

平成 24 年度 第 1 回 運営委員会

○日 時 平成 24 年 7 月 9 日 (月) 13 : 30 ~ 15 : 45

○場 所 東大病院中央診療棟 2 7 階会議室

○出席者

青木 康博 (日本法医学会担当理事)
有賀 徹 (日本救急医学会代表理事)
後 信 (日本医療機能評価機構
医療事故防止事業部部長)
加藤 良夫 (南山大学大学院法務研究科教授)
木村 壯介 (国立国際医療研究センター病院院長)
黒田 誠 (日本病理学会担当理事)
児玉 安司 (新星総合法律事務所弁護士)
高杉 敬久 (日本医師会常任理事)
富野康日己 (日本内科学会担当理事)
西内 岳 (西内・加々美法律事務所弁護士)
原 義人 (日本医療安全調査機構 中央事務局長)
樋口 範雄 (東京大学法学部教授)
安原 真人 (日本医療薬学会会頭)
山口 徹 (国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長)
(敬称略・五十音順)

地域代表者

舟山 真人 (宮城・東北大学大学院医学系研究科
法医学分野教授)
山内 春夫 (新潟・新潟大学法医学教授)
野口 雅之 (茨城・筑波大学人間総合科学研究科診断
病理学教授)
渡邊 聡明 (東京・東京大学腫瘍外科学教授)
池田 洋 (愛知・愛知医科大学病理学教授)
長崎 靖 (兵庫・兵庫県健康福祉部健康局医務課
監察医務官)
清水 信義 (岡山・岡山労災病院院長)
居石 克夫 (福岡・国立病院機構福岡東医療センター
研究教育部長)

代表理事

高久史麿 (日本医学会会長)

オブザーバー

厚生労働省 (川崎、初村)

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 こんにちは。ただいまから平成 24 年度第 1 回運営委員会を開催いたします。委員につきましては、大

変ご多忙のなかご出席くださりまして、厚く御礼申しあげます。

最初に、資料確認をいたします。議事次第、次に、6 月 1 日現在の運営委員会委員名簿が付いております。そして「資料 1 23 年度第 4 回運営委員会議事録」がございまして、クリップ留めした「資料 2 24 年 7 月 9 日運営委員会での『理事会報告事項』」がございまして、それから「資料 3 モデル事業の現況」「資料 4 企画部会の審議状況」、これもクリップで留めてあります。そして、皆さんのお手元に橙色の印刷物「平成 23 年度 事業実施報告書」です。

まず議事に入る前に、このたび運営委員の先生方が若干替わりました。替わった方は、名簿にアンダーラインを引いております。上から順番にご紹介いたします。日本法医学会担当理事の青木 (康博) 先生、それからいま企画部会を設置しておりますが、企画部会推薦の有賀 (徹) 先生、木村 (壯介) 先生は病院団体協議会の推薦でございます。そして、日本外科学会担当理事の松原 (久裕) 先生。それから、東京地域代表が國土 (典宏) 先生から替わりまして同じく東京大学の渡邊 (聡明) 先生です。そして大阪地域の奥村 (明之進) 先生は、きょうはご欠席です。以上ですが、よろしくお願ひします。

樋口座長 それでは、議事次第にしたがって早速議事を進行したいと思ひますが、まず報告事項から願ひします。

原中央事務局長 平成 23 年度の事業報告をさせていただきます。オレンジ色の冊子を確認しながらご報告させていただきます。

まず第 1 ページを見ていただきますと、今までの経緯とか変遷が書いてございます。いま現在、組織図の運営委員会の下ワーキング部会として、企画部会というのが現在立ち上がり、今後のこの機構のあり方について審議しているところでございます。

2 ページ目にまいりまして、平成 23 年度の運営方針ということで、23 年度は 40 事例目標ということでしたが、終了してみましたところ、いまのところ 26 例でした。それから協働型を試す、人材育成に力を入れるというような方針で行っております。それから 3 番目、事業の体制ですけれども、福岡地区は佐賀県支部が追加されまして、少し拡大されているところでございます。

次の 3 ページ目に、実際の各地域の事務局の状況が書いてあります。後ほどご覧いただくと幸いです。

4 ページ目にまいりまして、学会の評価協力体制ということでもあります。現在、日本医学会 38 学会、それから看護系学会、薬学部学会と大変多くの学会の方々にご参

加いいただいて、この評価機構が動いているわけですが、平成23年10月6日にモデル事業協力関係学会代表者説明会を行いまして、協働型の話ですとか、事業の現況等の説明を申しあげました。

次に5ページ目に、現在登録されている各学会からの協力医の数が書いてあります。延べ総数で3,056名が登録されているということでございます。

その次の6ページ目に、平成22年4月から24年3月の2年間で合計477名の方に、評価委員としてご協力いただいた。各学会の協力をしてくださった先生方の数が、その表に載っております。

7ページ目にまいりますと、5番の会議の開催状況ということで、社員総会は合計3回行われまして、そこに書いてありますような事項が決定されました。それから、理事会は合計で5回開催されまして、そこに書いてあるような事項が決定されました。運営委員会は、合計4回開催されました。それから、事務局の連絡会議は年2回ございまして、各地域のいろんな意味での標準化を計っていくということによって議会を開催いたしました。

次の8ページを見ていただきますと、事業の概要ということで、3番に「従来型」「協働型」という言葉が出てまいります。23年度から協働型というものを取り入れて、なんとかこれを試してみたいということで、後ほど出てきますけれども、最近まででちょうど10例、協働型が開始されております。1例は、もう既に中央審査委員会までたどり着いております。

次の9ページ目に、従来型と協働型の比較がありますが、もう皆さんよくご存じのことですので省略させていただきます。

それから10ページ目、11ページ目は、従来型の詳細、それから12ページ目、13ページ目は協働型の詳細。さらに詳しいことは、ご覧のとおりです。

次は14ページにまいりまして、事業の実施結果がそこにあります。年度別地域別受付事例が、22年度と23年度と両方書いてあります。22年度は合計33例、23年度は26例ということになります。23年度は、事業が始まる時に予算が本当につくのかどうかというところが非常に心配でありまして、なかなか事業が軌道に乗らなくて、4、5、6月あたりは非常に事例数が少なかったものでありましたが、後半事例が伸びて、24年度に入って非常に数が増えてきているということでございます。

次は16ページですが、平成23年度新規受付26例事例の非常に簡単な特徴というようなものがあります。男性・女性、患者さんの年齢、依頼医療機関の規模は400床未満が14事例あるということです。その横の表が関連した専門科病院ですね。それからいちばん下には警察への届出の有無ということで、ちょうど26例のうちの半分が

警察への届出があった事例で、最近は非常に警察との協力関係ができつつあるような状況であります。

次は17ページ、評価の進捗および報告書の交付状況ということであります。評価結果報告書の交付状況は、平成22年度は24事例、平成23年度は32事例の交付を行いました。先ほどの24例は受付事例ということですが、23年度のうちに32例の報告書の交付を行ったということになります。最終的には評価終了の合計件数は、内科学会時代の評価も含めて全部で140、概要公表総数は126ということになっております。事例全部を合わせますと、つい最近までで175事例になっていると思います。

次の18ページ、19ページは概要の本当に輪郭だけでも、そこに載っております。それから19ページの下表10には相談事例の状況がございます。この相談事例というのは、相談がありましたうちの機構のほうで受け付けられなかった事例でありまして、23年度は28例の相談事例があったと。ほぼ同数の事例の受付ができなかったということになります。その理由は、そこに書いてある通りでございます。

20ページには協働型の進捗状況ということで、次の21ページに表11と書いてある図がありますけれども、事例7まで書いてありますが、最近あと3例追加されて、いまのところ10例の協働型が進行しているということになります。ちょうど10例でしっかりと振り返ってみようという最初の計画でありましたので、ちょうど区切りがいいところに来ているかなということになります。それから7番に人材育成とありますが、今年2月28日に病理に関係しまして、「診療行為に関連した死亡の調査分析事業における解剖の実際」ということで研修会を行いました。

次のページにありますけれども、31名の方々に出席いただきまして、調査解剖という範疇の病理の仕事に研修を積んでいただいたということになります。

23ページには、そのときのアンケートの結果が載っております。

次は24ページですが、広報活動ということで、いろいろなところに23年度の事業実施報告書を交付しています。ですが、機構はなかなか広報がうまくありませんで、まだまだ十分ではないという状況を認識しておりますので、もう少し広報をいろいろしていき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。続いてお願いします。

岩壁次長 決算は、先の社員総会で承認されまして、そ

の内容に基づいております。平成23年度収入支出決算書、収入の部ですが、補助金のほうは最終的には予算額が1億1,915万5,000円のところ、決算額は1億1,590万9,000円、324万6,000円が国のほうへお返しする金額です。それから雑収入ですが、124万5,438円の決算になっております。これにつきましては、受取利息、とくに昨年は補助金が10月末に入りました関係で、日本内科学会、外科学会から無償で大変多額な融資を受けました。それに対する利息でございます。それからあとは人材育成の受講料・講師の派遣料収入等がございます。それを合計しまして収入の部は1億1,716万7,321円となっております。

それから支出の部でございますが、事業費は1億1,598万2,590円でございます。いちばん右に前年度決算額1億6,645万4,400円と記載されております。23年度は何故この決算額で事業が推進できたかといいますと、職員の常勤から非常勤に身分を変えて1年間ご理解を願ったということが、まず第1点です。そして第2点目は、きょう開催されております運営委員会、理事会等の謝金を皆さんからご返上いただいたことが2点目です。3点目は、現在全国9の地域事務局がございますが、家賃を値下げしていただいた。それが、大きな理由の3点目です。4点目は、予算の関係で昨年はパンフレット等を発行しなかった。以上の通り皆さんのご理解、ご協力により辛うじて決算を迎えることができました。本当に心からありがたいと存じております。改めてお礼を申し上げます。

