

はじめに

日本の医療機関は二つの強い圧力にさらされている。医療費抑制と安全要求である。相矛盾する圧力のために労働環境が悪化し、医師が病院から離れ始めた。医療は生命を守るために努力するが、生命は有限であり、医療は常に発展途上の不完全技術である。どうしても医療は不確実たらざるをえない。

現状は極めて深刻である。医療機関の外から思われているよりはるかに危機的である。現在の医療の状況と対応策について述べる。

I：何が「問題」なのか

医療というものについて患者と医師の間で大きな齟齬がある。

患者：医療は万能であり、どんな病気でもたちどころに治すことができる。

医師：医療には限界があり、そればかりか危険なものでもある。

メディア・警察・司法は患者側に立つ。

このため、この齟齬が社会問題とまでなっている。

医療には限界がある。しかし多くの患者はこれを理解していない。

患者は病院側に 100%の安心と安全を期待し、病院側はその義務を負っていると考えている。=> 治せなかった医師は悪い医師だから訴えようとなる。

患者側は民事訴訟を起こして賠償請求を行う。

民事訴訟では、患者側に立証責任があり、訴訟には多額の費用と時間がかかる。しかも勝たないと訴訟費用が出ない。

このため多くの患者は訴訟をあきらめる。=> これが恨みとして残る。

一旦裁判が始まると、患者側弁護士は勝つためには違法でないかぎりどんな手段でも使おうとする。=> このため実際の法廷では双方のけなしあいとなり、歩み寄るといふプロセスは存在しない。(民事裁判の最大の欠点は、対立を増幅することにある。攻撃しなければ負けるのである。)

医師側にも問題があった。20年以上も前から、医療側はもっと患者の声に耳を傾け、安全を重視すべきだと指摘され続けたが、医療界の指導者は全く動こうとしなかった。しかし現在、その最大の問題であった大学の医局講座制が崩壊しつつあり、その情勢は大きく変化してきている。

医事紛争の場では患者と医療側の双方がお互いを尊重し理解し合う必要がある。(これを筆者は「会話としての正義」「会話の作法」と呼んでいる。)そのことを医療事故被害者、医師、ジャーナリスト、法曹人が深く認識しなければ日本の医療は崩壊するであろう。

II：警察介入の問題

警察は社会の安寧秩序に不可欠な存在である。しかし本質的に暴力装置である警察が医療事故に介入するのは妥当なのだろうか。

警察の医療への介入の経路には二通りある。

- 1) 患者側が警察に訴え出る。
刑事事件として報道されると民事裁判が有利になり賠償金が上がる。
- 2) 医師法第 21 条
(医師は、死体又は妊娠 4 ヶ月以上の死産児を検査して異常があると認めるときは、24 時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。)
注) ただし行われた司法解剖の結果は病院側には明らかにされない。

現在、医療過誤の担当官庁は厚労省ではなく、実質的に警察庁になっている。警察の捜査の目的とは「犯罪者である個人を特定すること」である。
=> つまり死者が出た場合、必ず誰かを犯人にしなくてはならない。

警察のなかでも医療事故担当は、殺人、強姦、強盗を扱う捜査一課であり、凶悪犯を取り調べるのと同じ手法が医療関係者にも適用される。

医師が刑事責任を問われた場合、刑法 211 条の業務上過失致死傷罪が適用される。しかしこの罪で医療従事者を裁くことには問題がある。

=>なぜなら、医療そのものが不確定要素を多分に持つため、悪意を持って見れば、業務上過失致死傷罪に問われかねないようなことは常にあるため。

(カルテにこうすれば良かったなどと反省の記録を残すとそれが証拠となり業務上過失致死傷罪が成立する。)

警察が医療をきびしく取り締まるもっとも大きな理由は、被害者感情とメディアの報道が作り出す世論である。しかし医療を正面から取り締まるには警察は明らかに能力不足である。

