

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

平成25年度 第2回 運営委員会

○日時 平成25年10月3日(木) 13:30~15:15

○場所 日本外科学会 8階会議室

○出席者

有賀 徹 (日本救急医学会監事)
今井 裕 (日本医学放射線学会理事)
後 信 (日本医療機能評価機構執行理事 兼
医療事故防止事業部部長)
加藤 良夫 (南山大学大学院法務研究科教授)
木村 壯介 (日本医療安全調査機構中央事務局長)
黒田 誠 (日本病理学会担当理事)
神田 芳郎 (日本法医学会担当理事)
児玉 安司 (新星総合法律事務所弁護士)
佐藤 慶太 (鶴見大学歯学部法医学准教授)
鈴木 利廣 (すずかけ法律事務所弁護士)
高杉 敬久 (日本医師会常任理事)
高本 眞一 (三井記念病院院長)
永井 裕之 (患者の視点で医療安全を考える連絡協議会
代表)
樋口 範雄 (東京大学法学部教授)
松原 久裕 (日本外科学会担当理事)
安原 眞人 (日本医療薬学会会頭)
矢富 裕 (日本内科学会担当理事)
山口 徹 (国家公務員共済組合連合会虎の門病院顧問)
(敬称略・五十音順)

地域代表者

田中 伸哉 (北海道・北海道大学大学院医学研究科腫瘍
病理学分野教授)
舟山 眞人 (宮城・東北大学大学院医学系研究科法医学
分野教授)
山内 春夫 (新潟・新潟大学法医学教授)
野口 雅之 (茨城・筑波大学人間総合科学研究科診断病
理学教授)
池田 洋 (愛知・愛知医科大学病理学教授)
長崎 靖 (兵庫・兵庫県健康福祉部健康局医務課監察
医務官)
清水 信義 (岡山・岡山労災病院院長)
居石 克夫 (福岡・国立病院機構福岡東医療センター研
究教育部長)

事務局

日本医療安全調査機構 中央事務局

○議事内容

亀井次長 それでは定刻になりましたので、本年度第2回の運営委員会を開催させていただきます。まず、新たに委員にご就任されました方のご紹介を申し上げます。日本法医学会担当理事交替によりまして、神田(こうだ)芳郎先生に委員のご就任をお願いいたしました。先生は、久留米大学医学部法医学・人類遺伝学講座の教授をなさっております。よろしくお願ひいたします。

神田委員 よろしくお願ひいたします。

亀井次長 それでは、本日お配りの資料のご確認をお願いいたします。まず本日の議事次第、そのあと資料1が前回の運営委員会の議事録、1ページから18ページございます。そのあと資料2「事例受諾状況」等の資料、1枚ものがございます。資料3としまして直近の収支状況の報告でございます。資料4としまして9月12日に開催いたしました当機構の「推進委員会」の資料となっております。4-1から4-5でございます。あと参考資料1と2になっております。それと、本日、お配りしたカラー刷りの「医療事故原因究明制度の根幹となる3つの要素」がございます。あと、その他議題の資料で会議終了後に回収させていただき資料となっております。

それでは樋口先生、座長をお願いいたします。

樋口座長 それでは、今年度の第2回運営委員会を開催します。「運営委員会議事次第」を見ていただくと、今日の大きな問題は、これから報告事項がありますけれども、いわゆるこのモデル事業が粛々とというか、地道に継続してそれぞれ行われていることを運営委員会で確認していただくということです。

もう一つは、方向性としては厚労省の検討会でも一応の方向が定まって、何らかの第三者機関をつくらうという話になっているわけで、そのあり方について、まだ埋めないといけない部分があり、そもそもこの機構が第三者機関に選ばれるかどうかということだって、これからの問題でもあります。それから形式的に言えば、第三者機関をつくるという法制化もこれからという話になりますので、後でこれに関する報告がありますが、それについて「推進委員会」をつくって審議を始めました。結局のところ、「推進委員会」へ一応委ねているわけですから、そこでの議論がある程度まとまってから、また皆様のご意見をいただくというのが筋だと思いますが、そんな

に順番がどうのこうのというのではなくて、互いのコミュニケーションを図っていくことのほうが、よりよいものをつくっていくためにはむしろ大事ということで、後で木村局長のほうから詳しく、「いまのところ、推進委員会でこういう議論がなされて、まだまだ途中である」という報告があると思いますので、それについてコメント等を寄せていただくというのが二つ目になります。

それから三つ目に、通例この運営委員会では個別具体的な事例で、まさに問題になっている件については非公開で扱うという慣例になっておりますので、その部分になりましたら申しわけありませんが傍聴の方に退席していただきたいと思います。そういうのが今回の運営委員会の大きな予定です。それではまず (1) 報告事項からお願いします。

木村事務局長 事務局長の木村でございます。よろしくお願ひいたします。それでは報告事項、資料2をご覧ください。最近の事例の数をご報告したいと思います。

「1. 事例受諾状況」今年9月25日現在でございますけれども、上の表の右側の下のほうに206というのがあります。これが、平成17年モデル事業開始から今日までの取り扱った症例数です。()は協働型という、当該医療機関のなかで解剖し、立会いをこちらから行っているのが206例のうち15例あるという意味です。

よく見ていただくと各年度、26というときもありますが、だいたい30を越えている数でこの3年間来ておりますけれども、今年度25年度はちょうど半ばになりましたが、現在のところ10例です。4、5、6月ぐらいまでは順調にいった数は例年と同じだったのですが、8月に少し少なくなりまして、9月末で10例というところでございます。それぞれの地域においては、いつもの通り東京、大阪、次いで愛知、兵庫といった辺りが多いと思います。

それから下の段「2. 評価進捗状況」は、当制度で全部結論を出して、ご遺族の方、それから当該医療機関に報告書を提出して「これで完了」となった数です。206例中172例が全部済んでいるというところなんです。昨年24年度で見てもみますと、上の32に対して23が済んでいるという形で読んでいただければいいわけです。

それをひっくり返して次のページに行ってください。「3. 相談事例状況」、具体的な相談事例はどんなものがあったのかということですが、「遺族からの解剖の承諾が得られなかった」のが27例。それから、「依頼医療機関からの依頼がなかった」ものは、当該医療機関での病理解剖として行われたのが12例、「その他」というのがありますが、家族間での話し合い、病院が再度説明を尽くすということでこちらに回ってこなかったものが1例、

それから医師会体制の解剖となって病理解剖がなされたのが8例で、9例が入ってきませんでした。「司法・行政の所管に移った」のが、司法解剖になったのが16例、行政解剖になったのが2例ございます。

それから「機構が受けられなかった」理由としては、解剖体制がとれなかったということでお断りしたのは2例だけですが、モデル事業の対象外であったというのが下のほうの(4)の②ですが、亡くなってご遺体が火葬済みとか、しばらくたってから申込みがあったような症例、それから病死の経過中で診療行為に関連がないと。例えば、がんの末期であるとか、一時流行りましたアシネトバクター等で診療行為に直接関係がないのではないかとということで来なかったのが4例。それからペースメーカーの解析であったり、ドメスティックバイオレンスとして警察に行った例があります。

こういうものを含めて合計105例が、相談の段階での当機構には入ってこなかったというのがあります。これは、前回第1回るときお話したのと傾向としてはそんなに変わりません。粛々と続けているというところでございます。以上、最近の状況でございます。

樋口座長 ありがとうございます。そのまま引き続いて資料3の財務状況について、亀井さんのほうからお願いいたします。

亀井次長 直近で9月15日までの収支状況でございます。補助金の対象とならない収支を一般会計として、補助の対象となる事業の収支を特別会計として、区分しております。

まず収入の部ですが、一般会計では各学会、団体等のご支援を受けた額5,775万2,000円、それに預金利息等を合わせて合計で5,775万6,419円となります。特別会計では、補助金が9月に交付されました。1億2,021万6,000円でございます。一般と特別会計を合わせた収入合計は1億7,797万2,419円となります。

支出の部でございます。一般会計では補助の対象とならない管理経費を計上しております。合計で131万3,589円でございます。一方、特別会計では補助の対象となる事業を科目ごとに示してありますけれども、合計で6,675万4,300円、一般と特別会計を合わせた支出合計が6,806万7,889円となります。収入から支出を引いた差引額は1億0,990万4,530円となっております。

