

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業
平成24年度 第2回運営委員会

○日 時 平成24年10月19日(金) 13:30~15:10

○場 所 日本外科学会 8階会議室

○出席者

青木 康博(日本法医学会担当理事)
後 信(日本医療機能評価機構 執行理事 兼
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)
佐藤 慶太(鶴見大学歯学部法医学准教授)
鈴木 利廣(すずかけ法律事務所弁護士)
鈴木幸一郎(有賀委員代理 日本救急医学会理事)
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)
松原 久裕(日本外科学会担当理事)
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

松本 博志(北海道・札幌医科大学法医学教授)
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)
矢作 直樹(東京・東京大学大学院医学系研究科救急
医学講座教授)
渡邊 聡明(東京・東京大学腫瘍外科学教授)
長崎 靖(兵庫・兵庫県健康福祉部健康局医務課
監察医務官)
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)

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 皆さん、こんにちは。定刻になりましたので、

平成24年度第2回運営委員会を開催いたします。本日は、委員の先生方、大変ご多忙のなかご出席くださりまして誠にありがとうございます。厚く御礼申し上げます。

まず最初に、資料確認をさせていただきたいと思えます。皆さんのお手元に名簿がございます。そして、「第2回運営委員会議事次第」がございます。次に、「資料1 第1回運営委員会議事録」になっております。「資料2」としまして、クリップ留めしてあります「平成24年度第2回理事会報告事項」でございます。「資料3 モデル事業の現況」、そして「資料4 平成25年度予算編成上の主な留意事項」、ホチキス留めしてあります。そして、「資料5 『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』報告書」になっております。「資料6 平成24年度人材育成研修(企画案)」でございます。そして、本日の当日資料として皆様のお手元のほうにお配りしてありますが、資料はぜんぶお揃いでしょうか。

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。樋口座長、よろしくお願いいたします。

樋口座長 それでは、第2回の運営委員会を開始したいと思います。そこへ議事次第がありますね。まず報告事項があって議事事項という順番になっておりますので、報告の第1点、この前理事会が開かれたようなので、それについての報告事項から、まさに報告をお願いしたいと思います。岩壁さん、よろしくお願いいたします。

岩壁次長 資料2によりまして報告したいと思います。先般、理事会が9月27日に開催されまして、すべてが承認されました。本日、ご報告したいと思います。「機構の諸規程の制定及び改正について」ということで、主な内容につきましては、職員の処遇改善等を検討することは、3月の理事会で決議されまして、今回、職員の処遇に関する諸規程並びに事務局規程の整備等を図ることとしました。また、施行期日は来年の4月1日付けでございます。

まず、事務局規程ですが、別添のご覧の通りの事務局の組織、それから事務分掌、職責等々、これにつきましては公益財団法人や学会の他の諸規程も参考にしまして、その内容に準じて作成いたしました。

それから、2番目の経理規程ですが新設でございます。公益法人協会や学会等を参考にしまして、財務管理の責任の明確化、収入、支出管理の明確化、決算手続の明確化、内部牽制の明確化等を定めた規程でございます。

3番目の給与規程ですが新設で、機構の職員の身分保障をしたものでございます。学会等の内容に準じたとともに、機構の財政状況等も勘案しまして作成したものでございます。まず、その内容の主なものは何かといいま

すと、常勤職員は従前までは時間給で月払いだったので、それを月給制に改めるということでございます。それから2番目としまして、基本給、これは俸給ですが、国家公務員俸給表に準拠しました。たとえば、事務職員は行政職（一）、それから看護師は医療職（三）、そういうものに準拠するというところでございます。新設の期末特別手当は賞与のことでございます。退職金制度を新設をさせてもらいました。期末特別手当につきましては、また予算の段階で皆様のほうにご説明したいと思っております。退職金制度につきましては、だいたい国家公務員に準拠はしたのですが、財政状況も勘案しまして、だいたい50%ぐらいの率に勘案しました。それから、満60歳以上で採用した役職員は年俸制としまして、期末特別手当、退職金の支給対象から除外したというところでございます。

それから、4番目に退職金の規程、これは新設でございます。これも、先ほどご説明しました通り、財政状況を勘案して作成いたしました。

これらの制定に伴いまして職員の就業規則、非常勤職員の就業規則の一部改正をしました。職員の就業規則は、特別休暇はいままで慶弔関係が規程されておられませんのでしたものですから、それを新設したということと、期末特別手当、退職金制度を新設、職員の定年退職を65歳に制定をしたところでございます。それから非常勤職員につきましては、やはり特別有給休暇、慶弔関係の新設、それから期末特別手当の新設です。

それから、6番目の事業経費の取扱規程ですが、給与規程を作成した関係で、人件費の一部をこちらのほうに振り替えて整理したということでございます。理事会の謝金とか、監事監査の謝金が明文化されておりませんでしたので、それも明文化を図ったということでございます。

あと、内容につきましては後ほどご覧いただければというふうに存じます。以上です。

樋口座長 ありがとうございます。ちょっと私のほうで言葉を継いで、この前に言うべきことがあったんですが、まず先回の議事録が資料の中に入っています。ご覧になって何か気づいたことがありましたら、それは後でメール等でご連絡をお願いします。

それから、きょうの議事次第ですが、報告と議事とありますが、最後の部分で個別の事例で、非公開にして検討せざるを得ないというか、それは従来からそうですが、報告をするべき事案がありますので、その部分まで行ったら、申し訳ないけれどもきょうは非公開という話になります。その1例を除いて、あとはもちろんぜんぶ公開できようも議事を進めたいと思います。

それから、今の諸規程の制定及び一部改正で、この前理事会でそういうことを決めていただいたのは、いずれもこれ、機構のインフラストラクチャーというんですかね。やっぱり、基盤をもう少ししっかりさせようということを確認に示しているの、きょう理事長の高久先生は別のことでいらっしやいせんけれども、私の理解では、理事会として医療安全についてこの機構が不転の決意を示したのだ、というふうに受け取ってもらえればよろしいのではないかと思います。

ここまでの説明で、何かとくに質問があれば、理事会のほうへ伝えることももちろんできますし、後でまた気づいたことがあって、こういうこともあるよということがあれば、それはお教え願いたいと思います。

それでは、報告事項の2番目で、事業の現況について、これは原先生からお願いします。

原事務局長 それでは、資料3「モデル事業の現況」をご覧ください。まず、1)ですけれども、「受付事例及び相談事例の状況」ということです。いちばん右側の計の欄を見ていただきたいのですが、まず受付事例は、内科学会時代から合計いたしまして180事例になっております。この機構になりましてからは75例の受け付けがございいます。その下、22年度分の受け付けが33、23年度分が26、今年度、24年度分が16例。この前、かなりのスピードで増えたのですけれども、その後ちょっと止まっています、現在のところ16例というところであります。受付後評価中の事例が28で、いまままでに報告書を交付した事例が150、機構になってからは68。いちばん下の段に、「評価結果報告書の交付に至らなかった事例」というのが2例ありますけれども、これは内科学会時代の事例でありまして、解剖は行いましたけれども、どうしてもご家族が「これ以上は続けないでください」ということで、中止になったという事例でございました。

それから、「② 死亡時画像診断活用状況」ということです。合計で16例に関してここに統計が書いてありますけれども、モデル事業で実施、依頼医療機関で実施、これが3例と5例ですから、合計8例と。実施できなかったのが8例ということで、ちょうど実施できたのが50%ということでありました。

それから、「③ 相談事例」ということですが、この相談事例というのは、相談を受けたけれども結局は受け付けまで至らなかったという事例であります。それは、いちばん右側のいちばん下ですけれども、総計41例あったということです。その理由ですけれども、調査分析に至らなかった理由ということで大きく3つに分けてありますが、「ご遺族から承諾が得られなかったため」と。これは、解剖の承諾が得られなかったというのが12例ありま

