

5. 本報告書の調査結果と本指令 — 結びに代えて —

本報告書は、今回の調査結果を踏まえて、本報告書におけるエビデンスは、本指令の第2章・第3章と第4章との基本的相違を明らかにしていると捉えている。すなわち、第2章（国境を越えた医療に関する加盟国の責任）および第3章（国境を越えた医療における費用の償還）は、患者（個人）主導による患者の移動を生じさせるが、第4章（医療における協力）は、患者の移動の管理を促進するものと言える。

本指令の第2章および第3章によれば、EU加盟国の国民は、他のEU加盟国において医療を求める選択肢を有しており、一定の要件を満たせば、本国（居住国）から医療費が償還される。このような場合、外国で医療を求めるかどうかは、主に患者の考え次第である。しかし、EU加盟国にとって、このような患者の移動に関する量的な予測やコントロールは難しい。患者にとっても、予め自腹で医療費を支払うこと、および償還までに数ヶ月待つことが示されているから、経済的に豊かでない患者からすれば、外国での治療を求めることは、現実的な選択肢とはならないだろう。

これに対し、本指令の第4章に基づく国境を越えた協力は、協力に関与する当事者（病院など）に、患者の移動を管理する枠組みの構築を認める。医療提供者は、患者がどのような医療を目的として

やって来そうか、どの医療費について迅速な償還が期待できるかを知っているし、医療当局は、医療制度の必要性に応じて、医療のタイプと患者数を決定できる。さらに、越境協力においては、医療サービスの改善のために、協力当事者が医療専門家と設備を共有することもあり得るため、患者の移動の必要をなくすることも可能である。2004年EU規則883号と同様、国境を越えた医療協力は、結局、越境医療に付随するリスクから協力当事者と医療制度を守るものとなっている。7つのケース・スタディのうち、最も良く機能しているものが、2004年EU規則に準拠するものであった（アルデンヌ地域におけるフランス＝ベルギーの協力）ことには留意すべきである。

本報告書が、国境を越えた協力がもたらし得る利点を示すと同時に、この協力が容易でないことも示していることは、重大な意味を有する。なぜなら、本指令は、政策立案者に協力の促進を要求しているからである。この協力の成功率が低い理由としては、国境を越えた協力が機能するためには、極めて特殊な状況設定が要求されること、そして、国境を越えた医療協力は、（それ自体の効用と目的を有しており、ヨーロッパにおいては稀なものではないが、それでもなお）例外的位置付けにあること、の2点が挙げられる。

政策立案者にとって重要な問題は、国境を越えた協力が促進されるべきか否

か、そして、どのように促進されるべきかということであろう。法的見地から言えば、欧州委員会 (EU Commission) は、本指令の 10 条 3 項により 2 つの負託を受けている。すなわち、EU 加盟国に対し、国境を越えた医療提供に関する合意を (特に、近隣の) 加盟国間で締結するよう促し、かつ、国境地域における国境を越えた医療提供に協力するよう促すことである。しかし、これを実現することは容易ではない。まず、国内医療よりも国境地域の医療に留意するよう EU 加盟国を説得することは難しい。EU 加盟国は、これを医療という非常に複雑かつ微妙な領域への EU の不当な介入と考えるかもしれない。第 2 に、権限の所在にミスマッチがある。EU は加盟国に対して助成を行うが、加盟国の中央政府はたいてい、国境を越えた協力には無関心であるか、これを嫌がるか、政策アジェンダに応じて態度を変えるかのいずれかである。国境を越えた協力を立ち上げ運営するのは、多くの場合、中央政府ではなく、その地域の者 (機関) である。EU が地域的な越境協力アレンジメントをいくつか選び出して資金提供するとしても、その選択的な性質と期間の限定性ゆえに、十分な効果は期待できないだろう。

※※※※※※※※※※

本報告書の研究対象は、国境地域に限定されている。しかし、国境を越えた協

力が、国境地域におけるものに限られないことはもちろんである。国境地域における協力と、非国境地域におけるそれとの間に相違があるか否かなどについては、今後の検討に委ねられることとなる。

本指令は、国境を越えた協力の促進という高度な (ないしは困難かつ複雑な) 内容の実現を求めるものである。しかし、この発想は、突然登場したわけではない。本指令の制定および施行に至るまでに、ヨーロッパではすでに、国境を越えた医療協力に関する数多くのさまざまな経験が積み重ねられており、それらの経験の蓄積を土台として本指令の諸規定が作られたことを、本報告書は示している。

翻って、我が国においては、このような経験に乏しく、いわゆるメディカル・ツーリズムが増加しつつある現在においても、国境を越えた医療協力に関する (特に、法的側面に関する) 議論が盛んに行われているとは未だ言い難い状況にある。しかし (あるいは、だからこそ)、EU を始めとする諸外国の状況に学ぶことは、国際医療協力に関する今後の日本のあり方を考える上で、極めて重要であるように思われる。

◆講演録 第45回比較法政シンポジウム
「医療事故に関する第三者機関のあり方」

日時 2013年4月20日(土) 13:30-16:30

会場 東京大学法科大学院総合教育棟
(ガラス棟) 101号室

主催 東京大学大学院法学政治学研究科ビジネス
スロー・比較法政研究センター

共催 H24-25年度厚生労働科学研究費補助金
「医療安全をめぐる応答的規制」
(研究代表者 岩田太)

関連団体・協力

日本医療安全調査機構
東京大学高齢社会総合研究機構
厚生労働省

司会 児玉安司(弁護士/東京大学特任教授)

Part 1: 素案の趣旨説明

- 1) 第三者機関が行う調査の意義について
樋口範雄(東京大学教授)
- 2) これまでの経験から
本間覚(筑波大学教授)
日留川基支子(東京地域事務局調整看護師)

Part 2: 素案に対するコメント・要望

- 1) 医療事故経験者から見て
豊田郁子(新葛飾病院セーフティーマネージャー)
- 2) メディアから見て
利根川昌紀(読売新聞社医療部記者)
小宮英美(NHKラジオセンターチーフディレクター)
- 3) 外国の研究者から見て
Robert Leflar(アーカンソー大学教授)
- 4) 医療安全の専門家から見て
長尾能雅(名古屋大学教授)



児玉: こんにちは。第45回比較法制シンポジウム「医療事故に関する第三者機関のあり方」を始めさせていただきます。司会を務めさせていただきます児玉でございます。医学系研究科の特任教授を務めさせていただいており、弁護士をしております。それから、こちらにおられます上智大学の岩田太教授と共に司会をしていただこうと思っております。

全体のパートは、お配りをさせていただきました通り、Part 1で、この間第三者機関に関しまして、医療安全調査機構が素案を作りましたので、それについての趣旨説明を含め、1時間を予定して講演をしていただきます。その後2時45分からPart 2・Part 3ということで、様々な演者の方からコメント・要望等をいただきながら、第三者機関を考えるという一日の企画です。(中略)

このシンポジウムの主催は、東京大学大学院法学政治学研究科ビジネススロー・比較法政研究センターです。共催は、先程ご紹介いたしました岩田太先生が研究代表者を務めております平成24年度-25年度の厚労科学研究「医療安全をめぐる応答的規制」という研究のまとめのシンポジウムという位置づけでもございます。今回この開催にあたりまして、いくつかの団体等にご協力をいただいております。日本医療安全調査機構、東京大学高齢社会総合研究機構、それから厚生労働省にも色々なご支援を賜って、この会が持てたことを御礼申し上げます。

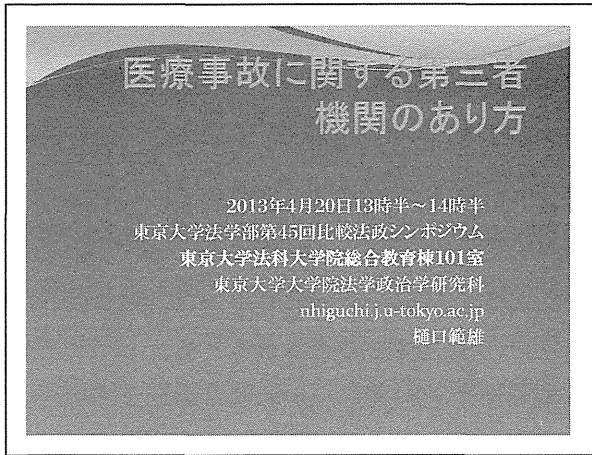
最初に少し現状報告をさせていただきます。昨日の新聞紙上でも、医療事故の調査に関する第三者機関の立ち上げということが厚生労働省の検討会で取り上げられ、夏にも法制化というような、大変前向きの報道もございました。振り返ってみますと、12年前、千支が一回りしましたが、2001年に日本外科学会が、外科学会声明というものを発表いたしました。当時、医療不信ということで、医療機関への厳しいご批判が世論に強く、また医師法21条により、医療現場の医療事故を警察に届け出るということを、厳しく要求されているなかで、医療機関が警察に管理されて医療事故を調査するのではなく、自ら自浄性・自律性をもって医療事故調査を行いたいということで、大変異例のことではございますが、外科学会が声明を発表して、中立的第三者機関の設立に向けての歩みが始まったわけです。

