

4. 氏名： 堤 寛

5. 所属： 藤田保健衛生大学医学部第1病理学

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： 1 (※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

日本の死因究明制度はあまりにお粗末である。生きている人間に対する医療が非常に手厚いのに対して、死んだ人間に対するケアはあまりにも薄い。年間 15 万人に及ぶ不審死の数%に過ぎない診療関連死に特化した制度を作りあげることが、日本という近代国家にとって本当に進歩なのか、そのデメリットを含めて「国の安全」の視点から広く論じる必要がある。死因究明制度は、時津風邪部屋事件で代表されるような、市中で生じる不審死の死因究明を含むような制度に設計する必要性が高い。したがって、厚生労働省ではなく、内閣府などの上位のレベルで施行すべきであると信じる。解剖経費は国家がもつべき性質のものとする。そのうえで、解剖を担う人材（法医医師および病理専門医）の育成を考えないと、制度は絵に描いたもちになるだろう。死因究明のための医師の育成は重要なもう一つの柱である。

- ① 解剖の担い手となる法医医師の数は絶対的に足りない（全国に 120 名程度）。協力すべき病理専門医も全国で実働 1900 しかおらず、診断、教育、研究に目一杯の現状がある。人材育成は焦眉の急である。黙っていても、法医医師はおろか、病理医も増えない。制度の計画は、人材確保と歩調を合わせなければ成立しない。人材が育つには年月が必要である。死因究明を通して“国の安全を守る医師”の重要性が強調されねばならない。そのために、何らかのインセンティブが働くような制度づくりが必須である。新医師臨床研修制度の中に病理と法医へのローテーションを必須化し、これらの領域を選ぶ人材には奨励金を出すなどの優遇措置が必要である。米国のように、病理医を法医医師としてリクルートする道が正しいと思われる。不審死の 2/3 以上が病死だからである。人材が足りない医師は、小児科、産婦人科や麻酔科だけでない。
- ② この試案はあくまでも診療関連死に特化した制度だが、わが国の安全に求められるのは、診療関連死の解明だけにとどまらない。現行の監察医制度はあまりにも不十分で、不自然である。死因究明制度として十分に機能しているのは東京都 23 区だけで、しかも、国でなく都が予算を出している。死亡現場に警察官とプロの監察医がでかけ、事件性がないと判断した行政解剖対象例 2500 の中で毎年 1~3 体が司法解剖に回るのも確かな実績である。東京都監察医務院には計 10 名の法医医師が常勤している（これが、大学以外に確保されている唯一の法医医師のポストなのである！）。監察医制度のような死因究明制度の不備のために、多くの事件が解明されていない可能性が高い。これは明らかに国の怠慢である。新たに立ちあげるべき死因究明制度は、医療関連死にとどまらずに、一般の異状死体にも広げることが重要課題である。当然、すべての解剖経費は国が負担すべきである。
- ③ とはいえ、人材不足はただちに解決できる問題ではない。不審死体に対して、まずオートプシー・イメージング（AI）が行われ、解剖の必要性を判断するステップを導入することが解決の早道だと信じる。そのために、今後立ちあげる地域ブロックごとの「調査委員会」（できれば、広い範囲の不審死を取り扱う“剖検センター“が望ましい）には、複数の法医医師、病理専門医とともに AI 施設（CT や MRI）と常勤放射線科医を置き、検視・検死の精度をまずあげることが求められる。言うまでもなく、この“剖検センター“には、薬物検査や遺伝子検査ができる機能を付加すべきである。

1会社員

40代

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

前文を読む限りでは、医療の安全性の確保、向上がこの試案の目的であると理解できます。が、内容を見た限りでは、とてもこの案で安全性が確保できるとは思えません。

事故が発生したときの調査、原因の追究は、類似の事例を未然に防ぐためにもとても重要な事だとは思いますが、そのためには、その調査が個人・組織・団体の責任を追及しないことが保障されていなければなりません。

航空事故でもよく言われる事ですが、医療事故という複数の原因やシステム上の欠陥が絡む事案において、個人の責任を追及することは、関係者の発言を阻んだり事実の隠蔽につながる事になり、安全性の向上には寄与しません。

ですが、この試案を読む限りでは、事故調査委員会がどのような調査を行おうと、警察への告訴、刑事介入を防げはしないように思われます。つまり、結局のところは個人が刑事被告となり責任を取らされる、という事になります。であれば、事故調査委員会などといったものは何の力も持たない、と言わざるを得ません。

■9ページ目【捜査機関への通知】について

>地方委員会から捜査機関に通知を行う事例は、以

>下のような悪質な事例に限定される。

とありますが、では調査委員会は悪質ではないと認定し、地方委員会から捜査機関への通知がなされなかった場合、それでも遺族その他による警察への告訴があり刑事手続きに発展した場合は、単に捜査機関がもう一度取調べを行う事になるのではないのでしょうか？

だとすれば、調査委員会などは何の意味もなくなります。調査委員会による調査の後に警察の取調べがやってくるだけです。

また、「故意ではないが重大な過失」とは一体何を指すのかが不明です。

故意に誤った医療行為が行われ、その結果患者が死亡したのだとすれば、それは殺人です。刑事責任を問われるのは言うまでもありません。

では、罰するに値する重大な「過失」とはどういったもののでしょうか？

例えば医療者の技量不足によって事故が発生した場合、未熟さが「過失」と言われるのであれば、医師・看護師の卵は訓練をつむ事ができなくなってしまうませんか？

忙しくて、ついっっかりして、薬剤を取り違えた場合は、それは「過失」ですか？重大な過失ですか？ささいな過失ですか？

このようなあやふやな文面では「では危険のある所には手を出さない」といった緊縮医療が進むばかりではないかと懸念します。

■11ページ目【行政処分】について

行政処分によりシステムエラーの改善を図る、とありますが、それは責任追及の矛先を変えただけで何の問題解決にはなりません。それが個人であれ組織であれ何らかの団体であれ、誰か(どこか)に責任を被せ何らかの罰を与えたところで、システムエラーは改善されません。

システムエラーの改善に必要なのはシステム自体の改革です。

例えばシステム不備の真の原因が予算不足であったとすれば、その改善には予算の投入しかありえません。

現在の医療界の状況を鑑みるに、一番必要なのは予算です。(人員不足もありますが、それは結局のところ予算不足から来るものです。)

また、日本医療は美容整形などの自由診療領域を除いてほとんどが統制経済の下にあります。
システムエラーの原因が予算不足であり、それが医療政策の結果だったとした場合は、政府、又は厚生労働省が行政処分を受ける、という認識でよろしいでしょうか？（一体どんな処分を？）

■（別紙3）「捜査機関との関係について」について

- >2 医療事故についてこうした対応が適切に行われることになれば、刑事
- >手続については、委員会の専門的な判断を尊重し、委員会からの通知の
- >有無や行政処分の実施状況等を踏まえつつ、対応することになる。

>その結果（中略）謙抑的な対応が行われる事になる。

と記述されているが、これは単に希望的観測に過ぎないのではありませんか？

謙抑的な対応が行われる、という保障はどこにあるのでしょうか？

先に行われた国会答弁では、警察庁及び刑事局の担当者からは、委員会からの通知があろうとなかろうと告訴があれば刑事手続きが行われる事には変わりはない、との答弁があったが、その事についてはどうお考えなのでしょうか？

また、この試案の中には調査における匿名性に関して、一切記述がありません。

調査対象者や発言者の、個々の事案そのものの匿名性を保障しないで、どうして正確な調査を行えるのでしょうか。

・例えば、自分の証言が名前・所属などが特定できる状態で残されるとわかったら、自分に不利な事、又は同僚・上司などに不利になるであろうと思われる事には、口を噤みがちになります。

・また、問題となる事例の医療側の当事者（例えば病院名、執刀医名）などが予算め明らかになっていた場合、その手技に関して何らかのバイアスがかかった見方をされてしまいはしないでしょうか？

更には、この試案では死亡した事案のみを検討対象としているが、高度障害が残った場合はどうするのでしょうか。例えば植物状態に陥った時、死んでしまえば調査の対象となるが、生きている限りは調査の対象にはなりえない、という事でしょうか。患者や家族が医療過誤を疑った場合はやはり刑事事件になるのではないのでしょうか？

以上のことを鑑みるにあたって、今回の「第三次試案」では、医療への刑事介入・司法介入を防ぐ事はできず、結果、医療の安全に寄与するとは考えられません。

よって、私はこの試案に反対致します。

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. 医療紛争の経験： 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 |

(※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)

603-④/4

「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

基本的にはこのような制度は必要と考えますが刑事事件の手続きを抑制するものでないことは国会の答弁で明らかであるのでこの第三次試案に基づいて立法し、医療死亡事故について、分析・評価を専門的に行う機関を更なる議論がないままに制度化することに反対します。

「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

この第三次試案をこの段階で制度化することには反対いたします。

私は一市民で医事紛争の経験もないものですが、親しい友人に医療従事者がおり、いつもこの話をしています。

現場はただでさえ人手不足の為忙しく、自分の健康管理もままならない状況であり、人のために尽くしたいと思ってこの職業に就いたのに、このままでは辞めざるを得ない・・・という話をされていて、身につまされます。

制度の理念自体は素晴らしいと思いますが、全ての基準が曖昧で、どうとも取れるような文章では、医療従事者も患者側もお互いに都合の良いように解釈をしますので、制度を作っても現行と何ら変わりありません。

医療従事者は、正しい医療行為をして簡単に罰せられるような制度に脅えています。既に萎縮医療になっていると聞きます。

患者側の立場に立てば、出来ることがあればやって欲しいし、不幸な結果になれば、他の方法があったのではないかと思うのは当然のことで、そうなったときに現場の医療者のせいにしたくなるのは当然のことです。すぐに訴えることができる社会であればなおさらです。しかし、それでは医療者は耐えかねて去ってしまうのも当たり前です。そのつけは結局は国民に跳ね返ってきます。

自分達にとってより良い社会にするためにも、医療従事者が安心して医療を行えるような法制化をしていただきたいと思います。

具体的には、調査機関を国からは完全に独立した機関としていただき、医療の専門家とその判断の基準となる有識者のみで構成し、原因究明の目的のみとすること。患者・遺族のケアの出来るきちんとした機関を作ること。故意の場合を除き、医療者個人に対して罪を問うことは絶対のない法律を作ること。

こういったことを制度化するには、予算と人員、時間が必要です。

専門家と司法・行政が一体となって時間をかけて協議を重ね、また国民の理解を得て法制化していかないと、上っ面だけのものとなってしまいます。

そういった理由で、現行の試案を制度化することには反対いたします。

「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

私は大学病院において、認定病理医として病理解剖業務に携わる者です。現在まで250体以上の御遺体を自ら病理解剖検査し、報告書を提出しております。

事故調査委員会を設置する、という総論には賛成します。現在の裁判システムによって医療事故を裁こうとする行為は、萎縮医療を呼ぶだけです。

しかし今回の第三次試案については、問題が多すぎると考えます。このまま施行すれば医療を完全に崩壊させる原因となるでしょう。従って第三次試案に反対致します。以下に問題を列記します。

2(10)(13)「その他の有識者（医療を受ける立場を代表する者等）の参画を得て構成することとする」

調査チームは専門家のみによって構成されるべきです。航空、海事、鉄道に於いてと同様です。特に患者代表と称する者の参画は有害無益です。それが証拠に、諸外国の医療事故調査委員会において、患者代表を参画させているものは皆無です。医療従事者と法律家の他に入れるべきメンバーは、患者代表ではなく、システムエラーの専門家です。

2(20)「例えば、塩化カリウムの急速な静脈内への投与による死亡や、消毒薬の静脈内への誤注入による死亡等が想定される」

これらの事象は、故意でなければ、明らかにシステムエラーによってしか起こりません。「誤った医療を行ったことが明らかか」どうかによって場合分けをするのは事故の起因の実情に即していません。

2(20)「また、届出範囲②は、誤った医療を行ったことは明らかではないが、行った医療に起因して患者が死亡した事例（行った医療に起因すると疑われるものを含む）であって、死亡を予期しなかったものである。」

患者とは、そもそも現病によってもしくはその他の突発的な疾病によって予期せぬ死亡をきたすものであります。何らかの治療行為が行われている最中にもその事象は起きるのです。私の経験した病理解剖においては、死亡を予期しなかった場合の死因は、多くの場合が治療によるものではなく上記の原因でした。つまり、予期せぬ死亡の多くは事故ではなく単なる病死です。これを解明するのは事故調査委員会の仕事ではなく、あくまで病理医の仕事です。

結論としては、死亡原因の想定が事実即していません。

2(27)②「臨床的な見解を踏まえて、解剖担当医が解剖を行って解剖結果をとりまとめる」

全国に認定病理医は1996名（07年9月1日現在）しかおりません

(<http://jsp.umin.ac.jp/public/board-certified.html>)。

法医解剖医に至っては全国に約130人しかいないと聞いています。つまり両方合わせても約2000人しかいないのです。そして、暇な者はおりません。また、解剖には組織学的検索が必要であり、組織標本を作成する為には病理技師が必要です。

これらの人材の目処はついているのでしょうか。現時の業務の他に事故調査委員会の業務を滞りなく行えるだけの人的ソースがあるかどうかについて、極めて疑問と考えます。

別紙3

問1問2問3について

刑事手続きが謙抑的になるかどうかについては、4/4参議院厚生労働委員会および4/22の衆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ません。

問4について

事故調査委員化の結果が刑事裁判に反映されると、調査に際し関係者が自らの関与を恐れて十分なブリーフィングが不可能になる可能性が非常に高いと考えます。医療事故の特性に鑑み、明らかな故意以外は、関係者の刑事免責を保障する必要があります。

以上です。

まだまだ問題はありますが、少なくとも看過し得ない点を最小限列記致しました。

4. 氏名： 城 守

5. 所属： (医)城小児科クリニック

6. 年齢： 6 (※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 |

「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

(3) 医療従事者の望む診療に関連した死亡の死因究明のための制度は、オーストラリア・ビクトリア州で行われているコナーによる行政解剖制度である。純粋に医学的・科学的見地から死因究明と再発防止の制度の確立が必要である。

(7) “医療関係者の責任追及を目的としたものではない。”との委員会の設置目的を国民、特に司法関係者・マスコミに周知徹底するとともに、法律上明文化する必要がある。刑法上の個人責任追及は、原因究明・予防対策にむしろ弊害となる。

(13) 調査チームの委員である法医・病理の専門家養成が急務である。

(13)(29)(30)(37)(別紙2) 地方委員会の調査結果・判断に遺族あるいは医療機関当事者が疑問・不満を持ち納得できない場合は、中央に設置する委員会に再調査・再検討を依頼することの出来る制度とすべきである。特に、遺族側においては、医療の不確実性についての理解することは容易でないものと予想され、またいわゆる被害者意識により、告訴などに訴える可能性がある。それを避けるため、再審査制度の導入が必要と考える。

