

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

The Project for the Investigation of Death Associated with Medical Practice

第23回 運営委員会

議 事 次 第

平成 22 年 2 月 10 日 (水)
15 : 00 - 17 : 00
日 内 会 館

議 事

1. 「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の状況について
・各地域の実施状況
2. 22年度以降のモデル事業について (予定)
・22年度予算案
・事業内容
・事務局
3. 現モデル事業の総括及び事業終了について
4. これまでの主な受付事例・相談事例について (非公開)
5. 次回日程について

(配布資料)

- 資料1 現在の受付等事例数
- 資料2 受付事例の状況等
- 資料3 各地域の現状
- 資料4 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業
- 資料5 新体制に対する要望等意見
- 資料6 モデル事業総括・提言ワーキングチームの設置について (案)

(参考資料)

- 参考1 「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」
第22回運営委員会議事概要 (案)

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業
運営委員会委員名簿

稲葉 一人	中京大学法科大学院教授
岩砂 和雄	日本医師会副会長
上原 鳴夫	東北大学大学院医学系研究科社会医学講座国際保健学分野教授
加藤 良夫	南山大学教授
木村 哲	東京通信病院院長
北田 光一	日本医療薬学会
黒田 誠	藤田保健衛生大学医学部病理診断科教授
児玉 安司	三宅坂法律事務所弁護士
佐伯 仁志	東京大学法学部教授
鈴木 利廣	すずかけ法律事務所弁護士
佐藤 慶太	鶴見大学歯学部法医歯学准教授
高本 眞一	三井記念病院院長
田中 敦子	東京都福祉保健局医療政策部医療安全課長
中園 一郎	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科社会医療科学講座法医学教授
永池 京子	日本看護協会常任理事
樋口 範雄	東京大学法学部教授
山口 徹	国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長

(敬称略・五十音順)

地域代表者

(東京地域)	矢作直樹	東京大学大学院医学系研究科救急医学講座教授
(愛知地域)	池田 洋	愛知医科大学病理学教授
(大阪地域)	的場梁次	大阪大学大学院医学研究科社会医学専攻法医学教授
(兵庫地域)	長崎 靖	兵庫県健康福祉部健康局医務課監察医務官
(新潟地域)	山内春夫	新潟大学法医学教授
(茨城地域)	野口雅之	筑波大学付属病院病理部長
(札幌地域)	松本博志	札幌医科大学法医学教授
(福岡地域)	居石克夫	国立病院機構福岡東医療センター研究教育部長
(岡山地域)	清水信義	岡山労災病院院長
(宮城地域)	田林暁一	東北大学心臓血管教授

オブザーバー

厚生労働省

警察庁

法務省

長村義之 東海大学病理学

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業 現在の状況について(累計)

平成22年2月5日現在	札幌	宮城	茨城	東京	新潟	愛知	大阪	兵庫	岡山	福岡	計
受付けた事例	8	1	7	44	7	5	22	3	1	6	104
受付後、評価中の事例	3	0	1	4	4	2	3	1	1	3	22
評価結果報告書の交付に至らなかった事例	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2
評価結果報告書を交付した事例	80										80

平成21年12月末現在	19	0	19	60	13	4	44	17	1	11	188
受付に至らなかった理由	遺族の同意が得られなかった	9	0	4	15	5	2	13	4	0	59
	解剖の体制が取れなかった	3	0	1	3	3	1	2	1	0	15
	医療機関からの依頼がなかった	1	0	4	4	2	1	12	5	0	30
	司法解剖または行政解剖となった	1	0	3	12	0	0	9	5	1	32
	その他	5	0	5	18	3	0	8	2	0	42
	不詳	0	0	2	8	0	0	0	0	0	10

※相談事例は月次毎の集計

地域別受付件数の概況

地域	開始時期 / 現在	実施期間 (月)	受付事例	月当たりの 件数	人口100万 当たり月間 受付件数	相談事例数	月間 相談事例 数	人口100万 当たり月間 受付件数	(参考) 対象地域の 人口(万人)
1) 東京	平成17年 9月 ~ 平成22年 1月	53	44	0.83	0.07	60	1.13	0.09	1,276
2) 愛知	平成17年 9月 ~ 平成22年 1月	53	5	0.09	0.01	4	0.08	0.01	736
3) 大阪	平成17年 9月 ~ 平成22年 1月	53	22	0.42	0.05	44	0.83	0.09	881
4) 兵庫	平成17年 9月 ~ 平成22年 1月	53	3	0.06	0.05	17	0.32	0.30	106
5) 茨城	平成18年 2月 ~ 平成22年 1月	48	7	0.15	0.05	19	0.40	0.13	297
6) 新潟	平成18年 3月 ~ 平成22年 1月	47	7	0.15	0.06	13	0.28	0.12	240
7) 札幌	平成18年10月 ~ 平成22年 1月	40	8	0.20	0.08	19	0.48	0.19	252
8) 福岡	平成19年 7月 ~ 平成22年 1月	34	6	0.18	0.03	11	0.32	0.06	506
9) 岡山	平成20年 8月 ~ 平成22年 1月	18	1	0.06	0.03	1	0.06	0.03	195
10) 宮城	平成20年10月 ~ 平成22年 1月	16	1	0.06	0.03	0	0.00	0.00	235

※ 受付事例数2010年2月5日及び相談事例数は、2009年12月末現在

受付事例の状況等 (平成22年2月5日現在)

(104事例のうち、公表についてご遺族、依頼医療機関の同意を得た98事例の状況)

- (1) 受付地域： 東京
申請受付日：平成17年10月
年齢：60歳代 性別：男性
診療の状況：総胆管結石の診断にて内視鏡下手術を施行するが、腹膜炎及び多臓器不全を併発し、2ヶ月の加療の後に死亡。
- (2) 受付地域： 東京
申請受付日：平成17年12月
年齢：20歳代 性別：女性
診療の状況：不眠・不穏・幻覚・幻聴の症状に対して、抗精神病薬等で入院加療中、心肺停止となり死亡。
- (3) 受付地域： 東京
申請受付日：平成17年12月
年齢：60歳代 性別：女性
診療の状況：脳動脈瘤にて血管内カテーテル検査を施行中、状態が急変し、数時間後に死亡。
- (4) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年1月
年齢：60歳代 性別：男性
診療の状況：僧帽弁閉鎖不全にて手術施行。術後数日目に急変し、数週間の加療の後に死亡。
- (5) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年1月
年齢：60歳代 性別：女性
診療の状況：閉塞性動脈硬化症のバイパスグラフトの閉塞に対して血管内カテーテル治療を施行。術後、後腹膜出血を認め、緊急手術を施行するが、2週間後に死亡。
- (6) 受付地域： 茨城
申請受付日：平成18年2月
年齢：70歳代 性別：女性
診療の状況：徐脈性失神発作に対し、体内式永久ペースメーカー埋込術施行。術後状態が急変し、数時間後に死亡。
- (7) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年2月
年齢：40歳代 性別：女性
診療の状況：発熱・筋肉痛を認めたため、インフルエンザと診断し、薬剤投与。その後、意識混濁及び痙攣が出現。症状悪化し死亡。
- (8) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成18年4月
年齢：60歳代 性別：男性
診療の状況：臀部および大腿部のガス壊疽に対し、広範な感染部位の切除術及び植皮術を施行するために、全身麻酔導入。導入後、腹臥位に体位変換したところ、まもなく血圧低下を認め、死亡。
- (9) 受付地域： 大阪
申請受付日：平成18年4月
年齢：10歳代 性別：女性
診療の状況：若年性リウマチ・血管炎などで加療中、下痢・腹痛のため入院。汎発性腹膜炎にて緊急手術を施行したが、翌日死亡。
- (10) 受付地域： 東京
申請受付日：平成18年5月
年齢：30歳代 性別：男性
診療の状況：舌癌に対する手術施行後、呼吸苦の訴えあり。その後意識レベルの低下を認め、治療を行うが約6週間後に死亡。

(11) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 5 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療の状況：直腸癌に対する手術施行後、
発熱及び下血を認め、数日後、死亡。

(16) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 5 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療の状況：両上肢の疼痛に内服薬により加療。口腔内のびらんを発端に、全身の紅斑・発赤・腫脹を生じ、薬剤投与を行うも死亡。

(12) 受付地域：茨城

申請受付日：平成 18 年 5 月

年齢：70 歳代 性別：女性

診療の状況：後頭部痛に対して神経ブロックを施行したところ心肺停止し、約 3 週後に死亡。

(17) 受付地域： 新潟

申請受付日：平成 18 年 7 月

年齢：40 歳代 性別：女性

診療の状況：大腿部の肉腫に対する手術後、外来にて経過観察中。救急外来を受診した際、意識消失あり、転院加療するが死亡。

(13) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 18 年 5 月

年齢：70 歳代 性別：女性

診療の状況：腹痛・嘔吐に対して入院加療中に転院し、転院後 2 日目に死亡。

(18) 受付地域： 愛知

申請受付日：平成 18 年 7 月

年齢：10 歳未満 性別：女性

診療の状況：頭蓋形成術、口蓋裂形成術等施行。術後、状態が悪化し、約 3 週間後に多臓器不全にて死亡。

(14) 受付地域： 兵庫

申請受付日：平成 18 年 5 月

年齢：80 歳代 性別：男性

診療の状況：経皮経管的動脈形成術を施行後、呼吸停止となり死亡。

(19) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 18 年 7 月

年齢：30 歳代 性別：男性

診療の状況：嘔気・気分不良・腹痛にて入院。入院後、内視鏡的逆行性胆道膵管造影（ERCP）施行するが、その後膵炎を発症し死亡。

(15) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 5 月

年齢：70 歳代 性別：女性

診療の状況：心臓弁置換の手術目的で入院。弁置換術前に行ったステント留置術の際にショック状態となり死亡。

(20) 受付地域： 新潟

申請受付日：平成 18 年 8 月

年齢：20 歳代 性別：男性

診療の状況：脳幹部腫瘍に対し、硫酸アトロピンを投与後、容態が悪化。救急搬送し加療するが脳死状態となり死亡。

(21) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 8 月
年齢：10 歳未満 性別：女性
診療の状況：鉗子分娩にて出生。出生後、NICUにて加療するが、死亡。

