

**「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（中間まとめ）
（個人分原文）**

平成20年5月
厚生労働省

（注）

1. 平成20年4月4日から平成20年5月16日までに提出のあった意見を中間まとめとして公表します。
2. 公表・非公表の希望を問わず、意見ごとに整理番号をページ右上に付しています。
3. 全て非公表の意見は添付しておりません。

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： (※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： (※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： (※下記より対応する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 |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

重大な過失の定義について、標準的な医療行為から著しく逸脱した行為とありますが、「標準的な医療行為」の定義自体がない疾患も多く、また併発症が多い場合は、一つ一つの疾患についての標準的な医療行為自体が他の併発した疾患に対しては著しく逸脱した医療行為だったりする場合もあり、どのように判断するのか想像もつきません。

またそれまで禁忌だった薬が特効薬になることもあり、また「標準的な医療行為」とされていた治療法が、数年後には有害なことがわかって誰もやらなくなるような治療法もあります。

医師からすれば、「標準的な医療行為」という定義自体が机上の空論で存在しないものであり、よって「重大な過失」自体を決めることは不可能だと思われま

す。刑事告訴については故意のみにすべきと考えますし、故意犯の場合は現行の殺人罪や傷害罪が適応されると考えます。そうすると刑事告訴そのものの規定が不要ではないかと考えます。

「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

概要：多くの誠実に対応する医師・医療関係者の存在がある中で、医療事故の内容を透明かつ公平にきちんと明らかにする作業は大事なことだと思います。透明性・公平性を担保するには低コストで迅速かつシステムティックに行うことが必要だと思いますので、以下に各論について意見いたします。

【医療事故届出】に関する意見

(21) 院内検討は文書で残すこと

“院内の検討を行った上で”という部分があいまいでわかりにくい。この部分をあいまいにしておく、具体的にどのような手続きを踏むことが必要なのかがわからないし、また医療事故届出の院内の検討による判断内容が第三者に見えるようにすべき。具体的には、出席メンバーの記名捺印またはサインつきのメモを作成することを義務とすべきである。

補足：判断を A4 一枚に残すことは大した手間ではなく、したがってインシデント・ヒヤリハットがあった場合の“多忙”は言い訳にならないと思います。一般企業のリスクの高い現場の安全対策では、インシデント・ヒヤリハットがあった場合に、現場での確認と文書による確認などすでにコストをかけて実施されている。

(23) および(21) 図表の部分

(23) “医療機関の管理者が意思の専門的な知見に基づき、届け出不要と判断した場合には、遺族が地方委員会による調査の依頼を行ったとしても、届け出義務違反に問われることはない”とありますが、届け出義務違反に問われるかどうかは事例の判断が正当であったかによる。したがって、予め、“届け出義務違反に問われることはない”とする記述は正当ではないと考えます。”調査依頼により即時に届け出義務違反に問われることは無い“とすべきである。

理由：万一、関与者に自覚があって、医療事故と「届け出ししない」とできるリスクが少しあるのではないかと思います。この判断の部分、医師ではなくとも内容理解できる知的レベルにある人間が、第三者として公平に検証できるのかがこの部分のポイントだと思う。医者以外の専門分野でも、インシデントが起きれば安全の専門家が、専門を超えて過誤の有無を公平に調査する仕組みは現在日本に多く存在する。医療事故が特別に例外であるとは思われない。専門性を理由に、この部分を”密室の判断”としてはいけないと考える。透明性を高めることは、この第三者機関設置および運用の成

否であるとともに、医者/医療関係者・患者/患者家族にとってメリットがある。

(25)

地方委員会への届け出は、本人に代わって医療機関だけではなく、代理人（弁護士あるいは第三者の医師）が行うことも出来るようにするべきである。勿論、社会通念で許されない理不尽な要請・あるいは恐喝などの行為が、医師にあるいは医療従事者に及んではいけないので、限定した届け出とするのはあるものの、本人以外については、他の多くの行政手続の例にあるように「代理人」も可能とすべきである。

(27)

医療事故かどうかについて、あるいはその内容調査については初期調査を迅速に行う必要があると思う。遺体が無い場合では真相がわかる可能性を著しく狭くすると考えられる。①～⑤のプロセスを踏む中で、現実には地方委員会のチームが解剖を迅速に出来るのか、実現性・実効性を検討して、明らかにして欲しい。解剖のみに頼らず、下記の関連項目に書くように、採血や画像でのデータ採取を積極的・迅速に行うべきである。これは医療側、患者側にとっても調査コストを低減するものである。是非、先送りせずに参考の記述を答申に盛り込んでいただきたい。

本稿(27)への関連提案

疑義がある場合に、遺体が存在する数日の間になすべき調査項目と優先度を議論して欲しい。例えば、遺体のCTやMRI画像を低コストで取ることができるよう、医療事故ではないかとの疑義のある患者の立場で、厚生省として仕組みを考えて欲しい。また、消毒液が点滴されたような事例などのような場合も含め、血液を採血して冷凍保存することが必要だと思う。

(29)

地方委員会による調査打ち切りの判断の主体が明確ではない。打ち切りに対する反対意見があった場合は、速やかに申請し再審議し、継続できるよう道を残すようにするべきである。

(33)

地方委員会の調査と院内の確認調査の時間軸が明確ではない。具体的には、同時に行ってはならないと思う。あきらかに原因の詳細究明を行う地方委員会の調査を優先すべきである。地方委員会の調査に先立って院内調査の名目で、調査をおこなうと資料の散逸などを招くリスクが生じる。地方委員会調査に対する保全が必要である。(病院は再発を防ぐ対策、すなわち手順の明確化や過誤を商事内手順の検討など、を講じることをこの段階においては検討すべきである。地方委員会調査の障害になることや一部代替になってはならないから同時にすべきでない。)

(39)

「医療事故の特性に鑑み、故意や重大な過失のある事例、その他悪質な事例に限定する」というのは、一般国民からみて、意味するところが曖昧でわかりにくい。調査がそもそも遺族の依頼により行われることであるから、捜査機関に届けられるかどうかは、地方委員会と共に遺族の意見も参考に反映すべきと付言すべきであると思う。

その他の意見、

“調査委員会への申し出をしない” 契約の無効

地方調査委員会に調査を依頼しないとの覚書・契約を結んで医療行為を行うことは厳に禁止すべきであると考えます。難しい施術であっても、安全管理は必要であり、患者の弱い立場を利用して、過誤の場合のケースを担保する行為は、これを禁止すべきである。

以上

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

【地方委員会による調査】について …段落番号 (27) など

地方委員会に対し、医療機関による届出、または遺族による調査依頼があった場合、当該医療事故に関する損害賠償請求権については、委員会による調査が終了するまでの間、時効を中断するものとすべきであると考えます。

本件試案は、その目的の一つとして「医師等が萎縮することのない医療」を目指すことが掲げられていますが、調査結果を待っている間に時効が成立してしまう恐れがあるとした場合、遺族の側としては、調査依頼よりも司法の介入を優先させることになってしまうものと思われます。これでは、本来ならば紛争化せずに済む案件までも訴訟となってしまう恐れがあり、医師等の萎縮を惹起するものと考えます。

死因究明 制度等(IRYOUANZEN)

差出人: 近森 正昭 ipj
送信日時: 2008年4月4日 金曜日 15:27
宛先: 死因究明 制度等(IRYOUANZEN)
件名: 4 第三次試案に対する意見について

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室御中

救急病院の57歳勤務医です。

医療事故や医療関連死の原因を究明し予防することは必要です。

原因が判明してから、重大な過失と判定したり処罰すると、必要な証言と証拠が手に入らなくなりますから航空や海難審判同様に原因究明と改善だけに機能を絞り込むべきです。

裁判には再審性があります。

技術的な未熟さで間違った原因を結論として採用することが予測されます。

治療した患者の少なくない比率で死因が究明出来ないことが日常判っています。

重症消耗性疾患では抗生剤の使用で感染性腸炎になり低栄養から衰弱し死亡しますが、重症疾患、抗生剤投与、感染、不十分な栄養療法のどれが死因かは判りません。

再審性が保証されないと、過失判定と処罰施行は公平性が失われると思います。

2000年から2002年にかけて血管内留置カテーテルと回路の接続が外れ、出血で死亡した事故が多発しました。

現在も原因不明とされ、看護師のミスで済まされています。

2年間多発し、2003年から事故が起きていませんから、原因はカテーテルや回路に問題があったはずです。

1998年のデマから始まったダイオキシン騒動で塩化ビニールが2000年から医療材料に使われなくなりましたが、回路の接合部は硬さと粘りが必要です。

硬質プラスティックが代替品として使用されましたが、差し込み易く、すっぽ抜けにくい物性が初期の製品では出来ていませんでした。

奥まできちんと嵌め込み、スクリューロックをかけるとすっぽ抜けはありませんが、斜めに力を入れると、回路からはじき出されてすっぽ抜けます。

粘りがないのでスクリューロックもねじ部分が摩耗し緩くなります。

硬質プラスティックは塩ビより粘りが少なく、差し込むときに広がって、嵌め込むと締め付ける物性が得られなかったのですが、添加剤の使用量を大幅に増や

して2年後にすっぽ抜けがない物性が得られました。

状況証拠しかありませんが、医師だけの原因究明でしたら過失とされるでしょう。

薬剤を投与した後にしっかり締めた記憶がないと証言していたら、重大な過失とはされないでしょうか。

航空事故や海難は原因究明のための努力が長く続けられ、一定の質が保証されていますが、医療事故は数が多く事故発生時の環境が再現出来ないため、米国を見ても原因の究明は不十分です。

時効のない再審性、誤審時の十分な保証、民事裁判で賠償された金額の返還は期待出来ませんが、せめて再審性だけでも制度上用意すべきです。

08年4月4日提出

近森病院 近森正昭

4. 氏名： 木村泰三

5. 所属： 富士宮市立病院

6. 年齢： 6 (※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： 8 (※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 (※下記より対応する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 |

「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

厚生労働省の第3案を見ましたが、重大な過失の定義がよくわかりません。

1. 「標準的な医療行為から著しく逸脱」はあいまいで、どうにでも適用できる。
2. 「重大な過失」は何を意味するかわかりません。
 - 1) 「横浜市立大学病院の患者取り違い手術」の場合は、重大な(個人の)過失になるのか、それとも、「タイムアウト」(手術直前に麻酔医、術者、看護婦が患者の名前、病気などを確認する作業を行うこと)(横浜市立大学病院の患者取り違い後、多くの病院でルーチンの作業となった)をルーチンに行わなかった組織が悪いのか。
 - 2) 都立広尾病院で、胃に注入すべき栄養剤を静脈に入れたのは、重大な(個人の)過失なのか、それとも両者の注射器を変えて、決して間違えて入れられないようにしなかった組織(最近注射器がかえられている)の過失なのか。
- 1)も 2)も執行猶予つきであるが、看護婦個人に対する有罪判決がでています。今後は刑事罰にしないのですか？

