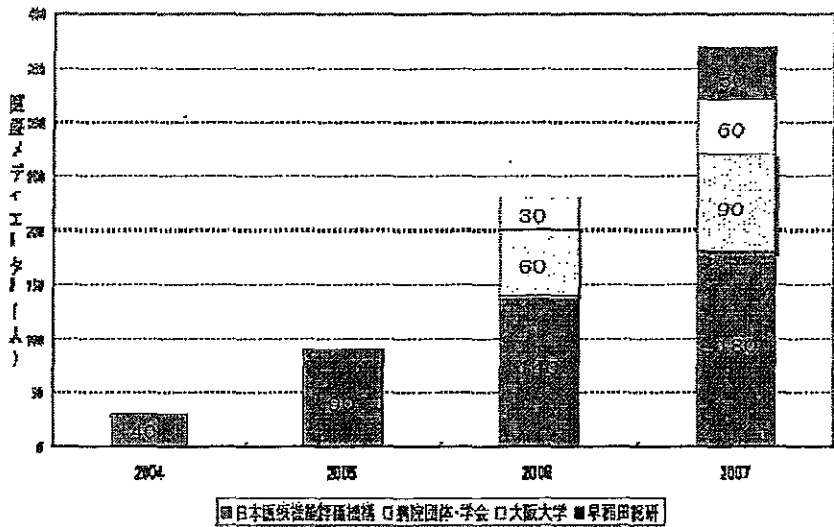


図 94 医療メディーター養成の現状



【和田仁孝氏提供¹⁰⁾】

医療崩壊の現状分析と対策に関する考察 <http://kousatsu.umin.jp/>

【行政処分】

(22) 届出範囲に該当すると医療機関の管理者が判断したにもかかわらず故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合や、管理者に報告が行われなかった等の医療機関内の体制に不備があったために届出が行われなかった場合には、医療機関の管理者に、まずは届け出るべき事例が適切に届け出られる体制を整備すること等を命令する行政処分を科すこととする。このように、届出義務違反については、医師法第21条のように直接刑事罰が適用される仕組みではない。

(27)⑤ 地方委員会(調査チームを含む。以下同じ。)には、医療機関への立入検査や診療録等の提出命令、医療従事者等の関係者からの聞き取り調査等を行う権限を付与する。

(47) 地方委員会では、医療の安全の観点からの調査が実施されることから、医療事故に対する行政処分は、医療の安全の向上を目的とし、地方委員会の調査結果を参考に、システムエラーの改善に重点を置いたものとする。

(48) 具体的には、以下のとおりとする。

① システムエラーの改善の観点から医療機関に対する処分を医療法に創設する。具体的には、医療機関に対し、医療の安全を確保するための体制整備に関する計画書の提出を命じ、再発防止策を講ずるよう求める。これにより、個人に対する行政処分については抑制することとする。

② 医師法や保健師助産師看護師法等に基づく医療従事者個人に対する処分は、医道審議会の意見を聴いて厚生労働大臣が実施している。医療事故がシステムエラーだけでなく個人の注意義務違反等も原因として発生していると認められ、医療機関からの医療の安全を確保するための体制整備に関する計画書の提出等では不十分な場合に限っては、個人に対する処分が必要となる場合もある。その際は、業務の

停止を伴う処分よりも、再教育を重視した方向で実施する。

(49) なお、医療事故に対する行政処分については、医療従事者の注意義務違反の程度その他、医療機関の管理体制、医療体制、他の医療従事者における注意義務の程度等を踏まえて判断する。このため、医道審議会における審議については、見直しを行う。

