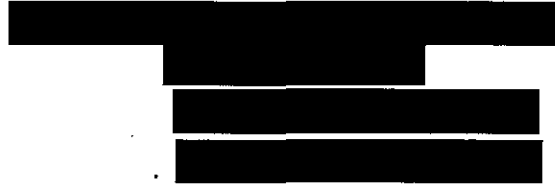


「医療行為に関連した死亡の死因究明のあり方に関する課題と検討の方向性について」パブリックコメント



【以下、意見を述べます】

2(1)組織のあり方について

②監察医制度について:意見「監察医は臨床医や警察など捜査組織とは違う観点から死因を特定するものであり、極めて重要な役割を担う。日本では大都市圏でしか監察医制度がないため、全国の全ての都道府県に監察医制度が設置されることを望みたい。それが現実的に無理ならば、全国各地で「検死」が行えるよう、各地に派遣する監察医チームを編成してはどうか」

(2)組織の設置単位

意見:「ア)医療従事者に対する処分権限が国にあることに着目した全国単位または地方ブロック単位の組織」とすることを支持する。

4 調査組織における調査のあり方について

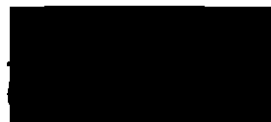
(2)について

意見: ①死亡に至らない事例も届け出や調査の対象とするべきである。  
②遺族等からの申し出を受けての調査開始を速やかに行うべきである。

【調査のあり方について】

意見: 今回の「診療行為に関連した死亡と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」において、観点が示されていないのだが、医療事故、事件などの調査で最も困難をきたすのは、発生段階の状況が正確に把握しにくいと言う問題がある。というのは、日本における医療事故や事件においては、発生した直後から病院関係者による内部調査が始まってしまったり、情報の隠ぺい、関係者の口裏合わせが行われてしまうからである。医師からのインシデント報告が少ない現実を改善しなければ、重大な事故の再発を防ぐという本来の目的が達成されない可能性が出てくる。

現在、医療事故が刑事事件に発展した場合、検面調書と法廷での証言が異なるケースが出ている。そうすると、「真実は何か」ということが揺らぐ。そこで、私が最も提案したいのは、まずインシデントが発生した段階で(内容に関わらず)、情報凍結措置を取り、すべてを調査組織に報告するような規定が必要ではない




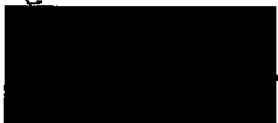
医療・法曹関係者以外

か。つまり発生直後から病院組織内での内部調査を禁止し、医療関係者の口裏合わせやカルテの改ざんを禁じる。またカルテ改ざんや隠蔽、口裏合わせや内部会議を開いた場合のペナルティも考える必要があるのではないか。

例えば、米国のNASAでは、重大事故が起きた場合には、必ず情報凍結が行われる。実際に米国の医療機関でもインシデントがあれば、同様の措置が取られる。州法によって規定し、内部会議などが開かれた場合にはペナルティのある州もある。

調査機関が誤った情報に基づいて調査を進めれば、誤った結論が導きだされる可能性が高い。ぜひ、発生直後の情報管理のあり方について、ご検討いただきたい。

(おわり)

  
  
2007-04-20 19:13 FROM

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」に関して意見を提出いたします。

1. ①◆項目番号：2 (3) ①ア  
◆内容 : 調査組織の構成について

②意見

義務教育においては地域住民が公立学校の運営に参画する学校協議会がすでにスタートしている。司法においても法律の素人が殺人などと重大事件の裁判の判決に参加する裁判員制度が法制化されるなど、プロフェッショナルが独占してきた評価や決定の場にレイマン（非プロフェッショナル）が参画・参加する動きは時代の潮流となっている。

にもかかわらず、医療界においては、パターンリズムに基づくプロフェッショナルフリーダムが依然として支配的であり、レイマンコントロールの導入は教育、司法に比べて遅れを取っている。このため診療行為に関連した死亡の死因を究明するプロセスにおいて調査・評価委員会（仮称）のメンバーが「解剖担当医や臨床医、法律家等の専門家」に限定されるならば、レイマンコントロールの欠如によって国民の納得のいく評価が期待できるだろうか。

