

## 第55回医療制度研究会講演会

### 「医療事故調査制度 4つの視点から民主党案を検証する」

井上 清成 弁護士

今日はとても良いお天気で、世の中は行楽日和ですが、こんな良い日にお集まりいただきありがとうございます。医療事故調査委員会の議論が紛糾しています。目的をあいまいにしたまま議論が進んだことがこの原因と思われる。

今日の主題は民主党案を基盤に医療事故調査制度を考えることです。まず前提からお話させていただきますが、民主党案は土台が出来たが建物はまだ出来ていません。したがって民主党案を検討するということは、基盤が出来た段階の民主党案を検討するということになります。

2007年8月14日の読売新聞に前田雅英先生と小松秀樹先生の議論が載っていました。

前田先生の記事の題名は、「事故調査委員会を法的責任追及に活用する」とあります。責任追及が目的だとは言っていないが、前田先生は活用できるという予見可能性を持っており、最初からこれを意識して好ましいと思っているようです。私に言わせればそういうのは故意を持っているともいえ、なるほど事故調法案もそのように使うのかとこの題名を見て思いました。小松先生の記事は全然別で、「紛争解決で医療を守る」といい、両者の話はかみ合いません。

医療事故調の目的は、原因究明と再発防止ですが、原因究明は何を目的にしているのか解かったようでわからない。私の父親は風呂の中で急死しました。びっくりはしましたが、そのときの感じは生き返るかどうかが関心事、生き返らないのなら別に原因はどうでもいいと思いました。遺族がどうでも良いと思っている問題に、知らない人がずかずか入ってきて、解剖までしてとやかく言っても始まらないと、遺族である私なら思います。

中には原因究明そのものに興味を持っている人がいます。真理の探究は価値があるということで、学問はこういう考え方をします。学問は真理探究ですが真理ではない。なぜ教授や助教がいるかと言うと、彼らは真理に到達していないからで、一生探求して真理が解らないうちに退官する。その試みこそが個人の尊厳なので、真理が得られなくても学問としては価値があり、それはそれで意味があるということです。

事故調の話はそれだけではなさそうです。インフォームドコンセントは知りたい人がいれば情報を開示し、隠さないことが大切です。10年前はともかく今は何処の病院でもこのことは当たり前になっている。医療政策もTPOが大切で、根回しもあるから政策実現が遅れることは理解できますが、いまさら情報開示だなどというピンとぼける。今何をやるかという問題に、少なくとも10年前のベースで考えてはいかんだろうということだけはいえると思います。

“納得がいかない”、“原因を追究したいだけなのだ”という言葉は自分でも良く使います。しかし、純粋に真相究明がしたいのか、真相究明の先に別の目的があるのか、単なる手段でその先に何かあるのかは一律にははっきり判りません。よく考えると、損害賠償請求の前提でやる真相究明、刑罰をのぞむための原因究明、医師免許取り消しが目的の行政処分のための

死因究明など、いろいろ恐い意味に使うことが可能です。“理解は出来るが納得が出来ない”ということもあり、ほんとに納得がいかないこともあります。クレームをつけるときに使うこともよくあります。事故が起きたとき、理解したいという人がいれば理解してもらうことは大切で、いまだ異論を持つ人はいません。しかし、生命が失われると納得していただくための説明は簡単ではなく、下手をすると業務上過失致死罪になってしまいます。弁護士なら裁判に負けるとへたくそ呼ばわりされますが、業務上財産喪失罪なんてものはない。今考えると医学部に行かなくて正解だったと思います。“逃げない”、“ごまかさない”ということも事故調議論では大切にされていますが、ごまかすと言うことと、納得してもらうためにプロが使う言葉のテクニックとは別に考える必要があります。

