

200932005B

厚生労働科学研究費補助金

医療安全・医療技術評価総合研究事業

医療関連死の調査分析に係る研究

(H17-医療-一般-006)

平成17年度～平成19年度 総合・分担研究報告書

主任研究者 山 口 徹

平成20 (2008) 年3月

1. 平成17年度～19年度総合研究報告

総目次

1. 平成17年度—平成19年度総合研究報告	
医療関連死の調査分析に係る研究	1
	山口 徹
2. 平成17年度 総括・分担研究報告書	
I. 分担研究報告	21
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	75
III. 研究成果の刊行物	77
3. 平成18年度 総括・分担研究報告書	
I. 分担研究報告	165
II. 研究成果の刊行に関する一覧表	231
III. 研究成果の刊行物	233
4. 平成19年度 総括・分担研究報告書	
I. 総括研究報告（研究協力者）	287
II. 分担研究報告	165
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	417
IV. 研究成果の刊行物	419

医療関連死の調査分析に係る研究

主任研究者：山口 徹（国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 病院長）

研究要旨：診療行為に関連した死亡について、中立的な立場にある第三者がその原因を明らかにし、それを患者遺族及び医療機関に説明することは、医療の透明性を確保し、同様の事例の再発を防止し、医療の質と安全性の向上に寄与するため、医療事故被害者の遺族と医療従事者双方とも重要と考えている。

本研究は、診療行為に関連した死亡の調査分析のための中立的専門機関の在り方や実施体制の確保の方策について、専門的・学際的な観点から検討を行い、わが国における診療行為に関連した死亡の調査分析制度の検討に資することを目的とした。

主には、平成 17 年 9 月から厚生労働省補助事業として日本内科学会が実施している「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（以下「モデル事業」という。）との連携を図りながら、適宜モデル事業の運営に反映させて試行してきた。

具体的には、

- ①人材育成のための研修を実施し、
- ②モデル事業における基本的な調査の流れを提案し、
- ③モデル事業に関するアンケート調査等をモデル事業関係者（地域代表などの各地域事務局へのヒアリング、モデル事業における解剖を担当した医師へのアンケート調査、モデル事業調整看護師へのアンケート調査及びヒアリング）、遺族及び依頼医療機関に対して実施して現状を把握するとともに、
- ④実際の評価結果報告書を比較検討し、
- ⑤モデル事業における具体的なマニュアル案（解剖のためのマニュアル案、評価のためのマニュアル案、評価にあたっての用語等の法的研究、調整看護師の業務マニュアル案）を提案した。

また、海外（ウィーン、ドイツ、フィンランド、アメリカ、イギリス、オーストラリア）における診療行為に関連した死亡の調査分析の仕組みについての実態調査も試みた。

本研究においては、3年間にわたってモデル事業の円滑な実施に資するようにこのような様々な検討を行ってきた。また、現在、政府においては現在医療安全調査委員会（仮称）の検討がなされている。今後、専門家である医療者を中心として診療行為に関連した死亡の調査分析を行う仕組みを円滑に運営するために、人材養成手法などを中心として更なる研究・検討の必要がある。

平成 17 年度 厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）

医療関連死の調査分析に係る研究班

主任研究者

山口 徹 (国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 病院長)

分担研究者

稲葉 一人 (科学技術文明研究所 特別研究員)

城山 英明 (東京大学大学院法学政治学研究科 助教授)

吉田 謙一 (東京大学大学院医学系研究科法医学講座 教授)

(五十音順・敬称略)

研究協力者

川井 敏裕 (東京大学大学院法学政治学研究科 教授)

木内 貴弘 (東京大学医学部附属病院 umin センター教授)

黒田 暢子 (桜美林大学)

武市 尚子 (国際医療福祉総合研究所 研究員)

長尾 式子 (東京大学)

畑中 綾子 (社会技術研究開発センター 専門研究員)

(五十音順・敬称略)

平成 18 年度 厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）

医療関連死の調査分析に係る研究班

主任研究者

山口 徹 (国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 病院長)

分担研究者

城山 英明 (東京大学大学院法学政治学研究科 教授)

吉田 謙一 (東京大学大学院医学系研究科法医学講座 教授)

(五十音順・敬称略)

研究協力者

伊藤 貴子 (九州大学大学院医学研究院 大学院生、東京大学大学院医学研究科
特別研究生)

川出 敏裕 (東京大学法学政治学研究科 教授)

武市 尚子 (千葉大学大学院医学研究院法医学教室 特任助手)

中島 和江 (大阪大学医学部附属病院 クオリティ・リスクマネジメント部 臨床教
授)

中島 範宏 (東京大学大学院医学系研究科法医学教室 大学院生)

畑中 綾子 (東京大学大学院法学政治学研究科 特任研究員)

(五十音順・敬称略)

医療関連死の調査分析に係る研究班

主任研究者

山口 徹 (国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 病院長)

分担研究者

城山 英明 (東京大学大学院法学政治学研究科 教授)

吉田 謙一 (東京大学大学院医学系研究科法医学講座 教授)

(五十音順・敬称略)

研究協力者

池田 典昭 (九州大学大学院法医学分野 教授)

伊藤 貴子 (東京大学大学院医学系研究科特別研究生・九州大学大学院医学研究院
大学院生)

大西 真 (東京大学医学部附属病院入院診療部 部長)

門屋久美子 (日本看護協会事業開発部)

川出 敏裕 (東京大学法学政治学研究科 教授)

楠本万里子 (日本看護協会 理事)

黒田 誠 (藤田保健衛生大学医学部病理部 教授)

小林 美雪 (山梨県立大学看護学部基礎看護学 助教)

佐々木久美子 (日本看護協会事業開発部)

鈴木 利廣 (すずかけ法律事務所 弁護士)

武市 尚子 (千葉大学大学院医学研究院法医学教室 特任助教)

中島 範宏 (東京大学大学院医学系研究科法医学教室 大学院生)

畑中 綾子 (東京大学大学院法学政治学研究科 特任研究員)

深山 正久 (東京大学大学院医学系研究科人体病理学 教授)

福永 龍繁 (東京都監察医務院 院長)

本藤 みさき (日本看護協会事業開発部)

真鍋 俊明 (京都大学医学部附属病院病理診断部 教授)

宮田 哲郎 (東京大学大学院医学系研究科外科学専攻血管外科学 准教授)

矢作 直樹 (東京大学大学院医学系研究科救急医学講座 教授)

山内 春夫 (新潟大学大学院法医学分野 教授)

(五十音順・敬称略)