警察は、医療に対する現在の取り締まりについて、その根拠を国民と医療従事者に説明する必要がある。

III：社会の安全と法律

医療の安全を向上させるために、現行の法律は適切なのだろうか。不適切だとすればどうすればいいのか。

刑法は社会の秩序維持を目的とするが、科学的真理に対しては無力である。検察は、刑法がすべてを扱えるわけではないことを深く認識すべきである。現在の刑法は明治 41 年に施行されており、これを現代に適用するには無理がある。この無理がかえって社会の安全性を損ない、公平性を損なっている。

「人間は誰でも間違える」のである。

=>ヒューマンエラーは原因ではなく、誘発された結果である。

=>注意の喚起や罰則の強化ではエラーは防げない。

かつては患者の側からも社会的にも、そして医師の側からも「医療過誤はあってはならないこと」であった。事故が起きることは避けられない、事故そのものを分析して医療の安全の向上を図ることが必要で、医療従事者がきちんと気をつけていれば医療事故が起こるはずがないというのはありもしない幻想。

エラーをいかに少なくして事故を防ぐかというリスクマネジメントが重要。

「患者中心の医療」という考え方では不十分。

患者、医師、看護師、事務職などすべての人間を一つの医療システムとし「人間中心の医療」こそが目指すべき姿である。

法律家の思考様式と医師の思考様式の違いについて

法律家の考え

医療は神聖な行為だが、生じた結果（死亡）は暴力団の殺傷行為と法的には同じである。（結果違法説）

医師の考え

医療の基本的言語は統計・確率であり、医療の結果は確率論的に分布する。

原理的に結果から医療の適否を判断することはできない。

=> 結果違法説を適用すれば、普通の医者は皆犯罪者になってしまう。

同じ条件の患者に対する同じ医療行為から、よい結果も悪い結果も発生する。このことから結果から医療の適否を判断するのは間違っている。この観点から事故の背景が詳細に分析されてはじめて「行為」の違法性・悪質性が議論されるべきである。しかし残念ながら法律の世界では医療の常識を無視して、法律の都合に合わせるのが常道となっているのが現実。

今後、医療における有害事象と刑事裁判例、民事裁判例を無作為に抽出しそれ

らを分析することで、医療事故における業務上過失致死傷の理念、不法行為あるいは債務不履行の理念が適切かどうか検証する必要がある。

刑法学は、科学者（医師も含めて）の目からみれば、あまりに危うく、このような問題点の解決策の一つとして、「スウェーデンの無過失補償制度」がある。

IV：事件から学ぶ

慈恵医大青戸病院事件：警察とメディアが一体となって人格攻撃を行った代表的な事件である。この事件は我が国の医療の流れを変え、医療は危機的な状況に陥っている。この事件は「報道の過熱」と「警察の介入」を除けば、大きな輸血ミスにより死ななくてもいい患者の命が失われたという事件です。背景には青戸病院における緊急輸血業務レベルの問題があり、また若い医師たちの腹腔鏡下前立腺全摘除術という困難な手術方法を安易に選びがちな慈恵医大の医局の体質がある。この体質などの背景をほとんど調査せずに報告書が作成され、再発防止に慈恵医大が今すぐ何を始めなければならないかの記載なく、1回目の報告書と違って2回目の報告書では、「術者が本手術に周到な準備で立ち向かったことはある程度認めるが」としつつも明らかに手術の技量の評価が大きく変更されてりう。1回目の報告書のあとメディアの嵐のような非難を受け、事件の早期收拾を図るために医師を切り捨てたとの疑念を抱かせ、医療従事者の意識に大きな影響を残したのである。

「NHKスペシャル青戸病院事件」の教訓

筆者は本書の第1版で青戸病院泌尿器科の部長を非難している。その後、当の部長から丁寧かつ詳細な手紙を受け取り、NHKの報道番組から誤解を受けていたことを分かったというのである。「映像というものは切り取りしただけで実情とは全く異なる印象を容易に導けるのである」という筆者の言葉の中に現在の日本のメディアの怖いところが凝集しているように思う。結局今回の事件からは、本来の目的であるはずの「事故とその背景を調査し、可能なら原因を特定し、さらに再発防止のための教訓を引き出すことはできず、終結してしまったのである。」