(22) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 8 月
年齢：50 歳代 性別：男性
診療の状況：後腹膜腫瘍に対し手術施行。低酸素血症・血圧低下・心室頻拍にて心停止し、蘇生術施行するが死亡。

(23) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 9 月
年齢：10 歳未満 性別：男性
診療の状況：大動脈弁狭窄症に対し、血管内カテーテル治療を施行。翌日の安静解除後、意識消失・心肺停止となり、蘇生術を施行するが死亡。

(24) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 9 月
年齢：60 歳代 性別：女性
診療の状況：多発性筋炎、気管支喘息を基礎疾患としており、肺炎のため入院。一度軽快するが肺炎が再発し、気管切開術施行。術後より皮下気腫が出現し、その後心肺停止となり、蘇生術を施行するが死亡。

(25) 受付地域： 新潟

申請受付日：平成 18 年 9 月
年齢：70 歳代 性別：女性
診療の状況：敗血症等により緊急入院。治療により改善傾向にあったが、筋力低下・呼吸状態悪化を認める。右気管支に経鼻胃管が挿入されていた。直ちに治療を開始するが 1 週間後に死亡。

(26) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 18 年 10 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療の状況：平成 18 年 10 月、転移性肝癌に対して肝右葉切除術を施行。出血多量により出血性ショックとなり、ICUにて加療するが、循環不全・呼吸不全により、2 日後に死亡。

(27) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 18 年 10 月
年齢：60 歳代 性別：女性
診療の状況：頸椎症性脊髄症・頸椎後弯症に対し、頸椎椎弓形成術及び頸椎後方固定術を施行。術後麻酔から覚醒せず、CT 検査にて、左大脳半球の広範な脳梗塞と診断された。脳浮腫が進行したため外減圧術を施行するが死亡。

(28) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 11 月
年齢：70 歳代 性別：男性
診療状況：胃癌の診断にて入院。幽門側胃切除術施行。術後 2 日目に発熱・下痢を認める。3 日目、CT 撮影後ベッドに横になる際、呼吸停止・ショック状態となった。治療開始するが改善を認めないため、転院し、加療するが、術後 5 日目に死亡。

(29) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 11 月

年齢：20 歳代 性別：女性

診療の状況：全前置胎盤・癒着胎盤にて入院加療中、破水（33 週 4 日）したため緊急帝王切開術施行。児娩出し、子宮を摘出した後、心室細動・出血を認め、心停止。蘇生術を行うが死亡。

(32) 受付地域： 兵庫

申請受付日：平成 18 年 12 月

年齢：40 歳代 性別：女性

診療状況：僧帽弁閉鎖不全に対し、平成 18 年 6 月、僧帽弁形成術を施行。術中、人工心肺導入前に食道エコープローブによる食道穿孔が起こり手術中止となる。食道穿孔部は修復されたが、全身状態不良となり、集中治療を継続するが状態悪化し、12 月に死亡。

(30) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 11 月

年齢：10 歳未満 性別：女性

診療の状況：三心房心（肺高血圧あり）の手術前評価のため全身麻酔下にて心臓カテーテル検査を施行。検査終了後、麻酔覚醒を促している最中に心肺停止。蘇生処置行方が死亡。

(33) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 12 月

年齢：40 歳代 性別：男性

診療状況：脳動静脈奇形と脳底動脈動脈瘤（約 5mm 及び 1.5mm）を合併しており、平成 18 年 10 月、カテーテル検査施行。その翌日、5mm の脳底動脈瘤及び脳動静脈奇形の一部に対して塞栓術を施行した。11 月に 2 回目の塞栓術を施行中、1.5mm の脳動脈瘤内に穿孔をきたし、クモ膜下出血を発症した。直ちに止血、脳室ドレナージ及び開頭減圧術を施行したが、約 1 ヶ月後に死亡。

(31) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 18 年 12 月

年齢：70 歳代 性別：女性

診療の状況：平成 18 年 10 月食道Ⅰ亜全摘術施行。同日胸腔内出血あり、再開胸止血術施行。術後、ICUにて加療中、術後 7 日目に急性心筋梗塞（AMI）発症。約 1 ヶ月後、2 回目の AMI 発作を認め、その翌日に死亡。

(34) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 19 年 1 月

年齢：60 歳代 性別：女性

診療状況：平成 18 年 12 月、左上葉肺癌に対する手術を施行し、術後経過は良好であったが、術後 2 日目に脳梗塞を発症し、血栓溶解術及び開頭減圧術を行うも、加療の 3 日後及び 5 日後に再度脳梗塞を発症した。脳死状態と判定され、術前の本人の希望により積極的延命処置は行わず、脳死判定の 1 週間後に死亡。

(35) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 19 年 1 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：脊髄小脳変性症にて平成 15 年に気管切開術・胃瘻造設術を施行。その後、在宅療養していたところ、低血糖症状・食物逆流を認めたため、平成 18 年 8 月に入院。約 1 ヶ月後に発熱を認めた。発熱の 4 日後に呼吸停止状態で発見され、その後加療を行うが、翌平成 19 年 1 月死亡。

(38) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 19 年 2 月

年齢：70 歳代 性別：女性

診療状況：平成 16 年 2 月、右大腿骨頸部骨折に対し、他院にて人工骨頭置換術施行。その後、人工骨頭のゆるみが生じ、平成 19 年 2 月、当該病院にて全身麻酔下に再置換術施行。術中、閉創開始時より血圧低下を認める。閉創中さらに血圧が低下し、心停止。蘇生術を行うが 5 時間後に死亡。

(36) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 19 年 1 月

年齢：60 歳代 性別：女性

診療状況：平成 18 年 12 月、直腸癌に対する手術を施行。術後、骨盤内膿瘍の形成、腹腔との交通を認める右大腿筋膜炎も併発した。腹腔内ドレナージ・右大腿切開ドレナージなどを行い、全身状態は改善傾向であったが、平成 19 年 1 月末に突然の大量出血にて死亡。

(39) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 19 年 2 月

年齢：40 歳代 性別：男性

診療状況：就寝して約 1 時間半後に腹痛で叫び声をあげ、その約 30 分後に腰痛及び右側腹部痛にて午前 1 時頃近医を受診。右季肋部圧痛、叩打痛、尿潜血などを認め、尿管結石疑いで鎮痛剤を投与を数回行い、午前 4 時に、症状の改善を認めた。同日午前 7 時頃、専門医に転院するための紹介状を作成中に心肺停止となり、蘇生術を行うが同日午前中に死亡。

(37) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 19 年 2 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：入院 2～3 週間前より感冒症状が出現し、咽頭痛・口腔内痛・全身倦怠感等が著明となったため、近医を受診。点滴等の治療を受けるが改善がみられないため、2 日後に転院。転院翌日午前 7 時頃、呼吸困難にて、酸素吸入を開始。その同日午前 8 時 30 分に看護師が訪室した際には著変は認めなかったが、同日午前 11 時 10 分に看護師が訪室したところ、意識消失・呼吸停止状態であったため、蘇生術を行うが同日死亡。

(40) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 19 年 3 月

年齢：30 歳代 性別：女性

診療状況：平成 19 年 3 月に正常分娩にて 3735 g の男児を出産（妊娠 41 週）。産後出血多量のため、子宮頸管の裂傷を縫合したが、子宮内膜からの出血が多く（この時点で出血量 2470 g）、止血中に心停止があり、心臓マッサージにより回復した。弛緩出血と診断され、多量の輸血製剤を投与しながら、腹式子宮全摘術施行（出血量 1960 g）。術中再度心停止があり、除細動により回復。術後 ICU にて加療するが同日夕刻に死亡。

(41) 地域事務局： 大阪

申請受付日：平成 19 年 3 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：脳内出血を発症後、外科的処置により意識状態・全身状態の改善を認めていたが、脳内出血発症後約 50 日後、呼吸状態の悪化とともに、心停止となった。蘇生術を行うが回復せず、死亡。

(42) 受付地域： 愛知

申請受付日：平成 19 年 3 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：平成 19 年 1 月、肺癌に対し右肺上葉切除術及びリンパ節郭清術施行。術中、肺尖部の癒着剥離中に大量出血を認めた。止血後、心停止をきたしたが、心拍再開後は血圧 60 台を維持。術後 I C Uにて加療するが、肺機能が回復せず、約 2 ヶ月後に死亡。

(43) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 19 年 3 月

年齢：50 歳代 性別：男性

診療状況：平成 19 年 3 月、下行結腸癌が原因と考えられる腸閉塞のため、横行結腸双口式人工肛門創設術を施行。手術後帰室するも循環動態不安定であり、術後 6 時間で血圧 70 台まで低下。輸血等の加療を行うが血圧安定せず。白血球数の低下を認めたため、敗血症を疑われ血液製剤投与等の治療を行うが改善認めず。術後約 9 時間で心停止。蘇生術を行うが翌日死亡。

(44) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 19 年 4 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：仙骨癌転移による麻痺発症の為、平成 19 年 4 月に手術を行った。手術時大量出血があり、止血し閉創。術後 1 日目に下肢循環障害が発生し、クラッシュ症候となり、大腿動脈バイパス術及び透析を施行するが、改善せず、高カリウム血症となり、心停止。術後 2 日目に死亡した。

(45) 受付地域： 札幌

申請受付日：平成 19 年 4 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：C型慢性肝炎で経過観察中、原発性肝癌を指摘された。平成 19 年 4 月に肝右葉切除術施行。術中に下大静脈より出血。止血困難で血圧低下、心停止し、同日死亡。