原因究明にはいろいろな要素が含まれます。4つの視点に分けてみました。故意か過失かでまず2つに分けなければなりません。故意は無謀な医療で因果応報、制裁を伴うが、過失とは別だと思えます。故意のケースを、オバマ大統領に習って、強欲と無責任の2つに分けてみました。強欲には反倫理的な感じがするものがあり、そのような医師は同業者でさえ処罰してしまえとなる。無責任のほうは、のらくらしていても一つピリッとしない、ピリッとさせるにはしかりつける。こちらは教育するということにつながります。

過失のケースにおける再発防止も大切で、ヒューマンエラーとしての間違いの防止を行うために改善をする。知識不足は勉強させ、へたくそは練習させる。システムエラーは何枚も並べたスイスチーズの穴をいくぐって事故が起きる。組織的に考えると、どこかまずいんじゃないか、少しずつ障壁を作るなどで改善を図る。それが再発防止なのですが、大綱案でいう再発防止は何の再発防止かいまひとつ良く判らない。ケースバイケースで事故はおきるから、外から入る事故調がどういう再発防止をするのか、すり抜けてしまった事故をはたから見ると、単に、そんなこともやっていないんじゃないかということになり、上からの目線になりやすい。

昨年二回も国立保健医療科学院に呼ばれて厚労省の再教育研修の講師をやってきました。法令順守の研修なので法律家が必要らしく、私が指名された理由は、どうも他の弁護士では場面が暗すぎて話が持たなかったらしい。自分の受け持ち以外は皆医療安全の研修をやっていました。医者が次々にしゃべって、厚労省の役人は並んでいるだけ、聴講生の大部分は診療報酬の不正請求や一般犯罪、特に交通事故の過失罪が多く、医療事故死で処分を受けた人はほとんどいない。それなのに医療安全をしつこく研修する理由は何だろうと考えたら思い当たることある。あくまでも私の根拠のない邪推ですが、分った、予行演習だ、事故調法案が出来れば行政処分をする人が増えるから、今からやっているんじゃないか、厚労省は水面下では穏便にやっていますが、やるときは一気に出してくる、あくまで邪推ですが警戒はしたほうが良いと思います。

あるシンポジウムで“井上弁護士の説では行政処分は増えるというのが本当か”という質問が推進派の人に投げられた。推進派の人の答弁は、“法律家は守備範囲がはっきりしているにしては人によって言うこと全部違う”という。医師も同じようなものだと思うが、それはそれとして、“行政処分が重くなるかといわれればそれは無いと確信している”と続ける。私は、数は増える

といっており重さのことは言っていない。数が増えるぜと言っているのに重さにすり替えるから、確信しているといっても話が通ってしまう。今後事故調への届出が増えるのは確実です。厚労省に今は刑事の情報しか入らない。民事で示談になったものは厚労省には行かないように出来ている。事故調が出来れば今度はなんでもかんでも厚労省に情報が入る。厚労省も警察も検察も同じ行政権力であることには変わらない。情報が入ればそれなりに対処する。それが行政権力だと押さえて置いてほしいと思います。

民主党案は患者権利擁護が根底になっています。厚労省案と対比すると立脚しているスタンスがスタートラインから違います。民主党案に反対する人は患者権利擁護により過ぎるといいますが、厚労省が患者の権利を保障しないという前提で制度を作るわけにいかない、結局、患者の権利には言及しない代わりに、医師の義務を強めて度が過ぎてしまった。民主党案の特徴が患者の権利擁護にあるのに対して、厚労省案は医者義務を強化したというのが特徴です。義務の強化は限度が無く、暴走することも考えなくてはなりません。

民主党案のもう一つの特徴は、院内事故調査を重視している。厚労省案はこれを批判していわく、“自前で院内調査をやり、当事者同士が話しをつけるというが、病院が自前でやるのは大変、院長一人の診療所ではなおさらだから、代わりに厚労省が委員を送り込んで調査をしてやるよ”と言っています。最近厚生科学研究による院内事故調査のアウトラインが出ましたが、このような職権主導で官僚がそのまま現場に入ってくる。これは医療機関への主権侵害、介入と言うんで“俺の作った医院だぜ・・・？”と後悔することにならないかと心配しています。

