

「新たに始まる医療事故調査制度について」報告

平成27年1月29日(木)



木下 正一郎 (54期)

●Shoichiro Kinoshita

東京三弁護士会医療関係事件検討協議会

(略歴)

2001年 弁護士登録
医療裁判、患者の権利の確立および医療の安全にかかわる運動に取り組む

2007年 平成19年度厚生労働科学特別研究事業「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のための調査のあり方に関する研究」班研究協力者

2008年 日本弁護士連合会第51回人権擁護大会シンポジウム第2分科会実行委員会において「院内事故調査ガイドライン」の作成に携わる厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)平成20年度および平成21年度の分担研究報告「届出等判断の標準化に関する研究」「診療行為に関連した死亡の調査分析に従事する者の育成及び資質向上のための手法に関する研究」研究協力者

1

シンポジウムの概要

医療事故の原因究明・再発防止のため、2014年6月、医療事故調査制度(以下「本制度」という)が法制化され、本年10月より施行される。

東京三弁護士会医療関係事件検討協議会は、本制度に対する理解を深めるとともに、本制度の公正な運用につなげていくことを企図して、2015年1月29日、弁護士会館クレオにて、シンポジウム「『新たに始まる医療事故調査制度について』～公正な医療事故調査制度の確立のために～」を開催した。

シンポジウムでは、まず基調報告として、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室長大坪寛子氏、医師であり一般社団法人日本医療安全調査機構中央事務局長を務める木村壯介氏および当職の3名が報告を行った。

続いて、基調報告者のほかに宮澤潤弁護士、児玉安司弁護士を加え、鈴木利廣弁護士をコーディネーターとするパネルディスカッションを行った。

基調報告1

2

厚生労働省
医政局総務課医療安全推進室長
大坪 寛子氏

大坪氏は、本制度の法制化に至る経緯と制度の内容について報告した。

(1) 法制化に至る経緯

1999年に大病院で連続して医療事故が起こった。このころから、医療事故が既存の司法制度の中で処理されることに対し、医療者から不安の声があがり、患者側からは真の原因究明につながっているのかという疑問が呈されるようになった。

2001年4月、日本外科学会が、学識経験者や法曹および医学専門家等から構成される公的な中立的機関が診療行為における過失の有無を判断すべきという声明を発表した。その後、日本医学会加盟の基本領域19学会も共同声明を発表した。

2008年、厚生労働省が、医療事故調査を行う行政機関をつくるという「医療安全調査委員会設置法案大綱案」(以下「大綱案」という)を提案した。同案では、リピーター医師、改ざんがあった場合、故意や重大な過失があった場合に、警察に通知することになってきたことから、医療界の中の一部に反対があり、法案にまで至らなかった。

そのため調査の仕組みを検討し直し、2012年から、医療界の自浄作用として医療事故の再発防止の制度を構築することを考え、医療界として何ができるかを議論してきた。

そして2014年6月、医療法の一部改正によって本制度に関する法律が成立し、2015年10月

施行となっている。

(2) 本制度の内容

本制度では、診療所、助産所等も含む約18万ある全医療機関が対象となる。

医療機関が医療事故と判断したものについて、第1報として、遅滞なく、医療事故調査・支援センター（第三者機関。以下「センター」という）に対し日時、場所、状況等事故発生の報告を行う（医療法（以下「法」という）6条の10第1項）。報告にあたって、あらかじめ遺族に説明をする（法6条の10第2項）。その上で医療事故として報告した事案について、省令に定めるところにより、速やかに原因を明らかにするために必要な調査（院内調査）を行う（法6条の11第1項）。調査を終了したときは、遺族に調査結果を説明し（法6条の11第5項）、センターに調査の結果を報告する（法6条の11第4項）。

また、必ずしも院内調査が終わったあとに限っているわけではないが、センターに医療事故として報告された事案について、医療機関もしくは遺族からセンターに調査の依頼があった場合には、センターが調査を行うことができる（法6条の17第1項）。センターはその調査結果を医療機関および遺族へ報告しなければならない（法6条の17第5項）。さらに、センターは、再発防止のため、院内調査の結果、収集された報告を整理・分析して再発防止策を立てる、医療従事者に対し医療安全に関する研修を行う、普及啓発を行う等を行わなければならない（法6条の16）。この第三者機関は民間の組織であり（法6条の15第1項）、大綱案のように、調査の結果によっては警察に通知する設計にはなっていない。

