

4. 氏名：

5. 所属：

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：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 |

(※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

段落(7)

医療機関の責任追及を目的としたものではないと謳われております。この調査委員会の存在自体はそうであらうと思われませんが、果たして検察、警察が独自に動いた場合に抑制する力はあるのでしょうか。先日(平成20年3月13日)も京都府警により業務上過失致死の疑いで呼吸器外科医、心臓血管外科医、麻酔科医が京都地検に書類送検されました(1)。このような事態をこの委員会はとどめる法的権限はあるのでしょうか。別紙3のような権限をこの委員会が憲法に照らしてみてもてるのでしょうか。

段落(10)

- ・ 調査チームのメンバーは臨床医を中心として校正されるとのことですが、臨床医の所属施設は単一の施設からでは意見に偏りが出ると思われます。最低3施設からなどの文言をいれるのはいかがでしょうか。
- ・ 調査チームは日常業務に著しく支障を来たすと思われます。業務に携わる時間に合わせて同等の給与保証はされるのでしょうか。賃金を払わない“ボランティア活動”としてでは結局、プロとしての活動が期待できないのではないのでしょうか。

段落(49)

- ・ 現時点において行政処分に関与する医道審議会に選任される人物の基準がよく分かりません。医道審議会の行政処分に対する役割を見直すとの文言はいいと思いますので具体的にどのような形にするのか、廃止するのかという具体的なところに踏み込んでいただきたいと思います。医師としてこの審議会に入っている方もどのように選ばれたのかよく理解できません。

最も重要な事は検察、警察と歩調をあわせて連名での宣言書としていただければ幸いです。またこの二次試案でも問題となっていたように、この委員会で集めた証拠などを都合のいいように刑事案件に利用されることが最も恐れられています。

現時点で英国、USA、カナダ、ペルー、コロンビア、タイランド、台湾、オーストラリア、スペイン、パキスタン、インドネシア、ナイジェリアなどの第一線の臨床医の友人達に意見を聞いても現在の刑事事件が乱発される日本の状況は異常であるとあきれられます。訴訟を仕事とされる方々や、市民団体の方に医療を食べ物にされると結局割りをくうのはまじめに働いている一般国民です。現時点では高価かつ質のいい病院は日本では成立していないのでいくら権力、財力があっても救急医療をうけられない状況になりつつあります。貧富の差を問わず日本での医療受給者は厳しい状況に直面しています。

9医師(管理者を除く)

40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

今回第3次試案を拝見し、第2次試案に対する反対意見を取り入れて改定を加えていただいたことにまず感謝申し上げます。

先日、長崎の講演会で佐原室長のお話を直接うかがう機会がございました。話を伺う限りでは、室長のお考えも、私の考えも同じで、「今の医療を何とか良くしたい」とのことだと思います。

では、現在の医療の一番の問題点は何なのでしょう？

それは、医師と患者の間の信頼関係が失われつつあることだと私は思っています。その原因は、様々でしょう。書き出せばあまりにも多すぎて本論から外れますので、ここでは記載いたしません。

そういう中で、この事故安全委員会がはたして、お互いの相互理解、信頼関係修復に役立つものになるといえるのでしょうか？私は、そうは思いません。むしろ、お互いの意見ばかりを言い合い、食い違いの溝を深め、対立をあおるものになるのではないかと危惧いたします。

今回の外来管理加算5分間ルールでもそうですが、「患者が3時間待ちの3分診療で満足しないのであれば、5分間診察をなささい。」とのことですが、根底の考えは、「患者さんを診察で満足させなさい」ということだと思いますが、5分診療したところで満足しない人は満足しませんし、1分でも満足する人は満足をするのです。それは、地域や社会を通じて医師が行ってきた活動を通じ、患者の信頼関係が成り立っているからこそできる技なのです。

医療関連死についても同様で、病院が地域医療に果たして来た長年の名声と、闘病生活での医師と患者、患者家族の共有する時間でお互いに満足のいく医療、死に方ができるのだと思っています。

甘えた言い方も知れませんが、医師に過失があっても、患者さんは許してくれる時もあります。

逆に、過失がなくても結果が悪ければ患者さんは許してくれないこともあります。

医療は、いろんな状況下でおこなわれ、結果がすべてかも知れませんが、もっとも大切なことは、その過程を築く上でのお互いの心の疎通だと思っています。

いつまでも、このような小手先の政策に時間を費やさず、根本から、人と人が信頼できる関係を作る社会を作る政策をご検討いただきたいと思います。

今、この国は、間違っています。このままでは、医療崩壊ではなく、社会崩壊し、日本国は消滅してしまいます。日本伝統の地域で人と人が信頼し、助け合って生きていける文化を復活させてください。

私は、この第3次試案に対し強く反対いたします。

9医師(管理者を除く)

30分¹

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

医療事故調の第三次試案に反対します。

第一線で働く者からすると、この試案が成立したら

リスクの高い診療行為、救急医療などには手を出さなくなります。

第一線の医療現場で働いたことがない医師や現場を知らない識者には到底理解できないでしょう。

現場の医師は声を上げる暇はありませんが、気付いてはいます。

医療事故調という名の医療紛争に巻き込まれるくらいなら立ち去る医者はさらに増えるでしょう。

4. 氏名： 横山裕司

5. 所属： 横山医院

6. 年齢： 5

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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

<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

- | |
|------------------------------------|
| 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

(8) 委員会はあくまで中立の立場をとるべきであり、厚労省や内閣府の下に置くのではなく、独立した第三者機関を設置すべきである。航空・鉄道事故調査委員会は、航空・鉄道の監督官庁である国土交通省に置かれていることの問題点が以前から指摘されている。同じ間違いを繰り返すべきではない。

(13) 委員会は事故の原因究明を目的とするものであるので、委員会のメンバーに医療関係者以外のもの、法律関係者や医療を受ける立場を代表するものを入れる必要はない。それらのものが入らなくても委員会は公正な調査、議論が可能である。逆に入ることによって専門的な議論が障害される可能性が高い。ただし医療関係者には、例えば厚労省、医療行政の関係者が入ることは差し支えないと考える。

(18) 届出は委員会そのものにすべきである。

(19) 医師法21条の異常死の届出の範囲については、現在多方面で指摘されているように、曲解されている。これについては犯罪関連の死亡を届けるという本来の法律の趣旨に直ちに直すべきである。委員会と医師法21条は二者択一の関係にあるものではない。

(30) 委員会は事故の原因究明に特化したものであり、遺族の感情への配慮等は当委員会の関知するものではない。

(39) 委員会は事故原因の究明に専念すべきであり、捜査機関に通知する判断を負わせることは、警察に審判機能を付加するようなものである。

医療紛争等の経験

3 医療紛争の経験なし

本文

【刑事処分について】

これが最も重大な問題である。刑事を背景としたものは可能 \forall 性を残すと必ずその方向性に向くと考えられる。なんらのミスがないと考えられるのに20回も事情聴取されたという最近の報道をご存知ないのであろうか。外科系、救急、小児科、産科などなど責任が生じそうな、すなわち絶対に医療が必要と思われる症例を扱うことから医療は逃避するようになるであろう。さらに、厚労省と警察・検察の間でなんらの意見交換がなされていないということに衝撃をうけている。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。福島的事件がいかにもひどいものであるか、よく吟味されたい。

【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。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、全く信用できない。

【医療安全調査委員会について】

現在喪失する事業が展開されているが、実際上いかに運用が難しいかを示している。また、その段階ですでに刑事介入の可能 \forall 性を示すものがあると仄聞する。非常な労力、人的資源を投入しても前提となる姿勢が「罰する」という姿勢があれば、もともとの目的からどんどん乖離したものとなること必定である。医学的・科学的な真相究明を目的とするのに法律関係者を入れるのは理解できない。さらにゆゆしきは医療を受ける立場を代表 \forall する者を入れるとすれば、純粹に不幸な転帰をとった症例から教訓を得るという立場ではなく、責任追及型のものになると予 \forall 想される。

9 医師(管理者を除く)

、40代[~]

111-②/2

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

白血病に対し骨髄移植は国際的な標準治療ですが、移植による死亡率(白血病死亡以外)10-20%は不可避です。

これが届け出対象になるとすると、もう移植はできなくなると、同僚と話しています。世界的のも、このようなところまで、届出の対象というのはきいたことがありません。いまのままだと、移植医療は崩壊すると思います。日本の医療行政は、世界中の笑いものになるでしょう。

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

問題として提出される案件は、状況が複雑な症例が多く、簡単な検討では済まないことが推測される。この場合、死因の究明は医療者の各専門分野の代表者が集まって、純粋に医学的見地から議論して結論が出されるべきで、法律や家族・一般人の感情は入ってはならない。すなわち、法律家や医療を受ける立場の者の代表者が参加すべきではないと考える。決して医療界の中で秘密裏に検証を行おうというものではなく、純粋に専門的な目で私情を挟まずに議論が行われるべきであるという意味である。医療の姿勢を正すには医療者自らが厳しい姿勢で望まなければならないのである。そのような制度を作らなければ医療者の姿勢を国民は評価しないし、信用もしない。

また、第三次試案に対しては、現状において警察・検察の公式見解は書かれていない。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ないと発言している関係者もいる。是非、警察・検察の考えも入れた試案を作成していただきたい。

現状のままの試案では賛成しかねる。

4. 氏名： 加藤欣士郎

5. 所属： 伊崎町整形外科

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： 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 |

厚労省第三次案へのパブリックコメント

結論として厚労省第三次案を基にした法制化に反対する。以下、その理由を述べる。

「医療事故調査委員会」の理念について

医療事故調査は「科学的案件」である。調査の目的は、事故の原因究明、再発防止、安全向上であり、延いては医学の進歩に寄与することにある。この目的を達成するためには事故調査は専門家のみで構成された委員会において、純粋に医学的観点からなされなければならない。ところが本案では調査チームに医療関係者以外に法律家や有識者を入れることになっている。極めて専門的で純粋に科学的な案件である医療事故の現場調査を専門的知識のない者が担当することはあり得ない。何故、調査チームに法律家や有識者を入れる発想になるのか。それは医療事故調査を「患者や司法に開かれたもの」としてアピールするための迎合策でしかない。このことだけでも本案は「医療事故調査委員会」の法制化のための素案としての資格をもたない。

何故こうなったか。その元凶は現在の医療を取り巻く司法の暴走にある。一つは最高裁の医師法21条の拡大解釈であり、もう一つは検察の業務上過失致死罪の乱用である。これらの呪縛から逃れるために、その隠れ蓑として「医療事故調査委員会」の創設が発案されたことが根本問題なのである。このため本案の目指す医療事故調査委員会は「法律的案件」となってしまった。実際本案では届出が制度化され、事故調査結果の刑事手続きおよび行政処分への利用が妨げられないことになっている。

医療事故が発生した場合、その原因究明は絶対になされなければならない。それは医学の進歩のためでもあり、患者家族の信頼回復に應えるためでもある。そのため院内に調査委員会の設置と充実が第一義である。そして第三者の調査委員会の創設も必須である。その委員会の理念は「科学的」であること、決して「法律的」であってはならない。

ここまでの厚労省の検討会での議論ではこの理念の構築がなされなかった。今一度、医療の現場の声を聞きながら、再検討すべきである。

「届出の範囲」について

そもそも厚労省の検討会は「診療行為関連死」を対象とした。医療事故は死亡事故のみならず、重度の障害あるいは軽度の障害であっても、その結果と診療行為の関連が不明の場合、医療者も患者もその原因究明を求める。また、原因究明されなければならない。本案では調査の対象が死亡のみに限定されている。これは本案が医師法21条の届出義務からの除外を目的とするための方策であるためであり、本案の事故調査が「科学的」ではなく「法律的」案件として成案されている事からくるものである。医療事故調査の目的が医学の進歩にあるとするならば調査の対象は死亡事故に限定すべきではない。