3年毎に大きな動きがございました。2004年には、内科学会が中心になって、診療関連死の死因究明に関するモデル事業というものが立ち上げられ、樋口範雄先生が運営委員長を務められ、また今日ご講演いただく多くの方が、その後モデル事業の中で実際の死因究明の実務に携わってこられました。その3年後2007年には、厚生労働省が中心になって、医療安全調査委員会というものを制度化するために大綱案を発表され、その議論が大変喧しかったようでございます。

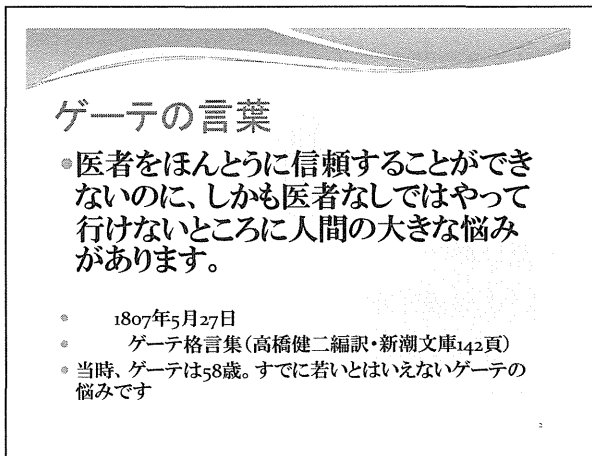
その3年後2010年には、医療安全調査にかかわる組織を作らなくてはいけないということで、内科学会のモデル事業から、医療安全調査機構という一般社団法人が、日本医学会・内科学会・外科学会・病理学会・法医学会のそれぞれの学会の代表者を理事として設立されました。その後多数の学会の参加のもと、モデル事業・医療安全調査機構が行った調査は、すでに190例にも及んでおります。その3年後2013年、今年になりまして、医療安全調査をどのように制度化していくかということについて、法制化の議論がこの夏に向けて

進められているところであります。

この12年間の間、運輸安全調査委員会、食品安全委員会、それから消費者安全調査委員会など、身近な安全をめぐる問題について、様々な組織が立ち上げられていく中、医療安全調査については、多くの課題を残したまま議論がなお続いているところであり、そろそろまとめたいたいというようなご意向も、医療側患者側様々なところから、併せて聞かれているところであります。ここまでの状況を一度、運営委員長として係わってこられた樋口先生にご発表いただき、また現場の医療安全調査に係わってこられたドクターの本間先生、調整看護師としてご尽力いただいた日留川さんなど、本当の現場のことをよくご存じの方に加わっていただいた上で、2時半からのディスカッションにつなげていきたいと考えております。



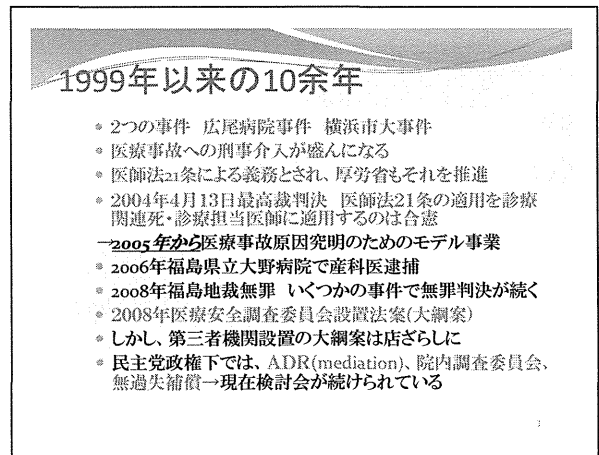
樋口：ただいま紹介に預かりました樋口と申します。



先週、私、外科学会というところへ10分話をしに行ったのです。外科学会で呼んでくれるなんて、ものすごく嬉しくて、本当はここからはじめるべきだったのです。それは、ゲーテの言葉。「外科医は地上の最も尊敬すべき人間だ。」ゲーテはどのように外科医に最上の褒め言葉を残しているのです。きっと実際に助けられたのでしょね。これをまず引用して外科医の気持ちを捉えておいて、次に行くべきだったのですけれども、忘れてしまったのです。そうそうゲーテの言葉の中には「法律家なんか何の役にも立たない」ってついでに書いてあるのですよ、いずれにせよこのあたりから学会報告を始めるべきだったのだけれど、これを

引用しないで次のところから始めたのです。

別の言葉なのですが、「医者をおんとうに信頼することができないのに、しかも医者なしではやっけて行けないところに人間の大きな悩みがあります。」っていう、やっぱりこっちのほうが私にはびたつきたので、こっちから始めたのです。いってみれば、まず喧嘩を売っているようなものでよ。本当にはあなた方は信頼できないよ、というわけですから。でもゲーテの時代に比べて200年経っていますからね、ずいぶん信頼できるようになったと思うのですよ。当然ですけども、医学は200年も経っているから格段の進歩もしたのだということです。当然、その分だけ患者の期待度も増えちゃったから、やっぱりゲーテの言葉は今でも真実であるような気がするわけです。この悩みを、やっぱり医者も患者も、あるいはそれ以外の人たちも一緒になって解決できるようなことを考えてきたいというふうに思っているということですが。



今児玉さんが言ってくくださったように、やっぱり(1999年以後の)10余年という話があって、広尾病院事件うんぬん、これで2005年というのが一つの節目になっているわけです。2005年まではごく簡単にいうと、刑事司法が入って、やはり医療で間違った医者を、看護師の場合もありますよ、とにかく罰してやる、それを隠すような病

院なんかもあったから、とんでもないことだということやってきた。その最高潮になったのが、最高裁の判決で、医師法 21 条により自分で届け出なくてはならないということがあっても、それも全然問題ありません、というようなことを言ったというわけです。

しかしですね、5 年くらいたつとだんだんわかってきたわけです。まずある意味で、医者もこれではかなわないってことが当然出てきたのだけれども、患者のほうも、じゃあ裁判とか刑事司法が入って、満足のいく結果になったのだろうかという、そうとは限らないということもわかってきた。



だから、医者を悪者にするだけではどうもダメだ、本当の意味の医者が専門家としてどうしてこうなったのか、こういう事態が起きたのかということ、ちゃんと極めてくれるようなシステムを作らんといかんではないかということで、2005 年からいわゆるモデル事業が始まり、その後も警察は頑張っ、典型的なのは大野病院ですけれども、産科医を逮捕なんかしたのだけれども、結局無罪判決が続いたりして、刑事司法は少しちょっと後ろへって話になって、そのなかで 2008 年に医療事故調を設置する大綱案なるものができたのですが、これがやはりうまくいかないで店晒ししてことになります。

そのうちに、これは大綱案の失敗と密接に関連

していると思いますが、民主党政権になって、医療事故調を否定する別の方向性が求められたという時代に入ります。この 2008 年の大綱案と、モデル事業を継続するために作った日本医療安全調査機構というのがあって、しかしこの地道な努力が意外に広く社会に知られていないのですね。今日後ででてくる本間さんであるとか、北海道の松本さんだとか、岡山の清水さんとか、私にもその事業の関係でお医者さんの知り合いができたのですけれども、そういう人たちは、本当に夜中に急に電話がきて、こういう事故がおきたからって駆けつけているわけですから、そういうような努力がなかなか広められていないのが残念だということもあるのですが、その医療安全調査機構で、こういう第三者機関を作ったらどうかというのを、去年の 12 月にまとめたわけですね。それで訴えていこうとしているのですが、そうしたら一昨日ですか、厚労省の検討会で素案も出てきたので、この 3 つをちょっとだけ簡単に並べてみます、今どういう話なのかと。

