

## Ⅱ－ⅱ) ヨーロッパにおける制度

小館 尚文 (ユニバーシティ・カレッジ・ダブリン (UCD))

(小館) ありがとうございます。ただ今、ご紹介にあずかりました、アイルランド国立大学ダブリン校で比較社会政策および医療行政について講義をしております、小館尚文と申します。

発表自体は、駆け足になってしまうかと思いますが、まず、皆さまのお手元に、昨年、高本班の報告書のために書いたイギリスおよびフランス、ドイツに関する基本的なシステムについての報告書を配布させていただいておりますので、そちらの方は発表の中で触れることができませんので、後ほどご覧いただければと思います。

#1

まず、発表の内容についてですが、イギリスにおける最近の動きは、今、南立先生のメディアのお話ともちょっと絡むところがありますので、簡単に紹介させていただき、その後、北ヨーロッパ諸国、今日はオランダ、ノルウェーを中心に話させていただきたいと思います。イギリスやアイルランドのような国には、GMC (General Medical Council : 総合医療評議会) といって、医師が医師を自ら裁く、または登録制度を持っている、そして、医師の教育・職業訓練を管理するというシステムを持っております。類似の機関を持たないヨーロッパの国々では、どういう形の制度を運用しているかということをお話しさせていただきます。そして、その GMC を持つ国と、そうではない、ここでは非 GMC のモデルと勝手に名付けさせていただきますが、その二つのモデルの改革における共通点と相違点を話した上で、簡単にまとめたいと思います。

#2

その前に、アメリカもかなり州がたくさんあるという地図をご紹介いただきましたが、ヨーロッパ、EU (欧州連合) には、EU27 ということで 27 カ国の国が存在します、ということで、そもそも社会制度、また医療制度自体がかなりさまざまであることを示すアンケートをご紹介したいと思います。このアンケートは、2010 年に行われたものですが、「あなたの国で医療安全に主な責任を持っている団体はどれだと思いますか」という質問に対する答えです。ここでまずご紹介したいのは、半数や 30% ぐらいの人が「知らない」と答えているという点です。フランスやドイツ、ルクセンブルクでは、50% の人が「知らない」

と言っていますし、各国の厚労省に対応します「保健省、監督官庁が責任を持つべきである」と言っているのが、例えばイギリスだと39%、私が教鞭をとっておりますアイルランドでは62%、デンマークでは60%です。

また、特に患者さんが医療提供者、医師や病院を選ぶことができるという、患者さんの権利を非常に強く意識してきた、歴史的な伝統を持つ国、ベルギーやオランダにおいては、やはり「個別の組織（病院）や個人が責任を取るべきだ」と答える人が多かったということです。

また、スウェーデンなどのように、地方財源によって公的な医療サービスを主にまかなっている国では「地方政府」と答える人もいましたし、興味深いことに「司法制度が責任を持つ」と答えたのはオーストリアでずば抜けて多く、40%ぐらいにものぼっています。

### #3

次に、イギリスにおける近況を簡単にお伝えします。ご存じの方もいらっしゃるのではないと思いますが、2005年以降、イングランドの中部にありますスタフォードの病院で、かなり質の低いケアを受ける患者さんが非常に多く、その病院では、死亡率も他と比べて高かったということが報道されまして、それを受けて、まずは院内の事故調と、さらには独立した事故調も、2005年から8年にかけて設けられ、調査が行われました。

ただ、犠牲者の方はそれに満足しなくて、結局、政府に訴えました。政府に訴えたというのは、公的な公開審問（public inquiry）をしてほしいということで、2011年から約12億円のお金をつぎ込みまして、報告書、公開審問の最終レポートが、ちょうど今から2週間前にイギリスで公刊されました。

その報告書の要点ですが、報告書自体には290もの改善策が盛り込まれまして、1782ページの報告書だったので、私もまだ読み切ってはおりませんが、その290の改善策の中には、刑事として扱わなければいけない、例えば自主開示の義務を、すべての医療従事者に法的に課すとか、故意の義務不履行は刑法による罰則を科そうということが書き込まれています。

かなり暗い話題として、また、日本における「医療崩壊」という言葉も髣髴させないでもありませんが、イギリスの医療従事者の方々はこの報告書の公刊に際して、今後、さらに萎縮してしまうのではないかと、また、医療崩壊に似たような傾向が社会で進んでしまうのではないかと、ということが懸念されているということを、現状として報告しておきます。