(19) 医師法第21条の改正は不可欠であり、明らかな故意による犯罪行為が疑われる場合は、警察など司法当局に速やかに届ける必要がある。犯罪の証拠が消失・散逸・隠滅されることがあってはならない。医療現場を利用した犯罪行為事例がこの調査委員会に紛れ込むことによって、本来の診療行為に関連した予測できない死亡の死因究明の目的に反し、また犯罪行為事例の究明が正確に行わなければ、本委員会の信頼性が揺らぎ、本委員会への司法の介入を招くことになる。

(20) 医療機関における医療安全管理の責任は、その管理者にあるとはいえ病院のように複数の医師が勤務している場合は院内委員会で協議・検討することも可能であるが、診療所では届けるべき事例で有るか否か判断に迷うことがある。診療所などの事例を相談することの出来る窓口を医療安全調査委員会または医師会などに設ける必要がある。

(別紙3の問2の2) 遺族などから告訴のあった場合、医療安全調査委員会の医学的判断が警察・検察・裁判所などの法的判断と同列であるか疑問である。したがって、委員会の調査資料が捜査当局の証拠資料として利用され、医療関係者が加害者として糾弾される危険がある。また、刑事手続きが謙抑的に行われることとなるとされているが、明文化する必要がある。

4. 氏名： 齋藤 伸二郎

5. 所属： 山形市立病院済生館脳神経外科 科長

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： 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

山形市立病院済生館

診療技術部長（兼）救急室長（兼）脳神経外科長

齋藤 伸二郎

第三次試案の内容には、事故調査と、患者さんが医療内容を知りたいという願望、という2つの異なるカテゴリーが混在しています。この、カテゴリーが異なる2つの事物が混ざった法案は、一見2つの目的に目を配っているように見えますが、結局両方を満足できないと考えます。

きちんとした事故調査と、事故の内容を患者さんに開示する事とは別にすべきです。別にした方が患者さんの為にもなりますし、2つの目的を十分に達成できます。事故調査と患者さん救済制度は分ける事を提言致します。

「要望」

- 1 犯罪ではない医療事故を刑事罰から完全に外す制度にして頂きたい。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を明らかにするためにもなりますし、適切な医療を受ける為にも重要です。本第三次試案の『はじめに』に書かれている内容を実現する為には、検察庁や警察との合意文書を作成して頂きたい。
- 2 「重大な過失等」の内容の定義をもっと工夫して、患者さんも医療側も健全な医療ができるよう、明らかに文章化して頂きたい。
- 3 医療安全委員会の構成は、世界基準で作成すべきです。調査委員会は、科学的な調査を行う事が患者さんの希望をかなえる最も適切な委員会になるので、専門家で構成し、かつ独立性を持たせて頂きたい。そのほうが、調査がきちんとでき、患者さんの為にもなります。
- 4 医師法21条は第三次試案でも述べているように、犯罪だけを警察に届け出るように戻して頂きたい。
- 5、調査チームの人員確保方法や財源を明確にすべきです。
- 6、現時点では現在全国大学附属病院が行っている調査委員会を利用し、また、各病院や都道府県で行っている、患者さんからの医療に関する疑問受付制度を利用し、医療事故の事故調査・公表・予防を行う事が患者さんにとって良いと考えます。健全な医療を行う為にも、現在大学附属病院が行っているような

609-⑤/5

制度を強化し、その制度が機能していない場合に、当委員会のような独立した機関が行政処分できる制度を作成した方が、現実的であるので、その普及の推進を要望致します。

7、米国が1995年に設立した全米患者安全基金(National Patient Safety Foundation ; NPSF)のような経済的救済制度や、患者さんの気持ちを汲み取るMedical Mediatorの制度を発足する事が患者さんへの最も良い制度設計になる事を提言致します。

8、事故調査と患者さん救済制度は分ける事を提言致します。

「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

病院機関の管理者に届出範囲をゆだねられており、管理者が医学的知見から届出不要と判断した場合には届けなくてもよいとされ、なおかつこの判断に遺族が不服申し立て（地方委員会への調査以来）があったとしても行政処分の対象にはならないとされている。（p 5-（23））

「提案」

ここでは逆の立場で遺族の同意を追加していただきたい。

「届出書には遺族の承諾を得、サインを記す事」としたい。

または「同意が得られない場合には提出しなくてもよい」

あくまで遺族の意向を踏まえて、おこなうべきである。

そっとしてもらいたい遺族も多くいると思われる。

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

医療関連死の多くは、病気・怪我によるもので、基本的に医師の処置によるものではないのです。

なのに事故調とは、(あくまで、第三次試案のままだでは)医療関連死に際して、誰が犯人なのかを見つけ出すために設立するかのようです。それがどれほど善意の、必死の医療行為であったとしても、結果が悪ければ殺人犯にされてしまう。『努力が報われないどころか、むしろ、無駄な努力をするな』と言っているかのようでもあります。

そんなことになってしまえば、リスクの高い医療行為や、重症の患者さんを診なくなってしまう医師が増えるかもしれないという予測が、どうして浮かんでこないのかが不思議で仕方ありません。

一生懸命やって、医療者自身にとっても悲しい結果に終わったうえに、訴えられるようなことになったら・・・、その先に刑事罰が待ってるかもしれない・・・そういうことを考えながら医療行為をしている医師は、現在、既にいるのです。

福島の大野病院事件、奈良の大淀病院での事件・・・この二つの訴訟が、医療の現場に及ぼした影響は本当に大きいものだと、現場の医師たちは声を揃えてそう言います。

現場の声を、無視していいのでしょうか。

そして事故調の影響で、現場から医師が立ち去り、真にこの国の医療が崩壊しても、良いというのでしょうか。

以下は、医療現場の『声』です。

ブログ『ななのつぶやき』 前回帝王切開、前置胎盤の症例・・・より、一部を引用します。

(前略)

手術が無事にできたのも、過剰なくらい嚴重な準備ができたためだと思っています。

これも、大野病院事件という、苦くも貴重な前例があったおかげです。

あの事件がなかったら、あそこまでの準備はできなかったでしょう。

しかし、あの事件の顛末と昨今の状況を見ると、

この手術に入る前に、場合によっては刑事罰もあり得るだろうと、

覚悟せずにはいませんでした。

今まで苦勞してきた若い麻紀さんに、是非とも幸せになってほしいし、

そんな麻紀さんとご主人のために、子宮を残す努力をぎりぎりまで頑張るつもりでした。

それができなければ、医者ではありません。

しかし、どこまで頑張っているのか。

きちんと見極められるのだろうか。

結果が悪かったら、書類送検ぐらいはされるんだろうな。

そう、思っていました。

帝王切開の前に、緊張しながらもそんなことが思い浮かんでしまう現実が
ちょっと悲しくなりました。

(後略)

全文はこちら→<http://blog.m3.com/nana/20080506/2>

この文章の中に、事故調の、あるべき姿が示唆されているように感じます。

つまり、

医療行為に携わった医師を刑事罰を問うのではない。
苦くも貴重な前例として、医療者が厳粛に受け止めることで
現場の士気を高めていくことこそが、次の悲劇を繰り返さないことにつながる。

…そういうことではないでしょうか。

もしも、事故調に役割を望むなら、医療関連死の事例一つ一つを『苦くも貴重な前例』として扱
い、
それが、次に生かせるように検討される場であってほしいと、願います。

…

以上、日本の医療がこれ以上、崩壊しないことを願う、いち国民の意見でした。

4 . 氏

名 : 倉田二郎

5 . 所

属 : 帝京大学医学部麻酔科学講座

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

第三次試案では、医療事故の報告・調査において医療安全調査委員会が果たす役割が明確になってきており、その点を高く評価致します。しかし、それでも尚、告訴に引き続き刑事事件としての取り調べや逮捕に繋がる可能性が残っています。医療事故は刑事事件として扱われるべきものではないと存じます。

そもそも医療とは、本来の不確実性に加え、一定の確率で起こる人為的ミス・事故という要素を内在するものです。医療は「うまく行って当たり前」ではなく、「生命の危険を伴うが病状の改善に繋がる希望を持ちうる」ものです。したがって、医療の結果起こった不幸な転機を、業務上過失として扱うこと自体に大きな矛盾があります。医療者は、万一にも業務上過失として刑事責任を問われる可能性があるような医療行為を、いかに医師法と患者の依頼に基づくものといえども、真っ当に行うことは出来ません。その結果、分娩のような、大きなリスクを伴う医療行為を避けようとする医師や病院が増え、国民が医療を受ける権利に重大な影を落とすこととなります。

以上の理由から、医師や病院が良心に基づいて行う医療に関しては、「刑事告発されることがない」という保証が必要です。一方で、業務停止、免許停止、保健医療停止などの行政処分や、民事による損害賠償請求などは、個々のケースに即して正しく運用されるべきだと存じます。

以上、パブリックコメントとして、私見を述べました。今後の試案改定に役立てて頂ければ幸いです。

倉田二郎

4. 氏名： 河野修興

5. 所属： 広島大学医学部呼吸器内科

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： 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 |

「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

この第三次試案は本来医療事故による死亡の原因究明・再発防止等を目的とするものであり、日本内科学会が関連学会と協力して実施している「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を参考にする構成メンバーで調査チーム、地方委員会、中央委員会などからなるとされている。従って、このモデル事業の結果報告を十分に吟味しなければ、第三次試案の有効性を議論することは不可能であり、現時点では、この第三次試案は好ましいものとは考えられない。また、以下に述べるように解決することが非常に困難な多くの問題を抱えている試案であり、その解決が先決である。

- 1) 刑事訴訟法の改定がなされる前に本試案を元にして法令を作成することは現実的ではない。例え法令を作成したとしても法務省などが了解するとは考えがたい。一部が一人歩きするだけに終わる可能性が高い。
- 2) 医師法 21 条に対して何らかの抑制効果がある、すなわち、警察へ通報する回数が減少するとしているが、これを法務省・警察庁が認めたという事実はない。従って、本第三次試案が法令化されたとしても、医師法 21 条への抑制効果はないと考えるべきである。
- 3) 第三者機関を作ることは必要であるが、あくまで医師が主体的に作るべきである。例えば、医師会が中心になるなどの方法が考えられる。医師の監督機関である厚生労働省が届出受理、調査、行政処分の権限を施行することになる本試案は好ましくない。あくまで、行政機関外の組織として創立すべきである。
- 4) 重大な過失、あるいは、医療事故の届け出範囲を明確化する意図が述べられているが、実際の医療現場においてその明確化は不可能に近い。医療は本来、市民が危険な状態にあるという状況に対して必要なものであるからである。明確化できないままに本試案が法令化された場合、危険な状態に陥っている患者を診療しようという意欲ある医師は激減し、医療の萎縮・崩壊を加速することが予測され、考えるだけでも恐ろしい。従って、試案の中で実現可能な明確化された案を作り上げてから試案を提出すべきである。
- 5) 看護師と医師は医療行為における権限が大きく異なっている。従って、医療に対する理解の方法や程度も大きく異なっているので、調整看護師を委員会や調査チームに所属させるのであれば、その任務に関する慎重な議論がまずあってしかるべきである。
- 6) 年間数万件の医療関連死が調査対象となる可能性があるかと予想されている。

従って、莫大な予算と膨大な数の医療関係者の協力が必要である。地方ではただでさえ医師不足による医療崩壊が加速している実態がある。また、卒後臨床研修必修化が導入されてから基礎医学の講座へ進む若手医師が激減しており、法医学教室や病理学教室は本来の業務を肅々となすことも不可能になりつつある。このようなときに、本試案に基づき委員会や調査チームを形成すれば、医療崩壊は更に加速することが予測される。

4. 氏名： 小川 浩

5. 所属： 神奈川大学 経済学部

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： 7 (※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 |

(※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

A. 調査報告を民事・刑事手続に利用する問題

(43) (44)によると、調査報告書は民事・刑事の資料として利用されるようである。しかしながら、(3)でも指摘されているように、民事手続や刑事手続は原因究明のために行うものではないし、もしそのような目的に利用されるのであれば、裁判で不利になるような情報も積極的に調査報告に開示することは非論理的である。このような流用を許すことは、(2) (3)で主張されている調査委員会の目的と矛盾している。原因究明・再発防止を目的とするのであれば、調査報告書の内容を民事・刑事手続における証拠として利用することは明確に禁止すべきではないか。

B. 調査委員会と刑事手続の併存に関する問題

p13 別紙1の図では削除されているが、新制度による調査委員会が設立されたとしても、遺族が警察に訴え刑事手続が起動する経路はそのまま残っている。大阪府でのモデル事業では「2年間で14例調査が終わったが、遺族の納得を得られたのは半数行かない」(http://mric.tanaka.md/2008/05/03/_vol_56_1.html)とのデータもあり、(43) (44)のように調査委員会での報告書が刑事手続で利用されることも考慮すると、単に医療者を処罰する経路を増やすだけになる可能性がある。少なくとも、調査委員会で処理すると決めた案件については委員会経由以外の刑事手続を停止するように刑事訴訟法の改正も含めて調整すべきではないか。

C. 調査委員会の運用可能性に関する問題

(10)によると調査チームは臨床医を中心として構成し、解剖担当医(病理医?)2名、臨床医5~6名となっている。モデル事業での平均報告書作成期間が10ヶ月程度であるから、1年間に2000件の報告書を作成するためには、単純計算で1700チーム程度が常時調査活動をしている必要がある。すなわち、解剖担当が3400人、臨床医が10000人程度である。病理学会の専門医は2000人弱しかいないことと、昨今の勤務医不足の状況を前提として、これだけの数の調査チームを構成し、運用していくことが可能であるとは考えにくい。運用に関する予算、人のシミュレーションは行った上で運用可能という結論は得られているのか。

以上3点

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

拙速に過ぎる。そもそも目的は事故防止のための探求か個人責任の探求か？制度、財政に問題ありと判断された場合、厚労省が自らに処分をするのか？また、重大な過失とは何か？種々の事案のシュミレーションもうまくいっていない、十％分にやっていない。この調査委員会を組織する人員は如何ほど要するのか？財源はどうするのか？委員会に提出するという調査のひとつに死因究明があるが、その体制はどうするのか？警察も法務省も、事故調の結果に関係なく動くことは可能であり、また、その権利を失するものではないと、国会で明言されているが、刑事訴訟の抑謙的対応とは、何によって担保されるのか？医療者の教育的処分というが、どのように誰がどこで行うのか、どう評価するのか？大多数のまじめな医療者が心を折られて、医療崩壊がさらに進んだとき、だれが責任をとるのか？国際的な基準をなぜ前提に据えないのか？議論はつきない。もう一度しるす。拙速すぎる。第3次試案のままの制定には断固、反対する。

