

第13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	資料1
平成25年5月29日	

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12回議事録

日 時：平成25年4月18日（木）

10:00～12:09

場 所：厚生労働省

専用第18・19・20会議室（17階）

○川崎室長補佐

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第12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、樋口構成員より御欠席との御連絡をいただいております。

続いて、4月1日付で事務局に異動がありましたので、御紹介いたします。

医政局総務課医療安全推進室長の大坪です。

○大坪室長

大坪でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

○川崎室長補佐

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。

座長、よろしくお願い致します。

○山本座長

皆さんおはようございます。

本日も、お忙しいところお集まりいただきまして、ありがとうございます。

よろしく御議論のほど、お願いをいたします。

議論に先立ちまして、とかしき大臣政務官から御挨拶をお願いしたいと思います。

政務官、よろしくお願い致します。

○とかしき政務官

おはようございます。

御紹介いただきました、厚生労働大臣政務官を承っております、とかしきなおみと申します。

きょうは「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」ということで、委員の先生方にお集まりいただきまして本当にありがとうございます。

過去11回、御検討いただきまして、そろそろまとめの時期に入っていると伺っております。

国会におりますと、医療事故にかかわることということで多くの政治家の先生方も興味を持っていらっしゃいますし、実際に医療に従事なさっている方も、そして患者さんも、やはり命にかかわる大切な仕事でありますので、信頼と安心感を持ってきちんと医療提供ができる環境をつくっていくこと、これはとても大切だと思いますので、どうぞ実り多い時間と、そして、いい結果が出ますことをお祈り申し上げて、御挨拶とさせていただきます。どうぞよろしくお願い致します。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。

なお、とかしき政務官は公務のためここ

で御退席されると伺っていますが。

○とかしき政務官

もう少しおります。

○山本座長

ありがとうございます。

それでは、心置きなく。

○とかしき政務官

ちょっといたいもので。済みません。

○山本座長

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

はい。お手元の資料の確認をお願いいたします。

まず、座席表及び議事次第。

配付資料といたしまして、資料1、前回の議事録です。

資料2、医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方と論点、これが3ページまでございます。

参考資料としまして、参考資料1、前回（第11回）までの議論について、39ページまでです。

参考資料2、今後の検討方針について

参考資料3、医療法等抜粋、いずれも1枚です。

このほか、第1回から11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は、事務局

までお申し付けください。

○山本座長

はい。皆さん、資料はおそろいでしょうか。大丈夫でしょうか。

それでは、議事の中身に入りたいと思います。

今回は、第三者機関を民間の主体とする、民間組織とする、ということに基づきまして調査の基本的なあり方と論点をもとに議論を行っていただきました。

その結果としまして、調査の目的については、原因究明及び再発防止を図り、これにより医療安全と医療の質の向上を図るものである、ということ。

調査の対象については、診療行為に関連した全ての死亡事例とし、それ以外の事例については段階的に拡大していく方向で今後検討をしていくこと。

診療行為に関連した死亡事例が発生した場合には、まずは第三者機関に届け出た上で、外部の支援も受けながら院内調査を行うこと、といったような事項について、おおむね構成員の間で意見が一致したというふうに認識をいたしております。

本日は、その前回の議論を踏まえ、それを前提として、改めて制度の全体像について基本的なあり方の論点を整理いたしましたので、これについて御議論を願いたいと思います。

それでは、早速ですが、議題の(1)「医療事故に係る調査の仕組み等に関する基本的なあり方と論点」ということで、資料2につきまして事務局のほうから御説明をお願いいたします。

どうぞ、飯田構成員。

○飯田構成員

ちょっと確認しておきたいのは、今、座長のおっしゃったことで1点気になったので。

目的に関してはそれでよろしいと思うのですが、対象に関しては、診療行為に関する死亡事例全例とおっしゃいましたけれども、そうではなくて、診療行為に関連して、経過で亡くなることありますので、予想しなかった事例ということを入れていただかないと、違うと思いますので。

○山本座長

ありがとうございます。

それは確かにそのとおりで、ちょっと先走りますが、資料の2のところ、項目の2で「調査の対象」と書かれています。最初の○で、診療行為に関連した死亡事例の後、「(行った医療又は管理に起因して患者が死亡した事例であり、行った医療又は管理に起因すると疑われるものを含み、当該事案の発生を予期しなかったものに限る)」と。これが飯田構成員の御指示だと思いますので、そのとおりだと思います。今の点は訂正したいと思います。

それでは、この資料2について、まず事務局から。

どうぞ、中澤構成員。

○中澤構成員

ちょっと、ここで言うべきことか、実際は後で聞きます。

今の話に関連しているのですけれども、前の議論では、故意による殺人を入れるかどうかという話が出て、物別れに終わっていると思うのですけれども、それも今後検

討されていく中に入っていると考えていいわけですね。

○山本座長

ちょっと、これは事務局のほうからまず御説明いただけますか。資料2の全体を説明していただいて、今の中澤構成員の。

○中澤構成員

はい。それで結構です。

○大坪室長

恐れ入ります。資料の2をお手元に御用意ください。

前回、3月に第11回を開きました際にも、このような骨子の論点ペーパーを御用意させていただきました。そのときは中身がまだ余り入っていない形で御議論いただいたと思っております。

その議論を踏まえまして、中身を相当程度書かせていただいております。この中身につきまして、○で示しているところはおおむねコンセンサスと。2ページ目をお開きいただきまして、それ以降矢印でお示しているところはまだ御議論が煮詰まっていないところではないかというふうな理解でお示しをしております。

冒頭から申し上げますと、調査の目的と対象につきましては、先ほど座長からお話がありましたように、おおむね御了解と認識しております。

3.の流れでございますが、その1つ目の○に関しましては、さまざま御議論ございました。A案、B案ご提示した上で御議論ございましたが、処分ですとか、警察への通報と切り離すのであれば、全例届け出

ということでおおむね御了解をいただいたというふうに事務局は認識しておりますので、1つ目のポツにつきましては○でお示しをさせていただいております。

2つ目なのですが、現在○で示しておりますが、この第三者機関の調査ということに関しましては、まだ若干議論が残っていたように思うのですが、一応、遺族または医療機関両方が院内調査の結果や状況に応じるのですが、御申請があった場合には第三者機関が調査を行うといったことが多く御意見があったのではないかとということで、○にしております。

その次、4. 院内調査のあり方、各論に入ってまいりますと、院内調査とは何をするかということですが、ここもおおむね御了解かなというふうに思うのですが、診療行為に関連した死亡事例が発生した場合、医療機関は院内にまず事故調を置く。その際、必要に応じて外部の支援を求めることができる。これは、できる規定にしておりますが、括弧の中にございますように、マストにするといった御意見があるということは承知しておりますが、このように書かせていただいております。

次、おめくりいただきまして、2ページ、そこからはまだ若干論点かなというふうに思っておりますが、この院内調査の外部の支援ですね、ここは御議論があったといえますか、こちらのほうで書かせていただいておりますが、その外部支援を迅速・円滑に開始させるためには、事前に登録する仕組みをつくっておいたほうが良いであろうというふうに考えて、こういう御意見もございましたので、書かせていただいております。

次の矢印も、御議論があったわけではないのですが、流れとしまして事務局で加筆をさせていただいております。このような事例が発生した場合には、医療機関は遺族に対して、何が起こるか、今後何が起こるかという手続に関して、書面で御説明をいただいたほうが良いであろうと考えておりますので、書かせていただいております。

また、あわせて、例えば御遺族が拒否した場合は当然除くのですが、御遺体をそのまま保管させていただく、すぐにはお家にお持ち帰りにならないでいただくですとか、関係の書類等々の保管、これは医療法や医師法で規定されておりますレントゲンですとか、あとはカルテですとか、以外のものに関しても保管をお願いするというものをしてはどうかというふうな論点を書かせていただいております。

その次のポツも、これは御異論はなかったと思うのですが、調査結果は当然遺族に開示をしましょうと。ただ、それをどこまで開示するかという話は、さらに細かいガイドライン等々落とさないといけないというふうには理解しております。

実施の費用に関しましては、医療機関の御負担ということで、ここは御異論なかったかと存じております。

その4番目、今も申し上げましたが、まだまだ細則の中で決めなければいけないことはたくさんあると思いますので、これは今後の御議論とガイドライン等を策定する必要があるのではないかとというふうに事務局では考えております。

次に、5.の第三者機関のあり方ですが、独立性・中立性・透明性・公正性・専門性ということであれば、民間組織でよいであ

ろうということはおおむね御了解をいただいていると認識しております。

その次、第三者機関がする業務なのですが、一応、私のほうでそのタスクとして4つ挙げております。

1つ目は、院内事故調でその医療機関が調査をした結果の報告書に関する確認や分析をしていただくと。これ、※であえてお示しをしておりますが、あくまでも過失認定する機関ではございませんので、そういう目的とするものではないと。常に1.の目的のところに戻っていただければ、ここは問題ないのではないかとこのように思います。

②の「遺族又は医療機関からの求めに応じて行う医療事故に係る調査」、ここは先ほど流れのところでも申し上げましたが、若干御意見があったかとは存じておりますが、このようなことも必要ではないかと考えております。

③、④は、ここは御異論なかったと思いますが、医療事故に関する再発防止に役立つための普及・啓発ですとか、そこに携わる方は、当然訓練されている必要がございますので、研修などをしていただく必要があるかと思っております。

普及・啓発のところ※でお示していますが、今、御存じのように評価機構では事故の収集事業というのをやっていただいている。安全調査機構では調査のモデル事業をやっていただいていると。こういったところの知見を踏まえて、適切な一体化が図ればよいのではないかなというふうに考えております。

次の3ページにいただきまして、先ほどの外部支援と似た形ですけれども、

第三者機関、例えば今モデル事業でやっているところは全国に1つ機関があって地方ブロックがあると。そういった形になっておりますが、今後、御議論いただくところだと思っておりますが、中央に1つとに支援に入ってくださいとところと委託をするのか、そんなような御議論も必要ではないかと思っております。

その次ですね、これは前回、そのちょっと前の議論のときにもあったと思うのですが、例えば第三者機関の調査に協力しない医療機関がいた場合に、何かその権限ですとか、第三者機関に付与する必要があるかといった御議論があったかと思うのですが、それは調査に協力いただけなかったということ報告書に記載することで社会的な制裁になるのではないかと、といったことで一致した御意見をいただいたのではないかと考えております。

次は、第三者機関がもし何か調査をするのであれば、それは当然申請のあった方、遺族及び医療機関に御説明、交付をするということは、調査があるのであれば当然のことかなというふうに考えております。

4番目の費用負担のところなのですが、これは1回議論があったと思うのですが、ここで何が言いたいかといいますと、申請者が遺族であった場合は遺族から負担を求めてもいいのかどうかということ御議論いただければと思います。

最後ですけれども、第三者機関から警察への通報は行わないということは共通認識かと思っておりますので、このような仕組みで相当程度書かせていただきましたので、これを踏まえて御議論いただければと思います。

よろしく申し上げます。

ご質問のありました故意に関して含むのかということは、では誰が故意と判断するのかということもありますので、ここは今後少し、この今、書いてあります対象は一般論で、今も省令の中に特定機能病院に課しているところから持ってきているのですけれども、誰が判断するかということもございましてそこは追って細かいところの議論になるのかなというふうに考えておりますが、いかがでしょうか。

○山本座長

はい。よろしいですか。

それでは、議論を。

○大坪室長

恐れ入ります。ちょっと追加させていただきますと、これ、文字どおりで、診療行為に関連した行為から、医療が管理に起因して死亡した事例ということですので、故意であるから外れるですとか、ということとは想定をしております。これも含まれるものというふうに考えておりますが。

○山本座長

という理解ということですね。

ちょっと待ってください、それでは、今の点も含めて御議論をしていただきたいと思います。

本日以降、先ほど政務官のお話もありましたが、取りまとめに向けて議論をしていくということになりますので、これまでは、かなり私としては御自由に御議論をいただき、できるだけ率直に皆さんの御意見を披露していただくという方針でずっとこの会

議を進めてまいりました。

ただ、今後取りまとめに向けていくということですので、きょう、一応のたたき台というかペーパーが出ていますので、御意見をお述べいただく際にはできるだけこのペーパーについて、ここはおかしい、自分は賛成できないとか、ここは削除すべきだとか、あるいはこういうことを追加すべきだという、できるだけ具体的な御提案の形で御意見をお述べいただければというふうに考えております。

