

## 患者の権利の歴史（第31回）

### 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利（その1）

法律専門相談員 高梨滋雄

（前回までのお話）

前回まで国・地方公共団体に対する患者の権利の法的性質（抽象的権利）についてご説明いたしました。今回からは、国・地方公共団体に対する患者の権利がどのように具体化されているかについてご説明いたします。

#### 2 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利

##### （1）差別なく適切な医療を受ける権利

第34回世界医師会総会（1981年9月～10月ポルトガル・リスボン）において採択され、第47回世界医師会総会（1995年9月インドネシア・バリ）において改定された世界医師会患者の権利に関するリスボン宣言は、患者は「1 良質の医療行為を受ける権利」を有するとし、その一内容として「a すべて人は差別なく適切な医療行為を受ける権利を有する」と定めています。

仏教では、どんな人でも逃れることのできない四つの苦しみは「生・老・病・死」とされています。このように「病」はどんな人でも逃れることはできないものですから、差別なくどんな人でも「適切な医療行為を受ける」ことができることは、人の権利として当然に保障されるべきことといえます。

現代では、多くの国家において基本的に身分制は否定されていますので、身分により差別されて医療が受けられないということはあまり考えられません。現代において医療において差別的な取り扱いの危険があるのは患者の経済力による差別的な取り扱いです。このことは日本で生活していると意識しにくいことですが、外国では誰でも経済力にかかわらず平等に医療を受けるようになっているわけではありません。

外務省のホームページには在外公館医務官情報として2015年4月1日付けでアメリカ合衆国（ニューヨーク）の「医療の現状」が次のように述べられています。

（引用始まり）

「米国の医療費は非常に高額です。その中でも、ニューヨーク市マンハッタン区の医療費は同区外の2

倍から3倍ともいわれており、一般の初診料は150ドルから300ドル、専門医を受診すると200ドルから500ドル、入院した場合は室料だけで1日数千ドルの請求を受けます。例えば、急性虫垂炎で入院し手術後腹膜炎を併発したケース（8日入院）は2万ドル、上腕骨骨折で入院手術（1日入院）は1万5千ドル、貧血による入院（2日入院、保存療法施行）で2万ドル、自然気胸のドレナージ処置（6日入院、手術無し）で8万ドルの請求が実際にされています。治療費は、診察料、施設利用料、血液検査代、画像検査代、薬品代などとそれぞれ別個に請求されるので注意する必要があります。」「高額な医療費に対しては、渡航後に当地の医療保険に加入するか、渡航前に十分な補償額の海外旅行障害保険（100%カバー）に加入して備えておく必要があります。100%カバーの保険に加入していれば、キャッシュレスで受診することが可能なこともあり、また保険会社が医療費を病院側と交渉してディスカウントする可能性もあります。病気や怪我など1回の入院で数百万円から1千万円になることを覚悟してください。病状がそれ程緊急性を要しない等、事情が許せば航空運賃を負担したとしても、本邦に帰国して診療を受けた方が良いケースもあります。また、実際に当地で治療を受ける前には、加入の海外旅行保険会社に事故速報の連絡を入れて、医療機関名のみならず、当地での治療の要否についてもアドバイスを求めていると良いでしょう。」

（引用終わり）

アメリカでは、このように医療費が高額になっており、医療機関を受診するにあたって医療費の負担の問題について慎重に検討する必要があります。その理由は、アメリカには日本のように医療について国民皆保険制度がなく、医療費は原則全額自己負担で、かつ、医療費には統一的な基準がないからです。そのため、アメリカに住む多くの人々は、民間の医療保険に加入して保険で医療費を支払うようにしています。しかし、アメリカの民間の医療保険は、保険によって受けられる医療機関と医療行為が限定されており、どの医療機関でも制限無く医療行為を受けられる訳ではないのです。

## 患者の権利の歴史（第32回）

### 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利その2）

法律専門相談員 高梨滋雄

（前回までのお話）

前回から「差別なく適切な医療を受ける権利」についてのお話をしていますが、今回は、この「差別なく適切な医療を受ける権利」を我が国で実現するために設けられている国民皆保険制度について御説明いたします。

