

## 医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会 第4回議事録

日時：平成24年6月14日（木）

15：00～17：16

場所：厚生労働省共用第8会議室（6階）

### ○宮本室長

定刻になりましたので、ただいまから、第4回「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に関する検討部会」を開催いたします。

山本座長でございますが、事故で移動中の電車内に閉じ込められたという連絡がございまして、大変恐縮ですが、座長からの指示で、このまま会議を進めていただきたいと思っております。座長が到着までの間、私どもの方で会議を進めさせていただきたいと思っております。どうか、よろしくお願いいたします。

本日の出欠でございますけれども、山本座長が、こちらに向かっておられますほか、有賀構成員より遅れる旨の御連絡をいただいております。

また、本田構成員、山口徹構成員より御欠席ということで御連絡をいただいております。

まず、冒頭に、藤田大臣政務官よりごあいさつをいただきます。よろしくお願い申し上げます。

### ○藤田政務官

政務官の藤田でございます。第4回の検討部会、御出席をいただきましてありがとうございます。今日は、NPO法人COML理事長の山口構成員の方から御意見を伺うということでございますが、その後に、

医療事故に係る調査の仕組みの在り方について議論を開始させていただき、ということといたしております。

前回までのヒアリングにおきましても、それぞれ御発言あるいは御指摘を多々いただいております。私も事後ではございますけれども、資料やあるいは発言メモ等々拝見いたしまして、大変重要な論点というのがたくさんあると、改めて痛感しているところでございます。

いよいよ、今回から具体的な仕組みの在り方について議論をさせていただきということで、この議論も佳境に入っていくことになるわけでございますので、引き続き構成員の皆様方には、活発な御議論をよろしくお願い申し上げたいと思っております。

私、いつもごあいさつだけで失礼して、本当に申し訳ないんですが、今日も、実は省内の事業レビューという、公開事業仕分けをやってございまして、副大臣、政務官で担当させていただいておりますので、今、そちらから抜けて、こちらにまいりましたが、直ちに戻らなければなりませんので、そのことをお許しいただきまして、ごあいさつとさせていただきます。

どうぞ、よろしくお願い申し上げます。

### ○山本座長

ありがとうございます。電車が止まりまして、遅参しまして失礼しました。

それでは、本日の会議の中身に入りたいと思っておりますが、まず、資料の確認を事務局の方からお願いいたします。

○川崎室長補佐

それでは、お手元の資料の確認をお願いいたします。座席表、議事次第、構成員名簿、これは、それぞれ1枚紙でございます。

それから、配付資料といたしまして、資料1、これが、前回、第3回の議事録でございます。

資料2、医療事故に係る調査の仕組みに対する意見、本日、ヒアリングを行います、山口構成員からの提出資料でございます。

資料3から5、これが、それぞれ1枚紙になってございます。医療事故に係る調査を行う目的について、同じく対象や範囲について、調査を行う組織についてということで、これまでに資料提出があったり、発言された内容についてまとめたものになっております。

参考資料といたしまして、参考資料1から3ですけれども、参考資料の1が、関係団体からの御意見について、第2回のヒアリングにおいて提出いただいた資料等をまとめたものでございます。

参考資料の2、これも前回提出しております資料でもありますが、医療事故に係る調査の目的等に関する構成員の御意見。

資料3、これも1枚紙ですが、今後の検討方針について。

以上でございます。乱丁、落丁等がございます場合には、事務局までお申し付けください。

資料の確認は、よろしいでしょうか。ありがとうございました。

○山本座長

それでは、議事に入らせていただきたいと思っております。本日の議題は2件、ヒアリングと医療事故に係る調査の仕組みの在り方についての検討ということですが、まず、議題1のヒアリングということで、本日は、山口育子構成員からお話をお伺いしたいと思っております。

資料2、医療事故に係る調査の仕組みに対する意見につきまして、NPO 法人ささえあい医療人権センターCOMLの理事長の山口育子構成員から御説明をお願いいたします。

○山口（育）構成員

COMLの山口でございます。私たちCOMLは、1990年から患者の自立と主体的な医療参加、そして、医療現場におけるよりよいコミュニケーションを求めて活動してまいりました。今日は、そういう立場から意見を申し述べたいと思っております。

まず、私たちの活動の日常の柱は、22年間にわたって5万件を超えて対応してきた電話相談です。電話相談には全国から患者・家族の生の声が届いております。そういう電話相談の経験で、特に、1999年から5年間ほど、医療不信の訴えがピークを迎えた時期がございました。月に500件を超え、1件の相談に、平均40分、中には1時間、1時間半を超えるような、「訴えたい」「納得いかない」という声が殺到したのです。

その後、メディアの報道の変化等々もございまして、訴えたいという相談は、とても減っておりますが、電話相談の中

心になっているのは、やはり医療者への苦情です。

そういう電話相談の経験、そして、もう一つには、COML では特に医療訴訟ということを推進する活動はしてまいりませんでした。患者側で医療訴訟を手がけている弁護士の方から調査協力依頼が届いたときに、協力医におつなぎするコーディネートを、これまで事業のひとつとしてまいりました。その2つの経験から、今日は意見をお伝えしたいと思っております。

特に、患者・家族の立場の方にとって、どういうことが医療事故かという、医療現場の方の医療事故という定義とやや違うところがございまして、納得いかなければ、ミスだ、事故だというようなことで電話をしてくる方が多いのです。

結果として、納得いかないときに、苦情となって相談が届くわけですけれども、では、どういうふうなときに納得いかないという結果になるのかというのが、1ページ目の下段に3つほどまとめてございます。

事前に受けていた説明と結果が異なる場合。そして、期待も含めてですけれども、思いどおりの結果にならなかった。そして、急変した、そういうような場合に納得がいけないというようなことで電話相談が入ってまいります。

では、この納得がいけないというところから、不信感へとなぜ発展するのかと原因を分析してみますと、やはり、説明不足ということ、そして、患者等、医療者の情報の共有が不十分である、そして、医療者の対応がよくない。特に、何か起

こったときの初期対応がすぐさまなされなかったとか、あるいは、言葉や態度が悪い、話がころころ変わる、そして、説明を求めても、それにきちんと対応してもらえない、謝ってくれない等々の思いが苦情となって、不信感へと発展していくわけです。

そういうときに、では何を望んでいらっしゃるのかを聞いてまいりますと、大体2ページ目の上段にあります5つの要求にまとめることができます。これまでのヒアリングにもいろんな方がおっしゃっていたことと、ほぼ同じだと思いますけれども、真実を究明したいということ。そして、医療者に非があるのならきちんと謝ってほしい、そして、賠償を求めたい、処分をしてほしい、そして、もう二度と同じようなことが起こってほしくないという再発防止です。

ここで、ちょっと説明がないということの訴えだけを少し、掘り下げてお伝えしたいと思います。インフォームド・コンセントの概念が浸透してまいりまして、説明の時間に1時間以上取るようなことが当たり前になってまいりました。にもかかわらず、「聞いていない」という訴えがいつまで経っても減らない。どうして「聞いていない」「こんなはずじゃない」となるのかを、いろいろとお聞きしてみますと、確かに実際に説明が不十分な場合、口頭では説明が漠然とあって、詳しいことは文書に書かれていたという場合もございます。ただ、実は一番多いのが、患者さんあるいは家族の方が「理解できていない」イコール「説明を聞いていない」ということになっていることです。

では、どうしてこういうことが起こるのかというと、今、インフォームド・コンセントが大切で、説明をすることが当たり前で必要になってきたために、医師はとても詳しい専門的な説明を時間をかけてされます。しかし、それをすべて理解できる人はそうそういません。その結果、理解できなかったことは、全部聞いていないということとイコールになってしまう。そして、情報量が多過ぎて受けとめられない、記憶を保持できない、そういったことも原因としてあるかなと思っています。

更に、一方、患者側の問題として、情報過多の時代になってきたことによって、インターネットの情報をうのみにしたり、自己判断をしたりして、思い込まれている方も多くなっています。こういうことも、実は説明を受けていないというような中に込められているということをお伝えしておきます。

そんな中で、では、納得いかないという結果に陥ったときに、何が重要かということ。これまでのヒアリングの中にも院内調査の必要性をかなりお話になっていました。勿論、私も院内調査をして、誠意ある十分な説明があって、患者側の方たちが理解、納得する、これが一番の理想だと思っています。

ただし、これまでのヒアリングで発表なされたような医療関係団体や医療機関のお取組みが、どの医療機関でも行われていないことに問題があるのです。

そうではない医療機関が、まだまだ存在するために、どうしても納得がいかないという訴えが、いつまで経っても減っ

ていかないのではないかと電話相談をお聞きしながら感じております。

では、その納得がいかないときに、どうしたいかですが、やはり、なぜ起きたのかという原因を究明したい、あるいは真実は何なのか、それが問題だったのかどうかを知りたい。しかし、それを患者側が求めたときに、現在、患者側が独自に意見を求められるような第三者機関はございません。そうすると、どのような方法があるかということ、セカンド・オピニオン外来が増えておりますが、トラブルや紛争を対象にしたものということは、対象外になっております。

そうすると、第三者の専門家の意見を聞こうと思うと、今の日本のシステムの中では、弁護士を介して、第三者の協力医に意見を求める方法しかないというのが現状です。

そうすると、当然ながら経済的な負担も生じてまいります。それから、COMLで経験していることからいいますと、弁護士さんがお求めになる協力医というのは、大体匿名で、複数の意見を求めている場合は、少ないと思います。そうすると、単独の協力医の意見で判断することになるわけですが、もしかしたら一般的には医療現場で受け入れられないような意見の可能性もあります。そして、臨床現場では、まだ、見解が分かれているようなこと、それから、治療方法が確定していないようなこと、そういう場合に、片方だけの意見を聞いてしまっているという可能性も否めないのではないかと思います。そして、協力医の経験、どんな医療機関で、どういうことに携わってきたの

かによっては、とても意見が異なる場合がありますので、この辺りも問題として出てきます。

更には、直接依頼者、患者側の方たちが協力医の意見を聞けるかということ、ほとんどの場合は弁護士を介して意見を聞くということになります。そうすると、協力医の意見を弁護士さんが間に入って説明されますので、真意が本当にそのまま伝わるのかどうかわかりません。それから、直接質問や確認ができないというようなことも問題点としてはあると思っています。

更に、3 ページ目の真ん中辺りに書いております。この医療事故に係る調査仕組みを考える上でも、とても大事な大前提ではないかなと、私が思っていることですが、こういう弁護士さんと協力医のコーディネートで今まで数多く携わらせていただいている中で、問題点が白黒付くようなことの方が、むしろ少なく、なかなか原因がわからないとか、あるいは医療の限界であることの方が多いのではないかなということを実感してきました。

更には、同じ専門家でも、専門家によって意見が異なることがあるのが当たり前で、それ以外にも、確立した治療方法がなかったり、どのような医療機関の規模なのかによってできる検査や治療が異なってくる。そういうことが、国民の共通理解として前提にならないと、この第三者機関ということの原因究明をすることも共通の理解になっていかないのではないかなという問題点も感じています。

更には、協力医の意見が得られたとし

ても、御自分にとって期待する回答が得られなかったときには「納得できない」と思う方が相当数いらっしゃるということも念頭に置いて考えていかないといけないと思っています。

こういうふうなことを前提にいたしまして、勿論、理想としては、院内調査があって、きちんと説明をされることだと、私も思っております。ただし、それに対して、納得いかないという方のための第三者機関というのは、やはり必要ではないかと思えます。

では、その第三者機関に対して、どのようなことが求められるのか、まず、3 ページの下の方にあります、公的に認められた機関というふうに書かせていただきました。

これは、第三者機関を公的機関に置くという意味ではなく、例えば、医療機関が拒否をしない、あるいはできないのだという調整権のコンセンサスが医療機関から得られているということが前提になると、きちんとした第三者機関にはならないと思っています。

