

第三次試案は、第二次試案より医療側に大幅に配慮した内容で、事故の原因究明が同僚審査の偏向を排して公正に行なわれるか、はなはだ危惧する心配がある。しかしながら、医療被害者は長年にわたって、医療事故の原因を調査する公的機関の設立を強く望んでおり、医療過誤問題が社会問題として注目されはじめた、1999年の横浜市立医大患者取り違え事件から数えても、既に9年もの歳月が経過している。そのような経緯を考えれば、これ以上懸案を先送りすることは、決して許されるものではない。

医療過誤原告の会は医療被害者の団体として、この第三次案をもとにした、医療事故の原因究明・再発防止の為の仕組みを、早急に作ることを強く求めます。

医療過誤原告の会は、医療事故を受けた被害者・家族が医療機関からの説明と対応に納得がいかず、重大な被害を泣き寝入りすることもできず、医療過誤裁判を闘い・検討中の人々が、1991年に結成した市民団体です。入会した被害者総数は1000名を超えています。

医療被害者にとって現在の医療過誤裁判に於いて、医療の点では弱者で専門外の被害者が、医療の専門家である主治医と医療機関に対して、医療的過失の立証のために、医療水準の専門的な検証と証拠を揃える責任を負わされていることは、余りに不公平で理不尽な有り様です。医療過誤裁判を闘うには、被害者は、医療過誤訴訟に詳しい弁護士探し、公平な立場で誠意を持って鑑定いただく医師探しが必要ですが、多くの被害者が弁護士・医師探しに苦慮しています。医療過誤裁判では、医療者側は医学界で権威ある医師を鑑定医にたて、医療者側を擁護する為に被害者から提訴された過失立証を激しく否定してきます。医療被害者は、信頼を寄せてきた医療者・医療機関から、被害を受ける過程で裏切られ、被害を受けた後の対応で裏切られ、裁判の場でもカルテ改ざん・偽証・ずさんな鑑定で裏切られ、信頼がズタズタにされてきました。そして、医療弱者である被害者の訴えを真摯に受け止め、司法判断いただく裁判官は、少なく、民事における医療過誤原告の勝訴率は40%以下、一般の原告勝訴率の半分程度の厳しい結果となっています。

安全・安心な医療の構築と進歩にかけがえのない多くの被害者が、現状の裁判制度が被害者に過酷なため、裁判に提訴することもできず、事故は闇に葬られ、被害者救済もなおざりにされてきました。

医療過誤問題によりやがて社会の関心が高まり、厚労省が「医療関連死の死因究明・再発防止のためのあり方について」検討会を設け、法案作成に向けて議論を積み重ねてきたことに、大きな期待を寄せています。

今回の制度づくりが、長年苦しんできた医療被害者の期待と信頼に応えることになるよう、切に願っています。

## 医療事故市民オンブズマン・メディア

医療安全調査委員会（仮称）の設立は、私たちが医療事故に遭遇した時からの希望であり、早急なスタートを期待するところです。

ここまで、話が進んでいる状況をうれしく思う一方で、今回の試案において、いくつかの意見を持ちましたので、コメントさせていただきます。

## 【P 5（22）において】

“故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合や、管理者に報告が行われなかった場合・・・医師法第21条のように直接刑事罰が適用される仕組みではない。”

となっていますが、警察への届出よりも優先されるのであれば、このような隠蔽を行った場合にはもっと積極的なペナルティーが必要なのではないのでしょうか。

例えば、その様な場合には、医師法第21条の適用となり、刑事罰相当となるなどすべきだと思います。

## 【P 5（23）において】

“医療機関の管理者が、医師の専門的な知見に基づき届出不要と判断した場合には、遺族が地方委員会による調査の依頼を行ったとしても、届出義務違反に問われることはない。”

となっていますが、調査の結果、問題が見つかったものに関しては、届出義務違反とすべきだと思います。

現状の隠蔽体質を脱却する為には隠蔽できない状況をつくるべきだと考えます。

## 【P 14 医療安全調査委員会（仮称）の構成（別紙2）において】

この委員会が誰にでも受け入れられる為には、いかに中立性を確保するかにかかっていると断言して過言ではないと思っています。

その部分を考えた時、学会・病院団体・医師会等の任命による専門家では、本当に中立的な立場を確保できるのでしょうか。

有識者（医療を受ける立場を代表する者等）が参加しているだけで、専門的な内容を中立的に判断することは難しいのではないのでしょうか。私たちは、医療事故被害者を支援している専門家や、医療事故被害者会等の推薦する専門家等も参加させるべきと考えています。

