

平成26年度 第1回 運営委員会

○日時 平成26年7月9日(水) 13:30~15:30

○場所 日本外科学会 8階会議室

○出席者

高久 史磨 (日本医学会会長/機構 代表理事)
有賀 徹 (日本救急医学会監事)
今村 定臣 (日本医師会常任理事)
後 信 (九州大学病院医療安全管理部教授/日本医療機能評価機構執行理事)
木村 壮介 (日本医療安全調査機構中央事務局長)
黒田 誠 (日本病理学会担当理事)
神田 芳郎 (日本法医学会担当理事)
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)
高本 眞一 (三井記念病院院長)
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)
西内 岳 (西内岳法律事務所弁護士)
樋口 範雄 (東京大学法学部教授)
松月みどり (日本看護協会常任理事)
松原 久裕 (日本外科学会担当理事)
安原 眞人 (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顧問)
(敬称略・五十音順)

地域代表者
田中 伸哉 (北海道・北海道大学大学院医学研究科腫瘍病理学分野教授)
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療病理学教授)
渡邊 聡明 (東京・東京大学腫瘍外科学教授)
奥村明之進 (大阪・大阪大学大学院医学研究科呼吸器外科学教授)
長崎 靖 (兵庫・兵庫県健康福祉部健康局医務課監察医務官)
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)

オブザーバー
厚生労働省・医療安全推進室 (大坪室長 他1名)

日本医療安全調査機構 中央事務局

○議事内容

亀井次長 それでは定刻になりましたので、本年度第1回の運営委員会を開催させていただきます。生憎の天気の中にお集まりいただきましてありがとうございます。

それでは、本日の資料のご確認をお願いいたします。まず、本日の議事次第、それと資料1から5でございます。なお、資料2につきましては冊子が2冊、番号を振っておりませんが、資料2として、後ほど25年度の事業報告をさせていただく資料でございます。それと、最後に委員会の名簿です。資料は以上のおりでございますが、よろしいでしょうか。それでは、進行を樋口委員長をお願いいたします。

樋口座長 それでは、今年度第1回の運営委員会を早速始めたいと思います。まず、ずっとお世話になっていた日本医師会の高杉先生が今度ご退任されて、今村先生に替わられたということなので、今村先生から一言ご挨拶をお願いいたします。

今村委員 日本医師会常任理事の今村定臣と申します。6月の役員改選で前任の高杉より私に交替し、本委員会に出席させていただくことになりました。よろしく願いいたします。

樋口座長 ありがとうございます。今後ともよろしく願いいたします。

そこで、きょうは報告事項、審議事項の順で議事に入るわけですが、この度、ご存じだと思いますが、医療法の改正法案が6月18日に参議院の本会議で可決して、医療事故調査制度の法制化ということになりました。来年10月に制度を開始するということなので、そのためのガイドラインづくり等が動き始めていると聞いております。当機構といたしましては、これは後で出てきますが、この国会では付帯決議がつけられているようで、付帯決議のなかでは「当機構が行ってきたモデル事業の経験を活かして」という文言も入れていただいたのだそうで、その経験を活かして、我々の機構として何ができるかという準備をしなければいけない。そういうことがきょうの報告および議題の中心になると思います。

ただ、議事に入る前に、きょうは厚生労働省の大坪室長さんが来ていただいておりますので、今回の法案について、あるいは今後の見通し、今の作業等について、まずはお話をいただいとっております。大坪室長さん、よろしく願いいたします。

厚生省・大坪室長 厚生労働省医政局総務課の大坪でございます。いつも本当にお世話になっております。ありがとうございます。

お手元に資料5を用意していただいております。これは、いま樋口先生のほうからご案内をいただきまして、条文をお持ちしていますが、4月1日に衆議院本会議入りしまして、2ヵ月半かけて6月18日に法案の可決をいただきました。事故調は19本の中の1本だったのですが、非常に関心が高く、本当に濃厚なご議論をいただいたというふうに思っております。総理も参議院・衆議院、両方とも、本会議の他に厚労委員会にも総理入りの日にちが1日ずつございまして、総理からも相当程度ご答弁をいただきました。

法律の条文につきましては一切修正がございませんので、これまでご案内をしておりました条文そのままでございます。衆議院でも修正はございませんでした。付帯決議もございませんでした。参議院を通過いたします6月17日の日付で付帯決議が付いておりますので、こちらだけ新しい資料ですのご確認をいただければと思います。

おめくりをいただきまして、事故調については3ページに記載がございます。19本の法律で22本の付帯決議が付いておりますが、事故調に関しては「2医療事故調査制度について」という項目に3項目の宿題をいただいております。ア、イ、ウとございますが、いちばん最初のアのところは、今回の国会答弁、質疑になかでもいちばん議論になったうちのひとつが、医療事故の定義のところでございます。今回は、「管理者が判断をする」という部分に関しての懸念ですとか、疑義もたくさん質問をいただきました。そのようななかで総理や大臣のほうからご答弁をいただきましたのは、そこの標準化を図って、差がないようにすることが大事だということ、繰り返しご答弁がありました。そのことを受けましてアのなかで、「対象となる医療事故が、恣意的な解釈がなされることがないように、当モデル事業で明らかとなった課題を踏まえて、適切にガイドラインを策定すること」という宿題をいただいております。早速、モデル事業で226例いま集まっていると承知しておりますので、その事案について整理をお願いしているところです。

2つ目のイは、院内調査が今回機軸になるということを受けて、その調査の質はどのように担保するのだと。これもやはり質疑のなかでいただきました。一定程度のガイドラインで示すとともに、支援団体という方々にご協力をいただいて、小さい診療所であつてもきちんと調査が遂行できるような体制をつくるのが重要であるといった答弁を受けまして、支援団体は院内調査にも第三

者機関の調査にも、どちらにもお役目を果たしていただく必要がありますので、地域間における内容や質の格差がないように、ここから先は中立性、専門性、透明性、迅速性、適正にと、かなり宿題がたくさんですが、限られた医療資源のなかで、限られた限り努力しますということで宿題をいただいております。

3番目に関しましては資料の問題でございまして、これ条文上は規定がございませんので、どうするのだということで、「公的費用補助等も含めその確保を図るとともに」ということが役所に対する宿題と、あと第三者機関の調査に関しましては、医療機関、ご遺族の申請を受けて行うことになっておりますが、そのご遺族からの申請を妨げるにならないような最大限の配慮と。これは、去年の5月に報告書を取りまとめいただいたときに、もうすでに書かれておりますので、これは役所として従前から承知していることですが、改めて宿題をいただいております。

これらにつきましては、今後ガイドラインを策定するなかで、立法府からの行政府に対する重い宿題でございますので、可能な限り反映できるべく検討してまいりたいと思っております。

ガイドラインについての進捗、先ほど樋口先生からお尋ねがございましたけれども、これはご存じのとおり、すでに研究班ということで4月に採択をいただいております。これまでの間は中身についての議論をしておらず、過去の事例について、評価機構でこれまでされている事例ですとか、調査機構での事案について、後先生や木村局長からお話をいただいたり、過去の木村局長の研究班報告について勉強の場を設けたりということで、研究班の皆様の情報共有を図ってきたところです。早速、法案をいただきましたので、次回7月16日より、議論の中身についての研究会議をもちたいと思っております。これは施行が27年10月でございますが、周知広報等のことを考えますと、できれば半年ぐらい前までには、ある程度骨格ができていることが必要だと思っておりますので、今年度を目途に、様々準備を進めていきたいというふうに思っております。以上でございます。

樋口座長 ありがとうございます。私が聞いているところでは、大坪室長さんはこの後、厚生労働省のほうへ帰らないといけないというので、今のうちですので、何か今のお話質問とかコメントがあればこの段階で受けおきたいのですが、いかがでしょうか。……大丈夫ですか。

では、ともかく法制化の基礎ができたということですね。それで、もちろんガイドラインづくりは、厚生省を

中心に行くと言っていいのでしょうかね。

厚労省・大坪室長 研究班でいただいたご意見等を踏まえて、国のほうで策定することになっておりますので、そこは責任もって策定をさせていただきたいと思っております。

樋口座長 そのガイドラインをつくる研究班には、私が聞いている限りでは山口委員、後委員、木村局長、永井委員とか、ここにおられる方もぜひ参画して下さっているというので、うまいつなぎができると思います。いい意味でのということですのでけれども。

それでは、報告事項のところへ戻りまして、議事録は後で見ていただいて何かあったら事務局へ連絡していただくということでお願いします。何もなければ確定することです。報告事項の(1)から(4)を、それでは事務局から報告をいただきたいと思っております。

木村事務局長 それでは、報告事項の(1)のところ、25年度の事業報告からさせていただきます。きょう、冊子を2冊お配りしていますが、これは3月までの平成25年度の事業実施報告書で、そのうちのグリーンのほうは概要版が入っています。それからピンク色のほうが、これから報告させていただく事業内容を記載したものです。

ピンク色の冊子の4ページをまずお開きください。実施体制についての表が載っております。左側の事務局と書いてあるところには、全国9つのブロックに分けて9事務局を、東京に関しては東京と茨城が一緒になっておりますけれども、北海道、宮城、新潟というふうに9つに分かれて、そこに事務局が置いてあります。それと、東京と同じ場所ですけれども中央事務局というのがあります。

人員ですが、真ん中辺に移っていただいて、総合調整医です。それぞれの地域でいろんな事例が発生したときに相談にのっていただいたり、判断をしていただく総合調整医の先生は、非常勤で61名の方に登録をさせていただいて、その事例ごとに大変お世話になっております。それから、その右側、調整看護師ですけれども、後でも出てきます、いろんな業務の内容を支援し、資料を集めたり会議を設定したりしてくれているわけですが、実働は全国で現在18名おります。18名で今の事例をぜんぶ対処しているというところから、全国のなかで、対応している都道府県は12都道府県に留まっております、これが新制度になると47になるわけですから、約4倍ということになります。ただ、対象となる県、地域のベッド数でいうと、集中している県が今現在行っているということから、全国の病院以上のベッド数で40数%をカバーし