厚労省案は「職権主義」で、厚労省、警察・検察、司法・弁護士など、外部の者を重視し、警察・検察への通報で業務上過失致死罪の追求もやる。また、民事の報告書ができるから、それに基づいて賠償を行い、折り合いが付かなければ裁判にする。事故のタイミングにあわせて、医師と医療に詳しい弁護士と、患者の視点を代表する人達も入れた調査委員がワッと入ってきて取り調べをする。ただし院長は当事者だからその場には入れないというようになっています。

一方の民主党案は「当事者主義」で、患者、担当医師・医療機関、せいぜい仲介・調停者など、できるだけ内部の者を重視する。患者さんから請求があれば病院が直接対応する。調査委員会は請求がないのに勝手にやってはいけない。第三者の職権でなく当事者同士でやりなさい。院内事故調を作って透明性を確保するが、だめなら医療安全センターに相談し、それから先は司法に行きなさいとなる。当事者間の交渉を支援しながら段階をふんでいく。事故の被害者と医療側はあい対で問題解決をしなければならない。民主党案はそれを最後までやれといっています。困った時に限定して、中間者、仲介者が間に入るのも特徴です。

民主党案は基盤しかできていませんが、その上に大きく育てていくならそのほうが良い。厚労省案は重厚長大、すごい制度で大きすぎる。最初からこんな大きなものを作っちゃってどうするんだという気がいたします。

自律的懲戒制度も話題になっています。医療事故には過去の過ちを清算するという意味で処罰制度が存在します。現在は厚生労働省の管轄で医道審議会があり、厚労省案が通ると、

医療安全調査委員会と地方厚生局がこれに加わる。地方厚生局は現在でも保険医登録に関する処分と指導をやっています。

自律的懲戒制度を作り事故調と切り離して考えるなら、厚生労働省の外局として医療庁や医療院などを作る手もあると私は思います。自律的団体が行うことを選ぶなら、日本医師団体連合会などの連合体や、日本医師連合会など医師の強制加入団体がイメージされます。

医師にとっては刑事処分より行政処分のほうが大変だといわれます。刑事処分も大変だが行政処分だから軽いわけではない。事故調を作るにあたっては、このようなことが分かった上で良く議論をして決めて欲しいと思います。厚労省案と民主党案を比較して、私が民主党案を良いと思う理由は、基盤整備しか出来ていないが、厚労省案で検討されていない制度が検討される可能性があるからです。

医師に限らず悪いことをしたら、どういう意味かで清算は必要、過去の清算抜きに信頼は得られません。自律をしたいのなら倫理をきちんとしろ、倫理を持つためには自律しなければならない。どちらが先かは判りませんが、医師自身が倫理規範を持ち、自らが信頼されるようになって初めて自律的な制度が出来るという人がいるかもしれないし、作りもしないからいつまでたっても進まないのだという人もいる。どちらもどっちということになっている。連鎖が良い連鎖になり先の希望が持てることを願います。

良く検討してほしいものの中に、無過失補償制度があります。これは、患者の納得、患者支援制度の先にあるものです。私の案にこの制度を入れたのは、日本ではこれを検討していないけどそれでいいんですかという意味です。スウェーデンはこの制度を行っています。

