

日本医療安全調査機構

診療行為に関連した存亡の調査分析モデル事業 第1回運営委員会 議事録

日時 2010年6月3日(木) 18:00 ~ 20:00

場所 日本外科学会会議室(世界貿易センタービル)

○事務局(水谷) 定刻になりましたので、日本医療安全調査機構の第1回の運営委員会を開催したいと思います。開会に先立ちまして、お手元の資料の確認をいたしたいと思います。まず座席表がございます。その下に議事次第がございます。裏側に今日の運営委員会の皆様の名簿がございます。あと資料が1から7までございます。資料1というのは当機構の組織でございます。資料2がございまして、モデル事業の現在の状況でございます。資料3、受付事例の状況等という数枚の資料がございます。続きまして資料の4、これは各地域の現状、東京から宮城まで、この地域区分ができた順番に出ています。資料5としまして、モデル事業の見直しにあたっての主な留意事項ということで、過去、厚生労働省以外というのがございます。資料6には、この機構になりましてワーキンググループというのを2回やっております。その検討委員会のメンバー、日時などが出ています。資料7がモデル事業見直しの方向性という、裏表で2枚ほどの資料がございます。なお、昨日メールで入れておきました資料ナンバーが一部ずれておまして、新たに資料6が加わりまして、昨日の資料6が7になっているということでございます。それと、皆様の机の上に委嘱状を置かせていただいています。よろしくお願ひしたいと思います。

それでは開会の挨拶ということで、原(義人)中央事務局長からお願いいたします。

○原中央事務局長 皆さん、こんにちは。この度は大変お忙しいところ、第1回の運営委員会にお越しいただきまして、大変ありがとうございます。この日本医療安全調査機構は4月1日に発足いたしました。その前身は、内科学会を主体として各学会ですとかいろいろな組織のご協力を得て行なってまいりましたモデル事業を継承して、4月1日から新しい機構ができたということでもあります。内科学会が行なっておりましたモデル事業では、合計105例を扱いました。全国10地域に事業を展開してまいりました。内科学会のモデル事業、一応5年間ということで、3月31日をもって終了いたしました。それを継承するということで、この新しい機構が成立したわけですけれども、日本医学会、日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会、日本法医学会、5つの学会がそれを組織いたしまして、この5つの学会の協力によって、この機構が発足したということでもあります。

今日皆様方に今後の方針をご審議いただきます。「さらに症例を増やす」「新しいいろん

な方向性をとり入れる」さらに事業が「実際の法律の作成に資する」というような形で、この事業が展開できると思っております。是非皆様の建設的なご意見をたくさんいただいて、この運営委員会を成功させたいと思っておりますので、よろしくお願い申し上げます。

○事務局 続きまして、運営委員及びオブザーバーのご紹介を申し上げます。席の順番でお願いいたします。

○里見委員 日本外科学会の理事長の里見です。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○寺本委員 日本内科学会の理事長をしております寺本です。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○原中央事務局長 中央事務局長に任命されました原と申します。現在は青梅市立総合病院の院長をやっております。

○樋口委員 東京大学法学部の樋口と申します。よろしくお願い申し上げます。

○山口委員 虎の門病院の山口でございます。内科学会が5年間行なっておりましたモデル事業の中央事務局長を務めておりました。今度また装いも新たに、新しい出発をされたわけでございますので、私も最大限のサポートをして、従来の内科学会がいろいろな可能性を求めているいろいろな検討をしたと思っておりますので、それを集約した形で、今度は制度化を目指して進んでいただきたいと思います。よろしくお願い申し上げます。

○中園委員 日本法医学会の理事長をしております中園です。よろしくお願い申し上げます。

○青笹委員 日本病理学会理事長をしております青笹と申します。よろしくお願い申し上げます。

○西内委員 弁護士の西内でございます。よろしくお願い申し上げます。

○児玉委員 弁護士の児玉でございます。引き続きよろしくお願い申し上げます。

○高杉委員 日本医師会の常任理事の高杉でございます。よろしくお願い申し上げます。

○安原委員 東京医科歯科大学の薬剤部長をしております安原と申します。日本医療薬学会の会頭として参加させていただきます。よろしくお願い申し上げます。

○佐藤委員 日本歯科医学会から参加させていただいております、鶴見大学の佐藤でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○富野委員 日本内科学会担当理事の富野でございます。よろしくお願い申し上げます。

○山内委員 日本法医学会の理事をしております山内です。僕は事業の新潟地域のほうでも、地域代表ということで仕事をさせていただきます。よろしくお願い申し上げます。

○黒田委員 日本病理学会の担当理事の黒田でございます。引き続きよろしくお願い申し上げます。

- 事務局 国土委員がご欠席で、代わりに青木先生
- 青木さん 東京大学肝胆膵科の青木です。よろしくお願いします。
- 松本委員 札幌医科大学の松本でございます。今度は札幌から北海道と、大きなところで展開できるのではないかと期待しております。今後ともよろしくお願いします。
- 舟山委員 宮城地域代表の舟山でございます。よろしくお願いします。
- 野口委員 筑波大学の野口と申します。茨城県の地域代表をしております。よろしくお願いいたします。
- 的場委員 大阪の総合調整医をやっております的場です。よろしくお願いします。
- 長崎委員 兵庫県の監察医をやっています長崎です。よろしくお願いします。
- 清水委員 岡山の地域代表の清水です。よろしくお願いします。
- 居石委員 福岡地域の居石でございます。専門は病理でございます。よろしくお願いします。
- 事務局 本日は後（信）委員がご欠席ということで、代理で坂井さん。
- 坂井さん 財団法人日本医療機能評価機構医療事故防止事業部、後の代行で参りました坂井と申します。よろしくお願いいたします。
- 事務局 本日オブザーバーということで、警察庁の松田理事官ともう一方お見えです。
- 松田理事官 お邪魔しております。
- 厚生労働省（堀補佐） 厚生労働省医療安全推進室の堀でございます。室長の渡辺が15分ほど遅れるという連絡がありました。どうぞよろしくお願いします。
- 事務局（岩壁） 岩壁です。よろしくお願いします。
- 事務局（水谷） 私、同じく総務部長の水谷でございます。よろしくお願いします。
- 事務局（畑） 畑と申します。よろしくお願いします。
- 原中央事務局長 これから座ったままでやらせていただきます。それでは会を進行する最初に、まずこの運営委員会の委員長兼この会の座長を決めさせていただきたいと思いません。私のほうから提案させていただいてよろしいでしょうか。それでは、前回の内科学会の事業でも運営委員会の座長を引き受けていただいております東大法学部の樋口先生に、今回も委員長、座長をお願いしたいと思います。皆さん、よろしいでしょうか。
- 一同 （拍手）
- 原中央事務局長 では樋口先生、よろしくお願いします。
- 樋口座長 それでは新モデル事業ということになると思いますが、その第1回の運営委

員会を開かせていただきます。私は今ご紹介にあずかりましたように、前回のというか、この3月まで存在した旧モデル事業で運営委員会の、たまたま座長という形の役割を務めておりましたが、そのあとこれをどうやって継承するかというのがなかなか難しい課題でありました。そのさなかに、これは私ごとですけれども3月はずっと入院をしております、なんら貢献もできないうちに、しかしいろんな方が、今日いらっしゃっている方もそれからいらっしゃっていない方もそうだと思いますが、ご努力されて、とにかく4月1日に医療安全調査機構という法人を発足し今日に至ったということで、これは非常にありがたいことでもあり、そのご努力に敬意を表したいと思います。

こうやってまた新たに始まったものをいかにして成功させるかという、成功と言っても、いきなり何歩もというわけにはいかないかもしれませんが、一歩でも半歩でもということで、皆様のご協力をいただければ幸いです。私もまだ通院しながらの生活を送っておりますので、あまり先のことは考えたくないんですが、何かありましたら、座長代理格で原さんと山口さんがいると私のほうは理解してやっていこうと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

今日の議題は第1回で、とにかく走るというよりは歩き始めようということかもしれません。最初の議事次第を見ていただきたいんですが、ご報告事項が2点、それから議事というのが2つあります。その2番目の「これまでの主な受付事例、相談事例について」は、個別の案件、具体的な人名までは出てこないんですけれども、きわめて深く個人情報に関係するような話も出て来ますので、これは従来からこの部分だけのごく短い時間ですけれども、非公開という形にさせていただいておりますので、傍聴の方にも申し訳ないのですが、その部分になったら非公開で、そのあと残りの部分は全部公開という形で、今度の運営委員会も進めていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

それではさっそく報告事項、この組織の体制のあり方について、我々の間で改めて確認しておこうということで、事務局の岩壁さん、お願いします。

○事務局（岩壁） それでは座ったままで説明させていただきます。先ほど原中央事務局長からの冒頭ご挨拶の中でも話されました通り、4月1日、一般社団法人日本医療安全調査機構が設立されました。代表理事、理事、及び監事ということで、代表理事に日本医学会の会長をされている高久（史麿）先生、それから理事が4名で、日本内科学会の理事長の寺本先生、日本外科学会理事長の里見先生、日本病理学会理事長の青笹先生、そして日本法医学会理事長の中園先生を理事として、ご信任を頂戴しております。さらに、監事お二

方ですが、日本内科学会の山口先生、そして日本外科学会の兼松先生、このような体制になっております。そして、その組織を支える事務局ですが、ただ今4名、中央事務局長の原先生、そして私が事務局次長をさせてもらっております岩壁でございます。それから総務部長の水谷、それから医療安全部長、畑、このような体制でございます。これを機会にひとつよろしくお願ひしたいと思ひます。以上でございます。