以上の2点があいまいで、法曹界も医学会も自分のいいように解釈している気がします。

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室

第三次試案に対する意見について

平成20年4月4日

意見本文（公開可）

病理解剖をする立場からの第三次試案に対する意見を述べさせて頂きたいと思います。

臨床医、病理医共に患者様の死亡原因を疑う場合には病院から委員会に届け出がされて、行政解剖あるいは司法解剖されることになると思いますので、そのような場合には病理医の出る幕がないとも言えると思います。

ということは、患者様の遺族が医療機関側の見解とは異なる考えを持って、死亡原因に医療事故を疑って調査委員会に届け出た症例の場合、解剖が行われていればそれは「病理解剖」ということになります。

「病理解剖」はそもそも病気が原因での死因を究明するためのもので、結論についても「病死」であることが大前提です。解剖の過程で異常死であることが判明すればそこで届け出が行われるのですから、結論が出されるまで届け出がなされなければ「病死」との判断になることは必至です。

しかしその結論が出た後に、遺族側から調査が申し出られて、調査委員会に資料を提出した結果「病死」ではなく「医療過誤死」との結論が出されたら、それは病理医にとってはより高位の死因確定機関に自分の出した結論を覆されることになります。その結果病理医の出した診断結果に対して「誤診」とかもっと悪い場合には「臨床医と共謀して証拠を隠蔽した」などとして民事訴訟の対象になることや刑事責任を追及される可能性については残されるのでしょうか？ そうなりますと、病理医としてはご遺族の希望に従って解剖を行い、誠意を尽くして診断し、調査委員会への資料の提出等の協力をきちんと行ったばかりに罪に問われることになりかねないということになりますと、逆にご遺族が調査委員

会に調査を申し立てたくても、病理医としては黙秘権を盾にすることでしか自分の身を守れないということにもなりかねません。そうなりますと、死因を究明して再発防止に役立てる、という調査委員会の趣旨にも大きな影響を与えることになると思います。

どうか現場の医師による病理解剖の結果が調査委員会に資料として提出され、委員会の結論が病理解剖の結果と異なる場合には、提出された病理解剖について委員会の規定した必要要件をきちんと満たしていた場合には「あり得べき少数意見」として付記し、民事と刑事についての責任の対象とならないように配慮をお願いしたいと考えております。どうかよろしく願いいたします。

4. 氏名：
_____5. 所属：

6. 年齢：4 (※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 (※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 (※下記より対応する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 |

「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

私は、日々是よろず ER 診療というブログを書いています。ある地方の救急医です。このブログの随所で、医療の不確実性について、ことあるごとに強調しています。医療は、不確実とともに限界があるのです。なぜなら、人の生死は、人為ではどうすることも出来ないからです。昭和時代の偉大な漫画家 手塚治虫も、名作 ブラックジャックの中で、こんな一説を残しています。

「人間が生きものの生き死にを自由にしようなんておこがましいとは思わんかね・・・」

報道から私達につたわる状況はどうでしょう？「死んだら、だれのせい？」という報道が多すぎませんか？私はそう感じています。この3次試案の理念も、所詮はその延長上にあるようです。なぜなら、医療者の処罰に対しては、まったく法的効力をなしていない制度設計だからです。つまり、口約束です。もちろん、実際の現場では、自分やご家族の生死に関し、達観しておられ、自分の人生のお手本にさせていただきたくなるようなすばらしい方々とも出会います。こういう方々は、あまり報道では強調されませんが……。人のもつ、潜在的な死に対す不安や防衛が個々の人々の心の中にあるからこそ、「死」の事例に対して、人の心が動くのでしょう。これは、社会的なマスで見れば、「死」の報道のニーズ(=知る権利?)へつながら、ニーズがあるからこそ、その方面の報道が活発になるという理屈になります。そして、報道が活発になれば、そのメディア効果により、多くの人の心に、いつの間にか「死はだれかのせい」という感覚が刷り込まれていくのではないのでしょうか？今の社会にはそういう循環による個人の心の形成がなされていると思います。つまり、医療という観点からみれば、これは、メディア報道の弊害だと私は考えます。

医療機関、医療関係者を処罰でコントロールしようというという視点が大きすぎるからです。(行政処分 46-49)

つまり、厚労省の役人の心も、今の社会事情に影響を受けているということに他ならないでしょう。

だからといって、個人個人の死生観を変えろと国が強制するわけにはいきません。一人ひとりの心の問題は、社会システムで統制というより、哲学や宗教の助けを借りて、個人個人で深めて熟成させていくしかないでしょう。

では、私は、一地方の医療者として、この3次試案に関し、何を要望するか？ 二つあります。

一つ目です。別紙3に関するところでは、

刑事抑制の内容をきっちりと法文化してほしい。

二つ目です。16-21 届け出のところでは、

届出の基準が、これでは使えないので、変更してほしい。

3次試案 P4 の届出のアルゴリズムは、判断の分岐基準が、あいまいです。元々、医療の不確実性という観点にたてば、こんな基準では使い物にならないというのは、明白です。こんなんで運用されたら、現場は混乱のきわみとなります。

何が重要か？

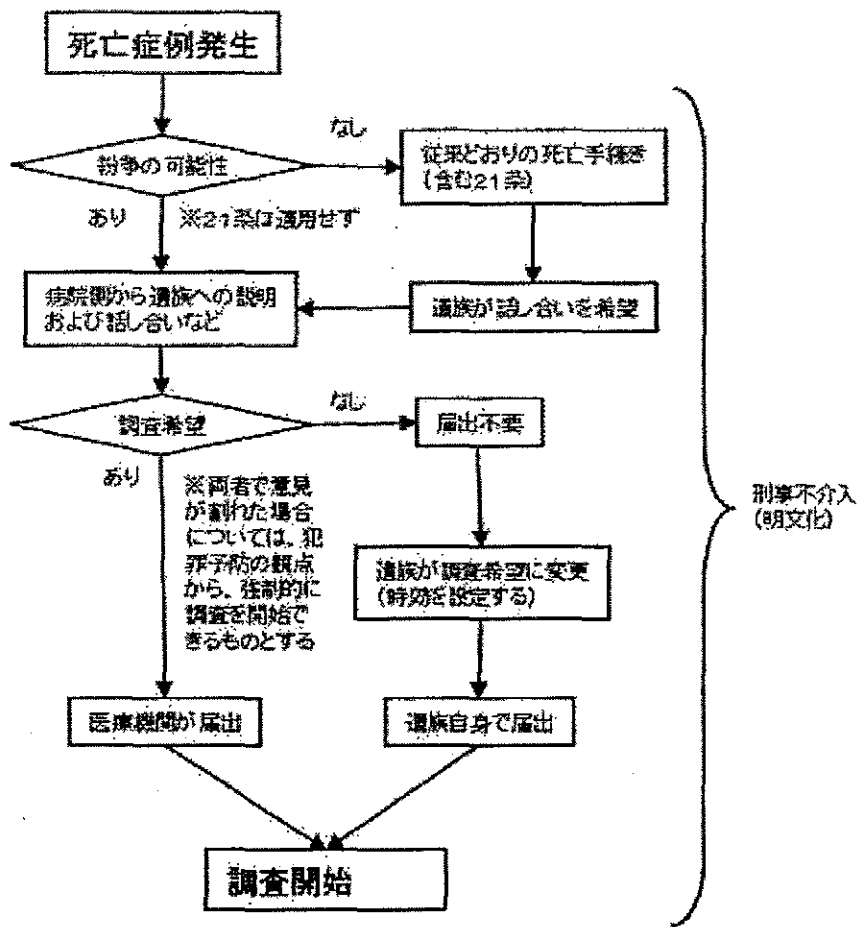
届出に際し、医療者側と遺族側の間で、どれだけの納得が形成されているか

これに尽きます。ならば、これを中心に基準を作ればいいわけです。遺族の気持ちは、二転三転することは十分に置きえますから、そのことも想定において、私は、こんな届出基準の試案を作ってみました。こんな図です。

http://sakura.canvas.ne.jp/spr/space_yhnt/others/fig3.jpg

いかがでしょうか？ 届出基準の参考にさせていただければと思います。

URL の図を次ページ引用。



4. 氏名：
_____5. 所属：

6. 年齢： 4

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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

<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 |

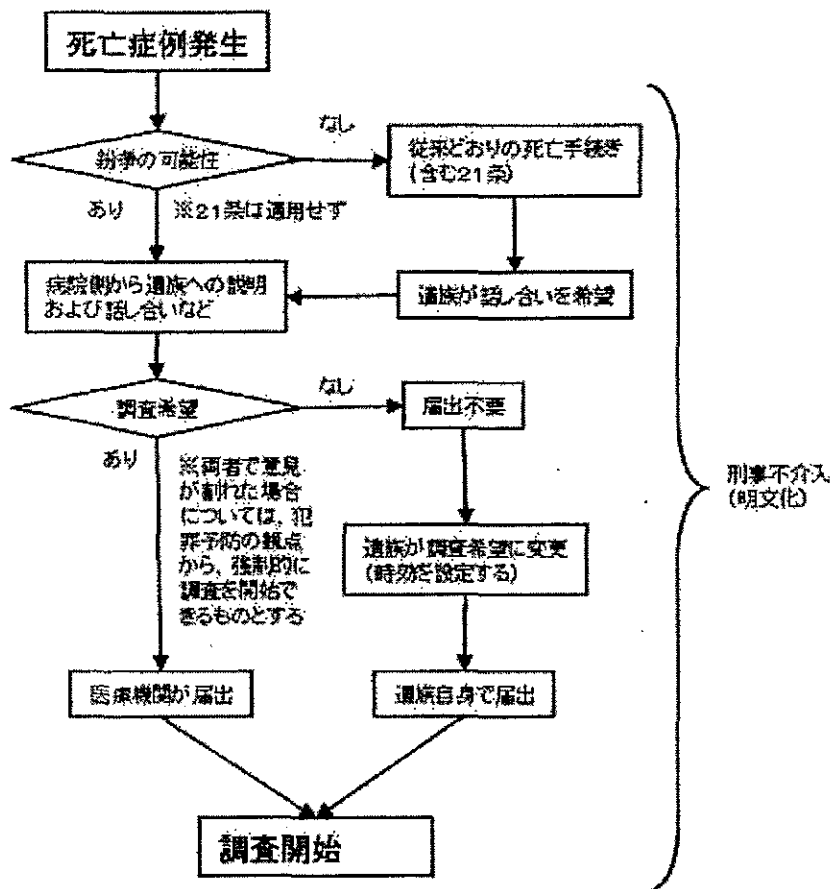
8. 医事紛争の経験： 1

- | |
|------------------------------------|
| 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 |

「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

「刑事抑制」の内容をきっちりと明文化してください。「謙抑的に」という口約束だけでは信用できません。

「届出の基準」が、臨床の現場を理解していない者が作成したことが明らかで、全く役立たずですから、変更してください。以下に案を示します。



4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： 3

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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