(46) 受付地域： 茨城

申請受付日：平成 19 年 4 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：発熱にて病院を受診した。投薬にて入所している授産施設に帰った。昼食を通常量採取し、自室に戻ったことを職員が確認した。約 40 分後心肺停止状態で発見された。

(47) 受付地域： 札幌

申請受付日：平成 19 年 4 月

年齢：60 歳代 性別：女性

診療状況：平成 19 年 3 月頭痛出現。翌日も頭痛が持続していた。4 月に自宅で倒れ救急車にて病院に搬送されるが心肺停止。心拍は再開したが、深昏睡状態。CT でクモ膜下出血を認めた。同月に死亡。

(48) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 19 年 5 月

年齢：40 歳代 性別：女性

診療状況：右頬粘膜癌（初診平成 18 年 9 月）で同年 11 月に手術施行（p T 2 N 2 b stage IVA）。r N 2 C に対し手術施行（平成 19 年 4 月）以後順調に回復。平成 19 年 5 月カニューレ抜去、同日帰室、午後心肺停止を発見。人工呼吸、心臓マッサージを施すも死亡。

(49) 受付地域：東京

申請受付日：平成 19 年 6 月
年齢：10 歳代 性別：男性
診療状況：松果体部細胞腫に対して平成 19 年 1 月に開頭腫瘍摘出施行。その後、化学療法、放射線照射を行った。腫瘍は著明に縮小しており、近く退院の予定であった。6 月頭痛、嘔気を訴えていた。安静臥床を指示し、改善されたが、自室トイレ（個室）で心肺停止状態で発見され、救急措置を行ったが効果なく死亡。

(53) 受付地域：東京

申請受付日：平成 19 年 10 月
年齢：70 歳代 性別：女性
診療状況：左大腿骨頸部骨折にて入院し 9 月手術。術後経過良好、リハビリ開始。10 月発熱、胃痛出現。発熱継続し、血液・尿検査行い、尿路感染症による敗血症の診断で抗生剤・γグロブリン投与。血圧低下したため、気管挿管し全身管理を行うも状態改善せず、2 日後死亡。

(50) 受付地域：東京

申請受付日：平成 19 年 7 月
年齢：60 歳代 性別：女性
診療状況：早期胃がんの診断で腹腔鏡補助下手術にて胃切除を行った、予定術式ではリンパ節郭清が不十分との判断で開腹に切り替え手術を行った。術後 3 日目から状態悪化し、術後 5 日目に敗血症の全身状態の改善が出来ず、死亡した。

(54) 受付地域：大阪

申請受付日：平成 19 年 11 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：下行結腸癌の診断で結腸左半切除術を施行。術後 2 日目より 38℃台の発熱、4 日目 AMO 時頃に発熱、頻脈、AM1:45 に頻脈、意識障害、まもなく心肺停止。蘇生に成功するも脳死状態となり 12 日後に死亡。

(51) 受付地域：東京

申請受付日：平成 19 年 7 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：進行性早期胃がんと診断され胃切除施行。手術後イレウスを併発するが回復。その後出血、腸管穿孔あり、コイルにて止血施行するも肝動脈閉塞にて肝壊死および腹膜炎をおこし、死亡した。

(55) 受付地域：東京

申請受付日：平成 20 年 1 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：胸背部痛のため受診する。以前に虚血性心疾患の既往（現在、慢性腎不全のため透析中）があることから急性冠症候群の疑いにて入院となる。胸痛と心電図上変化を認め、カテーテル検査を行うこととしたが、その準備中に呼吸停止あり。その後回復するも、呼吸器管理にてカテーテル検査施行中、急変する。処置を継続するも死亡。

(52) 受付地域：大阪

申請受付日：平成 19 年 10 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：急性胆管炎疑いにて入院、ERCP 施行する。その後、十二指腸穿孔判明し、腹膜膿瘍発症。ICUにて治療施行するも、感染症併発し、敗血症にて、治療のいかなく死亡。

(56) 受付地域：茨城

申請受付日：平成 20 年 2 月
年齢：10 歳未満 性別：男性
診療状況：0 歳男児。在胎 30 週の重症
仮死状態で出生。胎児水腫と診断。人工
呼吸、ドレナージおよび臍帯静脈カテー
テル (C) を用いた輸液等を行い NICU 管
理。2 週間から乏尿。輸液経路を変え C
を抜去した後、ゆるやかに血圧低下し死
亡。

(57) 受付地域：福岡

申請受付日：平成 20 年 2 月
年齢：20 歳代 性別：女性
診療状況：r6 顎骨のう胞の診断で、歯
根のう胞の開窓術施行。施行途中に全身
のふるえ、発熱を自覚し、数分後に意識
低下、ショック状態となる。当日夜に DIC、
翌日には、多臓器不全となった。その後、
全身感染症も合併し、再度循環不全に陥
り、凝固異常が増悪。低酸素血症も重なり、
永眠される。

(58) 受付地域：茨城

申請受付日：平成 20 年 2 月
年齢：10 歳未満 性別：女性
診療状況：母親は在胎 38 週に破水して
入院。微弱陣痛のため薬物により陣痛促
進された。胎児心拍等監視下に分娩は進
行し児娩出に至ったが、児は心肺停止状
態であり、蘇生に反応せず死亡。後羊水
は血性で胎盤は 2 分後に娩出された。

(59) 受付地域：福岡

申請受付日：平成 20 年 4 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：依頼病院で糖尿病の治療中で
あった、胸痛と冷汗にて、受診。血糖値
の確認を行い、他の検査は行わず帰院。
夜、状態が急変し、救急車にて来院する
も死亡された。

(60) 受付地域：大阪

申請受付日：平成 20 年 4 月
年齢：80 歳代 性別：男性
診療状況：平成 17 年 10 月頃より黒色便
があり消化器内科受診。G I F は異常な
し腹部膨隆が目立つようになる。デイク
ア帰宅後、苦しそうになり、腹痛と呼吸
困難著明となり、救急へと搬送される。
到着時はショック状態であり、処置を施
すも死亡。

(61) 受付地域：札幌

申請受付日：平成 20 年 5 月
年齢：30 歳代 性別：女性
診療状況：A クリニックにて豊胸術施行。
術後覚醒を確認し抜管、帰室。オピスタ
ン 1A を静注した。10~15 分後、看護師
が訪室すると呼吸停止していた。B 病院
に救急搬送され死亡する。

(62) 受付地域：大阪

申請受付日：平成 20 年 6 月
年齢：70 歳代 性別：男性
診療状況：右外腸骨動脈閉塞症に対して
局所麻酔下にてステント留置術を施行。直後
より心窩部背部痛あり。翌朝血清アミラーゼ
1500 に上昇し急性膵炎として治療開始。
一旦軽快し経口再開するも、再度増悪。
CT 上膵炎の増悪を認めた。施行後 22 日
目心肺停止状態で見つかり蘇生するも意
識回復せず。同 24 日目に永眠された。

(63) 受付地域：東京

申請受付日：平成 20 年 6 月
年齢：70 歳代 性別：男性
診療状況：進行性胃がんにて胃全摘出術
施行。術中に出血あり、脾臓摘出す。術
後抜管後に呼吸停止し、脳死状態となり
呼吸管理にて経過みていたが、5 か月後
肝臓への癌転移と全身状態悪化にて死亡。

(64) 受付地域：札幌

申請受付日：平成 20 年 6 月

年齢：70 歳代 性別：男性

診療状況：以前より拡張型心筋症、狭心症で通院中に直腸癌が見つかる。腹腔鏡下で切除術をするも、すでに周囲に転移があった。5 ヶ月後に多臓器不全にて死亡した。

(68) 受付地域：大阪

申請受付日：平成 20 年 8 月

年齢：80 歳代 性別：男性

診療状況：肺炎の診断で入院。入院 21 日目大腸内視鏡施行。内視鏡後、腸穿孔と下行結腸癌と診断。同日、癌部と穿孔部大腸切除し人口肛門を設置する。その 2 日後不整脈出現と共に血圧低下。直後昇圧剤を使用。心臓マッサージを開始。蘇生中、心エコーするも心拍なし。1 時間 30 分後死亡。

(65) 受付地域：大阪

申請受付日：平成 20 年 7 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：大腸癌、肝転移にて外来にて経過観察中、現状把握する為に造影 CT を撮影した。造影剤注入直後より気分不良、意識消失し、呼吸停止をおこした。呼吸停止後に直ちに、気管内挿管行い気道確保、心停止に対し心臓マッサージ、DC、昇圧剤等の投与を行うも、改善せずおよそ 2 時間後死亡した。

(69) 受付地域：東京

申請受付日：平成 20 年 8 月

年齢：50 歳代 性別：男性

診療状況：胆管癌の診断で手術を行うも転移あり、胆管切除＋胆管空腸吻合術、ドレナージ施行。

術後 7 日目から腹痛、ドレーンよりの出血あり、輸液、輸血等治療を行うが、ショック状態となった。本人、家族とも積極的な延命治療は望まないとのことで、人工呼吸器管理で経過をみていたが、術後 19 日目心停止、死亡確認した。

(66) 受付地域：福岡

申請受付日：平成 20 年 7 月

年齢：80 歳代 性別：男性

診療状況：喘息による呼吸困難のため入院。入院 2 日目、息苦しいとのナースコールがあり、訪室したところ呼吸困難と意識低下がみられ、蘇生術を行うも、およそ 1 時間後死亡。

(70) 受付地域：札幌

申請受付日：平成 20 年 9 月

年齢：70 歳代 性別：男性

診療状況：午前中、胸やけ・胸痛を主訴に受診。心電図、胃内視鏡にて逆流性食道炎と診断し投薬を行う。夜間症状の改善なく入院。鎮痛剤にて一旦軽減するもその後、症状急変する。意識障害・心停止・呼吸停止。蘇生行うも死亡。

