

4. 氏名： 本山 浩道

---

5. 所属： 長崎県離島・へき地医療支援センター

---

6. 年齢： 4

- |          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代   |
| 4. 40代   | 5. 50代 | 6. 60代   |
|          |        | 7. 70歳以上 |

7. 職業： 13

<一般>

- |                         |                         |          |
|-------------------------|-------------------------|----------|
| 1. 会社員                  | 2. 自営業                  | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員（医療・法曹・警察関係職種を除く） | 5. 学生                   |          |
| 6. 無職                   | 7. その他（医療・法曹・警察関係職種を除く） |          |

<医療従事者>

- |                  |               |         |
|------------------|---------------|---------|
| 8. 医療機関管理者       | 9. 医師（管理者を除く） |         |
| 10. 歯科医師（管理者を除く） | 11. 薬剤師       | 12. 看護師 |
| 13. その他医療従事者     |               |         |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： 2

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。              |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし                       |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

離島の医師確保を担当する立場からご意見申し上げます。離島に働く医師にとって、医療事故は極めて大きな問題です。私自身離島で働いてきましたが、医療安全に責任者として係わったこともあり、ずっとこの問題を肌で感じてきました。離島の住民は離島で働く医師を根拠なく能力の低い医師と認識しがちです。現実には優秀な先生方がたくさんいらっしゃいますが、住民の理解はそういうものです。そこで医療事故が起これば過誤のあるなしにかかわらず、能力の低さゆえ起こったものだとされてしまいます。それでも医療が成立しているのは医師が離島にいてくれることと日頃の診療への感謝の気持ちと、自分達が離島で暮らしていることから来る「仕方がない」という受け入れの気持ちがあるからです。離島の医師はそのことを十分に認識した上で島に生き、よりよい医療を目指しています。

しかしひとたび医療訴訟が起これば話は変わります。住民に訴えられた瞬間に医師の住民に尽くそうという気持ちは萎えて島を去ってしまうことになり、医師を訴えた島には二度と医師は寄りつきません。また一人でも刑事立件されればその影響は他の島にまで波及し、医療過誤の恐怖が支配した結果、無医地区が多発することと思います。事故調査委員会を作ること自体には賛成しますが、提示された第三次試案では地域医療を破壊しかねない重大な問題をはらんでおり、賛成致しかねます。

第三次試案に従って医療安全調査委員会が設置された後、医療事故の処理はどう変わるのでしょうか？

例えばよくニュースに流れる、経鼻栄養カテーテルを胃でなく気管に誤挿入し、肺に栄養剤を流し込んでしまう事故は、明らかに医療過誤ではありますが、滅多にないというよりしばしばみられる事故にあたり、それゆえに手技に伴う想定可能な合併症でもあります。

同様に中心静脈栄養のためのカテーテル留置についても、動脈穿刺で大量出血を起こしたり、肺を突き刺して気胸を作ったり、胸腔内に留置して栄養剤を入れ呼吸困難を引き起こしたりして死亡につながってしまった事故を耳にします。これも明らかな医療過誤ですが、やはり手技を行なう前から想定可能な合併症でもあります。

もちろんこれらの事故が起こりうることを医療従事者は知っており、十分に注意して事故が起こらないように確認しながら行なっていますが、それでもこれらの事故は後を絶ちません。ヒトの個体差が大きいからです。医療に安全・確実というものはありません。あるのはより安全でより確実な医療までなのです。

これらのような最初から想定され、かつ十分な注意の上で行なわれていながらもしばしば起こる事故は、言い方を換えれば「医療行為に伴う合併症」ともいえます。むしろ医療従事者はそのような認識をし、その上でより安全でより確実な医療を追求しています。

私自身は過去に上記のような事故を起こしたことはありませんが、今後も起こさないという自信は全くありません。運がよかっただけでしょう。

このように医療従事者は成功する確率は高いけれど、最初から100%成功すると思っ  
ていませんから、たまたまうまくいかなかった事例と認識しますが、遺族は医療過誤  
と認識します。

遺族は謝れと言うでしょうが、患者に必要な常識的手技を常識的に行なって、結果が  
うまく行かなかったからといって残念ですとは言えても、ごめんなさいとはなかなか  
言えません。

現在、医療行為に伴う合併症は医療過誤として取り扱われ、警察が動けば業務上過失  
致死に問われますし、民事では高額賠償が待っています。いずれかが裁判で認められ  
れば厚生労働省から行政処分をも受けます。

医療安全委員会が設置された結果、これがどのように変わるのでしょうか。

第三次試案では委員会が医療過誤であると判定することはほぼ間違いありません。  
委員会から警察・検察にはおそらく通報されないことでしょうか、遺族が告訴すれば  
捜査に入ることが確実であり、感情的になった家族が告訴に打って出ることは十分に  
考えられます。また民事裁判を有利に進めるために刑事告訴を起こしているかのよう  
な事例もみられています。

このようにいくら委員会が警察に通報しないといっても、遺族の告訴で警察は動きま  
す。医療行為を原因とする死亡は明らかで資料もそろっていますから、おそらく裁判  
所も業務上過失致死を認め有罪はほぼ確定的です。

患者のために行なっているとか一定の確率で起こるということは一切考慮されませ  
ん。合併症とは認識されないでしょう。裁判所の判断は根拠となる法律が変わらない  
限り、今後も変わらないものと思われま

では民事はどうでしょうか。

これまでは事故の説明は基本的に口頭で行なわれ、必ずしも文書は渡されてきませ  
んでした。ところが委員会の設置によって（これらの事例では当然に報告義務を生じま  
すので委員会が調査します）遺族に調査報告書が交付されます。もちろん納得できる  
遺族もいるでしょうが、手元に資料を置くことによって民事訴訟に訴え出る家族が必  
ず増えると思います。すなわち訴訟が乱発する可能性が高いと思われま

まあ行政処分だけは軽減されるかも知れません。

以上極論でも何でもありません。普通に予想されることだと思います。

これで医療従事者に安心であると賛同を得るのは難しいのではないのでしょうか？

(1)

原文を・・・切なる願いである。国と医療関係者には、その願いに応えるよう・・・と是非修正を御願ひします。医療事故の責任があたかも医療関係者のみにあるとするのは看過できません。もちろん過去の医療側の隠蔽体質と説明不足が医療不信の一因となったことを否定する気はありませんが、現在では情報公開、インフォームドコンセントの徹底、待遇改善など業務の増大で限界を超える程の良質の医療を国民に提供しようと努力が続けられています。しかしその一方で国による医療費抑制、過重労働の放置、国民への医療の実態の周知不足、国民に対する死生観教育、曖昧な法整備で医療訴訟を頻発させてはいないのでしょうか？

患者に対する気持ちと使命感で働く医療従事者によって、過重労働であろうとも何とか支えられてきた医療が、労働環境に対する無策と患者からの過剰な要求で心折れようとしています。

国は決して第三者ではありません。むしろ今後は医療事故を減らすために国による医療政策の改善努力も不可欠です。適切な医療費を確保して医療従事者を増やし、国民に医療を守るという意思統一を促し、死生観を学ばせ、法改正で事故を減らすという努力をすることが必要です。

「国と」という一言を入れることと入れないことには大きな違いがあります。

(7)

「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。」とありますが、結果として刑事訴追されないことが制度上全く保証されていません。むしろ文を続けるならば、「委員会自体は刑事責任追及を目的としないが、結果的に警察や検察が刑事責任を追及することに情報提供という形で協力できる。」と読めます。現に別紙3では裁判所の令状さえあればすべての資料を警察に提供することができるということが明記されています。警察は当然令状を取るでしょう。

警察や検察は謙抑的に対応する「だろう」という話がありますが、法的担保は一切ないため裁量次第でいつでも訴追が可能ですし、委員会の判断を無視することもできます。

警察・検察・法務省は第三次試案に何の問題点も指摘しませんが、これは法務省が管轄する部分には一切手を触れられておらず、法務省にとっては「謙抑的に対応してね」という法的根拠のない御願ひを受ける代わりに、厚生労働省が医療従事者を訴追しやすいように法務省に協力してくれるというのが第三次試案の本質だからです。

ただし私は再発防止のために医療機関や悪質な医療従事者に対しての行政処分の根

拠になることや、民事訴訟に情報提供することは否定しません。

(8)

委員会の設置場所は厚生労働省内にあるべきではありません。中央委員会の提言が厚生労働省に向けられることも十分に考えられ、厚生労働省内に存在すれば、なされるべき提言に抑制がかかる可能性があります。総務省か内閣直轄の機関である方が、思い切った有効な対策を打ち出せます。

(9)

今医療訴訟は全国至る所で頻発しており、医療安全委員会を国民が知ることで、これまでに比べ遙かに多くの事例が検討されることになることは容易に想像され、地方ブロック単位での地方委員会設置程度では、制度導入直後は膨大な件数の処理が予想されます。将来状態が落ち着いて統合することになるにせよ、最初は慣れない業務に従事する人材を確保することを考えれば処理する案件は少ない方がよく、導入当初は各都道府県単位での設置が望ましいと思われま。

(10)・(13)

メンバーには調査チームにも地方委員会にも事故防止の専門家が入ることが必要であり、その視点で事故を調査しなければ再発防止に必要な情報収集は不可能です。真相究明に必要な情報と再発防止に必要な情報は違うことを認識すべきです。

また臨床医については現実に患者を診療し、事故防止の現場にいる勤務医が入るべきで、経営を業務の中心にしている病院長や研究を活動の中心としている教授だけで構成されてはいけません。現場を知らない委員で固めては、理想論に終始する可能性が高いからです。現実の医療を見据えた分析が必要です。具体的には一定数以上の外来患者と入院患者を診療している医師とすべきで、試案にはでていませんが、その臨床医が調査チームとして活動するにあたっては、その間の代替診療をサポートする措置が必要と思われま。

(12)

中央に設置する委員会は、医療の安全の確保のための施策等に関して関係行政機関等への勧告、建議等を行うこととされていますが、これは早急に必要でかつ重大な提案を行なうことになると思われるため、提言を省庁が無視できないように権限をしっかりと明記することが必要になると思いま。

(15)

中央委員会事務局については天下りが取りざたされている中、公益法人であってはいけません。国家公務員が通常業務としてあたるべきです。地方委員会・調査チームについては都道府県職員を通常業務としてあたらせてもいいと思いますが、運営費は国

単独の補助金で対応すべきです。

(17) (22) (23) (25)

届け出義務の範囲については、医療が患者満足のために行なわれること、もともとの異常死届け出の意義が犯罪の存在可能性について警察に告知することにあること、かつこの試案が医療過失事故を刑事事件として取り扱わないことを目指していることを前提に設定を考えるべきです。

医療に関連する死亡は警察に届け出て刑事事件として取り扱う必要がある案件と、それ以外で委員会に届け出て事故の真相究明や再発防止策をとるべき案件に大きく分けられます。

まず刑事事件として取り扱う範囲を医師法第 21 条における異常死のうち、医療に関連する異常死を故意の介在する死亡を否定できない死亡と定義し、明文化します。これについては旧来通り医師法第 21 条に基づく警察への告知を行なうことを義務づけますが、医療機関における届け出責任者は医療機関の長とします。医療法に場所を移した方がよいかも知れませんが、制度を維持するための保険として必要と思われる。これを除外すれば、近年起きた看護師による筋弛緩薬注入による殺人事件のような病院内で起こる事故に見せかけた殺人を警察が認知できなくなり、制度導入後にもし一件でもこの様な事例が発生すればその時点でこの制度に警察・検察の同意が得られなくなり、制度破綻する可能性があります。ただし警察が介入して故意が介在しないと判断された時点で、警察には捜査を終了してもらいます。重大な過失については故意による事案とは完全に区別して捜査の対象外とし、むしろ医師法第 21 条における届け出義務の範囲から外れるものとします。これは重大な過失の多くはシステムエラーによるものであり、個人を対象とした刑法になじまないからです。そのような事案こそまさに事故調査委員会が調査すべき事案です。

遺族が警察へ告発するチャンスを奪うことは、逆に医療への不信から訴訟の頻発につながる可能性もあります。憲法上も請願権としての告発権を剥奪することはできず、今後も告発が行なわれることは想定されます。しかしこの場合も捜査自体は認容しますが、故意の存在の検証が警察の役割であり、それが否定された時点で警察には捜査を終了してもらいます。

委員会の調査によって後日故意の介在が明らかになった場合にのみ委員会は警察に届け出ることとしますが、故意に事件を隠蔽したわけではない限り、届け出責任者に届け出義務違反の責任は問えないものとします。

委員会への届け出については、医療過誤による死亡であると医療機関が判断した場合と家族が報告を要請した場合に医療機関が事故発生を委員会に報告することを義務づけます。合併症は届け出対象になりませんが、遺族は合併症なのか過誤なのか判断

できませんから医療機関で対象外と判断される事例であっても遺族から報告を要請された場合には報告を義務づけます。

遺族が医療機関に報告を要請しづらい場合、あるいは後日疑いをもった場合も考え、遺族が後日直接委員会に報告できることにしますが、この場合も医療機関が報告の必要なしと判断していた場合には報告義務違反に問われないこととします。

(18)

届け出先は大臣になっていますが、調査チームが現場に入るのは解剖の必要性の判断も考えれば報告からできるだけ早い時期がよく、24時間体制での対応が望まれ、窓口としては地方委員会の方が適しています。遺族からの報告も受け付ける以上、電話で地方委員会に報告することができるようにし、地方委員会は事案の概略を聴取後、調査チーム派遣と同時に所轄大臣宛として中央委員会に事案の概略を届け出ます。すなわち報告義務は医療機関、届け出元は地方委員会ということになります。

(19)

医療における異常死の定義を故意の介在する死亡を否定できない死亡と明文化すれば、自ずと医療事故での医師法 21 条における届け出義務はなくなります。

(20)

図表におけるアルゴリズムは非常に曖昧です。しかも現実の症例はほとんどが①(結果が重大な医療事故)か②(ほとんどの院内死亡)に分類されるため全く振り分けになっていません。(17)で述べたような曖昧さを排除し、振り分けの目的を明確にしたアルゴリズムの方が望ましいものと思います。

別紙にフローチャートを添付しました。

(21)

報告義務が医療機関の長であることはいいとして、医療機関で死体を検案したということは医療事故による死亡であることが明らかな場合であり、必要に応じて速やかな解剖が必要なことがあります。院内で検討するよりも先に調査チームでの検討が必要な事例と考えます。

(22)

医療事故については紛争になるものとならないものがあります。医療過誤による死亡が明らかな場合は賠償の問題だけであり、むしろ紛争にならないものと思われれます。ではどういう場合が問題となりうるかといえば、医療過誤は間違いなくあるが、病状の悪化があり事故がなくても死亡したであろうことが医学的合理性を持って説明できる場合などで、事故と死亡の関連が不明確な場合が特に問題となります。家族が病状の悪化や合併症として納得すれば紛争になりませんし、納得しなければ紛争になり

ます。この様な場合、義務として委員会に報告することが紛争を誘発する危険がありますので、医療機関が遺族に届け出の是非を打診し、拒否された場合はヒヤリ・ハットの事故として取り扱い、死亡診断書を発行できる方法も残されるべきではないでしょうか。もちろん後日家族が届け出を求めるようなことがあったらその時点で届け出義務を負うこととします。

(24)

届け出の手順や調査の手順については届け出元が地方委員会であれば解決します。

(26)

国が制度を国民に広く周知するのはよいとして、そこに無駄に費用をつぎ込むべきではありません。安価で有効な手段であるべきです。

(27)

解剖が行える事例を前提としているようですが、離島・へき地を想定しているのでしょうか？そのようなところでは解剖できる施設はありません。解剖を前提にすれば遺体の搬送に相当な費用負担が生じるものと思われま。

なお現在死亡時画像診断の費用は遺族負担です。これを Ai 導入で考えると費用負担が莫大となり、遺族が非協力的になると思われま。制度が円滑に運営できなくなる可能性があります。

④地方委員会は調査チームの調査報告書案を審議とありますが、何を審議するのでしょうか？調査自体が相当な労力と期間を要するものであり、調査チームは情報収集に特化させ、地方委員会は報告書作成に特化させた方が合理的であると考えま。地方委員会で情報不足が指摘されれば、調査チームに指示しさらに情報収集させればよいのではないのでしょうか。

地方委員会の役割として公表が挙げられていますが、再発防止策、全国からの情報収集、命令系統を考えると公表は中央委員会がすべきことと考えま。

医療機関や遺族への調査報告書交付は地方委員会の業務でよいと思いま。

⑤の調査権限は絶対に必要ですが、問題はその後の文章です。別紙3問4の答1で捜査機関が調査報告書を使用できさらに答2では裁判所の令状があれば資料を提出するとありま。警察は資料が欲しければ令状を請求することでしょう。

とすれば誰が正直にしゃべるのでしょうか？

ここで振り返って(7)についてのコメントをご覧ください。この第三次試案の最大の問題点がはっきりしま。

本来真相究明、再発防止のためには本人を罰しない代わりに真実を語らせ、問題点を明らかにすることが最も大切です。原因がわからなければ適切な対策など立てられるわけがありません。これはリスクマネジメントを少しでもかじったものであれば常識です。



世界的にも先進国ではこの考え方にに基づき、刑事処罰より真相究明・再発防止を優先しています。ところがこの試案では処罰することを優先して、真実を語らせることを捨てたのです。すなわち再発防止を目的としないことは明らかです。

法務省・警察・検察との交渉で、一見妥協を引き出したように見せかけていますが、よく見ると権限には一切手を触れていません。法を根拠に動く人を、法を変えずに動かすことなどできません。にもかかわらず厚生労働省は最も大切な再発防止という根幹部分を捨てて、形だけ仕事をしたかのように第三次試案を作ったというのが真相ではないでしょうか？

しかも警察や検察の裁量だけでなく、検察審査会法改正でさらに危険な制度になることが予想されています。

医療を守るべき厚生労働省による極めて狡猾な医療に対する背信行為に思えます。

⑥はまず最初にすべきことではないでしょうか？接遇の基本と考えます。さらに最後に意見聴取をすることは賛成です。

(29)

疾病自体の経過としての死亡であることが明らかになり、調査を継続しないというのであれば、結論は出ていてそれ以上の調査もないのですから、そのことについての遺族への説明は感情的対立を防ぐためにも当事者である医療機関に任せるのではなく、第三者にあたる地方委員会が行なうべきと考えます。

(32) (35)

院内事故調査については、現場の医療を基準に行なわれるものと思います。今やほとんどの医療機関は事故防止に努めており、情報を家族に伝えるようになっています。事故が起これば院内で反省点を洗い出し、再発防止策まで立てられることでしょう。しかし委員会報告と結論が異なることもあります。報告書交付より先に院内調査に基づく遺族への報告は非常に困難です。地方委員会の報告後にさらに院内調査を進め、家族への医療機関からの最終報告は調査報告書の交付後になると思います。

したがって(35)特に②は委員会設置後には実現困難です。

(39) (40)

ここまでにも所々で述べてきましたが、おそらく前回パブリックコメントで意見の最も集中したこの部分についてはほとんど改善がみられておりません。この試案があくまでも警察と検察の謙抑性頼みに曖昧さを残したことで、運用によっては医療を決定的に破壊するものであるだろう事が予想されます。最近検察審査会について法改正がありました。これによれば検察審査会が二度不起訴不当と議決すれば検察あるいは弁護士が検察官として起訴が行なわれることとなります。検察審査会は医療問題を知らない一般国民であり、極めて世論に迎合しやすいものと思われれます。そこで世論を事実上リードする報道が公正であれば問題ありませんが、商業誌である以上、その傾向

として報道機関がやはり一般市民よりになることは避けられず、また医療問題は裁判の場ですら鑑定人となる専門家が全く逆の鑑定をするなど判断が難しい極めて専門的な分野ですから、報道機関に正しい判断を期待するのも無理があります。医療事故が起これば医療機関に落ち度がある、あるいは落ち度があるかのように感じさせる報道がなされるでしょう。検察審査会委員にいろいろな手段による圧力が加わることを防ぐ制度もありません。この様な環境下においてはいくらこの試案で刑事処分を減らすと謳っても、これは希望的観測にすぎず、実際には刑事処分が頻発してしまうということになりかねません。刑事事件として取り上げないようにするというのがこの試案の趣旨であれば、なぜ最初から刑事免責としないのか極めて疑問です。従って絶対に賛同できません。

(40)の①は医療事故そのものとは別次元の問題で改ざんは公文書あるいは私文書偽造という犯罪です。隠蔽は証拠隠滅罪です。これは過失による医療事故ではなく、故意罪ですから刑事処分相当です。これを根拠に試案に反対する医療従事者は皆無と思います。

(40)の②は行政処分で処罰が可能で、医療現場から排除することも可能です。しかし医療事故を繰り返すという犯罪はありません。事故調査委員会が成立した後を考えて、さらに刑事処分を考える必要性があるのでしょうか？行政処分で医療現場への従事を禁じるなど事故が起こせないような勤務をさせれば医師免許所持者という人的資源として活用できるのに、刑事処分の適用で免許剥奪されれば被害者救済すらできなくなることとなります。いろいろな考え方はあるでしょうからこれについては再考を求めます。

最悪なのは(40)の③を挙げたことで、あまりにひどい暴挙であると思います。自民の大村秀章議員は関連する自民党の検討会の議長ですが、その議長が腎臓の取り違えは重大な過失と言っているのを見ています。医療従事者にとってみれば左右取り違えはミスが重なれば容易に起きうるものであることを認識しており、医療従事者にとってはシステムエラーによって起こる事故と認識はされています。大野病院事件では医師のほとんどが医療ミスすらない事例と判断しているにもかかわらず、つい最近の、医療への業務上過失致死は謙抑的に運用しているはずの検察の論告求刑では悪質で、重大な過失とされました。これが法を曖昧にしたために起きた悲劇でなくて何でしょう？検察官の裁量で起訴不起訴が決まるような制度ではいけません。

法改正を真剣に考えるべきと思います。

刑法の存在意義は犯罪の抑制です。原則として処罰を与えるものでなく、刑罰はあくまでも更正を期待するものです。しかしこれが機能するのは犯罪が故意に行なわれるものだけであり、過失はいくら刑罰を与えてもなくなるものではありません。医療事故と同列に語れるものではありませんが一例として交通事故を挙げれば、ドライバーは事故を起こさない様気をつけていながら事故を起こしているのです。業務上過失致死でこれまで相当のドライバーが交通刑務所に送られましたが、交通事故はなかなか減少しませんでした。安全運転義務違反という真相究明を無視した何のために存在す

るのか不明な違反名によって、業務上過失致死という過失罪をかぶせ、事故を詳細に分析することをせず、安易に事故の責任を個人に追及し続けてきた結果がこれです。事故の再発防止のために交通ルールや標識の設置の適切さなど、システムエラーが検討されてきたでしょうか？一方で飲酒運転厳罰化後は事故が減少しました。これは飲酒運転が故意に行なわれていたからです。つまり事故対策と結果が関連していたからに他なりません。特に福岡の飲酒運転事故の報道と厳罰化が飲酒運転という故意犯罪を抑制したものです。

