

じ方に対して四つ申し立てられていて、最初に一つの案件で処分して、その後に二つの案件で処分するという不可解な処分となりました。

このとき、厚労省にお話を伺うと、調査権限はあっても、案件が多くて、一個一個、手間がかかるので、なかなか進まないという説明でした。被害者の方々の、一件一件ではなくて、まとめて4件していることを理由に処分してほしいという訴えが、厚労省側には届いていなかったということです。

#13

そもそも刑事処分と行政処分という関係は飯田英男さんという検察庁で医療過誤問題に長年取り組んでいた方が医療過誤における刑事責任の追及と医療安全対策とは、その目的を異にしており、完全に重なり合うわけではない。行政処分は医療事故防止の観点から、積極的な機能を果たしているとは評価できない現状にある。結局、刑事が先行しているのは、行政処分がきちんとできていない現状で介入していて、そういう行政処分の在り方自体に問題があるのではないかという指摘をしております。

#14

さて、医療事故で行政処分を受けた方に再教育が始まったのですが、2008年10月、先ほどの「医療再生」の次にやった「蘇れ医療」という一面の連載で1回目の研修のときの様子を取り上げています。先ほども種田さんからご紹介があったように、「どうしてこんな研修を受けなきゃいけないんだ」という声が挙がって、やはり医療事故でミスした人や、普通の罪を犯した人を全部、一緒くたにしている研修、再教育の問題点を指摘しております。

#15

再教育という点では、東京医大の心臓の手術で亡くなったケースが一つ、参考になるかと思います。こちらも最初のケースのように、短期間で、同じような手術で亡くなっていたケースに対して、院内事故調は問題なしとしていたのですけれども、第三者の調査委員会から「未熟な医師が難しい手術をしていた。安全より訓練を重視していた」という指摘をしています。

#16

これが報告書の一部なのですがすけれども、今回のケースは医療水準から低いところであって、限界値を超えているかどうかは分からないけれども、平均値よりかなり低いという指摘をしていました。

#17

そこで、医療事故でないとしていた病院側も医療事故と認めて、謝罪しました。

#18

その医師に対しては、学会が専門医の取り消しをしまして、その後、再認定をしております。40年に及ぶ日本の専門医史上初で、きちんと学会を通して再教育を行ったということで、100例以上の症例を積んだ末での再認定でした。

#20

類似のケースです。産科医療補償制度も今、着々と進んでいて、その中で初めて、一つの診療所から2回、補償の申請が出てきました。このケースに関して、3例目が起きる可能性があるということで、「改善要請」という形を出しました。このケースは原因究明をしているのですが、この方は決して刑事に問われているわけでもなくて、再発防止のために、きちんと調査を活用しているという点で、医療界においては非常に先駆的な例だと思っております。

#21

これは私がやった調査ですが、全体のデータとしてどういう状況なのかを把握してバイパスでも死亡率1位のところを取材しました。

#22

死亡率1位の病院ではたくさんの患者が亡くなっているのですけれども、当の病院に聞いても、そのことに全く、全国ナンバーワンということに気付いていらっしゃいませんでした。私が取材で指摘すると、透析患者に対して糖尿病のドクターに全くコンサルをしていなかったことを担当医が反省したケースがありました。まず、全体の状況が分からないと、何が問題なのか分かりにくいということも指摘しておきたいと思います。

#23

まとめです。先ほども紹介があったように、弁護士のように、きちんと自律的な体制を築いているところもあります。

#24

海外でも先ほどお話があったように、自律的な処分体制を築いている国もあります。日本でも学会が中心となって自律的な処分と再教育の体制を築けば、私の考えとしては、そもそも医療事故に対して行政処分の範囲を拡大して適用したのであって、本当に医療事故に対して行政処分が必要かという、行政処分の必要性は少なくなると考えております。行政処分は本来は医師免許を持っていて、この人はいいのかどうかという判断であって、先ほどのような高度医療における技術不足の医療事故と医師免許の行政処分とは、別問題ではないかと思っております。

#25

新しい制度の構築に求められることです。まずやはりきちんと事実確定をしていくことが必須で、そうしないと先ほどの富士見産婦人科の行政処分のように行政訴訟が起きてしまいます。再発防止にもつながらないし、現状の把握は必要です。事実確定には内部調査には限界があるので、きちんと外部調査もできる体制にしていくことが必要です。

再教育の目的の明確化も必要です。過失の場合はきちんとエラーの原因、システムやチーム、個人の再発防止を学ぶ。一方で、技術不足の場合は医師免許の取り消しではなくて、きちんと学会や専門医を認定したところが再教育していく形が望ましいのではないかと思っております。

