

4. 氏名： 関 万成

5. 所属： 徳山中央病院 整形外科

6. 年齢： 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： 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)

550-④/4

「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

現在の試案では、医師を含む医療従事者の刑事訴訟へのリスクが軽減されません。最低限、刑事免責（故意犯を除く）でなければ到底容認できるものではありません。また事故調の報告書をもとに民事裁判を起こされる可能性が残っており、このような条件では死亡の原因究明のための真実の証言など出来るはずもありません。是非、警察刑事免責を立案の中に入れてください。「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ものと考えている」などとまやかしの様な言葉ではごまかされません。是非再考をお願いします。

本文

医療紛争に極めて近い立場に接するものとして、投稿します。

厚生労働省で立案されている医療事故調について、私が入手できる範囲の文書と、それを読まれた顧問弁護士の意見から、私は医療事故調の設立に反対の意見を持っていることを表明します。

組織の運営や制度の運用については、1事務員がとやかく言う問題ではないかも知れませんが、それでも言える事は一つだけあります。

この医療事故調が成立したとして、それによって助けられる人は、どこにもいないということです。

やたらと細かいルールを作ってはありますが、訴える側からすれば、医療事故調の結果に納得できなければ、警察や検察に飛び込むことが可能¥です。

飛び込んだら、医療事故調の存在は無意味になります。

無意味になることが事前に想定されるシステムに、これ以上マンパワーとお金をつぎ込む必要は無いでしょう。

マスコミを通して、医療事故調は医師が望んだものだから、としつこくネガティブキャンペーンを繰り広げているようですが、医師が本来望んでいたシステムとは到底結びつかないシステムが出来上がりそうなのですが、そこについては、厚生労働省は医師の方々にどのような説明を施すおつもりなのでしょう。

日本医師会に文書で説明し、官報・ワムネットあたりで掲載するだけで済ませるようでしたら、医療事故調が成立した時点で、日本中の医師の意識が激変することでしょう。

望むべく事なのでしょうけれど・・・今一度、本来の目的に立ち返っていただくことはできないのでしょうか。

何の為に医師が医業についているのか、何の為に身を切るような思いで治療に臨んでいるのか、医師と国民を守る立場の厚生労働省の内部で働いている方々は何の為に医療事故調を作ろうとしているのか、その点を今一度問い直すことはできないものなのでしょうか。

本文

1. 「3次試案 2—(6)～(15)委員会の設置」に対して

まず事故調査委員会(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について矛盾しているのではないかと考えます。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とき、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、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影響を及ぼす可能性を完全に排除すべきです。

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、あるいは適応をきちんと文章化し歯止めをかけるべきものです。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ことが先で、21条を取引材料として委員会設置ではないと考

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。

557-③/3

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次試案と同様、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となっています。

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、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、医療者としては納得できるものではありません。

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ように、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」という言葉もあったと思いますが、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)?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。

以上、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。

4. 氏名：

5. 所属： 一般

6. 年齢： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

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

7. 職業： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

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

<医療従事者>

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

<法曹・警察関係職種>

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

8. 医事紛争の経験： (※下記より対応する番号をご記入ください。)

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

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

患者の立場として、第三次試案の法制化に反対いたします。

・医療事故の民事訴訟で多くの原告が訴状に挙げるとおり、患者として望むものは、

1. 事故の真因の早期解明
2. 適切な補償
3. 医療側の誠実な対応

と思われまます。

しかし、第三次試案では以下の問題から、上記が満たされません。

1.

- (1) 病理医や臨床医は不足しており、予想される案件に見合う人数を集められません。
- (2) 調査権限に法的に裏付けがないため、必要な調査を行えない恐れがあります。
- (3) 刑事訴追や民事提訴の余地があると、医療側の調査協力が得られません。

2.

- (1) 出産時の死亡、後遺症など、政策的に保護すべきケースに対して補償がないため、民事訴訟により取れるところから取るしかない現状が放置されています。
- (2) 予防接種の副作用など、社会的に必要な措置において一定の確率で必ず発生する事故への補償がなく、副作用のある予防接種は任意とするという本末転倒の政策により、結果的に麻疹のような感染症を輸出しているという現状が放置されています。

3.

- (1) 1.(3)に挙げたとおり、刑事罰や民事提訴を恐れる医療側は、患者と敵対の関係となり、十分な説明や調査協力をしなくなります。

以下の様な修正を望みます。

1.

- (1) 医師の届け出基準を明確にし、且つ、現実に対応できる規模になるよう制限する。
- (2) 調査期間の調査中は、警察など捜査機関が証拠を押収しないよう規定する。
- (3) 調査結果を刑事、民事の裁判に流用しないこと、逆に調査への協力が得られない場合の罰則を規定する。

2.

- (1) 出産時の事故など、(少子化対策、産科医療崩壊阻止の観点から)政策的に保護すべきケースは、国側が一律に補償する。
- (2) 予防接種の副作用など、社会的に必要な措置において一定の確率で必ず発生する

事故は、国側が一律に補償する。

3.

(1) 業務上過失致死傷罪の適用には、被告の関与が一切なかったとしたら、実際以上の被害が発生し得たかどうかを考慮する。

(治療を一切しなければ死亡したケースで、医療事故の刑事訴追を制限する)

検察の運用に頼るのではなく、法律で明確に制限すべきです。

以上です。

「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

試案に反対します

現在の試案では、

患者家族の告訴があれば刑事裁判が避けられないこと

事故調査での発言内容が裁判で使われるなら、黙秘権が守られなくなること

死因の究明に対して、実効性のある予算、制度が整備されていないこと

以上より反対です。

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 へ

別紙3の刑事手続きの謙抑的は、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ず、三次試案での法制化に反対する。

4. 氏名 :	
5. 所属 :	
6. 年齢 :	3. 30代
7. 職業 :	9. 医師 (管理者を除く)

<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. 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。
--------------	------------------------------------

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

2-(7)

2-(40)

3

責任追及を目的としていないと言うが、実際には司法との連携が取れておらず、司法が考慮してくれることを期待するだけのもの。

警察へ連絡する場合は定義されていても、調査結果で問題なしとなり、しかし医療の本質を理解せず、ミスがなくとも人は死ぬということを受け入れられない遺族が（一定の割合で存在すると思われる）告訴する可能性については何ら対処されていない。

現実の司法の判断を見ていると、医学的正当性や本来医療は不確実なものであるという現実を理解していないとしか思えない判断が珍しくない。

今の医療現場では、国、司法、患者への不信感は根強い。

ベストを尽くしても、運が悪ければ逮捕、告訴だという地雷原を目隠して歩かされるような恐怖を味わっている。

この状況下で、「責任追及を目的としたものではない」などという裏付けのない言葉だけを信じろと言われても、信じる医療関係者はいまい。

これでは、関係者は口を閉ざすばかりで、真実を調べ、事故防止に役立てるなど到底不可能。

まず、医療事故調査と言うなら、故意の事例以外は基本免責、証言したことは、刑事、民事に調査結果を流用されないという確証、法的裏付けが最低限必要で、それがなければ機能しないだろう。

この問題が解決されず、調査に協力した結果の一部が警察や検察に都合良く解釈されて、訴訟に利用される、逮捕されるなどとなれば、国民が持つ基本的人権である黙秘権を踏みにじられるも同然で、その違法性はどうか考えているのか。

