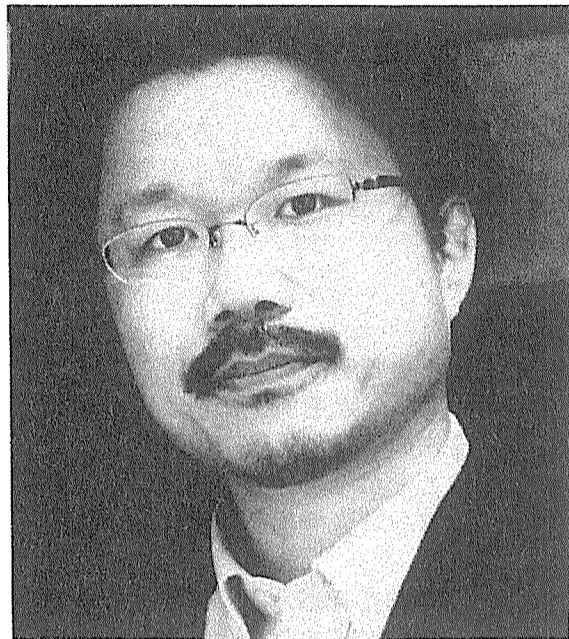


このミニコミ誌はボランティアグループ「クレイリエール」が発行しています。

CLAIRIÈRE

医療安全の10年と報道の役割を考える



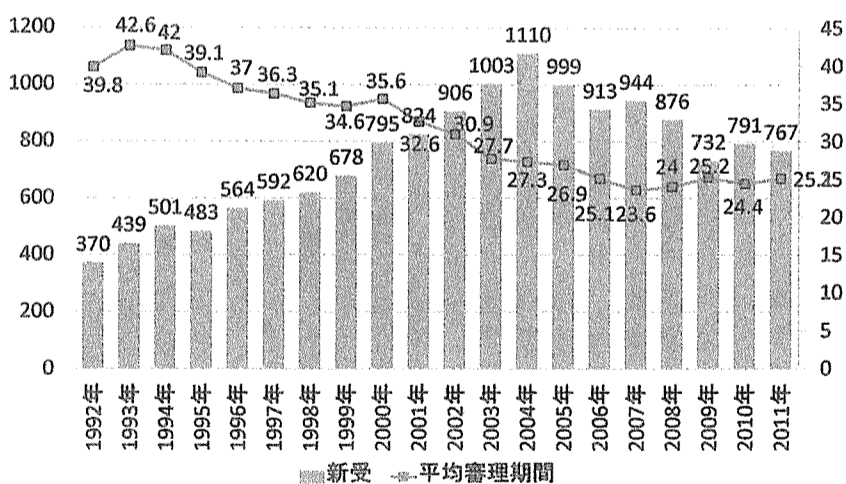
日本経済新聞社 大阪本社 社会部記者 前村 聡

医療事故が大きな社会問題となり、医療安全の転換点となった1999年から10年余りが過ぎた。患者・家族と医療者の対立から民事訴訟が増加、医師逮捕など刑事事件への発展と相次いだ無罪判決。一方で「医療崩壊」とまで呼ばれた過酷な医療現場の実態も明らかになり、医療提供体制の見直しの必要性が指摘され、医療安全への取り組みも広がった。ただ医療事故の報道件数は大幅に減少しており、社会的な関心は低くなっているようにもみえる。医療安全の向上に地道に取り組む医療機関と、10年前と変わらないような医療機関もある。2012年9月15日に日本医学ジャーナリスト協会が開催した公開シンポジウム「医療事故報道を検証する」を開き、この10年余り取材を続けてきた記者として、患者・家族、そして医療者が経験し、取り組んだことを共有する必要性を改めて感じた。そのうえで医療事故報道の役割と課題を考えた。

●「あつてはならない」と共有されず

1990年代後半までは医療事故は医療現場で「あつてはならない」という思いが強い余り、医療機関内でさえ共有されることはほぼなく、表面化しないケースがほとんどだった。医療側から納得のいく説明がないなか、疑問を抱えた患者・家族らは「真相を知りたい」とカルテなどを証拠保全して提訴し、民事訴訟の新規件数は1992年に370件だったが、少しずつ増加して1998年には620件にまで増えていた(図1)。

医療訴訟の新受件数と平均審理期間
(最高裁まとめ、図1)



訴訟で医療ミスが明らかになるケースもあり、「医療ミスは隠されているのではないか」という医療不信は次第に募っていったが、訴えが認められるケースは半数に満たなかった。こうした実態は1991年10月に設立された「医療過誤原告の会」の設立宣言が物語っている。

(以下「設立宣言」の抜粋)

医師は、このような事故を起こしながら、専門家という権威を盾にその事実を認めようとはしません。悲しみの中で原因を明らかにして再発を防止したいという私たちの切なる願いも踏みにじられるばかりです。さらに私たちが許せないことは、事故を起こした医師たちは密室の中にすべてを包み隠し、責任を回避せんとすることです。

