

診療関連死死因究明のあり方についてのパブリックコメント

済生会宇都宮病院院長 中澤堅次

診療関連死の原因究明の目的は、①家族の納得、②医療側の責任範囲の確定、③医療側の今後の事故防止である。そのためには経過が正確に明らかになっている必要があり、その事実に基づいて原因が究明されることが重要である。つまり正確な事実の把握が根本にあり、それがしっかり保障されれば、家族の納得も医療側の責任範囲も再発防止も納得が行く線を出すことができる。

◇ 処分を目的とした原因究明は隠蔽を産み再発防止の妨げになる。

外国の例を調べていただければわかるが、刑事責任や処分の目的で診療関連死の原因究明が行われることはないという。故意で行われる不正医療は除き、調査に処分という目的が入ると“医師側に防御が働き” 防御は隠蔽につながり、真相の究明が不可能になる。また明らかな過誤が存在した場合でも、医療事故の責任は、個人、システム、管理者など多くの原因があり、責任をたどることは難しい。責任追及が優先されれば再発防止のための改善は望めないうえに、取り調べに際して黙秘も認められるであろうから、原因究明はまったく不可能になることすら考えられる。再発防止が優先であれば処分は不相当であり、処分が目的であれば再発防止は望めない。

◇ 医療事故防止のための原因究明には事故に対する免責が望まれる方向性である

厚生労働省による原案は、目的を再発防止にしていると書かれているが、客観的な原因究明よりは当事者の責任の有無と処分に重きを置いている感じを受ける。したがってこの案では医師は真相を語ることは慎重で、調査は難しくなり、文頭に書いた三つの目的は達成することは難しい。

医療事故の真相をつかむ最もよい位置にあるのは、当事者であり、次が経験のある医師や看護師などの同業者、第三者や実際現場にいない人はもっとも遠い存在になる。最も真相に近い医師側に防御が働くと事の真相はわからなくなり、処罰を強化すればするほどこの傾向は強くなる。医療事故においては当事者の報告からすべてが始まる。

当事者の責任を問わない、あるいは“所定期間以内に報告すれば免責とする”という規則により報告数が倍増するという研究は専門家の間ではよく知られている。個人の誤りに原因を求めないという方向性は、医療事故や飛行機事故取り扱いのグローバルスタンダードになっている。従来責任追及に重きを置いていた日本の制度はこのスタンダードを方向性として採用すべきであり、現状とのあいだのどこに調和点を求めるかを作業の目標としてほしい。

◇ 診療関連死の物的証拠はつかみにくく医師の振り返りだけが頼り

本案では解剖担当医（病理医や法医）、解剖報告書、解剖担当医の派遣など、解剖など死後調査の客観的事実に重きを置いているように感じられる。医療事故では死の回避のためにありとあらゆる手段を講じることが倫理的にも必要であり、事故の瞬間の状態がそのま

ま残っていることはありえない。臨死状態でもかなりの間延命処置が可能で、この間生体には代謝や細胞の反応が起き、解剖の時点では証拠となる病態を把握することは難しい。解剖や法医学では原因究明に資する証拠は得られないということは常識といってよいと思う。つまり航空機事故におけるボイスレコーダーや列車事故におけるレールの損傷など物的な証拠の役割を果たすものは無く、唯一医師の良心的かつ客観的な振り返りが真相究明には力を発揮する。

◇ 医療関連死に業務上過失致死罪適用が好ましくない理由。

医療事故の免責と医療側による原因究明はなかなか支持を得られないが、医療には通常の事故と異なる要素が多い。そのいくつかを例示して幾分でも理解を得たいと思う。

医療者は命が損なわれそうになった段階で人体を預かる立場にある。何もしなければ死んでしまう状況で介入することもあり、死や経過の悪さを持って過誤の存在を疑われることは公正でないと感じる。列車事故や航空機事故は正常の運行中に起きるものだが、医療事故の多くは嵐や暴風で落ちかかっている列車や飛行機の中で起こるようなもので、経過が悪くて当たり前という場面もある。たとえ平常の運行であったとしても、前触れ無く起きる病気はたくさんあり、予知できたかどうかの判断も一線がひかれているわけではない。

