

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考え。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)についてであるが、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考え。

(48)についてもたいへん適切な指摘と提案であると考えが、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うとも、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。