

平成20年 8月26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) 神戸市医師会  
代表者の役職・氏名 会長 川島 龍一

### 医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案に関する意見書

#### 1) はじめに

“私の患者の健康を私の第一の関心事とする。”

世界医師会が、現代の医の倫理として発信したジュネーブ宣言の規範の一文である。

“その人に、どのような医療を施すのが最善なのか?”

“その人に、どのようにすれば最善の医療を成せるのか?”

“その人にとって、あの医療は最善の医療であったのか?”

ヒポクラテスの誓い以来現代に至るまで、医療に従事する者(以下医療者)は、患者の最善の利益を探し求めてきた。病めるその人の役に立ちたいという素直な倫理観は、医療者の自己を戒める教本となり、自己を奮い立たせる原動力となり、より高い医療を提供する喜びを与えた。我々は、決して法的な裁きを受けないための医療や、紛争を起こさないための医療を目指してきたわけではない。たとえ高度なアート(art)とサイエンス(science)に基づいた遠い未来の医療であっても、医療者の主観をなす基盤は、博愛と慈愛に満ちた医の倫理の筈である。

当該医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案は、建て前である趣旨や目的が何であれ、医療の理念である‘この医の倫理’を確実に侵食して異質なものに落としめる悪法である。特異な医療事故を審判すると称して、医療の現場に公権力の介入を制度付ける手法は、あたかも戦前の特高警察が国家の危機と称して、国民の思想を支配しようとした流れと似ている。全ての医療者をその強権的な枠の中に閉じ込めれば、やがて医療者の内面が変化し、常に法的な対応を考える防御的な医療、すなわち患者に対してスキのない‘冷たい医療’が導かれる。各々の当事者達が悩み見いだしてきた医の倫理ではなく、国家が裁定する

‘法にふれないための正しい医療’や‘医療者にとって安全な医療’が、第一の規範となる。そのような医療者の施す医療を国民は本当に望むのであろうか?

そもそも医療は、長い歴史の間に築き上げられてきた、自由な思想と真理を追究して止まない自然科学の成果である。また一方で、その国の政治、経済、文化の他、多元的な性質を持つ宗教、道徳、哲学等の影響を受け、先人達が大切に培ってきた社会の共有財産とも言える。このような医療は、権威になじむものではない。社会秩序を保つために、権威によってとりあえずの真実を裁定し、国民の納得を得るために、とりあえずの論理を模索する、そのような法社会の単純な悪癖を医療に当てはめることはできない。法の枠に入れて、強く管理・支配をすることで、良質な

医療を導こうとする発想は乱暴で稚拙すぎる。

本会は、当該大綱案の白紙撤回を求める。悪法がもたらす医療者の内面からの崩壊は、医療の本質の崩壊であり、遠い将来にわたり致命的となる。

## 2) 患者の利益を考えない独善的な医療は許されない。

本意見書は医療事故における医療者の責任を否定するものではない。医療崩壊を招く危機感のない当該大綱案に反対するものである。患者へ故意に害を加えたり、事実を隠ぺいする悪質な行為は、もはや正当行為ではなく違法性が阻却される医療行為ではない。当然に刑罰に科せられるものである。また重大な過失(標準的な医療から著しく逸脱した医療)のみならず軽過失においても、患者側が納得しない場合は、民事訴訟上の当事者となることはやむを得ない。さらにたとえ法にふれなくても、患者の利益を考えない独善的な医療は、医療者間の自浄作用によって、道義的責任が問われるべきである。医療者は、WMA ジュネーブ宣言に則り、専門職の良心と尊厳をもって、自浄作用に取り組む義務があると考えている。

## 3) 医療安全調査委員会は警察の医療調査班と解釈できる。

医師法 21 条違反と業務上過失致死傷罪によって医師が逮捕される。医療界では、公正中立な専門的判断がなされれば、多くの刑事事件が回避できると期待する当該大綱案の推進派と、一方で、医療現場において安易に公権力の審判を制度化すべきでないとする反対派が対峙している。いずれも共通する背景には、過剰な警察・検察権力への怯えや警戒感があるのだが、それでは推進派の期待する委員会は、それ程に非権力的な性質であるのだろうか？ 当該大綱案には、反対派の理由となるその委員会を特徴付ける文言が多数認められる。

