

4. 氏名：

---

5. 所属：

---

6. 年齢： 4. (40代)

- |          |        |          |
|----------|--------|----------|
| 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. 医師 (現在は医学研究のため留学中です)

<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. (医療紛争の経験はありません)

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

第三次試案を現状のまま法制化することに反対いたします。

警察や裁判所以外で医療事故の真相究明を図る第三者機関は総論的には必要であると思います。そして、このような機関を設立するために、厚生労働省の皆様が大変な御努力の末に第三次試案を作成されたとも思います。しかしながら以下の理由により、現状のままこの試案を法制化した場合には、医療崩壊がさらに進行していくことが避けられないと考えられます。そこで、現状のままの法制化を控えていただくことを強く希望いたします。

### 別紙3「捜査機関との関連について」

この中で、問1に対する3などで、『謙抑的な対応』が捜査機関によってなされるとされています。しかしながらご存知のように、衆参両院の委員会で米田警察庁刑事局長が、委員会の調査とは関係なく遺族からの要請があれば警察は捜査せざるを得ないとの旨の公式見解を述べられています。つまり、この委員会が調査中であろうとも医療機関に責任がないという結論を出そうとも、警察による捜査そして刑事訴訟は全く独立して行われていくことが予想されます。つまり、民事訴訟ならびに刑事訴訟は現行通りに行われ、それとは別にこの委員会による調査が加わることになると考えられます。遺族の方等が訴訟よりも簡単に要求することができるこの委員会による調査は相当な数に上ることが予想されますゆえ、医療現場にかかる負担は計り知れないものがあります。刑事訴訟が減らないというだけでも医療現場にとってはかなり大変な話ですが、さらに訴訟に加えて委員会による『医療紛争』が増えてくることは今の医療現場が耐え切れるものとは到底思えません。今現在も現場に残っている勤務医の人たちは、この委員会によって刑事訴訟が抑制されることを期待していたと思います。しかし、刑事訴訟が抑制されず委員会による『医療紛争』が増加することになったならば、残っている勤務医の多くの人たちの気持ちが折れることがほぼ確実で、多くの勤務医が現場から立ち去ることになり『医療崩壊』が決定的になるものと予想いたします。

以上、刑事訴訟に対する明文化された抑制の保障がない状態で新たな『医療紛争』の場を作ることは、今現在も過重労働に苦しむ現場の医師たちに限界を越えたストレスを与えるものと考えられ『医療崩壊』を決定的にする可能性が高いと考えられます。

このような理由から、刑事訴訟に対する明文化された抑制の保障がない現在の試案の法制化に反対いたします。

## 「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

私は、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現段階で制度化することに、反対します。

これを制度化すれば、医療は委縮し、十分な医療サービスは提供されなくなります。よって、この第三次試案の制度化には、反対します。

### 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。

本来死は患者さん側にとってたとえ医療として問題がなくとも受け入れがたいものであり、それを受け入れるためにも時間がかかるものです。予期せぬ死とは、予期し得なかったと判断するのが、医療者なのか、患者さん側の人間なのかによって大きく意味合いが変わります。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ります。

拙速、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。

医師法第 21 条の改正文を例示し、それとともに、異状死の定義を明確に法文で示すべきと考えます。

委員会の設置場所は、厚生労働省に置くことは疑問を感じます。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と思いますので、厚生労働省に置くことは、問題を生じます。

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。制度は、内閣府の下に設置するべきです。

### 報告のシステム

「WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems」および「World Alliance for Patient Safety Forward program 2005」と比較し、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。

WHO が World Alliance for Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems の第 6 章に提示されている報告制度を成功に導くための 7 つの条件があります。

1 Non-punitive

報告者や関係者が、報告の結果、処罰を受ける恐れを持たないようにすべきである。

## 2 Confidential

患者、報告者、病院の個別情報は決して明かされてはならない。

## 3 Independent

報告制度は、処罰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

報告は、医療がおかれた環境を熟知し、背後にあるシステムの問題を理解できるよう訓練された専門家によって分析されなければならない。

## 5 Timely

報告は即座に分析され、勧告は迅速に関係機関に周知されなければならない。特に、重大なリスクが発見されたときは迅速性が重要である。

## 6 Systems-oriented

勧告は、個人の能力ではなく、システム、プロセス、最終結果がどのように変えられるかに焦点をあてるべきである。

## 7 Responsive

報告を受けた機関は勧告を周知させる能力がないといけない。周知された関係機関は勧告の実現を責務としなければならない。

第3次試案では、WHOが推奨している安全のための医療事故報告制度との違いが多く、世界基準に照らした変更が必要となると考えます。

### 刑事手続の抑制

警察が捜査することが、医療崩壊の原因の一つですが、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加えるものではありません。