引き続きまして、定款の一部改正でございます。今まで社員総会と理事会の役割と権限が曖昧だったものから、他学会の定款を参考にしつつ法律に則った形で役割と権限を整理いたしました。それが、この定款のアンダーラインが引いてあるところです。3番目は、理事の4名を増員いたしました。4番目に、第1条に機構名称の英語表記。これは昨年、理事会から英語表記の承認を頂戴しまして、それを明文化いたしました。そして、運営委員会の委員の任期を2年としました。今までは任期がなかったのですが、理事は2年になっておりますので、運営委員も合わせました。それできょう、皆さんの机のお手元に委嘱状があると思います。6月26日という日付になっておりますのは、先の理事会で承認を頂戴したところから2年間になります。よろしくお願ひします。それから6番目に、非課税事業のため第41条に「剰余金の分配を行うことができない」旨を明記いたしました。定款の一部改正につきましては、以上の通りです。

高久代表理事 理事の増員のことは、いま事務局からお伝えしましたが、具体的には全国医学部長病院長会議相

談役の嘉山孝正先生、日本歯科医師会の溝渕健一常務理事、日本薬剤師会の森昌平常務理事、日本看護協会の大久保清子副会長の4人の方の増員が理事会で認められましたので、ご報告申し上げます。

それから事業経費取扱規程の一部改正は、岩壁さん、お願ひします。

岩壁次長 前回、3月19日の運営委員会での審議を経て、先の理事会で承認されたものを条文化しました。とくに解剖結果報告書の認定謝金、現行1事例2万円を、1事例3万円に改正。理由等につきましては、記載の通りです。

そして、事務員の人件費を現行1時間単価1,400円を中央事務局は1,700円に改正しまして、地域事務局は1,500円に改正したところでございます。内容につきましてはアンダーラインが引いてあるところですので、後ほどご覧になってください。以上です。

高久代表理事 もう一つ報告があります。それは厚生労働大臣への要望書です。この運営委員会でも話題になりました。後ほど説明があると思いますが7月4日の企画部会でも、この機構が第三者機関として継承されることを強く要望しようという意見がありました。実は明日、厚生労働大臣に直接ではなくて大谷（泰夫）局長を介してではありますが、「1. 現行事業が、将来制度化される第三者機関に継承されること」「2. 平成25年度以降も制度化までは補助金事業として継続されること」「3. 全国的な事業展開に向けた取り組みが行える措置を講じること」ということで、私と日本医師会から高杉常任理事と、内科学会、外科学会の理事長さんと事務局で、明日厚生労働省に持ってまいります。以上です。

樋口座長 よろしくお願ひいたします。いま資料2と、その前に原先生のほうからは、この冊子を使った報告がありました。一応ここまでで少しコメント、ご意見、ご質問等を受けたいと思いますが、いかがですか。

加藤委員 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の報告書は、傑作で貴重なものだと思いますけれども、これの配付はどのぐらいの部数をつくったのですか。これは、然るべきところにはしっかりと報告を兼ねて配付できたらいいなと思うんですが、予算の関係とかいろいろな制約もあるのでしょうか。一部だけではなくて、私も何冊かあれば配りたいなというところもあります。いかがなものでしょうか。

原（中央事務局） 事務局からお答えさせていただきます

す。部数は 3,500 部印刷させていただきました。少し薄めになりましたので、その分コストがダウンしました。いま実施している全国 10 地域の臨床研修病院には、2 部ずつ配付しています。その他、関連機関には配付予定でございます。

高久代表理事 メディアのほうにはどの程度しているのですか？ 事務局と病院だけではなく、国民の人に知ってもらいたいと思います。よろしくご検討ください。

原（中央事務局） 承知しました。

樋口座長 他にはいかがでしょう。資料 2 のいちばん最後の 1 枚紙が、小宮山大臣宛にということで、こういう文章を厚生労働省に出していただくということなんです。いちばん最後に下線も引いてありますが 3 点あって、これは後の議題の、企画会議でどういう議論が行われているかについて簡単に説明もいたしますし、まだ別に結論が出ているわけでもないんですけども、今後の医療安全事業の方向性と密接に関係するところでもあります。

それで、私は別の人にちょっと注意をされたんですが、そういうことも高久先生を初めとしてご存じなので言ってくださいと思いますけれども、いちばん最後のところ、現行事業の制度化をどう考えておられるかという話です、小宮山大臣を初めとして。ともかくしかし、来年というわけにはいかないだろうと。それで、「制度化までは、補助金事業として継続していただきたい」ということと、制度化することになった場合は全国的なという話になるので、「その取り組みが行える措置を講ずること」と。

この措置のなかに、国の予算というのは最後は国会に通すというところまで、段取りが毎年、毎年あって、いま頃実際には始まっているということであるとしたら、これはなかなか難しいかもしれないんだけど、来年度……いやいや、厚労省の検討会ですぐに結論が出るのかどうかも、私なんかはちょっとよくわからない。しかし、我々としてはそういうレベルではなく、もう少し実務的なレベルで、従来の経験を踏まえた形といたらいいんですかね。「こういう事業が全国展開されたときには、少なくともこのような形はできるんじゃないだろうか」というものを、少しエビデンスを示しながら、企画委員会で固めてみようと思っているわけです。うまくいくかどうかはともかくとして。

これはまた後で議論もしていただきますけれども、そのときに、やっぱりその一歩でもあるので、その上に「平成 25 年度予算については、減額される前の予算の額を要望します」と書いてありますが、これで確保できればそ

れで十分という話もありますが、その先のことを見据えてという話になると、3 のところで、全国展開に向けた取り組みのために、金額はともかく、何らかの調査費という形で計上をお願いできないだろうかと思っているんですが。急に言われても、そういうことをすぐ答えてくださるのかどうかもわからないですが、宮本さん、どうです？ いきなりの質問では、お答え難い。しかもお金の話でもありますのでね。

宮本（厚生労働省） 樋口先生にもご参加いただいて検討部会を進めておりますが、そういう議論の状況を踏まえて、国側のほうも考えていくことになると思います。何か将来に向けて新しく、または拡大していきなり考えていくとなりますと、そういうきっかけといいますか、節目のところをとらえて進めていくことが、私どもの対応のなかでは通例だと思いますので、意識したいとは思いますが、この場では何とも申しあげられないのでご容赦いただきたいと思います。

高杉委員 6 月のおしまいに、厚労省に予算要望をいたしました。このとき仕分けにあったのと、さらに加えての陣立てと人材育成、それからもう一つはどうしても A i が必要だろうと。とくにいま死因究明委員会の制度ができましたので、これも併せて必ずきちんとやろうと。あるいは死因の不明やつは、どうしても A i はやってみたいと。そういうことも含めて要望を医師会から出しました。どのように考えていただけるかは知りませんが、もちろん安全調査機構からも要望が出ると、ますますいいと思います。

樋口座長 ありがとうございます。きょうは、議題の「企画部会について」というところについて本当は時間をとりたいと思っているんですが、ここまでの範囲でどなたからでも質問でもご意見でもあれば、伺いたいと思います。

それでは、もう一つ報告事項で、事業の現況について資料 3 をお願いします。

原中央事務局長 資料 3 をご覧ください。まず 1) 受付事例及び相談事例の状況ということで、①の事例受付状況及び進捗状況で、受付けた事例は平成 22 年度受付分、23 年度受付分、24 年度受付分と 3 代にわたって書いてあります。とくに 24 年度受付分はまだ 3 ヶ月ですが、既に 13 事例受け付けているということで、このまま× 4 ということとなりますと 50 事例ということで、かなりハイペースです。受付後、評価中の事例が 31 事例。結果交付した事例は全体で 143、機構になってからは 62 というこ

とであります。なかには評価結果報告書の交付に至らなかった事例が2例ありましたが、きちんと進んでいるということでもあります。

② 死亡時画像診断Aiですけれども、モデル事業で実施、依頼医療機関で実施と合計で5、実施していないが8、全部で13ですけれども、まだ実施されていないところが多いようではありますが、徐々にAiが活用されつつある状況でございます。

③ 相談事例として、先ほどもありましたけれども、全部で23年4月以降は34事例が相談で留まったということで、ご遺族から承諾が得られなかったのが9例、医療機関から依頼がなかったが全部で13例あります。それから、機構が受けられなかったというのが12例、合計で34という状況であります。

それから裏面を見ていただきますと、協働型、先ほど7例と言ったのですが、実際すべて10例でどういう段階にいまあるか、ということが示してあります。事例4は中央審査委員会まで行ったということで、ほぼ終了に近いというところですよ。以上でございます。

樋口座長 つけ加えますけれども、毎回運営委員会では、この議事のいちばん最後の具体的な新規事例については、個別の案件でもあるので非公開という部分をごく短時間つくっていたのですが、きょうはその予定をしております。傍聴の方にも申しあげますけれども、全部公開でずっと通して議論を行うこととなります。この事業の現況について簡単な説明がありました、どなたかからコメントでも何でもあれば。

それでは、またどのようなことで思いつかれても、後でご自由に発言していただくことにして、議題に入りたいと思います。議題(1)が企画部会について(資料4)ということですが、これも原さんですね。

