

## 医療機関管理者

## 別紙

## ②意見

## 3-(2) 届出先について

<意見>届出先としては、(イ)ではなく、(ア)の都道府県が直接受け付けるべきです。21条の異常死の届出との関連があるので、行政が責任もって受付けて、医療関連死は21条の届出は不要(免責)とし、21条は明らかに医療行為とは関係ない院内での事故死(自殺、転落死、溺死、殺人?など)に限定して明示すべきです。

また、21条での24時間以内という時間限定も、新制度での届出期間は3日以内程度に猶予をもたせるべきと考えます。というのは届出すべきかどうか院内での事実確認に多少時間がかかりますし、遺族の反応の見極め、届出に対する遺族の了解も基本的には必要と考えます。その際、死体解剖に支障が出る可能性もありますが、解剖すれば全ての死因が分かるわけではないし、全ての医療関連死を解剖の結果で適否を判定されるのであれば、臨床医学は成り立ちません。

## 6-③、刑事訴追の可能性のある場合の取扱い等について

<意見>福島県立大野病院の産科医逮捕事件は重大な事例で、高度医療や救急に従事する勤務医にとって脅威です。こんな対応をされると臨床医学は成り立ちませんし、勤務医としてやっていく意欲がなくなってしまいます。

臨床医学は、解剖結果などの結果論で追及されると成り立ちません。医師は患者さまの病状、理学所見、検査所見を継続的に判断しながら、次のベストと考えられる治療法を選択して実践しているのが臨床の現場です。殆どの医師は良心に沿って最善の治療を模索しながら実践しているのです。検査データも重症になればなるほど、検査できないなどの制約も出てきます。また病院の規模・設備によっては全てが理想的におこなえる環境にはありません。そのような中で起きた不幸な結果が医療ミスとして判定され、刑法で立件される環境では病院から医師がいなくなってしまいます。

ミスが明らかの場合の行政処分(再教育、研修など)や、民事での損害賠償は容認できますが、良心にもとづいた医療行為の刑事罰の適用は絶対に容認できません。刑事罰を適用しないことを明記すべきと考えます。

医療機関管理者

別紙様式

意見書

平成19年4月18日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 まで

郵便番号: 〒 [REDACTED]

住所: [REDACTED]

氏名 (注1): [REDACTED]

電話番号: [REDACTED]

電子メールアドレス: [REDACTED]

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」に関して意見を提出いたします。

(以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。)

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

◆ 項目番号	
◆ 内容	診療行為に関連した死亡の死因究明の届出制度について

② ご意見

診療行為に関連した死亡原因究明の調査即ち届出制度  
 によることは、病院・診療所にて病死したものをすべて  
 届出することには否定的である。  
 病死の原因究明は、期待を込めており、その  
 病死、自殺死、他死をすべて詳細報告して  
 理由を報告。医師の例、医療者の見解の  
 ために、異なる見解を報告し、その  
 見解を報告し、医療者の現場での  
 対応に「つながり」を確保している。  
 とも、その「診療内死」の言葉が一人歩きに  
 いるのは悪い。医療関係者に「つながり」  
 には必要ない。

### 意見書

診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について

診療関連死の原因究明の目的は、①家族の納得、②医療側の責任範囲の確定、③再発防止である。そのためには経過が正確に把握されていて、正確な事実に基づいて原因が究明されることが重要である。それが保障されれば家族の納得、医療側の責任範囲、再発防止も納得行く線を出すことができる。診療関連死亡の原因究明は、正確な事実の把握にすべてがかかり、正確な事実を導き出すシステムが求められる方向性である。

はじめに厚生労働省による原案について、病院のリスク管理の経験から感想を述べたい。

■ 処分を目的とした原因究明は隠蔽を産み再発防止の妨げになる。

外国の例を調べていただければわかるが、刑事責任や処分の目的で診療関連死の原因究明が行われることはないという。医療事故全般に言えることであるが、真相究明の調査に処分という目的が入ると“医師側に防御が働き”防御は隠蔽につながり、真相の究明が不可能になる。また明らかな過誤が存在した場合でも、医療事故の責任は、個人、システム、管理者など多くの原因の重なりであり、特定個人に責任をもとめることは難しい。処分を意識した責任追及であれば、取り調べに際して黙秘も権利となり、原因究明はまったく不可能になることすら考えられる。再発防止が優先されるのであれば処分は不適當であり、処分が目的であれば再発防止は行なわれない。