(67) 受付地域：札幌

申請受付日：平成 20 年 7 月

年齢：90 歳代 性別：男性

診療状況：脳梗塞後、老健施設に通所中であつたが、意識障害をみとめ、A 病院搬送。著明な貧血あり、精査目的にて入院。入院 25 日目よりタール便あり、輸血にて対応するが軽快なし、さらに 3 日上部消化管内視鏡を行ったところ、大量に吐物を誤嚥、肺炎の増悪により死亡。

(71) 受付地域：東京

申請受付日：平成 20 年 9 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：右冠動脈に対する PCI 施行。
対側造影として用いていた左冠動脈のカ
テーテルにて大動脈解離並びに左冠動脈
の閉塞を起こし心停止となるが、心臓マ
ッサージ下にて左冠動脈 PCI 施行し、心
拍は再開した。その後、大動脈解離が進
み、3 日後に外科的手術を施行するが状
態悪化し、入院 10 日目死亡。

(72) 受付地域：札幌

申請受付日：平成 20 年 10 月
年齢：70 歳代 性別：男性
診療状況：血尿精査にて右腎腫瘍が発見
される。遠隔転移所見は無く、右腎摘出
術を施行した。術後血圧低下、ドレーン
より出血増量、昇圧剤・輸血するも回復
せず。呼吸状態不良となり挿管。心マッ
ッサージ除細動施行も回復せず死亡。

(73) 受付地域：東京

申請受付日：平成 20 年 10 月
年齢：80 歳代 性別：女性
診療状況：慢性心房細動にて外来診療を
していたが、うっ血性心不全にて入院。
徐脈性心房細動のため、ペーシングカテ
ーテル挿入するが、心不全症状改善せず
経過。経口摂取不良なため高カロリー輸
液開始。2 日後に血小板低下、全身状態悪
化に伴う DIC と診断。2 日後に死亡。

(74) 受付地域：大阪

申請受付日：平成 20 年 10 月
年齢：50 歳代 性別：男性
診療状況：平成 20 年 7 月直腸癌にて低位
前方手術施行。平成 20 年 7 月敗血症性シ
ョック、大量出血のため再開腹止血術、
人口肛門造設術施行。その後 ICU にて呼
吸循環管理するも大量の下痢 (3~4 L
/day)、腸壊死のため平成 20 年 10 月死亡。

(75) 受付地域：茨城

申請受付日：平成 20 年 11 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：腹水と原発巣不明の癌性腹膜
炎を有する患者。主として前医で化学療
法を受ける。当該施設で腹腔一静脈シャ
ント術を施行された 3 日後の夜に悪寒と
急性呼吸困難あり。ショックの診断のも
と治療されるも約 4 時間後に死亡。

(76) 受付地域：新潟

申請受付日：平成 20 年 11 月
年齢：50 歳代 性別：男性
診療状況：平成 20 年 11 月夜間に鼻出血
にて病院の救急外来を受診、鼻腔内の観
察にて出血と凝血塊を認め、「鼻出血」の
診断で処置を施行され帰宅。翌朝親族に
より、吐血して死亡しているのを発見さ
れた。

(77) 受付地域：東京

申請受付日：平成 20 年 12 月
年齢：在胎 41 週で出生、生後 1 日
性別：女性
診療状況：妊娠 41 週、促進剤による分娩
管理中、胎児心拍が連続監視画面より突
然確認できなくなった。プローベの位置
を調整したが、児の心音は聴取できなか
った。超音波検査を実施。持続する重症
の徐脈と判断、緊急帝王切開を実施し出
生する。全身蒼白、体動なし、自発呼吸
なし。Mask&bag を行うが心拍は確認で
きず、ただちに挿管、心臓マッサージ、
種々の薬品の投与をしたが心拍の回復認
めず、瞳孔散大のため死亡を確認する。

(78) 受付地域： 愛知

申請受付日：平成 20 年 12 月

年齢：70 歳代 性別：男性

診療状況：喉頭蓋原発喉頭癌で化学療法・放射線治療を実施。治療後の栄養障害あり。胃瘻増設、自己管理していた。下肢浮腫出現、低栄養状態にて再入院。2 週間後低カリウム持続(K2.2)のため、塩化カリウム10g×3回、4日分処方となり、翌日 20g、翌々日 10g 投与された。同日午後、心肺停止(K11.0 と上昇あり)、蘇生・処置を施したが死亡に至った。

(81) 受付地域： 宮城

申請受付日：平成 21 年 3 月

年齢：10 歳未満 性別：女性

診療状況：体調がすぐれず、保育園を早退。翌日、地元 A 小児科医院を受診し、薬処方。受診 4 日後夕方から 39 度の発熱あり。嘔吐・下痢もあり A 小児科医院を再受診した。2 度目の受診から 2 日後の未明、母親がぐったりしている姿を見て B 救急病院へ搬送した。心肺停止状態が確認され、救急車で C 病院へ搬送したが、到着時は心肺停止しており、死亡が確認された。

(79) 受付地域： 新潟

申請受付日：平成 21 年 2 月

年齢：70 歳代 性別：女性

診療状況：平成 20 年 12 月大腿骨頸部骨折受傷、同月依頼病院に紹介入院。セメントレス人工骨頭置換術施行。術後創感染し、抗生剤投与。平成 21 年 1 月から 2 月にデブリードマン 3 回施行。2 月術中より大量輸血施行。術後意識低下にて蘇生処置。創部からの出血も多く、深夜に再度創を開き可及的止血。大量の粘血便にて腸管破壊死と診断。その後回復見られず死亡。

(82) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 21 年 3 月

年齢：60 歳代 性別：女性

診療状況：失神発作にて救急入院、入院後、動悸、めまい、血圧低下などあり、心電図モニター装置し諸検査を行いながら様子監察していた。入院 2 日目から呼吸苦を訴え、酸素吸入開始。入院 3 日目早朝心停止。蘇生・処置を施したが 2 時間後に死亡。

(80) 受付地域： 新潟

申請受付日：平成 21 年 2 月

年齢：70 歳代 性別：男性

診療状況：平成 19 年に大腸癌にて内視鏡的切除の後、右結腸切除術を受けた。術後のフォローアップのため、平成 21 年 2 月、大腸内視鏡検査施行中、突然心停止となり、蘇生処置を行ったが、翌朝死亡。

(83) 受付地域： 茨城

申請受付日：平成 21 年 5 月

年齢：40 歳代 性別：男性

診療状況：全身麻酔下の副鼻腔内視鏡手術中に突然血圧が上昇し、その後瞳孔が不同になる。緊急 CT によりくも膜下出血が疑われ、転院して治療するが 1 2 日後に死亡。

(84) 受付地域： 札幌

申請受付日：平成 21 年 5 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：平成 21 年 4 月心房細動に対するアブレーション(心筋焼灼術)施行。術後病棟にて血圧の低下が見られ、心エコーで心嚢液を認め心嚢穿刺を試みた。この最中に急激に血圧低下、呼吸停止に至り CPR を開始、気管挿管施行し、救命救急センターに転院するが脳死状態。5 月死亡する。

(87) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 21 年 7 月

年齢：70 歳代 性別：男性

診療状況：十二指腸乳頭部癌で平成 21 年 6 月に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を行った。術後合併症なく 7 月退院。7 月に発熱のため再入院。抗菌剤等の治療を行い、症状が軽快したため退院予定となっていたが、血圧低下、炎症の再燃あり。胃管を挿入したところ胃内へ出血したと思えた排液を認めた。腹腔内膿瘍または胃潰瘍が疑われ、絶食、点滴、抗菌剤、抗潰瘍剤などの治療を開始。貧血が進行したため、輸血も行った。同日に心肺停止で発見された。

(85) 受付地域： 大阪

申請受付日：平成 21 年 6 月

年齢：80 歳代 性別：女性

診療状況：悪性リンパ腫疑いで、平成 21 年 2 月腹腔鏡下腹部リンパ節生検術施行。経過良好で退院されたが、3 月腹痛を認め当科受診。3 月消化管穿孔と診断し、腹腔内ドレナージ、回腸人工肛門造設術施行。平成 21 年 6 月夜間、呼吸苦出現、呼吸不全となり挿管、人工呼吸器管理、CV カテーテル挿入採血で代謝性アシドーシスと診断。メイロン投与したが 6 月、肝腎障害、DIC 出現。加療行っても症状悪化し、死亡確認。

(88) 受付地域： 岡山

申請受付日：平成 21 年 8 月

年齢：50 歳代 性別：男性

診療状況：腰痛・左下肢痛あり平成 21 年 7 月受診。MRI 検査にて第 5 腰椎仙骨外側ヘルニアを認め、痛みに対して硬膜ブロックを施行し症状は軽減した。8 月腰痛・歩行困難となり手術を希望したため、手術予定し、入院した。深夜より嘔吐・胃部に痛み・多汗があり、にはボルタレン鎮痛剤使用。翌日心停止状態で発見された。

(86) 受付地域： 東京

申請受付日：平成 21 年 7 月

年齢：60 歳代 性別：女性

診療状況：平成 21 年 1 月両変形性股関節症に対し、保存加療抵抗性のため、両側一期的人工股関節置換術施行目的にて当該病院に入院し、手術施行。手術後、自室に戻った直後に急変。術後 DIC と出血性ショックとなり ICU にて人工呼吸器管理となった。その後、汎発性腹膜炎、敗血症、多臓器不全のため全身状態回復することなく、7 月死亡。

(89) 受付地域： 福岡

申請受付日：平成 21 年 8 月

年齢：60 歳代 性別：男性

診療状況：平成 21 年 8 月横行結腸癌のため、右半腸結腸切除・十二指腸部分切除術を施行していたところ、心停止したため、心肺蘇生を行うも死亡確認される。

(90) 受付地域：新潟

申請受付日：平成 21 年 10 月
年齢：70 歳代 性別：男性
診療状況：原因不明の脳症によるターミナル期の患者が、心停止状態で発見され死亡が確認された。その後、流量 10ml/hr で点滴されるべき昇圧剤（カタボン Hi）が、1ml/hr の流量で点滴されていたことが分った。