<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

- | |
|------------------------------------|
| 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 |

「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

私は現在、アメリカに留学しています。患者のために手術のスキルを習得し、それを日本に持ち帰り患者のために尽くしたいと思っているからです。留学ために（経済的、社会的、家族的に）多大な犠牲を払っています。その努力を全く顧みず、手術の結果のみを見て結果が悪ければ行政処分・刑事追訴されかねない制度と考えています。

医療者が患者のために全力をつくして自分のスキルを発揮し向上させ結果として社会に対して医療を提供できる、医療事故の教訓を次の患者の医療に役立てる、という目的を達するための法的な保護（刑事訴訟などの抑制）の観点から、謙抑的＝口約束に終わっています。

要望として、

刑事抑制の内容をきっちりと法文化してほしい。

届出の基準が、これでは使えないので、変更してほしい。

医師として、この事故調が刑事訴追の既存ルートを「法的に」制約するものとなる事を期待します。無闇な刑事訴追が無いことが保障されるなら、行政処分の強化も受け容れる事が可能かと思えます。

具体的には、こういう法律が作られるとよいと思います。

1. 医療に関する（業務上）過失致死傷罪を親告罪とする。
2. 医療安全委員会による「刑事手続き相当」意見を、刑事捜査着手および起訴の要件とする。
3. 民事の医療紛争では、訴訟に調停（or 認定ADR）を前置強制する。

厚生労働省が医療者側の意見を聞いてくれることを期待します。

4. 氏名： _____

5. 所属： _____

6. 年齢： _____ 4 (※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 (※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 (※下記より対応する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 |

「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

二次試案と比較し、受け入れやすいものになっていると感じますが、以下の事項については再度検討頂きたいと思えます。

(8) 委員会の設置場所については医療行政について責任のある行政機関である厚生労働省とする考えがある一方で、医師や看護師等に対する行政処分を行う権限が厚生労働大臣にあり、医療事故に関する調査権限と医師等に対する処分権限を分離すべきとの意見も踏まえ、今後更に検討する。

調査委員会は厚生労働省とは完全に独立した機関とし、行政上の思惑等が入らないようにすべきと思えます。また、独立性を保つよう、十分な予算配分としっかりした組織構築を行うべきと思えます。医療費亡国論、医療費削減の方針のもと、医師数は充足していると継続して主張し、現場の人手不足からくるヒューマンエラーをむしろ助長する政策を採用してきた厚生労働省内の機関とすることには強い違和感を覚えます。厚生労働省が医療行政について責任のある行政機関と自負するのであれば、これまでの自らの医療政策について総括し、明確な方針を示すべきです。

(40) 過失による医療事故を繰り返しているなどの場合（いわゆるリピーター医師など）

この事項の過失の具体的な定義が不明なため、第三次試案の全体を損ないかねないと思えます。医療事故を繰り返すことにより、捜査機関への通知、立件が行われるとすれば、その医療事故の原因は以前のものも含め、個人の過失に起因するものであると調査委員会が結論付け、これを根拠とするものと思えます。つまり、医療事故を個人の責任とし、懲罰的な姿勢で臨む方針が踏襲されているものと考えます。2回目をやってしまえば、刑務所ということであれば、一度大きな事故に巻き込まれたら、萎縮し、侵襲的な処置は行えないこととなります。地方での医師不足が問題となる中、これにより特にリスクの大きい産科や、外科の医師はさらに減少するものと思えます。想定されるような、侵襲的な処置中に生命に危険がおよぶ場面はいわゆる緊急であり、振り返って100%正当な治療を行ったか否かを問い、その原因を一部であっても個人の過失に帰結させる結論となるなら、2度目は無いということになります。さらに、2度目のあと、振り返って1度目も調査委員会が個人の過失と認めるのであれば、検察が1度目のときに起訴しないこと自体が世論や、マスコミにより不当とされる可能性が高いと思えます。これらは、悪質と考えられる場合のみを刑事訴追の

対象とするという方針とは相容れない条項になると感じます。従って、リピーターに関しては、医療上の問題と捉えた上で、行政処分の選択肢を広く設け、一定期間の医師免許停止と教育、適性試験あるいは技能試験を新設し、適用するなどの取り組みが妥当と思われます。医療事故の被害者家族は懲罰的な感情を当然もつものと思われませんが、懲罰が刑事処分に限定されるものではないとも思われます。

段落の項目には記載がないと思われましたが、起訴については検察が謙抑的に運用する方針とするとしても、近日中に検察審査会の権限が強化されることが予定され、検察が起訴せざるを得ない状況が予想されますが、これについてどのような見解をお持ちでしょうか。業務上過失致死という刑事訴訟上の手続きについては一般化すれば、各分野での行政処分が十分でない場合に限って適応されるべきではないかと個人的には感じております。国家資格への行政処分は個人にとって大変厳しいものです。刑事訴訟法の見直しなど法曹界との折衝が肝要と思われませんが、いかがでしょうか。

4. 氏名： 能見 伸八郎

5. 所属： 社会保険京都病院

6. 年齢： 6 (※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： 8 (※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 (※下記より対応する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 |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

11-④/4

「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

1 (4) (5)

医師が萎縮することなく診療を行えることは、医療の向上や発展のみでなく、結局は患者である国民のためになり、勤務医の疲弊感を多少なりとも軽減するものと思われる。

事故の原因究明のみでなく再発防止に主眼を置いた点は大いに評価できる。

2 (13)

評価を行う際には事案発生時点の状況下を考慮した医学的評価を行う(27)③ことからみると、委員会、調査チームに法律関係者、医療を受けるものの代表は必要でなくオブザーバーでよいのではないか。

(37)

解剖結果を当該医療機関に出来る限り速やかに情報提供することは高く評価できる。今までは解剖結果が警察から公表されず院内での事故究明にもことを欠いていた。

二次試案に対してかなりの改善が見られ今回の三次試案には賛成します。

4. 氏名：
_____5. 所属：

6. 年齢： 4

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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. 14

<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

- | |
|------------------------------------|
| 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 |

「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

1. 今回の試案は、安心して医療を提供できる体制をつくろうという配慮が見られる。
2. 一方で、医師法 21 条の届出義務は、検案して異状が見られた、すなわち、外表から異状が認められたとする判例が出ているにも関わらず、この点十分共通の認識がないまま議論されたのではないかと懸念する。
3. 今回の案でも、各種訴訟リスクは従来どおり医師は負担するのであるから、医療提供者が安心して医療を提供できる環境の整備にはまだ道は遠い。将来は、医療裁判所を設置して、医療の専門家が正しい論理に基づいて法的紛争を解決する制度を作ることが喫緊の課題である。今回は、その途上の案として一定の評価ができる。

以上

4. 氏名 : _____

5. 所属 : _____

6. 年齢 : 3

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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

<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

- | |
|------------------------------------|
| 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 |

「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

※主に別紙3の問2-2に対してのコメントです。

いくつか評価できる箇所はあると思います。安全調査委員会から捜査機関への通知は抑制されたものとなっており、第21条との関係も以前よりよくなったと感じました。

しかし実際の実効性はどのようなのでしょうか。厚労省の政策やマスコミの誘導によりいまや医療は崩壊状態です。この人手不足の中で解剖医や臨床医は確保できるのでしょうか。委員会で検討する事案の件数の見込みや、事務方のコストなどはどのようなのでしょうか。

しかし最も気になることは、刑事告訴に関しては全く手がつけられていないことです。

この第三次試案では遺族から告訴があった場合は「警察は捜査に着手することになる」とし、この委員会の調査結果などを「踏まえて対応することが考えられる」、という記載だけです。

『まず安全委員会の判断を仰いだ上で捜査・起訴を行う』、といった法整備をしなければ、警察が委員会の調査結果が出るまで待つことは考えられません。もし法的裏付けなしに警察が起訴を待てば、今度は怠慢だと非難されるでしょう。

この点では第二次試案と変わっておらず、つまり、現在の刑事立件ルートはまるまる残ったままです。

僕たち医療関係者は福島県立大野病院の事件では大きな衝撃を受けました。

亡くなられた患者さんやご遺族はとても気の毒であり、今後同様な事が起きないように対策を練る必要があります。医療は極論すればそうした症例の積み重ねで成り立っており、症例を吟味することは医療の根源です。しかしそうした報告書をきっかけに医療に精通していない警察・検察から刑事立件されました。

しかしそもそもこの事件は多くの医師にとって刑事事件となるとは考えにくいものでした。医療は必然的に生命を扱うため大きな結果を伴いますが、死という悪い結

果があれば罪人扱いされる事に衝撃を受けました。医学的な調査、評価を受け、専門的判断されていれば(これは第三次試案で言う安全調査委員会が担える分野だと思います)このような警察・検察の独断専行はなかったのではないかと思います。

ましてやまだ公判も始まっていなかった時期に、福島県警はこの事件に対して「本部長賞」として表彰しています。同時に表彰されている事件は「強盗」「婦女暴行」「放火」「詐欺」などであり、警察が大野病院事件をどう考えているかが伺えます。

今回の第三次試案が実行されても、福島県立大野病院のような起訴は防げないでしょう。遺族が警察に相談しに行ったら、警察は遺族に「告訴したら動けるんだけど」と耳打ちすればいいだけの話です。

大事な家族を亡くした遺族の持って行き場のない悲しみ・憤りには深く同情します。なぜ亡くなったのか知りたいという要望には十分配慮しなくてははいけません。またそのために遺族から安全調査委員会へ調査委依頼ができるのだと思います。しかし、遺族感情を利用した警察・検察の独走は見過ごすことができません。

第三次試案には、改善すべきところがたくさんあります。原因究明・再発防止のためであるならば、刑事に限らず、民事訴訟へも流用できないよう明示すべきです。しかし、何よりも一番にあげたい大きな欠点は、この試案では刑事告訴が放置されており、警察・検察の独断専行を防ぐことができない所だと思います。

4. 氏名：

山口千穂

5. 所属：

中規模病院 産婦人科勤務

6. 年齢：

（※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：

（※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：

（※下記より対応する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

「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

(2) 科学的な真相究明・再発防止目的ならば、死亡にいたらぬいわゆるインシデント事例も含めるべきであり、死亡事故のみではきちんとした真相究明はできない。

(13)医療の専門家・法律家以外に有識者（医療を受ける立場を代表する者など）を入れる目的は何か。公正中立を保つためなら法律家の参加だけでよいはず。医療を受ける立場を代表する者を入れるのは、科学的または法律的な論議を交わすべき場に感情論を持ち込むことになり、收拾がつかなくなるのでは。

(7)に「責任追及を目的としたものではない」と明記したことは評価できる。しかし「捜査機関への通知」において

(39)「故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例」が相変わらず抽象的で、拡大解釈の余地が非常に大きい曖昧な表現であることは変わっていない。