2-(10)

調査チームのメンバーとして、臨床医等5～6名となっているが、この選択の基準も明記されておらず、問題だと考える。

司法の場では、しばしば、現場を離れて久しく、あるいは設備、複数科の医師が揃った大病院を基準にし、設備も人員も不十分な地方の小さな病院の現場の事情など全く理解しない教授や学会重鎮のような医師が、しかも下手すると、その疾患が専門ですらない医師が（お産の問題なのに産科でなく婦人科が専門など）あ

まりにも現実からかけ離れた理想論の鑑定を出し、それが裁判で証拠となって、被告医師に不利な判決が出されることも多い。

そもそも本当に臨床現場で活躍中の医師は忙しく、このような調査に協力する暇を見付けるのは難しいと思われ、見付けやすい協力医となると、結局、鑑定医と同じような選択になるのではないか。

つまるところ、過酷な現場を知らない医師ばかりが調査に当たることになり、的外れな判断を下す可能性が高すぎて、この試案では調査の結果そのものを全く信用しかねる。

調査チームには、最低限、問題となった事例の疾患を専門とする臨床医（第一線で活躍中）と、被告と専門を同じくする医師を含むようにすべきだろう。

医師と一言と言っても、専門が違えば、全く仕事は別物となり、他科の医師に、その現場の現実などわかるはずもないからだ。

その場にもしなかった専門医なら助けられたなどという結果論を押しつけることを防ぎ、現実に即した判断を下すためには、絶対に避けられない条件だと思われる。

まとめ。

現状、ただでさえ厳しい医療事情を更に追い詰めるような試案としか思えず、また本当に事故再発防止に役立つとも思えず、このような案が成立した暁には、少しでもリスクのある医療行為、果ては臨床医療そのものから離れていく医師が増えるばかりと思われる。

従って、この試案に対しては、反対を表明する。

医療紛争等の経験

2医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

本文

第三次試案について以下の点が納得できないので、反対します。

事故調が「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のではないのでしょうか？ 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し、事故調の聴取に対してだれも真相を話そうしないはずで、そしてそれは次の事故を防ぐという目的において大変な不都合を生じるはずで、

本文

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. 理由

(1) 刑事処分について

本来医療は人の体に障害を加える行為を持って行われており、これに対して業務上過失罪を適応する

ことに無理があると考えます。

また、現状において、「過失」という判断が不明確で、運用によってどのようにでも解釈し得ると

考えられます。

このような状態では、産科・小児科・救急は言うに及ばず、内科・外科などの診療科についても

最先端で頑張っている先生ほど罪に問われやすいという矛盾を生じています。

これらに対して「第三次試案」では全く法律的に改善がなされておらず、意味がないと考えます。

他にも問題点は多々あると考えますが、この点だけをもってしてもこの試案には反対です。

(※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

この国の医療システムを破壊するには実に効率のよいシステムだと思う。

第三次試案に謳われているごとく刑事免責なしでの運用が始まれば、まず間違いなく大量の医師が医療を放棄する。厚生労働省、総務省、財務省を始めとする官僚の方々は医療費削減、老年期寿命の短縮を国是と決定済みのようなので、医療現場から医療を施すスタッフが自主的に退散する方向へ誘導する方策としては見事。

但し

現場の医師に責任をかぶせるのは勘弁してもらいたい。

あくまで厚生労働省主導であることを世間一般（マスコミで結構）にはっきり述べた上で堂々とやってもらいたい。医師が逃げたから医療システムが崩壊したのだとの間違った世論を誘導して責任逃れをしないよう望む。

尚、法律として同案が可決された場合、20年から25年後に訪れるであろう医療システム再生の日に、想定したレベルに達することはほぼ不可能であることも理解されたし。現場の医師たちの士気の低下、技術伝承の途絶を甘く見てはいけない。

医療技術や知見を将来に継ぐ必要があると考えるなら、刑事免責と民事訴訟制限（特に金額による上限設定）は必須と考える。

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－

の命令をこのまま決定することには反対の立場である。

医療紛争等の経験

2医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

本文

段落番号(10)について

調査チームのメンバーの臨床医の要件をもっと厳密に定めるべきである。

現在公判継続中の『福島県立大野病院癒着胎盤事件』では、鑑定人に周産期医療の専門家でなく婦人科腫瘍分野の専門家が出てきている。当該事件の刑事責任の有無は別としても、専門家の意見を斟酌せずに起訴・逮捕にいたった事実には大きな問題がある。

医療行為の適否を判断するにはその分野での専門家の意見が必要であり、メンバー中に調査する対象に関連する分野の専門家を必ず加えるよう要件として盛り込んでほしい。

9医師(管理者を除く)

30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—に反対します。

まず、「重大な過失」か「軽度な過失」という判断があいまいすぎます。現状、医学的には軽度や不可避と判断されることでも裁判となり、訴えられています。今回も暴走することが十
¥二分に考えられます。また、医療安全調査委員会(仮称)に「医療を受ける立場を代表する者」が入っているのはなぜでしょうか。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ません。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はないでしょうか。現実、今回の試案等にかかわっている自称「医療を受ける立場を代表する者」が胡散臭すぎます。また、病理、解剖を日常として行っていますが、亡くなられた方は1+1=2のように決まった答えがあるわけではありません。解剖を行っても明確な解答がでないことはしばしばあります。何を持って「正しい治療」、「正しい診療」とするのでしょうか。また、医学は日々進歩しています。現在「正しい」とされている治療法でも、未来で「正しい」とは限りません。なにをもって正し

\$\$\$H\$7\$F\$\$\$k\$N\$G\$7\$g&&\$+!#^\$?!"IBM]2rK66HL3\$K7H\$o\$C\$F\$\$\$^\$9\$!"8=>u!"2rK6
\$rC4Ev\$9\$k0e<T\$,>/\$J\$9\$.\$^\$9!#K!0e!"IBM]0e\$N<BF/?t\$r\$-\$A\$s\$HGD0.\$7\$F\$\$\$k\$N\$G\$7
\$g&&\$+!)\$^\$:"F3F~\$7\$h&&\$H\$7\$J\$,,\$i!"\$\$\$D\$^\$G\$?\$C\$F\$bF3F~\$N\$a\$I\$,N)\$?\$J\$\$4F::0e@)EY
\$r\$-\$A\$s\$H@0Hw\$9\$k\$N\$,@h\$G\$O\$J\$\$\$G\$7\$g&&\$+!#IBM]0e\$H5;;U\$K\$H\$C\$F2rK6\$O8=-_%
¥%i%\$F%#%"6HL3\$G\$9!#\$3\$N\$h&&\$J8=>u\$G2rK6\$r\$9\$k0e<T\$,A)(\$k\$o\$1\$"\$j\$^\$;\$s!#

9医師(管理者を除く)

40代

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

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) 起こった出来事の経緯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) 調査と行政処分の権限が集中する厚生労働省の権限は強大なものになります。
- (6) 患者さん側の理解を得られる見込みは乏しいものです。

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からです。

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

ことにあるはずで、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」と表す）、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、

- ・刑事司法の手続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続を抑制でき、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るべきです。

