

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

平成 22 年度 第 2 回 運営委員会

開催日時 平成 22 年 9 月 7 日（火）
15:00～16:45

開催場所 日本内科学会 4 階会議室

樋口委員（司会） それでは、第 2 回の運営委員会を始めたいと思います。まず報告事項があるのですが、その前に、きょうはこの新しい機構の代表理事でおられる高久（史麿）先生がいらっしゃっておられますので、まず高久代表理事からご挨拶をいただきたいと思います。

高久代表理事 いまご紹介されました、日本医療安全調査機構の代表理事を務めさせていただいております高久でございます。よろしくお願い申し上げます。

本日は、皆様におかれましてはご多忙のところ、第 2 回の運営委員会に出席をいただきましてありがとうございます。この日本医療安全調査機構は、本年 4 月に設立されたわけでありまして、お蔭様で一応順調に進んできております。もともとこの事業というのは、ご案内のように平成 16 年の日本医学会の基本領域 19 学会による共同声明で示しましたような、「公正・中立的な新しい専門機関の創設と制度化に向けての前進を目的としたものである」と理解していますし、また現在進められているモデル事業も、それを目指したものであると考えております。

この前に第 4 回目の理事会がありまして、そのなかでワーキング・グループの方々の非常に熱心なご検討の状況などもお聞きしましたけれども、本日の運営委員会では、さらにこれらの問題に関して、いろいろとご議論をしていただきたいと考えておりますので、よろしく願います。

樋口委員 どうもありがとうございました。それでは、議事に入る前に資料がいろいろありますので、資料の確認を事務局のほうからお願いいたします。

水谷総務部長 まず「資料 1」としまして、運営委員会委員名簿でございます。「資料 2」が「2 モデル事業の現況」でございます。「資料 3」が、ワーキング部会での検討状況、「資料 4」が「4 広報活動について」、そして参考資料といたしまして、「参考資料 1」が「モデル事業見直しの方向性」、「参考資料 2」が「死因究明に資する死亡時画像診断の活用に関する検討会開催要綱」で、裏表ございます。一応、この 6 点が本日の資料でございます。

あと、本日の運営委員会、2 回目でございますけれども、はじめてご出席される方がいらっしゃいますので、ご紹介しますので、立ってお顔を見せていただきたいと思ひます。まず、日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部部長の後（信）先生です。三井記念病院院長の高本（眞一）先生です。すずかけ法律事務所弁護士の鈴木（利廣）先生、南山大学大学院法務研究科教授の加藤（良夫）先生。日本看護協会常任理事の福井（トシ子）先生は、出席予定です。あと、愛知地域事務局代表の池田（洋）先生です。それから、本日、厚生労働省のほうからオブザーバーとして木村（博承）参事官が、お越しいただいております。

厚生労働省〔木村〕 この度、厚生労働省の医療担当の大臣官房参事官になりました木村でございます。よろしく願ひします。

水谷総務部長 では樋口先生、よろしく願ひいたします。

樋口委員 はい。出欠状況の報告も併せて願ひしたいと思ひますが、いかがですか。

岩壁次長 ただいま運営委員 3 名及びオブザーバー 2 名の先生が、欠席で合計 5 名いらっしゃいます。あとは皆さん出席ということで、よろしく願ひします。

樋口委員 では、早速議事に入りたいと思ひますが、本当にお暑いなかと参集いただきまして、ありがとうございます。「議事次第」を見ていただくと、まず報告事項があり、それから議題がありますが、議題の「(2) これまでの主な受付事例・相談事例について」ですが、これは具体的な話が少し出てまいりますので、従来から非公開ということになっております。だから、これをいちばん最後の時間で、申しわけないのですが傍聴の方にはご退席をいただいて、非公開という形でやらせていただきたいと思ひます。

それでは、早速報告事項から入りたいと思ひますが、事務局の岩壁（榮）さん、願ひいたします。

岩壁次長 報告事項の（1）が、「運営委員会委員の追加について」になっております。これは、本日開かれまして理事会でもご承認を頂戴しましたが、皆様方にはお手元の「資料 1」の、アンダーラインが引いてあります今井裕先生です。死亡時画像診断の活用を具体化するために、運営委員として、日本医学放射線学会の理事であり、また東海大学教授の今井先生に、このたび運営委員のご就任をお願いしたところでございます。きょうは、あいにく会議が重なりましてご欠席ですが、次回にはご紹介したいと考えております。

続きまして、「資料 2」の「2 モデル事業の現況」につきましてご説明申し上げます。

まず、「1 受付事例及び相談事例の状況」でございます。「① 事例受付状況及び進捗状況（累計）」と書いてあります。その下段に表がありますが、8 月 31 日現在の受け付けた事例でございます。（ ）内が 4 月以降から 8 月末まで、北海道、宮城、東京、愛知、大阪で、合計しますと 8 事例になっております。内科学会の頃から通算しますと、113 事例、そのうち 8 事例が新規受付になっております。内容については、裏面に書かれておりますので、それをご参照願ひたいと考えております。

そして、その下に「④ 相談事例：平成 22 年 4 月以降」が、18 件でございました。以上の通りでございます。

樋口委員 ありがとうございます。ここまでのご説明について、何かコメントか質問がありましたら承りたいと思ひますが、いかがですか。……よろしいでしょうか。

それでは、きょうの中心的な議題であるところの、このモデル事業をどういう形で継続していくか、新しくしていくかということについて、議題「(1) 『モデル事業見直しの方向性』にかかる進捗状況について」で取り扱いたいと思ひます。この暑いなか、ワーキング部会というところで、これについて検討していただいておりますので、それについてどのようなお話し合いが行われたかということをお説明していただこうと思ひますが、山口（徹）先生から願ひいたします。

山口委員 本来でしたら、中央事務局長の原（義人）先生が議長をされましたので、原先生がお話しされるのがよろしかったのですが、今日は止むを得ない事情でご出席が難しくなりましたので、代わってご報告をさせていただきます。

このワーキング部会の委員としては、4 つの学会からそれぞれ、そこにお名前がございような委員に参加いただきまして、そこに原先生と私、そして第 1 回目の部会で議題になりましたような再発防止策についての問題ということで、日本医療機能評価機構から後先生に、それから院内事故調査委員会のお話を伺うということで京都大学の長尾（能雅）先生——長尾先生は昨年度の厚労科研で、研究班のなかで院内事故調査委員会のガイドラインをおまとめになりましたので、長尾先生にご参加をいただきました。さらに、このモデル事業の報告書をはじめとする、これまでのマニュアル作成に関わられました宮田（哲郎）先生にも、ご出席をお願いいたしております。

ということで、「資料 3」の 3 ページにありますように、主な議題として 5 つの問題を取り上げ検討しました。

まず最初に、「(1) 死亡時画像診断（A i）の活用について」、検討が行われました。いちばんの論点は、基本的にこのモデル事業で受け付ける事例については、解

剖をすることが必要である。しかし、解剖についてなかなかご遺族の了解が得られない場合に、この死亡時画像診断を活用することによって、さらに詳しくご遺族に説明し、解剖の承諾を得られないか。それからもう一つ、ご遺族のなかには、頭部の解剖を拒否される方がしばしばありますので、そこについてはこの死亡時画像診断で代用できる事例があるのではないかと。ということで、この死亡時画像診断を活用して、なんとか解剖事例を増やしていきたく、検討を行ったのであります。

