

4. 氏名： 須永 眞司

5. 所属： 小平記念東京日立病院内科

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： 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 |

「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

全体を通じて：

本試案には、医療事故の再発防止を目的としていることが明記されています。医療事故の原因を究明し、それをもって再発を予防する仕組みとしては、よく考えられた試案であると思います。しかし、日々患者の診療にあたっている身としては、この試案どおりの制度ができたとしても、自らの診療行為に間違いがあって患者さんが亡くなられた場合、また間違いはなくても患者さんが亡くなられた場合には、自分が罪を問われるかもしれないという懸念(恐怖)を捨てることができません。

もとより、診療行為に間違いはあってはならないのですが、医者といえども人である以上、ミスは必ず起こします。現在の医療は高度化し、いわばハイリスク・ハイリターン型の検査・治療が増えています。そこで起こった間違い、見落としなどは、例えそれが些細なものであっても、患者の生命を危険にさらすこととなります。このような職業は、医療関係以外にはありません。

現在、勤務医が減少している背景には「自分も刑事罰を受ける立場になるかもしれない」という危惧を皆が持っていることがあり、「まっとうな医療を行っていれば刑事罰を受けることはない」という保証があれば、勤務医の減少にも歯止めがかかる可能性があります。

臨床医としては、医療事故が生じたときに、医療に素人の裁判官や臨床に疎い医学者(大学の一部の教授等)が過失の有無を判断するのではなく、臨床をよくわかった人たちが原因を究明するシステムを作りたい、というのが切実な願いであり、本試案がそのような制度の構築につながることを願ってやみません。

別紙2 医療安全調査委員会のメンバーについて

臨床医が非常勤国家公務員として調査チームに入る、という仕組みになっているが、「非常勤」といういわば「片手間」でできる程度の仕事なのかが疑問として残る。一方で、委員会の専任の医師を作ってしまうと、臨床から遊離した医師が調査にあたることになり、これも具合が悪い。調査チームに召集された医師にどの程度時間的な負担がかかり、それをどのように埋め合わせるか、事前にある程度シミュレーションされていないと、調査チームがうまく機能しない可能性が高い。

また、調査報告書ができるまでに時間がかかりすぎると、特に遺族側からの委員会への信頼が薄くなるのが危惧される。

2 (20) 図表の届出範囲について

届出範囲①は具体例が提示してあるのでわかりやすいが、②がどのような例を想定しているのか、わかりにくい。現実には②に相当する例で届けるべきか否か判断に迷うことが多いと思われるので、なるべく多くの例を具体的に挙げて頂きたい。ケースバイケースで、いちいち例を挙げられない、というのなら、それはこの届出範囲②の想定に、最初から無理があるということになる。

2 (27) ④ 地方委員会の調査報告書について

「地方委員会は調査報告書を遺族及び医療機関に交付」する、とあるが、交付するだけで、遺族や医療機関に直接説明することはしないのか。直接説明をしなければ、特に遺族には報告書の内容がよくわからないのではないか。内容がよくわからなければ、結局、「裁判」という方法で事態を明らかにすることを遺族は望むのではないか。

2 (39), (40) ③ 捜査機関への通知について

捜査機関へ通知するのは「故意」、「悪質な事例：(40)の①,②」のみにすべきで、「過失」に関しては何が重大で何が重大でないか判断できない以上、すべて通知すべきではないと考える。

あえて「重大な過失」を加えているのは、過去の事例において、刑事罰が適当と思われる「重大な過失」があったからと思われるが、それがどのような事例であるのか明記すべきと思われる。

別紙3 捜査機関との関係について

別紙1をみても、遺族が捜査機関に「相談」に行った場合、警察は委員会での調査を「勧める」という記載しかない。遺族が告訴した場合に、どういう扱いをするのか明記すべきである。

以上

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

多くの関係者の論議によって、厚労省の試案は修正され、問題点も明確になりつつありますが、3次試案にはいまだに多数の問題点があり、このままの形での施行は、現在の医療崩壊をむしろ推進する危険性が高いと危惧し、反対意見を述べさせていただきます。

医療の現場に立つ者の実感として、現在の医療崩壊の最大の原因は、訴訟圧力と司法不信であると思います。医療費の過大な抑制、違法な医療労働放置など、重要な要因の改善も必須であります。これまで医療の現場は、こういった不当な環境にも耐えて、WHOが認定する世界の医療を築いてきました。過重な負担に耐えていた医療人が、リスクのある臨床の現場に踏みとどまれなくなり、萎縮医療・防衛医療が一気に進展したのは、2006年2月に起きた福島県立大野病院事件が契機となって顕在化した責任追及の圧力のためであるのは明らかです。現在も公判が進行中ですが、多くの医療者にとって、あの事件は、「まっとうな医療を行っていても、結果が悪ければ、不当な逮捕・起訴が行われる冤罪事件の実例」であり、リスクのある診療を行っている医師ほど、「明日はわが身」と恐怖しています。

「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」が立ち上げられたのは、患者と医療者の軋轢を軽減し、医療の質向上を目指し、医療崩壊の流れを食い止めるのがその目的であった筈です。本制度が、真摯に救命・診療する医師への懲罰制度となるような制度設計であってはならないと考えます。

3次試案における問題点としては、

- 1 医療従事者への刑事追求の経路が温存されている点
- 2 医療安全委員会の調査結果が刑事捜査に用いられる点
- 3 重大な過失のある事例その他悪質な事例の定義が不明な点
- 4 医療安全委員会の構成員が不明瞭な点
- 5 医療安全委員会の設置場所が不明瞭な点

などが挙げられると思います。以下に、それぞれについて述べていきたいと思えます。

- 1 医療従事者への刑事追求の経路が温存されている点

3次試案では、「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になる」と明記されています（問2の回答2）。医療崩壊の主因の一つに、福島県立大野病院事件のような不当な刑事訴追の存在があるのは確かであり、国際的にみても他に類をみない、医療への刑事介入という異常な事態の改善は必須と考えられます。医療事故を全て刑事免責にするのは、達成困難なハードルであることは理解しています。現段階での対処としては、刑事訴訟法との関係を整理し、医療への刑事介入に対しては、医療安全委員会での科学的調査・判定を必須事項とするよう明記し、刑事に回す事例は、故意および誰の目にも明らかなほどの低レベルな医療を繰り返し行って

いる事例やカルテ改ざんなどに限定し、大部分は再教育などの行政処分に対応すべきだと考えます。

2 医療安全委員会の調査結果が刑事捜査に用いられる点

3次試案では、捜査機関が調査委員会の調査結果を利用可能とされています（問2の回答2）。警察の調査に利用可能となり、刑事罰に直結する危惧を関係者が抱くと、医療事故の際、関係者からの正直な証言が得られにくくなり、原因究明、再発防止の目的を果たすことは困難となります。医療安全の向上を目指すには、調査結果の刑事利用は避けるべきです。

3 重大な過失のある事例その他悪質な事例の定義が不明な点

4月4日の厚生労働委員会での岡本充功議員の質問に対し、外口医政局長が「標準から明らかに逸脱した医療」の例として、「抗癌剤を週に一回うつところを毎日うってしまった。それで患者さんが亡くなってしまった」例を挙げられていますが、これは、システムエラーの最たる例で、担当医を「重大な過失」を行った人物として処罰の対象にするのは、医療安全の考えからは、明らかに疑問であると思われまます。

また、福島県立大野病院事件で、検察は、論告求刑において被告医師を「基本的注意義務に著しく違反した悪質な行為であることは明らかであり、被告人の過失の程度は重大である」と厳しく非難しています。全国の多くの医師が、水準を満たした医療行為とみなしている被告医師の対応が、「悪質で重大な」行為と検察により認定されているわけです。

この二つの事例は、実際に医療を施行する医学界と、医学知識に乏しい行政、司法との齟齬を如実に表しており、こういった齟齬が、異常な責任追及に耐え切れず現場を立ち去る医師達が続出する最大の原因となっています。医療の現場に必要なのは、「重大で」「悪質な」事例の明確な定義であり、明文化であると考えます。「重大で」「悪質な」事例の定義の一例として、日本産婦人科学会が提言している、「標準的な医療行為から著しく逸脱した医療で、勤務環境を含めたシステムエラーの要因が完全に否定され、あらゆる観点からみて許容できない事例」とするのは有力だと考えます。

4 医療安全委員会の構成員が不明瞭な点

医療安全委員会の構成員は、科学的な調査ができるようなメンバーを選任すべきです。医学的評価を行えるのは医療人だけであり、医療人を中心とした構成となるのは必然であり、法的観点からの評価には法律関係者の参加も不可欠です。別紙2にあるような「有識者(医療を受ける立場を代表する者等)」は、どのような人物が選任されるか明示されていない現状では、議論を混乱させるだけの存在となる危険性が高く、構成員に入れるべきではありません。他の先進国でも、医療紛争調査組織には、医療関係者と法律関係者が構成員となるのが一般的です。委員会の透明性・公平性の問題が残ると思いますが、議事録の公開とそれによるフィードバックを担保しておけば、問題とはならないと考えます。

5 医療安全委員会の設置場所が不明瞭な点

委員会の活動には法的判断が含まれることが考えられ、厚生労働省の管轄を外れる領域が出てくるものと予想されます。厚生労働省内に設けるのは不適切と考えられ、独立・中立性を担保できる、内閣府に設置するのが望ましいと思われま。

2005年にWHOが出した「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)

http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf を読むと、3次試案で提案されている枠組みの多くが、医療安全の先進的な取り組みと逆の構造となっていることに驚かされます。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が、これは、医療安全に関わる専門家の常識であると思います。7つの条件とは、

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。

以上の7項目が挙げられています。WHOガイドラインに近い形で運用されている医療安全のための報告事業として、日本では既に、医療事故情報収集等事業が稼働しており、医療機能評価機構内に設置された医療事故防止センターに事故情報が集められ、匿名化された上で分析され、定期的に報告書や医療安全情報が提出されています。

3次試案をもって、拙速に制度構築するのではなく、関係者が時間をかけて議論を熟成させ、医療事故情報収集等事業などの既存の制度をうまく活用し、より良い制度が成り立つことを願ってやみません。

(※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

あくまで 医師の行為はそれ自身が 障害行為であり、医師の業務が 他人の体にメスをいれ 傷をつければ 傷害とならば 刑法とぶつかる。業務上でも これが過失になれば 医師の業務は萎縮してかえって 医療は衰退する。もっと医療側からの意見を多く聞くべきである。故に3次試案では 「医師の医療行為が全ての刑法の対象になる」と言っている以上、またとある 新聞でも「ある検察官は、刑法がある以上、患者家族からの告訴が有れば放置しないと言っている」以上、まだまだ 医療者側の危険が大きい。