A. 研究目的

診療行為に関連した死亡について、中立的な立場にある第三者がその原因を明らかにし、それを患者遺族及び医療機関に説明することは、医療の透明性を確保し、同様の事例の再発を防止し、医療の質と安全性の向上に寄与するため、医療事故被害者の遺族と医療従事者双方とも重要と考えている。

本研究は、診療行為に関連した死亡の調査分析のための中立的専門機関の在り方や実施体制の確保の方策について、専門的・学際的な観点から検討を行い、わが国における診療行為に関連した死亡の調査分析制度の検討に資することを目的としている。

その際には、平成17年9月から厚生労働省補助事業として日本内科学会が実施している「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（以下「モデル事業」という。）との連携を図りながら、適宜モデル事業の運営に反映させて試行することが欠かせない。

B. 研究方法

1) 実態把握

海外において診療の課程において予期し得なかった死亡や診療行為の合併症等で死亡した場合にどのように調査分析がなされているのかを調査することは、わが国における診療行為に関連した死亡の死因究明制度の検討に資すると考える。

平成17年度、城山らを中心として、海外における診療行為に関連した死亡の調査分析を行う制度について、ウィーン、ドイツ、フィンランド、アメリカ、イギリスの制度及び現状を文献及び関係者のインタビューに基づいて調査した。

吉田らは平成17年度にオーストラリアのビクトリア州における行政機関を中心とする死因究明のしくみについて調査を行うとともに、平成18年12月6日にイギリス・ロンドンのヘルスケアコミッション（保健医療委員会）本部を訪れるなどして調査した。その他、必要に応じて、アメリカ、ドイツの制度についても参考として検討を行った。

2) 人材養成

モデル事業には、医療機関、患者の遺族、評価委員会委員としての解剖医や臨床医など様々な立場の者が関係する。また、その場面は人の死・解剖という厳しい状況下であり、これらの関係者を調整し、モデル事業を運営していくためには、総合調整医と調整看護師という人材が重要である。

これらの人材育成に関しては、平成16年度厚生労働科学研究特別研究「医療事故事例の調査に係る内容や費用・人材育成等に関する研究」（主任研究者：野本 亀久雄（財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止センター）、分担研究者：相馬 孝博（杏林大学医学部外科（呼吸器））、山口 徹（国家公務員共済組合連合会虎の門病院）、池田 康夫（慶應義塾大学医学部内科））を踏まえて「診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業を担う人材養成試行プログラム」（以下「試行プログラム」とする。）を、モデル事業に調査を依頼することになると考えられる医療従事者や、実際に評価を実施することとなる医療従事者を対象として、3日間（平成17年6月26日、7月10日、24日）実施し延べ約100名の参加を得て活発に議論した。

その後、平成18年2月に東京以外のモデル事業実施地域またはモデル事業実施地域において、モデル事業に関与する者を対象として、「診療行為に関連した死亡の調査分析に係るモデル事業を担う人材養成プログラム」（以下「人材養成プログラム」とする。）を開催した。

3) モデル事業の円滑実施

(1) モデル事業事務局関係者へのインタビュー

平成17～19年度、城山らはモデル事業実施地域（東京、名古屋、大阪、神戸、茨城、新潟、札幌、福岡）に出向くなどして関係者にインタビューを行い、現状と課題についてまとめた。

(2) アンケート調査（モデル事業関係者・患者の遺族・依頼医療機関の医療従事者）

モデル事業を患者や国民、医療従事者の視点から評価するためにも、モデル事業に参加した遺族

ならびに依頼医療機関がモデル事業の意義や問題点をどのように考えているのかを理解することは重要である。そこで吉田らは、平成18・19年度にご遺族と依頼医療機関の医療従事者・医療安全管理者及びモデル事業関係者に対して、アンケート調査ならびにインタビュー調査を行った。

平成19年11月時点までに評価結果報告書の説明会を終了した事例のうち32事例（平成18年度に10例、平成19年度に22例の調査を実施）を対象とした。当該事例の遺族32名、依頼医療機関側の当事者であり、実際に当該事例の診療に関わった医療従事者38名、モデル事業への届出に関与した医療安全管理者38名をアンケート調査とインタビュー調査の対象とした。（なお、事例数と医療従事者数、医療安全管理者数が異なるのは、転送等の実施により、複数の医療機関が関与した事例があり、それら全ての医療機関を依頼医療機関とみなして調査を行ったためである。）

具体的には、各モデル事業地域事務局から32事例の遺族と依頼医療機関に対して、調査の説明書・調査票・インタビュー同意書を送付した。調査協力に同意された方から調査票を回収し、更にインタビュー同意書を返送いただいた方には電話または対面式によるインタビュー調査を行った。

遺族向け調査の主な質問項目は、①モデル事業に参加された方の背景に関わる項目、②モデル事業の実施状況を把握する項目（事業の説明に対する理解度や印象など）、③モデル事業への要望や満足度を評価する項目（事業に参加してよかったと思うか否かなど）、④モデル事業の社会的意義に関する項目（紛争化要因の解消の有無など）である。

依頼医療機関向け調査の主な質問項目は、①モデル事業に期待する役割と満足できた点、②モデル事業の利用に際して躊躇する理由、③調整看護師に対する印象、④生前のインフォームドコンセントの問題点、⑤モデル事業の評価結果に対する印象、⑥医療安全推進に役立てた点、⑦遺族との関係などについてである。

モデル事業関係者については、平成18年度に解剖を担当した医師を対象として、モデル事業の意義を調べることを目的として、中央事務局を通じた無記名のアンケート調査を実施した。この主な質問項目は、①病理・法医・臨床立会医の三者で解剖を行う意義、②報告書の利用目的と作成時の負担、③モデル事業関係者、依頼医療機関関係者、遺族との関わり、④調査対象とすべき事例等である。

また、平成19年度にモデル事業調整看護師の活動の意義およびその業務内容を評価し、改善点を把握することを目的に、調整看護師に対するアンケートと電話及び対面によるインタビューを行なった。

具体的には、全国8ヶ所のモデル事業地域事務局に登録されている調整看護師を調査対象とし、平成19年12月に各地域事務局宛に調査への協力依頼文書とともに自記式・選択式調査票を郵送（計16部発送）し、郵送によって調査票を回収した。当該調査票には電話聴取の依頼を付記し、受諾した対象者に対しては後日、電話もしくは面談の上、聴取した。

調整看護師向け調査の主な質問項目は、①臨床経験年数、医療安全管理者に対する研修の受講経験などの属性、②ご遺族、依頼医療機関側から受ける質問および苦情・対応の現状、③業務遂行上、重要と感じる点と、通常の看護師としての業務と調整看護師としての業務の比較、調整看護師に求められる資質などについて検討した。

