

4 氏名： 赤松俊浩

5 所属： 赤松クリニック

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： 8 (※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

- 目次
1. 結論
 2. 総論
 3. 各論
 4. 試案の各段落への意見
 5. 提案

1. 結論

この第三次試案に基づいて立法し、医療死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を拙速に制度化することに、**反対**します。

2. 総論

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し、再発防止に役立て、患者さんと医療との間の溝を埋めていく努力と施策は必要です。ですが、今回提示された第三次試案は、第二次試案と同様の以下の問題を内包しており、このままの拙速な制度化は賛成できません。

- (1) 医学的科学的な十分な調査がなされません。
- (2) 起こった出来事の経緯の解明も充分にはなされません。
- (3) 医療事故の再発防止に役立てられる見込みは乏しいものです。
- (4) 刑事司法の手続を何ら抑制するものではありません。
- (5) 調査と行政処分の権限が集中する厚生労働省の権限は強大なものになります。
- (6) 患者さん側の理解を得られる見込みは乏しいものです。

これを制度化すれば、医療破壊を決定づけるものとなります。なぜなら、高度な、リスクの高い医療の場から医師が去り、医療の現場は萎縮し、医療の進歩は阻まれます。それとともに医師は自律を奪われます。すなわち医療は後退しモラルが失われるおそれが強いからです。

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する目的は、1) 医療を提供する側と受ける側との溝を埋め軋轢を減らし、2) 事故の再発を防ぎ、医学医療を発展させることにあるはずで、これらのことが、真に国民の生命、健康と幸福のためになります。

そのための 1) 調査、2) 再発防止策の確立、3) 患者さんにご家族の支援、4) 医療を受ける側の理解を得ること、これらのための制度や組織を、医療安全調査委員会（仮称）単独で担うことは困難です。

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する制度や機関（以下「調査機関」と表記）、処分と医療機関の改善策や再教育制度、調停や ADR などの複数の法制度、組織の創設を、十分に時間をかけ、広く現場からの意見を集約し、検討を重ねてつくり上げていかなければなりません。

よって、この第三次試案の制度化には、反対します。

3. 各論

3-1. 目的と位置付け

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する制度および調査機関は、

- ・ 刑事司法の手続を抑制することができる、
- ・ 医師に処分を下す場合、医師側を納得させられる、
- ・ 再発防止策のための量質とも十分な基礎資料とする、

これらを明文化した法規定で実現しなければなりません。個人の責任追及が前提では十分な調査はなされません。

目的は、第一に再発防止策のための基礎資料を作ることとすべきです。そしてその調査能力と権威、法的基盤で刑事司法の手続を抑制でき、医師も国民も調査結果に納得できるものでなければなりません。

位置付けは、医療に関連して起こった不幸な出来事が重大な場合、捜査機関への通知の有無の判断、特に「重大な過失」という法的判断を医学的判断で代行するというものです。重大ということが、結果が重大なのか、原因・過程が重大なのか、一般の人が感じる重大さ（死）と、医療の現場でおこる様々な出来事の重大さが乖離しているため、何が重大で何が刑事手続相当かを医学の外で判断しては、医療を破壊へと向けてしまいます。

3-2. 届け出る基準

調査機関への届け出の基準、異状死の定義、診療関連死の範囲が曖昧なことが問題です。医療機関内での判断が、警察や裁判所に尊重されるだけの能力、権威、厳格な基準、明文化された法的根拠に基づいていなければ、医療機関が下す届出不要という判断は、無力です。

患者さん側の納得とは曖昧で際限ないものであり、不十分で権威や法的基盤のない調査や個人の責任追及では、医療と患者さんとの溝は広がるばかりです。

3-3. 報告のシステム

世界保健機関（WHO）が2005年に発表した医療（患者さんの）安全のためのガイドラインとプログラム（WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems および World Alliance for Patient Safety Forward programme 2005）をみまして、調査のために必要な報告者の保護について、第三次試案には欠陥があり、誠実で十分な調査がなされません。

3-4. 調査能力

調査機関は多数の調査を迅速にこなし、それぞれの案件をその分野の現役最前線の複数の医師が検討するというシステムが要求されます。不十分な調査結果をそのまま処分の根拠にされるのでは、医師の納得は得られません。

医療機関の内部調査および調査機関による調査の量、質、権威、法的根拠は、刑事訴追、民事提訴の動きを抑制することができなければなりません。これだけの調査がなされた上での行政処分、刑事訴追、民事提訴であれば、医師側は納得でき、はじめ

て医療破壊の一つの穴を塞ぐことができるのです。

3-5. 刑事手続の抑制

警察が捜査することが、医療破壊の核心の一つですが、第三次試案は、刑事司法の手続に関して、刑法、刑事訴訟法に何ら変更を加える手だてを講じないものです。

証拠隠滅や故意犯は刑事手続相当とする以外、刑事手続は明文化した法的根拠で制限しなければ、刑事訴追への入口が増えるだけです。

謙抑的であることは、これまでも刑事司法の大原則です。その中で福島県立大野病院の事件は起きました。第三次試案では、刑事捜査を減らすことはできません。診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業では、患者さん側が調査に納得されないことが少なくないことが分かってきました。患者さん側からの警察への届出や警察独自の事件の覚知によって刑事司法の手続が動き出すことを、第三次試案では止めることができません。

警察が証拠を押収すると調査機関は無力化されてしまいます。刑事手続において調査機関を優先するという明文化された法制度が必要です。

調査機関が「刑事手続不相当」という判断を下せる法規定が必要です。警察が捜査に着手しても、警察を凌駕するような誠実な報告と専門家集団による調査がなされていて「刑事手続不相当」と判断されているのだから警察は手を引く、そこまでの調査機関の権威と調査能力、明文化された法的根拠があってはじめて、謙抑的という言葉が信用できるようになります。

3-6. 調査チームに加わる有識者

調査機関は専門的調査と判断に徹することができるようにすべきです。調査機関の運営を管理し透明化するために有識者や法律家が加わることは必要ですが、個別事案への非専門家の介入は、調査の妨げにしかありません。

4. 試案の各段落への意見

- (5) 制度は、厚生労働省単独でいくら試案を積み重ねても不十分です。刑事司法、民事紛争解決、医療、それぞれの法制度を、連携をもってつくらなくてはなりません。
- (8) 制度は、内閣府の下に設置するべきです。
- (13) 医療の専門家以外のチーム構成員は、運営を管理し透明化するために陪席することを明記し、個別事案の調査に介入すべきではありません。
- (19) 医師法第 21 条の改正文を例示すべきです。それとともに、異状死の定義を明確に法文で示すべきです。
- (27) 第 5 項に「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」との規定が入っていますが、これでは、誠実で十分な調査がなされません。供述における何らかの免責とともに正確な報告がなされる制度とすべきです。
- (39, 40) 通知すべき事柄が明確ではありません。例えば、消毒薬の誤注射が警察に通

知すべき重大な過失にあたるかどうかも明確ではありません。システムエラーは通知しないということを明文化すべきです。

- (51) 今後とも広く国民的議論を望むとするなら、第三次試案をもって最終案であるというような報道がなされることが理解できません。第三次試案で法制化したいという貴省の意向は伺っておりますが、矛盾するものです。

5. 提案

5-1. 法改正について

調査機関が、死亡死産に限らず、医療に関連して起こった不幸な出来事が重大な場合、例えば重篤な後遺症などにも機能し、調査が刑事司法の手続よりも優先するものとするべく、以下を明文化した法制度の改正で実現するように提案します。

- (1) 診療行為に関連した死亡及び死産について、医師個人の届出義務を免ずる。

- 1) 医師法第 21 条の規定を改編又は追加し、「医師個人は診療行為に関連した死亡及び死産については届出義務を免れる」ことを定める。
- 2) 届出は「死亡・死産に限らず」、「調査機関に対し医療機関が行ってよい」というものし、そのために健康保険法、医療法などの医師法以外の法律に規定を新設するか、または特別法を設ける。

- (2) 医療に関連した不幸な出来事の刑事訴追のための特別法を設ける。

- 1) 刑事訴追について、業務上過失致死傷罪の適用に関しては「親告罪」とする。

条文例： 刑法第 211 条 1 項の罪は、医療に関連する不幸な結果について適用しようとする場合は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

- 2) 調査機関の「刑事手続に付すことが相当」という「意見」、すなわち「告発」を起訴の必要条件とする。
- 3) 被害届、告訴、告発があった場合、捜査機関は調査機関に通知・回付し、調査機関の「意見」が出るまでは捜査しないように規定する。

- (3) 証拠の取扱のための法規定を定める。

刑事訴訟法第 47 条の「但し、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない」という規定を調査機関による調査で生かすため、特別法にてその例外を「捜査機関は保有する証拠を調査機関に開示する」として規定する。

5-2. 調査機関の任務について

調査機関は、厳密な科学的・医学的調査だけを行うこととします。調査報告書をまとめ、患者さん側、医療機関に提示するとともに、刑事手続相当・不相当の判断を下すところまでを任務とします。

それ以外の、再発防止策の確立、患者さんにご家族の支援、医療を受ける側の理解を得ること、処分などの機能は、それぞれ独立した他の組織、制度で担うべきです。

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 - 」について

(結論)実際に公立病院で勤務する立場の医師として第3次試案をこのまま制度化することに反対いたします。理由は2点です。

(理由1) 思案の内容が現場、特に公的病院で献身的に努力を重ねている多くの医師の意気をそぐものであること。

(解説) 医師個人ないし、所属する医療機関の責任追及と処罰を前面に出した試案が制度化されれば危険を伴う医療現場(手術、救急、出産、小児医療、末期癌診療など)にあえて従事しようという気持は失せます。細かい文言を訂正すればすむという問題ではありません。試案の背景にある性悪説的な考え方に違和感を覚えるのです。また試案が制度化されても警察や司法の不当な介入が減るとい根拠はありません。これでは現場の医師の不安感をあおるだけです。現在でも医師不足が進行している状況で地域医療は崩壊の危機にありますが、試案が制度化されれば一気にその流れを加速することになると思います。良心的な医師、医療関係者が第一線を離れれば、良質な医療など提供できるわけがありません。医療は末端で働く医師(学会や医師会の上層部ではありません)・看護師その他の医療関係者がいなければ成り立たないことをもう一度考え直す必要があると思います。