(山口) 前村さん、ありがとうございました。

それでは引き続きまして、今度は厚生労働省の立場から、宮本さんにお話を伺います。

Ⅱ－vi) 厚生労働省の立場から 「我が国の医療安全施策の動向」

宮本 哲也（厚生労働省医政局 総務課医療安全推進室）

厚生労働省で医療安全を担当しております宮本と申します。高本先生をはじめ、研究班の先生には本当にここまでの成果を上げられまして、ご尽力ありがとうございます。また、医療の現場の先生方も多いかと思えます。日ごろより忙殺されておりますことを感謝申し上げます。

私の担当・所掌ですが、医療安全ということで、事故をなるべく減らしていくことを目指すことが一つと、それから先ほどからお話が出ております事故調査制度の検討というのが、もう7年ぐらい、前後しますと検討が続いていますが、そういった検討を続けていくという立場が主です。

再教育という部分になりますと、そこは医師免許の資格に関わる部分ですので、連続している部分がございますが、少し担当から外れている部分があります。

事故防止を図っていく観点からしますと、医療安全はなかなか難しい課題だということ。それから、世界で同時に行っている課題であることの、二つを強調したいと思います。

#2

こちらに出ております事件も、本当に皆さま方はよくご存じのものばかりですし、今日のお話も関連していた部分があったかと思えます。年代が1999年から2000年にかけて、こういった事件が起きました。年数は前後いたしますけれども、世界の中でも同じように取り上げられた大きな事象がありまして、これらの特色としては、起こってはならないネバーイベントは実はネバーではなくて、起こり得る、起こっているということで、それは残念ながら今でも全くゼロではないという状況です。

#3

これに対しまして、アメリカで出された「人は誰でも間違える」という報告書は、本当に世界の中で同じように引用されています。これが医療安全対策の出発点として世界で共有されていて、起こした人だけを責めても、なかなか始まらない。もう少し広く考えていかなければいけない。そういう指摘です。

#4

現在としては、幅広く視点を立てて、取り組んでいかなければいけないという課題であろうということです。

#5

これは国内での対策の流れですが、2001年に私ども医療安全推進室が厚生労働省に設置されまして、それ以降、対策として進めてきております。一番下にあります、途中の段階で各病院にお願いしていたのですが、2006年には医療法の中に医療安全に関する条文を書き込みまして、医療安全の管理体制を、各医療機関に、有床・無床を問わず、つくっていただくということをお願いをして、現在に至っております。

#6

それが医療安全の確保（医療法）という仕組みです。ここまでで分かったこと、世界の中で共有されていることとしては、医療安全はなかなか難敵であるということです。同時期に大きな事象が世界各地で起こって、重要な課題であることは共有されました。また、当初思っていたよりも、事故というより、まだ改善の余地がある部分ということで、診療の中でパーフェクトでない部分が、思っていた以上にたくさん、かなりの頻度であるということが同時期に共有されていました。

最近、同じような形で、各医療の実践の中で、どれぐらいのパーフェクトではない事象があるのかと見ると、あまり変わっていません。世界の中で医療安全の問題が認識され、大きな対策がとられていたにも関わらず、それほど大きく低下しているわけではない状況にあることが共有されています。ですので、医療安全の重要性ということだけを唱えているだけでは、なかなかそれが実現しないという分野であることが一つ、共有されています。

一方で、非常に限られた分野ですが、例えば院内感染のコントロール。非常に恒久という大変な事象ですが、手洗いを病棟の職員が徹底してやり込めば、やはりその努力の分だけ院内感染の発生率が下がります。それから、手術前のチェックリストも、本当に当たり前のことを確認していく事項が並んだものなのですが、それを律儀にやり込んで、手術の前に一つ一つチェックをしていく。そういうものを使い込んでいけば、やはり手術の合併症は低下する。非常にシンプルなものをやり込めば成果が上がるという、幾つかの分野の成果は見えていますし、また幾つかのプログラムで、全体的な医療安全の取り組みを行った医療機関では、その成果が上がる。そういう幾つかの分野、幾つかの地域において、

成果は確定しています。

そうしますと、今の全体の認識としては、そんなに簡単ではないけれども、もう信じてやり込んでいけば成果が出るという、これが医療安全の現在の共有されている認識だと思います。

#7

その中でお願いしたいことは、先ほどご質問がありましたので、かなり長くその説明をさせていただきました。それほど簡単な道ではないですが、ぜひそこを突き進んでいただきたいです。

また、そのためには、証拠を積み上げていくことが重要だと思います。本日、ご出席の皆さま方は現場の最前線に立たれている方もいらっしゃいますし、また指導的な立場に立たれている方も多いたと思っています。たとえ指導的な立場に立たれていても、好きなように病院の中でお金が使える立場とは必ずしも限らなくて、やはり根拠を持って、経営判断として、いろいろな資源配分を決めなければいけないというお立場も、どちらかという和多いのではないかと。

