

瀬上 国立循環器病センターの運営局長をしております瀬上といたします。のちほどお話をさせていただきます。

阿部 厚生労働省母子保健課の阿部でございます。よろしくお願いいたします。

池田 それから、うちの事務をしております祈と津林でございます。臨席させていただきます。

お手元の資料は、今日の会次第がメインのものでございまして、そのほか、イギリスとアメリカの一つの資料ということで入れてございますが、御確認よろしいでしょうか。このメインの中の皆さま方のお名前とご所属施設名は、こちらで調べさせていただいたところで書いておりますので、間違い等がございましたら私どものほうにご連絡をお願いしたいと思います。

さっそく、15分ほどで本妊産婦死亡研究班の概略というものを、スライドを使いましてご説明させていただきたいと思います。この妊産婦死亡研究班は、乳幼児死亡研究班と対になっておりまして、乳幼児死亡のほうは大阪府立母子保健総合医療センターの藤村総長が主任ということでしていただいております。わが国の妊産婦死亡における問題点ということでここに五つ挙げさせていただきました。

一つは、人口動態統計による統計値が実際の妊産婦死亡を過小評価している可能性があるということでございます。

2番目に、妊産婦死亡ハイリスク妊婦のための診療体制に関する問題。先ほど久保先生が少しおっしゃいましたが、そういったようなこともあるかもわかりません。

3番目には、妊産婦死亡率における大きい地域格差という問題。それから、妊産婦死亡が起こった際の専門的な病理検査と剖検ガイドラインがないということ。それから、5番目にこれは瀬上局長のほうからまた、最近のこの部門のお教を頂きたいと思いますが、妊産婦死亡が起こった際の届出が標準化されていないことと、第三者評価機構の設立の必要性ということでございます。

まず最初は、わが国の妊産婦死亡率でございますが、このように、1955年から2005年、昨年までのグラフで示させていただきました。1955年では出産10万対160ありましたが、1985年までで20を切るぐらいに低下しております。

久保 出生当りですか。

池田 出生でしたら、もうちょっとこれらの値が高くなりますが、出産で表しました。

久保 12週以降の流産を含む。そういうのが正しいですね。出産ですね。

池田 出生ではもうちょっと、例えば 2000 年では 6.3 が 6.6 になるのですが、この場合、世界的な比較はここが出生になっておりまして、ratio なんですけれども、ここでは出産で表させていただきました。1985 年までこのように順当に低下はしているのですが、1995 年から 2005 年まで、下げ止まり感がありましてこのところだいたい 6 前後ということで減少が見られております。

2010 年「健やか親子 21」ということで、2000 年の妊産婦死亡率は半減するという目標を掲げまして、3.12 という値でございますが、一昨年で 4.3 で、目標達成ができるかなという感がございましたが、昨年は 5.7 と、また 6 近くに上がってきております。こういったところでも問題点が現れておりますが、実際、6 とか 4 とかこういったものが正確な妊産婦死亡を表しているかという問題がございます。

現在わが国で行われております妊産婦死亡の届出・登録・公表ということでございますが、妊産婦死亡が起きましたら、市町村で死亡届を出します。そのあと、所轄保健所で死亡小票になりまして、それが厚生労働省大臣官房統計情報局人口動態・保健統計課に渡りまして、死亡票提訴ということで登録されるわけでございます。

このときに、ICD-10 の Chapter O というところによって分類されるわけでございますが、直接産科的死亡では子宮外妊娠、それから浮腫、たんぱく尿及び高血圧性障害、前置胎盤及び胎盤早期剥離と、分娩前出血、分娩後出血、産科的塞栓症、それからそのほかの直接産科的死亡に分類されます。

間接産科的死亡は別項でありまして、原因不明もあります。産科的破傷風、HIV もありますが、ほとんどゼロでございます。

ICD-9 から ICD-10 になりまして、「後発妊産婦死亡」という項が O-96 として追加されまして、分娩後 42 日以後 1 年未満に発生したあらゆる産科的死亡による母体死亡例として一括して表現されましたが、詳しい原因はわかりません。

ではこういったことがなぜ過小評価になっているのかというエビデンスでございますが、この表は諸外国の直接・間接妊産婦死亡の比較でございます。妊産婦死亡に占める間接死亡率の割合は、ハンガリー、英国、オランダ、フィンランド、米国等、だいたい 3～4 割、3 割ぐらいというのが平均的なものでございますが、日本は、この 5 年間 2 割、20%、19% ということで、間接妊産婦死亡を取り逃しているのではないかという恐れがあるわけでございます。

次にこれは、諸外国の後発妊産婦死亡率の比較を示したものでございますが、妊娠後、

43日以降から1年の間の死亡率です。だいたい各国とアメリカの各州こういったところで2割とか10%というところがございますが、なんと日本は2%しかございません。ですから、こういった後発妊産婦死亡、late maternal death というものを取り逃がしている可能性がございます。

こういった underestimate の問題は外国でも古くから取り上げられていまして、例えばアメリカの CDC が推奨しているものがございますが、もし女性の死亡であればこういったことを書きなさいというチェック欄がございます。pregnancy check box といいますが、例えば、死亡前1年間に妊娠なし、死亡前42日に妊娠、死亡前43日から1年間に妊娠、死亡日妊娠、死亡前の1年間に妊娠かどうか不明というようなことを check box に記入するという試みがありました。

この check box をやることで、プエルトリコでは19.5という妊産婦死亡率から69%上昇したわけがございます。テキサスでは115%上昇しております。しかし、日本に応用するには、死亡診断書というものの変更をしなければいけませんので、法的なものがあるすぐにはなかなかこの方法は使えないということがございます。

もう一つ、その後でも使えるというもので各国がよく使っておりますのが、死亡票と出生票、死産票のリンケージ法というのがございまして、例えば10~49歳までの女性が亡くなったときに、死亡票の生年月日、住所、名前、それと1年間さかのぼった出生票または死亡票の母の生年月日、住所、名前をリンクさせるということで、この死亡票をピックアップするわけがございます。