したがって、調査・評価委員会の構成については、プロフェッショナルフリーダムをけん制する委員の存在が必要である。その委員は社会的な経験を積み、かつ医療者側にも患者・家族側にも偏らない中立的な立場で物事を判断し、医師・弁護士と対等に発言できる人物を選定すべきである。

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

医療問題を担当してきた新聞記者です。個人として意見を述べます。

医療事故の専門調査組織の創設は、医療安全対策の重要な一歩となりうるものだと考えます。今回のパブリックコメント募集は、結論を固めてからではなく、制度の骨格を形成する過程で国民の意見を募っており、有意義なものと思います。

### 1 策定の背景

基本的な認識や問題意識に異論はありませんが、診療関連死であるか否かにかかわらず、亡くなった人の死亡原因を明らかにする努力は、社会の責務だと考えます。できるだけ死因を解明する努力をしなければ、生命をないがしろにすることになります。「真相究明の努力」を、新制度の目的の柱として明記すべきです。

### 2 診療関連死の死因究明を行う組織について

#### (1) 組織のあり方について

- ① 行政関連の医療機関も存在するのだから、調査組織は、行政の下部組織や諮問機関ではなく、独立性を持った行政委員会にすべきです。
- ② 診療関連死のみならず、死因の究明制度全般に、制度的・体制的な不備があり、はなはだしい地域差が存在する現状は、法の下での平等に反しています。全国のすべての地域で、死因の究明体制を整備しないとできません。特定地域だけに監察医を設けている現行制度を改め、都道府県ごとに、死因究明の主体となる検視官（コロナー）制度の整備をめざすべきです。

そもそも死因究明の必要性は幅広いものです。第一義的に検察官や警察官が死因究明にあたる現行制度は、犯罪捜査だけを優先しすぎているし、死因の情報が秘密になりすぎています。一般の医師が認知した異状死も、警察が認知した異状死も、コロナーに届け出て、その機関が主体になって、警察などの協力も得ながら、解剖や調査を行う制度が望ましいと考えます。

ただし診療関連死については、制度整備を急ぐ必要性、議論の経過、死亡以外の案件を扱う必要性などから、別の調査組織で扱う制度をスタートさせることは、差し支えないと思います。

#### (2) 組織の設置単位について

- ① 当面は、ブロック単位でスタートすべきです。多くの県では、医学部・医科大学が1つしかありません。そうした大学、都道府県行政、地元医師会などの人的関係は深く、外形的にも中立性を維持できない恐れが

## 医療・法曹関係者以外

高くなります。新制度は中立性が生命線であり、そこをつまずくと、信頼の回復は容易ではありません。また、実務を円滑に進めるため、ブロックに1つの委員会ではなく、いくつかの委員会を設けるべきです。制度が定着して実務のプロが育ってくれば、都道府県単位に改編すればよいでしょう。

② 調査活動の支援、調査結果の集計、教訓の共有などのために、中央組織は必要です。調査委員会の水準が適切に維持されるかという問題もあるので、特に異議がある場合に再評価を受け付ける機能も持つべきです。

### (3) 調査組織の構成について

① 調査案件はかなり多数になると考えられます。一方で調査・評価委員会は、大学教授クラスの「大御所」がメンバーになることが予想され、弁護士などの法律家も加えるとなると、機動性は期待できません。その下に事務局を置くだけでは、とうてい実務が回りません。

専任の医師・看護師・薬剤師・事務職員などによる「調査チーム」が複数必要です。そうした調査チームが、登録された法医、病理医、専門医の協力を得ながら、解剖や調査を進め、その結果をもとに、委員会で判断をするという手順が現実的でしょう。調査チームは「事務局」という扱いをすべきではありません。それとは別に、実際の事務局は、受け付けと連絡、調査活動の支援、委員会の準備などを担当します。

また、委員会には、医療事故を扱う市民団体・患者団体のメンバーか、そうした団体の推薦する医師か弁護士を加えるべきです。「医療者寄りの委員構成」と見られたら、新制度はたちまち破綻します。同じ理由から、調査や評価の際には、当該医療機関と関連したメンバーを除外する必要があります。