後ろをご覧くださいますと、各学会からのご支援等を内訳として記載しております。以上でございます。

樋口座長 ここまでが報告事項です。何かここまでの範

囲でコメントとかご質問があればお受けします。なお、資料1の前の議事録については後でまた見ていただいて、何か問題があれば事務局のほうへご連絡ください。

ご質問がないようですが、ここまででお気づきの点があったら、また後でいつでもご遠慮なく発言していただくことにして、それでは「推進委員会」等の今後の様子について、多分、委員の方が全部同じ情報を知っているということでもないと思いますので、事務局のほうで把握しているところ、それから「推進委員会」等でどういふ議論が、いまのところ行われているかということについて、まず木村事務局長から説明していただいて、それについて皆様の、とくに地域代表の先生方等からご意見を伺いたいと思います。

木村事務局長 それでは、資料4をご覧ください。表紙には、「第1回 医療安全に関する第三者機関設置に係る『推進委員会』の資料」としてあります。9月12日に第1回をしました。

ページを2つめくっていただくと、4-2「推進委員会」の開催要綱があります。目的は、前にもお話しさせていただいていますけれども、本機構で昨年度企画委員会というのが開かれて、この機構のあり方というのを検討されて、そのまとめが出されました。「診療行為に関連した死亡の調査分析事業のあり方」という報告書として出されたわけです。厚労省のほうから今年の5月29日に「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方」ということで、まとめが出されて、そのなかに第三者機関を設けるというのが具体的に示されたところでございます。その他にも医師会、その他医療団体からの報告もされているということも踏まえて、社会的かつ国民から信頼を得る第三者機関を検討するというので、先ほどお話があった通り、当機構が第三者機関にそのままなるかどうかは最終的に未定でありますけれども、日本医療安全調査機構の運営委員会のもとに、医療安全に関する第三者機関設置に係る「推進委員会」というのを設置することになりました。

厚労省のほうのお話ですと予定が、今年の秋には医療法改正ということで国会に第三者機関に関する法案を出したいということでしたけれども、いろんなことがずれておまして、来年の4月、5月ぐらいに国会で審議されて決定していきたいということでございます。したがって、この「推進委員会」もある意味では時間的な余裕ができたわけですが、本年度内、できれば来年早々までに第三者機関に関する「推進委員会」としての意見をまとめて、報告書をもって第三者機関のあり方について厚生労働省および関係機関、団体に提言を行いたいという

目的で開かれたということです。

いまのページの裏をめくっていただきますと、そこに委員の名簿が出ております。人数をある程度絞ってと思いましたが、それぞれの代表の先生方をお願いをして、このような人数になっております。

引き続き4-3は、第1回るとき事務局のほうでまとめました検討方針・検討事項(案)ということで、これをもとに検討していただいた結果が4-4になります。検討事項としては、「1. 基本理念(基本的な考え方)」に(1)(2)(3)とありますように、原因の究明と再発防止、それから中立・公正性、透明性、専門性ということに係わる基本的な考えを、文言まで含めて一応決めたいというお話をしました。

それから「(1)診療関連死の考え方」ですが、医療事故に係る調査ということで厚労省がまとめた中では、既に法令で決められている医療行為に関連した死亡事例(行った医療または管理に起因して云々)を、一応診療関連死とするというふうにしております。そのなかで、合併症をどのように考えていくのかとか、診療行為との関連性が疑われるけれども適応外とみなすべきものをどう扱うか。例えば、自然経過のなかで死亡したと思われる事例—末期、高齢ということですね。それから、限られた医療資源のなかで管理の限界があるような事例—中小病院での問題、システムの問題。それから治療方針の合意を得てはいたが予期せぬ死亡といったことをどう考えていくかということを少し検討しなければいけないのではないかと、提案させていただいたわけです。

それから、第三者機関が扱うものが死亡例全体ということになりましたので、当機構が扱っている解剖事例とはだいぶ幅が広がることになります。「(2)解剖・非解剖」というのが結果的に分かれることにはなりますが、そうなったときに解剖が絶対に必要だと考えられる対象の考え方を議論して決めておく必要があるのではないかと。逆の立場からいうと、解剖の必要性が低いと考えられる対象を誰が判定するのか、それから解剖をやらなければいけないけど不可能な事例をどのように解析するのか、といったようなことですね。

それから「3. 第三者機関の役割・機能」としては、院内事故調から報告を受けるということになっておりますけれども、これは内容からして解剖の必要性の判断等がありますので、少なくとも第一報は24時間以内とか、時間も含めてもっと検討して第一報を入れるということ。それを受けるにあたっては、中央だけではなくて各都道府県あるいはブロック事務局というような、いま機構がやっているような方式がどうしても必要なのではないかと。それで、調整医師がそこで相談に乗って決

める必要があるのではないかとすることを提案いたしました。

第二報というのは、院内事故調から文章で事例の詳細報告をある一定期間以内に出さなければいけない。その内容についても、現実には院内事故調というのは病院によってずいぶん内容が違う。医学的なレベルもそうですし、報告の仕方についても調整看護師がその間を埋めるような形で非常に多忙であり、それぞれの事例で困っているところでもありますが、こういうことをきちっとしないといけなかなということ。それから最終報告ということで、報告の受付の考え方。

それから「(2)院内調査の支援」ということですが、これは第一報を受けた後で院内事故調に対して助言をすることになっています。解剖実施の支援であるとか、外部評価委員を院内事故調に派遣することとか、院内事故調の手順ガイドライン・書式等をきちっと定める必要があるのではないかと、といったような内容です。

それから(3)、院内事故調から報告されたものを第三者機関で審査・分析・集計することになっておりますが、これは有識者を含む中央審査委員会の設置ということで、基本的には全例それを受けて内容を確認して審査をすることになっています。厚労省の提案です。その辺は、じゃ、どのぐらいの規模で、どういうものが必要なのか。それから、今度の厚労省の言った第三者機関に対しては、医療機関からの求めに応じて行うということになっておりますので、それでは遺族からはどういう道が残されているのかという問題です。それからあとは運用面等があります。こういうことを議題にして9月12日に第1回目の、内容を少しまとめて何を審議し、どのように進めるかということを審議させていただきました。

資料4-4「第1回 医療安全に関する第三者機関設置に係る『推進委員会』議事要旨(案)」です。これだけの方に集まっていたいで行いました。開催の趣旨としては先ほどお話しした通りですが、機構が昨年まとめた企画部会の報告書、それから厚労省の今回の5月29日の「あり方」の報告、その他を踏まえて2ページ目の上のほうに書いてありますが、日本医療安全調査機構として、「第三者機関はこのように考えたい」という具体性を持った提言を今年度中に出したいということ。です。

その後で、厚労省のことは先ほどちょっと言いましたけれども、11月頃に社会保障審議会医療部会が開かれてとりまとめをした後、法案提出時期は2月から4月ということですが、もう少し春先になるのではないかと話です。その後に具体的にガイドラインを定めて、第三者機関となる機関を定めた後で、そこでガイドラインを審議するということになると思います。

それから、厚労省の出された「基本的なあり方」というのは、必ずしも全会一致で決まったわけではありませんが、ここに出ていた方もたくさんいらっしゃると思いますが、ある委員の先生は、「自分の意見は6割程度しか反映されてない」と。しかしながら、現時点で医療界として、これを基本的なあり方として認めて前に進むことが必要なので、「基本的なあり方」の内容に同意するというような形で決まったということです。しかも、読んでいただくとわかりますが、隙間がずいぶんあって、これを「推進委員会」、それからガイドラインを作成するとき詳しく触れていきたいということですので、この機構のつくった「推進委員会」の出す結論が、法案とかガイドラインに反映されるという考えをもって取り組んでいきたいと思えます。

厚労省の言われた報告書の中には、第三者機関は具体的にいうと五つの任務を要求しております。その五つというのは後ろに資料がありますけれども、「医療機関からの求めに応じて行う院内事故調査の方法等に係る助言をすること」というのが第1番、それから「医療機関からの報告書の確認・検証・分析」が2番。これは、すべての報告書を確認をし、検証をし、分析をなささいということ。それから3番目は、そういうことがあった後で、さらに自分たちだけでは院内事故調査としてはだめであるというので、「遺族又は医療機関からの求めに応じて今度は第三者機関が医療事故に係る調査を行う」、4番は「医療事故の再発防止に係る普及・啓発」ということと、5番目は「支援法人・組織や医療機関において事故調査等に携わる者への研修」を行いなさいということで、五つの項目が出されています。

それで、「推進委員会」の第1回としては、基本的な考えのところを少し具体的に先生方をお願いをして、基本を決めさせていただきました。2ページの下の方に「検討事項1:『基本理念』について」というのが出ておりますが(1)(2)(3)とあります。

(1)としては、「医療事故死等の原因を医学的に究明し、その結果を教訓として、医療事故再発防止に役立てることを目的とする」と。これは、前から言われていることですが、それに加えて、「日本の医療の安全と質を高める」を大きな目的に加えることにいたしました。