した。それから、「医療機関から依頼がなかったため」。それは、司法解剖、行政解剖になったのが5例、病理解剖になったのが6例、その他・不詳というのが6例ということでありました。それから、「機構が受けられなかったため」という事例は12例ありまして、モデル事業の対象外であったということで、その下に小さい字で書いてありますが、すでにもう火葬済みで解剖ができないというのが6例、それから存命中が2例、それから代表の判断で対象外というのが4例ですけれども、明らかに病死だろうということで、代表の方が判断されたというのが大部分でありました。以上、現況のご報告であります。

樋口座長 以上のご報告を受けたところですが、何かご質問等があれば、どなたでもどうぞ。

原事務局長 それから、次第のほうに書いてあります、協働型事例の進捗状況ということで、実際のデータを持ってこなくて申し訳なかったのですが、いままで協働型は12例、受け付けております。そのうちの3例で中央審査会の審査を終了しております。あと残りの9例で、いま現在進行中ということでございます。以上です。

樋口座長 今の補足説明を含めて、何かコメント等はございませんか。また思いついたことがありましたら、後ででもどうぞ。

それでは、きょうの議事に入りたいと思いますが、議題の(1)は「平成25年度事業計画並びに収入・支出予算について」ということなので、これも原さんですね。

原事務局長 それでは、資料4を見ていただきたいのですが、まず1ページ目、「25年度予算編成上の主な留意事項」とありますが、これは次のページの事業計画からご説明して、また戻りたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

それでは、2枚目を見ていただきまして、事業方針と書いてあるところです。「1事業方針」で、これの第3パラグラフ、「今後、企画部会の提言を踏まえ具体的な検討を行うとともに、全国での事業展開に向けて、事務局の設置・人材の確保、評価体制のありよう、財政基盤の強化等を検討するとともに、解剖体制も含めて対象地域の拡大に取り組むこととする。更に、医療事故発生に伴う届出制度等、関連する現行制度のより良い改正に向けて働きかけるものである」ということで、平成25年度の事業方針として掲げております。

そして2番目、「平成25年度 事業計画」ですけれども、まず「(1)事例受付の促進」ということでありますけれども、40事例と。平成24年度の目標と同じですけ

れども、40事例はしっかり達成したい。従来型は20例、それから協働型が20例、それからAiをなるべく推進しようということです。

それから、「(2)安定した事業促進のための基盤強化」というところで、まず「① 組織の基盤強化」ということで、ア、イ、ウ、エと4つ書いてありますけれども、アが全国的展開に向けた具体的な検討、それからイが社員総会とか理事会、運営委員会、職員連絡会等の開催、それからウが地域連携協議会。ぜひ、これを設置を促進して、そして全国展開の足掛かりにしていきたいというふうに考えております。それからエとして、職員に対する適正な労務管理。

それから「② 財政的基盤の整備」ということで、アは国庫補助金の確保、それからイは社員加入の勧奨、拡大促進、ウは寄付金の募集、それからエが研修事業の受講料の一部負担徴収、オが制度化に向けた費用負担のあり方の検討と。これも大きな課題だと思います。

それから次のページにまいりまして、「③ 広報活動の推進」ということで、これはアからカまでありますけれども、ホームページ、それから事業の実施報告書、パンフレット、それから警察庁、各都道府県、関係団体、地域の検死官等との連携強化、それから国民向けのワークショップ、あるいは政治家やマスコミとのシンポジウム、それからカは、日本医療機能評価機構との協力体制の確立ということも考えております。

それから、「④ 公正・中立な評価活動の充実」ということ、下の「⑥ 人材育成」とも関連しまして、アの評価手順の標準化、それからイの協働型の実施評価、エの評価方法の課題検討、オの協力学会説明会というようなことを取り上げています。

それから、「⑤ 医療安全への還元とそのあり方の検討」ということで、評価結果の医療機関・学会・社員等への還元を図っていく。その手段がそこに書いてある通りです。

それから、「⑥ 人材育成」というところですけれども、評価活動経験者のデータベース化、それから調査分析力向上のための研修、職員の資質向上のための研修。そうということで、人材育成にも努力する。

それから、(3)ですけれども、「企画部会の提言書の具体的な検討と取り組み」と。この企画部会の提言書は、この後報告されますけれども、その具体的な実施に関してはある程度、もう少し小さい規模の推進委員会を設置させていただいて、検討していきたいということでもあります。これが事業計画ということでもあります。

それで、第1ページ目に戻りまして、その事業計画に沿いまして、まず大きな1番目、全体としての予算は事業計画に沿って計画を立てる。2番目が一般会計、それ

から3番が特別会計となっております。まず一般会計ですけれども、収入の部は、社員、団体からの負担金収入は昨年度と同額の6,000万円を計上。前年度の繰越金は120万円です。それから、支出の部ですけれども、理事会謝金を規程に基づき計上。それから、特別会計へ5,426万円繰り出すこととしている。

それから、特別会計ですけれども、収入の部は、国庫補助金は昨年度と同額の1億2,000万円余を計上することにいたしました。それから、一般会計のほうから5,426万円を繰り入れ。それから(2)の支出の部ですけれども、事業費と人件費の2つに大きく分かれていますが、事業費のところには、先ほどの事業計画のところがありましたように、事例の取扱い、それから人材育成、運営委員会の謝金、企画部会の提言のための推進委員会の設置、広報の充実ということが事業費に盛り込まれております。それから、人件費のほうですけれども、常勤職員の月給制、それから期末特別手当、退職給付引当金の計上、こういう職員の処遇改善のための費用であります。それから、企画部会提言書の具体的な検討と取り組み課題に対応するために、常勤の中央事務局長を採用するという予定であります。それから、協働型事例による中央審査委員会の増加、それから地域事例の支援強化、このために中央事務局に常勤・非常勤の看護師を増やし、中央事務局の事務量も増えていますので、派遣職員を1名計上したいということで、少し中央事務局の機能の強化を図りたいという費用が計上されております。私からは以上です。

樋口座長 続けて、収入支出予算について、岩壁さんお願いします。

岩壁次長 予算のほうを簡潔に説明したいと思います。まず、一般会計と特別会計と分かれておりますが、一般会計は各学会、団体からの負担金の拠出金で、機構の組織を保持するための経費を計上させていただきました。特別会計につきましては、国庫補助を中心とした事業関係の予算、こういうような仕切りになっております。

一般会計の収入支出予算の収入の部ですが、負担金収入は6,000万でございます。これは、とくに日本医学会の加盟学会とか、病院団体、それから日本医師会、あるいは全国医学部長病院長会議、それから日本歯科医師会、薬剤師会、看護協会等々、いま57の団体がこの機構の事業に参画を表明しております。ホームページにも、9月末現在の支援状況をリニューアルしまして流しました。もしお時間がありましたら、ぜひともご覧になってほしいと考えております。そういうわけで、6,000万円につきましては大変貴重な財源です。この場を借りまして、

厚く御礼申し上げたいと存じます。

それから、寄付金収入は15万、それから前年度繰越金の120万ですが、これは預金利息であったり、あるいは研修の会費収入であったり、それから私どものほうから講師を派遣したときの講師の謝金が機構のほうへ入ったり、それが120万ございました。合計しまして6,135万でございます。

それから、次のページが支出の部ですが、機構の管理費は、内訳のほうを見ますと、理事会、社員総会、会計業務の処理費——これは税理士さんをお願いしております。それから、定款等を改正しますと司法書士の手数料、法人都民税、それらを合計しまして316万を計上させていただきました。それから、特別会計への繰出金が5,426万、残ったお金は基金積立金、これは後ほど説明しますが、393万円。合計しまして6,135万と、こういうふうになっております。

続きまして特別会計でございますが、収入の部ですが、先ほど原局長が説明しました通り、国庫補助につきましては前年度と同額を計上させていただきました。それから、繰入金が5,426万、合計しまして1億7,450万5,000円、前年対比で3,087万3,000円の増。このようになっております。