まず、この表に示しているのが大綱案の骨子です。

大綱案・日本医療安全調査機構案・そして、4月18日厚労省検討会素案

◎大綱案 3つの特色

- 1 公的機関としての第三者機関(運輸安全委員会のような公的機関)
- 2 専門家として医療事故を客観的に調査
 - ①第三者機関に届け出れば、医師法21条の警察届出不要
 - ②業務上過失致傷罪も、医療事故は「重過失」に限定
 - ③その代わり、第三者機関で「ひどい、犯罪的」と判断するものは警察に報告
 - ④行政処分にもつながら、それは原則として再教育
- 3 院内調査との関連性などに不明確さが残る また、実際に第三者機関が全件調査はできないという問題も残る

大綱案は、もう終わってしまったようなものだといわれてしまうとそうなのですが、三つの特色があります。(略) 第一に、公的機関としての第三者機関、つまり役所の一部なのです。独立性のあるものなのですが、運輸安全委員会のような。

公的機関を第三者機関、事故調査機関として作る。

そこでは、二つ目、専門家として医療事故を客観的に調査してもらって、そのかわり、この公的機関に届けば医師法 21 条の警察届出はいらぬことにする。それから、業務上過失致死というのが、すごく大きな問題になるのですけれども、刑法の適用についても、お医者さんの過失の場合だけは重過失に限定するということを書いたのですよ。これは本当に日本の法律制度の中では画期的なことで、なぜ医者だけ特別扱いするのだ、エレベーター事業者は何で重過失じゃないのだ、といわれたときに、いやいや医者はそんなにいじめただけではみんながだめになりますから、という話を納得してくれた人が多かったと、その時はですよ。そのかわり、第三者機関で、これはひどいと医者自身が思うような犯罪的と判断するものは、そこから警察に報告するということになる。行政処分にもつなぐけれども、それは原則として再教育ということなので、お前ダメな人間だ、ダメな医者だというような話にはしない、っていう、まあこういう柱を立てたのですね。

しかし 3 点目として、全部やれるのかということ。そんなことはやれるわけではないのに、院内調査は重要ですと書いてあるだけで、院内調査との関連性などに不明確さが残り、また実際に第三者機関が全部やるわけにはいかんだろうと問題も残っていたわけです。そのうちに、これがいろんな意味で批判されますね。

民主党案

- ◆ 大綱案は結局、警察に届け出るわけであり、現状を变革しない
- ◆ むしろ医療事故には次の3点セットで対処
 - ①院内事故調
 - ②メディエーター
 - ③無過失補償
- ◆ 医療事故を個別化して、紛争解決だけに視野を限定

次に、自民党政権のもとで厚労省検討会が作成し大綱案に代わってでてきたのが民主党案です。第三者機関なんて要らない、結局医療事故はこれでいいのだよ、という 3 点セットです、3 つですけれども。院内事故調で十分。それで満足を得られないような（死亡事故の）遺族には、メディエーターという人がいろいろ対処してあげる。3 つ目が、さらに無過失補償、医療事故というのは不可避のところがあるから、みんなで負担して無過失補償というので、一定の金額だけは、不運でしたねという形で、まああげるっていうようなシステムを考えたらどうかっていうわけです。

まあちょっと民主党案で無過失補償っていうと、財源のことは何も考えていなかったのではないかというのが、すぐ出てくるのですが、実際そうなのです、これもね。ともかくしかし、こういうのでやると。これはどういう発想かということ、医療事故がそれぞれ一つ一つ別々で、そこだけうまくなんとかおさめればいいという発想ですよ。まあでも、それはそれだって意味があるのかもしれない。

医療安全調査機構企画書案

◆ 2012年12月 3つの特色

- ◆ 1 医療者が結束して、民間主体の、医療事故調査体制を樹立。目的は、原因究明と再発防止。
- ◆ 2 刑事司法の介入の排除、特に医師法21条は改正
- ◆ 3 全件調査はできないので、第三者機関が主導して、院内事故調査、協働型調査、第三者機関による調査のいずれが適切かを判断

3 番目の提案として、今度の医療安全調査機構の企画書案というのは、3 つ特色があるとするとこういうことだと理解しています。1. 今度は、公的機関ではなく民間主体の、例えば医師会とか医学会とかそういう人たちが、つまり医者を中心に

なって、自分たちが医療事故の調査体制を民間で築きます、目的は原因究明と再発防止です。それは医者の願いでもあります、という基本的な枠組みを作った。2 つめですが、刑事司法の介入だけは勘弁してくれと。それは何の意味もないから。医者が困るだけじゃなくて、患者にとっても何にもならんからというので。特に医師法 21 条の改正だけは最低限やってもらいたい。3 つ、全件調査はできないので、第三者機関が主導して、院内事故調査・共同型調査・第三者機関による調査のいずれが適切かを判断するような仕組み。透明性を確保しながらやっていくと。まあこういうものを構想することにしました。

日本医療安全調査機構の企画書

第三者機関設置の目的と基本となる考え方

- 1) 第三者機関は、医療事故の原因究明と再発防止を目的とする。
- 2) 第三者機関の活動は、医療事故の全貌を可能な限り把握し、それにより医療機関内の医療事故調査、医療安全の活動と我が国の医療安全に資することを基本とする。
- 3) 医師法 21 条を何らかの形で改正し、警察に届け出て刑事手続につなぐのではなく、医療専門家が検証するシステムを作る

原案は、今日添付書類にあるので、あとで読んでいただければわかると思いますけれども、私がまとめると今述べたような 3 つの特色があります。

この表で書かれているのは同じことをいっているだけなので。2 のところだけちょっと下線をひいたので。第三者機関というのは、その事件で被害者が気の毒だとかいうことだけではなくて、日本において医療事故が一体どういう場面でどれだけあるかということ、全件把握はできないかもしれないけれども、全体像を明らかにして、どの医療機関でもこういうことは起こりうるのだから、それはやはりどこでも少なくしていったほうがいいでしょう、という、そういう社会全体の

意義ってことを考えるような機関だということですね。そういうことを考えようとしている、そういう第三者機関にしたい、ということを出しているわけです。

2013年4月18日厚労省検討会での素案

3つの特色

- 1. 民間組織としての第三者機関。その目的は、原因究明と再発防止。
- 2. 院内事故調を原則とする。それで不十分な場合に、第三者機関。ただし、院内事故調のあり方については、別に工夫する。
- 3. 行政処分にはつながない。刑事処分にもふれない。ただし、第三者機関から警察への報告もしない。

一昨日の厚労省の検討会っていうのは、私はたまたま欠席だったので本当は検討会の雰囲気も十分わからないのですが、素案だけは今日の資料につけましたから、こういうことでまとめられないかということになりました（なお、その後、検討会はこの線で報告書をまとめ、2014年1月時点では、今年の通常国会における医療法改正に入れられる予定です。情報の補足です）。

1. 民間組織としての第三者機関。その目的は原因究明と再発防止。これはさっきの医療安全調査機構案と軌を一にしているわけですよね。大綱案とは今度は別で、民間組織でやってみようというわけですから。

2. ですが、院内事故調を原則とする。それで不十分な患者・家族がいる場合には、第三者機関。ただし、院内事故調のあり方については院内だけ、みたいな話にするかどうかは工夫の余地がある、ということですね。

3 つめで、行政処分にはつながない。そこでの調査結果は、刑事処分にも触れない。とうのは、刑事処分をやめてくれということもいわない、それは今まで通り。ただし、第三者機関から大綱案

みたいに、これはひどいと思っても警察への報告もしない、こういうようなことであります。

第三者機関・第三者委員会

例1 全柔連の第三者委員会 柔道関係者は入らず
例2 JR西日本の事故→院内調査委員会です十分だと思
うか？ いやすでに鉄道事故には第三者機関あり
それならそれに倣うのが常道、人が死亡した点でも同じ
しかし、鉄道事故とは件数ははるかに異なる
例3
X弁護士事務所の弁護士Yが、依頼人の財産を喪失。
→事務所内委員会で十分だと思うか？
→弁護士会で調査、場合によっては処分

それで、第三者機関とか第三者委員会というのは、日本で大流行になっていてですね、これを医療の場面ではどういうものかを考えた方がいいかというのが、我々の課題だと思います。