それから、本日は、先ほど御紹介に、樋口構成員が御欠席です。お手元に樋口構成員からのメモが出されていると思います。

「厚労省検討会一現段階での管見」と題されたペーパーでございます。

これはお読みいただければということなのですが、今、全部この場で目を通していただくのは難しいと思いますので、樋口先生から私に代読してほしいというコメントが、要点をまとめたものが出ておりますので、それを樋口先生にかわって読ませていただきます。

コメントは、大きく3つです。

第1点が、「院内調査を第1審、第2審としての第三者機関という発想が前面に出た形の第三者機関はいかがなものか。医療界の努力が理解されない結果になるのではないか」。

第2点が、「医師法21条による刑事事件化への対応ができていない。医療界の努力を後押しするため、21条問題を解決すべき」

第3点が、「制度づくりに熟練した法律家4名の委員に、あり方案」このペーパーだと思いますが、「をもとに国民が納得する基本的制度の仕組みの素案を作成させて

いただけないか」

という3点についてのコメントが出されております。

この樋口構成員のコメントも踏まえまして、この資料2全体についての御議論をいただきたいと思いますが、大きく2つに分けて御議論いただければと思います。

前半は、総論部分ですね、このペーパーの1～3、調査の目的、対象、流れといった点について御議論をいただき、その後、4の院内調査、5の第三者機関のあり方について、各論的なところで御議論をいただくということにさせていただければと思います。

1～3までは、事務局の認識としては、これまでの御議論でおおむね議論の一致を見たという整理でございますけれども、もちろん御意見がおありの向きはあろうかと思しますので、まず、この1～3までの部分について御意見をいただければと思います。

○高杉構成員

こういうまとまった形で出されてきた議論がぐっとコンパクトになってくるということに、まず敬意を表します。

ただ、細かい点について、おおむね一致したとおっしゃいますけれども、やはりこの文言を見てみると異論がいろいろある。したがって、例えばどこの文言についても、ちょっとこう修正してほしいとか、ここは誤解があるということがあるということをお承知おきください。おおむねは、これを出されてきて先が見えてきたということでは評価を致します。

まず、その2番目の「診療行為に関連し

た死亡事例（行った医療又は管理に起因して）」、これは何を指しているのかよくわからない。今は、もちろん救急医療も在宅医療もありますから、管理というのは何ですかと逆に問いたいただきたいし、これは診療行為に関連した予期しない死亡事例を行うんだということでもいいんじゃないですか。要らぬ文句が入ったらかえってわからない。

それから、死亡事例以外に関しては段階的に拡大するということですが、これはもう必要に応じていいだろうと。これには余りこだわることはないのですけれども、その細かい字句とか、我々の思いと違うところが幾つかある。これは、現場の意見はそうじゃないんだということが、やはり医療現場で本当にこうしたらいいんだと、わかりやすく書いたほうがいいのだろうと思います。

今、2番の項目を言ったのですが、各項目でしっかりやって皆さんの御意見も聞きながらやっていただくことをお願いします。

○山本座長

ありがとうございます。

今の点について、それでは、事務局のほうから御説明を。

○大坪室長

恐れ入ります。

高杉先生の、今の文言のところでございますけれども、先ほども資料2の説明で申し上げました、参考資料の3をごらんいただければと思うのですが、今回の議論に関係する法規をまとめてございます。

○山本座長

一番最後の。

○大坪室長

そうです。一番後ろの資料、参考資料3
でございます。

○高杉構成員

ちょっと待ってください。参考資料の。

○大坪室長

一番後ろ、参考資料の3でございます。

医療法と医療法の施行規則をまとめてございまして、これは最初に現在、施行規則、省令の中で「特定機能病院における安全管理等の体制及び事故等報告書の作成」の規定第9条の23でございますが、そこでイトロというふうに分けまして、現在報告義務を課している文言をそのまま持ってきております。

思うに、医療は医療ですし、管理といいますのは、医療機器ですとかそういったものの適切な使用、そういったことが含まれるのではないかというふうに理解しておりますが。

○山本座長

ありがとうございました。

そうですね、事務局のこのまとめは、かなり法律にしたときのあれを意識したような形にはなっているかと思いますが、ここでの取りまとめとしては、今、高杉先生言われたように、できるだけわかりやすくまとめるのがいいのではないかと、余り法律用語に固執する必要は多分ないだろうと。

○高杉構成員

今は、医療は外来医療もありますけれども、在宅医療もあるので。そこを何ですか、いわゆる病院の規定でしばられると、だんだんと言われるともう身動き取れなくなっちゃうと思います。

○大坪室長

恐れ入ります、追加なのですが、そこに関しましては、恐らくガイドライン等々で相当細かく策定しませんと、疑義が生じるものということは理解しております。

○山本座長

ありがとうございました。

それでは、ほかに。

どうぞ、中澤構成員。

○中澤構成員

先ほどの故意の事例についてちょっと意見を述べさせていただきたいのですが、調査の目的ということの中で、原因究明と再発防止というものがあります。恐らく、今までの議論は再発防止に重点を置いてなされてきたのだと思います。そうすると、故意が報告事例に入るとということは、第三者機関がこれを検討するときには故意かどうかということもやるのかという話になるのですね。ですから、そうではないとすると、医療機関は必要のないことをやらなければいけない。

それと、もう一つは、今後、院内調査をやっていく段階で、これは明らかに故意だという話になれば、それは一般市民が警察に通報するやり方、あるいは第21条に関連したようなやり方で警察につながるという

ことはあるのです。ですから、ここは故意というのを入れないほうがいいのではないかと。

それから、ここの中で入っております「当該事案の発生を予期しなかったものに限る」ということで、故意は当該事案では発生することを予期しているというふうに考えられるので、これの文面そのものから言えば故意は入らないというふうにとっているのではないかと思います。

○山本座長

故意の問題はかなり特殊なあれですので、ちょっと事務局のほうに検討していただいて、次回、明確化していただくということによろしいですか。

○吉岡総務課長

次回、改めて説明させていただきたいと思いますが、今、御指摘ありましたように、故意を外すとすると故意かどうかの調査をしないと外れないということになりますので、それは恐らく先生の意図と違うことになるのではないかと思います。

○中澤構成員

ただ、故意を入れるということは、医療機関にとっては本当に正反対のものを入れるんですよね。病院の中で患者さんが殺されちゃったという事件なんか結構ありますけれども、それは故意が働いて発生しているものなので、それを医療側がやったということになると、極悪を通り越しているわけですよ。その極悪を通り越しているものを含んだ検討をこの再発防止でやるということは、医療機関の感覚から言ったら、ち

よっとこれはやってられないなという感じになるので、これはぜひ検討していただければと。

○山本座長

御趣旨はよくわかりました。これについては、ちょっと御検討をいただいてまた次回に、必ずしも中心的な問題でないことは明らかだと思いますので。

有賀委員。

○有賀構成員

何と言ったらいいのか、そんなことそもそも想定していませんから。ここにいるどなたも多分想定していないと思いますので、外れるとか外れないとかという問題以前の問題ではないかなという気がします。ですから、入りますか、入りました、入れますというほうが、そもそも何を考えているのかと。そういう話だと私は思いますよ。

○山本座長

ちょっと、ではその点は次回、また。どうぞ、飯田構成員。

○飯田構成員

今、室長の発言はそういう意図ではなくて、多分同じ考えで、故意か故意でないかは考えないで、とにかくそういうことが起こったら報告すると、結果故意だったら告発すればいいわけですから、そもそも、私も考えるべきではないと思うので、そういう意味だと思います。

○山本座長

そこは話の中核にならないということだ

と思うのですが、ちょっと、さらに考えて
いただいて。

ほかの点、いかがでしょうか。
どうぞ、里見先生。

○里見構成員

この調査の流れのところで、まずは院内
事故調査委員会で、その後で多分第三者機
関にという制度になっていると思いき
れども、樋口先生が以前に話されたこと
ですが、院内事故調査委員会にそれと同じ位
置づけで最初から第三者というところに持
って行けるような仕組みをつくっておい
てほしいというような流れがあったと思いま
すので、ここにはちょっとそれは書き込ま
れていない、など、というところで含ま
れているのかわかりませんが、並列し
て一番最初に第三者機関のほうに審査を依
頼するという道筋も残しておいてほしいと
いうことを、たしか言われたと思います。
ちょっと、きょういらしていないので、多
分いたらそういう発言されるかと思うので、
かわりに。私はこれでも構わないと思うの
ですけれども。

○山本座長

ありがとうございました。
樋口の最初のコメント、第三者機関が。
何と言うか。

○里見構成員

すぐ2階建てで。

○山本座長

そうですね。第2審というような位置づ
けになるのはどうかという。

○里見構成員

第1審は、としておいたほうがいいので
はないかと

○山本座長

そういう御指摘だったと思いますが、こ
れは、ではちょっと事務局のほうから御説
明を。

○吉岡総務課長

本日のこの資料の「3. 調査の流れ」の
2つ目の○でありますけれども、「院内調
査の結果や状況に納得が得られなかった場
合など」と記載していますが、全体としま
しては基本的にはまず院内調査が行われる。
そして、遺族がそれらの結果に納得できな
い場合などに、第三者機関に調査の申請が
行われるというのが通常のケースだろうと
思いますが、樋口先生がおっしゃる
ように、遺族の中にはその病院による調査
を望まないという場合も考えられるわけ
でありますので、遺族から速やかに第三者機
関への申請が仮にあった場合には、それも
受け付けてやっていくということは、これ
は必要なことなのだろうということで、院
内調査の「結果や状況」ということで記述
をさせていただいています。

○山本座長

では、そういうことですね。
どうぞ、山口先生。

○山口（徹）構成員

やはりそのところは明確にして貰いたい
と思います。実際に、例えば死亡事例とい

うのは医療行為が行われてすぐ24時間以内に亡くなるというような場合には、確かにその死亡事例は院内調査が優先という話が成り立ちますけれども、実は、誤った医療行為が行われたのはずっと前で、院内でそれなりの調査も行われ、亡くなった時点では、場合によっては遺族との間で、もうのっぴきならないような状態になっている事例もありますので、そのような場合には、院内事故調査委員会の結果を待つという話ではなくて、やはりその時点で第三者機関に調査を依頼するという道も当然あるわけです。そういう意味で言うと、院内の事故調査がある意味での1審的なところの役割を果たしていますけれども、これが1審で、それが終わらなければ、その結果を待たなければ第三者機関が動けないという話のシステムでは、ちょっと具合が悪いというふうに思います。

○山本座長

ありがとうございました。
今の点は、大体そういう。
加藤構成員。

○加藤構成員

調査の流れのところ「医療機関は」というふうに書いてございますけれども、医療機関の中にはいろいろと規模の大小があるわけで、その中で十分に事故調査が客観的に公正にやり切れないというところ、特に専門性の面で専門家が限られているような場合にはできないというような場合、当然、こうした調査の流れの2つ目の、状況に云々というなど、の中に含まれるんだという点はもう少し明解な解釈をしておく必

要があるのではないかなと、そんなふうに思います。特に、専門性の観点から調査が十分なものが期待できないような場合は、当然、第三者機関が最初から調査するということもありだろうというふうに私は思っております。

○山本座長

ありがとうございました。
ほかに。
どうぞ、山口育子構成員。

○山口（育）構成員

この調査の流れの2つ目の文言の順番を、例えば、「状況に納得が得られなかった場合や、院内調査の結果に第三者機関での調査を求める場合」というように順序を逆転させて分離してはどうでしょうか。そうすれば、今おっしゃっていたことも含まれて、読んだ人にもう少し明確に伝わるのではないかなと思います。ここの文言の整理が必要ではないでしょうか。

○山本座長

ありがとうございます。
おおむね御意見は高杉委員と。

○高杉構成員

はい。私は、院内調査をまず第一に重視すべきだということの意見をずっと言っていますけれども、そういう意味では、この「調査の流れ」の1つ目の○の、届け出た上で院内調査を先行して行い、と。先行するということをはっきり明確に出していたほうがやりやすい。

それから、もう一つ、その2つ目の○で

すけれども、医療機関から調査を申請と、これは院内調査の限界があるときに多分いくのだろうと思います。それは書いてください。そこで納得すればそれはそこで片がつく。報告書でまた報告すれば済むわけですから。