続きまして次ページ、支出の部です。まず人件費でございますが、本年度予算1億1,479万1,000円。中央事務局、それから地域事務局の給与、通勤費、法定福利費、退職給付引当金等々が計上されております。とくに中央事務局ですが、常勤5名になっておりますが、常勤の事務局長を来年4月1日から新たに採用していくということでございます。それらの職員、それから協働型の対応。協働型というのは、中央審査委員会を何回も開きますものですから、それらの対応であったり、あるいは地域支援の強化。いま大阪に対しましては、近隣の兵庫、それから岡山、中央事務局の職員が事例を担当しまして、皆さん協力しながらじつは事業を進めている次第でございます。それが人件費でございます。

それから、事業費につきましては5,971万4,000円。前年対比でいいますと224万6,000円の増。事例費用は昨年と同額計上、人材育成も同額計上です。そして中央事務局及び東京事務局の費用ですが、昨年より235万ほど増えております。これは、先ほど原局長が説明しましたように、運営委員会の謝金ですが、本日ご出席の委員から23年度、24年度は謝金を返上ということで大変ご協力をいただきました。またこれも、この場を借りまして厚く御礼申し上げたいと存じます。もう3年目になりますものですから、どうやら財源も賄えることがなりましたので、25年度から謝金は回復したい、規程通りに復活させたいというところでございます。それから、その

他の地域事務局費用が1,052万、合計しまして1億7,450万5,000円でございます。

それから、最後のページになりますが、「平成25年度運営基金積立金在高（見込額）」となっております。これは、23年度は大変財政が厳しい状況でした。行政仕分けにも会い、それから東日本の震災で、もしかしたら執行停止になるかもしれないと。大変理事会も危機意識を持ちまして、もし補助金がゼロになった場合、機構としては事例を受諾した社会的な責任、あるいは使命があるので、自己資金で何とかしなければいけないということで、基金会計をつくりました。それで、補助金がゼロになっても事例を完璧にこなすには、最低でも6,000万あれば何とかなるだろうということで、いまその途上です。前年度の積立金額が3,426万9,000円、25年度の積立額が393万円、合計しまして3,819万9,000円でございます。以上でございます。

樋口座長 ありがとうございます。ちょっと私のほうからも4点、補足なのか余計な情報なのかわかりませんが、「事業方針並びに平成25年度事業計画」という2ページ目のところを見ていただきたいのですが、さっき原さんが説明してくださったところですが、さっきの説明にもありましたが、下のほうで「社員加入の勧奨、拡大促進」というので、医師会であれ看護協会であれ、あるいは様々な医学会、その他ですよ。57団体がとにかく加入という話になっていて、さらに拡大を促進したいというんですね。これ、次年度の目標としてはどのくらいのことを考えておられるかというのは、あるのでしょうか。それが1点。

岩壁次長 機構理事会の方針としては、医療界あげてこの事業の取り組みをしたいという方針でございます。それに基づいて、じつはいろんな理事の先生からも、「こういう学会にも声を掛けてくれませんか」というようなお話が来ております。それで、24年度、今年度の例で申しますと、一応日本医学会の基本領域19学会は、23年度にもう社員に加入しております。それで、新たに24年度、66団体にお声を掛けました。それで、今のところ合計しまして57団体ですが、まだ洩れている学会さんがあるやに聞いております。それを、これはあくまでも強制ではなくて任意なものですから、拾い出しまして25年度は進めていきたい。こういうような考え方です。

樋口座長 2点目は、これは来年度のことだから、もうすでに始めていますが、この日本医療安全調査機構でいろんな調査と分析をし、報告書を出しているわけで、何のためにやっているかというのを再発防止のためにやって

いるわけで、再発防止策をどこかにどういう形で広めていくという話は、いずれ出てくる。きょうの書類のなかにもじつはありますけれども、私が申し上げる必要はないかもしれないですが、さっきホームページという話が出たので、ホームページのところへ協力社員の学会等の名前も一覧で最新のものが出ているのと同じく、再発防止のための警鐘事例というのを、要約といってもいいのかもしれないですが、掲載をし始めましてね。日本医療機能評価機構などの試みに、とにかく追いつき、追い越す必要はないと思いますが、一緒に歩みたいと思っております。これが2点目。私は、中身は本当は読んでもわからないので残念だけれども、お医者さんに対して、「こういう事例があつて、こういうことなんだよ」ということが、少しずつここから出始めていくというのが2つ目ですね。

3点目は、次のページへいって「広報活動の推進」というのがあって、これと4点目の、いちばん最後の推進委員会の設置。これから矢作先生に、企画部会提言書というものについてご説明を伺うこととなりますが、あの提言書がまとまったから、それで後はすべてがうまくいくなんていうことはあり得ないわけで、我々が決めたところで、これは小さな一歩に過ぎないわけですよ。その一歩を、二歩目、三歩目にするためにはどうしたらいいかというので、推進委員会をつくってまた来年やらんといかんよという話だと思いますが、上のほうの「広報活動の推進」のところでも、私がたとえば考えているのはこういうことです。

そこに国民の皆様向けのワークショップとか、政治家やマスコミとのシンポジウム開催の検討という、たとえば私がすぐ頭に浮かぶのは、私はたまたま東京大学というところにいますが、東京大学で来年度1回ぐらい、しかもそのときに、企画部会提言書ですけれども、「この機構でこういう構想をもって第三者機関をつくりたいと思っている。それについてどうでしょうか」というので、何人かのシンポジスト、たとえば法律家であれば西内さんでも鈴木さんでも——急に名前を出して申し訳ないですけど、お願いをして、東京大学で1回シンポジウムをやるぐらいのことは、私の力の範囲内でも、あえていえばこの予算を当てにしなくてもできるのではないかなと思っているんですよ。だから、そういうのがいくつかのところで行われるようなことがあると。

もちろん、この機構としてもここに書いてあるように、私はちょっと政治家を連れて来る自信はないので、政治家の人はたぶん入らないと思いますが、マスコミの人や何かの協力は、頼んでみることはできますから。あと法律家とお医者さんと、皆様の中の誰かかもしれません。そういうのを東大でシンポジウムを1回ぐらいは、

私だって考えられる。そういうことを伺いながら感じました。

ここまでの、来年度の企画その他について、ご意見、ご質問を伺いたいと思います。いちばん下にあるように、この事業計画並びに収入支出予算は、ここでの意見を踏まえて次の理事会へ持ち出して、それで決議するということになりますので、どうぞご遠慮なく。それから、きょう何か言い忘れたというのでも、理事会までの間にご連絡いただければ、それは取り次ぎますしね。そういうことですが、いま原さんと岩壁さんから説明をしていた範囲で、何か気のついたところとか、ご意見があったらぜひお願いしたいと思います。

加藤委員 資料3と4と関連して、ちょっとお聞きしたい点がございます。資料4の事業計画関連では、公正中立な評価活動の充実というのがひとつの柱になっているわけですが、資料3の「モデル事業の現況」のところで、評価結果報告書の交付に至らなかった事例として2例というのがございました。その中身は、遺族の申し出による中止ということかと思えますけれども、たとえばこのケースですと、モデル事業として受け付けをした、そして解剖までされた。しかし、評価結果報告書作成の、どの段階かわかりませんが中止となった。こういうふうにお聞きしたんですけれども、このモデル事業の営みが、安全で質の高い医療をつくるための、ある意味では公的な営みだとすると、たとえば当事者、これは遺族側もあれば申し出た病院側もあるでしょうけれども、途中で中止ということで、そのまま中止でいいのかという問題点がひとつ、検討していかなければいけないだろうと。

とくに、40例なりを予算的にも計上してやっていこうという考え方に立ったときに、受け付けの関係で調査の分析に至らなかった、この資料3でいうと③のところでしょうか、「モデル事業の対象外であるため」の12例の説明が、存命中というのはこの制度の誤解でしょうね。それはわかるんですけれども、代表判断で明らかな病死と判断したから受け付けることはなかったというあたりの話になってくると、これは当該の医療機関は、そうは思わずに相談しているということではないかなと思ったんですけれども。そのへんのところがさらに誤解があるとなると、広報活動にまた関連はするのですが、そういう明らかな病死と判断する仕組みというか、そのへんのところも制度的に、立ち上げていく以上は何らかの工夫がいる話ではないかと思いましたので、以上、大きくいえば2点になりますが、お尋ねしたいと思いました。