(3) マニュアル案

平成17年度、吉田らは、東京地域で受付を行った9例の経験を踏まえて、依頼の受付から解剖・評価に至るまでの標準的な流れと、東京地域における実務的なマニュアル案を作成すると共に、モデル事業の実務を通じてそれらの見直しを行い、問題点を整理し、考えられる対応方法を検討した。

その後、実際にモデル事業を実施し経験を積み重ねていく中で、得られた知識を他の者に伝えて

いくことを目的として、平成19年度には実際にモデル事業の評価に携わった者を中心として、評価の経験をもとに、解剖マニュアル案、評価マニュアル案及び調整看護師の業務マニュアル案を作成した。

(4) 評価結果報告書の記載の在り方について

モデル事業地域事務局への訪問インタビュー等を通じて、報告書にどの程度の結果を記載すべきであるのか道筋を示して欲しいとの悩みを聞くことも多かった。平成18・19年度、城山らは、実際にモデル事業で作成された個々の評価結果報告書の内容の検討を行い、報告書における項目立てや用語の使い方だけでなく、医学的評価としての報告書が司法という法的判断の枠組みの中においてどのように扱われる可能性があるかについても検討した。

また、平成19年度には城山らにより用語の整理を行うと共に、宮田らにより評価結果報告書の記載の具体的在り方について検討を行った。この結果は、評価のマニュアルにも利用した。

C. 研究結果・考察

1) 実態把握

(1) オーストリア ウィーン市

ウィーン市死体・埋葬法第1条 (Wiener Leichen- und Bestattungsgesetz vom 16. Oktober 1970) により、ウィーンの死体は全て検案 (検死) を受けなければならない。病理医のいる病院では病理医が、個人医院、老人ホームや個人の住宅では市の検案医、屋外 (公園など) で死体が見つかった場合は警察医がそれぞれ検案を行う。

院内での検案では隠ぺいが行われるのではないかとの質問に対しては、大きな病院ではチーム医療により医療者が多数関わるため隠ぺいは不可能との回答であった。

院内の検案でも、医療過誤を疑う場合は検察庁に連絡をすることになっている。

医療過誤が疑われる場合は司法解剖が選ばれる。司法解剖・行政解剖はウィーン大学法医学教室で

行われる。行政解剖は年間約1500件、司法解剖は年間約600件。

(2) ドイツ

ウィーン同様全ての死体は検案を受けなくてはならない (バイエルン州埋葬法2条1項「すべての死体は医師 (医師なら誰でもよいとされている) による検案を受けなければならない」)。

死体が異状死 (Nichtnatürlicher Tod) である場合、医師は警察か検察官に届け出なければならない。(バイエルン州埋葬法18条1項3号「異状死の場合には、検案をした医師は警察、検察に届け出なければならない」) 医師からの届出を受けた警察は検察官に報告し、検察官が解剖の要否を決定する。ドイツでは行政解剖制度のある地域に限られており、死因究明のために行われる解剖は基本的に司法解剖である。

異状死とは、州法の解説によると、「犯罪行為やその他外力の作用による死だけでなく、事故死や自殺も含む」という記載があるが、診療行為に関連した死亡が異状死に当たるかどうかは明らかではない。(明確に事故を自覚した場合は、バイエルン州埋葬法2条3項に「自己または家族が刑事責任を追及されるおそれのある場合は、医師は検案を拒否することができる」とあり、検案を拒否すれば医師に異状死の届出義務は生じないこととなる。)

なお、異状死の届出とは別に、ドイツにおいては苦情を申し立てた患者や遺族に対して州医師会の鑑定所や調停委員会が医療過誤についての判断 (鑑定) を提供する制度がある。これは、医療過誤紛争の増加を受けて、1975年にバイエルン州、ノルトライン州で鑑定書・鑑定委員会が設立されて全国に広がったものである。ドイツの州医師会は、強制加入団体であり、医師の管理の責任を負っている。

(3) フィンランド

異状死を警察に届け、法医学教室で司法解剖を行うという制度の枠組みは他の大陸法系の諸国及

び日本と同様である。

異状死の定義は法に規定されており「殺人、事故、自殺、原因不明の死、非受療死亡者、医療行為中の予期せぬ死、異状状況下での死（戦争、刑務所、災害など）、中毒、職業病」である。異状死届出率は30%。異状死として届け出られた死体はほぼ全て法医解剖される。全ての死亡の35%（病理解剖18%、法医解剖16.7%）が解剖されており、人口100万のヘルシンキ地区での年間解剖数は2400である。

また、死亡診断書・死体検案書は法医学者により、内容が適正であるかどうかのチェックを受けるので、医療行為中の死亡が多く届出・解剖されていると示唆された。

(4) イギリス

イギリスには、コロナー (coroner) という異状死の死因決定について権限を持つ行政官と（インクエスト（検視法廷、Inquest）の）裁判官を兼ねる職がある。

全国民に特に罰則のない異状死届出義務があるのみで、医師の義務としての異状死届出義務はないが、各種のガイドラインに従い医療との関連が疑われる事例も届け出ているのが実態と考えられている。

異状死は警察が警察医と検視し、コロナーズオフィサーに引き継がれ、コロナーズオフィサーが関係者から事情を聴取し、コロナーに報告する一方遺族の苦情に対応する。

コロナーは、診療行為に関連した死亡では、執刀医に事情聴取を、臨床専門家に鑑定を依頼できる。実際には、解剖室に当該医師を呼んで事情聴取しながら解剖をし、聴取内容を文書化して当事者に確認・署名させてコロナーに提出させることが多い。事故などでは、警察の捜査や刑事裁判の結果を待って、コロナーが死因や死の態様（病死、事故死、医療合併症など）を評決する。医療事故や公的機関が関与したような重要な事例では、インクエスト (Inquest) という検視法廷が開かれ、遺族、関係者、必要な場合は陪審員が招集される。

この法廷では、関係者による死因に関する事実認定のみが行われ、関係者の責任についての言及や医療行為についての評価は行われられないようである。

コロナー事務所に届け出るべき死亡は、戸籍法の記載に基づき、各種のガイドラインに記載されている。例えば、下記のような場合である。

1. 外因死が疑わしい状況や病歴がある場合
2. 事故に関連した可能性があるかもしれない死亡（時期は問わない）
3. 労働・職業と関連している可能性がある死亡
4. 流産と関連した死亡
5. 手術中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があった場合の死亡
6. 医療行為や治療と関連している可能性がある死亡
7. 死者自身の行為が死に寄与した可能性のある死亡
8. 警察又は拘留所内の死亡（病死、拘留中死亡を含む）
9. 入院24時間以内の死亡
10. 精神保健法による拘留中の死亡