(91) 受付地域：大阪

申請受付日：平成 21 年 10 月
年齢：80 歳代 性別：男性
診療状況：弓部大動脈瘤に対するステントグラフト内挿術を施行するため、平成 20 年 8 月、上行-腕頭-左総頸-左鎖骨下動脈バイパス術施行。術後脳梗塞合併するも回復。喀痰吸引用の細い気管切開チューブ 刺入部よりの出血のため、平成 20 年 9 月に窒息状態となった。PCPS を含む CPR より安定したが、虚血性脳障害をきたした。以前より合併していた肺癌が進行。虚血性脳梗塞による呼吸不全に対する治療中、肺癌による呼吸不全も合併。腎不全急性増悪も伴い平成 21 年 10 月に死亡に至った。

(92) 受付地域：東京

申請受付日：平成 21 年 10 月
年齢：60 歳代 性別：男性
診療状況：平成 21 年 10 月意識消失にて救急車にて搬入。来院時心拍 220 台/分および心房細動を認めた。薬物治療開始。10 月原因精密検査目的にて、冠動脈造影、左室造影、心筋生検を施行。10 月突然胸痛を訴え、ショックとなり心停止をおこす。心肺蘇生後、心エコーで心タンポナーデと診断。心のう穿刺行おうが出血止まらず、開胸ドレナージ施行 PCPS（経皮的心肺補助法）挿入するが 10 月多臓器不全にて死亡。

(93) 受付地域：東京

申請受付日：平成 21 年 11 月
年齢：80 歳代 性別：男性
診療状況：胃癌、横行結腸癌にて開腹手術施行。術後 11 日に縫合不全、汎発性腹膜炎合併し、再手術となった。その後、全身状態が徐々に悪化し、DIC、腎不全等併発した。最初の手術より約 1 ヶ月後、治療の効なく死亡した。

(94) 受付地域：兵庫

申請受付日：平成 21 年 11 月
年齢：70 歳代 性別：男性
診療状況：糖尿病、高血圧で通院中。発熱が続き、悪寒が出現したため通院中の病院へ救急搬送。急性胆管炎の診断にて絶食の上抗生剤を開始。入院 8 日目からは 38℃以上の発熱もなく、同 9 日目からは食事再開、炎症を表す検査データも改善してきたが、入院 12 日目の午後、抗生剤点滴中、看護師の目前で痙攣および心肺停止となり、心肺蘇生に反応せず、約 2 時間後死亡確認。

(95) 受付地域：福岡

申請受付日：平成 21 年 12 月
年齢：80 歳代 性別：男性
診療状況：平成 6 年より、膀胱癌のため治療中であつた。平成 21 年 11 月より緩和ケア的対応を行っていた。11 月下旬より、全身機能低下、せん妄言動増悪傾向とともに、経口量減少していた。12 月上旬、呼吸状態急変し、死亡確認される。

(96) 受付地域：東京

申請受付日：平成 21 年 12 月

年齢：80 歳代 性別：男性

診療状況：レーザー前立腺切除術を施行したが、術後尿閉のため、術後 3 日目に右腎瘻造設、尿管ステント挿入した。術後 4 日目から呼吸不全が進行したため、気管内挿管を行った。その後、呼吸器内科へ転科して抗菌薬、ステロイドによる治療を行ったが改善みられず、死亡。

(97) 受付地域：愛知

申請受付日：平成 22 年 1 月

年齢：50 歳代 性別：男性

診療状況：1/5 間質性肺炎にて入院。酸素投与、抗生剤投与するが改善なくステロイド治療を行うも改善を認めない状態だった。1/12 未明に病室で倒れているところを発見するが心肺停止状態、蘇生処置を行うも蘇生せず、死亡。

(98) 受付地域：福岡

申請受付日：平成 22 年 2 月

年齢：80 歳代 性別：男性

診療状況：認知症で、加療中であつた。H22 年 1 月 27 日転倒して、顔面を殴打したため、入院。骨折はなかったため、30 日に自宅退院する。2 月 1 日に鼻出血のため、再入院し、鼻腔バルーンを挿入し、様子観察をしていたところ、2 日容体急変し死亡。

各地域の現状

資料 3

平成22年2月1日現在

	東京	愛知	大阪	兵庫	茨城
開始時期	平成17年9月～	平成17年9月～	平成17年9月～	平成17年9月～	平成18年2月～
窓口・事務局	モデル事業 東京地域事務局	愛知県医師会	大阪大学医学部 法医学教室	神戸大学医学部 法医学教室	筑波大学付属病院 病理部
受付時間	月～金 9:00-17:00	月～木 9:00-17:00 金、祝日の前日 9:00-12:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-16:00	月～金 9:00-17:00
解剖土日対応	場合による	無し	無し	有り	無し
対象医療機関	東京都内の医療機関	愛知県内の医療機関	大阪府内の医療機関	神戸市内の医療機関 (西区と北区を除く)	茨城県内の医療機関
総合調整医	6名	4名	2名	2名	2名
調整看護師	3名常勤、1名非常勤	1名常勤	1名常勤、3人非常勤	1名非常勤	1常勤
解剖協力施設	東京大学 帝京大学 東京慈恵会医科大学 昭和大学 日本大学 順天堂大学 東京女子医科大学 東京都監察医務院 国家公務員共済組合 連合会虎の門病院 日本医科大学	藤田保健衛生大学 名古屋大学 名古屋市立大学 愛知医科大学	大阪府監察医事務所	兵庫県監察医務室	筑波大学 筑波メディカルセンター

	新潟	札幌	福岡	岡山	宮城
開始時期	平成18年3月～	平成18年10月～	平成19年7月～	平成20年8月～	平成20年10月～
窓口・事務局	新潟大学医学部 法医学教室	NPO法人札幌診断病 理学センター	福岡県医師会	岡山県医師会	東北大学病院 心臓血管外科医局
受付時間	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00	月～金 9:00-17:00
解剖土日対応	無し	無し	無し	無し	無し
対象医療機関	新潟県内の医療機関	札幌市、小樽市・石狩市・江別市・岩見沢市・北広島市・恵庭市・千歳市の各医療機関	福岡県内の医療機関	岡山県内の医療機関	宮城県内の医療機関
総合調整医	5名	5名	13名	7名	5名
調整看護師	1人常勤	2人常勤	1人常勤	1人常勤	1人常勤
解剖協力施設	新潟大学 長岡赤十字病院 新潟県立中央病院	札幌医科大学 北海道大学	九州大学 福岡大学 久留米大学 産業医科大学	岡山大学 川崎医科大学	東北大学病院 国立病院機構仙台医療センター

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業

平成 21 年度予算額

平成 22 年度予算 (案)

176,491 千円

→

176,640 千円

1 要旨

医療の質と安全を高めていくためには、診療行為に関連した死亡について、解剖所見に基づく正確な死因の究明と、診療内容に関する専門的な調査分析とに基づき、診療上の問題点と死亡との因果関係を明らかにするとともに、同様の事例の再発を防止するための方策が専門的・学術的に検討され、広く改善が図られていることが肝要である。

そこで、医療機関から診療行為に関連した死亡に関する調査依頼を受け付け、臨床医、法医、病理医による解剖と臨床医による事案調査を実施し、専門的、学術的なメンバーで因果関係及び再発防止策を総合的に検討するモデル事業を行うものである。

2 事業内容

- (1) 調査受付窓口はモデル地域に所在する医療機関からの調査依頼を受け付ける。その際、当該医療機関は患者遺族から調査・解剖等、当該モデル事業への申請に関する承諾を得る。
- (2) 調査受付窓口では、依頼された事例が本事業の対象となるかどうかの判断を行い、対象となる場合には臨床医による診療録等の調査や聞き取り調査等を実施するとともに、関係診療科の臨床医の立ち会いの下で、法医及び病理医解剖を実施し、三者による解剖結果報告書を作成する。
- (3) 上記関係者で構成する地方評価委員会においては、収集した資料や解剖結果報告書を基に、個別事案について死因の原因究明と診療行為との関連に関する評価を行い、評価結果報告書を作成し、依頼された医療機関及び患者遺族に報告する。
- (4) 中央の運営委員会では、本モデル事業の運営方法等の検討を行う。
- (5) 地方の運営委員会では、本モデル事業の当該地域での運営方法等の検討を行う。
- (6) モデル事業事務局の医師、看護師に対し、実施に当たっての専門性を高めるための研修を行う。

3 モデル地域 (10 地域で実施中)

札幌市、宮城県、茨城県、新潟県、東京都、愛知県、大阪府、兵庫県、岡山県、福岡県

4 補助先 (実施主体)

日本医学会、日本内科学会、日本外科学会、日本病理学会及び日本法医学会
(その他医療系学会が協力)

5 補助率 定額

6 創設年度 平成 17 年度

7 執行額等 (単位：千円)

	予算額	交付決定	交付確定
平成 17 年度	102,074	88,913	29,157
平成 18 年度	120,390	110,000	91,772
平成 19 年度	127,171	127,171	110,421
平成 20 年度	127,534	127,534	125,416
平成 21 年度	176,491	176,491	-
平成 22 年度	176,640 (予算案)		

山口中央事務局長 殿

新体制に対する要望等意見

中央事務局（取纏）

22.1.7

地域代表

- ・ 現モデル事業の総括を希望する。（実施事例の問題点等の洗い直し）
- ・ 新体制の実施理念、方策と具体的目標、かつ社会への提案と要望を検討する。
- ・ 新体制では実務的な常置委員会（実行組織）の設置を希望する。
- ・ 従前どおりのモデル事業を継続して欲しい。