#### 1 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利

##### （2）国民皆保険制度

国民皆保険制度は、国民全員が公的な医療保険制度に加入し、疾患を発症する、または、傷害を負ったときに医療を受けられるようにするという制度です。これは国民に医療を受ける機会を平等に保障することが目的としたものです。まさに「差別なく適切な医療を受ける権利」を実現するための制度といえます。

我が国における公的医療保険のルーツは、工場などに勤務する肉体労働者を対象とした健康保険法（大正11年施行）です。それが昭和の時代になって会社の事業所等に勤務するいわゆるホワイトカラーの労働者にも拡大されるようになりました。このような会社等の勤務する労働者についての健康保険を被用者保険といいます。

それ以外の農業従事者等については国民健康保険法（昭和13年施行）により対応しようとしたのですが、これは各地域における健康保険組合の設立も、これに対する住民の加入も任意の健康保険制度で、国民皆保険制度を実現しうるものではありませんでした。そして、この戦前につくられた国民健康保険制度は、我が国が体験した悲惨な戦争のために破綻します。

戦後、税金の投入、市町村における国民健康保険の運営の義務づけ、これに対するに被用者保険に加入していない住民の強制加入を内容とする新しい国民健康保険法（昭和34年施行・実際に制度が運営されるようになったのは昭和36年）ができました。これにより我が国では被用者保険と国民健康保険の2種類の公的医療保険制度によって国民皆保険制度が実現されることになったのです。

現在、我が国においては、国民は原則として全国健康保険協会管掌健康保険（主に中小企業の労働者が対象）、組合管掌健康保険（主に大企業の労働者が対象）、共済組合の健康保険（主に公務員が対象）、国民健康保険（被用者保険の加入していない人が対象）のいずれかの健康保険に加入し、その健康保険制度を利用して医療を受けることができるようになっています。

国民皆保険制度は、アメリカを除くほとんどの先進国で実現されていますが、我が国の国民皆保険制度には、次の二つの特徴があるといえます。

一つは、医療機関を自由に選べること（フリーアクセス）です。イギリスなどの原則として税金を財源として公的機関によって医療が提供されている国では、国民が受診できる診療所は予め登録された診療所に限られています。そして、大学病院などの高度医療機関には診療所の紹介がなければ受診することはできません。また、ドイツでは公的医療保険制度への原則強制加入によって我が国に近いあたりで国民皆保険制度が実現されており、診療所については自由に選択できますが、大学病院などの高度医療機関には診療所の紹介がなければ受診することはできません。

もう一つは、医療機関へのフリーアクセスと密接に関連しますが、低い医療費の負担で高度な医療を受けることが可能になっていることです。再度、イギリスとの比較になりますが、イギリスでは、税金を財源として公的機関で医療が提供されていますので、公的機関での受診時には患者の医療費の負担はありません。しかし、公的機関で提供される医療の質は低いといわれています。そのため、質の高い医

療を受けることを希望する患者は、私立病院を受診することになりますが、そこでは、医療費は全額自己負担になるのです。

このように我が国の国民皆保険制度は、他の先進国と比較しても、非常に充実したものになっているといえます。今回はこの我が国の国民皆保険制度の直面している課題について御説明いたします。(つづく)

## 患者の権利の歴史（第33回）

### 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利その3)

法律専門相談員 高梨滋雄

（前回までのお話）

今回は、「差別なく適切な医療を受ける権利」を我が国で実現するために設けられている国民皆保険制度の沿革、概要について御説明いたしました。今回は我が国の国民皆保険制度の直面している問題について御説明いたします。

#### 1 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利

##### （3）我が国の国民皆保険制度の直面している問題

###### ア 我が国の国民皆保険制度の成果

前回、御説明したとおり、我が国では国民全員がいずれかの公的医療保険制度に加入しているという国民皆保険制度が実現されています。この国民皆保険制度によって、病気やけがの際は、所得の多寡にかかわらず必要な医療を平等に受けることができるようになってきました。しかも、それは世界でも類を見ない国民が医療機関を自由に選べ（フリーアクセス）、低い医療費の負担で高度な医療を受けることが可能であるというものです。このことが日本人の世界トップレベルの平均寿命の高さ、乳幼児死亡率の低さに大きく寄与していることは疑問の余地が無いと思われれます。