② 「調査チーム」の専任医師は、一般の臨床系の医師でよいでしょう。法医・病理医をあててもよいが、現状ではあまりにも人数が足りない。いずれにせよ、実務的な調査の経験を積む中で、医療安全対策のプロとして力量が付き、社会的な評価も得られるので、次のポストも見つかります。

つまり人材養成は、責任ある調査チームを作れば、十分に可能です。逆に、大御所の委員会+事務局という形では、人材は育ちません。

### 3 診療関連死の届出制度のあり方について

(1) まず、診療関連死の届け出は、すべての医療機関に、罰則付きで義務付ける必要があります。たとえば、精神科病院、老人病院、生活保護患者中心の病院などにおける医療事故も現実によく、これらが除外されてはなりません。

また届け出義務者は、個別の医師ではなく、その時点で医療機関の管理責任を負っている医師（院長やその代行者または当直責任医師）とすべきです。

(2) 届出先は、実務的に24時間の受理体制が必要になります。調査や解剖に緊急性を伴う場合もあります。国・都道府県のいずれも24時間体制は不十分なので、調査組織自身が届け出を受け付けるほうがよいでしょう。当直体制をとれる程度の事務局は必要だと思われるし、ブロック単位なら可能でしょう。

(3) 届け出の対象となる診療関連死は、明確な医療過誤による場合、および他の死因が明確でない場合は、すべて対象にすべきです。

ただし「医療行為や医薬品の合併症・副作用のうち、十分に予測して患者側

## 医療・法曹関係者以外

に説明していた範囲にあり、かつ回避困難な場合」は、むやみに調査案件と医療側の負担を増やさない意味で、除外しても構わないと思います。ただし、医療機関・医療従事者・遺族から要請があった時は、これらも調査の対象にする必要があります。

また、在宅や他の医療機関で死亡した場合でも、遺族が希望する場合は調査可能とするべきです。このほか「院内感染」をどう扱うか、検討が必要です。

(4) 診療関連死は新制度の機関に届ければよく、それ以外の異状死は、(別の死因究明制度ができるまでは)従来通り、警察に届ける形でよいでしょう。調査の過程で犯罪の可能性(故意・重大な過失)が出てきた場合は、調査組織から捜査機関への通報または協力要請をできるように定めておく。ただし、一般の異状死の定義も明確にする必要があり、法医学会のガイドラインに沿って、確実に診断された病死・自然死以外は、届けることを医師法改正の中で明記すべきです。

### 4 調査組織における調査のあり方について

(1) 調査の手順では、関係者への聞き取りの中に、遺族への聞き取りが含まれること明記すべきです。また、調査報告書の当事者への交付、個人情報削除した形での公表は、必須です。この際、個人情報を削除した形での公表は遺族の同意がなくても行うこと、医療機関名も公表することを明確にすべきです。

#### (2) 具体的な検討課題

- ① 死亡に至らない事例でも、寝たきりなど重篤な障害に至った案件、及び特異な案件は、「努力義務」を定める形で、届け出と調査の対象とするべきです。
- ② 遺族の申し出による調査開始は当然で、その場合の遺族の範囲も問うべきではありません。さらに、匿名通報を含めた関係者の通報でも、職権で調査を開始できるように定めるべきです。医療機関に調査拒否権は認めてはなりません。
- ③ 解剖の必要性は、調査チームや解剖担当医が判断すればよく、遺族の同意は要件にすべきではありません。遺族と死亡者の関係は様々だし、解剖の判断を遺族にゆだねると、かえって心理的負担となるでしょう。担当医が解剖に立会うことは、調査チームが要請した場合に限り、可と考えます。
- ④ 遺族への情報開示と説明はもちろん必要だし、精神的サポートを業務の一環に位置づけるべきです。あわせて、調査結果を受けた医療側による説明と、必要に場合は謝罪の場をセットすることが遺族の納得と紛争予防に役立つでしょう。