「行政処分」について

本案では調査結果をふまえて行政処分が課されることになっている。この行政処分は「業務停止を伴うよりも、再教育を重視した方向で実施する」としている。この文面だけをみれば確かに行政処分の在り方として正しい方向性である。しかしながら、現在も厚労省は医療事故の行政処分として厳しい医業停止処分を課せ続けている。本年2月に公表された医道審議会による行政処分では慈恵医大青戸病院の泌尿器科医は1年6月の医業停止処分が下された。昨年、業務上過失致死罪で禁固2年の判決が確定した結果を受けての処分である。慈恵医大病院の事故については事故の原因を泌尿器科医のみに求めることは適切でない、主因は大学病院の診療体制のシステムにあった。この経過は虎ノ門病院泌尿器科部長の小松秀樹氏の著書「医療崩壊」(朝日新聞社刊)で明解に述べられている。厚労省は片方で業務停止処分を厳しく断行し、他方で再教育を重視すると言う。厚労省の真意はいずれにあるのか。本当に医療事故のシステムエラーを改善するという観点に立つのであれば、

厚労省はこの事故調査委員会の創設よりも、行政処分についてそのあり方を検討し、構築することが先決の課題である。

「刑事手続きへの利用」について

本案では故意や重大な過失があった場合は捜査機関に通知される。また、重大な過失とは「標準的な医療行為から著しく逸脱した医療」とされている。しかし、この判断は極めて難しい。現在公判中の福島県大野県立病院事件では検察は産婦人科医の手術を「教科書の記載を逸脱した行為」として業務上過失致死罪を論告求刑している。この事件については産婦人科医が逮捕され、起訴されたこと自体に殆どの医療者が違和感をもった。さらに公判の中で明らかにされた診療行為についても医療者ならば産婦人科医に非を認めないし、検察が業務上過失致死罪を適応することの横暴を強く感じる。現実に重大な過失がない事例が業務上過失致死罪に問われているのである。

医療事故調査は医学的な案件である。調査は科学的に遂行されるべきである。決して司法手続きに利用されるべきではない。調査結果が捜査機関に通知されることが前提であれば、調査の段階で医療現場の当事者は真実を述べることに逡巡することもある。これは調査の情報収集を不十分なものとする危惧がある。科学的な原因究明にとっては致命的である。事故調査は捜査に連動しないことが担保されない限り、その目的は成立しない。

診療行為で生じた事故はシステムの中のエラーである。システムの中の個人に業務上過失致死罪を適応することの是非が問われるべきである。医療事故調査委員会を創設しても、現在の個人の責を追及する刑法の業務上過失致死罪が現存のままなら、重大な過失で起訴されるケースは後を絶たないであろう。また、司法に謙抑的な対応を期待することの保障もない。我が国が法治国家である以上、刑法の業務上過失致死罪そのものが検証されるべきである。事故調査委員会の創設をもって、業務上過失致死罪の適応を少なく出来ると樂觀してはならない。

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

5. 50代

7. 職業： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

9. 医師（管理者を除く）

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。)

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。

「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

この試案には現場の医師としては反対です。私は基幹病院で救急当直や病棟医長、指導医などを20年以上経験しました。(日本内科学会総合内科専門医、日本消化器病学会認定専門医、日本消化器病内視鏡学会指導医、日本肝臓学会肝臓専門医、日本人間ドック学会人間ドック認定医を持っております)医療崩壊させないようにがんばってきたつもりですが、諸事情でその現場は立ち去りました。現在のしくみもそうですが、この試案も、現場の医師の意欲に水を差すものとなっています。

特に、警察は医療安全調査委員会の意見を「尊重する」というのはあいまいな表現であり、結局医療安全調査委員会は、訴追の証拠集めに利用されるだけの可能性すらあります。要は、この試案では第二の大野病院事件を防げないということです。

国会答弁にあるように「法務省と厚労省は協議を行ったが、具体的な文書によるすりあわせはなかった」ということでは、はじめからすでにつまづいています。正当な精一杯、患者に尽くした業務遂行においても、常に刑事訴追と隣り合わせという状況を確実に改善できることが「明文化」されたものであることが、スタートラインです。このままでは医療安全調査委員会の存在価値はなく、学会のメーリングリストなどでも不支持の意見が多く、厚労省の「失敗政策」がまた増えることになりかねません。

8医療機関管理者

年齢 4 (40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

医療安全調査委員会の設置

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(特に弁護士や遺族の代表者等)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。最も有用なのは、メディエーターの配置とADRの充実だと考える。

目的を原因究明と再発予防といっているが、そうであれば匿名での報告にすべきである。調査委員会の報告書が後の裁判の資料として使われる可能性があるなら、誰も自分不利になるように報告するものはいない。

そもそも弁護士を入れていること自体、責任追及を目的としていると考えられる。

医療安全調に報告がなされることで、刑事訴追が減るという事は疑わしい。仮に減ったとしても、民事裁判が益々増加すると思われる。医療者と患者側がお互いに納得していても、医療安全調の報告により、問題点が指摘されたならば、後に患者側が不信感を抱くことになりかねない。そこで一番得をするのは弁護士である。日本では今後、弁護士数は増加していくが、彼らが医療裁判に積極的に介入していくのに本制度はうまく利用されかねない！

一番大切なのは、当事者間の円満な解決と、医療安全の確立である。本試案はまだまだ様々な問題点があり、到底納得できる内容ではない。刑事訴追は免れても民事が増えれば、我々医療者の精神的・肉体的・経済的負担は相当なものになる。少ない医師数で時間外労働をしながら多くの患者さんを診ている現状に、裁判まで関わる事になれば、我々はもう耐えられなくなる・・・

私達は、何も自分の利益のために発言しているのではありません。医学を志したからには、地域住民に貢献したい一心で頑張っているのです。国は、我々の意見に対して聞く耳を持ってください。抵抗勢力なんかじゃありません。我々が何も心配しないで患者さんのために最善の医療を提供できるような仕組みを早急に作ってください。このままでは確実に医療は崩壊します。

お願いします。

年齢 5 (50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

■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

- ・単純ミスは「重大な過失」か 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はない。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
- ・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
- ・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

■ 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

4. 氏名 :

5. 所属 : 野洲病院

6. 年齢 : (※下記より対応する番号をご記入ください。)

4. 40代

7. 職業 : (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<医療従事者>

9. 医師 (管理者を除く)

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。)

「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

今井秀一

■ はじめに

医療の進歩は多くの人に健康回復・増進をもたらしてきましたが、同時に、治療困難な事例や緊急事例が増加し、麻酔科医を含む医療現場の担い手は、社会構造や病院経営の変化に伴う様々な業務改善に揉まれながら、少ないヒト・モノ・時間のリソースをやりくりしています。

私は、手術前の説明に際して「麻酔科医は手術中に起こる様々な危険に備えて、血圧などを監視、人工呼吸や薬で身体の具合を調節、出血で血圧が下がった時など危険な状態では執刀医と一緒にになって改善する治療をしています」事を患者さん方にお話ししますが、往々にして麻酔＝危険な医療と誤解されている方が多く、また一般に知られていない診療を行なう事が多いため、その理解を得る事は容易でなく、行なう処置の必要性と危険性の説明をしているのが実情です。

しかし、医療に対する国民感情は、連続する医療事故報道の影響もあって、安心感から不信感へ変貌しつつあり、このままエスカレートしていくと「麻酔科医は安全を作り、患者さんと共同で安全と安心の構築を進める」を目指す気持ちが薄れていく懸念を抱きます。

診療行為に関連した死亡の原因究明を行なう委員会が創設された事は、報道や厚生労働省ホームページを通して存じておりました。しかし、委員会の目的が事故の当事者の処罰に重きを置いた取り締まりの視点で作られる印象があり、また必要とされる届け出範囲や対象が不明確なため、原案では医療を受ける側・行なう側の両者にとって、不安な存在になる懸念を抱いています。

しかし、私自身の問題として取り組んでいきたいと思っており、僭越ながら私見を述べさせていただきたいと思えます。

■ 厚生労働省案に対する意見

一番の問題は、「安全と安心を作っていく」という発想で事故調査委員会の制度設計を考えられていない事だと思います。

安全は人や共同体（家族、地域）に被害が及ばない、または人・組織・公共の所有物に損害がない状況で客観的に判断されるのに対して、安心は、何かイベントが起こっても予測の範囲内かつ受容できる状況という各個人の主観で判断されるものと思います。

そこには、互いの信頼関係がなければ安全確保や相手を安心させることは困難で、医療の現状を啓蒙する事が必要だと思います。（たとえば、「死」の問題、人工呼吸器中止などの終末期問題）

さらに、民事・刑事を問わず決着した裁判事案について問題点や対応策を検討・公表し、再発防止につながるようなフィードバックが必要で、取り締まるという観点でなく、誰が悪いよりも「何が悪い?」「どうすればよい」への発想の転換が必要と考えます。

■ 私案

- a. 委員会の目的：死亡ないし恒久的傷害を残した医療事故の原因究明
 1. 届け出の範囲
 - ア. 死亡ないし恒久的傷害を残した事例全てを対象とする。
 - イ. 想定外・不可抗力の事例も含まれる。
- b. 業務範囲
 1. 医療機関への事故直後の対応支援
 2. 事故の原因究明、問題点や対策検討：公表（重過失事例は告発など）
 3. 事故被害者のフォロー
- c. 委員会の構成（*どこから行政が関与するかは検討課題）
 1. 地区委員会（地域の設定は検討項目）の構成

医師（関係学会専門医）、看護師、弁護士（医療事故被害者を主として担当）

* 医師委員は2名以上で事案ごとに指名されるが、事故対応を二次的に学ぶ意味から少なくとも1名は無作為に選ばれた専門医とする。
 2. 中央委員会（可能なら2～3ヶ所設定）の構成
 - ア. 医師（学会指名の事故専従委員）
 - イ. 看護師（安全対策専従委員）
 - ウ. 弁護士（ADRセンターなど）
- d. 医療事故発生後の業務フロー
 1. 当該医療機関：（死亡、重大事故）直後の対応
 - ア. 患者さんの原状回復（救命処置など）
 - イ. 検証に向けて：現場や記録、カルテの保存、関係者の特定
 - ウ. 医療機関内で当面の対応方針の確認
 2. 数日以内に地区委員会へ連絡し、以後は地区委員会の指示で行動（必要なら地区委員会が対応スキーム作成）
 3. 概ね2週間以内に地区委員会主催で予備調査委員会を開催し事案の把握（少なくとも初回は当該医療機関で行なう）
 4. 地区委員会で調査委員会を開催；患者さんまたは代理人も出席し審議を傍聴していただく

* 6ヶ月以内に結論をまとめ中央委員会へ報告し、悪意を持って行われた事例は刑事告発
 5. 中央委員会で事案の再審査し、結論を患者さんまたは家族に説明する

- ア. 納得が得られない場合は民事裁判。
- イ. 個人情報削除し各事案概要や検討した対応策を公表。
- ウ. 年度ごとの集計結果を各学会や関係部門に送付。

e. 検討組織

1. 医療機関の労働環境などシステム問題については、行政と連携した別組織による検討を行なう。
2. 重大事故の被害者（家族）に対して地区委員会の相談員（看護師？）がメディエーターとして相談を受ける。（事故発生早期から対応）
当該医療機関職員も同席して相談にあたる事が望ましい。
（理想は院内メディエーターが対応）
3. 委員会の相談員は調査委員会メンバーに入る事が望ましい。
4. 事故報告書で「悪意がない」と判定された事故事例は刑事告発しない
うえ、再教育を重点に置いた行政処分を勧告する

f. その他の検討課題

1. 医療事故に遭遇した実務担当者（必ずしも加害者とは云えない）へのフォローも必要である。
2. 制度設計する上で医療評価機構との関係を明確にする

■ 終わりに

一番大事な点は医療側が自ら問題を解決していくのだという姿勢を見せ、実行していく事だろうと思います。

結論を急ぐ必要があろうと思いつつ、医療の根幹に関わる問題が多く、かつ数多くの職種や部門との調整を考えると1年くらいの討議（国および各学会内）が必要だと思います。

タウンミーティングなど一般からの公聴会も必要と考えます。

以上です。

4. 氏名： 大谷英祥

5. 所属： 深谷赤十字病院

6. 年齢： 6

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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