英国の医療費の約85%をカバーするNHS (National Health Service) 関連医療機関で医療を行うには、医師は全国医事審議会 (General Medical Council。以下「GMC」という。) に登録しなくてはならない。GMCは、苦情を受け付け、必要に応じて医師に対する調査や委員会審議を行い、医師免許登録や抹消や教育といった行政処分に対応する行為を行い、医師の資質を向上させ、患者を守る機関である。例えば、会員として医師が守る基準を「良い医療 (Good Medical Practice)」という冊子にまとめて周知している。

人口5,000万人あまりのウェールズ地方において、年間約4,000件の主に患者側からの苦情の提起に対してまずケースワーカーが審議の要否を決めて、要審議の場合に診療録等をそろえて、医師の審議会で審査するなどの対応が取られる。審議

会の構成は 2/3 が医師であるが、1/3 は一般人であり、透明性の確保に役立っている。GMCによる医師免許登録停止などにより医療行為ができなくなる医師が年間約 160 名であり、日本に比べ厳しい印象があるが、このように医師による自律的処分が厳しいことは社会からの信頼性確保に貢献していると考えられる。

ロンドンには国立患者安全機構 (the National Patient Safety Agency。以下「N P S A」とする。)があり、国家レベルでのインシデント情報の報告収集分析を行っている。(「英国全土医療事故報告・分析・対応システム (National Reporting and Learning system: NRLS)」といい、患者安全監視システム (the Patient Safety Observatory: PSO) を形成している。以下「N R L S」とする。)

N P S Aは、国からの財政援助を受ける保健大臣直属の特別機関であり、2004 年 12 月以降イングランド・ウェールズ地方全てのNHS管轄医療機関 (全 607 機関) を対象に医療スタッフ・患者からニアミスを含むインシデント情報を収集・分析し、英国内外の情報源及び既存の様々な報告システムから有用な医療安全関連情報を得て、医療現場へ情報を還元し医療安全を保障することを任務としている。

2006 年現在、N R L Sには 1 日あたり約 3000 件の報告があり、2004 年 2 月から 2006 年 6 月までの 2 年 4 ヶ月間で累積約 97 万件が報告された。種別では、患者の医療事故に関するものが最多 (約 40%) で、投薬関連、治療及び治療前の手続に関するものが続く。2005 年 3 月までの累積報告例 (“Report in the NRLS database up to 31, March 2005” より) を調べると、報告施設別の内訳では急性期病院が最も多く (累計 67, 344 件) そのインシデント内容では転倒転落など患者の事故が最多 (累計 30, 063 件) であった。

分析結果は、“Trusts feedback reports” という報告書としてNHS管轄下の医療機関にフィードバックされており、2006 年 12 月までに累計 607 の個別報告書が作成・配付されている。

N P S Aは、傘下に①国家臨床評価機構 (the National Clinical Assessment service: NCSA)、②周産期母子健康匿名調査部門 (the Confidential Enquiry into Maternal and Child Health: CEMACH)、③英国精神病患者自殺調査会 (the National Confidential Enquiry into Suicide and Homicide by people with mental illness: MCESH)、④英国治療結果・死亡匿名調査会 (the National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death: NCEPOD) を有している。

このN P S Aによるインシデント情報の報告収集分析制度は、2000 年 6 月に政府首席医療局長 (Chief Medical Officer。以下「CMO」とする。)の専門家委員会から出された報告書「“An Organization with a Memory” (教訓を生かすために)」とブリストル王立小児病院事件後を受けた勧告 (審問委員会が 2001 年 6 月に事実関係についての詳細な調査と調査に基づく勧告に関する報告書をまとめており、この報告書の勧告によれば、患者の証明責任と共に adverse event, incidents の全国的な分析・報告制度の創設が求められていた。) が契機となっている。

“An Organization with a Memory” (教訓を生かすために) (2000 年 6 月) の内容

- NHS管轄下で年に 85 万件の adverse events が発生していると推測。
 - NHS が医療過誤の損害賠償として、1998/99 年度会計に 4 億 £ (日本円に換算すると約 940 億円) 支払っていると指摘。
 - “open culture (積極的な公開制文化)”のもとに、NHS管轄組織内の安全意識の発展を要求し、下記のような情報分析と情報蓄積制度の創設を要求。
1. 有害事象及びニアミス事例の強制的な報告制度の創設
 2. 当該報告制度は非公開に行うこと
 3. 積極的な報告、質問環境を推奨すること
 4. 報告された情報の分析及び公表のための国家的単一システムの創設
 5. 既存の情報を積極的に利用すること

6. NHS panel における審問の質の向上
7. NHS 管轄下で生じた有害事象に関して基礎研究を進めること
8. 新たな報告収集・分析制度において情報を積極的に利用すること
9. 「失敗から学ぶ」姿勢を早急に浸透させること

に対象を選んで立ち入り調査し、警鐘事例として報告書を作成

5. 国民の医療受給の公平性に配慮
6. 強力な調査権限

2000年6月の報告書に答えて、翌2001年4月に特別保健庁 (Special Health Authority) は報告書 “Building a safer NHS for Patients” を作成し、実際に発生した有害事象から学ぶための報告制度のための機関の創設が正式に決定し、2001年7月にNP S Aが設立された。

こうした事故の院外報告制度は医療の質の向上に有用であり、日本における検討に当たっても参考となるものと考えた。

報告書 “An Organization with a Memory” (教訓を生かすために) を受けてNP S Aが設立されると同時に、病院機能の監視を目的として、保健医療向上委員会 (Commission for Healthcare Improvement) という第三者機関が設立され、2004年4月に保健医療委員会 (Healthcare commission, 以下「HC」とする。) に改組された。HCは、①全医療機関のアウトカム (治療成績等) とパフォーマンス (病院機能) を評価して、患者に情報を公表する「病院機能評価機関」であるとともに、②特定の問題事例・病院についてシステム要因の解明と改善の目的で調査を行う「常設外部事故調査機関」である。HCの特徴は、以下のとおり。

警鐘事例報告書は、当該医療機関だけでなく、医療機関全般のシステムについて改善すべき点を示した包括的なものであり、今後、日本医療機能評価機構及びモデル事業 (そしてそれに続く医療安全調査委員会 (仮称)) が、どのように調査を行い報告書を書くべきであるかといった点について学べる点が多い。

