

求められ、大きな負担となっています。ADRの場合は主張立証も紛争解決に必要な範囲だけに絞れば良く、負担は軽くなっています。

また訴訟に比べると、対立の度合いが少なく、当事者の精神的な負担も軽減されます。

iii 説明そのものによる紛争解決、関係改善の図りやすさ

医療事故紛争では説明が極めて重要です。事故後の医療機関から説明が不十分であったり、また説明がされても患者側の誤解や理解不足により紛争になってしまう場合もかなりあります。こうしたケースでは、ADRの場で、医療機関から誠実に丁寧な説明をされることにより、事件が「取下」とか「和解不成立」として終了する場合があります。事件終了事由としては「取下」あるいは「和解不成立」に分類され、解決件数に計上されませんが、紛争解決という点からはこれも立派な解決です。

有責であるかないかは別にして、誠実な説明がされることは、医療側の治療内容や誠実に治療にあたったことを理解していただくことにつながります。関係改善の点でもADRの場での説明は有効です。

iv 軽微事案や特殊事案の解決に適切

事故ではあっても被害はごく軽微な紛争の場合（たとえば歯科の治療の際器具を食道内に落としてしまったとか、手術の際の器具の置き忘れとか）でもこじれると深刻な紛争になってしまいます。しかし、こうした紛争解決のため、訴訟を提起することは時間的にも長くかかり、負担も大きすぎ向いていません。また美容整形の紛争は説明義務が問題になることが多く本来の医療事故訴訟とは違い消費者紛争的な面があります。こうしたケースはADRの解決が適しています。

② 短所

i 強制力がないこと

ADRには強制力はなく、相手方が話し合いのテーブルに乗ってくれなければ進められませんし（手続の応諾）、和解案に応じなければ和解は成立しません（和解の同意）。

このうち、手続の応諾を多くするためには、ADR側の体制整備とともにADRのメリットをPRして、当事者（患者側・医療側）に理解してもらうことが重要です。なお、当センターの場合、医療事故紛争の手続応諾率が95.83%と全事件の手続応諾率83.11%よりはるかに高くなっています。当センターの医療事故事件ではほとんどの件で医療機関が選任した弁護士が出頭しており審理に参加しています。医療事故事件の手続応諾率が通常事件より高い理由は、愛知では、弁護士会ADRでの医療事故解決の実績が沢山あり、適切な紛争解決方法であることが、患者側だけでなく医療側からも認知され信頼されてきたためではないかと思えます。

また、和解の強制力がないことはADRの長所と裏腹です。強制力がないか

らこそ双方が身構えず率直に話し合いができるわけですし、説明も本音も言えるわけです。また判断に強制力を持たせようとするれば手続保障が重要となり、証拠調べや判断は厳格なものになってしまい（手続が重くなる）、迅速で簡単な解決というADRの最大の長所を壊してしまいます。

ii 対立が激しく、厳格な証拠調べや判断を要する事件には向いていないこと

これまで述べたようにADRは厳格な証拠調べや判断が必要な事件には向いていません。特に医療事故事件の場合、診療経過の事実関係や事故につき医療側が有責かどうかの対立が大きく解消できない場合はADRの解決は難しく、訴訟による解決を選択せざるを得ません。有責か無責か争いのある事件の解決に向いていない点はADRの最大の短所と言えます。そこで、ADRをよく知っている弁護士が代理人として申し立ててくる事件は、有責の判定が出ているが因果関係や損害について争いがある件（たとえばガンを見落としした場合と延命の可能性の問題）が中心でした。

解決できる医療事故紛争の範囲を拡大しADRを利用しやすくするためには、この点が大きな課題でした。

iii ADRの体制整備、強化の不足

ADR機関は全国的な整備がされておらず、申し立てられる医療事故紛争の件数も少なく、医療事故を扱う体制の整備ができていません。

医療事故紛争は、中央だけに起きるのでなく日本全国で起きる紛争です。これに対応してADRができているかといえはまだ未整備といわざるを得ません。

医療事故紛争を扱うADRとして、現在あるのは、民事調停と弁護士会ADRぐらいです。医師会・歯科医師会の設置している紛争解決制度もありますが、申立資格は医師側だけであつたりして不十分なものです。