- ・ 「まずは・・・体制を整備する・・・行政処分を科す」とあるが、次はどんな行政処分を科すのか書かれていない。曖昧な届出範囲に該当するか否かは、法令を運用する者(厚労省等)が事後的に決めるのであるから、法令を運用する者の個別判断次第で、このようなケースが頻発することも十分考えられる。
- ・ 医療法に、管理者に対する新たな行政処分を設けようとしているが、既に存在する行政処分について、十分説明すべきである。例えば、現状において既に次のような行政処分権限が存在する。
 - 健康保険法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る
社会保険事務局が保険医・保険医療機関・保険薬剤師・保険薬局の指定・取消の権限をもつ
 - 医療法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る(医療監視員)
都道府県が医療機関の開設・休止・廃止、増員命令、医療機関の業務停止命令、施設使用制限命令、管理者の変更命令の権限をもつ。
医政局指導課は特定医療機関に関してのみ権限をもつ
 - 医師法
医政局医事課が医師免許取消・医師の業務停止命令の権限をもつ
- ・ 医療法に基づく医療機関に対する処分権限は都道府県がもっているが(地方分権の流れになる前から、歴史的にも医療は県の行政)、重複して国が処分権限を持たなければならない理由は何か。国に新たな権限を創設するのではなく、県に任せるのが筋ではないか。ひとつの事案について、医療機関に対する処分と、医師(主治医等)への処分とが、両方発動される(厚労省が暴走する・単に処分が二重になるだけ)危険性が高い。
- ・ 現に、厚労省は、保険医取り消しの行政処分と、医業停止の行政処分を二重に行っている。医療機関や管理者に対する行政処分権限を創設すれば、医師(主治医等)に対する行政処分がなくなるわけではない。従って、「個人に対する行政処分については抑制する」制度上の担保は存在しない。
- ・ 個人の注意義務違反に関する判断は、医学的判断ではなく、法的判断である。「委員会の調査結果」に、このような判断が含まれるのであれば、この委員会は責任追及のための機関であるといえる。
- ・ 国が実施する再教育制度は、法制度上、明確な「不利益処分」であり、これを拡大・強化することは、国家による「ペナルティ」強化であり、萎縮医療につながる。現場の医師達が指摘している「再教育」、つまり、ある医師の将来のためを思い、その医師が診療

する患者のためを思い、その専門性・地域性・診療内容に対応した「研修」「教育」とは、明らかに異質のものである。専門性・地域性・診療内容を考慮して、再教育の内容をひとりひとり個別に組むことは、医療の素人である役人には不可能である。もし本当に、目的が「ペナルティ」ではなく、「教育」であるならば、法律上の「不利益処分(ペナルティ)」である再教育制度とは、明確に切り離す必要がある。本当の「教育」は、現場の医師達が主導で、各専門分野、各職場で行う以外に実現方法はない。病院長のリーダーシップや現場の専門家間の評価(Peer Review)をいかにうまく機能させていくか、各地で活発な議論が始まっている。

平成20年4月30日

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

北海道保険医会
会長 小谷俊一

1) 医療安全調査委員会の設置場所について

医療安全調査委員会の設置場所について、試案では「今後更に検討する」としているが、厚生労働省内に設置することは行政処分の権限と調査権限が一緒となり、独立性、公平性を損なうものであり、反対である。

2) 届出義務の範囲と医師法 21 条に関して

試案では医師法 21 条が残り、改定されることが明記された。もともと医師法 21 条は異常死など事件性のある死亡に対して警察に届け出ることになっていた。その後は届出規定が拡大解釈され、診療に関連した医療事故死も含めて警察に届け出のような運用がなされている。今回の医療安全調査委員会への届出義務の範囲については、医師法 21 条の異常死による届出義務を区分及び整理し、届出義務の範囲をより明確に記載すべきである。

3) 第 3 次試案と刑法等の整合性について

試案では、遺族が警察に相談した場合には「警察は委員会による調査を勧めることになる」、告訴した場合は「委員会の専門的な判断を尊重し、委員会の調査の結果や委員会からの通知の有無を十分に踏まえて対応する」としているが、実際に遺族が告訴した場合に、現状の法律のままでは警察は捜査せざるを得ないのではないか。今回の試案の内容は希望的観測のみで、試案に掲載されている内容が担保される保証が明確にされていない。関連してくる法律（刑法等）を精査し、試案との整合性を検証して、その結果を試案に盛り込むべきである。

4) 捜査機関への通知におけるに重大過失について

医療安全調査委員会が警察に通知する場合において、故意や重大な過失があった時に刑事手続きが開始されることになった。その際の「重大な過失」の定義を試案では「標準的な医療行為から著しく逸脱した医療であると調査委員会が認めるもの」と表現されているが、重大な過失の内容が曖昧であるので、更に具体的に明記すべきである。