そうしましたところ、アメリカの各州でございまして、ワシントン州では68%上昇した。ウエストバージニアでは129%上昇した。ノースカロライナでは153%上昇した。ジョージア州では30%ですが、かなり拾ってきているわけがございます。

そういったことで、お手元の資料に指定統計調査の目的外使用申請書ということで、冊子を入れさせていただいておりますが、現在、そういったところで交渉しておりまして、今年度中にこれが認可になりまして、わが国の結果をお示しできるよう、現在努力しております。

2番目でございますが、妊産婦死亡に対するハイリスク妊婦のための診療体制に関する問題。今回、奈良の県立大淀病院のケースがございましたが、現在アンケートをこのようにしております。総合周産期母子医療センターは、全国で61ございまして、このうち20施設が大学病院でございます。大学医学部の附属病院が71施設ですが、この黄色いとこ

ろ、その下のところで、妊娠合併のICU疾患、脳疾患、急性心疾患、外傷に対する診療体制、麻酔科、輸血、周産期医療体制をアンケートで聞くということです。これはもう発送しておりまして、発送したものをお手元の資料の中に組みさせていただいております。

それから3番目に、妊産婦死亡率におけます大きい地域格差ということでございます。過去10年間、1994年から2004年の都道府県別妊産婦死亡率ということで、全国平均6.9でございましたが、いいほうから並べてみますと、広島県はなんと1.8。富山、愛媛、鳥取、岡山がすべて3台でございます。一方、悪い県から並べてみますと、京都、鹿児島、山形、長崎、高知ということで、このワースト5に総合周産期母子医療センターがないところが三つ、広島、山形、長野とあるのですが、どうしてこういったことが起きているか、各都道府県の母子保健担当課へのアンケート用紙と、各県の過去5年間、それから10年間の妊産婦死亡率も、お手元の資料の中に配布しておりますので、ご参考までにとお思います。

それから4番目に、妊産婦死亡が起こった際の専門的な剖検ガイドラインがないということでございますが、これは大阪府立母子保健総合医療センター検査科部長の中山先生に中心になっていただきまして、市立豊中病院病理診断科医長竹内真先生とお2人で、乳幼児死亡と妊産婦死亡に対する『病理検査及び解剖検査ガイドライン』ということで、現在作成していただいております。今年度は英国の“Why Mothers Die”のChapter18「Pathology」を参考に草案を作成させていただいているところです。

さて、今まで述べてきたところでございますが、諸外国における妊産婦死亡に対する取り組みの二つの流れと現状を少し調べてみますと、アメリカ方式とイギリス方式と二つに分かれるように思います。

アメリカ方式は、現在の日本に似ておりまして、やはりそのバックグラウンドに医療訴訟というものが大きく影を落としているわけでございます。この中で、レポートリンケージを中心としました統計的な操作というものが、中心となっておりますが、州によってはreview committeeということをやっています。これはやはり病院の中での問題がいちばん多いので、日本のように病院の中での安全委員会というのが中心となっているようでございます。この際にはconfidentialityとimmunity、この二つが非常に重要になってくる。

と申しますのは、このconfidentialityはcommitteeがディスカッションしたことが外に漏れないということを担保しなければいけないということでございます。immunityというのは、レビューしていただくような先生方は法的に守られているということでござい

ますが、この二つはなかなか難しいようでございまして、アメリカのほうでも苦勞をしているようでございますが、これがアメリカ方式でございまして。

イギリス方式。のちほど瀬上先生のほうから欧米の診療関連死に関する取り扱いということでお話ししていただくとお思います、妊産婦死亡のほうでもイギリスは一例一例報告し調査していくというところが、国民の間で、また医療機関の間では浸透しております。Confidential Enquiries into Maternal Death(CEMD)というのが非常に支持されております。わが国においても、妊産婦死亡が起こった際の届出、それから第三者評価機構の設立ということに關しましてイギリスのものが非常に参考になりますので、ご紹介させていただきたいと思ひます。イギリスにおける confidential enquiry でございまして。

妊産婦死亡が起こりますと、日本と同じように地方の戸籍係に死亡届として出されるわけでございますが、住民票があるところの Director of Public Health (DPH)、日本で言いますと保健所長、ここにまず情報が参りまして、この保健所長から、診療に關連した医師・看護師にこのフォームを書いてくださいということで MDK[UK] 1 というものを送ります。そして、この医師は産婦人科だけではなくて、麻酔科、それから Pathologist、こういったところにも、この用紙が参ります。

これがだいたい妊産婦死亡の 60% でございまして、イギリスではあとの 40% は、診療に關連した医師・看護師のほうからダイレクトに保健所長に届けに行くということが言われております。

すべてこのように MDK[UK]1 がそろいましたところで、保健所長は Assessor、産科的な評価者といひますか、そこにこの資料を提供いたします。この Assessor は、麻酔科医、それから助産師、Pathology、こういったところの評価者に相談いたしまして、それに対するコメント、意見ということでレポートします。

このレポートのほうは、Department of Health、日本で言いますと厚生労働省ですが、そこの Chief Medical Officer のほうに参ります。このレポートはまた、Central Assessors といひまして、イギリスの中での Central、これはやはり産婦人科医だけではなくて、そのほかの職種とともに、死因に対する総合評価をするわけでございます。そして 3 年に 1 回、この『Why mothers Die』というものが発刊されます。こういったようなことがイギリスでは 50 年の歴史をもって行われているということでございまして。

まとめでございまして、人口動態統計における過小評価という問題は、現在、2005 年のデータでやっているということ。それから 2 番目、3 番目でございまして、診療体制

の問題、地域格差の問題ということでは、アンケートを行っています。それからガイドライン。そして、本日のメインテーマでございます妊産婦死亡が起こった際の届出、それから第三者評価機構の設立ということに関しまして、今から瀬上先生のお話を聞いた後で、妊産婦にそれを当てはめて、どのように応用していくか、今後やっていくかということで、皆さまのご意見、ご議論をお願いしたいと思います。

