

福岡県医発第 2215 号 (総)

平成 19 年 3 月 16 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武



「社会保障制度調査会・医療委員会」資料の送付について

標記について、衆議院議員原田義昭先生より別紙のとおり委員会の資料が送られてまいりましたので、ご参考までにお送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



医療委員会・医療紛争処理のあり方検討会合同会議

平成19年3月9日(金)

8時半 党本部702号室

<議題>

- 1、「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」について
- 2、後期高齢者医療診療報酬について(ヒアリング等を踏まえた議論)

一、開会の挨拶	西 島 英 利	副座長
一、挨拶	鈴 木 俊 一	社会保障制度調査会長
一、挨拶	鴨 下 一 郎	医療委員長

- 一、「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」について

(説明) 厚生労働省 松谷 有希雄 医政局長

(質疑・応答)

- 一、後期高齢者医療診療報酬について(ヒアリング等を踏まえた議論)

(説明) 厚生労働省 原 徳壽 保険局医療課長

(質疑・応答)

- 一、閉会の挨拶 上 川 陽 子 医療委員会事務局長

<出席省庁>

厚生労働省 医政局 松谷 医政局長
保険局 水田 保険局長

法務省 民事局 小野瀬 参事官・大 手 局付
刑事局 山 元 刑事課参事官

警察庁 刑事局 太 田 刑事企画課長
鶴 見 捜査第一課 特殊事件捜査室長

「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する 課題と検討の方向性」の概要

1. 策定の背景

- ① 医療は安全・安心であることが期待される一方で、診療行為には一定の危険性が伴う。
- ② 医療事故が発生した際に、死因の調査や臨床経過の評価・分析、再発防止策の検討等を行う専門的な機関が存在せず、結果として民事手続きや刑事手続きに期待されるようになっているのが現状である。
- ③ 患者にとって安全・安心な医療の確保や不幸な事例の再発防止等に資するため、以下の通り提案する。

2. 診療関連死の死因究明を行う組織について

- ① 組織のあり方
調査組織には、中立性・公正性、専門性、調査権限、秘密の保持等が求められるため、行政機関又は行政機関の中に置かれる委員会を中心に検討する。
- ② 組織の設置単位
[全国単位・地方ブロック単位 / 都道府県単位] が考えられる。
- ③ 調査組織の構成
解剖担当医、臨床医、法律家等の専門家より構成される調査・評価委員会及び事務局から構成されることが基本になると考えられる。

3. 診療関連死の届出制度のあり方について

- ① 届出先
[国又は都道府県 / 調査組織] が考えられる。

② 届出対象

医療事故情報収集等事業の実績も踏まえて検討する。

③ 医師法21条による異状死の届出制度との関係

本制度による届出制度との関係を整理する必要がある。

4. 調査組織における調査のあり方について

① 調査の手順は、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の実態を踏まえ、検討する。

② 調査のあり方の具体化にあたっての論点

(1) 死亡に至らない事例を届出及び調査の対象とするか否か

(2) 遺族からの申出による調査開始の可否や遺族の範囲をどう考えるか

(3) 解剖の必要性の判断基準をどうするか 他

5. 再発防止のための更なる取組

調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、例えば以下のようなものが考えられる。

(1) 再発防止策等の集積と還元

(2) 当該医療機関における再発防止策等の実施について行政機関による指導等

6. 行政処分、民事紛争及び刑事手続きにおける対応

また、併せて、以下の点についても検討していく。

(1) 調査組織の調査結果報告書において、医療従事者の過失責任の可能性等が指摘されている場合の行政処分の判断

(2) 民事紛争の解決の仕組み

(3) 調査結果と刑事手続きとの関係

**診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する
課題と検討の方向性**

**平成 19 年 3 月
厚生労働省**

1 策定の背景

- (1) 患者・家族にとって医療は安全・安心であることが期待されるため、医療従事者には、その期待に応えるよう、最大限の努力を講じることが求められる。一方で、診療行為には、一定の危険性が伴うものであり、場合によっては、死亡等の不幸な帰結につながる場合があり得る。