ている。従って、全国規模になったときは、現在の規模の倍ぐらいを対応しないとイケないということがいえるかと思っております。

解剖の協力施設は、ここに書いてあります内容ですが、現在37施設。機関としては、東大が病理と法医と2つお願いしていますので、38機関をお願いしているという形です。他の医療機関で起きた医療事故に対して、ご遺体を搬送してこの解剖協力施設で解剖をしていただいているというのが従来型という形で、すべて外でやるというときにここにお願いしているという形になります。実施体制としてはこのような規模でやっているというところからです。

それから次のページ、5ページにいきまして、学会の先生方に評価委員、専門委員として登録をお願いしているわけです。この表は18基本、それから19のサブスペシャリティの学会、すべてに登録をお願いしているわけです。いちばん右下、2336という数字がいまお願いしている先生の数です。この専門医の先生方に、実際に登録をお願いしてやっているわけです。登録をお願いする際には、それぞれの学会の中央の先生方にお願いし、推薦をいただいているという形をとっています。

それから次のページ、6ページですけれども、実際にこれらの登録している専門医の先生たちが、どういう形で参加しているかという数字です。昨年度、平成25年4月から26年3月までの1年間で、いちばん右下に195という数字がありますが、195名の先生方にそれぞれの事例に参画をしていただいた。この先生方のご協力で、いろんな評価を行ってきたということになります。だいたい毎年200名前後に実際にお願いして、30数例を処理しているという形をとっています。ご存じのとおり、短い場合には2回ぐらいの評価委員会、それから期間としては平均10ヵ月ぐらいかかりますが、1年を超える場合もないわけではありません。必要な場合には、全国から非常に狭い専門領域の方に評価をお願いしているということで、具体的なことをいうと、日程の調整とか評価の会議をもつことが非常に大変な場合がありますけれども、お一人の先生が判断するわけではないので、その領域の専門の先生が2人、あるいはそれに関係する、外科だったら内科の先生も集まっていたりして議論をすることによって、それぞれの先生方の印象でも新しい面とか、より深く検討が加えられているということで、この調査機構のここがいちばん重要な点、宝物であるというふうに思っております。

次のページ、8ページに、(5)推進委員会というのがあります。一昨年にこの機構として、「企画部会」というものを立ちあげ、機構の今後のあるべき姿を検討させてい

ただいたところですが、昨年、新しい制度に向けた取り組みということで、それを推進するという意味から「推進委員会」を設けました。これに関しては27ページに飛んでいただいて、右の上のほうに推進委員会というのがあります。第三者機関が設置される方針として決定されて、まだ審議がされていた頃ですね。これに協力をし、我々の持っていた経験を活かすということで、推進委員会を設けました。そのなかには、次の28、29ページに書いてありますが、解剖体制をどういうふうに考えたらいいかということ、それから院内調査の支援をどういうふうに考えたらいいかということ、この大きな2点でワーキンググループを設けまして、それぞれここに書いてあります、現場で活躍していらっしゃる先生方に集まっていただいて、2回ないし3回の会議を開いてそれぞれをまとめ、全体として30ページ以降に当機構としての、医療事故調の法制化されるにあたっての提言という形で、今年の3月にまとめさせていただきました。

内容は読んでいただければよろしいですが、今後指名される第三者機関の基盤となる考え方とか、制度の根幹部分の構築、具体的なガイドライン等の作成に積極的に協力、関与して、最終目的である事故の再発防止策をまとめて発信ということに、協力をしたいということです。そのことをもって日本の医療の安全と質の向上に寄与したいという目的で、この推進委員会の提言をまとめております。機構の行ってきた経験を何とか形にしたい、協力をさせていただきたいということで、こういうものを設け報告をさせていただきました。

具体的に事例についてですけれども、11ページに戻っていただいて、地域別の受付事例数です。これは、毎月各地域に分かれておりますけれども、11ページの表5をご覧ください。右下にある220は、モデル事業が始まって以来、8年半の間に220事例です。カッコの中の17は、220のなかで17は協働型ということです。この表にちょっと間違いがありまして、一番下の欄に「平成22年度～25年度」と書いてありますが、これは17年度から25年度までの8年間の合計ということで、この表題だけが間違っております。いままでの集積されたものぜんぶを入れてあるということです。上のほうの17～23年度まではトータルで書いてありますが、それだけの事例を対応させていただいたということです。

評価結果の報告状況に関しては、前のページの小さな表、表4ですけれども、220事例に対して評価終了の合計としては189を行っています。そのうち、概要版を公表したのは175事例ということになります。概要版は、ご遺族の承諾のもとに公表すると。個人名、個人情報をすべて消して公表することになっておりまして、きょう

の緑色の冊子に昨年度が入っておりますけれども、それは全例ではなくて了解を得た分ということで、175事例が現在までに報告されているということです。

12ページに移っていただいて、ここには内容的にどんなものかというのが簡単な表になっています。事例のあった、対象となった患者さんの性別は、男性がやや少なく45.8%ということです。それから年齢は、これはぜんぶ昨年度ですけれども、全体の8年間の平均ももちろん出ておりまして、それと基本的にはそんなに変わっておりません。年齢別でいうと60代、70代が多いですけれども、昨年は30代もちょっと多いというのがありました。ただ、ご覧いただくと0歳台というのがありますが、これは出産時の分娩にかかわる医療事故というのが入ってきます。

それから、依頼医療機関の病床規模が、400床未満というのがいちばん多いことになっておりますが、200から400の間がいちばん多い。200床以下というのはだんだん下がってきますけれども、診療所等で起きた事故に関しては、それが私どものところに来る場合には大きな医療機関、センター等に緊急搬送されて、その途中なり搬送先で亡くなってこちらに申請が来る、というのが20例ぐらいありまして、ベッド数がない、あるいは非常に少ないというのも、このなかには入っているということになります。

21条に基づく警察への届出に関しては、約40%が届け出しているということです。モデル事業の前半の4年間は、半分を超える6割近いものが届け出されておりました。それだけ少なくなってきたということにもなるわけですが、これは医療機関自身の判断、あるいは地域代表、地域の調整医と相談の上、あるいは現場で警察側と話し合いの上ということで、こちらに来ていた申請になった分の約4割弱が警察へも届けていたということになります。診療科の一覧は外科と内科が約半々ぐらいで、これもトータルでの分析とそんなには変わりありません。

13ページ、14ページは、実際の昨年度の事例のタイトルとキーワードが載っております。最初にファックス1枚で、こういう事例をお願いしたいという申請が届くわけですが、それで地域の調整医の先生方が判断をして、私どもの調査が始まるという形をとっています。具体的な事例はこういう形で入ってきたということでございます。

それから、相談事例というのが14ページにあります。下の段、表7ですけれども、相談の事例で、実際には調査に至らなかったものにはどんなのがあったかということですが、昨年1年では41例あって、実際に調査を行った数よりも多いわけですが、傾向としては、いま

までのトータルの変化とそんなに変わりありません。モデル事業が始まって以来の全体の数のお話をすると、先ほどご報告しましたとおり、受託したのが220事例、それにプラス相談事例が327例、取り扱ったという点を相談も入れると、この8年間で547例を取り扱ったこととなります。

こちらに調査に来なかったのでは、いちばん多いのは家族の希望で解剖の承諾が得られなかった、解剖したくないというのが約3割あります。それから、司法・行政解剖のほうに移ったのが20%ぐらい。それから、モデル事業対象外というのがあるのですが、これはもうすでに火葬されて2週間後ぐらいに家族から相談があったとか、それから誰が見てもこれは病死であるというのでお断りした例があります。非常に高齢でがんの末期であったとか、そういう例が入っています。そういうのがモデル事業対象外です。それから、院内での病理解剖をしたからもうこちらでやりますというのが10%ぐらいですかね。これは、今後のパイロットスタディのほうにも関係してきますけれども、院内での通常の病理解剖が終わった事例でも、こちらでその後を引き受けて調査をするというのも、少しずつ例外的に入ってきています。こういうのが今後、来年度以降の新しい制度でも起きるのではないかとことも考えられると思います。それから、解剖体制がとれなかった事例についてですが、昨年度は1例だけでした。そういうふうに、登録解剖施設等に非常にご協力をいただいているということです。

簡単ですけれども、昨年度、25年度の医療安全調査機構の実施報告書をもとにご報告をさせていただきました。トータル220事例ということですが、昨年度、平成25年度は少し少なく24事例に留まりました。後のほうでまた申し上げますけれども、今年度になってからはピッチが速くて、いままでにすでに6例が入ってきています。以上、25年度の事業報告、具体的な調査内容についてご報告いたしました。

樋口座長 議題のところ少し時間を使いたいというのもありますので、報告事項の4項目を一括してどんどん報告していただいて、全体について後でコメント、ご質問をいただきたいと思います。収入支出の決算報告について、では次をお願いします。

亀井次長 資料3になります。平成25年度の決算報告です。まず、1枚目は一般会計で、学会・団体からの負担金を財源とする収入支出でございます。収入の部は、負担金収入といたしまして5,785万2,000円、これは69の学会・団体からのご支援を受けた金額でございます。

その下、雑収入はセミナーの参加費とか預金の利息で19万1,095円、収入合計は5,804万3,318円となります。

一方、支出でございますけれども、これは国の補助金の対象とならない機構の管理経費でございます。理事会等の謝金経費として60万6,000円、それにかかる旅費交通費としまして24万9,000円、ずっと下を見ていただいて、12番の雑務役務は税理士・司法書士の登記料、あるいは法人都民税が171万9,000円となっております。

特別会計繰出金につきましては、次のページでご説明しますが、補助金では賄えない額分を特別会計より繰り出し補填をしております。その金額としまして、5,539万3,000円でございます。以上、収入から費用を差し引いた額、若干ですけれども5万9,000円ほど剰余ができました。ほぼ収支トントンで、この額につきましては基金に全額積み立てをいたしました。