また 小生の関与する麻酔科では 以前から 健康保険では独立請求権もなく、各外科医(執刀医)の保険請求の元である。これは金銭上の請求は 執刀医を代表とする意味ともとらえられるが、現在の民事、刑事のどの時点でも 医師個人への責任は追及されかねない。これでは、かたや 金銭面での独立を 保険上 認められているのに 麻酔科は それ以下と 保険上で論じているのと同じである。同じ医師でも不平等である。責任は 同じで それ以外の金銭関係では 外科医の下と見受けられやすく、今後も麻酔科医師は 増えていかない。同時に 患者と長期にわたりコミュニケーションのとれる主治医は、信頼関係から 密室の過失が 問われにくい、患者と現医療体制では わずか数十分の対面しかない麻酔科医師は 非常に不利である。同様な医師の業務で事故や訴訟の多いのは救急外来である。わずかな時間の人間関係しか無い救急医の現場も 患者側からの感情論のみの訴追を受けていると 真理を見通せない科学的な根拠の医療行為を「傷害罪」としてとらえる一般人が増え、かえって医療訴訟は増え、防衛医療に走る救急外来の医師が増え、開業医はますます、救急をみなくなる。医療は、「不確実で結果は 全て同じでない」と考える医師に対して、その一方「結果は全て同じ」と考える現代人の風潮は、今後歩み寄ることはない。

そこで 行政は ①医療行為を傷害罪や業務上過失致死傷に当てはめることはかえって多くの人が不利を被ることを啓発 ②医師には 刑法を適用せず、むしろ別の法的な検討システムを構築し、医療者が その組織内で多く 不適切とする場合、ペナルティを科するべきである。③刑法の因果応報のシステムでは 医療はうまくいかない。故に第3次試案は 今一度 医師に多くの判断を委ねるべきである。また、開業医は すでに日本の国民の半分以上が 病院で死ぬことからこの検討委員会には 各科の病院医師を加えて行う必要がある。

死因の究明は、日常は アメリカのように 医療者主体の組織が 集計し、そのなかから 不明確な症例に 多くの職種が集まる第3者機関で判定する。また医療機関には CT等によるAI (Autopsy Imaging) を指導し、できる限り 医療事故でも多くのデータを取りうるよう保険点数も加味して配備する。

以上 意見として述べさせていただきました。

(※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 医療安全調査委員会（仮称）について

この試案に反対させていただきます。

この内容では医療関係者の最大の不安材料である刑事訴訟に対する、謙抑性の保障がまったく不十分であると考えます。それどころか、却って訴訟を増加させかねないようにも思え、ただでさえ疲弊の極みにある医療関係者、特に救急医、産科医等の士気を挫くもののように考えます。私自身は医療関係者ではありませんし、現在大病を患っているわけではありません。ですが、いずれ病み傷いて医療を必要とする可能性を持つ患者予備軍の一人として、医療関係者の不安を煽り、更なる負担を強いることで医療の崩壊を加速させかねないこの試案に反対させていただきます。

(※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

「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－」について、反対致します。

医療従事者も望んでいることですが、患者側の視点としても、当然、医療事故の再発防止は重要です。しかし、故意以外の医療事故を刑事事件化することは、患者の望む医療を実現するためにはむしろ弊害になるのではないのでしょうか。医師が刑事罰に問われることで、萎縮医療を招き、特にリスクの高い医療は崩壊の危機、もしくはすでに崩壊してきていると聞きます。欧米では、一般に医療事故は刑事事件にはならない、ということもきいたことがあります。

どのような過失が「重大な過失」になるのかも明確ではないように思われます。

また、患者側の視点として、予期しない死亡であった場合などで、解剖が必要とされるときにも、遺族が解剖を拒否することはできるのでしょうか。すでに言及されているようなら申し訳ありませんが、そのような遺族感情にも十分に配慮していただくことは不可欠のように思われます。

現場は非常に疲弊していると思います。危機的状況です。患者のための医療の実現のためには、労働環境の改善、過度に責任を負わせない、といった配慮をいただくことが必要ではないのでしょうか。

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。)

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | ●. 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 | ●. 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。 |
| ●. 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

主たる否の理由：

①「故意や重大な過失があった場合」の“重大な過失”の定義を「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」（第三次試案9ページ）とするのは不明確である。

②原因究明，再発防止のために設置する医療安全調査委員会の中立性が不明確である。

③同委員会による調査中の事例に対する，（遺族からの告訴による）警察の捜査に対する対応が不明確である。

まずは上記3点の改善が必須であると考えます。

これに関して，本会として，次のとおり意見具申いたします。

①については，「故意や重大な過失があった場合」を，例えば「悪意や故意と同視できる過失」とすると定義したほうが，臨床医として受け入れやすい。

②については，厚生労働省と完全に切り離れた中立的な立場の組織とする必要があり，そのための方策について盛り込むべきである。

③については，調査・捜査を1本化して，遺族からの告訴があった場合でも，まず同委員会の調査を優先させる。

これらの点が改善されないかぎり同試案には賛成できないと考えます。

4. 氏名：

橋本 聖

5. 所属：

ほしもとクリニック

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： (※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

- ・現在の試案に基づく法制化に反対します。
- ・元より医療行為とは行為に基づく結果の平視に不確実性を伴うものである。
- ・医療ミスと言われるものの中に医療者個人の責任に帰するものも少なく、ほとんどは医学の不確実性やシステムエラーによるものである。
- ・現在の試案はいたずらに遺族の敵対感情を助長するのみであり、原因究明にも再発防止にも至らない事は明白である。
- ・WHOのガイドラインからこの程かけ離れた案に意味があるのか。

2自営業

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

分娩・救急の刑事免責の確立を強く要望します。

分娩・救急については、事前の十分な準備なしに、かつ、一分一秒をあらそう状況の中で処置をしなければなりません。事前の準備のある一般医療とは本質的に性質が異なります。医療事故調のスタンスは、これを明確に分けてとらえていません。分析不足です。

野球でイレギュラーバウンド・ボールの補給ミスがエラー判定にならないように、上記状況の中での処置は、一般医療と区別すべきです。

基本的には、分娩・救急の分野の医療は結果のいかんを問わず、刑事免責とすべきです。先進諸外国でもこのようなケースについて刑事責任をとらせている国はないかと思えます。分娩・救急分野での刑事免責が実現されなければ、これ以上の医療崩壊をくいとめるため、分娩・救急の分野での刑事免責を強く要望します。

9 医師(管理者を除く)

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

医療事故調第3次試案に反対します。

この試案では、以下に述べる諸々の点で中途半端であり、
現実に医療事故を減らす、医療安全を目指す制度にならないと考える。
試案を検討するに、第2次試案と同様、医療事故の当事者に処罰を下すことが
主目的となっていると考えられ、
さらに刑事罰の抑制にもつながらず、単に萎縮医療が蔓延するのみならず、
医療事故に遭遇した患者の納得にもつながらないと思われる。

刑事処分について

「重大な過失」という言葉の意味が、あいまいすぎる。

医療においては、軽い過失が重大な結果につながる。

死や後遺症などの重大な結果＝重大な過失 とみなされる現状で、

それを理由に刑事処分が下るということでは、日本では医療行為は行えない。

また、医療安全調査委員会の設立が、刑事処分に向かう動きを抑えられるかについても、

4/4参議院厚生労働委員会および

4/22の衆院決算行政監視委員会第四分科会での米田警察庁刑事局長の公式答弁
を見る限り、全く抑制効果は期待できない。

行政処分について

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、

その両方を厚生省が行うことになると、厚労省の権限が強くなりすぎ、危険である。

三権分立の原則にも反する。

医療死亡事故の届出義務化について

調査機関への届け出の基準、異状死の定義、診療関連死の範囲が曖昧であり

医療の現場で働く我々が、実際どう判断すればよいのか、全くわからない。

届出義務違反を防ぐためには、死亡例全例を届けざるを得ないことになる。

医療安全調査委員会(仮称)について

行われた医療行為の是非を、結果どうなったかの結論が出た状態で、

非医療者がその判断を検討できることは不可能である。

そういった思考訓練を受けていないからである。

医療者は、医療の中での思考、判断のやり方を、通常かなりの年月をかけて習得している。

結果がでていたとしても、それを一旦ホールドした状態で、医療行為が妥当であったか、

問題はなかったかを検討する訓練を受けてきている。

明文化されてはいないことであるだけに、その思考過程を取ることができない人からは理解不能であろうが、(ゆえに、医師の独断とかかばいあいと邪推されるのであろうと考える)これが医療者の「専門性」のひとつであると私は考えている。

判断が妥当なものであったかどうかの判定を、法律家や遺族代表が行うことは、全く別の思考過程で医学的な判断の是非を問うことになり、それは医療事故の原因究明、今後の改善にはつながらない。

医療行為を行う当事者が納得できる原因、実行する改善策でない限り、無意味である。その検討を、ヒューマンエラーの専門家などではないある意味「一般の人」である法律家や遺族が行うことは不可能である。

医療紛争に至る可能性があった事例の経験や、実際医療紛争に至った事例を身近で見聞きした経験から判断して、医療紛争の解決に必要なものは、当事者に処罰を下すことではない。生き物でしかない人間の身体というもののもろさ、命のもろさ、医療の限界を理解してもらうことであり、その気持ちを医療者と患者とで共有することである。

それを抜きにして、当事者の処罰をもって患者の被害者感情を慰撫しようとする制度は、絶対にこの国の医療の進歩にはつながらない。

もっと時間をかけ、世界的な医療事故に対する制度を検討した上で(少なくとも WHO のDraft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems および World Alliance for Patient Safety Forward programme 2005 の最低条件を満たすよう)将来を見通した、10年後20年後に、このおかげで日本の医療が良くなったと振り返ることができるような制度を作り上げていくべきである。

医療の限界と、人間の心理という、実際現場にいないと非常に理解しがたい事柄を踏まえないと
現実に即した医療安全のシステムは作ることができない。

できる限り早く医療事故調査委員会を設立して世論に答えたいという厚労省の考えを、理解できないではないが、絶対にこのような拙速な試案にもとづく制度化はすべきでない。

人間の死や、病気などの不幸と日々向き合って生きざるをえない、医療現場の人間の切実な希望である。

本文

【委員会の設置】(8)について

医療事故あるいは医療関連死亡事例に関する調査権限と、医療機関および医療従事者に対する処分権限は分離すべきである。その理由は処分に関する取引等が疑われないようにするため、独立した中立機関によって調査が行われるべきであるからである。

【医療死亡事故の届出】(19)について

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。現在、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ている。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」ことにならず、同法に基づいて「異状死」を届ける管理者が多いと思われる。あるいは医療安全調査委員会への届け出が増加することになるとと思われる。

【捜査機関への通知】(39), (40)について

処罰するための調査と原因究明のための調査は相容れない。刑事的な処罰に繋がるのであれば、そこには刑事訴訟法における黙秘権が補償されない限り、憲法上の不公平が生じる。一方で、黙秘したのでは医療事故および予~~々~~期せぬ合併症・死亡の原因究明は不可能~~々~~である。

