

(※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

第三次試案の最大の問題点は、定義に不明瞭な「重大な過失」の名目で第一線の医師が刑事罰を受けることを容認している点です。6 ページ⑤の通り、医療従事者に黙秘権が与えられていますが、これは皮肉にも原因究明・再発防止という本来の目的に真っ向から対立します。責任追求と原因究明という相容れない二兎を追うことは看過できない矛盾です。故意で無い限り救命の意図の中で起きる医療事故の刑事免責を確保する、と言う強い文言が必要です。そうでないと救命を目的とした急性期医療（外科や麻酔科、産科、小児科、救命救急など）を志す医師が極端に不足することになります。

病院で急性期医療に携わる医師の生活は当直明けの勤務やオン・オフのない生活など、元来厳しいものでしたが、医療安全への対応、入院期間の短縮に伴う事務作業の増加、近隣施設の閉鎖などで悪化の一途です。事務職員、医療秘書、保育師など医療関連従事者も少なく、新たな業務が発生するたびにすべてのしわ寄せを研修医などの若手の医師が吸収してきました。報酬も一般に信じられているほど高額ではありません。医師としてのモラルとよりよい医師になりたいという向上心で持ちこたえてきたのですが、診療関連死に対する刑事処罰の導入は致命傷となります。

医療はそのままでは死亡してしまうような状況で実施されることが多いのです。急性期医療現場のリスクは道路を運転している状況とは比較になりません。無数のステップ毎に複数の選択肢があり、医師はその都度可能な限り最善の選択肢を選ぶ努力をしています。そのいずれかが最善でなかった場合、患者さんが亡くなることもあり得ます。誰かが後から文献を集め、時間をかけて考えて、その治療が最善ではなかったと判断すれば当該医師に刑事罰が下るとすれば、医師の士気が低下しない方が不思議です。医師が医療行為によって刑事罰を受ける国は世界で日本だけです。弁護士や裁判官、検察・警察は結果責任を問われないことを考えると、はなはだ不条理と言わざるを得ません。

今はほとんどの病院で、すでにトレーニングを終了した医師が指揮を取っています。彼らが静かに勤務医をやめている現状がようやくマスコミで取り上げられるようになってきましたが、指導する若手がいなくなったときに本当の危機がやってきます。日本の医師は決して一部の特権階級出身者ではありません。比較的勤勉な普通の高校生が、大学医学部を受験して医師になります。医師免許を取得してもリスクの低い分野はいくらでもありますので、あえて生命の危機に直面する分野を選ぶ必要はありません。患者さんの命と直面しないですむ医師免許取得者（医師数のうちでしょうか）はいくらでもあります。あえてそういう分野を目指すほどの医師なら外国に行かれるでしょう。厚労省にとって都合の悪い情報を秘匿できる時代でもありませんし、職業を

強制できる時代でもありません。諸般の事情でこの点を曖昧にすれば、日本の命に関わる医療は確実に消滅するでしょう。難しい理屈ではありません。自分のお子さんが日本で外科医をめざすと言うだろうか、もしも言い出したら皆さんがどうアドバイスされるだろうか、考えてみればわかることです。このままでは私も後輩に外科系への勧誘ができません。

第二に届出の範囲が曖昧で、行った医療に起因すると疑われるすべての症例（3 ページ、(20)）となると、非常に多くのケースが届出対象になり、その調査にも臨床医を動員するというのでは、それだけでなくも過酷な医療現場に新たな作業を強制することになります。事故調査には各病院の責任者クラスが招集されると思いますが、医師の層の薄さ（指導医クラスが何人もいる病院などほんの一握りです）を考えると、事故調査委員会から招集がかかれば患者さんの診療をおいて事故調査を優先させるという本末転倒の事態が起こります。

第三にシステムとしての安全追求もするのであれば、医療従事者の労働基準法遵守、医師配置基準の見直しと遵守など、厚労省または国の責任も追及する必要があります。そのためには事故調査委員会を厚労省の管轄とすることには無理があることは明白です。

世論が政治を変えるのには時間がかかります。私も含めてこの制度に反対を表明しているような立場の医師は比較的年長者で遠からず引退しますので、この制度を阻止しても直接の利益を受ける立場にはありません。実働部隊は日々の業務に追われて声を上げるに至っていません。追い込まれた勤務医にはすでに失うものはありません。国が勤務医の声をぼやきや愚痴ととらえて無視されることもまた選択肢の一つであることを申し添えます。