(理由2) 制度を運用するための基盤が整備されていないこと。

(解説) 死亡例を対象にするのであれば解剖は必須となりますが、制度を遅滞なく機能させるための人的資源はどうやって確保するのでしょうか。現状では病理解剖、司法解剖ができる医師の数は限られており、余裕もありません。その他、公平な調査を行える人材、知識や経験の豊富な専門家が簡単に確保できるとは思えません。医療は専門分化が進んでおり、微妙な判断が要求される調査委員会に適切な人選を行い、かつ従事させることなど到底不可能と考えます。専門外の人々が判断をすることになれば公平性、中立性は全く担保されなくなると考えられます。

本文

■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てい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。
- 従って、「過失については、明らかな犯罪意図をもって医療行為を行ったものでない限り、刑事訴追や刑事罰を科す事はしない」という内容を明文化すべきである。

■行政処分について

- ・厚労省は、管理者に対する新たな行政処分を設けようとしているが(医療法)、既に存在する行政処分について、十%分説明すべきである。例えば、現状において既に次のような行政処分権限が存在する。
- 健康保険法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る
社会保険事務局が保険医・保険医療機関・保険薬剤師・保険薬局の指定・取消の権限をもつ
- 医療法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る(医療監視員)
都道府県が医療機関の開設・休止・廃止、増員命令、医療機関の業務停止命令、施設使用制限命令、管理者の変更命令の権限をもつ。
厚労省は特定医療機関に関してのみ権限をもつ
- 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持っているが(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。

厚生労働省およびそれに関連する行政機関(保健所等)は、既に十%分な管理監督権限を保有しており、これ以上の権限を持つべきではない。現在持っている権限についても、むしろ抑

制的に運用されるべきであって、恣意的な運用を行ってはならない。むしろ、厚生労働省の有する権限の行使に関して、適正であるか否かを判定できる制度の方が必要である。「医道審議会」の決定に関しては、その決定過程等が全て公開される等、利害関係者ならびに国民の審判を受けられるよう透明化されるべきである。

- 医療死亡事故の届出義務化について
- 医療安全調査委員会(仮称)について

の二点についても内容に多くの疑義があり、さらなる検討が必要であって、現段階で法制化する事には反対である。

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

本試案では、善意で治療を行ったが、その結果、患者死亡にいたった場合に、重大な結果のみを重んじて医師が刑事訴追を受けるリスクを除外できないと考えます。故意の犯行や証拠の隠蔽工作など、悪質な事例以外は検察・警察が介入しない、あるいはいったん介入しても犯罪性が否定された場合にはただちに、捜査・立件を取りやめるといった約束事が明文化されている必要があると考えます。

9医師(管理者を除く)

40/AE

247-③/2

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

東京都で眼科医をしている峰村と申します。

今回の法案は、警察・検察捜査とまったく独立していることから、到底容認できません。

また、そのことを明示せずに各団体から同意を取り付けようとした日本医師会の振舞い方も異常でした。

そもそも、医療事故調査委員会のようなものができたところで、患者の満足は得られないものと考えられます。モデル事業で検討した8例中、患者側の納得を得た例がわずか2例だったと聞きました。

刑事免責も無く、患者の理解も得られないような事故調査委員会では、医師にとって特にメリットも無いことですし、もうちょっと医療の限界について国民の間で議論されてから検討すればよいと思います。

それまでは現行どおり司法の場での紛争解決を継続すればそれで良いのではないのでしょうか。

4. 氏名：
_____5. 所属：

6. 年齢： _____ (※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

<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

(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。とあるが、事故調の資料が捜査資料あるいは裁判の資料として利用されうる(問4)場合、遺族あるいはそのほかの当事者が、事故調による調査の後、判断の如何にかかわらず民事訴訟を起こすことは防止できないのではないか。

1. 医療に関する(業務上)過失致死傷罪を親告罪とする。
2. 医療安全委員会による「刑事手続き相当」意見を、刑事捜査着手および起訴の要件とする。
3. 民事の医療紛争では、訴訟に調停(or 認定 ADR)を前置強制する。

このくらいのことがないと、医師が身に覚えのない訴訟でおびえることはなくなる。

(25) 「遺族」による原因究明の要請で、地方委員会による調査が行われるとあるが、「遺族」とはどの程度の範囲の親族を指すのか不明。全くこちらと接触のなかった遠縁の親族が、事情を詳しく知らずに請求することもあるのではないか。

原因究明の時効についてはどうか。数年後になってから、急に原因究明の要請が来た場合、検討そのものが難しいのではないか。

(51) 医療関係者の大部分は、おそらく協力しないだろう。このような自分の首を絞める制度には。それに、この全国的な医師不足の中、このように難しい問題を扱える医師を、どこから調達するつもりなのか。国民に知らしめることには、もっとほかにいろいろあるのではないか。たとえば、医療の不確実性についてなど。地固めをせずに、医療従事者のほうのみに負担を強いるような制度は実効性に欠ける。医療というものが不確実であり、最大限の努力をしても納得のいかない結果になることがあることを、もっと国民に広く知らせてほしい。

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

これまでも同様の意見が多数あるとは思いますが、医療とは本来死と直面した仕事と了解しています。

だからこそ聖職などと言われてきたはずです。

助けようとして助からなかったときの落胆は患者のみならず医療者にも当然発生します。

普通は、次に何に気を付けるべきか、何をすべきかを経験として集積し熟練した医師になるはずです。

医学部で6年、研修医で2年やったところでやっと駆け出しでしょう。

自分の経験、他人の経験を生かして技術の進歩、医学の発展が期待できると思います。

責任を追及される危険を感じながら、自分が担当した不幸な結果に終わった例をはたして何人が報告するでしょうか。

民事の損害賠償はともかく、刑事事件とし処理されるようであれば、医学の進歩のために自分が犠牲になりましようとして申し出る人は非常に少ないと予測されます。

その結果、他人の経験を利用させて頂く機会が非常に少なくなり、結果として医学発展の芽を摘むことに成りはしないでしょうか。

刑事訴追は、たとえば麻酔薬を看護師に注射して乱暴しようとした例などでおこなうものであり、医療による結果で判断され訴追されとなれば死の危険に直面する検査や治療は誰もが敬遠し、結果的には“たらいまわし”が増えるだけと考えます。

医療上の出来事は刑事捜査からははずすのが今後の日本の医療を正しい方向に進める道だと思います。

自分とはともかく子供たちに“期せずして殺人犯になる”道なら選ばせたくありません。

本文

「第三次試案に対する賛否」の件ですが、以下の理由により反対いたします。

?「故意や重大な過失があった場合」の“重大な過失”の定義が不明確である。

?原因究明、再発防止のために設置する医療安全調査委員会の中立性が不明確である。厚生労働省と完全に切り離れた中立的な立場の組織とする必要がある。医療安全調査委員会の調査結果を行政処分の根拠として使用しないという明確な言明が必要と考えます。

?同委員会の調査結果と警察の捜査に対する対応が不明確である。これも?と同様に医療安全調査委員会の調査結果を警察の捜査資料として使用しないという明確な言明が必要と考えます。

4 氏名： 吉本 桃子

5 所属： Indiana University School of Medicine

6. 年齢： 3

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

「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

医療安全調査委員会第三次試案についての提言

1. 中央委員会設置場所について

設置場所は厚生労働省は適当でないと考えます。内閣府直下に設置し、構成メンバーは官僚（もと官僚も含む）を一切除外する必要があります。

決して天下りの箱ものとならないためと、厚生省の医師は臨床経験に乏しく、正当な医療判断を下す事ができないからです。

2. 調査委員会構成メンバーについて

構成メンバーの有識者-とくに医師の選択はたいへん重要であり、臨床経験豊富である必要があります。また教授であっても、決して最近の治療方法に詳しい訳ではなく、医師の年齢による「標準的医療の違い」というものが存在します。また、これは医局間でも存在します。

そういう意味で、メンバーには年齢的、地域的にも幅を持った臨床医を選ぶ必要があります。

と同時に、臨床に忙しくしている医師をどうやってメンバーに（期間限定であれ）加えるのか、実務的な案が必要だと考えます。

3. 医療事故届け出の範囲について

第3次試案の届け出範囲は決して明瞭でないと考えます。

実例をだします。

最近静岡県厚生病院で早期胎盤剥離により、母子ともに死亡する事件がありましたが、これは届けは必要でしょうか？必要でないのでしょうか？

術後死亡する事は予期できないと思われませんが、早期胎盤剥離で胎児死亡までである場合、用水塞栓などで母体が死亡にいたる事は、合併症の範囲内での出来事です。つまり予測は不可能だけれども、起こったあと、それはありうる、といえる出来事です。こういう境界線上の事例は、臨床の現場には非常に多く、これらの扱いを明瞭にする必要があります。

4. 法務省、検察庁との関係

報道によれば、法務省、検察庁はこの第三次試案に同意した訳でもないようですが、警察の介入に対して、どのような関係、事態になるのか。医療事故の扱いそのものをシステムエラーとするなら、業務上過失致死罪という個人の罪にしていえるのか。新た

な法律の制定が必要だと考えます。

この事を抜きにして、調査委員会を進める事はできないと思います。

5. 遺族の方への対応

まず、医療事故に対しては、紛争防止、遺族の方への対話が最優先だと思われます。そういう意味に置いては、ADRがまずありき、です。事故調査委員会は現行案ですと、遺族の方への状況説明の、1ツールにすぎませんし、その役割さえも果たしてきちんと果たせるのか疑問です。

遺族の方への対応をどうするか、という役割も併せ持つ必要があると切実に感じます。

医療紛争の多くは、説明不足、言葉の行き違い、誤解がそもそもです。医療者は時間がなく、患者は病気について理解をふまえられないまま治療にのる、不安と不満を抱いたまま、思わしくない結果が出れば、医療者のせいにしたい気持ちもわかります。

対話に時間を割く。この大変に時間を裂く仕事を、どこかが責任を持ってしないことには、医療紛争は解決しません。調査の結果を伝える役割は、主治医と遺族のコミュニケーションを取り持つ役割も併せ持つと考えます。

臨床心理士をチーム加え、遺族の方の声を聞き、死の受容をうながし、担当医への思いを伝える、そういう役割をするチームを取り入れる必要があると思います。

以上です。

各学会からもパブリックコメントが提出されているのを読みました。

このまま第3事案を通すのではなく、第4事案へとつなげていただける事を切望いたします。

9医師(管理者を除く) 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

地方病院勤務の病理医です。

第三次試案についての意見を2点、述べさせていただきます。

1. 二兎を追うもの一兎を得ず

モデル事業の経験が十分に生かされないまま、机上の論議がただ先行しているように思えます。

数年間、実施したモデル事業で、どれほどの真相究明と、今後の再発防止、遺族の満足(納得)が

可能となったのでしょうか。

モデル事業と比較して、どれほどの点が改善されているのでしょうか。

真相究明と再発防止はシステムとして関連するものですが、遺族の満足(納得)はグリーンフェア

の問題が大きく、同時に目的とするのには無理がありすぎます。

二兎を追うもの一兎を得ず、となるのは明らかです。

あまりに百花繚乱的で、非現実的な試案だと思います。

2. 誰が解剖するのでしょうか

モデル事業での取扱件数は56件/2年間程度と聞いています。目標は200件程度だったそうですが。

解剖担当医が最も多い都市部で実施したモデル事業でこの数値。

この事業を全国展開するのならば、誰が解剖するのでしょうか。

AIを導入しても、一定数の解剖は必要でしょう。日本病理学会としては協力する、という姿勢のようですが、学会の理事は全員大学教授、病理学講座の教授は実際に解剖することがほとんどない