これまでも医療過誤の被害者は、閉鎖的、権威的な医療組織社会に仕

な闘いを挑みながら、真実の叫びを社会に訴えて来ました。しかし、その数は極めて少なく、大部分の被害者は泣き寝入りを余儀なくされております。(以上)

転機となったのは2つの医療ミスだ。1999年に起きた横浜市大病院の患者取り違え手術と、都立広尾病院の消毒液点滴。「あつてはならない」はずの医療ミスであり、事故を公表しようとする医療機関側の動きも報道で明らかになり、「やはり医療ミスは隠されていた」という医療不信を増大させた。

報道する側にとっても医療事故の取材は困難だった。患者・家族から「医療ミスではないか」という情報提供を受けて医療機関に取材を申し入れても、「社会部」と名乗っただけで取材に応じてもらえないこともあった。取材できたとしても「医療ミスではない」と主張する医療機関側を否定するのは、患者・家族側の鑑定を引き受けていた数少ない医師らの見解しかなく、対立する見解の答えは裁判所の判断に頼らざるを得ない状況だった。

だが、1999年に起きた2つの医療ミスが明らかになり、「あつてはならない」はずの医療事故が実際に起きており、その実態を明らかにすることが報道の大きな役割となっていった。

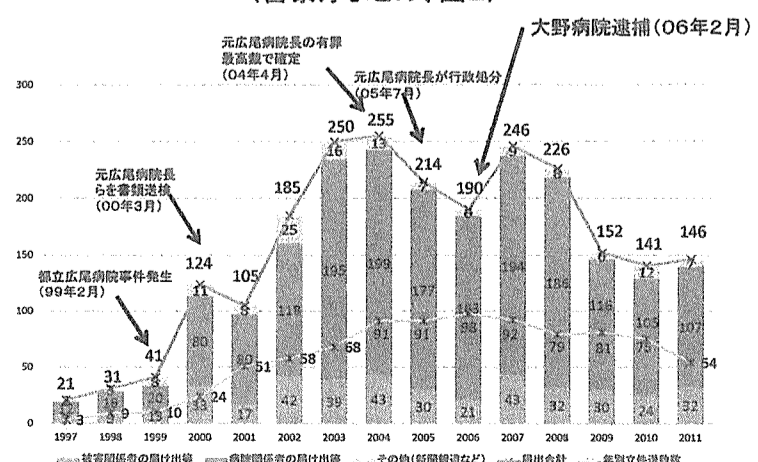
奇しくも同年に米国医療の質委員会が「人は誰でも間違える」(To Err is Human)を公表、「米国内では少なくとも毎年4万4000人から9万8000人が医療ミスで亡くなっている」という驚くべき推計を示した。「医療事故は起きている。それを前提に改革を進めなければならない」という認識が国際的にも共有された転換点となった。

●増える医療訴訟、病院から警察への届出

新規訴訟は1999年以降も増え続け、2004年には1110件に達するなど患者・家族の医療不信は高まっていた。だが医療訴訟は専門性が高く、鑑定医の見解も真っ向から対立するため、証拠調べに時間を要し、審理期間も平均で3年程度に及んでいた。その末に判決や和解となっても、双方の見解は異なつたまま、「何が起きたのか」という原因究明ができないだけでなく、対立関係から医療機関側が非を認めていない医療事故を理由に再発防止に取り組みにくい矛盾も生じていた。

こうしたなか、「駆け込み寺」として事実関係を特定するために強制的な捜査権のある警察に原因究明を求めて刑事告訴する患者・家族など「被害関係者からの届出」は年20~40件程度あった(図2)。

警察への医療事故関係届出数
(警察庁まとめ、図2)



ただ新規訴訟の増加とは対照的に、1999年以降も横ばい状態が続いている。医療事故の警察への届出数が増えたのは1999年に起きた都立広尾病院の点滴ミスがきっかけだった。

都立広尾病院事件では患者が医療ミスの疑いで亡くなったにもかかわらず、医師法21条で定める「異状死」として警察に24時間以内に届け出なかった病院長らに対し、最高裁は2004年4月に「自己の診療していた患者のものであるか否かを問わないと解するのが相当」と判断。さらに「届出義務があるとすれば、自らの医療ミスも届け出なければならず、不利益の供述を禁止した憲法38条に反する」という病院長側の主張も、最高裁は「一定の不利益を負う可能性があっても、それは医師免許に付随する合理的な負担として許容されるべきである」と退けた。

このため、医療事故が起きた場合に「ミスではない」と思っても、結果的に医師法21条違反に問われないように警察に届け出る医療機関が急増した。広尾病院事件前は「病院関係者の届出」は20件程度だったが、2000年には80件、2004年には199件と約10倍になった。