V：安全とコスト

安全にはコストがかかる

医療費（対GDP比）{OECD Health Data 2003}

アメリカ 13.1%

- ・
- ・

イタリア 8.3

日本 7.6

イギリス 7.3 % (今後医療費を 150%にする予定)

我が国ではアクセスを補償しコストを削減しすぎたためクオリティが低下

イギリスではコストを削減しすぎたため、アクセスまで低下

アメリカではアクセスを抑制し、高コストでクオリティが良く

医療も市場原理が働く利益優先の産業であり、社会共通資本とは考えていない。

WHO レポートでは保険医療システムの総合評価は日本が 191 カ国中第 1 位。

日本医師会についてはかなり厳しすぎる評価をされているように感じる。

開業医の代表としての活動はしてきたが、日本の医師の代表ではない云々。

病床あたりの医療従事者の人員を配置していない。

病床 100 あたり

医師数はアメリカの 1/5、ドイツの 1/3、看護師では 1/5 1/2 である。

VI : イギリス医療の崩壊

患者はまず G P (国民保険が使えるクリニック) から主治医を選択して登録しておく

熱が出たときはまずかかりつけ医へ連絡、市販薬を内限するように指示されることが多い熱が下がらないときは診察してもらえが、2-3 週間先になる

専門医が必要ならばかかりつけ医からの紹介で受診することになる

通常の手続きだと時間がかかるので、救急の受診者が増加し提雑

入院特機患者の増加

あいつぐ医療事故、スキャンダル

多くの医療従事者への暴力

イギリスの医師は国外へ

NHS(国民保健サービス)の崩壊

原因

医療費抑制政策

N H S の組織の巨大化、官僚化

毎年行われた医療制度改革

医療従事者の士気の低下

患者中心医療の失敗

正しい市場とは、競争原理が機能し、情報へのアクセスが平等でふんだんにあるという前提で、消費者が自らの意思で参加するゲームである。医療

はゲームではない。社会的善である、医報は競争すべきものではなく、何により公平でなくてはならない。患者は消費者ではない。

医療は競争原理が働く市場ではなく、社会が共有すべき大切な財産である。消費者中心の医療がイギリスの医師の誇りを奪い動労意欲を削いできた。

ブレアが医療費 50%増加を謳っても失われた意欲は帰ってこない。

医師のあるべき姿(新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム)

アメリカの医療の崩壊

社会内部における報済格差や、地域や職場における社会的結束こそ人々の健康を左右する重要な因子である。

アメリカンスタイルの資本主義を導入することの危険性について本書は警告を發しようとしている。もし良い社会のとしての目指すべききものが市民の健康と幸福を最大化することとするならば、いかなる政治家もアメリカ資本主義の負の側面からじっくりと教訓を学び取らなければならない.. (不平等が健康を損なう イチロー・カワチ)

VII : 立ち去り型サボタージュ

日本の勤務医はハイリスクと患者との齟齬が加わり、理不尽な攻撃を受け始め、人間としての誇りと士気を失い、楽で安全で収人の多い開業医へシフトし始めた。これを立ち去り型サボタージュあるいは逃散という。

勤務医の考え方と医師不足

社会と多少距離を置いて自尊心と良心を保ちつつ仕事をすることを望む。医療に誇りと生きがいを感じており、医師の仕事に金を得るための労働とは考えていない。必ずしも高額の報酬を望んではいない。徒党は組まず、待遇や職場の環境を改善するために自らが立つことはせず、病院からたちさり、傷病院へいくか開業するだけである。

医師の需給に関する検討会（北里大学医学部長吉村らによる）

- 1) 医療の専門分科、高度化による細分化の影響
- 2) インフォームドコンセントなど患者への説明時間の増加
- 3) 医療安全、危機管理への対応
- 4) 女医の増加
- 5) 勤務医のQOLの低さと若年医師の開業志向
- 6) 旧労働省による医師の勤務条件、労働環境改善への指導
- 7) 新医師臨床研修制度の導入による大学医局の新入医局員の減少