また、医療では、診療の内容に関わらず、患者と医療従事者との意思疎通が不十分であることや認識の違いによる不信感により、紛争が生じることもある。

- (2) しかしながら、現在、診療行為に関連した死亡（以下「診療関連死」という。）等についての死因の調査や臨床経過の評価・分析等については、これまで、制度の構築等行政における対応が必ずしも十分ではなく、結果として民事手続や刑事手続に期待されるようになってきているのが現状である。また、このような状況に至った要因の一つとして、死因の調査や臨床経過の評価・分析、再発防止策の検討等を行う専門的な機関が設けられていないことが指摘されている。

- (3) これを踏まえ、患者にとって納得のいく安全・安心な医療の確保や不幸な事例の発生予防・再発防止等に資する観点から、今後、診療関連死の死因究明の仕組みやその届出のあり方等について、以下の通り課題と検討の方向性を提示する。

今後、これをたたき台として、診療関連死の死因究明等のあり方について、広く国民的な議論をいただきたい。

2 診療関連死の死因究明を行う組織について

(1) 組織のあり方について

- ① 診療関連死の臨床経過や死因究明を担当する組織（以下「調査組織」という。）には、中立性・公正性や、臨床・解剖等に関する高度な専門性に加え、事故調査に関する調査権限、その際の秘密の保持等が求められる。こうした特性を考慮し、調査組織のあり方については、行政機関又は行政機関の中に見える委員会を中心に検討する。

- ② なお、監察医制度等の現行の死因究明のための機構や制度との関係を整理する必要がある。

(2) 組織の設置単位について

① 調査組織の設置単位としては、以下のものが考えられる。

ア 医療従事者に対する処分権限が国にあることに着目した全国単位又は地方ブロック単位の組織

イ 医療機関に対する指導等を担当するのが都道府県であることや、診療関連死の発生時の迅速な対応に着目した都道府県単位の組織

② なお、都道府県やブロック単位で調査組織を設ける場合、調査組織に対する支援や、調査結果の集積・還元等を行うための中央機関の設置も併せて検討する必要がある。

(3) 調査組織の構成について

① 調査組織には、高度の専門性が求められる一方で、調査の実務も担当することとなると考えられる。このため、調査組織は、

ア 調査結果の評価を行う解剖担当医（例えば病理医や法医）や臨床医、法律家等の専門家により構成される調査・評価委員会（仮称）

イ 委員会の指示の下で実務を担う事務局から構成されることが基本になると考えられる。

② また、併せて、こうした実務を担うための人材育成のあり方についても検討する必要がある。

3 診療関連死の届出制度のあり方について

(1) 現状では、医療法に基づく医療事故情報収集等事業以外には、診療関連死の届出制度は設けられておらず、当事者以外の第三者が診療関連死の発生を把握することは困難となっている。このため、診療関連死に関する死因究明の仕組みを設けるためには、その届出の制度を併せて検討していく必要がある。今後、届出先や、届出対象となる診療関連死の範囲、医師法第21条の異状死の届出との関係等の具体化を図る必要がある。

(2) 届出先としては、例えば以下のようなものが考えられる。

ア 国又は都道府県が届出を受け付け、調査組織に調査をさせる仕組み

イ 調査組織が自ら届出を受け付け、調査を行う仕組み

(3) 届出対象となる診療関連死の範囲については、現在、医療事故情報収集等事業において、特定機能病院等に対して一定の範囲で医療事故等の発生の報告を求めているところであり、この実績も踏まえて検討する。

(4) 本制度による届出制度と医師法21条による異状死の届出制度との関係を整理する必要がある。

4 調査組織における調査のあり方について

(1) 調査組織における調査の手順としては、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の実績も踏まえ、例えば以下のものが考えられる。

