

「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

基本的に事故調を設置するのは賛成です（あまりに文句が多いので、誤解されないよう、最初に申し上げておきます。）。ただし、賛成するのは、きちんと機能する、将来のためになるものである場合だけです。今の試案のままでは日本の医療にとって良い作用をおよぼすものができるとはとうてい思えません。

はじめにの（１）について

人間を含め、生物はいずれ死ぬものだ、という当たり前の前提に立っていません。診療行為は「場合によっては」不幸な転機につながるのではなく、診療行為の如何に関わらずかなりの確率で不幸な転機につながる人の命を「場合によっては」救うことができるのが医療行為です。従って、医療に一般の方が思っている「安全」を求めするのは間違いです（有ってはならない事故も有って当然、と言っているわけではない。）。

（１３）について

法律家やその他の有識者（医療を受ける立場を代表する者等）の参画と有りますが、医療事故の原因を究明する機関で医療に関して素人の方がどのような役割を果たせるというのでしょうか？医療は経験していないものがその事故原因を究明できるほど単純なものではありません（最後に理由を書きました）。素人の方がチームに入る理由がわかりません。医療の現場をわかっているものだけでは透明性が担保できない、ということかも知れませんが、それが透明か透明でないのかさえ素人の方に判断するのは難しいのではないかと考えます。

（２０）について

届け出範囲の２番が曖昧すぎます。実際の医療は解らないことだらけであり、解明できないことの方が多様な今の医学の状況で、２番のような曖昧な基準だと大変な数の届け出が出るのが予想されます。実際にそれを捌ききれぬのが疑問です。また、まず患者の病気があって、それに関与する形で医療は行われるのに、行った医療が関係ない、ということがあり得るのですか？また、それはどのように判断されるのですか？現場にいる人間として、クリアカットに分けられるとはとうてい考えられません。

（２１）について

事故調は解剖が前提と聞いています。そのため、届けの有無の判断は速やかに行われなければいけないと思われませんが、主治医以外の人間が届け出るか出ないか判断す

るとのこと、現在の手が足りなくて崩壊寸前の医療機関で、死亡は夜中に出ることが多いのに、誰がこの役割をするのですか？また、解剖症例が大幅に増加すると思われませんが、現在でも手が足りず解剖していただくのが難しい状況なのに、実際に実行可能なのですか（調査チームの解剖医は誰がやるのですか？）？

捜査機関への通知について（特に別紙3）

医療者側から見れば、とんでもない、言いがかりのような訴訟が増加しています。ただでさえ、そのような事例が増えている中、大野事件のようなことが起これば、まじめに医療に取り組んでいる人間も嫌気がさしてしまいます。事故調の役割は、原因究明を行い、今後同様な事故を防ぐ、というのが第一義ということは解っていますが、一方で「はじめに」に書いてありましたが、萎縮医療を防ぐ役割を担って欲しいと思っています。そのためには、そのような言いがかり的な訴訟の抑止力になって欲しいと考えます。しかし、この試案のままでは、全くそのような役割は担えないことは明らかです。医療の縛り、仕事を増やして、さらに崩壊を助長するように見えます。というのは、全く法的な強制力がないからです。なるだろう、こととなる、ばかりでは、事故調ができたとしても、そうはならないと思います。何の法的根拠もないからです。遺族が望めば、たとえ言いがかり的な訴訟であってもフリーパスです。医療に関しては、訴訟を起こす、起訴する前に必ず事故調を通す、事故調が医学的に正当としたものは訴訟に持ち込めない、という形にしなければ、医療者が望んでいるような、安心して患者の治療に全力を傾ける世界、というのは二度と戻ってこないことでしょう。

医療は常に死と隣り合わせです。「人間はいずれ必ず死ぬ」という概念が欠落した現代の一部の遺族の方には全力を尽くしていても、言葉を尽くしても、死という事実により、悲しみが医療者に対する恨みに変わることが多々あります。このような状況から医療者が守られなければ、医療、特にリスクの高い、高度な医療（外科等）・救急医療・産科医療・小児科医療に全力を尽くす人はいずれ居なくなると思います。今の医療は、酷い労働条件にも関わらず、多くの医療者の高い倫理観と善意によって何とか持っているからです。疲れ切った医療者は、今回の試案で守られないと知れば、さらに容易に第一線の医療から離れて行くでしょう。これ以上医療者が第一線から退けば、医療の崩壊は取り返しの付かないところまで行ってしまいます（もうすでに遅いかも知れませんが）。しっかりと法的な整備を同時に行うことを望みます。

上記調査機関との関係に対する意見および全体として

医療の現場に長く関わっていると、他の医師等医療者が行った医療行為について、後から良い、悪いを判断するのは、たとえ医療者であっても大変難しいと言うことを実感します。

診療行為は、特に生死に関わるような時（概してそのような時は判断に時間的な余裕はありませんが）、生命に影響する事柄を扱うその重圧に耐えながら、刻々と変わりゆく患者の変化、データの変化から現在起こっていることを推測し、今後起こりう

