

I. 「医療被害防止・救済センター」構想の基礎にあるもの

1. こんにちは

皆さんこんにちは。ご紹介頂きました加藤良夫です。今日はこじんまりとした集まりですのでアットホームな雰囲気でお話しをさせていただきます。

お手元にあります「医療被害防止・救済センター構想」(P.11)と書いてあるものと新聞記事のコピー(末尾資料1)と、「患者の権利法をつくる会」のニュースに書いたもの等を参考にしながらお話しさせていただきます。質問やご意見等を沢山聞かせていただきたいと思いますので、どうぞ遠慮なく聞いて下さい。

2. 医療過誤の概念

医療事故の話をするわけですが、最初に、医療事故とか医療過誤とか医事紛争という言葉の概念の違いを簡単にお話しします。

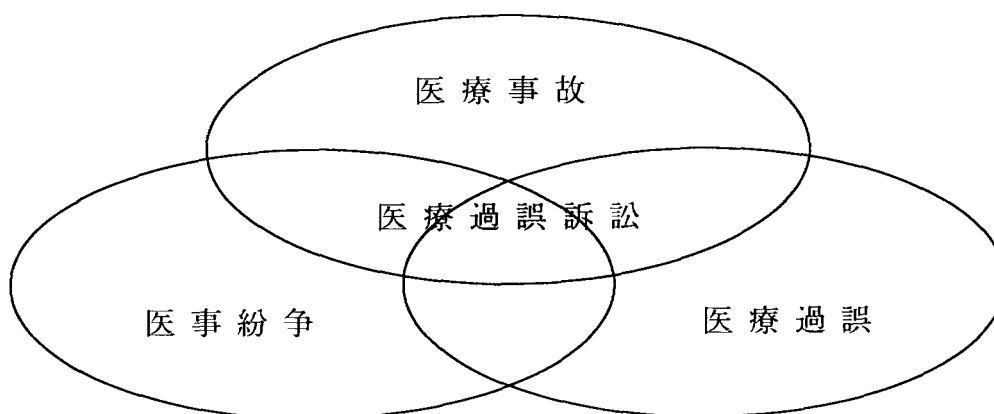


図1. 医療過誤の概念

まず医事紛争は、お医者さん等にミスがなくても起きてきます。医療費の問題とか、患者さんと看護婦さんとの人間関係の問題とかです。態度が横柄だというレベルでも紛争というのは起きてきます。その中には勿論、お医者さん等にミスがあって患者さんが被害を受けたというように医療過誤があったことから紛争になっているということがあるわけです。

医療事故というのは不可抗力ということもあります。医療というのは万能ではないので、どうしても避けられない事故というのが起きてきます。そういうものはミスとは言えないわけです。ですから、医療過誤と医療事故とは概念的に重なる部分と重ならない部分とがあります。

今から問題になってくる裁判の事例というのは図1の三つの円が重なっている部分、医療事故であり且つお医者さんや看護婦さん等のミスがあって、そのことで紛争になり争いになっているものです。

3. 医療事故被害者の願い

医療事故に遭った人達の願いは次の五つです。

第一に原状回復です。これは元の状態に戻してほしいということです。例えば子供を亡くしたら生き返らせて欲しいという思いがあるわけです。例えば自分の体に麻痺が起きた場合は元に戻

- ① 原状回復
- ② 真相究明
- ③ 反省謝罪
- ④ 再発防止
- ⑤ 損害賠償

して欲しいということです。二番目は自分の受けた被害の真相を明らかにしてほしいということです。医療事故のケースというのは原状が回復できません。例えば失明したとか腕が麻痺したとかということになると、再手術等をして原状に戻す努力をするわけですが、元通りにはなりません。死んだ人は返りません。特に子供を亡くした時の悲しみは大きいものがあります。それにも拘らず真相が曖昧に

図2. 医療事故被害者の願い

されてしまう。場合によれば親の体質とか遺伝とかに問題があったのではないかと、というようなことを言われて、お医者さんのミスがどこかへ消えてしまい、亡くなった人のせいに問題がすり替えられてしまい、尊い犠牲がそのまま評価されずにごまかされウヤムヤにされる。ウヤムヤにされるということが堪らなく被害者の気持ちを傷つけるのです。被害を受けたことに加えてウヤムヤにされるという二重の苦しみがあるということをもまず理解してほしいと思います。

それから、お医者さん達は「ミスをしました。ごめんなさい」ということを進んでおっしゃるという事が殆どありません。被害が起きた時「自分は悪くなかった」という弁解を真っ先に言う側面があります。心からの反省の言葉も謝罪の言葉もないということで、これも又患者さんを苦しめることとなります。

再発防止については、想像して頂ければわかると思います。一番大切な人を失った時にお金が幾ら貰えるということは考えないですね。そう言う人に私はお会いしたことがない。やはり原状回復、それから真相究明、反省謝罪があってしかるべきで、二度と同じことを繰り返してほしくないという気持ちが非常に強いわけです。自分の大切な人が亡くなったにも拘らず、何の反省もなく、教訓も生かされず、また同じことを繰り返して失敗しそうだとなると、自分の愛した人の死がいかにも軽んじられ意味のないものにされているような感じがします。ところが、「こういうふうには反省をし、二度とこういう事故は起こさないようにするから許して下さい」というようにおっしゃれば気持ちはまだ慰謝されるのです。

多くの薬害の人達が街でいろいろと活動されますけれども、そういう時に「ノー・モア・スモン」等とおっしゃって薬害を二度と繰り返してほしくないという気持ちを強く訴えられます。それは自分の受けた被害が社会化されて、社会の中で生かされ再発防止に何か役立つということが大事だと考えているからなのです。

