

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3回 運営委員会

開催日時 平成22年12月7日(火)

10:40 ~ 12:00

開催場所 日本外科学会8階会議室

水谷総務部長 定刻になりましたので、これから日本医療安全調査機構の「第3回運営委員会」を開催させていただきます。皆様、お忙しいなかお見えいただきまして、本当にありがとうございます。

会議に先立ちまして、お手元の配付資料の確認をさせていただきます。まず、議事次第でございます。そして運営委員会の名簿、前回の議事録、資料2「モデル事業の現況」、資料3「ワーキング部会の審議結果の報告」、参考資料といたしまして、厚生労働省「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」の進捗状況等と、「モデル事業見直しの方向性」というのが資料でございます。

以上ですが、資料に不足のある方、いらっしゃいますでしょうか。

引き続きまして、本日の運営委員会から初めてご出席される委員のご紹介をさせていただきます。日本医学放射線学会理事の今井先生、お願いいたします。

今井理事 東海大学の今井(裕)と申します。よろしくお願い申し上げます。

水谷総務部長 では、ここで会議の座長を樋口先生にお願いしますと思います。よろしくお願い申し上げます。

樋口座長 おはようございます。第3回の運営委員会を早速始めたいと思います。従前ですと2時間の時間をいただいていたのですが、今日はいろんな事情で1時間半ということでもありますので、円滑な議事進行に協力していただけるとありがたいと思います。

議事次第を見ていただくと、「1 報告」と「2 議題」が並んでいますが、従前の例と同じく「2- (2) これまでの主な受付事例・相談事例等について」のところからは非公開という形でやらさせていただきますので、ご了解をお願いしたいと思います。傍聴の方にも、よろしくご了解をお願いしたいと思います。

今日は、議題の中心が「(1) 『モデル事業見直しの方向性』にかかわる具体的推進について」というところですが、とりわけいちばん最初の3点、院内調査委員会との関係、再発防止策の提言の道筋、それから人材育成研修のところを中心にして議論をいただければと思って

おります。とりあえず早速「1 報告」から入っていかうと思いますが、その前に、まず前回の議事録の確認ということで、岩壁さん、お願いいたします。

岩壁次長 皆様のお手元の、「資料1」の議事録のご確認をお願いいたします。何かございましたら、議事録についてご意見を事務局までよろしくお願ひしたいと思っております。以上です。

樋口座長 ありがとうございます。では早速、報告事項に入って、「1- (1) モデル事業の現況について」ということですが、これも事務局の岩壁さんから説明をお願いしたいと思います。

岩壁次長 「資料2-1 モデル事業の現況」でございます。「1) 受付事例及び相談事例の状況」は、12月3日現在で受け付けました事例が、23事例あります。通算しまして128事例となっております。それから、「2) 死後画像実施状況」は、試行的に実施しました。北海道と愛知でございます。ちなみに北海道は10月、愛知のほうは6月でございます。両方ともA iの撮影と解剖をそれぞれ実施しております。2件でございます。「3) 相談事例」は11月30日現在、通算しまして224事例となっております。裏面に、簡単に分析をしたものがございます。性別、年代、警察への届出、そして医療機関の病床規模、事例の概要となっておりますので、後でご覧になっていただければと思います。

そして、「資料2-2」でございますが、前回の運営委員会で高杉委員のほうから、医師会としましてもご協力をしたいということがございました。早速ご相談申しあげまして、日本医師会会長から各10地域の地域会長宛に、このような協力の文書が出されております。真ん中のちょっと下になりますが、「つきましては、貴会管下の小規模医療施設において、モデル事業に該当する事例が発生し、院内調査委員会の設置、運営や報告書の作成等の必要が生じた場合には、医師会として適切な支援が可能な体制を構築」ということになっております。それから下から3行目ですが、「本会としてもモデル事業の運営には積極的にに関わり、また、医師会全体としても可能な限りの助力を行いたい」と、このようになっております。今後ともよろしくお願ひしたいと存じます。

そして、「資料2-3」の各10地域それぞれの広報の実施報告になっております。前回でもご説明しましたので割愛させていただきますが、今回は「見直しの方向性」のなかで、連絡協議会の設置ということが強調されております。とくに北海道地域は、10月13日に全国で初の連絡協議会が開催されました。地元の医師会を始め、病

院協会、加えて行政、警察、大病院の院長、関係者が集合しまして、情報の共有、あるいは今後の広報の施策の展開、そしてその地域における問題点の解決などを、主要テーマに協議したところでございます。

引き続きまして、茨城地域でも11月8日に連絡協議会が設置されました。これも、北海道と同様のことが協議されたわけでございます。そして最後に、中央事務局としまして全国を視野に入れながら、11月20日に講演会をしまして、講師を派遣しております。さらに11月16日には、第5回の医療質・安全学会の学術集会におきまして、リーフレット、パンフレットを約500部ですが、参加者の方々に配付したところでございます。以上でございます。

樋口座長 ありがとうございます。いま、岩壁さんからのお話にもありましたけれども、医師会との協力関係という観点がありますので、きょうご出席になっております高杉（敬久）先生から、一言お願いしたいと思っております。

高杉理事 高杉でございます。どういふケースが生じるのか見当もつかないので、もし診療所、あるいは小病院レベルになるととても対応できないだろうということで、県医師会を通じてその地区医師会に、そしてその地区の委員の先生方、あるいは大学と連携をとった応援体制を組みたい。細かいことまでは突っ込んでおりませんが、そのときには、こちらの機構の事務局、モデル事業の事務局と相談しながら、臨機応変に対応したいと思っております。

樋口座長 さっきお話があったように、北海道と茨城等でも連絡協議会というので、どこでもいいわけですが、とにかくモデル事業が重要な要素を占めて、行政であれ、警察であれ、医師会であれ、いろんな方のネットワークをつくっていくというご努力を積み重ねておられると思います。そして東京地域の体制整備が進んでいると伺っていますが、その状況は如何でしょうか。

岩壁次長 皆さんにご報告したいと思います。東京地域は事例が大変増えておまして、とくに地域代表は大切な役割がございます。事例の受付決定をされるのが地域代表でございます。今までは、矢作先生が1人だったのですが、なかなか大変だということで、事例の受付の決定を円滑に進めるために、国土（典宏）先生にも地域代表にご就任をお願いしまして、2人体制にいたします。以上です。

樋口座長 国土先生、何か一言。

国土委員 とくにございませんが、かなりコンスタントに症例が来ますので、対応を頑張りたいと思います。よろしくお願いたします。

樋口座長 ここまでの説明についてご質問を受けたいと思います。現在の状況についていろんな報告がありましたが、どなたからでも。

前回の運営委員会は9月7日に開かれて、今日でちょうど3ヵ月たったところですが、9月のときの「現在の状況」という報告では、新しく体制が組まれてから8例を受け付けたということになっていたと思います。さっきのご報告では23例ということなので、この3ヵ月で15例ということかと理解していますが、それについて岩壁さんのほうで、何かコメントがあれば。広報とかいろんなところを訪ねられて、そういうことも背景にあるのかもしれないませんが、何かご説明を補足していただけますか。