○山本座長

はい。

山口育子構成員、どうぞ。

○山口（育）構成員

もちろん、今おっしゃっているように院内調査をしっかりとおこなったうえで、必要に応じて第三者機関で調査することが私は基本だと思っています。しかし、何度も議論になっているように、院内調査自体を遺族として望まないような場合に、直接依頼するルートを残してくださいというお話だったと思います。だから、院内調査が本筋だとしても、そうではない場合に直接届け出ることができるんだというような文言にしておいたほうが。

○高杉構成員

それには異論はありません。はい。

○山本座長

どうぞ、中澤構成員。

○中澤構成員

私は、前から院内調査を主体として考えてほしいということを言っているわけですが、でも、この場合に、これが院内調査の結果を届け出すところが第三者機関ということは書いてありますが、私たちの現状

としては患者さんにまず説明するということが先行する話になります。

それから、そのことはなぜかという、やはりインフォームド・コンセントの上で医療行為というのを行われていますから、それに関連した話をまずやはり患者さんは聞いてもらいたいというふうに私は思うのです。ですから、やはり医療事故なんかはインフォームド・コンセントに含まれない問題ですから、これはまず説明はさせていただきたい。

それを、院内の話は聞かないで受け付けるということ、ほかのところに設ける必要は私はないのではないかとこのように思います。第三者機関に直のルートですね、病院の説明を聞かないで直にルートをつくるということについては必要はないのではないかと思います。患者さんがおかしいと思えば、受け付けるということだけ明確であれば、私はそれでいいのではないかと思いますけれども。

○山本座長

常に院内調査を先行させるべきだというわけですね。

○中澤構成員

はい。そういうことです。

○山本座長

ただ、体制は、原則はそうであるけれどもという。

どうぞ、有賀構成員。

○有賀構成員

私は、全国医学部長病院長会議の該当の

委員会の委員長ということで時々発言していますけれども、その中での議論においても、やはり病院団体がいろいろ出しているメッセージをそしゃくしながら議論を進めています。

今、やりとりを聞いていますと、基本的に病院団体の人たちは、患者さんに説明をして納得いただいて診療行為が出発すると。だから、そういう意味では、診療という観点でいけば今、言ったみたいに主治医なり病院なりが説明する。それは医療という方法の中でそれが筋なんだと。そういう意味では、第三者だとか何とかという問題以前に医療者がその医療を展開する、その中でこういうふうな不幸な、つまりお互いに不幸、予期しなかったし、医者として合理的にどうも説明がうまくつかないということも含めて、患者さんに説明をする。

ですから、そのことがまず最初にあるのが当然なのですよ。そうではなくて、先ほど言われたみたいに、最初から昭和大学ではないところで調べろというふうな話でもし出たとすれば、それは今、言った、説明をして納得をいただいて医療をしてきたというふうなことから、もう、そのらち外に出てしまっていると思わざるを得ないですよ。言っていることわかりますか。つまり、僕たちが説明して、そしてそれを聞くという話がそもそもある。その延長線上に、このような不幸な状況においてもそうなんだと。それが医療じゃないかということなので、多くの病院団体はそういうふうに言っていて、それが違うところに出ていくという話であれば最初から第三者へ、今お話のように第三者へ出て行くというようなことがもしあれば、もうそれは医療者

のパフォーマンスからすると、もう全然違うところへ行ってしまっているんだと。それはもう場合によっては、それは先ほど言った、患者さんが故意だと思えば警察に訴えたっていいでしょうし、それから、お金であがなってほしいということがもしあれば民事訴訟だっていいわけです。そういう意味では、医療の外に関してはそういう意味でのルールはあるわけですよ。

僕は昭和大学病院長ですけども、最初からもうこれは医療として、現場の医療者が医学、医療を一生懸命やっているということとは違う価値規範が入ってきたなということを経験で感じれば、患者さんの御家族には、その件に関しては医療安全管理室のほうへ行ってきてくれというふうな形で医療とは違う形で切り離す。それで話をし、それだったらもう弁護士さん同士でやりましょうねという話になるわけなので、ちょっとその弁護士さん同士でやりましょうねというふうな話までもがここで解決できるというふうに思ってしまうと、実はそうではないのではないかなという気がする。だから、第三者のあり方というの、そういう意味ではその医療のらち内での第三者というのと、医療のらち外での第三者というのは、やはりかなりパフォーマンスが違ってくるのではないかなと。

例えば昭和大でやった医療事故の調査の内容を第三者がチェックするといったときに、医療者が医療としてチェックをする、つまり、医学としてチェックをするのであれば、それはそれで僕たちのらち内だとは思いますが、そうではなくて、先ほど言ったように、故意かもしれないからしよっぴくぞ、みたいな話がもしあれば、

それはもう医療ではないところの判断だと。

○山本座長

それは、ちょっと置いておいていただければいいんじゃないかと。

○有賀構成員

だけど、高杉先生がよく、しょっぴかれるのは嫌だと言っていますけれども、しょっぴかれるのが嫌だとか嫌じゃないとか言ったって、そもそもしょっぴかれるようなことやっていないわけですから。だから、そういう意味では、この第三者のところを駆け込み寺的みたいな形で医療の外での解決方法を含んでしまうと、何かけんかの仲裁みたいになっているのではないかと。そこは違うのではないかとと思っています。

○山本座長

あくまでも第三者機関が調査をする場合でも、目的はしょっぴくとか誰かに責任を負わせるということではなくて、原因究明・再発防止で医療の安全と医療の質の向上を図るということですから、そういう意味で、構成員が言っておられる医療の中の話であるということは大前提なのだろうと思うのですね。

そして、医療機関が当然医療行為の結果について、みずからの責任で説明されるというのはプロフェッションとしての医療者の、本当にそれは望ましいことだと思われるわけなのですが、ただ、今の御議論はかなり例外的な場合だと思いますけれども、その信頼関係がかなり崩れていて、やはり院内ではなくて第三者的な目でその原因究明を図ってほしいという方がおられた場合

には、その道も残しておくという程度のことなのではないかと。原則は、有賀構成員が言われるとおりだと思いますよね。

どうぞ、高杉先生。

○高杉構成員

私は、だから医療の枠の中で全てが処理されるべきだろうと。信頼関係が崩れた場合でも第三者機関にお願いするのも、やはり医療機関が、それでは私たちが第三者機関にお願いしますからと言って、問題をそちらに渡して解決してもらおうという方法で、否定するものではないということでもありますから。

○山本座長

わかりました。

松月構成員、どうぞ。

○松月構成員

遺族の異論と先ほどおっしゃいましたが、遺族の異論の中にはさまざまな種類があると思います。本当におかしいと思っていられる方から、説明をされた内容が正確に理解ができない、などです。どうしてもこれらは専門性の壁がありますので、医療者であっても急に病気になれば自分の専門外のことにはなかなかわからないのと同じように、そう簡単に遺族が理解ができるものではありません。

この第三者機関の議論の具体的な話になると思うのですが、1つの提案として、亡くなった場合のグリーフケアと、説明された内容を丁寧に御遺族の方なりが納得できるような説明をするという機能を別にして持ったほうがいいと思います。私たちは医

療者として原因追及及び再発防止ということに絞って議論をしよう、というふうに前回取りまとまったとっております。この要素の中に遺族の御理解というところはまた違うスキーマで考えないと、同時に一緒にそれをミックスして第三者機関としてすると、少し議論の筋がずれていくような気がいたします。ちょっと提案させていただきます。

○山本座長

ありがとうございます。
どうぞ、山口育子構成員。

○山口（育）構成員

先ほどのことと、今の松月委員のことに両方関係してなのですけれども、各論になるとして先ほど言わなかったのですが、5番目の「第三者機関のあり方について」の、第三者機関はどのような業務を行うかについて不足している内容があると思います。例えば納得いかない御遺族から調査を申し込まれた場合に、それを受けるのかどうかを判断する。それから、例えば医療機関が第三者機関に調査をお願いするかどうかに迷ったときに相談にのる。そういった部分がこの第三者機関の業務の中に定められていないのです。遺族の依頼も含め、第三者機関は全てを受けないといけないと私は思っているわけではなくて、そのあたりスクリーニングするような役割が必要だと思います。そこが例えばスクリーニングだけではなくて、今のグリーンフというところも含めて果たしていくような役割ということが、第三者機関の中には求められるのではないかなと思っておりますので、この業

務のところをそこを少し追加をしていただきたいと思います。そうすれば、今おっしゃっているような、全て受けないといけないというような誤解もなくなってくるのではないかなと思っております。

○山本座長

これは、では、事務局のほうから説明を。

○大坪室長

はい。その点につきましては、事務局で、皆様の御意見次第ですけれども、合意がいただけるのであれば検討させていただきたいと思っております。

○山本座長

では、山口徹構成員。

○山口（徹）構成員

ちょっと事例の対象のイメージを変える必要があると思います。何か医療行為が行われて、24時間以内にぱっと亡くなって院内の事故調査も何もやっていないという状況で、ではどうするか。院内でやるか、第三者でやるか、家族に話をしていない、というような場面しか想定していない様に思います。実際にそういう事例は極めて少なく、今モデル事業で扱っているほとんどの事例は、何か原因となる医療行為はずっとかなり前に行われていて、そして亡くなった。実際に何か原因となる医療行為と亡くなる時点の間には十分な時間があることのほうがずっと多いわけですね。届け出というのは、この亡くなった時点で行うので、そうするとその時点では院内での事故調査をやり、御家族に話をし、そして御遺

族とのやりとりでどういうレスポンスがあったかということもかなりわかった段階にあるわけで、基本的にそういう状況を想定して仕組みを作るべきです。そうすると、その中では、御遺族の希望としては外でちゃんと調査をしてもらいたいというのあれば、院内で事故調査をやるところでこの辺が限界だったと、それなりに病院がわかっている場合もあるわけですから、ちょっとそういう状況をイメージとして、この第三者機関に届けた場合に第三者機関は何をするか、ということを考えないといけないと思います。医療事故が起こってすぐやって何もまだ院内もしていないという状況下での話はかなり特殊な事例だというふうに思いますので、その辺のイメージをぜひ合わせて、ちょっと第三者機関の役割を論じていただければと思います。

○山本座長

ありがとうございました。
では、加藤構成員、どうぞ。

○加藤構成員

第三者機関のあり方の問題の前に、資料の2の論点の整理に沿ってちょっと議論を進めてほしいと思いますが、4番目の院内調査の。

○山本座長

ちょっと、まだ3番までのところを議論していたのですが、でも、もう4～5のところにも御議論入っていますから、合わせて御議論してください。

○加藤構成員

いいですか。

○高杉構成員

話をごちゃまぜになったらまとまりがつかないのできちんとやって下さい。

○山本座長

今のところ、3のところでは、基本的には私の認識では3の「調査の流れ」のところは全件を届け出ることについてはおおむね異論はなくて、まず院内調査を行って、それについてその後に第三者機関の調査というものが場合によっては行われるということが原則であると。そういう意味では、高杉委員から最初の○のところは院内調査を先行して行い、ということを確認にすべきだという御議論。

○高杉構成員

だから、今の言葉にしても、全件を届けるのか、これまでの議論には予期しないものに限るという言葉があるわけですからはっきりとして欲しい。

○山本座長

はい、そうです。

○高杉構成員

そこをやはり気をつけてきちんと使わないと。

○山本座長

予期しないもの、要するに2の「調査の対象」であるもの全件を届け出るという御指示ですね。

○高杉構成員

そうそう、そこをきちんとして下さい。

○山本座長

それはそのとおりだと思います。

それで、例外的な状況においては、遺族または医療機関から直接第三者機関に調査を求めることができる場合を残すべきだという御議論が多くあり、ただ、この2番目の○に書かれている、調査の結果や状況に納得が得られなかった場合というのは少し曖昧なので、先ほど山口育子構成員等が述べられたように、もう少し明確にすべきだという御意見が多いというのが現段階で私の認識ですけれども、もちろん異論はあるということを知承ですが。

○高杉構成員

病院団体とか大学病院というのは、遺族が届ける道はあっても、しかしこれにやはり病院が関与して病院から届けるというような柔らかい、ソフトな人間関係をやはり築くものでないといけないと主張されています。もちろん道を閉ざすのではないけれども、というような思いが我々にはあります。

○山本座長

わかりました。

その具体的な手続については、そのガイドラインのところで、4の一番最後のところですが、第三者機関への届け出を含めてガイドラインを策定するという御提案で、手順についてはそのガイドラインで手続は決めていくということになるんだろうというふうには認識しておりますけれど