五番目に損害賠償の問題ですが、医療過誤がありお医者さんのミスがあって被害が発生したと

というような場合に、やはりご主人が亡くなったりして生活の面で困られることが多いわけです。働けなくなったりもします。そういう意味で賠償が必要になります。

4. 医療過誤裁判の限界

ただ賠償といっても、例えば腕一本失ったらどの程度の金額になるか、殆どの方がわかりません。妥当な金額がわかりません。ですから医療過誤のケースで、医療過誤被害者が真っ先に求めるのは金銭賠償だと一般の人が思われるのは大間違いです。先程述べました、いろんな思いが被害者にはあります。原状回復というのは例えば実際亡くなった人を返すことですが、それはできませんし、一旦失った健康の回復というのは難しいので、誰もが何ともならないところです。この無念さに対しては永久に何ともならない話なのです。真相究明とか、反省謝罪だとか再発防止だとか、損害賠償というのは人為的に可能なことです。しかし、医療過誤裁判でやっていることはごく一部の損害賠償の部分でしかないのです。

「『ごめんなさい』と言いなさい」とか「反省をちゃんとしましたか」「反省した態度を示しなさい」と言うのではなく、病院側に対して「賠償金を支払いなさい」と命じるのが民事訴訟です。ある意味では補償だけの問題に矮小化されてしまい、被害者の思いが色々あるのに直接そのことを訴えられず、「賠償金を支払え」という言い方でしか組み立てられません。ここに医療過誤裁判の本質的な問題点があります。

5. 医療過誤訴訟は氷山の一角

医療裁判では、被害に遭った人達、皆が皆、訴訟を起こしているかというところではありません。

例えば抗癌剤を投与されて、その抗癌剤の副作用で亡くられる人達があります。化学療法をどんどんやることによって、骨髄の働きが悪くなって、結局血小板とか白血球等を作れなくなり、その為に亡くなっていく。このように抗癌剤で患者さんが亡くなるということがあります。抗癌剤で亡くなるのを化学療法死と言いま

す。ケモセラピー（化学療法）によるデス（死）を略してケモデスという言い方をします。でもケモデスなどという言い方はあまり一般化されていなくて、家族は癌で死んだと思っています。ところがよく調べると抗癌剤の副作用に対する対処の仕方の問題で、実は下血をして亡くなっているということがあります。亡くなった本人もそうでしょうけれども遺族の人達も気付かないわ

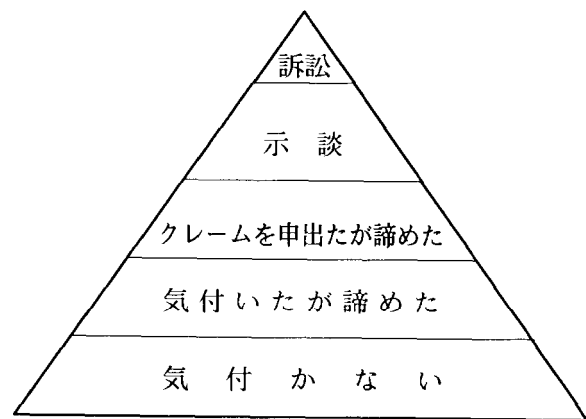


図3. 医療過誤訴訟は氷山の一角

けです。癌で死んでいったと思っておられるのですから、薬の使い方等を問題にするという気にもならないわけです。自分が事故にあったことも気付かないのですから、クレームを出すこと或いは何か疑問をお医者さんにぶつけるということはできません。こういう人達が多分、相当数いると思います。又、仮にクレームを出しても、体質的なものではないかとか色々なことを後から言われるという雰囲気があります。どうもおかしいと気付いたけれど、今更お医者さんに言っても死んだ人が返ってくるわけではないし諦めたという人が沢山います。「年寄りだったし、まあそれも寿命と考えます」とそういうことを言う人もいるでしょう。どうも変だなと思い、思い余ってお医者さんにどうして亡くなったのか申し出たけれども、それはその方の寿命と考えて下さい等と色々なことを言われ諦めさせられるというケースもあります。

6. 医師賠償責任保険

示談の場合、一人の死亡に対しても数百万円位のお見舞い金で示談がされているという例もあります。反対に、裁判で認められる額に近い賠償金を支払うという形で、きちっとした示談ができる場合もあります。しかしそのようなことは多くはありません。

その背景の一つには保険会社の存在があります。交通事故を起こして人をはねてしまった場合は賠償金が保険で支払われます。それと同じように患者さんが医療側のミスで亡くなった場合には、医師の賠償責任を保険でカバーします。交通事故の場合は自動車損害賠償責任保険ですから自賠責という言い方をします。お医者さんの保険は医師賠償責任保険ということで医賠責と言います。安田火災保険とか東京海上火災保険等の保険会社がそういう形の賠償保険を売り出しています。ですから示談をすとか訴訟で負けてお金を払うという時には保険会社が全部それをカバーし、お医者さん自身はお腹が痛まない仕組みになっています。被害に遭った人は、お医者さんが自腹を切ってお金を払い、何となく痛みを感じてほしいと思うわけですが、実は、お医者さんは保険からそれをカバーしてもらっています。バブルの崩壊後、不況風が保険会社にも入ってきていまして、払う側の保険会社が段々医賠責保険でもなるべく払わないように、低額に押さえるようにという力学が働いてきており、それで被害者の補償という意味では必ずしも上手く機能しないという状況が発生してきています。