私たちは、患者・市民の視点で、医療事故や薬害の再発防止の切り札となり、かつ医療者と患者側の信頼関係の構築の欠かせない「医療情報の公開・開示」を求めている医療被害者や遺族を中心とする市民グループです。

私たちは、第3次試案は、第2次試案と比較して医療側に大幅譲歩した内容になっていると感じています。

これはすでに、患者側としては、譲歩できる限界を超えているものです。一方では現状を放置できず早急に法制化し、実施に移す必要があるとも考えるので、大幅譲歩もやむを得ないのではないかとと思いますが、今後更なる譲歩を強いられるような状況だけは絶対に避けていただきたいと強く要望します。

患者側・遺族側としては、そういう状況の中ではありますが、下記の意見を可能な限り考慮されることを切望します。

#### (22) について

「届出範囲に該当すると医療機関の管理者が判断したにもかかわらず故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合」についても、「体制を整備すること等を命令する行政処分を科す」ことで済ますのはあまりにも医療機関に甘過ぎるのではないのでしょうか。

これは体制の整備の問題ではない、「故意に届出を怠った場合又は虚偽の届出を行った場合」は関係者の無責任さそのものであり、遺族や社会に対する冒涇でもあるといえます。

「故意」や「虚偽」に基づく行為に対して、厚生労働省における罪の認識が薄いことの現われでもあると思われます。『故意』に届出をしないとか『虚偽』の報告については、犯罪であるとの認識で厳しく対応していただくよう切望します。

#### (23) について

下記の追加が是非とも必要であると考えます。

遺族の依頼により、地方委員会による調査が実施され、明らかに届けるべきであった（ここは具体的範囲の設定が必要）にも拘わらず届出はしていない場合には何らかのペナルティーを科す必要があります。正直な報告が健全になされるような制度にするべきです。

院内調査委員会が作成した嘘の報告書や、司法の場における資料の隠蔽、荒唐無稽なまでの上申書の提出など多くの信じ難い対応をとる大学病院等が残念ながらのこれまでにあったことを認識し、二度と起こらないようにすることに意義があると思います。

(32) ～ (36) について

「院内調査委員会と地方委員会との連携」

この連携は適正に実施されることが、非常に重要です。そのためにも過度とも思える連携は慎まなければならないと考えます。それは地方委員会の独立性を確保するためにも重要です。連携の在り方次第では、「院内調査委員会」と「地方委員会」が『なれ合い調査』に発展してしまう可能性があること危惧します。

(34) について

「院内において調査・整理された事例の概要や臨床経過一覧表等の事実関係記録については、地方委員会が診療録等との整合性を検証」としてはありますが、地方委員会の調査チームが自ら調査・作成した概要や臨床経過一覧表等を審議材料とすべきで、当該医療機関が後日作成した資料は審議材料とすべきではないと考えます。

医療が適正であったか否かは、直接カルテや検査データなどを調査チーム自身の目で確かめながら、判断するべきで、そのような経過を経ることで初めて疑問が出てくるのではないかと思うからです。

検証をすれば良いというものではありません。経過表は臨床経過を評価する上で極めて重要な資料であり、事実の経過のみを淡々と整理することが肝要です。不明箇所は不明として残しておくことも重要です。経過表が些かとも一つのストーリーを前提にするなど先入観を持って作成されないようにすることが特に必要です。改竄や隠蔽も、そのような作業を経るからこそ発見可能となるのです。

(46) ～ (48) について

「医療事故は、システムエラーにより発生することが多いと指摘されている、……」そのシステムエラーについて、その責任は誰が負うのでしょうか。少なくとも、当該医療機関のシステムの運営管理に重大な責任があった場合には、しかるべき責任者がその責任を負うとういことにならなければ、緊張感も生まれず、システムエラーに起因する事故も減らないでしょう

企業において、管理システムの運営管理に重大な責任があった場合、その運営管理者の責任が問われるのは極あたりまえの話です。事故が起きても、医師や看護師個人の責任に帰するケースが殆どであり、運営管理者の責任が問われたことは殆どありません。これでは問題の本質的解決につながらないと考えます。

以上

## 医療の良心を守る市民の会

第3次試案は大変わかりやすく説明されており、これを基本にして国会の場で審議し、法制化し、中立・公正な医療事故調査機関の早期設立の具体検討に入る時期である。

第3次試案は、第2次試案と比較して医療側に大幅譲歩した内容になっている。これはすでに、患者側としては、譲歩できる限界を超えているものと言える。もうこれ以上は譲れない内容である。