医療も同様で、過失事故に刑法を適用すること自体に大問題があります。業務上過失致死の適用によっていくら医師を刑務所に送り込んだところで事故防止につながることはありません。それよりも再発防止のために詳細に原因究明を行なうことこそ次の医療事故を防ぐことにつながります。そのためには刑法の適用は阻害要因とはなっても有効な再発防止策を産み出すことにはつながりません。

法律の改正が大変であることは理解できますが、すでに萎縮医療は行なわれており、もう待たなしの緊急事態に医療は追い込まれています。悠長に機が熟すのを待つ段階ではありません。早急に対応することが必要です。医療に刑事罰を適用しないことを明文化して頂きたく思います。

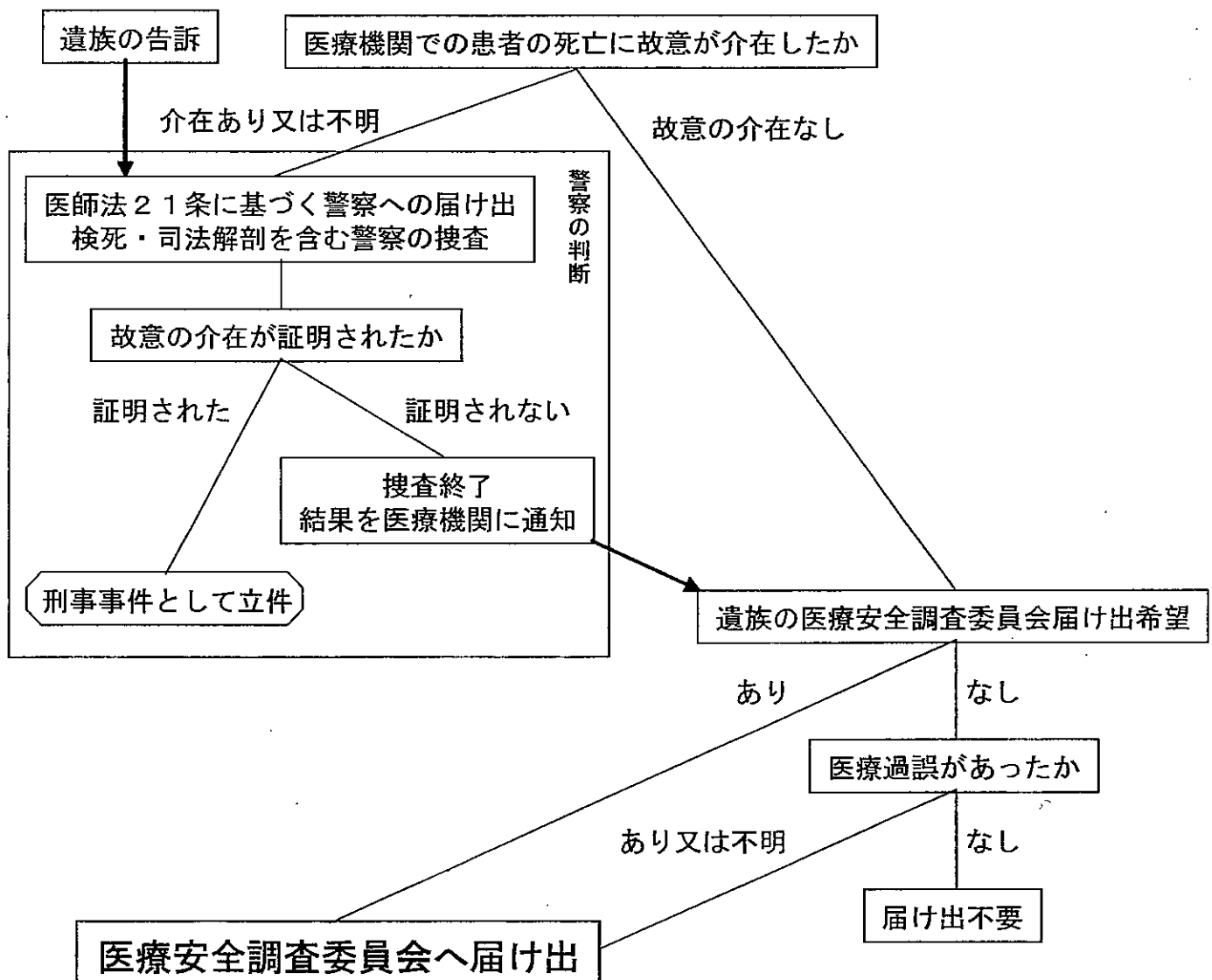
重大な過失の判断は医学的な判断で、法的評価を行なうものではないとしていることも問題です。すなわち遺族の訴えで警察が介入すれば、委員会で重大な過失ではないとされても法的に重大な過失として処理される可能性があることを示します。医学的判断が尊重されると曖昧な表現がされていますが、これは検察で納得できなかったら刑事責任を追及されうるということです。

別紙3の間1においても答2で「行なわれることになれば」と仮定の話になっており、保証されたものではありません。特に警察は証拠保全を考えますので、早期に介入してくることも考えられます。問2の答2でも「委員会の専門的な判断を尊重し」とありますが、告訴がなされている場面で、証拠保全を警察が考えた時、時間のかかる委員会報告を警察は待てるのでしょうか？

以上のように私は過失事故に対する刑事免責の明文化を求めます。

## 届け出・報告のフローチャート

- ・警察は故意の介在しない事案には介入しない。
- ・遺族は委員会に直接届け出することも、医療機関に委員会への届け出を要請することもでき、遺族の要請があれば、医療機関は委員会への届け出義務を負う。
- ・後日に医療過誤が疑われた場合は、遺族も医療機関もその時点で委員会に届け出ることとするが、その場合は届け出義務違反は問われない。
- ・遺族の告訴はいつの時点でも可能だが、これを理由に届け出義務違反は問われない。
- ・医療安全調査委員会が調査した結果、故意の介在が疑われた場合や、資料の改ざん、隠蔽が明らかになった場合は警察に通報する。



4. 氏名： 小松 秀樹

5. 所属： 虎の門病院 泌尿器科

6. 年齢： 5 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代   |
| 4. 40代   | 5. 50代 | 6. 60代   |
|          |        | 7. 70歳以上 |

7. 職業： 9 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- |                          |                          |          |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. 会社員                   | 2. 自営業                   | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | 5. 学生                    |          |
| 6. 無職                    | 7. その他 (医療・法曹・警察関係職種を除く) |          |

<医療従事者>

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 8. 医療機関管理者        | 9. 医師 (管理者を除く) |
| 10. 歯科医師 (管理者を除く) | 11. 薬剤師        |
| 12. 看護師           |                |
| 13. その他医療従事者      |                |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： 2 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。              |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし。                      |

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

はじめに

07年10月17日発表された厚労省の「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案 第二次試案」と、その後発表された11月30日付けの自民党案「診療行為に係る死因究明等について」は、後者で言葉があいまいになったものの、全く同じ枠組みであり、具体的な内容に変更はなかった。

現場の医師からは、第二次試案—自民党案に強い反対意見が表明された。第二次試案発表後、5ヵ月半の時間経過を経て、08年4月3日、第三次試案が発表された。

全体として、第二次試案より説明が詳しくなった。最も評価できる変更点は、病院からの届出だけでなく、遺族からの調査依頼が受け付けられるようになったことである。日本の医療は崩壊しかねない状況にあり、その最大の原因の一つが軋轢である。医療事故で患者が死亡したとき、遺族の理解と納得を高めて、軋轢を小さくすることが、何より求められる。このためには遺族の真相究明の希望を尊重して、調査と説明を行う必要がある。

第三次試案全体として、第二次試案で現場医師から批判された文言が注意深く削除されるか、言い換えられていた。しかし、組織、届出義務化、届出範囲、再発防止、捜査機関への通知、個人の行政処分の拡大などの具体的な問題点についてはほぼ踏襲されていた。

他に目立つこととして、医師法21条を改正すると明記されていた。医師法21条問題の発端は、2000年、厚生省の国立病院部政策医療課が、リスクマネジメントマニュアル作成指針に「医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届出を行う」と記載し、医師法21条の解釈を変更したことにある。医師法21条は、変死体の医学的検索制度の整備と、厚労省の解釈ミスによる混乱解消のために、当然、改正すべきものであり、医療事故調問題との関連で議論すべきものではない。

私は、04年ごろより、医療事故調問題について考え続けてきた。さまざまな立場の人たちと議論し、その中の何人かからは大きな影響を受けた。一つの考え方を一貫して持ち続けてきたわけではなく、軌道修正しながら現在に至っている。

以下、医療事故調問題を考えるための枠組みと、第二次試案—自民党案—第三次試案を通しての懸念、私の提案について述べていく。

### 社会システム間の齟齬

日本の医療は崩壊の危機に瀕している。その主たる原因は、医療についての考え方の齟齬にある。死生観、人が共生するための思想、規範としての法律の限界、経済活動としての医療の位置づけ、民主主義の限界の問題が絡み合って齟齬を生んでいる。さらに、齟齬の基盤に、社会システム間の思考様式の違いがある。医療事故調問題に入る前に、この思考様式の違いについて触れる。

歴史的に社会は一貫して複雑になり続けている。日本で家族生活と生産活動が分離して久しい。階層社会でみられた出生身分による役割の固定は消滅した。社会での役割が多様になり、社会分が飛躍的に進んだ。個人はさまざまな複雑で巨大な社会システムと関わって生きている。

医療を含めて、経済、学術、テクノロジーなどの専門分野は、社会システムとして、それぞれ世界的に発展して部分世界を形成し、その内部で独自の正しさを体系として提示し、それを日々更新している。

社会システムの作動は閉鎖的であり、その内部と外部を峻別する。司法は医療を扱う場合にも、医療の言語をそのままでは使用しない。内部化のための手続き、すなわち、医療の事象を司法の言語論理体系に組み直す作業を必要とする。社会システムはコミュニケーションで作動する。ニクラス・ルーマンはコミュニケーションを支える予期に注目し、社会システムを、規範的予期類型（法、政治、行政、メディアなど）と認知的予期類型（経済、学術、テクノロジー、医療など）に大別した<sup>1</sup>。規範的予期類型は、道徳を掲げて徳目を定め、内的確信・制裁手段・合意のよって支えられる。違背に対し、あらかじめ持っている規範にあわせて相手を変えようとする。違背にあつて自ら学習しない。これに対し、認知的予期類型では知識・技術が増大し続ける。ものごとがうまく運ばないときに、知識を増やし、自らを変えようとする。

短期的には合意の得やすい規範的予期が優位であるが、長期的には、規範的予期が後退するのに対して、適応的で学習の用意がある認知的予期が優位を占める。このことは、政治における「現実の承認」が道徳的な根拠にまでなっていることから読み取れる。

規範的予期類型と認知的予期類型の間に大きな齟齬がある。対立の共通構造は、規範的予期が現実を十分に認知しないまま、規範を行使することにある。この対立の歴史は古く、地動説に対する宗教裁判がこれを象徴する。

医療事故調は必然的に規範的予期と認知的予期のせめぎあいの場となる。医療問題を解決する魔法の制度と安易に期待することはできない。かえって医療制度を破壊する可能性もある。医療事故調について議論する上で最も重要なことは、現実である。医療に対し、患者・家族は大きな期待を持ち、期待の実現を規範化する。

ルーマンは「規範的なことを普遍的に要求する可能性が大きく、その可能性が徹底的に利用されるときは、現実と乖離した社会構造がもたらされる」<sup>1</sup>と警告する。例えば、耐震偽装問題に対する過熱報道をうけて、建築基準法が改正された。07年6月20日に施行されたが、あまりに厳格すぎたため、建築確認申請が滞ったままの異常な状態が続き、住宅着工が激減した。多くの会社が倒産に追い込まれた。日本のGDPが1%近く押し下げられたと推定されている。

医療には限界がある。不確実でリスクを伴う。医療事故調を支える規範については、正当性の根拠を、過去の倫理規範との論理的整合性や、感情との整合性ではなく、それが結果として社会にもたらす影響に求めるべきである。このためには、当該規範に強制力を持たせる前に、どのようなことが起こりうるのかを徹底的にシミュレートする必要がある。また、規範を、いつでも見直しし、いつまでの見直し続けるという態度が求められる。

## 第二次試案以来の懸念

07年10月の第二次試案発表後、私はこの制度が実施されるとどのような結果をもたらすのか

あれこれ想像をめぐらし、大きな懸念を持つに至った。医療を荒廃させると確信し、反対の意見を表明してきた<sup>2,3,4,5</sup>。第二次試案で生じた懸念は第三次試案でも払拭されていない。以下、この懸念について述べる。

#### 懸念1 医師と患者の軋轢を高める。

第二次試案に対して現場の医師から最も反発が大きかったのが、個人の処罰に報告書が使われることである。これは第三次試案でも踏襲されている。調査報告書が責任追及に活用されると、院内事故調査委員会での議論が大きく変化する。2003年ごろを境に、大病院には院内事故調査委員会が置かれるようになった。多くの病院で、医療事故をシステムの問題として捉え、ヒューマンエラーを処罰の対象としていない。医療事故について病院は患者側に極めて正直に話すようになった。しかし、調査委員会での証言が個人の処罰に直結するとなれば、証言は慎重なものにならざるをえない。日本国憲法38条には「何人も自己に不利益な供述を強要されない」と書かれている。第三次試案では、「医療従事者等の関係者が地方委員会からの質問に答えることは強制されない」との文言があり、処罰を前提の調査であることを厚労省が認識していることがうかがえる。しかし、事故について最も多くを知るのは当事者である。処罰を前提とした調査では、必然的に事実が表に出にくくなる。現在、一般的に行われるようになってきた患者への率直な説明に支障をきたす。

当事者が自分を守るための努力をすることを禁じて、処罰を前提にした調査を行えば、行き過ぎが生じる。逆に、当事者が自分を守るために努力をすると、せめぎあいが生じる。このため、処罰を前提とした調査は、科学的調査と異なり、遺族と医療従事者の対立を高める。裁判手続と同様、調査経過そのものが、遺族の応報感情を高める。対立は遺族と医療従事者の間にとどまらない。病院の管理者と現場の医療従事者の間にも対立が生じる。さらに、厚労省と病院の間の溝を深め、行政そのものに支障を来たしかねない。何より問題なのは、処罰を前提とした調査が日常的に実施されることになれば、紛争になりやすい救急重症患者の診療を避けるなど、適切な医療の提供を損ねる可能性が高いことである。

事故と医療従事者の処分を連動させることは対立を不必要に大きくし、真相の解明を阻害する。処分は全く別のところで、被害の有無と関係なく、逸脱した医療行為を行ったことを理由に検討されるべきである。

#### 懸念2 医療事故調を設立しても刑事司法は独自に動く

日本医師会は、第二次試案による医療事故調査委員会を「刑事訴追からの不安を取り除くための取り組み」<sup>6</sup>と位置づけて、「診療関連死の場合に、原則として刑事司法の介入を避ける、新たな仕組みを法制化することがこの試案の最も基本的な目的である」と説明する。しかし、医療を刑事免責することは、検察官の独立性の原則、刑法211条、刑事訴訟法からみて、現行法上ありえない。

医療事故調ができて、警察独自の捜査がなくなるわけではない。08年4月4日、衆議院厚生労働委員会で、岡本充功議員からの第三次試案についての質問に対し、警察庁米田刑事局長は、遺族からの訴えがあれば、調査委員会を通さずともやはり警察は捜査せざるを得ないと答えた。



元検察官の河上和雄氏も、第三次試案についての m3 のインタビューに対し、警察はあくまで医療事故を独自に調査するとの見解を示し、さらに、第三次試案は、厚労省の権限強化が狙いである旨の発言をした<sup>7</sup>。

井上清成弁護士は業務上過失致死傷罪の暴走について、最高裁判所 1985 年 10 月 21 日決定の、谷口正孝最高裁判事の補足意見を紹介し、以下のように解説している<sup>8</sup>。

「過失は、『重大な過失（重過失）』と『軽度の過失（軽過）』に分けることができる。『重過失』に対しては、『軽過失』に適用される過失致死傷罪（現行刑法 209 条、210 条）では刑が軽いので、重過失致死傷罪が設けられる以前は、その代わりとして刑が重い業務上過失致死傷罪の『業務上』の解釈を拡張して適用していた。ところが、重過失致死傷罪（現行刑法 211 条 1 項後段）が設けられて、業務上過失致死傷罪（現行刑法 211 条 1 項前段）を拡張して適用するのは終わるはずだったけれども、いったん拡張してしまった業務上過失致死傷罪はそのまま“暴走”を続けて現在に至ってしまったのである。」

業務上過失致死傷罪では、「軽度な過失でも処罰するという大前提がある」。刑法の適用を「重大な過失」に限定しようとする機運もあるが、なにをもって「重大な過失」とするのかが決まっておらず、「薬剤取り違えや患部取り違えは重過失と捉える」。悪質な事例を重過失とする意見もあるが、定義が明確でないため「営利目的、実験的、名声追求の利己目的、説明不足でも、どのようなものでも悪質というレッテルを貼られかねない」。さらに、「死因究明制度の議論は組織法、そして、せいぜい手続法の議論にすぎず」、「実体法的な観点から見ると、死因究明制度ができたとしても、現状と何ら変わるところがない」。流れが「『警察→鑑定』から『鑑定→警察』と逆になっただけであり、『患者遺族の刑事告訴→警察→鑑定』という既存の流れは温存されている」。

そもそも、医療事故調査制度ができて、刑法 211 条が改正されない限り、歯止めは存在しない。業務上過失致死傷が問題になっているのは医療だけではない。特別扱いを要求すべきではない。他の分野を巻き込んだ大きな議論が必要である。

刑事司法の暴走を止めるための有効な努力は、医療事故調査制度ではなく、刑法 211 条そのもののあり方を正面から批判する言論である。実際、福島県立大野病院事件以後の現場の医師の広汎な言論活動により、医療への刑事司法の無茶な介入は以前ほど、目立たなくなっている。

医療に刑事司法が介入する事件が目立ったのは、1999 年の横浜市立大学の手術患者取り違え事件以後の数年間である。これをきっかけの一つとして、03 年頃を境に、日本の病院は医療安全に真摯に取り組むようになった。

もう一つのもっと大きなきっかけは、1999 年の「人は誰でも間違える」（米国医療の質委員会、日本評論社）の出版による考え方の転換である。世界の先進国で、医療による有害事象が、退院数を母数にして 10%前後発生することが広く知られるようになった。人間は間違いを犯しやすい性質を持っているということを前提に、医療事故の防止対策がとられるようになった。事故が発生した後の対応も変化してきた。考え方の転換は医療という部分世界で世界同時に発生したのであり、日本が特に遅れたということではない。

そもそも、第二次世界大戦以前、医療にできることは極めて限定的だった。例えば、日本で結

核の薬が数十種類販売されていたが、いずれも、無効だった。高血圧の有効な治療薬は存在しなかった。癌は不治の病だった。治った病気の大半は自然に治ったのである。医療の有用性は幻想の上に乗っていた。この幻想に医療の無謬性が含まれていた。医療が進歩したため、この幻想が壊された。一方で、医療に実質が伴うようになり、幻想がなくても医療は立ち行くようになった。しかし、医療の進歩と社会の変化は新たなコンセプトが生んだ。「医療は万能であり、不都合なことが起きるとすれば、誰か悪い人間がいるに違いない」というコンセプトである。

2000~2003年以前には、このコンセプトにそれなりの真実があった。日本の医療は、大学医局と日本医師会の支配の下、批判を受容する態度が希薄だった。大きな問題を抱えていたにも関わらず、必要な改革がなされなかった。象徴的な事件がいくつも発生した。札幌医大の和田心臓移植事件では、大学病院の新奇医療志向の強さと、医療を正当なものにするための手続という考え方の欠如のため、心臓外科医の暴走が起きた。都立広尾病院事件では、医療機関とそれを運営する地方行政の隠蔽体質が明らかになった。昭和大学藤が丘病院事件では、医療の質管理のずさんさというより、管理そのものの欠如が明らかになった。2003年以後、上記コンセプトが正当性を示す場面は少なくなりつつあるが、現時点で無くなったといえるような状況ではない。依然として医療側が努力を必要としていることは間違いない。

ある友人は「医師は原罪を負っている。昔は事故を隠していた。それを前提に考えないといけない」と語った。私もそのとおりだと思う。刑事免責を求めても理解は得られない。刑事司法の枠組みはそのままであり、短期間に変わる可能性はほとんどない。ならば、刑事司法を適切にする努力、例えば、医療における罪を明確化することが可能かどうか、時間をかけて検討するような努力があってもよい。医療を壊さないようにするためには、犯罪とされるものが、医療従事者にも納得できるようなものであり、自分が犯罪を実行することになるのかどうか、実行前に当事者に分かるようなものでなければならない。

### 懸念3 報告書が民事訴訟を誘発する可能性がある

患者側弁護士が訴訟を行う上で最も苦勞するのは、専門家の鑑定を得ることである。

医療事故調が設立されると、彼らは、当然、地方ブロック、中央の委員会の全てに、患者側弁護士を委員として押し込む努力をする。社会運動のプロとしてこれは難しいことではない。委員になれば、報告書を「鑑定書」として使用可能なものにするために全精力を傾けるだろう。いずれも、彼らの立場からすれば、当然の努力である。

医師がカンファレンスで過去の症例について議論するときは、将来の医療の向上のために、あすすればよかったのではないかと、こう判断すべきだったと、あらゆる観点から反省点を出し尽す。これが医療の進歩を支えてきた。そもそも、医師のカンファレンスでは過失責任に対する身構えのようなものはない。反省点と過失の区別は難しい。反省点や過失について言及するように仕向けることは、法律の素人相手なら簡単だろう。医療現場の経験に乏しい大学人は、自らの能力を高く見せたいという子どもじみた動機だけで、簡単に彼らに同調するだろう。

第三次試案での届出義務の範囲は、特定機能病院からの医療事故防止センターへの報告範囲を定めた医療法施行規則第9条の23の2のイ、ロ、ハの内、イとロであり、第二次試案から変更されていない。ロは「誤った医療又は管理を行ったことは明らかでないが、行った医療又は管理

に起因して、患者が死亡し、若しくは患者に心身の障害が残った事例又は予期しなかつた、若しくは予期していたものを上回る処置その他の治療を要した事案（行つた医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかつたものに限る。）と規定しており、極めて広い範囲の事故の届出が義務付けられている。結果として、弁護士が紛争に関わって勝てる、すなわち、金銭的メリットが得られる事例が、権威が付与された報告書付きで大量に提供されることになる。