○樋口座長 この新組織体制について、何かコメントとかご質問とかおありでしょうか。

それでは報告事項の2番目ですが、これは一般的な情報として、各地域事務局における事例の現在の進捗状況について、これも岩壁さんからご報告をお願いいたします。

○事務局（岩壁） それではお手元の資料2によりまして、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業、現在の状況についての累計、このようになっております。枠の中に各10地域、失礼しました。札幌、先ほど松本先生が北海道と訂正されましたが、札幌は北海道ということで、名称がこの4月に変わりました。よろしくお願ひします。

22年5月31日現在で受付した事例、106例でございます。それで再掲で括弧内に1と書いてありますが、これは東京地域で1つの新しい事例が発生しております。内容の細かいことは記載の通りになっております。そして平成22年5月20日現在ということで、受付には至りませんでしたけれども、問い合わせ、いろんなご相談等が200例ございました。括弧内は平成22年4月からのものを再掲いたしております。それが状況でございます。

そして資料3でございますが、受付事例の状況等、平成22年5月31日現在、このようになっております。そのちょっと下のところに括弧で、106事例のうち公表についてご遺族、依頼医療機関の同意を得た100事例の状況が記載されております。そのいちばん最終ページですが、その100のところ受付地域、東京と書かれております。それが新たに発生した平成22年4月でございます。内容につきましては記載の通りになっております。

そして資料4は各地域の現状でございます。ただ今10地域、先ほどお話しました通り、札幌が北海道という名称に変わりました、10か所で各案件を扱っております。受付事案につきましても、本年の3月末までは時間が若干ずれておるところもありましたけれども、月曜から金曜まで、9時から17時までということで、10地域とも統一を図りました。あと内容につきましては、ご覧の通りになっております。以上でございます。

○樋口座長 ありがとうございます。この段階で何かコメント、質問があればお受けいたします。それでは早速いちばん重要な議事のほうへ移ろうと思ひます。議題の今日の1、これが主たる問題だと思ひますが、この新しいモデル事業というものはどういう方向性で

行なうことになっているんだろうかということですね。それはしかし実際にやりながら、また変更がありうるということですが、とりあえず今日の段階で、どういう方向性を見据えてやっていこうとしているかということについて、この中で議論を交わして確認をしていきたいと思っております。あるいはどういう点が問題としてあるかという点についても、認識を新たにすることにはしたいと思えます。

まず、これは厚生労働省堀さんからまず説明をいただきますよう。

○厚生労働省（堀） 資料5についてご説明をさせていただきます。今年に入りまして、国会で質問に対する厚生労働省からの答弁の中で、何回かこのモデル事業について、足立（信也）政務官なり大臣のほうから発言がありました。それをふまえて、主にその答弁の中で触れられたような項目というのが、資料5ということでございます。読み上げさせていただきますけれども、「医療における患者の尊厳を十分に留意し、安全、納得が得られる医療が提供できるように、以下の点についてご留意いただきたい。1、全国展開を視野に入れ、実現可能性を十分に考慮する。2、死亡時画像診断を活用する。3、院内事故調査委員会の調査内容をレビューする方式も取り入れる」このような事項についてご留意いただいた中で、見直しについてのご検討をいただきたいというお願いをさせていただいた、そういう経緯でございます。

○樋口座長 このあと、今日の資料6あるいは7のご説明をいただきます。モデル事業見直しの方向性について、ワーキンググループを作って一定の方向性を出してみようということでもあります、ここで議論するわけですから、そのための素案として今後の方向性の案が出されております。まずこれを伺った上で、さらに堀さんのお話もふまえてというか、両者交えてご意見を伺いたいと思えます。資料7について、これは山口さんにお問い合わせできますか。

○山口委員 ではお手元の資料6、7の説明をさせていただきたいと思えます。その前に内科学会の行ないましたモデル事業について、最後にそれを総括して、今後に向けてどうするかという提言をしておりますので、お話をさせていただきます。参考資料のように発行されております冊子がございますけれども、その初めの方に、5年間の総括と、今後に向けての提言が書かれております。大きな流れは、内科学会の5年間と言いますのは、期待されている専門家による中立的な第三者機関というのは、どういうあり方があるのか。いろんな可能性を検討する、というのが5年間のモデル事業であったと思っております。地域によっては既にそういう解剖体制ができているところもありましたし、監察医務院がある

東京のように、公的機関がしっかり動いているところもございましたし、全くないところから立ち上げていただいたところもございます。いろんな可能性を検討し、その集約としてこの5年間のまとめをし、それをふまえて今度は制度化に向けて、より実務的でより迅速性をもって、もし全国的に統一の取れたやり方で行なうとすれば、どうすればよいか、ということを目指すのが新しいモデル事業に課せられた使命ではないかと考えています。そういう提言が、この内科学会の5年間の総括として示されております。

それをふまえて、この資料6にありますように、これまでいろいろ関わりをいただいた病理、法医、内科、外科、さらに調整看護師にもお加わりいただいて、これらの委員で今度の新しいモデル事業をどう行なうべきか。内科学会の総括をふまえた形で、2回にわたってご検討をいただきました。

これまでの経緯に関して、一番関わってまいりましたので、私が司会をさせていただきました。2回の会のまとめを資料7という形にさせていただきました。先月行なわれました理事会におきましても、基本的なモデル事業見直しの方向性を示しましたこの資料をお示し、承認をいただきましたので、今日おはかりをしているわけであります。

そこにごございますように、新しいモデル事業の方向性については、だいたいこの検討会でおおむねの了解が得られた事項と、なお今後さらに引き続き検討が必要な事項と、2つに大きく分けております。前のほうから説明をさせていただきたいと思っております。

まず解剖実施体制であります。従来の内科学会で行ないました解剖は、法医、病理、それから関連する臨床の専門医が立ち会うという非常に理想的な形で行なわれてきました。そうしますと法医の先生がいるところというと、必然的に大学病院ということになりますし、特殊なところとして監察医務院があれば、そこは可能ということになりますけれども、一般病院ではなかなか難しいという状況にあったわけでありまして。しかし、その3者がそろって解剖する体制をとるということは、なかなかの困難が非常にごございました。迅速性という点について言えば、その専門医の立会いをいただくということひとつとっても、各学会から全国10地域において立会い医をご推薦いただいていたんですけれども、当然こういう事例は突然発症するわけでありまして、じゃあ明日10時から解剖するのに立ち会ってくださいということになると対応することは非常に難しい。結局、多くの場合には大学病院で解剖するという状況にありまして、大学病院の臨床の専門家をお願いすることがほとんどであったわけでありまして。

解剖体制をパーフェクトな形で用意するというのは、なかなか難しかったということ

ふまえて、解剖がすぐ行なえないということ、あるいは大学まで運ばなければいけないということが、ご遺族から解剖の了解を得られない原因になってきたこともかなりございましたので、この新しいモデル事業では、理想的には3者立会による解剖ではありますが、その依頼機関で解剖が行なえる、その病院の病理医が解剖を行なう、そしてその公正性を担保するために、モデル事業から立ち会い者を派遣する、こういう作業モデルを提案しました。もちろん理想的に3者の立会いができるようなところに運んで解剖ができるような場合は、それにこしたことはないと思うんですけども、そうでない、より迅速で、より患者さんのご遺族に近い場所で解剖ができる体制もとりたいということが、第一。

そしてもうひとつ、このモデル事業が行なわれているときに、同時に並行して行なわれました研究班のほうで、死亡時画像診断——オートプシー・イメージング——についても検討されています。この結果を見ますと、それが有用な情報を提供することもあると思われまじけれども、その可能性は必ずしもそれほど高いわけではない。しかしこのAiを活用して、やはり解剖しないと全体をちゃんと把握することは難しいということをご遺族に納得いただく、そのような目的には一定の効果があるのではないかとということも示されております。これまでも臨床の場ではしばしばAiが活用されることもありますので、死亡時画像診断を活用して、このモデル事業に参加いただくことを推し進めるということも、新しいモデル事業の取り組みのひとつにしようということでもあります。

それから非解剖事例について。これまでは解剖をした事例についてモデル事業で取り扱い、解剖のご承諾が得られなければ取り扱わないということでやっておりましたけれども、非解剖事例についても、強い希望があれば、なんとかそれを取り上げる形でやってはどうか。検討会でもいろいろご意見をいただきましたけれども、解剖のない事例については、第三者的なこの委員会で直接検討するというよりは、むしろ院内の事故調査委員会の調査を優先させて、その結果報告書を第三者的にこのモデル事業でレビューするというような形の受け付け方がいいのではないか、という意見がありました。とりあえずはそういう形で、非解剖事例も対象として考えていくという取り組みを始め、先行きこういう事例が非常に多くなったり、あるいは何か不都合が出たら、その時はそれなりの検討が必要かと思えますけれども、非解剖事例を全く受け付けないということから一步踏み込んでゆく。院内でまず検討していただき、それをレビューするような形の作業モデルを新しいモデル事業で取り上げてはどうか、ということでございます。

それから内科学会で行ないましたモデル事業で、いちばん大きな問題として認識されて

いましたことは、最終的な結果報告書ができるまで約 10 カ月を要した点です。当初は 3 カ月、そしてそのあとは半年でなんとか報告書を作り、依頼病院、それからご遺族に報告したいということだったんですけども、なかなか難しかった。迅速性をなんとか確保できないかといういろいろ検討いたしました結果、ひとつはやはり評価医の負担が重すぎるという問題です。各学会から推薦いただきました評価医に、それに関連する資料を全部お渡ししますが、評価医の多くは、大学の臨床教授であり、その人に、すべての資料、カルテ、レントゲンの類をポンと渡して、さあよろしくと言っても、実際問題としてなかなか進まなかったのはやむを得ないところだと思います。さらに報告書案を作っていただきましても、今度はそれを検討していただく各委員にお集まりいただいて、委員会が開催できるのにも、それぞれ 1 カ月、1 カ月半、簡単にかかったわけでありまして、そういうところをなんとかできないかと考えました。