私のイメージでは、モデル事業をさらに充実させてバージョンアップしたようなイメージです。こういう第三者機関に対しては、やはりできる限り迅速な対応、そして、地域によって格差が生じず、簡素化した手続きが必要ではないかと思えます。

特に、モデル事業においては、医療機関しか申請できないということになっていきますけれども、やはり納得いかないという患者側からの直接の申請も可能にすべきではないかなと思えます。

更には、複数の専門家によって多角的な検証が行われる。そして、一つひとつの事案に応じた臨床経験ということで、実現不可能な意見を言っていたのでは、なかなかその問題に応じた対応ということができませんので、事案に応じた臨床経験者による検証ということが求められると思います。

そして、何よりも患者側に説明するときに、患者側と医療側の共通言語が理解できる方が中に入る必要があると考えています。モデル事業の調整看護師を更にスキルアップしたような、そして、人数も増やしていく必要がどうしても生じると思います。

次に、医療現場へのフィードバックということで、再発防止という言葉で言われますけれども、私は、医療の質の向上のためにも、こういうフィードバックが欠かせないと思っております。

どういうときに患者側が不満を感じたり、不信を抱くのかということを経験側も知ること、今後の医療の質が向上することにつながると考えます。

次に、調査対象ですけれども、今、モデル事業においては、死亡した方の場合だけを対象にしていますけれども、死亡した場合だけが重大な問題かという、そうではありません。やはり重い障害を持って生きていけないといけないという方にとっては、経済的にも精神的にも非常に負担が重くなることを考えたときに、果たして、死亡した方の場合だけでいいのか。しかし、そのような思いの一方で、対象を広げていくということは、もっと数が増えるということになります。そう

すると、どこまでを対象にするのかをだれが振り分け、判断するのか。それに財源の問題もあって、どこまでが可能なかを考えることも課題ではないか。とすれば、最初は限定的に死亡された方だけを対象にして、そこから段階的に、必要に応じて範囲を広げていくということも視野に入れて議論してはどうかと考えています。

そして、財源の問題です。納得いかないと思ったときに、どんな場合でも第三者機関に訴えられるというようなことになってしまうと、その財源をどこが捻出するのかという問題点になるかと思いません。

だとすれば、患者側からの申し出で依頼をする場合には、ある程度患者側の費用負担も考えていいのではないかとすることも、1つ意見としてお伝えしたいと思えます。

それから、資料には書きませんでした。刑事介入について触れたいと思えます。故意や悪質なものということは前提として論外ですけれども、やはり納得がいかないという内容のときに、警察の手が入るとするのは、私は見合わないのではないかと思っております。

これまでの相談やコーディネート事業の経験で、警察に通報して捜査が入ったばかりに、カルテ等々の資料を全部警察が持って行ってしまい、民事事件を起こそうにも、弁護士さんが頼んでも、捜査資料だからという理由で戻ってこなくて困っているという内容を複数聞いたこともございます。

更には、警察がどこまで医療という専

門性の高い分野の問題点を指摘したり、判断したりすることができるのかも疑問を抱いていますので、そのことを追加してお伝えしておきたいと思います。

最後に、やはり第三者機関をつくるために前提となる大切なことは、絵に描いた餅になってしまっただけでは意味がないので、実現可能な内容をポイントにして議論する必要があるのではないかということです。それを最後にお伝えして、私の意見を終わらせていただきます。

ありがとうございました。

#### ○山本座長

ありがとうございました。それでは、ただいまの御説明につきまして、御質問、御意見がありましたら、御自由にお願いたします。

どうぞ、中澤さん。

#### ○中澤構成員

患者さんの思いがいろいろよくわかって、非常に参考になったと思います。1つ御確認なんですけど、山口さんのお考えになっている第三者というのは、院内調査が、まず、第一義に来て、それに納得しないケースを患者さんの方から申し入れたものについて、第三者機関が対応するという考えでよろしいでしょうか。

#### ○山口（育）構成員

勿論、患者側からの申し入れもですが、例えば、院内調査をして説明をしても患者側が納得がいかない場合、医療機関が困ったときにも申請できるというような場合もイメージしております。

#### ○中澤構成員

あと、意見も入ってしまうんですけども、今日、目的に関する議題が入っておりますのでそれに関連して、2ページの中段にある要求内容というところに、5つあります。これは、非常によくまとまっていると思います。

処分は、今まで取り上げられていませんが、処分をしてほしいという意向が入ると、ほかの目的に物すごく影響があります。

例えば、再発防止のための、しっかりした真実に基づいた供述が得られるかどうかというような問題とか、それから、処分と賠償ということと大きい問題で、もし、医療機関が自分で誤りを認めて患者さんに説明したときに、この感情が物すごく大きな場合は、前にもいろいろありましたが、院長が日本刀で追いかけられたり、というようなところまでいくこともあり、この処分が入るか、入らないかで、物すごい制度設計に関わってくると思うのです。今までは、処分にはつなげないという意向が入っていて、無視されているところもあるので、是非、真面目に議論していただいて、この是非はどうかということ議論していただけるとありがたいと思います。

#### ○山本座長

ほかに、御質問、御意見、どうぞ、飯田先生。

#### ○飯田構成員

山口構成員の御意見は、ほぼ賛成です。微妙なところではあると思いますが、今

の中澤構成員の御発言もそうですが、全日病の提案する処分では、懲罰委員会というのを設けています。これは、ちょっと誤解を招くので、ここで改めて説明します。それは、行政罰ということを考えているのではありません。最終的な、故意、悪質に関しては問題外ですけれども、そうではなかった場合に、まず、院内調査から院外調査があって、院外調査で医学的に問題があるとした場合には、指導的教育という意味です。ですから、行政罰としての資格停止ではなくて、我々考えているのは、医療団体として、あるいは病院長として、その特定の職種に関して、一定期間診療を、あるいは看護でもいいですが、停止する。その期間、教育して、その後、認めるというようなことを考えております。ですから、懲罰、処分という言葉の取り違いがあるといけませんので、改めて説明します。教育的指導をするというところまで押さえないと、やはり患者が納得しないだろうと考えています。

ただ、前にも我々としての考え方を示しましたが、図の下の方から点々で行政、警察に繋がっていますが、誤解を招くので、点線は基本的にはないと考えていただいた方がよろしいです。そうしないと、今みたいな誤解を受けますので、その部分は別の枠組でやるということです。

#### ○山本座長

ありがとうございます。ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、加藤先生。

#### ○加藤構成員

今日の資料2の2ページのところで、先ほど山口さんは、院内調査とか、こういう事故調査とかをした結果、それをきちんと説明して、納得が得られるというのが理想だというお話があったと思うんですけれども、もし、きちんと調べて、非常に大きな問題があったという場合、それは、法的に見れば、過失が明らかなケースというものが、現実には出てきたという場合には、私は、きちんと賠償してあげるのが当然だと思っているんですけれども、山口さんは、どんなふうにお感じでしょうか。

#### ○山口（育）構成員

実際に何か事故が起きて医療機関が非を認めてもらっしやるときには、もう既に直接の話し合いで示談交渉を実際にされていることがあると思います。医療機関が独自調査をして、何か問題があったということであれば、勿論、賠償ということは行われるべきだと思っております。

#### ○山本座長

加藤先生、よろしいでしょうか。それでは、ほかにいかがですか。

では、中澤さん。

#### ○中澤構成員

済みません、もう一回なんですけれども、ただいまの御発言の中でありました、医療機関の方で非を認めた場合ということなんです、私らは、これは院内で起きたことですから、病院が責任を取るべきだと考えておまして、それは、過失



るところだと、そのように思っています。

○山本座長  
どうぞ。

○鮎澤構成員

山口構成員、どうもありがとうございます。2点ほど教えてください。

まず、1点目、資料の最初のところに、1999年辺りから急増して、月に500件を超える時期もあったけれども、現在は、法的解決を求める相談がかなり減ってきているとあります。記憶に間違いがなければ、平成16年から医事関係訴訟の数そのものも減りつつあるという傾向にあったと思います。

それで、COMLへの相談が減ってきたということも、少し楽観的かもしれませんが、近年の医療安全の取組みの中で起きたことをきちんと説明をして、謝罪すべきは謝罪をしてというようなことが少しずつ実を結んで、こういうことになってきているのではないかと思ったりもするのですが、その辺りについて、御意見があれば、お聞かせください。それが1点目。

2点目、資料2ページの「説明がなかったとの訴え」にある「患者・家族が理解できていない」の3つ目、「患者側の思い込み」、ここのところは、現場で仕事をしてもなかなか難しいところです。

この辺り、COMLに持ち込まれたときに、この患者側の思い込みをきちんと修正すべきを修正する、そのポイントになるところは、どこだと思われますか。これから先、この第三者調査機関なり、院内事

故調査委員会なりが、もう一步踏み込んで、その誤解を解いていけるような、何か教えていただけることがあれば、教えていただきたいと思います。

○山口（育）構成員

まず、1点目ですけれども、相談が減ってきた理由や原因は幾つかあると思います。例えば、医療機関の中で接遇をきちんとやらなければいけないという気運が高まってきたこと。そして、院内で相談窓口や苦情があったときに対応する窓口、あるいはセーフティマネージャーが、しっかり位置づけられるようになってきたこと。そして、身近に相談できる窓口が行政など、医療安全支援センターとして増えたことがあると思います。

ただ、やはりとても大きく影響していると感じているのが、マスメディアの報道の変化です。医療事故、ミス報道が99年から一気に加速した辺りで、医療不信の相談が急増しました。本当に事故やミスに実際に遭っているのかというと、納得いかないことをミスや事故という方が、電話相談には殺到しました。

その後、“医療崩壊”が取りざたされるようになり、医療事故・ミス報道がなされなくなると、「訴えたい」という相談が減りました。報道が減ったことが相談の減ったことに大きく影響しているのではないと思っています。

2つ目の御質問の「思い込み」についてですが、私は、やはりここが第三者性の必要なところかなと思うところ。というのが、何か疑問を抱いてお電話をしてこられたときに、私たちは第三者機

関です。医療者がいくら説明しても、当事者だからということで信じられなくなっていることが多いのですが、私たちが同じ内容の説明をすると「やっぱりそうなんですか」「医療者の言ったことはうそじゃないんですね」とおっしゃって少しトーンダウンされることが少なくありません。やはり両方の事情がわかっていて、どこで思い込みになっているのか、どこにボタンのかけ違いがあるのかを見極められるような第三者機関が、やはりそういう意味では必要だと思います。

もう一つだけ追加で、先ほど高杉構成員が、医師会の取組みの話をしたんですけども、ほかでも、「医師会を挙げてやっている」というお話を伺うことがあります。それで、相談があった方に、医師会がこんな取組みをされていると聞いたと申し上げると、「では、やっていないところは、どこが指導してくれるのか」と言われます。やはり、どこにも言っていけないことで納得がいかないとおっしゃるわけです。ですので、もう一步、例えば医師会が推進していることをきちんと守らない医師会の会員がいらっしやっただけに、医師会として、では、具体的な指導をしますよというような議論というのがおありなのかどうかというのを教えていただければと思います。

#### ○高杉構成員

今、各県あるいは各支部医師会に、これもやはり患者さんの相談窓口をつくっています、苦情窓口を、その中には診療内容あるいはお薬の不満あるいは対応の不満までまいります。事務局で対応でき

る場合と、それから、ドクターが対応しなければいけない場合と、ケース・バイ・ケースでやってございますけれども、そういう窓口はどこにもございます。是非とも、そういうことを紹介してください。それと、市、町にも相談窓口、いろいろございます。その窓口を通じて、我々医師会の方に入ってくることも当然あります。