4. 氏名： 青山 隆徳（あおやま たかのり）

5. 所属： 安永法律事務所（佐賀県弁護士会所属 登録番号31441）

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： 14 （※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 （※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

平成20年5月7日(水)

佐賀県弁護士会所属
安永法律事務所 弁護士 青山隆徳

はじめに

当職は、佐賀県弁護士会に所属する弁護士である。当職は、現在の事務所において、これまで、佐賀県下の医療機関を代理して複数の医事紛争の示談交渉・訴訟代理を行ってきた。

以下、かかる立場から、医療側の代理人として今回の第3次試案における問題点を指摘する。

第1 総論

当職は、以下の理由から第3次試案（以下「試案」という）に記載される形で事故調査委員会（以下「事故調」という）の設置に反対する。

第2 各論

1 刑事責任との関係

(1) 医療の萎縮を招く刑事司法の介入を防ぐという本来の目的が達せられる保証は一切無いこと (39、40)。

法的には明白なことであるが、幾ら事故調において医学的知見からの調査がなされたとしても、それにより刑事訴訟法上の遺族の告訴権、警察・検察の捜査権限が無くなるものではない。医師法21条の改正や事故調制度の設置だけでは、試案が目指すような医事紛争の刑事事件化の回避を図ることが法的には不可能であることは明らかであり、それが可能とするかのような試案の表現は不正確かつ不適切である。

この点、刑事司法の介入の防止のためには、刑事手続法ではなく実体法(刑法)の改正により、医療行為を正面から正当行為として刑事手続の対象の枠外とすることが不可欠である。

(2) 黙秘権を事実上侵害すること (27)

以上のように、試案の内容では、全ての事故調の報告書は刑事事件の証拠として用いられうる。

しかしながら、事故調の(表向きの)目的が原因究明にあることから、医療機

関側においてこれに一切協力しないとの対応は事実上困難と想定される。それゆえ、医療機関側としては、原因が不明な状態の中で、自己の意見がまとまらないままに供述をせざるを得ないことも想定される。

訴訟の場合には、裁判所での書面提出・尋問の前には、弁護士への相談や、他の専門医師からの助言を受けるなどした上で、十分な防御の機会を得た上で対応していることを考えれば、事故調による調査と捜査が連動すれば、防御の機会無く反対尋問を受けるに等しい不利益を当該医療機関に与えることになる。

かかる事態は、黙秘権を事実上否定するに等しいものである。

(3) 捜査機関・裁判所が事故調の結果を尊重するとは限らないこと (39)

加えて、事故調における医学的判断が医師の過失を否定する方向のものであったとしても、捜査機関が別の医師の見解を聞くなどしてその判断を否定し、逮捕・起訴（刑事事件化）することは法律上何ら否定されるものではない。

とすれば、医療機関側は、本制度の設置により、事故調査委員会における医学的妥当性（過失）の調査、および捜査機関による捜査という、いわば「二重の危険」を負担することになるだけとなる可能性がある。

このことも、結局は捜査機関を拘束するような内容の手当て、具体的には一定の医療行為に対する刑事免責を実体法上付与しない限り、変わるものではない。

(4) 「重大な過失」の通知制度について (27)

試案は、過失の程度について重大なもの（標準的な医療行為から著しく逸脱したもの）のみにつき、事故調から捜査機関に報告を行うとしている。

しかしながら、もとより「重大な」「著しく」などの評価概念では、通知の対象となる制度を明確にすることは出来ないばかりか、仮に具体的に類型化したとしても、医療行為の多様性からあらゆる行為を類型化することは不可能であり、結局は包括条項（「その他前記各項と同程度に重大な過失のある事項」等）によりグレーゾーンが残ることは避けがたい。

このため、事故調に継続する案件の相当数は、なお刑事事件化するおそれがある。

(5) 通知制度が無くとも、調査結果は刑事手続きに利用されうること

さらに、仮に事故調からの通知制度が無くとも、事故調制度が存在する以上、捜査機関はその調査結果を強制捜査としての捜索・差押により入手可能である。

したがって、結局は捜査機関の「謙抑的な運用」が紳士協定に留まるのであれば、捜査機関が捜査に着手した案件については、事故調による調査の結果如何に関わらず、刑事事件化し、必要に応じて逮捕勾留・取り調べなどを受ける危険性がある。

(6) 小括

以上のとおり、事故調査委員会制度の存在は、現行の刑事手続をそのまま温存し併存させるものであるから、医療の萎縮を防ぐ目的を達せず、かえって防御が不十分な状態での対応を強いられる危険が増えるだけである。

したがって、医療機関側から見た場合、試案の内容には賛同し得ない。

(7) 提言

① 事故調の報告書を一切捜査機関に利用させない (39)

事故調を真に原因究明のための制度とするのであれば、事故調の報告書は一切刑事手続に利用されないよう、法務省と協議し、法律に明記すべきである。

② 代理人弁護士による防御の機会の付与

本制度においては、医師ないし医療の専門家のみが関与すれば本来十分であるが、委員会においては医療機関側の代理・弁護を行う弁護士も同席させる必要がある。

③ 中立・専門的知見を有する専門家の確保

(民事の部分で記載)

④ 実体法上の制度の修正

本問題は、最終的には実体法である刑法の業務上過失致死傷罪のを改正し、医師が過失により責任を問われずに済む体制を確立しない限り根本的な解決とならない。「重大な過失」につき刑事責任を問わない趣旨であるならば、同時に業務上過失致死傷罪の条項を改正すべきである。

2 民事責任との関係 (27、43)

(1) 総論：(不当な) 民事訴訟の増加が見込まれること

事故調の報告書を民事事件の資料として利用することは、根拠無き医事紛争を増加させ、医療をさらに疲弊させるおそれがある。

したがって、報告書の顕名での公表及び遺族への交付には反対である。

また、事故調の報告書において原因究明がなされたとしても、患者側が金銭による賠償を受けられない限り、医療機関との軋轢が止むことはなく、事故調制度が医事紛争を回避させるものとはなり得ない。

したがって、事故調制度が現在の医師と患者との関係を円満にするものではなく、却って紛争を助長させる危険性が高いものである。

(2) 事後的な反省点と過失判断の混同のおそれ (27)

事故調においては医学的な原因究明がなされるが、医療行為には不確定な要素が伴い、常に事後的に見れば反省すべき点は存在する。

したがって、事故調の報告書においては、当該医療機関の医療行為につき、事後的・客観的にみて、当該医療行為に何らかの反省すべき点、改善すべき点が無かったかどうかを検討し、反省点が指摘されるものと考えられる。このことは、事故調制度が事故の再発防止のために存在するのであれば、極めて自然

かつ望ましいものである。

ところで、本来的には、かかる反省点・改善点の存在が直ちに民法上・刑法上の医師の過失を構成するものではなく、過失の認定のためには当該医療機関における医療行為がいわゆる医療水準に達していたかどうかを判断する必要がある。この医療水準の程度をいかに解するかについては、事件ごとに激しい応酬がなされており、必ずしも一義的に定まるものではない（具体的には、ある症状が出ている場合、特定の病気が鑑別できるか、どこまで検査をすべきであったか、複数存在する手技の中からいかなる手技を選択すべきであったかなどを、当時認識しえた情報を元に判断することになる）。

医師は、通常再発防止のために症例を検討することから、いきおい事後的・客観的に反省点を追及する傾向にある（現在の民事訴訟における鑑定においても、当該医療機関の行為が適切かとの問いに対し、不適切とまではいえないとしながらも、ある手技を講じるべきであったなどとの指摘がなされることは往々にしてある）。

そのため、前記反省点と過失を構成する当時の医療水準に達しない医療行為か否かの判断の区別に審査委員である医師の注意が及ばず、これらが混同される可能性が否定できない。

(3) 調査委員医師の選任について (10)

また、個別の調査においては、適切な分野の医師による判断が得られるかどうかも重要な問題となる。

前述の通り、事故調の報告書が当該医療事故の原因を導く重要な証拠となる以上、調査は当該医療事故に適した分野の医師により行わなければならない。

この点につき、民事訴訟においては鑑定人の選任に当事者双方の意思を反映する手続が取られ、鑑定人の中立さを当事者がかなり厳格に判断している。

これに対し、事故調においては調査委員医師の選任に意見が言えないとなれば、必ずしも専門ではない医師による調査がなされるおそれを排除できないまま、不利益な調査結果を示されるおそれがあり、適当でない。

(4) 患者側代理人の参加により医学的判断に圧力が加わるおそれがある

また、事故調には法律専門家（患者側代理人）が就任予定と解されるところ、患者側代理人は、これまで民事訴訟において、医療現場における実情を考慮せず、文献や薬剤の添付文書、ガイドラインに反する医療行為を一律に過失であると主張してきた。

そのため、患者側代理人が参加した場合、医療の専門家における一般的判断よりもさらに広範囲の「ミス」があったと指摘することが想定される。

ここで注意すべきが、先述の医療水準の問題である。患者側代理人の指摘により、当該医療行為を事後的・客観的に見た際に、文献に反した治療を行い、かつそれが悪い結果につながったのであれば、患者側代理人はそれを不適切な医療行為であると当然指摘したいと考えるであろう。

これに対し、医師は医療行為が医療水準に達しているかを判断することに慣れていないことから、患者側代理人が指摘する事項は事後的・客観的見地から判断すればもっともであるため、当該医療機関の行為が完全とは言えないとして、医療水準を顧みることなく、医療行為が適切でないと判断してしまうおそれがある。

また、医師へのヒアリングにおいても、患者側代理人により現在法廷で行われているような弾劾的な聞き取りが行われる可能性がある。現状では、専門訴訟における反対尋問も、目撃証人に対する尋問と同じように弾劾的に行われており、文献との齟齬などを逐一追及する傾向にあるが、そのようなヒアリングは調査を受ける医師の能力を不当に貶め、医師を身構えさせ、再発防止に向けた真の事故調査を困難にらしめるおそれがある。

(5) 裁判所の審理の実情と、事故調の報告の与える影響

加えて、裁判所においても、現状では必ずしも医療水準を念頭に置いた審理を行っているとは言えず、医療行為の文献との些末な齟齬や、当該医療機関が事後的に検討した際の反省点を直ちに過失として取り上げることがなお散見される。鑑定においても、医師が医療水準を考慮せずに意見を述べ、被告となる医療機関の過失を指摘するものなのかどうかに疑義が生じ、再鑑定や鑑定人質問が繰り返されることがある。

さらには、患者の死亡を伴う医事紛争については、患者側の被害感情が極めて高いことから、ひとたび訴訟となれば、裁判所が過失を認め難いとする案件においても、前記のような反省点を指摘し、和解解決を強引に推し進めようとするところがある。

かかる実情において、事故調が、医療機関側に落ち度がないが再発防止のための反省点があると判断すれば、それにより裁判所が医師の責任を一部認めるような審理を行うおそれがあり、事故調の報告が、医療機関側の賠償義務を一部又は全部認める根拠となる危険性は否定できない。患者側としても、事故調報告書が出れば、遺族が損害賠償金ないし和解解決金を受領できる可能性が高まるから、遺族や患者側代理人は、報告書を基礎として当該医療機関の責任追及を行おうと強く動機づけられることとなる。

(6) 事故調報告書は、民事訴訟における患者側の第一の証拠となること(43)

医事紛争において患者側の提訴・訴訟迫行の障壁となるのは、患者側の過失主張を裏付ける医学的知見が得られない点にある。それでもなお、患者側においては疑義があれば弁護士に相談を行い、弁護士が文献や協力医への聞き取り調査を行った上で、医学的知見の壁を克服し、提訴に至るのである。かかるプロセスの中で、患者側の漠然とした不満が具体的な争点に収斂していった。

これに対し、事故調制度が創設され、患者側に報告書が交付されれば、患者の不満は直ちに事故調報告書における「反省点」または「原因」に収斂していくうえ、「攻め所」も明らかになるから、患者側からの損害賠償請求が容易に

なることは明らかである。

その結果、事故調の報告書の交付は、医事紛争を今よりもさらに民事事件化する契機となり、医事紛争を増大させ医療の萎縮をさらに助長するおそれがある。加えて、事故調の報告書の内容は、下記の通り必ずしも医事紛争における過失判断の根拠として適切なものとなり得ず、その場合は事故調の報告書の存在が、民事紛争を不要に増加させたうえ、その解決に長期間を要することも想定される。

(7) 遺族申出による調査について (25)

また、遺族の申出により調査が行われる場合についても、調査が開始されることがあるとされるが、その場合、法律相談に赴いた遺族に対し、まずは事故調への調査要請を依頼するよう助言がなされることが想定される。

とすれば、医療行為に不満・疑念を抱く遺族からは、かなりの高確率で調査要請がなされることになり、医療行為に伴い死亡した事例のうちかなり広範囲のものにつき、調査が求められるおそれがある。

(8) 小括

① 前記の通り、事故調の制度は本来的に責任追及に結びつくものである。そのため、事故調制度を採用した場合、民事紛争が増大するのは不可避である。その場合、現在より損害賠償請求が急増し、対応による医療機関、医療従事者の疲弊、賠償責任保険料の増額による医療機関の破綻等が懸念され、本制度導入により刑事責任につき一定の対処が出来たととしても、民事責任の追及の急増による医療崩壊の危険がある。

② 事故調が再発防止のための原因調査であり、責任追及を予定していないのであれば、本来匿名調査で足りるはずであり、責任主体を明示する形での調査は適切ではない。

③ 遺族や患者側代理人は、報告書の内容に一部でも医療機関側の不備を指摘するものがあれば、医療行為に過失があると考えがちであり、事故調報告書が遺族に自動的に交付されるようになれば、民事紛争は確実に増大し、金銭解決無くして紛争解決とはならない。真に紛争解決を目的とする制度でないならば、報告書の内容は調査のためだけに用いるべきであり、遺族に交付したり、公表すべきでない。

④ 過失の存否の判断と医療行為の適否の判断の差異を医師は理解していないことから、事後的な反省点を事故の原因(医療水準に達しない医療行為)と混同して意見を示されるおそれがあるから、調査に際しては十分に予見可能性・医療水準についての説明を尽くす必要がある。

⑤ 患者側代理人の参加は、手続全体を徒に糾問的なものとするおそれがあるから、反対である。

(9) 提言

① 事故調制度を導入する際には、かかる民事責任追及の拡大にも十分に留意

すべきである。具体的には、無過失補償度を導入し、その上で民法上の不法行為責任を制限する特則を設けるなどして、事故調の結果を医師の糾問を伴わない補償に結びつける必要がある。

