

## 平成 26 年度 第 2 回 運営委員会

○日 時 平成 26 年 11 月 11 日 (火) 13:00~15:35

○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/日本医療安全調査機構代表理事)

後 信 (九州大学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 壯介 (日本医療安全調査機構専務理事・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)

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)

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)

矢富 裕 (日本内科学会担当理事)

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)

舟山 眞人 (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)

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)

奥村明之進 (大阪・大阪大学大学院医学研究科呼吸器外科教授)

長崎 靖 (兵庫・兵庫県健康福祉部健康局医務科監察医務官)

清水 信義 (岡山・岡山労災病院名誉院長)

居石 克夫 (福岡・福岡徳州会病院顧問/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

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、第 2 回運営委員会を開催させていただきます。

お手許にお配りしています資料の確認をお願いいたします。まず運営委員会議事次第と、資料 1 としまして前回の運営委員会の議事録、報告事項の資料としまして資料 2 の直近の事例・現況について、資料 3 の上期の収支報告、それと定款の変更について資料 4-1、改正のポイントとして資料 4-2、資料 4-3 としまして改正提案の新旧対照表、以上が報告の資料でございます。続きまして議題の資料といたしまして資料 5 新制度ガイドライン作成に関する動向と当機構の今後の取り組みについて、資料 5 の別添としまして 1 と 2 それぞれでございます。それと、色刷りの資料 6 今後の事例受付等の考え方について、資料 7 といたしまして「モデル事業総括WG」の設置について。それと、本日お配りしています樋口座長からの資料でございます。「医療事故防止に向けた仕組みーアメリカとの比較」を追加の資料として加えさせていただきます。

それでは、進行を樋口座長お願いいたします。

樋口座長 それでは第 2 回運営委員会を開始したいと思いますが、第 1 回が 7 月だったそうで、きょうが 11 月 11 日、おそらく年度内にはもう一度運営委員会があると思いますが、本当にお忙しいところをこれだけの数の先生方に集まっただけに感謝しております。

それから、こういうもの(『法律のひろば』)が昨日私のところに届きました。このなかには鈴木(利廣)委員の文章も入っているのに自分の文章だけ参考資料として付けて、「なんで樋口のだけ載せて、鈴木のは載せないのだ」と怒られそうだったんですが、勝手に載せると怖いものですから……冗談です。今度、検討会というのが発足するようですが、多分その座長になるであろう山本和彦先生のも入っておりますので、表紙だけでもご覧ください。(『法律のひろば』回覧)

きょうはいったい何かということですが、とにかく法律はできましたということです。来年 10 月の開始に向けていろんなことをやっているわけです。厚労省ではガイドラインの策定にあたって研究班というのをやってきており、これで既に 8 回ですか。今度、検討会に引き継ぐわけでもなくて、研究班はそのまま多分継続するというお話らしいですね。で、いま言った検討会なるものが新たに組織され、検討が始められるという話を聞いております。制度開始にあたってのはっきりした方向性は法律

で出ていますが、それを細かく詰めていく作業がすごく進んでいるかというところではないと思いますけれども、当機構としては新しい制度ができる際に出来る限りの協力をして、そのために粛々と準備を進めていこうということでもあります。そのようななかで本日は、我々はこれから何をすべきかということで、先生方、委員の方々にご意見を伺おうということでもあります。

それで、報告事項が終わった後、中心となる議題は3つです。いま言ったことをもう少し詳しくということになるとと思いますが、新制度ガイドライン作成に関する現在の動向と当機構として今後どう取り組むかという話が1つ。それから今度は、当機構のほうはどういう形で新しい制度に受け渡すかという問題がどうしてもありますので、今後の事例受付は、これで11月になりましたし、4月からまた新年度でさらに来年10月からスタートという、それがどういう形でスタートするかはわからないにしても、やっぱり経過期間、移行期間みたいなのところに入らざるを得ないわけですよね。なにしろ途中で止めることはできないですから。そこで今後の事例受付の考え方について議題とし、さらに受け継ぎのためにもモデル事業—ここまでやってきた前の5年間だけではなくて、一種のモデル事業の継続でありますから、そういう意味でこれまでの事業を総括するワーキンググループを設置して、その報告書を研究班なり検討会なりに出せるようにしていこうという話を、議題として取り上げたいと思っております。きょうは厚生労働省からも、室長はお忙しいらしいのですが井上補佐が来てくださっているのも、もし何かありましたらまたご発言をいただきたいと思っております。

それでは報告事項から順にということで、事務局のほうからお願いします。

**木村事務局長** お忙しいところをありがとうございます。事務局長の木村でございますけれども、資料2、最近の受諾事例をご説明・ご報告させていただきます。資料2をご覧ください。

表が上下にあります、上の表が事例の受諾状況です。今年11月6日現在で今までの事例が集積されておりますが、いちばん下から2つ目、モデル事業から9年間でトータル231事例になっているところです。その下に(21)というのがありますが、これは協働型。ご存じのとおり、事例が発生した病院のなかで外部から委員が入って検討を行うという協働型が231のうち21事例。これは、平成23年から始めているところでもあります。

今年度26年度は全国で11事例、うち協働型が4例と

いうことです。これは、今年度に入って8ヵ月たっているわけですが、例年からするとやや少ない。これは今もお話があったとおり、引き継ぎのためのいろんな準備をなさいますということで、予算等の配分でも指示を受けていたところですが、実際には「来年度から変更があるので事例受付は制限いたします」ということはやっておりません。実際にご相談のあったのはそのままご相談をさせていただいて、これは引き受けるべきだと思われるものは引き受けさせていただいて、結果11例ということです。それぞれの地域にわたっているのはご覧のとおりで、今までのパターンとはそんなには変わっていないという言い方でよろしいかと思います。

下の段は評価の進捗状況ですが、これもいちばん下の右、報告書まで済んで一応終了というのが231例のうち210例あるということでございます。

裏側を見ていただくと事例受付の状況ですが、新規受付の途中に二重破線が入っています。これは前回7月に運営委員会でご報告したのが上のほう、下は7月以降ということです。宮城地域の回盲部切除術後出血というので始まりまして、胸腔穿刺、脳腫瘍で抗けいれん剤内服で中毒性表皮壊死症とか、心臓カテーテルに関するもの、それから心臓の手術後2日目の大量出血といったようなものが事例として入ってきています。

今までこういう報告の欄はなかったのですが、今回パイロット事例というのを一つ設けさせていただきました。これは、今までの従来型あるいは協働型という方法で私どものほうから報告書が出るという形の調査とは別に、「来年度のことも踏まえ新しい方法を行います」ということは前にも申しあげていたところですが、それをパイロット事例という呼び方をさせていただきます。内容はややバラエティーに富んでいて、「従来の方法とは異なった調査方法による」と書いてありますが、たとえば非解剖事例の評価、同一医療機関における複数連続事例の評価というようなことをやっております。これはみんな支援という形でやっていますので、調査の本体はその医療機関あるいは大学等にありまして、私どもが最終的な評価報告書を書くわけではないのですが、実際に調査・分析のお手伝い等に至るまで、普段やっておりますやり方で協力させていただいているということで、これは来年度からの新しい方式を見据えて、こういう方法もやらせていただいています。それが11事例になっております。したがって今年度11、たまたま同じですが8ヵ月で11事例と言いますが、これを入れると22事例になります。仕事の内容としては、ほぼ同じような考え、それから手数をかけて調査をしているというのが11事例あ

るということです。

それから、相談のみで終了したのも二重破線の下のほか、解剖の承諾を得られなかった問題、それから当該医療機関のなかで病理解剖をし、そこで調査をするからよろしいですというのが2例、司法解剖に回ったのが3例になっております。今後の進め方等に関しては、後のほうでまたご報告させていただくことになると思いますので、事例の受諾状況に関しては今のご報告の通りです。受諾、パイロットその他に関して今すぐご質問があれば、私がお答えいたします。……よろしいでしょうか。では、事例の報告は以上とさせていただきます。

**亀井次長** 続きまして資料3、上期の収支報告をさせていただきます。上期ですので4月から9月までの収入と支出の状況でございます。

まず収入が、国庫補助金が1億2,073万6,000円、あと各学会・団体からの負担金としまして5,633万4,000円、これに雑収入等を含めると収入合計が1億7,722万3,351円になります。国庫補助金が8月25日に入金いたしました。それまでは負担金の約5,600万円で資金繰りをしなければいけないということで冷や冷やしておりましたけれども、8月25日の入金で資金繰りとしてはほっとしたという状況でございます。収入としては、そういう状況でございます。

支出でございますが、人件費は給与支給が月遅れですので5ヵ月分の計上となっております。それに6月の賞与と社会保険等の事業主の負担金も含めた額で約5,000万円。事例に係る委員会、説明会等の謝金としまして730万円、これらに係る交通費として約200万円、それと解剖費として約160万円ほど支出しております。あと大きな支出としましては(7)印刷製本費、これは毎月発生するコピー料金と毎年編集発行いたしております事業実績報告書の約100万円が含まれております。その他、使用料および賃借料1,200万円計上しておりますけれども、これは事務所等の賃料です。これに関しましては、前払いとして1年間まとめて払う額約800万円が含まれている額でございます。支出の合計が7,900万円で前年度と比べますと、同程度の支出状況となっております。収入から支出を差し引いた額が9,700万円でございます。預金残高としましては1億3,400万円でございます。このうち3,500万円が基金として前年度から繰り越しされている額でございます。上期の収入・支出は以上でございます。

続きまして理事会、社員総会の決議事項報告でございます。資料4-1でございます。

前回の運営委員会で、今年度の事業の一つとしまして、今年度中に一般社団から公益法人の認定を受けるよう準備を進めているとご報告したところでございます。本年6月からコンサルのアドバイスによりまして、認定要件に沿って定款の変更、規則の制定等行ってまいりました。これらの定款の変更、規則の制定等につきましては、理事会の承認後9月24日に臨時社員総会を開きまして、ご承認いただいたところでございます。これもちまして、10月17日に内閣府へ公益法人申請を行ったところでございます。本日は、定款の改正につきましてご説明させていただきます。資料4-1は新定款、4-2が主な改正のポイント。本日はこの改正のポイントに従いまして、資料4-3新旧対照表で説明させていただきます。4-3をお開きください。全体といたしましては、内閣府のモデル定款に沿った改正と、関連文書による表記の変更を行いました。

