

4. 氏名： 松下能文

5. 所属：

6. 年齢： (※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： (※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： (※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 |

(※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

はじめにこのような機会を与えて頂き、ありがたく存じます。いくつ ka 問題点がありますが、自分が最も重要と考える点にのみに絞って陳述いたします。

1 「3次試案 2-(6)~(15)委員会の設置」に対して

まず最初に事故調査委員会（以下、委員会）のあり方について意見を述べます。

日本における医療はそのシステム上厚生労働省の指導・監督の下にあり、収入に関しても政府の統制下にあります。厚生労働省が枠組みを作っている医療の現場において何か事故が疑われる事例が生じた場合に、その原因究明・対策並びに場合によっては刑事告訴まで対象とする委員会が、厚労省の監督下にあるということは矛盾であると考えます。つまり病院も委員会も厚労省の監督下にあり、かつ調査対象となる事例の中には当然厚労省の様々な指導等も含まれるのであれば、厚労省の監督下にある委員会では公正中立な組織とは言い難いと思われま

す。調査を進めてゆけばその事案の根源にたとえば厚生労働省の出した通達や指導の問題、あるいは改善を怠った事象（例：医師の労働基準法違反の放置）などが出てくるかもしれません。その際に委員会が本省に対して本当に厳しい報告が出せるのでしょうか？

医療者としてみれば、厚労省の指導の枠内で医療を行っているのに自分たちだけが「尻尾切り」されたと考えることは当然あるでしょう。また国民の側からみたととき、自分たちに意に沿わない結論に対しては委員会が中立でなかった、との思いが残る限りいずれ問題として噴出すると考えます。

従って委員会を設置するのであれば誰がみても公平で、中立的な、厚労省から独立した立場に立っているということを納得してもらえよう形が必要ではないでしょうか？また当然ですが、厚労省にも事案の中から自分たちの様々な指導や通達に潜む問題点を探し反省するといった姿勢が求められると考えます。現行の医療制度の中で生じた事案に対しては厚労省も広い意味では当事者になるのではないのでしょうか？であればこそ、委員会での結果に対し（邪推かもしれませんが）影響を及ぼす可能性を完全に無くすべきです。一つ一つの事案に対して現場の医療提供者のみならず、厚労省も真摯に対処し、考え、改めるべきは改めるといった姿勢を明確にするためにも厚労省も調査対象であることを明記した上で、委員会は厚労省から独立した組織であることを望みます。

2 「3次試案 2-(7), (19), (20) 法的責任」に対して

今の医療と法律の関係でやはり問題になるのは医師法 21 条であると考えます。これはその作成以来一度も見直しがされないまま長い間眠っていた条文でしたが、

近年突然医療事故といわれる事案に対して警察がほとんど自由に医師を逮捕出来るという形で使われ、医師はそれについて戦々恐々としている現状があります。

今回の案では委員会へ届ければ21条に代わると記されていますが、そもそも21条が濫用されているのであって、それは改正するないし適応をきちんと文章化し歯止めをかけるべきものであります。しかし21条は残したままで委員会を設置すればいずれにしても医師は萎縮せざるを得ません。委員会へ届けて処罰されるのか、届けなくて（ないしは届ける必要がないと判断して）、遺族が告発した際に21条で逮捕されるのか、どちらも適応可能な状態であります。法律が本来の制定時の目的から離れて使われているのであればそれを改正ないし条文で運用に制限を加えるのが先で、21条を取引材料として委員会設置ではないと考えます。

医師法21条の廃止ないしは運用上の明確な定義を文章化することを求めます。

「3次試案 2-(20), (25), (26), (39), (40) 届け出の範囲と捜査機関への通知」

2次試案でもそうでしたが、依然として漠然としておりその範囲が不明瞭です。しかも上でも述べたように医師法21条が残っている限り全ての症例が形式は違え処罰の対象です。

もちろん明瞭な線引きは誰にも出来ないでしょうが、医療者と遺族との話し合いがつかない場合はいずれにせよ全て届け出でがなされるか、告発でしょうから、死亡時に委員会への届け出に関して医療者と遺族の間で文書を残し、届けるか否か、届ける際の主体はどちらか、を明記しない限りは終わらないと考えます。ただその際医療者側に相当の精神的負担と時間の使用を求めることにはなりませんし、全ての死亡症例に対してそのような法律上の確認を求めるのはすさんだ社会であることを示すことになるので、自分としては受け入れがたいものですが、医療者と患者・遺族の相互不信を放置すればそのような形にならないとも限りません。そもそもなぜこの問題が議論になるかという、事故解明のために積極的に届けても委員会の判断では刑事告訴されるという懲罰付きのシステムだからです。

