

## 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8回議事録

日 時：平成24年10月26日（金）

17：00～19：08

場 所：厚生労働省省議室（9階）

### ○川崎室長補佐

定刻になりましたので、ただいまから、第8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。

本日は、御多用の中、当検討部会に御出席いただきまして、まことにありがとうございます。

本日は、樋口構成員、松月構成員より御欠席との御連絡をいただいております。

続いて、10月2日付で厚生労働大臣政務官に交代がありましたので御紹介させていただきます。

糸川正晃厚生労働大臣政務官でございます。

なお、大臣政務官は、他の公務のため、中ほどで退席される予定でございます。

それでは、以降の進行につきましては山本座長にお願いいたします。よろしくお願いいたします。

### ○山本座長

皆さん、こんにちは。本日も、御多用のところお集まりいただきまして、まことにありがとうございます。

議論に先立ちまして、糸川大臣政務官より御挨拶をお願いしたいと思います。政務官、よろしくお願いいたします。

### ○糸川政務官

どうも皆様、改めまして、こんにちは。10月2日付で厚生労働大臣政務官を拝命いたしました、糸川正晃でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

また、本日は、皆様、本当に御多用の中、御参集いただきましたことを心から感謝、御礼申し上げます。どうもありがとうございます。

この検討部会におきましては、安全で質の高い医療の提供を目指し、医療事故に関する調査と、また再発防止を図る仕組みのあり方について活発に御議論いただきおありまして、また、しっかりと取り組んでいくように、藤田前政務官からも引き継ぎを受けておるところでございます。

私自身も、安全で質の高い医療の提供、これを実現するため、また、医療事故の原因を究明し、その再発防止を図るために広く多くの国民の皆様にも納得していただける仕組み、こういうものを構築することが重要であると考えております。藤田前政務官のときと同様に、しっかりとまた取り組んでまいりますので、どうか構成員の皆様方におかれましては引き続き大所高所の観点から御意見を賜ればと思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

本日で8回目の検討部会ということでございます。議論も一巡するところでございますが、引き続き御意見の集約に向け、また、漏れている論点がないかということもまた御精査いただきまして活発に御議論いただきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

簡単でございますけれども、開催に当たりまして私の挨拶といたします。

○山本座長

ありがとうございました。

それでは、事務局のほうから資料の確認をお願いいたします。

○川崎室長補佐

お手元の資料の確認をお願いいたします。  
座席表及び議事次第。

配付資料といたしまして、資料1、前回第7回議事録でございます。

資料2-1「前回（第7回）までの議論について」、これは32ページです。資料2-2『診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業』との関係について」、資料2-3「調査に必要な費用負担のあり方について（その2）」、いずれも1枚です。

資料3「捜査機関との関係について」、これは両面で2ページです。

資料4「再発防止のあり方について」、3ページまでです。

参考資料といたしまして、参考資料1「今後の検討方針について」、参考資料2「医師法第21条について」、参考資料3「警察における医療事故関係届出件数等の推移」、いずれも1枚でございます。

このほか、第1回から第7回の資料について青色の参考資料ファイルを用意させていただいております。

以上でございます。乱丁、落丁等ございます場合には事務局にお申しつけください。

○山本座長

資料のほうは大丈夫でしょうか。

それでは、本日の議事に入りたいと思いますが、本日は議事次第にもございますよ

うに、まず、前回までの議論について整理させていただくということを行い、その後、前回持ち越しになりました「捜査機関との関係について」という論点を取り扱い、さらに再発防止のあり方についても御議論をいただきたいと考えております。いつもながら盛りだくさんではございますが、どうかよろしくをお願いいたします。

それでは、まず議題の(1)「前回までの議論について」ということでありますけれども、事務局のほうから資料の御説明をお願いいたします。

○宮本室長

私からは、資料2-1から2-3までを説明させていただきます。

資料2-1ですが、これは7回まで、前回までの議論につきまして、これまでの議論を集積したもの、前回の会議でもごらんいただいております。構成は同様でございますが、これまでの議論を踏まえまして四角の部分、こちらのほうを最初のほうに出しまして見やすくさせていただいたものでございます。内容につきましては前回提出したものと同様でございます。

それから、資料2-2、2-3につきましては、前回議論いただきました部分についてそれぞれまとめたものでございます。資料2-2は、「『診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業』との関係について」ということで御議論いただきましたものを、御発言をまとめております。

最後の四角の部分、ごらんいただきたいと思いますと思いますが、読み上げます。

一般社団法人日本医療安全調査機構が行う「診療行為に関連した死亡の調査分析事

業」によって得られた経験を全国的に普遍化させるとともに、当該事業において足りない部分を補うように第三者機関の実務を考えていってはいかがか。

また、現在、当該事業を実施している10地域を核として全国で調査ができるようにしてはいかがか。

このようにまとめております。

資料2-3につきましては、「調査に必要な費用負担のあり方について」まとめております。最後の四角の部分、読み上げます。

国は、国民に対して安全で質の高い医療を受ける権利を保障する責務があるので、国も一定の財政支援を行い、専門家が提供された医療のアウトカムを公正に評価し、より安全で質の高い医療を担っていく専門家としての責務から医療関係団体、医療者等も費用を負担してよいのではないか。

患者遺族の負担については、経済的状況を理由に、患者遺族からの申請を抑制することがあってはならないが、第三者機関に申請が行われれば、全て調査対象になるということになると財政的に不可能なので、慎重に検討する必要があるのではないか。

このようにまとめております。

以上でございます。

#### ○山本座長

ありがとうございました。ということで、資料2-1については、これまでというか、前回までのものをまとめていただいて、前回若干御議論をいただいての修正ということはあるかと思いますが、基本的には前回までのものであり、前回御議論いただいたものとして、この資料2-2、資料2-3のモデル事業との関係、それから、費用負

担の点についてまとめていただいております。とりわけ括弧内の部分のまとめ方がこのようなことでよろしいかどうか御確認をいただきたいと思いますが、御質問、御意見等がおありであればお願いいたします。

どうぞ、中澤構成員。

#### ○中澤構成員

資料2-2の下の四角についてなのですが、ここに書かれてあることは、私の理解では、一つの意見として出されたような感じがしているのですけれども、これは、この会ではこういうことで意見が一致したということではないと考えていいのでしょうか。

#### ○山本座長

この四角の枠囲みの性質でありますけれども、従来もそうでありましたけれども、必ずしも、もちろん全員の意見が一致して、それでも異論がなかったという形ではないとは思いますが、前の四角を見ていただくとわかりますように、一種の両論併記的にこう書かれてあるような部分もございまして、もし中澤構成員のほうから、このように書くべきだという御意見が、もう少しこういうことをつけ加えてほしいとかそういう御意見があれば出していただければと思います。

#### ○中澤構成員

具体的なものはないのですが、行われていたモデル事業の結果にはかなり評価が分かれたような感じがするわけですね。非常にいい経験だから推し進めるべきだという考えもあったと思いますが、その反面、

目的とかその辺とかいろいろわからない部分があって、十分詰められていないのではないかという御意見もあったと思います。ですから、それが反映されて、今後も議論として残していただければ全然問題はないです。

#### ○山本座長

ありがとうございました。事務局の趣旨としては、「当該事業において足りない部分を補うように」というところで、必ずしもモデル事業を完全にパーフェクトなものではないということは前提として書かれているのだろーと思いますけれども、今の御趣旨は了解しましたので。ほかにいかがでしょうか。

どうぞ、飯田構成員。

#### ○飯田構成員

重要なところが抜けていまして、例えば前回の議事録、資料1の14ページ、15ページを見ていただければわかりますが、私がこの事業に対して重要な点を指摘しておりますが、それが一切書かれてないので、ちょっとこれはよくないと思います。

まず、モデル事業の目的は何かということ質問したことに対して、目的は原因分析、再発防止だということでありましたが、ADR機能、患者への説明ということがかなり大きな要素としてやっている、駆け込み機能は極めて重要だということでお話がありました。しかし、それはこの事業の目的でない、そういうことまでやっているから人も時間もお金も足りなくなるということを指摘したはず。ですから、目的にちゃんと整合性が合うようにやってい

ただかないといけません。目的と合わないことやって忙しいと言われても困るのです。やはり目的にあわせたことをやっていただきたいということを改めて指摘いたします。

#### ○山本座長

ありがとうございました。それでは、その上のところに今の飯田構成員の御意見を書いてまとめていただければと思います。ほかにいかがでしょうか。

あとはおおむねよろしいでしょうか。このモデル事業、それから費用負担のほうも。どうぞ、有賀構成員。

#### ○有賀構成員

今、四角のすぐ上の○にありますように、モデル事業においては、遺体が移動することによって剖検できる仕組みがある。この事業で得られた経験を全国的に普遍化させて、小さい病院でも解剖できるというふうに読めるのですが、これは普遍化させということと、それから、それによって小さい病院でも病理解剖できるということの2つのことをそのまま素直に読んでいいのです。させればできるのか、普遍化させることが必要であると、つまり、大きい病院はもちろんできる病院もある。大きい病院でもできない病院がある。でも、中小の規模の病院だと余計たくさんできない。だけれども、モデル事業は、A病院からB病院に遺体を移動させることによって剖検してきた。だから、小さい病院から大きい病院へ移動するということがあれば、それはそれで病理解剖できるわけですね。そういう仕組みを普遍化させたいということだったので、そのような意図でこれは読める

のですね。変な質問ですけれども、簡略してくださっているので、何となくちょっと。

#### ○山本座長

ちょっと日本語として。

#### ○宮本室長

趣旨が十分に伝わってない部分がありましたら、御指摘に従いまして修正いたしますので、御容赦いただきたいと思います。そのように対応いたします。

#### ○有賀構成員

多分、あのとき確か山口先生もフォローアップしてくださったような気がしますが、やはり剖検というふうな仕組みが全国的に普遍化させることが必要だということと、それでもって、比較的小さい病院でも病理解剖ができればモデル事業を全国に普遍化させることができる。ということを私は一生懸命、今までも言ってきましたし、そのようなことは大事だと思っていますので、発言しました。よろしく願います。

#### ○山本座長

今の御趣旨に従ってちょっと表現ぶりを変えていただければと思います。ほかに。

#### ○高杉構成員

モデル事業のことが全て正しいと認めたわけではなくて、そのモデル事業は試みですから、あのままの仕組みではとても全国に広がらないし進んでいかない。したがって、それをうまい仕組みに持っていくためのものであって、モデル事業は絶対だというわけではないですね。このまとめ方だと、

モデル事業はそのまま今度制度化するというような論点になっていますので、そのところは皆さん違和感があると思います。

#### ○山本座長

ありがとうございます。それでは、この括弧内は、先ほど中澤構成員の御指摘もありましたけれども、今のような趣旨がもう少し出るような形で表現ぶりを改めていただければと思います。ほかにいかがでしょうか。

よろしいですか。

それでは、この資料2-2については、今、幾つかの御意見を頂戴いたしましたので、それを踏まえて改定していただければと思います。

それでは、よろしければ、引き続きまして本日の次の議題であります、「捜査機関との関係について」という、前回の積み残しの論点につきましての御議論をいただければと思います。

