

結果が悪かった症例から我々は多くを学ぶ。例え死に至らなかったとしても想定しなかった経過を辿った症例を後から幾度も検討して何が起こったのか知ろうとする。それは、その貴重な経験を次の患者さんに生かしたいからである。病理解剖をおこなうと、主治医が想像していたことと全く違った病態が体内で繰り広げられていたことに遭遇して愕然とすることがままある。治療の方針が全くあてはずれであった症例もある。そうやって得られた貴重な知見が医学を進歩させてきた。しかし、それはこの委員会に届け出るべき対象であろうか。各々の医療機関が病理解剖を行い治療担当者と病理医とが直接議論し学会などで発表したほうがよいのではないか。各々の医療機関が病理解剖を今以上に行える環境作りが先に必要ではないか。

結果としての死は重い。さらに治療が医学的に適っていたかどうか謙虚に受け止めるべきである。しかし、医学的に合理的な説明ができない予期しない死亡やその疑いのあるものを届けるという思想は誤りと考える。現在の医学はそこまでひとのからだや病態を治癒する前に・解剖することなく「正しく」わからないのだから。

(39~40)

全くの誤りである。

航空機の事故調査でも同じことがいえる。人間は誰でもミスを犯す。その人にだけに責任を押し付けても、今後の事故防止にはつながらない。だから、どうするか。原因でなく結果であると位置づけることが重要である。航空機事故と医療について取材された作家・

氏はかつて講演でつぎのように述べた。「米国では将来の安全を確立するために当事者に免責を与えて、あらゆる情報を収集してそこから分析をしている。そして、1970年代には「Fault Tree Analysis」という事故分析システムが確立された。また、人間は必ずエラーを起こすものであるという前提にたつてシステムを考えるようにもなった。しかし、いまだに日本における事故調査は犯人を捜し出すための捜査が主になっており、安全を目指した事故調査にはなっていない。」

現在の日本で、事故分析をするためには免責のうえで情報収集することの重要性をわかっている省庁のひとつは厚生労働省である。厚生労働省のホームページから医療安全の取組>安全な医療を提供するための10の要点という厚生労働省のページにたどれる <http://www.mhlw.go.jp/topics/2001/0110/tp1030-1f.html>。

そこには、「効果的な安全対策を講じるためには、個人の責任を追及するのではなく、システムの問題ととらえ改善していく「問題解決型」の取組が必要です。」とある。まったくそのとおりである。

「医師を刑事免責にすることは世間が納得しない」と考えるのではなくて、「(厚生労働省としては)安全を追求するためには刑事免責にしてさえも情報収集が重要なんです」という説明を広く国民にして納得してもらうことが重要ではないか。

平成20年4月11日東京高等裁判所で、2001年1月31日に焼津市上空で起きた、日本航空機同士(747とDC10)の異常接近と回避操作によって、747機内で乗客7名及び客室乗務員2名が重傷を負い、乗客81名及び客室乗務員10名が軽傷を負った、

事件で管制官の刑事裁判の控訴審にて、地裁判決は管制官だけの責任とは言えないとしたが、高等裁判所は管制官に責任があるとし、被告が上告した。新聞各紙が報じる内容が妥当でないという意見もあるが、「欧米では影響が大きい事故の場合、当事者を免責したうえで真実をすべて語らせ、再発防止に役立てる考え方が主流になりつつある。過度な責任追及は、原因究明に支障をきたす恐れもある。処罰を逃れようと、当事者が真実を語らなくなる可能性があるからだ。この点で、今回の高裁判決は国際的な流れに逆行する形となった。(朝日)」「航空機事故は複雑な要因で生じる。個人に責任を負わせるだけでは、裁判に不利になるとの理由で証言を拒まれて事故防止策には生かされない。国際的に原因究明を重視する背景にはそうした事情がある。(東京)」などの指摘をはじめとして、新聞各紙は刑事責任と再発防止のどちらを優先すべきか議論が必要としている。

航空機事故と医療。どちらも複合な要因が存在する。さらに、航空機は必ずしも墜落しないが人は必ず死ぬ。この問題について国民で広く議論することなく、残された遺族の感情を考えると報復＝刑事責任やむなしとしてしまってよいとは思えない。「(世間が)納得しない(でしょう)」と簡単に片付けないでいただきたい。

(別紙3)

「謙抑的な対応」という理解不能な表現ではなく、捜査機関との関係について明確化すべきである。

以上

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3次試案は医療事故の再発防止に役立たず、かえって問題を悪化させる危険が大きい事から反対する。