以上でございますが、ご質問等ございましたら。

久保 そのリンケージ、わかるんですが、目的は何ですか。リンケージをしたことで、例えば、諸外国のように倍になったとか3倍になったとか。フランスなんか3倍ということですが、なったところで、それを次にどうするんですか。アクションとしては、さっきおっしゃったニュージーランドの死亡診断書の check box 書き換えのほうに行ってくださいの方が妥当です。

これは5年ぐらい前から再三問題として統計情報局の方へ変更願いを出してるんですが、次の変更は待ってくれとずっと言われ続けているんですけども、そのときに、結局その話は、学会かどこかからちゃんと出せという話になりました。ですので、ニュージーランドのようにちゃんと全部 check box を作る格好にさせていただけるという方向で進むのかどうか、そここのところは……。

池田 お手元の資料の目的のところ詳しく書かせていただきましたが、それは、新しい届出のほうの用紙になっていくというよりも、やはりパイロット的に、どれぐらいの死因が何倍ぐらいに増えるのか、そういったところまでさせていただいて、その後は、やはり、学会等でもんでいただいた後に、決定したいと思います。最初から、その届出をまた変更していくというものではないということです。

久保 母体救急という話は調査をされて、それも今の既存の総合周産期母子医療センターの設定基準変更とか施設基準とかそういうところで決めるか、それとも、新しいプロジェクトを立てていくのか、それはどうなんですか。

池田 12月中にこのデータが出ると思います。それで、厚生労働省家庭局のほうで一緒にお話しした後に、この方向性を決定したいと思っております。

斉藤 私ども、一般救急と救命救急センター、例えば今回の大淀病院の、奈良医大とかでそういう話をお聞きすると、あったんですが、その連携があったんだろうかと。一般救急と現状体系が違うものがどのように連携し合えるのかと。一つの課題として認知して、この前のデータなんかも頂いて、その上で周産期のネットワークのあり方について考えて

いく場を持てればということで、いま内部で検討しているところです。

久保 二つ危惧があって、一つは周産期との連携を得るために、こども病院に産科を併設して総合周産期母子医療センターにした経緯があるんです。それは今回のことで、全部が母体救命不可能な施設なんですね。それが一つの危惧。もう一つは、救急のさっきの話で、例えば大阪なんかもそうなんですけど、OGCSもある施設なんですけれども、例えば牽位胎盤早期剥離が起こって赤ちゃんが悪くてお母さんも悪いときには、どこを探しても全部断られたのが、赤ちゃんが死んだとたんに搬送先が見つかってしまうみたいな。

すなわち、さっきの二つの命を守るといのは、救急救命センターはすぐ引くんなんですけれども、赤ちゃんが亡くなってしまえばすぐ取ってくれるみたいなのが、現実なわけです。だからそこまで踏み込まないと、今の話は難しい。

末原 大阪でも、今 OGCS システムになるのは総合周産期センター。妊婦固有というか、我々が診るのは妊産婦であったり、または新生児。特に新生児についてはかなり整備されていますが、今回の場合にはやっぱり救命救急と大学が、どう連携するかということで、総合周産期の中にそれを整備する、それは今後検討していただくんですが、なかなか、より大変なことであって、それは都市部の話ですけど、いかに大学とかとネットワークするか。

久保 長野県の例ですが、長野県はこども病院が周産期母子センターで赤ちゃんをみて、大学や日赤がお母さんの母体救急するんですよね。

小林 長野こども病院でも一応母体救急はやっています。

久保 やっているんですか。でも、バランスが取れている。

小林 母体救急しか受け付けませんから。だから正常分娩は受け付けない。田中さんがそれをやれと言って院長を首にしちゃったものですから、大問題になった。一応正常は扱わない、救急だけ。母体救急のみを。

久保 できるんですか。

小林 いや、やっていますよ。

池田 この問題はまた、瀬上先生のお話をお聴きしてからに致します。

ページ数を書いておりませんで、申し訳ありません。瀬上先生のお話はここにございます。先生はこの分野でこういうお話を、かなりいろいろなところでしてくださっておりますが、今日は、エッセンスをお話ししていただく予定になっております。

それでは、国立循環器病センター運営局長瀬上清貴先生の御講演をお願いしたいと思います。

す。瀬上先生は異状死の届出といった問題に昔から取り組んでおられまして、それから母子保健の分野も先生は、実際に行政で総合周産期母子医療センター構想などに関与され数々の成果をあげておられます。くしくも昨年からは循環器病センターの運営局長としてご赴任になりました。非常に現場のご経験の豊富な方です。お話の終わったあと、先ほどの久保先生のご質問、それから小林先生のご質問なども併せてディスカッションさせていただこうと思います。先生、よろしく願いいたします。

瀬上 過分なご紹介を頂きました瀬上でございます。はじめに、総合周産期母子医療センターというのは、私、栃木県の衛生環境部長を拝命し、1995年に栃木県の妊産婦死亡率や新生児死亡率を見てびっくりしました。

私の資料を古い順に見ていただきますと、栃木県というのは38位になっていますね。1995年から99年。その次のを見ていただきますと、ポーンと上がって15位。4.3に半減していますけれども、実はこれが周産期母子医療センターの効果だと思います。

最初、95年に県議会に、こういうものをつくらないと母子保健体制、母体も新生児もみんな問題だよという話をいたしました。それを国に持ち込んで、はじめに平山班というのができて、そのあと、メンバーだった多田先生を中心に次の班ができたんです。そのときにつくったもの作品ですけれども、栃木県の医療上の課題として何が問題なのか。母体と胎児集中管理と、それから搬送体制を確立しなければ、妊産婦死亡率の改善がなかなか困難だということです。

