい。

9 医師(管理者を除く)

30年代

医療紛争等の経験

1 医療紛争の当事者になったことがある

本文

「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—」に対する意見について

私自身は精神科医であり、一般的には医療事故に関わることが少ない診療科とされています。しかし実際のところ、あまりに忙しい日常診療の中での所謂「ヒヤリハット」事例や、医療過誤ではないものの死亡された患者のご遺族からの執拗な責任追及などの経験からは、この第三次試案を読むと大きな問題点があると感じます。

最も大きな問題点は、2つあります。

<9ページの「捜査機関への通知」について>

1つ目は、医療安全調査委員会の調査結果を刑事責任追及に利用できるようにすることです。

もともと科学というものは常に確率的な要素の上に成り立つものであり、「再現性がある事象」という条件が科学の最も重大な真理であるにもかかわらず、その再現性というものは常に確立によって示されるものです。例えば、ある実験系を再現しようとするれば、工業の発展によって概ね同じ材料が手に入る時代になりましたが、それでも全く同じ事象を再現することは基本的に不可能であり、何らかの誤差を必ず生じます。ある事象がほぼ同じ実験系で、まったく同じ結果を生じる確率はほぼ0%ですが、ほんの少しの誤差を許容すれば99%以上の確率で概ね同じ結果を出せるでしょう。科学というものは、そういった誤差を許容しないと成り立たない学問であります。医学に到っては、その学問としての性質上、許容すべき誤差は大変大きなものであり、いわゆる材料(医学では、血液・画像など)自体の誤差(個人差)が大変大きく、その上、結果に求められる誤差範囲も大変大きく設定しないとその事象は再現できないこととなります。例として、ある検査値の値が1以上で「異常値」と定義されていても、「検査値が1.2の人は病気で、0.9の人は

IB5\$G\$O\$J\$W\$J\$I\$H8@\$&\$3\$H\$OA4\$/8@\$(^\$;\$s!#V8!::CM\$,1.2の人のうち40%程度の人は病気である可能性があり、0.9の人のうち70%程度の人は病気ではない可能性がある」という程度のことは言えるかもしれません。

医学が科学であり確率に則っている以上、そこに法律上の罰則などの枠組みを強引に当てはめることは、大変危険なことです。医師の診断、治療、全てがその時点での確率的にベストと思われる判断に基づいています。例えば、胸痛で来院したある患者の診断が診察のみでは30%の確率で正しい診断を受けるとして、胸部X線を撮影して50%の確率に、さらに胸部CTの追加でもしも80%の確率になったとしても、残り20%の患者では正しい診断が得られません。それは医師個人の能力差によって多少は変化する数字ですが、絶対に0%にはできません。医学というものは常に確率を高めるために発展し、また同様の目的で個々の医師は研鑽するのです。80%を無視し、20%の確率に対して罰則的な要素を追求されるのであれば、だれでも成功率が高いことしかやらなくなります。また、たとえ90%以上安全と思われるような「出産」のような事例についても、残り数%の危険がある以上、数千回の出産に立ち会えば数十例の危険な出産を避けられません。その内の数例について過失が少しでも認められるなら、「いわゆるリピ-

性?<0e;U!W\$H\$J\$k2DG=性は、真摯に診療している医師ほど高くなる恐れがあります。医師

に刑事責任を与える可能性を法律的に担保してしまえば、医療崩壊だけでなく、その後の医療再生も在り得ないでしょう。刑事責任は、明らかな故意による傷害に限定すべきです。これは、2005年に作られたWHOの医療安全システムのガイドラインでも謳われており、医療における世界の常識です。

<11ページの「行政処分」について>

2点目として、人間が死亡したとき、それが平均寿命より相当に若かったとしてもただ単に生物学的な寿命ではなかったのかどうか、または死亡の原因らしいことが存在しても、それが原因として証明できないことがどの程度あり得るのかどうか、その2つの事柄についての調査を全くしないうちに、結果責任を刑事処分だけでなくたとえ行政処分だとしても医師に科す可能性があることは、大変な異常事態だと思います。現状の第3次試案では、原因論に終始する委員会となり、「原因を求めること自体の限界」を想定していません。

以上の2点から、対案として私が提案するのは、故意である傷害・殺人である場合以外は、まずは行政処分や刑事処分を全く実施しないこととし、調査のみの委員会とすることです。報告者には免責を担保して、出来る限り正しい情報を集めることで、「本当の死因」を探り(これまで臨床医が提示してきた死亡診断書の「死因」にどれほど信用がおけるかどうかは、甚だ疑わしいでしょう)、また「本当の死因が明らかにならない事例がどの程度あるのか」を探ることです。この調査を行わないうちに、診療関連死を含めた死因について個人に責任を与えかねない法律を作ることは、真相を闇に葬り去ることになり将来の国民に対する冒涇だと思います。

また、報告者(個人、医療機関どちらでも)への免責を適用すると同時に、病気自体によるものではなく医療事故による障害や死亡の可能性が高い場合には、過失の有無にかかわらず患者や患者遺族に対する救済策を採るべきです。

4. 氏名： 北野良博

5. 所属： 埼玉県立小児医療センター 外科

6. 年齢： 4 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |
| 4. 40代 | 5. 50代 | 6. 60代 |
| | | 7. 70歳以上 |

7. 職業： 9 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. 会社員 | 2. 自営業 | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | 5. 学生 | |
| 6. 無職 | 7. その他 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | |

<医療従事者>

- | | |
|-------------------|----------------|
| 8. 医療機関管理者 | 9. 医師 (管理者を除く) |
| 10. 歯科医師 (管理者を除く) | 11. 薬剤師 |
| 12. 看護師 | |
| 13. その他医療従事者 | |

<法曹・警察関係職種>

- | | | |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士 | 15. 裁判官 | 16. 検察官 |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： 2 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- | |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。 |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし |