

# 平成 24 年度 第 1 回 運営委員会

## 議 事 次 第

平成 24 年 7 月 9 日 (月)

・ 13 : 30 ~ 15 : 30

・ 東大病院中央診療棟Ⅱ、7 階会議室

### 1 報 告

#### (1) 第 1 回理事会報告事項 (冊子、資料 2)

- ・ 平成 23 年度事業報告及び収入支出決算報告について
- ・ 定款の一部改正について
- ・ 理事等の増員 (選任) について
- ・ 事業経費取扱規程の一部改正
- ・ 厚生労働大臣への要望書

#### (2) 事業の現況について (資料 3)

- ・ 受付事例及び相談事例の状況
- ・ 協働型事例の進捗状況 等

### 2 議 題

#### (1) 企画部会について (資料 4)

- ・ 企画部会審議の状況
- ・ 運営委員会委員からの意見聴取

#### (2) その他

(配布資料)

資料 1 平成 23 年度第 4 回運営委員会議事録

資料 2 平成 24 年度第 1 回理事会報告事項  
冊子

資料 3 事業の現況

資料 4 企画部会審議の状況

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

青木 康博	日本法医学会担当理事（名古屋市立大学法医学教授）
有賀 徹	日本救急医学会代表理事（昭和大学病院院長）
今井 裕	日本医学放射線学会理事（東海大学医学科基盤診療学系教授）
後 信	日本医療機能評価機構 医療事故防止事業部部長
加藤 良夫	南山大学大学院法務研究科教授
木村 壯介	国立国際医療研究センター病院院長
黒田 誠	日本病理学会担当理事（藤田保健衛生大学医学部病理診断科教授）
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歯学准教授
鈴木 利廣	すずかけ法律事務所弁護士
高杉 敬久	日本医師会常任理事
高本 眞一	三井記念病院院長
富野 康日己	日本内科学会担当理事（順天堂大学医学部教授）
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
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（千葉大学大学院医学研究院先端応用外科教授）
西内 岳	西内・加々美法律事務所弁護士
原 義人	日本医療安全調査機構 中央事務局長（青梅市立総合病院院長）
樋口 範雄	東京大学法学部教授
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院長

（敬称略・五十音順）

## 地域代表者

（北海道地域）	松本博志	札幌医科大学法医学教授
（宮城 地域）	舟山眞人	東北大学大学院 医学系研究科法医学分野教授
（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	筑波大学人間総合科学研究科診断病理学教授
（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
（東京 地域）	渡邊聡明	東京大学腫瘍外科学教授
（愛知 地域）	池田 洋	愛知医科大学病理学教授
（大阪 地域）	奥村明之進	大阪大学大学院医学研究科呼吸器外科学教授
（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
（岡山 地域）	清水信義	岡山労災病院院長
（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

## オブザーバー

警察庁  
法務省  
厚生労働省

事務局 日本医療安全調査機構 中央事務局

診療行為に関連した死亡の調査分析事業  
平成23年度 第4回運営委員会

○開催日時 平成24年3月19日(月)  
10:00~12:00

○開催場所 日本外科学会8階会議室

○出席者

今井 裕 (東海大学医学部基盤診療学系画像診断学教授)

後 信 (日本医療機能評価機構医療事故防止事業部部長)

加藤 良夫 (南山大学大学院法務研究科教授)

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)

富野康日己 (順天堂大学医学部教授)

平岩 幸一 (福島県立医科大学医学部教授)

西内 岳 (西内・加々美法律事務所弁護士)

原 義人 (青梅市立総合病院院長)

樋口 範雄 (東京大学法学部教授)

安原 眞人 (日本医療薬学会会頭)

山口 徹 (虎の門病院院長)

(北海道地域) 松本博志 札幌医科大学法医学教授

(新潟 地域) 山内春夫 新潟大学法医学教授

(東京 地域) 矢作直樹 東京大学大学院救急医学教授

(東京 地域) 國土典宏 東京大学医学部大学院医学系研究科教授)

(愛知 地域) 池田 洋 愛知医科大学病理学教授

(兵庫 地域) 長崎 靖 兵庫県医務課監察医務官

(岡山 地域) 清水信義 岡山労災病院院長

(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

(敬称略・五十音順)

代表理事

高久 史磨 (自治医科大学学長)

オブザーバー

厚生労働省

事務局

日本医療安全調査機構中央事務局

○議事内容

**岩壁次長** おはようございます。定刻になりましたので、ただいまから第4回運営委員会を開催したいと存じます。本日は連休の狭間、委員の先生方には大変お忙しいなか

ご出席くださいます。厚く御礼申し上げたいと思います。それでは、まず配布資料のご確認をしたいと思いません。

まず、議事次第がございます。次に、名簿が付いております。そして「資料1 平成23年度第3回運営委員会議事録」がございます。そして、クリップ留めがしてあります「資料3-1 モデル事業の現況」になっております。「資料2 平成23年度第5回理事会報告事項」、「資料4 遺族・依頼医療機関・評価関係者へのアンケート実施計画」、「資料4別冊 未定稿 ご遺族・依頼医療機関・評価関係者に対するアンケートについて」、そして「資料5 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業に係る評価貢献に対する対応について(案)」、「資料6 平成23年度第2回事務局連絡会議(旧:調整看護師会議)からの提案」となっております。以上ですが、よろしいでしょうか。

そして、大変恐縮ですが、1点だけ先生方にご面倒をかけますが、「資料3-2 別冊」というのがありますが、8ページ目をご覧になっていただきたいと思います。事務局のほうの不手際で申し訳なかったのですが、いちばん上の第6条が第8条にご訂正願いたいと思います。そして順繰りに、第7条が第9条になります。そして次の9ページ目が、第8条が第10条に変更でございます。そして第9条が第11条、その下の第10条が第12条、雑則の第11条が第13条ということで、2条ずつずれていきますので、ご訂正をお願いいたします。

それでは、ただいまから運営委員会を開催したいと思います。樋口座長、よろしく願いいたします。

**樋口座長** 朝早くからご苦労さまですが、よろしく願いいたします。まず、資料1、これは第3回運営委員会の議事録ですね。何かありましたら、後で事務局のほうまでご意見をいただければと思います。

それでは、議事次第にあるように、報告・議題ともいろいろ並んでおりますので、早速入りたいと思います。この間、第5回理事会というのが開かれました。それについて、まず報告事項の第一として、高久先生から説明をお願いしたいと思います。

**高久代表理事** 第5回の理事会でいくつかのことが決定いたしましたので、この運営委員会の先生方にご報告したいと思います。

まず第一に、理事の増員ということでもありますけれども、平成24年度は協働型事業をより一層推進するために、大学病院との協力体制の構築が必要となるので、全国医学部長病院長会議会長の森山寛先生、慈恵医大の先生ですけれども、理事としてご参加願いたいということであ

りました。そして、本人のご内諾を得ております。

それから、平成24年度の事業計画と予算案について、これは事務局のほうから説明していただけますか。

**岩壁次長** それでは、座ったままで失礼いたします。事務局のほうから説明したいと思えます。

「理事の増員について」の次のページが、事業方針、そして24年度の事業計画概要となっております。これは、第3回——前回の運営委員会で皆さんにご審議を頂戴しまして、ご了承を頂戴したわけですが、そのときとまったく同様でございます。従いまして、説明を割愛させていただきたいと存じます。

それから予算のほうですが、前回運営委員会でも提案させていただきましたけれども、予算につきましては最終的に国庫補助が内定をいたしましたので、それによって予算を若干、数字を組み換えたということでございます。それで、各機構の社員、そして日本医師会、あるいは日本病院団体協議会からご支援を頂戴するものですから、負担金の会計と国庫補助の会計の2つに区分しました。それは、一般会計を各医療会からご援助願う金額、そして特別会計を国庫補助の事業を対応とした事業、このように分けさせてもらいました。

まず一般会計のほうですが、収入の部、負担金6,000万円、そして寄付金等収入15万円、合計6,015万円。このようになっております。そして支出のほうですが、機構管理費としまして、これは国庫補助が該当しない支出を充当したということでございますが、理事会、社員総会が49万2,000円、計上しております。会計業務の処理費、税理士さんにお支払いする額ですが、163万円。そして定款等の改正、あるいは変更等に伴う司法書士の手数料が30万円、一般社団法人は法人住民税がかかりますので、その金額が7万2,000円。合計249万4,000円、それを機構管理費として計上しました。

そして、特別会計のほうですが、どうしても国庫補助だけでは賅いきれませんものですから、2,338万7,000円を特別会計へ繰り出しをする。その残りの金額を、基金積立金として3,426万9,000円を計上させてもらいました。合計6,015万円でございます。

一方、特別会計のほうですが、次のページになりますが、国庫補助金が前年より100万円増えまして、1億2,024万5,000円、増減額109万円となっております。繰入金も、先ほどの一般会計からということで、2,338万7,000円。合計1億4,363万2,000円で、前年対比で申しますと2,447万7,000円の増と。このようになっております。

一方、支出の部ですが、人件費を8,616万4,000円、計上しました。前年対比で2,122万6,000円の増減額。

内訳等につきましては、(1)から(4)に書かれている内容の通りでございます。

なぜこのように増えたかと申しますと、23年度予算につきましては、大幅に補助金が減額されました。それに伴いまして、いろいろ事務局としまして創意工夫した結果、常勤の職員を非常勤化にしたり、あるいは時間外手当を大幅に節約したりというようなことでございます。今回は、協働型の事業がいよいよ23年からスタートしまして、後ほどご説明しますが、中央事務局として中央審査会を開かなければいけない。それに対する対応としまして、東京地域事務局等に2人の職員を増員させていただきました。そのような形の経費と、それから法定福利費のほうですが、皆さまも存じの通り、健康保険料がだいぶ料率が変わりました。それに伴う増という形でございます。

そして、大きな2の事業費ですが、5,746万8,000円を計上させてもらいました。増減額は3,251万円となっております。これの主な増ですが、(3)の中央事務局及び東京地域事務局費用としまして、235万円が増額となっております。これは、昨年やはり補助金の絡みで、パンフレットが本当は在庫がゼロだったのですが、じつは作りませんでした。これは広報活動で大変重要な役割を果たしておりますが、24年度は協働型事業を導入しまして、新たにリニューアルしていこうということで、パンフレットを作る。

また、後ほど高久先生からもご説明がございしますが、企画部会の設置の費用、そして電話代、コピー代等々、これは自然増でございます。一応、そういうようなことで、事業費のほうは増えております。合計で1億4,363万2,000円。前年対比で2,447万7,000円の増という形になっております。

そしてもう1ページ、裏のほうですが、国庫補助金並びに負担金について、「使途区分につきましては、原則的に次のとおりとする」とし、まず、「1国庫補助」として、「厚生労働省から示された予算額の範囲内で、経費積算基礎内訳に準拠した使途とする」となっております。

それから、2番目の負担金につきましては、「機構運営基金の造成」がひとつ、それから2番目としまして、「国庫補助金がもし方が一中止になった場合に、既に受諾した事例等の対応費」。毎年、じつは年度末に事例の積み残しがございします。皆さんもご承知の通り、説明会が終わって初めてこの事例が完結という形になっております。そういった場合の対応費。それから3番目として、「その他補助金では充当できない経費」。4としまして、「事業・運営費等への繰り出し」。一応、このような区分け、整理をさせてもらいました。事業計画並びに予算につきましては、以上の通りでございます。

**高久代表理事** どうもありがとうございました。それでは次に、理事会の議題として、社員の拡大ということがあります。お蔭様で23年度は、基幹学会の19学会がすべて社員に加入することにご賛同いただきました。さらに24年度につきましては、お手元の資料にあると思えますけれども、臨床系の医学会など61学会と、歯科医師系として日本歯科医学会、さらに薬剤師系として日本医療薬学会、看護師系として日本看護協会、日本臨床工学技士学会、日本放射線技師会、日本臨床衛生検査技師会、日本理学療法士会の4つのコメディカルにも、さらに24年度に社員として加入していただくようお願いをする予定であります。

このように広げますのは、じつはこの理事会におきまして、「モデル事業をいつまで続けていくのだろうか」といういろいろな疑問が出されまして、むしろこの機構が第三者機関として、国庫補助を当然いただきながら、なるべく速やかに活動を開始するのがよいのではないかというご意見が、かなり強く出まして、そういう意味からいきましても、日本のコメディカルを含めた医療界全体の会員の方に、社員となつていただくのがよいのではないかとということがひとつあります。

それから、もうひとつご報告したいのは、運営委員会の構成の見直しということで、従来、日本内科学会、外科学会、病理、法医の4つの学会から、運営委員が理事長と理事のお二人ずつご出席になっておられましたけれども、それを1名ずつの理事として、そのかわりに病院関係代表から1名、企画部会の代表から1名をそれぞれ加えて、21名としたいという案が理事会のほうで出されまして、ご了承を得られました。

さらに、企画部会を設置したい。これは運営委員会の下にある会でありまして、構成員としては、日本医師会、看護協会、あるいは日本病院団体協議会と、有識者、弁護士の方、地域代表の代表、中央事務局長以外に、学会としては日本内科学会、外科学会、病理学会、法医学会という、さらに厚生労働省からオブザーバーとして来ていただくということで、14名程度を考えています。

それで、主な検討事項は、この後でまた皆さん方のご意見をいただくことになると思いますが、恒常的な第三者機関のあり方を早く取りまとめてもらいたいということ。後でまた厚生労働省の方からお話があるかもしれないけれども、厚生労働省のほうでも新たに里見（進）先生が座長になられて検討が始まったということでもありますから、それと歩調を合わせて、この機構が第三者機関としてどれだけのことができるかということ、企画部会で検討していただきたい。それと同じような意味で、この事業の継続の安定策とか、広報活動というこ

とを検討してもらうために、新たに企画部会をつくってはどうかということが理事会で図られまして、賛成を得られております。以上が理事会の報告であります。

**樋口座長** ありがとうございました。いま高久先生がおっしゃってくださったように、この企画部会なるものが重要な役割で、理事会のみならず、我々のこの運営委員会でも、いったいこういう事業をどういう形で、営々と続けていくというだけでは展望は開けないので、何らかの形を作るために我々が何ができるかということをもっとはっきりさせてもらいたいというご意見がずっと出ているわけですね。これを企画部会という形で作り上げて、厚生労働省のほうで、いまおっしゃったようにもう検討委員会が立ち上げられていますが、それと並んで、ここではモデル事業をずっと現場でというか、地域でやってこられた人もたくさんおられるわけですから、その経験に照らしてどれだけのものが現実的にできるだろうか。あるいは、こういうものになったらいいのではないかという話を、この機構としてまとめて、厚生労働省にももちろん提言するような、そういうことをやってみようということですね。

いまの報告事項をもう一回まとめますと、そのために社員の拡大も必要であり、それから運営委員会の構成は、この社員の拡大等がありますので、新たに企画部会もあるので、こういう形で少し中身を見直す。問題は、企画部会というのを設置して、こういう形で検討を始めてみたいということ、理事会で決定しているわけです。それで、この企画部会のあり方については、議題1のところでもまた議論していただきたいと思っておりますので、ここまでの範囲で質疑応答、コメントないしご質問を承りたいと思っております。

とにかく、私の感触では、この機構が立ち上がったときには、4学会+1。1は日本医学会ですね。そういう形の社員で始まったのですけれども、その1年の間に高久先生、その他の方のご尽力によると思えますけれども、5が19になっているわけです。19ではなくて、さらにこれで68を足そうというわけですから、今度は87ですね。そういう形で医療界の結集を示そうというのが社員の拡大であり、そこで行われるところの事業は、同じようにこの運営委員会で一所懸命やるということになると思えますけれども、それと関連させて企画部会も立ち上げよう。そういう流れだと私は理解しておりますけれども、どういうことであれ、この段階でちょっとご意見を伺いたいと思っております。どうぞ、お願いします。

**佐藤委員** 日本歯科医学会の佐藤でございます。歯科医師のほうにも目を向けていただきまして、誠にありがと

うございます。まだ煮詰まっていないというふうに思いますけれども、この社員の拡大のなかで、「社員権限の区別化案」というのがございますね。これを拝見しますと、基幹学会と、今後、新たに加入する学会等では、権限の区別化というものを検討するとなっておりますが、だいたいどういうことを想定されているのかなど。持ち帰りますと、必ず聞かれるのではないかと思いますので、もし何か想定されることがございましたら、お聞かせいただくと幸いです。

**樋口座長** これは、岩壁さんですか。

**岩壁次長** いま佐藤先生のほうからご質問がございましたが、機構事務局としてはまだ勉強中で、白紙の状態でございます。今後、6月に理事会を開く予定になっておりますが、それまでにはある程度、案を固めておきたいと考えております。だいたいいま、これは想定の中になると思いますが、社員と特別社員の2種類ぐらいに区分けして、そういうことを定款のほうに盛り込んでいく内容が、いちばん妥当なのかなというふうに思っておりますが、では具体的にどういうものを特別社員、あるいは社員という区別になるかという、まだそのところは白紙でございます。以上です。

**高久代表理事** 私の個人的な意見としては、やっぱり団体というのは重要なグループですから、もちろん医療学会もそうですけれども、日本医師会、歯科医師会、医療薬学会、看護協会というのはかなり中心的な役割を演じていて、学会のなかでは会員数の非常に多い、内科学会、外科学会とか、そういうかなり重要な学会が中心的な— どのような形で中心的な形になるのかわかりませんが、それ以外の学会の方はサポートしていただく。もちろん社員になっていただきますけれども、そういうことですから、日本の医療界の全体の 이슈、考えを代表するとすれば、医療安全というのはやはり医師と歯科医師と看護師というのは非常に重要な、それから技師会のほうも重要な役目をしておりますので、そういうのがかなり中枢になっていって、周りを取り囲むということを考えております。