そして3.「医療安全調査委員会以外での対応」で

民事手続、行政処分、刑事手続については、委員会とは別に行われるものである。

となっている以上、医師が恐れる「医学的にまっとうなことをしても結果の重大性を持って裁かれる」という問題は全く手つかずで残る。

たとえば産婦人科の減少に一役買った福島県立大野病院の事例などは、まさしくこの通りの構図である。院内調査委員会が出した結論を元に警察が動き、刑事訴訟に至っている。院内調査委員会と医療安全調査委員会の違いがあるだけだ。

これでは民事訴訟・刑事訴訟というムチはそのまま、さらに医療安全調査委員会というムチが新たに加わるだけ。医療破壊のスピードがさらに上がるだろう。

また「行政処分」の項において

(46) (48)で医療機関に対するシステムエラー改善を勧告し、改善計画書を出させるなどがあるが、現状の圧倒的な医療費削減政策・医療従事者不足に起因するシステムエラーは、医療政策自体のエラーといえる。患者取り違え事件が典型的で、看護師が一人で二人の患者を搬送しなければならないという状態は、病院のシステム改善を勧告したところで看護師（あるいは助手）を余分に雇える経済状態を実現しない限り、改善のしようがない。

場合によっては政府自体にもの申さねばならない機関となるわけだが、そのような機関を厚生労働省において機能するのか？理想を言えば、政府からも独立した機関とするべきではないか。

さらに全体的な問題として、

A)世界的にも医療事故に刑事罰を持ってあたる国は先進国にない。そもそも過失を刑事罰としたところで、「人は誰でも間違える」以上過失がなくなるわけではない。むしろ医療や公共交通の事故においては、再発防止のために「個々の過失を問わず、自由に話せる状態で原因を追及する」というのが事故を再び起こさないために必要なこと。今まで日本ではそれをせず、個々の過失を追究することのみ行われてきたから、「システムエラー」が改善せず、同じような事故を繰り返してきたのではなかったか。(薬の誤投与など)

B)先にも述べたが、警察が「謙抑的に」とか「とっている」という口約束では全く当てにならない。国旗国歌法で国会決議として「強制はしてはならない」としたにも関わらず、教育現場では実質強制され、場合によっては従わない教師が解雇されたりしているのは周知の事実だ。国会決議でさえこの始末なのに、「法務省とは話がついている」というようなことを言われても、「明文化」されないものは何の保証にもならない。

刑事訴訟になることを抑制し、萎縮医療を防ぐ事を目的の一つとするなら、「業務上過失致死傷を医療事故に関しては親告罪とする」とか、

「警察は告訴があっても、医療安全調査委員会の調査を優先する」といった、いわば警察の「手を縛る」ような文言が必要となる。訴訟の前に何らかの手続きを優先するというのなら、刑法のような基本的な法律をいじるわけではないから、それほど難しいことではないはずだ。

C)即物的な問題として、厚生労働省の考えるような組織は非常に大きな金と人を必要とする。医療費削減で崩壊しつつある医療界からはとてもこんな金が出せるはずはないし、必要な人も膨大なものになる。解剖する医師にしても、病理解剖と法医学的解剖では視点が全く異なるし、どちらも長年人材不足にあえいでいる。どこから必要な金と人をひねり出すのか？特に人材は一夜にして促成栽培できるものではないだけに、重大な問題となるはずだ。どこからかき集めてくるつもりか？

4. 氏名： 佐藤太一郎

5. 所属： (医) 財団新和会 八千代病院

6. 年齢： 7. 70歳以上 (※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： 8. 医療機関管理者 (※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. 医療紛争の当事者になったことがある。
(※下記より対応する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 |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

- 19. 医師法 21 条に基づく届出不要とあるが、医療安全調査委員会（全国）→地方の委員会、これで疑問が起こったら、警察へ届け出、となる筈だが、医師法 21 条の届出の 24 時間問題との関係は？ 時間的に無理ではないか。

- 27. 地方委員会は各県単位か、各医療圏ごとか、どちらをお考えですか。

- 30. 地方委員会における「調整看護師」の育成の具体策は？

- 39. 医師法 21 条の届け出問題で上記の繰り返し、時間的なタイムラグを恐れる。

4. 氏名 : _____

5. 所属 : 北海道大学医学部医学科 _____

6. 年齢 : 2 (※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 (※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 (※下記より対応する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

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

10) 『調査委員会のメンバー選考に関して』 本来こうした医療事故調査は医療者の中で自律的な仕組みとして行い、規範ある結論を導き、公に権威ある判断として公表すべきものであるべきでしょうが、すでに権威の旗頭であった大学医学部が新臨床研修医制度、独立採算制の導入などによって、臨床医学の権威を半ば失っている状態では、そうした自律的な仕組みに国民の合意を得ることもむずかしくなっているように思えます。そうしたことをふまえた上で、その調査委員会の構成メンバーに関して疑問があります。調査委員会の構成メンバーには臨床医学知識に長けたベテラン医師が案件に関する医学的妥当性の調査のために入るようになるようです。年間にどの程度の事例（それは2000件程度といわれているようですが）を見込んでいるかによりますが、いずれにしても個々の事案を各委員会で丁寧に調査を行い、議論をするためにはかなりの時間と招集のための費用が必要となります。一方で、そのような現役のベテラン医師をそうした委員会に参加させることで、その医師の所属する実地臨床現場ではその穴を埋める手だても必要になります。当然、その招集時間における病院収益の補償も必要となりますが、そうした人材、費用に関してはどこから捻出するのでしょうか？全国で医師不足が叫ばれる現在、それだけの委員会を維持できるだけのベテラン医師の確保が実際に実現できるのでしょうか？そうした調査に専従あるいは専任できるベテラン医師は本当に確保できるのでしょうか？それができなければ、またその医師達の日程がうまく合わなければ、調査委員会は長引き、結果として結論を出すに至らない、といったふうにうまく機能しないのではないかと危惧します。他方、その委員会のメンバーに含まれる『その他の有識者1-2名』の中にはどのような人物が入るのでしょうか？「医療を受ける側の有識者」と称する人たちの中には、医療過誤と有害事象との区別さえ理解しない、明らかに医療者を断罪する観点到偏った考えを持つ人物が知られています。そういう有識者が入ることで、委員会の結論はまとまらず、後述される両論併記すなわち結論のない結果が多発することはないでしょうか？もしそうなれば、患者、医療者双方に満足できる結論とはならないため、結局的に民事訴訟あるいは刑事告発への流れが逆に加速していく可能性もあります。有識者の選択について明瞭な基準が無ければ、委員会のメンバーについては再考案が必要かと思えます。

20) 『行った医療に起因して患者が死亡した事例(行った医療に起因すると疑われるものを含む。)であって、死亡を予期しなかったものである』という一連の文章の中で、『死亡を予期しなかった』の主語は医師でしょうか、それとも患者あるいはその親族でしょうか？あるいはその双方でしょうか？われわれ医療者は、病のため死

に瀕する患者および家族を目の前にして、死に至る可能性をインフォームドコンセントとして長い時間をかけて話をしますが、全ての患者様にうまく理解してもらえないわけではありません。また家族は理解していても、インフォームドコンセントの現場に居なかった親族が死後に現れて『予期していなかった』とクレームを持ち込むこともしばしば起こることなのです。こうした場合にも調査委員会に届けていなければ、不誠実と看做され、医師側が一方的に不利な立場に立たされることになることはないのでしょうか？そうした面から、この案に記載されているような曖昧な届出基準は不適切だと思われまます。また『医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡』という表現についても、『医学的に合理的』であることを患者がどこまで理解できるかが不明であり、患者家族の不理解が全て医師のインフォームドコンセント不足に帰され、届出の有無をめぐって医療者側が不利になることも危惧されます。もしこうした基準が設定されるなら、わずかでも『予期』や『合理性』に懸念のある死亡例の全てが念のために届けられることになり、その膨大な届出数を処理できない点で、結果的にこのシステムはさらに機能不全に陥ってしまうことが予想されます。

24) 『届出の手續や調査の手續等に関する医療機関からの相談を受け付ける機能を整備』する場合、その事務受付には平日、土日、祝祭日の24時間届出に関する相談に対応できる人手を備えることが可能なのでしょうか？多くの事案の場合、特に解剖が必要な場合、そうした判断は患者家族への死亡に関する説明の中で迅速に行わなければなりません。現在全国の医療現場では病死以外の異状死の判断もむずかしく警察との間で混乱している現状があります。これまで私どもの施設でも、異状死の場合の対応について何度か行政へ問い合わせた経験がありますが、明瞭な回答は無く、多くの場合現場の判断に任せられている実情があります。またそうした疑問のある時には行政の窓口へ問い合わせるよう指導を頂いていますが、それは平日の昼間だけで、結局は院内の医療事故対策本部を緊急召集して対処を決めている現状です。本当に然るべき責任ある立場の方が相談に24時間対応できる準備はできるのでしょうか？

27) ⑤ 『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。ただし、医療従事者等の関係者が、地方委員会からの質問に答えることは強制されない。』／同⑥ 『当該個別事例に関する医療関係者や遺族等から意見を聴く機会を設ける』といった一連の事情聴取に関するくだりで、いったい医療従事者は質問に答えるべきなのか？答えれば不利になることには答えなくても良いのか？答えなければ委員会の裁定に不利になるのか？一般の刑事事件で裁判を前提とした取り調べの中では容疑者には黙秘する権利が認められていると聞きますが、裁判でもない委員会だけに黙秘権が曖昧にされ、結果的に警察へ通報され、任意での証言が一方的に医療者に不利になる可能性があるに思われます。また、同⑦ 『議論の結果、地方委員会の委員の間で意見の合致に至らなかった場合は、調査報告書に少数意見を付記することとする。また、地方委員会の意見と当該個別事例に関する医療関係者や遺族等の

意見が異なる場合は、その要旨を別に添付することができる。』といった意見の合致に至らない事例は先述したとおり、かなりのパーセントで生じうると思われま。意見の合致した結論が得られないということは、結果的に患者の納得には至らない可能性が大きく、最終的に警察への通告-刑事事件化、あるいは民事訴訟へとつながっていくことが予想され、医療事故調の存在意義自体が無くなってしまいう可能性が高いのではないかと危惧します。

医療過誤問題を論じた『新たな疫病「医療過誤」』（ロバートMワクターら）の中には、以下の興味深い文章があります。

『障害に対する賠償の必要はずっと以前から、法のシステムにおいて認められている。西欧社会は賠償を、過失（罪）の割り当てによって行ってきた伝統を持つ。・・医療過誤に関する法は一般的な法的規律である「不法行為法」の一つである。・・「不法行為法」は二つの理念からなっている。一つは障害を受けたものを「元どおりにする」よう努力することで、今ひとつは「過失を犯した」者ないし集団に、この原状回復の責任を負わせることである。・・このシステムは、多くの人間の営みに合理的に適用させることができるのだ。しかし、誠に残念ながら、医療はその「多くの人間の営み」から漏れてしまう。例外の分野だ。・・不法行為法は流動的である。どんな社会であれ、過失と償いについて法的な取り決めをしておかなくてはならない。』