<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

【捜査機関への通知】(39)(40)について

医療事故に関しては、何より真相究明と再発防止に力点を置くべきであり、そのためには、「患者安全のための世界協調 有害事象の報告とそれに学ぶシステムについての WHO ガイドライン草案」に有るような7つの条件が必要と思われまます。

以下に7つの条件を示します。

7つの条件

1 Non-punitive

報告者や関係者が、報告の結果、処罰を受ける恐れを持たないようにすべきである。

2 Confidential

患者、報告者、病院の個別情報は決して明かされてはならない。

3 Independent

報告制度は、処罰権限を持つ当局から独立していなければならない。

4 Expert analysis

報告は、医療がおかれた環境を熟知し、背後にあるシステムの問題を理解できるよう訓練された専門家によって分析されなければならない。

5 Timely

報告は即座に分析され、勧告は迅速に関係機関に周知されなければならない。特に、重大なリスクが発見されたときは迅速性が重要である。

6 Systems-oriented

勧告は、個人の能力ではなく、システム、プロセス、最終結果がどのように変えられるかに焦点をあてるべきである。

7 Responsive

報告を受けた機関は勧告を周知させる能力がないといけない。周知された関係機関は勧告の実現を責務としなければならない。

このような観点から、故意または重大な過失、悪質な事例についてであろうと捜査機関に通知するのであれば、真相究明に繋がらないと考えます。また、事故調査委員会が捜査機関に通知するには及ばないと結論した事例についても、捜査機関の独自の判断で捜査できるのであれば、委員会の存在意義がありません。委員会を立ち上げるのであれば、刑事訴訟法の改定まで視野に入れ、委員会からの報告がない事例については刑事免責が保証されるべきであろうと考えます。

医師にとって不幸な結果に終わったとき、仕事の上での敗北感だけでなく、刑事罰まで心配しなければならないのであれば、リスクのある領域の医療そのものが崩壊します。

(※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

2 頁-9 頁 医療安全調査委員会（仮称）について [段落番号(6)～(40)] の記述からは、相当大きな組織を創設することになり、巨額の予算が必要になると予想されますが、日本国家の財政状況を鑑みるに、予算の確保は現実的ではないと考えます。私は、代案として、医療安全調査委員会（仮称）を創設せず、財団法人日本医療機能評価機構による、医療事故等調査事業と、裁判外紛争解決（ADR）機関を活用することを、パブリックコメントとして提案します。

9 頁【捜査機関への通知】[段落番号(39)(40)] は、たとえ対象を限定されたとしても、05 年 WHO により公表された「World Alliance for Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems（患者安全のための世界協調 有害事象の報告とそれに学ぶシステムについての WHO ガイドライン草案）第 6 章に提示されている、報告制度を成功に導くための 7 つの条件の 1、Non-punitive（報告者や関係者が、報告の結果、処罰を受ける恐れを持たないようにすべきである）に明らかに矛盾していると考えます。

この記述を残したままでは、医療安全調査委員会（仮称）への届出が、医療事故の原因究明・再発防止に役立たないことは明白であると考えます。

従って、医療安全調査委員会（仮称）を制度化するならば、9 頁【捜査機関への通知】[段落番号(39)(40)] の記載を削除することを、パブリックコメントとして提案します。

<参考>

World Alliance for Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems（患者安全のための世界協調 有害事象の報告とそれに学ぶシステムについての WHO ガイドライン草案）

http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

第 6 章

7 つの条件

1 Non-punitive

報告者や関係者が、報告の結果、処罰を受ける恐れを持たないようにすべきである。

2 Confidential

患者、報告者、病院の個別情報は決して明かされてはならない。

3 Independent

報告制度は、処罰権限を持つ当局から独立していなければならない。

4 Expert analysis

報告は、医療がおかれた環境を熟知し、背後にあるシステムの問題を理解できるように訓練された専門家によって分析されなければならない。

5 Timely

報告は即座に分析され、勧告は迅速に関係機関に周知されなければならない。特に、重大なリスクが発見されたときは迅速性が重要である。

6 Systems-oriented

勧告は、個人の能力ではなく、システム、プロセス、最終結果がどのように変えられるかに焦点をあてるべきである。

7 Responsive

報告を受けた機関は勧告を周知させる能力がないといけない。周知された関係機関は勧告の実現を責務としなければならない。

4. 氏名 :

5. 所属 :

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 : 1 (※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 |

(※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

(8)

委員会の設置場所について委員会は独立した第三者機関として、利害のかかわりにくいところに置くべきである。厚生労働省に係わる議員・官僚らの中に医療に直接係わる者や医療関係者と利害を同じくする者がかなり存在する。本件の第二次試案取りまとめ後から第三次試案が示されるまでの間に診療報酬改定などがあったが、日本医師会の介入などによって、開業医と勤務医の格差を是正しようとしていたのを妨害されるなど、悪影響がでている。本件の第三次試案でもどう考えても医療関係者に有利と考えざるを得ない部分が数多くあった。このようなところに委員会を置く事は危険極まりない。また、国に勧告する再発防止策に実効性を持たせるためにも独立した第三者機関とする必要がある。

(20)

「誤った医療行為に起因して」「その行った医療に起因すると疑われる」という部分だが、逆にデータの見逃しなどで何もしなかったり治療が遅れた、つまりある時点で適切な医療行為を受けられれば助かった事例も数多くあり、これらも範囲に含めるべきである。

(21)

医療安全管理の責任者と委員会への届出を行う者は同一である必要はなく、むしろ「誰の目から見ても明らかに届出に該当しない」と判断できない限り、誰でも通報できる形をとるべきである。複数の目から判断する事、複数の連絡手段を持つ事は危機管理の方法としては常識である。内部告発により、闇に葬り去られようとしていた医療事故が明るみに出たケースがいくつもある。

届出の判断を一人の良心に委ねることは非常に危険だ。都合の悪い事を隠したくなるのは人間の心理として十分にありうることであり、まして届出の判断をする者と事故が発生した時、多少に係わらず責任を負わなければならない医療安全管理の責任者が同じであれば、隠蔽に走る事は十分に予測できる。

都立広尾病院の医療訴訟を思い出していただきたい。関係者で唯一責任を認めず争い続けたのは院長である。

(22)

行政処分に該当する事例のうち、故意に届出を怠った場合と虚偽の届出を行った場合の2つは体制の不備(瑕疵)ではなく、故意に隠蔽を謀ったのであるから、明らか

に組織的な犯罪行為である。犯罪には刑罰を用いるべきである。この場合、関係した個人と医療機関の両方に対して刑罰を課す必要がある。

医療事故隠しは組織ぐるみで行われることが多いが、医療従事者個人への処罰はあっても、組織全体への処罰は聞いたことがない。組織的な犯罪行為を野放しにしてきた事こそが、今日の医療事故隠しが横行する状況を作り出している最大の原因だ。

また、届出義務違反の規定には抜け穴があり、故意に隠蔽した場合は行政処分が下される（第三次試案のとおりなら）が、もともと記録していなかったり、故意に届出を遅延したり、判断を著しく誤り届出を不要とした場合は規定がない。つまり著しく常識を外れた独自の基準をもって「届出の準備に時間がかかった」「届出を不要と思い込んだ」という理屈を持ち出す場合が考えられ、これらにも刑罰を課すべきである。

時津風部屋力士の暴行致死事件直後の検死結果が誤ったものだったことや、宇和島徳洲会病院の腎臓移植の基準が著しく常識から外れていたことを見れば、十分にありうることである。

(25)

遺族に代わって医療機関が届出を行う場合、調査依頼を受理したときの報告を医療機関にではなく、遺族に直接行う必要がある。届出した事を装い時間稼ぎをして委員会からの指示と称して遺体を埋葬に追い込むなど証拠が少なくなるよう仕向ける可能性がある。いくら証拠隠滅が処罰の対象となっても、医療事故の証拠を消されては、医療事故の再発防止という本来の目的が果たせなくなる。

(26)

広報は国だけでなく医療機関自身にも義務を課すべきである。自浄作用を医療機関に期待するなら、手始めに広報ぐらいはさせるべきである。

(27) ⑤

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事は強制されない事について、まず真相究明の障害になる事、次に委員会が個人の責任追及を主目的としないならば、質問に答える事は基本的に個人の不利益になる事はないはずで、個人の権利を考慮する必要はない。質問に答える事を強制すべきである

(35)

院内に事故調査委員会を作る場合、宇和島徳洲会病院の病気腎移植の調査委員会で、徳洲会関係者が多数を占めたために委員会が開かれても公平・中立な議論が出来ないとして、外部委員の多くが欠席する事態にまで追い込まれたという近代の悪例を繰り返さないために委員構成等の厳格な監視（利害関係者がいないか、外部の委員や患者代表が過半数か等）のもとに行わせ、不穏な動きがあった場合、即座に病院内の事故調査委員会の活動を停止させるように規定しておく必要がある。ただでさえ風通

しの悪い医療機関という組織の中にさらに院内事故調査委員会という組織を作って関係者が集まれば、隠蔽・攪乱に走る可能性が大きくなるだけである。医療関係者の自浄作用や、誠意を期待する気持ちは分からなくもないが、既にそれを持ち合わせているなら、厚生労働省を中心として、医療事故調査委員会を作る必要などそもそもないはずである。今までに医療関係者の誠意なき行為によってどれだけ防げたはずの医療過誤が繰り返されたか、その真実が闇に葬られそうになったか、遺族が何重もの悲しみ、苦しみを味わわされたか改めて考えていただきたい。

(37)

中央委員会の対応として調査を通じて得られた情報を元に医療事故の再発防止、いわば負の部分はなくす提言が医療機関向けに行われるが、全国の先進事例（経営方法や組織のあり方、技術習得、地域連携など）いわばプラスに引き上げる情報を併せて収集、発信していただけないか。システムエラーの裏側にはムリ、ムダ、ムラが多く、そのしわ寄せが一部の医療従事者を酷使し、さらに医療事故につながるといった悪循環があることも確かで、ごく一部を修正した所で、根本的な解決に至らない可能性もある。全体を細部に至るまで総点検し、良い事例を取り入れていけば余裕が生まれて、必要な部分に人材や資金を投入できる。厚生労働省や日本医療機能評価機構とも連携して先進事例をベースにした経営指導を行ったり、必要な法改正を出せばある程度は可能な事であります。

(42)

医療機関内に医療事故の際、患者・家族へのサポートを行う人材の配置を行うため、その育成を図るのは良いが、医療機関のやり方によっては、その人材に権限を与えず、単なるクレーム処理係として利用し、改善の提案や、患者の意見を集約したものを吸い上げないといったことが考えられる。人材を配置する際は、医療機関とは独立した権限を付与することが必要である。患者のサポート役と医療機関の業務監査を兼任させれば、医療事故隠しもいくらかは防ぐ事もできる。

(45)

遺族、患者にとって訴訟経過や結果が公表されることは必ずしも悪い事ではない。また委員会が死亡事故のみを対象とし、それ以外は裁判外紛争解決を「制度」として活用し解決を図ると言うのであれば、組織、調査体制、法律の整備、処分規定などを整備しなければ、訴訟に代わる解決方法とは成り得ず、結果、訴訟を減らす事はできない。制度の前提条件を整備することなく意見交換や協力でどうにかしようと言っていること自体、医療事故を減らし、不幸な人を一人でも少なくするという意思が全くない証拠だ。医療事故の責任をうやむやにして利益を得るのは医療関係者やそれに媚びを売る者である。

(48) ①

医療事故≡システムエラーという構図が試案中に書かれている割にシステムエラーに対する改善策が計画書の提出だけというのはお粗末過ぎないだろうか。書類上と実態とはかけ離れている事が多い。書類にはどんな事でも書けてしまう。書類提出後、計画が確実に実行されているか抜き打ち検査も不可欠である。