### 5 再発防止のための取り組み

- ① 調査報告書のうち、個人情報を削除した概要を、ホームページおよびメールマガジンで発行する。
- ② 調査報告の中で「提言」「勧告」を行う。一般向けの教訓普及と、行政への提言・勧告、当該医療機関に限定した提言・勧告ができるようにする。このほか、いくつかの調査を踏まえた提言・勧告も可能とする。

## 医療・法曹関係者以外

### 6 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

- ① 行政処分は 中央の医道審議会だけでなく、ブロックごとの医道評議会を設け、そこから大臣あてに答申する。
- ② 調査報告書は民事訴訟の証拠として利用できるようにする。そうすることで示談や調停による解決もやりやすくなる。
- ③ 調査案件を別途、刑事事件として扱うことは否定されるべきではない。故意または、あまりにも重大な過失、日常的なずさん医療・劣悪医療などは刑事訴追の道を残しておくべきである。

ただし調査報告書、および関係者の供述書には、証拠能力を認めるべきでない。一方、診療記録などの証拠物、検査データ、および死体検案書は、証拠として利用可とする。航空・鉄道事故調査委員会は、とくに制限なく捜査への利用を認める運用をしているが、関係者が刑罰をおそれて語らない場合があり、真相究明の妨げになっている。

医療・法曹関係者以外

別紙様式

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 へて

郵便番号: 〒 [REDACTED]

住 所: [REDACTED]

氏名(注1): [REDACTED]

電話番号: [REDACTED]

電子メール以: [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: 49(2)の①②

◆ 内容: 死亡に至らない事例の対象 について

② ご意見

別紙に記載



**医療・法曹関係者以外**

厚生労働省が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を打ち出されたことに敬意を表します。

**意見**

4項目(1)の② 「診療録の調査、関係者への聞き取り調査当を行い・・・」  
この関係者の中には患者または遺族が含まれているのか。ぜひ患者または遺族を含めていただきたいと思います。

理由/私の経験した[ ]病院の診療録はカルテ、看護録ともに杜撰といえますか、事実が端寄せられて記入されていますし、改竄や加筆がなされておりとても事実を伝えるものではありません。家族が毎日メモした日記とつき比べてみると大事な箇所、医師や看護師が不適切な対応(診療行為を含む)は一切記入されていません。病院にとって不都合な部分はカルテ上で抹殺されることが多いのです。

項目4(2)の①② 死亡に至らない事例も、事故の軽重によっては調査の対象としていただきたいと思います。

理由/治療・手術を受けた時点で死亡に至らなくても、手術のミスが原因で10年近くの入院生活を余儀なくされ死亡する事例があるからです。

問題がちよつとずれるかもしれませんが、私どもの事例を記します。

患者(男、手術当時55歳)は、当時大学院生であった[ ]によってカテーテル手技を受け、血管損傷で大動脈解離を引き起こし、健常だった左下肢を根元から切断されました。

病院は治療費一切を病院持ちにすると説明し校費申請をさせました。ところが半年後には校費は3か月か4か月が限度だからこれ以上はだめだ、生活保護申請をするようにと迫りました。これを断った後は患者への多くの嫌がらせが続きました。一例を示すと、お風呂に入れてくださいと頼むと長く入浴してないから汚い、お風呂が汚れるという理由で婦長が代るまでの2年間入浴させてもらえませんでした。

裁判になると校費申請書および承諾書の日付を事故以前に改竄、申請理由に教育・研究に貢献するものと認めたと加筆挿入して、事故があったから費用を病院持ちにしたのではないという体裁を作りました。

手術に際して、当時[ ]目医師および[ ]上医師がモニター一室で立ち会っていたとカルテその他に記されています。しかし、[ ]医師、当時放射線科に勤務していた複数の医師・看護師はこれを否定しました。

[ ]では検討委員会では調査したといいますが、この委員会は当事者と事務方のみで構成された委員会です。放射線科教授および委員会に出席した当事者の医師の一人が話してくれました。