それでは、資料3につきまして、事務局のほうからまず御説明をいただきます。

#### ○宮本室長

まず、資料3をごらんいただきたいと思います。こちらのほうは、前回提出したものと全く同じ資料になっております。

【論点例】といたしまして、捜査機関との関係をどのように考えるかということで、参考1といたしまして、これまで団体よりいただきました御意見を関連する部分をまとめております。主な御意見としましては、警察への届出は行わないというようなことに基づいて進めていく。そういったことを御意見としていただいております。

また、おめくりいただきまして、参考2といたしまして、これまでに構成員の皆様から関連した御発言をいただいた部分をまとめております。こちらのほうも、刑事司法との関係で、例えば原因究明と再発防止が目的であるので、このことに基づいて刑事司法との関係を考えるべきであるというような御意見をいただいております。

関連した資料といたしまして、参考資料2をお配りしております。こちらのほうには医師法21条の条文と、それから、その解釈をまとめております。

また、今回、参考資料3としまして、警察庁よりいただきましたデータをもとに作成いたしました資料を提出しております。上のほうが、「警察における医療事故関係届出件数の推移」ということで、2つ線がございますけれども、上の線が医療関係者等からの届出等のグラフ、それから、下の線が被害関係者等の届出等を示すグラフ、このようになっております。

その下のほうのグラフですけれども、「医療事故関係の年別立件送致数の推移」ということで、こちらのほうはごらんいただくような形で推移しているグラフになっております。

私からは以上です。

### ○山本座長

ありがとうございました。

本日は医事課長にも御出席いただいておりますので、適宜御発言、あるいは御説明をいただければと思います。

この点については、かなり御意見というか、御議論、これまでも既にあったところとは思いますが、本日は、このまとまった

形で議題、論点とさせていただいておりますので、御自由に御発言をいただければと思います。どなたからでもお願いいたします。

どうぞ、有賀構成員。

### ○有賀構成員

どちらかという素人っぽい質問で申しわけないのですが、この21条に従って届け出たこともある、そのような経験がありますので、私たちの会議の目的は、原因の究明と、それをもとにしてより質の高い安全な医療をつくっていかうという話ですね。そのことと、それから、この医師法21条の直接的な関係というのは、論理的には多分ないとは思いますが、歴史的に、法医学会や、その後だと思えますけれども、厚生労働省がこういう診療に関連した死亡なども届け出るべきだという見解に至ったものの考え方といいますか、そこら辺が歴史的にどういうことだったのか、ちょっと教えていただきたいなと思います。

私たちの議論は、そもそもそういうものだという中で議論したことはいっぱいあるのですが、ここでの議論は、より質の高い医療をつくっていかうねという話のときに、捜査機関は同時進行で私たちに振りかかる厳しいテーマでありますから、問題にすることはもちろんやぶさかではないのですが、どうしてそうなってしまったのか、ちょっと聞いてもいいですか。お願いします。

### ○田原医事課長

医事課長でございます。

まず、参考資料2をごらんいただければ

と思います。医師法21条では、「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めたときは、二十四時間以内に警察署に届け出なければいけない」というものでございまして、その犯罪の痕跡をとどめている場合があるということで、こういった届出義務を規定したというものでございます。

今、有賀先生のほうから御質問がありましたけれども、厚生労働省が診療関連死について届け出るべきだというようなことを申し上げたことはないと思っております。この法律と、ここに書いてある解釈をお示ししているということで、診療関連死というのが何を示すのかというのはちょっといろいろありますが、明示的にそれを届け出なさいということをお願いしてはいないのではないかと思います。

関連して、法医学的な異状を意味するということが書かれておりますけれども、この法医学的異状を判断する際に法医学会のガイドラインも参考にしてくださいというようなことは申し上げておりますけれども、それを参考に、最終的には検察した医師が、異状であるかどうかということ判断していただくというものでございます。

#### ○有賀構成員

一般の病院に向かってその手の話を発信されなかったということはそうだと思うのですけれども、もし僕の記憶に間違いがなければ、国立病院にはそうなさいませということを配信したというか、意見を国立病院の病院長にはおっしゃったということはあるのではないですか。多分、それを一般の病院が皆まねしたのではないかと思いますの

ですけれども、そこら辺をちょっと教えてください。

#### ○田原医事課長

今、御指摘いただきました、国立病院のほうに対して、リスクマネジメントマニュアル作成指針ということで、そこには、警察への届出として、医療過誤によって死亡または障害が発生した場合、またはその疑いがある場合には、施設長は速やかに所轄警察署に届出を行うというような内容がございまして、平成12年だったかと思っておりますけれども、それについては、これはあくまでも国立病院などに対してお示ししたものでありまして、国立病院のほうで実際にいろんな対応する際の参考になるように指針を示しているということで、ほかの医療機関について、こういうことをしなさいと言っているわけではないと考えております。

#### ○有賀構成員

そうしますと、国立病院でない病院については、そのようなマニュアルになさいませということが届いていなければ、違うマニュアルがあってもよろしいと、こういう話ですね。

#### ○田原医事課長

それはそれぞれ、検察した医師が第一義的には判断するものだと考えております。

#### ○山本座長

それでは、どうぞ、中澤構成員。

#### ○中澤構成員

そうすると、今の議論は、要するにこれ

は検死の段階の話であって、医療関連死とは関係がないという解釈でよろしいでしょうか。

**○田原医事課長**

「ケンシ」というのと検案というのはちょっと違いますので、お亡くなりになって、検案を医師がしたときに警察に届け出るかどうかということが論点だと思っております。「ケンシ」という意味合いが、いろんな字がありますので、少し限定して御質問いただければと思います。

**○中澤構成員**

検案というのは、普通は医療が関係しないところで起きた事例について、医師が必ず検証を行わなければいけないという状況の中で検死が行われるという考えで私はいるのですけれども、これは検死にもかなり幅が広いという感じにはなるのですか。

**○田原医事課長**

検案は外表を見て判断するとなっておりますけれども、その亡くなられた死体があって、死体の外表を見たドクターが検案して、そのときに異状だと考える場合は警察署に届け出てくださということだと考えております。

**○中澤構成員**

それは、外表を見てということは、外表だけで判断されるということによろしいわけですね。

**○田原医事課長**

基本的には外表を見て判断するということですが、それでも、外表を見るときに、そのドクターはいろんな情報を知っている場合もありますので、それを考慮に入れて外表を見られると思います。ここで書かれているのは、あくまでも、検案をして、死体の外表を見て、異状があるという場合に警察署のほうに届け出るということでございます。これは診療関連死であるかないかにかかわらずと考えております。

**○中澤構成員**

そうすると、外表では判断できないものは出さなくていいという考えですか。

**○田原医事課長**

ですから、検案ということ自体が外表を検査するということでございますので、その時点で異状とその検案した医師が判断できるかどうかということだと考えています。

**○中澤構成員**

判断できなければ出さなくていいですね。

**○田原医事課長**

それは、もしそういう判断できないということであれば届出の必要はないということになると思います。

**○中澤構成員**

私は、最初からこの法律の内容は医療事故死というのを意識してない時代にできていると思います。ですから、これを現代の非常に複雑化した死亡ということに適用するのは難しい面があるだろうなと思っておりましたので、今のお考えをはっきり聞き



ましたので、そういうことかということ  
理解させていただきます。

#### ○山本座長

よろしいでしょうか。

それでは、飯田構成員。

#### ○飯田構成員

大体同じことを言おうと思っていたので  
すが、非常にはっきりしていると思います。  
私も全く同じで、医師法21条の立法の趣旨  
とは、今の解釈がかなり変わっている、変  
わってきたというのが実態で、大野病院事  
件以来、またそれが少し揺り戻しがあった。  
それで、きょうの参考資料2は極めて重要  
な資料で、医師法に関してはこの四角のと  
おりでいいのですが、下の、立法の趣旨が  
きちんと書いてありますので、やはりこれ  
は厳密にやっていただかなければ困ります。  
私も（厚生労働省の国立病院に対する）ガ  
イドラインが混乱の発端だと思いますけれ  
ども、今までが厳密に解釈していなかった  
のが問題であって、きょうこの場でそれが  
明らかになったということは極めて重要だ  
と思います。本当にありがたいと思います。  
以上です。

#### ○山本座長

どうぞ、宮澤構成員。

#### ○宮澤構成員

法律というものについてちょっとお話を  
しておかなければいけないのかなと思いま  
す。法律というのは時代に普遍的に適用さ  
れるものなのですね。したがって、立法さ  
れた当時に何を対象にしたかということと、

その後の社会的な変化によって何が変わ  
っていくのかということに対応しなければい  
けない。法律は常に変わらないものではな  
いけれども、もちろん、ある一定限度、社会  
的な情勢の変化があれば変わる時期とい  
うのはあるかと思えますけれども、法律そ  
のものは、立法の趣旨というか、その当  
時の立法の目的で文書ができていくので  
すけれども、文章そのものがその立法の  
目的を限定的に書いていない以上は、そ  
の文章の中でどのように解釈されていく  
かということによって変わっていきます。  
法律というのは社会の変化に伴って変わ  
っていく必要があるもので、ある一定の  
立法の目的があったからといって、その  
目的どおりに常にそこだけに限定され  
るというわけではないと考えるのが法律  
だと思います。

そうしないと、恐らく法律というのは  
社会の変化に対応できないというものにな  
ってしまうので、法律そのものの性格とい  
うことから考えると、医師法21条もそ  
うなのですけれども、基本的には、立  
法当時と考えられたことと、法文その  
ものが現代になってどういうところまで  
カバーする形になってしまったのかとい  
うのは変化していると考えなければい  
けないと思います。

その意味では、立法のそもそもの目的  
から現在の医師法21条の適用の仕方とい  
うのは確かにずれてきています。しかし、  
法文そのものから言って、その適用の仕  
方が明らかに現代的な適用の仕方であ  
って、法律そのものが変わってきてい  
るわけではないです。法文そのものは  
そのとおりのものですけれども、その  
適用範囲が社会の状態によって変わ  
っていると考えられるべきではないか  
かと思っています。

### ○中澤構成員

そういうことだと、これは拡大解釈ということになるのですけれども、それは許されるという御意見ですか。

### ○宮澤構成員

拡大解釈と言っているわけではないのですね。解釈の中身がどのような形なのか、文章に書いてないことを拡大的に解釈することは許されません。文章に書いてある中身をどのように現代的に解釈すべきなのか、解釈論の中での問題なので、拡大解釈というのとは次元が異なっていると考えています。

### ○中澤構成員

今、文章の中と書いてあるのですが、実際この文面に書いてある事態については、現代の医療の内容の中で頻繁にあることなのです。ただ、医療事故、あるいは診療に関係する死亡は別で、これだと2つ意味を持つということになるので、一つの法律で2つのことを意味つけるというのはかなり乱暴な議論だと私は思うのです。