この死亡時画像診断を実際にどういう形で行うかというところについて、その次の4ページ、5ページ、さらにおおまかな手順について6ページのフローチャートに示してございます。基本は、モデル事業の解剖についてご遺族から承諾が得られないような事例について、この死亡時画像診断を行う。画像診断を行うにつきましては、どこで行うか。その病院、あるいは、A i のセンターでこれを受け付けてくれるような施設へ患者さんを運んで、そこで行うかどうか。それから、誰がそれを読影するか。その病院の主治医、あるいはその病院の放射線科医、あるいは医学放射線学会から推薦いただいたA i の専門医に読んでいただくか。という話。それから、その結果を誰がご遺族に説明をするか。主治医が読むのであれば主治医だろうし、その病院で読めばその病院の主治医が主たるかと思いますが、よその専門医が見た場合には、その結果を踏まえて主治医が話をするのか、その専門医が話をするのか。そのようないろいろな検討が行われました。

しかし、本来のA i 活用の目的は、こういう説明をすることによって、ご遺族から解剖の承諾を得るというところにあるかと思われますので、実情に合ったような形にするには、どうすればよいか。放射線科のほうからは、「放射線科の診断医のすべてがA i の専門家ではないので、どこでも簡単にその病院のなかで確定的な診断ができるのは難しいのではないかと。ちゃんとしかるべき専門医のところ画像を送り、経過を送り、そして判断を仰がないと、ちゃんとした結果が出せない。そうすると、場合によるとなかなか迅速な対応は難しい」というようなことが指摘されました。

さらに実際に、日頃から結構A i が行われている医療機関がありますけれども、まったくそういうことが行われていない医療機関においては、院内における合意をとりつける必要があるだろうと考えられます。そういう意味では、「このA i をモデル事業でも活用すること」を広く周知して、A i のために院内の、CT、MRIを使って行うことについて、あらかじめ合意を得ておく必要があるのではないかと」という問題点も指摘されております。

実際にどういう形で、院内の主治医、あるいは放射線科医がいいのか、あるいは学会に依頼して学会が推薦する専門医がいいのか、ということについては、今後医学放射線学会ともう少し詰める必要があると思われます。実際の撮影についても、地域によってA i センターの推薦があるところとないところがあるだろうと思われますし、また院内で行おうとすれば、日常的な診療活動が行われる時間帯は難しく思うられますので、実際の撮影は夜中になるだろうと思います。そうすると例えば夜中の11時に撮ったときに、その画像を送ったとして、迅速な読影回答が得られるかということになると、なかなか難しい問題もある。4時間、5時間のも返事を待って、ご遺族に解剖の話を進めることが現実的かどうか。もう少し医学放射線学会を中心に話を詰めて、現実的に可能なシステムを検討しなければならないと思います。

もう一つは、費用の問題があります。この費用については、あらかじめモデル事業の窓口で、「こういうことでA i を撮って、ご遺族に話をしたい」という届け出があれば、最終的にその事例をこのモデル事業で受け付ける、受け付けないにかかわらず、そのA i の費用についてはこのモデル事業で支払うということでした。A i 活用の実態的な形については、医学放射線学会と今後のもう少しの詰めが必要ということで、第1回目の検討会は終わりました。

それから、「(2) 依頼医療機関での解剖について」は、これまでのモデル事業では実際の解剖事例の約倍ぐらいの事例の相談があったわけでありまして、なか

なか解剖までに行かなかった理由のかなりのところに、「遺体を解剖の施設まで運び、そして解剖されて戻ってくるまでに時間がかかる。できれば、この病院で解剖を済ませ、そして終わりたい」という要望がありました。これを踏まえて、なんとかその医療機関で解剖ができないか、もし解剖するとすればどういう形があり得るか。この点を、病理と法医の先生を交えてご検討いただきました。

その時に生まれた解剖の形としては、解剖するのは勝手を知ったその病院の病理医が行うのがいちばん好都合であろうということで、「解剖の実務はその病院の病理医が行う。しかし、そこにはこのモデル事業から法医あるいは病理の解剖医が1人立ち会う。それから、その関連の臨床医がもう1人立ち会う」という形でよいとなりました。2人の立ち会いでその病院の病理医が解剖を行って、その結果については、立ち会ったモデル事業から派遣された解剖調査担当医が中心になって、ご遺族に結果をご報告するという形がいちばん妥当であろうと。

マクロについては、そこで一応所見をまとめるということにしましても、総合的には解剖されたご遺体の資料等を含めて、立ち会った解剖調査担当医のところへお送りして、そこでミクロの検討もしていただく。そして最終的な解剖結果報告書は、この立ち会った解剖調査担当医にまとめていただく、という流れがよろしかろうということになりました。それに関する暫定案が7ページ、8ページにございます費用の分担等についても、ここに提案がされております。

ということで、依頼病院での解剖についてはこのような方向性が示されましたが、各地域で解剖の関係の先生方に、「これでどうか」という詰めを行う必要があると思います。また、臨床医と解剖医がペアで行って立ち会うということが実際にどのぐらい可能であるかというところは、まだまだ問題があるかと思えます。しかし、なんとか依頼病院のなかで解剖を済ませることができると、一つの取り組みとして行っていきたいということでもあります。

それから、「(3) 地域の体制及び評価委員の見直しについて」。これまで地域の体制は、解剖がすぐできる体制を確保するということがポイントが置かれていたもので、主として法医、病理の先生方に地域の代表を含めてお願いしておりました。そこに臨床医の参加をより進めていくのがよろしかろうということで、内科学会あるいは外科学会のご推薦を得て、臨床医が地域の総合調整医あるいは代表のところに入っていく方向を進めようとなりました。

現在、内科あるいは外科の臨床医の参加が少ない愛知・兵庫を中心に、内科・外科学会のほうに推薦をお願いし、臨床医を含めた地域の体制ができるようにしたいと考えています。そして地域体制の標準化を進めるという意味で、いちばん最後の9ページに「地域代表・総合調整医の役割」がまとめられております。地域代表は、主として地域の責任者になるということと、事例受付の最終的な決定を行うということところが大きな役割でございます。総合調整医はそれを受けて、地域でそれぞれ評価委員会が開始されましたときに、その評価を行う中心的な役割を担っていくということになるかと思えます。また地域代表には細かい広報活動も含めて、いろいろ期待されているところがあります。

とくに、前のモデル事業が始まりました当初は、それぞれの地域の警察に届け出られた、あるいは相談があった事例からモデル事業に紹介されて来た事例が多かったでございますけれども、最近は極めて少なくなっています。モデル事業の存在をもう一度、ぜひ広めていただき、紹介事例を増えるようにして行きたい。これは地域代表だけではなかなか難しゅうございますので、厚労省のサポートをいただいて、警察にも働きかけていきたいというところでございます。

それから4番目に、「(4) 院内事故調査委員会を基本とした評価について」。従来のモデル事業では、すべての資料をこのモデル事業にいただいて、評価委員会が評価してきました。院内でも必ず院内事故調査委員会を立ち上げるということになっておりましたけれども、その活用は限られていました。しかし最近では、院内事故調

査委員会に外部委員を入れて、しっかりと取り組まれるところもだんだん出てきましたので、そういう依頼病院については、院内事故調査委員会の結果をこの評価委員会がレビューするような作業モデルがあってもいいのではないかと。先ほど長尾先生の作られたガイドラインのお話もありましたが、現状ではこのような作業モデルの要件を満たしているのは大学病院とか非常に限られた病院だろうと思いますけれども、院内事故調査を尊重するような取り組みを是非始めたいということです。対象病院は、どういう要件を備えていなければいけないか、外部委員の参加はどうでなければならないか、あるいはこのモデル事業から、外部委員として参加をするのか、あるいは外部委員を推薦するのか。あるいは積極的に学会に働きかけて学会から外部委員参加を増やすのか、などいろいろな意見が出ました。

今後、長尾先生のご参加を得て、院内事故調査委員会報告をレビューするようなモデルについて、もう少し具体的な詰めをしていきたいというところで、この前の検討は終わっております。