- ② 医療行為の適否についての医学的指摘は、本来的に過失の判断と一部重複するものであり、試案においても事前・事後の判断を分けるようにとの指摘もあることなどから(27)、患者側・医療側代理人を参加させた上で、過失の有無までを事故調で審査するのも一つの方法と思われる。

3 委員会の構成について

- (1) 委員会は医療の専門家のみで構成されるべきこと(10、13)

事故調の究極の目的が原因究明・再発防止にあるならば、法的な過失の存否を議論する必要がないから、医学の専門家のみで構成すれば十分である。

したがって、司法関係者や遺族の参加は不必要かつ有害であり、行われるべきではない(航空・鉄道事故調査においても、法律の専門家などが参加している例は無い)。

仮に紛争解決を事故調の目的とするとしても、委員会の中立性・公平性は、当事者性のない専門家で構成した委員会であれば十分に達成できるのであり、専門家の判断により迅速な紛争解決を図る制度としても、医事紛争の素人を議論に参加させる実益はない。

なお、委員会の調査において遺族から意見を聞く機会も不要である。

- (2) 法律専門家を参加させる際は、患者側のみならず医療機関側の委員も選任すること(10、13)

仮に、どうしても法律の専門家を入れる場合には、前項記載の理由から、患者側代理人として活動してきた者だけでなく、医療側代理人として活動してきた者も参加させる必要がある。

- 4 現在の事故調制度は、制度の根本改正を行うか、「責任追及の材料を提供する制度」であることを明確に認めた上で、適正手続を十分に確保する必要がある(1-5)。

試案においては、本制度は責任追及のためのものではないと明言するが、仮に医学的判断のみを行うとしても、前記の通り民事訴訟等において責任追及の材料の一つとなることは明らかである。

これに対し、試案においては、「医師の責任追及を目的としない」との観点から、手続的な配慮についての検討が極めて不十分である。

この点、責任追及の可否を決する終局的な制度は、民事・刑事訴訟である。その中では、国家権力により責任の存否を決する代わりに、双方に法律専門家が関与した上で、十分な防御の機会が与えられている。

当職は現状のような責任追及を射程に入れた事故調査制度の創設を、実体法の

改正や無過失保証制度の創設を行わずに実施することに反対であるが、仮に事故調査制度を設けるのであれば、それが責任追及にもつながるものであることを明確に認めた上で、代理人選任権、黙秘権の実質的保証、判断を行う専門家の選任に関し意見を述べる機会の確保、判断についての不服申立の機会の確保など、訴訟に準じた医療機関の権利保護の制度が不可欠である。

以上

9医師(管理者を除く)

622-②/2

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

30代

本文

私は基本的に、拙速な法案化作業には反対です。反対の理由は多くの反対の意見書が届いていると思います。

ただ、一つ誤解して欲しくないことがあり、意見表を明します。各学会から「賛成」の意見表を明を出されている学会がありますが、基本的に学会理事などが勝手に自分の考えを表明しているに過ぎません。3次試案に対して学会として「賛成する」ということを決めるのに民主的な手続きを踏んで学会内で決めている学会は私の知る限り0です。現場を去って久しい理事たちの思いこみに過ぎません。例えば内科学会が賛成したと聞きますが、大体内科学会自体そのような意見表を明をするのに意見を会員から集約したことはなく、内科学会自体が末端の会員とは縁がないところで運営されており、末端の会員には選挙のお知らせが来たことすらありません。専門医の基盤学会でなかったらとうに辞めているところです。

このように、学会として、、、というのはほとんどの場合学会の会員の意見が集約されたわけではありません。拙速な結論の根拠とされないようお願いします。

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

今回の第三次試案は 第二次試案に比べて 格段に医療サイドに対して配慮がみられ、評価している。

しかし、空間的に人員 材料 そして医療機器が不足する地域医療の担い手としては、日本救急医学会のコメントと全く同様の懸念を持っている(救急は時間的に、僻地は空間的に人員、材料、医療機器が不足するのである)。

コメントが重複するので 一点のみコメントする

—「同意書」を「誓約書」と見做す事の薦め—

やはり、重大な過失の定義があいまいである。
標準的医療から著しく逸脱したという行為というのが
医師を中心とした委員会で判定しているのでは
医者同士のかばいあいという 遺族の誤解をまねいてしまう。

ここは 遺族サイドにも責任を分担していただくのがよい。

多くの患者は合併症と医療過誤との見分けがつかないが
標準的医療とそれに付随する合併症が明記してあるものが
同意書である。

この同意書に署名捺印した場合、
それが遺族は刑事告発も含め、訴訟行動を起こせないという誓約書を兼ねるとするのがよい。

同意書は各学会あるいは医師会が標準的フォームをつくるのがよい。
それは あたかも保険の定款書のような細かいものになるだろう。
しかし、それが医療の現実なのである。

患者サイドに、その現実を知っていただき、責任を分担していただく事になれば
委員会への理解も深まるであろう。

1会社員

205t

625-②/2

医療紛争等の経験

3医療紛争の経験なし

本文

医療崩壊を促進させるような制度には反対する。

4. 氏名：

5. 所属：

6. 年齢： 4

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

(※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

(39) 捜査機関への通知に関して
この試案は、大変問題があり、反対するものである。

福島県立大野病院の事件をみていると、現在の医学ではどのようにしても助けられない病気で死亡した場合であっても、刑事事件になってしまうという恐れがある。毎日の診療をおびえながら行っている状況である。

調査委員会への調査が、今後の医療事故を減らすため、ということで行うのならばよいのだが、場合によっては刑事事件の裁判の証拠として使用されてしまう可能性があるならば、すべての情報を調査委員会に提出することを躊躇してしまう。一般的な犯罪者が、「黙秘権」を認められているのに、医師には「黙秘権」がない状況が作り出されてしまう。

医療事故の調査で情報を提供することが、医師個人にとって不利にならないような仕組みを作らなければ、今後の医療の発展はのぞめないと思う。(航空業界ではすでに行われていることである)

死因究明 制度等(IRYOUANZEN)

差出人:

送信日時: 2008年5月9日金曜日 7:41

宛先: 630 死因究明 制度等(IRYOUANZEN)

件名: 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 あて)

厚生労働省医政局総務課医療安全推進室 あて

1. 提出日
3. 意見書の公表について(必ずご記入ください)
 1. 氏名の公表: 不可
 2. 所属の公表: 不可
 3. 背景(年齢・職業・医事紛争の経験)の公表: 不可
 4. 意見書本文の公表: 可
4. 氏名:
5. 所属:
6. 年齢: (※下記より対応する番号をご記入ください。)

<医療従事者>

「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

貴省が提示されている第三次試案に反対します。

総論として

今回の第三次試案にて提示されている医療事故調査委員会は下記に示します、WHOが提示している医療事故調査委員会の基本的な充足事項をまったく満たしておらず、このままでは患者さん側、医療者側ともに本来の目的である「なぜ事故が起こったかを明らかにし、今後同じような事故が起こらないように適切な対策を立てていく」ということを満たすことは難しいと思います。

折角、新しいものを作るのであれば、現在の不十分なものではなく、是非世界基準を満たすような中身の調査委員会の立ち上げを希望します。またこの医療事故調査委員会のあり方だけで、現在も着々と進んでいる医療崩壊がさらに加速度的に進行させてしまう危険性を孕んでいます。ぜひ更に議論を深め、もっと時間をかけて現在WHOから示されている世界基準を満たした上で更に上をいく調査委員会を立ち上げていくようにされてはどうか。

WHO DRAFT GUIDELINE FOR ADVERSE EVENT
REPORTING AND LEARNING SYSTEM

(1) Confidential ; The identities of the patient, reporter, and institution are never revealed.

秘匿—診療関連死の患者名、報告者(医療従事者)、医療機関は決して第三者に明かされてはならない。

(2) Independent ; The reporting systems independent of any authority with power to punish the reporter or the organization.

独立性—医療安全委員会は、報告者や医療機関を罰する権限を持つ当局者から独立していなければならない。

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

専門家の分析—診療関連死の報告は、診療関連死が起きた状況を理解でき、かつ問題となっているシステムを把握できるようにきちんと訓練を受けた専門家によって評価されなければならない。

各論としては色々な面で意見はありますが、いずれにしても総論として現在の形で医療事故調査委員会が成立することに反対します。

医療というものはもともと不確実なもので、また介入しなければ悪い方向に向かう状態に対して薬物というある種の毒を用いたり、外科的処置という体に侵襲を伴う手技を用いて治療を行うもので、その時点で考える適切な治療を行ったとしても悪い結果となることはまあることです。

そのような医療を行う現場で、その最終的な結果次第でいつ刑事訴訟に巻き込まれるか分からないような今の試案では(実際に法務省や警察庁は第三次試案に提示されている内容について特に厚生労働省と文書を交わしていないと国会答弁で明らかにされています)現場としては、過去の「医療の現状からかけ離れたような」判例に基づいた医療を提供するしかないのかもしれない。そうすると患者さん側にとっても医療者側にとっても不利益が生じると思われます。

是非、このような不幸な事態にならないように今回の第三次試案を見直し、もっと時間をかけ、各省庁間でも話し合いを持ち、できれば霞ヶ関を離れて内閣府がおこなっているタウンミーティングのような形で現場の意見も積極的に取り入れた上でよりよい世界に誇ることのできるような医療事故調査委員会が設立されることを望みます。

4. 氏名： 石井 二郎

5. 所属： 自営業 (コンサルタント業務)

6. 年齢： (※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： (※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： (※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

1 医療事故の免責のあり方について、委員会設置と併行した検討が必要

医療事故の原因を究明し、再発防止するには、その当事者である医師や関係者の協力が不可欠といえる。しかし、近時、医療事故に対し医師が刑事責任を厳しく問われるといった状況を来しており、医療が疲弊する原因ともなっている。この種の委員会は、真実をいかにして追求するかにかかっているわけであり、医療事故の原因調査に協力した関係者に対する刑事、民事等の免責の問題について明確な位置づけを併行して検討すべきである。ちなみに、WHOのガイドラインでは、調査期間に協力した人間は刑事訴追すべきでないとしているが、こうした方向をふまえつつ、国民的な理解が得られるようご努力を願いたい。

さらに、医療事故を危惧して、救急医療等々での医師不足、医療体制に支障を来しており、医師、看護師等の医療事故に対する免責のあり方について論議をすることが重要な課題となっているのではないだろうか。

2 調査委員会の機能等の問題点

- (1) 委員会の機能があいまい、弱い、明確でない。前記1について、明確にしておかないと、その機能が発揮できない。また、仮に刑事訴追があった場合、委員会の調査結果が特別法による法体系の整備によって優位にある、あるいは高い専門性が尊重されるといったような位置付けがなされるなど一歩踏み込んで欲しい。
- (2) 委員会を新たに作るのであれば、患者からの申し立てによる調停、審査等を行うことができる組織とすることも検討すべきである。この組織は、調停前置主義的な機能を有し、医療に関する高い専門性とともな権威ある機能を発揮していくものとする。
- (3) 病院等は、医療事故に対する原因の究明とその安全の確保などの対策をおこなっているのではないが、試案による調査の機能はこの域をでていない。屋上屋的な機能になってしまう。
- (4) それでなくても医師不足、こういった組織のため、また多くの医師が割かれ、また忙しくなる。また、地方委員会の設置などを考えるとその費用はおおきなものとなる。その意味から是非とも意義のある組織としていただきたい。

4. 氏名： 川口恭

5. 所属： ロハスメディア

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： 3 (※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 |

(※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)

636-④/4

「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

このままの法制化には断固反対である。

様々に不満な点はあるが、他の人が既に述べていることと重なっても仕方ないので、一点だけ。

歯科医療をも包含する形で作ってほしい。一般の人から見れば、歯科も医療であり、医療不信の背景には歯科分野での安全対策の立ち遅れもある。

4. 氏名： 坂東 慎一郎

5. 所属： 医療法人明和会 大曲中通病院 内科

6. 年齢： 4

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

賛同する点

1- (3) (4) について、このような立場を明確にすることは、医療従事者および医療を受ける国民双方にとって有益なことと考えます。

2- (7) 医療関係者の責任追及は、必ずしも原因究明の助けとはならないばかりか妨げともなり得るので、これを明記したことに賛同致します。

2- (21) 責任の所在を個人から医療機関の管理者としたことは、医師個人の負担を軽減するものと考えら賛同致します。

反対する点

2- (8) 医療事故は、さまざまな要因が複合的に絡み合っ発生するものと考えられます。現在から将来に亘り、その時の行政が医療事故の要因の一つではないと断言できるものではありません。自由な論議を保証する為に、委員会はいかなる省庁からも独立した機関とすべきであり、少なくとも厚生労働省の管轄下に置くべきではありません。

2- (39) 「故意や重大な過失」の定義が曖昧です。このままでは制度としての恣意性が排除しきれず、刑法におけるところの罪刑法定主義に反するものと考えられます。「重大な過失」の例示がないならば、少なくとも「重大な過失」の文言は削除すべきです。

また、地方委員会の報告書が公表されるのであれば、捜査機関への通知は行うべきではありません。地方委員会の通知が告発ではないにせよ、この規定では、捜査機関によって捜査の端緒と看做され得ることが否定されていません。関係者の処罰感情がない場合でも刑事責任を追及される可能性が残されるとするならば、調査に対する医療従事者の協力が得られにくくなり、真相究明の目的が果たせなくなります。言うまでもなく、刑事責任の追及は犯罪に関しての真実の追及であり、事故原因の真相究明とは異なり、従って捜査機関への通知は委員会の目的とするところではありません。刑事責任の追及は事故当事者の判断に委ねればよいと考えます。

2- (40) ②定義が曖昧で削除すべきです。

疑義

2- (10) 調査チームメンバーの「法律家」とは検察官、裁判官、弁護士、あるいは研究者のいずれでしょうか。いずれかによりチームの性格も変わると考えられますので、明らかにして下さい。

2- (19) 医療機関が届出を行う必要なしと判断し届出を行わなかった場合は、医師法 21 条に基づく異常死の届出は不要と考えてよろしいのでしょうか。そうであれば明文化を望みます。

要望

2- (20) 例え普段から意思疎通を図っている患者さんやご家族が、医療内容に納得されていても、今まで病院に姿をみせなかったご親族が突然やってきてトラブルを招くことは往々にしてあり、そのことは医療従事者の間ではある程度常識です。図表の「医療を行った後に死亡することを予期していたか」で予期していた場合には届け出不要となっていますが、上記の理由から未必の故意による殺人として告訴される事態も想定されないわけではありません。これに対して、(別紙 3) 問 2 (答) 2 がありますが、このままでは謙抑的な捜査が担保されません。(答) 2 の明文規定も含めてご配慮下さい。

