

202-②/3

4. 氏名：力丸 健

5. 所属：力丸 外科医院 (院長)

6. 年齢：6 (※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：2 (※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                      |

202-③/3

(※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

「はじめに」について

不確実性とリスクを伴う医療において医療事故の  
原因を特定し再発防止策を講ずることができ、  
責任追及を目的とした組織では意味がない。  
今回の第三次試案は一定の配慮がされ改善され  
ればかなり問題点もある。

「委員会の設置」

厚生労働省に設置することには行政改革の  
権限と調査権限が一致とあり厚労省からの  
独立性を損なう恐れがある。  
又、一部では社保庁の退職者の受け入れ機関と  
されることがあるとの指摘もあるので、この点は  
確認が必要

「医療死亡事故の定義」

医師法第21条の改正については具体的に内容が  
不明である。21条を廃止することでの死亡の  
異状死の定義と医療関連死の定義を整理して  
異状死の可算化を図る。

異状死の定義

「死体の外観に異状があった場合」に  
の可算とし、医療関連の有無などは  
関係ないと判断される。

この点で検討する。 東京高裁 長高裁の判決 (独立行政法人厚労省) 2003年

## 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1 第三次試案全体についての意見

【結論】 反対。

【理由】 この試案は、「原因究明・再発防止のための機関」を設置するというものですが、医療従事者が総体として本質的に負っている治療におけるアクシデントの可及的皆無化の責任よりも、発生した医療事故の当事者である患者に対する個別的な責任(刑事責任、民事責任の双方を含む)を重視しているものであり、本来の制度目的に試案の内容が全く適合していません。

### 第2 試案の段落番号に応じた意見

#### 1 目的に関して

\* 対応段落は「2 医療安全調査委員会(仮称)について」の(6)(7)

1-1 目的として記載されていることに、試案に盛られた内容が適合していません。試案の内容のままだと、この目的は達成されません。

\* 以下、「医療安全調査委員会(仮称)」は、単に、事故調査会とします。

(6)で「医療死亡事故の原因究明・再発防止を行い、医療の安全の確保を目的」として医療安全委員会が創設されること、そして、(7)で「医療関係者の責任追及を目的とするものではない。」という点は、事故調査会の性質上、当然のことです。

ところが、事故当事者となった医療関係者に対する民事訴訟、刑事訴訟、行政処分における責任追及と事故調査会による原因究明が遮断されるという趣旨の規定は、試案には全く登場しません。

「医療関係者の責任追及を目的とするものではない。」というのであれば、この法律で初めて登場する事故調査会がそれに適合したものであるべきです。原因究明と再発防止以外には、事故調査会の資料は使用しないし、使用できないことを明記するべきです。

したがって、次の?、?を法律に明記することが必要です。

? 事故調査会に提出された資料は、民事訴訟、刑事訴訟、行政処分に使用できないこと

? 事故調査会の委員および調査従事者には、守秘義務があり、証言拒否、押収拒否、文書提出命令の拒否ができること

#### 2 医師法21条との関係

\* 対応段落は、(16)～(24)

2-1 本来、医療関連死を、医師法21条の異状死の届出義務の範囲内にあるとすることは、事故の原因究明、再発防止には有害です。医師法21条の解釈が、医療関連死を除くとはなっていないのが裁判所の確定判断ですので、立法(医師法21条の改正)によって、そのことを明らかにすべきです。

#### 2-2 試案の構想への批判

ところが、試案(19)は、事故調査会に届け出た場合には、医師法21条に基づく異状死の届出は不要とする、という「だけ」です。そして、事故調査会に届け出るべき事例を、誤った医療が明らか、ないし、明らかでなくてもそれが起因して死亡し、それが予期しないものであった事案に限定しています。

すると、実際に、医師法21条の届出が不要とされるのは、実際に届出した場合だけです。医療側が届出の必要がないと考えて届出しなかった場合には、やはり、医師法21条違反として警察・検察が刑事責任を追及することがあるのです。

### 2-3 医師法21条のあるべき姿

医師法21条については、警察への届出が義務づけられるのは、医療関連死以外の死亡に限定されることが、この試案に盛り込まれるべきです。

医療関連死について、事故調査会への届出をどの範囲で義務付けるのか、その義務違反に対する制裁規定をどのようなものにするかは、医師法21条の適用外であることを前提として、この法律で独自に定めるべきです。

### 2-4 届出義務者について

試案(21)～(23)の届出義務者の考え方は、混乱しています。

事故調査会への届出義務者は、管理者が当然です。それと、医師法21条の届出義務者が、現行法では、個々の医師であることとの矛盾を解消する必要があります。そのために行うべき方法は、医師法21条の対象から医療関連死を除外するという立法をすることなのです。

### 3 地方委員会の権限について

(27)の?の医療機関への調査権限については、その結果が事故調査会から外部に出て行かないという保障がないかぎり、反対します。

試案は(27)?の但し書きで、「ただし、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ことは強制されない」としていますが、いまだき答弁を「強制されない」のは当たりまえです。「強制されない」として、医療関係者に回答を求めるには、その回答を、民事、刑事、行政のいかなる責任追及の手續に使用しないという法制ができて、その法制に基づいてのことははずです。

### 4 捜査機関への通知について

\* 対応段落は、(39)(40)

4-1 事故調査会(今回の試案では、地方委員会)が捜査機関に通知するという、この試案については、全面的に反対します。

事故調査会は、本来、原因究明・再発防止のための機関です。個別事故の責任を定めるものではありません。他方、捜査機関は、個別事故の責任追及が本来の任務です。

したがって、事故調査会は、捜査機関との関連を持つべきではありません。

むしろ、1-1で書いたように、事故調査会の資料は「秘密」(よそにはでない)という法律があってこそ、事故調査が満足に行われ、原因究明・再発防止が可能となるのです。

4-2 「捜査機関への通知を悪質な事案に限定する」という試案について

この場面での捜査機関への通知は、医師法21条が必ずしも問題となるのではなく、医療事故(業務上過致死)が想定されていると思われます。

試案では、事故調査会が捜査機関に通知するのは、「故意や重大な過失」となっています。

捜査機関に通知するというのは、刑事犯罪の疑いがあるからこそその通知のは

ずです。刑事犯罪としては、医療事故の大部分は、業務上過失致傷(致死)であり

その過失が「重大な過失」に限定されません。軽過失の場合には刑事責任を問わないでよい

というのが今回の試案の趣旨だとすると、それは刑事司法が是認しているのでしょうか？

が、今回の試案のどこに記載されているのでしょうか。

### 5 試案別紙3「捜査機関との関係について」へのコメント

5-1 この記載は、Q&Aですか、法律には、盛り込まれないと理解しています。(そうでないというのなら、そう指摘して下さい。

5-2 この記載は、誰がどういう責任で書いたのでしょうか。それが、まず、疑問です。

5-3 問1の答3で「刑事手続の対象は、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に事実上限定されるなど、謙抑的な対応が行われることとなる」と記載されていますが、これは、条文ではどこにも出て来ないのではないのでしょうか。条文にないのに、医療事故の刑事事件の捜査、起訴について、それが謙抑的でなかったから違法であるということが出来るのでし

か。それができないというのであれば、警察・検察の裁量(やりたい事件はやるが、そうでないのは手を付けない)に任せるということにすぎません。

5-4 問2答2で「検察の起訴や刑事処分は、……現状と比べ大きな違いが生ずることとなる」と記載されていますが、これは、条文ではどこにも出て来ないのではないのでしょうか。

「検察の起訴や刑事処分」に、現状と比べて違いが生ずるかどうかという領域は、検察、警察が官として判断することとははずです。それについて、この試案は何か手当をしているのか、というと、何もありません。

## 6 医療機関に対する処分

### 試案(46)

医療事故について医療機関に対する処分を(従来は、医師に対する処分しかなかった)創設するとしていますが、それがどういう意味を持つのでしょうか。

「チーム医療」の現状で、個々の医師の責任判断が難しいと平行に、医療機関(病院)の責任判断も難しいのです。

行政の医療機関に対する権限を強化することが、医療事故の原因究明・再発防止に資するとは思えません。

以上

本文

自分自身が、あとわずかのところで「告訴される」寸前まで言った経験のあるものです。医療事故調査委員会には、もっと学問的にも、法律的にもきちんとした権限が与えられ、不必要な「訴訟」を減らすことができるようにすべきであると考えます。そのような保証が確実になされない限り、事故調査委員会を作ったことが、さらに医療現場を混乱させることになると思います。

4. 氏名： 渡邊一平

愛知県弁護士会あっせん仲裁センター運営特別委員会委  
5. 所属： 員、日本弁護士連合会ADRセンター委員（副委員長）

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： 14

<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                       |

(※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

私は、愛知県弁護士会あっせん仲裁センターに平成9年の設立時からかわり、現在も運営委員及びあっせん仲裁人としてセンターの運営や個別の事件の解決にあっています。

当センターは、全国の弁護士会ADRのなかでも非常に件数が多く、1年に約200ないし300件の民事紛争の申立がありますが、その中で医療事故紛争は20ないし30件で、建築事件と並んで大きなウエイトを占めています。

医療事故訴訟は、内容の高度の専門性や、被害の深刻さ、患者と医療機関の不信感が強いケースが多いことから非常に長期化し、患者側、医療側の負担は極めて大きく、裁判所泣かせ、弁護士泣かせの難事件といわれています。

当センターは話し合いを中心とする和解あっせん手続により、迅速、公正・妥当な解決をめざしており、早期解決などでかなりの成果を上げています。その一方、ADRは裁判と異なり、有責か無責かなどの対立が激しく厳格な証拠調や判断を行う必要があるケースには向いておらず、当事者の対立が解消できない場合には打ち切らざるを得ないなど短所もあります。

今回の試案は、国が設置する医療安全調査委員会が、一定の医療死亡事故について死因や診療経過を調査し、調査報告書を作成・交付するものですが、こうした制度はADRによる紛争解決にも大変有益と考えます。試案に賛成する立場から、意見を述べます。

他の弁護士会ADRで医療事故紛争解決に携わっている 弁護士（仙台弁護士会紛争解決支援センター）、 弁護士（札幌弁護士会紛争解決センター）も同意見であり、本意見は、3名の代表として述べるものです。

### 1 弁護士会ADRにおける医療事故紛争解決の実状

① 日本の弁護士会では、平成2年の第二東京弁護士会仲裁センター設置を最初として、現在24の弁護士会で、民事紛争全般を対象とするADRが設置されています。名称は、「仲裁センター」、「あっせん仲裁センター」、「紛争解決センター」など様々で、「弁護士会ADR」とか、「弁護士会仲裁センター」と総称しています。いずれも話し合いを中心とする示談あっせんや仲裁により、紛争を迅速・公正・簡単に解決しようという点で共通しています。

#### ② 利用状況

##### i 全弁護士会ADR

申立件数は、全事件で962件、そのうち医療事故事件が54件です。解決



事件は全事件で379件、うち医療事故事件は23件です（平成18年度）。

解決に要する審理回数、期間は、全事件平均が2.9回、期間は73.1日です。医療事故事件だけの審理回数・期間は統計が取られていません。

ii 愛知県弁護士会あっせん仲裁センター（名古屋及び西三河）

申立件数は、全事件で225件、そのうち医療事故事件が24件です。解決事件は全事件で92件、うち医療事故事件は8件です（平成18年度）。

解決に要する審理回数、期間は、全事件平均が4.2回（名古屋）、2.8回（西三河）、期間は54.2日（名古屋）、96日（西三河）です。医療事故事件だけの審理回数・期間は、4回、153日（いずれも名古屋）です。

iii 医療事故訴訟

医療事故訴訟の件数は、912件（全国）、29件（名古屋地裁）で、解決に要する期間は、25.1月（全国）です（平成18年度）。医療事故訴訟の審理期間は、かつては36.3月（平成9年）と極めて長かったわけですが、裁判所や関係者の努力で、審理の改革と迅速化が図られた結果約2年に短縮されました。しかし、通常事件の審理期間7.8月に比べると、現在でもなお長期間かかる難事件であるといわざるを得ません。

また審理期間だけでなく、患者側・医療側とも訴訟遂行のための人的・物的な負担、苦労は極めて大きいのが現状です。専門知識も組織もなく、事故そのものにより被害を受けている患者側の負担が大きいのはいうまでもありませんが、医療側も紛争に対応するための負担だけでなく、本来信頼関係により結ばれているべき患者側と訴訟の場で対立することそのものも大きな精神的負担でしょう。

2 医療事故紛争におけるADRの長所と短所

① 長所

i 早期解決

何といても審理期間が短くて済み、早期の解決がはかれます。訴訟の場合の審理期間25.1月に対し、当センターの場合で150日、約5ヶ月であり、早期の解決がはかれています。早期解決は訴訟と比べたADRの大きなメリットです。

ii 人的・物的な負担の軽減

話し合いを中心とする手続ということで、訴訟に比べてかなりの負担が軽減されます。

ADRといっても、医療事故紛争は、法的紛争の側面があり、責任があるかどうかの判断や適切な解決策の検討、妥当な賠償額の算定が重要ですので、単に話し合えば解決するというのではなく、ある程度の実事関係や評価などの主張や立証は必要ですが、訴訟に比べるとずっと簡単なものです。たとえば、訴訟の場合、診療経過一覧表の作成が求められますがこれが大変です。争点に関する経過だけでなく診療経過全般について詳細な事実関係の確定と主張・立証が

求められ、大きな負担となっています。ADRの場合は主張立証も紛争解決に必要な範囲だけに絞れば良く、負担は軽くなっています。

また訴訟に比べると、対立の度合いが少なく、当事者の精神的な負担も軽減されます。

### iii 説明そのものによる紛争解決、関係改善の図りやすさ

医療事故紛争では説明が極めて重要です。事故後の医療機関から説明が不十分であったり、また説明がされても患者側の誤解や理解不足により紛争になってしまう場合もかなりあります。こうしたケースでは、ADRの場で、医療機関から誠実に丁寧な説明をされることにより、事件が「取下」とか「和解不成立」として終了する場合があります。事件終了事由としては「取下」あるいは「和解不成立」に分類され、解決件数に計上されませんが、紛争解決という点からはこれも立派な解決です。