医賠責保険の審査に約一年、高額の場合だと一年以上かかることがあります。示談がうまく成立すればまだ一定の区切りもできるのですが、もし示談が成立しないと、訴訟をするか諦めるかの二者択一になります。医療被害に遭った人は、示談がまとまらなければ訴訟に踏み切るか完全に諦めるかどちらかしか選択肢がなくなるのです。それで訴訟はとてやれないということで諦める人も出てきます。ですからまず、医療過誤事件で訴訟になるという部分は氷山の極々一角である事をご理解頂きたいと思います。

7. 年間の医療過誤訴訟件数

年間にどのくらいの訴訟が起きているかといいますと、10年程前には300件位でしたが、このところどんどん増えておりまして、700件を越えるまでになってきています。これを新受件数と呼びます。つまり1年間に日本中の裁判所に新たに起こされる訴訟の件数です。訴訟は毎年毎年これからも起こされますが、裁判所の処理能力からしますと、もっと少ない数しか毎年解決できません。ですから、どんどん訴訟が起こされると、未済といひまして、まだ解決されず裁判所で争いの最中という事件がだんだん増えてくることになります。増えてたまって今日本で争われている事件は2,500件以上になっています。この傾向は益々強まるでしょう。つまり裁判所の裁判官の数や処理能力を超えて裁判がどんどん増えるということですから、一年間に解決できる数は限られますので、徐々に件数がたまって増えていくということになります。

8. 医療事故、医療過誤の実数

医療事故とか医療過誤とかいわれるもの、特にお医者さんのミスがあるようなものはどのくらいあるのでしょうか。訴訟は年間700件くらいですが、医療事故がどのくらいあるのかということとはなかなか調べようがありません。

一つ大きなヒントがあります。それはハーバード大学のチームが研究して発表しているもので

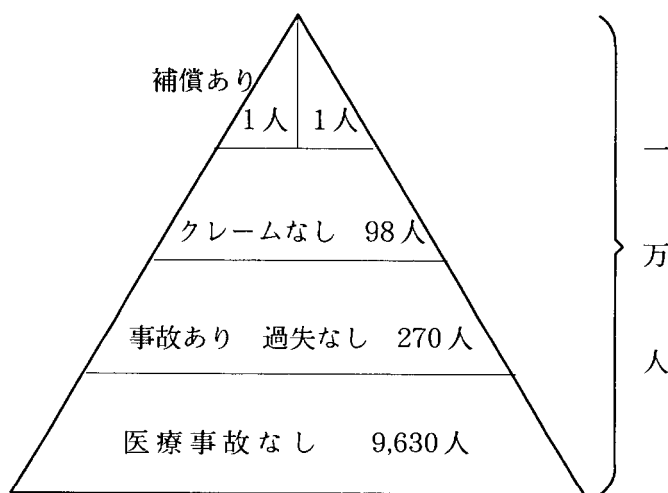


図4. ハーバード大学の調査結果

です。お医者さんと法律家等がチームを組んで、10,000人位の入院患者さんのカルテを片端から調べ、医療事故があるか無いか、医療事故があった場合そこに過失があるか無いか、つまりお医者さんに落ち度があるか無いかを調査しました。10,000人のうち、医療事故がないという人のケースは9,630人でしたから、96%位は医療上、何等問題なく退院していったケースです。事故があったというのは370人でした。勿論

事故があるという中には過失があるケースもないケースもあります。この内、過失なしというのが270人、過失ありが100人ありました。

10,000人の患者さんの症例を調べてみたら100人が医療過誤によって被害を受けています。

1%が医療過誤があって被害を受けているということになったのです。

では、この100人について見てみましょう。

医療過誤があって、本来補償されなければいけない人が10,000人のうち100人いました。その

100人は果たして補償されたのかといいますと、まず98人はクレームを出していません。医療過誤にあった人の殆どはクレームを出していないということです。気付かないとか諦めたとか色々です。クレームを出したのはわずか2人。そのうちの一人は認められず補償されませんでした。1人だけが補償されたのです。たった1人だけです。

よく、アメリカは訴訟社会ですぐに訴訟をされると言われています。医療の現場でも、お医者さんと患者さんがぎくしゃくして困った状態がある等ということ言われています。しかし実情を見ると、医療事故に遭った人達が皆気付いて補償を受けるためにクレームを出しているかという、全くそうではないという調査結果が出たのです。

これらの調査等を踏まえ、アメリカでは1年間に44,000人から98,000人もの人が医療事故で死亡しているという推定もあります。これから日本の被害者数を推定すると、少なくとも2万人以上の患者が医療事故によって死亡していることが一応推定されます。これは、交通事故死の数の2倍に相当します。実態把握すらできないということは、きちんと被害者の救済を図るという観点からすれば大変由々しき事態で、実は裁判所に持ち込まれている件数とは桁違いの医療事故の総数があるのだということを知っておいて下さい。

9. 医療過誤裁判の特殊性—3つの壁（専門性、密室性、封建制）

裁判というのは社会的に見ると馴染みがあるわけではないものですから、裁判を実際にやる時には決断が必要であり、しかも医療被害者の救済をはばむ「3つの壁」があります。

その第1は、専門性の壁で、医学医療が専門的分野であるため一般人には解りにくいという面があります。第2は、密室性の壁で事故は手術室だとか分娩室等の密室で起きているわけです。病院という世界自体、一般社会から閉ざされた密室性を持っています。第3は、封建制の壁です。例えばTVドラマの「白い巨塔」のようにお医者さんがミスを覆い隠して教授になったりするという、相互批判の乏しい世界です。3つの壁の中で一番大きな壁が封建的な壁で、この壁が立ちはだかっている為に医療過誤の被害者が裁判をする時に協力者が少ないのです。協力するお医者さん—私達はそれを協力医と言っています—が非常に限られているというか、見つかりません。その為に苦勞をしています。