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

■刑事処分について

- ・そもそも、医療行為に対して刑事処分(業務上過失傷害・過失致死)が妥当な者かどうかを検討する必要がある。法曹界関係者にも業務上～が拡大解釈され続けてきた歴史からこの条文自体が暴走していることを指摘する者も多い。医療は基本的にその目的から人に傷害を加えることに対して違法性を阻却された行為である。このあたりの大原則に立ち帰らないと、民事はともかく刑事責任まで問われるようではリスクのある医療は行えないし、医療の発展はない。現に産科医などが逃散しているのは、劣悪な労働環境だけではなく、刑事責任まで平気でとわれるようになったからである(福島大野事件)。人はいずれ必ず死ぬという現実、そして医療には不確実性があり万人に同じ結果が保障できないこと、リスクを取らなければリターン(患者個人の利益・医療全体の発展)もないことを最初に申し述べたい。
- ・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。解釈で運用が決まるような制度ではいけない。憲法9条の解釈と同じである。
- ・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。基本的に人はミスをおかすという当たり前の原則を忘れている。
- ・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。
- ・三次試案はあくまで、厚労省単一省庁が、関連法の改正をせずに、提起してるものですから、元東京地検特捜部長の河上和雄弁護士は、厚労省の三次試案は、法律を無視したものであり、到底受け入れられないと言っています(http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080408_2.html)、警視庁の米田刑事局長の国会答弁では委員会の、枠組みの中では、刑法上の業務上過失はそのまま、警察は警察捜査をする義務があると述べている。
- ・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。根本的に医療について業務過失傷害・致死の適用を見直すべき、その法律自体を厚生労働省からむしろ提案して欲しい。

(参考)

- ・刑事司法が再び“暴走”する危険はないのか

http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214_1.html

- ・単純ミスは「重大な過失」か http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080115_1.html

■行政処分について

- ・厚労省は、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(医療法)、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・保険薬剤師一・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、増員命令一、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一権限をもつ。

厚労省は特定医療機関に関してのみ権限をもつ

○医師法

厚労省が医師免許取消・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」保証はない。

■ 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、犯罪等の通報の目的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、院内医療メディエ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。

(参考)

・井上清成弁護士「4つの原因究明」—死因究明制度・厚労省第二次試案の法的「目的」は?— MRICメルマガ http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol_66.html

・元東京地検特捜部長 河上和雄弁護士 医療事故調に対する見解 MRICメルマガ http://mric.tanaka.md/2008/03/26/_vol_33.html

・現場からの医療改革推進協議会 医師法21条の歴史と矛盾 <http://expres.umin.jp/genba/kaisetsu01.html>

・西島英利議員インタビュー “医療事故調”の自民党案と厚労省案は別 ソネット・エムスリー—聞き手・橋本佳子 http://www.m3.com/tools/IryoiShin/071219_2.html

■ 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。

8/
②/4

・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、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る。

・「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。

・航空鉄道事故調査委員会でも、法律家や遺族代表は入っていない。このような調査は純粋に科学的に行われるべきである。

・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。

(参考)

・井上清成弁護士「4つの原因究明」—死因究明制度・厚労省第二次試案の法的「目的」は？— MRICメルマガhttp://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol_66.html

4. 氏名 木田博隆

5. 所属： 三重大学大学院医学系研究科

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 |

「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

わたしは一医療者として第一次の試案の折にパブコメとして意見を提出した。

<http://www.docportal.jp/modules/news/article.php?storyid=19>

その際の肝としては、医師法 21 条の改正、憲法 38 条に抵触しないようにすべきこと、院内当事者同士が合意解決できやすいシステムとすること、合意解決に至らない場合に調査および ADR などを利用すべきこと、財政面などリアリティのある手当を行なうこと、AI も導入して人材面でも確保可能なものとすること、原因究明は個人の責任追及を目的とするのではなく再発防止とすること、などである。

第一回パブコメ募集から丸 1 年を経て議論が続けられ、この度の第 3 次試案では上記に照らしてみると、医師法 21 条の改正、憲法 38 条への配慮（これは本組織の限界を示している裏返しであるが）、現場でのメディエーターの重要性や ADR についてもコメントされ、AI についても検討するとするなど一定の評価の出来る内容にはなっていると思われる。厚労省担当官ならびに検討委員の先生方に敬意を表したい。

繰り返しになるが、いわゆる医療事故（過失の有無にかかわらず）は医療紛争、訴訟のおおきな要因であり、その解決に対して裁判などの法的な方法の有効性が極めて小さいばかりか、再発防止に資することもなく、当事者双方および社会にとってもなんらの益をもたらさないという深い反省にたって、裁判外の第三者機関のような紛争解決システムと原因究明・再発予防システムが必要であることを医療者も含めて社会全体が認識していることがこの度の議論の前提であると考えており、異論もない。

その上で、以下に、そのようなシステムがよりよい形になるために医療者としてクリティカルな意見を申し上げるが、決して揚げ足取りではないことをお断りしておく。十分に時間をかけて詰めるべき事はとことん詰める必要があり、それが医療者の責務と考えるからである。全員一致で賛成とか反対とか、そういった性質のものではなく、意見提出の機会が与えられているのだから、よいところを評価し問題点を指摘することが重要であるとする。もちろん、拙速に創設することは害でしかない。

1.

(1) ~ (5)

医療の安全の確保は、我が国の医療政策上の重要課題

原因を究明し再発防止を図ることは、国民の切なる願い

現状では医療従事者であっても医療安全調査委員会（以下、事故調）の創設についての議論がなされていることすら知らないものも数多い。一般市民はほとんど知らないと思われる。国民的な規模の大きな議論が必要と考える。