次のページをお開きください。特別会計です。これは補助金を財源とする収入支出でございます。国庫の補助金が1億2,021万6,000円と、ただいま申し上げた一般会計からの繰り入れとしまして5,539万3,704円、収入合計は1億7,560万9,704円でございます。一方、支出は、人件費で1億1,728万、これは全体の費用のだいたい66.7%となっております。正規職員2名の増、派遣職員の増ということで、人件費が増加しております。諸謝金が1,952万5,000円で、このうち、事例にかかる謝金は1,600万、残りの350万ほどが委員会、あるいはワーキンググループに対する謝金となっております。解剖費が約400万で予算額から比べますと120万ほど減額となっております。これは当初、新規を40事例見込みでしたが、実際のところ24例ということで、予算より下回ったということでございます。あと、大きな支出額としましては使用料及び賃借料で、事務所の賃借料等の額でございます。支出の合計が1億7,560万9,000円、予算に対しまして53万ほどの増となっております。

次のページは、一般会計と特別会計の合算でございます。これについては説明を省かせていただきます。

次のページ、基金に積み立てた額です。24年度の基金の積立金は、3,500万に25年度の剰余5万9,891円をプラスいたしまして、現在の基金の積立残高は3,578万9,808円でございます。

次のページ、監査報告です。6月に監事から監査をしていただいて、適正に処理されたということのご報告いただきました。以上、25年度の決算報告でございます。

樋口座長 そのまま続けていただけますか。

木村事務局長 それでは、引き続いて(3)直近の事例等

の現況について、資料4をご覧ください。今年の4月から7月7日現在までの事例の報告です。26年度になりましてから現在までに、すでに6例が調査を開始しています。合計でいうと226例になるわけです。内容に関しては、裏のページに簡単な病名、それからどういう事例であるというのが書いてあります。それから、下の表が評価進捗状況で、これはぜんぶ説明会まで終了し報告書を手渡したという、完了した数ですけれども、今年度になりましてから13件、報告が済んでおりまして、合計でいうと226例中202例の報告書が済み説明会が終了したことになります。

次のページはご覧いただければいいのですが、今年度になってからの6事例、骨髄穿刺後のショックであるとか、中心静脈カテーテル挿入に関わるもの、胸腔鏡下の下葉切除時の血管損傷、それからERCP中の心肺停止、残胃摘出後移送中の急変、子宮全摘術後12日目心肺停止で発見といったようなものが入っております。相談で終了したのはこれ以外に5事例ありまして、先ほどお話ししたような対象外であるものとか、当該医療機関で病理解剖を行うので結構ですというお話があったもの、それから最初の1例と同じですけれども、葬儀もぜんぶ終わった後で病院の説明に納得がいけないということで相談に来られたもの、話をしている間に納得されて申請はしませんといったようなものが入っております。以上が直近の6事例、プラス5つの相談事例のご報告です。

大きな変化としては、いままでの傾向とそんなには変わらないということです。こういうもののなかで、今後、後でまた議題のなかでお話するかもしれませんが、パイロットスタディとして新しい制度を念頭に置いた、少し適用の幅を広げるようなこと——病院での病理解剖の後にこちらで引き受ける、あるいは相談の時点でいろんなことお手伝いする、ということを考えていきたいとは考えております。

樋口座長 そのまま続けて、その他をお願いいたします。

亀井次長 今年度の計画では、まずひとつは公益法人の申請を行う計画でございます。かねてから公益法人への移行については検討されてきたところでございますが、認定を受けることにより社会的な信頼性の向上にもつながりこれからの事業展開をする上で必要条件である点と、公益法人に対する寄付は税優遇措置がありますので、今後の資金確保の面でも有意であると思われまます。今年度内の認定に向けて、遅くとも10月には申請する目途で認定の要件に則った定款の変更、規則等の制定などの準備を進めているところでございます。

それともう一点の計画は、寄付募集の検討でございます。ただいま25年度の決算報告のとおり、収支トントンの状況でございます、これ以上のご支援を学会、団体に負担金をお願いするのは限度と考えております。理事会で寄付を募る方向につきましてはご承認をいただいたところでございますので、今年度、具体的に進める計画でございます。

樋口座長 ありがとうございます。以上が1から4まで報告事項ということで、とくに事業報告等について詳しく説明していただきましたが、ここまでの範囲でコメント、ご質問をお受けしたいと思います。どこでも結構ですが。どうぞ、鈴木委員。

鈴木委員 コメントですが、ピンクの14ページの下の表の相談事例ですけれども、41例の相談事例のなかで、モデル事業の対象外である12例と相談内容が不詳のための2例を足して14例、それを引くと27例ですよ。それで、解剖の承諾が得られないのが10例、当該機関での病理解剖となったためが10例、司法解剖または行政解剖となったためが6例、解剖体制がとれなかったため1例と。つまり、解剖がすべての問題点ということになるのではないかと思いますので、このモデル事業の実施のためだけでなく、日本の解剖そのものがずっと長いこと問題になっているわけで、その解剖の推進のための法律などもできてきているので、安全調査機構としても一層、解剖を広げていくために何らかのことができないだろうか。この表から見て、モデル事業も解剖が大きな障害になっていると感じました。

木村事務局長 ありがとうございます。私は、ここに来ましてからいろんな事例を見させていただいて、改めてやはり解剖の重要性というのは感じているところです。いままでのトータルのなかで、解剖して初めてわかった、それから解剖によって死因の内容が確認できた——これも重要な点ですが、両方合わせると9割近く解剖が役に立っているんですね。解剖というものをもう少し、文化ということまでいってしまうのかもしれませんが、日本の中で医療を受けた側、医療を行う側、両方にとって問題があった場合、これはどうかというときに解剖すること、もっともっと進めないといけない。解剖に協力いただいている登録施設が現在38施設ということで、院内でできるところは協働型でやっているわけです。日本全体でいうと、じつは460の解剖の認定施設がありますので、これをいろんな形でもっとすぐにできるような体制を新しい制度のなかで考えていかないとはいけません。

と。それに関しては、ここにもいらっしゃる病理の先生、法医の先生等もふまえて検討しているところです。推進委員会のなかでも解剖体制についてということで検討させていただいて、何とかいい方法がないだろうかということ、あるいは一部は法制化するなかで、解剖の認定施設はそういうことに対する協力も含めて必要なのだということ、少し決めていただくということも考えて、進めていきたいというふうに思っております。

鈴木委員 確か、解剖推進の立法が時限立法で、5年の経過が確か来年の2月頃に経過して、さらに推進を延長していくためにその期間を延長するみたいなことが、確か国会で議論されているようですけれども。

木村事務局長 それは、死因究明二法といわれるものですね。あれは、医療関連死は除くとなっていますので、事件性のあるものに関してはそういう形で解剖を進めよう。それは、またさらに検討しておそらく続くことになるとと思いますが、医療関連死に関してもそういう形で、ある程度法制化の下で検討していただきたいというのが、いまお話ししたところです。外国では、もう強制的にどうか、解剖が当たり前になっているところもあるようですので、そのへんをもう少し前向きにやれるようになるといいなと考えているところです。

永井委員 今のところに関連するのですが、14ページに「司法または行政に管轄が移ったため」というのがあるのですけれども、これは6例のうち司法解剖が多いのかという問題と、要するに患者・遺族側がそういうことを要請したことになったのかとか、ここらへんの理由はわかりますでしょうか。

木村事務局長 申し訳ありません、内容を細かく、これは司法かこれは行政かというのは、ぜんぶは相談で終わっているのを把握していないところがあります。病院側も、場合によると、これはもう司法のほうでというので、対応してしまっているところもありますので。

野口委員 茨城の1例は、検死をしてもらって、そのまま法医に行きました。

木村事務局長 そのへんを、医療のなかで起きた事故というのは、それが故意であるという場合は別として、過失とかうっかりミス、ヒューマンエラーというものに関してはこちらでやるようなことは、今度の制度のなかでもっともっと拡がっていかないといけないのではないかと

と思っています。ただ、全国で12都道府県しかこのモデル事業がいま行われていないものですから、それ以外の領域では、事故だと思うとこういう形で、おそらくここには出ていない、相談にも載ってこない時点で司法のほうに行っているのがずいぶんあるだろうと思います。そういう相談も実際には来ておりますので、全国版ということになればこのへんをもうちょっとクリアにしていけないと、十分に理解をしていない医療機関の方もたくさんいらっしゃるので、まだこれからの問題も多いのではないかと思います。

樋口座長 それでは、議題のほうへとりあえず移って、何かあったらまた報告事項についても、補足であれ何であれ、いつでもご意見を伺うことにします。

議題の(1)今後の事例受付についてというのが、なかなか微妙な時期なので難しい話のようですが。

木村事務局長 今年度の事例受付についてお話しをします。来年度は10月までの間もあるわけですが、大きくいうとそこまで含めてになります。粛々と医療安全調査機構としての仕事を続けていきたいと考えております。先ほど収支の報告でありましたとおり、体制をきちっとして対応していくこと、昨年度は事例が確かに少なかったですけれども、内容のことをいうと、体制をきちっと整えるためには内部の人員、それから給与体系その他も、他のこういう事業と同じようなレベルにしていけないといけない。最初、モデル事業のときは、研究でありそれに協力をするという形で職員も皆やっておりましたので、非常勤という形が多かったのですが、きちっとした事業という形にすると、今後もっと人件費等がかかってくるかもしれない。そういうなかでどうしていくかということで、先ほどちょっとありました寄付等も考えながら、そのためには公益化ということも含めて考えていきたいというところです。

それともう一点は、法制化が決まりましたのでそのための準備というのが、第三者機関の指名は来年のおそらく3月、4月になるだろうと言われておりますけれども、私どもの現在の機構としての対応として、これはこの次の問題とも関係することですけれども、いままでの経験を活かしてそちらに協力することややっていかなければいけない。それが責務であると考えておりますので、いままでやってきた申請があった事例を、いままでのやり方で検討するだけではなくて、新たな考え方の受付、あるいはその準備のための人員の配置等も、少ししなければいけないのではないかと考えているところです。