さらに医師－患者関係の変化をはじめとする医療環境の変化が大さな要因となっている

医師の立ち去り型型サボタージュ

麻酔科医：病院を群職し.外部委託の形で麻酔を担当し. 個人の収入を増やしている。

患者からのとどまることのないサービス要求にこたえての医師からの合理的な対応と考 えられる。市場経済化し、より良いサービスのためにはそれなりの料金が必要と考える。

全国の自治体の首長は現在の医療の危機的状態を理解していない。赤字対策のために 医師の給与を下げ、労働を強化している。医師は病院長とも対立し簡単にやめていくが、 補充はきわめて困難であるといった紛争がいたるところに起きている

若い医師は不安定である。 特定の病院で得られる技術や経験は限定されるため別の 病院で新たな環境に身をおく必要がある。 病院にとっても安い給料にとどめておくと 若い医師に早期退職を促すことにもなり、結果として病院の活力を維持出来ていた。

医師年齢をピラミッド型の人員構成にしておく給与が抑えられるばかりでなく、労働 量も増やせるというメリットもあった。しかし峻烈な競争に勝ち残った医師も年齢が高 くなっても比較的安い給料で激しい勤務を強いられ、最近ではあまりにも労働環境が過 酷となったため医師のモチベーションが低下しているのが問題となっている。

さらに深刻な看護師の状態

医療事故につながる処置の最後の担当者になる確率が高く、多くの看護師が犯罪者の烙印を押されている。2004 年度に就職した新人看護師の 80%がやめたいと答え、8.5%が 離職していた。指導的立場にいる看護師も「新人看護師がやめる選択をするのは至極 当然」と

VIII：大学.大学院.医局の問題

日本の大学は医療に対して大きな影響力を持ち、 そのため、 大学が医療の閉鎖性. 封建制の象徴となっている。

大学の問題(属性)

大学の特性が医療に与える 2つの影響

①教授会支配

国立大学の独立行政法人化以前の実態は社会感覚の欠如した
学者達による衆愚政治一現実問題に適切な行動が取れないでいた

②研究至上主義

文部科学省の姿勢は、大学の役割を人材養成機関ではなく研究機関側に
振っている

独立行政法人化以降、以前にも増して大学評価を強めている

研究業績と予算請求

大学側は教員に論文数を求める

大学病院は新しい技術の導入が優先され、難しい派手な手術が求められる
→結果、医療のリスクを高めている

教室の方針 一個々の医師の説明責任の意識を弱めてしまう

日本の大学では臨床系でも基礎研究を重視することが多い
インパクトファクターと教授選

大学院

現行の大学院制度 世界に例を見ない長期間

経済的裏付けなし、職業的保障なし

十分な予算もつけず、専任の教員も用意せず、極めて粗雑なカリキュラム
ポストドクター問題

年齢的に普通の会社には就職できない。大学の教職ポストも少ない
外科系臨床医には致命的となる

卒業数年の初期研修。大学院 4 年間の基礎研究→数年の海外留学(基礎研究)

医療から見た現行大学院制度の 3 つの問題点

- ①臨床医としての技量が低くなる
- ② 臨床医としての責任感が希薄になる
- ③ 人事が不透明になる

医局

自然発生的連命共同体、対外的には人事システムとして機能している専門
医教育も担っているが、医局を大きくすることがまず優先される医局の勢
力維持のため、研修に役立たない病院にも若い医師を派遣

- ①医局内部の規範が非社会的である
医局の人事に個人の自由はない
- ② 他の医局との交流がない

他大学への紹介はタブー

無理な手術も医局内で実施

③ 診療の中心は若い病棟医長で交代も早い—医療水準も高めにくい。

医師不足対策

地方の大学では、症例数も限られて診療水準も高くない

地方大学に卒業生が残らないのは、

まじめに取り組んでこなかった大学側に責任。

医師不足は都市の病院にも広がり、その原因は勤務医の絶望にある

今後の対策大学病院の立て直しには、

まず魅力ある研修や水準の高い医療を行うこと地方病院の統合

医局以外からの人事も

新しい医師の人事システムを整備する必要がある'

