

4. 氏名： 本山 浩道

---

5. 所属： 長崎県離島・へき地医療支援センター

---

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： 13

<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

離島の医師確保を担当する立場からご意見申し上げます。離島に働く医師にとって、医療事故は極めて大きな問題です。私自身離島で働いてきましたが、医療安全に責任者として係わったこともあり、ずっとこの問題を肌で感じてきました。離島の住民は離島で働く医師を根拠なく能力の低い医師と認識しがちです。現実には優秀な先生方がたくさんいらっしゃいますが、住民の理解はそういうものです。そこで医療事故が起これば過誤のあるなしにかかわらず、能力の低さゆえ起こったものだとされてしまいます。それでも医療が成立しているのは医師が離島にいてくれることと日頃の診療への感謝の気持ちと、自分達が離島で暮らしていることから来る「仕方がない」という受け入れの気持ちがあるからです。離島の医師はそのことを十分に認識した上で島に生き、よりよい医療を目指しています。

しかしひとたび医療訴訟が起これば話は変わります。住民に訴えられた瞬間に医師の住民に尽くそうという気持ちは萎えて島を去ってしまうことになり、医師を訴えた島には二度と医師は寄りつきません。また一人でも刑事立件されればその影響は他の島にまで波及し、医療過誤の恐怖が支配した結果、無医地区が多発することと思います。事故調査委員会を作ること自体には賛成しますが、提示された第三次試案では地域医療を破壊しかねない重大な問題をはらんでおり、賛成致しかねます。

第三次試案に従って医療安全調査委員会が設置された後、医療事故の処理はどう変わるのでしょうか？

例えばよくニュースに流れる、経鼻栄養カテーテルを胃でなく気管に誤挿入し、肺に栄養剤を流し込んでしまう事故は、明らかに医療過誤ではありますが、滅多にないというよりしばしばみられる事故にあたり、それゆえに手技に伴う想定可能な合併症でもあります。

同様に中心静脈栄養のためのカテーテル留置についても、動脈穿刺で大量出血を起こしたり、肺を突き刺して気胸を作ったり、胸腔内に留置して栄養剤を入れ呼吸困難を引き起こしたりして死亡につながってしまった事故を耳にします。これも明らかな医療過誤ですが、やはり手技を行なう前から想定可能な合併症でもあります。

もちろんこれらの事故が起こりうることを医療従事者は知っており、十分に注意して事故が起こらないように確認しながら行なっていますが、それでもこれらの事故は後を絶ちません。ヒトの個体差が大きいからです。医療に安全・確実というものはありません。あるのはより安全でより確実な医療までなのです。

これらのような最初から想定され、かつ十分な注意の上で行なわれていながらもしばしば起こる事故は、言い方を換えれば「医療行為に伴う合併症」ともいえます。むしろ医療従事者はそのような認識をし、その上でより安全でより確実な医療を追求しています。

私自身は過去に上記のような事故を起こしたことはありませんが、今後も起こさないという自信は全くありません。運がよかっただけでしょう。

このように医療従事者は成功する確率は高いけれど、最初から100%成功すると思っ  
ていませんから、たまたまうまくいかなかった事例と認識しますが、遺族は医療過誤  
と認識します。

遺族は謝れと言うでしょうが、患者に必要な常識的手技を常識的に行なって、結果が  
うまく行かなかったからといって残念ですとは言えても、ごめんなさいとはなかなか  
言えません。

現在、医療行為に伴う合併症は医療過誤として取り扱われ、警察が動けば業務上過失  
致死に問われますし、民事では高額賠償が待っています。いずれかが裁判で認められ  
れば厚生労働省から行政処分をも受けます。

医療安全委員会が設置された結果、これがどのように変わるのでしょうか。

第三次試案では委員会が医療過誤であると判定することはほぼ間違いありません。

委員会から警察・検察にはおそらく通報されないことでしょうか、遺族が告訴すれば  
捜査に入ることが確実であり、感情的になった家族が告訴に打って出ることは十分に  
考えられます。また民事裁判を有利に進めるために刑事告訴を起こしているかのよう  
な事例もみられています。

このようにいくら委員会が警察に通報しないといっても、遺族の告訴で警察は動きま  
す。医療行為を原因とする死亡は明らかで資料もそろっていますから、おそらく裁判  
所も業務上過失致死を認め有罪はほぼ確定的です。

患者のために行なっているとか一定の確率で起こるということは一切考慮されませ  
ん。合併症とは認識されないでしょう。裁判所の判断は根拠となる法律が変わらない  
限り、今後も変わらないものと思われま

では民事はどうでしょうか。

これまでは事故の説明は基本的に口頭で行なわれ、必ずしも文書は渡されてきません  
でした。ところが委員会の設置によって（これらの事例では当然に報告義務を生じま  
すので委員会が調査します）遺族に調査報告書が交付されます。もちろん納得できる  
遺族もいるでしょうが、手元に資料を置くことによって民事訴訟に訴え出る家族が必  
ず増えると思います。すなわち訴訟が乱発する可能性が高いと思われま