そうすると、従来の形の、いままでやってきました調査というのは多少、少なく見積もらなければいけないのかなど。それから、新しいことで受け付ける形というので、たとえば解剖してないけれども検討しなければいけないということも考えていかないといけないかなど。それが、私どものやり方でやってみて、今後の新しい制度に何らかの形で役に立っていくのではないかとということで、検討していきたいと思えます。

社会的なニーズというか、そういうもののニーズに対しては対応していかなければいけないと思っていますので、事例は適用があれば受け付けていきたいと思っておりますけれども、予定としては40例という予定ではなくて、20+20というか、新しい形も念頭に置いて受け付けていきたいと考えているところです。今年度は普通の年と少し変えていかなざるを得ないかなど。ただ、こちらでコントロールする部分はそんなには多くなくて、調整医師のご意見とか、そういうところでこれはどうしても必要だというのはちゃんと受け付けて、調査に載せていきたいと思っています。何かご意見があれば伺いたいと思えます。

樋口座長 木村局長のご説明に私のほうからももう少し、付け加えて申し上げます。あるいは木村局長への質問の形でスペシフィックにしたほうがいいとも思いますが、今後の事例受付というのは、つまり前々からこの運営委員会で問題になっていましたけれども、この事業を粛々とずっと永久に続けていくというのが我々の目的ではなかったわけですね。第三者機関をちゃんと設置して、そこで日本全国をカバーするような体制づくりをするために、踏み石になろうという話でやってきたわけです。そのような手続きがちゃんと踏まれていますから、それでいいのですけれども。いよいよこれで、来年10月にスタートするということになりました。そのために、ひとつは、だからこの機構が民間の第三者機関に指名されるためにはどうしたらいいのかみたいな話もありますけれども、この機構がどうなるのであれ、新しい体制づくりのために、もう法案は通ったわけですから、私たちとしてはそれに最大限協力するためにも新たな事例研究みたいなことを入れていったらどうかというお話だと理解しました。

それで、たとえば今年度について40例という数字が出ています。もしかしたら来年度の10月までというスパンで考えるのかもしれないですけども、たとえば40という数字があったときに、先ほど20と20に分けて、20はいままでどおり従来型および協働型みたいなことで、それも大事なことからということですけども、あとの

半分程度は、新しい制度のところでは第三者機関が動くような形のものをやってみたらどうかということです。これは、どういう事例が来るかにもよるのではっきり何が何例ということとは言えないと思えますけれども、ひとつはたとえば木村局長がおっしゃったのは、解剖はしてないけれども、しかし何らかの形で調査に入るようなことをやってみたらどうか、というのがひとつですね。次には、ちゃんと病院内で解剖が行われて、解剖が行われるからにはその病院で調査委員会の報告書が出てきますよね。そうすると、もちろん今の段階では向こうの同意の上ですけれども、その調査委員会の報告書をいただいて、それをこちらでもレビューしますよというものもやってみたらどうか。

さらには、本当は院内調査に入る際に、はじめに相談が来ているわけですから、院内調査なのか協働型なのか何とも言えないけれども、そういうところでこちらが手助けをする、アドバイスをするような事例でやってみてどうなるかという例もありえます。こういういくつかのタイプのもがあると思うのです。そういうものを後の20例……20になるかどうかは、事例は出てみないとわからないので本当はわかりませんが、そういうものを含めて、つまり制度発足の準備作業を我々もまさにボランティアで、任意で自発的に、早めにやってみようではないかということだと理解しました。そういう趣旨だと考えてよろしいですか。私が言ったことでもう少し現実に足りないような、この新しい受け付け方法で何かお考えはありますか。

木村事務局長 事例の受付に関しては、いま樋口先生が後から補っていただいたとおりで、今よりも幅を広くして、少し新しいこともやってみないといけないのではないかと考えているところです。ぜんぶパーフェクトに、第三者として外で解剖し、まったく第三者の専門医が最初から対応して分析するというのでは、全国版になったときにとても対応できないということが目に見えていますので。数の上でもそうですし、まだやっていないところもやらなければいけないということですので、これを簡易型にするといろいろな問題点が出てくることも想定されるので、そのへんを念頭に、どのあたりが適当なのかということはある程度いまの間にトライして、「こういうやり方がいいのではないか」ということが出てくれば、ありがたいなというふうに考えているところです。

たとえば、解剖が終わったものを資料としていただいてこちらで検討して、専門医の意見を聞いてまとめるといった協力をするとか、解剖をしていない事例でも、臨床データをいただいてこちらで分析をしてみるといったこ

とが入ってくるかなと思います。受付事例に関しては、新しい制度を念頭に、私どものやってきた経験がどういう形で活かされるのか、どういう形で制度のなかに盛り込んでいったらいいものができるかという観点で、受付を考えていきたいと思っています。

樋口座長 これは、法制化はできたけれども、まだこの機構が認定されているわけでもなく、たとえば新しいやり方をするにしても結局、それぞれの病院と、それからこれが死亡例ならご遺族と相談の上で、「こういうような形で我々が関与してみたいと思いますか」ということで、同意ベースを一つひとつその事例に適してやるということですから、やっぱり調整看護師とかそれぞれの地域で出てきたときに、その地域の先生方のご努力がまた一層、要求されるような話になると思うのですが。何らかの形で木村局長のところと相談しながら、「こういうことをこの事例ではやってみようじゃないか」という話やうまくやれるかどうか。しかし、やらないとこれはまた、いかなのじゃないかということだと思います。

山口委員 以前から同じような話をしているのですが、このモデル事業で受け付けていないいちばん大きな事例群というのは、明らかな医療過誤があった事例と。やはりそれをちゃんと検討したことがない。このことがいちばん大きい話だと思うんですが、今度の新しい制度下で、診療行為にともなって起こった予期しない死亡というなかは、当然何らかの明らかな過誤が起こって、その過誤によって亡くなった事例というのは含まれると思われまますので、前回の第三次試案にしる大綱案にしる、あそこの届け出のいちばん大きな範疇は、ひとつは過誤があった事例、もうひとつは死因がはっきりしない事例と。この2つが大きなカテゴリーだったと思うんですね。そうすると、そのことは今回の制度でもやはり同じだろうと思いますと、やはり過誤があった事例、今おそらくは警察に行けば司法解剖という形になっていると思われまますので、従ってほとんどこのモデル事業では経験がないというのが現実だと思います。

それからいくと、実際の制度が来年10月から始まるとすれば、それまでに何らかの形でそういう事例も含めた経験をする。ただ、現状では、とくに厚労省、あるいは警察庁が何かのあれをやっていたかなくとも、いかに警察に相談をしたような事例が、「これはモデル事業でやってください」ということがスムーズにいけるようなことを、そのへんをネゴシエーションしていただいて、そ

ういう事例もこれからあと1年以上の間に引き受けて、そういう事例の経験を積んでいくことが新しい制度に向けては非常に重要な点で、しかもいままででちょっと抜け落ちているところかなと思いますので、そうするとやはりそれなりに厚労省とある程度ネゴシエーションが必要かなと思いますので、ぜひその点もよろしくお願ひします。

長崎委員 いろんな事例が新しい試みのなかには入ってくると思うんですけども、たとえば当該病院で病理解剖して、それから当該病院内で委員会を立ち上げて、調査をしていくもののアシストというものもあると思うんですね。現在の状況では、そういったものをいくらアシストしても受け付けてはないわけですよね。そういったものをどうしていくのかと。

それから、実際にこれはこの対象にはなっていないけれども、やはりお腹が痛いといって病院に行った翌日に死体で発見されたり、胸が痛いといって病院に行くと翌日に死体で発見されて、行政解剖したら医療死だった、あるいは心タンポナーゼだったというのがあるんですけども、そういったのは今後そのまま、我々監察医が説明できないところを無理やりしていかなければいけないのでしょうか。

樋口座長 今の山口委員と長崎委員の話を聞いていて思ったのですが、新しいところへつなぐためには、いままでにないようなこともいくつかやってみようよという、そのいくつかのメニューをもう少し具体的に示していただかないと、ちょっと地域の先生も動きにくいかもしれません。たとえば、「こういうメニューがありますよ」と病院や遺族に提示して、「こういうことをやってくださるのだったら、その範囲ではやってくださいよ」という合意を取り付けやすくするためにも、そういうメニューを5種類とか6種類とか用意する。いま長崎委員が指摘してくれて、木村局長が言ってくださったのは、その病院で病理解剖をやっている、じゃあ我々は関係なくなりますよというのではなくて、そのアシストもできますよということです。たとえばの例としては、もちろん断られれば、今の段階ではどうしようもないですけどね。向こうにいろいろ助けてあげるアイデアを提示するときに5つ6つ、「こういう形があります。何かこれでもいいと思えばのってください。我々も助けますから」という、そういうのはどうでしょうかね。

木村事務局長 その後のガイドラインに関してということも関係してきますけれども、いま事故の対象となる

分類の基準というのは、平成16年に厚労省から出された、「明らかな医療行為・管理に起因して患者が死亡した事例」、それから2番目は「明らかなものは認められないけれどもその疑いがあるもの」、3番目が「今後の医療事故の発生の予防に資するもの」というふうに大きく分けられています。その分類がさらに細かくなっていて、ガイドラインづくりに協力する立場では、うちの220事例がどういうところで入ってきたかというのをいま分析しているところです。そうやって見てみますと、先ほど山口先生からお話があったとおり、明らかに誤った医療行為・管理に起因してというのは、私どもにきたのでは非常に少ないです。その疑いがあるものとか、原因がわからないもの、複雑なものがいちばん多いということになります。それ以外にヒヤリハットが多くなるんだと思いますが、今後の防止に資するものというのはやっぱり少ない。それから、対象ではないんじゃないかというのがいくつかある。