昭和大事件

2002年 29歳の女性患者 腹腔鏡手術後死亡

医局の閉鎖性が生んだ最悪の例

未熟な医局内で、未熟な医師達がレベル以上のオペをして失敗した悲惨な例

医局内の誰もミスに気付かない、わからない所ではもう自力では改善できない執刀医は許される最低水準にも達していなかった

医長も経験がなく、なんら対策をとらなかった

術後管理は経験の浅い大学院生が担当

昭和大の今後必要な対策

他の医局の力が必要枠を越えた交流が必要

IX：厚生労働省の問題

医療を管掌する官庁なのに、

現在の医療崩壊の危機に対し対応が極めて遅い政策のリアリティー行政が決めた医療の枠組みが、しばしば現実無視のタテマエになっている政策に医療の本音が足りない、医療の現実が反映されていない

過去半世紀の医師会と政権政党との深いつながり

医療政策のパターン

政治が医療費を決め→医療費が医療サービスの内容を決め、病院の体制を決める。

日本医師会の政治力が大きく、厚労省に政策を決定できる権限がなかった

日本の医療全体を設計し実現し維持運営していく強い意思が感じられない
厚労省は自らの正当性の確認をメディア、特に新聞に求める
開鎖的で、;危険な情報サーキットの形成

医療行政と薬書エイズ事件

厚労省はメディアを気にして、医療に加えられている構造的ともいえる攻撃を放置事件後、実行不可能な非現実的な規則で医療機関をしぼっている

問題なのは、メディアの関心が犯人捜し責任追及に集中したこと。
救いは、有罪判決が当然視されていたなかで過失否定されたこと

司法の限界

エイズは自然災害という認識

血友病患者に占めるエイズ患者の発生頻度は主要国で大きな差はなし、
しかし責任の追及は国ごとに大きく異なった

責任者の処罰より、被害者の救済と再発防止がはるかに重要
被害者の救済は医療システムの中で行うべきである

無理に違法の範囲を広げて担当者を処罰すると、結果として社会が危うくなる
ドイツでは、エイズを法廷の問題にしなかった

ルール厳格化は責任放棄

萎縮行政となり、国民に対する医療サービスを低下させている

官僚の権限と資任のあり方について、法律化した明確な指針が必要

日本医療機能評価機構の問題点

A L S 患者の痰吸引問題

厚労省の責任連れの通達

X 医療の崩壊を防ぐために p223

日本の医療の崩壊を防ぐためには、医療事故・紛争に関して現状を改革し、
医療への過激な攻撃を抑制する必要がある。対策は、大きく3つに分かれる。
医療事故の防止、紛争の処理・解決、適切な社会思想の醸成である。

医療事故の防止 p224

①人員配置、費用の問題

最大の防止対策は、入院診療に従事する人員を増やすことである。すなわち費用の問題である。医療にどこまで費用をかけるのか？国民負担率から考えると、日本 37 %、イギリス 48、ドイツ 54、フランス 64、スウェーデン 71 とヨーロッパの福祉国家から考えればかなり日本の負担率は少ない。この国民負担率の当然の上昇を抑制するには、医療へのアクセスの制限、一部の診療の保険給付を止める（混合診療）保険診療に対する監査の強化！など・・・やはり負担率を上げざるを得ないであろう。

②研修の拡充

シュミレーションセンターなどでの医師の研修を日常業務に組み込んでも実施すべき。 新人看護婦の研修義務化

③医療倫理の成文化と院内規則による実現の保証

患者への説明責任に関すること。医療の不確実性や限界について十分納得してもらったための努力は十分でなかった。永遠の命と 100%の安心・安全を望む患者にはいやがられるかもしれないが、生老病死が人生に不可避であるという認識を患者と医師で共有するための努力が必要である。「虎ノ門病院手術室安全マニュアル」では、バリエーション手術報告制度（密告）を設けている。この報告を医療安全管理者が調査をする。結果として、医療従事者に説明を求める。この制度は、必然的に医師に批判受容力を持つことを要請することになる。