ですから、それが随分解決というか、苦情が少なくなっていることにはつながっていると、私は思いました。

#### ○山本座長

山口さんへの御質問ですか。

#### ○中澤構成員

いや、今の関連で。

#### ○山本座長

では、どうぞ。

#### ○中澤構成員

済みません、1つ、事実認識ということで申し上げさせていただきたいのは、医療事故が増えた時期なんです、これは、私らの目から見ると、すごく医療の内容が変わっている時期なんです。

例えば、今まで在院日数がすごく長かったですから、手術前に1週間くらい入院していることが多かったわけですね。ですから手術の現場に運ぶときに患者さんを間違えるなんていうことは全然なかったわけですよ。それが、在院日数がどんどん短くなってきて、昨日入った人が次の日のオペになる。あるいは当日に手

術というところで、私たちのガードが追いついていないということが1つ大きい原因です。看護婦さんの手技についても随分変わっていることがあって、今まで考えてもみななかったところが幾つも出てきたというのが、その時期に一致しているんですけども、院内事故調査の委員会が立ち上がったときに、何でこんなにたくさんあるのというくらい病院のシステムには穴が多かったと思います。患者さんの確認のやり方とか、バーコードを使った認識とかということで、随分それは減ってきていることも1つの影響かなと考えています。

もう一つ、医師会の方の取組みで、末端までいかに広げるかということに関してなんですけれども、これは、やはり医療事故が起きて、予定していなかった結果が出てしまったということは、病人権利からいうと、インフォームド・コンセントの内容と、やった結果が違う方に向いてしまったということなので、説明する義務は患者の権利からいっても当然のことだということをお願いして、医師会とか看護協会とか、いろいろな立場から見ると、難しいところもあるんですけども、患者さんの立場ということ、しかも、権利の侵害ということをお考えいただくと、みんな納得してやってくれそうな気がするんです。残念ながら、私も医学部で、病人権利ということも力を入れて教えてもらっていないということもありますので、日本全体の問題かもしれないですけども、是非、医師会でも御検討いただくとありがたいと思います。

○山本座長

よろしいでしょうか。では、加藤構成員。

○加藤構成員

先ほど山口構成員の方から、院内事故調査を広げてほしいという御発言があったかと思いますが、私もそれはそのとおりで、院内事故調査というのが、必要なときに的確に、迅速に開かれるようになってほしいと、かねてより思っているわけですが、併せて、院内事故調査の内実ということに、私たちは関心を向けなければいけない。

特に、責任回避の手段として院内事故調査が展開されていると、できてきた調査報告書も結論ありきみたいな、そういう責任回避的なトーンで書かれているものを、私ども目にしているもので、よけいそういう印象を持つわけなんですけれども、できれば、構成メンバー、外部委員を入れるとか、いろんなガイドラインをきちんこの分野についてつくっていく、その院内事故調査が適正に、公正に行われるために、それなりに、今、議論している医療事故に係る調査の仕組みとしての、国の機関なり第三者機関なりというものが、やはり指導的な、教育的な役割を果たしていく必要があるんじゃないかと、そんなふうには考えております。

1つ、御質問があるのは、今、御発表の中でたくさんの方の相談受けをされていた。私は、医療事故のケースというのは、必ずしも患者さんが全部気づいているとは思っていないんですね。水面下に隠れ

てしまっているものも実はあるだろうと、お医者さんは気づいているけれども、それが患者さんは気づいていないと、そういうような場合、かなり重大な結果が起きているけれども、患者さんは、そのことについて何も気づいていないゆえに問題にしていけないという場合に、そういうものは、事故調査を、私はしなければいけないと思っています。医療安全のためには、きちんとやっていかないといけないと思っていますんですが、山口構成員は、どんなふうにお感じでしょうか。

#### ○山口（育）構成員

全く同感でございます。ヒヤリハットも含めてインシデントを出すという方向になっていることを、どの医療機関でも当たり前にしていくということは、各種団体の方のヒアリングでもお話になっていました。たしかに、それが進んできていると思うんですけれども、その中で、先ほども申しあげたように、そういうことにとっても前向きで、積極的に取り組んでいる医療機関と、そうではないところの差があるところが、問題ではないかなと、私は思っています。

#### ○山本座長

ありがとうございます。既にこの後の議題の調査目的とか、調査組織の話に入っていますので、申し訳ありませんが、そのところで、また、適宜御発言をいただいて、また、山口構成員にも御質問等を申していただければと思います。

今日の第2の議題であります、調査の在り方についての検討という部分に入ら

せていただきます。

以前、今後の検討方針、今日、参考資料3で配られていますけれども、その議論を前に進めるために、ある程度項目に区切った形で議論を進めていった方がよいのではないかということになり、項目ごとに少し検討していこうというお話になったかと思います。

そこで、今日は、事務局の方で、今まで出てきた点で、最初の、ここで言えば、3つになりますけれども、調査を行う目的、対象範囲、組織のそれぞれについて、これまでの御発言あるいは提出いただいた御意見の内容を整理いただいたというペーパーをつくっていただいております。

そこで、順次御議論をいただきたいと思いますが、まずは、資料3、調査の目的という点でございますが、これについて、事務局の方から簡単に御説明をいただければと思います。

#### ○宮本室長

経緯につきましては、今、座長から御紹介いただいたとおりでございますけれども、これまでの発言や、提出いただきました資料の中から、その項目ごとに関連した部分を、前後の関係を省略しておりますので、わかりにくい点もあらうかと思いますが、そういったものを集めたものであるとご理解をお願いします。

まず、最初に資料3としましては、目的に関する部分を集めております。

内容の方を見せていただきますと、原因究明や再発防止、患者さんの理解の促進、医療者の社会的責務、患者・家族への公正な対応、被害の補償、刑事司法の

関与を今以上に少なくする。お互いの納得と一定の理解に導いていく、そういったようなことが、御発言、御提出いただいた資料にあったと思います。

関連しまして、参考資料1をお配りしております。これは、第2回で医療関係の団体の方から御説明いただきましたものを一覧表にしております。この中に、私どもの大綱案と、それから民主党案についても、併せて参考ということで載せております。

それから、参考資料2、こちらも繰り返しお配りしておりますけれども、目的に関する御意見ということでいただいておりますものを改めて配らせていただいております。

これらで御検討いただければと思います。

○山本座長

ありがとうございます。それでは、この目的の点について御意見をお願いできればと思います。御自由にどうぞ、お願いいたします。

中澤委員、どうぞ。

○中澤委員

この中で、目的が幾つか示されていると思うんですが、先ほど山口さんの方から御発言がありました、4つに絞ることが一応できると思います。

原因究明、再発防止、補償、刑事司法への関与、これは、処分に関係することだと思います。それから、医療関係者の謝罪というのがあったと思いますが、一つひとつ考えていく中で、目的が幾つも

あっては難しいことが起きると思います。

例えば、再発防止ということから考えると、ガードというか閾値というんですかね、いい、悪いの閾値はすごく低いところで議論された方がいいと思います。

それから、処分という形からいうと、これは、基本的人権とかが絡みますので、かなり高いところで線を引く必要があると思います。それぞれ内容は異なるので、全部一緒にしてしまうと、あるいは、1つの組織に、2つの目的をつくってしまうと、これは、ちょっとうまくいかないことになるのではないかと思います。一番気になっているのは、再発防止と処分というところが一緒になりますと、車の両輪が逆方向に動いてしまう。ですから、この中で何が一番大切かというようなところを御議論いただいた上で、それが、ほかのところと触るかどうかというような考え方にさせていただくと、少し内容がよくわかるのではないかと思います。

○山本座長

中澤構成員の御意見としては、再発防止か処分かということであれば。

○中澤構成員

私は、一番重要なのは、再発防止と補償の問題だと思います。

○山本座長 わかりました。ほかに、どうぞ。

○宮澤構成員

今回、目的がたくさん書かれています。本来的には、少し区分した方が

いいと思っています。本来の目的というものと、その目的から出る効果というものと、目的を達成するための手段というものに分かれてくるんだらうと思います。

本来の目的というのは、今、お話が出ているように、原因究明と再発の防止だと思います。

そして、効果として考えられるのが、原因究明という目的によって確実な事実関係が明らかになって補償に結び付いていく、これは効果の問題ですね。

それから、先ほどの刑事司法との関わりという意味では、原因究明を正確にしていくためには、刑事司法が背景にあっては、なかなか真実は出てこない。その意味では、原因究明を達成する手段として刑事手法の後退ということを考えるべきだろうと。ですから、目的と効果、手段、幾つか分けて考えるべきだと思っております。

そして、今回の内容に関しては、やはり原因の究明、再発の防止、この2点というのが本来的な目的になるだらうと思っています。

○山本座長

ありがとうございました。ほかにいかがでしょうか、加藤構成員。

○加藤構成員

私も、この調査を行う目的ということ、前のこの検討部会でも問われて、既に自分の意見を言っているの、今更という感じがするんですけれども、原因究明、再発防止をして、医療安全、医療の質を高め、医療の安全を図っていくとい

うことを目的にすべきであるという点では、宮澤構成員と同じであります。

その結果として、いろいろな効果が出てきたり、そのためにどういう施策を併せて考えるべきかという問題は出てくるんですが、今、効果とか手段という形で整理した方がいいといったのは、まさにそういう趣旨でよいと、私も思います。

以上です。

○山本座長

ありがとうございます。ほかに、樋口構成員。

○樋口構成員

私も宮澤さんがおっしゃってくださったように整理するのがよくて、こうやっていっぱい並べられていると、なかなかわからなくなるので、それで、目的は原因究・再発防止、その以前の、ちょっと私自身が整理していないな、「医療事故に係る調査を行う目的について」とありますね。まず、その前提として、これはどこがやるんだらうという話が本当はあって、それは、資料5のところへ出てくるという話なんですけれども、やはり前提としているのは、第三者機関を使った場合に医療事故に係る調査を行う目的は何なんだらうという話で、話が進んでいるようでもあるんだけれども、率直に言って、この何回かの会議で、その会議のメンバーの中でもやはり、つまり、大きな意味で言えば、私は方向は同じだと思うけれども、やはり微妙な差異があって、一番大きな差異は、この中では、ほかにもあるんだと思うんですけれども、院内

調査にこだわる人と、第三者機関にこだわっている人がいるわけですね。例えば、中澤さんと私は、はっきりそういう形になっているわけですね。

ただ、今日、山口さんのお話にもあったように、まず、自分の代弁からしていくと、第三者機関をつくって、全部調査するなんていうのはだれも考えていないわけですね。山口さんも院内事故調査委員会が充実していくことの方が、本当はいいんだというわけですから、だから、相当、別に自民党と民主党との間で何かというのをやっているわけでもないんだから、それで、多分、中澤さんも、名前を挙げて恐縮ですけれども、ほかの委員の方もいらっしゃると思うんですけれども、院内調査にはこだわるけれども、やはりそれだけで全部あるかというのと、やはりそうでもないかなというのがあるのかなと思っていて、そのときに、ここで、1つ、私は院内にこだわるのは当たり前前のことで、それでいいんですけれども、これは、院内調査委員会ができる目的についてという話になった場合はどうなんでしょうというのを、ちょっと御意見を伺いたい。

そのときに、私の考えは、宮澤さんのいうところの効果の問題なんですけれども、幾ら原因究明と再発防止で院内調査委員会が充実しても、刑事司法の関与を排除することはできないのではないかと、私は思っているんです。やはり、それは、別に第三者機関というのが、どういう形であれ、1つ置いてあって、そこへ届け出るという話になるから、警察への届出はなくていいでしょうという話にしか、