**医療・法曹関係者以外**

起きてしまった事故は元へ戻せません。しかし事故の原因を厳正に調査・検討して、そこから学ぶことによって次の事故を防ぐことができるのではないのでしょうか。長年病院の現状を見続けた私の経験では、事故を隠すことだけに力を注ぐ病院の体質、病棟現場で、これではミスが起こるはずだと思われるスタッフたちの怠慢や能力の低さなどが目立ちます。

個人が巨大な組織を相手に真相を究明することは不可能に近いのが現状です。検討会を発足されるにあたって、医療行為に関連した死亡だけの事例に限定しないで、死亡もしくはそれ以上に苦しんでいる患者がいる現実を考慮に入れていただきたいと強く希望します。

以上

不詳

差出人:

送信日時: 2007年3月17日土曜日 17:38

宛先: 死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

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

原因究明だけでは意味がないと思う。

事後的な手当て、特に問題があった倍の遺族のケア、病院との関係改善など話し合いの場が必要ではないか。

## 不詳

「診療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」についての意見

はじめに

私は、          内の某大学病院の医療事故調査委員会に50回以上出席し、そこで得られた問題点をすでにまとめた。その調査期間中に痛感したのは、厚生労働省と地方行政の医療事故への対策の遅れであった。私の経験を踏まえた上での意見を述べる。

今回の厚生労働省の上記表題の資料を見る限りでは、原因が不明な死亡ばかりではなく、一部には治療に携わった医療機関では問題にならなかった死でも、その原因を究明する必要が求められる事例もあり、そのための組織の緊急な要請があることが理解できる。

現在の状況を理解した上で、この試みの最大の課題は、問題のある死亡の症例を誰がどのようにして発見し、誰が届け出るのである。すでにいくつかの試みがなされてはいるが、いまだ万全ではない。

明らかな医療側のミスによる症例であれば、当該医療機関が届け出ることが原則である。死亡原因が明らかではない死亡についても、医療機関が自ら届け出ることとは当然である。少なくとも予測される症例には、治療行為が適正に行われたと医療機関が認めたにもかかわらず死亡した症例が含まれることである。そして、そのことを誰が届け出るのである。それを指摘するのは、第一義的に患者側である。

診療関連死について患者側からの届出を期待するなら、本検討課題で提案している組織の役割として、症例が生じた医療機関だけではなく、患者側から情報提供とその事情聴取が必要になる。それは、医療側と患者側の間に紛争が予測されることも考慮して、慎重な対策が講じられるべきだろう。この意見は、今回の調査組織について、特にその委員構成について述べた。

### 1. 組織の目的

診療関連死の客観的な原因究明である。

この組織は可能な限り非専門的な一般人の参加で構成することが望ましい。適切な資料集めと、専門家からの意見聴取と、原因究明の論理性をもち、調査書の起草ができれば、誰でもその任に当たれる。診療上で問題となるのは、その

## 不詳

用語や術式そのものではない。診療の論理性であり妥当性である。

医療と法律の専門家には、必要が生じたときに説明を求めればよい。

委員に、臨床医や法律家などの専門家を含めると、評価にそれぞれの個人的な専門性が強く反映され、客観性を維持できないことがある。加えて、限られた少数の専門家委員の発言は、委員会の中では、時間的にもそしてその意見範囲も限局されたものでしかないのが現実である。専門家の意見は、事前に資料を示した上、十分な発言の期待できる「意見聴取」によって得ることが望ましい。第三者意見とは、そのようにして得ることが出来る。

### 2. 組織の設置

診療関連死の発生頻度からも都道府県単位の設置が適切と考えられる。ただし、問題の発生状況によっては、組織への直接の問題提起の機会もあわせて準備されることが望ましい。

### 3. 組織の構成

資料によると、構成は解剖担当医・臨床医・法律家としている。診療関連死の解明は、基本的には医療の問題であるが、すでに1. で記したように、臨床医や法律家を調査・評価委員会の委員に含めず、問題が生じた際に意見を求める方式が優れていると思われる。加えて、全国で予想以上の症例を受け付けることになれば、専門家だけの構成組織では無理があるだろう。