4月22日に決算行政監視委員会第四分科会において、「医療現場の危機打開と再建をめざす国会議員連盟」に参加しておられる橋本岳衆議院議員により、第三次試案について国会質疑が行われた。それによると、法務省および警察庁はこの第三次試案について厚労省と一切の文書を取り交わしていないことが明らかになった。

つまり、この第三次試案が立法化されても、捜査機関が医療事故あるいは医療関連死亡事例を刑事事件化し、あくまでも個人の責任追及に矮小化する現状には、何の変化ももたらされない。

故意の犯罪は刑事訴訟法の範疇だが、医療事故は個人の責任追及で防止できるものではない。また、医療関連死亡は一人ずつ異なる背景を持つ個人における不確定要因に大きく左右される。

医療現場において惹起される、人的要因と構~~々~~造的要因が絡み合った事故原因を解明して組織的な対策を立てるために、医療安全調査委員会での検証が必要となる。医療関連死亡事例における医学的背景を解明し、予~~々~~期せぬ合併症・死亡の原因究明を厳密に行うことは、患者およびその家族のみならず、我々医療従事者が切に希求するものである。そして、その結果得られた知見をその後の医療に活用することも同様である。

そのためには、医療安全調査委員会において徹底した調査および論議が行われるための条件を整える必要がある。

従って、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だと考える。

4 おわりに(51)について

医療関連死亡事例における医学的背景を解明し、予 \times 期せぬ合併症・死亡の原因究明を厳密に行うことは、患者さんおよびそのご家族のみならず、我々医療従事者が切に希求するものである。そして、その結果得られた知見をその後の医療に活用することも同様であり、それこそが最も重要である。

そのためには、医療安全委員会において徹底した調査および論議が行われるための条件を整える必要があり、そのような医療安全委員会のあり方についての「国民的な議論」は、いまだ不 \times 分と言わざるを得ない。関係各機関との調整も不 \times 分になされたとは言えず、その過程も正しく国民に開示されていない。

不 \times 分な議論を尽くしてから法案化すべきであり、拙速は避けるべきである。

9 医師(管理者を除く)

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

現在、中国の短期医師免許(一年間)を取得の上、中国で医学教育および診療にあたっている者です。昨年まで病院勤務医でしたが、気力体力に限界を感じ、日本で常勤を休職している状況であります。

実際に医療保険制度が十分に整備されていない中国で医療活動を行ってみて、日本の医療が世界に誇れるものであったことを再確認するとともに、日本の医療が崩壊が進行していることに深く心を痛めております。

これまでも、様々な施策が検討され、また実行されていますが、実際に施行後に、社会的にどのような影響、効果があったのかという評価がほとんど行われず、見直すことも行われず、通達が突然撤回という事態も生じ(生活保護へのジェネリック)、医療崩壊を加速させているように見え、非常に残念です。

問題解決のための施策は、現実と乖離した規範の実現を目的とすべきではなく、人間の特性と現実を踏まえて、実行可能性と結果の有用性を基準に制度設計を行っていく必要があります。しかしながら、これまで同様、本第三次試案にも、実行可能性や結果の有用性の評価を、誰が何時どのように行うのか(行わないのか)、具体的な案が示されておりません。個別の項目については、先生、先生、弁護士のコメントに私は賛同しており重複しますので、割愛させていただきます。それでも、このように意見を送る必要性を感じたのは、厚生労働省におかれましても、医療事故の再発防止と同様、実行不可能な施策で現場が混乱してしまった場合に、どのように再発防止(リカバリー)をしていくのかをお考えいただきたいと強く希望するからです。

私が中国で確認したことですが、一部の中国人医師の間で、日本では医療事故が刑事事件として扱われることが、知られるようになり、過酷な勤務条件とともに、日本へ招聘されても行かないという理由の一つになっております。今後、さらなる高齢化に伴って海外からの医療介護の人材が必要になることを考慮すると、WHOの考え方に準拠したシステムを構築していくべきであると考えます。

9 医師(管理者を除く)

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

これまでのあり方検討委員会における議論が集約されてきた今、司法、患者、医療者で互いに受け入れがたい状況に陥っていると思われる。

1) 医師法21条: 本来の法の趣旨とは異なる解釈で運用されているが、司法は現在運用されている解釈を否定することはできない。一方、医療者は本来の趣旨に戻ることがを主張している。患者は医療の透明性を確保するための唯一の法的手段として拡大解釈を望んでいる。しかし、法律に解釈が異なる余地が存在することは、法律の厳格さを揺るがすことになり、その適用をめぐる混乱が繰り返されることが予想される。

よって、現在の状況に即して法律を改訂する作業を先に行なうべきであって、その前に医療事故調が扱う問題ではない。

2) 過失の判断: 医療に関する過失の有無や軽重は医療者にしか判断できないと医療者は考える。一方、過失を判断するのはあくまで法律上の作業であって、それは唯一司法によって行なわれるものであり、そうでなければ司法の独立性は保たれないと司法は考える。患者(あるいは被害者)からすれば、加害者と同じ側(医療者側)である専門家が過失の有無を判断するのは公平性の確保に疑問が残り、被害に対する復讐的心情を満たせるほどの判断を望む。さらに被った損失を補償してもらえなければ困る。

以上を考慮すれば、医療事故調は個人の過失の有無を扱ってはならない。あくまで、システムのエラーを追求するよう特化すべき。それと同時に無過失補償制度により患者や家族が救済される方法を作らなくてはならない。

これらの点により第3次試案の修正を求める。

8医療機関管理者

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

結論

第三次試案に基づいて立法し、拙速に制度化することには反対します。

理由

- (1) 医学的科学的な十分な調査がなされません。
- (2) 起こった出来事の経緯の解明が充分になされません。
- (3) 医療事故の再発防止に役立てられる見込みは乏しいものです。
- (4) 刑事司法の手續を何ら抑制するものではありません。
- (5) 厚生労働省単独で創設し運用するのは無理と考えます。
- (6) 患者さん側の理解を得られる見込みは乏しいと考えます。

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する目的は、医療を提供する側と受ける側の間の溝を埋め、軋轢を減らし、事故の再発を防ぎ、医学医療を発展させることにあります。この実現が真に国民の生命、健康と幸福に寄与するでしょう。しかし調査・再発防止策の確立、患者さんにご家族の支援・医療を受ける側の理解を得ること、これらのための制度や組織の設立など、その業務範囲は広大に過ぎ、医療安全調査委員会（仮称）単独で担うことは困難です。出来事を調査する機関（以下「調査機関」）、処分と医療機関の改善策や再教育制度、調停やADRなどの複数の法制度、患者さんにご家族の支援組織の創設などを、十分に時間をかけ、広く現場からの意見を集約し、検討を重ねてつくり上げていかなければなりません。この調査機関の目的は、再発防止策のための基礎資料を作ることです。そしてその調査能力と権威、法的基盤は、刑事司法に対しその上位に位置し、医師も国民も調査結果に納得できるものでなければなりません。個人の責任追及が前提では十分な調査はなされず、さらに医師の人権侵害に及ぶおそれがあります。すなわち、

- ・再発防止策のための量質とも十分な基礎資料とする
- ・医師に処分を下す場合、医師側を納得させられる
- ・刑事司法の可否判断に際しその上位に位置することができる

これらを明文化した法規定で実現しなければなりません。

これを拙速に制度化すれば、現在急速に進行中の医療崩壊を決定づけるものとなります。一般の人が感じる「重大」とは多くは結果が重大（死亡・重度の後遺障害）であるのに対し、医療現場での「重大」とは原因・過程を重大と捉えるものであり、この時点から乖離しています。そのため何が重大で何が

刑事手続相当かを医学の外で判断しては、医療を破壊してしまいます。もとより医療とは不確実性から逃れ得ないものです。結果に対し責任を問われペナルティを課されるのであれば、医療行為は弾丸の飛び交う戦場を征くが如き有様となります。とりわけ高度な医療は高リスクなものであり、それゆえ高度医療の場から医師が去り、医療現場は萎縮し、医療の進歩は阻まれます。また医師は自律を奪われ、医療は後退しモラルが失われるおそれが強くなります。

各論

1、医学的科学的な十分な調査がなされない

まず調査機関への届け出の基準、異状死の定義、診療関連死の範囲が曖昧なことが問題です。医療機関内での判断が、警察や裁判所に尊重されるだけの能力、権威、厳格な基準、明文化された法的根拠に基づいていなければ、医療機関の判断は後日無力化されるばかりか、その判断そのものに法的責任を問われる可能性が生じます。

2、起こった出来事の経緯の解明が充分になされない

「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」との規定が入っていますが、その一方で刑事手続が謙抑的に行われるという保証がありません(下記4にも記す)。これでは誠実に十分な調査は望めません。

3、医療事故の再発防止に役立てられる見込みは乏しい

調査機関は多数の調査を迅速にこなし、それぞれの案件をその分野の現役最前線の複数の医師が検討するというシステムが要求されます。しかし現在のマンパワー不足の医療情勢で迅速な調査など望めません。現況では調査能力に基だしい疑問があり、画餅に帰する可能性が高いと思われます。十分な調査がなされた上であれば医師側は納得し、その教訓を生かして積極的に医療事故の再発防止に尽力するでしょうが、不十分な調査結果をそのまま行政処分、刑事訴追、民事提訴の根拠にされるのでは医師の納得は得られず、逆に消極的な医療事故の再発防止、つまり萎縮・後退し、医療は崩壊するでしょう。

4、刑事司法の手続を抑制するものとなり得ない

調査機関の位置付けは、出来事が重大な場合、捜査機関への通知の有無の判断、特に「重大な過失」という法的判断を医学的判断で代行するというものです。しかし第三次試案・別紙3の刑事手続を謙抑的に行うという項目は、4/4参議院厚生労働委員会および4/22の衆院決算行政監視委員会第四分科会での米田警察庁刑事局長の公式答弁から、運用の実際に大きな疑念を抱かざるを得ません。診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業では、患者さん側が調査に納得しないことが少なくないことが分かっています。第三次試案では患者さん側からの警察への届出や警察独自の事件の覚知によって刑事司法の手続が動き出すことを止めることはできません。

5、厚生労働省単独で創設し運用するのは無理である

本制度は、刑事司法、民事紛争解決、医療、それぞれの法制度を連携をもって創らねば充分

機能しないもので

あり、内閣府の下に設置するべきです。厚生労働省単独でいくら試案を積み重ねても不十分であり、不十分な

まま運用すれば弊害が大きいと言わざるを得ません。仮に第三次試案のまま法制化された場合、調査と行政処分

の権限が集中する厚労省の権限は過大と言えましょう。現にこれまで厚労省は、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経緯があります。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ません。