まずポイントの1でございます。事業目的の表記を変更いたしました。これまでは第3条事業の目的、「当法人は、制度化に向けて」という文言がございました。これを新事故調査制度を前提に文言を換えました。また、今後死亡事例以外の事例につきましても前提に変更いたしました。

新定款の目的第4条でございます。重要なポイントですので読ませていただきます。「この法人は、専門性、中立公正性、透明性のもと、診療行為に関連した死亡その他の事故（医療事故）についての情報の収集・検証・調査・研修・出版等の事業を通して、事故原因を究明し、事故防止のための適切な対応策の策定に役立つ知見を発見、蓄積、普及啓発することにより、医療の安全の確保と質の向上を図り、もって誰もが安心して安全で質の高い医療を受けられる社会を実現することを目的とする」といった内容に変更いたしました。

次のポイント2でございます。事業内容を具体的に表記いたしました。第4条ですけれども、これまでは(1)診療行為に関連した死亡の調査分析、(2)上記に掲げる事業に附帯又は関連する事業という2項目だけでございました。これを新定款5条として、(1)医療事故に関する情報の収集、検証および調査、(2)前項に関連する情報の整理の分析、(3)医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修、(4)医療事故の再発防止に関する普及啓発、(5)前4号に関する広報及び出版、(6)医療事故の調査及び防止に関連する提言活動というような条項に改めました。

次のポイント3でございます。新定款第8条 医療安全分担金の条項でございます。従来は負担金としておりましたけれども、「医療安全分担金」という文言に改正い

たしました。会費ということになりますけれども、「社員は、この法人の事業活動に経常的に生じる費用に充てるため、社員総会の決議に基づき医療安全分担金を支払わなければならない」として、支払い義務を明記いたしました。

続きまして4ページでございます。ポイント4として、社員からの社員総会の招集の請求でございますけれども、これまで社員総数の5分の1としておりましたけれども、法人法の定めるにより10分の1に改正いたしました。

続きまして6ページでございます。ポイント5としましては、副代表、専務理事、常任理事を設置いたしました。新定款24条でございます。「2 理事のうち1人を代表理事、2人以内を副代表理事、1人を専務理事、3人以内を常任理事とする」3項目として、副代表理事、専務理事及び常任理事については、法人法の定めるところにより業務執行理事とすることにいたしました。別に定める業務執行権限規定によりまして、担当業務を明記することにいたしております。なお専務理事の選任につきましては、現在常勤であります木村事務局長に専務理事として、常任理事のお一方については樋口運営委員長を常任理事にお願いするということで理事会で決議されたところでございます。

ポイント6として、理事の選任についてでございます。これまでの旧定款では、役員を選定につきましては〇〇学会の理事長、〇〇団体の会長または副会長という表現でございましたけれども、内閣府から、限定された範囲のなかからの選任になることなので不適切という指摘がございましたので、新定款25条では「理事及び監事は、社員総会の決議によって選任する」というように変更いたしました。

9ページをお開きください。理事・監事の報酬についてでございます。理事・監事はこれまで無報酬とするという規定でございましたけれども、謝金についても報酬になるということで、「無報酬」という表現を改めました。報酬規定を定めまして、臨時の社員総会で謝金につきまして承認をいただいたところでございます。あと、第33条。これまで顧問の規定というのはございませんでしたが、ここで顧問の条項を設けました。

11ページでございます。当運営委員会の位置づけでございます。これまで運営委員会は理事会と同等の位置づけにありましたけれども、理事会の下に設置することといたしました。新定款44条「2 運営委員会の委員は、理事会において選任する」「3 運営委員会の委員長は、常任理事をもってこれに充てる」ということで、先ほどご説明しましたように樋口委員長を常任理事ということ

でご承認いただいたところでございます。

続きまして14ページでございます。第52条基金の募集でございます。基金を募集することができるいたしました。活動資金の原資となる基金、いわゆるファンドを募集することができるという規定でございます。

最後の17ページをお開きください。この定款は9月24日の社員総会で決議され、この日から施行となっております。現在、10月17日に内閣府で公益法人の申請を行って、今後いろいろ内閣府からの指摘とか修正等のやりとりがあって、2月末頃になるかと思いますが、承認された場合には公益法人の認定となりますけれども、公益法人の認定を受けた日から、この定款で表現していません一般社団法人となっている文言を、自動的に定款の変更をすることなく公益法人と読み替えることとなります。報告は以上でございます。

**樋口座長** 最初に申し上げることを忘れてましたが、資料1が前回の議事録です。これはあとでお読みになって、何か注意されることがあったら事務局のほうまでご連絡ください。また事例の現況については先ほど木村先生から丁寧な説明もあり、一応チャンスはあったはずですが、それも含めてこの報告事項について何かコメント、ご意見、あるいはご質問があれば伺いたいと思います。ただし、これまでの話の中で自分の名前が1回か2回か出てきたので敢えて付言いたします。ここにおられる先生方はきっと誤解されないと思いますが、常任理事というのは非常勤という意味です。非常勤なのに常任理事というのはどうもじっくりこなくて、という感じもありますが、それはともかくとして、私の役割は相変わらず、当面の間この運営委員会の委員長をやるということであります。それで、無報酬という規定が変わったからといって、特別に報酬を得ることなどなく、その点では何も変わらないという、その点もご理解ください。

その上でこの規定や何か、一応これは報告事項ではありますが、今後のこともありますので、ご意見、疑問等を受けたいと思いますが、いかがでしょうか。内閣府で公益法人にするためのひな型ができていて、そこへ当てはめたというようなことではあるようです。

**児玉委員** 医療事故情報収集事業については、登録分析機関は個人でも法人でもいいという非常に広い規定の定めになっていましたが、今回の医療事故調査に関する事業について「一般社団法人または一般財団法人」という条文の定めがあったように思います。そうすると、公益社団法人・公益財団法人は普通は含まれないと考えるの

か、それはどう考えて整理がついているのだろうか。

**樋口座長** 途中で遮っていいですか。私も気になりました。それは、私の記憶だけに頼ってはいかんのでしょうかけれども厚労省のほうへ問い合わせて、「法律には一般社団法人とあるが、公益法人になって、かえって動きがつかなくなるような話にならないのだろうか」ということを聞きましたら、「いやいや、それは全然そうではありません。一般的に考えれば公益法人が望ましい。公益的な活動をしますので、その名の通りで」という説明を受けました。

**児玉委員** 条文の定義で大丈夫かなというのは、少し懸念しているところなんです。

**厚労省・井上** そこは大丈夫です。公益法人も含む概念として一般社団法人、一般財団法人という用語で使っておりますので。

**樋口座長** ありがとうございます。他になければ、後でまたご指摘をいただくとして、議題のほうへ移りたいと思います。議事事項ですね。まず新制度ガイドライン作成に関する現在の動向と、当機構がどういうことを今後考えるかという点ですが、お願いいたします。

**木村事務局長** それでは木村のほうから、資料5をご覧ください。新制度ガイドライン作成に関する動向と当機構の今後の取り組みについてということでございます。先ほどお話があった通り、法制化されたのが6月23日に公布されて、来年10月1日から施行ということになっています。いま法令の下にあたる省令、ガイドライン等は作成の作業に入っているところですが、これが出来上がった段階で第三者機関が指名されることになるそうです。その後から第三者機関が実際に活動を始めて準備を行い、10月から施行ということになるわけですが、当然準備とか、そこに係わる人手の問題その他があるわけですが、準備に関するところが順調に流れているという形ではありませんので、その辺を含めてお話をさせていただきます。

まず、新制度ガイドライン作成ということでいちばん上の●に書いてあります通り、「診療行為に関連した死亡の調査の手法に関する研究班」ということで、これは厚労科研で西澤（寛俊）先生が主任研究として行われております。私ども、それからここにいらっしゃる先生方も何人かそこに入っておられて検討しているところござ

います。その目的が書いてある通り、網羅的に記載するガイドラインを策定するにあたって、これまで実施されている事業で得られた知見を踏まえつつ実務的に検討を行うことを目的としているということで、現在までに8回、項目としてはそこに4つ書いてありますが、そういう内容のことをやっております。

私どもの理解として、3番の今後についてですが、この研究班は引き続き会合を進めて、今年度中に最終報告書を出そうと。その内容は、学術の見地から今度の新しい制度を見て、詳しい具体的なものを取り決めていきたいと思います。それを提言する形で報告書にまとめようというのが目的です。同時に、皆委員もご存じの通りですが、省令あるいは告示、通知などを実際の文章として、法律として策定するために、この検討にあたって関係者の意見を聴取し、反映させるということを目的で、文章を策定するのは厚労省なわけですから、厚労省のなかに医政局長の私的諮問機関として「医療事故調査制度の施行に係る検討会」というのが今度設置されました。これは今週の金曜日、11月14日に第1回が開かれるということがやっとなつたところなんです。

それに関しては資料5のいちばん最後になりますが、ずっと後ろのほうに医療事故調査制度の施行に係る検討会のメンバーが出ております。20人を超えるメンバーになっております。このメンバーで同時進行の形で、今やっております研究班は学術の見地から残された検討課題について検討を進め、今度の検討会は具体的な文言を定め策定するというので、こういう会が開かれております。今年の4月頃の話では、研究班がある程度学術の見地からまとめたものを持って、それをもとに厚労省内部でそれを文章化する検討会というのを引き継ぐ格好で開かれると理解していたのですが、時間もどんどん過ぎていくということで、並行で始めることになったと聞いております。その内容、あるいはメンバーについて議論がたく委員あるところでもありますけれども、それは後からまたお聞きすることにします。