医療における第三者機関

- 専門性が必要(医師が中心にならざるを得ない)
- 「院内調査」にも、中立性や透明性確保が必須

- 医療における透明性・中立性
- →医療事故の届出(宛先は警察ではない)
- →調査の方法、調査委員会設置のプロセスにも透明性が必要→第三者機関との協議・相談
- →原則として、外部からの委員(医療専門家)の登用
- →調査結果の報告と公表 それを再発防止につなげる

それで、他との大きな違いはですね、例えば、私と同じような人間が5人入って調査に入っても、絶対何の意味もないのです、医療事故については、素人だから。法律家だけで5人はいったって、なんの意味もないのですよ、本当に。解剖のところで卒倒するだけですから、私なんかは気が小さいから。だから専門性が必要なのです。

やはり医者が中心にならざるをえない、まさに

医者の自己責任というのかな、あるいはゲーテの言葉で言うなら、「医者なしではやっていけない」のが医療事故の第三者機関なのです。そして医者のような専門家には、やはり自律的な責任を果たすということでやってもらいたい、ということですからね。

そのなかでどうやって透明性・中立性・専門性、結局国民の信頼を確保するかというところに工夫が必要だということです。医療事故というのは、みんなが困る、ないほうがいいわけですから、事故ですから。そこでですね、やっぱり工夫と知恵が必要で、今日は色んな方に、まずモデル事業でどんなことをやってきたかということについて、本間さん・日留川さんに20分ずつお話ししていただいた後、休憩をとったあと、色んな立場の人に、こういう第三者機関があったらいいね、とか、今までのやり方でこういう点はどうだったか、というような質問をしてもらって、少し理解を深めたい、あるいは議論を先に進めたいと思っております。ご清聴どうもありがとうございました。

医療事故を調査する第三者機関 —その意義と役割—

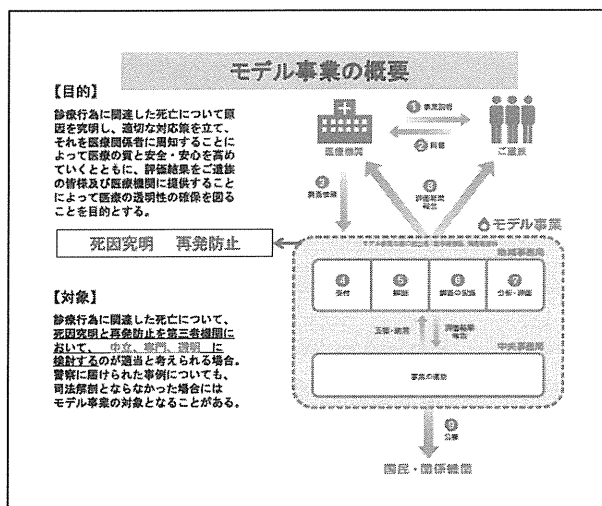
本間 覚

筑波大学 医学医療系 臨床医療管理部
モデル事業茨城地域 総合調整医
国立大学附属病院医療安全協議会「モデル事業の評価」PJリーダー

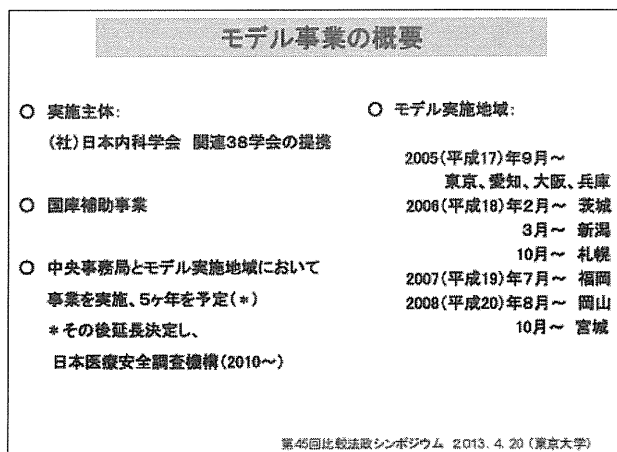
第45回比較法政シンポジウム 2013. 4. 20 (筑波大学)

本間：筑波大学の本間と申します。樋口先生は、私の医療の法律的な面を長い間アドバイスいただいたりしておりました。私は、もともとは集中治療医と循環器内科医をやっていたのですが、10年前からこういう、先程話したような医療崩壊のようなことを目の当たりにしまして、私も、あとで話す長尾先生も、ある意味で人生が変わったのではないかと思います。私がここで今お話ししようと思っているのは、医療事故を調査する第三者機関というものについてです。

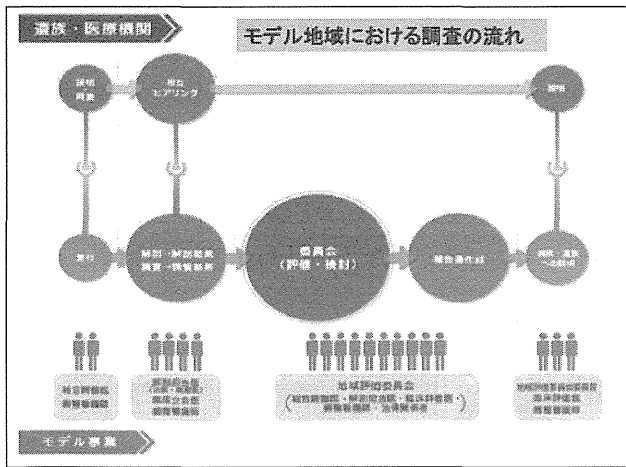
防止。これだったら医師として人生を懸けてもいいかなと思いました。これがはっきりしないと世の中は良くなりませんし、事故の解決も遺族の気持ちも収まらない。医療も進歩しない。これは切実と思いました。



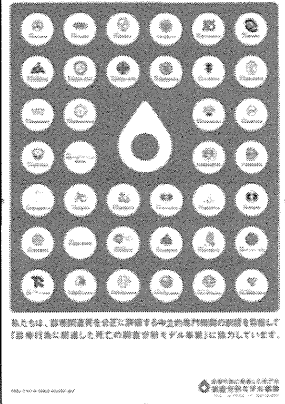
モデル事業の制度設計にあたった方がこの2つを前面に出したということは、今2005年の資料を見ても、私はこれは真に正しいと思います。もう1つその右下にある、中立と専門と透明性。ここも私はすごい先見の明がある言葉だと思っています。



皆さんご存知の方も多いと思いますが、まずモデル事業の概要、その目的と対象についてご説明します。医療事故の第三者機関というのは、2005年に実際に動き始めまして、色々あるのですが、一番私が大事だと思っているのは死因究明と再発



中立というのは、やっているとはわかりますが、実に奥が深い重要な要所です。私も地域社会に住んでおりますし、色々な仲間や医療機関との関係はあります。広い意味で医療の世界は、ある意味でみんな知っている人であります。しかしですね、この死因究明と再発防止に関しては、これだけを求めると、それ以外を考えないと。これは医療機関の方にも説明していますし、遺族の方にも、この2つだけをやるのだと明言しました。絶対にぶれてはいけない。そういうことを、めっぼう身に沁みながらやってきました。それから次の、専門。



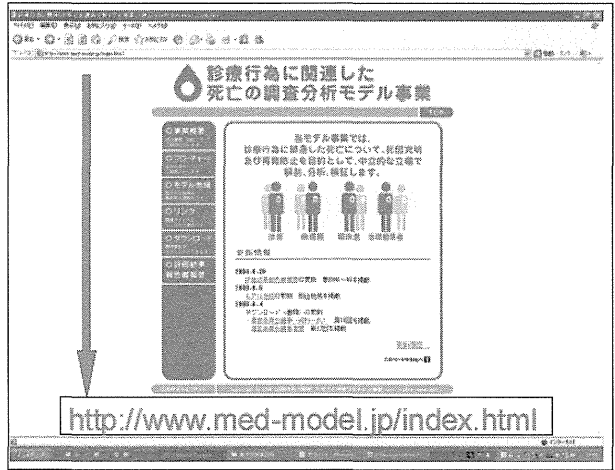
関連38学会の提携 (日本〇〇学会)

内科、外科、病理、法医、医学放射線
眼科、救急、形成外科、産婦人科、
耳鼻咽喉科、小児科、整形外科、
精神神経、脳神経外科、泌尿器科、
皮膚科、麻酔科、リハビリテーション医、
臨床検査医、歯科医、消化器病、肝臓、
循環器、内分泌、糖尿病、腎臓、血液、
呼吸器、神経、感染症、老年医、
アレルギー、リウマチ、胸部外科、
呼吸器外科、消化器外科、小児外科、
心臓血管外科

