

### 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

いわゆる「第三次試案」は以下の点において到底承服できるものではなく、抜本的な再検討に速やかに取り掛かるべきであると考えます。

### 医療関係者の責任追及に関する点

第三次試案(平成20年4月)の2ページに(7)「委員会は、医療関係者の責任追及を目的としたものではない。」とありますが、元来、厚生労働省には、責任追求の権限はありません。責任追及は、警察、検察、および裁判所の業務です。第三次試案の文面には、警察や検察との議論や協議の結果、警察や検察から医療関係者の責任を追求しないという裏づけは、書かれてはおりません。委員会の結論が刑事訴訟、民事訴訟、行政処分につながる可能性は否定できないこととなります。現に国会の討論などにおいてこれが裏付けられており、このままでは医療関係者は警察や検察の理不尽な横暴にさらされます。

本当に委員会が責任追及を目的としない組織とするために、安全委員会の委員の守秘義務を明記すべきです。そして刑事訴訟法との関係(証言拒否権、押収拒否権や、民事訴訟法の証言拒否権、文書提出命令拒否権など)を明確にすべきです。

### 重大な過失に関する点

「重大な過失」として捜査機関へ通知すれば、捜査機関は当然、法的評価(刑法でいうところの重大な過失)にもとづき、捜査が開始されることになることが予想されます。過失という言葉を一たび用いたうちは、刑法211条の業務上過失致死傷罪が適用されます。このために結果如何で多くの医師が本来罪に問われるべきでないところを罪に問われ、このことにより積極的にリスクをとって患者のために最善を尽くす医師がモチベーションを殺がれ、日本の医療は患者のためより医師個人や医療機関が責任を問われなかったための「萎縮医療」が蔓延しております。これでは官僚の方々は勿論国民のための医療にはなりません。

厚生労働省は今回の調査委員会の第一の目的は原因究明にあると言っています。しかし、自己に不利な供述を強要されないことを保障した憲法38条1項、刑事訴訟法146条、198条2項等によって真実究明が困難になることが十分予想されます。加えてこの原因究明の名の下に事故調査結果が刑事処分に利用される可能性があるからこそ、上記の現行法による保証が必要かつ不可欠なものになると考えます。現実的には、事故発生初期の段階で患者遺族側に対して真摯な対応をすることが、相互理解を深め、紛争拡大を予防する最も重要なステップになると考えます。

### 医療安全調査委員会(仮称)の設置場所に関する点

医療安全調査委員会(仮称)の構成員として法律家が入ることが予定されています。委員会の活動には法的判断・法的処分も含まれることが予想され、厚生労働省の管轄外の部分も出てくることが考えられます。そのため一省庁を超えた独立性・中立性・透明性のあるものにす

べきであり、行政内に設けるとすれば、内閣府に設置するのがよいと考えます。現在においても既に厚生労働省の医療における権限は医師の裁量権にまで大幅に踏み込んでおり、これ以上厚生労働省の権限をむやみに肥大化させれば、ひいては医療崩壊を決定的にします。

厚生労働省の方々には、医療崩壊を他人事と考えず、いつ自分や身内が夜中に急病になるか、そのときに受け入れて治療してくれる病院がなくなったらどうなるか、あるいは自分や身内が癌や心筋梗塞など命にかかわる病気になったときにかかる病院がなくなったらどうなるか、それを左右するのはあなた方の政策次第ということを真剣に考えてもらいたいものです。

196 - ②/3

4. 氏名: 吉原 哲

5. 所属: \_\_\_\_\_

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: 7 (※下記より対応する番号をご記入ください。)

## &lt;一般&gt;

- |                          |                          |          |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 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) |          |

## &lt;医療従事者&gt;

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

## &lt;法曹・警察関係職種&gt;

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

196-③/3

(※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

基本的には、再発防止を図る制度構築は、賛成です。

委員会の設置について、実際の機能および権限等が明確に  
分けられているかと思われ、初期の段階で調査チームを含む地方委員会の  
質向上を望んでも良いというおま意味あるの言等も記載されては、  
医療事故が起る場合、実態を把握することが難しく、本当に  
原因究明、再発防止に役立つ組織におまと思っております。

