

医師（管理者を除く）

私が何故この事に言及するかと言いますと、Aを隠す事は対外的なトラブルを回避するという事では有効かも知れませんが、この記録方法は全く教育的で無く、毎年新人が入ってくる多くの医療現場では色々な問題を含んでいるからです。SOAPではAを記録する事によって、記録者は、患者にどんな事が起こっているのか、改めて考え直す機会を強制的に与えられます。これによって経験の浅い医師や看護師が患者に発生した事象について深く考えるきっかけになります。もう一つ重要な事は、このAを他の医療スタッフが読む事により、記録したスタッフが何を考えて行動したのかが明らかになる点です。これが優れた思考であれば読む者の参考になりますし（通常、看護師は始業前にその日担当する患者の看護記録に目を通し、これまでに起こった事を把握してから業務に入ります）、新人が記録したAがおかしなものであれば、それを読んだ先輩が指導をするきっかけにもなります。このAの記載を極力少なくしようという動きは、患者や社会から医療従事者の考えを隠すだけでなく同僚の医療スタッフからも、他のスタッフの考えを隠してしまっているのです。これは、教育の観点からもチーム医療の観点からも好ましくない事であると考えております。カルテをオープンにする目的の筈が、実はスタッフの考えを同僚からさえも隠してしまう結果になりかねません。

しかし、ただ、SOAPを積極的に使用しましょうと言って見たところで、Aを記録した事でトラブルが発生する可能性が高いと感じる者がいる限り、この動きは止める事はできないと考えます。

4) 病院のリスクを軽減するシステム、設備には格差がある。

旧国立病院や規模の大きな病院は設備が整っていて、インシデント対策がしっかりしている施設が多いのではないかと思います。しかし、規模の小さな病院では経営面での制約が多く、医療過誤対策の施された電子カルテのシステム導入も再三話には出ておりますが実行されておられません。

5) 医療過誤による死亡は実は可也多い可能性が高い

アメリカで報告された医療過誤による死亡者数から試算した日本での医療過誤による死亡者数の予測は年間3万人とされています。これにかかわったすべての関係者を処分しては日本の医療界は大混乱に陥ると考えます。一つのミスを犯しても通常は非常に有能なスタッフも沢山います。これまで積み上げてきた教育や経験を無に帰する事が無い様にすべきです。医学部6年間、初期研修2年間と8年もの年月をかけて漸く育て上げた医師を医療過誤による刑事訴訟に巻き込んで患者診療に充てるべき貴重な時間を浪費（裁判が医療事故の原因究明に役立たない事は既に報告されています）させる事は大きな社会的損失です。ただ一度でもミスを行った医師を処分しては日本の医師は皆いなくなってしまうです。

6) 実際の人の動き（医療従事者のインセンティブについて）

医師（管理者を除く）

原因究明の為の情報収集を進める際には情報を報告する者の立場に立ったインセンティブに十分留意しなければ多くの情報は隠されたままとなる可能性があります。医療ミスがあった場合、それに関与した者は率直に報告しなければならない上それを基に処罰されても当然であるかのようなマスコミに誘導された世間や法曹界の風潮があります。例え隠匿してもこれが発覚した場合はかえってその傷口が大きくなるため、結局は率直に公表した方が医療当事者にとってもメリットが大きいかなのような考えの方も多いように見受けられます。しかし、現実はそんなに単純なものではありません。道立羽幌病院人工呼吸器取り外し事件では異状死としてまじめに届け出た女性医師が殺人罪で取調べを受けてしまうという事例がありました。この時の医師の精神的、肉体的負担は非常に大きかったのではないかと思います。これまでは特に問題とも思わず届出もせず同様の事を行っていた医師も実は多くいたのではないかと思います。また、医療ミスは周囲の看護師にも直ぐに発見されるものの様に思われがちですが、実は主治医でなければ気付かない事や、主治医自身も全く気付かない問題点なども非常に多いのです。病理解剖はまさにその為に行われ、多くのメリットをもたらしてきた訳です。私自身も主治医が気付かなかった問題に対して後の診療に活かして欲しいと考え、率直に意見を言い、また、自分の症例に関してもわからない事は同僚に疑問点をぶつけ、意見を求めてきました。また、自分や他の医師の苦い経験を別の医師に伝える事もありました。この中には100%正しいという確信は無いものでも今後の参考になると思われる意見は積極的に伝えてきました。