厚生労働省による原案は、目的を再発防止にしていると書かれているが、客観的な原因究明よりは当事者の責任追及と行政による処分に重きを置いていると感じる。したがってこの案では医師は真相を語ることは慎重で、調査は難しくなり、文頭に書いた三つの目的は達成することは難しい。

■ 医療事故防止のための原因究明には事故に対する免責が望まれる方向性である

医療事故の真相をつかむ最もよい位置にあるのは当事者であり、次が経験の

## 医療機関管理者

ある医師や看護師などの同業者、第三者や実際現場にいない人はもっとも遠い存在になる。最も真相に近い医師側に防御が働くと事の真相はわからなくなり、処罰を強化すればするほどこの傾向は強くなる。医療事故の原因究明は当事者の報告からすべてが始まる。

当事者の責任を問わない、あるいは“所定期間以内に報告すれば免責とする”という規則により報告数が倍増するという研究は専門家の間ではよく知られている。個人の誤りに原因を求めないという方向性は、医療事故や飛行機事故取り扱いのグローバルスタンダードになっている。従来責任追及に重きを置いてきた日本の制度はこのスタンダードを方向性として採用するべきであり、現状とのあいだのどこに調和点を求めるかを作業の目標としてほしい。

### ■ 診療関連死の物的証拠はつかみにくく医師の振り返りだけが頼り

原案では解剖担当医（病理医や法医）、解剖報告書、解剖担当医の現地派遣など、死後調査の客観的事実収集に重きを置いているように感じられる。医療事故では死の回避のためにありとあらゆる手段を講じることが一般的で、事故の瞬間の状態がそのまま残っていることはありえない。臨死状態でもかなりの間延命処置が可能で、この間生体には代謝や細胞の反応が起き、解剖の時点では証拠となる病態を把握することは難しい。事故後数日間でも延命処置を行った遺体は、臨死の変化が組織全体に起きており、この時点での剖検では原因究明に資する証拠は得られず、多くの場合原因不明という回答になる。つまり航空機事故におけるボイスレコーダーや列車事故におけるレールの損傷など事故当時の状況を示す物的証拠の役割を果たすものは残されていない。したがって唯一医師の良心的かつ客観的な振り返りだけが真相究明には力を発揮する。

以上が厚生労働省の原案に関しての感想である。医療関連死において刑事免責と医療側による原因究明を優先させることはなかなか支持を得られないが、医療には通常の事故と異なる要素が多い。そのいくつかを例示して幾分でも理解を得たいと思う。

### ■ 医療者は命が損なわれそうになった段階で人体を預かる立場にある

診療関連死は結果が重大であるゆえに、その原因を現場にいる医師や看護師の過失に求める傾向がある。異状出産における突然の出血など、何もしなければ死んでしまう状況で医療は介入し、それを断ることは許されない。列車事故や航空機事故は正常の運行中に起きるものだが、医療事故は嵐や暴風で落ちかかっている列車や飛行機の中で起こるようなもので、経過が悪くて当たり前と

## 医療機関管理者

いう場面もある。燃え盛る火の玉を手渡される状況を考えていただければおわかりいただけると思うが、医療側にとって重要なことは、火の玉のトスを受ける勇気があるかどうかであり結果はその次である。この状況をわかってもらえないと救急など本来の医療行為に必要な勇気をそがれる原因となる。医療側にとって一番安全なことはトスを受けないことなのである。

また医療行為は、手術や注射など多かれ少なかれすべて人体を傷つけることにより行われる。したがって介入そのものが障害になり、結果に納得がいかなければ、すべてのケースで業務上障害、業務上致死になる。そのたびに第三者が介入し過失のないことを検証するようなシステムは、臨死状態で介入することが使命である医療側は著しい不公平感を感じる。

### ■ 医療行為は不確実性の中で行われるものである

製造業は製造物についての責任があり、医療行為も同様に責任があるという考え方がある。製造業はものづくりの段階から構造を自らが考案して製作し、何度も実験し確かめることが出来る。またリコールのような責任の取りかたも比較的容易である。一方医療が扱う人体は医療者により製造されたものではなく、個別性があり、医師は内部の構造を完璧に把握しているわけではない。手術は生体に害を与える病変を切り取るだけであり、部品を作り出すことも取り替えることも出来ない。医療行為は生命の危機回避のために行われるものであり、医療者は不確実性の中で、勝算はなくても介入せざるをえない立場にあることを理解していただきたい。