### ○宮澤構成員

ここの中で「刑事犯罪に関連する」という文言が入っていれば確かにそのとおりなのですけれども、この文言の中にはそれが入っていません。したがって、刑事犯罪だけに関連すると考えるのが解釈の限界だというのは、私は誤りだと思っています。

### ○山本座長

どうぞ、里見構成員。

### ○里見構成員

医師法21条の解釈に関して、参考資料2というのが、多分、皆さんが大体考えていることだと思うのですけれども、ただ、私は、先ほどの厚労省のお話をお聞きしていて、厚労省、逆に一步踏み込んだことを、たとえ一部の国立病院にしる、やったのかなという気がしたのではすけれども、その辺についてはどうお考えでしょう。要するに、診療に関することに関しても警察に届けるべきだという示唆を与えたというので、これが全国にかなり大きな影響を与えたと思いますけれども、現在でもそういう考え方は余り変わっていないのですか。

### ○田原医事課長

私が答えるのがいいのかわかりませんが、あくまでも、先ほどのリスクマネジメントマニュアル作成指針というのは国立病院に対してお示しをしているので、国立病院では、その医師法21条もあるけれども、そういった事態が発生した場合は警察署に届出をする、相談するというをお示ししたわけであって、そのほかの医療関係者がこれに拘束される理由はないと思います。

### ○里見構成員

でも、それは非常に不思議な考え方だと思いますね。厚労省がそういう明確な意見を持っていて提示したのであれば、かなり大きな影響力があると私は考えるので。今でもそう思います。

### ○山本座長

どうぞ、宮澤構成員。

### ○宮澤構成員

今のお答えというのは、例えば国立大学のほうに示しましたと。ただ、一つの条文を一つの解釈の仕方ですしたということになると、基本的にはその解釈は全体に広がると考えるべきだと思います。それは、やはり国立大学だけ特別とか、民間とは違うという理由がないからなのですね。国立大学に示した基準であれば、それは一般の民間の病院、診療所にも同じように当てはまると考えるのが、一つの条文を基本にする限りは当然の帰結ではないかなと思います。

### ○田原医事課長

もう一つ補足いたしますと、今申し上げましたリスクマネジメントマニュアル指針というのは、これは医師法21条についてのみ解釈を示して、これに従ってくださいと言ったわけではなくて、標準的な医療事故防止の手順書という形で出してあって、その中の一部に今申し上げたようなことが書いてあるだけですから、その部分だけ取り上げて云々するというのはどうかなというのはありますけれども、その全体を見ていただくのが重要ではないかと思っております。

### ○山本座長

山口構成員。

### ○山口（徹）構成員

ちょっと今のお話の中でもう一つ出てきた話として、参考資料2の中に、『異状』とは病理学的の異状ではなくて法医学的の

それを意味する」と。そのところに法医学会のガイドラインというのが出てきましたけれども、ぜひ宮澤構成員に教えていただきたいのですが、こういう法医学会のガイドラインというものはどういう位置づけになるのでしょうか。

### ○宮澤構成員

ガイドラインというのは法律そのものではありませんから、一つの社会的なルールとして定着する可能性はあるかと思えます。ただ、ガイドラインが幾つも重なって、だんだんそのガイドラインが普通のことだということになってくると、それがいわゆる社会的相当性という違法性を限定づける基礎になり得るので、それが一般の社会的意識と同一のところになると、だんだんそのガイドラインが社会的相当性の基礎になってくるという可能性はあります。

ただし、今のところは、ガイドラインというのはあくまでも社会的な中でのルール、法律は絶対的なルールになりますけれども、それに至る前のルールと考えざるを得ないと思います。

### ○中澤構成員

今のお話を聞いていると、法律は解釈が可変であるというような問題と、それから、最初の時点で書かれたものはほかの解釈に使われてもいいという、すごく曖昧で、それに拘束される立場から言うと、一体これはどうやって動けばいいのだというような感覚を持つのですけれども、法律というのがそういうものだとすると、最後は最高裁ということになって、大体今の世の中全部そうなのですから、医療機関でもそう

ですが、要するに、はっきりしたルールがないから上の話を聞こうという形に全部なっていくのですね。ですから、みんな非常に細かいことまで上の意見を聞くという、医療としては本当にこれでいいのかという非常に危ない風潮になっていくので、何がルールなのかということは、法律家の方が、こうだと言っていたかないと、それに従うほうは非常に混乱を招いて、今もそうだと思います。その辺についてもう一回。

### ○宮澤構成員

何か全国の法律家の代表みたいになってしまいましたけれども、確かに、今おっしゃられること、よくわかるのです。いわゆる処罰規定のある規定、刑法規定ですね。処罰規定のある規定というのは明確性の原則というのがあって、それは絶対に明確でなければいけないというのが根底にあるのですね。もう一つ法律の特徴というのがありまして、どうしても解釈の枠内ということがあるのですけれども、時代とともに変化しなければいけないというところもあります。

ただ、絶対的な解釈と、こう分かれる道があるので、今言われたような、例えば終末期どうするかという問題も、実は法律不備なのです。法律というのは常に社会を先行してルールをつくっていくのではなくて、社会の後追いで、何かがあったときにその抑制をしていく。例えばねずみ講があった後に、連鎖販売の防止に対する法律ができてくるように、どうしても後追いになる。ですから、先生のおっしゃられるのは、ここの部分ははっきりしないではないかという部分はどうしても出てきています。だ

からこそ、今、法律の解釈をはっきりさせておくことと、それから、今後どうしていくかと立法政策的な部分というのもやはり考えなければいけない部分というのは医療はたくさんあるのではないかと考えています。

終末期もその一つの代表例だと思っています。終末期が何なのか、どうなのか、これはその議論ではありませんけれども、法律というのは常に後追いの性質を持っているので、今の状況を常に先行的に全部解釈できるというわけではないというのが法律の特徴だと思わなければいけないと思います。

ただ、その範囲内でできる限り明確であるということは必要なことなので、この文章から明確にできる範囲というのは考えておく必要があると思います。

### ○山本座長

私も法律家ですので一言申し上げさせていただきますと、法律の解釈適用について最終的な権限を持っているのは、日本においては司法権なので、そして司法権の頂点にあるのが最高裁判所ですから、最高裁判所が例えばこの医師法21条に対して一定の解釈を示したとすれば、それはもちろん判例が変更されるということは論理的にあり得ますけれども、基本的にはそれは日本国の中で、この医師法21条はそのように解釈されるということを明らかにするということになるというのが日本の国の仕組みですので、上に従うとかそのような話では基本的にはないということだと思います。

ですから、この医師法21条について、私の理解している限りでは、最高裁判所、一

定の判断を示しているのではないかという  
気もするのですけれども。

**○田原医事課長**

医師法21条につきましては、最高裁で判  
示されて平成16年に出されておりますが、  
医師法21条にいう死体の検案とは、医師が  
死因等を判定するために死体の外表を検査  
すること、とっております。また、当該  
死体が自己の診療していた患者のものであ  
るか否かを問わないと解するのが相当であ  
り、これと同旨の原判断という高裁の判断  
は正当として是認できるといったようなこ  
とが示されております。

**○中澤構成員**

済みません。簡単にこういうことだと言  
っていただければありがたいのですけれど  
も。

**○田原医事課長**

簡単には、先ほど少し御説明しました、  
検案というのは、医師が死因を判定する際  
に、死体の外表を見て検査するということ  
をいっていますということであって、死体  
が診療中の患者さんなのかそうでないか、  
そういったものとは関係はないといってい  
るということです。

**○中澤構成員**

ということは、医療関連死はこの関係か  
らは省かれるという考えでよろしいのです  
ね。

**○田原医事課長**

そういうことではなくて、いわゆる、こ

こでいろいろ議論されている医療関連死で  
あっても、医師が死因を判断するために外  
表を見て、異状がある場合は警察に届け出  
なければならないということです。

**○山本座長**

どうぞ。

**○岩井構成員**

現在、異状死として警察に届けられたも  
のについて検死が行われて、そして、犯罪  
の疑いがないもの、そして、犯罪の疑い  
があるかどうかわからないものにスクリー  
ニングされ、さらに犯罪による死亡の疑い  
があるものは刑事訴訟法上の検視に付され  
て非犯罪死体と犯罪の疑いのある死体に分  
けられて後者は司法解剖といえますか、検  
死に付されるとなっているので、行政解剖  
の対象になるようなものも異状死の概念に  
入るわけですね。ですから、届出があっ  
て、それから、そういう判別が検死によっ  
て行われるわけですね。ですから、ここ  
の「犯罪の痕跡をとどめている場合がある  
ので、司法警察上の便宜のために」とい  
う解釈はちょっと狭過ぎると思います。

法医学会が出したガイドラインというの  
は非常に広くて、基本的には、「病気になる  
、診療を受けつつ、診断されているその  
病気で死亡することが普通の死であり、  
これ以外は異状死と考えられる」とい  
う非常に広い概念でとらえるというガイ  
ドラインを法医学会は出しているわけ  
ですね。それに対してほかの医学会は  
非常に反発しまして、もっと、純然たる  
病死でない状況が死体に存する一切の  
場合を異状死というのはおかしいとい  
いますか、その診療に関連しない

ものでも、自然に病死するという場合があるので、そういうものまで異状死に含めるのはおかしいという抗議をしているわけですね。平成17年の日本学術会議の提言では、第三者の医師の見解を求め、死因の説明の合理性に疑義をはさむ場合は異状死とすべきとしています。

ただ、私は、この医療事故関係の届出件数の推移というのを見ましても、平成9年から非常に上がっていて、だんだんまた下がってきているとか、それから、立件送致数の推移というのも非常に平成9年から変動していますね。最高裁の判決というのは、医療関連死だってこの異状死の概念の中から外れるものではないのだという見解を示したものだと思うのですけれども、それまでは余り送致がなされてこなかったのが、医療過誤で非常に問題になったケース、それを医師が届けなかったというので刑事事件になったケースがありますね。この21条違反、届出義務違反。そういうものがあってから届出件数も多くなって、そしてまた立件送致数も多くなっているのではないかなあと私は思うのですけれども、そうではないでしょうか。

#### ○山本座長

どうぞ。

#### ○田原医事課長

その因果関係はちょっとわかりませんが、事実としては、平成11年にそういった医師法21条違反のことについて疑義が生じるような事案があって、それが裁判で争われて、平成16年に最高裁の判決が出たということですから、そのころと少し

時期は一致しているのかなとは思いますが。

#### ○山本座長

どうぞ。

#### ○高杉構成員

したがって、今、宮澤先生が言われた法の解釈、それは時代によって変わるのかもしれないかもしれませんが、現場で結局法医学のガイドラインが出、国立病院の診療ガイドラインが出、あやふやなままにいったのが現在の混乱を起こしているのですね。だから、そのためにこの調査のあり方、検討委員会も行われているのであって、そこがはっきりしない限りは前に進まない。あるいは、これはこうなのだと決めていただければそれはそこで対処できる。

しかし、自律的な取り組みの中で我々は努力しようと言って、その肝心のところがころころ変わったのではやれませんね。だから、そこをきちんとしなくて、そういう国立病院への指令が出たり、法医学のガイドラインで、我々、一生懸命応えても、また解釈が変わるということでは困るわけですね。