そうしますと、やはり根拠を持ってやれば上がるという、そこを示していただくことが、世界の中で本当に待たれておりますし、日本の中でもそういった形で、日本に向けて、またそれは世界で同じように求められています。世界に向けても、ぜひそのようにお願いしたいと思います。

医療事故の調査制度の検討は、そういった医療安全の向上という観点を中心です。また併せて、先ほどからのご紹介の中で、いろいろな事象が発生して、それに対応するということも、やはり要素としてあることは繰り返しご紹介されています。やはり全体の水準が向上することが、医療の提供に対して非常に重要ですが、国民から医療が信頼を受けるという観点から立ちますと、全体のこともそうですし、個別のことに対してもしっかり対応している。こういったことを両方見ていただかないと、なかなか全体として医療に関する信頼は向上しないと、少なくともここまで多くの皆さま方の議論を聞いている印象として、思っております。

平成19年から20年にかけて、医療の事故調査制度の検討を集中的に行い、いったん成案といいますか、その時点での案を作成したわけですが、さまざまな議論がある中で、また政権交代もあって、そのままでは実施しないことになっておりました。

平成23年の夏に、一つは無過失保障制度を検討するという課題がありましたので、そういった課題の中で、事故調査の検討を含めて始まりまして、昨年2月から、その事故調査制度の部分がある程度決着がつかないと、全体の話が収まらないこともありましたので、現在まで10回ほどの会議を開催しております。この中で、さまざまなご意見が出ております。先ほどから展開されておりますものがその典型的だと思うのですが、やはり国民の立場、それから医療者の立場、医療者の中でもさまざまな意見があります。その中で、少しでも前向きにまとめていける形で議論を集約していきたいと思っております。

医療安全の向上は、患者さんにとってはもちろん安心して医療にかかるという点で重要ですが、医療を提供する側にとっても、より職場として魅力あるものにするためには非常に重要です。産婦人科、産科の医療の訴訟対策で、こういったものが有効だったかというレビューが発表されています。例えば何か事象が起こった場合に、正直に誠実に対応することも、かなり有効性があるというランクの中に位置付けられておりますが、最も有効性があると分類された対策は、医療安全に力を注ぎ込んで事象の発生そのものを抑え込むことだという、非常に何とか体操のような結論がレビューの中では出ておりました。

簡単な道ではないですが、ぜひその目標を多くの方に共有していただいて、実現していただければと思います。私どもも一緒になって取り組んでいきたいと思っております。どうもご清聴ありがとうございました。

(山口) 宮本さん、ありがとうございました。

それでは引き続いて、アメリカの法律学者で、医療の法律について詳しいプロフェッサーのRobert B. Leflar先生にご登場いただきます。University of ArkansasのSchool of Lawで、非常に昔からやっておられ、先ほどお話があった樋口先生と非常に長いお付き合いのようで、私も顔だけ昔から存じ上げております。

では、先生、簡単にご自分の紹介もしていただいて、よろしく申し上げます。

II - vii) 特別発言

Robert B. Leflar (Professor, University of Arkansas School of Law, University of Tokyo)

ご紹介いただいた、アーカンソー大学ロースクールの Leflar のでございます。東大法学部で客員研究員、慶応大学医学部とロースクールで visiting professor として1年間ほど日本に滞在しております。このシンポジウムで発言するように誘われて、非常に光栄に思います。シンポジストの皆さまのご報告は、内容がとても有益で、高本先生、山口先生をはじめ、主催者にお礼の言葉を申し上げたいです。

私は、ここで21条の改正の問題などについて、何らかの姿勢を提供いたしません。ただ、南立先生と小舘先生が欧米の制度についてご報告をなさいましたので、私も英国と米国についての観察を幾つか述べることにします。宮田先生のプロフェッショナリズムのコメントと関連があると思います。

もちろん、今日の行政処分の議論は、医療の質の向上のごく一部にしか過ぎないことは明らかです。言うまでもありませんが、欧米における医療の質の向上の努力の諸点は、死亡事件ばかりではなく、重大な障害、またはヒヤリハットの事件にも置かれています。日本の21条の問題によって、今日の議論は主に死亡事件が中心となっていることが分かりますが、新しい制度の仕組みは、死亡に至らない事故にも提供できれば役に立つでしょう。

新しい制度の一つのパターンとして、英国のGeneral Medical Council (GMC) についての報告がありました。GMCの在り方にご興味があれば、小舘先生が説明したように、今月の初めに出たレポートを読む価値があると思います。そのレポートは、the Mid Staffordshire Medical Trust (正確にはthe Mid Staffordshire General Hospital NHS Trust) の欠陥についての、2年半にわたる調査の結果です。この画期的なレポートには、システムエラーの鋭い分析がありまして、スタフォード病院の支配者・経営者に対して徹底的な批判があります。またはNHSに対しても批判がかなり入っています。このレポートには、医療の質の向上について、具体的な勧告が290あります。GMCの効果性に対する勧告も出ています。調査分析のモデルとして、小舘先生がおっしゃったように非常に興味深いレポートであると思います。

