

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業
平成23年度 第2回運営委員会

○開催日時 平成23年7月19日(火)
15:05~17:20

○開催場所 東京大学医学部教育研究棟
13F 第6セミナー室

○出席者

後 信 (日本医療機能評価機構)
黒田 誠(藤田保健衛生大学医学部病理診断科教授)
児玉 安司(三宅坂法律事務所弁護士)
佐藤 慶太(鶴見大学歯学部法医学准教授)
里見 進 (東北大学大学院医学系研究科医学部教授)
鈴木 利廣(すずかけ法律事務所弁護士)
高本 眞一(三井記念病院院長)
富野 康日己(順天堂大学医学部教授)
永井 裕之(患者の視点で医療安全を考える連絡協議会代表)
平岩 幸一(福島県立医科大学医学部教授)
原 義人(青梅市立総合病院院長)
樋口 範雄(東京大学法学部教授)
山口 徹(国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長)
(北海道地域)松本博志 札幌医科大学法医学教授
(新潟 地域)山内春夫 新潟大学法医学教授
(※法医学会担当理事)
(東京 地域)矢作直樹 東京大学救急医学教授
國土典宏 東京大学外科学教授
(大阪 地域)的場梁次 大阪大学法医学教授
(兵庫 地域)長崎 靖 兵庫県医務課監察医務官
(福岡 地域)居石克夫 福岡東医療センター研究教育部長
(敬称略・五十音順)

オブザーバー

厚生労働省
事務局

日本医療安全調査機構 中央事務局

○議事内容

岩壁次長 定刻を若干過ぎましたが、ただいまから平成23年度第2回運営委員会を開催いたします。本日、委員の先生方におかれましては、当運営委員会にご出席を賜りまして誠にありがとうございます。

会議に先立ちまして、お手元の配付資料を確認させていただきます。まず、議事次第でございます。そして、

運営委員会名簿、さらに配付資料としまして「資料1」から「資料7」までございます。まず「資料1 平成23年度第1回運営委員会議事録」、「資料2 モデル事業の現況(事例受付状況・評価の進捗・地域の状況)」、「資料3 平成23年度第2回理事会議事録及び関連資料」、「資料4 診療行為に関連した死亡の調査分析事業における今後の運営委員会の議題(案)」、「資料5 調査分析協働モデル(仮称)の運営について」、「資料6 解剖関係資料(臓器・プレパラート)の保管と管理について」、「資料7 中央事務局への報告様式について」、そして別冊としまして、「平成22年度事業実施報告書」が皆さんに配付されたところでございます。もし資料の不足がございましたら、事務局のほうにお申し出願いたいと思います。それでは、ただいまから第2回運営委員会を開催いたします。進行につきましては樋口先生にお願いいたします。

樋口座長 ありがとうございます。それでは、早速第2回の運営委員会を始めることにいたしましょう。まず、第1回運営委員会でも問題になっていたのですが、この運営委員会のあり方自体が少し問題になりまして、私には6月の半ばだと思いますが、理事会のほうで検討してくださった結果、「運営委員会は現行の通り進めていきたい」と理事会のほうでご判断されたと同っております。今後ともご協力をお願いしたいということであります。

さらに今回、理事会のほうでは、患者被害者の声を運営に反映していくために、患者の視点で医療安全を考える連絡協議会の代表の永井裕之さんに、委員として加わっていただくという判断をされました。そこで、永井さんにも来ていただいておりますので、まずご紹介いたします。

永井委員 永井でございます。よろしくお願いいたします。

樋口座長 それでは、本当によろしくお願いたします。それから、日本法医学会の理事長が中園(一郎)さんから平岩先生に交代されたので、平岩先生、お願いたします。

平岩委員 日本法医学会の平岩と申します。よろしくお願いいたします。

樋口座長 それでは議事に入ろうと思いますが、議事次第を見ていただくと、まず報告事項から例によって始まることになっております。この運営委員会は公開ということですが、いざいざ最後にごく短い時間、具体的な事例について判断していただくところだけは、クロ

ーズドで行うことになっておりますので、今回もそういうことがごく短い時間、最後にありますので、そのことだけはご了解をいただきたいと思います。

それでは報告事項から、岩壁さん、お願いいたします。

岩壁次長 まず、皆さんのお手元に「資料1」、前回の議事録がございます。委員の先生方にはもうすでにご確認を頂戴したわけですが、議事録につきましてご意見がありましたら、この会が終了するまでによろしくお願ひしたいと思います。以上です。

樋口座長 そのまま続けて報告をお願いいたします。

岩壁次長 前回の議事録が1～19 ページまでございます。20 ページになりますと、「資料2」になっております。「資料2」につきましては、「事業の現況」、「1）受付事例及び相談事例の状況」等がございます。本年4月1日以降、ただいま受付事例が茨城と大阪の2事例ございます。いま相談事例がありまして、おそらく愛知が増える予定でございます。合計しますと3事例ということで、この資料のなかには受付しました事例につきましては140 で、カッコ内がこの機構になってからの事例受付の数になっております。あとは、「②申請前の死後画像実施状況」、北海道と愛知の2件がございます。相談事例等につきましてはご覧の通りとなっております。

1 ページ目をめくりますと、各地域事務局の現状が書かれております。これにつきましては、解剖施設が右端に書いてありますが、アンダーラインが引いてあるところがございます。東京でいいますと、三井記念病院が解剖施設として増えました。大阪は、大阪大学と大阪市立大学、そしてさら福岡では佐賀大学ということで、ぜんぶで4大学が増える予定でございます。合計しますと、全国で解剖施設の協力施設は36 施設になりました。以上、簡単にご報告させていただきます。

樋口座長 ご報告にありましたように、いま事業の現況として、「資料2」ののところにあるように、前のモデル事業からの継続では140 ですが、この新しい形になってからは35 事例で、今回新たにというのが2 事例ということです。それから、昨年からの継続評価事例30 例中、終了事例が8 例あるそうです。あと、解剖施設が、いま岩壁さんがおっしゃったように、それぞれの地域で増えているところがあるということです。概要だけですが、何かご質問、コメントはあるでしょうか。

それでは、議題「(1) 平成23 年度第2 回理事会の報告」について、理事会を代表して高久先生からご説明をお願いしたいと思います。

高久代表理事 平成23 年度第2 回理事会は、6 月13 日の午前中に日本外科学会の会議室で開催いたしました。出席は、理事の方全員、監事の山口先生も出席されております。それから、厚生労働省からも1 名出席されております。原中央事務局長も出席であります。

議案としては、平成23 年度事業運営と、平成24 年度事業運営についてであります。これにつきましては後で原中央事務局長からご説明があると思います。

ここには載っておりませんが、前回の運営委員会のときに少し問題になりました、理事の件を少しご説明したいと思っております。この理事会では、平成23 年度第1 回運営委員会での意見を踏まえまして、医療事故調査機関（第三者機関）の設置に向けた国の動向を注視しながら、「診療行為に関連した死因の調査分析機関としての自律性をもった組織」を、現行法の下で、医療界の全面的な協力を得て目指していくという方針を確認いたしました。

その方策のひとつとして、従来から、理事をもう少し強化する必要があるのではないかというご意見がありましたので、運営委員会から、いま座長を務めておられます樋口先生に加わっていただきました。それから、運営委員にも入っておられますが、日本医師会から高杉常任理事と、それから日本病院会から堺（常雄）会長の、3 人をお願いしてはどうかということでありまして、このお3 人の方に私のほうからご了解を得ることができました。

それからもうひとつは、日本医学会の基本領域19 学会でありますけれども、この19 学会に社員としての協力を要請することを確認いたしました。今後、各19 学会の理事長の方々にご説明して、社員として協力することをお願いしたいと思います。

それから、厚生労働省からの補助金以外の自律的な財政的基盤の強化については、引き続き検討していくことを確認いたしまして、場合によっては社員がある程度負担をする必要があるのではないかという意見も出ましたので、付け加えさせていただきます。以上であります。

樋口座長 いま高久先生のお話にもありましたが、事業運営等について、続けて原先生からお願いします。

原事務局長 それでは、23 ページ、24 ページを開けていただきたいと思っております。そこに書いてありますように、平成23 年4 月22 日に開催されました運営委員会で非常に多くの意見をいただきました。そのことを踏まえるとともに、平成16 年9 月、本当に最初に戻って、日本医学会基本領域19 学会の共同声明に基づいて、事業を下記の

ように実施していこうという方針でございます。

まず、「1. 運営方針」ですけれども、これは平成 23 年 1 月 28 日の理事会で大枠が決議されたものでございます。「(1) 実施体制」は、中央事務局と 9 地域事務局。以前は 10 地域ありましたが、これは具体的にいきますと茨城ですけれども、実施地域は 10 地域ですが事務局は 9 地域で、茨城の事務局機能を東京が代行するという形で、9 地域事務局で行っていきます。これも後ほどご説明しますが、予算の削減ということのいちばん大きなファクターであります。

それから、「(2) 受付事例計画」は、今年度は 40 事例ということで、その内容はここに書いてございませんけれども、できれば後ほど話題になります協働型とっているものを 20 例前後、これに含ませていきたいと考えております。

「(3) 調査分析方法」ですけれども、院内調査の支援は、小さい病院のことを考えております。それから、調査分析の協働型、これが本日話題になる形です。それから、従来型に死亡時画像診断を併用したような形、それから当然、従来型というものもあります。こういった、新しいことを少し試していくことも考えております。

それから、「(4) 事業の効率化の推進及び調査分析方法並びに評価方法の開発」ということもやっていきたい。

「(5) 人材育成の推進」ということで、対象別の研修の実施と、教育プログラムの開発をやっていきたい。

その次に予算額が書いてありますが、平成 23 年度の予算額は 1 億 1,915 万 5,000 円ということで、その下に書いてあります平成 22 年度と比較いたしますと、5,700 万円以上、減っているということでございます。そういうことで、若干、地域事務局が縮小されてきたということでもあります。

それから、「2. 事例対応について」ですけれども、(1) で受付事例の評価を速やかに進めて、受付 6 カ月後を目処に終了するようになるべくしていきたい。それから、(2) 従来型の調査分析方法に加えて、協働型を実施する。これは、先ほどお話しした通りです。

それから、「3. 日本医療安全調査機構の基盤強化について」、先ほど高久先生からお話がありましたように、

(1) 日本医学会の基本領域 19 学会との連携を強化する。実際は、この機構に社員として参加していただく。(2) 財政基盤の充実ということで、できれば各学会に、少し分担金のような形でお願いできないかということを考えております。