という分類になっていますので、そのへんの最初の「明らかに誤った医療行為」とか、それから先生がおっしゃったように、院内で解剖もし、院内の事故調が働いて、そのやり方、あるいは専門医を派遣する紹介するといったことでのお手伝いというのは、ひとつ大きな点かなと。今後の新制度では、院内事故調をまず立ち上げなさいというのが法律で決められていて、そこには外部委員を入れて検討するよということになっておりますけれども、そのあたりにつながるものとして、新しいやり方をいくつかパターンをご指摘のように考えて、こういうのもあるよというのを提示していきたいと思います。それは、その他というところにも関係してきて、皆様のご意見を今後も受けていきたいというふうに考えているところです。

神田委員 先ほどお話があった、明らかな過誤のある事例というのは、いくら新しい法律制度になっても、異常死体の届け出、医師法21条は残るわけですから、そうすると警察に届け出ることになると思うんですよ。だから、いままでの制度でいきますと、普通に考えるとそれはこちらではなくて司法解剖にまわるのかなと。そのへんに関しても、たとえばこの運営委員会のなかで意見のようなものを。たとえば、医療事故的なものが2種類の解剖をされるというのも非常にわかりにくい制度だと思えます。ここで一括してそういうものを扱うと。場合によっては、解剖して明らかな医療事故とわかったものは、今の法律では解剖して異常死体として届け出るというやり方もあると思うので、何かそのへんの方向性みたいなものも、この委員会で少し意見を出していただけないか

のかなと思います。

高本委員 医師法21条というのは、このモデル事業が始まったときからのいちばん大きな問題なんですよ。今回、新しく第三者機関の法律化ができたことはすばらしいことではあるんだけど、いちばん大事なことはそのままの状態です。「できた、できた」と言っているけれども、実際はいちばん大事なことは解決していない。それはなぜかという、先生が言われたように、警察をまったく切り離れた状況でつくりたいということではできなかったから。でも、こういうふうな関係があるわけですから、明らかな過誤を我々もやらなければならぬし、それはまた独自に病院側から警察に届けなければならぬ。しかし、この新制度で調査分析していて、明らかに故意、悪意があると分かったものに関しては病院側に警察に届けるように勧めるなどすると、全員が警察に届けなくてもよいことになります。従って、医師法21条があってもこの新制度に届け出さなければ、医師法21条の届け出はしなくてもいい訳です。そのへんを、これからやるなかで我々も考えていって、医師法21条の解決をどういうふうにかこれ扱うか。これは相変わらず我々の上に重くのしかかっているわけですから。

医療過誤のなかでも、裁判になって実刑を被っているものもありますよね。奈良の山本病院事件とか銀座の整形外科の事件とか、これはみんな刑事事件になってもおかしくないと思っていて、誰も反対しないわけです。そういうのは確実にあるわけですから、まったく警察と没交渉になるというのは、僕はいい策でないと思います。だから、みんなが「これはいかん」と思うものは警察に届けないといかん。そうすることによって、後の人たちが医師法21条の心配がなくなるわけですよ。そういうことを私は新しい制度のなかで新たに作っていただけたらいいなと。このモデル事業ができたのは、それが目的だったんですから。

山口委員 もともとそこで始まって、第三者機関をつくったほうがいいという話になったし、やっぱり過誤のある事例のほうが再発防止という点でも学ぶことが多いわけですから、それこそ本当に正面切って医療が取り組む事例だと思えます。

樋口座長 これは、たぶん来年10月に新制度が発足するということですが、しかし、もう医療法の改正自体はすでに施行されていて、施行後2年以内に医師法21条問題については再検討するという話になっているので、すでに再検討の期間は始まっているということになります。

ということはどういうことかという、このシステムに巻き込まれてというか、関係している、この機構がそのまま第三者機関として認定されるかどうかはともかく、そういうことを一応念頭に入れながら行動していくときに、つまり21条というのかどうかはともかくですが、過誤が明らかで従来だったら警察へ行っているというケースも含めて、我々としては門戸を広げる。

つまり、さっきの長崎委員のおっしゃったような、行政解剖になるようなケースも含めて、広く医療に関係するような事故であれば積極的に関与する努力を行う。それで、高本委員がおっしゃったようなひどい事例は、本当に悪意だか故意だかというお医者さんはたまにいて、それはもう刑事事件というのだけれども、そういう例外的なもの以外の事例については、こちらとしては壁を取っ払って、こういうような形で手助けできますよという形で並べておこなう、今のような過誤が明らかなケースももちろん入れる。実際に同意して来てくださるかどうかは、これはまたやってみないとわからないけれども。

そういう事例を1例でも2例でも引き受けて何かの結果が出ると、21条を再検討する、あるいは刑事事件に持っていくことだけがいいことではないということの、ひとつのエビデンスがはっきり出てくる。従来だって、本当は大阪その他で実際は警察と連携して、警察のほうから、「司法解剖はやらないのでこちらへ」というのはあったので、そういう事例を拾っていても本当はエビデンスとしてあると思いますけれども、やっぱりここで、少し自分たちでいままでの壁を取っ払って、せつかく木村局長が今後の事例受付について少し工夫をしたいということですから、そういう話にしたらいいかと思いますけれど。

木村事務局長 高本先生のお話は本当にそのとおりでと思いますけれども、現時点で我々が受け付けている事例でも、ある見方をすれば、これは警察にすぐ、21条で取り扱うべきだと。逆の言い方をすると、21条が完璧にそれが施行されていない、謙抑的に使われているという言い方をしていますけれども、相手方は相手方で十分にそれを行使することが今できない状態になっているわけです。中途半端な状態になっている。

高本先生 いや、そんなことないです。やっているんですよ。

木村事務局長 いや、もちろんやっています。やられたときには非常にこちらはおかしいと思うわけですけど、そういう状況で振じれた格好でいること自体があまりよ

くないですので、この法律ができあがる前には、皆さんご存じのとおり厚労省に2年前にあった検討部会というので、この法律のもとになることが議論されたわけです。そこには、医療者とか看護関係、それから患者の代表、法曹界、報道、ぜんぶ入った人たちでつくったのがこの原案で、そのときに原因究明と責任追及というのを一緒にやる、21条絡みでやると、何が起きたのかということを追求めるのではなくてなぜ起きたのかという、そのあたりの境目が非常にゴチャゴチャして、結局は21条絡みになると話がなかなか前に進まないということで、切り離されたというふうに理解しています。

そこでここまで来たということなので、今度ついた付則でも、来年の10月に施行されますが、ついこの間交付されてから2年ですから、再来年の6月にはこれを見直せと。とくにそのなかでは、21条に関する届け出に関して見直しなさいというのがこの法律のなかに入っていますので、来年の10月以降、半年の間に、つまり今からもう21条に関してはどういう対応をすべきなのか。こういう法律がきちっと動き始めた以上、そこでやるべきではないかというのが、施行されてから約半年の間に次のステップに進むというふうに期待しているところです。そうしないといけないんじゃないかと思っています。

警察でも、個々の事例では現場で「これはこちらで」「これはそちらで」というのが今やられている状況なので。警察でやること自体問題があると、僕もそのとおりでと思いますけれども、世の中の動きとか、いろんな法律の問題を考えると、こういうステップを踏まないといけなかったのかなということも、納得ができるかなと考えています。

清水委員 おそらくこれから始まりますと、入ってくる事例が21条に関わるか関わらないか紛らわしいのがだいぶ入ってくると思うんです。いままで入ってきていなかったようなのが。そういうスタンスで、この制度がいま進んでいると思うんですね。ですから、やはり診療行為に関連して亡くなった方、それももうひとつ加えれば正当な診療行為に関して亡くなった方については、このなかにぜんぶ入れるということではないんでしょうかね。そのなかで調査していくうちに、診療行為であってもこれは違法行為であったなということが現れてくれば、またその扱いをするにしても、診療行為に関して死亡された事例は、紛らわしくても21条に近くてもこの事業に入れて、そのなかで調査していくというスタンスでないと思進まないのではないかなと思うんですがね。

そういう事例は、やはりこの調査に入れたということ警察に届け出なくてもいいという形で、よほどのもの

があればこの調査のなかでそういうこともわかってくるわけですから。たとえば極端には、悪意を持ってしたことが途中でわかったような場合、それはちゃんと報告書にも出すでしょうし、そうするとそのまま放っておきましょうというわけにはいかないと思いますよね。ですから、広く 21 条に関わるかもしれないような事例、正当な診療行為中に起こった事例は、ここに入れるということで私はいいんじゃないかと思えますけどね。ですから、この事業では路上で亡くなっている人は当然扱わないわけですよ。

木村事務局長 清水先生が言われた、いろんな解釈のなかで皆さんが思っているスタンダードになるところだと思うんですね。もっと簡単にいうと、病院のなかで亡くなった方は、まずこちらでやると。それでもし問題があれば警察にもというふうな、簡単な棲み分けをするとそういう形になるのかなど。私どもが扱っているなかでも、明らかというのと疑いというとの境目はけっこうグレーなところがあって、わかりにくい。そうすると、これは疑いがある、複雑であるということでこちらも受けている場合もありますし、明らかだという解釈も、考え方によって本当にそうなのかということになるといろんな問題が出てきますので、簡単にいうと病院のなかで起きた、医療機関のなかで起きた事故に関してはという表現がいちばん期待しているところではあります。

清水委員 病院のなかでなくても、診療することはありますから。

木村事務局長 そうですね。医療のなかで起きたことですね。

清水委員 もうひとつ付け加えると、私はやっぱり正当な医療のなかで起きたことでしょうね。異常な医療で起きたことはやっぱり異常でしょうから。

樋口座長 今の話は、もちろんここで方針は決めないといけない。この機構がこの 1 年間どう動くかという話ですからあれですけども、一方でガイドラインづくりが始まったというので、そのガイドラインづくりとの関係もやっぱりありますよね。実際にだから、来年 10 月に動くものの動き方というのは、さっきの法律だけを読んでいてもわからんような仕組みになっているんですね。「それはガイドラインでやります」ということをずっと厚労省の方も言い続けられていて、詳しいことはガイドラインでやる他はないというので、この (2) の、それから (3)