###### イ 高騰する医療費

しかし、国民皆保険制度を維持するための費用面を見ると国民医療費は近年増大しており、この制度の持続が可能であるかが問題になっています。国民医療費は、1980年度に20兆円を超え、2015年度は概算で41.5兆円になり、政府の推計では2025年度には54兆円に達する見込みです。このような右肩上がりの国民医療費の上昇は、高齢者が増えてその医療費の増大していること、医療が高度化して薬剤、医療機器にかかる費用が高額化していることの二つが主たる原因として挙げられています。国民皆保険制度を維持するための国民医療費は、現在、患者の自己負担（病院等の窓口で支払う治療費）、保険料、税金という三種のお金によって負担されていますが、国民医療費がこれ以上、増加すると現在の枠組みで負担し続けることが困難になり、国民皆保険制度を維持することが困難になるとみられているのです。

###### ウ 対策1・医療コストの削減による国民医療費の抑制

国民皆保険制度を維持するための対策として、まず、医療コストの削減による国民医療費の抑制が考えられます。そのために既に診療報酬の包括支払い制度が導入されています。我が国では医療機関が実際に行ったサービスの項目と数量に応じて診療報酬が支払われる出来高払い方式を基本とされてきました。この方式には実際に診療に要した費用が支払われるので、医療機関は採算の心配がなく診療が行えるというメリットがあります。

しかし、その反面、医療サービスを増やせば増やすほど、支払いが増える仕組みでもあるため、過剰診療を招きやすいという批判もありました。そこで、2003年から一連の医療サービスを一括りにして評価し、疾患ごとに定められた入院1日あたりの医療サービスの費用に基づいて、患者の入院日数に応じた診療報酬を医療機関に支払う包括払い方式が導入されるようになりました。この制度の導入により術前検査を外来化し、入院後の早期に手術を行って平均在院日数を短縮させる、検査、投薬を減少させる、クリティカルパス（質の高い医療を効率的、かつ安全、適正に提供するための手段として開発された診療計画表）を採用する、後発医薬品（ジェネリック医薬品）・医療材料を使用する、といった方法によってコストの削減が図られています。

もっとも、この制度の導入後も国民医療費は増大していますので、今後はフリーアクセスの制限、病

気の予防対策を徹底するといった対策なども検討する必要性が生じています。

エ 対策2・医療費負担のあり方の変更・国民負担の増加

もう一つ考えられる国民皆保険制度を維持するための対策は、医療費負担のあり方を変更して、国民の負担を増加させることです。高齢者についても、支払い能力のある方については自己負担の割合を増加させる、増税によって国民医療費の増大を賄うなどの方法を検討する必要があります。

オ 小活・国民皆保険制度を維持するための国民的議論の必要性

現在、このように国民医療費の増加に伴って国民皆保険制度を維持するためにどのような対策をとるべきか議論しなければならない状況になっています。この問題は、究極的には国民がどのような医療のあり方を望んでいるのか、その医療のために国民がどのような負担を覚悟できるのかによって決まることですので、国民的議論が必要であるといえます。(つづく)

## 患者の権利の歴史（第34回）

### 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利その4)

法律専門相談員 高梨滋雄

（前回までのお話）

前回は、「差別なく適切な医療を受ける権利」を我が国で実現するために設けられている国民皆保険制度の直面している問題について御説明いたしました。今回は、生活困窮者に対する生活保護法の医療扶助について御説明いたします。

#### 1 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利

##### （4）保険料、診療費を払えない生活困窮者の差別なく適切な医療を受ける権利

###### ア 生活保護法に基づく医療扶助

これまで御説明したとおり、我が国では国民全員が基本的にいずれかの公的医療保険制度に加入しているという国民皆保険制度が実現されており、この制度によって、病気やけがのときに低い医療費の負担で必要な医療を受けることができるようになっています。

ただし、この公的医療保険制度を利用して医療を受けることは、患者が自己の所属する保険制度の決められた保険料を月々支払っていること、受診時に自己負担分の診療費は支払うことが前提になっています。

