

第三次試案に対する意見 姫路市医師会会員 井上 圭介

良心を持って行った行為に対して刑事罰が下される社会はあってはならない。医療を行う医師については、少なくとも国による資格が認定されているものであり、良心をもって医療を行った時に、不幸にして死亡した症例があったとしてもこれを刑事訴追してはならない。健全な社会が成り立たない。

消防士が火の恐怖と戦いながらも消火を行い、しかしながら消火の仕方がよくなかった結果として焼死者が出たといつて、消防士が逮捕される社会はどのようなものであろうか？消防士はいなくなるであろう。

今、医療を行うにあたり現場で求められている最も重要なことは、良心を持って行った医療行為に対して、訴追のない環境が保障されていることである。現在、この保障が無いため医療を提供する側も一般国民側も大きな不利益を受けている。医療機関が急病人や重症患者を受入れにくくなっている重要な要素であることは周知の事実である。

医療を行った結果、不幸にして死亡された症例に対して、死因の究明は、科学的に行われるべきことは言うまでもない。いわゆる医療関連死は十分科学的に判断できる委員により検討されなければならない。

第三次試案における刑事訴追となる場合について、故意によるものは、そもそも事件であり、刑事訴追は妥当なものである。この試案において、問題となる点は、リピーターである場合、重大な過失がある場合などのときに訴追の可能性を残していることである。リピーターについては再教育制度のもとに指示を受けるべきものと考え、時には医道委員会に委ねることも必要であろう。重大な過失の場合では、刑事訴追ではなく、科学的解析の上、再発予防の検討がなされるべきである。

良心を持って行った医療行為については、刑事訴追の可能性を完全に除外されなければならない。刑事が入り込む余地はない。この点において、第三次試案に反対する。

4. 氏名： 小室義幸

5. 所属：

6. 年齢： 7

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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： 6

- <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

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

小室義幸

第3次試案は、第2次試案と比べると医療側に大幅譲歩した内容になっています。これはすでに、遺族側としては、譲歩できる限界を超えているものとも言えるのかも知れません。

一方では、現状を放置できず、早急に法制化し、実施に移す必要があると考え、大幅譲歩もやむを得ないのではとも思います。

しかし、今後更なる譲歩を強られるような状況が発生したならば、今回の法制化を見送り、現状をこのまま継続せざるを得ないのではと考えます。そのような状態になった場合は、医療者が選択した道であり、医療側の責任であることを認識していただく必要があります。

下記の意見を可能な限り考慮されることを切望します。

(22)について

「届出範囲に該当すると医療機関の管理者が判断したにもかかわらず故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合」についても、「体制を整備すること等を命令する行政処分を科す」ことで済ますのはあまりにも医療機関に甘過ぎると考える。これは体制の整備の問題ではなく「故意」や「虚偽」に基づく行為に対して、厚生労働省における罪の認識が薄いことの現われでないか。『故意』に届出をしないと『虚偽』の報告については、もっと厳しく当たってほしい。

(23)について

下記の追加が是非とも必要。

遺族の依頼により、地方委員会による調査が実施され、明らかに届けるべきであった(ここは具体的範囲の設定が必要)にも拘わらず届出はしていない場合には何らかのペナルティーを科す必要がある。

私が体験したように、院内調査委員会が作成した嘘の報告書や、司法の場における資料の隠蔽、上申書の提出など多くの信じ難い対応をとる大学病院があることを認識してほしい。

(32)～(36)について

「院内調査委員会と地方委員会との連携」

過度とも思える連携は慎まなければならない。地方委員会の独立性を確保するためにも重要である。連携の在り方次第では、「院内調査委員会」と「地方委員会」が『なれ合い調査』に発展してしまう可能性がある。

(34)について

「院内において調査・整理された事例の概要や臨床経過一覧表等の事実関係記録については、地方委員会が診療録等との整合性を検証」としているが、地方委員会の調査チームが自ら調査・作成した概要や臨床経過一覧表等を審議材料とすべきで、当該医療機関が後日作成した資料は審議材料とすべきではない。

検証をすれば良いというものではない。経過表は臨床経過を評価する上で極めて重要な資料であり、事実の経過のみを淡々と整理することが肝要である。不明箇所は不明として残しておくことも重要である。経過表が些かとも一つのストーリーを前提にして作成されないよう、特に注意が必要だ。改竄や隠蔽も、そのような作業を経て発見可能となる。

(46)～(48)について

「医療事故は、システムエラーにより発生することが多いと指摘されている、……」
当該医療機関のシステムの運営管理に重大な責任があった場合には、しかるべき責任者がその責任を負うとういことにならなければ、緊張感も生まれず、システムエラーに起因する事故も減らない。