原事務局長 私は実務はあまり担当していないので、畑

さん、もう少し細かく何か説明できますか。

畑 評価終了まで至らなかった事例というのは、機構になる前のことで、解剖が終了した時点で大方内容がわかったので、遺族は「もうこれ以上評価はいい」と、遺族のご意向で解剖までで評価が終了したと聞いております。

山口委員 これは、内科学会時代のモデル事業が入っているんですか。

畑 そうです。

山口委員 ひとつは、解剖の途中で、これは司法解剖相当だろうということで司法解剖に回ったので、それでこの委員会としては検討しなかったというのが1例あることは承知しています。もう1例は、たぶん今の言われた、ご遺族の話かなと思うんですが。

樋口座長 いずれにしても、それがこの機構発足以前の問題であったにしても、今後のことも含めて、加藤さんのご意見もそういうことなので、単に個別の当事者だけの話ではなくて、全国民の医療安全のための調査をやるんだという姿勢をもう少し明確にしようという、できるようになればいいというご示唆だと思います。他には、いかがでしょうか。

それでは、きょうのいちばん重要な問題だろうと思いますが、企画部会からの報告書というのが資料5であって、その報告書をまとめるにあたっていちばんご苦労された座長が矢作先生です。矢作さん、簡単にこれについてのご報告をお願いしたいと思います。

矢作委員 お手元の資料5をご覧ください。かい摘んでということなので、2番の「第三者機関設置の目的と基本となる考え方」というところで、それまでのモットーである、医療事故の原因究明と再発防止を目的とする。それにより、医療安全に資すると。で、この3)のところ、これが最後まで文言として統一できなかったんですけれども。言ってることはあまり変わらないようなんですけれども。この目的の3)ですが、「第三者機関に届け出る（報告する）ことにより、医師法21条の異状死体届出義務を行ったものとする」、あるいは「第三者機関へ届け出る（報告する）制度の創設により、医師法21条の異状死体届出義務の対象事例から診療関連死が除外されることとする」という、ここがいちばん大きな目的となります。

あと、3番の「第三者機関による調査分析の基本的な仕組み」。だから、基本的にはいま医療安全調査機構でや

ってるものを土台にして、調査体制も院内型、あるいは協働型、あるいは第三者型と。ゆくゆくの方針として重要なことは、いま現在もさることながら、将来にはやはり個々の病院、あるいは医療施設が中心となる院内型のほうへ行けるように。協働型というのが、先にありきという話ではないですけれども、今の第三者型からだんだん、(3)から(2)、(2)から(1)というほうへ本来は行けるといいなという希望を込めてあります。

あとは、3)の解剖あるいは死後画像撮影のところは、原則ということで、固く運用しないで、もちろんいいければいいに決まっていますが、場合によってそういうものがなくてもできるようにしたいという希望が込められています。

それから、実際の規模云々ということは、試算をしたものがちょっと出ていないですけれども、ある幅をもたせて規模の推測などもなされました。

あとは、5番の「残された課題」ですけれども、この第三者機関というのはあくまでも死因究明、再発防止に向けての提言ですけれども、そのあと、たとえば教育的なフィードバックということになりますと、この機関とは別に、今あるたとえば医療審議会であるとか、それがふさわしくなければまた別のを考えるにせよ、いずれにしてもこの中ではそこまではやらないということになっております。

最後のカラーのシェーマが、その全体の流れが1枚ものでわかるようにということで、事務局で非常に苦労されてつくられてあります。

いま気がついたんですが、予算の予測はいちばん最後のところに出ていました。以上です。

樋口座長 これは、委員の方には昨日——事前には言ってもわずか昨日送られたばかりなので、なかなか忙しい方々、読む時間がなかったのかもしれないので、こうやって少し私がゆっくりしゃべっている間に、少しでも目を通していただいて(笑)。ただ、繰り返し申し上げますけれども、一里塚の本当の第一歩で、企画部会で一応、両論併記の部分もありますが、なんであれこういうものが出てきて、これを運営委員会、理事会にかけて、理事会のところで了承を得た後、その次が大事ですよ。これだけ出してもしょうがないので、その後、どうやって推進していくとか、推進していくなかでまた細かな論点、それからこの報告書自体のなかにも、第三者機関自体はこういうふうには純化するけれども、やっぱり周辺でとは言えない重要問題がありますよね。刑事司法の関係であれ、行政処分の関係であれ、いわゆる医療ADRみたいな話と、全体的な構図はどうなるんだという疑問は当然あって然るべきで、そのなかでこういう位置にあ

るんですということをもっと明確にしていきたい。

しかしそれは、たぶんこの機構だけで簡単に「うちはここにいます」ということが決められるかということ、もちろんそんなことはなくて、厚生労働省であれ、検察庁、法務省とか、そういうところとどういう形で接触するのかわかりませんが、とにかく何らかの形で、推進委員会でどういう形でやっていくのかと。私が聞いている範囲では、厚生労働大臣に第三者機関設置について要望書というのを高久理事長のほうで持って行かれたというのが、この前あったはずなんです。それは、そういう報告を受けたと、私が幻聴でなければ聞いたと思うんですけれども。実際あったと思うんですけれども、また厚生労働大臣は変わってしまいましたので、もう一回同じものを、たぶんそれは出自としては理事会を通した後かもしれないですけれども、こういう企画部会の報告書までつくって一定の方向性を出そうとしているということの理解を求めるために、もう一度厚生労働大臣のところへ行こうかというお話を、高久先生はしておられます。そういうような段階の文書だということです。

それで、厚生労働大臣に行けばすぐこれがみんな通って、あらゆる課題が解決するわけではないから、そういう意味では積み残しの問題がいっぱいあって、推進委員会というのをもう一回また別に立ち上げて、継続的に努力をしていく。もっと戦略的な。逆に、細かい部分を突かれると、「ぜんぜん考えてないんです」という話ができないから、細かい部分についてももう少し合意ができるようなことを考えていかないといけない。両極を推進委員会では考えないといけないのだろうと思いますが。

そういうことを前提にして、とりわけ企画部会に出ておられなかった先生のほうがここでは多いわけですから、企画部会はごく少人数でやったので。ワークショップだから当然のことですけれども。この報告書について、どんなことでも気のついたことを言うてくだされば、この段階ではとりあえずこれでまとめて、ここの議事録はものすごく正確に記録もしてあるし、理事会ないしその次の推進委員会につなげることになりますから、繰り返しということをお願いするかもしれませんが、ご意見、ご質問、ご批判、どういう形であれお願いしたいと思います。この企画部会報告書は大事だと思っていますので、よろしくお願いいたします。

加藤委員 企画部会の皆様のご尽力には敬意を表しますが、資料5の1ページ目、2の3)で、矢作委員のほうからは大して違いがないような物言いがあったかと思いますが、A案とB案の違いとその背景ですね。こうやって出てくる以上はそれなりの違いがあるからなのだろうと思うんですけれども、どんなディスカッショ

ンが展開されたのかを、簡潔にお話しいただければと思いますが。

矢作委員 最初に、AとBの差がないという意味は、正確かどうか、ちょっと私自身が法律のことをわからないのであれですけれども、大意は一緒で、表現が違うと。素人が深いところを説明するのはもうひとつ苦しいものがあって、このへんむしろ、樋口先生いかがですか(笑)。

樋口座長 ここにおられる方はみんな、私が素人に近いほうだということをご存じなのに、そういうことを言われてもということではあるんですけども。私の理解ではこういうことです。次のページにあるように、医師法21条を今のままの運用をさせておくのは、別に医療機関にとって不利益というだけではなくて、本当の意味で医療の安全に結びつかないという意味で、患者あるいは国民全体にとってもそれはよくないことだと。こういう基本スタンスがあると。そうすると、医師法21条について触れる場合に、どうやって改正するかといういわば戦略的なものがあって、このB案のほうは、「医師法21条の何とかからこういう診療関連死を除外するんだ」と、すごくはっきりさせていますから。だから、そういう点はいいのけれども、そうするとどうなるかというと、診療関連死なるものをもう一回また定義せざるを得なくなるんですね。そうすると、これは前の大綱案でも非常に苦労したところで、すごくそのところで右往左往みたいな話になってしまう。