小松先生にスウェーデンの無過失補償制度の話聞いてこいといわれて、旅行のついでに行ってきました。あちらのCEOを1時間半くらい質問攻めにした。そうしたらCEOが逆切れして、“日本の弁護士がスウェーデンの無過失補償制度を聞いてなんの役に立つのか、これを入れたら訴訟が無くなるのですよ。弁護士さんは困るでしょう。あなたは日本の弁護士を代表して聞きにきたんですか？”といった。不意を食らって“業界代表じゃねえよ！”と言り返したつもりだったが、これじゃあ言い返したことになる。“へえー、スウェーデンは無過失補償制度を導入して医療訴訟をなくしたんだ。少なくとも医療訴訟では弁護士はどちら側からもいらなくなったんだ。こういうのってどっちがいいんだろうな”と……。今でも正直なところ個人的に内心では悩んでいます。ただ、導入する方法はいくらでもあるのにそういう先々のことはまったく考えていない。民主党がどこかで導入すると言ったような気がします。民主党案ではずばりとは言っていません。国民皆を公平に救済することができるので、押し進めて欲しい。

レジュメでは患者側の視点で言う納得を、精神的問題と経済的問題に分けて書きました。意味がないというご意見があることを知っての上で、本音の部分つまり、純粋に精神的なもので経済的なものがなくても納得するのか、その関連をあいまいにしたまま議論が進み突っ込まないから、日本には無過失補償制度のような制度は存在しない。でも他国はそこまで踏み込んで考えているのです。

気にしていることをもう一つお話しします。レジュメに権力の総和と書きました。この言葉は私

の造語です。制度を作ったときに、行政権力のトータルが増える方向にいくのか、減る方向なのかを考えています。厚労省案ができると、総和は増える予想ですが、よくても同じだと思います。刑事より行政のほうが人権侵害は多く、手続きは簡単になり怖い処分も出来るようになる。文句があるなら裁判でやりなさいということになる。モデルは現行でも存在します。地方厚生局が個別指導と監査で処分を決めたあと聴聞をやり、免許取り消し処分をする、異議があったら行政訴訟となります。今は保険の不正請求だけに使っていますが、このスタイルを医療事故にも導入してしまうんです。簡易な手続きで迅速に進む、大量な行政処分を出すのも勝手、出さないのも勝手、大きな権限が厚労省の手に入ります。権限を持ったら嫌抑的に運用するというのが彼らの決まり文句ですが、他の分野でも行政はこのようにやってきました。

行政処分から自律処分に制度が変われば権力の総和が減少する。民事訴訟からADRやメディエーターに変えても権力の総和が減少します。民主党案は当事者同士でやらせるから権力の総和を増やそうとしてはいないだろうと推測します。

ただ民主党案は基盤が出来ているだけでこの上にどんな建物がのるかがわからない。小さく作って議論を重ね時間をとりながら先を目指すのか、今の時点で重厚長大の制度にすっばり乗るのか。民主党案の当事者主義にするのか、厚労省案の職権主義にするのか、これは皆さん自身の選択によるのだと思います。後は資料を準備しましたので、講演はこれにて終了いたします。(完)

---

第二部: 指定発言。4人の先生方にブリーフコメントをいただきました。

---

< 小松秀樹先生のコメント >

院内事故調査委員会は大切だが、現状はてんでんばらばらでいろいろな問題がある。東京女子医大、大野病院事件は院内調査を契機に刑事問題化している。ある県では調査委員会の報告書に準則違反、予見義務違反、結果回避義務があったかどうかを問う書式になっている。刑事事件化させるために作られたような書式である。これは、保険会社に損害賠償保険を確実に払ってもらうために県が作った。院内調査の目的には再発防止、原因究明など他にも

目的があり、司法の論理を院内調査に持ち込むと肝心な他の目的が犠牲になり大変なことになる。医療事故と司法は相性が悪い。

再発防止策は、被害の大きさ、事故の重要性、被害総量の多い事故を優先させなければならない。医療事故の報告制度は類型分類による定量化が必要で、機能評価機構は完全に匿名化した上でさまざまな統計を出している。病院は個別性が高いので病院により事故の重要度が異なり全国統計だけでは解決出来ないこともたくさんあります。

