

4. 氏名： 鬼澤信

5. 所属： おにさわ小児科

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 |

「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

この試案は、医療を破壊するものであり、法制化には反対します。

(8) 委員会の設置場所は、厚生労働省に置くことは絶対不可。行政処分所轄官庁であるからという理由だけでなく、医療事故の原因となる医療制度全体のシステムエラーは、厚生労働省医療行政に帰着する可能性が高いのであるから、厚生労働省に置くことは、絶対不可である。

(10) 「モデル事業」でも、結論を出すのに、1年前後かかったと聞く。この制度が出来た場合、調査件数は、年に2000例と試算されている。この調査チームのメンバーをどのように集めるのか、さらにそれで2000例の調査をどのように行なうのか、「モデル事業」の「失敗」の二の前、または拙劣・杜撰な調査を報告することになるのではないか。

(20、21) 届出範囲の規定で、「誤った」医療とは何なのか。対極に位置する「正しい」医療とは何なのか。具体例を列挙するだけでは不明である。さらに、合併症として合理的な説明が出来ぬとあるが、「誰が」その説明をするのか、即ち、医療者なのか、患者サイドの人間なのか。予期せぬ死とあるが、同じく、予期し得なかったと判断するのは、医療者なのか、患者サイドの人間なのか。このように曖昧な規定の届出範囲では、医療側は全例届出をせざるを得なくなる。

(27) ②解剖担当医とは、どの組織に属する医師なのか。前述の通り、調査件数に対応するだけの数の解剖担当医がいるのか。緊急対応ができる、病理解剖・法理解剖のできる医師を常駐させる必要が出てくるが、可能なのか。

(27) ③調査チームに、法律家が入るのは何故なのか。死亡原因を追究する上で、法律家の入る余地はないはず。むしろ、医学的見地以外の判断が入る可能性があり、法律家の参加は、不要であるばかりでなく、報告結果にバイアスを生じさせる。法律家が参加することは、法律上の問題、即ち、責任追及を前提としたものと考えざるをえない。医療関係者の責任追及を目的としないという建前と相反する。

(27) ④報告書の個人情報明らかにしないことは結構だが、医療機関の情報は公開するのか。その報告内容がどのようなものであれ、医療機関・医療関係者の情報が後悔されたとすると、原因追究という建前は成立しなくなる。

(39、40) 故意や重大な過失を原因とする医療事故を、捜査機関に通報するとあるが、故意の医療事故は、犯罪であり、ここで議論する意味が無い。一方、「重大な過失」とは、一体どのようなことなのか。重大かどうかは、誰が、どのような根拠に基いて判断するのか。標準的な医療行為から著しく逸脱した医療と、地方委員会が判断したものを重大な過失とする、とあるが、標準的な医療行為とは何か。同義反復に過ぎない。また、これだけ高度に分化した医療内容を数名の医師等で、重大な過失か否か判断できるのか、大いに疑問だ。

刑事訴追への恐れがあるのであれば、医療従事者は、どのようなケースであれ、届け出ることを躊躇することになるだろう。この点を明確にすることが、このような調査組織が意味のあるものと成るために、極めて重要である。この案では、不明瞭・不十分である。原則的に刑事免責を謳うべきであり、捜査機関には情報を提出することは決して行なうべきでない。

(40)③システムエラーを医療事故の原因として挙げたことは評価できるが、労働集約的な事業である医療において、医療従事者の労働環境の問題が、システムエラーの一つとして存在する。そうした医療制度に内在するシステムエラーの最終責任は、厚生労働省にある。従って、この委員会は、厚生労働省の医療行政の内容も検討するとななければならない。

(44)繰り返すが、この委員会の規模で、早期に結論を得て、遺族に理解を得る助けになるのかどうか、はなはだ疑問である。「モデル事業」の取り扱ったケースの半数以上で、遺族の理解が得られず、その多くが民事訴訟になったと聞く。遺族の理解を得るためには、この組織のスキームでは無理である。

(46)システムエラーに関しては、(40)③に述べたとおり、厚生労働省自体の問題を検討する手続きを明らかにしなければならない。

4. 氏名： 明城 光三

5. 所属： 国立病院機構仙台医療センター

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 |

「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

基本的に、事故調査機関の創設自体は行うべきだと考えます。また、医療行為を行っている最中に患者さんが死亡した場合、ご家族がその原因を知りたいと思われる事も当然の事だと考えております。しかし、わが国において監察医制度が全国にいきわたっていないことなどから分かるように、医療行為に関連したものであるか否かにかかわらず死亡原因の追究ということにあまり社会的関心が持たれず、その体制も不十分であったことは確かです。このことは今回の検討に関わりなく推進されるべきことであります。

○ P1 1はじめにの(1)から(4)に述べられている事項は「医療事故」の定義が不明確な点が納得できませんが、その他の点については概ね賛成できます。

(3)に述べられている「医師等が萎縮することなく…」を達成するには、福島県立大野病院で起こったような、ほとんどすべての医療者が不当と考える逮捕を抑制できなければなりません。

しかし、先日の国会質疑で、警察はたとえ調査機関の通知がなくても捜査することを、刑事局長が明言していることより、第三次試案には警察の捜査を抑える法的根拠はまったくありません。また4月22日決算行政監視委員会第四分科会での橋本岳議員の質疑において、調査委員会の結論が出るまで警察の捜査が停止されるということが、文書で示されているかどうかの質問に対し、法務省・警察庁の局長は、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明言しています。