※新体制での実施内容等を早急に決定し、実施済事例の再検証を行う。

◎地域代表（札幌）

- 中央には現在の運営委員会ではなく、実務的に動ける常置委員会（実行組織）を置くべきでしょう。

機能：地域に対するアドバイス

解剖評価、臨床評価に対するサジェスション

院内調査委員会の設置やすすめ方に対するアドバイス

地域からの臨床評価結果報告書に対するレビュー

これを作ってモデル事業自体を太いものにする必要があります。現在は各地域の委員の能力に頼っているところがあります。この事業の法制化や、普遍性、継続性を考えると、まず中央に強固な組織を設置することは必須に思います。たとえば、警察組織は、各都道府県単位ではあるものの警察庁でコントロールしているのをお考えいただければご理解いただけるかと思います。

- 5学会の運営委員会は法制化への準備をも検討する必要があります。

2年間の事業運営＋法制化への準備

- 各モデル地域から非モデル地域へ拡大していく場合のシステムのあり方そのものについてモデル地域の設定が必要ではないでしょう。北海道地区はそのモデルとして受ける覚悟があります。先の運営委員会でご承認いただいたように、現モデル事業内で函館市、旭川市へ展開をします。そのデータを踏まえてさらなる地域拡大への問題点をあぶり出せます。

これは、次の事業への橋渡しですが、現モデル事業の総括と広報を含めて今

後の展開について、それぞれワーキンググループの設定が必要です。年始早々に取り組まないと総括と今後への提言ができないと思います。是非とも、中央運営委員会の下にWGを速やかに設置することを望みます。

◎地域代表（宮城）

全国的にモデル事業の対象となる件数が少ないと思われる。この結果は将来の医療安全調査委員会（仮称）の不要論に繋がると考える。対象件数の増加をどの様に計るか検討を要する。遺族からの申請を受付ける。対応時間の延長等が考えられるので検討頂きたい。

◎地域代表（茨城）

8日の運営委員会に出席できませんでしたので、次期2年間の活動内容の方向性が理解できていませんが、それをご理解いただいた上での意見とお考えください。来年度以降の2年間で法制化するまでにつなぎに2年間と考えるなら、特に現行のやり方を変える必要はないと思います。ただ、遺族側からに申し出を受けるかどうかの問題と警察との関係が最も重要と思います。前者は弁護士などの関与に係る可能性があり、まだ病理、法医の人的資源の問題もあるので、すべてを受けるのは困難と思います。後者は今までのモデル事業の実績をもとに警察を通さずにモデル事業に入れるように交渉すべきと思います。ちなみに茨城では県警のご了解の上で、21条に該当するかどうかは、モデル事業に申し出られた時点でわれわれモデル事業側が判断しています。

◎地域代表（新潟）

- ・ モデル事業として、残りの期間をできるだけ従来どおりの形で継続して欲しい。
- ・ 新しい制度に向けて、各地域での解剖体制をはじめとする初動体制が動きやすくできる様に、検討・実施して欲しい。
- ・ 解剖、調査と評価を2層性として、各都道府県ごとの初動体制を充実させる。

◎地域代表（愛知）

地域におけるモデル事業推進のために、愛知県での実施機構の整備。責任体制、評価委員会の実施の細則など、順次整備していただきたいと考えます。

◎地域代表（大阪）

現状ではマンパワーの不足などありとあらゆるところに負担がかかっている。
早急に組織の充実と、早急なシステム化（法制化）を望む。

◎地域代表（岡山）

過去5年間、100例の総括が必要と思います。その上で、もう一度問題点を洗いだして頂きたい。

- ①実施地域を広げて行く方向のようですが、予算は確保できるのでしょうか。
- ②これから地域を広げても、法制化するには、モデル事業の実施地域があまりにも少ないように思います。一挙に拡大しなければ、地域に差別がない法制化は出来ないのではないのでしょうか。

◎地域代表（福岡）

- 1) 現行「モデル事業」推進に関与している行政・学会・有識者の集まりである運営委員会でとりまとめた提言（厚労省化学研究費補助金地域医療基盤開発推進研究事業-研究報告書）をもとに、実施予定新体制4学会で新体制、実施理念、方策と具体的目標、かつ社会への提案と要望について早々に議論を開始し具体的案出しをお願いしたい。

ついては、とくに現「モデル事業」運営委員会に以下のお願いをしたい。

- (1) 全国版実施組織構築に向けて：現在の「手あげ式実施体制」で得られた経験から「義務的实施体制」へのより具体的な提言と新体制構築に向けた母体4学会を中心にした調査を各都道府県別に行うよう依頼する。
 - (2) 実施事例の評価報告書について関連サブグループにおいてレビューを行い具体的な改善の為の指摘と社会的意義についての自己採点・点検を行う。
特に、死因の究明と再発予防への提言については各事例の再評価が必要であろう。一部弁護士会から、評価報告書の不備、問題点に関する諸指摘もなされていることから運営委員会として真摯な取組みが望まれる。
- 2) 本事業の主旨である「医療の安全・安心」を推進する為の事業の継続性と新体制への移行計画を社会に提示することが大切です。その為に現「モデル事業」運営委員会と実施予定4学会の緊密な連携のもと、社会・医療現場への更なる働きかけを期待します。

総合調整医

- ・新体制の下に実行機関として常設委員会（半公的機関）の設置を希望する。
 - ・2年後の制度化に向けて確実な約束をとって頂きたい。
 - ・本事業の意義を各方面によりわかりやすくアピール願いたい。
- ※実行機関の充実と本事業の意義を周知する。

◎総合調整医（札幌）

・中央にリーダーシップを発揮できる常設委員会を是非、設けるべきです。もちろん常任委員長の下に迅速に委員会を開くことができ、的確な指示が出せるシステムである必要があります。現状では、各地域委員のボランティア精神に依存しており、社会的認知を得るのもなかなか困難です。5学会公認の中央運営委員会として、また半公的機関としてスタートできる体制作りが急務です。

- ・2年後の法制化に向けて確実な約束をとっていただきたい。
- ・2年間ですので体制は従来と変わらないと思います。

)

これまで続けてきた私たちの事業が、新年度以降も継続されることは大変喜ばしく思います。一度中断すると、再開にはいろいろな困難が生じるからです。

来年度以降2年間、日本医学会を含む5学会が主導する新体制の下で、モデル事業が運営されると知りましたが、中央事務局としてはどのような体制が考えられているのでしょうか。地方事務局の体制も中央事務局の体制に準拠する形となると考えますが、各学会の支援体制がどのようになるのか、その働きかけが中央に於いて既になされているのかどうかなどを知りたく思います。少なくとも、私の属する病理学会においては、今回の新体制、中央事務局発足に対する考え方、地方支部を通しての地方事務局体制に対する考え方や応援等についての情報は、これまで全くありません。

次年度以降のモデル事業体制については、それらの地方事務局体制がどのようになるのかによって大きく左右されます。事業内容についての議論は、新体制が固まってから行われるべきでないでしょうか。

◎総合調整医（新潟）

- ・ 病理解剖など、他の解剖例について途中から評価できるようなシステムも検討して欲しい。
- ・ 現在の地域のスタッフの今後の活動ができる場所も検討して欲しい。
- ・ これまで、日本内科学会が中央機関として運営にご努力いただいたが、5学会の新体制においても各学会の連携が十分とられるよう要望する。
- ・ モデル事業のホームページで、事例の詳細な検討結果、提言が公表されている。これらは貴重な事業成果であるが、これが当事者、医療関係者、一般社会にどのように反映されているかがよく分からない。本事業の意義を各方面によりわかりやすくアピールする工夫をお願いしたい。

私は病理医であり、総合調整医として6例ほどを経験致しました。

その中で感じましたことは病理医間で病理解剖診断が一致しないことでした。

これには大きく2つの原因があると考えます。

第一は各症例をどこまで検索するかです。これは各病理医が剖検例に取り組む姿勢の問題であり適切な解決策を提案できません。しかし各剖検医が評価委員会の意見に従い十分に検索することが望まれます。

第二点は病理医間の議論がかみ合わず、結論に至らない点です。日本においては殆どの病理医は全身臓器の生検診断を担当しており極めて広範な知識が要求され、多忙で疲弊する日々を送っています。そのため過去20～30年間に渡り生検診断が重視され、それに比し病理解剖診断は軽視されてきたと思います。この点は病気の原因を詳細に記載した病理学の教科書が次々と廃刊になり、現在ではその様な内容を記載した病理学の教科書がほとんど無くなってしまったことから理解できると思います。しかしその間に病気の原因に関する研究は急速に進んできました。この様な状況下で10年、20年前の教科書からの知識に従って病理解剖診断をしても第一線の臨床医に評価される病理解剖診断はできないと思います。

多忙を極め、疲弊した病理医にさらなる荷重を加えるのは酷だと思いますが、例えば“病理解剖は Kumar V, Abbas A, Fausto N, Aster JC eds. Pathologic basis of disease, 8th edition, Philadelphia, Saunders.”に従うとでも規定すれば病理医間の議論がかみ合い、よりよい病理解剖診

断ができるように思います。

◎総合調整医（愛知）

モデル事業へのトラックに乗せようと思っても、どうしても司法の方向に行ってしまう。司法関係者への周知をどうすれば良いか、全国レベルでの啓発を強力に行なって頂きたいと思います。それから現政権にも、周知をお願い致したいと思います。

◎総合調整医（兵庫）

神戸大学や兵庫医大の若い（講師クラス）先生に総合調整医の手伝いをしてもらいたいが、モデル事業での立場（名刺）がなく手当もない。調整看護師とともに動き回れるモデル事業「調整医」のようなスタッフを認めて欲しい。

全て総合調整医に任命したいが、総合調整医の重責を担う自信がないとの口実で難色を示される。ただし手伝ってくれる。

調整看護師

- ・処遇改善（臨時→正規、手当等の充実）の希望.
- ・業務改善

- 1) 調整看護師の定例連絡会議の設置.
- 2) 育成・研修制度の充実.

研修に関しては調整看護師の自主計画立案と運営も考慮いただきたい.