④医療事故報告制度と安全対策

日本医療機能評価機構に医療事故防止センターが設立され、2004.10 より医療事故報告制度が動き始めた。（著者は委員）発生した情報に基づいて対策を講じていく。現時点では、まだ疫学調査的な範囲にとどまっている。今後は、事故防止に直接的に関わる医療安全情報を、適宜社会に向けて発信することになる。ただ情報の収集に病院の協力を得るためには、得られた情報を外部に出すことには問題があるかもしれないし、予防を目的としたものにとどめる必要がある！？

⑤大学病院

⑥大学院 大学病院と大学を切り離し、 臨床系医師を対象とした大学院の原則廃止

⑦医局と並列の人事制度

医局制度を廃止することは現実的にはできない。
別な人事制度を作って多様化を図ることを意識的に実施するべきである。

医師のための入院診療基本指針 p230

虎ノ門病院では、望ましい医療を巡って患者との齟齬を小さくするために、「医師のための入院診療基本指針」を定めている。(参照：虎ノ門病院HP)
内容は「原則」「診療チームの構成と任務」「緊急時の対応」「コメディカルとの協調」「記録」「診療方針の決定と変更」「入院と退院」「説明と同意」「患者の自己決定権の限界」「死亡時の対応」「医療事故」「緩和ケア」「診療方針・患者データベース・成績 評価」「情報の収集と共有の努力」「診療成績の発信」から構成されている。

紛争の処理・解決 p237

事後処理は、医療への不満・攻撃を抑制するために非常に重要。現在進行中の医療崩壊を防ぐために公平でアクセスのよい、紛争解決のための制度を作ることが急務である。

スウェーデンの無過失補償制度 p238

日本やアメリカでは、患者側が医療の結果に対して不満を持てば、裁判に訴える。裁判で医療側の過誤が証明され、裁判で認められれば賠償金の支払いが命じられる。スウェーデンやニュージーランドでは、医療事故をこのような方法では処理されていない。これらの国の無過失補償制度では、医師の過失を証明することなしに、補償という形で被害者を救済している。アメリカでは被害者が必ずしも公平に救済されていない。医療過誤の犠牲者のうちごく少数だけが訴訟を提起し、さらにその一部だけが補償を受け取り、もっとも寛大な補償を受けているのは、医療過誤の被害者ではないことが報告されている。2001年にはワイオミング州では、11人に1人、ニューヨークでは、17人に1人が訴えられている。日本の100-200倍である。結果として医師の診療行為に影響を与え、訴訟に備えた「萎縮医療」行動をとるようになる。すなをち必要がないと考えられても「いいわけ」をするために不要な検査や手技を行うこととなり、医療費を上昇させる。2001年の「アメリカ医師会雑誌」に掲載されたスタダートとブレナンの論文「医療傷害に対する無過失補償エラー防止に向けて」では、無過失補償制度は、医療の安全を向上させるのに有用であるとしている。このシステムが持つべき五つの条件を述べている。

第一 エラー自己申告を鼓舞する

第二 医療事故を減らすと経済的利益が得られるようなシステム

第三 医師の能力不足・危険な行為・悪意のある医療などの希な医療行為に対しては別な懲罰機構を通じての処分が必要と考えられる。

第四 医療提供者（医師）が患者に率直に正直に告げられるようにする。

第五 補償を、必要に応じて、素早く、公平に、確実に、予測可能な状況で実施する。スタダートとブレナンの論文では、無過失補償制度の主な

る導入目的を、安全より紛争 処理費用の軽減においている。著者は、紛争費用軽減でなく、社会的共通資本としての 医療制度の保全である。無過失補償制度は「非対立性過失証明不要型補償」であり、実 際には、それなりの過失があるものだけが補償される。すなわち医療に起因する「避け られた傷害」である。誰が悪かったかという責任追及は議論されない。

