

をそこで吸収するつもりなのではありませんか。日本全体として国家公務員 30 万人以上、うちブロックごとに設置された地方局に 20 万人以上。中央のコントロールの行き届かないその経費・人件費が問題となっています。削減が取りざたされている今、さらに国家公務員を増やすつもりなのでしょうか。二重行政ではありませんか？地方分権に逆行していませんか？あるいは地方局に役職を与え、人員削減に抵抗しようとしているのでしょうか。

地方委員会は都道府県に設置して何の問題もないどころか、むしろ事故が発生した時の機動力を上げることができますし、調査チームとの連携を密にできます。

第 4 ですが、1 の②と③は〇〇大臣となっていますが、関係各大臣とすべきです。どちらも事実上同じ文面であり、

『地方委員会が医療事故調査を終えたあと作成した、当該医療事故死亡者等に関する報告書の分析及び評価を行なった結果に基づき、医療の安全の確保のため講ずべき措置について関係各大臣又は関係行政機関の長に対し勧告あるいは意見を述べること。』

とすべきです。

④についてはその権限に属させられた事項とだけ記載されていますが、それでは何のことか全くわかりません。拡大解釈が十分に可能です。明確に業務を規定すべきです。

⑤についても必要な調査及び研究は拡大解釈が可能です。税金の無駄遣いを防ぐためにはその範囲を明確に規定すべきです。

⑥についても普及及び啓発を名目に意味不明のイベントに税金を投入する危険があります。過去にそのような無駄遣いが指摘されたことがある以上、普及活動はここまで、啓発活動はここまでという規定が必要です。

⑦についてもその範囲を規定すべきです。

以上のように、おそらくこの条文は委員会を厚生労働省管轄下に置くことを念頭に置いていると思われませんが、どれだけでも解釈を拡大させて予算を食いつぶす権限を確保する内容となっています。

これらの業務を委託するという名目で財団法人や公益法人などを設立しての天下り先確保につながる可能性もあり、業務委託の禁止も規定すべきではないかと思います。

2 については①で医療事故調査を行なうこととされていますが、まず何より必要なことは 24 時間 365 日体制で医療事故の窓口となることです。事故が起こった時、悠長に構えていては真の原因究明はできません。素早く調査チームを派遣して対応し、サンプル採取、遺体の解剖ないし Ai が行なわれなければなりません。時間とともに証拠はどんどん消滅していきます。このためには各都道府県に地方委員会を設置すべきで、ブロックごとに一つ置いていく程度では調査報告の信頼性を損ねます。

②で調査を行なうための調査及び研究とは何でしょうか？そういう能力のある者が

メンバーとなるべきで、分析ならともかく、調査及び研究をしている場合ではありません。また複数の医療機関にまたがるような問題は中央委員会で扱うべき項目です。③についても付随する事務を処理する能力はすでに都道府県の方が適確に対応することが可能です。新たに組織を作るのは二重に組織を作ることになり、効率が悪くなります。

第6の組織についてですが、中央委員会には全国から医療事故が集められ、それを分析し、対応策を考え出さなければなりません。医療事故は年間で数百件以上発生しており、一チームだけで裁ききれぬ量ではありません。5-6人のチームが数チーム必要と思われ、さらにそれを統括して全医療機関に医療安全情報を流し、場合によっては省庁や大臣を相手に強制力を持って改善勧告を出す能力が求められるチームが必要です。

第7任命について委員の資質云々のことが書かれていますが、問題はそこにはありません。医療事故の多くで議論となるのはほとんどの場合において提供されるべき医療水準をどこに置くかという問題です。

際限なく医療費を使っていいのであれば、医療安全対策をどれだけでも執ることができ、しかし現実的には医療機関は余裕のある範囲での医療事故対策を取るしかなく、提供できる医療安全には限界があります。ところが今の医療裁判は最高の医療安全が確保されていて当たり前ということが前提で行なわれており、現実との間にすさまじいギャップが存在しています。

委員会でもおそらくそこが問題になるはずで、逆にそれが問題とならない事故は解決も速やかと思われ、

委員の資質より重要な「国家がどのレベルの医療（あるいは医療安全）を国民に保障しているのか」という議論がこの制度以前に必ず必要です。

第8の任期についてですが、この制度はボランティアを前提に考えられているのでしょうか？たった2年の任期で、しかも相当にストレスフルな職場で2年経過後の身分保障は一切なし。そんな委員になろうという人がいるのでしょうか？もしいるとすれば医師であれば現場から離れた閑職にある医師や医療安全を理解していない高齢の医師ぐらいではないでしょうか？

もし現場の医療安全をよく理解している医師を2年間の短期で採用したいのであれば、勤務歴を採用条件にした上で、相当に給与保障をしない限り希望者は現れないと思います。

第10によれば医療安全委員会は過半数の出席で会議は開かれる模様です。メンバーがそろって進めるべき検討をそろわない状況でも行なうと言っているわけで、検討がよい加減に行なわれることを容認しています。