つまり、総合周産期母子医療センター構想というものをこのときにつくりまして、国に持ち込みました。当時、土井さんというのが母子保健課長で、その次に北井さんという女医さんが課長となったそのときに検討会を作ってくれて、必要性を説明いたしました。栃木県では、総合的な母体の管理ができなければいけないという視点から全科的支援が可能である自治医大と獨協医大の二つにつくらせていただきました。

さらに、ポストNICU。NICUから離脱できなくなる児の問題だって当然起こるんだから、それに対処する必要もある。で、総合的な対策を整えましょうよと。特に、いちばん下流の重症心身障害児（者）施設を充実させて、受け入れもしていけないといけない。そうしないと医療機関はやっていけなくなっちゃう。

栃木県は県立総合リハビリテーションセンター構想の中に、呼吸器装着の児をNICUから受け入れるベットを用意しました。また、県北には、国際医療福祉大学の中に、県の補



助で重心を作り、受け入れベツトを用意し、まさに総合的な周産期対策をやりました。残念ながら、国のほうは、形だけつくって、どういうわけかそれも、総合ではなくて、母体管理支援不十分な片手間な格好のものとなってしまった。いずれ問題が起こるのかなど。忘れていましたら、今回まさにそんな問題が起こってきたようです。構想してから 11 年後に具体的な問題で感じたところです。

余計なことですけど、やっぱり、科学的に全体構想を考えて、そして行政は動かないといけないということを、改めて痛感した。我々、特に政治家からいろいろなことを言われやすいものですから、そういうときに身を引き締めて、それを聞きながらも、しかし根本は曲げてはいけないと。

医療関連死の届出というのは、やはりそういう地方行政の現場の中で、県立病院経営をやっている中でいろいろとこういった問題に直面して、第三者評価をしなければいかんという問題意識を強く持ったことに端を発しています。その後研究生活を 2 年間ちよつとする機会があったときに、内科学会、外科学会、法医学会、病理学会という 4 学会による医療関連死を考える合同委員会に外部委員として参加し、共同声明を出すにいたりしました。

この医療関連死問題というのは国民サイドでものを見て考えなければいけない課題です。まずは患者本位であってほしいという国民の要望。特にこの中でも、院長や専門医による不作為責任、つまり、しなければならなかったことをしていないんじゃないかということを追及する傾向というのが 2000 年ぐらいからすごく前面に出てきましたので、これに対する対応等をしっかりしなければいかんということになった。あとは、医療ミスへの不安感が増大するとともに、同時に医療者に信頼感を持っていたいという、アンビバレントな気持ちというのが存在していることがとても大事なことだと思っております。

そういう意味で、患者本位であるということを医療者側がどうやって示していくか。そうすると、患者側のそういったいろいろな気持ちを具体的な課題として、今、カルテ開示や医療事故に関して刑事責任を追及するんだというようないろいろなことが出てきている。それがまさに求める医療と現実の狭間の中で、起こってきている課題です。そこで、手術や検査後に死亡したり、障害 b の残る事例が生じたときに、患者家族に、医療の内容に疑義を持つようなことは生じないのか、患者さんや家族の心の中で、どのような葛藤が起こっていたのか、それを確認し、親身になって相談してあげられるそういったサポートシステムというのを、医療制度そのものの中で作っていかなければいけない。

今は警察力か、あるいは民事裁判という方法でしか、気持ちの救済がないということ。

これをもっと我々は考えていかなくてはいけない。まさに、医療関連死や合併症に直面したときに遺族や家族がどのような心持ちでいるのかということをしっかり考えていくと、紛争化というのは防止できるんだらうという気持ちです。

否認から心理過程を考えますと、その状態、亡くなったという状態、あるいは合併症、ひどい合併症を受けたという気持ちを受容するに至る過程の中で、何でも、どんな問題でも我々はこういう心理過程をとっていくわけだけれども、この中で、問題から、怒り発散して、喪失感、抑うつ、受容、その過程の中で、半分以上の方々はそこから逃避したり取引することによって何となく受け入れていくんだけれども、その取引に失敗すると紛争化になる。

どうしてこうなったんだという気持ちになっているときに、何らかの方法でここで受け止めてあげる。そういう機構を医療機関の中あるいは医療制度の中に持てば、この紛争化の防止というのができるだろう。それがまさに第三者機関の提言につながっております。

改めて、80年までと2000年以降で何が大きく違ったのか。2000年あたりが、いわば世界中で医療が大きく変わったときなのでありますが、1998年に米国でダナファーバー事件、それから2001年に日本では横浜市大の患者取り違え事件が起こっているのですが、その3年間に米国、オーストラリア、カナダ、イギリスでも同じような医療事件というのが一気に表面化して、国民の意識が世界的に変わっていきました。

この変わったあと、国民はとにかく、例えば医療行為の結果に対して、これまでは何でも甘受していたものが、説明を受けていない結果に対して因果関係の説明を求める態度というのが芽生えました。

あとは、因果関係に対する理解。医者が仕方ないと思ったらしようがない。それが、自分で理解できるまで追及する。ここに大きなディスクリパンシーがあります。

要するに2000年というのは、まさに団塊の世代が医療に対して一気に関心を持つ。環境問題から医療問題へ、外の環境から内なる環境へ。そういう時期だったんだろうと思います。よって、これまで医師は、確実に診断された内因性疾患の中に医療関連死があるなんて思っていなかった。それが、どうも、確実に診断された内因性疾患の外にも出ているのかな、合併症のときはどっちに当たるのかななんていうことを、悩み出した時期だった。

異状死の届出制度というのは国際的にずっと古くからあって、1300年代にイギリスで、自殺者から税金を取ろうという発想で課税をする。そのときに自殺を見分けるために死因調査をスタートしたのがそもそものスタートで、よってイギリスはそれをCoronerという

のですが、徴税官吏の一員だった。今は行政裁判官が Coroner をやっていますが、reportable death というのもその中から発展した。公益のため、税金を取るために死因を究明すべき死。それを reportable death としたわけであります。今は、この public interest というのがもっと広く解釈されて、税金ではなくて、ちゃんとした public interest。そのことによって予防へとつなげていくという発想になっています。

