

(※以下ご意見を大綱案等の該当項目を明記した上で記入してください)

### 「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

この大綱の目的が、医療事故死などの原因を究明するための調査を的確に行わせるため医療安全調査地方委員会を設置し、医療の安全の確保のため構すべき措置について勧告などを行わせるための医療安全調査中央委員会を設置する、ことをうたっていますので、それに矛盾する部分を取り上げたいと思います。

#### IV雑則 第25警察への通知②について

第三次試案へのパブコメで、私は、刑事告発される危険があれば、真実を語る障害となる、と申しました。IV雑則 25 において、警察に通知する要件を記載している。②の標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡または死産の疑いがある場合が含まれています。この「逸脱した」の解釈はやはり困難で、基本的に、殺意を持たないいかなるエラーであってもこれに該当する危険がある、という場合、医療従事者をして、医療安全に関する委員会に引き出されるような立場は避ける方向に誘導する危険があります。その場合、考えられるのは、1:隠蔽、2:医療からの撤退です。隠蔽については、隠蔽自体は犯罪ですから良心的な医療従事者にとっては論外です。よって、危機感を強く感じる医療従事者に対しては、医療からの撤退を促す危険が強いといえましょう。医師には、患者相手の臨牀医療以外にも働く場は多々あります。また現在でも看護師の就業率はかなり低いですが、それをさらに押し下げる効果はありましょう。危機感を強く感じる医療従事者の方が、危機感を感じない鈍感な医療従事者より良質な医療を常々提供している可能性はかなりあります。つまり、良質な医療を提供している医療従事者を先に医療から撤退させる危険があり、残って医療を行っているのは、「自分は間違えない」という自身過大な者、その中には本当に優秀な人もいますが、夜郎自大な者もいると思います。

よって、医療安全のために教訓をきっちり得て後の世代に良質な医療を残すためには、刑事告発は、悪意を持つ(①の故意の死亡あるいは③の事実隠蔽のための証拠隠滅など)場合に限るべきでしょう。

4. 氏名： 山口 千穂

5. 所属： みなと医療生協 協立総合病院

6. 年齢： (←ここに下記より対応する番号をご記入ください。)

1. 20歳未満

2. 20代

3. 30代

4. 40代

5. 50代

6. 60代

7. 70歳以上

7. 職業： 9 (←ここに下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

1. 会社員

2. 自営業

3. 報道関係者

4. 公務員（医療・法曹・警察関係職種を除く）

5. 学生

6. 無職

7. その他（医療・法曹・警察関係職種を除く）

<医療従事者>

8. 医療機関管理者

9. 医師（管理者を除く）

10. 歯科医師（管理者を除く）

11. 薬剤師

12. 看護師

13. その他医療従事者

<法曹・警察関係職種>

14. 弁護士

15. 裁判官

16. 検察官

17. 法学部教員

18. 警察官

19. その他法曹・司法関係者

8. 医事紛争の経験： 2 (←ここに下記のいずれかの番号をご記入ください。)

1. 医療紛争の当事者になったことがある。

2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。

3. 医療紛争の経験なし

(※以下ご意見を大綱案等の該当項目を明記した上で記入してください)

## 「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

まず総論から。第三次試案でパブリックコメントを募集した結果が全く反映されていない。最初から反映する気がないのなら、パブリックコメントとは何のためのものなのか？

全体に懲罰的で、「責任追及を求めるものではない」と書いてありながら、「悪いヤツ捜し」になっている。パブリックコメントでさんざん指摘された、WHOガイドラインとの整合性も全くない。本当に「再発防止」を目的とするのなら、WHOガイドラインに沿ったものにするべきだし、遺族の怒りや悲しみを受け止め、グリーフケアを目的とするのなら、それは真相解明とは別の組織であるべき。

刑事訴訟との関係も全く改善の跡が見られない。医療者が恐れるのは、「自分でなしえるベストを尽くしたにもかかわらず、刑事事件として扱われること」である。実際、福島県立大野病院の事件はまさにそれで、その場でなしえるベストを尽くしたとしか思われないうのに、業務上過失致死で手錠をかけられるところをテレビ報道され、さらに裁判では検事に人間性さえ否定されるような求刑論告をなされている。これを防ぐようなシステム構築に努力したとはとうてい思えない内容になっている。

またどの省庁の下におくにしる、厚生労働省や財務省自体のシステムエラーをも追究できるものでなければ意味がない。なぜなら医療関係者の見るところ、今の医療崩壊を招いたのは「医療費削減政策」と「長期的見通しのない、場当たり的な政策変更を繰り返す厚生労働省自体」の占める割合が非常に大きいからである。厚生労働省の法案大綱には、行政自体のエラーという視点が決定的に欠けている。

## 各論

### 第4 所掌事務

中央委員会にのみ、「実際にどうするべきか」を決める権限があると判断される。しかし地方の実情を知らないものに実情に沿った適切な勧告が出せるのか疑問。

また、モデル事業でも期限内に十数件しか片付かなかった（もっとも恵まれた地域である東京で行ったにもかかわらず）というのに、年間2000件に及ぶと予想されている届け出にどれほど対応できるのか。病理や法医学の人員の少なさを考えれば、とうていまともに機能するとは思えない。