民事調停は日本全国にあります。弁護士会ADRはまだ24弁護士会しかなく、未設置会も多く、全国に設置することが必要です。

医療事故事件という専門性が高い難事件を扱うためには、適切な手続実施者（あっせん仲裁人、調停委員）の確保や研修、専門性に対処するため専門家（医師や医療分野に明るい弁護士）に参加して貰うなど制度面の工夫が必要ですが、これらも足りません。

3 試案について

① 試案は、次のような趣旨を述べています。

- i 一定の範囲の医療死亡事故には、大臣への届け出義務を課し（16～18）、国が設置する医療安全調査委員会（地方委員会）が（6～9）、解剖、診療録等、事情聞き取りなどの調査を行い、死因、診療経過、診療行為の内容や背景要因、再発防止策などを評価・検討し調査報告書を取りまとめ（10～12、27①～③）、患者側・医療機関側に交付する。（27④）。

調査報告書は、遺族への説明や示談の際の資料として活用され、早期の紛争

解決、遺族の救済につながることを期待される。(43)

民事調停、ADRで医療事故紛争を解決するためには、事実関係の明確化と正確な原因究明が不可欠であり、地方委員会の調査報告書は、早期の紛争解決、遺族の早期救済に役立つものと考えられる。(44)

試案には多くの論点がありますが、ここでは、ADR関係者として関連部分について意見を述べます。

- ii いずれも妥当で的確な提案であり、医療安全調査委員会の設置、組織、権限、構成を含めて賛成します。

永らく医療事故の原因確定、調査は、不十分な形でしか行われていませんでした。調査にあたる然るべき機関がないために、医師や医療機関に対する民事責任(又は刑事責任)が追求される際にその前提として判断されるのみでした。

(3)

ましてや、医療事故の民事責任について交渉段階で、中立公正な立場で事実関係や原因を調査確定する機関や制度もありませんでした。

刑事責任の追求は、捜査機関による捜査という手続で行われますが、捜査に時間がかかるうえに現実に立件されるケースは極めて稀です。

自動車事故においては多くのケースにおいて刑事責任が追及され、当該事故の刑事事件記録が民事責任の資料として活用される実態と比べると大きな違いです。

患者側は、医療側から、任意に医療情報を得られないために、正確な事実関係や事故の原因を知ることが非常に困難で、不信感が募る大きな原因になっていました。

結局、患者側は、非常に困難な民事訴訟を提起するか、刑事司法の責任追及や世論、マスコミに過度に期待するなどの方向に向かわざるを得ませんでした。また医療側の一部に、指弾されるような体質(学閥、身びいき、悪い情報の隠匿)があったことも事実だと思います。医療が専門分野であるが故に、十分な開示と説明が必要だと思います。

試案が提案する、一定の医療死亡事故死についての大臣への届け出義務化、これに基づく医療安全調査委員会の調査、医師法21条の届け出義務との関係の整理は、いずれも適切な改革と考えます。

また、前述のように、ADRでは、診療経過や死因の調査は難しい場合が多く、この点を調査権限がある国の委員会が調査して調査報告書としてまとめ、調査報告書を遺族と医療機関に交付し紛争解決に利用できることは、ADRによる紛争解決に大いに有益です。

これにより早期の適切な紛争解決が図られ、当事者の負担も軽減され、患者・医療機関双方に取り大きなメリットがありますし、ひいては患者と医療機関との信頼回復にも資するものと考えます。またADRでの紛争解決が促進されることは、訴訟との適切な役割分担が図れることになり、訴訟が本来の役割

を果たすことにも間接的に資するものです。

② 医療事故紛争についての関係者の協議会の提案（４５）

- i 試案は、ADR制度の活用の推進を図るため、医療界、法曹界、医療安全支援センター、ADR機関等からなる協議会を設置し、情報や意見の交換等を促進する場を設けることを提案しています。この提案は有益なものであり賛成です。

ADRでの医療事故紛争解決の促進は、患者、医療側双方に取りメリットがあるものですが、実際のADRでの医療事故紛争解決は、一部のADRで断片的に行われているだけで、法曹界でもまだまだ全国的な動きにはなっていません。また、医療事故紛争は専門事件として、医療界、医療安全支援センターの協力が必要ですし、関係省庁のとの情報交換も有益です。