理由はともあれ、患者側弁護士の最大の団体、医療問題弁護士会は、第二次試案に賛成の立場で運動を展開している。

#### 懸念 4 医療システムの内部に司法が入り込み、医療を壊す

中央委員会の権威が付与されて、過失責任の有無が判断されると、裁判と同様、「医療水準」が大きな問題になる。「医療水準」が、少数の紛争に白黒をつけるために裁判所内で議論されることは仕方がない。しかし、年間 2000 ないし 3000 例にも及ぶと予想される多数例で、「医療水準」が議論され、判断されると、医療提供そのものにとんでもない影響がでる。現場では多様な医療が行われ、刻々変化している。第三次試案は医療現場の真ただ中に司法の論理を持ち込むことになる。罰則で脅して広く報告させ、「医療水準」に達しているかどうかを裁定することになる。裁定は前例として踏襲される。前例の集積が、医療をがんじがらめにして多様性と未来を奪う。これについては、ルーマンの学問についての説明が示唆に富む。「学問がその理論の仮説的性格と真理の暫定的な非誤謬性によって安んじて研究に携われるまで、学問研究の真理性は宗教的に規範化されていた」<sup>1</sup>。医学論文における正しさは研究の対象と方法に依存している。仮説的であり、暫定的である。この故に議論や研究が続く。新たな知見が加わり、進歩がある。政府機関が宗教裁判のように権威で裁定してしまうと、判断が固定化され、学問の進歩を損ねる。規範に基づいた権威による裁定は、医学—医療になじまない。医療システムに有害なので医療の外で行なうべきである。

#### 懸念 5 厚労省が医療における正しさを決める

現在でも、厚労省は強大な権限を持っている。病院を代表する立場にある病院長が厚労省を批判することはほとんどない。これは不満がないということではない。厚労省の細かい規則を全て遵守できている病院はない。しかも、頻繁に立ち入り検査が行われ、実際に処分を受けないまでも、その都度、病院は担当官から叱責を受ける。

北海道や東北地方で大学の医師の名義貸しが問題になったことがあるが、そもそも、全国一律の基準どおりに医師を集められないという状況があった。一方で大学の非正規職員の医師は収入が少なく、生活に困っていた。現場での対応が、大学医師の地方の病院での非常勤の勤務であり、名義貸しであった。厚労省の無茶な要求に対する現場での医療を守ろうとするための対応まで厚労省が悪として取り締まる。厚労省の現場無視の圧力に多くの病院は脅えている。

医療機器の開発も似たような状況に置かれている。医療機器市場は急速に成長しつつあり、2000 年の 1600 億ユーロから 2003 年には 1840 億ユーロに拡大した。ところが、日本企業のシェアは 15% から 11% に減少した。日本では、治験段階から完全な本生産設備の整備を求められるな

ど、実質的に、国内での開発が不可能になっている。医療機器開発に対する厚労省の立場を、ある課長補佐が「私どもは、国民の安全のための審査をするところとして産業振興・育成は経産省の仕事と思っています」と表現した。自分たちの責任を問われないようにするために、医療機器を開発させないと言っているように聞こえる。厚労省の官僚は、政治、メディアから攻撃を受け続けており、自分を守るためには仕方がない面もあるが、これでは国は立ち行かない。国外にシェアを持つ例外的な会社は、開発拠点を国外に移しているが、国内販路しかもたない企業が生き残るのは難しいと予想されている。ある調査で、企業の医療機器開発への参入意欲が低いこと、背景に「行政の許可承認を事業の阻害要因と強く感じている」ことが示されている<sup>9</sup>。

第三次試案は、厚労省の権限をさらに大きくする。正当なもの、不当なものを含めて、病院を非難できるような調査結果が、処分担当者（医道審議会事務局たる厚労省）に大量に供給される。医学の進歩のためには、あらゆる改善の可能性が議論されるが、見方によればこれも非難の材料となる。相対的に医療現場の発言力は弱くなる。このため、実質的に「正しい医療」を厚労省が決めることになる。「正しい医療」は、本来、「医学と医師の良心」に基づいて専門家が提示すべきものである。これを社会が批判することでさらに適切なものになっていく。厚労省は「医学と医師の良心」によって動いているわけではない。法令には従わなければならない、しかも原則として政治の支配を受ける。メディアの影響も当然受ける。しかも、ハンセン病政策のような過ちを繰り返してきた。ハンセン病患者の、90年に及ぶ隔離政策の歴史で、何人かの医師が異議を唱えた。患者をかくまった医師もいた。これらの医師は、科学と、良心に基づいて行動した。

第二次世界大戦中、ドイツや日本の医師の一部は国家犯罪に加担した。多くの国で、医師の行動を国家が一元的に支配することは、危険だとみなされている。

公務員は国家的不祥事に抵抗することが難しい。このゆえに、医師の行動の制御を国家に委ねることに問題がある。行政は、医療における正しさというような価値まで扱うべきではない。明らかに行政の分を超えている。医学による厚労省のチェックが奪われ、国の方向を過つ可能性がある。

## 提案

### 1 地域ごとの患者理解支援制度

医療を保全するためには軋轢を小さくする必要がある。このためには患者理解支援を目的とした制度を創設すべきである。地域での患者の相談窓口の機能を高めて、専門のメディエーターを配置し、徹底した理解援助を図る。理解援助の過程で、必要に応じて個別の事例ごとに事故調査チームを結成して、科学的な調査を行い、それを患者側に説明する。調査チームは必要があれば複数あってよいし、結論が異なってもよい。中央組織の裁定ではなく、あくまで調査は相対的に個別に限定したものとすべきである。

この過程で和田らの提案する「対話自律型ADR」<sup>10</sup>は紛争の終結を図るのにある程度有効だろう。ただし、医療従事者と社会の間の医療についての考え方の齟齬がそのままならば、これも、患者側の一方的攻撃、医療側の譲歩の場としかならない可能性もある。「対話自律型ADR」が機能するためにも医療の限界についての認識を広めること、共生のための行動の制御についての共通認識を形成する必要がある。一方、「裁定型ADR」で、従来の医療裁判と同様の裁定を大量コ

ピーするとなると、やはり医療を壊す方向に働くかもしれない。

## 2 無過失補償制度

患者側の納得を高めるためには事故調査は必要だが、事故調査の過程が患者・家族の納得の閾値を高める可能性が高い。事故調査制度を導入するには、高くなった閾値に対する対応が求められる。

納得の閾値が高くなることへの対応は、最終的には無過失補償しかないと思う。示談金、和解金や賠償金の金額を現在の水準のままにしておいて、公平に救済しようとする、診療報酬を引き上げざるをえなくなる。現在の国民皆保険制度を維持しつつ、公平な補償を実現するために、無過失補償制度を医療に組み込む必要がある。無過失補償については、個人の責任の追及と完全に切り離すこと、実質的に紛争の終点にすることが必要である。日本の産科領域で検討されている無過失補償はいずれの条件も満たしていない。大量の民事訴訟の起点となる可能性が高い。

無過失補償制度では過失の有無を明確にせず、定められた基準に従って補償する。補償すべきものかどうかの判断は、事実が認識されていれば、過失の判定なしに、比較的容易に決められるような体系にする。

補償対象を広くして補償額を大きくすると、医療費が上昇する。補償金額の基準の決定や、患者側への支払いは医療側ではなく国民の代表が行う。

補償の対象だが、スウェーデンでは、実質的に日本での民事裁判での賠償の対象と類似の事例が、補償の対象となっている。

補償という考え方ならば、被扶養者を抱える働き手や、生きていくのに多額の費用を要する障害者については、補償額を多くすることも可能である。また、生活に困っていない遺族に多額の賠償を支払うことがなくなる。

無過失補償制度を導入するとすれば、民法 709 条による賠償との関係が問題となる。この両者が並存すると、賠償金の上乗せを求めて、訴訟がさらに多くなる。先進国で最も低い費用で、アクセスを制限することなく、しかも、質の高い医療を提供してきた現在の日本の国民皆保険制度が崩壊しかねない。井上清成の、民法 709 条の規定の対象から保険診療を外すとする提案が注目される<sup>11</sup>。保険診療については、契約を明確にして、医療過誤を含む事故の補償の方法を無過失補償に限定することも一つの方法である。

無過失補償は、恨みを冷静に扱う考え方や習慣がなければ、受け入れられにくい。本邦では、「弱者」の恨みが、検証されることなく、容易に社会的に承認支持されることを考えると、無過失補償制度もやり方によっては医療制度の存続を脅かす。

日本弁護士連合会が 2007 年 3 月 16 日に発表した『『無過失補償制度』の創設と基本的な枠組みに関する意見書』<sup>12</sup>を注意深く読むと、一貫して規範的な論理で書かれていることが分かる。現実の医療がどのような状況にあるのか、医療にできることできないことを冷静に認識しようとする態度が希薄である。医療従事者がどのような環境で働いているのか、どの程度の能力なのか、想像しようとしな。最大の問題は、無過失補償で紛争を終了させることについての言及がないことである。何らかの制限がなければ、無過失補償が、民法 709 条の不法行為による民事訴訟を惹起し、医療は大混乱に陥る。日弁連の意見書の言葉の端々から、以下のような前提で議論して

いるようにうかがえる。

- 1) 大半の医療事故は適切な対策をとれば防止可能である。
- 2) したがって、医療事故は起きてはならないことであり、医療事故に際して医療提供者が最初にとるべき行動は自らの非を認めることである。
- 3) 保険診療が、公共財として国民に広く医療を提供するためにいかに低廉な費用で運用されていようと、サービス料金を提供者が決められる業種と同様の制度と基準で賠償金を請求できる。
- 4) 危機的状況にある医療制度の保全是、弁護士活動とは無関係である。

医療事故は過失を伴わないもののみならず、過失を伴うものも、人間が誤りやすいという性質を有する限り、根絶することは不可能である。私は、日弁連と異なる意見を持つ弁護士が多く存在することを知っている。しかし、これは組織としての意見表明である。日弁連がこの認識を持ったまま、具体的な制度論が始まると、議論はステークホルダー間の争いとならざるをえない。規範的予期と認知的予期の争論となると、言語論理体系の性質上、前者が「勝利」することになる。現代日本の非専門家が専門家を攻撃する風潮も、規範的予期を支持する。

私は、患者側弁護士のみならず、病院側の弁護士と議論していても、違和感を覚えることがある。多くの弁護士は、彼らの想定するあるべき医療像を基準に、過去の事例について責任を負わせるか、あるいは、責任を免れるかに関心を持つ。私は現実の不完全な医療を基準に、将来の医療の質向上とその提供の継続に関心を持つ。また、患者側、病院側を問わず、医療現場を実際に観察して、医療の実情を認識しようと努力する弁護士は多くない（裁判官、検察官の一部はこの努力を始めている）。このため彼らの想定するあるべき医療は、しばしば現実にはありえない医療になる。規範的予期と認知的予期の溝は深い。無過失補償制度を導入するには、死生観、日本人の行動様式、現代社会における共生のあり方、医療の実情などについて、国民的な大議論を演出して、齟齬の解消を図る必要がある。相応の共通認識なしに、無過失補償を無理に導入しようとすると、制度が捻じ曲げられて、医療攻撃の追加手段となる。

### 3 医療裁判判決の医学的レビュー

医師からみると、司法は、医療の一部を取り出し、理念からの演繹で罰を科し、あるいは、賠償を命ずる。この理念が適切かどうか、医療全体からの帰納で検証する方法と習慣を持たない。一部の法律家は全体を検証していると主張するが、検証の量が少なく、習慣がないため方法が発達していない。このため、医療についての厚みのある認識を持ってない。メディアの感情論を論理的に評価するための知的準備ができておらず、その影響が不安定に発現する。

司法の、規範（実体法）と対立（手続法）の中に実状を押し込める習慣は、問題解決のための、普遍的というより一つの特種的態度のように思える。紛争解決手段としての裁判制度は、対立を高める。患者側、医療側の双方を疲弊させるため、両者から低い評価しかうけていない。

裁判官は不祥事を恐れて、外部との接触を避ける傾向がある。社会についての情報源がマスメディアに限られる。そのマスメディアを通して、患者側の感情を規範化した意見が大量にインプ

ットされる。しかも、司法の思考様式は規範との親和性が高い。バランスを取るためには、どうしても、医療について実情認知を高めるような仕組みが必要である。具体的には、司法判断を医療側が組織的に網羅的に分析して医療側の見方を伝える必要がある。司法が医療を知るための材料を提供するのは、医療側の責務である。

#### 4 医療の質保障（自律的処分制度を含む）

医療側も多くの努力を必要としている。最も重要なことは、医療の質保障である。医療の専門性故に、知識の乏しい権力で制御しようとするとは医療システムそのものを壊しかねない。踏み込んだ処分は、どうしても、医療側が自律的に実施する必要がある。

厚労省主導の処分には問題がある。先の述べたように、第一に、厚労省の行政官は、政治の支配を受ける。政治はメディアの影響を受ける。日本のメディアの感情論が行政処分に影響を与えるようになると、医療の安定供給は困難になる。第二に、日本やドイツでは政治の命令で医師が国家犯罪に加担した歴史がある。第三に、行政官は現行法に反対できない。第四に処分機関をもつことで厚労省と医師の関係が変化して、行政に支障を来たしかねない。

イギリスの General Medical Council の活動が一つの参考になる。全ての臨床医が参加を義務付けられており、健康状態のチェックを含めて、医師が診療を行うのに適しているかどうかの審査を責務の一つとしている。自ら規範を定め、これを基準に再教育を主体とした処分を行っている。

このような処分制度も一元的だと大きなリスクを伴う。特に、日本の医学会が一元的にこれを担うとすれば問題がある。徳州会宇和島病院で実施された病腎移植で、6例の腎摘出術の適否が二つの委員会で検討された。移植医側に手続上の問題があったことは間違いない。一方、これを攻撃した学会にも大きな問題があった。学会の専門委員会と病院外の専門家を多数含む病院の依頼による調査委員会で、腎摘出の適否について大きく結論が異なった。学会の専門委員会は腎摘出以外の治療法に大きな危険が伴うものを含めて、6例すべてで腎摘出が不適切だと決め付けていた。これは医療現場の実情と異なる。日本の学会は、大学の医局連合という側面がある。古い体質を持ち、必ずしも学問的ではない。支配のために、強引なことを行う傾向がある。

議論が少しづれる。厚労省が、病腎移植に関連して、  
と  
の保険医療機関の取り消しを行おうとしている。医師の  
を問題視した厚労省が、保険診療報酬請求をチェックしたところ、多くの「不正・不当」請求がみられたのだという。阿部知子議員は保険医療機関の取り消しに怒りを露わにする。

「保険医療機関を取り消された病院は、保険診療が出来なくなる。地域住民にとっては受診できる医療機関がなくなることを意味する。第三次救急も担う地域の中核病院である市立病院には毎日千人以上の外来患者さんが受診し、  
でも透析や200人以上の入院患者をかかえる。両病院で移植を受けた患者さん達も移植後の管理が不可欠である。すぐ近くにこうした機能を備えた代替病院があるわけでもないのに、患者・住民は一体どうすればよいのか」<sup>13</sup>。

他の病院と比較して、明らかに悪質であることが客観的に示されない限り、病腎移植に無関係

の住民に迷惑のかかる処分に正当性はない。

極端と思われるかもしれないが、この事件から、つい旧ソ連の状況を思い起こしてしまう。旧ソ連では物資不足のため、国民は日常的に、勤務先から物資を持ち出し、融通しあって生きていた。国民全員が何らかの違法行為を犯さざるを得ない状況下で、政治犯を経済犯として処理していた<sup>14</sup>。このようなやり方が国民と国家をいかに蝕んだかは想像に難くない。病腎移植よりはるかに深刻な問題であることを強調しておきたい。

議論を戻す。自律的処分を行うにしても、暴走に対する歯止めを用意しておく必要がある。チェックを受けない権力は制度を壊し、自ら腐敗する。私は、医療の質保障の努力は、複数の主体が、複数の手段で互いにチェックしあいながら目的を達成していく制度を期待している。今後、制度設計の専門家と多様なバックグラウンドの医師による研究が望まれる。

自律的処分制度がうまく機能すれば、司法側の業務上過失致死傷の考え方に影響を与えられるかもしれない。ただし、これはあくまで医師が自発的に行うものでなければならず、医療の刑事免責を求めるものではない。刑事司法など他の制度とは無関係に実施すべきものである。

おわりに

医療の問題とその解決方法についての規範的予期と認知的予期の齟齬は、双方の考え方が異なる以上、考え方の変更なしに、一気に解決することは不可能である。認識の変更を確認しつつ、一段ずつステップを重ねていくべきである。

医療の問題は、ステーク・ホルダー間の利害調整や、合理的判断を越えた権力の行使で無理に解決すべきではない。医療は、そのような危うい決定方法に委ねるには、重要すぎる。互いに双方の立場を理解しつつ、多段階で時間をかけて解決していくべきである。

文献

- 1 ニクラス・ルーマン：世界社会 Soziologische Aufklärung 2, Opladen, 1975. (村上淳一訳・桐蔭横浜大学法科大学院平成16年度教材)
- 2 小松秀樹：医療に司法を持ち込むことのリスク。日経メディカルオンライン, 2007年10月25日。 <http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/series/kikou/200710/504479.html>
- 3 小松秀樹：日本医師会の「大罪」 MRIC,臨時 Vol 54, 2007年。  
[http://mric.tanaka.md/2007/11/17/vol\\_54.html](http://mric.tanaka.md/2007/11/17/vol_54.html)
- 4 小松秀樹：日本医師会の法リテラシー。MRIC,臨時 Vol 61, 2007年。  
[http://mric.tanaka.md/2007/12/11/vol\\_61.html](http://mric.tanaka.md/2007/12/11/vol_61.html)
- 5 小松秀樹：『厚労省第二次試案』に異議あり メディカル朝日 2008年3月号, 19-22.
- 6 木下勝之：刑事訴追からの不安を取り除くための取り組み 日医ニュース 1110号, 2007年12月5日。 <http://www.med.or.jp/nichinews/n191205k.html>
- 7 橋本佳子：医療維新 インタビュー 弁護士 (医療と法律研究協会副協会長)・河上和雄氏に聞く 2008年4月8日。 [http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080408\\_2.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080408_2.html)
- 8 井上清成：刑事司法が再び“暴走”する危険はないのか。m3 医療維新 オピニオン, 2008年2月14日。 [http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214_1.html)



- 9 財団法人科学技術戦略推進機構：医療機器開発の促進/活性化に関する調査報告書 健康・医療専門部会 活動報告 第3報 アンケート調査. 2007年11月.
- 10 和田仁孝：医療事故死因究明制度とADRの方向性をめぐって. 事故調の機能を考える. 医療安全, 12, 36, 2007.
- 11 井上清成：国民のための公的医療—その再建策と具体案. 総合臨床, 56, 3208, 2007.
- 12 日本弁護士連合会：「医療事故無過失補償制度」の創設と基本的な枠組みに関する意見書. 2007年3月16日. [http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/070316\\_2.html](http://www.nichibenren.or.jp/ja/opinion/report/070316_2.html)
- 13 阿部知子：医療を守る、地域を守る. かえるニュース第301号, 2008年3月26日. <http://www.abetomoko.jp/mailmagazine/index.html>
- 14 佐藤優：獄中記, 岩波書店, 2006.

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢：4 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |          |        |        |          |
|----------|--------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代 |          |
| 4. 40代   | 5. 50代 | 6. 60代 | 7. 70歳以上 |

7. 職業：9 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- |                         |                         |          |
|-------------------------|-------------------------|----------|
| 1. 会社員                  | 2. 自営業                  | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員（医療・法曹・警察関係職種を除く） | 5. 学生                   |          |
| 6. 無職                   | 7. その他（医療・法曹・警察関係職種を除く） |          |

<医療従事者>

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 8. 医療機関管理者       | 9. 医師（管理者を除く） |
| 10. 歯科医師（管理者を除く） | 11. 薬剤師       |
| 12. 看護師          |               |
| 13. その他医療従事者     |               |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験：3 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。              |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし                       |

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」に対する意見について

基本的に事故調を設置するのは賛成です（あまりに文句が多いので、誤解されないよう、最初に申し上げておきます。）。ただし、賛成するのは、きちんと機能する、将来のためになるものである場合だけです。今の試案のままでは日本の医療にとって良い作用をおよぼすものができるとはとうてい思えません。

### はじめにの（１）について

人間を含め、生物はいずれ死ぬものだ、という当たり前の前提に立っていません。診療行為は「場合によっては」不幸な転機につながるのではなく、診療行為の如何に関わらずかなりの確率で不幸な転機につながる人の命を「場合によっては」救うことができるのが医療行為です。従って、医療に一般の方が思っている「安全」を求めするのは間違いです（有ってはならない事故も有って当然、と言っているわけではない。）。

### （１３）について

法律家やその他の有識者（医療を受ける立場を代表する者等）の参画と有りますが、医療事故の原因を究明する機関で医療に関して素人の方がどのような役割を果たせるというのでしょうか？医療は経験していないものがその事故原因を究明できるほど単純なものではありません（最後に理由を書きました）。素人の方がチームに入る理由がわかりません。医療の現場をわかっているものだけでは透明性が担保できない、ということかも知れませんが、それが透明か透明でないのかさえ素人の方に判断するのは難しいのではないかと考えます。

### （２０）について

届け出範囲の２番が曖昧すぎます。実際の医療は解らないことだらけであり、解明できないことの方が多様な今の医学の状況で、２番のような曖昧な基準だと大変な数の届け出が出るのが予想されます。実際にそれを捌ききれぬのが疑問です。また、まず患者の病気があって、それに関与する形で医療は行われるのに、行った医療が関係ない、ということがあり得るのですか？また、それはどのように判断されるのですか？現場にいる人間として、クリアカットに分けられるとはとうてい考えられません。

### （２１）について

事故調は解剖が前提と聞いています。そのため、届けの有無の判断は速やかに行われなければいけないと思われませんが、主治医以外の人間が届け出るか出ないか判断す

るとのこと、現在の人手が足りなくて崩壊寸前の医療機関で、死亡は夜中に出ることが多いのに、誰がこの役割をするのですか？また、解剖症例が大幅に増加すると思われませんが、現在でも人手が足りず解剖していただくのが難しい状況なのに、実際に実行可能なのですか（調査チームの解剖医は誰がやるのですか？）？