(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。

7その他(医療・法曹・警察関係職種を除く)

50代

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

・ 現状において、「軽度な過失」でも処罰されています。「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とおもうのです。

・ 悪質か否かも、運用によってどのようにでも解釈し得ます。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ません。つまり、運用に歯止めがないでしょう。エスカレートするのが世の常ですから。

・ 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」とされています。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ます。

・ 現状において、刑事司法は結果の重大性に着目していますが、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ません。これははっきり警察・検察から「変更はあり得ない」と公表されています。

・ 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と思います。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ません。

(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

■ 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りません。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と思います。

・ 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てきました。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、信用できません。

・ 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ません。上記の届け出範囲を「限定する」制度上の担保は存在していません。

・ 「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す。

・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でしょうか。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す。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べきと考えます。

(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

・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しかねません。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べきと思います。

・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のではないのでしょうか。

・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ります。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ありません。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てしまいます。国の委員会に一元化することは危険なのではないかと思えます。

・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はないのでしょうか。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と考えます。

・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ません。委員会は、責任追及の機能をもっています。

・「法律関係者」「法律家」を入れるのはなぜなのか、その理由をはっきり明言していただきたいと思えます。理由が明らかでないのは、かなり怪しいとすら考えます。

・「医療を受ける立場を代表する者」を入れるのはなぜなのでしょう。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のではないですか？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るべきであると考えます。

・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のではないのでしょうか。この委員会が原因究明を目的としているとは考え難いです。

(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

そもそも、これを作成するのはなぜなのでしょう？当初の目的はなんだったのでしょうか。

この試案を作成した人は、これで医師が戦線離脱せず、安心して医療に携われると思いますか？

なんだか、かなり怪しい気がしています。

この試案では、医師は裸足で医療現場から逃げ出されるのではないのでしょうか。

本文

刑事・民事を問わず法廷では医学的に正しい判断がなされない場合も少なくなく、医学的には不当ともいえる敗訴や逮捕が存在しているのは医療従事者の中では周知の事実である。またそのような訴訟結果をうけて、医療側が最良と考える医療を安心して行うことができない、いわゆる「萎縮医療」が進みつつある。そうした背景のなか、医療紛争において正しい判断により近づける事故調査委員会の設立は医療従事者の悲願であったともいえる。

しかし第三次法案においては当事者の処分も前提とされていることから、当事者の忌憚なき証言が得にくい。結果として真実から遠ざかり、事故の再発防止も絵に描いた餅となりかねない。当事者の責任追及は医療事故に対するWHOの指針とも外れており、国際的な趨勢からも遅れているものと言わざるを得ない。

また逮捕や処分といった刑事事件の問題に加え、民事訴訟における「不当」な敗訴もまた同様に、医療従事者を萎縮させている。今回の第三次法案はこの問題に対して何ら配慮がなされておらず、現状のままではいわゆる医療崩壊に歯止めを効かせるものとはなり得ない。民事訴訟においても事故調査委員会の判定に従うなど、正しい判断がなされるようにする必要があると考える。

13その他医療関係者

60代

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

1 反対

2 医療事故は無過免責と原則すべき

3 補償は医療保険から国家賠償として行なう

4 患者からの訴えがあった場合に限り、公平な正義に則った「医療事故調査」を「事故調査委員会」が行なう

4. 氏名： 小原まみ子

5. 所属： 亀田総合病院 腎臓高血圧内科

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

診療関連死の真相を知りたいというのは、医療者、そして患者・家族の願いであると思います。現在の医療制度、体制、財源措置では、このようなニーズに十分に対応できているとはいえず、現実には、当事者では解決できなかった場合に対して適切な制度がないために、科学的専門的な真相究明がなされるのではなく、民事および刑事手続きにその処理が回っているという状況は、患者・医療者双方にとって不幸であり、試案の「医療死亡事故の原因究明・再発防止を行い、医療の安全の確保」をするという趣旨自体には反対というわけではありません。しかし、この試案で示された制度設計では、結果的にその掲げられた趣旨は成就しないことは大きな課題であり、現状では賛同することができず反対の立場を取らざるを得ない状況です。

非医療者・医療者ともに関心が高く、様々な意見が寄せられていることと思いますが、ここでは、最も重要と考えた点に絞って述べることにいたします。

下記に主に関連する試案の段落番号 (7)、(39)、(40)

「医療安全調査委員会」の設置目的について、原因究明・再発防止であり、医療関係者の責任追及を目的としたものではないと試案に掲げられていますが、原因究明や再発防止を考える際には、誰が加害者だったかを追求するような責任追及のシステムとはまったく指向性が異なり、よって異なった方法で行う必要があります。つまり、加害者を特定しようとする、一本の因果関係の線を結ぶことに執着し、実際には複数の要因が複雑に絡み合っている真相はどうであったのかということや、わずかでも可能性のある再発防止策につながる提案などは出てこなくなります。これでは、本当の「真相」はわかりませんし、再発防止や将来の医療の発展にはつながりません。このまま萎縮医療が進めば医療崩壊が一気に加速します。自分自身が患者として考えても、これは望むことではありません。

真相の究明や再発防止策を考えていく場合には、まずブレインストーミングとして、思いついたことを可能な限り挙げていく必要があります。自分が見たと思っていること、その時考えたこと、今から思うともしかしたらこういう可能性があったのかもしれないということをその可能性の高さ低さにかかわらずあげていくことが必要になります。「真実（あるいは、本当のこと、正しいこと）」というのは、現実には単純ではなく、観察者によって異なる可能性があります。誰かが「真実」だと思っていることは、他の人にとっても「真実」だとは限りません。このようなことから、例えば航空事故調査委員会、交通事故調査組織（日本では交通事故総合分析センター；ITARDA）のような事故調査のシステムでは、国際的にも、匿名性が重要であるとされ、また、調査結果は責任追及のための裁判資料としては利用できないことが必須条件となっています。日本の医療事故調査でも、原因究明と再発防止をめざすためには、この点をきっちりと分けて考える必要があります。

また、設置目的が、原因究明・再発防止であり、医療関係者の責任追及を目的としたものではないので、この「医療安全調査委員会」は、医学的判断をする組織であり、法的判断をする組織ではないと考えられます。元来、医学的な「重大な過失」と法的な「重大な過失」では、判断基準のものさし自体が異なっています。(39)にある刑事責任を問われる過失かどうかを判断するには、法的判断をすることが必要になります。前述した調査結果が責任追及のための裁判資料としては利用できないということが国際的な事故調査機関の常識であることを鑑みても、原因究明と再発防止を目的とする「医療安全調査委員会」の調査結果は捜査に利用されることがないと定めることが必要と考えます。

さらに、どのような調査機関であっても、「ひと」が集まり行う調査結果に誤りがないということはありません。この委員会が「国の組織」の唯一の調査機関であれば、その調査結果の「威力」は絶大となることが予想されます。「唯一の機関の調査結果」が、他者機関によるチェックなく独走することは大きなリスクを含み、その影響の重大さを考慮すると、調査結果が最終判断とされる前に別の第三者機関や公開でチェックされる制度が必要であると考えます。