岩壁次長 常々考えていることですが、平成17年から本年3月まで日本内科学会が事業主体で、このモデル事業を運営していったわけですが、肅々と、また着実な取り組みがそういうものにつながっており、内科学会がされた5年間というのは、すごく大きなものがあるんだなと感じております。それが、まず第1点です。

第2点目につきましては、とくに厚生労働省のほうは7月から8月にかけて、警察庁と10地域の都道府県の行政のほうに、協力要請の働きかけをしております。そういった種まきをし、芽が出て、それがこのようなことにつながっているということも言えようかと思えます。

そして3点目としましては、先ほど広報活動でも触れましたように、全国10地域の地域代表と調整看護師が中心になって、積極的に説明会や広報をいろんな場所でされております。さらに、先ほど申しましたように連絡協議会の開催など、その3つが相乗効果として、事例の伸びにつながっているのかなと私どもは分析しております。以上です。

樋口座長 ありがとうございます。他に、どうぞ。

長崎委員 1つ医師会の方にお伺いしたいのですが、ご承知かと思われませんが、兵庫県医師会はこのモデル事業には反対して、協力しないとっております。他の地域で、協力しないという地域はあまり承知しておりませんが、そういった府県の医師会に対しては、何か方法はあるのでしょうか。

高杉委員 兵庫県医師会は、協力しない？ もし出た場合には、お願いするしかないと思います。日本医師会としては、協力するという事です。

樋口座長 ありがとうございます。里見さん、どうぞ。

里見委員 既にA iの応用が始まっているようですが、費用に関してはこのモデル事業から出ていると考えてよろしいのですか。

岩壁次長 はい。

里見委員 いずれにせよ、モデル事業で支払いをして、A iの活用はこれから何例ぐらいをやっていただける予定なのですか。全部やるのですか。

岩壁次長 ワーキング部会の結果につきまして、これからの議題で説明することといたします。

樋口座長 そうですね。これは後でちょっと、少し猶予をいただけますか。

里見委員 わかりました。それから、先ほどの医師会の件というのは、非常にいい方向だと思います。

樋口座長 他にいかがでしょうか。それでは、「2 議題」に進ませていただきます。「(1)『モデル事業見直しの方向性』にかかる具体的推進について」というところの第1点、まず「院内調査委員会を基本とした評価」について。ご存じかもしれませんが、この間ずっとワーキング部会というところで、いろんな議論を積み重ねて来ていただいていますので、それを基にして今日ここでまた議論いただきたいということでもあります。

それから、院内調査委員会については、ご存じのように厚生労働省等で大綱案をまとめ、モデル事業もその線でやってきたのですが、モデル事業としては別に、第三者機関だけつくって院内調査委員会をないがしろにするというか、「そんなもの、全然なくていいよ」という話は初めからなくて、山内（春夫）先生なども常に不断に強調しておられましたけれども、「まず院内調査委員会がしっかりすることが必要だが、それを補完するものとして第三者機関も必要だ」と。そういうスタンスだったのですが、ご存じのように民主党案その他では、「院内調査委員会をもっと主軸に据えたい」という案が一時、それが今まだ続いているのかどうかすらよくわからないのですが、そういう話があって、この院内調査委員会と全体的な第三者機関との関係をどうするかとい

うのは、ずっと宿題のままになっておりましたので、それについてワーキング部会で、一歩か二歩か進めたような提案をしていただけると伺っておりますので、その説明をお伺いしたいと思います。これは、原さんのほうからお願いいたします。

原事務局長 中央事務局長の原です。いま、「資料3」の(1)に、「院内調査委員会を基本とした評価について（資料3-1）」と書いてありますので、先に「資料3-1」を見ていただきたいと思います。

いま、死因の調査の類型ということで、ここに大きく分けて「I. 院外（モデル事業）調査委員会モデル（現行）」と。現在行っている院内調査委員会はきちんとやっていたかしながら、院外で、モデル事業のほうで同じように評価委員会を開いてやっているというのが、Iです。IIは、いま話題になりました院内調査委員会をレビューするようなモデルと。IIIには、非解剖調査モデルというのが書いてありますが、今回はこれは話題にいたしませんので、大きく類型化するとそうなるということが書いてあります。

II番に戻りまして、「(1) 事例発生時（院内調査開始時）」と書いてあります。そこに「① 一定の基準を満たす大規模病院」「② 一定の基準を満たす中規模病院」ということで、この大規模とか中規模というのはベット数ではなくて、概念的な言葉の使い方だと思っていただいてよろしいかと思うのですが、まず①のほうは、過去に外部参加型の評価委員会を組織した、そういうことで評価分析を行った実績があるということ。それからもう1つ、医療安全管理体制が十分であると評価される、そういう医療機関を想定しています。そういう場合には、モデル事業で院内調査委員会を作成した報告書をレビューするというのでいいのではないかと。これが、①のパターンです。

次の②は、それよりも若干、院内の体制がそこまでは十分ではないということで、一応整備はされていますが、中立性や透明性を確保するのに多少困難があるかと想像されるような病院ということ。最終的には、やはり院内調査委員会が作成した報告書をレビューするわけですが、中立性がどうかということが少し心配だということで、例えばモデル事業のほうからどなたか学会にお願いして、外部委員として院内調査委員会に入っていただくというようなことを想定しております。そういうことで、一応院内の調査委員会で調査をされて報告書をつくられた、それをこのモデル事業のほうでレビューをしていくという形を、ぜひ来年4月からは取り入れられるようにと、いま考えているところです。

これが、まだ具体的な運用案ということになっていな

いのは、まだ①の大規模病院は、本当にどういう条件を満たせばこれに入れるかとか、その辺のもう少し細かい詰めが残っているというところで、まだ運用案にはなっておりませんが、方向性としては現在、一応こういう2つのパターンを考えながら、院内事故調査委員会がつくった報告書をレビューするという形を取り入れていきたいということでございます。以上です。

樋口座長 以上のご説明ですが、これらの点についてご意見、コメント、質問を伺いたいと思います。

黒田委員 日本病理学会の黒田でございます。確認ですが、いま原先生がおっしゃった受け付けというのは、来年4月以降に発生した事例について行うのか、現在既に院内事故調が進んでいて、そこで結論が出ない症例を受け付けるのか、どちらでしょうか。

原事務局長 基本的には、来年4月以降のことを考えておりますが、試行的に始まった症例もあることはあります。

樋口座長 他にいかがですか。

高本委員 この大規模病院というのは、多分この文面では、院内だけで独立して調査委員会ができるという感じですが、私はどんな大規模病院でも外部委員は必ず必要だろうと。第三者的な観点を保障するために、そういうことが必ず必要だろうと。どうしても1人はなかなか難しいですから、やっぱり大規模病院であっても複数が必要だろうし、中規模病院でしたら3人とか4人とか、規模に応じて適宜、外部委員を必ず入れるようにしたほうがいいのではないかと思います。完全に独立させてレビュー後というよりは、最初から入れたほうがいいと思います。