まあ行政処分だけは軽減されるかも知れません。

以上極論でも何でもありません。普通に予想されることだと思います。

これで医療従事者に安心であると賛同を得るのは難しいのではないのでしょうか？

(1)

原文を・・・切なる願いである。国と医療関係者には、その願いに応えるよう・・・と是非修正を御願ひします。医療事故の責任があたかも医療関係者のみにあるとするのは看過できません。もちろん過去の医療側の隠蔽体質と説明不足が医療不信の一因となったことを否定する気はありませんが、現在では情報公開、インフォームドコンセントの徹底、待遇改善など業務の増大で限界を超える程の良質の医療を国民に提供しようと努力が続けられています。しかしその一方で国による医療費抑制、過重労働の放置、国民への医療の実態の周知不足、国民に対する死生観教育、曖昧な法整備で医療訴訟を頻発させてはいないのでしょうか？

患者に対する気持ちと使命感で働く医療従事者によって、過重労働であろうとも何とか支えられてきた医療が、労働環境に対する無策と患者からの過剰な要求で心折れようとしています。

国は決して第三者ではありません。むしろ今後は医療事故を減らすために国による医療政策の改善努力も不可欠です。適切な医療費を確保して医療従事者を増やし、国民に医療を守るという意思統一を促し、死生観を学ばせ、法改正で事故を減らすという努力をすることが必要です。

「国と」という一言を入れることと入れないことには大きな違いがあります。

(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、結果として刑事訴追されないことが制度上全く保証されていません。むしろ文を続けるならば、「委員会自体は刑事責任追及を目的としないが、結果的に警察や検察が刑事責任を追及することに情報提供という形で協力できる。」と読めます。現に別紙3では裁判所の令状さえあればすべての資料を警察に提供することができることが明記されています。警察は当然令状を取るでしょう。

警察や検察は謙抑的に対応する「だろう」という話がありますが、法的担保は一切ないため裁量次第でいつでも訴追が可能ですし、委員会の判断を無視することもできます。

警察・検察・法務省は第三次試案に何の問題点も指摘しませんが、これは法務省が管轄する部分には一切手を触れられておらず、法務省にとっては「謙抑的に対応してね」という法的根拠のない御願ひを受ける代わりに、厚生労働省が医療従事者を訴追しやすいように法務省に協力してくれるというのが第三次試案の本質だからです。

ただし私は再発防止のために医療機関や悪質な医療従事者に対しての行政処分の根

拠になることや、民事訴訟に情報提供することは否定しません。

(8)

委員会の設置場所は厚生労働省内にあるべきではありません。中央委員会の提言が厚生労働省に向けられることも十分に考えられ、厚生労働省内に存在すれば、なされるべき提言に抑制がかかる可能性があります。総務省か内閣直轄の機関である方が、思い切った有効な対策を打ち出せます。

(9)

今医療訴訟は全国至る所で頻発しており、医療安全委員会を国民が知ることで、これまでに比べ遙かに多くの事例が検討されることになることは容易に想像され、地方ブロック単位での地方委員会設置程度では、制度導入直後は膨大な件数の処理が予想されます。将来状態が落ち着いて統合することになるにせよ、最初は慣れない業務に従事する人材を確保することを考えれば処理する案件は少ない方がよく、導入当初は各都道府県単位での設置が望ましいと思われれます。

(10)・(13)

メンバーには調査チームにも地方委員会にも事故防止の専門家が入ることが必要であり、その視点で事故を調査しなければ再発防止に必要な情報収集は不可能です。真相究明に必要な情報と再発防止に必要な情報は違うことを認識すべきです。

また臨床医については現実に患者を診療し、事故防止の現場にいる勤務医が入るべきで、経営を業務の中心にしている病院長や研究を活動の中心としている教授だけで構成されてはいけません。現場を知らない委員で固めては、理想論に終始する可能性が高いからです。現実の医療を見据えた分析が必要です。具体的には一定数以上の外来患者と入院患者を診療している医師とすべきで、試案にはでていませんが、その臨床医が調査チームとして活動するにあたっては、その間の代替診療をサポートする措置が必要と思われれます。

(12)

中央に設置する委員会は、医療の安全の確保のための施策等に関して関係行政機関等への勧告、建議等を行うこととされていますが、これは早急に必要でかつ重大な提案を行なうことになると思われるため、提言を省庁が無視できないように権限をしっかりと明記することが必要になると思います。

(15)

中央委員会事務局については天下りが取りざたされている中、公益法人であってはいけません。国家公務員が通常業務としてあたるべきです。地方委員会・調査チームについては都道府県職員を通常業務としてあたらせてもいいと思いますが、運営費は国