昨今、患者と医療者が対立構造で考えられることが多くなった状況をとっても憂えています。このような厳しい状況の今でもまだ、現場の医療者の感覚は、患者さんと向かい合っているというより、患者さんと手を取り合ってひとつの目標に向かって歩いているイメージであると思っています。医療者は、医療事故の再発防止に努め、質の高い医療を提供することをめざし続けることが必要で、またそれを医療者自身が望んでおり、このような患者さんにとっても良好な状況のためにも、医療者を続ける者、また、今後医療者をめざす者にとっても、安心して医療提供ができる状況を構築していかなければいけないと考えています。医療事故の原因究明と再発防止は、非常に重要であるがゆえに、これまで述べてきたような理由で、事故原因調査機関と、捜査および処罰機関は、完全に切り離す必要があると考えます。あらためて広く深く再検討され、よりよい試案が作成されることを期待し、強く希望いたします。

(※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

(3～4)

分析・評価を専門的に行う機関の設置が必要である点は賛成できる。ただ、行政（警察）・司法との関係を明確にしなければ、設置する機関が医療の安全対策を損ない国民にとって害をなす存在にもなりかねない。

(13～14)

法律関係者及びその他の有識者（医療を受ける立場を代表する者等）が参画することを含めて委員会の構成員をどのように選出するかについて問題があると考えます。現在の日本の医療は高度に専門化することで品質の高い医療を提供できている。何が問題であったかを調べ対策を提言するにあたり、その専門分野での医療従事者が納得して実際に従うに値するだけの調査・提言を行う能力が必要である。日本での各々の専門分野でそのことが可能な人材は限られてくる。それほど高度な水準での活動を考えれば諸学会はもとより、多忙な第一線の医療従事者もまた日常の医療をある程度犠牲にして協力しなければならないであろう。では、どうやってその人材を得るか、選出はどうするか、簡単ではなく、机上の論ではなく実現可能かどうか具体的な検証が必要であろう。さらに法律関係者及びその他の有識者がはじめから参画する必要があるのかどうか。高度に専門化された内容の議論にどうやって参画するのであるか。法律関係者及びその他の有識者は委員会全体に対して、その活動に対して助言をおこなうような組織編成を提案したい。

(20)

届け出るべき範囲として図表の①のほかに、②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、患者が死亡した事案、が挙げられている。この表現に医師としてではなく人間として疑問を呈する。人は100%死ぬ。ある人は生後間もなく、ある人は40代で不慮に亡くなる、ある人は90代で「天寿」という言葉とともに。この段落（20）と図表の表現に、患者が死亡するのはおかしい、死んだという結果があるのは行った医療に起因するに違いない、という短絡的な思想が含まれているとは断じたくないが、どうであろうか。人が死なない者であるのなら確かに死亡するのはおかしいし、死んだという結果は行った医療に起因すると考えて良いと思う。しかし、人は100%死ぬ、だからかけがえのない命ではないのであろうか。かけがえがないから、何とか助かってほしいと思って医療が発展してきたのではなからうか。

結果として死亡したから調査をおこなう、提言をおこなうという姿勢は納得できない。

結果が悪かった症例から我々は多くを学ぶ。例え死に至らなかったとしても想定しなかった経過を辿った症例を後から幾度も検討して何が起こったのか知ろうとする。それは、その貴重な経験を次の患者さんに生かしたいからである。病理解剖をおこなうと、主治医が想像していたことと全く違った病態が体内で繰り広げられていたことに遭遇して愕然とすることがままある。治療の方針が全くあてはずれであった症例もある。そうやって得られた貴重な知見が医学を進歩させてきた。しかし、それはこの委員会に届け出るべき対象であろうか。各々の医療機関が病理解剖を行い治療担当者と病理医とが直接議論し学会などで発表したほうがよいのではないか。各々の医療機関が病理解剖を今以上に行える環境作りが先に必要ではないか。

結果としての死は重い。さらに治療が医学的に適っていたかどうか謙虚に受け止めるべきである。しかし、医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡やその疑いのあるものを届けるという思想は誤りと考える。現在の医学はそこまでひとのからだや病態を治癒する前に・解剖することなく「正しく」わからないのだから。

(39~40)

全くの誤りである。

航空機の事故調査でも同じことがいえる。人間は誰でもミスを犯す。その人にだけに責任を押し付けても、今後の事故防止にはつながらない。だから、どうするか。原因でなく結果であると位置づけることが重要である。航空機事故と医療について取材された作家・氏はかつて講演でつぎのように述べた。「米国では将来の安全を確立するために当事者に免責を与えて、あらゆる情報を収集してそこから分析をしている。そして、1970年代には「Fault Tree Analysis」という事故分析システムが確立された。また、人間は必ずエラーを起こすものであるという前提にたってシステムを考えるようにもなった。しかし、いまだに日本における事故調査は犯人を捜し出すための捜査が主になっており、安全を目指した事故調査にはなっていない。」

現在の日本で、事故分析をするためには免責のうえで情報収集することの重要性をわかっている省庁のひとつは厚生労働省である。厚生労働省のホームページから医療安全の取組>安全な医療を提供するための10の要点という厚生労働省のページにたどれる <http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html>。

そこには、「効果的な安全対策を講じるためには、個人の責任を追究するのではなく、システムの問題ととらえ改善していく「問題解決型」の取組が必要です。」とある。まったくそのとおりである。

「医師を刑事免責にすることは世間が納得しない」と考えるのではなくて、「(厚生労働省としては)安全を追求するためには刑事免責にしてさえも情報収集が重要なんです」という説明を広く国民にして納得してもらうことが重要ではないか。

平成20年4月11日東京高等裁判所で、2001年1月31日に焼津市上空で起きた、日本航空機同士(747とDC10)の異常接近と回避操作によって、747機内で乗客7名及び客室乗務員2名が重傷を負い、乗客81名及び客室乗務員10名が軽傷を負った、

事件で管制官の刑事裁判の控訴審にて、地裁判決は管制官だけの責任とは言えないとしたが、高等裁判所は管制官に責任があるとし、被告が上告した。新聞各紙が報じる内容が妥当でないという意見もあるが、「欧米では影響が大きい事故の場合、当事者を免責したうえで真実をすべて語らせ、再発防止に役立てる考え方が主流になりつつある。過度な責任追及は、原因究明に支障をきたす恐れもある。処罰を逃れようと、当事者が真実を語らなくなる可能性があるからだ。この点で、今回の高裁判決は国際的な流れに逆行する形となった。(朝日)」「航空機事故は複雑な要因で生じる。個人に責任を負わせるだけでは、裁判に不利になるとの理由で証言を拒まれて事故防止策には生かされない。国際的に原因究明を重視する背景にはそうした事情がある。(東京)」などの指摘をはじめとして、新聞各紙は刑事責任と再発防止のどちらを優先すべきか議論が必要としている。

航空機事故と医療。どちらも複合な要因が存在する。さらに、航空機は必ずしも墜落しないが人は必ず死ぬ。この問題について国民で広く議論することなく、残された遺族の感情を考えると報復＝刑事責任やむなしとしてしまつてよいとは思えない。「(世間が)納得しない(でしょう)」と簡単に片付けないでいただきたい。

(別紙3)

「謙抑的な対応」という理解不能な表現ではなく、捜査機関との関係について明確化すべきである。

以上

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次試案は医療事故の再発防止に役立たず、かえって問題を悪化させる危険が大きい事から反対する。