報告・調査の対象となる医療事故とは、「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの」（法6条の10第1項）である。医療に起因し、または起因すると疑われる死亡または死産であったものか、管理者が提供前に予期したか、この2つの判断軸で対象事

案を判断する。

「予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの」とは、次の各号のいずれにも該当しないと管理者が認めたものとする（2015年5月8日公布の医療法施行規則1条の10の2第1項）。

- 一 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該医療の提供を受ける者又はその家族に対して当該死亡又は死産が予期されることを説明していたと認めたもの
- 二 病院等の管理者が、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産が予期されることを当該医療の提供を受ける者に係る診療録その他の文書等に記録していたと認めたもの
- 三 病院等の管理者が、当該医療を提供した医療従事者等からの事情の聴取及び第一条の十一第一項第二号の委員会（注：医療安全管理委員会）からの意見の聴取（当該委員会を開催している場合に限る）を行った上で、当該医療が提供される前に当該医療従事者等が当該死亡又は死産を予期していたと認めたもの

(3) 見直し規定

今回の制度では、警察の捜査や医師法21条との関係の整理をしていない。そのため、附則第2条で、公布後2年以内に、医師法21条の届出と本制度の届出のあり方、医療事故調査のあり方、センターのあり方という3点について見直しをすることが規定されている。

(4) 法律制定後の動き、

施行までのスケジュール

法律制定後、2014年夏に、本制度の運用に関して、「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究」の研究班を立ち上げて学問的な整理を行ってきた。また、医療法中、省令にかかる部分について同年11月から「医療事故調査制度の施行に係る検討会」（以下「検討会」という）で議論している。2015年春に省令、通知と指針を策定して周知することを予定している。省令に対しパブリックコメントの募集を行うことになるので、2月中にはとりまとめたい。

図表1 医療事故に係る調査の仕組み

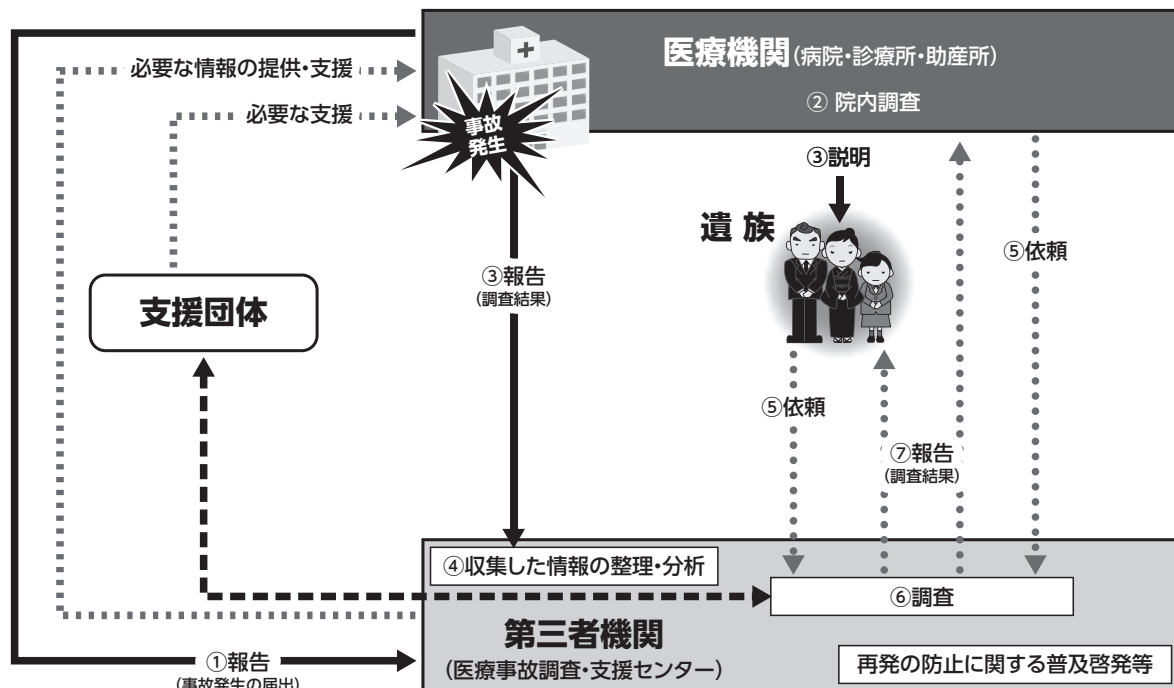
地域医療・介護総合確保推進法案により医療法改正
平成27年10月1日施行

- 医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を民間の第三者機関(医療事故調査・支援センター)が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故に係る調査の仕組み等を、**医療法に位置づけ**、医療の安全を確保する。
- **対象となる医療事故**は、医療機関に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該医療機関の管理者がその死亡又は死産を予期しなかったものとする。