### 第7 委員等の任命

1 において「医療を受ける立場にある者」を入れる必要がなぜあるのか。総論でも述べたが、再発防止が目的なら、医療の専門家及びシステム工学（ヒューマンエラー解析という意味で）の専門家だけでよいはず。航空機や列車の事故調査で、被害者遺族や本人が同席するか？真相を解明するのに素人を入れて何の役に立つのか？そして医療事故調査委員会のモデルとなった航空機事故調査委員会では、警察が入ることで事故原因の調査に支障があり、また刑事責任追及に使うことを妨げないとなっているため、航空機会社などが原

因究明に協力しない。ボンバルディア航空機の胴体着陸事故で、まさにこれが問題になって真相解明ができなかったことは記憶に新しい。同じ愚を繰り返すつもりなのか？

これがグリーフケアのための組織なら、患者本人や遺族が入るのは必須だが、この法案では当事者は入らないとされる。それなら何のためなのか？

## 第8 委員の任期

3、4 において臨時委員・専門委員は調査審議が終了したとき解任となっているが、非常勤ということは普段は別の仕事があるわけだ。調査する間はそれに専念しないといけなわけだが、その間本来の仕事をどうしろと言うのか？特に業務が集中するだろう大都市では、次々と案件が出てきて本来の仕事ができない事もあり得るが、その間代務を保証できるのか？

## 第12 医療事故調査の趣旨及び実施要項

1 「医療事故の防止を図ることを旨として」と明記されている。しかし再発防止を主眼におくのなら、罰を設けるべきではない。むしろ隠す方にインセンティブを与えることになり、真相解明から遠ざかる。これはアメリカやイギリスの事例で明らかになっていることだろう。

## 第17及び第18

この二項（特に第18の2）から、警察権が医療事故調査委員会の調査権限に優先することが分かる。警察が委員会に優先して捜査を行うなら、調査権を与えられても調べるべき者はすべて警察に持って行かれ、何も残っていないということがあり得る。なぜなら遺族が警察に届け出たとき医療事故調査委員会の調査を優先するという言質は、この法案のどこにも与えられていないからである。この法案で最大の問題点と考える。

第17 1 において、死亡現場に立ち入り禁止権限を持たせると言うが、範囲によってはその医療機関の業務が麻痺する。どこまで立ち入り禁止にできるのか？

第18 1 において「原則として遺族の承諾を得て解剖することができる」となっているが、遺体は「何が起きたのか」を知るための最上の手がかりとなる。

我々医療者にとって、病理解剖はいわば「治療の成績表」で、治療のどこが正しくどこが不十分だったか、死因が真に医療者の想定したものだったのか、生前に訴えていた症状の原因となったのは何かなどを知る手段となっている。

まして「過誤があったのかどうか」という重大な問題について、解剖もAIもなしに、生前のデータやカルテだけで判断せよと言うのは、はっきりした死因も分からずに過誤の有無を追究するという訳の分からないことになる。そんなものは水掛け論になるだけだ。

（もちろん解剖しても分からないと言うことはあり得るが）解剖を拒否されてなおかつ過誤を疑う届け出があっても、本当の死因が分からない以上、そのような届け出は受け付けるべきでないと考える。

## 第25 警察への通知

故意による死亡または死産の疑いがある場合・隠蔽や偽造の疑いがある場合は警察に届けるのは当然であるが、②で「標準的な医療から著しく逸脱」した医療というのには問題がある。

この文章で見る限り、「委員会が標準と認める医療から逸脱した場合」としか思えず、常に移り変わる医学医療の本態から見て、固定された標準というのがあり得ない以上、恣意的な基準と考えるしかない。医療が萎縮する大きな原因になると考える。

#### 罰則について

第29 でいきなり一年以下の懲役または50万円以下の罰金となっているが、症例検討などしようものなら、たちまちこれに引っかかってしまう。症例検討会は医学医療の進歩に欠かせないものだが、すでに訴訟の弊害が起きていて、学会で「失敗症例の報告」が激減している。さらにこのような罰則が加われば、臨時委員はうかつに症例を検討することもできなくなる。

第30 これは黙秘権を否定するものであり、憲法を蹂躪するものである。

#### 第32 医療法の一部改正

1 (1) の②において、合併症による死亡はどうなる。医療による合併症は避けがたく一定の割合で起こり、それは致死的である場合も少なくなく、しかも予期しえない。しかし一定の割合では必ず起こるという意味で予期しているともいえる。この場合届け出る必要はあるのかないのか。

2 24時間以内に届け出なければならぬとなると、非常に短い時間で決断を迫られる。遺体の保存は現在可能なわけだから、24時間と区切る必然性はないと思うがいかがか。

#### 4 (6) 病院などにおけるシステムエラーに対する改善計画等

システムエラーといっても、病院などのシステム改善だけですむものとは限らない。メーカーも改善を迫られるもの、行政自体の改善をしなければならないものなど、いろいろなレベルがあり得る。この文面では医療機関内だけのシステム改善を考えているだけで、根本的改善につながらない勧告が出る可能性が大きい。