第45回比較法取シンポジウム 2013. 4. 20 (東京大学)

先程樋口先生の言葉にあったように、医療のすべての学会がこの事業に賛同してくれているので、すべての学会から支援を受けられます。これもすごく大事なことで、ここで決まった、あるいは調

査したことはですね、100人が100人じゃなくてもいいが、学会員100人のうち51人以上が「そうだよね」と言ってくれるようなものでなければいけない、そうでない調査では、かえってモデル事業は信頼を失う結果になると思います。そういう意味で専門性を非常に大事にして運営しました。



それから透明性。これも実はすごく大事なことで、これは遺族や医療機関のためだけでなく、私自身にとっても重要でした、「こういうものに対して、こういう情報をもとに、こういうふうの結果を出した」ことで、なんとというか、私の無私なことが初めて証明される、という気分でしょうか。遺族や医療機関は、困って、あるいは、わからない・色々な意味でデシジョンできない事情があるから、私達はやっているのですが、結果は（遺族や医療機関が思う結果と必ず）違うのです。違うのだけれども、「それはこうだからこう違うのだよ」というふうなことを、私自身を社会に呈示できないと、私もその地域でこれを続けていくのは難しいかもしれません。社会に見せて、「これはこういうデータをもとに、こう判断したんだよ」と言えば、たとえ少数の非同意者がいたとしても、みんなの共感をもらえるはず、それを信じるというのが実際であります。この3つですね。この3つが非常に重要だと思いました。

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

TOP

- 事業概要
- フローチャート
- モデル地域
- リンク
- ダウンロード
- 評価結果報告書概要

全事例

全件数：40 ページ数：11/16

事例	年齢	状況	ダウンロード
事例1	86歳代 (男性)	A樹冠において、肝内胆管癌の疑いの診断の下に行った肝切除手術の過程に、血管損傷に伴う大量出血を来し、出血性ショックに陥った。手術終了後10日に死亡した。	15KB
事例2	76歳代 (女性)	統合失調症にて外傷治療中。X線、超音波などの検査で肺炎へ入院後、病室にて加齢、労作、過労、咳、嘔吐を服用し入院、翌日の朝に死亡。	12KB
事例3	70歳代 (男性)	A樹冠において、大腸多発ポリープに対して行われた内視鏡摘除術により大腸穿孔が合併し、それによる腹膜炎に対する手術が行われた。経腸栄養した翌日に死亡した。	24KB
事例4	80歳代 (女性)	前日より発熱がみられた状態で、予定されて	15KB

2005年からやってきて、5年間は内科学会が主催し、その後は医療安全調査機構がやっている。細かいことは除きます。ご存知のように、解剖の評価と臨床の評価が2本立てだというものです。それが、臨床と解剖の事実をまずきっちり確定させた後に、それをどう考えるかというのを、学会の推薦など、さきほどの専門性と中立性とをきっちり守れる人、そういう人間に議論してもらい、そして結論を出す、そういうことでやってきました。結論は、医療機関と遺族の方にはしっかり文面を出し、あとそれをどう使うかはその人達の良識にお任せする、こういう方針でやっていました。38学会、数は開始当時ですが、この事業が今まで維持できた、本当の意味はですね、調査を始めようと「明朝の解剖に来てくれ」と言った時に、自分の仕事を後回しにして来てくれる、優秀な医師や看護師、そういう人達によって成り立っているということです、学会および個人に社会貢献しようという意志が確かにあることが、バックボーンになっていると思います。

各地域の現状

※所在地域代表

	東京	愛知	大阪	兵庫	滋賀
窓口事務所	モデル事業 東京地域事務局	滋賀県医師会	大阪大学医学部 法医学教室	神戸大学医学部 法医学教室	新潟大学医学部 法医学教室
受付時間	月～金 9:00-17:00	月～木 9:00-17:00 金、祝日の前日 9:00-12:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-16:00	月～金 9:00-17:00
原則土日対応	場合による	無	無	無	無
対象医療機関	東京都内の医療機関	愛知県内の医療機関	大阪府内の医療機関	神戸市内の医療機関 (西区と北区を除く)	新潟県内の医療機関
総合調整室	宮田(法)・植永(監) 大井(救急)・藤山(病) 山口(内)・基本(外)	池田(病)・鎌尾(法)	竹嶋(法)・荒川(内)	長崎(監)・上野(法)	山内(法)・内藤(病) 江村(病)・出野(法) 関谷(病)
調整室医師	3名常勤、1名非常勤 (3.5名体制)	1人常勤	1名常勤、5人非常勤	1人非常勤	1人常勤
特別協力施設	東京大学 筑波大学 東京慈恵会医科大学 昭和大学 日本大学 順天堂大学 東京女子医科大学 東京都監察医務院 法の学部 日本医科大学	藤田医科大学 名古屋大学 名古屋大学 名古屋大学 愛知医科大学	大阪府医師会事務所	兵庫県医師会事務所	新潟大学 長岡赤十字病院 新潟県立中央病院

各地域の現状

※所在地域代表

	茨城	札幌	福岡	岡山	宮城
窓口事務所	筑波大学付属病院 病棟部	49名法人 札幌医科大学 センター	福岡県医師会	岡山県医師会	東北大学病院 心臓血管外科病棟内
受付時間	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00
原則土日対応	無	無	無	無	無
対象医療機関	茨城県内の医療機関	札幌市・小樽市 石狩市・江別市 苫小牧市・北広島市 釧路市・千歳市 の各医療機関	福岡県内の医療機関	岡山県内の医療機関	宮城県内の医療機関
総合調整室	井口(病)・本間(内)	松本(法)・寺村(病) 島本(内)・加藤(外)	堤(病監)・齋藤(病監) 大木(病監)・志石(病) 池田(法)・堀田(内) 大藤(内)・堀沢(内) 高尾(内)・田中(外) 白田(外)・白木(外) 藤原(外)	丹羽(監)・赤島(病監) 清水(外)・森田(病) 有田(病)・内田(病) 青山(外)・森田(外)	田村(外)・船山(生) 佐野(病)・上月(内) 下瀬川(内)
調整室医師	1人常勤	1人常勤	1人常勤	1人常勤、3人非常勤	1人常勤
特別協力施設	筑波大学 筑波メディカルセン ター	札幌医科大学 北海道大学	九州大学 福岡大学 久留米大学 産業医科大学	岡山大学 川崎医科大学	東北大学病院 国立病院機構仙台医 療センター

調査結果は調査機構のホームページで公表されております。調査件数は、日本中で約200件になろうとしているところですが、そのうちの公表が150弱くらいのところまでできております。この8年間、今は10地域です。今茨城は東京と一緒に事務局をやっています。樋口先生から一体何をやっているんだということをわかりやすく説明しなさいといわれているので、これまでの経験についてごくかいつまんでお話しします。

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」
受付事例から

事例1

受付年月日— 平成18年2月15日
解剖年月日— 平成18年2月15日
評価結果の説明会— 平成18年12月1日(約10ヶ月)

70歳代 女性

徐脈性失神発作を起こした患者に永久ペースメーカーを挿入した後、状態が急変し数時間後に死亡した。

第45回比較法政シンポジウム 2013.4.20(東京大学)

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」
受付事例から

事例2

受付年月日— 平成18年5月10日
解剖年月日— 平成18年5月11日
評価結果の説明会— 平成19年3月29日(約10ヶ月)

70歳代 女性

頸椎骨折後の後頭部痛に対して後頭神経ブロックを行ったところ心肺停止し、蘇生術を行ったが約3週間後に死亡。

第45回比較法政シンポジウム 2013.4.20(東京大学)

事例1, 70歳代の女性がペースメーカーを入れた直後に、病棟に戻るエレベーターの中で心肺停止し、その後亡くなったという事例がございます。当然だれもが不思議に思うわけで、何かがあってもう一つ何かがあると、この二つをつなげて考えるというのは、昔から人間の本性としてあります。結果をいうと、この事例は心筋膿瘍といって、心臓自体がドロドロに膿の塊のようになっていたので、ペースメーカーを入れてもその心臓が作動しなかった。心臓が止まりそうな人にペースメーカーを挿入することは正しい医療行為だったのだけれども、それでは根本原因を防止できなかった。膿瘍の診断も難しかったということで、再発防止策はありませんと。ここはもうズバリそういうふうな結論にしています。