●医学会が中立的な専門機関を設立

「あってはならない」医療事故が次々と報道などを通じて明らかになるなか、「日本の医療制度は、医療事故があることを前提に制度設計されていなかった」（当時の厚生労働省医療安全推進室長）。医療現場に民事訴訟だけでなく、警察による捜査のメスが入ることが増え、医療界から原因を究明して再発防止に役立てるための中立的な事故調査機関の創設を求める動きが出てきた。

日本外科学会など外科関連学会は2001年4月、「患者死亡の場合や医療過誤の疑いがある場合、調査にあたる公的・専門的な中立的機関の創設」を求める声明を出した。日本内科学会も翌年7月、「医療事故の発生に際し、正確な報告、徹底した事実関係の検証を行い得る第三者機関の設置が必要」とする見解を公表した。見解がほぼ一致した両学会は解剖を専門とする日本法医学会ならびに日本病理学会と2003年から協議を進めて翌年4月、「医療事故の事実経過を検証し、解剖を含めた諸種の分析方法を駆使し、公正な情報を得て判断する調査機関」として中立的な専門機関の創設を求める共同声明をまとめた。

共同声明では、「判断に医学的専門性を特に必要としない明らかに誤った医療行為や管理上の問題での患者死亡」は、「異状死」を警察に24時間以内に届け出ることを義務づけている医師法21条に基づき警察に届け出る一方、「医療の過程において予期しない患者死亡が発生した場合や診療行為に関連して患者死亡が発生した場合」は警察ではなく、中立的専門機関に届け出て調査することを求めたものであった。

共同声明に賛同した計38学会が厚生労働省の補助金を受けて2005年9月に立ち上げたのが「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（モデル事業）であり、将来的な「第三者の中立的専門機関」を目指した動きだった。約5年間で、100例余りの医療事故の調査分析を実施して2010年4月からは「医療安全調査機構」として北海道、宮城、茨城、東京、新潟、愛知、大阪、兵庫（神戸市内）、岡山、福岡・佐賀の全国10地域で第三者による調査分析を続けている。

●「刑事責任追求」は無罪判決相次ぐ

医療事故に対する警察の捜査で大きな転換点となったのは2002年6月に心臓外科医2人が警視庁に逮捕された東京女子医大病院事件だった。逮捕容疑は2001年3月に同病院で実施した小6女児の心臓外科手術で「人工心肺装置の操作ミス」という業務上過失致死容疑と、女児が死亡した後にカルテを改ざんしてミスを隠そうとした証拠隠滅容疑だった。事故は2001年12月末に新聞報道で明らかになり、警察が捜査していたがそれまでミスがあったとしても書類送検にとどめることが通例だっただけに、「医療ミスで医師逮捕」は全国ニュースとなった。人工心肺装置の停止で起きたとみられた脳障害の発生を隠蔽しようと、女児の瞳孔の大きさを書き換えるなど、カルテの改ざんも発覚したことで「やはり医療ミスは隠されている」という不信感が社会に一気に広がった事件でもあった。

ところが逮捕後、日本胸部外科学会など3学会が人工心肺装置の操作ミスだったのか検証する調査委員会を立ち上げ、2003年5月に操作ミスではなく、装置自体に欠陥があったとする報告書をまとめた。専門学会による中立的な事故調査の結果が決定的となり、東京地裁は2005年11月、「人工心肺装置の操作ミス」として逮捕、起訴された心臓外科医は無罪を言い渡した（東京高裁で確定）。

2006年3月には業務上過失致死罪で書類送検、起訴されていた杏林大病院の医師にも無罪判決が下った。医師は1999年7月、夏祭りで綿菓子を食べいて転んだ際に割り箸が口に突き刺さった4歳男児に簡単な手当をしたものの、口腔内には見えなかった折れた割り箸が脳にまで達しており、男児は翌日に急変して死亡した。一審・東京地裁は見逃した過失を認定したものの、「救命の可能性はなかった」として無罪とした。控訴審の東京高裁は「当時、割り箸片による頭蓋内損傷を予見することは不可能だった」と過失を否定して無罪が確定した。

杏林大病院事件で無罪判決が出る直前の2006年2月には福島県立大野病院の産婦人科医が業務上過失致死罪で福島県警に逮捕された。2004年12月に帝

王切開手術の際、癒着した胎盤を剥がす際に出血多量となり、女性が死亡した刑事責任を問われた事件だったが、2008年8月に福島地裁は「胎盤を剥がし続けた行為に問題はなかった」として無罪判決を言い渡した。検察も「裁判所の判断を覆す材料がない」として控訴を断念する異例の展開となった。検察が起訴した事件の有罪率は99%以上だ。だが医療事故では無罪事件が相次ぎ、「医療ミスかどうか争いがある場合の捜査は難しい」という風潮が強まり、捜査当局は刑事責任を追及することに消極的になっていった。