以下にその理由を述べる。

1. 委員会メンバーに中立性が無い

調査委員会に遺族側代表¥を入れている。これに対して医療関係者を入れて中立性を保とうとしているが、遺族側代表¥に本来対応する役職は医療過誤・事故を起こした当事者や経験者であるはずであるのにその代表¥が入っていない。厚労省の「ミスをした人間は入ることを許さない」という医療事故に対する誤った見方が端的に現れている。また、単に遺族側代表¥を入れるのは懲罰委員会的な役割になりやすい。医療やリスクマネジメントに精通した専門家が多く入るべきであり、それがたまたま医療事故の遺族だったら逆に委員会の中立性を損なわないか慎重に議論すべきである。

2. 届出をしない医師・医療機関にペナルティを課している

提出者のモチベーションを下げ、質の悪い届出を増やすだけである。また、提出する側にペナルティを課すべきならば、提出された案件を迅速に対応できなかった委員会に同様のペナルティを課すべきであるが現在の試案にそれは無い。ペナルティによる強制が効果を持つと信じるなら届出後迅速に処理できなかった委員会にも厳罰を処すべきであり、必要ないと思うなら届出側にもペナルティを課すべきではない。

3. 届出者が届け出た事で不利になる面が変わっていない

試案の端々から矛盾が見える。例えば「リピーター医師」を悪質な例と決め付けているが、何度も繰り返し誤る原因は本人の資質以外にも・教育システムの穴・繰り返し間違いやすい悪い現場システム・同様に間違いやすい器具やオーダーリングシステム など本人以外の問題が隠れている可能性が高い。「本人がミスしやすいのが原因」と決め付け個人ミスという思考レベルで停止する委員会は、医療事故の改善には役立たない。誰でも委員会の恣意で「リピーター」呼ばわりされる危険がある。この世で研修医時代からミスした事のない医師などいない。もし委員会が特定の医師をリピーターとして断罪しようと思えば研修医時代からのミスを掘り出して「過去にもミスの経験があった」と言えばリピーター医師の完成である。委員会がこれらを「悪質事例」として警察に通報すると明言してしまった時点から、委員会は暴走の種を抱えることになってしまった。委員会が事例を一切警察に通報するべきではなく、裁判の証拠として提出するべきでもない。もし通報するべき事例があるとしたら、明確な悪意のもと医療関係者が患者を死傷させた事

OF\$@\$1\$G\$"\$j!"\$=\$3\$K0Q0w2q\$NN)\$AF~\$km>CO\$OL5\$!\$#7:;v;v7o\$G\$"\$i\$PDL>o7Y;!\$;v> pD0<h\$7!"BP><T\$K\$OL[Hk8"\$,\$"\$k!#\$7\$+\$78=;_N%7%9%F%`G\$O0Q0w2q\$K@Q6KE* \$K6(NO\$70eNE0BA4\$N\$?\$a\$K\$H<+J,\$KITMx\$J;v\$bOC\$7\$?7k2L!V0-<A;vNc!W\$HH=CG\$5\$I \$?\$iL[Hk8"\$bC%\$o\$!\$?)>uBV\$GFbMF\$,>Z5r\$H\$7\$F7:;v;v7o\$K:NMQ\$5\$I\$F\$7\$^&!#\$3\$I\$G \$OA10U\$NFO=P<T\$O!V<+J,\$,0-<A\$HH=CG\$5\$I\$?\$i\$I&&\$7\$h\$&!W\$HOC\$9FbMF\$K?5=E\$K\$J \$i\$6\$k\$F@\$J\$J\$7!"<+J,\$;!V\$\$\$o\$F\$K0-<A!W3:Ev<T\$HJ,\$+\$C\$F\$\$\$k?M4V\$OL[\$7\$F7h\$7\$F8i \$i\$J\$J\$G\$"\$m\$&!#FO=P\$N%Z%J%k%F%#r\$J\$/\$7!"OQ0w2q\$NWs0U\$G7Y;!\$KDLJs\$5\$I\$+\$M \$J\$J\$!V0Q0w2q\$N0-0U!W\$,F/+\$J\$J\$OQ0w2q\$7%9%F%`\$r9=¥築し、刑事事件と判断したら委員会は一切手を出さず、警察の協力要請にも応じないようにしなければ、委員会の根幹である「当事者の自発的・積極的協力」は得られない。まさに「システムが引き起こす機能¥不全」が予¥見されるのに手を付けなかったら、委員会のシステム改善におけるリスクマネジメント能

¥力が疑われても仕方が無い。

4. 司法とのすり合わせが空論であった

4月22日の国会答弁における橋本岳議員の質問に対して法務省・警察庁の局長が明確に否定したとおり、第三次試案に書かれた「謙仰的扱い」など存在せず、遺族が委員会と関係なく警察に告訴した場合、捜査は行われることが明確になった。このことから2つの過ちが明らかになった。?第三次試案の「謙仰的扱い」は有名無実であり、刑事事件化の予¥防にまったく役立たない。?日本医師会は繰り返し「捜査を行わない事が明文化されている」と主張し会員に試案への協力を訴えているが、今回の国会答弁でそのような文書など存在せず、従って日本医師会の主張も空論である事が判明した。おそらく今回の試案に日本医師会、もしくは日本医師会からの説明を元に賛同する意見が送られてくると思うが、それらは誤った情報を元にした判断であるから賛同意見とするべきではない。この件に関しては日本医師会の説明に重大な問題があるので、厚労省は虚偽説明に対して厳しく当たるべきと考える。一方、もし厚労省も虚偽説明に加担しているとしたら、厚労省はこの試案を理由を明確に記して取り下げるべきである。

5. 国際的なガイドラインに抵触している

2005年に作られた「World Alliance for Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems」草案では、成功する医療安全委員会として7つの条件を挙げているが、今回の試案を元にした委員会は多くがガイドラインに抵触する。

7つの条件と今回の試案が抵触する部分

? Non-punitive「抵触」届出の時点で罰則がある。また届出や証言が刑事事件の証拠になる。

(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。)

? Confidential「抵触」刑事・民事事件の証拠に採用されれば当然個別情報が明かされる

(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。)

? Independent「抵触」法務省・警察庁の権限行使に対してまったく無力である事が判明

(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。)

? Expert analysis「抵触」ご遺族が入っている時点で抵触している。またリピーターを個人犯罪と看做す時点で訓練された専門家自体が試案作成者に存在しない可能¥性が高い

(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。)

? Timely「抵触」試案の元になった「死因究明モデル事業」は報告に時間がかかりすぎて機能¥不全を起こしご遺族を怒らせている。モデル事業で1年以上もかかっているシステムが、本格的に運用されれば更に時間だけがかかりご遺族の怒りは増すばかりである

(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。)

? Systems-oriented「抵触」前述の通り「いわゆるリピーター」などを悪質＝個人責任と考えている時点でシステム問題と捉える能¥力が欠如している

(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。)

? Responsive「不明」試案には勧告をどう周知させ勧告の実現に向けどうすべきかが殆ど書かれていない

(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。)