立場であり、学会でも現場の病理医ではなく施設責任者を対象とした調査以外はなされていません。

学会員一般の意見を集約すれば「協力できない」という意見の方が多くなることが明らかのため、

全学会員を対象とした調査をせずに現在に至っています。私が見聞している限り、若手病理医の

大多数は現在の仕事で手一杯です。

病理医が医療関連死の解剖へ駆り出されるならば病理医数の減少に拍車がかかることでしょう。

8医療機関管理者

40/A

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

■ 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てい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。

■ 行政処分について

- ・ 厚労省は、管理者に対する新たな行政処分を設けようとしているが(医療法)、既に存在する行政処分について、十分説明すべきである。例えば、現状において既に次のような行政処分権限が存在する。

○健康保険法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る

社会保険事務局が保険医・保険医療機関・保険薬剤師一・保険薬局の指定・取消の権限をもつ

○医療法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る(医療監視員)

都道府県が医療機関の開設・休止・廃止、増員命令一、医療機関の業務停止命令、施設使用制限命令、管理者の変更命令の一権限をもつ。

厚労省は特定医療機関に関してのみ権限をもつ

○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、家族ひとりひとり、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、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ろう。
- ・「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。

以上より医療事故調査委員会の作成は時期尚早であり、その理由は事故原因究明には刑事責任免責が必要という欧米流の思想が進展するのを待つ必要があるからである。医療事故調査委員会のような制度は国民がそのような良識を持った時はじめて作成すべきものである。

4. 氏名： 下島 卓弥

5. 所属： 医療法人 あいち診療会

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 |

(※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

2 (8) : 委員会の設置場所は極めて重要な項目である。医療機関に対して直接強い権限をもつ厚生労働省におくべきではない。この点をあいまいなまま委員会の設置を協議すべきではない。

2 (13) : 中央委員会に「その他の有識者」を入れることは、WHO 勧告と相容れないものであり、医療事故防止に有益でない。

2 (20) : 「明らかに誤った医療」とはいかなるものであるのか。例示されたものでも、例えば塩化カリウム静注が「急速であったか否か」は誰が判断するのか。当事者が急速でないとは判断していても、遺族から急速であった、との訴えが生じることが十分想定される。現在裁判中の事例であっても、遺族から誤った医療行為であった、との訴えがマスコミを通じて流される例は多々あるのが現実である。

2 (25) : 遺族からの届出で調査が依頼できるものとしており、医療機関も過剰に届け出る心理的圧力がかかることは自明である。そのたびに調査する人的資源があるのか、調査に対応する人的資源(余裕)は医療機関にないことはすでに明らかである。

2 (29) : 遺族からの調査依頼が継続されなかった場合、どのようなことが起こるのか。そのまま警察に遺族から捜査依頼が提出されると、結局現場は強制的な調査を受けることになるだけである。調査委員会が却下した事例に関しては捜査対象とならない「法律上の縛り」が必要である。

2 (39) : 「重大な過失」とは誰が判断するのか。現時点での法曹判断は多分に結果に依拠しているが、委員会判断は「医学的判断」を保てるのか大きな疑問が残る。また、過失による医療事故を刑事罰の対象としてはならないことはWHO が勧告しており、先進他国でもそのような制度はない。

3 (41) : 医療現場にいないものの机上の空論にすぎない。試案作成者は現場で1年間でも現実を体感すべきである。

別紙3 : 捜査機関は遺族から依頼があれば捜査に着手することは国会答弁で明らかになっている。委員会の判断を尊重する、とは警察関係者は全く述べていない。以上、当試案に反対致します。

「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

以下に再度検討して頂きたい事項をまとめます。

全般として、法的な追及から除外して独立して検討すべきである。

全国で、解剖や死亡時画像病理診断(Ai= Autopsy Imaging)の通常の体制整備を充実させた後でないと実施すべきでない。

全国で監察医制度が充実した後に実施すべきである。

検討事項

1. 医師法 21 条に関する点 : 段落番号(19)他
2. 医療関係者の責任追及に関する点 : 段落番号 (7)
3. 届出に関する点 : 段落番号(16)以降
4. 重大な過失に関する点 : 段落番号(40)
5. 医療安全調査委員会(仮称)の設置場所に関する点 : 段落番号(8)

1. 医師法 21 条に関する点 : 段落番号(19)他

医療行為に伴う結果に関しては、対象外とすべきである。医療行為の契約があれば、対象外にすべきである。

2. 医療関係者の責任追及に関する点 : 段落番号 (7)

法的な追及と、完全に独立すべきである。再発防止と医療改善に利用するべき。

3. 届出に関する点 : 段落番号(16)以降

数か月以内、できれば3-6ヶ月以内、遅くとも12か月以内に結論を提示できる体制が確保できる範囲で制限するべき。

4. 重大な過失に関する点 : 段落番号(40)

法的な追及から除外して独立して検討すべきである。

解剖やAIの通常の体制整備を充実させた後でないと実施すべきでない。

5. 医療安全調査委員会(仮称)の設置場所に関する点 : 段落番号(8)

厚生労働省だけの内部に設置すべきではない。法律関連や、地方自治の管轄も考慮すべきである。

以上、ご検討よろしくお願ひ申し上げます。

9医師(管理者を除く) 40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

福島県立大野病院の産婦人科医師が逮捕された事件は、医療現場で患者さんの命を救おうと頑張っている医師に、大きな衝撃を与えました。その後の裁判の展開は、「命を助けようと医療行為を行う医師は、いつでも犯罪者とされる覚悟をしなければならない」と、検察と司法は医療従事者に示しています。

このことによる医療現場の萎縮は、おそらく厚生労働省が考える以上に急速に進行しています。医療崩壊といわれますが、特に医療が苦しい状況になっているのは、命にかかわる高度な仕事が行われている現場です。そのような場所の医療が国民の求めに応じられなくなったら、国民は大きな不安を抱くでしょう。すでにいろいろな理由で(主に医療費抑制と医師数抑制)、求めに応じられない医療機関が急増しています。

医療事故調査委員会を設立する意向という記事を初めて見た時、「これは医療崩壊を食い止める方向に作用してくれるものだ」と思いました。しかしその後のプレスリリースなどを見ると、諸外国の事故調査委員会とは全く異なる構造になっていること、さらにはWHOのガイドライン草案にもことごとく反していることなどから、逆に医療崩壊を加速する危険があると考えようになりました。

第三次試案を最初に見た時には、第二次試案と比べてパツと見た感じではかなり印象が良くなっていました。しかし読み返すにつれて、次から次へと「おかしい」と思う点が出てきて、今は根本的には第二次試案と全く変わっていないと考えるようになりました。変更された点は、いろいろな意見を出した人を言いくるめるようにはなっていますが、根本的な構造には手を付けていないと読みましたがいかがでしょうか。

第三次試案をこのまま法律にしてしまうのは、大変まずいと思います。その理由は、一言で言えばこの試案では福島県立大野病院の医師が逮捕された事件の再発を防ぐことができないからです。検察が「謙抑的」に動いたとしても、覚え書きが文書で交わされていたとしても、この試案では、結果が悪かった場合の医師の逮捕を防ぐことができません。

厚生労働省では、日本の警察、検察、司法が恣意的な動き方をしないとのお考えですか？予断に基づく動き方をしないとのお考えですか？司法はいつでもブレのない普遍的な判断をするとお考えですか？そうでない例は、枚挙にいとまがありません。諸外国での医療安全を推進する仕組みは、そのような検察・司法のあいまいさによって故意犯や重過失犯ではない医療従事者が裁かれてしまわない仕組みが、多くの国で組み込まれています。それらの国の仕組みは、WHOのガイドラインに沿ったものになっています。

今の試案(第三次試案)で始めてしまうと、命を助けようと頑張る医師をより締めつけることになりかねず、命にかかわる救急・産科をはじめとした医療現場の士気を保つことは、より困難になるでしょう。厳しい医療現場でギリギリ何とか頑張っている人たちをそこから去らせるのに、十分な動機となるでしょう。今それをゴリ押しするのは、最悪のタイミングだと考えます。厚生労働省が「医療は完全に崩壊させるべきだ」と考えている場合には、話は別ですが。

せめてWHOのガイドライン草案に沿った医療安全の仕組みにしてほしいと思います。そうで

ない仕組みは、絶妙のバランスで何とか倒れずにここまで来た日本の医療を補強することにはならないと考えます。厚生労働省が嫌いだから反対しているとかではないのです。この試案はかなり危険な構造的欠陥を持っており、そこを是正することなく導入することがあれば、医療にとっても国民にとっても、大きな損失を招くことになってしまうのではないかと、そこを危惧しています。

26 /
1
③ /
3

厚生労働省が国民や医療関係者の信頼を取り戻すためにも、どうかこの案で突っ走るというような態度は取らないでいただきたいと思います。十分な検討を経て、より多くの人々の利益になり、犯罪者でない人が罪人にならないような仕組みを完成させてから、導入していただくよう、さらなる検討をよろしくお願いいたします。

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

このたびは、このように一般からも広く意見を投稿させて頂くシステムをご提供くださりまして、ありがとうございます。

私は10年以上前に臨床の現場から退いた日本の医師免許をもつ専業主婦で、現在はカナダに永住しております。日本に戻る予定はありませんので、正直な話、医療従事者としての立場からも患者としての立場からも日本の医療がどうなろうと私には無関係です。

しかし、海外から、今回の医療事故調第三次試案を拝見いたしますと、「この法案がとおること、日本の医療崩壊は進むのではないか」という危惧を抱きます。

この第三次試案は、「すみやかな医療崩壊を望むのなら決定打になる」妙案ですが、今まで日本の厚生労働省や医療従事者達が構築してきた、世界で最もすぐれた日本の医療を今後も保ちたいのであれば、法制化は何があっても避けなければならないと存じます。