本邦での法律家の議論においても、医療過誤事件を不法行為法で裁くことには法律学上の問題点があるといわれていると聞き及びます。福島県大野病院事件をみてもわかるとおり、医療事故が現行の刑事訴訟法における業務上過失の概念に当てはまるかどうかの精緻な検討なしに、こうした刑事事件への資料提供すなわち刑事事件化の認知を前提としたシステムを作ることは明らかに問題があります。したがって、法曹界の不法行為法（業務上過失）に関する議論の蓄積なしに、ただ医療事故調査委員会のバラ色の救済概念だけを信じて、実効性の少ない医療事故調査委員会のシステムを作り上げることに多大な危惧を抱かざるを得ません。

33) 『地方委員会に届け出た事例に関する調査を行い再発防止策を講ずることを位置付ける。』

34) 『院内において調査・整理された事例の概要や臨床経過一覧表等の事実関係記録については、地方委員会が診療録等との整合性を検証した上で、地方委員会での審議の材料とする。』とありますが、当該事例に体する院内委員会での議論は自ずと萎縮した、真のリスクマネジメントにつながる議論にはなりにくいことは自明です。もちろん院内での同時的な調査進行は望ましいものであることは認めます。しかし、一方では、医療事故調査委員会の事情聴取に答える義務はないといいつながら、別の議論を院内委員会の議事に載せ（議事録に残す）、その整合性を検証した上で地方委員会の審議の材料とする、という両者が矛盾した内容を含んでおり、このメカニズムがうまく機能するとは思えません。当事者本人の匿名性が担保され、刑事免責などの条件の上に立つ航空機の安全管理のようなシステムでなければ、フィードバックシステ

ムの充実した有能な安全管理システムにはなりにくく、真のリスクマネジメントの機会にはなり得ないと考えます。

再び、『新たな疫病「医療過誤」』の中には

『繰り返すが、安全の向上には人材や資金が必要なのだ。それらは病院が警告と取り組むために、医療提供者や管理者一人ひとりが解決法を考案し、実施するために不可欠である。資源を調達するというこの大きな課題は、手つかずのままだ。』

という一節があります。総括的な医療安全システムを構築するためには、単なる医療事故調査委員会だけではなく医療者および市民の意識変革を含めた協働的な作業が必要であり、それには多くの費用と時間が必要となるように思います（意識変革の方は意外に早いかもしれません。なぜなら日本の医療体制の綻びが目立ち始めたために、医療の不確実性が認知される機会が増加しているからです）。同書の中には

『医療安全対策はまことに資金不足で、一つのことを達成するために他の資金を削ると、全体が駄目になっていくのである。』

という記述があります。古の賢人は、このように指一本を惜しむばかりに体全体を失っていくことに気づかない態度を『狼疾』と名付けたといえます。医療費削減、医師逃散が続いている現在日本の医療構造の中で、医療事故の対象が曖昧で、しかも後述するように刑事告発を制限しないような医療事故調査委員会システムをこのまま構築することは、まさしく『狼疾』と呼ばれる所作に他なりません。もちろん失う指とは『患者の納得、満足を目標としたこの医療事故委員会案』であり、体全体とは『日本の医療体制全体』すなわちそれは医師の現場からの脱落による医療崩壊を意味しているように思われます。

37) ② 『医療の安全の確保のために講ずべき施策について、関係行政機関に対して勧告・建議を行う。』ということ自体に異議はありませんが、勧告・建議をいくら行っても、そのために必要な設備、人材確保のための費用が各施設ごとの医療収入の中から捻出しなければならぬかぎり、その実現には困難が伴います。勧告・建議とともにそれを実現するための費用を予算化して配分することが伴わなければ、医療安全は進歩しないでしょう。医療費が削減される中で、病院機能もどんどん削減されていきます。その環境下で安全対策を勧告・建議すれば事が足ると考えておられるならそれはあまりに医療現場に無知といわざるを得ません。『安全』は只では買えない、というあたりまえの事実を広く市民に知らせること、そして、崩壊しつつある医療体制はもはや従前の医療体制には戻れないことをあわせて考えるべきだと思います。

39) 『医療事故の特性にかんがみ、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に限定する』とありますが、『重大な過失』の定義が非常に曖昧です。福島県大野病院事件の産科医が行った帝王切開手術がまさに『重大な過失』と疑われている医療をめぐる現況が現実なのです。医療者からみて単なる有害事象であっても遺族が警察へ告訴したり、特異で偏向したな司法側鑑定医が関与した場合には容易に刑事事件と

して立件される可能性が現実にあるのです。そうした環境下で従事する医師は疑わしい事例を医療事故委員会に届けなければ後に『予期していなかった』とクレームをつけられ、届ければ『重大な過失』(同③ 標準的な医療行為から著しく逸脱した医療)と判定されかねない立場に立たされることとなります。どちらへ進んでも医師の立場は、倫理観とこれまでの経験で築き上げた医学常識の間で大きく揺れ動くこととなります。そしてその困惑に続くものは防衛医療と呼ばれる処世術であり、それは確実に医療を萎縮させ、産科、外科、救急医療などに従事する医師の職場離脱を助長させ、結果的に日本の医療をさらに衰退させることが目に見えています。

48) 『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』とありますが、多くのニアミス、ヒヤリハットをみても、実際にその事案が生じた現場での行為には当然個人の行動が関与していることは明らかです。“To Err is Human” (人は必ず間違える) 思想とはそうしたヒューマンエラーの背景に必ず存在するシステムエラーを明らかにしていくことで、重大な過誤を防いでいく、という考え方であり、いろいろな担保条件を付けながらも結局は「個人に対する処分」に言及されている点で問題があるように思われます。この文章の内容は遺族の主張や医療事故委員会の特定委員の言及によって無制限に拡大される危険性をも含んでいるものに思われ、個人の注意義務違反の指摘、そして処分につながっていく懸念があります。もし、医療事故調査委員会への報告が個人の行政処分(例え再教育であっても)につながる可能性があるなら、誰も現在のようにニアミス、ヒヤリハットを積極的に報告することはなくなってしまうでしょう。それはヒヤリハットを申し出ることで安全対策を拡げていくという現在の医療安全管理の基本理念に反するものと思われます。一方で、『体制整備に関する計画書』と言われても、安全対策に要する費用が予算化できなければ、それは「絵に描いた餅」であり、『不十分』なものにならざるを得ず、結果として『個人に対する処分』への格好の口実となりかねません。

別紙3 『捜査機関との関係について』には、『刑事手続の対象は、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に事実上限定されるなど、謙抑的な対応が行われることとなる。』とありますが、その一方で、『遺族から告訴があった場合には、警察は捜査に着手する』との記述があり、結局は刑事事件化への流れが助長される結果になりかねないと思われます。先述したとおり、『重大な過失』の判断基準自体が曖昧であることから、謙抑的とはいいながら、遺族の状況や委員会の流れによってそれはいつ刑事事件として告発されるかわからない状況となります。私のような産科医療の現場では、母児の不幸な転帰は必ず民事事件になるといわれるほど訴訟機会が増加しています。それは、産科医療では「さっきまで元気だったものが」急変し、インフォーム

ドコンセントも十分に行う時間もないまま、家族の納得も得られないといった状況が関連しているように考えます。同様の状況は救急医療の現場でも見られています。『謙抑的な』という極めて主観的な、まるで検察がこの委員会の上位構造機関であるような表現だけで、刑事訴追の免責あるいは制限に関する条項を明確に担保していない本試案の下では、これらの診療科の医師の多くは勤務を続けられないと思います。

さらに、『委員会の調査報告書については、公表されるものであるため、委員会から捜査機関に通知を行った事例において、捜査機関が調査報告書を使用することを妨げることはできない。』という記述には同様の観点から到底納得することができません。2 医療安全調査委員会(仮称)について【委員会の設置】の項には、『(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。』といいながら、最終的には黙秘権を巧みに迂回した形で医師の供述を捜査資料として提出するということが法的に正当なものなのでしょうか？そうした場合、少しでも刑事事件に発展する可能性がある医療事故（見方によれば、それは医療死の大部分に当てはまるかもしれない）に関して医療事故調査委員会を開催しても、医療者の発言は自ずと制限され、結果的には再発防止という最終目的に到達していくことができなくなる可能性が高いと思われまます。先述したとおり、司法制度における法律論の中で、医師の行う業務に「不法行為法」を適応することが正しいのかどうかなどについて、きちんとした議論が行われるまで、少なくとも委員会から捜査機関への調査報告書の提出は行うべきではなく匿名性を担保すべきかと思えます。

おわりに

医療事故を防止することは患者、医療者双方にとって最優先課題の課題であり、医療者である私たちも、病院内の委員会活動等で日々努力しているところであります。患者側にとっても医療の真実を知りたいと考えられることは当然の感情でもあります。しかし、あえて医療者の立場から述べさせていただければ、医学的真実をいくらお話しても、『どこかにミス（過誤）があったはずだ』、『滅多におこらない統計的確率のもの（有害事象）がなぜ私の家族におこるのだ』といった感情的な議論に終始することが多いように思われます。そうした現実の前では、たとえこうした医療事故調査委員会活動が行われたとしても、このような内容では、福島県大野病院事件のように家族が警察へ通報し、結果として『謙抑的』な警察が動き始める構図となる、あるいは民事での裁判が改めて起こされることは誰の目にも明らかなように思えます。そうした時に、将来の事故防止に繋げるために医療者側が善かれと思って提出した資料で作成された調査書が、今度は自分たちを責め立てる証拠として捜査資料となるわけです。医療事故の犠牲は不幸であり厭うべきことにちがひありません。その悲しみを慰謝するためにこうした制度を作ることは確かにそれなりに意義あることと思えます。しかし、この案が、『重大過失』の定義が曖昧なまま、そして『刑事免責』あるいはそれに代わる何らかの取り決めが十分に議論されないまま施行された場合には、慰謝という指1本どころか体全体を失ってしまうこと—すなわち日本中で生命に関わ

る医療に関わっている多くの医療者が黙って白衣を脱いでいくことにつながるという危惧を捨てきれません。

先に引用した『新たな疫病「医療過誤」』には、

『皮肉なことに、数十年わたり医療過誤のシステムは、誠実に行動し、なすべきことを行い、たまたま医療行為の結果が悪かった時に医療の現場に居合わせただけの医療提供者を苦しめてきた。その一方でより安全な保健医療システムを構築する努力を怠ってきた政治家、医療施設の経営責任者、管理者といった臨床以外で医療を支える立場にあった者はまったく罰を受けずにいる。』

といった記述があります。この医療事故調査委員会の構想は、わが国の医療の将来を決定づける上での最も重大な設計パーツの一つであります。これまで医療安全に対しておざなりな努力しかしてこなかった『臨床以外で医療を支える立場にあった者』が、なぜ、それほどまでに現場の臨床医の意見を軽視して成立を急ぐのでしょうか？

