

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

■ 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—聞き手・橋本佳子 http://www.m3.com/tools/IryoIshin/071219_2.html

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

三点ほど指摘させていただきます

■モデル事業に参加して

私は茨城県のモデル事業に立会い医師として会議に参加してみて、これを日常的にこなしていくのは非常に大変なことであると感じました。

病理主導で会議は進みましたが、肝心の死因に関して、臨床的な判断が誤っていたためにあらぬ方向に向かうところでした。これを防止するためには専門家を数名参加させる必要があります。少なくとも内科、外科は必要で、そのほか各科の専門家からチェックを受けられる態勢は必須です。現実問題としてはかなり難しい。

この会の評価をもってして、民事刑事の判断材料とされたり、公的な判断の資料とされるのでは医療サイドは納得できないと思います。

■モンスターペイシエント対策

世の中に常識の通らない人がいます。どうしても納得してもらえない人。彼らは精神構造が違うのか、金目当てなのか。

一方、医師が裁判にかけられることになると、もはや仕事はできません。たとえ、勝訴したところで患者不信、医療不安などで現役復帰は難しいとされます。

憲法上保障された権利とはいえあまり気楽に(裁判ないし医療事故調に)訴えられるのではたまりません。審議にかかる前に、訴えに医学的理があることなのかきちんとしたチェックを通してほしいのです。

■医療安全調査委員会について

ヒューマンエラーは人間である以上付きまといます。これは、いかに学問をつんだところで減らせるものではありません。しかし、従来の判例では、個人のエラーは罰せられています。

我々医療者は公的に決められた条件の中で仕事をしています。特に、限られた経済状況の中ではエラーを減らす努力には限界があります。この点を勘案した評価を下すべきである。これは三次案にも触れられていました。したがって、該当する条件下では確率論的に無理なからぬことであるのか、見極めての評価をしてほしいということです。

私はニュースになるような投薬量のミス、患者取違えなどは、不幸なことではありますが、万が一回のことであり、ある程度の見舞金を払って解決をつける問題ではないかと考えています。(民事裁判でこの点において訴追されるときりがなくなるので見舞金を持って免責とすべきです)。国民的には解決のため途方もない医療費になることは望まないものと思います。

我々は仕事を終えるまでは帰宅できません(患者は死んでしまいます)、当直の日の32時間勤務は当たり前と思っていました。この条件でのエラーの責任は管理者、役所、国民的合意にまで及ぶものと考えます。

したがって、この際の判断はエラーをしたかどうかではなくて、きめられた対策(これは逐次事故調により更新されていく)をとっていたかどうかになるものと思われれます。

4. 氏名： 鈴宮淳司

5. 所属： 福岡大学筑紫病院内科第2

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

1はじめに

(1) から (4) までに書かれている理念は賛同いたします。

2 医療安全調査委員会（仮称）について

委員会の設置

(8) 委員会の設置場所に関しては、行政、当事者から独立した機関で、中立性を重んじるべきであると考えます。

(13) 地方委員会で医療の専門家、とくに病理医や法医の専門家をどうやって確保するのでしょうか。ただでさえ少ない陣容で、増え続ける業務をこなしている彼らに、さらに負荷をかけるのでしょうか。

(14) 「調査対象となる個別事例の関係者は、地方委員会による調査に従事させないとする。」とあります。その通りと思いますが、現実的には他県などから医師を派遣するのでしょうか。それとも中央に人的なプールをして派遣するのでしょうか。救急医、小児科医や産婦人科医も足りないかもしれませんが、地方では解剖をする医師はもっと少ないと思います。彼らを引っ張り出すということは代わりのいない病院では、業務が滞るばかりではなく、多忙が原因で日常の診断業務で彼らが誤診をするリスクが高くなる可能性があるということも考えなければならないと思います。一度各県、地区にこのようなことが可能な医師が何人いるか、また彼らの意見を尋ねるべきと思います。

