

ます。この様な場合、義務として委員会に報告することが紛争を誘発する危険がありますので、医療機関が遺族に届け出の是非を打診し、拒否された場合はヒヤリ・ハットの事故として取り扱い、死亡診断書を発行できる方法も残されるべきではないでしょうか。もちろん後日家族が届け出を求めるようなことがあったらその時点で届け出義務を負うこととします。

(24)

届け出の手順や調査の手順については届け出元が地方委員会であれば解決します。

(26)

国が制度を国民に広く周知するのはよいとして、そこに無駄に費用をつぎ込むべきではありません。安価で有効な手段であるべきです。

(27)

解剖が行える事例を前提としているようですが、離島・へき地を想定しているのでしょうか？そのようなところでは解剖できる施設はありません。解剖を前提にすれば遺体の搬送に相当な費用負担が生じるものと思われま

す。なお現在死亡時画像診断の費用は遺族負担です。これを Ai 導入で考えると費用負担が莫大となり、遺族が非協力的になると思われま

す。④地方委員会は調査チームの調査報告書案を審議とありますが、何を審議するのでしょうか？調査自体が相当な労力と期間を要するものであり、調査チームは情報収集に特化させ、地方委員会は報告書作成に特化させた方が合理的であると考えま

す。地方委員会で情報不足が指摘されれば、調査チームに指示しさらに情報収集させればよいのではないのでしょうか。

地方委員会の役割として公表が挙げられていますが、再発防止策、全国からの情報収集、命令系統を考えると公表は中央委員会がすべきことと考えま

す。医療機関や遺族への調査報告書交付は地方委員会の業務でよいと思いま

す。⑤の調査権限は絶対に必要ですが、問題はその後の文章です。別紙3問4の答1で捜査機関が調査報告書を使用できさらに答2では裁判所の令状があれば資料を提出す

るとあります。警察は資料が欲しければ令状を請求することでしょう。とすれば誰が正直にしゃべるのでしょうか？

ここで振り返って(7)についてのコメントをご覧ください。この第三次試案の最大の問題点がはっきりします。

本来真相究明、再発防止のためには本人を罰しない代わりに真実を語らせ、問題点を明らかにすることが最も大切です。原因がわからなければ適切な対策など立てられるわけがありません。これはリスクマネジメントを少しでもかじったものであれば常識です。

世界的にも先進国ではこの考え方にに基づき、刑事処罰より真相究明・再発防止を優先しています。ところがこの試案では処罰することを優先して、真実を語らせることを捨てたのです。すなわち再発防止を目的としないことは明らかです。

法務省・警察・検察との交渉で、一見妥協を引き出したように見せかけていますが、よく見ると権限には一切手を触れていません。法を根拠に動く人を、法を変えずに動かすことなどできません。にもかかわらず厚生労働省は最も大切な再発防止という根幹部分を捨てて、形だけ仕事をしたかのように第三次試案を作ったというのが真相ではないでしょうか？

しかも警察や検察の裁量だけでなく、検察審査会法改正でさらに危険な制度になることが予想されています。

医療を守るべき厚生労働省による極めて狡猾な医療に対する背信行為に思えます。

⑥はまず最初にすべきことではないでしょうか？接遇の基本と考えます。さらに最後に意見聴取をすることは賛成です。

(29)

疾病自体の経過としての死亡であることが明らかになり、調査を継続しないというのであれば、結論は出ていてそれ以上の調査もないのですから、そのことについての遺族への説明は感情的対立を防ぐためにも当事者である医療機関に任せるのではなく、第三者にあたる地方委員会が行なうべきと考えます。

(32) (35)

院内事故調査については、現場の医療を基準に行なわれるものと思います。今やほとんどの医療機関は事故防止に努めており、情報を家族に伝えるようになっています。事故が起これば院内で反省点を洗い出し、再発防止策まで立てられることでしょう。しかし委員会報告と結論が異なることもあります。報告書交付より先に院内調査に基づく遺族への報告は非常に困難です。地方委員会の報告後にさらに院内調査を進め、家族への医療機関からの最終報告は調査報告書の交付後になると思います。

したがって(35)特に②は委員会設置後には実現困難です。

(39) (40)