燃え盛る火の玉を手渡される状況を考えていただければおわかりいただけると思うが、医療側にとって重要なことは、火の玉のトスを受ける勇気があるかどうかであり結果はその次である。この状況をわかってもらえないと勇気をそがれる原因となる。医療側にとって一番安全なことはトスを受けないことなのである。

製造業は製造物についての責任があり、医療行為も同様に責任があるという考え方があがる。製造業はものづくりの段階から構造を自らが考案して製作し、何度も実験し確かめることが出来る。また部品の取替えが容易でリコールのような責任の取り方も比較的容易である。一方医療が扱う人体は人により作られたものではなく、内部の構造を作り変えることや部品を変えることも不可能で、診療は経験に基づいて行われ経験は誤りの積み重ねにより確立される。新しい技術は必ず新しいリスクを生じ、予測は困難で事故が起きてから初めてそのリスクに気づくことも多い、経験の積み重ねの期間に問題が生じても断定が出来ず対策が取れない場合も容認されなければならない実情もある。

人体において臓器の老化は確実に生命には必ず終わりがある。工業製品と大きく異なることは古くなっても代替がないことである。失われやすく代替が無い故に生命は尊重されるべきなのであるが、延命の役割を医療に求め、それが果たされない死に直面すると、医療により尊い命が奪われたといういわれのない感情を持たれてしまう。避けられない死と医療側がもたらす死は区別されるべきであるが、実際には区別しにくく、その説明も容易ではない。死という結果に対して責任を問われることに医療側は強い不公平感を持っている。

このような事情から医療事故の原因究明は当事者の正確な報告が必要であり、事例の検討に院内の事故調査や専門家集団が持つ事故調査の仕組み、つまりピアレビューが尊重さ

れるゆえんである。医療事故解明に求められる方向性は、“個人の責任を問わず、当事者個人の正確な報告に基づいて、事例に精通した専門臨床家が加わり評価する仕組み”になる。これにより医療側の責任範囲を特定することができ、再発防止のための原因究明も可能になる。診療関連死において家族の納得は重要である。当事者の詳しい報告と専門家同士のピアレビューにより詳細に検討した内容であれば、大多数のケースで家族の納得を得ることは出来る。家族に納得が得られなければ訴訟となるが、当事者の説明に客観性を持たせる目的で、現在の医療機能評価機構のような原因究明機関を介在させたシステムを本案では提示している。

◇ 家族の納得に関して医療機能評価機構の果たす役割

家族の納得が得られない原因は、医療側の透明性に疑問を持つからである。透明性を保つために医療側に文書による家族への説明を義務付け、得られた結果は事故調査の報告書とともに、医療機能評価機構のような機関に提出させればよいと思う。ここでは報告の精度の妥当性を鑑定すればよく、精度に疑問があれば再調査を求め精度管理を行うことが出来る。この機関の目的は再発防止のための検討であり、目的が達成されるためには、処分とは無関係であるべきであり、したがって過失の有無のための鑑定はしないことが必要である。この機関に集まる報告書や検討の記載は裁判には使用しないという規定があれば、さらに突っ込んだ原因究明が現場では可能になると思う。医療側に誤りが無くてもあったと仮定して行われる事例検討は再発防止に有用であるが、結果が処分につながるのであれば検討は行わないほうが無難だということになってしまう。

