

以下を提案します。

1) 事故調設立と同時に、業務上過失致死罪を廃止する。

上記が不可能であれば、刑事訴訟法を改正、または特別法制定にて、

- 2) 医療事故の刑事訴追について、業務上過失致死傷罪の適用に関しては「親告罪」とする。
- 3) 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。
- 4) 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法律で規定する。

また、民事訴訟を抑制するため、

5) 医療事故に関する、民事訴訟に調停またはADRの利用の前置を法制化すること。

厚労省の政策の問題点の指摘を可能とし、医療事故調に独立性を持たせるため、

6) 事故調は、内閣府に置く。

7) 刑事立件の当否の決定や、調査能力に実効性を持たせるため、中央に設置する委員会に法務省の職員の派遣を可能とする。

以上の条件が達成できれば、医療崩壊を遅らせることが可能となると考えます。

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。

(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

- ・単純ミスは「重大な過失」か 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、十分な説明すべきである。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。

(参考)

- ・井上清成弁護士「4つの原因究明」—死因究明制度・厚労省第二次試案の法的「目的」は？— MRICメルマガ http://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol_66.html
- ・元東京地検特捜部長 河上和雄弁護士 医療事故調に対する見解 MRICメルマガ http://mric.tanaka.md/2008/03/26/_vol_33.html
- ・現場からの医療改革推進協議会 医師法21条の歴史と矛盾 <http://expres.umin.jp/genba/kaisetsu01.html>
- ・西島英利議員インタビュー ¥“医療事故調¥”の自民党案と厚労省案は別 ソネット・エムスリー一聞き手・橋本佳子 http://www.m3.com/tools/lryolshin/071219_2.html

■ 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。

(参考)

・井上清成弁護士「4つの原因究明」—死因究明制度・厚労省第二次試案の法的「目的」は？— MRICメルマガhttp://mric.tanaka.md/2007/12/25/vol_66.html

地方の二次救急病院で医療崩壊の中15年目の内科医として月4回の日当直をこなしながら勤務を続けています。

自分は直接訴えられたりはしていませんが、医療訴訟については勤務病院でも隣の病院でも非常に身近に見聞きます。自分自身は開業医から搬送されたケースで若い患者さんが亡くなったケースを経験しています。

当院に対してはご遺族も特に良くしていただいたと感謝されていました。しかし、結局刑事事件として警察が動くことになりました。ご遺族には大変ご同情申し上げますが、公平な自分の立場でも開業医さんが責められるのは酷なケースであると感じました。ただ、ご遺族は仕方のないことながら納得されてはいないようです。

当院が当事者である可能性も十分にあるケースであったため、医療の不確実性を改めて実感しました。

ご遺族の気持ちを慰撫することは重要なのですが、調査委員会にご遺族を入れるのであれば基本的に完全刑事免責条項がなければ（民事の方はともかくとして）、主治医が口を開くのは難しいと思います。

(※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

なかなか普段こういった意見も出さないのですが、今回の試案についてはやはり反対します。結局個人に対する完全刑事免責条項が必要です。

インフラとしての医療機関は結局建物でも機械でもなく人です。

劣悪な環境でインフラを保持している人たちを守り抜く姿勢がみえません。

しかも、必死でインフラを支えようとしている人ほど足下をすくわれるようなシステムになってしまっています。そういった点には配慮されているのでしょうか？

医療に限った話でもありませんが、

ご遺族の慰撫はまた別の方法があるべきです。

4. 氏名： 近藤千里

5. 所属： 東京女子医科大学 放射線科

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

次の理由で、厚生労働省の第3次試案の内容での医療事故調の設立に反対します。

1. 医療事故調における調査内容が、司法機関・患者側の訴訟資料として利用されないことが制度的に保障される必要があります。さもなくば、調査過程において事故当事者は、憲法にも保障されているように自己に不利な証言を避けることは明白であり、結果的に事故再発防止の対策をシステムとして採用することが困難になります。このことは以下に示した2005年WHOによる医療事故調査報告制度のガイドライン(WHO DRAFT GUIDELINES FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS)の第1項目に記載されている内容です。
2. 医療事故調の構成メンバーに患者代表が入っていることは、当事者に対する報復感情を差し挟まない高度の専門性に基いた科学的観点からの事故調査をほとんど不可能にします。また、調査過程の情報の保護が不可能になります。調査過程はメディア等の外部に漏洩し、報道され、そのことが委員会の審議に影響する可能性が大です。このことはWHOガイドラインの第2項、第3項、第4項、第6項目に反した内容です。
3. 厚労省国会答弁によれば、年間2000件を事故調で扱う予定とされていますが、これは全国に10置かれるという調査チーム単位で年間200件を処理す

ることを意味します。このためには、事故内容に合致した専門性を有する専属の臨床医、ならびに病理医を配置することになります。これが非現実的な設定であることは、我が国の病理医の数（約100名）から見ても明らかですし、生きている患者を診る臨床医が不足し大問題になっているのに、一体、どこに死者のために時間を割ける医師がいるのか、全く理解不能な設定と言わざるを得ません。結果、処理は滞り、医療事故調査は遅れ事故防止に役立たず、また患者側の不満と不信をさらに惹起し、事故調査とは別に刑事提訴を誘発することが強く危惧されます。これはWHOガイドラインの第5項目に反しています。

Table 1 Characteristics of Successful Reporting Systems

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

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

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

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

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

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

Responsive The agency that receives reports is capable of disseminating recommendations.

Participating organizations commit to implementing recommendations whenever possible.

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：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：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 |