そのため、月々の保険料の支払いができない、受診時に自己負担分の診療費ができない経済状態の方については、医療を受けるための別の制度が必要になります。

その一つは生活保護です。生活保護制度は、生活に困窮する方に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、健康で文化的な最低限度の生活を保障するとともに、自立を助長することを目的とするものです。

生活保護は、保護を必要とする者などが申請したときに厚生労働大臣が定めた基準（最低生活費）よりも世帯の収入が低い場合に開始されます。生活保護が開始されると保護を受ける人（以下「被保護者」といいます）は、生活扶助（食費・被服費・光熱費等日常生活に必要な費用）、教育扶助（義務教育を受けるために必要な学用品費）、住宅扶助（アパート等の家賃）、医療扶助（医療サービスの費用）、介護扶助（介護サービスの費用）、出産扶助（出産費用）、生業扶助（就労に必要な技能の修得等にかかる費用）、葬祭扶助（葬祭費用）の8つの扶助を受けることができます（生活保護法11条1項）。

この医療扶助により被保護者は、必要な医療を受けることができるようになっています。具体的には、被保護者が、医療を受ける必要が生じたときには福祉事務所に申請をします。申請を受けた福祉事務所は、医療扶助の可否を判断するために申請者に対して医療要否意見書を発行します。医療扶助により被保護者が医療を受けることのできる医療機関は決められており（指定医療機関）、被保護者は、その指定医療機関で意見書に記入をしてもらい、福祉事務所に提出します。福祉事務所は、この意見書の内容に基づき医療扶助が必要と認めたときは、医療券、調剤券を発行します。指定医療機関は、医療券、調剤券に基づいて被保護者に対して診療を行います。被保護者の診療費の自己負担はありません。診療費は、公的医療保険制度を利用しないので全額公的負担になります。

被保護者が受けることのできる医療は、基本的に、国民健康保険と同じ内容になります。ですので、入院費は扶助の対象になりますが、個室代は個室利用が患者の希望によるときは扶助の対象になりません。また、先進医療等の保険外併用療養費に関する医療も扶助の対象外なので受けることはできません。

このような生活保護の医療扶助によって、医療を受けることの要否の判断を福祉事務所がする手続きが必要になること、受診できる医療機関が指定医療機関に限定されていることの2点の違いがあるだけ

で、国民健康保険制度を利用したときと同じ医療を受けることができるようになっていきます。

しかし、生活保護の適用要件を充たしてはいるが生活保護を受けていない、または、生活保護の適用要件を充たしていないが、月々の保険料の支払い、診療費の窓口負担は経済的に困難な人もいます。そのような人は、無料低額医療制度を利用すべきことになります。

次回は、この無料低額医療制度について御説明をいたします。(つづく)

## 患者の権利の歴史（第35回）

### 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利その4)

法律専門相談員 高梨滋雄

#### （前回までのお話）

今回は、「差別なく適切な医療を受ける権利」である生活困窮者に対する生活保護法の医療扶助についてご説明しました。今回は、生活保護を受給していない生活困窮者のための無料低額診療事業についてご説明いたします。

#### 1 国・地方公共団体に対する患者の権利・差別なく適切な医療を受ける権利

##### （4）保険料、診療費を払えない生活困窮者の差別なく適切な医療を受ける権利

##### イ 無料低額診療事業

繰り返しお話しているとおり我が国では国民全員が基本的にいずれかの公的医療保険制度に加入しているという国民皆保険制度が実現されており、この制度によって、病気やけがのときに低い医療費の負担で必要な医療を受けることができるようになっています。

しかし、月々の保険料の支払いができない、受診時に自己負担分の診療費が払えない生活困窮者は、公的医療保険を利用した診療は受けられませんので、医療を受けるための別の制度が必要になります。そのための制度の一つが、前回、ご説明した生活保護による医療扶助ですが、事情により生活保護を受けていない生活困窮者が、生活保護を受けないと病気になっているのに医療を受けることができないとすると困ったこととなります。そのため、生活保護を受けていない生活困窮者が医療を受けることができるための制度が必要になります。それが、社会福祉法第2条第3項第9号の規定に基づき、生計困難者が経済的な理由によって必要な医療を受ける機会を制限されないように無料または低額な料金で診療を行うという無料低額診療事業です。

