

(※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

0 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 氏、大阪大学 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 |