有責であるかないかは別にして、誠実な説明がされることは、医療側の治療内容や誠実に治療にあたったことを理解していただくことにつながります。関係改善の点でもADRの場での説明は有効です。

### iv 軽微事案や特殊事案の解決に適切

事故ではあっても被害はごく軽微な紛争の場合（たとえば歯科の治療の際器具を食道内に落としてしまったとか、手術の際の器具の置き忘れとか）でもこじれると深刻な紛争になってしまいます。しかし、こうした紛争解決のため、訴訟を提起することは時間的にも長くかかり、負担も大きすぎ向いていません。また美容整形の紛争は説明義務が問題になることが多く本来の医療事故訴訟とは違い消費者紛争的な面があります。こうしたケースはADRの解決が適しています。

## ② 短所

### i 強制力がないこと

ADRには強制力はなく、相手方が話し合いのテーブルに乗ってくれなければ進められませんし（手続の応諾）、和解案に応じなければ和解は成立しません（和解の同意）。

このうち、手続の応諾を多くするためには、ADR側の体制整備とともにADRのメリットをPRして、当事者（患者側・医療側）に理解してもらうことが重要です。なお、当センターの場合、医療事故紛争の手続応諾率が95.83%と全事件の手続応諾率83.11%よりはるかに高くなっています。当センターの医療事故事件ではほとんどの件で医療機関が選任した弁護士が出頭しており審理に参加しています。医療事故事件の手続応諾率が通常事件より高い理由は、愛知では、弁護士会ADRでの医療事故解決の実績が沢山あり、適切な紛争解決方法であることが、患者側だけでなく医療側からも認知され信頼されてきたためではないかと思えます。

また、和解の強制力がないことはADRの長所と裏腹です。強制力がないか

らこそ双方が身構えず率直に話し合いができるわけですし、説明も本音も言えるわけです。また判断に強制力を持たせようとするれば手続保障が重要となり、証拠調べや判断は厳格なものになってしまい（手続が重くなる）、迅速で簡単な解決というADRの最大の長所を壊してしまいます。

ii 対立が激しく、厳格な証拠調べや判断を要する事件には向いていないこと

これまで述べたようにADRは厳格な証拠調べや判断が必要な事件には向いていません。特に医療事故事件の場合、診療経過の事実関係や事故につき医療側が有責かどうかの対立が大きく解消できない場合はADRの解決は難しく、訴訟による解決を選択せざるを得ません。有責か無責か争いのある事件の解決に向いていない点はADRの最大の短所と言えます。そこで、ADRをよく知っている弁護士が代理人として申し立ててくる事件は、有責の判定が出ているが因果関係や損害について争いがある件（たとえばガンを見落としした場合と延命の可能性の問題）が中心でした。

解決できる医療事故紛争の範囲を拡大しADRを利用しやすくするためには、この点が大きな課題でした。

iii ADRの体制整備、強化の不足

ADR機関は全国的な整備がされておらず、申し立てられる医療事故紛争の件数も少なく、医療事故を扱う体制の整備ができていません。

医療事故紛争は、中央だけに起きるのでなく日本全国で起きる紛争です。これに対応してADRができているかといえはまだ未整備といわざるを得ません。

医療事故紛争を扱うADRとして、現在あるのは、民事調停と弁護士会ADRぐらいです。医師会・歯科医師会の設置している紛争解決制度もありますが、申立資格は医師側だけであつたりして不十分なものです。

民事調停は日本全国にあります。弁護士会ADRはまだ24弁護士会しかなく、未設置会も多く、全国に設置することが必要です。

医療事故事件という専門性が高い難事件を扱うためには、適切な手続実施者（あっせん仲裁人、調停委員）の確保や研修、専門性に対処するため専門家（医師や医療分野に明るい弁護士）に参加して貰うなど制度面の工夫が必要ですが、これらも足りません。

3 試案について

① 試案は、次のような趣旨を述べています。

- i 一定の範囲の医療死亡事故には、大臣への届け出義務を課し（16～18）、国が設置する医療安全調査委員会（地方委員会）が（6～9）、解剖、診療録等、事情聞き取りなどの調査を行い、死因、診療経過、診療行為の内容や背景要因、再発防止策などを評価・検討し調査報告書を取りまとめ（10～12、27①～③）、患者側・医療機関側に交付する。（27④）。

調査報告書は、遺族への説明や示談の際の資料として活用され、早期の紛争

解決、遺族の救済につながることを期待される。(43)

民事調停、ADRで医療事故紛争を解決するためには、事実関係の明確化と正確な原因究明が不可欠であり、地方委員会の調査報告書は、早期の紛争解決、遺族の早期救済に役立つものと考えられる。(44)

試案には多くの論点がありますが、ここでは、ADR関係者として関連部分について意見を述べます。

- ii いずれも妥当で的確な提案であり、医療安全調査委員会の設置、組織、権限、構成を含めて賛成します。

永らく医療事故の原因確定、調査は、不十分な形でしか行われていませんでした。調査にあたる然るべき機関がないために、医師や医療機関に対する民事責任(又は刑事責任)が追求される際にその前提として判断されるのみでした。

(3)

ましてや、医療事故の民事責任について交渉段階で、中立公正な立場で事実関係や原因を調査確定する機関や制度もありませんでした。

刑事責任の追求は、捜査機関による捜査という手続で行われますが、捜査に時間がかかるうえに現実に立件されるケースは極めて稀です。

自動車事故においては多くのケースにおいて刑事責任が追及され、当該事故の刑事事件記録が民事責任の資料として活用される実態と比べると大きな違いです。

患者側は、医療側から、任意に医療情報を得られないために、正確な事実関係や事故の原因を知ることが非常に困難で、不信感が募る大きな原因になっていました。

結局、患者側は、非常に困難な民事訴訟を提起するか、刑事司法の責任追及や世論、マスコミに過度に期待するなどの方向に向かわざるを得ませんでした。また医療側の一部に、指弾されるような体質(学閥、身びいき、悪い情報の隠匿)があったことも事実だと思います。医療が専門分野であるが故に、十分な開示と説明が必要だと思います。

試案が提案する、一定の医療死亡事故死についての大臣への届け出義務化、これに基づく医療安全調査委員会の調査、医師法21条の届け出義務との関係の整理は、いずれも適切な改革と考えます。

また、前述のように、ADRでは、診療経過や死因の調査は難しい場合が多く、この点を調査権限がある国の委員会が調査して調査報告書としてまとめ、調査報告書を遺族と医療機関に交付し紛争解決に利用できることは、ADRによる紛争解決に大いに有益です。

これにより早期の適切な紛争解決が図られ、当事者の負担も軽減され、患者・医療機関双方に取り大きなメリットがありますし、ひいては患者と医療機関との信頼回復にも資するものと考えます。またADRでの紛争解決が促進されることは、訴訟との適切な役割分担が図れることになり、訴訟が本来の役割

を果たすことにも間接的に資するものです。

② 医療事故紛争についての関係者の協議会の提案（４５）

- i 試案は、ADR制度の活用の推進を図るため、医療界、法曹界、医療安全支援センター、ADR機関等からなる協議会を設置し、情報や意見の交換等を促進する場を設けることを提案しています。この提案は有益なものであり賛成です。

ADRでの医療事故紛争解決の促進は、患者、医療側双方に取りメリットがあるものですが、実際のADRでの医療事故紛争解決は、一部のADRで断片的に行われているだけで、法曹界でもまだまだ全国的な動きにはなっていません。また、医療事故紛争は専門事件として、医療界、医療安全支援センターの協力が必要ですし、関係省庁のとの情報交換も有益です。

たとえばADRに医療専門家（医師）にどうやって参加して貰うかなど（ADR期間と医療界の協力体制）個別に検討すべき課題は沢山ありますし、ADRの運営費用をどう賄うかといった財政面の問題もあります。

しかし、まず関係者が一同に会することにより連絡・情報交換の場を持つことは大きな一歩です。試案の提案には賛成します。

医療事故紛争は前記の通り、全国各地で起きるものですし、各地の実状は様々です。こうした協議会は、中央だけでなく、地方でも設置されることが必要と考えます。

- ii 弁護士会ADRの連絡や情報交換の場としては、日弁連ADRセンター主催の全国弁護士会仲裁センター連絡協議会があります。昨年愛知で開催した第11回連絡協議会のテーマは医療事故紛争でした。このときは、公立病院院長、裁判官、医療側・患者側弁護士、あっせん仲裁人が参加したシンポジウムのほか、名古屋、東京、千葉、仙台などの医療ADR関係者からも会場発言がされ、各地の実状や改革の動きが報告され非常に有益でした。

我々は、今後も、所属するADRにおいて、申し立てられた個々の医療事故紛争を迅速、適切に解決するとともに、様々な関係者との協力や情報交換を通じて、より良い医療事故紛争解決制度をつくっていくため努力していく所存です。

以上

8医療機関管理者 50代

209-②/2

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

「安全調」のメンバー構成に、異議があります。

第二次試案での「遺族の立場を代表する者」という文言こそ書かれていませんが、実質的には「医療事故遺族の会」などというような会を通じて医療側と対立する立場の人の中から選ばれるものと、思われます。

「遺族感情」というバイアスのかかった人に、公正・中立な判断が可能でしょうか？もし、可能と仰るのであれば、その根拠をお示しいただきたい。

航空機事故調や海難審判において、遺族代表が事故原因究明に携わったという話は、寡聞にして知りません。

また、先般の国会における岡本議員の追及により、安全調での調査案件が山積みになって滞り、遺族から訴えがあった場合は、警察が捜査に乗り出すという事実が浮き彫りになりました。

ありていに言えば、警察は安全調の公正・中立な調査・判断よりも、「遺族感情」という言わば「私怨」のほうを優先するというのを、国会という公式の場で明言なさったわけです。

このような状況下で第3次試案をたたき台とした安全調を発足させることには、断固反対いたします。

4. 氏名： 江原一雅

5. 所属： 神戸大学医学部附属病院医療安全管理室

6. 年齢： \_\_\_\_\_ (※下記より対応する番号をご記入ください。)

5. 50代

7. 職業： \_\_\_\_\_ (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<医療従事者>

9. 医師 (管理者を除く)

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。

## 「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

医療事故に対して公正な事故調査システムをたちあげることは、医療者からのみならず、国民からも切に求められていると思います。今回の第三次試案は、再発防止の観点から個人の責任追及よりも、背景要因やシステムの問題点を検討し、再発防止につなげることの重要性について強調されているのは評価されます。また、問題の多かった医師法 21 条の改正についても具体的に盛り込まれており第二次試案より改善された点はあります。是非とも法案化を切に願います。しかしながら、「従来より医療者に対する処分が強化されるのではないか」という懸念が完全には払拭されていないかと思えます。この点の不安を解消しないと、リスクの高い医療に従事する医師が減少するおそれがあり、医療崩壊がますます加速することを懸念しております。これは、医療者のみならず国民全体の大きな不利益につながります。その他いくつか疑問も残っており意見として述べたく思います。

### 2. 医療安全調査委員会

1) 委員会の設置： 調査委員会の目的は、死亡事故の真相究明と再発防止の目的については、大多数の合意は得られると思います。しかしながら 2-(7)に「医療関係者の責任追及を目的とするものではない。」と書かれていますが、目的はともあれ、調査報告書および調査内容が結果として捜査機関に通知され、あるいは行政処分にも用いられ結果的に医療者の責任追及と個人の懲罰にも用いられる可能性があることが重要な問題点であると考えます。真に医療事故の真相究明と再発予防を目的とするのであれば、報告は個人情報や施設名を含めて完全に匿名化され、個人の責任追及にはしないことを明文化するべきで、そうでなければ、「医療関係者の責任追及を目的とするものではない。」の文言は入れない方が良いと思います。

### 3) 届け出の範囲

③届け出の範囲：遺族が解剖を希望しない場合に、調査が行われるのかどうか、不明確です。(27)に既に遺体のない事例についても地方委員会が必要と認める場合には調査を行うと書かれています。この表現では、解剖が行われなかった事例のどのような場合に調査を行うのか判りません。調査対象の件数が解剖されなかった事例を含めるとかなり膨大になることが予想され、第二次試案では解剖が行われた事例に限るとされてきましたが、それでは死亡医療事故のごくわずかが調査されることとなり、医療事故の再発防止の取り組みのためには充分とは言えません。

解剖されなかった事例については、臨床医を中心にした調査を行う方法もあるかと思えます。解剖が行われなくても、手術や検査過程のビデオが保管されておれば、客観的な調査が可能であると思えます。手術のビデオ撮影と保管は現在義務づけられておらず、診療記録としての位置づけも不明確です。手術ビデオの保管の推進のためには診療報酬上の加算を行うことを勧めます。



あるいは、それに代わる提案として、当面は解剖されなかった場合は、特定機能病院や大規模病院には院内事故調査を義務づけ、また、自治体病院は都道府県または市町村で調査を行うこと、また、小規模病院や診療所については、地元医師会での調査を行う仕組みを作り、その報告書を調査機関で二次審査することでも良いかと考えます。その場合も現行医師法21条や警察の捜査権の問題をクリアしておく必要があるかと思えます。