資料5の次のページに別紙1として、この西澤先生を代表とする研究班の中間報告が出ております。これは現在まで8回開かれた研究班の内容、今まで決まったこと、討論したこと、これから話し合われることといったような形でまとめてあるところです。先ほど項目だけ述べましたが、少しだけ内容をご報告させていただきます。メンバーは、さっきお示ししました検討会とはちょっと違いますが、私どもや、事項の調査・収集事業をやったここにも来られている後先生、それから今まで当モデル事業に参画していただいた先生方にぜひ入っていただ

いて、この研究班で検討したということです。

開けて2ページに調査制度の基本理念・骨格が書いてあります。これは読んでいただければと思いますが、いちばん最初の「これまでの議論」というところでは、新しいことがとくに書いてあるわけではありません。2番目のところに、WHOドラフトガイドラインというのを少し入れてはどうかという議論がいまされています。これは日本でやる制度なので、そういうものとは別に理念を書いたらどうかというお話もありましたし、ドラフトガイドラインそのものに対するいろんなご意見もまだ決まっているわけではありません。

3ページの医療事故の報告等に関する事項について。これは、法令のなかで医療事故について説明が入っていますが、その説明が四角のなかの省令というところに書いてあるとおり、「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの」と。具体的などはこれから決めなければならない部分がたくさん残されています。

これまでの議論が3ページの中程に書いてありますけれども、医療事故の範囲に関して。たとえば、従事者が「提供した医療」とは何だということで、これは以前に検討部会というところで「医療または管理」という言葉が入っていたのですが、法律になったところで「管理」が抜けましたので、「管理はもう入れないんだ」というずいぶん強いご意見がありました。このなかで検討した結果、当然のこととして「医療の中の管理」は対象に含まれると。たとえば患者の取り違えとか、そういうものはこの医療事故のなかできちっと扱うんですよということは、検討されて合意されたと言っていいと思います。医療に関係ないもの、どこかで急に水が漏れたとか、そういうものは入らないということですね。

それから、「予期せぬ」というところにも問題が出てきておりますけれども、そういうものを一つひとつ今検討している段階です。医療行為に関して、提供した医療には「医療に伴う管理」を入れたらどうか、「医療に起因する」ということに関しては、本当にこれが医療に起因しているのか、事故としてではなくて自然の医療の流れなのか、病態なのかということが問題になって、これに関して私どもは医療事故の発生から死亡までの時間で、たとえば2週間以内とか、そういうことで一つの客観的なものを設けたらどうかということをお話しています。あとは「予期しなかったもの」に関しては、明らかに誤った医療が原因の場合、だけど予期できなかったもの。

あるいは、もう一つとして臨床経過から死亡原因が医学的・合理的に説明できないような場合等を予期しなかったものとしてはどうかといったようなことが、いま議論されています。

それから下の段のii)ですが、「管理者」という言葉が入っています。診療所、病院等における管理者は医療事故が発生したらということ、じゃ当事者はどうなんだという議論もあったのですが、これも当然のこととして各医療機関の管理者が、組織としてその事案を報告すべきかどうかということとを判断すると。「当然、当事者は入っていますよ」ということが議論としてこのなかで行われているというのが、今までの経過です。予期しなかった医療事故のなかには、たとえば故意の犯罪とか悪意に基づく医療行為、これは別でしょうということ。それから産婦人科学会等からは、出生時の手術その他に係るものは当然入ってくるのですが、子宮内胎児死亡などを入れたら年間に1万例を超えるものがあるので、これは医療事故とは言えないという産婦人科学会領域のもの。もう一点は精神科領域のもの。自殺とか患者間の障害など精神科特有のものがありますので、それを医療に起因した、あるいは予期しなかったものという同じ範疇で考えるのではなくて、除外基準として考えたらどうかというあたりが議論されているところがございます。

それから5ページの届け出に関してですが、院内で医療事故と判断した場合に、それをセンターに管理者が届けるということになっています。いちばん下の残された検討課題に関しては、現在モデル事業では人手の問題その他もありまして、夜間あるいは土日はやっておりませんが、今回のセンターとしては報告受付体制は24時間でなければいけないのではないかと。受付方法は書面、電話、ウェブ上などありましたが、議論の末、ウェブでやるのもいいかもしれないけど、そういうこともできないところがたく委員ある。あるいはファックスといっても、それだけに一つ固定するのはよくないのではないかと。いろんな方法があるでしょうけれども、それを確認して相互の対話がそこにはないといけない。しかも、そのときにおそらく相談ということがあって、これを医療事故として考えるかどうかといったようなことが必要なのではないかと。議論されております。死亡事故発生から報告までの期限に関してはいろんな意見がありまして、24時間から48時間以内、あるいは7日から14日でもいいんじゃないか、というようなご意見もありました。我々の感覚からすれば、「早く対応を始めたほうが当該医療機関あるいは当事者にとっても楽ですよ」ということは申

しあげているところです。

あとは6ページ、院内調査に関する事項。当該医療機関が自ら医療事故の調査を行うことになっております。解剖に関しては、いずれの場合においても基本的に解剖は意義があるんだということは、皆委員の一致した意見でした。ただ、現状からして、全国ではそれだけの施設規模が整ってないのではないかとということ。それから社会一般としても解剖はしたくないというご遺族がいることも確かなので、解剖が必要な事案と考えられる場合には、確実に解剖ができる体制を全国でもっと整備することが求められるということになっております。

それから細かいことですが7ページのいちばん上のほうに、モデル事業では第三者性というのを重視したために、解剖を行った場合にも主治医の立ち会いは行っておりませんでした。まったくの第三者が解剖を行うということで、別な施設で行うのを原則にしておりましてけれども、施設の外部担当者が解剖を行った場合についても主治医の立ち会いを可能としたほうが、その場で詳しい話し合いが行われるし、モデル事業の経過からいっても、そのことによって第三者性が失われることはまずないだろうということで、細かいことですが具体的なことを変更していったらどうかと。死亡時の画像診断に関してはA i（オートプシーイメージング）が、今CT、MRI等が盛んに言われていますけれども、これ自身は解剖と相互に補完する手法であるという理解で、A iがあれば解剖はなくてもいいというような問題ではないということです。

それから9ページ、支援団体についてですが、今度の制度で支援団体の機能・動きというのは非常に大事なポイントになるところです。法文が成立するときには附帯決議でも述べられていましたが、真ん中辺のこれまでの議論の方向性のなかで、「国民から信頼されるためには、公平性・中立性・透明性が担保されることが必要である」と。その次に、「医療現場の実態に即しつつ、高い専門性を持つ者からの支援が必要と考える」ということで、こういったことがちゃんと担保されるようなものでないといけないだろう。支援団体として、各地域の実情に合わせて医師会であるとか、基幹病院であるとか、大学病院、学会等が連携するのが現実的なので、その窓口とか担当者を具体的に早く決めていかなければいけないという議論になっております。

ちょっと飛ばして11ページ、院内調査結果報告のあり方についてですが、ここも少し議論があって、この制度が動き出すと非常に大変であると。病院のなかで起きたことが全部外に漏れてしまうというような言い方をされ

る人もいて、報告書は最終的に作る・作らないという議論から、それを渡す・渡さないというところまで議論がされておりました。基本的には調査をする以上、報告書はつくられて、それは遺族・医療機関両方に渡すべきではないかという議論が機軸になっていると感じておりますけれども、「報告は、説明を行えば不要だ」という議論もあったことも確かです。これに関しても、今後もう少し煮詰めて具体的なものを決めていかないといけないということです。

15ページ、院内調査に関する事項のセンターの業務についてですけれども、これまでの議論で、今モデル事業が行っております全国の対象としている地域は12都道府県だけ。47のうちまだ4分の1しかモデル事後は行われていません。対象となるベッド数でいうと大都市等の地域が多いものですから、全国の病床数の50%弱はカバーしているということになりますけれども、都道府県でいうと12都道府県のみです。この院内調査を進めていくにあたって、おそらくこれが均てん化されてうまくいくのには何年もかかるだろうということで、これまでの議論の方向性としては、医療機関が院内調査報告書を完成させるのを、今度は報告をセンターが受けることになっておりますけれども、完成する前に、あるいはその間に何度もやりとりがあって、報告書の記載事項に漏れがないとか、書き方がどうかというようなことを助言という形でやりとりをする必要があるのではないかとご意見がありました。

下のほうのその他の意見のなかにも、第三者機関の医療事故調査センターは、報告書作成の基本的な考え方や記載事項などについて基準を統一する役割を持つ必要がある。全国で、あちらで出したのここちらで出したので報告書の内容があまりにも違うというのでは非常に問題になりますので、統一基準が大事ではないか。ただし、そこには括弧で書いてありますとおり、クリニック等の小規模の医療機関、それから大学のICU等の大規模のところでも起きた医療事故を同じように扱うわけにはいかないでしょうと。その規模等を念頭に置いた上できちっと報告書ができるような、しかし基本的な考え方は統一する必要があるだろうということになっています。

それ以降は同じようなことが17ページにも書いてありますが、まだ決まってない点もたくさんあります。ある程度具体化しないと、その先は検討がなかなかできないというような事項もありまして、19ページのところまで少し飛びます。これは、センターが行う調査等に関しても、センターの規模であるとか、その辺のやりとりがどんなものかというのがある程度具体化が進まないと議



論も空論になってしまうということで、「やるべきことは、こういうことですね」というような範囲で議論されているところです。

19 ページでは、その他のガイドラインに定める事項。これは、全国規模の医療安全・医療事故対応ということに対する研修、その対象者はセンターの職員。これは、全国でおそらく医療事故の処理・調査をする支援にあたって、それを指導する立場になる方をもっともっとたく委員教育しなければいけない。そういう意味でセンターの職員の研修。それから医療者、これはいま医療安全管理者等が大きな病院には必ずおりますけれども、たとえばそういう方がいないクリニック等の対応をする場合に、地域でそういうことを対応する方がもっと必要なのではないとか、そういう意味で多職種の医療者にそれぞれに合った必要な研修を行う必要がある。それから、支援団体の職員ということもあります。先ほど話したとおり、支援団体の仕事は調査をまとめる支援と、出来上がったものを今度は評価するという支援がありますので、その辺の制度全体として中立・公正性、専門性を保ち、透明性を保つということはかなり難しい部分もあると思います。その辺も念頭に置きながら、こういう研修も行っていかなければいけないということで話し合いが進んでいると言っていると思います。