首相や現保健大臣のJeremy Hunt氏なども、この件を刑事事件として調べていく必要が

あるかもしれない、と強調しておりますので、今後もまだ動きがあるかもしれません。

#4

さらに早足になりますが、イギリス、アイルランド、フランスには、GMC のように医師が構成する組織があり、医師免許管理、登録を行い、再登録、再教育も行っていく歴史的制度、組織があります。そうではなくて、そういったことに関して、例えば免許の登録などは政府が保健省を中心に行い、また懲戒処分に関して、行政処分に関して、政府以外の機関も含めて、医師団体とは別の公共機関、第三者機関を設けまして、そういった判断を行う国。ここには六つですが、それぞれ代表的な国を挙げておきたいと思います。

#5

GMC と同じような、イギリスと似たような形式や制度を取りますアイルランドですが、GMC は 1858 年に設置されておりますので、今から 150 年前になります。アイルランドでは 1978 年に類似したシステムを導入し、イギリスと同じように、産婦人科医の子宮摘出をめぐるスキャンダルが 2005～2006 年に発覚しまして、2007 年に大きな法改正を行った上で、この GMC に当たる IMC の構成員の半数以上は、医師免許を持たない者と決め、初の民間人多数派モデルが採用されました。

#6

非 GMC 型としては、ノルウェーとオランダをあげますが、もちろんこうした制度にもいろいろなバリエーションがありまして、ノルウェーに関しましては、政府のいわゆる監督官庁、医療社会福祉監督庁が一括して、登録や懲戒を決定する。医療事故があった際の調査も行います。

オランダに関しては、懲罰審議局というものが政府ではない外部に存在しまして、政府の外郭庁として、監督庁としては医療監督庁が医療の質をパトロールというか、モニターするというシステムを取っております。

#7

ノルウェーには、80 名のスタッフから成る医療社会福祉監督庁があり、そのうち 20～25 名が弁護士の方で、20 名の医師と、医療従事者が看護師の方を含めて 10～15 名で、やはり 35～40 名近く、社会福祉士やその他の社会科学領域の方も含めて 80 名のスタッフから

成るわけです。第三セクションから成る官庁ですが、行政処分に関しては、主に第一部署という弁護士および専門医から成るがセクションが扱い、事件・事故のケースによって、その分野の専門家が調査をし、判断・裁定を下すというシステムを取っています。

#8

ノルウェーでは、医療サービスの提供は基本的に政府の公的責任になりますので、日本の状況に照らした用語では、都道府県に当たる地方自治体である、四つの医療局が連携して、こういった調査、医療安全の監督を行います。

法的にも医療提供団体や医療提供者が立法によりまして規制されていて、そのうえで、法律上に文言の中に詳しいことまでは書き込まれていません。枠組み法、といわれて、枠組み的な法律を立法としては行っておりまして、内容に関しては、それは職業的自律制を根幹にすえています。医師が健全な職業的基準に満たすようなケアを行っているかということと、思いやりのあるケアという二つの視点がコアとなって、その観点から判断を下すということが法律の骨子になっています。

#9

法的基準につきましても、基本的には専門医の診療行為は専門医の団体が決めるということですが。専門家はそれぞれ、社会の時代の要請に応じながら、それはフレキシブルに変わっていく可能性もあるということを両者、関係者がすべて認識しているということ、合意があるということです。

国会にあたる議会は、事故、いわゆる望ましくない結果の医療事故や行政処分を回避するという消極的な役割だけではなく、むしろ前向きに職業的自律性をサポートするような立法を行ってきているということです。

#10

ノルウェーの方にインタビューした際に、こういう図を描いていただきまして、それを翻訳したものがこちらです。アメーバのような形にも見えますが、要するに、ここで核となるのが、健全な職業的基準に基づく医療行為です。そして、ボーダーラインにあるような医療行為をいかにして、誰が判断するのか。ガイドラインから逸脱した診療行為・結果に関しては、法律が入り込んできますが、法律による診断に委ねなくてははいけません。また、英語の表現で、バッドアップルズ(bad apples)という表現、ならず者、といえますか、

がありますが、医療ミスのリピーターも含めまして、医師、医療従事者として適正能力を欠いてしまっているものが存在したり、故意による過失犯罪が起きてしまう、というところまでは、制度として防ぎようがない。

#11

そのような場合に関しましては、法律を通じて、結果における重大な過失という観点からの裁きを下す。もちろん、故意による過失、犯罪を裁くのが法律であって、その間の部分については、やはり専門家によって決めていく、というのがいいということです。再教育、トレーニングを行って矯正するということになります。“Just culture”という Sidney Dekker が言っている言葉ですが、結局は安全と公正、説明責任を含む、そのバランスをもった文化をつくるためには、そういったシステムをつくる必要があるということです。

#12

オランダに関しましては、ノルウェーと同じように、職業的な自律性が基本的には最重視されております。ただ、逸脱行動者を選定するためには、その登録制度も変えていかなくてはなりません、ということで、研修システムを含めて、行政処分を強めた形で、1997年、個別的な医療従事者法が立法化されました。