5) 調査報告書について

試案では、地方委員会の調査チームが医療機関への立入検査や診療録等の提出命令、医療従事者等の関係者からの聞き取り調査等を行う権限を与えられ、併せて個人情報等の保護に配慮しつつ、公表するとしている。しかし、公表は当事者が刑事被告人になった場合の黙秘権を侵害することにはならないか。調査報告書は裁判上、証拠能力があるかどうかも明記されておらず、司法捜査機関への調査報告書使用を認めるべきではない。

6) 第3次試案に対する厚生労働省と警察庁・法務省との説明の齟齬について

今回の試案に関して、「厚生労働省によると、警察庁や法務省などからは第3次試案の公表について了解する旨の覚え書きを得ている」と報道されている。しかし、4月22日の衆議院決算行政監視委員会において、橋本岳議員の「厚生労働省は警察庁・法務省との間でどの程度まですり合わせをしているか」の質問に対し、警察庁(米田刑事局長)は「特段、警察庁と厚生労働省との間で交わした文書はございません」、法務省(大野刑事局長)は「ただいま文書というようなご指摘がありましたけれど、そのような文書を交わしたという事実はございません」と答弁するなど、厚生労働省と警察庁・法務省の説明に食い違いが生じている。厚生労働省は早急に警察庁と法務省の間で試案の内容を確認し、その結果を試案に盛り込むべきである。

平成20年 5月 日

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案—第三次試案—」に対する意見について

東京女子医大病院患者連絡会
会長 東 成志

私たち東京女子医大病院患者連絡会（旧 被害者連絡会）は、裁判によらない医療事故の紛争処理を、病院と共同でこれまで8例行ないました。この経験を基に、「医療安全調査委員会」の設立に向けた意見を提出させていただきます。

私たちは、ADRの試みを始める前に、その手法について相当な議論がありました。始めてからも問題点が多々あり、試行錯誤の末、ようやく解決に至ったことも事実であります。私たちの経験上、このような方法を採用するにあたって絶対必要なことは、『中立・公正な委員会による真実の究明と対策』だと考えております。この観点から当委員会の早期設立を強く望んでおります。

現在、医療者と患者の不幸な事態を回避する為、この最も重要なことを行なう医療安全調査委員会の設立に向けて審議がなされているわけですが、医療事故被害者側が強く望んでいる医療安全調査委員会ですので、早期設立を大前提とする議論をしていただきたいと願っております。一刻も早く設立されることが、医療の信頼回復につながり、また真実を求める患者側の願いを叶えることとなり、医療者と患者の不幸な事態を修復する手段だと思えます。

尚、当委員会設立に向けた第3次試案は、第2次試案と比較して医療側に大幅譲歩した内容になっていると思えます。これはすでに、患者側として譲歩できる限界を超えているものと言えるのかも知れません。一方で医療者と患者の不幸な現状を放置できず、早急に法制化し、実施に移す必要があると考え、当委員会設立に向けた、患者側の大幅譲歩もやむを得ないのではとも思えます。しかし、一部の医療者側からの要求に対し、今後更なる譲歩を強いられるような状況が発生したならば、今回の法制化を諦め、現状をこのまま継続せざるを得ないのではと考えます。そのような場合になった場合は、一部の当案反対を表明している医療者が選択した道であり、医療側の責任であることをご認識いただきたいと考えております。それでも私たちは委員会の設立を強く望んでおります。

平成20年4月25日

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方に関する試案－第三次試案－」に対する意見について

法人・団体名 社団法人日本麻酔科学会
代表者の役職・氏名 理事長 並木 昭義

「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止等の在り方」は、医療従事者・患者遺族を含めた国民にとって重大な問題です。

日本麻酔科学会としてもこの問題を大きくとらえ、検討するためのワーキンググループを設立し議論を重ねてまいりました。そして、ワーキンググループからの答申を受け、常務理事会、理事会で協議し、理事会全会一致で以下の結論に至りました。

日本麻酔科学会は、第二次試案に対していくつかの問題点の指摘と提案をさせていただきました。この度改訂されました厚生労働省の第三次試案は、これまでの試案に対しての医療関係者からの批判に応え、医療関係者の懸念を取り除く表現や配慮がみられます。