しかし、これは悪意で事を行わない限り同僚が刑事訴追される可能性は無いという考えがあつての事です。ここ数年、医療関係者が次々と思わぬ事例で刑事事件に問われているのを見ると、主治医が全く気付いていず、こちらに100%の確信がある訳でも無く、話すことによって相手が届け出るべきか否かを考え込んでしまう様な事を不用意に伝えていいものかと迷い、躊躇する様になってきました。

また、ミスに気付く医師は訴追されるが、自分が犯したミスに全く気付いていない医師は訴追されないという事態が生じる可能性も高く、不公平感が強く残ります。

カルテ開示の動きで看護記録がどの様になるかについては前に述べた通りです。

7) 再発防止目的と訴訟目的での原因究明の違い

再発防止策という観点からすると、必ずしも因果関係が十分証明されなくとも対策は立てられます。医療事故の原因がAであった「可能性がある」というだけでもそれが再発の可能性が高いものであれば対策を立てるべきですし、ブレインストーミング段階でリストアップされた「原因」Aが実は本当の原因ではなかった場合でも今後、「Aが原因で類似の事故が起こる可能性が高」ければ対策を立てるべきです。しかし、裁判で使用される可能性があるとなると因果関係が明らかでないのに

医師（管理者を除く）

考えられる原因として列挙するのは躊躇されます。報告者が事故を起こした当人で無い場合はなおさらです。

刑事裁判が医療過誤を減少させる手段として最善のものとは思えませんし、それ故に今回の様な死因究明の検討が独自になされるものと思いますが、この様なシステムを立ち上げる前提として、「故意によらない医療上の事故は処罰の対象としない。少なくとも再発防止に真面目に取り組んでいる限り絶対に処罰はしない」、という社会的、法的コンセンサスが得られている事が必要と考えます。

8) 医療は本来危険なもの

医療は本来危険なものです。医師免許は本来、患者のメリットを目指す限り危険な行為を行っても良いという免許の筈です。医療が安全なものであれば免許など必要ありません。

ミスも事故も当然起こるものですが、当事者が原因追求をまじめに行い、積極的に再発防止に努めるならそれは賞賛すべきものであって処罰すべきものでは無いと強く思います。その様な考えに基づいた社会全体のシステムを作らなければ十分な医療過誤対策は不可能ですし、萎縮医療にも繋がります。

9) 冤罪事件でのミスの取り扱いと医療事故の取り扱いの違和感

警察、検察、裁判所の職員がミスを犯し、無実の人間を犯人とした場合、彼らが処罰される事はありません。鹿児島県志布志の選挙違反冤罪事件等は報道されている通りとすればこれは悪意に満ちた犯罪です。しかし、謝罪を求められる事はあっても逮捕、起訴などという話は未だ聞いた事はありません。

これに比べ、医療従事者は全く悪意なく病状を少しでも改善させようと努力したにも係わらずうまく行かなかった場合にも逮捕されたり、送検されたり、あるいは起訴される事もあります。はっきりミスであれば、有罪判決を受けることもあります。

医療は本来危険なものであると言う事を皆忘れてしまったのでしょうか。少しでも患者を良い方向にと治療するのに、うまく行って当然、たまたまうまく行かなかった場合には処罰が待っているのでは医師はまともな医療判断が出来ません。この治療をすれば、99%の患者は改善するが、残り1%の患者が死亡する可能性がある手術があったとします。その1%で処罰される危険性があるとするならば、手術を行わないと考えるのが人情です。患者にとっては1%の確立でも、100回以上手術をする医師にとってはほぼ間違いなく処罰されるという事になってしまいます。例え自分一人ならそのリスクも負おうとする人間がいたとしても、家族の事を思うと矢張り判断が鈍ります。「お父さんは人殺しなの？」とわが子に言われたい親はいません。

医師（管理者を除く）

10) 多忙な故の事故誘発について

医療に失敗は必ずつきまといます。昨今の医療費削減で医師はこれまでに無いほど多忙となっております。厚生労働省は医療費の高騰を危惧しておられます。これは、医療の高度化によるものもありますが、高齢化に伴い、一人当りの受診回数も増えてきているのでは無いかと考えます。医療の高度化と言っても、機械の生産ラインの様に一度に多くの患者を治療できるようになるという事ではありません。医療が専門的になればなる程、一人の治療にかかる医師の時間はむしろ長くなるのでは無いかと思います。