- ① 死因調査のため、必要に応じ、解剖、CT等の画像検査、尿・血液検査等を実施
- ② 診療録の調査、関係者への聞き取り調査等を行い、臨床経過及び死因等を調査
- ③ 解剖報告書、臨床経過等の調査結果等を調査・評価委員会において評価・検討（評価等を行う項目としては、死因、死亡等に至る臨床経過、診療行為の内容や再発防止策等が考えられる）
- ④ 評価・検討結果を踏まえた調査報告書の作成
- ⑤ 調査報告書の当事者への交付及び個人情報等を削除した形での公表等

(2) なお、今後の調査のあり方の具体化に当たっては、例えば以下のような詳細な論点についても、検討していく必要がある。

- ① 死亡に至らない事例を届出及び調査の対象とするか否か
- ② 遺族等からの申出による調査開始の可否や遺族の範囲をどう考えるか
- ③ 解剖の必要性の判断基準、解剖の執刀医や解剖に立ち会う者の選定の条件、臨床経過を確認するため担当医の解剖への立会いの是非
- ④ 電話受付から、解剖実施の判断、解剖担当医の派遣調整等を迅速に行うための仕組み
- ⑤ 事故の可能性がないことが判明した場合などの調査の終了の基準
- ⑥ 院内の事故調査委員会等との関係と一定規模以上の病院等に対する院内事故調査委員会等の設置の義務付けの可否

⑦ 調査過程及び調査報告における遺族等に対する配慮

5 再発防止のための更なる取組

調査組織の目的は、診療関連死の死因究明や再発防止策の提言となるため、調査報告書の交付等の時点でその任務は完了するが、調査報告書を踏まえた再発防止のための対応として、例えば以下のものが考えられ、その具体化の為には更なる検討が必要である。

- ① 調査報告書を通じて得られた診療関連死に関する知見や再発防止策等の集積と還元
- ② 調査報告書に記載された再発防止策等の医療機関における実施について、行政機関等による指導等

6 行政処分、民事紛争及び刑事手続との関係

また、併せて、以下の点についても検討していく。

- ① 調査組織の調査報告書において医療従事者の過失責任の可能性等が指摘されている場合の国による迅速な行政処分との関係
- ② 調査報告書の活用や当事者間の対話の促進等による、当事者間や第三者を介した形での民事紛争（裁判を含む）の解決の仕組み
- ③ 刑事訴追の可能性がある場合における調査結果の取扱い等、刑事手続との関係（航空・鉄道事故調査委員会と捜査機関との関係も参考になる）

資料 3

後期高齢者医療に関し、これまでの医療委員会でいただいた意見について

○医療提供体制について

- ・ 医療の無駄の要因として、多剤投与やMRIなど検査機器がある。
また、カルテが病院にあり、薬局での管理もバラバラで、情報が一元化されていないことも要因にあげられる。こうした無駄の議論をやってから高齢者の医療費の話を行うべきである。
- ・ 無駄な薬が多すぎる。かかりつけ薬局を活用し、無駄な薬を削減する必要があるのではないか。

○終末期医療について

- ・ 尊厳死については、「治療はらない、静かに死にたい」という意志をしっかりと受け止めるべきである。
- ・ 終末期医療において苦痛を和らげることが指摘されているが、苦痛を和らげる医療は何か。将来的にはどのようなものを考えているのか。例えば、麻薬ということであれば、それを引き上げていくためにどのような手をこれまで打ってきたのか。増やす努力をしたのか。
- ・ 尊厳死については、リビングウィルがあるからよいということではなく、意思確認の時期や方法等も重要であり、こうしたことを踏まえて議論すべきではないか。そして議論の推移をもっとPRすべきではないか。
- ・ 75歳以上については、看取りの医療を考えるべきで、必要な医療は行うが、単なる延命治療をするべきではないと考える。死というものをどのように考えるかがポイントである。