それから、「4. 理事会の強化について」、幅広く医学会の協力を得るために、日本医学会基礎領域 19 学会等に協力を求めて、理事の増員を検討するということが、先ほど高久先生からもお話がありましたように、3 人の

方々をお迎えすることになりました。

それから、「5. 自己財源の確保について」ということで、運営委員会での指摘を踏まえまして、財政基盤の強化の一環として、関係学会等に寄附を募るという、自己財源の確保方法について検討するということがございます。

それから、「6. 運営委員会について」、(1) 運営委員会と理事会との関係をもう少し整理する必要があると考えております。この日本医療安全調査機構というのは一般社団法人という機構でありまして、ひとつの組織です。それと、いままで行われてきた運営委員会というものとの、組織のなかの理事会と運営委員会の関係といったものを、少し整理していく必要があるというふうに考えております。

(2) 運営委員会の委員の削減というのは、先ほどお話がありましたように取りやめになりまして、新たに患者の代表の方を 1 人、永井さんに加わっていただくことになりました。

それから、「7. その他」と書いてありますけれども、早速きょうから実施させていただくこととなりますが、運営委員会等にご出席いただいた際の謝金は、当分の間、辞退していただくようお願いして、原則、交通費のみの支給というふうになっております。

次が「8. 運営上の課題」ということで、そこに 5 つ挙げさせていただきました。これはまた後ほどご説明いたします。

それでは、次のページを見ていただきます。25 ページは、平成 22 年度の収支決算書です。ご覧になった通りでございますけれども、何かありましたら後ほど事務局のほうにお問い合わせください。

それから、26 ページに平成 23 年度の収支の予算書が出ております。昨年度は 1 億 7,000 万円、今年度は約 1 億 2,000 万円に減額されたということで、主に人件費、諸謝金、それから解剖費。解剖費は、平成 22 年度の決算額を見ていただきますと 760 万円となっておりますので、この 1,568 万円というのはかなり大きな前年度の予算額であったということですが、今回は 490 万円と少なくなっております。これは、協働型をやることとなりますと、遺体の運送費等がだいぶ減額されるのではないかとということがあって、本年度の予算では「解剖費・文書費等」のところはかなり減額になっているということです。その他は大きな変化はないと思いますけれども、一応こういうことで今年度の予算書はできあがっております。

それでは、次の 27 ページを見ていただきますと、「資料 4」です。平成 23 年度に課題とされている事柄の検討に対して、予定表的なことがそこに書いてありますけれ

ども、大きな課題が(1)(2)(3)(4)(5)と5つ挙げられております。

「(1) 広報活動の強化」ということで、なかなかこのモデル事業に症例が増えてこないのは、十分な広報活動が行われていないからではないかという指摘もございましたので、広報活動をもう少し積極的に行うべきだろうということで、国民への広報活動、医療機関への広報活動というものを積極的に行う。

それから、「(2) 評価の標準化・迅速化・その他評価に係る課題」ということで、これはこの次の運営委員会で検討したいと考えている点ですけれども、評価手順の標準化のための具体的な方策と。もともと、ある程度その地域でできるという形でこの事業が開始されているところがありまして、完全に10地域の評価手順が標準化されているとは言えない状態がありますので、できるだけ評価手順を標準化していきたいというところでございます。それから、評価期間の短縮のための具体的な方策、解剖結果の途中開示についてはどうするかということも検討の課題だと思えます。

それから、「(3) 評価委員会のあり方の検討」ということで、これもできれば第3回の運営委員会で検討したいと考えているところですが、評価医の選出方法の標準化のための具体的な方策として、どうやったらいいかということ。それから、協力学会への評価結果の還元方法といったことを検討したいと思えます。

次は、「(4) 協働型調査分析方法の試行と評価」ですが、この段階で協働型の分析が何例行われているか、いまのところわかりませんが、それが行われていたらぜひその費用対効果とか、評価の妥当性とか、その方法の課題、その課題に対する対応策ということ、第4回運営委員会、あるいは来年度になるかもしれませんが、そういうことを評価すべきだろうと考えています。

これらの課題について、この運営委員会で直接検討するのはなかなか大変なことです。できれば4名程度の小委員会をつくりまして、具体的な方策は検討させていただいて、それを運営委員会にお諮りして議論を深めるといった形に持っていきたいと思っておりますので、この小委員会の設置に関して、ぜひ皆さんでご議論いただければ幸いです。

それから、「(5) これまでの実績の整理」ということで、ここで140例ぐらい症例も集まってきておりますし、私たちの機構になってから35例ということで、もう一回それぞれの関係者の満足度とか、実際の効果ということ、アンケート調査で確認したいというふうに考えております。

それからさらに深く、②ですけれども、評価終了事例

の分析。いろんなことか分析できるのではないかと考えておりますので、そういう分析もぜひ手掛けていきたいというふうに考えているところです。それによって、評価結果報告書マニュアルが改訂されていくようなことであればいいなと考える次第です。

一応、具体的になっているところはそういうことでございます。以上です。

樋口座長 ありがとうございます。「資料3」と「資料4」を使って、6月13日に理事会が開かれ、そこでどう議論が行われ、どういうことが判断されたかということ、高久代表理事と原事務局長からいまご説明を伺いました。これについて、議論いただきたいと思えますが、いかがでしょう。

佐藤委員 日本歯科医学会の佐藤でございます。ご説明ありがとうございます。23ページの項目3の「(1) 日本医学会基本領域19学会等との連携強化」というのは、ご説明では、先の理事会における「日本医学会基本領域19学会には社員として協力を要請」というところに関連するという内容でございましたが、確認ですけれども、これは日本歯科医学会にも社員として要請していただけたのかと。歯科医学会としても事例を2つ経験しておりますし、やはり数は少なくとも死亡事例はどうしても発生するというので、こういった体制を支援していく義務があると思えますので、ぜひ要請をお願いしたいと思います。

高久代表理事 19学会のほうには、将来的には財政的な負担も考えられますので、これから理事長の方々にお願いをしようと考えております。歯科医学会のほうも入っていただければ、非常にありがたいと思えます。

樋口座長 他にいかがでしょうか。

高本委員 高本です。財政基盤をしっかりとさせる、強化というふうには書いてありますが、事例が起こった場合に、解剖をして、しかも解剖にもたくさんの方が参加して、それからだいたい半年ぐらいに渡って詳細に精査するわけですね。メールでのやりとり、それから1回は集まるという状況のなかで、報告書としては10~20ページ近くのしっかりとした報告書が出るわけですね。これはそうとうの労力がかかるわけでありまして、これをいまは、依頼した病院側としてはただでもらっているわけですね。

私もいま病院の院長をしておりますけれども、これも何かの問題になって、刑事にしる民事にしる裁判に

なりますと、こんなものではぜんぜん済まんわけです。何千万円という金額がかかるし、病院側に有利なほうに決まったとしても500～1,000万円ぐらいかかるといのが、私が受けた印象です。この立派な報告書をただでもらうのは、病院としてもこれはちょっと申し訳ないという感じがいたします。

心臓血管外科学会などは、事件の外部評価委員等を受けて、学会ぜんぶで問題を抱えますと、50～100万円ぐらいを調査委員会の費用として請求することになります。こういう非常に重大なことにに関して、しかも第三者的に、考えたらいちばん理想的な形として、解剖までして報告書までいただく。その後、何かあるかもわかりませんが、いままでの100何例を見ていると、ほとんどの事例でだいたいこれで片が付いているというわけでありま。

いまの予算を見ても、解剖から報告書に係るのは、たぶん諸謝金プラス、人件費はたぶん調整医師とか調整看護師の人件費だと思いますが、諸謝金・旅費、解剖医あたりがこれに係る料金だろうと思うんですね。そうしますと、去年がだいたい3,800万円ぐらであります。症例でいうとだいたい35例です。これは、私はそれなりの価値があると思いますので、解剖までして綿密な精査もして報告書を出すということですから、1事例あたり200万円ぐらい出してもいいのではないかと。病院としても、それぐらいは出せるのではないかと感じます。

そういう事例を抱えた病院としても、私はある程度出す必要があるのではないかと。そういうことをこっちから各病院に連絡するのか、あるいは日本病院会——いくつか病院の組織がありますけれども、病院会がいちばん大きいので、そのあたりの会長とも相談して、1事例200万円ぐらと。お金のないところでは続きませんし、ある程度余裕がないと、これをまた各地方に拡大することもできませんので、少し余裕をもって、1事例200万円ぐらいつ徴収したらどうかと。

それを病院会に高久先生が持ち込んで、承諾をもらってやるのはどうかと。もし三井記念病院でこの事例があれば、病院として他の病院会がどうだろうと、200万円はこのモデル事業に払いますよ。あんなに正確な報告書をやっただけなのに、ただでもらうのは、私は申し訳ないと思います。それまでの皆さんの苦労をただでもらっては、非常に申し訳ないというふうに思います。

樋口座長 ありがとうございます。

高久代表理事 高本先生が来られる前に報告したのですが、日本病院会の堺会長さんに、今度、理事に加

わっていただくことになって、ご承諾を得られましたので、私も日本病院会の参加をしていますので、一回その点について相談をしてみます。何というお返事が来るかわかりませんが、

高本委員 決して病院は、黒字で豊かな経営をしているとは思いませんけれども、それぐらいは、たぶん病院としても、こういうことに対することは出せますし、もし訴訟になって何千万ということをお考えすると、200万円でごちゃんとしてくれるというのは非常にありがたい話だと思います。

鈴木委員 いまの点に関連したことですけれども、患者側からの申込みにも対応するという基本的方針になっていますよね。具体的にご遺族がモデル事業に申込みをしたときに、病院の了解との関係はどうなのかというのは、あまりはっきりしていないように思うんですね。結局のところ、有料にしたときに、財政を理由にして申し込まないと。患者、遺族が申し込んで来たときに病院は、それでも金を払わせるんだったら協力はできないと。こういうふうになってきたときに、せつかく始まったモデル事業が参加の機会を失うことになりかねないのではないかと。そのへんのご遺族からの申込みとの関係を少し整理をしていただきたい。

現実にあった話ですけれども、大学病院に院内事故調査の申入れをしたらば、「院内事故調査の結果、法的責任があるという結論が出なかった場合には、その調査費用の一切を患者側、ご家族側が負担する」という念書を書いてもらわないと院内事故調査はやらないといった病院も、東京の大病院であるんですね。