ども。

どうぞ、中澤委員。

○中澤構成員

今、話の中で出てきている患者さんが納得しない場合というのは、恐らく再発防止の対策について納得しないと言っていることはまずないと思うんですよ。ですから、医療機関が責任があるのかないのかというところにポイントがいらいますので。

○山本座長

責任ではなくて、究明された原因に納得がいかないということなのではないですか。あくまでも目的は原因究明ですから。

○中澤構成員

ただ、でも患者さんは原因だけというよりは、原因に沿った形で責任を取ってもらうということはかなり大きく持っていらっしゃるし。

○山本座長

患者さんというか、主観的動機はそうかもしれないけれども、あくまでもこの制度というのは原因究明・再発防止が目的ですから、そうではないところは基本的には扱わない、その責任の問題は扱わないということが大前提だと。

○中澤構成員

そうすると、医療機関が説明して、再発防止に納得しないということについて患者さんが届け出た場合に第三者機関は動く。

○山本座長

その原因に、原因究明をされた原因が違うのではないかということですよ。

○中澤構成員

そこはちょっと、いつも議論で引っかかるのですが、原因究明と再発防止プラスということで今この議論は進んでいます、この同じ議論を原因究明プラス責任追及と置き換えても、第三者機関は同じようにできちゃうんですよ。

○山本座長

しかし、この検討会ではそういうことで第三者機関をつくるのではないという。

○中澤構成員

それが、やはり同じことで原因究明が使われちゃうんですよ。ですから、今、患者さんは原因究明に納得しないと言っているかもしれないけれども、患者さんは病院にミスがあるのではないかとということで納得していないですよ。

○宮澤構成員

今の議論というのは当初のころからやっている、実は責任追及ということは効果としてはあるかもしれない、いずれそういう形で出てくるかもしれないけれども、ここは目的の範囲内での活動をするということであって、効果として何が出てくるかというのはこの場で考えるべきではなくて、目的として原因の究明と再発防止と。その後のことは効果としては何が出るかいろいろあると思います。ただ、それはその後の問題であって、ここの枠内ではあくまでも

原因の究明と、それと再発の防止という形で考えていくので、責任追及云々ということを含めるのは本来の目的とは離れた分だと。

○中澤構成員

ちょっと、済みません。

私が問題にしているのは、後で効果が利用できるという点を問題にしているのですよ。

ですから、責任追及の原因究明のやり方と、それから再発防止のやり方は全然違って、再発防止は特に誰がやったということがわからなくてもできてしまうんですよ。原因究明というところで、そこまで持って行って後で再発防止以外に使われるよと言ったら、それは何かやはり入り口は1つだけど、出口は2つあるよというふうに考えてしまうので、その点が問題なのです。

○山本座長

まずは原因究明をしなければ、再発防止策はとれないですよ。

○中澤構成員

だから、私は、それはもう最初から、院内調査では事故の責任を含めて調査は行うべきであって、第三者がやってくれるのであれば原因の究明はやってもいいし、再発防止でやってくればそれは全然問題はない。ただ、院内で調査をやるよと言ったときには、それなりの原因の究明の仕方はやらないと患者さんは納得してくれないというふうに私は思っています。

○山本座長

わかりました。中澤構成員の御意見、ずっと一貫してそういうことだと思いたしますが。

○有賀構成員

イメージを説明したく思います。山口先生と僕のところは多分同じくらいだと思いますけれども、大体年間2万人ぐらいですよ、患者の数は。恐らく1万何千、僕らのところは1万8,000くらいだと思います。だから、そのぐらいの患者さんが入院して退院していくと。もちろん死亡で退院される方もいるわけですが。

先ほど言われた総合相談センターというかよろず相談、大体月々150~250ぐらいがよろず相談ですよ。その中に相談とはいえ限りなく苦情に近い、そういうふうな相談が大体5%ぐらいですか、だから10件ぐらいですかね、200件だとすると。いいですね。それこそ多分厚生労働省の名称だと思いますけれども、医療対話推進者というのかな、そういうふうな素養を身につけている相談員が主にナースですがいまして、手順に従って患者さんと話をする。ほとんどが当事者と相談員の情報共有で患者さんに説明を申し上げて、それで大体オーケーと。

そうではなくて、先ほど言った、らち外に行くのが、つまり宮澤先生みたいな人をお願いせざるを得ないというのは、やはり年に2件、3件というふうな形で起こっている。だから、中澤構成員が前からおっしゃるみたいに、もともと黒ばっかりのところで活躍してくださった宮澤弁護士さんたちの本件に関するそのイメージと、それから、万の数を扱っていてほとんどがきちっと納得をいただいて、健全な、患者の安全

と患者の信頼という中で行われているものがマジョリティの僕たちとは、ちょっとそういう意味では景色が違くと。だから、そういうふうな先生、思っていたかかないと。

○山本座長

法律家はそういう場面ばかり。どうぞ。

○里見構成員

これは今、調査の流れという3つ目の項目について話をしているのですけれども、いろいろ御意見出たけれども、大体同じことを言っているのではないかと私は思っているんですよ。

2のような事例が起きたときに、まずは院内調査みたいなものをやりましょうと。そういうことで納得いかないときもあるので、第三者というものに訴えられる機関もつくっておきましょうと。それは大体皆さん一致したと思うのです。ですから、ただ駆け込み寺的になるとこの機能が麻痺をするという話が出てくると思うので、恐らく今度は、第三者機関の機能の中にある種の判断をするような機能を付加するか、もしくはきちんと説明して、いや、これはこういうものなのですよということで、審査をある程度やらずにもう院内の調査だけの説明で終わるようなものを機能として付加すれば、まずはいくだろうというふうな後半は思うので、まずは前半部分の、こういう事例が起きたときにはまず院内の事故調査をやるという、もう一つ走らせますと。その院内事故調査にやはり納得いかないということも多分あるでしょうから、第三者へ行くという道もありますと。しかし、山

本先生おっしゃるようないろいろな事故調査みたいなのがある程度あって、それでも何か起きたときにすぐに第三者に行ってもらいたいという人もいるだろうから、その道も残しておきましょうという、この二段式のものと一緒に一段目の部分を、それで流れとしてはいいのではないのでしょうか。後はいろいろなことを防ぐために、今度第三者機関にどういう機能を持たせればいいのかということ、次の段階、4番目以降で議論したほうが、行ったり来たりしていると機能の問題に入ったり仕組みの問題に入ったりするものだから、非常に複雑な。

○中澤構成員

基本をどこに置くかということをはっきりさせていただければいいですね。だから、基本が院内か第三者かどうかと言ったらはっきりわかるように。

○山本座長

そうですね。

どうぞ、松月構成員。

○松月構成員

2の「調査の対象」の中の2つ目のポツですが、「死亡事例以外については」ということが書かれておりますが、これは先ほど御意見のありました患者さんの命に関わるようなことが起きたが、対応できた結果、その1年後にお亡くなりになったというような事例の場合は、死亡事例以外の中に含まれるという解釈をするのでしょうか。

○山本座長

と言われるのは、行った医療または管理

に起因して何らか患者さんに障害が残ったのだけれども。

○松月構成員

そうです。例えばです。

○山本座長

その時点では直ちにお亡くなりにはならず、その後以降。

○松月構成員

すぐには亡くなっていない。でも、病院の中にはそういう事例を何年も抱えているというケースがありますので、そういうものも含めるのか、それとも今回は含めないと考えるのか、どちらでしょう。

○山本座長

今回は、いずれにしても、これは段階的にあるいは先ほど高杉構成員の必要に応じてということ、いずれにしろ今回はこの予期しない死亡事例に限られるので、それは将来拡大していくときにまた考えることなのかなという感じはしますが。

どうぞ、宮澤構成員。

○宮澤構成員

この文章を読んでいただくと、調査の対象のところ「行った医療又は管理に起因すると疑われるもの」、起因ですから、因果関係があるということを行っています。その意味では、年数が経っても、もともとそれが原因だったかどうかということに関して、死亡したということになれば調査の対象になるという、ここが入っています。ここで死亡以外については段階的にという

のは、重度の障害を負った場合というのを想定しているというふうにお考えになったほうがいいと思います。

○山本座長

どうぞ、山口委員。

○山口（徹）構成員

やはりちょっとこの流れ、書かれている基本的なスタンスが、死亡という時点で全てが起こるように書かれています、違和感があります。実際の病院の現場では、非常に大きな後遺症を残すことがぱっとわかるような事例が発生したら、その時点で調査委員会を立ち上げて何だ、という話が始まるのであって、結果として手を尽くしたけれども亡くなったということが起こるのです。この流れに書かれているように、死亡した時点で調査委員会を立ち上げ、あるいはその時点でどうこうという話ではちょっとスタンスが違うと思うのですね。

だから、その4番目の調査委員会のあり方でも、いつ立ち上げるかというの、いかにも死亡で届け出る段階で立ち上げるような話になっていますけれども、そういう話ではなくて、むしろ一番最初の行った重大な結果を生じた場合に、その時点で調査委員会等は立ち上がっているわけですから、全体のこの流れが死亡の時点で全てが始まるような話になっていますが、ちょっと実際の世界とは違うのではないかと思いますので、整理する必要があるのではないのでしょうか。

○山本座長

例えば、この調査の流れのところ、最初

に「第三者機関に届け出た上で院内調査を行い」ということになっているけれども、実際には院内調査が先行して行われていて、お亡くなりになったときに届け出るということが実際には多いのではないかと御指摘ですね。ちょっと、この記載ぶりはそういう意味では誤解を招くかもしれない。

鮎澤構成員。

○鮎澤構成員

済みません。私もこの委員会に入って議論が進む中で、病院で起きている事例の一つひとつ、今これだったらどう適合するかということを実務に重ねながらずっと考え続けています。

それで、今、山口（徹）構成員がおっしゃったように、実はこれ「医療事故に係る調査の仕組み」と書いてありますけれども、正確には、「医療事故に係る死亡事例の調査の仕組み」であって、実は現場にはたくさんバリエーションがある。例えば、死亡に至る原因はかなり以前に起きていて、いろいろなことがあって比較的長期にわたって御存命されたけれども残念ながら亡くなられたという場合には、その原因が起きたときに、事故調査が行われているのが一般的です。それから、場合によっては、懸命の救命をしたけれども残念ながら亡くなった、短かい間に亡くなられるケースのように、同時進行で行われていく場合もある。

幾つかそのようなカテゴリーがあるのだと思うのですが、特に最初の例の場合には、すでに起きた段階で院内の事故調査をやっていて、亡くなられた段階での調査というのはかなり振り返らないとできない話で、

院内の事故調査に負って議論をせざるを得ないようなところも結構あるのだと思います。このあたりどっちが、「まず」だとか、「直ちに」とかという話をすると、現実に沿わないところも出てくるので、幾つかそのイメージを持っていただいて議論していくことが大事ではないかと思います。

○山本座長

わかりました。
どうぞ、飯田構成員。

○飯田構成員

これも多分また話がまとまらないです。私どもは、全日病としてはこの原案に賛成なのですが、とにかく始めなければいけませんので、そのためにはやはり今、リソースもありますので、定義を明確にしなければいけないので、やはりこれで始めるべきだと思います。

それで、ゆくゆくは今、お話あったものも含め、当然、院内事故調査はそういう事例も含めてやっているわけです。第三者機関に届ける枠もどうするかという話では、これは決めなければいけませんので、私はこの定義の死亡事例に限って段階的に広げることとして、まず、スタートしなくてはならないと考えます。

○山本座長

ありがとうございました。
それでは、中澤構成員の御議論はあれですが、またその4～5の各論の部分がこれまでちょっと議論が必ずしも十分ではなかったという事務局の認識もございますので。

○中澤構成員

それが事務局にお願いがあるのです。

○山本座長

では、簡潔に。

○中澤構成員

はい。この調査の流れの中で、第三者機関に報告するという前に、患者さんに説明をするという文言を入れていただきたいです。

○山本座長

そのお話ですね。

○中澤構成員

これがポイントだと思うのですよ。これがないと全ておかしくなってしまうので、ぜひよろしくお願いします。

○山本座長

わかりました。
では、ちょっとその点は。

○大坪室長

その点は、各論の中の院内調査の中のタスクで書かせていただいております。

○山本座長

この2ページの5の上の下から2段目と
いうのですか、2の上から3つ目ですか、
「院内調査の報告書は遺族に開示しなければならない」ということで、一応事務局としては。

