

中から犯罪性を確定する犯罪捜査となる。ふるい分け方式の報告義務は、犯罪性の無いものであっても疑いとして捜査の対象とされる。これは医師にとって重大な人権侵害と写る。問題は医療事故を第21条と連動したことにあり、その問題解決に厚生労働省が主管する新たな監視組織を作ることですらに矛盾がひろがった。

■ 医療安全に正反対の方向性をもつ事故報告制度

大綱は何故か医療安全を犯罪捜査の届け出制度に混在させた。これにより問題がさらに拡大した。医療安全に置ける報告基準は“ひやりはっど”と言われるように、未然に防いだ事故まで含めて、事故が起きることを想定して報告し対策が検討される。これは医療事故に関わらず製造業の分野でも行われ、世界標準であることを知らない人はいない。事前に危険予知ができる安全文化をつくることを目的とし、人の善意に頼った報告制度で、問題意識の高い人ほど報告の数が多し。悪質なものを摘発し業務上過失の犯罪につなぐ第三次試案の報告制度は、医療安全が組み合わされることにより、ふるいわけ器の入り口を安全の意識の高い善意の人に向けて大きく広げたことになる。権力者の勝手な線引きで拘留し、その中から犯人を選び出すという犯罪捜査の仕組みが、再発防止という極めて専門的で善意に基づいた業務改善の分野にも適用されることになる。この矛盾は医師には耐え難いものがあり、江戸幕府が行った踏み絵の弾圧と同じである。

■ ふるい分け方式による報告制度の届出の判定基準はあいまいである。

第三次試案ではふるいわけの基準を決めるのに故意または重大な過失という範囲を示した。故意はまずないから、重大な過失だけを狙ったものと断定して議論する。現在の国民感情では死は重大な結果ととらえられ、死に至る病態に手を出せば少なくともふるい器に入らなければ“国民の理解は得られない”という認識である。

大綱では、重大な過失が消え、代わりに“誤りに起因すると疑われる死亡”、と“誤りが無くても予期しなかった死亡”になり、誤りに重点を置き範囲が疑いにまで広がった。[第32条(2)の①②]。さらに第32条(4)の1では厚生労働大臣が届け出の基準を決めるという権力色の強いものである。プロの判断を参考にきめるとあるが、大臣の名前で厚生労働省がプロを指定するのだから同じことである。基準が設定できないものを権力で決めると、問題は報告制度の域を超え人権侵害に発展する。

■ 地方委員会が行う業務上過失致死判定の基準もあいまいである。

報告を受けて捜査が行われ、地方委員会が過失の存在と死への影響を審査する段階で、ここでも判断の基準がはっきりしない。つまり、ふるい器の目の大きさの規定があいまいなのである。ふるい目の大きさにあたる判定基準には、被害者の疾患や外傷の程度、年齢や病状、医師の人員配置や経験年数や専門性、病院の設備や指導体制、医学技術の進歩、地方差など、多くの要素が関係し、普遍的な標準は決められない。しかも調査は後から原因を遡る形で行われる。見方を変えれば、後出しじゃんけんのように、自由に目の大きさを変えることが出来るといっても過言ではない。ふるい目の大きさを決める役割は今では警察が行い、第三次試案では医師の団体がやることになっている。大綱では、事故調査の委託と称して、ふるいの目の部分をそっくり取り替え

て使用できるというずさんさである[第 19]。おまけに安全面で再発防止の改善という目的が入るから、真剣に再発防止を考える良心的な医師ほど、供述は具体になり自分の過ちを強調する傾向があり有責が確定しやすいと推察される。

これでは医師は萎縮するどころか、医師として生きる基盤までが揺らぐ。ひとりの医療事故報道の姿勢はこれに似ており、危険な業務につく医師がいなくなる現象は、この法案が検討される前から起きている。しかし、国が法律として決めるのだから社会に与える影響は報道の比ではない。永遠に変えがたい国民意識を形成することになる。小さく作って大きく育てるなどというような生易しい議論は通用しない。

■ プロがプロで無い人の疑いを晴らすことは難しい。

警察の取調べを受けた医師は異口同音に、“プロなら簡単にわかることを言葉で説明し、プロでない人の疑いを晴らすことは難しい”と訴える。問題は管制官や操縦士、運転士、原子力技師などでも同じと思う。プロの技術は長年にわたり研鑽されるが、多くの人にとって病気や死は未経験で、ほとんどの人は考えたことも無い。事故が起きた段階では病人や家族といえども、プロの過ちを発見することも理解することも難しい。同じことはプロの間でもあり、臓器別に分かれた学会は同じ医師でも細かい内容の理解ができないことが多く、開業医と勤務医の間でも同じ問題が存在する。判断の基準があいまいな医療事故の責任追及が難しいと同じように、医療事故を疑われた医師がプロで無い人の疑いを晴らすには大きな困難を伴う。大きな網の中から犯人を拾い出す仕組みは、プロであるがゆえに過酷な仕組みなのである。