この無料低額診療事業は、全ての病院、診療所で行われているわけではなく、都道府県に第二種社会福祉事業の届け出を行った病院、診療所でのみ行われているものです。代表的なのは、恩賜財団済生会の運営する病院、診療所です。これは済生会が、貧困者医療のために明治天皇が資金を拠出して設立されたという沿革に基づくものです。また、民医連（全日本民主医療機関連合会）に加盟する殆どの病院・診療所でも、無差別平等の医療という理念に基づき無料低額診療事業が実施されています。

無料低額診療事業の対象者は、低所得者、要保護者、ホームレス、DV被害者、人身取引被害者等の生計困難者で、医療保険加入の有無、国籍

は問われません。これらの生活困窮者が診療を受けることを希望した場合は、無料低額診療事業を実施している病院、診療所がある地域の福祉事務所、社会福祉協議会に相談し、無料低額診療事業を適用できると判断されれば、無料または低額の診療券の交付を受けて、その診療券を利用して病院、診療所で診療を受けることができます。また、生活困窮者が、無料低額診療事業を実施している病院、診療所を直接受診して、医療ソーシャルワーカーと相談して、無料低額診療事業を適用できると判断されれば、無料または低額の診療券を利用して病院、診療所で診療を受けることができますようにすることもできます。

どのような生活困窮者が、どの程度の診療費の減免を受けることができるかについて全国共通の基準はなく、実際の運用は、病院、診療所に委ねられており、収入が生活保護基準の120%以下の場合、診療費を全額免除する等の基準を内部で設けられているのが一般的です。

## 患者の権利の歴史（第36回） 医療法に基づく医療事故調査制度・その1）

法律専門相談員 高梨滋雄

（前回までのお話）

前回は、「差別なく適切な医療を受ける権利」のための生活保護を受給していない生活困窮者のための無料低額診療事業について御説明いたしました。今回から医療法に基づく医療事故調査制度について御説明いたします。

### 1 医療法に基づく医療事故調査制度

#### （1）制度の概要

平成27年10月1日より医療法に基づく医療事故調査制度が始まりました。平成27年10月1日以降の「医療事故（当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であつて、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかつたものとして厚生労働省令で定めるもの）」（以下、これを「医療法の定める医療事故」といいます）（医療法第6条の10第1項）については、医療法に基づいて医療事故調査が行われることになったのです。

この医療法に基づく医療事故調査の流れは、大凡、次のとおりです。病院等の医療機関は、医療法の定める医療事故が発生したと判断したときは、速やかに死亡した患者の遺族に対して、医療事故の日時、場所、状況などを説明しなければなりません（医療法第6条の10第2項）。そして、その医療事故の日時、場所、状況などを医療事故調査・支援センターに報告しなければなりません（医療法第6条の10第1項）。

それから、病院等の管理者は、速やかに医療事故の原因を明らかにするための調査を開始しなければなりません（医療法第6条の11第1項）。つまり、この医療事故調査は、基本的に医療事故が発生した病院等の医療機関が自ら行うべきものなのです。

ただし、医療事故が発生した病院等だけでは、医療事故調査を行うための設備、スタッフ、専門家が不足していることが一般的であるので、厚生労働大臣が定める支援団体に必要な支援を求めるものとされています（医療法第6条の11第2項）。

医療事故調査の具体的な内容は、医療事故に関する診療記録の確認、関係者からの事情聴取、患者の解剖、死亡時画像診断（A i）、医薬品、医療機器、設備等の確認、当該医療事故に係る死亡した者又は死産した胎児に関する血液、尿等の検査です（医療法施行規則第1条の10の4）。

調査が終了したときは、病院等の医療機関は、速やかに医療事故で死亡した患者の遺族に調査結果等を説明しなければなりません（医療法第6条の11第5項）。この調査結果等の説明は、口頭、書面、またはその両方の方法でできますが、患者の遺族の希望する方法で説明するように努めなければならないと厚生労働省はしています（平成27年5月8日医政発0508第1号）。また、病院等の医療機関は、速やかに調査の結果等を医療事故調査・支援センターにも報告しなければなりません（医療法第6条の11第4項）。