オランダは、ノルウェーとは異なりまして、医療機関が必ずしも公的なものばかりではありませんし、さまざまな機関が不平、苦情、相談を受け付ける窓口となっております。そして、行政処分に関しましても、懲罰審議というものが個別に存在しますので、そちらで判断を下してもらうこととなります。

#13

審議局には3名の法律家、および2名の医師免許保持者、特にノルウェーと同じように個別のケースに合わせて、その専門医、内容を理解できる人が2名入って、審議を行います。裁定にはこういったいろいろな種類のものがありますけれども、裁定を受けた方々からのフィードバックを聞くと、患者さんや親族の方は、約8割方が満足した、と答えています。もちろん、不満であった場合は、上告というか、法廷にケースを持ち込むことも可能なシステムになっています。

#14

ここまで相当な駆け足で話してきましたが、GMC 型と非 GMC 型の共通点としましては、まず、この 10-20 年にかけて、どこの国でも改革が行われてきた、ということです。職業的な自律性だけに頼った制度の限界というものが、GMC 型の国では、スキャンダルによってあからさまになりましたし、非 GMC 型のスキャンダルがなかった国々でも、制度をどういうふうに変えていったらよいか、ここ 20 年間に大いに議論されてきました。たとえば、規制団体であれば、その団体をさらに規制する必要があるというようなことです。樋口先生のお話にもありましたが、日本にはまだ少ない第三者機関自体は既にあるのだけでも、それが機能していないので、さらにそれを規制する団体の必要性が強く認識されています。

患者さんや被害に遭われた方々が一番求めるといわれる真実の解明や、懲戒を含む裁定に至るプロセスの透明化。問題が起こった以上、担当医という個人が責任を問われないにしても、団体も含む誰かがやはり責任を取ってしかなるべきだろうということ。そういう問題への取り組みの徹底ということで、かなり多層なシステムができています。

それと、従来の免許登録制度の弱点も認識されています。昔は医師として登録されれば、一生、免許が与えられていたということでしたが、それではいけない、それを変えていかななくてはならないという指摘です。

#### #15

ただ、非常に重要なのは、最終的な社会目標は質の改善であるという認識で、医療システムを社会の宝だと国民全体がしっかり認識して、そこに立脚した視点から、制度を変えていかななくてはならないということ、インタビューした国では例外なく言われました。

患者さんや医療従事者の声を反映させるチャンネルを、構築しなくてはならない。彼らの声をどういう形で反映させればいいのか。メディアによる介入がいいのかというと、必ずしもそうとはいえないのではないかと思います。制度全体との相互作用、こういった行政処分のシステムを、医療制度全体、または社会システム全体の中にすえたいので、その一部として考えていかなければいけません。そう考えた場合に、各国、といってもヨーロッパの場合は、EU（欧州連合）になっていますので、人も患者さんも含めて医療従事者も国を超えた移動が激しいわけです。とはいっても、個々の制度自体は、各国の伝統や歴史に基づきながら、それを発展させる形で充実させていくという動きがそれぞれ見られます。

#16

GMC 型はスキャンダルをきっかけとして、いわゆる逸脱行動者をもとに制度改革が行われたという特徴があるかと思います。そのために、多少、今できている制度がいいのかどうかということに、かなりのクエスチョンマークが付けられているところもあります。

それに比べて非 GMC 型のオランダやノルウェーは、スキャンダルもない中で改善を徐々にしてきました。その背景にはやはり医療の自律性が基本にあるのではないかと思います。その審議過程や決定に GMC 型のような陪審員制を取らないので、直接に患者さんや非医療従事者が参画することはないのですけれども、逆に専門的知識への信頼が、公平性、長期的な行政教育や質の向上につながっていくという理解があります。

さらに中立的な政府組織の介入。政府や立法の存在も非常に強く強調されていました。第三者機関という形態で、政府は直接関与はしない形なのですが、医療安全のための立法や、側面からのサポートは惜しまない、ということをはっきりと明らかにしていきます。

#17

最後ですが、これはノルウェーの事例です。宮田先生がおっしゃったようなインターナルコントロールという、基本的には病院内の管理コントロールのシステムをしっかりといかなくてはなりません。そこがノルウェーにおいても課題であるということで、基本的な自律性、専門職ごとの自律性や健全な職業的基準が既にあるし、それをさらに強めていくということです。

#18

結論のキーワードとしましては、「公共性、透明性、専門職的な自律性」ということで、むしろ大陸におけるこうした制度改革の方が日本の現状には合っているのではないかと、アングロサクソンのいわゆる英米的なものよりはしっくりくるのではないかと最後に述べさせていただいて、私の発表を終わらせていただきたいと思います。ご清聴をどうもありがとうございました。