最後に再び『新たな疫病「医療過誤」』の記述を引用しておきます。

『医師は次第に非倫理的で、抑鬱的になっている。このような暗い気持ちでいる医療提供者が、情熱をもって患者の安全を守る指導者になることはできない。恨みはその理由ではない。根底に逆説があるのだ。不法行為法は本質的に医師と患者を敵対関係に置くが、安全は協調関係によって推進される。』

現在日本中の特に地方の中核病院で、産科や救急など生命危機の現場に携わっている医師は医師不足、医療崩壊の中で肉体的に、精神的に疲労しています。それでも何とか現場の中で患者との好ましい関係を模索しながら必死で現場を守っています。せめて『安全は（患者との）協調関係によって推進される』という考え方が広く市民の間に浸透するまで、あるいはそのための努力が有効に行われ始めるまで、この医療事故調案を性急に施行することだけは避けて下さるようお願いいたします。

参考文献

新たな疫病「医療過誤」（単行本）：ロバート M. ワクター（著），ケイウ エ G. ショジャンニア（著），原田裕子（翻訳） 朝日新聞社出版局（2007/03）

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢：3 (※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 (※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 (※下記より対応する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 |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

1) 刑事抑制の内容をきちんと法文化してほしい。

理由

別紙3 捜査機関との関係の中で

問1に対する答2:「・・・刑事手続については、(途中略)、対応することになる。」

問1に対する答3:「その結果、刑事手続の対象は、(途中略)、謙抑的な対応が行われることとなる。」

問2に対する答2:「・・・捜査に当たっては、(中略)対応することが考えられる。」

とあります。

これらは、捜査機関に対する希望的推測でしかなく刑事抑制の法的な根拠とはなりません。

過失致死傷罪で医療者個人を罰することが可能になってしまうならば、ハイリスクな医療を続けることは非常に難しくなります。

人間は間違えるものであること、医療は不確実であることを認識して欲しい。

何か起きたら必ずそれは誰かのせいであるという考え方でいいのでしょうか？

今後の日本の医療のために、感情を排した冷静な考えを根拠にした組織となることを願っています。

2) 段落(40)「重大な過失」の定義が曖昧なままなので、後からどのようにでも線引きができてしまう。

3) 段落(20)届出の基準が曖昧。届出のアルゴリズムはその分岐において医療者側の視点と遺族の視点とのずれが生ずるのは明らかであり、混乱をもたらすと思います。

4. 氏名： 山崎 裕充

5. 所属： 医療法人 翔南会 山崎産婦人科医院 院長

6. 年齢： 6 (※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： 8 (※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 (※下記より対応する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 |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

福島県立大野病院産婦人科医師逮捕事件を契機に、「医師法 21 条の異常死の届出」と「医療現場における業務上過失致死罪の適応」の問題について様々な論争が巻き起こっています。

私達、医療関係者の願いは「警察が医療現場に介入しないこと」、「医師法 21 条の改正」および「死因究明・再発防止のための調査機関の設立」の三点です。厚生労働省（平成 20 年 3 月 29 日、医療未来研究会での佐原康之厚労省医政局総務課医療安全推進室室長）によれば「医療事故の原因を究明し、再発防止を図る仕組みが必要だが、現状はこれを専門に行う機関がなく、刑事・民事手続にその解決が委ねられているので、中立的な第三者機関に届出を行う制度を創設すべく」検討がなされ、「医療安全調査委員会」の設立案が第三次試案として 4 月 3 日に発表されました。現在は、異常死があれば医療機関は警察へ届け出るが、新たな制度では医師法を改正し、医療機関からの届出は安全調査委員会へと一本化し、遺族からの届出も委員会が受け付ける制度となっています。

新制度では医療機関から委員会へ届け出れば、医師法 21 条の警察への届け出は必要ないとされていることから、私達、医療関係者が希望していた「医師法 21 条の異常死の届出」と「死因究明・再発防止のための調査機関の設立」の二点は達成されそうですが、「警察が医療現場に介入しないこと」の問題は解決されるのでしょうか。新制度になれば、遺族や第三者による警察署への告訴・告発による届け出はストップされるのでしょうか。遺族・家族が希望するのは、第一義的に医療側と同じ「原因究明・再発防止」や「自浄作用」なのではないでしょうか。それらは建前であって、警察に駆け込む本当の想いは「医療ミスがあったかなかったか判らないが、愛する家族が死亡した」、「あの医者を処罰して欲しい」という怒り、恨み、復讐の感情ではないでしょうか。

ここで流れをわかりやすくする為に、厚生労働省が設置をすすめている医療安全調査委員会の流れを「右の道」とし、遺族や第三者からの警察署への訴え（告訴・告発）の流れを「左の道」とします。「右の道」は「原因究明・再発防止」への道であり、「左の道」は「処罰」、「非難・罵倒」、「捜査」の道ともいえます。問題なのは今回の新しい「右の道」より「左の道」が誰でも容易に入れて、道も広がっていることです。遺族が「右の道」へ届け出ずに、あるいは「右の道」と同時に「左の道」へ届けた場合はどうなるのでしょうか。

刑事で相手を訴えるということは、その相手を罪に問い、刑務所に入れるなどの処罰をしてもらう為になされます。この相手を訴えるやり方が告訴・告発で、警察署か検察庁にすることになっています。告訴は相手が犯罪を犯したと、その相手を処罰してもらいたいという意思を申し出るだけでよく、告訴できる人も遺族に限らず、弁護士でも第三者の誰でもできます。警察は告訴を受けた場合は速やかに事件を検察庁に送致しなければならないとされています（刑事訴訟法 246 条）。

つまり、遺族や第三者から警察署に届け出がなされれば、百パーセント書類送検がなされ、書類送検がなされた時点でマスコミが事件を報道することになります。マスコミの報道はその原因が何であったのかとか、過失があったかどうかよりも、死亡の重大性のみが強調されて報道されます。「患者が死亡したのだから、マスコミの報道ぐらいがまんしななければならない」のでしょうか。医療事故の報道は、せめて検察が起訴を決めてから、ほんとうなら裁判で決着がついてから報道されればまだしも、「有罪か無罪かも判らない」、「医療ミスがあったのかなかったのかも判らない」、「あったとしても本当は軽い過失であったかも判らない」段階で、マスコミによって刑事事件として報道されるために、一般の人は「医療ミスという犯罪があった」、「人殺しがあったかも知れない」という印象や理解がなされます。マスコミの影響は大きく、報道された医療機関では患者や妊婦の受診が激減し、医療の萎縮、休業や医療機関の倒産にまで追い込まれることが多々あります。遺族や第三者が納得ができないという感情で警察に駆け込むことによって、医療機関は地域の財産なのに、マスコミ報道がなされ、白か黒か判らない内に医療機関が崩壊していくのはあまりにも苛酷で不公平といわざるを得ません。新制度に届け出がなされてもマスコミの報道はなされるでしょうが、それは原因究明・再発防止のとり組みが始まったという内容のもので、書類送検のときのように犯人扱いする内容にはならないことが救いとなります。

医療機関の評判を落しめようとする第三者や、賠償金や示談金を目当てに遺族にたきつけて事件を公にしようとする第三者が、警察に告訴・告発することでマスコミ報道が悪用されているかも知れません。現に、京大病院医療過誤事件（平成 18 年 3 月に脳死肺移植手術を受けた患者が 7 カ月後に死亡した事件で、京都府警捜査 1 課と川端署は、平成 20 年 3 月 13 日に業務上過失致死容疑で、呼吸器外科医、心臓血管外科医、麻酔科医の 3 人を書類送検した事件）にその例がみられます。事件後に京大病院内の安全調査委員会では原因究明と再発防止の検討が行われ、「チーム内の意思疎通が十分でなく、手術中の対応に重大な過誤があった」とする調査結果を平成 18 年 10 月に発表しました。このように当該病院できちんとした対応・検討がなされていて、同年 5 月以降は脳死・生体を問わず肺移植手術が自粛され、担当教授は辞職し、患者ご家族に説明と謝罪がなされ、遺族とは示談が成立し、遺族による警察への訴えもなされていないのに、第三者によって告発され書類送検されています。

この事件の意味するところは大きいものがあります。どのように院内や院外の安全調査委員会で「真相究明・再発防止」が検討されても、遺族に説明や謝罪がなされても、いつでも第三者による「左の道」から事件への介入や、委員会の調査や結果の無力化が容易に可能であるということです。新制度が発足しても刑事が委員会の上に立てば、この制度は何の機能も果たさないばかりか、刑事の医療への介入を手助けする機関になってしまいます。新制度では「遺族が告訴・告発しても、警察は委員会による調査を勧めることになる」とか、「捜査に当たっては、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ことが考えられる」と説明されていますが、これらは口約束にすぎず、法律的に担保されていません。告訴権は誰にでもあり、それがなされれば自動的に検察へ送検される制度が現存している法律です。

どうすれば「右の道」と「左の道」を合流させ「原因究明・再発防止」の目的に向かわせることができるのでしょうか。新たな制度をつくる場合には、まず医師法 21 条の「異常死体の範疇から診療行為に関連する死亡をのぞく、という一文を付す」（日本医学会のパブリックコメント）というように医師法の改正をすることが第一歩です。もともと医師法 21 条の拡大解釈により医療現場は混乱に陥っているわけですので、委員会へ届ければ警察へ届けなくても良いという条件付きではなく、拡大解釈がなされないように法改正がなされるべきです。そのうえで、日医のいうように「医療事故を犯罪捜査から切り離す」ことです。新制度では医療事故は被害者がいる犯罪であるととらえています。「患者の取り違えや投薬ルートへの誤りなど初歩的な注意義務を怠った過失により、患者のかけがえのない生命を犠牲にするのは許されない」、「過失で死ぬのは許さん」という姿勢になっています。過失を肯定するわけではありませんが、どこの世界にも過失はあります。とくに医療は一定の侵襲を加えることによって始めて成り立つ業務であり、医療における過失は「それがどんなに小さなものであれ、わずかに下手だったとか、わずかに判断ミスをした」ものであれ重大な結果（死亡）となります。新制度では「刑事処分は“重大な過失”に限定する」となっていますが、そうなればほとんどすべての過失が刑事処分になってしまいます。医療行為における過失は、被害者の救済や過失をおこした責任者の行政処分や民事賠償は必要であっても犯罪（刑事）ではありません。いつの時代から日本は患者を助けようとした者を犯罪者と同じように裁くようになったのでしょうか。捜査機関へ通知する事例は、医療水準からの逸脱の程度や、過失の重大さで決めるのではなく、犯罪性の有無によって決められるべきです。

日本産婦人科学会は平成 20 年 2 月 29 日に「資格を有する医療提供者が正当な業務の遂行として行った医療行為に対して、結果のいかんを問わず、“業務上過失致死罪”を適用することに反対する」と発表しています。交通事故などの一般的な過失と医療での過失は「応招義務と善意の行為」の点で異なります。「民事は警察では扱わない」