原中央事務局長 資料4をご覧ください。現在、診療行為に関連した死亡の調査分析事業のあり方に関する企画部会が立ち上がっております。その5のところスケジュールと書いてありまして、第1回が6月18日、第2回が7月4日、ここまで2回が終了しております。第3回は7月20日の予定、4回、5回が9月、10月と、一応5回である一定の結論を出したいという予定で進行しております。

趣旨ですけれども1に戻りますが、この事業の安定した事業継続のための恒常的な第三者機関のあり方というようなことを検討しようと。検討課題はそこに書いてありますけれども、全国展開に向けた事業拡大と組織化、それから事業継続の安定化策、広報の話とかありますが、もう少し根本的なところに若干向かっているような感じ

があります。企画部会の委員の名簿が最後に付いております。そこに書いてありますように各先生方、運営委員会にも出ていただいておられる先生方もかなり協力して入っていただいております。それから運営は、企画部会の庶務は中央事務局が行っておりまして、当然ながら議事は非公開ということでやっております。

6番に、これまでの企画部会開催状況ということで、第1回のこと書いてありますけれども、詳細はA3横の大きな紙にいろいろと書いてあります。この企画部会で話し合いが行われている過程で、本来医師会が提案されました「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」というのが大変よくできているので、それを基本にして、これと比較しながらいろんなことを考えたらいいのではないかという話がありましたので、「別紙 意見のまとめ」と書いてあるA3の大きな紙ですけれども、左端に日本医師会の考え方が書いてあります。それから中央に企画部会でどんな意見が出たか。それからいちばん右端に地域代表、当事業を維持していただいております地域代表の方の意見、3つの欄で載せております。

もう一回資料4に戻っていただきまして、第1回目です。ということが議論されたかということで、まず①高久代表理事から「企画部会では、厚労省の検討部会に向けて、現実的な第三者機関のあり方をまとめ、よりどころとなる提案をすることを目指してスピード感をもって検討をお願いしたい」という指示がありました。そして②座長として、事例を実際に担当されている東京地域の矢作(直樹)先生が指名されました。それから副座長として、いま司会していただいている運営委員会の樋口委員長、中央事務局の私が指名されました。そして事業の実施状況が報告されて、地域代表の意見を事前に集めましたが、その意見がそこで報告されているいろいろ議論が戦わされたということでもあります。

第1回目の意見等は、このページの下半分のところから「主な意見」と書いてあります。後ほどご説明したいと思いますが、1回目、2回目を合わせてそのような意見が出てきたということでもあります。

(2)第2回の7月4日のところですが、矢作先生から第1回目の議論を少しまとめるような形で論点として、・第三者機関としての役割、業務。・第三者機関の位置づけと調査依頼(届出制)について。・第三者機関の調査対象について。・第三者機関の組織体制(拠点、解剖施設等)について。・調査結果の取扱い(警察への通知、再教育)についてという、大きな5つの論点が示されまして、それについて議論が行われたということでもあります。

②に書いてありますが骨子案作成の作業チームとして、きょうは来ていらっしゃいませんが北海道地域代表の松

本（博志）委員に中心となっていて、山口委員、樋口委員、有賀委員、4人の方々が指名されまして、骨子案をつくるということになりました。一応、粗々の骨子案が第3回で示される予定になっております。そしてさらに、第3回目、4回目、5回目と、以下3回でなんとか制度化したいということになっております。総論的な部分は厚労省の検討部会でも検討されているので、私たちの企画部会ではモデル事業の経験をもとに実現可能性のある具体的方策を検討しようという、大きな方針となっております。

それでは、主な意見について若干解説させていただきます。まず、役割についてというところです。

- ・第三者機関としては基本が病気に対する医療行為がどうであったかということを確認して、死因を究明して、評価をして、再発防止というところが一番の基本で、紛争解決など「人」に対する対応は、基本的に病院が行うべきであると考えて、この第三者機関はそこまで手を出すという話ではないのではないかとのご意見がありました。

- ・死亡例だけではいかなものかという議論があったけれども、死因なり病因の究明が医療者としては責務がある。家族への説明も原因究明と絡むことが多いので難しいとは思いますが、いちばん大事なのは原因究明と再発防止というのは筋を通しておくことがいちばん大事だと。この死因究明、それに基づく再発防止が第一の役割であるということは、全員の統一した意見だろうと思いました。

- ・基本、死因究明、再発防止、報告書のなかには完全に病気だけではなくて、医療ですから人も当然入って、病気のシステム等全部入っていくと。先ほど少し死因究明や再発防止ということと、人に対する対応というのは若干分けて考えるようなご意見があったのですが、なかなかそれは敢然と区分されるものではないだろうというようなご意見もありました。

それから次が、第三者機関の位置づけと調査依頼についてです。

- ・どういった医療事故が日本で起こっているのか、それがどのレベルで解決できることなのかということ、今のモデル事業ではわからない。もちろん、ほとんどのモデル事業は本当に一部の事例が持ち込まれているというので、こういう全体像はモデル事業ではまったくわかってないということでもあります。

- ・まず第三者的な機関にこのようなことが起こっているということは届出るようにしたらどうか。

- ・医療関連死は警察に届けても決していいことにならない。亡くなったときに警察に届け出るということではなくて、できればこちらの第三者機関に届け出るということで話が決着できればいい。

- ・警察の方も内輪だけでやっていないのなら全員取り調べさせるとは多分おっしゃらないでしょう。利害関係のない第三者が入っているということは、ずいぶん説得力があることである。

- ・院内事故調査主導でやっていくことはかまわない。だけど、そこで解決してしまう、そこだけで終わってはこれからの医療を考えるとそぐわないのではないかと、というご意見もありました。

- ・このケースであれば院内事故調査以下の主導で、あとは報告書を見せていただくというケアレビューというパターンですが、こういう方法もあるかもしれないということもありました。

- ・院内事故調査以下はどういうものかということ、基本的には当事者のなかでやっている判断と言わざるを得ない。主観的な判断。それは客観性を持った委員会に晒すべきだろうと思うというような、院内事故調査委員会だけですべては解決できないというご意見です。

- ・院内事故調査は立派なまとめをして結論を出したとしても、それをどこかで客観的にもう一度見直して、結論が同じであっても、お墨付けをする、あるいはもう一度覆るようなことがあるかもしれないし、客観性を持ってやる、それが第三者機関であるというふうに棲み分けないと理論的に話が進んでいかない。当事者なりに結論を出す、そこを外部から専門家の目をもって判断する、手続きであるとか、見方であるとか、そういうものがきちんとしているか、医療界以外の人も入れてもう一度それに審査会というような、報告書なのでいいのかもしれませんが、理論的にはそういう構成でないといけないと思う。なにしろ第三者段階をしないと、基本的にはうまくないというようなお話がありました。

それから、次に調査対象についてであります。

- ・届出をうけて司法解剖をやらないことになったので、全例私たちのところでやりますという義務を引き受ける必要はなくて、そのなかでスクリーニングして調査をすればいい。これは、ちょっと話が飛んでいるような感じがいたしますが、要するにこの機構なり第三者機関が届出をすべて受けつけていくということになった場合、ということを書いてあります。

- ・やれる範囲でやる、受け付けられるものを出来る範囲でやるというスタンスで、基本的には医療機関を率いている院長先生が困っている事例をサポートしていく視点から制度をつくっていく。

- ・届け出を受けて、院内事故調査委員会ですっかりやれよというメッセージを出すか、または院内といってもクリニックとかは麻酔科の医師は一人しかいないじゃないかという話であれば、その地域の大学であるとか、地域の医師会であるとかそういう人たちを入れて、医学的な

ことをもっと詰めるということ、どうその指示するか、または、最初から第三者がきちんとやりますので、という話で第三者機関がそれなりにパフォーマンスをします。これは、要するに届け出を受けて、それをどういうレベルの調査に割り振っていくかというようなお話だろうと思います。

それから、次のページですけれども、第三者機関の組織体制（拠点、解剖施設等）について。

- ・報告先とトリアージは、中央で24時間体制で一カ所のほうがいいのではないかと。中央で電話連絡その他で、それぞれの病院の事情を聞いて、これは院内だけでやるのか、院内だけでなくこちらの方で責任を持って地域の大学との連携とかあるいは地域の医師会との連携でこういう人を派遣しますからと、二回目以降から調査委員会というのがあればそれまではこっちで非常に重要な例でもあるから引き受けますというような形。

- ・ブロック制として、24時間 365日というと、どこか電話でやれるところとなると、中央化して、今の総合調整医に相当する人がいて24時間 365日受付ますということをしなさいといけない。そうした場合には、今までの総合調整医の経験から言って「これは病院で検討、これはそれぞれのブロックのところで病理解剖にまわってください」という手筈がさっさと出来る、あるいは明日連絡しますという体制さえあれば出来るようになるものかということから、まず始まるのではないかと。そういうことが本当に中央で電話をやっているようなセンターがあれば、死因究明制度としては結構機能できるという体制に持っていける。

- ・総合調整医と同じ役割を20人ぐらい作ってその中でやりくりすればできる。ですから、どこか1カ所に対応すればいいと。電話対応だけです。

- ・（報告先について）中央に1カ所という案であったが、動き、足の問題で、スタートのフィーズビリティとしては、ブロック別において動きを速めたこまめに対応できる体制のほうがよいと思う。中央だけではなくて、ブロック別に置いたほうがいいのではないかと意見もありました。