よって医療関連死というのは法定されていまして、手術または麻酔から完全に覚醒する前、または麻酔と何らかの関連性のある死亡、医療行為や治療と関連している、救急入院後 24 時間以内の死、精神病院内などの医療施設、あと福祉施設がありますが、外してあります。そうした身体拘束を伴う施設での死亡。中絶に関連した死亡。あと留置場とか警察署とかにおける死亡。そういうのも全部届け出なければいけないことになります。

届け出ればどうなるのかというと、守ってもらえる。Coroner という行政裁判官が、怒り狂った遺族から自分たちを守ってくれているという意識が、英国の医者の中にはありません。そういうようなことでドクターは必ず届け出るという方向にあります。英国では届出対象が今のように法定化された。日本は医師の裁量になっています。英国での究明対象は死因である。日本では、犯罪調査のために届け出る。そういう思いをみんな持って、何となく警察へ届け出ます。この警察へ届け出るといのは、日本の医師法ができる前から警察へ届け出るようになっていました。国際的にはそういうのはない。日本だけの特徴です。

なぜそうなのかというと、1870 年に日本の太政官の中に衛生組織ができるわけですが、それは内務省にあった。実は文部省に最初医政取り締まりというのができて、医学教育とか医療制度というのを外国から導入するのですが、導入したあと、それはサニタリーヘルスがメインだということで、内務省にわたされる。そこで、警察と一緒にになった組織に衛生監というのができた。いわゆる局長ポストで、非常に権限がある。警察医というのはそこから出てくるのですが、そのときにできた届出制度なものですから、そのまま引きずってしまっている。よけいなことです。

日本の場合、医師にメリットはほとんどありません。よって、異状死を届けるのは、英国の場合 38%、日本では 13%。3 分の 1 だけということです。それを届け出たものに関して、行政裁判官ですから、死因がよくわからない場合にはすぐにそれを解剖に付すというので、23%の解剖。日本ではほとんど解剖されていない。

あるいはカリフォルニアはどうかというと、医師である Coroner、それが Medical Examiner なんですが、そういうのがいて、その方が判定をするという仕組みになってい

る。これは、ニューヨークで 1900 年に葬儀屋が Coroner に選出されました。Coroner というのは選挙で選ばれるんです。Coroner になれば自分の葬儀屋に全部持っていけるといことで Coroner になったのですが、おかしなことになって、それが問題になった。次席にいたお医者さんである Chief Medical Examiner をトップに持っていき解決したというのが最初で、その後、カリフォルニア州ロサンゼルス市、フロリダマイアミ市というようなところでトップが Medical Examiner に替わっています。

今は全米の中で、都市部は全部、ドクターである Chief Medical Examiner を Coroner としています。田舎では相変わらず一般人が Coroner をやっています。大きな都市では捜査官がその下にいます。科学警察隊 CIS とかいう番組が今ありますね。あれはフロリダ州のデイト郡マイアミ市の Medical Examiner Office にある組織をモデルとしており、日本の科学警察研究所にあたります。Chief Medical Examiner はそれを率いています。余計なことですが、再発予防というのが主たる目的になっている。

再発予防というのはどういうことかということ、パロマガスの湯沸かし器事件というのがありましたが、これの被害は最小限度にできたかもしれない可能性がありました。申しますのは過去にアパートの風呂場で連続死亡事例があったそうです。これは東大の法医学教授からの情報です。40 代の男性が、前日父親が倒れた風呂で連続死亡した。父親は、冠動脈のバイパス手術を終えて退院直後に、自宅の浴槽内で失神していた。それで手術の後遺症だと思われて搬送したところが死亡して、心筋梗塞だと診断されてしまいました。病理解剖をしようとしていたところで、今度は息子が浴槽で同じように死んでいた。司法解剖したら CO 中毒。父親もどうやら CO 中毒が原因で死亡した。

この情報は埋もれていました。何となれば、捜査の関係で、こういう解剖情報というのは捜査ファイルに入って、一般化されません。よって、業務上過失致死調査うんぬんなんでやっても、その証拠関係は一切表に出ませんから、そういうことが起こるんだということは表に出なかった。もし表に出ていたら、例のパロマガス湯沸かし器による死亡なんということは起き得なかった。そういうことに対して早くから再発予防することができたはずですが、日本ではそれができない。刑事政策論では「予防」という言葉があるのですが、それは「威嚇効果」とか「法確信の形成」というような言葉で解釈されていて、医学の「予防」と意味が全然異なっている。

そういう中での医師法 21 条の異状死届出義務に基づく医療関連死届出というのは、検察、警察による犯罪性に基づく捜査、刑事訴訟法上の捜査への振り分けとしてしか機能し

ていないということが、大きな問題です。

医療死届出対象に法規定がなく、医師の裁量に任されていることになっていたわけですが、では裁量でいいのかというと、それが、おかしいことになっている。今回の福島的事件で示されたように、癒着胎盤剥離により産婦が出血した。そのことで、1年たってから医師を逮捕して、業務上過失致死プラス届出義務違反で起訴した。この届出義務違反というのは、本人は届け出る必要はないと思っていたら、今の制度上は、法の中に明示されていませんから、刑事責任はあり得ない。そこを裁量としていることにしても、こういうふうに大きな問題があるというわけです。

そういうようなことで、届出は犯罪捜査の端緒にしかなくなってない。届出側も受け付け側も犯罪を意識して、業務上過失致死、過失傷害とか、そういう犯罪。それは医師の裁量で、また司法の裁量となっている、捜査上の必要があれば司法解剖となる。しかし、その結果は公開されていない。それは予防のほうへ情報提供されませんから、元の木阿弥で、個人の責任追及になってしまう。しかし、医療の世界で仮に亡くなった場合というのは、ほとんどがシステムエラーであって、個人の責任であるなんていうのは極めて少ない。