従って、今回の第三次試案によっても刑事責任を問われることに関しては現行通りであり、法務省・警察庁との明確な合意文書がないかぎりこのたびの第三次試案には賛成できません。

(別紙3に対応します)

医師法21条は改正されても、業務上過失致死傷罪はそのまま残ります。医療分野に限らず過失を刑法で扱うこと自体見直しが必要と考えますが、その点については第三次試案では触れられておらず、不十分と考えます。

OP2 2 医療安全調査委員会(仮称)について【委員会の設置】(7)に「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。」とあり、医療による不幸な結果の原因究明と再発防止を目的としています。このような目的を達成するための組織の設計図を世界保健機構(WHO)が2005年にWHO DRAFT GUIDELINE FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMとして出版しております。

その中で調査委員会構成のあるべき原則が提言されております。すなわち、

(1) 秘匿：診療関連死の患者名、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。→[P9 捜査機関への通知という項が存在し、この原則に反する。]

(2) 独立性：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者から独立していなければならない。→[P2 2 (8) 厚生労働省に設置すればこの原則に反する。]

(3) 専門家の分析：診療関連死の報告は、診療関連死が起きた状況を理解でき、かつ問題となっているシステムを把握できるようにきちんと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。→[P2 2 (10) きちんと訓練を受けた専門家以外の構成員は有害無益である]

これらの条件が満たされないと「原因追求と再発防止」という目的は達成できない仕組みとなってしまいますが、今回の試案では[]内に示したように、いずれも満たされておらず、目的を達成できないと思われます。

以上より調査委員会の構成が世界保健機構の提言に沿ったものに変えることを要望します。

冒頭に述べましたように、事故調査機関の創設自体は行うべきだと考えます。しかし、このたびの第三次試案の内容では、福島県立大野病院で起こったようなほとんどすべての医療者が不当と考える逮捕を抑制できるとは考えられず、また医療安全が促進されるとも考えられませんので、この案に基づいて法律を作成することには反対いたします。

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

「医療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

はじめに、犯罪以外の医療行為で死亡した場合に、刑事事件として調査している国家は、米国をはじめ文化国家にはありません。患者さんを助けようとして行った医療行為は、故意の医療事故隠蔽、カルテ改ざんや殺そうとした医療行為とは異なり、犯罪ではありません。助けようとして行った医療行為が刑事罰と直結しないような、正式な合意文書を検察や警察と作成することを望みます。本第三次案の『はじめに』に書かれている内容を実現する為には、最も重要なことと考えます。

医療関係者の責任追及に関する点

第三次試案(平成20年4月)の2ページに(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。」とあります。しかし第三次試案の文面には、警察や検察との議論や協議の結果、警察や検察から医療関係者の責任を追求しないという裏づけは書かれてはおりません。委員会の結論が刑事訴訟、民事訴訟、行政処分につながる可能性は否定できないこととなります。

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。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。

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。

「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

1. 結論

この第三次試案に基づいて立法し拙速に制度化することに、反対します。

2. 事由

この第三次試案に一切取り上げられていない事項として、2009年5月27日までに施行が予定されている改正検察審査会法がある。これによると、検察官が不起訴とした事例でも起訴・刑事裁判に至る仕組みが導入される。医療安全調査委員会で医療者が専門的に死因究明を行っても、検察審査会法が改正されてこちらで起訴相当となれば、全く別のルート、つまり医療の専門家の視点を通さずに起訴されるルートが誕生する。

これは法務省が行っているものであって、厚労省がいくら医療安全調査委員会を設立しても、国の制度として別ルートで起訴されるという矛盾した現実が起きる。別紙3の問3の(答)2には「行政処分の実施状況等を踏まえつつ行われることになる。」とあるが、これは現行法でのものであって、すでに予定されている改正検察審査会法での事項とは異なるが、これも第3次試案には取り上げられていない。

したがって、医療安全調査委員会の拙速な制度化は法律的内容的齟齬が生じ、現時点での第3次試案でもこの点は一切解決されないばかりか、場合により「医療安全調査委員会で問題とされないと判定された案件が、検察審査会を通して起訴される」という厚労省の決定を無視されるような結果になりかねない。

したがって、現時点で検察審査会法と齟齬を生じるような第3次試案をそのまま決定とすることには反対である。

「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

結論)反対です。

3-5. 刑事手続の抑制

刑事手続きの抑制は、米田警察庁刑事局長の公式答弁から否定されており、厚生省と法務省の連絡が不十分であることが明らかとなった。通常の治療を行い結果が悪かった場合においても、訴訟が防止されないのでは意味がないと考えます。High risk の医療行為をさけるしかないと考えてしまいます。

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、薬剤や患者の取り扱いといった、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・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。上記の届け出範囲を「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る。
- ・「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。

■改正検察審査会法への意見

検察審査会法が改正され、

- 1)検察審査会が「起訴相当」とし、検察が「不起訴」などとした場合、検察審査会の再度の審査に付され、(2)検察審査会が再度、「起訴相当」とした場合に、検察に代わって「指定弁護士」が起訴する—¥—¥という形に変更されることも、萎縮医療を加速させることになる。また事故調査委員会の存在意味を無くすことになる。

医師が危惧している大きな点の一つは、医療事故調査委員会に、再発防止のために発言した

事故の内容が、自分自身の刑事責任として問われる部分である。
第三次試案を眺めても、この点に関して何ら改善はされていません。

366-④/4

第三次試案に関連して、日本医師会・木下理事は日本医事新報No.4381(2008年4月12日)p11の記事で「故意に準じる重大な過失、隠蔽、改竄、リピーター以外 は捜査機関に提出されず、それ以外の報告書も刑事処分には利用しないことを警察庁、法務省も了解済みであることを説明」とありました。