理由は以下のとおりです。大きく2つあります。

1. 少なくとも、第三次試案に相当する法令は、同じく優れた医療制度を提供するカナダにはない。

イギリスやフランス、そして合衆国などにも、医師を刑事法で罰するための法令はないはずです。

犯罪に関しては、医療従事者であろうと非医療従事者と同じように裁かれてしかるべきですが、その時代のスタンダードに沿った医療を行っても、ロシアンルーレットのような症例に当たったために過失致死として刑事事件として扱われるのであれば、医療は萎縮します。それが自明であるからこそ、上述の国では第三次試案に相当する法令がないものと考えられませんか？

2. 2005年、WHOは、"WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS"(以下、ガイドライン)という報告を出しました。趣旨は、厚生労働省の第三次試案と同じく、医療事故の防止で、これを実行するための報告制度の確立を目的としています。ガイドラインの第六章(Section 6, P49-51)には、報告制度が上手く機能するための条件が示されていますが、こちらと比較することで、第三次試案が「うまく機能しない」可能性が大きいことの説明になるかと思えます。

Non-punitive

報告制度が上手く機能するための最も重要な条件は、制度が懲罰を与えるものであってはならないということです。世論は医療事故の責任を個人に帰し、懲罰的になりますので、報告の個別内容を、秘匿することが、最も良い解決方法となります。

一方、第三次試案では、調査は、「行政処分に直結し、民事・刑事裁判にも情報を渡す」ことになっており、「個別内容の秘匿性」も保証されてはおりません。この最も重要な条件が無視されています。

262 -③/4

Confidential

患者と報告者の個別情報は、第三者には秘匿されねばなりません。

一方、第三次試案では、患者側代表も調査に加わり、訴訟にも情報を提供し、場合によっては警察への通報もされます。

Independent

報告制度は、懲罰を行なう権力を持ついかなる公的機関からも、また調査結果に利害関係を有する組織からも、独立していなければなりません。

一方、第三次試案では、行政処分を下す権限を有する厚生労働省に、調査組織を置こうとしています。

Expert analysis

医療事故の発生した臨床的状况をよく理解し、さらにその根底にあるシステムの問題を把握する能力のある、熟練研究者によって、報告は解析される必要があります。政府が運営する報告制度が陥りやすい最大の失敗は、報告を強制しているにもかかわらず、それらを解析する人的・物的資源を準備しないことです。専門家の知識・技術が、どのような報告制度であっても、最大の本質的な条件となります。

一方、厚生労働省案では、中央に20名、地方に5から10名の「非常勤公務員」からなる調査委員を置くことされています。WHOのガイドラインに記された「政府が運営する報告制度が陥りやすい最大の失敗」をすでに冒そうとしています。

Credible (省略)

Timely (省略)

System-oriented

調査組織が発する改善勧告は、医療従事者個人の行為よりも、医療システム・医療の手技過程・医療機器などに焦点を当てるべきです。安全の基本は、一見、個人的過失に見える事態

であっても、システムの欠陥によって起きるという考えに基いています。このシステムの欠陥が改善されなければ、別な時に、別な人間によって、同じ問題が再発するでしょう。

262
1

一方、第三次試案は、事故の責任の所在を医療機関や個人に押し付けるものです。医療従事者の労働三法を無視した過重労働や、その原因となっている無謀な医療費の削減など、医療安全を妨げる原因の一部は、医療システムの欠陥であることはすでに明らかになっています。これだけ明らかな原因がすでに具体的に示されているのに、それに対する対策が行われないのであれば、事故調査によって、他の原因が明らかになったとしても、何の対策もとられず、ただ、個人の責任のみが問われることになりかねません。

④
/4

日本の医療が崩壊しても、私にとっては痛くも痒くありません。しかし、私は日本の厚生労働省が培ってきた日本の医療システムを誇りに思っていますし、カナダに住むようになって、ますますその思いを強くするようになりました。出身国の医療システムの充実、出身国の国力と品位を示すものであり、できれば日本の優れた医療システムを崩壊させることなく、これからも誇り続けたいと願っております。

末筆ながら、皆様のますますのご活躍とご成功をお祈り致しております。
このたびはこのような長文と辛抱強くおつきあいくださいましてありがとうございます。

本文

■ 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。

■ 医療死亡事故の届出義務化について

- ・ 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。

■ 医療安全調査委員会(仮称)

- ・ 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ろう。
- ・ 「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

本文

■医療安全調査委員会(仮称)について

・本来、医学的・科学的な真相究明を目的とし、中立的な立場から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。また、真相究明は医学的、学術的に行われるべきものであり、感情論や社会圧力からの影響を極力避けるべきものである。そこに最初から「法律関係者」「法律家」や「医療を受ける立場を代表する者」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ろうし、感情論や社会圧力で客観的な判断を妨げものである。また、法律関係者が法学者や判事などでなく弁護士なのはなぜか。弁護士とは本来自分への報酬を確保するために、クライアントに有利になるよう法解釈を作り上げるのが仕事であり、最初から中立的な立場ではない。これでは最初から裁判をしているようなものである。

・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し、法務省や警察から正式な文章などはない。以上より現在の試案のまま医療安全調査委員会(仮称)が発足することは医療崩壊を加速させるだけで国民の利益なるとはとても思われず、さらなる検討を望むものである。

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ことで再発防止に役立て、患者さんと医療従事者との間の溝を埋めていく努力と施策は必要だと思います。しかし、今回提示された第三次試案は、第二次試案と同様の問題を内包しており、このまま拙速な制度化は賛成できかねません。

この案をそのまま制度化すれば、医療破壊を決定づけるものとなります。それは、高度でリスクの高い医療の場から医療従事者が去り、医療の現場は萎縮し、医療の進歩が阻まれるからです。それとともに医師は自律を奪われ、その結果、医療技術は後退する可能性が非常に強いからです。

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する制度や機関、処分と医療機関の改善策や再教育制度、調停やADRなどの複数の法制度、そして組織の創設を十分に時間をかけ、広く現場からの意見を集約し、検討を重ねて作り上げていかなければなりません。

さらに、刑事の介入について全く考慮されていない点が問題だと思います。恣意的や故意に行われたものまで免責にせよとは申しませんが、過失にそぐわないものを、無理やりに現行の法体系に当てはめようとする事は、ますます医療崩壊を加速させる事になります。これは刑法改正や医療の関連法の改正なども視野に入れた上での、制度作りでなければならない問題です。

上記の理由により、この第三次試案の拙速な制度化に反対いたします。

4. 氏名：

5. 所属：長崎大学大学院医歯薬学総合研究科

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 |

「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

本試案に反対致します。

項目：全般

本試案の根本的問題点は医療内容の調査と患者さんおよびその御家族を救うというジャンルの異なる二つの事物が一つの試案に含まれていることです。ジャンルの異なる両方の目的を同時に達することは言うまでもなく困難と考えます。また、自然現象であるところの「病気」を扱う業務の結果（医療の結果）が悪ければ、刑事処分となる可能性があることに大変な問題があると考えます。

本試案の対象となる当事者達はだれなのでしょう？ 医療事故に遭われた患者さん自身と現在第一線で実際に手を動かしている若い医師であることは明らかと思われまます。しかし、本試案に関して「多くの国民の意見」のデータと「多くの若い医師の意見」のデータを見つけることができません。この視点で考えてみますと当事者不在のまま議論が進行している様に思われ、疑念を感じざるを得ません。誤解を恐れずに言えば、患者さんのご家族は決して御本人とは代われませんし、本試案に何らかのかたちで携わっておられる管理職クラスの先生方が対象となる可能性はほとんどないのではないのでしょうか。

以下、すでに多くの医療関係者の方々や司法に関わる方々が指摘されておりますが、私なりに重要と思われる点を述べたいと思います。

(1) 医療事故調が設立されても、警察の「不適切な」介入はなくなることはないこと。第三次試案の記載だけでは、医師が法的に守られるのかどうかはわかりにくい表現になっています。つい最近、調査委員会の結論が出るまで警察の捜査がストップされるということが文書で示されているかどうか、省庁間の合意文書があるかどうか、を明らかにする目的で、決算行政監視委員会第四分科会において、衆議院議員橋本岳議員が国会質疑を行いました。その内容はすでにインターネット上などで見ることができます。質疑の相手は、法務省・警察庁の局長であり、主な論点は、厚労省と警察庁あるいは法務省の間で交わされた「文書」の有無ですが、法務省・警察庁は、この第三次試案について一切の文書を取り交わしたことがないと回答しています。元来、厚労省の検討会でのとりきめが、司法機関への強制力を持つはずがなく、厚労省と法務省、警察庁との間で刑法の改正を含めた慎重な議論がなされるべきと思われまます。

また、医療事故調に過失に関する法的判断を委ねる場合、どうしてもグレーゾーンのケースを扱わざるを得なくなります。この場合、厚労省としては過失の可能性のある案件は警察へ通報するほうが無難と考えるのが自然であり、一方、警察は、医療事故調という権威から送られた案件を立件せざるを得ません。この結果、医療事故調での調査は不適切な刑事介入を誘導する可能性が

高くなることは明白です。

(2) 厚労省内に医療事故調を設立し厚労省が調査権と処分権を併せ持つことは、「医療の正しさ」はおろか「医学的な真実」すら厚労省が判断する国家統制を招きかねません。

(3) 事故調査の領域では調査結果を不利益処分には用いないことは（日本国内を含めて）国際的常識であり、議論の余地はないと考えます。医療安全委員会をきちんと機能させるために、世界標準としての2005年に提唱されたWHOの医療安全システムのガイドラインがあります（WHO - Draft guidelines for adverse event reporting and learning systems）。この第6章には、医療安全システムの調査委員会がうまく機能するために必要なポイントが掲載されています（6. CHARACTERISTICS OF SUCCESSFUL REPORTING SYSTEMS）。概略すると1. 刑事罰を行わないこと、2. 治療関連死の患者名、報告者（医療従事者）、医療機関は決して第三者に明かされてはならないこと、3. 医療安全委員会は、報告者や医療機関を罰する権限を持つ当局から独立していなければならないこと、4. 治療関連死の報告は訓練を受けた専門家によって評価されなければならないこと、5. 特に重大な報告は、即座に分析され、いち早く周知されねばならないこと、6. 治療関連死の当事者である医療従事者の個人の能力に目を向けるのではなく、システム、過程、結果の変化に焦点を当てるのが望ましいこと、7. 報告を受けた部局は、勧告を周知させ、関係する機関は可能な限りいつでも、勧告を実行に移さねばならないこと、などが述べられています。現在の試案では、1. 医療従事者への刑事罰が可能、2. 情報は秘匿されない、3. 厚生省の中に医療安全委員会が置かれるため独立性がない、4. 報告の分析は専門家以外のメンバーも加わった委員会で行なわれる、5. 分析に時間がかかってしまう、6. 医療従事者個人や個々の医療機関の責任に帰される可能性が高い、7. 勧告を実行する財源や人的資源の保証がない、など、世界的な標準にはほど遠く、残念ながら上記のポイントをひとつもクリアできていません。本試案のように利害関係者が入る調査機関は世界的には一つもなく、世界に恥をさらしてしまうことになりかねません。