傷害の種類は、以下の5つに定義される。

1. 治療行為による傷害
2. ふつうの医療に伴う不当に重篤な傷害
3. 診断ミスによる傷害
4. 患者自身に責任のない事故
5. 医療行為によってもたらされた感染

除外項目として①軽度の傷害 ②重篤な状態に対するリスクを伴う医療による傷害 ③身体障害の結果生じた以外の精神的傷害 ④政策による医療サービスへの資金不足の結果生じた障害

スウェーデンの無過失補償制度は、予算の制約が障害の原因になっている場合には補償 されない。日本の医師や看護師が持っている強い不満の一つは、現在の人手のかけ方で はとうてい達成できないような過酷な要求を民事裁判、刑事裁判が医療従事者に求める ことである。スウェーデンでは訴訟に勝っても得られる賠償金はアメリカほど多くない。 弁護士費用は、時間単位で決められており、成功報酬は禁止されているので、弁護士が 成功報酬を目的に賠償金要求をつり上げることがない。こうした概念の元に PCI (Patient Compensation Insurance) (患者の訴えを受けて審査し、補償する機構) が設立されている。スウェーデンの PCI では補償すべき条件について、「条件を厳密に決めておく」「補 償金を中央化して単一の機関で決める」と「公平性が保てる」としている。

スウェーデンの PCI (保険協会と医療提供の責任者である 26 の州議会との契約で成立)

PCI は裁判外の補償制度。患者あるいはその家族が口頭で PCI に申し込むだけで審査が 始まる。医療従事者が被告になることなく「避けられた傷害」かどうか議論される。 訴訟と異なり早く補償され、訴訟費用もかからない。PCI の最初の決定に不満があれば 1年間は、クレーム審査会に異議を申し立てることが出来る。これは「アピール」と呼ばれる手続きであるが、滅多に行われない。またその上に「仲裁」という異議 申し立ての制度も用意されている。スウェーデンでは、日本よりも裁判制度を利用する さいの障壁が大きい点が、PCI 成功の要因のようである。以上から、第1審を専門の審 判所に任せることも考慮に値する。であるなら、医療事故調査機構によるしっか

りとし た調査と判断が重要になる。

医療紛争解決の留意点 p247

①医療事故調査

まず患者の要請、医療機関からの報告で調査を開始する。

②すべての医療過誤を補償する（公平）

③補償責任

補償の条件を低くして、避けようのない死まで補償の対象にすべきでない。産科事故で 子どもが脳性麻痺になったようなときには、その後の育成にかかる費用・労力から考え れば、過誤があろうがなかろうが必要なサービスの給付を含めて補償しなければならな い。現在の裁判所は「救済」という言葉にとらわれて、過誤のないものにまで賠償すな わち償いで救済しようとする。補償と異なり、賠償は医師への避難を含んでおり、この 軋轢のため、現在日本の産科医療が崩壊しつつある。また一方で、最近呼吸器がらみの 事故、モニター関与の事故が多い。これらは、そもそも大きな障害を有していたり、死が迫っている患者に対して、医療側が大きなリスクを伴う治療で限界的な努力をしてい るおきに発生することが多い。しかしながらこれらの致命的な疾患を持つ高齢者の死亡 でも、家族が莫大な額を要求する例が珍しくないとい う。

④医事刑法を制定し、医療における罪を明確にする

医療現場では傷害や死が日常的に起きている。「世論」が罪の範囲を決めるようなこと では、医師は怖くて診療できない。業務遂行上の問題で、刑事罰を科せられた側が理不 尽だと感じれば、引き受け手がいなくなり、その業務は成り立たなくなる。

⑤医師法 21 条の「異常死」の解釈を、この条文の本来の目的である、医療に関連しない 犯罪を想定したものに戻す。

医療に関連した死については、警察ではなく医療事故調査の専門機関に任せ べきであ る。2004.12 帝王切開した 20 代の女性の死亡事故で、2006.2.18 業務上過失致死と医師 法（異常死体の届け出義務）違反で執刀医師を逮捕した。2001.3 女子医大心臓手術死亡 事故、2002.11 慈恵医大青戸病院前立腺癌腹腔鏡手術死亡事故以来あわせて 3 件目の逮 捕である。