## II 第 3 から第 6

中央委員会・地方委員会とする中央集権的な組織構成であり、公正取引委員会のような準司法的、準立法的性質を有する独立行政委員会を予定していると考えられる。

## II 第 7、第 8

委員は〇〇大臣による委員の任命を受け、任期は 2 年とするが再任できる。くり返し再任されると、その個人の実質的権限が強くなり過ぎる。また地方では大学病院や大規模な国公立病院が少なく、任命される委員が狭い範囲に限定されたり、委員の再任がなくても、密接な関係のある者同士になる可能性が高い。III 第 13(委員等の職務従事の制限)があっても建て前だけであり、近年消滅しつつあった医療界のヒエラルキーが再び蘇ることになる。

## III 第 17, 1①から⑥ V 第 30 ①から⑤

強制捜査の捜索・差押・押収を連想する処分権限とそれらに協力しなかった場合の罰則規定は、当該大綱案の真の趣旨が垣間見える。あくまで行政目的、行政手続きであって、犯罪捜査のためでないといえども、憲法 35 条、38 条の素直な趣旨と懸け離れている。当時の社会秩序に配慮した最高裁判例(川崎民商事件)を悪用して、違憲判断を回避しようとする姑息な法案づくりには、相

変わらず失望する。国民の思いを真剣に取り込み反映しようとする立法の発案者であるならば、憲法の趣旨を素直に解釈して欲しい。

### Ⅲ第 19, 3

医療事故調査を依頼された者は、刑法上の公務員であり公務執行妨害罪の適用もありうる。また調査員は、医療者とは限らない。

病院内に刑事罰へ繋ぎ得る、実質的にはその権限をもった公務員が訪れ、または委員会への出頭を求められ、刑事罰を恐れながら関係者は返答することになる。法律で定められた調査であり、委員会に迷いはなく、ある意味で警察よりも強権的であるかもしれない。委員会は警察の医療調査班とも解釈できる。

#### 4) 医療者は委員会の権限に怯え、医療は硬直化して萎縮・崩壊する

より高位の法により、国家権力を拘束して国民の人権を保障する、このような法の支配を理念とした日本国憲法は、国民に個人の尊厳と自由を確立させ、明治憲法にはなかった生存権を保障した。我が国の医療は、多くの人権を保障したこの新たな土壌の中で、めざましい成果をあげる事になる。世界保健機関ワールド・ヘルス・レポート 2000 によると、日本の医療は総合評価で世界一とされた。そして 2007 年、日本国民の平均寿命は男性が 79.19 歳(世界第 3 位)、女性が 85.99 歳(世界第 1 位)で過去最高となった。がん、心疾患、脳血管障害の 3 大疾患による死亡率の低下が最も大きく寄与したとされている。(厚生労働省からの簡易生命表より)

医療は社会の鏡とも社会の共有財産とも言われるが、国家権力が強く支配した社会から個人を重視した社会へ脱皮した当然の帰結かもしれない。医療は個人を重んじるところから始まるもので、公権力の支配が強い土壌では萎え衰える。個々に真剣に向き合う現場の医療に対して、是か非か白黒をつけるために権力に委ねる制度では、医療は低廉な共有財産に成り下がる。当該大綱案が付与する委員会の権限は、現場の医療者にとって、権威的な規範への怯えを生み、医療者の内面を防御的に落としめ、医療の本質を失わせることになる。

#### 5) 法定医療主義を創りあげる。

##### Ⅵ第 32

当該大綱案の規定する届出義務、その違反に対する命令、医療安全改善計画請求及び命令、罰則は凄まじい。法定医療主義なるものかと感心する。

##### Ⅵ第 32(2) 1①②

医療機関の管理者の届出義務のみならず、本来医療機関内部で、自律的に定めるべき院内の報告要件まで規定されている。特に、①(行った医療の内容に誤りがあるものに起因すると疑われる場合)及び、②(行った医療に誤りがなくても、その医療に起因すると疑われる死亡であってその死亡を予期しなかった場合)の規定は、医療現場を懐疑的にする。医療機関の管理者と現場の医師や現場の医療者間の関係に軋轢が生じうる。さらに患者との関係においても、事前説明で混乱を極める。死亡の可能性がゼロでないのは、全ての手術、もしくは外来での簡単な処置でさえ該当

