

に組織的な犯罪行為である。犯罪には刑罰を用いるべきである。この場合、関係した個人と医療機関の両方に対して刑罰を課す必要がある。

医療事故隠しは組織ぐるみで行われることが多いが、医療従事者個人への処罰はあっても、組織全体への処罰は聞いたことがない。組織的な犯罪行為を野放しにしてきた事こそが、今日の医療事故隠しが横行する状況を作り出している最大の原因だ。

また、届出義務違反の規定には抜け穴があり、故意に隠蔽した場合は行政処分が下される（第三次試案のとおりなら）が、もともと記録していなかったり、故意に届出を遅延したり、判断を著しく誤り届出を不要とした場合は規定がない。つまり著しく常識を外れた独自の基準をもって「届出の準備に時間がかかった」「届出を不要と思い込んだ」という理屈を持ち出す場合が考えられ、これらにも刑罰を課すべきである。

時津風部屋力士の暴行致死事件直後の検死結果が誤ったものだったことや、宇和島徳洲会病院の腎臓移植の基準が著しく常識から外れていたことを見れば、十分にありうることである。

(25)

遺族に代わって医療機関が届出を行う場合、調査依頼を受理したときの報告を医療機関にではなく、遺族に直接行う必要がある。届出した事を装い時間稼ぎをして委員会からの指示と称して遺体を埋葬に追い込むなど証拠が少なくなるよう仕向ける可能性がある。いくら証拠隠滅が処罰の対象となっても、医療事故の証拠を消されては、医療事故の再発防止という本来の目的が果たせなくなる。

(26)

広報は国だけでなく医療機関自身にも義務を課すべきである。自浄作用を医療機関に期待するなら、手始めに広報ぐらいはさせるべきである。

(27) ⑤

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事は強制されない事について、まず真相究明の障害になる事、次に委員会が個人の責任追及を主目的としないならば、質問に答える事は基本的に個人の不利益になる事はないはずで、個人の権利を考慮する必要はない。質問に答える事を強制すべきである

(35)

院内に事故調査委員会を作る場合、宇和島徳洲会病院の病気腎移植の調査委員会で、徳洲会関係者が多数を占めたために委員会が開かれても公平・中立な議論が出来ないとして、外部委員の多くが欠席する事態にまで追い込まれたという近代の悪例を繰り返さないために委員構成等の厳格な監視（利害関係者がいないか、外部の委員や患者代表が過半数か等）のもとに行わせ、不穏な動きがあった場合、即座に病院内の事故調査委員会の活動を停止させるように規定しておく必要がある。ただでさえ風通

しの悪い医療機関という組織の中にさらに院内事故調査委員会という組織を作って関係者が集まれば、隠蔽・攪乱に走る可能性が大きくなるだけである。医療関係者の自浄作用や、誠意を期待する気持ちは分からなくもないが、既にそれを持ち合わせているなら、厚生労働省を中心として、医療事故調査委員会を作る必要などそもそもないはずである。今までに医療関係者の誠意なき行為によってどれだけ防げたはずの医療過誤が繰り返されたか、その真実が闇に葬られそうになったか、遺族が何重もの悲しみ、苦しみを味わわされたか改めて考えていただきたい。

(37)

中央委員会の対応として調査を通じて得られた情報を元に医療事故の再発防止、いわば負の部分はなくす提言が医療機関向けに行われるが、全国の先進事例（経営方法や組織のあり方、技術習得、地域連携など）いわばプラスに引き上げる情報を併せて収集、発信していただけないか。システムエラーの裏側にはムリ、ムダ、ムラが多く、そのしわ寄せが一部の医療従事者を酷使し、さらに医療事故につながるといった悪循環があることも確かで、ごく一部を修正した所で、根本的な解決に至らない可能性もある。全体を細部に至るまで総点検し、良い事例を取り入れていけば余裕が生まれて、必要な部分に人材や資金を投入できる。厚生労働省や日本医療機能評価機構とも連携して先進事例をベースにした経営指導を行ったり、必要な法改正を出せばある程度は可能な事であります。

(42)