というように「医療過失は警察では扱わない」、「警察は犯罪を扱う」という原則を確認、確立していただきたいと思います。そうすることが業務上過失致死容疑での警察の介入を防止することもなるし、遺族が「左の道」へ届け出ても「右の道」へ合流させることも可能となります。「過失は犯罪ではない」という論理や概念が欠如していれば、どのような委員会でも魂のない制度になり、医療界は不安を抱えたまま萎縮医療は続くこととなります。新制度はもっと概念的に検討され、医療側と患者側が納得でき、世界に誇れるような制度になって欲しいものです。

4. 氏名： _____

5. 所属： 湘南中央病院 _____

6. 年齢： _____ (3)

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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)

<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)

- | |
|------------------------------------|
| 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 |

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

第三次試案拝見しました。

一瞬、大分良くなったかと思いましたが、
(別紙3) 捜査機関との関係について
を読んで絶望的な気分になりました。

結局、医療安全委員会の枠組みの中では、刑法上の業務上過失致死はそのままであり、警察は独自の捜査権を妨げられないということです。

東京地検特捜部長・最高検公判部長を歴任し、現在は弁護士の
も
はっきりと仰っております。

http://www.m3.com/tools/Iryolshin/080408_2.html

つまり、「医療安全委員会」が迅速に進まない場合には
遺族の早く解決をしてくれという提案があれば、警察は捜査に乗りだすのです。

現実問題として、このままでは費用・人員が圧倒的に不足していますので、
いくら院内事故調などを作らせようとも、
「医療安全委員会」がパンクするのは当然です。
そのような警察の捜査が頻発するようなら、調査委員会の権威は地に落ちます。

しかも、行政処分は今より厳しくなるのですから、
医療の崩壊が加速度的に進むのは当然です。
医師を処罰するのが「医療安全委員会」の設立目的なのでしょうか？
元々の設定として、「真相究明」、「再発防止」、「遺族の慰撫」、「当事者の責任追及」、
を1つの組織で行おうということ自体が無理なのです。

あくまでも、医療者の刑事的な責任追及が目的だというのは、
議論の余地はありません。

遺族の慰撫にはなりますが、
WHOに「世界一」と認められた日本の医療は滅びるしかありません。
そうなった場合、その責任は厚生労働省にあることを、
あらかじめブログなどで宣言しておきます

もし、「真相究明」、「再発防止」を目的とするのなら、
この「医療安全委員会」が刑事訴追の既存ルートを「法的に」制約するもの
ならなければ、自らの非を正直に供述することはできません。

医療安全委員会による「刑事手続き相当」意見無しには、
刑事捜査着手および起訴が出来ないと法律に明記してもらいたい。
それが「真相究明」、「再発防止」を願うわれわれの願いです。

また、医療安全が目的というのなら、
医療安全の専門家が一人も委員会に入っていないのは何故でしょうか？
医療安全を掲げるのなら、WHO のガイドラインを尊重すべきではないでしょうか？
厚労省は意図的に WHO のガイドラインを隠して議論を進めています。
座長に刑法学者であることから、
医療者の刑事責任を如何に決めるかが最初から主題になっていることは明らかです。

医療者に罰を与えれば医療事故が減ると考えるのは、
医療安全の流れから見れば、あまりに時代遅れです。

医政局長は、
「国民の皆様におおむね御理解がいただけましたなら
組織面等の検討も加えたいうえで可能であれば今国会中の法案提出も目指したい。」
と仰っていましたが、
われわれはもっともっと時間をかけた、更なる議論を要求します。

厚労省は警察や検察と議論し、刑事訴訟法を改正すべきです。
日本の医療を守りたいのなら、
WHO のガイドラインに沿った調査機関を作るべきです。

4. 氏名： 黒川 衛

5. 所属： 全国医師連盟準備委員会 発起人世話役

6. 年齢： 5

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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

<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

- | |
|------------------------------------|
| 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 |

一方、前回の試案から詳細な明示となり改善された部分としては、

- 1 届け出義務違反は、刑事罰ではなく行政処分（行政命令）
- 2 地方委員会に対する黙秘権
- 3 調査終了前の事情聴取機会と委員会の少数意見付記
- 4 施行準備期間の設置

などが、あります。パブリックコメントを含めた多くの関係者の提言により、こうした改善が見られたことを評価したいと思います。しかし、上記した重大な問題点が解消されていない以上、これらの修正事項は、不十分な修正にとどまります。

また、新たな問題点として浮かび上がった事項として、

- 1 問題点の多い機能評価機構を情報提供機関として公式に位置づけたこと、
- 2 調査チームメンバーを非常勤国家公務員として、該当事務方よりも低待遇にする懸念
- 3 委員会の最終報告書以外の調査資料の管理や取り扱いが不明

などがあり、いずれも、懸念材料として浮上しています。

厚労省試案で課題とした、医療事故死亡での原因究明・再発防止策の制度的確立は、現在の医療情勢全体を見渡したときに、唯一の優先事項ではありませんが、決定的な意味を持っています。それは、医療崩壊から再生へ転換するために必要な、医療供給側の現場の士気に直接関わる問題であるからです。

医療崩壊という、いわば敗戦濃厚な時期に、医療現場で戦う兵士達をいたわることをせず、あたかも補給路を断ち、後方支援のないまま、憲兵制度を作る愚は取るべきではありません。困難な救命や診療にチャレンジし続ける私達医師の診療技術は、10年以上かかって、研鑽し文字通り血と汗の試練の中で培われたものです。私達医師の初心や努力をもっと信頼して欲しいと思います。現場の医師達が、誇りを持って医療に携われるようにすることを抜きにして、医療の再生は不可能だと深く思っています。

一、【医療問題の焦点】

医療問題の焦点は、WHO が世界一と評価している日本の優秀な医療が、医療費抑制政策などの放置により、ついに医療崩壊を迎えてしまった現状をどう立て直すべきかという問題に絞られてきています。「医療安全調査委員会制度」は、医療再生に向けた視点を持たなければ、いずれ、破綻するでしょう。医療自体が崩壊したときに、医療事故の原因究明も再発防止も、もはや意味がありません。日本の医療に横たわる構造的な問題点を含めて、広く国民的論議を行い、医療問題を医療供給側と医療需要側との両者間の問題に矮小化せず、国の問題として政治問題として論議する事が重要です。医療安全委員会は、禍根を残さないよう、じっくりと時間をかけ、単独省庁の枠を超えて、他省庁との十分な調整をし、特別法の制定を追求実現すべきです。

二、【莫大な予算は有効に使うべき】

厚労省は、新設する医療安全調査委員会には、中央の委員会のほかに、地方ブロック単位に委員会を設置し、更に中央、ブロックにそれぞれ調査チームを構成させるとしています。このような組織を維持するには、課長・部長級の公務員を大幅増設する必要性があり莫大な予算を必要とします。今、医療費抑制政策によって、直接患者を救済し、診療する為の費用が削減されています。このような、医療費削減をしながら、原因追及にも再発防止にも繋がらない新組織設立の予算を組むことは、省益を叶えることにはなっても、国民の利益に反するものとなってしまいます。

三、【医療訴訟地獄が加速する】

訴訟不安と過労、赤字診療により、現場の医師達の逃散が進行しています。本来、予見と回避の不可能性が生じる医療には、予見回避義務の過失・責任を問う現行の司法枠組みはなじまないと考えます。医療安全調査委員会でのレトロスペクティブ（後方研究）な調査報告は、医療事故再発予防に供されるべきものです。これが公費で行われ、本来プロスペクティブな責任を問うべき医療裁判に過って導入されることになれば、医療訴訟は続発し、アメリカ型の医療訴訟地獄が到来してしまいます。

厚労省の言う、医療安全調査委員会の新設は、現行診療の限界や問題点を改善する方向ではなく、現場の医療提供者に鞭を打ち、医療訴訟の続発による訴訟地獄社会を生むこととなります。

総じて、幾つかの修正はあったものの、第三次試案に提示された医療安全委員会は、医師にも患者さんにも納税者にも、配慮を欠いたものとなっていると指摘せざるを得ません。

26-2/3

4. 氏名: 加藤正弘

5. 所属: 江戸川病院

6. 年齢: (※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: (※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: (※下記より対応する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

26-③/3

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

- (8) 葬儀の設置場所. 総務省下の望ましい。
- (10) 解剖の体後性. 5年後に経過. 不潔は非解剖例に比べていい。
- (25) 遺族の原因究明を求めた場合の非解剖例の取りあつかいと明確にされたい。医療機関側に重大な事故との認識が無いのに、遺族の訴えられた場合に十分と見做る事案の懸念を払う。

以上で第三次試案に賛成します。

4. 氏名 :

5. 所属 :

6. 年齢 : (3.)

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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 : (8.)

- <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.)

- | |
|------------------------------------|
| 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 |

「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

2 (40) 医療安全調査委員会の報告は原因究明や再発防止のためとうたいながら、結局のところ、遺族が刑事告発した際の訴訟の資料として使われます。そして、それは、被告にとって不利な一面のみを使われることとなります。医療安全調査委員会の報告が刑事告発の資料に利用されるのは、医療従事者の良心を逆手に取るようなことであると思います。遺族告発による刑事事件として取り扱われるならば、事故調査には協力せず、医療を良くするための学会発表をやめ、事実を隠蔽する方向への流れは更に加速されるであります。

結局のところ、調査委員会の報告は、刑事告発のため情報収集としての制度になります。現実には、刑事告発は遺族の心情を救済する手段としての色彩が濃くなってきています。遺族の心情に答えるような形での刑事告発この調査委員会が入った場合には、調査委員会の告発以外の刑事訴訟は起こされるべきでないと考えます。

2 (43). 悪質なものと判断されたものを調査委員会が刑事事件として告発するような記載がありますが、依然「悪質」の定義が不明瞭です。調査委員会は遺族代表のような立場の人もいます。この立場から見れば本音としたら、「死」に至った過失は全て「悪質」と考えたいでしょう。試案のなかで「このようなことが想定されている」とあっても、さらにはっきりと基準を決めなければ混乱するのは必至です。

ただし、遺族からの要請による再調査や委員の変更等は行われて良いと思います。

3 以下は試案に対するコメントではありません。

(試案に対するコメントに対する反論)

法曹界の代表と想定できる河上和雄氏のコメントに対する反論として

——最も医師が懸念しているのは、医療安全調査委員会と刑事手続の関係ですが、この点について問題があると。

こうした仕組みを作るためには、刑事訴訟法の改正が必要ですが、第三次試案では触れることができなかつたのでしょうか。刑事訴訟法上では、警察や検察が捜査権を持つと定めています。第三次試案では、調査委員会の通知がないと捜査ができないような書き方をしていますが、これは法律を無視するものであり、到底受け入れられないでしょう。