ですから、多少紛争、苦情が見え隠れしているところがありますので、きちんと原因分析ができ、ご遺族の意向も踏まえて原因分析がそれで先に進んでいくということであれば、高本先生のおっしゃるように、その病院にとっても非常に大きなプラスがあることははっきりしているんですけれども、ただ財政の理由によってそれがかえって障害になってしまうというところも、念頭に置いて検討していただきたいというふうに思います。

樋口座長 このモデル事業での原因究明の作業というのは、もちろん無償で行ってきたわけで、どこまでそれが続くかという問題があることはあるので、今後、たぶん理事会でも検討していただけたと思いますけれども。本当は法律家が——加藤さんがきょうはいらっしゃっていないのでお2人ですけれども、一種、誰が負担するかというときに、こっちが負担するかこっちが負担するかというだけで争うと不毛な争いになりますよね。結局のと

ころ、押しつけ合いというのか。

そういうときに、法的な、あるいは経済的な分散の仕組みとしては、保険というものもあります。病院会であれ医者個人であれ、保険の仕組みというのは、いま日本ですら必須になっていて、何らかの紛争があるときに、自動車事故なんていうのは示談代行というのが当たり前になっていて、そういうことまでぜんぶやってくれる。しかし、自動車の関係だったら示談代行できるかもしれませんが、医療事故はたぶんできないと思いますよね。保険会社だって、そういうお医者さんを雇ってということはあるのかもしれませんが、それを外注する。こちらへという形で、保険の形で分散するようなことも本当はあってもいいかもしれないですね。

それはそうすると、ひとつの病院だけが「すぐ払いなさい」と。そうするといまの鈴木さんがおっしゃったような形で、「いやいや、ちょっとそれは、頼みたいけれどもうちの病院だってこれだけ赤字が続いているのに」という話だって、場合によっては出てくるかもしれない。だから、もう少し工夫の余地があると思います。一方で、それはたぶんこの事業がどれだけ広がっていくかという問題とも関係があって、とくに大きな課題だと。

それから言い忘れましたけれども、次の議題で調査分析協働モデルについてはご議論いただこうと思っておりますので、いままでのご説明のなかでそれだけはとりあえず先送りして、後回しにして、他の部分でご意見、コメントをいただきたいと思っております。

鈴木委員 先ほどの理事会の議事録を拝見して、「第三者機関設置に向けた国の動向を注視しつつ、自律性を持った組織を現行法の下で目指していく」と。こういう書き方がありますがけれども、これは私の理解では、法制化の第三者機関は国の動向を注視すると。一方で注視しながら、このモデル事業をひたすら自律性をもった組織にするために目指すと。こういうふうに読んだのですが、従来の議論は、たとえば見直しの議論でも、法制化を前提として事務局を強化しようとか、つまり法制化を目指す活動として、そのつなぎとしてのモデル事業を行っていくという方向性だったと思うんですね。

そうすると、ちょっと読み過ぎなのかもしれませんが、法制化については国の動向を注視するだけで、とくに目指すわけではないということをお決めになったのか、それとも法制化について何らか追加のご説明があるのであれば、その点について、法制化についてこのモデル事業、機構がどのようなスタンスで臨んでいるのかというのを、もう少しわかりやすくご説明いただけますでしょうか。

高久代表理事 これは、医師法21条のこともありますので、従来の方向を目指すべきだと思います。

鈴木委員 従来のというのは、法律に基づいた第三者機関を目指していくという。

高久代表理事 はい、そういうことだと思います。

鈴木委員 そうなってきましたと、運営上の課題のなかに法制化の課題が何も載っていないのですが。つまり、目指すというのは、向こうのほうを向いているというわけではないと思うんですね。何らかの行動を行うということになると思うんですけども、その行動については、今後の検討課題でもいいと思うんですけども、どんな行動を法制化のためにしていくのかと。厚生労働省との関係もありますでしょうし、それから国会とのロビーの関係もあるでしょうし、法制化を目指している団体は、永井さんたちも含めて様々なところがあるわけで、そういうところとの位置関係みたいなものを、運営上の課題のなかに。

もちろん、モデル事業の主としたものは、やはり医療事故原因分析評価をきちんとやるということが主であることは理解していますけれども、法制化についてまったく何も、ただ眺めているというだけではないか。それは従来からの議論でもあったと思いますので、そこはぜひ、ここの運営委員会でやるのかどうかという点はもうひとつあると思いますけれども、機構の理事会なり何なりできちんとした議論をしていただいて、運営委員会にご報告をいただきたいと思っております。

樋口座長 他にいかがでしょうか。とくに、それぞれの地域で実際の事業に立ち会っておられる先生方はいかがですか。理事会の報告等がありましたけれども。

黒田委員 病理学会担当理事の黒田でございます。これはご議論があるように、前回のお話があって、きょうは愛知の地域代表の池田先生がお休みでございますので、私が代わりに発言いたしますけれども、当方も8月で調整看護師がやめてしまうことになっておりまして、常勤がいなくなることになってしまいます。そこも含めて、私は大局的に、補助金をいただいてのこの事業は今年度が最後で、法制化に持っていくことを前提にした全体の流れのなかで、全員が考えてきていたと思うんですが、先ほどのお話を伺いますと、次年度は云々というお話が出てきましたので、次年度もまだこの形式で続けるのかというのが僕の正直な気持ちなんです。

ですから、鈴木先生のお話にもあったように、今年度

できちんとした方向性をつくって、どの政党が政権をとっていても、とにかくこれを議員立法に載せていただくことを考えて、みんなここまで来たのではないかなと。私はそういう認識でいたのですが、そうではないのかということが1点です。

そうしないと、地域のなかで調整看護師さんも含めまして、現場で対応できる方をせっかく人材育成をしてきたにも関わらず、このビジョンの方向性が見えてこない、そこに関わっておられる方々の当然、雇用の問題もごございますので、そこはある程度はつきり、この事業を補助金事業として続けていくのか、ある程度のところでけりをつけてちゃんと議員立法に持っていくのかということの方向性を出すことが必要です。それから鈴木先生がおっしゃったように、それに対するこの会としての決意ですね。そこをある程度のところで論じていただかないと、私はこの問題に7年関わっていますけれども、最初のときから全く変わっていないという気がしています。その決意をお述べになって、国民にわかりやすく、私どもの決意を発信するような場はここしかないと思うんですね。それをぜひやっていただきたいと思っています。

それから、先ほどからお金の話が出てきていますが、次の協働モデルのところでも問題になると思いますが、私は基本的にこの調査の基本の姿勢というのは、ある意味できあがってきていると思いますので、高本先生からもご意見がありましたけれども、解剖する立場、もしくは解剖を分析する立場としては、少なくとも解剖にかかっている費用はやはり基本的には病院が負担すべき時期にきていると思います。それを原則にしていないと、そこまで丸々ここで抱えていて、予算を立ててそのなかでしかできないようなことでやっていると、やはり先が読めていかないので、少なくとも解剖に関する費用は、基本的には病院負担ということできちんと、それはお述べになってもいいのではないかなと思います。

それを検証する段階はすでにもうできていて、それに対して異議を述べられる方は実際おられないと思うので、少なくともそこところは、予算もそうですがきちんとしておいて、今年度からでも私は別に構わないと思いますけれども、解剖の料金につきましては原則、医療機関が負担する。ただし、ご遺族から依頼のあった場合については、その場で検討するということがいかがでしょうか。

私も愛知県の医師会のシステムで25年やってきましたが、某大学の事例の問題がありまして、結局、愛知県医師会も二段構えでいくことに変更になりました。通常、医師会としての解剖を受け入れるという立場と、それからこういう医療関連死に関しての受け付けるところと、

一応二段構えでいこうということになりました。原則、剖検の料金は医療機関にお支払いいただくのですが、ご遺族が望まれた場合については、そこはご遺族側とご相談をして費用分担を適切にしていくことも含めているようなケースを考えてやっていく必要があると思います。単一な方法で、1年前に決めたプロトタイプのままで行くというのはやめて、もうちょっと策を打つてもいいのではないかと考えております。

樋口座長 他にいかがでしょうか。

高本委員 患者さんが申し入れた場合にどれだけ患者さんに負担してもらおうかと。私は、基本的に病院がぜんぶでいいと思っていますけど、そうなるとお金で買収されたという気持ちも、患者さんに湧く可能性だってなくはないと思いますので、私は1割ぐらい、20万円ぐらいを出してもらって、180万円を病院で出すと。

病院としてのメリットは、いろいろなことが起こって、いままでのレポートを見ても完全に患者が悪くて病院がいいということもなかったですよ。病院側としても反省すべきことを、改善点をあげてもらったわけですから、基本的には病院側がやる場合はぜんぶ病院がやると。

患者さんがやった場合、僕は病院がやってもいいと思いますけど、金で買収されたという気持ちにならんととも限らないから、どうせ弁護士さんと相談するのもまたお金もかかっているでしょうから、それで1割ぐらいを出してもらって、それで堂々とやっていただく。

確かに、これを保険の制度のなかに入れるということは非常にいいと思いますが、いまの民主党の連中に任せるとそのためにはまた2、3年かかりますよ。これは我々のなかで、それこそ病院会の幹部と話をすればできることですから、しかも患者さんの額を決めるのは、鈴木先生に相談して、鈴木先生が納得してくれれば何とかいくのではないかと（笑）。

とにかく、そんなことでもたもたしているよりは、ボンと病院としても僕は払ったほうがいいと思いますし、それで事業がもっと進むならば、その方向で行ったらよろしいのではないかとと思いますが、いかがでしょうか。

里見委員 厚生労働省的には、あまり問題はないですか。補助金事業というもののなかで料金を設定してもらったものが入ってくるという、これは少なくともクリアしておかないといけないというのがあれば、ぜひ。

厚生労働省 いまのところはそういう前提で話は来ていないので、いまのところは無理ですけども、できるかどうかちょっと、補助金を扱っている担当局とも調整を

して確認をしないと、即答はしかねます。

黒田委員 先日、日本医師会が答申を出されましたね。それを読んでみると、国民に対しての強いメッセージが発信されているとは思えませんが、本日は日本医師会の委員がご欠席ですので、次回、真意を是非確認させていただきたく存じます。