(4) 法律家からは、「当事者同士で納得ができていてもペナルティまで科して強制的に届出させ紛争化する事故調のシステムは、患者遺族の心の平安を害するだけ」「医療安全の名の下に過失判断までするのに損害賠償は訴訟をしないと得られない」という意見もあるようです。実際、金銭的補償は、医療事故に遭遇した患者さんにとって極めて重要なことは明らかです。時間と費用がかかる民事裁判制度の充実ではなく、無過失補償制度の迅速な創設が望まれると考えます。

以上より、さらなる国民的議論が繰り広げられることが必要不可欠と考えます。

4. 氏名： 松岡好美

5. 所属： 和泉市立病院

6. 年齢： 60代 (※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

今回発表された第三次試案において、医療関係者に黙秘権を認めたことは、この調査委員会の主目的が責任追及であることが明らかとなった。なぜならば、黙秘権を与えられた医療関係者の、訴追されるかも知れないと思いがながらの慎重な発言は、原因究明が目的であるとするにはそぐわないからである。多くの指摘があるように1つの組織に責任追及と原因究明は両立しない。

医療事故を防止し、国民の安全性を確保するには、責任追及と原因究明のいずれがより重要な役割を為すかについては、個人の責任を追及して処罰を与え抑止力とする「事例としての個」より、原因究明を行い、その結果を「多数」に適應させる方が優先されると考える。従って、調査委員会はもっぱら、原因究明のために存在するべきであり、その委員会は全く新たな、透明性の高い組織内に作るべきと考える。そこでは、遺族感情から離れ、医療事故を冷静に科学的に取り扱う必要がある。

一方、遺族に対しては、別組織が対応するのが望ましい。患者家族連絡会などのメンバーを含んで遺族の思いをくみ上げる努力を行う。

世の中に安全な医療など存在せず、医療は常に危険を孕むものである。完璧な治療法など医療のどの分野にも存在せず、常に迷いながらベターと考える治療を選択している。また、人は病気になると死ぬこともあるなど、医療とは何か、人間とは何かを説明し理解してもらうことにも力を注ぐ。

また、和田仁孝らの提唱する対話自律型ADRに期待する。さらに、無過失補償制度の充実を図る。小林秀樹氏が言うように、無過失補償制度においては、個人の責任追及を切り離し、合意が得られればそれで紛争の終点とする。

遺族対応については、一朝一夕に解決する問題とは考え難く、時間を掛けて多方面からの国民的な論議を必要とすると思われる。

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

診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する試案 に対し、現状では不十分
なため反対いたします。

最大の問題は 我々”現場の臨床医”が切望している 刑事裁判 への対応が曖昧なため
です。

「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、運用
に歯止めがない事。警察・検察の公式見解は書かれていないこと。公式見解は 文書化して
いただきたいこと。

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てい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ません。

北欧など諸外国の制度を確認していただき、05年WHOの「World Alliance for Patient Safety
WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems(患者安全のため
の世界協調 有害事象の報告とそれに学ぶシステムについてのWHOガイドライン草案)の7つ
の要件を満たした案を作成していただきたいものです。

8医療機関管理者

40/A

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

北関東に住む一内科医です。

我々現場で働く医師にとって、真に原因究明・再発防止に役立つ第三者機関は切に望むところ。そして福島県立大野病院事件のような警察・検察の不当な介入を阻止できる仕組みを作ることは絶対に必要だと思っています。

日医の木下常任理事は、

「医療事故すべてを免責にはできないが、少なくとも、大野病院事件がこの調査委ができた後に起こったとしても逮捕されることはあり得ない。」(日本医事新報.4381(2008年4月12日) p12-15)

と述べています。日本医師会としても、福島の大野病院の様な懸案が避けられる仕組みは第三者機関設立の条件として必須と考えており、これは全医師の総意であると思われま

す。しかし刑法や刑事訴訟法の改正を伴わずに、運用のみで医療に対する刑事告訴を制限できるわけがなく、また厚労省が法務局や検察庁から得ているとされる約束(覚え書き)が存在しないことも、先日の橋本岳議員の質疑で判明しました。

このことは医療系メーリングリストで有名なMRIC医療メルマガ通信の臨時vol52においても「日本医師会は厚労省に騙されている！」と紹介され広く知れ渡っており、日経メディカルオンライン上でも読むことができます。(

<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/opinion/mric/2...>)

末端の医師会員には、第三次試案によって第二の大野病院事件は防げるものとして説明され、多くの医師会が賛成に廻ったのではないかと思います。現実にはその前提が完全に崩れています。

たださえ(先進国と比較してお話にならないほど悲惨な)医師不足の現状があるのに、さらに数の少ない病理医や法医がこの調査委に人手と時間を取られたら、現実的に医療現場が回らなくなります。

この第三次試案のままで強行するようであれば、現場でリスクある診療に日夜従事する医師は、間違いなく危険な現場から飛散することでしょう。

そして、世界に誇るべき日本の医療制度を内部から崩壊させた前例のない大失敗として、後年歴史に刻み込まれることでしょう。

46歳

栃木県 神経内科医

274 - ② / 4

4. 氏名： 児玉伸子

6 ⑤
0 歳

5. 所属： こしじ医院

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： 8 (※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。

274 ③ / 4

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

全国医学部長病院長会議のパブリックコメントに全面的に同意します。
日本麻酔科学会や日本産婦人科学会も同様の意見と考えます。

パブコメに意見を出すのは初めてです。このまま黙っていれば賛成と判断されると考え、メールすることにしました。日本医師会の会員ですが、日本医師会の 理事が半ば強引に成立を目指す意図が理解できません。

ペーパードライバーは決して道路交通法に違反することはありません。罰則を以って情報を集めようとしても、イソップの“北風と太陽”のように、旅人はコートを握り締め頭を低くし、北風の吹き荒れる場から逃れていくだけです。

(※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

・別紙3について

三次試案についての問題点を指摘すれば試案をゼロから書き直すほどの分量が必要となりますので、最小限の指摘にさせていただきます。

10 ページ冒頭に「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き）について」とし、ここに「捜査機関との関係については、別紙3 参照」されております。

医師が医療安全調査委員会（事故調）に望む最低限の要求は、事故調が民事・刑事の全訴訟の一次判断機関になることです。つまり事故調が医療事故の有無の判断を一括して行ない、結果が出た後に必要なら訴訟を行なう形態です。これ以上の譲歩は不可能です。

このうち医師が最も関心を寄せる刑事手続き、すなわち警察捜査については三次試案本文には書かれず、別紙3 とされ、なおかつ Q&A 形式と言う異例の書き方をされています。ここでは、

「その結果、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。」

「謙抑的」という極めて曖昧かつ抽象的な表現が為されていますが、この言葉の実質に懸念ではなく無意味であると判断しております。そもそも刑事手続きは法の運用の精神からして「謙抑的」なものであるはずです。つまり事故調が出来たからと言って「謙抑的」になるものではなく、今でも「謙抑的」であるからです。

事故調が存在の有無に関係なく「謙抑的」であるのに、まるで事故調が出来たから「謙抑的」になるとの文言は不可解な表現と評さざるを得ません。さらに事故調ができたから従来の「謙抑的」といかに異なる「謙抑的」になるかの実質的な担保はゼロであります。

この「謙抑的」について本年4月4日 4/4 参議院構成労働委員会で注目すべき質疑が行なわれています。これは岡本充功委員の遺族から訴えがあれば警察はどうするか

の質問に対する米田警察庁刑事局長の公式答弁です。

「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。」

非常に明快に今までと変わらないと断言しております。

同様の質問を 4/22 の衆議院決算行政監視委員会第四分科会で橋本岳委員行い同じく米田警察庁刑事局長が答弁し、

「繰返しますが、刑事処分を求めるといような患者や遺族の方々の権利を封ずるということはあってはならないと考えております。」

三次試案を作成するに当たり、とくに別紙3は法務省および警察と事前に協議した上での合意内容であるとなっています。当然のように米田刑事局長はこの合意に基づいて事前の準備の上で、国会答弁を行なっています。

答弁内容は事故調成立後も従来と変わらず「謙抑的」に必要なあれば捜査を行なうです。この答弁に妙な誤解の余地を生じる余地はないとしか考えられません。つまりは何も変わらないという事です。

警察がこのような見解を公式に持つのであれば、事故調の刑事手続きに対する抑止力はゼロであり、すべての医師が共通して願う福島大野病院事件の再発防止は一片の保証もされない事になります。

福島大野病院事件再発防止が医師の事故調に期待する絶対条件であり、この条件が満たされない試案は認められません。

よって三次試案は致命的な欠陥を抱える事は明白であり、この欠点を是正するためにさらなる慎重討議が必要であるとします。

9医師(管理者を除く) 50A

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

試案に現場からの批判的な意見が多い理由の考察

医療従事者の中で、医療事故に際し、医療安全調査委員会という名の、公平中立かつ科学的な原因究明・再発防止のための第三者調査機関の設立を否定する人は少数派です。にもかかわらず今回の厚労省の試案に対し医療現場から批判が続出しているのは、この試案が、科学的・医学的な原因究明と再発予防を謳いながら、その実態は、医療機関・個人に対しての結果責任の追及と刑事処分の連携を図り、所轄官庁として厚労省の権限強化を進めるものとしか思えないからだと考えます。第三次試案でも内容の本質に変化はみられません。

21条と届出義務の曖昧さ

もともと21条は犯罪に関係した死体に関する規定であったものを広尾事件後に当時の厚生省が解釈を独断変更したものと理解しています。これを元に戻すという発想はないのですか。届出義務の範囲は故意もしくは重大な過失とされていますが、故意の場合、これは殺人ですから医療事故とは異なります。問題は重大な過失です。重大か否かの線引きはまったく明確にはされていません。患者が死亡したからといって過失は必ずしも重大ではありません。現代日本には、人はいつか必ず死ぬものであり手を尽くしても如何ともしがたい事例は往々にしてある、という当たり前の常識が欠けている人がとても増えました。過失がなくても人は死にます。結果と過失の軽重は必ずしも一致しません。医療行為とは放置すれば患者にとって確実に不利益が生ずる場合に、その軽減あるいは回避を求めて行われるものであり、100%の結果などもともと望めるものではないはずで、時々刻々変化する局面で、速やかに判断し複数ある選択肢の中から対処していくきわめて専門性の高い行為です。結果的に患者が死にいたることは少なくありません。ここの議論?認識を曖昧にしたままでは制度自体が成り立たないと考えますが、この問題の根源は日本人の教育にまで遡らなければいけないのかもしれない。