6、患者さん側の理解を得られる見込みは乏しい

医療事故の再発防止には合理的かつ公平な判断が必要です。しかし多くの場合、患者さん側は感情的になって

しまいます。これは致し方のない事実であり、必ず患者さん側の気持ちを斟酌されねばなりません、感情の

要因と合理的かつ公平な調査とは相容れないものです。有識者として医療の専門家以外の調査チーム構成員は、

運営を管理し透明化することのみを目的とし、個別事案の調査に介入すべきではありません。さもなければ

調査に感情因子すなわち個人の責任追及(復仇)の念を持ち込むこととなり、それでは合理的調査とはなり

得ません。不十分で権威や法的基盤のない調査や個人の責任追及では、医療と患者さんとの溝は広がるばかり

です。また第三次試案では現状と同じく、警察が証拠を押収するとその証拠は開示されません。そのため調査

機関は無力化され、徒に時間を空費することになります。調査の時間が長引けばそれだけ患者さん側の理解を

得られる見込みは低下し、患者さん側、医療者側双方が徒に疲弊するばかりです。

結語

医療に関連して起こった不幸な出来事を医学的科学的に調査し、再発防止に役立て、患者さんと医療との間の

溝を埋めていく努力と施策は必要ですが、第三次試案は第二次と同様以下の問題を内包しており、このままの

拙速な制度化は賛成できません。

- ・処分と再発防止対策は両立しない
- ・「医療事故の届出」の義務範囲を広げすぎている、あるいは曖昧である
- ・義務範囲以外にも患者さん側からの調査依頼が行われる
- ・個人の処罰に「医療事故の届出」が使われる
- ・医療現場に司法の論理を持ち込まれる
- ・厚労省の権限が医療内容や医学そのものにまで及ぶ可能性がある

貴省は今後とも広く国民的議論を望むとする一方、第三次試案で法制化したいというのは矛盾しています。

さらなる議論を尽くすべきと考えます。

提案

1、正確な報告と十分な調査がなされるために

現在の第三次試案には、調査のために必要な報告者の保護について欠陥があり、誠実で十分な調査が

なされません。供述における何らかの免責とともに正確な報告がなされる制度とすべきです。

世界保健機関（WHO）が 2005 年に発表した医療（患者さんの）安全のためのガイドラインとプログラム

（WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems および World Alliance

for Patient Safety Forward programme 2005）を鑑みて修正することを提案します。

2、法改正について

届出すべき事柄が明確ではありません。医師法第 21 条の改正文を例示し、異状死の定義を明確に法文で

示すべきです。その上で死亡死産に限らず、医療に関連して起こった不幸な出来事が重大な場合

（例えば重篤な後遺症など）にも調査機関が機能し、証拠隠滅や故意犯以外は刑事手続を制限し、調査が

刑事司法の手続よりも優先するという明文化された法制度が必要です。

そこで以下の法改正を実現するように提案します。

(1) 医師法第21条の規定を改編又は追加

・届出は「死亡・死産に限らず」「調査機関に対し医療機関が行ってよい」というものとし、そのために

健康保険法、医療法などの医師法以外の法律に規定を新設するか、または特別法を設ける。

・医師法第21条の規定を改編又は追加し、「医師個人は診療行為に関連した死亡及び死産については

届出義務を免れる」ことを定める。

(2) 刑事訴追のための特別法

・刑事訴追について、業務上過失致死傷罪の適用に関しては、告訴がなければ公訴を提起することができない

「親告罪」とする。

・調査機関の「刑事手続に付すことが相当」という「意見」、すなわち「告発」を起訴の必要条件とする。

・被害届、告訴、告発があった場合、捜査機関は調査機関に通知・回付し、調査機関の「意見」が出るまでは

捜査しないように規定する。

(3) 証拠の取扱いのための法規定

調査機関による調査を遅滞させないため、刑事訴訟法第 47 条の「但し、公益上の必要その他の事由が

あって、相当と認められる場合は、この限りでない」という規定を生かし、特別法にてその例外を

「捜査機関は保有する証拠を調査機関に開示する」と規定する。

3、調査機関の任務について

調査機関は、厳密な科学的・医学的調査だけを行うこととします。調査報告書をまとめ、患者さん側、

医療機関に提示するとともに、刑事手続相当・不相当の判断を下すところまでを任務とします。

それ以外の、再発防止策の確立、患者さんご家族の支援、医療を受ける側の理解を得ること、

処分などの機能等は、それぞれ独立した他の組織、制度で担うべきです。

以上

4. 氏名： 稲垣 忠洋

5. 所属： 西脇市立西脇病院 内科

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)

524-②/4

「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

地方の公立病院において内科診療に従事しておりますが、本案に懸念を感じ、コメントを提出させていただきました。

別紙3の問2の答2において遺族からの告訴があった場合には警察は捜査に着手するとあり、国会においても同様の答弁が警察庁から回答されています。

医療安全調査委員会が医療事故調査において警察の捜査に対して優越しているということになれば、ご遺族の方が両方に告発された場合、医療者は警察の捜査を受けながら医療安全調査委員会の調査を受けるという2重の負担を強いられる心配がありますがいかがでしょうか。

このような懸念が払拭できないのであれば、第三次試案には反対です。

本文

・原因究明を主目的にするのであれば、厚生労働省から独立し、且つ、そこでの証言等で本人が責任を問われないシステムを作るべきである。その上で、匿名化した形で公表すれば、より有益なフィードバックを現場が得られるであろう。現在の案は、原因究明よりも、むしろ責任追及により有効なシステムとなっており、「原因究明のために」自己に不利な証言をすれば、その内容を刑事あるいは民事訴訟に利用されてしまうおそれがある。

・真に原因究明のためだけの委員会であれば、患者の立場のものが入るのも意味があるかも知れない。しかし、現在の案のような責任追及に活用しやすいシステムでは、感情的な対立がより先鋭化しより懲罰的になる可能性も高く、「有識者」の参加はマイナス面が多いのではないか。

・当然、故意や悪質な怠慢があれば、然るべき処分が必要であろう。ただ、現状では、過失とも言えないものであっても、「死亡」という結果をもって「結果責任論」にて、起訴されている現状がある。また、4/4参議院厚生労働委員会および4/22の衆院決算行政監視委員会第四分科会での米田警察庁刑事局長の公式答弁から、「謙抑的」運用が実際に行われるのか、結局現状と変わらないのではないかと大きな疑念を抱かざるを得ない。

・医師法21条関連については、もともと犯罪等に適用されていた医師法21条が、法改正を経ずに医療にも拡大して適用されている。医師法21条の適用範囲をまず元に戻す必要があると考える。第3次試案の21条改正案では、「医療機関が届出を行った場合にあっては、医師法第21条に基づく異状死の届出は不要とする」とあり、逆に言えば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ことになるため、結局死亡事例すべて届出となり得ることとなる。

他にも指摘すべき点は多々あるが、これらの点だけをもってしてもこの試案には反対である。

「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

反対します。

理由

1) 段落1 (はじめに)、および段落3 について

届け出によって調査された内容が刑事・民事裁判の根拠にはならないという明快かつ正式な保証を全く行っていない。裁判であれば黙秘権が認められるのに、当然万一不利になること、過誤であっても調査のために公表しなければならないことになる。そもそも欧米先進国では明確になっている「善きサマリヤ人の法」に当たるものすら明確に制定できていない我が国において、一方的に非難を受けうる素因を作ることさらなる医療の萎縮を招く危険が極めて高い。医療者の職業上の安全の保証なくしては医療の安全はあり得ない。我々は犯罪者でも被告でもないのに、そもそも大部分の医療者が現状を隠蔽しようとしているような意見には不快感を覚える。

2) 段落2 (医療安全調査委員会 (仮称)) について

科学的、中立な調査であるはずの調査委員に患者等の代表が入るのは容認できない。このことは著しく公平性、中立性を欠くものであり、遺族の被害意識を高め、かえって訴訟へのリスクを高める。解剖等により判明した本来全く責任を取る必要のない本人の健康問題の結果までもが診断できなかつたりすれば責任を問いかねられない。

3) 段落2 (医療死亡事故の届け出) について

届け出基準が曖昧すぎる。届けた者、あるいは届けないでよいと判断した者について届け出義務違反以外の法的な免責に対する配慮がない。

4) 段落3 (医療安全調査委員会以外での対応) について

医療の安全の確保に一番大事なことは、医療費を必要なところまで増やし、医療に携わる人間を増やし、過度の負担を取り除くことであり、このことが議論、改善されることがまず至急の課題である。医療にかかる費用はある意味「保険」であり、現在財務省や財政諮問委員会の言う医療の効率化は、医療安全という点において、特に急性期医療には相容れない。

そもそも医療の安全が守られない一番の原因として、絶対的な医療関係の人材不足による過労、および人的エラー、また資金不足による安全を高めるための

コストがかげられないことがあるのに、それを改善することをに逆行した政策の元で原因、責任追及を行っても本末転倒である。この10年でも医師に要求される説明義務や単純な書類だけでもかなり増えた。その仕事増加量をコストに上乗せさせない社会主義的な体系で、現在の医療はもはや限界である。人材の育成を明言している以上、その育成および採用に対するコスト増、医療安全にかかるコスト増（家族への勤務時間外や頻回の病状説明にかかるコスト、病状説明書作成、配布にかかるコストは当然算定、あるいは患者の自己負担として算定されて当然のものである。

5) 上記は WHO の医療事故報告システムのガイドラインにも反する。

Table 1 Characteristics of Successful Reporting Systems

Non-punitive: Reporters are free from fear of retaliation against themselves or punishment of others as a result of reporting.

Confidential: The identities of the patient, reporter, and institution are never revealed.

Independent: The reporting system is independent of any authority with power to punish the reporter or the organization.

Expert analysis: Reports are evaluated by experts who understand the clinical circumstances and are trained to recognize underlying systems causes.

Timely: Reports are analysed promptly and recommendations are rapidly disseminated to those who need to know, especially when serious hazards are identified.

Systems-oriented: Recommendations focus on changes in systems, processes, or products, rather than being targeted at individual performance.

Responsive: The agency that receives reports is capable of disseminating recommendations. Participating organizations commit to implementing recommendations whenever possible.