○大坪室長

はい。認識をしております。

○山本座長

ただ、中澤構成員のお話はこの遺族への開示あるいはその説明とその第三者機関への届け出との前後関係みたいなことを問題にされていたと。

○大坪室長

了解いたしました。そのタイミングとかもありますので、ここの文言の中に入れてさせていただきます。

○山本座長

お考えいただくと。

○高杉構成員

だからこそ、これも役所用語なのですけども、「十分な説明と」という文言がなければいけない。

○大坪室長

了解しました。

○山本座長

そうですね。単に開示するという。

○高杉構成員

開示なんてもう全く役には立ちません。

○山本座長

そのとおりだと思います。

それでは、4～5の各論的などころの御議論をいただきたいと思いますが、まず加藤構成員、先ほど中断してしまいましたので。

○加藤構成員

はい。

院内調査のあり方については、これは、私は外部の委員というのを入れるべきであるということを強く感じております。これは、内部だけで事故調査をしていますと、どうしても自分のところの従来からのやり方というものを、外部の目で見直すという機会を失うことが指摘できるからであります。

もう一つは、この中に「中立性・透明性・公正性の観点から」とありますが、実は、専門性と客観性という、そういう意味はまことに大事な要素だろうと思うのですね。院内の事故調査をするに当たって、その医療機関の規模によっては、専門の評価がきちんとできるスタッフがいないということが十分考えられるので、それは専門性という観点からしっかりと院内事故調査ができればいけないだろうという思いがあるからであります。

それから、客観的な評価ということに関して言いますと、院内のメンバーだけで事故調査をするときに、皆さんそれぞれ日ごろ仕事をする仲間ですので、そのよく知っている人に対してどうしても同情的になるとか、人間としてなかなか厳しいことも言いにくいという、そういう立場に立つのだろうと思います。そういう意味では、病院やスタッフを守るという意識、そういうものを超えてきちっと再発防止のために調査をしていくということのためには、外部委員の参加を求めるということが必須のことではないか。

かつ、外部委員の割合についても、私は

かねてからいろいろと考えて実際に院内事故調査の外部委員として何例か関わってきた経験も踏まえて言えば、やはり少なくとも何人ぐらいで事故調査をされるのかということがあるのですが、5人ぐらいであれば2対3とか2対4とか。そういう意味で、外部委員が多い仕組みづくりをしておかないといけないのではないかと。

しかも、この院内事故調査の委員長になる人は外部委員がなるべきであると。これは横浜の市立大学で患者さんの取り違いの事故が起きたときに、事務局をどこに置くのかとか医学部長が入っているのかとか、いろいろな議論が起きたことは御承知のとおりであります。なるべく客観的に公正に事故調査を遂げるためにはどうするのか。

実際、この院内事故調査を考えるとときには、事務局はその当該の病院に置かれます。ですから、外部委員の方にきちっと委員長を担当していただいて、しっかりと客観的な評価が実現するように。

それと、もう一つ、医療界独自に外のみから見ると独自の風習みたいなものがあったりする世界かなというところが感じられることがあります。そういう意味では、きちっとトレーニングを受けた評価をきちんとかういう意味でできる、そういうスタッフを育てていく、これは研さんということが後に出てくるわけですがけれども、そういう人を医療の世界に身を置いていない人を入れるということも、まことに大切な要素ではないか。

実際にモデル事業とか、あるいは産科の補償制度の中では弁護士が参加していますが、弁護士であればいいというわけではなくて、やはりそれなりに事故調査というも

のの手法なり何なりを研さんしてトレーニングを受けて、意味をしっかりと、この原因究明や再発防止ということの目的のためにきちんと仕事をする、そういう人をこの事故調査に関与してもらおうという枠組みは、医療法の規則をつくるときにきちっと問題意識として持っていてほしい。

そういうことがしっかりと枠組みができないと、先ほどの調査の流れのところの調査結果の問題や状況についていろいろと信頼ができないという、そういう構造になってくるのだらうと思うので、3の流れのところと4のところは関連はするのですけれども、きちんとある意味では自分たちの日ごろやっていることに厳しい意見が返ってくるような、そういう事故調査の仕組みづくりを真剣に医療界が考えないと、どうしても院内のことについて院内のスタッフだけでやると、利益相反に近い構造に陥ってしまいますので、その点十分に配慮をしなければいけないのではないかと、そんなふうに思います。

以上です。

○山本座長

加藤構成員の発言は、この原案でもその必要に応じて外部の支援を求めることができるとし、その中立性・透明性・公正性の観点から外部の支援を受けることが望ましいという意見があることに留意しつつ、その外部の支援を求めるかどうかということ判断するのだと。ここに書かれていることは、そもそもこの院内調査というのは、先ほどもございましたように、御遺族に対して十分な説明を行うということを前提にして行うものである以上、中立的・客観的

なものでなければならない。御遺族から信頼を得られるようなものでなければならないということはある意味当然のことだと。それを踏まえて、自主的に院内調査をされるということだとすれば、やはりそういう、今、加藤委員が問題にされます専門性の観点あるいは中立性の観点等から問題がありそうであれば、外部の支援を求めるということが当然想定されるだろうということを前提として書かれているのかなというふうに思うのですが、やはり、加藤構成員の御意見としては、ここももっと強く書くべきだということになるのでしょうかね。

○加藤構成員

私の意見は、やはりこの院内事故調査の際、これは通常行われているカンファレンスとはやはり違って、患者さんが思いがけず亡くなったという状況の中で、きちっと原因を調べ、再発防止に、二度とそういうことが起きないように少しでも医療の質の向上なり安全性なりが高まっていくようにという、そういう極めて公的な営みだと思っています。そういう意味で、そういう専門性だとか客観性だとか、そういうものを確保するための仕組みづくりというのがどうしても要るのだという意味で、その必要に応じて外部の支援を求めることができるのは当たり前で、できるという意味で言えば、してはいけないはずはないので。それはそれでいいのですけれども、状況によっては利益相反的な構造に近いものが生じてくるわけですから、ある意味でこの客観性、専門性等の観点から言えば外部の委員を入れる。要するに、過半数は入れる、そういうようなことは書き込むべきだと私は思っ

ています。

○山本座長

わかりました。

この点は重要な点だと思いますので、皆さんの。

では、山口育子構成員。どうぞ。

○山口（育）構成員

私は、この院内調査のあり方の「外部の支援」というのは2つの読み方ができるのかなと思いました。

例えば、独自に内部で調査ができないような医療機関の場合に、外部から入ってもらって院内調査をするという場合の支援を求める場合と、院内で調査はできるのだけれども、透明性・公平性・客観性ということを担保するために第三者に入ってもらい、そういう2つの場合があると思いました。

全ての場合において外部委員を、という実現がかなり難しくなってくるような気もするのですけれども、今、既にもう内部調査をしっかりやっている医療機関においては、恐らく外部委員を入れてらっしゃるところがかなり多くなっているのではないかと認識しています。ですので、できるだけ今後の方向性として、透明性や客観性、さらには、さまざまな専門家の視点で見ることによって気づかなかったことが出てくる場合もあると思いますので、全例は無理だとしても、外部委員を入れることが望ましいということはどう表現すればいいのかわかりませんが、方向性を示すべきではないかと思っています。

○山本座長

どうぞ。

○高杉構成員

2 ページ目の最初のポツ、これは我々中小病院まで意識した、診療所まで意識した組織づくりでこれを書き込んでいただいてありがとうございます。

それから、解剖の次にやはりAiも加えておいてください。

それと、もう一つ、3 ポツ目「院内調査の実施費用は医療機関の負担とすることとしてはどうか」ということは仕方ないとしても、例えば病理解剖だって20万~30万かかるんですね。これは病院の持ち出しなのです。我々が真剣にこの病気をどうかと病理解剖を求めても、又それから、Aiをするにしてもお金がかかります。これについては、経済的な援助はやはりほしいなと思います。

○山本座長

本田構成員、どうぞ。

○本田構成員

済みません、またちょっと戻ってしまって、4. の一番始めの○の外部委員の件なのですけれども、私もちょっと山口委員と同じような考えを持ってしまして、その必要に応じてというのを、単に専門性が、もうちは担保されているから大丈夫ということだけで人員も大丈夫ということだけではなくて、あえて客観性を保つということ、うちの病院はそういうこともやるよというようなことから、外部の支援を求めるといようなことがわかるような書き方がいいのかなというふうに思っています。

あと、もう一つ、これはちょっと私の理解が十分ではないのかもしれませんが、この必要に応じてというのは、院内調査をやっている医療機関側の必要に応じてなのだと思いますけれども、その場合に、遺族側にとっては院内の事故調査をちゃんとやっていただきたいから、いきなり第三者というふうには思っていないけれども、何かこう、外部の目が1人でも専門の医療の先生が入ってくださっているだけで信頼というか安心が担保できるという、その微妙な感覚もあると思うのですけれども、その辺の遺族からのそういう話し合い、当然そういうことがあると思いますので、そういう中でそういうことを受けてということも、考えられるのでしょうか。

○山本座長

それは、おっしゃるとおりだと思いますね。だからそれはもう少し明確にすべきところかもしれません。

どうぞ、宮澤構成員。

○宮澤構成員

まず、院内調査のあり方についてという場合は、第三者、外部の人間をいれるかどうかということなのですけれども、これはやはり今、加藤委員が言われたように、客観性を保つために必要だと考えている方が比較的多くいるという現実を踏まえると、やはり外部の人間を入れるということを実行するほうが信頼性は高まるということでは明らかではないかと思っています。

外部の委員を入れると、なかなか供給がその委員は難しいのではないかということなのですが、例えば東京地裁では、カンフ

ァレンス鑑定という鑑定の仕方に関して13大学病院の協力をいただいて鑑定を進めていくということをやって、非常にスムーズに鑑定がいくということ、今まで鑑定人を出していただくというのは非常に難しかったのですけれども、今、有賀委員も御存じのとおり、非常にスムーズにいらいます。ですから、そういう組織なり体制をつくれれば必ず供給はできるというふうに思いますので、その意味では、外部の人間を入れる、そして入れる形の組織をつくるということを実にやっていたら、これは原則という形にしてよろしいのではないかと私は思っています。

○山本座長

有賀委員。

○有賀構成員

要するに、信用ならざる状況に立ち入ってしまったというふうなことでいくと、宮澤先生の言ったことは全くそのとおりですね。だから、これは信用されていないかなと思えば場合によっては宮澤先生にも入ってよ、という話はあるかもしれません。ただ、先ほどお話ししたように、ほとんどの場合は私たちがきちっとやる。それこそ、例えば3人の人が寄ってたければ、もうそこでは秘密は保持できないと。うそはつけなくてありますよね。2人だと誰がばらしたかわかるからうそはつけなくて。けど、3人もいれば、だからチーム医療はそういう意味では、客観性があるのだという言い方を東大の法学部の先生が言っていました。だから、信用ならざる状況というふうに思うのであれば、今の話はそのとおりな

のですが、信用ならざる状況ではなくて、先ほどお話ししたみたいに、当事者間で話をすると。場合によっては医療安全の会議に持ち出してきて、それでそうだったらこうしましょうねというふうな状況が多々ありますので、外の人を入れたほうがこういうメリットがありますということはわかりますけれども、私たちの場合は、入れることもありますけれども、ほとんどは半分外の人みたいな人は入っていますけれども、全く外の人を入れてというのはごくごくまれにしかやっています。それでもきちっとやれているという、そういうふうな意味では自負があります。

それで、小さな病院はとよくおっしゃいますけれども、小さな病院は小さな病院なりに普段から大きい病院とつきあっているわけですよ。ですから、そういう意味では、地域の大学病院や中核的な病院から、今、宮澤先生がおっしゃったみたいに上手に入り込むような仕組みさえつくれば、恐らくその地域地域においてはうまくいくのではないかなというふうに思っています。

○山本座長

わかりました。

どうぞ、中澤構成員。

○中澤構成員

今のお話の中で幾つか述べさせていただきましたが、私たち実際に事故対応のことをやっているときに、かなり突っ込んだ聞き方をしないと当事者の人はなかなか話してくれないですよ。特に専門が変わったりなんかすると違うのですけれども、そのときに責任を問うみたいな形にすると、恐ら

