

**「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）」及び「医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案」に寄せられた御意見（全文）**

**〈団体分〉**

平成20年10月  
厚生労働省

**（注）**

1. 平成20年6月14日から平成20年9月30日までに提出のあった御意見の全文を公表します。
2. 公表の可否に拘わらず、意見ごとに整理番号をページ右上に付しています。
3. 御意見については、引き続き募集しています。

## 第三次試案及び大綱案に対する意見の提出があった団体一覧

※ 平成20年6月14日～9月30日までに提出のあった御意見

整理番号	団体名
6	社団法人 日本医学協会
13	日本臨床整形外科学会
16	社団法人日本アレルギー学会
19	全国医師連盟
21	財団法人 生存科学研究所 医療政策研究会
22	東京保険医協会
32	社団法人 日本歯科医師会
33	社団法人 日本整形外科学会
34	日本歯科医学会
36	特定非営利活動法人日本胸部外科学会
37	愛知県保険医協会 勤務医の会
41	全国保険医団体連合会
43	NPO法人医療制度研究会
44	社団法人日本内科学会
47	全国済生会病院長会政策委員会
49	社団法人日本外科学会
50	社団法人 神戸市医師会
51	有限責任法人 日本救急医学会
52	全日本民主医療機関連合会
56	医療事故情報センター
57	兵庫県医師会
61	患者の権利法を作る会

計 22団体

(※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)

6-②/4

平成20年 6月29日

## 「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

社団法人 日本医学協会  
会長 牧野永城

問題点 (第3次試案の段落番号毎)

2-(6)

医療安全委員会(仮称)は国の組織として作られる。このような学術的、社会的側面の複雑に絡み合った職種の内部に介入した組織を官が運営して成功した例を知らない。率直に言えば、官は中にまで入ってこない方がよい。

2-(7)

第21条に基づく報告は不要とし、医療関係者の責任追及を目的としないと謳っている。これは、警察の機能と区別するためであろうが、届け先が安全委員会に変わっても、届け出の義務化と調査内容の公表及び「重大な過失の捜査機関への通報」で結局は刑事処分、民事手続きや行政処分との連動の道が広く開かれている。責任追及を目的としないといいつながら、結局、自由に責任追及に利用できるようになっている。むしろこれで従来の医師法第21条の場合より医師の責任追及の方法は拡大されるだろう。

2-(17)(20)

届け出の制度化については、第3次試案では、届け出の範囲を明確化したというが、①の誤った医療であることが明らかでない場合には問題なからうが、②の「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場合」については種々の事例が想定され、「行った医療をしたから?」「しなかったら?」の論争で専門家間で議論が紛糾する場合は大いにあり得ることである。「あの検査さえしていたら、助かったのに。」など、誤診の事例も関係してくるに違いない。誤診も過誤というならば、かつて内科の神様といわれた教授が、退職されてから、自分の生涯の誤診率を20%位と述懐されたとか、一体どう取り扱ったらいいのだろう。

届け出の対象か否かの判断について、主治医と医療施設管理者の間に意見の違いがでた場合、届け出の責任は主治医でなく、管理者が負い、届け出違反があれば管理者に行政処分が科せられるという。しかし、管理者も主治医の専門家としての意見を無視できるものではない。職場では、専門職はそれぞれの権威を持っている。医療機関の管理者と医師との関係は一般社会における身分の上下関係とはかなり違うことを知って欲しい。無用な院内不和の種もまきかねない。

2-(27)

個別事例の調査は地方委員会の下に置く調査チームが行うとあり、行われる病理解剖の結果報告にかなりの重点が置かれているが、病理解剖は司法解剖でない限り、埋葬その他遺族の都合があつて、通常は死亡後24時間、長くても48時間内に行われる。調査チームの編成

が決まるまで待てるようなものではない。この辺の3次試案の記載は現実から遊離している。地方委員会は医療機関への立ち入り検査、診療録の提出命令、医療従事者からの聞き取り（しかも医療従事者は返答を強制されない）などの他に、委員会内部の議論集約を経て、調査報告書を作成することが求められている。

しかし、筆者の、死因究明と行われた医療の質の評価を目的とする同一施設内で行われていた毎月定例の検討会の経験からは、直接間接に当該患者の診療に携わった職員を放射線科、検査科、看護部などまで検討会に動員して行って得られるような詳細な分析や評価が、部外の委員だけの手で、とても得られるとは思えない。医療従事者の返答は強制されないなどの環境下ではなおさらのことである。

## 2- (39)、(40)

捜査機関への通告の範囲の問題で、医療行為が犯罪となる場合は通告するのは当然だが、重大な医療の過失ということになると、その判定は決して容易ではない。その説明を「標準的な医療から著しく逸脱したもの」と表現しているが、何が標準的で、どの程度に逸脱しているかの判定で専門家の間でも解釈が混乱する。

## 別紙3、捜査機関との関係について

医師は医療安全委員会があればその結論が出るまでは、刑事処分されることはないと誤解する可能性があるが、本年4月22日の国会で警察庁の刑事局長が国会答弁しているように、このような委員会ができて、現行の刑事訴訟法では、刑事処分を求める患者や遺族の人々の告訴する権利を封じることはできないという。司法関係者に言わせれば、厚労省は自分の権限の及ばないところまで踏み込んで、人を感わしている。告発があれば、取りあえず捜査機関が動いて、現状を保存する。捜査機関は捜査のために現状保存するのだから、後は例えば医療安全委員会のような捜査権限のないところに任せて、いつ出るか分からない結果を待つということはあると明言している。また国会質疑で明らかになったように、厚労省と法務局や警察庁との間にそのようなことを取り決めた文書も存在しないという。

## 結語

以上、特に問題であると考えられることを挙げた。第3次試案は第2次試案に比べてその内容がかなり具体化されて説明されているものの、どうしても現場の感覚から遊離した発想が目立ち、特に、真相究明・責任追及と事故予防・再発防止の機能が混同されていて、我々の危惧する医療事故報告の義務化と刑事告発の連動性の問題は解決されない。このままで制度が適正に運用されるとは思えない。

## 医療事故の再発防止と死因究明による責任追及にはそれぞれ独立した別の方法が必要

しかし、それなら医療事故が起こった場合、患者や家族の救済方法は従来のものでよいのか、という重大な問題が残る。患者側が一体何があったのか、真相を知りたいというときに、手近に解決する手段がなく、やむなく、訴訟に追い込まれていたというのが従来我が国の実状であろう。その際、訴訟以前に手軽に患者側に立って相談に乗ってくれる窓口があれば、患者側にとって福音であることは間違いない。