医療とは現時点で起こっていることを総合的に見ながらその時点での最善を行い、結果をフィードバックしながら状態を安定化していくものであり、事後の結果で責任を問われる性質のものでは決してありません。医療は不確実なものであり、人間は必ず死ぬことは誰でも知っていなければならないことです。また医療者は神でも超能力者でもありません。予測不能な急変の時、行っていた治療行為が「原因である可能性は否定できない」ことの方が多いと考えられ、その結果が裁判の火種になるのであれば、もはやこの国で医療行為を行うことは危険で、撤退せざるを得ません。国外へ移住し医療に携わることも含め将来を考えます。他の職種で考えれば、たとえば台風の進路、被害予測を正確に予測できない気象予報士は台風による死亡者が出た場合あとの進路の結果を基に責められるべきだし、警察官がたとえ最善を尽くして任務についても、被害が出た場合は個人的に責任を取らねばならず、また消防士が最善を尽くしたのに家が全焼したらその結果を個人的に問われねばならないことになります。基本的なところを無視した法制化は著しく思慮を欠いたものと考えざるを得ません。今の案のままでは救急医療のみならずすべての医療はかえって崩壊するのは目に見えています。

以上により、「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-」については反対を表明し、臨床医師を中心とする有識者による抜本的な改正案を要求します。

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

最も重要な前提として、この委員会の目的は医療従事者の刑事処分・行政処分ではなく、真相究明・再発防止であることを考えると、以下のような問題点が存在する。これらの点に関してさらに慎重な検討が必要であり、拙速な決定は医療崩壊をさらに加速させる可能性が高い。

■医療安全調査委員会(仮称)について

医学的・科学的(システムも含む)に原因の究明を行い、再発防止につなげる組織であるとするれば、医学・科学・システム(医療安全)の専門家により構成されるべきであって、法律関係者は不要ではないでしょうか。そもそも、真相究明・再発防止・当事者の責任追及・遺族の慰撫など多様な目的を一つの組織で行おうとすることに無理があります。最初の前提で述べたように、あくまでも真相究明・再発防止に限定した委員会であるべきと考えます。さらに、人材・費用の面で試案に示されているような院内事故調査委員会をはじめとした各委員会が機能するかどうか疑問が残ります。

■刑事処分について

厚生労働省と法務省など関係機関との十分な話し合いがなされていない事が露呈し、医療安全委員会の枠組みの中では刑法上の業務上過失致死はそのままであり、司法が謙抑的に対応するとの意見は厚生労働省の希望的観測に過ぎません。現状の枠組みの中では、医療安全委員会の有無に係わらず、訴えがあった場合には警察は独自に捜査を行うこととなります。したがって、この委員会が実効性のあるものとして機能するためには、刑法の改正も念頭に置いた関係各機関との十分な制度上の検討が必要であると考えます。

4. 氏名： 鈴木律朗

5. 所属： 名古屋大学医学部造血細胞移植情報管理学

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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | <input checked="" type="checkbox"/> 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。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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

第3次試案の全体について

そもそもこの試案が制定される目的が、現実を見ていない。「医療の安全の確保」とあるが、日本の医療は既に世界でも最高水準の安全度を誇っている。乳児死亡率は世界一低く、国民の平均寿命は世界一長い。マスコミなどで時に報道される「医療過誤」に関する問題は明らかに枝葉末節である。日本の医療に本質的な問題があるならば、乳児死亡率・平均寿命などの世界一レベルの医療は達成できないからである。逆にその世界一レベルの医療が、本質を知らないウケ狙いのマスコミの偏向報道で危機に瀕しているのが、「医療崩壊」問題であり「萎縮医療」である。厚労省は統轄官庁として専門家の見地からマスコミに反論し、国民を啓蒙するべきであるものが、逆に日本の医療に問題があるかの如き持論を展開し、医療崩壊を加速させようとしているのは由々しき事態である。日本の医療者の大部分はまじめに正しい医療を行っている。ごく一部の問題医師や、それを事大主義的に誇張するマスコミ、医療に達成不可能な完全性を求める国民に対して迎合することは、まさに「角を矯めて牛を殺す」の格言の如く、世界一の医療を崩壊させることになる。この認識なくして医療安全調査委員会はあり得ない。方向性を誤ると取り返しのつかない事態に陥ると考えられる。

医療安全調査委員会を設立すべき目的があるとすれば、「医療者が安心して、自らが正しいと信ずる医療を行える環境の整備」である。この環境が脅かされているのが現在の日本の医療の現状である。医療は本質的に不確実なものであり、人の死は最終的には避けられないものである。これを紛争当事者に理解してもらうことで多くの医療紛争は解決する。社会に対する啓蒙不足が、医療紛争の根底にあると言える。

第3次試案公表後の経緯について

第三次試案に関する記者会見で、厚労省の担当者は医療安全調査委員会の調査結果が刑事訴追に利用されないことを

「法務省、検察庁には覚え書きをもらっている」

「文書で了解を得ている」

と語っていた。しかしながらこれは、4月22日の衆院決算行政監視委員会で、橋本岳議員の質問に対する警察庁（米田刑事局長）および法務省（大野刑事局長）の答弁で明確に否定された。

同様に、厚労省としては「刑事訴追については『謙抑的』な対応をすることで了解を得ている」としているが、これも警察庁関係者に否定されている。試案に記載されていないことを会見で語ることはこのように齟齬の元となり問題が大きい。厚労省は上記2点に関して、立場を明らかにするために試案に文書で盛り込んでいただきたい。

第3次試案の全体について

記述が膨大な割に議論のポイントが不明確である。試案の最初に要点をまとめた「要旨」を記載するべきである。

「1 はじめに」について

(4)において「医師等が萎縮することなく医療を行える環境の整備にも資するものと考えられる。」とされているが、このためには調査委員会だけでなく刑事免責とのセットが必要である。諸外国の医療事故対策や、航空機事故調査委員会での刑事免責との併用を考えればしごく当然のことで、これを文言として盛り込む必要がある。刑事免責に関して、一部のマスコミなどに強固な反対論があるのは承知しているが、マスコミの論調は「医師過剰論から医師不足論への激変ぶり」を見れば分かるように場当たり的で一貫したものではない。そういった意見に流されることなく専門官庁としての主義主張を貫くことこそ、「国の医療を考える」厚労省のあるべき姿である。諸外国が紆余曲折の末、刑事免責にたどり着いている点を軽視してはならない。同じ轍を繰り返して日本がそこに至るのでは、中途段階の国民に対するリスクがあまりにも大きいと考える。

【医療死亡事故の届出】の項

(20) および図表で届出範囲を記載しているが、記載が抽象的で分かりにくい。カリウムや消毒薬の誤投与などは、この制度で議論するまでもなく問題のある医療行為であるので、例示としては不適切である。具体例を多数例示して届出範囲を明確化しないことには、運用後の混乱を助長するのみならず、拡大解釈から制度の目的外の業務増大を招き、医療現場の士気を低下させる原因となる。各診療専門科で、どのような場合は届出をし、どのような場合は不要か、客観的で分かりやすい基準の策定が不可欠である。(4)でも「過誤を伴わない医療事故」という抽象的な文言が用いられている。実際の医療では、私の専門領域で言えば白血病に対する化学療法や骨髄移植など、一定の死亡リスクを承知の上で治癒を目指す治療が存在しており、原病によらない死亡と事故・過誤の線引きを誤ると、こういった特定の領域の医療を衰退させかねない。特に「誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して患者が死亡した事例」という記載は、大いに問題がある。

以上

9医師(管理者を除く)

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

拙速な医療安全調査委員会の法制化に反対します。

医事紛争において、医療者と患者側との間に入り紛争解決に努力する機関の設立は、私も含め医療者側からも期待されているところです。

しかしながら、第三次試案も含めた現時点での議論を見る限り、法制化に向けて十分な議論が尽くされているとは思えません。

特に、この委員会が持つ権限が法的にきちんと明文化されて担保されていないことに大きな不安があります。あくまで運用上配慮するという、極めて曖昧な位置づけであります。

警察・検察・裁判所といった司法の側は委員会が司法の領域に踏み込んでくることを嫌います。しかし、その点について正面からきちんと議論しない限り、委員会の持つ権限は曖昧なものとなり、現実的な紛争解決能力を著しく低下させることになってしまいます。当然に省庁を横断した形での議論を避けることなく、またオープンに行われ、その結果法制化が進むのであれば、医療者からも患者からも司法からも評価されない、まったく無意味な形の組織となっていまいます。

また、人的資源の問題についても極めて不安が残ります。法制化さえすれば運用できるのか。実際に調査にあたる人間が確保できるのか、その点が不明です。法制化すれば自然に人が湧いてくるわけではありません。特に医学的な点での調査を行える人間は相当の医学的知識を要求されますが、特に地方においてそれだけの人材が持続的に供給可能であるとは現在の医療崩壊の実態を見る限り到底思えません。とにかく法制化してあとは現場でなんとかする、といった見切り発車のようなスタートは避けるべきです。それは後期高齢者医療制度のように現場に混乱をもたらすだけです。

私は地方で産科医療にいそしんでおりますが、現時点でのシステムでは訴訟の軽減にもつながらず、医療事故の被害者との対話の促進にもつながらず、原因の追及・再発防止にもつながらず、正直まったく評価できません。そもそも何のためにこの委員会を設置しようとしているのか、あれもこれも取り入れようとして却って理念が曖昧になっているように思います。

訴訟の軽減につなげるためには前述のように司法との正面切った議論が不可欠で、場合によっては刑事訴訟法・業務上過失致死／致傷罪についての法学的な論争まで踏み込まなくてはならないと思います。現状ではそういう論争を避けるために敢えて曖昧なまま事を進めようとしているとしか思えません。

医療事故の被害者との対話は、原因調査とは切り離して考えるべきだと思います。また、それは調査の結果を待たずに調査と並行して行われなくてはなりません。事故の調査は医学的な知識が不可欠で医療者しかそれを担うことはできませんが、対話の促進にはより一般的な立場に立つ人々が参加可能で、参加した方がよいと思います。現在、医療メディエーターやADRとして設置が模索されていますが、そういう組織との連携についてもっと議論が求められていると思います。第三次試案においてはその位置づけが中途半端だと思えます。

原因追及・再発防止には、免責も含めた議論が不可欠です。医療事故の被害者からは免責というものは受け入れがたい部分があり、議論が難しいことはわかりますが、司法との関わりの部分でも述べたように、この部分の論争を避けようとするのは問題だと思います。医療事故においては被害者が現状を回復することは難しく、被害者としては次善の案として 1) 真相の究明 2) 再発防止 3) 十分な補償 を求めることになるだろうと思いますが、免責も含めた議論を避けているようでは、1) 2) の達成は困難になってしまいます。その点について、もっと

議論がなされるべきだと思います。

また、再発防止のためには医療者の再教育も含め、医療者側の自律的な行動が不可欠だと思います。この点については行政処分という形で委員会がそれを担うよりは、医療者側にどのような形で再発を防止するのか考えるようにもっと協力をメッセージを発してもよいと思います。再発防止のための教育・指導には当然専門的な知識が必要ですし、それは委員会で総論的に受け持つよりは、各専門分野でそれぞれの職能者がきちんと担えるようにしていくべきだと思います。

こういう組織を法制化していく、その方向は間違っていない。また、第二次試案・第三次試案を見る限り、むしろ好ましい方に議論が進んでいると思います。今、重要なのはこの議論をこのままより深めていくことであり、適当なところで手を打って法制化を進めることではないと思います。

後期高齢者医療制度が現在大きな問題となっています。また、裁判員制度も実際に始まれば相当に国民からいろいろと批判が出るのが予想されます。いずれもその理念には汲むべきものがありながら、十分な議論とその内容の周知を欠いたまま事を拙速に進めたためと思います。同じ轍を踏むことのないように、第4次・第5次と試案を重ねて十分な議論がなされてから、法制化が進められることを期待します。

