



診療行為に関連した死亡に係る原因究明・再発防止等の在り方に関する試案（第三次試案）を読んで

西区支部 上井直樹

医療が安全安心に施行されるためには診療行為に関連した死亡について原因を究明し再発防止を図ることが重要であることは間違いない。都立広尾病院の一件以来ひとたび異状死が発生すると即警察の手に委ねられてしまうという悪しき慣習となりつつあり、また福島県立大野病院での産婦人科医逮捕という衝撃的な出来事からも、我々にとって第三者機関による評価は必要だろう。

診療行為に関連した死亡に係る死因究明などの在り方については、平成18年に国会で、第三者による調査、紛争解決の仕組み等の検討が必要であると決議された。平成19年4月、厚生労働省に『診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会』が設置され、厚生労働省の試案を基に議論を積み重ねて、平成19年10月には第二次試案が、本年4月には第三次試案が公表された。この試案を読んで少し考えてみた。

試案でははじめに医療の安全を向上させていくためには、医療事故による死亡が発生した際に、解剖や診療経過の評価を通じて事故の原因を究明し、再発防止に役立てていく仕組みが必要である、遺族は真相を明らかにして欲しいとの願いがあると記述されている。しかし、これまで行政は対応が十分ではなく、結果として民事手続きや刑事手続きにその解決が任されてしまっているが、原因究明につながるものではなく、医療の安全の確保の観点から、死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を設ける必要があると述べられている。理念としては妥当であり、今まで行政が何も方策を施行しなかったことを自ら反省(?)してみせている。

機関の設置に関してはまず国のレベルでの組織として医療安全調査委員会（仮称）を創設する。この委員会は医療関係者の責任追及を目的としたものではないと記述されている。委員会の設置場所については医療行政の責任行政機関である厚生労働省とする考えもあるが、行政処分を行う機関と医療事故を調査する機関が同一では拙いのではとの意見もあり、今後検討されることになっている。しかし設置場所はやはり厚労省内で良いと思われ、厚労省は事務方に徹するというにすれば問題ないと考える。

委員会は中央に設置する委員会（医療の安全を確保するために講ずべき再発防止策の提言を主目的とする委員会）、地方ブロック単位に設置する委員会（調査を主目的とする委員会）とその下に事例ごとに置かれる調査チームより構成される。

調査チームは、関係者からの意見や解剖の結果に基づいて、臨床経過の評価等について議論し、調査報告書案を作成する。メンバーは臨床医を中心として構成される。ここで重要なことは臨床をよくわかっていて、かつ実際臨床を現在常に行っている人が中心となることだと思う。確かに病理解剖が行われれば最終診断はつくだろうが、そこに至るまでの臨床経過がことの判断上一番大切なことであり、臨床医の判断が最重要視されるべきだろう。地方委員会はチームの作成した案を検討し報告書としてまとめる。中央の委員会は医療安全の確保のための施策等を関係行政機関に対して勧告や建議等を行う。組織としてはこんなものだろうが、地方委員会や毎回の調査チームの編成など、人員の確保や経費などのクリアしなくてはならない問題

が多々ある。

次に医療死亡事故の届け出についてはこれを制度化し、義務化する。届け出先は委員会を所管する大臣（おそらく厚生労働大臣）とし、大臣から委員会へ連絡が入り、調査が開始される。この義務化によって医師法第21条に基づく異状死の届け出は不要としたいようだ。そもそも医師法第21条は法律が出来た当初は犯罪の疑いのある場合の届け出義務であったはずだし、ずっとそのような運用をされてきたと思う。昨今の諸事情、とりわけ法医学会が出したガイドラインが診療行為に起因した死も異状死であるという解釈をしたことによりその性格が変わってしまったように思う。ここで運用法をはっきりさせて診療行為に関連した死亡に関しては捜査機関への届け出は無くすことにすべきだろう。

届け出範囲は①誤った医療を行ったことが明らかであり、その行った医療に起因して、患者が死亡した事案（その行った医療に起因すると疑われるものを含む）。②誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して、患者が死亡した事案（行った医療に起因すると疑われるものを含み、死亡を予期しなかったものに限る）。図式化もされて書いてあるが一読しただけでは理解力の乏しい筆者などにはどんな事例を届ければよいのか判断できない。①に関してはまあいわゆる医療過誤に相当するもので問題ないだろう。②は前半部はわかるが括弧以降はわかりにくい。要するに術後合併症が予想され、かなりの確率で致命的なものだが、手術をしなければほぼ確実に死ぬだろうといった症例が実際亡くなった場合は届け出は不要であるということと思われる。いずれにしてもこれは届けなくても良い、こちらは届けなくてはならないというようになり具体的に届け出範囲を規定してもらわなくては混乱が生じるだろう。

地方委員会の調査では、原則として、遺族の同意を得て解剖が行える事例には調査チームが行う。医療機関に診療録の提出を求めるとともに、医療関係者や遺族等への聞き取り調査を行

う。そして解剖と併せて評価・検討を行い、調査報告書案をまとめる。地方委員会はチームが作成した案を審議して調査報告書を取りまとめ中央委員会及び大臣に提出する。同時に遺族と医療機関にも交付し、さらに個人情報等の保護に配慮しつつ、公表を行うとされている。確かに透明性を考えると公表はやむを得ないのかもしれないが、捜査機関へ自動的に資料が伝わってしまうことになり、証拠採用された場合には我々にとって不利な状況となり、危険なおおがする。

捜査機関への通知に関しては悪質な事例に限定されるとし、以下のようなものをあげている。①医療事故が起きた後に診療録等を改ざん、隠蔽するなどの場合。②過失による医療事故を繰り返している場合など（いわゆるリピーター医師）。③故意や重大な過失があった場合（重大な過失とは死亡という結果の重大性に着目したものではなく、標準的な医療行為から著しく逸脱した医療であると、地方委員会が認めるもの）。①に関しては通知することに意義はないだろう。②の場合も仕方がないとは思いますが、刑事責任と言うよりはむしろ資質の問題であり、再教育あるいは医療界からの引退を促すべきと思う。③はなかなか判断が難しいと思う。故意にやったことが明らかであればそのケースは当然通知の対象だろう。しかし重大な過失が標準医療行為から著しく逸脱している場合、その著しさがどの程度のものかを判断するのはメンバーによっても違うだろうし、一律には行かないのではと思う。

今回の一番重大なことは捜査機関がこの制度に対してどのように動くかということだろう。第三次試案の作成に当たり、法務省や警察庁との合意を得て、捜査機関は委員会の専門性を尊重し、謙抑的に対応することとなった。この『謙抑的』という言葉は普段あまり耳にすることがないが、へりくだって自分をおさえることらしい。極めて曖昧な言葉でごまかされているような気がする。うがってみれば、抑えられなければ行動に出ますよ、ともとれる。

国会で警察庁の幹部は「あえて刑事事件にし

たいわけではない」と述べているが、それとともに委員会からの『通知』と刑事訴訟法で規定する『告発』とは違うものであり、犯人の処罰を求める意思表示である『告発』を受けた警察は、捜査と検察官への送付を行わなければならないと言っている。つまり刑事訴訟法がある限り、医療死亡事故だけを特別扱いするわけにはいかず、またそのつもりもないですよというメ

ッセージだろう。

日医や各地方医師会、各種学会や病院団体も概ね第三次案に賛成の意を表明しているようだが、救急や手術をする身としてはもっと内容をじっくりと煮詰めて、医療者と患者・遺族双方が納得いく（なかなか難しいが）ようにして頂きたいと思う。

(河西外科病院)