原事務局長 ①の「過去に外部参加型の評価委員会を組織して」というのは、今回の事例の場合も、外部の委員をきちんと入れていただいた院内調査委員会を組織していただくということで、全事例にモデルのほうから外部委員を送り込むような形にするかどうかは、まだちょっと。事例、事例で違うのかなと思いつつながら、まだもう少し詰めができていないところです。

清水委員 大規模病院は、おそらく特定機能病院のようなところを考えていらっしゃると思うのですが、そういうところは既に2人ぐらいは外部委員が入っていますね。ですからこれだったら、それをそのまま進めるとい

う形になってしまうのではないのでしょうか。第三者機関であるモデル事業はまったく関与せずに、出てきた最後の想定されたペーパーを見るだけのレビューになるわけですね。やっぱり第三者機関というのが少し関わらないと、社会的にどうかと思うのですけれど。

原事務局長 ただいまご指摘の通りで、そこも私たちの運営委員会に出す前のワーキング部会でいちばん大きく問題になったところなんです。どのレベルから関与していくかということについて、ぜひここでいろんなご意見をお聞かせ願いたいと思います

樋口座長 いかがでしょうか。

居石委員 よろしゅうございましょうか。(1)の①、②は、剖検についてはもちろん派遣型の剖検ということも含まれていると思いますが、院内で行われた剖検、いや、それにはこだわらないと理解をよろしゅうございましょうか。

原事務局長 そうですね、剖検に関しては、

居石委員 モデル事業が必ずしもということであれば、と理解してよろしいということですね。

原事務局長 はい。

居石委員 それからもう1点、院内調査実施後、これもまた必要性はよくわかるのですが、ご遺族が納得しない事例というのは、あまりにも漠然としておましてね。

原事務局長 (2)ですね。

居石委員 そうです。

原事務局長 それは非常に問題がありそうですので、現在は施行する予定はございませんので、今回は議論の対象にはしないことにしたいと思うんですが。

居石委員 かしこまりました、考えさせていただくほうが。我々の地域としてはちょっと難物になる可能性がありますので、十分に配慮いただいて、踏み切っていただきたいと思います。

原事務局長 大きな凶に巻き込まれることがあるかと思っておりますので、ちょっと今すぐは難しいかなと思っております。

樋口座長 他にいかがでしょうか。

黒田委員 何度もしつこいように確認しますがけれども、要するに院内事故調査委員会をやって、医療機関との話のなかで、話がまとまらない症例だけを持ってくるということですね。

樋口座長 いやいや、そういう話はないと思います。

原事務局長 それは、どちらかというと調査実施後という(2)になるわけですね。いまは最初に事例が発生した時点で、我々としてはレビュータイプで行こうというふうに決めるということですので。

黒田委員 同時並行してやるということですか。

原事務局長 そうです。ですから先ほどお話がありましたように、そのどの段階から私たちのモデル事業が、例えば外部委員にモデル事業からどなたかが入ってもらうようにするのか、本当に最終的に出てきた報告書だけをモデル事業がレビューするのか、そこはなかなか難しいなと思っているところです。

黒田委員 医療機関の長の方は、最初から同時並行して院内事故調もつくって、モデル事業に持ち込みをされるという理解でよろしいですか。

原事務局長 そういうことです。

長崎委員 これまでにも多数の評価結果報告書が出ていると思いますけれども、そのなかには大学病院の事例も多いと思います。そういった大学病院で、必ずしも大学病院の評価機関の報告書が、評価委員会において評価されていたとも思えないのですけれども、具体的に今までの事例でどの程度なんですか。

また、大学病院で事例を調査なさって、大学病院にもかかわらず「これはだめだ」と言われたのがどのぐらいあって、「オーケーだ」と言われたのがどのぐらいあるか。結構、大学病院でもあまり評価がよくないのがあったので。

原事務局長 すみません、現在データがありません。申しわけありません。

樋口座長 今までの調査に関わった方で、何か補足をいただけますか。今までは、院内調査委員会が立ち上がっているケースだって、もちろんあるわけですね。それ

と並行してというのか、独立してモデル事業はちゃんとやっていて、しかしこれ、何の関係もないわけにはいかない。資料だって、共通のものもいっぱいありますからね。何かの形で連携はとっていたんだけど、それについてははっきりしたルールも何もなくて、「どっちも大事だね」という話だけでやって来ていたわけですよ。それを、今後は少し整理をして、院内調査委員会がきちんと立ち上がるようであれば、この提案はやっぱり一步モデル事業は引いて、ということだと思わなければいけません。ただ、どこまで引くのが本当にいいのかという話が悩ましいところで、とりあえずはこういう2つの類型のようなものを考えて、②の自分のところだけでは十分でないところは、積極的に関わる。しかし、ちゃんと外部評価委員も入れた上で院内調査委員会を立ち上げているところでは、その様子をとにかく見せていただいて、どういうものが出てくるかについて、こちらでレビューはさせていただくというような話にしよう、ということなんです。それがどうかということですよ。

私が今、個人的に考えているだけですが、そのときに、本当は、この1つのモデルみたいな話で簡単に決まらないのかもしれない。ここでいろんな議論をやりようと思えば、多分百出するような話で、もしかしたら本当は、まさにモデル事業でやってみて、やっぱりちょっとこれはどうなんだろうと。それから、ある病院についての経験が全部についてあてはまるかどうかについても、やっぱり検証の必要もあるということなのかなとは思っているんですけどね。

しかし基本的には、院内調査委員会とこのモデル事業との関係を、何らかの形でやっぱり形づくるべき時期であると考えているのだと思うんですね。ワーキング部会その他の体制として何か制度づくりをやるときには、それは欠かせないものですから。そのいちばん基本的なところを、こういう形で提示されている。今日、このIを、ものすごく大きな点だけを承していただければ、本当はその詰めのところがいちばん大変なことかもしれないですよ。

池田委員 愛知は、実際に院内事故調整委員会の報告書を待ってやってきました。というのは、調整看護師がない、常勤がやっとならなくてということで、それだけのカルテを全部こちらのほうで解析する能力もありませんでしたし、それをどなたがやるかというので非常に負担だと。私たちの場合は、過去に院内事故調査委員会が非常にブアで、「外部調査委員を入れてない」とか、そういう指摘をしながらやって来ましたので、やはりあくまでもモデル事業が主導して、指導もしながら、院内事故調査委員会を熟成といいますか、育て上げていくという

形でないと、国立の病院でもひどい報告書を出してきた事例もありますので、すべての病院が既に院内事故調査委員会が完成しているとは、とても思えません。現実には、そういうひどいところがあるということをご理解いただきたいと思います。