医療側が今後更なる譲歩を強いるような状況が発生するならば、今回の法制化を諦め、現状の法体系のまま継続せざるを得ないのではと考える。

もしここで、長年の夢の実現につながる今回の試案を潰してしまうことになれば、それは医療側が選択した道であり、医療側の責任であることをご認識いただきたいが、大変な悔いを残すことになることを危惧する。

医療側にとっても、事故はすぐそばにあり、決して他人事ではないのであるから、不幸にして医療事故が起った時は、当該医療側は自ら事故調査をし、患者側が願う真相の解明に努めることが大切である。既に多くの医療機関は事故調査をしっかりと実施しているといたいようだが、公正さ、透明さを十分に発揮していない事例が多く見受けられる。

第三者を加えた事故調査をし、真相究明と再発防止に取り組んでいる真摯な姿勢があれば、その医療機関は患者側の信頼を得ることになることは間違いないのである。

大きな医療機関などにおいては事故調査機能があるので、第三者機関的な調査機関は不要だと主張する医療者がいるが、医療機関の規模によっては自ら事故調査をする余裕がない場合や、患者側が当該医療機関での事故調査を望まない場合などがあり、第三者機関の設立は必要である。

患者側が公正・中立な医療事故調査機構の設立を望むのは、専門家などが発生した事象を検証し、事故の原因究明をし、事故から学んで再発防止に役立てるならば、裁判や、警察力に頼ることなく、紛争を避けることができるひとつの仕組みができると考えるからある。

医療側も医療事故に対する司法・警察力の介入、さらに患者側の対応などが医療崩壊を導いていると問題視するのであれば、医療事故調査機能の設立こそ、その問題を解決する方策であるはずである。そのようなことも考慮すれば、これ以上、問題を先送りすることは決して許されるものではない。

医療側と患者側とが、医療事故の原因究明・再発防止という同じ目的の仕組みとなる医療事故調査機構を小さくても早く生み出し、時間をかけて大きく育て上げることを早急に具体化することを強く望んでいる。

## 陣痛促進剤による被害を考える会

私達の会は、陣痛促進剤を使用した分娩による悲惨な事故をなくそうということで、1988年に設立した市民団体で、子宮収縮剤・子宮頸管熟化剤の添付文書の改訂、母子健康手帳の改定、厚生労働省との交渉、分娩事故の相談窓口の開設、安全なお産のための情報提供のシンポの開催等、安全なお産に結びつくあらゆることに取り組んでいる市民グループです。

死亡事故の原因究明を行い、その情報を共有することで事故の再発を防止することになるので、誰に遠慮することなく、是非行っていただきたいと思う。

これまで、自然死以外の医療事故のような死亡であっても、患者遺族側に対する事実説明が十分なされていないことは、日常的に聞くことである。

大学病院等では、事故調査委員会なるものを発足させるが、その中に遺族が傍聴を希望しても拒否されたり、返事を保留されている間に委員会を早朝に開催して、遺族が参加できないようになされたという相談もあった。

委員会からの遺族への聞き取り調査もないというような状況で、病院には過失がないという結果を出されたのでは、ますます病院に対しての不信感は募るので、きちんとしたシステム作りが重要であり、政府が行おうとしている試案が整備され運営されることによって、委員会がまとめた事故内容を共有することにもなり、よって事故の再発防止にも繋がるので、廃案にすることなく、実行性のあるものとしていただきたいと思う。

## 【委員会の設置】

(6) 医療死亡事故ではないにしても、重大な後遺障害を負った事例、分娩時の胎児死亡(死産)についても、同様の制度設計を望むものである。

(7) 「医療死亡事故」の原因究明を行うことを趣旨として本制度を立ち上げるのであるから、原因究明をする中で、医療関係者の責任問題に発展することはあるわけだから、ここで、あえて『医療関係者の責任追及を目的としたものではない』との記載は、すべきではない。

## 【医療死亡事故の届出】

(16～21) 「死亡を予期しなかったものに限る」との記載が腑に落ちない。分娩などで、診療所から大きな病院に転送された患者について、転送されてきた時にすでに死亡するのを予期することは多いと思うので、不合理である。

前医が行った医療に起因すると疑われる場合の対処の仕方について、明文化すべき。行うべき医療行為を行わなかったことが起因すると考えられる場合の対処の仕方も明文化すべき。

当委員会に届け出た事例は、「医師法21条に基づく異状死の届出は不要とする」