しかし、4/22に行われた国会質疑で、橋本岳衆議院議員が、第三次試案について質疑を行ったところ、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ました。

これでは、第三次試案も、第二次試案と同様に、再発防止のための委員会ではなく、医師、それも、最前線で活躍する真面目な医師を処罰するための試案であることに変わりありません。

現場の人間としては、第三次試案も、現場の声が全く反映されていないと感じられます。

善意で、必死になって人の命を救おうとして、結果が悪ければ殺人犯扱いされる第二次法案と、何ら変わりはありません。これでは、ばかばかしくて最前線で医療をやろうという 気力がさらに失わせるものとなります。
これは、確実に医療崩壊を促進させる法案です。

4. 氏名： 中井 勝利

5. 所属： 特になし

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： 2 (※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： 3 (※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

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

本来、制度とはそれに関わる者たちがそれぞれの職能を発揮できる形で構成されねばならないはずです。しかるに今般の試案においては、医療従事者たちにとってその医療行為を萎縮したものにせざるを得ない、大変な危険性をはらんだものと考えざるを得ません。今般の試案が拙速なる成立を目指すならば、それは日本国にとって益とならないばかりか、医療そのものに壊滅的な打撃を与えるのではないかと愚考します。

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。

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ので、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なります。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、調査の妨げになります。

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) 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。

橋本

1(20歳未満)

370-②/2

職業

1会社員

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

医師が危惧している大きな点の一つは、医療事故調査委員会に、再発防止のために発言した事故の内容が、自分自身の刑事責任として問われる部分である。

第三次試案を眺めても、この点に関して何ら改善はされていません。

第三次試案に関連して、日本医師会・木下理事は日本医事新報No.4381(2008年4月12日)p11の記事で「故意に準じる重大な過失、隠蔽、改竄、リピーター以外 は捜査機関に提出されず、それ以外の報告書も刑事処分には利用しないことを警察庁、法務省も了解済みであることを説明」とありました。

しかし、4/22に行われた国会質疑で、橋本岳衆議院議員が、第三次試案について質疑を行ったところ、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ました。

これでは、第三次試案も、第二次試案と同様に、再発防止のための委員会ではなく、医師、それも、最前線で活躍する真面目な医師を処罰するための試案であることに変わりありません。

「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、意見をお送りします。

医療行為自体、当然、不確実性が伴うものであり、例えば、病状が悪化し、または救命できないことが生じ得ます。そのため、まず、表題の「医療の安全」という言葉自体、肯んぜないものとなっています。

もし、「医療」に「安全」という言葉を使いたいのであれば、医療行為ではなく、「医療制度」のみに限定してかけるべきです(後期高齢者医療制度問題は、医療制度自体の安全すら、国民が期待する水準を達成できないこと明らかにしたのですが)。

また、国として、いま大事なことは、医療技術の向上、医療制度の整備を図ることですが、同時に、医療行為自体が必ずしも百パーセント安全でないことを周知することも必要です。パブリックコメント案の立脚点においてもそこが不十分なため、今回の第三次試案は、国を免罪するとともに、いたずらに医療行為者・法人に責を負わせようとするものであると感じます。

さらに、医療行為の中で、患者の病状が悪化し、また救命できないことは、当然起こりえるわけで、医療技術、医療制度の整備を図るためには、少なくとも刑事事件捜査という側面を持つことなく、むしろ刑事事件の捜査を行わせず、十分な資料を収集した上で、ピアレビューを行い、技術の改善、制度の改善につなげて行くことが必要です。

このように、警察による捜査を行わせず、医師、看護師による十分な資料に基づくピアレビューの結果を明らかとすることで、患者または患者の家族が求めている真相が医学的に明らかになり、技術の向上、医療法人内の制度の改善、医療制度の改善が達成できます。また、悪質なカルテ改ざんや故意の犯罪があったとしても、当然そこには改善すべきシステム上の問題もあるわけですから、同様に第三者委員会がまず主体的に調査を行うことが必要です。

志布志事件など稀な例を除き、警察の捜査の間違ひは殆ど指摘されることはございません。しかしピアレビューは、レビューアーの評価が学界で二次評価されます。そ

の点からも、特に専門外の事柄を扱うため誤りかねない警察の捜査よりも第三者委員会が優先すること、警察の捜査は抑制されるべきことを法的に明文化し、明確にすることが必要です。

なお、いわゆる「医療事件」その他の「事件」の際に、原因究明のために行政解剖や司法解剖が行われることが稀にありますが、今後はオートプシーイメージング等の技術の活用を積極的に行い、「医療事故」その他の「事故」の原因究明を効果的・効率的に進めていくことが必要かと思えます。

国に於いても、オートプシーイメージングに関する研究の推進を開始したところということですが、ちょうど研究費の支出の決定について、様々な批判が学界から出ております。研究費の支出の決定についてシステム的な問題が内在していたようですが、ただ、学界からこのような批判が出てくることこそ、学界の二次評価を受けるピアレビューの有効性の証明にもなっています。

現在の第三次試案では、今日、危機を迎えている医療崩壊が一層進みかねません。医療行為を行う当事者、学界等の意見を十分に聴き、ドラスティックな再検討を行うよう要望します。