(48) ②

個人の注意義務違反の場合の再教育について、再教育の内容は全く触れられていない。現在の医師の再教育制度は2日間の講演という「形式的」以下の代物である。再教育の時間が長ければよいと言うものでもないが、せめて違反した範囲の技術、文書の再試験を行うなどのスキルの確認は必要ではないか。再教育の具体的な内容の試案を公表し、評価してもらう事が必要だ。

4. 氏名： _____

5. 所属： 東京大学医学部附属病院 _____

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： 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

(39)(40)の医療事故と刑事責任の関係についてであります。過失に刑事責任が伴うことに断固反対します。故意の医療事故に刑事罰を科すことに異論はありませんが、善意の行為に対して、たとえ過失があったとしても、刑事罰を科すことは納得いきません。よきサマリア人の法を日本の医療に適応するべきだと考えます。

別紙3の「捜査機関との関係について」に関してですが、「以下のようになる」と記載されていますが、いずれも単なる希望的観測に過ぎず、他の省庁との文書による明確な取り決めがないため、いずれの希望的観測も全く信用できません。現在の第三次試案のシステムでは、医療事故被害者が捜査機関に直接捜査の依頼を行った場合には刑事事件化する点で現在となら変わりがないと考えられますので、厚生労働省が医療崩壊を本気で食い止めたいと考えているのであれば、政治家や他の省庁と議論の上、刑法や刑事訴訟法の改正（医療行為の刑事免責）を検討しなければならないと思います。また医療安全調査委員会での調査報告書が捜査機関における捜査資料になりうるということに関しては、医療関係者の黙秘権との整合性が取れず、自分に不利になりそうな証言は控えられる傾向が生じることが予想され真相究明の妨げになると考えられます。航空界でも同様の問題が日本でのみ生じているようですが、真相究明に重きをおくのであれば、証言を裁判資料に流用させないシステムが必要と考えます。

医療専門家による死因究明の第三者機関の存在自体は必要と考えますが、医療崩壊を食い止めるために、厚生労働省としてすべきことは他にも存在すると考えます。一つは、違法な労働環境にある医療従事者を守ること。労働基準法を遵守させて下さい。次に、一般国民（マスコミ・司法関係者も含む）に医療の不確実性・医療崩壊の現実・高い質と良いアクセスの医療を維持するには莫大なお金がかかることを啓蒙すること。そして、医療従事者の過重労働を解消するために必要となる莫大な医療費を確保すること、つまり医療費抑制政策の転換を進言すること。

医療崩壊は加速的に進行しています。厚生労働省が医療崩壊を食い止めたいと真に願うのであれば、第三次試案以降の議論も含め、上記課題を真剣に検討していただきたいと思います。

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

私は、第3次試案に反対します。

■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
- ・単純ミスは「重大な過失」か 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→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、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持っているが(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
- ・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
- ・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・エムスリー一聞き手・橋本佳子 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

9医師(管理者を除く)

、60代¹

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

医療安全調査委員会(仮称)について

第三次試案には、改善すべきところがたくさんあります。原因究明・再発防止のためであるならば、刑事に限らず、民事訴訟へも流用できないよう明示すべきです。そしてなにより一番大きな欠点は、この試案では刑事告訴の可能²性が放置されており、警察・検察の独断専行を全く防ぐことができないことです。もし刑事訴訟へ流用されるおそれありと思えば事故情報の開示は不³十分になる可能²性があり、原因究明・再発防止の目的が⁴十分に達成できなくなると思います。逆に原因究明・再発防止のためにと⁵思って刑事訴訟を想像せずに資料を提出した後、刑事訴訟になったら、刑法で認められている黙秘権などの権利を行使することができず、正直者が馬鹿を見るところになると⁶思います。正直者が馬鹿を見るところというのは公権力による詐欺⁷のようなもので、も⁸っとも避けるべき事態であると思います。

医療安全調査委員会(仮称)の資料は刑事に限らず、民事訴訟へも流用できないよう明示すべきです。

4. 氏名：温泉川 梅代

5. 所属：院長

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：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 |

死因究明・再発防止等の在り方に関する第三次試案

婦人科科の1開業医として、第三次案に反対します。

産科として分娩に関与していませんが、日常の外來診療でもヒヤリ、ハッとを感じる事はあります。

しかし、私だけでなく、ほとんどの医師は、患者さんに危害を加えようとなんか、微塵も思わず、懸命に医療をしています。

それでも、思いもしない事故に会いそうになるのは、患者さんの個体差や日々の体調の変化、医師側の思い込みや体調、などなど人間、生物の不思議さではないでしょうか。器械のように、どれも寸分変わらないような、、、とはいかないのが、人間の体と思います。

産婦人科になり36年、開業して26年になりますが、医療訴訟になること過ぎてきたのは、運が良かっただけの様に思います。

勤務医のころ、分娩を扱っていた頃、弛緩性出血があれば、患者さんより自分のほうが青くなりそうになりながら、看護婦さんに指示をします。

もしなにかあれば、今なら刑事事件。考えただけで、ぞっとします。

日医の には、けっして刑事事件にはならない、と言われていますが、本当でしょうか。

以前の看護師内診問題。それまで医師法のもの、うまく活用されて問題の無かったものが、厚生省看護科の1課長通達によって、補助看護法によってひっくりかえされてしまいました。

そのような例があるにもかかわらず、まだまだ反対の多いこの三次案と性急にきめてしまおうとする、厚生省、日医に疑問を感じます。

刑事事件になる要素を残している限り、医師は萎縮し、医療は疲弊し、結局被害を受けるのは患者である国民です。

性急な妥協で法律は作られてはなりません。1度できたものは完璧に近いものでないといけません。まだまだ4次、5次案と考えるべきと、思います。

8医療機関管理者

、50付

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

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。

行政処分について

医師法においてすでに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。

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、具体的事案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。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。

「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。

4. 氏名： 中尾 浩久

5. 所属： 中尾クリニック

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： 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： 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

厚労省第3次試案担当者御貴下

私は、厚労省3次試案が、刑事訴訟や民事訴訟の増加につながり、現在の医療崩壊をさらに進める可能性が高いため、このままの国会上程に反対し、さらに議論検討することをお願い申し上げます。

理由

1. 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。

2. 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。

3. 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。

4. 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。このことは橋本岳氏や岡本氏の国会質問に対する答弁でも明らかです。

5. 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。

6. 調査委員会で改善の余地ありとしただけで、患者側の弁護士がその点を取り上げ、民事訴訟に訴えていく可能性が高い。

9 医師(管理者を除く)

医療紛争等の経験

3 医療紛争の経験なし

本文

医療安全調査委員会の第三次試案を、医師の皆さんは調査委員会の結論が出るまでは警察の捜査がストップされると、期待してはおられないでしょうか。そうお考えになるのも当然だと思います。第三次試案を読めば、そのように受け取れる記述があり、また日本医師会もそのような説明を会員にしているからです。ところが、そのような期待は医師側の勝手な解釈であることが、先日の国会質疑で明らかになりました。警察はたとえ調査機関の通知がなくても捜査することを、刑事局長が明言したのです。この答弁で、第三次試案には警察の捜査をストップさせるような法的根拠がまったくない事実を、私たちは突き付けられました。

国会質疑の模様をご紹介しながら、今浮かび上がっている問題点を述べてみたいと思います。

4月22日、決算行政監視委員会第四分科会において、衆議院議員で「医療現場の危機打開と再建をめざす国会議員連盟」に参加している橋本岳議員が、第三次試案について国会質疑を行いました。その内容はインターネット上の録画

(http://www.shugiintv.go.jp/jp/wmpdyna.aspx?deli_id=39012&media_type=wn&lang=j&spkid=11744&time=02:39:37.1)で見ることができます。

質疑の相手は、法務省・警察庁の局長であり、主な論点は、厚労省と警察庁あるいは法務省の間で交わされた「文書」の有無です。なぜ文書の有無が論点になったか。それは、第三次試案の記載だけでは、医師が法的に守られるのかどうか分かりにくく、調査委員会の結論が出るまで警察の捜査がストップされるということが文書で示されているかどうかを、省庁間の明らかな合意を明らかにするのが目的でした。

橋本議員はまず、4月3日の日経メディカルオンラインの記事

(<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/200804/505980.html>)に、「法務局や検察庁などからは、この案の公表※について了解する旨の覚え書きを得ている」との記載があったことを基に、省庁間で交わされた文書の有無を確認しました。すると法務省・警察庁は、この第三次試案について一切の文書を取り交わしたことがないと回答しました。

この記事内容そのものは記者会見場での出来事で、私たち現場医師に事の詳細を知ることにはできませんし、大した問題ではありませんが、この答弁自体は非常に重要だと考えられます。実はこれまで「文書」の存在を匂わせ、警察の捜査がストップされるような両省の合意があると受け止められる記事が、日本医師会より何度か出されていたからです。

たとえば、日医ニュース第1117号(平成20年3月20日号)の中で木下勝之・日本医師会常任理事の名前で出された「刑事訴追からの不安を取り除くための取り組み ―※その4― ※新しい死因究明制度に反対する意見に対して―※」と題する記事の中に、文書の存在を示唆する「明文化」「明記」という言葉が2度出てきます。

1カ所目は、質問2の回答部分です。原文では「一方、委員会の判断に基づき警察に通知が行なわれない事例に関しては、訓告結果が調査報告書として遺族に渡って、遺族が警察へ行き刑事罰を主張しても、捜査機関は、調査委員会の医学的な判断を尊重して、原則として捜

査を開始しないことが明文化されています」となっています。

2カ所目は、質問3、4に対する回答部分で「繰り返すまでも無く、医療関係者を中心とする調査委員会から捜査機関へ通知される事例は、極めて限定的な「重大な過失」事例だけであり、通知されない事案には、原則として捜査機関は関与しないことが明記されている」と記載された部分です。

このニュースを読んだ医師らは、「厚労省は法務省・警察庁との間で、調査委員会の通知なしには刑事捜査を開始しないという内容の合意の文書なり覚書を作成した」と受け取ります。しかし、このたび法務省と警察庁は合意文書の存在をきっぱり否定したのですから、上記は医師の勝手な希望的観測に過ぎなかったことになってしまいました。

また木下理事は日本医事新報No.4381(2008年4月12日)p11の記事で「故意に準じる重大な過失、隠蔽、改竄、リピーター以外は捜査機関に提出されず、それ以外の報告書も刑事処分には利用しないことを警察庁、法務省も了解済みであることを説明」と明記し、日本医事新報No.4381(2008年4月12日)p12-15においては「報告書は遺族に返すので民事訴訟への使用を制限するのは難しいが、刑事処分には持っていけないことを警視庁、法務省も了解している」と説明しています。これらは、前述した警察庁の答弁とはまったく合致しません。

木下理事の説明は客観的には誤りであると言わざるを得ませんが、これは医師会の責任なのでしょうか。まさか、医師会が意図的に会員医師らを欺くとは思えず、医師会が厚労省から虚偽の説明を受けて、誤解してしまったとしか考えられません。つまり医師会は騙されたのではないのでしょうか。医師会は特に法的な問題点に関して説明を受ける立場にありますが、法務省・警察庁から説明を日医は受けてきたのでしょうか？受けていなければ、関係省庁との調整を行う厚労省の怠慢、いや欺く罔だと言ってもいいでしょう。

そもそも、仮に第三次試案の別紙3「捜査機関との関係について」が法務省・警察庁との合意に基づいて発表されたものであるとしても、その内容は実のところ「遺族から告訴があった場合には、警察は捜査に着手することとなる」(別紙3問2の答え)わけで、現状と何も変わらないことを明記してあるだけです。22日の国会質疑においても警察庁米田刑事局長は「遺族の方々には訴える権利があり、警察としては捜査する責務があり、捜査せざるを得ない」(委員会が通知に及ばないという結論を出した場合にでも)個別の事件の判断で遺族の方々の意思というものがもちろんあるから、捜査するしないについては言及できない」旨の答弁を行っています。つまり別紙3は医師に過剰な期待を抱かせるべく、形式上「文書」にしてあるに過ぎません。