たとえばADRに医療専門家（医師）にどうやって参加して貰うかなど（ADR期間と医療界の協力体制）個別に検討すべき課題は沢山ありますし、ADRの運営費用をどう賄うかといった財政面の問題もあります。

しかし、まず関係者が一同に会することにより連絡・情報交換の場を持つことは大きな一歩です。試案の提案には賛成します。

医療事故紛争は前記の通り、全国各地で起きるものですし、各地の実状は様々です。こうした協議会は、中央だけでなく、地方でも設置されることが必要と考えます。

- ii 弁護士会ADRの連絡や情報交換の場としては、日弁連ADRセンター主催の全国弁護士会仲裁センター連絡協議会があります。昨年愛知で開催した第11回連絡協議会のテーマは医療事故紛争でした。このときは、公立病院院長、裁判官、医療側・患者側弁護士、あっせん仲裁人が参加したシンポジウムのほか、名古屋、東京、千葉、仙台などの医療ADR関係者からも会場発言がされ、各地の実状や改革の動きが報告され非常に有益でした。

我々は、今後も、所属するADRにおいて、申し立てられた個々の医療事故紛争を迅速、適切に解決するとともに、様々な関係者との協力や情報交換を通じて、より良い医療事故紛争解決制度をつくっていくため努力していく所存です。

以上

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

「安全調」のメンバー構成に、異議があります。

第二次試案での「遺族の立場を代表する者」という文言こそ書かれていませんが、実質的には「医療事故遺族の会」などというような会を通じて医療側と対立する立場の人の中から選ばれるものと、思われます。

「遺族感情」というバイアスのかかった人に、公正・中立な判断が可能でしょうか？もし、可能と仰るのであれば、その根拠をお示しいただきたい。

航空機事故調や海難審判において、遺族代表が事故原因究明に携わったという話は、寡聞にして知りません。

また、先般の国会における岡本議員の追及により、安全調での調査案件が山積みになって滞り、遺族から訴えがあった場合は、警察が捜査に乗り出すという事実が浮き彫りになりました。

ありていに言えば、警察は安全調の公正・中立な調査・判断よりも、「遺族感情」という言わば「私怨」のほうを優先するというのを、国会という公式の場で明言なさったわけです。

このような状況下で第3次試案をたたき台とした安全調を発足させることには、断固反対いたします。

4. 氏名： 江原一雅

5. 所属： 神戸大学医学部附属病院医療安全管理室

6. 年齢： _____ (※下記より対応する番号をご記入ください。)

5. 50代

7. 職業： _____ (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<医療従事者>

9. 医師 (管理者を除く)

8. 医事紛争の経験： _____ (※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。

「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. はじめに

医療事故に対して公正な事故調査システムをたちあげることは、医療者からのみならず、国民からも切に求められていると思います。今回の第三次試案は、再発防止の観点から個人の責任追及よりも、背景要因やシステムの問題点を検討し、再発防止につなげることの重要性について強調されているのは評価されます。また、問題の多かった医師法 21 条の改正についても具体的に盛り込まれており第二次試案より改善された点はあります。是非とも法案化を切に願います。しかしながら、「従来より医療者に対する処分が強化されるのではないか」という懸念が完全には払拭されていないかと思えます。この点の不安を解消しないと、リスクの高い医療に従事する医師が減少するおそれがあり、医療崩壊がますます加速することを懸念しております。これは、医療者のみならず国民全体の大きな不利益につながります。その他いくつか疑問も残っており意見として述べたく思います。

2. 医療安全調査委員会

1) 委員会の設置： 調査委員会の目的は、死亡事故の真相究明と再発防止の目的については、大多数の合意は得られると思います。しかしながら 2-(7)に「医療関係者の責任追及を目的とするものではない。」と書かれていますが、目的はともあれ、調査報告書および調査内容が結果として捜査機関に通知され、あるいは行政処分にも用いられ結果的に医療者の責任追及と個人の懲罰にも用いられる可能性があることが重要な問題点であると考えます。真に医療事故の真相究明と再発予防を目的とするのであれば、報告は個人情報や施設名を含めて完全に匿名化され、個人の責任追及にはしないことを明文化するべきで、そうでなければ、「医療関係者の責任追及を目的とするものではない。」の文言は入れない方が良いと思います。