調査の流れ：

- 対象となる医療事故が発生した場合、**医療機関は、第三者機関へ報告(①)、必要な調査の実施(②)、調査結果について遺族への説明及び第三者機関(※)への報告(③)**を行う。
- 第三者機関は、**医療機関が行った調査結果の報告に係る整理・分析(④)**を行い、医療事故の再発の防止に関する普及啓発を行う。
- **医療機関又は遺族から調査の依頼(⑤)**があったものについて、**第三者機関が調査(⑥)**を行い、その結果を**医療機関及び遺族への報告(⑦)**を行う。

※(1)医療機関への支援、(2)院内調査結果の整理・分析、(3)遺族又は医療機関からの求めに応じて行う調査の実施、(4)再発の防止に関する普及啓発、(5)医療事故に係る調査に携わる者への研修等を適切かつ確実に行う新たな民間組織を指定する。



(注1) 支援団体については、実務上厚生労働省に登録し、院内調査の支援を行うとともに、委託を受けて第三者機関の業務の一部を行う。
(注2) 第三者機関への調査の依頼は、院内調査の結果が得られる前に行われる場合もある。

← 全医療機関共通の調査の流れ
◀..... 第三者機関調査の流れ

3

基調報告2

日本医療安全調査機構中央事務局長
木村 壯介氏

木村氏は、本制度法制化に先立って日本医療安全調査機構が実践してきた「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」（以下「モデル事業」という）について説明し、モデル事業を経験した立場から本制度がどのようなべきかについて報告を行った。

(1) モデル事業の概要

モデル事業は、診療行為に関連した死亡事例の原因究明・再発防止を行う第三者機関創設のためのまさに「モデル」の事業として、2005年に日本内科学会が主体となって始まったもので、2010年に日本医療安全調査機構が引き継いだ。

モデル事業は、「診療現場の事故の分析・評価」に加えて、全例解剖を行って、「解剖による病態の分析・評価」を行い、原因究明・再発防止による医療の質の向上を目指している。

対象事案は、原因究明と再発防止策を中立的な第三者機関において検討するのが適当と考えられる場合、基本的には死因が一義的に明らかでない死亡事例等である。

調査施行事例は年間約25～30例、平均調査期間は1例につき10か月、2015年1月末までの受付件数は236例である。

(2) モデル事業における調査の仕方

調査の形の基本として従来型がある。これは、第三者性を保つ趣旨で、事故が起きた当該医療機関から、医療機関と遺族の了解を得た上で、遺体を搬送して、日本医療安全調査機構に登録している医療機関で解剖を行うものである。つまり、調査を当該医療機関とは別のところで行う形をとっている。

これに対し協働型がある。従来型だけでは非常に労力もかかるので、自分の施設で解剖ができ、ある一定の条件を満たす医療機関では、院内で調査を行う。この調査に対して日本医療安全調査機構から立会いの解剖医、外部委員を入れて調査委員会を開く。さらに、協働型は院内で行っているため、客観性を保

つために、日本医療安全調査機構の中央審査委員会でもう一度審査をする。

また、調整看護師という現場の経験を長く持つ専門の看護師も調査に関与する。

(3) モデル事業で明らかになったこと

調整看護師が調査にあたって医療機関と遺族との間に入ったときのケースとして、医療機関と遺族との関係が非常に悪く、対話がないというケースが4割もある。病院側の努力で対話をしているというケースが35%で、問題なく対話ができているケースは4分の1しかなかった。

調査・評価を行い、報告書を作成して医療機関と遺族の両者に提出する。調査終了時の報告書に対する評価としては、遺族側では、「よく了解・理解した」が6割、「繰り返し質問はしたけれども理解できた」というものを合わせると9割の遺族が「よく了解・理解した」という結果が出ている。医療機関側は、最初から「よく了解・理解した」というものが95%あった。

