

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。

11薬剤師

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

現在の第三次試案に基づいて医療事故を調査し、場合によっては刑事告発もある制度の開始に

反対します。

県立大野病院事件や静岡厚生病院のように死因が解明されないまま、医師が加害者として刑事訴追されているのはミスがあったかどうか不明です。もしミスがなく病死であるにもかかわらず医師が逮捕されているのは現場の医師は安心して患者さんの治療ができないのではないのでしょうか？

またミスがあったとしても全ての手術が成功する医師はいないと思います。そのミスを調査して結果の重篤度だけで判断して刑事訴追するのであれば、リスクの高い外科系の医師は全て逮捕されるかその前に辞めるんじゃないのでしょうか？

救急医療に携わる医師数はほとんど増えていないが、救急医療を受診する患者数は10年間で大幅に増えているという記事を読みました。医師や看護師の仕事が増えているとミスは必ず増えます。そのミスでまた刑事告発が次々起こると、貴重な医療資源をこのままではさらに減らすことになると思います。

再発予防が医療従事者と患者遺族もしくは他の患者さんが一番望むことではないでしょうか？

もっとそこに力が入った制度を考えて欲しいと思っています。WHOのガイドラインにも則った形の制度の立案を希望します。

9 医師(管理者を除く)

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

第三次試案に反対いたします。

第二次試案の時のパブリックコメントを反映して、修整改善された点が多く見られることは評価したいと思います。しかしながら、本来検察庁等を縛るような仕組みでなければ役にたたないはずのものが、そのようなものでないことが、国会議員の質問等で明らかになっております。大きな学会(特に医療裁判のためになり手が減っている科の学会)が反対声明を出すなど、反対の声は、第二次試案の頃よりも大きくなっていますが、パブリックコメントの反対意見の数はどうなっているのでしょうか。

刑事の抑制もままならず、民事裁判に関しては抑制しようとさえしていないこのシステムでは、萎縮医療も危険な科からの撤退も止まることはないでしょう。また、裁判に利用できるとするこのシステムは医療事故情報収集等事業の成果を台無しにするもので医療の安全にはむしろマイナスです。

私は厚生労働省だけで実現できることを3つ提案したいと思います。

(27)の?に対して

問題となる医療裁判には、しばしば鑑定文書の偏りが見られます。裁判等に利用するのであれば、公表と同時に全国の医師等による問題点のフィードバックをおこなうシステムも必要です。

(28)に対して

医療関係者以外の者が理解しやすいよう十%分配慮するだけでは不十分で、裁判等に利用する可能性があるのであれば、法曹が誤解しないように表%現法を研究確立する必要があります。

(50)に対して

組織面・財政面の検討を加えた上で法整備を行う必要とありますが、財政の問題が国民の最大の関心時である今、具体的な費用等の提示なしに、新たなシステムの構築をおこなうなどありえない話だと思います。これは医師としてだけでなく納税者としての話でもあります。役に立たない可能性の高いシステムですが、安く構築できるのであれば賭けてみようという気にもなるかもしれません。試算は絶対しているはずですが、費用等の情報開示をお願いします。

9医師(管理者を除く)

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

医師になって10年ほどたちます。

残念ながら医療を取り巻く状況は悪くなるばかりです。

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) 刑事司法の手続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。

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：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 |

(※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

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室御中

段落(2)や(3)や(14)に記載された内容、すなわち、医療事故の原因究明と再発防止が重要であること、そのために中立的な第三者機関が役立つであろうこと、について賛同いたします。医療事故の真相究明については、医療の安全を向上させる目的と、患者や遺族の被った損害に関する民事訴訟や刑事訴訟を妥当な結論へ導く目的と、二つの目的がありますが、これらを両立させる調査は困難です。医療安全向上目的の調査においては包み隠さぬ証言が必要ですが、裁判においては自己に不利益な供述を強要されない権利が憲法で保障されているからです。本試案がどちらの目的を想定しているのかについては、明記されていないようです。