3) 届け出の範囲

③届け出の範囲：遺族が解剖を希望しない場合に、調査が行われるのかどうか、不明確です。(27)に既に遺体のない事例についても地方委員会が必要と認める場合には調査を行うと書かれています。この表現では、解剖が行われなかった事例のどのような場合に調査を行うのか判りません。調査対象の件数が解剖されなかった事例を含めるとかなり膨大になることが予想され、第二次試案では解剖が行われた事例に限るとされてきましたが、それでは死亡医療事故のごくわずかが調査されることとなり、医療事故の再発防止の取り組みのためには充分とは言えません。

解剖されなかった事例については、臨床医を中心にした調査を行う方法もあるかと思えます。解剖が行われなくても、手術や検査過程のビデオが保管されておれば、客観的な調査が可能であると思います。手術のビデオ撮影と保管は現在義務づけられておらず、診療記録としての位置づけも不明確です。手術ビデオの保管の推進のためには診療報酬上の加算を行うことを勧めます。

あるいは、それに代わる提案として、当面は解剖されなかった場合は、特定機能病院や大規模病院には院内事故調査を義務づけ、また、自治体病院は都道府県または市町村で調査を行うこと、また、小規模病院や診療所については、地元医師会での調査を行う仕組みを作り、その報告書を調査機関で二次審査することでも良いかと考えます。その場合も現行医師法21条や警察の捜査権の問題をクリアしておく必要があるかと思えます。

4) 地方委員会の調査

①過失の検証：地方委員会による調査地方委員会の調査において(27)③にシステムエラーも含めて背景要因も調査することの重要性が強調されたのは評価できます。しかしながら、院内、院外の多数の医療事故調査に携わった経験から見て、医療事故調査において、個人の過失の検証は避けて通れません。この点に関して第三次試案では明確に書かれていませんが過失に関して明確な記載が無い場合は遺族や社会の納得が得られないと考えます。報告書で過失について言及した場合は、報告書は刑事罰、行政罰に結果として使用される可能性が出てきます。また仮に、報告書に過失に関して明確に記載しない場合も、事実関係の概要と、行われた医療行為と死亡との因果関係について言及した場合には、立件から起訴のための有用な資料となる可能性があります。また、横浜市立大学手術患者取り違え事故の報告書のようにたとえシステムエラーと再発防止を強調した調査報告書が出されても、刑事罰に関して個人の責任は免れない可能性もあります。すなわち、調査委員会の目的が個人の責任追及ではないとしても結果として、医療者の刑事罰、行政罰に用いられる可能性があると考えます。

②調査委員会資料と調査委員の守秘義務：公表された報告書については、捜査機関は自ずと知る事になりますが、その場合、イ) 調査報告書とロ) 個人を特定できる資料を捜査機関から任意提出を求められる可能性があります。さらにハ) 調査委員会資料、ニ) 調査委員に対する事情聴取が求められる場合があります。刑事罰の可能性がある場合、医療者は自己を守るため、地方委員会の質問に答えることは矯正されないと黙秘の権利が保障されています(27)⑤。さらに、追加すべき点として、調査委員には何らかの(見なし公務員としての?) 守秘義務を明記する必要があると思えます。また、調査委員会において医療者に行ったヒヤリングの記録に関しても捜査機関からの提出を拒否出来るのかも明文化する必要があるか考えます。追加事項(問4)2. に捜査機関に対し提出しない方針とすると書かれていますが。方針とは法的に意味することは現時点では曖昧な表現です。これらの点が保証されていないと、ますます当事者の不利になる証言が得にくくなり、真相究明には大きな障害となる可能性があります。

5) 捜査機関への通知と謙抑的運用

①謙抑的運用：調査委員会から捜査機関へ通知する基準として、(40)に①から③の基準があげられています。この基準で現行より、刑事罰を受ける件数が増加するか減少するかは第三次試案では判りません。警察への届け出件数については主に調査機関からの通知に夜場合、捜査に着手する件数は減少するかと思えますしかしながら、現行では、死亡事故のうち、一部しか警察では捕捉できていない可能性があるがあげられます。さらに、立件、送致、起訴されるのは例外的に