捜査機関への通知について（特に別紙3）

医療者側から見れば、とんでもない、言いがかりのような訴訟が増加しています。ただでさえ、そのような事例が増えている中、大野事件のようなことが起これば、まじめに医療に取り組んでいる人間も嫌気がさしてしまいます。事故調の役割は、原因究明を行い、今後同様な事故を防ぐ、というのが第一義ということは解っていますが、一方で「はじめに」に書いてありましたが、萎縮医療を防ぐ役割を担って欲しいと思っています。そのためには、そのような言いがかり的な訴訟の抑止力になって欲しいと考えます。しかし、この試案のままでは、全くそのような役割は担えないことは明らかです。医療の縛り、仕事を増やして、さらに崩壊を助長するように見えます。というのは、全く法的な強制力がないからです。なるだろう、こととなる、ばかりでは、事故調ができたとしても、そうはならないと思います。何の法的根拠もないからです。遺族が望めば、たとえ言いがかり的な訴訟であってもフリーパスです。医療に関しては、訴訟を起こす、起訴する前に必ず事故調を通す、事故調が医学的に正当としたものは訴訟に持ち込めない、という形にしなければ、医療者が望んでいるような、安心して患者の治療に全力を傾ける世界、というのは二度と戻ってこないことでしょう。

医療は常に死と隣り合わせです。「人間はいずれ必ず死ぬ」という概念が欠落した現代の一部の遺族の方には全力を尽くしていても、言葉を尽くしても、死という事実により、悲しみが医療者に対する恨みに変わることが多々あります。このような状況から医療者が守られなければ、医療、特にリスクの高い、高度な医療（外科等）・救急医療・産科医療・小児科医療に全力を尽くす人はいずれ居なくなると思います。今の医療は、酷い労働条件にも関わらず、多くの医療者の高い倫理観と善意によって何とか持っているからです。疲れ切った医療者は、今回の試案で守られないと知れば、さらに容易に第一線の医療から離れて行くでしょう。これ以上医療者が第一線から退けば、医療の崩壊は取り返しの付かないところまで行ってしまいます（もうすでに遅いかも知れませんが）。しっかりとした法的な整備を同時に行うことを望みます。

上記調査機関との関係に対する意見および全体として

医療の現場に長く関わっていると、他の医師等医療者が行った医療行為について、後から良い、悪いを判断するのは、たとえ医療者であっても大変難しいと言うことを実感します。

診療行為は、特に生死に関わるような時（概してそのような時は判断に時間的な余裕はありませんが）、生命に影響する事柄を扱うその重圧に耐えながら、刻々と変わりゆく患者の変化、データの変化から現在起こっていることを推測し、今後起こりう

るケースを良いことから悪いことまで予想し、ベストと思われる次の一手を考え、迅速に対処する、ということを行うのです。これを、通常は休みがあまり取れず、疲れ切った、判断能力の落ちた状態で行わざる負えなくなっています（昔から酷い労働条件で働かされていますので。今はもっと酷くなりつつありますが）。事故調はこういった診療過程を調査することが多くなると思います。調査する際、どのくらいまでが妥当な範囲なのか、あるいは無理なのか、ということを経過とデータなどを後から見せられて retrospective に想像するのは、たとえ臨床経験豊富な医師であっても難しいものです。なぜなら、現場は retrospective に動いているものではなく、prospective に、またその時に現場の周りの状況にも左右されながら動いているものだからです。そのため、医療を医療の素人である司法が裁く、ましてや素人が是非を考える、ということは不可能だと考えます。私は、医療行為の是非は、医療者にしか判断できないと考えます（それでも間違いは起こると思います）。これを前提にせずに医療に司法や門外漢の方が関わることを進めていけば、今後の日本の真つ当な医療は消滅すると思います。

いったん消滅した医療はそう容易には元には戻りません。医療は科学の一つである一方、伝統芸能や職人のように、語り継ぐ、後輩に教え込む、といった非科学的要素が非常に強い分野だからです。今いる熟練した医師が第一線から一斉に退いてしまえば、その後医師を急いで養成しても、元の医療レベルに戻るには数十年単位の時間が必要になると思われます。教える人がいなくなるからです。その間は多くの人（医療を受ける必要のない人はごく少数です。そのため、全国民といっても良いかも知れません。）が低いレベルの医療に耐えてゆかなければならなくなります（おそらく、事故も今のレベルとは全く次元の違う、大変問題なものが増えてしまうと思います）。そうならないよう、今後の医療の未来を左右する、この事故調を、十分な論議を尽くして、本当に世の中のためになるものを作って頂きたいと思います。

4. 氏名： 本田 宏

5. 所属： 埼玉県済生会栗橋病院

6. 年齢：5 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代   |
| 4. 40代   | 5. 50代 | 6. 60代   |
|          |        | 7. 70歳以上 |

7. 職業：9 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- |                          |                          |          |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. 会社員                   | 2. 自営業                   | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | 5. 学生                    |          |
| 6. 無職                    | 7. その他 (医療・法曹・警察関係職種を除く) |          |

<医療従事者>

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 8. 医療機関管理者        | 9. 医師 (管理者を除く) |
| 10. 歯科医師 (管理者を除く) | 11. 薬剤師        |
| 12. 看護師           |                |
| 13. その他医療従事者      |                |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験：1 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。              |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし                       |

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」に対する意見について

現在日本各地で医療崩壊が加速しています。その原因は長らく続いた医療費抑制と医師をはじめとする医療スタッフのマンパワー不足です。現在年金が主な問題になっていますが、医療崩壊阻止も厚労省の最優先課題のはず。いち早く手を打たないと年金の次に医療崩壊が大きな問題となることは明らかです。

さてそこで今回の第三次試案ですが、現場の窮状（過重労働と決定的マンパワー不足）を放置してこのような事故調を拙速に導入すれば、どうにか歯を食いしばって働いている（特に急性期）医療スタッフの心の糸を切る結果となることは、現場感覚からすれば角を矯めて牛を殺す愚となるのは火を見るより明らかです。

医療体制がいったん崩壊してしまえば、復旧するには長い年月がかかります。医療崩壊の先輩英国が医療費を上げて（GDP 比 10%まで）、医師の大幅増員（50%）を行った先例をぜひ参考にしてください。現在でも世界一の高齢化社会の日本、これから団塊の世代の高齢化を迎えます。今手当をしなければ大量の医療難民が出現することは間違いないのです。今こそ医療や福祉を雇用創出の場と考える発想の転換が必要です。国民の命の安全と現場の医療関係者を守るのは厚労省の最重重要課題のはず、お願いします。

## 医療紛争等の経験

2 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

## 本文

## ■ 刑事処分について

- ・ 現状において、「軽度な過失」でも処罰されている。「重大な過失」か「軽度な過失」かという判断は、運用によってどのようにでも解釈し得る。
- ・ 悪質か否かも、運用によってどのようにでも解釈し得る。例えば、証拠隠しをしたものに限らず、営利目的、実験的、名声追求の利己目的、説明不足でも、どのようなものでも悪質というレッテルを張られかねない。つまり、運用に歯止めがない。
- ・ 現状において、薬剤や患者の取り違いといった、単純ミスは「重大な過失」とされている。死亡という結果の重大性に着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されている。
- ・ 現状において、刑事司法は結果の重大性に着目しているが、その取り扱いを変更することについて、何の権限もない厚労省の一検討会の意見に過ぎず、警察・検察の公式見解は書かれていない。
- ・ 第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としていないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。

## ■ 医療死亡事故の届出義務化について

- ・ 届出範囲を限定するとあるが、法令上の条文を個別ケースに適用するか否かは、法的判断をする者が個別に判断することであり、限定することを約束したことにはならない。委員会の結論が警察、検察に対して拘束力を持たない以上、その結論を尊重するといっても、具体的事件においては無視される可能性が高い。
- ・ 現に、厚労省は、犯罪等に適用されていた医師法21条を、医療にも拡大して適用した。厚労省が医師法21条の適用範囲を元に戻さない限り、法令の適用を「限定する」と言っても、信用できない。
- ・ 第3次試案の21条改正案では、医療機関が委員会へ届出なかった場合は、医師法21条に基づく警察への届出義務があるため、死亡事例すべて届出とならざるを得ない。上記の届け出範囲を「限定する」制度上の担保は存在しない。
- ・ 「制度化」は「義務化」を意味することは、西島英利議員の発言からも明らかである。
- ・ 透明性の向上とは何か。医療者が患者・家族に十分説明し、当事者間で話し合うことではないのか。第三者が介入する前に、当事者間の対話を促進するため、院内医療メディアーターを置くといった措置が必要である。当事者間で十分対話を行い、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。

## ■ 医療安全調査委員会(仮称)について

- ・ そもそも真相に最も近く、原因究明を行うべき主体は、当事者である医療者であり、当事者の前に第三者が介入することは、むしろ原因究明を阻害する。まず当事者である医療者が医学的・科学的な真相究明を行い、患者・家族に十分説明し、当事者間の対話を十分に行ったうえで、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。
- ・ ひとつの組織が2つの目的を持ち、いずれも達成されない可能性が高い。
- ・ 全国唯一の組織が「正しさ」を判断することは、医療の統制につながる。医療における判断・選択は、患者ひとりひとり、家族ひとりひとり、医療者ひとりひとりによって多種多様であり、「正しさ」の答えはひとつではないからである。全国唯一の組織が決める「正しさ」に、すべ



ての国民が従わざるを得なくなり、患者・家族の自由な選択は阻害される。国の委員会に一元化することは危険である。

・医学的・科学的な真相究明を目的とし、複数の多様な委員会が、多様な医療専門家による多様な「正しさ」の判断を示せる制度とすべきである。多様な専門家による多様な選択が存在することを、患者・家族が知ることも、納得を得るために重要なプロセスである。

・責任追及を目的としないと明記したことは評価できるが、制度上の担保は何も示されていない。委員会は、責任追及の機能をもつ。

・「法律関係者」「法律家」を入れるのはなぜか。法的判断つまり責任追及をするためであろう。

・「医療を受ける立場を代表する者」を入れるのはなぜか。患者・家族の判断・選択は多種多様であり、それを第三者が代表することはできない。ひとりひとりの多様な選択を尊重するためには、当事者である患者・家族本人が、その希望によって参加するか否か選択できるようにすべきである。

・当事者を調査から排除するならば、ますます真実から遠ざかり、医学的・科学的な真相究明は不可能となる。この委員会が原因究明を目的としているとは考え難い。

## 医療紛争等の経験

### 1医療紛争の当事者になったことがある

#### 本文

・現状において、「軽度な過失」でも処罰されている。「重大な過失」か「軽度な過失」かという判断は、運用によってどのようにでも解釈し得る。

・悪質か否かも、運用によってどのようにでも解釈し得る。例えば、証拠隠しをしたものに限らず、営利目的、実験的、名声追求の利己目的、説明不足でも、どのようなものでも悪質というレッテルを張られかねない。つまり、運用に歯止めがない。

・現状において、薬剤や患者の取り違いといった、単純ミスは「重大な過失」とされている。死亡という結果の重大性に着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されている。

その判断は現場の感情論に流されており、科学的根拠に乏しいものである。感情論で裁判、訴訟が行われるものであれば正義云々を語ることはできない。我々医師はつねに真理の徒であろうとしている。

・現状において、刑事司法は結果の重大性に着目しているが、その取り扱いを変更することについて、何の権限もない厚労省の一検討会の意見に過ぎず、警察・検察の公式見解は書かれていない。

事実、今回の検討委員会の検討事項の如何に関わらず、患者、ないし遺族から訴えが捜査するのとべており、また捜査権に対する侵害であるとの見解も見られる。

・第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。

年齢 40代

9医師(管理者を除く)

40-②/2

医療紛争等の経験

2医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

本文

今の日本には悪い医師を完全に排除するシステムがない。こうしたシステムを作ることは国民・医療者にとってまさに重要であることは論を待たない。

しかし、今回、厚労省が作ろうとしている医療事故調査委員会では悪い医師を排除できない。その理由は、

- 1 医療事故を死亡症例に限定している。
- 2 憲法その他多くの法律との矛盾が存在する。
- 3 死亡例を詳細に調査するインフラ(病理医・法医学医や設備、予算)が不十分。
- 4 他の捜査・司法機関との連携が不十分。
- 5 医師不足が叫ばれる中で、悪い医師を排除する過程で良い医師に犠牲者が出るのを容認できない。
- 6 死亡例の事故調への報告は患者プライバシーの侵害になる？
- 7 再発防止のための死因究明と責任追及のための死因究明は両立しない。

本来、医師一患者関係は神聖不可侵なもので、両者の合意の上で信頼に基づいて医療が行われるべきである。その医師一患者関係に政府などの公権力が介入することは絶対に容認できない。

医療紛争等の経験

2医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

本文

刑事処分について

第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。

行政処分について

厚労省は、保険医取り消しの行政処分と、医業停止の行政処分を二重に行っている。医療機関や管理者に対する行政処分権限を創設すれば、医師(主治医等)に対する行政処分がなくなるわけではない。従って、「個人に対する行政処分については抑制する」保証はない。

## 医療紛争等の経験

2 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

## 本文

現状において、「軽度な過失」でも処罰されている。「重大な過失」か「軽度な過失」かという判断は、運用によってどのようにでも解釈し得る。刑事司法は結果の重大性に着目しているが、その取り扱いを変更することについては、何の権限もない厚労省の一検討会の意見に過ぎず、警察・検察の公式見解は書かれていない。

届出範囲を限定するとあるが、法令上の条文を個別ケースに適用するか否かは、法的判断をする者が個別に判断することであり、限定することを約束したことにはならない。委員会の結論が警察、検察に対して拘束力を持たない以上、その結論を尊重するといっても、具体的事件においては無視される可能性が高い。

そもそも真相に最も近く、原因究明を行うべき主体は、当事者である医療者であり、当事者の前に第三者が介入することは、むしろ原因究明を阻害する。まず当事者である医療者が医学的・科学的な真相究明を行い、患者・家族に十分説明し、当事者間の対話を十分に行ったうえで、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。

4. 氏名： \_\_\_\_\_

5. 所属： 一般（公務員、医療事故被害者遺族）

6. 年齢： 3 （※下記より対応する番号をご記入ください。）

- |          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代   |
| 4. 40代   | 5. 50代 | 6. 60代   |
|          |        | 7. 70歳以上 |

7. 職業： 4 （※下記より対応する番号をご記入ください。）

<一般>

- |                         |                         |          |
|-------------------------|-------------------------|----------|
| 1. 会社員                  | 2. 自営業                  | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員（医療・法曹・警察関係職種を除く） | 5. 学生                   |          |
| 6. 無職                   | 7. その他（医療・法曹・警察関係職種を除く） |          |

<医療従事者>

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 8. 医療機関管理者       | 9. 医師（管理者を除く） |
| 10. 歯科医師（管理者を除く） | 11. 薬剤師       |
| 12. 看護師          |               |
| 13. その他医療従事者     |               |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： 1 （※下記より対応する番号をご記入ください。）

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。              |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし                       |

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

段落番号：(17)，(20)，(21)，(25)，(29)に対する反対意見，および(27)②に対する補完的意見

## 1 意見主張に至る経緯について

### (1) 医療事故の概要

私は、3年前に医療事故によって妻子を亡くした遺族です。当時妊娠8ヶ月であった妻は、切迫早産(絨毛膜羊膜炎)→常位胎盤早期剥離(早剥)→大量出血・胎児仮死→DIC亢進→多臓器不全または重度出血性ショックの転機を辿り死亡し、息子も生後2日で新生児仮死を原因として落命しました。病態が悪化する各過程において、当該医療者らには行うべき検査・診断を著しく懈怠または遅延したため、極めて不十分な治療しか行いえず、その結果妻子が死亡したとして、現在私は原告として民事係争中です。

事故当日、腹痛発症後に赴いた掛り付け医院の開業医は、診察すら行わず看護師任せにして相当時間放置(外出中で酒宴継続)したため胎児は手遅れとなり母体も重態に陥りました。また、胎児仮死後に搬送された病院の当直医は、緊急帝王切開手術の4時間後に「母体はもう大丈夫」と家族に説明しましたが、その約10分後に妻は心肺停止に陥り、そのまま死亡しました。両者とも、病態の把握と病態に応じた迅速的確な治療を、著しく怠っていたのです。

本件の過失類型は、終始「注意義務違反による不作為行為」であり、その背景には当該医療者らの医療水準の低さがあったものと捉えています。剖検は未実施ですが、心肺停止の数十分後に採取された55項目に及ぶ採血値が残されており、Hb：4.8g/dl、LDH：1027U/ml、FIB：22mg/dl、PT：71秒、APTT：240秒、FDP：44.44μg/ml、STN：16.8U/ml等、広汎かつ重大な異常が認められ、死因推定の根拠となっています。

また、妻死亡後における医療者側の姿勢は、採血実施の事実を遺族に秘匿しつつ、「胎盤は胎児仮死に至った際に剥離したものであり、母体の死因は肺塞栓か羊水塞栓によるものであるため、医療者側には一切の過失は無かった」等と繰り返すばかりで、いわゆる「隠す、逃げる、ごまかす」の3拍子揃った対応でした。

この姿勢は係争後に一層悪質なものになり、胎児心拍陣痛図の約半分や超音波検査画像などの最重要証拠は「紛失した。保存していない。」等主張して提出し、カルテ上に書かれた記事についても自らに都合の悪い内容については「記録上は〇〇とされているが、これは誤記で△△であった」等とその事実を否認し、医療水準に関しても「(多くの)医学書では□□すべきと書かれてはいる

が、それは臨床の現場では浸透していないため医療水準とは言えない（根拠は未提出）」等主張するなど、あらゆる詭弁や詐術を弄して自らの保身を図っている状況です。

このような詭弁や詐術が入り込む余地が生じるのは、患者死亡時の病態把握が不十分であることに起因した証拠不足に大きな要因があろうと私は考えていたため、この死亡原因究明・再発防止制度（以下、死因究明制度）には強い関心と期待を持って見守っていたところです。

しかし、今回示された『第三次試案』を読んでみて、「最も大事な部分、すなわち真実の究明に係る内容が、遺族の願いとはかけ離れた制度案」との印象を持たざるをえませんでした。そのため、今回自らの意見を投稿することにより、改善を求めさせていただきます。

## （2）第三次試案の制度的不備

私が第三次試案を読んで最も残念に思うことは、『届出対象を絞りすぎており、対象から漏れた事例に対しては一切措置を講じようとしていない』ことです。特に、例示として挙げられた「内視鏡検査で消化管に穴を開けてしまう」や「手術で癒着した組織をはがす際に大出血を起こす」などのケースが、なぜ『やむを得ず発生した合併症』として届出対象から外されるのか理解に苦しみます（警察への通報対象から外すというのなら理解できるのですが）。上記の事例を対象から外すのであれば、医療者が行うべき検査・診断・治療・術後管理を怠った『不作為型医療ミス』は全て届出対象から外されることになるでしょう。

一方、日本で年間どれだけの医療事故死亡（予期せぬ医療関連死亡の全てを指す）が起こっているのかの客観的な数値は示されていませんが、幾つかの推計報告から、概ね2万～3万人程度と見て良いと思われれます。この数値は、一般人の感覚からすれば驚くべき高値ですが、おそらく実態にかなり近い数値のはずです。

この内、医療過誤によるものの件数を推計することは更に困難ですが、仮に半数としても1万～1万5千件となります（ただしこの数値は、過失と死亡との因果関係の立証水準をどの程度に設定するかによって、全く異なってきますが）。

これに対し、今回示された数字は、『過失（作為型を対象とする？）と因果関係がほぼ明確な事案のみを届出対象とし、年間2000～3000件程度を想定』したものに過ぎず、医療事故死亡全体の1割程度に過ぎません。すなわち、残り9割の死亡事故例に対しては何らの措置も講じないということであり、ここに本試案における最大の制度的欠陥が認められます。

また、試案(25)では「遺族からの調査依頼があれば未届出件でも調査を行う」としてはいますが、死亡直後の情報が消滅した時点での調査は、証拠が十分確保された場合に比べて遥かに時間と手間を要するものであり、遺族からの調査依頼が殺到すれば、たちまち制度は行き詰ることになるでしょう。

とは言え、日本には法医・検案医が僅か200名しか存在せず（参考資料集 p76）、



年間の司法解剖数は僅かに 5000 件（不審死全体の約 4%）に過ぎないという現状において、これを 2000~3000 件増やすということは、相当の努力とも言えるでしょう。また、約 2000 名の病理科認定医（基本的には外科系医師）をこの制度に組み込むことは、解剖所見の公平性や質の面等から問題が残り、現実的ではありません。委員会による調査・審議についても同様で、制度当初から年間 2 万~3 万件を対象とすることは、普通に考えれば不可能なことです。

よって、届出対象から漏れる 9 割の医療事故死に対して、剖検によらないサブシステムを合わせて構築する必要性が生じます。次章では、この補完的措置について、私の考えを述べます。

## 2 届出対象から漏れた事案に対する措置について

### (1) CT 検査・血液検査の活用

上記制度不備を補う方法として私が提案する方法は、届出対象としない死亡事故事案における、速やかな CT 検査と血液検査の実施です。このことについては、本検討会においても、「参考資料集 p 23」, 「第二次試案への意見 60, 77」, 「第三次試案(27)②」などで多少触れられてはいますが、本題として議論の対象とはされていません。

しかし、不審死体に対する CT 検査の実施が死因解明のために極めて有効であることは、千葉大学法医学教室の取組み（未剖検死体に対する CT 実施により、死因を解明した多数の事例を有している）等により、既に明らかとなっています。また、血液検査についても、今日では広汎な検査が僅かな時間（基本的な 50~100 項目であれば 30 分~1 時間）で結果取得可能であり、疾病の種類や病態の程度判定に有効な検査が死因解明にも有用であろうことは容易に想像できます。

加えて、司法解剖には 20 万円程度の経費がかかりますが、CT 検査（全身を 1 cm 刻みでスキャンした場合）：2 万円、血液検査（基本検査約 50 項目）：1 万 5 千円程度と相対的に安価であり、施行時間も CT：約 30 分、採血：1~2 分と短時間で可能なことも大きな利点と言えます（司法解剖には数時間を要し、更に遺体搬送の時間も加わります）。

更に重要なことは、遺体の侵襲を伴わないため遺族の同意がほぼ確実に得られることです。遺族にとって、最も身近な人間の思いもよらぬ急死それ自体が身を切られる思いですが、その遺体を解剖（頭蓋を割り、肋骨を切除し、内臓を全て取り出す行為）に付することなど、およそ耐え得るものではありません。現に、不審死体の剖検率は 4% 程度に留まり、医療事故死の剖検率も同等であろうと思料されることから、大半の遺族が剖検を拒絶していることが伺われます（ただし、多くの場合に医療機関から勧められるのは、同院における病理解剖であり、公平性・客観性に疑義が生じることも拒絶の一因と考えられます）。このような状況下で、承諾解剖を制度の基幹に据えること自体に無理があると言わざるをえません。

次項では、CT検査と血液検査を活用した具体的な制度案を提案します。

## (2) 患者・遺族の想いを尊重した死因究明制度

第三次試案p4で提示された「届出対象の絞込みチャート」では、3種類の選択項目が用意され、この内の2問ないし3問を回答することにより届出の要否を判定する内容になっています。