く口をつぐんでしまうというところはあって、ですから、全部病院が責任を持つよという話の中で話をしているので、それは外部の方を入れてこういう円卓の席でどうのこうのという話はまずなくて、もう本当に1対1の中でどうだということを、1つのキーマンが調べていくというふうな形になるので、それは外部の人が最初からそこにいるという話になるとこれはうまくいかないと思うのですね。最終的に報告書ができた段階で、外部の方が見ていただくみたいな話はあってもいいかなという気もしますが、ただ、現実的にやるものはやはり院内でないと、本当のところはわからないなという感じがします。

それから、やはり今の話の中で、加藤先生がおっしゃっていたことは、かなりの部分が当事者の責任はどうかということについての原因究明にどうしてもなっていくと思うのですね。ですから、第三者を入れるということの中で、本当に再発防止ということを考えていただけるかどうかということ、再発防止とは何であるかということは現場しか知らないところが多いので、だからそこで第三者が入ってきていただいても、余り実効あるものは出てこないのではないかな。特に再発防止の問題に持っていった場合にはそうだと思います。おっしゃるように、医療者は不正で、公正に物を言わないとか、あるいは黙っているというふうな話で第三者が入るとやはりちょっと難しくなる点が出てくるのではないかと。

あと、現実カンファレンスで今、私らが一生懸命努力してできなかったのは、やはり起きた事例、死亡事例について忌憚のない意見でやっていくということなのです

が、これにはなかなか当事者に対する思いやりというのがどうしても働いてしまって、それがうまくいかないというところがあります。だから、そこに第三者が入ったら、その人がしゃべってくれるような雰囲気になるのかということ、恐らくそれは逆ではないかというふうに思っていて、どこのマニュアルでも恐らくそうだと思うのですが、余りオープンにするというふうな形の中で事故調査は行われていかないというのが普通だと思うのです。ですから、最初から第三者がいけないとか、何%入っていないかといけないというようなことはなかなか言いにくい。

それから、もう一つは第三者の方が入っていただいたときに、どういう責任を持っていたかということの問題があって、院内の調査は自分たちがやって患者さんに納得いくかいかないかということによって、みずからの責任を決めていくというやり方、どうしてもそういう状況に追い込まれていますが、第三者機関の方が入ってきていただいて審議に参加していただいたときに、その方は恐らく再発防止については責任を持つというかもしれないけれども、原因究明のところ、この事件について誰が犯したものが明らかになっていくというところに問題は引っ張られると思うのです。そこまで引っ張っていった結論を出すところまで参加してくれるのであれば、その院内調査についての責任もやはり出てくると思うのですよ。あとそれから先ほどの調査委員会の長を医療機関の者ではない者に入れたほうが良いという御説明ですが、ここまで来てしまうと、もう病院はどうして責任取っていいのかということまでい

くしかないので、やはり問題はいい悪いの話になって、責任取るところを持っているものとしての医療機関の主導性ということ、中立的第三者は譲れない部分かなというふうに思います。

○山本座長

わかりました。
どうぞ、里見構成員。

○里見構成員

第三者という捉え方が混乱をしてしまうので、少し整理をしておいたほうがいいのではないかと思いますけれども。

院内調査をやるときに、外部の医療の専門家を入れるというのは、これはもうごく普通にやられていることで、当然これはある種原因をきっちり解明するためには専門家が入って、本当に医療のことについてはこれは究明するというのは当たり前なことだと思いますから、この点については多分納得されると思うのですよね。ただ、それ以外の人を入れるという話になると、本当にそうですかという意見はあるので、まずは、院内事故調査の委員会の構成の中に外部の医療の専門家を入れるということだけは、多分皆さん一致できるのではないかと、その辺だけは押さえたらよろしいかと。

○中澤構成員

あとは、人材の問題になると思うのです。

○山本座長

人材の問題は、この2ページに書かれているような何らかの仕組みを設ける。

○中澤構成員

今後、調査の対象が広がった場合は、かなりの人材を必要とするということになると思います。

○山本座長

おっしゃるとおりだと思います。だから、それはその対象を広げる場合にやはり考えていかないといけないものですから。

○中澤構成員

ですから、それで普通の医療がやっていけるのかどうかというそういうところまで考えていかないと。

○山本座長

とりあえず今のところはその死亡事例に限っているという。

どうぞ、山口徹委員。

○山口（徹）構成員

確かにそのとおりだと思うんですね。今、病院の70%は200床以下の病院なわけですから、そうすると、医者数を考えてもせいぜい30人ぐらいの話になりますから、当然ある専門のところ、院内で新しい意見を募るといってもなかなか難しい。そうすると、外部から専門家を招くというのは当然だろうというふうに思うのですが、では、その外部から専門家を招くシステムはどうするのか。今ここの2ページの一番上に書かれていますようないろいろ支援をする組織として、都道府県医師会あるいは医療関係団体、大学病院等を登録した仕組みをつくる。そして、その後の第三者機関は

第三者機関でまたある。

では、どうすれば普通の病院がすぐ専門家を紹介してもらえるか。この支援する組織はまた登録の仕組みがあるという話ですが、どこへ連絡をすればどういう人がいつ来られるのか、直ぐ分かるのでしょうか。なぜ、2つにしないといけないのか。それこそぜひ第三者機関の中に、第三者機関がそういう院内の事故調査を支援するような機能も持たせて、そこで誰かが取り仕切って、誰かがまとめる。ここの中に解剖なんかについては書いてありませんけれども、解剖するシステムも当然どこかに相談をして、解剖したいという話をしたときにはそれを支援し、しかるべきところにちゃんと紹介をしてくれるなり、手配をしてくれる。そういう窓口は1つでなければいけないだろうと思う。そうでなければ現実的ではないと思いますので、そういう意味では、ここでは第三者機関とこの支援組織が別建てにあるような書かれ方がされていますけれども、ここはやはり当然窓口は1つとして、そこに相談をすれば専門家の支援も得られるし、解剖の支援も得られるし、そのほかの支援が必要ならそこでいろいろ相談のしてくれるという、わかりやすい組織にすべきだというふうに思うのですけれども。

○山本座長

ちょっとこの組織について、事務局のほうから。

○高杉構成員

ちょっとよろしいですか。

○山本座長

今の点に関連して。

○高杉構成員

はい。私は都道府県の医師会が窓口になって動かすべきだと。これが一番有機的に早く動く。届け出は第三者機関にしておけばいいと。後で報告をすればいいと。動かない組織にしていたら意味がない。

例えば解剖でも、各県1大学はあるのですから、県医師会とうまく連動すれば解剖は動く。動くためにどうするかということの提案がここの1項に盛り込まれたのだろうと。ここだけ、山口先生、ちょっと違うところなのですけれども。山口先生、御苦労されているのはよくわかるのだけれども、モデル事業は動かなかった理由は何なのかということももう一つありますし、動かすためにはどうすればいいかということもある。これは日本医師会あるいは病院団体、大学挙げて、この第三者機関を支援していくということは物すごく大きな、これも文言に書いてほしいのですけれども、これで初めて動くようになるだろうと。あえてこの言葉は私は入れてくれたら動きやすいと思っています。

○山本座長

どうぞ。

○山口（徹）構成員

今、医療安全調査機構も、そういう形で大学あるいは医師会との支援を、70を超える団体が参加した組織として動き始めたわけですね。

したがって、その地区の医師会が支援い

ただくことは何も問題はないので、それを医師会という窓口でやらなければいけないかというところが問題なのです。それはその医師会がこの第三者機関の主体として入っていただければいい話なので、その窓口をわざわざ別にする必要がどこにあるかと。

○高杉構成員

それは、その調整はできるだろうと、ガイドラインが出てくるのだろうと思いますけれども、それに異論あるものではございません。

○山本座長

ありがとうございます。

どうぞ、有賀構成員。

○有賀構成員

機会があれば、次回のときに医学部長病院長会議の本件に関する基本的な考え方を述べたく思っています。

ちょっと先取りして言いますと、やはり医療安全調査機構がこの間、培ってきたいろいろな知恵があるわけなので、それはやはり生かすべきだろうと。ただ、全国津々浦々というふうなことになる、やはり僕自身は昔からそう思っていたのですが、都道府県医師会の組織力をある程度利用しない手はないだろうと。だから、医学部長病院長会議の基本的な考え方は、山口先生たちがやっておられたあの事業の延長線上でできれば、都道府県医師会などの組織力を上手に使って、それでうまく行っている地域をまねしていくような形で広めていくといいのではないかと。だから、都道府県医師会が先生のほうの組織に混ざるのか、また

は先生の組織のほうに都道府県医師会を利用するのか、これはよくわかりませんが、どっちにしても総力戦でやるしかないだろうというふうなのが僕ら大学医学部長病院長会議の基本的な考え方です。

5月末には総会並びに理事会でまとめますので、できれば次回その部分をもう少し具体的にしゃべりたいと思います。

よろしくお願いします。

○山本座長

よろしくお願いします。

はい。どうぞ。

○豊田構成員

まさに私が以前から御質問させていただいていることと同じだと思うのですけれども、私もやはり前回も申し上げましたように、山口構成員がおっしゃっているように、なぜ2つに分かれるのかというところがよくわからなかったので御質問させていただいたのですけれども、医師の団体の皆さんでそういった話し合いがきちんともたれるのであれば、2つに分けることのメリットが明確にされるのであれば、ここの一番最初の矢印の部分については、患者団体も賛同できると思いますので、ぜひそのあたりを詰めていただきたいというふうに思います。

それから、中澤構成員の懸念は何となく想像はつくのですけれども、もう外部委員として院内の事故調査に参加されている先生方は、実績としてかなりいらっしゃる、成果も上げていらっしゃると思います。そういう先生方が個人的に責任を取らなければいけないというようなことは、私たちの耳

にも届いておりませんので、それはむしろこういった登録する機関があれば、そこでそういった外部委員の方々が教育を受けるシステムも必要になってくると思いますし、そういう中で、一つひとつ持たなければいけない責任や責務というのが明確になってくると思いますので、そのあたりはお互い信頼しあってやっていただきたいと思いました。

○中澤構成員

ちょっと、いいですか、今の話で。

○山本座長

内部調査について議論が集中しているのですが、時間の関係もあって、できればこの第三者機関のあり方、特に先ほど来、議論になっている第三者機関の業務ですね。これについてもできれば御議論いただきたいのですが。

どうぞ、加藤委員。

○加藤委員

この第三者機関の業務として、これまでの議論の中で、若干その御遺族に対するグリーンケアといいましょうか、そういうことを指摘された方もいたかと思いますが、私はこの第三者機関というのは、やはり原因究明と再発防止ということに特化して設計されるべきだというふうに思います。

遺族に対しての支援その他が必要なことについては、そういう組織体が別途あって、そういうところを紹介するなりするということがぎりぎりかなと。そんなふうに思っております。

○山本座長

わかりました。

豊田構成員、どうぞ。

○豊田構成員

一度信頼関係が崩れてしまった場合、第三者的などころでのケアやフォローがないと難しいということは言えますし、必要になってくると思いますけれども、やはりその当該の医療機関と患者さんとの関係性が一番大事ですので、まず何より院内がしっかり対応する、そこに向けて努力をするということをまずお願いしたいというふうに思います。

それとは別に、以前、私がモデル事業のよさを評価したいとお話させていただきましたが、調整看護師の方々が、患者さんからもしっかり聞き取りをして、すごく混乱していることに関して、問題点も気持ちの整理も含めて、それらの課程に寄り添っていただけるというところに、よい評価ができるのではないかなと思っています。

ですので、外部機関としてそういう必要性も出てくると思いますけれども、一方、先ほど有賀構成員からも出てきた言葉ですけれども、医療対話推進者という人材を院内に配置してしっかり患者さんに対応していく、応えていくことが大切で、診療報酬にも加算として点数が算定できるようになりましたので、そういった院内の努力の部分をしっかりやっていただきたい、院内と外部の両方が必要だと思うのですが、そういったことも考えていただきたいと思っています。

○山本座長

では、松月構成員、どうぞ。

○松月構成員

豊田構成員から調整看護師の話が出ましたが、その実態を事細かく聞いてみますと、やはり御遺族の方への納得を得るためのプロセスが非常に多くあると感じます。

私などが客観的に見ても、このプロセスは解剖をしたりAiをしたりする場合など、第三者機関の機能として非常に重要なのです、納得いただくためには。でも、それをセットにしておくのか、セットにしないでおけばいいのか、というのは非常に悩ましいところです。機構の中では、調整看護師が立ち入っても御納得がいただけないというようなものもしっかり面倒見てきたという歴史があるのですが、私は、あれはちょっと行き過ぎなのではないかというふうに思っています。