樋口座長 一歩引いてというのは、ちょっと危ないということですね。

池田委員 私は、反対です。

樋口座長 はい。私の表現だけなんですけどね。どうぞ、お願いいたします。

野口委員 このモデル事業のいちばんポイントは、第三者解剖ですよね。だから、院内事故調査委員会にある程度任せるということは、外部委員というはおっしゃるように臨床医で、病理医が入っていることはほとんどないと思います。その状態で任せることになると思うので――僕らは首が回らないのでだめなんです。かなり大きい違いが出てくる可能性があるんで、病理医が^{フォロ}に入るということぐらいは考えておかないと、僕らはいつもモデル事業の将来について話すとき、「自分たちの病院の病理医がやったから、おまえらグルだろう」と必ず言われるんですよ。そこを明確にしておかないと、あるいはしっかりレビューできるようにしておかないと追認をすることになるだけで、あんまり役割を果たしてないことになる可能性があります。

樋口座長 なりかねないということですね。

原事務局長 いま考えておりましたのは、評価委員会のほうには病院の先生もきちんと入っていただくようには考えておりましたが、ぜひそれはしっかりそういう形にしたいと思います。

高本委員 いま、現実にはモデル事業でやるケースと、まったく病院で独立にするケースがあると思います。東大病院とか三井記念病院は、両方ありました。それは結局、解剖をモデル事業の事務局にお願いするかどうかは、そこで決まってくるわけです。「これはわりと非常に単純なケースで、院内でも処理できる」と思ったら、私は院内でやりました。それで、院内でも十分片づいたと思います。もちろんそのときに外部委員を呼んだこともありますし、あるいはもっと単純な場合は呼ばないこともありました。非常に複雑でなかなかわかりづらいと思うのは、最初からそういうモデル事業に申し込んだという

経緯もあります。これから、それをシステムとしてどのようにするかということ、本当に考えなくてはいけないのだろうと思いますが。

山口委員 対象となる事例の内容によってだいぶ違うと思います。大学病院といえども、「病院のほうに過失がまったくない。でも、ご遺族だけ疑問に思っている」場合は、対応の仕方が違うでしょう。実際、現在モデル事業で引き受けているのは、「過失は明らかでない。医師法 21 条で警察のmatterではない」という判断をどこかでされて引き受けていますから、そういう事例の多くは、院内でも完全な形の外部参加型の院内事故調査委員会ができていないかと、必ずしもそういう格好ではないだろうと思います。だから内容によって、「明らかな過失があつて」という場合の院内の検討する体制と、「過失は全然ない。でも、ご遺族が納得されないので、モデル事業の第三者にお願いをしよう」というのでは、だいぶ対応が違うと思うので、外部参加型の評価委員会といっても、事例によっていろいろなレベルがあるのではないかと思います。

このところは、本当はさっきの法制化のことを考えると、ある程度過失があつたような事例もモデル事業で扱えるのは望ましいと思います。そういう場合には、ちゃんとしかるべき外部参加型の院内事故調査委員会というのが非常に綺麗な形でできて、レビューすることが経験になると思います。パッと考えて、「医学的にどこもおかしいところはないよ」という場合、こういう完全無欠型の外部参加型の評価委員会ができるかということ、なかなか難しいと思うので、その辺いろんなバリエーションがあるので、一律に「これじゃなきゃ、だめ」というふうに言ってしまうと、モデル事業として動きがとれなくなってしまうのかなという感じがしますので、その辺も考慮に入れていただいたほうがいいかと思うんですが。

原事務局長 一応、大きな原則的なことはある程度決めさせていただいて、症例とか、その病院の状況によっては、なかなか原則通りにはいかないということもあるかもしれませんが、ぜひ今後、ある程度の原則を決めさせていただきたいと思っております。

清水委員 例えば①の場合は、院内調査委員会を第三者機関で認めるというか、レビューするというか、「その組織であつたらよろしい」というのをアグリーするという形では、直接参加はしなくても可能じゃないかと思うんですね。それから、②ぐらいになったら、かなりの数が入らない。例えば1割は院内外にするとか、2割は院内外にするというような基準を少しつくられたらどうか

など。とくに2番目の調査委員会は、何パーセントは院外から調査委員を入れると。そうしないと、バラバラな数になってしまうとおかしいし。例えば極端に言えば、半数は院外にするとかまで行けば、行き過ぎかもわかりませんが。それから1の場合は、評価委員会の委員がいたらアグリーするという手もありますね。

樋口座長 そういう発想だと思うんですけどね。関与はするので、まず入口のところから「どういう院内調査委員会をつくれますか」という話で、「それでは、とりあえずはどうぞ」という。

清水委員 外部委員の名前を見て、オーケーならそれで、「第三者機関としてそちらでやってください、あとはレビューします」という形でしょうかね、①の場合は、

原事務局長 ①は、大きく言うとそういうことを考えておりました。

樋口座長 そのことと、さっきご指摘があった解剖のところをどうするかという話は、もう1つ何かが必要かもしれないですね。

原事務局長 そうですね。

児玉委員 いまのご発言、居石先生がおっしゃった解剖のところを言うと、私はこれまで実際にモデル事業で取り組んできた事例を、モデル事業だけではなくて医療界が自浄作用として取り組んできたものを類型化すると、1つは臨床評価で内部で一所懸命M&Mカンファレンスを初めとして、臨床評価をおやりになられたという内部の臨床評価と、それから臨床評価に外部の人に入ってもらう、これが1つの類型だと思います。同じく解剖について、内部で解剖したものと外部で解剖したものと、4通りに分けると私は理解をしています。

で、せつかく明るい話だけのほうに向かっているときに、暗い話を思い出すのも嫌ですが（笑）、もともとこのモデル事業を公的なものとして立ち上げようとしている意図というのは、外部解剖・外部評価が必要だという認識が医療界にあって、何故それが必要だという認識があったかという、司法解剖・警察評価というものあまりに広がり過ぎたんじゃないかというところが、モデル事業の出発点でした。もちろん司法解剖の重要性や解剖自体の重要性について、何らの陰りも疑いもなく変わりが無いのは、おそらく医療者のコンセンサスであろうと思うのですが、やっぱり司法解剖、それから警察による医療評価のデメリットが10年間、医療の萎

縮につながってきたことは、これはもう誰の目にも明らかで、やはりどこか別に無理をしてそういうものをつくりたいと思って外部解剖・外部評価というものをやってきたわけではなくて、むしろ司法解剖と言われるようなものにも、医療界の自浄作用が変わり得るような仕組みを我々がつくっていききたいと。

要するに、オーバー・インクルーシブになっているものに対して、司法という仕組みを自浄作用の拡大で対応していきたいという思いを持っていただけで、そういう意味では外部・外部型の類型というのも1つ。数は少ないでしょうけれども、むしろ「司法解剖よりもモデル事業へ」というのが実数として統計的にも増えているという法医学会等での発表もあるところですので、ご斟酌いただければと思っています。