●「中立的な事故調査機関」の法案化も頓挫

前述の学会の自律的な動きに押され、厚労省は2007年3月に「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」（第3次試案）を提示し、医療事故の被害者等を入れた検討会を通し、2007年10月には第2次試案、2008年には第3次試案まで練り上げ、医療安全調査委員会（仮称）を創設する「大綱案」を公表、法案提出の準備まで整えた。

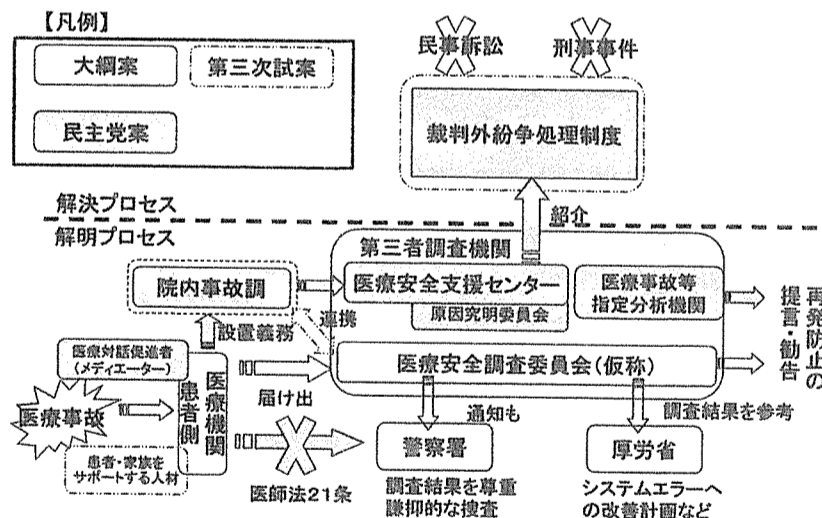
医療事故の被害者だけでなく、警察任せではなく、自律的な原因分析を求めて主要な学会や日本医師会も賛同した大綱案だったが、医療者の一部から反対意見が出た。反対意見が集中したのは、医療安全調査委員会で検証した結果、刑事処分や行政処分の対象となり得ると判断した場合、警察や厚労省に通知する仕組みを残した点だった。

実はこの通知する仕組みは第2次試案では含まれていなかった。第3次試案で盛り込まれたのは、医師法21条に基づく異状死の届出義務があるなか、「医療安全調査委員会の判断に関係なく、医師から届出を受けた警察が捜査に乗り出すのではないか」という不安があり、第3次試案で警察に通知する仕組みを入れることで、医療安全調査委員会からの通知がない医療事故は警察が捜査しにくいようにすることを狙ったのだ。だが一部の学会などから「事故調査の結果が、警察の捜査や医師免許の停止などに影響するならば、医療関係者は自分自身が処分の対象となるような事実を言わず、本当の原因究明ができない」として、警察や厚労省への通知を盛り込んだことが批判の対象となった。

批判は当時野党だった民主党の医師免許を持つ国会議員からも出た。民主党内の検討チームは厚労省が大綱案を公表した2008年6月に対案として、「医療事故の紛争が起きた場合、まず各医療機関で設置する院内事故調査委員会で原因究明する」などとする「患者支援法案骨子試案」と「医療事故等の死亡等（高度障害等を含む）原因究明制度案」という対案をまとめた。

2009年8月には政権交代が起き、民主党案をまとめた足立信也参議院議員が厚労省の政務官に就任し、自民党政権時代に練り上げられた厚労省の第3次試案について「政府案ではない」と否定、宙に浮いた。だが民主党、自民党がまとめた両案はいずれも医療事故の原因分析と再発防止に必要な論点を盛り込んでいた（図3）。

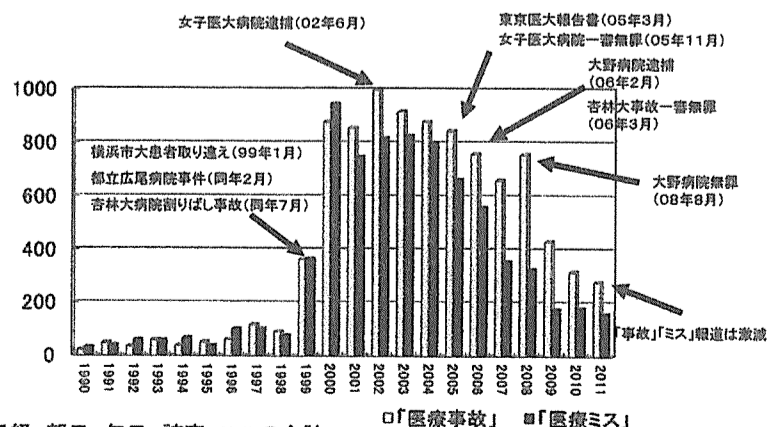
医療事故調創設に向けた大綱案(第三次試案)と民主党案の比較(図3)