患者の遺族は、病院等の医療機関による調査結果が納得できないときは、医療事故調査・支援センターに調査を依頼することができます（医療法第6条の17第1項）。医療事故調査・支援センターは、この患者の遺族からの依頼を受けたときは、病院等の医療機関による調査を検証するというかたちで調査をします。

医療事故調査・支援センターは、調査が終了したときは、その調査の結果を患者の遺族に報告しなければなりません（医療法第6条の17第5項）。

このような医療事故調査の結果、医療事故の再発防止に有益な情報、知見が得られたときは、医療事故調査・支援センターは、その情報、知見の普及、啓発を行います（医療法第6条の16第6項）。

次回以降は、この医療事故調査制度の目的、なぜ、このような医療事故調査制度がつけられたのかについて御説明をいたします。（つづく）

## 患者の権利の歴史（第37回・医療法に基づく医療事故調査制度・その2）

法律専門相談員 高梨滋雄

（前回までのお話）

前回は、医療法に基づく医療事故調査制度の概要についてご説明いたしました。今回は、なぜ、医療事故調査制度が必要であると考えられるようになったかを御説明いたします。

### 1 医療法に基づく医療事故調査制度

（2）なぜ「医療事故調査制度が必要である」と考えられるようになったか

ア 医療事故調査制度の必要性に対する人々の認識の深まり

医療事故が起きた場合にその原因が何であるか、その原因を調べて分析する医療事故調査制度が必要であると考えられるようになったのは、次の事実に関して患者、医療被害者、医師、看護師などの医療に関わる人々の認識が深まったからであるといえます。

「医療は、安全なものではなく、患者の生命、身体を傷つける危険がある。」

「医療を行うのは、神ならぬ人なので、医療では事故が起こり得る。」

「起きてしまった医療事故を無かったことにはできない。しかし、なぜ、その医療事故が起きたのか、その原因を分析すれば、同じような医療事故を防止し得る。」

「同じ医療事故の再発を防止できれば、医療はより安全な質の高いものになり、また、医療事故の被害者とその家族にとって救い、慰めとなり得る。」

これらの事実からは、医療事故が起きたときにその原因を調査して分析することが、医療の質を高めるとともに医療被害者らにとって救いにもなるので、医療事故調査をすべきことが導かれます。そのため、これらの事実について人々の認識が深まったことによって医療事故調査制度が必要であると認識されるようになったのです。

しかし、これらの事実についての人々の認識は、一朝一夕に深まったものではなく、残念ながら少くない医療事故の発生を通じて深まっていったのでした。

イ 2000年前後に続発した医療事故

2000年を前後して医療事故が連続して発生しました。それも、人も医療機器も充実しているはずの大学病院のような所謂「大きな病院」で起きたのです。

（ア）横浜市立大学病院患者取り違い事件（1999年）

横浜市立大学医学部附属病院で、肺手術の患者と心臓手術の患者が取り違いられて、看護師、麻酔医、執刀医の誰も気がつかないまま、手術が実施されてしまい、気が付いたのが切開後であったため、不要な外科手術がなされるという結果になった。

（イ）都立広尾病院事件（1999年）

手術終了後の患者に対して血液凝固抑止剤と間違えて消毒液が点滴されてしまったために患者が亡くなった。

（ウ）東京女子医大事件（2001年）

心臓手術中に人工心肺装置の接続に不備があったため、患者が術中に血流の循環を維持することができず、手術の二日後に亡くなった。

（エ）慈恵医大青戸病院事件（2002年）

前立腺がんの患者に対して腹腔鏡下手術の執刀経験がない三人の医師が手術を実施したところ、手術中に大量出血が生じ、手術後、患者は脳死状態になり、手術の約1ヶ月後に亡くなった。

（\*）腹腔鏡下手術とは、患者のお腹に小さな穴を開けてその穴から腹腔鏡というカメラを入れて、医師がそのカメラで患者のお腹の中の状態を見ながら手術をするというものです。お腹を大きく切って実施する開腹手術に比べると患者の負担は少なくなりますが、開腹手術と異なって医師が患者のお腹の中を直接見ることができないので、技術的には難易度が上がります。