再教育の仕組みについて、アメリカのゲルシンガー事件の例を挙げましょう。ゲルシンガーの事件は、1990年にペンシルベニア大学で行われた実験、それはジーン・セラピー（遺伝子療法）の実験で、患者（Jesse Gelsinger）の死亡という事件でした。問題は二つあり

ました。一つは実験のプロトコルに違反して、16歳の患者が薬の適応の量の6倍を飲ませられて、患者が死亡したこと。もう一つは、実験のトップのディレクターであった有名なウィルソン先生が、会社を創って、その会社は実験で使われた薬の所有権を持っていたということでした。言い換えれば、利益衝突がありました。

事故調査分析をやったのは、大学はもちろん、FDA（連邦食品医薬品局）も調査分析をして、行政処分を科しました。その行政処分は、ウィルソン先生は臨床実験の参加に制限をかけて、ウィルソン先生に論文を書かせたという処分でした。ウィルソン先生の論文は、“Lessons Learned from the gene therapy trial for ornithine transcarbamylase deficiency”という、「訓戒を得たこと」という題で、医学の専門ジャーナルに載せていました。そういう処分は、日本の医療審議会が課する2日間のセミナーに参加させられるという処分より、効果的ではないかと思われま

す。米国と英国の医療事故の取り扱いのもう一つの共通点は、透明性です。ご存じのように、アメリカ政府は病院ごとのパフォーマンスの比較ランキングを毎年出しています。リスク調整の仕方やランキングのやり方は論議されていることで、まだ完全なシステムとは言えませんが、医療のconversion（転換）にとって役に立ちますし、病院の経営者に対して医療安全の刺激ともなっています。

オバマ大統領は、今月のState of the Union Address（年頭教書）で、連邦政府が支配するVeteran（退役軍人の病院では、今年3月からアドレスイベントで、有害事象を毎日公表するように命令を出したと発表しました。そして、元財務大臣のポール・オニール(Paul O'Neill)氏は、そういうやり方で全国の病院が、すべての医療有害事象、医療事故の情報を発表させるようにしたらどうかと提言しました。アメリカの病院はそこまではまだいきませんが、そういう透明性の政策は、アメリカの医療制度の将来に不可欠になるのではないかと考えております。

小舘先生のキーワードで終わります。公共性、透明性、専門的自律性が、制度づくりの基盤としてよろしいでしょう。ご清聴ありがとうございます。

(山口) Leflar先生、ありがとうございました。皆さん、時間を守っていただきましたので、少し最後のディスカッションに行く前に時間があるので、ご質問がありましたら、会場から一つ二つお受けしたいと思います。ご発表が幾つかありましたので、ご質問がありましたらお受けしたいと思いますが、いかがでしょうか。

(司会) 前のマイクのところへ来ていただけますでしょうか。

(Q1) 横浜市の健康福祉局で、今、泉区福祉保健センターから来ました、行政医師の松岡と申します。

横浜市大の取り違えから医療安全ということなのですが、内部にいて、大きい変化は特にないと思います。一つは医療法がなかなか甘いので、監視する側としては、ここは指摘したいのだけれども、ちょっと難しい。ちょっと指摘すると「医療法と違うじゃないか」ということで、病院側から抗議があるということが実際の行政の現状でございます。

一つ、児玉先生にお聞きしたいのですが、横浜市は日本医療評価機構と非常に縁がございます。そして、初代の日本医療評価機構のメンバーの方が横浜市の病院経営局長になりまして、そのときに医療事故が幾つかありましたが、非常に隠ぺい体質ということで患者団体からの病院経営局長に対する抗議および議会からも非常に指摘され、途中でお辞めになったという経緯がございます。

そういうことで、先ほど行政側と民間側ということなのですが、民間で本当に大丈夫なのかということが非常に疑問で、医療評価機構が横浜市に関わっていたときは、不思議なコンサルタントに莫大な予算を要求されたという内部事情もございます。

ということで、やはり行政側がいわゆる利権団体を含めて、ちゃんとした一線を描き、かつ医療法にちょっと加えていただければ、そしてしっかりとした患者側に立ったということであれば、公共、厚生労働省がやります中立機関にお願いするのが非常に適切かと思うのですけれども、いかがでしょうか。

(児玉) 「民間で本当に大丈夫か」という、到底、私に答えられないような質問だったと思うのですが、いつものように「政府で本当に大丈夫か」と混ぜ返したようなことを言うと、きっとまた怒られると思うのですが(笑)。

申し上げたかったことは、政府にも良いところと悪いところがあり、民間にも良いところと悪いところがあり、わさびばかりでは料理は食えないが、わさびも多少ないといけないうらうという、どうやってバランスを取るかという問題提起をさせていただいたつもりでしたので、何とぞこの程度でご勘弁を。