それから基本理念(2)として提案したのは、上のほうの部分、「医学的原因究明と再発防止を本制度の趣旨とし、司法の判断・賠償問題の判断は別組織に委ねる」ということですが、これは純粋に医学的なことだけではなくて、医療機械のトラブルとかいろいろなことがありますし、もっと他の面もあるので、「科学的原因究明」としたほうがいいのではないかと。それから「司法の判断・賠償」

というよりは、「法的判断は別組織に委ねる」という形ですっきりした文章にさせていただきました。それから、これから具体化するにあたって非常に問題になるところですが、これはきょうお配りしたカラーの三次元のグラフみたいながあるので（医療事故原因究明制度の根幹となる3つの要素）、それを見ていただければと思います。

基本理念(3)は、「医療事故に係わる調査・分析に当たっては、一般社会を基準とした一と書いてありますが、これは「社会が納得するような」にしたほうがいいのじゃないかというご指摘を受けました—中立・公正性、透明性、専門性をその根幹におく」と。この他に、独立性、実行性ということを厚労省のなかでは言われています。

独立性に関しては、第三者機関ということで省かせていただいて、この中立・公正性、透明性、専門性というのを根幹となる3つの要素として考えたときに、この図のなかで当該医療機関院内事故調の立ち位置はどこにあるかということ、その医療機関のなかで専門性は差があると思いますが、横の矢印、「専門性」の上で左右に動いている範囲に入っているだろうと。「中立・公正性」というところでは、残念ながらこれは主観的な判断であるといわざるを得ないということです。それを外部の専門医が診ることによって専門性は高まりますし、中立・公正性ということで斜め右上のほうに行く立ち位置で見られるだろうと。

しかし、これらは言ってみれば地面に近いところにあって、社会の目から見ると「透明性」が欠ける。医療界で起きていることは、なかなか理解できないということです。これは医療者じゃないと判断できない専門的なことですので、この手続きとか構造、やり方が、「社会的な目から見て、きちっとされていますよ」という、ちょうど一般社会でいうと監査を外部にお願いしているような感覚で、第三者として見ても社会的評価をしていったらいいではないか。そういう要素で、ときどきこういう仕組みを外部から評価していただくということで、医療事故というのは三段階でやっとなら対応できるのではないかと考えています。そういうことを含めて、「医療事故に係わる調査・分析に当たっては、社会の納得するような中立・公正性、透明性、専門性をその根幹におく」ということを理念の一つに入れさせていただきました。

これは、「これから具体的に院内事故調を育てて、基本的にはそこでやってもらうのだ」という考えと、「いや、最初から第三者が入ったほうがいいのだ」というような意見もありますので、そのときに基本となる考えとして、こういう要素がちゃんと整っているかどうかということを検討しなければいけないのではないかとということでこういう形にさせていただいて、これは1回目の「推進委

員会」のなかで、一応この3点は文章としてまとめさせていただきました。この部分でまたご議論があるかもしれませんが、次に進めさせていただきます。

報告書の使用用途については、いつも問題になるところですが、裁判等で使われるのではないかとすることは、民事では裁判官の自由裁量となるところがあるということが言われました。

それから、院内の事故調で正直に内容を報告してしまうと自分に不利になるということに対しては、WHO等のガイドラインもありますけれども、「原因究明に対して自分の不利になるようなことも報告をして、協力したことに対しては、その後の判断において配慮すべきである」という文章をどこかに入れるということで、いまのところは考えています。これは、WHOもその国に合った事情にあわせてこういうことを考えなさいと言っているので、刑事取引みたいな恰好で全部をやってくれと言っているわけではないと思いますので、これは日本に合った形で原因究明に協力していただくと。そのことは、その後の裁判その他に対してはちゃんと配慮をしましょうということ、文言で入れるという形になると思います。それから、ここでもし検察がこういうことを利用して発動すれば、このシステムの真意である真実を究明しようという根幹自体を揺るがしかねないということで、検察はそういうことを考えて行動してほしいという警告を謳うことも必要ではないか、という議論がありました。

こういうことを含めて医療界をあげて一致団結して、医療界の判断としてオーソライズするのだということ、繰り返していくことによって、エビデンスをつくっていくということになると思います。

それから21条に関しては、これをすぐに改正とかいうことではなくて、あり方を問いつづけることが大切なのではないかという話になりました。

少し進めさせていただきますが、「検討事項2 調査対象の考え方と対応」について。先ほど示しましたが、医療機関と家族あるいは遺族との間の信頼関係が崩れているということのなかで、いろんなことが起きている場合が多いわけですが、第三者機関がそこに入って行って、間でネゴシエーションをするということではなくて、これは本来、病院が対応すべきこと。病院がどれぐらいきちっと対応しているかということが原則として前提にあるべきであると思います。

それから、「合併症は事前に説明しておけば報告しなくていい」という解釈をしかねない問題もあるので、運用に関しては課題検討しなければいけない。

それから、これは東大の渡邊（聡明）先生からのご指摘ですが、診療関連死か、がんの末期であるかというこ

とを判断するのは、ファックス1枚で1～2時間の間に、「これは、こちらで受けて解剖しましょう」という決定をするか、「適用外である」とするかというのは、なかなか難しい。「診療関連死を否定する判断を下すということは難しいです」というお話もありました。

院内の事故調がきちっとしていれば、「第三者機関で受ける事例ではない」という判断も下せるのではないかとのこと。

それから、先ほど話しました病院からの院内事故調の後の報告を受ける、それからそちらからの要請で第三者機関に届けるということになるわけですが、病院が動いて第三者機関に届けなければ、現在の機構のような患者側からも直接依頼するという道は一応ないことになっています。4ページの上の半分ぐらいまでは、そのことに関してですけれども、四つ目の○のところでは、遺族は「当該医療機関では調査してほしい」と希望する事例もあるので、最初からでもおかしいというのは第三者機関に訴えて、そこで評価する仕組みがあって欲しいというご意見もありました。

その二つ先ですけれども、調査対象にするのかどうかを病院の判断に100%委ねてしまうことは、少なくとも避けたほうがいいのではないかと。地域で、「届け出事案にすべきかどうかを判断する」とか、あるいは外部の支援として「判断をアシストする」といったような考え方をもう少し入れていったらどうかということが、解決策として指摘されたところです。

次に行きますと、「②解剖・非解剖の考え方」。解剖が絶対必要であるという対象の疾患・事例、解剖の必要性が低いと考えられる事例のクライテリアをつくる必要があるのではないかと。どうしても死亡事例全例を扱うということになると、その辺りにどこかで線を引くことが必要になるのではないかと議論されました。

それから、基本的に「解剖は重要で、日本の医療の安全および質の向上になる」ということを、一般的な社会に対して理解してもらおうキャンペーン等も必要ではないかと。

あるいは、次の一番下ですが、司法解剖等が半ば強制的に解剖するのと同じように、「診療関連死である」と病院が認めて、遺族も調査を希望した時点で、「解剖が原則」ということを述べたらどうか。

「どうしても解剖はしたくない」という遺族に関しては、「原因究明の最終段階が少しあやふやになるかもしれない。それを了解してほしい」というような説明を加える必要があるのではないかと。

5ページの上から三つ目の○ですけれども、これも東大の渡邊先生が現場で感じておられることですが、解剖

するということはそれなりの労力と努力が必要であると。モデル事業の実際でも、死亡してドタバタしている1～2時間に、混乱している家族に解剖の説明をし、一方、解剖をする人や、立ち会い医師を探さなければいけない等々、解剖にたどり着くのは非常に難しい。病理解剖が減ってきている現状で、解剖しない方向に動いていってしまう危惧があるということが指摘されました。

その次の○ですけれども、院内調査が基本の体制であると、高いハードルの解剖をわざわざ取りにいかないで、調査になだれ込むことが多くなると思われる。自由裁量に任せるとほとんどが非解剖になってしまうのではないかとこの恐れがあるという懸念も出されました。

この第三者機関でやる新しい制度自体が、最終的に「ここでやった評価はこれだけ信頼性がある」という社会からの評価につながってくる問題でもあるので、軽くやってしまうのでは最終的に評価が得られないということで、解剖の絶対適用、基準等を考えて、適正な評価に努める必要があるということです。このことがあって、この次の「推進委員会」等では、この解剖体制に係わることを少し集中的にワーキンググループを別につくって、ここにもたくさんいらっしゃる解剖・法医の先生方、それから臨床で調整医師をやっていらっしゃる方たちにも集まっただいて、この辺の解剖体制をどういうふうに考えていったら現実に合っていちばんいいものになるかということ、この「推進委員会」のなかでワーキンググループを設定し、そこで検討させていただき、「推進委員会」にまた持って帰っていただくという方向で進めたいと思っております。