ひとつは業務の分担です。基本的な臨床経過等については、それぞれの地域事務局の調整看護師のほうで整理ができないか。さらにメンバーについても、例えば東京都は 45 例引き受けましたけれども、毎回評価の委員が変わっているんです。ごく一部のところで繰り返し参加された方もありますけれども、少なくとも評価医は毎回違います。そうしますと毎回、じゃあ何をやるかというところから始めなきゃいけない。評価に時間がかかった原因でございます。もう少しメンバーを固定し、経験を生かしていくという形のほうがよろしいのではないか、例えば、大きな大学病院等では医療安全管理室というところに専属の医師が配置されているところも結構ございますので、そういう先生方に参加いただく。あるいは内科、外科のそれぞれの学会から、医療安全に積極的に取り組まれている先生方を推薦いただいて、固定のメンバーにする。いろんな形がありうるだろうと思います。そういうので 1 チーム、あるいは 2 チーム作る。少なくともそういうことに非常に慣れた先生方に、評価委員会の基本的なメンバーになっていただいて、そこで事例に対する素案的な評価案を作っていただき、それを専門学会から推薦をいただいた評価医に整理された臨床経過と、素案的をお渡し、そして評価をいただくということであれば評価医の評価もかなり迅速になると思われま。

さらには、それぞれの進行状況のある程度スケジュール化して、スケジュールに沿った形で評価作業を進めていくことも必要かと思えます。そして以前に目指した 6 カ月以内にしかるべき結果報告書を、委員会における審議をふまえた形で完成をしていただきたいと思います。ある程度メンバーを固定すること、調整看護師に業務を分担をしていた

だくこと、それによって全国的な研修会あるいは情報交換会などを活用することが可能となり、それぞれのレベルをお互いに高めて、全国的なレベルを統一していくのが容易になるのではないかと考えています。

先ほどの死亡時画像診断の活用の話がございました。そういう意味では、そういう評価のメンバーとして放射線科の専門医にお入りいただくということも必要であろうと思っております。こういう評価委員会が、東京の場合ですとだいたい毎回13~4人くらいのメンバーをやっておりましたので、メンバーの評価委員会の調整というだけでも非常に時間がかかっておりました。もう少しメンバーを絞りこんで、評価の手順がスムーズにいくようにしたいということも、皆さんの了解が得られた事項かと思えます。

次は評価手順の標準化です。先ほど調整看護師による臨床経過のまとめの話がありましたが、従来の内科学会るときには各地域でそれぞれ最もいいと思われる方法を検討しながらしていただくというところもありましたので、必ずしも全国的に統一されたやり方ではありませんでした。それらのことを踏まえた形で、今回は最も効果的で効率的なやり方を追求するという方向性をうたっております。標準化に関する情報ができるだけスムーズに全国に伝わって、全国が統一した手順で、統一したマニュアルにそった形でできるように、これを推し進める。さらには研修会等での情報交換が必要であろうと思われております。

それからもうひとつは、内科学会の5年間で105例というのは多いか少ないか、という問題です。いろいろ議論があるところかと思えますが、やはり受付事例をさらに拡大していくことは、制度化をにらんだ場合に、迅速性の確保とともに必要な点かと思えます。内科学会でも、5年間のモデル事業が始まった当初は、各地域で関連の病院、あるいは地域の医師会等への広報活動は積極的に行なわれました。繰り返し行なわれたわけではございませんでしたので、だんだん地域でモデル事業が忘れられていったところはあると思えます。今度新しく始めるにあたり、是非広報活動を充実させていただきたい。できればここにありますように、関係の医師会、病院団体、学会、警察行政等の定期的な情報交換会の場を持っていただいて、広報活動を定期的に継続的に行なっていくということが、非常に重要ではないかと考えております。

さらにそういう場を通じて、院内の事故調査委員会が立ちあげられないような場合には、なんとかその地域でそれに代わるような、例えば日本医師会にお願いをして事故調査の委員会を作っただけでないか、あるいは病院団体をお願いして、そういうことができないか、そこにへモデル事業から参加をしていくというような形も検討できるのではないかと、

と、言うことをきたいしています。その意味で広報活動が非常に重要であろうと思います。

それからもうひとつは、医師法 21 条がらみの警察との関係、あるいは調整が非常に重要であろうと思われます。内科学会が行ないましたモデル事業でも、当初半分以上の症例がいったん警察に届けられて、そこから紹介される形でモデル事業にまわってきた症例でございました。その意味で、21 条で何を届け出るかいまだ明確になっているわけではないのですけれども、警察に相談される事例も非常に多いと思いますので、そういう事例の中から、警察のほうでこれはモデル事業にいいと判断された事例については紹介をしていただくよう、積極的に働きかけていっていいのではないかと。こういうことも含めて、関係者への広報活動を進めていくということが、今後受付事例の拡大に非常に重要ではないかと思っております。

もうひとつは、地域の拡大という点です。北海道では札幌を中心に行なわれましたものがだんだん地域を拡大されておられますので、そういう形でも事例が増えていく可能性があります。現在それぞれ地域が県単位で行なわれておりますが、場合によっては県を少し越えて、そこに隣接するところからの事例も受け付けることはどうか、対象地域の拡大も可能な範囲で検討いただくということではどうかと思います。

また調査体制についてですが、現在地域の代表はまず解剖ができねばということで、法医あるいは病理の先生方に地域代表をお願いしております。是非そういうところに臨床の先生も加わっていただいて、これまでの受付事例を推し進める、あるいは調査の手順をさらに迅速化する、こういうところにご協力をいただく必要があらうかと思っております。現在の各地域の体制についても、臨床も加わって非常に活発に行なわれているところもありますけれども、最初は「まず解剖ができない」というところでこのモデル事業は始まりましたので、解剖のほうに重点が置かれているところもあります。その辺の各地域におけるこの調査体制についても、もう一度検討いただく必要があるのではないかと思っております。

この運営委員会もやはり同じでございます。4 学会に新たに参加いただきましたので、4 学会からは引き続きずっと委員を御出しいただく。それから再発防止策という提言を行ないましたけれども、再発防止策にはいろんなレベルのものが実はございまして、全国的なものもあれば、将来にわたる提言もあれば、その病院固有の問題に対する提言もございしますが、その再発防止策の全国的な展開がちょっとなかったという認識をしております。その点については、同じような作業を全国的に行なわれております日本医療機能評価機構の医療事故情報収集等事業のところから後先生に、委員として加わっていただきました。

ここの共同を通じて、ここのモデル事業で行ないました再発防止策の中で全国展開できるものは是非全国展開する。そして個々の病院に問題として還元した方がよいものは還元する。是非ともこの日本医療機能評価機構とコラボレーションして進めていくことが必要かと思えます。

その先に、引き続き運営委員会で検討が必要な事項を挙げてあります。先ほど厚労省からお話でしたが、死亡時画像診断をどう活用するかという検討会が厚労省のほうで立ち上がるようでございます。そこでの検討の内容によっては、どういう格好でこのモデル事業に取り入れていくかということも、この厚労省の事業のひとつとして検討する必要があるのではないかと思います。厚労省の検討会でどういうことが検討されるのかによるでしょうから、今後の検討課題になるかと思えます。

それから、院内事故調査委員会の件です。内科学会のモデル事業でも、院内の事故調査委員会があって、そこで検討いただくことは必須ということになっておりました。したがって、院内の事故調査委員会で検討をしないということであれば、モデル事業でも引き受けられないということになっておりました。色々な検討が行なわれてこれを再発防止に役立てるための基本は、やはりその病院の現場において再発防止策に向けた医療安全の取り組みが行なわれることでもあります。やはり院内における調査活動が積極的に行われ、それを踏まえて医療安全への取り組みがはじまることが非常に重要です。院内の事故調査委員会との関係をさらに一層踏み込んで、これを支援しそれを活用していく方向を推し進めて行くことが、新しいモデル事業の取り組みとしては非常に重要ではないかと思います。

内科学会が取り組み始めた5年前と現在では、院内事故調査委員会の活動は非常に大きく変わっております。多くの病院で院内の事故調査委員会がそれなりに軌道にのってきたと思われまます。例えば大学病院における院内の事故調査委員会の活動はほとんど、今我々がどうこう言う話ではなくて、そこで十分完結しているという話でありますから、そのモデル事業でむしろ、その結果を、その報告書をレビューさせていただくというような作業モデルを考えてよいのではないかと。その結論で何ら問題はないというところを確認するような形でよろしいかと思えます。むしろ院内のそういう活動が、さらにレベル高く広まることを支援していくことが、このモデル事業のひとつの役割であろうと思えますので、ひとつの作業モデルとして、しかるべきレベルにある医療機関の院内事故調査委員会については、その報告書をレビューするような形を積極的にとり入れる。そしてそれが難しいような小さな医療機関については、なんとかそこで事故調査委員会が開けるような体制をモデ

ル事業が支援していく。その点では日本医師会とか病院協会のようなところの協力をお願いする必要があるかと思えますけれども、モデル事業からも場合によっては外部委員的を派遣するというのも考えていいのではないかと思います。いずれにしても院内の事故調査委員会を活用し、これを支援していくというのも、この新しいモデル事業に与えられた大きなテーマであろうと思います。厚労省の要請もありましたけれども、さらに細かく、どういうレベルの病院ならお任せしてそのレビューでいいかというようなことも、今後実際にもう少し詰める必要があるかと思えます。