○在宅医療の推進のための住まいの在り方について

- ・ 認知症が在宅介護の大きな障害になっている。認知症の治療を進めるべきである。

- ・ 在宅医療については、現在バリアが多い住宅が問題。町内会単位で、10坪くらいのフラットな住宅を用意するような作戦が考えられるのではないかな。
- ・ バリアフリーな住宅をいきなりケアハウスとか大きなものでつくるのではなく、もっと弾力的に使える形で地域に用意できるようなことを考えるべきである。
- ・ 在宅医療を推進するためにも、住宅のバリアフリー化を始め、国土交通省との連携を積極的に推進するべきである。
- ・ 在宅医療を推進するためにも、現実には即した安心できる受け皿を整備していくべきである。
- ・ 在宅医療を推進する際に、医療廃棄物を処理できる仕組みをつくらせないといけない。

○在宅医療を担う医師について

- ・ かかりつけ医によるフリーアクセスの制限ということだが、500床以上の病院は外来を受け付けないとしてもよいのではないかな。そうでないと、風邪引いたくらいで大学病院に来るということになる。
- ・ 家庭医、総合医については、後期高齢者への在宅医療を担っていく者として、長期的な展望を持って時間をかけて育成を行っていくべきである。
- ・ 末期がんの患者について、最後、自宅に帰されることは本人の負担ではないかな。訪問看護が整っていれば可能かもしれないが、一時的に自宅に帰ることは可能なのかな。ベッドがないから戻られるというのでは、患者を不安にさせるのではないかな。

○療養の場所について

- ・ 医療と福祉の狭間の問題がある。健保法附則の問題をどう取り扱うか。後期高齢者の話は、療養型病床群の問題をセットで議論すべき。
- ・ 患者の選択を重視し、多様な療養生活を送る場を認めていくべきではないかな。
- ・ 独居老人が半数を越え、老老介護の問題などある中で、最後、死ぬのは病院であれ、在宅であれ、とにかく病院は必要となってくることから、受け皿

を考えていく必要があるのではないか。

○施設介護サービスについて

- ・ 1部屋当たり4人以内とするなどの基準のある施設のほかに、お金をかけずにサービスがそれほど必要ない住まいが必要ではないか。
- ・ 外国で老人ホーム入居が多いのは費用が安いからであり、我が国でも年金等の収入で入居可能な選択肢の整備をすべきである。
- ・ 老健施設はもともと中間施設として位置づけられておりリハビリを行う施設。終末期を迎える施設ではない。療養病床が減っていく中で、老健施設も増えると思うが、位置づけを変えて、看取りまでできるようにするかどうか、そういう設定をしないと終末期を迎える場所は決まらないのではないか。

○看護サービスについて

- ・ 今ある医療施設を賃貸にして訪問看護ステーションや介護ステーションから医師や看護師を派遣するようなことを考えるべきではないか。
- ・ 高齢者医療においては、急性期病院と介護療養とを行ったり来たりしており、在宅に戻れていないのが現状。訪問看護を行っている人の意見を聞くと、訪問看護をしっかりと行えば高齢者を在宅に戻せるとのこと。在宅療養の推進を絵に描いた餅にしないためには、受け皿の問題をきちんと考えることが重要。
- ・ 高齢者の医療・看護・介護がバランス良く提供されるようにすべきではないか。

○診療報酬の在り方について

- ・ 後期高齢者制度の創設は、そもそも財源不足の問題から来ているが、それを理由として何でもかんでも診療報酬を包括するのは適切ではない。財政論一辺倒にならないようにすべきである。
- ・ 日本の医療制度は国際的に見ても素晴らしいもので、先進国の中では、イギリスと並んで医療費が安いにもかかわらず、わざわざ医療を崩壊させる方向に進むのは間違っているのではないか。

- ・ これからの医療を考える中で、節約できるところは節約し、いかに必要な部分を守るかということだと思う。
- ・ 医師の生計が成り立つ報酬が得られることが本来なのではないかと思う。