事例2 をかいつまんで説明しますと、頸椎骨折後の後頭部痛。首がもう文字通りあの世に行きたいほど痛いという女性に請われて、首のところから針を刺して、キシロカインという鎮痛薬を注射したところ、約2-3分後に本当にあの世に行かれたというものです。これは結論からいうと、長い針で首を曲げて入れたために、いわゆる脊髄の中に薬が入ってお亡くなりになったというふうに考えました。

非常に残念なことなのですが、ここにはエラーと再発防止策があります。その先生から実際にお話を聞いたり、実際に打ち方について話したのですが、この方はその方法を20年間やってきたと。この患者さんにも実はもう何回もやっていて、「あなたの麻酔はとてもよく効くからまたやってほしい」と言われていて、遺族の方もそれは知っていると。しかし、それはそうとして、一般病棟でそれをやるのは非常に危険である、集中治療管理しながら実施する手技である、ということで、再発防止策は、(麻酔手技の)再教育となりました。

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」
受付事例から

事例3

受付年月日— 平成19年4月18日
解剖年月日— 平成19年4月19日
評価結果の説明会— 平成19年12月12日(約8ヶ月)

60歳代 男性

発熱にて病院を受診、投薬を受けて入所中の老健施設に帰り、昼食摂取した。12時30分頃異常なく生活していたが、13時10分心肺停止状態で発見された。

第45回比較法政シンポジウム 2013. 4. 20 (東京大学)

事例3のような事故は、これから多くなるかもしれません。色々なことが起こるのは病院だけではなく、老健施設あるいは介護施設や自宅でも起こります。医療行為があったかないかではなく、適切な医療行為をしなかった（不作為の）ため何かが起こったということもあります。この事例では、風邪薬をもらった後に老健施設に戻りベッドの上で亡くなっていたというものです、医療行為が関連した死亡の調査分析事業の対象にするかどうか私達は悩みました。

風邪薬を疑う者は誰もいませんでしたが、何か他にやってあげることがあったかもしれないという悔やみと何ものかへの期待、医療行為の不作為があったのではないかという、市民や国民の声にも応えた方がいいと思ひまして、これは入れました。実際のところ、解剖と臨床所見から、たくさんの疑いや懸念を否定し、診断名はおそらく致死性不整脈だろうというのがみんなの意見の結論です。納得できたかどうかはわかりませんが、整理はできたと思ひます。

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」
受付事例から

事例4

受付年月日— 平成20年2月19日
解剖年月日— 平成20年2月19日
評価結果の説明会— 平成20年8月29日(約6ヶ月)

0歳代 男性

在胎30週の重症仮死状態で出生。胎児水腫と診断。人工呼吸、ドレナージおよび臍静脈カテーテルを用いた輸液等を行い、NICU管理。2週後から乏尿と腹水増加。輸液経路を変え臍静脈カテを抜去した後ゆるやかに血圧低下し死亡。

第45回比較法政シンポジウム 2013. 4. 20 (東京大学)

事例4は、子供が胎児水腫といって体中がむくんだ状態で、点滴をしたいが、どこからも点滴が入らないので、臍静脈というへその緒の静脈からカテーテルを入れてこの子供の治療をするところが2週間くらいしてくると、入れた点滴液がその人のお腹の中の腹水と一緒に出てきた。要するに血管の中に入れていたものが、血管の外に漏れ、それが病状を悪化させたということで、医療行為に関連した死亡として調査を行いました。

これは非常に専門的なことですが、臍静脈に入れたカテーテルの先端が長い間肝臓の近くにあると、その肝臓が高濃度の栄養などによって壊死して、その肝臓の表面から漏れ始める可能性があることがわかりました。一流のNICUでしたけれども、実は誰も知らなかった。10年くらい前にドイツから報告があることが見つかり、「ああ、なるほど」とみんな理解しました。お母さんはですね、「ああ、そうなんですか。うちの子供はそれがわかっていたら亡くならなかったんですね。」と言いました。でも、「ありがとうございました」といって帰りました。この事例では、医療の最先端というか、高度な専門性をもって解決できた、さらにこの事例を解明したことによって、新生児の医療は確実に良くなると思ひました。

「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」
受付事例から

事例5

受付年月日— 平成21年5月3日
解剖年月日— 平成21年5月3日
評価結果の説明会— 平成22年4月21日(約12ヶ月)

40歳代男性。

全身麻酔下の副鼻腔内視鏡手術中に突然血圧が上昇し、その後瞳孔が異なる。緊急CTにより脳くも膜下出血が疑われ、転院して治療するが12日後に死亡。

第46回比較法政シンポジウム 2013. 4. 20 (東京大学)

事例 5. 蓄膿症の手術中に、くも膜下出血が起こって亡くなったわけです。遺族から見れば、「なぜ手術中に出血が起こって亡くなったのでしょうか」というのが率直な質問で、それに対して「即答は難しい、よく調べよう」ということで調査になりました。血圧が上がるのと目の玉が動く(出血の兆候)のはどちらが先か、というようなことを細かく検討した結果、これは動脈瘤の破裂が、手術中に偶然起こったということで、両者が関係した可能性は極めて少ない、と委員にはほぼわかりました。しかし、わかるのと説明できるのは違います。「ないことをないと証明する」のは、「あることをあると証明する」ことに比べて実はすごく難しいことで苦労します。あり得る可能性をすべて挙げて、ひとつずつ説明することにしました。

結果として、遺族の方は私達の説明を受け入れてくれました。その背景には、偶然、説明会の直前に、ある野球選手が練習中にくも膜下出血で亡くなって、それは動脈瘤だったという新聞記事が出たことが大きく影響したように思います。また、当事者でなく第三者からの説明であるということも重要だったと思います。誰でも言い訳と感じたら受け入れ難いはずなので。(中略)

結果の要約

10事例のうち、

- 1) 医療関連死の疑い: 8例は術(処置)後のため関連死とされ、2例(感冒、死産)は不明。
- 2) 新たな死因の判明: 4例は解剖、2例は臨床、2例は両者によって判明。
死亡時診断のままは、2例(不整脈、くも膜下出血)。
- 3) 再発防止策: 5例はなし(不可抗力)。5例では、以下の通り。
 - a 教育の改善: 卒後麻酔実技の研修、臍静脈カテ専門知識の普及、(患者教育)、侵襲手技の手順標準化
 - b システムの改善: 夜間チーム医療体制の改善
- 4) 調査の契機: 6例は管理者・GRMの決断、4例は病理解剖拒否、2例は遺族
- 5) 医療関連死だったか? 5例は医療関連死(カテ1件、穿刺2件、術後出血2件、うち4例に改善策、うち3件は重篤な病状)。5例は病死。

このようなことを実際にやってきまして、まともてみますと、すべての事例で医療行為があつて、それから何か不具合があつて、それらを結び付けて医療行為関連死の疑いということが入ってきます。しかし実際に調査してみると、医療行為に関連したのではない、あるいは2つのことが偶発的に、特定の医療行為がなくても起こったであろうということが、約半分ございました。

それから再発防止策は、医療行為が関連しているものを中心に、有力な再発防止策があると思われました。それから、当初誰もわからなかった死因が、少なくとも確定できないような死因が、この事業によってほぼ全例で確定しました、というのは、たいへん重要なことと思います。

症例	現象	判明した新たな死因	再発防止策	調査期間	「関連」
1(70F)	PM移植後心停止(房室ブロック)	心筋梗塞(脳)	なし	10ヶ月	なし
2(70F)	局麻後心臓停止(頸椎骨折)	脊髄麻酔(脳)	麻酔手技卒業教育	10ヶ月	◎穿刺
3(80M)	心停止(感冒)	なし	なし	8ヶ月	なし
4(0M)	補液後循環血液減少死(胎死水腫)	肝壊死(脳)	臍静脈カテ入替	6ヶ月	◎カテ
5(0M)	死産(微弱陣痛)	常胎早剥(解)	患者教育	5ヶ月	なし
6(80M)	PVシャント後突然死(脳癌)	大腸穿孔(脳) 敗血症性ショック(脳)	なし	6ヶ月	なし
7(40M)	術中死(副鼻腔炎・くも膜下出血)	なし	なし	12ヶ月	なし
8(50F)	術後呼吸停止(大腿骨折・併合失調症)	気道内大量分泌(解) 循環血液減少(脳)	夜間チーム医療	9ヶ月	◎術後出血
9(80M)	胸腔穿孔後心臓停止(DM性アチロース・DNR)	肺穿孔・出血(解)	穿刺手順の標準化	5ヶ月	◎穿刺
10(80M)	術後呼吸停止(十二指腸癌)	肺動脈出血(解)	なし	6ヶ月	◎術後出血