だから、医療関連死というのは犯罪でしょうか。犯罪ではないですね。医療過誤で届けないのは犯罪かもしれません。それは患者さんにきちんと説明するプロセスをきちんと我々やりましよう提案しているわけです。それは明らかな過誤のことはもちろんですけれども、そうでないケースもある。説明がなかなか院内の事故調査委員会でも説明できない。これをどのように処理しましようかと、どのように患者さんに納得してもらいましようかということの話

し合いが大切なのです。

だから、その基本が、どうも提言がぐらぐらするようではこれは前に進まない。我々は、何をしているのですかねということにもなりますし、今後の医療をどのようにするかという視点でやはり進めなければいけない。そうすると、法律家の先生方の御意見も大切だけれども、そこをきちんと示してくださいよというのが本当に現場の意見ですね。

### ○有賀構成員

また厚生省の方に聞いてしまうので嫌がられてしまうかもしれませんが、リスクマネジメントに関する手順書全体のあり方を示唆した中で本件についての部分が入っているという御説明ですね。ここの会議では、何か困ったことが起こったときに、その原因をきちんと見極めて、そして、医療安全に資する形で利用しようではないかという話で、まさにそれはリスクマネジメントそのものなのですが、リスクマネジメントについて、極めて広く、いわゆるクライシスマネジメントというか、訴訟とか、そのような観点まで含めて広く考えるという考え方でいくと、患者さんが警察に駆け込むというふうな状況をマネージするためにも、先に警察へ届けておくと。そのような感じでリスクマネジメントに関する手順書の中にお入れになったのですか。

そもそも医療安全をしていこうということと警察に届け出るといふことは論理的には全くの独立事象ですね。つまり、私たちがいい医療をしようと思うことと警察に届け出るといふことは、今、僕がちょっと触れたリスクマネジメント、ペイシエント

セーフティのことを考えた上で、究極の向こうにある訴訟とかそのようなことまで入れば、場合によっては理解できるのですが、ここでも、ここで議論するような場面において、当時の厚生省が手順書の中の一部にそれを入れたというのは、その部分だけ議論してもらっても困るという話なのですけれども、どういう理由でその中に入っていたのでしょうか。

私たちは、もともとそのようなことを想定は実はしてなくて、法医学会によるガイドラインが出たときも、極めて純粋に反対するわけですね。違うよねと。だけれども、後押しをしてくださったのが厚生労働省だという歴史観を持つわけです。だから、なぜそこに入れたのかということについて、ここでは独立事象で関係ないということは、多分多くの方がおわかりになっていると思うのですけれども、当時入れた理由は何なのですか。

### ○田原医事課長

先ほどの届出のところを入れた理由というのは、今、私のほうからは説明できませんけれども、この全体、リスクマネジメントの作成指針をつくった趣旨を申し上げますと、医療事故の発生防止対策、それから医療事故発生時の対応方法について、国立病院などがマニュアルを作成する際の指針を示すということで、各施設、各病院で医療事故防止体制を確立してほしいと。それが安全かつ適切な医療の提供に資するという趣旨でつくられたと理解しております。

○有賀構成員　ちょっと畳みかけてごめんなさい。だから、警察に届け出るといふその仕事は、直接的には医療安全と関係ない。

言っていることわかりますね。直接的に私たちがやらなければいけない医療安全は、病院の中できちっとそれを分析して、わかりますね。それで、その結果を踏まえて次のステップへ進むわけですね。そのときに、警察に届け出て、何が安全に結びついたのであると今となっては強く思うので、だから、したがって、当時の考え方は、警察に届け出ると医療安全がより安全になるとお思いになったのですか。

#### ○田原医事課長

ここのマニュアルというのは、病院長が警察にどのように相談していくのか、この指針やマニュアル自体は法律ではありませんので、法律に従って、医師法21条に基づいて届出をしなければいけないのかどうかということを含めて警察に相談するということが書かれてあるのではないかと思います。

#### ○高杉構成員

医療行為はすることが不確実で、リスクがあって、それはもう何が起こるかかわからない。しかし、それが起こったとき警察に届けるといのはどういう意味なのでしょう。犯罪を犯したのは警察に届けるの当たり前ですけれども、そのところが変な指針が出るからかえって周りがおかしくなる。だから、犯罪と犯罪でないというのをはっきり区別しなければ、警察を入れると言って病院長が責任逃れしているだけではないですか。それでは困ると我々は思うし、きちんとそれを説明しましょうやということでもありますから、そこでかわそうとした当時の状況はわからないではありませんけれ

ども、それで混乱が生じたということを反省して前に行かなければ意味がないと私は思うのでありますが。

だから、この捜査との関係というのは、医療行為をして死に至った、これを犯罪とするのなら、これは医療行為やれません。そののところがきちんと直してくれないと。私たちは、その取り組みの中で患者さんの信頼に応えようというわけですから。

#### ○有賀構成員

高杉先生、そうおっしゃるのは僕と全く心の部分では同じなのですが、しかし、先ほど法律の方たち、座長も含めて言われたのは、診療関連死は21条のこの解釈に含まれるという、それが、今、日本国のルールになっているのですね、要は。

#### ○山本座長

最高裁判所がそのように言っていると。

#### ○有賀構成員

最高裁判所が言ったということは、この国のルールとしてそれが所与の条件なのだという前提を話をしなくてははいけないということですね。

#### ○山本座長

それはそういうことになると思います。

#### ○有賀構成員

だから、ここで確認したいのは、当時は医療安全に結びついていた可能性があると思うのですよ。厚生労働省の今の話だと。だけれども、今よく考えると、高杉先生がおっしゃったみたいに、そのような考え方



と、つまり、警察に届け出るという考え方と、医療安全をよりよい形で全うしていこうではないかと思っている、そういう考え方は独立している。別個の問題だと考えるのが筋ではないかということを行っているのです。厚生労働省も、今となってはそうではありませんのという質問です。

#### ○田原医事課長

今となってはというのはよくわかりませんが、あくまでも国立病院のほうの作成指針というのは、国立病院などが自主的にこうやったらいいのではないかということをお示しただけであって、医師法21条の話とはまさに別々の問題だと思います。平成16年に最高裁のほうで、自分が診察していた患者かどうかは関係なく、死体の外表を検査して、検案をして、異状を認めた場合には警察署に届け出ることが必要であるということ示されているわけですので、そのことを念頭に御議論いただければと思います。

#### ○飯田構成員

議論かみ合わない理由はこの用語なのです。さっきから、会の目的と合わない話と同じように。我々は、医療の安全のときは、リスクマネジメントを考えてないわけです。セーフティマネジメントなのです。厚労省の検討会でもそう発言して、医療安全ということでセーフティマネジメントということで統一していただいたのです。広い意味では、セーフティマネジメントがリスクマネジメントの一部になります。それは認めます。だけれども、組織防衛としてのリスクマネジメントと違うのだということをも

確にしないといけないのです。今のお話で、警察に届けるという意味では、病院長のリスクマネジメントとして届け出ることはあり得るのです。自分が罪に問われるのですから。それはセーフティとは全然関係ないのです。

ですから、セーフティマネジメントもリスクマネジメントも非常に大事です。だけれども、議論するのは分けて考えていただかなくてはいけないのです。この検討会ではセーフティマネジメントを考えるとやっているのでは、リスクの話をしていても困ります。もちろん、リスクを縮減することがセーフティにつながりますから、そういう意味でのリスクは結構ですが、組織防衛という話になると、大事ですが、別のテーブルで議論してほしいのです。そうしなかったら、すれ違ってどうにもなりません。

#### ○山本座長

どうぞ。

#### ○里見構成員

何となく火をつけてしまった気がして気がひけますが。ただ、いろいろ議論あると思いますけれども、この会議で決めなければならぬのは、医療事故が起きた時にどうするかということだと思います。皆さんの大半の意見としては、医療関連死や医療事故は刑事訴訟になじまないものであるから、まず届けないというにしているのではないのでしょうか。大半の人はそう思っていると思うのですけれども、それはそれでよいとして、でも、しかし、やはり医療過誤は起こるわけで、そのときにどういう仕組

みを作っておけば、患者さんの家族も納得し、原因究明もできるかということを考えるように、もう次に進めていったほうが生産的かなと思います。

今までの解釈はともかくとして、少なくとも、今話を聞いて一致するのは、異論あるかもしれませんが、医療に関する死とかそういうものは刑事訴訟にはなじまないから、警察に届出はしないという本来の21条のこの解釈に立って、そのように動いてもらいたいという意見だと思います。しかし、やはり医療過誤起こっているのです、それに対してどういことを我々は次の制度として持っておけばクリアーできるかという議論にそろそろ移ったらいいのではないのでしょうか。

#### ○山本座長

今の御発言は、この21条によって届出をしないような仕組みとしてどのようなものを考えればよいのかということを考えるべきだという御発言でしょうか。

#### ○里見構成員

医療関連死に対して、これは警察に届けるべきだという意見があれば、それはまた議論しなければいけないけれども、そうでないのだったら、もうそれはそれで次のステップに移ったほうがいいのではないのでしょうか。

#### ○山本座長

どうぞ。

#### ○加藤構成員

今ずっと皆さんの御意見をお聞きしながら

らちょっと考えているのですけれども、診療関連死という概念、これ自体、みんなそれぞれ思っているところはだいぶ違うのではないかと思うのですね。診療関連死の中に、例えばエタノールと蒸留水と間違えた京都大学病院のケースがございますね。あれも診療関連死になりますね。それから、牛乳を点滴してしまったということで、そんな事故も過去にあったと思いますけれども、これも診療関連死ですね。診療関連死と一口で言うけれども、さまざまなものがあります。

例えばことしの6月に奈良地方裁判所で判決が言い渡された大和郡山市の山本病院のケースでは、これは禁固刑になっていましてけれども、医療行為に関連して亡くなったというケースですけれども、相当悪質な事案であることは、皆さん御存じかどうかわかりませんが、相当問題のあるケースです。そういう問題のあるケースが診療関連死と言われる中にまぎれ込んでいることは間違いないのですね。一切そういうことはないのだという前提には全く事実として立てない。過去にそういうことがいろいろ存在した以上は、全く診療関連死というものは刑事的なものと無縁にある概念ではないだろうということはまず押さえなければいけないだろうと思うのですね。

先ほど来ずっと、21条の解釈の問題と、厚労省の保健医療局国立病院部というところがあるのですかね。

#### ○田原医事課長

当時ですね。

#### ○加藤構成員

当時、そのマニュアルの話が出ていますが、参考資料2の医師法の条文は、「医師は」とこう書いてあって、届出をしなければいけない主体は医師。それに対しては、こちらの厚労省のマニュアルの話ですけれども、「施設長は」となっています。それから、「検案して異状があると認めるときは」というのが医師法21条の話なのですが、「医療過誤によって死亡又は障害が発生した場合又はその疑いがある場合には」という内容になっています。「24時間以内に」というのが医師法の21条に明記されているのですが、それに対しては「速やかに」と。医師法21条の解釈の問題としては全然違う話がここには私は出ていると思いますので、21条の問題と、このマニュアルに出ている問題とを一応分けて考えるということではないでしょうか。