医療機関内に医療事故の際、患者・家族へのサポートを行う人材の配置を行うため、その育成を図るのは良いが、医療機関のやり方によっては、その人材に権限を与えず、単なるクレーム処理係として利用し、改善の提案や、患者の意見を集約したものを吸い上げないといったことが考えられる。人材を配置する際は、医療機関とは独立した権限を付与することが必要である。患者のサポート役と医療機関の業務監査を兼任させれば、医療事故隠しもいくらかは防ぐ事もできる。

(45)

遺族、患者にとって訴訟経過や結果が公表されることは必ずしも悪い事ではない。また委員会が死亡事故のみを対象とし、それ以外は裁判外紛争解決を「制度」として活用し解決を図ると言うのであれば、組織、調査体制、法律の整備、処分規定などを整備しなければ、訴訟に代わる解決方法とは成り得ず、結果、訴訟を減らす事はできない。制度の前提条件を整備することなく意見交換や協力でどうにかしようと言っていること自体、医療事故を減らし、不幸な人を一人でも少なくするという意思が全くない証拠だ。医療事故の責任をうやむやにして利益を得るのは医療関係者やそれに媚びを売る者である。

(48) ①

医療事故≡システムエラーという構図が試案中に書かれている割にシステムエラーに対する改善策が計画書の提出だけというのはお粗末過ぎないだろうか。書類上と実態とはかけ離れている事が多い。書類にはどんな事でも書けてしまう。書類提出後、計画が確実に実行されているか抜き打ち検査も不可欠である。

(48) ②

個人の注意義務違反の場合の再教育について、再教育の内容は全く触れられていない。現在の医師の再教育制度は2日間の講演という「形式的」以下の代物である。再教育の時間が長ければよいと言うものでもないが、せめて違反した範囲の技術、文書の再試験を行うなどのスキルの確認は必要ではないか。再教育の具体的な内容の試案を公表し、評価してもらう事が必要だ。

4. 氏名： _____

5. 所属： 東京大学医学部附属病院 _____

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： 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

(39)(40)の医療事故と刑事責任の関係についてであります。過失に刑事責任が伴うことに断固反対します。故意の医療事故に刑事罰を科すことに異論はありませんが、善意の行為に対して、たとえ過失があったとしても、刑事罰を科すことは納得いきません。よきサマリア人の法を日本の医療に適応するべきだと考えます。

別紙3の「捜査機関との関係について」に関してですが、「以下のようになる」と記載されていますが、いずれも単なる希望的観測に過ぎず、他の省庁との文書による明確な取り決めがないため、いずれの希望的観測も全く信用できません。現在の第三次試案のシステムでは、医療事故被害者が捜査機関に直接捜査の依頼を行った場合には刑事事件化する点で現在となら変わりが無いと考えられますので、厚生労働省が医療崩壊を本気で食い止めたいと考えているのであれば、政治家や他の省庁と議論の上、刑法や刑事訴訟法の改正（医療行為の刑事免責）を検討しなければならないと思います。また医療安全調査委員会での調査報告書が捜査機関における捜査資料になりうるということに関しては、医療関係者の黙秘権との整合性が取れず、自分に不利になりそうな証言は控えられる傾向が生じることが予想され真相究明の妨げになると考えられます。航空界でも同様の問題が日本でのみ生じているようですが、真相究明に重きをおくのであれば、証言を裁判資料に流用させないシステムが必要と考えます。

医療専門家による死因究明の第三者機関の存在自体は必要と考えますが、医療崩壊を食い止めるために、厚生労働省としてすべきことは他にも存在すると考えます。一つは、違法な労働環境にある医療従事者を守ること。労働基準法を遵守させて下さい。次に、一般国民（マスコミ・司法関係者も含む）に医療の不確実性・医療崩壊の現実・高い質と良いアクセスの医療を維持するには莫大なお金がかかることを啓蒙すること。そして、医療従事者の過重労働を解消するために必要となる莫大な医療費を確保すること、つまり医療費抑制政策の転換を進言すること。

医療崩壊は加速的に進行しています。厚生労働省が医療崩壊を食い止めたいと真に願うのであれば、第三次試案以降の議論も含め、上記課題を真剣に検討していただきたいと思います。

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

私は、第3次試案に反対します。

■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。

(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→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、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持っているが(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・エムスリー一聞き手・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。
- ・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。

(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