それから、院内事故調をしっかりとやっていると思う病院は少ないのではないかと。事故が起きたときの助言もそうだけれども、モデル事業で経験されている方々がいちばんよくわかっているので、「いままでの宝を活かすという意味で」と書いてありますが、院内事故調は病院によって医学的なレベルもかなり違いますし、対応する考え方も違っているということはあると思います。したがって、院内事故調の現状の分析をやりたいと思っています。これは、主に現在調整看護師で現場にあたっている方たちが機構のなかにたくさんいらっしゃるわけですから、その報告を分析して、院内事故調の現状、どういうことをしていったらいいだろうか、記録の様式、統一、それから外部専門家の支援のあり方をどう考えたらいいかというのは、またこれはこれで一つのスモール・ワーキンググループで検討して報告をしたいと思っております。

あとは、解剖ができるということが重要であって、体制をどう構築するか。できるような体制をつくらなければいけないということが盛んに言われておりました。

(3)「第三者機関の役割・機能」として、報告の相談・受付等に関してはさっきお話しした通り、24時間以内で絶対必要ではないかということ。

それから司法解剖等になった場合に、司法解剖結果を遺族が警察から受け取って、第三者でも並行して調査を行うのか、警察に届けた事例はなるべくこちらからの調査を優先させるような配慮を警察に求めるか等を、警察との間でも検討する必要があるのではないかと。これは、先ほどの解剖体制のワーキンググループのなかで、また司法解剖との振り分けというのですか、組分けを考えていきたいと思えます。司法解剖の側から見ると、そのうちの何割かはこちらの機構でやったほうがいいのかという例もあるとお聞きしていますので、この解剖体制をどう考えるかというワーキンググループのなかで、今後検討していきたいと思えます。このワーキンググループも、2～3回で今年中にはある程度の結論を出して、次の「推進委員会」のほうに持って帰ってきたいということです。

以上が、「推進委員会」で現在まで討論してきた内容というか、最初の1回目ですので、項目をそれぞれ検討して、こういうことをこれからやっていきたいと思いますということで、基本的な考え方、理念は一応決めさせていただいたところです。

その先の資料としては、4-5「第三者機関設置に向けた運営委員等からのご意見一覧」というのがA3判でファイルしてあります。これは、一応名前を伏せてありますけれども、こういう意見がありましたということで、ここに資料として載せさせていただきました。

その後ろには、当機関の企画委員会からの検討・報告書、それから厚労省の検討部会の報告書が付いております。以上、第三者機関に係わる「推進委員会」の1回が終わったところで、ご報告と、今後の進めていきたい内容、予定に関してご報告させていただきました。以上です。

樋口座長 ありがとうございます。木村局長から懇切丁寧に説明していただきましたが、ちょっとオーバーラップしますが、私からも3点申しあげます。

資料4-4の2ページ目、いま木村局長からも十分に説明していただいたところですが、敢えてまず第1点は、いま我々はどこにいるのかということ、厚労省の方は今日欠席ですが、厚労省からも説明をしていただいて、本当は法案化を今度の臨時国会を予定していたのですが、医療法という大きな法律全体のなかに入れ込んでその改正という話で、他の改正部分がなかなか間に合わないということがあって、この社会保障云々という話はそういう

ことなのです。それで、臨時国会は無理であるという判断になって、来年の通常国会を目指すということであり、それが3月になるか4月になるかという話です。

そういう意味では、せっかく第三者機関をつくるという方向性は決まったけれども、少しまた時期が遠のいたということにはなりますが、まあしかしパッとできるわけでもないですから準備作業をちゃんとやろうという話になると思っております。だから、あんまり悲観しないで考えようというのが第1点。

第2点は、その次の〇のところですが、厚生労働省で出された「基本的なあり方」は、必ずしも全会一致で決まったわけではないということ。ここに書かれている意味は、まさか誤解する人はいないと思いますが、ともすると日本では、全会一致で決まったことではないので、後でその根幹のところまで覆すという場合がなくはないのです。もちろん、これは別に法律で決まったわけでもないし、検討会で方向性を出しただけです。しかし、そんなことをやっていたら、いつまでも何にも決まらないわけです。だから、それはないのです。全会一致であろうがなかろうが、検討会で報告の基本ラインはもう決まったということです。その基本ラインは二つだと思いますけれども、そのあと「機構の『推進委員会』の出す結論が、法案やガイドラインに反映されると考えて取り組む」というのは、これは意気込みを示しているだけです。そのぐらいの意気込みで「推進委員会」で頑張って考えようというだけで、「推進委員会」で全部のシステムをつくりあげるといえることは、できるわけでもないのです。

だから、きょうは厚生労働省の人かいないからあえて言いますが、私の考え方は間違っているかもしれませんが、この日本医療安全調査機構以外に第三者機関になれるところはないと思えます。最近、他の機構その他で「我こそは」と名乗りを上げているような話も、もう聞かない。だから、我々はなんとか引き受けないといけないわけですね。

そのうち引き受ける任務は、今度の基本方向は二つあって、一つは院内調査委員会をまず充実させて、さっきの木村局長から説明のあった綺麗な図ですけれども、「透明性があり、中立性・公正性があり、専門性もあるような、そういう調査がそれぞれの病院でできるようになると、本当にいいよね」という、それはしかしそう簡単にはできないので、それをサポートするところに医師会ももちろんやっていただきたいと思いますけれども、医師会等々協力して、とにかくこの第三者機関がどういう形で助言ができるか、支援ができるか、それからそこで出てきた報告書について検証もするという、そういう個別の事案の解決一関係者にとって、みんなにまあまあ納得のでき

るような現代における医学の専門的な判断としては、しかも中立・公正な判断としてはこの程度のものだ、ということ判断できるようなものをつくりあげるための努力。そのために第三者機関というか、つまり「この機構は、こういうことはできるような体制を今までもやってきたし、これからも準備をしていきます」という話で、事務局はこういう論点を挙げて、解剖の場合はどうか、解剖でない場合はどうかというようなことを一つひとつ議論しているのだと理解してください。

二つ目は、個別の事件だけではなくて、日本医療安全調査機構なのでもっと日本全体のことを考える。もちろんそれは個別の事案の解決(原因究明再発防止)とオーバーラップする話だと思うのですが。結局、個別の病院が良くなるだけではなくて、届け出があって全体としてのデータが出てくるわけです。そうすると、日本の医療でこういう事故が多くなってきているとか、こういうのがなかなか少なくなるとか、そういう話が出てくる。あるいは、この地域にはこういう事案が多いというような話が出てくる。そういうものをエビデンスにして、それに対してどういう形で対応がなされているか。他の地域ではこういう形でやっている、それは他にも伝わるというような、日本全体の医療安全を高める働きというのも、それは、本当は厚労省の役割かもしれないのですが、厚労省と一緒にこの第三者機関がやるべきことなのかな、と思っています。

そういう二つのところで、百パーセントでスタートすることはできませんけれども、そういうことを考えるような体制づくりをずっとやっていきます。今までと同じことかもしれませんが、「継続して地道にやっていきます」というようなことをちゃんと言えもするし、このモデル事業のなかで協働型を入れてきたりもしているわけですから、実績もあり、そういう話をやっていくというのが、私の申し上げたい二つ目の点です。

三つ目は、これはちょっとここではやれないかと私は思っているのですが、今回民間の第三者機関でもあるから、大綱案の時とは制度的に異なることになります。つまりモデル事業に警察との関係というのが本当はあったわけです。それが非常に曖昧なままになっていますが、今までモデル事業のなかでもじつは警察に持って行かれて、警察のほうから「モデル事業でやってもらったほうが、かえっていいじゃないか」というので返ってきているのも相当数あり、将来的にはさっき木村局長の報告で、「司法解剖に行ってしまったので、こちらで受けられなかったのが16例ある」と。ああいうのも、本当の専門家が集まってちゃんとやったほうが遺族のためにもなるし、病院のためにもなると思っているので、そういうも

のをどうやってこちらに引き込んでいくかということも、将来的な課題にはなりますが、それはまたきつとステップ・バイ・ステップで考えていかざるを得ないのかなと思っています。