○その他

- ・ 基本法等、医療全体の方向性を示す指針が必要ではないか。
- ・ 日本の健康寿命は75年で世界一である。この分析評価を行うべき。
- ・ リハビリテーションが180日で打ち切られるということだが、心理学においては、脳に刺激を与えることで回復が見られるというのが基本的な考え方。リハビリテーションの制度の見直しを考えるべきではないか。
- ・ カプセル胃カメラなど医療技術の進歩に伴い、診療報酬の体系の見直しを行うべきではないか。

後期高齢者医療の在り方について (検討のたたき台)

～後期高齢者の心身の特性にふさわしい
医療の在り方をどのように考えるか～

1 後期高齢者の心身の特徴

- (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
- (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- (3) いずれ避けることが出来ない死を迎える。

2 基本的な視点

- ・後期高齢者の生活の中での医療
- ・後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- ・後期高齢者が安心できる医療

3 後期高齢者医療における課題

- (1) 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要となっている。
- (2) 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。
- (3) 複数医療機関を頻回受診する傾向があり、検査や投薬が多数・重複となる傾向がある。
- (4) 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要がある。
- (5) 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系

- (1) 急性期医療にあっても、治療後の生活を見越した、
高齢者の評価とマネジメントが必要(CGA※、GEMs※)
- (2) 在宅(及び居住系施設)を重視した医療
 - ・かかりつけ医による訪問診療、訪問看護等
 - ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
 - ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
- (3) 安らかな終末期を迎えるための医療
 - ・十分に理解した上での患者の自己決定の重視
 - ・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制
- (4) 介護保険のサービスと連携の取れた一体的なサービス
提供

※CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) : 高齢者総合評価

GEMs(Geriatric Evaluation and Management programs)

: 高齢者評価とマネジメントプログラム

第 6 回特別部会における主な指摘

1 後期高齢者の心身の特性について

- ・ 75 歳以上を後期高齢者としてまとめているが、60 歳を過ぎれば、個人差が非常に大きいことには留意する必要がある。
- ・ 後期高齢者医療については、国民全体で「老いていく」ことについて考える必要がある。
- ・ 個人差が非常に大きく、高齢でも活躍している人も多くいる現代では、後期高齢者は終末期医療だけではないことを前提にした医療の在り方を考える必要があるのではないか。

2 基本的な視点について

- ・ 医療を選ぶ国民にとって、暖かい制度であってほしい。経管栄養をする、しないなどについて、患者・家族がよくよく議論をして、それから医療提供者と相談するようなものにしたい。
- ・ 死を迎える生活をいかに充実させることができるかという点で、治す医療ではなく、支える医療の観点が重要である。
- ・ 透析医療、ペースメーカー等、若い頃から受けている治療や処置を年齢に関係なく継続できる医療という観点が重要ではないか。
- ・ 本人が尊厳ある生き方をできるようにすることが非常に重要である。自己決定の重視も、自己決定が自己の尊厳を保つために必要だからである。認知症への対応や介護との連携、自己決定の重視といった点については、介護とも共通する一つの理念として「尊厳」を打ち出せば、統一した見方ができるのではないか。
- ・ 生活、自然、緩和、安心、安全といった観点がキーワードである。患者とその家族が納得できるという点が重要であり、「後期高齢者・その家族が、安心・納得できる医療」とすべきではないか。

- ・ 「納得」という観点は重要であり、患者は治療内容に納得することにより病気に立ち向かう勇気が生まれる。インフォームド・コンセントには患者の納得が重要であると打ち出せば、医療者の配慮や説明努力も得られやすくなるのではないか。
- ・ 後期高齢者の受診拒否のない、納得できる医療という観点が重要ではないか。
- ・ 身体に無理のない、回復を見据えた医療という観点が重要ではないか。