原則的に民主党案をほとんどベースにして大綱案との折衷を模索した指針ですから、しようがないといえましょうがないのかもわかりませんけれども、ではどこが音頭をとってやっていくかとなったら、ここしかないのではないかと、私はそう思っているんです。

樋口座長 厚生労働省には答えにくい問題かとは思いますが、「国の動向を注視しつつ」と理事会も言っているので、いかがですか、厚生労働省の現状というのは、率直に語っていただければ、本当はいいのかもしれないですけど。

厚生労働省 そのこのペーパーの少し上のところに書いてあると思いますが、ここに補助するという予算に関連しましては、来年度、今年度と同額のを考えてございます。なので、これはしっかりと続けていく事業だというスタンスで医政局としてはとらえてございますけれども、法制化の話につきましては、そこに対して言えるものは、申し訳ないですけれどもございません。

樋口座長 継続していく気持ちがある。要求もする。だから、こういう事業の価値は認めると。

厚生労働省 もちろんです。

樋口座長 その価値は何ですか。

高久代表理事 ちょっといいですか。「資料3」に「国の動向を注視しつつ」とは書いていたんですけども、我々が自分たちで第三者機関をつくって、それで医師法 21 条の改正は我々が作った第三者機関が国に要請するという形のほうが、このままの形でずるずるモデル事業を続けるよりいいのではないかと、私は個人的にはそう思っています。そういうことでこういう表現になったのだと思うんですね。そうしませんと、いつまでたっても何となく皆さんのプラスチックが溜まる形になりますので、自分たちでつくってしまったほうがいいのではないかと。そういうふうに私は思っております。

鈴木委員 動かないものを見ていてもしようがないですよ。

樋口座長 時間の関係もあるのですが、こちらの地域代表の方から何かあれば。

居石委員 福岡の居石でございます。私ども、地域で事例を可能な限り集めたい。ただ、現実にはまったくフリーズした恰好で、それをなかなか超えません。そして、事例の相談があったものも、あるいは事後に耳に入る。それもしばしば司法解剖にまわる。つまり、社会の認識というのは、まったく参加させていただいた3年半ほど前の状況と変わっていないというのが、素直な気持ちです。

したがって、流れを大きく変えていただくだけの節目のそれがあっていただきたいというのは、前のときからしきりとお願いをしている。したがって、ここから強く発信していただけるということになれば、これは言うことありません。そうでない、関係する医師会にあってもというのは、なかなか全国で強い目に見える動きというのはないように私は思っています。

したがって、福岡県内で独自でやるのかなんていう意見も出てきているぐらいでありますから、この委員会でしっかりと発信をしていただいて、行動していただければ、大変地方はありがたいという気がいたします。

樋口座長 時間もありますので、次の議題に移らないといけませんと思いますけれども、またどこで戻ってきてもらってもよろしいので。ただ、先ほど原事務局長からもあったように、あまり私も形式論にとられる必要はないと思っています。実質的に意識のある人たちが集まったところで議論するのが大事なので、「これは運営委員会で、理事会ではないではないか。みんな理事ではないではないか」という話はやめたらいいと思っています。

ただ、それにしても運営委員会と理事会の関係の整理をもう少ししておく必要があるし、それからいま高久代表理事は非常に心強いことをおっしゃっていただけたわけで、そういう理事の下でなら運営委員会としても、まあ「いままでも十分に苦勞してきたではないか」と本当は現場の方はおっしゃるだろうと、あるいはおっしゃらなくても心の中では絶対に思っていると思いますけれども。

私自身も不思議なのは、今度の牛であれ何であれ、食の安全、原子力の安全であれだけ大きな問題になるのに、医療の安全をキャッチフレーズにして政府は動かないし、メディアも動かないというのは、本当にわからない。それはもうずっと前から。なんでメディアの方も協力してくれないのか。現場の人を訪ねてくれて1事例でも一緒

に見てくれれば、本当に真面目にやっていることがわかるはずなんです。これで7年、なかなか垢がつかないのがなぜなのだろうかと。原子力発電の何とかみたいな話ほどの重要事ではないというふうに、メディアの方が思っているのだろうか。自分の身の周りに1回、事故に合った人か、あるいは逆に事故の関係者としての医者が友だちでいけば、絶対にわかる。その人の人生がぜんぶそれでどうかなってしまうような話なので、それはじつは原発の事故と同じですね。

でも、人を非難してるだけではそれこそ簡単な話なので、広報活動の充実についてというのも、次の次の議題でありますので、そこでまた議論をしていただくことにして、次へ進もうと思います。「資料4」のところで、「以下の課題については小委員会を設置して」と書いてありますね。ここの「資料4」を見ていただくと、これはいかにも本当に運営委員会でやるべきことですよ。厚生労働省には厚生労働省の担当室長の苦しみ……とまで言っているのかどうかよくわからないけど、大変なことはきっとあるに決まっているわけです。私は忖度する他ないけれども。「なかなか動かないもの」と鈴木さんが言ったけれども、誰がどうして動かないのかというのも、私などには本当にわからないのでね。

そういうことはある一方では、そういう世の中というのはしかし、変わるときには変わりますのでね。そう思って、こうやって粛々と一つひとつのことを丁寧にやっていくことも大事だとは思いますが、この4名程度の委員で構成される小委員会の設置については、一応こちらの事務局、座長等にお任せいただいて、(5)のところで書いてあるようなことですけれども、こういう事柄をきちんとやっていくと。

もしかしたら小委員会でも、きょう話に出たようなものを、たとえば受益者負担のあり方とか、法制化といったって、私も議員の知り合いがいるわけではないので、一体どういう活動をしていけば本当にいいのだろうかというのはわからないですが。私が入るかどうかはともかくとして、その小委員会の方にもそういう問題を議論していただいて、それを運営委員会、さらにもちろん理事会のほうへも上げていただいて、ここでの議論が言いつばなしで終わらなくて、少なくともこういう議論はしましたという形でまた報告して、それにまた議論いただくという形にしたいと思います。

それで、次の議題、「(2) 調査分析協働モデル (仮称) の運営について」、こういうものもやったらどうかと。院内調査委員会と調査分析を協働して行う。しかし、院内調査委員会も大事なことは大事ですが、そこだけに投げるのではなくて、まさに協働で。我々の経験を活かすような形でやっていこうという形のものも、モデルとして

やってみようではないかという話について、前回、本当はすでに議題にあがっていたところが、十分に時間が取れなかったのが、これについての説明を伺い、疑問等ももうすでに提起されておりますので、その議論に入りたいと思います。これは、原先生から説明をお願いいたします。

原事務局長 前回、1回は説明させていただいていると思いますけれども、「資料5」、28ページをご覧くださいと思います。そこに書いてあるのは、協働モデルの申請についてということで、その申請可能な医療機関の要件というのがそこに5項目、①から⑤まで書いてあります。いちばんポイントになるのは、「④過去に外部委員が参加するような公式な院内調査の実績がある」という項目が、満たせるところはそう多くはないだろうと考えられますので、これがポイントになるかなと思っているところです。

「(2) 受託の方法」というのは、地域代表がまずは受託の判断をするということになっています。

それから、「2. 解剖の実施について」です。これはいままでの従来モデルと少し違うところですが、②に書いてあります、モデル事業は、依頼医療機関に解剖立会医 (病理医・法医若しくは臨床医) を派遣して、立ち会っていただくということです。しっかりと解剖に立ち会っていただいて、解剖は実際はその病院側の先生が行います。

その後の報告書も、当該病院の病理の先生が記載されるということですが、それに関して、「⑥依頼医療機関が作成した解剖結果報告書を、モデル事業解剖立会医が確認する」と書いてありますけれども、その作成は当該病院の病理の先生ですが、それを立会医が確認するという形になっております。

それから、次の29ページにまいりますと、「3. 協働調査委員会 (仮称) の設置について」ですが、なにしる院内の調査委員会に機構のほうから外部の委員を送って、その調査委員会がなるべく第三者性を発揮できるようにということを考えて、これがつくられているわけです。

(1) のところに、協働調査委員会の目的が書いてあります。それから (2) ですが、委員の選定ということで、6~7名ということを考えております。②に、委員会の外部委員として、学会等の紹介・斡旋等により第三者性を担保するための複数名の専門医、及びその他の有識者を派遣するということが書いてあります。

それから、病院のほうは院内の内部委員を3~4名選出するというので、次の⑥に書いてありますように、モデル事業の地域代表は、その調査委員会の委員長を外

部委員から選任するというので、協働調査委員会の委員長は外部委員が務めるという形をここで規定しております。

それから、「4. 協働調査委員会（仮称）の実施について」ですけれども、「(1) 調査の進め方」ということで、これは以前と同様ないろんな資料を集めて行うことになっております。次の(2)に進捗管理と報告ということがありまして、一定期間ごとに患者の家族等に進捗状況を報告することが規定されております。

それから、「6. 報告書の作成」、31ページにまいりまして「(1) 協働調査報告書の執筆」ということで、委員長がぜんぶを書くのは本当に大変なことですので、もちろん委員長は、報告書の執筆に協力する必要があることをあらかじめ各委員に周知して、執筆は、調査に参加した委員がそれぞれの専門分野に応じて分担するというふうに書いてあります。

それから、「(2) 記載の内容」ですけれども、これは以前ととくに変わりありません。

「7. 中央審査委員会（仮称）の実施について」です。さらにその上に中央の審査委員会を設けるということで、案としてつくられております。「①モデル事業中央事務局は、中央審査委員会を常設し、協働調査委員会の協働調査報告書の内容に対し、医学的妥当性等について、中立的立場から検討・審査を行う」ということで、院内事故調査委員会に外部の委員が入って、そこで第三者性を担保して、さらにその上に、そこから出てきた結果の報告書に関して中央審査委員会でもう一回、その妥当性に関して検討・審査を行うことにしております。その次の②のところに構成メンバーが書いてあります。

あと、次の32ページ「8. 遺族・依頼医療機関への説明について」ということで、「①協働調査委員会は、当該事例に係る協働調査報告書を遺族に交付する」と。「②モデル事業地域事務局は、協働調査報告会を開催する」。「③報告会は、中央審査委員会の委員長、協働調査委員会の委員長——これは外部委員になるわけですが、それからご遺族、依頼医療機関担当責任者が出席する」ということであります。

「9. 結果の公表について」ということで、これはいままでと同じように、モデル事業で概要版を作成して公開すると。この場合、もちろんご遺族の合意を得てということでもあります。