- 3) 中央事務局および各地域事務局間のネットワーク充実.
- 4) 調整看護師の取りまとめ役（リーダー）を設ける.

中央事務局に常勤することや運営委員会委員として参加させてほしい.

※調整看護師定例連絡会議の設置は必要と思料されるが、処遇改善「モデル事業では」は限界を感じる。

◎調整看護師（札幌）

① 業務内容について

地域事務局での受付事例件数を増やすためには

- ・広報・PR を行っていく

広報・PR についてはどのように行っていくのかの指針

まずは、広報をどうしていくかのアンケートなど実施したのを踏まえて、(以前も厚労省が行っていたのは開示されていますが)各地域の運営方法や人員や体制も異なるので、地域の実態に即した方法を各地域で考案し、各厚生局にご協力いただくなどし、ある程度地方へまかせてみてはどうでしょうか。企画や運営について地域事務局で創意工夫することで活性化につながるのではないのでしょうか。調整看護師が一人の地域があるので、地域ごとにまとまっておこなってもよいと思います。北海道&東北ブロック・関東ブロック・関西ブロックなど。

- ・中央事務局、各地域事務局の十分なネットワークを構築

厚労省・運営委員会・中央事務局・各地域事務局間の情報伝達の在り方について、情報の伝達が不十分であったと聞いております。運営委員会での決定事項などは、事業の質の向上につながるものが多分に含まれています。それらの情報が調整看護師まで届かない現状が過去にあったとするなら、なぜそれがうまく通らなかったのか、どこで止まってしまうのか、検証しなくてはならないと感じます。今後も中央事務局、各地域事務局の十分なネットワークを構築しなくてはならないのではないのでしょうか。

② 調整看護師の質の向上

- ・看護師育成・研修制度

この事業を受ける側にある関係者対応を任されている調整看護師が事業の窓口となり、信頼性へつながるものであると感じています。調整看護師の仕事の質が向上しなければ、事業の信頼性も上がらないのは当然であり、信頼性を高めなくては、受付申請数にも響いてくると思われます。事業は、看護師育成や研修にも力を入れる方向性であってほしいと願います。

- ・各地域間の情報交換し、質の均一化に向けての準備

各事務局で創意工夫しているものがたくさんあります。また、地方ごとにそれぞれ問題を抱えております。全国的に会議し、質の均一化を図っていくことや問題の早期発見・早期解決を行ってはどうか。地域代表の関わる運営委員会では、事例で起こりえる細かな問題まで焦点があてられておりません。したがって、小委員会で各地域の問題への取り組みをしてもいいのではないかと思います。調整看護師にも積極的にその役割をゆだねてみてはどうか。

③ 全国の調整看護師のリーダーや活動

- ・全国で地域が10地域と増加し、研究班などからの委託業務等も増え、ますます調整看護師業務が煩雑化しております。これまで看護師はどこに意見や要望を述べていいのか分からずにおりましたので、調整看護師の取りまとめ役が必要であると以前より感じています。取りまとめ役を置くことにより、窓口が一本化となり、全国の調整看護師の意見を吸い上げ、配信することができます。調整看護師全体の意見が運営委員会へ通しやすくなり、また、審議内容が、代表とダブルルートで情報が入手できるので情報伝達の漏れがなくなると思います。

- ・事例が多い地域とそうでない地域があります。事例が穏やかな時には、調整看護師にたとえば、モデル事業のPRの原案を作成していただくとか、メール配信とか、看護雑誌投稿する記事を書くとか、事務局に居ながらにして何か発展的な作業ができるように割り振りしてはいかがでしょうか。これは、調整看護師の会議などがあれば、話あうことができると思います。ただ一人の地域では何をするでも限界があるので、調整看護師会議があると良いと思います。

④ 待遇

- ・ゆくゆくは、正職員となれるように働きやすい環境にしてくださるようお願いいたします。住宅手当、地域手当(冬季暖房手当など)、賞与を考慮願います。

- ・去年は、忌引きがないのは辛かったです。

- ・今後は産休や育児休暇等もあるとありがたい。子供を産んでも働きやすい環境であることを望みます。

以上が札幌地域の調整看護師からの要望です。いままでの問題点を明確にし、各地域が状況改善に努力し、よりスムーズな運営が行われるように、中央事務局には、引き続きリーダーシップを発揮していただけますようお願い申し上げます。このようなアンケートも大変ありがたいのですが、できれば、各人が同じ机上で話あいの場がもてると良いと考えております。今後ともよろしくお願いいたします。

◎調整看護師（宮城）

- 1、中央事務局へ調整看護師を設置することを提案する。（1～2名）
- 2、調整看護師の研修会や事例検討会等を定期的に実施する。（中央事務局の調整看護師がリーダーシップをとり企画立案する等）
- 3、地域事務局の人員確保（一人体制ではなく1.5人以上）
- 4、中央事務局は運営委員会で話し合われたことを各地域事務局は議事録等で報告する。
- 5、中央事務局の時間外相談用の電話番号を知らせてほしい（解剖が時間外の時に相談する窓口が欲しい）

（宮城地域は2009年10月開設した。未経験な事例を調整看護師の一人の判断に委ねることは危険と感じます。）

◎調整看護師（茨城）

2年間延長と5学会の運営ということしか分からない段階では回答は困惑します。この2年間で単に現行の内容をそのまま継承することなのか、法制化されることを見越してその準備を含むのかによってかなり意見が異なるのではないのでしょうか？法制化されることを見越しての準備であれば一番意見の分かれるところの警察との関係や変更点である遺族も申し出ができることなど、また、申し出の義務化などを視野に入れた新しいやり方を加える必要があるのではと思います。私としては5年間の総括を行い、一度モデル事業を終了し、その後に2年間の活動の方向性を考えたかどうかと考えます。

新しく何らかの変更があり、事例を増やすような方向性になるのであれば、調整看護師1名の事務局の組織を少なくとも事務担当者を増やすようにしていただきたいと思います。また事業をそのまま継続するにしても5学会の運営による地域事務局の事務業務が煩雑化しないような運営を望みます。これまでのモデル事業に参加した結果、調整看護師の意見は大筋、東京事務局の意見に賛同しています（若干地域地域の事情により変化しますが）。特に調整看護の待遇改善については、若く優れた人材を得るには安定した待遇を考慮することが必要だと思います。2年間という制限がありますが、将来何とか継続雇用ができる

見通しがあるとなお良いと思います。

◎調整看護師（新潟）

1) 業務について

- ・書類やPCデータ、各先生方へのメールなどのセキュリティに関して、マニュアルを作成していただきたい。各事務局に任せられても、現場上がりの看護師ではPCや個人情報保護法の扱いなどがそれ程詳しくはありませんので、責任が取れません。
- ・調整看護師の業務範囲を明確にしていきたいです。以前に広報などの話があった時期がありましたが、地方によってやったりやらなかったりの現状でした。現状の業務（これも全国统一ではありませんが）以上のことをやるのであれば運営会議などを通し、わかりやすく明示して欲しいです。

2) 調整看護師の教育・育成について

- ・調整看護師の研修、勉強会の開催を希望します。企画や運営は調整看護師が参加でき、一人で業務している地域は近くの地域事務局とチームを組んで企画、運営を行えることが望ましい。また、正式な事業としてスタートする際の調整看護師の確保、教育方法などについての議論を早期に進めていただきたいです（すぐには確保できないと思います）。

3) 待遇について

- ・労災補償、特別休暇を追加していただきたいです。また、現在有給休暇は1日単位での消化となりますが、時間休で消化できるようにしてください。

（子供の行事のたびに1日ずつ消化しなくてはならないので、有給が足りません）

- ・給与については月給制を希望いたします。また、住宅手当、地域手当等の手当での拡充を検討願います。特に新潟は休日出勤がありましたので、休日出勤手当をお願い致します。

尚、事業のための研究班への参加や、調整看護師の研修などは出勤の扱いとしていただきたいです。（私は参加できませんでしたが、調整看護師座談会・研究班への協力の際には有給を使わなければなりませんでした）

- ・現在「パート」的な立場で勤務していますが、将来的にどのような立

場になるのか（正職員？現状のまま？）をできるだけ早期に明示していただきたいと思います。現状のまま、ただ単にモデル期間が延長されることに自身の将来への不安と多少の不満を感じています。現時点では「モデル」ですのですぐには立場を変えることはできないとはおもいますが、先に述べた内容や、給与のベースアップなど、何らかの改善はしていただきたいと思います。

◎調整看護師（東京）

1. 調整看護師の待遇改善を以下の通り希望する。

- 勤務体制…常勤、専任（他施設との掛け持ちは基本的に禁止）
- 保障…労災補償、有休の日数、特別休暇などを追加
- 給与体制…月給制、住宅手当、地域手当、扶養手当、賞与があればなお良い。
- 教育・育成…医療安全の研修だけでなく、モデル事業の現場業務に必要なスキルを身に付けるための研修内容を希望する。例えば、混乱時の遺族や医療施設対応の面談技術や自己ケアについての研修など。企画の過程に調整看護師が参加できることなど。

2. 業務内容についての改善を以下の通り希望する。

<申請受諾～解剖前まで>

- モデル事業ホームページに掲載する申請書類には、チェックシートや事例概要暫定版ひな形などを加えて、依頼医療機関が直接取り出せるようにしてほしい。（効率化を図るため）
- ホームページは国民も見ることであるため、もう少し分かりやすくしてほしい。例えば、キーワード検索にも工夫をしてほしい。（モデル事業を国民にもっと知ってもらいやすくするため）
- 解剖施設が多いと意思疎通が難しく、トラブルのもとになりやすい。調整にかなりの時間を要することになる。したがって、病理・法医が揃っている施設に絞ってほしい。（効率化を図るため）
- 遺体搬送料については、モデル事業側の全負担が必要なのか検討してほしい。負担する場合、上限を決めるなどした方がよいのではないかと。（搬送費は葬儀社の言い値であり、会社によって請求額が大きく異なっている。そのため、搬送費用の支払い上限を決める必要があると考える）
- 受諾事例のある程度の基準を示してほしい。各地域代表、調整看護師が集まり、その基準について共有できる場を持つことも検討してほしい。（全国の受付基準の平準化を図るため）