企業において、管理システムの運営管理に重大な責任があった場合、その運営管理者の責任が問われるのは極あたりまえの話である。事故が起きても、医師や看護師個人の責任に帰するケースが殆どであり、運営管理者の責任が問われたことは殆どない。これでは問題の本質的解決につながらない。

以上

医療紛争等の経験
3医療紛争の経験なし

本文

先日、第三次試案が発表されました。しかし、よく読むと核心部分は以前と変わっていません。

この試案は医療安全対策を真剣にやってきた人たちの心を砕いてしまっています。決定的に問題なのは、この委員会に医療安全の専門家(医療安全対策を理解している人)が一人もないことです。医療安全の専門家がWHOのガイドラインを知らないわけがありませんし、医療安全が目的なら何故WHOのガイドラインを元にしないのかが分かりません。厚労省側は、委員が医療安全の素人であるため意図的にWHOのガイドラインを隠していると考えられます(知っているとは思いますが、このガイドラインの要点を後に記載します)。医療安全を本気でうたうなら、少なくともWHOのガイドラインを遵守しなければなりません。また同様に諸外国の医療安全対策についての検討も一切行われていません。何故ここまで諸外国の医療安全対策の世界のスタンダードを無視しているのかが理解できません。

しかし、ここまで世界のスタンダードな医療安全対策を無視していると言うことは、最初から目的が違うからです。すなわち、座長に刑法学者を持ってきていること、(表々現はマイルドにしていますが)現在の案の内容を考えれば、医療者の刑事責任を如何に決めるかが最初から主題になっていることは明らかです。医療者に罰を与えれば医療事故が減ると考えるのは、医療安全の流から見れば、あまりに時代遅れで、前近代的です。

また、「医療事故調査委員会」から「医療安全委員会」という名前に変えたのは、厚労省のセンスの悪い言葉の遊びにすぎません。本気でこのような案の制度を作るのだったら正直に堂々と「医療事故処罰委員会」という名前にして、世に問うべきです。名前を変えるのは、本質を隠して名前でごまかそうとする厚労省の悪い癖です。名前を変えてごまかそうとする最近の例としては、「ホワイトカラーエグゼプション」→「家族だんらん法」、「後期高齢者医療制度」→「長寿医療制度」が上げられます。

ちなみに米国の医療安全を推進しているJCAHO(米国医療施設合同認定機構)の書籍「患者安全のシステムを創る」にも、『「誰のせいで事故が起きたか」という問いは、事故の原因究明に役立たない。有害事象の予防に重要なのは、処罰ではなく、事故から学ぶことを長期にわたって有効な改善策を探ることなのである。これを実行していくのは容易ではない。医療界は長年にわたり責任を追及する体質がしみこんでいるからである。』と書かれています。こちらも医療安全の専門家なら皆知っている内容です。

以上のように厚労省と委員会は、WHOや米国JCAHOが練り上げてきた医療安全対策の根幹を一切無視しています。あまりに稚拙なこの試案は、時間をかけて多くの医療安全の専門家の意見を入れて練り直す必要があります。この試案がほぼこの形で出た場合には、医療事故は減らず、訴訟や行政・刑事処罰は増え、医療そのものが壊滅します。このような事態になった場合、責任は厚労省にあると考えます。

要望

1. 委員会に医療安全対策の専門家や安全対策において科学的な思考のできる方を複数人、加えて欲しい。少なくとも座長は刑法学者ではなく、医療安全の専門家にして欲しい。
2. 海外の医療安全のスタンダードについて十分検討し、日本の制度にも取り入れて欲しい。委員会では、医療安全対策の世界のスタンダードすら議論された形跡すらない。
3. 「重大な過失」という範疇を明確にして欲しい。曖昧にすれば、後から委員会や厚労省、警察・検察などにより恣意的に操作できることになる。日本医師会の理解している「重大な

過失」と座長が考えている「重大な過失」は別のものです。委員会の医師はそれに気づいていません

4、 医師法第21条と刑法の同時の改正が必要です。このふたつの法律を変えなければ、この試案は存在価値はありません。厚労省が公にしている警察、検察との約束は存在せず、問題があれば警察、検察は独自に捜査することを国会で警察の方が証言している事実があります。

5、 医療安全対策のシステムと処罰のシステムは、両立しません。きちっとどちらかに分けるべきです。

6、 医療現場の意見やパブリックコメントが無視されないことを切望します。

2005年、WHOは、「情報から行動へ」と題して、WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS(以下、ガイドラインと略す)という報告を出した。医療事故報告と、それによる学習を確立し、患者をより安全にするために、このガイドラインが作られた。