そのシステムエラーを改善する余地が全然ないというのが、今の届出上の問題。検察の聴取や調査には限界があって、医者はそれに協力する。何も知らない者が聞いてきますから、しつこく自分たちの捜査仮説に基づいて、同じことをああでもないこうでもないと聞くような話で、医師も協力できない。後先になるから遺族の対応もまずい。恨みのほうが強くなるだけというのが、また、捜査による問題です。

そんなことからドクターは、事前あるいは事後の説明でちゃんと遺族が納得したと思えば、それは届け出る必要はないと思ってしまうわけです。

そういう中で、都立広尾病院事件というのが起こりました。1999年です。これは日本の大きな転換期であると。看護師さんが消毒薬を注射してしまったという医療過誤で亡くなるわけでありますが、そのとき、皮膚が変色をしていたそうです。これを病理解剖のときに担当医も、何が起こったんだと見に行った病院長も、自分で見て、変色しているのはおかしいと思ったそうです。結果的にその時点で、その病院長には異常死の届出義務違反があるとされて訴追された。

この裏には、そんなの届け出るなと事務屋が文句を言って、東京都のほうと相談したら、衛生局のほうからも、そんなことをされたら困ると言って、院長あるいは部長を押さえた。これが本当のこととされていますが、「そうかい」と院長が言って、届け出なかった。そう

したら、これは医師法に基づく身分犯ですから、医師だけは届出義務違反での実行犯だとされたが、指示した事務屋の側は違法性がないわけです。仮に、僕の場合ですと、指示をしたら、私も身分犯でお縄になってしまいます（笑）。

そんなことから、異状死論争というのが、これで始まりました。法医学会は、医療関連死、過失を問わずに原因究明をしましょうということ。臨床系の学会は、説明した範囲の中で生じた合併症というのは、届け出る必要はないと。あくまでも届け出る異状死というのは医療過誤死のことだ。その他は救急で搬入後 24 時間以内の死程度であるという。

で、中立的死因究明機関を設置しましょう、第三者機関を設置したらどうでしょうかという共同声明が、2005 年の 4 月に、内科、外科、病理学会から出ます。最終的には 38 学会の共同声明となりました。その間、19 学会共同声明というのが 9 月にましました。これに対応した形で用意されたのが、いわゆるモデル事業です。翌年 9 月からスタートし、第三者機関のモデルとなるか調べてきたところでした。

ところで、最高裁判決は何を判示したかということ、広尾病院院長を医師法 21 条違反で罰金刑にしました。判決理由は、検察とは医師が死因などを判定するための死体の外表検査である、死体が自分の診療していた患者か否かを問わない。また、院長がその患者をみて、皮膚表面に異常着色があっけおかしいとそのとき思った。その思った時点から 24 時間以内に届け出る義務があったとした。その届出を怠ったから、21 条に違反しているというものでした。

診療ミスなどの犯罪の発覚につながるなど一定の不利益を負う可能性があつて、人の命を直接左右する医師の資格に付随する負担だとしても大きすぎる。これは自白強要として憲法 38 条に違反するんじゃないかという弁護側の指摘に対して、いや、医師の場合特別であり、例え、医療ミスの刑事責任を問われる恐れのある場合でも、届出義務を負い憲法に違反するものではないとの判示を下しております。

これが判決です。この判決の非常な問題点は、異常死届出対象、何が異常死かということに関して、まったく判示しなかったということです。そこには、福島事件のように 1 年もたったあと、医師法 21 条違反で検挙させるべきだなんていうことは、最高裁判決にはどこにも出ていません。あれは検察と警察のとんでもない暴挙だと考えています。でも、それでドクターには気の毒なことをしました。また、日本の産科医療にとってもはとんでもないことでした。

検案の目的と医師の倫理が資料の中にあります。検案の目的というのは何なのか。目的

は、死者の人権と隠された犯罪からの救済ということです。

今の時点では、医師あるいはその属する医療チームは、確実に診断した疾病またはあらかじめ予期できたその合併症により、診療経過中または最終診療後 24 時間以内に死亡した事例以外のすべての死亡に対して検案を行い、法的な届出を行うことが求められている。あらかじめ予期できた合併症なのかどうかということは、カルテに事前に記載されているかどうか重要なところであります。

このときに、予期したというのはどのぐらい予期したのか、何パーセント予期したのか、具体的に死亡する危険性というのはどのぐらいありますよ、このような procedure をとる可能性はどのぐらいありますよというようなことが、インフォームドされていて、本人又は家族が然るべき選択をしたということが書かれた文章に自筆署名又は印されている。そして、それをカルテに貼り、いつ誰が印フォームしたか記載しているということまで要求されているのが現状であります。これに対して、日本法医学会の異常死ガイドラインというのは最高裁でも証拠の一つとして取り上げられたのですが、その中で医療関連死はどういうふうに書いてあるかということ、診療行為に関連した予期しない死亡及びその疑いあるものということで、何々を予期しない死亡。このようなことが書いてあります。

そうしないと、「予期した」とは言えない。そもそも、この異常死ガイドラインはどのようにして作られたのでしょうか。平成 7 年から IC-9 を導入し、死亡診断書、死体検案書の書式変更をしました。単なる心不全とか呼吸不全というのは書かないようにと言われた時の話です。そのときに、調査委員会を設けて届出をどういうふうにするかということに関する特別研究をやった。

それを基に厚生省は死亡診断書記入マニュアルに参考として記載しました。しかし、厚生省はこれによってオーソライズしたということに、学会ではなっている。そこらへんが日本法医学会と臨床系の学会との衝突の一つの大きな要因だったわけです。

このガイドラインを作ったときの委員長に、お話しを伺いました。ガイドラインの作成を頼まれ、時間もなかったから、欧米のを翻訳したそうです。届出すべき異常死だから欧米で reportable death とされているものを整理したのだそうです。しかし、イギリスの届出目的というのは事故予防、再発予防です。日本は犯罪の可能性を探る端緒とされている。