(山口) ほかにほなたか、ご意見、ご質問等はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

ちょっと後で、システムティックな皆さんへのご質問はあると思いますので、それではこれで。本来の予定に戻って、質疑が終わったところが 16 時 20 分ですので、今から 10 分、お休みでしょうか。

(司会) はい。では、10 分間の休憩を取らせていただきたいと思います。

このシンポジウムの後に懇親会を予定しております。既に受付でお申し込みされた方以外の方でご希望の方は、まだ承りますので、参加費を 2000 円、徴収させていただくのですが、ご参加ください。

それから、本日のシンポジウムは報告書を作りまして、今年の 6 月ぐらいにそれがまとまってお送りできる状態になると思いますので、ご希望の方はそちらも受付の方で、お名前とご住所をご記入いただければと思いますので、よろしくお願ひします。では、35 分ぐらいまで休憩をお願いいたします。

Ⅲ 総合討論

(高本) それでは、総合討論ということでお話を伺いたいと思います。

日本でどういうものが望ましいかというお話を始める前に、せっかくアメリカ、ヨーロッパの現状をご紹介いただきましたので、南立先生、小館先生に、現在、日本で話題になっています院内の事故調査委員会、それから行政処分等への最初の病院から、どうやって病院が届出制度、届け出のかどうかという話と、院内での事故調査の在り方について、アメリカ、ヨーロッパの現状がどうなっているかを教えていただければと思います。

(南立) 届けるのは届けます。届出は、先ほどもスライドで見せましたけれども、基本的に僕の病院だと入院 24 時間以内、手術中、手術後 24 時間以内、あるいは病院が救急病院なので、要するに……。

(高本) 先ほどちょっと挙げられた事項は、例えば州の中でこういう項目と決められていて、これは全病院、ここに届けるという格好になっているのでしょうか。

(南立) 多少差はあるとは思いますが、基本的には同じだと思います。

(高本) 同じ。各病院がそれなりの項目を決めているという。

(南立) そうですね。例えば僕の病院は外傷が非常に多い。例えばシアトル市内で起こった交通事故で、要するに身元も分からなければ、保険も分からない患者さんが僕の病院に来ます。近くにあるプライベートな病院は、取りはぐれがあるかもしれない患者さんは取らないので、そうなるという交通事故やガンショットはうちの病院で基準を作って、それが州の基準を満たしているかどうか分かりませんが、辺境の地でそういうものを作ってもあまり意味がないことなので。

ただ、僕は今の病院に 5 年いますけれども、これは届けないと駄目なのではないかというのが、やはりあるのですが、届けていないのです。手術室で死んだ症例は原則、全部届けることになっているはずなのに「これ、届けてないの」といったものは、数例あります。それはなぜ届けなかったのかと聞いたら、原因がはっきり分かっている以上、届ける必要はないということなのです。僕は「でも、それは過失じゃないの？」とここまで出かかっ

て、それ以上は言わないのですが。だから、アメリカもそういうところに関しては、それなりに問題はあります。

院内の、事故調査委員会という名前ほど立派ではありませんが、院内で確かならぬことが起こったのかと話し合うことは、しょっちゅうやっています。それはMEに届ける、届けないとは全く別問題です。

例えばどういうことがあったかという、僕が着任して1カ月になるかならないかのころに、尿管結石の患者さんの右と左を間違えたのです。今、日本の病院でも、もちろん合っていると思いますけれども、手術が始まる前に名前、ID、アレルギーがあるかないかとか、いろいろ確認して、右も左もそのときにちゃんと確認しているのだけれども、右左を間違えている。何でか。では、出発点は何かという、放射線科医が右と左を間違えている。急患なので、救急外来から直接来ているので、もう泌尿器科医も、写真の報告を放射線科医から聞くだけで、自分で写真を見ていないのです。

その患者さんも韓国の方で、英語ができなくて、通訳も時間の関係で用意できなかったのです。片言の英語ができています。本当は過去に事件があったので、母国語が英語でない場合は必ずインタープリターに来てもらってすることになっているのだけれども、そのときは時間もないし、すぐには来られないし、ちょっと英語がしゃべれるからいいだろうと。アメリカでは、やはりそういうことが起こるのです。それはかなり問題になって、やはりどれだけ急患でも、必ずインタープリターを、電話でもいいから呼ぼうということになったのと、非常に当たり前の話ですが、やはり写真を主治医は見なくてはいけない。それもよくよく考えれば、絶対当たり前のことなのだけれども、やはりミスは起こります。そんなところでいいでしょうか。

(高本) ヨーロッパは、国によってだいぶ違うようですが。

(小館) 私が詳しくお答えできるのはイギリスとノルウェーですが、ただ、ほとんどの国で、届出は皆さんがしなくてはならないと義務付けがなされていますので、届出はしていると思います。ただ、その届け出る相手先が、国によって違います。