多くの議論があるなかで、院内で今こういうものがないわけですから、警察に渡すか、院内でそれをなんとか処理するか、あるいはモデル事業というのがありますけれども、そういうなかで、「今までと同じで院内でやればよらしい」という意見もなかにはあります。そういうことを含めて新しく検討会というのが出てきて、そこでどういう形で具体的な文章につくられるかというのは私どもが実際に関わることができない状態になっておりますけれども、この検討会はオープンな会ですので傍聴、それからメディアの方も周りにいるなかで検討されるということですので、基本的にもう決まっている法文をこれからどういうふうに具体化されるかということです。それに対して、いま行っております研究班が引き続き学術的な面から「こう考えるべきです」ということをまとめて、この検討会、あるいは場合によっては社会に向かって提言をするということを進めていきたいという研究班の中間報告が出たということで、ご報告したいと思っております。

**樋口座長** 一応ここまででコメント、ご意見を伺いたいと思いますが、どういうことでも結構です。

**高本委員** 検討会の構成員といいますが、ここに入っているのは有賀先生ぐらいですが、このモデル事業は学会がバックアップして来たと思うんですね。内科学会、外科学会、そういう関係者が入っていない。木村先生も入っていないので、これは何をやる場所なんだと。正直僕は、こんな人たちでいいのかと思います。こういう医療安全に多少は関係があったという人たちもいますけれども、この人たちが本当にやってくれるのかと思います。医師会なんか非常にたくさん委員入っていますね。いろんな団体が入っているのに医学会が全然入っていない。これは、厚労省が決めたんですか。

**厚労省・井上** はい。

**高本委員** どういう趣旨でこれを決めたんですか。

**厚労省・井上** 学会の関係の方については、これまで通り研究班のほうで実務的にご検討いただくというところで、研究班のほうで引き続きご協力をいただきながら、その研究班で議論いただいたことも踏まえつつ検討会でご議論いただくこととなります。そういった趣旨で、まったく同じメンバーにはしておりません。

**高本委員** それは、学会に入っていない人たちもいるわけですからね。いろんな組織が、医師会なんか結構入っていますし、これを担って来た人たちも中に入ってやるべきだと私は思いますけど。そういうことをまったく抜きにこれをやられるのは、僕としては非常に心外です。

**清水委員** 私もまったく高本先生と同じ意見です。このメンバーが数日前に発表されたときに、今までの研究班で出来なかったガイドラインの細かいことを決めるのかなと思ったら、この検討班ではそういうことに関わった人が一人も入っていないので、ガイドラインの細かいことをこの検討会で決められるのかなというのが、私の最初に感じたことです。このモデル事業の関係者の方、あるいは実際に地域でモデル事業を実施している例数の多い地域の方たちが入らないと、今までの実績を参考にしながらガイドラインをつくるという趣旨にかなった人が入っていないと思いますので、是非その辺はなんとか方法がないのかなと思います。

あるいは考え方によっては、先ほどの班会議のところの最後の文章には、そこで「ガイドラインをつくる」と書いてありますね。本当の役割は班会議がガイドラインを作成すると書いてあるんですが、こちらにはそのこと



が書いてないですね。実際ガイドラインそのものを作る  
とは、だから役割としては、今まであった研究班はやはり  
ガイドラインをつくられて、こちらのほうはもうちょっと  
理念的なことをやられるのかなという感じもしている  
んですが、そんなふうに離れていかれるのでは。

**厚労省・井上** いわゆる私どもがガイドラインと思っ  
ているのは、厚生労働省令あるいは告示、通知などで定め  
る事項を含めてガイドラインと申しております、そう  
いったことを研究班では、これまでのモデル事業とか、  
医療事故情報収集事業といった事業の実績を踏まえて実  
務的に検討していただくということで、研究協力者の方  
も参画いただきながら7月からご検討いただいていると  
ころです。検討会では、研究班のご議論いただいた内容  
も踏まえつつ、他にいろいろご意見もありますので、そ  
ういったところを踏まえて検討会のほうで議論したいと  
考えております。

**清水委員** この検討会のメンバーを見ると、失礼かもわ  
かりませんが法律関係者がかなり多くて、実務的な医療  
関係者はほとんど入ってないという気がするんですが、  
厚労省の委員を決められる基準は何だったのかなど。だ  
ぶらなだけのためだったら他の方を入れたほうが、い  
くらでもだぶらないようにできると思うんです。言いた  
いことを言いました(笑)。

**後委員** 私は7月から九大病院で医療安全管理部長をし  
ておりますが、たまたま11月6～7日は国立大学病院  
40余校すべてに福岡に集まっていたいただいて、医療安全  
管理者協議会というクローズドの会を開催しました。中心  
的なテーマは、これもまったく偶然ですが医療事故調査  
制度でしたので、この議論の整理のことも私はスライド  
を使ってご説明いたしました。とくに中心となる医師、  
歯科医師、薬剤師のワーキンググループでも、その内容  
をよくご説明いたしましたけれども、先ほど木村先生か  
ら説明いただいた中の幾つか論点になっていた管理のこ  
ととか、報告書を渡す・渡さないということとか、こう  
いった点はその場ではほとんど議論になりませんでした。  
というのは国立大学病院といいますが、そもそもこう  
いう調査制度をする使命を負っているような病院群は、  
そのような点をあまり重要視しないというか、当然行  
うべきこととして、自然にとらえております。ですから、  
これからガイドラインの議論がどうなるか私も知りませ  
んけれども、その進捗によっていろいろ動揺される方も  
いらっしゃるかもしれませんが、ある程度基幹的な医療

機関としては、現在なされているような様々な議論もあ  
りますが、やはり本来やるべきことをちゃんとやってい  
こうという空気でありましたので、ご報告いたします。

**樋口座長** 他にありますか。

**山内委員** 今の流れがどうしても理解できないのは、今  
回院内調査が中心となる点は、事例数からいったら当然  
だと思えるのですが、いちばん大事な部分は、いま  
警察が取り扱うような、司法解剖に回している例につい  
て、この新しくできる組織がどういう位置づけになるの  
かというのが、まったく見えないのです。

正直言って10年前にモデル事業がスタートして、従来  
型の解剖・調査ということであれば、司法解剖に替わる  
だけのハイレベルの調査ができて、きちんとそこで切り  
替わることで、結果的には警察の捜査から多くの事例が  
離れられました。これまで、安全機構できちんと調査し  
たら警察が完全に動かずに終わるといった形も考えながら  
動いてきたのですが、今のような動きだと完全にその形  
が消えて、10年前に逆戻りして、10年前よりむしろ悪い  
方向になってしまいます。モデル事業のよかったところ  
を全部否定して院内調査だけが残るといった形になれば、  
おそらく社会でまったく認められないことになって、警  
察の捜査と司法解剖が中心となるという形ばかりが見え  
てくると思うので、その辺を厚労省の方はどう考えられ  
るのかお聞きしたい。結局、ガイドラインをつくられた  
ときに、「これは警察に届けなさい」というのを、ガイド  
ラインの中できちんと定義するのかどうか、その点はど  
うなのですか。

**厚労省・井上** 今回の医療事故調査制度につきましては、  
昨年5月に検討部会でとりまとめされましたが、その検  
討部会の議論のなかで、医師法21条がそうなのですが、  
そういった責任追及とか紛争解決とは切り離れた、医療  
安全の確保を目的とした医療事故調査制度ということ  
でとりまとめられました。そのとりまとめを踏まえて、今  
回細部が法制化されたということになっておりますので、  
あくまで今おっしゃったような司法との関係、警察との  
関係は一切切り離れた、あくまでも医療の安全の確保を  
目的とした制度になりますので、司法の関係は今まで通  
り司法は司法で、警察は警察になります。まったく別な  
制度になります。

**山内委員** ということは、疑わしいものは全部今まで通  
りで、疑わしくないものだけを調査するという棲み分け

でいいんですか。

**厚労省・井上** いや、今回の制度の対象は、提供した医療に起因するという考えです。

**山内委員** 疑わしい事案も受け付けて基本的に調査検討して、結果的に、警察が動かなくていいということで終わっている例がモデル事業にはあったと思います。

**厚労省・井上** 警察が動く・動かないは関係ないです。この医療事故調査制度の対象であると判断すれば、医療事故調査支援センター・第三者機関に報告していただく。それとともに院内調査をしていただくというのが、この制度の基本になっております。

**山内委員** ただ、そこで解決するのは、警察がまったく動かない事案しか対処ができないでしょうね。

**厚労省・井上** 警察の対応が解決する・しないは今回の制度とは関係ありません。あくまで医療の安全を確保することが目的の制度になりますので。

**高本委員** 関係ないといったって、現実には犯罪があるかわからないから中途半端なケースがいっぱいあって、現場ではこの症例を警察に届けるか、届けないかというのは必ず迷うんですよ。そういうことに関して「関係ありません」なんて言うんだったら……。

**厚労省・井上** この制度とは関係がないということです。

**高本委員** だから、そういうこともあるわけですから、厚労省としてはこの制度じゃなくて全体として、そういう医療事故のときに国民に対して、医療者に対して、どうすべきだということをやっぱり言わんといかんわけだと思いますが。「それは関係ありませんよ。あなたで判断してください」という、そんないい加減なことじゃいかんだろうと。

**樋口座長** 今度の法律によって、どのような制度ができるのかという問題ですね。今のご意見は、それについて極めて疑わしいものができると思っている人たちが言っているご意見と重なる部分すらあって、なかなか説明が難しいのですが、この点について木村先生、一言お願いします。私も補足が必要ならしますが。