それから最後に、「(5) 再発防止策の提言について」。これまでも医療評価結果報告書の最後に、必ず再発防止についての提言を行ってまいりましたが、それが全国的にうまく発信できているかというところは、まだ不十分であったと思います。日本医療機能評価機構から後先生にご参加いただきまして、今後いろいろ後先生を中心にご検討いただき、このモデル事業で行った結果を全国的に役立たせたいと思います。この医療機能評価機構のお仕事と一緒に参加させてもらうような形がよろしいのかと思いますけれども、その点を含めて後先生を中心にご検討いただくというところで、この委員会は終わっております。

ということで、5つの大きなテーマについて検討いただいて、それぞれ詰めなければいけないところは多々ありますが、その対象がはっきりしましたので、一つ一つ実施に移していきたいというところでこの第1回のワーキング部会を終わっております。以上でございます。

樋口委員 ありがとうございます。私のほうからも少し、補足というより蛇足かもしれませんが。

先回の第1回の会議で、「参考資料1」にありますけれども、新しいモデル事業がとにかく新しい機構をバックボーンにして始まったということでした。今までとまったく同じではなくて、何らかの新しい展開を考えようというので、「モデル事業見直しの方向性」という議論を先回やったわけです。それに則って、いまの「資料3」のところで、山口さんとか原さんを初めとして、何人かの方でワーキング部会をつくってもらって検討していただきました。いまご説明をいただいた通りで、これについてこれから議論をいただくのですけれども、ちょっと別の視点から、先回のモデル事業見直しの方向性について、私のほうが個人的に理解をしているところを申し上げましたが、それから私は法学部において、医療のことは本当はわかってはいないので見当外れのところもあるかと思いますが、ともかく素人としてこのように理解できるのかと考えたことがありますので、今日もちょっと申しあげます。

「資料3」あるいは「参考資料1」で、一体今どういうことを考えているかというのと、大きく分けると2つです。それから、1つだけ余談をはさみます。私のところもそろそろ新学期が始まるので、昨日何をやってたかというのと、新しい学期で私は「生命倫理と法」というゼミというか、演習というか、わりに大人数の授業になっているけれども、法科大学院はそんなにたくさんではやっていけないということで、87名参加希望があるのを55人に減らせというんですね。それで、とにかく55人に減らすという作業を昨日やっていたのですが、参加希望者の希望理由というので、複数の人たちが何を書いて来たかというのと、最近の生命倫理関係で大きなことがあって、善し悪しというか賛否は学生の間にもいろいろあると思いますが、少なくとも現象面としては、「法律が改正になったら、こういうような事例が毎週1件ずつぐらい、本人の遺志がなくても臓器移植が行われた」という報道がどんどんなされて来て、法を変えるというこ

とが医療のあり方に当然大きな影響を与えることがわかった。それが本当にいい影響を与えているのかどうかについて吟味したいから、この授業に参加したい」というような話があったんですね。

私なんか、なかなかいいことが書いてあるなと思ったんですが、このモデル事業も、我々はあたりまえですけれども、いいことをやっているわけです。それが、法制度の裏打ちがないということもあって、なかなか発展していかないのですけれども、いまのところは法律の組み替えができないからなのですが、それを何らかの形で、一定の限界はありますが、そのなかで基本となる幾つかの点を変えていくと、やっぱり「ここを変えたから、こういう事例が増えていくのではないかと」ということがあり得ると思うんですね。

それで、先回あるいはこの前から、これをどういう形で展開していくかというので、例えば4点あったと思います。1つは、地域をどんどん拡大して来てはいるのですけれども、全国をカバーしているわけでもない。ある地域だけは、こういう事業に参加しようと思えば参加できるんですけれども、他の地域だと「あなたのところは違うよ」と言われてしまう。それは、本当はいいかなものか。やっぱり本来この事業が全国的に展開すべきものだったら、それをどうやって地域拡大していくか。そのことと関係あるのが、きょうの「資料3」の「(3) 地域の体制及び評価委員の見直しについて」で、一挙に全国展開するような足腰は、我々はまだ持っていないわけです。実際に、現場の方はぎりぎり働いているということとは、重々わかっているわけですから、そう簡単にはいかないのですけれども、その範囲内でどういうことが出来るかということを考えていく、地域拡大みたいな話が第1点です。

それから2つ目は――そうそう、この順番は順不同です。別にどれが重要だという話ではないのですが、2つ目は、こういう事業が発展してきた背景には、それも本当はそれが本筋かどうかについては議論があるんですけども、経緯から見ると、どうしても刑事司法が医療の安全の問題に大きくコミットして、大きくコミットしていいことばかりだったかというのと、必ずしもそうではないであろうという話があるわけです。だから、警察のほうで司法解剖して、本当の意味での死因究明、原因究明というのができるのだろうかという疑問がそこから明確に出てきた。警察的な意味ではできるかもしれません。犯罪かどうかという意味ではできるかもしれません。けれども、そうではないような死因究明ができるかどうかということを考えると、いまそういう事件を警察のほうで引き取ってもらっているものを、むしろ積極的にこちらに逆送致というのか、逆紹介というのかよくわかりませんが、言葉は何でもいいんですけれども、そういうことで従来から努力しておられた地域も今までに既にありますので、もっと積極的にそういうことができないだろうかということをはっきり考える。繰り返しますが、警察の仕事の下請けをしようということではない。それはやっぱり筋が違うとは思いますが、しかし、英語を使えば「wait and see」（警察にはちょっと待ってこちらの調査が行われるのを見てもらう）ということなんです。警察に一步引いてもらって、ちょっと待ってもらおう。「専門家が、本当の意味で原因究明をやるのですから、その試みをさせてください。それが本筋なんですから」という話ができるかどうかというのが一つの課題になっていて、これがなかなか難しいですが、その方向での拡大の話があります。

でも、後で説明があると思いますが、事務局の方が警察のほうにも今回またいろいろご説明に伺ってくれているんですね。その話なんかも、ちょっと後で追加していただくと思いますが、「資料2」の「2 モデル事業の現況」で、相談事例が18例あったという話があったと思います。そのなかで、何故相談になったかというのと、例えば「司法解剖または行政解剖になった」が3例あるわけですね。これは当然、司法解剖・行政解剖という事例であったのかどうか。こういう事例でも、場合によってはモデル事業で扱えなかったのかどうかという検討も本当は必要かもしれない、そういう観点から言うと。そういう、警察との関係で警察事例になるようなものも、実は我々がやるべきなんじゃないか。医療専門

家がちゃんと関与することが本当の意味で必要ではないか。もちろん、今までは法医学者は関与しておられたので、もう少し広い医療関係者という意味ではありますが、これが2つ目です。

3つ目は、解剖ということに対する抵抗感があって当然かとは思いますが、解剖しなくてもいいというか、という部分で可能なかというので、例えばA iの活用ということも考えてみよう、という話になっています。私は素人考えなので本当はわからないのですが、きょうのお話では、ワーキング部会ではA iの活用は——A iだけではつきり何かの診断がつく、原因究明ができるという段階には多分なくて、やっぱり補助的なもので、しかしやっぱり一応有用性があるだろうというような可能性があるの、まずA iを撮らせてもらって、「こういうふうになっているからには、もう少し調べたほうがよろしいんじゃないでしょうか。そのためには解剖が必要です」というように、解剖へつなぐ、それでモデル事業へという話の一つと、それから解剖も全身だけではなくて、とくに頭部の解剖が嫌だという方もいらっしゃるというところ、頭のところだけは代替という話で活用できないかという話なんですけれども、とにかく解剖とつなぐような話だけで行くのかどうか。