■ 医療事故は個別性が強く当事者同士一対一の問題解決が最もふさわしい。

医療においては個別性が重視される。人間は一人ひとり異なることを前提に医療は成り立ち、一人として同じ人はいない、同じ病状は無い、同じ治療も、同じ対応もないことを繰り返し教育して、取り違え事故など個別性が原因の医療事故を少なくしている。

医療事故も個別で一つとして同じものは無い。医療事故では被害者と医療者は一対一の対立関係であり、交渉の相手も確実に決まっている。飛行機事故や列車事故とは大きく異なる点である。

病院の調査ははじめにやればやるほど家族の納得につながることは実感である。事故前にはインフォームドコンセントが行われ、ある程度の信頼関係があり、不透明な部分が多いとはいえ顔も見えており、病状の困難さもお互いに共有できている。そしてなにより保証の責任を負う病院の姿勢は誠意として伝わりやすい。耐え難い感情を越えた家族の納得を得るには一対一の問題解決が最もふさわしい。

■ 一対一の問題解決には医療側の透明性確保が必須である。

事故の被害者は完全には理解できない専門性の部分に隠蔽の意図が含まれることを恐れる。医療側の透明性は必須条件であり、医の倫理の根底をなすものである。この部分には個別性も複雑な背景も存在しない。医師の間の立場により価値観が異なることも無い。この部分こそ医の職能集団が関わるべき重要な分野で、医の集団が立場を超えて透明性を確保する仕組みを考える価値は大きい。隠蔽改ざんこそが同業者として糾弾する目標であり、透明性が確保されればおのずと

一対一の問題解決に即した基準が個別に生まれる。医師はプロといえども人を裁く立場にはない。第三次試案のデザインの欠陥はここにあると思う。

■ 業務上過失致死の刑事罰は透明性確保の努力に障害となる。

事故防止のための業務改善には、良い悪いをいわない真相の解明が全ての基本になる。誤りを犯すことを避けられない個人の責任を追及すると、再発防止といえども透明性のある議論はできない。当事者の人権が関係するからである。

大綱では黙秘権も弁護士の立会いも禁じている。なぜ医療人の人権が軽く扱われるのか理由がわからない。病院は責任の所在をはっきりさせる必要があるが、捜査を人権よりも優先させることはできない。従って当事者に不利な事実は明らかにならず、真相の解明は望めない。信頼回復にも業務改善にも根本的な基準を提供できる院内調査は、この障害により効力を失ってしまう。

■ 業務上過失の刑事罰がなくなることで得られる社会の利益

医療事故の経験は多くの医療者の経験となっはじめて効果を発揮する。そのためには公表が手段となるが、大綱が意図している公表は過ちを犯した個人や病院に社会的制裁を加えることである。これでは医療者の間に広まることが無い。いまでも裁判の結果に配慮して事故の真相は現場では語られることはない。

社会的な制裁である刑事罰が外されれば、公表は事故を起こしたものの自身が行うことができる。公開は自分たちが犯した過ちを二度と起きないようにと願う善意の対応に変わる。多くの医療機関で共有され安全文化の貢献が期待できると思う。

第三次試案が示す中央政府や中央・地方の委員会の設立は、業務上過失をいかに合法的に追及するかにかかっている。この刑罰に有効性のないことは世界の常識となっており、この刑罰が外されれば、大掛かりな医師糾弾の仕組みはまったく必要がない。

■ 業務上過失を問わないことで起きる社会の不利益

一番大きな問題は被害者の感情を納得させる当事者に与える社会的制裁がなくなることである。日本人の感情の中に死を持って罪を償うという感覚が根強く残っている。医療事故では死に関与した医師は死なないがゆえに遺族は極刑を受けることで納得を得ることになる。医師の側から見ると避けられない死を避けたいと願い、介入は善意の本能でもある。広尾の薬物取り違えの看護師は静脈注射の痛みを軽減する善意の試みの中でミスを犯した。たった一つの過ちが人を死に追いやったことを悲しい人の定めと考えていただけないだろうか？過ちを他の看護師に伝え二度と不幸が起きないように努力するために現場に戻してもらえないだろうか？業務上過失罪の廃止は医療者の過ちを隠蔽するためではない。善悪を超えた真実の公表に必要なのである。

■ 事故の問題解決は民事責任を果たす以外に方法はない。

業務上過失罪の廃止は民事の責任まで免責にしろといっているわけではない。個別性の高い医療において、完璧に避けることが出来ない事故の問題解決に、民事責任なしで家族の納得を得る方法は無い。事故の本質を明らかにし根本の原因を見極める過程で当事者同士納得ゆく線が見え

てくる。戻すことが出来ない結果に病院が出来ることは十分ではないが、貢献できることは皆無ではない。第三者による監視機構の設立と、刑事責任の追及は、社会的制裁により事故の再発を予防する効果を狙っているが、一対一の問題解決を阻害し、対立関係を永遠に引きずる結果となる。

■ まとめ

医療事故の特徴は個別性にあり、業務上過失を問う判定の基準を定めるには困難を伴う。第三次試案およびその大綱は業務上過失を合理的に処分することを目的としており、たくさんの矛盾を内蔵する結果になっている。医療事故の問題解決は一対一の問題解決を基本に行われることが被害者にとっても医療者にとっても利益がある。その際医療者の透明性が必須条件となる。