るケースを良いことから悪いことまで予想し、ベストと思われる次の一手を考え、迅速に対処する、ということを行うのです。これを、通常は休みがあまり取れず、疲れ切った、判断能力の落ちた状態で行わざる負えなくなっています（昔から酷い労働条件で働かされていますので。今はもっと酷くなりつつありますが）。事故調はこういった診療過程を調査することが多くなると思います。調査する際、どのくらいまでが妥当な範囲なのか、あるいは無理なのか、ということを経過とデータなどを後から見せられて retrospective に想像するのは、たとえ臨床経験豊富な医師であっても難しいものです。なぜなら、現場は retrospective に動いているものではなく、prospective に、またその時に現場の周りの状況にも左右されながら動いているものだからです。そのため、医療を医療の素人である司法が裁く、ましてや素人が是非を考える、ということは不可能だと考えます。私は、医療行為の是非は、医療者にしか判断できないと考えます（それでも間違いは起こると思います）。これを前提にせずに医療に司法や門外漢の方が関わることを進めていけば、今後の日本の真っ当な医療は消滅すると思います。

いったん消滅した医療はそう容易には元には戻りません。医療は科学の一つである一方、伝統芸能や職人のように、語り継ぐ、後輩に教え込む、といった非科学的要素が非常に強い分野だからです。今いる熟練した医師が第一線から一斉に退いてしまえば、その後医師を急いで養成しても、元の医療レベルに戻るには数十年単位の時間が必要になると思われます。教える人がいなくなるからです。その間は多くの人（医療を受ける必要のない人はごく少数です。そのため、全国民といっても良いかも知れません。）が低いレベルの医療に耐えてゆかなければならなくなります（おそらく、事故も今のレベルとは全く次元の違う、大変問題なものが増えてしまうと思います）。そうならないよう、今後の医療の未来を左右する、この事故調を、十分な論議を尽くして、本当に世の中のためになるものを作って頂きたいと思います。

4. 氏名： 本田 宏

5. 所属： 埼玉県済生会栗橋病院

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：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

現在日本各地で医療崩壊が加速しています。その原因は長らく続いた医療費抑制と医師をはじめとする医療スタッフのマンパワー不足です。現在年金が主な問題になっていますが、医療崩壊阻止も厚労省の最優先課題のはず。いち早く手を打たないと年金の次に医療崩壊が大きな問題となることは明らかです。

さてそこで今回の第三次試案ですが、現場の窮状（過重労働と決定的マンパワー不足）を放置してこのような事故調を拙速に導入すれば、どうにか歯を食いしばって働いている（特に急性期）医療スタッフの心の糸を切る結果となることは、現場感覚からすれば角を矯めて牛を殺す愚となるのは火を見るより明らかです。

医療体制がいったん崩壊してしまえば、復旧するには長い年月がかかります。医療崩壊の先輩英国が医療費を上げて（GDP 比 10%まで）、医師の大幅増員（50%）を行った先例をぜひ参考にしてください。現在でも世界一の高齢化社会の日本、これから団塊の世代の高齢化を迎えます。今手当をしなければ大量の医療難民が出現することは間違いないのです。今こそ医療や福祉を雇用創出の場と考える発想の転換が必要です。国民の命の安全と現場の医療関係者を守るのは厚労省の最重重要課題のはず、お願いします。

医療紛争等の経験

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。

本文

■ 刑事処分について

- ・ 現状において、「軽度な過失」でも処罰されている。「重大な過失」か「軽度な過失」かという判断は、運用によってどのようにでも解釈し得る。
- ・ 悪質か否かも、運用によってどのようにでも解釈し得る。例えば、証拠隠しをしたものに限らず、営利目的、実験的、名声追求の利己目的、説明不足でも、どのようなものでも悪質というレッテルを張られかねない。つまり、運用に歯止めがない。
- ・ 現状において、薬剤や患者の取り違いといった、単純ミスは「重大な過失」とされている。死亡という結果の重大性に着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されている。
- ・ 現状において、刑事司法は結果の重大性に着目しているが、その取り扱いを変更することについて、何の権限もない厚労省の一検討会の意見に過ぎず、警察・検察の公式見解は書かれていない。
- ・ 第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。

■ 医療死亡事故の届出義務化について

- ・ 届出範囲を限定するとあるが、法令上の条文を個別ケースに適用するか否かは、法的判断をする者が個別に判断することであり、限定することを約束したことにはならない。委員会の結論が警察、検察に対して拘束力を持たない以上、その結論を尊重するといっても、具体的事件においては無視される可能性が高い。
- ・ 現に、厚労省は、犯罪等に適用されていた医師法21条を、医療にも拡大して適用した。厚労省が医師法21条の適用範囲を元に戻さない限り、法令の適用を「限定する」と言っても、信用できない。
- ・ 第3次試案の21条改正案では、医療機関が委員会へ届出なかった場合は、医師法21条に基づく警察への届出義務があるため、死亡事例すべて届出とならざるを得ない。上記の届け出範囲を「限定する」制度上の担保は存在しない。
- ・ 「制度化」は「義務化」を意味することは、西島英利議員の発言からも明らかである。
- ・ 透明性の向上とは何か。医療者が患者・家族に十分説明し、当事者間で話し合うことではないのか。第三者が介入する前に、当事者間の対話を促進するため、院内医療メディアーターを置くといった措置が必要である。当事者間で十分対話を行い、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。

