

に必要な費用を必要経費と認めて国民に医療費を負担させることこそが真の解決策なのです。

③については証拠隠滅、偽造、変造は犯罪です。刑法で裁かれるべき問題でこの法案とは関係ありません。リピーターについては行政処分に対応すべきであり、刑法で裁くべき問題ではありません。

第 26 大臣権限を地方局に委任させる大綱になっています。

目の行き届きにくい地方局に大臣権限を委ねればどれだけとんでもないことになるか、現在の地方局の現状を見れば明らかです。むしろこの権限は都道府県に委任することができるようにすべきです。

第 27 繰り返しますが、この法案は極めて重要であり、運用で容易に変更していくような性質のものではありません。別に定めるのでなしにこの法案できっちりと定めるべきです。

第 28 第 29 は了解

第 30 について第 17 でも問題になりました、不利益処分を科す代わりに黙秘権は認めるという厚生労働省の見解自体が事故防止の観点で極めて非常識ではありますが、ここでは事実上黙秘権すら保証されないような罰則が設けられています。少なくとも答えなくともよいという黙秘権を保証する条文は一切ありません。

黙秘が困難な診療報酬制度に加え、虚偽に対する罰則、しかも自分しか知らない証拠書類の提出まで義務づけられています。これが自白の強要でなくて何でしょうか？これは事実上の憲法違反であると考えます。

しかも責任追及を目的としないというこの法案の存在意義を根底から覆すとんでもない条文です。絶対に同意できません。

第 31 は刑事処分でしょうか、行政処分として行なうもののでしょうか。そして法人代表者が違反を行なった時には二重処罰をするということになり、これもまた憲法違反と考えます。

第 32 の (1) では家族への「適切な説明」が義務づけられますが、これが調査報告書と食い違う可能性が否定できません。見解の相違ということはよくある話です。そうなった場合は最も大切な目的の一つであろう家族の納得が得られません。すなわち医療者と遺族の間の信頼関係を壊す危険が多大であると考えられます。

(2) の 4 の届け出先は前述のように都道府県に設置された地方委員会であるべきです。

(2) の 5 について口頭で「これは届け出るべきかなあ？」「このケースはいいんじ

やない」ととても協議と言えないレベルの会話が交わされることは十分にあると思われ、このような明確な報告でない場合記録を残さない可能性が十分に考えられますが、そもそも認識しなかったケースは無罪で、少し疑問を持ったら有罪というのはあまりにも差が大きいのではないかと思います。

(4)の1で医療事故死に該当するかどうかの基準は大臣があとで定めるとしていることについて、その基準はこの法案の根幹をなすべき所であり、それ抜きでこの法案を大綱化することには意味がないのではないかと思います。

(4)の2について、大臣が行動を起こすことを委員会が引き留めることができるようになっていきます。ここの文面は「聴かなければならない」ではなく、「聴くことができる」とすべきです。

第33、第34はこれまでの主張のように追加する文章としては

「ただし当該死体あるいは死産児の死因が故意によらない医療事故であることが明らかかな場合にはその限りではない」とすべきです。

第37はこのような医療界の反発が根強い問題ある法案については5年という長期間での見直しではなく、1年毎の見直しが必要です。

4. 氏名 :