これは「推進委員会」等でまた検討もされていきますので、どういう結論が出るかわからないし、そこでの結論がどういう形で活かされていくかということのも今後の課題だと思っておりますが、「いま、この状況はこういうところですよ」ということで、木村局長と、私が補足をしましたけれどもそれを踏まえて、解剖の問題のワーキンググループも重要だし、それから従来型の院内調査だったらどうだったかというようなことも、できる限り検討してみようと。そうすると、「院内調査に対して、今後はこういう助言ができるのではないか」という話がエビデンスをもって語られるわけです。そういう話を準備していくことを考えているということです。

あとは、ご自由に運営委員会の諸委員の方にご意見、コメント、批判をお伺いしたい。それをまた「推進委員会」に木村局長を通して持って行きますから、お願いいたします。

高本委員 私は、とにかくまとまるということは大事だと思ひまして、第三者機関を早くつくって大きく育てると。そういう形でやるべきだろうと思うのです。資料2で言われた、司法解剖が16例あったと。このなかにも法医の先生たちはたくさんいるわけですが、東大の吉田(謙一)教授は、医療関連死で司法解剖をするときに、わざわざ病理のお医者さんと呼んで一緒にやるほうがいいと。こういうモデル事業形式でやるほうがはるかにいいと。法医は、基本的には病気のことに対しては疎いわけですから、診療関連死に関してはもし法医が警察から言われたときに、「これはモデル形式でやりましょう」と提案していただいたらいいと思うのです。

警察は我々には強いですが、法医のお医者さんにもものすごく弱い。法医の先生には言いなりですよ。吉田先生は、やっぱりこれは公表すべきだと。彼は公表するわけですよ。公表したら本当は違反なのでしょうけど、警視庁がちゃんと認めているし、法医の先生はものすごく強いです。ですから、法医の先生は自信をもって「モデル事業をやろう。病理のお医者さんと一緒にやって正しい結論を出そう」ということを進めていただければ、司法解剖に行く例も少なくなる。少なくなるというよりなくなるでしょうしね。

本当に犯罪だと思われるような司法解剖はしようがないですが、あとのいわゆる医療関連死というのは、できるだけモデル事業形式でやって、みんなで検討して正し

い結論を出していく方向にする。それを警察とも交渉して、まず私は警視庁をとにかく説得して一できますよ。吉田先生は非常に強いですよ。「法医の先生は、こういう考えている」「ああ、そうですか」となりますから、そういう形で進めれば、いいところに行けるのじゃないかと思えますけど。

樋口座長 ありがとうございます。他の先生からもどうぞ。どの論点でも結構ですから。

有賀委員 せっかくなので、いまの高本先生のお話に追加する形で。東大の吉田先生の発案で、法医の先生方はそれぞれの事例で鑑定書みたいなのを書くのですよね。書くにあたって、やはり臨床医の意見を聞きたいと。それまでは、東大の関係する診療科のドクターに聞いて、メールなどで返事をいただいたものを上手に文字の形で起こして、それで報告をしていたのだそうです。

それより、もっともっとたくさんの方の意見を聞きたいということなので、とりあえず救急の事例に比較的特化した形ですけど、月に1回吉田先生のところに集まって、事例を幾つか出して、例えば小児の事例とか産科の事例はその筋の人たちに来てもらったほうがいいので、あらかじめお話しして来てもらって、そこで議論をする。その議論の結果を吉田先生は吉田先生なりにおまとめになるようですけども、いま警視庁と言われましたが、確か東京地検かな。要するに、刑事訴訟法で裁判になる前にあちこちに見せてはいけないというルールがあるみたいなのですけども、そのことを一応東大の医学部の倫理委員会にはもちろん通しているみたいですが、極めて具体的には行政筋に相談をして、ある日、東京地検の方たちがたくさん見えて一緒に勉強会をしたことがあるのですよね。そのときには、「非常にいいことをやっている。是非このような方法をあちこちらでできるようになるといいとは思いますが。あちこちでやれとは言わないですけども、東京ではこういういい方法があることがわかったので、これから先、発展されますように」という、そのようなコメントなのですよ。

ですから、警察に強気に出るかどうかは別にしても、そういうことをやって来ているので、吉田先生の教室で月に1回クロズドで、東京の大学の救急医と大学の法医の先生方が集まっているという形になりますけれども、そういう揉み方をしているので、こちらでもやってやれないことはないという形での説明は、私はできるような気がしました。

樋口座長 ありがとうございます。

長崎委員 兵庫県では、原則として司法解剖はなしでモデル事業でやろうというふうにしたのですけれども、やはり何例か司法解剖をやった例があります。それは、ご家族が医師を罰してほしいと言われた。そこまで医療と患者家族との関係がずれてしまうと司法解剖になってしまうので、ここに書いてあるみたいに医療と家族の信頼関係が崩れているような例は、病院が対応すべきでは済まないと思うのです。

樋口座長 なるほど、今までの経験ではそういうことだ、ということですか。

田中委員 北海道の現場の意見なのです。総合調整会議でいろいろ話をさせていただいて、この方向性は大変いいということなのですけども、先ほど木村先生もおっしゃっていましたが、もしこの制度が始まったときに、具体的に第三者機関が何件ぐらいを扱うか、その試算をぜひ出していただければと思います。大変難しいと思いますが、私たち北海道は実際どうなのだと。200床ぐらいの病院はだいたい年に1例ぐらいだと考えて、そして病理医がないところを考えると大体4~50だから頑張ることができるかな、というような話にだんだんなっていくのですけれども、ぜひワーキングを始めるにあたりまして、難しいとは思いますが、およその試算を出していただいた上で話をさせていただければと思います。

樋口座長 いまの資料の前のところに、これは事務局で用意してくれた「推進委員会」で検討するための検討事項を並べたたたき台というのですか。ここまで行かなかったのですけど、どういう組織にするかとか、運営財源とか、費用というのは当然それぞれの地域でどのぐらいの数を見込んで、それが当たるか、はずれるかというのはもちろんあって仕方のないことですが、何らかの見込みをつくった上で、それで見込みがいいほうにはずれるか、悪いほうにはずれるか、いろんな考え方があると思いますが、その通りにはなかなかいかないかもしれませんが、その上でまた人員を増やすなり、何らかの対応をしていくということなので、事務局のほうでもこういう問題は十分意識しているということではあります。ありがとうございます。他にどうぞ。

黒田委員 病理と法医の順調な関係といいですか、そういうのがなかなか構築してこられなかったのですが、法医学会も7月に新体制になりましたので九大の池田(典昭)教授が理事長になられて、いまの私どもの病理学会

のキャビネットといたしましては人間関係が非常にうまくいく関係になりましたので、今月から定期的に病理と法医の両学会の協議会を開催することになりました。

だから、お互いに共通の懸案があって、それに対して先ほど高本先生も有賀先生もおっしゃったように、単独では判断できないことが非常に多いのですね。ですから、突破口をどこに持っていかとか、どちらの学会がどういうふうに入っていかとか、そこら辺の切り口も含めて定期的に両学会で話し合っていくことになっております。したがって、なかなかお互いを理解できなかったというのが、今後は歩み寄っていくことが多分できると思います。先ほどの司法解剖の16例のようなものをどうしていくかということについても、両方で共通の認識をつくって、それに基づいて行政に働きかけなければいけないので、どういう方法がいちばん現実的かということ、これも近々に詰めていきたいと思っております。

それから、法医で先ほど長崎委員のご意見のなかであった、ご遺族の感情でどうしても司法解剖に回った症例ですね。そういう症例について情報公開がされないの、解剖をされた結果が、個人情報の公開は別の問題として、実際にどういう内容であって、これは結局感情的な問題だけだったのか、やはり医学的なきちんとしたものが出たのか、そういうことについて我々も知りたいのですね。

それを個別の問題ではなくて、先ほど樋口座長もおっしゃったのですが、医療界全体の問題ですから、司法解剖したなかで診療関連死でいたいということがあって、実際にこれは司法解剖をやったほうがよかったのか、これはこういう機構の解剖でやるべきだったのだというようなことを、法医学会のなかでまとめて報告していただいても結構だと思いますし、多分警察庁はそういうことをやりたがらないと思いますので、そこら辺も全体的なコンセンサスをつくっていくことが大切でしょう。せっかくここまで積み上げてきた歴史があるので、法医のなかでもどういったふうな流れがあって、大きな方向性はこうだということなどをどこでどういう形で行くかということは難しいと思うのですが、私ども病理医は知りたいのですね。いまのところ、これを知る糸口がないのですよ。