#### 4) 地方委員会の調査

①過失の検証：地方委員会による調査地方委員会の調査において(27)③にシステムエラーも含めて背景要因も調査することの重要性が強調されたのは評価できます。しかしながら、院内、院外の多数の医療事故調査に携わった経験から見て、医療事故調査において、個人の過失の検証は避けて通れません。この点に関して第三次試案では明確に書かれていませんが過失に関して明確な記載が無い場合は遺族や社会の納得が得られないと考えます。報告書で過失について言及した場合は、報告書は刑事罰、行政罰に結果として使用される可能性が出てきます。また仮に、報告書に過失に関して明確に記載しない場合も、事実関係の概要と、行われた医療行為と死亡との因果関係について言及した場合には、立件から起訴のための有用な資料となる可能性があります。また、横浜市立大学手術患者取り違い事故の報告書のようにたとえシステムエラーと再発防止を強調した調査報告書が出されても、刑事罰に関して個人の責任は免れない可能性もあります。すなわち、調査委員会の目的が個人の責任追及ではないとしても結果として、医療者の刑事罰、行政罰に用いられる可能性があると考えます。

②調査委員会資料と調査委員の守秘義務：公表された報告書については、捜査機関は自ずと知る事になりますが、その場合、イ) 調査報告書とロ) 個人を特定できる資料を捜査機関から任意提出を求められる可能性があります。さらにハ) 調査委員会資料、ニ) 調査委員に対する事情聴取が求められる場合があります。刑事罰の可能性がある場合、医療者は自己を守るため、地方委員会の質問に答えることは矯正されないと黙秘の権利が保障されています(27)⑤。さらに、追加すべき点として、調査委員には何らかの(見なし公務員としての?) 守秘義務を明記する必要があると思えます。また、調査委員会において医療者に行ったヒヤリングの記録に関しても捜査機関からの提出を拒否出来るのかも明文化する必要があるか考えます。追加事項(問4)2. に捜査機関に対し提出しない方針とすると書かれていますが。方針とは法的に意味することは現時点では曖昧な表現です。これらの点が保証されていないと、ますます当事者の不利になる証言が得にくくなり、真相究明には大きな障害となる可能性があります。

#### 5) 捜査機関への通知と謙抑的運用

①謙抑的運用：調査委員会から捜査機関へ通知する基準として、(40)に①から③の基準があげられています。この基準で現行より、刑事罰を受ける件数が増加するか減少するかは第三次試案では判りません。警察への届け出件数については主に調査機関からの通知に夜場合、捜査に着手する件数は減少するかと思えますしかしながら、現行では、死亡事故のうち、一部しか警察では捕捉できていない可能性があるがあげられます。さらに、立件、送致、起訴されるのは例外的に

福島県立大野病院事件等をのぞき、一般的に立証が比較的容易な単純ミスが立件送致されることが多いようです。過失かどうかの判断が微妙な事例が、専門的判断が必要な手術死亡まで、いわば鑑定付で通知されるようになるわけですから、運用次第によって、起訴件数が増加する可能性があるかと思えます。謙抑的運用は検討部会の中では合意が得られているかも知れませんが、制度化された場合に謙抑的運用がなされるか明文化する必要があるかと思えます。

#### 6) 行政処分について

行政処分については処分の軽重はともかく、総数としては大幅増になると予想されます。JR 尼崎事故当時の JR 西日本のように懲罰（日勤教育）により、安全性を向上させるという考えかたは旧来のものとして否定され、むしろ起こったことのエラーを分析、学習することにより安全性を高めるべきであるとの意見が大勢になっています。そのためには、報告は匿名で懲罰に用いないことが原則とされています。試案によれば行政処分は現行のように刑事罰の後追いではなく、行政処分を担当する厚生労働省の把握が容易となり、刑事罰の対象外の事件も可能となります。ただし、処分の内容は個人に対しては免許の取り消しや業務停止以外に戒告＋再教育やといった軽い処分が制度化されます。しかしながら処分の基準が第三次試案においては明確でなく、運用如何によっては医療者にとって処分が増加する可能性があり、業務停止処分が今より少なくなるのかどうか明確な基準を示す必要があります。

#### 7) 報告書の公表について

(38) 再発のための医療事故の公表については、中央の委員会としては再発防止のために、医療機関名や当事者名は公表しない匿名化が必要となります。調査報告書そのものを公表すると、医療機関が特定できた場合、記者会見を報道機関から要請される可能性があり、現行の医療事故情報等収集事業やモデル事業のように、厳重な情報管理の下に、限定した情報公開にすべきと考えます。ただし、医療機関や遺族に対しては調査報告書そのものを情報提供してもよいと思えます。

#### 8) 遺族への情報提供と紛争悪化のおそれ

院内事故調査委員会のみであれば、病院側が調査の進捗状況を患者側に伝えることも可能です。しかし、仮に調査機関が約 6 ヶ月（現行モデル事業の平均）かかるとして、その間病院側は過失の判断が留保され、そのことが患者家族・遺族との話し合いに障害になる可能性があります。長期間患者側とのコミュニケーションが今より取りにくい状態になった場合、遺族感情がより悪化し、その後の話し合いに支障を来す可能性はないでしょうか？遺族との間で円滑なコミュニケーションがとれる方策を考える必要があります。

### 3. 結語

以上をまとめますと、第三次試案では医師法 21 条を改正して、届け出先を警察以外の組織に変更すること、第三者機関による調査が行われ、再発防止につながるシステムの問題も検討することなど、従来の問題点が改善されることは評価できます。医師法 21 条の改正も含め、法案化の実現されることを願っております。しかしながら、刑事罰は減少する要因と増加する要因があり、

減少するか増加するか不明確です。また、行政罰の基準は明確ではありませんが件数としては今より増加し、現行より医療者にとって厳しい制度になる不安が払拭できません。再発防止に資する医療事故調査システムは匿名化を厳重にし、懲罰に使用しないことが原則であり、従来捜査機関や司法が行ってきた懲罰システムの一部を結果として肩代わりすることになる新たな仕組みを構築することは、その趣旨が根本的に異なると思います。また、調査機関への通知に関して謙抑的な運用を行うと書かれていますが、警察や司法との間で明文化した合意は得られていません。調査委員会自体の守秘義務も不明確です。従って福島県立大野病院事件のような司法の暴走に歯止めがかからない可能性もあります。その場合、新制度が産科、救急などリスクを伴う医療現場から医療者が立ち去る医療崩壊を今より加速させるおそれがある懸念があるかと思います。

4. 氏名：宗樂 晃一

5. 所属：東京都立川市の市民

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：1 (※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：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                       |

## 「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

### 趣旨

第三次試案について以下の点で問題があると思いますので、本試案には賛成できません。更なる改善案が示されることを希望します。

1. 試案全般に関して、WHOの医療事故報告のガイドラインに即していません。国際標準のWHOのガイドラインに即した形への変更を求めます。
2. 試案の別紙3の刑事訴追に関する運用に関して、法務省の説明との間に齟齬があります。法務省との関係を明確にすることを求めます。
3. 試案のp2(8)の委員会の設置場所に関して、内閣府など第三の省庁に設置し、中立性を持たせることを求めます。
4. 試案p2(10)調査チーム一つの人員構成は良いとして、必要な人員の総数や予算に関する検討が不十分であり、実現可能性の判断ができません。必要な人員の総数や予算に関する検討を行い、実現可能性についても検討する必要があります。

1について、2005年に示されたWHOのガイドライン

[http://www.who.int/patientsafety/05/Reporting\\_Guidelines.pdf](http://www.who.int/patientsafety/05/Reporting_Guidelines.pdf)

では「Non-punitive」「Confidential」「Independent」「Expert analysis」「Credible」「Timely」「System-oriented」「Responsive」であることが医療事故の報告制度が上手く機能する条件としてあげられています。

第三次試案ではこれらが十分に守られているとはいえません。

世界標準ともいえるWHOのガイドラインに添った形とすることが、国際化社会の中では必要なことですので、WHOのガイドラインに添った形への抜本的な修正が必要と思います。

2について、日経メディカルオンライン誌の報道によると厚生労働省としては法務局や検察庁などからは第三次試案の公表に関して了解する旨の覚書を得ており、「刑事訴追に関しては謙抑的な対応をすることで了解を得ているものと考えてる」との事でしたが、その覚書の内容が公表されていません。

また、4/22の衆議院決算行政監視委員会でのこの試案に関する橋本岳議員の「厚生労

働省は法務省・警察庁との間でどの程度まですり合わせをしているのか」という質問に対して、「特段警察庁と厚労省との間で交わした文章はございません(警察庁 米田刑事局長)」「ただいま文書というようなご指摘がありましたけれど、そのような文書を交わしたという事実はございません(法務省 大野刑事局長)」との返答がありました。この答弁からすると覚書のような文書は交わされていないこととなります。

刑事訴追に関して法務省・警察庁との間で明確な取り決めが無い限りこれまでと変わらない運用が行われ、結果として医療関係者にとってはこれまでの刑事対応に加えて医療事故調への対応が増えるだけとなり、単なる負担増加にしかありません。

法務省などとの間で明確な運用の取り決めを行い文書化し、医療関係者の負担軽減に繋がるよう配慮をお願いします。

3に関して、医療事故調を厚労省内に設置すると、医療に関する認可・調査・処罰の権限が厚労省に集中することになります。

調査の結果、医療システムに問題ありとなったような場合、そのシステムを作った厚労省が自らを問題ありと指摘し、自らを罰するというおかしなことになりかねません。

権力の分散という観点からも鉄道・航空事故調査委員会などのように医療事故調を内閣府に設置するなど権力が集中しすぎない構成とする必要があると思います。

4に関して、調査の実務を行う人々の必要な総数が十分に検討されていません。現在実働可能な人員がどれくらいあるのか、他の仕事との関わりを考慮してどれだけの稼働率が見込めるのか等を詳しく検討しないと実際に運用を開始しても人手不足で事故調査が遅々として進まないということにもなりかねません。

実際に必要な労力を検討し、それが本当に実現可能であるかの検討は不可欠だと思います。また、この検討無しに必要な予算などの割り出しも不可能と思われます。

以上。

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

次ぎの理由によって第三次試案に反対です。

1. 医療事故を刑事罰として裁くという基本的認識である。
2. 裁判員制度が導入されれば、医療者側は圧倒的に不利になる。
3. 重症患者に対して萎縮医療になる。
4. 高度医療を担う勤務医が更に減少する。
5. 専門的分野の検討に地方委員会が対応できると思えない。
6. 遺族は地方委員会に調査依頼するほかに、警察へ直接告発することが否定されていない。

8医療機関管理者

40代

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

「この第三次試案では医師の信頼、賛同を得られません」

第三次試案を読みましたが、この内容では医師の信頼、賛同を得られません。

1. 「医療の安全」という言葉の定義がされていません。これがボタンの掛け違いの原点とされます。

2. そこで、「医療事故とは、過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む。」という不思議な文章が現れます。

過誤を伴う事故について真相を究明し、再発を防止する、「公平で中立な科学的な第三者機関の創設」は、医療者側、患者側、双方が求めていたことです。

「過誤を伴わない事故」って何ですか？。

後の方の文章で、やっとその解説が出てきます。

「ある診療行為を実施することに伴い一定の確率で発生する事象(いわゆる合併症)としては医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡やその疑いのあるものが想定される。」

診療行為を行おうが行わなかろうが、「医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡」はあるのです。

それを研究し、実践を重ねてきたことで、医学医療は発展してきたのです。

「事故」を辞書で調べると、「予期しなかった悪い出来事」とあります。

野口英世が黄熱病で亡くなったのは「事故」でした。では、野口英世は、黄熱病の病原体を見誤ったことで責任を問われなければならないのでしょうか？。医療安全調査委員会で査問されなければならないのでしょうか？。

根本的なところで、医学医療、いや、自然科学に対する勘違いがあると思えません。

3. 委員会の構成メンバーに大きな問題があります。

必要なのは「真相を究明し、再発を防止する、公平で中立な科学的な第三者機関」です。事象事象毎に、その道の専門家である臨床医、病理医、そして、システム工学、人間工学等の専門家で構成されるべきです。



日本には優秀な自然科学者が大勢います。ノーベル賞、フィールズ賞受賞者はじめ多くの優秀な方々が。

そこにどうして、門外漢の法律家や「有識者」を入れるのか、必要性が全くわかりません。

4. 捜査機関との関係ですが、少なくとも、この「医療安全調査委員会」で審議中は、捜査機関は捜査をしないこと、また、「医療安全調査委員会」で問題ないとされた事象については捜査機関はその後も捜査しないこと、検察審査会でも扱わないことを法律で明文化することが必要です。検察審査会でも扱わない理由は、当該事象について既に第三者機関で検証されているからです。

5. 医師法第21条は、法医学会等により「解釈改法」されただけですので、本来の趣旨（他殺の疑い等）に戻すよう、国会で確認すればいいだけです。医療事故とかいわゆる「診療関連死」とは全く関係ないということを。

6. 以上の帰結として、委員会の設置場所は、厚生労働省ではふさわしく無いことは明かです。

「真相を究明し、再発を防止する、公平で中立な科学的な第三者機関」は、全ての権力から独立した存在でなければなりません。

9 医師(管理者を除く) 50代

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

第三次試案は第二次に比し一定の改善をみたものと評価するが、依然このままでの成立には断固反対する。以下に理由を記す。

### 1. 医療事故調の目的はほんとうに原因究明と再発防止のみか

であれば「医療を受ける立場を代表する者」が加わるのはなぜか。確かに被害者・遺族は言う「真実が知りたいだけ。同じ思いをする人を二度と作りたくない」。しかしここには欺瞞がある。彼らの言う真実とは「誰の」責任かという「真実」であって、事故がヒューマン・エラーでなくシステム・エラーだという説明には決して納得することはない。システム・エラーの分析は彼らには庇いあい・責任逃れと映るのみである。

再発防止に重要なのは、個人の責任追及ではなくシステムの改善である。調査への被害者の参加や当事者の実名公表は真相究明を阻害する。この意味において第三次試案はWHOのガイドライン(WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS、日本も賛同国のひとつ)に明らかに矛盾している。