しかし、この3問＝①誤った医療を行ったことが明らかか、②行った医療に起因して患者が死亡したか（疑いを含む）、③医療を行った後に死亡することを予期していたか、の回答は、いずれも担当医療者らによる主観的解釈を判断基準とし、客観性に欠けるものです。

①については、「誤った医療を行った可能性はあるが、明らかとまでは言えなかった」との言い訳が可能です。また②については、不作為型過誤（行うべき医療を行わなかった過失）を除外する大義名分になる言い回しですし、③については「一定のリスクは予期していた」と後付けが容易です。しかも、届出義務違反に対して何らの罰則も設けないというのでは、本来は届出対象とすべきケースであっても、届出不要との恣意的な解釈が幾らでも可能になってしまい、制度そのものが形骸化する危惧を抱かざるをえません。結局この判定基準では、幾らでも届出対象から除外することが可能であり、おそらく届出件数は年間1000件に届かないことになると思われます。

これを補正するため、私としては、代替案として別紙1のチャートを提示させていただきます。すなわち、質問内容を次の3つに変更する方法です。

Q1 医療を行った後に死亡する可能性が一定程度以上あると予期し、かつ事前に患者および家族に対しインフォームドコンセントを得ていたか。

・・・ここでいう一定程度とは、最低でも5ないし10%程度を想定。

Q2 患者死亡後の医療者側の説明に対して、遺族は概ね納得しているか。

Q3 誤った医療行為（過失）を行った可能性、または、行った医療と患者の死亡との間に相関関係（因果関係）が、認められるか（疑いを含む）。

この選抜方法を取ったとしても、やはり届出を怠る医療機関は確実に出てくるはずですが、しかし、届出基準が原案よりも客観的であるため届出義務違反が比較的明瞭に指摘できますし、届出対象から外れた事案についても速やかにCTと採血を実施することにより、医療者・遺族の双方にとって死因究明への道が残されることとなります。加えて、遺族へのインフォームドコンセントの有無を選択肢に加えることにより、医師の主観による届出懈怠を抑制するとともに、遺族にとっても納得のし易い方式であると考えます。

本来であれば、届出対象を別紙1のDタイプのみ絞るのではなく、BCEの各タイプにおいても届出対象とした上で剖検の是非は遺族の判断に委ね、未剖検でも各種医療記録とCT・採血結果を以って審査対象とする案にしたかったところですが、こうすると届出対象件は裕に2万件前後に及ぶと推定されるため、あ

えて外しました。それを補完するためのCTと採血です。

無論、CTと採血の結果は遺族へ開示すべきことは当然です。医療者としては、事故発生直後の説明では「CTと採血の結果を勘案した上で病態悪化の経過と死因を推定し、後日改めて説明の機会を持つ」旨を遺族に約し、概ね1～2週間以内に、CTと採血結果を開示した上で遺族への十分な説明を行うべきです。

また、届出対象とする場合においても、届出要否の決定や剖検実施までに数時間を要する見込みの場合には、遺体の死後変化が進み適正な解剖所見を得られない可能性も生じます。そのため、このようなケースにおいても死亡直後にCTと採血を行うことを義務化するべきでしょう。

端的に言えば、届出対象件数を1000件減らしてでも、CTと採血を20000件前後行うべきであろうというのが、私の意見です（予算額30億円、届出件の処理に100万円/件、CT・採血の実施に4万円/件かかるものとして試算）。

### (3) CT検査・血液検査の信頼度の検証作業

CT検査と血液検査を合わせて行うことが死因究明に極めて有効であろうことは既述のとおりです。仮に、死亡に至る病態変化の真相を100とし、司法解剖により得られる情報を60と仮定した場合、患者死亡後速やかに実施されたCTと採血を検証することにより、30ないし40程度の情報は得られるものと、私は予測しています。これでも現状の0ないし20（生存中の各種医療記録より得られる情報）よりは遥かにマシであろうと思われます。

しかし、実際に制度導入するためには、さらにCT・採血から得られる情報の客観性や精度を検証する必要性が認められます。そのための取り組みとして、以下の3点の施策を実施することを提案します。

- ①採血項目毎の死後変化の検証
- ②CT・採血検査による死因究明に関する精度の検証
- ③CT・採血検査により解明しうる病態・疾病の範囲の検証

上記①については、血液が死後にどのような変化を来すのかの研究が、日本では殆ど行われていないため、死後採取血液の採血値毎の変化率を、臨床で数十例程度検証し、採血項目毎の時間変化率を確認する必要性が考えられます。血液成分の死後変化要因としては、赤血球の沈下・固着、臓器の死後変化による酵素や電解質の漏出、凝固因子の反応などが想定されますが、いずれも死後数時間までの影響は少ないと考えられます。献血パックが6時間まで常温下で保管されることや、死後2～3時間内の剖検であれば上記変化は顕微鏡的にも殆ど認められないこと等がその理由です。なお、死後にはBUN・CREは長時間安定し、Na・Clは急速に低下するとの英国法医による報告があります（1980年、死亡事例の法医学的検査、犯罪捜査への病理学応用ガイドライン）。いずれにせよ、心肺停

止時とその後1時間毎に3時間分程度採血を行い、採血項目毎の時間変化率を測定する検体検査を数十例行えば、多くの変化率は狭い範囲での正規分布をとると考えられます（変化率のばらつきが大きい項目は無効として除外する）。この検査項目毎の時間変化率を係数として一般化することが出来れば、各事例において得られた採血値に項目毎の係数を割り返すことにより、心肺停止に至った際の患者についての正確な血液状態が推定可能となります。

上記②については、両検査がどの程度の信頼度を有するのかを客観的に検証するために、司法解剖の実施に先立ってCTと採血を行い、それぞれの結果から推定される死因を相対比較するものです。客観性を確保するために、複数の法医と臨床医がチームを組んで執り行うことが望ましいでしょう。その結果が合致する割合が高ければ、CTと採血の有効性は証明される訳です。私見ですが、例えば、死後5時間後の剖検では得られない情報が死後1時間後のCTと採血では得られる可能性も十分考えられ、むしろ両者は補完し合う関係にあると、思料しています。

上記③については、②の延長にある検証法ですが、診療科別・疾患別に想定される死因ごとに、CTと採血により死因特定が可能か否を、具体的に評価検討するものです。各診療科・各疾患ごとに、(A) CTと採血から死因判定ができる可能性の高い疾患、(B) CTでは不十分だがMRIなら判定可能となる疾患、(C) 基本採血項目（別紙2）に例示）では不十分だが、特定の疾患に特化した検査（分子マーカーや腫瘍マーカー等）を行うことで死因究明が見込める疾患、(D) 剖検によってのみ特定可能な疾患、等に分類する、という検証が必要であると考えます。例えば、胸部や腹腔の内出血や心・肺・脳等の動脈血栓などは、解剖検査によらずともCTと採血により十分に判定可能であり、逆にこれらを行わなければ原因不明の死亡として片付けられてしまう可能性が大きい死因です。

以上3つの検証を、死因究明制度が施行されるまでの2年間に一定程度行うことが出来れば、CTと採血を制度として組み入れることに、不足や問題は解消できるはずです。また、本制度が本格運用された後も、事例データの蓄積に合わせて継続的に検証作業を続けていけば、CTと採血による死因解明の精度は順次高まり、司法解剖に比べても遜色のない検査法として確立していくはずです。

### 3 その他の提案について

#### (1) 医療システムが抱える様々な問題点

現在の医療システムは様々な問題を内包していること、多くのメディアで取り上げられています。最近よく取り上げられる重大な問題として、医療ミス・医療紛争の多発、産科・小児科・救急の医師不足、医療・福祉財政の破綻予測などが挙げられます。その他にも問題は山積していますが、一朝での解決が困難だからと言って何もしないで許される時代ではありません。取り組むべき課題に優先順

位をつけ、一步ずつでも（しかし出来るだけ早急な）改善策を講じていかなければ、医療不信は更に増大し医療システムは崩壊に近づくことになるでしょう。その意味で、この死因究明制度の果たす役割は非常に大きいと思われます。

しかし、仮にこの制度が概ね適正に施行されたとしても、関連する他の制度や組織が現状のままでは、本制度の適正な運用を阻害することになるでしょう。その最たるものが医事保険制度であり、本制度施行に当たっての周辺環境整備として、第一に取り組むべき課題であると思料します。

## （2）医事保険制度の改善

医事保険制度は、医師・医療機関より掛け金を募り、加入者が医療ミスを犯し患者や遺族に賠償金を支払う必要が生じた場合に、基本的に1億円を上限としてこれを負担する保険制度です（免責負担は100万円）。しかし、近年の医療紛争の増加等の要因から運用は完全な赤字に陥っているとのことです。一方、加入者が係る医療紛争件については一応の審査が行われるようですが、完全な密室審査であり1件あたりの審議も極めて短時間で行われ、透明性・公平性に著しく問題がある制度とされています（それでも産科に係る審議件の過半に「医師の過失あり」との判断が下されたとのことです）。また、保険会社としては出来るだけ保険金を支払いたくない訳ですから、例え民事裁判で医療者側が敗訴した場合でも、控訴を強要するケースも多いとのことで、制度自体が医療過誤被害者の救済を目的としたものでないことは明らかです。

毎年の医療訴訟の新規受任は1000件前後ですが、この数字は、死亡や重度後遺症などの重大医療事故全体の4～5%に過ぎないと考えられています。示談やADR等による紛争外解決が成立するケースがそう多いとは考えられないため、9割方の被害者や遺族が泣き寝入りしているのが実態でしょう。すなわち、本来補償を行うべき金額は、少なくとも医事保険制度が現在支払っている金額の10倍以上に上るといえます。

よって、死因究明制度が適正に運用されることによって泣き寝入りする遺族の割合が減少した場合には、当然ながら医事保険制度は完全に破綻します。逆に、制度運用後も医事保険の総支払額が大きく増加しないようなら、それは制度が適正に運用されていないことを意味します。このため、死因究明制度の施行に合わせ、医事保険制度を抜本的に見直す必要があるといえます。

以下に、幾つかの私案を列記しますので、前向きなご検討を期待します。

- ①死因究明制度の審査対象件との重複回避（医事保険としての独自審査は行わず、死因究明制度の裁定に従うこと）
- ②加入者の所得（または納税額）に応じた、掛け金の累進制度（例：控除後の年収に対し、一律1%の掛け金）。
- ③保険制度利用者に対する掛け金の増額（例：保険金拠出額の1%を年額加算）。
- ④保険制度を2回以上利用した医療者に対する、調査・指導・再教育。

- ⑤患者を対象とした医賠償保険制度の創設（例：産科・小児科等の訴訟リスクの高い診療科で先行導入。医療費の患者・事業者負担額の10～30%を目処に受診時負担を求め、国・医師会にも相応の負担を課す。低所得者に対しては国・自治体・が補填。医療事故被害者（遺族）に対し、過失認定の有無に係らず無条件で民訴上の慰謝料に相当する金額を補償。重度後遺症に対しても一時金支給。この制度による既払額は医事保険・民訴請求額より控除。医事保険の役割を、自動車保険でいうところの任意保険に相当するものと位置づける）

### （3）医療に携わる方へ一言

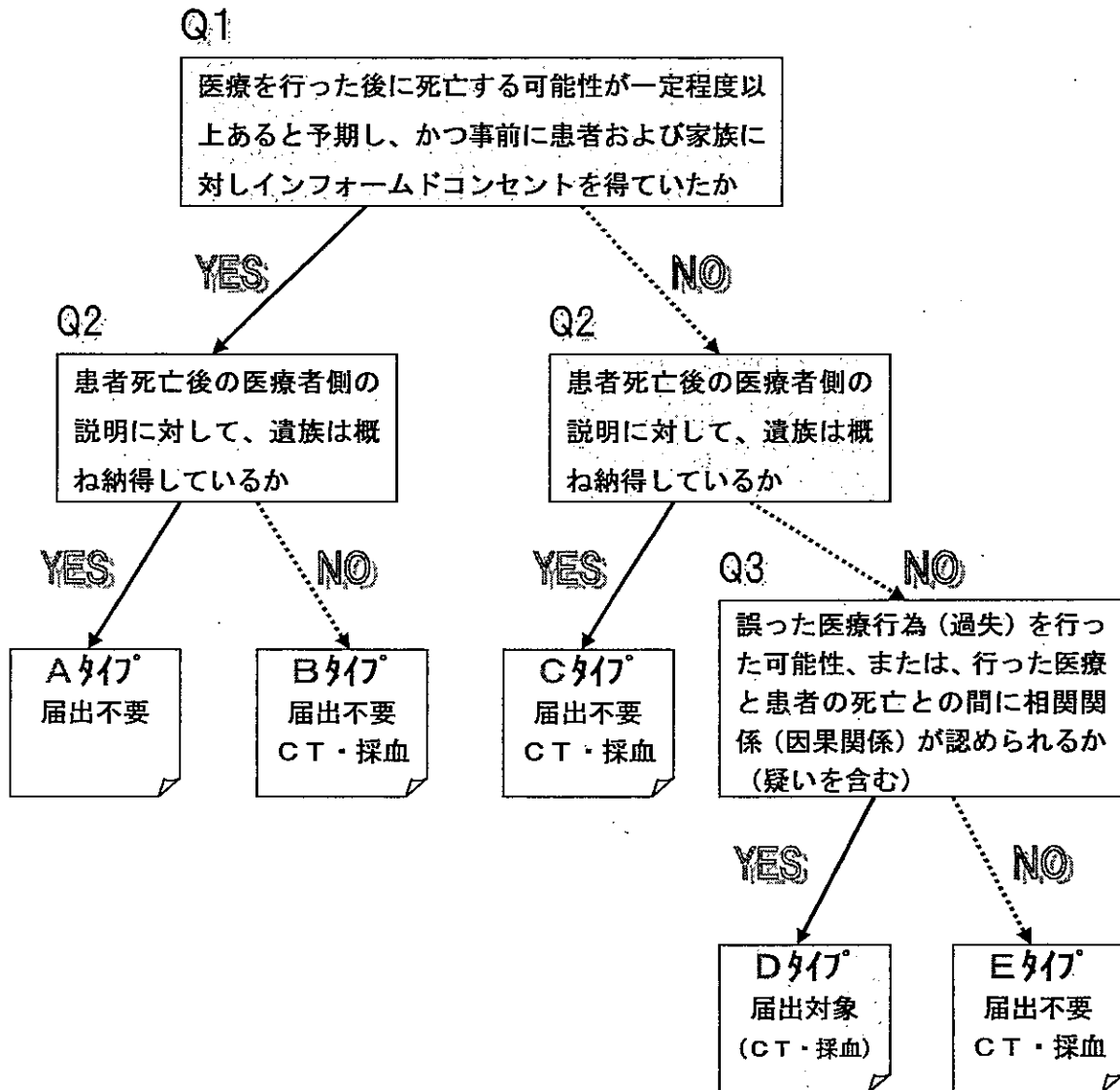
私は3年前に妻子を医療過誤事故で亡くして以降、当該医療者らによるあまりに杜撰な医療内容、あまりに不誠実な事後対応により、彼らに強い怒りと不信感を抱いています。しかし一方で、多くの医療者が患者の命と健康に正面から取り組み日々尽力されていることも承知しています。

医療に誠実に取り組まれている方々にとっては、今日の医療界に対する風当たりの強さを、不当なことのように受け止められるかもしれません。しかし現実には、医療者として最低限有すべき能力と倫理観に遥かに届かずに、医療ミスを経度も繰り返す悪質な医療者が相当数存在するという事実を、まずは受け止めていただきたいと思います。そして、誤った医療行為によって健康や命を損なった患者や遺族が、真相を知ることすら出来ず、謝罪や補償を受けることも叶わず、泣き寝入りするか更に多くの犠牲を払ってでも立ち向かうかの厳しい選択を強いられている現実にも、目を向けていただきたいと思います。

医療事故の被害者や遺族が何より望むのは被害の原状回復ですが、それは死亡事故では望むべくもないことです。そして、次に強く望むのは、論ずるまでもなく「真相究明」であり、これ無くして「反省謝罪」や「再発防止」はありえず「損害補償」もままならないでしょう。

医療に携わる全ての方々には、真実に対し真摯に向き合う勇気を持っていただくことを、切に希望する次第です。

患者・遺族の想いを尊重した死因究明制度（案）



- (注1) Q1の一定程度とは、最低でも5~10%のリスク認識を指す
- (注2) 上記BC Eのケースでは、患者死亡後の速やかなCT検査・採血検査を実施する。
- (注3) 医療事故死亡の発生後、医療者は速やかにCTと採血が必要である旨・その結果を以って、1~2週間以内に遺族への説明を行う旨を伝える。なお、採血の実施は事後承諾可とする。
- (注4) CT検査・採血検査の費用は全額国費負担とする。遺族説明の際に遺族が検査結果(写)の交付を求めた場合には、即日発行を原則とする(複製代は遺族負担)。
- (注5) D届出対象とする場合でも、その決定や司法解剖実施までに数時間を要することが見込まれる場合には、CTと採血を実施することとする。

## 基本的な血液検査項目 (例)

番号	検査項目		検査の意義・特徴
	和名	欧名	
1	白血球数	WBC	炎症・出血・免疫異常で高値となる。
2	赤血球数	RBC	低値で、動悸・頻脈・蒼白等の貧血症状を呈す。
3	血色素量 (ヘモグロビン)	Hb	失血・溶血性貧血・尿毒症・肝硬変などで低下。
4	赤血球相対的容積 (ヘマトクリット)	Ht	血液の総容積に対する赤血球の容積比。25%が輸血の目安。
5	赤血球恒数	MCV 他2	貧血の種類判定に用いる。MCVの他、MCHとMCHCがある。
6	血小板数	PLT	1次血栓機構に直接関与し、2次血栓機構に間接関与。5万以下で出血傾向を呈す。
7	白血球分画	NEUT 他5	好中球・好塩基球・リンパ球など6種類ある白血球の、各々の占める百分率。
8	グルタミン酸オキサロ酢酸 アミノ基転移酵素	GOT (AST)	GOT・GPTとも主に肝臓細胞の中にある酵素。主に肝障害で高値となる。
9	グルタミン酸ピルビン酸 アミノ基転移酵素	GPT (ALT)	肝障害の他、心筋梗塞や筋障害でも高値を示すが、肝障害では同等の上昇を示す。
10	乳酸脱水素酵素	LDH	急性肝炎や心筋疾患で、4~5倍に上昇する。溶血性貧血や肺梗塞でも上昇する。
11	アルカリ性ホスファターゼ	ALP	胆汁うっ滞性肝炎、胆石、転移性骨腫瘍、骨折、急性肝炎などで高値を示す。
12	γ-グルタミル トランス ペプチターゼ	γ-GTP	アルコール性肝障害、肝癌、転移性肝癌などで高値を示す。
13	ビリルビン	BILL (3種)	溶血、肝障害、胆管障害、黄疸などで高値を示す。総・直接・間接の3種類がある。
14	クレアチンホスホキナーゼ	CPK (CK)	急性心筋梗塞・心筋炎などで上昇。3種のアイソザム検査から異常部位の推定可能。
15	尿素窒素	BUN	腎機能障害で高値となる。
16	尿酸	UA	7以上が高尿酸血症で、痛風や腎障害を起こす。
17	クレアチニン	CRE	中等度以上の腎機能障害やショック症状出高値となる。
18	総コレステロール	T-C	妊婦は高値傾向を示す。高脂血症は動脈硬化等の原因となる。肝機能障害で低下。
19	中性脂肪 (トリグリセリド)	TG	妊婦は高値傾向を示す。肝機能障害の場合には低値となる。
20	アミラーゼ	AMY	急性膵炎・膵間膜血栓・急性肝炎・腎不全・ショックなどで増加。
21	リパーゼ	LIP	特に急性膵炎など膵臓疾患に特化して高値となる。肝炎・腎炎でも高値を呈する。
22	空腹時グルコース	BS	血液中ブドウ糖濃度。肥満・糖尿病・膵炎などで上昇する。
23	C-反応性蛋白	CRP	細菌感染症や急性心筋梗塞 (冠状動脈の閉塞・心筋壊死) で高値となる。
24	総蛋白	TP	7g/dl等の100種以上ある蛋白の合計で、出血・肝臓・腎臓の障害で低下。
25	ナトリウム	Na	脱水や興奮・不穏などで高値となり、腎機能低下 (欠尿) や循環不全で低値となる。
26	カリウム	K	腎機能低下・尿量減少で血液中K濃度は増加し、8.0以上で心停止の危険が生じる。
27	塩素 (クロール)	CL	神経・筋機能・酵素活性などに関与。代謝性アシドーシスで高値になる。
28	カルシウム	Ca	Caは骨や歯の形成や、血液凝固反応に役割を果たす。
29	鉄	Fe	Feはヘモグロビン中に含まれ、出血性貧血で低下、溶血性貧血や急性肝炎で増加。
30	マグネシウム	Mg	腎不全からの排泄低下や溶血 (赤血球中是高Mg) による高Mg血症を呈する。
31	アンチトロンビンⅢ	AT3	凝固作用を失活させるが、反応速度は緩慢。DICで低下。
32	フィブリン・ フィブリノゲン分解産物	FDP	血栓溶解作用 (線溶) が亢進すると増加。DICで増加。
33	Dダイマー	D-dimer	血栓溶解作用 (線溶) が亢進すると増加。DICで増加。2次線溶副産物。
34	プロトロンビン	PT	DIC亢進や肝機能障害でPT時間は延長する。時間・活性・%の3種あり。
35	活性部分トロンボプラステン	APTT	PTとセットで測定。両者の増加率の比較から血液疾患の種類・程度を判定。
36	フィブリノゲン	FIB	血液凝固の最終段階で、フィブリン血栓を形成し低下。DICで著減する。



4. 氏名： 瀬尾憲正

5. 所属： 自治医科大学 麻酔科学・集中治療医学講座

6. 年齢： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |          |          |                 |
|----------|----------|-----------------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代   | 3. 30代          |
| 4. 40代   | ● 5. 50代 | 6. 60代 7. 70歳以上 |

7. 職業： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- |                         |                         |          |
|-------------------------|-------------------------|----------|
| 1. 会社員                  | 2. 自営業                  | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員（医療・法曹・警察関係職種を除く） | 5. 学生                   |          |
| 6. 無職                   | 7. その他（医療・法曹・警察関係職種を除く） |          |

<医療従事者>

- |                  |                 |
|------------------|-----------------|
| 8. 医療機関管理者       | ● 9. 医師（管理者を除く） |
| 10. 歯科医師（管理者を除く） | 11. 薬剤師 12. 看護師 |
| 13. その他医療従事者     |                 |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |                                    |
|------------------------------------|
| ● 1. 医療紛争の当事者になったことがある。            |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし                       |