そういうところでするよりも、もうひとつの案としてA案は、これは素人的にはある意味ではわかりやすいのですが、届出義務を、とにかく第三者機関へ届け出たことによって医師法21条の届出義務に代えるというのか、行ったものとする、あるいは法律用語的には「行ったものとみなす」というのもあったのですが、とにかくそういう形で明文化したほうがですね。だから、今の段階でそこまでの戦略を考える必要があるのかどうかというのは、私自身はちょっとどうかとは思ったんですけども、やっぱりこういう報告書のなかで21条という法律の条文に触れるからには、どちら側でいくのか。到達地点は同じだと私も理解しているんですけども、どちらのほうが行きやすいかという、そういう議論だったというふうに私は理解しているんです。なかなか中途半端な理解だったのかもしれないし、一見似ているかのようなこの2つは、法律論的には、つまりきちっとした法律家にとってはすごく意味が違うんだよということは、私がいま説明した以上にあるかもしれない。

居石委員 ご説明いただいだいぶ、それとなく素人が

フォローさせていただいたといったところで、ちょっとお門違いなのかもしれませんが、A案でということになると非常に明確で、現場のブロックの責任者というのはありがたいです。なぜかといいますと、B案で診療関連死。そうすると、私どもが事例の相談を受けて、実際には警察にこれは届けるべき、司法解剖を行うべき事例なのだという判断は、B案ですとブロックの責任者がやることになりますか。1例1例、電話か、ちょっとした書き物のファックスで送られてきて、私がこの事業で受け取りますよと。

樋口座長 それはちょっと私の説明不足で、届出さえあれば21条はもう外れるんです。だから、21条問題はなくなるんです。診療関連死という定義に入るかどうかという話が、B案ではちょっと難しく、真面目な人ほど悩むかもしれないということなんです。

居石委員 A案だとやりやすいんです。B案だと、私どもが責任をもって、これは私どもの責任で分けをしなければいけません。それを瞬時に。甚だ大変なことになりますよね。

樋口座長 だから、勢いはいいんですけどね。「除外する」って、勢いはいいのだけれども、なかなか難しいかもしれない。でもそれは、後での議論なのかもしれないんですね。ただ、ここでもやっぱり、もちろんいちばん重要な点のひとつなので、いくつか議論が出て、ちょっとということだったと思います。

居石委員 その意味でも、じつはもう一点あるのは、ここで異状死の定義から離れているわけですね。法医学会が1990年代にお出しになられた5項目の、やっぱり4、5ということになると、ぜんぶ異状死に入ってしまうよと。ということで、揺れ動いたわけです。それをある意味、そのままにしてしまってるじゃないですかというのが質問でございます。いろいろご議論があったんだと思って、この表現になっているんでしょう。

前後いたしました。結論として、地域で事例を受け付け進めていくというのならば、A案のほうが大変すっきりしています。そうでなくてということになると、異状死も含めてB案になりますと、診療関連死の定義もお願いし、かなり具体的な事例の受付要件というのをやっぱりお示しいただかないと、これは後々、レスポンスビリティの面がどうかという気がいたします。いかがでございましょうか。

樋口座長 これ、今のお話と本当に関係しているんです

けれども、3ページ目の上から2つ目の○というのがあって、報告と届け出はここではまったく一緒の扱いにしていますから、届出対象事例——第三者機関、しかも地域単位ですけれどね。の基準についての細かい定義はせず、院内で検証が必要。やっぱりこれは検証が必要だねと。院内調査委員会であれ何であれですけれども、そういうふうに判断した事例を、まずは広く報告してもらおう。報告すれば、21条の問題は解決する。だって、本当の問題は21条の問題ではなくて、原因究明、再発防止ということへ、つまり医療の本筋のほうへ行けると。広く報告して、そっちへ行きましょうという話なんですね。だから、そういう路線でこの2つ目の○などは書いてあるということですけど。だから、完全にぜんぶが整理はできていない報告書でもある、ということかもしれませんけれども。

その他の点でも、その他の方でも、どういうことでもご意見を承りたいと思いますが。

鈴木委員 今の点について、少し補足をさせていただきたいのですが。A案は、つまり異状死にかかるかどうか迷わずに、広く報告しておけば21条違反の問題は起きませんよということになります。ですから、病院、医療機関としては、相手が警察ではないので、検証の必要性を広くとらえて、事案を集めるという効果があると思います。B案のほうは、これを医療関連死を定義した上で取り除いてしまうわけですから、第三者機関に報告をしない場合のペナルティーをどうするかという問題を書かなければいけないことになります。その議論を、もしペナルティーがないということになれば、なぜ医療関連死の異状死について報告しなくてもペナルティーがないのかということについて、それ以外の事案と医療関連死の間で、どうして片方は処罰の対象にならないんだということになって、非常にわかりにくい議論になっていくだろうというふうに思います。

端的に言えば、第三者機関への報告を怠って軽いペナルティーであれば、つまりA案であれば、報告を怠って、しかも捜査当局が厳密にこれは医療関連死に当たるという場合には、処罰の対象になると。B案の場合にはいつさい処罰から免れるということにもなりかねないということになります。

問題は、医療関連死、異状死の定義が曖昧かどうかという点ですが、これに関しては当時、広尾病院事件の東京地裁の判決と、それから福島地方裁判所の大野病院事件の判決があります。東京地方裁判所は、「診療中の傷病以外の原因で死亡した疑いがある異状」という定義をしています。福島地方裁判所は、検察官の起訴状との関係もあって、もう少し狭めていて、積極的に定義はしてい

ないですけれども、「本件が過失なき診療行為をもって避けられなかった結果という場合には、21条にいう異状があったということに該当することはできない」ということで、これは起訴状がそうになっているからさらに限定したんだと思いますけれども、不明確といえば不明確。それは、医療関連死以外のことに關しても不明確は不明確なんです。しかし、診療中の傷病以外の原因で死亡した疑いというのは、それは臨床現場の判断ですから、そこは診療中の疾病で死んだのか、それ以外で死んだのかは、わからなければ解剖するというのが普通ですから、そんなに曖昧な定義ではないだろうというふうに思います。

富野委員 3ページの上から4つ目の○ですけれども、これはまさに鈴木先生が言われたことにも当たると思うんですが、「遺族から、診療行為に関連した予期しない死亡の原因を究明する調査を求められた場合、当該医療機関から資料の提出を受け、意見を聞いたうえで調査の可否を判断する」というのは、地域の代表者が、「これは第三者機関の取扱いですよ」「いや、これは司法解剖ですよ」ということを、速やかにその可否をジャッジしなければならぬという文面に読めるんですけれども。ここはいかがでしょう。

樋口座長 それは、そうじゃないと思いますが。これは、つまり病院のほうから……今の体制がそうですね。それで、我々は法的な基盤がないから、遺族も同意の上でという話ですよね。今度、できるものは何らかの法的基盤をもってやろうということなので、そのときに、遺族からの話もちゃんと受け取りましょうよということですよね。

それは、次の2)の「第三者機関による調査方法の決定」で、これは主としては病院からさっき言ったところの届出が来たときに、一応の話を聞いてスクリーニングすると。それは、院内でちゃんとやればいいんじゃないですかと。場合によっては、念のために向こうは相談に来ているだけで、話を聞くと普通の病死じゃないでしょうか、合併症じゃないでしょうかというんだったら、それはそのままということもあり得るんですけれどもね。

調査体制をつくる时候にも、どのタイプがいちばんいいかは、その事案にもよるし、それからその病院の大きさとか体制とか、それから向こうで「院内調査をこういう形でやりたいんですが」といって、それがリーズナブルで、それこそ「外部の医師会の委員も入って頼む予定です」というのなら、それはそれでまずやってみてくださいというのもある。そういうことを、医療機関から来たときだけやるのではなくて、遺族から来たときにも一種のスクリーニングをやろうという、そういう意味なの