最後に、医師不足対策に関連して

産科、小児科、僻地医療等、医師が不足していると言われていています。女性は働き易くしようという動きがあるのに、なぜ医師全員が働き易い環境をつくろうと言う動きが見られないのでしょうか。産科、小児科はやり甲斐を感じて希望する者は必ずいると思います。給与、労働時間等での待遇を改善すれば志望する医師は少しずつ増えるはずですが。待遇が悪い為にこれらの領域が次第に敬遠され、ついに最後まで頑張ってきた医師達まで体力の限界から立ち去らざるを得ない状況に陥ってしまっています。僻地医療ではわが子が十分な教育を受けられるかどうかが大きな足かせになっています。医師は一般に自分の子に十分な教育を受けさせたいと考えている者が多くいます。

強制的に僻地診療を行わせようという考えがありますが、本人が希望せずに選ぶ専門分野は、うまく行かない可能性が高いと思います。いやいや赴いた医師を僻地の人々は主治医として信頼できるでしょうか。

医師（管理者を除く）

意見

診療関連死の届出制度のあり方について

診療関連死とは？

診療に関連した死亡を診療関連死という場合、入院中、通院加療中あるいは救急外来での処置中などにおこるすべての死亡事例、つまり、ほとんどすべての死亡事例を対象とすることになりかねない。言葉の定義としては、厚生労働省の1991年の研究班による異状死、つまり、「確実に診断された内因性疾患で死亡したことが明らかである死体以外のすべての死体」と解釈するべきであろうか？これは、1994年の医師法21条に対する日本法医学会のガイドラインによる「診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの」で「診療行為の過誤や過失の有無を問わない」という定義とほぼ同じと考えられる。また、2000年に厚生省（当時）国立病院部が医療過誤による死亡もしくは障害が発生した場合、速やかに所轄警察署に届けることを指示している。過誤に限定した一方、死亡のみならず障害のケースも届け出るようにした。2002年に公表された外科学会のガイドラインは、医師法21条の趣旨でもって診療行為に関連した患者の死亡の届出を行い、解決を図ることには無理があると指摘しつつ、刑事責任に問われる可能性があるとしても重大な医療過誤やその疑いが強い場合は、黙秘権を放棄しても医師に求められる高い倫理性を考慮して自発的に警察に届け出ることが望ましいとした。このようなことから診療関連死は医師法21条をめぐる問題に直結している。いま、厚生労働省はどのような立場をとっているのかを明確にするべきと考える。以上は、今回の課題と検討のひとつの大きなテーマである。

医師法21条の問題について

医師法21条は明治期から存在し、内容的には変わっていない。内容的には、殺人、傷害致死、死体損壊、墮胎の犯罪の痕跡など、明らかな犯罪性のある事案を想定していたものであり、司法警察上の便宜に協力するという趣旨のものであったし、現在もそのはずである。明らかな犯罪を想定している法律である以上、それにもとづく届出はながらくの慣習からも司法警察は即、刑事性の観点から介入することになり、ここに拡大解釈による善意の届出の落とし穴がある。医療事故などで過誤による死亡や障害が問題となっているならば、憲法で保障された人権としての黙秘権や不利益供述の禁止などを押しつけてまで想定していなかったものを拡大解釈するのではなく、新たに21条の改正を含めて現状にあった法整備を急ぐべきである。拡大解釈の背景には、度重なる医療事故などによる医療界への不信、情報の非対称性、密室性などの壁、医療安全への積極的な取り組みがよく見えなかったという事情があることは肝に命じなければならない。しかし、現状は変わってきていることも確かである。