4. 氏名：

5. 所属： AVGAS（アブガス）

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： 2

<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

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

結論：厚生労働省による第三次試案に基づく医療死亡事故についての分析・評価を専門的に行う機関を拙速に立法・制度化することに反対する。その理由は以下である。

理由：

- 1：本案は医療事故について個別の責任(刑事・民事の双方において)を問う性質のものではないはずである。しかし条文に示されている試案の数々は、医療全体における事故再発を防止する目的を離れ、いたずらに個々の医師の責任を問い、無闇に医師の裁量を抑制するものとしか解釈できない。
- 2：本案に示される試案が施行されることになれば、患者側にも良質の医療が得られなくなる可能性が高いと思われる。なぜなら、医師が責任追及を畏れ、高度な医療を実施する機会を放棄せざるを得ない状況を作るからである。
- 3：本来、医療事故とは云えない病死、後遺障害を残すようなケースにおいて、感情的な不満による訴追を飛躍的に増加させかねない懸念がある。本案が示す科学的・医学的な検証が十分に行えるとは到底思えない組織の構成、つまり、現場で実際に医療に従事する、もしくは現場医療を熟知した者とは考えられない構成員による検証は、中立でも公正でもなく、単に風評に左右されがちなかだけであると判断している。
- 4：救命する可能性の極めて低い、重篤で緊急を要する医療において、極めて低い可能性であっても医療努力を放棄せず職務に務める医師の意欲について、本案が考慮しているとは到底思えない。それに関わらず、本案が実施されることになれば医療の崩壊を招くことは確実と思われる。
- 5：一般的に云う事故の重大さと医療事故の重大さでは、測るべき内容が違って然るべきである。つまり、医療事故の再発防止を意図する資料というものは、医学的根拠に於いて正当であり、科学的に妥当なものでなくてはならない。にも関わらず本案は一般的事故事案における検討は行えるかも知れないが、医療事故における妥当な検証を行えるものとは思えない。
- 6：本案においては、調査機関への届出基準の明確さが曖昧である。それは異常死、診療関連死亡の範囲が曖昧であることに由来し、医療を実施する側、される側の双方において、著しい見解の相違を招く懸念がある。
- 7：いたずらに警察による捜査を招くことが第三次試案の決定的な欠陥である。警察・司法によって捜査資料を押収されてしまえば、第三者調査期間による調査は無力化される。よって、調査機関には名実ともに医療事故における警察を超えた権限を与えなければ、本案は実質形骸化するであろう。少なくとも、調査期間による刑事手続不相当の判断を下せるだけの法整備を行わなければならない。
- 8：個別の医学的事案に対しては、専門家(つまりは医学者)による調査を徹底すべきである。また、この部分について法律家や有識者の意見を仰ぐことは妥当とは思えない。

9: 上記1～8について強い疑念を持たざるを得ない第3次試案には明らかな欠陥が散見され、議論の不十分さ、公正さの欠如が見られる。よって本案の施行は時期尚早と考えられる。

「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

そもそも再発防止と遺族感情の慰撫を同時に行おうと思うことが間違いだと思います。

事故の再発防止のためには、情報の収集が一番重要であり、また、情報を提供することでその提供者本人に不利益が予想できる場合は、再発防止に必要な情報であろうと、情報が提供されないことになり、再発防止には役立たないことになります。そのために、その内容に関らず情報提供者の不利になるように利用しないというシステムが整わない以上は情報の収集がきちんと行われなことが予想されます。

また、遺族の意見が結論と違う場合には付記するとなっているが、委員会の結論が「病気による不可避な帰結」であり、遺族の意見が「医療事故」となった場合、その意見を付記することに何の意味があるのでしょうか？また、それで再発予防のためにどれだけの利点があるのでしょうか？

遺族感情の慰撫が必要だというのなら、そのためのシステムを別に作るべきだと思います。

どの段落ということではなく、制度全般に関しての意見ですので、段落番号を明記しませんでした。また、意見募集に段落番号を明記することが必要な理由が私には不明です。

4. 氏名： 片倉和彦

5. 所属： 双葉会診療所

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： 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

老人施設の配置医師をしている立場として、第三次試案に疑問を持ちました。

段落(20)および(41)に関して：介護老人福祉施設において『朝、寮母が訪室したら呼吸停止していた』というようなことが時々あります。このような自然死に近いような急変にもまったく納得していただけない御遺族がいらっしゃいます。そんな遺族がいると、老衰が医療関連死になってしまうのでは、と心配です。

可成り

9医師(管理者を除く)

年約
30人

378-②/2

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

細かな反対理由は、多くの意見が既に届いているでしょうから割愛します。

恐らくそれらの反対理由は、医療を支えている現場の人間からすると、ほぼ全て正しい意見でしょう。

私としては、

?このような法律は、他業者に類を見ないこと。

?他業者で、より厳しい法の下、規制や環視が行われている業務は、全て報酬を独自に決められる業界であること。すなわち医療界は報酬が決められているので、今までの業務内容に合わせて決められている診療報酬から、これ以上なすべき業務が増えれば、どんなに企業努力を行っても破綻する運命にしかない、すなわち日本の医療が完全に崩壊すること。

?万が一、医師を減らしたいのであれば、同時に能力の高い者が医師をめざし、医師総数を増やす政策も事故調と平行して行うべきということ。

この3点を強調したいです。

4. 氏名 : _____

5. 所属 : _____

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

三次救急病院の産婦人科に勤務する医師です。

私は現在の第三次試案には以下の問題点があると考えており、現状のまま法制化を進めれば、まずは急性期医療からの医師の逃避、あるいは萎縮医療をますます加速させ、更なる医療崩壊を招くものと考えております。