そこはならないのではないかと、効果としてですよ、ですから、まず、大前提として、宮澤さんもおっしゃったし、加藤さんもおっしゃったし、第三者機関をつくるのであれば、それから、中澤さんもおっしゃったように、やはり余りいろいろな目的をごちゃごちゃと並べると、わけがわからなくなるので、原因究明・再発防止という話で、そういう第三者機関をつくる。

ただ、効果として、そういうものをつくれば、刑事司法の関与も少なくなるはずだ、あるいはべきだという話が出てくるという順番になるかなと思っているんですけれども、それが、院内調査委員会の目的という話だと出てこない、出てきにくいのではないかと考えているということなんです、それは、いかがでしょうかということなんです。

○山本座長

どうぞ、岩井構成員。

○岩井構成員

余り今まで出席できなくて申し訳なかったのですが、ここで医療事故に係る調査を行う機関を設けようということの趣旨は、やはり法的責任を全く離れた客観的な調査というふうなものを行うというところに意義があると思います。

そこでできるだけ客観的に行うのがまず第1に必要なことなのでしょうが、それでも、それだけでは片付かない部分、不満が残る部分といいますか、患者が納得しないという部分もありますし、そういう場合に、やはり第三者の機関という

ものが、客観的にきちんと調査し得ると  
いう仕組みを設けるべきだと思うのです。

それで、ここにすぐ刑事司法の関与と  
いうことが上がってくるのですが、現実  
には、医療過誤が刑事事件で有罪になっ  
たケースというのは、年に数件ですね。  
ですから、そんなに刑事法がどんどん進  
出してきているというのではないと思う  
のです。民事訴訟をどの程度起こされて  
いるのかというのは、ちょっとよくわか  
らないのですが。ですから、そういう法  
的な責任というものとは全く別の客観  
的な調査機関というものを設けて、真  
相を究明し、再発防止に役立てることが  
必要だと思われま。その後、その調査結  
果というものをどういうふうにご利用さ  
せるか、その問題だと思うのですが、もし、  
刑事事件として捜査して、刑事責任を問  
わなければならないという事態だとい  
うことを警察が認知すれば、そこで独自  
で捜査が始まるということになると思  
いますので、そういう客観的な調査機  
関が、すぐ警察に通報するという任  
務は設けておかなくてもいいのではない  
かと、私は思っております。

○山本座長

ありがとうございます。どうぞ。

○宮澤構成員

今、事故調査の主体の問題、樋口構  
成員の方から出ましたけれども、現実  
的な問題として考えてみると、国立保  
健医療科学院が以前に出した数字によ  
りますと、医療事故の死亡者数とい  
うのは、年間2万6,000人と出  
ているわけです。そうす

ると、医療事故で死亡したことを全  
部第三者機関で調査するか、これは、  
かなり非現実的という形にならざる  
を得ないだろうと思います。

その意味では、まず、院内事故調  
査というのが行われるべきであると思  
いますし、その院内事故調査に関し  
ては、山口構成員の方からありました  
ように、やはり患者さんの思い込み  
を修正する、わかっていただくとい  
う意味では、外部員の出席というの  
がマストだと思います。

ただ、院内事故調査だけで終わ  
るのかというと、これも無理なので、  
やはり二層構造という形で、中立  
的な第三者機関というものが、やは  
り中央にあって、それぞれの地域の  
院内事故調査を統括するような形  
のものがあるというのが、やはり  
一番現実的なものなのではないか  
と思います。

もう一つ、刑事司法の関与につ  
きまして、岩井構成員の方からも  
お話がありましたけれども、基本的  
に刑事司法の関与する数が少  
ないということはそのとおり  
だと思います。

ただ、問題なのは、いわゆるチ  
リング・エフェクトという萎縮  
効果というものによって、幾つか  
あるんだという形のもの、それ  
はないんだという安心感とでは、  
出てくる内容に違いが出てくる、  
非常に大きな違いが出てくる  
のではないかと考えているのが、  
私の考えです。

○山本座長

目的の話なので、ほかの個別  
の論点に当然話が行くことは  
やむを得ないところかと思  
いますが、今までも御発言が  
あり

ましたように、調査組織、院内調査か、第三者機関をどの程度かという話は、この資料5で、今日の後の方で予定されていますし、刑事司法との関係は、この検討事項の最後の辺りに捜査機関との関係についてという項目が設定されておりますので、そこで中心的に御議論いただければと思うんですが、今までのお話だと、この目的については、私の理解では、それほど大きな対立はなくて、基本的には原因究明・再発防止、それに基づいて医療安全、医療の質を高めていくということについて、それが目的だというのは、おおむね異論がない、松月構成員、どうぞ。

#### ○松月構成員

今までの御議論の中で、調査を行う目的については、私も原因究明、それから再発防止が妥当だと思っております。加えて、御遺族側と医療者側に生じた深い溝に対し、双方が納得し理解することが、重要なポイントだと思います。

先程、山口委員からお話しいただいた言葉の理解の壁の問題があります。この言葉の壁の問題を解決しなければ有効なインフォームド・コンセントにはなりません。初期から有効なインフォームド・コンセントを行うため、ハード面とソフト面の両面からの非常にきめ細やかな対応が必要になるかと思っております。目的はそれを抜きにしてはいけないと思っております。

#### ○山本座長

その患者と医療側の理解、患者側の納

得を得ていくということが必要であるということですね。

どうぞ。

#### ○加藤構成員

遺族や医療者が、こういう第三者機関なりの事故調査の結果、相互の信頼が生まれていくということがあれば、それはそれでよろしいんでしょう。ただ、それを目的にするということとは、ちょっと違うんだろうと、私は思うんですね。目的というのは、あくまでも医療安全、医療の質の向上ということが目的であって、そういう営みの中から、先ほどの御発言のように、いろいろと配慮をしていかなければいけない、例えば、報告書ができますね、そういう報告書をお伝えするときに、どういうふうに伝えるかとか、いろんな問題は、勿論出てくるんでしょう。

しかしながら、仮に、納得を両当事者がしていても、調査はしなければいけないということはありませんね。だから、例えば、患者側がもうよろしいんですと言っている、重大な事故が起きて、そこにきちんと調べなければいけない事態があり、そして、そこから教訓も引き出さなければいけないことがあれば、それは、やはり調査しなければいけないという意味においていうと、本質的な意味では、やはり医療安全につながることが絶対的な要素ということになるんじゃないかと思うんです。

つまり、理解をしてもらうとか、納得をしてもらうということが、調査をするための目的なのか、効果なのかと、だから、そういう営みを通じて信頼が回復し

ていくといいですねというのは、やはり効果の問題なんではないかと、私は思います。

○山本座長  
どうぞ。

○飯田構成員

まさに、今のお話とほとんど同じ意見ですが、その逆の面もあります。結果が重要だから調査が必要なのではなく、結果オーライだけれども、極めて重大な事故に陥る可能性があったというのがあります。ですから、院内事故調査が大事だというのは、そのことなのです。

当院でも、医療安全推進委員会が独自にやる分析と、私が命令してやるのがあります。私が命令するのは、勿論、重大事例はありますけれども、結果オーライでも、もしかしたらというのがかなりあります、量ではありません。それに関しては非常に重要なので、今、おっしゃったことと裏腹の面があるのです。やはり院内事故調査が主体であって、いろいろな重大な問題、あるいは、患者が納得するかしないかもあります。それは、別に置いておいても、そういう事例は、院外調査でやろうと。院内調査と院外調査と両方なければいけないと思います。

樋口構成員の、誤解があるかもしれませんが、我々はそういうことを言っているのではなく、両方重要で、院内調査もきちんとなさなければいけない。院内調査がきちんとした上で、院外調査もちゃんとやりましょうということです。

○山本座長  
どうぞ。

○中澤構成員

医療事故というのは、すごく個別的なので、それを中央の委員会が、微に入り、細に入り、その内容をきちんと決めて、こういう提言をするというのが、果たして妥当なのかどうかと思います。私が、前にいたところでは、事故が起きると、病院としてはチャンスなんですね。今まで手術室なんか絶対に入れないところが、それを契機に中に入っていけるんです。その中で、本当の原因がわかってくるといことがあるので、職員の意識を上げるのは、院内調査を再発防止の意味で取り入れることが必要です。そこに第三者が入ってくると、やはり一枚皮をかぶせた、外からいじるような形になってくるので、それは、普遍的なものであれば、重要なことなんですけれども、医療事故は個別で、だれそれさんのオペに、だれが関わったときに、どういう事故が起きたという形で処理されるものですから、そういうところに第三者がいちいち入る必要はないんじゃないかと、私は思っていて、まず、院内調査の結果を報告するところがあれば、第三者としては有用だと思います。

もう一つは、先ほどのお話の中で、第三者がどこまで決めるかということなんです。いい悪いというのは、先ほど、山口さんの御意見のようになかなか決められないところがありますので、なかなかそこまでは踏み切れない。

アメリカの事例なんかは、病院の中に

苦情処理の仕組みで非常に充実させたものを持っていて、調査結果を患者さんの方にはフィードバックするけれども、訴訟は、患者さんの意思でやっています。

また、各都市の中に、患者の権利擁護事務所というのがあって、これは、民間組織で政府のお金でやっているんですけども、そこに患者さんが訴え出れば、その権限として医療機関に入って、その結果は、いい、悪いを判定するのではなくて、患者さんにこういう事実があったということでお返りする。それで、患者さんが、やはりこれは放っておけないといったら訴訟につながるというような形なので、第三者機関は、訴え出るところであってはよろしいと思いますが、ジャッジをするということまでは求めてはいけません。ジャッジをするものが、もし、あったとすると、警察ともう一個ジャッジする機関があるということなので、よく私らの中で議論されるんですけども、これは、リンチと違うかみたいな話になっていく、国の仕組みなので、やはりきちんと分けて考えていただきたいと思っています。

○山本座長

どうぞ、山口構成員。

○山口（育）構成員

目的のことについてよろしいでしょうか。先ほど、私から患者さんの納得がいけないときの要求として、真実を知りたい原因究明、謝罪、補償、処分、再発防止についてお伝えしましたが、これは、あくまで納得がいけないときに、どうい

うことを要求されるかということであって、目的という意味で申し上げたわけではありません。

私は、目的に関しては、やはり原因究明と再発防止というか、医療の質の向上ということで、先ほど宮澤構成員がおっしゃったように、目的と手段、効果を分けて考えるということに賛成です。

ですので、目的はやはり明確にしていたただいた方がわかりやすいのではないかと思います。

○山本座長

どうぞ。

○豊田構成員

私たち、患者の視点で医療安全を考える連絡協議会、すみません、かんでしまうので患医連にさせていただきますが、患医連は4つ目のところの医療事故の原因を究明して、再発防止を図り、医療事故に遭った患者・家族への公正の対応というところを目的にさせていただきたいと訴えています。

私は、現在、病院の中ではセーフティーマネジャーの立場ですし、それから、遺族の立場としても、本来、病院の中でしっかり事実関係を確認して原因を究明してもらいたいという思いがあり、それは、どちらの立場でもそうあるべきだという考えは同じだと思います。

ところが、例えば、セーフティーマネジャーの立場で言いますと、私は、全国のセーフティーマネジャーの方と交流していますけれども、そのセーフティーマネジャーの立場の人たちからすると、院

内で原因究明することには、やはり限界があって、今の状況だと、院内だけでやるのは難しいと言っている人が圧倒的に多いんですね。

ですので、ここの構成員の先生方のおっしゃることはすごくわかるんですけども、もし、そうだとすると、そういう実際の医療現場のセーフティマネジャーや医療安全に係るスタッフの方たちに対してサポートする仕組みをもう少し充実させないと、実際に私が聞いている現場の意見と、こちらで出される意見に、かなり格差があるのではないかと思います。