厚労省は「文書がある」と日医には嘘をついてきたはずだと思うのです。だから冒頭の日経メディカル記事の記者会見でわからないなりに「文書」「覚書」なりとにかくそれ風のことを嘘ではないけれどいわねばならなかったのだと思います。さすがに嘘は言わなかったでしょう。しかし勘違いさせることのできる言葉を並べたはずで、言いもしないことが、メモされるはずがないのです。報じられたことそのものよりも重大であったのは現場医師にとって「厚労省は誠意がない」と心から確信できる事実そのものだったと私は考えています。

医療安全委員会に関わる関係省庁は厚労省だけではありません。次回試案からは、法務省・検察庁に加えて、日医も入った形での試案作りをすべきではないでしょうか。でなければ、今後も同様のこと、つまり日医や医師が騙されるような事態が起きる可能性が否定できず、あまりにも危険すぎて論議の対象にさえできません。

医療安全委員会をその理念どおり運用するためには、刑法を改正または特別法を制定して、医療過誤に関する業務上過失致死傷罪[刑法211条1項]を親告罪にするとともに、刑事訴訟法を改正または特別法を制定し、医療過誤案件に関しては、医療安全調査委員会の「刑事手続き相当」の意見がない限り、捜査機関は捜査に着手できず、また検察官は起訴できないようにすることが必要です。法務省・検察庁の協力をオブザーバー程度で終わらせないようにするためにも、また厚労省が「自らの権限拡大を狙っている」と勘繰られないためにも、三者の間で協議をより密におこなうことが課題であると考えられます。

同様に、民事訴訟の乱発抑制のためには、民事訴訟法を改正または特別法を制定して、医療過誤案件に関しては、訴訟提起前に裁判所の民事調停ないし認定ADRの手続きを経ることを義務化し、そこでは医療安全調査委員会の報告書をもとに紛争解決を図るものとするなど、法的な対策を講じていただきたいと考えております。

4. 氏名： 福田 悟

5. 所属： 帝京大学医学部麻醉科学講座

6. 年齢： 5

- | | | | |
|----------|--------|--------|----------|
| 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

<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

- | |
|------------------------------------|
| 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

医療安全調査委員会を設置し、医療事故の原因を究明しそれを再発防止に役立て安全な医療を確保することは極めて重要なことと考えます。

しかし、現時点での案に関しては以下の点で議論がしつくされていない点で改善されることを望みます。従来 of 厚生省から出され法案化された制度（新臨床研修医制度、年金、後期高齢者医療制度など）を見てもいずれも議論が不十分なまま法令化され種々の社会的問題を引き起こしていることもあり、一端、法案が通れば取り返しのないことも考えられ、今回の試案に関しても急ぐことなく慎重かつ十分な討議が必要と考えます。

1. 大野の産婦人科医の例にあるように、誠意を尽くして医療に従事したものが刑事訴追された事を考えると、この委員会と警察との関係がどうなっているかが問題になるのではないのでしょうか。この委員会で述べた言動・記録が警察にそのまま利用されるかどうか？警察庁と話し合いがなされているのかどうか別紙3にはその記載がありません。また、警察がこの機関と独立に動くとするれば、2-(27)にあるように医師は委員会での発言を控えるでしょうし、そうなれば委員会の目的である原因を明らかにしその再発防止に役立てることは難しいことになるでしょう。
2. 2-(8)にあるように、機関の設置箇所に関しては厚生省以外の場所に設置すべきであり、厚生省の管轄からは切り離してもうけるべきであると思います。
3. 2-(20)での届け出で義務の届け出で範囲について、②“誤った医療を行ったことは明らかでないが、行った医療に起因して、患者が死亡した事案”とありますが、それが合併症かどうか判断のつかないことも多々あるのではないかと、また、遺族からのこの委員会への依頼（2-(25)）を考えると、いったい年間どのくらいの症例が検討されるのか不明であります。ただでさえ、法医学の医師をはじめとした解剖担当医の業務が過重になるおそれがあるのではないかと危惧されます。この試案が法令化される前に、どの程度の症例があげられるかを全国の実際の病院で調査し試算してみることは必要と考えます。

4 氏名 :

5 所属 :

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 : 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 |

(※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

私は、地方の公立病院に勤務する小児科医師で、第3次試案に反対です。

反対の理由は、第3次試案が、世界保健機関 WHO の患者安全ガイドライン案と全く異なっており、世界標準とかけ離れた案だからです。WHO のガイドライン案(2005年)は以下に掲載されています。

「World Alliance for Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems (患者安全のための世界協調 有害事象の報告とそれに学ぶシステムについての WHO ガイドライン案)」

http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

WHOガイドライン案の第6章には医療安全システムの調査委員会がきちんと成立するための7つの条件が示されていますので、以下に7つの条件を引用します。

- (1) Non-punitive : 報告によって自分や他人が処罰や報復を受けるという恐れを、報告者が持たないようにする。
- (2) Confidential : 患者、報告者、医療機関の個別情報は絶対に明らかにしない。
- (3) Independent : 報告システムは、報告者や医療機関の処罰権限を持つ当局から独立している。
- (4) Expert analysis : 医療環境を理解し、根底にあるシステム上の原因まで認識できるように訓練された専門家が、報告を分析する。
- (5) Timely : 報告は速やかに分析し、勧告は速やかに関係機関に周知する。特に、重大な有害事象の時は迅速に行う。
- (6) Systems-oriented : 勧告は、個人の能力ではなく、システムや過程や成果をどう変えていくのかに焦点をあてる。
- (7) Responsive : 報告を受けた機関が勧告を周知させる能力を持つ。関係機関は勧告の実現に責任をもつ。

残念ながら第3次試案は、この7つの条件を全く満たしておらず、第3次試案を元に第4次試案を作っても、WHOガイドライン案に逆行するものしかできません。また、第3次試案が現実の法案になれば、産婦人科医・救急医・小児科医・外科医などを含め勤務医全体の減少を招き、日本の医療崩壊を促進することになるでしょう。救急医療を一生懸命がんばっている医師が逮捕・起訴される事態は遅かれ早かれ起こるでしょうし、救急医療の瓦解も近づくと思われます。こんな事態を招かないために、第3次試案は是非取りやめて下さい。今後はWHOガイドライン案をたたき台に、別委員会・別メンバーで新たに医療安全システムについて検討されることを提案します。

4. 氏名 :

5. 所属 :

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 : 9

<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

- | |
|------------------------------------|
| 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

1) ヒューマンエラーを個人の責任追及にばかりとらわれていては、原因究明・再発防止に役立たない。また、警察の介入は個人の責任追及が目的である。そのため、医療事故調査の原因究明・再発防止を本当に考えるならば、調査が終了するまで、警察の介入はあってはならない。また、システム上の問題が指摘された場合には、そのシステムを改善するための命令を出す権限と改善されてかを確認する業務が必要である。ただし、システム上の問題とされた場合、個人に対する責任は司法上免責される必要がある。また司法はその結果を尊重しなければいけない。(事故調査の専門性を司法が認めるなら当然である。)

2) 厚生労働省内に医療事故調を設置する能力が厚労省にはない。現在の医療崩壊の原因は厚労省の医療に対する認識の甘さからなっている。医師の労働基準法での当直業務等を指針を出しておきながら、実際の病院において救急を行うために必要な勤務医の数すら把握できていないため、当直という名の救急外来業務を行った翌日も通常勤務するという事態が起こっており、また、その改善のためにどれくらいの医師数が必要なのかの目標もない。

事故調は厚労省に対しても医療システムの改善命令を出し、その改善を確認できるよう厚労省とは別に設置すべきである。

3) 現在産科領域で無過失保障制度が導入されようとしているが、本来脳性麻痺が生まれた場合、過失の有無を事故調が判断して、その結果過失がなければ(過失とは日本の80%程度の医療機関の総意として過失を言うもので、高度専門機関のみが行える状態にないことは過失ではない)保障される制度にすればよい。また、その他一般の医療においても、保障制度の導入を行い、その保障のための費用は医療費に加えるべきである。過失がない場合、医療費より保障費用が払われるために、民事訴訟にならないように制度を作るか、または、民事訴訟になった場合、保障費より低額しか賠償責任がないように医療訴訟の上限を決めるべきである。これは、医療全体のシステムとして、厚労省から独立した事故調しかできない。

以上。

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

まず今回の第3次試案で示された医療安全調査委員会(名前は事故調査委員会でよい)についてはまだ問題点が多く、このまま法律化には断固反対である。

1捜査機関への通知について

第3次試案で「捜査機関への通知の対象」となっているのは、故意、または重大な過失、または悪質なものとなっている。そして捜査機関は委員会からの通知がない限りは捜査活動をしな(患者が告訴しない限りというQ&Aがあるが)ということになっている。日医の担当理事はちゃんと話がついていてと強調されるが、一方国会答弁ではそのような約束はしていないと警察検察の方からの回答があったとのことである。もしも日医や厚労省が単なる口約束ではなく警察検察も公式に了解しているというならば、警察検察庁からの公式見解を公表するか法文に明記していただきたい。

通知対象の定義についても「誰がみても明らかに標準から逸脱した医療行為を重大な過失とする」というふうに非常にあやふやな表 \forall 現になっており、これではいずれ解釈にてどうにでも変わってしまうかもしれないという懸念がある。

また委員会での質問に対して回答者はいやな場合は答えるのを拒否できると明記されているが、これには二つの問題がある。一つは証言拒否が隠蔽と解釈され、悪質だからという理由付けをされて警察へ通知されるかもしれないという心配と、二つ目の問題は、質問に対して証言しなくてもよいならこの委員会の究極の目的である事故原因の究明など出来はしないことになる という根本的な欠陥をはらんでいる。

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、警察検察などの捜査機関にも委員会からは通知すべきではない。個人の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も事故原因の究明に協力することもできない。委員会はただ、審議の結果解明した事故の原因とそれを今後回避するための方策へのとるべき施策を報告書の形で公開するだけでよい。調査での供述書などはもちろん公表 \forall する必要はない。委員会の審議状態について医療を受ける側の理解を得るためには必要ならば審議の場に有識者がオブザーバーとして参加してもらえばよい。もちろん守秘義務を課した上で参加する。科学的に審議し、結論を得るためには感情論などを排除するために、審議はあくまで専門家のみで行うこと、そしてその出した結論に対してはその専門家が責任を持つことが大切である。

早急に審議して、出来るだけ早い時期に委員会の報告書は公開するが、内容は事故原因とその対策に限定する。とくに捜査機関への通報や民事への関与は委員会としては一切しない。民事にせよ、刑事にせよ、遺族らがその気になれば告訴するであろうがそれを拒否することはできないし、このことは今までと変わりはない。

2 医師法21条について

そもその発端はこの法律が10年ほど前に法医学会の声明を契機に過大解釈されるようになったことから、医療に関係した死亡が直接警察に届けられるようになり、その結果真摯に治療したにもかかわらず結果がよくなかった場合に刑事責任を問われる事例が頻発するようになったことにある。そしてこの21条を廃棄することが困難であることから事故調査委員会の構 \forall 想が現実化したという経緯がある。まずはこの医師法21条の本来の目的である自殺や他殺を推定させる異状死のみの報告義務に解釈変更をすることが大切である。解釈の変更である

ので過去に起こったことの逆をすればいいだけなので不可能~~※~~とは思えない。その上でこの事故究明委員会が事故原因について科学的に判断し再発防止の対策を立てればよい。

3 事故調査委員会(医療安全調査委員会)案について

屋上屋を重ねた委員会構~~※~~想で、事務局もさることながらこれに関与する病理医や臨床医なども龐大なマンパワーと当然龐大な予~~※~~算を必要とする。この医療費削減と医師不足から医療崩壊あが各方面で現実起こってきているこの時期にこのような予~~※~~算を取ることの困難、そしてさらに必要なところへの医療費の不足、無駄遣い、など得られる効果よりもマイナスがはるかに大きいことは火を見るより明らかであり、今一度構~~※~~想自体を見直した方がよいと考える。もっと費用対効果のよい施策をじっくりと議論して悔いのないようにするべきである。最近の厚労省の施策は、研修制度にしても介護保険や介護病床削減にしても後期高齢者保険にしても、特定検診制度にしても拙速に事を運んで結局は大きなマイナス効果を作り出している。また、日医も厚労省の代弁ばかりせず、会員である医師とくに医療死亡事故に関連の深い病院勤務医の声にももっと真摯に耳を傾けるべきではないか。

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

厚労省第三次試案に対する意見

【地方委員会による調査】

(27) ?