のその他も一緒にとっていますが、この (2) と (3) でガイドラインづくり等について、この機構としてどういう形で関与していくか。今は木村局長がこの機構を代表してあそこにはちゃんと参画しておられるので、そういう意味ではちゃんと太いパイプはつながっているわけですけども、これについて木村局長、お願いします。

木村事務局長 まず、ガイドラインづくりに関して現状ですけども、法律ができたときにガイドラインで詳細を策定することになっておりまして、法律が決まって、7 月半ばからこれが動き出すというのが決まって、委員も決まっているところです。そのなかに、ここからも何人か入ってらっしゃいますし、私も入っているということです。来年の 10 月施行ですので、来年の 4 月にはこのガイドラインができあがって、できたらパブリックコメント等もとって、完成したものにしたいというのが厚労省の考え方だろうと理解しています。そうするとけっこう忙しくて、9 月ぐらいまでに粗方のガイドラインの骨組み、具体的なものができあがっていかないといけないので、法制化されるのに時間がかかったものですから詰まっていますけれども、一所懸命そこはやらなければいけない。

それで機構としては、私どもの経験をそのガイドラインづくりには積極的に出していきたいと考えています。厚労省のガイドラインの研究班——これは厚労科研で研究班としてやられているんですが、じつは最初の 1 回目ももうすぐ開かれますが、先ほど問題になった、どういう分類でやって、そこに私どもの 220 がどういうふうに分布されているか。あるいは、あの項目で抜けているものがないか。「例外的にこういうのをつくったほうがいいよ」とか、そういうものに対する意見を求められてきています。それをいま全例を分析して、明らかに誤った医療行為のなかで、たとえば医療行為なのか医薬品・医療機器の問題なのか、管理上の問題なのか、そういう細かい分類のなかでこの事例はどういうもので、それが何例ずつぐらいあったのかと。では、今後ガイドラインをつくるときに、どういう分類を念頭につくったらいいかということに反映させたいと。そういうことに協力をしていきたいと思っています。私どもとしては、推進委員会の報告書、提言でも、この新しい制度に対して全面的に協力をしていきたいと申し上げている立場ですので、ガイドラインに対してもこちらの経験、意見を積極的に述べていきたいと考えているところです。

それはガイドラインの委員会に対する協力ですが、それ以上に、こちらから「こういうこともやったらどうか」「これも必要ですよ」ということを積極的に述べていき

たいと思ひまして、そのなかには、どういふことで調査対象とするかどうかの判断をする、そのときには相談する窓口があつたほうがいいじゃないかと、支援団体が非常に大きな役割をするのですが、その体制をどう考えるかと、調査のあり方、報告書をどうやってまとめたらいふか、そういうことに関する提言をしていきたいと思ひています。

具体的には、現在、院内で医療安全管理者というのが厚労省の認定で決まっています、認定者がいて、それが中規模以上の病院ではだいたい病院のなかになつておりますけれども、これは保険で加算も決まっているのでどんどん増えているところですが、そういう方たちの研修内容を見てみると、医療事故が実際に起きたときにどう対応するかという研修はほとんどなされてない。時系列にどうやってまとめるかと、委員会をどうやって開くということ、研修として私どもがやるべき立場ではないかということで、そういうものに対するガイドラインとかマニュアルというものをつくって、提供したいということも考えているところです。

それから、全国に広がったときに、今の調整看護師さんたちは、そのなかで指導的な立場でそういう人たちを育てていかなければいけないので、全国規模の研修会とか、それから新たに、そういう調整看護師と現在呼ばれている方たちのような立場にある人を、育てていかなければいけないのではないかと考えています。

そういうなかでお話したいのは、いろいろな項目があるわけですが、これを運営していく上でのこの運営委員会の先生方、それから地域の調整医師をやっている先生方のご意見を求めていきたいと思ひます。私どもがガイドラインの委員会に提供する資料、それからどんなことが行われたかと。ガイドラインの研究会は、それぞれの団体とか立場の方の代表として委員が決まっていますので、その代表として出ている以上、その母体の委員会、団体に報告する義務があると思ひますので、私が行ってどんな状況かということをおの人にメール等を通じて、毎回ガイドラインの進捗状況をお知らせすると。それから、機構としてこういうことを提言したいということ、予め皆さんにお知らせしたいと思ひますし、その結果もまた報告したいと思ひますので、そこにそういう場所をつくりたいので、皆さんのご意見を求めると同時に報告もいたしますので、そこに積極的にご意見をいただきたいと思ひます。それがいい形で、今後のこの制度をつくっていく上に反映していくことができればいちはいいのではないかと。

きょう、その他でお願いしたかった、「地域から見た届出のあり方、支援体制のあり方等について」ということ

は、じつはそういうメールとかネットを通じて、この運営に携わっていただいている先生方、担当の方々のご意見をいただきたい。それからご報告もしたいということをお伝えしたかったということです。

樋口座長 ちょっと重複すると思ひますけれども、ガイドラインをつくるために厚労省は、研究班という形をとりました。検討会でも何でもなくて、厚労省研究班というのを立ち上げて、その研究班で大筋をとにかく議論していただくということです。その研究班にはいろんな医療関係、それから患者の関係の方々に入っている。そのなかのひとつに、日本医療安全調査機構の代表として木村局長も班員(研究協力者)として入っているといふことですね。それで、さっきの参議院かどこかの付帯決議にもあつたように、ガイドラインをつくるにあつても、「モデル事業等の経験を踏まえて、活かして」とあるわけだから、もうすでに厚労省からも、この220 数例の事例に則して一体どういふガイドラインが必要なのかということについての意見を求められて、これが次回に木村局長が報告されるわけですね。たぶん、また木村局長だからきれいな絵入りのスライドをつくられると思ひますけれども、こういうスライドでこういう形の報告をしましたというのを、この運営委員会の委員のところへもちろんフィードバックもするし、それからそこでこういう議論がなされたという報告もする。

その後も、事務局だから当然ではあるけれども、ここを代表して出て行くような研究班の形になっているのでいふか、そういう形の問題ではないですが、いままでどおり運営委員会のとくに地域代表の先生方から、ぜひともガイドラインでこういうことを明らかにしてもらいたいということがあれば是非伝達してもらいたいと思ひます。だってガイドラインは、検討会の報告書でもたくさんできるような形になっていましたよね。いったい何をどういふ形で届け出るか。それから、院内調査委員会といふながら外部をできるだけ入れて、どういふ形で立ち上げるか。誰がいったい支援団体としてどういふ形の支援をするのか。それから、木村局長も言われたように、それぞれの病院だってそういう報告書づくりに慣れているかというところでもなくて、「こういう報告書づくりはこういうところがポイントですよ」といふ助言が必要でしょう。「こういう言い回しは誤解を生むだけですよ」みたいな話も必要でしょう。その報告書を、また第三者機関がレビューするわけですからね。そうすると、レビューするときのポイントみたいなことも問題となる。だから、いろんなところでいままでのこの事業で

やってきたものの経験が活かせる、また活かさなければいけない話なのです。

集中して、2週間に1度は会議が行われるような話らしいですが。なにしろ、9月には骨子がまとまりますよね、いま7月なのに。9月か10月には大きな骨子がまとまるみたいな話で、だからもちろん8月も休みなくやるみたいですがけれども。そうすると、そこへ木村局長を代わりの口として、それぞれの地域代表の方から、「こういうことはぜひとも伝えていただきたい」という話を、ホットラインをつくっておきたいということだろうと思えますけれども、よろしいですか。もう少し具体的な話でもいいですが、事務局としては地域から見た届出のあり方は具体的にどういうふう考えたらいいだろうとか、支援体制のあり方等についてとか、もうこの段階ですから具体的な話で結構ですが。今のようなフィードバックの仕組みだけではなくて。

田中委員 今の概念とか方向性とか立ち位置は十分わかったんですけども、ひとつポイントを把握しきれていないのは、新しい20例で解剖なしと言われたときに、そこでまたわからなくなってしまうんですけども。もし解剖がないという事例の相談を受けたときに、院内を調査しなさいと。こちらがレビューしますよということだと思えますけれども、そのレビュー体制はつくるけれども、院内にどれほど我々に関わるので、どういうふうな形でやりなさいという、ある程度指導もすると。ただ、我々総合調整医がそこに1人か2人か入っていくものやらいかないものやら。評価体制は、木村局長とご相談させていただいて日々の対応はさせていただこうと思えますけれども、それにつけても捉え方として、相談があったときに当該病院なり患者さんにどのような立ち位置で説明すべきなのかなど。解剖がある場合はいいですがけれども、ないときにどの程度指導モードでいったらいいのかとか、どの程度寄り添ってどの程度は自立してやりなさいという、そのへんの感触がもうちょっとわかればと思ったんですが。

木村事務局長 機構でやってきたことがすべて解剖を前提としていますので、非常にイメージとしては逆に難しいと思います。でも、医療機能評価機構からのデータで逆算したもので、日本全国で診療関連死というのが年間1,300から2,000あるだろうと。今度の制度は、診療関連死すべてを対象としますということですので、当然解剖なしの事例も、院内調査に外部委員を入れて立ち上げることになると思います。ですから、そこには当然、いままでの経験を活かしてどういう形でやるのかというの

は、おそらく先生が言われたように、評価をこちらでちゃんとするけれども、それまでの資料を臨床経過からぜんぶ揃えていただいて、それはおそらく同じようなやり方で揃えて、解剖だけがないというようなイメージで、そのなかで何が判定できるかということになるんだろうと思えますけれども。イメージとしてはそういうことを、私どももまだやっていない。相談は、今じつは来始めているところですが、それはある程度やって、こういう方法でどういうポイントを議論したらいいかということは、出していないといけないかなと思っていますところ。