まずは拙速な議論を避け、実効力を持った世界基準に則った医療安全委員会が結成されることを強く望みます。

- (1) 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である
- (2) 調査のために必要な報告者の保護の規定が満たされておらず、医療者側の情報提供が不十分となることが予想される
- (3) 事故調査委員会の法的根拠、権威が規定されておらず、調査結果が判明しても、被害者側が納得しない可能性が非常に高い
- (4) 医療事故に関する議論は、それぞれの分野の現役最前線の医師が複数で検証することが要求される。議論の中立性を確保するために有識者、法律家の参加は必要と思われるが、非専門家の介入は調査の質を低下させるものでしかない(患者側代表者の調査委員会への参加は、懲罰的感情論に議論を向かわせるだけで調査に寄与しない)
- (5) 調査委員会はあらゆる利益団体、関係省庁からの影響を受けない独立した組織であるべきだが、現状では行政処分を課する厚労省の管轄化におかれ、独立性を担保できない
- (6) 捜査における情報の秘匿性が担保されず、調査段階での刑事・民事告訴を制限する条項の規定がないため、調査中に警察・検察の捜査や民事裁判で証拠品を押収され十分な調査がなされない可能性がある

2005 年の“WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS”については、多くの医師がその内容を見聞きしており、貴省にもその内容を記した意見書が届いているものと思われます。最前線で働く医師らの士気を著しく落としかねない現試案のまま事故調査委員会を規定することは、日本の医療に止めを刺しかねません。そうならないためにも、以上の点につきまして、熟慮と再考を強く求めます。

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

はじめに、医療における安全確保のために検討会を通じて行われてきた関係者の方々のご努力に敬意を表したいと思います。現状で何らかの中立的な第三者機関の設立が必要であることに同意します。しかしながら今回の第三次試案には明確に反対の立場を表明いたします。ここに至ってもなお皆様のご理解に根本的なボタンの掛け違いがあるように思います。

そもそも医療安全調査委員会(仮称)の設立目的とは何でしょうか？ 個別の医療事故の原因究明、多数例の情報収集による再発防止策の提案、個別の案件の紛争処理、関係者の責任追及(遺族の報復感情への配慮)、いったいどれが本当の目的ですか？ これらの全てを一つの組織で行うことに大きな無理があると思います。それだけの大事業を行うだけの人的あるいは物的(財源)裏づけはあるのでしょうか？ このままでは看板倒れに終わることは目に見えています。

再発防止なら「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を発展させることを考えるべきではないでしょうか？ 裁判外紛争処理が主目的ならば安易に刑事訴訟につながらないような法的な取り決めをきちんと行わないと意味がありません。医師法21条対策というのであればまず厚生労働省の見解(2000年の国立病院マニュアル、死亡診断書記入マニュアル)を改めた上で法改正を目指すべきです。これと新組織の設立にどう合理的つながりがあるのか私には理解できません。厚労省と法務省との力関係ですか？ 行政処分による責任追及ということであれば現行の医道審議会との関係はどうなるのでしょうか？

本当に原因究明と再発防止を目指すならば著しくGlobal standard、国際常識に反した方法とはとるべきではないと考えます。まさか検討会の委員や厚労省の皆様がWHOのガイドラインをご存じないとは思えませんが、念のために要旨を抜粋して以下に記載しておきます。(WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY.

WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems.

http://www.who.int/patientsafety/events/05/Reporting_Guidelines.pdf

1. Non-punitive Reporters are free from fear of retaliation against themselves or punishment of others as a result of reporting.

刑事罰を行わない—医療事故(診療関連死)の報告者は、報告をしたことにより刑罰から免責されなければならない。

2. Confidential The identities of the patient, reporter, and institution are never revealed.

秘匿—診療関連死の患者名、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。

3. Independent The reporting system is independent of any authority with power to punish the reporter or the organization.

独立性—報告システム(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。

4. Expert analysis Reports are evaluated by experts who understand the clinical circumstances and are trained to recognize underlying systems causes.

380-③/3

専門家の分析—診療関連死の報告は診療関連死が起きた状況を理解でき、かつ問題となっているシステムを把握できるようにきちんと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。

5. Timely Reports are analysed promptly and recommendations are rapidly disseminated to those who need to know, especially when serious hazards are identified.

時宜を得た報告は、特に重大な状況であると判った時は、即座に分析され、いち早く情報を必要とする人々(医療従事者)に広く周知されねばならない。

6. Systems-oriented Recommendations focus on changes in systems, processes, or products, rather than being targeted at individual performance.

システムそのものの問題の勧告—診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ことが望ましい。

7. Responsive The agency that receives reports is capable of disseminating recommendations. Participating organizations commit to implementing recommendations whenever possible.

反応—報告を受けた部局は、勧告を周知させることができる。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。

真の医療安全向上のため、上記のガイドラインに沿った第三者機関の設立を目指すべきであり、拙速な法案提出は厳に慎むべきであろうと考えます。

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

医療行為というものは不確定要因が大きく、急変や想定外の事態が発生しやすい。

医師は誰でも患者さんにとって良かれと考えて医療行為を行っている。

しかし、結果的に最善の対応や処置ではなかったとあとから考えて分かることも多い。

それが患者さんの死亡に直結した時に刑事罰を受けるようになれば、医療崩壊は加速度を増すことは明らかである。

患者サイドからすれば最善の対応以外は許されないことなのかもしれないが、そんな無茶を要求され、実行を義務化されてはたまらない。

現に福島大野病院の産科医師が勤務中に手錠を掛けられて逮捕されている。

必死になって対応しても患者が死亡することはありうる。

これで逮捕されるようなリスクの高い医療行為は一切できない。

私の専門領域では90代の老人にも、骨折の手術が行われ、良好な成績を収めている、しかし、非常にリスクが高いことは事実だ。仮に、90代の老人にいつも通り手術を行い、体調を崩して死亡されたとして、これが逮捕に繋がるような事態にならないか恐怖である。