はじめにでも述べたように、患者側の参考意見も求める場が必要であり、その観点から、委員は出来れば医療知識のある一般人の少数の人々で構成するのがよい。その意味でも、資料にあるように、人材育成は緊急の課題であり、広範な人材探しも求められる。

### 4. 診療関連死と事故死の違い

医療における死は、鉄道や航空機の事故による死とは違う。それは、疾病の経過と死が、個人個人で全く異なることにある。年齢・性別・身体的な条件・生活環境から疾病の軽重まで、それはさまざまである。そのために、死に至る個人的な経緯が全く相違するので、死亡の原因調査には、その個別の把握が必要である。

### 5. 事情聴取

この組織の調査や評価結果が、医療側と患者側との紛争に関与せずに進められ、結論を出すことが求められている。この点に十分な配慮をした、両者からの事情聴取が行われるべきである。

### 6. 死亡以外の重篤な後遺症

臨床上きわめて不幸な事例としては、死に至る場合と重篤な脳障害や身体障害等が後遺症として残る場合がある。重篤と呼ぶ状況には限界が難しいが、後遺症もまた患者にとってはきわめて深刻な状況である。

## 不詳

原因の究明と評価が求められる。

以上を考慮すれば、患者の死の直後のみではなく、死後の時間経過も含めた判断を求められる症例も扱うことになる。

終わりに

予期しなかった診療上の死は、臨床家にとっても患者とその家族にとっても、その原因究明は不可欠である。医師も患者も、ともに安心して診療を受け、時に迎えることになる死を受け入れることが出来る医療が必要である。

これまでの治療の現場で、このことでどれだけ多くの人々が悩み苦しんできたかを考えるとき、早急にこの種の組織をつくり、対処することは行政の役割と考える。

一患者や一医療機関が、問題解決を試みても、そこには大変な時間と労力と人手と費用がかかる。当事者間の紛争の解決は当事者に任せるとしても、その客観的な原因の究明は、第三者機関が担当することが妥当である。

不詳

差出人:

送信日時: 2007年3月21日水曜日 1:25

宛先: 死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

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

現時点で病理医がとても少ないことは明らかですが、これ以上の負担を追わせることは出来るのでしょうか？

不詳

差出人:

送信日時: 2007年3月25日 日曜日 17:51

宛先: 死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

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

意見提出者:

意見: 立案意図には賛成いたしますが、調査組織の位置付け等については、医学界や厚生労働省の隠蔽体質が改善を見られない現在において、どの様に取り繕っても信頼性を得る事は非常に困難極まりなく、逆に制度上の中立性を表明する事によって更なる隠蔽行為が発生した場合に泣き寝入りを強いられる弱者が増加する事は眼に見えて明らかである。よって調査組織の固定化について反対いたします。



## 不詳

差出人: [REDACTED]

送信日時: 2007年4月7日土曜日 21:57

宛先: 死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

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

死亡究明に関して、政府が一步進んで、私達国民の側に立とうとして下さる姿勢に感謝します。今まで地域の病院相手に闘おうにも専門家にはかなうはずもないと思っていたからです。

ただ、心配なのは原因が判ったとしても直接担当医師や担当看護師と向き合っ  
て話す場が作られるかどうかという事です。

専門家の調査が私たちをサポートしてくれると言いましても、それはあくまで  
専門レベルでの予測可能性や不可能性について判断したり、原因究明に留まる  
ならば、素人は不満足です。医療訴訟において、お互いに第一級の医師を投入  
して鑑定したり意見陳述を行っても、当事者である原告には意味がわからず、  
蚊帳の外におかれるのと同じです。訴訟の場と同じようなものが増えただけで  
は何も変わらない気がします。担当した医師や看護師から直接至った経緯を聞  
いて、素人なりに理解できる場がほしいです。

そしてその場に調査に加わった専門家に傍にいていただき、私達素人に判りや  
すい言葉に直してほしいです。専門用語で武装する医療関係者に私たちが惑わ  
されない制度にして下さい。理解できずに進む手続きでは後悔しか生まれませ  
ん。