以下にその理由を述べる。

1. 委員会メンバーに中立性が無い

調査委員会に遺族側代表¥を入れている。これに対して医療関係者を入れて中立性を保とうとしているが、遺族側代表¥に本来対応する役職は医療過誤・事故を起こした当事者や経験者であるはずであるのにその代表¥が入っていない。厚労省の「ミスをした人間は入ることを許さない」という医療事故に対する誤った見方が端的に現れている。また、単に遺族側代表¥を入れるのは懲罰委員会的な役割になりやすい。医療やリスクマネジメントに精通した専門家が多く入るべきであり、それがたまたま医療事故の遺族だったら逆に委員会の中立性を損なわないか慎重に議論すべきである。

2. 届出をしない医師・医療機関にペナルティを課している

提出者のモチベーションを下げ、質の悪い届出を増やすだけである。また、提出する側にペナルティを課すべきならば、提出された案件を迅速に対応できなかった委員会に同様のペナルティを課すべきであるが現在の試案にそれは無い。ペナルティによる強制が効果を持つと信じるなら届出後迅速に処理できなかった委員会にも厳罰を処すべきであり、必要ないと思うなら届出側にもペナルティを課すべきではない。

3. 届出者が届け出た事で不利になる面が変わっていない

試案の端々から矛盾が見える。例えば「リピーター医師」を悪質な例と決め付けているが、何度も繰り返し誤る原因は本人の資質以外にも・教育システムの穴・繰り返し間違いやすい悪い現場システム・同様に間違いやすい器具やオーダーリングシステム など本人以外の問題が隠れている可能性が高い。「本人がミスしやすいのが原因」と決め付け個人ミスという思考レベルで停止する委員会は、医療事故の改善には役立たない。誰でも委員会の恣意で「リピーター」呼ばわりされる危険がある。この世で研修医時代からミスした事のない医師などいない。もし委員会が特定の医師をリピーターとして断罪しようと思えば研修医時代からのミスを掘り出して「過去にもミスの経験があった」と言えばリピーター医師の完成である。委員会がこれらを「悪質事例」として警察に通報すると明言してしまった時点から、委員会は暴走の種を抱えることになってしまった。委員会が事例を一切警察に通報するべきではなく、裁判の証拠として提出するべきでもない。もし通報するべき事例があるとしたら、明確な悪意のもと医療関係者が患者を死傷させた事

OF\$@\$1\$G\$"\$j!"\$=\$3\$K0Q0w2q\$NN)\$AF~\$km>CO\$OL5\$#\$#7:;v;v7o\$G\$"\$i\$PDL>o7Y:;!\$;v> pD0<h\$7!"BP><T\$K\$OL[Hk8"\$,\$"\$k!#\$7\$+\$78=;_N%7%9%F%`\$G\$O0Q0w2q\$K@Q6KE* \$K6(NO\$70eNE0BA4\$N\$?\$a\$K\$H<+J,\$KITMx\$J;v\$bOC\$7\$?7k2L!V0-<A;vNc!W\$HH=CG\$5\$I \$?\$iL[Hk8"\$bC%\$o\$1\$?)>uBV\$GFbMF\$,>Z5r\$H\$7\$F7:;v;v7o\$K:NMQ\$5\$I\$F\$7\$^&!#\$3\$I\$G \$OA10U\$NFO=P<T\$O!V<+J,\$,0-<A\$HH=CG\$5\$I\$?\$i\$I&&\$7\$h\$&!W\$HOC\$9FbMF\$K?5=E\$K\$J \$i\$6\$K\$F@\$J\$J\$7!"<+J,\$;!V\$\$\$o\$F\$K0-<A!W3:Ev<T\$HJ,\$+\$C\$F\$\$\$k?M4V\$OL[\$7\$F7h\$7\$F8i \$i\$J\$J\$G\$"\$m\$&!#FO=P\$N%Z%J%k%F%#r\$J\$/\$7!"OQ0w2q\$NWs0U\$G7Y:;!\$KDLJs\$5\$I\$+\$M \$J\$J\$!V0Q0w2q\$N0-0U!W\$,F/+\$J\$J\$OQ0w2q\$7%9%F%`\$r9=¥築し、刑事事件と判断したら委員会は一切手を出さず、警察の協力要請にも応じないようにしなければ、委員会の根幹である「当事者の自発的・積極的協力」は得られない。まさに「システムが引き起こす機能¥不全」が予¥見されるのに手を付けなかったら、委員会のシステム改善におけるリスクマネジメント能

¥力が疑われても仕方が無い。

4. 司法とのすり合わせが空論であった

4月22日の国会答弁における橋本岳議員の質問に対して法務省・警察庁の局長が明確に否定したとおり、第三次試案に書かれた「謙仰的扱い」など存在せず、遺族が委員会と関係なく警察に告訴した場合、捜査は行われることが明確になった。このことから2つの過ちが明らかになった。?第三次試案の「謙仰的扱い」は有名無実であり、刑事事件化の予¥防にまったく役立たない。?日本医師会は繰り返し「捜査を行わない事が明文化されている」と主張し会員に試案への協力を訴えているが、今回の国会答弁でそのような文書など存在せず、従って日本医師会の主張も空論である事が判明した。おそらく今回の試案に日本医師会、もしくは日本医師会からの説明を元に賛同する意見が送られてくると思うが、それらは誤った情報を元にした判断であるから賛同意見とするべきではない。この件に関しては日本医師会の説明に重大な問題があるので、厚労省は虚偽説明に対して厳しく当たるべきと考える。一方、もし厚労省も虚偽説明に加担しているとしたら、厚労省はこの試案を理由を明確に記して取り下げるべきである。