※これらの評価・検討の際には、医学的観点からの死因究明とシステムエラーの観点を含む医療事故の発生に至った根本原因の分析を行う。 に関して:

ここに書かれている「システムエラー」とは、当該施設内における診療体制を指していると思われませんが、現場の医療は医師不足・看護師不足、医療費抑制政策、保険診療上の制約、その他制度上の不備など、様々な制約の中で行わざるを得ないのが実情です。

一例を挙げますと、私は去る4月12日に開かれた「医療現場の危機打開と再建をめざす国会議員連盟」シンポジウムにおいて、新生児医療の現場において看護師があまりに多忙であるため新生児の授乳時に抱っこして授乳させることができず、「一人飲み」をさせざるを得ない実態があることを報告しました。これは病院に入院している新生児に対して、保育所の乳児における児童福祉法に相当する法律がないことが元凶と考えられます。抱っこして授乳したくてもできないような多忙な環境を放置しながら、安全対策を考えるなど全くのナンセンスであることは明白であり、本質的な検証・分析が行われてこなかったことが、このような現状を野放しにしている原因であると考えられます。

つまりこれらの制約を無視した分析から導き出された事故の再発防止策では根本的解決策にはなりえず、結果的に国民に対する安全な医療供給への障害となっています。特に医療費抑制政策は確実に患者のリスクを増加させており、この点が無視されてしまつては、この先、どれほど医療費が削減されようとも「建前上」は十分な安全対策がなされれば安全な医療を提供できることになってしまいます。よって、ここに書かれている「システムエラー」にはこうした医療を取り巻く制約事項も含まれるべきであると考えられ、また、もしこれらも含まれているのであれば、試案内に明記されるべきであると考えます。

【地方委員会による調査】

(27) ?

※また、評価を行う際には、事案発生時点の状況下を考慮した医学的評価を行う。 に関して:

これも同様に、「事案発生時点の状況」には、多忙、睡眠不足、医療費の制約等、医療行為を行う上での様々な制約事項も考慮されるべきであると考えます。

【中央に設置する委員会による再発防止のための提言等】

(37) 調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、中央に設置する委員会は、
? 全国の医療機関に向けた再発防止策の提言を行う。この際には、関連する各種学術団体と
協働していく必要がある。

? 医療機関における安全管理の基準の見直しなど、医療の安全の確保のために講ずべき施
策について、関係行政機関に対して勧告・建議を行う。

一口に「再発防止のための提言」と言いますが、医療は人的・経済的・時間的等あらゆる制
約の中で行われるものです。よってここで提言される再発防止策は医療現場で実現可能なも
のではなくてはなりません。

例えばある症状に対してある検査・治療を行っていないことによる事故が生じた場合、同等
の症状の全ての患者に対して、その検査・治療を行うだけの人的・経済的・時間的な余裕が全
国の医療機関にあるのか?、または、ある事故防止策を提言した場合、その経済的根拠はあ
るのか?等、これらの点に関する考慮は必須であると考えます。

よって、これらの提言を行う場合には、その実行可能性に関する検証が必要であると考えま
す。

【捜査機関への通知】

(40)に関して:

ここで述べられている「事例」とは、恐らく医療機関または担当医等の医療従事者が対象とし
て想定されているものと考えられます。しかし医療事故の原因は当事者のみならず、その背景
要因を作り出した行政等に存在する可能性は否定できません。つまり医療上の制約事項に
よる、広い意味での「システムエラー」がその当該事故の根本的原因であると判断され、なお
かつ、その危険性が関係者によって以前より指摘されていたにも関わらず放置されていたよ
うなケースの場合には、行政による悪質な不作為としてこの委員会により告発されるべきで
あると考えます。よって「事例」によっては、捜査機関への通知対象は当該医療機関や医療従事者
だけではなく、それに該当する行政官もその通知対象として含まれるべきであると考えます。

【別紙3 捜査機関との関係について】

問2 遺族が警察に相談した場合や、遺族が告訴した場合に、捜査機関の対応はどの
か?

に関して:

4月22日、決算行政監視委員会第四分科会において橋本岳議員が、第三次試案について国会
質疑を行いました。その中で、厚生労働省と警察庁あるいは法務省の間で交わされたはず
の刑事介入の謙抑性に関する「文書」がないことが判明しました。この中で刑事局長の答弁に
もあるように、現行法下では遺族の申し出がある限り捜査せざるを得ない旨が述べられてい
ます。もし遺族から刑事告発された場合に、これを遺族側の権利として認めざるを得ないので
あれば、「捜査に当たっては、委員会の専門的な判断を尊重し、委員会の調査の結果や委員
会からの通知の有無を十分に踏まえて対応する」などと言う曖昧な対応ではなく、その刑事

捜査をこの委員会に全て一任させるべきであると考えます。医療事故の捜査に関して、警察は全くの素人であり、中立な第三者による真に医学的な見地からの分析に優る捜査が行えるはずがありません。それならば、この委員会による調査結果と判断があらゆる点で最優先されるべきであると考えます。また遺族の申し立て以前に、この委員会による調査が行われていない場合に関しても、捜査としては、この委員会に

h\$kD4::\$rDL\$8\$F9T\$o\$I\$k\$Y\$-\$G\$`\$k\$H9M\$(\$^\$9!#

4. 氏名： _____

5. 所属： _____

6. 年齢： _____ (※下記より対応する番号をご記入ください。)

4. 40代

7. 職業： _____ (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<医療従事者>

8. 医療機関管理者

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。)

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申し上げます。よろしく申し上げます。

■刑事処分について

1. 現状において「軽度な過失」でも処罰が行われている。「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。つまり、実際の運用をされる関係者や患者さんやご家族の意思や思惑によって、いかようにでも「判断」できる。
2. 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。実際の運用には明確な歯止めがない。
3. 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特に着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されている。
4. 現状において、刑事司法は「結果の重大性」に着目している。その取り扱いを変更すると述べている意見は、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。
5. 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」のであれば、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や言明がなければ、真相は明らかになってこない。一方で予防的・萎縮医療は益々進行する。

(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/lryolshin/080214_1.html

・単純ミスは「重大な過失」か http://www.m3.com/tools/lryolshin/080115_1.html

■ 医療死亡事故の届出義務化について

1. 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ある。
2. 届出を行うかどうかの範囲は、例にあるような明らかなものだけではない。実際には届出を行うかどうかのグレーゾーンがかなり混じるようになる。医療機関長は処分を恐れて、拡大解釈をし、多くのケースが届出になることが予測される。内科学会が中心となった検討会の例をみても、1つの症例の検討にはかなりのマンパワーが必要になる。この制度を仮に運用した場合、増加していく検討症例を十分検討できるだけの「標準的な見解を述べることができる」マンパワーが得られるのかも疑問である。
3. 「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。
4. 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
- ・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
- ・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/lryolshin/071219_2.html

■ 医療安全調査委員会（仮称）について

1. 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、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。

2. 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。
3. 「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。
4. 「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。また「医療を受ける立場を代表する者」が、過去に医療において不快な気持ちを抱いている方であれば、はじめから色眼鏡で医療者をみる傾向にもなるのではないか。
5. 委員会のメンバーに医療者が入っても十分ではない。医療者の立場により、同じ症例への「見解」は異なる。専門家は大家であるほど、専門的なことを「常識」と断じる傾向にある。一方、すべての医師が「すべての領域の」専門家ではない。したがって、その疾患について標準的な見解を述べるためには、非専門医であり、他の意見に左右されない標準的な見解を述べることができるメンバーに入る必要があるのではないか。
6. 実際に「その場」の「診療」を行い、「雰囲気や空気」をみてきた当事者を、調査から排除するならば、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。

(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

■今後の危惧について

1. 「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」のように、真相究明だけではなく、医師の処分を念頭においた案が通れば、大事になることをおそれるため、今後の医療は益々「予防的」になり、検査は「医師の判断」ではなく「患者や家族の言いなり」になるであろう。そしてかかる医療費は益々増大することになる。たとえば、頭痛で受診した患者。病歴や身体所見からほぼ単純性の頭痛と判断されても、患者や家族が頭部検査を求めたとき自信を持って「要らない」といえる医師がどれだけいるのであろうか。医療は100%ではないため、稀にはその判断が間違っていることがあるからである。結果的に間違っただけで判断し、たまたま患者が死亡したとき、家族による告訴があり、そして「可能性」があったのに検査をしなかった医師が犯罪者となる、このような事例が見られるため、頭痛患者にはほとんどの病院で（患者の安心のためだけの）検査が行われることになっている。この傾向は今後益々強くなり、一人の患者さんにかかる医療費は増大を続け、医療資源の枯渇が生じることになるであろう。

2. 処分を恐れる傾向から、医療は抑制的になる。少しでもリスクがあればすぐにより大きな病院へ患者が集中する傾向が強くなる。そして、「患者さんの死」と隣り合わせの基幹病院の医師は、日々処分や告訴のストレスにさらされ、最終的には病院からの「逃避傾向」が強くなると思う。一生を棒に振る危険が高く、処分されるリスクが高い、医療行為を好んで行う医師がどれくらいいるのであろうか。

3. 現在、たとえば急性虫垂炎や心筋梗塞、脳梗塞、がんになって、医療を受けられない国民はまずいない。しかし、萎縮・抑制的医療が進む結果、これからは医療を受けるために順番待ちをする時代がやってくると思われる。その結果、最も不利益を受けるのは国民である。すでに救急や産科でそのような状況が生まれてきているのではないか。どんな医療も不確実である。そのときそのときは「最善の判断」と思ってみても、後で振り返れば「反省点」が生じるものである。この「反省」が医療を進歩させてきた。100%間違いなく、ただ一直線にできる医療など「漫画の世界」だけである。後だしジャンケンのように結果を知っている者が、その「反省点」を「過誤」と突っついて処分をしているのが現状である。法曹関係者までが参加するこの委員会案は、その体裁を体よく整えただけではないかという懸念が払拭できない。

4. 氏名： 高村一郎

5. 所属： 小樽市医師会

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 |

(※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

該当条文 2. (7)

そもそも医療事故が刑事罰の対象となり得る根拠についてもう一度制度的な点から十分な検討が必要です。

過失に対して責任を問う現在の裁判の仕組みは医療にはなじみません。もし医療に刑事罰を与えたとしたら現在とは別の枠組みを考える必要があります。わたしはもともと医療には悪意で行った治療による死亡などの被害以外は刑事罰は問えないものとするべきだと考えています。

現在の医療事故を刑事罰で裁く法的な根拠は「過失＝ミス」が認定されるかどうかというところにありますが、日常の医療の仕事には多くの過失が繰り返されています。そのうちあるものは全く患者に影響を与えず、あるものは患者にダメージを与えたとしても簡単に回復され、残念ながら一定のものが患者に強いダメージを与えます。過失を0にすることが不可能である以上一定の確率で今後も深刻な結果が発生するものと考えねばなりません。このような背景を考えるとたまたまあるミスが重大な結果をもたらすことはミスを起こした当人の償わねばならない責任を本当に発生させているのかという点です。

似た注射器で使用されたために異なった薬剤を異なった目的に使用した看護師の誤りなどが典型的です。これは当の看護師を罰することではなくシステムを改善することが再発防止になります。

事故調査委員会は原因究明＝犯人捜しとならぬよう配慮する一方で、事故に潜むシステムの欠陥を究明することが重要だと考える次第です。

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「重大な過失」か「軽度な過失」かという判断は困難で運用に歯止めがない。また、単純ミスも「重大な過失」とされているが医療という本来は善意に基づいた行為における単純ミス(いくら注意してもある確率では必ず発生する)に刑事処分をすることは不適切と考える。真剣に行われた医療での結果的な過誤に刑事罰を与えることは、例えば裁判で後日誤審が明らかになったら裁判官(や検事)が刑事処分されるようなものです。