医療事故で死亡した当事者は、悔しい無念の気持ちを、もう表す場がありません。  
遺族はその当事者に代わって相手の医師たちから本当の事を聞きたいので  
す。本人に代わって直接話をして、真実が知りたい、それが出来れば次に進む  
気持ちも生まれるのです。白黒つけられるだけでは満足できません。欲しいの  
は対話できる場です。

訴訟はお金と時間がかかります。お金も気持ちも続きません。カウンセリング  
では、こちら側の気持ちの整理を一方的につけるだけです。医療関係者も巻き  
込んで次に生かせる場を作ってください。訴訟の場に持ち込まなくても解決で  
きて、遺族が自分の生活に踏み出すために気持ちの整理が出来る場を設けてく

不詳

ださい。お願いします。

不詳

差出人: [REDACTED]

送信日時: 2007年4月16日月曜日 21:48

宛先: 死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

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

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

(4) 意見

私の母は19[REDACTED]年に他界しました。

[REDACTED]病院で胃癌を手術し直って退院、その病院で毎月定期的に検査を受けておりましたが1年後に容態が急変し死亡、死因は膵臓癌でした。

膵臓癌は発見しにくいそうですが、癌が転移することは素人でも知っている常識であり、しかも定期的に検査を受けていたのですから、胃癌手術後のその検査で胃のすぐ近くにある膵臓への転移の可能性を考えた検査していたのか疑問を感じました。

担当医師に尋ねてみたいと思いましたが、1対1で素人が尋ねたところで (TVドラマの観すぎかもしれませんが) 「赤子の手をひねるように」言いくるめられるんだらうなという気がして、尋ねることはありませんでした。

10年経った今でも、母のことを思い出すときは同時に「きちんと検査してくれていたのか」という疑問が頭をもたげます。

死因を解剖で究明するような制度より、担当医師から腹を割って説明してもらえるような制度であって欲しいです。

## 不詳

差出人: [REDACTED]

送信日時: 2007年4月18日水曜日 19:07

宛先: 死因究明 制度等 (IRYOUANZEN)

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

標記の件についてのパブコメです。

私は、医療従事者ではなく、そうした方面については門外漢ですが、一般のユーザーの立場でご意見させていただきます。

診療行為に関連した死亡という場合、最も重要なのは、残された遺族の心情ではないかと思います。

その問題が、多く裁判という形で争われることになるのも、収めようのない遺族の心情の発露によるものと言えるのではないのでしょうか。

裁判となったとき、患者側はその証拠の収集に大変苦勞すると聞いています。その意味では、原因の究明についての困難が取り除かれることはとても望ましいと思います。

同時に、原因が究明されることがすなわち遺族の痛みを和らげることではないのではないかと考えます。

本パブコメの問題設定の文章にも書かれているように、「患者と医療従事者の意思疎通が不十分であることや認識の違いによる不信感」が紛争を生じさせる要因となっていることを考えれば、そのこと自体の是正を図っていくことが重要なのではないのでしょうか。

裁判となれば、双方の対立構造は先鋭にならざるを得ません。そうでない形で、話し合いによる意思疎通、認識の違いを近づけていく機会を設けていくことが必要ではないかと感じます。

事実の一つ、などといいますが、同じ事実でも受け取り方は人様々です。何が正しい見方であるとは、必ずしも申せません。

客観的な事実が解明されたとしても、それを受けとる遺族の事実認識は、医療従事者と同じではないでしょう。

遺族からの視点、医療従事者からの視点、それらをつなぐ話し合いの場を作るということを検討いただけたらと思います。

## 不詳

診療関連死、死因究明のための組織を早急に作ることに異議はない  
実際の医療現場の状況を十分に把握した組織としてほしい。

### 1、委員に法律家は不要

あくまでも死因究明のための組織とすべきであり、その中に法律家  
が加わる必然性はないと思う。

### 2、早急の対応が出来る組織

臨床の立場からすると死亡後2-3時間以内には解剖その他の対応を済  
ませなくてはならない。このためにはブロック単位に組織を充実させる  
べきである。

### 3、死因究明の役割に特化

その後の行政処分、医事紛争、刑事の取り扱い、再発防止対策などを考  
える組織とは明確に分けなくてはならない。