これについては先回の検討会でも、厚生労働省のほうでA iの検討会というのを立ち上げるということでした。もう立ち上げたのかもかもしれないですが……（そうですか、既に）立ち上げたんですね。それとの連携をしながら、ここでも検討ということか議論をしていくということになっておりますので、もしよろしければ、A i検討会の状況なども、厚労省の方からちょっと補足していただけたとありがたい。さらには、欲張るときりがないわけですが、解剖ということではない非死亡事例で、しかし重症に陥ったような事故だって少なからずあるわけですから、そういうことだって原因究明をどうやって考えていくかというの、大きな課題としてはもちろん残っているわけです。死亡事例だけが問題だということはありませんのね。そういう意味では、解剖をしなくても何らかの形で、どういう形で発展していくかという話が、解剖だけではないというんですか、プラスαみたいな話で広げていくというのが3つ目です。

4つ目は、今までのところは同意原則というか、合意の上で「なごやかにみんなやっていこう」ということで、強制的な権限はないわけです。しかし、法制化されるようなことになったら多分、それは大綱案に書いてありましたけれども、「遺族が希望すれば、医療機関はいくらなんでも断れないでしょう」という話になっていました。それで、今回の事例報告では、さっきのご報告でも、「医療機関からの依頼がなかった」のでというのか、医療機関が嫌だということで相談事例に留まったというのは0になっていますので、これでいいと思うんですけれども、「遺族から」という話をできるだけ尊重して、そういう要望には応えていくことが医療への信頼を確保するというんですか、そのためだということがあります。そういう感じで事例を広げていくというのが、入口の問題として——他にもあるのかもしれませんが——4つぐらいあって、しかし実際どれも細かな作業が必要になるので、その関連でワーキング部会では検討しておられると、私は理解しております。

実際に受けた後が、いちばん大変ですね。それについては、大きな課題が3つあります。1つは、院内調査委員会というのができているようなところと、このモデル事業で第三者的にやることと、どう関連づけるかということです。これが、ずっと課題なんです。「院内調査委員会は要らないですよ」なんて発想は、我々今までどこにも取ったこともないので、院内事故調査委員会を基本としてという話で「基本とする」というのと、このモデル事業がどういう形で支援をするか、バックアップするか。

ここに、「先行院内調査をレビューする」と書いてありますけれども、レビューするというのは言葉としては簡単ですが、一体どういう形でレビューすることが、本当の意味でのレビューになるのだろうかということと、レビューに値するような院内事故調査委員会なんだろうか。院内でも調査委員会をつくってもらうことは大切なので、それについてのモデルみたいなものも、押しつ

けることはできないと思いますけれども、長尾先生を中心に何らかのアイデアをつくっていけるといいんだろうと思います。だから、院内事故調査委員会との関係、つまり後の調査をどうやってやっていくかということです。

それから、その事例に関与した人だけが満足するのではなくて、やっぱりそれが医学的な教訓というか、つまり再発防止策に何らかの形でつなげたい。それは、後先生が関与しておられる医療機能評価のようなどころと連携して、何か一つでも、「このモデル事業から、こういう具体的な再発防止策が出てきた」という話を早く、1例でも持ち出したいと考えているので、この再発防止策の提言についての検討も行ってもらっているわけです。

最後に、調査のエフィシエンシー [efficiency, 効率性] というんですか、やり方の問題があります。簡素化という言葉が誤解を生むかもしれませんが、あまりにもフル出動みたいなのでやっているとなかなか大変で、実際になかなか動かなくて、かつ、せっかく一所懸命やっているんだけれども、その期間が6ヵ月どころではなくて1年もかかるというのだと、何なんだろうということにもなるので、どういう形でこの調査をうまく迅速に行っていくかという、そういうことの検討が、実際問題としてはなかなか難しいけれども重要であるということが、今までの教訓からずっと、私だけじゃないんですが、言われてきたわけです。

そういうことを踏まえて、その全部についてはありませんが、一部こういうワーキング部会で検討を続けていただいているということだと理解しておりますが、私のような大雑把な話ではなくて、全般についてご意見、ご質問、コメントをいただきたいと思います。あと、厚労省あるいは事務局のほうからも、この関連で補足したいことがあれば伺いたいと思いますが、どなたからでもお願いしたいいたします。

厚生労働省〔渡辺〕 「参考資料2」になりましょうか、いま樋口先生からお話がございました「死亡時画像診断の活用に関する検討会」ということで、若干ご説明をさせていただきますしたいと思います。

前回、この運営委員会が開かれたのは6月3日でございますけれども、それから2週間後の6月15日にこの検討会を始めました。趣旨は、そこに書いてありますように、死亡時画像診断の活用する方法等について幅広く検討することと、検討課題は、これまでの現状・科学的知見の整理ですとか、今後の取組方策等々ということでございまして、政務官が主催する検討会とし、その庶務は医政局にて行うということで、検討会のメンバーが裏面にありますように、実際に死亡時画像診断をしていらっしゃる方々、関係学会の方々、それと弁護士の方等々というようなことで、進んできたところでございます。これまでプレゼンテーションを中心に3回ほど行って、今週の金曜日にも行う予定ですが、そういうところで進めていってございます。

このモデルとの連携を十分にとる必要があるという観点から、今日は見えていませんけれども、中央事務局長の原先生がこれのオブザーバーでも参加して、情報を取って来られてございまして、適宜モデル事業に反映させる体制が整っているというようなところでございます。補足をさせていただきました。以上です。

樋口委員 ありがとうございます。他の委員の方から、この問題以外も含めてご意見を伺いたいと思います。

加藤委員 加藤良夫です。いま樋口先生から幾つかの指摘があったこと、かなり幅が広いので、全部についてということではないのですが、モデル事業見直しの方向性の基本のところにあたって、私自身が期待していることは、このモデル事業というものをさらに発展させて、医療安全の文化を我が国に構築したいということとあります。その中心的なキーワードを3つ言いますと、説明責任の問題と、同僚審査、情報開示、この3つのキーワードを基本に、医療の安全文化を構築すると。

モデル事業が始まる動きの遠いところというか直接的には、刑事司法の問題というのはあったけれども、そ

ういう消極的なものではなくて、より積極的な位置づけで、今後の方向というのは力強く進めていくべきだし、地域の拡大ということは当然必要なので、そういう意味でもこの方向性については、法制化ということをも具体的に展望するにはどうしたらいいかということ、一方の視点で考えながらいくべきだろうというのが一つ。

それから、「院内事故調を基本として」というところは、院内事故調のあり方については、今日的には相当バラツキがあります。とくに外部委員を中心にして、ヒアリングをきちんとやりながら大部な報告書をまとめるということになると、相当ヘビーな作業になるということで、私がいささか関わった問題では、名古屋大学の解剖に4ヵ月ほどかかったという事例について、きょうもお出でいただいている矢作（直樹）先生が、事故調の委員長として大変なご尽力をされました。そういう状況を見てみると、あのような事故調というものを——院内事故調ですけれども、すべてのケースについて全国的に展開できるかどうかと思うと、相当大変だろうなということを感じております。しかしながら、どういうところまでを院内事故調でやりきれんのかということについては、財政的な裏付けも含めて相当検討していく必要があり、そのためには幾つかの先進的な取り組みの事故調の報告書なり何なりを分析したり、中心になった人のヒアリングといいますか、事故調の委員長をやった人たちの意見なりを聞いてほしいなという気がします。

あとA iについても、いまのケースについて、解剖は今日来ていただいている藤田保健衛生大の黒田（誠）先生に執刀医で解剖していただきましたが、解剖する前日の夜、A iをしていただいたわけですね。そのときにはざっと見た感じで、印象ではかなり解剖までに時間がかかってしまっているといひましようか、A iの時までに4ヵ月近くかかっているの、印象では液状化しているのではない、変性が相当進んでいるのではないかと考えられたのですけれども、解剖してみますと、これは4度の霊安室といひましようか、保冷庫で保存されていたケースなのですけれども、肺や心臓の所見などはしっかりと取ることができまして、やはり解剖というものが極めて大事な意味を持っているということを感じました。