さらに解剖を行なわなかった死亡事例についても、なんとか積極的に取り込む方向で検討したいという意見がありましたけれども、非死亡事例についてはなかなかこれは難しいという意見でした。今後の課題ということで、このモデル事業の進行状況を見、どこかのところで検討をしていただければいいのではないかと思います。再発防止策について、日本医療機関評価機構とのコラボレーションというは先ほどお話いたしました、具体的に機構とのどういうコラボレーションがいいかというところは、今後さらに詰める必要があると思います。その部分も含めて今後の検討課題として考えていきたいと思えます。

以上、おおむね了解を得られたというところと、まだもう少し細かい検討が必要だというところを挙げさせていただきました。

○樋口座長 どうもありがとうございました。これは2回のワーキンググループ会合の成果という話でしたが、実際には2回だけではなくて、いろんなやり取りがそれ以外にメールであれ何であれあったと理解しております。とにかく課題は多いんですね。それをひとつひとつ解決していこうと、山口さんが本当に丁寧に紹介していただいたものなので、あえて繰り返すまでのことはないかと思うんですけれども、医者ではない、解剖したこともない、いわば素人の私がこの文章を読ませていただいて、これをどういうふうに理解したらいいかということをやっとだけ話させてください。

このモデル事業というのは、結局ご存じのように医療事故が生じた場合に、いったいその原因は何だったんだろうかという課題に立ち向かう事業です。簡単にわかる場合とよくわからない場合がある。専門家にとっても難しい場合がある。それが死亡事故の場合は、遺族にとっては納得できないという形になるということなので、それをすべてのことが明らかになるということはないかもしれないのですけれども、何らかの体制を作って、しかも第三者で中立的な話でプロセスを踏むようなことをやってみようじゃないかということですね。

そうするとその目的には3つあって、第一義はやっぱり遺族のため、これが亡くなられていない場合に、どんどん広がっていけば遺族じゃなくて家族、それからご本人のためということになると思いますが、とりあえず死亡事例を考えれば、やっぱりまず遺族の思いを大事にするというのが第1点。しかし、二次的には、二次的と順番をつけてはいけないのかもしれないのですが、やはり病院のためでもある。当該病院にとっても、もしそれが失敗であるとすればやはり失敗から何かを学ぶ。そういうところを支援するという話があるといい。その病院だけに任せておくというわけにはなかなかいかない場合があるということですね。それは病院のためでもある。3つ目は、言うまでもない。大学の先生が空理空論をやっているようなものですが、これだけたくさんの専門家が集まってやるというのは、当事者のためだけではなくて、やはり結局社会のため、パブリックヘルスのためですね。そこから何か、その当該の機関と遺族の思いというだけではなくて、もう少し広がりのある話が出てくるといいんじゃないだろうかと思ってやっているということですね。

それで、この新モデル事業というものが何を考えていくかと言うと、これから山口先生がご説明くださった資料7に基づいて申し上げます。それから以下、了解が得られた事項と検討が必要な事項、少しごちゃ混ぜですが、重要なのはまず3つ、読み取ることができると思います。

第1点はまず遺族対応ですね。遺族のためにとということが何であれあるとしたら、その遺族対応としては、まずいちばん初めに2枚目のところ、真ん中あたりですが、遺族からモデル事業への調査依頼があった場合、できるだけ一所懸命医療機関のほうにも理解をいただくと書かれている。今までの事業というのは、これはまったく任意の、もちろん法制化されているわけでもなんでもありませんからね。我々には調査権限が、そういう意味では法律上あるわけでもなんでもありません。だから合意主義だったわけです。これは全部モデル事業でやってくださいとあって、両当事者がイエスと言った場合だけという話でやってきているんですけども、法制化されれば大綱案にあったように、遺族が望めばやっぱりそれはやらんといかんでしょうという話にきつとなるでしょう。だから、それを先取りするような形でといったって強制権限はないのですが、できるだけそういうことをこの第三者機関のほうも、遺族対応ではもう一歩努力をするということですね。それから、1枚目のいちばん初めのところで、今までの経験からは、遺族から解剖まではいいけれども、なんだかんだと手間取るようではというご不満もありうる、これはおそらくまだ現場で生じることですね。それから搬送する代金はいったい誰が払うのかという小さな、小さいけれど

もそういうところから信頼感が失われていくということだって、現場ではまさにあるわけですね。それだったらどうしてもどこかの大学病院に運ぶのではなくて、その場で、しかし中立的な第三者機関が管理するようなことだって、柔軟に考えていこうじゃないかというのも、これも第一の遺族対応だと思うんです。

2つ目は対象の拡大です。今まで5年間で100例ちょっとしかやられなかったのに、対象拡大なんていう大きなことを考えてもしょうがないかもしれない。しかし、やっぱりそういう意気込みはないといかんでしょうということ、対象事例の拡大についてはいろんなことをやはり考える必要がある。なぜ10地域なんだろうということですよ。なぜ札幌だけなんだろうという話で、函館の人だって困ることはあるじゃないかというので、札幌の先生、松本先生のあたりで努力されて、なんとか北海道という形で大風呂敷を広げてみようということになりました。北海道は広いので、本当に大きい風呂敷になりますよね。実際やると大変だろうと思います。それから先ほど厚生労働省からも、それは政治主導なのかもしれませんが、全国展開ということもやっぱり考えていくべきであって、地域限定という話じゃなくて、それをどうやって広げられるかというのが受付事例の拡大の1つですよ。

しかし対象拡大はほかにもあって、やはり解剖がいやだという遺族は当然いてしかるべきですよ。そうすると、そのほかのオートプシー・イメージングのような話でなんとなかならんだろうかとか、そこまではなかなかあれですが、最後の資料7の3ページ目の、死亡していなくてずっと眠りっぱなしになりましたという事例だって、深刻の程度では全然劣らないわけですから、そういう形で事例を広げていくことができたらどうか、少なくとも考えてみないといけないだろうという話ですね。受付事例の拡大、これが2点目。

3点目は同じように受付事例の拡大ですが、ちょっと質を異にされていて、2枚目の真ん中のいわゆる医師法21条とか、警察あるいは検察、刑事機構との関係の問題であります。このモデル事業が立ち上がった経緯は、やはり純粋に医療安全というだけで始まったわけではやっぱり率直に言うと、とにかく医療事故が刑事事件化するというのがものすごく大きくなってきて、それが社会のすべてにとって、あるいは関係者にとって、幸せな結果を導いているかという、どうやらそうではないらしいということですよ。それはどの当事者にとっても言える。本当を言うと警察当局にだって非常に不得手な部分で、犯罪捜査と言えるのかどうかという部分で大きな負担をかけているということがある。そこでいくつかの地域では自主的な協力体制ができて、警察とモデル事業との間で、これはモデル事業

が簡単に警察の下請けになるという意味では絶対になくて、やっぱり医療事故については誰が原因を究明できるのかというと、それは警察官であるはずがないわけですね。だって警察官はまさに医療の専門家ではないわけですし、やっぱり医療事故について責任を持つのは医療の専門家だろうということです。それをしかし、当事者のところからはずして、やっぱり中立的なものを用意しておくということが必要ではないかというので我々は始めているわけですから、できるだけ今まで警察が無理をしてやってきたものを、とにかくモデル事業のほうで引き受けて、こういう問題は医療の専門家でちゃんとやれるしやらないといけないものだということを、そういう事例をどんどん増やしていくというのがいいことじゃないかと思っております。そういう意味の受付事例の拡大というのが3点目。

しかし、あとは重要ではないという意味ではなくて、残りはいくつかの問題点がそこで指摘されていて、実際の調査のプロセスですね。10カ月かかるのでは待っているほうも待ってられないという話もあるし、やっているほうも大変だというのが。だから、それを何らかの形でスピードアップする必要があるし、そのためには若干の、場合によってはあるいは若干ではないかもしれませんが、相当の手続きの簡素化、理想的なチームを作るんじゃないかと、cost effectiveな意味での理想を追求するような簡素化。それから調査手順の標準化というのは、こういう医療事故をどうやって分析していくかという、ある意味の医学、そういう部分の医学の発展にも資するような話になれば、本当にいいなと思っているわけですね。だから、そういう話がひとつ。

それから、これは繰り返し例えば民主党からも言われているので思いますけれども、さっき山口さんが強調したように、我々も院内事故調査委員会を軽視しようと思って、それに代わるものを作ろうなんて大それたことは思っていない訳です。この院内事故調査委員会との関係をもう少しはっきりした形で、役割分担というのを作れるような形のものにしたいということですね。

それから最後に、前回のこの調査では原因究明から再発防止というんですか。ものすごくすばらしい再発防止策が出てきて、ひとつの不幸な事故が契機となったけれども、こういう事故はもう二度と起こらなくなったという話が本当は出てくればよかったですけれども、そんなに甘い話はなく、再発防止策の提言まではなかなかいかなかった。やっぱり目前の事故の調査に追われてというんですかね。そういう現場の方のいちばんの苦労はそこだったと思うんですが、それだけでは足りないので、再発防止策の提言ということで、医療機能評価機構の方なんかにも今回は参加していただいて、いろんな知恵を貸していた

だく。そちらの方向にもっていく。つまり原因究明から再発防止というところに、まさにこれだけの医学界の方が集結してということですから、そこで何かが出てくるという話を一個一個作っていったらいいというのが、この資料7の言っていることだと私は理解しています。それはしかし、どれもなかなか、1つ1つは全部難題ですが、とにかく一歩でも半歩でも前進していくということです。事例を重ねる中で、経験を積み重ねる中で、とにかく何かがあったという話が出てくるといいかなと思っております。ちょっと長広舌で恐縮でしたけれども、この資料7と資料5ですね。この新しい組織でどういうことをやっていったらいいのかという留意事項、我々が考えていくべき事項について、コメントとか批判とかご意見を積極的にいただきたいと思えます。どうぞよろしくお願いいたします。