### ■ 人体には必ず老化と終わりがある

人体において臓器の老化は確実で生命には必ず終わりがある。工業製品と大きく異なることは古くなくても代替がないことである。失われやすく代替が無い故に生命は尊重されるべきなのであるが、死を避けることが医療の役割と考える人が多く、医療行為が行なわれている中で突然の死に直面すると、人は生命が尊重されていないと感じ、医療により尊い命が奪われたといういわれのない感情を持たれてしまうこともある。避けられない死と医療側がもたらす死は区別されるべきであるが、実際には区別しにくく、その説明も容易ではない。死という結果ゆえに責任を問われることに医療側は強い不公平感を持っている。

以上が診療行為と死に関連する感想である。医療側は、診療関連死は起こってはならないものという立場をとらない。その中には避けられない死が大多数を占めるという立場である。しかし、更なる医療の進歩につなげるという意図を汲んで再発予防システムの立場から診療関連死を考えてみたい。

## 医療機関管理者

■ 事故の真相究明は当事者の報告にすべてがかかる。

結果が死に至るような事態は医療者にとっても重大事件であり、事例に基づいて行なわれる再発防止策は波及効果大きい。死に至った病状の変化、治療が関係する範囲などは、本人が死亡してしまった状況では、医療側の当事者以外に真相を知るものはいない。したがって再発防止のための真相究明は当事者がどこまで正確に報告するかにかかっている。病院は、過失の存在、範囲、補償などとともに、再発防止も最大の関心事であるから、個人の責任にしないことを条件に精度の高い調査を行うことが出来る。したがって病院は真相の究明に有利な立場にあるが、実際には、刑事責任、民事責任、医師としてのキャリアなどに影響する可能性を考えると、担当医師は真相を話すことと、それが公表されることに抵抗を示すことが多い。過失の有無がはっきりしない段階ではその権利もあってよいと思う。原因究明、対策の立案、事故の公開という再発防止のプロセスを考えると、問題解決は、当事者と、賠償責任を担う病院が行い、公表しやすくするためには社会的なシステムとして個人に責任を求めない仕組みが最も望ましい。

■ 当事者のほかに専門性の確保された調査機関の必要性

臨床は多くの経験の積み重ねであり、経験は誤りに学ぶ改善の積み重ねである。経験の積み重ねで得られた知見は専門性が高く、不特定多数の個人には難解のことが多い。一般に公開するよりも専門職である医療者の間で共有され、専門的な分析能力と対策立案の能力を持った機関が事象を集積することが望ましい。個々のレベルではまれな事象でも集積されれば問題の存在があきらかになり分析の精度を高めることができる。現在医療機能評価機構がこの役割を果たしており実際に効果を挙げている。

■ 調査機関は報告の精度を管理することで当事者の分析に客観性を持たせ、家族の納得に貢献することができる。

再発防止を目的とした調査機関は、診療関連死の報告を受けることになるが、対策立案に際し報告の精度が確保されることが重要である。報告の精度を検証し指導を行う権限を調査機関に与えれば、当事者の分析に客観性を持たせることができ、後述する家族への説明に反映されれば、納得を得るための有用な手段となる。過失が存在するケースでは責任の範囲を当事者の間で確認し合うことができ、司法手続きに寄らなくても補償につなげることが出来る。

■ 調査機関に寄せられた報告は司法手続きの証拠として使用してはならない

この機関は“誤りに学ぶ問題解決”を指導する立場にあり、誤りの存在を検証することではない。ここでは“人は誤りを犯す”ことが前提で行われる対策

## 医療機関管理者

が最大の価値観であり、事象の解析も“よい悪いは別にして”という前置きなしに議論は始まらない。この場合因果関係が推測されれば、はっきりしなくてもあるとみなして議論が行われるので、因果関係が焦点となる司法手続きで使われる証拠とは異質のものである。この機関で行われる事故の調査や推論は再発予防の目的にそって仮想の議論も行われるから、裁判などの証拠として採用されることがないという法的な裏づけが必要である。過去にはこの機関での検討が裁判の証拠として採用されたことがあるが、この逸脱があればこの機関の本来の目的は達成されない。