つまり本事故調は、刑事訴追を含めた責任追及ならびに被害者感情の慰撫を目的としていると考えざるを得ない。

また再発防止というなら人間工学などヒューマン・エラー分析の専門家が加わらないのは理解できない。

### 2. 医療従事者の刑事責任追及の緩和につながるか

ある与党国会議員は、「この試案に賛成しないのなら医師法21条をより厳格に適応するだけだ」と公開の場で恫喝している。個人的には、細い枝の先に実った果実を採りにいく危険な行為である高度医療は刑事免責されるべきと考えているが、これに国民的賛同が得られないというなら、この事故調が刑事訴追に「謙抑的に」作用することを強く希望する。

しかし現実には事故調が捜査機関の行動を抑制できる法的根拠は何もなく、逆に露払い的に機能する危険さえある。医師法21条の改正、すなわち犯罪性が予想される死体にのみ適用する旨明文化するか、もしくは業務上過失致死傷を医療事故に適用する場合に限って親告罪とする刑法改正とセットでなければ、本試案のままの採用は容認できない。

仮に本試案通りの事故調が既に機能していたとして、杏林大割りばし事件や福島県大野病院事件の刑事訴追が回避できたか、答えは誰の目にも明らかである。

本試案による医療事故調査単独では捜査機関を謙抑的ならしめる特性を何ら有していないと言わざるを得ない。

4. 氏名： 中村 利仁

5. 所属：

6. 年齢： 4 (※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： 2 (※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

(以下意見)

### 第3次試案公表後の経緯について

公表後、検討会座長をはじめとした関係者が、様々な機会にこの試案に記載されていないことについて多様かつ時に整合性に欠ける発言を行っている。試案を公表し、意見を徴する以上は、その後の発言内容についても随時検討会に於いて意見をまとめ、付していくべきと考えるが、如何か。

試案に追記できないようなことであるというのであれば、あたかもこれを既にコンセンサスの形成されているものであるかの如く公の場で述べることは些かならず穏当ではないと考えるが、如何か。

せめて発言内容を厚生労働省に於いて文書化し、各々の発言に責任を持たれるようにされては如何か。

### 第3次試案の全体について

記述が膨大な割に議論のポイントが不明確で、散漫であると同時に記述が不十分である。また専門用語が説明もされずに使用されている。一般に意見を問うのであれば、厚生労働行政の専門外の者にもわかりやすい簡明でコンパクトな記述が為されるべきであると考え、如何か。

### 「1 はじめに」について

まず(1)において「医療関係者には、その願いに応えるよう、最大限の努力を講ずることが求められる。」とされているが、現場の医療関係者の努力だけで「国民の切なる願い」が実現可能であるかのような無責任な記述には首肯できない。これは現場の努力不足という怠慢が「国民の切なる願い」の実現を妨げているという不当な指摘そのものであると考えるが、如何か。

厚生労働省の内外で医療安全確保のために割かれている人員、予算の少なさが、何よりも国の医療政策上の優先度の低さを証明していると考え、如何か。

現に日本の医療の現場は、今のところ必ずしも臨床指標の悪化などの質と量の低下を伴うものではないが、分娩や小児救急医療などの急性期医療の分野から崩壊とすら表現されるような量的供給減少が既に始まっている。先進諸国中最低の国民負担によって抑制された医療費水準は、その実現方法のひとつとして医師、看護師の養成の抑制あるいは消極性が採用された事とも相俟って、深刻な人手不足と、労働基準法の種類の規定を全く無視した労働環境を現場にもたらしめている。

この絶対的人手不足という労働環境下で、現場が最大限の努力を怠っているという厚生労働省の指摘は、自らの行うべき事をせずして、一方的に他者の責任だけを声高に難じるものであると考えるが、如何か。却って現場の信頼を深刻に毀損しているものであることを自覚されるべきであるとするが、如何か。

現場に潤沢な資金、十分な人員配置が為されていてもなお全く然るべき努力が為されていないのであればともかく、まず厚生労働省が、現場に十分な資源。人員を配置する然るべき「努力」をされた上で、斯様な人を見下ろしたようなことを言われるのであれば致し方ないが、現状ではとてもものに首肯しかねる。

あまりにも無責任な現状認識しかできない厚生労働省が、中立的な立場を主張するなど、少なくとも医療者の納得を広く獲得できるものとは思わないと考えるが、如何か。

少しは反省され、しかるべき認識を示される努力ぐらいはされるべきと考えるが、如何か。

また、終局的に多くの事例分析によって医療安全対策にはより多くの人員、資金を投下する必要が明らかとなるであろうことが十分に予想される。これらの資源投下の追加無くして医療安全の実現はないと考えるが、その仕組みの記載が全くないのはなぜなのか理解できない。最大限の努力が求められているのは、医療関係者だけでなく、むしろ資源投下を抑制している厚生労働省自身であるとするが、如何か。

繰り返すが、いくら精緻な死因究明を行っても、資源投下無くして医療安全の実現はない。相変わらず同じような事故事例が繰り返され、患者さんは次々と避けられるべき死を重ねていくであろう。結果として紛争や訴訟が減るべくもない。いったい、厚生労働省自身の果たすべき今後の責任について如何考えられているのか。記載が為されて然るべきと考えるが、如何か。

そもそも、この国においては公衆衛生上の必要としての死因の解明が疎かにされてきているが、その基盤がないところで診療に関連した死亡についてだけを特別扱いに

することとしても、おそらく実際の運用は極めて困難である。公衆衛生上の必要としての死因究明制度全体についての検討と体制の整備が平行して不可欠と考えるが、如何か。

警察行政、司法行政においても、国民の死亡に対してそれが何者かの責任を追及されるべき死であるか否かの段階の手続きが不明確で判断の根拠に乏しく、しばしば問題が指摘されている。これについても検討が為されて然るべきと考えるが、如何か。といて、これを厚生労働省の所管でないとやってしまつては、診療に関連した死亡の死因究明を正当化するのが困難となると考えるが、如何か。

(2)において「医療の安全を向上させていくためには、医療事故による死亡（以下「医療死亡事故」という。）が発生した際に、…」とあるが、死亡事故という結果の重大な事例のみが再発防止のトリガーとなるというような認識は、医療安全に留まらず、たとえばハインリッヒの法則（"Industrial Accident Prevention - A Scientific Approach" 1931年）に見られるような安全対策の原則そのものに反している。この意識の低さは、とてもではないが現場の安全確保に寄与できるような程度の知識、能力のある人の書かれたものとは思えない。講学的知識と訓練に欠けているものと思われる。まず、制度を検討して立案する立場の担当者ご自身が、十分な知識と現場の経験を通じて能力を蓄えられることが必要と考えるが、如何か。

担当者にあつては、心理と能力の深いところで遺族の願いに応える能力と切迫感が不足しているのではないかと懸念される。如何か。

(3)において「…、結果として民事手続や刑事手続にその解決が期待されている現状にあるが、これらは必ずしも原因の究明につながるものではない。」とされているが、そもそも2000年に表面化した歯科医師救命救急研修事件（現在公判中）において、厚生労働省医政局の大原光博課長補佐（当時）らが、詳細な事情調査なくしてこれを医師法違反と一方的に決めつけた上で、警察による捜査、検察による公訴に再検討を求めるところか、むしろ積極的に推進したのが最近の不当とも言える医療刑事訴訟の割合の急増に大きく寄与しているのは疑いの余地がない。

言わば、刑事手続の厚生行政への導入は、これまで少なくとも8年間に亘って厚生労働省医政局自身の手によって警察・検察に対して積極的な働きかけが行われ、推進されてきた結果である。現在では厚生行政に対する他官庁からの過剰な干渉を招いているわけであるが、その点についての反省もなく、あたかも警察と検察の勝手な独走

によって現状が形成されてきたかのような言及はあまりにも無責任と考えるが、如何か。また同時に、厚生労働省自身が、警察による捜査を経ずして死因究明に関与する能力のないことを主張してきているものとも考えるが、如何か。

さらに言えば、民事手続や刑事手続には、各々独自の目的がある。そしてそれを医療事故から分離することができるのか、分離すべきものであるか否かの検討が死因究明とは別に必要である。

むしろ、この点について医療者の深刻なニーズがある。にも拘わらず、今次試案においては明確な記載がない。また、警察庁の米田壯刑事局長は、平成20年4月4日の衆議院厚生労働委員会における質疑の中で、「現在検討されていますこの委員会の、枠組みの中では、刑法上の業務上過失はそのままでございます。で、警察は警察捜査をする義務がございます。従いまして、その患者さんあるいは御遺族の方からの訴えがあれば、それは私どもとしては捜査せざるを得ない。」等と述べ、試案の期待するところ（後述）とは関係なく、刑事訴訟手続きの進むことを明言されている。

表記の現状認識自体は概ね是とするが、これまでの議論が他省庁含む行政全体の中でどのような位置付けとなっているのか、甚だ曖昧である。およそ意図的に形成された錯誤によって医療者が今次試案に賛同したとしても、それは錯誤させるような努力の巧緻であることを意味しているだけのことで、現状認識によって然るべき制度設計の為されることに医療者が十分な説明の上で同意したことを意味しない。

関係各省庁との cosmetic でないコンセンサスの形成が必要と考えるが、如何か。

民事手続は経済学的には損害や債務の所有権の法的な確定が目的であるとされる。事実や証拠はそのために裁判所に提出される法的判断の材料の一つに過ぎない。また、民事手続の結果、医療機関や医療従事者に課された支払い義務は、間接的に国民の負担する医療費から支払われることとなる。民事手続を通して、公的医療費の増大が座視できないものとなっていくことも当然に予想されるが、この点についての検討がなされていない。

医療費抑制について非常に熱心な厚生労働省が、この民事訴訟を通じた医療費の増大については全く関心無く、他人事であるが、如何なものであろうか。

そもそも刑事手続については、専ら司法と司法行政に関することであって、最初から厚生労働省が何かを言える立場にはない。この検討会が厚生労働省に設置されたこと自体から来る本質的な限界であると考え、如何か。

この國に於ける業務上過失致死傷罪の在り方の議論が避けられないと考えるが、如何か。その検討は厚生行政の枠組みを大きく外れるものとも考えるが、如何か。

(4)において「医師等が萎縮することなく医療を行える環境の整備にも資するものと考えられる。」とされているが、前段で述べたように、それは錯誤による賛同を狙った記述としか考えられない。如何か。

そのような状況下でなされた分析が、本当の意味で量的供給減少を防止したり防衛医療の蔓延を防止したりはできないと考えるが、如何か。

また、不確実性の高い事象に対して存在するのは、期待であって信頼ではない。個々の事例の分析によって得られるのは、失われた期待の回復ではない。得られるのは信頼であり、それは不確実性の高い事象に反復して従事する者自身の、高い倫理性と求道の姿勢が表現されたとき、そのことにのみ依るのであろう。

行政がそれを代行することはできない。行政にできることは、せいぜいが従事者自身の自己規律を支援するに留まる。

仕組みとしてはそこが最も大切であると思うが、如何か。

(5)については、冒頭に記したように公表後の発言の多くが検証不可能なままに放置されているが、改善されて然るべきと考える。如何か。

## 「2 医療安全調査委員会（仮称）について」について

### 【委員会の設置】の項

(6)において（別紙1参照）とされているので、ここで別紙1について述べる。

別紙1においては、（医師法21条に基づく届出は不要）とされているが、これは医師法21条の条文をそのままにとり解釈が可能である。警察への届出が為されるべきであったかどうかの判断は、結局の所、警察、検察官、裁判所の法的判断に任されることとなる。

明記が必要と考えるが、如何か。

遺族からの届出が為されることとなっているが、医療機関と届出の必要に於いて見解を異にした場合、たとえ調査委員会に対する届出があったとしても、それを知った警察としては当然に医師法21条違反に基づいて従前通りの捜査を行う必要がある。また現状で刑事告発による捜査を押しとどめる方法はない。刑訴法の改正は為される



予定となっているのかどうか、明記されるべきと考えるが、如何か。

「医療者を中心とした調査」とされているが、中心とは何かが分明でない。何を意味するのか明記すべきであると考え、如何か。

調査報告書の内容が問題なしと問題ありとに二分されることとなっているが、死亡事例の分析である以上、問題のないわけがない。問題がないとする報告書はどのようなものであるのかが明記されるべきと考えるが、如何か。問題があるとは、個人に帰責できるものということであるのか。であれば、それは当然に責任追及以外の何ものでもない。如何か。

「医療事故の情報や再発防止策を全国の医療機関が共有」とされているが、その共有の方法が明確でない。方法を明記すべきと考えるが、如何か。

医療機関に対する新たな行政処分の根拠法令が明確でない。新法によるのか法改正等によるのか明記すべきと考えるが、如何か。

警察への通知として「いわゆるリピーター医師」という記述があるが、このリピーター医師とは何を指すのか明記すべきであると考え、如何か。「故意や重大な過失」という記述があるが、故意とはどのようにして判断されるのか。そもそも設置予定の委員会は医療者を中心とするとされているのに、故意の法的判断をどのようにして担保するのか。故意と断定して誤った場合、その責任を負わないのであればあまりに無責任であるし、責任を回避すべき法的根拠もない。また、故意の疑いを持った場合、その調査をどのようにして進めていくのか。犯罪捜査を専門とする警察官であっても故意の判断は難事であるのに、この委員会の機能としてそこまで担うことができるのか。これら全てについて明記が必要と考えるが、如何か。重大な過失とは何か、ここに明記すべきであると考え、如何か。

また、調査報告書の述べる「責任」は何かを為し得た可能性のある医療従事者についての検討以外の何ものでもないが、警察としては法的概念である過失責任について独自の判断を行うこととなる。通知の有無とは全く関連がないとも思われるが、如何か。

(7)は結果として医療関係者の個人責任が追及されることを妨げないという意味にも取れるが、如何か。この委員会は警察や裁判所の事務の下請けをも為すべき存在なのか。如何か。