よい例が血管内に注入すべき薬物と胃管に注入すべき薬物を誤るというエラーだ。胃管にも点滴にも同じ注射器をつなげられるという構造が、繰り返し同じようなエラーを招き、そのたびに行方者が罰せられて終わって改善につながらなかった。メーカーが胃管には点滴につなげる注射器をつかえない構造にして、このような事故は消失した。

4. 氏名： 岩瀬 博太郎

---

5. 所属： 千葉大学大学院医学研究院法医学教室

---

6. 年齢： 4 (←ここに下記より対応する番号をご記入ください。)

- |          |        |                      |
|----------|--------|----------------------|
| 1. 20歳未満 | 2. 20代 | 3. 30代               |
| 4. 40代   | 5. 50代 | 6. 60代      7. 70歳以上 |

7. 職業： 9 (←ここに下記より対応する番号をご記入ください。)

<一般>

- |                          |                          |          |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 1. 会社員                   | 2. 自営業                   | 3. 報道関係者 |
| 4. 公務員 (医療・法曹・警察関係職種を除く) | 5. 学生                    |          |
| 6. 無職                    | 7. その他 (医療・法曹・警察関係職種を除く) |          |

<医療従事者>

- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 8. 医療機関管理者        | 9. 医師 (管理者を除く)       |
| 10. 歯科医師 (管理者を除く) | 11. 薬剤師      12. 看護師 |
| 13. その他医療従事者      |                      |

<法曹・警察関係職種>

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 14. 弁護士   | 15. 裁判官 | 16. 検察官         |
| 17. 法学部教員 | 18. 警察官 | 19. その他法曹・司法関係者 |

8. 医事紛争の経験： 1 (←ここに下記のいずれかの番号をご記入ください。)

1. 医療紛争の当事者になったことがある。
2. 医療紛争の当事者にはなっていないが身近で見聞きしたことがある。
3. 医療紛争の経験なし

(※以下ご意見を大綱案等の該当項目を明記した上で記入してください)

## 「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

大綱案についての意見は、第三次試案で提出した意見(別添)と基本的に変わらない。一方で、以下の点について、追加で意見を述べさせていただきたい。

- ・ この案は、現行の複雑な死因究明制度をさらに複雑化させ、しかも各省庁(警察庁、法務省、厚生労働省)の責任の所在をより不明瞭にする可能性があり、長期的視野から見て国民に利益があるとは考えにくい。
- ・ 大綱案第18条「死体の解剖及び保存」は、監察医制度の設置根拠とされる死体解剖保存法第8条や、食品衛生法第59条に類似している。類似している以上、これら既存法にもとづく制度が抱えている問題と類似の問題が発生すると予想される。
- ・ 大綱案第18条「死体の解剖及び保存」では、死体解剖保存法第8条や、食品衛生法第59条と同様、刑事訴訟法の解剖(司法解剖)を妨げないとある。これでは、警察が司法解剖を実施したい事例は無条件に司法解剖できる。しかも委員会が実施する解剖が、承諾解剖をベースとしている点は監察医制度や食品衛生法第59条で規定される解剖以上に弊害を発生させる可能性がある。大綱案第25条「警察への通知」では、標準的な医療から逸脱していることが疑われたり、隠ぺいなどの非行が疑われる事例は、委員会から直ちに警察へ通報されるとあるが、そのような場合で、遺族が解剖を拒む場合や、委員会が解剖に立ち会う医師の調整でまごつく場合は、必然的に司法解剖が選択されざるをえないだろう。現場医師に対しては、そうした可能性についても周知されるべきだと思われる。
- ・ 大綱案第18条「死体の解剖及び保存」は、解剖実施については「できる」規定となっているが、「解剖をしなくてもよい」と解釈可能である。この点も、死体解剖保存法第8条や食品衛生法第59条と同じである。死体解剖保存法第8条では「監察医のいる地域では、死因が不明な死体を解剖できる」としたばかりに、監察医制度のある地域、ない地域いずれでも、「死因が不明な死体があっても解剖しなくてよい」ということになり、犯罪や事故、流行病の見逃しが続出するようになった。死体解剖保存法第8条のために、この点に関する各省庁の責任の所在が不明確となっているとも考えられる。また、食品衛生法第59条での解剖も同様に「できる」規定であるが、食品添加物による中毒(たとえば農薬入りコーラ)や、ノロウィルス感染などでの死亡事例については、保健所で解剖をした事例は殆どないと聞く。これも、法律が、「できる」規定のためであろう。死亡事例について、保健所による調査・解剖が実施されないので、医師側には死亡事例を保健所に届け出義務があるとの認識さえなく、安易に病死として処理するのが習慣化されているように思われる。このように死体解剖保存法、食品衛生法いずれの法律についても、解剖が「できる」規定であるがゆえに、運営面では実際に「解剖しなくてよい」運営が固定化され、ひいては「届け出なくてもよい」という運営が定着してしまった。その結果、パロマのガス機器の事件のように、ある事件・事故が発生した場合、事態が悪化してから警察がやっと刑事事件化し、介入した上で、被疑者に対しては、