(5) アメリカ合衆国

アメリカ合衆国では、死亡はコローナ (coroner) かメディカルイグザミナー (medical examiner, 以下「ME」とする。) に届け出る。(州によりどちらに届け出るかが異なっている。)

ミシガン州では、MEに届け出る制度となっており、MEに届け出るべき死亡 (Medical Examiner Reportable Deaths) は、以下のとおりとなっている。

1. 全ての医療機関を評価対象とし、治療成績、死亡率等の情報やランキングを公表
2. 個人の過失追求を避け、システムエラーの観点から病院の治療成績、機能、予防対策等を評価
3. 人員配置、コミュニケーション、文書記載、届出、内部・外部評価組織、病院管理等の観点より評価
4. 問題事例や問題病院について調査要請をもと

1. 突然死及び予想外の死 (手術室での死亡、回復室での死亡、麻酔に関連した死亡、予想していなかった自然死、職業に関連した死などは全て)
2. 事故死 (自動車、焼死、溺死、薬物過剰摂取による死亡、転落死など)
3. 暴力死 (殺人、射殺、刺殺など)
4. 死を巡る状況が怪しいと思われる場合
5. 妊娠中絶による母体の死亡
6. 刑務所内死亡
7. 分娩中又は分娩後、医療行為の関与なく死亡した胎児

(6) オーストラリア ビクトリア州

コローナ法 (Coroners Act 1985) に従い、誰でも直ちに異状死をコローナ事務所へ届け出なくてはならない。届出対象は以下のとおり。

【法に規定された届出対象】

1. 予期できない死
2. 不自然死
3. 外因死
4. 直接的・間接的に事故や傷害が寄与した死
5. 麻酔中の死

【医師が届出義務を負うもの】

1. 異状死
2. 医師不在の死
3. 死因不詳の死
4. 死亡14日以内の無診療例
5. 病歴から死因を決められない死

年間約1万数千件の死亡のうち、コロナー届出の異状死は約4,000件（全死亡の約25%）、そのうち約1,000件が医療機関からの届出。約700件は地方医療機関で一般病理医によって処理されるが、殺人（疑いを含む）を含む約3,300件はビクトリア州の法医科学研究所（Victoria Institute of Forensic Medicine。以下「VIFM」とする。）扱いとなり、そのうち約2,700件を6名の法医によって解剖している。

ビクトリア州に設置されたVIFMは、診療行為に関連した死亡だけではなく異状死に関する法医学的死亡究明機関であり、VIFMの運営予算（年間10億円あまり）の半分以上は、法務省から得る。

VIFMにおいては、オーストラリア国内の8コロナー管区の死因調査情報をITを用いて集中的に管理し、コロナー関係者・政府機関・研究者に情報提供する仕組み（National Coroner Information System。以下「NCIS」という。）を有する。

コロナー制度で診療行為に関連した死亡の調査分析に対応することには、下記のような問題点があることから、2002年に法務省の支援を得て臨床連絡サービス（Clinical Liaison Service。以下

「CLS」という。）が設立され、年間約1,000件の病院内死亡事例の届出に対して、臨床専門ユニットが評価をしている。

1. 臨床知識が乏しく医療評価に適しない法医に過度に頼る
2. 専門的鑑定を過度に要求するあまり視野が狭く不適切な方向に導かれうる
3. 遺族の過誤に対する疑いと要求に過度に応える
4. 医療現場の組織や専門的医療に内在するシステムエラーや有害事象を見逃しやすい
5. 臨床上の専門的問題と医師の注意義務との関連性を見いだせない

VIFMでは、コロナーが法的責任者ではあるが、法医、CLS担当臨床医、看護師らによるチームで機能しており、コロナーと法医病理学者（日本の法医に相当）が協力して「事故予防のための臨床法医学」に取り組んでいる。異状死全体の約25%を占める病院届出事例の全てに、カルテ開示を求め、臨床医・看護師のチームが評価をし、週1回の検討会で法医・臨床医・コロナー関係者が議論をし、コロナーによる死因決定に貢献している。実質上、コロナーは死因究明に関する法律上の全権を掌握（解剖の決定権も有する）し、第三者として死因を決定（評決）するが、同時に、医療機関や行政の事故予防やシステム改善に関する提言をする。また、CLSによる評価は、解剖記録と共に病院に還元（リエゾン）される。

また、ビクトリア州にはヘルスサービスコミッショナー（Health Service Commissioner。以下「HSC」とする。）という、患者の苦情を受け付ける行政官が存在する。人口約450万に対して、調停官（Conciliator）9名、アボリジニ担当官1名、行政支援担当官1名、評価・調査官1名、専門職調整官（Registrar）1名、評価担当官1名、マネージャー、法律・政策担当、プロジェクト担当、情報システム担当1名、受付2名がHSCのもとに置かれている。HSCは年間約2,500件の患者

の苦情を受け付けている。

HSCの使命として次の各項がある。

1. 患者（医療受給者）の苦情を処理する。
2. 指導原理の実施法を示し、医療従事者が医療の質を向上させる方法を示唆する。
3. 医療の評価と医療の質の向上に貢献する。

HSCの指導原理は、以下のとおりである。

1. 状況が許す限り迅速に質の高い医療を提供する。
2. 医療に関して熟慮する。
3. 患者のプライバシーと尊厳を尊重する。
4. 提供される医療と治療の内容が理解できるように十分な情報を提供する。
5. 個人の医療に関する意志決定に参加する。
6. 治療を受け、或いは拒否し、教育や研究プログラムへの参加に関する情報を与えられた上での選択・拒否（informed choice/refuse）の環境を整える。

HSCは患者の苦情に対応し、医療の質の向上を目指す実務と政策に関わる。また、医師、看護師などの登録を管理（日本では免許管理）する団体と連絡を保ち、行政処分・指導を通じて医療の管理を助ける。そのため、（精神科や心理療法とは異なる）独自のカウンセラーを置き、医療に関する決定や問題の解決を助け、あるいは患者を教育している。

患者の苦情は、まず評価担当官が電話で受け、電話で解決できない場合には苦情書に必要な項目を記入して窓口を送るよう求める。患者からの苦情書は窓口で確認され、データベースに登録後、当該医療従事者に送付し 28 日以内に文書による回答を求める。この回答は、直接患者に送られる場合と窓口を送られる場合がある。

28 日以内に解決しない場合、HSCは調停者に照会する。照会状を受け取って 2 週間以内に、調停者は問題点を整理した文書を関係者に送付する。患者側と医療側の合意を得て、医療行為に関する専門家の評価（鑑定）を受けることがある。これ