原事務局長 むしろ、全部レビューのほうに行こうということではなくて、こういう類型としてレビューするようなモデルも試していきましょうということですので、もともと今までやっている外部の解剖・外部の評価は、もちろん大きな道として残っているということでございます。

樋口座長 他にいかがでしょうか、この院内調査に関して。

池田委員 一つ、今後の方針というところで、依頼医療機関に出向いて解剖をするというご提案もあったと思うので、私の経験からすると、そちらのほうでやられるのがモデル事業の筋ではないかなと思います。それなくして、解剖なくしていろいろなことをやるのは、私たちは非常に不安です。

原事務局長 「3-6」のところ、依頼医療機関での解剖のことがまた出てまいりますので、そのときに。

黒田委員 話の流れとして、民主党が従来からの党の案を固持されているからこうなっているのか、それとも当初のきちんとした流れがあるのか、そこら辺のことがまったくわからないんですね。民主党案が全然変わっていないので、それに則ってこのように変えているような気がしてならないんですけども、それはありませんか。

樋口座長 いやいや。「院内調査委員会なんか何でもいいから」という話は、当初からこのモデル事業ではなかったと、私は理解しております。とにかく全部外部、外部で引き受けて、ものすごく大きな組織をつくって、ある意味では医療警察みたいなものですね、ちょっと比喩

がよくないかもしれないんですが。そういう形で医療の安全について監督体制をつくるんだというようなことは、非現実的でもあるし、たとえ現実化できたとしても、本当にそれが理想に近づいているのかということとそんなことはなくて、まずそれぞれの医療機関に対する信頼という話がないといけないわけですから、そういう意味では、黒田さんをご指摘されるのは極めて鋭いと私も思います。そんな政治的な関係もあるのでね。それは否定はできない。民主党の話がなくてもこうなったのかと言われると、しかし私はこうなったんだろうと思っているんですね。私自身は。だから、そういうご懸念には本当は及ばないような、そっちへ引きずられて、無理やり筋の悪いところへ行こうとしているという話ではないんじゃないでしょうか。

先ほど、先生のほうからも話がありましたように、何らかの形で指導的な役割を果たして、中小であれ、大規模であれ何であれ、やっぱり外の目も意識しつつ、きちっとしたことをやっていくような体制をそれぞれの機関でつくりあげていくというのが、このモデル事業の大きな目的であるわけですから、そういう点で、あんまり。「疑わないでください」と言ってもちょっとあれかもしれないんですが、私はそういうふうに考えておりますけれども。

黒田委員 要するに、私は民主党側の政務官の発言をずっと注視しているんですけども、政務官は変わりましたけれども、基本的な姿勢はほとんど変わってないと思うんですね。彼らはいま与党なので、自分たちの軸になっているものに少し歩み寄って、こういうものを考えていらっしゃるのか、そこら辺が僕らはちょっとはつきり理解できないんです。

山口委員 もともと内科学会がやっていたモデル事業でも、院内の事故調査委員会の報告は必須で、それを貰って、それもレビューの一部に当然入っていましたから、報告書の中にはそのレビューで院内事故調査委員会の評価の不十分さを指摘したレポートも幾つかあります。決して院内事故調査委員会が並列してやっておかしいという話は、まったくなかったと思います。「この第三者機関が活発になったら、すべてこちらへ回してください」という話をしていただけではなくて、ちゃんとリファレンスとなる組織として第三者機関があることは必要だけれども、最終的に目指すのは、「院内でそれぞれ、ご遺族からとっても信頼される調査が自力でできる」というところが大きなゴールであったはずですね。そこはなくてもよくて、第三者機関が全部取り仕切れればいいという話ではなかったと思うんですね。

ただ、民主党の意見とどう違うかということ、現状の院内の事故調査委員会の能力がどの程度かという評価が問題だと思います。院内事故調査委員会が自分たちで調査し再発予防策をまとめるという作業を、どこまできちんと遺族が納得できるようにできるか、それはまだ病院のレベルによって大きな差があると思います。その辺のところ、このモデル事業でやる第三者委員会の役割がどの程度大きくなるかという判断につながっているという話で、もともとモデル事業でも、決して院内の事故調査委員会の役割が小さくていいという発想ではなかったと私も思っています。これまでも実際そうではなかったし、この10年間で院内事故調査委員会の活動は以前に比べたらずいぶん活発になったと思いますから、それならば、それに少し任せるようなモデルを始めてもいい時期に来ているのではないかというのが、今回の判断なのではないかと思っています。

樋口座長 まさに、院内調査委員会を中心にしてちゃんとやってもらいたいというだけけれども、本当にその院内調査委員会がどのようなものなのかというのは、現場の先生はいろんな形でご存じかもしれませんが、もう少し。それこそ私自身は、何でも外部評価というのは、大学に属していて本当に外部評価に晒されている身なので（笑）、しかも適切な外部評価とは思えないようなものがたくさんありますので、いちがいに外部評価が全部いいとは思っていませんけれども、こういう医療のところでは、院内調査委員会自体を外部評価するようなシステムは絶対必要なので、それは我々にとってのチャンスでもあるというんですか、モデル事業の役割の重要な1つとして位置づけていくと。

つまり、これは微妙なことなので、黒田さんが懸念しておられる、あるいは池田先生が懸念しておられるようなことも本当にわかる。そういうことになりかねない場合もある。結局そっちへお任せして、モデル事業ということで、いわば単純に追認という話だけで終わってしまっただけで、モデル事業が後退するような話になると、これはもう何をかえりやというので、そういうことをこのワーキング部会で考えている、あるいは原さんのところで考えているという話では絶対ない。決してない。しかし、そのスタンスを今後、実際にレビューモデルというのでどれだけつけていけるかというのが、まさに試金石になるわけですね。院内調査委員会を試していると同時に、外部評価もそうですけれども、あるいは私が試験の答案を採点しているときもそう思いますけれども、実際は採点している人が採点されているような感じなんですよね。だからモデル事業も、それこそ結局最後は国民の目から採点されるということになるので、それは自

ずから「院内調査委員会に任せましょう。それだけで問題解決すればいいじゃないですか」というのが、民主党案なのかどうかよくわからないのですが、もし仮にそうだとしたら、そういうところへ行くという話ではないということだと思っておりますけれども。

富野委員 私の理解では、このモデル事業側が病院の院内調査委員会に出てきたものをレビューして、それに対するコメントをその病院に戻していくと同時に、そのモデル事業をやっている資料の1つとして、それを利用してサマライズするということだと思うんですね。中規模の場合には若干体制が弱いので、モデル事業側が少しサポートに回る。