田中委員 ご相談させていただければと思います。

居石委員 今の点につきましては、今度の委員の委嘱状は、九州ブロックとして委嘱状が来ております。従って、福岡地域を超えて九州でなどといったことを想定したそのなかに、非解剖事例をイメージしてみました。福岡地域では、たまたま医師会が支援母体をつくってくれていますから、いま田中先生がご質問になられた支援のそれは、業務から評価のその支援まで含めてそちらにお願いをし、その上でもしも解剖がオーケーということならばモデルに持ち込んでいるわけです。それがもう大前提としての福岡県の支援方式なわけですね。モデルに持ち込む、つまり解剖、もうそれです。「解剖してくれるな」という事例は、もう支援の県医師会の方々をお願いしたままになっているわけです。これがいわゆる非解剖事例です。

調査に積極的に第三者がという、ただどうしても中立性は、出身大学等々というのはまだ委員が十分ではありませんから、経験も十分ではありませんから、なかなか大変なところがあってどちらも苦労しておられますけれども。もとに戻ります。

九州に広げた場合には、場合によっては意向として、それこそ明確な中央事務局から一例一例についてのご示唆をいただければありがたいんですが。私どもの地域事務局の委員が、福岡県以外の地域の事例の場合に、非解剖事例で相談を受けて入ることになれば、積極的に大学の先生やら何やらをお願いして、そうするといま新しい法案として通ったいわゆる中央の評価機構とは離れて、とにかくまずそこで第三者参加型の院内事故調査をしっかりとやっていただきましょうの支援を各地域でお願いをする。それがまずは出発点かしらと思うんです。

たまたま、福岡地域の場合には切り離れた支援団体をつくってもらいましたから、そこで「評価等々という資料が揃いました。ではモデルで最終的な、まずは地域の

評価・分析を委員会で判断をいたしましょう」という、中立性を保ちながらの二段構えになっています。それが他の地域はまだまだできこないわけですから、そのあたりも加味して、解剖事例については、あるいは非解剖事例については、早い時期に明確なやりようあたりもちょっとイメージをつくっていただけるといいなと。

もちろん一例一例、発生して、こういう相談内容ですよ。非常に限られた事例ですよ。ご遺族が積極的に不安を訴えられ、不満を訴えられたケースの場合には、非解剖事例でも取り上げられていくことになって、平等ではなくなります。従いまして、1年半というこの時期、あるいは1年ぐらいのこの過渡期は、それなりにきちんとした解剖事例、非解剖事例に分けながら、事務局としては方針を早い時期にお決めいただけるとありがたいと思います。そうしないと、地域の責任を一例一例負わされていくときに、ずいぶん迷うことになると思いますので、よろしくそれはお願いしたいと思います。

有賀委員 先ほどの、ガイドラインをつくるための会議に関してのみいえば、全国医学部長病院長会議の立場で出ていることになっているんですけども、そういう立場がどうであれ、今回の法律をカバーする範囲というのは病院だけじゃなくて、診療所とかみんな入っていますよね。東京都医師会も、当初は総務担当理事だったと思いますけれども、医師会のマジョリティである診療所までカバーされているし、よく調べてみると助産所も入っていると。だから、そういう意味では大きい病院だけではないよねという話が出発だったと思うんですけども、その後、現在の執行部ができるときに、こういう問題をとくに議論するための理事をまた別途につくって、だから総務担当と医療事故調担当の理事が2人いて、その人たちを中心に医師会のなかにワーキンググループをつくりました。

そこでの基本的な考え方は、要するにここでいうような第三者機関がどうなるのかはわからないと。だけれども、支援組織というものがもしあるとすれば、自分たち医師会がそれを担うしかないのではないかという話から出発しました。福岡の事例などは、医学部長病院長会議のなかにもしばしば議論として出てきていますし、医学部長病院長会議の主張としては、もう去年のメッセージも、やはりこの手の話は地場に下りていかなければいけないので、少なくとも都道府県医師会がある意味一緒にやらないといけないだろうというメッセージを出してきていました。そこで、東京都ではとりあえず13大学ありますので、その13大学に声をかけて、とにかく支援組織としてやっていくことにたぶんなるとは思いますけれども、

そのときに大学病院がどんなことができるのか、という感じで話し合いを出発させたところなんですよ。

今のお話のように、医師会ですから、いわゆる第三者機関そのものにはもちろんならないでしょうけれども、第三者機関と上手にシンクロしながらやっていかなければいけないだろうと。今の福岡の話はそういう話だと思えますので、やはり地域の都道府県医師会レベルで支援組織としてどんなことができるのかという話は、やっていけないといけないのではないかなと。そういう具体的な話が、あちらこちらでもしできていったとすると、いずれ第三者組織になるかもしれないこういう場で、全体をある意味均てん化させていこうとかということはある意味いいのではないかと。

東京都医師会とはとにかく、全国から見られているという意識もあるみたいで、「ちゃんとやらにやいかん」という意識が、医師会の執行部には大きなエンジンとしてはあったみたいですが。僕は医学部長病院長会議ではそういう議論をしてきましたので、福岡からの委員の先生方の意見もあったので、都道府県医師会と第三者機関が上手にシンクロするということでもやらねばならないということで、いま議論が進行中なんですよ。

だから、そこではやはりどんな時間でも、該当のクリニックにせよ病院にせよ、相談できなければいけないだろうとか、それからひょっとして病理解剖したほうがいいよねといったときに、「何日か後にやりましょう」ではなくて、「明日の朝、どこどこに運びましょう」という程度には提案できないといけないよねとか。それから、クリニックなどはもうほとんど院長先生しかドクターはいないわけですので、手伝うといったときにどこらへんまでどう手伝うかという話は、けっこう具体的にワーキンググループの連中が、「行ってあげなきゃいけないよね」という話もしています。やはり、地域のそれぞれの景色をある程度見ながら、非解剖事例についてのことも含めてやっていかなければいけないのではないかなというふうに思います。

木村事務局長 調査の内容について貴重なご意見をいただきましたけれども、これがいま現在すごく積極的にやられているのは、先ほどお話にあった福岡地域、それから東京都、あと愛知県だと思います。そういうなかでは、いままでの制度が不十分という点もあったこともあって、そのなかで一所懸命、ある程度なかで解決できるようなものは解決したいということで作られてきたんだろうと思います。地域支援、あるいは調査支援団体、支援組織をどうするかということは非常に大きな問題で、支援組織のなかには推進委員会の報告書のなかでも述べまし

たけれども、その事例が起きた病院、医療機関に入っ
て、それに寄り添って助けるような支援——これは
業務の支援と呼んでいますけれども、そういう内容をま
とめたり相談にのってあげたりという部分と、それから
一步離れて、いま機構でやっている評価委員会のような、
これを客観的に第三者として評価するというのと両方が
含まれているという点があって、これをゴチャゴチャに
するとこの制度自体が、いってみれば社会から、あるい
は患者さん側から、「これでは信頼できない」ということ
になりかねない要素が入っているというふうに、私ども
は思っていなければいけないと考えています。

そうなるとその支援組織というのは、7つの地域に分
けたらという提案をしていますけれども、地域ブロック
の代表として、これは第三者機関の立場で地域に1人な
いし2〜3人はいるような形が好ましいのではないかと。
その下に都道府県単位で支援団体というものがある、
そこにはいまお話にあったとおり、医師会、それから基
幹病院、大学医学部というふうに、大きく分けるとそう
いう要素の方たちにそれぞれ1人ないし2人の代表——
これは個人として代表として登録させていただかないと、
ここの部分はたとえば医師会なら医師会が面倒みますと
いうと、内容的に解釈の仕方がその都度違ったりします
ので、どなたが代表かというのは決める必要があるの
ではないかと。

それで、医師会、基幹病院、大学医学部と考えたとき
に、そのなかで支援団体のリーダー、代表者を一人決
めて、そのへんのやりとりをしていただく。それで、主
に医師会、基幹病院は、いまお話ししたなかでは業務を
支援する側。寄り添って支援する側というのはどうして
も必要なので、これを地域の医師会の先生方におそらく
やっていただかないといけないのではないかと。それから
評価するのは、今度は医学から見ても大学とか学会レ
ベルということになるんですが、大学病院側にむしろそ
ういう役割をお願いして、お互いにつかず離れずという
か、あまりそこが一緒になってやったのでは第三者性とい
うのが崩れてくる可能性もあるので、きちっとした形で
そういう体制をつくる。第三者性が保たれる、外から見
ても、つまり医療を受ける側から見ても納得がいくよう
な制度でないといけないということは感じているところ
です。

ですから、そのへんがちゃんと担保された形でこの制
度がつくられる必要があるので、非常に数を処理しな
ければいけないとか、十分でない資料を分析しなければ
いけないとか、地域で人数もいない、いろんな問題があ
りますけれども、基本的な考えは、そういうところに問題
があるということを絶えず意識しながらつくっていく必

要があるのではないかとというのが、私の考えです。その
なかで各医師会の先生方には、おそらく全国規模でやる
ときには、本当にお願いしなければいけないことはたく
さんあると思うので、医療界が全体でこういうことに対
応するんだという考えの下に動いていかなければいけな
い。有賀先生のおっしゃるとおりだと思います。

有賀委員 費用の面でも、けっこう議論が出ていまし
てね。病理解剖やったりとか、いろいろあるじゃないで
すか。A iも、江東区にA iをやってくれるような施設が
今あるみたいですけども、そこも基本的には費用が出
るわけですよ。東京都医師会は、どこまで上限がある
のか知りませんが、いずれにしても本件は自分た
ちの医療のクオリティをよくすることなので、その費用
は医師会がみると。これが筋だというふうに、実は言っ
てくれているんですよ。だから、僕たち病院でインシ
デントレポートやアクシデントレポートをいろいろや
りながらやっていることもみんな含めて、確かに自分た
ちの医療をよくしようと思ってやっているということにな
るので、「費用はしようがないけどやっていますよ」とい
って、「ああ、そうかい」と。だけど、東京都医師会はそ
ういうスタンスは少なくとも持っていて、自分た
ちの問題としてやはりやらなければいけないと。