○黒田委員 何点かご質問させていただきます。まず、この2年間現行法制下で、10地域でやっていくと。10地域でやっていくのだけでも、全国展開してほしいということですよ。確認ですけれども、私は最近のご遺族の心理事情と言いますか。現状でモデル事業のような大それたというか、そういうところにのっかるのは非常に抵抗があって、その代わり解剖がちゃんと透明性があればそれでいいという遺族は結構多いのですね。ですから愛知はモデル事業にのせていないけれども、私が実際立ち会って病理解剖している症例は、実際この倍くらいあるのです。ですから、そういうものをできるだけ広げていきたいと、自分自身でもそう思っています。

それとあと、10地域に限定されていますので、この近隣の都道府県ですよ。北海道は今、松本先生が北海道全体に広げられておりますけれども、いちばん問題なのは、モデル事業をやっている10地域はいいのですが、それ以外のところでたぶん現行法制下でいきますと、ほとんど司法解剖にまわっていると思います。しかしながら、遺族にいろんなことを説明すると、遺族も弁護士さんもみんな、司法解剖にまわったら結果は公開されないことはよく知っていますので、結果を公開してほしいと必ずおっしゃるのですね。ご遺族と警察が納得された場合、私も近隣の県に行って最近病理解剖に立ち会っているのです。これを現行法制下、10地域で全国展開することになったときに、今日警察庁の方もお見えです。お伺いしたいのですが、そういうモデル事業の実施地区ではないけれども、その近辺のモデル事業の本体から、この事業に準じた解剖するということになったケースですね。警察はどういうふうに都道府県の警察に指示をされるか。要するに都道府県によって全く取り扱いが違うので、その点について統一の見解をちゃんと発していただけるかどうか、お伺いしたいのですが。

○松田オブザーバー すみません。質問の趣旨を確認させていただきたいのですが、ご質問の趣旨は現行法制下、今のモデル事業の仕組みの中で、司法解剖にまわらないものをどのようにモデル事業にもっていくか、ということでしょうか。

○黒田委員 現行司法解剖に回っているようなものの中で、ご遺族がどうしても結果を公表してほしいと。病院さんも当然そう思っていると思うのですが、そういうものに10地域のままでいくわけですが、例えば私どもが解剖に立ち会う、解剖するということになった場合、そういうようなものについて例えば東海3県、愛知がやるのに、岐阜や三重の県警はどう対応されるのでしょうか。

○児玉委員 すみません。ちょっとよろしいですか。前提の事実認識が、私と黒田先生、ちょっとニュアンスが違うので、私が前提の事実認識を話している間に、お答を考えていただいて。弁護士の児玉でございます。医療機関側の代理人をたくさんやっておりますので、警察届け出がどんなふうに行なわれているか、そのあとどんなことが起こっているかということを見聞きする機会をたくさん持っております。

5年前と今と比較をいたしますと、5年前は医師法21条も死体解剖保存法もそれから刑事訴訟法上の検視も、妙な言い方かもしれませんが、あいまいでかつ硬直的な運用だったように感じています。医師法21条の異状の定義がきわめてあいまいであるにも関わらず、大変硬直的な形で運用されていてそのきしみが大変大きかった、そういう時期にこのモデル事業がスタートしたように思うんです。昨今、実際にそれを警察届け出という形で所轄警察署が認知をしているかどうかわかりませんが、現に医療事故が起こり、かつ警察のほうにその事実を申告した場合に、解剖の形式が非常に多様化してきているなということを感じております。ひとつはもちろん従前通り司法解剖というものもあるわけですが、その辺は黒田先生がおっしゃられた、警察に届けるとすぐに司法解剖という感じでも、実は私はないように思っております。警察のほうで医療事故として認知をされても、事案の内容や医療機関の側からも情報提供、それからご遺族の思いを通じて、ひとつは司法解剖、2つ目は行政解剖ないし行政解剖にかわる承諾解剖、3つ目は第三者の医療機関での病理解剖、4つ目が、つい最近も実際警察の方に関与していただきながらそういう事例があったわけですが、警察がその事故の事実を認識しておられる状況下で、当該医療機関での病理解剖が行なわれるというような事例もあって、私の印象では5年たった昨今、こういう制度の運用がかつてあいまいで硬直であったものが、柔軟で現実的なものに多少変わってきているのではないかと感じています。もちろん全体像を見ておられまた制度の原

理原則のお立場で、警察庁からいろいろお考えがあろうかと思えますし、私は葦の髄から天上を覗くように全体像が見えているわけではありませんが、そんなような認識を私は持っております。以上でございます。

○黒田委員 私が伺っているのは、児玉先生が言ってくださった4番目のケースです。

○松田オブザーバー すみません。お時間をいただいたのに申し訳ないのですが、4番目のケースと申しますと、司法解剖ですか。

○児玉委員 いえいえ、当該医療機関で病理解剖を行なうということです。今黒田先生がおっしゃったように、それを警察庁としてちゃんと、認知されていますか。

○松田オブザーバー 病理解剖した結果を公表することについてでしょうか。

○児玉委員 いえいえ、まず病理解剖そのものをするのを、です。

○松田オブザーバー 個別の事案によって違ってくるので、一律にどうこうとは言えないと思うのですが、司法解剖をする必要があるものは司法解剖を行います。

○黒田委員 それは我々も当然自分たちの段階ですぐわかりますので、病理のほうがいいと思ったものですね。それについては、だから、そういうことはあるという認識が警察庁にございますかということをお伺いしています。

○松田オブザーバー ケースバイケースですが、そういう場合もあると思います。当然例えば届け出があって、捜査をして、病理解剖のほうですよということであれば、当然病理解剖をすることもあるでしょう。

○黒田委員 それがないと全国展開できないわけですからね。それがいちばん大きな前提だと、私は思っているものですから。

○樋口座長 ほかの話題、長崎さん。

○長崎委員 解剖の話ですけども、監査制限もそうですし、病理の先生から相談を受けることもあるんですけども、解剖をしちゃった、したあとで、やっぱりこれは何か検証したほうがいいんじゃないかという事例は、我々も経験がありますし、相談を受けることもあるんですけども、そういった事例は今のところどうなのでしょう。モデル事業に入れちゃっていいものなのでしょうか。それともまだまずいんですか。

○樋口座長 すでに解剖が終わって。

○長崎委員 終わっちゃっているんです。

○樋口座長 ある種院内事故調査委員会のレビューという役を、院内事故調査委員会かどうかとも向こうが立ちあがっているかどうかともわかりません。しかし、レビュー役として関

与して、何らかの判断をしてあげるといことですよね。第三者機関が入ったほうが、そこだけでやっている会合だという話にならないので、いろんな形でいいだろうといことなんですね。

○長崎委員 それが行政解剖の場合は、レビューじゃないでしょう。

○樋口座長 そうですね。

○黒田委員 私ども別に展望があるわけではないのですが、内科学会でやはりいろんな事例を取り上げてやってきたと思うのです。明らかに医療過誤があつて、その事例というのはほとんどみんな司法解剖にいつているわけですから、内科学会でやった解剖で、100例を少ないと言え少いのかもしませんが、そういうことをいろいろ検討する経験が全くないというのが、明らかな過誤がある事例。ただ、過誤にはいろいろレベルがあると思うので、明らかにその過誤がすべて死因に直結しているという事例もあれば、そのことである程度障害を残すことになって、そのあとの展開はまた違つ話といのものもいろいろあります。その経過の中で、やっぱり過誤があつたとい話は今まではどちらかといと 21条で警察にいつて司法解剖になつていたので、なかなかそういうもの取り組みはこれまではしてこられなかつたのだらうと思つます。たぶん専門家がちゃんと集まつて検討をして、そこからある程度どうすればよかつたか、何が問題だつたかとい検討が必要なのは、そういう過誤があつた事例こそ本当の検討が必要ない事例なので、こういうモデル事業が本来いちばん取り組むべき対象は、そういうものではないかと思つのです。どの辺で線引きをするか、その辺がなかなか難しい判断だとは思つんですけども、むしろこういう専門家が集まつてやる検討がより効果的な事例ほど、やはりこのモデル事業で検討させていただくのが本当はいいのではないかと思つのです。それは21条の線引きのところをどうするかとい話になるでしょうし、司法解剖でどうだとい話にもなるでしょう。だつご遺族のほうの側から言つても、そういう事例のほうはやはり専門家による検討の結果を聞きたいとい対象の事例ではないかと思つのです。その辺は警察庁のほうはどうなんでしょう。

○中園委員 今診療関係死の司法解剖のところは話題になつております。実は昨年の法医学学会総会、今年の法医学学会総会もそうですけれども、5年間で司法解剖例を学会の企画調査委員会で調査いたしてしております。昨年大阪の的場先生が会長をされた学会でも、個別の症例については報告していませんけれども、その分析は報告してありますし、今年もその細部にわたつての学会報告は出してありまして、ホームページにもう出してあります。

ある程度、実際どれくらいの死が司法解剖になっているのか。その中身はどういう中身なのかというのは、ホームページを見ていただければ、おわかりいただけます。実際担当をされておられます舟山先生が来ておられますので、一言。