厚生労働省も当然ご存じのことと思いますが、WHOの2005年の“Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning”では「制度は懲罰を与えるものであってはならない」となっているのですが、厚生労働省はこのガイドラインに関しては考慮されないのでしょうか？もちろん(40)では以下のような事例に限定されると書かれておりますし、「謙抑的」という言葉もあつたと思いますが、21条が本来の趣旨と離れて自由に使われるように、今回の案も成立後にどの様に使われるのか知るよしもありません。(40)①に記載されていることは委員会の対象外の犯罪であり、委員会がかかわることではないと考えます。また一部報道では厚労省と司法当局との間での話し合いも進んでいないように見受けられます。であれば「限定」や「謙抑」といった言葉だけで運用を任せることは出来ません。

WHOのガイドラインを前提として広く周知させた上での議論を強く求めます。

私は委員会の設置に反対ではありませんが、上記の点により、3次試案の委員会では不備があり、さらなる国民的議論が必要と考えます。

最後に3次試案と直接の関係はないのですが、自分の考えを述べさせていただきます。

当たり前のことですが、人間は全て死にます。私は病理医ですから常に「死」にかかわってきました。以前yつと目低他大学でも、臨床医がすべてを尽くしたと考えている症例でも瑕疵がないわけではありません。ですから私の仕事はそれを次に伝え、如何に防ぐかということを知ることによって学んで参りました。残念ながら昨今の風潮ではそれをなしがたい状況が続いていますし、今回の3次案を読んでも病理解剖をすることに不安が付きまといまいます。

人間は病院でいくら手を尽くしても亡くなる時は亡くなりますし、それは本来寿命であったのです。しかしながらきちんとした死生観に対する学校や社会での教育・受容がなされないまま、現在では「病院で死んだから医療側に問題がある、責任がある」といった短絡的な風潮があるように感じます。もちろん医療側の責任を全て否定するわけではありませんが、そういった社会的なコンセンサスを形成することに対する努力を行政も教育も医療も行わなければならないのではないのでしょうか？厚生労働省としての大局に立った目標作成を望みます。

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： (※下記より対応する番号をご記入ください。) 3

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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： (※下記より対応する番号をご記入ください。) 9

<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 |

(※下記より対応する番号をご記入ください。)

8. 医事紛争の経験： 3

- | |
|------------------------------------|
| 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

このような試案に意見できることを知っている医師および医療従事者はごく一部であり、実際に医療現場で働いている者の意見を吸い上げる努力をしないのは意図的に思えてしまう感がある。おそらく全ての医療従事者の意見を集めると圧倒的多数がいずれかの試案項目に反対意見を出すであろう。

厚生労働省は、この試案を医療の安全向上を目的としているが、どうみても、実質的には責任追及になっている。このままでは医療崩壊はさらに加速すると思われる。リスクのある専門科（外科・小児科・産婦人科）を志す医師は減少し、小・中・病院でも受けられていた医療が大病院に行かなければならなくなる。

欧米での医療崩壊が何を物語っていたのかを全く感じる事が出来ない。

38) 医療事故の再発防止の観点から日本医療機能評価機構から委員会に情報提供し・・・。

インシデント・アクシデントについては各病院で必要と思われるが、その再発防止策に一番必要なことは人材である。しかしそれを補助する事なく、現状維持で仕事量を増やすだけでは、現状の再発防止策をとることは再発を誘導しているようなものだと思う。再発防止策が医療の安全・向上にとって一番重要な事案であるにもかかわらず、これに対する検討が不十分であり現場の意見を取り入れるべきである。

44) 医療従事者個人に対する処分・・・。

50) 本制度の実施に当たっては、組織面・財政面の検討を加えた法整備を・・・。

“医師法 21 条は、警察と検察が関係しているため、厚労省の所管範囲を超えている。厚労省の所管範囲を超えた議論ができなければ、医師法 21 条問題の全体を扱うことができない。医師法 21 条がらみで医療事故調について議論することを、厚労省が取り仕切ることは、常識的には不適切なことであろう。”