**佐藤委員** ありがとうございます。モデル事業の立ち上げ当時、平成17年の頃に示しました共同声明におきましては、日本医学会、基本領域19学会+歯科医学会という形で取り組みをさせていただきましたので、その点、ご配慮くださいますようお願いいたします。

**樋口座長** 他には、どんなことでも。

**國土委員** いまのに関連ですけど、権限ということの他に義務という面もあると思います。いま実務では、各学会から評価委員を出していただいておりますが、その依頼の仕方についてある学会からは、「もう少し検討してほしい」というご意見もあります。今度、80何学会にもなりますと、それをどういうふうに考えるのか。たとえば私自身で考えると、8学会に入っているわけです。要するに、学会員がかなり重複しているわけですね。そのなかでどういうふうに委員を依頼するかとか、そういうことも学会数が増加するのであれば是非考える必要が出てくるかと思いました。

**加藤委員** 各学会の医療安全への取り組みの状況というのは、これだけあるのでさうとうバラついているのではないかなと思うんですね。そうすると、意識の面でもだいぶ違うのかなど。そういう意味で、皆さんに呼びかけて参加をいただくにあたって、これまでのそれなりの歴史がありますよね。このモデル事業が開始されるに至る経過、開始された後の運営のなかで出てきた様々な論点、それからここにおられる皆さんが中心になって汗をかいてきた部分と、そうでない関心の薄かった人たちとの間に、意識のギャップが生じていないかなというの、少し心配をしているところです。

できれば、そういう各学会の医療安全への取り組みとか、いろいろな学会の中の理事会とか、それぞれ評議会とかあるでしょうけれども、そういうところでのこれまでの医療安全についての取り組みなり何なりを、それぞれの学会がどうお感じになっているかというのは、ちょっと聞いておきたい気持ちは少しあるんですね。そういう意味で、内科学会や外科学会、病理学会、法医学会等、それから19学会等のなかでは、たぶんさうとう議論がされてきたのだらうと思いますけれども、できればその61学会、その他の関連するところで、そういうことが成されることが必要ではないかなという気持ちがございます。若干、そういうところをご存じであれば、たとえば日本歯科医学会などですと、佐藤先生のところだどんな取り組みをいままで学会内でしているか、紹介していただいたほうがみんながわかりやすいかなという気がします。

**高本委員** 基幹学会といえども、基幹学会のなかにも温度差があるわけですね。ですから、私はこの「区別化」という言葉が大嫌いなものでね。もっとひどくいえば、差別化なんていう言葉も使うでしょ。なんでそんなに区別するんだと。幹事として責任をもってやる立場の人を選べば、私はいいと思うんですよ。幹事学会を選ぶとい

うことならいいと思いますが、区別化なんかする必要はないと。基本的には、みんな同じですよ。ただ、そのなかで熱心な人がみんなのまとめ役になるというだけの話で、この区別化という言葉はよくないですよ。絶対に使うべきではないと思います。

幹事がたくさんいたらまとまりませんから、幹事学会としていくつかの学会を選ぶというのなら、それは結構だと思いますね。そういう形でやるべきで、基幹学会のなかでも温度差がものすごくありますよ。それは、その学会の体制もそうですけど、学会から選ばれたその委員の熱心さも違いますのでね。この機構がうまい具合にいくように、そういう人を選ばばいいのではないかと思います。必ずしも、基幹学会だから区別化して上にあげるとか、そういう形は私は絶対によくないだろうと思います。

**高久代表理事** 確かに、言葉が悪いですね。これは消しましょう。

**樋口座長** これは、ありがたいことにですが、こうやって拡大してきたから、こういう問題も発生するだろうということなんです。私も、法学部に属しているので私自身はあまりよく知らないですが、一般社団法人法というのに詳しい人に少し聞いてみました。たとえば、この組織そのものが、すでにある種の区別化はしているんですね。たとえば、内科学会の理事長は当然、理事になると定款にもう書いてありますから。だから、ある種のオリジナルなところの人たちについては、たとえばそういう人たちは理事になるということはもうすでに決まっています、だからそれ以上に何かやる必要があるのだろうか。

それから、あと思い出すままに言いますが、一般社団法人の社員は法人でなければならぬかという、行政解釈では……。皆さんに聞いてみないとわかりませんが、すべての医学会が法人になっているものかどうか。なっていないけれども、現在の行政解釈では、法律用語では「権利能力なき社団」といいますが、それで大丈夫だそうです。ただ、社員になったときには、その社員総会を開いて、その人に表決権、1票も与えないなんていうことはできないが、しかし社員のなかで何らかの区別——区別という言葉がいいかどうかわかりませんが、そういうことを定款で書くことはまったく問題ないということです。たとえば、規模であったり、いまの審査ということもありますし、やっぱり拠出の負担金だって、1,000万円出しているところもあって、しかし金を出してるから口を出せて、金を出さないから口を出さなくていいというのもちょっと、医療安全という考え方か

らしてはどうなのかなと思ったりもしますけれども。

いくつかの要素があって、ただ、もちろん全員一致原則ではやっぱり動かないものだから、どういう形で、この機構自体が大きくなってもしっかりとした形で動き、しかも少数派の人たちの意見も、ちゃんと取り入れられるような組織をつくっていくかというのは、そこに並んでおられるたとえば弁護士さんなどに少し相談しながら、ガバナンスの仕方を考えていくというのが、次年度。まだ87になっているわけでもなくて、これから呼びかけてみんなが「はい」「はい」と言ってくれるかどうかかわからないものですから、それが相当うまくいった段階で。それは本当は、社員になっていただいてから「あなたは特別な社員ですよ」とか、「普通の社員ですよ」というのもなんだかという感じはしますが、まあご了解を後からでもいただきながら、とにかく拡大方針はいろんな意味でいいことなのではないだろうか。

いちばん初めに理事の増員もありましたね。全国医学部長病院長会議というのは、私はよくわかりませんが、やっぱりすごい立派な組織で、かつモデル事業を何らかの形で運営していくためには、全国の大学病院の理解、協力は絶対に必要なので、その会長の方が、あるいはこの会議のほうで「ぜひとも入れてくれ」とおっしゃってくださったのは、非常にありがたいことなので、そうやってこういう事業に協力して下さるといって人が増えていくことはすごくいいことなので、そこでかえって軋轢が生ずるような組織立てをしないように、気をつけてやっていきたいとは思っています。

他に、ここまでの報告事項で、どのようなことかありますか。

**西内委員** いま座長が言われたように、参加する社員はみな基本的な権利や義務は同一でなければいけない、というのは当然の前提となる話だと思います。そのなかで、高本先生もおっしゃったように、団体、機関として意思決定していかねばいけない訳ですから、そのプロセスにおいて民主的な意思決定の手続きを工夫してつくればよいのではないかなと思います。座長がおっしゃったことと同じだと思います。

**富野委員** この団体を増やしていくということには賛成ですが、これを61学会に展開していったときに、これまでのモデル事業で、どの程度の事例がこれらの学会と関連があったのかという、エビデンスが欲しいと思います。たとえば、日本血液学会では何例がこういう事例のなかに入っているのか、オーバーラップでいいですけども、何とか学会とか、何とか学会ですね。そうすると、まったくゼロのような学会があった場合に、「なぜに我々は入

らなければいけないのだ」ということにもつながっていくかもしれないと思います。ですから、まずそういうエビデンスをきちっと出されて、説明をしてということが必要ではないでしょうか。

**樋口座長** 他に、ここまでの報告事項について、ご意見、コメントがあればお伺いしたいと思いますが。よろしいですか。

**加藤委員** 働きかけるときには、どういうメッセージを出しながら働きかけていくのかということになりますね。要するに、モデル事業を進めていく、あるいは発展させていくという、そこに了解を得られたところがたぶん、結集軸として譲れないところなのではないでしょうか。「こんなこと、やめよう」という気持ちを持っているところに無理に入っていただく必要はあるのかというのは、ちょっと私は疑問を持っていますけれども、いかがなものでしょうか。

**岩壁次長** いま、まさしく加藤先生がお話ししました通りですが、事務局としましては、68の団体に呼びかけをする。あくまでもモデル事業のご理解を願いながらということですが、これはあくまでも任意でございます。強制権はありませんので、この機構の事業に参画してみようという形で、もちろん高久代表理事名で各学会の理事長さん、あるいは各団体の代表者の皆さんにお願いするわけですが、場合によっては私どもが事務局にお伺いして説明も必要になってきますが、そのときの前提条件は、あくまでもこの事業の取り組みに対してご賛同いただけるということが前提でございます。従いまして、任意という形の姿勢をとりたいというふうに思っております。以上です。

**樋口座長** これは独り言みたいなものですが、私みたいに単純な人間だと、この調査機構が誕生して、そんなにまだたっていないわけですよ。まだ赤ちゃんみたいなものだったのが、一時は、お金の面がいちばん大きかったと思いますけど、風前の灯火みたいになって、大丈夫なんだろうかと思っていたら、あつと言う間にこういう何だか景気のいい話になって、がんばってやってみるものだなという感じがしているんですが。だからこそ、かえって危ないということもありますよね。こういうときにこそ慎重にということがある。それで、厚生労働省でも第三者機関をつくれるかどうかという検討会を、もう一回立ち上げたところですから、それをサポートするような、あるいは実質化するような話を持って行けると、本当にいいかなと思っております。

それで、事業の現況について、ちょっとご報告をいただいて、それから議事へ移りましょう。

**原事務局長** では、事業の現況を私からご説明させていただきます。

資料3-1をまずご覧ください。1) ですが、受付け「受付事例及び相談事例の状況」ということで、受付けた事例のところ、平成22年度と23年度に分けてありますが、22年度は33例、23年度は24例です。23年度は、初めは東日本の大震災があったりいろいろしました。それから、予算の面でも少し心配なことがあったということで、少し出だしが悪くて、結局24例ということになりました。それから、現在、受付後の評価中の事例が26あります。受付けに至らなかった事例が2、評価結果報告書を交付した事例が、カッコ内に52とあります。これは内科学会時代の事例も、機構になって平成22年4月以降に報告書を交付したというのも含めますので、機構以降の事例より考えて少し多めの数になっておりますけれども、52例ということになります。

それから②ですが、「死亡時画像診断活用状況」ということで、平成24年3月13日現在で5例ということになっております。

それから、③の「相談事例」ですが、昨年4月以降ということで整理してありますが、合計で26例。結局、調査分析に至らなかったということで、いちばん上に書いてありますように、解剖承諾が得られなかったというのが7例、それから司法解剖あるいは行政解剖になったのが4例、病理解剖になったのが4例、モデル事業の対象外だったというのが9例ということで、合計26例ということになっております。

それでは次に、資料3-2「協働型 調査分析モデルの実施状況」です。3月19日現在で、6例の事例が協働型で動いております。第6例はまだ解剖調査が終わったところという段階でありますけれども、6例ということになります。

それから、「2) 現時点までの課題と対応状況」です。まず①「申請時の説明について」ということで、医療機関への周知もまだ十分でございませんので、事例発生時に医療機関から遺族への説明がなかなか難しかったということがありました。そういうことで、直接ご遺族に機構からご説明したり、今後、遺族向けの協働型の事業説明のパンフレットを作成しようというふうに考えております。

それから、②「解剖時の立会医について」ということで、各事例1名ずつ行っているわけですが、解剖の立会医から、「解剖時に関連診療科臨床医の意見を参考にしたい」というような要望が複数、出てお



ります。それはその都度、その病院の専門で、直接事例に関連のなかった先生にお願いしたということがあったようです。けれども、それから、非常に特殊な例かもしれませんが、薬剤の血中濃度の特殊検査が必要な事例があったようで、法医の関与が必要だということがあったようです。

対応は、ここに書いてありますように、臨床医に関しては事例に直接関係ない医療機関の医師に立会いを求めたと。それから、立会いに入る臨床医については、機構から派遣された解剖立会医の判断で、遺族に説明をした上で解剖に入る方向で調整したということでありました。

それから、③「解剖結果報告書の検討について」ということです。解剖結果検討については当初、依頼医療機関のCPC（臨床病理検討会）の利用を考えていましたけれども、病院によってCPCの開催方法が異なって、教育機関の使命としての公開型CPCを実施している病院などもありまして、統一的な実施はなかなか難しいということでありました。そういうことで、解剖結果報告書を検討する場として、標準的な出席者や資料準備等の基本ガイドラインを設定して、その他の事項は依頼医療機関事務局と機構事務局との相談の上で、実施していくことにしたいと思っております。

それから、④「死亡時の画像診断（A i）にいて」ですけれども、死亡時画像診断を申請前に撮影している医療機関もありました。死因の検討に役立ったので、可能であれば撮影しておくことをお勧めしてはどうかということでもあります。死亡画像の撮影が可能な医療機関は申請前に撮影し、院内の放射線科に可能な範囲で読影してもらうようにすすめていきたいと思っております。

それから、⑤「遺族との連絡について」。病院から遺族への調査の進捗状況の連絡については、医療機関によって、また遺族との関係性によってそれぞれ医療機関の考え方が異なっていたと。対応としては、遺族への連絡等の関与が、病院と遺族の対話の障害にならないように配慮しながら、事例ごとに依頼医療機関と相談しながら対応していくことにしました。

それから、⑥の「外部委員の選定について」ですけれども、協働調査委員会外部委員の選定について、近隣ではなく、依頼医療機関の県外にある医療機関からの推薦が好ましいという意見が出されております。それに関しましては、東京以外の地域においては、外部委員の専門医2名のうち1名は県外から推薦するというのを、今後は検討していきたいというふうに考えております。

⑦の「委員会の議事録について」。病院により議事録のとり方が異なります。逐語録は後から第三者が見て誤解を招く恐れがある。一方、報告書作成のためにある程度の詳細な検討記録が欲しいということで、議事録は機構

のひな型に沿って作成していただくことにするのですけれども、一方、報告書作成の補助として、詳細な議事メモ（逐語）を作成して、その議事メモは調査委員会終了後には破棄するというにしたいと思っております。

それから、⑧の「報告書の執筆について」。報告書の執筆については、運用案では「協働調査委員会において委員が分担し執筆する」ということになっていましたが、外部委員は執筆が難しいという意見が多いと。専門的な部分は専門医でないと執筆は難しいので、内部委員だけでは執筆は困難であるという意見の病院もありました。自らすすんで根本原因分析や報告書の草案を作成し、第1回調査委員会に臨む医療機関もあって、医療機関によって非常に対応が多様でありました。そういうことで、対応としては、原則は分担執筆であるけれども、委員会の討議を踏まえて依頼医療機関は報告書の草案を作成して、場合によっては専門的な部分の原案を外部委員に執筆依頼するという方向で、これから調整していきたいと考えております。これが協働型についてであります。

それから、資料3-3であります。「平成23年度人材育成『調査解剖』研修」についてであります。この機構としても、研修というのにかなり力を置くつもりでありまして、この調査解剖についての研修もそうであります。まず1番の目的ですけれども、そこに書いてある通り、調査解剖体制の充実を目的として、研修を行いました。2番目に開催日ですけれども、今年の2月28日に行いました。東大の深山（正久）先生方のご協力、東大を使わせていただいて、出席者は31名でありました。そこに内訳と地域別が書いてあります。

内容ですけれども、厚生労働省の宮本（哲也）室長にご挨拶いただいた後、そこに書いてあるような内容で、広くこの調査解剖ということに関して研修を受けたということでもあります。その出席者のアンケートの結果は、後ろのページに書いてあります。今後もこういうような研修は続けていきたいと考えております。

それから次は、資料3-2別冊というものですけれども、「協働型 各種資料 修正点」ということで、協働型は実際いま6例やってきたわけですけれども、その過程でいくつか修正が必要なところが出てきたということで、ここでお知らせしたいと思っております。

まず1)ですけれども、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業『協働型』について」という文章のなかで、2ページ目のところ、修正後に、「その他特に付言すべきことがら」と、死亡診断書のその欄に、「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業に依頼」ということをしっかりと明記していただくことを追加しました。いままで、運用案のなかにはこういう文面はありましたが、依頼医療機関に対する説明書のなかにはそれ

が入っていなかったの、これを追加したということがあります。

それから2)ですけれども、「協働型に係る経費」ということで、5ページの協働型に係る経費というところに、解剖結果報告書確認謝金、それから説明会謝金、それぞれ他と並べるということで、金額が変更されたということとあります。後ろのほうにそれがずっと書いてあります。

それから、3)は「協働調査委員会 設置規程」が改定されたものが付いております。それから4)、「中央審査委員会 設置規程」、5)、「協働調査報告会 設置規程」というのも新しく作っております。これをご覧いただいて、もし何かありましたら、後ほどでも結構ですから事務局のほうにご連絡いただくと幸いです。

**樋口座長** それでは、この事業の現況についてのご説明について、コメントないし質問をいただきたいと思いますが、いかがですか。……よろしいですか。また後で何か気が付かれたことがあったら、どうぞ遠慮なくお手をお挙げください。

それでは、議題1に行きたいと思いますが、これは資料2の最後のページのところを見ながらということにしたいと思いますが、企画部会というのを設置して、この機構が第三者機関としての役割を果たせるかどうか。あるいは、どういう形で第三者機関というのを恒常化していくのがいいかということを中心にしながら、その企画部会で何らかの案をまとめてもらおうということとあります。これについて、是非ともご意見を伺いたいと思います。