○舟山委員 先生方のおっしゃるのは、個々のケースがどれだけ公開性があるかという点だと思います。全体統計というのは確かになされていますけれども、今やはり問題にされているのは、個々の解剖例の、ご遺族の方と、そしてもうひとつは当該のある医療機関がどれだけ知ることができるか。それは県警、あるいは法医学者の、残念ながら個々の判断によるところが多々ございまして、宮城県では警察から、そういった民事訴訟になったときに、鑑定書を公開していいかと問い合わせがありまして、私は「どうぞ、どうぞ。オープンにしてください」あるいは、医療関連死でも、結果が出た時点でご遺族の問い合わせがあれば、こちらから積極的にお話をする。そういった対応をしていますけれども、それはあくまでも個々人の問題で、法医学会として特別定めているわけではございません。ですから残念ながら個々の対応に任されているというのが現状でございます。

それから1点だけ、司法解剖等の問題は、確かに医療関連死でかなりのところが病理解剖されているケースがあって、それは警察に届けても、遺族の認識等の関係で病理解剖でもかまいませんという判断は実際あります。ただ問題なのは、警察だけの問題ではなくて、警察がOKを出しても、上がぶれているところは駄目ですね。連動された機関である検察庁が司法解剖を勧めるケースがございます。ただ例の福島の病院以来、やけどをしましたので、医療関係のことにあまり文句は言っていないという。多少の流れが児玉先生のお話されたように多様化しているのではないかなと、宮城県の中での事例ですけれども、感じている次第です。以上です。

○樋口座長 長崎さん、どうぞ。

○長崎委員 残念ながら行政解剖例は、法医学会ではアナウンスされていないんですけれども、実際に行政解剖になった事例の中でも結構ご遺族が不信を持っている事例、それから終わってしまって、これはやっぱりそういったきちんと評価したほうがいいんじゃないかなという事例もあるのです。もちろん「これは病死です。たまたま心筋梗塞の発作を起こした」といった事例もあれば、ちょっとまずいんじゃないかなという事例もあるので、そういった解剖のあとでできる話じゃないのかなと。

○山口委員 病院の側から例えば何か非常に不都合があって、再発防止を考えなきゃいけないという事例のほうが、解剖結果をちゃんと知りたいということになります。病院の医

療安全の面からも、解剖結果がわからなくてなんとかせいと言われても、それはなんともならない。しかしそういう事例が、またしっかりと司法解剖にまわってしまう。医療安全のところではデータとして解剖結果が是非とも必要なわけですから、なんとかその辺は、どこと交渉するとよろしいのかよくわかりませんが、是非厚労省に頑張ってもらって、警察庁なり検察庁なりと、そういう点を検討していただきたいです。それがやはり医療安全にいかす、いちばん早い道じゃないかと思うんですね。

○樋口座長 何らかの明確な文言のルールを定めて、何らかの変更をやるというのは極めて難しいですからね。それから、少なくともこういうところでそういうことができるかという、そういう権限も実はないのはもう明白なので、やっぱり何か表立ったルールを変えるというのではなくて、トライアルアンドエラーみたいなことだと思いますね。とにかくケースバイケースみたいな話で、ひとつひとつ積み上げていくということだと思いますから、この資料7にあるように、我々としては警察からモデル事業へ逆紹介というんですか。逆紹介というのが言葉としていいのかもわかりませんが、とにかく我々のほうで引き受けたいという態度を積極的に見せていこうということだと思いますね。それに対応してもらって、対応した結果が警察にとっても遺族にとっても病院にとっても、まあよかったじゃないかという話が積み上がっていけば、いずれはおのずからそういう方向へいくことになるはずですね。一挙に法制度を作るのがなかなか難しいというのは、この前それこそ我々もやけどしたようなもので、そう簡単に大綱案で法律化できるかという、そういうものでもないということだけは本当によくわかりましたのでね。山内さん、どうぞ。

○山内委員 ケースバイケースでやるべき問題であることはよく理解しているんですけども、5年間やってきた者として、これから全国展開するというのを視野に入れてこの新しいプロジェクトを行なうのであれば、やはりある程度統一したやり方みたいな、目指すべきものがないといけないんじゃないかなと思うのですが。こちら側から警察に連絡する。それは年に1度こういうのをやりましたと警察の方にはご報告していますけれどもというくらい。地域、地域によって違って、これをどうやっていくかという基本的なやり方をもう少し、こういうふうにするべきなんだというのをある程度考えて提示していかないと、またケースバイケースで、5年間終わっていくような気がしないこともありませんので。

○樋口座長 この文書では「警察からモデル事業への逆紹介を促進するため、地域警察への

依頼を」地域警察になっていますから、都道府県警察。当然そうなるのだけれども、積極的に行なっていく。

○山口委員 それは全国同じレベルでやるという話になると、警察に通していない事例も、大阪でできる方向を検討してもらおうということになると思うんです。今、大阪は警察を通した事例のみを、監察医的などところでされていますけれども、今各病院の、依頼病院で病理解剖というのもひとつのモデルとすれば、警察を通さない事例も当然入ってくる話だと思います。そういう意味で、それでもできる体制を作っていただきたいという話をしていくことになるのじゃないかと。

○的場委員 具体的にその大阪ですけれども、例えば大阪では全例すべて警察に相談し、あるいは警察のほうからどうですかという、すべての事例は警察を通っています。ほとんど、9割以上はモデル事業でやっていますし、むしろ我々の方は、これは司法解剖をやってもらったほうがいいなというのは向こうでやりますということですから、コミュニケーションがうまくいけば、警察も駄目だということはありません。

○黒田委員 それは的場先生と大阪府警の信頼関係があつての話ですから、そうじゃない地域をどうするかというのが本来の問題なんですよ。

○的場委員 それは別に法医じゃなくても病理の先生が警察と話をされて、そこでいろんなことを相談されるという方向はあるんじゃないですか。

○黒田委員 だいたいキーマンとなって、先生と大阪府警、私共愛知県の病理、法医の総合調整医、私と愛知県警は地域における良好な信頼関係がありますけれども、そういうのがもしはずれた場合、先生も僕ももうすぐ定年が近いですから、そういうことになったときに、ちゃんとこの事業を展開していけるかどうかということを考えておかないと。誰がやってもできる、ある程度標準化しておかないとまずいのではないかとというのが、一応今の私の思いですけれども。

○的場委員 今回の21条の問題とか司法解剖の問題が、やっぱりかなりネックになっているわけですね。それを病院のほうで第三者でやるというときに、21条をどうするかという、なかなか法改正というのは難しいので、やはり各地域で、そういうものを警察と総合調整医がいろんなことをディスカッションといいますか、トライアンドエラーでやりながら、警察の理解を得るといふ方向にいかないとしょうがないんじゃないですか。なかなか今すぐ警察のほうで、よっしゃ全部やってくれというわけには、やはりいかない。

○黒田委員 厚労省にお伺いしたいのですが、全国展開を視野に入れるということは、今

の10地域をコアにして、少しずつ内容を広げなさい、実質的に広げなさいということですか。この2年間で、地域のコアは10地域ですけれども、できるだけそれを少しずつ広げていきなさいということですか。

○樋口委員 どうぞ、渡辺さん。

○厚生労働省（渡辺）地域的に広げるということもあり、なおかつ全国で展開できるだけのシステムを、ノウハウを積み上げていくという、両方だと思います。

○黒田委員 だから、その全国で展開できるノウハウといっても、いきなり10から50にいくことは無理ですよ。ですから、2年間の間に少しでも今申し上げたように広げて、愛知は東海3県やりなさいとかそういうことを、やっぱり国が方針を示さないと、私どもはどこに向かってこれを、この留意事項というのはどこに向かって投げられているのかというのが、全くわからないんです。この会議の中だけでこの留意事項が出てきても、じゃあ各都道府県はどういう認識をするかということになりますから。

○厚生労働省（渡辺）そこはまさにこの場で、あるいは理事会の場で協議していただきたいところで、モデル地域を増やしていけば全国展開になるのか。それとも極端なことを言えば逆にモデル地域を絞ってノウハウをためるということにエネルギーを集中していったほうが、全国展開をしやすいのかというような観点から、まさにご議論いただきたいと思っています。

○黒田委員 いや、議論をするんじゃないで、実践をしていかなきゃいけないんですよ。2年間しかないの。5年かけてこれだけしかなかったわけですから、2年間でどれだけ積み上げられるかといったら、そんなにたくさん積み上げられません。その中で実際に全国展開をすることを視野に置いて、やっぱり少しずつ広げていく努力をしてくださいと言われてれば我々は努力をしますし、暫定の方向性を出していただきたいんですよ。

○富野委員 法制化ということを考えると、これは北海道から沖縄までどこでも同じようなステップやシステムでできなければ、国の法律にはならないと思うんですね。ですから、この10地域だけでやったのでは法律にはならないだろうと。何県でも、どこでもできる。そのためには今黒田先生が言われたように、どういうふうにこれを広げていって全国展開にもって行って、法制化への道を歩むのかということ、厚生労働省はどのようにお考えですかということだと思います。

○黒田委員 そうです。

○寺本委員 前のときからもいろいろ話になったと思うのですが、例えば今お話し

やっているような形で、50 地域でやるとか、それ自身はもう今のところ不可能に近いことであるので、それを模索するというのではなくて、やり方をいろいろと考えていく。逆に言うと、先ほど渡辺室長がおっしゃったように、むしろ絞ってあるところできちっとこういうやり方をすれば、全国に標準的なやり方ができるだろうというシステムを作るということのほうが重要であろうというのが、私自身が感じたことです。