医療死亡事故の届出

(17) 「図表のように明確化して限定する。と書かれています」が、明確化できないことがあるので、現実的にはトラブルが生じています。私は血液・腫瘍を専門にしており、現在は総合診療にも携わっていますが、明らかな事故でなくても白血病などの厳しい治療には避けることが出来ない治療関連死亡があります。これは防ぎようがないものですし、これを怖がって治療をしなければ患者さんは白血病で確実に死亡されます。そしてこの場合も届けなければならない必要性が生じます。またこの制度では臨床試験で亡くなるようなことが起こりますと、これも届ける必要が生じるかと思えます。また適切な届出をしない場合の罰則も残されており、第二次試案とは実質ほとんど変わらないのではないのでしょうか。さらに厚労省は、刑事罰の立件には使わないと明言されていましたが、国会質問で「法務省と厚労省は協議を行ったが、具体的な文書によるすりあわせはなかった」との法務省および警察庁の答弁がありました。このことをどのようにご説明するのでしょうか。医師と患者さんの関係でもうそが間

に入るとその信頼関係はなくなってしまいます。医師と厚労省は対立するものでなく、日本の医療を力をあわせて支え、発展させるものと信じていますが、その信頼を損なうようなことがないようにお願いしたいと思います。

この制度での届け出が義務付けられれば、いまでさえ仕事が大変ということで若い医師から血液内科医は敬遠されていますが、さらに志望する医師が減少することになり、また治療法の開発に必須の臨床試験をやるような医師も激減すると危惧いたします。そうなることは日本国と国民にとってなんらメリットはないと考えます。

遺族からの調査依頼

白血病などの血液腫瘍の患者さんは治癒せずに亡くられる方が多いのですが、みんな治ると勘違いされている患者さんやその家族がいらっしゃることも事実です。治らなければ、治療のミスがあったのではないと言われるご遺族もおられますし、死ぬと言わなかったのに死んでしまったと責められることもあります。現在では患者さんに病気のことにしてすべてをお話しますが、死ぬことを強調して話すことはありません。なんとか希望が持てるようにご説明するのが医師としての務めと信じています。しかしこのような誤解が生じないようにするためには、死ぬことを強調して話をする必要があるように思えます。考えただけでも気分が滅入る話ですが、犯罪者にならないためには、こうする以外にこの制度では方法はないのではと思います。

以上、この制度ではリスクの高い医療を行っている医師や解剖担当医の減少を招き、医療の崩壊をはやめるだけであると考えられますので、この第3次試案には反対です。

この試案の理念には賛同いたしますが、ここに書かれているような制度には反対です。現場の実情を示すデータ（県に解剖が担当できる医師が何人いるのか、彼らの日常業務との兼ね合いはどうなるのか）がなければその運用が可能かどうか判断ができず、またこのままこの制度が成立した場合、地域の医療格差がさらに明確になると思います。

4. 氏名： 谷田憲俊

5. 所属： 山口大学大学院医学系研究科医療環境学

6. 年齢： 5

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

<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： 2

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

第三次試案には残念な思いを持ちました。その正直な思いを『お医者さんの過てる語』に記しています。私の意見は第一次、第二次試案へのコメントに記しましたので繰り返しません。ただ、1点追加と結論を述べるのみにします。

前の試案において、「(調査結果を捜査機関に報告することについて) 診療関連死を異状死届出義務の対象から除外し、自己を『業務上過失致死事件』の被疑者の地位におくことを回避したいという率直な気持ちも反映されている」と記され、免責を求めるのは医師の身勝手という見方が示されています。しかし、これは「結果が悪ければ悪いのだ。罰せられて当然」という日本文化に基づきます。実際、医師と看護師の卵である医学・看護学生に意見を求めても、大多数が「結果が悪ければ自分たち(医療者)は罰せられて当然」と応えています(Tanida N. Ethical view of first-year medical students and nursing students in a joint bioethics course. 医学教育 2005; 36(5): 315-321)。免責を求めるのは医師の身勝手からではなく、第二次試案へのコメントで述べたように「患者の安全文化を創る」という視点から論理的に導き出される理性的な対応なのです。