で。

だから、最後の図のところで、これも途中までいろいろあったんですけども、第三者機関のところから警察のほうへは行ってないでしょう。だから、司法解剖だねといってこっちでやるというのは、昔の大綱案と違ってそれはないと。

富野委員 それはいいんですけども、ですからその要否を決める、判断するというのは、どこの誰がやるんですかという質問です。

居石委員 もう少し極端なことを言いますと、ご遺族は警察に強く司法解剖を要求し、医療サイドはこの事業のほうに登録をしたいと。そこで判断をしている最中に警察がたとえば司法解剖に動いた、といったような事例も起こり得るかもしれませんね。いずれにしても、やっぱり現場としては、できることならばシンプルで、そして大きな問題の起こらないコンセンサスを社会的につくり出していただける状況を、もう少しお考えいただくといいのかもしれない。

実際には、このテーブルのなかに確かに警察は入っていません。このカラーの図表に。ただ、死体解剖どうこうでちょっと待てよといったようなときには、というのは私どももやっぱり考えていかねばならないわけがございますよね。そういう意味でも、もう少し司法、警察とも連携と、あるいは棲み分け。やっぱりいろんな事相の状況で入り組む可能性があると思いますので、素人にわかりやすく。

矢作委員 もし私の理解が間違っていなければですけども、ここでの振り分けは、今のブロックの事務局にいる、今でいうところの総合調整医という人がやるという理解で書いたつもりだったんですけども。そのなかで、いま居石先生がお話しなさったような、いわゆる病院側と家族側とで割れたときに、家族側が強く司法解剖を望んでいるということは、それが2の3)のところがどちらの案にせよ、きちんとまず最初にこの第三者機関での審査が優先されるのであれば、司法に行くということはとりあえずはないという理解で、この文言を書いたつもりであったはずで。

樋口座長 そこが、残された課題のところの重要な論点のひとつになります。かつての大綱案というのは、あれは完全に公的機関として、厚生労働省か内閣府かどっちかだということで、そこはまだ分かれていたと思いますけれども、内閣府なら内閣府の附属機関として調査委員会ができるんですよね。あれはそういう案だったわけです。

ということもあって、こちらの警察やなんかは、こっちへ届けられてもこっちにまずとりあえずは投げるよという話までできていたわけですよ。同じように私もしたいと思っているんですけども、今度のは、たとえばこの医療安全調査機構が中心になってというときに、ある種、厚労省から独立したというか、民間法人ですからね。そういうところが、「こっちを優先しますよ」というところまで法律に本当に書き込めるかどうかは、すごく難しいかもしれないし、しかしあってもいいような問題かもしれない。

もう一点いうと、10月1日に消費者事故調というのが始まりましたね。消費者事故調は、私は直接関係していないからわからないのだけれども、あの時に、その1日、2日だけはとにかくニュースで大きく取り上げられました。ただ、職員が20人しかいないので、全国の消費者事故が本当にできるのだろうかという問題は常にあるわけですが。それよりここで言いたいのは、あれができた大きな契機のひとつは、東京だったと思いますが、エレベーターで高校生が亡くなったというので、そのエレベーター事故のお母さんがインタビューに出てきて、「消費者事故調には期待しています。なぜかという、警察に期待していたのですが、警察というのはこういう事故について原因究明を図るところではないということがわかりました」ということをはっきり言われたんですよ。「そういうことをちゃんとやってくれる消費者事故調、第三者機関というのが必要だと思ったので、本当にこれはうれしくてたまらない」と。そういうインタビューだったと思うんですよ。

医療事故も、たぶん同じですね。でも、遺族がとにかく警察へ駆け込めば、それは本当は今の制度の中ではどうしようもない。警察が動いて司法解剖だったら、それは止められないと私は思いますけれども、もしかしてうまく法律の作り方をすれば、そういう場合でも、ここには法医学者もいっぱいいると思いますが、法医学者だけじゃない人たちでみんなで検証したほうがいいということは、とくにここに関与しておられる方はすごくよくわかっておられると思うんですよ。そうすると、司法解剖に行かないほうがいいよという中身で法律ができると、すごくいいと思うんですけども。それが大きな、難しい課題としては残っているということなのかと思っているんです。

児玉委員 2点ありまして、ひとつ目は先ほどの富野先生がご指摘になった、3ページの上から4つ目の○で、遺族から求められた場合、「当該医療機関から資料の提出を受け、意見を聞いた上で調査の要否を判断する」。法令を想定したときの論点は、当該医療機関は資料の提出を

拒否したり、それから総合調整医が調査が必要だと判断しているのに「調査は不要だ」と言い張ったときにどうするかということで、一応、4ページの4)のところで、「協力義務があり、自律的な協力を求める」というと、義務があるようなないような表現になっていて、そして「非協力的な場合は公表等の対応を考慮する」といって、公表するようないないような表現になっている。

このことは、前回の大綱案に至るまで、第一次試案、第二次試案、第三次試案といろいろ変遷していった、いろんな論点が皆の目の前で明らかになって、一応大綱案になって駄目という話になりましたが、今回も、イメージでいうと、これは第二次第一次試案ぐらいの感じですので、ここからいったい、今ご指摘になったごもっともな点ですけれども、たくさんまだまだ検討すべき点があるので、左側の調査の実施の問題と、先ほどご指摘があった警察との棲み分けの問題とか、ただ根本にあるのは、この第三者機関というのは一体何なのかというところが、だんだん検討していくと、たとえば4ページの4)などで、性質が明らかになっていくだろうというふうに思います。それが1点目です。

それから2点目は、先ほどの1ページのB案のなかに、「制度の創設」という言葉がありました。何らかの制度の創設があったりして、医師法21条を改正したいという思いが込められたものです。それから5ページで、私はここはすごく大事なところだと思っているのですけれども、「4 第三者機関構築の実現可能性」というところで、いったいどんな制度を構築するか。とりわけ、いま制度とか、第三者機関とか呼んでいます、我々自身のことなんです。いま現在は一般社団法人医療安全調査機構にすぎませんから、これが第三者機関だといっても無理だろうという認識をみなに共有されている。そのときに、1)の「その中で」という第2群ですが、「第三者機関が公的な認証を得て、まさに公的機関として活動する基盤を作ることが重要である」と。これはたぶん、多くの方のコンセンサスになることだと思います。ポイントは、「公的な認証」と「活動する基盤」です。

普通、医師法21条というような難攻不落の法律改正も視野に入れながら活動するのであれば、足場となる第三者機関には必須のものは2つです。法令の根拠と予算です。いま我々が大変苦労しているのも、法令の根拠と予算だろうと思います。民間の機関に何らかの権限を持たせるにあたって、どんなやり方があるかというのは、様々なやり方があります。ただ、たとえばそのうち身近なところでひとつあげるのであれば、医療機能評価機構が医療事故情報収集等事業というのをを行っています。ご存じの通りです。この法令上の根拠は、医療法施行規則。法律ではありません、政令です。厚生労働省が出せる政令

のなかに登録分析機関という言葉があって、厚生労働大臣に登録することによって、公的なステイタスが得られるという前例は、身近にもあります。

法律改正というのは、ご存じの通り、特例公債法案のような、とにかく国家の浮沈に関わるようなものでもいま通らないので、法律という話を今このタイミングであまり言うのも。私はこの部会のなかで、あるいは議事録に残っているのでご記憶の先生もいらっしゃるかもしれませんが、あまりいま大きなつづらの話をするのは嫌だと。小さいつづらにしてくれということを頻りに申し上げていた趣旨は、法律の改正というのは大変大きな課題で、国会が動かないと回らないことですが、小さな話というのは、法令と予算の根拠があると、次第にその機関は公的な色彩を帯びていくということが、すでに前例として身近なところでもあるので。たとえば、法律改正を伴わないで医療法施行規則に根拠を持つような何らかの……これ表現が難しく、また居石先生から疑問が出てきそうな論点がたくさんたくさんあるので(笑)、今回の部会のなかで私はただただ、小さなつづらというのを繰り返していたに留まっているのですが。