- ・ブロック間の格差については、検証部会を中央に置いて、調査が足りないとか患者への説明が足りないとか後で検証するようにすれば良い。

- ・解剖実施体制については、病理解剖は法医・病理医・資格医がスクラムを組んで事例が出たらさっさと行ってくれる体制を樹立してもらうことが必要ではないか、ということも言われました。

次が、調査結果の取扱い（警察への通知、再教育）について。

- ・自浄作用をする機関がない。医師に関する自浄作用の

機関としては医道審議会があるが、行政処分が刑事処分だけを対象にしているのはおかしな話であること。第三者の評価をつくる時に、自浄作用も見せない国民からの信頼を得られないというような意見もありました。

以上、非常に雑駁ですけれども、こういう論点に関してこういうような意見が出ておりました。さらに詳細は、A3でまとめた企画部会の意見のところを拾っていただければよろしいかと思いますが、以上です。

樋口座長 ありがとうございます。2点補足しますけれども、いま原さんから紹介していただいたような議論は、どれも大変ですね。結局、厚労省の検討会でやる話と重複している部分もあって、資料4のスケジュールの下に、高久先生から「スピード感をもって」と。つまり、議論を重ねに重ねてということももちろん重要なんですが、それだけで議論が空転しているという話は、ここの機構としては、今までの経験、それから地域代表の方が今までやられてきて、「プラスαでこのぐらいのことはできるかもしれない」というような、現実的という言葉がいいのかどうか分かりませんが、上がどうなるのであれ、「このぐらいのことはできる」というフィージブルな話を詰めたほうがいいのではないかと。

そのためにこういう議論を何度重ねていっても、それぞれの論点について、全員が一致するというのもなかなか難しいような案ですよ。だから、まず具体的な第三者機関という新しい機構のイメージをまずつくっておいて、「それは、このぐらいのことはできる」と。だから、上からここを全部積み上げて、これだという方式はとらないで、比較的早く、別に最終案でもない文章化というか、骨子案というのをとりあえずいまつくろうとしています。それは、一致した案でも何でもないので、とにかく7月20日に出してみても、それを検討してよくしていくという話で、予定は10月になっていますが、夏休みをはさんで何らかの形で、「機構としてはこういうものはできるかもしれませんが。しかし、こういう支えがないとできません」というような条件も明らかにしていくようなことをやりたい。

別紙のほうでは、そのときの基本的な考え方としては、いちばん左に医師会の案というのがあって、それから右に地域代表の意見というのをいろいろな形でアンケートをとりました。このいちばん左といちばん右というのは、中身というか、レベルというのかな、焦点が違っている部分もあって、これをうまくつないで何らかの問題をつくりたいというのが、希望なんです。そんなにうまくいかどうか分かりませんが、地域代表のアンケートのなかから、例えば様々なメンバー構成というのは、この運営委員会もそうですし、医療安全調査機構のメンバー

自体も高久先生その他、たくさんの方のご尽力とご協力で、従来のものと比べてずいぶん広がってきているんですね。「今までになく、医療界のほぼオールジャパンという体制になっている。この点が十分強化されていない点が不思議ではあるが、とにかくこの機構が中心となってやるしかないと思っている。そこで提案であるが、現行の組織を活かすとすると、この事業の実施について今後どうやって拡大していくか、それを基礎にして、こちらから国のほうに提案をするというようなものをつくりあげたいというので企画委員会を立ち上げた」という段取りにはなっているわけです。

最初の2回では、ちょっと抽象的な議論のほうが多かったのかもしれませんが、私もそれに参画して山口先生からご注意を受けたりもしました(笑)。「そういう議論を重ねていっても、何かまとまるということはないよ」という話で、でもとにかく今は分かれ目で、もう少し具体的な像を出そうしている。これは地域代表からのアンケート結果ですが、つまり全国でいったいどのぐらいの拠点が必要か。現時点では常勤の医師もおらず、ほとんどバーチャルと言うべき組織であると。バーチャルというのは、最近はいいい意味で使うことも多いのだと思いますが、これはあんまりいい意味では使っていないわけなのでね。リアルなものをつくる時には、このぐらいの人員と、それをどこから出すかというのはまた別の問題として出てくると思いますが、これだけの予算をかけるに値するかなものをつくらうじゃないかと。しかし、予算は無尽蔵にどこかからお金が湧いてくるわけではないので、「フィージブルな案としては、こういうものがある」というようなものをとにかく出してみようということでもあります。

いまのこの議論の紹介だけでは、そういう観点を忘れていたのではないかとと思われるといけないので、そうではないつもりです。どういものが出てくるかはこれからの問題ですが、そういうことをちょっと付加した上で、あとは自由に少し。ここに掲げている論点であれ、そうでないものであれ、ご意見を伺いたと思います。それをまた次の企画部会に反映しようということでもあります。どうぞ。

高杉委員 この第三者委員会が必要だということはもちろんですし、日本医師会の提言を大きく整理して挙げてくれたのは、非常にありがたいことです。ただ、病院団体とかいろいろな意見が出ていますが、これをいま我々は一つにまとめようとしております。近いうちにそれが発表できると思いますが、死因究明二法案ができたから、逆に我々は医療関連死のほうはきちんとしなければいけないとか、スピード感も出さなければいけないというこ

とで動いています。いずれ、それも近いうちにこの委員会にお送りできると思いますので。

木村委員 木村でございます。前回にも少し話が出ましたが、今後この制度を早急にまとめていくにあたって、これは原則になりますけれども、いま高杉先生がおっしゃったように、いろんな医療団体によって医療事故の死亡に関する原因究明制度をつくらうとしています。このモデルになっている日本医師会の「創設に向けた基本的提言」というのも、死亡だけではなくて、いわゆる事故の原因究明も入っています。

今回、ここでやられている死亡の調査分析というのは、非常に価値のあるものだと思いますけれども、この制度をつくって医療事故の対応が全部できたというわけではないですね。死亡に至らなくても重要な事故というのはたくさんあるわけですから、これはそのうちの一部というか、死亡して解剖した症例だけを分析して、それを役立てようと。その辺りをクリアにして、医師会のつくられたこういうものを基にして今後の話を進めていくときに、やはり考えていることが少しずつ違ってくる可能性があると思いますので、この事業の目的とするところをきちんとしておいたほうがいいのではないかと思います。

樋口座長 医療安全のための原因究明・再発防止ということを掲げるのであれば、死亡事故だけに限ることはむしろできないだろうと。しかし、死亡事故を中心とするという話は、おそらく両立するような議論だとは思いますが、ですけどもね。

清水委員 死亡事故を取り扱うというのは、医師法 21 条との関係で取り扱っているんで、たくさん事例を入れたら、それはそれでいいんですが、解決する方法も、人材も大変な労力を要するというなかで、医師法 21 条に対応する組織をつくるという意味で死亡だけを取り扱うということは、私は非常に重要だと思います。死亡だけを取り上げるというのは、対比に医師法 21 条があるということだと思います。

有賀委員 私の立場は、救急医学会代表ということになっていますが、場合によっては医学部長病院長会議なのかもしれません。いまおっしゃった医師法 21 条との兼ね合いというのは喫緊のテーマというか、非常に大事なテーマなのでその件と、それから届出をすることとの関係を深めていくことは、極めて重要だと思っています。ほとんど現場は辟易しているというか、どうしていいかわからないうちに警察の現場検証などが来て、そのあと忘

れた頃に今度は民事の話があるので、よくわからない。

現場の話は置いて、いま座長がおっしゃったみたいに原因の究明と再発の防止という観点からすると、やはり死亡に関して届出をするということプラスαで、「A病院で起こったことはB病院でも守らなきゃいかんだろう」というようなことで行きますと、いまいろんな人がやってくれているようなことをやれなくちゃいけないんじゃないか。できることをやろうという話は、超現実的にその通りだとは思いますが、石に齧りついてやらなければいけないことが場合によっては僕らの現実にはあるわけで、そういう意味ではいま医療機能評価機構に登録するのは、医療機能評価機構との関係がある病院ということになっていると思うんですよね。だから、非常にとりこぼしがあるんでしょう。そういう意味で、何らかの形でいろんなものがピックアップできて、医療機能評価機構がやっている分析などができればよい。このことについてはそもそも既に長い歴史がありますから、私はいいんじゃないかなという気がします。

ですから、木村先生が当初からおっしゃっているように、じつは同じヒヤリハットだったんだけど、片方は死んでいる——死んでしまったらヒヤリハットとは言いませんが、死ぬかもしれなかったヒヤリハットというようなことがやはりあるわけで、医療安全とか再発の防止という観点からすると、その部分はとても大事なので、医療機能評価機構が相当程度に運用を広げて頑張っているのだとすれば、そういうノウハウと上手に協働できるというかな、という気がします。現実的な話ですが。

後委員 私も同じように考えていますが、細かい話をしますと、私のところでは法令に基づく医療事故の報告制度というのがありまして、それが年間 2,700 件あまり報告されています。

先ほど、「死亡事例に限ってやりましょう」という非常に現実的なお話もありました。あれはあれでいいわけですが、200 件を入念に分析しますと、2,700 から引くと残り 2,500 ぐらいはまったく使わないという考えもあるでしょうけれども、いま現に私は掛け持ちをしていますが、他に専任で看護師 3 人がいて、去年の 500 ページぐらいになる年報をつくっています。そのぐらいの分析内容です。それから、12 回の毎月の医療安全情報というのをつくっています。決してカルテがなくても、画像のデータも十分なくても、いま申しましたぐらいのことはできます。「その 200 事例に類似している事例はこれ、これ」と選んだりして、参考にすることもできますので、私どもの事業は国の補助金で国費でやっておりますから、十分連携したり、統合したり、いろんな可能性を議論していただいてもいいのだろうと思っています。