ですから、個別の情報をすべて匿名化すれば可能だと思うので、どこかでうまい形でなんとかそのデータを出していただけないかなと、強く思っています。

樋口座長 ありがとうございます。

鈴木委員 ご参考までに刑事訴訟法の47条という条文に、「訴訟に関する書類は、公判の開廷前にはこれを公にしてはならない。ただし、公益上の必要その他の事由が

あって、相当と認められる場合はこの限りではない」という条文があります。これは一般に「捜査の秘密」といわれているやつで、それで司法解剖になったものは遺族にも開示されませんし、もちろん医療関連死に関して当該病院にも開示されません。

じつは、私たちはこの件について2005年5月に、法務省の関係のところに意見書を提出しています。今から8年前になりますが、運用でこの但し書の「公益上の必要がある」ということで、「少なくとも医療関連死に関して紛争になったり訴訟になったりしている事案に関しては、開示すべきである」ということを言っていますし、「運用が難しいのだったら、この刑事訴訟法の但し書をもう少し具体的に改正するなどして対応することもできるのではないか」という意見書を出していますが、法務省等からは何の対応もされていないということになっています。

現実に訴訟になったケースで、司法解剖が出てこないために訴訟が2年近く止まってしまったというようなことがあって、いわゆる「捜査の秘密」として、これが出てはまずい合理的理由なのか、医療関連死の場合は考えられないと思うのですね。要するに被疑者が証拠隠滅をするとか、そういうことを考えての「捜査の秘密」だと思いますので、そこはとりわけ医療関連死で司法解剖に回った事案についてきちんと、まさしく公益上の必要性が極めて高いわけなので、刑事処分をすることよりも公益上の必要性が高いと思いますので、個々の事案で刑事処分するためにシステムそのものをこのように凍結してしまうというのは、よくないと思いますので、こういうところできちんと言っていただければ、もう既にそういう下地はあるわけですから、現場からもこのように意見が上がっていますし、我々も裁判の現場から8年前に意見書を出して、医療問題弁護団のホームページにも開示されていますので、見ていただければと思います。

舟山委員 私は法医の人間ですけれども、これまでの皆さんの議論で幾つかお話ししたいことがあります。少し問題を絞りましょう。

まず法医解剖の開示の問題。私個人としては、全然開示することには問題ありません。法医自身が医療の可否を判断するわけではありませんので、客観的な解剖の結果や所見をただ提示するだけです。開示ということに対して法医学者はどう思うか知れませんが、私は個人的には問題は抱いておりません。とくに医療機関に対しての開示というのは、私はあまりやってはいませんが、遺族の方々が内容について尋ねて来たいといった場合には、さすがに囑託は警察ですから、警察の許可を得て個々に話すということは司法解剖の場合でもやって

おります。

司法解剖の問題は、いま言われたように一つは開示の問題があると思いますが、もう一つは法医学者が鑑定書を出さない。2年たっても3年たっても出さない連中がいますので、そこが我々全体の信頼を落としている結果の一つではないかなと考えています。僕自身は、だいたい2ヵ月ぐらいで、ほとんどの事例を出しております。ですから、そのスピードと開示の問題がクリアされれば、あとは所見を皆さん方に開示するというのは、僕はとくに問題はないと思います。

司法解剖に代わってしまった問題についてですけども、確かに宮城県は1件ありますね。私自身は去年450件ぐらいやりましたが、そのどれか忘れちゃったけれども、多分記憶にあるのは、例えばモデル事業の場合は土日に行っておりませんので、そういうときに出た場合に、「じゃ、解剖しないのであれば司法でそのまま進めていこう」というようなことが、この事例かどうかは私は記憶はありませんけれども、要するに病理解剖ができなかったような事例で、「じゃ、そのまま司法でやってしまおうか」というのが確か記憶があったと思います。

ですから、司法は土日があるし、きょう帰ってからも少しやらなければならぬことがありますから、要するに24時間、正月もない形でやっていますけれども、モデルの場合は土日できませんので、そのところを24時間体制をどこまでできるか考える必要があるかと思います。まだ幾つかありますが、とりあえず。

樋口座長 ありがとうございます。また後でもどうぞ。

山口委員 いまずっと皆さんのお話を聞いていて、司法解剖の問題は、医療関連の死亡をどういうふうに理解するかということでは、法医だけではなくて病理の力を借り、あるいは専門家の意見を聞いてやるということは、それはいいことではあると思うのですが、それはあくまで警察であり、検察であり、司法側の判断が、より医学的に正しい判断がされるということにおいてはいいのですが、今回この制度をつくろうとしているもう一つの大きなあれは、医療安全を実際に取り組むのは病院の当事者である。したがって、院内の事故調査委員会を活性化させ、そのレベルを上げ、そのことが病院が医療安全に取り組むことにつながるというところに、いちばん大きな話があるので、それから言うと、司法解剖に回る事例の多くは、何らかの医療過誤が起こっている可能性、係わっている事例が多いわけですね。

そういう事例こそ、その病院が院内で何を改善すればいいかをちゃんと検討し、取り組まなければいけない事

例なのです。そういう事例こそ、まさにいちばん病院にその解剖の結果が知らされなくてはならない事例案ではあるのですが、それがいまある話は、「まあ、せめて病理の意見を聞く。専門家を呼んで」と。しかし、それは法医なり司法の場から出てはいない。

そうではなくて、まして実際に起こっていることは、法医の先生が遺族だけに結果をお話しする、病院には話さないという話になると、病院が自らいろいろ検討してやっているところの結果は、解剖結果をわからずにやっている検討なのですね。で、ご家族は解剖結果を聞いている。その差、その違いが、変な行き違いをまた生ずることにつながっている。やっぱりこれは、いちばんの目的は最終的に医療安全につなげることなものですから、それからいうと司法解剖の事例こそ、その情報を病院に知らせてもらって、病院も一緒に検討する立場にたてるということが必要なんじゃないか。

だから、司法解剖がより医学的に正確に検討されるのはもちろん結構ですけども、その情報は同時に病院に伝えられて、病院が医療安全に取り組めるということの非常に大きなデータになるという、それが今回の新しい制度をつくろうとしている非常に大きなもう一つの根幹だと思うので、是非ぜひそこまで踏み込んだ情報開示を、少なくとも医療関連死についてはちゃんと警察もやってもらいたいところをちょっと迫っていただいて、警察の側だけ、あるいは司法の側だけのお互いの情報開示ではなくて、病院にこそ開示してもらおうべき話だと思うのです。ぜひその点をよろしく。

舟山委員 私もそれは賛成ですけども、鈴木先生、先ほどの話に重なるのですが、それは訴訟法の改正までは必要がないと？

鈴木委員 運用でも十分できる話だと思います。私も37年やっていますけど、要するに開示しなくなったのはこの10年ぐらいだと思うのですよね。昔は、法医の先生のところに行けば説明をしてくれるだけではなくて、司法解剖の報告書の控えのコピーをいただくことも決して稀な事例ではなかったわけです。なんだかある時期から、法医の先生のところに行っても、「いや、これはちょっと警察から止められているから渡せない」とか、「お話しできない」とか、そういうのがある時期から一斉に始まった感じがするので、私たちが意見書を出したわけです。

東京地裁の医療集中部の判決のなかには、ある大学の法医学教室の検察庁に出す解剖報告書の控えについては、裁判所から文書提出命令が出た事案も1件(注:東京地裁平成17年6月14日決定)だけあるのです。その決定があ

ったとしても、その事案はともかく今でも運用は全然変わっていないということですね。

居石委員 鈴木先生の方ほどの意見書は、8～9年前とおっしゃいましたか。

鈴木委員 私たちの意見書は2005年の5月です。

居石委員 3～4年前でしょうか、開示請求権があるものが認められたやにも聞きましたが。

鈴木委員 東京地裁の決定は、いつでしたっけ。

居石委員 3、4年前かと記憶しているのですが。法医学の先生から。

鈴木委員 東京地裁の医療集中部は、ずいぶん前かな。その決定が出たのは、多分7～8年ぐらい前だと思います。

居石委員 じゃ、ちょっと違うようですね。ある法医学者の方が、「遺族のほうからだけではなくて、病院側からも開示請求が可能になっていますよ。しかし、まだその1例目を聞いたことがないが」と。4年前だったかと思えます。という制度もあって、オープンにしてもらえる。ただ時間がかかるのかもしれないですね。ちょっとこの話題が違いましたが質問させていただきました。

鈴木委員 個人情報開示請求？

居石委員 ではありません。

松原委員 この第三者機関は公のものをつくるわけなので、これの目的はここにも書いてあるように、「原因を医学的に究明し、その結果を教訓として再発防止に役立てる」といういちばん大きな目的があるわけです。そうすると、先ほど山口先生もおっしゃったように司法解剖になるということは、その医療行為が犯罪につながるような、当然殺人事件とかは別として、医療関連死亡になるような医療行為について、それこそ周知するべきものであって、当然隠されるべきものではない。逆に、司法解剖されて医療関連行為による事故等である場合は、逆にこの第三者機関に報告するぐらいの強い態度が必要だと思いますよ。それこそが、各医療機関に「こういうことは絶対行ってはいけない」ということを知らしめる、最も重要なことではないのかと思います。法的には難し