そのなかで1つ問題になってくるのは、やはり院内のドクターが解剖した、そのデータが院内調査委員会報告として上がってきた場合に、果たしてそれはどうなのか、いわゆるモデル事業の先生方がやったものと院内でやったものでは、そのところで公平性といいますか、その所見についてどう考えるかというのが1つと思います。もう1つは、(2)の院内調査実施後、院内調査報告書はできたと。それを遺族に提出したけれども、それがノーといいますか、納得が得られない。それがモデル事業側に回ってきたときには、まさに院内では一応完結型でデータを出したわけですね。剖検もした、いろんな調査もした。だけど遺族はノーと言って、どうも不満である。それが、こちら側のモデル事業に回ってきたときにどうなるか。それは、文面だけのレビューということになってしまうわけですね。剖検医はまったくタッチしていませんし。

原事務局長 じつは(2)はちょっと問題が非常に大きいので、現在これをどんどん取り入れていこうということではありません。一応、「類型として、こういう場合もあるでしょう」ということで載っているということで、ご理解ください。

富野委員 最初のほうの、院内調査委員会のときに自前で剖検した場合、それをどう考えるのか。そこが疑問です。

山内委員 いまの振り分けのところの論議は、どうも入口での振り分けのような感じがするんですけども、実際に解剖してみても初めて、このケースがどういう対応をしたらいいかということがはっきりすると思うので、この振り分けをする部分も、ある程度の解剖結果が出た段階での振り分けというふうに考えていただいて、解剖の段階、基本的に今までやってきたモデル事業的な、第三

者的な解剖というものが1つ存在すると思うんです。

それともう1つ解剖の時点で、モデル事業のほうで関与してない自前のものか、もしくはそれぞれのアイデアでやられた解剖、そういう2本が大きく分けるとあると考えていただいて、そこでスタートして、ある段階でこれをどう評価するか。このモデル事業のような形の従来の評価委員会のところ上げるのか、もしくは院内のほうでやるかという、そこではモデル事業の選択もありますが、当然当事者である依頼病院とご遺族の判断で、どちらで判断してもらいたいかという選択を、選択の余地があればその時点で、「じゃあこのケースだったら、院内で十分です」というご遺族の意向があれば、院内調査委員会のほうでその後を引き継ぐと。一方逆に、これは第三者向きということになれば、極端にいえば解剖の中身もある程度、吟味は必要ですけども、「この解剖データであれば、評価委員会としてきちんとできる」という判断ができれば、その時点から評価委員会をモデル事業のものに切り替えてやるという2つの方法を、真ん中のところでその選択をするという形で組み合わせを考えていただいたほうが、むしろ。

このケースかどうかというのを病院の規模で選択というよりは、当該事案で途中の解剖が終わって、ある程度の結果が出た段階でどう進むかという選択であれば、おそらく一般の方々の賛同も得られるのではないかと思います。

居石委員 ただ、いまのことをご遺族に説明をして理解してもらおうということは、おそらく私は不可能だと思います。後からトラブルが起こったときに、むしろ困る気がいたしますから、途中で院内事故調査委員会がモデル事業の評価委員会に切り替わるなどは、ちょっと考え難いことをございまして、やっぱり別個の委員会としてきちんと区分けをしていただく。

で、あらためて先ほど富野先生からご意見がありましたが、やはり剖検も院内の剖検として——遺族の方たちも、ここまではご判断いただけるだろうと思うんですね。したがって、そこはやっぱり遺族の方たちの意向というのが極めて大切だと思います。極端なとき、それで司法に走ることもあるわけですから、それを尊重していただくなどという、かなり臨機応変の選択ということになるだろうと思いますが、剖検をどちらでやるのかということは核に置いていただきながら、先ほど山口先生におっしゃっていただいた、いろいろなバリエーションがあることを想定して、整理をお願いしたいと思います。

樋口座長 そうですね。

居石委員 そして遺族の方には、しっかりと説明して、わかりやすくしておかないと無理だと思います。現場を見ると、つくづくそういう気がします。

樋口座長 そうですね。本当に有益なご意見をいろいろいただきました。

原事務局長 ありがとうございます。

樋口座長 これから、原さんのところでどういう形で活かしていくかという作業をやっていたら、少し時間をいただいて、それでさっき原さんも黒田さんからの質問のなかでご説明していましたが、一応来年度4月を目処にして、この院内調査委員会と関連づけてモデル事業という、レビューモデルというんですか。レビューするのは我々なので、我々が主導的な位置をとって何とかするような、そういうことも始めていきたいということで、ご了解いただけませんか。

黒田委員 結局この組織は、解剖の透明性ということから始まっていると思うんですね。ですから、私も某大学の事例で非常に苦労しましたが、要するに解剖の結果は同じでも、第三者の私が説明するのと、その病理医が説明するのではまったく違うんですね。解剖の結果はまったく一緒でも、そのところも一応クリアしないことには、やはりここに乗っかることは、私は難しいのではないかなと思います。それを一応基本としておいてやれば、当該医療機関でその後進めていただいても、解剖のときには透明性が担保されているということになりますから。

私はこの事業をずっとやって来て、それも一歩譲ってしまうと何でもありになっちゃって、ガタガタになっちゃうんじゃないかと思うんですけれども。

樋口座長 その点は、重々。

原事務局長 わかりました。

樋口座長 またワーキング部会を開いていただいて、細則というのか、堅苦しいルールというのではないと思いますけれども、もう少し細かな話を詰めていただくということでよろしいでしょうか。ちょっと時間の関係もありますので、第1点については、ここまでとしたいと思います。

第2点が、『「再発防止策の提言」の活用について』というところでもあります。これを原さん、お願いします。

原事務局長 それでは、「資料3-2」を見ていただきます。これまで、各事例ごとに非常に立派な提言をいただいていたわけですが、その提言の内容は、概要としてホームページに公表されるということだけで、積極的にこれを活かすということがまだ十分できていなかったように思います。そういうことで今後もう少し積極的に、この再発防止策の提言ということを行っていきたいということでもあります。

「2 内容」のところに書いてありますが、「1) 協力学会への還元」それから、「2) 全国の医療機関への還元」という2つを考えておまして、協力学会のほうへは評価委員を推薦いただいた学会のほうへ概要をご報告するということです。全国の医療機関への還元ということは、形が最初に書いてありますがA4・2ページ程度ということで、誰の目にもすぐ飛び込んでくるような、そういう視覚的に訴えるようなものをつくって、各全国の医療機関に配付していきたいと考えています。

②のところに、医療安全情報担当委員会と書いてありますけれども、仮称ですけれどもこういうものを置いて、ここで実際のどういうことを皆さんに還元するかという内容を検討したいと思っております。その委員会には、医療機関の医師、医療機関の安全管理担当者、それから日本医療機能評価機構のほうの医療事故情報収集等の事業の関係の方に入っていただければと思っております。そういうところで内容を検討して、ワーキング部会でそれを承認していただいて、全国の医療機関に送りたいと。