そうすると、厚労省のこのマニュアルの話は、別の理由、例えば医療の現場で診療関連死というものであったとしても、重大な過失があって患者さんが亡くなってしまったという場合は、なるべくそれを、この当時はもちろん、届出先、第三者機関もないわけですから、その病院の中にとどめておくということはある種の危険性を持つだろうと。だから、隠さないで、きちっとそれはオープンにしていくべきだという世の中の大きな期待があったらと思うのですね。マスコミに公表する基準だとか、あるいは警察に届出をしておく基準だとかいう話が当時出たのはそういう背景が時代的にはあったのではないかと。

2002年に名古屋大学で起きた腹腔鏡を使った手術のときに、術者がトロッカーで腹部大動脈を突き刺してしまって、大量出

血、その後、輸血を大量にしても、結果、救命できなかったというケースがありました。このときに病院が対応をどのようにしたかということ、隠さない、逃げない、ごまかさないと、病院長のメッセージを記者会見で発表し、そして、警察にも届出をし、そして、院内で事故調査をすると。それは外部委員も入れて公正にこの際しっかりとやるということ公表したわけですね。

その結果、2カ月で事故調査報告書をまとめるということになるわけですが、当然、最初の時点では警察に届出がなされているので刑事訴訟法に基づく検視という手続きがございますけれども、それは病理解剖しているときに警察官が来て写真を撮ったりしていつているという手続は同時並行で起きたわけですが、その後、院内の事故調査委員会で警察が先行してさまざまな取り調べとか捜索押収とかしないようにという形で申し入れをして、その場合には、警察のほうは見守るという態度をとったわけですね。

その結果、2カ月後に事故調査を遂げて報告書をまとめたわけですが、その結果、刑事問題としては、通常は検察庁に書類送検という手続に入っていくわけですが、送検せずということで刑事問題は終了しました。つまり、業務上過失致死が疑われる事件ですから、警察としても関心を持ったわけですが、このケースの場合、国が賠償するというので、民事的にも裁判に至らず、示談という形で解決ついたことなど、それから、多分考慮された中には、誠実に院内事故調査で真実を述べ、真剣に医療安全のために術者自らが貢献したことなどを含めて警察は判断したのだろうと私は思っております。

そういうことを総合して考えるときに、厚労省の、2000年の7月でしょうか、このマニュアルというものの持つ意味が、名古屋大学では少なくともそうした形で一つの刑事問題化する可能性があるケースについては隠さないという気持ちから警察に届出をした。それは21条の届出ということであったかどうかは別として、そういうことを知らせておいて、そして院内事故調査ということを優先的にしたという実績があります。

そういう意味では、資料3に戻るのですが、それでも、「捜査機関との関係について」ということで、医療関連死という言葉、それから診療関連死という言葉が両方この中には出てきますが、括弧書きの、皆さんそれぞれ発言される人は、「故意または故意と同視すべき犯罪がある場合は警察へ届け出る」ということ、多分、きょう発言されている医療側の構成員の人も、故意が疑われたり犯罪が疑われるような場合は、これは警察に届けなければと思っておられるでしょう。そうすると、死亡の事例を見てすぐに、それは重大な過失か、あるいは過失があったようだということまではわかるかもしれないけれども、それが故意かどうかというのは、その瞬間的に判断がつくかというのはなかなか難しいです。実際に難しい。

解剖というのは時間との勝負になりますね。この医師法21条に24時間と書いてあるのは、まさに、場合によれば、例えば虐待で子供が死んでいると考えられる、あるいは刺し傷があって、それが死因になっている可能性があるとなれば、これはほうっておけないので、司法解剖という方向に持っ

ていくことでなければ社会の安全が保てないということになります。よって、この21条というのが存在する意味は今日的にもあるわけですね。そこに、故意または故意と同視すべき犯罪があるような場合は警察に皆届けなければいかんよと、このように考えるわけですが、その判断というのはかなり速やかにやらなければ、火葬されてしまうとその経過が曖昧になってしまうという問題があるわけですね。

そこで、この捜査機関との関係について言えば、私たちは診療関連死というのをどのように考えるかで、ディスカッションする以上はその概念を共通にしてディスカッションしたいと思うし、私は、診療関連死の中には犯罪的なものも含まれてくると見えていますので、それはまた直ちに即決でわかる話ではないだろうと思われるので、そこが一番難しいところなのですね。

しかしながら、第三者機関ができれば、診療関連死というものはその第三者機関に届けていくと。大半はそういうことでふさわしいものですから。しかしながら、第三者機関に届けられた後、問題があったというケースについて、一切刑事的な問題にそれはなり得ないとしたならばどういうことになっていくのかというあたりを少し皆さんの御意見を聞かせていただきたいと私は思っております。

以上です。

#### ○中澤構成員

今、加藤構成員がおっしゃったことは、私たちも同じように考えます。今、お話の中で、アルコールと生理的食塩水を間違えた件とか、それから、ミルクを静脈の中に

入れて亡くなった件とかいうのは、これは故意ではないと思うのです。故意ではないですね。やりたくてやっているわけではない。もう一つ、山本病院のケースは、恐らくこれは故意でやっているところに入ると考えられるので悪質と思われま。先ほどのお話ですとこれが一つの診療関連死としてまとまっているとお考えだと思のですが、これは私たちにとっては非常に大きいインパクトを持っていまして、診療の中で起きる過誤というのはゼロではありませんし、それが死亡につながるということは必ずあることです。

ただ、これが山本病院のケースと同じに見られてしまうというところが、私たちが今まで非常に苦労しているところなのです。一般の新聞で取り上げられていること、それから、一般の方が考えるときに、これは故意だから診療とは関係ないとか、あるいはこれは間違いが起きているのだから診療と関係しているのだとか、そういう区別を持って考えるということはないと思います。大抵の場合はみんな一緒にして、医療機関は、要するにこういうこともやるのだというふうな考え方でとらえていくので、私たちは、完璧に故意と犯罪ということと医療関連死とは分けてほしいというところを申し上げる一つの根拠になるわけでありま。

それから、虐待なんかは、これは見ればわかる話なので、これは検死というところではっきりします。それから、診療関連死は、最初から最後まで医療者がつき合っていますから、表面には何もなくても、医療に問題があるかどうかについてはかなり見解を持つことができると思います。その中で、この21条の解釈というのは体表のこと

を問題にしておりますので、体表の問題だという話になると、これはあるものは届け出なければならないけれども、なければいいのだというような解釈も実際にしている人もいるわけでした、そのような解釈の相違というのが、この21条にもあるし、それから、今お話しいただいた加藤先生の話の中でもあるのです。

ですから、これを分けてほしい。犯罪捜査は緊急に届出が必要かという件ですが、故意とか犯罪とかは後になってみないとわからないことなので、恐らくそのことをもって一緒に届け出なければならないということにはならないのではないかと私は考えておりますし、今日の混乱の原因ということとは医療関係者ではかなりみんなが考えていることだと思います。

#### ○山本座長

山口構成員、どうぞ。

#### ○山口（育）構成員

私は、この検討部会における議論では、「診療関連死」という中に、重大な過失や故意によるものは含まれていないと認識していました。今の議論をお聞きしていて、医療にも法律にも素人の立場ですが、この医師法21条の解釈を読むと、やはりかなり故意や犯罪に近いものと感じま。「犯罪の痕跡を止めている場合があるので」と明確なただし書きがあるからかもしれま。けれども。この検討部会で話し合うときに、医療事故にかかわる調査の仕組みとして、診療関連死とはどういうものを言うのかをある程度きちんと定義づけるか共通認識にしておかないと、人によってイメージが異

なり、いつまでたっても話が見えてこないのではないかと思います。もちろん、今までの議論の経緯もありますが、この場で第三者機関ということを考えるに当たっての診療関連死というものはどういうもの言うのかということをもとめていくというのはいかがなものでしょうか。

#### ○山本座長

宮澤構成員、どうぞ。

#### ○宮澤構成員

今おっしゃられたとおりですけれども、診療に関連する死亡ということになると、当然のことながら全部含まれるのですね。実際に診療に関連した形で最高裁で殺人という形で確定した例もあるわけですから。その意味では、診療関連死というのは故意、過失、重過失、全部含まれている。明らかにわかるものをどうするかというのは別ですけれども、とりあえず警察のほうに持っていくのがいいのか、それとも、それ以外のところに持って行って判断していくのがいいのかという問題なのだと思います。

現場でどう振り分けるとするのは非常に難しいというのが今までの現状を見て明らかかなわけですから、その意味で、どういう状況が起こったにしても、どこに届ければいいのかと、そこできちんとした医療的な判断もされるのだということになれば、それは明らかにはっきりしている。

今回は、そういう医師法21条の解釈の問題も、今現状ではあるわけですが、そうではなくて、これからどうしていくか、立法政策的な問題としてどうしていくかということの議論の場なので、その意味では、

この21条の解釈、どこが含まれているかというよりも、これから全てを含んだ上でどうするかということを考えるべきだと思います。その意味では、里見構成員のおっしゃったとおりではないかなと私も思っています。今、これからどうするか。それから、幾つかのものが含まれている。それを全部考慮した上で、それを第三者機関のほうに振り分けていく、そういう方向性が正しいのではないかということは私もそのとおりで思っています。そちらのほうの議論に移っていったほうがいいのではないかと思います。

#### ○山本座長

本田構成員、どうぞ。

#### ○本田構成員

私自身も医療にも法律にも全くの素人なわけですけれども、一応手術とか抗がん剤治療とかさまざまな危険を要する治療を受けて、それを選択してきた患者という意味でちょっと感じたことがあるのですけれども、これからのことを考えるということに対しては全く私も賛成なのですけれども、制度をちゃんと理解してない部分もあるので恐縮なのですが、私もずっと議論を聞いていの中で、加藤構成員がおっしゃったように、医療関連死とは何なのかというのが一番の疑問でした。

今のお話の中では、医療関連死というのは故意のものとか故意と同等と考えられるものなど全てを含むということだったので、そのように理解したときに、それを警察には届け出ないとまず決めて、警察に届け出ないのいいのかはちょっと置いておいて、

届け出ないとなったときに、それを誰が判断するのかというのは患者にとってはすごく大きな問題ではないかなと思っていて、疑問があるようなことが起こったときに、当該の医療機関とか、そこが全て判断していると、すごく疑問が残ったままだと思うのですね。

医療関連死、それが故意なのかどうなのか。故意なものは全部、先ほど、医療関係者の方々もみんな、それはちゃんと届け出べきなのだとこのことをここにも書いてあります。資料3にも書いてありますけれども、それを一体誰が判断するのかというところで、そういうものは、疑義あるもの、医療行為にかかわるものは届け出るといふのだとしたら、その判断を一体どうするのかというところを明確にさせていただかないといけないなど。そこが一番のポイントに感じました。

