

「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30代の産婦人科医師です。現在研究に従事しており、臨床を離れています。最近の産婦人科に限らず医療崩壊の話を目にするたび、心を痛めております。特に大野市の産婦人科医不当逮捕事件では、なぜ一生懸命患者のために力を尽くした医師が刑事事件の被告人として逮捕されなくてはならないのかと不可解、遺憾でこのやるせない気持ちは日に日に大きくなっております。

厚生省から「医療の安全に向けた医療事故による死亡の原因究明、再発防止のあり方に関する試案—第三次試案—」の募集を知り、お手紙を差し上げた次第です。

前置きしますと、今から述べることは具体的にこの法案のどこが悪い、とかいうのではなく、「今後の日本のお産を取り巻く問題の抜本的な改善」を目指して述べるものです。

私たち医療従事者が考えるこの法案のあり方の基本は

「産婦人科医療事故に対する警察の介入を避ける（もちろん故意の悪質なものをのぞく）」もしそれができないのであれば、

「国が産婦人科を一挙に引き受けるべきだ」と考えています。つまり「産婦人科業務をすべて国営化し、業務中に起きた事（当然故意、悪質なものは除く）に関しての最終責任は国がとるべき」だと考えています。というのは、産科領域は日本の人口に関わる領域です。産科領域の疾患の対象は生殖年齢の妊婦だけでなく、新生児、乳児を含みます。つまりこれから日本を背負っていく日本国民が対象です。

産科領域の疾患の対象、つまり妊婦およびその児が、周産期に何の問題もなくいった場合の恩恵を受けるのは、いうまでもなく日本国なのではないでしょうか。もし周産期に何か異常があり、妊婦およびその子になんらかの障害（死亡、後遺症を含む）があった場合は、医師個人や病院ではなく、国が責任をもって救済すればいいのです。国に利益（人口増加）があるのですから、不利益（障害に対する補償、救済など）があるのは当然だと思います。

現在のシステムでは、国が安い国民医療費（先進国の中で最も低い）で、世界高水準の産科医療レベル（先進国で最も高い）を個々の医師の良心と自己犠牲にまかせているのに、何か問題があった場合は知らんぷり、という状況です。

ご存知の通り、日本のように医療費が安い先進国はありません。「医療崩壊」の筆者である小松先生もおっしゃっているように、日本の医療費はパチンコ産業の金額と同じです。患者は世界高水準の医療を安い価格で受けられ、そして「治ってあたりまえ」「自分は死ぬはずがない」と思っています。

一方、各々の医師は良心で日々の診療にあたっています。私を知る限り医療に携わっている医師や医療関係の人々は、常に「患者さんを助けたい」「なんとかして救いたい」という一心

で身を粉にして働いています。一生懸命に働くあまり、自己犠牲を強いられ自分たちや家族のことが二の次になり、体だけでなく家庭を壊す医師も多いのです。

このまま各々の医師の良心にまかせて、国が何も方策をとらない、——つまり今回の「医療の安全に向けた医療事故による死亡の原因究明、再発防止のあり方に関する試案」が「警察の介入を絶対に受けないものである」という国のお墨付きがない限り、この試案は現在の問題をなんら解決させることもなく、たんなる「官僚の新たな天下り先」でしかない——その場合、医師も人間ですから、一生懸命やった結果の善し悪しで不当に逮捕される可能性がある限り、誰も産科医になりたいと思いませんし、既に産科医である人も次々と辞めていくでしょう。

以下は、

さんの記事からの抜粋です。「もし試案通りに医療安全調が動きだすと、患者が納得できるような原因究明や再発防止などではなく、医療者に対する「責任追及」として働くリスクを負っています。出来上がった組織は自己保存の論理で動きだすので、医療安全調は責任回避のため、グレーゾーンのケースで過失の可能性があれば警察に通報し、警察も責任回避のために医療安全調から案件が送られたことを理由に立件せざるを得ず、警察の介入が増えます。また、厚労省内に医療安全調を置けば、医師法7条の改正で既に医療現場への立ち入り調査権限を獲得している厚労省が、調査権と処分権を握ることになり、行政処分をするための「医療警察」となる危険性があります。このままでは委縮医療を増大させます。さらに、医療安全調は過失や重過失の判断まですると言いながら、損害賠償は民事訴訟を起こさなければ得られません。患者や遺族には、金銭的補償と医療、介護の補償が必要です。そのためにも、無過失補償制度の創設が必要です。」(以上)

現在の医療崩壊の問題点の一つは、患者の意識の中にあると思います。

「お産で妊婦や子が死ぬはずない」

「もし死んだら、それは医療ミスがあったせいだ」

医療は決して完全で確立されたものではありません。

特に産科疾患は、ほかのどの疾患よりも急速で進展が早いものです。適切な処置をしても死に至るケースがよくあります。そして悪い結果になった場合、その対象が若い妊婦さんや赤ちゃんなので、説明をしても納得を得るのは難しく、訴訟を起こされることも多いのです。