単独の補助金で対応すべきです。

(17) (22) (23) (25)

届け出義務の範囲については、医療が患者満足のために行なわれること、もともとの異常死届け出の意義が犯罪の存在可能性について警察に告知することにあること、かつこの試案が医療過失事故を刑事事件として取り扱わないことを目指していることを前提に設定を考えるべきです。

医療に関連する死亡は警察に届け出て刑事事件として取り扱う必要がある案件と、それ以外で委員会に届け出て事故の真相究明や再発防止策をとるべき案件に大きく分けられます。

まず刑事事件として取り扱う範囲を医師法第 21 条における異常死のうち、医療に関連する異常死を故意の介在する死亡を否定できない死亡と定義し、明文化します。これについては旧来通り医師法第 21 条に基づく警察への告知を行なうことを義務づけますが、医療機関における届け出責任者は医療機関の長とします。医療法に場所を移した方がよいかも知れませんが、制度を維持するための保険として必要と思われる。これを除外すれば、近年起きた看護師による筋弛緩薬注入による殺人事件のような病院内で起こる事故に見せかけた殺人を警察が認知できなくなり、制度導入後にもし一件でもこの様な事例が発生すればその時点でこの制度に警察・検察の同意が得られなくなり、制度破綻する可能性があります。ただし警察が介入して故意が介在しないと判断された時点で、警察には捜査を終了してもらいます。重大な過失については故意による事案とは完全に区別して捜査の対象外とし、むしろ医師法第 21 条における届け出義務の範囲から外れるものとします。これは重大な過失の多くはシステムエラーによるものであり、個人を対象とした刑法になじまないからです。そのような事案こそまさに事故調査委員会が調査すべき事案です。

遺族が警察へ告発するチャンスを奪うことは、逆に医療への不信から訴訟の頻発につながる可能性もあります。憲法上も請願権としての告発権を剥奪することはできず、今後も告発が行なわれることは想定されます。しかしこの場合も捜査自体は認容しますが、故意の存在の検証が警察の役割であり、それが否定された時点で警察には捜査を終了してもらいます。

委員会の調査によって後日故意の介在が明らかになった場合にのみ委員会は警察に届け出ることとしますが、故意に事件を隠蔽したわけではない限り、届け出責任者に届け出義務違反の責任は問えないものとします。

委員会への届け出については、医療過誤による死亡であると医療機関が判断した場合と家族が報告を要請した場合に医療機関が事故発生を委員会に報告することを義務づけます。合併症は届け出対象になりませんが、遺族は合併症なのか過誤なのか判断

できませんから医療機関で対象外と判断される事例であっても遺族から報告を要請された場合には報告を義務づけます。

遺族が医療機関に報告を要請しづらい場合、あるいは後日疑いをもった場合も考え、遺族が後日直接委員会に報告できることにしますが、この場合も医療機関が報告の必要なしと判断していた場合には報告義務違反に問われないこととします。

(18)

届け出先は大臣になっていますが、調査チームが現場に入るのは解剖の必要性の判断も考えれば報告からできるだけ早い時期がよく、24時間体制での対応が望まれ、窓口としては地方委員会の方が適しています。遺族からの報告も受け付ける以上、電話で地方委員会に報告することができるようにし、地方委員会は事案の概略を聴取後、調査チーム派遣と同時に所轄大臣宛として中央委員会に事案の概略を届け出ます。すなわち報告義務は医療機関、届け出元は地方委員会ということになります。

(19)

医療における異常死の定義を故意の介在する死亡を否定できない死亡と明文化すれば、自ずと医療事故での医師法 21 条における届け出義務はなくなります。

(20)

図表におけるアルゴリズムは非常に曖昧です。しかも現実の症例はほとんどが①（結果が重大な医療事故）か②（ほとんどの院内死亡）に分類されるため全く振り分けになっていません。（17）で述べたような曖昧さを排除し、振り分けの目的を明確にしたアルゴリズムの方が望ましいものと思います。

別紙にフローチャートを添付しました。

(21)

報告義務が医療機関の長であることはいいとして、医療機関で死体を検案したということは医療事故による死亡であることが明らかな場合であり、必要に応じて速やかな解剖が必要なことがあります。院内で検討するよりも先に調査チームでの検討が必要な事例と考えます。

(22)

医療事故については紛争になるものとならないものがあります。医療過誤による死亡が明らかな場合は賠償の問題だけであり、むしろ紛争にならないものと思われれます。ではどういう場合が問題となりうるかといえば、医療過誤は間違いなくあるが、病状の悪化があり事故がなくても死亡したであろうことが医学的合理性を持って説明できる場合などで、事故と死亡の関連が不明確な場合が特に問題となります。家族が病状の悪化や合併症として納得すれば紛争になりませんし、納得しなければ紛争になり