この結果、刑事事件として裁判になったものは1件もない。民事裁判になったものは最近の102例中では4件、全234例中では6件であるが、それ以外は裁判になることなく解決している。

遺族の声として、「ほかの病院の先生方や法律家などが加わってくださるので安心できた」、「第三者調査の評価であったことで納得することができた」、「第三者調査がなければ医療事故を疑ったと思う」、「死因が分かって納得した」、「遺族が明確にしたかったことや、対応策についてきちっと答えていた」、「再発防止に役立つことを期待したい」という声があった。

また、33例だけではあるが、主治医・担当医に対して、個人情報保護の上で評価結果報告書を開示することについてどう思うかというアンケート調査をしたところ、「開示されてかまわない」22人、「どちらかというが開示してもよい」8人という回答があり、これらを合わせると90%を占めていた。

このようなことから、モデル事業で明らか

になったこととして、

- ・医療事故の原因究明に必要な要素として、中立・公正性、専門性の担保が重要であること
- ・事故当事者も協力し、調査に加わるべきこと
- ・中立・公正性、専門性が担保された調査によって導かれた調査結果を真実と考えると、真実を遺族・医療機関が共有することが重要であること

が挙げられる。

(4) あるべき医療事故調査制度

中立・公正性、専門性が重要であるという観点で本制度を見ると、次のように言える。

本制度においては、当該医療機関内の調査委員会が調査をする。院内事故調査委員会には、医療事故調査等支援団体（以下「支援団体」という）が支援する形で外部委員の参加が予定されている。支援団体が支援する、外部委員が参加するということはどういう意味を有しているか。第一に、大学病院等の院内事故調査委員会を有する大規模な医療機関も、クリニック等、院内の調査委員会や院内の事故対応委員会がないような医療機関もあるが、後者の医療機関に対して支援が適時適切に入ることによって、院内の事故調査委員会の対処能力が担保される。第二に、外部から委員が入ることによって、中立・公正性、専門性が担保される。モデル事業では、日本医療安全調査機構と学術団体、学会とが協力して外部で基本的な調査を行い、それを評価することで、第三者性を重視した評価となる。新しい制度は全国で行われるところ、調査・評価を全部外部で行うことはできないので、中立・公正性、専門性等を外部から委員が入ることによって担保していると理解している。

すなわち、本制度では、まず、院内調査を助ける形の支援が大きな意味を持ち、医師会、看護協会、薬剤師会や病院団体等の職能団体が、支援団体として支援しないとイケない。それに対して、学術団体は評価を行う。こうして、医療界全体で、医療機関での事故調査をしていると認められるような調査を行わなければいけない。

そのためには、各地域で、地域の医師会、

基幹病院、大学病院等がそれぞれの役割を担う支援団体をつくるが必要になってくる。大事なのは、支援団体には、調査をするにあたって院内の医療機関に寄り添って行う支援と、一歩離れて行う評価という2つの役割があるということである。

中立・公正性、専門性、さらに透明性という観点から検討すると、当該医療機関内部での評価は、中立・公正性という点では低く見られる。これに対して、外部の専門医の評価は、中立・公正性、専門性が保たれている。しかし、そうは言っても全て医療界の中での評価であるので、外部から見て本当にこれがきちんとできているかという透明性の観点から、社会的な第三者による審査が必要となる。この3つを経るということが重要と考える。

本制度では、調査の支援と評価の支援とが一体となって支援団体をつくる形になっているので、以上に述べた観点をきちんと意識していないとイケない。そうでないと、制度は内容が整わず、社会から低く評価されてしまう。

(5) 医療事故および医療事故調査における医療者としての基本的態度

医療者としての基本的な態度は、医療者が医療というものをどのように考えるのかによるが、医療を受ける側と医療を提供する側とは、知識・経験において差がある。その差を前提として、患者の目線での疾患・病態の説明があつて、合併症のリスク、ほかの治療法についてもよく説明をされて情報を共有し、患者は、確認・了解を経て自己決定をする。これは信頼というものの上に成り立っている。

内部でも一生懸命調査を行うが、外部から医療者としての第三者、担当領域の専門医が調査に入り、さらに、全体の調査制度が社会的観点から見て公正性、透明性を持っているという点から監査をする。このような全体のシステムを自分たちはつくっていかなければいけない。これに関する基本的な考えは、世界医師会のマドリッド宣言にも示されている。

