

## 「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ますが、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ますが、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考え、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、中心とは何かは分明でない。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。