す。以上です。

加藤委員 愛知の加藤です。ちょっと別の観点の話になりますが、連携とか統合とかいろんなことも重要だろうと思いますけれども、このモデル事業の実施の約 10 地域をさらに広げていく可能性について、あるいは方法について、少しここで意見交換ができればいいなど。

多分各都道府県で、しんどい思いをする覚悟を持った人が、手を挙げるなり何なりしていかないと始まらないのかなというのが印象としてはありますが、病理とか法医とかそれぞれの状況を踏まえて、次にどのぐらいのところ……現実には、モデル事業に参加できそうなところをどういう支援が、ある程度実績を持ったところから、ノウハウ等を含めてあるのかとか、アドバイスができるのか。そういう話を少ししていただいて、目標をここ 1 年ぐらいのうちに、モデル事業がどのぐらいできるかみたいな、そういうスケジュールも大事なことはないかなという気がします。いかがでしょうか。

原中央事務局長 先ほどお話したように、福岡地区で佐賀県が追加になりましたね。それから、清水先生の愛媛県がまた少し追加して入ってくださるというお話、私が具体的に聞いているところはそこだけです。

長崎委員 兵庫県の監察医には香川大学と徳島大学の教授がおりますので、いつもお話をしているのですがあまり需要がなさそうです。医療関連死の司法解剖もほとんど無いそうです。しかし、そういったお話があれば、いつでも協働できるような形にしております。また、清水先生とどのようにしていくかということも相談しております。

池田委員 愛知地域の池田ですが、実際にいま三重県でもこういう事業を展開してほしいということで、三重の先生方に集まっていたいて説明会をしました。

それから、いま静岡のほうにも病理の教授に働きかけて、病院長に資料を送りまして、「こういう事業を展開されてはどうですか」というのをやっています。それから岐阜のほうもそういう声がございまして、個人的な形でやっておりますが、ぜひその辺の取り組みの展開をお考えいただくと、逆にいえば私のレベルでもできるのかな、という気持ちでおります。

長崎委員 兵庫県の長崎でございます。先ほどのモデル事業の現状のところでお話したほうが良かったかもしれませんが、兵庫県は今年度から神戸市だけでなく兵庫県全域でモデル事業を実施しています。また、それ以外の地

域からの依頼があっても制度上、ご協力できるような形になっています。

樋口座長 私は医者じゃないので、本当は何もわからんわけですよ。わからんのですが、やっぱり全国展開するとなったら、まさか中央に1つだけで号令一家なんてことができるわけがないので、何らかの拠点を。そうすると、今まである地域の方が中心になっていただくような話にならざるを得ないんじゃないかと思うんですけども、その人が池田さんであれ、長崎さんであれ、自分の伝(つて)ですよ。法医学者であれ何であれ、そういう伝を頼りながら県を跨いでいくというのは、極めて立派なご活動だと思わなければならないんですけども、制度化するとなったら、県単位というのが良いかどうかすら、本当はわからないんですけども、ただ今まで日本のお医者さんというか医学教育では、1県に1つずつは医科大学を置こうという話で、厚労省もずっとやってきたわけですよ。

そうすると、大学というのはまさに医学教育で、医学教育のなかに医療安全教育が含まれるのはあたりまえの話なので、医科大学がそれぞれ拠点となるという話になるのかなと思ったりもするんですが、ちょっと高杉さんはお忙しくていなくなっちゃったけれども、他に各県単位でやるのは県の医師会というようなものもある。何かそういうものとの連携、これは有賀さん、全国の医学部長病院長会というのは、47が全部出てこられるんでしょう？ そういうようなことは現実味があるものですか。大学をそれぞれ拠点にして、それぞれのブロックの拠点と連携をとりながら、「今回は例えば群馬県だから群馬大学の某を中心にしてチームを組んでください」とか、そういうことはできるのですか。

有賀委員 いまのは、具体的なことが出来そうなのかというご質問ですよ。大学病院におけるこの問題に関する委員会の委員長は、私なんです。以前は、確か嘉山先生でした。嘉山先生は、ご自身が委員長だった頃だと思います。僕の前は慈恵医大の森山(寛)先生ですけども、全国の医学部長病院長会議としては、各県の大学病院が、本件に関して地域の医療機関を助けなくちゃいけない。そのことについては、「ぜひやるべきだ、やるぞ」というようなメッセージを出しているはずで、声明として。そういう意味で精神論をぶち上げたことは間違いないのですが(笑)、極めて具体的にどういう仕組みにしていくかという話は、これからやはり考えていかなくてはいけないんじゃないかなと思います。

ただ先般、嘉山先生ご自身は山形大学がかなりキーマンになってというか、地域の病院やクリニックまで含めてコミットしていると言っておられましたけど、もし「ど

んなふうにやるの？」といったときには、嘉山先生がおやりになっている山形大学をどう真似るのかというようなことを考えていけば、場合によっては少しずつ、このパターン、あのパターン、どのパターンになるとは思いますので、やってやれないことはないんじゃないかなと思います。そういうことも含めて、私はどっちの代表かという話をしたのは、そういうことでございます。

富野委員 内科学会の富野ですが、前回の議事録の15ページにも、私は同じようなことを言っているんです。10地域以外のところに拡大していくためには、いま有賀先生が言われたように、例えば病理、法医、放射線、内科系、外科系というチームのラインナップを組むことができると思うんですね、大学を中心として。そういう案を10地域以外のところに幾つかつくってみて、そしてその次に出てくるのは、そこに対する予算がどの程度ついてくるのか、実現性はどうかということになってくるんですね。

ですから、「10地域以外のチームをつくることは簡単でしょう。ただ、やるよ、やるよと言うだけでは絶対できませんよ」と、この会議で何度も同じことを話しあっているんで、本当にやるのか、やらないのか疑問なんです。同じ議論がいつも出てくる。僕も、前も同じようなことを言っている。また同じことを聞いたんですよ。ですから本当にやるんだったら、企画部会なりで案をつくってみる必要がある。ただ、それはやってないだけの話で、いまの議論は何度も聞きました。

高久代表理事 ちょっといいですか。いまのことに関連して、じつはこの会の最後にでも言おうかと思ったのですが、厚労大臣への要望書の最後のところの文章を少し改めて、「今後は全国平等な事業展開ができるよう、制度的・財政的諸措置を講じるよう要望します」ということを言ったほうが良いと思います。

厚労省の補助金が大部分で、学会も僅か出しておりますが、私はもともと、補助金も結構ですが、少しは診療報酬のお金を入れても良いのではないかなと思っています。極端な話ですが、医療の中の重要な問題ですから、明日は口頭で、「厚労省の補助金以外に、医療保険の一部をここに出してもいいのではないかな」と局長に申し上げるつもりです。そうしないと、全国47都道府県につくることは不可能ですよ。それを口頭では言ってみようかと思っていますが、文章もそのように直したほうが良いのではないのでしょうか。

長崎委員 よろしいですか。このように枠組みをつくるときのいちばん大切なことは、リーダーを誰にするかという

ことですね。やっぱり困っている場所ですと、困っている人がリーダーをやってくれるけれども、困っていない人は、本当に制度をつくって「やれ」と言っても難しいような気がします。そういうところを、どういう形にしたらいいいのかなどと思っています。あとは、困っているところにかにしっかりしたリーダーを探すかだと思います。

居石委員 福岡地域の居石でございますが、ぜひ早々に制度を全国にお願いしますということを、地域の者としてあらためてお願いをさせていただきたいと思ひます。

いま、そのことに関係するご議論をいただいているところで、先ほどの件にちょっと戻らせてください。「剖検事例を含まない事例をやるのか」というお話がありましたけれども、これまで長い議論をし、先ほど清水先生からもお話がありましたけれども、まずは現在、まさにここで7年間やってきた実績を基に、この方式でということであらためてご理解いただいて、それにプラスα。いろんなご議論はありがたいところではありますが、でもそのあたりの出発点の整理をよくした上で、お進めいただけるとありがたい。これが、1点です。

それから2点目は、福岡県内でも9例経験させていただいていますが、すべて福岡市内。そうして大型の、いわゆる大規模な病院からの依頼なんです。そのなかに、大学からののが3例入っていますから、以外は福岡市内で6例、非大学。極めて偏っている。福岡だけの特徴なのかもしれませんけれども、そういった事例の出方に、まだまだいまのモデル事業という制限の枠のなかでは、やはり偏った事例の出方をしていっているわけでありまして、実際の医療現場で困っておられる事例は、「とってそんな偏ったところに、そしてまた」ということではないかと相談を受ける経験もあって、痛感しています。そうすると切実な問題としても、いまだどういった要望、事例取扱い依頼が起こってくるのか、どうなのかというあたりを、いまの補助事業モデルのそれには、きっと大きな限界があるんじゃないかと思ひます。

もっと広く周知をする。それはいろんな経路で、全国の医学部長病院長会議でほぼ全部やりますが、大変失礼な言いかたをしますと、現場の病理医はシラッとしていまして、現行業務でバタバタ走り回っている上に、突発のそういうものはなかなか現実では進まない。そのあたりも、大学からはやっぱりプレッシャーがかかっているのではございませんでしょうか。もっとフランクに病理学会も然りだと。これは先生にお願いしたいと思ひます。

というのは、やっぱり精神論だけではなくて、いよいよというのをごく1年の間に、言葉はよくありませんが現場のそれぞれにプレッシャーをおかけいただいて、「やらにゃいかん」という端からの声も十分必要な時期に来