●減少する「医療事故」「医療ミス」報道

1998年までは医療事故の報道は極めて少なかった（図4）。

「医療事故」「医療ミス」の報道件数(図4)



(日経テレコン検索、見出し&本文、完全一致、同義語&シソーラス展開なし)

記事データベース「日経テレコン」で日経新聞、朝日新聞、毎日新聞、読売新聞、NHKの記事を「医療事故」のキーワードで検索すると、1990年はわずか22件だ。しかも医療事故そのものを伝える内容は少なく、裁判の判決記事のほか、大阪で医療人権センター「COML(コム)」や名古屋で弁護士らによる「医療事故情報センター」など「医療ミスではないか」と疑問を抱えた患者・家族らに対して市民や弁護士が立ち上がったことを伝える記事などだった。

急増するのは1月11日に横浜市大病院で患者を取り違えて手術をしてしまい、その1ヵ月後の2月11日には都立広尾病院で点滴に消毒液を使うミスで女性患者が死亡するなど大病院での医療事故が相次いだ1999年で364件。翌2000年は10月に埼玉医大総合医療センターで週に1度投与する抗がん剤を7日間連続で投与して死亡させる事件が起きたこともあり、877件とさらに倍以上に増えた。

2001年末に東京女子医大病院事件が報道で明らかになり、警視庁は翌年6月に医療事故を隠そうとした執刀医がカルテ改ざんしたという証拠隠滅容疑で逮捕に踏み切ったことで、医療機関に対する不信感はピークに達し、全国紙などで多くの医療事故関連の記事が掲載され、翌年の医療事故の報道件数は996件で過去最多に達した。その後も2004年までは年800件を超えて、医療事故関連のニュースが日々報じられた。

だが2004年11月に女子医大病院事件で人工心肺装置の操作ミスで女児を死亡させたとして業務上過失致死罪で起訴されていた医師に無罪判決が言い渡されると、「医療事故」の記事は減少する。翌年には800件を下回り、特に「医療事故」とほぼ同じ件数だった「医療ミス」という言葉を使う記事は急激に減った。女子医大病院事件で無罪となった医師が新聞社、各放送局、雑誌などに対して、逮捕された際の関連記事などを名誉毀損で訴えたこともあり、たとえ警察が逮捕した事件でもミスかどうか確定するまで慎重に「医療事故」という表現に留める傾向があったのではないかと推察する。

この報道件数の減少の背景についての考察は、本誌2011年11月号に「医療事故報道と名誉毀損を考える～報道件数の減少は『萎縮』が原因か」として掲載させていただいた。「10年前に比べると医療機関側も取材に応じるようになった現在はより裏付け取材を進めて明らかなミスと判断できなければ、結果として医療機関の名誉を毀損する恐れのある記事を書きにくくなった側面はある」「また事故が医療機関側によって公表されるケースが増え、悪質性や医療機関や患者への教訓となる要素がなければ掲載を見送るという価値判断の変化はある」などとして、1999年より前には「存在しない」はずだった医療事故が「存在する」ことが当たり前になり、単に「事故が起きた」ではニュースになりにくい状況を指摘した。

●「医療事故」は減少したのか

前述の図1のように、2004年に1110件に達した新規訴訟件数も、2009～2011年には700件台にとどまっており、1999年の678件を上回っているものの減少傾向が続いている。図2のように、警察への届出件数も同じく2004年の255件に比べ、2009～2011年は150件前後の状態が続いており、やはり減少した。

では「医療事故」そのものは減少したのだろうか。交通事故のようにほぼ全数を把握できる公的なデータがないため、増減は不明だが、医療安全担当の副院長や看護部長などを前にした講演でこうした背景について複数回答で質問すると、「医療安全が向上し、医療事故・ミスが減少したため」という回答に手を挙げる人はほぼ1～2割程度で、医療現場の実感として減っていないようだ。最も多い回答は「訴訟になる前に保険会社が示談に応じるケースが増えているため」で6～7割程度、次いで「医療紛争の対応能力が向上したため」が5～6割程度という状況だ。私の目の前に手を挙げにくいのかもしれないが、「マスコミによる医療事故の報道が減ったため」は1割以下で、講演させていただく際に尋ねるようにしているが、こうした割合はほぼ同じだ。医療現場の実感に近いのではないかと感じている。

「医療紛争の対応能力が向上したため」という回答が2番目に多いのも10年の変化を感じさせる。先日9月8日に「患者への情報開示と謝罪」というテーマで開催された医療事故・紛争対応近畿セミナー（医療事故・紛争対応研究会主催）には会場となった定員692人の神戸国際会議場もメインホールは満席状態で、事務局によると、事前申し込み制で多くの方に参加を断らざるを得なかったという。また同研究会が開催している「医療事故・紛争対応人材養成講座」は計6日間で42時間の講義や実習があるが、7万円の受講料で毎年応募者が募集数を超えるため、年2回の開講となっている。いずれも10年前には考えられないことだ。