それと、患者側の立場からすると、山口構成員が発表されていることと同じようなことだと思いますけれども、やはり院内でやっていただいているものには限界を感じている、それだけでは納得いかないと感じている患者さんが、今の段階ではまだまだいるので、それに対して、やはり第三者機関は必要だと言えらと思います。それは、ほかの構成員の皆さんと、私の意見は食い違ってないと思うんですけども、院内と院外の両方とも、第三者機関も必要だということと同じだと思います。

それで、第三者機関が必要だというケースに関しましては、報告書が出たときに、当該の医療機関がそれを踏まえて、どうしていくかということ話し合い、対応することだと思いますので、あくまでも第三者機関に求める目的というのは、公正な対応をしていただくことだと思います。

勿論、寄り添い、事実関係を明確にし、

誤解があれば解くようなことも必要になりますが、それは、本来なら、当該の医療機関が行うべきものです。対立して紛争化してしまったときには、第三者が入ってADRや民事訴訟などが行われるのだと思いますけれども、それ以前にやらなければならないことを、私たちはつくり上げたいと思っているわけですので、そういった調査報告を踏まえて、当該の医療機関がどう対応していくかということをやっていくために、そこをサポートするような仕組みを考えていただきたいというのが、患者側の願いだと思っています。

○山本座長

豊田構成員、私の理解では、この調査の目的としては、原因究明・再発防止というものがあって。

○豊田構成員

はい、それでそれが公正であること。

○山本座長

それが、公正であることが必要であると。

○豊田構成員

それで、これは第三者機関での原因究明が必要な場合に関しての話なんですけれども、その報告書を踏まえて、当該の医療機関が、それを読み解いたときに、患者さんにどうしていくかということを考えて、対応することが大切だと思っています。

○山本座長

捜査の次の段階として、そういうことが必要だと。

○豊田構成員

はい。

○山本座長

わかりました。どうぞ。

○鮎澤構成員

今の豊田構成員のお話に絡んでなんですけれども、私、豊田構成員の言っていることはとても大事だと思っています。特に、医療事故に遭った患者・家族への公正な対応という文章。

ただし、医療現場で院内の事故調査をやっていると、これから先の議論だと思えますけれども、本当に何があったのか、高度に科学的で、高度に専門的なことを、私たちも知りたい、医療従事者自身もよくわからない、知りたいと思うこともありますね。それには、時に一医療機関では手に負えないようなこと、大学病院でもわからないこともあって、そういったものを改めてきちんと検証したいというような機能も、この第三者機関は持っていかなければいけないと思うんです。

そうすると、この文章をお借りすれば、再発防止を図り、医療事故に遭った、医療側の当事者への公正な対応だって当然図られるべきで、そうすると、これは、全体のスキームを考えると、原因の究明と再発防止をきちんと図ること、このことから派生する幾つかの効果、こういう整理の仕方をしていくことが、や

はりわかりやすいのではないのでしょうか。

○山本座長

どうぞ。

○中澤構成員

私は、今、重要視されているのは、原因究明ということだと言われていると思います。しかし、原因究明というのは、死亡事故に関わらず、後追いの調査の中で本当に原因がわかるかどうかは難しいです。それから、前にも申し上げたことがあると思いますが、医療者が関わったことで亡くなったのか、あるいは経過としては亡くなる場所に医療者の手が入ったものなのか、その辺の切り分けというのはすごく難しく、その辺が、私たちが報告書を書くときにはポイントになるところなんです。

ですから、そこを原因究明をやって、院内調査でできなかったものを第三者機関だったらわかるかといったら、これは、本当に高度になり過ぎてしまって、どうにもならないんじゃないかというのが、今の感想です。

それから、ついでで申し訳ないんですが、豊田さんから出された報告書の問題なんですけれども、豊田さんは、出た報告書について、院内が変わったらいんじゃないかという御発言に関係しますが、私らは院内報告書を書くときに、物すごく詳細な報告書を書くということで一致しています。ですから、それを患者さんにお渡しすると、恐らく納得のいかない方は、それを持ちながら、いろんなところを回っていただけたらと思うんです。そ

のときに見た感じで、ここまで調べてあるんだったらしょうがないよと、思っていただけのこともあるかと思っています。私は、院内調査の報告書というのをすごく重要視しており、システムの中に組み入れていただくことで、その話は何とかクリアーできるのではないかと考えます。

あと、院内調査の限界ということをおっしゃられたんですが、これは、やはり、何となく隠しているんじゃないかというところで限界を感じているということでしょうか。

#### ○豊田構成員

いえ、そういうことばかりではなくて、これは、病院の規模によっても違うというお話が何度も出てきていますが、例えば、私が勤めている病院は130床規模の病院ですので、医師の数が非常に少ない中で例えば内科で起きた事故でしたら、その内科の医師が、ほとんど当事者が主でやっているような状況で、院内の事故調査をすることになるので、自分自身の問題を検証するのは、非常に難しいことですから、病院の規模によっても、この話は全く変わってきてしまいます。他にも、何も隠しているように見えるということだけではなくて、医療事故を検証するということについての知識を持っていない人たちが行っていかなければなりませんので、そういったトレーニングなども、本来なら受けた方がいいと思います。そういったことが、まだ、確立されていない中で、院内で努力していただきと言われても、セーフティマネジャーなどが中心となって、報告書をまとめ上げる

自体も、そのような技術や能力がない状態で困っているんですね。

ですから、きちんとやらなければいけないと思っている人はたくさんいると思うんですけども、それを行っていく力がまだ足りないという現実があるので、それらをサポートしていただきたいということなんです。

#### ○里見構成員

こういう目的というのは、やはりシンプルにしておいた方がいいんだと思うんですね。医療界側といいますか、それから、患者さんの側から見ても、是非、原因を究明して、再発の防止を、再発をしないように何か対応策を取ってくださいというのは、一致できると思うんです。なおかつ、医療の質の安全が向上すればいいんだと、大体この辺で一致していると思うので、これをいかに公平にやるために、次にどういう仕組みを考えればいいのかということだと思うので、少なくとも目的に関しては、もうその辺で一旦打ち切りにして、それを公平に、いろんなことの限界がある、それを乗り越えるために、どういう仕組みをつくるかというふうな、もう動いた方がよろしいんじゃないでしょうか。

#### ○山本座長

よろしいでしょうか、まとめをいただいたので、この点については、おおむねコンセンサスに近いものがかかり得られたのではないかという印象を、私も持っています。

それでは、引き続きまして、資料4で、

調査の対象範囲についてという点に入らせていただきたいと思います。これも事務局から簡単に説明をお願いします。

○宮本室長

資料4の内容ですけれども、こちら委員からの御発言、御提出いただいた資料を前後の関係を省略し、抽出しております。

まず、その範囲としての御意見で見受けられますものは、死亡事例、それから、重篤な後遺症、それ以外も含めた有害事象というようなことで、御意見に幅がありました。

一方で、対象につきましては、患者さん側からの請求があったもの、という御意見と、うまくこの中がまとめられていない部分もあるかもしれませんが、一定の基準を満たした事例について調査を行っていくというように幅広く取る御意見もあったかと思えます。

このような内容でございました。

○山本座長

ありがとうございました。

それでは、この対象範囲の点について、御意見をいただければと思います。

基本的には、今、お話があったように、まず、1つは死亡事例に限るのか、前の大綱案はそうだと思いますが、それより広く取るのか、飯田構成員、どうぞ。

○飯田構成員

この前、意見として出した文書と変わりないのですが、これも山口委員でしたか、おっしゃったことと全く同じで、実

現可能性ということが非常に重要です。我々もできたらここまでやりたいというのは、具体的な事例として出しましたが、臨床医も病理学者も含めて、今でも大変だ、大変だと言っている中で、本当に有害事象までするのは、今の状況では不可能だと思います。死亡例をやるのでも大変な状況なので、段階的にやるということは大賛成です、私たちもそういう意味でやっています。ただ、できれば、重篤なものもやりたいということはあるんですが、段階的にやって、できるだけそこまで近づけたいということです。

○山本座長

ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○中澤構成員

先ほどの院内調査の関連ですが、私たちの感覚としては、患者さんの思いを大切にする必要があるので、クレームがあったときには、素直にそれに反応して行って、調べる必要があるものは調べるという形になると思います。

同じようなことで、第三者機関が扱うものが出ると思うんですが、このときに、第三者が主体的に範囲を決めて、この範囲のものは、全部抽出しろということになった場合に、バリエーションが出てきてしまって、なかなかうまくいかない。患者さんの訴えがあって反応するということは、今の警察制度でも、ほとんどそれだと思いますので、それを突き破って、予想でここまでというのは、社会通念としても難しいんじゃないかと思えます。患者さんの方から請求があったものとい

うことに尽きるのではないかと考えます。

○山本座長

必ずしも死亡事例には限らない。

○中澤構成員

先ほど飯田構成員がおっしゃったように、範囲が物すごく広いし、死亡事例は、今後、大きい問題になってくると思うので、そこだけでもやっていって、後は安全の文化が、出来上がってくる段階で、いろんなことがクリアされていくと思いますので、いろいろなコンセンサスが出た上で、それでも重要なものがこぼれているということであれば、それを範囲に入れるというやり方でよろしいのではないかと思います。

○山本座長

ほかに、いかがですか、どうぞ。

○有賀構成員

この緑のところの全国医学部長病院長会議のところにあるように、対象そのものは、有害事象になっているんですね。

なぜ、その死亡事例に特化していないかということ、院外の、このような活動もさることながら、院内の事故調査委員会、それは、死亡事例に限ったわけではない。それから、勿論、患者さんからのクレームに、そのままレスポンスすることもある。それ以外に、自らの仕事の中で、やはりこれは違うんじゃないか、と思ったものについてもやっているわけですね。

ですから、そういう意味では、多少不自然な臨床経過をたどったというふうに

思われるような、ここでは有害事象と書いてありますが、そういうようなものについて、日常的にやるということがあって、その中から、ここでいうような医療事故調査委員会のような、そういうものもそこに含まれているということをやっていますので、論理的には、私は死亡事例以外の、いわゆる有害事象というか、アドバースイメントに関するものは、すべからく含まれるべきだというのが、私は筋論だと思います。

ただ、筋論は筋論なんですけれども、飯田先生がおっしゃるように、片っ端からそのとおりかと言われたときに、やはりできることと、できないことが、多分起こり得るということなので、社会の仕組みとして、このことを議論するるのであれば、まずは死亡事例から出発するというのは、1つの見識なんではないかと、とりあえず、思う次第です。

○山本座長

どうぞ。

○加藤構成員

資料4で、調査を行う対象や範囲ということを考えるときに、国の第三者機関で対象にする話と、各医療機関が対象にする話と、これは分けて考えた方がいいと思うんです。

先ほど飯田構成員がおっしゃったように、院内であれば、例えば結果は、有害な事象になっていないけれども、非常に重大なことがヒヤリハットで起きているというときは、やはりそれなりの再発防止のために検討してもらいたいと、私は

思います。

それで、この第三者機関、国の機関でやる時は、勿論、診療に関連した死亡というのは、一体どのくらい、どんなふうになってくるのかということは、まだ、未知数ではあるんですけども、それは、きちんとやらなければいけない。

併せて、先ほど山口構成員がおっしゃったように、重篤な後遺症、とりわけ、遷延性の意識障害とか、そういうケースは扱えるようになってほしいなど、私は思っているんです。

それは、なぜかというと、亡くなるのか、そういう重い後遺症が残るという事例を丹念に見ていけば、幾つかの教訓が、そこにはいっぱい含まれていることが多いということは経験的に考えられるので、ですから、医療安全につないでいくためには、そういうものを丹念に拾うということが要るのではないかと。