(8)で、今後さらに検討するといっても、厚生労働省が他の省庁の下に設置される可能性のある委員会の事務内容を検討することに何の意味があるのか。その場合、結局、この第3次試案の位置付けは何であるのか分明的でない。

検討するとは、結局のところは当初方針通り、厚生労働省への設置を堅持するという意味なのか。言いたいことが分明的でないと思うが、如何か。

(9)で、「地方ブロック単位に設置する委員会（調査を主目的とする委員会。以下「地方委員会」という。）とされているが、調査を主目的とする委員会が地方毎に分置されるのはなぜかが明確でない。

そもそも、特に急性期医療においては技術の進歩が著しく、職種が異なったり専門とする診療科が異なったりした場合には事案の全体像の把握が容易でない。

専門家による事故調査を謳うからには、初期調査に当たる調査チームのメンバーはともかく、より上位に委員会等を設置するのであればむしろ専門分野ごとの advisory board 等にするべきであると思うが、如何か。

また、属人主義的な判断を回避し、調査の中立性を確保するためにこれまで多くの院外調査委員会で行われてきたように、むしろ経歴を異にして同窓、同一医療機関、同一医局等に属したことの無い、診療科や専門分野を同じくする人材を他地域から調査や評価に投入するべきと思うが、如何か。

「中央に設置する委員会（医療の安全を確保するために講ずべき再発防止策の提言を主目的とする委員会。）とされているが、これは個別事例の調査報告書の中ではこの種の提言をしないという意味であろうか。そうであればむしろ中央に設置する委員会の方が無用の存在と思うが、如何か。

また、人事や予算配分の権限を誰が担うかの説明がない。

当該委員会の長はその責任の重さを考えると認証官とし、独立した人事権と予算等、中立性と独立性を担保するに十分なものが与えられて然るべきと思うが、如何か。

(10)で、解剖担当医2名、臨床医等5~6名、法律家やその他の有識者1~2名という構成であるが、この人数が患者の死亡が発生してから短時間で解剖に至るまでに決定されるとしたら、年間数千例から数万例に至ると思われる状況の中で、どれだけの人材プールが確保されるのか分明的でない。検討のために明記されるべきであると思うが、如何か。

また、これだけの人数を全国で毎日7～8チームも新規に投入し続けるとすると、これを非常勤やボランティアで賄うことは考えられない。

常勤とすべきと考えるが、如何か。

また、非常勤としたことによって、新規に生じる事業であるにも拘わらず、新たに生じる医療者等の必要数が検討されていない。非常勤であったとしても、これだけの事務量となるとその必要人員確保は、それだけでなく人手不足の法医学教室、病理学教室、医療現場にとって極めて重い負担となる。専門職の養成数増加などもきちんと検討する必要があると考えるが、如何か。

法律家となるとその多くは弁護士であるが、人員確保の検討が為された形跡がない。その費用支払いも含めて明記されるべきと考えるが、如何か。

法律家については利益排反やインセンティブについての検討についての記載がない。中立性・独立性と公平性の確保のため、明記されるべきと考えるが、如何か。

さらに言えば、数少ない解剖担当医をその都度に依頼することには何の必然性もない。行政解剖の一部として位置付け、監察医制度のない地域においても行政解剖を行う根拠とするか、あるいは解剖関係法令を整理して一括し、その中で独立した解剖専門組織を設置して、ここが全てを担うとしては如何か。

(11)については、(9)についてでも言及したが、地域ブロックごとに分置されることのメリットはないと考える。むしろ、中立性・独立性や透明性確保のために有害であり、専門性確保の上で却って不利となる。肝心の事故分析が機能しない。

むしろ専門分野ごとに合同して、調査の進展について調査チームに助言した上で、最終的に報告書案を authorize した方が好ましいと考えるが、如何か。

(12)については、人事権、予算等についての言及がない。中立性・独立性の担保が為されるとは思われない。明記すべきと考えるが、如何か。関係行政機関等への勧告・建議等の権限とあるが、厚生労働省内の一部門が省内他部門や他の省庁に対して何を言っても無視されるだけであろう。今回の警察庁、法務省の対応で十分に経験済みであろうし、効果が期待できないと考えるが、如何か。この件についてだけでも、厚労省内の設置には無理があると考えますが、如何か。

(13)について、文面はともかく、別紙2では中央に設置する委員会に、学会、有識者、病院団体、医師会等、法曹界のいずれからも矢印が伸びていない。これはすなわち、その構成はこれらによらないで厚生労働省などがいわば勝手に任命すると言うことであると理解されるが、如何か。

また、有識者（医療を受ける立場を代表する者等）とされているが、その代表性は誰が検討し、誰が担保するのかが分明でない。

医療訴訟に現に従事している者はもちろん、過去に従事していた者等が中立的な判断が可能であるとは思われないが、他方、これらを排除することが技術的に可能であるとも思われない。感情的な発言や根拠のない疑念で調査が停滞し、議論が空転し、あるいは報告書に歪みが生じることが予想されるが、如何か。

透明性の確保ということであれば、それは調査報告書が速やかに公開されることと、会議録などの諸記録の長期保存と十分な期間を置いた上での公開によって事後的に確保されうると考えるが、如何か。

どうしても有識者の参加が必要ということであれば、一定の範囲で組織統治に参画するに止めるのが適当と考えるが、如何か。

（14）については、（9）でも述べたとおり、乏しい人材プールを考えると、関係者たる専門分野の医療従事者を地方委員会から排除することは困難である。地方に分置するかどうかよりも、専門分野単位で十分な多様性を確保することを重視すべきと考えるが、如何か。

容易に不正がなし得る状況であれば、不正を為していないことを証明し、信頼されることは甚だ困難である。中立性と高い倫理観を求めるのであれば、それが疑われない状況を作ることにも必要であると考えますが、如何か。疑わしい状況を意図的に創り出そうとしているとの疑いすら感じるが、如何か。

（15）で言及される事務局とは、何か。その機能、人員について検討するためには予め明確にされるべきと考えるが、如何か。調査チームとの分掌はどうなっているのか。実際の人事権を掌握し、予算策定を行うのがその事務局の長であるとするならば、この組織の支配者は他ならぬその人物であろう。権限と責任の分離は組織の健全性を損なう。如何か。

#### 【医療死亡事故の届出】の項

（17）について、（16）では、その届出の目的を医療死亡事故の再発防止と透明性の確保としているにも拘わらず、死亡事例の中からさらに選別を行うとしている。

いったい、意図的にバイアスを生じさせた群を検討して、何を言いうるのかわからないが、如何か。

単に委員会が直接に調査を行うのか、医療機関の院内あるいは外部委員会が行った調査結果を報告させるのかの別を記せば足りると考えるが、如何か。

そうしてはじめて、直接に調査に従事しない中央に設置する委員会の検討に意味が生じてくると考えるが、如何か。

(18)において、届出先を所管大臣としているが、たとえば厚生労働大臣が届出先となったのでは、中立性・独立性は担保できないと考えるが、如何か。事務を担当する厚生労働省職員自身の手によって、厚生行政の不備や不作為は免責され、医療現場の責任ばかりが強調される結果となることが十分に予想されるが、如何か。

届出先は中央に設置する委員会の長であるべきと考えるが、如何か。その責任は当然に重く、国務大臣に準じた認証官とすべきであると考え、如何か。

(19)において医師法21条改正に言及されているが、刑法211条1項がそのままとされている限り、患者やその家族は犯罪の疑いは依然として残ると考えることもでき、21条改正によって警察への異状死体の届出をしなかった場合も、これは特に公的病院であっては刑事訴訟法239条2項によって故意による犯罪の発生を認めつつ警察に通報しなかった場合と同然であり、実態として効果が期待できないと考えるが、如何か。

(20)であるが、このような届出事例であっても再発防止のための分析が必要であることは論を待たないが、特に「誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して患者が死亡した事例」の認識は困難である。また、しばしば医療機関の判断と患者遺族の判断が異なる場面も見られる。実効性がないと考えるが、如何か。

さらに言えば、このような医療機関にとって認識が容易な事例ばかりを集めた場合、認識が難しい事例は全く検討の対象となることができず、これでは再発防止に寄与したとしてもその効果はあまり期待できないと考えるが、如何か。

(21)であるが、文面を素直に読めば、医師法21条の異状死体届出義務とは別に、新たに医療法に診療に関連した死亡の届出の義務が管理者に対して課されると考えられるが、それに相違ないか。その場合、公的病院の管理者が届出を怠った場合、死体を検案した医師は医師法21条に基づいて別途に警察に対して届出の義務が生じるものと解釈できるが、それに相違ないか。

(22) であるが、前項に示したように、医療機関の管理者の届出が為されない場合、それは行政処分の対象として考慮されるが刑事罰の課される心配のない一方、死体検案に当たった医師については依然として医師法21条に基づいて刑事告発と加罰の対象となる可能性があると思えることができると考えるが、それに相違ないか。

(23) であるが、遺族による刑事告発が為された場合、医療機関の管理者の届出が為されない場合、それは行政処分の対象として考慮されて刑事罰の課される心配のない一方、死体検案に当たった医師については依然として医師法21条に基づいて刑事告発と加罰の対象となる可能性があると思えることができると考えるが、それに相違ないか。

(24) であるが、人の死はしばしば週日の日中ではなく、夜間や早朝や休日にかかる。日本の多くの地域に於いて、死体は葬礼のために可能な限り早く家族が引き取っていくという風習がしばしば見られる。その場合、早朝や深夜であっても、事務局や調査チームは相談業務に従事することになるが、それに相違ないか。

(25) であるが、死体の検案に当たった医師自身が医療機関の管理者と意見を異にした場合、(22) や (23) で見たように自身が刑事罰の対象になることを知りつつ、届出の機会を失うものと考えられるが、それに相違ないか。また、死体の検案にあたらなかった医師や他の医療従事者はどうか。やはりしばしば刑事訴訟法239条2項に反することとなるが、如何か。

(26) であるが、人の死はしばしばオフィスアワーではなく、夜間や早朝にかかる。日本の多くの地域に於いて、死体は葬礼のために可能な限り早く家族が引き取っていくという風習がしばしば見られる。その場合、早朝や深夜であっても、都道府県等の医療安全支援センターは相談業務に従事することになるが、それに相違ないか。都道府県等との意見の交換は既になされたり、了承が得られたりしたという記載はないが、如何なのか。国民に周知する方法についての記載がないが、誰の責任でどのように行うのか。患者の死亡の度に医師や医療従事者が説明の義務を負わされるのでは、良好なコミュニケーションを大いに阻害することが予想され、無用な検討事例が相当量に発生することが予想されるが、如何か。

(27)であるが、まず、死因の究明が再発予防、すなわち公衆衛生上の必要によって行われるのであれば、遺族の同意は不要と考えるが、如何か。公衆衛生上の必要があるにも拘わらず、強いて遺族の承諾を求める理由はどこにあるのか。説明があつて然るべきと考えるが、如何か。

聞き取り調査は調査チームの事務ではないようであるが、これまで事務局の構成が分明でない。記載の上で言及が為されるべきと考えるが、如何か。

証拠物件の押収が為されるようであるが、警察や検察官との採証権限はどちらが優先されるべきであるのかが分明でない。記載の上で言及が為されるべきと考えるが、如何か。

解剖においては先入観を持ってこれを為すべきではないと考えるが、如何か。

臨床経過を法律家が評価するなら、それは法的な過失責任の判断の見地から為される。法律家でない医療関係者にはその妥当性を評価する能力がないが、調査報告書に記載されることとなっている。これは法律家の意見であつて医療従事者の意見ではない。再発予防や医療安全の確保とも直接の関係を持たない。それでも調査報告書への記載が必要とする根拠はどこにあるのか。根拠を明確に記載した上で言及が為されるべきと考えるが、如何か。

委員会を地方に分置すべき根拠はどこにあるのか。

そもそも、特に急性期医療においては技術の進歩が著しく、職種が異なったり専門とする診療科が異なったりした場合には事案の全体像の把握が容易でない。

専門家による事故調査を謳うからには、初期調査に当たる調査チームのメンバーはともかく、より上位に委員会等を設置するのであればむしろ専門分野ごとの advisory board 等にするべきであると考え、如何か。

調査報告書の公表を行うとした点は高く評価すべきであるが、純粋に医学的見地から為されたものであるか否かについて、記載内容の点で嚴重な隔離が為されるべきであり、法律家の医学的見地を無視した法的な過失責任についての記載が各所に混在されるべきではないと考えるが、如何か。

調査チームや委員会の尋問への回答は強制されないとされているが、いったい、担当者は日本国憲法第38条1項を読んだことがないのか。この國においては、何人も、自己に不利益な供述を強要されないとされているのである。あまりにも不見識であろう。同99条も、読んだことのない人には効果がないのであろう。

また、遺族があまりにも疎かにされている。調査終了前に事情を徴する機会を設けるなどということだけでなく、親しい者の死に直面して混乱し、悲嘆に暮れる家族こそ、最も大切にされるべき存在であると考え、この文言の中ではそのための機能が全く検討されていない。むしろ大きな柱として記載されるべきと考えるが、如何か。

(28)で専門用語についての配慮が求められているが、現場を知らない者の戯言としか思えない。医学・医療での専門用語を収集し、これについて注釈を行うことはしばしばなされており、多くの辞書・事典の類が発行されている。それでも一般の国民が医療の内容を理解するのに困難を覚えるのは、それが長期に亘る専門教育を必要とする知識体系と言語化の困難な暗黙知に基づいているからに他ならない。

一般的に言っても、判る者は、判らない者がなぜ分からないのか、なかなか分からぬものであろう。

その上で考えるに、求められる十分な配慮とは、何か。明記されるべきと考えるが、如何か。

(29)であるが、では、しばしば調査依頼がなされるが本来は調査の対象にならない病態は、延々と繰り返し調査依頼がなされ続けることになるが、それに相違ないか。

(30)でようやく、遺族の感情を受け止める者の育成を図るとされているが、この人員が登場するのは調査のどの段階であるのか。(27)において全く記載がない。明記されるべきと考えるが、如何か。