非常に微妙なところですが、私はある程度切り離れたほうがいいのではないかという意見も持っております。ただ、それをまるで別の機関ということになりますと、御遺族、または国民から見て、グリーフケアはまるで別のものではないかという話になってしまいます。調整看護師は機構の中にいる人間で、事例の最初の受付からかかわっていますから、そういうことができるんですね。でも、それを別の機関が行うことになると、国民から見てただ話を聞いてくれるだけの人という話になりますので、ここはちょっと工夫をして、ある程度絡ませないといけないのではないかな、というふうにも思っております。

○山本座長

わかりました。

どうぞ。

○豊田構成員

それは実際に実態としてもう少し表に出していただかないと、その部分は整理できないと思うのですが、結果として、患者さんの心のケアにつながったというような感覚で私たちはいます。というのは、グリーフケアまでしてもらいたいということではなくて、事故調査をするに当たって、事実関係を聞いてもらったり自分たちが見た姿を聞いてもらうことによって、患者さん自身が気持ちの整理ができてくる。そこに寄り添っていただいたということであって、それを全部引き受けて欲しいという位置づけではないですし、そうであればそれは確かに大変だと思います。起きた出来事を双方から聞いて確認して調査していく、その過程で結果的にそれが心のケアにつながったということだと思いますから、それ以上の負担があるようでしたら、それについてはまた別建てで考えていかななくてはならないと私も思います。ですので、もう少しそういった実態を表に出していただきたいと思います。

○山本座長

大変重要な御議論だと思います。どこまで、この第三者機関の業務としてその点を明確にするかというのは残された問題として、事務局のほうにも御検討をいただきたいと思います。かなりこれは実務に関わることで、また、どこまでやるかという程度問題、なかなか書きにくい、書けないところではないかなという印象は持ちますけれ

ども、大変重要な点でありますので、さらに御検討いただければと思います。

どうぞ、飯田構成員。

○飯田構成員

毎回また同じことになっているので、やはり加藤構成員がおっしゃっているみたいに分けるべきです。今、効果として、患者遺族の納得とか心のケアにつながることはもう皆さんきちんとしているということ。この仕組みの目的はそこではないので、それは別にしてほしい。前倒ししていくのではなくて別にするべきであって、それを業務にするとまたぐちゃぐちゃになってしまうので、これを明確にしてほしいのです。

○山本座長

あくまでも結果だということですね、それは。

○飯田構成員

効果としてはあります。

○山本座長

どうぞ。

○山口（育）構成員

私は、モデル事業の調整看護師さんの役割を見ていて、グリーフを目的にするのではなくて、やはり何が起きているかわからないところの混乱をまず御遺族が吐き出して、こういうことを確認してほしいという希望をつなぐ役割をしてらっしゃると思うのですね。現状を見てみると、多分人数としては、本当はもう少し十分配置したいのに人手不足は否めないところがこの第

三者機関をつくるときの業務としては、今後検討していかないといけない部分ではないかと思います。ですから、グリーフを目的にするわけではなくて、やはりつなぐ役割がないと、形式的に対応していくことはかなり難しいのではないかと思います。

それに加えて、この業務の検討課題の費用のところなのですけれども、私、以前ヒアリングのところでも遺族からの申し入れの場合の費用負担ということはあってもいいのではないかと申し上げました。

それに関して、ちょっと発言したいと思ったのですが、この後どういう受け付けをするのか、先ほど言ったスクリーニングをするのかというところの検討とも重なってくると思うのですけれども、医療機関がやらせてくださいと言って第三者機関に調査を依頼したものに対しては、遺族に費用負担を求める必要はないと思います。しかし、御遺族が自分の意思で調査をしてほしい、例えば解剖もこの医療機関ではなくて別のところでしてほしい、そういう依頼をしたときは、そのために人が動いてものが発生することに対して費用負担があるというのは、私は世の中のルールではないかと思います。ただ、それをどこまで負担するのか、今、弁護士さんに頼んで調査をしたときぐらいの費用がかかるとなれば、一般的に利用できない機能になると思いますので、その議論は必要になってくると思うのです。

そういうことを考えていったときに、この検討部会で今日の12回目を迎えるまで同じようなことが何度も議論されて、実際に始めてみないと課題が見えないことも結構たくさんあるのではないかと感じています。

例えば、実際どんな内容が第三者機関に届けられるのか、届け件数はどれぐらいなのか、そういうことも含めて見えないことがたくさんあって、不安材料を抱えたまま動き出せないという状況に陥っているのではないかという気がするのです。例えばその費用のことも、それから、受け付けはどういうことをして、調整看護師のような役割が必要かどうかというような、今、少数意見や反対意見、いろいろな意見が分かれている内容をまとめて見直し規定として定め、それを必ず見直していきますという項目を立てた上で実際動き出すというふうにしたほうが現実的ではないかと思いましたので、提案させていただきます。

○山本座長

恐らく法律をつくるにしても、どこまで法律の中に書き込んで、このガイドラインというようなものがありますけれども、どこまでそういうようなもので書いて柔軟に、具体的な状況に応じてやり方を考えていくのかということ、実際に制度をつくる際には重要な問題に確かになるのだろうと思いました。

どうぞ、山口徹構成員。

○山口（徹）構成員

確かに、現在モデル事業で調整看護師さんがされている役割というのは非常に重要だと思います。それはモデル事業が受けている事例の多くは、やはり医療側と御家族との関係がしっかりしていないということなので、本当に御遺族が、何が知りたいのかということさえしっかりちゃんと話を聞いてもらってないというような現実もあ

りますから、ある意味では病院における御遺族と病院とのコミュニケーションの悪さの裏返しでもあるわけで、そういう体制が病院にできていないというところが大きな原因の1つだと思うのです。

しかし、かといって、そういう調整看護師さんの役割を第三者機関のメインの仕事の中に入れるのかという話になると、それはまたちょっと別の話だろうというふうに思います。やはり第三者機関としては、あくまで死因究明、再発防止というところの路線に沿って、でも、先ほどのような御遺族からの申し出も受け入れるということになると、そこで受けるところの人としては、こういうような能力を備えた人が必要だということも踏まえた組織づくりをするということではないかというふうに思いますけれども。

○山本座長

わかりました。

○山口（徹）構成員

それともう一つは、先ほど高杉委員のほうからもありましたけれども、費用の負担について。特に解剖とかAiとかという、ほとんど診療の延長線上にあるようなものについては、考え方として、そこまで調べて、解剖まで調べて、その結果を御報告するというのが医療の終わりだというふうに考えれば、そこまですべてを医療の一環として、例えば保険なんかで費用を負担してもらおうということがあってもいいのではないかと。院内での検討まで、全部それもとという話はまた別の話としても、診療行為のその延長線上にあるものについては、診療行為等の一

環として費用をしかるべきところに請求できるということをぜひ考えていただきたいというふうに思います。

○山本座長

山口構成員、今の御意見は、第三者機関の費用も含めた御意見と理解していいですか。

○山口（徹）構成員

いや、第三者機関でやることについては、それはまた別途考える話で、院内でやる話について。

○山本座長

それは別で、院内のものについて。先ほど高杉構成員がおっしゃったこと。

○高杉構成員

私もそういう意見で。第三者機関ではなくて、とにかく結果を出すための検査あるいはAiはルールは必要、これは当然診療の中のことだと思っています。

○山本座長

わかりました。

どうぞ、有賀構成員。

○有賀構成員

今、山口先生おっしゃったのは非常に至極当然というか、つまり僕が以前から言っていたのは、死んだら医療が終わったと誰が決めたんだと。死んだ途端に医療が終わりとは一体誰が決めたんだ、死んだ後もきちっと説明するというふうなことがあるわけですね。その中に、今どきで言えばAi

にしる、それは昔から病院でもあるわけですよ。ですから、そういうふうな観点で医療費の流れができていないことそのものがそもそも実はおかしかったというふうに僕は前から思っていたし、言ったりしていたんですね。死んだら終わりって思っていないですね、事務局も。

○飯田構成員

根本的にちょっと議論がおかしくなっています。医療保険というのは生きている人に対する保険です。死亡保険ではないのです。ですから、それをどこから出すかという議論はあってもいいけれど、医療費の中に入れるのは無理です。ですから、それは国で考えていかないといけません。

○山本座長

ありがとうございました。

では、事務局、同じ問題ですか。

○吉岡総務課長

今、飯田委員から御指摘いただきましたけれども、解剖の経費、お亡くなりになった方ですので、直接これは診療報酬としてお支払いするというのはなかなか難しい。

そうした中で、平成18年度に医療安全対策加算というものが診療報酬の中に設けられておりますので、一定の体制が整ったところの病院についてはそうした加算をできます。御指摘のようなことにつきましても、今後そうした加算の中でどれだけのことができるのかという方向で考えるべき話なのだろうと思っています。

それから、Aiの件につきましては、私もいろいろな普及等のための予算を用意し

ておりますので、さらにどう充実させるか
ということは考えていきたいと思ひます。

○加藤構成員

医療の安全加算というのはぜひ進めてほ
しいと思ひます。

それで、きょうの資料の2の3ページ、
先ほどの費用負担の点ですけれども、御遺
族からきちっと死亡に関して原因究明・再
発防止を図ってほしいと思ひて申し立てを
すると、申請をするということが想定され
ているところですが、その申請が全
て受け入れられて調査ということになると
は必ずしも言えないだろうと思ひますね。
そこには、スクリーニングということが必
ず入るのだろうと。そういうスクリーニン
グというものが入って、そして調査をや
りしたほうがいいというふうに考える事
案というのがあるだろうと想定しているわ
けですね。

その調査をするというのは、その遺族の
ためにしているわけではなくて、いわば原
因究明や再発防止をきちっと図って、質の
高い医療、安全な医療の実現に貢献する営
みにその事例が貴重な事例として役立つだ
ろうというふう考えたその第三者機関が、
要するに判断をしているわけですね。です
から、基本的には御遺族に負担させるとい
うことは、理念的に私は間違っているの
ではないかと思ひますけれども、仮に見直
しということで将来の課題になるとすれば、
スタートは少なくともそうした開かれた形
でスタートして、とてもそれが大変という
話でもない限りはその理念に沿っていくの
がいいだろうと。

一番心配するのは、例えば解剖の費用が

25万円とかですね、もっとかかるかもしれ
ないとかそういう話になってくると、その
負担というのが要するに抑制因子になって、
貴重な事例を調査できないという、そうい
うことになってはいけないと、そういうふ
うに考えるからであります。この点は非常
に大事なところなので、そのように進めて
いただきたいというふうに思ひます。

○山本座長

わかりました。

豊田構成員。

○豊田構成員

私も、同じように自分自身の経験と患者
さんからの御相談を受けてきた経験も含め、
費用を払えないという方は現実にいらっし
ゃると思われる中で、これは医療機関にも
言えることだと思ひますけれども、医療
機関も負担できないとか予算が出せない
ということで、調査ができないということに
なると、これは非常に困りますので、幾つ
かの案を示していただいたほうがいいの
ではないかと思ひます。100%否定するもの
ではありませんが、どういった根拠があり、
どういった理由でこういった方法が必要
なのかを、示していただきたいと思ひます。

○山本座長

では、事務局のほうから御説明を。

○吉岡総務課長

費用負担の関係について、私ども、国か
らの補助金を出すということを前提に考え
ているわけでありましてけれども、先ほど山
口構成員からも御指摘がありましたように、

一定の社会サービスを受けるに当たって、特に広く国民の皆さん方からの税金を充てるという制度でありながら、申請された方からは全然負担を求めない、というのは基本的にあり得ないのだろうと思っております。

ただ、もちろん多額の負担になるようなことであってはいけないと思いますし、仮に負担いただくにしても、低所得の方につきましては、減免の措置を講じるとか、きめ細やかなことも考えないといけないと思っております。いずれにしても、全体としてどれぐらいの経費がかかるのかということもがないと、議論にならないと思っておりますので、次回、そうしたものもお示しをさせていただいて、改めて御議論いただければと思います。

○山本座長

そろそろ、時間なのですが。
どうぞ、高杉委員。

○高杉構成員

4項目の最後のところで、厚労省がガイドラインをおつくりになるということですが、このガイドラインにも、やはりこれだけでもめていることですから、我々も参加させてほしいと思います。