2- (27) -⑤地方委員会の質問に答えなかったことにより、いかなる不利益も被らないことをも保障して下さい。

2- (34) 院内調査において、医療従事者がその意に反して発言を黙示的にでも強制される事態が想定されます。そうすると 2- (27) が事実上空文化する恐れがあります。地方委員会での審議の材料とするならば、医療従事者は院内調査における質問にも答える義務がないことや、それによっていかなる不利益も被らないことの規定も必要と考えます。

2- (39)、調査における真実の陳述を当事者から引き出すためには、刑事事件となって裁判官による令状が発行されたとしても、調査報告書の提出を拒否できる権限を委員会に付与すべきであり、さらに刑事裁判の証拠とすることができないことも明文規定すべきです。

残念ながら、あるまじき行為を行う医師が存在することも事実ですが、身を挺して医療を行っている数多くの医師が存在することも確かです。不幸な結果となってしまった患者さんやご遺族の方々の心情は理解しているつもりですが、医療事故の真相究明と犯罪者の刑事罰とどちらを優先させるか、どちらが将来の国民全般の利益に適うかの問題だと思えます。

2-(39) 調査結果が刑事裁判の証拠とされる可能性を排除できないのであれば、地方委員会の調査は、それに応じることが任意であるにせよ、結果として警察権限の行使と考えられなくもなく、慎重さが要求されます。従って、調査を受ける者に対して予め黙秘権を告知することは、憲法 38 条や刑事訴訟法 198 条からも要請されると考えられます。更に委員会の調査には、弁護人の同席も認めるべきです。アメリカ合衆国におけるいわゆる Miranda warning を参考に制度化し、明文規定して下さい。

2-(48) 基本的に賛成です。医師の労働実態に照らせば「業務停止処分は原則として行わないこと」を明記することが望ましいと思います。また、再教育制度も、このような現状を鑑みて運用して下さい。

最後に

地方の医師不足は深刻です。私の知る限り、少なくとも秋田県内においては、多くの病院勤務医の労働実態は労働基準法に違反しており、それが恒常化しているにも拘らず当局は黙認しているのが現実です。それでもこのような勤務医は、国民の健康と生命を守るために自分の健康を犠牲にしてまでも働いております。そこへ行政処分としての業務停止や安易な司法捜査を持ち込む事は、当事者となった医師のみならず多くの病院勤務医の厚生労働行政や司法に対する不信を招くものと思われまじ、さまざまな刊行物の記事をみれば、既にその不信感は招かれつつあると感じられます。業務停止も同様ですが、医師一人が逮捕・勾留されれば、結果として不起訴や無罪であっても、その間にとり残された医師の労働は益々過酷となるばかりか、地域医療の空白化が新たに出現することも当然予想され、ひいては国民の適切な医療を受ける権利が侵害されかねません。

行政、司法、国民、医療従事者が互いに信頼を寄せ合って医療の安全性を構築してゆく事は、全ての国民が望む事と思います。そのためにも、関係する皆様には上記のような状況もご斟酌下さりますようお願い申し上げます。

以上

4. 氏名： 松村有子

東京大学医科学研究所 探索医療ヒューマンネットワーク
5. 所属： クシステム部門

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： 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

〇全体として

そもそも何のための組織をつくるのか、再発防止のための仕組みなのか、それとも死亡事故の後の対応を行う仕組みなのか、目的によって組織の構造構成は違うので、明確になっていなければ混乱する。組織は何が可能とし、その限界はどうか、組織を作るメリット・デメリットがどうか、そういう考察が全くない。

「この試案に対して一部の医師が反対しているのは、刑事罰を逃れることが明確になっていないからでけしからん」という説明を見聞いたことがある。私がこの試案に賛成できない理由は刑事免責が目的ではない。上記の「けしからん」という感想は、医療と責任追及・法的判断と医学的判断の齟齬、再発防止のためと称して実際行われている行政の行動に対する理解が不十分なためにそう思われているのだろう。

臨床の現場では、患者さんも医療者も共に毎日を過ごしている。色々な団体から「賛成」「反対」だの声明が出たとニュースになっているが、目的はより良い医療を実現していくためであり、決して反目しているわけではない。

私は佐原室長のご講演を数回拝聴する機会を得た。室長は講演の最後に、「この調査委員会が成功するかどうかは医療者にかかっている」というスライドで締めくくられている。調査委員会が不成功に終わる場合、理由の鑑別診断は、「厚労省がつくった枠組みに問題がある場合」「調査委員会の運用に問題がある場合」「調査委員会がうまく機能したにもかかわらず医療界の改善がない場合」、それぞれの部分の不首尾を検討する必要があるだろう。しかし佐原室長の説明では、厚労省が作成した枠組みに問題がある可能性は頭から削除されている。一旦、機能不全な枠組みを行政が作った場合、それが現場に与える影響は深刻である。しかし、室長の説明ではうまくいかなかった場合には医療者に責任があるということである。厚労省は、システムや枠組みを作る立場としての自覚に乏しい、責任回避体質を垣間見せられた。

第三者機関の理念を実現するために、足りない予算や人手の中、多額の予算を割くのであれば、真に目的を実現できる意味のあるシステムにしてほしいと願う。逆に、第三者機関をつくるのが重要だと言って議論半ばで組織構築の予算と人件費をかけ、さらに現場の不満が増大する仕組みとなるならば、もう医療は崩壊するしかない。

1はじめに

(1)

そもそも本試案の目的が「医療の安全の確保」であれば、その端緒を死亡事故に限定する理由が明確に示されていない。

(2) (3)

死亡事故の場合の遺族への対応、遺族の願いに沿うことができる仕組みということであれば、早稲田大学教授〇〇〇氏、大阪大学〇〇〇氏らが実践されている、対話型ADRが基調となるものが望ましいと考える。

2 医療安全調査委員会（仮称）について

(7)

責任追及を目的としたものではないのであれば、委員会の構成の意味が不明。弁護士が入る意味は何なのか。

目的としない、と書かれているが、結果的に責任を認定するのであれば同じであろう。医療行為やその結果を、当事者を除いた第三者だけで弁護士も含めた委員会で評価すると、次項から書かれているのは矛盾する。

(8)

医療事故の背景には厚生労働行政が大きな原因となっている。真に医療安全のための対策を講じることが目的であれば、委員会の設置場所は厚生労働省とするのは不適切であると考ええる。

(13) (14)

医療は極めて個別性の高い分野である。専門家の間で、医学的判断や意見が完全に一致することは殆どない。なおかつ、一連の医療行為は複数の専門分野にまたがっている。本来ならその部分部分にそれぞれの専門家が数人で議論する必要がある。

現状では、委員会に臨床医が数名入るだけの委員会では、委員会は名目だけで実質は一人の判断で報告書が作成される。

(14)

「モデル事業」その他の経験から、遺族は当事者抜きで第三者からなる委員会の評価一枚ではなく、話しをし、当事者に質問をし、他の専門家と相談する、等様々なプロセスを踏むことを願っていると思う。医療側としても、原因不明の患者の死亡があった場合には、担当医が一番、その死因を明らかにしたいと願っている。当事者が最も良く事情を知っているのであり、当事者が最も知恵を絞り周囲にも呼び掛け、まさに再発防止のために経験を活かしたいを願っている。当事者の願いがこの委員会では無視され排除されるのだろうか。

この第三次試案で、ここまで関係者を地方委員会に従事させないと明記される理由は何なのか疑問である。素直に推測すると、この委員会で当事者の責任が追及される、法的判断につながるからということであろう。

(16)

医療死亡事故の定義により、意味が不明確。

(17)

医療現場にはそう類型化できる症例はない。個別の事例が届出義務範囲内かどうかの判断が、医師・法律家・患者、委員会・大臣・裁判所で100%一致しない。判断責任が現場の監督責任者（医師）にあり、届出義務違反を後から第三者法律家から問わ

れる制度であれば、病院内で死亡した症例は全例届出るしかない。

(19)

殺人の例は、速やかに警察に届けたいと思う。

医師法 21 条を適切に改正しなければ、届出義務を課されている主体が異なるために、医師法 21 条届け出義務違反と、委員会への届出義務と二種類の義務が問われることになる。

(20)

個々の症例が死亡に至る可能性が何パーセントあるのかが、厚生労働省では治療開始前に予知が可能なようだが、現実にはそう単純ではない。

一人の人間の死、受ける医療について、類型化して国の組織で判断するという仕組みが創設されることになっている。死について、明らかにしたい事柄について、個人の願いや家族の希望が全く無視されてしまっている。国民は医療の透明性を求めている、と第三次試案では謳っている。しかし国民が求める医療の透明性とは、このように個別の個人の死亡にまつわる様々な事情を便宜的に類型化して処理するという事なのだろうか。厚生労働省は国民が求める医療の透明性をそのように理解しているのだろうか。

ここで新たにつくられる仕組みが、医療過誤の再発防止に役立てたいという目的であれば、再発防止の手立てが必要だと当事者から届出があった事案を扱うという判断が妥当だと考えられる。

死因を知りたいという患者遺族や医療現場の希望により、必要な人的費用や検査費用、解剖費用を提供することで支援するという意図で生まれる仕組みであれば、入り口は患者遺族や医療側の申し出により開始されるのが妥当だと考えられる。

(22)

届出義務違反は、届出範囲が明確でない以上、後から言いがかりのような理由をつけられて違反に問われることが予想される。ここで科すとされている「行政処分」が不明確だが、これまでの厚労省の指導行政が何をしてきたかを見れば推測可能である。結局体制整備のために人と予算をつけるという必要な手当はされず、診療停止など地域住民が不利益を被る。

(25)

医療安全のためには、死亡例に限るとする説明がつかない。

(27)

①

原則解剖が行える死亡事例について行うとする理由がわからない。医療安全のためには、解剖が行えるか死亡事例かどうかではなく、改善が必要な事例について議論をするほうが有益な筈である。

医療事故により死亡された遺族の思いに沿うのであれば、遺族の願いや究明したい事柄により、調査の範囲や内容、解剖の種類も吟味することになるだろう。

③⑤

原因を明らかにし、事案発生時点の状況を踏まえて改善策を提言できるのは、当事者である。第三者がその一つの事案に対して後から〇〇すべきであった、と評価を下しても、お金と人がつかなければ実現不可能である。国が出来ることはその取り組みに必要なリソースを提供することである。

「医療従事者等の関係者が、地方委員会からの質問に答えることは強制されない」という文言が加わったことは、第三次試案のシステム構造の欠陥の表れである。

(32) (33)

院内事故調査と地方委員会調査とが同時並行で行う必然性はいかなるものか。まず当事者が真摯に取り組むこと、当事者間で解決できない場合に第三者が入るという順序が順当だと考える。

(38)

医療安全のためには、新たな組織を作るより、まずこれらの、医療事故情報収集事業やインシデント（ヒヤリ・ハット）レポートをきちんと分析し、改善のための方策提言からその実現まで実施するべきではないかと考える。

(39) (40)

故意は殺人であり、警察に届け出るのが妥当ではないか。

重大な過失という医学的判断と法的判断の何がどう違うのか説明してほしい。医学的に重大な過失という定義が不明確になっている。医療において標準的な医療行為が定められているわけでもなく、限られた医療資源や時間の中でその場の状況により患者さんに最善を尽くす積み重ねである。重大な過失の判断は実質的に委員会委員に委ねられるが、その正当性は担保されない。過失の重大性の判断が法的判断ではなく医学的判断とされているが、差異が不明である。

警察への通知の判断をこの委員会が行うということは、法的判断を行う、責任追及を行うことであり、矛盾している。

繰り返し司法が謙抑的になる、等と説明されているが、これは厚生労働省の認識不足であるとしか考えられない。

(41) (42) (43) (44)

院内における十分な対応が必要である。当該病院において第三者機関のための提出書類の準備を後回しにしても、遺族への十分な対応ができる枠組みが必要である。当事者による紛争解決が望ましく、それが不可能な状況で第三者が必要とされる時に本委員会が活用される仕組みが求められるのではないか。

(46) (48)

科される行政処分が曖昧で事後に決められるものであることから、不必要な現場の混乱を招いている。個人に対する行政処分に加えて、医療機関への処分も追加すると読める。

これら行政処分が不透明なため、萎縮医療をさらに引き起こすことが予想される。

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

和歌山市で病院勤務をしている卒後18年目の小児科医です。

いわゆる「医療事故調」設立に関しての意見を述べさせていただきます。

Web上で厚労省「……死因究明等の在り方に関する検討会」の議事録を参照しています。また福島県立大野病院の事件の裁判記録についても常に関心を寄せて見てきました。

医療事故の原因究明がこれまで裁判の形でしか明らかにされてこなかった経緯からも、原因究明のための第三者機関としての「医療事故調」の必要性は強く感じます。ただし、2000年以來の医師法21条の誤った「拡大解釈」の弊害は明らかですが、その改正をいわば「人質」にとつた形での早期法案成立には反対です。誤った解釈はまずそれ自体を訂正し、裁判所が追認することによって是正していくのが本筋と考えます。

これまでの「……死因究明等の在り方に関する検討会」の議事録を見ても到底議論が尽くされたとは言えません。むしろ、つねに不確実な情報から手探りで答えを見つけ出そうとする医療の考え方と、事後の検証から「責任」の所在を明らかにしようとする法律の考え方の間で根本的な相違が浮き彫りになってきたと感じました。

実は友人のある官僚のお子さんが虎ノ門病院に入院中の医療事故によって後遺症を残すということがあり、小児科医ということで個人的に意見を求められました。カルテや院内の事故調査報告まで詳細に見せていただき、感想を伝えました。カルテも報告書もしっかりしたもので、結論から言えば不可避的な出来事で、対応も適切であったと思います。そこで感じたことはやはり専門性の壁というものです。友人は十分な理解力があり、感情的でもなく、僕との信頼関係もありますが、それでも「何が起こったのか知りたい」という率直な要望にこたえるのは容易ではないと感じました。医療事故が発生したとき医療者と患者は対立関係になりがちで、またその間で情報量と専門性の大きな隔たりがあります。その間に立って真相を究明する「メディエーター」という役割は是非必要ですが、決して簡単ではないと感じました。実際に「医療事故調」がスタートしても、1件あたりに相当な労力を必要とする割には、対立する双方が納得する形で真相究明がなされるのは容易ではないと思います。

「医療事故調」に挙がる案件について、医療者側のすべての「免責」が認められるとは思っていません。ただ刑事訴追の基準を明確化し、法案に明記することが最低限必要と考えます。福島県立医大の事件の経緯を見ても、検察は刑事訴追を「謙抑的」に行うという言葉は到底そのまま受け入れるわけには行きません。