(31)で医療従事者においては研修が為されるとされているが、法曹や有識者についてはその適格性を評価し、資質を向上させる仕組みが提示されていない。明記されるべきと考えるが、如何か。

#### 【院内事故調査と地方委員会との連携】の項

(32)において、およそ証拠の全てが押収され、関係者が連日身柄を拘束されて聞き取り調査をされているときに、医療機関は一体どうやって独自の調査ができるのか。明記が必要と考えるが、如何か。



また、逆に解剖結果の情報などについては、医療機関と遺族に早期に提供されて然るべきと考えるが、如何か。

(33)において安全管理委員会の業務として再発防止策を要求しているが、必ずしも個別医療機関の努力でどうにでもしようがあるような事例ばかりではない。その場合、医療機関が厚生労働省等に対して行う提案などは、どのような手続きによって実現されるのかが分明でない。明記されるべきと考えるが、如何か。

(34)において、通常であれば時系列上、委員会の調査が終了してから院内（あるいは外部委員会）の調査がなされるが、事後に作成された資料を委員会はどのように審議の材料とするのであるのか。事務の順序について深刻な混乱が見受けられる。もう少しよく考えて整理されては如何か。

(35)においては、やはり委員会と院内事故調査委員会等の時系列についての整理が為されていない。

(36)であるが、解剖結果だけが情報提供されても、やはり院内調査は不可能であろう。医療機関は一体どうやって独自の調査ができるのか。明記が必要と考えるが、如何か。

(37)であるが、医療機関に対する提言といっても、実際には人手不足の環境で実現可能とは思われない。また、厚生労働省の一部局が何を提言しようとも、他部局や他省庁が歯牙にもかけないことは確実である。

設置は厚生労働省に行うべきでないと思うが、如何か。

(38)では、財団法人日本医療機能評価機構の情報収集等事業の事例分析を委員会が利用できるものとしているが、その匿名性は担保されるのか否かが分明でない。場合によっては死亡事例ではない後遺障害等の事例について、委員会を通じて警察への通報が為される可能性があると思うがそれに相違ないか。

【捜査機関への通知】の項

(39)では、遺族の刑事告発によって警察が捜査し、検察官が公訴した事例については、それを知っていながら警察に通報しなかった場合、委員会自身が刑事訴訟法239条2項に基づいて刑事告発される可能性があるかと解することができるが、それに相違ないか。

(40)では、改竄・隠蔽は故意による犯罪であって、そもそも通報しないというわけにはいかないであろう。リピーター医師という言葉で「過失による医療事故を繰り返している場合」と定義しているが、しかし、そういう事例こそ教育が必要なのではないかと考えるが、如何か。それを放置しておいて、いきなり警察に通報するというのは、厚生行政の無責任以外の何ものでもないかと考えるが、如何か。

また、標準的な医療行為の一覧表でも、どこかにあるのか。だれが標準的な医療行為を決定するのか。また、標準的な医療行為は時間と共に変遷していくことは周知の事実であるが、過去のある時点で標準的な治療行為であった医療行為が後日に標準的ではなくなった場合、これもやはり警察に通報されるものであるのか。また、標準的な医療行為についてのコンセンサスが確立されていない分野では、如何なる事が行われてもこれは警察への通報が為されないと解することができるが、それに相違ないか。

地方委員会にも調査チームにも法律家が参加する以上、彼等は医学的判断ではなく法的評価を行う。その調査報告書を医学的判断であるとするのは、強弁であろう。いったい、厚生労働省は法律家に何を求めているのか。明記すべきであるかと考えるが、如何か。

「3 医療安全調査委員会以外での対応（医療事故が発生した際のその他の諸手続）について」について

ここで別紙3について触れられているが、これの大半は単なる要望あるいは願望であって、警察庁や法務省の対応は国会に於いて既に述べられている。撤回が必要であろう。

【遺族と医療機関との関係】の項

(41)において委員会による介入が、まさに医療機関や従事者と患者・遺族との関係を悪化させる原因となりうることにあまりにも度外視されている。委員会

の活動がその点であまりにも拙劣なものとならないよう、十分な人員と予算の投入が必要と考えるが、如何か。具体的には遺族や医療機関の要求に対して適時に資料の提出が為されるべきと考えるが、如何か。

また、それが無い限り、医療機関独自の調査が行われることは不可能と考えるが、如何か。

(42)については極めて適切な指摘であるとする。必要な人員の養成と配置を可能とするための原資の投入が不可欠と考える。

(43)については、金銭的解決のための資料として、医学的判断に基づく調査報告書が機能することは期待できないと考える。これについては別に法的枠組みの中での紛争解決手法が必要であり、また、患者本人や遺族への福祉の充実がそれ以上に必要かつ重要と考えるが、如何か。

(44)で、事実関係の明確化は、紛争の早期解決の必要条件ではあるが、十分条件ではない。法的な過失責任の決定には、法的評価が必要であって、これは報告書に記載される内容としては医学的判断から大きく外れたものである。特に法的枠組みの機能と目的と限界の明示されない中での紛争は、あまりにも期待が大きいが故に、たとえ勝訴や勝訴的和解に終わっても、遺族の満足度は低いことが知られている。法的枠組みへの過剰な依拠は可能な限り避けられるべきと考えるが、如何か。

(45)であるが、指摘はもっともであるが、場を設けて活用されないのでは意味がない。積極的且つ広範な広報活動が同時に必要と考えるが、如何か。

#### 【行政処分】

(46)(47)についてはたいへん適切な指摘と提案であるとする。

(48)についてもたいへん適切な指摘と提案であるとするが、一医療機関の能力を超えた体制整備が必要となることが予想され、その場合の対処、特に行政の対処が想定されていない点は問題と考えるが、如何か。

(49)の医道審議会の見直しは必要と考えるが、取り急ぎ、審議と各委員の発言の内容を記した議事録の公開が必要と考えるが、如何か。

#### 「4 おわりに」について

(50)において、金額や準備期間だけでなく投入される人材の資質、教育内容の検討が必要で、それには専門職養成数の増加が必然的に伴うという視点が必要と考えるが、如何か。必要数の記載が為されるべきであろうが、如何か。

(51)についてはたいへん適切な指摘と提案であると考えます。

#### 全体を通して

そもそも医療紛争には、共感と謝罪から出発して原因追及から再発防止へと至る流れと、経済的補償に関連した流れ、さらには司法行政による刑事罰の流れの三つがある。さらに加えて、診療に関連した死亡を扱う関係上、公衆衛生上極めて不備な状況におかれている死因究明制度の問題が4つめの要素が深く関係してくる。

本第3次試案では、これらの流れの整理が不十分で、各所に大きな混乱が見られる。

死因究明制度については、諸外国に於いて当然に存在する、死因を究明して犯人捜しをする必要があるかどうかという法的判断をする場がないという点が大きな問題である。この国ではしばしば体表からの検視のみによってその判断がなされているが、それを検証する場も設けられていない。

共感、謝罪、原因追及、再発防止の流れについても、これまでこの国では個々の医療従事者や医療機関の努力に任されてきており、努力をしない者が楽をしてきたという点については否定できないし、反省が必要である。何よりも再発防止の流れを大きく阻害してきたことについては猛省が必要であろう。

言うまでもなく、故意によるカルテの改竄等もまた、再発防止を大きく阻害する行為であり、正当化することはできない。

ただし、これらについては積極的なインセンティブが全く与えられてこなかったこともまた無視することはできない。

本制度の根本は、この新たなインセンティブの設計に他ならないが、その戦略的目標が明確でないことが全体の混乱の最も大きな原因となっている。

経済的補償については、少なくとも公共財として提供されている部分について、その責任を個人や個別医療機関にだけ押しつけることが公正であるとは個人的に考えない。むしろ、家族を亡くし、障害を負っても自在に生きられるだけの福祉の提供が問題解決のために必要であろう。

刑事罰、特に業過罪については、医療分野に限らず、功よりも罪が大きくなってきており、刑事司法の謙抑性の観点から、行政全体と司法を巻き込んでの再検討が必要であろう。戦後の刑事司法は治安維持法についての深い反省から出発せざるを得なかったといわれているが、現在の刑法学者、警察幹部、検察官はそのことをきれいに忘れ去っているのではないかと思うような言説がしばしば目につく。

第3次試案において、厚生労働省がこの事案を扱うことの不適切さが一層明確となったと考える。

検討の枠組み全体の見直しが必要であると感じつつ、拙稿を閉じる。

以上

4. 氏名：

5. 所属： 京都大学再生医科学研究所

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： 2 (※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

p4(20) ②の届け出る対象が良く分からない。①誤った医療を行ったことが明らかである例（高濃度 KCl の投与）は分かるが、②予期せず患者が死亡した例の定義は極めて分かりにくい。①だけに限定した方が良いのではと思う。

その場合、当然、今紛争中の大多数の医療訴訟については届出の対象外になる。しかし、試案通りの文面であっても、数パーセントの確率で患者が死亡することはありうる（予期される）事態である以上、大半の医療訴訟例は届出対象外になりそうだ。ヒヤリハットの事例数から考えれば、薬液等の取り違えを予期できない事態とは言い難く、ましてや手技中に血管を傷つけた、病原菌が混入した等々は、ある程度予期できるものに入るのはないか。

②に入る状況が何をさすのか、明らかにしないから、実態が分からないままに、医療者の過度の不安をあおる事態になっているのではないか。

私の意見では、まずは、単純ミスだけを対象に届出、調査、処罰するシステムをしっかりと構築することが必要と思う。大多数の医療紛争は対象外になってしまうが、第一段階としては仕方がないのではないか。後述するが、もし②のようなものも含めるならかなり広範囲の死亡例を報告するシステムにすべきだろう。ただ、色々な医療過誤を一緒くたにすると混乱を招くだけである。

医療上の単純ミスというのは比較的簡単に定義できる。それは、しっかりと注意していれば回避可能であったミスということ。医療過誤と職業運転手の過失の最大の違いは、多くの医療行為は十分に注意を払い慎重に行動すれば良いわけではない点にある。運転手が歩行者を轢いたら、最大限に慎重に運転すべきだったという指摘に反論の余地はないが、手術で大事な血管を傷つけたとしてもどの程度慎重に手術を進めるべきかの結論は簡単ではない。慎重になりすぎて、手術時間が通常の3倍も5倍もかかるようになれば、血管は傷つけないかもしれないが、長時間の麻酔による弊害等々問題が出てくる。つまり、全体を見れば最善に近い医療を行っていても確率の低い事故はありうる、事故が起こったからといって悪い医療を行っていたことにはならない。一方で、医療ミスの中にも実は本当に単純なミス、何度も確認していれば防げたはずの事故はある。薬液の取り違え、患者の取り違えの最大の特徴は、それが予想外の事態というのではなく、時間をかけて慎重でさえいれば防げるミスという点にある。こういう類のミスについては、たとえ医療事故でも過失罪に問われるということを明確にすべきであろうし、試案の通り様々な側面から再発防止を講じる必要がある。

逆に単純ミス以外の医療事故は過失罪とは異質である、対策となると、医師の技量を評価し、その向上を試みるのが中心になるのではないか。

医療安全調査委員会の設置の本来の目的は、医療紛争の解決に役立ちたいということと医療過誤を医師・医療のレベルアップや未熟な医師の再教育に繋げるシステムを構築したいという点にあったのではないか。この目的を達成するため、最も重要なことは、医療の質を評価できるようにし、その質に応じて病院にペナルティーや報酬を与えるようにすることだろう。

この観点から見たときの試案の問題点は、p 4 (20) の通り合併症等を含めないことで届出対象となる医療事故をあまりにも少なくしている点にある。医療紛争の解決という本来の目的を考えるならば、たとえば妊婦の死亡例は全例とりあえず届け出てもらって情報を収集するくらいのことが必要である。可能ならば、死亡例以外も報告して欲しいくらいだ。医師のレベルアップという観点でも、極まれなケースとして起きてしまったあまり予期していなかった妊婦死亡の一例だけを取り上げて当該医師の問題点を追及するという方針よりも、各医師が担当した出産件数と妊婦および胎児の死亡例数のデータを集めて、問題医師を炙り出す方がはるかに信頼性がある。試案が意図している例外的な医療事故のみを調査対象とする方針は医療紛争解決という観点からも医療行為や医師の技量の問題点の把握という観点からも極めて不適切と言わざるを得ない。

調査対象を広くとると、ほぼ全医師が対象になり、医療崩壊など言う人もでそうだが、非常に多くの医師がなんらかの医療の失敗をしているのは事実だ。個々の例について精査することはあまりに困難であろう。しかし、一方で、この医療の上手・下手が診療報酬に全く反映されない、むしろ多少の失敗があったほうが医療費が高くとれる現状はなんとかすべきである。疾患ごとに治療成績を出させて、それをもとに病院にペナルティーを科すのが現実的ではないか。病院経営にとって、良い治療ができることが本当に重要になりさえすれば、学会ももっとまじめに専門認定医等の医師評価システムをつくるようになるだろうし、それに合わせて医師の再教育、問題医師の排除も達成されるだろう。今回の試案が“医療の質に応じて、病院への賞罰を変えていく”ことの第一歩となることを期待する。決して、例外的な医療事故だけを対象にした小さなもので終わらせないように。

疾患ごとに治療成績を出すといったときに、必ず問題になることに、うちは重症患者が多いといった話が出てくる。しかし、その患者が標準的なリスクを持った人で標準的な医療の対象となるのか否かを医師も患者も病院経営者も厚労省もいまいち明確には理解していないことが、医師・病院の評価だけでなく、多くの医療紛争でも問題の本質になっていると思う。つまり、同じ病名の人よりもはるかに高いリスクをもって、より高難度の治療を試みる必要がある場合には、医療過誤はかなりの程度免責されるはずである。標準的な医療と医療過誤が免責される高度な医療を診療報酬等でも明確に区別すること。次に標準的な医療において標準以下の治療成績の場合（1例ごとの評価ではなく！）に病院に対してペナルティーを科す。これがセットでうまく運用できれば、紛争解決・医師のレベルアップという本来の目的はかなりの程度解