もし周産期に何か起きたとすれば、例えば脳性麻痺などが発症した場合、一生にわたりその障害を抱えていかなければならず、両親だけで面倒をみるのは限界があります。両親は自分たちの死後、どのように我が子を守っていこうかと考えたとき、「脳性麻痺になったのは医療側にミスがあり、周産期に何かミスがあったに違いない」と考えて医療側を訴えるかもしれませんが、不幸な結果になったご家族の皆様にはお気の毒だと思いますが、家族の皆様に必要なのは「医師や病院を訴えること」ではなく、「適切な救済、補償」「原因の究明」だと思います。そして残念ながら医療を訴えたところで、裁判でわかるのは原因ではありません。

私の父も産婦人科医で、田舎で産婦人科を開業しております。

私が小さい頃から、夜中、休日を問わず病院からかかってくる電話を受け取り、病院へ急ぐ父の働く姿をみて育ちました。当時父は田舎の勤務医でしたので、病院には産婦人科は父一人、非番の日でも常に病院からの連絡に備えており、家族でまともに旅行した思いでもありません。そんな父の家族を顧みず、患者さんのために一生懸命働く姿を拒否する一方、私も自然に父と同じ道（産婦人科医）を選んでいました。それは父がいつも「産婦人科は死だけでなく生に携える魅力的な仕事だ」「医師を目指すなら産婦人科を目指してほしい」ということを言っていたからです。父はこの仕事を誇りにし、現役で働いています。しかし最近は今のお産をおりまく日本の状況に落胆し、「今の若い医師の卵に産婦人科を選んで欲しいとは思わない。酷すぎる」とまでいい始めています。今までは決して口にしなかった言葉です。しかしこれが現場の正直な意見だと思います。

私も近い将来は臨床の現場に戻りたいと考えていますが、産婦人科に戻るかどうかは正直なところ決めかねています。

こんな結果になったのは、患者（国民）の生や医療に対する謝った認識と政府の怠慢さにあると思います。

患者さん（国民）の身勝手さ——医療は完全なものと信じ込み、医療に対してサービス業と同等の要求をする。

政府の怠慢——このような状況になるまで、何ら対策をとらず、放置し続けていること、医療費を押さえ、患者（国民）の意見を尊重するスタンスをとり続け、医療者サイドの対場を考えてこなかった事。

もちろん国民や政府だけでなく、私たち医療者側にも責任があると思います。あまりの多忙さに現状（医療を取り巻く苦しい状況）を受け入れ、日々消化することが精一杯で、医師側の現状や意見を声を大にしてこなかったことです。

政府の方々はもっと現場をみる必要があると思いますし、現場の声を聞くべきだと思います。それに対する私たち医療側の用意はありますし、そうしないと産婦人科領域だけでなく医療全体が崩壊に向かっていくのは目に見えています。

最後に繰り返し申し上げたいのは、現在検討中の「医療の安全に向けた医療事故による死亡の原因究明、再発防止のあり方に関する試案」に求めることは一つです。「善意の医師を逮捕しないでほしい」「この試案が警察の介入を絶対に受けないものであることを明言してほしい」ということです。

警察の業務は「犯人探し」なので、訴訟になった場合「医療ミスがあった」ことを前提に進めるのは明らかです。そもそも医療従事者の私たちでさえ難しい死因究明を、医療の素人の警察が解明できるはずはありません。警察が関わる限り、何も医学的に解決できるものはな

いのは明らかです。素人が「あの状況では、こうするべきだった」などと裁判の場で論じても、現場とは異なります。私も医学生の際、教科書や講義で様々な病気を学びましたが、現場ではいつも教科書通りにいかないと実感しています。各々のケースで

病状（状況）は刻一刻と変化し、医療サイドは秒単位での判断をせまられ、その時点での最善の医療を行います。そして同じ医療（判断）を行った結果は、各々の患者により異なるのが事実です。もし結果がよければ「この判断は正しかった」とされ、もし結果が悪ければ「判断が誤っていた」とされます。そして結果が悪いと訴えられます。医療側は訴訟を恐れて萎縮医療になるのは間違いないでしょう。

医療の素人である警察に届け出をする現在の制度は間違っています。そして現在検討されているように、医療の専門家で構成する調査委員会に届け出を改める事は正しい方向性だと思います。しかし何度もいいますが、新しい法案は現時点での問題を解決できないものである場合、全く意味がありません。

何度もいいますが「医療は不完全」なものです。そして時に急速に予測を超えて進展します。それに対して医療側が現時点でできるすべての知識、技術を投入したところで、その結果が残念なものに終わる場合は少なくありません。それは「医療ミス」ではなく、「病死」なのです。生涯医療に携わる限り今述べたような残念な結果に直面することは少なくないでしょう。その度に自分が刑事事件の被告人になる可能性があると思うと、医師の仕事なんて続けることは到底できません。