やはり、医療法施行規則のなかに、この医療安全調査機構に関わる規程の文言が何かの形で盛り込まれると、法令上の根拠を持てるようになる。持てるようになると予算がつくようになる。そして、それにふさわしい足場というのは、たとえば医療機能評価機構が公益財団法人であるように、公益性を持った活動として明瞭にここの活動が認知されるというのが、じつは公的第三者機関というところのたぶん入り口になるんだろうと思っています。そういう意味では、階段の一段目をまた歩み始めるにあたって、この部会報告書というのはいろいろな論点をたくさん提示していますので、私はとても実り多く、それから時々腹立たしい議論もたくさんあったのですが(笑)。ただ、それはさておき、やはりひとつの公的な機関をつくるのであれば、法律だけではない、法令上の何らかの根拠と予算ということを見据えることによって、もう一步前に出るということが可能になるかもしれない。可能になるはずだというふうに思います。以上です。

樋口座長 今の児玉さんのお話は、私からすると、次年度できるであろう推進委員会の委員長への立候補宣言みたいな(笑)。矢作さんに取って代わろうという(笑)。すみません、ここで冗談を言う場面ではなかったんですけど。でも、そういう話を推進委員会では一方ではやらんといかんですよ。それで、すぐに医療機能評価機構と肩を並べられるかどうかはわからないけれども、そういうような存在になっていかないといけないだろうということです。後さん、何か言ってくださいますか。

後委員 私どもの現実を申しますと、いま児玉先生から、小さなつづらでいく場合はこういう案というのがございました。それで私たちはいつてるわけです。デメリットをあえていえば、あまり協力しない病院にペナルティーを厳しく課していくこととか、罰を与えるということは、省令にはおそらく書きづらいと思いますし、そのぐらいの根拠のものだと思うんですね。私たちがとっているやり方は、どちらかという医療機関を応援して、支援して、安全にしていくというやり方ですので、決して報告したからといってペナルティーを与えるものでもなければ、情報は匿名化して扱いますしと。報告をすることは、謝るためでも怒られるためでもありませんよということを言い続けて8年目ですけれども、報告件数はだいぶ増えました。

それから、事例の内容がよくわからないと、時々、訪問調査といって相手の病院に伺うことがあります。しかし、それは内緒でやっていまして、保健所にしゃべるとかはしませんということにしています。院内でそのディスカッションを共有するのはオーケーということにしていますが、最初はそれでもずいぶん嫌がられまして、「来るな」と言われました。最近では、むしろ「来て欲しい」と。よそのやり方をいろいろ知っている事務局員がうちにいるはずだから、いろいろ聞きたいので来て欲しいということで、かなりウェルカムになっています。別に、立ち入り権限とかそういうものは何もないわけですが、100%受け入れていただけたという実績が上がるようにはなってきました。省令ぐらいのやり方でも、一応私どもぐらいの実績はあげられると。決してベストではないかもしれませんが、その実績はいろいろご参考にしていただければと思っています。以上です。

樋口座長 他の点を含めて、どうぞ。

山口委員 私も、児玉先生のなかなか難しいお話もよく理解をしないで検討会に参加していましたけれども、実際の現場のお話としては、やっぱりそういう事例が、たとえばこういうご遺族から来た場合に、いちばんの問題はそれを受ける窓口となる、ここでスクリーニングと一言で書いてありますけれども、その地域代表が今やられているようなお仕事が、いちばん大変な話だろうというふうに思います。

ただ、今回のこういう第三者機関をつくらうというのは、もうすでにこの機構にも、医療界のほとんどの組織が参加をしてこれを運営しているという事実がありますので、医療界としてこういう第三者機関をつくらって、医療界で積極的に死因究明し、再発防止に役立てる活動は

始まっています。どういう形になればそれが公的に扱われ、うまく予算がついて公的に支援も得られてやっていけるかという問題は、ちょっと私はどこが何がいいかわかりませんが。

これまでやってきたことを踏まえますと、確かに今いろいろ地域代表がご苦労されて、いろんな事例を取り扱っている点は、今回報告を見ておわかりいただけたかもしれません。以前は、相談があったけれども取り扱わなかったという事例の数と、実際に取り扱った数が1対1ぐらいの数だったんですが、今回は1対2ぐらいで、相談がさらに多くなっているということがあります。おそらくこれから相談の事例がもっと増えて、その分、スクリーニングをされる先生方、あるいは何人かの総合調整医的な先生方の負担は強まるでしょう、しかし基本は今の医師法21条に手を着けて、診療関連死は除外してということではなくて、現在の医師法21条があるままのなかで、医療界のそういう積極的な取り組みとして、ここに届け出たら21条に届け出なくてもいいことにしようということを目指すのがよいと理解しています。21条はそのまま残っているわけですから、ご遺族が取り上げられないことに不満があれば、ご遺族はまたもう一度警察に行く道も残されています。またご遺族が病院にカルテ等の開示を請求することもできるような状況は、しっかり現状と同じように残っているわけですから、それはやはりこの第三者機関が実績を積み重ねていくことで、第三者機関という社会的評価を得ることが大切だと思います。

それが将来、法律的にどうなるかわかりませんが、前回の大会案のときには警察の代表の人が国会で、ちゃんと第三者機関の検討を優先しますという答弁をされたようですが、そういう答弁がなかったとしても、実態として医療界あげてそれに取り組んで積極的に届け出、そこで死因究明がしっかり行われるという実態があれば、ご遺族が非常にご不満で取り上げてくれなかったと警察へ行くことがこれからあるかもしれませんけれども、それはそれなり警察もに対応できていくのではないかな。全国的に同じような基準で、同じような対応で各地域が対応できているという体制がとれていけば、そういう問題も必然的に、だんだん時間とともに解決できるのではないかなというふうに思っています。私は検討会ではそう感じて、それでうまくいけそうなら、後は何とかうまく公的なニュアンスが出て、公的予算がつけばいいのかなというふうに理解をしていました。

野口委員 ちょっとピンぼけなことなのかもしれないですが、この費用予測のところに、医師2名と書いてありますが大変結構だと思います。やはり先生がおっしゃるように、この機構では総合調整医はいちばん大変

でかつ大切だと思うんですよね。この機構がちゃんと動いているというのは、総合調整医がしっかり職務を果たしているということがベースにないとまずいと思うんですよね。たとえば私なんか、問い合わせのあった症例をモデル事業として受けてやるべきだなと思っても、「これから会議が3つ繋がっているな」とかの事情があると、「大丈夫じゃないですか、これ」とかいうふうに取り上げない場合も、正直ないことはない。全部の地区いっぺんにやれとは言わないけれども、少なくともいくつかのモデル地区には専任の、ここの機構の総合調整医がいて、24時間ちゃんと対応する。それで、この機構のやっていることは大切だということをアピールすることが肝心だと思います。私のように掛け持ちでやっている限り、「そういう程度の重要さなの？」という印象を外に与えるような気が、僕はやっても思うんです。ご遺族の人も、「ちょっと僕は忙しいから、次のときに」という話になって、それはこの仕事で忙しいのではなくて、大学の校務のほうで忙しいということなんですね。それでは非常にムードが悪いような気がするし、この仕事は大切だということをアピールしていないような気がします。今後の計画では一人、二人でも、機構の費用で医師が雇用されて総合調整医として仕事する、という計画らしいのでいいなと思いました。ぜひやっていくべきじゃないかなと思います。

樋口座長 これはやっぱり、フィージビリティというか、空理空論だけで言ってるんじゃない、やっぱりこのぐらいのコストは最低かかるんですよという、とりあえず試算を仮にというだけなのですが。いちばん最後の表について、そういうのもないといかんかなと。これに拘束される必要はないですけども、この試算について、今の野口さんのおっしゃるのは、現場からのまさに切実な声なので、それとの関連で、この事例数の目算と費用予測で、ちょっと事務局のほうか、あるいは矢作さんのほうで言葉を継いでくださいますか。これは、これだけのものですということなんですか。