3 後期高齢者医療における課題について

- ・ 日常生活の保障と心のサポートがあった上での医療を考えることが最重要課題である。
- ・ 認知症患者に対しては、従来の精神科医療の枠組みではなく、早期からの地域でのケアによる対応も考える必要がある。
- ・ 認知症患者の治療に当たって同意の問題をどう考えるかについては、法律家の意見も参考にしておくことが必要ではないか。
- ・ 認知症の方の尊厳を考えていく上で、残存能力を生かして地域で生活できるように支えることは、重要な課題である。
- ・ 認知症の方の自己決定を汲み取るために、どのようなやり方がよいのか、考えておく必要がある。
- ・ 日常を支えるという視点から見ると、家族・ヘルパーなど患者を取り巻く人を支えるために説明が重要。
- ・ 入院に至るまでの医療連携だけではなく、要介護認定の実務も踏まえた連携など、退院後の生活を念頭に置いた医療連携が必要。
- ・ 地域の実態を把握した上で、地域連携の議論を進める必要がある。
- ・ 治療方法の選択の自己決定に当たっては、治療される部位だけでなく、患者の全身の機能のバランスを考えた上で、情報提供や診療が行われることが望ましい。このような点を重視してくれるような診療報酬やそういう研究が望まれる。

- ・ 自己決定の重視は、終末期以外にも必要とされる考え方である。本人の自己決定に基づいて生活を作ることが肝要である。
- ・ すべての人に自己決定能力がある、という前提は危険。すべての国民が自己決定能力を身につけているわけではない、という状況を理解すべき。誤解を恐れずに言えば、現在の後期高齢者は、一般的にパターンリスティックな医療を所与のものと考えることが多く、自己主張を過度に求めても患者自身が困惑することとなるのではないか。このような世代ごとの医療に対する意識や対峙の特徴を念頭に置いて議論することが重要である。
- ・ 患者の選択に対し、医療者がそれを実現できるような方向に向かって手だてを施すことが重要。
- ・ 各課題について、誰が取り組むべきものであるかを掘り下げて、次回以降検討を行っていくべきである。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系について

- ・ 回復の可能性を見越した高齢者の医療評価が必要である。
- ・ かかりつけ医による在宅訪問診療及び医療連携について、好事例を我が国全体に広げていくための方策を考えていく必要がある。
- ・ 在宅での24時間看護が進められる看護師の役務権限と報酬の再検討が必要である。
- ・ 療養者・家族・介護者の安心が得られる医療体制の構築が必要である。
- ・ 医療機関の機能分化と連携はこれまで長年取り組んできたが、必ずしも良い結果に結びついてきていない。後期高齢者医療で新たなモデルに取り組み、結果が良ければ一般の方にも当てはめる考え方もある。
- ・ 病院が入院治療を提供する際、生活まで考えが及んでいないこともある。退院までにかかりつけ医が決められるような仕組みのほか、きちんとした人材育成を考える必要がある。
- ・ 病院は生活よりも治療に重点が置かれるのに対して、在宅医療の提供に当たっては患者の生活も考慮に入れることが一般である。このため、入院から在宅への以降については、在宅医療を提供する側が主体的に行うことが重要である。

- ・ 医療連携は、病院でなく、在宅・施設を中心とすべき旨、明確化すべきではないか。
- ・ 急性増悪期の一時的な入院といった場面で、病院が地域医療のバックアップ機能を持つてくれることが重要である。
- ・ 医療連携は、医療提供体制の在り方の中で、今後も引き続き議論していくべき点ではないか。
- ・ 診療所や薬局、介護施設など高齢者と関わる施設は、地域住民と日頃からの付き合いを大事にしたいわば「なじみの関係」を造り上げることが重要。
- ・ 後期高齢者を総合的に診る医師については、日本医師会の行っている「生涯教育制度」を強化することが必要ではないか。
- ・ 尊厳死については、難しい問題ではあるが、今後の課題とするかどうかなど、その取扱いを報告書に明確にしておくべきではないか。
- ・ 後期高齢者にとって、介護と医療は組み合わせて提供を受けることとなるものであり、医療の見直しから介護の見直しを考えることもあっても良いのではないか。

○今後の進め方について

- ・ パブリックコメントは、当事者である後期高齢者にも十分に認識してもらったうえで行う必要がある。