舛添大臣、そして政府のお役人の皆様、どうか一度私たちの立場に立って考えてください。わざわざ莫大な費用をかけて新しい法案を作るのですから、本当に必要な部分を明らかにし、そこに費用をかけないのでは、現状よりさらに医療現場は混乱するでしょう。それでもなお、医療現場の声を聞かずに現時点（第三次試案）の形での制度創立を目指すのなら、責任者の名前を明示して、制度がうまく機能しなければ責任を取るべきです。

もう既に医療崩壊は始まっていますが、まだ間に合います。舛添大臣の今後の対応に期待しています。今後の日本の将来がよくなるように願ってやみません。

以上

4. 氏名： _____

5. 所属： _____

6. ⑤
④

7. 職業： _____ (※下記より対応する番号をご記入ください。) 9.

8. 医事紛争の経験： _____ (※下記より対応する番号をご記入ください。) 2.

「医療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

医療費が抑制される一方で感染予防や安全対策に対する要求水準は高くなる一方である。安全対策や予防にいくら投資してもそれに対する保険の支払いはない。車の修理代を考えると病気の治療費のなんと安いことか。日本の医療現場は医療従事者の個人的な犠牲の上に成り立っている。このような状況において医療事故はいつおきてもおかしくない。訴訟を恐れれば思い切った治療はできなくなり積極的に治療する医療者が徐々に減少していくであろう。

1. 医療事故の原因調査は将来の医療を支えるためにもぜひ必要なものとする。国民だけが希望しているのではない。
3. しかし、医療従事者を処分しても問題は解決しない。医療は危険を伴うものである。事故の当事者は犯罪者ではない。問題を解決するには処分に関連する項目を排した事故調査委員会を作ることである。調査報告書は過去を裁くためのものではなく、未来を作るためのものである。ヒアリング資料は裁判所命令でも公開すべきでない。事故調査委員会ができて医療訴訟はなくならないと考える。訴訟を減らすには被害者の救済しかない。これは別の組織で解決すべき問題である。

9医師(管理者を除く)

40代

670-②/3

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

世界基準を満たさない医療安全調査委員会に反対します。

欧米先進国の医療安全対策の専門家に笑われないような世界基準の(科学的であり、感情に流されない)医療安全対策を行って頂きたいと考えます。

是非とも、先進国の制度を検討してください。

参考1)WHOの医療安全システムのガイドライン(2005年):医療安全委員会をきちんと機能させるための世界標準

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

(1)刑事罰を行わない:医療事故(診療関連死)の報告者は、報告をしたことにより刑罰から免責されなければならない。

(2)秘匿:診療関連死の患者名、報告者(医療従事者)、医療機関は決して第三者に明かされてはならない。

(3)独立性:報告システム(医療安全委員会)は、報告者や医療機関を罰する権限を持つ当局から独立していなければならない。

(4)専門家の分析:診療関連死の報告は診療関連死が起きた状況を理解でき、かつ問題となっているシステムを把握できるようにきちんと訓練を受けた専門家によって評価されなければならない。

(5)時宜を得た報告:特に重大な状況であると判った時は、即座に分析され、いち早く情報を必要とする人々(医療従事者)に広く周知されねばならない。(6)システムそのものの問題の勧告:診療関連死の当事者である医療従事者の個人の能力に目を向けるのではなく、システム、過程、結果の変化に焦点を当てることが望ましい。

(7)反応:報告を受けた部局は、勧告を周知させることができる。関係する機関は可能な限りいつでも、勧告を実行に移さねばならない。

参考2)WHOのヨーロッパ総局医療安全に関するフォーラムレポート:

*Eighth Future Forum on governance of patient safety
(<http://www.euro.who.int/document/e87770.pdf>)

フランス、イタリア、オーストリア、ドイツ、デンマーク、ノルウェー、フィンランド、イギリス、スイス、ベルギーの医療システムを紹介。どの国も故意や悪意でない診療関連死は過失であっても刑事事件化はしていない。

参考3)スウェーデンの医療法では、診療関連の死亡や障害の刑事裁判および民事事件を起こせないような制度を導入している。

(<http://www.euro.who.int/Document/E88669.pdf>)

(1)医療行為はすべて傷害行為である。

(2)正当なる医療目的、国家資格で保障された医療者、普遍的な倫理に基づく医療行為である限り、刑法上の「傷害」とは同一視されない。

(3)一方、医療が人によって履行される限り、ヒューマンエラーの発生は避けられない。

参考4)「善きサマリア人の法」:

「急病人など窮地の人を救うために無償で善意の行動をとった場合、良識的かつ誠実にその人にできることをしたのなら、たとえ失敗してもその結果につき責任を問われない」という趣旨の法がアメリカやカナダにはあるが、日本にはない。

670-③/3

4. 氏名： _____

5. 所属： 順天堂大学医学部 _____

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： _____ 5 (※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 |