**高久代表理事** 私のひとつの意見ですけれども、企画部会長を、厚生労働省の今度、委員会ができますね。東北大学の里見先生が部会長に併任というのは、かえって難しいですかね。

**樋口座長** 里見先生は、厚生労働省のほうで、学長になられた関係で降りられまして、山本和彦さんという法学者がやっておられますね。

**高久代表理事** そうでしたか。そうすると、ちょっと難しいですね。

**樋口座長** まあ、これは誰が司会をやるのかというのは、書いてないわけですから(笑)。

**高久代表理事** そこがいちばんキーポイントですね。

**加藤委員** 企画部会と厚生労働省の検討会、あるいは検討部会というものとの関係性ですね。メンバー的には、この企画部会を設置するというプランを考えられた人は、若干、重なるようなイメージで考えるのか、まるで違うイメージでのメンバー構成を考えるのか。いま高久先生は、里見先生が兼ねていくようなイメージをお持ちになったのだけれども、要するに厚生労働省のほうの検討部会の進み具合というのが、これから3月に入りまして、日程が4月以降、かなりピッチを上げてやっていこうとしていますね。そういうなかで、メンバー構成をどういうふうに考えてご提案になっているのか、少し聞かせていただけますか。

**樋口座長** 私、最近、朝起きるときにいろんなことを思いつくんですね。今朝、この会議があるということがわかっていたので思いついたのは、これ14名程度になっていますね。なかなかワーキンググループというのは、14名でも本当は多いぐらいですよ。それから、実際にこのなかにお願ひしたときに、たとえば14名程度だから15かもしれないし13かもしませんが、とにかく全員で集まれるかということ、きょうだってこれだけの方が集まって来られただけでも本当にありがたい。しかし、欠席の方だってもちろんいらっしゃいますよね。そうすると、どういう形でこれは実際に動けるだろうかというのがひとつ。ちょっと加藤さんの話とずらしているようで、でもそっちへ戻りますからね。時々、話が戻らなくなることが最近あって(笑)。そうしたら、加藤さんが注意してくださいばいいんですけども。

だから、こうやってだんだん拡大してきたので、それに関連する団体の代表の方も入っていただかないとしようがないのだけれども、厚生労働省の検討会というのに私たまたま入らせていただいているんですが、私の感想なのでバイアスがありますからあれですけれども、本当に偉い人たちばかりなんです。ここにいるのが偉くないという意味ではないですよ(笑)。この前、原さんがモデル事業について説明をしに行き、そうとうの時間、丁寧に説明をしてくださったんですけども、それが第1回目だったんですよ。これから第2回目が開かれるのだらうと思いますが、モデル事業を現場で見ていた人、見た経験のある人、調査報告書に関与したことがある人というのは、いらっしゃるんですかね。

**原事務局長** 山口先生だけです。

**樋口座長** 山口さんだけです。つまり、厚生労働省のところでは偉い先生が、高見からというところとちょっといかなければ、そういう議論をしている。その上にはまた

無過失補償の委員会があって、そのサブという形になっているわけですから、やっぱり考えるところがもっと広いといえれば広いわけですね。

そうすると、自ずからこちらでつくる企画部会で検討するのは、もう少し焦点が定まって、かつ私の気持ちとしては、ここでひとつ地域代表の代表という形になってるでしょ。地域代表の代表ということは、代表が10人いるわけではないから、やっぱりたぶんお一人ぐらいという話になるので。この地域、現場で、あるいはこのなかだつてさっき國土先生がおっしゃったように、外科学会の先生だったり内科学会の先生だったり、それで地域代表も兼ねていたりする。法医学会であれね。だから、そういう形で実際のモデル事業を見て来られた人が、一人だけではなくてもっと入って来られると私は思いますけれども。これは、私のきょうの朝の思いつきですけどもね。

企画部会は、何であれ、何度かやらないといかんですよ。きっと、そう簡単にまとまるものではなくて。重要なポイントは、この前できてた大綱案とは何らかの、それこそ区別化はしないとだめでしょう。私などは、あのままでいいと本当は思っていますけれども、それで通るんだつたら世の中うんと簡単なことで、やっぱり何らかの問題があつてということであれば、それにもこういう形で対処しましたよという形で修正を加えながら。それから、やっぱりこの新しい調査機構になって、件数が100件、200件やってるわけでもないですよ。そういう話のなかで、とりあえずどういう第三者機関がつけられるだろうか。その後、また拡大していくのは別の話として。

そういうことを考えてくださるのは、やっぱりこの運営委員会に来てくださっている人たちだと思うんですよ。それで、これ企画部会というのは立ち上げますが、事務局のほうでは全員のメールアドレスは知っているの、企画部会があつた後、この運営委員会の委員には全員、これはオブザーバーといつてもいいわけで、なんでもいいですけども、「きょうはこういう会議でこういう議論がありました」というのを集約したものを、とにかく全員にここのなかにはメールで送っておく。それで、何らかの形でご意見もいただく。この会議自体には出席してくださらなくても、その意見が、実際の声が反映するような形で、事務局には一層大変なことになると思いますけれども、それから企画部会が、そもそもこんなに多いとすぐ動くのかとか、いろいろな意見があつてという話になると思いますけれども、それをここの運営委員会でサポートしていただかないと、これはいかんのではないかと。

そういうものを我々がまとめて、厚生労働省のほうへ意見具申するというか、時々刻々報告も、それはいいと

思うんですけどね。だいたい、オブザーバーで宮本さんか誰かがやって来てくれるんでしょ、たぶん(笑)。そういうことですよ。だから、別に敵対する必要はないのでね。ただ、向こうでいろんな意見が戦わされるのとは違うものが、ここからは出てくる。それも、向こうにも取り入れられればいいし、何であれこちらの形としてひとつ成案をつくつて、「これでやつたらどうですか」といつて、厚生労働省だけでなく世に問うというのかな。社会に問うてみたいという気がするんですけども。加藤さんのご質問に、勝手に答えたような形になってしまいましたけれども。

**高久代表理事** 「運営委員会のもとに」という表現になっていますから、当然。

**樋口座長** そうですね。企画部会を設置するのはね。

**高本委員** 各学会の代表となっていますけれども、やっぱりこれは、このモデル事業に深く係わつた人でないとわからないと思うんですよ。必ずしも僕は、ぜんぶ代表が一人ひとり出てくる必要はないのではないかと。その後、運営委員会に持って来て、ここでまた議論すれば、これは皆さんの代表としての意見を取り入れられるわけですから。最初のこの案を何か作りたいというわけですよ。まだ最終案ではないわけですから、議論するための最初の案を作るというわけですから、また全部の代表という、あまねく拾うことはないのではないかと思います。

**黒田委員** 病理学会の黒田ですが、これはもう理事会で決定されたことですね。

**樋口座長** そうですね。報告事項ではあるんだけど。

**高久代表理事** 一応、理事会で、やりましょうということになりました。

**黒田委員** そうすると、この企画部会に14名程度、ここに書いてあるところの学会に委員の選出を、これからお願いするわけですか。

**高久代表理事** この構成員については、理事会ではまだ詳しく議論はしておりません。企画部会をつくるということを主に決めたわけです。

**黒田委員** 学会に投げられると、その学会の中の状況によってずいぶん違うと思いますが、原則として特定の方になってしまう可能性が高いと思います。そうすると、

ここははっきりしておいてほしいんですが、運営委員以外でこの企画部会の委員をつくるのか、高本先生がさっきおっしゃいましたが、やっぱり内容をよくわかっている方に限定するのか、そこらへんのところはある程度ははっきりしていただかないといけないですね。

**高久代表理事** そうですね。

**黒田委員** そうすると、頻繁にやるとなると東京以外の方は非常に難しいということになります。要するに、以前にワーキングの部会を作っていましたが、ああいう感じで進めていくことになると当然、学会としても集まりやすいから在京の方を選ばなければいけないのですが、そこらへんのスタンスをある程度はっきりしてから学会に投げないと、なかなか学会でもまとまらないのではないかなと思うんですね。

病理学会は、理事選挙で首脳陣がぜんぶ変わったわけですが、そこら辺のネットワークについては、充分に考えてお伝えいただきたいと思います。

そこは高本先生がおっしゃった、内容をちゃんと把握されている、いままでの経緯もわかっている方が出てこない、とんちんかんな議論が出てきてということになると困ると思うので、そのスタンスだけ、少なくとも人選をするに当たっての基本的なスタンスというのは、ある程度ははっきりしておいて下さい。

**加藤委員** 検討事項のなかの、1からその他までありますけれども、いちばん肝心要が1ですよ。それで、恒常的な第三者機関のあり方というものを、どういうふうイメージし、どういうふうに作り上げるのかと。これ自体にいろんな論点が絡んでいまして、大変ですけども、それをいわば運営委員会のもとに、運営委員が主になって構成される部会なのかという問題もあるし、厚生労働省のいまの検討部会とか、そういうものとの関連をどうするのかという問題もあるしで、いろいろとありますが、もうひとつ複雑にして申し訳ないですけども、たとえば10の地域でいま行われている、それぞれがそれぞれの現場感覚からみて、恒常的な第三者機関のあり方ってどういうものなんだろうかということ、たとえば愛知なら愛知で黒田先生とか私とか、池田先生とかが寄り集まって、ディスカッションをしてひとつのアイデアを出していく。そういうもので東京は東京でもやれると思えますし、いくつかやれる限りやっていただいて、いろんな意見を戦わせるというのもひとつのアイデアですよ。

だから、この検討事項のなかの1以外の2、3、4は、そう大して……と言っちゃいけないけども、(1)とその他とはだいぶ違う話ではないかと。そんな気がしていて、

理事会では、企画部会の狙いは「安定した事業継続のための基盤強化等について」というのが何となく前面に出てきたけれども、そのもともとのところ、第三者機関のあり方をどうするのかということも、理事会では強い問題意識としてあったのかどうかというのは、ちょっと知りたい感じはしましたけれども。

**高久代表理事** 厚生労働省の委員会のなかで山口先生お一人だとすれば、山口先生にはどうしても入っていただいて。少なくとも一人は、両方入ったほうがいいと僕は思うのですが。そうでないと、向こう側の意向がわからない。私は、樋口先生がおっしゃったように、大綱案の一部を変えればうまくいったと思ったんです。

そして、その時にはこの機構はありませんでしたから、第三者機関としても海の物とも山の物ともつかなかったのが、この機構がありますし、それから前の大綱案があるわけですから、それと院内事故調査委員会ということをやうまくつなぎ合わせるというのではないかなと思うのと、いまの厚生労働省の委員のなかに入っている方で、現場のことをご存じな山口先生はどうしても入っていただきたい。委員長であるとはあえて申しませんが（笑）。やっぱり、パイプが繋がらないのではないかと。いかがですかね。

**樋口座長** 山口先生、どうぞ。

**山口委員** 厚生労働省の委員会に出て、もう一度話は最初の出だしのところに戻ってしまっているんですね。ただ、皆さんの認識として、第三者機関があつて、何か持って行けばそこでそれなりに公正な立場でやってくれるものが必要だということに関しては、何ら異論はないと思いますが、それが全体のなかで、たとえば院内の事故調査委員会とどういう位置関係にするかという、そのもう一歩大きな青写真から話が戻っているように思います。そうすると、もういっぺん話をぜんぶ元へ戻すのはどうかとは思いますが、しかしそういう議論をされている先生方と、実際に現場で何が今度はできて、たとえばそれが全国的な制度としてなった場合に何が問題でというところの認識とは、そうとう距離があると思うんですね。

その意味でいうと、むしろ上から青写真を考えているとすれば、下から第三者機関として、いまやっている事業はそのままやっていくとした場合に、この第三者機関としての、全国の第三者機関になる場合の問題点が何で、どこまでが可能で、どういうところに問題があつて、それは制度上もしあるとすれば、少なくとも第三者機関のあり方としては、このへんの要件は最低なければいけな

いというところを、むしろここからまとめて、第三者機関を実際に行っている組織として上へ話を上げていくというところで、上の青写真とどういう折り合いをつけるかというのが、この企画部会の位置付けではないかと思えます。

そういう意味で、この新しい企画部会で検討して欲しい点は、いまのやり方で問題点がどうあるかという話と、それが全国的な、あるいは継続的な制度としての組織としてなった場合の、どこまで可能でどうだという話も含めて、そこの立場から積極的に青写真に向かって意見を出していくと。むしろそうしないと、厚生労働省の議論は必ずしも現場を解っていてやられているわけではないと思えますので、ここの意見を向こうのスピードとかなり合わせてまとめていかないと、遅れていたのではまずいと思えます。従ってこの部会には、各学会から現状がよくわかっている先生方にご参加いただいてやるのがよろしいかと思えますけれども。

**平岩委員** スピードというお話がいま山口先生から出ましたけれども、厚生労働省のほうのスピード感の問題ですけれども、検討部会というのはだいたいいつ頃を目処にとか、何かございますか。もしあれば、こちらの企画部会もいつまでに何をという話に、次にはなっていくますよね。ですから、ちょっと聞いておきたいんですけども、いかがなものでしょうか。

**厚生労働省** なるべく早いほうがありがたいというのはもちろんあるわけですが、一方で、「いつまでに」というふうに言うだけでも、まとまっていくきっかけを失ってしまいがちなリスクすらあると思っていて、あまり「いつまで」というふうには申し上げていないというのが実状です。なかなか難しいと思っています。

**高本委員** それがもし提案が出れば、その方向で厚生労働省は動きますと。

**厚生労働省** あの会議のなかで、もし一定の合意が得られるとすれば、それはかなり幅広いコンセンサスに近いものと思えますので、ひとつそれを踏まえて進めていきたいというふうには思いますが、ただ一方で、いまお話しいただいているように、実施のところですね。そのところで十分、実施が可能なのかどうかということは、常に問われるというふうには思っています。そことすり合わせていくことは、課題だというふうには思っています。

**居石委員** 地域の人間のほうからというのは、ちょっと視点がずれますけれども、あえて一言申させていただきます。

たいと思えますのは、いま話題になっている、いつごろまでにとということについては、もう7年たっているわけですから。5年たって、プラス1年、1年と。いつ頃までにとというのは、確かに大変無理なお願いではありますが、やっぱりチラチラと耳に入るそれに、消費者庁のお話が入ってきたり等々いたしますと、山口先生がおっしゃったように、あまりにも次元が戻り過ぎているのか、次元がちょっとずれています、といったようなことすらまで感じます。

そういう意味では、いままでに何人かの先生におっしゃっていただきましたが、ここに書いていただいています「運営委員会のもとにこの委員会を」という趣旨を、早々に立ち上げていただいて、可能ならばやっぱりリードしていただくぐらいに、根幹に係わるご議論をいただいて進めていただきたいというふうに思っています。

最初に立ち上ったの議論というの、検討部会もそれで極めて大切だと思いますが、そこにここからの発信もしっかりとしていただければ、ありがたいというふうな現場の人間の感想でございます。

**樋口座長** この前の理事会でも、きょうはご欠席ですが、里見先生はいらっしゃってくださって、まず口火を切って、「とにかくこういうものを立ち上げて早くやりましょう」と。それで、高久先生もそれに応じて、とにかく早く何らかの成案をつくって、とにかく投げてみると。そういう形でこの機構も大きな、あるいは小さなかわかりませんが、一定の役割を果たそうではないかと。早くという感じは、普通に私の感じでは年内ぐらいの感じ、いちばん遅くてそんな感じですよ。半年のなかで何とかここで骨子をまとめてもらって、こういうのをとにかく医療のところでも作ったらいいじゃないかと。そういう話を作り上げよう。それで、もちろん運営委員会にもまた持って来ますが、そういう感じかと思っていますけれども。

**高久代表理事** それから、いままでの7年間の経験からして、おそらくこの機構が第三者機関としての役割を果たすためには、当然、全国的なものでなければ、もうモデルではあり得ないわけですね。そうすると、どれぐらいの場所に必要であって、どれぐらいの予算が必要かということ、やっぱり出す必要があると思うんです。そうでないと、全国的な規模になった場合に、いくら学会があり、医師会、看護協会が入っても、基本的には国から出してもらわないと、我々だけでは支え切れるはずがありませんからね。そこら付近のことは、企画部会で早急に数字を出したほうが私はいいいのではないかと思うんです。予算の関係もあると思えますので。

**高本委員** しかし、予算もちろんそうですが、本体をどうするかが議論なわけでしょう。それで私、厚労科研を今年度と来年度もらいまして、児玉先生と山口先生とか、このなかにもたくさんいただいたんですけども。もちろん樋口先生もいただいたんですが、いちばん大きい問題は、警察との関係だろうと思うんです。前の安全調査委員会が潰れたのも、その問題で潰れたわけですね。救急と麻酔学会が反対したとか、医学会が割れたという印象を与えて、それで国会議員も動けなくなって、そのうち自民党が倒れたということなんです。

やはりこれに関して、完全な犯罪は警察がいくべきだと思いますが、わからないというものも、私はこれでやらなければいかんのではないかと。そのかわりいまの問題は、いまの医療審議会がそれに対応できないような状態ですから、医療審議会を医療関連死に関してちゃんと教育的な処分が独自にできるような形に強化というか、新しくつくらないといかんだらうと。そういうふうなことで、いま調査研究ということで、欧米のシステムを研究したり、そのためにはどうしたらいいかということの研究して、来年の末にはぜんぶ報告書を出す予定ではあります。ひとつ問題点は、私はいちばん大きな問題点はその点だろうと思うんです。

**児玉委員** 構造的な第三者機関のあり方ということで、もう何年も議論をしてきたんですが、私は3層か4層ぐらい、レベルの違う問題があるのだらうと思っています。まとまりやすく、たぶんもう実践のなかで結論がかなり得られていると思われるのは、いちばん小さいレベルの、現場の事故調査にどうやって公平性と第三者性を与えていくかという、現場の実践の問題。これについては、だんだん異論がなくなってきたような感じがしております。

それよりもちょっと中くらいの、要するに厚生労働省の枠のなかでやれるレベルのことがあって、たとえば医師法とか医療法とか、あるいはそういう医療安全の取り組みを健康保険のなかでどう見るかも含めた、医師法、医療法、健康保険法などの、厚生労働省の枠のなかでどんなふうにそれを位置づけていくかと。それが法律改正まで必要なものや、予算措置が大きく必要なものまで持っていくのか、施行規則レベルの中くらいのなかでも、またちょっとまとめやすいところのレベルで話し合いをしていくのか。これは中くらいのレベル。