○山本座長

わかりました。
鮎澤構成員。

○鮎澤構成員

済みません、今お話がありましたけれども、費用負担のことについて、先ほど医療

のエンドポイントはどこかということに関連する、とても大きな問題が議論されかけたのだと思います。

そもそも、どうしてこういうことが起きたのかということを知ることは、これからの医学、医療にとってとても大事なことなので、そこに不可欠な解剖については、ぜひとも国として負担をしていく仕組みをお願いしたいと思います。それは安全管理加算とかそういう話ではなくて、もっと違うところできっちりとあるべき本来の姿として議論していただくべきことではないかと思っております。

それから、もう一点、この第三者機関のあり方について、今、4点ほど①～④までありますが、院内調査への支援ということを折り込んでいただくわけにはいかないでしょうか。

つまり、第三者機関への届け出が前提になってくる院内調査の段階で、今、外部の委員に入っていただくことは基本的に皆さんの合意になっていると思いますが、その外部の委員をどなたにするかも地域によってはいろいろと悩ましいところで、加えて、医療従事者だけではなくて、事案によっては他の領域、工学部の領域ですとか、そういった方たちに入っていただかなければいけないこともあるので、そのあたりについて、特に④で事故調査に携わる方への研修などをされておられる、全国区でやっておられれば、特に人材としてのリソースをたくさんお持ちだと思うので、困ったときにお電話をするとこういう方がおられますよというふうにアドバイスしてくださるとそれがとても助かる。

それから、2ページの一番上の矢印、先

ほど山口構成員と高杉構成員の間で、また、有賀構成員も、地域のリソースを使っていける仕組みをつくってほしいと。どこに軸足がある仕組みにするのか、第三者機関なのか地域なのかはわかりませんが、これについては意見が異なっている話ではなく具体的にどういうふうにつくっていただけるかの議論だと思います。

前回もちょっとお話しましたが、福岡県の医師会に事務局を置いて、福岡県医師会が福岡方式をつくってくださっています。福岡県だけではなくて、実は県外にも広げて取り組みが始まっているのですね。今は福岡県医師会に事務局を置いています、それがこの先どういうことになるのかは、また社会のスキームの中で決めていけばいいということになっていますので、もしお時間があれば、具体的にこういうふうに動いているということ、1つの地域のモデルとして御紹介する機会をいただければと思います。

○山本座長

わかりました。ありがとうございます。どうぞ。

○中澤構成員

ちょっと最後に。済みません。

何回も同じことを言っていることになると思うのですが、今、解剖のほうの費用の問題が出ていたのですが、ただ、再発防止ということを見ると、解剖が必須ではないと思うのですよ。ですから、本当の原因がわからなくても再発防止に持っていくということは医療機関ではしょっちゅうやっているわけです。ですから、余り原因究明

のためにがんじがらめにそこにお金をかけてしまうと、実際の再発防止というところにお金が回らなくなってしまうし、それから流れも止まってしまうということをちょっと言いたいのです。

それについては、やはり先ほどから言うところに入るのですが、原因究明と再発防止がくっついているということで、問題が起きる可能性はかなりあるのです。だから、もう一回言わせていただきますと、その2つはやはり分けてもらいたいと思うのです。今の議論もそうだと思うのですよ。やはり原因究明の議論と再発防止の議論で、今お話聞いているだけでもちょっと違うなと私は考えております。済みません。

○山本座長

わかりました。

それでは、本田構成員。

○本田構成員

済みません。言わずもがなかもしれませんが、2ページの上から2つ目の矢印のところで、こういう案件が発生した場合に説明をするというところで、これは第三者機関への流れもあるのだということも、もちろん説明があると認識していますけれども、ちょっと書かれていないので、そういうことでよろしいのですよね。

○山本座長

事務局、そういうことですよ。

○大坪室長

これは、全体の流れについて御説明して、

今、患者様遺族がどこの位置にいて今後どうなるんだということも一通りお示しするものだというふうに認識しています。

○本田構成員

きちんと説明していただけるということですね。

○山本座長

わかりました。

それでは、申しわけありませんが、はい、どうぞ。

○有賀構成員

これは高杉先生のほうが詳しいかもしれませんが、医学部長病院長会議の中で同じような議論があって、愛知県医師会、それから福岡県の医師会、それから、たしか先生、三重もそうですよね。それから、山形大学の嘉山先生の山形県もそこそこいっているという話があります。ですから、私たちはそうそううまくいっているという話を聞きながら先ほどお話ししたみたいに、医学部長病院長会議の議論はあって、ということなので、できればそういうふうなところの具体的なお話プラス僕らの話ということで、ちょっとヒアリングの機会をぜひつくってください。

○山本座長

次回ちょっと、はい。

○中澤構成員

ちょっと確認なのですが、第三者機関が調査をやるということはもう皆さんのコンセンサスなのでしょうか。

症例を集めるということについては、もう誰もがコンセンサスで異論はないと思うのですが、第三者機関が調査をするということについてのコンセンサスはまだないのではないかと思います。

○山本座長

しかし、この業務のところ、あるいは先ほど来、誰が、遺族が申し立てられるかどうか、直接行けるのかどうかという御議論はあったかと思えますけれども、基本的には、調査申請があったものについて第三者機関は調査を行うということについては、御異論はあろうかと思えますけれども、多数の方はそれを前提にしておられるというふうに私は認識をしております。

○中澤構成員

その場合ですね。

○有賀構成員

調査とは何かという話なのですよ。

○山本座長

もちろんそうですね。

○有賀構成員

ですから、先ほど来、あるようにその院内の事故調査委員会がメインで、まずは行われることを前提にしているということになります。その事故調査委員会のそのプロセスや結果についてある意味検証するのでしょうか、そういうようなことも含めれば、それはそれでそのとおりではないかと。だから、のっけの最初から乗り込んで行くみたいなことをすると現場は崩れますよと

いう話をされたんだと。調査そのものも乗り込みだと思ってしまうと、話はぐちゃぐちゃになってしまう。

○山本座長

そういうことだと思います。だから、調査というのは、いろいろな調査のやり方が多分あるのだろうというふうに思いますので。

○中澤構成員

乗り込みではない。

○山本座長

乗り込みということもまたどう定義するのかということによるのだろうと思います。

○中澤構成員

それは、やはり。

○山本座長

どうぞ。

○里見構成員

そういう道筋もつくっておいてほしいというふうに言われているので、つくってあったほうがいいなと思うのですけれども。実績に第三者の調査が入るといことがなくなるようにする仕組みをつくりたいとは思っているのですよ。だから、院内事故調査委員会の客観性とかそういうものを高めるような仕組みをつくったほうがいいと。そういうふうにやれば、ほとんどそこで片がついて、いやいや、それは嫌だからと言って第三者の委員会を開いてくれというような処置は少なくなると思うのですよ。だから、

そうすると、費用負担とか、そういうこともみんな含めて、とにかくまずは院内事故調査委員会をきっちりとやらせるような仕組みづくりをすれば、ほとんど先生の危惧とか皆さんの危惧というのはなくなるのではないかと、そう思っているの、ぜひそういう仕組みづくりをやりましょうと。

○中澤構成員

ただ、ルートが2本あると、どっちが大きくなるというようなことは患者さんが決める話なので、それはやはり。

○里見構成員

それは、やはり抑制的に動いてくれるのではないかと期待する以外に、我々としても、こうしに行きなさいということは言えない。でも、きちんとしたい事故調査委員会、院内の事故調査が行われるというふうにみんなが認識すれば、当然そちらのほうに行くと思うのです。そういうものにしていかなければいけない。

○中澤構成員

それから、乗り込み調査でやった調査が、もし第三者機関がやるとすると、要するに報告に係る再発防止の議論というのは、すごく偏ったものになるのではないかと私は思いますので、それだけちょっとよろしくお願いいたします。

○山本座長

わかりました。中澤構成員の御意見は承りました。

基本的には、ただ、私の認識している体制としては、この第三者機関についてはこ

ここに掲げられているような業務内容、その院内調査結果の報告書の確認とかあるいは遺族、医療機関からの求めに応じて行う調査の中身については、いろいろな対応の調査というのにはあり得るのだろうと思うのですが、その調査を行うということが業務の内容として含まれるということについては、おおむね異論はないというふうに。

○有賀構成員

そういう意味で、調査・検証ですよ。

○山本座長

調査・検証、そういう意味ではそういうふうにも呼んでもいいと思いますけれども、異論はないのではないかとこのように。おおむねですね。

○中澤構成員

入ることも兼ねて。

○山本座長

入るとこの意味ですが。

○中澤構成員

主体的に調査を行うということですね。

○山本座長

主体的にということか、それは院内事故調査がまずあるということがまず前提で、院内事故調査が基本的に行われている場合は、院内事故調査の基本的な検証的な調査になるということは、それはそれが前提に。

○中澤構成員

それは、いいです。先生がおっしゃった

のは、いろいろな調査のやり方があるとおっしゃったので、それは一番、ちょっと敏感な部分で。

○山本座長

具体的な調査のやり方については、また議論が必要なのだろうと思いますが。

○中澤構成員

目的は何かちょっと余り釈然としないところが結構あるものですから。

○山本座長

目的は、原因調査と再発防止ということですね。

○中澤構成員

ちょっと、そういう懸念があるということですね。

○山本座長

わかりました。承っておきます。

それで、その他はその調査の流れ、調査の目的、対象については基本的には異論がなかったと思いますし、調査の流れについても、先ほど私がまとめたとおりで、基本的には診療関連の死亡でその事案の発生が予期されなかった死亡事例については、第三者機関に対して全件の届け出を行う。基本的には、しかし院内調査が前提となると。

それから、遺族、医療機関の側から、院内調査を経ないで第三者機関に調査を認めるという例外的な道というのが残り得ると。だから、その例外的な道ということについては、さらにもう少し詰める必要があるということであっ

たかと思えます。

それから、院内調査につきましては、その各医療機関が必要に応じて基本的にはその外部の医療専門家等の支援を受けながら、院内調査を行うということが必要であるということについては、意見の一致はあったのではないかというふうに思います。

外部の専門家というと、どの範囲まで含まれるかということについては、なお議論の必要があるというところであったかと思えます。

第三セクターについては今のようところで、その患者、御遺族の方に費用負担を求めるかどうかということについては議論があって、それについては、次回事務局のほうからその調査費用がどれぐらいかかるのかということを示していただいて、さらに議論をするということであったかと思えます。

それでは、今回は以上のようなところで、ある程度の基本的な認識の一致というものが得られているのではないかというふうに思いますので、さらに残された問題も含めて取りまとめ案、恐らくきょうの資料2のペーパーをより詳しくしたようなものが事務局のほうに作成いただけるのではないかと思えますので、それについて、さらに議論をしていただきたいというふうに思います。

今後の進め方について、事務局のほうから。

○吉岡総務課長

今後のスケジュール感について少し申し上げておきたいのですが、今、私も医療提供体制のさまざまな見直しをするための

医療法等の改正法案を検討しているところでございます。

これにつきましては、社会保障制度国民会議での御議論をいただくことが必要であり、この設置期限が8月末ですので、その議論を経てからということになりますと、この改正法案を国会に提出できるのは恐らく秋に臨時国会が開かれれば、秋の臨時国会ということになるかと思えます。

本日、種々、この医療事故の問題について御議論いただきましたけれども、この場で基本的な枠組みについての議論がまとまれば、その医療法等の改正法案の中に、この件も盛り込んで提出していければと考えておりますので、そうしたスケジュール感も少し頭に入れていただいて御議論いただければと思います。

そういうことで、今、座長からもお話がございましたように、次回、制度の骨格についての案をお示しし、御議論いただき、その後、この案がまとまれば、先ほど高杉構成員から御指摘がありましたけれども、今度はガイドラインでどこまで書くか書かないかということがございます。それにつきましては、全てをこの場でやっていただくか、ポイントだけやっていただくかということはありますけれども、引き続き、ガイドラインの内容につきましても、この場で御議論いただければと考えております。

○山本座長

ということですね。ガイドラインについても、この場でさらに引き続きということでございます。

それでは、既に予定しておりました時間は超過しておりますので、本日はここで終

了させていただきたいと思います。

長時間、どうもありがとうございました。

次回は、日程だけ確認を。

○川崎室長補佐

次回の検討部会ですけれども、5月29日
水曜日、13時～15時を予定しております。

以上です。

○山本座長

ありがとうございました。