10. 医療過誤裁判の特殊性—立証責任

裁判の場というのは一般の常識からすると完全に逆転しています。例えばAさんがいます。Aさんは盲腸の手術—虫垂炎といいます—を受ける為に入院しました。そして入院先の病院で死んでしまったとします。普通、盲腸の手術で死ぬことは不思議です。この病院で何が起きたのか遺族にはわかりません。社会常識的にいうと、何故死んだのかという事は手術を担当した人が説明しなければいけないでしょう。Aさんがどうして死んだのかということの説明しなければいけな

いと私は思います。

ところが、裁判となるとこれが逆転するんです。Aさん側が、何故死んだのか、どうすれば防げたのか、医者はどこにミスがあったのかということ細かく言わねばなりません。専門的な知識を持っている人達、密室で働いている人達、そういう人達ではなく、遺族が、裁判所に対して証拠によって説明しなければいけないという仕組みになっています。これは物凄く不自然なことだと思います。社会的に言えばAさんは盲腸の手術で死んだ。死んだのは何故か、どうしたら防げたのか、何がいけなかったのかということは医療側が知り得ることで、全部医療側が言うべきです。ところが、裁判となるとこれが逆転して、医療側が「『一体私のどこに問題がありましたか』『どうしたら防ぐことができましたか』全部言って下さい」となってしまう。協力するお医者さんがいて「このお医者さんのこの点が問題です」と言ってくればまだいいんですが、協力するお医者さんが見つからないとなると遺族の人達は非常に困るわけです。こういう根本的な問題が裁判には付纏っているということです。もう一つは、例えばある病気で手術を受けて亡くなったという時には、お医者さんのどこに落ち度があったかという過失とそれにより死亡という結果に結び付いたという因果関係を立証しなければなりません。お医者さん或いは看護婦さんの落ち度があったために、ある因果の流れでもって死亡に至ったということ、患者側・遺族側が言わなければいけないということです。どこに落ち度があったのか、どういう事があったのか、どうすれば防げたのか、その事によってAさんが亡くなった、ということ言う為に、延々時間がかかる訳です。

11. 「医療被害防止・救済センター」構想のきっかけ

医療被害防止・救済センターを考えるに至った、私にとっては大変衝撃的な事件がありました。7つの坊やが盲腸の手術を受けました。当時7歳、元気な男の子です。しかし手術の結果、寝たきり状態になりました。麻酔の事故でした。何が起きたのか。この7つの坊やは脊椎麻酔という脊椎の間のところからペルカミンSという脊椎麻酔剤を打って麻痺させ痛みを取っておいて手術をするという手術によって寝たきりの状態になってしまいました。話すことも歩くこともできない。御飯を自分の手で食べることもできない。おしめも全部してあげないと自分でおしっことかうんことかできない。そういう状態になってしまったんです。

裁判は、三審制という言葉聞いたことがあると思いますが、まず最初に地方裁判所というところに行きます。その上が高等裁判所で、名古屋には高等裁判所があります。さらにその上には最高裁判所というのがあります。東京に一か所しかありません。大きくいうとこの三つです。他には簡易裁判所とか家庭裁判所とがありますけど、単純化していうと、地方裁判所に民事の裁判を起こして不服のある人は高等裁判所に控訴して、更に不服があれば最高裁判所に上告します。

まず最初に地方裁判所に訴訟を起こして判決が下ります。この場合、判決までに10年かかって

います。私ではなく別の弁護士が10年間このケースで頑張っておられたんだけど負けています。10年かかって結局負け、弁護士を交替して、医療過誤の問題をやっているからという事で今度は私のところへこられた。私も調べてみて、盲腸の手術で何で寝たきりになるのだろう、これはいくら何でもおかしいということで、一生懸命やって高等裁判所で判決を目指して頑張ったんです。六年かかりました。途中から、私の尊敬する、元裁判官で今は弁護士をしている優秀な人に加わってもらって、絶対負けられないという気持ちで頑張っていました。裁判官が途中で代わり、ちょっと様子がおかしくなったなと思っているうちに負けてしまったのです。

地方裁判所で10年やって負けて、高等裁判所に場所を移して6年やって、弁護士も変えた、更に後から弁護士が加わって負けるとなると、坊やお母さんやお父さんは、裁判所は自分達庶民が助けてとかお願いとか言っても通じるところではないと思っています。何を言っても聞いてもらえるような場所ではないので諦めますという話になります。しかし、そこで諦めるわけにはいきません。いくら何でもこのケースは気の毒だし助けなければいけないと私は思いましたので、一生懸命励まして、何とか最高裁判所に上告という手続きをとりました。地方裁判所に提訴して、判決が不服だから高等裁判所に控訴する。その判決に不服だから最高裁判所に上告する。こういう順番になります。

上告してから4年かかって、今度は「高等裁判所の判決は間違っているから高等裁判所の判決を破棄して差し戻す」という判決が最高裁で出ました。実質これで勝訴となりました。

この判決が出るまでにトータルすると20年かかり、7つの坊やは30才近くになりました。こういう裁判の在り方は裁判を受ける権利とか憲法の原則からいってもおかしい。又、手術で寝たきりになって、どうしてこの子の救済の問題で20年もかかればならないか納得できません。

裁判官も素人ですから実際には結審になるまでに、専門家によって、このケースがどういうことか鑑定をしてもらうことが多いのです。専門家の意見を聞いたり、ああでもないこうでもないと言って争って、医学論争、科学論争になっていったことが、この裁判が物凄く長くかかってしまった原因の一つです。