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。

刑事手続きの謙抑的は、4/4 衆議院厚生労働委員会および 4/22 の衆議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かざるを得ず、三次試案での法制化に反対します。

明らかな犯罪行為には刑事免責はありませんが、医療行為で死亡した場合には、そこに過誤や過失があれば、刑事裁判ではなく、行政処分や民事裁判で取り扱えるような制度にする事が、患者さんが知りたい原因も明らかにできますし、適切な医療を受ける為にも重要です。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、検察庁や警察との正式な合意文書を作成して頂きたいと考えます。

## 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

## 1.担当医師の裁量権

同一疾患であっても、一例一例の病態および経過は同じではないことは、臨床の医学において基本的でかつ重要な概念であり、常に肝に銘じておく必要がある。その一例については成書が正しいとは限らない。当該疾患の第一人者といえども、自分が診療していない症例については正しい評価ができるとは限らないということでもある。医師に裁量権が認められているのはこのためであり、司法関係者は医師を優遇してはいけないと自己規制する必要はない。医師の裁量権は科学的に当然のことであり、司法関係者は判断の基準にしなければならない。

## 2.刑事司法との関係

事故調がどのような結論を出そうとも、一旦捜査機関のスイッチが押されれば、従来と変わりなく刑事司法が従来と同じレールの上を動き出す。

現状では、検察に裁判所に医療をさばく能力が不十分である。能力がないものに裁きを任せるのは、社会にとって放置できない大変な問題であり、本来は司法から問題提起すべきである。しかし、裁判官が医療を裁くのに十分な力を備えることは不可能である。医療と司法の関係について、司法が改革の意思を持って積極的に取り組まなければ正しい医療裁判への進歩はあり得ない。

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

診療関連死にかかわる死因究明制度創設に向けて  
厚生労働省が示した第3次試案について、申し上げたきことあり  
メールをお送りしています。国立病院で医長として働く内科医です。

医療行為において、医師が目指していることは  
患者さんの健康状態の改善であることに、誰も異論はないと思います。  
しかし、医療行為はその対象が人間という不確定要素を包含することから、  
工業製品のように、一律な効果をあげることは不可能です。

医療行為が、患者さん、医師双方が望まない結果を招いてしまうことは  
本当に残念なことではあります、あり得ます。  
そして、たとえ医師が瑕疵のない医療を行ったとしても、  
ある一定の確率で、残念な転帰となる可能性は出現するのです。

現在厚生労働省が進めようとしている、医療事故に対する厚生第三次試案は  
この医療行為のもつ普遍的な性質を理解することなく、  
まさに、机上の空論としての試案に他ならず、  
さらに、医療行為により「望まない結果」を来たしてしまった場合、  
医療行為を行った医師に「個人的な責、刑事罰を負わせる」という  
世界の潮流とはまったく逆の新しい制度を生み出そうとしています。

WHOが3年前に提唱した

WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS  
は、  
医療において望まない出来事が起きたときに、  
それをどのように報告し、今後に役立てるか、という考え方のガイドラインです。

現在、厚生労働省が作成している

「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方」に関する第三次試案は  
完全にこの基本理念に逆行するものです。

その内容を一部列挙いたします。

1) 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。即ち、報告者も、他の関与している医療従事者も、報告の結果罰せられてはならない。  
(日本では、すでにいくつもの事例が「刑事」責任を問われています。)

2) 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らない。組織レベルでは、訴訟に利  
用  
しうる情報を出すべきではない。(これも、すでに刑事裁判に引用されています)

## 3) 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らない。(「被害者」としての患者・患者家族が含まれるべきではありません)

## 4) Expert analysis

医療事故が起きた臨床的な状況をよく理解し、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る。(十分な経験を有しない者が「刑事事件」で証人として呼ばれている例がすでに、大野病院事件などでも起きています)

## 5) 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ある。(歴史的に日本はこの考え方が浸透しづらいもの

でした。世界的には、航空事故調査委員会はこの考えに基づいて行われています。残念ながら、この分野でも日本は世界の潮流に反しています。例として4月に判決が出た航空管制官の有罪判決があります)

以上、簡単ではありますが、

医療事故に対する厚生第三次試案に対する意見を申し上げます。

この試案が実現すれば、日本の医療行為・医療技術・医療制度すべてが不可逆的な崩壊に直面します。

ぜひ、熟慮くださいますよう、お願い申し上げます。

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。

(参考)

- ・刑事司法が再び“暴走”する危険はないのか

[http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080214_1.html)

- ・単純ミスは「重大な過失」か [http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080115\\_1.html](http://www.m3.com/tools/IryoIshin/080115_1.html)

■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。