段落(6)でいうところの「医療安全調査委員会(仮称)」が医療事故の原因究明と再発防止を目的として想定しているならば、当該委員会での調査結果が裁判で使用されない保障が必要です。すなわち、当該委員会の委員の守秘義務や、刑事訴訟・民事訴訟における証言拒否・押収拒否などが、法的な面も含めて保障されねばなりません。あるいは何らかの免責が保障されることでもよいでしょう。残念ながら本試案からはそのような保障が読み取れません。同様の観点から、段落(39)の「捜査機関に適時適切に通知を行うこととするが、医療事故の特性にかんがみ、故意や重大な過失のある事例その他悪質な事例に限定する。」との記載に関しても問題があり、せめて「故意と考えられる事例に限定する。」程度に留めなければ意味がありません。

一方、「医療安全調査委員会(仮称)」が民事訴訟や刑事訴訟を妥当な結論へ導くことを目的として想定しているならば、自己に不利益な供述や報告を強要されない権利が侵害されないよう配慮が必要です。しかし本試案の文面はそのような想定がなされていないようです。

このように、本試案のままではどちらの目的にも不適切な機関ができてしまいます。民事訴訟や刑事訴訟については、本試案でいうところの「医療安全調査委員会(仮称)」の調査結果にかかわらず警察や検察は捜査することができることと参議院厚生労働委員会や衆議院決算行政監視委員会第四分科会にて答弁されているようです。そうであるならば、本試案は是非とも医療事故の原因究明と再発防止に目的を絞って、当該委員会での調査結果が裁判で使用されない保障を盛り込んでいただきたいと存じます。

自分や部下の医療事故を減らすために常日頃より努力しておりますが、困難を感じる毎日です。「医療安全調査委員会（仮称）」から得られる情報が、そうした努力を支え医療水準を向上する材料となることを切望いたします。どうぞよろしくお願い致します。

本文

大学講座および大学病院病理部に在籍する病理医です。

第三次試案に反対します。

反対箇所は多数ありますが、以下の二つに絞ります。

■ 刑事処分について

- ・ 福島県立大野病院事件や、杏林大割箸事故を【重大な過失】と見なす可能性を残すシステム

- ・ 調査委員会が「過失なし」と判断しても、続発する刑事訴追を止められない

上記の状態で成立した場合、侵襲性の高い医療行為にチャレンジする外科系医師は激減し、自然経過、自然死を推奨する事態を招くことは必至と考えます。

■ 医療死亡事故の届出義務化について

届出件数は年間2000例程度を想定しているとありますが、解剖医の主たる戦力である病理医の人数と、案件処理能力について、全く議論、試算、シミュレーションがなされておらず、これが最大の問題と考えます。当事者である病理医の立場からすれば「そんなことをやる頭数は居ない」と申し上げるより無く、まさに【取らぬ狸の皮算用】です。処理のフローを、病理専門医の人数に即して試算し、それに適合する制度に全面的に組みなおす必要があると考えます。

「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

最初に結論を述べるが、現時点での法制化には反対である。議論が不十分であり、法務省などとの裁判に対するすりあわせもできていない。私が最も問題と考えるのは、(39)の捜査機関への届け出に関する部分と、問2の遺族による警察への直接の届け出である。

(39)については、届け出は故意や隠蔽によるものに限るべきである。重過失については、重過失の定義がはっきりしておらず、最近の裁判の例を見ても、現場の感覚とはかけ離れた鑑定が横行しており、現時点での判断には疑問が残るからである。現場では、当直など自分の専門以外の診療も強制されており、専門外の部分で重過失を犯す可能性は常に残されている。地方の救急では専門外の急患を受けざるを得ず、それに対する大きな責任を負わされるのであれば、今後は専門外は断ることも考えなければならない状態である。故に、重過失に関しては免責とすることが妥当と考える。

問2の問題であるが、委員会の結果を遺族が必ずしも納得するとは考えられず、警察に届けることは大いに考えられることである。これに対し、委員会に届け出た場合は、提訴できないようにする必要があると考える。医療行為とはどのような行為であってもリスクが存在し、それによる傷害や死亡の可能性は0%にはできないからである。少なくとも、刑事的には免責にしなければ、委員会に届け出ること単なる二度手間になってしまうからである。

以上の理由により第三次試案には反対である。