その大前提は、そういう事例が、きちんとどこかに報告されてくるという仕組みが、つまり、調査の大前提になる事例がどこにどんなふうに起きているのかということ、きちんと全体的に、正確に把握する仕組みというのが、実は、この資料4のことと密接に絡んで、存在しているということ、私たちは見ておかなければいけない。

つまり、どういうふうに報告制度を充実させるか、どういうものを報告として第三者機関に上げるのか、そのうち、どういうものについては、きちんと調査の体制を取って、本格的な調査をしていくのか、こういうふうに論点を整理していったらどうかと思います。

○山本座長

ありがとうございました。今、伺ったところでは、死亡事例を対象にするということは、恐らく争いがなくて、ただ、それを超えた重篤な後遺症というようなところまで、当初の段階から念頭に置くのか、そこは、少し段階的に行くのかという辺り、若干違うかと思いますが、患者遺族から請求があった場合に限るのかどうか、これも、次の組織をどうするかということとも関係をしてくる問題かとは思いますが、ほかに御意見はございますか。

どうぞ。

○鮎澤構成員

患者遺族から請求があったものということ、言うならば、やはり公正に見るならば、医療機関から請求があったものも、当然、数として多いか少ないかは別にして、やはり組み込まれているべきではないかと思っております。組織によっては、そういうところに是非ともやってもらいたいと思うところもあるでしょうし、案件によっては、そういうものも出てくるのではないかと思います。

以上です。

○山本座長

ありがとうございました。ほかにどうぞ。

○宮澤構成員

実は、全く同じ意見を言おうとしていたんですけども、まず、やはり死亡事例という形で限定をすることが第一だと

思います。それで、患者側あるいは医療機関側の申し出のあったもの、これを調査していく。

そして、もう一点付け加えておきたいのは、死亡事案でないとしても、両方から何らかの重大な事象が起こったという場合は、その対象になり得るということ、必ずなるというわけではなくて、なり得るということ、付記しておいた方がいいのではないかと考えております。

○山本座長

ありがとうございました。  
どうぞ。

○豊田構成員

私も宮澤構成員の意見に賛成です。患医連の立場で発言していることを、この目的に載せていただいているので、患者・家族への公正な対応という書き方をしていますけれども、この公正というのは、何も患者さん側だけのことを言っているのではなくて、医療機関側にとっても患者さん側にとっても公正でなければ、公正とは言えないと思いますので、そういった立場で見ただけならばと思いますし、患者団体のたくさんの声を聞いている私たちからしてみれば、それは、本当に有害事象から含めてお願いしたいと言いたいところですが、それでは、本当にやらなければいけないところまで、すべてが実現不可能になってしまうかもしれないので、まず、死亡事故を重点に置いていただいて、少しずつ広げていただくという形でお願いしたいと思います。

○山本座長

ありがとうございました。おおむね、この点は異論がなさそうな、基本を死亡事例に置いて、それ以外のものについては拡大していく余地ということも勿論あるということではありますが、それで、患者遺族から請求があった場合は勿論ですが、その医療機関側からも調査してほしいという要望があれば、それを受けとめるという可能性を認めるというぐらいで、大体コンセンサスは得られていますか。

それでは、この点は、おおむねそのようなことを前提にして、今後、考えていただくということにしたいと思います。

今日、最後のところですが、これまでもかなり目的との関係で御議論をいただいた点ではありますけれども、改めて、医療事故の調査を行う組織、ここはかなりこの制度のかなめに関わるころだと思しますので、御議論をいただきたいと思いますが、まず、事務局の方から御説明をいただければと思います。

○宮本室長

資料5でございませぬけれども、こちらの方も同じように、委員からの発言、それから、御提出いただいた資料を基にまとめております。

各医療関係団体からの御発表がございましたので、そういった部分、かなり具体的でしたが、あえてまとめますと、院内調査と、外部の機関との調査を組み合わせていくというのが御意見の主体であったかと思っております。

その際には、外部の機関については、明示されていない部分もございましたけ

れども、民間の機関ということが念頭にある御発言が多かったかなと思います。

そのほかの御発言としましては、大綱案のような、ということでございますので、それは、公的機関が行うというものという御発言がございましたし、また、一方、まずは院内調査ということで、第三者機関を明示しない御発言もありました。

以上でございます。

#### ○山本座長

ありがとうございます。既に御発言をいただいたところもあるとは思いますが、改めて、この段階で御発言を、どうぞ、中澤構成員。

#### ○中澤構成員

第三者機関が入ることが条件であれば、いい悪いの判定は、患者さんに任せるべきで、それがないと、出るものも出なくなることになりまして、再発防止は、現場の当事者からの情報がないと、発展しない。その辺は、きっちり処分とか、いい悪いを決めて、それを司法的なものに利用することのない独立したものにしていただければ、ありがたいと思います。

#### ○山本座長

中澤構成員のお考えとしては、第三者機関は、具体的には、どのようなものがイメージ、民間のものなのか、公的なものなのか。

#### ○中澤構成員

私は、実は、こういう形の第三者は難しいだろうなと思っています。ボリュームもそうですし、それから、先ほど山口さんからの御指摘のように、専門性が関わったところに、それぞれ経験のある医者というのを、この医師不足の中で動員するのは、恐らく難しいと思うので、やはり限られると思うんです。

ですから、私は第三者機関はそういう形でない方に向けていった方がいいという意見でして、例えば、患者さんと医療者との間のコーディネートする立場の第三者機関とか、あるいは報告事例を、余り判断を交えずに、公平に公表するための機関とか、いろいろな行政的な権力とか、司法的な役割とかを持ったものを、制度として要求するのは無理だろうという考えです。

民間でよろしいんではないかと思えますし、それから、院内でやることも選択肢としてはあると思えます。

#### ○山本座長

ありがとうございます。どうぞ、宮澤構成員。

#### ○宮澤構成員

私は、第三者機関というのは、公的なものであるのが望ましいのではないかと考えています。

それは、先ほど、目的、効果、手段という形でお話ししましたが、手段との関係だと思えます。先ほど手段との関係で、刑事司法との関わりがどうかというの、実際に事実がどう出て

くるかという密接な関係があると申し上げました。

その意味では、行う機関が公的なものでない限り、刑事司法との調整というのが非常に難しいのではないかと、私自身は思っています。

その意味では、第三者機関として中央に成立させるというような公的なものである必要がある、公的というのは、的というのがどこまで公なのかという問題も勿論あるんですけれども、公的なものである必要があると、私は考えております。

○山本座長

ありがとうございました。ほかに、どうぞ、高杉構成員。

○高杉構成員

青い紙に関係団体からの御意見についてのビラがございまして、日本医師会は、終始、今のモデル事業を応援してきました。勿論、これが公的な第三者機関になり得るものと意識しておりますし、この努力は、確かに今までやっている数は少ないし、非常に手間暇かかっています。これを効率的にするためには、私は、先ほど中澤委員の言うように、院内の事故調査をとにかくきちんとやる。きちんとやって、それでもまだ納得いかない場合には、公的な第三者機関に委ねようということで骨子を貫いています。

それから、大綱案との違いは、これは、医師法 21 条の改正をしないと、入り口で刑事罰、出口で刑事罰があったんでは医療はやっていられません。したがって、その辺をきちんとしながら公平性と公正

性を保つということで、全医療機関に声をかけて立ち上がらせたい。

それから、先ほど中小病院のことがございましたけれども、中小病院ではなかなか難しい場合が多いでしょう。そのときには、医師会なり基幹病院なり、大学なりが応援して事故調査委員会をつくっていくということの骨子で、各団体とこの前意見調整をしたんですけれども、大きな違いはない。ということはまとめられそうだという感触を得ております。

勿論、有賀委員も出席していただきましたけれども、少し案を練りつつあります。したがって、また、ここで我々の医療界の考え方がお出しできると思います。

○山本座長

ちょっと高杉構成員にお伺いしたいんですが、そうすると、日本医療安全調査機構を基本にした団体と、これは、基本的には、やはり民間団体をイメージしていると言っているのでしょうか。

○高杉構成員

今、モデル事業を内科学会がやっていたものを、引き継いで、日本医療安全機構がやっております。これは、以前の解剖主体のものから、院内事故調査を主体にして効率を上げてやってみようということで、予算はカットされたんですけれども、学会、各医学会の会員、それから医師会、病院団体がお金を出し合っただめにかく続けようと、早く制度にしようということで、公的団体になるんですかね。今、組織として今は一般社団法人になっているんですけれども。

○山本座長

これは、次回になるかと思うんですが、その調査権限とも関係すると思うんですけども。

○高杉構成員

そこは、これから議論の余地のあるところで、我々も議論をしておるところです。

○山本座長

わかりました。どうぞ。

○加藤構成員

資料5の医療事故に係る調査を行う組織という意味で言えば、私は、公的な国の第三者機関が必要だと思っているんですけども、こうした医療事故に係る調査というのは、いろいろな層で、何層かに分かれて存在しているいいんだろうと思っています。

それで、自分たちは医療機関の中でしっかりやりますと、それは大いにおやりくださいと、自立的、客観的に医療事故の内容その他を検証していくという、そういう安全文化をそれぞれの医療機関がしっかりと育て、そういうことができるならば、大いにやってください。それが、本来、大切なことでもありましょうと。

しかしながら、できない医療機関もあります。現実には、そういう意味では、100床くらいだったら、なかなか大変ではないかと、やはり思いますね、外科部長1人とか、そういうところで、その評価をするというのは、どだい無理でしょうと。

そうすると、地域にそれぞれの連携を取りながら、まとまって地域で1つの院内事故調査みたいなもの、あるいは地域医療事故調査というものがあってもいいでしょうと。

それから、非常にクリニックレベルのような場合は、学会が、そういうことについて、調査をするという仕組みがあってもいいでしょうし、医師会がやるということが検討されてもいいだろうと。

いずれにしても、公正に国民からの信頼が得られるような形で、それぞれの場面でしっかりとそういうことがなされていくというのは、多分、第三者機関としての調査が健全に花開く土壌を形成するんだろうというふうに、私は思うんです。

肝心の第三者機関に関しては、私も所属している医療事故情報センターが、ごく最近、今年6月11日に医療安全機関（仮称）の創設を求める意見書というものを公表しました。

そういう中では、国が安全で質の高い医療を実現する責務を果たすために、これは、国が安全で質の高い医療を実現するという、国としての責務を負っていると、私たちは思っているわけで、そういう責務を果たすために、独立性、中立性、透明性、公正性、専門性を備えた第三者機関である医療安全機関（仮称）を創設し、医療事故情報収集分析事業と、医療事故調査事業を併せて行くと、そういう、その他幾つかの論点整理をしたペーパーがあるんですけども、次回、事務局にお願いして、皆さんにも見ていただきたいと思っておりますので、その詳細は、ここでは割愛しますが、やはり、

きちんと国の安全で質の高い医療を国民に提供する責務ということに立つならば、国がこうした組織をしっかりとつくって、先ほど何層かに分かれている、そういう営みを、やはり援助したり、育てたり、あるいは時には監督したり、そういうことがあっていいんじゃないだろうか、そんなふうに思っております。

○山本座長

ほかにいかがですか、できるだけ全員の方に御発言いただきたいので、岩井構成員、どうぞ。

○岩井構成員

大綱案の中の医療安全調査委員会というのは、厚労省所管になるのでしょうか。

○宮本室長

その点については、御意見もございまして、資料には〇〇省という書き方になっておりまして、別に検討するということになっております。

○岩井構成員

機構は、きちんとした公的な組織として、医療安全調査委員会ですか、そういうものが地方と中央につくられて、問題のある事例については、それが対応するというふうなシステムができた方がいいと思います。