9医師(管理者を除く)

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。

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ぬ理由は何か。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。

アメリカの謝罪マニュアルは、刑事・民事責任を免責されたものが前提である。それを忘れてなのか、あえて、ふれないで、個人責任だけを追究する制度が創設されようとしている。遺族が警察に訴えた場合、警視庁は事故調査委員会の結論如何に関わらず刑事事件として動くことになると明言している。また、モデル事業でも調査委員会の結論で納得された遺族は全体の25%(2/8件)であったとしており、これがそのまま運用されれば刑事事件が増加するのは自明と思われる。

現在、厚労省主導による臨床研修制度などにより、産婦人科では派遣医師不足が常態化している。訴訟の多い当科では医局員入局が圧倒的に少ない。最近の医師の意見でも過重な責任を回避する傾向が垣間見え、日本の医療は明らかに萎縮医療化している。(従って新しい医療に対するチャレンジがない。)

教授らによるめざましい再生医療での医療トピックが、新しく制度化される事故調により一般の人々に還元されるような機会が激減してしまうことは目に見えている。

後期高齢者医療制度によって政府の態度が年取れば政府はサポートしないというメッセージとなってしまった。それは現在の若年者へも深刻な影響を与えた。すなわち、そのような国では自分たちが年を取ったら切り捨てられるという危惧である。それは自分たちが生もうとする子供にも及ぶだろう。結果、少子高齢化は歯止めがきかない。

医者を悪者にする制度を新設する前に、あまりにも土木、建築、道路行政に傾いた現在の日本の政治システムを改変するべく厚労省が財務省から予算をとってくるぐらいの気組みを望む。さもないと再生医療など、日本の優れたサービス産業である医療界は完全に崩壊していくだろう。

これまでの日本の医療は、当直費をもらわなくても宅直をする赤ひげ的な医者の善意によりある程度まかなわれていたのではないか。それらの善行を踏みにじらないでいただきたい。

本文

医療は、そもそも当事者間で行う私的行為であり、問題解決も両者で行うべきである。その事を踏まえ、医療が高度になり、治療がある程度成績が上がり、期待が裏切られた事により紛争が起こり、

両者を納得できるがごとく司法の手を借りて解決しようとして来た。それでも、納得できない者が紛争を長引かせたり、個々の利益のために真実が曲げられたり、原因がはっきりしないあるいは科学とは無縁な法曹により不信が医療を混乱に導いている。

仮に真実を追究する目的であるなら、人が何故死ぬか、病がどうして起こるのが解らない限り議論が空転するだろう。戦う相手は人ではなく自然の力であるからだ。それに対して裁定を下せる者は神しかいない。そういった行為を行うのであるならば、懺悔をさせるのだから当然免罪を行うべきである。又、そういった次元に司法や行政が介入する事は憚られる。

現在の日本における医療崩壊を救うべく政治的な手法で新たな機関を設立させたい意図は理解できるが、法治主義と人治主義の観点から言えば十％分に法律により担保され官憲の不介入の場で十％分に議論させねばならない。

そのためには、関係者とは無縁の専門家による議論であり、具体的には不慮の死を全て強制解剖するぐらいの科学的見地による医学の追求を必要とする。結果に対して、専門家集団は責任を追及されない立場にあり行政は意見を十％分に聞く立場にあるのみとする。

結論：今回の第三次試案は、上記の事由により稚拙、拙速であり十％分な議論が語り尽くされていない。

よって反対である。

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」について、+¥分な見直しをお願いいたします。

私は現場で救急医療に携わり、外科医として日々地域の医療に貢献していますが、今回の試案のような法律が出来た暁には、今後も同様の活動を続ける事は難しいと考えております。

この法案では医療を安全に保つ為と称して、実際は医療を萎縮させる効果しかない事は明らかです。

それは、世間は医療知識が全く乏しい事と、医療に対する過度の期待が存在している事が根底にあります。その状態で事故調査委員会という第3者機関が介在したとしても、試案に盛り込まれているような『遺族の慰撫』という目的があつては、客観的な判断が出来るとは到底思えません。それを目的とするならば、非医療者が、特に感情によって行動される遺族が加わるという事は、同機関は原則的に結果責任を問う為の罰則機関となることは明白です。

医療とは、不確実であり結果に対する保証をできるものではありません。

つまり、医療が行われた後から結果論として医療行為を検証されれば、どうしても不手際を指摘できる訳です。

そうなれば、こういった法案で更に煩雑な報告義務を現場の医師に課すという事は、そういった義務が発生する可能¥性のある症例は敬遠されてゆくしかありません。

それは被害者救済目的で賠償命令が出されるようになってきた判例に則って、そういった可能¥性のある患者の受け入れが成され難くなってきた現在の救急医医療崩壊の現実から明らかです。

医療事故を減らそうとする判断は、医学と医療マネジメントによる事のみで可能¥であり、法律に沿ってそれを行おうとすれば医療そのものが萎縮するだけで、事故が減ったけれど医療の恩恵も減ったという結果に結びつく事は想像に難くありません。

今回の法制化は、厚労省と日本医師会による高度な政治的判断によるものだと思いますが、簡単に法律で医療を弄べば医療そのものが崩壊するという事実に向けるべきだと思います。

しかしながら、より良い医療を求めて医療事故調査委員会を設立するという事業を目指すのならば、先ず国民全体の医療に対する認識の底上げを行い、医療者の免責事項を法制化するといった形で医療者の権利を確保した上で、調査委員会への報告という義務を課すという順序でお願いしたく存じます。

5学生

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

この法案で救われる人はいるのですか？

医師を罰すれば、不幸な転帰で死亡された方やそのご遺族にどのようなメリットがあるのですか？

現状の司法制度では、医師の個人責任を追及することが目的となっていますが、それを避けるために医師が行動を起こすと、それは国民全体の不利益になりませんか？

よって現状のこの法案には反対いたします。

年齢 50代

537-②/2

1会社員

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

第三次試案に反対します。

医療費抑制策や福島県立大野病院事件などにより、医療崩壊が急速に進行中の今、刑事免責が明確になっていない案を通すことにより、より深刻な医師不足、医療崩壊が起きるからです。医療崩壊を促進するような案には強く反対します。医療事故を少なくするにはまず、医療費抑制策を止めることが先決だと思います。それから、膨大な費用がかかると思われる事故調査委員会を立ち上げる費用があるなら、その費用を医療現場にまわしてください。その上で将来の患者となりうる国民全員の事故予防のための、医療事故調査ができる仕組みの調査委員会を作ってください。WHO基準の。

年齢 30代

538 - ②/2

9医師(管理者を除く)

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

大前提として福島県立大野病院事件や、杏林大割箸事故を「重大な過失」と見なす事故調なら百害あって一利なしと考えます。

それから事故調が「過失なし」と判断しても続発する刑事訴追を止められない制度なら全く無意味で単なる税金と人材の無駄使いとも考えます。

4. 氏名： 大滝 英二

5. 所属： おおたき循環器内科クリニック

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： 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

法案は必要である。医師個人に対する罰則が主たる目的になっている現状を考慮すると、速やかに成立させることは必要であることは間違いない。

しかしながら今回の第三次試案では数多くの疑問点があり、このままではかえって医師の意欲を殺ぎ、逃散を助け、ますます医療崩壊を進めることになることは容易に想像できる。

WHO(WHO DRAFT GUIDELINE FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEM http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)により示された原則は Table 1 Characteristics of Successful Reporting Systems としてまとめられている。

すなわち

Non-punitive	Reporters are free from fear of retaliation against themselves or punishment of others as a result of reporting	報告者への刑事罰が可能になっている
Confidential	The identities of the patient, reporter, and institution are never revealed.	裁判の資料になることを否定していない
Independent	The reporting system is independent of any authority with power to punish the reporter or the organization	厚労省内に設置されることは独立性に疑問あり
Expert analysis	Reports are evaluated by experts who understand the clinical circumstances and are trained to recognize underlying systems causes.	非専門家(患者側になりうる有識者)がメンバーの一員になっている
Timely	Reports are analysed promptly and recommendations are rapidly disseminated to those who need to know, especially when serious hazards are identified	この体制では時間がかかることはモデル事業でも明らかである
Systems-oriented	Recommendations focus on changes in systems, processes, or products, rather than being targeted at individual performance	建前はシステムの改善を謳っているが刑事免責がない限り個人責任の追及は否定できない
Responsive	The agency that receives reports is capable of disseminating recommendations. Participating organizations commit to implementing recommendations whenever possible	財源、人的資源の保証が示されていない

今回の第三次試案ではこの七原則が全く守られていない。一番右端にその評価を示す。

いったい今回の試案作成にあたってこのWHO勧告をたたき台にしたのだろうか、はなはだ疑問である。この第三次試案のままでは国際的理解が得られないことは明白である。

今回の提案の最大の目的は「医療事故は刑事罰の対象にしない」ということである。

その大前提としてあるべきことは、医師法21条の解釈を「犯罪」だけを届けるという本来の目的に戻すことで、そのことがきちんと保証されていない限り、本来の目的である「事故原因の究明とその対策」は達成できない。

これらをふまえた上で、

- (1) 再発防止策
- (2) 患者救済の仕組み
- (3) 処分

これらの流れは全く別の仕組みを作るべきであるとする。

以上の理由により「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」に反対します。

追記：これまで知る限り三つの学会しかこの第三次試案に対し反対意見を表明していません。我が国の数多くの学会組織を初めとして日本医師会もまた会員にきちんとした説明をしていません。医療事故で医師が逮捕され裁判にかけられ続けている現状を放置してきたこれら学会や医師会の自助努力のなさが、一方でこの事態を招いたことは明らかであり、自らを含めて猛省しなければならぬと思います。

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 : 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

前回の第二次試案では、医療事故調査委員会であったが、自由民主党の試案を受けて、医療安全調査委員会と名称を変更された。

これは、単に名称が変更になっただけではなく、その目的が『診療行為に関連した死亡に係る死因究明』から『医療の安全の確保に向けた原因究明と再発防止』になった。調査委員会が『原因究明』だけでなく『再発防止』まで遺族に報告することになれば、一縷の改善点もない医療記録はおそらく存在しないことから、人一人死んでいるのだからミスがあったに違いないと考える遺族の疑問に対して、訴訟の糸口を示す報告書を見せることになり、日本は医療訴訟大国となり、医療は崩壊するであろう。厚生労働省が出す政策は次々に失敗しているが、本法の場合、2～3年先に施行すると決まると同時に日本の医療が終焉を迎えることを全く予想できていないとすれば、これは驚嘆に値する。

そもそも人間いつかは死を迎えるのであるが、大都市で救急患者が搬送先の決まらぬまま救急車中で人生を終えるようなことが、日常茶飯事になろうとしているのに、厚生労働省はあまりにも暢気に過ぎる。