ているのではないかと思ひます。実際に元大学にいた教育医として、例えば急遽、それを年間複数例担当させられるということになった場合には、2つの講座あるいは分担を持っている大学でも、よういかない。しかし、それをなおやってもらっただけの意味がある。

そうすると、いま全国医学部長病院長会議を申しましたけれども、病院協議会も然りだと思ひます。医師会はもっと切羽詰まって、切実にお動きになるのが当然じゃないかと思ひますが、必ずしもそうでもない。というように関連するところは、プラスαを取って出させていただきますが、日赤が全国レベルで持っています。国立病院機構は言うに及ばず。といったところもお考えいただければ。

たまたま国立病院機構のなかに籍を置かせていただいています。九州ブロックの場合にはここ6年で、確か80例ぐらいの、いわゆる医療安全に関わる検討会を進めています。その事例というのは、もちろん大半が非死亡事例ですが、こちらには末期と半々ぐらいですね。死亡のなかでも非解剖事例は、少し対象が異なってくるということになります。いろんな調査の試みしながら、いろいろな努力をしておられる団体があることを考慮して、お話を進めていただけるとありがたいと思ひます。

現在、佐賀には広げることができました。そういう形で、やはりそれなりの拠点の実施部隊がないことには、「おい、事例が発生した」と言ったそのときに、24時間以内に段取りをとって動くことはとってできないと思ひます。ですから、先ほど365日24時間というのは、警察も、病院からも当然その要求が大きいわけですが、実働部隊としては苦勞するところがございます。雑駁になりましたけれども、ぜひ趣旨のご検討をいただいて、いろいろな場からのご高配をいただいて、それと同時にやる気を起こさせていただけるとありがたいと思ひます。

黒田委員 病理学会の黒田でございますが、ちょっとお叱りを受けましたので、少し発言をさせていただきます。先ほど富野先生からお話がありましたが、要するにこの事業を実施していくには、いろんな方面からの啓発をしていただくということで、有賀先生が先ほどおっしゃったように、当面大学側が拠点になって、そこから声がかからない限りで進めていかれないのはあたりまえのことでございますから、全国の大学病院が拠点としてお声かけをするのは当然と。是非ともやっていただきたいと思ひます。

実際、私もこの事業をやっておりますと、半分ぐらいの事例が大学病院と基幹病院でございます。そうしますと、大学間相互の話しあいをすること、それが

ら病院協会に中心になってやっておられるような基幹病院が拠点になるのではなくて、逆にそこからいま事例が出ているのが実際だと思うんですね。そういうところの病院で解剖することは現実的かといいますと、まったく非現実的で、そういうところで発生したときには、事例をこの事業にちゃんと上げていただくというスタンスをきちっととっていただいて、大学からちゃんとした人員を派遣することです。

とくに協働型が出てきたわけですから、そうしますと私が今までこの事業に関わっている経験から、私どもの地域でどのくらいできるかといいますと、先ほど池田先生がおっしゃったのですが、少なくとも東海4県は多分可能なんですよね。可能なんですけれども、実際に協働型の解剖があつて、何とかかんとか言ってもほとんど私と池田先生が対応しているという現状ですが、でもいまの件数だと、多分可能は可能なんですよね。

それ以外に病理解剖として受け入れて、私が実際執刀に行っていて、それがここに挙がっていない事例もたくさんありますから、そういうものを含めると、医学部長病院長会議できちんとそういう掛け声を出していただいて、病院協会でもはっきり、こういう事業に乗せるということを歩調を合わせていただいて、なおかつ都道府県の医師会ではっきりと確認をしていただいて、要するに富野先生のお話はそうなんです、じゃあ私ども愛知の周りから依頼があつたときに、どこが了解していればいいのかということ、いちばん大きな問題なんです。

例えば岐阜に行きますと、岐阜大学が了解していればいいのか、岐阜県の医師会が了解していればいいのか、岐阜県の病院協会の方々が了解していればいいのか、私は全部が了解しなければだめだと思うんですよ。あと各都道府県の厚生局がありますから、そういうところの方々と同じレベルのコンセンサスをとっていただいて「受け入れましょう」という、それを早く始めないと、何度同じことをここで議論してもまったく始まらないと思います。多分、私どもの愛知県はもともと医師会と協調してやって来たから、枠組みができているということで、医師会と全然協調ができていない都道府県に同じ話を持って行っても、「じゃ、どこが動いて、誰が指揮系統を取るのですか」という話になるんですね。

それを、都道府県の厚生局が指導するのか、大学は応援はできると思うんですが、大学がそこで命令系統を出すことはできませんので、現場としてどういうふうにと、どこと、どこを束ねて、そこへの号令を誰が出すのかということをやっていたら、と思います。本当に全国展開というのは難しいかも知れませんが、少なくとも私どもの地域では、いまのところ4県をなんとかすることは、いまの協働型の解剖を含めて、それを展

開することは、私どもにとってはさほど大きな苦痛ではないんですね。

むしろ、最初の入口のところ誰が整理整頓して号令を出すかということ、ここである程度煮詰めて決めていかないと、この論議を繰り返していてもなかなか始まらないのではないかと印象を持っています。

池田委員 ちょっと補足しますと、じつは明日、愛知では病院協会の先生方30名ぐらいとお会いして、このモデル事業の話をするようになっていきます。まだ十分ご理解いただけてない現状があるということ、それから愛知県医師会がいま死因究明制度、このモデル事業ですと、大きな基幹病院とか調査委員会が立ち上げられる病院でしか、愛知県では受け入れられてないんですね。ですから、それ以下の非常にグレーゾーンとおっしゃっていただけたけれども、中小の病院をどうカバーするかというのを県医師会で詰めてもらっていますが、私も一緒に会議に加わります。

その後、3年ぐらい前に厚生労働省から県の健康福祉部に、「こういう事業があるから、協力しなさい」というA4の紙が1枚行っていますが、私は県の健康福祉部の方とお話をしましたら全然ご理解していただけていませんで、その辺の現実もあるんじゃないかなと思います。ただし、県のほうでは調査費を認めておられましたので、まずは認識していただいている状況かなと思います。

加藤委員 愛知の加藤ですが、今回の資料のなかに、厚生労働大臣への要望書が付いていましたね。いまのお話を聞きながら感じたことなんですけれども、病院長というと厚生省関係なんですけれども、学部長というと文科省関係になりますよね。これを国を挙げての制度設計になって、厚生省から発してということになるんでしょうけれども、文科省にもこの種のことについて、ご理解をどのくらい得ているのかなという、そういうところから先ほど樋口座長がおっしゃっていたように、大学医学部というのもの、もし大学の一つの医療安全に対する責務があるとして、こういうモデル事業についての文科省からの指導というか、そういうものもあつていいのかもしれないと思いましたが、宮本先生、いかがでしょうか。

宮本（厚生労働省） 事故調査の検討部会のなかには関係省も毎回来ておりますし、これまでの議論のなかでは彼らにも承知してもらっています。個別の具体的な課題があれば、相談していきたいと思えます。

加藤委員 具体的には、モデル事業の各拠点として期待される大学病院としての役割というあたりの認識は、ど

のようにつながっていきそうですか。

宮本（厚生労働省） いまご検討いただいている部会の内容も含めて、またまとめて相談していきたいと思いますけれども、わりと熱心といたしますか、医療安全そのものに関しても、これまでの経過のなかで熱心に考えていただいていますので、それほど拒否的でないところから話を進めていけるのではないかなと思っています。

舟山委員 よろしいですか。去年は失礼しました。震災の影響もあって、なかなか行ける時間をとれなかったものですから。地域の代表として、もう一度資料3を見ていただきたいのですが、じつは多くの地域では、大学が複数あるんですね。ですから、ある意味ではいろんな協働をとりやすい。そのなかでは、新潟と宮城県なんか1県1大学ですので、とくに宮城県ですと、どうしても東北大学の先生方が中心になりますので、どこに入院しても必ずうちの大学出身者がおりますので、客観的な意味では本来はずすべき、あるいは他県の先生にお願いすべきなのですが、それはとてもできない話です。ですから、ご家族の方にはその旨もご納得いただいています、それが第1点。

そしてそういった大学は、もちろん各地域の医療も担っていますし、教育研究も担っているということで、とても人が足りないわけですね。ですから、他の複数の大学地域ですと当番制にしたり、あるいは病院によって主たる医師の出身等によって変えることもできるのですが、それはここではとてもできません。

それから法医、病理も然りで、個人的な話をするのは変なんですけれども、私は1月から250件の解剖があつて、明日も1体。本来はきょうやる解剖だったのですけれども、とても1人ではなかなか賅いきれない状況です。ただ、僕は地域代表ですので、各先生方それぞれに僕は直接出向いて行ってお願いをするということをやっています。タクシー代も出ないような、ほとんど持ちだしでやっているんですけれども、それをやって年間2例、3例をまとめるというのが、精一杯のところかなと。

しかし、各地域を見ても、複数大学があるところ以外は、だいたい年間1例、2例というのが現状です。ですから、まずはやってみるということが大事なのかもしれませんね。やってみてないから問題が起こって、破綻するかもしれません。また、その一歩手前に来るかもしれませんけれども、とにかく何かをやってみれば、何かの問題が出てくるはずなので、いくら頭のなかで議論しても、僕は去年いかなかったですけれども、一昨年と同じような話しあいになって(笑)、あまり変わらないというのがわかった次第です。やはりやってみて、そして