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

「私は厚生労働省第三次案に対してこのままでは同意することは出来ません。」

その理由を以下に挙げます。

- 第三次案においても、届出範囲が遺族側に受け入れられない可能性があり、委員会への届出件数が多くなり、委員会の処理能力を超え、患者遺族の望む究明につながらない恐れがあります。事故発生初期の真摯で迅速な対応が患者遺族の望む原因究明の第一歩です。さらに外部委員を入れた院内事故調査委員会などによる原因究明などにより委員会への届出を絞り込む必要があります。
- 第三次案においても、委員会は定義が曖昧な「重大な過失」に対して警察に通知することとなっており、刑事罰につながる判断と調査権限の両方（司直と裁判所）を持つこととなります。調査と処分につながる判断の権限は別々の組織に委ねるのが民主的な法治国家の本来のあり方です。
- 第三次案においても、医療事故に対する警察の介入は避けられず、したがって萎縮医療は解決できないと考えます

次に、具体的に上記理由を説明します。

### 1. 原因究明と再発防止

#### 1) 事故発生初期の真摯な対応

信頼される医療は患者側にとっても、医療者側にとっても共通の目標であります。その目標達成には患者側・医療者側が共同して相互の信頼関係を築くことが必須と考えます。そのためには、事故発生初期の段階で患者遺族側に対して真摯な対応をすることが、相互理解を深め、紛争拡大を予防する最も重要なステップと考えます。まず医療者側が正直に事実を告げ、納得するまで説明し、謝罪すべき時には謝罪するといった真摯でかつ迅速な対応をすることが、第一歩と考えます。このような対応をすることで、遺族が納得し、遺族の処罰感情が軽減すれば、遺族からの委員会への届出や刑事告発が少なくなると考えます。

#### 2) データバンク設立

厚生労働省は今回の調査委員会の第一の目的は原因究明、再発防止にあると言っています。原因究明には医学的な究明と患者遺族が望む究明があります。

医学的な原因究明、再発防止のためには、届出の範囲を拡大し、匿名化した形で、できれば死亡例のみならず死亡に至りかけたような重大な事故を含めて届出がなされ、現行の日本医療機能評価機構を拡大した組織であるデータバンクに情報が蓄積されることが望ましいと考えます。

#### 3) 届出事例の絞込み

患者遺族が望む原因究明のためには、事故発生初期の現場での対応、次いで病院全体としての外部委員を入れた院内事故調査委員会による原因究明など段階を踏んで届出を絞り込まないと調査委員会での未処理件数が増大し、その結果、報告に時間がかかり、調査も杜撰になる恐れがあります。これでは、患者遺族が望む究明とは程遠いものとなる恐れがあります。つまり、医学的な究明と患者遺族が望む究明とは別なルートを設けるべきです。

#### 4) 真実究明と自己負罪拒否特権

いずれの真実究明においても、自己に不利な供述を強要されないことを保障した憲法 38 条 1 項、刑事訴訟法 146 条、198 条 2 項等を如何に担保するかが重要であると考えます。厚生労働省第三次案でも聞き取り調査が強制ではなく任意であるとしています。しかし、任意の聞き取り調査でも「重大な過失」と判断された場合、警察に通知することになっており、調査の途中で真実を話さなくなることも考えられ、真実究明が困難になる恐れがあります。

## 2. 医師法 21 条について

### 1) 異状死について

元来、医師法 21 条の立法主旨は、死体が異状な状態である場合、犯罪に関連することも少なくないため、犯罪の発見を容易にする目的で届出義務を定めたものとされています。しかし、現在、医師法 21 条は、拡大解釈がなされた上で運用されているのが実情です。つまり、医師法 21 条を一般的な犯罪ではない医療関連死に適応しているため、現在抱えている医療現場の混乱を招いたものと考えます。拡大解釈の契機となったのが法医学会ガイドライン 1994 年、厚生省国立病院部政策医療課局長通達「リスクマネジメント作成指針」です。

その指針の中で「医療過誤によって死亡または傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届出を行う」と記載し、医師法 21 条の解釈を変更しました。

### 2) 罪刑法定主義

法律学者の中には、医師法 21 条も刑罰法規であることから、罪刑法定主義が徹底されるべきであると考えの方々が少なくありません。

罪刑法定主義とは、犯罪は国民の権利・行動の自由を守るために前もって成文法により明示されなければならない（事後法の禁止の原則）。つまり、国家権力によって法律が出来たあとでその解釈を変えてはならないという考え方です。

いかなる行為が犯罪であるかは国民自身はその代表を通じて決定しなければならない（法律主義の原則）のであって、これは立法府、つまり国会の役割です。それを行政府である厚労省の通達等で変更してはならないという考え方です。

つまり、それらの方々は上記ガイドライン、局長通達をまず撤回し、元来の立法主旨に戻すべきと主張しています。

四病院団体協議会「医療安全対策委員会中間報告」平成 13 年 3 月はそのような罪

刑法定主義に基づいていると考えます。その中では「医師法 21 条に関して、趣旨は遵守すべきであるが、医療事故・異状死への対応は別な視点で規定すべきである。」、「医師法 21 条のような罰則規定のある条項の「異状死」を拡大解釈して、「ふつうの死」以外全てに適応することは臨床的に適さない」と述べています。私は、この「四病院団体協議会『医療安全対策委員会中間報告』」を支持します。医師法 21 条を元来の主旨に戻すことにより、現在抱えている医療現場の混乱をある程度緩和することが出来ると考えます。

第三次案が公表された翌日の 2008 年 4 月 4 日の衆院厚生労働委員会で富岡勉議員の「局長通達を以前のように緩和することは考えられないか」という質問に対して、舛添大臣は「新しい制度、法案ができるまで、医療者側の萎縮がおこらないよう、例えば通達を変えるという形で対応できるか、関連省庁と緊密に協議をする」と答弁しています。

### 3) 医師法 21 条改正について

厚生労働省は 4 月 3 日の記者会見で、医師法 21 条を廃止する可能性について言及しています。しかし、法律の制定、改正、廃止などは本来法務省ならびに立法府である国会の業務であり、厚生労働省の方針のとおりになるかどうかは、現時点で予測困難で、医療者を含めた国民が納得できるだけの情報は示されていないと思います。

新たに医師法 21 条を改正するとなると、国会の議決を要することから、改正には時間がかかります。新しい法律を作成するときその内容を吟味することが重要と考えます。今後の医療現場の混乱を回避する一つの方策として、患者遺族からの告訴は当然の権利であることから、たとえば「病院からの警察への届出は死因が不明なものに限る」など、現在の医療関連死を病院が一律に警察へ届け出るのを避けることを明記することを提案します。

## 3. 医療事故と刑事罰について

### 1) 「調査委員会による警察への通知」の不当性

国民の権利として裁判を受ける権利（裁判に訴える権利）が個人の権利として憲法 32 条で保障されています。医療事故に対して刑事免責をすべきと主張する方々がいますが、現行法では憲法 32 条で示している国民の権利（裁判に訴える権利）が優先することから、医療事故においても刑事免責はないと考えるのが一般的です。加えて、医療者側から刑事免責を主張することは、医療者側の保身とみられやすく、より良い患者・医療者関係の構築に支障をきたすと考えます。

重大な問題は、医療安全調査委員会という個人ではない団体が、委員会での調査結果をもとに判断し、その内容を警察に通知できるという権限が与えられようとしていることです。ここに疑問が生じます。つまり、調査とその結果に基づく処分につながる判断権限が同一の組織に与えられることが正当であるかという疑問です。

私は、調査委員会は調査結果を正しく公表し、調査委員会とは別のメンバーで構成された別組織の委員会が厳格な基準にもとづいて判断し、警察に通知するシステムが

望ましいと考えます。調査と処分につながる判断権限とはそれぞれ別の組織に委ねるというのが民主的な法治国家の本来あり方と考えます。

## 2) 「重過失」と「重大な過失」の齟齬

刑法での「重過失」と第三次案で挙げている「重大な過失」とは根本的に意味が異なるということを理解する必要があります。刑法での「重過失」とは「僅かな注意を払えば防ぐことができたもの」であり、第三次案での「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」であり、両者には大きな齟齬があります

## 3) 医療安全システムの独立性、中立性、透明性

このシステムは一省庁を超えた独立性、中立性、透明性のあるものとするべきで、第三次案でも提案されているように行政内に設けるとすれば各省庁から独立した内閣府の下に設置するほうがよいと考えます。

## 3) 三次案でも警察の介入は避けることは出来ない

第三次案が公表された翌日の2008年4月4日の衆院厚生労働委員会で岡本充功議員の質問に対し、警察庁の米田壮刑事局長は「現在検討されている委員会の枠組みのなかでは、刑法上の業務上過失はそのまま、警察は警察捜査をする義務がある。患者あるいは遺族からの訴えがあれば捜査せざるを得ない」と答弁しています。したがって第三次案のもとでも、医師法21条に基づく患者遺族の刑事告訴による警察の介入は避けることはできないと考えます。

以上です。

よろしく御願います。

## 医療紛争等の経験

2医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

## 本文

地域医療の医師不足、産科・小児・救急・外科医療の崩壊等の、現在の医療の問題は、政策上の失敗と制度上の不備の放置という、国家的誤りによるものであり、1厚生労働省のみの立案により、解決しうるレベルの問題ではない。

とりわけ医師法21条による、異状死の警察への通報と、刑事事件としての個人の責任の追求は、萎縮医療に向けて決定的影響を与えた、重大な失政と考える。

これに対して、以下に述べる本質的な問題の解決は行なわず、マスコミや「遺族感情」に迎合したまま、医療者側の不満を表面的・姑息的に湖塗した、きわめて欺瞞に満ちた内容が今回の事故調査委員会第3次試案であると考え。

医療の安全の確立については、報告制度と処罰は全く分離されるべきとWHO(WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS [http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf))により2005年に世界に提言されており、報告者も、他の関与している医療従事者も、報告の結果罰せられてはならない。マスコミにより誘導される世論は一般に、医療事故の責任を個人に帰し、「被告人」を罰する方向に圧力をかけるものなので、この条件を実現させるのは最も難しい。報告の内容は、守秘することが最も良い解決方法であるとされ、また、訴訟に利用しうる情報を出すべきではないとされている。

報告制度は、懲罰を行なう権力を持ついかなる公的機関からも、また調査結果に利害関係を有する組織からも、独立していなければならないとされており、このことは報告制度への信頼性を確保するためには必須のことと考えられている。

しかし、第3次案においても、調査組織と処罰組織は、同一の省内におかれることになる。特に、行政処分を下す権限を有する厚生労働省に、調査組織を強引に置こうとしている。

医療事故が起きた臨床的な状況をよく理解し、さらにその根底にあるシステムの問題を把握する能力のある専門家によって、報告は解析される必要がある。その場合、政府が運営する報告制度が陥りやすい最大の失敗は、報告を強制するが、それらを解析する人的・物的資源を準備しないことである。専門家の知識・技術が、どのような報告制度であっても、最大の本質的な条件である。

一方、厚生労働省案では、中央に20名、地方に5から10名の調査委員を置くとされている。それで、年間数百・数千の事例を処理できるとはとても考えられない。

報告は、迅速に解析され、改善勧告がそれを必要とする医療現場に早急に送付されなければならないが、とてもむりではないかと考えられる。

調査組織が発する改善勧告は、医療従事者個人の行為よりも、医療システム・医療の手技過程・医療機器などに焦点を当てるべきである。これは、一見個人的な過誤により、発生した事例であっても、医療システムの欠陥によって起きるという考え方で分析すべきであるという考え

方に基いている。このシステムの欠陥が改善されなければ、別な時に、別な人間によって、同じ問題が再発するであろう。

一方、厚生労働省も、当初、医療従事者個人の問題を扱う論調であったが、今回の試案は、個人の責任ではなく、医療システムの問題を追及するというポーズはとるようになった。医師の労働法を侵した過酷な労働の実態、低医療費から来る多忙さなどが、医療システムの問題として浮かび上がる可能性は高い。そうすると、罰せられるべきは、それを放置・悪化させている厚生労働省ないし政府そのものということになる。しかし、3次試案では、医療機関に責任を取らせ、処分するということであり、問題の重大さの認識に欠け、根本的解決にはほど遠いであろう。

厚生労働省案の人員配置では、そうした勧告をだせるのかどうか、極めて疑わしい。さらに、医療機関にシステムの改変のための、財政的な措置をどのようにとるのか、それがなければ、改善勧告は実現しない。医療機関は、医療安全に対して投資をする余裕がないし、新たにそうした措置をとっても、経営に全く寄与しない。大きな医療システムの問題となるであろう。

本来、国家的な視点から関係省庁が全面的に協力して早急に改革を行なうべきところを、WHOの推奨するものと全く背反する組織を、厚労省は強引に立ち上げようとしている。たとえ善意でベストを尽くそうとした医師であっても、結果次第では「重大な過失」として警察に通報される可能性のあることを避けられない。医療安全の推進よりも強制的な情報開示を優先する姿勢は、表面を糊塗して隠しても、懲罰へと開かれた本質は、医療者にとって大きな脅威を感じさせる。

巧妙な粉飾をこらしたこの試案は、現実の当事者意識に欠ける日本医師会も賛成するに至ったが、これをを許せば、急性期医療を「当直」の名の下に、救急医療まで背負って、長時間の勤務や拘束に耐えて、善意で支えている医師の離反はさらに進むことは明らかであり、急性期医療の崩壊に対する最後の一撃となるであろう。

患者側の「事故があった時に隠すな、嘘をつくな、誠実に対応してほしい」

医療者側の「医療者が安心してベストを尽くせるようにしてほしい」

という、それぞれもっともな意見の食い違いを解消する努力を行なう以外に本件の解決の方向はない。

そもそも、業務上過失致死・致傷という刑法の存在自体が問い直されるべきであることは、航空機事故の管制官に対して下された最近の判決に対しても、きわめて重大な問題として指摘されたことである。

まずは医療の安全を確保するための王道はいかにあるべきかに戻り、そのことが、患者遺族の側にとってもいかに重要であるかの説得を真摯に行なって世論を形成し、法体系自体の見直しも含めて、安全な医療を確保すべき適切な政策を改めて立案し、医療資源(とりわけ医師の数・勤務態勢の改善や、有効な医療政策推進に対する財政的措置)を充足させて迅速に実行すべきである。そこから始める以外に崩壊しつつある医療の再生の道はないと考える。

## 医療紛争等の経験

2医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

## 本文

いつも、ご苦勞様です。この度、北海道の片田舎より、少々ご意見を述べさせていただきます。

以前は、東京で医療安全の研究会にも所属し、この方面については、大変興味深く経緯を見させていただいております。

\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

### ■刑事処分について

- ・現状において、「軽度な過失」でも処罰されている。「重大な過失」か「軽度な過失」かという判断は、運用によってどのようにでも解釈し得る。
- ・悪質か否かも、運用によってどのようにでも解釈し得る。例えば、証拠隠しをしたものに限らず、営利目的、実験的、名声追求の利己目的、説明不足でも、どのようなものでも悪質というレッテルを張られかねない。つまり、運用に歯止めがない。
- ・現状において、薬剤や患者の取り違いといった、単純ミスは「重大な過失」とされている。死亡という結果の重大性に着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されている。
- ・現状において、刑事司法は結果の重大性に着目しているが、その取り扱いを変更することについて、何の権限もない厚労省の一検討会の意見に過ぎず、警察・検察の公式見解は書かれていない。
- ・第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。

(参考)

- ・刑事司法が再び“暴走”する危険はないのか

[http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214_1.html)

- ・単純ミスは「重大な過失」か [http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080115\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080115_1.html)

### ■行政処分について

- ・厚労省は、管理者に対する新たな行政処分を設けようとしているが(医療法)、既に存在する行政処分について、十分説明すべきである。例えば、現状において既に次のような行政処分権限が存在する。

○健康保険法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る

社会保険事務局が保険医・保険医療機関・保険薬剤師一・保険薬局の指定・取消の権限をもつ

○医療法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る(医療監視員)

都道府県が医療機関の開設・休止・廃止、増員命令一、医療機関の業務停止命令、施設使用制限命令、管理者の変更命令の一権限をもつ。

厚労省は特定医療機関に関してのみ権限をもつ

○医師法

厚労省が医師免許取消・医師の業務停止命令の権限をもつ

- ・医療法に基づく医療機関に対する処分権限は都道府県がもっているが(地方分権の流れになる前から、歴史的にも医療は県の行政)、重複して国が処分権限を持たなければならない理



47-  
②/4

由は何か。国に新たな権限を創設するのではなく、県に任せるのが筋ではないか。ひとつの事案について、医療機関に対する処分と、医師(主治医等)への処分とが、両方発動される(厚労省が暴走する・単に処分が二重になるだけ)危険性が高い。

・現に、厚労省は、保険医取り消しの行政処分と、医業停止の行政処分を二重に行っている。医療機関や管理者に対する行政処分権限を創設すれば、医師(主治医等)に対する行政処分がなくなるわけではない。従って、「個人に対する行政処分については抑制する」保証はない。

### ■ 医療死亡事故の届出義務化について

・届出範囲を限定するとあるが、法令上の条文を個別ケースに適用するか否かは、法的判断をする者が個別に判断することであり、限定することを約束したことにはならない。委員会の結論が警察、検察に対して拘束力を持たない以上、その結論を尊重するといっても、具体的事件においては無視される可能性が高い。

・現に、厚労省は、犯罪等に適用されていた医師法21条を、医療にも拡大して適用した。厚労省が医師法21条の適用範囲を元に戻さない限り、法令の適用を「限定する」と言っても、信用できない。

・第3次試案の21条改正案では、医療機関が委員会へ届出なかった場合は、医師法21条に基づく警察への届出義務があるため、死亡事例すべて届出とならざるを得ない。上記の届出範囲を「限定する」制度上の担保は存在しない。

・「制度化」は「義務化」を意味することは、西島英利議員の発言からも明らかである。

・透明性の向上とは何か。医療者が患者・家族に十分説明し、当事者間で話し合うことではないのか。第三者が介入する前に、当事者間の対話を促進するため、院内医療メディエーターを置くといった措置が必要である。当事者間で十分対話を行い、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。

(参考)

・井上清成弁護士「4つの原因究明」—死因究明制度・厚労省第二次試案の法的「目的」は?— MRICメルマガ [http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol\\_66.html](http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol_66.html)

・元東京地検特捜部長 河上和雄弁護士 医療事故調に対する見解 MRICメルマガ [http://mric.tanaka.md/2008/03/26/\\_vol\\_33.html](http://mric.tanaka.md/2008/03/26/_vol_33.html)

・現場からの医療改革推進協議会 医師法21条の歴史と矛盾 <http://expres.umin.jp/genba/kaisetsu01.html>

・西島英利議員インタビュー ¥“医療事故調”の自民党案と厚労省案は別 ソネット・エムスリー—聞き手・橋本佳子 [http://www.m3.com/tools/lryoIshin/071219\\_2.html](http://www.m3.com/tools/lryoIshin/071219_2.html)

### ■ 医療安全調査委員会(仮称)について

・そもそも真相に最も近く、原因究明を行うべき主体は、当事者である医療者であり、当事者の前に第三者が介入することは、むしろ原因究明を阻害する。まず当事者である医療者が医学的・科学的な真相究明を行い、患者・家族に十分説明し、当事者間の対話を十分に行ったうえで、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。

・ひとつの組織が2つの目的を持ち、いずれも達成されない可能性が高い。

・全国唯一の組織が「正しさ」を判断することは、医療の統制につながる。医療における判断・選択は、患者ひとりひとり、家族ひとりひとり、医療者ひとりひとりによって多種多様であり、「正しさ」の答えはひとつではないからである。全国唯一の組織が決める「正しさ」に、すべての国民が従わざるを得なくなり、患者・家族の自由な選択は阻害される。国の委員会に一元化することは危険である。

・医学的・科学的な真相究明を目的とし、複数の多様な委員会が、多様な医療専門家による多様な「正しさ」の判断を示せる制度とすべきである。多様な専門家による多様な選択が存在

することを、患者・家族が知ることも、納得を得るために重要なプロセスである。

・責任追及を目的としないと明記したことは評価できるが、制度上の担保は何も示されていない。委員会は、責任追及の機能をもつ。

・「法律関係者」「法律家」を入れるのはなぜか。法的判断つまり責任追及をするためである。

・「医療を受ける立場を代表する者」を入れるのはなぜか。患者・家族の判断・選択は多種多様であり、それを第三者が代表することはできない。ひとりひとりの多様な選択を尊重するためには、当事者である患者・家族本人が、その希望によって参加するか否か選択できるようにすべきである。

・当事者を調査から排除するならば、ますます真実から遠ざかり、医学的・科学的な真相究明は不可能となる。この委員会が原因究明を目的としているとは考え難い。

(参考)

・井上清成弁護士「4つの原因究明」—死因究明制度・厚労省第二次試案の法的「目的」は？— MRICメルマガ[http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol\\_66.html](http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol_66.html)

年齢 60代

職業

8医療機関管理者

48-②/4

医療紛争等の経験

2医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

本文

#### ■刑事処分について

- ・現状において、「軽度な過失」でも処罰されている。「重大な過失」か「軽度な過失」かという判断は、運用によってどのようにでも解釈し得る。
- ・悪質か否かも、運用によってどのようにでも解釈し得る。例えば、証拠隠しをしたものに限らず、営利目的、実験的、名声追求の利己目的、説明不足でも、どのようなものでも悪質というレッテルを張られかねない。つまり、運用に歯止めがない。
- ・現状において、薬剤や患者の取り違いといった、単純ミスは「重大な過失」とされている。死亡という結果の重大性に着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されている。
- ・現状において、刑事司法は結果の重大性に着目しているが、その取り扱いを変更することについて、何の権限もない厚労省の一検討会の意見に過ぎず、警察・検察の公式見解は書かれていない。
- ・第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としていないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。

(参考)

- ・刑事司法が再び“暴走”する危険はないのか

[http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214_1.html)

- ・単純ミスは「重大な過失」か [http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080115\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080115_1.html)

#### ■行政処分について

- ・厚労省は、管理者に対する新たな行政処分を設けようとしているが(医療法)、既に存在する行政処分について、十分説明すべきである。例えば、現状において既に次のような行政処分権限が存在する。

○健康保険法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る

社会保険事務局が保険医・保険医療機関・保険薬剤師一・保険薬局の指定・取消の権限をもつ

○医療法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る(医療監視員)

都道府県が医療機関の開設・休止・廃止、増員命令一、医療機関の業務停止命令、施設使用制限命令、管理者の変更命令の一権限をもつ。

厚労省は特定医療機関に関してのみ権限をもつ

○医師法

厚労省が医師免許取消・医師の業務停止命令の権限をもつ

- ・医療法に基づく医療機関に対する処分権限は都道府県がもっているが(地方分権の流れになる前から、歴史的にも医療は県の行政)、重複して国が処分権限を持たなければならない理由は何か。国に新たな権限を創設するのではなく、県に任せるのが筋ではないか。ひとつの事案について、医療機関に対する処分と、医師(主治医等)への処分とが、両方発動される(厚労省が暴走する・単に処分が二重になるだけ)危険性が高い。