⑥医療機関、医療従事者に対する行政処分の原理とルールを確立する

従来過失犯罪とされてきたものの一部を行政処分（再教育・免許停止・免許制限など） で対応すべきである。必要なのは、行政処分のための原理の確立 である。医療従事者の 士気が落ち、医療水準が下がるようなことがないように、適正な処分、処分される側が納得できるような適正な行政処分の決め方を 確立すべきである。

事故処理の具体案 p252

- ①医療事故調査機構
- ②医療事故補償保険機構
- ③医療安全監督機構

患者・家族が医療事故調査機構に訴え出る。機構は病院へ調査チームを派遣、調査報告書を提出する。家族が受け入れれば、②③に送付する。受け入れない場合には、調査監視委員会に訴え出ることが出来る。②にて補償額の算定を行う。一カ所で算定することにより公平性を保つことが出来る。③にて行政処分の検討を行う。

医療事故市民オンブズマン・メディアの意見 p254

医療事故監視により、医療の質の向上を図る。医療事故の被害者を救済する。医療情報の開示・公開を推進する。の3項目を目的に1997年に設立されたNPOである。代表は阿部氏「医療事故被害者救済策としてのADRの可能性」と題する論文(巻末)著者とは、東大医療政策人材養成講座(資料あり)の受講生同士。

阿部論文によれば、事故被害者で法的行動を起こした73.6%が「精神的に疲れた」3人に1人が経済的に苦しくなったと答えている。患者側からも裁判の評価が低いことが注目される。こうした観点からADRが検討されている。

最高裁判所も裁判の現状に問題があると認識している。医療などの活動形態が多様化し複雑化している。司法制度がこの多様化した各種の専門領域に的確な対応ができなくなってきている。また適切な専門家の協力を得ることが困難になってきている。硬い裁判手続きでなく、柔軟な解決手段の整備が必要である。現在の調停、和解、仲裁等の制度の拡充とともに、紛争類型に応じたADRの拡充の検討が必要である。

「裁判外紛争解決手続きの利用促進に関する法律案」が、2004.11.19に成立。

医療事故調査件数の予測と人材確保 p258

報告義務医療機関や虎ノ門病院の報告から換算すると、10-20件/1000床。我が国の一般病床数から換算すれば、年間13000-26000の紛争が発生することになる。これの管理調査チームとなれば、人材確保には、病院間の密な連絡を要することになる。

適切な社会思想の醸成、ジャーナリズムの問題 p262

慈恵大青戸病院事件の報道のように誰のコントロールを受けることもなく、暴走する。

現代において「世論」とは「マスコミ世論」であることを認識すべきである。また異論はメディアに取り上げられない。「イレッサ」しかり、「タミフル」

しかりである。合理性に敵意を示し、感情論を隠そうとしない非専門家が権力を持つようになってきた。とりあえず謝ってしまった方がよいという状況は、医師の時間と労力を空費させ、結果として医師は、誇りと士気を失う。日本の医師は権力を持った非合理に翻弄され、業務を放棄し始めた。医療を求めるときだけ医師の合理性を求認め、都合が悪くなると非合理で責め立てるとなれば、医師はやっつけられない。

結論 今こそ医療臨調を p279

大きな権限を持つ国民的会議を開催し、医療とはどのようなもので、何ができて何ができないのか、人間にとって死とはいかなるものなのか、危機を回避するための対策はどのような理念に基づくべきなのかについて、国民的合意を形成することを提案する。

いうなれば「医療臨調」である。医事紛争の裁判によらない解決方法をの解決方法の確率と公平な補償である。

以上は昨年「医療問題研究会」としての勉強会をまとめてレジュメ形式としたものです。

現在の「医療崩壊」の波は、私たちの西脇市へも波及しております。

一つの参考にして頂ければと、まとめたものですが、私自身の思いの面もあり、各章が平均化されていない面もありますことをご了承ください。 医療問題研究会 富原。