○山本座長

公的なものが必要だろうということですね。ほかにいかがでしょうか。どうぞ。

○中澤構成員

今の第三者機関の話の中で、目的は何かというのを、やはりはっきりさせていただきたいと思うんです。

今までの経過ですと、産科の補償制度も、補償制度としてでき上がったものが、原因の究明というところについて、その医療機関が行った手技を、よかったとか、悪かったかというところに論点がいくような方向性に来ているんですね。

それが、本来の再発防止ということからいうと、かなりマイナスになっているし、それから、下手をすると、この補償というところにも問題が出てくるような感じがしているので、やはり第三者機関であれば、目的は何のためにあるんだということは、しっかり触れられている必要があると思うんです。

大綱案で第三者機関というと、いろんな目的に使われており、警察の通報から始まって、行政処分の対象になることも入っていて、しかも再発防止と、こういうふうにうたわれてくると、目的のいかんによっては、いかようにも使われるという、ちょっと不信感があるんですね。

○山本座長

だからこそ、この議論の最初では、何が目的なのかということで確認をしてコンセンサスを得ようとしたわけですね。基本的には、原因究明と再発防止が目的であると。その附随的な効果といいますか、それに基づいて幾つかの効果というものが出てき得るけれども、目的は、原因究明、再発防止、それに基づく医療安全という点については、基本的にはコン

センサスが得られたと。

○中澤構成員

それは、合意でよろしいわけですね。処分とか、そういったところには全然無関係の独立した組織であると。

○山本座長

無関係だか、何らかそれに基づいて効果が発生するということはあるのかもしれないけれども、この機関をつくる目的は、原因究明をし、再発防止を図ることであると。

○中澤構成員

ただ、今までの医療機関というか、日本のシステムでいくと、やはりどうしても、いいの、悪いのというところに話が行くので、いい悪いを言ってしまうと、もう再発防止というのは、ほとんど意味がないみたいな感じになりますので。

○山本座長

それは、この機関でどういようなことをやっていくかということで、後の方の話だと思うんですが、基本的な目的はそこだということは、基本的にコンセンサスが得られている。

○中澤構成員

ですから、そこに行くためには、先ほど、第三者性というか、中立性ということとは、国家権力からも中立ということになるんだろうなと理解してよろしいわけですね。

○山本座長

いやいや、だから、中澤構成員の御意見は、そういう民間の機関でやるべきだという御意見、しかし、公的な機関でやるべきだという御意見も強くあると。

○中澤構成員

ということは、処分とか、そっちの方にも関係するものをつくるということでしょう。

○山本座長

そうとは必ずしも関係しないんじゃないですか。

○中澤構成員

必ずしもではなくて、そこはすごく重要なことだと、私は思っているんです。

○山本座長

中澤構成員がそう思われるのはよくわかります。

○中澤構成員

それがないと、院内調査の基本ということも揺らいできてしまうので、そこがポイントだと、私は思っているの。

○山本座長

わかりました。では、有賀構成員、どうぞ。

○有賀構成員

今の議論は、実は核心の議論なんですよ。こういう目的なんだとって、結局、仕組みをつくった暁に牢屋へぶち込まれ

るかもしれないとか、わかりますね、結局、何だかんだいいながら、医療者を辞めなければいけなくなるというふうな、そういうふうな仕組みになっていったとすると、それはどだい、最初からそんな仕組みがない方がいいという意見になることだってあるわけですよ。ですから、そのところを丁寧にやらないといけません。

先ほど、日本医師会でもいろいろ議論していると出ましたけれども、そこでは、少なくとも、公か私かなんて議論ではないんですね。もっとディメンジョンの違うところで、本来的に、今の目的に向かってやるためには、どういうふうにして、皆でスクラムが組めるのかという話をしているんです。

ですから、何が公かといっても、それは霞が関のこの建物が公の建物だということは、そうかもしれませんけれども、多くの公の仕事ぶりを、普段している人たちが、そういうふうなところでやっているのであれば、それは、医療者たちが、患者を含めて一生懸命やっているから、それでいいんじゃないのと、もし、言ってさえくれば、それは、私であっても、仕組みそのものは、公と同じようなことだというふうに理解することだってできるわけです。神学論争的に公かどうかという話をしても、私は余り意味がないんじゃないかという気がします。

むしろ、本来目的に向かって、あるべき姿を議論して、その中で公が場合によってはお手伝いできることもあるかもしれないし、私の部分が相当程度にできる、またはできないということで議論をして

いかないと、結局、最初から勝負ありきみたいな、つまり、さっき報告をするという話が出ましたけれども、しかられるために報告をするという仕組みが、もし、あったら、そんなものだれも報告しませんから、わかりますね。だから、そのところは、医療者にとっては極めてナイーブな問題なので、余りがさつにぽんぽんと急行列車みたいに話を進めると、みんな何となくフリーズします。

#### ○山本座長

急行列車のように進めるつもりは全くありませんので、是非、御議論いただきたいと思うんですが、どうぞ、加藤構成員。

#### ○加藤構成員

中澤構成員がおっしゃった、産科無過失補償の制度の中で、原因分析がいろいろとなされて、それが医療安全につながっていないというふうに、ちょっと聞こえてしまったんですけれども、そういう趣旨の御発言なんでしょうか。

#### ○中澤構成員

医療安全につながっているということではなくて、末端に働くものの意識としては、患者さんで不幸な方ができた場合に、これは、申し訳ないから自分たちでやる、正確には政府のお金なのでそうではないんですけれども、補償制度に同意しましょうねという話の中で出てきたのが、過失か無過失かをはっきりさせるために、カルテを提出させるということが入るわけです。

全くそれが、再発防止のためにピュアに使われるということが確認されているんだったら、文句を言う人はいないと思うんです。

あの報告書を見ていると、やはりいい悪いというのがかなり表面に出てきて、いい悪いというのは言ってもいいんですけども、訴訟とか、そういうことにつながらないで、こういうことはおかしいんだよということが、委員会から来るのであれば、もうそれは、それですぐ直る方向でいくと思うんです。

ただ、やむを得ない事情というのが幾つかあって、どうしても起きるものが出てくる診療の扱いの中で、いい悪いと、いつ言われるかわからない、そういう不安感があると、やはり公平性というところにはかげりが出てくるなど、そういう意味で言っています。

○山本座長  
どうぞ。

○加藤構成員

かなり事実誤認があるんじゃないかと思うんです。この産科無過失補償の制度の中で、原因分析報告書とか、そういうものが、直にどのくらいごらんになっているかわかりませんが、過失とか、無過失だとか、そういうことを評価するためにやっている営みだとは、全くだれも考えていないと思います。

それで、最近、これまでの79例だったか、分析をしたもので、教訓が幾つか浮かび上がってきたものをまとめて報告書として、医療機能評価機構の方で出され

ていますけれども、それは、やはり現場でこういうときには、より気を付けて、事故につながっていかないようにしてほしいという気持ちも入っているんだろうと思って読むことができますね。

ですから、医療安全にとっては、とても大切な原因分析の営みであると、そういうふうには私は思いますし、若干、宮澤構成員から、運営委員のメンバーでもあるので補足してもらいますけれども、事実を踏まえて、私たちは話をした方がいいと思うんです。

先ほど、例えば、こういう調査をしたら牢屋にぶち込まれるなんていう御発言もあったけれども、だれがそういうことがありましたかと、そういう感情的な、変にあおるような事実無根の話をしないようにしましょう、ここは、きちんと事実を踏まえて話をしませんか。

○山本座長  
宮澤構成員、どうぞ。

○宮澤構成員

今、加藤構成員の方からお話がありましたとおり、私は産科医療補償制度の原因分析の委員もやっておりますし、運営委員もやっております。

その中で、この問題、過失、法的な責任云々ということは、やはり原因分析の委員会でも非常に大きな問題になって、どうするのかということが問題になっていました。準備委員会からずっとやってきた中で、法的な責任の有無を問うことはしないと、そういうことが目的ではなくて、純粹に医療的な、医学的な目的か

ら外れる行為、何をやるべきなのかという医学的な方面からの検討だけを行うと。それは、勿論、それが最終的に医療機関と患者さんにお渡しされますので、それが、どうなるかというのは、話し合いの基になるでしょうし、謝罪の基になるかもしれませんし、損害賠償というふうに行くかもしれません。しかし、それは後の問題であって、あくまでも純粹に原因分析ということをやっている、法的な責任、いい、悪いというようなことは一切やらないということは、原因分析の委員会の中で、きちんとしたコンセンサスを得てやっておりますので、その点は、少し誤認もあるのではないかと考えています。

#### ○中澤構成員

今のお話の中で、既にどう使われるかは自由だというところが、やはり納得いかないわけです。それだったら、使ってはいけないというような文言が一発入っていれば、これは、みんな出しますね。

#### ○宮澤構成員

もし、使ってはいけないということになると、裁判を受けることができないということまで意味する可能性が。

#### ○中澤構成員

ですから、裁判は独立だということですよ。

#### ○宮澤構成員

独立というか、裁判には、内容は原因分析をして報告はするけれども、それは、

手元にある資料は、裁判になったときは、一切使ってはいけないと、こういうことなんでしょうかね。

#### ○中澤構成員

それは、前に何回も申し上げているように、判断の基準がすごく違うんですよ。再発防止の判断というのは、医療機関が悪いということと言わないと議論になりません。しかし、いい、悪いの判断で、例えば有罪かどうかというところにまで行った場合に、そのレベルでやってしまったら、もう医者はほとんど手も足も出なくなってしまうと、そういうことを言っているわけで、例えば、私らが風邪薬を出すときに、何万分かの確率で前進の皮膚がただれてしまって亡くなる人もいるわけです。でも、それは何万分の一かの確率だからいいだろうとして出しているわけで、いつくるかわからないわけですね。ですから、医者には、そういうことを見込んでやっているとところがあるので、それをそういった類似の出来事の中で、取り上げられたら、幾ら一生懸命やっているやつでも、いつかはお縄ちょうだいするかもしれないというのは、先ほどの有賀委員の言う話の中で言っているので、その辺は、やはり命に関わる医者の厳しい点というか、難しい点があると御理解いただけたらありがたいと思います。

#### ○山本座長

その点、非常に重要な点かなと思います。先ほど有賀構成員が言われたとおり、重要な点、ただ、この検討事項のあ

れの中では、また、調査結果の取扱いについてという項目があって、そこで、それがどのように調査結果が取り扱われることになるのかということは、別途詳細に御議論いただく機会があると思いますので。

○中澤構成員

それは、司法からは独立したものでないとうまくないだろうなど。

○山本座長

中澤構成員の御意見はよくわかりますので、勿論、そのことが、どういう機関にするかということに関わってくるということがあるというのは、そのとおりだと思いますが、松月構成員、先ほど何か。

○松月構成員

先ほど、加藤構成員は医療者がお縄をちょうだいすることはなかっただろうと言われましたが、実際にお縄をちょうだいした看護師もおります。私たち看護師も、常に処罰されるかもしれないという不安な思いを持っています。例えば、「もっと注意して看護していれば、事故は防げたかもしれない」という真摯な思いも、言葉に出してしまったら、看護師が注意していなかったんだ、不注意だったんだというレッテルを張られてしまいます。このようなことから、自分の思いをそのまま発言することを躊躇してしまうという問題が実際にはあります。

私たちは、もともと善良でパーフェクトな仕事を目指しているからこそ、事故の当事者はパーフェクトな仕事ができな

かったという思いを抱き、それを口にしたことで不注意だったと思われ齟齬が生じる。このようなことがあることを是非、御理解いただきたいと思います。

○山本座長

大変よくわかるお話で、先ほど、ある構成員が言われまして、事故調査は、いずれもこの医療事故の問題だけではなくて、航空機事故とか、交通事故の調査においても同じような問題を抱えていて、そういう意味では、この調査結果をどういうふうに取り扱うのか、それから、捜査機関との関係をどのように考えるのか、大変重要な問題であるということは、私も重々認識しておりますし、この検討事項の中では、独立の項目として更に論じていただくということを考えておりますので、何か、この段階でとりまとめるというようなことは全く考えておりませんので、御自由にどうぞ。