そんなようなことで、こうした問題を考えるにあたってのアプローチとして、幾つか具体的な事例を踏まえてご検討を進めていただけると、より確かなものになっていくのではないかと、意見を述べさせていただきました。以上です。

樋口委員 ありがとうございます。他にどうぞ。

黒田委員 いま加藤先生にお話をしていただいたわけですが、病理学会担当理事の黒田でございます。モデル事業自身がまだ国民に浸透していないというのが最も大きな問題でございますけれども、死亡時画像診断もとにかく大半の国民は、まず自分たちが普段かかっている医療機関で撮影されるということもほとんど知らない。これを医療の現場に持ち込もうとしているという点ですね。これまた、非常に疲弊している医療の現場にまた新たに疲弊をつくらうとしているわけですが、そこら辺も含めた正しい説明をする必要があると思います。

これについては、厚生科研の研究班で実際にいろんなデータが出ていて、これは2回目の検討会で、プレゼンをされていると思いますけれども、要するに有用性は確かにあるんですが、有用性ばかりを説明しますと、非常に簡単にいいところだけを受け入れようとするんですが、実際の問題はやっぱり限界なのですね。限界がどうであるかということ、きちんと国民に正しく情報を流してご理解いただきたいわけですね。

それがなくて、そういうものをここに持ち込んでいまいやろうとしているわけなので、このなかの情報をどうするか、それから画像診断云々といひましようけれども、結局この診断内容の秘密性をどうやって守っていくのかということ、非常に大事なことでございます。少なくともネット上でいろんなことをやるのは、セキュリティーの点から私は大反対でございますし、じゃC D－Rなんか焼いて、それを郵送して、我々が実際に総合調整医として

いろんなセッティングをしているのに、また待っているのかと。いまのモデル事業は、1泊2日か2泊3日の事業でございますが、これが3泊4日になる可能性が生じることになるわけですから、そういうことを聞いて、とにかくまず国民に正しい情報を流して正しい理解をしていただかないと、「死亡時画像診断ですべてが、ほとんどわかってしまうんだ」という誤解をしている人がたくさんいるわけですから、そこら辺から慎重に始めていただきたい。

とくにこの前の内閣府の調査でも、日本人はだいたい65%が解剖に対する抵抗感がある。これは今までの歴史上、儒教国家においてはしようがないことなわけです。しかし、その現実の上にたって我々がやろうとしていることは、やはり加藤先生がおっしゃったように、医療安全の文化の構築をこれからしようとして言っているわけなので、これはやっぱり最終的に死後画像も用いて、ガイドラインを導入するというふうに当然持っていくべきでありますから、そこら辺の流れについても、厚労省の皆様方もそうですが、メディアの方々も限界を含めた正しい情報を流して国民に理解を求めるようにぜひご協力いただきたいと、この場を借りて申し上げておきたいと思います。

樋口委員 他に、いかがでしょうか。

的場委員 大阪の地域代表をしている的場です。私は法医の立場から、いまのA iということにつきまして少し考えていることを述べたいと思いますけれども、基本的にはいま黒田先生が言われたのと、まったく同じです。現在、法医学会では全解剖といひまして、必ず頭が出るというふうにやっています。我々法医学は臨床と一緒に3人でやるときに、我々としては、臨床とか病理の考え方に合やすというのはいかがなものかと考えています。

我々法医は、だいたい診断がついているのを解剖するわけではなくて、まったくわからないものを解剖するわけですね。そのときに、現在法医学の犯罪捜査でC Tの応用とか、そういうのをやっていますけれども、あくまでもこれはスクリーニングがあって、A iをやるから解剖しなくていいということはまったくありません。解剖するかどうかという一つのスクリーニングとして、A iを導入するということですね。これらの医療事故、とくに最先端の医療事故を解剖せずに進むというのは、逆のほうに行くと思います。それで、それ以上の医療事項といひましようか、医療の本質を追求しないというのは、これは非常に大きな問題だと思います。本来の医療事故調というのは、決定的にそういう医療を検証して、その死因を明らかにするということにその本質があるわけですから、それをA iで代えるというのは逆行すると、私は考えます。以上です。

樋口委員 池田さん、お願いいたします。

池田委員 ちょっとA iから離れますが、3点。院内事故調査で立ち上がらない病院はどうするのかということです。例えば、遺族が医療安全調査機構に訴えたときに、一般開業医はどう対応したのか、これが1点。

それから2点目は、エフィシエンシーを迅速化とおっしゃいましたが、実際、愛知で3事例抱えておりますと、なかなか回りません。私もボランティアじゃないですけど、少なくとも地域代表とか、そういう方は専任化という形でないと、役割がとてできません。進んでいかなというのが現状です。

それから3点目は、きょうの資料で後で説明があるかと思いますが、7月に厚生労働省の医政局総務課長から愛知県の県衛生部にこういう通達が来ていると思ひますが、私たちは地域代表としては一切、県の衛生部と関わったことは、今までモデル事業としてはありません。どうして突然ここに行ったのかというのが疑問ですので、それにお答えいただければと思います。以上です。

樋口委員 これは、どっちから答えていただければいいのですが、山口さん、お願いできますか。

山口委員 これは、広報活動に関わっている話だから。

樋口委員 では、広報活動のところから、まず説明がつながったほうがいいかもしれませんね。

岩壁次長 それでは、先に事務局から広報活動につきまして、お手元の「資料4」により、ご説明したいと思います。「4 広報活動等について」、これはやはり見直しの方向性につきまして、広報活動を強化するという事でございます。山口先生から先ほど、ワーキングのことに對しましてはご説明がありましたが、広報活動も10地域の事務局では、代表を初め調整看護師さん等が、大変力を入れております。皆様のお手元のほうに、北海道から順次記載されておりますが、主だったものだけ私のほうから簡単に説明したいと思います。

まず北海道地域ですが、7月24日に「病理標本交見会において説明」、これは講演だと思いますが、病理の先生方に対しましてモデル事業の説明を行っています。この他、各地域とも共通しているのは、パンフレットの送付であったり、あるいは事案の報告書の送付であったり、それから各厚生局あるいは支援に応じまして、医師会、都道府県の担当部署、病院協会等々、地域によって様々ですが、いろいろ説明にお伺いしております。

そして、宮城、新潟と続きまして、裏面を見ますと茨城、東京、愛知、大阪、兵庫と続いています。兵庫につきましては、7月23日に近畿管内特定機能病院連絡会議で、モデル事業の講演をされております。

それから3ページ目になりますと、岡山地域ですが、8月3日に「郵送」と書いてありますが、「9月11日 講演会案内・参加申込書」ということが書かれています。このなかに資料として番号は振っておりませんが、別添の資料のなかに特別講演会のご案内の資料が2点ほどございます。特別講演会「医療安全推進に向けて」ということで、9月11日に開催されます。こちらは運営委員の先生もご出席、児玉（安司）先生が特別講演にいらしたり、あるいは清水（信義）代表がパネルディスカッションの担当をされたり、いまたくさんの方が、四国・中国地方でしょうかね、大変多く申し込みをされているようです。

そのような広報活動であったり、あるいは福岡のほうですが、7月5日に「モデル事業内容について」、やはり国立病院機構の医療安全拡大委員会、それから同様に7月26日も「モデル事業内容について」説明、そして8月6日には「医療安全相談窓口運営協議会にて、モデル事業の説明」。これは九州の厚生局が主体で、私どもが参加させてもらったという経緯になっております。いろいろとモデル事業、各地域では広報活動を活発に力を入れているところでございます。