#### ○山本座長

山口構成員、どうぞ。

#### ○山口（徹）構成員

もちろん、再発予防とか医療安全ということを見ると、過失、過誤があった医療、診療関連死というのが一番学ばなければいけないことがたくさんあると思います。従って、それをやはり中心に、この第三者機関、あるいは第三者機関への届出も含めて考える必要があります。そこはいいのですけれども、その前提として、過失のあった医療関連死は、21条で現在は届け出べきものということに決まっているのだから、ではそれをどうするかという話をするべきだということになると、現在の21条をその

ように理解することがもう決まりだとなると、それはやはりちょっと待ってほしいと言いたい。本当に明らかな、悪意のない、うっかりした過誤、過失があって、それが死亡に関連した場合、難しい、法律のことはよくわかるわけではないのですけれども、最高裁の判例の、体表を検査して異常があった、体表に何もなければという議論まで別にくみするつもりはないのですけれども、明らかな過誤があったら、それは全て警察のmatterだというのは納得がいかない。そして、先ほど加藤構成員のほうからあったように、警察に届けられた後は、警察の判断として、それを送検する、しないが決まると。その判断はすべて警察に任されて当然だ、これはもう現在そう決まっていると言われてしまうと、いや、ちょっとそれは待ってほしいという話になる。本当に悪意のなかった、うっかりミスのような過失も、全てそれは、警察が判断する業務上過失致死傷害に該当するものだという事はもう決まっているのでしょうか。それが現在の医師法21条の考え方だということには、そこは少し違うのではないかなと思います。どうしてそれが違うかとまた延々とやるつもりはないですけれども、そうあっさり決めつけられても困る。医療行為、診療行為における業務上過失致死、あるいは業務上過失傷害についてはまだまだ議論が多く、それほど明確に定義されてはいないと思っています。

#### ○宮澤構成員

実は業務上過失致死傷罪というのは昔からある犯罪類型であって、定義ははっきりしているのです。社会生活上の地位に基

づいて反復継続する生命・身体に危険を及ぼし得る行為、これは業務だと言われているのです。医師の行為は業務そのものなのです。医師という資格のもとで反復継続してやってしまうと、生命・身体に危害を及ぼす可能性のある行為、これは業務そのものなので、何かあって、不注意があれば業務上過失致死傷罪になってしまうというのは定義上明らかなのです。ですから、その意味ではやはり法律上はそういう形のものに当たってしまう。ただ、それがいいか悪いかという問題なのです。

私は、この場でも申し上げているように、医療上の軽過失、通常の過失というのは刑法上の業務上過失致死傷罪の枠外に置くべきではないかというのは、意見申し上げたとおりなので、それがいいか悪いかは別問題として、現行法の中ではそのように考えられていると理解していただいた上で、その理解を前提にして、これからどうしていくかということをお話するのが一番いいのかなと思います。

### ○加藤構成員

要するに診療関連死が発生したときに、第三者機関に届け出るというルールをつくっていく必要があると思うのです。この第三者機関を早くつくるのが大事だと、私はこの際強調しておきたいのですけれども、そういう届出先としての第三者機関がないところに実はいろいろな問題も生じていると。

この医師法21条のような場合、つまり、死体を検案して異常があると認める場合も含めて診療関連死であれば第三者機関に届け出る。第三者機関ができた場合ですよ。

その第三者機関が届出を受け付けて、速やかにきちっとした振り分けができるということが前提になってくるのですけれども、そのようにしたならば、医師法21条のこの届出義務というものを果たしたことと同視をしていくという考え方が整理のつけ方としては可能だろうと思っているのです。

きょう皆さんはどこまで事実を踏まえてお話しされているのか、ちょっとお聞きしていて心配になった点もあるのですが、都立広尾病院事件というのは、皆さんおよそはわかっておられるのでしょうけれども、奥様を亡くされた永井さんという方が本を出版されています。その本の中にはとても衝撃的な、湯灌の儀の際に、その死体の腕のところに、明らかな変化といたしましうか、血管が浮き出たような、そういうものが写真としてその本の中に出ています。で、これは何だという疑問を持つことになるわけですが、消毒剤を投与して患者さんが亡くなったのに、その事実を隠蔽しようとしたという力学が働いたことは明らかな事件なのです。そういう事実。

それから、先ほどの山本病院事件というのは、故意の起訴ではありません。故意犯ではなくて、医療過誤事件と同じような業務上過失致死という形で立件されている事件なのです。その中では、医療過誤があったのかなかったのかという形で展開はされているのです。もちろん、これは明らかに著しく無謀な、人体実験にも等しいような医療行為だということで、医療の名に値しないとか、そういう評価がきっとベースに裁判官の気持ちの中にあっただのかなあとうかがわれた、私はその判決要旨を読んで感じましたけれども、医学的に全く根拠の



ない医療だとか、著しく無謀な医療だとか、著しい怠慢だとか、そういうものは医療の世界で、残念ながら存在し得るわけですね。そういうものが、捜査機関に何ら問題にならない、刑事的には全く問題にならないということは到底人々の了解が得られる筋合いのことではありません。

だからこそ、故意または故意と同視すべき犯罪がある場合は別だと皆さんが言うのはそこにあると思うのですが、その判断を速やかにするという仕組み、どうやってつくっていくのかということですね。私は、第三者機関に全て届け出ると。まず、報告がなければ調査に入れませんので、報告を網羅的に広く吸い上げるという抽出力を、国家としてこの種の問題について抽出力をしっかりと報告という形で上げていって、そして、その中で、これはきちっと調査しようというものは調査していかなければいけない。調査をして初めて、故意、重過失等の色彩がわかってくる、そういう性質のものだということですね。

その間に、解剖のタイミングとか葬儀とかいろんなことを遺族は抱えるわけですから、そのことを無視して議論はできません。ですから、ある意味で、その間に解剖という手続を入れる以上は、速やかな判断が時間との勝負で必要になる場面に直面するのだということですね。

永井さんの都立広尾病院事件のケースでも、もし茶毘に付されていたら証拠はかなり消えてしまうという問題だったろうと思いますので、そういう意味での解剖の大切さとか、いろんなことを認識して制度整備を一方に図っていくということではなればいかんと思います。

以上です。

#### ○山本座長

では、鮎澤構成員、どうぞ。

#### ○鮎澤構成員

申しわけありません。私、きょう最終便で帰らなければいけないので、ちょっとお尻がむずむずしております。せっかく九州から来ましたので、ちょっと今の議論の流れに水を差すことになるかもしれないのですが、済みません、言い置かせていただきたいことが4点ほどあります。簡潔にします。

まず1点目、先ほど本田構成員から、誰が決めるのか、特に患者さん御家族に疑念があったときが心配だということをおっしゃっておられましたが、ここでどういう議論をしても、疑念を持たれた患者さん御家族が御自身で警察に、このときの用語というのは告訴になるのでしょうか、告訴することができる権利というのはずっと残っているものだとは認識しています。それが間違っていないかどうか、改めて御意見を聞かせていただきたいと思います。

それから2点目、きょうも過失なのか重過失なのか故意なのか悪質なのかという議論が出てきています。恐らくこれはどう定義しても定義し切れないし、どんなに例を挙げても、ではこういう場合はどうですかと言って、また議論になっていくと思います。そもそもそうした判断を司法の手に委ねるのではなくて、「医療者が」と言いません、「医療者が中心となって」判断をしようというのがこの第三者機関を設置していくとても大事な目的だったと思います。

そのところに改めて立ち戻って議論していくことが必要なのではないかと思っています。

そして、少し先の議論になるのかもしれませんが、2点ほど。まず1点、これは意見なのですが、実はきょうの「捜査機関との関係について」というテーマについては、捜査機関と第三者機関の関係についてなのか、捜査機関と院内調査の関係についてなのか、捜査機関と調査経過の関係についてなのか、捜査機関と調査結果についてなのか、いろんなスキームがあって、そのマトリックスの中で議論していかないと実は精緻な議論というのはできないのだと思っています。

ただ、そこまでやるかどうかは別にして、きょうの議論の中で必要なことがいろいろと見えてくるのだとは思っていますが、第三者機関がどのようなかたちになろうが、院内調査は大事だということではおおむね議論が集約しているのではないかと思います。

そのことに絡めてなのですが、病院で事故が起きると公表します。公表すると、おのずと警察が知るところとなって、お問い合わせが入ります。先ほど、見守るといような対応をしてくださるといことも出てきた。確かにそのとおりなのですが、直ちに事故調査委員会を立ち上げて、院内で事故調査をしていこうとすると、例えば最近の医療材料、医療器具で起きている事故などは、事故によっては、物性の検証、力学の検証で医療材料等を切り刻んだりしなければいけないことになる。そうすると、将来的にこれは捜査妨害と言われるのだろうか、それから証拠隠滅と言われる

のだろうか心配になるわけです。院内の事故調査においてそういった危惧なくできるような環境整備をどのようにつくってあげばいいのかということもぜひ御議論いただきたいと思っています。

そして、もう一つお願いしておきたいことなのですが、実は消費者庁がされておられる事故調査がとても気になっています。これだけ医療事故の調査の議論をしながら、あの法案は何か脇をすっと抜けて成立していったという感じがあって、気がつくとなの中に医療も入っているという感じがあるからなのです。

実際、私たち、事故の公表をしたときに、消費者庁から問い合わせが入って、なぜ消費者庁から問い合わせが来るのだ、あっ、あの法案が通過したからだということを経験しました。消費者庁の調査の中における医療事故の調査をどのように検討しておられるのかについては、またいずれどこかで伺いたいと思いますが、医療事故以外の、いわゆる事故調査と消費者庁の、その経過、結果に関する捜査機関の関係についてどのように整理しておられるのか、一度参考のために伺いたいとも思いますので、どこかで機会をいただければと思います。

以上です。済みません。お時間をいただきました。

#### ○山本座長

消費者庁との関係は、コメントがもしあれば。

#### ○吉岡総務課長

消費者庁とも相談しまして、次回以降、対応を検討したいと思います。

### ○山本座長

豊田構成員、どうぞ。

### ○豊田構成員

私は、きょう、加藤構成員がおっしゃったことと、ほぼ同じ意見です。実際に患者さんが亡くなったときに、そこで、これは故意だろうとか何かとはとてもその場で判断なんかできるはずがないので、それを今ここで議論されても、本当にそれは、もしそういうことをいろいろ細かくまとめられるとしたら、逆に御存じない方の発言なのではないかなと思ってしまうぐらい、本当に大混乱の状況だと思いますので、やはり第三者機関をつくっていただいて、きちんと届け出る仕組みをぜひつくっていただきたいと考えています。

その仕組みをしっかりとつくらないことには、第三者機関に届出をすれば警察のほうに届け出なくもよいと、いったことを改定していくことにはならないと思っていますので、ぜひ第三者機関をしっかりとつくるというところにまず議論を持っていただきたいということを強く願っています。

### ○山本座長

どうぞ。

### ○中澤構成員

第三者機関の重要性については、私も重要な点だと思っておりますので、これはやはり、今のどういうものを診療関連死として扱うかということの問題の中で討議されるような問題ではないと私は思うのですね。