試案が殆どWHOのガイドラインに抵触した内容であるのは、日本がWHOと袂を分かち独自路線を歩もうという宣言をするつもりなのか、それともガイドラインに致命的な欠陥があり参考にするべきでない理由があるのか。厚労省はこの草案を「草案だから」と否定する以外否定する手段を持たないと考えるがどうか。

私はWHOのガイドラインに準じる為今回の試案はいったん廃案にし、世界的基準に沿った新

しい試案を考え直すべきときであると考え。そうしなければ最悪のシステムにより医療はますます壊滅していくであろう。試案担当各位の猛省と奮起を期待する。

577-④/4

4. 氏名：長岡 武彦

5. 所属：帝京大学医学部麻酔科

6. 年齢：2 (※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 |

4. 氏名 : _____

5. 所属 : _____

6. 年齢 : 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 : 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

第3次試案の立法に対して反対です。

当方案に基づき設置される委員会のみで、あたかも現状の医療問題を解決できるかのような内容ですが、当委員会での医療者側の証言、医療機関の調査等が、民事のみならず、刑事責任に及んだ場合に引用される可能性が高く、必然的に医療者側は保身し、肝心の再発防止、システムエラーの改善など、うやむやになる可能性が高いからです。つまり目的とした「原因究明、再発防止」のためには、医療者側の最低限の補償が必要で、それを盛り込まない限り、悲しいですが真実は究明できないと思います。

4. 氏名： 高橋隆一郎

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： 1 (裁判には至らず)

- | |
|------------------------------------|
| 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、読ませて頂きました。

一見、現場の要望を取り入れ、大幅に改善されたように見えます。

しかし、4/4の参議院厚生労働委員会の質疑や

4/22の衆院決算行政監視委員会第四分科会の質疑を聞くと、(便利な世の中です)

3次試案において改善されたと思われた部分には何の法的根拠がなく、

2次試案と文章が違うだけで

内容は何も変わっていないという結論しか出ませんでした。

(8)

厚労省の政策が事故の原因となる可能性があること、

また、現になっていることを考えると

厚労省内に設置すべきでは無いと考えます。

警察の捜査との絡みなども出てきますので、内閣府が最も適切と考えます。

(25)

全ての窓口をここに1本化するべきです。

直接警察に届けられた場合でも、

警察は専門機関である委員会へ届け出て、

警察の捜査、起訴はその判断に従って行うようにするべきです。

その点を明文化し法律化しなければ、医療の萎縮が止まることはないでしょう。

(39)

届け出を萎縮するようだと、再発防止にはなりません。

届け出る対象は、捜査機関から判断を求められた場合のみにするべきだと思います。

資料も、この機関で集めたものは捜査機関に渡すべきではないと思います。

逆に行政処分を行うために、医道審議会へは積極的に渡すべきだと思いますが。

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

患者と医師あるいは医療機関の当事者がいないところで
本当の背景がみえるのでしょうか

裁判所の離婚調停のように

双方から第三者として話を聞き、それぞれに意見し
できるだけ双方が納得する解決の方向に進める
そういう機関があればいいと思います

本当に悪質な医療側にはもちろん警察で捜査することは当然ではありますが
結果が悪いからといってごく些細なミスで業務上過失致死に問われることには
断じて納得がいきません

もともと医療とは命に関わることです

その考え方では 極論すると死亡すればすべて医療側のミスということができます

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

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

■ 医療死亡事故の届出義務化について

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

(参考)

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

本文

私は、「死因究明のための中立的第三者機関」の設立そのものは必要だと考えていますが、設立の為の設立は避けなければならないと考えます。拙速な法案成立によりわが国の医療システムがさらに崩壊を加速してわが国の保健衛生に悪影響をおよぼすようであれば、時の為政者と議案成立に関与した医療者はわが国の医療史上に末代まで禍根と悪名を残すこと間違いのないものと愚考いたします。

現状で、「第三者機関を通すことなしに警察が起訴に踏み切る事が無い」ことが保障されない以上、再度関係省庁との擦り合わせを行うなどの調整に時間を割く必要があり、医師たちそして国民に改めてコンセンサスを得ることが不可欠であると考えます。

たださえ(先進国と比較してお話にならないほど悲惨な)医師不足の現状があるにもかかわらず、さらに数の少ない病理医や法医がこの調査委員会に人手と時間を取られたら、現実的に医療現場が回らなくなるのではないのでしょうか。

本文

医療安全調査委員会の第三次試案に反対します。

誰のためのものなのか、わからないからです。

反対理由の概要は、以下です。

1 患者遺族の気持ちより届け出義務が優先

医療死亡事故について、一定の基準に達したら、全例この委員会に届け出ることになっています。

全ての患者さんのご遺族が、それを望むでしょうか。

医療事故で死亡した患者さんのご遺族の気持ちは、様々です。

謝罪してほしい、補償してほしい、真実が知りたい、再発防止につなげてほしい、そっとしておいてほしい。

さらに、これらの気持ちは、時の流れと共に変わっていきます。

ご遺族が病院からの説明で納得し、そっとしておいてほしいと思っているのに、

基準に達したら全部調査、という発想は、到底ご遺族の気持ちに配慮したものとは、思えません。

2 働き者のナースが危ない

例えば「消毒薬の静脈内への誤注入」は、届出の対象になっています。

主としてナースの仕事ですが、このような事故は、働く量が増えれば増える程、起こしやすくなります。

働かなければ事故はゼロになりますが、そうは行きません。

本気でこのような性質の事故を減らそうと思ったら、事故後に机上で検討することよりも

ナースの注意力が散漫にならない状況で働かせること、つまり「ナースの労働環境の整備」が本来やるべきことではないでしょうか。

3 産婦人科医の立場からも反対

「医療事故の刑事手続きの対象については(中略)謙抑的な対応が行われることになる」とあります。

刑事罰適用を検討する対象が曖昧なままでは、現場は益々萎縮してしまいます。

内診問題がよい例です。

看護師に内診させたとして、医師・看護師が逮捕されました。

このままでは分娩ができない施設が続出し、地域医療の崩壊につながると

分娩医療機関に大混乱を起こしました。

産婦人科医の団体と厚労省の応酬の末、

看護師は医師の指示によって「診療の補助」として、内診をしていいことになりました。

しかし、結局現場では、看護師は内診していません。

何の火種になるか、わからないからです。

一度萎縮した医療現場は、なかなか元に戻りません。

内診してもいい旨、通達されていてすらこの顛末ですので、

大野病院事件で、先生が逮捕され、あのような論告求刑がなされた時に

全く明文化されていない「警察・検察による謙抑的な対応」を期待することはできません。

医者が患者の病気や死よりも、法律や裁判を恐れるようになったら、お終いです。

また、多くの方が引用されているようですが、世界標準としての2005年にできたWHOの医療安全システムのガイドラインがあります。

第6章で述べられている、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に必要なキーポイントも掲載されています。

具体的な根拠も本文中に詳しく述べられています。

* WHO - Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems

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

第三次試案が成立した場合、世界の標準から大きく外れることになりませんが、世界の標準を大きくはずれなければならないような、我が国独特の社会的事情があるとは思えません。