本制度は原因究明・再発防止をうたっているが、現場で医療を行う当事者・管理者だけ

ではなくて、それを支える人たちの協力なしには、よい形で動き出し、発展することはできない。協力をお願いしたい。

4 基調報告3(論点の提示)

当職は、パネルディスカッションへの導入として、公正な医療事故調査制度を確立する上で課題となる論点を提示した。

(1) 報告・調査対象の範囲

本制度では、報告を要し事故調査の対象となる範囲を、「予期しなかったもの」として、医療機関の管理者が報告義務者として報告の判断をすることになっている。そのため、本来報告・調査の対象となるべき医療事故事案が予期されたものとして報告されないことにならないか。

(2) 相談窓口の設置

上記のとおり、報告すべき医療事故かどうかは、管理者が判断する。しかし、管理者が判断に迷うことがあり、判断した結果、同様の医療事故で、ある医療機関では報告をする、ある医療機関では報告しないというように判断の結論が異なってくることも考えられる。このように地域および医療機関によって報告対象等が異なって解釈されないように、医療機関の管理者のみならず、病院職員や遺族が相談できる窓口をセンターに設けるべきではないか。

(3) センターに調査依頼ができる場合

医療法では、院内事故調査の終了の前後を問わずに、センターへの調査依頼が可能になっている。しかし、本制度では、院内調査を中心とすることになっているので、これまでの検討では、調査対象の選別や基準等が必要ではないかという意見が出ている。そこで、どのような場合にセンターに調査依頼できる仕組みとすべきかが問題となる。

(4) 調査の方法

事故調査をするにあたって、調査・検討する事項として、事実の把握、原因分析、医学的評価、再発防止策等が必要ではないか。ま

た、弁護士はどのような役割を果たすべきか。

現在、モデル事業や産科医療補償制度での原因分析には、弁護士の委員が加わっている。産科医療補償制度では、ホームページ上で「弁護士の部会委員は、論点整理や、報告書をお子様・保護者にとって分かりやすい内容とする役割を担います。」と記載され、評価されている。本制度においても、弁護士が加わってその役割を担うべきではないか。

調査報告書に記載する事項について、検討会では、責任追及につながるおそれがあるため、調査報告書に再発防止策などを記載すべきでないという意見も出ている。しかし、それが医療事故の再発防止を目的とする本制度のあり方として、果たして正しいのか。

(5) 調査報告書の取扱い

調査報告書はきちんと作成し、遺族に交付すべきではないか。作成した調査報告書を遺族に交付することによって、医療機関が原因究明、再発防止に取り組んでいることを示すべきではないか。

センターが作成する調査報告書については、再発防止策の普及啓発として、匿名化ないしは概要版作成の上、公表していき、本制度の目的である再発防止につなげていくべきではないか。

(6) 医療事故調査等支援団体のあり方

医療事故調査等支援団体のあり方を考える上で、偏った調査や運営の防止、中立・公正性の確保という観点も必要である。また、調査分析の均一性、地域に差が出ないという観点も必要である。そのようなものとしていくためには支援団体はどうあるべきか。

(7) 公的な財政投入

現在の設計では、院内調査の費用は医療機関が負担することになっている。また、遺族がセンターへ調査依頼をした場合、遺族の負担にならない範囲で調査費用の一部を遺族が負担する方向になっている。

しかし、本制度の目的は、医療安全の質の向上に資するための原因究明・再発防止にある。このような公的な仕組みである以上、院内調査は公的補助を行い医療機関に負担を求

めないようにしたり、遺族が負担する費用についても無料で開始する等の手当が必要ではないか。

(8) 医師法21条との関係

今回の制度では医師法21条との関係については、切り離して考えられており、公布後2年以内に法制上の措置、そのほかの必要な措置を講ずるものとされている。医師法21条で医師に課せられる異状死届出義務が、本制度の下でどのような関係性をもって整理されていくべきか。