だから、木村局長がおっしゃる第三者性をきちっとし
ましようねという話は、おそらく議論の延長線上に私は
出ると思うんですけども、今のところの議論である
中核を成すものは、やはり中小病院については大きめの
病院が助けましようねと。大きめの病院でもやっぱり困
ることがあるので、大学病院が助けましようねと。普段
の診療の助けたり助けられたりするのと、基本的な骨格
は同じだろうと。そういうことで、従って医師会は、医
師会のお金でやってもいいんじゃないかという文脈です
ね。

先生がおっしゃる第三者性は大事だとは思いますが
けれども、何はともあれ医学部長病院長会議で言ってい
るのは、そういうふうにして大きい病院が小さい病院を助
けたり、診療を助けたりする話は、もともと医療者と患
者さんたちとの信頼関係をより強固にすると。強くする
ためにやっているんだよねという考え方なので、一緒にや
ると「おまえらグルだから」ということで言われるかも
しれないという事実は知っていますけれども、「言われ
ちゃうからこうだね」ということは、少なくとも医学部
長病院長会議でも、また今のところ東京都医師会でも出
てはいません。

後委員 私のところは、今お話に出たインシデントレポ

ート、アクシデントレポートの類の全国版をやっているわけですが、先ほどらいた話を聞きますと、解剖もあって、それから資料もふんだんにあってという分析以外の、そういうフル規格揃ったもの以外のいろんなグレードのものが今後、出てくる可能性があるということだと思っうんですね。インシデントレポート、アクシデントレポートは、私どものものも一定の分析はしていただいて、背景、要因とか改善策まで書いていただいているわけです。そのフル規格のものからレポートिंगみたいなもの、いろんな段階があると思います。そのなかで、届け出られた事例はどういう程度のもをすればいいのか。そういうふうを考えていけば、必ずしもフル規格でないとだめで、あれがないからだめなんじゃないか、あるいはそれを無理やり揃えるためにどうしようかということと汲々とするよりも、どのような程度の資料があつてどの程度の事例なので、これはこのぐらいた調査をしていこうとか、そのように考える発想もちょっとあつたほうが、あまりに窮屈だつたり苦しまなくて済むのではないかと。そのためにも、私どものレポートिंगシステムの経験も、ガイドラインづくりのなかでよくご説明していきたいと思っいます。

永井委員 1番の今後の事例受付と2番のガイドラインの関連ですが、今やつておられる10なり11の地域は、やつぱり進んでいると思っうんですね。進んでいるなかで、この付帯決議のなかの「地域間における事故調査の内容及び質の格差が生じないようにする観点」という、こういう意味を含めると、できたら今年度に、さっきの福岡の話もありましたけれども、地域外、いわゆる県外のところからもいろいろ受けて、広くやつてみるということもぜひチャレンジできたらと。できるところでも結構ですが、やつていただければありがたいなという感じもしていますので、よろしくご検討をいただきたいと思っいます。

樋口座長 この1年間については、自分で壁をつくらないでという話をしてるわけですからね。だから、さっき長崎委員がおつしゃつたように、退院して次の日に急にとついう、そんなこと予想もできなかつたのにとついう話だと、やつぱり診療の関連性ももしかしたらあるかもしれない。でも、今は行政解剖みたいな話になってしまうということとです。さっき他の先生もおつしゃつてくださいましたけれども、病院内でというふうにあまり壁をつくらないで、診療に関連していそうだとついうように幅を広げる。それで、いま永井委員のお話は、いま地域限定でやつているわけと、それ外してということにもなり

ます。だから、どこまでやれるかというのが結局、フィービリティの問題であるわけだけれども、初めに概念を立てて何とつかつという、窮屈な自縄自縛の話をやつてられないような、まさに今はそういう時なのではないでしようかというご助言だと理解しました。

他にはいかがでしようか。

松原委員 今の永井委員の意見に大賛成で、私も発言しようと思つていたんですけども、今やられている都道府県に関しては非常に進んでいて、よくシステムができあがつてきていますけれども、それ以外の部分、いまデータにして40何%カバーしていると言つていますが、逆にいうと半分以上がカバーできてなくて、その部分とのギャップは今かなりあると思っは思つていて、いま上げるときに、それ以外の部分からどうやつて拾い上げていくかということも、この機構として考へていただけるといいかなと。いままでのいちばんフルのスペックのものを他の都道府県にやるのか、逆にこれから第三者の事故調である院内調査の部分で広げていくのか、今後検討しながらだと思っいますけれども、それをどうやつて広げていくかというのもひとつの課題かなと思つています。

樋口座長 他にはいかがでしようか。黒田委員、何かありませんか。

黒田委員 とりあえず今いちばん心配なのは、愛知地域では6月に急に何例か相談があつたものですから、あと何例やれるのか、いくら予算が残つているのかがわかつていないので、解剖は当然受け付けてやることになると思っいますが、解剖が終つたあと、評価委員会まで行けるものがどのぐらいたあるのかを把握できていません。それはいつどこで発生するかわかりませんので、愛知地域では年間3例か4例しかないわけですが、6月にそういう相談が数件あつて、しかも某学会の最中にあつて私共もあたふたしてしまいました。私共が現地にいないということもありまして混乱しました。愛知県医師会の剖検のシステムがありますのでそれで一例を、現在の医療安全調査機構の剖検システムを使って2例を処理して、もう1例は、院内の病理解剖をとりあえずやつておいてくださいということで、3+1で4例を処理したんです。そのときに、これから何月までの予算がどうなつていて、それに対して本当に全例受け付けていいのかというのが、ちょっと地域事務局ではわからないので困りました。

樋口座長 いやいや、じつは中央事務局でもそう簡単に

はわからなくて、そんなこと私が言っただけでいいから、しょうけど、まず第三者機関としていつ認定されるのか。そもそも認定されるのかというのがわからない段階で、さうとう手を広げたり、きょういろいろ元気なお話をいただいているので、私も本当はそういう方向でドンドンとは思いますが、やっぱり限られた人員と時間と予算という話のなかで、本当は、ここは実務的に非常に曖昧なところがあるので、そのさじ加減というのは、本当は木村局長のところではすごく苦勞はされる。黒田先生の相談にも親身に寄り添ってくださいますし、私なんかは言えないですが、現実的には大きな問題ですよ。

とりあえず 20 例という形にしましたということでしょう。何例出てくるかは絶対わからないわけですからね。だから、早めにパンパンとやっちゃって、「はい、20 になりました。他の新しい事例をどんどんやりたいのです」というので、「いやいや、そうじゃありません」と言われたときにどうするかみたいな話は、現実的にはすごく大きいんですけどね。

木村事務局長 これは、機構の事業が補助事業としてやって、1億2,000 万を国からいただいて、それは先ほど収支をお示ししましたけれども、その補助金はどこに使うのかというのは決まっているわけですね。それプラス、今度はある意味では自由に使えるのは各学会からの負担金で、5千何百万いただいています。そういうなかでやっていると、その5千何百万分だとしたら、いくらでもそのなかではできることになります。

ただ今後、いまお話ししたような内容をいろんなことをやっていかなければいけない。研修も企画していかなければいけない。今のうちにやらなければいけないこともずいぶんある。それからいちばん大事なのは、全国版で動いたときにもっとたくさんじつは人材がいるんですよ。その方たちを、本来ですと今からもううちに就職していただいて経験をさせていかないと、先ほどの話で全国になったときにすぐ動くということは、なかなか現実問題として不可能な点があります。今からやるといったときに、じゃあ第三者機関に決まってもいないのに何をやるという話に、どうしてもそのへんがいつもモヤモヤするところですが。ただ、私どもとしては、こういう経験を活かして次に伝えなければいけないということは、責務であるという立場でやっていきたいと思っています。

それから、こういうことをやる方たちというのは、皆さんそれぞれ臨床のキャリアがすごくあったり、人格的に素晴らしい方たちでないとできないので、正直な話、給与体系もしっかりしたものを作りたいところなんです。

そうじゃないと、申し訳ないような感じなんです。それもギリギリで、今回少し人件費が増えたというの、そういうのを一般的な団体のレベルにすると、とたんにあんなふうにお金が今年は5万くらいしかないという状態になってしまうので、いま寄付もお願いしているところです。

ですけども、一方では「今年、10～例になったからもうここでお終いです」ということは絶対に言うつもりはありませんので、そのなかで必要があればやっつけなければいけないし、動いていくことがこの機構を次に伝える、やめてしまったら何もなくなってしまいますので、それは動いていかなければいけないし、引き受けていかなければいけないと思います。やり方は、その都度検討させていただくことになるかもしれませんが、どんどん声を掛けていただければと考えています。

黒田委員 とりあえず相談があって解剖ができる事例は、解剖だけはやっておこうと思っているんですが、それでよろしいですか。

木村事務局長 はい。今は、機構でモデル事業としてやる分は、解剖の費用その他もぜんぶモデル事業のほうから出ております。そのへんはもちろん問題になればお話ししますが、今のところはそれも含めて受ける限りはモデル事業の予算のなかでやっていきたいと思っています。たぶん、現場ではそういうことがすぐ問題になるのではないかなと思うんですね。医師会で出すというお話もありますし、これは医療界が、原因を究明するという責務があるんだというふうには大前提で考えれば、患者さん、遺族に請求するのではなくて、あるいはその当事者の医療機関が全額を出すのではなくて、全体で補助しなければいけないことだと思うんです。そのへんは現状のなかで一所懸命考えていきたいと思っていますので、どうぞ必要があればどんどん声を掛けていただければと思います。

樋口座長 第1回運営委員会は、時間が差し迫っているので、きょうはここで閉じようと思いますけれども、第2回の運営委員会のときには、ガイドラインの状況もさうとう明らかになっている。それをただ待っているのではなくて、繰り返しになりますけれども、木村局長を通して、こちらの運営委員会の方の考え方を研究班のところへ、できるだけ経験を通してという形でつないでいきたいと思っていますので、メール等の手段になると思いますが、行ったり来たりということで事務局の方も大変でしょうけれども、全体でこういうような話が出

ているのかということをつなぎながら、次回、また第2回の運営委員会でさらに議論を発展させることにしたいと思っております。

では、きょうはここまでにしたいと思います。本当にどうもありがとうございました。

(終了)