**木村事務局長** この議論をしだすと、この検討部会が1年半前に、1年以上かけて13回ですか行われて、この法文の下になったときのそもそものスタートが21条・警察との関係を扱うと、もうそれだけで議論がいろんなところに行くので、そこを切り離してやりましょうということでも元が出来たと思うんですね。それ自体不十分であるということは、委員のなかでも言われていたことです。現在モデル事業に申請して来るなかで、念のために警察にも届けたというのは4割ぐらいです。6割は警察にも届けてないのが現状ですが、高本先生が言われたように、これは届けなくていいというわけではなくて、警察がただ黙っているだけで、いつでも出てくるぞという状態であることは確かです。

この法律ができたときに、附則として「2年後に見直すこと。そのときには21条も含め」というのが付いています。これは、法律のなかに入っているわけですよ。それは今年の6月に公布してからですので、来年の10月に施行してからほんの8ヵ月後、再来年の6月にもうこの法律の見直しが決まっているわけです。そこで21条のことも書いてありますので、そこまでの間に議論を進めようということを書かれたのかな、というふうには推測しているところです。あと補足してください。

**樋口座長** 結局、今回の調査制度がいろんな点で60点だと言われていることは確かですが、ともかく院内調査は中心だけれども、それに支援その他をするわけですよ。開かれた院内調査という話があって第三者機関もちゃんと設置して、医療安全の仕組みというのを、とにかく医療者を中心にして動かすんだということになりました。この仕組みがしっかりしていれば、今後21条であれ何であれ、検討するときにいい影響があるはずですよ。つまり、「あ、こういうものがあるのだったら、警察や裁判の話については別の、今までとはちょっと違った考え方ができるようになる可能性がある」と思っているんだと、私は思うんです。

今度の制度について、そう簡単に動かしたくないという人たちがいて、その主張は今回の制度で刑事司法等への関連が明確でないという疑問と表面的な議論だけだと一緒なんですよ。今回の法制度が円滑に開始することに反対している人たちの考えは、次のようなものだと思います。結局こんなことをやったらどうなるかという、それはよくない結果になるという考えです。たとえば、数字でいうと昨日か何かのニュースでは、2013年に1年間の警察届け出は114件だったそうです。100件ちょっとしかないのです、今は、実際21条で。しかも全部警察

が本当になって調査するかという、そんなことないわけですから、現状はそういう状態である。それから民事事件は 800 件ぐらいですか。それが今度の調査機構・第三者委員会で想定している基礎となっている数は、本当にそうなるかどうかはわからないけど 1300 から 2000 と言われているわけで、いわばそういうものについて調査が出てくると、結局それが警察に行ったり、民事訴訟に行ったり使われるじゃないかという議論です。刑事及び民事の法的介入と完全に切り離してくれない限りは、出来るだけ今回の制度もやりたくないということになります。

そのような考え方は、私は間違っていると思うんですけどね。脆弱なものをつくれればつくるほど、結局こっち（警察等）へ行くことになると思うのですけれども、だから一見するとヤワな制度なんですけれども、とにかく院内調査も第三者機関が入ってきちんとしたものをやるんだというものを本当にここでつくれば、刑事や民事の法的介入のほうへいい影響が及ぶと考えています。楽観主義と悲観主義みたいな話だと思うんですが、そういう道筋でどこまで行けるかということなんだと思います。

誰か補足していただければお願いしたいと思いますが、ただ「今度の法の成立でできるはずのこのままの制度ではやっぱり裁判、刑事訴訟と切り離してないから嫌だ」という方の意見がどうしても残るので、それはそれで公開のところで議論をしていただいて、その是非を判断していただきたいと思います。

**高本委員** 嫌だということは、我々みんな嫌なんです。だから、とりあえずそれを省こうと思って除けているんだけど、逆に警察の力が全部に、細部まで及ぶ仕組みにしようとしているわけですね。それは、このなかにも入っていないようないろんな医療事故で、たとえば奈良の山本病院の事件なんか、あれは犯罪ですよ。あれはこういうところにも載ってきませんでしたが、生保の患者を病気もないのにステントを入れたり、肝臓の手術までしているそうですね。ああいうことが行われている、これも守ろうとしているわけですよ。それを守ろうとするからこそ、結局みんなが警察の傘の下におらさざるを得ない状況にある。これは、あまりにも不合理というんですかね。

しかも、それを警察の判断でやるわけですね。警察の判断で「はい、これは入っていい」「入っていかない」とやるわけです。我々の判断で、「これはやっぱり警察だよ」とか、「まあ、そこまで行かないだろう」という判断

ができれば、もっと我々にとってはいいはずなんですけど、警察が全部判断するような状況に追い込んでいくという、まったく不合理なシステムです。我々は今まで何のために 10 年以上やってきたか。いちばん最初にこれを始めたのは、その不合理さからなんとかして我々は救われたいと思ってやってきたわけですよ。

**樋口座長** 高本先生のおっしゃる通りだと私も思っています、本当に。ただ、さっき木村先生もおっしゃったように、今までモデル事業が活動していくなかで、大阪であれ他の地域であれ、実際には警察ともある意味で連携して、ちゃんとした調査ができるのはほどこなのかというのは警察のほうもよくわかっているんですよ。たとえば、新潟なんかでも。そうすると、「ちゃんとした調査をして、ちゃんとした対応を医療界でやってくれれば」という話が、今度の院内調査プラス第三者機関でどこまでできるか。つまり、今までのモデル事業とやり方は違いかも知れません。完全に同じという話ではないんだから。しかし、それと同じようなことがどこまで出来るかというのを見せられるようなシステムを、法律の上ではまあ、出来るようになっていないんじゃないかということだと思っているんですけれどね。

もっといろんな権限を第三者機関に与えて、もう少し強力にしないとイケないと私なんかも思いますけれども、まずこれが一歩。きょうここにおられませんが、たとえばあの永井（裕之）委員が、「これでも第一歩だから、法律ができてよかった」とおっしゃってくださったので、それが肝心です。永井委員は、「小さく産んで大きく育てる」ということをおっしゃった。そういう形で育てていけばおのずから……。結局、日本の警察が不合理なことばかりやっているということはないと信じたいということなんですけれど、今までのモデル事業のなかでも、ちゃんとわかってくれる警察はいっぱいいたという経験値も入っています。

**高本委員** いや、警察もずいぶんわかるようになってきたけど、大野病院みたいな事件が起こるわけですよ。

**樋口座長** これから起こらないという保障は、制度的にはないです。だから、これを制度的なものに持っていくのは、国会の附帯決議でも課題として残っているわけです。でも、何かこういうものをつくって、ここでは足りないからもう少しこれをプラスすれば、こっちも完全に制度的なものができますよという議論もはっきりした証拠をもってできるようになります。それは次の段階で考

えざるを得ないということなんじゃないでしょうか。

**高本委員** それで反対している人たちは、人間がちょっと甘いんですね、きっと。人間はすべて善意で動いているんだと。本当はそうでないのに、そう思い過ぎているんじゃないですか。やっぱり人間には善意も悪意もあるし、善意でやっけていてもいろんな悪いことも起こってくるわけですから。

**樋口座長** いやいや、反対している人は、この制度に関与する人に善意はないと思っていて。悪意の人しかいないと思っているのだと思うんですけれど。

**高本委員** それなら永遠に警察が入らんといいかんですよ。

**樋口座長** 先生がおっしゃっている意味はわかりました。

**長崎委員** 警察云々の話ではなくて、「法医学者に、司法解剖で評価をさせるな」と言いたいんですよ。司法教授は評価できないです、医療評価まではね。それは、モデル事業をやったらみんなわかっていると思いますけれども、家族が刑事罰を望んだらいまのところ司法解剖しかないんですよ。JRの尼崎の事件でも家族は刑事罰を望むんです。誰かに責任をとらせたいと。けど、それを司法解剖にしたって解決にならない。それをどうするつもりなのか。

**児玉委員** 外科学会声明の頃を振り返ると、現場の努力、法律家一般の理解、法制度、三つのうち現場の努力もなかったんですよ。それがモデル事業をベースにしながら、いま後先生が本当にいいことを言うてくださると思います。やっぱり現場は揺らぎもしないで、国立大学には医療界の自浄作用をきちんと果たしていただかなければいけないという、現場の努力はとても安定してきたように思うんです。

きょうも、実は午前中にADRの話しあいの席があって、産婦人科の事案だったんですけども、発生人の先生も患者側の弁護士の先生も語尾も語つれて来られていたんですが、「現場のドクターを処罰しようとするようなことは思ってもいない。だから説明に出てきてくれと伝えてくれないか」ということを、おっしゃってくださるようになって、やっぱりこの十何年を振り返ると、法律家一般の医療への理解というのは格段に深まって、処罰すればいいというようなむちゃな法律家や、揚げ足を取って報道すればいいというようなむちゃなメディアの報

道というのはずいぶん陰をひそめてきて、ずいぶん理解が広がってきたという状況があると思います。

ただ3つ目は、法律制度があまりに難産で、ちっともできずに苦勞していたんですが、今年の春先でさえ私は法律ができるということについて懸念をしたり、心配をしたり、あるいはこのモデル事業の存続そのものが、春先には「いったい予算はどうなるんだ」ぐらいの心配をしていた時期も正直あるんですが、思いの外一気に三步前進してしまったと。三步前進すると、やっぱりちょっと二歩後退かなというような時期もあり、本当に樋口先生は「歩きながら考えよう」と言われて。

ただ、それだけ現場が力をつけてくる経過もあって、私は得たものがたく委員あるので、この局面で足らんことを言うよりも、あるいはいかんことを指摘するよりも、まず現場の足場を固めて前へ出るべきでないかと、前向きな話をちょっとしてみたくまりました。

**清水委員** 同じ趣旨ですが、この制度がうまく運営して、社会的にも医療界からも患者委員側からもある程度認められる制度になれば、警察もそんなに入ってこない。ところが院内調査が不備で、あるいはこの制度のなかで不明朗な解決が行われたりした場合は、むしろまだ警察に社会の目が向いてしまうところがあると思うので、是非この制度をつくる段階で、社会的にそういうものが認められる制度に運用していかなければならない。それには、やっぱりそれに沿ったガイドラインをつくらないといけないと思います。