厚労省は行政処分を行うよりも「国民のためのよりよい医療を行う」という本来の立場に立って行政して欲しい。財務省の言いなりのようだし、また一部の機関や団体の意見に流されやすいという印象がある。

意見をまとめる際にも実際に最近では現場に出たことも無いような、学識者と呼ばれる老人の意見が重用されるようです。現場で医療や問題に直面している人たちの意見を聞いて、より現実的で国民にも分かりやすい、現場の医療を改善する力のある方策を打ち出して欲しい。

最近の方策は厚労省にとっては保身的であっても、現場の力を削ぐ方向に行っているような感じがしています。日本臨床の昨年の12月号「日本の医療制度を考える」の特集にもよい記事が出ていますので参考にさせていただければと思います。厚労省は何と言っても頼りにせざるを得ないし、頑張ってもらいたい。

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：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 |

(※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

第3次試案に対する意見を述べさせていただきます。

結論から先に述べさせていただきますが、第3次案のままでは「医療死亡事故の原因究明・再発防止」という目的は達成できないものと考えられます。従ってこの案そのものには反対を表明します。

(1) P9 に示されている「重大な過失」の定義は甚だあいまいであり、客観的な内容が全く示されておりません。このままでは恣意的に運用されればどのような線引きでも可能です。そもそも「故意」以外の過失を「刑事事件」として扱うことは WHO の reporting guideline などに示される国際的な方向性に逆行するものです。本当に「原因究明・再発防止」が目的であるなら「故意」以外は「刑事免責」とするべきであり、そうでなければ当事者が真実を語らなくなり本来の目的を達成することが困難となります。「隠さない、逃げない、ごまかさない」が成り立つためには、そのことによって責任追及がなされないことが必要条件です。

また、調査委員会の資料が警察・検察に渡されるのであれば「黙秘権」が問題となります。これは現在の航空機事故調でも問題になっています。

ここの所がきっちりしていなければ調査委員会を作る意味が無くなります。

(2) このシステムが動けば別紙 1 に示される<<現在>>の状況はなくなる(抑制される)ように説明されていますが、医療安全調査委員会に関しての警察庁・米田刑事局長の衆院厚生労働委員会での答弁では「刑法上の業務上過失はそのままであり、患者や遺族からの訴えがあれば捜査せざるを得ない」とされています。このことは別紙 3 問2に対する答2にも書かれています。これでは全く現状の改善がないこととなります。警察が調査委員会と並行して捜査すれば調査委員会が必要とされる資料類も警察に押収されることになり、原因究明が困難になります。この答弁は裏を返せば「刑法や刑事訴訟法の改正」が必要であることを示しています。実際にこのことを指摘しておられる弁護士の方もおられます。医療安全調査委員会が適切に機能するためには、関連する法律をまとめて改正することが必要であり、そういうことも「案として盛り込んだ上で審議」して頂くことが必須であると考えます。

なお別紙3の捜査機関との関係で「2 医療事故についてこうした対応が適切に行われることになれば、刑事手続については、委員会の専門的な判断を尊重し、委員会からの通知の有無や行政処分の実施状況等を踏まえつつ、対応することになる。」と書かれていますが、衆院決算行政監視委員会分科会での橋本議員の質問に対する法務省・大野刑事局長および警察庁・米田刑事局長の答弁では、この点に関する覚書き等の文書は存在しないと回答されています。きちんと「明文化」された書類がなければ別紙3の記述には全く裏打ちがないこととなります。

「法律」、「文書」として作り上げられないことには我々医師は安心して医療に専念できません。

(3) この事故調査委員会はモデル事業を参考にしていると聞いております。私は個人的に2例のモデル事業に関わりましたが、いずれも報告までの時間が掛かり過ぎ、遺族の方々はその点にかなりの不満をお持ちでした。今回の事故調査委員会はもっと規模の大きなものになりますが、そのための人員や予算を想定してシステム構造を考慮しなければ法案が成立しても「実際には役に立たないもの」になってしまい現状の改善が行なえないことも考えられます。例えば解剖を必須とした場合、全国的な病理医・法医の不足はシステムを硬直させてしまう事も予想されます。ある程度現状を踏まえた上で運用可能なシステムが構築されることを願います。

医療事故調査委員会の目的である「医療死亡事故の原因究明・再発防止」には「故意を除く通常の医療行為に対する刑事免責」は必要条件であると考えられます。併せて昨今の医療崩壊を防ぎ、医療再生を促すには民事裁判における医療事故に対する適切な(医学的)判断が重要です。「医療事故調査委員会」の検討結果が民事裁判において(もちろん裁判ではなくADR等での解決が望ましいのですが)尊重されなければなりません。結果からみたのではなく経時的に考慮して大きな問題のある医療行為をしていなければ可と判断されなければ医療は成り立ちません。「刑事」のことが前面にだされた結果「民事」のことが隠れてしまっているように見受けられますが、民事裁判における「医療事故調査委員会」の役割も重要であると思われます。その点につきましても議論が不足していると思われます。

いずれにしましても、第3次試案のままでは第2第3の「大野事件」は避けられないものと考えられます。拙速に結論を出すことは医療に致命傷を与えることに成りかねません。医療事故調査委員会という組織を作る必要性は誰もが認めるものですが、その内容に関しましては慎重に議論を重ね、多くの医療者、非医療者にその内容を広く知らせてそれらの納得を得た上で案にまとめることが必要であると考えられます。(P12の「おわりに」に書かれている通りだと思います。)

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

刑事処分について:

現状において、薬剤や患者の取り違いといった、単純ミスであったとしても、重大な結果につながれば「重大な過失」とされている。逆に大きなミスであっても、重大な結果につながりさえしなければ、過失の有無すら問われない。

生物である“ヒト”に対して、死亡(に準じた)という結果の重大性のみに着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されていることに、違和感を禁じえません。現場においては“トカゲの尻尾きり”にすぎません。

このことは医療以外においてもいえると思います(先日の管制官についてなど)。

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。

医療安全調査委員会(仮称)について:

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。

頑なに“信用しない”一点張りの人間(結果的に処罰感情にあふれてしまった方)に対して、それなりの権威を示すのには、厚労省中心では自ずと限界があると思います。

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

■ 刑事処分について

医師会の説明では刑事処分に歯止めをかけるかとされているけれど、この試案は全くその機能を果たないと思われる。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

警察、検察に対して拘束力を持たない以上、意味がない。その結論を尊重するといっても、何の根拠もない。

法的判断つまり責任追及をするためのこの試案の目的だと明言すれば医師達の反発は必至であろう。

153-②/3

4. 氏名 :

④
6. 年

0歳未
満

5. 所属 :

- 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 : 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

(※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

1. はじめにについて

現状について

現在の医療状況について、医師法21条が厚生労働省により拡大解釈され、異常死のなかに医療関連死を含むようになり、それとともに医師の逮捕・起訴の件数が増えてきている。さらには、警察の捜査が加わることで、それまでは築かれていた医師—患者・家族の信頼関係を損ね、民事紛争も増加している。

今後の方向

法曹関係者が指摘するように、医師法21条の通達を改めるよう、指示をだす。そのうえで、今までどおり、病院などの事故調査委員会を通じて、医療関係者の重大な過失や違法行為があれば、警察に通報することにする。患者・家族への説明も今までどおりとなる。

医療安全調査委員会は、国の費用を用いて、診療者に不利な情報をつめることができる。真相の究明は科学的に行うべきで、さらに事故の分析と再発防止の観点から罰則を設けないことで医療関係者が不利な証言をできるようにすべきである。その意味からも法曹関係者や遺族・患者の立場の人間などが入るべきではない。またその報告は、あくまでも医療事故防止につなげるために、存在するのであって、医療関係者以外にもらすべきではない。医師と患者側の和解のためには、別の機関をもうけるべきである。

そもそも、前文に医師を罰することを目的としていないとされているが、この医療安全調査会の設立の目的は医師を罰することにあるのは明白である。断じて、医療安全調査会の法案を許すべきではない。

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

第三次試案に反対します。

第三次試案は、文言上、医療の安全向上を目的としていますが、どうみても実質的には責任追及になっています。医療安全を目的とするのであれば世界基準に準じるべきだと思います。

WHOが推奨している安全のための医療事故報告制度と、第三次試案とはかけ離れています。第三次試案は安全向上のための報告制度としては、世界基準に照らして、明らかに不適切です。

旧思考:

「過失により人に傷害を与えたり死に至らせたりすることは、個人の罪であり、個人への応報はそれ自体が価値である。また、処罰により事故が防止され、社会の安全が向上する」

新思考:

「人間は間違いを犯しやすい性質を持っており、その性質を変えることはできない。人間の間違えやすいという性質を受け入れて、間違いが起こることを前提に、間違いを起こせない、あるいは、間違いがあってもどこかで修正できるようにシステムを構築する。そのためには、広く事故情報を収集して過去の失敗に学ぶ必要がある」

05年WHOの「World Alliance for Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems(患者安全のための世界協調 有害事象の報告とそれに学ぶシステムについてのWHOガイドライン草案)

http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdfは周知の事と思います。この草案の第6章には報告制度を成功に導くための7つの条件が提示されています。これはあらためて指摘されるまでもなく、医療安全に関わる専門家の常識です。

7つの条件

1 Non-punitive

報告者や関係者が、報告の結果、処罰を受ける恐れを持たないようにすべきである。

2 Confidential

患者、報告者、病院の個別情報は決して明かされてはならない。

3 Independent

報告制度は、処罰権限を持つ当局から独立していなければならない。

4 Expert analysis

報告は、医療がおかれた環境を熟知し、背後にあるシステムの問題を理解できるよう訓練された専門家によって分析されなければならない。

5 Timely

報告は即座に分析され、勧告は迅速に関係機関に周知されなければならない。特に、重大なリスクが発見されたときは迅速性が重要である。

6 Systems-oriented

勧告は、個人の能力ではなく、システム、プロセス、最終結果がどのように変

えられるかに焦点をあてるべきである。

7 Responsive

報告を受けた機関は勧告を周知させる能力がないといけない。周知された関係機関は勧告の実現を責務としなければならない。

上記を参考にして試案を再度根本から作成し直すべきだと思います。

その他、医療界に広く提言されている以下の考え方についても、十分参考の上で試案を根本から作り直すべきだと思います。

■ 刑事処分について

- ・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。
- ・最近の国会答弁では、医療安全調査委員会ができたとしても、警察はそれとは独自に調査・処罰をすると明言している。刑法上も警察の発言は正しいと思われる。医療界だけ刑事を免れるというのはあり得ない話である。厚生労働省の見解は甘い信用できない。
- ・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。

■ 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。

○ 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、具体的事案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。

■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。

以上です。再考の程、よろしくお願い致します。

4. 氏名： 松下能文

5. 所属：

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 |

(※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

はじめにこのような機会を与えて頂き、ありがたく存じます。いくつ ka 問題点がありますが、自分が最も重要と考える点にのみに絞って陳述いたします。

1 「3次試案 2-(6)~(15)委員会の設置」に対して

まず最初に事故調査委員会（以下、委員会）のあり方について意見を述べます。

日本における医療はそのシステム上厚生労働省の指導・監督の下にあり、収入に関しても政府の統制下にあります。厚生労働省が枠組みを作っている医療の現場において何か事故が疑われる事例が生じた場合に、その原因究明・対策並びに場合によっては刑事告訴まで対象とする委員会が、厚労省の監督下にあるということは矛盾であると考えます。つまり病院も委員会も厚労省の監督下にあり、かつ調査対象となる事例の中には当然厚労省の様々な指導等も含まれるのであれば、厚労省の監督下にある委員会では公正中立な組織とは言い難いと思われま

す。調査を進めてゆけばその事案の根源にたとえば厚生労働省の出した通達や指導の問題、あるいは改善を怠った事象（例：医師の労働基準法違反の放置）などが出てくるかもしれません。その際に委員会が本省に対して本当に厳しい報告が出せるのでしょうか？