矢作委員 一言でいうと、一生懸命に考えたけれども、まだ突つかれると、それこそ本当にこれでいいかというのを自信をもって言えるほどの根拠がないんですけども。とりあえずその趣旨としては、小さく生んで大きく育てるということで、非常に慎ましい気持ちで数字を並べたというのが、たぶん本音のところですね。だから、本当はもっと最初から然るべき規模にしたほうがいいのかもわからないですけども、ちょっとそこらへんのところは、非常に困ってしまっているというのが実情ですね。

樋口座長 数字などは、これはちょっと事務局のほうでも何か入れてもらったので、補足はありますか。

岩壁次長 一応、ざっくりした予算で、考え方としてA案、B案、報告総事例数400と800、これも予測です。どちらがいいのかということは、はっきり断定できません。いろいろな体制の問題、先ほど樋口先生がおっしゃったようにコストの問題、人員もそれなりに備えないといけない。そういうふうになります。このなかには書いてありませんが、全国7ブロックぐらいの体制を考えておりまして、企画部会のご意見を取り入れ解剖体制の構築等を考えますと、病理学会とタイアップしながら全国医学部長病院長会議、それから日本医師会、そういうことも視野に入れながら7ブロックということで概算枠を考慮しますと、A案とB案がこのような予算になったわけでございます。これは、私ども機構発足以来、節約精神が大変身についておりまして、大変節約した経費計上になっております。

富野委員 この院内型と協働型の関係といえますか、これがもう少し明らかにならないと、どこがどう違うのか。院内型がいま予算のところで600事例と300事例になっていて、院内でやる場合にはお金はいらないのか。払わない、何も負担しない。先ほどの矢作先生のお話では、協働型から院内型へ変わっていくであろうというお話だったと思うのですが、ここは実際、医師会と大学病院が入るか入らないかぐらいで、どういう差がここに出ているのでしょうか。院内型と協働型の差ですね。

山口委員 院内型は、あくまで従来の院内でやられている院内事故調と同じ感じで、院内でやって、「とりあえずこういう事例がありました」というところを第三者機関に報告する。そうすると、スクリーニングをして、「これはもう、おたくの病院でご検討ください。そのかわり報告書はまとめましたらください」という形にして。だから、ここでの発想は、ほとんどもうしょうがない、第三者機関で引き受けて、こちらのほうで解剖も含めてぜんぶやりますよというのを8分の1、残りの8分の1は、半分の委員はこの第三者機関のほうから適当な専門家を派遣しますと。病院の委員が半分で、協働型と。あと残りの4分の3は、それはともかく院内でおやりくださいと。そして、その報告書をいただいて、また検討させていただきますと。

富野委員 だいたい大きな病院では、院内でもやり、さらに協働型、あるいは第三者機関にということも、もちろんありますね。それは構わないんですね。

山口委員 ありますね。だけど、それはぜんぜん構わないと思いますし、その院内の形として、できない診療所のレベルであれば院内では難しいのでは、あるいは地区の医師会にお願いして、医師会というなかで院内型の検討会ができると。あるいは大学にお願いして、大学と一緒に検討すると。それも広く、第三者機関のほうから委員を派遣しないという意味で、協働型ではなくて院内型というふうに分類されているんですが。

富野委員 そこにはしかし、大学からそこへ協力しようが、医師会からしようが、予算はまったく、交通費も出ないと。こういう理解（笑）。

山口委員 それはたぶん、公的予算がどれだけ来るかということにも、もちろんよるんでしょうし。それと、この検討会のなかで大学のほうから、「大学でもそういうことをやっているし、大学はそういうのをいつでもお受けしますよ」というお言葉もありましたので。「どうぞ、どうぞ」というお話もありましたので、4分の3はそういう大学にお願いする例も含めた、第三者機関が直接タッチしない形の院内型という分類になっているんだと思うんです。

富野委員 わかりました。了解です。

樋口座長 それでも、右の仮の計算例は、800 事例になっていますよね。800 事例をこの調査機構でぜんぶ報告書を受けて、それを総合的に分析して、「こういう事例が増えているんだよ」とか、それで他の医療機関にも戻してあげるという仕組みをつくるのは、それはそれで大変なことだけれども、できたら本当に画期的なことですよ。800 を本当にできたら。そういうことを考えているということなんですね。

山口委員 もう少し加えていただけないかというところがあつたので、ちょっとお願いしたいのですが。いちばん最初に、企画部会からの趣旨と設置の経緯ということで、この日本医療安全調査機構の説明がされていますけれども、確かに始まったところは、内科学会がやっていたモデル事業を引き継いだような形になっていますけれども、現在、この医療安全調査機構の組織としては、もうほとんど医療界ぜんぶが参加した組織になっています。現在やっているこのモデル事業と呼ばれているものも、すでに医療界全体として取り組んでいる活動なので、少しその点を強調をしていただいたほうがよいかなと思います。いちばん最初の前文のところですけども、

すでに医療界の組織として、機構は、自律的な活動として取り組んでいる部分が非常に強いというところを書き加えていただいたほうが、むしろこの提言に対する説得力が生まれるのではないかなというふうに思いますので、よろしくお願いします。

樋口座長 それは、企画部会の座長としても、別に異論は……？

矢作委員 単に思いつかなかっただけです。

樋口座長 57 の学会とか医師会、看護協会等がもうすでに支援している、社員になっているので、そういう数字を入れて、一応そういう体制が拮がりつつあるような話をどこかへ一文、二文ぐらい入れ込んだ上で、理事会のほうへ持っていくというのがよろしいんでしょうね。最後のところは、企画部会は座長一任ということでやりましたので。

もしあれなら、またこれについてはある種、継続審議になるわけです。今後とも改善点等、注意すべき点をいろいろご注意いただくことにして、次の議題のほうへ移ってよろしいですか。それでは、人材育成研修の企画案ということのようです。お願いします。

原事務局長 それでは、資料6をご覧ください。ここにありますように、「評価結果報告書のあり方」ということで、今回は、診療行為に関連した死亡の調査分析事業における評価結果報告書を振り返り、評価結果報告書の作成のあり方を考えるということで、この人材育成研修を行いたいというふうに思っております。

目的のところの3行目あたりからでしょうか、報告書作成にあたっての問題点とか課題を見出して、改善策を検討すると。今後の質の高い報告書作成における有用な知見を共有したいと。そして、その知見をマニュアルに取りまとめて、評価結果報告書の質の向上と均一化に役立てるということを目的としております。

それで、2の開催地ということですが、東京を考えておりまして、来年の2月の後半か3月前半と。それから、対象は50名程度。どういう方々かと申しますと、医師としては各地域より3名程度で、これまで地域評価委員会に携わった経験のある方で、今後も事例評価・評価結果報告書の作成において、指導調整の立場として協力いただける方と。評価結果報告書を書いていただくときに、非常に重要な役割を担っていただいている方々というようなことであります。それから地域代表、総合調整医の方。それから看護師は調整看護師、それから有識者の代表ということで、各地域より1名ずつというふう

なことでもあります。もちろん、費用はただと。

次のページを見ていただきますと、ここにはどのような内容かということが書いてありますけれども、機構の現状から、結果報告書のそれぞれの立場からの評価のようなお話。現場の方、それから弁護士さん、それから倫理・行政処分のあり方と、こういうようなテーマで4つぐらいの講演をしていただいて、その後、報告書を前もって読んでいただいておいて、それに関して皆さんでグループワークをしたいということのようです。最終的に皆さんで討議して、あるまとまったものをつくりだしていきたいということのようです。

以上、こういうような人材育成の研修ということで、評価結果報告書が地域によって少し差があると。それから、つくられる方によってもかなり内容とかレベルに差があると。そういうようなことをなるべく標準化していきたいと。全国でなるべく統一した質の評価結果報告書を出していきたいということでの、研修ということであります。

樋口座長 この資料6について、何かコメント、ご意見はありますか。よろしいですね。

それでは、さっき申し上げましたが、きょうの議事はここまでということにして、委員の方にはもう少し残っていただいて、個別事例についてちょっと報告し、皆さんのご意見を伺いたい件ができましたので、ここからは非公開ということで、申し訳ないですが傍聴人の方はご退席をお願いしたいと思います。

(録音終了)