現在、「3 方法」の2)ですけれども、ホームページへの掲載、紙媒体での配布と書いてあります。医療評価機構のほうで、『医療安全情報』という非常に訴える紙が、いま私どもに毎回届いております。ですから、ああいうものと近いものを、ぜひあれに近いようなルートで配布していければと、いま考えているところです。そういうことで、今まで一所懸命作成していただきました「再発防止策の提言」ということを、もう少し広く皆さんに発信していきたいと思っております。以上です。

樋口座長 この点、いかがでしょうか。どなたかコメント、質問があれば、日本医療機能評価機構の後さんのところとも連携してやっていこうということでもありますけれども。

後委員 私どもの事業の名前が出ましたので、私どもが取り組んでいるやり方をご紹介します。たくさんの情報が集まって来ますと、それを手元に持っているだけでは意味がありませんので、それを皆さんの情報とし

て還元をすることが重要ではありませんし、それが重要だとおっしゃる人もいますが、一方で人間は、あんまりたくさん情報があって何百ページの報告書を渡すと、それを見るだけで拒否反応を示して、見ない方もいらっしゃいます。それをいくら「そういう心掛けはいいけない」と言っても、やはり見たくないものは見たくないわけですので、ある意味で読んでもらう技術みたいなものも取り入れないと、なかなか見てもらえません。

私どもはひとつずつ時間をかけて『医療安全情報』を作っています。それは2ページぐらい、できれば1ページにしたかったのですがちょっと無理なので、情報を絞りに絞り込んだ形で、しかもかなり具体性がある、それから長々と書くよりはできるだけイラストにするとか、そういう方法を取り入れて、チラッと見てもわかりやすくということを心掛けてやっています。毎日提供しますと頻度が多すぎて嫌気がさして見なくなりますので、かなり低い頻度に抑えることにしております。

そんなことをしても見ない人もまたいるので、1年たったらその振り返りのような、1年間の復習みたいなものをつくってみたり、それからもう『医療安全情報』は48号になりますけれども、第1号はその後どうなっているのかというのをもう忘れてしまいますので、1年に1回は、1回目まで振り返ったような全部のレビューをして、「今年1年も第1号の事例が3件起こっています」というようなことを、またお伝えしたりしているというやり方をしております。

今日は、資料でいうと、1)の協力学会へ還元していく概要をたくさん送っていくというのは、量的な情報還元に近いのかもしれません。また2)は、わりと情報を絞り込んだ、医療安全情報のような情報還元に近いかもしれませんが、私どものやり方は決してベストではないと思いますし、非力ですので、そんな大したことはできてないのですが、いろいろなノウハウを蓄積してきましたし、失敗したりした経験もありますので、お役に立つようでしたら情報を提供したり、ご協力したいと思います。以上です。

樋口座長 ありがとうございます。

児玉委員 再発防止策ということについて少し、どうして先生方はお書きになるときも苦労されるのか、また活用されるときも、再発防止策をどう活用しているのかわからないというようなとまどいがなぜ生まれるのかということについて若干、東京大学主管で来年の「医療の質・安全学会」を開催させていただくなかで、医療安全学の科学性について、きちんとした議論をしなくちゃいけないんじゃないかという問題意識を持っています。

2例ほど例を挙げたいのですが、1つは、例えばXという医療行為が起こってYという結果が出た。Xという薬を投与してYという結果が出た。Yという結果がけしからんという、そこだけを注目して再発防止策を考えるという方法論というのは、普通の医療ではあり得ないですよ。必ず、Xでない時にYが発生したか・しないか。Yでない時はどうかという、XとXでない時、YとYでない時の4つのケースコントロール・アナリシスをやらないとサイエンスにならないということは、おそらく医学者はみんな共有している方法論だと思います。

この再発防止策を書くときだけに限って、XでYが発生したというものだけを見て提言を書くということをやるので、結局エビデンス・ベストメディスンの考え方からいうと、オーソリティー・オピニオンにしかならない。だから、科学性についてどうなんだろうという方法的な根拠が見えてこない。その辺で、再発防止策がある意味、そのときの恣意に流れるという不安定感があって、その部分について今まで、「再発防止策があるはずで、反省点があるはずで、ほどほどの反省や再発防止策を書けばいいのではないか」というところで、結局のところ、ほどほどの文章が書かれて、一所懸命苦労して書かれた文章が結局は現場にフィードバックされないということが起こってきたのではないかと。やはり、Xである時とない時、Yである時とない時、やっぱり本当のケースコントロール・アナリシスをやるのが、医学的な再発防止をエビデンスに基づいたものにしていくときの基本ではないだろうかということを思います。

それからもう1つは、大量のデータを処理するとき、「ひやり・はっと」みたいに大量の報告書が上がってきたときに、どういうふうに処理するかということについて、昨今はデータマイニングなどの手法で、キーワードがどれだけ重複するかというような、報告書そのもののデータマイニングなどの新しい手法も出てきているところですので、併せて、大量のデータが集まったときであれ、1例を見るときであれ、ケースコントロール・アナリシスやデータマイニング等の、これまで科学的に確立した方法論を医療安全の世界にいかに関与させるかというのは、再発防止策の書き方についての極めて重要な点ではないかと思っています。

樋口座長 ありがとうございます。「資料3-3」人材の育成研修のほうに移りたいと思いますので、お願いいたします。

原事務局長 人材養成の研修ということ。この目的は評価の質の向上と、評価のレベルの標準化、それからさらに言えば、人材の裾野を広げていきたいというよう

な目的を持ちまして、この研修をやりたいと考えております。

目標は、1)、2)、3)のところに書いてあります。方法ですけれども、1)対象、それから2)時期は来年の2～3月、3)場所は東京、4)内容は講義形式のものと演習形態のもの、その両方を併せて1日半程度でやりたいと考えております。

この対象のなかには、総合調整医の方、各学会とか地域の協力者の方、それから調整看護師さんといった方々をいま対象に考えているということで、150名ということで、かなり大きな研修部会をいまは予定しているわけですけれども、これで皆さんの質が少しでも向上すればと願っています。以上です。

樋口座長 この点について、何かご意見、ご質問があったら受け付けますが、どうでしょうか。……よろしいですか。

あと4項目あるのですが、きょうは一応時間的な限定もあり、かつこれら4項目は前回も少し議論をいただいたところでもあります。その延長ということもありますし、一応既に了解をされている部分もあると理解しておりますので、この4つをまとめて、また原さんのほうから説明していただいて、少しご意見をいただきます。

原事務局長 それでは、「資料3-4」を見ていただきます。まず、ここには「モデル事業における死亡時画像診断の運用(案)」ということが書いてあります。このシャドーがあるところは、前回と少し文面や内容が変わっているところがございます。

1番の「(1) モデル事業に事例の相談があり、遺族から解剖の承諾が得られている場合において、死後画像撮影ができる体制及び遺族の同意があれば実施する」と。前回、解剖の承諾があった場合は死亡時画像撮影はしないということでしたけれども、これは行っていないこと。できるだけ経験を蓄積していきたいということで、やっというところでございます。