<解剖～説明会>

- 臨床立会医の選出手段を検討してほしい。(解剖直前に選出されるため、臨床立会医は事業の趣旨を分からないまま参加していることが多々ある。臨床立会医は自分の仕事をキャンセル或いは後回しにしてくることもあり、不満を持ったり、協力的になれない実態があるため)
- 評価委員の人数を縮減することを検討してほしい。(委員が多いと調整に時間を要す。人数が少ない方が、自分が委員であるという認識がしやすく、積極的な参加につながるのではないかと考えるため)
- 学会から評価委員を推薦する際、評価医としての役割を果たせる人を推薦できるシステム作りをしてほしい。(評価委員は負担が大きいいため、モデル事業に対して理解がなければ負担にしかならないと感じて、役割が果たしにくいのではないかと考えるため)

◎調整看護師(愛知)

1. 雇用条件・待遇等について：できることなら時給ではなく月給制にして頂きたいと思います。また、企業等にある就業規則等に記載される範囲で休暇や保障、住宅等手当など取りきめて頂けないのでしょうか。やはり保障がないとこの仕事を継続していくことに不安を感じています。
2. 研修等について：モデル事業における看護師の役割に必要と考えられる技量を身につけられるような研修を行って頂きたと思います。実際場で活用できるような遺族や医療関係者の想いに触れるものや対応の方法についてなど実践に沿うものを望みます。また、事例数の少ない地域においても事例を共有できるように定期的に調整看護師が集まれる場を設けて頂きたいと思います。研修運営については計画等明確化した上で、ある程度中央事務局から調整看護師に委ねて頂いてもいいのではないかと思います。
3. 業務について：現在地域毎に異なる事例の受付対応(基準・受付時間：愛知は夜間受付も対応することとなっています)や事務局の運営方法をできるだけ全国共通にできないものなのでしょうか。モデル地域でも見解を統一できなければ制度化していくにも困難ではないのでしょうか。明確な取り決めを作り、各地域で運営してみた方がよいのではないかと思います。マスコミからも問われましたが、なぜ地域毎で対応の仕方が異なるのか…やはり問題ではないかと思います。

今後制度化に向けて動いていくのであれば、事務局に常勤一名という状況はいかがなものかと思います。人員が増えないことには活動の幅も広げられませんし、負担が大き過ぎます。現在でも代表に多くサポートして頂ける状況にはありませんし、まず人員確保をして頂きたいです。精神的部分におい

でも一人で行うことに限界を感じております。また、中央事務局にコーディネーター的役割の方を設置し、全国の調整看護師をまとめ、相談できるような役割を置くということも案だと思います。

◎調整看護師（大阪）

1. 調整看護師の待遇改善
勤務体制、保障、給与体制、教育など
2. 業務内容
ある程度全国統一したやり方でのモデル事業運営を望む。
3. 大阪事務局の設置場所の移転
大阪事務局（現在は大阪大学法医学教室内）とモデル事業の内部資料の保管場所（現在は大阪府監察医事務所）の統一と移転を望む。
4. 正式な事務員の配置
5. 確立された解剖場所の設置
6. 各研究班に惑わされないような中央事務局の設置
7. 気軽に相談できる医師、弁護士（常勤でなくてよいが）の配置

◎調整看護師（兵庫）

- 1、全国の調整看護師が事例からの学びを定期的に各地域へフィードバックしたり、業務内容の検討を重ねるための定期的な調整看護師連絡会を2～3カ月に1回の開催希望。
- 2、調整看護師の業務内容確立と2年後以降の調査機関設置に向けて、スキルアップ研修及び新しい人材確保と養成に向けた勉強会等の企画運営を調整看護師に予算を付けて任せて欲しい。
- 3、新体制になると複数学会で中央事務局を運営するので中央事務局にも調整看護師担当部署（看護職が担当）を設置し、運営委員会にも毎回参加できるようにする。この5年間の運営委員会は医師中心で行われていたので、実際の業務のコーディネートを中心となっていく調整看護師の意見が反映されにくい環境であった為。
- 4、全国の地域が集まらない場合は、近隣の地域で調整看護師の地方会開催を、出張業務として認めて欲しい。
- 5、各地域で協力医のリストを頂いているが、学会ごとでモデル事業への取り組みや意識の差が大きいため各地域、学会ごとの責任者の方に日頃からコンタクトが取れるような仕組みを確保していただき、モデル事業の広報活動、現状報告が調整看護師から報告しやすいように出来れば事業への理解もより深まるのではないのでしょうか。（事業実施報告書等では実際の広報

活動としての効果は上がっていないように思われる)

- 6、調整看護師の雇用に関しては各地域に最低 2 人の調整看護師の確保をしていただきたい。
- 7、調整看護師が複数雇用されていれば、専任は 1 人確保し、状況に応じて（事例の数等）非常勤の形態等も臨機応変に対応する。
- 8、雇用条件として、法定福利の確保（健康保険：厚生年金：雇用保険：労災保険）の確保をお願いします。法定外福利においても住居補助、育児・介護休暇等の一般的な企業で確保保障されているものは出来る限り認めて調整看護師の人材を確保する。
- 9、各地域事務局に事務員（1 人）の配置をする。調整看護師との業務分担で効率的に業務を進められる。

◎調整看護師（福岡）

- 勤務体制…常勤かパートか選択の自由、専任
 - 保障…労災補償、有休の日数、特別休暇などを追加
 - 給与体制…月給制、住宅手当、地域手当、扶養手当、賞与があればなお良い。
 - 教育・育成…医療安全の研修だけでなく、モデル事業の現場業務に必要なスキルを身に付けるための研修内容を希望する。例えば、混乱時の遺族や医療施設対応の面談技術や自己ケアについての研修など。企画の過程に調整看護師が参加できることなど。
2. モデル事業ホームページに掲載する申請書類の見直しを行う。
 - ・依頼病院から頂く文書を”依頼書”から”同意書”へ変更
 - ・チェックシートや事例概要暫定版ひな形などを加えて、FAXでの遣り取りを少なくする。
 3. ホームページのキーワード検索を分かりやすくする。

◎その他（東京）

- 新たな協議会が決定したら、責任者（協議会トップ）から事業関係者を集めて新体制組織について説明を聞きたい。困ったときのサポートをどのようにしてもらえるのかなど。（今でも組織の在り方について分かりにくい。運営委員会からの指示が明確におりてこないのは、組織体制が不透明だからではないかと考えるため）
- 運営委員会の審議内容を確実に調整看護師に伝わるようなシステム作りをしてほしい。（決定事項が明確に伝わってこないと感じるため）
- 中央事務局（新体制下での名称は不明）に各地域をつなぐコーディネーターを置いてほしい。（各地域とのネットワーク作りのため）
- 依頼元医療機関、遺族へのアンケート実施は、計画的に行ってほしい。度々のアンケート依頼についての苦情もある。
- 評価委員会会場は、今後も同じ場所が設定できるように主体学会の会議室を使用したい。
- 説明会会場は同じ会議室で行いたい。（毎回の手配に時間を要するため）

◎その他（愛知）

財政的基盤、人員（専任職）、病理解剖実施施設の整備、24時間体制への対応方法など、解決すべき課題が山積していると思います。

◎その他（茨城）

筑波大学との契約は本年度で切れます。延長が決定的であるならば契約更新をご相談いただく必要がありはしないでしょうか？これも新体制の方向性が決まらなければ動きようがないとは思いますが。

◎中央事務局（事業延長の際に想定される不安定要素）

経理・管理関係

- ・補助金の交付が遅い 21年度は7月であり、立替えは困難。
- ・本会の会計処理に影響有り（補助金決算との期ずれ）。
- ・各地域ではアルバイトが経理管理しており、長期間管理の危惧。

関係施設・団体

- ・現在契約中の解剖施設から延長に理解してもらえるか不明。
（東京・大阪の一部大学は否定的）

患者遺族

- ・納得のいく結果でない場合、評価委員長へ直接何度もクレームを入れたことがある。
- ・遺族とのやり取りに調整看護師がバーンアウトし事業が出来なかったことがある。
- ・遺族とのトラブルがあった場合、最終的には本会や本理事にその責任問題が及ぶ。

厚生労働省

- ・法案の成立時期等を明確する。
（第三次試案と民主党案との関係・死因究明制度（刑法）優先か）
- ・当初計画どおり地方厚生局に引き継ぐこととなるのか。

スタッフ不足

- ・全国の調整看護師・事務員の内、半数（10/20名）が期間延長辞退の意向を示している。
- ・調整看護師は有期雇用契約（1年間）になっており、正規雇用等の種々要望に対応できない。

評価委員会

- ・評価委員多忙につき、評価はどうしても遅れがちになる。
- ・事例評価は平均10.5月であるが、長いものは18ヶ月にも及ぶ。
- ・委員長の交代や委員の中途辞退をするケースがある
- ・非協力的な学会がある。

平成 22 年 2 月 10 日
(運営委員会資料)

モデル事業総括・提言ワーキングチームの設置について (案)

(設置目的)

モデル事業を総括・提言するためのワーキングチームを運営委員会に設置し、技術的事項、事務的事項等について検証を行い、その結果を次期事業に反映させる提言をまとめる。

(構成メンバー)

ワーキングチームは、以下のメンバーで構成する。

- 1 運営委員会の委員及びオブザーバーから推薦
- 2 内科学会からの推薦 (2 名)
- 3 外科学会からの推薦 (2 名)
- 4 その他

(事務局)

当該、ワーキングチーム事務局は日本内科学会とする。

(スケジュール)

3 月までに総括及び提言をまとめることとする。