第三次試案の主旨が、「原因究明と再発防止にある」という点や「その目的成のために中立的な第三者機関を設ける」という点には賛同の意を表します。そして、その主旨に沿った「医療安全調査委員会(仮称)」の設立は、患者遺族側だけでなく医療者側にとっても望ましく、異論のないところです。また厚生労働省が、その実現に向かってさまざまに検討を重ねてきていただいていることに対し、敬意を表します。

しかしながら、第三次試案を詳細に検討してみますと、このまま法律で規定するには余りに不透明な部分、あいまいな点、制度や法的な裏づけのない事項が存在します。現時点で、この試案に対しこのままの形では賛同をすることができず、今後さらに議論を重ねる必要があると考えます。

幸い、パブリックコメントという、各分野からの意見表明を募集しておられます。医療の安全には特段の関心を寄せてきた日本麻酔科学会として、その意見を表明することが、国民にとってよりよい制度の確立に向けて有意義なものと考えます。私たちは医療を施す立場であると同時に、常に医療を受ける患者となる立場でもあります。私たちに課せられた責任は、私たちの後輩が安心して診療に携われるようにすることであり、それが患者さん、国民にとって望ましい医療体制の提供につながると考えます。

以下に再度検討して頂きたい事項をまとめます。

検討事項

1. 医師法 21 条に関する点 : 段落番号(19)他
2. 医療関係者の責任追及に関する点 : 段落番号 (7)
3. 届出に関する点 : 段落番号(16)以降
4. 重大な過失に関する点 : 段落番号(40)
5. 医療安全調査委員会(仮称)の設置場所に関する点 : 段落番号(8)

1. 医師法 21 条に関する点

第三次試案の 3 ページ (19) で、医師法 21 条の改正に言及しています。

医師法 21 条の元来の趣旨は、犯罪に対し、捜査機関が迅速に対処するためのものであり、犯罪の発見の手がかりとして有用なため、明治時代から存続しています。現在問題になっているのは、本来の趣旨や目的から外れて、拡大解釈され、医療関連死にも当てはめられてしまっているため、現場の混乱を招いているものです。その流れの契機となったのが法医学会ガイドライン(1994年)、外科学会ガイドライン (2002 年)、厚生労働省からの指示やガイドラインなどであり、これらのガイドラインを撤回すべきと考えます。しかし現行法の改正、ガイドラインの見直し等には時間がかかり、とくに現行法の改正には改めて国会の議決を要することから、今回第三次試案に見られる厚生労働省案を基に提出されようとしている法案の内容を十分検討し、国民に不利益をもたらすことがないようにすべきであると考えます。

この混乱を解消するために麻酔科学会としては、医師法 21 条に第 2 項を設け、医療関連死は安全調査委員会に届け出ること、を明記する案を提唱いたします。

2. 医療関係者の責任追及に関する点

第三次試案(平成 20 年 4 月)の 2 ページに (7)「委員会は、医療関係者の責任追及を目的としたものではない。」とありますが、元来、厚生労働省には、責任追求の権限はありません。責任追及は、警察、検察、および裁判所の業務です。第三次試案の文面には、警察や検察との議論や協議の結果、警察や検察から医療関係者の責任を追求しないという裏づけは、書かれてはおりません。委員会の結論が刑事訴訟、民事訴訟、行政処分につながる可能性は否定できないこととなります。

本日に委員会が責任追及を目的としない組織とするために、安全委員会の委員の守秘義務を明記すべきです。そして刑事訴訟法との関係(証言拒否権、押収拒否権や、民事訴訟法の証言拒否権、文書提出命令拒否権など)を明確にすべきです。

3. 届出に関する点

第二次試案では医療事故調査委員会に対する届出の主体が医療機関からに限定されていましたが、第三次試案では患者遺族側からも届出が可能になりました。この点は、調査委員会の中立性の面からも、患者遺族側に対する配慮の面からも、また、医療者側にとっても望ましいことであると考えます。しかし、届出に関する問題として、届出数が非常に多くなった場合に、迅速適正に調査委員会が機能できるかという疑問がでてきます。