5. 所属 : McGill大学 Occupational Health研究室

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 : 5&6

(←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 : 3

(←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

カナダで専業主婦ときどき大学院生をしております。

第3案の際にも、このような機会を与えてくださって感謝しておりましたが、こうやってまた、意見を募っていただき、その点については深く感謝しております。

ただし、今回の大綱案、やはり反対です。反対の理由は以下のとおりです。

1. 医療事故の予防より、処罰を重視する厚生労働省の方針は、医療にとってマイナスであり、萎縮医療と医療崩壊の両方をもたらす
2. 業務上過失は適用すべきでない

おそらく、似たような意見は医療従事者側から出されることと存じますので、私はもう一つ別の点を上げさせていただきます。

非常に失礼な表現であり、いささか穿った見方かもしれませんが、

3. 今回の大綱案、読めば読む程、厚生労働省の皆さまのポストを確保するための策としか思えない

「地方委員会」とだけ書いてありますが、「地方〇〇局にある地方委員会」とはすなわち、「地方厚生局」への設置のことなのではないですか？

しかも大臣権限は「地方〇〇局長へ委任できる」とは、地方〇〇局に就任後は、厚生労働省の官僚の皆様が、好きにやれるということでもありますよね？

厚生労働省の皆様は、ご自身のポストを確保することと引き換えに、日本の医療を崩壊させたいのでしょうか？

カナダに住んでいつも思うのは日本の医療の充実ぶりです。これは、日本国籍を有する私にとってささやかな誇りでもあります。しかし、今回の大綱案を拝読致します限り、医療事故の遺族の報復感情を利用して、真実の究明の名の下に刑事責任を追及し、医療従事者に刑罰を下すことを目的にしたポストを新たにつくりだそうとしているようにみえてしまうのです。

願わくは、この穿った見方が誤解でありますように。

4. 氏名：

5. 所属：

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：7 (←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

私は、医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案に反対です。

私は、自分や家族が受けた医療の中で、医療というものは本質的にたいへん不確実性をはらんだものであるということがよく理解できました。最近の医療裁判を見ると、その不確実性があたかもないかのような判決が多々あるので、驚いています。

現実の医療は、医療スタッフの人的条件、その土地の医療機関の設備・連携・病床の埋まり具合などの環境的条件、また、患者さん個人の年齢、生活習慣や体質、持病などの個別の条件に左右されるものだと考えます。ゆえに、第25 2にある「標準的な医療」は定義が非常に難しいのではないかと危惧します。

第21にご遺族が委員会において意見を述べる機会を与えられておりますが、すべてのご遺族が医学・統計学・人間工学など問題の理解を助ける知識を持っているわけではありませんし、現地の医療事情すべてを把握しているわけでもなく、経緯を記録していなければ不確実である記憶と自らの感情の吐露のみに終わることが容易に推察されます。そのようなケースのほうが絶対数では多いのではないのでしょうか。医療事故の防止という目的に、あまり沿わない作業であるように思います。

ご遺族の納得には、事故であるにとらえていた自己の認識を訂正するような辛い作業も生じます。「本当のことを知りたい」のであれば、医療に関する知識を深めていただく必要もありますが、これを第32(1)で対応するとなると、莫大な時間がかかることが確実だと思います。現行の医療システムで対応するとなると、システムそのものが崩壊するのではないのでしょうか。

乱暴な話ですが、もし仮に、日本で著しく医療過誤が発生し、改善もなされていないのであれば、寿命も健康寿命も世界の中で低い順位になるはずです。そうでないなら、それほど現行体制で他の国に遜色がないということになると考えます。そもそも目的が医療事故の防止であるなら、医療安全調査委員会の存在そのものが必要であるのか、疑問です。

また、以下のインターネット上の記事 MRIC: 臨時 vol88 「医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」に対する意見

http://mric.tanaka.md/2008/07/04/_vol_88.html

に同意するものです。以下引用です。

井上 清成(弁護士)

1 第3次試案や第2次試案と同一

第3次試案と第2次試案は、表現こそ変化しているが、その内容において同一である。既にそれぞれの試案に対する意見として提出しているとおりの、賛同しえない。この大綱案も第3次試案の法案化に過ぎず、法技術的にいくつかの修正を加えただけのものである。よって、この大綱案に対しても、賛同しえない。

2 大綱案の法技術的な難点

民主党が公表した患者支援法案と比較検討すると、この大綱案には次のとおりの法技術的な難点が存すると思う。

- 1) 医師法21条の拡大強化
- 2) 医師の黙秘権の剥奪
- 3) 行政処分権限の拡大強化
- 4) 現行の業務上過失致死罪の追認
- 5) 医療の行為規範化

3 医師法21条の拡大強化

(1) コロンブスの卵

民主党案によれば、医師法21条全部を削除することとなっている。これは「コロンブスの卵」であろう。今までは、医師法21条自体は存続することを大前提として、いかにして医療事故死を除外するかばかりに腐心していた。しかし、そもそも、殺人による死亡など一般の異状死に医師が接した場合に、その警察への届出を刑罰をもって強制することには、現代において何ら合理性がない。つまり、応招義務(医師法19条)などと同じく、医師の倫理に任せれば十分であり、刑罰によって担保する医師法21条自体が廃止されるべきであろう。