つまり、過失と因果関係の立証の為に大変苦勞をしました。医療過誤事件というのはいつも過失と因果関係の立証で苦勞しますが、このケースもまさにそれでした。

最高裁判所は、お医者さんが脊椎麻酔をしてから2分毎に血圧を測りなさいと薬の能書に指示が書いてあるのに、5分毎にしか血圧を測らず、異常の発見が遅れた。もしこれを2分毎にちゃんとやっておれば異常の発見ができて、手術を中止し対応できたのでこの事故は防げたという判決をしました。非常に常識的、当たり前の判決で、最終的には勝訴しました。でもそこに至るまでには大変長い道程があったわけです。

このことを契機に、私は、裁判というのは長すぎるのではないか。様々な被害者の思いを端的

にきちんと解決をつけていく社会的なルールを作れないものかと思いました。特に、真相を早く解明して、再発防止を速やかに医療現場に教訓化し、より安全な医療を作っていくということに、尊い犠牲となったケースが役立てられるということが重要です。そして補償が迅速になされ、再発防止が速やかに行われ、それらが上手く連動していくようにしたいということがポイントです。

例えばこの盲腸のケースですと、親御さんは盲腸の手術を受けてから人生がまるで変わってしまったわけです。下に子供が何人かいますので、この子の世話をしながら下の子供達を育てるということになります。いつも添い寝をして床ずれ（褥瘡）ができないようにし、おしっこが出たら夜中もおしめを取り換えなくてははいけませんから一緒に寝て、夜中にもおしめの中に手をいれてみて濡れていれば取り替えるというような生活をずっとしています。御飯は流動食とかチューブによる栄養とかでは味も味わえなくてかわいそうだからと、皆が食べるのと同じように料理して、それをお母さんが、魚とか色々な味がわかるように別々に噛んでドロドロの状態にして食べさせるという生活を何年もしています。おしめは毎日毎日干すというような生活をしながら、何の補償もなく二十年間も裁判をやるわけですから、もっと早くに、先に補償をしてあげたらいいのではないかと思いました。

被害者の方を先に補償して、問題のある医療機関やお医者さんに対しては、求償という言葉がありますが、その補償をしたところが被害者に代わって後で求償していくということを考えました。

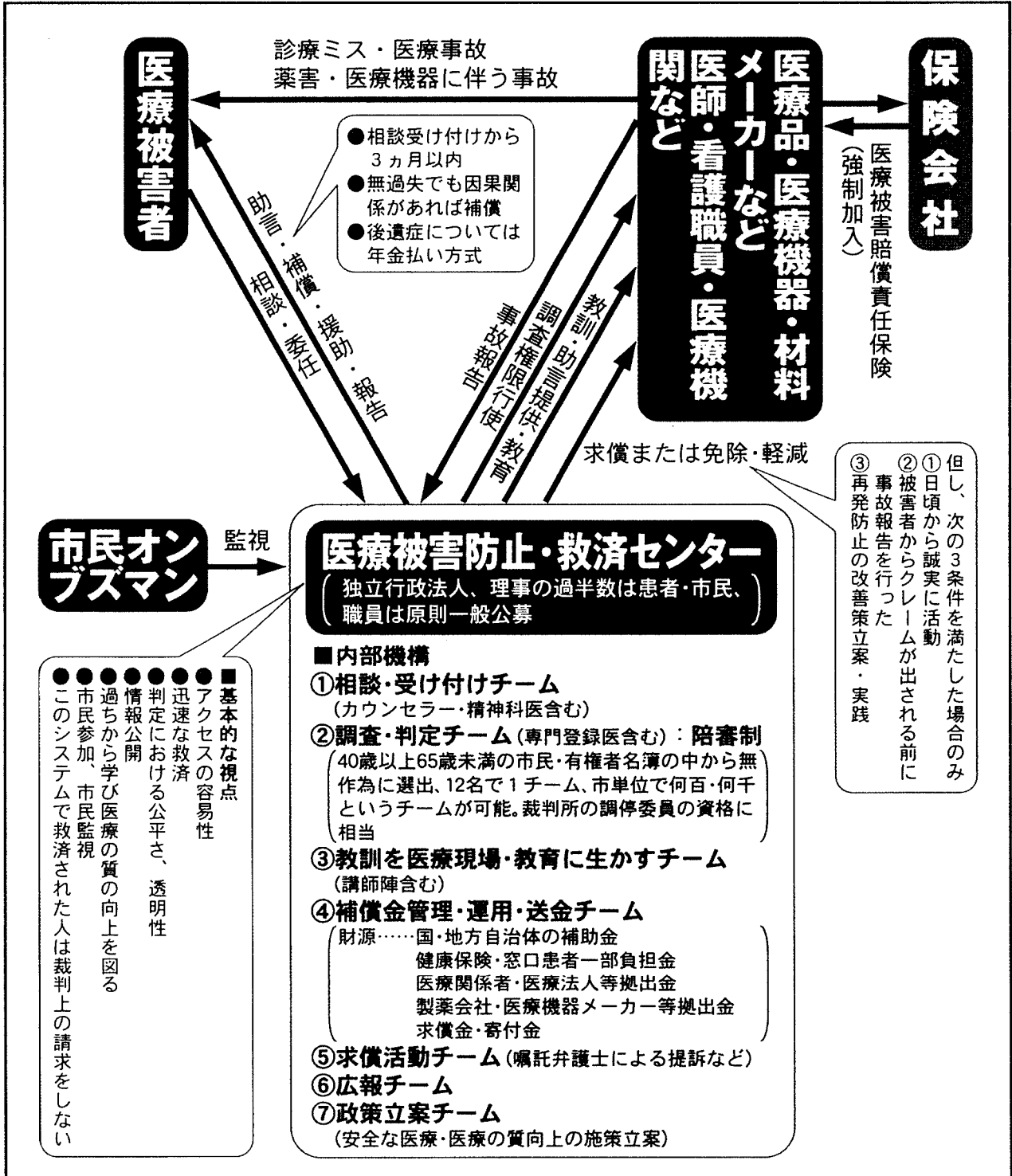
このようなことから、医療の現場において医療の作為・不作為、つまり医療側が何かしたこと、しなかったことによって、被害を受けた人及び家族が速やかに救済されるように、また、被害例から教訓を引き出し、再発防止・診療レベルの向上・システムの改善・患者の権利の確立等に役立てるために、センターが必要だと考え、この医療被害防止・救済センター構想をまとめたわけです。