謙抑的に対応するのは当たり前の話です。また、警察・検察が捜査を進めるにしても、調査委員会の意見を尊重することは考えられます。ただそれは、どれほど信頼で

きる組織を作るかにかかっています。これまでは医師同士のかばい合いなども見られたわけです。本当に信頼できる権威のある組織を早急に作る事ができれば、いずれは厚労省が考えたように、警察・検察がその調査結果を尊重する時期が来るかもしれません。さもないと、全然相手にしないことになります。

この意見に対する反論

警察の独断と偏見に満ちた捜査と刑事告訴によって、医療現場が混乱し医療ができなくなっている実態を、この論者はまったく無視している。「謙抑的に行動するのは当たり前の話です。」と述べているが、この「当たり前」のことができないがために混乱を生じた。そしてこの論者のように実態を知らない人間が「今までの法律の原則からは」という見解でもって論議をすすめてきたから混乱が生じるようになった。過去に作られた法律が現状に合致せずに問題となっているケースがあることをこの論者は知らないのであろうか？現状に合うように法律を改正すべきだ。

——調査委員会の調査結果が信頼できる意見であるかどうかは、実績の積み重ねで判断するのでしょうか。

そうだと思います。ただし、それまでの間に、医師や医療者が何らかの問題を起こすと、捜査機関はそれを放置していいのかということになります。結局、捜査機関は独自に動くわけです。

さらに第三次試案では、遺族が告訴した場合にも、「警察は、調査委員会の専門的な判断を尊重し、調査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ことが考えられる」としていますが、「考えられる」だけであって、「考えられない」場合もあるわけです。

要するに前述のように、厚労省は警察や検察と議論はしたのですが、それが第三次試案に全然入ってきていないのです。

この第三次試案は、医師の故意や過失に基づいて、患者の死亡もしくはそれに近い医療事故が起きた場合に、厚労省は「今後の医学の発展のために」という大義名分を掲げて死因の調査を行うというものです。しかし、故意などを犯した医師について、その責任を追及する姿勢が全然ありません。「俺たちに任せろ、われわれの調査結果を見て、俺たちが言ったことだけを捜査しろ」という書き方をしていますが、前述の通り、刑事訴訟法を改正しない限り、それはあり得ません。

この意見に対する反論

警察が強権を発動して威嚇しようとしている姿勢が、この論者の意見から読み取れる。また、正確な分析に基づいて論議をした結果の調査委員会の結論を軽視する発言

である。まさにこれは、正確な情報と正確に医学知識、そして冷静な判断に基づいて結論を出すというプロセスを無視した警察の傲慢な態度である。

——第三次試案では冒頭に「調査委員会は、責任追及を目的としたものではない」と掲げています。

それは当然の話です。厚労省には、責任追及、つまり刑事罰や民事罰を課す権限がないからです。法体系を変えない限り、あり得ないことを、あり得るように書いているのは、非常にミスリードさせるものではないでしょうか。

行政処分にしても、「現在、医師法等に基づく処分の大部分は、刑事処分が確定した後に、刑事処分の量刑を参考に実施されているが、委員会の調査による速やかな原因究明により、医療事故については、医療の安全の向上を目的とし、刑事処分の有無や量刑にかかわらず、医療機関に対する医療安全に関する改善命令等が必要に応じて行われることとなる。行政処分は、刑事処分が確定した後に、刑事処分の量刑を参考に実施されているが」とあります（別紙3）。

厚労省は行政処分の独自の権限があるにもかかわらず、今まで実施してこなかったこと自体をまず問題視すべきです。調査委員会を作ったからといって、厚労省が新たにできるようになるのでしょうか。

これに対する反論

だから、このような委員会を立ち上げようとしているのである。

——刑事処分はどう適用すべきだとお考えですか。

医師や医療関係者から刑事罰から解放して、医学の発展のために医療事故の原因究明などを行う。そういう考え方を進めていくと、医師や医療関係者が何をしようと、犯罪にはならないことになります。しかし、それでは世論の支持は受けられません。特に医療過誤で家族を亡くした遺族にとっては納得できないわけで、あり得ないことです。

厚労省が医学的な観点から調査などを行い、医療事故を客観的に評価して、医療の透明性を確保する、それは結構なことです。しかし、刑事責任や民事責任を追及するのは別の話で、厚労省の仕事ではありません。

これに対する反論

この論者は何を試案から読み取っているのでしょうか。「医師や医療関係者が何をしようと犯罪にはならない」という極論にどうしていたるのか、理解に苦しむ。

——それでは先生は第三次試案をどう見ているのでしょうか。

厚労省が医師の立場に立つことは必要でしょう。それはいいのですが、医師の立場に立ち、刑事罰や民事罰から医師をできるだけ遠ざける、調査委員会が一手に引き受けるという形で厚労省の権限を強化する方向性を出したのが第三次試案だと思っています。それも法律を無視して、厚労省の力が及ばない警察・検察に対して、調査委員会の言うことを聞かなければならないとしています。

第三次試案の「おわりに」の部分に、「本制度の確実かつ円滑な実施には、医療関係者の主体的かつ積極的な関与が不可欠となる」とあります。この試案は、関係省庁の権限を奪う内容なので、「厚生労働省の広い視野からの検討と、関係省庁との十分な連絡が必要」と書くべきです。けれども、こうした観点が欠如しています。

この意見に対する意見

指摘の通り、法律そのものを見直す、あるいは権限の見直しは必要である。法律や権限の見直しには、法曹界や関係各省の反発は多いかと思う。しかし、現実に警察の介入によって、医療が崩壊しつつある事実を目を背けて欲しくない。

また、全体として、警察の権限を維持拡大することに固執した論調である。この論調こそ、警察の横暴ぶりを増大させる。取調べの実態は、恫喝と脅迫である（踏み絵を含む）ことはさまざまな報道で周知しているものと思う。また、警察内部での抑制の効かない組織体制は、医療機関とは比較にならないほど遅れている。警察の捜査事態が告発されることはないからである。医療は失敗を分析し新たな方法を模索し、それを学会等で公にする。警察は自らの失敗を隠蔽する。その警察に何ができるのか？

4. 氏名： _____

5. 所属： _____

6. 年齢： 4 (※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 (※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 (※下記より対応する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 |

「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

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—」を拝見しました。

(以下の文章中のカッコ内の数字は試案中の段落番号に該当します)

第二次試案よりも、厚生労働省が設置を目指している医療安全調査委員会の目的が「責任追及」ではなく、死亡原因の究明や再発防止、医療安全が主眼であることが明記されていること(7)、医療死亡事故の届け出範囲が限定的になったこと(20)、医師法21条との関係が整理され、委員会に届け出を行った場合警察への届け出は不要とした点(19)は評価できます。

しかし、故意でなく患者の状態に起因する合併症で死亡した場合でも遺族の訴えがある、もしくは警察が必要と認めた場合は警察が捜査を行うことができることになっています(25)。別紙3には「謙抑的」と書かれていますが、謙抑的では不十分です。この点がわれわれ臨床医の一番懸念しているところです。

実際、4月4日の衆院厚生労働委員会では民主党の岡本充功議員の質問に対して、警察庁米田壮刑事局長が遺族の求めがあれば警察は捜査に乗り出すと明言しています。これでは別紙3に記載された捜査機関との関係についての問答集がまったく意味をなしません。

医療死亡事故においては、必ず委員会の調査を前提として、その結果故意や悪質な過失があった場合のみに警察の捜査がおこなわれるような仕組みが必要です。また故意の事件に関しては当然刑事事件の対象なので、調査結果を警察に提出するのはかまいません。しかしシステムエラーに起因する事故の調査結果を警察に提出する可能性があれば、当事者が自らに不利となる発言をすとは思われません。凶悪犯罪の被疑者にさえ黙秘権はあります。委員会での調査結果はそこで完結すべきで、警察捜査に流用してはいけません。そうでなければ再発防止という大きな目的は永久にかなえられないことになります。また民事訴訟の証拠とすることも禁止すべきです(44)。

またもう一点重要な点として、調査委員会に遺族側の代表を入れることに反対します(13)。委員会では医学的見地からの専門的検討が行われるべきであり、遺族側の代表にはその能力がないことが理由です。遺族側の代表が入るべきなのは、委員会での調査結果を踏まえたADRの場であり、無過失保障などについてもADRで十分検討すべきでしょう(45)。ただし、そこで補償がなされた場合、民事訴訟は免責とすべきと思われれます。

以上の点を改善したさらなる試案の作成が絶対に必要であり、この不完全な第三次試案を運用するような拙速な行為をすべきではありません。世界に誇るべき日本の医療制度が、厚生労働省の手により崩壊したと後世の歴史家から指摘されないよう、慎重に現場の意見を汲んだ制度作りをお願いしたいと思います。

(※以下ご意見を試案の段落番号を明記した上で記入してください)

「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

医療事故（安全）調査委員会 第3次試案に反対する。

実態から 診療関連死亡調査委員会にしたらいい。

しかしどう読み込んでも断罪を志向しているとしか読み取れない。

医療事故（安全）調査委員会設立は 医療法21条異状死の拡大解釈と、日本法医学界の「異状死ガイドライン」（平成6年）、死亡診断書マニュアルなどなどに加えて、さらに萎縮医療を促進する因子にしかならないと思える。

医療を行なう時間と空間を共有する医療者のうちの誰かが 不適切な行為 処罰に値する行為と判断したとき、その告訴をもって刑事捜査着手の端緒とすればよい。および親告罪とするのがよい。病との闘いは ダイナミックに展開している。限られた時間、スタッフ、設備の中で判断決定遂行されている。その時空間とは異次元にしながら、しかもレトロスペクティブに その時空間にいた者を断罪するなど許される行為ではない。その時空間にいた者の反芻、検討、反省のみが次なる安全の手がかりになる。悪意の無い医療によって犠牲となった者は社会全体で支えなくてはいけない。人の智慧はたいしたものではなく、医学は未完成であり、医療資源には限りがあり、医療制度もまた完全ではない。医療の現場、最も患者・病に近いところにいる医療人個人を処罰することで何も改善はしない。

医師法21条の異状死から診療に関連する死亡が除外され、警察・捜査機関への報告が除外されたとして、遺族から警察・捜査機関への告訴が従来通りであるのなら、医療人を断罪するルートが増加したにすぎない。診療に関連する死亡を親告罪として、医療事故（安全）調査委員会の「刑事訴追妥当」の意見を 捜査機関介入の必須条件とするような仕組みのほうが明瞭であると思う。訴求手続きは医療事故（安全）調査委員会に対して行なえばよい。ただし医療そのものが侵害行為であることから、刑事免責なしなら医療は成立しない。民事の争いも医療事故（安全）調査委員会の調査を必須とすればよい。刑法や医師法などの周辺整備が無いまま医療事故（安全）調査委員会設立には反対である。

炙り出すべきは悪意の介在する「医療」であり、悪しき結果となった善意の医療ではない。調査することに医療資源を投入し、病と直接的に対峙する者は細るばかりで医療は崩壊必然と感じている。