する。急変の可能性が高い疾病や認知能力の低下した高齢者の場合、どこまで具体的に不幸な転帰の説明をするのかは、医師と患者関係に基づいた医師の裁量に任せるべきである。医療者が自分を守るために、予見可能性を具体的に説明するのでは、患者の不安を徒に煽り、かえって患者が望む医療を見失う事にもなりかねない。患者が、普通取引約款のような説明書を束に持つ医療は如何なものであろうか。

#### VI第 32(2)4, 5 及び(5)1, 2 及び(6)から(9)

都道府県、保健所を設置する市又は特別区の行政機関は、当該大綱案の委員会と密接な連携の下で、医療機関を処分できる多くの権限を得る。極端な場合には、“到底達成困難な理想モデルのような医療安全計画か、もしくは指定保険医療機関取消や管理者交代等のような重い行政処分か？”と、二者択一を迫るような恣意的な裁量権も考えられる。医療機関の管理者の意識としては、患者を第一とする‘温かい医療’ではなく、医療機関の安全を考える防御的な、そして言動に法的隙のない‘冷たい医療’を現場に求めることになる。将来の医療を担う研修医達に、『君のその親切心からの行為が、届けるべき医療行為になってしまうのだ。』等と指導する場面さえ予想できる。

#### 6) 医療行為の過失は、常に個人責任が問えるのか？

2007年栃木県医師会が実施した病院勤務医の就労実態調査によると、常勤勤務医の3人に1人が、過労死と認定される月100時間の時間外労働を行っている。さらに当直明けは、通常勤務である者が93.3%となっており、“労働基準法は医療現場には、ないに等しい現状である。”とコメントしている。

では、もし仮に事故を発生させた医療者が、労働基準法から大きく逸脱した過酷な就労環境にあり、“医療業務の重大な過失が具体的に予測できるので、早急に具体的に就労条件を是正して欲しい。”との旨の要望書を何度も管理者に提出していたとしたならば、過失は常に問えるのであろうか？そして就労環境を改善できる実質的権限が、院長ではなく市長や都道府県知事にあり、その事故が発生するかもしれないが、現状では仕方ないとそれらの者が認識していたとしたならば、本当に個人の責任を問えるのであろうか？これらは、仮定的な事項を重ね合わせた、極めて稀な事例のように見受けられるかもしれない

が、実は業務上過失致死傷罪に最も問われやすい救急医療の現場の現実である。

最近の判例は、公害事件にとどまらず、火災事件や薬害事件でも、監督過失や管理過失を権限ある作為義務者に対して認定し、積極的に刑事責任を科する傾向にある。しかし、これを安易に医療に当てはめると、例えば救急医療体制は、間違いなく明日にも崩壊してしまう。思うに医療は、社会的に必要かつ有益ゆえに‘許された危険の法理’が適用される典型的な領域なのである。もろいが、それでも医療は、全ての国民の大切な共有財産なのである。

#### 7) 刑法 211 条 1 項前段・業務上過失致死傷罪を検討する国民的議論が必要。

ところで当該大綱案の医療界での推進派は、医師法 21 条の改正(VI第 33)と委員会からの警察への通知(IV第 25)によって、あたかも刑法 211 条 1 項前段の過失解釈が変更されたかのような期待

を持っているが、全く当てにならない。

#### IV第25 ②

‘標準的な医療から著しく逸脱した医療’が刑法211条1項前段の過失と解釈できるならば、たとえ死亡という重大な結果を引き起こした医療行為であっても、標準的な医療から著しく逸脱していなければ、刑法211条1項前段の過失には該当しない。そして、その逸脱の判断は、医療機関の個別具体的な事情を勘案して専門的に判断される。このような解釈を医療界の推進派は期待するのだが、刑法211条の条文は何ら変更されていない。もし医療行為に限って条文の特別な解釈がなされるとしたなら、憲法31条の罪刑法定主義に反することになる。結局のところ**犯罪構成要件の段階では、従来と同じなのである**。警察・検察の恣意的な裁量に頼ることになり、委員会からの通知の有無に関わらず、他の事件同様に軽過失でも、刑事訴追される道を残すことになる。医療行為における処罰に値する過失とは、如何なるものなのか。刑法211条1項前段の問題へ根本的に踏み込まなければ、大綱案のごとき制度では、警察・検察の補助機関を新たに創るだけになってしまう。国民が真に望む医療を提供するためにも、医療行為における業務上過失致死傷罪を検討する議論が必要であり、それが正道である。