ですから、チラチラ出てくる報告書をどうするかと。病院に渡せばいいじゃないか、患者に渡したら訴訟になるじゃないかというけど、できた報告書を隠せるわけがないので、やはりちゃんと両方にわかる報告書を出して、そういうことが一般に行われるんだということになれば、おそらく司法も踏み込む余地はだんだんなくなって来て、2年後の見直しするときにはある程度、目処のついた見直しができる。ところが見直して、もうちょっと警察力を強くしないとイケないという見直し方をされないような制度につくっていかないとイケないんじゃないかと思えます。

**木村事務局長** いろんな貴重なご意見をありがとうございました。警察の権力、それから悪い医師、悪い患者、悪いマスコミもあるかもしれませんが、そういうのを想定してやっているときりがいいんですよ。でも、実際に私がモデル事業でおつきあいしている方、事例を見ると、最後には相手をやっつけるというよりは、何が

起きたのか、実際は何だったのかということを知りたい。病院側も最初は大変だったりするんですが、だんだんにわかってきたということがある。要するに、極端に悪い人なり、部署なり、部門があることは確かなんですが、ひとたび隠しだしたりすると誰でもが悪者になり得るし、誰でもがとことん相手をやっつけないと嫌だというような言い方になってしまうのが人間かなと思うので、そういうときに常識的かというと、きちっとした一つの基準でこれを粛々とやっていくということで、いろんな抵抗があっても頑張っ、社会がこの制度を認めるというところまで持っていけないといけないのかなとは思っています。

清水先生が言われたように、その基準を守って社会から認められるような制度に育てあげるまでは、きっと大変だったり、不十分であったりいろんなことがあると思うんですが、そこに向かっていかないことには先が見えて来ないのかなと思っています。たとえば、警察はそうやって手をあげる権利は今でも持っているわけですが、一方では困って相談にもずいぶん、うちなんかにも来ているわけですね。ですから、考えるところはそんなに大きな違いはないのではないかと考えて進んでいくしかないのかなと思っています。

報告書に関しても、説明会を持つことに関しても、ほとんどの方は出さなきゃいけないんだと思っているんですね。だけど、そうじゃないという意見が。その方たちも、いろんな苦い経験とか、こういう悪い相手には渡したくないとか、いろんなことでそうなっているのであって、ここは一つの基準を設けて、それを粛々と進めていくということで頑張るしかないのではないかと、私は思っています。

**山内委員** いまの件で、十分に論議がありましたが、一つは現実的にいちばん目指してほしいのは、これまで10年間モデル事業で従来型と呼ばれて200例以上やってきて、10年ということですから年平均20体ですね。この分ぐらいの数のものを全国に広げたとしても、100~150ぐらいが年間の数になると思うのですけれども、そういうオプションがきちんとあるということが大事だと思います。いざとなったら、ここが受け皿になるというものを残していただければと思います。いまの論議では、従来型の調査を残すという論議がまったくされてないままで、院内調査型だけが残るという動きでは完全に今よりも悪くなると思います。ですから、むしろ従来型もできるシステムを今までの延長線として残して欲しいと思います。いざとなったらこういうシステムでちゃんと対

応できるというオプションが一つあれば、そこが受け皿となり、一つのよりどころになると思います。

長崎氏が言われたように、法医が一人で司法解剖した事例の医療事故を評価することは不可能ですし、司法解剖で受けた場合、簡単に他の専門医などに相談したり意見を聞かせないし、勝手に当事者に状況などを聞けないという制約があります。そういうところがきちんとできるのがモデル事業の従来型なので、その形がいざという時のために、きちんと残っているということで、我々のほうでも司法解剖で受けるか、従来型に近い新しい解剖システムで受けるか、選択できまし、警察でも選択できます。ご家族の多くは、解剖を嫌われていますが、モデルでなければ、司法解剖をせざるを得ないので、司法解剖とモデル事業のどちらがベターかを判断してもらうということでご家族に納得していただいて、モデルで受けた例が何例かあります。基本のご家族も、「解剖してきちんと真相究明されれば、敢えて警察の捜査がなくてもいい」と考えられており、その受け皿をきちんと、今まで通りの形を残すだけでいいわけで、新しいものをつくるというよりも、モデル事業でやってきたことを制度のなかできちんと残していただける方法を検討していただければと思っています。

**木村事務局長** いま先生がおっしゃったのは議論のなかでは少し出てきましたけれども、それから永井委員とか患者の会の方のなかには、「当該病院では調査をしてほしくない、外でやってほしい」という希望が結構あるということも事実だと思います。今度の制度では、「病院自身が調査をするんですよ。そこにただ外部委員が入って第三者性も保てますよ」ということなんですが、それで本当に大丈夫なのかどうかというのは、これからそれを動かす時に、外から見て、患者側から見て、第三者性が保たれているという納得がいくような動かし方をしないと、結局この制度は評価に耐えられないということだと思うんです。

例外的に、最初から外でというのをつくったらどうかというのは、これからは道が残されてないわけではないと思いますが、今のところは制度のなかにはそういうものはないです。たとえば、大きな連続して起きた何人の方が関係したものとかが、これは一つの病院では無理だろうというようなことは、最初から外でセンターが中心になってやったほうがいいのか、非常に重大な問題は議論にはなっていると思います。先生のおっしゃることもよくわかりますが、今の制度を進める研究班のなかでは、そういう選択は一応ないということになっています。ま

た検討させていただきます。

**樋口座長** 他の委員の方で、何かご発言があれば。

**田中委員** 現状は先生方がおっしゃる通り、非常に社会に定着して来ていると思います。一つ基本的なことは、今度できる制度は院内が中心となったときに、過去の症例においてそれが裁判になったときに、医療安全管理者が法廷に行って証言することができるのかということにつきまして。

というのは、つい先月過去の症例について、モデルで報告した症例について裁判になりました。消化器系の手術の後に予期せず 40 代の方が心臓で亡くなってしまって、ボルタレンを投与したから心不全が起きたということにされているような経緯があるなかで、報告書はまったくそんなことは触れてないんですけども、患者側の弁護士委員に非常に雄弁な方を連れて来て、裁判官の心証は完全にボルタレンになってきました。じゃ、モデル側である立派な報告書のなかで何らかの回答をしてくださいということで弁護士会に問い合わせをしたのですが、「それは中立性がありますので、そんなことはお答えできません」と。その結果、親しい弁護士委員なんですけれども「あれだけ時間をかけて素晴らしい報告書があっても、まったく裁判に活用できなかったら、がっかりですね」という感想なので、いたずらに出る行くのは難しいですが、例外的に何らかのステップを踏んだときに、そういうところでも裁判官に何か求められたら、非常に重厚な検討の結果なので、何らかの答弁をできる機会もあると、患者委員や社会にもより認められるのかなと思いました。

そういうことで、今度の制度になると我々は支援であくまで院内なので、院内の医療安全管理者がこの議論に加わったときに、おのずと報告書を滔々と説明しに行く当事者になっていくという理解でよろしいのでしょうか。ちょっとどうなのかなと思ったもので。

**樋口座長** 法律の実務家の方どうですか。まず、かつての事例と今後というので。

**児玉委員** 私は、田中先生がおっしゃる通り病院側で対応していますので、よほどの極限的な例外を除けばモデル事業で、あるいは他の形で外部委員が入っていただいたような報告書もあるわけですけども、外部の先生にもお時間も使っていただいて一所懸命調査した結果は、「これが精一杯の評価なんです」ということで患者にも

渡したい、説明したい、質問されたらそれを踏まえてきちんと説明して、裁判でもそれを踏まえて主張したいと思っています。

妙なものを押しつけられて、とても悔しい思いをすることが多い状況のなかで、しかるべき立場の先生が第三者的に、しかも学会を挙げてきちんと評価してくださるようなものこそが本当の証拠だと言いたい、いつも思っています。田中先生に言っていたら、ありがとうございます。

**鈴木委員** こういう準公的な報告書に対して、その報告書が損害賠償請求権の責任要件を満たすためにプラスだと考える場合とマイナスだと考える場合は、原告・被告双方にあるわけです。原告側は限りなく有責に近いニュアンスで書かれたものを出したくなるし、被告側はそれを出されたくない。逆の場合もあるわけですね。そういうものが出たときに、ご遺族や病院を通して双方の弁護士に渡るという可能性は十分あるわけですから、訴訟に出てくる可能性は否定できないですね。訴訟に出してはいけないという日本の法律がありませんので、あとは裁判官がそれを自由心証主義の下でどのように理解するかということですね。問題は、裁判官が理解できないと感じたときや、当事者がこの分析は不十分だと感じたとき、その報告書を出した責任者が法廷に呼ばれるというか、証人申請されるという可能性は否定できないと思います。そのとき裁判官がそれを認めるかどうかというのは、個別の事案や裁判官のいろんな考え方によって、いちがいに言い切れないです。

じつは、このようなことが裁判との関係でどうなるのかということ、とくに医療の専門分野をやって退任した直後の裁判官と、民事訴訟法の学者と、私どもで、あるところで議論をしました。その判事を辞めた方は、「それは法律の制度そのものがないからいちがいには言えないが、裁判官のケース・バイ・ケースではないか」と言ったわけです。しかし我々から見ると、合議の秘密、つまりどのようなディスカッションでこういう経過になったのかということオープンにするとその分析評価そのものが外部から圧力を受けたことになるので、ここは守秘義務をもって証言せずとしていいだろう。最後は、あなただったらどう思うかということが残ると。そうすると事故調査報告書を考える上で、「あなただったらどうするか」ということを考えることが、事故調査報告書をより具体的に詰めていくことにつながるのか。

つまり、その報告書をまとめた委員長なり部会長が考えていることと、報告書の考えが一致しているとは限ら

ないわけですね。ですから最終的に残るのは、そういう事故分析をした組織に対して、裁判所を通して質問状、鑑定嘱託とか、あるいは文章嘱託かな、質問状ですね。

**西内委員** 調査嘱託ですね。

**鈴木委員** あ、調査嘱託ですね。そういうもので、「この分析の過程でこういうことは議論になりませんでしたか」とか、「そのなかでどのような議論でこの結論になったんですか」というようなことを概略質問をすることは、最小限度許されるかもしれないということですね。