医師（管理者を除く）

以上より、

医療従事者は高い倫理性を保持し、医療の透明性に積極的に努力すること

医師法 21 条を速やかに現状にあうように改正すべき

医療関連死は新たな調査組織に届け出るようにすべき

診療関連死の死因究明を行う組織について

新たに死因究明を行う組織を検討する意図は、厚生労働省案の策定の背景で述べられているように「患者にとって納得のいく安全・安心な医療の確保や不幸な事例の発生予防や再発予防などに資する観点から」であるから、その文脈からすれば、死亡に限定する必要はなく、有害事象をひろく報告の対象としてよいと考える。これには報告者の権利保護、情報の保護が必要である。すでに、ヒアリハット事例などでは病院機能評価機構などが積極的に取り組んでいる状況であり、ノウハウを学びつつ、病院機能評価機構では調査権限などの面で限界があり、届出も任意であるため、新たな究明組織には、届出の範囲を明確にしつつ調査権限を持たせ、裁判外紛争処理の機能も持たせるか、あるいはそのような組織も併設させるべきである。調査の開始は、届出とは別に、医療サイドや患者から調査の要請があった場合とする。それ以前に、まず、不毛な医療紛争を未然に防ぐためにも、院内で治療が始まったときからの手当てが大切となる。今までの医療裁判から得られた教訓は、真相究明にも再発防止にも貢献せず、どちらが勝っても憎悪を煽るだけで、両者に負担を強いることが多いということである。医療従事者と患者の関係を良好に保つためには、医療者は高い倫理性を発揮、インフォームドコンセントなどを実践していく必要がある。また、医療相談室、MSWの役割に期待し、患者アドボカシーの導入や医療メディエーターなどの配置なども有効であろう。法的には契約とされることが多い医師・患者関係を意識的に信任という形をとるパートナーシップとして捉えなおす必要があるし、法曹界もそのような方向で認識を変えるべきである。また、院内の当事者間の紛争処理システムでは不幸にして合意解決がなされなかった場合は、究明組織の調査となるかと考えられるが、そこには現場をよく知る熟練した専門医と病理医、また、AIなどの利用も考えて放射線医などの参加も必要となろう。また、加えて、看護師、薬剤師、その他多くのコメディカルの方々、医療に詳しい弁護士参加も必要と思われる。加えて、最終結果を検討する折には一定の条件を満たした患者代表などの参加も考えられる。

以上のようなことを具体的に策定し速やかに現実化させるためには、厚生労働省を中心に、財務省、法務省、警察・検察などの協力のもとに、国として「予算、人材（提供と育成）、手間」をさくという覚悟が必要になる。医療崩壊が叫ばれる中、医療崩壊の大きな一因と考えられる医療紛争や刑事介入について、解決の筋道を立てるためにさらに人と資金と時間が必要という皮肉な状況ではあるが、そうしない

医師（管理者を除く）

と早晚、医療は崩壊する。

まず、医療者と患者との信頼関係を良好に保つ工夫を行い、院内当事者同士が合意解決できやすい道筋を事前に用意しておくべき（納得の問題）

究明組織は合意解決に至らないもので訴えがあれば調査を行い、その結果に基づいて裁判外紛争処理を同時に行うか、または、そのような組織と併設されるべき

医療事故の原因究明の目的は個人の責任を追及することではなく、再発防止に生かすこと

事故原因究明機関、裁判外紛争処理機関などを設立し、専門の人材も育成、確保するためには、相当な「予算、人材、手間」を手当てする必要がある

「人は誰でも間違える」

これは、アメリカの医学研究所が 1999 年に出した報告書のタイトルであるが、その次には、

「しかし、間違いを防ぐことは出来る」と続く。

現代の高度専門化した医療では、あらゆるフェーズで作業が複雑化し、また、チーム医療が実践されているため、病院としてのひとつの大きなシステムの中で治療行為が行われていると考えるほうが自然である。このため、医療事故が発生した場合、その最終段階で見える形で責めを負いやすい医師個人や看護師個人をいたずらに処罰しても、原因究明や再発防止になんら寄与しないことは明白である。医療の質・安全の向上を考えると、複雑なシステムで遊びがないという事故の起こりやすい医療というシステムに対して、複雑系適応型システムと捉えて対策を立てることが急務であるし、現在、研究され、実践されつつある。その成果に期待したい。