私の結論は、「事故防止には調査対象を限定しないことが大切なので、具体策は第二次試案を元に構築し、その中には『調査結果は刑事に利用しない』も含まれなければならない」という意見です。

お医者さんの過てる語

今は昔、M 文明には「目には目を、歯には歯を」というお医者さんへの罰則がありました。手術中に誤って患者さんが死んだときはお医者さんの腕が切られました。患者さんの眼がつぶれたときは、お医者さんの目もつぶされました。しばらく後に、G 国の歴史家 H さんが訪れて不思議がりました。その国では病気になると、患者さんが道端に出てくるのです。通りすがりに患者さんを見かけた人が話しかけています。話し込む人とすぐに通り過ぎてしまう人がいます。怪訝に思った H さんが話し込んでいた人にわけを尋ねると、「この国には医者がないから」が理由だとわかりました。患者さんと同じ体験をしたことのある人が対処法を教えているのです。そういった場合に、知らぬ振りして通り過ぎるのは許されないそうです。

その後、R という帝国が栄えました。R 帝国は G 国を滅ぼしたとき、その国の民を奴隷にしました。しかし、R 帝国はとても寛容でした。奴隷とはいえ、専門職を優遇したのです。お医者さんも大切にされて、R 帝国の医学医療はずいぶん発展します。やがて R 帝国も GE の侵略などによって終焉を迎えます。支配者となった GE は、お医者さんが誤ると厳しい罰を与えました。そうして、GE からお医者さんの姿が消えていきました。でも、GE の人々に困った様子はありません。病は自然に任せればいいのだし、いざとな

ったら魔法医に頼ればいいわけですから。

それから数百年後、東洋のN国は医療過誤への罰則を定めた律令を作りました。処方ミスや死亡事故には強制労働がさせられます。さらにその千数百年後の今日でも、N国では過って患者さんを傷つけたり死なせたりしたお医者さんを罰しています。N国の人々は「医者 of 過ちは犯罪」であり、「見せしめが犯罪防止の特効薬」と信じているようです。「見せしめ」を見せつけられたお医者さんたちは、治療に難渋しそうな重症の患者さんや妊婦さんを敬遠するようになりました。それでも、科学の発展の恩恵です。Mとは異なり、N国の患者さんたちは金属の駕籠に乗せられ専門の人々に面倒をみてもらえるようです。

患者さんに被害が及ぶので、困ったN国の人々は状況を改善しようと相談しているようです。でも、それまでのやり方は変えずに、ほころびの辻褄を合わせようとしています。相談に集まった人々は、自分たちの仲間に「いい案ができた」とそれぞれに都合のいい説明をしているようです。伝統的に論理性がないと言われてきた人々です。おまけに「井の中の蛙」を金言とするためか、他の国々の合理的方法には関心がないようです。ちなみに、このN国の人々は、「医者 of いない国なんてあるものか。高名と言われるが、Hもとんでもない間違いを記したものだ」と評価しているようです。

以上。

4. 氏名： 富村 智

5. 所属：

6. 年齢： 4

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

<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

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

第三次試案に対して私は反対です。政府の第三次試案は、WHOによる患者さんの医療安全ガイドライン（1）に真っ向から反対するものでありグローバルスタンダードに逆行するものです。なおかつ現場医療を崩壊させるものに他なりません。

(1) WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY

WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems

http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

萎縮医療は既に進行していますが多くの医療関係者は良心に従い全力を尽くしています。このままでは少しでもリスクがあれば手を出さなくなるでしょう。確実に良くなる患者にしか手を出さなくなるでしょう。それで幸せになるのは誰ですか？