

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」はそれでも事実上の「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をお忘れではない。

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

## &lt;一般&gt;

- |                          |                          |          |
|--------------------------|--------------------------|----------|
| 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) |          |

## &lt;医療従事者&gt;

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

## &lt;法曹・警察関係職種&gt;

- |           |         |                 |
|-----------|---------|-----------------|
| 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。