今、加藤先生の話の中で、ぜひ御理解いただけたらありがたいと思っているのは、要するに犯罪と一般の医療行為とは物すごく正反対な医療行為なわけですよ。その正反対の医療行為の中で医療者の犯罪が疑われるという形で物事が進むと、もうふだんの診療行為は全部だめになります。信頼性において動いているのが医療ですので、その信頼ということの中で、私たちがふだん考えてもいない犯罪のことまで一つのものの中に入れて議論しなければいけないということそれ自体が、もう本当にどうしていいかわからない、恐らく医療全体の大混乱に私はなると思っているので、これはやはり議論の中からは外してほしいというのが私の考えです。

ですから、ふるい分けをするのなら警察でやろうが、第三者機関で扱おうが、それは同じことだと思います。ふるいを広くかけて、その中から悪いものを取り出すのだという手法は、ふるいの中に入る人は全部疑いをかけられて入るわけです。その中から、あなたは大丈夫、あなたは故意というふうに持っていくというのが、広く網をかけて審査するというやり方ではないかと思います。そうすると、診療関連死は、最初から過誤が問題だとわかるものもあるし、過誤と言っていいかどうか分からないものも含まれています。全部それを一緒くたにしてやるということについては、ふるいをかける側に立てばこれほど都合のいいことはない。だけれども、ふるいにかけるほうの立場から考えると、これはやはり人権の侵害と無関係ではないのではないかと私は考えます。

あともう一つ。済みません。ちょっと出

てこないのです。

### ○山本座長

宮澤構成員、どうぞ。

### ○宮澤構成員

犯罪という言い方をすると問題なのかもしれないですけども、通常の医療の中で犯罪行為というのは出てきてしまう可能性がある行為だと思うのです。例えば安楽死なんていうことを考えてみると、通常で何か物を盗るために人を殺し合うというのと明らかに違います。ただ、それを医療者どう見ているかという、本当に苦しんで苦しんで、何とかしてあげたいという中でそういう道を選んでしまったということだってもちろんあるわけですね。そうすると、それが通常の、何か物を盗るために人を殺したのとは違うのですけれども、ただ、結果だけを見ると、故意犯というのもどうしても混じってくる可能性はある。だから、それを分けながらやるというよりも、やはり全体を見ながら、紙一重というところをきちんと理解した上で、全体を第三者機関のほうに委ねるということを考えておかないと、どこかで区別つけるというのはなかなか難しいと思います。それは今の段階では非常に難しいのではないかなと思っています。

### ○山本座長

どうぞ。

### ○有賀構成員

多分、中澤先生もおっしゃりたかったこ

とだと思うので発言します。

今の宮澤先生のおっしゃっていることは、法律家としては多分正論なのだと思いますけれども、医療者はとてつもなくたまらない。このような情緒的な言い方しかできない。それが私たち医療者の本音です。ですから、その本音を無視するような形で論理的にものが進んでいって、こうですよとなったときに、恐らく医療はだめになります。これは法律の方たちの論理の外に情の世界をきっちり入れておいていただかないとどうにもなりません。

加藤先生がおっしゃったみたいに、たくさん集めて、そして、よし、よし、よし、ペケというふうな形をもしとるならば、そんな業界に私たちはもう働くことをしません。これは全くそのとおりです。これは嫌なのです、そんなものは。好きかどうかという、論理的におかしいんだ、おまえと言われたら、ああ、そうですか、仕事変えましょうとなりますよ。それから、医学部なんか誰も来ませんよ。人を助けようとみんな医学部へ来ているわけですから。ですから、そのようなことを丁寧に見ていただかないと、国民の数から医療者を差し引いて、あと残り多数決してみろ、おまえら負けるではないかと言われているのと全く同じですよ。そんなことのためにここに集まっているわけではないのですよ。

加藤構成員が言われた中で、警察に届け出ると。これはもう所与のテーマとして届け出ることになっているわけですね。で、届け出た。そして見守ってもらっているということですね。その見守りはなぜ起こったかということ、医療機関がきちっとやっているというようなことがあるから見守るわ

けですね。だから、話の筋の原点はそこから出発するわけで、第三者機関の話はその次のステップのはずなのです。そこをよくわかっていただかないと、現場の医療者は、いつも宮澤先生に助けていただいていますけれども、法律の理屈だけで全てが転がってはいないのです。その部分は、中澤先生一生懸命言われていると思いますし、恐らく医療者はみんな思っていると思います。本田構成員の主治医も、恐らくそうやって一生懸命やったのだと思います。

だから、最終的な一番大事なポイントは現場なのですね。それをわかっていただかないといけない。だから、第三者機関はそういう意味では警察のかわりにとかいう議論になりますけれども、警察はそもそも届け出ることになっているというのが今のテーマで、さっき座長は、別の判例が出ればと言いましたけれども、その判例は、第三者機関に届け出たと。だけれども、警察に届け出なかったではないかという話が、最高裁判所で第三者機関でOKよねというふうにならないとルールは変わらないと考えるのが筋だと私は思いますね。

ですから、今は警察にとにかく届け出る。でも、それはそれとして、きちっと中でやる。そのやるという話を、届け出られた警察が見守ってくれるかどうかというところがとりあえず今のタイドロープですね。僕はそのように理解していますけれども、ちょっと反論してください。

#### ○山本座長

御指名です。

#### ○宮澤構成員

基本的には、私も冷酷な法律家というわけではなくて、どちらかという医療は今非常に難しい立場にあって、非常に大変なところに立たされていることはよくわかっているつもりなのです。だからこそ、こういう形で何か新しい立法とか新しい政策というものの中でその救いの場を求めていく。きちんとした医療者と患者との間の、一般国民との間で信頼をつくりたい。そのためにはどうしたらいいのか。刑事法というのが関与している間というのはなかなかそういうのは難しい。「全部言ってください、本当のことを」と言いながら、その後、「手が後ろに回りますよ」と言われて、なかなかそんなこと言えるわけがない。そういう意味では、どうやったら信頼をつくられて、医療者も十分な医療行為ができて、国民もきちんとした診断ができるかということも私ももちろん願っています。

ですから、反論というのではなくて、医療者の思いというのは、もし法律家に伝わっていない、私は伝わっているかなんかと思っはいるのですけれども、もしそうであるとお感じになるのだったら、ぜひたくさんのことを発言していただいて、私も含めてさまざまな法律家、あるいはもっと、その後ろにいる国民全体に理解できるように発信をぜひお願いしたいと思います。口は1つですけれども、耳は2つありますから、倍聞こうと思っていますので。

#### ○山本座長

高杉構成員、どうぞ。

#### ○高杉構成員

医療には納得と説明と同意という言葉がありますけれども、これは不幸な経過をたどったところでもやはり十分な説明と迅速な対応が必要なのですね。だから、当初に私たちは基本的提言をお見せしましたけれども、全く現場が、院内事故調がまず基本なのです。そこで納得されたら、それは問題ない。しかし、患者さんたちは初めて遭遇する不幸な出来事には激昂もし怒りもし悲しむ。それを寄り添って説明できるかどうか、これはまさにプロの技だろうと思うのですけれども、それをきちんとなしなから警察に行く。あるいは訴訟になる。しかし、それをきちんとやれば、その積み重ねが、私は全て解決の道へつながるだろうと思います。

しかし、そのときに、やはりそうだよなというときには、今度、分析と収集と、それで予防につなげるのは第三者機関がないとだめだよと。だから、広く集めるといっても、加藤先生言われますけれども、そうではないのだろうと僕は思うのですよ。きちんと説明ができればそれでいいし、納得されればいい。きちんと我々は予測できた死であっても、患者さんが不満に思えば、これはやはり第三者の調査機関は要るでしょうし、医療者の、我々は予測したといっても、患者さんにとっては予測できない場合がしばしばある。そういうことをきちんとやっていく。だから、医療機関が性悪説と見られるのならこれはもう仕方ないですけれども、みんな一生懸命努力している。その中でできた不幸な結果をどのように対応するかということで我々は頑張りたいと思いますしね。

もう一つ、検死、検案のことが出ました

けれども、私は今、脳死検証委員会に出ています。これは、医療が十分にされたか、御家族が納得されたか、あるいは臓器提供の手続がどうだったか、その後のフォローはどうだったかきちんと検証していますけれども、その中に、事故とかいわゆる検死が必要な場合には必ず、例えば崖で落ちた、救命されたのだけれども脳死の提供に至ったという場合には、きちっとそれは検死が入ります。今の死因究明法案の2法案は犯罪死を見逃さないという法案ですね。その中に医療関連死はとにかく外してくれと。我々はちゃんと、これは警察が入っても救命できないからということで、医療関連死に関しては我々が調べさせてくれということをして、外していただいた。あるいは、いわゆる死因究明法案では、医療は外す、医療関連死は外すということの経過に至ったということも御承知おきください。

#### ○山本座長

どうぞ。

#### ○飯田構成員

幾つかあるのですが、まず、加藤構成員がおっしゃったように、故意、あるいは過失もたくさん出ておりますけれども、それを言い始めると、どの分野にもいらっしゃるわけで、例えば、言いにくいことですが、法律家にもたくさん悪い人いますし、行政官にもいますし、マスコミにもいますので、だから広くやれと言われると、ちょっとやられていけないのです。はっきり言って。明確にさせていただきたいということです。

それから、さっきから広尾最高裁判決のことがずっと盛んに出ているので言いたく

なかったのですが、あえて言わざるを得ないので言わせていただきます。私は、あの判決は医療者の人権侵害のおそれがあると、疑いがあると非常に思っています。ちょっとメモを見てお話ししますが、判決も全部読んだわけではないので、一部しか読んでないので、もし違ったら言ってほしいのですが、ここに書いてあることは、「届け人と主体とのかかわり等、犯罪行為を構成する自己の供述までも強制されるものではない」と言っているのです。一方では、「医師に一定の不利益を負わせる可能性があるとしても、医師免許に付随する合理的根拠のある負担として許容される」と。わけわからないです。だから、憲法38条違反でない。診療契約するということは、これを認めたことになるということです。そんなことを認めた覚えはないのですが、ここまで書かれてしまうと、私はこの判決文見て、もうプツンしまして、有賀委員おっしゃったけれども、私も、医師をやめようかと思いましたが、このとき本当に。これがまかり通ったら、本当に医療従事者、いなくなります。

私は、この年ですから我慢してやっていますけれども、これを知ったら、本当に、若い人は医療部門に入ってきません。きちんとやってほしいです。私たちも人権があるということを改めて申し上げたい。もちろん、患者さんにも人権あります。同じなのです。私たちも、患者さんに悪かろうと思ってやっているわけではないのです。