一方で、新聞社に寄せられる「医療ミスではないか」という情報提供の中には、患者・家族が原因究明と再発防止のために院内の事故調査委員会を立ち上げて原因究明を求めても「医療ミスではない」との説明を繰り返す医師など、「10年前と同じではないか」という対応をする医療機関があるのも事実だ。訴訟に踏み切るかどうか悩み、弁護士や新聞社に相談する家族らの姿は10年前と変わらず、新規訴訟が年間700件台にとどまっている実情だろう。こうした患者・家族の声を聞くたびに「10年余りで報じてきた記事は何も役割を果たしていないのではないかと自責の念にとらわれる。

●医療事故を巡る4つの課題

医療事故に対応しつつある医療機関と、旧態依然な医療機関とに二極化しているようにも感じるが、こうした10年余りの経緯を踏まえ、医療事故を巡る今後について(1)医療事故の予防、(2)医療事故の原因分析、(3)医療事故発生時の対応、(4)医療事故の責任追及——という4つの課題に分けて考えたい。

(1)医療事故の予防

最も望ましいのは当然ながら医療事故が起きないことだ。事故が起きる前の「ヒヤリハット事例」や実際の事故事例の収集と分析など10年前に比べると、行政、各医療機関の取り組みは格段に進んだ。2005年9月には医療の質・安全学会という医師、看護師など多職種が医療の質と安全の向上に取り組む学会が設立された。10年前と同じような投薬ミスなども相次いでおり、せっかく収集・分析した事例の活用や安全管理の手法には改善の余地はあるが、医療界全体として安全に対する意識は大きく変化したと考えている。ヒューマンファクター工学の視点で医療安全に取り組む河野龍太郎・自治医大教授（医療安全学）は、医療安全への取り組みは「決して勝たない」「決して終わらない」「敵の発見が困難」「手を抜くとやられる」「リターンマッチはない」という「最後の勝利なき長期のゲリラ戦」（J.Reason『組織事故』）と紹介している。こうしたなか、各医療機関などで地道に努力を続けている医療者には心底から敬服する。

(2)医療事故の原因分析

新聞から訂正記事がなくなると「人は誰でも間違える」。だからこそ事故が起きた後に原因を分析することは再発防止のために不可欠だ。

原因分析は医療機関内で事故調査を行っているが、10年余りでその限界は相次いで明らかになっている。2001年に起きた女子医大病院事件では人工心肺の操作ミスと指摘したが、専門学会が調査して初めて人工心肺装置自体の問題が判明した。2003年に発覚した昭和大藤が丘病院の腹腔鏡手術の事故では、院内調査では医療ミスを否定したが、専門学会にビデオ鑑定を依頼したところ、脂肪と間違えて膵臓の一部を切除していたことが判明した。院内の関係者だけによる事故調査は、事故を起こした分野の専門家が当事者か関係者であり、調査メンバーから外せば専門的な分析が難しく、メンバーに加えれば中立的な調査が難しくなるという二律背反が潜む。民事訴訟や刑事捜査でも専門性の壁に突き当たり、10年余りで医療界が自律性を維持しようとモデル事業、そしてその延長で医療安全調査機構を立ち上げたように、第三者の中立的な事故調査組織が必要な点では一致している。

前述のように、自民党政権時代に練り上げた第3次試案は政権交代もあり、宙に浮いてしまったが、一方で民主党政権が掲げた無過失補償制度の実現に向けて2011年8月に立ち上げた「医療の質の向上に資する無過失補償制度のあり方に関する検討会」の下部組織である「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討会」ではモデル事業などの取り組みを参考にしながら、第三者の中立的な調査組織の議論が進んでいる。

さらに2009年から運用が始まった産科医療補償制度では、出産時の脳性まひに対して合計で3000万円を補償するとともに、原因分析と再発防止策の検討を行っている。そのなかで2011年7月、新生児の蘇生方法などに問題があった診療所に対して改善要請を行ったことが分かった（図5）。およそ1000人に3人は発生するとされながら、「原因不明」「やむを得ない」として実態が明らかになっていなかった出産時の脳性まひの原因を分析して、産科医療の質と安全性を高め、できるだけ脳性まひを起こさないように前向きに対応する。事故調査の模範となる取り組みだ。こうした先駆的な取り組みで得た教訓を、より広い分野に広げていくことが重要になっている。

(図5)

新生児が出生時に重い脳性まひになった場合に、家族に補償金を支払う産科医療補償制度を運営する日本医療機能評価機構（東京・千代田）が、新生児の蘇生方法などに問題があったとして、制度に加入する診療所に初めて改善要請したことが分かった。この診療所は続けて2件の補償を申請しており、同機構は「問題が繰り返される恐れがある」として、半年後をめどに改善内容を報告するように文書で求めた。