医療行為が関連したかどうかかが表右のコメントです。関連していないのが半分。これは亡くなった時に、医療行為の途中であるけれども、医療

行為が本当に関連したかしないかは医療従事者でも難しいというのが事実です。これは医療行為には関連してないよ、と最初からわかれば、病理解剖を普通にすればいいだけなのですが、そこまではわからないというようなことが、実際にある。証拠がないから、これは正しい態度なのです。

これはおそらくモデル事業だけではなくて、行政解剖や法医解剖や、あるいは病理解剖している中にも、出てくる問題だと思います。そういう意味では、単に解剖すればよいではなくて、その解剖結果を見ながら、話し合うことが大切。警察の場合、目的が違うので、解剖結果を公表するというのは今は無理かもしれないけれど、1回警察にいったものでも実際これは病理解剖が相当であったというものもあると思うので、そういうことはお互い開示しあう方が、国民のためになると思います。

要約と考察

1 調査対象の選択

- a 調査の依頼：多くは医療行為に引き続いて死亡したため関連が疑われ依頼された。一方、少数例は、医療の不作為が疑われ、調査を依頼された。
 - b 誰の意向か：病院管理者と遺族の意向が多いが、解剖医の意向も影響した。
 - c 医療関連死だったか？：結果的には、半数が医療関連死で、半数は病死だった。
- <考察1> 医療関連死において死亡の経緯を正しく解明することは容易ではない。病理医・臨床医・法医の調査チームが協議し、適切な解剖にトリアージして、調査を進めることが重要である。

2 調査の意義

- a 死因の解明：8割で新しい死因が解明された。解剖と臨床評価は同程度に貢献した。2割で隠れた死因がないことを証明するのも重要だった。
 - b 再発防止策：半数で防止策を作成し公表した(麻酔実技・臍静脈カテ・産科患者教育、穿刺手技標準化、夜間チーム医療体制)。
- <考察2> 解剖医と臨床医が協力し調査すれば死因を解明できる。対策が半数で作成され今後の再発防止に役立つ。半数は今後の診療に役立つと考えられた。

もう一つ、モデル事業に入るときには、誰が一番調査を依頼したほうがいいと思ったか検討しました。これは内情ですが、GRMという医療安全管理者、それから遺族が中心になった事例もあります。最近多いのは、病院長が第三者に解剖を依頼した方がいいと判断したもの。さらに、病理解剖を病理医が断ったのがきっかけになったというものもあります。ご存知のように、死体解剖保存法により、解剖する病理医や法医にも、異状死を報

告する義務があります。臨床から離れた解剖医には、大きな負担(ジレンマ)です、ここにもモデル事業の意味があります。

要約と考察です、多くは医療行為に引き続いて死亡したために関連性が疑われて依頼されました。一方少数例は、医療の不作為が疑われて調査が依頼されました。実際に医療関連死だったかという点については半々で、半分は医療関連死、半分は病死でした。考察としては、医療関連死の死亡時診断は容易ではない、しかし死因が不詳な事例を、病理医・臨床医・法医の調査チームが協議して、適切な解剖にトリアージすることは非常に大事だというふうに思いました。

調査の意義ですけれども、8割で新しい死因が解明されたということから、解明されることは断言できると思います。と同時に、そこには、人智で改善できるものと改善できないものが半々、厳しい意味で、半分は明確な再発防止策があります。

ちなみにそこで書いたようにですね、麻酔手技の教育をしよう、臍静脈カテーテルの管理は長い間留置しないようにしよう、産科のときは患者にも教育しよう、穿刺の手技を標準化しよう、それから夜間の医療もチーム医療でやろう、これらははっきりいうと、私達の病院ではこれを全部知っているからやっています。そういう意味では、原因を解明して、何が大事かをはっきりさせて、大事なことができていなかったというものについては、それをやればいいわけで、これは即座に医療の質の改善に役立ちます。

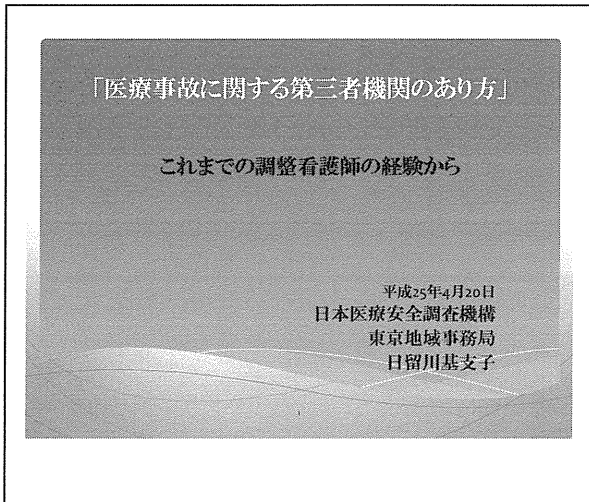
この改善策がない残りの半分はどうかと思いますが、それについても臨床医だったら「わかった、こういうことがあるんだな」と、「すぐには変えられないけれども、何とか今度からそれを考慮しよう」とみんな思います。そういう意味では、やればやっただけの意義をみんなが感じたと思います。

結 語

- 1 医療行為が関連する調査分析モデル事業では、解剖医と臨床医が協力して調査を進めることにより、ほとんどの事例で死亡時にわからなかった死因を解明できた。
- 2 死因の解明は、医療関連死の再発防止、または今後の診療の質向上に役立つと考えられた。
- 3 よい調査を行うために、臨床医、病理医および法医等の調査チームは、遺体を適切な解剖にトライージする必要がある。

第45回比較法医学シンポジウム 2013. 4. 20 (東京大学)

結語です。解剖医と臨床医が協力して調査を進めれば死因は必ず解明できます。そして医療関連死の再発防止策に役立ちます、さらに医療の質向上に役立つと考えられます。現在の病院では、死因が明らかな病死が多く、剖検率は15%と少ない。しかし、医療関連死では本当の死因は不明です。だから解剖したほうがよいと思います。そして、医療が本当に良かったか悪かったのか、こういうことを話し合うことが、医療ひいては国民の福祉、公益に寄与するのではないかと考えております。以上です。ご清聴ありがとうございました。



日留川：みなさま、こんにちは。私は、日本安全調査機構の東京地域事務局で調整看護師を務めさせていただいております、日留川と申します。どうかよろしくお願ひいたします。慣れませんものですから、お聞き苦しいことがあるかとは思いますが、どうか最後までよろしくお願ひいたします。

モデル事業：全国での広域連携 1169件 - 1256件累計

地域	青森	岩手	秋田	山形	福島	茨城	栃木	群馬	埼玉	東京	神奈川	千葉	合計
受理件数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
終了数	161												

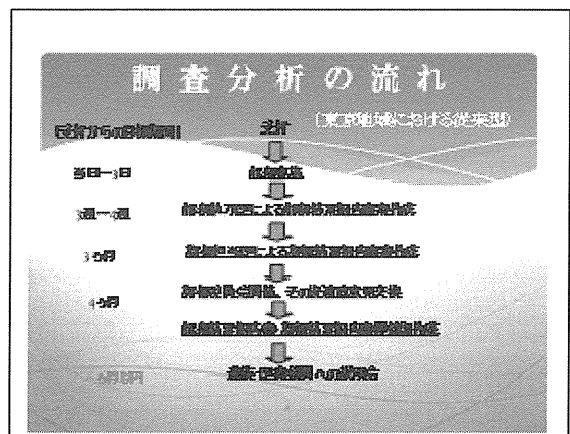
東京地域事務局の内部
事務室 3, 検査室 9, 分析室 6, 調整室 20

所属機関	東大	昭和	慶応	女子医大	聖隷	慶應義塾	東大	日産大	日大	慶応義塾	済生会	三井物産	その他
数	24	7	6	4	4	4	1	1	2	1	1	2	1

