

議論がなされるべきだと思います。

また、再発防止のためには医療者の再教育も含め、医療者側の自律的な行動が不可欠だと思います。この点については行政処分という形で委員会がそれを担うよりは、医療者側にどのような形で再発を防止するのか考えるようにもっと協力をメッセージを発してもよいと思います。再発防止のための教育・指導には当然専門的な知識が必要ですし、それは委員会で総論的に受け持つよりは、各専門分野でそれぞれの職能者がきちんと担えるようにしていくべきだと思います。

こういう組織を法制化していく、その方向は間違っていない。また、第二次試案・第三次試案を見る限り、むしろ好ましい方に議論が進んでいると思います。今、重要なのはこの議論をこのままより深めていくことであり、適当なところで手を打って法制化を進めることではないと思います。

後期高齢者医療制度が現在大きな問題となっています。また、裁判員制度も実際に始まれば相当に国民からいろいろと批判が出るのが予想されます。いずれもその理念には汲むべきものがありながら、十分な議論とその内容の周知を欠いたまま事を拙速に進めたためと思います。同じ轍を踏むことのないように、第4次・第5次と試案を重ねて十分な議論がなされてから、法制化が進められることを期待します。

9医師(管理者を除く)

## 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

## 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ぬ理由は何か。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。

アメリカの謝罪マニュアルは、刑事・民事責任を免責されたものが前提である。それを忘れてなのか、あえて、ふれないで、個人責任だけを追究する制度が創設されようとしている。遺族が警察に訴えた場合、警視庁は事故調査委員会の結論如何に関わらず刑事事件として動くことになると明言している。また、モデル事業でも調査委員会の結論で納得された遺族は全体の25%(2/8件)であったとしており、これがそのまま運用されれば刑事事件が増加するのは自明と思われる。

現在、厚労省主導による臨床研修制度などにより、産婦人科では派遣医師不足が常態化している。訴訟の多い当科では医局員入局が圧倒的に少ない。最近の医師の意見でも過重な責任を回避する傾向が垣間見え、日本の医療は明らかに萎縮医療化している。(従って新しい医療に対するチャレンジがない。)

教授らによるめざましい再生医療での医療トピックが、新しく制度化される事故調により一般の人々に還元されるような機会が激減してしまうことは目に見えている。

後期高齢者医療制度によって政府の態度が年取れば政府はサポートしないというメッセージとなってしまった。それは現在の若年者へも深刻な影響を与えた。すなわち、そのような国では自分たちが年を取ったら切り捨てられるという危惧である。それは自分たちが生もうとする子供にも及ぶだろう。結果、少子高齢化は歯止めがきかない。

医者を悪者にする制度を新設する前に、あまりにも土木、建築、道路行政に傾いた現在の日本の政治システムを改変するべく厚労省が財務省から予算をとってくるぐらいの気組みを望む。さもないと再生医療など、日本の優れたサービス産業である医療界は完全に崩壊していくだろう。

これまでの日本の医療は、当直費をもらわなくても宅直をする赤ひげ的な医者の善意によりある程度まかなわれていたのではないか。それらの善行を踏みにじらないでいただきたい。

本文

医療は、そもそも当事者間で行う私的行為であり、問題解決も両者で行うべきである。その事を踏まえ、医療が高度になり、治療がある程度成績が上がり、期待が裏切られた事により紛争が起こり、

両者を納得できるがごとく司法の手を借りて解決しようとして来た。それでも、納得できない者が紛争を長引かせたり、個々の利益のために真実が曲げられたり、原因がはっきりしないあるいは科学とは無縁な法曹により不信が医療を混乱に導いている。

仮に真実を追究する目的であるなら、人が何故死ぬか、病がどうして起こるのが解らない限り議論が空転するだろう。戦う相手は人ではなく自然の力であるからだ。それに対して裁定を下せる者は神しかいない。そういった行為を行うのであるならば、懺悔をさせるのだから当然免罪を行うべきである。又、そういった次元に司法や行政が介入する事は憚られる。