ここまでにも所々で述べてきましたが、おそらく前回パブリックコメントで意見の最も集中したこの部分についてはほとんど改善がみられておりません。この試案があくまでも警察と検察の謙抑性頼みに曖昧さを残したことで、運用によっては医療を決定的に破壊するものであるだろう事が予想されます。最近検察審査会について法改正がありました。これによれば検察審査会が二度不起訴不当と議決すれば検察あるいは弁護士が検察官として起訴が行なわれることとなります。検察審査会は医療問題を知らない一般国民であり、極めて世論に迎合しやすいものと思われれます。そこで世論を事実上リードする報道が公正であれば問題ありませんが、商業誌である以上、その傾向

として報道機関がやはり一般市民よりになることは避けられず、また医療問題は裁判の場ですら鑑定人となる専門家が全く逆の鑑定をするなど判断が難しい極めて専門的な分野ですから、報道機関に正しい判断を期待するのも無理があります。医療事故が起これば医療機関に落ち度がある、あるいは落ち度があるかのように感じさせる報道がなされるでしょう。検察審査会委員にいろいろな手段による圧力が加わることを防ぐ制度ありません。この様な環境下においてはいくらこの試案で刑事処分を減らすと謳っても、これは希望的観測にすぎず、実際には刑事処分が頻発してしまうということになりかねません。刑事事件として取り上げないようにするというのがこの試案の趣旨であれば、なぜ最初から刑事免責としないのか極めて疑問です。従って絶対に賛同できません。

(40)の①は医療事故そのものとは別次元の問題で改ざんは公文書あるいは私文書偽造という犯罪です。隠蔽は証拠隠滅罪です。これは過失による医療事故ではなく、故意罪ですから刑事処分相当です。これを根拠に試案に反対する医療従事者は皆無と思います。

(40)の②は行政処分で処罰が可能で、医療現場から排除することも可能です。しかし医療事故を繰り返すという犯罪はありません。事故調査委員会が成立した後を考えて、さらに刑事処分を考える必要性があるのでしょうか？行政処分で医療現場への従事を禁じるなど事故が起こせないような勤務をさせれば医師免許所持者という人的資源として活用できるのに、刑事処分の適用で免許剥奪されれば被害者救済すらできなくなることとなります。いろいろな考え方はあるでしょうからこれについては再考を求めます。

最悪なのは(40)の③を挙げたことで、あまりにひどい暴挙であると思います。自民の大村秀章議員は関連する自民党の検討会の議長ですが、その議長が腎臓の取り違えは重大な過失と言っているのけています。医療従事者にとってみれば左右取り違えはミスが重なれば容易に起きうるものであることを認識しており、医療従事者にとってはシステムエラーによって起こる事故と認識はされています。大野病院事件では医師のほとんどが医療ミスすらない事例と判断しているにもかかわらず、つい最近の、医療への業務上過失致死は謙抑的に運用しているはずの検察の論告求刑では悪質で、重大な過失とされました。これが法を曖昧にしたために起きた悲劇でなくて何でしょう？検察官の裁量で起訴不起訴が決まるような制度ではいけません。

法改正を真剣に考えるべきと思います。

刑法の存在意義は犯罪の抑制です。原則として処罰を与えるものでなく、刑罰はあくまでも更正を期待するものです。しかしこれが機能するのは犯罪が故意に行なわれるものだけであり、過失はいくら刑罰を与えてもなくなるものではありません。医療事故と同列に語れるものではありませんが一例として交通事故を挙げれば、ドライバーは事故を起こさない様気をつけていながら事故を起こしているのです。業務上過失致死でこれまで相当のドライバーが交通刑務所に送られましたが、交通事故はなかなか減少しませんでした。安全運転義務違反という真相究明を無視した何のために存在す

るのか不明な違反名によって、業務上過失致死という過失罪をかぶせ、事故を詳細に分析することをせず、安易に事故の責任を個人に追及し続けてきた結果がこれです。事故の再発防止のために交通ルールや標識の設置の適切さなど、システムエラーが検討されてきたでしょうか？一方で飲酒運転厳罰化後は事故が減少しました。これは飲酒運転が故意に行なわれていたからです。つまり事故対策と結果が関連していたからに他なりません。特に福岡の飲酒運転事故の報道と厳罰化が飲酒運転という故意犯罪を抑制したものです。