いかもしいけないけど。

樋口座長 私が、第3点のところ警察との関係という話をしたので、そういうところだけに議論が集中しているのかもしれませんが。

例えば資料でいうと4-4の検討事項で、これは「推進委員会」でこれからもやっていただくことではあります。調査対象の考え方とか、さっき言った第2の「この国全体でどういう傾向が」みたいな話だと、第三者機関ができたときに、そこへ何であれ届け出事例というのができるだけ増えて、それぞれについてどういう対応がなされたかというのがデータとして集積していくことが非常に大切なのですが、どういうのを届け出として受け入れるかというのは、なかなか難しいです。

それは誰が判断するのかというので、4ページ目のところでさっき木村局長も、「ここは重要なので」といって、調査対象にするのかどうかを病院の判断に百パーセント委ねてしまうということになると、院内調査委員会が充実するという話になるといいですが、充実しないで非解剖に逃げる—逃げるという表現がいいのかどうか、非解剖というのがそもそもすべてだめだという趣旨にはなっていないのだと思いますけれども、しかし、そういう話でも困る。その辺りの話も微妙でかつ重要な、体制をつくってすぐに動きだしたときに、うまく対応できるかどうかはなかなか難しい。初めから難しいということがわかっているような事案だと思いますけれども、何かお考えがあれば、そういう点についてもコメントがあればお願いしたいと思いますが。

清水委員 「推進委員会」のなかでも議論を進めていただきたいのですが、第三者機関の中央の機能と、ローカルな機能と、院内調査委員会—これはまさにローカルにすぎない調査委員会です。ですから、そこを少し機能を分けていただいて、基本的には一緒なのですが、院内調査委員会と地方のモデル事業の地域みたいなのを各都道府県で持つとしたら、その機能をできるだけすり合わせて、機能がよく動くような地域のローカルな機能をつくっていくということが、一つ大切なんじゃないかと思います。中央の機関は、それをコントロールする大きな中央の機関として、そのイメージを私は少しずつ持ちながら見ているのですが。

樋口座長 本当にそうだと思います。いわゆる検討会の報告書の最後に付けられたポンチ絵があります。左のところに院内調査を支援する法人とか組織というのがあって、そこへどうやっても高杉先生の医師会にも関与して

もらわないといけないだろうし、それぞれの県単位かどうかはわかりませんが、大学病院も関与してもらわないといけないし、そこへ第三者機関も関与するという、それぞれの地域でどういう支援体制を組めるかということ、いま挙げられたような組織と、木村局長を中心とした組織と、それから結局厚労省も一緒になって、イメージというか、具体的などころをそれぞれの地域について、このぐらいのこういうものでスタートしてみよう。

それが全部同じ体制であるとは限らないと思いますけれども、地域によって違いもあるから。でも、そういうものがどのぐらいの範囲で、幾つぐらいできていて、どこかで何かがあった場合にはこういう形で支援してみようという、そういう話ができていくといいです。

清水委員 その辺のものを立ち上げていく話を少しずつ持って行って、それで中央がそれをコントロールするというか、全体として評価するというか、そういう機能を持ったものというイメージをだんだんつくって行って、その組織をつくり上げていかないといけないのではないと思うのですが。

木村事務局長 清水先生の言われたことは、私どももその通りだと思います。いま地域のブロックで主に行われている事務局の意義というのですか、その重要性というのはつくづくそう思うのですが、厚労省の提示したこのあり方に関しては、中央に一つだけ第三者機関を置くということになっているのですね。あとは、院内事故調を中心として、そこにアドバイスを。それから、場合によっては原則として外部の委員を、これも幹旋といいますか、紹介した委員がそこに入るようにということ考えていきたいと。

したがって、私がさっき三次元みたいな絵を描きましたけれども、院内事故調と、それに対する外部の委員の境目があまりはっきりしてないのですね。そこがいい加減になると、客観性に非常に乏しいものになってしまうと思って危惧しているところです。その辺は、厚労省のほうも一つの中央の機関を置いて、それでなんとかやってほしいと。これは予算のことなんかがあるのかもしれませんが。

そういうなかで、いま現在、医療安全調査機構がやっている地方事務局の受付窓口というのは、簡単な数字でいいますと、半分は医師会にお願いしていて医師会の事務局が受付窓口になっています。あとの半分は大学とか拠点病院に置いてあるということで、医師会にお願いしているところがずいぶん多い。厚労省の意見でも、その辺はどこかにお願いする格好で、しょっちゅう常設で置

いておくほど数があつて必要性があるかどうかは、これから検討したいという返事です。ですから、その辺は現在中央と、あとは院内ということだけで構築されているのが、このポンチ絵なのですね。

それをこれから説得して崩していくのは非常に難しいかもしれませんが、十分やっていきたいと思っています。

清水委員 お願いします。

樋口座長 全国に1つのというのは、検討会の委員でもあつた山口先生から補足か何かをしてくださるといいと思いますけれども。

山口委員 厚労省のこの報告書は、一見そのように聞かれかねないので、わざわざもう一度確認をしたのです。それは1ヵ所ということではなくて一つの組織という意味で、いまあるような全体を含めたものが統一された一つの組織であればいいということなので、この第三者機関というのは地方のブロックに各支部的なものを置くことも含めて一つの第三者機関というあれで、それがブロックごととか県ごとかどうかは検討の余地があると思うのですが、東京に一つだけあるという話とはちょっと違うということです。

樋口座長 それは、私もそういう理解をしています。

木村事務局長 そうなのですが、これを読んだだけで、ちょっとその辺が。

樋口座長 いやいや、そうなのですが、それは検討会では一応確認をとっています。山口先生がわざわざ発言して。

有賀委員 いま清水先生が言われたことは東京都のなかでも議論があつて、東京都医師会のなかに一とりあえずなかにということではないのですが、医師会で議論しましたから。これの支援組織というのですか、院内の事故調査をやるということがもしあれば支援する、という形での仕組みをつくるためのワーキンググループがいま作動し始めています。そこには、これの関東ブロックと、いいましたっけ、東京ブロックと言いましたっけ、渡邊先生にも委員として入っていただいて、上手にシンクロできるように考えています。

じつは東京都医師会の会長協議会などでも途中経過を報告するのですけれども、要するに医師会の先生たちからすると、「自分たちのクリニックで何かあつたときどう

するの？」という話なのですね。だから咄嗟に答えたので、まだそこまで仕組みがきちんと出来上がってはいませんが、イメージとしては「小さな病院にしろ、クリニックにしろ、『何かが起こった。どうしたらいいのだ』という話が来たら、『とにかく病理解剖の話だけ始めておいてください。そのあとまた連絡しますから』というような形で、後ろから支えますよ」と。

その後も、もしかして病理解剖がオーケーとなれば、どこへ運びなさいと。例えば昭和太に運びなさいとか、順天堂に運びなさいでもいいわけで、そういうふうな仕組みと、そこで事故調査をすとなつたときにあちこちから人を集めてきて、もしクリニックだったら院内の事故調査委員会というのはそのまま、その筋(つまり院外)の調査委員会と組織的には同じような話になりますので、そういうことがその次のステップとしてできるような仕組みをいま考えています、という話なのですね。

それと、ここでの議論がどんなふうにも上手にうまく合うかというのは、これからの問題だとは思うのですが、どっちにしても地域、地域でやらないと、医学部長・病院長会議のメッセージもそうですけれども、「医療そのものは地域の連携があって初めて医療なので、本件に関してもそういう観点でスクラムを組まないで、きつとうまくいかないね」ということで、東京都医師会の議論はあります。

樋口座長 ありがとうございます。

永井委員 私たち被害者の患者の立場から言うと、多分いちばん動かしやすいという意味では各都道府県なのかもしれませんが、ただ各都道府県に1大学なり、そういう仕組みの県が多いわけですね。そういうなかでは、ぜひ医師会も含めて、より近辺の県とともに連携を保ってやっていくという方向のブロックで考えていただきたいというのが強いお願いです。そういう方向ができるように、ぜひ検討していただきたいなと思っています。それを各都道府県でやったら47ぐらいのバラツキが出るのに対して、少なくとも10ぐらいでやったら、いろんな意味で標準化というのも早く行けるのではないかなと思いますので、そういうことで是非ご検討いただきたいなと思います。