に要する費用は、時給 100 ドルで 50 時間で 5000 ドル（約 50 万円）でも民事訴訟に比べるとはるかに安価であり、また早い。

英米圏諸国では、医師など職業人に対する行政処分の制度が整備されており、オーストラリアでも、医師・看護師など医療関係者の登録団体が苦情に対して専門的な調査を行い、登録に対して条件付与・停止・抹消などの処分をしている。このような医療従事者審議会（Medical Practitioner's Board。州医師審議会・歯科医師審議会・薬剤師審議会・看護師審議会・視力診断師審議会など）に対して、HSCが照会をし審議会と患者側との調整を行うこともある。逆に審議会からHSCに照会されることもある。また、医療機関が医療事故についてHSCの介入を要請したり、HSCが患者の苦情について直接医療機関の苦情係と連絡することもある。このようなつながりを通じて、専門家の管理と患者の苦情を直結させているのがHSC制度の特徴である。

日本においても、年間約 1000 件といわれる医療民事裁判の新たな提起の陰には、その 10 倍の紛争があるといわれる。医療紛争のうち、少額の見舞金で決着する事案が 4 割程度、弁護士などを解した示談が 2 割程度、訴訟が 1 割程度、残りは消滅するという。（押田茂實、児玉安司、鈴木利廣「実例に学ぶ医療事故（第二版）」医学書院。2000 年）これらの医療紛争の解決の手段として、オーストラリアのHSC制度は参考となるものと考えられた。

なお、これらの結果は「ビクトリア法医学研究所における事故予防と医療関連し調査の取り組み」（判例タイムズ No. 1209(2006. 7. 15))、「オーストラリアのヘルスサービスコミッショナーによる公的調停制度」（判例タイムズ No. 1214(2006. 9. 15))として発表した。

(7) 諸外国の制度とモデル事業の違い

これら諸外国の制度と比較すると、モデル事業の特色として以下の項目が挙げられる。

1. 診療行為に関連した死亡を通常の異状死届出とは別個の機関に届け出る仕組みを検討していること
2. 病理医・法医・臨床医の視点を活かした解剖であること
3. 届出・解剖に加え、専門家による医療事故の調査・評価を一連の流れとしていること

2) 人材養成

平成 17 年 6 月、7 月に実施した試行プログラムは、まだモデル事業が開始する前のプログラムであり、これにより、モデル事業の具体的なイメージを関係者の中で共有することができた。また、実際にこの試行プログラム研修の終了者の中から、実際にモデル事業の調整看護師として勤務する人材を得ることもできた。

平成 18 年 2 月の人材養成プログラムにおいては、具体例を踏まえた情報交換を兼ねた研修の重要性が明確となった。

モデル事業は基本的には原因究明の仕組みであるが、遺族や医療機関の願いはそれにとどまらないためそういった要望にどのように対応するのか、という課題もあるという観点からも遺族と医療機関との対話の促進を行うコンフリクトマネジメントなどの能力についても総合調整医や調整看護師に一定程度もとめられると考えて研修を実施した。この問題の解決にはモデル事業を補完するだけでなく、多くの医療の現場や地域における医療安全支援センターの活動の向上などによる患者支援の仕組みも欠かせないと考えた。

3) モデル事業の円滑実施

(1) モデル事業事務局関係者へのインタビュー

東京では当初法医を地域代表として、事業を開始した（その後、地域代表は病理医となり、現在は臨床医になっている。）。モデル事業への調査依頼があった場合、総合調整医の判断で必要な場合に警察への届出を医療機関に促すこととしているが、警察への連絡を今後どうするかについてはまだ議論が残っている。

愛知では、もともと愛知県医師会による病理解剖に関する独自のシステムが存在し、年間 10 体程度の病理解剖を行っている。このシステムは、解剖費用は一体 25 万円で、診療行為中になくなった患者の病理解剖を自院ではなく他の大学病院で行うという仕組みである。警察には、全例電話連絡を行っている。モデル事業の地域代表も病理医である。

大阪地域のモデル事業（地域代表は監察医）は、平成 18 年 2 月に大阪府警より全例検視を行いたいとの申し入れがあったため、異状死とは無関係に全例検視を行っている。大阪地域事務局では、モデル事業による解剖を行政解剖の一種として捉らえており、法医が解剖を行い、病理医や臨床医の関与はその後でよいのではないかとの見解である。

兵庫県では、監察医業務の一環としてモデル事業を実施（地域代表は監察医）しており、対象事例は警察への届出後に検視を受けたものに限定されている。

茨城には、メディカルセンターがあり年間約 40 件程度の承諾（行政）解剖を実施している。多くのモデル地域で受付事例の警察関与を前提としているのに対し、茨城地域モデル事業では、受付後に総合調整委の判断で警察届出の要否を判断する仕組みを維持している。警察への届出や検視を経た後では、メディカルセンターにおける承諾（行政）解剖となり、モデル事業の手続きは開始できない。

新潟（地域代表は法医）は、一県一医学部（医大）の地域であるため、解剖に関わる者の出身大学の調整などは不可能であるが、県外の医師の協力を得たり、警察官の立ち会いを行うことによって中立性への配慮を行っている。平成 18 年度現在、受付事例は 3 例であったが、そのうち 2 例は警察が司法解剖と考えたようなものを総合調整医との調整の結果、モデル事業での調査となったものである。そのような経緯もあり、解剖には 3 例とも警察官が立ち会った。本来、診療行為に関連した死亡の調査分析のための解剖は、病理解剖と考え

ており、モデル事業には各医療機関の安全管理・事故調査にあたっての監視塔の役割が期待されていると考えているとのことであった。

札幌（地域代表は法医）は、訪問時点ではまだ事例の受付がなかったが、中立性の観点から学外に事務局を設置し、また診療行為に関連した死亡に限らず、異状死全体の調査分析を行う死因究明制度の拡充が大切だと考えていた。

福岡（地域代表は病理）は、電話をした時点ではまだ事例の受付がなかったが、医師会主体で実施しているものの、地域内での医師の情報伝達・理解不足があるということであった。

モデル事業実施地域は、基盤となる解剖体制や地域代表の診療行為に関連した死亡への考え方もそれぞれ異なるため、地域差が大きい。今後の全国展開を視野に入れた制度設計のためには、司法解剖以外の解剖が非常に少ない地域、一県一医大・医学部の地域についての調査・分析をより踏み込んで行うと共に全国的に充実した死因究明制度の検討の必要がある。また、モデル事業受付と警察連絡の関係やその後の刑事訴追の問題は、やはり制度的に解決されなければ第三者機関構想自体が危ういものとなると考えられた。