それ故に何が起こっているかと言うと、院内の事故調査委員会というのをもう少しきちっとした形、全国である程度きちっとした形にさせていただいて、そのレビューですむような状態にまで持ち上げていただくというような形のものでできれば、かなりの部分がそれで吸収できるだろうと思いますし、この AI は私、どこまでいけるかわからないのですけれども、おそらく AI に関しても、こういう疾患であればおそらく AI でもいけるであろうというのは、このモデル事業で私は実はやるべきじゃないかと思っているんですね。やっぱりそういうようなことを検証して行って、それで済むものはそれで、済むというと変ですけども、それはそれで参考にしてレビューするということだろうと思うのですね。

もうひとつ重要なことは、やはり各、例えば院内で行なわれた事故調査とか、そういったものをこういう場である程度出させていただいて、公平な目でそれをレビューするということは、これはすごく重要なことで、それは国民に対する信頼性を与えるわけなので、そういったようなことを。広げるというのはおそらく不可能に近いと思うのです。ですから要するに私はむしろ、広げることができるような方策を考えていくということにとらえていったほうがいいのではないかと思います。

○長崎委員 監察医制度というのは、兵庫県の場合は、兵庫県の委託で神戸市だけでやっています。これは、神戸市だけでもせめてきちんと死因を明らかにして、県民のためにしようということですね。それとともに、兵庫県内の、ちょっと死因のわからない場合、行政解剖も一緒に受けつけています。そういうつもりで、10 地域だけでもせめてきちんとやって、それで医療安全上の評価をしていこうとするのか、それともやはりそれでは不公平だから、全国民にやらんといかんと考えるのかによっても違ってくるとは思います。例えば神戸市なんかの場合は、実は市民のためにやっているわけではないのです。

○樋口座長 そこは市民のためでもあると思います。ただ、今の長崎さんのところでやっておられるのでしょうか。そういうのと同じような発想はやっぱり重要で、いきなりここで、紙の上で例えば全国展開ですとか言ったって、できないわけですよ。人も何もいないわけですから。いろんなやり方があって、東海の例がどうなのか本当はわからないんで

すけれども、隣の県のこういう事例が黒田さんのところへ相談に来られたという場合に、「これは我々10地域しかやっていない。私の管轄は愛知県だけだから」といって、黒田さんも実際に断っていないわけですよね。だから、一種インフォーマルなモデル事業を自分のところでやっておられるわけで、そのインフォーマルなところをもう少し、フォーマライズするような話で、そこだってちゃんと門戸は開けられていますよと。それから、解剖とか分析も、やっぱり黒田さんのところだけだという、黒田さんはわかっておられると思うけれども、もちろん非難という意味はないんですよ。そういう経験を集積するだけじゃなくて、隣の県の大学の医学部の先生であれなんであれ適切な人にもチームに入ってもらって、いずれはということを考えれば、そういう形でひとつひとつ広げていくこともできますよね。それをこういう運営委員会で「はい、この方式でやりましょう」というのが今できるかという、それはちょっとそういう状態にはなっていない。そういうことを勝手にこっちで、命令、指令みたいな形で決めたって、実際には動けないと思うんです。動けないところは動けない。しかし動けるところはやっぱりそれはちょっとやってみよう。それは少なくとも統一的画一的でないので、ある意味では「不公平で、不公平」という人もいる状態なのかもしれないけれども、これはモデル事業というのは、そういう意味ではしょうがないのだと思っていただかないと、致し方ないのでしょうか。いずれは公平にどこでも誰にでもという話だけれども、それをひとつひとつ。

○黒田委員 死亡時画像診断について、ワーキンググループでも意見を出したんですけれども、これは基本的に画像をとって、解剖の前に少なくともその情報をご遺族に伝えてということが原則でよろしいですか。

○山口委員 そういうことでしょうか。

○黒田委員 その体制をとろうとすると、画像診断をとるのはどこですか。

○山口委員 その病院じゃないですか。

○黒田委員 依頼病院ですよね。

○山口委員 そうです。

○黒田委員 依頼病院ですね。依頼病院で画像をとっていて、解剖するまでにその内容を読影していただいたものが、ご遺体と一緒にくるというご理解でよろしいですか。どうです。

○山口委員 そこからまたどこかに運ぶ。

○黒田委員 いやいや、結局地区代表にお話がいった時には、それがもう同時進行で進ん

でいるということで、要するに地区代表がそれを仕分けるわけじゃないですよ。

○山口委員 画像診断をしなきゃいけないということではないですよ。

○黒田委員 いやいや、できるだけする場合には、依頼病院で画像をとっておいて、それがあつた場合、それを補助診断として使って解剖をするということですよ。

○山口委員 そうですね。読影に関しては、レビューする側が読影するということになるだろうと。

○黒田委員 国の班会議でやった実績というのは、あれは班会議のためにわざわざ遺体専用機まで購入したんですね。それでやって出たデータで、しかもそれは剖検をする際にご遺族に許可をいただいて、実際剖検の内容と対比させることの研究をやってみえるわけですけれども、それを使ってご遺族に説明しているわけじゃないんですよ。だから、実際のこの現場で、1泊2日か2泊3日になる今現行のモデル事業で、読影が本当に解剖時に可能かどうか。そういう伝達が放射線医学会にちゃんといつているかどうか。いつていないと思いますけれども。そこら辺をある程度、厚労省もこれだけこの機会なのですから、放射線医学会に、こういうことになった場合に協力していただきたいと。うちの病院では、実際私共はやってみようかと思ったのですけれども、やはり遺体専用機でないと非常に難しいんですね。時間外に放射線の技師さんをどうするか。それから読影はとてできないのですね。そういうこともあって、実際に少なくとも遺体専用機を持っているところはほとんどないわけですから、病院でやる場合に本当にどうするのか。今回トライアルでまず画像をとっておいて、その後で解剖して、それを評価委員会でやるときに、画像診断の専門家に入っていただいてもんでいくのか。それともある程度もう読影も一緒にやっていくようなトライアルをされるのか。医学放射線学会は少なくともそういう理解はされていないと思います、私は。それは厚労省からちゃんと医学放射線学会に正式に投げたかかないと、私はここで何度も申し上げていますが、ここに医学放射線学会は一回も入っていないわけですよ。入っていないとこの問題はやはりここにあがってきていて、何度かこういうことが発言されている。発言されているけれども、現場の放射線技師さんも、じゃあ自分たちはやりたいかと言ったら、実際はみんなNOですよ。その交通整理をちゃんとしていただかないと、大きなのがどんとこられて、実際はみんな「できません、困ります」と言われた場合、どうするかということですね。こういうのも大きく投げると、国民はこういうのを見るわけですから、当然画像診断をやっているはずだとこうくるんですよ。そこ

がいちばんかい離の起こりやすいところなので、そこを是非交通整理をして、早く医学放射線学会にオフィシャルに投げてください。

○樋口座長 それはもう絶対に、医学放射線学会に関与してもらわないでできるという話ではないので、ともかく医学放射線学会に、例えば10地域だったらどなたかそういう専門家を推薦してもらわなければ、進まない話だと思います。そういうことをしてもらえば、場合によってはこの運営委員会に参加してもらおうという話になるだろうと思います。

○樋口座長 そうですね。

○樋口委員 どうぞ、松本さん。

○松本委員 今の議論のところで、2つの面があると思うのですね。今までのモデル事業とは違って、新しい受付事例を増やしていこうとする体制、新たに死後、死亡時画像診断を活用しようということがあると思うのですけれども、もうひとつは全国统一規格で全国展開を考えると、この2つが今合わさっているために、話がややこしくなっている。今、モデル地域、たまたま全地域の評価ができていっているように見えているのですけれども、それぞれ特徴のある地域で、その中でその全国展開をするためにはどうなのかというのが、今までこの流れとして積み上げてきたと思うのです。それをいきなりその周辺と言われても、地域の特性が隣の県で同じ特性があるかどうかは全くつかめないわけです。そこは厚労省のほうはこちらでやれとおっしゃるのですが、それはやはり厚労省として、例えば各ブロック単位のところ、どういうものがあるのか、事業性として何ができるかというところをはっきり分析していただかないと、ここで投げられても、例えば大阪、的場先生のところだったら監察医事務所が大阪市にあるというところで、例えば隣の京都であったり、奈良であったり、和歌山であったりではないと。そういったときに同じようなことができるわけではないですよ。そうすると、そのノウハウをどういうふうに持っていくのか、それをどうやって周知をするのかということも必要だと思います。

北海道は先ほど地域を拡大できるという話があったのですけれども、北海道はたまたま国の出先機関も地方公共団体と同じ形になっているだけに、展開しやすいというところがあるのですね。警察も方面本部はありますけれども、1つしかない。それから北海道法務局というのがあってそれが1個しかない。それがスムーズにモデル事業とも関係ができたということで展開しやすい。そしたら厚労省として各ところにある法務局がどんな役割を果たしているのか。おそらくそんなに役割を果たしていないと思うのですね。そこらへんを見直していただかないと、なかなかうまくいかない。そこは警察関係へのアプローチに

関しても同じだと思うのです。

今まで各地域では、それぞれの先生方がそれなりにかなり努力されてきている。これを隣の県まで面倒をみろというのは、かなり厳しいところであると思うんですね。それをここで検討してくださいと。今までの5年間の積み重ねをどういうふうにお考えになっているのかというのを、僕からしたらかなり議論があるところですよ。今までの実績に応じて、厚労省としてできることは何なのか、この2年間、これから先見てほしいと思うのです。

それから黒田先生がおっしゃった死亡時画像診断、やはり放射線科のところでないとなかなか難しいですし、日本学術会議でもこの死亡時画像診断について検討委員会を作っているという話も耳にしていますので、やはりここに入っていて、どこまで活用できるのかということをやらないといけないうらうと。ここは研究ではなくて、実際に実施して法制化を狙っているところなので、その点をやはり考慮していただきたいと思います。