1, Non-punitive

報告制度が上手く機能するための最も重要な条件は、制度が懲罰を与えるものであってはならないということである。即ち、報告者も、他の関与している医療従事者も、報告の結果罰せられてはならない。世論は、医療事故の責任を個人に帰し、「被告人」を罰する方向に圧力をかけるものなので、この条件を実現させるのは最も難しい。報告の個別内容を、秘匿することが、最も良い解決方法である。

2, Confidential

患者と報告者の個別情報は、第三者には秘匿されねばならない。組織レベルでは、訴訟に利用しうる情報を出すべきではない。

3, Independent

報告制度は、懲罰を行なう権力を持ついかなる公的機関からも、また調査結果に利害関係を有する組織からも、独立していなければならない。政府機関のなかでは、報告を受ける組織と、処分を下す組織を峻別することは難しいかもしれないが、報告制度への信頼性を確保するためには、それは必須のことだ。

4, Expert analysis

医療事故が起きた臨床的な状況をよく理解し、さらにその根底にあるシステムの問題を把握する能力のある、熟練研究者によって、報告は解析される必要がある。政府が運営する報告制度が陥りやすい最大の失敗は、報告を強制するが、それらを解析する人的・物的資源を準備しないことである。専門家の知識・技術が、どのような報告制度であっても、最大の本質的な条件である。

5, Credible

組織が独立し、さらに十分な専門家が解析に従事することが、この組織の発する改善勧告が受け入れられ、実効性を持つために必要である。

6, Timely

報告は、迅速に解析され、改善勧告がそれを必要とする医療現場に早急に送付されなければならない。

7, System-oriented

調査組織が発する改善勧告は、医療従事者個人の行為よりも、医療システム・医療の手技過程・医療機器などに焦点を当てるべきである。これは、一見とんでもない個人的な過誤であっても、医療システムの欠陥によって起きるという考えに基いている。このシステムの欠陥が改善されなければ、別な時に、別な人間によって、同じ問題が再発するのだ。

8, Responsive

調査組織は、広範な医療制度の変更を求める改善勧告を効果的に発する必要がある。勧告された医療機関は、その改善勧告に従わなければならない。

* * * * *

177-②/3

4. 氏名：
高崎憲治

6. ⑤

0歳未
満

5. 所属：

- 2. 20代
- 3. 30代
- 4. 40代
- 5. 50代
- 6. 60代
- 7. 70歳以上

7. 職業：2 (※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

(※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

公平で中立的な第三者機関の早期設立を願います。

医療者、被害者患者側双方の相まみえない主張を、繰り返すことで、膠着すべきではありません。そもそも、双方に必要なということから、取り組みが始まったのではないのでしょうか。その原点の精神をより重要視し、兎角の問題点も含め、一切合財を詰め込んで、進発されてはいかがでしょうか。

評価は、後からついてくるものです。少なくとも、医療者の行為を医療者という専門家に委ねるわけで、そこに医療者以外のスタッフが加入するとしても、患者あるいは被害者からみて、引き分け以下でしかありえない

と考えても無理からぬものを、医療者側がそれ以上何に、不足を唱えるのか、少数派の不満ではないのですか？ 当たり前のことを肅々と当たり前にしておれば、恐れるものなどありません。私は、医療被害者の家族として、満たされないものを感じないわけではありませんが、それを言うのも実際に機能し始めてこそ、修正を加えるべきで、それが国民の医療の安全に対する、審査の目ではないのでしょうか。

以上の精神から、『公平で中立的な第三者機関を作ること』を目的とする、第3次試案に対して大いに賛成の意を表します。

現場の医師ならびに病院が、きちっと患者や遺族にむきあうことからスタート

一言付け加えさせていただけることを、許されるならば、

調査対象になる、ならないにかかわらず、(もしも発足後、対象外の患者や遺族のほうが、圧倒的多数になり、

医療被害者とすら呼ばれないと感じては、その多くが係争に走りやすくなることは、明らかでしょう。)、
医療事故と思しきとき、または、納得のいかない患者側を単なるクレーマーとして扱わず、総ての医事紛争に対し、まず『現場の医師ならびに病院が、きちっと患者や遺族に向き合うこと』が一番大切なことだと思ひます。多くの医事紛争がその欠落から始まっています。医事紛争をなくし、被害者の心も癒し、多くの声なき声の苦悩する医療従事者をも救うために、本旨をまっとうするには、本件と両輪に位置づけ、行政指導の徹底(例えば、規模別にはなりませんが、一定以上の規模を持つ病院に、医療メディエーターなどの設置を義務付ける等)あるいは、法整備も今後の課題とし平行して、ご議論されますよう。つよく希望いたします。

以

上。