何かの問題が出てきたら、その都度解決するということがいちばん現実的な問題ではないかなと、一地域大学として思った次第です。

野口委員 茨城の野口です。舟山先生がおっしゃった通り、茨城も1県1大学で非常に大変なんです。話しあいの流れからいうと、少なくともモデルグループ、モデル地区をつくって動かしていこう、という話が進んでいきそうな気配を感じるんですけれども、そのときに病理ではないと思うんですけれども、東京都は病理医の人口が10万人対2.5……2.8？ 3に近い。茨城は0.77ぐらいしかない。そこら辺も是非入れていただいて、うまく助け合えるような感じのグルーピングを是非していただいて、つくっていただくと、物事が公平に動くような気がするんですけれども。

樋口座長 認知度が高まらないというような話と、「ヒヨコか、卵か」というような話でも現実にはあつて、なんらかの形で制度的基盤ができると、思った以上に進むということも本当はあるんじゃないかと思っています。だからこそ、制度化への動きをとにかく何らかの形で進めたい。

説明も非常にしやすくなりますしね。このアンケートのなかにも、突発的に起きるわけですから、まず遺族への説明にもものすごく困難を感じるという、現場はきつとそうなんですよね。「なんでそんなところに頼まないといけないんだ」「そんなところって、どこなんだ」「今までそんな話、聞いたこともないけど」と言う人たちに納得してもらって、「こういうところがありますので、こちらへ頼んだらどうですか」というような話をするというのが、現場では困難のうちの一つ。他にもたくさんあると思いますけれども。しかし、もう「こういう制度ができているんですよ」という話になっていけば、それはまたそれで理解が早いというのかな。そういう感じもあるんですよ。

ただ、制度化するにはいろんな契機、きっかけ、あるいは機運みたいなのが必要で、そういうのが今なのかどうかという判断は私はよくわからないけれども、一応いろんな形でモデル事業から何から、これだけのことはやっていって、医療界としてこれだけ結束しているときにこそ、なんとかならんものかなと宮本さん、本当に思うんですけれども(笑)。それは上の検討会で——あの検討会はいつまでやるつもりなんです？ 我々は、とにかく高久先生の「スピード感をもってやれ」という話になってから、10回、20回、「何年やっていても」と、いまだなたかから怒られちゃったけど、「一昨年来たときと同じじゃないですか」と言われたけれども(笑)、そうじゃな

くて、とにかくできるかどうか。「こういうものをつくってもらいたい」というのを打ち出そうというわけですよ、このあと何回かで。それで、その後で動きだすというのではなくて、できれば一緒にやりたいわけですよ。

上のほうで一定の大きな方針が定まってくると、こちらとしては、「このぐらいの規模のことは、とりあえず、まずやれますよ」と。居石さんがおっしゃるようなことはすごく現実的で、清水先生もおっしゃったのですけれども、いちばん初めからいろんな要望はある。いきなり全部という話ではできないかもしれないけれども、とりあえずまず3年間は、死亡事例だけに限るのなら死亡事例だけに限ってやってみます。これだけで医療安全という話はないから、これがわりに軌道に乗るようだったらその後とか、何かタイムテーブルをつくってやるような話というのを、これだけの専門家がいますからつくれると思うんですよ、多分。

全員がまた一致して何とかというのは、それは戦略みたいな話もあるから、いろいろ考え方は違うかもしれないけれども、とにかくどこかの党と違うので、多数決か何かで決まったら多分離党もしないといけないので、「まあまあ、みんなでやりましょう」という話になる(笑)。しかし、ここだけでは結局できないので、「こういうようなものはできます」というのは、そんなに綺麗な立派なものじゃないかもしれないけれども、我々はつくろうとしているわけですよ。

そうすると上のところで、こういう第三者機関というのが医療だけではなくて、いろんなところで出来つつあるわけですから。医療のところだって遅れをとるのは本当におかしな話なので、「こういう方針で何か」というのを、上のところで……上という言い方はよくないかもしれませんが厚労省のところで、「いつぐらいまでにはまとめる」みたいな話が、本当はあったらいいなと思うんですけれども。安全室長としては、あの検討会はいつまでやられるつもりなんです？

宮本（厚生労働省） 敢えて締切りをつけない形にはしておりますけれども、早くまとめたいたいという気持ちではしているつもりです。

「ニワトリか、タマゴか」ということを常に問われているわけですが、相互に関係していることは間違いないで、どこまでのことができるのかということが、私どもが運営している会議のなかで、おそらく重要な要素になってくるでしょうし、そのことが結論をまとめる一つの材料になってくるのではないかと理解していますので、そのような展開を、議論がまとまっていくことに非常に期待をしています。

黒田委員 先ほど舟山先生から、「2年前と議論がほとんど変わってない」という意見が出まして、その通りなんですけれども、逆にいうと、要するに実際に全国展開しても、そこに関わる機関が逆に医療崩壊するような内容ではないということもわかってきたんですよ。ですから、私どもは医療崩壊を止めるためにやるわけであって、これをやるから医療崩壊になるんだというのは論理がまったく逆で、ですから東北で舟山先生のところで教育体制をつくっておやりになっても、多分年間せいぜい各都道府県にしたら非常に数少ないところを、全体で積み上げていって、結局国民が非常にわかりにくい体制になっているので、例えば、「亡くなったら、まず病理解剖がありますよ」ということを説明して、そこでの解剖にご不満がある場合は、「じゃあ解剖があった後でも、院内事故調をつくって、外部委員がそれを検討することもできる。モデル事業に挙げたら、協働型モデル事業もある。従来型のモデル事業もある」ということで、これはやはり各都道府県で、僕は少なくとも全然構わないと思っていて、そういうことをまず全都道府県でやると。

やっているという実績を残して、いろんな選択時があるんだということを国民にきちんと認知していただいて、「じゃあ、解剖をやっておけば、後でどんなアプローチも可能なので、じゃあ院内の病理解剖をまずやるのか」という、医療の基本に立ち戻るところに、私どもはそこに帰着しなければいけないという方向性ははっきりしていると、僕は思っているんですよ。ですから、そういうふうな選択肢が幾つあるのか。いま、国民はまったくわからないので、「いろんな選択肢がありますよ」と、それをまず提示しないとイケないと思うんですね。

そのためには全国の都道府県、年間1件でも2件でも私は構わないと思うんですよ。「やっていますよ」と。病理解剖から始まって、解剖の後に外部委員が入る、院内事故調もある、協働型モデル事業もある、従来型のモデル事業もある、「真っ黒は司法解剖ですよ」と、国民にわかりやすいフローチャートをきちんと提示しないと、私どもがこのなかで論議をしても、結局……。

各論でいきますと、日本医師会がたたき台をつくり出すけれども、実際、日本医師会の開業医さんまで出てくる症例はほとんどないという、これは明らかですよ。そうすると、病院協会、あるいはそれこそ全国の大学ラインから出てくる症例を、お互いに吟味して検討しあってということ、ちゃんと医療協会がそこを自乗化しているんだということをきちんと示すことが、もともとのこの事業のスタートだったのではないかと思うので、まず全国展開ができることを検討して、それは決して重裝備のものをやって、例えば体制が整ってないところが、これをやることによって医療崩壊することは、このいま

の現状から鑑みると、多分ないと思うんですね。

まずやって、国民のご理解を得る。いろんな選択肢があって、「医療業界は、いろんな選択肢をもってこれに対して取り組んでいるんだ」ということをご理解いただくということが、まずスタートだと思っていて、そこに8年間かかっていますけれども、まだそのスタートができていないんじゃないかと思うんですね。何のかんと言っているうちに、僕も定年まで4年を切っちゃいましたので、4年たつと私どもの県の業務が衰退してしまうのは困るので、そのうちにはきちんとかういうことを国民に理解をしていただく。10年たつて理解していただけないのでは、なんとなくメッセージが弱いんじゃないかと思っているので、それだけは是非、この会でやっていきたい。この会は、そういうメッセージを出す会であって、現場のコンフリクトを回避する会ではないので、そこら辺のところを早く交通整理していただいて、国民の方にご理解をいただくような最低限のメッセージを出していただきたいと思います。

舟山委員 先生のおっしゃる通りだと思います。今回の資料を見ても、22年度から24年度受付が72ですね。ところが③を見ると、ご遺族から承諾を得られなかった例が9例もあるんですね。ですから、やはり医療関連死には解剖を前提とした調査が必要だということを、まずもっともって理解していただく。そのなかで、黒田先生がおっしゃったようにいろんな選択肢があり得ると。そのなかの一つとして、地方でのモデル事業というのがあるんだという、そういう流れで、まずは地方でもスタートをする。そういう動きがよろしいんじゃないかと、まったく同意いたします。

池田委員 愛知もそういう形で、三重とか、静岡とか別に働きかけています。あと、いちばん重要なのは調整看護師の育成が大切ですね。この間三重に行きましても、「あ、そういう方が必要なんだ」ということを初めて認識していただいたような感じです。愛知から派遣させますのでその辺の予算面と、また明日1人非常勤の人を雇えそうですので、大変ありがとうございました。

ですから私としては、来年度にここにお邪魔したときには、この目標を立てましたので、ぜひ「こういうことを実現しました」という報告ができるといいなと思っています。

樋口座長 山口さん、一言ないですか。

山口委員 やはり、全国展開をできるところからやっていくという、まさにその通りかなと思いました。一方で

「ブロックという形でやろう」という考えと、全部の県になければできないという考えがあります。必ずしも「なればできない」という話でもないので、ブロックの中心になるところがまず重要です。これだけ経験を積まれたところと、新しくスタートするところでは当然違うわけですから、基本はブロックで中心になるところがあって、実際のフォローでその周辺でおやりいただくという話なんだろうと理解をしています。