そして先般、第1回の運営委員会でも出ましたように、厚生労働省のほうからぜひとも各都道府県、あるいは警察のほうにも働きかけをしていただきたいというような要望が出まして、これはたまたま北海道保健福祉部長だけしか付いておりませんが、全国モデル地域があるところ10カ所の都道府県の担当部長さん宛に、厚生労働省のほうから、広報活動の一環として周知活動を行っております。これは、もちろん私ども厚労省からこの文書を頂戴しまして、即座に10カ所の地域事務局のほうにはメールで流したところでございます。これにつきましては、各地域に応じまして地域代表の先生と、調整看護師さんをご相談して、担当部長のほうへいろんな資料を持ち込んでお伺いしたところもでございます。このなかには、先ほど広報活動のなかで説明をいたしましたが、実はこういうものをきっかけで都道府県のほうにお伺いしたということが含まれております。それが一つです。

それからもう一つにつきましては、8月18日付けで、やはり厚生労働省のほうから警察庁刑事局の刑事企画課長さんと、捜査第一課長さん宛に、やはり協力依頼ということで文書が出されております。これも下に降りまして、この文書は都道府県の県警本部長さん宛に出すのでしょうかね。そんなことになろうかと考えております。

厚労省から、何か補足説明はありますか。……よろしいですか。だいたい以上の通りでございます。

樋口委員 池田さん、まだ全部について答えてないけど、

どうぞ。

池田委員 私の質問の真意は、今まで東海・北陸厚生局の方と、よく理解をしながら、お話し合いをしながらやって来ました。ですから、県の担当の方は非常によくご理解をいただいています。決して東海・北陸厚生局を批判するわけではありませんが、「今度は県の衛生部に話をもっていきますので、私たちがそれを後押ししますから、どうぞ今度またそちらで再構築してください」とおっしゃったので、それは私たちが再構築すべきことなのか、その辺の連携性をお伺いしたいということが一つです。

岩壁次長 私のほうからちょっと補足説明といいますか、よろしいでしょうか。私は4月1日から、中央事務局に勤務していますが、これはやはり厚生労働省と全国の厚生局並びに各学会そしてモデル事業の地域事務局と中央事務局のそれぞれが価値観を共有していないと、この事業はなかなか思うようにいかないかと常日頃、実は感じているところでございます。そういう意味で、「鶏が先か、卵が先か」じゃないんですが、例えば地域になりますと厚生局のほうになると思いますが、厚生局のほうから「モデル事業について地域事務局も、一緒に行動しませんか」というような声掛けがあるところもありますし、あるいは地域事務局から「こういうことをしたいんだけど、ちょっと協力してくれませんか」というところもあるでしょうし、それから行政、とくに県行政や地元の医師会、あるいは病院協会、いろいろ関係機関ですね。実は現実の問題として、地域代表の先生方が一人歩きしても、なかなか難しいところがあります。

やはり、行政の力というのはすごいなと思いますのは、そこで後押しがパッとありますと、あるいは一緒に行っているとかいうことがありますと、もっともこの事業の啓発活動が容易にできやすくなるのかな、と思っております。おそらく池田先生のご質問も、その辺の機微といいますか、その辺のところなんだろうなと思っております。

行政からお話がなかった場合は、私どものほうから積極的にお願いに上がり、あるいはお話があったものについては、快く一緒に行動を共にしたいと考えております。以上です。

池田委員 岩壁さん、ありがとうございました。

樋口委員 山口さん、何か。

山口委員 池田先生のお話にありました、例えば開業医のところできった事例についてどうするかという問題です。実際に院内という格好での事故調査委員会は難しいですので、いちばん可能性があるのは、やはり地域の医師会にお願いをして、そういう調査委員会をつくってもらえないかという話があります。これについては医師会の先生にどこかで伺ったと思いますが、「積極的に事故調査をやる委員会が地区の医師会にサッとできるという体制は、いまのところは残念ながらない」というお話をもらいました。ただ実際にどう考えても、事故調査ができるとすれば医師会にお願いする外ないのでは。このモデル事業からも誰か外部委員を推薦し、そして地域の医師会に加わっていただいて、これしか解決の方法はちょっとないのかなとは思っておりますけれども。具体的な話としては、まだ何も動いているところまでは行っておりません。

それから評価委員会の専任者という話も、このモデル事業で専任の人を一人、医師を雇うことができるかというところ、ちょっと難しい。より固定したメンバーという考えで、大きな病院の、医療安全に関わられているドクターにもっと積極的に関わっていただいて、報告書をまとめる中心なメンバーになっていただく、というよう方向性が現実的な話かと思います。医療安全に関心の高い先生方に参加いただき、そういう人を固定のメンバーとする、そこに学会から推薦された先生方に加わっていただくという格好がよろしいのかな。各地域で検討していただくかと思っているんですが、その地域で積極的にやられているのは誰かというところ、地域、地域で温度差がござ

います。大学の医療安全担当者で積極的な先生がいらっしゃる場所もあれば、なかなかそうやってない場所もありますので、一律には難しいかなと思っております。

池田委員 一言だけ。そう言われますと、統一化という言葉はどのようなのでしょうか。

山口委員 なかなか均一に「こうでなきゃいけない」ということは、「いないものはいない」という話で終わってしまいますので、できる限り固定したメンバーを集める方向で検討していただく。そういう意味で先ほどの広域化というか、例えばいま愛知でやる場合も、愛知県内だけでという話ではなくて、例えば岐阜県で、例えば三重県で積極的な人がいれば、その先生にも参加してもらおうという形も含めていけばいいのではないかと感じています。広い範囲で考えないと、現実的には難しい問題だと思っています。また医師会のほうでもぜひ参加を検討いただければ。

高杉委員 すみません、他の会議があったので遅れて申しわけありません。モデル事業の段階でというところ、このケースが出た場合でございましょうけれども、医師会としてはある程度、見える形でやらなければいけないし、もしこういう不幸なケースが起こった場合には、地域医師会がバックアップした、いわゆる調査委員会を立ち上げなければいけないと思っていますし、そのような啓蒙も始めていくつもりでございます。したがって、モデル事業段階で出たケースで考えるしかないんでしょうけれども、その時はそれに対応できるような体制をつくりたいと思っています。

樋口委員 ありがとうございます。

野口委員 先ほどのA iの話ですが、生きている人の放射線診断を、複数の放射線診断医が違う診断をして手術をしたら、両方とも違っていたということが、しばしばあるわけです（笑）。A iに代わるのが妥当だとは私も思いませんが、もし今後A iをスクリーニングとして入れていくならば、それはやったらいい。財政的基盤と人があるならばやればいいし、この事業が進んでいけば、それなりに経験が積まれて、百パーセント当たらないかもしれないけれども、ある程度は予測がつくような診断医を育てることはできるかもしれないと思います。

あと、突然入れるなんて、とても考えられないと思います。そういう意味で入れていくのだったら、私は賛成だと思います。その意味では、原先生がこちらからA iの委員会に出席されているとお聞きしましたが、ぜひA iの委員会からこちらのほうに出席していただいて、見えないところでの言い合いにならないようにすべきではないかと思っています。それぐらいならできるんじゃないですか、ここに来ていただくということは。

樋口委員 清水さん、いまの関連ですよね。

清水委員 はい、私も同じようなことです。

樋口委員 では、清水さん、どうぞ。

清水委員 最近あった事例ですが、2週間ぐらい前で、亡くなられて画像を撮ったので、これをモデル事業に入れてくれないかということで、ここの本部とも相談しました。その時点で、遺族が解剖を希望してないということで、これは無理であろうということでここの本部と相談しましたら、A iの結果、極力解剖を勧めてくれと。でも私の感覚では、一般的にどうもA iが既に解剖に代わると認識して申し込んでおられるのですね。「そうではありません。解剖は必ずやらないと、評価委員会のなかで議論できないんです」と。法医の先生、病理の先生いらっしゃるなかで放射線科の医者がいないなかで、A iのことで評価委員会にかけられませんね、既に。ですから申し込みというのは、あまりにもA iが社会的にどんどん行ってしまっただけで、A iでモデル事業も解決するものだという申し込みだったんですね。ですからお断りしたという事例がありますので、適切な情報を