委員会の構成

委員会の組織は中央と地方に分けられ、地方にそれぞれ調査チームを設けるとのことです。年間どれくらいの事故件数を想定しているかは存じませんが、その都度、公正中立かつ医学的専門性を有する専門家が十分に供給されうほど日本に医師は存在していないと思います。高い専門性を持つ有能な臨床医であればあるほど日々の業務は多忙を極めており、そんな余裕はないのではと危惧します。さらにもともと解剖医自体、非常に少ないはずで、また調査チームに司法関係者や一般有識者がなぜ必要なのですか。純然たる科学的・医学的な事故原因調査に際し、素人のメンバーは不要であり、かえって邪魔になると考えます。隠蔽?改竄の恐れがあり、世間から受け入れられない可能性などと大臣は答弁していたと記憶しますが、当事者と直接利害関係のない専門家集団が科学的手法で導き出した結果をきちんと公表し、世の大半の専門家の支持が得られるものであれば何も問題はなく、少なくとも医療側当事者は納得できると考えます。素人の抱く被害者感情は科学的事実とは往々にして無縁であり、心情的に理解できても真相究明・再発防止には全く寄与しません。

警察?検察?司法との関連

委員会の報告を元に警察?検察は謙抑的に対応するとのことですが、表裏が極めて曖昧であり、また先日の国会で、法務省、警察庁など関係省庁との文書での合意はまったくなされず、委員会の活動・報告とは関係なく捜査は必要と警察が判断すれば、従来どおり行わ

276
1
③/3

れることが明らかになりました。これでは現場の医療従事者からの支持は得られません。医療事故に刑事罰はそぐわないというのは現在の世界の考え方です。医療事故の大半はシステムエラーであり、個人に責任を押し付けて一件落着とする純日本の手法は何の解決にもなりません。むしろ真相解明に大きな障害(黙秘権は憲法で保障されている)となり、再発予防にまったく寄与しないとする考えが日本以外の先進諸外国の常識です。善意で行われた結果としての医療事故に際しては、委員会の調査結果に基づいた行政処分が妥当であり、患者や家族への補償も常識的な範囲で必要と思いますが(民事あるいは公的な補償制度)、故意の事例に対して以外は、刑事罰はそぐわないと多くの医療従事者は考えており、刑事免責とすべきです。

まとめ

制度の創設自体を否定するものではありません。十分に細部の議論を詰めることなく、拙速な結論を急ぐ厚労省の姿勢が問われているのです(何故こんなに急ぐ必要があるのでしょうか、他に理由があるのではと勘繰りたくなります)。

もっと法務等関係省庁とも議論を重ね、改正検察審査会法との整合性にも言及した法整備が必要なのです。曖昧、不備な法はその解釈をめぐり、将来に禍根を残すことは歴史が証明しています。

どうか、現場に直接関わるものがほとんどない、少数の医師会幹部や学会幹部ではなく、大多数の実際に診療に携わる現場の医療従事者の声に耳を傾けた慎重な対応を期待いたします。

—(※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

医療機関における労働基準法の遵守が不可能な状況で、結果責任だけを追及することはおかしいと思います。

厚生労働省は厚生省であると同時に労働省であるわけですから、医療事故の背景に労働基準法が無視されている医療現場の悲惨な労働実態をまず改善し、適正な労働環境の中で医療事故がそれでもなぜ起こるのか？という事を考えるべきです。

過酷な法律無視の医療現場を厚労省は知りつつ、結果責任だけを求めるのは、行政としては矛盾しています。

事故調の存在は必要でしょうが、その前に労働行政をキチンとしてからでないと、現場の医師はさらに萎縮医療に向かい、医療崩壊が確実のものになると思います。

私の意見は、総論に対するものです。各論を論ずる前に、労働問題の解決を図るべきです。

年金の不備を解決しないままに、その年金から天引きをしてしまう後期高齢者医療制度の悪評と同じ構造上の問題と思います。

本文

■ 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てい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。

■ 行政処分について

- ・ 厚労省は、管理者に対する新たな行政処分を設けようとしているが(医療法)、既に存在する行政処分について、十分説明すべきである。例えば、現状において既に次のような行政処分権限が存在する。
 - 健康保険法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る
社会保険事務局が保険医・保険医療機関・保険薬剤師一・保険薬局の指定・取消の権限をもつ
 - 医療法 ほぼすべての病院に毎年1回立ち入る(医療監視員)
都道府県が医療機関の開設・休止・廃止、増員命令一、医療機関の業務停止命令、施設使用制限命令、管理者の変更命令の一権限をもつ。
厚労省は特定医療機関に関してのみ権限をもつ
 - 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、家族ひとりひとり、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ろう。
- ・「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。

9医師(管理者を除く)

年齢 30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

第三次試案では刑事捜査は謙抑的に行うとされていますが、実際にはこれまで同様に刑事告訴がなされることになっています。これでは我々が恐れる福島県立大野病院事件のような理解できない刑事事件を防ぐことができず、安心して医療行為を行うことができません。捜査着手の前に医療安全調査委員会での検討を義務づけることを試案に明記していただきたいと思ひます

9 医師(管理者を除く) 年齢 3(30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

『厚労省第三次試案について』

私は東京都の総合病院で勤務する一内科医です。

医療安全調査委員会の設置については反対するものではありませんが、医療事故に対して刑事告訴の可能性が残されている点については非常に危惧するものです。

リスクの高い患者が多数存在する病院では不可避の死があるのは残念ながら事実です。

また、同じ医療行為を同じように継続していても、様々な偶然から、ある医療行為が最終的に患者さんの生命を奪う結果となることもあります。

もちろんその医療行為はもともと一定のリスクを内在しながら、患者さんの生命予後やQOLを改善しようとして行う行為です。

そのようなリスクを背負った状態で行う医療行為の結果が悪かった場合に、医療者の間では仕方がないと容認されるレベルであっても、患者さんや遺族の方がそのようには理解できず、憤ることもあるかと思えます。

最善を尽くしても、助からない命もありますが、最善のレベルをどこに置くかによっても、解釈は大きく異なります。

リアルタイムで判断・治療を行わなくてはいけない現場を知っている人なら最善を尽くしたと言えるかも知れませんが、結果だけを見れば、最高レベルの救命医療センターなら救命できたと思われるので、最善を尽くしていないという考え方もできます。

医療への司法介入(もちろん、マスコミの報道、民事訴訟の増加も大きいですが)が招いた結果として、産科・小児科、一部地域での医療崩壊などが進んでいます。

ただでさえ、激務であることが多い医療機関で、自分のできる限りの知識・技術と愛情を患者さんに注ぎ込み、結果として自分の知識・技量の限界や予想外の事態により愛する患者さんを失ったときに、過誤があったと認定されれば(むしろ完全に全く過誤のない治療があるとは思えません)、警察に逮捕され得るというのは、良心的な医療者にとっては非常に不幸なことだと思えます。

実際に遺族の方が、医療側から説明を受け納得していたにも拘らず、医師が逮捕され過酷な取調べを受けると言う事態もあるやに聞いております。

もちろん医療犯罪に匹敵するような異常な治療や行為を行ってれば、全く別のレベルで判断すべき問題だと思えます。しかし、医療機関の設備、医療者の人数・個人の技量・知識・経験年数・体調・偶然など様々な状況があるので、重大な結果に至った場合に、その原因がどこにあったのか、どうすれば防ぐことが出来たかは検証できても、確定することは出来ないと思えます。しかも、救急蘇生の標準的な手技も年々変遷しています。そのようなもともと不確定要素の大きい、臨床現場で結果の重大性と後から検証した結果をもって、刑事告訴の可能性が残されているのでは、とてもリスクの大きい医療を行っていくことは出来ません。

その結果が現在の救急車のたらい回し(受け入れ困難)、萎縮医療へとつながっており、今後の国民の健康を守るためにも悪影響を与えていると思えます。

医療事故調査委員会の制度が、現在の救急医療や、僻地医療をさらに改善させるものとなるものであるべきだと思いますが、現状の試案ではさらに状況を悪化させる可能性がります。

重ねて、ご検討をお願い申し上げます。

281 - ③ / 3

4. 氏名： 内海健太

5. 所属： 東京医科大学八王子医療センター

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： 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

医療事故は、医師の注意義務違反で起こることがあります。注意義務違反には医師本人の知識、技術、および倫理性の未熟さの関与もありますが、医師の勤務（労働）状況の過酷さも関与しています。生活のためにアルバイトを行いつつ勤務している病院の患者にも相応の責任を負っているため、いろいろな業務に無理を生じてしまいます。医師の年齢が若いうちは、体力気力で持たせることができますが、ある程度年齢をとってしまうと、無理になります。そのため、注意が散漫になり、医療ミスを犯してしまうことがあります。まず、現場の過酷な勤務（労働）状況を緩和する必要があります。そのため、医療機関における労働基準法の遵守をする必要があります。医療事故の背景の改善に対する対策案を示さずに、医療事故の結果責任を追及することはおかしいと思います。医療事故の背景に労働基準法が無視されている医療現場の悲惨な労働実態をまず改善し、適正な労働環境の中で医療事故がそれでもなぜ起こるのか？という事を考えるべきです。過酷な法律無視の医療現場を厚労省は知りつつ、結果責任だけを求めるのは、行政としては矛盾しています。医療事故調査委員会は必要でしょうが、その前に憲法に基づいて医療現場の労働行政を適正化してください。

医療事故調査委員会に、医師のみならず医療事故の当事者である患者や家族をいれることはよいと思います。ただし適切な第三者を同時に入れることが必須の条件であり、これにより感情的ではない公平な議論や調査が可能になると思います。その第三者を、どこからどのように入れるか、を、次に試案で議論していただきたいと思います。

本文

別紙3の刑事手続きの「謙抑的」と言う表~~々~~現は、4月4日の参議院厚生労働委員会および4月22日の衆院決算行政監視委員会第四分科会に於ける米田警察庁刑事局長の公式答弁から、運用の実際に大きな疑念を抱かざるを得ず、三次試案での法制化に反対する。