刑事責任は謙抑的に運用されるべきことからすれば、刑事捜査が突出することは望ましくないが、刑事免責に代表されるような医療の聖域化には疑問がある。むしろ、行政責任などの別の責任追及手段が機能することで、刑事の過度な介入を防ぐことが必要である。

(2) アンケート調査（モデル事業関係者・患者の遺族・依頼医療機関の医療従事者）

平成 18・19 年度にモデル事業各地域事務局から計 32 事例の遺族に送付した調査の説明書・調査票・インタビュー同意書に対して、12 名の遺族より回答があり（回収率 37.5%）、そのうち 4 名には電話による聴取を行った。

遺族への調査結果からは、①遺族がモデル事業に期待することは、医療行為と死亡との関連を中

立・公正な立場から判断することであり、モデル事業への満足度は概ね高いものの、遺族の質問への応答や、聞き取り方法など、遺族の期待に応えていない面も見受けられること、②多くの遺族がモデル事業の結果が医療機関において有効に活用され、再発防止への取り組みに活かされていると期待していること、③結果として遺族の医療機関への信頼が悪化していたり、評価結果報告の内容に納得がいかない部分があるとしても、提訴や告訴に踏み切ったという遺族はいなかったことからみて、モデル事業の原因究明活動は、訴訟化を抑制している可能性が示唆された。

モデル事業各地域事務局から 32 事例の依頼医療機関（実際に当該事例の診療に関わった医療従事者 38 名、モデル事業への届出に関与した医療安全管理者 38 名）に対して、調査の説明書・調査票・インタビュー同意書を送付し、医療従事者 22 部（回収率 57.9%）、医療安全管理者 21 部（回収率 55.3%）を回収した。インタビュー調査は医療従事者 6 名、医療安全管理者 6 名に対して行った。

依頼医療機関への調査結果からは、①医療従事者はモデル事業に対し、診療行為に関連した死亡の専門的で公平な調査分析と医療評価および公平な調査に期待し、これに満足しているという回答が多いこと、②医療安全管理者はモデル事業に対し、診療行為に関連した死亡の専門的で公平な調査分析と医療評価および公平な調査に加え、評価結果を遺族への情報開示に利用することに期待し、これに満足しているという傾向が見られること、③評価結果を事故予防に利用することについては、医療安全管理者の満足度が高いのに対し、医療従事者の満足度は低いという傾向がみられたこと、④モデル事業に調査分析を依頼する際に感じる不安や躊躇する理由として、医療従事者、医療安全管理者ともに「解剖しても必ずしも死因がわかるわけではない」という意見が多いこと、⑤モデル事業による調査分析期間の長期化や評価結果報告書の内容による影響から、遺族との関係が悪化したという指摘があったこと、⑥依頼医療機関が遺

族に対して独自に誠意ある対応を行うことにより、遺族－依頼医療機関の関係が改善するケースがあったこと、などが示された。

また、平成 19 年度に同一事例における、遺族と依頼医療機関双方の回答を比較した結果、①治療中の説明について、依頼医療機関が考えているほどには、遺族は満足していない事例があったこと、②評価結果の説明について、遺族と依頼医療機関の間で、理解した内容が異なっている事例があったこと、③依頼医療機関はモデル事業を利用したことで遺族関係が改善したと考えているが、遺族は改善したとは考えていない事例が多かったこと、などが指摘された。

モデル事業における解剖に参加した医師を対象とした調査では、82 部の調査票を郵送し 48 部を回収した。(回収率 58.2%)

モデル事業における解剖に参加した殆どの解剖医、臨床立会医は、従来の解剖に比べてモデル事業における解剖に好意的な評価をしていた。診療経過・画像を分析し、病理・法医・臨床立会医の三者で解剖所見に照らしながら議論をすることで解剖の質が向上したという意見が多かった。

モデル事業調整看護師を対象とした調査では、16 部調査票を郵送し、12 名より調査票回答があった。そのうち二次的な調査に受諾する旨返答した 8 名に対して後日、インタビュー調査を実施した。

結果、調整看護師は概ね、自ら遺族・依頼医療機関、そして調査分析にかかる関係者間の調整、遺族への対応・ケアを重要と考えている。今回、調整看護師が調査担当者と遺族の間に立って、遺族と依頼医療機関双方の考えと心理面に配慮しながら、その調整に寄与していることが明らかとなった。しかし、臨床看護現場での業務内容とも異なる部分が多いことから、個々の調整看護師が調査分析終了までの各時点で対応を迷いながら進めている状況も判明した。

以上より、モデル事業による調査分析はその有効性が示唆されたが、誤解の生じない評価結果説明の必要性や調整看護師の役割の明確化など、モデル事業自体の課題が明らかになった。また、遺族に対する依頼医療機関の対応のあり方、医療現場における医療安全を推進するための方策といった診療行為に関連した死亡の調査分析死因究明制度の議論と同時並行的に取り組むべき問題点も浮き彫りとなった。

(3) マニュアル案

平成 17 年度、吉田らは「東京地域マニュアル(案)－(モデル事業担当者・病院担当者業務)－」をまとめた。これは、東京地域におけるモデル事業担当者、病院担当者が行うべき業務について、①事例の受付、②調査における情報の取り扱いの基本原則、③解剖に至る手順、④死体検案・検視中の留意事項、⑤解剖後の対応、⑥患者の遺族、依頼医療機関への説明について、という項目に沿って基本的な骨格まとめたものである。

また、吉田らは平成 17 年度に「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の標準的な流れ(案)」も作成した。これは、その後モデル事業を実施していく中で適宜改正を加えながら、その骨格は現在も変わらず「標準的な流れ」としてモデル事業の中で用いられている。

平成 19 年度は診療行為に関連した死亡の調査分析をさらに具体的に行うために、解剖マニュアル案(「一般医療機関での診療関連死調査のための解剖調査マニュアル案」)、評価マニュアル案(「評価に携わる医師等のための評価の視点・判断基準マニュアル(案)」)及び調整看護師の業務マニュアル案(モデル事業における「調整看護師の標準業務マニュアル(案)」)を作成した。この後のモデル事業で用いることにより、適宜改正を加えて行くことが必要である。

(4) 評価結果報告書の記載の在り方について

平成 18 年度、城山らは実際に評価結果報告書を読み比べて、法的な検討を行い、その結果モデル

事業の本来の目的を明確にする必要性を示した。モデル事業は、解剖結果等の客観的資料を基本に医学的評価を行うものであり、治療行為に対する法的判断を行うものではない。医学的評価と法的判断はある部分で重なり合うことは避けられないにしても、モデル事業の目的を明確にした上で、その守備範囲を定める必要がある。