(山口) ありがとうございました。いろいろ国によって様子が違うという話をいただきましたけれども、そういう中での共通項がどういうものか、また後でちょっと議論いただきたいと思います。

それでは引き続いて、新星総合法律事務所から児玉先生にお話を伺います。

## Ⅱ－iii) 法律論からの解釈 「法律論の視点から」

児玉 安司 (弁護士)

弁護士の児玉でございます。よろしくお願いいたします。

診療関連死の中立的な原因分析に関連して、法律論の視点からというお話をさせていただきます。今日、お話しさせていただく内容は、今までたくさん、委員会やコミッティー、コミッション、カウンスル、機構という、いろいろな組織の話題が出てまいりましたので、その点について、法律的な整理を少し試みてみたいと思っています。

#2

出発点になりましたのは、皆さまがご存じのとおり、12年前の外科学会声明で、捜査機関が医療の質や適正を判断しているのは望ましくない。中立的な機関を設立して判断すべきであることを、もう12年も前になってしまいましたが、外科学会声明が出され、その後、19学会の共同声明につながり、現在に至っています。

#3

状況はどんなふうに変わっているかということ、医療事故の警察届出件数は、もうこんな状況では耐えられないということで、外科学会声明が出されたのは2001年です。医療機関側から警察側に届け出ていた件数が、その前の年、1999年の20件から、2000年には80件に4倍増で急増し、2001年も80件と続いた時期に、外科学会声明が出されたわけです。

その後、2004年のピークを挟みまして、現在では2009年116件、2010年105件、それからグラフに書いていませんが、昨年（2011年）は107件ということで、現状は外科学会声明が出された時期よりも、なお悪い状況が続いていることになっております。

#4

さて、公的な機関、中立的機関、第三者機関ということ、外科学会声明以来、さまざまな形で議論をしてきたわけですが、大ざっぱに二つに分けますと、公的機関、中立的機関、第三者機関は政府の機関なのか、それとも民間の機関なのかということが問われています。

また、大ざっぱに政府と民間と分けても、先ほど来、各国の例えばMQACやGMC、非GMC型の組織というものを検討に入れますと、政府と民間が入り組んだ大変複雑な状況になっ

ています。

時間の都合がありますので、私が今のところこう考えているという結論を三つ、最初に申し上げておこうと思います。まず、警察を典型とする権力的・懲罰的な組織は、その対応によって生じる副作用が大きすぎて、安全対策としてふさわしくも望ましくもないということが1点目です。

2点目は、医療安全調査について、専門家組織への民間委託が法的に可能であることを、今日お話ししたいと思っております。

3番目は、政府機関と民間組織の適切な組み合わせを検討していくのが今後の課題であるということです。

この3点について、少し専門的な、他の省庁の事例をご紹介しますながらお話しさせていただきます。

#5

国の行政組織は、内閣府、各省庁などが、ご覧のような内閣府設置法、国家行政組織法等で設置されておりまして、厚生労働省は各省庁の並びの中で、厚生労働省設置法という法律で設置されています。この省や庁と同じレベルに位置付けられるものが、国家行政組織法三条機関、三条委員会と呼ばれるものです。

#6

この三条委員会の例は、例えば内閣府の外局である公正取引委員会、国土交通省の外局である運輸安全委員会、厚生労働省の外局である中央労働委員会など、非常に大きな組織と強い独立性を持った組織を三条機関、三条委員会と呼んでおります。

#5

それと違って、各大臣の下にあり、さまざまな位置付けで置かれている審議会等を八条機関と呼んでおります。

#7

これは国家行政組織法八条に基づく組織で、重要事項に関する調査、審議、不服審査、その他、学術経験を有する者等の合議により処理することが適当な事務をつかさどるための合議制の機関と位置付けられておりまして、例えば現状の医道審議会も、基本的にはこ

の八条委員会に位置付けられており、厚生労働大臣の下にある組織です。

#8

皆さま、ご存じのところと思いますが念のため、厚生労働大臣の権限は、医師免許について、厚生労働大臣が免許を与え、免許を取り消す権限があるというのは、医師法に定めがあります。

この医道審議会については、一番下の赤でマークをしております「厚生労働大臣は医師免許に関する前三項に規定する処分をなすに当たっては、あらかじめ医道審議会の意見を聴かなければならない」という定めがあります。医道審議会は、処分の主体ではなく、厚生労働大臣がその権限を行使するのに先立って、意見を聞くための諮問機関という位置付けで、国家行政組織法八条に位置付けられているわけです。