・現に、厚労省は、保険医取り消しの行政処分と、医業停止の行政処分を二重に行っている。医療機関や管理者に対する行政処分権限を創設すれば、医師(主治医等)に対する行政処

分がなくなるわけではない。従って、「個人に対する行政処分については抑制する」保証はない。

■ 医療死亡事故の届出義務化について

- ・届出範囲を限定するとあるが、法令上の条文を個別ケースに適用するか否かは、法的判断をする者が個別に判断することであり、限定することを約束したことにはならない。委員会の結論が警察、検察に対して拘束力を持たない以上、その結論を尊重するといっても、具体的事件においては無視される可能性が高い。
- ・現に、厚労省は、犯罪等に適用されていた医師法21条を、医療にも拡大して適用した。厚労省が医師法21条の適用範囲を元に戻さない限り、法令の適用を「限定する」と言っても、信用できない。
- ・第3次試案の21条改正案では、医療機関が委員会へ届出なかった場合は、医師法21条に基づく警察への届出義務があるため、死亡事例すべて届出とならざるを得ない。上記の届出範囲を「限定する」制度上の担保は存在しない。
- ・「制度化」は「義務化」を意味することは、西島英利議員の発言からも明らかである。
- ・透明性の向上とは何か。医療者が患者・家族に十分説明し、当事者間で話し合うことではないのか。第三者が介入する前に、当事者間の対話を促進するため、院内医療メディエーターを置くといった措置が必要である。当事者間で十分対話を行い、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。

(参考)

- ・井上清成弁護士「4つの原因究明」—死因究明制度・厚労省第二次試案の法的「目的」は？— MRICメルマガ [http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol\\_66.html](http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol_66.html)
- ・元東京地検特捜部長 河上和雄弁護士 医療事故調に対する見解 MRICメルマガ [http://mric.tanaka.md/2008/03/26/\\_vol\\_33.html](http://mric.tanaka.md/2008/03/26/_vol_33.html)
- ・現場からの医療改革推進協議会 医師法21条の歴史と矛盾 <http://expres.umin.jp/genba/kaisetsu01.html>
- ・西島英利議員インタビュー “医療事故調”の自民党案と厚労省案は別 ソネット・エムスリー—聞き手・橋本佳子 [http://www.m3.com/tools/IryoIshin/071219\\_2.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/071219_2.html)

■ 医療安全調査委員会(仮称)について

- ・そもそも真相に最も近く、原因究明を行うべき主体は、当事者である医療者であり、当事者の前に第三者が介入することは、むしろ原因究明を阻害する。まず当事者である医療者が医学的・科学的な真相究明を行い、患者・家族に十分説明し、当事者間の対話を十分に行ったうえで、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。
- ・ひとつの組織が2つの目的を持ち、いずれも達成されない可能性が高い。
- ・全国唯一の組織が「正しさ」を判断することは、医療の統制につながる。医療における判断・選択は、患者ひとりひとり、家族ひとりひとり、医療者ひとりひとりによって多種多様であり、「正しさ」の答えはひとつではないからである。全国唯一の組織が決める「正しさ」に、すべての国民が従わざるを得なくなり、患者・家族の自由な選択は阻害される。国の委員会に一元化することは危険である。
- ・医学的・科学的な真相究明を目的とし、複数の多様な委員会が、多様な医療専門家による多様な「正しさ」の判断を示せる制度とすべきである。多様な専門家による多様な選択が存在することを、患者・家族が知ること、納得を得るために重要なプロセスである。
- ・責任追及を目的としないと明記したことは評価できるが、制度上の担保は何も示されていない。委員会は、責任追及の機能をもつ。
- ・「法律関係者」「法律家」を入れるのはなぜか。法的判断つまり責任追及をするためであろう。

・「医療を受ける立場を代表する者」を入れるのはなぜか。患者・家族の判断・選択は多種多様であり、それを第三者が代表することはできない。ひとりひとりの多様な選択を尊重するためには、当事者である患者・家族本人が、その希望によって参加するか否か選択できるようにすべきである。

・当事者を調査から排除するならば、ますます真実から遠ざかり、医学的・科学的な真相究明は不可能となる。この委員会が原因究明を目的としているとは考え難い。

(参考)

・井上清成弁護士「4つの原因究明」—死因究明制度・厚労省第二次試案の法的「目的」は？— MRICメルマガ[http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol\\_66.html](http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol_66.html)

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

第三次試案に対して私は反対です。第三次試案が現実化された場合、医療現場は崩壊することでしょう。それは以下の理由によります。

1. 医療従事者への刑事罰が可能
2. 医療安全委員会において診療関連死の情報がメンバー以外（例えば裁判所、検察）に知らされて裁判の資料にもなる
3. 医療行政や医師を管轄する厚生省の中に医療安全委員会が置かれるため独立性がない
4. 診療関連死の分析は専門家以外のメンバー（一般市民や患者家族代表）も加わった委員会で行われる
5. 分析に時間がかかる
6. システムの問題ではなく医療従事者個人や個々の医療機関の責任に帰される
7. 勧告を実行するにあたっての財源や人的資源の保証がない

政府の第三次試案は、WHOによる患者さんの医療安全ガイドライン（1）に真っ向から反対するものであり、現場医療を崩壊させるものに他なりません。以下に各項目について私の意見を述べます。

### 1. 医療従事者への刑事罰が可能

現状では、「謙抑的」と言われる、検察による「お目こぼし」によってのみ医療は立件されないだけであり、医療は常に「灰色の行為」と考えられております。ひとたび結果が悪い場合は、日本では医療行為が刑事罰の対象になる可能性が高い、ということです。

刑法上、医療行為に対する判断を行うことは厚労省の仕事ではありません。単に第三次試案では行政処分をさらに追加して行うことが可能である、という枠組みを作るだけであり、医療に対して更なる厳罰化が起きる可能性すらあります。

少なくとも刑事罰、民事罰の軽減化には全く寄与する確約は全くありません。厚労省がそれを”確約する”というのなら、医療事故調の運用だけに任せるのではなく、”医療における刑事罰、民事罰の軽減”を明文化するべきです。

2. 医療安全委員会において診療関連死の情報がメンバー以外（例えば裁判所、検察）に知らされて裁判の資料にもなる

診療関連死の患者名、報告者（医療従事者）、医療機関は決して第三者に明かされてはならない、というのは大原則であります。厚労省の第三次試案は、「行政処分の厳罰化」による「ムチ」によって報告させようとしています。

このような劣悪な条件では、そもそもリスクのある環境での医療行為そのものが避けられるようになり、医療は萎縮することでしょう。なぜなら、「報告しないなら罪」、というなら「報告するようなこと自体を避ける」のが、組織として一番正しい判断だからです。最初から医療機関は「悪である」という前提にたつてムチをふるうなら、誰もムチの下にはいなくなります。

さらには、この報告が「民事裁判を誘発する」危険性が十分にあります。下記に書くように、そのようなリスクのある報告を、「提出しないと行政処分」という厳罰化の方向で医療を締め上げているのがこの第三次試案です。

3. 医療行政や医師を管轄する厚生省の中に医療安全委員会が置かれるため独立性がない

医療安全委員会や医療事故調自体が、行政処分に直結し、さらには検察や裁判における資料になる第三次試案では、「事故調」ではなく、単なる「検察の出先機関」、新たな「行政処分機関」でしかありません。

独立性が保たれた上で、真に医療事故の原因が究明されない限り、同じトラブルが何度でも繰り返され、しかもその真実はいつまでも見つかる事はないでしょう。

4. 診療関連死の分析は専門家以外のメンバー（一般市民や患者家族代表）も加わった委員会で行われる

これは、心底、医療機関を震え上がらせているものです。なぜ、医療事故の被害者の会や一般市民が、専門知識もないまま、高度に専門的な医療事故について検討することが可能なのでしょうか？医療の限界や医療の現状、それ以前に「医療とは」という考え方からすでに異なる考えを持ち、「医療は悪である」と考えている被害者の会が医療を裁くのなら、それは医療における「魔女狩り」になることでしょう。

なぜ、非専門家の「感情」を考慮するのでしょうか？確かに患者さんのご遺族のかなしみは計り知れません。実際に現場で働いているものとしてそれは痛感します。しかし、「医療の進歩」のた

めにこの第三次試案があるのではなく、単に「怒りに任せたこぼしの落しどころ」を見つけるだけの会議なら、医療はその”感情”のまえに叩き潰されることでしょう。

#### 5. 分析に時間がかかる

第三次試案の過程では最悪の場合は、厚労省が行政処分を行い、さらに警察、検察が動き、裁判となる事が予想されます。どこでどのように情報を共有するのでしょうか？どのくらいの人材がどのくらいのスピードで、全国の病院にフィードバックするつもりなののでしょうか？

#### 6. システムの問題ではなく医療従事者個人や個々の医療機関の責任に帰される

現実問題として、第三次試案は、個人の行政処分の拡大、届けての義務化など、厚労省の行政処分が強化されていますが、さらには捜査機関への通知を行うことを定めており、単に「個人への厳罰化」がすすんでいるようにしか思えません。

実際に、警察は医療事故の際、医療事故調とは独自に動き、刑事司法はなんら影響されることがないことが関係者からの発言でもうかがえます(2)。この第三次試案は「医療の刑事免責」などでは全くなく、逆に「行政処分による強制届出と、それによる自らを有罪にする資料提出の義務化」になっています。

第三次試案は、医療の厳罰化の方向に向かっています。これを唯一押さえているのが、捜査機関の「謙抑的」な操作姿勢という、「医療はそもそも悪なのだが、全部取り締まると病院がなくなるので、しょうがなくお目こぼしをする」という、捜査機関の恩情でのみ医療機関は存在が許される事になるでしょう。

#### 7. 勧告を実行するにあたっての財源や人的資源の保証がない

これはどの程度の範囲をどのくらいの間人でおこなうか、それ以前に原因特定のための”解剖”を行う人材も予算もない状況であるのが現状です。法医学や病理解剖は、実際には24時間、ボランティアに近い状況で行われ、従事する人間も劣悪な環境で労働を強いられています。

もしもこの第三次試案が現実化したらどうなることでしょうか？

「医療の正しさを厚労省が決める」事になるでしょう。現時点でも医療制度そのものより財務



省による医療費削減を大命題としている厚労省が、医療そのものの是非を一つ一つ決めていくところ、恐ろしいことだと考えます。医学的には正しくても、お金がかかる医療は「日本では正しくない医療」として、否定されることでしょう。

判断を”非” 専門家の感情にゆだねると医療は、感情第一になるでしょう。医学的な正しさとは別に、「被害者の感情」を中心に、まるで「人は病院では死ぬはずがなく、もしも病院で死んだら、医療機関は悪い」かのような、狂ったイメージがすでにあります。医師の仕事は今後、「患者さんや家族の感情を逆なでしない」、医学的に正しいのではなく、「患者さんが怒らない」医療をすることになるでしょう。

そして医療機関に対しては「行政処分の厳罰化」によって、さらに厚労省の圧力が重くのしかかるでしょう。結果的に、この第三次試案で得をするのは、権利を強化できる厚労省だけなのです。

検討する点は多々あると思います。以下の点の訂正が必要であると思われる。

1. 医療の刑事免責が必要  
(そのためには刑法の見直しが必要)
2. 厚労省による行政処分の厳罰化を撤回
3. 判断基準の明確化が必要  
(どこまでが届出範囲なのか不明であり、その基準を提示していないため現場が混乱しています)
4. 第三次試案の「行える限界」を明示すべき  
(第三次試案は誤解をワザと生んでいる。刑事責任や民事責任追求の軽減化という、「厚労省の仕事ではないこと」をあたかも「出来る」かのようにうたっている。しかし厚労省が刑事責任や民事責任を追及出来るわけではない。基本的に誤解を生んでいます)
5. 捜査機関の「謙抑的」な姿勢に頼るのではなく、医療行為そのものが「基本的に違法ではない」という明文化が必要
6. 医師法21条の届出先は、警察の刑事課であり、最初から「医療は悪」という決め付けであり、改正は当然必要

再三繰り返しますが、私は第三次試案に反対の立場です。このままの第三次試案の施行は、さ

らなる医療への厳罰化につながり、日本医療に甚大な被害を与える事でしょう。

引用文献

(1) WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY  
WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems

[http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)

6. CHARACTERISTICS OF SUCCESSFUL REPORTING SYSTEMS PP.49-51

(2) 臨時 vol 42 小松秀樹 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案 第三次試案」に対する意見 (前半)

2008年4月10日発行

虎の門病院泌尿器科 小松秀樹

[http://mric.tanaka.md/2008/04/10/vol\\_42\\_1.html](http://mric.tanaka.md/2008/04/10/vol_42_1.html)

懸念2 医療事故調を設立しても刑事司法は独自に動く

## 医療紛争等の経験

2 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

### 本文

・刑事訴追に対する歯止めはない。警察・検察は厚労省の論理では動かない。警察が動くのは法律によってのみ。本来、警察権は国家の大権だから。

・民事に対する歯止めはない。訴訟は個人の権利であるから。

・行政処分だけは強化される。刑事になるかどうか分からないうちに処分される。刑事罰になった例だけ処分される今の方がまだマシかも。

・個人のみならず、病院に対する行政処分が増える。処分は保険医の取り消しになる。

と の患者、 ¥の患者は皆困っている。田舎に病院は不必要だそう  
だ。

・刑事事件になった場合、既に鑑定が済んでいる報告書が委員会の手に残り、警察が押収に来た場合、それをとめる方法がない。

・民事訴訟を起された場合、報告書は委員会によって認定された証拠物件として、全てその手中にあり、それが裁判資料に提供される。(何を言ってるんだ。ロウスクール政策の失敗で、弁護士を大量に食わさなきゃならんのだ。医者はそれぐらい我慢しろ)

・裁判になると、調査報告書が証拠として採用される。鑑定の必要すらない。結果は訴訟された時点でもう決定している。

・ 事件では、「無理な をした」と記載された内調査委員会の報告書が証拠として押収され、刑事訴追の原因となった。同じ事がいくらでも起こる。だいたい、なんてみんな無理してやるもんだ。医学を知らないヤツは何言い出すか分からん。

事件の判決なんて、裁判官がどれほど馬鹿かの見本みたいなもんだ。

・だいたい、反省しろと言われて書いた反省文を、その責任を問う証拠にしようなんて、中国文化大革命のときの人民裁判自己批判の手じゃないか。じゃあ、反省しなけりゃ委員会。

・「謝れ」「御免なさい」「やっぱりお前が犯人か」吉本ネタじゃあるまいし。

・刑事になっても民事になっても、裁判になった時点で既に医者には抵抗するすべがない。委員会の結論は、裁判では絶対的な証拠として役立つ。その委員会が告発する。これでも法的判断ではないそう。守秘義務はどこへ行った？

・医者は反論も出来なけりゃ、自己防衛権も無いらしい。(君らは高邁な人格を持っているはずだ。諦めろ)

・結果、医者には何の抵抗力もない。まな板の上でバラバラにされて、はいどうぞ。このシステムは医者をおいしく食う方法以外の何者でもない。医療問題専門の弁護士が大喜び。

・弁護士によると、患者遺族も医者もともに納得していても、民事訴訟は起こさなきゃならんそう  
だ。弁護士のために？

・そうすると、医者にはトラブルに巻き込まれないようにするしか生き伸びる方法がない。危険な処置はしない。重篤な患者には近寄らない。抗癌剤などのやばい薬は使わない(エリッサ使え、使ったか、やっぱり副作用出たか、それ一訴訟だ)。救急はやめよう(最近脳外科医でも心臓穿刺できないと救急してはいけないのだ。じゃあ、うちなんかやってる救急は犯罪か?)。大きな手術をするやつは馬鹿だ。と若い奴等は、公言している。いずれそいつらばかりの世になる。

・親医者は子医者に、大志を抱くな、安全な科に行けと必死に諭している。だって、触らぬ神にたたりなしなんだもん。かくして、眼科と皮膚科のシボウ者ばかりとなり、医療はシボウする。

・医者の親切、危険なお世話。情けは人の為ならず、自分の首を絞めるだけ。

・公立病院はそろって救急指定返上しよう、と若い奴らは経営陣を突き上げている。早晚、トレ

ンドになるな。なに、20年前に戻るだけのこと。当時、救急は圧倒的に民間病院優位だったから。あ、今は民間も嫌がるか。

・病院は労働基準法を守れ。当直明けで疲れ切ってトラブルを起こしたら、労働条件を整備すべき厚労省の怠慢を訴えよう。いずれ現実。

・医療過誤のない社会とは：救急の無い社会、産科の無い社会、小児科のない社会、危険な医療のない社会。そしてそのうち、外科がなくなる社会、内科がなくなる社会（今内科希望者は、数年前の3分の1）。最後に、皮膚科医と形成外科医と眼科医だけがのこる社会。

・みんな、年寄り、さっさと逃げ出すことにしようぜ。 の医者のように、看護婦がミスしたら、医者は民事有責は仕方ないにしても、10月のムシヨ暮らしと、病院から訴えられて倍賞5000万円だ。人生の最後に来て一気にツケ払い。当方55歳、あと5年。それまで何とか、神様お願い……。

・かくして医療崩壊は有終の美を飾る。

追記：誤診が犯罪なら、上級審で逆転判決が出た下級審の裁判官は、どうして逮捕されないんだらう？ 事件の判事は？ 誤認逮捕した警官は逮捕されるのか？ 誤報をしたマスコミはどうしてる？

それよりみんな、まず法律を守ることから始めようよ。労働基準法って知ってるか？ 医師法や医療法なんかより、ずっと大事な法律だよ。

### 医療紛争等の経験

1医療紛争の当事者になったことがある

### 本文

2次案より良くなっているとは思いますが、まだ賛成できません。

P3-4:届け出の範囲はおおむね妥当ですが、現場の混乱を避ける意味でも具体例を多く示してほしい。

P9: 捜査機関へ通知される(40)?重大な過失の定義が依然として不明瞭です。

P10: (42)院内医療メディエーターの設置を推奨しているようですが、予算の裏付けがありません。

P10-11; 裁判外紛争解決制度や無過失賠償制度が整っていない現状でこの制度のみを先行させることは反対です。

P11; 現在の医療事故の多くがシステムエラーに起因することはすでに明らかです。この場合に医師個人の責任を問うものでなければ、病院管理者の責任になるのでしょうか?  
例えば一人産婦人科医長の状態で事故がおこれば、その状態を放置したとして医療機関(という事は院長?)に責任がある、ということでしょうか?現実的に改善不可能な医療崩壊といわれる現在の医療環境に追い込まれながら、再発防止の計画書を提出せよといわれても医療機関も無理でしょう。医師不足、看護師不足を改善するための具体策とあわせての総合的な医療改革が必要で、この法案だけでは拙速です。

P13; 別紙1の図に調査結果を医療機関や遺族へ回答するという流れを明確に記載すべきです。

### 捜査機関との関係について

P15; 委員会からの通知を踏まえて、捜査機関が対応する云々の記載は、厚労省の希望的推測にすぎません。

本案では全体として従来より多くの届け出が予想され、医療関係者を中心に膨大な人手と時間が必要なシステムと考えられますが、予算を含めた実効性の裏付けが全く記載されていません。特に実際の調査チームは学会の重鎮や、開業医中心の医師会では困難で、勤務医中心になると推測しますが、上述の医師不足を考えると実現はかなり困難と思われる。

当初は遺族からの依頼があった例からスタートしてはどうでしょうか(遺族からの依頼のない医療関連死は従来通り病院内の医療安全委員会で調査する)。

医療紛争等の経験

1医療紛争の当事者になったことがある

本文

第三次試案を読みました。

悪意無き人道的行為(通常の医療行為)の結果責任を、

人道的行為を行った者に課すこと自体が誤っている、

と感じます。

事件が我国医療崩壊の

大きなターニングポイントでした。

第三次試案(最終案?)には、

「現在の医療崩壊をどのように食い止めるのか？」

の視点が全く無く、 の反省が全くなされておられません。

また、

医療システムの欠陥(人員不足)による事故の責任は、国が

負うべきだと思います。医療団体の要求を撥ね付けた責任が

問われるべきです。

もう一度繰り返します。

【現在の医療崩壊をどのように食い止めるのか？】

との視点が決定的に欠けています。

4. 氏名： 菅澤 源

5. 所属： 調布東山病院 内科

6. 年齢： 4 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代   |
| 4. 40代   | 5. 50代 | 6. 60代   |
|          |        | 7. 70歳以上 |

7. 職業： 9 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- |                          |                          |          |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. 会社員                   | 2. 自営業                   | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | 5. 学生                    |          |
| 6. 無職                    | 7. その他 (医療・法曹・警察関係職種を除く) |          |

<医療従事者>

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 8. 医療機関管理者        | 9. 医師 (管理者を除く) |
| 10. 歯科医師 (管理者を除く) | 11. 薬剤師        |
| 12. 看護師           |                |
| 13. その他医療従事者      |                |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： 1 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。              |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし                       |

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

### 【Ⅰ】はじめに

小生は内科の勤務医です。臨床医として東京都内の70床の急性期病院で外来と病棟の診療を担当しています。

昨年、厚生労働省医政局長の私的懇談会である「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」での議論の行方を注意深く見守って参りました。厚生労働省には臨床現場のことを考えていただき、本当にありがたく感謝申し上げます。

残念ですが、一連の議論の中では、第一線を担う、いわゆる「勤務医」の意見は全く反映されていないと感じました。学会、大学、医師会、病院団体の代表は同じ医師でも、強い立場の偉い医師です。最前線の、外来も病棟も担当する中小民間病院の臨床医とは全く立場が異なります。当院の近隣では基幹病院の勤務医を辞め、開業する医師が相次ぎ、まさに「医療崩壊」が進行中です。是非、現場の声も聞いてください。

今回の第三次試案は「平成18年2月18日福島県立大野病院産婦人科医の逮捕」以後に加速した、医療崩壊に伴う医療現場の混乱を回避することに重点がおかれています。事故原因究明、再発防止への道筋については評価したいと存じます。

しかし、医療現場への捜査機関の介入は現場の混乱を招きます。医療は萎縮し、患者本位の医療は成り立ちません。常に捜査機関を意識し、捜査機関の意向に沿った医療を行うこととなります。

第三次試案に対する、小生の私見を述べさせていただきます。

### 【Ⅱ】重点項目

本試案の重点は以下の4項目に集約され则认为ます。

- (1) (略) 診療行為とは、人体に対する侵襲を前提とし一定の危険性が伴うものであり、場合によっては死亡等の不幸な帰結につながる場合があり得る。
- (2) (略) 医療事故による死亡(以下「医療死亡事故」という。)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。(略)
- (4) (略) 医師等が萎縮することなく医療を行える環境の整備(略)
- (7) 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。