現在の日本における医療崩壊を救うべく政治的な手法で新たな機関を設立させたい意図は理解できるが、法治主義と人治主義の観点から言えば十％分に法律により担保され官憲の不介入の場で十％分に議論させねばならない。

そのためには、関係者とは無縁の専門家による議論であり、具体的には不慮の死を全て強制解剖するぐらいの科学的見地による医学の追求を必要とする。結果に対して、専門家集団は責任を追及されない立場にあり行政は意見を十％分に聞く立場にあるのみとする。

結論：今回の第三次試案は、上記の事由により稚拙、拙速であり十％分な議論が語り尽くされていない。

よって反対である。

9医師(管理者を除く)

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

「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、+¥分な見直しをお願いいたします。

私は現場で救急医療に携わり、外科医として日々地域の医療に貢献していますが、今回の試案のような法律が出来た暁には、今後も同様の活動を続ける事は難しいと考えております。

この法案では医療を安全に保つ為と称して、実際は医療を萎縮させる効果しかない事は明らかです。

それは、世間は医療知識が全く乏しい事と、医療に対する過度の期待が存在している事が根底にあります。その状態で事故調査委員会という第3者機関が介在したとしても、試案に盛り込まれているような『遺族の慰撫』という目的があつては、客観的な判断が出来るとは到底思えません。それを目的とするならば、非医療者が、特に感情によって行動される遺族が加わるという事は、同機関は原則的に結果責任を問う為の罰則機関となることは明白です。

医療とは、不確実であり結果に対する保証をできるものではありません。

つまり、医療が行われた後から結果論として医療行為を検証されれば、どうしても不手際を指摘できる訳です。

そうなれば、こういった法案で更に煩雑な報告義務を現場の医師に課すという事は、そういった義務が発生する可能¥性のある症例は敬遠されてゆくしかありません。

それは被害者救済目的で賠償命令が出されるようになってきた判例に則って、そういった可能¥性のある患者の受け入れが成され難くなってきた現在の救急医医療崩壊の現実から明らかです。

医療事故を減らそうとする判断は、医学と医療マネジメントによる事のみで可能¥であり、法律に沿ってそれを行おうとすれば医療そのものが萎縮するだけで、事故が減ったけれど医療の恩恵も減ったという結果に結びつく事は想像に難くありません。

今回の法制化は、厚労省と日本医師会による高度な政治的判断によるものだと思いますが、簡単に法律で医療を弄べば医療そのものが崩壊するという事実に向けるべきだと思います。

しかしながら、より良い医療を求めて医療事故調査委員会を設立するという事業を目指すのならば、先ず国民全体の医療に対する認識の底上げを行い、医療者の免責事項を法制化するといった形で医療者の権利を確保した上で、調査委員会への報告という義務を課すという順序でお願いしたく存じます。

5学生

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

この法案で救われる人はいるのですか？

医師を罰すれば、不幸な転帰で死亡された方やそのご遺族にどのようなメリットがあるのですか？

現状の司法制度では、医師の個人責任を追及することが目的となっていますが、それを避けるために医師が行動を起こすと、それは国民全体の不利益になりませんか？

よって現状のこの法案には反対いたします。

年齢 50代

537-②/2

1会社員

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

第三次試案に反対します。

医療費抑制策や福島県立大野病院事件などにより、医療崩壊が急速に進行中の今、刑事免責が明確になっていない案を通すことにより、より深刻な医師不足、医療崩壊が起きるからです。医療崩壊を促進するような案には強く反対します。医療事故を少なくするにはまず、医療費抑制策を止めることが先決だと思います。それから、膨大な費用がかかると思われる事故調査委員会を立ち上げる費用があるなら、その費用を医療現場にまわしてください。その上で将来の患者となりうる国民全員の事故予防のための、医療事故調査ができる仕組みの調査委員会を作ってください。WHO基準の。



年齢 30代

538 - ②/2

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

大前提とし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」と見なす事故調なら百害あって一利なしと考えます。

それから事故調が「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制度なら全く無意味で単なる税金と人材の無駄使いとも考えます。

4. 氏名： 大滝 英二

5. 所属： おおたき循環器内科クリニック

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： 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                       |