この点で、日本の免許制度は GMC 型でも非 GMC 型でもなく、非常に強い行政規制型の組織が取られているように私には見えております。安全に関して、このようなありようだけかということで、若干、他の例をご紹介させていただきます。

#9

運輸安全委員会は、航空事故、鉄道事故、船舶事故等の原因究明を行い、その後の事故防止、被害の軽減に寄与することを目的とするということで、運輸安全委員会設置法第一条の目的の下に設置された組織です。これは三条委員会という、先ほどご紹介しましたように、省や庁と横並びになる大変大きい、強い、独立性の高い組織です。

#10

ただ、このような組織でも、運輸安全委員会設置法十九条では、その事故調査を行うために必要があると認めるときには、赤でマークをしておりますとおり「民間の団体又は学識経験を有する者に委託することができる」という定めになっておりまして、民間の専門家との連携の中で安全調査を行っていくことが掲げられております。

#11

食品安全基本法では、ご覧のような食品安全の目的が掲げられています。

#12

そして、食品安全基本法二十二条に基づいて、内閣府に食品安全委員会を置くことになっております。この食品安全委員会は、先ほど申し上げました三条、八条という区分で言いますと、八条委員会に属しております。ただ、この八条委員会である食品安全委員会の調査に当たりますが、第二十六条で「委員会はその所掌事務を遂行するために必要があると認めるときは」、下に移りますが「民間の団体、都道府県の試験研究機関又は学識経験を有する者に対し、必要な調査を委託することができる」とされているわけです。

#13

このような事例が医療の世界にないかと申しますと、医療法施行規則の中で、医療事故の、これは個別の調査ではありませんが、集まってくる事故情報を集積して調査分析を行う機関として、医療機能評価機構が医療法施行規則十二条で登録分析機関として位置付けられています。

#14

現在、医療事故調査については、医療安全調査機構が実際に活動を行っていますが、冒頭に述べさせていただきましたとおり、ご紹介しました三条機関、三条委員会にするか、八条機関、八条委員会にするかという議論がいろいろされてきた中で、三条委員会であろうが、八条委員会であろうが、民間委託の適切な組み込みを行うことが重要であり、またこれまで12年間続けてこられました医療安全調査の医療安全調査機構に至る取り組みを法令の中に位置付け、適切な予算配置を行うことによって、民間のセクターの発展を促していけるように考えております。

医療に関しても、またその他の分野についても共通するところですが、このような法的な安全調査の抱えている課題は二つあります。一つは自律で、専門家の自律と政府規制のバランスをどのように取るか。それから二つ目のポイントは、専門家と市民の参加のバランスをどのように取っていくかという、二つの課題があると思っております。以上、ご清聴ありがとうございました。

(山口) きっちり時間で終わっていただきまして、ありがとうございました。少しまた時間ができたら、後で演者の皆さま方にご質問を受けたいと思っております。

それでは引き続きまして、医療の良心を守る市民の会から永井さんに、患者の立場からというお話を伺います。

## Ⅱ－iv) 患者の立場から

永井 裕之（「医療の良心を守る市民の会」「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永井でございます。私自身、1999年、東京広尾病院で妻を医療事故で亡くしています。この研究会のメンバーの1人でもありました。

#2

事故に遭遇したとき、これは皆さんもよくご存じのように、やはり突然亡くなった被害者の遺族は、やはりなぜその事故が起こったのか、本当のことを教えてほしいし、原因を本当に明らかにしてほしい。そして、事故の内容が分かったら、しっかり詳しく説明していただきたいし、事故なり過誤であったら、やはり謝罪してほしい。これが一番の願いです。そして、次にある程度余裕が出てきたときに、やはり同じような事故を起こして、同じような被害に遭わない仕組みをつくってほしいというのが強い願いです。

#3（事前PPTでは#2「あの時から15年」）

さて、99年1月11日、横浜市大、先ほど言いました2月11日に広尾の病院でありました。10年ぐらいたったときから、僕は多くの医師から「永井さん、医療はだいぶ変わりましたよ」というお話をいただきました。

確かに、いろいろと変わっていることは事実ですが、私自身、多くの医療事故被害者というか、被害者らしきというふうに医師の方々にしたら、なるかもしれませんが、そういう方とお会いしていると、やはりこの15年、あまり変わっていないのではないかと。特に事故調査についてです。本当に変わったのか。公正中立性は？ 透明性は？ 本当に事故から学んでおられますか。事故は減ったのでしょうか。

#4（#3「医療事故？ 事実経過の共有」）

医療事故らしきものに遭ったときに、一番、医療者と患者、被害者、遺族と違いが出てくるのが、事実経過が共有できない。医療者は今まで説明したとか、こうなっていたと言っているのが、被害者・遺族は聞いていないとか、そういうところに一番大きな問題があります。そこに不信感が出ることによって、後々のことが全部、解決されていきません。そして、より説明を求めると、最後には顧問弁護士なり事務方が出てきて「それなら裁判