いちばん大きいレベルは、刑法改正、刑事訴訟法改正というような、100年河清を待つような課題がありました。個人的には、この部会というのが設置されたときに、検討事項の1について、いちばん小さいレベルのところ

の成案、現場の事故調査に公平性と第三者性をいかに与え、どのような実践が行われ、どのような未来を展望するかということところを、きちんとおまとめいただくところが先決とされていて、中くらいの問題の大きいほうや、さらに大きい問題に取り組んでいくと、おそらくまた何年も状況の変化を待つようなことになりはしないかという、危惧を一方で持ちつつ、またひょっとしたら大きな問題もいっぺんにという、大きなつづらがチラチラして、そんな期待も持ったりもしますが。でもやっぱり、このモデル事業の実践から、いちばん小さな問題を確実に足場を固めていく局面のような、個人的には印象を持っております。

**樋口座長** 他に、いかがですか。いつまでという問題もありますけれども、一応、ここできょう議論をして、いつからというものもありますよね。原さん、どのくらい感じを持っておられます？ 原さんに聞くのも変かな。

**原事務局長** 4月中にはもちろん委員の方々をしっかりと決定して、4月の終わりか、あるいは連休明けでしようかね。5月のはじめか中旬までには、第1回目を開きたいというふうに思っています。先ほどお話があったように、やはり半年、あるいは年内というところを、一応の期限と考えておりましたけれども。

**樋口座長** いまの児玉さんのお話に乗っかると、やっぱりどこまでの案をつくるかという話がありますよね。予算のことまでぜんぶ企画部会でやれるかどうかという、しかしそういうのがないと本当は現実的な話ではない。「このぐらいのお金はかかりますよ」という話も含めて、それからさらに、いちばん大きい刑事司法との関係をどういうふうにまとめておくかとかですね。

だから、これでも、恒常的な第三者機関というもので、とりあえず何をポイントとして、どこまでのということをもう少し。これは事務局等で、「まずいちばん初めに、これとこれとこれだけはここではっきりさせましょう」ということはやっておいて、その上で議論を始めるという形でないと、いざ始まってそれぞれの思いでやると、それはみんな関係あるねという話になると、ちょっとあれですよ。

それから、そのポイントさえ3点か5点かあれば、さっき加藤さんがおっしゃってくださったように、必ず第1回が始まるまでにということではなくてもいいから、「各地域代表のほうでは、それぞれのポイントについてどうお考えですか」ということも、聞こうと思えば聞けるような感じになるかもしれませんよね。第1回まででなくていいと思いますけど。あまり時間が切羽詰まってい

のような感じではないので。そういうのを、きょうはぼやっとした形でここでは出していますけれども、少し焦点を定めてですね。

**清水委員** 私、いつも発言のときはこのことばかり言うんですけど、全国展開できなかったものを法制化もできないし、それから全国の法のもとで平等に扱われるということはできないので、全国展開することがいちばんのやっぱり目的ではないかと。そうすると、どれぐらいの規模でどういう組織でどういう予算でという、いろんな派生する問題が出てくると思うのですが。モデル事業をいま160数例ですが、これが200例になると、同じような事例が積み重なっても、そんなに大きな意味がないんですね。「うちでやった事例が、前見たらこんなところでもやってたな」という程度になってきてますね。ですから、これは各地域でできる事業にしないと、法制化はどうも及ばないし、その目先が見えないと、この事例の積み重ねだけを200例、300例という話ではないんでしょうかね。と、いつも思っているんですが。

**松本委員** 私も地域代表をしている関係で思いますのは、さっき半年ぐらいかけてとおっしゃいましたけれども、これはやっぱり6月ぐらいが限度じゃないかと思うんですね。というのは、次年度、また同じことをずっと繰り返していくのかというと、いまモデル地域、各地域でやっていますけれども、「それは御免被るよ」というのもあると思うんですね。それは、地域のところで各病院方もそういうふうに思っている。「それをやって何になるんですか」ということになると思うんですね。

そうしたら、こういう機構をつくってますが、全国展開できない。もし本当に全国展開するならば、たとえばこの県だったらどういう点が問題なのか。たとえばこの前、宮崎県で、業務上過失致死で立件して起訴したという話がありましたけれども、そうするとこの地域では、そういうことを積極的にやっている地域だと。北海道などでも、警察はひとつですけれども、たとえば検察関係は分かれるんですね。そうすると、来たときの検察官とか支部長の意見によっては、これはもう立件するというふうになっているのがありますので。

ですから、そういうところの違いも把握しないとダメですねし、それから現実、モデル地域でやっていて、現行法制下で仮にうまくいってるとしたら、その法律を法案化して第三者機関が必要かという、逆にそれは必要ではないというふうに思われてしまうところもあるんですね。だから、そういったところも現実的に早めに整理をして、6月ぐらいまでに出さないと、次年度たとえば厚生労働省が概算請求の案をつくるのに間に合わないと思

います。

だから、これをゆっくりとやっていって、そうしたら来年、ここにいる先生方が「もういいですよ。モデル地域、別の地域でやってください」ということもあり得ると思います。そういう点も考えて、先ほど山口先生がおっしゃいましたけれども、1番の恒常的な第三者機関のあり方というのを、高いところから見ののではなくて、現実的にモデル地域をやってきたなかで、現行法制下で可能などころ、ここは変えないといけない部分がある、ということこそをまず出すということ。それから、モデル地域外のところでは、どういう問題が起こっているということを出す。ということは大事だと思いますね。

富野先生がさっきおっしゃっていましたが、やはりエビデンス、このモデル事業というか、この機構から出てくる実際にやってきたなかでは、どういった結果が出て、どういう状況にあるのかということ、これを展開する意味があるのかないか。ということを含めてやらないといけないのではないかと思います。

さっきの院内調査委員会の件でも、昨年度ワーキングで話をしまして、ようやく今年度、動いていますけれども、それはどこまで問題点があるのかというものをを出してきて、やっぱり第三者機関でないといけない。あるいは、ある程度こういう事例であれば院内で任せられるということも、線引きをしていかないといけない。仮に少なかつたとしても。と思います。

**山内委員** 新潟の山内ですが、いまの松本先生の意見ですけれども、逆に、これから6月でできるかということ、ちょっとそれが難しい面はひとつあると思うんです。ただ、年度予算というのは当然、考えなければだめなんです。

ひとつは5年間やって、この機構ができて2年間の延長というところまでは、今回の3月ですけれども、この次のところのある程度、年数を、目標を出していただいて、少なくともこの形で何年間ということ、3年か5年になると思うんですけれども、そのくらいで目標があると、ちょっと長期展望が立つんですけれども。これがいつ終わるかかわからないと、やってくるけれども終わりが突然くるかもしれないという部分が多少、地域にいると感じられますので、そのへん少し考えていただきたいということ。

それから、いまうちのほうはちょっと事例が来ないんですけれども、ひとつにはこれがあるから、司法解剖に回るような例が来た場合に、かなりの部分、話し合ってどうしようかというところで、結果的には警察も解剖が必要ないということで消えた例が、ここにあがってこない形で2例ぐらいあるんですけれども。そういったもの

でひとつの歯止めにはなるということで、どうしても必要なものは当然、警察が入りますけれども、そのへんのところで実際、法律が変わらなくても運用のなかでできる部分、とくに立件までいくような事例はひとつあるんですけども、実際にはそこに行かないで、最終的に立件されない例で、司法解剖をやってそこで2、3年とまってしまうという例が、今後、いちばん減らさなければだめな目標だと思うので、それを減らす算段ということでこの存在は大事なので、そういう面でどうか。

それからもうひとつは、やはり地域によってかなりいままでのノウハウが蓄積されているので、それをもう少しフルに吸い上げていただくような形で、企画部会はこれでいいと思いますけれども、そこに地域代表を1人ぐらいになると思いますけれども、その1人のところに、意見が全地域がわかるような形ということで、具体的には地域代表の連絡会議みたいなものを定期的に開いていただく。場合によっては、この運営委員会の前に地域連絡委員会みたいなものをやるか、もしくは調整看護師も加わった形でやるか、何かそういうところでいままでの経験を、これはやっぱり我々もよその地域を具体的にわからないもので、それがあつ程度わかると、じゃあこういうことかということで、意外と次のアイデアも出てくるかなと思います。

そういう面で、ちょっとそのへんの地域の部分を何とかということと、もうひとつ、実際にま先が見えないということで、いま調整看護師が週2日という非常勤体制になって、実際に他の仕事と兼務してもらって残したんですけども、そうすると何年先続かわからないということで不安な面と、もうひとつは実際に仕事来たときに、いまの仕事に支障がどうしても出るのには目に見えていますので、その不安がひとつあると。そういう面で、できればゼロか、逆にフルタイムかぐらいの決断でやるのもひとつの手かなと思うし、非常勤2日というのは、長い目で見るとかなりきついなところがあります。そういう面で、さっき言いましたように、地域代表の連絡会議的なものをこの作業と平行してやって、その声を企画部会で練っていただくのが実際的にはいいかなと思います。

**黒田委員** さっき清水先生もおっしゃられたことで、いちばん大事で、私もずっと申し上げておりますけれども、なんで10地域で止めているのかという理由がどうしても理解できません。ですから、やっぱり全国展開するというふうにある程度の決意をもって示さないと、高本先生がおっしゃった、警察の理解も、10地域以外のところの警察はほとんど内容を理解されていないんですよ。そうすると、結局ぜんぶ司法に回るか、やらないかという

ことだけで終わってしまう。僕も、たとえば病理学会のなかで説明しますけれども、モデル事業をやってる10地域以外の方は、「はあ、そうか」と思って単に聞いているだけですよ。

それではやっぱりいけないので、実際に全国展開してみると、そこでまた新たな問題点が浮き彫りになってくると思うんですよ。ですから、早く全国展開をすることです。どうしていま10地域で止めているのかというのが、未だに理解できていないので、ここはやっぱりせつかくこういう形でやっていくなら、全国展開してみて、それで、「この都道府県ではできませんよ」というお答えが返って来たら、そこでまた考えるということになるでしょうけれども、少なくとも私どもの学会のなかでも、「じゃあ、うちの都道府県はどうしたらいいんですか」というご質問があつても、今の状況では私らはお答えのしようがないのです。

それをまず前提にしてやるということは、国民への周知が1点、それから、ここへ参加している学会のなかでの周知もなかなか温度差があつて、一定ではない。それから、最も大事なことは高本先生がおっしゃったように、10地域以外のところでは警察はほとんど何もわかっていないという、この大きな現実がありますから、これはやっぱり示してあげることです。愛知も長くやっておりますが、愛知では基本的には警察の方は、「これはもうモデル事業」と言っておりますので、そこらへんもまたやり始めてから数年という時間がいきますよ。私はやっぱり、そういう意味での時間というスパンを考えると、早期の全国展開というのがいちばん大事ではないかと思つます。

**樋口座長** 他には、いかがでしょうか。

**後委員** いままでのお話をなぞるような話で恐縮ですけども、とても重装備で完璧なものをつくって、スタートするために長く議論をするのか、それとも小さく生んで、その次にそれをいかに改良するかという議論をする局面に移るのかという、違いがあるのではないかと思います。私は、これまで8年、たくさんの有識者の方が議論をたくさん出されましたので、ここらへんで、本当にいまの時点で実現するものを、まず生み出すということに注力してはどうかと思うんですよ。そのときに誕生した制度は、ひよつとしたら見た目がよくなかったり、機能が足りなかったりすることで、いろいろ批判も受けると思つますけれども、それは耐えていくしかないと思うんですよ。そうすると、次の改良の局面に議論を移すことができるのではないかと思います。私は、ぜひそういうふうに向かつて、制度が誕生する姿をこの関係者



の方々が数年以内に目撃するというようになって欲しいと思います。

**加藤委員** 企画部会を設置するという事で、基本的に私はいいのではないかと思いますながら最初、聞いていたんですけれども。結果、時間的なものとか、松本先生の来年度の予算要求だとか、あるいは今後の各地の調整看護師の身分の問題とか、いろんなことに影響してくるということで、ある程度早くにということであれば、きょうもあと30分を切ってしまうわけですよ。議論がある程度、集中的にやるのには、2時間というのはちょっと厳しいと思うわけです。きょうは30人の会議体ですけれども、これで14~15名の企画部会をつくって云々というイメージで、そこで揉んで、そしてまたこちらに上がってきて議論してという、端的にここで集中的な議論をいっぺん、2日連続とかね。要するに、とてもそれぞれの調整が難しいのだけれども、半日とか1日とかぐらいの時間をまとまってディスカッションをするようなことで、6月までにというのは無理としても、かなり早くに方向なり何なりの議論をして、厚生労働省の検討部会とかそういうところへも反映させていくぐらいの、そういうリーダーシップをこの運営委員会のほうでやってみてはどうなのかという気が、ちょっとしてきたんですけどね。そういうことが可能かどうかわかりませんが、早い時期にしっかりと論点を事務局のほうで整理していただいた上で集中審議ということ、しんどいけどやりませんかという提案です。

**富野委員** いちばん重要なのは(1)ですけれども、これにつきましては、これまで大綱案もありますし、医師会案もあります。それから、各地域で行ってきた実績があります。それをまとめた上で、A案、B案ぐらいのたたき台をまずつくるということは可能だと思うんですね。ところが、2番目になりますと、10地域を全国展開すると、どの県でもできるような形にすると、そこにいままでの10地域と同じようなメンバーリングはできるのかどうか。いわゆる人材ですね。病理も法医も放射線もという、そういうメンバーが各所にぜんぶできて、そしてそれに対する、高久先生が言われたように予算がどのような形でついていくのかが、その次についてくると思いますので。ですから、1番はある程度、机上の案として何案か出すことは可能でしょうけれども、2番の拡大と組織化ということに関しては、これはただ「やるよ。拡大するよ」というだけでは無理なので、そこにどういう人たちがいて、ぜんぶラインナップして、そして10チームと同じようなものが組めるのかどうか。そして、そこに協力していただけるのかどうかということが、次

の問題になると思います。

**清水委員** 先ほどから全国展開と言っているのは、このモデル事業を同じような形で全国展開はできないという前提で、私は申しました。そうすると、このモデル事業をチェンジしながら全国展開していくようなものにしていく。たとえば法医の先生がいない地域もありますし、予算的にもとうていできない地域もある。ですから、そういうなかでできる事業として、だんだんこの第三者が入った事業が続けられるという方向に持っていかないと、いまのまったくこの形のモデル事業だったら、予算的にももう1カ所か2カ所つくったら、何もできなくなってしまうという形でしょうから、それは無理だと。

それで今回、全国医学部長病院長会議の会長が入られますし、この前から日本医師会が入っています。そういう全国組織を持っている人たちがここに入られましたので、ぜひそういう人たちのなかでこの事業を広げるという形にすると、全国展開がしやすくなるのではないかと思います。学会といっても、モデル事業があるところの学会員しか関係ありませんからね。87学会入っても、自分のところにモデル事業がなかったら、まったく関係がないわけですから。ですから、全国組織を持つて人たちがここに入って、企画部会のなかで全国展開を考えていただいたら、なおいいのではないかと思います。医師会とか医学部長病院長会議の方ですよ。

**高久代表理事** 私も、最初に規模と予算ということを申し上げましたけれども、やはり基本的には47の都道府県にないとおかしいと思うんですね。そうすると、47都道府県に大学は必ずありますから、その大学と行政とうまくペアをつくって、そして47に作っていく必要があるのではないかと思います。ですから、そのなかで学会が、医師会も当然インボルブしてもらわなければなりませんから、どんどん広げていったときに学会がどういう形でインボルブしていただくかについては、私はやっぱり大学の協力をどうしても得なければなりませんし、学会はほとんどの人は大学に入っているから、そういう大学を介して、あるいは地域を介して、学会の方も協力していただくという形のほうがいいかもしれないですね。

さっきおっしゃったように、モデル事業と同じことは47都道府県ではできないと思いますけれども、できる範囲のことを全国的に広げていかないと、いつまでたってもモデル事業では実現性がないと思うんですね。

**黒田委員** 私も、いま高久先生おっしゃったように、全国展開するんですが、それぞれのいま10地域にあるような体制の事務局が、全ての都道府県になきゃいかんとい

うことはないと思うんですね。ですから、せっかく 10 まで来たんですから、ある程度の地域性とかブロック性とかを鑑みて、10 であれば各々が 4 か 5 かを面倒みればいいんですよ。そういうことで、事務局機能はある程度のそういうところに持ってもっては如何でしょうか。私どももやれと言われれば東海 4 県まではできると思っています。そういう感じで広げていくと、確実にいま全国の都道府県に医学部はあるわけですから、現場としてはそこで対応していただくという形でいかないと、また全て重装備の事務局を全国都道府県につくるというのは、非現実的だと思います。

**高久代表理事** ブロック単位でいいかもしれませんですね。

**山口委員** おそらくそういうことは、厚生労働省の会議に出ている先生方はやっぱりわからない話なんです。こういう現場でやられている人が、いまのような重装備のやつを 47 都道府県に置くのは非現実的だという話は、「第三者機関があったほうがいい」というところの話は皆さん一致しますけれども、そのイメージしている第三者機関は、やっぱり各自いろいろ違うわけですよ。

だから、そのへの具体的な提案ができるのであればここからしかない話なので、本当にブロック制でやるとすれば、それぞれの各県の扱いはどうするか、各県に置くのであれば、それは軽くした場合にはどうか。院内の事故調査委員会にしる、外の調査委員会にしる、大学にお願いするのはどういうのが望ましいというふうに、いままでの経験からするとと言えるのか。あるいは、診療所で起こった事例についてはどこでやったら、医師会はどういう役割をしていただくことが望まれるということは、これまでやられている皆さんの現場での話をまとめて出していないと。一言で「第三者機関」という言葉だけは通用していますけれども、皆さん具体的なイメージは、実際的な感覚はないと思うので、むしろそれこそはここから出して、そうするとある程度、実際にできる第三者機関のあり様というものが目鼻がつくと思います。そうすると全体の青写真のなかでどう位置づけるかという点も、ある程度固まってくる話ではないかなというふうに思います。