■ 再発防止は現場に近い専門集団の中で検討され専門集団に公開されることが有効

事故に遭遇した一人の医師の経験は、一般市民に共有されるよりも、同じような専門性を持った別の医師に共有されることが望ましい。その意味で公開は、専門の学会、病院、医局などの単位で行われることが最も効果を発揮する。

刑事罰は個人の責任と処罰を一般に公開することにより、罪を犯した人を懲らしめた結果が、同じ犯罪の広がりを防ぐことを狙ったものである。医療事故はこれとは異なり、犯罪性はなく、再発の可能性は少なく、個別性が高く、関係する分野は狭い。個々の事例は現場の条件に密接に関係するから、当事者の報告と分析を主体に、当事者が原因究明と対策を行うことが最も有用で、公開も医療者対象のほうが波及効果は大きい。医療事故の再発予防も第三者より、同業専門家によるピアレビューが重視されるゆえんである。

以上は再発予防の視点から述べた感想であるが、最も大きな問題は家族の納得である。当事者の詳しい報告と専門家同士のピアレビューによる分析が真摯なものであれば、そのまま伝えることで大多数のケースで家族の納得を得ることは出来るし、病院の過失責任が存在すればお互いに第三者の裁定を受けることの煩雑さを考えて交渉することも可能になる。専門的な調査機関が報告の精度を高める介入があれば、家族の納得に必要な当事者間の透明性を確保することが出来る。診療関連死の原因究明に求められる方向性は、“当事者の正確な報告に基づいて当該医療機関が主体的に行ない、事例に精通した専門臨床家が加わり透明性を担保する仕組み”になる。第三者の介入を入れて家族の納得に資するシステムを組み立てると下記のようなものになる。

■ 家族の納得に関して専門的診療関連死調査機関が果たす役割

家族の納得が得られない原因は、医療側の透明性に疑問を持つからである。

## 医療機関管理者

透明性を保つために医療側に文書による家族への説明を義務付け、得られた結果は事故調査の報告書とともに、医療機能評価機構のような再発防止を役割とする機関に提出させればよいと思う。ここでは報告の精度の妥当性を鑑定すればよく、精度に疑問があれば再調査を求め、精度が確保された報告の分析から予防策を立案する。透明性が疑われやすい当事者の報告は、司法手続きとは隔絶した精度の管理という監視を受けることで透明性を確保し、家族の納得に資することが出来る。

### ■ 診療水準に関する学会の役割

医療には完全はなくその時代における水準があるだけということ、通常家族は理解していない。根拠のない治療法でも望ましいものであればそれを水準に考えてしまうことは少なくない。医療側の責任の議論には医療水準が大きく関係しそれが争点になることも多い。医療水準は当事者が示すことは難しく、どこか専門的な機関が水準を示すことが必要である。診療の内容は多岐に渡り、はっきりした水準を示しにくい、診療の内容が多岐にわたるからこそ重要な問題では水準の議論が必要である。医療水準の確定は訴訟の場面では重要な意味を持ち、鑑定を依頼された医師個人の見解により決められることが多い。専門的に水準を示す機関があれば、当事者が行う分析にも、家族との間の透明性を高めることにも大きな貢献が出来る。これは証拠に基づいた医療という意味で医療の質全体にかかわるので学会の役割とすることが望ましい。

### ■ 診療関連死は当事者の説明に対し家族の納得していることに焦点を置くべきである

医療事故は数も多く、事例により異なり専門性も高いから、行政組織が一つ一つ初期の段階から介入するシステムは膨大なマンパワーを要し、調査がとどこおり、内容的にも真相に迫れない恐れがある。また個々のケースに対応する専門家をあらゆるケースに対してそろえることは事実上不可能である。

診療関連死は当事者が起こった事態を詳しく説明し家族が納得したことを持って解決と考えるべきである。家族の納得が得られるためには、当事者の説明は専門的かつ客観的な評価に耐えうるものでなくてはならない。そのために学会は水準を示し、再発防止の対策を行う機関は検討の精度管理を行うことで家族の納得に資することが出来る。

医療側は故意で事故を起こすことは無く、医療事故に犯罪性があることは極めてまれである。したがって診療関連死は家族の納得が得られたかどうか重点を置くべきで、司法と行政の介入があるとすれば、家族の納得が得られず両者の間に行き違いがあるケースに限るべきである。もちろん両者の間に了解が