流していただきたいということです。

もう一つ、先ほど紹介していただきましたけれども、「医療安全推進に向けて」という講演会を、児玉先生にも来ていただいてお願いしていただきますが、そのなかで「診療所における医事紛争とその解決」ということで、医師会の担当理事にお話ししてもらいますが、やはり大きな事例が起きたら、すぐ医賠責に入ってしまうんですね、医師会の事例は。なかなか、こういうモデル事業的なところに入れようということよりも、個々の診療所で起こっていますので大きな対応ができないというので、医賠責のほうで何とかならないかという対応をされております。こういうところが何とかならないかというのが、診療所の先生方から持ち上がって、事例の解決の仕方であってちょっとアイデアが出ないかということで、こういう演題を入れさせていただきました。

樋口委員 ありがとうございます。厚生省、お願いします。

厚生労働省（渡辺） 死亡時画像診断の件で、5点ほど補足をさせていただきます。

1点目が、最初にお話がありました放射線科の今井先生が、今日ちょっとご都合で出席が叶ってないのですが、A i検討会のほうの副座長さんになっていらっしゃいますので、また次の機会には今井先生からもお話を聞けるかと思えます。

あと4点ですけれども、私なりの理解でA i検討会のこれまでの議論の紹介になるのですが、A iについては、死因究明に関して某かの寄与はするだろうということが1点目です。2点目といたしましては、ただ解剖にとって代わるものではないというか、解剖と比べることで自体おかしくて、検視プラスαの情報が出る、もしかしたら解剖よりいい情報が出る時もあるということで、検視・A i・解剖みたいな、そんなイメージで並べて、「どう活用するんだ」というところに来ているのではないかと思います。

3点目ですけれども、これは私もちょっとうまく言い切れないのですが、法医学解剖、行政解剖等々する事例が、世の中に幾つあるんだと。かなりあるかもしれない。それを全部いまの解剖で、解剖しきれてない状態であるならば、どういうふうにA iの活用を考えるのかと。まだ結論は出ていません。そういう課題が出されているところで、そこをみんなで考えようということ。

それと4点目は、現場の話もちょっと出ましたけれども、現場では本当にこのことを進めようとなると、誰もプラスαの業務となるということで、みんな大変なだけども、でも活用があり得るのであれば、具体的にどういうふうに活用していこう、考えていこうというような議論の前提にはなっております。でも、まだ結論が出ていないというところで、引き続きモデル事業との関連を含めて、幅広いご議論をいただければと思っております。

樋口委員 ありがとうございます。どうぞ、舟山さん。

舟山委員 東北大学の舟山です。我々のところは、大学でA iをいわゆるセンター化して、A iを撮り始めています。診断の内容そのものは、黒田先生を初めいろんな先生方がおっしゃっていますので、そのことはよろしいかと思えます。我々のところは、いわゆる代用という用語があるので、教育用のCTをそれに代用していますので、患者さん専用ではありません。そういうメリットはあります。

ただ、もう1点だけ気になるのは、業務機関と一緒にいたしましたけれども、ちょっと領空侵犯的なところを私の立場から言わせていただきますと、放射線診断というのは医師だけではなくて、当然、技師さんの力が非常に大きいわけですね。ただ、残念ながら技師さん自体は、実際は読影がおできになるにもかかわらず、やはり医療的な立場としてはなかなか難しい。そうすると、技師さんとお医者さん、放射線医が一緒になる時間というのは、非常に限られています。専属の先生方がいらっしゃる方がいいですけれども、非常にお互い業務があって、

そうすると夜間をどうするのかと。ですからA i 自体は、読影のやり方よりも、スタッフをどの程度確保し、そして放射線技師の立場の方々をどうやって診断まで引き上げていくか。これは、今回のこととはちょっと違うかもしれませんが、そういった問題も厚労省の方々が併せて考えていただきたいと考えました。

樋口委員 他にいかがでしょうか。

高本委員。最近、新聞で大きく報道されました女子医大の事件ですね。院内調査委員会がまったく嘘であったと。心臓外科の医師ですが、ポンプを100回転以上回して、100回転以上回したことが原因となって患者が死んだと。これは嘘であるという結論が、法的にも出ました。このように、院内調査委員会というのは専門家もいない、3人でやりましたから院内だけでやっている、こういうふうな可能性があるということですから、どうしてもこれには客観性を持たす必要があります。外部調査委員を必ず入れなければいけない。あるいはそれでも不十分な場合は、このモデル事業としては、もっと揉めるような旧来の形の調査委員会も考えておかんといかんだろうと思います。

外部委員に関しましては、これは19学会が最初にこれを一緒にやろうと言ったのですが、各学会がこれを責任をもってやらなければいけないというわけです。現在、各地域について5名ずつ候補になる人を挙げていますが、これでは足りないわけです。私は、東京地区の総合調整医もやっていますけれども、密度は関係なしで別のルートで探さないと、調査委員なんかとても足りません。

外科学会が私が担当のとき、それからいまもそうですが、外科学会の評議員は全部で300人ぐらいいます。この300人は評議員としての義務である評議委員会に出るとか、そういう義務と同時に、医療安全調査も義務としてやらなくてはならないということにしました。私は、心臓血管外科学会もそうしました。日本の19学会、高久先生もおられますが、高久先生の下で医学会すべて、こういう形にもっていかなければいけないだろうと思います。山口先生と私は、循環器学会のほうと一緒にいるわけですが、循環器学会は院内調査委員会の外部委員には推薦しないことになったわけです。しかし、この次は私が理事会で、これを直すように言いますけれども、学会としても十分対応できてないわけです。ですから、これは高久先生会のほうから各学会のすべてに、「これに対応しろ。評議員は外部委員に依頼された場合、必ずやらなくてはならない」ということを医学会全部で詰めて、その体制をつくるようにしなければいけないと思います。

そういう形で、院内調査委員会にとにかく客観性を持たせる。最低2人は入るでしょうけれども、簡単なものならそれでいいんですが、もっと複雑なものにはもっと多くの外部委員が必要でしょうし、あるいはもっと複雑でしたら、旧来のようないろんなところから呼んで、完全に外に独立したような調査委員会をやらなくちゃならないということも、頭に入れておかないといかんのじゃないかなと。すべて院内調査委員会ではいかんだろうという感じは、私はします。

樋口委員 ありがとうございます。

鈴木委員 私は弁護士の鈴木ですが、これまでの5年間で見ますと、数的には申し込み事案の相談事案を足しても、あまりにも少ないですね。それで、医療事故関連死がどのくらいあるのかということは、いろんな数字があまり根拠はないと思いますが出ています。それに比べて、桁が違うくらい少ないですね。

それで、なぜ申し込みをしないのかということだと思うんですが、今まで申し込みをしていただいたところへのアンケート調査とかをやったと思うんですが、けれども、例えば10地域で、何故申し込みをしないのかということについてのアンケート調査を、一定規模以上の病院で医療安全管理室のあるところに、何故申し込みをしないのか。これは広報活動とも関わりますけれども、先ほどの広報活動のご説明ですと、大きく分けると「調査事業へのご協力をお願い」という広報と、それから申

し込みのお願い。この申し込みのお願いというほうが、医師・医療関係団体の会長さんにはご説明するけれども、本当はそこから先に進むかどうかというところが重要なわけですね。

例えば、医療評価機能機構で収集事業をやって、大規模病院で何年もの間、1件も報告してないというところが2桁あるというわけですね。つまり、「他のところなら手を突っ込んで調査をしてもいいけど、自分の懐には手を突っ込まないでくれ」というところが、まだまだあるのだと思うます。これは、かつての全国的頻度に関する調査でも、プロジェクトチームがやったときに、ランダム抽出でもって事故調査の依頼をお願いしたらば、大規模病院で複数、「うちのところはやめてくれ」というところが出てきて、調査プロジェクトの人たちは、運営委員会ですごく怒っていました。つまり、日本の医療事故調査は、「他でやるならいいけど、うちは勘弁してくれ」ということですね。