先ほどの警察のお話は重要な話だと思いますけれども、それをどうするかはちょっと、ここでそれも含めた検討を始めるとそこまでは難しいと思いますから、第三者機関はやるとすればどうすることがより現実的で、より具体的かというところに留めて、下から出していくという格好がいちばんいいのかなというふうに思うんですけれ

ども。

**樋口座長** 時間の関係もあるので、この企画部会の話はここまでにして、加藤さんのご意見もありましたけれども、一応、理事会で企画部会を立ち上げるところまでは決まっているということなので、何らかの形で早急に企画部会を立ち上げて、まず運営委員会との間の関係を密にしながら、できるだけ早期にとにかく案を、A案、B案でもいいからとにかく作り上げて、前へ進めるような形にすることにしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

議題 2 は、その他ということですが、これは事務局のほうから説明していただけますか。

**原事務局長** 資料 4 をご覧ください。いままで、ご遺族等への追跡調査ということで厚労科研でやっておりました。それと似たようなアンケートを、やはり実施してみたいと。これは、この機構のやっている事業の質の向上と、今後の制度改善のためということで、アンケートを実施したいということでもあります。

2 番にタイムスケジュールが書いてありますが、だいたい 4 月中旬ぐらいに回収したいというふうに思っています。それから、3 番に調査対象が書いてありますが、遺族、それから依頼医療機関の従事者、それからモデル事業の協力者と、大きくこの 3 つの方面に調査をお願いしたいというふうに考えております。それから 4 番に、「調査内容・方法の検討について」ということでもありますけれども、2) のところに書いてありますように、3 人の先生に加わっていただいて、このアンケートの調査票を検討していただきました。

5 番に、「調査方法」というのが書いてありますけれども、実際にアンケートの未定稿と書いてある別冊を見ていただくとわかりますけれども、1) に調査の内容では、無記名で選択、あるいは自由記述のところがあったり、ここに書いてあるような方法でやるということです。以前からこういう調査を、とくにご遺族にお願いした場合には無回答ということがかなりの頻度でありましたので、今回は、5 の 4) のところに書いてありますように、調査票を配布した 2 週間後に、一応電話の連絡をさせていただいて、もし返事がなかった場合には再度の協力をお願いしたいというふうに考えております。

2 枚目のところには、実際の調査の内容が書いてあります。それから 3 ページ目、4 ページ目も調査の内容ということです。

そして、資料 4 の別冊、未定稿で、ここに実際のアンケート票があります。これをいま見ていただくのはとても時間がないと思いますので、ぜひお帰りになったら見

ていただいて、ご意見をいただけると幸いです。できれば、1週間ぐらいでご意見をいただけると直すことができるかと思えます。これがアンケート調査に関してです。

それから、資料5です。「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業に係る評価貢献に対する対応について」と。ちょっと難しい言葉が書いてありますが、いままでせっかく各学会の先生方がこの調査、あるいは評価に加わっていただいても、それがその先生の実績、あるいは学会のなかで評価されないというお話がありましたので、ぜひ機構としては、そこを何とか公にもしていきたいし、各先生にも何かおあげしたいということで、こういうことを考えたということでもあります。

「現状」のところを書いてありますが、平成22年度は255名の先生方に評価委員として委嘱状を発行しました。次の「評価貢献の実績に対する対応」というところに入りますが、まず1)ですけれども、「評価委員証明証」というのを発行しようと。そして、ついでにしっかりとデータベースに登録していきたいと。それから2)、その登録した内容を、年度の終わりには各学会に報告したいということでもあります。それから、この場合は各委員の同意を必ず得てから報告すると。それから3番目に、私たちの機構のホームページに、氏名と所属学会を掲載、その際は、評価した事例が特定できないように配慮して、各委員の同意も得た上で掲載していきたいと考えております。

次に、たとえばこういう証明証ということで図がありますけれども、こういうものを作りたいと。上には、系統的な番号を振っていくというふうに考えております。それが資料5であります。

それから、資料6ですけれども、調整看護師さんたちが年に何回か会議を開いているわけですが、そこからあがってきた提案ということで、「1) 評価委員会の構成メンバーについて」ということですが、評価委員会の構成メンバーのなかに、医療安全の専門家がときに入っていない場合があると、系統だった評価ができない場合もあるようだということなので、ぜひそういう面で構成メンバーを考えてもらいたいということだそうです。

それから2番に、再発防止の提言というのがどのように役立ったかを、ぜひ知りたいと。これは、今回の病院に対するアンケート調査のなかに、この項目は含めるようにいたしましたけれども、やはりご遺族のなかには、「再発防止の提言が出されたけれども、それが実際どれぐらい行われて、どういう効果があったのかを示して欲しい」というようなご意見もあるようですので、ぜひこれはやっていきたいと。例えば書いてありますけれども、「報告書交付1年を目処に、再発防止策の実施状況について書面による報告をしていただくような流れをつく

っていったらどうか」というふうに考えております。

それから、3)ですけれども、ご遺体の搬送費を機構が払うことに関する、上限の設定ということでもあります。これが、だんだん地域の拡大ということも関係してくるかもしれませんが、ご遺体を搬送するのに非常に長距離になったりすると、金額ははってくる場合があると。それをぜんぶ機構が持っているとかかなり負担になるということで、できたら機構としては、ある程度、上限を決められないかという考えがあるわけですが、ぜひこのへんに関しては皆さんのご意見もお伺いしたいと思う提案であります。以上です。

**樋口座長** その他事項、3点についていまご説明がありましたが、どの点についても、何かコメントをいただければと思いますけれども。

**高本委員** 搬送費の上限を設けるというのは、その後は遺族が払うんですか？

**原事務局長** 病院と遺族で話し合ってくださいと。最初からそういうことでお受けすることにしたいと思うんですけれども。

だいたい、上限はいくらぐらいで考えているんですか？

**事務局** 5～6万円を想定しています。

**原事務局長** 高いのは、いくらぐらいのあったんですか。

**事務局** 15万円を越えるものもありました。

**原事務局長** これから地域が拡大されていくと、そういうことが多くなるかもしれないですね。

**高本委員** 依頼する病院にとっては、ほとんど負担がないわけですね。僕は前からこれ、解剖もしていただいて報告書ももらうと。その報告書もただでもらうと。その報告会に行く旅費ぐらいなものですよ。僕も院長をしていますけれども、これは病院にとってはこんないい話ではなくて、どこか何かに調査を頼むと、それなりのお金がいるわけですね。50万とか100万とか。ですから、これだけ全国展開しようと思うとお金もいりますから、そういう病院からある程度——いづらがいいのかはこれから議論したらいいと思いますけれども、取ったほうがいいのではないかと。とにかくあの報告書は、弁護士さん、いかがですか。

**加藤委員** この調査をしていただいて、評価委員会でレポートをある程度まとめるのには、それなりのコストがかかっている。そのコストを病院が負担をするとなっていくたときの、その有料化した場合の若干の懸念は、要するにお金の面のつながりの面がどういう影響を与えるのか、どういうふうに見えるのか。そのへんは少し配慮しておいて、要するに基金とか全体的なプールをしていただいて、そこから回ってくるような形の、そのくらのデリカシーは持って欲しいなという感じがします。だから、地域がとくにそれで負担するという形なのか、中央の全体的な予算のなかに組み入れるような形をとりながら、いったほうがよりいいのではないかなという気はしていますけれども。基本的には、なにがしかの負担をしていただくということはあって然るべきだとは、私は思っておりますけれども。

**黒田委員** 前回は申し上げましたが、もうここまで来ているので、少なくとも解剖にかかる経費は当然、病院が支払うべきだと思うんです。それを前提にいかないと、いま高本先生がおっしゃったように、すべて無料ですといたら、これはもうおかしな話で、少なくとも解剖にかかる経費というのは、ほとんど皆さんも均一化していいわけで、病理学会で算出している25万円というのを基盤にどこもやっていると思いますけれども、それはやっぱり支払っていただくべきです。協働型になった場合、当然そこでやりますから、病院の本来の形でやりますので、そこをしっかりともうモデルではないような条件に、いまからしていこうというところに来ているわけですから、解剖に関する経費は僕は原則、病院が支払うというふうにしたほうがいいと思いますよ。

**居石委員** いまの、全体の経費をとというのは難しいかもしれませんが、ぜひ受益者的な発想からお支払いいただくように、もう早々にご検討いただければと思います。これが1点であります。ただひとつご配慮いただきたいのは、いま加藤先生がおっしゃっていただいた、別口に一度入れておいてと。それが非常にありがたいかなと。いま思いましたのは、先ほどの観点ともうひとつ、小規模の医療機関がございます。非常に少ないようでございますけれども、この事業の現在の問題点のひとつだとも思いますが、小型の、小規模医療機関からの申請がととても難しい状況です。そこにプラスアルファ、経費全面といったことになると大変なことになります。いまご提案いただいた、別口のところに一回プールしておいてそこからというのは、非常に二重にありがたいと思います。

**樋口座長** ほぼ時間になりましたので、きょうはここまでとしたいと思います。よろしいですか。

それでは、第4回の運営委員会はここまでいたします。どうもありがとうございました。

**黒田委員** 最後に確認だけいいですか。先ほどの委員の依頼というのは、もうすぐに各学会に来るわけですね。

**原事務局長** そうですね、なるべく早く。

**黒田委員** 運営委員以外とか、そういうような但し書きがついているんですか。

**原事務局長** 私たちは、メンバーの半分ぐらいが関係者で、半分ぐらいはいままで関係していない方も入れてというふうに、考えておりましたけれども。

**樋口座長** すみません、あと新規事例についてということですね。ちょっと説明を伺いましょうか。傍聴の方には出ていただいてということになります。

(以上)

## **24, 7, 9 運営委員会での「理事会報告事項」**

### **1 平成23年度事業報告及び収入支出決算報告**

平成23年度決算は、皆様のご協力と苦心の結果、辛うじて決算をすることができました。国庫補助金は3,246千円を返納し、次年度への繰越金は1,184,731円です。

事業報告、決算の詳細は、別途、事務局から説明します。

### **2 定款の一部改正**

今回の改正は、理事の増員並びに社員総会並びに理事会の役割、権限の整理等を行うものです。

主な改正事項は、

- ①社員総会と理事会の役割、権限の整理、
- ②理事4名の増員（・全国医学部長病院長会議・日本歯科医師会・日本薬剤師会・日本看護協会）
- ③第1条に機構名称の英語表記を追加
- ④運営委員会委員の任期を2年と明記
- ⑤本事業は非課税のため第41条に「剰余金の分配を行うことができない」旨を明記

### **3 理事等の増員**

本事業を医療界の総力を結集して取り組むため理事4名の増員を行いました。

- ・全国医学部長病院長会議：嘉山孝正相談役
- ・日本歯科医師会：溝渕健一常務理事
- ・日本薬剤師会：森昌平常務理事
- ・日本看護協会：大久保清子副会長

### **4 事業経費取扱規程の一部改正**

詳細は、別途、事務局から説明します。

### **5 厚生労働大臣への要望書**

医療安全の確立を推進するため厚生労働大臣へ要望書を提出します。その内容は、①現行事業が、将来制度化される第三者機関に継承されること

②平成25年度以降も制度化までは補助金事業として継続されること

③全国的な事業展開に向けた取り組みが行える措置を講じること

以上、報告します。

平成 24 年度 第 1 回 理事会報告事項

- 平成 23 年度事業報告及び収入支出決算報告
- 定款の一部改正
- 理事等の増員（選任）
- 事業経費取扱規程の一部改正
- 厚生労働大臣への要望書

# 平成23年度収入支出決算書

平成23年4月1日から平成24年3月31日まで

(単位 円)

科 目	予 算 額	決 算 額	差 異	備 考	前年度決算額
I 収入の部					
1補助金等収入	( 119,155,000 )	( 115,909,000 )	( △ 3,246,000 )		( 166,454,000 )
国庫補助金	119,155,000	115,909,000	△3,246,000		166,454,000
2雑収入	(           0 )	( 1,245,438 )	( 1,245,438 )		( 13,283 )
受取利息	0	7,248	7,248		13,283
受講料・講師料収入等	0	1,238,190	1,238,190		0
3前年度繰越金	0	12,883	12,883		0
当期収入合計	119,155,000	117,167,321	△1,987,679		166,467,283
II 支出の部					
1事業費	( 119,155,000 )	( 115,982,590 )	( 3,172,410 )		( 166,454,400 )
人件費	64,937,800	67,275,637	△2,337,837	常勤8名、非常勤10名分	99,692,537
諸謝金・旅費	28,826,846	22,396,580	6,430,266		30,402,704
解剖費・文書費等	4,900,000	6,250,002	△1,350,002	遺体搬送費を含む	7,606,123
諸会費	0	63,000	△63,000		0
消耗品費	3,296,000	4,166,921	△870,921	事務機器リース、コピー機等	10,464,416
印刷製本費	2,070,000	1,273,539	796,461		1,674,760
通信運搬費	1,890,000	2,268,869	△378,869		4,173,908
賃借料・使用料	9,366,600	8,395,710	970,890	事務局賃借料等	7,824,814
会議費	106,080	178,088	△72,008		604,331
雑費	3,761,674	3,714,244	47,430	ホームページ管理費等	4,010,807
当期支出合計	119,155,000	115,982,590	3,172,410		166,454,400

収入・支出差引残額 (翌年度繰越金) 1,184,731 円

平成23年度収入支出決算を上記のとおり報告します。

平成24年4月30日

一般社団法人 日本医療安全調査機構

代表理事 高久 史磨 (印)

平成23年度収入支出決算書に関する財務関係等書類を  
監査した結果、適正に処理されていたことを認めます。

平成24年5月30日

一般社団法人 日本医療安全調査機構

監事 山口 徹 (印)

兼松 隆之 (印)

## 定款の一部改正について

現行の定款について、理事の増員並びに社員総会と理事会の役割、権限の整理等のため、下記の通り定款の改正を行おうとするものです。

### 主な改正事項

- 1 社員総会の役割、権限の整理
- 2 理事会の役割、権限の整理
- 3 理事4名の増員
  - ・全国医学部長病院長会議・日本歯科医師会、・日本薬剤師会、
  - ・日本看護協会
- 4 第1条に機構名称の英語表記を追加
- 5 運営委員会委員の任期を2年と明記
- 6 非課税事業のため第41条に「剰余金の分配を行うことができない」旨を明記



# 定 款

作成（制定）	平成 22 年 3 月 25 日
法人設立	平成 22 年 3 月 26 日
一部改正	平成 23 年 10 月 11 日
一部改正	平成 24 年 6 月 26 日

## 第 1 章 総 則

### （名称）

第 1 条 当法人は、一般社団法人日本医療安全調査機構 と称し、  
英文では、Japan Medical Safety Research Organization と表示する。

### （事務所）

第 2 条 当法人は、主たる事務所を東京都港区浜松町二丁目 3 番 2 5 号に置く。  
2 当法人は、理事会の議決を経て、従たる事務所を必要な地に置くことができる。

### （目的）

第 3 条 当法人は、制度化に向けて診療行為に関連した死亡について原因を究明し、適切な対応策を立て、医療の質と安全性を高めていくとともに、評価結果を患者遺族及び医療機関に提供することによって医療の透明性の確保を図ることを目的とする。

### （事業）

第 4 条 当法人は、前条の目的を達成するために次の事業を行う。  
(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

### （公告の方法）

第 5 条 当法人の公告は、官報に掲載して行う。

### （機関の設置）

第 6 条 当法人には、次の機関を置く。  
(1) 社員総会  
(2) 理事会  
(3) 監事

## 第2章 社 員（構成員）

### （社員の資格）

第7条 当法人の目的に賛同するとともにこの定款を承認する医師を中心として組織された学会及びその他関係団体を当法人の社員とする。

### （入社）

第8条 当法人の社員になろうとする者は、理事会の定めるところにより申込みをし、その承認を受けなければならない。

### （経費の負担）

第9条 社員は、当法人の目的を達するため、それに必要な経費を支払う義務を負う。

2 既納付の経費については、その理由の如何を問わず、これを返還しない。

### （退社）

第10条 社員は、いつでも退社することができる。但し、1か月前までに当法人に対して、退社の予告をしなければならない。

2 前項の場合のほか、社員は、次に掲げる事由により退社する。

- (1) 総社員の同意
- (2) 社員たる学会及びその他関係団体の解散・消滅
- (3) 除名

### （除名）

第11条 当法人の社員が、当法人の目的若しくは利益に反するような行為をしたとき、又は、社員としての義務に違反したときは、社員総会の決議により除名することができる。この場合の決議は、当該社員を除く出席社員の全員一致によるものとする。

### （社員名簿）

第12条 当法人は、社員の名称及び主たる事務所を記載した名簿を作成し、主たる事務所に備え置くものとする。

### 第3章 社員総会

#### (社員総会)

第13条 社員総会は、定時社員総会及び臨時社員総会とし、定時社員総会は、事業年度末日の翌日から3ヶ月以内に招集し、臨時社員総会は以下の場合に招集する。

- (1) 理事会が必要と認めたとき
- (2) 社員総数の5分の1以上から会議の目的を記載した書面により招集の請求があったとき

#### (社員総会の権限)

第14条 社員総会は、法令に定めるもののほか、以下の事項について決議し、又は報告を受ける。

- (1) 定款の変更
- (2) 解散及び合併
- (3) 活動報告及び収支決算
- (4) 役員を選任又は解任及び職務
- (5) その他運営に関する重要事項