に訴えたらどうですか」と言われることもあります。しかし、ほとんどの人は裁判に訴えず、泣き寝入りしたり、ごくわずかな人が裁判に訴えているのが現状です。

#### #5（#4「医療機関の医療事故対応」）

今日、来られている医療者の方には大変失礼な言い方をするかもしれませんが、やはり多くの医療機関の中で、まだ組織防衛に走って、本当のことを教えてほしいということに対して、うそを言っているのではないかという事例が結構あるのです。

#### #6（#5「望ましい医療事故対応」）

やはり望ましい医療事故対応という意味では、うそをつかない医療。これについては、私の会の副代表をしていました新葛飾病院の清水陽一院長は、うそをつかない医療を推進しました。その記事も今日は添付していますので、ぜひお読みいただきたいです。やはり事故らしきものが起こったとき、医療機関は「誠意を持って調査します」とおっしゃいます。一番問題は、被害者側から見たときに、お世話になった主治医なり看護師に本当の話を聞きたいという思いが強いのに、ほとんどの場合、そこをシャットアウトされてしまいます。そしてまた、事故調査を院内でやってほしいと言っているのに、やらない。また、やっていることを知らされずに、結果をマスコミで知ることが結構あります。

#### #7（#6「当該院内での事故調査 今日から～しかし・・・」）

今、院内事故調が十分だとおっしゃる方もいるし、院内事故調については、私は極端に言う、10年ぐらい前から「今からでもしっかりやれるのですよ」と言い続けました。

しかし、院内での事故調査は多くの被害者から見ると、外部委員すら入れていないとか、透明性とか公正性、特に自浄作用や自律性は本当にあるか。やはり医師同士でかばい合っているという姿が見えるわけです。そういう中で、現在行っている「モデル事業」というもので、救われている方もおります。

#### #8

私は「モデル事業の火を消すな！」とずっと言い続けています。しかし、1月17日の全学医学部長病院長会議の記者会見の中で、「モデル事業を現行のまま継続するのは問題だ」と報道されています。これは彼らがよく言っている「原因究明をすることは責任追及につながる」ことになると言っているのではないかと私は思います。第三者機関ができるまでは、

私はやはりモデル事業を引き継いでいってほしいという思いをずっと訴えています。

#9

また、今、厚労省の「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方検討部会」が10回行われました。その中に、4病院団体協議会や全国医学部長病院長会議では、院内事故調を基本とする医療版事故調を提案しています。本当に院内事故調で十分なのかという、その内容について、患者側からの調査要請には対応しないとか、事故報告書を渡すかどうかは各医療機関に任せるとか、事故後の調査メンバーは、「基本的に当該病院関係者である。医療者も含めて他の人が入ってくることは、土足で踏み込んでくるのはけしからん」、という発言までしています。私は、ここの代表で出てきている責任者の品格を疑いたくなるような発言だとも思います。

それらの主張に呼応するかのように、医療側の弁護士の中に「中立的な第三者機関という構想は、一部の弁護士や法律家による机上の法律論に過ぎない」とまで主張しています。また、「医療界が医療版事故調の創設が求めた最大の理由は、医療現場への警察介入をしてほしくなかったからである。医療事故調査機関の創設は、むしろ害が大きい」という主張を地方医師会の席ある方がネットの中で発言しています。

#10（#7「内部事故調の限界」）

医療機関の内部で本当に調査できるとおっしゃっていますが、樋口先生のお話にもありましたように、今いろいろなところで国民は、内部調査の問題点を報道で知ったり、落胆もしています。医療界だけが内部調査でしっかりやるというのは、本当ですか。大学病院で事故調査をした先生が、やはり院内での調査では相当甘くなるし、安易になりがちになる、やはり第三者機関が必要だと強く訴えております。

#11

私どもは患者の視点で医療安全を考える連絡協議会を、2008年に市民団体の5団体でつくり、ずっと医療版事故調の早期設立を求めて、このチラシを都内の駅で1カ月に一遍、配布して、署名活動もしています。今日、皆さんにそのチラシを入れてあります。

#12（会場スライド「医療事故調査機関の早期設立キャンペーン」、チラシ「医療に安全分  
化を」）

その内容はこのチラシのとおりです。

#### #13 (#8 「私たちが求める公的な医療版事故調査」)

この中身は、やはり私どもとしては公的な医療版事故調査機関をつくってほしい。原因を究明し、再発防止を図って、患者・家族に公正な説明をして理解を求める。性格的にはこのペーパーに書いていますが、独立性や実効性も大切です。特に実効性では、国がしっかり金も出してもらえないといけないのではないかという意味で、国に予算措置をお願いしたいと言っています。