私が仕事をしておりますのは東京地域というところで、今児玉先生からお話がありましたように、全国で10か所の地域事務局がありまして、それぞれに看護師がおります。16年の9月から開始している事業ですので、25年4月現在までで、全部で197事例の受付をしておりまして、今もその受付もしておりますし、調査を続けているという状態です。終了しましたのが、今の時点では161事例

ということです。東京がやはり病院の数も多いですし人口も多いということで、一番事例が多くて、現在69事例を、今までで受け付けました。

それから、東京地域での特徴の一つだと思うのですが、解剖施設が12か所あるということで、曜日によって月曜日（は）東大とか、他の大学とか大きな病院にご協力いただいて、曜日によって担当していただく施設が決まっております。そこと調整をするという仕事が、私達最初の大きな山と申しますか、解剖の時点で大きな仕事の一つになっています。と申しますのは、大学以外の、例えば虎の門病院とか三井記念病院とか、そういった病院には法医の先生がいらっしゃらないということ、病院によっては、三井記念病院がそうなのですが、小児事例は受け付けないとか、あと大学によっても、法医の先生にご協力いただけないので他の大学から法医の先生を呼んでこなくてはいけなくて、そういった色々なことがありまして、結構そこで時間を要する、ということがあります。



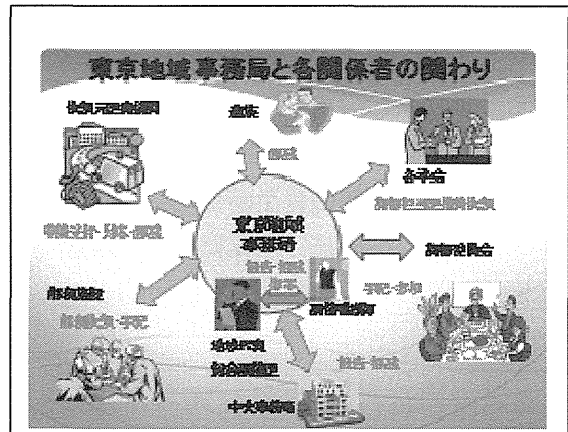
これはあくまでも、東京地域における調査分析の流れです。やはり、地域によって総合調整医や地域代表の先生方の考え方が様々でありまして、医療資源と申しますか色々な資源が違うので、この通りにやっているところはなかなかないのですが、東京ではこういうふうに行っているというご

紹介です。大体 6 か月以内にご遺族と医療機関にご報告をするという目標でやっておりますが、色々な諸事情ありまして、今のところ平均 10 か月、長くかかると 1 年以上 2 年近くかかる事例もあります。最初受け付けて、解剖を実施するまでに、週末なんかですと時間がかかってしまいますが、ほぼ 3 日以内には必ず解剖が実施されるようにやっております。東京では、解剖を実施しまして、解剖執刀医の先生、主に病理医の先生なのですが、病理の先生に解剖結果報告書案というのを作ってくださいのに、希望は 4 週間なのですが、早くて 2 か月、3 か月 4 か月かかる先生もおられます。その解剖結果報告書案を受けて、臨床評価医に評価結果報告書の作成に入っていただきます。この順番になりますので、結構時間がかかってしまうのです。最近では、先に評価の先生に事実経過を確認していただきながら評価を進めていただいたりなど、なるべく早く報告するための方法として、そのようにしていただいたりしております。

解剖結果報告書と評価結果報告書、どちらも案なのですが、それが作成されましたら、評価委員会を開催いたしますが、評価委員の先生方がすごく忙しい、学会の中核を占めているような先生方ですので、診療、研究、教育などにもものすごくお忙しい先生なので、そのあたりの日程調整で 1 か月 2 か月費やしてしまっていて開催が遅れる、ということもよくあります。

評価委員会で議論をして、その審議結果を踏まえて報告書案を改訂していただく、その改訂版を、また集まるというのも大変ですので、メールで審議して、報告書最終版を作成するという過程になります。最終版ができますと、ご遺族と医療機関へのご説明ということになります。この日程調整もなかなか大変で、説明会に出席していただく先生にまず日程を 3 つくらい挙げていただいて、その 3 つの中からご遺族に選んでいただいて、医療機関には申し訳ないのですが、その日でぜひお願いします、というふうにお願いしています。大

体平日の夜開催することが多いので、医療機関には日程についてご協力いただいて説明会を開催しております。



事務局と各関係者の関わりを図にしたものです。まず、東京地域が真ん中にきておりまして、周りの例えば、医療機関と評価委員の先生方とは、直接やりとりはしないようお願いしております。そうしないとご遺族が見た時に、医療機関と先生方が裏でつながって何か操作しているのではないかと、そういうことをよく言われたりする。この評価委員会のメンバーのお名前は、最後まで明かさないようにしています。

ですので、評価の過程で、病院へ「ここはどんなのだろう」という質問が評価委員会でよく出たりするのですが、そういう時は必ず事務局が入って、先生方の名前を明かさずにやり取りをしています。最初に医療機関からの事例の申請ということで受け付けるのですが、ご遺族から直接「このこと、あの病院で家族が亡くなったのだけれども、病院の病理解剖では信用できないのでこちらで調査してもらえないか」というような電話が入った時には、私共のほうから医療機関に申請を促したり、しっかりしたご遺族の方なんかは、「これは病院から申請なのです」とお話しすると、ご遺族がきちんと病院とやりとりをして、こちらに繋がったりすることもあります。こ

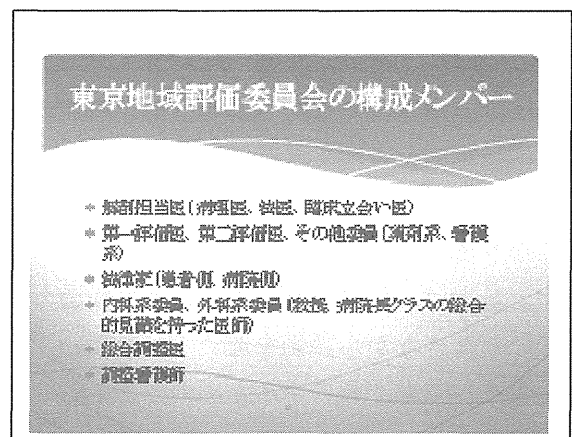
のように、必ず私達を通して、やりとりをさせていただくことになっています。

それから、解剖施設なのですけれども、先程申しましたように12か所あるのですけれども、法医がないとか臨床医がないとかそういった所もあるので、申請があつてから解剖にこぎつけるまでに、もう半日から翌日、結構時間がかかったりすることもあります。そのやりとりに結構時間がかかり、私達が、法医の先生が忙しくてどなたもつかまらない場合とかは、次々に先生に電話をして調整をするというようなことをしています。



それから、東京の場合は総合調整医が6人いらっしゃいまして、評価委員会に参加していただく総合調整医は原則1名、6名のうちの順番でそのうちの1名。それから地域代表というのは、総合調整医の中の一人なのですが、相談があつた時にその事例が果たして調査分析するのにふさわしい事例かどうかを判断されて、受けるかどうかを判断される総合調整医のことです。事例の相談が入りますと、私達は地域代表とやりとりをして、それを受けるかどうかを地域代表に決めていただきます。それから、地域代表のもう一つの仕事は、事例を受けた時に、その事例を評価する学会を決めていただくのです。東京の場合は、第一評価医、第二評価医というふうに評価する先生がいらっしゃって、外科系の事例ですと外科系の学会、今学会は57学会にご協力いただいているのです

けれども、その57学会の中からどこの学会に(評価担当医を)推薦いただくかというのを、地域代表が決めています。その学会とのやりとりも私達がやっております。評価医は、その申請があつた病院と直接関係のない、また診療に係わつた医師とは違う出身大学といった利害関係のない人を選ぶということで、学会にはそのようにお願いしています。



それから、評価委員会なのですが、評価委員会は原則開催が1回ということが多いです。2回3回やることがないこともないですが、大体1回で済ませて、先生方が一堂に会するということがなかなか困難ですので、1回開催してあとはメールで意見交換というふうにして、最終版を作っていくことになっております。なかなか先生方の都合がつかず、開催するのは日程調整がとても大変というのが、いつも思っていることです。それからこの、中央事務局とありますが、中央事務局には、色々な困った時とか事例が起きたとき、それから終わった時に報告をしています。東京は一緒のところにありますので、常にやりとりをして相談したり報告したりしています。