1998. 10. 24 ウィルあいち にて

あいちホスピス研究会 もみじの会 第八回セミナー

（テープ起こしをして下さった、吉田千鶴さん
吉田嘉宏さんご夫妻に深く感謝申し上げます。）

Ⅱ. 「医療被害防止・救済センター」構想



(ジャミックジャーナル 2002.4)

(一部修正)

Ⅲ. 「医療被害防止・救済センター」構想について

1. 「医療被害防止・救済センター」の目的

このセンターは医療被害者の早期救済を図ると同時に医療現場等へ再発防止策をフィードバックすること、あわせて診療レベルの向上、医療制度の改善、患者の権利の確立等に役立つ活動をすることを目的にしています。

2. 「医療被害防止・救済センター」の活動

まず医療被害者はこのセンターにいつでも、電話、ファックス等自由な方法で相談申請ができます。

勿論医師・医療機関・製薬会社・医療機器メーカー等も、事故情報を進んで正直にセンターへ報告することができます。

センターは事故情報を集め分析検討し、医学教育、医療現場、メーカー等への教訓として生かします。そしてセンターが救済すべき事案であると判断したケースについてはセンターが被害者に対して補償を先行させます。加害者側が事故を隠そうとしたりすぐに改善の方策を取らなかったりする等の問題がある場合には、センターが被害者に代わって加害者側に求償を求めていきます。

3. 「医療被害防止・救済センター」の組織形態

センターの理事の過半数は患者・市民とし、「医療過誤原告の会」等医療を受ける側の人たちの声が反映されるような仕組みを作っておきます。センターの職員は一般公募方式で採用します。現在ある「医薬品機構」は厚生労働省の外郭団体で、職員は厚生労働省からの出向であり、理事の多くも医薬品メーカー等の関係者で占められています。本来、医療消費者としてあるいは被害者として入ってしかるべき消費者団体や被害者団体の代表等がより一層、運営に関わっていただけるようにすべきです。

この「医薬品機構」を改革して分割再編することにより、「医療被害防止・救済センター」をつくることもひとつの考え方です。

センターの機構としては独立行政法人（法律にもとづく法人）の形態をとります。そして運用全般については常に市民オンブズマンの監視を受けることが出来る仕組みを法律の条文の中に予め入れておきます。

4. 陪審制と透明性・公正さの確保

相談を受けてから3ヶ月以内に判断をすることを目途とします。迅速な救済をするために、被害の調査、判定には陪審制をとります。陪審チームは新件1件ごとに構成され、予め登録された

専門家の意見をも吟味し、判定します。

判定の透明性、公正さの確保の観点から、当事者のプライバシーを考慮しつつできる限りオープンにしていくようにします。当事者が承諾している場合は判定会への傍聴を可能にするとか、あるいは当事者の匿名性を守りつつ議事録の公開等をしていきます。

医療関連危害情報を国民が関心を持って見るができるように、インターネット上にホームページを開設し、どこからでもアクセス可能な状況をつくり、情報公開を押し進めていきます。ホームページでは教訓も含めて最新の情報を提供し、この社会に事故情報を隠ぺいするのではなく「過ちから学ぶ」ということを一つの大切な「文化」として作り上げていきたいと思えます。

5. 「医療被害防止・救済センター」の内部機構

センターの内部機構としては、相談に応ずるチームとしてカウンセラー・精神科医等のスタッフが必要であります。このほかに陪審員を補助して医療事故になるかどうかの調査判定を援助する部門、講師として医療現場へスタッフを派遣する部門、資金運用等を担う財務的部門、求償活動を実践する弁護士等の部門、広報活動等を行う部門、より安全な医療政策を立案する部門等が必要です。

6. 「医療被害防止・救済センター」の財源

センターの財源については、自動車の自賠責保険と同様に医療事故の被害回復を図る互助の精神から、国や地方自治体の予算及び患者の一部負担金を充て、医療側・医療メーカーも利益の一部を被害救済のための基金に拠出します。製薬会社はこれまで「医薬品機構」に拠出金を負担してきたが、仮に「医薬品機構」が組織変更されても、副作用被害救済の観点から負担を継続すべきです。このほかに財源としては求償金や、寄付金等が考えられます。（医療事故情報センターでは、1998年5月30日に総会記念シンポジウム「医療被害者の救済システムを考える」を開催しました。その時の記録が冊子になっています。その冊子のP. 35、P. 36参照）