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。

こんな制度が運用され、医師が刑事罰を受けるのが日常化したら、誰もリスクの高い医療行為はしなくなり、さらなる医療崩壊が進むのは明らかなだ。

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

医師が危惧している大きな点の一つは、医療事故調査委員会に、再発防止のために発言した事故の内容が、自分自身の刑事責任として問われる部分である。

第三次試案を眺めても、この点に関して何ら改善はされていません。

第三次試案に関連して、日本医師会・木下理事は日本医事新報No.4381(2008年4月12日)p11の記事で「故意に準じる重大な過失、隠蔽、改竄、リピーター以外 は捜査機関に提出されず、それ以外の報告書も刑事処分には利用しないことを警察庁、法務省も了解済みであることを説明」とありました。

しかし、4/22に行われた国会質疑で、橋本岳衆議院議員が、第三次試案について質疑を行ったところ、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ました。

これでは、第三次試案も、第二次試案と同様に、再発防止のための委員会ではなく、医師、それも、最前線で活躍する真面目な医師を処罰するための試案であることに変わりありません。

現場の人間としては、第三次試案も、現場の声が全く反映されていないと感じられます。

善意で、必死になって人の命を救おうとして、結果が悪ければ殺人犯扱いされる第二次法案と、何ら変わりはありません。これでは、ばかばかしくて最前線で医療をやろうという 気力がさらに失わせるものとなります。

これは、確実に医療崩壊を促進させる法案です

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

■ 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・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。上記の届け出範囲を「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。

「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制度化することに、反対します。

医療は生命という不確実なものを扱っており、どんなに最善を尽くしても、どんなによい検査・治療を行っても、急変、予想のつかない不幸な結果がおこることは避けられません。100%安全な医療とはあり得ません。

4. 氏名：

5. 所属： University of Pennsylvania, School of medicine

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

1. 結論

この第三次試案に基づいて立法し、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: WHO の医療安全システムのガイドラインにおいて、医療安全システムの調査委員会が成立するためのキーポイントとして以下の点があげられている。

1. Non-punitive: Reporters are free from fear of retaliation against themselves or punishment of others as a result of reporting.

懲罰的でない: 医療事故（診療関連死）の報告者は、報告をしたことにより刑罰から免責されなければならない。

2. Confidential: The identities of the patient, reporter, and institution are never revealed.

秘匿: 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。

3. Independent: The reporting system is independent of any authority with power to punish the reporter or the organization.

独立性: 報告システム（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。

4. Expert analysis: Reports are evaluated by experts who understand the clinical circumstances and are trained to recognize underlying systems causes.

専門家の分析: 報告は起きた状況を理解でき、かつ問題となっているシステムを把握できるように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。

5. Timely Reports are analysed promptly and recommendations are rapidly disseminated to those who need to know, especially when serious hazards are identified.

時宜を得た報告は、特に重大な状況であると判った時は、即座に分析され、いち早く情報を必要とする人々に広く周知されねばならない。

6. Systems-oriented Recommendations focus on changes in systems, processes, or products, rather than being targeted at individual performance.

システムそのものの問題の勧告: 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ことが望ましい。

7. Responsive: The agency that receives reports is capable of disseminating recommendations. Participating organizations commit to implementing recommendations whenever possible.

反応: 報告を受けた部局は、勧告を周知させることができる。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。

本試案が WHO ガイドラインに全く沿わないものであることは明らかである。なぜあえて国際的に推奨されている合理的なガイドラインとは本質的に全く異なる制度を目指しているのか全く理解できない。日本政府は合理的で適正な試案を再検討すべきであり、万一本試案に基づいて制度化されれば、日本の医療を崩壊に導くことになることを確信する。

4. 氏名： 廣島 彰彦

5. 所属：

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： 1、

1 1 (※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

先ずは、事故調の早期発足を望みます。

さて、身近な医療事故被害者の本音を聞く限り、訴訟を起こしたくて起こしている人は、ほとんど、居ないように思います（少なくとも訴訟を起こしている方々数人以上から個別に繰り返し聞いております）。

第三次試案は、この事故調発足実現のために、かなり医療者側に寛大なものになっているように思えます。でも、それは事故調発足の早期実現のために良いことと思われれます。

一方で、試案の不備を指摘し、強硬に反対している医療者を個人的にも何人も知っています。さらに、事故被害者は、特に、改竄と虚偽にひどい目にあっているため免責はとんでもないと主張することも当然思われます。

そこで、それらの対立点を解消する方向性をより明確にすべきでしょう。

患者や被害者にとっては真相の究明が第一であるので、より踏み込んで、ある部分については正直に告白さえすれば過失が証明されても、免責されるような法律改正を視野に入れる必要があると思われれます。特に外科系は他のあらゆる職種と異なり、人の体にメスを入れる業務であること、人は常に不確実な対象であること、航空機などと異なり事故は必ずしも事故でないなどの説明を充分にしておかないと患者から賛同されないし、医療者側の反対の、両者の平行線を解消できないと思われれます。

訴訟を起こさなくても原因究明、再発防止ができるようにしてほしいが、そのために医療者側も事故被害者側も互いに一歩ずつ歩み寄ることができるような事故調にして欲しい。少なくとも嘘、偽り、誤魔化し、カルテ改竄を徹底的に糾弾できるようでないと実効性がないと思われれます。