最後に、このようなコメントを常に受け付けていただけるように希望いたします。

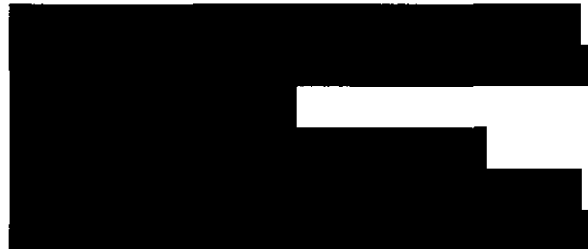
平成 19 年 4 月 20 日

医師（管理者を除く）

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。

1. ご意見について

① ご意見を提出される点

◆ 項目番号 :	1
◆ 内容 :	策定の背景 について

② ご意見

「患者・家族にとって医療は安全・安心であることが期待されるため、医療従事者には、その期待に応えるよう、最大限の努力を講じることが求められる。」とあるが、厳しい医療費抑制政策が継続している中、現実には乏しい財源の中から「できる限りの努力」が求めうる最大限であり、斯様な不注意な言葉遣いによって、医療従事者や医療機関が国民の際限のない期待に恰も応えられるかの如く言明するのは、行政の立場からはあまりにも無責任ではないのか。

むしろ、実現可能な安全水準と投下される資源・費用の間には明確なトレードオフの関係があることを明示すべきでないのか。

行政と国民との間にもまた、意志疎通の不十分が見られ、これが医療従事者と医療機関に対して応えきれないほどの負荷をかけているのではないのか。

少しは反省され、このような無責任な言葉遣いは適切なものに直されることを検討されては如何か。

医師（管理者を除く）

① ご意見を提出される点

- | | |
|----------|-------------------------|
| ◆ 項目番号 : | 6 |
| ◆ 内容 : | 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係について |

② ご意見

「また、併せて、以下の点についても検討していく。」として、「調査報告書の活用や当事者間の対話の促進等による、当事者間や第三者を介した形での民事紛争（裁判を含む）の解決の仕組み」とされているが、そもそも、医療紛争は患者あるいはその遺族の医療の結果に対する不満あるいは不信という感情の問題としての要素が大きく、まず、結果が期待に反したことであったことに対しての医療従事者と医療機関の責任者からの共感あるいは謝罪の言葉が発点となる必要があると考えるが、如何か。

共感あるいは謝罪の言葉を表出することについて、弁護士や賠償責任保険を扱う保険会社の中には批判的な言動がしばしば見られるが、これは全国的なコンセンサスとして、妨げることはないよう、排除すべきものであると考えるが、如何か。

医療従事者と医療機関の責任者が共感あるいは謝罪の言葉を表出することを、積極的に推進するべく、行政からの指導があって然るべきと考えるが、如何か。

医師（管理者を除く）

① ご意見を提出される点

◆ 項目番号： 1
◆ 内容： 策定の背景 について

② ご意見

「また、このような状況に至った要因の一つとして、死因の調査や臨床経過の評価・分析、再発防止策の検討等を行う専門的な機関が設けられていないことが指摘されている。」とあるが、諸外国の現状においても、その種の専門的機関が設置されている例は逆に稀であって、その種の専門的機関は北欧やドイツ等、いくつかの國に例外的に見られるのみである。むしろ多くの國においては、その種の分析や再発予防策の提示は各医療機関に任されている。

わが国に於いて不足しているのは、犯罪性の分明でない、死因不明の死体について、その死因を確定するための行政サービスである。監察医制度が敷かれているのはむしろ例外的自治体に限られているだけでなく、それでも多くの場合、死因は甚だ根拠の薄い外表的検死のみによって確定されていることの方が問題ではないのか。

さらに言えば、その場合でも、死因が不明の段階から司法解剖が為されるのか行政解剖が為されるのかが、検視官等による犯罪性の有無の「印象」によって決定されているところに、諸外国と比較した場合の行政サービスの欠落が見られるのではないのか。

斯様な不十分な状況認識の下に新たな行政サービスの制度設計を行ったのでは、関係する各省庁の容認は容易に得られないのではないのか。記載の修正が必要と考えるが、如何か。

医師（管理者を除く）

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号： 2
- ◆ 内容： 診療関連死の死因究明を行う組織についてについて

② ご意見

そもそも、診療に関連する死亡の死因究明について、これを他の死因不明の死亡と別扱いにすることについて、法理上、正当性がないと考えるが、如何か。

診療に関連する死亡については、その診療経過の理解に於いて、臨床医学の特定分野についての格別の理解が必要となることは想像に難くないが、これは死因究明の仕組み全体の中では所詮枝葉に過ぎないと考えるが、如何か。

また、公衆衛生上の必要に応え、かつ、外表からのみの検死による死因決定の困難さに起因する犯罪行為の見逃しを回避することに第一の力点が置かれるべきで、制度設計は、まず何よりも死因究明全体が不十分となっている現状に応えるものでなければならないと考えるが、如何か。