調査権限と処分権限を分離し、第三者も調査をおま、  
と思われ、この調査をおまをおま行為をおま、何らかの  
ペナルティを設ける方が良かと思っております。

## 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

### 医療事故調査三次試案について

今回の試案がもし、可決され、実際に運用が始まった場合、日本の医療は完全に崩壊するだろう(既に崩壊している?)。

我々外科系医師にとって手術前、手術中、手術後に予想外の出来事に遭遇する事がしばしばある。CT、MRI等の画像診断ではわからず、実際に手術を開始し、病変部をみて初めてわかる事が必ずある。予想外の出血にも遭遇する。この予想外の出来事に対し、いかに対処できるかが、経験および技術なのであろうが、どんなに経験があっても上手く対処出来ない事はある。合併症も発生する。治療を行うと必ず複数の選択肢がある。その時点ではこちらがベターであると考えて選択した治療でも結果が悪く、あのときこっちを選んでいればよかった、と反省すると、その反省を根拠に過失、結果責任をとらされる可能性があるのであれば、選択肢が複数あるような病気の患者さん(これは往々にしてリスクの高い疾患である)の治療を避ける事を考えたくなる。患者さんの状態を悪くしようと思って治療を行っている医師はいない。皆、一生懸命、患者さんの状態を良くしようと思って働いている。それなのに結果責任をとられ、刑事罰まで受ける可能性もあるという世界にも類をみない制度(グローバルスタンダードではない)が

PMh>e\$, \$k\$H\$\$\$&\$3\$H\$OF|K¥\$N0eNE\$r40A4\$KJx2u\$XF3\$/\$b\$N\$G\$"\$k!#

地方の小さな病院で働いていても、大都市の施設もスタッフも整った病院と同じレベルの治療を要求される様な時代になってきている。

この様な事実もあり、地方で働く事のリスクを回避する様になってきている。今回の試案が実際に動きだすと、ほぼ間違いなく外科系の医師はリスクのある手術を避ける様になり、施設、スタッフが不十分な地方都市の病院からますます離れていくだろう。困難な手術に立ち向かう医師がいなくなれば、経験の蓄積はできず、将来を担う若い医師が育たなくなるだろう。現在、様々な情報が得られる時代になり、海外(特に米国)の医師の技術料が本邦と比較して何十倍も高いことを日本の医師は知る様になった。どの職業でもハイリスク ハイリターンが常識であり、日本の医療界の様なハイリスク ローリターンでは我々のモチベーションの維持ができない。従ってリスクの高い手術の現場からリスクの比較的低い所(開業、外来、外科医をやめる)に職場を移す事を真剣に考える事になる。

中立な立場の専門家による医療事故調査委員会を設置する事に基本的には賛成である。しかし、委員には患者・遺族の立場を代表する者も入っている。「処罰は謙抑的に」というが、その調査結果が刑事処分の根拠となる制度には反対である。

医療事故調査委員会は医療事故の真相究明と再発予防、医療過誤と不可抗力事故の峻別のために設置されるべきものである。

不可抗力事故については、医療側は免責すべきだ。一方、患者の損失に対しては「無過失補償制度」の創設を考えるべきである。

医師不足解消のため、外国人医師に日本で働いてもらうとの意見もあったが、三次試案が可決されたらこれだけで日本語が堪能な外国人医師がいても日本には来ないと思う。もっとも、可決されなくても現在の日本の医師の給料で、日本で働こうと思う外国人はいないと思うが.....

## ■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
- ・刑事司法が再び“暴走”する危険はないのか？
- ・単純ミスは「重大な過失」か？

○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。

■ 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、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・家族が知ることも、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。

・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。

## 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

刑事処分、行政処分、医療死亡事故の届出義務化については、原案では医療崩壊を促進する制度に外なりません。道路を造るのを止めて、医療福祉に予算を投入することのよりよい医療を構築すべきです、医療事故調第三次試案にはそのような思想のかけらも感じられません。

- ・現状において、「軽度な過失」でも処罰されており、「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。