次の33ページ、外部委員の入った院内事故調査委員会の構成メンバーの具体的な例が書いてあります。高度の医学的専門性が必要な事例でありますとか、誤注射・誤投薬等の院内のシステム要因が関与したと推認されるような事例の場合は、こういう方を選んだらどうかということが書いてあります。③は、高度の医療的専門性かつ

システム要因の検証が同時に必要な場合には、1と2を複合した形にしたらどうかということが書いてあります。

以上のような協働型の院内調査委員会をぜひ試してみたいと考えて、これの案を練っていただいた方が、34ページに書いてあります。「資料5-2」です。調査分析モデル事業のワーキング部会のメンバーの方たちです。この方々に、都合4、5回集まっていたいて、いろいろご意見をお聞きして、この原案がつけられたというところでございます。以上です。

樋口座長 ありがとうございます。いまおっしゃってくださったように、34ページにある富野先生をはじめとして、時間を費やしていただいてこういう案という、こういうこともやってみようという話ですが、これについて予め事務局のほうから地域代表の方々に、どうかというふうに意見を伺ってくださったようです。それで、居石先生から、まずコメントを。

居石委員 最初の原先生からのご説明の後、設置規定から、それからさらにいちばん最後、同意書に至るまで、今回ご準備いただきましたですね。そのことは、前回問い合わせをいただいたときには入っていなかったように思いますので、先週いただいて、ちょっと時間がありませんでしたので十分には私も消化しきっていません。話が前後することになるかもしれませんが、まずそれをご容赦ください。

6月の末にいただいたときに返事を出させていただきましたのは、何といても協働分析モデル事業という恰好で今回、スタートしていただく。院内事故調査の委員会を充実させていくことには基本的に賛成であります。そして、それが極めて大切である。したがって、積極的に参加、あるいは推進することができればというのが私の私見であります。

ただ、問題は、最後の評価報告書はさらに上に中央審査委員会が乗っかる恰好になってそれなりに第三者性、中立性というものを高配いただいているとは思いますが、解剖ということになると、その責がいったいどこにあるのか。そのことに甚だ疑問を持ちますという返事を出させていただきました。

具体的に申しますが、解剖立会医は法医・病理医もしくは臨床医と。そしてさらに、その結果報告、あるいは結果ということについては、解剖立会医が確認するという表現になっています。何を確認するのか。解剖立会医はいったい何をするのかと。甚だこのところは不明確になっています。

したがって、外部の人たちが入り込んでの調査委員会で、最終的に報告書を認定するという表現が出てくるか

と思うんですが、解剖結果報告書についても立会医がせめて認定するか、あるいはそれなりに評価をするという段階が入って然るべきではないかと思えます。そうすると、臨床立会医というのは、その責を全うすることは甚だ難しいのではないかと。

法医と病理医、その責を果たすだけの24時間の体制がとれるかという、そのご配慮をいただいているのだと思いますけれども、やっぱり臨床の立会医の方というのは難しいのではないかというのが本音です。そして、いま言いました解剖結果のそれに対して、第三者性、それなりの検討をしたものであること。妥当なものであること、病理に覆されるような誤ったものではないというレベルまで、質をちゃんと高めていただくご配慮をいただけるとありがたい。その2点であります。

樋口座長 ありがとうございます。その他の方からも、いまこの場での発言で結構ですので、コメントをいただきたいと思えます。

黒田委員 愛知県のみならず、私のいるところの近隣で生じた症例につきまして、愛知は加藤先生もいらっやいますので、モデル事業に乗れないような形のものも、こういう形式ですでに数例行っております。私が実際に執刀したものが半分ぐらい、それから解剖に立会ったものが半分ぐらいで、いま居石先生からご意見がありましたが、剖検の診断書と一緒に私の名前を入れていただいてサインをしております。そこまでしないと、たぶん解剖についての立会いといっても、一緒に診断をしたという内容でないと、信頼性も含めて非常に乏しいのではないかと思っております。

私は、この協働型をやることそのものに、円滑な事業の遂行ということを考えると賛成でございますが、本来は、病理の先生が立ち会るのが筋論だと私は思っていますが、東京では難しかろうということがございまして、ワーキンググループで苦労されて、こういう記載になったものと理解しています。

だから、できれば病理医が立ち会う。そうでない場合には法医、臨床立会医という形になって、少なくとも第三者のどなたかが立ち会って、その解剖については、ご遺族にその方が説明をするということで、基本的にこれはイーブンで3分の1ずつという意味では私はないと認識をしているのですが、富野先生、これでよろしいでしょうか。

富野委員 基本的には病理、法医ということでしたんですけれども、人数の問題もありまして、「もしくは臨床医」となりました。

黒田委員 一応、こういう表現はしてあるけれども、基本的には病理の先生ができるだけ入ってやるべきだと、私は病理学会の担当理事ですのでそう思っております。そういう内容でいけば、たぶんこの内容はかなり現実には則して、私の関わった症例でも、私はいつも言っておりますけれども、当該事例が発生した病院の病理医というのは非常に苦しい立場にありまして、その先生がいろんな説明をするよりも、第三者である方が行って説明をするほうが、ご遺族もその結果を受け止めやすいというところがありますので、この形でいくことは基本的に賛成でございます。

居石先生のお話にありましたが、単に説明するというよりも、ある意味で診断には参加する。私は、ご遺族を交えてのCPCを多くやってきましたので、そういう形で透明性もきちんと公開して進めていくということにすれば、少なくとも2泊3日の、いままでの全てを引受け機関にお願いするという形よりも、スムーズに事が運ぶのではないかとこのように思っております。

樋口座長 ありがとうございます。他に、いかがですか。

永井委員 4月22日の前回のこの委員会のときに、この件について意見を述べるはずだったのですが、話の内容が変わったので話をしていないのですけれども、「被害者側から見たときに、この提案そのものでは反対です」というお話をしました。なぜ反対かということ、いままでの議論のように、第三者機関をつくる気もない。第三者機関をつくり、モデル事業がそこに継続してそこまで限りなくやり続けるという、そのコンセプトがあって、これをやっていく。そして第三者機関ができたときにも、このようなイメージの協働と、連携的なモデルをするということ。

そこが見えているならば賛成できるのですが、いまモデル事業が、それこそ先ほどの話のように、「来年までは保証します」と厚生労働省はおっしゃるだけだったら、この事業を本当にやり始めて失敗なり成功なりしても、もしかしたら民主党が言ってる、院内事故調だけでいいのではないかとこのようになる恐れがある。そのために私も反対だと言っています。

内容は、さっきいった前提がしっかりしていたら大いに賛成していきたいと思っておりますが、その前提がぜんぜん見えてない。そういうなかで、「たぶん僕らがそう言っても、こういう案が出てくるんでしょう」と言って、僕らに説明したと同じ案がきょうは出てきました。

僕は皆さん方に聞きたいのですが、やはりここにおら

れる先生方、とくにこの企画をした先生方が、自らの病院が事故を起こしたときに、手を挙げていただくことが最低限の条件だと思います。「なんでわたしがモデル事業の配下に入って、そんなものに協力しなければならんだ」という病院もあるかもしれません。そういうなかで、やはりこの事例を少しでも成功させるのは、ここにおられる先生方の医療機関で起こったことを積極的にこれで行っていくのだという、その気構えがなかったら、僕は成功しないのではないかと。

僕の会社時代のいろんな企画において、言う人とやる人が違っていたら絶対に成功しないですよ。企画した人が自らやるという信念を持ってやっていただけたら、ぜひそういうことでやるべきだと思うし、その連携をどう深めるかということになると思いますので、そのところをそれぞれの皆さん方、意見のなかで九州のほうは賛成とか、黒田先生も賛成だとおっしゃいますが、そうしたらその病院ではぜひ積極的に、こういう事例がこの1年なり2年で出るか出ないかわかりませんが、近辺でそういうことが起こったときにも紹介して、この仕組みでやってみようではないかというふうに、この先生方が自らやらない限りは絶対できないと思っていますので。

そこを踏まえて、ぜひやられるならやっていただきたいし、新しい事例ということをいまいろんなところで言われているようなので。僕はあまり、さっきの20例というのを年間で目標にするよりは、しっかりした事例を、お互いにやるのがよかったという事例を、どう積み上げられるかということにチャレンジしたほうがいいのではないかなと思っています。

樋口座長 ありがとうございます。

黒田委員 永井さんのおっしゃる通りで、私どもは第三者機関を目指していて、そのなかでいろんな選択肢をつくってということをやっております。私自身もこの場で発言をする以上、自分で実行しなければいけないということ自分でやってきたつもりでございます。現に私どもの大学病院も愛知の地域代表の池田先生のおられる愛知医科大学病院にモデル事業にお願いしたことがございます。ですから、やってるなかでどう円滑にいか、逆にいうと、私が今後関与できないという立場になることもありますので、そこで私はいつも強く言っているように、当然、第三者機関をつくるのは大前提で、大前提のなかでどういう工夫をしていくかというつもりで、そういう発言をしているつもりでございます。

児玉委員 ちょっと勘違いをしているといけなくて、

確認をしておきたいと思います。「2. 解剖の実施について」以下が今回行われるプロジェクトで、1のところは、誰が申請できるかという医療機関の要件を定めたところというふうに、この資料は大きく2つに分かれると思って読んでおります。それで、2以下のところが、今回の調査分析協働モデルの性格を現しているところだと思って、従来型と協働型が本質的にどこが違うのだろうかということが、どうもピンと来ないのですね。

要するに、外にあるか中にあるかということが本質的に違うのだったら、院外調査委員会型と院内調査委員会型とお書きになったほうがわかりやすいのではないかと。従来、協働していなかったみたいと言われるのも少し心外で、ずっと協働してきたではないかと。現場との協働なしでは一步も進まなかったのがモデル事業のあり方ですので、今回ののがとくに協働だと思って読んでいくと、とくに臨床評価の観点から読んでいくと、少し形が変わっているのであって、協働のあり様にはあまり変わらないという理解をしているのですが、間違っていたらご指摘をいただきたいと思います。これが1点です。

2点目は、解剖というところがやっぱり違うのではないかという感じがいたしまして、結局のところ、はっきりそう書いていない。私の見落としなのかもしれないですが、依頼してきた医療機関内で病理解剖をするということが本質なので、要するに現場となった、依頼医療機関病理解剖担当型という性質が本質なのだろうということが、2以下で読みとれるように思います。