医療も同様で、過失事故に刑法を適用すること自体に大問題があります。業務上過失致死の適用によっていくら医師を刑務所に送り込んだところで事故防止につながることはありません。それよりも再発防止のために詳細に原因究明を行なうことこそ次の医療事故を防ぐことにつながります。そのためには刑法の適用は阻害要因とはなっても有効な再発防止策を産み出すことにはつながりません。

法律の改正が大変であることは理解できますが、すでに萎縮医療は行なわれており、もう待たなしの緊急事態に医療は追い込まれています。悠長に機が熟すのを待つ段階ではありません。早急に対応することが必要です。医療に刑事罰を適用しないことを明文化して頂きたく思います。

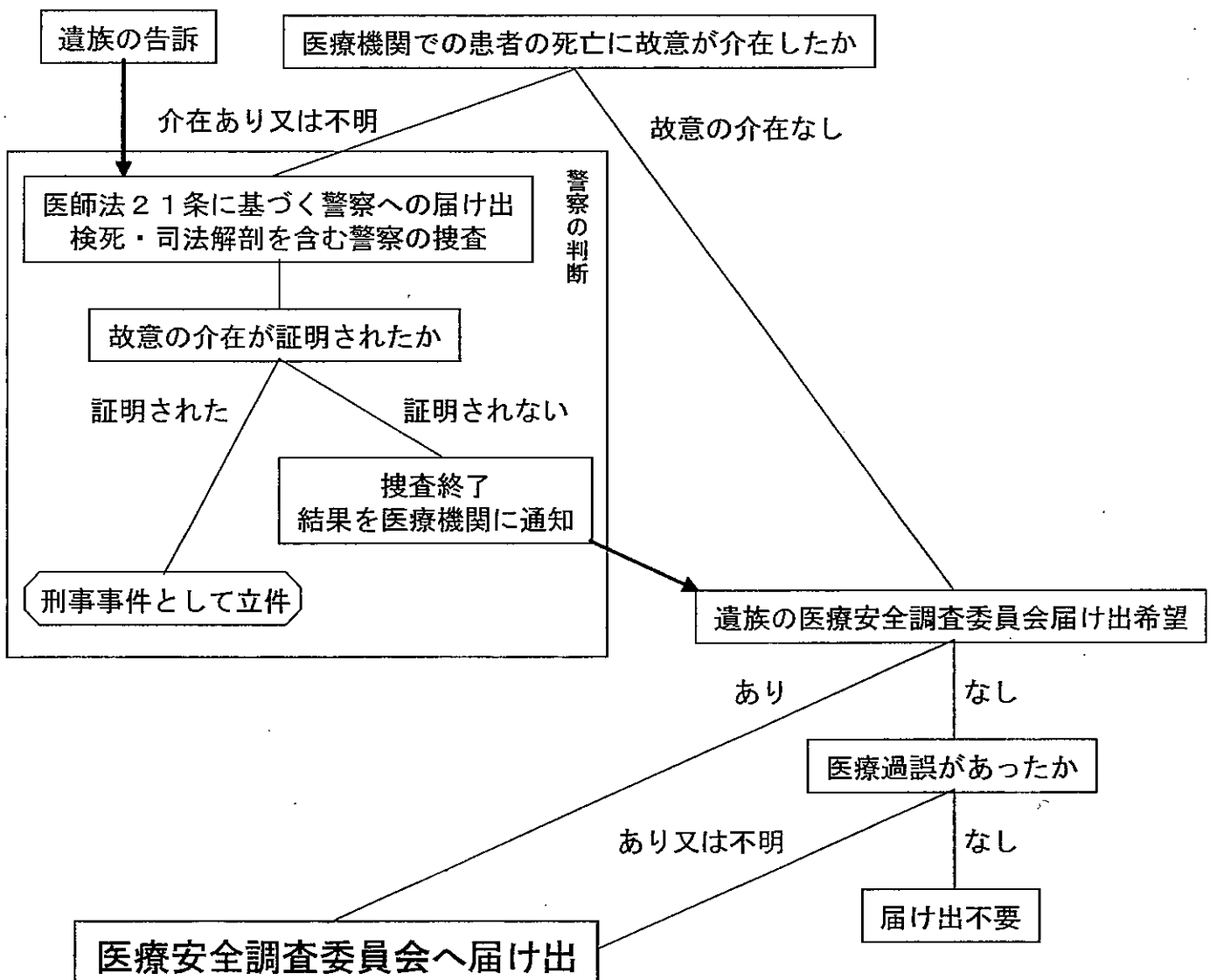
重大な過失の判断は医学的な判断で、法的評価を行なうものではないとしていることも問題です。すなわち遺族の訴えで警察が介入すれば、委員会で重大な過失ではないとされても法的に重大な過失として処理される可能性があることを示します。医学的判断が尊重されると曖昧な表現がされていますが、これは検察で納得できなかったら刑事責任を追及されうるということです。