#### (招集)

第15条 社員総会は、代表理事がこれを招集するものとする。

- 2 代表理事は、第13条第1項第2号の規定による請求があったときは、その日から1か月以内に臨時総会を招集しなければならない。

#### (招集通知)

第16条 社員総会を招集するには、会議の日時、場所、目的及び審議事項を記載した書面又は電子メールにより、会日より2週間前に各社員に対して、その通知を発することを要する。

(決議の方法)

第17条 社員総会の決議は、法令及び本定款に別段の定めがある場合を除き、総社員議決権の過半数の社員が出席し、出席社員の議決権の過半数をもって、これを決する。

(議決権)

第18条 社員総会において、社員は各1個の議決権を有する。

(議長)

第19条 社員総会の議長は、代表理事がこれに当たる。代表理事に事故があるときは、予め理事会の定める順序により、他の理事がこれに代わる。

(書面による議決権行使)

第20条 社員総会に出席しない社員は、予め通知された事項について書面をもって議決権を行使し、又は、他の社員を代理人として議決権行使を委任することができる。

2 前項の規定により書面をもって議決権を行使した社員は、第17条の規定の適用については出席したものとみなす。

3 総会の議決について、特別の利害関係を有する社員は、その議事の議決に加わることができない。

(議事録)

第21条 社員総会の議事については、議事録を作成し、これに議事の経過の要領及びその結果を記載し、議長及び出席した理事がこれに記名押印しなければならない。

## 第4章 役員

(理事及び監事)

第22条 当法人に、次の役員を置く。

(1) 理事3名以上15名以内

(2) 監事2名以内

2 当法人の理事並びに監事は、社員総会の決議によって選任する。

3 前項の理事には、次の職務にある者を含むものとする。

(1) 日本医学会 会長

(2) 社団法人日本内科学会 理事長

(3) 一般社団法人日本外科学会 理事長

(4) 社団法人日本病理学会 理事長

(5) 特定非営利活動法人日本法医学会 理事長

(6) 当法人運営委員会 委員長

(7) 社団法人日本医師会 常任理事

(8) 一般社団法人日本病院会 会長

(9) 全国医学部長病院長会議 会長の指名する者 (医師)

(10) 社団法人日本歯科医師会 常務理事

(11) 公益社団法人日本薬剤師会 常務理事

(12) 公益社団法人日本看護協会 副会長

4 理事のうち、理事のいずれか1名とその配偶者又は3親等内の親族その他特別の関係にある者の合計数は、理事総数の3分の1を超えてはならない。

5 当法人に理事会を置く。理事会は、すべての理事をもって構成する。

(任期)

第23条 理事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとし、監事の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとする。

2 任期満了前に退任した理事の補欠として、又は増員により選任された理事の任期は、前任者又は他の在任理事の任期の残存期間と同一とする。

3 任期満了前に退任した監事の補欠として選任された監事の任期は、前任者の任期の残存期間と同一とする。

(代表理事)

第24条 理事会の決議により代表理事1名を定める。

2 代表理事は、当法人を代表し、法人の業務を統轄する。

(監事)

第25条 監事は、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律第99条の職務を行う。

2 監事は、理事会に出席し、必要があると認めるときは、意見を述べなければならない。

(解任)

第26条 理事又は監事が次の各号の1に該当する場合には、社員総会の特別決議により、これを解任することができる。

(1) 心身の故障のため、職務の遂行に堪えないと認められるとき

(2) 職務上の義務違反その他役員としてふさわしくない行為があったとき

2 前項の規定により理事若しくは監事を解任しようとする場合は、決議の前に当該理事らに弁明の機会を与えなければならない。

(報酬等)

第27条 理事及び監事は無報酬とする。

2 理事及び監事には費用を弁償することができる。

3 前2項に関し必要な事項は、社員総会の議決を経て、代表理事が別に定める。

## 第5章 理事会

(理事会の構成及び権限)

第28条 当法人に理事会を置く。

2 理事会は、すべての理事をもって構成し、次の事項を審議決定する。

(1) 規則の制定、改正及び廃止

(2) 社員の入社承認

(3) 社員総会の招集及び開催場所の決定

(4) 代表理事の決定

(5) 活動計画及び収支予算並びにその変更

(6) 負担金の額の決定

(7) 借入金その他新たな義務の負担及び権利の放棄

(8) 事務局の組織及び運営

(9) 運営委員の委嘱

(10) 前各号のほか代表理事が必要と認めて付議した事項

(理事会の種類)

第29条 理事会は、定例理事会及び臨時理事会とし、定例理事会は、毎事業年度につき4回以上これを開催し、臨時理事会は、必要に応じて開催する。

(招集)

第30条 理事会は、代表理事が招集する。

2 代表理事が欠けたとき又は代表理事に事故があるときは、各理事が理事会を招集する。

(決議)

第31条 理事会の決議は、決議について特別の利害関係を有する理事を除く理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

2 前項の規定にかかわらず、一般社団法人及び一般財団法人に関する法律第96条の要件を満たしたときは、理事会の決議があったものとみなす。

(議事録)

第32条 理事会の議事については、法令で定めるところにより議事録を作成する。

2 出席した理事及び監事は、前項の議事録に署名又は記名押印する。

## 第6章 運営委員会

(運営委員会)

第33条 当法人に理事会の諮問に応じ、診療行為に関連した死亡の調査分析事業の運営に関する審議、検討を行うことを目的として、運営委員会を設置する。

(検討事項)

第34条 運営委員会の検討事項は、下記のとおりとする。

- (1) 当該事業を実施する上で必要な体制、業務内容、手続き、評価等の運営方法に関する事項
- (2) 当該事業の情報の取扱い方法や事業実績の公開に関する事項
- (3) 当該事業に関する対外的な対応に関する事項
- (4) その他、当該事業の運営に伴って生じる諸課題に関する事項

(組織等)

第35条 運営委員会は当機構の社員である社団法人 日本内科学会、一般社団法人 日本外科学会、社団法人 日本病理学会、特定非営利活動法人 日本法医学会のそれぞれの代表者、医療関係者、法律家及びその他有識者で構成する。

2 運営委員会に委員長を置く。

3 運営委員会は原則公開とし、個人情報扱う際は非公開とする。

4 運営委員の任期は、選任後2年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとする。

(ワーキング部会等)

第36条 第34条に定める検討事項の一部を検討するため、ワーキング部会等を設置することができる。

2 ワーキング部会等の運営に関する事項は、理事会もしくは運営委員会の承認を得る。



## 第7章 資 産

(構成)

第37条 当法人の資産は、次の各号に掲げるものをもって構成する。

- (1) 負担金
- (2) 寄付金品
- (3) 財産から生じる収入
- (4) 活動に伴う収入
- (5) その他の収入

2 前項(1)に定める負担金の額は、理事会の承認を得て別に定める。

(管理)

第38条 当法人の資産は、当法人が管理する。

## 第8章 会 計

(事業年度)

第39条 当法人の事業年度は、毎年4月1日から翌年3月31日までの年一期とする。

(計算書類)

第40条 代表理事は、毎事業年度、次の書類及び附属明細書を作成して、監事の監査を受け定時社員総会に提出し、(3)の書類についてはその内容を報告し、(1)、(2)及び(4)の各書類については承認を求めなければならない。

- (1) 貸借対照表
- (2) 損益計算書
- (3) 事業報告書
- (4) 剰余金の処分又は損失の処理に関する議案

(剰余金の処分制限)

第41条 当法人は、剰余金の分配を行うことができない。

## 第9章 定款変更

(定款変更)

第42条 当法人が定款を変更するには、社員総会の特別決議によらなければならない。

## 第10章 角罕 肯女

(解散の事由)

第43条 当法人は、次に掲げる事由により解散する。

- (1) 社員総会の決議
- (2) 法人の合併
- (3) 社員が欠けたとき
- (4) 法人の破産
- (5) 解散を命ずる判決

2 前項第1号の事由によりこの法人が解散するときは、社員総会の特別決議によらなければならない。

(法人の継続)

第44条 前条第1項第1号の場合においては、清算が終了するまで、社員総会の特別決議をもって法人を継続することができる。

(解散登記後の継続)

第45条 当法人は、解散の登記をした後であっても、前条の規定に従って、法人を継続できる。

(合併)

第46条 当法人を合併するには、社員総会において、社員総会の特別決議によらなければならない。

## 第11章 清算

(清算方法)

第47条 当法人の解散の場合における法人財産の処分手続・方法は、社員総会の決議をもってこれを定める。

2 清算人の選任及び解任は、社員総会の決議をもってこれを決する。

(残余財産の帰属)

第48条 当法人が清算をする場合において有する残余財産は、社員総会の決議を経て、公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律第5条第17号に掲げる法人又は国若しくは地方公共団体に贈与するものとする。

## 第12章 雑則 貝リ

(職員)

第49条 当法人の事務を処理するため、必要な職員を置く。

2 職員は代表理事が任免し、有給とする。

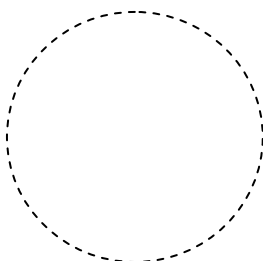
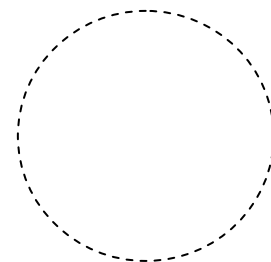
(細則)

第50条 本定款の執行について必要な規程・細則等は、理事会の議決を経て、代表理事がこれを定める。

以上、当法人の定款に相違ない。

平成 年 月 日

東京都港区浜松町二丁目3番25号  
一般社団法人 日本医療安全調査機構  
代表理事 高久史磨



## 理事等の増員(選任)について

当機構は、医療界の全面的な協力を得て「診療行為に関連した死因の調査分析機関として自律性を持った組織」を目指していく方針に基づき、今後とも一層の組織の基盤強化を図るため理事等の増員を行おうとするものです。

現・新任	職名	氏名	出身組織
現任	代表理事	高久 史麿	日本医学会 会長
〃	理事	寺本 民生	日本内科学会 理事長
交代	〃	國土 典宏	日本外科学会 理事長
〃	〃	深山 正久	日本病理学会 理事長
現任	〃	平岩 幸一	日本法医学会 理事長
〃	〃	樋口 範雄	機構運営委員会 委員長
〃	〃	高杉 敬久	日本医師会 常任理事
〃	〃	堺 常雄	日本病院会 会長
新任	〃	嘉山 孝正	全国医学部長病院長会議相談役
〃	〃	溝渕 健一	日本歯科医師会 常務理事
〃	〃	森 昌平	日本薬剤師会 常務理事
〃	〃	大久保 清子	日本看護協会 副会長
現任	監事	山口 徹	日本内科学会
交代	〃	里見 進	日本外科学会 監事

## 事業経費取扱規程の一部改正について

現行の規程について、今後の業務の変化に対応するため規程の見直しを図る必要性が生じたので、次の通り一部改正を行おうとするものです。

### 1 協働型評価関連経費

#### (1) 解剖結果報告書認定謝金

- ・現行 1事例 20,000 円を 1事例 30,000 円に改正

(理由)

依頼病院に出向いてCPCへ出席する場合や郵送等によるプレート等の再確認を含む顕微鏡的所見の確認作業が生じることを勘案した

#### (2) 事務員人件費

- ・現行 1時間単価 1,400 円を中央事務局は1,700 円に改正、地域事務局は1,500 円に改正

(理由)

中央事務局の事務員は、9か所の地域事務局に対し指導的役割を担っており、その業務内容は、職員の雇用管理、経理業務、給与、社会保険業務、所得税、パソコン指導や委員の委嘱業務など多岐にわたり、業務執行において的確な判断が求められる。従って、その役割に応じた時間単価に勘案した

地域事務局の事務員は、事業のブロック体制の構築をはかるため所属する地域を超えた業務を担っている。従って、その役割に応じた時間単価に勘案した

# 診療行為に関連した調査分析事業経費取扱規程

平成 22 年 9 月 7 日 制定

平成 23 年 10 月 11 日一部改正

平成 24 年 6 月 26 日一部改正

(目的)

第 1 条 本規程は、標準的な経費の取扱いについての会計処理を定めることを目的とする。

(事務局)

第 2 条 本規程における中央事務局とは、主たる事務所に設置している中央事務局をいい、地域事務局とは、北海道、宮城県、東京都、新潟県、愛知県、大阪府、兵庫県、岡山県、福岡県に設置している地域事務局をいう。

(標準経費)

第 3 条 標準経費とは、次の経費をいう。

- 1 中央事務局の職員にかかる人件費及び通勤費
- 2 地域代表、調整看護師にかかる人件費及び通勤費
- 3 事務員にかかる人件費及び通勤費
- 4 運営委員会及びワーキング部会等の委員会にかかる諸謝金

(評価関連経費：従来型)

第 4 条 評価関連経費：従来型とは、次の経費をいう。

- 1 総合調整医にかかる諸謝金
- 2 解剖担当医（法医・病理医）、臨床立会医にかかる諸謝金
- 3 解剖の補助者等にかかる諸謝金
- 4 解剖実施料（材料費、消耗品、施設使用料等）
- 5 死後画像撮影料 その他検査料等
- 6 解剖結果報告書作成にかかる諸謝金
- 7 死亡時画像診断報告書作成にかかる諸謝金
- 8 地域評価委員会にかかる諸謝金
- 9 評価結果報告書作成にかかる諸謝金
- 10 説明会にかかる諸謝金
- 11 遺体搬送費

(協働型関連経費：協働型)

第5条 協働型関連経費：協働型とは、次の経費をいう。

- 1 総合調整医にかかる諸謝金
- 2 解剖立会医にかかる諸謝金
- 3 解剖結果報告書認定にかかる諸謝金
- 4 死後画像読影または報告書認定にかかる諸謝金
- 5 協働調査委員会（外部委員、総合調整医）にかかる諸謝金
- 6 中央審査委員会にかかる諸謝金
- 7 中央審査委員会報告書作成にかかる諸謝金
- 8 説明会にかかる諸謝金

(標準外経費)

第6条 標準外経費とは、中央事務局及び地域事務局にかかる管理運営経費（賃借料、通信運搬費、備品費、消耗品費等）で当該モデル事業の実施に当たり、真に必要な経費をいう。

- 2 地域運営委員会、地域連絡協議会に係る経費をいう。

(経費の単価)

第7条 標準経費及び評価関連経費の単価については、別紙のとおりとする。

(資金の請求等)

第8条 中央事務局は、評価関連経費、標準外経費として、地域事務局の請求に基づき資金を交付する。

- 2 地域事務局は、前条の資金に不足が見込まれる場合は、所要額を見込み中央事務局に請求する。

(経費の支払等)

第9条 中央事務局は、標準経費及び中央事務局にかかる標準外経費、評価関連経費（中央事務局が対応する委員会）の支払を行い、評価関連経費（地域事務局が対応する委員会）、地域事務局にかかる標準外経費は、地域事務局が支払う。

- 2 標準経費、評価関連経費及び標準外経費の支払方法は、次のとおりとする。

- 1 中央事務局、地域事務局にかかる標準経費

(1) 中央事務局の職員及び地域代表にかかる人件費は月額固定給とし、又

調整看護師・事務員にかかる人件費は、時間給とし毎月分（1日から末日）の実績により翌月15日に通勤費と合せ支払う

(2) 運営委員会及びワーキング部会等にかかる諸謝金及び旅費は、開催の都度支払う。

3 地域事務局にかかる評価連経費：従来型の支払方法は、次のとおりとする。

(1) 総合調整医にかかる経費は、事例単位として支払う。

(2) 解剖担当医（法医・病理医）、臨床立会医にかかる経費は、事例単位として、各医師に支払う。

(3) 解剖の補助者等にかかる経費は、事例単位として、各解剖の補助者等に支払う。

(4) 解剖実施料は、解剖協力施設の管理者等との使用契約に基づき、事例単位として支払う。

(5) 死亡時画像診断撮影料は、事例単位として支払う。

(6) その他検査料等は、各検査委託業者等の請求により、事例単位として支払う。

(7) 解剖結果報告書の作成にかかる経費は、地域評価委員会提出後に支払う。

(8) 死亡時画像診断報告書作成にかかる経費は、地域評価委員会提出後に支払う。

(9) 地域評価委員会にかかる経費は、事例単位で各委員に支払う。

(10) 評価結果報告書作成にかかる経費は、作業業務終了後 各委員に支払う

(11) 説明会にかかる経費は、事例単位で説明会出席委員に支払う。

(12) 遺体搬送費は当該業者の請求により、事例単位として支払う。

4 中央事務局及び地域事務局にかかる評価関連経費：協働型の支払方法は、次のとおりとする。

(1) 総合調整医にかかる経費は、事例単位として支払う。

(2) 解剖立会医にかかる経費は、事例単位として支払う。

(3) 解剖結果報告書認定にかかる経費は、事例単位として支払う。

(4) 死後画像読影または報告書認定にかかる経費は、事例単位として支払う。

(5) 協働調査委員会（外部委員長、外部委員、総合調整医）に係る経費は、事例単位として支払う。



- (6) 中央審査委員会にかかる経費は、事例単位として中央事務局が支払う。
- (7) 中央審査委員会報告書作成にかかる経費は、事例単位として中央事務局が支払う。
- (8) 説明会にかかる経費は、事例単位として地域事務局が支払う。

5 中央事務局及び地域事務局にかかる標準外経費は、それぞれにおいて当該業者等の請求に基づき、適宜支払う。

(帳簿)

第10条 中央事務局は、経費の受け払いに関する帳簿を備え、第7条（資金の請求等）の資金、標準経費及標準外経費の領収書等を整理記帳し、事業年度終了後5年間保存する。

(経理の報告)

第11条 地域事務局においては、経費の受け払いに関する帳簿に領収書等を添付のうえ月単位にとりまとめ、翌月10日まで中央事務局に報告する。

(会議等旅費)