今回の法案についてはすでに医師会や各種学会から賛否の意見が出ていますが、医療事故発生と常に隣り合わせの毎日を送る現場の医師の率直な意見としては、とにかく拙速を避け、2-3年のスパンで充分議論を重ね、準備を整えた上で法案を練り直していただきたいと強く要望いたします。特に救急医療や小児科、産科の現場で萎縮医療が進んでしまっただけでは取り返しのつかないこととなります。

4. 氏名： 葛原 啓

5. 所属： 神戸市灘区医師会

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： 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

本試案は、(1)から(5)に述べられているごとく医療事故の原因究明とその再発予防に主眼がおかれるものであるべきで、この点について多くの意見に反対はないと思われる。

しかるに、その設置場所が行政処分も行える厚労省内におこうとする動き(8)、委員会の構成メンバー内に医学的な専門知識を有さない法曹界の方が入り(10)、詳細な調査のためには担当医からの十分な情報収集がかかせないにもかかわらず、黙秘権を保証されておられないまま、データを刑事、民事訴訟への流用を可能としている(別紙3、問4への回答)など犯人探しのためのシステムの側面を十分持っていると思われる。

また、別紙3で述べられている捜査機関との関係についての内容は、医師会側の楽観的な推測に基づいており、この通りの解釈がなされるのであれば捜査機関側と明文化された文書を交わすことが必須であることは自明であろう。

現在、兵庫県医師会および神戸市医師会においては、20-30人からなる医事紛争処理のための実地医家による委員会があり、その中立性はプライドをもって保たれている。このシステムを利用すれば、原因追及、再発防止を行うことは決して難しいことではなく、新たな安全調査委員会の設置を必要としないと考える。

すなわち、各都道府県医師会内に十分な中立性を有する医療事故調査チームを編成し、ここで原因追及、再発予防を行えばいいことであり、刑事訴追については検察が医師法第21条を拡大解釈に基づく暴走をせず、医師会での判断を十分に参考にされた上で行われれば、大野事件のような不幸な案件は除外され、萎縮医療や医療崩壊の予防になると考える。

4. 氏名： 莊司 輝昭

5. 所属： 織本病院外科、杏林大学外科、東京都監察医務院

6. 年齢： (※下記より対応する番号をご記入ください。) 4

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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： (※下記より対応する番号をご記入ください。) 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 |

(※下記より対応する番号をご記入ください。)

8. 医事紛争の経験： 1

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

死因究明制度について：再検討課題

モデル事業運営にあたりどんな問題があったのか。

公正と再検証の機会の保証がなされるのか・

評価過程の透明化、評価者の実名公表。評価者に対する評価。

承諾書、説明書の役割の明文化。

司法解剖の情報開示では対応できないか。

死因究明制度について

風説の流布についての対応（中小病院が細かい届け出をやっていたらすぐに評判悪くなる、モンスターが多いため）

病院の規模、設備の格差に対する評価への配慮はあるのか。

積極的治療と消極的治療の格差への評価はあるのか（他の患者への治療結果をふまえての評価となりうるのか）

地域の医療レベルの格差の是正がまず必要なのではないか？地域毎の評価が違わないか（国民の大病院思考などふまえて評価されるのか）

治療に当たる前の診断レベルでの問題も評価の対象となるのか、いわゆる開業医レベルでの見逃しのツケが病院に押し付けられ場合などどうするのか。

治療だけではなく診断ミスについてはどう扱うのか。

標榜科による格差、地域の医療体制の格差の考慮は

標準治療の明確な基準は。

日本医師会（約7割が開業医）、内科外科学会は賛成、産婦人科学会は反対この意味は開業医はまず関係ない、内科、外科学会の上の人は現場にはいない或いは直接関わらない、産婦人科は開業していてもリスクを伴うこの差のもつ意味が解っているか

法医学会が主導で各学会に働きかけ、中立的にまた医療背景を考慮した決断が必要では。

病気の進行がはっきりして、死因もはっきりしている御遺体の解剖を行っている病理医と法医解剖の違いを認識して提言が必要。

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

平成20年5月14日作成(平成20年5月2日提出分の訂正版)

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)へのパブリックコメント

〒:

TEL

FAX

E-mail

フェアネス法律事務所

法学博士・桐蔭横浜大学法科大学院教授

弁護士 遠藤直哉

第1 総論

1. 第三次試案は、刑事手続の全廃という目的となっていない点で、反対すべきである。

2. 第三次試案への反対論が医師、学会からあがっている。責任追求に反対ということだが、
予¥防(公表¥、注意処分)と救済(民責責任)が必要である。第三次試案もこの点では全く不充
分である。患者側の理解を得られるものではない。

3. 制度の骨格

(1) 刑事手続

故意を除いて一切全廃すべきである。証拠の利用も禁止すべきである。

(2) 予¥防

?システムエラーを中心にすべて公表¥すべきである。改善策もできる限り提示すべきである。

?注意処分

特に人為的ミスの要素が明らかなきには、医師、看護師などの担当者、院長など、広く軽
い注意処分をし、公表¥すべきである。改善案の提出義務、再教育なども含めることとし、営業
停止、資格停止などは一切しないこととする。

(3) 救済

民事手続により、被害者が救済されると判断できるケースでは、仲裁案を提示すべきであ
る。医師個人の責任というよりも、医療保険の適用が妥当といえるか否かの判断が中心にな
る。因果関係と過失が明確なときは高額に、明確でない場合には、割合に応じて少額にする。
被害者救済なくして刑事手続を全廃できない。

4. 安全委員会

厚生労働省などの行政や学会とは独立の中立機関とする。但し、予¥算措置は必要とな
る。

5. 歴史の反省

医療機関や医師会におけるカルテ不提出、改竄、医療事故の隠ぺい、学会における情報不
開示と情報操作など、国民の大きな不信を買ってきた。また、長期間の多くの民事紛争が生じ
ている。刑事手続の全廃のためには、医療機関と学会の改革が必要である。これをなくして新

制度は国民や被害者の理解を得られない。

委員会における公開情報について自由な討議なくして、改革はなし得ない。米国のように、専門家として独立した医師会、学会が存在し、かつ医師、患者などの間に自由な討議が保障されている状況ではない。また、民事手続は、陪審制、ディスカバリー、法廷侮辱罪もない。被害者に過重な負担をかける制度である。

米国の制度に向かって、厚労省、医師会、学会は改革を続けるべきであり、日本の現状では上記私案が必要なのである。

第2 各論

1. 制度の目的

医療の安全の確保に向けた制度作りは、「医療事故の予防」に限らず「医療事故との区別の困難な原因不明の死亡などの予防」をも目的としなければならない。

2. 予防の方法

刑事処罰を完全に廃止し、予防処分(指導)としての、広範ではあるが軽い程度の、注意処分(公表制度)と教育処分により予防に資する方法に大転換させる。

3. 補償

医療被害者への補償を委員会の調査と報告を通じて結論づけ、損害賠償保険をより前向きに適用する。リピーターには保険料を増額するなど民事賠償システムを改革する。

4. 医療事故

医療事故とは、「過誤を伴う事故」および「過誤を伴わない事故」の両方を含むというが、届出の対象をこのように狭く限定する必要はない。事故か否かは当初判明しないものもある。調査の入り口は広くし、その後、2つに分けるべきである。事故以外の「原因不明の死因」の究明も必要であり、死因の究明が必要なものについては広く届出をすべきである。すなわち、届出の義務のあるものは「原因不明の病死」または「医療過誤死」として、これを全て「病気関連死」とする。医師法21条の異常死については、異常死は「犯罪または自殺を原因とした死」とし、これについて警察への届出義務を負うが、それ以外の「病気関連死」については第三者機関への届出とする。

5. 届出

第三者機関への病気関連死の届出義務を課す。医師法21条の届出を廃止する。

6. 「死亡」に限定するのは狭すぎる

届出義務を死亡に限定していることは妥当ではなく、重大な障害についても届出義務を負わせるべきである。

7. 「誤った医療」は狭すぎる

誤った医療を行ったことが明らかなる場合には全て届出義務を負わせるべきである。死亡の原因とならない場合には、届出不要となっているが、これは民事責任を負わないというだけであり、広い意味での医療過誤の予防にはならない。

8. 調査

医療従事者などの関係者は、委員会からの質問に答えることを義務づけるべきである。また、患者の側からも事情聴取をすることを義務づけるべきである。「地方委員会は個別事例の調査を終わる前に、医療関係者や遺族などから意見を聴く機会を設ける」となっているが、途中で調査の最中に行うべきである。

9. 調査結果

地方委員会の意見の合致が至らなかった場合においては、新たな委員の追加により、最終検討を行うべきである。

10. 公表~~す~~

調査結果は全て公表~~す~~すべきである。

11. 捜査機関への通知

重大な過失、通常の過失の区別は困難であり、「全ての過失」は通知義務としない。故意のみを通知すればよい。カルテ改竄、リピーター医師などは別途処理し、刑事事件としない。行政処分、行政指導によるべきである。

12. 賠償額の提示

調査の結果は、仲裁や民事訴訟に使われるべきものである。何回も調査や手続を重ねるとはコストと時間がかかり被害者の負担となる。委員会は支払額の提示をする。保険会社はこれに従うものとする。それを被害者が受け入れない場合に初めて民事訴訟を行うことを可能~~す~~とする。

13. 予~~め~~防処分

調査結果をもとに予~~め~~防処分を行う。すなわち、注意処分などの「公表~~す~~」を中心とする。直接の医療従事者ばかりではなく、関係者、管理責任者、病院長なども含めることとする。
要綱試案（遠藤直哉試案）

第一、医療安全基本法案

（法案）

1.（異常死体）

医療法21条の「異常死体」とは、「犯罪または自殺」を原因としたもの（異常死）を、推定される者をいう。「原因不明の病死」または「医療過誤死」を除く（病気関連死）ものとする。

2.（病気関連死）

病気関連死については、医師及び医療機関は、「死因の究明」と「情報公開」に努め、かつ申~~立~~第三者機関への届出義務を負う。厚生労働省、医療関係団体は、協力して政策を進める義務を負う。

3.（医療過誤の届出）

医療過誤死または医療過誤に基づく重大な障害については、医師は中立な第三者機関へ届ける義務を負う。

4.（第三者機関の行い）

中立な第三者機関は下記義務を負う。

（1）医療過誤の原因の公表~~す~~

故意の医療手段については刑事告発する。

（2）医療過誤の再発の予~~め~~防措置の提言

（医師に対する注意処分を含む）

（3）被害弁償の調停案の提示と勧告

5.（第三者機関の構~~成~~等）

中立な第三機関は、調査を担当する委員会において、下記の者を構~~成~~員として含まなければならない。

（1）医師（当該案件の専門医を会見）

（2）看護師

- (3) 医療協力者
- (4) 弁護士、医学法学者
- (5) 患者または代弁者
- (6) 公募により選任される者

6. (賠償責任保険)

損害賠償責任保険会社は、よって4(3)の勧告に従う義務を負う。

追加のコメント(現場の医師の意見についての批判)

1. 医師法21条を廃止しても、被害者からの刑事告訴を阻止できるわけではない。新制度の実効をあらしめるためには刑事の代わりに教育的処分と民事的解決を合わせて行うことが必要である。
2. 委員会において原因の究明と予防の対策を行い、それと合わせて被害者と病院への仲裁案を提示することは可能である。仲裁案の実施については、審議の終了後に委員会の中の法律家と医師の二人で実施するのがよいといえる。

4. 氏名： 木ノ元 直樹

5. 所属： 弁護士（第一東京弁護士会）

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： 14 （※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： （※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

医療機関側の代理人として過去20年間に亘り弁護活動を続けてきた経験を踏まえ、以下のとおり試案に対する意見を述べる。

1 「はじめに」について

(1) 「医療安全確保」は非常に重要な命題であり、そのための「死因究明、事故再発防止」がいずれも医療者も含めた国民全ての願いであることは否定しない。したがって、ここで述べられる総論については基本的に異を唱えるものではない。

しかしながら、医療安全確保達成について、「医療関係者」に主体を限定してその努力をもって第一と位置付ける点は問題である。

医療安全は医療関係者個人の能力・努力を超えて、医療政策全体の問題と密接不可分であるとともに、延いては、医療関係者とともに医療を推進する主体となる患者側の努力なくしては到達し得ないテーマでもあったと考えられるからである。この点に関する更なる洞察を求めたい。

(2) 一般論として述べられていることは誤りではない。しかしながら、遺族の思いと医療関係者の思いが共通のものとなって初めて、真の事故原因の究明、再発防止が果たされることを銘記すべきである。

なお、この項で、※印が付され、「医療事故とは、過誤を伴う事故及び過誤を伴わない事故の両方を含む。」と注記されている部分は唐突であり、ここで記載される内容として相応しくない。

(3) 行政における対応が十分でない点、および、裁判手続による解決が不十分である点等については、単にその指摘に終わっている点は不完全ではないか。新たな制度設計に舵を切る前に、行政における対応についての改善策、裁判手続の充実策等についての十分な議論がなされた上で、それよりも新たな制度が勝っているという具体的な比較検討が不可欠の筈である。新たに年間30億円の予算を組む事業であれば尚更である。具体的かつ的確な、現在における行政批判、裁判批判等がなされる必要があると思料する。

行政対応、裁判手続について、そのなかの一部分のつまみ食いのような拙速な制度設計になっていないかの検証を慎重に行う必要がある。行政庁による対応は、行政を通じての医療全体に対する民主的コントロールという大前提を踏まえての手続であり、裁判手続は、国民全体に保障された憲法32条の「裁判を受ける権利」を具現化する民主国家の礎である。これらの手続を劣後的位置に置くという発想に至るには、相当程度慎重な検討が必要である。

(4) 「国民の信頼回復」「萎縮医療の回避」をいかに両立させるかは、非常に重要な

テーマであるとともに、非常に難しい命題でもあることは周知のとおりである。しかしながら、新制度によりいとも簡単にこの困難性が払拭されるかのように簡単に述べられている点は疑問が残る。これは、各論部分を検討すれば尚更である。
(5) 先に厚労省の第二次試案とは別に出された自民党案との関係はどうなっているのか、説明がなされていない。

2 「医療安全調査委員会（仮称）について」

【委員会の設置】

(6) 「医療事故調査委員会」から「医療安全調査委員会」に名称変更された理由が不明である。

(7) 「医療関係者の責任追及を目的としたものではない」という注記がなぜ此処で出てくるのか理解できない。一定の精度を運用し組織を動かす際に重要なことは、「目的」及び「効果」である。制度の目的と効果に矛盾が無く、好ましからざる効果を来たすことなく、所期の目的を正しく実現することが可能な制度運用、組織となっているかが重要なのである。したがって、「目的」のみを掲げて制度全体に対する信頼を得ようとするのであれば、一面的との誇りを免れない。