そもそも、「謙抑的」とは、謙って大目に見てもらうことを指しますが、このように「お目こぼし」を期待するような職業を、

将来ある若い人たちが誇りを持って目指してくれるのでしょうか。

4. 氏名： 真々田弘

5. 所属：

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： 3

<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 |

「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、第二次試案の際のパブリック・コメントでも、試案の完全な見直しが必要だとして意見を述べさせていただいた。残念なことに、今回の第三次試案についても、試案の根本的な見直しが必要だと再提起せねばならないことが、極めて残念である。下記するように今回の試案は、「はじめに」で記述されているがごとく、総体として制度創設の「目的」の上で混乱しており、その混乱した「目的」の上に構築された試案の「段落番号」ごとに、その意見を述べることは困難である。

前例無き新たなシステムを作るときには、そのシステムが何を目的にするのかを明確にし、その目的を達成するために、いかに必要なものを選び出し、不要なものを排除してゆくのが最も重要だと考える。

本邦には無いシステムを構築する場合、同様のシステムを既に持っている国々、あるいは医療と言う専門分野で国際的に規範とされる基準があるときにはこれを参照し、分析する態度が無ければならない。

「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」については、本邦では初めてかもしれないが、既に同様の問題に取り組む各国の経験を集めた形で、2005年にWHOが指針を示している。

(WHO - Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems
http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf)

だが、残念ながら貴省のもとに置かれた検討会は、既にある国際的な考察の結果を前提としてはいない。

従って、検討会による第一次、第二次、そして第三次の試案は、この国際的な指針に対する根本的な考察・検討に欠けている。

とりわけ上記ガイドラインの第6章、とりわけその第1項から第4項については、「医療安全を構築するのみを目的としたシステム」を真に構築するためには絶対必要要件であるにもかかわらず、第三次試案にいたっても、全く反映されていない。

よって、第三次試案は、貴省が掲げるテーマ「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」について、国際的な指針に合致する内容にはいささかも達しておらず、さらなる検討がなされるべきものであると考える。

純粹に医学的な、あるいは医療システム論的な「医療安全確保」のためのシステムを、行政的な処罰、あるいは民事・刑事的な処罰、あるいは遺族感情なるものと関連性を持たせてはならない。これが、WHO指針の基本であると考えます。

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： 7（※下記より対応する番号をご記入ください。）

<一般>

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

<医療従事者>

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

<法曹・警察関係職種>

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

8. 医事紛争の経験： 2（※下記より対応する番号をご記入ください。）

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

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

本第3次試案に基づいて拙速に立法化し、本試案に基づく形式の「医療安全調査委員会（仮称）」を設置することに反対する。

本試案が標榜する「医療の安全の確保」という目的（段落（1））に、異を唱えるものではない。この目的を達するため、段落（3）に記された「死亡事故に関する分析・評価を行う機関を設置すること」にも賛同する。しかし、試案、段落2.以降に書かれた具体的な枠組みは、委員会（仮称）の扱う範囲がこれに限定されず、「医療への安心感」を妨げるものとなる可能性があり、また、組織・運用方法も、この目的を達するために適当であるとは考えにくい。

段落（5）： 委員会が対象とする範囲は、死亡事故に関する科学的な分析・評価に限定すべきである。医療事故に関連する刑事・民事の紛争解決は、別の視点・組織で行うべきである。仮に、それらを対象とするのであれば、厚生労働省の私的懇談会の議論は不十分であり、少なくとも法務省との連携は不可欠である。

段落（8）： 委員会の設置場所、対象範囲が「更に検討を要する」段階での設置は拙速である。上記の理由から、「内閣府」の下に設置するのが妥当であると考える。

段落（13）： 医療専門家以外の構成員は、個別事案の調査に介入すべきではない。委員会の運営を“正しい方向”で維持するためのオブザーバ参加であることを明記する。

段落（17）： 医療死亡事故のうち「疑わしき事例」にのみ、届け出を限定すべきではない。全例調査を必須とすべきである。

段落（18）： 異状死の定義を明確に法文で示すべきである。

段落（27）： ⑤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」と記述されているが、十分な調査がなされないと考える。適当な範囲での供述内容に関する免責を前提に、正確な報告がなされる制度とすべきである。

段落（39, 40）： 上と類似。 捜査機関へ通知すべき事例の基準が不明瞭である。

4. 氏名： 高橋志行

5. 所属：

2

6. 年齢：

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

5

7. 職業：

<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 |

2

8. 医事紛争の経験：

- | |
|------------------------------------|
| 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)

野田 守一

「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

まずはじめに

現在、刑事・民事を問わず多くの医療訴訟が争われているが、多くの事例において、科学に依らず、あり得ない考察が判決に含まれていることを知ってほしい。

これは検察側・弁護側・裁判所側のいずれもが医療の素人であり、その素人が医療のプロである医師を裁くという不幸な構図に起因することは明らかであろうと思う。

医学には、まだまだ未知の分野が沢山あるとは言っても科学を根底にするものであるから、判決文がいくら立派でも数学の解答と同じように間違いは明白となってしまう。

その点において、専門家が集まって第三者機関を作るという構想は原則的には良いことだと思う。しかしながら現在示されている第三次試案について問題点も見受けられるので指摘させていただきたいと思う。

1. まず大前提として、どうせ作るのであればアメリカのFDAに匹敵するような純科学的な機関を設立してもらいたい。そこで議論されるべきは、患者・遺族の心情に配慮するものであってはならず、他方で多忙かつ不確定要素を扱うという医療者の側にも立つべきではない。

1-1. 医療施行者以外のシステム上に問題がある場合には、直接踏み込んで病院・地方自治・国家制度にも提言できるような機関であってほしい。その点で、厚生労働省の管轄であるという点には首をかしげざるを得ない。

私見として、現在の医療の多くの問題点は、医療に必要なコストまでも削減した低医療費政策にあると考えているのだが、そういうことにも踏み込めるだろうか。

例えば、すべての法令を遵守し、労働時間を守り、設備を揃え、賃金を守ると、“範をすべき”公的病院と同じようにすべての病院が赤字となるであろう。赤字であればコストを削減し人員を削減する。すると医療レベルは下がり、エラーは増えることになる。こういう構造的欠陥について第三者機関は提言を行うことができるであろうか。構造的欠陥については目をつむり、誰がミスをしたのかという犯人捜しに終始しかねないと思われる。

1-2. もう少し単純に考えて、あくまでも純医療的なケースカンファレンスのようなものに絞るといふのであれば、なおのこと科学的なものにしないといけない。そこは裁判のような言葉遊びの場ではなく真摯な症例検討会でなくてはならない。遺族の感情に配慮しては科学的な見地に立つことは不可能であるといえる。たとえば、患者側への説明であるインフォームドコンセントが不備であったとしても末期ガンやその他の疾病でも死亡するものは死亡するのである。

おわかりいただけるだろうか。遺族側はインフォームドコンセントの不備に起因して医師・医療機関に敵愾心を持っているだろう。しかしながら医師側から見れば、人間いつかは死亡すると言うことが免れない以上、その間の経過（インフォームドコンセントを含む）