#### 8) おわりに

医療を行う者も、医療を受ける者と同様の感情を持つ人間である。公権力への怯えや患者への懐疑心などと、みっともない精神に捕らわれてしまう未熟さも現実にある。そうであるならば、そのような者は、医療者の資格がない者として、切ってしまう事も出来るかもしれない。しかし、そのような弱い部分を持つ同じ人間だからこそ、患者を理解して、患者への医療を懸命に施す努力が出来るという面も考えられるのである。大綱案の見切り発車で、どのような連鎖反応が発生するのかを、冷静に見極めて欲しい。

医療事故によって不幸な転帰となった遺族の方々は、この世の中の信頼関係を全て否定したくなる程の、耐え難い思いがあっただろうと予測できる。そして将来の者達の為に、もう一度医療を信頼するために、もう二度と同じような事故が起こらないようにと、当該大綱案への思いがあるかもしれない。一方で、現在の医療者にとっても、将来医療者になろうとする者にとっても、“患者と強い信頼関係を保ちたい、患者に喜んでもらいたい、患者の役に立ちたい。”という素直な気持ちは、普遍的な原点となる。だからこそ我々は、医療事故を仕方のないものなどと決して思わない。原因を懸命に究明して、二度と起こさない方法を探し出す義務があると考えている。当該大綱案のごとき国家権力ではない我々の自律的な活動に、医療の信頼と裁量に足るべき我々の自浄作用に、今一度期待してもらえたいことを本意見書にて願いたい。

医師の一人として参加するに際して

- ・ 私は、人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う。
- ・ 私は、良心と尊厳をもって私の専門職を实践する。
- ・ 私は、全力を尽くして医師専門職の名誉と高貴なる伝統を保持する。

(WMA ジュネーブ宣言より引用)

平成20年8月28日

**「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」に対する見解**

有限責任中間法人 日本救急医学会  
代表理事 山本 保博  
診療行為関連死の死因究明等の在り方  
検討特別委員会  
委員長 有賀 徹

日本救急医学会「診療行為関連死の死因究明等の在り方検討特別委員会」では、厚生労働省の「診療行為に関連した死亡に関わる原因究明等の在り方に関する検討会」による「第三次試案」(平成20年4月3日)に対して、是非とも見直しを行うことにより“よりよい試案”が作成されるように希望したところであり、(平成20年4月9日)この度「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」(平成20年6月13日)が厚生労働省から示されました。しかし、本法案(以下、大綱案)は、よりよい内容に至っていない、またはより劣った内容であるとさえ判断できますことから、日本救急医学会「診療行為関連死の死因究明等の在り方検討特別委員会」ならびに日本救急医学会理事会は大綱案に反対いたします。

**I はじめに****(1) 医療安全を構築することと紛争を解決することの違い**

大綱案は、厚生労働省の「診療行為に関連した死亡に係る原因究明等の在り方に関する検討会」による「第三次試案」(平成20年4月3日)を法案として示されたものです。しかし、日本救急医学会が既に指摘(上述、平成20年4月9日)いたしましたように、原因究明を通じてより安全な医療を展開しようとする作業と、原因に関する責任を追求する作業とが本質的に異なる手法であるにもかかわらず、大綱案ではこれらの「両者を行う」という枠組みが維持されています。これは間違った方法であり、救急医療の厳しい現場において真摯に医療の安全を築き上げようとする、私どもの立場からも、この枠組みを受け入れることができません。

**(2) 背景にある諸問題**

近年、医療側にとって、特に救急医療の現場に携わる私どもからみて、理解不能な刑事訴追や書類送検(検察官送致)、医療の実態を無視した民事判決があり、加えてそれらに関するマスメディアの過剰とも言える報道が散見されます。後者には実名報道なども含まれます。そのような状況にあって、原因究明を専ら行うことができ、公正性・透明性の確保された第三者機関の設置を望んできたところでもあります。

そして中でも、業務上過失致死傷罪で起訴する際の法的判断に対する疑問への解決があり得ることについて特に注目してきました。しかし、この問題は単に医師法第21条(異状死の届け出)における届け出の範囲を設定することにとどまるものではありません。ここには、前段で理解不能と表現した諸々に関する私どもの不安や不満があります。従って、このような点を基本に置きながら、原因究明を行うことのできる、公正性・透明性の確保された第三者機関の設置について