第12条 会議(除く外部研修)等に関する経費は、下記内容とする。

職名	交通費	日当	宿泊料
総合調整医	実費	0	15,000円
中央事務局の職員、調整看護師	実費	2,000円	10,000円
事務職員	実費	1,200円	10,000円

(注)・交通費は特急指定として、いわゆるグリーンは除く。

- ・宿泊料は上限として実費清算する。
- ・日当は片道100km以上の移動による場合とする。
- ・研修期間中の賃金は、勤務(9:00~17:00)扱いとする。
- ・交通費(航空費)及び宿泊料の各当該領収書を添付の上、実費精算を行う。

(その他)

第13条 この規程に定めのないものは、中央事務局長が別に定める。

この規程は平成 22 年 4 月 1 日から施行する  
一部改正部分は平成 23 年 4 月 1 日から施行する  
一部改正部分は平成 24 年 6 月 1 日から施行する

## 標準経費及び評価関連等経費の単価

平成 22 年 9 月 7 日 制定  
平成 23 年 10 月 11 日一部改正  
平成 24 年 6 月 26 日一部改正

★諸謝金は手取り額を表示

### 1. 標準経費

- (1) 中央事務局の職員にかかる人件費及び旅費  
人件費 別に定める 通勤費（交通費）実費
- (2) 地域代表等にかかる人件費  
人件費 月間単価 20,000 円
- (3) 調整看護師にかかる人件費及び旅費  
人件費 時間単価 2,200 円 通勤費（交通費）実費
- (4) 事務員にかかる人件費及び旅費  
人件費（中央事務局） 時間単価 1,700 円 通勤費（交通費）実費  
人件費（地域事務局） 時間単価 1,500 円 通勤費（交通費）実費
- (5) 運営委員会、ワーキング部会等委員会にかかる諸謝金及び旅費  
謝金 都内の者 13,000 円  
謝金 東京以外の者 10,000 円  
旅費 往復 3,000 円を超える場合は実費（普通車扱）  
宿泊 15,000 円（1泊）

### 2. 標準外経費

- 地域運営委員会、地域連絡協議会にかかる諸謝金及び旅費  
謝金 13,000 円  
但し、旅費が往復 3,000 円を超過する場合は謝金 10,000 円  
として、旅費実費とする  
会議費 1,500 円以内／1人

### 3. 評価関連経費：従来型

- (1) 総合調整医にかかる諸謝金  
謝金 1事例 20,000 円

- (2) 解剖担当医（法医・病理医）、臨床立会医にかかる諸謝金
- |                                |             |
|--------------------------------|-------------|
| 謝金 解剖担当医（執刀医）                  | 50,000円（1名） |
| 謝金 解剖担当医（執刀医以外）                | 20,000円（1名） |
| （注 関与の度合により謝金総額を按分することも可能とする。） |             |
| 謝金 臨床立会医                       | 20,000円（1名） |
- (3) 解剖の補助者等にかかる諸謝金及び旅費
- |                |                |
|----------------|----------------|
| 謝金 解剖助手（補助医）   | 20,000円（2名）    |
| 謝金 解剖補助者（医師以外） | 10,000円（1名につき） |
- (4) 解剖実施料（材料費、消耗品、施設使用料等）
- 1事例 150,000円
- (5) 死後画像撮影にかかる諸謝金
- 撮影は基本的に全身とする。
- |                |                |
|----------------|----------------|
| 全部位のCT撮影を行った場合 | 10,000円（諸雑費含む） |
| 全身のMRI撮影を行った場合 | 20,000円（諸雑費含む） |
- (6) その他検査料等
- 実費（注 検査項目については、総合調整医と要確認調整）
- (7) 解剖結果報告書作成費にかかる諸謝金
- |             |            |
|-------------|------------|
| CPC経費（3名1回） | 謝金 13,000円 |
| 起草者（1名）     | 謝金 30,000円 |
| 起草者以外（2名）   | 謝金 10,000円 |
- (8) 死後画像読影結果報告書作成費にかかる諸謝金
- |                  |            |
|------------------|------------|
| 起草者（1名）          | 謝金 30,000円 |
| ※報告書暫定のみは10,000円 |            |
- (9) 地域評価委員会・説明会にかかる諸謝金
- |                                    |          |
|------------------------------------|----------|
| 出席謝金                               | 13,000円  |
| <u>（但し、審議に参加し評価委員会は欠席委員5,000円）</u> |          |
| 会議費 1人につき                          | 1,500円以内 |
- (10) 評価結果報告書作成にかかる諸謝金
- 1事例 100,000円
- （注 通常2人で作成するが、3人以上で報告書の作成に当たる場合は、3人目から1人当たり20,000円を加算する。なお、執筆量等により謝金総額を按分することも可能とする。）
- (11) 遺体搬送料 別途「遺体の搬送にかかる経費の取扱内規」に定める。

#### 4. 評価関連経費：協働型

- (1) 総合調整医にかかる諸謝金  
1事例 20,000円(1名)
- (2) 解剖立会医にかかる諸謝金  
20,000円(1名)
- (3) 解剖結果報告書認定にかかる謝金  
1事例 30,000円
- (4) 死後画像読影または報告書認定にかかる謝金  
1事例 10,000円
- (6) その他検査料等  
実費 (注 検査項目については、解剖立会医の指示による外注項目)
- (7) 協働調査委員会に係る諸謝金 (報告書の部分作成を含む)  
1回につき 委員長 謝金 30,000円(1名)  
1回につき 委員 謝金 20,000円  
(但し、審議に参加し委員会は欠席委員10,000円)  
1回につき 総合調整医 謝金 20,000円(1名)
- (8) 中央審査委員会にかかる諸謝金  
出席者1名につき 謝金 13,000円  
(但し、審議に参加し委員会は欠席委員5,000円)  
会議費 1人につき 1,500円以内
- (9) 中央審査報告書作成にかかる諸謝金  
1事例につき 謝金 10,000円
- (10) 説明会にかかる諸謝金  
出席者1名につき 謝金 13,000円  
会議費 1人につき 1,500円以内

※尚、交通費は、原則として謝金に含まれるが、公共交通機関を使用しても3,000円を超える交通費の場合は別途実費を支給する。

この規程は平成 22 年 4 月 1 日から施行する。  
一部改正は平成 23 年 4 月 1 日から施行する。  
一部改正は平成 24 年 6 月 1 日から施行する。

## 遺体の搬送にかかる経費の取扱内規

(平成22年9月7日 制定)

当該モデル事業における遺体の搬送にかかる経費は、以下による取り扱いの範囲内で実費により負担するものとする。

### 1. 搬送経路

依頼医療機関から解剖協力施設、死亡時画像撮影施設までと、終了後自宅までとする。

### 2. 経費負担の対象となる移動範囲

モデル地域の都道府県内及び隣接する都府県内に限るものとする。

(注) 移動範囲外の事案にあつては、中央事務局長と協議する。

### 3. 対象経費

搬送車両利用料(標準仕様)、車両付属設備等使用料、運転手人件費、その他消耗品費、有料道路利用料金

### 4. 除外経費

- ・ 上記「1. 搬送経路」における「2. 経費負担の対象となる移動範囲」を超える部分にかかる搬送費
- ・ 搬送は陸路を前提とし、これ以外の場合における船舶・航空機利用料
- ・ 搬送車両の特別仕様に係る嵩上げ分
- ・ 遺族側の事情による遺体の保管にかかる経費

この規程は平成22年4月1日から施行する。

平成 24 年 7 月 10 日

厚生労働大臣

小宮山 洋子 様

一般社団法人

日本医療安全調査機構

代表理事 高久 史磨

「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」に関する要望書

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素から「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」の推進についてご支援を賜り厚くお礼申し上げます。

本事業は平成 16 年 9 月の日本医学会基本領域 19 学会共同声明「診療行為に関連した患者死亡の届出について～中立的専門機関の創設に向けて～」に貴省が応える形で平成 17 年 9 月から開始され、当初は日本内科学会が運営主体でしたが、平成 22 年 4 月に当機構の発足とともに事業が当機構に移管されました。最近では、医学系各学会はじめ日本医師会、日本病院団体協議会、全国医学部長病院長会議、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会等の積極的な参画を



得て医療界の総力を結集して一体的な事業の推進、取り組みを行うこととしております。

医療安全の確立は貴省並びに医療界全体の連携によって達成できると考えておりますので、今後の本事業の推進にあたり貴省の一層のご支援をいただきたく下記を要望いたします。

## 記

### 1、現行事業が、将来制度化される第三者機関に継承されること

当機構の事業実績、経験等が充分生かされるよう要望します。

### 2、平成 25 年度以降も制度化までは補助金事業として継続されること

平成 23 年度予算額は事業仕分けによって大幅に減額されたが、事業実施に支障を来さないため医療界が平成 24 年度から事業負担金を拠出し、辛うじて本事業を担っております。従って、平成 25 年度予算は、平成 22 年度並みの予算の確保を要望します。

### 3、全国的な事業展開に向けた取り組みが行える措置を講じること

現行事業は、限られた予算の範囲で 10 地域を中心に取り組みを行っていますが、地域に偏りが見られます。今後全国平等な事業展開ができるよう、制度的、財政的諸措置を講じるよう要望します。

## モデル事業の現況

## 1) 受付事例及び相談事例の状況

## ① 事例受付状況及び進捗状況

(平成24年7月5日現在)	北海道	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	14(6)	4(3)	10(3)	67(23)	8(1)	14(9)	38(15)	11(8)	2(1)	9(3)	177(72)
22年度受付分	4	1	1	13	0	3	3	6	0	2	33
23年度受付分	1	2	1	6	0	6	6	2	1	1	26
24年度受付分	1	0	1	4	1	0	6	0	0	0	13
受付後、評価中の事例	2	1	1	9	1	6	8	2	0	1	31
評価結果報告書を交付した事例	12(6)	3(2)	9(3)	57(18)	7(4)	8(5)	29(11)	9(7)	2(1)	8(5)	144(62)
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

※( )内は、平成22年4月からのものを再掲

## ② 死亡時画像診断活用状況

(平成24年4月1日～7月5日)	北海道	宮城	茨城	東京	新潟	愛知	大阪	兵庫	岡山	福岡	計
モデル事業で実施	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
依頼医療機関で実施	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	3
実施していない	0	0	1	4	0	0	3	0	0	0	8
合計	1	0	1	4	1	0	6	0	0	0	13

## ③ 相談事例:平成23年4月以降

(平成24年7月5日現在)	北海道	宮城	新潟	茨城	東京	愛知	大阪	兵庫	岡山	福岡	計	
調査分析に至らなかった理由	◆ご遺族から承諾が得られなかったため◆											
	解剖の承諾が得られなかったため (解剖したくない)	0	1	1	0	3	0	0	1	0	3	9
	ご遺体搬送の承諾が得られなかったため	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	時間外・土日等に死亡し、解剖実施を待つ 承諾が得られなかったため	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	◆医療機関から依頼がなかったため◆											
	司法解剖または行政解剖となったため	1	1	0	1	2	0	0	0	0	0	5
	当該医療機関での病理解剖となったため	1	0	1	0	0	1	1	0	1	0	5
	その他	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	3
	◆機構が受けられなかったため◆											
	解剖体制がとれなかったため	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	モデル事業の対象外であるため	3	0	0	0	1	3	5	0	0	0	12
合計	5	2	2	1	7	5	6	1	1	4	34	

2) 協働型 調査分析モデルの実施状況 (平成 24 年 7 月 5 日現在)

	解剖調査	協働型調査 委員会設置	解剖結果報 告書検討会	第 1 回協働 調査委員会	第 2 回協働 調査委員会	中央審査 委員会	説明会
事例 1	実線	実線	実線	実線	実線	破線	
事例 2	実線	実線	実線	実線	実線		
事例 3	実線	実線	実線	実線			
事例 4	実線	実線	実線	実線	破線	実線	
事例 5	実線	実線	実線	実線	破線	破線	
事例 6	実線	実線	実線	破線			
事例 7	実線	実線	実線				
事例 8	実線	実線	実線	破線			
事例 9	実線	実線					
事例 10	実線	実線	実線				

実線 ———▶ 終了している      破線 .....▶ 7 月中に実施予定

## 診療行為に関連した死亡の調査分析事業のあり方に関する企画部会 審議の状況

### 【概要】

#### 1 趣旨

本企画部会は、「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」の安定した事業継続のための恒常的な第三者機関のあり方等について検討を行う。

#### 2 検討課題

- (1) 恒常的な第三者機関のあり方等の取りまとめ
- (2) その他
  - ・全国展開に向けた事業拡大と組織化
  - ・事業継続の安定化策
  - ・広報活動 等

#### 3 企画部会 委員名簿

別添のとおり

#### 4 運営

企画部会の庶務は機構中央事務局で行う。  
議事は非公開とする。

#### 5 スケジュール

第1回	事業の実施状況と課題の明確化	(平成24年6月18日)
第2回	課題に対する検討	(平成24年7月4日)
第3回	提言の骨子案について検討	(平成24年7月20日)
第4回	提言のたたき台の検討	(平成24年9月21日)
第5回	提言案の検討・まとめ	(平成24年10月9日)

#### 6 これまでの企画部会開催状況

- (1) 第1回 平成24年6月18日(月) 14:00~17:00

日本外科学会8階会議室

- ①高久代表理事より「企画部会では、厚労省の検討部会に向けて、現実的な第三者機関のあり方をまとめ、よりどころとなる提案をすることを目指してスピード感をもって検討をお願いしたい。」と指示があった。
- ②座長は、実際事例を担当している東京地域の矢作代表が指名された。また、

副座長は原中央事務局長と樋口運営委員会座長が指名された。

- ③原中央事務局長から事業の実施状況が説明された。
- ④原中央事務局長から事前に収集した地域代表の意見について説明された

## (2) 第2回 平成24年7月4日(水) 14:00~16:00

東京大学附属病院大会議室

- ①矢作座長の進行により、以下の論点について検討がなされた。
  - ・第三者機関としての役割、業務について
  - ・第三者機関の位置づけと調査依頼(届出制)について
  - ・第三者機関の調査対象について
  - ・第三者機関の組織体制(拠点、解剖施設等)について
  - ・調査結果の取扱い(警察への通知、再教育)について
- ②骨子案作成の作業チームとして、北海道地域代表の松本委員を中心に、山口委員、樋口委員、有賀委員が指名された。次回第3回に骨子案が提示される予定。
- ③総論的な部分は厚労省の検討部会で検討されているので、今後は、これまでのモデル事業の経験を基に、実現可能性のある具体的方策を検討する。

### 主な意見 (詳細は別紙参照)

#### ○役割について

- ・第三者機関としては基本が病気に対する医療行為がどうであったかということを確認にして、死因を究明して、評価をして、再発防止というところが一番の基本で、「人」に対する対応は、基本的に病院が行うべきであると考えてこの第三者機関がそこまで手を出すという話ではない。
- ・死亡例だけではいかななものかという議論があったけれども、死因なり病因の究明が医療者としては責務がある。家族への説明も原因究明と絡むことが多いので難しいと思うが、一番大事なのは原因究明と再発防止というのは筋を通しておくことが一番大事。
- ・基本、死因究明、再発防止、報告書の中には完全に病気だけではなくて、医療ですから人も当然入って、病気のシステム等全部入ってくる。

#### ○第三者機関の位置づけと調査依頼(届出制)について

- ・どういった医療事故が日本で起こっているのか、それがどのレベルで解決で

きることなのかということ、今のモデル事業ではわからない。

- ・まず第三者的な機関にこのようなことが起こっているという事は届出る。
- ・医療関連死は警察に届けても決していいことにならない。亡くなった時に警察に届け出るということではなくて、できればこちらの第三者機関に届け出ることによって話が決着できればいい。
- ・警察の方も内輪だけでやっていないのなら全員取り調べさせろとはたぶんおっしゃらないでしょう。利害関係のない第三者が入っているという事はぜひぶん説得力があること。
- ・院内事故調査主導でやっていくことはかまわない。そこで解決してしまう、そこだけおわってはこれからの医療を考えるとそぐわない。
- ・このケースであれば院内事故調査委員会の主導で、あとは、報告書を見せていただくという方法もある。
- ・院内事故調査委員会はどういうものかという、基本的には当事者の中でやっている判断と言わざるを得ない。主観的な判断。それは客観性を持った委員会に晒すべきだろうと思う。
- ・院内事故調は立派なまとめをして結論を出したとしても、それをどこかで客観的にもう一度見直して、結論が同じであっても、お墨付けをする、あるいは、もう一度、覆るようなことがあるかもしれないし、客観性を持ってやる、それが、第三者機関であるというふうにすみ分けないと理論的に話が進んでいかない。当事者なりに結論を出す、そこを外部から専門家の目を持って判断する、手続きであるとか、見方であるとか、そういうものがきちんとしているか、医療界以外の人もいれてもう一度それに審査会というような、報告書なのでいいのかもしれませんが、理論的にはそういう構成でないといけないと思う。

## ○調査対象について

- ・届出をうけて司法解剖をやらないことになったので、全例私たちのところでやりますと言う義務を引き受ける必要はなくて、その中でスクリーニングして調査をすればいい。
- ・やれる範囲でやる、受け付けられるものを出来る範囲でやるというスタンスで、基本的には医療機関を率いている院長先生が困っている事例をサポートしていく視点から制度を作っていく。
- ・届け出を受けて、院内事故調査委員会ですっきりやれよというメッセージを出すか、または、院内といってもクリニックとかは麻酔科の医師は一人しかいないじゃないかという話であれば、その地域の大学であるとか、地域の医師会であるとかそういう人たちを入れて、医学的なことをもって詰めるという事をどうその指示するか、または、最初から第三者がきちんとやりますので、とい