いちばんの問題は、やはり解剖が一番。この事業は「解剖をする」という前提で始まっていますので、解剖する体制をつくっていただくということが重要。いまのブロックから広げて、各県でやっていただくという時のいちばんのキーだと思いますので。例えば愛知で取り組まれているような場合、どういう条件を整えば、岐阜、三重で解剖ができるような体制が整うかというようなところを具体的に教えていただけると、ここからの提言につながるような話のなかに盛り込めていけるのかなと思います。

池田委員 このように展開してきましたのは、私は個人的に三重大学の病理の先生とも親しいですし、病院長も大変乗り気でいらっしゃいました。そういうところから、3月の下旬に説明会に行ってみりました。

それから浜松に関しましては、病理の教授と仲がいいので、直接資料をお渡しして病院長と法医の先生方と、「いまニーズがあると思うから、ぜひご検討いただきたい。必要であれば、出向きます」という話をしました。

岐阜では、黒田先生がいつもおっしゃっていますけれども、全部司法解剖に回ってしまう。個人的に黒田先生がそれを避けるために行かれて、私も三重に最初に行きましたのはそういう事例で、外部委員として直接入って解剖して、ご遺族に納得していただいたという事例なわけです。それからいろいろ展開してきましたので、ぜひ先ほど言われましたように、どこが窓口になるのかということ、県の福祉衛生部なのか、健康福祉部ですか、どこの方がご理解して、これを推進していただければいいのかということを整理していただくと、やりやすいと思います。

山内委員 新潟大学の山内ですが、やはりこの問題、いまお話が出たように、解剖をいかにしてスムーズにできるかというのがいちばん重要だと思います。いま言われたように、こういう制度がなければ司法解剖という手段しかない。結局そこに流れていくなかで、今度そこに行きたくないときは完全にオープンにせずに、解剖をまったくしないという選択肢と、いま実際は2択になっていると思うんです。

もっと気楽にという変ですけども、受皿としての解剖できるシステムというのは、このモデル事業があることによって——新潟なんかもそういう形でできたんですけども、やはりそういう形を維持するためには、解剖したときに、このシステムでは1体15万円施設に払っているわけですけどもギャップがあるわけで、病理解剖を自宅で受けた場合には解剖費用20万円プラスαぐらいと、あとは解剖する人に対する出張旅費が出るとすると、普通だいたい1体40万円から50万円ぐらい出ているので、逆にいうとそれはモデルのほうが安いと。レベルが高くて苦勞するわりに、逆にいうと一般の解剖よりも安いので、完全にそこは奉仕という形でやっていたというふうな形になっています。そういうことを考えると、一つは全国展開で解剖するシステムのとときに、解剖を1体したらこれだけのお金が、少なくとも自腹ではなくて出てくるという補助というふうな形でやれば、ある程度診療関連死が今回来るよりも、もう少し浅い病理解剖に関しても家族の方が、「じゃ、解剖してもらおうか」という機運が広まるだろうと思っています。

それからもう一つは、いちばん大きいのは、解剖する人間を養成するというのが急務で、ちょっと前まで病理の解剖の全国の総数と我々の法医の解剖の数は、圧倒的に病理のほうが多かったんですけど、1985年におそらく病理は3万人で、うちらは1万人ぐらいだったのが、いまは完全に逆転しました。法医解剖がいま2万體、病理解剖が1万3,000體ぐらいにおそらくなっていますので、このまま放っておくと、病理解剖を実際にやられる方がいなくなっていく。そうすると、レベルの高い病理解剖、それから司法解剖という2つのところに行き着くための導入の形の解剖ですね。ある程度の数をやるシステムをつくって、そこで解剖をやる人にどんどん経験していただくというシステムをつくっておかないと、今後10年後には、おそらく解剖できる人が法医も病理もいまよりも減るだろうという懸念があります。そこら辺も、この場で少し検討していただきたい。

それからもう一つ、調整看護師ですが、週3日といういまの非常勤体制が地域としてもかなり難しく、これは保険が絡むのですけれども、健康保険の関係で週4回になると保険が強制加入になるので3日ということになるんですが、そうすると働いてくれる人間が逆に週3日で保険がないという形で、いい人間が確保できるかというと、そこが非常に難しいという面があります。そうであれば、今度は常勤ではなしに、例えば大学の医療安全にある程度人をつけるかわりに、そこで責任をもって県内全体の医療安全についての仕事をしてもらうという、委託のような形も今後検討していただきたい。

これはモデルをずっと続けるなら、制度化ということ

で全国展開になると、そういう人も、1年に数件しかないのに常勤で1人このシステムで雇うということは予算面で非常に難しいと思いますから、そういう面では、これだけの仕事をやるために、引き受けたところはどれだけのプラスになるという、プラスになるような形で引き受けてくれる場所を探して、そこに仕事をお願いして、そこにある程度、マンパワーを集めるという作戦も必要ではないかなと思います。

山口委員 いま保険の話が出てきましたので、先ほど高久先生が、「ぜひ保険も」という話をされたので。先ほどから話題に出ている病理解剖とA iは、いずれも保険の対象になっていません。あれがもしちゃんと保険の対象という話になれば、もっと病院は容易に取り組めるのではないかと思います。ぜひ要望をお願いしたい。いまだに病理解剖はすべて病院の持ちだしで行われているというところは、ぜひなんとか解決していただけたらありがたいので、要望のなかには是非入れていただければありがたいと思います。

樋口座長 一言だけ、私も。法学部において、医療関係の事件を児玉さんと一緒に事業をやっているんですけども、宮本さんなんかには釈迦に説法だと思うんですけど、裁判所が何と言っているかという、「死因説明義務まである」と言っているんですね。病院や医者には死因を説明する義務まで、法律上の義務としてあると言っているわけです。やっぱり医療というのは、退院して出て行ってもらうのがいちばんいいんでしょうけれども、そうでない場合について、「ここまでが医療ですよ」というのであれば、「亡くなった後は保険は関係ないですよ」というのが、そもそもおかしいのかもしれないですよ、いま山内さんがおっしゃっているように、「ここまでカバーして当然なんじゃないの？」というのが、急に裁判所の権威を当てにしていると言われると困りますが（笑）、そういうことにはなっているということですね。

有賀委員 A iの話が出てきましたが、僕たち学術団体のなかではしばしば議論が出ます。「死んだらそれで終わり」と、一体いつから、誰が決めたんだろうと。死んだ後にA iをするなり、病理解剖をするなり、ご家族に説明するなり、様々たくさんあるんですよ。それまで含めて医療だとなると、何で死んだ途端にすべてが終わるという、この社会の仕組みはいったい何なんだというのを、素直に感じるんですよ。宮本さん、そう思わないですか（笑）。

黒田委員 山内先生から出たお話ですね。いま厚労省に

その話をすると、解剖の費用については研修指定病院の研修医に対して1人何万円というお金が出ているんですね。病院だと9万5千円、大学だと4万円だったと思いますが、そういうものを出しているからということと言われるわけですが、結局有賀先生もおっしゃったようにどこまでを医療とするかという問題で、最終的には予算がないと何もできないので、そこをどう考えるか。考え方を少しフレキシブルにさせていただきたいという点と、私も学会などでは診療報酬の担当理事でございますのでやっておるわけですが、研修指定病院の補助という形での解剖とある意味で質が違いますので、そこら辺の担保をどうするか。

諸外国を去年、一昨年と全部調べたら、アメリカは成人の解剖料はほとんどゼロに等しいですよ。オーストラリアもホスピタル・オートプシーはほとんどゼロでした。要するにオーストラリアはコロナ制なので、コロナの診るような解剖だけ国がお金を出すという仕組みになっていて、全世界的に見るとだいたいそれになっている傾向があって、やっぱり収入のないところにはお金を出さないような仕組みになっているんですけども、それがいいかどうかということにもなります。

日本はそのちょうど中間ぐらいにいて、病理解剖は私どもの学会は平均25万円とはじいているんですが、それでも最低限ということですけども、それに対して1円も出していただかないなかで、なんとか今までやってこれたと。逆にそういう実績がございますので、そこら辺も鑑みて総合的に、これだけ病理解剖の数が減っているわけでございますから、要は予算を国民にわかりやすいようにそのなかに入れて、「亡くなるまではここまで、亡くなった後はこういうふうに国の責任を明確にしますよ」ということをぜひ言っていただきたいと思っております。

樋口座長 一応時間は過ぎていますが、宮本さん、一言何か。

宮本（厚生労働省） その話はいつも難しくて、なかなかすぐにお答えできなくて申しわけないんですけども、きょうのお話のなかで診療報酬の話も出ておりましたが、若干距離があるなかで診療報酬の仕組みを見てまいりますと、医療界全体としてどういう要望をしているかというところと、支払い側のやりとりといいますか、そういった形で決まってくるかなと思います。

そういう点では、お帰りになりましたが、高杉先生とか、木村先生という方々も含めてまとまってお考えになりますと、またいろんな展開があるのかなと思います。

樋口座長 時間も過ぎておりますので、一応きょうはこ

こまでという形にして、企画委員会で今後とも何らかの形で、制度化のための努力をする。それを、いまメール等もありますので、随時運営委員会の先生方にも投げかけますので、企画委員の人たちに任せておけばいいと——ここの方は思っておられないような人ばかりなのでお願いしておきますが、いろいろな形でご意見を寄せてくださるとありがたいと思っております。

では、きょうはここまでにします。どうもありがとうございました。

(終了)