家族の事故対策への関与は、事故対策を実行する側から見ると望ましくない。自らが関わった事故では冷静な評価は出来ず、また紛争解決への思惑が対策をゆがめることがある。

事故対策にはコストがかかり、全てに対策が講じられるわけではない。一つを重要視すれば他の事故対策を阻害する恐れがある。経済的、政治的コストが小さくベネフィットが大きい対策を優先し、コストが大きくベネフィットが小さいものは採用してはならない。

医療事故報告制度の基に実施すべき事故対策は、総合的なものに重点を置くべきであり、医療機器の改善、操作方法の統一、処方箋の書き方の統一など、基礎的で汎用性のあるものに力を注ぎ、個別的なものに重点を置くべきではない。

事故対策は規範化はするべきではなく、多数の選択肢を提示し、相対化と変化を前提とするべきである。事故類型の重要度は病院ごとに順位が異なる。扱っている疾患の種類、実施している医療行為、財政的基盤、人的基盤が異なるので、病院に最適の医療事故対策は個別性が強い。第三者が病院の個別事情を無視して対策を強制することはギリギリの状況にある病院を破壊しかねない。

WHO が提唱する事故調査のガイドライン2005年によれば、報告の結果で処罰を受ける恐れを持たない。患者、報告者、病院の個別情報は決して明かされてはならない。処罰権限を持つ当局から独立している。医療がおかれた環境を熟知し、背後にあるシステムの問題を理解できるよう訓練された専門家によって分析されなければならない。報告は即座に分析され、勧告は迅速に関係機関に周知されなければならない。特に、重大なリスクが発見されたときは迅速性が重要である。勧告は、個人の能力ではなく、システム、プロセス、最終結果がどのように変えられるかに焦点をあてるべきである。報告を受けた機関は勧告を周知させる能力を持ち、周知された関係機関は勧告の実現を責務としなければならない。とある。

の匿名性が重要視されるごとく、紛争解決と事故対策は相容れない。調査は目的に合わせて別々にやらなければならない。また事故は個別性が強いので、今後も院内事故調査委員会が大変に重要な意味を持つと思っている。

< 上昌広先生のコメント >

今日本の医療は崩壊状態にある。江戸川区の医師数は後進国並みの充足率で、結核の感染率はネパール並みである。原因は医師が少ないことにあるが、厚生労働省は大蔵省が渋っ

ていて予算が足りないのだとう。彼らは2007年まで医師不足はないといって予算請求もしていない。対策には順位が必要だが何が一番かを理解していない。一番の対策は統治機構を変えることだと思う。医療や介護にかかる予算はみんな霞ヶ関が決めており国会の承認は必要が無い。年間34兆円の予算は数人の医系技官が決めている。このような権限の集中は歴史的にも珍しい。統治機構は変えることからやらなくてははいけない。

大野病院事件には医療者の関心が集まった。真相を明らかにして同時に患者さんの権利が尊重されなければならない。いろいろ試行錯誤を繰り返している。自民党と民主党は立場がはっきり異なる。民主党は野党だから現場に行き問題を知る、民主党のノウハウは現場にたまった。自民党の議員は与党だから役人丸投げにする。自民党と厚労省の政策は酷似するのは当然で、事故調の自民党案は厚労省の案のままだが、総務会も政調会も通していない。民主党案はネクストキャビネットで閣議決定されている。是非公約を果たしてほしいと思う。

この10年間、医療者たちは、患者さんと相対する努力をしてきた。国立大学でも良くやるようになった。東京女子医大心臓外科手術事故で行なわれた院内調査は報告書がおかしいといわれる。こういうものの検証は医療界が専門家の見解を求めてやらなければならないと思う。

隠さない、逃げないは医療界に投げられた言葉だが、厚労省にも同じことを求めたい。社保庁の問題は公開せず、科研費の水増しの真相究明も行われていない。医療界がやってきたように霞ヶ関もやるべきである。皆が言わないと決して彼らはやらない。