決へと向かうのではないだろうか。

あまりにも意見が違うために、少し的外れな文章になってしまったが、第一弾の法案がどうなるとも、当初の目的を忘れず、医療制度の改革を続けて頂けることを期待します。

4. 氏名： 益子邦洋

5. 所属： 日本医科大学千葉北総病院 救命救急センター

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： 2 (※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

### 捜査機関への通知 (39) (40)

私は、厚生労働省における「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」による「第三次試案」(平成20年4月3日)に反対いたします。

その理由は、日本救急医学会「診療行為関連死の死因究明等の在り方検討特別委員会」の見解でも述べられているように、「標準的な医療行為から著しく逸脱した医療」であるとして、地方委員会が認めた「重大な過失」が捜査機関へ通知されるのであれば、初期診断や初期治療の誤りが一定の割合で起こりうる危険性と背中合わせの救急医療から多くの医師が撤退し、結果的に救急医療の崩壊に拍車がかかることを危惧するからです。

私は(財)交通事故総合分析センター(ITARDA)の調査研究委員をしています。ITARDAでは、実際に発生した交通事故を総合的かつ科学的に調査する事故例調査(マイクロ調査)を実施していますが、ドライバーや医療機関から得られたデータは、決して外部に漏らされることがなく、交通事故の予防や被害軽減にのみ活用されることが明記されています。

また、千葉県では、交通事故死者(24時間死亡)を対象として、警察、消防、病院が連携して事後検証を行い、防ぎえた外傷死亡(Preventable Trauma Death; PTD)であるか否かを判定し、PTDと判定された場合には、救助や医療のどこに問題があったかを詳細に検討し、解決に向けて行動することにしております。この検証委員会には、消防、医療機関の双方から詳細な業務情報、医療情報を提供していただくこととなりますが、その際には、これらの情報はシステムの課題を抽出して解決への糸口を探るものであり、捜査に利用される事はないことを明確に示しております。

平成12年3月27日に日本学術会議「人間と工学研究連絡委員会安全工学専門委員会」から出された交通事故調査のあり方に関する提言—安全工学の視点から—では以下のように述べられています。「交通事故調査結果は遅滞なく公表される必要がある。国民の生命にかかわる情報はプライバシーを除いて、企業機密や利害に関係なくすべて公表されるべきである。さらに、インシデントの報告・公開制度も充実させる。ただし、調査結果は責任追及のための裁判資料としては利用できないこと、調査官は裁判に召喚し証言を求められないことを明確に規定する。」

我々医療従事者は、医療事故を根絶し、国民へ質の高い医療を提供することを目指し続けなければならないことは言うまでもありません。そのためには、中立的な第三者機関を設けて事故の原因を究明し、効果的な対策を講じることが大切であると認識しています。その上で、調査と捜査は完全に切り離すことが肝要であると考えます。今後、よりよい“試案”が作成されることを強く希望いたします。

8医療機関管理者 50代

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

・第三次試案の3 ページ(19)で、医師法21 条の改正に言及しています。医師法21 条の元来の趣旨は、犯罪に対し、捜査機関が迅速に対処するためのものであり、犯罪の発見の手がかりとして有用なため、明治時代から存続しています。現在問題になっているのは、本来の趣旨や目的から外れて、拡大解釈され、医療関連死にも当てはめられてしまっているため、現場の混乱を招いているものです。その流れの契機となったのが法医学会ガイドライン(1994 年)、外科学会ガイドライン(2002 年)、厚生労働省からの指示やガイドラインなどであり、これらのガイドラインを撤回すべきと考えます。しかし現行法の改正、ガイドラインの見直し等には時間がかかり、とくに現行法の改正には改めて国会の議決を要することから、今回第三次試案に見られる厚生労働省案を基に提出されようとしている法案の内容を十分検討し、国民に不利益をもたらすことがないようなものにすべきであると考えます。

・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。

・現状において、刑事司法は結果の重大性に注目しているが、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。

・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。

・拙速にこの案件を処理することは避けなければならない。他の法律との整合性を再検証した上で、時間をかけて導入すべきであり。責任追及とは別に、真の原因究明のための組織として機能させる工夫が何よりも重要であり、これこそが国民の欲する組織としての姿である。

9医師(管理者を除く) 30代

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

次の理由で第3次試案に反対いたします。

1 本案は再発防止を目的とするとありますが、刑事処罰との関係で不明瞭な点があまにも多く、どうしても刑事訴訟を前提とするならば仮に医療事故が発生した場合は、再発防止に協力することが日本国憲法に定める黙秘権を侵害する可能性があり極めて重大な基本的人権の侵害と言わざるを得ません。

2 再発防止と関係者の処分については医療に限らず、航空・鉄道・金融・建築・証券・海難・遭難などは本来は集中審判庁を設けて審判の結果もフィードバックできるようにすることが重要です。また、審判に対しては異義の申し出または取消訴訟ができるようにする必要がありますが、その設置についても明確ではありません。

3 本案では民事・刑事・事故調査委員会・行政処分との関係が基本的にばらばらで竹で木をつないだ感が否めず繁雑すぎます。

4 厚生労働省・警察庁・法務省・検察庁が縦割り行政のなのごとく勝手に解釈しているのが国会答弁でも明らかです。

以上より、本案は到底、再発防止ができないばかりか基本的人権の侵害にもつながり容認できず反対いたします。

なお、本案では到底奈良県南部で産科診療は行うことはできないことも申しそえます。

8医療機関管理者

70名以上

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

残念ながら、医療事故をゼロにすることは出来ない。調査委員会は医療提供側・受給側の双方から信頼される公平・公正なものでなければならない！刑事捜査抑制の保障が無ければ、萎縮医療・防衛医療が予想され国民の医療に悪影響を及ぼすであろう。真に国民にも、医師にも健全で良質な医療でなければならない。

今、日本の医療崩壊が指摘されている。産科・小児科医療、救急医療など。調査委員会の内容によつては医療崩壊を加速することになるであろう。それでは国民は老後にも、現在にも不安を持たねばならない。安心・安全は国民すべての願いであることを忘れてはならない！

本文

今回の案には賛成できません。

理由としては、

自分が委員会に対して発言したことで、将来的に刑事訴追の可能性があるとすれば、当事者は、自分にとって都合の悪い真実には、口を閉ざすと思います。これでは真相究明も再発防止もおぼつかないでしょう。

また、医療事故に対しての刑事訴追は、「応召義務」を課せられ、診療を求められた場合に断ることができない医師にとっては過酷すぎると思います。医療には、その場その場では精一杯やったが、力及ばず悪い結果に終わるということがあり得ます。この案では、そういった案件に対し、刑事罰を課せられないという保証がありません。

世の中は、様々な事象に対し厳罰を求める方向にあります。が、(故意悪意の無い)医療事故や、先日判決の出た飛行管制のミスといったものと、飲酒運転によって引き起こされた自動車事故などとは、一線を画すべきものと考えます。

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

医療事故第三次試案の以下の点に改正を求めます。

1:先日の日経メディカルでも大々的に報道されましたが、厚労省の説明では、この法案が出来たことで、司法の介入はなくなるといった説明をしていますが、国会での橋本岳議員の質問では、現時点の第三次試案が法案として決定されたとしても、厚労省の行政処分を強化迅速化されるだけで、司法は司法で今までどおりに動くといったことが明確とされています。これでは、ただ単に第三次試案では、刑事司法の手続はこれまで通り残り、厚労省の処分権限の強化というもう一本の鞭が医療の現場に増えるだけです。やはり、医療に関連して起こった不幸な出来事を医学的科学的に調査する制度、機関は、刑事司法を明確に刑事に関わる法律でもって抑制する手段とセットでなければ、期待通りに機能しないどころか、もう一本の鞭にしかありません。

2:日本の各地区に届出機関を設け、検討するとのことですが、この届出機関の内容が不透明です。専属の調査員を置くとしても、医師の調査員を、それも、専門的なことが理解できる人材を確保することが現状の医師不足の中で可能でしょうか？また、財源はどこからもってくるのでしょうか？このことは非常に重要ですが、非常にあいまいにごまかされており、どのような機関を持って制度を運用するかが不明である点は非常に問題と思われれます。

3:機関を厚労省管轄にする事は断固反対です。医療行政の認可、指導を行う省庁が一方ではその取締りをするといったことになると、透明性が確保できないように思われれます。やはり、内閣府に置かれることがよろしいかと思います。



8医療機関管理者 40代

## 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

今回の試案でも、訴えがあれば警察が介入して医師を逮捕、起訴し、司法が医師に処罰を加える事ができるという、根本的な体制に変化はありません。これでは、現場の医師はとても危険を伴う治療行為を安心して行うことができません。現代の医療は以前に比べて飛躍的に進歩し、治療成績も向上していますが、より危険性を含んだ処置、治療手技も増加しています。明らかなミスがなくとも、偶発症として悪い結果になることも確率的には当然起こり得る、それが医療だと思います。医療事故調査委員会は、あくまでも原因究明、再発防止のために調査を行うべきであって、医師の処罰を念頭に置いたこの制度にはとても賛成できません。同じ命を預かる飛行機のパイロットは、たとえ飛行機事故が起きても基本的に処罰を受けることはありません。また、連続搭乗時間の上限が決められており、何かトラブルがあつて引き返したような場合には、乗客は翌日の便に変更にされる事もあります。かたや医師は結果が悪ければ警察につかまり、当直をはさんで36時間連続勤務が日本中で当たり前に行われているというのが現実です。これが世界一の長寿国のやることでしょうか？

この制度は、捜査機関が調査委員会の判断を優先させることを確実に保証し、加えて、遺族から警察に告訴が行われた場合や調査報告が遅れた場合に、警察が独自に捜査を始め、誤った判断で過失を認定し刑事訴追を行うことも防止できなければ、意味がないと思います。現場の医師は、自分の体や生活を犠牲にして懸命に頑張っています。このままこの試案が通ってしまえば、さらに防衛医療、萎縮医療が進み、さらなる医療崩壊につながることは必至と考えます。

9医師(管理者を除く) 40代

234-②/2

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

「罪を憎んで人を憎まず」

医学は不確実であり、試みと検証の繰り返しから進歩してきました。

医療過誤を減らすために、事故がおこったら自由な立場で原因を究明することが必要で、そのためには医師は自分に不利になりうることで正直に話し、さまざまな立場から検討を加えることを進めています。

その際には“*No one Blame system*”が有効であると考えます。

逆に、犯人が誰かを探し、罪を決めることしかできない司法には限界があります。罰することで正直者が馬鹿を見る結果となり、ひいては、自分に不利な情報は隠し、他人に責任を転嫁する行動を推進します。これは人間の性質から当然の行動です。

したがって原因究明といいながら、個人を罰するやりかたは、感情的であり、理性を欠いている、事故を減らす役目はなく、単に恨みを晴らすだけの効用しかありません。

江戸時代の敵討ちと同様で、敵討ちの繰り返しではいつまでたっても問題は解決しないと思います。

罰則を厳しくすればいい医療をするかといえば全く逆で、私の病院の医者はみんな病院を辞めるといっています。100%間違いなく治せるという医者だけ医療してください。日本に医者は一人もいなくなります。

当院の患者さんも、これで地方の医療が崩壊したら、厚生労働省が医者をいじめて医療を壊滅させたとして責任を追求するといっています。

厚生労働省の役人が刑事罰で医療が良くなるとお考えなら、医療崩壊にとどめをさしたA級戦犯として歴史に名を残すことになりませんがいいでしょうか？

## 医療紛争等の経験

本文

少なくとも、刑事告発は調査委員会の結果が出るまでは、これを捜査しない。この文言が明文化されなければ第三次試案には反対です。WHOの報告にもあるように、もともと医療を刑事事件とするには相当の無理があると考えます。厚労省の担当者が「それでは民意が許さない」などの発言をしておられましたが、まったく的をはずした意見といわざるを得ません。国民の健康や命を守るためにはどうすれば良いかの視点に立てばその業を直接担う医師がどれだけその本業に専念できるかを考えるのが筋だと思います。

それと刑事にすべき事案かどうかはもっと明確に限定すべきであり、この委員会の主旨が医療安全の為のものであり、決して医師を罰するためのものではないことを関係各位が肝に銘ずるべきだと思います。

医師法21条の問題も解決しておく必要があります。そうでなければ別件逮捕がいつでも可能だからです。

調査委員会の設置場所にしても、厚労省の管轄では極めて危険です。先ほども述べましたように医師が本業に専念できるためには、行政指導を行う官庁と、調査する官庁が同一である事がどれだけ障害になるかは日を見るより明らかです。

話はずれますが、看護課長のたった一つの通達で産科医療はがたがたになってしまいました。これほど強大な力を持っている官庁にこれ以上権力を集中させるのは危険きわまりありません。

疲弊しきった産科や外科、小児科の診療最前線に立つものの心からの叫びをどうか聞き届けていただきたいと思います。

4. 氏名： 高橋純

5. 所属：

6. 年齢： 6 (※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。)

<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

埼玉県 高橋 純

まず、総括的な意見表明です。

1 検討されている「医療安全調査委員会」（以下「調査委員会」といいます）の制度化は基本的に賛成であり、むしろ遅すぎた感があります。

制度化が必要になったのは、医療が必ずしも安全ではないことが社会的に認識され、またその要因（のすべてではありませんが）が、医療側による過誤、診療行為の改竄・隠蔽・歪曲であることが明らかになってきたためと思われま