#### #14 (#9 「医療事故調査の公的第三者機関の早期設立を」)

第三者機関として、この図にもありますように、院内事故調は確かに必要です。しかし、規模によってできないところ、また、もう医療機関との信頼関係がなくなって、その院内では調査を望まない人も出てきます。やはり中立的な第三者機関と当該病院とが調整・連携をして、外部委員の推薦をし、院内事故調のメンバーに入るなど連携を取っていく仕組みは絶対に必要なのではないのでしょうか。

#### #15

私の裁判の中で、医師法 21 条の判断をしていますが、憲法 38 条、何人も不利益な供述を強要されない事に違反するとの訴えに対して、医師の社会的責任などを考慮し、医師が届出で自分が刑事責任を問われる恐れがあっても、公益上の高度の必要性に照らすと、届出の義務を課すことは憲法に違反しないと最高裁は判断をしました。

#### #16 (#10 「アメリカ医師会の倫理基準」)

アメリカの医師会の倫理基準に「医療過誤時の情報開示」ということで、「医師には何があったのかが、患者に理解できるよう必要な事実をすべて告げる倫理義務が存在する」「真実を告げた後に生じる法的問題の可能性が、医師の患者に対する正直さに影響してはならない」。最高裁の判断はこれと同じことを言っていると私は思っています。

#### #17(#11) 「医療事故調査」と「行政指導と再教育」

さて、今日の「医療事故調査」と「行政指導と再教育」ということですが、やはり事故調査の目的は原因究明、再発防止であり、日本の医療の質、安全の向上にあることは事実

です。国民も、もちろん医療者も、この目的のためにやるべきだと思います。そういう意味で、まだ院内事故調だけでは不十分だと思いますし、特に院内事故調の「透明性、専門性、公正中立性」を本当にどう担保していくのかということも重要だと思います。

また、行政の指導については、今日、提案があったような新たな審査会が多分、必要になってくるし、そのときに、個人の問題より、私は組織や責任者、要するに医療機関がしっかり直していく仕組みが要ると思います。

また、再教育という問題については、私自身はメーカーの技術者でしたが、その経験からも、やはり現場です。人材の「材」を私は財産の「財」と書きましたが、本来はその医療機関がやるべき仕事だと私は思います。特に技量の問題はしっかり指導者が付いて、そこで指導をしていくという体制がまだ取られていないことにも問題があると思います。

#18

アメリカや欧米の4学会の中に、医師憲章で三つの基本原則があります。①患者の利益追求、②患者の自律性、③社会正義。やはり「医師は患者の利益を守ることを何よりも優先し」というある意味での倫理観を、日本の医師会も医師の中でも共有すべきだと思います。

#19

プロフェッショナルとしてあるべき10項目もあります。患者に対する正直さの責務、医療の質の向上をさせる義務、専門職に伴う責任を果たす責務。これは専門者としての責任を傷つけた医師には懲罰を加えることも必要であるということも書かれています。

#20（#12「医療事故から学び、事故を少なく」）

やはり医療事故から学び、事故を少なくしていく。そのためには、やはり新しい制度に対しては、私は新しい皮袋が必要だとずっと訴え続けています。報告文化や正直文化が醸成され、それに伴って安全文化が育っていくと思います。そのためには第三者機関が不可欠であり、医療版事故調の公的なものを早く設立して、事故の原因究明と、再発防止という意味では教育制度、再教育制度をリンクしていく必要もあると思います。

この新しい仕組みを、やはり小さく生んで、医療者だけに任せるのではなく、国民もすべてが交通安全以上に、医療安全の問題をみんなで育て上げていく。こういったことを国民に訴えていく必要もあるのではないかと考えています。

(山口) 永井さん、ありがとうございました。皆さん、時間を守ってやっていただきまして、ありがとうございます。

引き続いて「マスコミの立場から」、日本経済新聞の前村さんにお話を伺います。

## Ⅱ－v) マスコミの立場から

前村 聡（日本経済新聞社 大阪本社 社会部）

今、ご紹介いただきました、日本経済新聞の前村聡と申します。早速始めさせていただきます。

これまでの方は、皆さん、研究班のメンバーの方だったのですが、私は研究班のメンバーではなくて、第三者という立場でお話をさせていただきます。私としては、これまで皆さん、横軸というか、海外の例とか、これからの在り方とか、法律論というお話をされていましたが、私としては縦軸というか、これまでに至った経緯を振り返ることで、ではどういう形があるべきなのかということと一緒に考えてみたいと思います。