【1.】委員会の目的について

医療安全調査委員会の目的が『医療の安全の確保』を目的とするものであれば、医療事故による死亡例だけではなく、少なくとも後遺障害を残した、あるいは残す可能性のある事例も含めなければ、ハインリッヒの法則を持ち出すまでもなく、医療安全管理対策としては不十分な結果しか出すことはできないものと考えられる。

死亡したか、しなかったかで届け出に一線を引かれていること、医療従事者は地方委員会からの質問に答えることが強制されないと敢えて書かれていること、調査の結果によっては捜査機関への通報がありうること、委員会組織に法律家を入れていること、『医療関係者の責任追及を目的としたものではない』とわざわざ繰り返し述べられていることから、この試案で示されている組織が、再発防止ではなく刑事告発すべき事案かどうかを鑑定することにむしろ興味があるのではないかと思われる仕方がない。結果的に再発防止にあまり役立たない成果しか上げることができないのであれば、委員会名に『医療安全』を冠することは不適であり、『医療死亡事故調査鑑定委員会』とすべきである。

しかし、仮に『医療死亡事故調査鑑定委員会』だったとしても、医療に立ち会った医療者からの事情聴取が不十分であれば、実際に何が起こったのかを正確に知ることは難しく、判断を誤る可能性を含むものとなるであろう。

医療者からの事情聴取や実況見分を行わずに、すなわち、考古学的なアプローチによる鑑定で、遺族の納得のいくレポートが作成できるのだろうか。

いわゆる『ヒヤリハット報告』が広く行なわれるようになり、医療安全管理対策への心構えがやっとできてきたところで、それを生かす方向ではなく、逆に萎縮させ、隠蔽体質へと再び向かわせ、医療機関に対する信頼を失わせるように国民を仕向けるような政策には断固として反対する。

そもそも、2005年にWHOが発表している医療安全に関するガイドラインを大きく逸脱する委員会を設立しなければならない日本固有の理由は何かについてについて、是非明示していただきたい。

【2】委員会からの捜査当局への通報について

「死体を検案して異状を認めた医師は、自己がその死因につき、診療行為における業務上過失致死等の罪責に問われるおそれがある場合にも医師法 21 条にいう届出義務を負う」とされているが（2004年4月最高裁判決）、これは憲法 38 条 1 項（何人も自己が刑事責任を問われるおそれのある事柄について供述を強要されない）に抵触しないとされている。

医師が日本国憲法の外に置かれているのでなければ、この判決を矛盾無く解釈するには、『医師法 21 条にいう届出義務』によって医師は『診療行為における業務上過失致死等の罪責に問われるおそれがある場合』でも実際には問われないということではなければならないのではないか。

医療を特別視するわけにはいかないということであれば、いわゆる『善きサマリア人の法』の制定を急ぐ必要がある。

現在の法律の下では、例えば空港で AED を使用したときに、電撃外傷を生じた場合、一般人であれば傷害罪を、医師であれば業務上過失傷害罪を適応されうる状況にあることは問題視されていないが、一度でも訴訟が起こり、マスコミが法の解説をしたら、誰も AED を使用しなくなるであろう。

救急事態における救命活動に対する免責をきちんと明文化されておれば、医師法第 21 条に第 2 項を追加し、医療事故の届出先を委員会にすることであれば、委員会に届出がなされたものについては、委員会が捜査当局に連絡をするという『機能』は不要となる。

【3】報告書について

委員会の鑑定結果は医療機関と遺族に報告されるわけであるが、内容は同じものとなるのであろうか。

『医療安全管理対策』を第一義的に考えるならば、『鑑定書』には『この時点でこのように判断した方が良かったかもしれない』という類の文章や医療記録の所見の記載

漏れに対する指摘やなどが多数見られることになるが、このような医療機関に対する提案は、死亡の原因は不適切な医療行為にあると信ずる遺族から見れば、医療過誤を多数犯していた可能性があることを説明するようなものであり、民事訴訟の争点を提示しているようなものである。

かといって、医療者と遺族に書いてある内容が全く異なる鑑定書が渡されるとするならば、遺族には、委員会には透明性がない、委員会は医療機関と結託して隠蔽工作をしている、と疑われるのがオチであろう。

第三者的機関が医療者と遺族の間に入ると、このような不信感を煽る結果しかもたらさず、弁護士の活躍の場が増えるだけで、医療は荒廃し、多くの国民は不利益にさらされるだけである。

そもそも遺族が医療安全調査委員会に訴え出たときには、医療機関に非があるという結果以外は受け入れないつもりであることがほとんどと考えられるが、感情論によって医療を荒廃に導くような仕組みを作るべきではない。

現在、年間100万人の国民が死亡している。

その多くは医療機関にて死亡を確認されているが、医療安全管理対策のための調査を行なった場合、その診療記録に問題を指摘することがひとつもないものが1例でもあるのだろうか。

医療事故調査委員会の調査報告書であるならば、適切な治療が行なわれたかどうかはその報告書となるが、医療安全調査委員会の調査報告書には、より安全な医療を目指すための方策が盛り込まれるはずであり、これは遺族に民事裁判の論点を示すに等しく、弁護士増員策と相まって民事裁判は確実に増加するものと考えられる。

【4】対案

以上のことから、第三次試案に基づく『医療安全調査委員会』は医療を減ぼす結果となることが容易に予想されるため、この創設に反対する。

しかしながら、現状を維持してよいわけではなく、むしろ大急ぎで医師と患者関係を修復しなければならず、対案が必要となる。

ひとつは、前述のいわゆる『善きサマリア人の法』の制定である。

もちろん、医療従事者を特例扱いにせず、全ての国民が等しく免責されなければならない。

医師国家資格は終身資格である。

超高齢の医師であっても、循環器内科医師と誰もが知っているような場合、仮に街角で遭遇した心肺停止状態の人を蘇生せねばならないような状況になったとき、心肺蘇

生は循環器内科の専門領域と考えられるから、うまくいかなかった場合、業務上過失致死、同障害、および民事訴訟を受ける可能性と、過労による自身の生命の危険性が同時に生じることとなる。

しかも、業務外であるので、過労死等の労災認定がなされることもない。
有名人であれば逃げも隠れもできない。

このような状況であるから、街角で急患が発生しても、医師と知られていないと考える医師は知らぬ振りを決め込む者が多いと聴き、国民にとってまことに不幸なことになっているのが現状である。

全国民を救ういわゆる『良きサマリア人の法』は早急に法整備をせねばならない。

不幸な医療事故死の再発予防策としては、全死亡例に解剖を行なうことが最善と考えられる。

しかしながら、現状では法医学者も病理学者も不足しているのであるから、死亡例の場合には、AIを最大限に活用すべきであり、不慮の院内死亡だけでなく、自然死と考えられる場合でも、CTを撮ることを勧めるべきである。

全例に行うのであるから、遺族の不信感を煽る恐れは少ない。

これは、疾病統計や医療水準の向上に極めて有用な情報をもたらしてくれるものと考えられ、予算と通達さえあれば、少なくとも特定機能病院ですぐにでも対応可能な『医療安全対策』になるものと考えられる。

今回の保険の改正にて、外来診察の時間には概ね5分以上かけるべきとのガイドラインが示されたものと考えられるが、一方的に話すだけで、患者の疑問や悩みを聞き出して時間をかけた説明をする能力がない医師が多数いることを暗に認めているようなものである。

遺族の告発や民事訴訟の原因の多くは医師の説明不足に起因するものと考えられるが、多くの職人や研究者が話し下手であるように、説明能力に長ける医師ばかりではない。

そもそも、説明能力は医師免許証を取得する際に評価されていないし、すばらしい手術の腕があったり、卓越した診断能力があったりしても説明能力がないことで医師として失格であると断ずることもできないであろう。

このため、医療メディエーターの養成と活用が必要となる。

調査・裁定を行なうことは対立の構図を生むだけであり、情報を共有し、相互理解を促進し、医療者と患者・家族が同じ方向を向いて問題解決に当たれるような仕組みを作るべきである。

【5】まとめ

1. 対立の構図を生むだけとなる医療安全調査委員会の創設に反対する。
2. いわゆる良きサマリア人の法の早期制定を望む。
3. AIを活用し死因究明に資する。
4. 医療メディエーターの養成を促進し、医療者と患者・家族の相互理解による問題解決を図る。

『付記』

医療事故調査委員会設立への動きは、福島県立大野病院の産婦人科医師の逮捕がによって大きなものとなった。

公務員が現行犯ではなく職務中に突然逮捕され、一方ではその様子がテレビで報道される、すなわち、マスコミへの情報リークが事前にあった、ということは、そうとうな凶悪犯罪であるという確信を持って捜査当局が動いたという心証を国民に植え付けた。

真っ当な人のうちで逮捕されるようなことを勧める人がどこにおろうか。

国民は、逮捕される可能性のあるようなことは一切しないように教育されて然るべきであり、国民の一部分集合である医師に於いても然りである。

周産期死亡ゼロを達成した国は地球上にどこにもない。

これは、医療ミスがある確率で起こるということなのだろうか。

それとも、ある確率で自然死が起こるということなのだろうか。

実際問題として、周産期に立ち会っておれば、ある確率で死亡例を経験することは間違いない。

福島県立大野病院の周産期死亡例に於いて、参考人の医師たちは、治療は不適切ではなかったと法廷で証言している。

しかしながら検察は医師の責任の追求を続け、論告求刑を行なった。

裁判所は、鑑定医の意見は参考とするにとどめ、裁判官の心証によって判決を行なうと明言している。

もし、本件が有罪になるようなことがあれば、その時点で、周産期医療を行なうことそのものが医療として不適切であると裁判所が示した、と多くの医師は解釈するはずである。

すなわち、周産期医療はその瞬間、完全に崩壊するものと考えられる。

医師は裁判所の判例と厚生労働省の通達に極めて従順に従って来たし、これからもそうするであろうことは間違いない。

過日の航空管制官のニアミス事件の有罪判決に国土交通省は速やかに反応した。
福島県立大野病院産科医師逮捕事件に関しては、厚生労働省はどのように対応するの
だろうか。

一審であれ、有罪判決が出たら、周産期医療は終焉を迎えることになることが予想さ
れているが、厚生労働省はどう対応するつもりなのだろうか。

4. 氏名： 宮田彰

5. 所属： 高砂協立病院付属西小岩クリニック

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： 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

私は、都内で、診療所長として、内科の診療に携わっております。

自らも、医療紛争の当事者になった経験を踏まえて、意見を述べさせていただきます。

本来私は、紛争処理機関の存在に反対ではありませんが、現在の第三次試案がそのまま、成立しますと、現場に混乱をきたす恐れが大きいとおもわれます。

まず、警察、検察による、必要以上の介入、刑事告訴にたいする抑止効果がまったく期待できないこと。

そして、事故調の業務に携わることのできる、病理医師の数があまりにも不足していること。

さらに、事故調の調査でも、死亡原因が不明であった場合の医師の処遇。

最後に、マスコミを中心とした社会全体が、この事故調を、「不良医師の懲罰機関」という、誤った認識をしている空気があること。

以上より、第四次試案での、より深い検討を希望するものであります。

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： 4. 40代 (※下記より対応する番号)