7. 被害者は無過失のケースでも補償される

現在の医療過誤訴訟では医療側に過失がなければ損害賠償は認められません。そのため過失の主張立証に時間を要し、いきおい訴訟が遅延しがちとなります。又医療側の過失を立証しやすいケースでは被害者は損害賠償を受けられるが、医療側に問題点が沢山あるものの、いずれをとっても過失とまではいいがたいという場合は一切賠償を認められないこととなり、時に不公平感も残すこととなります。この構想では無過失のケースでも医療行為と結果との間に因果関係があれば補償されます。このことにより医療被害者の救済が大きく拡大します。

医療に起因して起こった大変気の毒なケースは過失があろうがなかろうが補償していくことが

必要です。又損害額が低く現状においては事実上泣き寝入りにならざるを得ないケースについてもこれを放置しておいて良いわけではなく、しかるべき救済システムが必要となります。

この構想は交通事故被害者の救済を図る自賠法や製造物による被害から消費者を保護しようとするPL法（製造物責任法）の目的・背景とほぼ共通する考え方に立っています。

8. 因果関係の判定について

医療過誤裁判では医療側の過失と原告の損害との間に因果関係がなければ請求は認められません。そのため原告側は因果関係の主張立証に苦勞することが多い。元々病気のある人がその病気の自然の経過のなかで悪化して死亡したのか、医療上のミスがあったために死亡したのかをクリアカットに判定できない場合があります。陪審制度を採用する場合は科学論争的に因果関係を判定しようとするのは馴染まないの、センターが救済すべきケースかどうかについては「著しく意外な結果」かどうか等をもとに市民感覚で判断すればよいのではないかと考えます。（例えばお産の時に妊婦が亡くなったとしても、解剖の結果実は心筋梗塞で亡くなったことが判明した場合には、医師の診療行為と死との間に因果関係がないと判定されることもあり得ます。）

9. 少額事件も救済される

国民が陪審員になる仕組みは迅速な判定をめざす点でもコストの点でも有利な面があります。従って少額事件についても救済しやすくなります。少額事件がセンターに集まることは社会的にみても大変有益であります。なぜならば早期にさまざまな情報が集まれば再発防止・被害拡大防止のヒントもその中に含まれてくることにもなり医療のレベルアップ・安全な医療の実現につながるからです。そして継続的に数多くの情報を収集していくためにも、被害救済を図っていくことが不可欠であり情報収集と被害救済は一体的に実行されることが重要です。

10. 責任軽減・免除の条件

医師、医療機関、製薬会社、医療機器メーカー等に過失があるケースについてはセンターが求償することもできますが、以下の3つの条件を満たした場合はその責任を軽減するか免除することができるようにします。

第一に常日頃からまじめに医療活動・企業活動を行ってきたこと（例えばそれまでまじめに診療をしてきた人がうっかりミスをしてしまった場合は、常日頃よりいい加減なことを繰り返してきた人がミスをした時と比べて、責任非難の度合いも異なると思われます）。

第二に速やかに被害者に謝罪すると共に、被害者がセンター等へクレームを提出する前に、加害者側が自発的かつ正直にセンターへ事故報告をして自らの失敗を社会の教訓にしようとしたこと。

第三に真相を究明するとともに同種事故の再発防止へむけた改善策を立案し、それを実践しはじめたこと。

これら3つの条件が全て揃っている時には、センターは加害者に対して求償しないこともできることとします。

この政策により社会の中で日頃よりまじめに仕事をする事の尊さが再認識され、医療の世界においても加害者が事故を隠ぺいしたりごまかしたりして責任回避的態度を示すという体質を変え、患者中心の医療、安全な医療、レベルの高い医療の実現に寄与できればと願っています。

11. 国民の参加・監視の重要性

「一切お任せ」の姿勢の中からは「患者中心の医療」に向けた改革は生まれてきません。

この構想が正しく機能するためには設立までのデザインがしっかりしていることが大切であると同時に、発足後において日常的な国民の監視が重要となります。また陪審制度を採るのも、陪審制度を通して国民が身近かに医療の問題を知る機会となると考えるからです。

12. おわりに

この構想については幸いマスコミも関心を向けて大きく報道を下さった。（平成9年9月3日中日新聞夕刊、平成11年5月30日日経新聞朝刊、平成11年11月11日NHK「未来派宣言」）おかげで色々な意見や声が寄せられています。強く賛意を示して下さる医師・医療関係者の方々もおられ意を強くするとともに医療被害者の方々の素早い積極的な反応には、ことからの切実さを痛感させられます。10年先にできていれればと思って提案したのですが、もっと早く実現できるよう全力を尽したいと思います。この構想は一つのたたき台であり、より良いものを作り上げていくために事故防止・救済システムに関し是非アイデア等をお寄せ下さるよう希望します。

なお、今後の予定としては、当面はこの構想についての検討を加えつつ、発起人会か準備会のような推進母体をつくっていきたい。それとともに陪審員の方々に集まっていただき、具体的なケースについて評決をしてもらう企画などを試行したいと考えています。

<参考資料>

- ① 1998. 5. 30医療事故情報センター総会記念シンポジウム記録「医療被害者の救済システムを考える」
- ② NIRA 研究報告書No.19990118 薬害等再発防止システムに関する研究（総合研究開発機構）
- ③ 日本弁護士連合会人権擁護委員会「医療事故被害者の人権と救済」明石書店

IV. 「医療被害防止・救済センター構想」のこれまでの歩み

(前 史)

1977. 10. 17 医療事故相談センター（名古屋）開設
(S. 52)
1987. 10. 31 医療事故情報センター設立準備会発足
(S. 62)
1990. 12. 1 医療事故情報センター発足
(H. 2)
1996. 1. 23 最高裁判決（虫垂炎の手術で寝たきりとなった子どものケース）
(H. 8)
7. 17 N I R A「薬害等再発防止システムに関する研究会」（黒田委員会）第1回開催