院内事故調に関しては、南立先生がおっしゃったシステムとすごく似ていると思うのですが、とにかく事故の結果が死亡事故かどうかに限らず、医療ミスや事故に際して、信号機の色分けで表しまして、緑、黄色、赤というふうな。4段階で示す病院では、オレンジというものがあるのですが、それでオレンジ、赤になったものに関する調査が、院内でかな

りしっかり行われています。

医療ミスに関する審査のミーティングは、インシデント・レビュー・ミーティングと言われまして、これが、各診療チームレベルでまず行われて、その上のレベルに、院内全体でもあります。その頻度は、チームレベルだと隔週か2週間に1回、病院内全体だと月1です。それにあわせて、院内調査レポートを用意して、担当の方、具体的にその調査に当たった人が出席する中で、そういう事故調が進んでいきます。けれども、ミーティングや診療科によってはケース自体の数が多すぎて、もちろん、先生方は、診療もあるわけですから、調査には本当に時間がかけられない。内部の先生方が調査にいちいちそこまで時間をかけるのが、その他の診療行為にとって負担となっていないのかというような問題や、調査の質が担当官によってまちまちであることが、院内では議論されたり、問題視されたりしています。また、そのレポートが外部に出て、規制を行う監督官庁がそのレポートを見るわけですが、そこまでいったところで、果たしてちゃんと原因究明ができているのか、学んだ教訓が他の病院と共有されているのかどうか、という問題点はあります。

(高本) そういう院内の非常に重大な事故について、どこかへ届け出てチェックを受けるといふ。その届け出る項目は、ある程度、例えば国によって決まっているという理解でよろしいでしょうか。

(小舘) そのあたりになると、例えばノルウェーで、オランダでどうなのかというのは詳しく申し上げられないのです。けれども、イギリスに関しては、ある程度、ストラクチャーというか報告の仕方として、何を報告しなければいけないかというテンプレートみたいなものがありますので、それに従ってレポートを、調査を行った上で提出する形にはなっています。

(高本) 今日のテーマでもう一つ、「再教育」というのは実際に言葉としてありますが、実際、ヨーロッパで例えば再教育というのは、システムとしてどういう形であり得るのでしょうか。

(小舘) 再教育は、例えば登録制、国によってかなりそれもまちまちですが、具体的に実現可能かどうかということです。あとは、やはり医師や医療従事者の中でも、そういったことを例えば隔年でやるか、5年ごとに適正能力を判断するような試験を行うか。いろ

いろな具体的な事例ややり方は各国によって違っていますが、基本的には CME、ずっと継続的に例えばトレーニングを受けて、その時間数やそういうものをポートフォリオという形で医療従事者に課して、それを1年ごとの再審査であれば提出するという形で、教育、ある程度のトレーニングを常にコンスタントに受けているかどうかという審査があるということですが。

(高本) それは例えば、専門医の更新基準のような形ですよ。

(小館) そうですね。

(高本) そうではなくて、過失があった人。

(小館) 過失があった人に関しては、例えば GME や IME という場合は、どういう教育を受けさせなくてはいけないということを、具体的に裁定の中に含まれてレポートになりますので、それに関してトレーニングを、専門医なら専門医が用意しているトレーニングコースに参加して、具体的にまた呼ばれて、喚問されて、具体的にトレーニングコースを終えたという証明が、また審査の対象となります。それに幾つか僕も参加させていただいたというか、傍観者として行ったのですが、かなりかっちりしています。1年後にもう一度、来なくてはならない。それを証明しなくてはならない。書類と口頭と両方でやらなくてはならないという形になっているので、そこに出席しない人がまた出てきます。

(高本) そうすると、トレーニングのコースや何かは、GMC が決めて、そこに行かせるという格好ですか。

(小館) そうです。

(高本) アメリカには何かそういう再教育について、どういうシステムがあるのでしょうか。

(南立) アメリカの場合は、先ほどもご説明しました資料の中に、再教育リハビリテーション機関というのがあって、英語で略して CPEP というのと、PSE という二つが、有名な

再教育の機関です。

(高本) それは公立ですか。

(南立) 一つは NPO で、PSE の方は、カリフォルニア大学サンディエゴが作っているプログラムです。

(高本) それは全米が利用できる？

(南立) 全米の人が利用できます。ほかにもいっぱい施設はあるみたいですが、代表的なのはこの二つです。

(高本) そういう施設があって、そこへは病院がその人を行かせるのですか。

(南立) 例えばワシントン州だと、MQAC が行けというか、こういうプログラムを受けなさいということになって、医師で問題を起こした人が自分なりに探して。大体、この二つか、あとはほかのところに帰着して、それを自分でお金を出して自分で受けて、自分で修了したことを、また MQAC に報告して、初めてサスペンドが取れる状況になっています。