○樋口座長 ありがとうございます。そのほかに。

○山口委員 全国展開というのを仰々しく書いてありますけれども、必ずしもこの全国展開というのは、愛知県が三重県、岐阜県もカバーしようと、そういう話をしているわけじゃないと思っています。無理でしょうって思うんです。だけど例えば三重県から依頼があったら、それは視野の中に入れて、それも引き受けるような方向で検討してもらったらどうですかというくらいの意味です。

○黒田委員 例えば近隣の県から依頼があった場合に、この2年間は受け付けたほうがいいのかどうかということです。

私はどうぞと言っているのではなくて、近隣を見ているんですが、実際じゃあやってみると言われたときに、たぶん現状ではできないんですね。できないということを私はよくわかっている。だからそのときに、コアになる10都道府県でマニュアルができて、実際にそこがちゃんとした体制になっても、じゃあ今やっていない他の都道府県でできるかというところ、私はできないと思うんです。できないのをどう対応するかというところがいちばんネックになると思うんですね。今やはりほとんどそういう問題は解決されていない地区というのは、2年たってもそんなに一気にスキルアップすると僕は思えないので、そこを心配しているわけです。

○居石委員 よろしいですか。福岡地域の居石でございます。前の、旧事業のときにも拡大化ということをしきりをお願いいたしました。今黒田先生ほかご議論いただいている通りでありまして、即座にできるわけではないのでしよう。ただ、ひとつは北海道地域の話

を聞かせていただいて、参考にしつついろいろなシミュレーションをうちは何人かでやっています。そのひとつは、総合調整医を含めて評価委員等々、さらにはありがたいことに調整看護師を務めたいと言う人があと1人出てきてくれたこともございまして、効率化等々、山口先生がおっしゃっておられたことを具体化してみたいということ、2~3の人と相談し始めたところです。ひとつは寺本先生にお願いしたいんです。あるいは外科の場合もそうですが、総合調整医の核になる。やはりわずか3年間で6例しか実体験できませんでした。幸いにして福岡県には四大学ありますから、2人ずつ外科系、内科系、最初のスタートラインにそって手を挙げていただいてお願いをしてきたわけですが、まだ皆さん、1例も経験していないという方が、あと2人いらっしゃるんです。つまり、言いたいこと。そんなに事例はめっぽう多いとは思いません。ほとんどそういう格好でやっていきますと、初体験、初体験で終わっちゃうんです。つまり、メンバーをコアメンバーにしたい。それは確かに効率が悪いです。ただ、大学の先生でそれをこなしていただく人、本当に折り合おうでしょうか。それが1点ですね。懸念です。

同時にしかしやっぱりプロ的な、極めてジェネラルに強い、特に医療安全。提言までまとめていただける方、したがって、それを是非外科、内科、お願いしたいと。やはり核となるのはその2つでありましょうか。しかるべく早急にご推薦をいただいて、お願いできれば。それはお願いであります。

2点目は、非解剖事例の院内調査報告書、これはものすごく問題がありまして、千差万別、大学、いわゆるセンターの公共病院の場合は問題がほとんどないと思います。ただ、こういう立派な報告書を作っていただくところでも、やはりトラブリそうだから、私どものほうに相談がくるわけですね。本当にそれを出発点としていいのか。最初に樋口先生からおっしゃっていただきました。第三者、中立、公正、公平に。これにクレームがつく可能性があるということを前提にして、新モデル事業を改めて出発するのか。この懸念は、その点についてはいかがでございましょうか。質の問題をちょっと横に置いてでも。本当にそれでいいのかという気がするのです。いかがでございましょうか。

○山口委員 なかなかそれは、常に越えられないところだと思いますけれども。

○居石委員 そうなんです。だからといって地方に最低モデルを作る、やってみましょうということにはなっているんですけども、やってみろと言われても、これは「できませんね」と言わざるを得ないという気がいたします。

○松本委員 例えば小さい県だと法医学教室で解剖ができる教授1人とかいうのが、おそ

らく日本の半分くらいだと思うんです。そういうところで今のような3者で解剖をするというのは絶対できない。そもそもこのモデル事業というのは別に法律ではないので、最初に各都道府県でやれといっているから、都道府県になっているだけであって、何も都道府県でということをはずしてしまえば、別にかまわないと思うんです。例えば奈良とか和歌山から依頼があって大阪でやるとか、あるいは出張していくということは、それはやろうと思ったら、かなりの努力が必要だと思いますけれども、絶対できないことではないと思うんです。ただ、なぜ県にこだわっているのかということは、もともと警察とのつながりとかそういうことがあって、県警かどうか、お互いの領域を侵してはいけないとか。

○樋口座長 警察は別に駄目だということは言わないと思います。言いづらい。どうぞ、
○厚生労働省（堀補佐）先ほどの資料5の1番の全国展開という言葉にご意見があったんだと思っておりますけれども、1番で申し上げたかった点はむしろ後段のほうで、将来制度化された際に実現可能性があるよう、十分に考慮していただきたい。つまりこれまで非常に多くの人数の先生方に参加をしていただいたわけですし、報告書を作成するのにもだいぶ期間がかかったということもありますし、まさにこの1番の実現可能性という点については、資料7でおまとめいただいた内容で、十分にご対応いただいて、ご提言いただいたのじゃないかと考えています。誤解のないように申し上げておきますけれども、10地域の先生方に、隣県からの調査をお願いしたいという趣旨ではございません。黒田先生、帰られてしまいましたが、後ほどお伝えしておきたいと思います。

○樋口座長 2つ目の死亡時画像診断に関する検討会というのは、もう発足することが決まっているのですか。私なんか何も知らないのですが、そういう話になっておられるんですか。

○厚生労働省（渡辺室長）今、ほとんどの学会の先生方に、委員をお願いしているところですが、日程的には6月中には1回やりましょうかということで、省内では話になっているところで、それはまた公開でやります。

○樋口委員 そうですね。そこでの議論を、こちらとの連携というのかな、どういう言葉がいいかわからないが、情報交換をしながらやっていけたらいいですね。今日、一応6時から8時までということになっているので、中途半端な形ですが、今日はこの程度という形にしてよろしいでしょうか。

○居石委員、もう一言だけよろしゅうございますか。院内調査委員会の、それが現場で議論され、そしてそこで提言も含めて将来へ動くというか、理想的だと思います。ですから、

それを充実していただくことに全く異論はありません。それを活用するというのならば、その現実に見合った理念にやはり、見合う書きものに変えていただきたいということです。つまり、究明、第三者、公平、中正等々を強力に訴えるということが本当にそれで妥当性があるのかということに疑問があります。それからコアメンバー。これはやっぱり核になる人たちが地方に生まれていく教育という面もあります。従って、できることならば学会としての、他の学会もそうですけれども、やっぱりリコメンドする人材を紹介していただきたい。

○清水委員 院内調査委員会の定義がある程度広まっていけば、こういうモデル事業、あるいは制度自体も10年、20年後にはいらなくなる可能性がありますね。院内調査委員会がそれほど公正な委員会ならば、もういらなくなるんじゃないかという方向もできると思います。大学病院のような機能の高いところでは皆さんご存じだから、そんなに外から入らなくてもいいと思われるのかもわかりませんが、おそらく100床とか50床とかいうような病院で、全部フェアなことができるかと。ましてワンマン院長というところではというところがありますので、そういうモデル事業の方向を少し変えていただくのが、やはりたくさん事例を受けると負担を軽くできるのではないかと。是非地域の評価委員になっていただいている方を外部から送りこんだという形で変えていく、やっていただければと。

○児玉委員 ひとつだけお願いがございます。理事会を通じて、厚生労働省に正式にお願いしていただきたいことです。旧モデル事業が立ち上がった時に、私の記憶では厚生労働省を通じて全国の都道府県、それから全国の医療機関にこういうモデル事業を開始したという周知をされました。ところが、現在多くの医療機関で、モデル事業があるかないか、受付を開始しているかどうかとも知られていない状況にありますので、現状を是非周知していただきたい、これが1点です。2点目、法医学会のご報告も今ネット上で見せていただきましたけれども、警察のほうの診療関連死に対するご対応も随分多様化してきていることが統計上も裏付けられていますので、今結論を出せ、今回回答をしろという意味ではありませんが、このモデル事業が立ち上がり、診療関連死について我々がきちんと支援をしながら公正な評価をしたいと言っているということを、省庁間で是非、他省庁、法務省、警察庁も含めてきちんとシェアをしていただきたいと思います。それから3点目、これは課題でございますけれども、せっかくこういうメディアの方まで興味を持っていただいている状況ですので、一般国民への周知ということも今後の課題として是非とも、理事会を通じて検討いただきたいと思います。以上です。

○高杉委員 医師会の高杉です。いろいろと異論はおありでしょうけれども、私自身は院内事故調査委員会をとにかくしっかりとすることがいちばん大切であろうと。現場で対応するのはもうその現場ですから。そこで納得のいかないケースが当然解剖になったり、あるいは警察にいったりするかもしれませんが、そのところの疑問を取り払う精度の高い院内調査委員会にする。それが逆に非解剖例も説得できるような、第三者の目にも入るといようなしくみにとにかくしていきたいし、その精度を高めたい。10年前の病院とはもうすでに大きく変わっているということも確かでありますし、訴えが少なくなることも、そういう病院のいわゆる取り組みが功を奏しているのだらうと。しかしながらやはり疑問のある死はある。そのときにどうするかということの視点がいちばん大切だらうと、そのように思っておりますので、よろしくお願いします。