医療者としてみれば、厚労省の指導の枠内で医療を行っているのに自分たちだけが「尻尾切り」されたと考えることは当然あるでしょう。また国民の側からみたと、自分たちに意に沿わない結論に対しては委員会が中立でなかった、との思いが残る限りいずれ問題として噴出すると考えます。

従って委員会を設置するのであれば誰がみても公平で、中立的な、厚労省から独立した立場に立っているということを納得してもらえるような形が必要ではないでしょうか？また当然ですが、厚労省にも事案の中から自分たちの様々な指導や通達に潜む問題点を探し反省するといった姿勢が求められると考えます。現行の医療制度の中で生じた事案に対しては厚労省も広い意味では当事者になるのではないのでしょうか？であればこそ、委員会での結果に対し（邪推かもしれませんが）影響を及ぼす可能性を完全に無くすべきです。一つ一つの事案に対して現場の医療提供者のみならず、厚労省も真摯に対処し、考え、改めるべきは改めるといった姿勢を明確にするためにも厚労省も調査対象であることを明記した上で、委員会は厚労省から独立した組織であることを望みます。

2 「3次試案 2-(7), (19), (20) 法的責任」に対して

今の医療と法律の関係でやはり問題になるのは医師法 21 条であると考えます。これはその作成以来一度も見直しがされないまま長い間眠っていた条文でしたが、

近年突然医療事故といわれる事案に対して警察がほとんど自由に医師を逮捕出来るという形で使われ、医師はそれについて戦々恐々としている現状があります。

今回の案では委員会へ届ければ21条に代わると記されていますが、そもそも21条が濫用されているのであって、それは改正するないし適応をきちんと文章化し歯止めをかけるべきものであります。しかし21条は残したままで委員会を設置すればいずれにしても医師は萎縮せざるを得ません。委員会へ届けて処罰されるのか、届けなくて（ないしは届ける必要がないと判断して）、遺族が告発した際に21条で逮捕されるのか、どちらも適応可能な状態であります。法律が本来の制定時の目的から離れて使われているのであればそれを改正ないし条文で運用に制限を加えるのが先で、21条を取引材料として委員会設置ではないと考えます。

医師法21条の廃止ないしは運用上の明確な定義を文章化することを求めます。

「3次試案 2-(20), (25), (26), (39), (40) 届け出の範囲と捜査機関への通知」

2次試案でもそうでしたが、依然として漠然としておりその範囲が不明瞭です。しかも上でも述べたように医師法21条が残っている限り全ての症例が形式は違え処罰の対象です。

もちろん明瞭な線引きは誰にも出来ないでしょうが、医療者と遺族との話し合いがつかない場合はいずれにせよ全て届け出でがなされるか、告発でしょうから、死亡時に委員会への届け出に関して医療者と遺族の間で文書を残し、届けるか否か、届ける際の主体はどちらか、を明記しない限りは終わらないと考えます。ただその際医療者側に相当の精神的負担と時間の使用を求めることにはなりませんし、全ての死亡症例に対してそのような法律上の確認を求めるのはすさんだ社会であることを示すことになるので、自分としては受け入れがたいものですが、医療者と患者・遺族の相互不信を放置すればそのような形にならないとも限りません。そもそもなぜこの問題が議論になるかという、事故解明のために積極的に届けても委員会の判断では刑事告訴されるという懲罰付きのシステムだからです。

厚生労働省も当然ご存じのことと思いますが、WHOの2005年の“Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning”では「制度は懲罰を与えるものであってはならない」となっているのですが、厚生労働省はこのガイドラインに関しては考慮されないのでしょうか？もちろん(40)では以下のような事例に限定されると書かれておりますし、「謙抑的」という言葉もあつたと思いますが、21条が本来の趣旨と離れて自由に使われるように、今回の案も成立後にどの様に使われるのか知るよしもありません。(40)①に記載されていることは委員会の対象外の犯罪であり、委員会がかかわることではないと考えます。また一部報道では厚労省と司法当局との間での話し合いも進んでいないように見受けられます。であれば「限定」や「謙抑」といった言葉だけで運用を任せることは出来ません。

WHOのガイドラインを前提として広く周知させた上での議論を強く求めます。

私は委員会の設置に反対ではありませんが、上記の点により、3次試案の委員会では不備があり、さらなる国民的議論が必要と考えます。

最後に3次試案と直接の関係はないのですが、自分の考えを述べさせていただきます。

当たり前のことですが、人間は全て死にます。私は病理医ですから常に「死」にかかわってきました。以前yつと目低他大学でも、臨床医がすべてを尽くしたと考えている症例でも瑕疵がないわけではありません。ですから私の仕事はそれを次に伝え、如何に防ぐかということを知ることによって学んで参りました。残念ながら昨今の風潮ではそれをなしがたい状況が続いていますし、今回の3次案を読んでも病理解剖をすることに不安が付きまといます。

人間は病院でいくら手を尽くしても亡くなる時は亡くなりますし、それは本来寿命であったのです。しかしながらきちんとした死生観に対する学校や社会での教育・受容がなされないまま、現在では「病院で死んだから医療側に問題がある、責任がある」といった短絡的な風潮があるように感じます。もちろん医療側の責任を全て否定するわけではありませんが、そういった社会的なコンセンサスを形成することに対する努力を行政も教育も医療も行わなければならないのではないのでしょうか？厚生労働省としての大局に立った目標作成を望みます。

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： (※下記より対応する番号をご記入ください。) 3

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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。) 9

<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 |

(※下記より対応する番号をご記入ください。)

8. 医事紛争の経験： 3

- | |
|------------------------------------|
| 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

このような試案に意見できることを知っている医師および医療従事者はごく一部であり、実際に医療現場で働いている者の意見を吸い上げる努力をしないのは意図的に思えてしまう感がある。おそらく全ての医療従事者の意見を集めると圧倒的多数がいずれかの試案項目に反対意見を出すであろう。

厚生労働省は、この試案を医療の安全向上を目的としているが、どうみても、実質的には責任追及になっている。このままでは医療崩壊はさらに加速すると思われる。リスクのある専門科（外科・小児科・産婦人科）を志す医師は減少し、小・中・病院でも受けられていた医療が大病院に行かなければならなくなる。

欧米での医療崩壊が何を物語っていたのかを全く感じることが出来ない。

38) 医療事故の再発防止の観点から日本医療機能評価機構から委員会に情報提供し・・・。

インシデント・アクシデントについては各病院で必要と思われるが、その再発防止策に一番必要なことは人材である。しかしそれを補助する事なく、現状維持で仕事量を増やすだけでは、現状の再発防止策をとることは再発を誘導しているようなものだと思う。再発防止策が医療の安全・向上にとって一番重要な事案であるにもかかわらず、これに対する検討が不十分であり現場の意見を取り入れるべきである。

44) 医療従事者個人に対する処分・・・。

50) 本制度の実施に当たっては、組織面・財政面の検討を加えた法整備を・・・。

“医師法 21 条は、警察と検察が関係しているため、厚労省の所管範囲を超えている。厚労省の所管範囲を超えた議論ができなければ、医師法 21 条問題の全体を扱うことができない。医師法 21 条がらみで医療事故調について議論することを、厚労省が取り仕切ることは、常識的には不適切なことであろう。”

という意見があることを認識して欲しいと思う。

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3次試案コメント#1

獨協医科大学学長 寺野 彰

- 1) 第2次試案よりかなり進化してきていることは評価する。これまで出されてきた様々の批判に対応してきている。しかし、このまま法案化に至るには時期尚早であり、さらなる検討が必要である。
- 2) 本試案では、前案と異なり、医療の立場を理解してきているが、むしろ医療側に偏りすぎたのではないと思われる。当然患者・遺族側からそして野党側からの批判が出てくるので、立法段階でどのようにこの批判をかわすかかなり難しく、出来上がった法律は別のものになりかねないことを恐れる。従って本試案のみを対象として対処していると、結果的には、肩すかしを喰わされる可能性もあり、慎重な対応が必要である。
- 3) 現在の患者—医療側との信頼関係から判断すると、届出の範囲など医療側の判断によるため、患者・遺族側としてみれば、不透明性、隠蔽などの疑惑を持たざるを得ないように思われる。このあたりの配慮が必要であろう。
- 4) 当面の課題にこだわりすぎ、長期的視野、例えば医療審判所の創設など、に欠ける。中立・公平な第三者機関を目指すと言いながら、結局厚労省の権限強化を目的と言われても仕方のない内容となっている。例えば医療機関に対する届出義務(罰則を付して)や体制整備に関する行政処分(改善命令など)によって当局の権限はより強力になる。
- 5) 届出義務の範囲に関して、シエマで明瞭に示してあるように見えるが、「過った医療」であることが「明らか」であるかどうか、「その行った医療に起因し」たかどうか、「死亡することを予期していたか」どうかなど医学的にも法律的にも非常に難しい判断である。「合併症」と一口に言っても、これを「予期」できた事象とは言えない事例は多く、患者・遺族側でも了解するとは思えない。しかもこれら難しい判断を医療機関の管理者(病院長)が判断するとなると、このような立場になろうとするものは皆無になるのではないか。不透明性・隠蔽の温床になると、患者・遺族側は当然考えるであろう。
- 6) 刑事手続きとの関連も、以前より詳細になったものの、内容的には変化がない。厚労省の立場は強調されているが、検察、警察、法務省など捜査側の考えが明確でなく、独りよがりの印象を受ける。「謙抑的」という表裏に頼っているが、これは捜査の基本で当然のことであり、捜査当局はいつでもこの考えを無視することができる。刑事訴訟法の本質をわきまえていないようである。警察などの捜査権は絶対的なものであるから、厚労省や委員会の意向を無視することは可能である。患者・遺族からの告訴も、捜査機関が委員会の結果や委員会からの通知の有無を十分にふまえて対応することが「考えられる」とは限らない。
- 7) 刑事手続きの対象は、故意・重過失その他悪質な事例に事実上限定されるなど捜査機関の謙抑的な対応が行われることとなるわけであるが、これはあくまで捜査機関の側の判断によるものであり、その内容が具体的になると極めて困難な状況を来すこととなろう。例えば、薬の取り違えのような単純ミスも生じた結果と状況によれば重過失となることは間違いない。
- 8) 医師法第21条の改正は大きな進歩である。本条が罰則を伴うことの不合理も併せて改善すべきであろう。このような手続法の面のみでなく、実体法である刑法第211条業務上過失致死傷罪、重過失致死傷罪と医療事故との関連もこの際十分に検討を試みたらどうか。過失の概念が刑法上極めて重要かつ解釈困難な概念であることが理解できるであろう。「過失」という概念を、結果を問うものではなくその行為に対する評価であり、法学的に理解するもの

ではない等と言っておられないのである。過失はあくまでも法的概念でしかありえない。

9) 医療関連死は、言うまでもなく民事訴訟の対象となる。これによる損害賠償訴訟の方が、刑事訴訟より重要かもしれない。その際、本調査報告書は、民事訴訟に用いられるのはもちろん、もともと訴訟にならないはずの事案が報告書を弁護士(急増してきている)が子細に分析することで、訴訟に持ち込まれるケースが確実に増加する。

10) 医療側の主体的協力の姿勢が明確でない。これが保障されないと確実に失敗に終わる。失敗すればこれまでより事態は大きく悪化することになる。現在の医師不足の状況の中で、法医学・病理学の領域は言うに及ばず、調査に必要な医師を集めることができるのか？もし医療側で調査の体制が組めないような場合あるいは批判されるような事態が発生した場合、捜査機関はじめ当局が医療側を無視した行動に出ることは十々分予々想できるのである。そうなれば事態は現在よりはるかに困難なものとなるのである。

11) 今後は、医療側に投げられた課題、人材、調査方法、医療者の積極的関与、等をどのように自主的、主体的に解決していくかというもっとも困難な問題に直面することになる。国民の信頼を得ていく課程には、多くの試練が待ち受けており、厚労省の権力強化とならないよう、医療側に対するより強い不信とならないよう医師会、医学会の大きなエネルギーが必要となる。その覚悟はあるのか？が問われている。