この CPEP というのは、確かコロラド州のデンバーか何かにあって、実は僕は「どういうプログラムがあるのですか」と電話をしたら、「プログラムは要するに種々、非常に数が多い。だから、一言では言えない」ということだったので、僕は手元にワシントン州で非公式な懲罰を受けた人の名前があったので「では、この人はどういう懲罰を受けたの？」と聞いたら、「そういう個人的なことには電話では答えられない」と言われて、ちょっと白旗を揚げて帰ってきました。

(高本) Leflar 先生、何かコメントがありますでしょうか。

(Leflar) 南立先生のおっしゃっていることは正しいです。

(高本) その辺、トレーニングは、先ほどの倫理的な講義などを聞いたりするのと、いろいろな実際のトレーニングがありますよね。実技といいますか、その両方があるのです

か。

(南立) 座学が多いと思います。あとは最近はやりのシミュレーション・トレーニングだとかそういったもので、例えば腹腔鏡下の手術で問題があって、実際の患者で腹腔鏡下の手技をするというのは、なかなかやはり倫理的には許されないところがあるようなので、そこはちょっと僕も正直なところ分かりませんが、実際の患者さんを前に立ってやることは・・・。

簡単な問診や視診、聴診の取り方も、面白いことにプログラムであるのです。このドクターは患者さんからのヒストリーテキングのやり方があまりにひどすぎるから、「おまえ、ちょっと行ってこい」と。そういったものだと、割と模擬患者さんを相手に簡単にできると思うのです。けれども、外科的な手技になると、なかなかそうはいかないみたいです。

(高本) 再教育も行政処分としてそうなるのでしょうかから、最初にアメリカや外国の場合とはとにかく免許停止か何か、そういう処分があって再教育になるでしょう。そうすると、免許停止になると、その間は患者さんをしばらく診られないですよ。

(南立) 診られません。

(高本) 結局、シミュレーションモデルなどを使ってやるしかないわけですか。

(南立) そうですね。でも、例えばファミリーメディスンという、要するに内科、小児科、産婦人科みたいなドクターがいるのですが、例えば産科の患者さんだけは診てはいけない。内科と小児科はいい。産婦人科に関しては、こういう CME なら CME、あるいはコースならコースを講習した後に、もう一遍、MQAC に報告をして、それで晴れて産科の患者さんも診察することができるということもあります。

だから、すべての免許がサスペンドされて、この講習が終わって初めて患者さんを診察できるという人もいれば、特定の領域の患者さんは診ることができないけれども、ほかはいいということもあります。

(高本) 前村さんは、再教育のところで自律的に、処分なしで再教育をやったらいいのではないかという話でしたけれども、実際に結局やったことのレベルが割とテクニカルな

面だったら、例えば死亡率が倍になるとしても、リスク調整をしたらどうなるか、分からないのですよね。本当に難しいのかも分からないし、2倍ぐらいでしたら。本当に全部、再教育をするような人がいても、処分はなくていいのかという疑問なのですけれども、それはどうでしょう。

(前村) 私は処分を絶対にやらなければいけないとはやはり思いません。患者側の立場からすると、この人はどうやっても、医師免許を持っていること自体がおかしいという人はやはりきちんと処分した方がいいと思うのですけれども、医療ミスに関して過失のエラーで処分したとしても、再発防止にはつながらないわけです。やはり目的としては、きちんとした医療を提供してほしいというのが共通の目標だと思うので、患者側にしたら、処分してほしいのが目的ではなくて、質が高く、安全な医療を提供してほしいというところをゴールと考えると、必ずしも行政処分は必須ではない。それよりは、きちんとした再教育の体制を構築して、そうやって再教育がされているのだったら、別に行政処分は要らないでしょうという考えです。

(高本) 先ほど前村さんが紹介してくれたケースは、私のコメントもありましたけれども、私が引き取って教育しました。2年ぐらいかかりました。あれは学会での処分でしたから、専門医をいったんは停止にしました。ですから、専門医をもう一遍受けるために、研修医と同じようなことから始めて、2年間、100例ぐらいありましたが。もともとそんなに悪い人ではない。人柄も悪くないし。ただ、弁膜症の手術を、そんなに数多く経験したわけではなかったもので、それを中心に弁膜症の手術もさせ、患者さんともそれなりにうまくやりましたので、2年間ぐらいやって、それで再申請をして、専門医を取ったということです。それを学会でやるとしたら、それはそれでうまい具合にいくだろうと思います。