○飯田構成員

今のお話ですが、事実を示せという話もありましたが、産科医療補償制度は、私も準備委員会から、今の運営委員もやっております。そこでも何回もお話していますが、ここでも多分話したと思いますが、目的と中身がかなりずれているということをずっと指摘してきました。

今のお話もそうですが、私は、運営委員会の委員で、原因分析委員会ではないので、原因分析委員会に傍聴しても発言権がなかったので、発言したかったのですが、発言しなかった。宮澤委員が出ていましたから、よくわかっていますが、

そこでも、原因分析報告書に関してかなり議論があって、私はとんでもないことだと思いましたが、発言できなかつたので、運営委員会で発言しました。要するに、回避可能性とか、はっきり責任があるという文言はないけれども、そういう内容を書くということです。現に、原因分析報告書を見ると、そう取れる書き方がされているわけです。

それから、回避可能性に関しては、報告書に書かないけれども、説明のときに、家族に文書で渡すということです。文書を出すということは、報告書と同じです。それをはっきり認識していない委員もいらっしゃるって、私は悔しかったのです。ですから、ここでは目的をはっきりしますということで決めていただいたので、私は非常にありがたいのです。ただ、目的がきちんとしていても、そういう事例がありますので、目的はしっかりしても、途中で中身が変わっているということで、羊頭狗肉という言い過ぎかもしれませんが、そういうことがあり得るので、それをはっきり事実として申し上げます。

ただし、原因分析報告書は、医療の質向上には非常に役立っています。それは、否定しません。だけれども、中澤構成員が言うような危惧をどうしても受けるとするのは、事実ありますので、それは、やはりこの検討会では避けていただきたいと思います。

#### ○山本座長

どうぞ、鮎澤構成員。

#### ○鮎澤構成員

産科医療補償制度について、随分とお話が出てきているので。私は、産科医療補償制度の原因分析委員会の報告書を踏まえて検討する再発防止委員会の委員です。

2つお話をしたいことがあります。まず、1つ、産科医療補償制度の委員会も原因究明と再発防止を目的としているのですけれども、その2つを目的にしながら、今、いろいろなご発言が出てきています。まさに、これから事故調査委員会に関する検討のなかで解決していかなければいけないいろいろな問題を提示してくださっているのだと思います。

ご発言にあった「目的がその2つであるにもかかわらず」ということがあるのであるならば、それをきちんと丁寧に、この委員会でも、では、どうあるべきなのかということを議論し、場合によっては、産科医療補償制度に生かしていくことも必要でしょう。

2つ目として、今、飯田構成員が、図らずもおっしゃってくださったのですけれども、再発防止に向けて、委員会で議論されていることは、やはり大変貴重な議論になっています。

疫学的な検討には十分な数ではないにせよ、実際に現場でこういうことが起きている、それをこうしていけば防ぐことができる可能性があるということが、やはり議論できていること、それが、いろんなチャンネルを通して、世の中に広がっていくこと、このことはとても大事なことだと思っています。

今、大学病院を始め、いろんな医療機

関が事故調査をし、事故調査報告書を公表し、再発防止という項目を並べますけれども、それが、本当に世の中に広がっているのか、役に立っているのかという思いをいたすことが少なくない、そういう意味でいうならば、事故調査を行い、その再発防止策をいろんなチャンネルを使って広げていくことも、この第三者機関の1つの大事な役目になり得るのではないかと思っています。

以上です。

○山本座長

ありがとうございました。どうぞ。

○高杉構成員

この事故調査について、全国、いろんな医師会とお話をしています。

このときに、産科無過失補償制度の反省というか、不満というか、これは、私の耳にも届いております。

一番大変なのは、この制度は、患者さんにとってもありがたいし、我々にとってもありがたい。

しかし、その後に、訴訟の可能性が残っている。これが一番、要するに手打ちがないというんです。これを、私がそのときにお答えするのは、これは、まだ見直しが、そのうちかかってくるでしょうと、真実をしゃべって、後からまた訴訟ではかないませんから、そここのところをきちんとする制度はつくらなければいけないし、私は、ある程度の確率で起こってくる、子どもたちに対する不幸は、それは、社会が全体で面倒を見るような仕組み、それを移行すべきだろうと。それ

が訴訟で解決するのが、大人の解決ではないと私は思います、というようなお答えをしているんですけども、これは、是非とも検討してください。

○山本座長

かなり産科医療補償制度のお話にあげていますが、豊田構成員。

○豊田構成員

すみません、私は原因分析委員です。ここに出席されている方々は、懸命に努力なさろうとしているからこそその発言だと思えるんですけども、少し残念に思うのは、私も宮澤構成員と同じように、決して悪い方向に行っているとは、とても思えないことです。鮎澤構成員がおっしゃったように、防げる可能性があるという事実をたくさん知ることができましたし、決して医療機関や、分娩機関を責めているようには、私には読めなくて、むしろ甘いんじゃないかと思うようなものもあります。

それくらいの厳しい意見もあるからこそ、むしろ訴訟につながっていない、のではないかと思いますし、親御さんに対しての返事を危惧されている方もいらっしゃると思いますが、そういった回答があるから、これが事実なんだと受け止め、これで終わりにし、このまま子育てを頑張っていこうと思う親御さんも多いのではないかと思います。

産科医療補償制度はこれからもアンケートを、分娩機関と、親御さんに対して続けていくことになっていきますし、もう少し先にはヒアリングなどもさせていた

だくことになると思いますので、大分いろんな事実関係がわかってくると思うんですけれども、先駆けて、そういう制度が始まっていますので、それらを知って頂くために、この制度に関わる方にヒアリングをして、誤解があるのであれば、そこを是非解いていただきたいと思います。

原因分析委員会は非公開ですけれども、私たち患者側には、そんなにかばわないでくださいと思う発言もある中で、産科の先生方は、産科医を守ろうとする発言をされているのを、私は聞いていますので、決して、よそのお医者さんのことだから関係ないという議論はされていません。ですので、ヒアリングでどなたか詳しい状況を御説明できる方を呼んでいただけたらと思いました。

それと、院内の報告書にしても、産科医療補償制度や、第三者機関の報告書にしても、一度出たものを訴訟に使わないでくれなどの強制はできないと思います。それを聞いてちょっと不安になったのは、院内で行った報告書は、一体どういう書き方をなさっているのかなと、むしろ疑問に思ってしまったので、次回、できれば、もう少し中澤構成員などからお聞きしたいと思いました。私は、産科医療補償制度の報告書が、そんなに厳しい内容だと思っていないんです。確かに、全文公開できないので、議論が難しいんですけれども、では、いろんなことを危惧されている先生方が、院内だとどう書くかをなさっているのか、ちょっと不安になりました。正直に、事実を書かれていることで、患者さんが訴えるのをやめようと思うことは多いと思うので、是非、

そういうところを知っていただくと、どういう書き方が適切なのかということも詰めていけるのではないかと思いますので、できれば、次回以降、そういったことについてのお話しもお願いしたいと思います。

#### ○山本座長

ありがとうございました。最後、豊田構成員からは、今後の進め方というか、進行についての御意見もちょうだいしたかと思いますので、それを踏まえて、もう少し今後の進め方を考えたいと思いますが、最後の、この調査組織については、私の印象では、まだ、コンセンサスのものを得るのは、やや早いような印象を受けましたので、これは、また、引き続き、次回になるかどうかわかりませんが、引き続き御議論いただきたいと思いますが、今後の項目の中でも、調査結果の取扱い等の問題についても、今日、かなり御意見をいただけたようにも思いますので、引き続き、この幾つかの検討事項でコンセンサスが得られるものについては、コンセンサスを得ながら、ある程度全体像というのを固められる範囲で固めていきたいと思いますが、今日のところは、いかがでしょうか。

#### ○里見構成員

今日は、目的がある程度決まりましたし、それから、何を対象にするかということも含めて決まりましたというふうになると思うんですけれども、ただ、私がお聞きしていて、多分、一致はしているのではないかと思うのは、まず、最初に

院内の事故調査委員会を重視しましょうと、これは、多分、対応のスピードとか、そういうことを考えたときには、やはりこれをやらないと前に進めないということ、これはまず一致していると思うので、この後の二層構造になるか、三層構造になるのか、わからないけれども、第三者の機関をどこかにかまさない、公平性とか、何となく患者の納得とか、そういうのは得られないんじゃないかということ、この2つの機関を設けるということは、多分、一致していると思うので、次回以降、多分、院内事故調査委員会をやる機関と、やれない、独自でなかなかつくれない機関のときに、どういうサポート体制をつくっていったら、まず、院内事故調査委員会がきちりしたものになるか。

次に、第三者機関というのは、どんな構成員で、どこに置いたら、これが、第三者というふうな、しかもできれば、公的というものが、どういう定義になるかわからないんですけども、でも、これでやれば、ある程度社会が納得するような、公的に近いものでもいいと思うんです。そういうものを何を中心にしてつくっていくかと、少なくとも二層構造なり、三層構造にするということだけは、多分、一致していると思うので、報告書の使われ方、書き方が悪いとか、そういうのは多分いろいろあって、制約をどこかで付けなければいけないところがあるかもしれませんが、少なくとも前に進めるためには、二層構造なり三層構造でやりましょうということだけ、今日は一致させて、次のステップに進んだらいかが

でしょうか。

○山本座長

その点について、中澤構成員。

○中澤構成員

いろいろ議論が進んだ後で、振り返りの議論をする機会を与えていただければいいと思います。決めて、あとはもう受け付けないという形ではやらないでいただきたいと思います。

○有賀構成員

今の里見先生のお話は、納得のいく内容だと、私は思うんです。できれば、日本救急学会が訳している、最後は阪大の中島先生に見ていただきましたけれども、WHOのガイドライン、この問題に関するものが出ていますので、そんなべらぼうに高いものではありません。場合によっては1割引きで買えますから、それを読んでください。飛行機の事故の話も引用されていますし、それから、人はだれでも間違えるという本の大事な部分もその中で引用がございます。社会の仕組みとして、どういうふうなものが大事なのかということを考えるには、非常にいいものだと思います。是非、買っていただければと思います。読んでいただきたいなと思う次第です。

○山本座長

ありがとうございました。それでは、私の不手際でかなり時間が過ぎてしまいましたが、最後に里見構成員からおまとめいただきましたような、基本的な方向

としては、大体そういうところで、今後、  
どういうふうを考えていくかということ  
について、次回以降、更に詰めていきたく  
と思いますが、どうぞ。

○飯田構成員

先ほど、資料の訂正を、図の方、お願い  
したのですが、行政罰の、処分の方へ  
のつながり、点々を削除してくださいと  
いう話をしたのですが、この表の2ペー  
ジ、上の1番のところ、ここでも2か所  
に行政の勧告というのがありますので、  
あえて括弧になっていますが、削除して  
いただけませんか、事務局の方も、  
これは誤解を招き、また、中澤構  
成員もかなり気にされている、私もそう  
いうこともあり得るということで書いて  
いただけなので、是非、お願いいたします。

○山本座長

わかりました。資料の訂正は、事務局  
の方でお願いします。

では、引き続いて今後の予定。

○川崎室長補佐

今後の検討部会の日程につきましては、  
調整の上、後日、連絡させていただきます。  
よろしくお願いいたします。

○山本座長

それでは、本日も長時間にわたり、熱  
心な御議論をありがとうございました。

それでは、今日は、これで閉会にしたい  
と思います。