医師の団体は団体存続の理念のために、透明性のある調査を現場に求め、調査の質を確保することにプロとして自浄作用を発揮するべきである。透明性確保のために、業務上過失致死傷罪は障害となり、一対一の問題解決は不可能となる。業務上過失致死傷罪の廃止か無効力化は、医療安全を推進するために、国民レベルで真剣に検討されるべきである。

平成20年8月19日

「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」に対する意見について

法人・団体名 社団法人日本外科学会
代表者の役職・氏名 理事長 里見 進

日本外科学会は平成20年5月14日に声明を発表し、萎縮医療や医療崩壊の元凶となっている医師法21条の改定と医療者が自ら医療安全を目指して医療事故の原因究明と再発防止を図ろうとする新しい仕組みである医療安全調査委員会の創設に向けてあらゆる努力を惜しまない決意を明らかにした。このたび厚生労働省から医療安全調査委員会設置法案大綱案が出され、それに対する意見を求められているので、日本外科学会としては医療安全調査委員会の原点の精神をもとに慎重に検討した。大枠は良くできていると考えられるが、細かなところで表現が適切でなかったり、誤解を招く可能性があるところも認められるので、ここに意見書を提出する。大綱案の各条項につき、日本外科学会としての意見を斜字で表した。

●第3 設置

1 ○○省に、医療安全調査中央委員会（以下「中央委員会」という。）を置く。

この委員会が厚生労働省にできる可能性は高いと考えられ、現在の状況では致し方ないことと理解できる。ただし、将来は航空機、鉄道事故調査委員会のように三条委員会としてある程度独立した機関にすることが望ましい。

●Ⅲ 医療事故調査及び報告等

第12 医療事故調査の趣旨及び実施要領

1 医療事故調査は、…委員会は、医療関係者の責任追及が目的ではなく、医療関係者の責任については、委員会の専門的判断を尊重する仕組みとする。

上記の文章は誤解を招きやすいので、次のように改めるべきある。「委員会は、医療関係者の責任追及が目的ではない。法的判断ではなく、医学的判断を行うものであり、その医学的専門的判断は尊重されなければならない。」

●第15 遺族からの医療事故調査の求め等

2 ○○大臣は、遺族から1の求めがあったときは、直ちに当該求めに係る死亡又は死産が発生した地を管轄する地方○○局に置かれた地方委員会にその旨を通知しなければならない。

注) 遺族からの調査の求めの手續は、病院等の管理者が代行することができる。(施行規則)

「直ちに」とは時間的にどの程度なのか明らかにすべきである。

● 第17 医療事故調査に係る報告の徴収等

第三次試案に明記されているように「ただし、医療従事者等の関係者が、地方委員会からの質問に答えることは強制されない。」という内容を盛り込むべきである。

● 第19 医療事故調査等の委託

1 地方委員会は、医療事故調査を行うため必要があると認めるときは、調査又は研究の実施に関する事務の一部を、独立行政法人、国立大学法人、地方独立行政法人その他の民間の団体又は学識経験を有する者に委託することができる。

調査または研究の実施に関する事務の一部を委託することができるがあるが、その場合でも医療安全調査委員会より外部委員を推薦できるという一文を追加すべきである。

● IV 雑則

第25 警察への通知

③ 当該医療事故死等に係る・・・、類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた疑いがある場合その他これに準ずべき重大な非行の疑いがある場合

注)「類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた」とは、いわゆるリピーター医師のことであり、例えば、過失による医療事故死等を繰り返し発生させた場合をいう。

「類似の医療事故を過失により繰り返し発生させた疑いがある場合」を警察への通知対象とすることは問題であり、この部分については削除をすることを要望する。

リスクの大きな領域の医療に携わる医師は複数回の事故に遭遇する確率は当然高くなるといえる。初回は医療安全調査委員会の調査対象となるが二度目は警察への通知となると受け取れる文言であり、萎縮医療を導くもの以外の何ものでもない。いわゆるリピーター医師には基本的には再教育を中心とした行政指導という形での対処を行うべきであり、必要であればその条項を加えることで対処をすることを要望する。

● 第26 権限の委任

この法案の〇〇大臣の権限は、地方〇〇局長に委任することができる。

地方局長に委任することになれば、各地域ごとに判断が異なったり、委員の選定に対して偏った事態も起こり得るので、あくまでこれは大臣が統括すべきで、医政局長がその権限を代行すべきである。

●VI 関係法律の改正

第32 医療法の一部改正

(4) 医療事故死等に該当するかどうかの基準

1 OO大臣は、(2)の1、2及び4並びに(3)の1及び2の報告及び届出を適切にさせるため、医療事故死等に該当するかどうかの基準を定め、これを公表するものとする。

これが臨床の現場、病院の管理者ならびに執行部や安全管理部にとっては最も重要な判断基準となるものであるから、早急に明らかにすることを要望する。