次回以降は、このような医療事故の続発に対して、どのような対応がなされて、医療事故調査制度がつくられるに至ったのかについて御説明をいたします。（つづく）

## 患者の権利の歴史（第38回・医療法に基づく医療事故調査制度・その3）

法律専門相談員 高梨滋雄

（前回までのお話）

前回は、2000年前後に医療事故が続発したことを御説明しました。今回は、それらの医療事故の影響で日本医学会加盟の基本領域19学会が医療事故調査制度設立に向けた共同声明をするまでを御説明いたします。

### 1 医療法に基づく医療事故調査制度

（2）なぜ「医療事故調査制度が必要である」と考えられるようになったか

ウ 日本医学会加盟の基本領域19学会の共同声明がなされた経緯（前編）

続発した医療事故のうち間違えて消毒液が点滴されてしまったために患者が亡くなった都立広尾病院事件では、看護師2名が、業務上過失致死罪で起訴され、うち1名は、禁錮1年、執行猶予3年の有罪判決が確定し、看護業務停止2ヶ月の行政処分を受け、もう1名は、禁錮8ヶ月、執行猶予3年の有罪判決が確定し、看護業務停止1ヶ月の行政処分を受けました。

主治医は、医師法21条違反で罰金2万円の有罪が確定し、医業停止3ヶ月の行政処分を受けました。この主治医の罰金刑の根拠になった医師法21条とは「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検案して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」というもので、これに違反すると医師法23条の2第1項で、50万円以下の罰金に処せられるとされています。都立広尾病院事件では、医師が、患者の死亡につき、この異状死の届けをすべきだったのにこれが遅れたとして、医師法21条の異状死届出義務違反として罰金刑になったのです。

担当医だけでなく、院長も、医師法21条違反で起訴されました。院長は、医師は、診療に関連して死亡した患者について業務上過失致死罪に問われる危険があるのだから、医師が、自らが診療した患者について医師法21条の異状死届出義務を負い警察に患者の死亡を届けなければならないとすることは、何人も自己が刑事上の責任を問われるおそれのある事項について供述を強要されないことを保障した憲法38条1項に違反する等として最高裁まで争いました。

しかし、最高裁は、医師法21条の「届出義務は、警察官が犯罪捜査の端緒を得ることを容易にするほか、場合によっては、警察官が緊急に被害の拡大防止措置を講ずるなどし社会防衛を図ることを可能にするという役割をも担った行政手続上の義務と解される。そして、異状死体は、人の死亡を伴う重い犯罪にかかわる可能性があるものであるから、上記のいずれの役割においても本件届出義務の公益上の必要性は高いというべきである」としたうえで、「届出義務は、医師が、死体を検案して死因等に異状があると認めるときは、そのことを警察署に届け出るものであって、これにより、届出人と死体とのかわり等、犯罪行為を構成する事項の供述までも強制されるものではない。また、医師免許は、人の生命を直接左右する診療行為を行う資格を付与するとともに、それに伴う社会的責務を課するものである。このような本件届出義務の性質、内容・程度及び医師という資格の特質と、本件届出義務に関する前記のような公益上の高度の必要性に照らすと、医師が、同義務の履行により、捜査機関に対し自己の犯罪が発覚する端緒を与えることにもなり得るなどの点で、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根拠のある負担として許容されるものというべきである」とし、「死体を検案して異状を認めた医師は、自己がその死因等につき診療行為における業務上過失致死等の罪責を問われるおそれがある場合にも、本件届出義務を負うとすることは、憲法38条1項に違反するものではないと解するのが相当である」と判断しました（最判平成15・5・19刑集第58巻4号247頁）。つまり、医師は、自らの医療ミスで患者を死亡させてしまい業務上過失致死罪に問われる危険があっても、「異常死」については、その患者の死亡を警察に届けなければならないと判断されたのです。

そして、この最高裁判決は、医療ミスで患者を死亡したときに異常死の届けをきっかけにして警察の捜査がなされることは妥当なのかという問題を提起する結果になりました。（つづく）