5. 国際的なガイドラインに抵触している

2005年に作られた「World Alliance for Patient Safety WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems」草案では、成功する医療安全委員会として7つの条件を挙げているが、今回の試案を元にした委員会は多くがガイドラインに抵触する。

7つの条件と今回の試案が抵触する部分

? Non-punitive「抵触」届出の時点で罰則がある。また届出や証言が刑事事件の証拠になる。

(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。)

? Confidential「抵触」刑事・民事事件の証拠に採用されれば当然個別情報が明かされる

(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。)

? Independent「抵触」法務省・警察庁の権限行使に対してまったく無力である事が判明

(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。)

? Expert analysis「抵触」ご遺族が入っている時点で抵触している。またリピーターを個人犯罪と看做す時点で訓練された専門家自体が試案作成者に存在しない可能¥性が高い

(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。)

? Timely「抵触」試案の元になった「死因究明モデル事業」は報告に時間がかかりすぎて機能¥不全を起こしご遺族を怒らせている。モデル事業で1年以上もかかっているシステムが、本格的に運用されれば更に時間だけがかかりご遺族の怒りは増すばかりである

(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。)

? Systems-oriented「抵触」前述の通り「いわゆるリピーター」などを悪質＝個人責任と考えている時点でシステム問題と捉える能¥力が欠如している

(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。)

? Responsive「不明」試案には勧告をどう周知させ勧告の実現に向けどうすべきかが殆ど書かれていない

(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。)

試案が殆どWHOのガイドラインに抵触した内容であるのは、日本がWHOと袂を分かち独自路線を歩もうという宣言をするつもりなのか、それともガイドラインに致命的な欠陥があり参考にするべきでない理由があるのか。厚労省はこの草案を「草案だから」と否定する以外否定する手段を持たないと考えるがどうか。

私はWHOのガイドラインに準じる為今回の試案はいったん廃案にし、世界的基準に沿った新

しい試案を考え直すべきときであると考え。そうしなければ最悪のシステムにより医療はますます壊滅していくであろう。試案担当各位の猛省と奮起を期待する。

577-④/4

4. 氏名： 長岡 武彦

5. 所属： 帝京大学医学部麻酔科

6. 年齢： 2 (※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： 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 |

4. 氏名 : _____

5. 所属 : _____

6. 年齢 : 3

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

<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

- | |
|------------------------------------|
| 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次試案の立法に対して反対です。

当方案に基づき設置される委員会のみで、あたかも現状の医療問題を解決できるかのような内容ですが、当委員会での医療者側の証言、医療機関の調査等が、民事のみならず、刑事責任に及んだ場合に引用される可能性が高く、必然的に医療者側は保身し、肝心の再発防止、システムエラーの改善など、うやむやになる可能性が高いからです。つまり目的とした「原因究明、再発防止」のためには、医療者側の最低限の補償が必要で、それを盛り込まない限り、悲しいですが真実は究明できないと思います。

4. 氏名： 高橋隆一郎

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： 1 (裁判には至らず)

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

第3次試案、読ませて頂きました。

一見、現場の要望を取り入れ、大幅に改善されたように見えます。

しかし、4/4の参議院厚生労働委員会の質疑や

4/22の衆院決算行政監視委員会第四分科会の質疑を聞くと、(便利な世の中です)

3次試案において改善されたと思われた部分には何の法的根拠がなく、

2次試案と文章が違うだけで

内容は何も変わっていないという結論しか出ませんでした。

(8)

厚労省の政策が事故の原因となる可能性があること、

また、現になっていることを考えると

厚労省内に設置すべきでは無いと考えます。

警察の捜査との絡みなども出てきますので、内閣府が最も適当と考えます。

(25)

全ての窓口をここに1本化するべきです。

直接警察に届けられた場合でも、

警察は専門機関である委員会へ届け出て、

警察の捜査、起訴はその判断に従って行うようにするべきです。

その点を明文化し法律化しなければ、医療の萎縮が止まることはないでしょう。

(39)

届け出を萎縮するようだと、再発防止にはなりません。

届け出る対象は、捜査機関から判断を求められた場合のみにするべきだと思います。

資料も、この機関で集めたものは捜査機関に渡すべきではないと思います。

逆に行政処分を行うために、医道審議会へは積極的に渡すべきだと思いますが。