本当に処分は、欧米の場合はほとんど全部、処分がかかっていましたね。処分がない再教育はあまりなかったような気がするのですけれども、この辺はどうなのでしょう。

ほかの方も、皆さん、どうでしょう。いや、それはなくてもいいのだったら、これはなくて僕はいいと思うのですが。はい、樋口先生。

(樋口) 答えるのではなくて、質問を補足するという形なのですけれども、今の政権は「3本の矢」というのがキャッチフレーズになっています。ちょっとその三つを言えない

のが残念ですけれども。本当にすみません(笑)。三つ目は成長戦略だったということだけ。そんなことを今、ここで私が悩むことはないですね。

この医療事故の問題で、やはり3本の矢というのを私なりに考えてみると、今の動きの中では何年か前のいろいろな経験もあって、医療安全調査機構が一応、民間だけでも相当、公的な色彩のあるものとして立ち上がっています。そこで原因究明、再発防止をちゃんとやるようにするから、法的な基盤も与えてくれるとありがたいとは思っているわけです。そうすると、遺族の方であれ、お医者さんであれ、病院側であれ、いろいろな問題であれ、ほかのところで解決できていけばいいのですけれども、駆け込み寺みたいな働きをすることができるだろう。

その原因究明と再発防止のための機関は、私もスライドを読み飛ばしてしまったのですけれども、多分、ほかにはあまりないという勝手な想像でした。2本目の矢は、それでやはり問題があるときに、そこから再教育を中心として、それを行政処分、行政指導のような話につなげていく。しかし、極端な例で、やはりこれはもうお医者さんとして不適格だ。こんな人が医者をやっているべきではないという話が出てくることもあると思うのです。それはお医者さんもたくさんいますから。ついでに言うと、弁護士にもそういう人はいますから、どんなところにもいるわけです。だから、そういうのは辞めさせないといけないという2番目の矢があって、できるだけサポートという話けれども、限界はあるという。だから、行政処分、行政指導という話もあります。

それから、三つ目は、今日はお話に出ていないし、そこまで広げるのはいかがかと思えますけれども、実際に被害者が、特に亡くなっている場合は、どうやって補償するかといった問題。そういうものを、保険システムや、あるいは人によっては無過失補償のような話で考える。それは財政問題もあるから、それが3番目の矢だと思います。

1番目と2番目のところで、ちょっと大綱案のところで、これをごちゃごちゃにしているから、やはりできるだけ再発防止というプラスの話と、結局、警察につなぐのではないかと、行政処分という形で、つまり太陽政策と北風政策をごっちゃにしたようなものを、一つで第三者機関としてつくっても、うまくいかないという反対論があったのです。そのときはどうしようもなかったけれども、今は、日本医療安全調査機構は、そんな機関で別に処分できるわけでもないです。

だから、逆にある意味では民間主導で、しかし半分、公的な存在として、専門職の自律的団体として、原因究明と再発防止だけをやる。それでほかの問題はこの高本班のところで考えていただくという区分けができたと思っています。後ろの方の行政処分や何かは、

やはり資格を与えているからには、アメリカでもどこの国でもある話なのです。ただ、第1番目のものは、もしかしたら、どこにもないようなものをつくってみる。それが日本でうまくいけば、これはそれこそ、宮本さんが属する厚労省の安全推進室を中心にして世界に発信するようなことも考えていきたいと思うのです。今日もいろいろな国の人の話も聞けたわけですから、とっていたのですけれども。

ちょっとその次の質問になるのですけれども、これは南立先生に対するものですが、ワシントン州の Medical Quality Assurance Commission というのは行政処分をやっているはずなので、やはり2本目の矢のところなのではないでしょうか。それとも、別の質問を返すと、アメリカでは例えば私が医療事故に遭って、私自身が死んだのでは駄目だけれども、関係者が死にました。しかし、医者や何かも説明してくれたのだけれども、何かいい加減な説明のように思えて、私としては、どうしようもない。この原因究明を何とかしてくださいというときに、私はこの Medical Quality Assurance Commission に駆け込めば、ちゃんと原因究明、再発防止という話にもなるのでしょうか。仮にそうだとすると、原因究明もやってくれるという話になるので、実はワシントン州では、日本では批判されたけれども、両方の話を、先ほどの1本目の矢と2本目の矢をここで結局やっているということなのではないでしょうか。

(南立) そうだと思います。

(樋口) むしろここは別のことで、つまり私個人の問題でやっているわけではなく、医療の質の確保といったもっと大きなことでやっているのです。私自身の思いというのがどうしても納得できなければ、それはアメリカの場合は、警察が動かないので、民事訴訟で訴えて、医療過誤訴訟で訴えて、その訴訟のディスカバリーや証拠を持ってこいという話の中で原因究明をするほかないのかとっていたのですけれども、それはちょっと間違った認識ですか。

(南立) スライドでもお見せしましたが、患者さん個人も MQAC に訴えることができます。ただ、それはあくまで公平な目で見て、医療上に過失があるかどうかを判断する。過失があるから、もっとアドバンスの調査をしなくてはいけないということになると、MQAC の二十何名のうち、半分ぐらいで動きます。

もし、その時点で過失がない。これは患者さんの気持ちはもちろん分かりますけれども、