それで少人数の会議でしたけれども、ここの会議では一応、「個々の委員あるいは委員長に対して証人喚問が裁判所から来る、あるいは当事者から要請される場合には、お断りしましょう」と。お断りした上で、裁判所がそのことを前提にしてどう考えるかということになります。結局のところ結論からいうと、限りなく法廷の場に引きずり出すことは困難になるだろうと。これは民事訴訟法上、解釈の問題ではなくて、事案を裁決するときには報告書がどのような位置関係にあるのかということなのではないかと思えますね。

逆にいうと、その報告書が科学的エビデンスに基づいてやられたことは、それを有利に引用する人が文献等をもってきちんと裏付けをすればいいことですね。それがエビデンスに乏しい報告書であれば、そのことを医学文献等をもって覆していけばいい。そうすると、裁判所にとって信頼できる報告書もあれば、信頼できない報告書もあるというようなことになるのではないかと思います。

つまり田中先生のご質問は、分析に関与した人たちが紛争に巻き込まれるのか、というご質問として理解していいですね。

**樋口座長** ちょっとニュアンスが違うのは、引きずり出されるケースももちろんある。でもむしろ堂々と、「これだけの調査したら、ポルタレンとは何の関係もないんですよ」ということを、むしろちゃんと言うべきじゃないかという、そっちはどうですか。

**鈴木委員** だからそれは当事者ないし裁判所から来た質問に対して、委員会のなかで検討してお答えすればいいことであって、法廷に出ていく必要はないということだと思います。

**田中委員** 弁護士会長を通して質問が来たので、「それはお答えできません」と。

**鈴木委員** 弁護士法 25 条の 2 の、照会は答える法的義務がまったくありませんので。

**田中委員** 裁判所から来た段階で。

**鈴木委員** 裁判所から来た場合には、ご質問に委員会が答えるという形をとればいいのかと思います。

**西内委員** 鈴木先生がおっしゃったことは基本的にはその通りだと思います。そしてもう一点付け加えると、従来型の報告書、協働型の報告書、そして今回の法制度として検討されているものの 3 通りのものを比較すると、通常は証拠価値としては純粋第三者型がいちばん高いという評価を受けることとなるであろうし、そしてそれは一般的経験則からすると仕方ないということかと思えます。

**樋口座長** なるほど。

**高本委員** さっきの山内先生に対する木村先生の答えのなかで、院内調査委員会をほとんど押し進めると。中心だというのは僕はわかっていましたけれども、従来型もきつとあるんだろうと書いていたんですよ。たとえば患者のほうから言うと、病院もまったく信用できんと。そんなところで院内調査委員会をされたら患者もたまったものじゃないですわね。患者側が、「もっと第三者的なやつをつくってくれ」と言ったら、どうなるんですか。その場合も院内型でやってもいいと言うのか。

**木村事務局長** スタートは院内ということになっています。ただ、院内の調査が終わって報告があった後、今度は遺族あるいは病院から再度調査をしてほしいという依頼があったら第三者が出て行くということになっているんですが、その報告が第三者に来る前から調査がスタートすることもあるので、その辺をどう解釈するか少し幅をもたせてある。それは今までの議論では、「そう言ったけど、病院は何の調査もしない」とか、「最初から大きくて、これはできません」と言ったとか、そういうのが一応当てはまるので、なるべく自浄作用ということも含めて院内調査を頑張るやうに、これがいちばん基本ですね、ということにはなっているんです。

ただ、ルールの中だけでは院内調査の報告書が第三者機関に報告される前に、第三者機関の調査がスタートすることもあり得るということになっていると思うので、そ



の辺はこれは特別な例で、最初に近い状態で第三者が出て行って、従来型に近いような状態でやるというのもあり得ることではあると思いますけど。

**高本委員** あり得るというのは、その仕組みが最初からありましたから、そのことをちゃんとシステムとしてやらないと。今のお話ですと、もうほとんど院内調査委員会だけで終わっちゃうようなことなので、それではまずいではなからうかなと思います。

**山口委員** 一応院内にも、その場合の専門家を入れるということになっているので、それだけご遺族の信頼がないときに、ほとんど院内だけで院内の調査委員会が成り立つかという、それは成り立たないと思います。

**鈴木委員** 今回の仕組みは、モデル事業でいうと協働型に非常に近いと思います。それから、できた制度はいろんなところで歪みをもって来たり、批判を買ったりすることもあり得るわけですから、制度を改善していくという。永井委員が言っている「小さく産んで大きく育てる」というのは、リアルタイムに改善しながらいいものをつくっていくと。医療界が集団的自律権を発揮して社会の信頼をどのように医療事故分野で回復していくかということがかかっている、「やっぱり医療界がこれでいいと思ったんだから、これでいいのだ」ではなくて、それを社会が受け入れるのかどうかところを見ながら発展させていくということが必要だと思うんですね。

その意味で言うと、今回の西澤班の論点整理は、なんとかぎりぎり信頼を回復できるようなところに止まって来ているんですよ。それは、やはり木村先生を初めとしてこのところずっとモデル事業や、あるいは医療的な包括的討議をやってきた方々が、「こんなもので信頼されるわけないだろう。ここを押さえなきゃだめだよ」ということを繰り返し、繰り返し、反論に合いながらそれを合議してきた結果なんですよ。

だけれども、やっぱりこの報告書の論点まとめのなかの冒頭の2ページのところに書いてありますけれども、訴訟との関係というところで、「本制度は、紛争処理とは切り分けて……あくまでも医療の質」と。紛争処理とは切り分けて医療の質と言いますが、医療の質というのは社会が評価すべきものであって、医療界だけがいいと言ったからといって、社会が受け入れなければそれは「いい医療の質」にならないわけですよ。だから、完全に紛争解決と切り離すことで、逆に社会の不信を買ったらば、「こんなことやったから、よけい社会の不信を買

うようになったじゃないか。モデル事業よりひどくなったじゃないか」ということにもなり得るわけで、それは社会の信頼を得るということを常に考えながら、その意味では紛争解決も頭に残しながらやっていかないとだめだろうと思うんですね。

そこを紛争解決と再発防止、医療の質の向上がまったく二分化できて、別世界かのような論点で報告範囲を狭くするんですね。そして分析は言いたいところまで言わせない。そんなことでもって、この制度を我々から見ると骨抜きにしようとしている委員が何人かおられるわけですよ。そこは、モデル事業や医療機能評価機構で頑張ってきた先生たちが、ぎりぎりここを死守したと私は思っていますよ。我々はなるべく発言しないで、医療界のなかで自主的な発言があって、最後におかしいところは「そこはおかしい」と言うけれども、できる限り私たちは発言しないように今回の研究班では心がけてきたつもりです。

**樋口座長** いや、本当に鈴木先生は沈黙を守っておられて(笑)。きょうは田中委員の現場から出てきた率直な、北海道だけではなく他の地域でも本当にありそうな話に3人の実務家が答えてくださったようなことが、結局、多分検討会でいちばん大きな問題になるのでしょうか。だからこそ医者と法律家、法律家もこんなにいっぱい入れて、結局この仕組みというのは一応医療から考えて、原因究明・再発防止というところで純化して、とにかくやれるだけやってみましょうということだけど、やっぱり「そんなことでは信じられない」と言う人がいるわけですよ。

そうすると法律との関係をはっきりして、「証拠には使えない」とか、「どんな場合も一切証言はさせない」とか、「完全に切り離すなら切り離してくれ」「そういう確証がない限りは」とかいう議論が出てくる。でも、それは今度の法律に伴う省令とか、ガイドラインで考えるべきレベルの問題じゃないんですよ、残念ながら。それは、また別の法律をつくってという話になるんだけど、しかし多分この検討会ではそういう話になって、ここにはもちろん法律家も少数いますけど、我々はまさに医療界として何がやれるかということをやっとやっ来て来たわけですから、それを粛々と今後もできる限りは続けていくということになるかと思います。ただ先ほどのようなご質問も、本当に有能な実務法律家がここにはいるので、いくらでも機会をとらえて聞いてください。切り離すといっても関係のあることではあるんですから。

**鈴木委員** 一応改正医療法では公布から2年以内ですから、再来年の6月までに医師法21条との関係性に関してはさらに検討しなきゃいけないということになっているんですね。

**池田委員** 一ついいですか。愛知地域の池田ですが、私は現場にいますと、まず病院側の先生方も医療安全調査機構のモデル事業を知らないとか、協働型も知らないというのが現実ということです。それから病院のこのシステムがどのように国民に知らされていくのかという、その方略がきちんと出ていないと、「そんなこと聞いていません」という家族の方が必ず出てくるんですね。医療界でさえそうなので、一般の方々がこの制度を、厚生労働省の方がどのぐらい大々的に明確に説明していただけるかというのにかかっているのではないかと思います。

それと、ご家族に会いますと怒り心頭で、「そこで病理解剖なんかやってほしくない」ということは必ずおっしゃいます。そこで、第三者の医療安全調査機構の調整看護師委員とか私が出向いて行って、「第三者が来てくださった。本当にこの制度が動いているんだ」ということを確認されて初めて納得されて、これが動いていくというのが現実だと思っていますので、その辺の入り口がきちんとしていれば、皆委員に納得していただけるのではないかと。そういう制度になるのかと思いますので、その入り口のところを医療関係、遺族、ご家族の方に納得していただけるようでないか、この制度は進んでいかないのではないかと懸念しています。

**樋口座長** いや、おっしゃる通りだと思います。今後検討会も始まりますし、それもウォッチしながらではありませんけれども、現実には一種、移行期間に入るわけですから、今後の事例受付の考え方やモデル事業の総括ワーキンググループで何かをまとめて、それをさらに。制度はまだ形成途上だし、実際10月が始まってからだって役にたつことですよ。我々としてはそういうことを考えていこうということで、資料6と7について木村先生、お願いします。