## 医療機関管理者

得られなければ通常の訴訟と賠償請求の手続きをとることになることは言うまでもない。

### ■ 補償費用高騰の対策として無過失補償制度は必要である

過誤が存在し死亡に関連した場合は、医療側が賠償責任を負うことは当然であるが、責任の範囲を決めることは難しく、両者の立場の相違から必ず見解の相違は生じ、今後訴訟は増加することに疑いはない。自由診療では訴訟に要した金額は、診療費用に転嫁され全体の医療費に跳ね返る。米国の医療費高騰の原因のひとつである。日本では訴訟のリスクは診療報酬に転嫁できず医療側の負担になる。補償の金額にはある程度の抑制効果があり高額にならない事実もあるが、産科のようなリスクが高く賠償の額が大きい分野では、経済的な圧迫で医師が現場から立ち去るひとつの原因になっている。無過失補償制度については、本案では検討されていないが、これも診療関連死においては一緒に議論してほしい問題である。

### ■ まとめ

診療行為に関連する死は過失がなくても存在し、性格上過失の判定は難しく、医療者は看護師も含めてあいまいな基準で有罪とされることに大きな抵抗がある。故意の事故で無い限り刑事事件とすることは許されるべきではない。問題の解決に重要なのは真相の究明であり、真相は当事者が報告しないとすべてが始まらない。処分に重きをおくシステムは再発防止のための原因究明に妨げとなる。

真相究明に重きを置くシステムは、専門家の良心に基づいて、当事者が調査と分析を行い、学会などの同業専門家によるピアレビューで責任範囲の確定を行う。その結果を家族に説明し納得を得ることを義務づける。医療機関はその事実を家族に示した事故の報告書とともに、機能評価機構のような行政・司法とは無関係な組織に報告する。そこでは再発防止のための分析と防止策の立案を行い、報告書の精度を検証し精度確保に権限を持たせ家族への説明に反映させる。この機関は過失かどうかの判断は行わず、裁判に際しては検討資料を証拠として採用することは認められない。家族の納得が得られない場合は訴訟手続きとし、第三者（司法）による判断にゆだねる。また無過失補償制度の裏付けで訴訟に関連する費用の高騰を防ぐことも保険制度の維持のためには必要である。

診療行為にかかわる死の取り扱いは、家族の納得を第一義とし、医療側の責任範囲の確定と事故防止のための真相究明に主眼を置き、当事者の報告を元に

## 医療機関管理者

検討を行なうことが必要である。そして透明性を確保するために、専門の調査機関と学会の関与で専門性の裏づけを確保するシステムであることが求められる。

平成 19 年 4 月 18 日

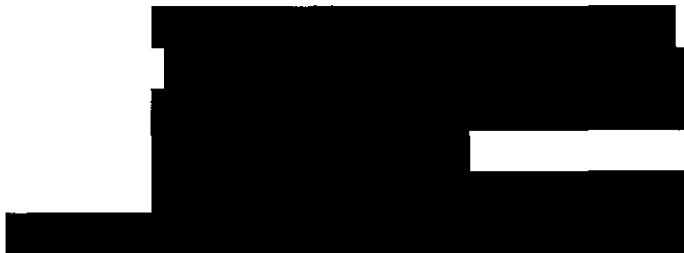
[Redacted signature block]

# 医療機関管理者

## 意見書

平成19年4月19日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 へ



「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」に関して意見を提出いたします。

(以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。)

### 1. ご意見について

#### ① ご意見を提出される点

◆ 項目番号 : 3
◆ 内容 : 診療関連死の届出制度のあり方について

#### ② ご意見

<p>このたび、厚労省が公表した「診療行為に関連した死亡の死因の届出制度のあり方に関する課題と検討の方向性」の中で届出制が検討されている「診療関連死」の語彙が、診療行為の最終結果・転帰だけを捉えた意味で解釈される可能性があり、不適切と思われる。例えば「医療過失死」などと、医療行為の責任を限定した語彙でなければ、医療現場は混乱すると考えられる。</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**医療機関管理者**

## 意見書

## 1. 「臨床評価医」と「臨床立会医」について

平成 18 年 9 月に送られた挨拶文には、私は日本整形外科学会から 県における本事業の「臨床評価医」五名中の一人と記されている。平成 19 年 4 月 4 日の「本モデル事業」の協力学会関係者向けの解説書の 2 ページには、この「臨床評価医」という用語はなく、代わりに「臨床立会医」という用語が記されている。この二つの表現は同じものを意味するのか、全く別のものか。別のものとする両者の関係は如何なものなのか。