具体的には、感染症、中毒等の公衆衛生上の対応が必要となる場合や、外表からの診断が難しい外因死を誤りなく診断すべき制度を主軸とし、診療に関連する死亡については、そもそも他の死因が否定的であったとき、あるいは積極的に診療に関連する死亡であることが疑われるときに、その事務が発生するような制度設計が適当であると考えられるが、如何か。

医師（管理者を除く）

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号： 2
- ◆ 内容： 診療関連死の死因究明を行う組織について

② ご意見

「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、その特殊性及び独立性の必要より、国家行政組織法第8条の3に定めるところの特別の機関として立法によって設置すべきものとするが、如何か。

またその場合、職員は特別司法警察職員等として、警察官、検察官に対して採証優先権を持つことが必要であるが、臨床医学の経験を持つ職員等だけでなく、犯罪捜査についての経験を持つ司法警察職員も必要であることから、厚生労働省ではなく、内閣府等への設置が適当であるとするが、如何か。

また、調査組織の全体像としては、死因究明機関の中では、診療に関連する死亡の調査・分析を行う機能は必然的に従たる地位を占めるものとするが、如何か。

医師（管理者を除く）

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号： 2
- ◆ 内容： 診療関連死の死因究明を行う組織について

② ご意見

「調査組織の設置単位としては、以下のものが考えられる。」とあるが、そもそも、死因究明の必要は、公衆衛生上の必要及び犯罪行為の検挙を通して国民全体の福祉に寄与するものであって、医療従事者に対する処分権限や医療機関に対する指導等に優先すべきであり、その設置単位としては、厚生労働省や都道府県を超越して、当然に国であるべきであると考えるが、如何か。

他方、死因が明らかでない死亡、交通事故などの外傷による死亡、診療に関連する死亡は、合わせて年間5万～10万人におよぶと考えられ、事務量と即応性の必要を合わせ考えるとき、ブロック単位あるいは都道府県単位の出先機関の設置が必要であると考えるが、如何か。

医師（管理者を除く）

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号： 2
- ◆ 内容： 診療関連死の死因究明を行う組織について

② ご意見

「調査組織の構成について」であるが、「調査組織には、高度の専門性が求められる一方で、調査の実務も担当することとなると考えられる。このため、調査組織は、ア 調査結果の評価を行う解剖担当医（例えば病理医や法医）や臨床医、法律家等の専門家により構成される調査・評価委員会（仮称） イ 委員会の指示の下で実務を担う事務局 から構成されることが基本になると考えられる。」とあるが、診療に関連する予防可能な死亡だけで年間約2万7千先例という試算（長谷川敏彦）があり、事務量と作業時間の制約を考えたとき、その組織構成は、委員会だけでなく、事務局にも多数の専門家の配置が必要と考えるが、如何か。

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 について

② ご意見

「。今後、届出先や、届出対象となる診療関連死の範囲、医師法第21条の異状死の届出との関係等の具体化を図る必要がある。」とされているが、そもそも、届出先を警察と死因究明機関に振り分ける判断の責任を主治医等に負わせることは、死因が未確定であるのにそれが何に起因するものであるのかを臨床医に判断させることを迫るものであり、法理上の整合性に欠けると考えるが、如何か。

届出先窓口は死因が診療に関連するものであるか否かを問わず一定とし、届出を受け付けた機関が十分な専門的知識と責任を持って死因究明を行うものとすることによって、はじめて国民も医師も納得する制度設計が可能となると考えるが、如何か。

医師（管理者を除く）

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号： 4
- ◆ 内容： 調査組織における調査のあり方について について

② ご意見

「死因調査のため、必要に応じ、解剖、CT等の画像検査、尿・血液検査等を実施」および「診療録の調査、関係者への聞き取り調査等を行い、臨床経過及び死因等を調査」とされているが、現実には業務上過失致死容疑等で警察が証拠として検体や診療録などを押収した後では、あるいは関係者を任意同行、逮捕などの形で身柄確保した後では、その採証・聞き取りは不可能であり、実現性に欠けると考えるが、如何か。

もし、そのような調査方法を採用するのであれば、特別司法警察職員等として事務局職員に採証の権限を付与するだけでなく、警察官および検察官に先んじるための採証優先権を付与する必要があると考えるが、如何か。