(2) 大綱案の逆行性

これに反し、大綱案はむしろ実質的に医師法21条を拡大強化してしまった。

医師法21条の脅威の除去という当初の目標に逆行してしまっている。

(3) 「届出をしない」場合にどうなるのか？

医師法21条最大の問題点は、「届出をしない」と医師法21条違反で逮捕されたり処罰されたりすることであった。担当医が合併症などで問題はないと考え「届出をしなかったらどうなるのか？」こそが議論されるべき設定状況である。

大綱案(第33)によれば、検案医が病院管理者への医療事故死の報告をしなかったとすると、まず、医師法21条本文により、従前と同じく処罰されてしまう。そして、それのみにとどまらない。大臣より届出命令が下され、体制整備命令も下される(第32(5)1)。届出命令および体制整備命令に従わないと、やはり刑罰により処罰されてしまう。(第32(9)1)。報告義務違反の刑罰もある(第32(9)2)。

(4) 二重の処罰

現行は、医師法21条に違反しても、まさに医師法21条違反というだけであった。ところが、大綱案に

なると、医師法 21 条違反の逮捕・処罰は従前通りで、さらに、届出命令違反・体制整備命令違反・報告義務違反という刑罰も加わってしまう。これは今までの単独処罰を二重処罰に拡大強化するものであって、不当である。

4 医師の黙秘権の剥奪

(1) 憲法 38 条の黙秘権保障

医師法 21 条での届出に引き続き犯罪捜査においてすら、憲法 38 条に基づき、医師の黙秘権は絶対的なものとして保障されていた。具体的には、質問に対して回答を拒否できることと、質問に対して虚偽の回答をしても処罰されないことである。ところが、大綱案は、これらの絶対的な黙秘権保障を、実質的に剥奪してしまう。

(2) 虚偽回答への処罰

犯罪捜査において警察官に対し虚偽の報告・陳述その他の回答をしても、容疑者たる医師は何らの法的責任を負わない。ところが、地方委員会の医療事故調査においては、その報告徴求・質問に対して虚偽の報告や陳述をすると、直ちに刑罰によって処罰されてしまう(第 17 の 1 1-3、第 30 1-3)。これは、現行法には存在せず、大綱案によって初めて導入された刑罰である。

(3) 質問回答拒否への行政処分

地方委員会の医療事故における報告拒否や質問回答拒否に対して、大綱案は表面上は刑罰を課していない。この一事をもって、強制ではないと評したいようではある。

しかし、報告拒否や質問回答拒否は、実際は、別個の行政処分の存在によって、封じられてしまった。大臣の届出命令・体制整備命令・報告命令・改善命令とその裏付けとしての刑罰がそれである(第 32(5)の 2・ 2、(6)、(9)の 1・ 2)。

(4) 黙秘権剥奪

医療事故調査における虚偽回答の処罰、大臣の行政処分による回答拒否の実質的制圧は、医師の黙秘権を実質的に剥奪するものと評しえよう。憲法 38 条の黙秘権保障を潜脱するものとして、不当である。

5 行政処分権限の拡大強化

そもそも、医療事故調査委員会の議論は、医師法 21 条の脅威を除去すべく、警察への届出から中立的第三者機関への届出へと改めるべく始まった。これが当初の目標であったはずである。犯罪捜査の脅威を縮減することが第 1 の目的であった。

しかるに、その結果は、行政処分権限の拡大強化ばかりが目立っている。大綱案では、網羅的な医療事故情報収集システムの整備と、新たな行政処分権限の創設とが突出してしまった。第 32 の「医療法の一部改正」は、そのことばかりである。

今、重要なのは、医療安全のための医療現場からの提案・改善システムの構築であって、行政庁の権限強化ではない。行政改革の国家基本方針にも反する方向性であろう。

医療安全調査委員会の議論に行政処分権限の拡大強化を紛れ込ませるべきではない。大綱案による大臣の届出命令、体制整備命令、報告命令、改善命令等の創設は、不当である。