記者クラブの人も足で取ってきて記事を書いてほしい。このごろ大分まじめに現場取材するようになったが、政府発表になると厚生省と同じ事を言い出す。インフルエンザ事件は国と厚労省がやっているが、WHO や CDC から同時に情報が流れてくる。見解の相違がいろいろ波紋を呼んでいるが、たくさんのかんことを皆出して何処が問題だか議論するべきである。民主党案も自民党も細部まで検討し、市民が対話で解決することが必要だと思っている。市民の参加を大きくする民主党の案はその意味で私の思いとあっている。これを土台に事故調の望ましい姿を追求するほうが良い。多くの人が関心を持ち決めていくことが必要と思う。

#### < 足立信也先生のコメント >

5年前に出馬要請があり、茨城県で外科医をやっていたが、医療崩壊を何とかしなければならぬという思いから議員になった。社会保障国民会議に出たデータがある。医療、年金、介護、雇用、少子化の5つの中で、国民の満足度が一番高いのは医療で、低いのは年金。緊急度の高いのは年金が一番で医療は二番目だった。満足度が低く緊急度の高い年金は崩壊しているといえるが、二番目の医療は崖っぷちという認識である。原因は医療費と医療マンパワーの貧弱さだが、もうひとつの原因に医療を受ける側と提供する側の意識の格差が大きいことが挙げられる。それが訴訟を呼び、不信を生んでいる。

民主党は医療人材を増やし医療費削減策をやめ、今足りない部分、年間1.9兆円を医療につぎ込もうという政策を既に11月に出し、もう一つの意識の格差の解消を目的に民主党案を

提示している。

国際的に医療制度をみると日本の制度は、政府中心で平等性の高い英国と、市場主義を基本にした米国やシンガポールの間であり、保険料と税と自己負担の比率も、両極の間に入る。独、仏の制度も中間に位置し日本はこれに似ている。医療に対する国民意識で、政府が責任を持つべきとする人の割合は、英国で8割、米国では3割、日本は5割くらいだが、今年一月のデータでは95%になっていた。大部分の人は役所が責任を持つと持っている。

しかし、第三の道は医療側と提供側の共同作業しか解決策は無く、お上に頼るだけでは成り立たない、意識の改革が必要だと考えている。この方向性はメディカルトリビューンの各政党の政策比較という記事の中で示したとおりである。日本は国際社会のガイドラインと違うことをする傾向があり、事故調査制度もその一つだと思う。日本は特殊だからお上が全部やるべきだという考えでは成り立っていかない。

民主党では2002年に患者権利法を提出し、後に医療側の反対意見に配慮する形で2006年に医療納得安全促進法案を提出している。さらに死因究明の目的を明確にして今回の民主党案が作られた。

日本における死体は大きく分類して、自然死体と不自然な死体に別けられる。警察への届け出は不自然死体と検死の対象となる死体で、犯罪捜査の対象に多くのグレーゾーンが含まれている。事故調が対象としている医療関連死は、自然死を含む全ての分類に含まれ、報告の対象を広げるとは全ての死亡が関係してしまう。この難点を解決するために民主党案では医療関連死を不自然死の分類から除外し、医療管理下にかかる死亡とそうでないものに分けた。

医療管理下の死亡はまず医師が診断書を書き家族に説明を行う。説明に納得がいかなければ医療事故被害者の権利として申し出により、死因究明制度の流れに乗せることにしている。医療が関係しない死亡は死因究明法という範疇で扱うことにした。21条は犯罪捜査の入り口の法律なのでこれは廃止し死因究明の条文に変える、死亡診断書と死体検案書は医師が書くが、調べてわからないものは書かないで、死因究明法に基づいて捜査をしてもらえというコンセプトである。

井上氏の質問にお答えする。告訴告発は減るかという質問には、死亡だけではなく事故全てを入れるのではっきり比較は出来ないが、当事者間の説明を重視している。告訴告発は減るし起訴も減ると思う。告訴告発されたとしても不起訴のケースが増えるから、全体には減少すると思う。