もう一つ言いますと、シドニー・デッカーの『ヒューマンエラーは裁けるか』という本もありますが、どこまで裁いていいのかということは問題です。今度、イタリア

の地震予知でも、禁固刑です。あれでいいのでしょうか。あれと同じことが医療にも起こっているのではないかと非常に私は恐れます。

以上です。

#### ○山本座長

加藤構成員。

#### ○加藤構成員

有賀構成員が、自浄作用という言葉だったかと思いますが、要するに、非常に医療の世界で、ピアレビューというか、同僚評価、あるいはプロとしてのオートノミーすなわち自律的に、要するに客観的公正にレビューするということがとても難しいことであり、そのことが国民との信頼の中で問われているのだろうと私は思っています。ですから、そういう意味では、生き生きと医療に携わる人たちがやりがいなり何なりを持って仕事に励んでいただきたいと心から願っているわけですが、一面において、山本病院事件のことだとか広尾病院事件のことだとか出ました。やはりそういう、事実、社会で起きていること、山本病院事件というのはそんなに古い話ではなくて、2006年ですから、平成18年の出来事ですね。そういう時期に、人体実験ではないかと思われるような興味本意の、非常に粗雑な医療が展開されていると。

大事なのは、そうした問題というのは、医療の世界では多分、この病院の周辺とかそういうところでは、あの病院はちょっと問題ありということはその前から指摘されたりしていただろうと思うのです。そう

いうことに対して、医療界というか、そういう世界がきちっと、大きな問題になる前に、自浄作用を発揮できる仕組みがあるのかとか、そういうことまで私はこの際医療の側の先生方にはやはり考えてほしいと思っています。学会とか地域の医師会とかいろいろなところで、本当に問題があるなあという場合に、ピアレビューというのをきちっとやれる文化というのを育てていかないと、この医療事故に係る調査の仕組みを私たちがどのようにつくっていても、最後担うところの中心にそれぞれの医療職の先生方の尽力というのかかわってくるわけですから、そこのところはやはりプロとしての仕事をしっかりとしていただきたいと思っていますわけです。

以上です。

#### ○山本座長

どうぞ、中澤構成員。

#### ○中澤構成員

今の御指摘、非常に大切なことだと思っています、恐らく第三者機関とかいろいろな仕組みだけでは解決できない問題だと思えますので、これは恐らく医の倫理を一つのところでまとめられない今の医療の問題の点の一つだと思うのです。これはやはり患者さんの立場に立つということを、要するに患者の権利の立場に立つ、擁護の立場に立つということが前提にならないと始まらないと思うのです。

そのときに、過誤の存在とかそういうことを防止するという形でかなり責任追及的な仕組みが出てきますと、恐らくピアレビューというのは逆な方向にいつてしまう。

例えば、こういうことを言われるからこれを言うてはいけないよ、こういうことを言われると突つかれるからこういう記載は言うてはいけないよとか、そのように防衛的な問題にいきそうな気がするのです。

ですから、あとの再発防止というところで私もまた意見を述べさせていただきたいと思いますが、理想的には、医療が患者さんのためになるよということをやはり宣言しなければいけないと思うのです。その宣言の中で、全てをやるということと同じ職場の人たちの意見として共有することだと思っています。それから、もし責任追及ということがなければ、かなりピアレビューというのは楽になります。というのは、ピアレビューは、今おっしゃっている中は、恐らく誤りに学ぶということで、誤りの存在を認めないと話が進まないという状況の中でいきますので、そこで責任追及というのが出てしまうと、これはやはり同僚をかばうとか、あるいは病院としていろんな思惑が出てきて、それを議題に乗せないという動きになっていくと思います。私は一番それが問題だと思っていますので、真剣に医療機関としては考えていくような話になると思います。ただ、いろいろな責任追及の仕組みが確立されていくことでそれが解消するかということ、それは逆な話になっていくのではないかと私は思います。

さっきお話ししようと思って言えなかったことなのですが、広尾病院事件、それからいろいろな事件、山本病院の事件もありますが、これは同業者としては認めないという形をやはりとらないとまずいと思うのですけれども、ただ、それが今までできてないということが問題で、これが今私たち



の非常に苦しいところなのです。ここにスポットを当てられていろいろな仕組みをつくられていくと、もうがんじがらめになって、改善の余地は残されなくなってきてしまうだろうなあと思っています。私は、今、院内調査というところに重きを置くという動きで動いておりますので、これを充実させて、いかに患者さんの理解が得られるような形で公平なものができるかどうかということが問われると考えておって、そのときにはやはり議論の対象を犯罪まで広げてほしくないなということを私は言いたいわけです。そこまでいくともっと複雑になってしまって、その議論が行われなくなるだろうなあという感じがしているので、ぜひその辺も今後議論の中で御理解いただきたいと思っております。

#### ○山本座長

どうぞ。

#### ○豊田構成員

立場が違えばきょうのようなお話になって当然だとは思うのですけれども、とはいっても、ではどうすればいいのというところで、私はきょうのお話を聞いていると、このままではとてもまとまるとは思えなくなりました。結局のところ、そうすると、医療を代表している側の立場の皆さんは、院内の事故調査をメインにということによって皆さん同じ考えということによろしいのでしょうか。

もしそうだとすると、ある程度、こういった体制がいいのではないかという仕組みを明確に出していただかないと、これやられたらたまらない、これやられたら困ると

か、それを両側で言っていたら、このままでは本当に延々に決まらないと思いますので、患者が理解できるような、ある程度納得できるような仕組みをもう少し医療界の中でまとめていただかないと、皆さんの御主張はわかるのですけれども、患者の権利の話ばかり私たちがしても仕方ないかもしれませんし、医療者の皆さんが、こんなことされてもたまらないという話をされても、このままではとてもまとまるとは思えませんので、そうであれば、中澤構成員がこうやっておっしゃってくださっているわけですから、ある程度、こういった形で院内の事故調査をつくっていく仕組みができれば、警察の届出とかそういった問題についてもある程度解決していく仕組みができるのではないかと私たちも理解できると思うのですけれども、今のままだととても理解できないので、何かしらの形で示していただきたいと思いますのですけれども。

#### ○山本座長

山口構成員、どうぞ。

#### ○山口（育）構成員

これまでの議論では、まず院内調査が大事であって、それだけでは納得が得られなかったときに第三者機関という話が進んでいたと思うのですね。今日の議題に「捜査機関」が出てきたことで、先ほどから責任追及という言葉も出てきていると思います。これまでの議論のまとめのところを見ても、最初にこの調査を行う目的については、医療安全と質の向上であることは、一致したと思うのですね。

ですから、もう一度その基本に立ち返っ

て、多分、捜査機関の話題が出てきたことで責任追及云々の話がきょうは議論になっていると思いますけれども、ぜひ一歩進めるためにもう一度目的のところを改めて、医療安全と質の向上なのだということを前提にして議論を進めていただきたいなと思います。

#### ○山本座長

どうぞ、飯田構成員。

#### ○飯田構成員

いや、全然進んでないのではなくて、今の山口委員と同じことを言おうと思ったのです。きょうの議論は捜査機関との関係を議題にやっているわけです。だからこういう話なのです。既にもう院内調査もやるし院外もやると、私も全日病の意見を出して説明しています。ほかの病院団体も出しています。それに対してはほとんど一致しているわけです。きょうはそれを踏まえた上で捜査機関との関係に絞って話をしているわけですから、全然食い違っておりません。

#### ○有賀構成員

全国医学部長病院長会議の大学病院の医療事故に関連する委員会の委員長をしています。このようなところの議論を踏まえて会議の中での委員会をしますと、今言われたように、21条の問題をテーマにすると、やはり全体の議論が違うところにいつてしまうことはもうしょうがない。だから、捜査の話は一旦切り離して、そして、医療安全の件を議論しないとやはりいけないのではないかというようなことを言われている委員もいて、みんなが、そう言われるとそ

うだよねということだったのです。

だから、きょうの議論を聞きながら、まとまることをまとめないという問題ではなくて、21条の議論はちょっと横に置いておかないと話が多分また迷走するのではないかなということを感じていました。医学部長病院長会議の中では、会議として決をとったわけではありませんが、論理的に考えていくとこうなるざるを得ないよねという意見を言っておられる方がいましたので、ちょっとここで意見として出しておきます。

#### ○豊田構成員

ごめんなさい。私の言い方もよくなかったのだと思いますけれども、院内の事故調査を基本にという考えはわかるのですけれども、そうすると、最初の届出の部分に関してのところはどうなるかというところで、先ほどの解剖のことも含めて、すぐに判断しないといけないことがあるので、届出をどうするかという話になると、21条ということになってしまうのかもしれないけれども、最初のところでどうするかというところがまとまってないように私には聞こえてしまうのですね。だから、院内の事故調査をやるとすると、全くどこにも第三者機関にも警察にも届出をしないで院内の事故調査をやるとのことだと、それでいいのかという疑問が私たちの中には残ることなのです。

#### ○山本座長

どうぞ。

#### ○有賀構成員

今の日本国の法律は警察に届け出るとい

うことになっているということを理解したのです、私は。

**○豊田構成員**

そのままでいいということですか。

**○有賀構成員**

そんなこと言っていないよ。今はそうだとやっている。だから、どうしようかという話なのだけれども、そのときに罰を加えるという話が入ってくると、このようになるよねということについて、医学部長病院長会議の中での議論でも同じだと言っているわけです。

**○山本座長**

では、宮澤構成員、手短に。

**○宮澤構成員**

手短に。要は、医療の安全とかそういうものを考えていくのは当然のことで、それをどうやって現実的に十分なものにするか。警察が入ってきて、捜索差し押さえ令状で医療の記録や何かをがさっと持って行って、その後調査がちゃんとできるかという、これはもうできないと思うのですね。だから、そういうこととの関係をどうするかというのはこれからの問題で、それをやるためには医師法の21条との関連をどうしておくかということもやっておかなければいけない。こういう観点からもの全体を見ていくべきだと思います。

**○山本座長**

非常に活発な御意見をいただいて、恐らくこういう御議論になるだろうと予想はし

ていましたけれども、この段階でももちろん何らかの、この問題についてまとまったことが、結論を得られるわけではないだろうということは予想されていたところであり、本日は皆さんから、とりあえず全員の方の御発言をいただけたと思いますので、御意見を出していただいたということにさせていただいて、次回、事務局がこれを四角でどのようにまとめるかというのは考えるだに大変そうではありますが、まことに申しわけないのですが、積み残しで、この再発防止の点につきましては、次回にこれも回らせていただきたいと思います。ですから、次回は、冒頭で恐らくこの再発防止の問題を取り扱っていただくということになるかと思いますが、どうぞ。

**○中澤構成員**

ただいま豊田委員からお話がありました、幾つかの案ということをお話されたのですが、恐らくそういうのが書かれてないと、何を言っているか御理解をいただけないと思うのですが、それについて、私は代表するバックグラウンドはないのですけれども、こんな仕組みでどうなのかみたいなことは、私はちょっと代表するバックグラウンドはないのですけれども、提案させていただくということは可能なのでしょうか。

**○山本座長**

それは、御意見として紙の資料として出させていただくということはもちろん可能だと思います。

それでは、よろしければ、あと、事務連絡とかもしあれば。

○川崎室長補佐

本日は特段ございません。

○山本座長

それでは、本日はこれで終了したいと思います。長時間にわたる御議論、ありがとうございました。