(構想の歩み)

1997. 2. 12 「医療被害防止・救済センター」構想（第一次案）とりまとめる。
(H. 9)
9. 3 中日新聞夕刊『名古屋の弁護士が「センター」構想』（資料1）
9. 20 患者の権利法をつくる会、「けんりほうニュース」「医療被害防止・救済センター」構想について
11. 1 医療事故情報センター、「センターニュース」「医療被害防止・救済センター」構想について
12. 14 患者の権利法をつくる会、総会記念シンポ「医療被害防止・救済システム」
1998. 2. 国民生活センター「国民生活」「医療被害防止・救済センター」の設置を！
(H. 10)
5. 保健同人社「暮しと健康」「医療事故の再発防止のためにも被害者がまず救済される新しい制度を」（資料2）
5. 30 医療事故情報センター総会記念シンポ「医療被害者の救済システムを考える」
8. 日本看護協会出版会「ナーシング・トゥデイ」『遅すぎる救済は本当の救済ではないー「医療被害防止・救済センター」構想』
1999. 4. 14 NHK生活ほっとモーニング「医療への不信・そのとき家族は」
(H. 11)
5. 30 日本経済新聞「医療過誤をどう防ぐか」（資料3）

- 6.10 N I R A 研究報告書「薬害等再発防止システムに関する研究」
被害者の早期救済の実現－被害者救済が薬害の拡大を防止する－
- 11.11 NHK 未来派宣言「多発する医療ミス 被害者を救います」
2000. 9.12 医療事故情報センターのホームページに「医療被害防止・救済センター」構想
(H.12) 掲載
12. 3 東京新聞サンデー版「止められるか医療事故」(資料4)
2001. 3.10 東京いきいきらいふ推進センター「いきいき」『再発防止も同時に進める「医療
(H.13) 被害防止・救済センター」構想の具体化を進めています』
- 3.30 日弁連人権擁護委員会「医療事故被害者の人権と救済」(明石書店)
- 4.12 テレビ朝日 スーパーモーニング スクープ最前線
5. 日本医療企画「フェイズ・スリー」「いま医療被害防止・救済センター設立に取り
組む」
8. 『医療事故を防止し被害者を救済するシステムをつくりたい。
－「医療事故防止・救済センター」構想の実現をめざして－』
(パンフレット) 作成、配布
- 9.11 「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」(仮称)準備室開設(資料5～8)
2002. 2.23 (財)日本病院会役員会にて構想について講演
(H.14)
- 11.14 厚生労働省「医療にかかる事故情報の取り扱いに関する検討部会」で意見発表
2003. 9.28 初の市民による模擬判定会を名古屋で開催(資料10)
(H.15)
2004. 4.16 財団法人連合総合生活開発研究所主催講演会で講演
(H.16)
6. 5 民医連シンポ「なくそう医療事故 たかめよう患者の権利」で意見発表
- 7.29 4学会ワーキンググループ(第4回)にて意見発表

あ と が き — このパンフレットを作成するにあたって —

一人の弁護士が医療被害者の依頼を受けて法的救済のために尽力して一生かかって成し遂げることのできる仕事の量・効果を仮に「百」としますと、弁護士等が結集して良い組織を作りあげ医療被害者の救済のために組織的に取り組んだ場合の効果は「万」にも及びます。更に医療被害防止・救済のシステムをつくりあげることができたならば、その社会的意義は「億」に至るといえましょう。

医療事故の防止を願いつつ医療被害者の救済のために、医療過誤訴訟を真剣に担う、若き優秀な「患者側弁護士」が数多く育っています。また医療事故情報センターには患者側弁護士が500名程結集し、組織的な活動も軌道にのったと見ることができます。

今こそ、医療事故を防止し、かつ被害者を速やかに救済できるシステムを構築したい、と私は強く願っています。

しかし新しい制度を構築することは、「一人が努力すること」「組織をつくって取り組むこと」とは、比べようもない程のエネルギーを必要とします。

医療被害防止・救済システムを実現させるためには、「安全な医療」「質の高い医療」「インフォームド・コンセント等患者の人権を尊重した医療」を願う広汎な人々の力を必要とします。新しい活動母体を形造るための「はじめの一步」としてこの冊子を作成しました。

別紙のとおり、以下の3点すなわち

- 1、「医療被害防止・救済センター」構想についてのご意見ご感想をお聞かせ下さい。
- 2、「医療被害防止・救済システムの実現をめざす会」（仮称）の在り方、すすめ方についてのご意見をお聞かせ下さい。
- 3、この活動にご参加、ご支援いただけますでしょうか。

についてアンケートを用意しています。（このパンフレットの最後のページがアンケートになっています。）とじしろに近いところにミシン目が入っていますので、記入された後切り取ってFAXか郵便でお送り戴けると大変嬉しく思います。

お寄せ頂いた皆様の声等もつけ加えて、このパンフレットの続編を発行していきたいと思っていますので、ご了解下さると幸いです。「医療被害防止・救済センター」構想の実現に向けた活動を力強く展開していくためには、印刷費、郵送料、スタッフのアルバイト代等の支出に備え、財政的裏付けも必要となってきます。準備会が発足するまでの間の寄付の窓口としては、以下のとおり「医療被害防止・救済活動支援基金」があります。

三重銀行名古屋支店（店番号430）

普通預金口座番号 1303291

名義 医療被害防止・救済活動支援基金

会計 羽賀康子

郵便振替口座

00820-1-42575

医療被害防止・救済活動支援基金

この「支援基金」からの支援状況については、準備室のホームページで適宜報告することを予定しています。