以下に現在の3次試案の中で特に検討した頂きたい部分だけを、箇条書きで書かせていただきます。

1) 2-(8)

厚労省への不審が医療者にあるため、中心組織は内閣府等厚労省とは別組織とすべきと思います。

2) 2-(22)

体制の不備などと、虚偽、故意（カルテ改竄を含む）は分離して扱うべきと思われれます。故意、虚偽などに対しては、罰則（行政処分でよい）で取り締まる必要があると思われれます。さもなければ、正直者がバカを見る可能性が出てきますし、多くの医療

事故被害者の本音の主張はこの故意、虚偽に対する取り扱いにかかっていると思われます。事故の再発防止のための原因調査を優先するシステムで、個人を追求しない仕組みが事故調でしょう。しかし、一方で“悪意、故意”に対して強く自制をかける仕組みにしておく必要があると思われます。

3) 個人への責任追求ではなく、システムエラーを問題視することには、まったく同意いたしますが、一方で、責任の範囲の明確化は必要と思われます。即ち責任者を罰する（これも行政処分でよい）といった仕組みは必要と思われます。さもないと、実効性が担保されないのではないのでしょうか。

4) 現在の業務上過致死傷は、その過失が重大であろうとなかろうと適用されるおそれがあり、それを医療者が恐れているのは事実だと思われます。そのため、業務上致死傷での医療特別法等の立法への方向性も明確に言及すべきと思います。よきソマリア人法という考え方の法律がない上に、現在の業務上過失致死傷のままで、重大な過失のみとしても、本当にそれを事故調で決めて、実際に検察が黙っているのかという医療者側の疑義に答えていません。確かに事実として謙抑的に行使されている（実際の立件数からも理解できるが）としても、そのために逆に故意に近いものが見逃され、医療者側にどうしようもないものが、たまたま犯罪とされてしまうなどの弊害が起きているのではないのでしょうか？

5) 死亡事故だけを対象にするのは、やや片手落ちかと思います。重大な障害などに関しても、仕組みが存在する必要性を感じます。これも患者側からの声があると思います。それに配慮した仕組みも言及ください。

9医師(管理者を除く)

年齢 40代

390-②/2

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

地方病院の一整形外科勤務医です(現在の医療崩壊を象徴する立場ですね)。

?医療事故調が各医療行為をどこまでnormal rangeとして判断してくれるのか非常に不安です。事故調のメンバーによっては、机上の空論を振りかざし、各専門分野の最高レベルのみを「正」と判定することになるのではないのでしょうか?そうすると、捜査機関はその情報を受けて、それならば、と刑事訴追に動きますよね?

?また、事故調が正しい現状認定をしてくれたとしても、その結論が警察、検察に対して拘束力を持たない以上、「尊重」された上で無視されるのではないのでしょうか?

以上2点の疑問が解決しない限り、第三次試案の支持には二の足を踏みます。

く

4. 氏名：

5. 所属：

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： 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 |

「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

第三次試案のまま法制化することに強く反対する。

本当に独立した機関として医療の安全性に寄与する案ではなくこれが法制化されれば、間違いなく萎縮医療になり、日本の医療レベルは地に落ち医療崩壊が進む。

特に問題なのは

(別紙3)捜査機関との関係

「謙抑的」となっているが、現在でも捜査機関自身は「謙抑的」であるとしている。さらに貴省が日本医師会に説明したような文書を取り交わしていないと捜査機関は国会で答弁している。

拙速な法制化をすべきではない。

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3次試案に反対します。

厚生労働省が、医療の安全確保のために「原因究明と再発防止」のための組織を作ろうとしていることは高く評価します。しかし、現在の試案の内容が法制化されると、私個人は、“訴訟や逮捕を意識せずに診療ができる”ようにはなりません。したがって、第三次試案には反対します。

試案の2-(6)(7)には、原因究明と再発防止を目的とし、個人の責任追求ではない、とうたわれていますが、個人の責任を追及しないのであれば、匿名化した上で症例を集め、分析していくほうがより多くの症例、より率直な意見が集まり、より有益になると考えます。私の所属する麻酔科学会では、すでに医師責任賠償保険の保険会社の協力を受けて、保険金が支払われた場合の症例分析を匿名化した状態でを行っています。また、多くの医師が、アクシデントがあった症例について「原因究明と再発防止」を願って、“症例報告”という形で「原因究明と再発防止」を模索してきました。

ところが近年の患者救済を意図していると思われる訴訟／判決の増加により、また、刑事警察の医療事故への介入により、「訴訟／逮捕の根拠にされるのではないか」という恐れから“症例報告”が激減しています。

この現状を見ると、医療事故調査委員会へ報告した、あるいは同委員会で証言した、ことが「訴訟／逮捕の根拠にされ」ないという保証がないと、自分に不利なことでも正直に報告・証言するとは考えられません。

多くの医療従事者が願っていることは、

- 1) 人間の行為において単純なミスは一定の割合で必ずおこる
→それを防ぐためのシステム上の整備を行う(コストを手当てする)
→必ずおこるものに対して、刑事警察の介入は適切ではない
- 2) 医療行為は基本的にリスクを内包している
→エラーがなくても死亡症例は発生する
→それに対する補償は裁判以外の方法でなされるべき