という意見があることを認識して欲しいと思う。

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

第3次試案コメント#1

獨協医科大学学長 寺野 彰

- 1) 第2次試案よりかなり進化してきていることは評価する。これまで出されてきた様々の批判に対応してきている。しかし、このまま法案化に至るには時期尚早であり、さらなる検討が必要である。
- 2) 本試案では、前案と異なり、医療の立場を理解してきているが、むしろ医療側に偏りすぎたのではないと思われる。当然患者・遺族側からそして野党側からの批判が出てくるので、立法段階でどのようにこの批判をかわすかかなり難しく、出来上がった法律は別のものになりかねないことを恐れる。従って本試案のみを対象として対処していると、結果的には、肩すかしを喰わされる可能性もあり、慎重な対応が必要である。
- 3) 現在の患者—医療側との信頼関係から判断すると、届出の範囲など医療側の判断によるため、患者・遺族側としてみれば、不透明性、隠蔽などの疑惑を持たざるを得ないように思われる。このあたりの配慮が必要であろう。
- 4) 当面の課題にこだわりすぎ、長期的視野、例えば医療審判所の創設など、に欠ける。中立・公平な第三者機関を目指すと言いながら、結局厚労省の権限強化を目的と言われても仕方のない内容となっている。例えば医療機関に対する届出義務(罰則を付して)や体制整備に関する行政処分(改善命令など)によって当局の権限はより強力になる。
- 5) 届出義務の範囲に関して、シエマで明瞭に示してあるように見えるが、「過った医療」であることが「明らか」であるかどうか、「その行った医療に起因し」たかどうか、「死亡することを予期していたか」どうかなど医学的にも法律的にも非常に難しい判断である。「合併症」と一口に言っても、これを「予期」できた事象とは言えない事例は多く、患者・遺族側でも了解するとは思えない。しかもこれら難しい判断を医療機関の管理者(病院長)が判断するとなると、このような立場になろうとするものは皆無になるのではないか。不透明性・隠蔽の温床になると、患者・遺族側は当然考えるであろう。
- 6) 刑事手続きとの関連も、以前より詳細になったものの、内容的には変化がない。厚労省の立場は強調されているが、検察、警察、法務省など捜査側の考えが明確でなく、独りよがりの印象を受ける。「謙抑的」という表裏に頼っているが、これは捜査の基本で当然のことであり、捜査当局はいつでもこの考えを無視することができる。刑事訴訟法の本質をわきまえていないようである。警察などの捜査権は絶対的なものであるから、厚労省や委員会の意向を無視することは可能である。患者・遺族からの告訴も、捜査機関が委員会の結果や委員会からの通知の有無を十分にふまえて対応することが「考えられる」とは限らない。
- 7) 刑事手続きの対象は、故意・重過失その他悪質な事例に事実上限定されるなど捜査機関の謙抑的な対応が行われることとなるわけであるが、これはあくまで捜査機関の側の判断によるものであり、その内容が具体的になると極めて困難な状況を来すこととなろう。例えば、薬の取り違えのような単純ミスも生じた結果と状況によれば重過失となることは間違いない。
- 8) 医師法第21条の改正は大きな進歩である。本条が罰則を伴うことの不合理も併せて改善すべきであろう。このような手続法の面のみでなく、実体法である刑法第211条業務上過失致死傷罪、重過失致死傷罪と医療事故との関連もこの際十分に検討を試みたらどうか。過失の概念が刑法上極めて重要かつ解釈困難な概念であることが理解できるであろう。「過失」という概念を、結果を問うものではなくその行為に対する評価であり、法学的に理解するもの

ではない等と言っておられないのである。過失はあくまでも法的概念でしかありえない。

9) 医療関連死は、言うまでもなく民事訴訟の対象となる。これによる損害賠償訴訟の方が、刑事訴訟より重要かもしれない。その際、本調査報告書は、民事訴訟に用いられるのはもちろん、もともと訴訟にならないはずの事案が報告書を弁護士(急増してきている)が子細に分析することで、訴訟に持ち込まれるケースが確実に増加する。

10) 医療側の主体的協力の姿勢が明確でない。これが保障されないと確実に失敗に終わる。失敗すればこれまでより事態は大きく悪化することになる。現在の医師不足の状況の中で、法医学・病理学の領域は言うに及ばず、調査に必要な医師を集めることができるのか？もし医療側で調査の体制が組めないような場合あるいは批判されるような事態が発生した場合、捜査機関はじめ当局が医療側を無視した行動に出ることは十々分予々想できるのである。そうなれば事態は現在よりはるかに困難なものとなるのである。

11) 今後は、医療側に投げられた課題、人材、調査方法、医療者の積極的関与、等をどのように自主的、主体的に解決していくかというもっとも困難な問題に直面することになる。国民の信頼を得ていく課程には、多くの試練が待ち受けており、厚労省の権力強化とならないよう、医療側に対するより強い不信とならないよう医師会、医学会の大きなエネルギーが必要となる。その覚悟はあるのか？が問われている。