■ 医療安全調査委員会(仮称)について

- ・ そもそも真相に最も近く、原因究明を行うべき主体は、当事者である医療者であり、当事者の前に第三者が介入することは、むしろ原因究明を阻害する。まず当事者である医療者が医学的・科学的な真相究明を行い、患者・家族に十分説明し、当事者間の対話を十分に行ったうえで、それでも患者・家族の納得が得られない場合に、第三者の介入が必要となる。
- ・ ひとつの組織が2つの目的を持ち、いずれも達成されない可能性が高い。
- ・ 全国唯一の組織が「正しさ」を判断することは、医療の統制につながる。医療における判断・選択は、患者ひとりひとり、家族ひとりひとり、医療者ひとりひとりによって多種多様であり、「正しさ」の答えはひとつではないからである。全国唯一の組織が決める「正しさ」に、すべ

ての国民が従わざるを得なくなり、患者・家族の自由な選択は阻害される。国の委員会に一元化することは危険である。

・医学的・科学的な真相究明を目的とし、複数の多様な委員会が、多様な医療専門家による多様な「正しさ」の判断を示せる制度とすべきである。多様な専門家による多様な選択が存在することを、患者・家族が知ることも、納得を得るために重要なプロセスである。

・責任追及を目的としないと明記したことは評価できるが、制度上の担保は何も示されていない。委員会は、責任追及の機能をもつ。

・「法律関係者」「法律家」を入れるのはなぜか。法的判断つまり責任追及をするためであろう。

・「医療を受ける立場を代表する者」を入れるのはなぜか。患者・家族の判断・選択は多種多様であり、それを第三者が代表することはできない。ひとりひとりの多様な選択を尊重するためには、当事者である患者・家族本人が、その希望によって参加するか否か選択できるようにすべきである。

・当事者を調査から排除するならば、ますます真実から遠ざかり、医学的・科学的な真相究明は不可能となる。この委員会が原因究明を目的としているとは考え難い。

医療紛争等の経験

1医療紛争の当事者になったことがある

本文

・現状において、「軽度な過失」でも処罰されている。「重大な過失」か「軽度な過失」かという判断は、運用によってどのようにでも解釈し得る。

・悪質か否かも、運用によってどのようにでも解釈し得る。例えば、証拠隠しをしたものに限らず、営利目的、実験的、名声追求の利己目的、説明不足でも、どのようなものでも悪質というレッテルを張られかねない。つまり、運用に歯止めがない。

・現状において、薬剤や患者の取り違いといった、単純ミスは「重大な過失」とされている。死亡という結果の重大性に着目して「重大な過失」とされ、業務上過失致死罪が適用されている。

その判断は現場の感情論に流されており、科学的根拠に乏しいものである。感情論で裁判、訴訟が行われるものであれば正義云々を語ることはできない。我々医師はつねに真理の徒であろうとしている。

・現状において、刑事司法は結果の重大性に着目しているが、その取り扱いを変更することについて、何の権限もない厚労省の一検討会の意見に過ぎず、警察・検察の公式見解は書かれていない。

事実、今回の検討委員会の検討事項の如何に関わらず、患者、ないし遺族から訴えが捜査するのとべており、また捜査権に対する侵害であるとの見解も見られる。

・第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。

年齢 40代

9医師(管理者を除く)

40-②/2

医療紛争等の経験

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。

本文

今の日本には悪い医師を完全に排除するシステムがない。こうしたシステムを作ることは国民・医療者にとってまさに重要であることは論を待たない。

しかし、今回、厚労省が作ろうとしている医療事故調査委員会では悪い医師を排除できない。その理由は、

- 1 医療事故を死亡症例に限定している。
- 2 憲法その他多くの法律との矛盾が存在する。
- 3 死亡例を詳細に調査するインフラ(病理医・法医学医や設備、予算)が不十分。
- 4 他の捜査・司法機関との連携が不十分。
- 5 医師不足が叫ばれる中で、悪い医師を排除する過程で良い医師に犠牲者が出るのを容認できない。
- 6 死亡例の事故調への報告は患者プライバシーの侵害になる？
- 7 再発防止のための死因究明と責任追及のための死因究明は両立しない。

本来、医師一患者関係は神聖不可侵なもので、両者の合意の上で信頼に基づいて医療が行われるべきである。その医師一患者関係に政府などの公権力が介入することは絶対に容認できない。

医療紛争等の経験

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。

本文

刑事処分について

第3次試案に書かれている通り「責任追及を目的としたものではない」ならば、行政処分機関にも捜査機関にも通知すべきではない。責任追及を目的としないことの制度上の担保がなければ、現場の医療者は安心して診療に当たることはできない。

行政処分について

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」保証はない。