

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います

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言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、医療側から説明をう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