臨床評価医の就任依頼は受諾したが、臨床立会医は 18 年 9 月時点では受諾していないと記憶している。18 年 9 月の資料の 11 ページには協力医（臨床立会医）とあり、明確に記載されず曖昧である。「臨床評価医」即「臨床立会医」と仮定しても、時間的制約や専門領域別制約があつて五名全員が立ち会えないという事態も想定して、その対応は如何なものか具体的に記されるべきではないか。

## 2. 臨床評価医の超専門性に関して

厚労省 HP の意見募集中案件詳細の「診察行為に関連した死亡の原因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」の「2 診療関連死の死因究明を行う組織について」の（1）組織のあり方について、②の現行の死因究明のための機構・制度である監察医制度との関係を明確にする必要がある。

## 3. 調査組織の構成について

また同じ厚労省 HP の（3）の調査組織の構成についての項で、「調査組織には高度の専門性が求められる云々」と記されている。同項のアに単に「臨床医」と記されているのは、臨床評価医を意味するのか、臨床立会医を意味するのか。高度の専門性が求められるのであれば、例えば整形外科分野でも臨床医の超専門性が求められるのではないか。整形外科学会が 県に提示した臨床評価医は必ずしもその条件を満たしてリストアップされているとはいえない。

今回 19 年 4 月 4 日付けで送付された資料の中の「これまでに評価が終了した事例のその内 1 例を紹介します」は大腿部の滑膜肉腫に関する事例であり、この報告書を記すには骨・軟部腫瘍に関する高度の新知見をも含めた専門知識を必要とするが、 県の五名の臨床評価医はいずれも学会の名誉会員であり、少なくとも 65 歳以上の、基礎分野・臨床分野はもとより学会の第一線から退いたかまたは管理職に専念されている方達で、かつ骨・軟部腫瘍の超専門医はリストアップされていない。

医療機関管理者
---------

## 4. 再発防止のための更なる取組に関して

折角死因究明をしても、この報告が前者の教訓として再発防止に活かされねば意味がない。同じ厚労省 HP の「5 再発防止のための更なる取組」では、再発防止のため事例の関連学会への報告の要否と会員への周知の具体的方法を明文化する必要があるのではないか。

## 5. 行政処分、民事紛争及び刑事手続きとの関係に関して

同じ厚労省 HP の「6 行政処分、民事紛争及び刑事手続きとの関係」の②の民事紛争の解決に関しては、その資料とするには本事業責任者の了解を得る必要があるのではないか。

医療機関管理者

別紙様式

意見書

平成19年4月19日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 へ

郵便番号: 〒

住所:

氏名(注1):

電話番号:

電子メールアドレス:

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」に関して意見を提出いたします。

(以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記

載した別紙を添付する。)

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

① 調査組織の所属について

② 調査組織の構成について

② ご意見

① 行政機関又は行政機関の付置機関の委員会は独立性が

保たれるのか不安がある。司法との関係の中で見直すべきである。

② 臨床現場を有する施設に入ることは、不利益を及ぼす。

2. ご自身の属性について(※必ずご記入下さい。)

① 年齢: (※下記より対応する番号をご記入下さい。)

② 職業: (※下記より対応する番号をご記入下さい。)

③ 医療紛争等の経験: (※下記より対応する番号を1つご記入下さい。)

注1 法人又は団体にあつては、その名称及び代表者の氏名を記載すること。

注2 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。別紙に記載する場合はページ番号を記載すること。

## 医療機関管理者

### 意見書

平成19年 4月20日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」に関して意見を提出いたします。

(以下に意見を記載する。別紙に記載する場合は「別紙に記載」と記載し、意見を記載した別紙を添付する。)

#### 1. ご意見について

##### ① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号 : 495060227
- ◆ 内容 : 調査を実施する組織 について

##### ② ご意見

示された方向性の中では

「診療関連死の臨床経過や死因究明を担当する組織（以下「調査組織」という。）には、中立性・公正性や、臨床・解剖等に関する高度な専門性に加え、事故調査に関する調査権限、その際の秘密の保持等が求められる。こうした特性を考慮し、調査組織のあり方については、行政機関又は行政機関の中に置かれる委員会を中心に検討する。」

とあるが実際の医療の現場を経験していない者が中心となっても本質的な解決方法を創り出していくのは絶対に困難である。医療行為によって生み出される結果というのは、それほど単純なものではない。そこには、一般人には計り知ることのできない要因というものはかなり多く存在している。