そうすると、どうも前の申請可能な医療機関の要件とうまく合わない。少なくとも、病理解剖という観点からは大きな違いがあり、臨床評価という観点からでは、従前通り協働しているが少し形を変えていくということであれば、いちばん大きく変わるところは病理解剖の担当者ですので、申請可能な医療機関の要件は、「病理解剖が可能である医療施設」と最初に書くのが要件の本質的なのではないかと。

逆に、専従の医療管理者がいても小さな病院はたくさんありますし、どうも①、②、③、④、⑤が、後ろの病理解剖を現場の病院で担当するというところが本質的な変化であるのと比較すると、どうも大変フジーな部分、つまり臨床評価の協働性というところを、どう信頼性を担保するかということにこだわられた割には、いったいどうしてこういう要件が出てきたのか。

すみません、たまには法律家っぽくものを書いてみたい気がしまして。つまり、後ろのほうの実態から前のほうの要件をつくりだすときに、どうも論理的に考察された形跡が見られないので……すみません。どういう論理のつながりなのか私にわからなかったもので、ちょっとご教示いただければと思います。

理解の枠組みが、臨床評価、従前協働していたが、それをさらに院内型に進めるということと、解剖というのを院内解剖型に変化させることによってこの全体の骨格ができていて、それを踏まえて立て位置、調査分析協働モデル（仮称）の要件が出てくると。そういう構造のはずなのですが、というご質問です。よろしく願いいたします。

鈴木委員 関連しているので一緒に。この企画を最初に聞いたときに、従来型と比べて協働モデル型はなぜ必要なのかという議論がされていないので、そこを明確にさせていただきたいということを事務局にもお話ししたのですが、そこで「資料5」、29 ページの「協働調査委員会（仮称）の目的」というのが書かれていますけれども、これ従来型に対比した形で目的が書かれていないんですね。これは、単なる事故調査が必要だということを言っているだけなんですよ。

つまり、従来型——通常モデルと言いましょか。協働モデルと通常モデルというふうに、従来型と分けたときに、この2つがあって、どうして協働モデルが必要になったのかについては考え方は2つあると思います。

ひとつは、従来はぜんぶ機構のほうでやるので、重装備なので解剖とか評価を少し軽量化していくと。言い方は悪いですが、予算の関係もあるので少し安上がりにしようじゃないかという目的がひとつ、あり得ると思います。

もうひとつは、つまりぜんぶ第三者機関、モデル事業運営側でやられているので、警察との関係も気掛かりで申込みにくいと。だから、院内事故調に機構が少し関与するという形で、申込みしやすくすると。だから、どちらも事業を拡大していくことについては共通ですけども、そういう目的もあり得ると思います。そのどちらを目指しているのがよくわからないということになります。

私は、たぶん病院にとって従来型は申込みしにくいので、院内事故調を少し外部を入れてやりやすくするという形で、申込みを拡大するというところに、この最初の企画があったのではないかと推測するのですが、違うのであればまたおっしゃっていただきたいのですが。

そうなってくると、つまり申込み要件のある、申請可能要件のある病院は従来型から排除されて、ぜんぶ協働モデル型に行くことになるのではないかと思います。つまり、従来型を選ぶのか協働モデル型を選ぶのかは、申込み病院に選択権があるのであって、こちら側に決定権があるわけではない。もちろん、要件がなければだめですよ。一定の要件を満たした場合には、つまり協働モデルでいきたいと病院がいった、「おたくは要件があります

か」といって、吟味したら要件がありますと。「では、協働モデルでやってください」となりますね。

そうすると、遺族との関係もこれまた変わってくるわけですけども、遺族に関しては、通常モデルは説明しないで協働モデルしかできませんと。この遺族への説明書も、通常モデルのことは何も書いてないわけですね。したがって、要件のある病院については、すべて通常モデルを飛び越えて協働モデルに行くことになるだろうと思います。

もしそうではないというのであれば、通常モデルと協働モデルがあって、それは同意のときに説明されて、協働モデルで嫌ならば断れますよという選択権を与えないと、遺族に配慮したことにはならない。しかし、協働要件を達しているものについては、医療安全のレベルが一定のレベルにあるので、あえて通常モデルの1から調査型はやらないとこちらで決めているので、最初からそういう仕組みなんですということになれば、協働モデルの要件のあるところについては、「協働モデルしかできませんよ」という説明から始まるというのは、あり得る選択だと思います。

ご遺族は、モデル事業そのものも知らないという方が多くいるなかで、いきなり協働モデルが説明されて、あとで通常モデルの事案を聞いたときに、「なんでうちは協働モデルなんですか。通常モデルがやれるのだったらそっちをやってほしかった」という不満も、たぶん出るでしょう。そういうことに対する配慮としては、冒頭に言いましたけれども、この協働モデルがなぜ出てきたのか、どういうコンセプトで設計したのかと。それによって、この枠組みとして遺族との関係でどうなるのかということも、もうちょっと明確にさせていただく必要があると思います。

樋口座長 2人の法律家のコメントと質問ですが、これは、まず原さんに投げるといことですか。

原事務局長 なかなか厳しいご質問ですが、私たちが最初にこれを考えたのは、いまこのモデル事業で結果報告書などをつくらしている先生方の負担が非常に大きいということと、それからこの症例が徐々に拡大されてきて多くなってきた場合に、病理の先生、法医の先生の絶対数からいって、いままでの従来型でぜんぶ対応できるかどうか考えた場合、もう少し院内事故調査委員会をサポートするような形で、仕事の量をそちらの方にも肩代わりしていただくような形で、ですから先ほど先生がおっしゃった軽量化というほうがいちばん大きなファクターでありました。

それから、遺族の方に最初に説明するときに、従来型

と協働モデル型と両方がある、その両方を説明して選択権をはかるかどうかという点ですけれども、たぶんそうすると、ほとんどの方が従来型を選ぶだろうと私たちは推測するんです。それで従来型をずっと続けていくというのは、それはそれなりに意味があることだろうとは思いますが、やはり最初に考えたことは、この院内事故調査委員会を活用するような形のモデルを試してみたいということがありましたので、まずこの病院はこういう要件を満たしている、こういう形の協働モデルの院内調査委員会を主体にして、そこに第三者性を担保した形でやっていきたい。それを最初に説明したらどうかと考えていて、必ずしもそこで従来型の説明をまったく省くというのは、難しいところだなと思っておりました。

児玉委員 軽量化という話もわかりますし、2以降を読めば、より緊密に院内事故調を重視しながら、院内事故調とそれから第三者的な診療評価の連携をはかれるという、その趣旨はくみ取っていて、その上でちょっと確認をしておきたいのは、やっぱりここで、解剖はどこでやるのかということだけではなくて、解剖はどこでやるのかということだけではなくて、その位置づけがかなり本質的な違いになるので。

たとえば、監察医務院で解剖する場合についても協働モデルでオーケーなのか、あるいは法医学解剖にかかわる承諾解剖でもこの協働モデルでオーケーなのか、それともあくまでもその医療機関でご納得をいただいて、病理解剖をしますということをお前提にしての軽量化をしていくモデルなのか。結局、臨床評価を院内にという流れと、それから解剖をどこでやるのかというのは別の論点です。大きな政策的な話を私はしているのではなくて、病理解剖をやる病院なのだったら要件のトップは病理解剖なのではないですかという、そういう端的な質問ですので、ちょっとご検討いただければと思います。

原事務局長 これを考えていたときは、ほとんど大きな病院、大学病院ということが私たちの頭にあったものですから、そういうところは当然、病理解剖が自院でできる能力もあるだろうということで考えていたものですから、先生がおっしゃったようなことを最初に一言入れるということは、完全に頭になかったということです。病理解剖を自院でやるということが前提になっているということだったので、ちゃんと明記すべきでした。

児玉委員 結局のところ、特定機能病院想定モデル、あるいは大学病院想定型というようなイメージはとてよくわかるのですが、この1のほうの要件だと、必ずしも

そうでないものも含まれてくるので。ですから、申し上げたのは全体のポリシーやフィロソフィーのことよりは、むしろ技術的なことで、認可の思いを実現するスクリーニングのファクターを1で要件化するときに、結局のところ自院での解剖なのか、よそでの解剖も入れるのかという論点をきちんと入れながらということで、少しニュアンスが違うのではないかとこの違和感を申し上げたところです。

長崎委員 兵庫の2例目だったと思うんですけれども、兵庫県を代表するような大病院で起こった事例でした。ご家族のなかのキーパーソンが、「当該病院の関係者は解剖から何から一切関与してもらっては困る」と言ったので、「なぜですか」と聞いたら、「一人でも入っていれば遠慮が生じるだろう」と。実際に、その当該病院の関係者を一切排除して評価をしましたところ、当該病院が2名の外部委員を入れて評価した結果と、違う結果が出た。反対の結果が出てしまったんです。そういうのもありますので、ご家族がまったく従来型を選べないようなシステムというのはまずいと思います。何らかの形でご家族を見ながら、死亡調査医が判断したほうがいいですし。

富野委員 ワーキンググループのディスカッションのなかでは、この病院にある程度の不満というか、問題点があるから何かやってもらいたいという意見があるわけですね。ですから、1番の事例をもって、しかも自分のところで解剖ができる、そういう病院がこういう話をしますけれども、それでも遺族が納得しない場合には、当然それには該当しないというのが僕が言った意見です。何でもかんでもこれだけというのはあり得ないということですね。

樋口座長 モデル事業という言葉自体がどうなのかという意見も最近ありますけれども、なんであれモデルというのは、柔軟でなくてはいけないということですよ。現場を知っておられる方がこうやってワーキンググループをつくって、一定の基準をつくっておられますけれども、そういったって現場は生き物で、実際の場に立ち会うと、「このとき」という話になってきますよね。

だから、いまおっしゃっているように、特定機能病院モデルということはイメージとしてはあるかもしれない。しかし、初めからそれだけでということではなくてもいいだろう、ぐらいいい感じでいかなないと。ただ、そうはいつでもイメージを共有しておくことは一方で大事なことで、好き勝手にというわけにはいかない。

やっぱり、ワーキンググループの方は専門家だからこれだけきちっとしたものを用意されていますけれども、

実際に走り出してみると、こういう事例、あるいはこういう遺族に対してはまた別のと。それもまた将来への、糧になるという言い方をすると当事者にとっては申し訳ないような話かもしれませんが、そう思わないとやっていけないかもしれないですね。