- | | | |
|----------|--------|-----------------|
| 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. 医師 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

<医療従事者>

9. 医師（管理者を除く）

<法曹・警察関係職種>

8. 医事紛争の経験： 2. (※下記より対応する番号)

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

1. 結論

この第三次試案に基づいて立法し、医療死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を拙速に制度化することに、反対します。

2. 総論

医療に関連して起こった不幸な出来事を医学的・科学的に調査し、再発防止に役立て、患者さんと医療との間の溝を埋めていく努力と施策は必要です。ですが、今回提示された第三次試案は、第二次試案と同様の以下の問題を内包しており、このままの拙速な制度化は賛成できません。

- (1) 医学的・科学的な十分な調査がなされません。
- (2) 起こった出来事の原因の解明も充分にはなされません。
- (3) 医療事故の再発防止に役立てられる見込みは乏しいものです。
- (4) 刑事司法の手続を何ら抑制するものではありません。
- (5) 遺族が判断するのは、感情によるバイアスが入る危険極まりない手法です。
また知識を伴わない委員が参加することには反対です。

これを制度化すれば、医療破壊を決定づけるものとなります。なぜなら、高度な、リスクの高い医療の場から医師が去り、医療の現場は萎縮し、医療の進歩は阻まれます。それとともに医師は自律を奪われます。すなわち医療は後退しモラルが失われるおそれが強いです。

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する目的は、

- 1) 医療を提供する側と受ける側の間の溝を埋め軋轢を減らし、
- 2) 事故の再発を防ぎ、医学医療を発展させる

ことにあらずで、これらのことが、真に国民の生命、健康と幸福のためになります。

そのための

- 1) 調査、
- 2) 再発防止策の確立、
- 3) 患者さんご家族の支援、
- 4) 医療を受ける側の理解を得ること、

これらのための制度や組織を、医療安全調査委員会（仮称）単独で担うことは困難です。

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する制度や機関（以下「調査機関」と表記）、処分と医療機関の改善策や再教育制度、調停や ADR などの複数の法制度、組織の創設を、十分に時間をかけ、広く現場からの意見を集約し、検討を重ねてつくり上げていかなければなりません。

よって、この第三次試案の制度化には、反対します。

3.各論

3-1. 目的と位置付け

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する制度および調査機関は、

- ・刑事司法の手續を抑制することができる、
- ・医師に処分を下す場合、医師側を納得させられる、
- ・再発防止策のための量質とも十分な基礎資料とする、

これらを明文化した法規定で実現しなければなりません。個人の責任追及が前提では十分な調査はなされません。

目的は、第一に再発防止策のための基礎資料を作ることとすべきです。そしてその調査能力と権威、法的基盤で刑事司法の手續を抑制でき、医師も国民も調査結果に納得できるものでなければなりません。

位置付けは、医療に関連して起こった不幸な出来事が重大な場合、捜査機関への通知の有無の判断、特に「重大な過失」という法的判断を医学的判断で代行するというものです。重大ということが、結果が重大なのか、原因・過程が重大なのか、一般の人が感じる重大さ（死）と、医療の現場でおこる様々な出来事の重大さが乖離しているので、何が重大で何が刑事手続相当かを医学の外で判断しては、医療を破壊へと向けてしまいます。

3-2. 届け出る基準

調査機関への届け出の基準、異状死の定義、診療関連死の範囲が曖昧なことが問題です。医療機関内での判断が、警察や裁判所に尊重されるだけの能力、権威、厳格な基準、明文化された法的根拠に基づいていなければ、医療機関が下す届出不要という判断は、無力です。

患者さん側の納得とは曖昧で際限ないものであり、不十分で権威や法的基盤のない調査や個人の責任追及では、医療と患者さんとの溝は広がるばかりです。

3-3. 報告のシステム

世界保健機関（WHO）が 2005 年に発表した医療（患者さんの）安全のためのガイドラインとプログラム（WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems および World Alliance for Patient Safety Forward programme 2005）をみまして、調査のために必要な報告者の保護について、第三次試案には欠陥があり、誠実で十分な調査がなされません。

3-4. 調査能力

調査機関は多数の調査を迅速にこなし、それぞれの案件をその分野の現役最前線の複数の医師が検討するというシステムが要求されます。不十分な調査結果をそのまま処分の根拠にされるのでは、医師の納得は得られません。

医療機関の内部調査および調査機関による調査の量、質、権威、法的根拠は、刑事訴追、民事提訴の動きを抑制することができなければなりません。これだけの調査がなされた上での行政処分、刑事訴追、民事提訴であれば、医師側は納得でき、はじめて医療破壊の一つの穴を塞ぐことができるのです。

3-5. 刑事手続の抑制

警察が捜査することが、医療破壊の核心の一つですが、第三次試案は、刑事司法の手続に関して、刑法、刑事訴訟法に何ら変更を加える手だてを講じないものです。

証拠隠滅や故意犯は刑事手続相当とする以外、刑事手続は明文化した法的根拠で制限しなければ、刑事訴追への入口が増えるだけです。

謙抑的であることは、これまでも刑事司法の大原則です。その中で福島県立大野病院の事件は起きました。第三次試案では、刑事捜査を減らすことはできません。診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業では、患者さん側が調査に納得されないことが少なくないことが分かってきました。患者さん側からの警察への届出や警察独自の事件の覚知によって刑事司法の手続が動き出すことを、第三次試案では止めることができません。

警察が証拠を押収すると調査機関は無力化されてしまいます。刑事手続において調査機関を優先するという明文化された法制度が必要です。

調査機関が「刑事手続不相当」という判断を下せる法規定が必要です。警察が捜査に着手しても、警察を凌駕するような誠実な報告と専門家集団による調査がなされていて「刑事手続不相当」と判断されているのだから警察は手を引く、そこまでの調査機関の権威と調査能力、明文化された法的根拠があってはじめて、謙抑的という言葉が信用できるようになります。

3-6. 調査チームに加わる有識者

調査機関は専門的調査と判断に徹することができるようにすべきです。調査機関の運営を管理し透明化するために有識者や法律家に加わることは必要ですが、個別事案への非専門家の介入は、調査の妨げにしかありません。

4. 試案の各段落への意見

(5) 制度は、厚生労働省単独でいくら試案を積み重ねても不十分です。刑事司法、民事紛争解決、医療、それぞれの法制度を、連携をもってつくらなくてはなりません。

(8) 制度は、内閣府の下に設置すべきです。

(13) 医療の専門家以外のチーム構成員は、運営を管理し透明化するために陪席することを明記し、個別事案の調査に介入すべきではありません。

(19) 医師法第 21 条の改正文を例示すべきです。それとともに、異状死の定義を明確に法文で示すべきです。

(27) 第 5 項に「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」との規定が入っていますが、これでは、誠実で十分な調査がなされません。供述における何らかの免責とともに正確な報告がなされる制度とすべきです。

(39, 40) 通知すべき事柄が明確ではありません。例えば、消毒薬の誤注射が警察に通知すべき重大な過失にあたるかどうかも明確ではありません。システムエラーは通知しないということをも明文化すべきです。

(51) 今後とも広く国民的議論を望むとするなら、第三次試案をもって最終案であるというような報道がなされることが理解できません。第三次試案で法制化したいという貴省の意向は伺っておりますが、矛盾するものです。

5. 提案

5-1. 法改正について

調査機関が、死亡死産に限らず、医療に関連して起こった不幸な出来事が重大な場合、例えば重篤な後遺症などにも機能し、調査が刑事司法の手続よりも優先するものとするべく、以下を明文化した法制度の改正で実現するように提案します。

(1) 診療行為に関連した死亡及び死産について、医師個人の届出義務を免ずる。

1) 医師法第 21 条の規定を改編又は追加し、「医師個人は診療行為に関連した死亡及び死産については届出義務を免れる」ことを定める。

2) 届出は「死亡・死産に限らず」、「調査機関に対し医療機関が行ってよい」というものし、そのために健康保険法、医療法などの医師法以外の法律に規定を新設するか、または特別法を設ける。

(2) 医療に関連した不幸な出来事の刑事訴追のための特別法を設ける。

1) 刑事訴追について、業務上過失致死傷罪の適用に関しては「親告罪」とする。

条文例：刑法第 211 条 1 項の罪は、医療に関連する不幸な結果について適用しようとする場合は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

2) 調査機関の「刑事手続に付すことが相当」という「意見」、すなわち「告発」を起訴の必要条件とする。

3) 被害届、告訴、告発があった場合、捜査機関は調査機関に通知・回付し、調査機関の「意見」が出るまでは捜査しないように規定する。

(3) 証拠の取扱いのための法規定を定める。

刑事訴訟法第 47 条の「但し、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない」という規定を調査機関による調査で生かすため、特別法にてその例外を「捜査機関は保有する証拠を調査機関に開示する」と規定する。

5-2. 調査機関の任務について

調査機関は、厳密な科学的・医学的調査だけを行うこととします。調査報告書をまとめ、患者さん側、医療機関に提示するとともに、刑事手続相当・不相当の判断を下すところまでを任務とします。

それ以外の、再発防止策の確立、患者さんご家族の支援、医療を受ける側の理解を得ること、処分などの機能は、それぞれ独立した他の組織、制度で担うべきです。

最後に

医療は倫理のもとにのみ成立する。

施療者が医の倫理を尽くして行う傷害行為を、受療者が倫理として了解して医の傷害行為をわが身に受け入れるという、倫理契約であり、治療費を払って健康という商品を購入するというような商業契約とは全然違う。

治療が必ず患者にとって利益を約束するものではないということを、倫理的に了解している者にしか医療は行えない。医の倫理は医者と患者の当事者間のみにある倫理的同意で、この同意のもとにのみいわゆる「診療契約」が成立する。

ここが、単なる行政サービスによる受益との明確な違いである。

倫理のないものは医療サービスを受ける資格があるのか、疑義がある。

紙を食べて喉に詰まらせ苦しんでいる犬の口に紙を除いてやろうと手を入れると逆にしたたか手を噛まれるからである。

治療によって死亡した場合、遺族感情は一時的に倫理を失うことが多いが、慰撫的行為によって倫理を回復してもらうことが社会にとって重要である。

我々医師は、倫理なくしてはありえない職種として、これまで社会にその技術と労力をささげてきた。その努力も限界にいたったこの時期に、あえてその倫理を疑うような条文や社会制度は、われわれの倫理観を破壊し、単なる技術者集団・商団体・利益追求機関と墮落させる恐れがある。倫理なき医療技術者がなにを招くのかは想像するだに恐ろしい。顧客の要求を、金銭のみに置き換えることを想像して欲しい。我々しか死亡診断書・死体検案書を作成できないのはなぜかよく再考すべきである。