す。また、医療側と患者・遺族側とでは知識、情報、組織力、経済力での明白な差によって患者・遺族側がどうしても不利であり、それを放置することが社会的に許されないとの認識が広まってきたためでしょう。

その意味で、これまで医療分野の“弱者”たる患者・遺族側を支え、今後、そうした犠牲者が生まれないようにする、というのが今回の調査委員会制度化の基本的目標でなければならないと考えます。私が今回の制度化に賛成するのはその第1歩がようやく踏み出されようとしていると考えるからです。

2 この動きに対して、医療界の一部からは反発があるようです。例えば、医療は命を扱う仕事であり、刑事罰からフリーであって然るべきだ、医療が分かっている司直が医療に介入するのはおかしい、過労死しかねない厳しい条件下で働いているのにひどい、というような声です。

しかし、国民の生命・財産という法益を侵害する行為に対して“治外法権”的特権が許されるはずはありません。例えば、「沢山の命を運ぶ」交通労働者は、事故を起こしても罰せられることはないでしょうか。航空機操縦士たちは航空機のことを分かっている警察から事故の捜査を受けたり、刑事責任を追及されるのは不当だ、などと言っているのでしょうか。自衛隊員もそうでしょうか。

また、過労死は何も医療界だけではありません。労働条件の過酷さと刑事責任とは全く別の問題です。

また、医療界がいかにかいい加減な診療を事実上放置し、また隠そうとしてきたか、その結果、どれだけの犠牲者が年々生まれているかは、すでに国民の多くが実感し、医療不信は蔓延しています。

今回の調査委員会制度化の論議の中で、医療界の中からも上述の実態に対する反省と、自浄の必要性を指摘する真摯な声が聞かれます。新制度が医療界の悪しき体質温

存に利用されることなく、文字通り、安全な医療を実現し、医療、そして医療界への信頼を回復する大きな柱に成長することを念願しています。

3 新制度を軌道に乗せるには、多大の人材、エネルギーと費用を要することでしょう。調査委員会の公正な活動が広く国民から支持・信頼され、また、医療界でも権威が認められるには時間が掛かると思います。

私は新制度を、行政委員会としての労働委員会制度とダブらせてイメージしています。今日、労働委員会は社会の中に定着していますが、多発する医療過誤問題を考えると（問題は死亡事例だけではありません）、調査委員会も活動内容にふさわしい人員、組織を持ち、十分な予算的裏付けを保證されて、きちんとした行政組織として整備されるべきだと考えます。

医療過誤の死者が年間数万に達すると試算があるにもかかわらず、これまで政治、行政の姿勢はあまりにもひどいものだったと思います。労働紛争への取り組み、あるいは交通戦争への取り組みと比較すればそれは瞭然たるものがあります。遅きに失したとは思いますが、今回、計画されている調査委員会はこうした事態を打破するためにこそ発足するのだ、と受け止めたいと思います。

以下、個別に私の意見を表明してみます。

#### (8) について

上記のように、調査委員会は中央労働委員会と同様、特別法に基づく独立・；中立の行政委員会として設置するのがベストと思われる。医療界に対するお目付役としての役割を果たす上でも、厚労省内の組織とすべきではない。省内の機構ではどうしても各種の制約を受けざるを得ない。

#### (17) について

届け出義務の範囲が限定されるわけだが、「誤った医療」の中に医師の不作為、例えば、癌見逃しによる死亡のような事例も含まれるものと思われるが、その点、もう一つ明確さを欠いていると思う。

また、いわゆる“内部告発”として匿名で調査委員会に情報が寄せられた場合、委員会としてはどう対応するのか。医療機関あるいは遺族にこれを伝えるのか。私はそうすべきだと考える。医療機関はきちんとした仕事をやらなければだめだと自覚するのではないか。“犯人”捜し、“犯人”いじめの体質が調査委員会の“介入”によってなくてゆくとと思われる。

#### (22) について

「届け出義務違反」の3ケースが挙げられ、「行政処分を科す」となっているが、これは、医療側の怠慢を事実上放置するに等しい。例えば、食品製造工場が中毒事件

や賞味期限ごまかし事件等を起こした場合、「届け出るべき事例が適切に届け出られる体制を整備すること等の命令する行政命令処分に科す」で済んでいるだろうか。管理者責任がこのような程度であれば、管理者が責任をもって管理に当たるとはとても思えない。

管理者はもちろん医療機関そのものに対してももっと厳しい行政処分に科すべきである。これによって医療現場に緊張感が生まれ、また、部下たる医師たちが隠蔽、改竄に走る事態がなくなるのではないか。

### (23)

これも前項同様、医療側に対して不当に寛大ではないか。

遺族の依頼で調査が行われ、その結果、当然届け出るべきであったと判定される事例が生じることは十分考えられる（院内での隠蔽、改竄が盛行してきたことを忘れてはならない）。その場合、管理者、医療機関に対して厳しい行政処分があつて然るべきだと思われる。それによって、管理者がその責任をきちんと果たすようになることが期待できる。

### (25) について

遺族からの原因究明依頼は期限を設けるのかどうか。私は、娘を大学病院の医療過誤で失ってから2年半後に内部告発で手術ミスを知り、医療過誤を知った。この経験から言えば、期限はできるだけ長くすべきである。短く区切る意味はないと考える。

### (27) について

個別事例の調査開始は、原則として、解剖が行えることが必要となっているが、遺族感情として、家族死亡直後は混乱・動揺していることが多いと思われ、死亡直後の解剖にはなかなか踏み切れない。これをちゃんと説明し、遺族の了解を得るための準備態勢を院内に整えておくことが必要となる。

事後的に調査委員会が必要を認めれば調査は可能としてあるが、何よりも「解剖」に対する患者・家族の意識を変えることが必要である。そのための広報・活啓発活動が不可欠である。また、「死亡画像診断」(Ai)を普及させることを急ぐべきである。

また、⑤の但し書きに「関係者が地方委員会からの質問に答えることは強制されない」とあるが、これは調査委員会が捜査機関ではないから、ということからだろうか。しかし、これでは死因調査が十分行われないうことがあろう。調査委員会が必要と判断する関係者が「質問に答えられない」という場合、その関係者に対してその理由を説明させ、その主張に合理性がなければ強制的に喚問するぐらいの権限が調査委員会にあつて然るべきである。

### (30) について

「調整看護師」という仕組みがうまく機能しているのかどうか不明だが、「看護師」

に限定する必要はない。この重要な機能を「医師」が担当してもおかしくない。こうした部門に医師を配置することを避ける意味は何なのであろうか。

#### (32) - (34) について

地方調査委員会と特定機能病院の院内事故調査（安全管理委員会）との関係は十分注意を要すると思われる。

医療界において、各地方ブロックにおける旧帝国大医学部の“威令”は依然として残っているようである。地方調査委員会メンバー、調査チームの医師たちの人選に当たっては何らかの工夫がいるのではないか。調査活動が医師同士のかばい合い、なれ合いによって影響を受けるようなことがあってはならないと考える。

また、院内調査による事例概要や臨床経過一覧表を地方調査委員会で活用するとあるが、その院内調査が事故隠しの目的で行われる例があるのではないか。調査委員会があくまでも原資料（これとても改竄、隠蔽の危険があるが）を基に調査を実施すべきである。

私の裁判経験では、診療経過につき、被告大学病院の現役教授、名誉教授計9人をメンバーとする事故調査委員会が、カルテ等からは判定できない事実を事実だと主張するという不可解なことが起きた。さすがにこれは判決で否定されたが、教授職にある人々すらこうである。調査委員会の基本資料はあくまでも原資料でなければならないと思われる。

#### (40) について

前文で述べたように、医療界が刑事罰からの免責を求めるのは誠に異様に映る。(40)にある「診療行為」という言葉を「自動車運転手」あるいは「航空機操縦士」と言い換えてみると、その異様さが分かると思われる。

運転手、操縦士は事故が起きた場合、「悪質かどうか」と問わず、捜査機関に連行、あるいは逮捕されて取り調べを受け、容疑が固まれば起訴されて裁判において刑事責任を追及される。交通事故、航空機事故は密室では起きない。捜査当局は事故を起こした容疑のある者の刑事責任を追及するため、有無を言わず捜査を開始する。

他方、医療行為は“密室”で起きる。従って、捜査機関は動きようがない。その意味で、医療界はこれまで“治外法権”的地位を与えられていた。医療界は従来、「命を扱っている」ことを理由にこれに安住していたのではないか。しかし、この発想ではいつまで経っても現状は変わらない。過労死するほど懸命に働いている医師が多数いることは十分承知しているし、その意欲と職務への忠実さには頭が下がる。しかし、だからといって刑事免責は認められるべきだということにはならない。休憩も取らずに運転し続け、事故を起こした長距離トラック運転手は事故責任を問われずに済むのであろうか。

私は、調査委員会の調査結果は「故意や重大な過失のある事例や、その他悪質な事



例」であるかどうかを問わず、基本的に捜査当局に提供されるべきだと考える。刑事罰に怯えながらでは診療などできない、との声があるが、どんな職業でも、故意・過失を問わず、他人の生命・財産に損害を与えた者はその結果に対して刑事責任を負わなければならない。危険な職務についている軍人（自衛隊員）でも、警察官でも刑事免責の特別待遇は受けることはない。国民の多くは「何故医師たちが、医師たちだけが、これを熱心に求めるのか」と首を傾げているのでないか。

私は、医療界がかかる後ろ向きの発言をするのではなく、「自分たちも他分野に働く人たちと同様、過失に対する責任は担う。同時に、過失が起きないように自分たちで医療界そのものを改革する。そのために国民の理解と協力を願う。また、政治も行政もこれを支援してほしい」という決意をこそ表明してもらいたい。このような熱意と姿勢とに裏付けられた医療界の自浄作用、その体制が早く実現してほしいと願う。

が、残念ながらそれはまだ当分期待できないようである。そうである以上、医療界浄化・改革に向けての、外部からの手だての1つとして調査委員会の調査結果が捜査当局に提供されるのはやむを得ないのでないか

以上

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

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されているようですが、どのように限定されるかわからないままに法制化されることに不安を持っています。省令その他で規定されるのだと思いますが、現在の行政諸機関の縦割り行政の中で医療の本質を理解していない司法等により恣意的に運用される危険を感じます。

本文

第三次試案では結局のところ医学知識のない警察・検察により、医学的合理性の無い、感情論に基づく、過失責任追及という名の下の報復的な刑事責任追及が恒常的になされることを保証しているようにしか見えない。これでは医療崩壊は更に進行し?日本国内での外科手術はどんどん行なわれなくなって行ってしまうと考える。必要なことはおそらく先進諸外国のように「業務上過失致死」あるいは「業務上過失傷害」といった刑法上の条文を取り除くかあるいは少なくとも医療に適用しない様にするのが最善である。少なくとも医療のように不確実性の高い業種には「業務上過失」という考え方は不向きである。結果が少しでも悪ければ適応されるこのような法律を医療に適用することを保証するような第三次試案は問題である。このままでは病気になった責任を医師に問うようなことが起こってくるのではないか。

9医師(管理者を除く) 30代

241 - ② / 3

医療紛争等の経験  
3医療紛争の経験なし

本文

---

沢山の問題点がありますが...

1 「法律関係者」「法律家」を入れるのはなぜか。

純粹に科学的に医学的な問題点を審議するのであれば不要でしょう。  
責任論ということで検討を行うのではないでしょうから。

結局は、司法刑事の関連機関との調整ができていないがために、  
「それは法律的にどうなのか？」という審議になってしまう。

医療崩壊の原因のひとつとしての訴訟乱発があり、  
医療者提供者にとっての、いわゆるトンデモ訴訟とトンデモ判決とされるものが、  
どう考えても「医療的・科学的」には防げるはずも無いことまで医療提供者側の責任を追求さ  
れていることで

医療提供者側の不満とそれに繋がる抑制的医療、医療体制の崩壊に至る現実があります。

これらの流れを防ぐために今回の新組織が出来るのであれば、司法刑事との協調は不可欠  
であり

「覚書」を交わしたと、詭弁を述べているような厚労省の態度であれば、  
「謙抑的に働く」とされるこのシステムも信用が置けるものではありません。

最終的には刑事責任の免責を念頭において進めていかなければいけないものでしょう。

それでは、患者側・被害者側が納得しないという意見もありますが、既に被害者側という表  
現がいかがかと。

また、裁判官/検察/警察は既に免責であり、それよりも一瞬を争って決断をしなければいけ  
ない医療者が

免責であっておかしい理屈はない。

また、あなた方厚労省の通達の朝令暮改振りはどうか？

間違った政策をとっても免責である官僚と政治家はどうか？

医療提供者が免責であってオカシイという理屈は無い。

2 「医療を受ける立場を代表する者」を入れるのはなぜか。

上記と同様、純粹に科学的・医学的に判断を行うのであれば、素人の参加は不要であって、

感情論に流されてはいけない。

そもそも「代表する者」の定義とは？

医療提供者側に既に否定的な運動をしている団体が含まれるべきでもないでしょう。

また、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ません。

ひとりひとりの多様な選択を尊重するためには、むしろ当事者である患者・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しょう。

それさえも、感情論に走ってしまえば科学的な審議が不可能になる場合が容易に推測できます。

…と、たったこの二点だけでも問題点が満載しており、不十分な検討しかなされていないこのシステムを

この短期間で決定してしまうことは、既に回復不能になってきていると思われるこの医療提供システムを、

更に未来の長期に渡って崩壊させてしまう可能性が高いと思われます。

官僚・政治家の実績を作らんとするために今年度の完成を目指しているニュアンスが少しでもあるというならば、

それはやめるべきでしょう。

あ、官僚の方々にとっては免責なんでしょうけど。崩壊させても。部署異動すれば関係ないでしょうからね。

しかし、我々は違います。

これから先もずっと現場での臨床を担っていかないといけないのです。

不完全なシステムを作られても困るし、問題点があったからといっていつもの如く朝令暮改されても困るのです。