樋口座長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

池田委員 愛知県ではいま県医師会と、中小規模の病院の事例をどうするかということで、いま分業という形で

話を進めています。愛知県はいまやっていますけれども、もう少しこの方針をはっきりさせていただいて、土日もやるのだとか、そういうことを具体的におっしゃっていただければ、愛知県はどうやっていこうかと。周囲のブロックにも、どうやっていこうかという話ができるということで、具体化していただけると嬉しいということです。

それから、近隣の静岡県に、「こういう医療体制の調査機構をつくったらどうか」という声をかけましたところ、法医学部の先生は、「俺は全部やるのだ。司法解剖でやるから結構です」とおっしゃったので、これはいったい誰がどういうふうにしてつくれという法制化といいますか、そういうちゃんとしたシステムで命令形でいかないと、この事業は進んでいかないとじゃないかなと危惧しております。以上です。

舟山委員 よろしいですか。法医ではなくて、地方の立場です。先生がおっしゃったように宮城県でも4例やっていますけれども、そのうち2例がクリニックのなかでの当該機関だったのですね。ですから、届け出はその後の救急病院で届けられたわけですが、やはり地方の場合クリニックで起こった場合に、院内調査は医師会が中心になるのか、二次機関が中心になるのかわかりませんが、その辺のシステムづくりを各地方で行ってほしいというか、指針を出してほしいのが1点です。

それからあとは永井さんがおっしゃったように、僕も前に話したのですが、地方の場合というのはやはり1大学1県というのが多いわけで、第三者も中立性、公正性というのをどの程度担保させておくのか。必ず「他の大学から呼びなさい」というのも非現実的な話でしょうし。しかし、やはり一般的な方から見れば、同じ大学の出身者はいかかなものかという考え方も気持ちとしてはわかりますので、その辺のところのちゃんとした指針を出していただかないと、いつもその辺のところでは僕らは迷うのです。ですから、その辺のところも検討していただきたいなと思います。

高杉委員 いろいろと医師会が矢面に立っていますが、前回の議事録の13ページで私がちょっと意見を述べたのですが、さっきもお話があったように、これはどこの医療でも起こる可能性がある。大学病院は事故調査ができて、診療所ではできないということはあってはいけないと思いますので、これは医師会が中心になって動かそうとしています。

これは、素早くお答えを出すというのがまずいちばん大事でありますし、不幸にして死なれた方も医療の枠の

なかの出来事でありますから、きちんとやらなければいけません。そのときに、医師会がいちばん基本になって動くべきだろうと思っていますが、これは利益相反にもなってくるわけで、公正性にもなってくるわけで、場合によっては外部の意見を聞くことは当然だろうと思えますし、それを入れないと信用されないと思っています。

ここの機構のお話も、我々の話も、それから厚労省のお話もそうは違ってないのですね。最後の段階で、8合目までは来たのだろう。もちろん医療界では結果がどうのこうのとか、訴訟が増えるとかいろんなことがありますけれども、訴訟は枠の外ですから、きちんと応対する仕組みを医療界を挙げてやると。ここの機構は、そのいちばん最高機関になるべきであって、あとは今までのモデル事業のいいことは取りながら、しかし「これではまだるっこしいね」ということは各県医師会で動かせるような仕組みを提案していきたいと思えます。

だから、これからの問題がいっぱいあるけれども、それを見てから議論したのでは動かないと思えますので、それはその場、その場で解決する。あるいは、きょうの話し合いも参考にしながら提案していく。幸いに事故調には有賀先生と、私と、山口先生が入っていましたけれども、また樋口先生も入っておられますけれども、僕はいい話し合いにはなっているだろうと思えます。そのなかで、これから未来に向けての取組をしたいと思えます。

居石委員 いま地域の問題と、それから県を越えてというお話を聞かせていただきました。高杉先生はよくご存じの方だと思いますが、福岡県ではたまたま県医師会ではありますけれども、しかるべく医療団体という形で支援事業が既に開始を試みています。昨年度発足しましたが、この1年3～4カ月の間に5例受け付けをして、そのうちの1例がモデル事業に持ち込まれた。言い換えると、あとの4例が非解剖事例。小規模の診療所クラスのところからの持ち込みが1例。それ以外は中・大規模の医療機関になります。

そういった支援事業で参加をさせてもらうときのポイントの1点は、遍く全医療機関の方がそういうことを対象をしたいと考えてはいますが、やはり小さな医療機関の場合には、どうしても調査に入ってきたという印象をお持ちでございまして、本格的な自立性のある院内事故調査委員会といったものを現場ではなかなか調整することは難しい。それをどのように配慮しながら、支援事業が参加をするのか。いま言いましたけれども、その主体としてお願いをしているのは、勤務医の方々に積極的に入っていただくことを前提にして、モデル事業の総合調

整医等々という方々とは、できるだけ区分けをして説明をさせていただいています。つまり、支援事業はあくまでも自立したものではあるけれども、積極的に相互がオーバーラップするわけにはいかないだろう。第三者性、中立性を可能な限り厳密に。そうすると、なかなか運用が難しいという面が出てきます。

しかしながら、すでに1年半とはいいながら5例の、そしてモデル事業持ち込みも1例含めて一じつはこれは佐賀県ですが、それなりの経験を積みはじめています。先ほどおっしゃいました推進委員会のワーキンググループなどを設けられるのならば、そういったところの実態を。愛知の話も出ましたが、ぜひ一つ、二つ、三つといった試みというか実験を、いい意味の総合的な調査分析の事業に進めていただければありがたいと思えます。

樋口座長 ありがとうございます。

加藤委員 診療関連死の調査をするというときに、そのスタートはやっぱり届け出ということになりますね。きょうの資料の4-4の3ページの「調査対象の考え方と対応」の①の二つ目の○のところで、届け出の対象は「当該事案の発生を予期しなかったもの」という書き方になっていますが、これは「推進委員会」のほうにお願いをしておきたいのですけれども、モデル事業で今まで対象にしてきたものは、もちろんほとんど汲み上げられるものだと私は認識をしているのですけれども、読み方によっては、「合併症は事前に説明しておけば、報告しなくてもいい」というふうに誤った解釈を生みかねない面があると。

そのようなことが書いてあって、その運用が課題であるというご発言があったと思うのですけれども、このことについては、そういう運用にならないために何かきちんとした書き方をしておいて、とりあえず報告が網羅的に把握できるということをきちんと確保できるような、そういう解釈自身をぜひ「推進委員会」のほうで詰めていただきたいと思えます。幾つか「推進委員会」へのお願い事がありますが、とりあえずきょうはその点、調査対象の考え方を要望しておきたいと思えます。

樋口座長 きょうの資料でも、皆様から今までいただいていたご意見を資料N04-5で一覧表にしてあります。今後とも気がついたことで、あるいは重複しても結構ですのでメール等で寄せていただければ、それに一つひとつ対応することはできないと思えますが、何らかの形でできるだけ反映して、いいものをつくりたいという点ではみなさん同じだと思えますから、それをまた木村局長を

中心にして厚労省その他とうまくタイアップしながら、とにかくスタートラインにまでまず持っていくというのが第一かなと思っております。

ご発言のない方でどなたか。

後委員 私は再発防止のことで少し申しあげたいのですが、具体的な話をすると最近大学病院で、病理の検体の取り違えで別の患者さんを手術したという事例がありました。しかし、手術はおそらく技術的に高いレベルでされているでしょうから、死亡はしていません。それ以外に、例えば血圧の薬を処方されたつもりが、じつは抗がん剤だった。名前が似ていたからという事例も、おそらくはなくなることはありません。ガーゼがお腹に残っても、まず亡くなることはありません。

こういうふうには、非死亡事例のなかにも、結構報道にもなるような安全性の問題がいろいろありますので、課題のなかには、うちの医療事故の収集事業との関係をどうするかというのがありましたので、よくご議論していただきたいというのと、それから必要があれば、私も説明に伺っても構わないと思っております。以上です。

樋口座長 後先生が全部を代表しているのかどうかもわかりませんが、日本医療機能評価機構との協調です。同じ目的でやっているわけですから、どういう役割分担をするかというのは、まだ課題としてはもちろん残っています。まだというか、ずっと残りますので、一緒にやっという話にしたいと思っております。

これから非公開のほうに移って少しだけ時間をいただきたい件がありますので、きょうの審議事項は一応ここまでにしてよろしいですか。申しわけないですが、具体的な事例について少しここで議論すべきことがありますので、傍聴の方にはご遠慮していただいて、このあと非公開という形でやらさせていただきます。