

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、もっとほかにも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。

決して天下り的な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。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いいのか。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