単に医学的評価を行うためであれば、医療を行った当時の時点を基準として、その適否を判断すべきであり、事後的に見て可能であった手段を想定してそれに照らして、選択された治療行為の適否を判断する必要はない。また、法的な過失の認定に必要とされるような医療事故の背景や医療従事者の主観面といった詳細な事実についてまで調査し、それに基づいた評価をする必要はない。

また、評価結果報告書は、純粹に医学的評価を行うものであっても、治療と結果との因果関係と医学的評価については、連動する傾向が見られる記述となっていた。

平成19年度には、さらに実際の報告書を比較するだけでなく、用語の用い方などについても検討を行い、その結果は評価マニュアル案（「評価に携わる医師等のための評価の視点・判断基準マニュアル（案）」）にも反映させた。

D. 結論

本研究は、モデル事業の開始（平成17年9月）の直前に開始した。モデル事業の開始後2年半が経過した平成20年3月末現在、事業の実施地域も当初の東京・愛知・大阪・兵庫に加え、茨城（平成18年2月開始）・新潟（平成18年3月）・札幌（平成18年10月）・福岡（平成19年7月）と拡大しており、その他の地域（岡山・宮城・神奈川）でも事業開始を検討している。

これらの地域において、それぞれ事例を受付、調査・評価を行い、その結果を評価結果報告書としてまとめ、患者の遺族及び調査を依頼した医療機関に説明を行った事例も、平成20年3月現在全地域の合計で47例に達した。（受け付けた事例は計64例。）

本研究においては、3年間にわたってモデル事業の円滑な実施に資するように様々な検討を行ってきた。政府においては、モデル事業の実績や本研究の成果を踏まえて、現在医療安全調査委員会（仮称）の検討がなされている。今後の制度化に向けてこのような専門家である医療者を中心として同僚評価による診療行為に関連した死亡の調査分析を行う仕組みを円滑に実施するために、新たに作成されたマニュアル案を今後のモデル事業での使用を通じて適正化するとともに、調整看護師をはじめとする制度実施に必要な人材養成手法やアンケート調査等によるモデル事業参加事例の長期経過の把握などを中心とした更なる研究・検討の必要がある。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

【平成17年度】

1. 論文発表

1) 山口 徹：医療関連死と中立的専門機関。医療と法律 Vol.2 : 2-3, 2005

2. 学会発表等

1) 山口 徹：医療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業。第58回日本胸部外科学会医療安全講習会, 2005年10月 岡山

2) 山口 徹：医療関連死を考える。1. 医療関連死と異状死の届出。第67回臨床外科学会総会シンポジウム, 2005年11月 東京

3) 山口 徹：医療行為に関連した死亡の調査モデル・調査システムの検討。医療安全に関するワークショップ, 2005年11月 東京

4) 山口 徹：モデル事業研究班と中央事務局的役割。医療関連死モデル事業を担う人材養成プログラム, 2006年2月 東京

5) 山口 徹：診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業・その背景。モデル事業新潟地域説明会, 2006年3月 新潟

- 6) 山口 徹：パネル「医療法 21 条の現状について」. シンポジウム「医療安全と医療水準向上の為に」, 2006 年 3 月 東京
- 7) 山口 徹：特別企画「医療関連死の調査分析モデル事業の現況と将来」異状死の届出と医療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業. 第 106 回日本外科学会定期学術洲会, 2006 年 3 月 東京

【平成 18 年度】

1. 論文発表

- 1) 山口 徹：医師法 21 条の現状について. 医療と法律 Vol. 5 : 20-32, 2006
- 2) 山口 徹：異状死の届出と医療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業. 日本外科学会雑誌 (臨時増刊 3) 107 : 24-25, 2006
- 3) 山口 徹：医療安全と法：過失の追及と医療安全の推進. ジュリスト No. 1323 : 53-55, 2006

2. 学会発表等

- 1) 山口 徹：医療における安全管理の位置付け「医師法 21 条への対応」. 医療安全管理者研修会, 2006 年 6 月 神奈川
- 2) 山口 徹：「医療安全と法—医療安全につながる法制度の探求」—医師の立場から—. 東京大学学術創成プロジェクト, 2006 年 7 月 東京
- 3) 山口 徹：医療関連死の調査分析モデル事業の実状と医療事故の処理のあり方. 埼玉医療事故連絡協議会—心臓・血管関連分科会—, 2006 年 7 月 大宮
- 4) 山口 徹：診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業. 札幌地域モデル事業準備会, 2006 年 8 月 札幌
- 5) 山口 徹：医師法 21 条による異状死の届出と診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業. 東京医科大学医療安全講演会, 2006 年 11 月 東京
- 6) 山口 徹：パネル「医療事故に係る死因究明

のあり方について」—医療者から—. 医療安全フォーラム 2006, 2006 年 11 月 東京

- 7) 山口 徹：シンポジウム「医師法 21 条の現状について」病院の立場から. 北海道シンポジウム「医療安全と医療水準向上の為に」, 2006 年 11 月 札幌
- 8) 山口 徹：パネル「診療行為に関連した死亡について」—モデル事業の現状と問題点—, 2006 年 12 月 名古屋
- 9) 山口 徹：医療行為に関連した死亡の現在の問題点と展望「モデル事業の現状と問題点」, 2007 年 3 月 神戸

【平成 19 年度】

1. 論文発表

- 1) 山口 徹：「医療関連死の責任ある対応」モデル事業の現状と問題点. 日本法医学雑誌 Vol. 61 (1 号) : 40, 2007
- 2) 山口 徹：「診療行為に関連した死因の調査分析モデル事業」の評価. 医療安全 Vol. 12 : 14-16, 2007
- 3) 山口 徹：診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の現状と将来. 日本整形外科学会雑誌 Vol. 81 (9 号) : 715-717, 2007
- 4) 山口 徹：生命倫理と法Ⅱ (樋口範雄、岩田太 編集) 分担 : V-2 過失の追及と医療安全の推進. 弘文堂 : 2748-20, 2007

2. 学会発表等

- 1) 山口 徹：シンポジウム「医療関連死の責任ある対応」モデル事業の現状と問題. 第 91 次日本法医学会総会, 2007 年 5 月 秋田
- 2) 山口 徹：パネルディスカッション「医師法 21 条を考える」診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の現状と将来. 第 80 回日本整形外科学会学術総会, 2007 年 5 月 神戸
- 3) 山口 徹：パネルディスカッション「異状死問題を斬る」第 3 者機関設置と医師への行政処分. 第 16 回日本心血管インターベンション学会学術集会, 2007 年 6 月 郡山