5

パネルディスカッション

(1) 報告・調査対象とすべき医療事故の範囲や調査・報告のあり方等

パネルディスカッションでは、最初に、検討会の構成員を務める宮澤弁護士が、本制度で報告・調査対象とすべき医療事故の範囲や調査・報告のあり方等について発言した。

旧来の制度（民事訴訟による損害賠償、刑事事件としての捜査）では、医療事故の原因究明、再発の防止という観点から考えて十分ではなかった。本制度では、医療事故と判断されることによって、はじめてその医療事故の原因分析がされて、再発の防止が図られていく。その意味では医療事故の範囲は広くとらえるべきである。これに対し、医療事故の範囲はできるかぎり狭くとらえるべきだという立場の反対意見を述べる方もいる。医療事故によって原因究明、再発防止が図られることで、法的な責任追及に結びついてしまうのではないかという懸念を強く持っているからと考えられる。

また、調査の対象については、当然、原因の究明、原因の分析を行うべきであるし、再発防止策が提言できるのであれば再発防止策を提言すべきであると考えられる。しかし、これに対しても、原因の究明をしていくと法的な責任の有無に踏み込んでしまうのではないか、再発防止策を書くと、書かれた再発防止策のようなことをしていれば事故は起こらなかつ

たという過失の認定につながってしまうのではないかという危惧があって、原因究明はしない、再発防止策は絶対に書かないというような意見もある。

原因の究明をしたけれどもどうしても分からなかったという場合は、原因の究明はできなかったということを書けばよいし、再発防止策についても、第三者の意見を聞いて検討したが、具体的な再発防止策に至ることはできなかったと書いていく。それが次の医療行為に関して安全を図っていくための必要事項と考える。

また、院内調査報告書ができあがった場合、法文上、遺族に対し説明することになっている。この点につき、説明はしても報告書は交付すべきでないという意見がある。しかし、法案ができる前の「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」（以下「検討部会」という）の議論にも参加していたが、報告書ができあがったら、当然その報告書は第三者機関に提出し、遺族にも交付して説明するという議論になっていた。遺族に交付しないということではよいのか疑問である。

(2) 法制化までの経緯を踏まえた本制度の意義

続いて、児玉弁護士は、本制度制定の意義等3点について述べた。

- 1 公正・中立な透明性、専門性のある調査制度をつくっていこうという立場を表すだけでなく、実践の裏付けのある形で既に医療界で取組みが長く行われていたことを制度としたこと
- 2 医療機関における死亡が100万人を超える中、本制度はサンプル調査としての性格を有している。サンプル調査にすぎないものであったとしても、きちんとした事実の共有と対話に基づく調査が行われ、その中で相互理解を促進することを、制度としてきちんと整備していこうとしたこと
- 3 実際の現場での医療事故調査のあり方を見てきて、本制度は、これまでの取組みをどんな形で支援、発展させていくかという例を示していくものになっていると見られること

その上で、児玉弁護士は、可能な限り、再発防止策を考えて、報告書によって調査結果をきちんと伝えていく取組みがなされるべきだが、それらが法的強制力を伴うような制度としてではなく、むしろソフト・ローの形で、医療のあり方、調査のあり方を目指す方向を、公的支援も含めて考えていくような形で指針が示されている点において、大きな期待を持っていると発言した。このような形の制度の中で、法律に携わる者が法的責任ということに固執しすぎているのではないか、むしろ現在の困難の中でどのように医療を支えていくかを考え、国民との情報共有の場として、きちんと本制度を発展させていくべきであると述べた。そして、報告書の言葉尻をとらえて法的責任を追及されるのではないかという懸念に基づいてあり方を議論するよりは、むしろ、国民との情報共有のあり方にまで踏み込んで、医療界の姿勢を評価しながら、ほかの弁護士とともに、本制度をよりよい方向に向かわせていきたいと思っていると述べた。

(3) 紛争の防止・予防と本制度との関係

紛争の防止・予防と本制度との関係について、木村氏は、本制度は調査をして専門的な評価をするものなので、紛争を解決する姿勢で臨むわけではないことをまず述べた。その上で、誰でも自分の親族が医療事故で死亡すれば怒りを持つが、だんだん時間が経って事態や説明等を受け入れられるようになったときに、第三者が調査をしてきちんと結果を出して、真実はこうだったんですと伝えることが、遺族の納得につながる、そういう観点から真実を追究していくことが重要であると発言した。

(4) 医療事故調査における第三者の参加

院内調査になぜ第三者を入れるのかという点について、宮澤弁護士は、基本的に院内調査というのは、院内の関係者で行われるということが前提になっており、そういう場でも中立・公正性、透明性をどうやって確保するか、外部から専門家が入ることによって、遺族にとって客観的に見て、調査を関係者だけでやっているのではない、第三者の専門家が