(2)は、モデル事業に事例の相談があって、遺族から解剖の承諾が得られない場合も、一応こういう死亡時画像診断ということも活用できることをお話しして——当然これは撮影できる体制が整っている場合ですけれども——遺族のご希望の有無を確認して、そして実際にすぐできるかどうかを確認してやっていくということです。

そこにa、b、c、dとありますけれども、それは実際、遺族の希望があるけれども実施できないと。実施できる場合には、死亡時画像撮影を実施するか。aは、する。bは、遺族の希望があるけれども依頼医療機関で実

施できない、あるいは遺族が依頼医療機関以外での撮影を希望するというようなときには、そこにご遺体を搬送して、そこで撮ると。それからcは、遺族の希望があるが、依頼医療機関および他医療機関での撮影ができない。これは、体制が整わないということですが、それでは事例として受け付けられない。dは、希望もしいというような場合があって、その後にフローチャートが出てまいります、そこに沿って書いてあります。実際、死亡時画像診断をしたけれども解剖に至らなかったという症例は、モデル事業として実際の調査は行わないということになっております。

「2. 読影」ですけれども、「(1) 解剖の開始までに専門医の所見が得られる体制にある場合は、所見を参考に解剖を実施する」と。できるだけ体制が整ってくれば、やはり解剖の前に画像診断のきちんとした診断が得られて、その所見を見ながら、さらに解剖の精度を上げるということができかなと思つて、それが今後目指す方向かなと思つております。

(2)は、開頭の承諾が得られなかった場合には、画像診断で代用できることも書いてあります。

次のページで(3)ですけれども、解剖時、撮影画像は専門医の所見が得られなかった場合。実際いまのところはそういうことが多いのかもしれませんが、解剖の前までに専門医の診断や所見が得られないという場合は、よく家族の方に説明していただいて、解剖時撮影画像を参考として、後日にその報告書をしっかり反映するというふうになっております。

「3. 費用」がそこに新しく、ある程度私どもで調査して考えているところが書いてあります。ですが、これは医学放射線学会のご意向もさらにお聞きして、交渉をするということになっております。「4. 情報の取り扱い」は、そこに書いてある通りです。次がフローチャートですけれども、これは省略させていただきます。

それから次が、「資料3-6」です。「依頼医療機関での立ち会いによる解剖実施の運用」ということで、「1. 依頼医療機関での立ち会いによる解剖の適応」ということで、ご遺体を移送することが困難な場合、それからご遺体を移送することに関して遺族の同意が得られないような場合には、依頼医療機関で解剖をすることも認めていきたいと思います。

2番の1)、モデル事業側からは解剖調査担当医として、法医あるいは病理医1名、並びに臨床の専門医1名のお2人が解剖に立ち会うということにいたします。2)のところに書いてありますけれども、実際の執刀はその依頼医療機関の病理医が行うということで、法医あるいは病理医の先生が立ち会っていただいた結果、その病理の結果をご家族に説明していただくということになって

おります。それから3)、今度は実際の解剖の所見報告書は誰が書くかというところですが、解剖調査担当医の病理医または法医の施設に臓器を搬送しまして、そこで固定後、切り出して所見をとっていただくということになっております。あとは今まで通りですね。次に、料金がそこに書いてありますが、参考にしていただければと思います。

次は、「資料3-7」です。総合調査医の方が、愛知県と兵庫県で臨床の方が今まで参加されていなかったということで、内科学会と外科学会にお願いいたしまして、臨床の総合調整医の方に入ってくださいました。そういうことで全10地域、法医あるいは病理医の基礎の先生と、内科・外科の臨床系の先生が全部揃ったということになっております。

あとは、アンケート調査ですね。「資料3-8」です。「モデル事業の調査分析体制の検討」ということで、今までもこのアンケート調査は行ってきております。それと同じような調査を、やはり続けていきたいと。私どもがやっていることを各方面から評価していただくということで、アンケート実施計画をしております。

それから、参考資料があると思いますが、「参考資料1、2」は、いま現在厚生労働省で「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」というのを開いております。もう第1回から第7回まで開かれておまして、今年度最終になるか、あるいは来年度初めぐらいに最終的な報告書が出るかということまで来ております。その大まかなテーマが、そこに書いてあります。モデル事業で、まず死亡時画像診断を取り入れ活用していくということは、この検討会のなかでも非常に大きなテーマとして考えられておまして、こちらでそれを活用していくということは非常に意味があると考えております。以上です。

樋口座長 いまの関連で、医学放射線学会から今井先生が今日いらっしゃっておられますので、ちょっと一言お願いできますか。

今井委員 現在、放射線学会でやっている作業が幾つかありますが、原先生のほうからいろいろお話を伺って、実際に死亡時画像診断を撮影しているところほどの施設かということをお問われたものですから、現在80大学の放射線科と、救命救急科の大学の先生方にアンケート調査をしております。12月の中旬には結果が返ってきますので、そうしましたらどの施設でどの程度やっているかということ、それから将来どういった取り組みをしたかという各施設の意見が出てくると思いますので、それはすぐにこのモデル事業の委員会にも提出したいと

思います。

今やっておりますのは、それと専門医制度なんですけれども、今、私たちが考えておりますのは、放射線科は3年目に専門医、5年目に診断専門医と治療専門医に分かれます。ですので、5年目の診断専門医の先生方に対して研修会といいますか、講習会を2日間予定しております。それを受講した方が、一応死亡時画像診断の専門医にしてはどうかというのを、いま理事会のほうで検討しています。ただ、いずれにしても来年の4月の総会が終わらないと承認が得られませんので、いずれにしても来年の4月以降になると思います。

それとは別に、放射線科専門委員会のほうでも講習会をやりますが、それは単純に勉強会ということで、A iに興味のある先生方にどんな方でもいいから参加していただいて、A iについて勉強していただくということを、今考えています。

樋口座長 ありがとうございます。ちょっとまとめてという形になりますが、死亡時画像診断その他依頼医療機関での解剖関連もありました。論点はいろいろあると思うんですが、少しの時間だけですけれども、ご意見、ご質問を受け付けたいと思いますが、いかがでしょうか。

池田委員 1つA iですね。A iだけ撮ったけれども受付事例にならなかったときのA iの個人情報、どのようにして取り扱うご予定ですか。いろんな証拠にもなるはずですけども。

樋口座長 いやいや、我々の宿題ですね。たちどころには、ちょっと。

原事務局長 そうですね、考えさせてください。どちらが保存するか、よく考えていなかったです。

樋口座長 他にいかがでしょうか。これら4点は、さっきも言いましたが前回からの引き続きということでもあって、一応一部については既にご了解もいただいています、ここで確認をするということかと思っておりますが、よろしいですか。

ちょっと時間が押してしまって申しわけありませんが、これ以降は議題2に移りまして、「(2) これまでの主な受付事例・相談事例等について」ということで具体的な話になりますので、傍聴の方にはご退席いただいて、非公開という形でやらさせていただきます。

(記録終了)