### #2

こちらの記事は、ちょうど先ほどの児玉さんもおっしゃった、12年前、2001年に私が書いた記事です。「医療再生」という形で、日経新聞の一面で連載した企画の1回目です。1回目で取り上げたのがまさに医療事故の問題で、「産業医大の第2外科で、8カ月の間に6人の患者を死に至らせた医師がいる」という書き出しから始めております。

この方は一昨年8月の着任から病院が手術の中止を命じるまでに担当したのが46例で、死亡率は13%。胸部外科学会の全国平均の2倍以上でした。その手術に立ち会っていた方に取材をしましたが、やはり手術が雑で、執刀するときは通常の3倍の輸血を用意していたということでした。しかし、この方はその後、ほかの病院に転出して、その病院もまた立ち去ってしまったけれども、行政処分が医師免許の取り消しはなかった、ということを紹介しております。

### #3

結局、そこのあたりから、行政処分は何のためにあるのかということが問題になってきました。先ほどの永井さんのケースでも、99年に発生して、刑事訴訟が最高裁まで行ったこともあって、確定した後に医業停止1年と厚労省は決定したのですが、これは事件発生から6年半もたっていました。行政処分が刑事司法に依存している状況でした。

### #4

こうした中、東京慈恵医大の青戸病院で初めて適用されたのが、刑が確定する前にきちんと迅速に行政処分をしておこうという動きです。初公判で、対象者が起訴内容を認めたことに基づいて処分しました。ただ初公判で起訴内容を認めなかったほかの医師は、結局、確定した後の処分となっております。

#5

一方で、「民事や示談で医療ミスが認められたのに、行政処分をされないのはおかしいのではないか」という声も挙がっておりまして、そうした中、厚労省は、刑事で確定した場合だけではなくて、民事なども対象にしていこうといったのが2002年12月でした。

#6

適用第1号は富士見産婦人科病院事件という案件です。発覚したのは1980年で、埼玉県警が当時の理事長を医師法違反で逮捕したのを契機に、健康な女性の体から子宮や卵巣をどんどん摘出していたということで1000人以上が被害を訴える、乱診乱療ということで大きな社会問題となりました。

被害者らは刑事告訴をしたけれども、不起訴でした。最終的に民事で、2004年7月に最高裁で確定したのですが、その段階で厚労省が民事も行政処分の対象にすると方針転換しており、厚労省が元院長の免許を取り消すということを初めて民事に基づいて行いました。

#7

ところが、この1週間後、3月12日に、その免許を取り消されたドクターが行政訴訟を起こしました。行政処分の内容が不当であるということで、医師免許取り消しを、取り消してくれという訴訟でした。

最終的には、2005年3月に訴えて、こちらも控訴、上告で最高裁まで行きまして、確定したのが2009年5月のことで、その間、行政処分で医師免許取消が決定したけれども、4年あまり、その医師は診療を継続していたという案件でした。

#8

これが全国紙で最初に医療版事故調の話を書いた記事です。そもそもこの記事を書いたときも、刑事という問題もあったのですけれども、その前段階としての行政処分がきちんとできていないのではないかという検討の中から浮上していたのがこの経緯です。先ほど

もご紹介があったような、当時の国土交通省の航空・鉄道事故調査委員会の医療事故バージョンが目標という形でした。

この段階で、民事も対象にするという方針転換した厚労省には68件の行政処分してほしいという案件があったのですが、厚労省は20件ぐらいを調査して行って、その後、なかなか処分が進んでいないという現状がありました。また後で詳しく紹介させていただきます。

#9

医療事故を対象ということでは、先ほどもちょっとお話があったように、行政処分で、2007年から医療事故等を対象にした「戒告」というものが加わりました。

#10

そうしたのは医師だけではなくて、翌年から薬剤師や看護師も同様にやっております。

#11

ところが、2011年の行政処分ではうまく機能していないことが分かりました。このケースは三重県の71歳の産婦人科医が民事訴訟で4件の医療ミス認め、そのうちの1件は刑事でも確定していたのですが、同じような医療ミスをずっと繰り返しているということで、三重県四日市市の「リピーター医師をなくす会」を被害者の方々が集まってつくり、この医師がずっと診療を続けていることに対して、厚労省に行政処分ですべての免許を取り消してほしいという要望をずっとしていたケースです。

その結果が初めて出たのが、2011年の行政処分だったのですが、結局、4件の申し立てのうち、最後に刑事で確定した1件分だけをもって、「戒告」という形にしていました。この段階では、07年から厚労省の調査権限を強化していたのですが、実際にその権限を使って処分できたのは、3件の医療ミスで計6人に留まっているという現状がありました。

#12

では、処分を要望されていた四日市市のほかの三つの案件はどうなったのかというと、次の医道審議会では、今度は二つの医療ミスについて再び「戒告」処分という形でした。同