再発防止はWHOに則って行う。機能評価機構を中心とした現在の事故調査制度を使う。患者の利益擁護に過ぎないかという問いには、医療は患者と医療者の共同作業に基づくものと考えている。死亡診断書が詳細で煩雑すぎないか？という問いには、書けない場合は書くなと持っている、在宅死が増えると看護師が見つかるケースが増える。医師一人の考えで甘い判断はするなという考えである。行政処分は拡大しないか？連動させないという考えだから大丈夫と思う。

意識の格差の解消には迅速な救済制度が必要だが、無過失補償制度の準備はしている。過失の認定を行い傷害度の認定を行う。井上私案では医療機関が保険に加入していれば訴権は制限されるというお考えだがこれは意見が割れている。訴権制限は出来ないというのが大方の見方で、無過失補償制度と訴権を切り分けられるかどうかいま議論されている。

井上氏のコメント:訴権制限が出来ないと言われるが、情報の非対称性を利用して、患者側にわからないように免責条項を入れることは問題だが、現実に合わせて透明性のバランスを取れば、免責は可能で契約関係の中で出来ると思う。一切出来ないと思わないで、時の事情で合理的な範囲で入れて行くことが出来ると考えていただきたい。

<鈴木寛先生のコメント>

井上先生には、職権主義 VS 当事者主義の違いを明確にいただいた。言われるとおり厚労省案と民主党案は基本的な制度設計が異なる。当事者主義は民主党結党の理念で、当然民主党案はここに基盤を置いている。そもそも社会統治の手段としては、政府、市場、当事者 Community (共同体) という問題解決手段がある。医療には適しない市場を除くと、社会正義と公正を実現していくためには、政府による職権か当事者コミュニティにおける当事者同士の公正なコミュニケーションによるかのどちらかになるが、厚労省が考えるように政府が行為規範を決めて違反を摘発するやりかた、言い換えれば、政府が何が正義で公正かを決め強制するというやりかただが、これでうまくいくのか疑問がある。

医療・教育など人間相手の社会的サービスの納得度を上げるためには、個別な対応とタイミングが大切である。これは標準化の方向性とは対極にある。法の下での平等原則に従うと、あるルールを決めたら平等に適用しなければならない。偏差値 50 にはぴったりいくが、51 以上はふきこぼれ、49 以下は落ちこぼれということになる。政府が決めた行為規範に基づく解決はここが限界である。当事者同士の共同体で、ケースバイケースで正義と公正を追求することを我々はめざしている。

医療という分野は非対称性が極端である。患者と医師、医師と法律家、とり調べる側ととり調べられる側、権力者(厚労省)と非権力者(学者・医療者)などでも非対称性が存在する。患者の権利擁護に過ぎるという議論に対して、私は患者有利であってよいと思う。医師との関係における非対称性は、イコールになるまで専門能力の欠如を補い、その上での当事者主義でないといけないと思っている。手続きの公正さを確保し、ハンデも調整したうえで熟議することだと思ふ。

日本の政策が陥っている問題の解決には、ルールとロールとツールのベストミックスが必要で、医療安全の為には、ルールづくりもさることながら運用する人の質を高め、死亡診断は AI など含めツールを充実していくことも重要となる。

厚生省とか霞ヶ関はかわいそうだと私は時々感じる。国民の過剰な期待を、読者の代弁者

を自認するマスコミが政府にぶつけるので、どうしても責任を過剰に感じ、過剰規制と現場への過剰介入になる。官僚は現場の指揮官になることは無いので、自分たちに与えられたルールづくりという分野で、与えられた仕事を一生懸命やりすぎるので、現場を混乱させてしまう。医療の世界にも起きていることである。

私は超党派の医療議連の幹事長を仰せつかっている。所属議員は193名になった。事故調法案については、舛添大臣と尾辻議員と私は収束のための熟議のプラットフォーム作りに力を尽くしたいと思っている。