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

私は長野県で産婦人科を開業しております。近年の産科に対する警察、検察の横暴[※]には目に余るものがあります。大野事件や軽井沢病院の産科医師の書類送検などです。また数日前には静岡県で母体死亡事故がありました。全国の産科医は息を潜めて今後の展開をみています。これらの事件で刑事罰が下れば産科医を選ぶものは激減するでしょう。また京大では移植医療に関係した医師が書類送検されています。事件に関与した患者の家族は溜飲を下げて満足かもしれませんが、これでは高度医療をおこなう医師は高度医療から手を引くのは当然であり、長期的に不利益を被るのは高度医療を受けにくくなる国民であるのは自明なことです。

重ねて言わせていただきますが、医師を志すものや、産科医は産科をやめればよいのですが、不利益を被るのは国民です。産科医がいなくなりハイリスク分娩を扱わなくなると妊婦は確実に死にます。産科医を逮捕し医師を辞めさせれば、これから分娩するハイリスク妊婦を誰も扱いません。妊婦は確実に死亡していくのです。司法関係者や警察、厚労省の人は産科の不確実性を知らずに、規則さえ決めれば医療が円滑に進むとでもお思いなのでしょう。

先日、中学生の愚息とテレビのニュースを見ておりましたところ、軽井沢病院産科医師が書類送検されたことを報道していました。愚息は、私には言いませんが、どうやら将来医師になることを考えているようです。

愚息は私に向かって“僕も将来逮捕されるのかな”と聞いてきました。私はどういってよいかかわからずに“将来は良くなるさ”と答えるのが精一杯でした。マスコミの報道にも問題はありますが、医師を刑事事件で処罰することは志をもつ子供にも強い影響を与えているのです。これで産科医が増えるとも厚労省、警察、司法は思っているのでしょうか。産科医がいなくなることは国民の健康に直結し、妊婦はどんどん死んでいくことを皆さんは知らないといけません。

以下に第3次試案の問題点をかかせていただきます。同様のパブコメが多数投稿されているかも知れませんが、全国の医師の総意とお考えください。

1. 結論

この第三次試案に基づいて立法し、医療死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を拙速に制度化することに、反対します。

2. 総論

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し、再発防止に役立て、患者さんと医療との間の溝を埋めていく努力と施策は必要です。ですが、今回提示された第三次試案は、第二次試案と同様の以下の問題を内包しており、このままの拙速な制度化は賛成できません。

- (1) 医学的科学的な十分な調査がなされません。
- (2) 起こった出来事の経緯の解明も充分にはなされません。
- (3) 医療事故の再発防止に役立てられる見込みは乏しいものです。
- (4) 刑事司法の手續を何ら抑制するものではありません。
- (5) 調査と行政処分の権限が集中する厚生労働省の権限は強大なものになります。
- (6) 患者さん側の理解を得られる見込みは乏しいものです。

これを制度化すれば、医療破壊を決定づけるものとなります。なぜなら、高度な、リスクの高い

医療の場から医師が去り、医療の現場は萎縮し、医療の進歩は阻まれます。それとともに医師は自律を奪われます。すなわち医療は後退しモラルが失われるおそれが強いからです。

3.各論

290 - ③ / 5

3-1. 目的と位置付け

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する制度および調査機関は、

- ・刑事司法の手續を抑制することができる、
- ・医師に処分を下す場合、医師側を納得させられる、
- ・再発防止策のための量質とも十分な基礎資料とする、

これらを明文化した法規定で実現しなければなりません。個人の責任追及が前提では十分な調査はなされません。

目的は、第一に再発防止策のための基礎資料を作ることとすべきです。そしてその調査能力と権威、法的基盤で刑事司法の手續を抑制でき、医師も国民も調査結果に納得できるものでなければなりません。

位置付けは、医療に関連して起こった不幸な出来事が重大な場合、捜査機関への通知の有無の判断、特に「重大な過失」という法的判断を医学的判断で代行するというものです。重大ということが、結果が重大なのか、原因・過程が重大なのか、一般の人が感じる重大さ（死）と、医療の現場でおこる様々な出来事の重大さが乖離しているので、何が重大で何が刑事手續相当かを医学の外で判断しては、医療を破壊へと向けてしまいます。

3-2. 届け出る基準

調査機関への届け出の基準、異状死の定義、診療関連死の範囲が曖昧なことが問題です。医療機関内での判断が、警察や裁判所に尊重されるだけの能力、権威、厳格な基準、明文化された法的根拠に基づいていなければ、医療機関が下す届出不要という判断は、無力です。

患者さん側の納得とは曖昧で際限ないものであり、不十分で権威や法的基盤のない調査や個人の責任追及では、医療と患者さんとの溝は広がるばかりです。

3-3. 報告のシステム

世界保健機関（WHO）が2005年に発表された医療（患者さんの）安全のためのガイドラインとプログラム（WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems および World Alliance for Patient Safety Forward programme 2005）をみまして、調査のために必要な報告者の保護について、第三次試案には欠陥があり、誠実で十分な調査がなされません。

3-4. 調査能力

調査機関は多数の調査を迅速にこなし、それぞれの案件をその分野の現役最前線の複数の医師が検討するというシステムが要求されます。不十分な調査結果をそのまま処分の根拠にされるのでは、医師の納得は得られません。

医療機関の内部調査および調査機関による調査の量、質、権威、法的根拠は、刑事訴追、民事提訴の動きを抑制することができなければなりません。これだけの調査がなされた上での行政処分、刑事訴追、民事提訴であれば、医師側は納得でき、はじめて医療破壊の一つの穴を塞ぐことができるのです。

3-5. 刑事手續の抑制

警察が捜査することが、医療破壊の核心の一つですが、第三次試案は、刑事司法の手續に関して、刑法、刑事訴訟法に何ら変更を加える手だてを講じないものです。

証拠隠滅や故意犯は刑事手續相当とする以外、刑事手續は明文化した法的根拠で制限しなければ、刑事訴追への入口が増えるだけです。

謙抑的であることは、これまでも刑事司法の大原則です。その中で福島県立大野病院の事件は起きました。第三次試案では、刑事捜査を減らすことはできません。診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業では、患者さん側が調査に納得されないことが少なくないことが分かってきました。患者さん側からの警察への届出や警察独自の事件の覚知によって刑事司法

の手續が動き出すことを、第三次試案では止めることができません。

警察が証拠を押収すると調査機関は無力化されてしまいます。刑事手續において調査機関を優先するという明文化された法制度が必要です。

調査機関が「刑事手續不相当」という判断を下せる法規定が必要です。警察が捜査に着手しても、警察を凌駕するような誠実な報告と専門家集団による調査がなされていて「刑事手續不相当」と判断されているのだから警察は手を引く、そこまでの調査機関の権威と調査能力、明文化された法的根拠があってはじめて、謙抑的という言葉が信用できるようになります。

3-6. 調査チームに加わる有識者

調査機関は専門的調査と判断に徹することができるようにすべきです。調査機関の運営を管理し透明化するために有識者や法律家に加わることは必要ですが、個別事案への非専門家の介入は、調査の妨げにしかありません。

4. 試案の各段落への意見

(5) 制度は、厚生労働省単独でいくら試案を積み重ねても不十分です。刑事司法、民事紛争解決、医療、それぞれの法制度を、連携をもってつくらなくてはなりません。

(8) 制度は、内閣府の下に設置するべきです。

(13) 医療の専門家以外のチーム構成員は、運営を管理し透明化するために陪席することを明記し、個別事案の調査に介入すべきではありません。

(19) 医師法第 21 条の改正文を例示すべきです。それとともに、異状死の定義を明確に法文で示すべきです。

(27) 第 5 項に「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」との規定が入っていますが、これでは、誠実で十分な調査がなされません。供述における何らかの免責とともに正確な報告がなされる制度とすべきです。

(39, 40) 通知すべき事柄が明確ではありません。例えば、消毒薬の誤注射が警察に通知すべき重大な過失にあたるかどうかも明確ではありません。システムエラーは通知しないということを明文化すべきです。

(51) 今後とも広く国民的議論を望むとするなら、第三次試案をもって最終案であるというような報道がなされることが理解できません。第三次試案で法制化したいという貴省の意向は伺っておりますが、矛盾するものです。

5. 提案

5-1. 法改正について

調査機関が、死亡死産に限らず、医療に関連して起こった不幸な出来事が重大な場合、例えば重篤な後遺症などにも機能し、調査が刑事司法の手續よりも優先するものとするべく、以下を明文化した法制度の改正で実現するように提案します。

(1) 診療行為に関連した死亡及び死産について、医師個人の届出義務を免ずる。

1) 医師法第21条の規定を改編又は追加し、「医師個人は診療行為に関連した死亡及び死産については届出義務を免れる」ことを定める。

2) 届出は「死亡・死産に限らず」、「調査機関に対し医療機関が行ってよい」というものし、そのために健康保険法、医療法などの医師法以外の法律に規定を新設するか、または特別法を設ける。

(2) 医療に関連した不幸な出来事の刑事訴追のための特別法を設ける。

1) 刑事訴追について、業務上過失致死傷罪の適用に関しては「親告罪」とする。

条文例：刑法第 211 条 1 項の罪は、医療に関連する不幸な結果について適用しようとする場合は、告訴がなければ公訴を提起することができない。

2) 調査機関の「刑事手續に付すことが相当」という「意見」、すなわち「告発」を起訴の必要条件とする。

3) 被害届、告訴、告発があった場合、捜査機関は調査機関に通知・回付し、調査機関の「意

見」が出るまでは捜査しないように規定する。

290-⑤/5

(3) 証拠の取扱いのための法規定を定める。

刑事訴訟法第 47 条の「但し、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない」という規定を調査機関による調査で生かすため、特別法にてその例外を「捜査機関は保有する証拠を調査機関に開示する」と規定する。

5-2. 調査機関の任務について

調査機関は、厳密な科学的・医学的調査だけを行うこととします。調査報告書をまとめ、患者さん側、医療機関に提示するとともに、刑事手続相当・不相当の判断を下すところまでを任務とします。

それ以外の、再発防止策の確立、患者さんご家族の支援、医療を受ける側の理解を得ること、処分などの機能は、それぞれ独立した他の組織、制度で担うべきです。

3

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

目次

1. 結論
2. 総論
3. 各論
4. 試案の各段落への意見
5. 提案

1. 結論

この第三次試案に基づいて立法し、医療事故について、分析・評価を専門的に行う機関を拙速に制度化することに、反対します。

2. 総論

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し、再発防止に役立て、患者さんと医療との間の溝を埋めていく努力と施策は必要です。ですが、今回提示された第三次試案は、第二次試案と同様の以下の問題を内包しており、このままの拙速な制度化は賛成できません。