したがって現在存在している機関としては、医療従事者が中心となっている日本医療評価機構が実施する医療事故分析事業の組織を中心に発展させていくことが、もっとも、事態の本質を究明していける組織であると考えられる。

## 医療機関管理者

### 意見書

厚生労働省医政局総務課総務課医療安全推進室 御中

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」に関して意見を提出いたします。

なお、意見書は添付ファイルとして提出いたします。

#### 項目1 策定の背景

第2次世界大戦以降、我が国の医療水準は医科学や医療技術、医療材料の進歩などに支えられて著しく向上した。しかし、これと反比例するかのごとく、近年では、医療事故や医療訴訟の報道が連日のごとくになされ、医師や医療に対する不信感はますます増大する状況にある。この不信感の蔓延は切実に病苦の克服を願う患者を混乱に陥れ、医療者を疲弊させて、医療を荒廃させるばかりではなく、医療費を増大させる要因ともなっていると考えられる。

医療事故や診療関連死は医療技術や医療材料の高度化や多様化と医療組織の複雑化に関連して増加することは避けがたい面はあるとしても、医療紛争の原因のほとんどは医学・医療についての患者と医師との、非対称的と言われる程の知識量の差による、意思の疎通不足と、認識の違いに起因する不信感によって生じたものと思われる。

また、医療紛争の長期化を嫌うあまり、原因を明らかにしないままに医師賠償責任保険によって金銭的解決を図ろうとする医療界の傾向も紛争増大の一因となっているのではないかと考える。

医療関連死の原因は複雑であり、その原因を特定することは容易ではないが、紛争の当事者双方が理解し、納得できる結論を導くことはその領域の医学・医療の進歩と、再発防止に貢献し、ひいては医療界の信頼回復に寄与するものと考えられる。



## 医療機関管理者

### 項目2 調査組織

#### (1) 組織のあり方について

① 現代の医療は高度に専門分化した医学と医療技術によって支えられており、国民の価値観が著しく多様化した今日、その適応についても患者の病態ばかりではなく、年齢や身体状態、社会的背景などについての深い洞察が必要である。従って、調査組織には解剖担当医、関連分野の臨床医、法律家、良識ある国民などが加わった透明性の高い組織にすることは言をまたないが、専門分野に精通し、経験豊かな専門医が参加することがぜひとも必要がある。

② 調査組織は監察医制度や警察・司法組織ではなく、事故を専門的な立場から調査する海難審判や航空・鉄道事故調査委員会のように、医療事故を専門的な立場から取り扱う新しい組織を設けるべきである。

### 項目3 届出制度

(1) 診療関連死の範囲を明確にするとともに、

(2) 届出先はこの調査組織とする。

(3) 医師法21条は「医師は死体または妊娠四月以上の死産児を検査し異状があると認めるとき…」とあり、診療関連死とは無関係と考えられるので法的に考えるとしても、この21条とは別にすべきである。

### 項目5 再発防止

この度の診療関連死に対する政府の取り組みは医療紛争を減少させ、医療の信頼性を高めるとともに、死因の究明と再発防止に貢献するものと、高く評価いたします。

一日も早く、国民の医療不信を解消し、安心・安全な医療が確立されるよう、診療関連死の臨床経過や死因究明を担当する新たな組織が設立されることを願っています。

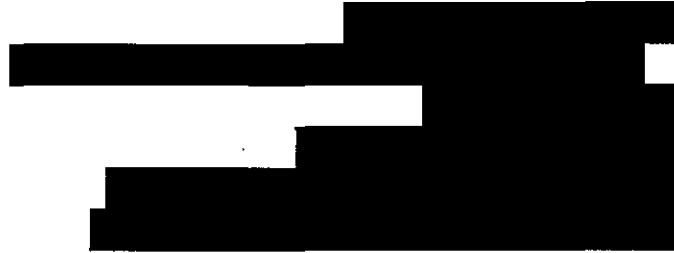


# 医療機関管理者

## 意見書

平成19年4月20日

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 御中



「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性について」に関して意見を提出いたします。

「別紙に記載」

### 1. ご意見について

#### ① ご意見を提出される点

◆ 項目番号 :	<u>2 (1) (月) 3</u>
◆ 内容 :	<u>調査組織, 異状死の届出</u> について

#### ② ご意見

別紙の通り