新生児が出生時に重い脳性まひになった場合に、家族に補償金を支払う産科医療補償制度を運営する日本医療機能評価機構（東京・千代田）が、新生児の蘇生方法などに問題があったとして、制度に加入する診療所に初めて改善要請したことが分かった。この診療所は続けて2件の補償を申請しており、同機構は「問題が繰り返される恐れがある」として、半年後をめどに改善内容を報告するように文書で求めた。

図5は脳性まひが起る原因分析を終えた。改善要請を受けた診療所は1例目の申請をした後、同機構は、同様の事例が再び発生すると判断された。原因分析で、胎児の心拍数を確認する分娩監視装置の使い方が新生児の脳性まひで補償対象となっていた。

図5は脳性まひが起る原因分析を終えた。改善要請を受けた診療所は1例目の申請をした後、同機構は、同様の事例が再び発生すると判断された。原因分析で、胎児の心拍数を確認する分娩監視装置の使い方が新生児の脳性まひで補償対象となっていた。

図5は脳性まひが起る原因分析を終えた。改善要請を受けた診療所は1例目の申請をした後、同機構は、同様の事例が再び発生すると判断された。原因分析で、胎児の心拍数を確認する分娩監視装置の使い方が新生児の脳性まひで補償対象となっていた。

図5は脳性まひが起る原因分析を終えた。改善要請を受けた診療所は1例目の申請をした後、同機構は、同様の事例が再び発生すると判断された。原因分析で、胎児の心拍数を確認する分娩監視装置の使い方が新生児の脳性まひで補償対象となっていた。

新生児脳性まひ診療所に改善要請 評価機構「蘇生方法など問題」

図5は脳性まひが起る原因分析を終えた。改善要請を受けた診療所は1例目の申請をした後、同機構は、同様の事例が再び発生すると判断された。原因分析で、胎児の心拍数を確認する分娩監視装置の使い方が新生児の脳性まひで補償対象となっていた。

(3)医療事故発生時の対応

この点は本誌2012年6月号「医療事故で『真実説明・謝罪』広がる～事故調査は『経験』生かす段階に」で詳しく書かせていただいた。全国51の社会保険病院を運営する全国社会保険協会連合会（全社連）が2008年9月から導入した「医療有害事象・対応指針」（http://www.zensharen.or.jp/）からPDFのダウンロード可能）や先の医療事故・紛争対応研究会のほか、患者・家族と医療をつなぐNPO法人架け橋（http://www.kakehashi-npo.com/）では、医療事故で家族を亡くしたメンバーが中心となって「院内患者支援員養成研修会」を開催するなど、裾野は広がっている。1人の医療者が深刻な医療事故を経験するのは何度もないと思う。だからこそ、これまでの教訓を共有し、「もし発生した場合にどのように対応すればいいのか」ということを備える取り組みの継続が不可欠だ。

(4)医療事故の責任追及

この10年余りで最も混乱を招き、(2)医療事故の原因分析の足かせにもなっている。医師免許など国家資格でもある医療者の責任については大きく「行政処分」「民事責任」「刑事責任」の3つがあるが、混乱の原因は責任追及の枠組みが「刑事責任」が「行政処分」に先行する形になっている点だ。

行政処分の権限を持つ厚生労働大臣は十分な調査機能がないため、ほとんどは強制的な捜査と裁判所が双方の主張を聞いたうえで判断した刑事責任の確定を受けて行政処分しているのが現状だ。

実は厚労省が医療事故調査の第三者組織の創設を検討し始めたのは刑事責任に頼らずに行政処分ができるようにするためだった（図6）。

この点については検察官として医療過誤事件に長年取り組んできた飯田英男弁護士は著書「刑事医療過誤Ⅱ」（2006年）で「医療過誤における刑事責任の追及と医療安全対策とは、その目的を異にしており、完全に重なり合うわけではない」と認めながら、「行政処分自体が基本的に刑事処罰に連動しており、現状では、行政処分が医療事故防止の観点から積極的な機能を果たしているとは評価できない状況にある。したがって、このような行政処分の実態を前提にして、刑事処罰の必要性を否定することができないことは明らか」と指摘している。

刑事責任は影響が大きいだけにできるだけ抑制的（謙抑的）に追及することが原則だ。医療事故が社会問題となり、2001年以降は積極的に運用し、現状は無罪判決が相次ぎ、結果としても謙抑的になっている形だが、行政処分のほとんどが刑事責任の追認になっている逆転現象は何も変わっていない状況では、行政処分すら適切に行われなくなる。