そこに大きな違いがあるにもかかわらず、reportable death の違いを評価をすることなく全てをガイドラインに示してしまったのです。だからこれを明確にしなければいけない。まさに、病死と日本的異常死の違いを示すべきだったのです。これがなかったら、医療関

連死というのはよく分からずあいまいなものとなってしまった。

そして、その判断を、結果的には警察、届出先にゆだねてしまったということが問題であったのです。つまり、欧米のを日本に移すんだったら、両者の性格を明確にして学会としての考え方をに入れておけば、もうちょっと良かったのではないか。それがなかったということに問題があった。

欧米の目的は再発予防ですから、少しでも広くとるので、医師の裁量・主観にゆだねて、「明らかな」とか「可能性がある」とか「予期しない」、そういうような言葉はすべて医師の主観・裁量に基づく表現です。それが日本版にも全部入っている。そしてそれを用いる司法側の判断に影響して犯罪の対象として捉えられてしまい、わけのわからない事態を招いてしまった。

それでは日本はどうしたら良いのか。今となっては目的2つになると思う。再発予防による医療の質の向上と司法的対応です。やっぱり患者のことを考えると、将来的にも今も医療関連死は再発防止をしなければいけない。そして医療の質の向上を確保しなければいけない。司法的対応以外の死因究明システムを作って、その中でこうした問題に対処していく必要があるんだろうということになるわけです。

そのためには、対象死亡を明確に線引きしないとけない。あるものは犯罪にあたる、あるものは司法外の死因究明システムということ。医療関連死を具体的に示し、法定化すべきです。そして、21条で警察に届け出る死亡も明確化して限定化する。一方、こういったものの医療評価に対して、不満だという場合には、不服審判所みたいなものを設置する必要もあります。される。医療評価そのものが結果的に公的につくるとなれば、それは行政措置ですから、それに対してはおかしいという声も上げれるような仕組みまで作っておかないといけないということです。

新たに法定化する場合はどういう要件が必要となるのでしょうか。「医療機関での死亡」定義では広すぎるので、さまざまな除外規定が必要となる。例外規定がものすごく多くなると予想されます。ガイドラインに書いてある「診療行為に関連した予期しない死亡」ではどうか。これでは駄目です。医師が何ら死亡を予期せずに、患者遺族から異状死だというふうに主張された場合には「挙証責任転嫁」理論により、医師側が全部それを証明しなければならずというのは大変なことです。

また、「予期しない」という言葉では、繰り返しますが、医師の主観的な認識に基づいて届出の範囲を規定するということになってしまい、かえって混乱が生じてしまいます。次



に「何らかの診療行為と関連があると疑われる死亡」。これもガイドラインの中に書いてある。「疑われる。」とは誰が疑うのか。

難しい手術、万が一のときもありますなんていう漠然とした事前説明で、手術中に死亡した場合。それは、ドクターにとってみれば予期した死亡となるかもしれませんが、であるけれども、これを果たして遺族側は受け入れるかどうか。あるいは、診療行為自体が関与していないと明確に言い切れるか。それは先ほど言いましたように、裁判となれば全部医師側に挙証責任が転嫁されてしまいます。

だからどのような提言が好ましいか、相当真剣に考えなくてはいけない。これは胎児死亡に関しても、あるいは妊産婦死亡に関しても同じであって、医療関連死として規定するためにどういうふうにしていくか。あるいは、その前の妊婦死亡とは何なんだということも、ちゃんと明確な規定が必要だということにつながる。

死因究明の要因件としては、何が必要かという、臨床経過だけではなくて、明確な解剖所見も必要でしょう。それに環境因子その他も必要でしょう。そのためには、法医学と病理と両方の立場による解剖が必要だと思います。それを仮に「医療行政解剖」と名付けます。これによって証拠保全と法的対応が図れる。で、中立的な第三者からの検討として専門医による医療評価、医療関係の臨床経過の評価が必要でしょう。できれば、臨床専門医も、医療評価だけではなくて解剖にも立ち会ったほうがいいでしょう。そうすれば、法医学、病理の方々も、臨床家の意見を聞きながら解剖所見というのを明確に規定することができるでしょう。

医療関連死は医師法 21 条の対象外という視点がドクターの中に存在している以上、これを届け出るということは今後もずっとできはしない。そして何よりも、刑事事件の被疑事案とされることに対しての感情的な反発というのがドクターサイドにある。だから、医療関連死を病死と切り分けて、医療関連死の届出窓口を警察以外のところに設置する必要があります。そしてそこが振り分ける。調査をして、報告書を遺族と病院に開示するそれが第三者機関の必要性です。

しかし、故意が、重大事態をもたらすような単純ミス、あるいは何かの隠蔽の疑い事案、こういう可能性が思えてきたら刑事事件の対象として、第三者機関は直ちにこれを警察と司法へ渡す。そういうルートは当然必要です。そのことによって、司法、警察の合意につなげ、これを合理的な機関として位置づけていくことが大切です。

制度の内容を整理すると、届出対象が何か、そして責任をどうするのか。目的は、医療

の透明性確保のため、死因究明による同様の事故の予防で。併せて、苦情処理という視点も必要です。

苦情届出を受けたら、事情聴取、スクリーニング、解剖あるいは、あるいは事例調査、そして医療評価へと移っていく。それに対して公正性・透明性という視点からチェックできる、そういう仕組みも必要です。一般的な事務的な話、このなかにも専門性がこうした一連の手続き、作業を専門性の高低という視点及び権限や資格などの必要性という視点から綿密に整理し直す必要があります。例えば、文書の取り扱いと証拠保全という議題をどう考えるかという点で課題がある。

第三者機関の性格として、もう一つの面を考えると、航空機事故調査委員会という例があります。これは新過失構造論という理論に基づくものです。後ろのほうにもものすごく難しいことが書いてあります。