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号： 4
- ◆ 内容： 調査組織における調査のあり方について について

② ご意見

「なお、今後の調査のあり方の具体化に当たっては、例えば以下のような詳細な論点についても、検討していく必要がある。」として、「事故の可能性がないことが判明した場合などの調査の終了の基準」とされているが、調査終了は死因の確定と再発防止策の提案の完了を以て当然と考えるが、如何か。

医師（管理者を除く）

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号： 6
- ◆ 内容： 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係 について

② ご意見

「また、併せて、以下の点についても検討していく。」として、「調査組織の調査報告書において医療従事者の過失責任の可能性等が指摘されている場合の国による迅速な行政処分との関係」とされているが、医療事故に於いて原因分析を行った場合、原則として個人に責任を負わせるのではなく、組織やシステムの責任として対処が必要になる場合がほとんどであると考えているが、検討すべきものとされている、行政処分の対象になるような過失とは何か不明であると考えているが、如何か。

① ご意見を提出される点

- ◆ 項目番号： 6
- ◆ 内容： 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係 について

② ご意見

「また、併せて、以下の点についても検討していく。」として、「刑事訴追の可能性がある場合における調査結果の取扱い等、刑事手続との関係（航空・鉄道事故調査委員会と捜査機関との関係も参考になる）」とされているが、業としての医行為はそもそも傷害行為であるが故に免許制度等によって国民の保護を行っているものであるが、その結果が期待されなかったものとなる場合、必ず傷害行為の結果としての障害と死亡が生じる。従って、医療事故に於いては、つねに刑事訴追の可能性は存在していると考えざるを得ない。翻って、刑事手続との関係の検討が必要のないような調査結果が出て、はじめて刑事訴追の可能性がなくなると判断できるものと考えているが、如何か。

つまりは、この調査結果の取扱は、結局の所、刑事訴追の必要の有無を警察官あるいは検察官が判断する材料として使用されることが前提となると考えるが、如何か。

また、死因究明を要せずして刑事訴追が行われるとしたら、これは故意による犯罪の可能性があるのであり、刑事訴訟が終了するまで、故意が存在しないことを前提として原因分析を行うのは適切でないと考えているが、如何か。

さらに言えば、死因究明を要せずして刑事訴追が行われる場合、当然に警察官及び検察官が独自に司法解剖を要請する手続きが必要と考えるが、如何か。

医師（管理者を除く）

差出人： ██████████

送信日時：2007年4月20日金曜日 9:49

宛先：死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

CC： ██████████

件名：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：パブリックコメント

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室
担当者 殿

以下にコメントを附させていただきます。

1. 策定の背景

現在の医療事故、医療紛争の問題は、現場臨床医から見れば過剰に取り上げられマスコミ等に司直や行政が影響されすぎている印象を持っています。

しかしながら21条の問題、異状死の届け出、など現場に明らかに悪影響を与えている因子がありますので、適切な解決が必要なことは間違いありません。

現行のモデル事業は、考え方の本筋は間違っていないと思いますが、法医学者など現場臨床を全く理解できない人達の影響が強すぎる印象です。彼らも学習過程なのですが、それを待つほど時間が無いのは事実です。

モデル事業は時間がかかりすぎること、解剖のみでは解決出来ないこと、死因解明は重要ですが、それだけでは紛争の解決は出来ないという前提をしっかりと理解する必要があります。

2. 死因究明組織について

モデル事業で公開されている報告書を読みました。これらはすべて従来の病理解剖の範疇で解決出来る問題でした。

ですから病理医の派遣や遺体搬送などで地域のネットワーク（都道府県レベルを想定しています）による病理解剖と説明体制構築で十分だと考えます。もちろん犯罪性が明らかな場合はその時点で警察連絡で十分です。

調査組織の構成については、基本的には医療従事者がやることでしょう。法律家などを入れることは結構ですが、本来の死因究明にはまったく貢献できず、単に手続きの公正性を証明するだけです。だとすると、その過程の透明性を増すことで、わざわざ人件費のかかる法律家を入れる必要は無いと考えます。（ボランティアであれば結構ですが・・・）

4. 調査組織における調査のあり方について

これは画像診断も含めて総合的な医学的検索ということになります。従来の解剖という概念は改変していく必要があります。