**木村事務局長** では、資料6のカラフルな四角い枠の図をご覧ください。事例の進捗管理表という形で、一つひとつの横棒が現在行っている事例の調査です。平均10ヵ月で書いてありますが、だいたい平均すると10ヵ月の長さの帯になっているところで、上からずっと第何番の事例というのが来ています。薄いグリーンは終わった事例です。それから縦のグリーンの線は現時点、赤い縦線

が新制度が施行される来年の10月です。この事例受付が始まって終わるというので、横に幅のある帯がずっと下のほうに行くわけですけれども、ピンク色の帯は現時点を乗り越えている、あるいは乗り越えることが当然予想される事例です。そこはシミュレーションで約10ヵ月というバーにしています。

そうすると、もう既に現在11月に受け付けたのは、この通りでいくと来年の9月までかかるわけですね。これは、施行前に我々が受け付けたものはちゃんと最後までやるということは厚労省からも認めてもらっているわけですけれども、いま切り換えにあたっては「減らさない」ということを受けているわけです。そうすると、下のほうの行を変えて青い3つのブルーの線がありますが、12月に始まるのが普通の早さで行くと来年の9月いっぱいぎりぎり、それ以降は10月を越えてということになるわけですね。

これに対してどうするかということですが、以前の理事会、運営委員会でもそうでしたけれども、この事故調査の継続というのは絶対止めてはいけません。これは皆委員がおっしゃっていただいたことで、我々としても今動いている、具体的に現場で働いている調整看護師委員の組織などを一度解散したらまったくゼロになってしまうと思いますので、そういう点からもこの事故調査モデル事業というのは継続していかなければいけないと思います。それで、何らかの形で次につなげていかなければいけない。そのためにどうするかということですが、移行期間にあたっては、楽観的に見れば第三者機関にそのままこのモデル事業が引き継がれるということで、「そのままずっと続けてもいいですよ」という話もあるかもしれませんが、そういうことは今言われてもいけませんし約束もされていないので、幾つかの方法があります。

たとえば4月頃受けたのも、来年になってからすぐ急いで調査をして短期間でおさめる努力をするというのがあったと思います。そういうことはありますけれども、いろんな事例によって時間もかかりますので、きょうはパイロット事例というのをお示しました。11事例、これは解剖してない事例とか、その他特殊な、その医療機関のなかで解剖したり、そこの医療事故の委員会が主体になってやっているものに対して調査をお手伝いしているという形です。調査の仕方、まとめ方はまったく私どものやり方で、指導という形で伝達しているところです。そういうやり方、たとえば相談のみ行うとか、あるいは将来の新しい制度での支援団体がやる支援に似たような形態で、それを先取りするような格好で調査を指導するんですけれども、その調査の主体は当該医療機関にある

というような形でお手伝いするというのであれば、9月いっぱいでは終わらなくても、あとは医療機関がまとめなさいということになると思います。そういう方法を考えて、事業内容は継続していきたいと。

同時に今度は、いま私どもがやっていることを次に引き継ぐべく、この経験を次に渡す責務が私どもにあるだろうと考えております。次の資料7を見ていただければいいのですが、モデル事業の総括9年間、10年になるところで、内科学会がやったモデル事業に始まって、今までの事例を全部検討し直して総括をしたいと思っております。どういうところが特徴であって、どういうところに問題があって、どういう解決をしたか。私どものやって来た組織、やった内容を毎年報告書では出していますが、全体をもう一度見直して出していきたい。今、そのためのワーキンググループを中につくって、いろいろなデータをもう一度見直しているところです。

これを引き継ぎということですので、本当は9月で終わるということになれば9月までの事例全部終わってからということになりますけれども、今まさにこういうことが必要なのではないかとということで今年度中、来年の3月までに出来たら大急ぎで総括をまとめて、次に準備をする段階のときに、そこでぜひ活用していただきたい。したがって、ある意味では提言であるとか、このときはこういう組織、やり方がいいというようなことを含めて、総括としてまとめたいと考えています。

来年の10月開始ということになると、先ほどお話ししたいろいろな中での教育・研修とか、それに必要なマニュアルとか教材も、じつは今これとは別なワーキンググループで、そういう事態になったときに第三者機関がおそらく必要とするだろうというような研修の材料とか、どういう形が本当は必要なのではないかと、制度が全部できていませんけれども、少しずつ考えているところです。そういうものも含めて、今まで私どもが経験したことをまとめ、そして次につないでいく責任があるだろうという立場で総括をしていきたいと思っております。いろんな点で、地域代表の先生方とか、地域の調整看護師委員のご経験をまたお聞きしたりすることがあると思いますので、その際は是非ともご協力をよろしくお願ひしたいと考えているところです。

資料と6と7、2題の今後の事例の受付の考え方について、それからモデル事業総括ワーキンググループの設置について、両方まとめてお話しさせていただきましたけれども、以上です。

**樋口座長** 何かコメントとかありますか。

**長崎委員** パイロット事例のようなやつは、モデル事業の仕事として調整看護師委員にやっていただいているんですね。

**木村事務局長** それぞれ相談に乗らせていただきます。基本的にお断りはしないと思いますけれども、今までやったような調査の仕方、考え方というのをどういうふうにしてやっていったらいいかということがあれば。

**長崎委員** アドバイスをしたりするのはね。あと中規模、小規模、自分たちで解剖できない病院の場合、地域事業かもしれませんけれども行政解剖、承諾解剖、あるいは調査法解剖で我々のところで解剖してしまうことがあると思うんです。我々のところではそこまでしかできないので、そこから以降についてご遺族の承諾を得て病院に結果を返して、「病院で何とかしなさい」というところもアドバイスしていく、そのようなこともやっていっていいんじゃないでしょうか。

**木村事務局長** いろんなことで、なかなか限界はあると思います。今やっている事業内容もありますし、全部幅広く間口を広げてというわけにはいかないかもしれませんが、いろんな相談という形では、ご連絡いただければそういうところはそちらで。たとえば、大きな大学病院でも、「中では嫌だから外でやってほしい」とか、そういうのは「ちゃんと協働型でやってください」とお話ししたりすることもあります。

全部こちらでというのは、それなりにかなりエネルギーの要ることであるので、これから先、いまお話ししたような総括とか、いろんなことをまとめていかなければいけない。それから次のことを考えてやっていかなければいけないときに、今のスタッフで限界もありますので、相談には応じられると思います。

**居石委員** よろしゅうございますか。ご存じのように福岡地域は、既に県医師会の支援事業という形で2年ちょっと過ぎました。現在取り扱っているのは既に受け付けた11事例なんです。それは福岡県医師会11事例で、そのうちの3事例がモデルに持ち込まれていますが、いかがでございましょう。その11事例もそろそろ支援事業を連携事業として取り扱っていただいて、「231、横に11事例」といったような、明らかに区分けをしていただくのが必要だと思います。そろそろ取り込むようにして、この11事例の内容も県医師会の事業部隊というところ

つとあれですが、実際にやっておられる方々が十数名いらっしゃるから、その委員会で報告をしていただくぐらいのコミュニケーションをとっていただいたらいかがでございましょう。

**木村事務局長** 新しい制度はまだまだ、今のモデル事業ですら知らない方がたく委員いらっしゃる時期ですので、どういうふうに基本的な考え方を持っていくか、どのようにまとめていくかということに関しても、おそらく先生のところとモデル事業とでは、実際に協働作業を試みたらこういうところが少し違うというのがある、それが非常にお互いに勉強になるのだらうと思います。そういうことを続けていかなければいけない。あちこちでやられているところがありますので、それを統合していくことも一つ大きな仕事だらうと思います。じゃ、それに全力を挙げて、すぐスタッフがお互いに一緒になってやりましょうということにはつながらないかもしれないが……。

**居石委員** 別個としてが必要だと思えます。

**木村事務局長** 今後全国版でやる上では、絶対そういう既にやられているところのお力を借りないとできないだらうと思いますので、ぜひともよろしくお願ひしたいと思うところです。

**居石委員** 1点だけ。その意味でパイロット11事例と、いま言いましたように2年ちょっとで11事例なんです。解剖をお受けしていただいたのは全部モデルに入っていますが、したがって11-3で8事例は非解剖事例です。そういった意味でも、具体的な意見をお耳にいただいている機会がおありだと思いますが、ぜひ一つの関連事業としても取り込んでいただいて、実際には医師会を介して積極的な方法がなされていても、逆にいうとそれぐらいなんですよ。

今度の事業で18万に及ぶかもしれんといった医療施設を考えたときには、厚労省の方に大変恐縮でございませうが、先ほど池田先生からご意見が出ましたが方法をしっかりしていただくこと。そして内容、調査の仕方がもしも協働型、「いやあ、それにちょっと先駆けての調査のやり方もありますよ」なんていうような複雑性を残すようであれば、しっかりと医療機関に周知していただかないことには動けないので、よろしくお願ひします。

**樋口座長** そろそろ時間になりましたが、いま木村先生

から説明を受けたような今後の事例受付の柔軟化ですね、移行期だからという。それから、総括ワーキンググループを設置して引き継ぎを図る必要がある。結局これをどういう形で、しかし新しい法制度の下では今までとは違うやり方というのが入ってきますので、どういう形でうまく柔軟に、しかも今までと同様に信頼を確保するようなやり方で第三者機関として存続し、かつ院内調査をうまく支援できるかという、そういうのをつくるのは本当に大変なことなので、そういうところで細かな議論を検討会でもいっぱいやっていただくと、本当にいいのですが……。

きょうの議題は以上の通りですが、何かおありでしょうか……。なければ、事務局としては、次回ほどのぐらゐのことを考えていますか。

**亀井次長** 2月頃の開催です。

**樋口座長** その頃にはまた新たな光があたっていると思いますので、その機会を捉えて、法制度の適切かつ円滑な実現のためにまた議論を続けたいと思います。本日はどうも長時間にわたってありがとうございました。

**木村事務局長** どうもありがとうございました。

(終わり)