さらに議決は過半数で行なわれるとされていますが、これは現在の裁判による断罪制度を踏襲するもので最悪です。ある人は判断ミスと判定、ある人はそういう判断もあり得るとした場合、現行裁判では多数決で有罪か無罪かが決定します。しかし考えてみると判断ミスではないという意見を出した少数派は同じミスを犯す危険をたまたま逃れてきただけで、運が悪ければ被告席に座っていたかも知れません。全員がどう考えても悪質と判断した場合を除けば、被告は医師の判断としてあり得る範囲内での判断をしたが、たまたま結果が悪かっただけとも言えます。

すなわち「医療事故の判定に多数決はなじまないのです。」

では、ほとんどが責任を負うべきでないという判定となってしまった場合に何が起こるかといえば、医療安全委員会の信頼性が揺らいでしまうということになります。そうなれば当然に被害者感情にとらわれた遺族は告訴によって刑事裁判を起こそうとすることでしょう。つまりこの制度は刑事裁判の抑制にはならないということです。逆に言えばこの第三次試案に基づく制度を運用するには刑事免責が絶対条件であるとも言えます。

第11事務局についてですが、さすがに不要とは思いません。しかし2にあるような内部組織を考える程の事務局は不要です。数人の事務担当がいれば事足りる話でこの条文は厚生労働省のポスト確保のために書かれたものです。しかも省令で定めるとしており、そこにどれだけ人材をつぎ込もうが自由自在ということになります。法案とするのであればもっと細かく、運用次第でどれだけでも変更できるようなこのような条文を作るべきではありません。

第12について原文を見ると

「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。」とあります。

責任追及が目的でなく・・・責任については委員会の専門的判断を尊重する・・・意味不明です。

きちんと条文として委員会が責任の有無を判断することを確定させているとんでもないしろものです。責任追及はしないとどうして書けないのでしょうか？

だいたい委員会は専門家である医師のみで構成されていません。法律家や医療を受ける側の立場のものとなっています。加えて判断は多数決です。本当の専門家たる医師が全員責任を負うべきでないとしても多数決で負ければ専門家的判断として有責とされてしまいます。これを回避するためには最初から刑事免責されていて刑事責任は問えないという前提で議論がなされるべきです。

2では医療事故調査は実施要領に基づいて行なうとありますが、その実施要領は極めて重要な事項です。運用次第でとてつもない悪法へ変貌することも可能です。しかも国会での議論のいらぬ運用ですからそれは厚生労働省の胸先三寸でどうにでもなるという性質のものです。国家の医療を左右し、一人の医師の人生を左右する重要な

事項を運用で左右されることがあってはなりません。

第 13 について中央及び地方委員会が忌避すべき人材には厚生労働省官僚経験者も挙げる必要があります。

なぜなら医療安全を脅かす医療環境を作ってきた張本人が厚生労働省なのですから、厚生労働省にはしかるべき勧告、指導、是正措置が要求されることは十分にあり得ます。ところがもしこの中に厚生労働省の経験者が入るようなことがあれば、厚生労働省に対する改善勧告が一切できなくなる可能性があります。同様、その他の関連する省庁の官僚経験者は例えそれが事務局であっても入れるべきではありません。

第 14 について届け出先が大臣では初期調査が大幅に遅れる懸念があります。地方委員会を届け出先とし、地方委員会がきちんとまとめた上で大臣にあげるべきではないでしょうか？ そうしなければ大臣も何が起こったのか把握ができず、報道も混乱します。

第 15 についても同様で、遺族の届け先は地方委員会であるべきです。

この条文についてはこれまで地方委員会としか記述されていなかったものが、地方〇〇局とされています。もうこれが地方厚生局を指すことは明らかであり、なし崩し的に官僚ポストを既成事実化しようという意図が見えています。

第 16 について「直ちに」の時期が不明です。通常直ちにというのは短時間のうちにということを目指しますが、この法案ではどの時期のことを指すのでしょうか？ 九州を例に取れば長崎や鹿児島ではすぐに行ける距離ではない離島を抱えています。沖縄に至っては本土そのものが離島です。どのようにアクセスするつもりなのでしょう？ 翌日は直ちにではないと思いますがいかがでしょうか？ 九州厚生局に地方委員会を置くだけで大丈夫なのでしょう？

第 17 について 1 で処分という用語を使用していますが、法律上はともかく日常用語としては悪いことをした人が受ける罰という意味合いが強く、しかも場合によっては死刑を指すこともあることから犯罪者扱いされているようで極めて不快です。変更を求めます。

関係物件には医療事故死等に関係のある物件を含んでいます。これはこれまで院内の事故調査関係資料は個人のメモであり、診療録にあらず、保存義務がないとされてきた流れに大きく逆行するもので、この法案成立後はまともな院内事故調査は一切行えなくなります。この法案は事故の真相究明より処罰を優先し、不利益処分を与える代わりに黙秘権を認める法案であるからです。

ところが黙秘権は認めるという厚生労働省の説明にもかかわらず、一方で病院には院内医療安全委員会の設置が義務づけられ、事故対策が政策として行なわれており、そ

ここに欠かせないのは責任を問わない代わりに真実の告白を求めることになっており、この法案と大きく矛盾しています。厚生労働省は院内事故調査委員会がいい加減なものでも良いとっているかのようです。