## 患者の権利の歴史（第39回・医療法に基づく医療事故調査制度・その4）

法律専門相談員 高梨滋雄

（前回までのお話）

前回は、続発した医療事故の影響で日本医学会加盟の基本領域19学会の共同声明がなされた経緯の（前編）を御説明いたしました。今回は、その（後編）を御説明いたします。

### 1 医療法に基づく医療事故調査制度

（2）なぜ「医療事故調査制度が必要である」と考えられるようになったか

エ 日本医学会加盟の基本領域19学会の共同声明がなされた経緯（後編）

広尾病院事件の最高裁判例（最判平成15・5・19刑集第58巻4号247頁）において医師は、自らの医療ミスで患者を死亡させてしまい業務上過失致死罪に問われる危険があっても、「異常死」については、医師法21条に基づいて患者の死亡を警察に届ける義務があるとの判断が示されました。

この最高裁判例は、医療現場に大きな影響を与え、診療に関連して患者を死亡したときに「異常死」の届けをきっかけにして警察の捜査がなされることは妥当、合理的なのかという問題を提起する結果になりました。診療に関連して患者が死亡すること、患者が予期しない死亡をすることはあり、それらの場合に患者の死因を究明することは必要であるが、それは警察が捜査として実施すること、また、それらの場合に医師が警察に届けなければ義務違反で処罰され、届ければ業務上過失致死罪で捜査の対象となることは妥当で合理的なのかという問題です。

この問題を解決するために広尾病院事件の最高裁判例が示されてから1年余が経過した平成16年9月30日に日本医学会加盟の基本領域19学会が、診療行為に関連して患者が死亡したときは、警察にではなく中立的専門機関に届け出をして診療行為の評価と死因の究明がなされるべきであるとする「診療行為に関連した患者死亡の届出について～中立的専門機関の創設に向けて～」という共同声明を発表しました。

以下にこの共同声明を抜粋引用します。

「医療事故が社会問題化する中、医療の安全と信頼の向上を図るための社会的システムの構築が、重要な課題として求められている。医療安全対策においては、医療の過程における予期しない患者死亡や、診療行為に関連した患者死亡の発生予防・再発防止が最大の目的であり、これらの事態の原因を分析するために、死亡原因を究明し、行われた診療行為を評価し、適切な対応方策を立て、それを幅広く全医療機関・医療従事者に周知徹底していくことが最も重要である。このためには、こうした事態に関する情報が医療機関等から幅広く提供されることが必要である。また、医療の信頼性向上のためには、事態の発生に当たり、患者やその家族のみならず、社会に対しても十分な情報提供を図り、医療の透明性を高めることが重要である。そのためには、患者やその家族（遺族）が事実経過を検証し、公正な情報を得る手段が担保される情報開示が必要である。このような観点から、医療の過程における予期しない患者死亡や、診療行為に関連した患者死亡に関して何らかの届出制度が必要であると考えられる。」「診療行為に関連して患者死亡が発生した事例では、遺族が診断名や診療行為の適切性に疑念を抱く場合も考えられる。この際にも、死体解剖を含む医療評価が行われていることが、医療従事者と遺族が事実認識を共通にし、迅速かつ適切に対応していくために重要と考えられる。」「したがって、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に、異状死届出制度とは異なる何らかの届出が行われ、臨床専門医、病理医及び法医の連携の下に死体解剖が行われ、適切な医療評価が行われる制度があることが望ましいと考える。」「届出制度を統括するのは、犯罪の取扱いを主たる業務とする警察・第三者から構成される中立的専門機関が相応しいと考えられる。」「以上により、医療の安全と信頼の向上のためには、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すべての場合について、中立的専門機関に届出を行なう制度を可及的速やかに確立すべきである。われわれは、管轄省庁、地方自治体の担当部局、学術団体、他の医療関連団体などと連携し、在るべき『医療関連死』届出制度と中立的専門機関の創設を速やかに実現するため結集して努力する決意である。」

このように医療事故の続発とその医療事故の一つであった広尾病院事件の最高裁判例をきっかけとして医療の安全と信頼の向上のために診療に関連して患者が死亡したときには死因の究明、診療経過の調査制度が必要であることを医学界も認めるに至りました。

今回は、この共同声明に基づいて開始された医療事故調査制度である「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」について御説明いたします。（つづく）