の2点に集約されると思いますが、第3次試案では、これが適切になされるようには思えません。「ミスを防ぐためのシステム改善」(これが医療安全委員会の設立目的です)「患者・遺族への補償」(これは社会保障／福祉の一部としてなされるべきです)「犯罪性の有無」はそれぞれ独立しており、一つの委員会ですべてを行うべきではないと考えます。

先日、日航機のニアミス事件に関して航空管制官が有罪になった裁判がありました。この判決は世界から大きな違和感を抱かれています。1994年の中華航空機墜落事故でパイロットが有罪判決を受けて以来、「日本で事故を起こしても証言しない」という外国航空会社のパイロットの発言も目にすることがあります。これらは医療と同じ問題を内包しています。今回の第3次試案とWHOのガイドライン(WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems および World Alliance for Patient Safety Forward programme 2005)を比較しますと、「日本で事故を起こしても証言しない」という気持ちになります。

4. 氏名： 星 拓男

5. 所属： 筑波大学人間総合科学研究科

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

麻酔科学会より出された意見を検討していただけるように希望します。

1. 医師法 21 条に関する点

本来の趣旨や目的から外れて、拡大解釈され、医療関連死にも当てはめられてしまっているため、現場の混乱を招いているものです。その流れの契機となったのが法医学会ガイドライン（1994 年）、外科学会ガイドライン（2002 年）、厚生労働省からの指示やガイドラインなどであり、これらのガイドラインを撤回すべきと考えます。

2. 医療関係者の責任追及に関する点

元来、厚生労働省には、責任追求の権限はありません。責任追及は、警察、検察、および裁判所の業務です。第三次試案の文面には、警察や検察との議論や協議の結果、警察や検察から医療関係者の責任を追求しないという裏づけは、書かれてはおりません。委員会の結論が刑事訴訟、民事訴訟、行政処分につながる可能性は否定できないことになります。

本当に委員会が責任追及を目的としない組織とするために、安全委員会の委員の守秘義務を明記すべきです。そして刑事訴訟法との関係（証言拒否権、押収拒否権や、民事訴訟法の証言拒否権、文書提出命令拒否権など）を明確にすべきです。

3. 届出に関する点

原因究明、再発防止には、紛争解決とは別なルートを設けるべきです。紛争解決のためには、段階を踏んで届出を絞り込まないと、調査委員会での未処理件数の増大、判定のずさん化につながり、実効性に乏しいものになると考えます。

4. 重大な過失に関する点

、「重大な過失」として捜査機関へ通知すれば、捜査機関は当然、法的評価（刑法でいうところの重大な過失）にもとづき、捜査が開始されることになることが予想されます。過失という言葉をはっきり用いたうちは、刑法 211 条の業務上過失致死傷罪が適用されます。しかし、これには過失が重いか軽いかの区別はありません。ちなみに、刑法 211 条は、医師法 21 条と連動しているものではありません。ミスがあったかどうかには刑法 211 条が当てはめられ、届出の有無についてのみ医師法 21 条が用いられ、それぞれ法律としての目的（立法趣旨）が異なります。

厚生労働省は今回の調査委員会の第一の目的は原因究明にあると言っています。しかし、自己に不利な供述を強要されないことを保障した憲法 38 条 1 項、刑事訴訟法 146 条、198 条 2 項等によって真実究明が困難になることが十分予想されます。加えてこの原因究明の名の下に事故調査結果が刑事処分に利用される可能性があるからこそ、上記の現行法による保証が必要かつ不可欠なものになると考えます。

5. 医療安全調査委員会(仮称)の設置場所に関する点

省庁を超えた独立性・中立性・透明性のあるものにすべきであり、行政内に設けるとすれば、内閣府に設置するのがよいと考えます。

本文

医師が危惧している大きな点の一つは、医療事故調査委員会に、再発防止のために発言した事故の内容が、自分自身の刑事責任として問われる部分である。

第三次試案を眺めても、この点に関して何ら改善はされていません。

第三次試案に関連して、日本医師会・木下理事は日本医事新報No.4381(2008年4月12日)p11の記事で「故意に準じる重大な過失、隠蔽、改竄、リピーター以外 は捜査機関に提出されず、それ以外の報告書も刑事処分には利用しないことを警察庁、法務省も了解済みであることを説明」とありました。

しかし、4/22に行われた国会質疑で、橋本岳衆議院議員が、第三次試案について質疑を行ったところ、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ました。

これでは、第三次試案も、第二次試案と同様に、再発防止のための委員会ではなく、医師、それも、最前線で活躍する真面目な医師を処罰するための試案であることに変わりありません。

現場の人間としては、第三次試案も、現場の声が全く反映されていないと感じられます。

善意で、必死になって人の命を救おうとして、結果が悪ければ殺人犯扱いされる第二次法案と、何ら変わりはありません。これでは、ばかばかしくて最前線で医療をやろうという 気力がさらに失わせるものとなります。

現在のマスコミの報道を見ると医療者が最善を尽くしても結果が着いてこなければ訴訟という歪んだ構造物にすすんでいます。医療の不確実性を考えると非常に恐ろしい考え方が浸透してきています。

そのことがどれだけ最前線、それも局面によっては非常にpoorな環境下(色々な病院でいわゆる”一人医長”として頑張っておられる医師がどれだけの数になっていることでしょうか。)で医療を続けている医療者の心身が疲弊してきているかを医療者の管理者たる厚生労働省はもっと理解し保護する(特に今回の思案を見ると法務省、警察庁から)立場をとるべきであると思います。

マスコミの報道が本当に理性的なものなのかをもっと検証し、それに迎合する国民の姿勢を正すことも厚生労働省の役割であると考えます。