実際、2011年9月には「医療訴訟で4件の医療ミスを確認」として遺族などが医師免許の取り消しを求めていた医師に対し、刑事罰が確定した麻酔薬の誤投与の死亡事故1件のみを対象に最も軽い行政処分としたため、遺族らは「医師は今も診療を続けており、免許を取り消すべきだ」と憤った（図7）。

(図6)



2005年6月8日付 日経新聞夕刊社会面

(図7)

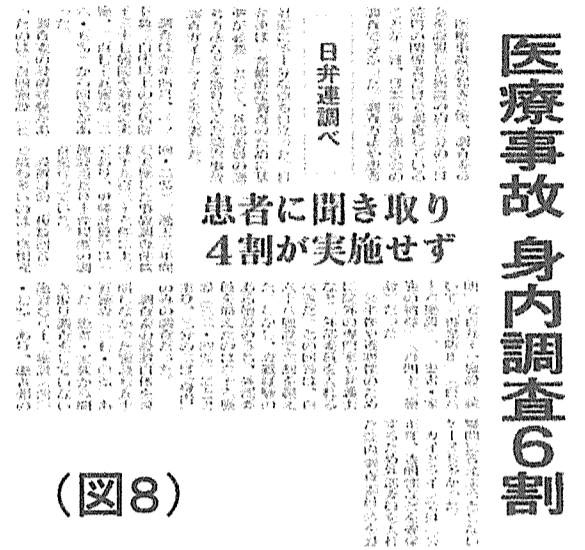


2011年10月2日付 日経新聞夕刊社会面

飯田弁護士は「本来、行政処分は、医師免許を付与する行政当局の責任において行うべき事柄であり、極めて限定された範囲で行われるにすぎない刑事処罰に依存していたこれまでの行政処分のあり方自体に問題があり、今後、全面的な見直しを検討すべきではないか」とする。2007年4月に厚労省は行政処分のために診療記録の提出命令や立ち入り調査など多少強化されたものの十分に活用されておらず、今後の調査体制の課題だ。

「チーム医療が進み、個人責任を追及する刑事責任や行政処分では医療安全の確保には効果はない」という意見もある。刑事責任については「医療ミスは刑法の業務上過失致死罪の対象外にすべきだ」という医療者の免責を求め主張もある。

だが日本弁護士連合会の調査でも、院内調査の6割は同じ院内の職員など「身内」だけの調査が6割で、全体の4割は患者に聞き取りさえしていないなど、調査の限界が明らかになっている（図8）。このため第三者の中立的な事故調査機関がないなか、「本当に専門的、客観的な事故調査ができていないのか」は疑問が残ったままだ。相次いだ無罪判決で捜査当局が「結果としてより謙抑的に」になっているいまこそ、医療界が自律的に第三者の中立的な事故調査機関を創設して、産科医療補償制度のように少しずつでも実態を明らかにすることが社会の理解につながり、そして医療事故における行政処分や刑事責任の追及のあり方を根本から見直す原動力になるのではないだろうか。



(図8)

2008年10月3日付 日経新聞朝刊社会面

●最後に～「医療事故報道」の果たす役割と課題

2012年9月15日に東京・市ヶ谷で開催された日本医学ジャーナリスト協会主催の公開シンポジウム「医療事故報道を検証する」では、「医療事故報道の検証」と、もう1つのテーマとされた「第三者機関の創設」に向けた議論が混在していたため、「この10年余りの経緯を整理し、第三者機関の創設の意義を含めた次の課題と医療事故報道の役割をまとめよう」と考え、本稿を書き上げた。最後の4つの課題のうち、(1)医療事故の予防、(2)医療事故の原因分析、(3)医療事故発生時の対応は少しずつ前に進んでいるが、(4)「医療事故の責任追及」は2001年以降の厳しい刑事責任追及と相次いだ無罪判決の反動もあり、「結果としてより謙抑的」になっている現状に多くの医師は安穩としているように見える。だがシステムは何も変わっていない。(2)医療事故の原因分析に向けた議論が煮詰まってくると、「原因分析した結果、問われる可能性のある行政処分、民事責任、刑事責任をどうするのか」という議論は必ず浮上する。私は(1)から(3)の課題に自律的に取り組む先に(4)の解決があると考えます。

こうした前提を踏まえると、「医療事故報道」はどうあるべきだろうか。事故の発生を伝えるニュースは減ったが、4つの課題のうち、(1)の医療事故の予防に向けた動きや、(3)の医療事故発生時の対応など着実に変化している状況を十分に伝え切れているだろうか。(2)の医療事故の原因分析も産科医療補償制度を含めて先駆的な事例を十分に読者に伝えているのだろうか、と自省する。こうした報道は発生した医療事故をニュースで報じるよりも難しい。「今は存在していないけれど、存在すべきもの」は過去の経験から導き出される。こうした10年余りの教訓と、さらには診療情報すら開示されなかった時代の教訓も踏まえ、今後の先行きを見通す「医療事故報道」を目指したい。

以上