- (1) 医学的科学的な十分な調査がなされません。
- (2) 起こった出来事の経緯の解明も充分にはなされません。
- (3) 医療事故の再発防止に役立てられる見込みは乏しいものです。
- (4) 刑事司法の手續を何ら制限・抑制するものではありません。
- (5) 調査と行政処分の権限が集中する厚生労働省の権限は強大なものになります。
- (6) 患者さん側の理解を得られる見込みは乏しいものです。

これを制度化すれば、医療破壊を決定づけるものとなります。なぜなら、高度な、リスクの高い医療の場から医師が去り、医療の現場は萎縮し、医療の進歩は阻まれます。それとともに医師は自律を奪われます。すなわち医療は後退しモラルが失われるおそれが強いからです。

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する目的は、

- 1) 医療を提供する側と受ける側の間の溝を埋め軋轢を減らし、
- 2) 事故の再発を防ぎ、医学医療を発展させる

ことにあるはずで、これらのことが、真に国民の生命、健康と幸福のためになります。

そのための

- 1) 調査、
- 2) 再発防止策の確立、
- 3) 患者さんご家族の支援、
- 4) 医療を受ける側の理解を得ること、

これらのための制度や組織を、医療安全調査委員会（仮称）単独で担うことは困難です。

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する制度や機関（以下「調査機関」と表す）、処分と医療機関の改善策や再教育制度、調停や ADR などの複数の法制度、組織の創設を、十分に時間をかけ、広く現場からの意見を集約し、検討を重ねてつくり上げていかなければなりません。併せて、被害者救済制度を併せて創設しなければ、患者側の応報感情を抑制でき

ず、調査機関への信頼が揺らぎ、調査機関の権威が失墜し、制度そのものの破綻を来たず可能性が高いことは想像に難くありません。調査機関・制度とは分離した被害者補償制度の確立を切に望みます。

よって、この第三次試案の制度化には、反対します。

3.各論

3-1. 目的と位置付け

医療に関連して起こった不幸な出来事を調査する制度および調査機関は、

- ・刑事司法の手續を制限することができる、
- ・医師に処分を下す場合、医師側を納得させられる、
- ・再発防止策のための量質とも十分な基礎資料とする、

これらを明文化した法規定で実現しなければなりません。個人の責任追及が前提では十分な調査はなされません。

目的は、第一に再発防止策のための基礎資料を作ることとすべきです。そしてその調査能力と権威、法的基盤で刑事司法の手續を制限でき、医師も国民も調査結果に納得できるものでなければなりません。

この目的を達成するためには、原則として調査と刑法209～211条による処罰を切り離すことが最も大切です。この事は、米国をはじめ世界各国で行われている事故解明の常識です。この原則から外れた調査制度は、結局、患者の希望をかなえられない、中途半端な曖昧なものになります。

位置付けは、内閣府に調査機関を設置するべきであり、政策および行政の不作為を含む過失をも指摘できる調査機関とする必要があります。司法との関係では、医療に関連して起こった不幸な出来事が、カルテ改竄や故意による犯罪性を疑わせるモノがある場合のみ捜査機関へ告発し、その告発を以って、初めて司法手続きが可能となる制度にするべきです。当然、調査機関は証拠保全などが出来る様に配慮する必要があります。

上記のような制度を作らない限りは、調査機関の目的は達成できませんし、国民の信頼を得られず、医療崩壊を加速することになると考えます。

3-2. 届け出る基準

調査機関への届け出の基準、異状死の定義、診療関連死の範囲が曖昧なことが問題です。医療機関内での判断が、警察や裁判所に尊重されるだけの能力、権威、厳格な基準、明文化された法的根拠に基づいていなければ、医療機関が下す届出不要という判断は、無力です。患者さん側の納得とは曖昧で際限ないものであり、不十分で権威や法的基盤のない調査や個人の責任追及では、医療と患者さんとの溝は広がるばかりです。

3-3. 報告のシステム

世界保健機関（WHO）が2005年に発表した医療（患者さんの）安全のためのガイドラインとプログラム（WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems および World Alliance for Patient Safety Forward programme 2005）をみまして、調査のために必要な報告者の保護について、第三次試案には欠陥があり、誠実で十分な調査がなされません。

3-4. 調査能力

調査機関は多数の調査を迅速にこなし、それぞれの案件をその分野の現役最前線の複数の医師が検討するというシステムが要求されます。不十分な調査結果をそのまま処分の根拠にされるのでは、医師の納得は得られません。

医療機関の内部調査および調査機関による調査の量、質、権威、法的根拠は、刑事訴追の制限、民事提訴の動きを抑制することができなければなりません。これだけの調査がなされた上での行政処分、民事提訴であれば、医師側は納得でき、はじめて医療破壊の一つの穴を塞ぐことができるのです（刑法209～211条については刑事免責とすべきであり、敢て、刑事処

分については言及しません)。

3-5. 刑事手続の抑制

警察・検察による捜査・訴追が、医療破壊の核心の一つですが、第三次試案は、刑事司法の手続に関して、刑法、刑事訴訟法に何ら変更を加える手だてすら講じていません。

謙抑的であることは、これまでも刑事司法の大原則です。その中で福島県立大野病院の事件は起きました。第三次試案では、刑事捜査を減らすことはできません。診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業では、患者さん側が調査に納得されないことが少なくないことが分かってきました。患者さん側からの警察への届出や警察独自の事件の覚知によって刑事司法の手続が動き出すことを、第三次試案では止めることができません。

警察が証拠を押収すると調査機関は無力化されてしまいます。刑事手続において調査機関を優先するという明文化された法制度が必要です。

証拠隠滅や故意犯は刑事手続相当とする以外、刑事手続は明文化した法的根拠で制限しなければ、刑事訴追への入口が増えるだけです。法務省、警察庁、内閣法制局と協議の上、早急に刑法219～211条の改正による医療関連行為については過失致死・傷害および業務上過失致死・傷害の適応除外に踏み切ることを望みます(これが無ければ本来の調査の目的は達成できないと信じます)。

3-6. 調査チームに加わる有識者

調査機関は専門的調査と判断に徹することができるようにすべきです。調査機関の運営を管理し透明化するために有識者や法律家が加わることは必要ですが、個別事案への非専門家の介入は、調査の妨げにしかありません。

4. 試案の各段落への意見

(5) 制度は、厚生労働省単独でいくら試案を積み重ねても不十分です。刑事司法、民事紛争解決、医療、それぞれの法制度を、連携をもってつくらなくてはなりません。

(8) 制度は、内閣府の下に設置すべきです。

(13) 医療の専門家以外のチーム構成員は、運営を管理し透明化するために陪席することを明記し、個別事案の調査に介入すべきではありません。

(19) 医師法第21条の改正文を例示すべきです。それとともに、異状死の定義を明確に法文で示すべきです。

(27) 第5項に「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」との規定が入っていますが、これでは、誠実で十分な調査がなされません。供述における何らかの免責とともに正確な報告がなされる制度とすべきです。

(39, 40) 業務上過失致死・致傷、過失致死・致傷から医療関連行為除外し(刑法改正が必要)、カルテ改竄と故意による犯罪の疑いがあるケースのみを告発する。

(51) 今後とも広く国民的議論を望むとするなら、第三次試案をもって最終案であるというような報道がなされることが理解できません。第三次試案で法制化したいという貴省の意向は伺っておりますが、矛盾するものです。

5. 提案

5-1. 法改正について

調査機関が、死亡死産に限らず、医療に関連して起こった不幸な出来事が重大な場合、例えば重篤な後遺症などにも機能し、調査が刑事司法の手続よりも優先するものとするべく、以下を明文化した法制度の改正で実現するように提案します。

(1) 診療行為に関連した死亡及び死産について、医師個人の届出義務を免ずる。

1) 医師法第21条の規定を改編又は追加し、「医師個人は診療行為に関連した死亡及び死産については届出義務を免れる」ことを定める。

2) 届出は「死亡・死産に限らず」、「調査機関に対し医療機関が行ってよい」というものし、そのために健康保険法、医療法などの医師法以外の法律に規定を新設するか、または特別法を

設ける。

(2) 医療に関連した不幸な出来事の刑事訴追のための特別法を設けることと業務上過失致死・致傷および過失致死・致傷から医療関連行為に付随したものを除く改正を行う。また、調査機関においてカルテ改竄や故意による犯罪の疑いがあるとされた案件については、調査機関が告発を行い、司法は調査機関の告発を起訴の必要条件とする。

(2) 被害届、告訴、告発があった場合、捜査機関は調査機関に通知・回付し、調査機関の「告発」が出るまでは捜査しないように規定する。

(3) 証拠の取扱いのための法規定を定める。

刑事訴訟法第 47 条の「但し、公益上の必要その他の事由があつて、相当と認められる場合は、この限りでない」という規定を調査機関による調査で生かすため、特別法にてその例外を「捜査機関は保有する証拠を調査機関に開示する」と規定する。

5-2. 調査機関の任務について

調査機関は、厳密な科学的・医学的調査だけを行うこととします。調査報告書をまとめ、患者さん側、医療機関に提示するとともに、刑事手続相当・不相当の判断を下すところまでを任務とします。

それ以外の、再発防止策の確立、患者さんご家族の支援、医療を受ける側の理解を得ること、処分などの機能は、それぞれ独立した他の組織、制度で担うべきです。

(※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)

296-④/4

「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

別紙3にある捜査機関との関係について

刑事訴訟法の改定が担保されていないので第三次試案に反対します。国会でも警察が試案が法制化されても今まで通りに捜査すると明言していました。

4. 氏名：

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

第三次試案に反対致します。

1 刑事免責のない現在の試案では医師への自白強要になります。

2 刑事訴訟法や民事訴訟法とリンク（法改正を含める）させなければ刑事訴訟、民事訴訟の抑制効果はありません。

3 このまま第三次試案が通れば医療崩壊は加速するものとも思われます。

もっと議論を積み重ねるべきです。医療現場の意見を良く汲み取ってください。

4. 氏名： _____

5. 所属： _____

6. 年齢： _____ (※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： _____ (※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

この第三次試案に、反対します。

別紙3の刑事手続きの「謙抑的な対応」は、4/4参議院厚生労働委員会および4/22の衆院決算行政監視委員会第四分科会での米田警察庁刑事局長の公式答弁から、運用の実際に大きな疑念を抱きます。このままでは更なる萎縮医療に向かわざるを得ません。

リスクの高い最前線で働いている医療従事者が、安心して能力を発揮できるよう、法的な環境の整備をお願いします。