別紙3の間1においても答2で「行なわれることになれば」と仮定の話になっており、保証されたものではありません。特に警察は証拠保全を考えますので、早期に介入してくることも考えられます。問2の答2でも「委員会の専門的な判断を尊重し」とありますが、告訴がなされている場面で、証拠保全を警察が考えた時、時間のかかる委員会報告を警察は待てるのでしょうか？

以上のように私は過失事故に対する刑事免責の明文化を求めます。

届け出・報告のフローチャート

- ・警察は故意の介在しない事案には介入しない。
- ・遺族は委員会に直接届け出することも、医療機関に委員会への届け出を要請することもでき、遺族の要請があれば、医療機関は委員会への届け出義務を負う。
- ・後日に医療過誤が疑われた場合は、遺族も医療機関もその時点で委員会に届け出ることとするが、その場合は届け出義務違反は問われない。
- ・遺族の告訴はいつの時点でも可能だが、これを理由に届け出義務違反は問われない。
- ・医療安全調査委員会が調査した結果、故意の介在が疑われた場合や、資料の改ざん、隠蔽が明らかになった場合は警察に通報する。



4. 氏名： 小松 秀樹

5. 所属： 虎の門病院 泌尿器科

6. 年齢： 5 (※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

はじめに

07年10月17日発表された厚労省の「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案 第二次試案」と、その後発表された11月30日付けの自民党案「診療行為に係る死因究明等について」は、後者で言葉があいまいになったものの、全く同じ枠組みであり、具体的な内容に変更はなかった。

現場の医師からは、第二次試案—自民党案に強い反対意見が表明された。第二次試案発表後、5ヵ月半の時間経過を経て、08年4月3日、第三次試案が発表された。

全体として、第二次試案より説明が詳しくなった。最も評価できる変更点は、病院からの届出だけでなく、遺族からの調査依頼が受け付けられるようになったことである。日本の医療は崩壊しかねない状況にあり、その最大の原因の一つが軋轢である。医療事故で患者が死亡したとき、遺族の理解と納得を高めて、軋轢を小さくすることが、何より求められる。このためには遺族の真相究明の希望を尊重して、調査と説明を行う必要がある。

第三次試案全体として、第二次試案で現場医師から批判された文言が注意深く削除されるか、言い換えられていた。しかし、組織、届出義務化、届出範囲、再発防止、捜査機関への通知、個人の行政処分の拡大などの具体的な問題点についてはほぼ踏襲されていた。

他に目立つこととして、医師法21条を改正すると明記されていた。医師法21条問題の発端は、2000年、厚生省の国立病院部政策医療課が、リスクマネジメントマニュアル作成指針に「医療過誤によって死亡又は傷害が発生した場合又はその疑いがある場合には、施設長は、速やかに所轄警察署に届出を行う」と記載し、医師法21条の解釈を変更したことにある。医師法21条は、変死体の医学的検索制度の整備と、厚労省の解釈ミスによる混乱解消のために、当然、改正すべきものであり、医療事故調問題との関連で議論すべきものではない。

私は、04年ごろより、医療事故調問題について考え続けてきた。さまざまな立場の人たちと議論し、その中の何人かからは大きな影響を受けた。一つの考え方を一貫して持ち続けてきたわけではなく、軌道修正しながら現在に至っている。

以下、医療事故調問題を考えるための枠組みと、第二次試案—自民党案—第三次試案を通しての懸念、私の提案について述べていく。

社会システム間の齟齬

日本の医療は崩壊の危機に瀕している。その主たる原因は、医療についての考え方の齟齬にある。死生観、人が共生するための思想、規範としての法律の限界、経済活動としての医療の位置づけ、民主主義の限界の問題が絡み合って齟齬を生んでいる。さらに、齟齬の基盤に、社会システム間の思考様式の違いがある。医療事故調問題に入る前に、この思考様式の違いについて触れる。