◇ 当事者から家族への説明が問題解決に大きな意味を持つ。

資格喪失があれば失うものが大きいから、医療者は故意で事故を起こすことはほとんどなく、チームプレーで内容は共有されるから犯罪捜査が必要な事態もまれである。問題は過失の有無とそれが死因と関係するかどうか、つまり業務上過失致死が適応されるかどうかには問題は絞られる。手術や注射で想像していただければよいが、医療は人体を傷つけずに行なうことはできない。治療を開始した時点ではどんな内容であれ人体に障害を加えたことになり、どんな軽微なものでも過失が存在すれば過失致傷罪に、死亡であれば過失致死罪を疑われる。死の危機への介入の機会が多い医療職にとって、医療関連死全てに過失のないことを第三者に向かって証明しなければならない制度には抵抗がある。

診療関連死の多くは説明により納得が得られるものである。家族もある意味では当事者であるからお互いに納得できる範囲は広く、それで被害者の人権がさらに侵害される問題に発展することは少ない。司法と行政の介入があるとすれば、家族の納得が得られず両者の間に行き違いがあるケースに限ったとしても、報告に精度が確保されていれば社会正義に反する犯罪を見落とすことはほとんどないと考える。

医療事故は数も多く、一つ一つ事例により異なり専門性も高いから、行政組織が一つ一つ初期の段階から介入するシステムは膨大なマンパワーを要し、調査がとどこおり、内容的にも真相に迫れない恐れがある。また個々のケースに対応する専門家をあらゆるケース

に対してそろえることは事実上不可能である。内容を文書として残すことを条件に、家族の納得を一つの線引きに制度として利用することは、民事訴訟の前のプロセスとしては有用であると思う。

◇ 無過失補償制度は補償費用高騰を抑えるために必要である。

過誤が存在し死亡に関連した場合は、医療側が賠償責任を負うことは当たり前と思われるが、責任の範囲を決めることは難しく、両者の立場の相違から必ず見解の相違は生じ、今後訴訟は増加することに疑いはない。自由診療では事故の補償に要した金額は、診療費用に転嫁され全体の医療費に跳ね返る。米国の医療費高騰の原因のひとつである。日本では訴訟のリスクは診療報酬に転嫁できず医療側の負担になる。公的保険はある程度の訴訟費用高騰に抑制効果があると思うが、産科のようなリスクが高く賠償の額が大きい分野では、経済的な圧迫で医師が現場から立ち去るひとつの原因になっている。無過失補償制度については、本案では検討されていないが、これも診療関連死においては一緒に議論してほしい問題である。

◇ まとめ

診療行為に関連する死は過失がなくても存在し、医療の本質から過失の判定は難しく、医療者はあいまいな基準で有罪とされることに大きな抵抗がある。看護師は仕事の性格上ミスは事故に直結するから、それだけでも有罪と判定される確率は高くなる。故意の事故で無い限り刑事事件として扱うことは許されるべきではない。

問題の解決に重要なのは真相の究明であり、真相は当事者が報告しないとすべてが始まらない。処分に関し重きをおくシステムは再発防止の原因究明に妨げとなる。医療者にも取り調べに際して黙秘権利の行使は認められるだろうし、そうなれば隠蔽も権利になってしまう。

診療関連死の取り扱いに関するシステムは、専門家の良心に基づいて、まず当事者が調査と分析を行い、同業専門家によるピアレビューも加えて責任範囲の確定を行う。その結果を家族に説明し納得を得ることを義務つける。医療機関はその事実を家族に示した事故の報告書とともに、機能評価機構のような行政・司法と無関係な組織に報告する。ここでは再発防止のための分析と防止策の立案を行い、報告書の精度を検証し精度確保に権限を持たせ、家族への説明に反映させる。この機関は過失かどうかの判断は行わず、裁判に際しては検討資料を証拠として採用できない仕組みを設け、再発防止策の検討に専念する。家族の納得が得られない場合は訴訟手続きとし、第三者（司法）による判断にゆだねる。

医療者は故意に事故を起こそうとは思っていない。診療上の過失が明らかに法律違反で無い限り犯罪捜査とは無縁であるべきであり、事故に対する補償の段階では無過失補償制度の裏付けが必要である。