もしこういうのがあるとすれば、その原因はどこにあるか。想像ですけども、異状死届出義務違反との関係、あるいは異状死届出につなげていくのではないかなという躊躇があるということも、あり得ると思うんですね。そこの壁を乗り越えていかないとだめなので、一つは有り体に申し込みしにくいという事情を、無記名でいいと思いますけれども、アンケート調査で把握してそれを乗り越えていくとか、想定できるものとしては、異状死届出義務との関連性があるとすれば、やはり従来からの意見交換ではなくて、もう少し強い形で警察庁や検察庁に申し入れをして、むしろ異状死届出義務・医師法21条が壁になってこの調査事業が進まないのであれば、そのところをきちんと、立法府・国会も含めて乗り越えていくということを考えないと、増えないのではないかな。

私はよくわかりませんが、この事業に関わっておられる方々の施設は、どうなっているんですか。ちゃんと申し込みはしているのでしょうか。そこを含めて、もうちょっと申し込みをできない事情を乗り越える努力を、それを力づくで乗り越えることはできませんので、制度改善で乗り越えていくしかないわけなので、その制度の問題をきちんと洗っていかないと、「エリアのなかから来ないから、もう少しエリアを広げよう」と言っちゃって、同じ体質であれば、エリアを広げたらってどのみち大して来るはずはないだろうと思うんですね。来過ぎちゃって調査体制が間に合わないというのだったら、これはもう嬉しい悲鳴なので、調査への協力を強力にやっていくということですね。調査のご協力は、相手の顔をみてやらないとだめですけども、申し込みを啓発していく広報のほうは、相手の顔の見えないところで大きな声を放つてみたところで、そこは多分、全然実績にはつなげていかないのだろうと思います。その辺、ぜひご検討いただきたいと思います。

樋口委員 他に、いかがでしょうか。

児玉委員 こういう形で一般社団法人になりまして、前のモデル事業を仮に「旧モデル事業」と呼び、いま取り組もうとしているものを「新モデル事業」と呼ぶと。どこをどんなふうに変えようかというコンセンサス自体がとても難しいことは、先生方のお話を聞いていて重々わかるのですが、私自身はこの間、モデル事業のこの5年間の大変だった歩みと、これから時間はそれほど残されていないように思っています。モデル事業の形であと2年ぐらいなんだろうと思っているのですが、いろんなご意見があらうと思いますが、私個人としてどんなことを思っているかということを、ちょっと端的に申しあげます。

私自身は旧モデル事業の時代に、いつも会議に出てくるときに念頭にございましたのは、医師法21条で年間200例の届出が行われているということが、一度も念頭を去ったことはありませんでした。また、私は現場におりますので、もちろん私が関与している医療機関から、このモデル事業にずいぶん届出をさせていただくなかで、医師法21条との関連で様々なコンフリクトが起こって、様々な善意のある、良識のある人たちが傷ついた事例も実際に体験をしているわけでありまして、旧モデル事業の時代に、私自身、警察の取り調

べをされている医療従事者の悲痛な思いというのが念頭を去ることがありませんでしたので、医師法 21 条、年間 200 例の届出ということ念頭に置いて 5 年間、ある意味で医師法 21 条という制度に代わり得る、医療界に自律的な組織をつくりたい。その組織が生まれるためには、医療界のなかのいわば最大公約数——皆さんが合意できる最大公約数が見つからなければ仕組みができないということで、5 年間いろいろな形で知恵を絞って、私なりに現場で苦勞をしてきたつもりでいるわけです。

新モデル事業に変わりまして、お時間で退場されました高久先生を含め、まさにオールジャパンの体制で様々な先生方にご関与いただいているなかで、私は気持ちのなかで、次の 2 年間は医師法 21 条とか、あるいは組織をどう作るか、あるいは中央か地方か、院内か院外か、第三者か、どういふものが適格な院内調査委員会かという、結局 5 年かけても得られなかった最大公約数の論点を蒸し返して、次の 2 年間で過ごすのは、あまり意味のあることのように思えない。5 年やってみて、そこには最大公約数がないということだけは、我々に十分わかったはずだ。むしろ、いろいろな地域でモデル事業も含めて、あるいは大学病院一つひとつのなかでも、あるいは医師会一つひとつのなかでも、病院団体のなかでも、学会のなかでも共通して言えるのは、医療が公正であろうとする取組は、10 年前と比較にならないほど強くなっているということです。

その、様々な有り様をもう一度、オールジャパンでとらえ直して、明瞭な組織の像を結ばなかったとしても、むしろ最小公倍数の、お互いに否定しあわない運動づくり、裾野の広い運動づくりということをもし心掛けないとするならば、次の 2 年は過去の 5 年と同じような意見対立で終わっていくというのが、とりわけ今回お集まりいただいている先生方の地域でも、また学会でも、大変大きな力を持ち、影響力を持たれる先生方にお集まりいただいているだけに、5 年やってだめだった同じことを 2 年間やるというのは、あまりいい作戦でないような気がしてならないわけです。

例えば先ほど来の A i について、私も A i の画像を見る機会もあり、私なりの個人的な思いもあるわけですが、ぜひとも厚生労働省にお願いしたいことは、この A i という論点が、またあの過去の 5 年と同じように対立線としてとらえられるというようなことを、できる限り避けていただきたい。A i をサポートすると同じように、あるいはそれ以上に、いま深刻な解剖体制のサポート不足ということが指摘をされていて、そのことへのご懸念だろうと思うわけですから、「A i か解剖か」というような論点ではなく、やっぱり最小公倍数で運動を広げていくのであれば、厚生労働省の役割というのは、対立点をでき得る限り対立の形にしないということで、できる限りご配慮いただいて、次の 2 年をまた、個々の繰り返される論点の議論で終わりたいという思いを持って臨みたいと思っております。漠然としたことで、恐縮ですが。

樋口委員 ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。現場では、調整看護師の方が非常に活躍されていますが、看護協会からの福井さん、何か一言ありますか。

福井委員 遅刻して参りまして、申しわけありません。この 7 月に就任いたしました福井と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

調整看護師の働きが、この活動に大変重要であるということをご今日伺いまして、切に感じたところです。協会といたしましては、調整看護師と密に連携をとりまして、今後活動を推進していくことが現在できることかなと考えております。以上でございます。

樋口委員 ありがとうございます。その他、いかがでしょうか。

後委員 医療機能評価機構から参りました後でございます。私は、再発防止策の提言の点で、一言だけ申しあげたいと思います。

これまでのモデル事業の報告書が数十あることは、私

も存じ上げております。しかし、そこに書かれている再発防止策が、さらにそれがまた結晶となって、全国の人が「ああ、あれだな」と思うような成果物が出ているという状況ではないというのは、最近私もよくわかってきたところでございます。

私どもの事業も決して十分ではなくて、不十分なものばかりですけれども、いろいろお役に立てるところもあらうかと思いますが、この残された 2 年弱の間には、もしかしたら死亡事例のなかでは疎かになっていたというような、そんなにすごいことではなくてもいいですから、何か再発防止策の提言の一つひとつが少しずつ出ていって、みんなに知られるところとなり、その媒体を通じて今後、いろんなメッセージを医療者や国民に伝えることができるように、少しずつ小さな歩みを始めないといけないのだろうとは思っているところです。以上です。

樋口委員 ありがとうございます。

それでは、だんだん時間も迫ってきましたので、これまでの主な受付事例が 8 例出ておりますので、そのほうに移ってよろしいですか。非公開ということなので、傍聴の方には申しわけないですが退席をお願いすることになります。よろしく願いいたします。

(記録終了)