それから、さっきの永井さんのお話も本当にその通りだと思うので、樋口というのはものすごいお人好しだというふうにきくとおられると思いますが、とにかく院内調査委員会もきちんとしてもらわないと困るといことは、山口先生もずっと前から何度も言ってこられたことだし、それから誰が考えても、第三者機関をつかって、あらゆる医療事故が第三者機関に持ち込まれてぜんぶやれるかといったら、それは絶対にあり得ないことですよね。

それで、医療への信頼というのは、第三者機関も信頼してもらわないといけないけれども、もともとの医療者一人ひとりが信頼できる存在にならなると意味がないわけですから、そうすると医療機関を育てるためにも、さっき児玉先生が言ってくださったように、いままでとまったく違った話をするわけではないと。それはお人好しだと思われそうですけれども、民主党がなんであれ、他のところで院内調査委員会だけでやろうとか、いろんなことを言うておられる人はいるかもしれませんが、「それはそうだね」とまず言ってあげて、しかし「院内調査委員会はこのぐらいのものをやってもらわないと誰も納得しませんよ」と。さっきの兵庫の事例でもそうだったかもしれませんが、院内調査委員会にただやっただけでは、かえって拗らせるだけでね。

結局のところ、こういうことをやるためには第三者機関がないと派遣ができないわけですから。だから、そういう形でこのモデル事業の中身をジワジワと拡げていく。つまり、交替で民主党がなんだかんだと言うから、そういう人たちもいるからというので第三者機関性を薄めて、とにかく院内調査委員会でお茶を濁す。つまり、誰でもいいんですが、樋口もそうですけれども、永井さんがおっしゃるように、利用されるのではないかと。私もそういうことは考えなくもないです。それはそうですが、これだったら利用してもらってもいいというやつをやればいいというふうに、とにかく前向きに物事を少しでも進めないと。

それから、黒田さんのところでは経験もおありになって、そういうことだってあり得るよということもおっしゃってくださっているから、とにかくやってみて、「やっぱり樋口さん、ぜんぜんだめでしたね」と永井さんに言われたら、謝りますよ。人がいいだけではだめだなと。これから人が悪くなるようにしますから（笑）。

いろんな要件について、これだけきちっとしてはいる

ようだけれども、まだ少し疑問がある。要件と効果についての少し齟齬もあるということもあるとは思いますが、こういう方も含めて、実際にこれをやってみて、医療機関が「これだったらやるよ」というところが本当に出てくるのか。

それから、ここでの第1と書いてあるところは、立派な病院を想定しているわけですよ。この要件ぜんぶいのかどうかも、私なんかには本当は判断できませんが、他のところも近づけるような話をつくってくださいという方向へ持っていくというんですかね。だから、この要件で縛ってしまってあまりということではなくて、とにかくモデル事業を広めていかないといけない。ただ、粛々と同じことだけをしているだけでは、じり貧というんですかね。先ほどから言ってる、展望が開けなくてみんながただ疲れると。それはいかんと思いますのでね。

こういう形で、民主党案に乗った振りをして、それを利用するぐらいの神経でないと、いいことはきつとできないと決めて。それに、児玉さんがおっしゃったように、そんなに違う話ではない。解剖の現場をどこにして誰が解剖をするかというのは、きっと解剖の専門家からすると本当に大きな違いがあるのかもしれませんが、それにチェックをはかるようなシステムをこれだけ二重、三重で入れているわけですので、こういう形で少しやらせていただきたいということで、よろしいでしょうか。

永井委員 多くの事故の被害者で問題になってくるのは、やはり事故が起こる前からのことが多いですよ。とくに事実関係などが、事故が起こったときにそれまでの説明と違った説明をされるとか、事故が起こる前からある意味での医療者に不信感があったと。そういうなかで事故が起こったときに、多くの人は解剖までというふうに本当は考えない。解剖までするというのは大変なことだと考えて、解剖の事例にならないのですが、やはり解剖をしようというときには、やはり「この病院で解剖してもらっては」といって、違う病院で解剖してほしいということをほとんどみな思うんですよ。

そういうことが多いなかで、しっかりした調査と、そういうことができるための仕組みが、さっき児玉さんもおっしゃったように、解剖をその病院でしたことが協働モデルの前提になるということだけにしておいたら、ややこしいのではないかと。本来は解剖は違うところでやってもらって、その評価をというのを入れてもいいのではないかという気もするんですけどね。そのところは、とくに被害者のほうから見ると、よほどでない限りしないし、僕の事例のときでも、「永井さん、同じ病院でよく病理解剖してもらいましたね」という人が結構いました

ね。そういうものですよ。

樋口座長 ありがとうございます。

黒田委員 樋口先生もおっしゃった、骨子に関わることで、私は民主党案でいちばん引っ掛かっているところは、要するに外部委員を入れた院内事故調でもいいんですが、少なくとも、解剖してそこはクリアーしているということがあれば、あと調べようはいくらでもあるんですよ。いちばん心配しているのは、そこまで到達できずに司法解剖に回ってしまうことを私はいちばん懸念しているのです。

きょうは警察庁の方は来ておられないのでこの前と同じような質問はできませんけれども、やっぱり各都道府県に少なくとも支部の事務局みたいなものがあって、そこを介してこういうものでやっていくのだということをきちんと国民が理解して、司法解剖にまわってしまい、開示ができないようなことにはならないということにしていだければ、あとは院内事故調から始めても、どこかに事実は残りますのでね。

少なくとも、解剖されているということが非常に重要なので、そこは最初からあまり間口が小さくなってしまおうと、私もこれだけ長くやってきて、はっきりした型のできている重装備でやることも大事だと思いますけれども、きちんとした事例を検討して、それを国民にきちんと公開することが最も大事だと思いますので、私も永井さんの気持ちも十分理解しているつもりで発言しているのですが、少なくともこの流れのなかにはまらなくても司法解剖にまわることのないように、どうしてもしていただきたい。それを強くメディアが発信していただいて、正しい評価を医療界はしようとしているんだということをもっと強く認識していただきたいし、そうしたいと思っています。

松本委員 ワーキングの一人で、とくに解剖のところを検討させていただきました松本でございます。いま黒田先生がおっしゃったように、いかにスムーズに解剖するかということを私たちは考えまして、永井さんがおっしゃる通り、確かに第三者機関で解剖する、別の場所で解剖するのがベストだろうと。ただ、それまでにはいまこのモデル事業、140例近く受け付けていますけれども、かなり解剖までは数段階かかっている、その結果、ご遺族のなかには「やっぱり解剖はいい」ということを私どもは経験しています。それでしたら、当該機関で解剖する方法もあっていいのではないかと。

ただ、いちばん懸念されることは、当該医療機関の解剖する方が、たとえば当該医療機関にありますので当該

医療機関の方針に従わなければいけない。あるいはその後、しっかり解剖したんだけれども、その診断を当該医療機関の方針に従って変えないといけないということだけは、守ってあげないといけないということで、ここに指定させていただいた通り、こちら側から派遣をして、その方が、確認するという表現が先ほど指摘されましたけれども、やはり認定・承認すると。

第三者性を保つということであれば、黒田先生ご存じのように、病理の先生方というのはかつては医者の中かの医者であると。医師の中かの医師であるということ、常に第三者性をもって解剖されるということはありませんので、その点は担保されるのではないかと考えています。

先ほど出ましたけれども、いかにスムーズに解剖して死因を明らかにするか。原事務局長からはお話はありませんでしたけれども、最初にあがってきたのは、たとえば画像診断だけでこのままモデル事業ができるのではないかとということも、じつはこの協働モデルのなかにもありました。ただ、やはり私たちとしては、解剖しないと細かいところははっきりしないのではないかと。これは内科の富野先生も外科の國土先生も、やはり解剖ありきであるということでワーキングのなかでは一致して、今回こういう形になっています。それは児玉先生にご指摘いただいたように、おかしくなっているのはそういう点があるかと思います。

山口委員 私もワーキングに参加させていただきましたので一言述べさせていただきます。相談事例で、なかなかこのモデル事業に入らなかった事例のなかに、やはり解剖がネックになっている事例はかなりありまして、それもわざわざまたどこかに運んでやることに抵抗がある。片方で、「絶対にここの病院でやりたくない」という極端なものももちろんありますけれども、「ここでサッと解剖ができるなら、ここでやって帰りたいけれども」というのもまたもうひとつありますので、その意味ではモデル事業に入れる人たちの間口を広げるという意味合いは、当然あるというふうに思います。

もうひとつ、院内で事故調査をやるという形になっていますけれども、やはりしっかりと中央の審査委員会があって、それでレビューをちゃんとするということは、院内の事故調査委員会だけでやっているという話とはまったく違う話ですので、このこともよくご説明して、それでも尚かつ「絶対にこの病院のなかでやったら納得がいかない」という方は、もうひとつ外でやることも当然考えに入れればよいというふうに思います。

院長が何か言ったら病理の人の判断も変わるか、私もいろいろ病理の方を見ましたけれども、臨床の人が何かいって病理の人が意見を変えたという話は聞いたことも

ありません。院内の医者の世界では、病理の先生というのは臨床家と違って、それなりに「これはこうだ」と決めたら、むしろなかなか変わらないという存在であるので、実際に院内の病理の人が圧力に屈して判断を変えるというのは、普通はかえってないような話だと思いますが、それが外から第三者の立会医が来て、そして最終的にその院内での事故調査の結果を、さらに中央の審査委員会でもう一度再チェックするというシステムであれば、それなりにより多くの方にご理解いただいて、このモデル事業に参加いただけるのではないかと。

そういうなかでも問題はいろいろこれからあるでしょうけれども、そういう形で間口を拓いて、また片方で院内の自分たちで事故調査をやる体制を支援していくということの意味で、やはりもう一步踏み出して新しい試みをまずは始めてみて、また問題があったら検討するという、樋口先生が言われたようなスタンスがよろしいかなと思いますので、ぜひ進めていただきたいと思います。

樋口座長 司会の不手際で、時間を超過しておりますが、ここでの議論を終息させておこうと思います。細かな点もありますが、私がうっかりしていたところでまず確認です。第1点としては、解剖の重要性ということが重視されていて、いろいろ議論がありました。ここにはこう書いてありますけれども、先ほど富野先生もおっしゃっていただいたように、基本的には病理、もしくは法医が立ち会うような形。それが各地域で実際にできるかどうか課題になるということですね。