以上の4項目を踏まえ、今回の第三次試案の評価できる枠組みは残すと、絶対に修正が必要なところは(8)、(19)、(39)、(40)の4箇所です。

### 【Ⅲ】権限の分離と所轄官庁



まず、調査権限と処分権限は分けるべきです。以下の如く修正します。

(新 8)委員会の設置場所については、内閣府に設置する。医師や看護師等に対する行政処分を行う権限が厚生労働大臣にあることから、医療事故に関する調査権限を分離するためである。

#### 【IV】 医師法第 21 条と医療死亡事故の届出について

医師法第 21 条の改正が必要なのは明らかです。医師法第 21 条は、そもそも、医療と関係ない死亡に関わるものと解釈します。かつて日本法医学会が行った拡大解釈は、臨床医として、全く容認できません。拡大解釈には反対です。

(19)は以下の如く修正します。

(新 19) 医療事故の特性にかんがみ、医療死亡事故は異状死には該当しないと解釈するのが妥当である。医師法第 21 条を改正し、医療死亡事故は、医師法第 21 条に基づく異状死の届出の対象とはならないことを明記する。

#### 【V】 医療事故と刑事責任、捜査機関への通知について

小生の考えは、「医療事故は本来免責とすべきである」というものです。

将来、第三次試案が法律として施行されても、依然として、刑法上の業務上過失の罪は適用可能です。医療事故の免責について社会的合意が得られていない段階では、必要があれば、捜査機関は医療現場に介入します。

さて、臨床医は一人の患者だけを診ているわけではありません。医師は時々刻々と変化する患者の状態に向き合い、瞬時にその時点での最善の判断を下します。かかる条件下で、医療に関連した死亡が発生した場合、結果から遡り、原因を追求することは必要です。しかし、結果から遡り、捜査機関へ通知される可能性があれば、医療は萎縮せざるを得ません。実際に病院の勤務医は次々と辞めています。

したがって、小生は委員会から捜査機関への通知には反対です。まして、調査結果により、捜査機関に通知するのは、公平を欠くものですから、納得できません。委員会は、捜査機関とは独立した立場をとるべきです。

(39)(40)は以下の如く修正します。

(新 39、新 40)診療行為そのものがリスクを内包するものであること、また、医療事故は個人の過ちのみではなくシステムエラーに起因するものが多いこと等を踏まえると、医療事故の特性にかんがみ、医療事故は刑事責任を問うべきではない。

#### 【VI】 その他

最後の「3 医療安全調査委員会以外での対応(医療事故が発生した際のその他の諸手続)について」は以下の如く修正します。

医療安全調査委員会は、医療死亡事故の原因究明及び再発防止を目的としたものであり、その業務は調査報告書の作成・公表及び再発防止のための提言をもって終了する。医

療死亡事故が発生した場合の民事手続、行政処分[削除:、刑事手続]については、委員会とは別に行われるものとする。[削除:なお、捜査機関との関係については、別紙3参照。]

《新制度(案)》(別紙1)の右下の「警察へ通知」を削除します。

(別紙3)の「捜査機関との関係について」はあくまでも現時点での希望的憶測に過ぎず、改めて検討が必要と考えられるため、削除します。

日本国の医療を支えている勤務医の声にも耳を傾けていただくよう、心からお願い申し上げます。

以上です。

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢：6 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代   |
| 4. 40代   | 5. 50代 | 6. 60代   |
|          |        | 7. 70歳以上 |

7. 職業：8 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- |                          |                          |          |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. 会社員                   | 2. 自営業                   | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | 5. 学生                    |          |
| 6. 無職                    | 7. その他 (医療・法曹・警察関係職種を除く) |          |

<医療従事者>

- |                   |                |
|-------------------|----------------|
| 8. 医療機関管理者        | 9. 医師 (管理者を除く) |
| 10. 歯科医師 (管理者を除く) | 11. 薬剤師        |
| 12. 看護師           |                |
| 13. その他医療従事者      |                |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験：1 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1. 医療紛争の当事者になったことがある。              |
| 2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。 |
| 3. 医療紛争の経験なし                       |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

医療関連死亡事故を、警察ではなく中立的な第三者委員会を新たに創設して、そちらに届け出をすることには全く異論はありません。届出内容も、先ず院内の事故調査委員会で検討した上で、医療者側にとって予期せぬ死亡および遺族が必ずしも死因に納得されない症例に限定して、医療機関の管理者が届け出を行うことにも賛成します。但し、医療事故再発防止の観点からすると、この中立的委員会は先ず第一次的には医療関係者のみに限定するべきであろうかと考えます。医師はじめ当該事故関係医療者は、起こった出来事を総て委員会に申告してこそ、はじめて真の事故原因追究が出来るものと思います。その申告内容は臨床所見の記録と同程度に重要で、病理解剖所見を対比検討してはじめて総合的に死因を突き詰めていくことが可能になると思いますが、これにはその疾患分野の専門医が当たるべきかと考えます。死亡後に、レトロスペクティブに供述された内容は、当然良好な結果に導き得なかった反省も含まれていますので、このことを個人の刑事処分に連動するような可能性を残せば、正直に反省点を導き出して事故再発予防の手段に使えなくするばかりか、医学・医療の進歩の妨げになることは間違いありません。この段階でなお結果を遺族に説明しても納得されないような場合には、法律家、有識者、医療者等で構成される二次的な委員会に諮るべきかと考えます。

日本の医療者は近年、高度で急速な進歩をしている過密な医療に対し、欧米に比して極めて少数の医師・看護師で対応しています。一般的には十分な休暇も取れずに頑張っている状況があります。システムエラーとして捉えるべき問題を個人のエラーに帰して、遺族の処罰感情に迎合することで一件落着とする風潮は、この社会全体で厳に戒めるべきものと考えます。

医療紛争等の経験

3 医療紛争の経験なし

本文

- ・現状において、薬剤や患者の取り違いといった、単純ミスは「重大な過失」とされている。死亡という結果の重大性に着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されている。
- ・第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としていないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。
- ・全国唯一の組織が「正しさ」を判断することは、医療の統制につながる。医療における判断・選択は、患者ひとりひとり、家族ひとりひとり、医療者ひとりひとりによって多種多様であり、「正しさ」の答えはひとつではないからである。全国唯一の組織が決める「正しさ」に、すべての国民が従わざるを得なくなり、患者・家族の自由な選択は阻害される。国の委員会に一元化することは危険である。
- ・医学的・科学的な真相究明を目的とし、複数の多様な委員会が、多様な医療専門家による多様な「正しさ」の判断を示せる制度とすべきである。多様な専門家による多様な選択が存在することを、患者・家族が知ること、納得を得るために重要なプロセスである。
- ・「医療を受ける立場を代表する者」を入れるのはなぜか。患者・家族の判断・選択は多種多様であり、それを第三者が代表することはできない。ひとりひとりの多様な選択を尊重するためには、当事者である患者・家族本人が、その希望によって参加するか否か選択できるようにすべきである。
- ・当事者を調査から排除するならば、ますます真実から遠ざかり、医学的・科学的な真相究明は不可能となる。この委員会が原因究明を目的としているとは考え難い。

## 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」に対する意見について

第三次試案に対して私は反対です。第三次試案が現実化された場合、医療現場は崩壊することでしょう。それは以下の理由によります。

1. 医療従事者への刑事罰が可能
2. 医療安全委員会において診療関連死の情報がメンバー以外（例えば裁判所、検察）に知らされて裁判の資料にもなる
3. 医療行政や医師を管轄する厚生省の中に医療安全委員会が置かれるため独立性がない
4. 診療関連死の分析は専門家以外のメンバー（一般市民や患者家族代表）も加わった委員会で行われる
5. 分析に時間がかかる
6. システムの問題ではなく医療従事者個人や個々の医療機関の責任に帰される
7. 勧告を実行するにあたっての財源や人的資源の保証がない

政府の第三次試案は、WHOによる患者さんの医療安全ガイドライン（1）に真っ向から反対するものであり、現場医療を崩壊させるものに他なりません。以下に各項目について私の意見を述べます。

### 1. 医療従事者への刑事罰が可能

現状では、「謙抑的」と言われる、検察による「お目こぼし」によってのみ医療は立件されないだけであり、医療は常に「灰色の行為」と考えられております。ひとたび結果が悪い場合は、日本では医療行為が刑事罰の対象になる可能性が高い、ということですが、

刑法上、医療行為に対する判断を行うことは厚労省の仕事ではありません。単に第三次試案では行政処分をさらに追加して行うことが可能である、という枠組みを作るだけであり、医療に対して更なる厳罰化が起きる可能性すらあります。

少なくとも刑事罰、民事罰の軽減化には全く寄与する確約は全くありません。厚労

省がそれを”確約する”というのなら、医療事故調の運用だけに任せるのではなく、”医療における刑事罰、民事罰の軽減”を明文化するべきです。

2. 医療安全委員会において診療関連死の情報がメンバー以外（例えば裁判所、検察）に知らされて裁判の資料にもなる

診療関連死の患者名、報告者（医療従事者）、医療機関は決して第三者に明かされてはならない、というのは大原則であります。厚労省の第三次試案は、”行政処分の厳罰化”による”ムチ”によって報告させようとしています。

このような劣悪な条件では、そもそもリスクのある環境での医療行為そのものが避けられるようになり、医療は萎縮することでしょう。なぜなら、「報告しないなら罪」、というなら「報告するようなこと自体を避ける」のが、組織として一番正しい判断だからです。最初から医療機関は”悪である”という前提にたつてムチをふるうなら、誰もムチの下にはいなくなります。

さらには、この報告が”民事裁判を誘発する”危険性が十分にあります。下記に書くように、そのようリスクのある報告を、「提出しないと行政処分」という厳罰化の方向で医療を締め上げているのがこの第三次試案です。

3. 医療行政や医師を管轄する厚生省の中に医療安全委員会が置かれるため独立性がない

医療安全委員会や医療事故調自体が、行政処分に直結し、さらには検察や裁判における資料になる第三次試案では、「事故調」ではなく、単なる「検察の出先機関」、新たな「行政処分機関」でしかありません。

独立性が保たれた上で、真に医療事故の原因が究明されない限り、同じトラブルが何度でも繰り返され、しかもその真実はいつまでも見つかる事はないでしょう。

4. 診療関連死の分析は専門家以外のメンバー（一般市民や患者家族代表）も加わった委員会ではなされる

これは、心底、医療機関を震え上がらせているものです。なぜ、医療事故の被害者の会や一般市民が、専門知識もないまま、高度に専門的な医療事故について検討する

ことが可能なのでしょうか？医療の限界や医療の現状、それ以前に”医療とは”という考え方からすでに異なる考えを持ち、「医療は悪である」と考えている被害者の会が医療を裁くのなら、それは医療における「魔女狩り」になることでしょう。

なぜ、非専門家の”感情”を考慮するのでしょうか？確かに患者さんのご遺族のなしみは計り知れません。実際に現場で働いているものとしてそれは痛感します。しかし、「医療の進歩」のためにこの第三次試案があるのではなく、単に「怒りに任せたこぶしの落しどころ」を見つけるだけの会議なら、医療はその”感情”のまえに叩き潰されることでしょう。

## 5. 分析に時間がかかる

第三次試案の過程では最悪の場合は、厚労省が行政処分を行い、さらに警察、検察が動き、裁判となる事が予想されます。どこでどのように情報を共有するのでしょうか？どのくらいの人材がどのくらいのスピードで、全国の病院にフィードバックするつもりなのでしょうか？

## 6. システムの問題ではなく医療従事者個人や個々の医療機関の責任に帰される

現実問題として、第三次試案は、個人の行政処分の拡大、届けての義務化など、厚労省の行政処分が強化されていますが、さらには捜査機関への通知を行うことを定めており、単に「個人への厳罰化」がすすんでいるようにしか思えません。

実際に、警察は医療事故の際、医療事故調とは独自に動き、刑事司法はなんら影響されることがないことが関係者からの発言でもうかがえます（2）。この第三次試案は「医療の刑事免責」などでは全くなく、逆に「行政処分による強制届出と、それによる自らを有罪にする資料提出の義務化」になっています。

第三次試案は、医療の厳罰化の方向に向かっています。これを唯一押さえているのが、捜査機関の「謙抑的」な操作姿勢という、「医療はそもそも悪なのだが、全部取り締まると病院がなくなるので、しょうがなくお目こぼしをする」という、捜査機関の恩情でのみ医療機関は存在が許される事になるでしょう。

## 7. 勧告を実行するにあたっての財源や人的資源の保証がない

これはどの程度の範囲をどのくらいの人間でおこなうか、それ以前に原因特定のための”解剖”を行う人材も予算もない状況であるのが現状です。法医学や病理解剖は、実際には24時間、ボランティアに近い状況で行われ、従事する人間も劣悪な環境で



労働を強いられています。

もしもこの第三次試案が現実化したらどうなることでしょうか？

「医療の正しさを厚労省が決める」事になるでしょう。現時点でも医療制度そのものより財務省による医療費削減を大命題としている厚労省が、医療そのものの是非を一つ一つ決めていくことこそ、恐ろしいことだと考えます。医学的には正しくても、お金がかかる医療は「日本では正しくない医療」として、否定されることでしょう。

判断を”非” 専門家の感情にゆだねると医療は、感情第一になるでしょう。医学的な正しさとは別に、「被害者の感情」を中心に、まるで「人は病院では死ぬはずがなく、もしも病院で死んだら、医療機関は悪い」かのような、狂ったイメージがすでにあります。医師の仕事は今後、「患者さんや家族の感情を逆なでしない」、医学的に正しいのではなく、「患者さんが怒らない」医療をすることになるでしょう。

そして医療機関に対しては「行政処分の厳罰化」によって、さらに厚労省の圧力が重くのしかかるでしょう。結果的に、この第三次試案で得をするのは、権利を強化できる厚労省だけなのです。

検討する点は多々あると思います。以下の点の訂正が必要であると思われる。

1. 医療の刑事免責が必要  
(そのためには刑法の見直しが必要)
2. 厚労省による行政処分の厳罰化を撤回
3. 判断基準の明確化が必要  
(どこまでが届出範囲なのか不明であり、その基準を提示していないため現場が混乱しています)
4. 第三次試案の「行える限界」を明示すべき  
(第三次試案は誤解をワザと生んでいる。刑事責任や民事責任追求の軽減化という、「厚労省の仕事ではないこと」をあたかも「出来る」かのようにうたっている。しかし厚労省が刑事責任や民事責任を追及出来るわけではない。基本的に誤解を生んでいます)

5. 捜査機関の「謙抑的」な姿勢に頼るのではなく、医療行為そのものが「基本的に違法ではない」という明文化が必要

5. 医師法21条の届出先は、警察の刑事課であり、最初から「医療は悪」という決め付けであり、改正は当然必要

再三繰り返しますが、私は第三次試案に反対の立場です。このままの第三次試案の施行は、さらなる医療への厳罰化につながり、日本医療に甚大な被害を与える事でしょう。

#### 引用文献

(1) WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems

[http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)

6. CHARACTERISTICS OF SUCCESSFUL REPORTING SYSTEMS PP. 49-51

(2) 臨時 vol 42 小松秀樹 「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案 第三次試案」に対する意見（前半）

2008年4月10日発行

虎の門病院泌尿器科 小松秀樹

[http://mric.tanaka.md/2008/04/10/\\_vol\\_42\\_1.html](http://mric.tanaka.md/2008/04/10/_vol_42_1.html)

懸念2 医療事故調を設立しても刑事司法は独自に動く

9 医師(管理者を除く)

50代

61-②/2

医療紛争等の経験

2 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

本文

第三次案の「重大な過失」の定義をきちんと具体化すべきである。例：手術時の患者取り間違い、カリウムの誤静注による死亡など。下記の による曖昧な定義では、医療関連死がすべて重大な過失と解釈される可能性があり、医師は安心して医療行為自体ができない。とくに大野事件の求刑根拠となった2番目の根拠はあらゆることに利用される可能性があり、この理論が通って有罪判決が出るようであれば、産科医療だけでなくすべての医療が崩壊する。

”重過失致死罪の記述に、「重過失とは、注意義務違反の程度が著しい場合を言う」、「わずかの注意を払うことにより結果の発生を容易に回避し得たのに、これを怠って結果を発生させた場合」とある。”

医療紛争等の経験

2医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

本文

拝啓、担当者殿。当委員会の目的は医療事故の原因究明と再発防止にあるものと信じます。それならば個人免責が一番最初に当然のものとしてあるべきです。場合によっては警察に通報、警察に資料を証拠として渡すなど論外です。誰が見ても違法な医療行為はこの委員会とは別に警察司法が関与するのは当然です。違法な医療行為は多くの場合患者や家族遺族が訴えることになるのはもともと施行する人間がうしろめたさを感じる違法行為だから当然です。そうではなく、この委員会は一般的な医師、法を遵守する普通の医師が通常の医療行為をしたのに予期せぬ事故がおこったときにその原因究明と再発防止をはかるためのものだと理解しています。ですから委員会の主要メンバーは毎日最前線の病院で働いている一般の医療関係者特に勤務医(大学で実験や研究ばかりして実際の臨床医療を行ってない教授などは論外)や看護師などを据えるべきです。医療関係以外の他の一般市民(いわゆる有識者や患者団体関係者)はあくまで補助メンバーないしオブザーバーとして考えるべきです。さもなければ、今でも進行している医療崩壊が決定的となり、国民の皆さんが急病にかかったと

-\$K5\_\$(k0e<T\$O\$3\$N9q\$+\$i>C\$(\$F\$7\$^\$\$\$^\$9!#

8医療機関管理者

40年代

医療紛争等の経験

1医療紛争の当事者になったことがある

本文

以下の事例を持ってしても医療トラブルへの刑事介入は果たして適切に行われるといえるのでしょうか？

「マスコミが報道しない京都大学脳死肺移植手術事件の一面」

京都大学大学院消化管外科

水野靖大

MRIC 2008年4月16日発行

[http://mric.tanaka.md/2008/04/16/\\_vol\\_46\\_1.html](http://mric.tanaka.md/2008/04/16/_vol_46_1.html)

平成20年3月13日、呼吸器外科医、心臓血管外科医、麻酔科医それぞれ1名が京都府警により業務上過失致死の疑いで京都地検に書類送検された(1)。このことは我々に強い衝撃を与えた。これまで医療に刑事司法が介入する正当性は、医療者側の自浄作用の欠如が背景と理解されてきた。しかし今回の事例では、医療者側も遅滞なく自主的に、真相解明から被害者との和解に至るまで尽力したにもかかわらず、刑事介入は回避されなかった。

ちなみに私は京都大学の消化器外科医であり、本移植とは無関係である。公表されている事実から、本事件を考察する。

事件の経過を以下に記す。

平成18年3月21日に脳死肺移植のドナーが発生(2)。同21日から22日にかけて、京都大学医学部付属病院で、肺の機能が著しく低下する肺リンパ脈管筋腫症を患った30歳の女性に対し、脳死肺移植が行われた(1)。同病院では5例目の脳死肺移植である(2)。手術は順調に経過したが、術後のCT検査でびまん性の脳浮腫が発生していることが判明。その後、集中治療室にて治療をつづけたが、広範な脳障害(全脳虚血)による意識不明の状態が続き(2)、平成18年10月24日永眠された(3)。

同病院では手術後まもなく関係者による危機管理会議を開催したが、重篤な転帰をたどるに至った原因がはっきりしないため、外部の専門家を含めた事例調査委員会を立ち上げて調査を開始。あわせて肺移植手術の自粛を決定した(2)。

平成18年10月10日、事例調査報告書が病院長に提出された。その中の「全脳虚血」に至った原因についての見解を、京都大学ニュースリリースより引用する。「全脳虚血発生の原因

は、一つには特定できないものの、大きく部分体外循環といえる状態での肺換気の停止による非酸素化血の頭蓋内への流入と、体外循環後半に発症した血圧低下、が複合的に関与した可能性が高く、さらに早期の復温や呼吸性アルカリ血症が脳虚血を助長した可能性があると考えられた。また、術中の患者管理に関する指揮命令系統や、診療科間での意思疎通、肺移植チーム全体としての総合力に改善すべき点があった。現に上記は、いずれも全身管理の責任者が不明確となった時間帯に発生しており、そのことが全脳虚血の早期発見の妨げになった可能性がある。」同病院は報告書の内容を患者ご家族に説明し、謝罪を行った。さらに報告書の「再発防止に向けた改善策の提言」を実践していくことを表明(4)。これについては、同病院心臓血管外科が平成18年12月26日から手術を自粛する事態にまで波及した(5)。また、同病院はこの件について川端警察署、左京保健所、京都府、京都市、近畿厚生局ならびに文部科学省への報告等も行っており(4)、その後、時期は不明であるが患者御家族との示談も成立したようである(6)。

にもかかわらず、今回の書類送検である。我々としては納得しようにもどうにも納得できないものがある。

医療事故への対応・解決に際し当事者が目指すものは、真相の究明、被害者救済、再発防止である。これらのうち真相の究明および再発防止を目指す手段としては本来、多様なアプローチが検討されてしかるべきであるが、平成12年以降は刑事処分に対処する事案が目立ってきた。たしかにこれまでは医療者側による自律的制裁処置も行われず、医療者に対する行政処分もそのほとんどが刑事処分の後追いに過ぎなかったため、事故の悪質性にもかかわらず刑事司法が介入せざるを得ないと考えられてきた(7)。であるとすれば、医療者側が必要十分な自律的制裁を行う場合は、一部の悪質な事例(隠蔽や故意やリピーターなど)を除き、刑事司法が介入する必要はないはずである。

今回、京都大学は早期から自主的に外部の専門家も交えて原因究明を行い、その結果を公表し、手術を自粛したうえで再発防止に尽力している。さらに患者御家族との和解も成立している。このような現状で、書類送検を行う理由はどこにも見当たらない。ところが実際には冒頭に述べたとおりの顛末となった。すなわち、医療者側による自主的かつ必要十分な処置の欠如を刑事司法の介入の根拠としていたこれまでの理屈は、誤りとせざるを得ない。今回の事件は図らずも、医療事故への刑事司法介入について、その正当性の主張をゆるがすものとなったといえよう。

1 asahi.com 2008年3月13日

2 京都大学—お知らせ/ニュースリリース 2006年5月2日

3 ヨミウリ・オンライン 2006年10月25日

4 京都大学—お知らせ/ニュースリリース 2006年10月12日

5 京都大学—お知らせ/ニュースリリース 2007年3月9日

6 毎日新聞 2008年3月14日 東京朝刊

7 日本医師会医療事故責任問題検討委員会：医療事故に対する刑事責任のあり方について

著者ご略歴

平成3年4月京都大学医学部入学、平成9年3月同卒業

平成10年田附興風会北野病院勤務

平成11年京都大学附属病院勤務

平成12年日赤和歌山医療センター勤務

平成18年京都大学大学院医学研究科消化管外科入学

専門は 腹部外科