がどうであろうと一定の転帰をとるものなのである。第三者機関はこれらの事例を満足させることができるであろうか。

2. 裁判において不毛な議論を省くという点において第三者機関設置は望まれるところであるが、司法との共存は可能なのだろうか。

㊦ 2-1. 第三者機関において結論が出るまでは刑事の介入を行わないという前提がなくては全く無意味である。また、第三者機関がミス認めなかった症例に対し検察が訴追を行うのであれば、国家は二重基準を持つことになる。このように司法権との整合性をどうつけるのであろうか。

㊦ 2-2. 司法への告発を悪意・明確なミスにしぼるというのは理解できるところだが、明確なミスであるかどうかの線引きをどうするのだろうか。第三次試案には、いろいろな具体例が示されてはいたが、あれらの例から逸脱した症例が多々出現していくことが予想される。

㊦ 2-3. 本来、医師法21条は読んで字のごとく（犯罪被害者の可能性のある）死体を検案した場合の条文であって医療事故のことを想定していたわけではない。それを厚労省《通達?》で内容を勝手に変更したところに混乱の原因があるように思われる。混乱の原因を作ったのは、読めもしない条文を押しつけた行政側か、届け出をしなかった医療機関側か、どちらであるかは明確であらうと思う。

3. 民事裁判について

㊦ 3-1. その判断根拠が不明確でありながらも、悪意・明確なミスのみに対し告発をするというのは理解できるとして民事裁判への影響についてはどうだろうか、当然のことながら第三者機関が遺族補償の有無や、その査定を決めることができるわけではない。それならば民事は並行して別個に進行するのか、または第三者機関において結論が出るまでは民事の進行も停止されるのか。並行して進行するのならば、手間暇が余計にかかるだけであって、第三者機関はその所轄官庁からの懲罰しか実質的な影響がなくなってしまうものと思われる。裁判とは別個に、所轄官庁からの懲罰をしてもらうために届け出をせよと言うことになるのだろうか。

㊦ 3-2. 人体という複雑な不確定要因を持つ物体を扱う以上、不慮の事故というものは避けては通れないものである。例えば安全になったとはいえ心臓カテーテル手術は千例に対し数例はうまくいかない症例が報告されている。生命を救うための目的で行った以上は、すべての事例に対し刑事免責されてしかるべきものだと考える。したがって全ての医療事故は本来民事訴訟によって解決されるべきものだと思うのだが、第三者機関はかえって訴訟を複雑なものにする危険性はないだろうか。

4. 内容の誤認について

㊦ 4-1. 専門家の集まる第三者機関といえども、裁判と同様に誤診・冤罪である可能性は否定できない。裁判であれば地裁・高裁・最高裁と複数回の再考の機会を得ることができるが、第三者機関の判断に誤謬が存在する場合の救済はどうなるのであろうか。

具体案を以下に総論だけ述べる。

医療は生命を救うための業務であり、医師は医学部6年間を修了し、医師国家試験に合格し、最近ではさらに臨床研修を修了した者という厳しい国家認定を受けているものである。その業務は、人体が不確定要因をもつものであるということ、その対象となる疾病が生命を脅かしているものであるということ、そして生命の期間は限定されたものであるということを考え、他の業務とは本質的に異なる。(たとえば合法的に他人に刃物をむけることができるのは医師だけであり、死亡診断書を書くことができるのも医師だけである)

以上の観点より、医療上の業務に起因する利害に対し、医師は原則として刑事免責される。しかしながら医師の行った悪意・明確なミスに対して第三者機関は検察に告発する権利を有する。第三者機関は、検察はもとより施行者である行政側からも中立であることを留保するために管轄省庁を持たない独立したものとする。(あるいは外国に見られる医療裁判所のような形態をとるか)

検察は第三者機関自身が告発する事例を除き、第三者機関が扱う事例に対し刑事訴追を行わない。

第三者機関の報告は公表されるものとし、異議がある場合には再審理を要求することができる。根拠となる悪意・明確なミスの典例は公表され、審議されることとする。

医師法21条は現行のままとし、条文通り犯罪に限る、医療事故に対する附則、あるいは条文を追加する。

おわりに

思いつくままに記述させていただいたが、医療事故に対し混乱を避けるための機関設置が目的であるのだから、更なる混乱を招くことのないよう、簡潔かつ明瞭なるシステムを構築されるよう要望したい。

いまや世界は情報を共有している、直接・間接を問わず審議された内容は全世界に発信されてしまうだろう。国際的に恥ずかしくないばかりか有用となり、グローバルスタンダードとなりうる報告ができるような機関の設置・運用を願っている。

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： 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： 1

<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 |

「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

この第三次試案に基づき、医療事故について分析・評価を専門的に行う機関を制度化することに反対します。

試案の各段落への意見

(5) 制度の検討にあたっては、刑事司法、民事紛争解決、医療など、それぞれの法制度を、連携をもって検討することが必要と考えます。

<http://www.sanyo.oni.co.jp/newsk/2008/04/03/20080403010007522.html> (山陽新聞 4/3 記事)によりますと、

『医師らの刑事訴追が無制限に広がることに反対する医療現場の意向に配慮したもので、同省は「捜査の制限になるが、警察庁、法務省とも合意した」としている。』

このように報じられておりますが、また一方で、

<http://obgy.typepad.jp/blog/2008/04/post-1341-50.html> (4/22 決算行政監視委員会第四分科会における橋本岳議員質問の書き起こし)

『○橋本議員

協議はされていたということで、それはいいことだと思いますが、文書という話について、ここに日経メディカルオンラインというウェブ上のサイトがございます。まあいろんな医療関係などのニュースが出ているのですが、そちらの方の4月3日の記事にですね、事故調第三次試案のここが変わったということについてプレスの記事になっているわけですが、その記事の中で、これインターネットで会員登録すれば誰でも見られますが「厚労省によると、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」という一文が出ております。

そうしますと、今の一文と比べてすこし食い違いがあるのではないかと思います、あらためてご確認をさせていただきます。

○大野検事局長

さきほど申し上げましたように、覚書のようなものを取り交わした事実はございません。

○米田警察局長

警察庁もまったく同じでございます、そういった文書を取り交わしたことはまったくございません。』

このように答弁されております。

無論報道内容と実情が異なる可能性はありますが、この一件を見ましても十分に議論がつくされたとは言いがたいと感じておりますので引用いたしました。

今回の取り組みについて、最大のポイントは、「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によって刑事司法の手続を抑制することができる」という点だと考えており、その点が第三次試案では不十分であると思われま

す。また、日本救急医学会による『厚生労働省「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』

http://www.jaam.jp/html/info/info-20080428_1.htm

の内容にも深く同意します。

今後さらに様々な視点からの意見を集約し、よりよい試案としていただきたく思い、当「第三次試案」への反対ということでお送りさせていただきます。

以上

4. 氏名：

5. 所属： 帝京大学医学部麻酔科

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：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

医療安全調査委員会(仮称)の設立は、医療者側だけでなく患者遺族側にとっても、望ましいことであり、異論はありません。しかしながら現段階での第三次試案に対しては賛成しかねます。医療安全調査委員会(仮称)の活動に際し、医師が訴追されないための法的あるいは実務的な裏づけをきちんとしないと、医療事故の原因究明と再発防止を目的とする中立的な第三者機関としての機能が果たせない可能性があるかと危惧しています。

4. 氏名：

5. 所属： 帝京大学医学部麻酔科

6. 年齢：2 (※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 |