それから2つ目に、後で調査委員会ができますね。そこへ外部委員としてこちらから何人が行くときに、解剖立会医が調査委員会での議論に参加できる、つまり外部委員として参加できることが望ましい。しかし、それもまた実際に立会医の方の忙しさ等があるから、望ましいというぐらいの話かと思っておりますが、少なくとも第3点としては、いちばん最初の委員会だけには立会いをした人も出ていただいて、解剖の話から始まると思いますから、そこには何らかの形で、外部委員でなければオブザーバーという形で、とにかく立会医はそこまでの責任を果たしていただくようなことを考えていくと。

それから、この名称についても少し議論があるようですが、ここで名称はどのようのと、いまの通常型と協働型とか、あるいはいままでの通常型だって協働していたのではないかというご意見もあるので、どうしようかなと思っておりますが、言葉はだんだんに確定していくだろうと。本当は説明しにくいかもしれませんがね。きょう、協働モデル型とか協働調査型ということで出ていますから、そういう言葉でわかりやすく現場では説明していただければと思いますが、はっきり名前を決める

必要があれば、次の会にでもということにします。

それから、さっき居石さんからもおっしゃっていただいたのですが、この関係は資料が本当はそうとうありますよね。きょう、パッと見ていただいてというわけにはいかなかったと思います。これについて、たとえば帰りの飛行機等でも見ていただいて、申し訳ないですがご意見があったらメールをまたいただいて、こちらのほうも適宜、修正していくという形で始めていきたいと思いますが、なかなか始めるのもきつと大変で、その点、原事務局長、いかがですか。

原事務局長 実際、地域代表の方々には本当にご苦労をおかけすると思いますけれども、各地域で申請可能な医療機関を最初にまずリストアップしていただいて、そういうところに事前に説明をしていただけると、本当に助かります。

それから、先ほどお話があった解剖の立会医のリスト、選出方法を、各地域で決めていただきたいと思います。それから、中央事務局のほうでは、協力学会の代表者の方々に、この協働モデルに関してきちんとした説明会を開催していく予定であります。

樋口座長 ありがとうございます。それでは、次の議題に移ってよろしいでしょうか。

鈴木委員 さっき僕が言いました、通常モデルは遺族に説明しないんですね。説明しないのであれば、通常モデルには移行しないということですね。通常モデルの選択の余地はないというシステムなんですね。そうであれば、そう説明すべきだと思うんですよ。

松本委員 そうではありません。

鈴木委員 そうでないとする、通常モデルと協働モデルがあって、こういう要件の整っている病院については、できる限りこちらとしては協働モデルをお薦めしたいということで、最終的に「協働モデルでは嫌だ。通常のをやってください」というところは通常のほうに移行するという余地を、残すべきだと思うんですね。

松本委員 おっしゃる通りです。

樋口座長 ただ、病院のほうも合意しないといけなからというのは、言うまでもないことですがね。

鈴木委員 ええ、そうです。だから、病院のほうにも通常モデルと協働モデルがあってという説明をして、それ

でモデル事業側としては、このような場合には協働モデルをお薦めしたいと。しかし、ご遺族の理解が得られなければ通常モデルに移行することもありますということ、病院側にもご説明しないとイケないと思うんです。

松本委員 おっしゃる通りです。

居石委員 もしもそれだと、説明文も合体していくほうが、現場としても理解がしやすいですね。だから、同意書は当然、相手の方法についての説明も受けたといった項目も入るといった意味になりますね。そのほうが、私も現場は大変フォローがしやすいです。

永井委員 私の理解では、患者側から申請しても病院側が拒否したら、モデル事業は使わないというふうになっていると思いますけれども、そここのところはいまの話でいったら、矛盾になってこないかなど。通常モデルのなか、患者側からどうしてもという申請があったときに、僕は新たな試行としては、これよりも前に患者側からやったものをモデル事業で受け付けてほしいというのは、常に僕らの願いとしたんですが、そこがどうなっているかがはっきりしていないですけれども。

鈴木委員 法律がないので、いわゆる強制解剖もできないので同意が必要になると。それから、病院側も強制することはできないと。だから、推奨とか説得というレベルではできますけれども強制することはできないということなので、両者が一致しなければだめだということですが、ご遺族から申込みがあったときは限りなく当該病院に申込みをするようにやってるわけですね。それが限度だと思うので、だからこそ法律が必要なわけで、解剖も強制的な解剖ができるように、本来はすべきだと僕は思うんですけれども。いわゆる行政解剖ですよ。

山内委員 新潟地域の山内です。いま永井さんが指摘された、ご家族が希望されて病院側が拒否という場合は、これは病院の側に我々が説明するときに、病院が拒否した場合は警察が入って司法解剖しかありませんよという形で、選択肢で司法解剖かモデルかという形で、大部分のところはモデルのほうに選択が移るだろうと思いますので、病院の同意がなければできないですけれども、実際、それを拒否したら逆に自分たちはマイナスというふうに我々は考えていますので、そこで解剖が消えるということはないだろうと思います。

もうひとつは、いまの協働の話ですが、入口で振り分けするという方向でいま話が進んでいるので難しいので、

むしろ目安として、解剖が終わった時点、もしくは少し結果がまとまった時点で、どちらを選択できるか。従来のモデルの評価委員会にするか、院内での評価というものを中心にするかですね。協働型というのは、解剖が終わった後で中身を見てから、病院ではなくて、この事例だったら院内調査の検討で十分に評価してもらえると。この事例であれば、どんどん院内調査に流れると思いますし、これはそういう病院だけでも、きちんと第三者的な評価委員会が必要だと病院側なり家族が考えたら従来になるということで、むしろ選択のところは、解剖が終わった時点ぐらいで2つの道に分かれるというほうが、かえってスムーズにいくかなど。最初のところで、従来のものがなくて大きな病院は協働型しかないというふうに誤解されるのが、かえって進む方向としてはまずいかなどと思います。

樋口座長 確かにそれはそうですが、さっきから児玉さんが言ってる、解剖をどこで誰がやるかというところが大きいということになると、解剖が終わってからどちらかへというわけにはなかなかいかないのだろうと思います。将来的にいろんなパターンが出てきたときに、こちらでやった解剖だけでも、解剖をやった結果としては院内調査委員会で外部委員を入れてちゃんとやってくださいよという形で、そちらへお任せするというパターンも当然、出てきていいのでね。山内先生のご示唆は、広がっていくといいという話だろうと思います。

山内委員 その点で、このモデルが5年プラス2年で終わるということで、解剖のシステムが法医と病理と臨床立会会というのが来ているんですけれども、それは今後、これからしばらく時間がたつのであれば、モデルの本体のほうの解剖の要件が、果たして法医が必ず入らなければいけないかどうか、その点のところも見直しになって、そうすればいま言われている協働のパターンというものも含めて、モデルの解剖の受け皿になり得ると。ここで、むしろ協働でいま提案されているようなパターンも、オプションのなかでモデルの解剖のなかに入り得ることが認められれば、それもひとつの選択だろうと思います。

もうひとつ、37ページの構成委員があるんですけれども、評価委員会のときに、こういう協働でやるのであったら、担当した病理の先生が委員になると。いちばん解剖の所見に詳しいのは外部委員とか立会医ではなくて解剖担当医だと思いますので、内部委員とはいうものの、最低限解剖担当医の方が入るほうが、評価委員会としてはスムーズに話が進むかなどと思います。

樋口座長 それでは、この調査分析協働型というものも走り出してみようということだけを了解していただいて、いま山内さんのお話も含めて、ご意見は継続的にももちろん原さんのところで受け入れて、こういうご意見もありますということをご各地域にまた。そして、現場の反応を見ながら考えていく他はないのかなと思っております。

それで、残りの時間をスピードアップして、申し訳ないですが、広報活動の充実についてというところも一言だけ、岩壁さん、どうぞ。

岩壁次長 それでは、簡潔にご説明させていただきます。皆さんのお手元のほうに「事業実施報告書」が配付されておりますが、それにつきまして説明したいと思います。まず、広報の実績ですが、72 ページに全国 10 地域の実績が書かれております。字が細かくて大変恐縮ですが、後でご覧になっていただきたいと思っております。

それから、60 ページですが、岡山と愛知でアンケート調査を実施しました。その結果につきまして書かれております。両地域とも、数年間に渡りまして広報活動を実施しても、モデル事業につきましては十分理解されているとは言えない結果になっております。その結果、事務局としても全国あげて粛々と広報活動を本年も進めるわけですが、一応事務局としては、樋口先生の後ろに掲げておりますポスターを作成し、国民向けの周知をはかるところでございます。今年度の広報につきましては、皆さんからまたご提案があればお願いしたいと存じます。

樋口座長 ありがとうございます。その他、「資料6」と「資料7」が付いているわけです。「資料6」は、解剖後のプレパラートや臓器についての保管状況を適切にするため、東京大学の深山先生と高澤先生のご協力で様式がつくられております。これは非常に重要な問題だと思います。

それから、「資料7」ですけれども、これも報告様式の変更というのがあるので、後で見いただくことにして、あと2つですが、永井さんから情報提供と、それから非公開の事例の話に移りたいと思っております。永井さん、よろしくお願いたします。

永井委員 いまから資料をお配りしますが、私たちは7月26日に参議院会館で院内集会を行い、厚労の委員他、関心のある議員に来ていただいて、医療事故の第三者調査制度の構築と院内事故調査制度の法制化を求める院内集会を行います。これにつきまして、きょうお願いは、いちばん最初に書いていますが、やっぱり第三者機関というのは重要だと。きょう黒田先生もおっしゃっていただきましたが、こういうところにモデル事業の運営委員

会のメンバーだということでご参加いただくのは無理かと思いますが、1人でも2人でも先生方が来ていただいて、いま重要なことはこれを法制化することだということ、一人でもおっしゃって応援演説していただける人がおったらありがたいと思って、我々の院内集会についてのご案内をここで出させていただきます。

私どもとしては、いまの政府に頼んでもぜんぜんどうしようもないので、議員立法で動かさないかということも含めて、これから動いていきたいと思っております。そういう意味では、ぜひ皆様方のご支援をお願いしたいということで、きょうはお時間をいただいて資料も提出しました。よろしくお願いたします。

樋口座長 ありがとうございます。それでは、ここからごく短い時間にしないといけませんと思いますが、新しく提起された事例について具体的な話をということなので、傍聴の方は申し訳ないですがご退席いただきたいと思っております。