入っていることで信頼性を高めることが、第三者機関を含めて院内の事故調査においても重要であり、特に院内調査では重要な部分だと述べた。

さらに、法文の中に「支援を求めるものとする」(法6条の11第2項)とあるが、法案ができる以前の検討部会では、「第三者の専門家を入れることを原則とする」ということが議論され、とりまとめに至った。この内容が、法文によって「支援を求めるものとする」という形で表されているものと説明されていると発言した。このように第三者の専門家を入れることは、中立・公正性、透明性を担保するための手段であって、本制度は、院内であろうと、第三者機関であろうと、遺族や一般国民から見て、信用されるものなのかどうかという点を重要視した制度であると述べた。

(5) 医療事故調査における弁護士の役割

医療事故調査における弁護士の役割に関して、木村氏は、弁護士が、医療者の視点に偏らない、一般人の目から見て分かりやすく明快な調査結果を導く上で、大きな役割を果たしていると説明した。

児玉弁護士は、弁護士というのは、関係者間の情報共有、相互理解の支援を通じて、関係修復を図ることが、法的専門家としての本質であり、そういうことが期待されると述べた。弁護士が調査委員会に入ることによって、刑法ではどうなのか、裁判の予想がどうなるかというよりも、どういう話し方をすれば、被害に遭ったと思っている遺族により伝わるのか、どういう話し方をすれば医療の現場の本当の声が発信されるのか、そういうところに弁護士の役割があると述べた。

6 質疑応答

その後、会場から、意見、質問を受けた。

まず、事故の原因が何かということについて、刑事・民事責任追及ということと関係なく、争いになる場合がある。特に遺族側は、大きな疑念を持った場合、あるいは大きなミ

スがあったという場合、医療関係者だけで判断できるとは考えない場合もあるだろう。他方、弁護士は医療の専門家ではないので、最終的な判断について、弁護士がアドバイスできるとまで言うのは自分たちの力を評価しすぎだと思う。そういう意味で、本制度について弁護士がかかわる範囲・あり方は、実践の中で見ていく必要があると考えるとの意見が述べられた。

また、現状において解剖事例が極めて少なくなっているところ、多数の死亡事例を調査するためには解剖医が不足しており、解剖医の養成やそのための費用が必要ではないかとの質問がなされた。これに対し、パネリストより、調査の対象となる事例を年間1300～2000件と予想していること、サンプル調査となるが、そうであっても医療において避けられた死を調査することは質の向上に大きく寄与し得ること、Ai（死亡時画像診断）も活用して全ての事例で解剖を行うわけではないこと、過去の調査で臨床診断が解剖によって覆ったものは4%であり、全例で解剖を行わなく

ても対応できると考えられることなどが述べられた。

7 その後の動向

シンポジウム開催時点では、厚生労働省の検討会において、本制度に関する省令案・通知案の議論がなされていた。その後、2月5日および2月25日の検討会開催を経て、本年3月20日、「医療事故調査制度の施行に係る検討について」というとりまとめが発表された。5月8日に、厚労省は、本制度に関する省令の公布、通知の発出を行った。間もなく、しかるべき一般社団法人が、本制度の下で第三者機関となる医療事故調査・支援センターとして指定される予定である。

シンポジウムで議論された公正な医療事故調査制度が確立するためには、本制度が適切に運用されなければならない。公正な医療事故調査制度の確立に向けて、今後も本制度の動向を注視していく必要がある。 ■

刑事贖罪寄付・篤志家寄付は第二東京弁護士会へ

～刑事贖罪寄付等は二弁へ～

「東京三会は、日弁連と共同して、法律援助事業を実施しています。法律援助事業は、市民の方への法的サービスを目的として、人権救済の観点から、犯罪被害者、難民、子ども等、弁護士による法律援助を必要とされる方々のために行っております。」

当会会員の紹介による刑事贖罪寄付や篤志家寄付もまた、日弁連と当会とが共同して受け入れております。弁護士会館9階の第二東京弁護士会事務局人権課（TEL：03-3581-2257）にて手続をお願いします。日弁連と当会連名の、寄付を受けた証明書を発行いたします。なお、振込による入金も可能ですので、お問い合わせください。

問い合わせ先：事務局人権課（TEL 03-3581-2257）