つまり、第三者機関の機能というのをよく考えてみますと、専門性の高いものと低いもの、それから強制力が必要なものと低いものというように、業務をいくつか分けることができます。強制力がいらなくて専門性も低ければ、どこでもいいわけです。ところが、専門力が高くて強制力も必要。例えば、解剖について、反対があっても解剖をしていかなければいけないとなると、行政的な権限を有した専門医が必要となります。強制力が高くて専門性が低い業務、例えば、届出を受けるとか聴取するとかそういうようなことは、行政官でもいいだろう。

だから、専門医の参加と行政機構の参加。それが調和をとれてやっていければ、第三者機関というのはいまよくいくんだらう。役割分担というのも、届出と検案と解剖と臨床調査、立ち入り調査、保険の送付書、その上での報告書作成となる。さらにその分析を基にして国へ再発予防の勧告をする。国ではその勧告された、再発防止に向けての案を、大臣なり厚生労働省なりの指示として実行できる仕組みを作っていくことが望まれます。

そんなようなものがほかに本当にあるのかというと、オーストラリアのビクトリア州が、こうした調査をやっている。Coronerは法律家です。Coronerの事務所と州のビクトリア大学の法医学教室が一体となった、入り口は二つ別々に作ってありますが建物は一つになった、法医学研究所という施設がある。

そこで両者が一体となって、事故の再発予防に向けた取り組みをやっています。この中には、苦情処理の委員会としての調査委員会があります。この調査委員会は常勤のドクターとナースに加え非常勤の方も入ったチームが、何かあればすぐ現場に飛んで行って、そ

ここでこういう問題を扱っている。

そういう中で何かおもしろいものがあったかという、濃度の違う塩化カリウムのアンプルが2種類あり同じ形だったので、それを間違えて投与して死亡させてしまったという事件が過去にありました。それをこの Coroner 事務所で検討した結果、これは system failure の代表だということで、そのアンプルの改善命令を企業に対して出して、まったく別の形と色のアンプルに変わりました。

それから7、8年後に日本で同じような事件があつて、10人ぐらい死んでいます。90年代に。そのあと日本では製造中止になって、片方が市場からなくなりました。それはオーストラリアに続いてイギリス、あるいはカナダ、アメリカで同じようにアンプルを製造し直した。日本はそれをしなかった。警察は過失致死ということで検挙しています。刑事事件にしています。そこから得た証拠その他は全然フィードバックされない。所見もフィードバックされないから、同じようなことが繰り返し起こったということです。

オーストラリアでは、このような検証事例をインターネットで配信しています。何か第三者機関をつくろうよということでつくったのがモデル事業ですが、全体はこういう構成にしております。とにかく何か試してみても、必要な人材育成を始めましょう。で、新しい制度、法ができるときに備えましょうというのが、狙いでありました。

実際どこまでできるのかということを検討しております。問題点は、届出対象が不明確であったために、全部警察へ連絡が必要という強い意見が出て大阪がまず前例、警察へ連絡するという事になった。

振り分け窓口も初めは看護師さんにやらせたけれども、内容が複雑で、やっぱり直接ドクターがやらないと駄目だ。もうちょっと養成が必要だとなってきた。医療評価をする専門医というのは全学会が協力するということになっていたが、なかなか現場で、いざというときにチームが集まってくれない。解剖への抵抗感はまだまだ強い。解剖のための搬送費用もどこが負担するんだという。確かに、まだ問題は多いと思います。

そんなことから、今後の課題としては、医療関連死の公的な届出制度をつかって、21条も改正して医療死の定義を明確化して、医療関連死を分けていくということと、解剖に関する適切性。検察官、司法制度との関係をどうするか。医療行政担当と専門医の評価システムをどう調和させるか。医療評価はどうあるべきか。こういうようなことを考えていかなければいけないということでもあります。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

池田 瀬上先生、どうもありがとうございました。医療関連死の第三者評価機関ということで、実際に昨年の秋から走り出したわけですが、いろいろな問題を浮き彫りにしていただきました。警察や司法への移行が多いという問題、専門家がなかなかいないという問題、それから届出が少数だとか、費用の問題とかですが、瀬上先生のご講演に対してご質問、ご討議をさせていただいてよろしいでしょうか。

瀬上 はい。

池田 先ほどのご質問とコメントでも結構ですが。

久保 米国の Medical Examiner の所属はどこなんですか。

瀬上 郡です。米国は州政府の下に市もしくは郡があります。市も、郡以上の市と、郡の中の市がありますが。

久保 日本だと市町村…、都道府県ですか。

瀬上 州を都道府県といえは市町村にあたりますが、その市町村の公務員です。郡の公務員で、郡のトップの公務員は地方検事と、Coroner もしくは Medical Examiner、あと警察署長…シェリフですね、これが全部選挙で選ばれます。ただし、今は、Medical Examiner 制になっているので、いわば市長みたいなものですが、郡の場合ちょっと性格が異なる。その市長が直接になっているところが多いです。

市長とあえて言わなかったのは、どう違うかという、どこでも郡は5人の参事が選ばれるんです。参事官みたいなものを。これが選挙で選ばれて、その中から1人が執行官として郡長になります。これがいわば筆頭。5人の参事官で、評議会を構成するまさにこれが郡議会であり、行政幹部会であります。それで決めたことを執行する。

久保 じゃあ責任を負うのは、市長に対して責任を負う。

瀬上 責任は、5人の参事官が責任を負う。Medical Examiner システムはなかなか難しいかな。

久保 日本では難しそうですが、すごく良さそうなシステムですね。

現実的にシステムエラーを起こして、日本の場合警察に届出、すごいことだと思いますが、見通しはあるんですか。そういうふうに変えていく。

瀬上 モデル事業をつくって4、5年でとにかく法制化したいねという気持ちを、当時は持っていました。そういうタイムスケジュールでやって、世界的ですが、その後の今回の動きその他を受けて、国会も重要関心事として示すとしています。大臣の国会答弁で昨日、そういう第三者機関をつくりたいと。形態としては、航空機事故調査委員会みたいな