新制度がその及ぼす効果の面においても、不適切な問題に遭遇することが無いという点を「目的」と併記すべきである。医療関係者にとっての関心事は、「目的」は正当でも、効果として新制度が医療関係者の責任追及に向けて先鞭をつけることになるのではないかという疑念が払拭できないことである。

(8) この記述は理解困難である。新制度が医療関係者の責任追及を目的としないと謳いながら、何故、厚生労働大臣に行政処分権があることを問題視して、厚生労働省の管轄を排除しようとするのか理解できない。これではまるで、医療安全調査委員会が「医療関係者を最良することなく独立した立場で処断する」組織として位置付けられているように勘ぐりたくなる。

裁判手続が不十分であるとする具体的理由は必ずしも明らかではないが、その一つに、裁判官の医療からの非専門性があると考えられるのであれば、医療を専門管轄とする厚生労働省以外の行政庁（例えば、内閣府や総務省等）に調査権限を分離することは、後々制度運用上の混乱を招くおそれがある。

(9) ～ (15)

中央の委員会と地方委員会の関係が今一つ具体的にイメージできない。

地方ブロックの範囲は？

事例毎に置かれる調査チームは最大10名の人員を擁することとなるが、毎年最大で3000件扱うことを念頭に置くと、延べ最大で3万人動員する必要があるが、果たして現実性があるのか疑問である。このほかに、委員会を地方において構成するということになると更に人員が必要となるのではないか。

「委員の中立性」を謳っているが、この中立性の解釈は難しいところである。「医療を受ける立場を代表する者等」であるが、もしここまでメンバーを広げる

のであれば、広く日常的に医療を受ける立場にある一般の方に門戸を拡大すべきである。現在、医療過誤を追及する一定の組織に所属する方々の声が、あたかも医療を受ける立場にある人全体の代表であるかの如く思い込む風潮があるが、これでは偏頗といわざるを得ない。委員構成上格別の配慮が必要である。

なお、法律関係者については、現在のモデル事業での運用に倣い、患者側弁護士1名と医療側弁護士1名の2名を必ずメンバーとして加えることが法的議論を進める上で公正性の担保につながると考える。

【医療死亡事故の届出】

(16) 制度化はいいが、問題はそこの中身である。

(17) 「図表」だけでは届出事例か否かがわかり辛い。

(18) 略

(19) 医師法21条の具体的改正案が不明でありコメントできない。届出義務の範囲を超えて本制度上の届出を行なった場合も医師法21条の届出は不要と解されるのか？

医師法21条との有機的関連の中で考えると、本制度上の届出も24時間以内という制約があるようにも思われるが、その点は不明確である。

(20) 一定の例示がなされているが、これだけでは必ずしも理解できない。多くのサンプル事例を提供して欲しい。

なお、「明らかに誤った」という概念の意味は必ずしも一義的に明確とはいえない。法的概念である「過失」の有無については、医療裁判における確定した判例理論である「医療水準論」に従って判断される法律上の概念であるが、それと、この「明らかに誤った」との関係が不明である。さらに法的概念である「重過失」と同義なのか否かも不明であり、現場の医療機関にこのような判断を求め、しかも24時間という時間制限を設けるとするならば、極めて困難な作業を医療機関に要求することになるのではないか。

(21) 医療機関全体で、届出の必要性について判断し、その最終責任者は管理者ということのようなのであるが、24時間等の時間制限があるとするならば、このような迅速な院内検討を行なうことは必ずしも容易ではない。また、「必要に応じて」ということであるがこの意味も不明瞭である。

(22) 届出義務違反に関する調査等はどこで行なうと想定しているのか不明である。

届出については、まず当該医療機関の管理者が責任をもってその必要性の有無を判断する建前とされており、仮に医療機関管理者の届出の必要性の判断と、本制度上の委員会が考える必要性の判断との間に見解の齟齬が生じるようなケースも考えられるが、その場合、行政処分に至るまでの適正手続保障等は具体的にどのように考えているのか。

(23) 遺族による調査依頼と届出義務の範囲の関係が不明である。

遺族による調査依頼があっても、「届出義務の範囲を超えており調査依頼には

応じられない」という調整、ふるいわけは行なわれるのか。仮に行なわれるとして、どこでどのように行なわれるのか。

- (24) 相談受付ではなく、「届出義務」という一定の義務を想定される以上は、明確に届出に関する手続規定を文書化して定め置く必要があるはずである。単なる相談を受け付ける機能整備だけでは足りない。

なお、医師法21条と本制度の関係について付言する。

この新制度の大きな意義として、医療関係者に対して繰り返し厚労省からは、「本制度上の届出・調査というルールに乗る限り警察の捜査は控えられ、『大野病院事件』のように突然医師が逮捕されるという事態は回避される。したがって、本制度は医療関係者にとってメリットが大きいものなのである。」と、あたかも医療従事者が警察捜査から開放されるかの如き内容が実しやかに語られているように見受けられる。しかしながら、そのようなことは第三次試案には一切明記されていない。そもそも、刑事訴訟法に全く手を付けず、被害者の告訴権、捜査機関の捜査権を法文上制限する改正も何ら行わないまま、上記のような宣伝を厚労省が行なうことは甚だ遺憾である。単なるリップサービスに終わる蓋然性は極めて高い。今回の医療安全調査委員会による調査活動と警察の捜査活動との関係については、過去に問題となった、航空機事故調査に関する運輸省と警察庁との軋轢を思い出す必要がある。

航空機事故調の設立に際して、国際民間航空条約の第13付定書では、以下のよう

国際民間航空条約第13付属書

3. 1 (調査の目的) 事故又はインシデント調査の唯一の目的は、将来の事故又はインシデントの防止である。罪や責任を課するのが調査活動の目的ではない。
5. 4. 1 勧告 罪や責任を課するためのいかなる司法上又は行政上の手続きも、本付属書の規定に基づく調査とは分離されるべきである。
5. 1 2 (記録の開示) 調査実施国は、次の記録を事故又はインシデント調査以外の目的に使用してはならない。

.....

注) 事故又はインシデント調査の間に面接した者から自発的に提供されたものを含む上記の記録に含まれる情報は、その後も、懲戒、民事、行政及び刑事上の処分に不適切に利用される可能性がある。もし、このような情報が流布されると、それは将来、調査官に対し、包み隠さず明らかにされるということがなくなるかもしれない。このような情報が入手できなくなると、調査の過程に支障を来し、航空の安全に著しく影響を及ぼすことになる。

しかし、このような制度を作ろうとした運輸省に対して、当時の警察庁長官であった後藤田正晴氏は、警察権を排除するのであれば、警察は独自捜査をする(フライトレコーダーやボイスレコーダーを捜索差押する)との主張を展開し、結局、

町田運輸事務次官と後藤田警察庁長官との間で、「航空機事故調は警察の捜査の支障にならないようにする。」旨の覚書が交わされている。その結果、現在は、航空機事故については、航空機事故調と警察が合同捜査を行い、航空機事故調の調査報告書は刑事事件にも民事事件にも用いられている。これは明らかに条約違反なのであるが、現在国土交通省は明確な理由もなく条約違反ではないと強弁しているという有様である。愛知県の名古屋空港で起きた中華航空機墜落事故の裁判でも、航空機事故調の報告書が証拠として用いられている。

医療事故について見た場合に、このまま医師法 21 条を多少改正しただけで済ませるならば、警察が、独自捜査権を主張することに対する制約は何ら存在せず、医師法 21 条の改正の実質的意味はなくなるであろう。自民党案を作成した大村議員の説明でも、あるいは日医の 〃 〃 の説明でも、とにかく、警察権の抑止のため、再三にわたって法務省の刑事課長の説得を繰り返し、やっと、調査委員会から警察への通告を行う限度で納得させたとの経過も伝え聞いているところである。

また、捜査機関の捜査権限さらには検察の訴追権限と、調査委員会の調査について、今後その認識の差異が顕在化するのではないかと懸念される好材料が、例の「大野病院事件」における検察官の論告求刑である。「大野病院事件」をここでおさらいすると、「福島県立大野病院で平成 16 年、女性が帝王切開手術中に大量出血し死亡。県警は平成 18 年、「癒着胎盤」を無理に剥がしたとして、業務上過失致死容疑などで執刀した産婦人科医の 〃 〃 医師を逮捕。各地の医師会から「難しい症例で不当」と抗議が相次いだ。深夜・長時間労働で訴訟リスクも高いため、診療から撤退する産科医不足に事件が拍車を掛けたとされる。医療事故の原因を究明する「医療事故調」創設検討のきっかけにもなった（共同通信、平成 20 年 3 月 24 日）」とされる事件である。福島地裁で昨年 1 月から合計 13 回の公判が重ねられているが、その第 13 回公判においてなされた検察官の論告求刑では、周産期医学や胎盤病理学の我が国における最高権威の鑑定や証言の数々、日本医学会や日本医師会を含む多くの関連団体・学会から提出された声明・抗議文などをすべて、『それらの団体に所属する医師の証言には、一定方向の力が働いている。結果ありきで任意性に劣る。』と一蹴し、癒着胎盤の経験に乏しい専門外の医師の鑑定だけを唯一の判断の根拠としている。そして、「被告医師は自己の責任回避で信用できない供述を行ったことに反省を示していない。」「過失の重要な事実について、血圧低下の認識、出血量の認識、胎盤の剥離困難、クーパーの使用目的など、捜査時に供述や遺族に対する説明とも変えて、信用できない供述をしているので信用できない。」「自己の責任を回避するため真摯な反省や謝罪が見られない。」「医師と患者の信頼関係の確保が強く要請されているのに、我が国の患者の医師への信頼を失わせる、事実を曲げる被告の態度は許し難い。」「医師法 21 条違反について、被告は自身の過失により死なせたという異状死の認識がありながら、届け出を怠った。」「医師法 21 条は主旨から、医

師が警察に協力すべきである。」「警察が本件を知ったのが3ヶ月も経った3月31日であり、事故調査が公表され、ミスが新聞で公表されたからである。」「24時間以内に捜査を開始できず、関係者の記憶の散逸、胎盤などが破棄されており証拠の散逸が起こってしまったが、これは届け出義務の不履行によって生じたことである。」「よって被告には厳正な処罰が必要である。」「医療は侵襲を伴い生命に影響を与える。産科医療は母児の危険を内包する。よって産科医は高度な注意義務を負う。医師は社会的な信頼、患者の安全を全面的にゆだねられ、重い責任が課されている。」「被告は安易な判断で医師に対する社会的な信頼をも失わせた。不十分なインフォームド・コンセントしかおこなっておらず、家族は帝王切開の内容を殆ど理解できず、死後の説明も不十分で遅れた。最悪の知らせ方が遺族の悲しみを増した。」「被告は大量出血も家族に報告できないと言いながら一方で、応援要請に対して応援を依頼する必要はないとしており不可解である。」「重い医師としての責任認識が甚だ乏しいとしか言いようがない。被告は地域の社会的な重責を担ってきたとしても、過失は重大である。」等々が延々と述べられている。つまり、検察は医療界の大勢の意見を無視して、当該事案における医師には「重過失」があると評価しているということである。この現実を厚労省はどのように捉えるのか。「大野病院事件」の検察の論告は、このまま本制度を新設したとしても、警察の捜査、検察の訴追は今までどおり司直側の一方的判断・思惑によって相変わらず進められるという事態に全く変化はないということを示唆しているのではないか。この点に関する厚労省からの合理的かつ説得的な見解を貰えなければ、本制度に医療者として賛成するものは誰一人として出てこないと断言する。捜査機関への通知の新設が、医療崩壊を更に増大させるのではないかと懸念を払拭することは到底不可能である。

【遺族から地方委員会への調査依頼】

(25) 上記(23)との同様の疑問。

さらに、地方委員会への調査依頼を、「遺族に代わって医療機関が行う」という事態が想定されている点がナンセンスである。そもそも医療機関が届出不要と考えたケースで、遺族に代わって医療機関が調査依頼を行なう義務があるはずはない。具体的な手続も全く不明である。このような過度な負担を医療機関に一方的に求める事態を想定していること自体、不信感を醸成させる要素となる。

(26) 上記(23)(24)と同様の疑問。

【地方委員会による調査】

(27) 遺族が解剖に同意しない場合は、調査そのものは原則として開始されないと考えてよいか。

「既に遺体のない事例等についても地方委員会が必要と認める場合」とは具体的にどのようなケースが想定されているのか不明である。遺体もないのに、死因

究明を基本とした医療安全についての提言など可能なのか。調査に対する無駄な支出となるのではないか。

なお、調査手続にとって重要なことは、国家機関として委員会が医療行為という具体的事象に対する調査権限を行使して、供述、書類等の資料（証拠）を入手する手続であることから、調査対象となる人及び団体等に対する適正手続保障が確保されなければならないという点である。医師法21条の届出が問題となったときに黙秘権保障の議論が盛り上がったが、基本的にはこれと同じ土俵の話である。ただし、今回深刻と思われるのは、異状死体の届出ではあくまでも外形的事実の届出が問題だったのに対して、今回の制度では、外形的事実の届出を超えて、委員会が調査権という一定の公権力を付与され、調査に対する聴聞（取調）手続が予定されている点である。しかも、その調査結果が最終的には刑事処分・行政処分・民事賠償等に利用される可能性のあることが重大である。ところが、本制度考案の段階で、憲法上の基本的権利であるデュー・プロセス保障の問題については殆ど議論された形跡が認められない。医療安全調査委員会の調査活動は、刑事・行政・民事の各責任判断の証拠資料とされる可能性がある場面での採証手続に等しいが、特に刑事処罰に移行する可能性が想定されている点（捜査機関への通知）を考えれば、事情聴取する際に黙秘権の告知を行い、弁護人選任権、反対尋問権（反証権）等を確実に保障され、不当に糾問的とならないような聴聞手続が構築されることが憲法によって求められていると言えるのではないか。

医師法21条の「届出」に関しては、広尾病院事件の中で最高裁判決が下され、それ自体は黙秘権の保障（憲法38条）に反しないと結論が出ているが、「届出」を超えた調査に対する供述等の手続においては黙秘権保障は不要であるなどとは全く判断していない。広尾病院最高裁判決は、医師法21条の届出は外形的事実のみの届出に過ぎず、構成要件の要素となる具体的事実を述べるものとは違う点をもって、黙秘権保障に反しないと判示している。これを受けて、さらに医師、医療の公益性といった理由を付加して合憲判断をしているのである。ところが、今回の調査委員会での調査手続における事情聴取は、まさに構成要件の要素となり得る具体的事実の陳述が予定されており、最高裁判決によっても合憲判断とはならないと考えるのが正しい。それに、そもそも広尾病院最高裁判決に対しても刑事訴訟法学者を中心に批判が根強いという現実がある。