2では地方委員会は委員ならともかく、事務局に処分をさせることができるとしていますが、必要がある時とはどういう時でしょうか？事務局が処分というのは出しゃばりすぎではないでしょうか？事務局は事務作業に徹するべきで、委員会の議論からは外れているはずで。

第18について1はともかく2はどういうことでしょうか？優先すべきは刑事訴訟法であるといわんばかりの条文であり、この法案の刑事訴訟を減らすという存在意義を大きく損なうものと考えます。事件性が強く疑われるというなら理解できますが、通常の医療事故ではこの条文は不要ですし、そもそも事件性が疑われる場合にはこの法案を適用すべき事例から外れます。

第19 委託できる事務について、必要があると認める時には調査又は研究の実施に関する事務の一部を・・・とありますが、これは極めてあいまいな条文であり、事務の範囲、その中で委託できる範囲が全く規定されていないに等しいものと考えます。もっと明確に誰もが納得できる条文とすべきです。

第20について、これが一つの大きな地方厚生局に地方委員会を置いた場合の弊害ではないでしょうか？もしこれが都道府県ごとの設置であれば、極めて綿密にかつ迅速に意思の疎通が可能です。二重行政になるだけであり、医療行政に地方厚生局は不要です。

第21 は了解

第22 についてはこれまでに起こった問題として、遺族は言いたい放題に自分の意見を報道機関に述べ、医療機関にはプライバシーを理由に一切反論させなかった問題が存在します。それ故に世論が遺族への同情論一色になり、医療裁判で医療機関側が極めて不利な状況に追い込まれたりしました。おそらく地方委員会の調査報告書の公表に際しては遺族のプライバシーに配慮して行なうことになることではあると思いますが、もし遺族が報道に医療機関や自らを実名のまま言い分を述べる、又は報告書の全部あるいは自分の言い分に合致するところだけを公表することがあれば、プライバシーの放棄と見なし、医療機関側の守秘義務を解除すべきであると考えます。

第23 について中央委員会が関係各大臣に勧告できることはよいことです。しかしそれは一省庁の大臣であるべきではありません。〇〇大臣と一大臣を指定するかのよう

る権限が必要です。加えて第 24 にある関係行政機関の長に対しても同様の権限を必要とします。

第 25 の①についてはただの殺人事件であり、警察が関与するのは当然で、医療側としてもこのようなケースで刑事免責を主張している人はまずいません。これはこの法案ではなく、刑法で裁かれるべき問題です。

②では標準的な医療から著しく逸脱という言葉で第三次試案の重大な過失という言葉が消しましたが、これでも極めてあいまいです。個人個人に行なう医療には大きく差があるのに「標準的な医療」とは何でしょう？また「著しく」に結果の重大性が含まれない保証はありません。

何が何でも過失に無理矢理刑事責任を問おうとするからこのようなあやふやな条文になるのです。すっきりと「故意が否定できない医療事故」とすれば極めて明確です。このような場合に一旦警察に委ね、故意性を問うて、事件に故意がないと判断された場合には警察は手を引く、こうすれば例え医療現場に警察が踏み込んでも医療側から不満は出ません。

では故意でない場合にどうかといえば、故意でない事故は純然たる過失事故です。これまででも多くのパブリックコメントで述べられてきましたが、過失を起こした当事者に刑罰を科しても再発防止の観点からは全く改善はなされません。本人はともかく、別の人が別の時に別の場所で同じような過失を犯します。本人にしてもその事件でのミスについては反省できますが、医療従事者は誰もがミスをしないうに心がけていて、それでもミスは起こっているのです。ミスの反省に再発防止効果はありません。むしろ過失罪の存在がミスの隠蔽を招きシステムエラーの存在をあやふやにして事態を悪化させているとも言えます。

そもそもなぜ現在のような医療訴訟問題が生じてきたかという根本を突き詰めれば、国民にありえない安全安心神話の甘言を弄し続け、標準的な医療として国家が国民に保障する医療水準を全く議論してこなかった国家に責任があります。各分野にクレーマーやモンスター・・・と表現されるような苦情を訴える人がみられてきていますが、これらの人もリスクと負担を無視した考え方をするからこそその存在です。何であれリスクは付き物なのですが、それを徹底的に避けるにはそれなりの高負担が必要なのです。もちろん医療も例外ではありません。リスクを国民に納得させることができれば医療費は安く済みます。逆に安全安心を追求すれば医療費は高騰します。ところがこれまで国はあたかも安全安心が当たり前を実現するかのよう国民に伝え、その一方で医療機関にその負担を押しつけ、医療費を削減してきた結果、医療機関は限界を超えてしまっています。今の医療費ではこれ以上の安全安心な医療などあり得ません。国家としてリスクマネジメントに失敗しているのです。

今なすべきは、国家として無理なことは無理と、現在の医療費負担での安全安心の限界を国民に伝え、かつ事故防止の基本に立ち返り、過失を起こした者を責めることなく真実を語らせることで事故原因を徹底究明し、システムエラーをつぶし、再発防止