その他、具体的にどのようなことが保障されるべきなのかを考えると、

- a 記録の閲覧・謄写権
- b 関係者からの聴き取り調査への立会、被調査者に対する質問権
- c 委員会の暫定的な心証開示（報告書案の開示）とそれに対する反論の機会
- d 不服申立の機会の保障（中央委員会に上訴するイメージ）

等が考えられる。これらを含めて、具体的検討を行なうべきである。

以上を踏まえると、(27)の手続全体について、適正手続保障の観点から根本的な検討・検証が必要である。この分野における法的専門家により徹底的議論が

求められる。

①については、⑤のような「質問に答えることは強制されない」との文言が落ちているのは適正手続保障に対する無理解の現れである。

②については、「臨床的な見解を踏まえて」との具体的意味が不明である。現在行なわれている司法解剖は、解剖される地域、担当する法医学教室、解剖を依頼する警察等によって必ずしも統一的方法が貫かれておらず、司法解剖の水準自体が極めて曖昧である。解剖例数に差がある点は勿論であるが、司法解剖の全国的なマニュアル、スタンダードが存在しないこと、その結果、頭部開検もしないままに死因を決めてしまう杜撰なものもあること、警察捜査のお先棒担ぎ的司法解剖が多く認められること、薬剤血中濃度の測定については極めて不十分な体制しか整っていない法医学教室が多いこと、法医学者が臨床医療を殆ど知らないこと等、様々な問題があることも事実である。わが国の法医学の歴史が刑事事件における誤判の歴史であるという教訓に照らすと、現行の法医体制ではとても信頼できない。民事裁判の中では、ある司法解剖が水準以下である旨が、日本法医学会推薦の鑑定人（法医学者）による鑑定意見として裁判所に提出される事態も出ており、解剖（司法解剖、病理解剖も含めて）について全国的な水準を満たす基準を定立することが急務と考えられる。この点の整備なくして、正しい制度運用は到底期待できない。

③については、「臨床経過の評価」をまとめるメンバーと「調査報告書案」をまとめるメンバーとが分離されているように読めるがそれでよいか。前者は「調査メンバー」そのものには加わらないということになると、さらに人員を要することになるが果たして実現可能なのか。上記（9）～（15）参照。※について述べれば、「医療関係者の責任追及を目的としたものではない」と述べられているが、「目的」はそうでも事実上の「効果」として責任追及につながるおそれが大きいのではないかということが最も懸念される点である。「目的」の正当性を連呼されただけではこの懸念は全く払拭されるものではない。また、2つ目の※は、要するに「プロスペクティブ」「レトロスペクティブ」という異なったアプローチを混同せず、医療行為に対する評価はあくまでも「プロスペクティブ・アプローチ」に従うということを堅持するという趣旨と理解してよいか。

④については、地方委員会による「調査報告案の審議」の具体的内容が不明である。審議内容・方法にもよるが、地方委員会でこのような審議を行なうことが件数、時間等との関係で果たして可能か。実質的審議など殆ど期待できないのではないか。

⑤については、全体的に委員会が警察権限を付与されているかのごとき文面である。適正手続保障の徹底が図られなければならない理由はここにある。立入検査、診療録等の提出命令について、その命令等に応じない場合の罰則は想定されているのか、不服申立手続が想定されているのか等、運用において重要な具体的手続についての説明が全くなされておらず、非常に問題である。

⑥については、「調査を終える前」に限定したのでは果たして如何なる意味があるのか分からない。特に調査対象となる医療機関については、調査中の個別具体的不服申立、弁解の機会の保障が必要である。

⑦については、例えば、「捜査機関への通知」等について反対意見が出た場合は、通知自体行なわないのか。少数意見がありながら刑事処分へ舵を切るのは不合理である。

(28) 略

(29) 「疾病自体の経過としての死亡であることが明らか」という結果は、調査委員会の結論なのであるから、そのように判断した理由等の遺族への説明については、委員会が第一義的責任者となるべきではないか。医療機関に委ねるとするのは無責任である。特に、医療機関が当初から届出不要とした案件については尚更である。

(30) 略

(31) 略

【院内事故調査と地方委員会との連携】

(32) ～ (36)

このような内容をもって、「連携」と位置付けるのは不遜である。まるで医療機関が原因究明に日常無関心であるかのような文章である。

そもそも院内において調査・整理された関係記録は、あくまでも院内における内部文書であり、これが院外の調査委員会で使用されることには問題がある。院内における調査記録が内部文書とされることによって、最大限の自助努力が可能となることの意義を見失ってはならない。

【中央に設置する委員会による再発防止のための提言等】

(37) 略

(38) 要は、再発防止策の具体性と説得力の確保にあるが、それが果たして新制度上の調査のみで可能か否か疑問である。確かに、事故を契機に再発防止策を検討することは必要であるが、具体的な再発防止策が確定できない難事例があることも事実（むしろそのような事故であるからこそ死因究明が必要となってくるとも言える）であり、この点を率直に認める必要がある。安直かつ強引な提言表明は、医療現場への実現性に乏しい厳しい行動規範となって跳ね返ってくる可能性があり、結果的に医療を縛り、萎縮医療を招来しかねないのである。

【捜査機関への通知】

(39) このような制度を設けることには強く反対する。

アメリカのリスクマネジメント、セーフティーマネジメントの研究過程で既に明らかにされたことであるが、個人の責任追及という紐付きである限り、有効な

事故防止策を考案することは困難な作業となるということが重要である。

「SorryLaw」が現在、アメリカの29州で採用されるに至っているという点も十分考えなければならない。個人責任追及と事故再発防止は両立困難ということである。

また、「故意、重過失」は純粹に法律概念であるが、この評価を地方委員会が独自に正しく迅速に判断することなど不可能ではないか。特に重過失の有無等に関しては、現在も生起している医療裁判の中で訴訟手続を通して時間をかけて徹底的に論争の対象となっており、地方委員会の限られた人員・時間という制約の中で合理的判断が迅速になされることなど到底期待できない。

- (40) ①～③の判断評価を地方委員会が合理的かつ迅速に判断することは極めて困難である。このような判断を地方委員会に委ねることには反対である。裁判上の三審制等の不服申立手続を整備しなければとても危なっかしくて信用などできない。

なお、医療上の合併症複数経験医師と、独禁法違反のリピーター、酒気帯び運転のリピーターとは根本的に性質が異なる。これを同じ土俵で議論すること自体問題である。独禁法違反のリピーターはまさに故意犯である。また交通事故の場合は、道交法という具体的な法規が存在し、これに違反する類型的・定型的行為を想定することは容易であるため、レポートという概念との親和性が強いと言えるが、医療行為は対象患者、対象疾患の内容、具体的治療法等によって千差万別であり、「レポート」という概念を安易に持ち込むことはできない。このあたりがごった煮のように論じられている点、危うくてとても見てられない。

3 「医療安全調査委員会以外での対応（医療事故が発生した際のその他の諸手続）について」

【遺族と医療機関との関係】

(41) ～ (45)

このようなことを長々ここで論じることは不遜ではないか。

委員会の調査が開始された後は、医療機関と遺族が直接話し合いをする土俵は形成しにくいのが実情であろう。委員会による調査結果が出た後に、漸く医療機関と遺族が話をすることが現実と思われるが、それは「早期紛争解決」に必ずしも資するとは限らない。特に、届出の必要性判断の段階から医療機関と遺族との間で意見相違があるケースでは尚更である。

なお、ここでいれられた文章は、患者側で医事紛争を扱っている特定の弁護士の起案にかかる表現が取り入れられているが、そのような作成の経緯自体きわめて不透明である。医事紛争の要因は「隠さない、逃げない、ごまかさない」以外に、遺族の無理解、遺族に対する患者側弁護士の誤ったサジェスション等、様々な要因が介在しており、ここでいかにも医療機関は隠したり、逃げたり、ごまか

したりするとの大前提をとることは、本制度の設立がそもそも非常に偏頗な考え方から出発していると言えないか。わが国の医療機関の殆どが、隠したり、逃げたり、ごまかしたりしていないのが現状である。病理的部分を見すぎた一弁護士の見解が大体的に取り入れられるような制度設計である限り、到底賛同し得ないし、運用上の混乱が生じることは必至である。

また、ADRについては、現実に運用に携わる弁護士の話（私もその一人であるが）では、そこで解決可能な事例は限られており、ここで過大評価されているのは国民の目を欺きかねないと指摘されている。ADR等に対する実態調査を徹底的に行い、その上で文章化すべきである。

【行政処分】

(46) 現状のまとめとしてはそのとおりであるが、その長所・短所の総括が全くなされておらず、一体何をどうしたいのか不明確である。

(47) 「システムエラー改善のための行政処分」という新たな処分を、現行の処分に単に付加するということであるかのように読めるが、これでは医療に対する行政上の支配強化ということになるのではないか。

(48) ①②

「個人に対する行政処分については抑制することとする。」の具体的運用基準が不明である。

個人に対する行政処分を抑制するとしながら、個人の再教育を重視すると謳っているが、業務を停止せずどのような形で再教育するとしているのか不明である。

(49) 見直しの具体的内容が未知数であり論評しようがない。

4 「おわりに」

(50) (51)

本制度の問題点、特に事故再発防止と悪質事例の抽出という両立が極めて困難な作業を、限られた予算の中で、かつ、今後手続保障等の充実を図りながら策定していくには、2～3年の準備期間では拙速に過ぎ、到底時間が足りないのではないか。見通しが甘いのではないか。

【総括】

医療の安全を確保することが重要な命題であり、医療者も含めた国民全ての願いであることは誰も疑わない。そのコンセンサスの上に立って、事故の原因を究明し、再発防止に役立っていく仕組みはぜひとも必要であると思料するものである。本制度は、この趣旨に則って新制度の骨格を作成すべきであり、厚労省を始めとして、制度設計に関わる関係者一同がこの点を十分認識しなければならない。

この目的を達成するための前提として最も重要なことは、正確な事故報告である。

医療関係者が正確な報告が行える環境を、まず整える必要があると考えられる。この点についての認識が不十分なままに、医療者個人および医療機関に対する責任追及への安直な道標に陥ることのないよう常に注意が払われなければならない。「正確な事故報告達成システム」と「責任追及システム」とは基本的に相容れないということ忘れてはならない。

したがって、本制度は、事故の原因究明および再発防止を図ることのみを目的とすべきであり、刑事、民事、行政処分、ADR等に直結するシステムを相乗りさせることなど絶対にあってはならない。これらを一まとめにして括ることは制度目的そのものを崩壊させるおそれがある。

医療は、患者と医療関係者との信頼関係の上に成り立つものである。新制度の設計にあたっては、この信頼関係を基礎として、決して患者と医療関係者との信頼関係が損なわれることのないよう、ハード面、ソフト面における木目細やかな配慮が求められているのである。

また、医療安全の確保は、医療関係者個人の能力、努力を超えて、医療政策全体と密接に関わっている問題である。さらに、医療関係者とともに医療を推進する主体となる患者側の努力なくしては決して到達し得ないテーマである。

以上の視点に立って、今後より一層、厚労省等の国と、医療関係者、および一般国民間において自由闊達な議論が交わされることが望ましい。

拙速な新制度設立が、わが国の医療問題の最も重要かつ危急のテーマである「医療崩壊の阻止」に逆行することのないよう切に願うものである。

以 上

4. 氏名：
_____5. 所属： 岡山大学病院

6. 年齢： _____ (※下記より対応する番号をご記入ください。) 5

- | | | |
|----------|--------|----------|
| 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： _____ (※下記より対応する番号をご記入ください。) 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 |

(※下記より対応する番号をご記入ください。)

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

制度そのものに反対するものではないが、以下の懸念材料、不備を修正することが必要である。

(7) 責任追及

「責任追及を目的とするものではない」と明示したからといって、報告書等が責任追及のために使用されることを妨げるものではないので、そのことを明示するか、対策を盛り込む必要があるのではないか。

(10) 調査チーム

事例の数としては、年間 2000 件程度が予想されているようだが、必要なメンバーを集めて調査チームをタイムリーに結成できるかどうか、実現性に疑問を覚える。臨床現場で忙しい最前線の医療関係者でなく、現場から乖離した立場・考え方の医療関係者が委員として選ばれるのではないかという危惧がある。現在のモデル事業の進行状況が参考になるのではないか。

また、有識者として、死亡という重大な結果に対し、感情に流されず冷静に検討できる人材を得ることが可能かどうか、疑問を覚える。

(13) 有識者

有識者（医療を受ける立場を代表する物等）として、死亡という重大な結果に対し、感情に流されず冷静に検討できる人材を得ることが可能かどうか、疑問を覚える。

(23) 医療死亡事故の届出義務違反

平成 20 年 04 月 04 日の衆議院厚生労働委員会において、米田壯警察庁刑事局長は「調査委員会に届け出がなされなかった場合には、医師法二十一条の適用となり得ることがある。」という趣旨の説明をしている。この答弁と (23) の記載内容との異同を明確にする必要があると考える。

(29) 疾病自体の経過としての死亡

「疾病自体の経過としての死亡であることが明らかとなった事例等については、地方委員会による調査は継続しない。」とあるが、地方委員会による報告書は必須ではないか。そうでなければ、当事者間の対立を解決する手助けにならず、委員会の仕組みを作る意義が半減するのではないか。

捜査機関への通知 (39) ~ (40)

重大な過失のある事例を明確に定義できるかどうか疑問が残る。たとえば、大野病院事件は重大な過失のある事例とかがえるのか？

別紙3 捜査機関との関係について

問1～問3への答

ここに書かれている答えは、全て検討委員会による希望的観測であって、司法側からの裏付けなくしては意味を持たないし、むしろ誤解を招くのではないか。

平成20年04月04日の衆議院厚生労働委員会において、米田壯警察庁刑事局長は「この委員会の枠組みの中では、刑法上の業務上過失はそのままで変わらない。警察、検察等も犯罪捜査をする責務がある。患者、あるいはその遺族からの訴えがあれば、捜査せざるを得ない。」という趣旨の説明をしている。この答弁と、ここでの記載内容との異同を明確にする必要があると考える。

問4への答

「刑事訴訟法に基づく裁判所の令状によるような場合を除いて、捜査機関に対して提出しない方針とする。」と書かれているが、書き直すと「刑事訴訟法に基づく裁判所の令状によるような場合は、捜査機関に対して提出する。」ということであり、そのような内容も盛り込んだ方が誤解を招かないのではないか。

平成20年04月04日の衆議院厚生労働委員会において、三浦守法務省大臣官房審議官は「この委員会の調査の過程で作成された資料については、刑事訴訟法上の証拠となりうる。」との趣旨の発言をしている。