う話で第三者機関がそれなりパフォーマンスする。

### ○第三者機関の組織体制（拠点、解剖施設等）について

・報告先とトリアージは、中央で24時間体制で一か所の方がいいのではないかと。中央で電話連絡その他で、それぞれの病院の事情を聞いて、これは院内だけでやるとか、院内だけでなくこちらの方で責任を持って地域の大学との連携とかあるいは地域の医師会との連携でこういう人を派遣しますからと、二回目以降から調査委員会というのがあればそれまではこっちで非常に重要な例でもあるから引き受けますというような形。

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

・総合調整医と同じ役割を20人くらい作ってその中でやりくりすればできる。

・（報告先について）中央に1箇所という案であったが、動き、足の問題で、スタートのフィーズビリティとしては、ブロック別において動きを速めたこまめに対応できる体制のほうがよいと思う。

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

・解剖実施体制については、病理解剖は法医・病理医・資格医がスクラムを組んで事例が出たらさっさと行ってくれる体制を樹立してもらうことが必要。（→次回検討予定）

### ○調査結果の取扱い（警察への通知、再教育）について

・自浄作用をする機関がない。医師に関する自浄作用の機関としては医道審議会があるが、行政処分が刑事処分だけを対象にしているのはおかしな話であること。第三者の評価を作る時に、自浄作用も見せないと国民からの信頼を得られない。

「診療行為に関連した死亡の調査分析事業」のあり方に関する企画部会  
委員名簿

◎部会長、○副部会長  
五十音順（敬称略）

あるが 有賀	とおる 徹	昭和大学病院 院長/日本救急医学会
かやま 嘉山	たかまさ 孝正	山形大学医学部脳神経外科 教授/日本脳神経外科学会
きむら 木村	そうすけ 壯介	国立国際医療研究センター病院 院長/日本病院団体協議会
こだま 児玉	やすし 安司	新星総合法律事務所 弁護士
しみず 清水	のぶよし 信義	岡山労災病院 院長/日本外科学会/岡山地域代表
すすき 鈴木	としひろ 利廣	すすかけ法律事務所 弁護士
たかすぎ 高杉	のりひさ 敬久	日本医師会 常任理事
たかもと 高本	しんいち 眞一	三井記念病院 院長/日本心臓血管外科学会
てらもと 寺本	たみお 民生	帝京大学医学部 学部長/日本内科学会
ひぐち 樋口	のりお 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科 教授
ふかやま 深山	まさし 正久	東京大学医学部大学院医学系研究科人体病理学分野 教授/日本病理学会
まつづき 松月	みどり みどり	公益社団法人日本看護協会 常任理事
まつもと 松本	ひろし 博志	札幌医科大学医学部法医学講座 教授/日本法医学会/北海道地域代表
やはぎ 矢作	なおき 直樹	東京大学大学院医学系研究科救急医学講座 教授/東京地域代表
やまぐち 山口	てつ 徹	虎の門病院 院長
はら 原	よしひと 義人	青梅市立総合病院 院長/中央事務局長

オブザーバー 厚生労働省



日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」	企画部会での意見	地域代表の意見	
<p>1 基本的考え方</p> <p>目的：原因究明と再発防止</p> <p>医療界の責務：医療の不確実性と自浄作用の観点</p>			
<p>2 すべての医療機関に院内事故調査委員会を設置する</p>			
<p>①すべての医療機関において、医療事故に対しては迅速に調査事実を隠すことなく報告するための委員会をその医療機関の責任のもとに立ち上げる。「迅速に、事実を隠すことなく」が大切なポイントである。再発防止策の直接的担い手たる医療機関が、公平性の担保された形で自ら積極的に調査分析を行うことが重要である。</p>	<p>すべての医療機関で医療事故の調査を実施</p>	<p>○院内の事故調査委員会、第三者機関、協働型をどう位置付けるかが重要。今の医療法では院内事故調査委員会は施行規則で義務付けられているとは明確になっていない。</p>	
<p>②この委員会が機能するためには、医療者・受療者間に信頼関係が構造化されていることが不可欠である。医療現場の構造とは、医療者と受療者、お互いの対立や理解不足、また協調の関係など全てを包括したものを指す。その構造の中に信頼関係がしっかりと組みこまれた状態をつくることなくしては、この委員会は機能し難い。</p>	<p>医療者・受療者間の信頼関係</p>		
<p>③段階的に委員会の機能を捉え、1次段階として平時の医療安全委員会を位置づける。これは患者満足度を含めた医療の質向上、有事への備えを目的とした常設委員会である。</p>	<p>一次段階 医療安全委員会 (医療法施行規則)</p>		
<p>④2次段階として有事の医療事故調査委員会は、医療事故が起こった時に迅速に発動させる委員会で、(医療事故調査委員会の構成は、)院内の委員と外部委員(専門家・法律家・有識者)で構成される。(医療事故調査委員会の構成は、)院内の委員と外部委員(専門家・法律家・有識者)で構成される。この段階の医療事故調査委員会においては死亡を含む問題の事態が生じた際の真の病態とその原因を究明し、再発を防止する趣旨から死亡時画像診断・病理解剖などによる分析を踏まえた調査をおこない、院長に報告する。</p>	<p>二次段階 医療事故調査委員会と役割</p>		
<p>⑤医療機関(院長)は再発防止策を含め、調査結果を患者家族に報告する。本制度への取組はこの段階で留まることなく、再教育に努め、医療の質向上に努めなければならない。プライバシーの保護に配慮することは言うまでもない</p>	<p>院長の責務と再発防止</p>		
<p>⑥システムの欠陥による要因を問わず、事故を個人の責任に求めることは避けるべきである。システムの欠陥には医療機関の管理システムに欠陥がある場合と制度的な体制に欠陥がある場合がある。</p>	<p>事故の要因</p>		
<p>⑦医療関連死は警察に届けない。しかし、故意または故意と同視すべき犯罪がある場合は、警察へ届ける。</p>	<p>警察への届け出</p>		
<p>⑧小規模病院や診療所においては、医師会・大学等からの支援を依頼できる体制を築く。医療機関の責任を大きく求められることになるが、基本的考えを踏まえた制度設計に拠り、国民の期待にこたえなければならない。</p>	<p>小規模医療機関の支援体制</p>		<p>・福岡地域では、医療機関の啓発(登録事例の拡大と院内調査委員会の実施・改善等)を主目的とした「医師会支援組織」を設置し、「地域評価委員会」と対峙した体制を考慮</p>
<p>⑨「警察への届出」を廃し、自浄的な措置を講ずるためには、この体制作りにはしっかりと取り組む必要がある。地区医師会—都道府県医師会—日本医師会の連携組織の構築、また他の医療団体と日本医師会との連携が基盤となる。</p>	<p>自浄的な体制作り</p>		
<p>⑩「院内医療事故調査委員会」の質を担保する一定の基準を設ける。日本医療機能評価機構など医療事故収集事業等への報告義務も検討課題であろう。</p>	<p>院内調査の報告義務</p>		
<p>⑪これらの基本的考え方に基づき、その実施に向けて日本医師会、病院団体、医学会、大学ほかの参加により、実施に向けての制度設計を協議する専門委員会を立ち上げる。</p> <p>補1：院内事故調査委員会の意義</p> <p>補2：院内事故調査委員会の実施体制の整備について</p> <p>補3：院内事故調査委員会と第三者機関への調査依頼</p> <p>補4：システムエラーと院内事故調査委員会</p>	<p>専門委員会の設置</p>		

日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」	企画部会での意見	地域代表の意見
3 医療界、医学会が一体的に組織・運営する「第三者的機関」による医療事故調査を行う		
	<p>＜第三者機関の役割＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○真摯に取り組んでいる病院だけではないという病院をあぶり出すという機能を含めて、院内の事故調査システムの前提で、病院で働くすべての人が何を報告しても大丈夫という文化をつくること。</li> <li>○第三者機関は最高裁のようなものになるのではないか。</li> <li>○特に死因の究明に焦点をしばってほしいのではないかと思う。</li> </ul> <p>○「病」に対する対応と「人」に対する対応に分けて考えるとすっきりするが、その「病」に対する医療処置がどう適切であったかどうか、事故調査委員会に課せられた使命で、対「人」、患者あるいはご遺族に対する対応は別の枠組みで考えればよい。</p> <p>○第三者機関としては基本が病気にに対する医療行為がどうであったかという事を明確にして、死因を究明して、評価をして、再発防止というところが一番の基本で、「人」に対する対応は、基本的に病院が行うべきであると考えてこの第三者機関がそこまで手を出すという話ではない。</p> <p>○死亡例だけではいかなものかという議論があったけれども、死因なり病因の究明が医療者としては責務がある。、家族への説明も原因究明と絡むことが多いので難しいと思うが、一番大事なのは原因究明と再発防止というのは筋を通しておくことが一番大事。</p> <p>○最初から間に入ってナゴシエーターのようなことをやるより、公正な立場で原因究明を肅々とやり、病院がそういうことを受け入れてやっているということが、結果的に患者側にも見えて、原因究明が出ることによって、病院と患者の信頼関係とか患者の納得とかいうのにプラスになる。</p> <p>○基本、死因究明、再発防止、報告書の中には完全に病気だけではなくて、医療ですから人も当然入って、ドクターだけでなく、病気のシステム、規則とか全部入ってくる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死因究明と再発防止</li> <li>・遺族の納得が結果的に得られる場合もあるがそれは第一義的な役割ではない。専門家が必死に議論をして報告書をまとめても、無意味なものとならざることを望む。</li> </ul>
①第三者機関による医療事故調査は、医療行為に関連した死亡事例を対象とする。	<p>＜受付対象＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○どういう事例を受け付けるのかということ、とりあえず死亡例というのは当該医療機関として診療行為が関係したと考えるものは受け付ける</li> <li>○悪質なものを除外して受け付けるのかどうか、それがはっきりとこの場でどのように主張するか決まれば、あとは医師会の提言と合致するかどうか検討すれば纏められるのではないか。</li> <li>○死亡事例を対象とするのは、体力から考えると当座はそれでも仕方ないとは思っているが、本来、死亡でないが取り扱うべき事例も山ほどあること、患者側から言われなくても取り扱わなければいけない事例がある。</li> <li>○現場で問題になるのは、事案の取り上げである。医師法の21条の扱いが現行の運用として拡大解釈されているので、どうしても病死まで入ってきている。その裁きを誰がするか。医師法21条が運用上、以前の解釈に帰れるかどうか。</li> <li>○すべて解剖もやらないといけないのか、また、遺族の感情に引きずられるのはよくない。国民が信頼できるお墨付をだすところになると、権限をもち、ここで門前払いのものは、あなたの感情の問題とし、それはどこが引き受けるかのシステムを作ることが必要。事故防止対策に焦点をあてると、多面的に焦点をあてないといけない。</li> <li>○患者さんからのクレーム事例もたくさんあるが、除いていいのか。死因究明とつながるもの、教訓となるものだけ取り上げた方がよいのかは決める必要がある。</li> </ul> <p>○届出をうけて司法解剖をやらなくなったので、全例私たちのところでやりますと言う義務を引き受ける必要はなくて、その中でスクリーニングして調査をすればいい。</p> <p>○クレームをいう患者さんにも困り、院内での意見の分裂にも困り、一人医長でピアレビューをすることにも困り、警察に届け出をするべきかについても困り、いろいろと困っている院長先生の支援のツールとしてぜひぶんポジティブな役割をこれまで果たせてきている。</p> <p>○全体に警察に届け出たより良かった例がたくさん含まれているので、やれる範囲でやる、受け付けられるものを出来る範囲でやるというスタンスで、基本的には医療機関を率いている院長先生が困っている事例をサポートしていく視点から制度を作っていくのであれば、制度というのは民間として育てていくにしても公益法人でしようから、フィージブルな仕組みを作れるとは思っています。困った院長先生をサポートしてくれる仕組みを作ってほしいということをお願いしたい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡した事例について、すべて受け付ける。</li> <li>・医療関連死亡の司法解剖を、完全になくす。</li> <li>・医療機関の説明に遺族が納得していない事例が多い。この場合、専門家が必死に議論をして報告書をまとめても、無意味なものとならざることを望む。また、医療機関もこちらが法的判断と捉えられないような表現を使っているため、問題のない行為であったと受け止めてしまう場合が多い。</li> <li>・現行の受付対象は非常に曖昧である。一方、厳密に定義すること自体が不可能であり、仕方がないかもしれない。</li> <li>・治療されていた疾患による死亡が明らかな事例では受け付けるべきではない。</li> <li>・地域事務局の受付可否について全国レベルでのより明快な棲み分け基準が不可欠。</li> <li>・手術・カテーテル治療・放射線治療・薬物治療などの治療中の死亡、検査にともなう事故・合併症による死亡、を対象とする。ただし、癌死などの明らかな原病死は対象外とする。遺族の治療への不満による申し出は受け付けない。</li> <li>・司法解剖された事例もこの機構で調査・評価するシステムを構築することが必要であろう。司法機関とは独立で行い、もちろん報告書も提供しないし、告訴もしない。解剖結果については死体検案書の入手と司法解剖医への照会状等で行うことをしたいと思う。</li> <li>・当面は司法解剖をモデル事業とする。</li> </ul>

日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」	企画部会での意見	地域代表の意見
	<p>トリアージ</p> <p>&lt;調査対象事例のトリアージ&gt;  ○3つのやり方、①警察に行くのは意味ないので、警察に行くものは全部引き受ける。医療安全のためには医療の専門家がやらなくてはならない。②遺族の感情、不審感がありどうしようもない場合はやる。③医療のため、全体の患者のため普遍性がある事例、医療安全学の観点から意味のある事例を、公益の機関として調査する。ここだけではなく他にも同様の事例は起きるという意味のある観点。事例によっては、当事者の関係が崩れているからという判断はあるかもしれないが、できるだけ避けたい。</p> <p>○(基本的には、まず第三者的な機関に、このようなことが起こっているという事は届出ましょう。)届けた先が院内事故調査委員会ですっきりやれよというメッセージを出すか、または、お宅では、院内といってもクリニックとかは麻酔科の医師は一人しかいないじゃないかという話であれば、当時はその地域の大学であるとか、地域の医師会であるとかそういう人たちを入れて、医学的なことをもっと詰めろと言う事をどうその指示するか、または、最初からそれは私たちがきちんとやりますので、という話で第三者機関がそれなりパフォーマンスしていただけるという議論を医師会でした覚えがあります。</p>	<p>・当該医療機関での病理解剖とするか事業の調査解剖とするかを瞬時に判断する。当該医療機関の病理解剖となった事例については当該医療機関で事故調査委員会を設置し、そこに外部委員を推薦する形を取る。調査解剖については機構側で評価委員会を設置するとした方がクリアである。</p> <p>・非解剖事例の調査も改めて検討することが必要。</p>
<p>再掲2-⑦  医療関連死は警察に届けない。しかし、故意または故意と同視すべき犯罪がある場合は、警察へ届ける。</p>	<p>第三者機関への報告  (届出について)  ○平成16年9月の19学会による共同声明通りだとすると皆届けることになる。広く事例を機構に届けていただき、メディカルエグゼクティブ的な水先案内をする人に権限を持たせてその中で(評価する)事例を絞る  ○全例を受付けるのは良いと思う。</p> <p>第三者機関への報告  ○医師会の検討では、まず第三者的な機関にこのようなことが起こっているという事は届出ましょうという議論をした。  ○院内事故調査できちんとやるようにとか、規模が小さそうなので、麻酔科の医師がひとりしかいないとか無理の様だったら医師会の医師や地域の大学に依頼するとか一定の水準で話はまとまったかに見えたのですが、実はご遺族から見ると反感を持っていたという話があったら、第三者機関がそれを引きうけると、そのようなことを医師会で議論してきた。  ○医療関連死は警察に届けても決していいことにならない。亡くなった時に警察に届け出るということではなくて、できればこちらの第三者機関に届けるということで話が決着できればいい。  ○どういったものが日本で起こっているのか、それがどのレベルで解決できることなのかということ、今のモデル事業ではわからない。  ○院内に外部委員を入れてきちんと討議をしまして、その結果ですというのは、患者さん目線でも第三者的な検証は入っているねと言えるでしょうし、警察の方も内輪だけでやっていないのなら全員取り調べさせるとはたぶんおっしやらないでしょう。利害関係のない第三者が入っているという事はぜひいぶん説得力があること。</p> <p>第三者機関への報告  (届出制)</p>	<p>・死亡事例については届出をさせて、その調査をすることを原則とすることが必要に思う。現在、日本でどれだけの医療事故死が起こっているかわかっていないが、そのことも知ることができる。</p>

日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」	企画部会での意見	地域代表の意見
<p>④医療行為に関連した死亡で、院内事故調査で「医療関連死で死因究明の必要なもの」(当該医療機関において可能な限り調査分析を行ったにもかかわらず、その分析能力を超えるもの)と判断された事案は「第三者的機関」の地方組織に調査を依頼する。</p>	<p>＜位置づけ＞  ○トリアージされてこのグループに入ってくるが、そこに至るまでの過程も重要である。全体の中で事業の位置関係を明確にするべきであり、広く医療事故死亡事故に医療界としてどう対応し解決して社会に対する責務を果たすかを考えていく必要がある。  ○紙一重で同じような事故で何事もなかった事例や、死亡しなかったまでも重大な事例がある。死亡、事故を両方を含め、大きな意味での医療事故・死亡を含めた大きな制度の中で機構の役割や位置を考えていかなければならない。  ○全例解剖ををするのではなくスクリーニングをして、フルセット、協働型で最終的には第三者的に評価する、あるいは解剖は必要ないか、当該医療機関で解剖して死因を明らかにする等、色々な対応があつていいと思う。  ○全医療機関に院内調査を実施することは小さな施設には無理。モデル事業の従来型と協働型のシステムの中でやるのはいいのではないか。従来型、協働型と一緒に、医師会の基本的な案を入れて案をつくれれば、みなさん納得できると思う。</p> <p>○院内事故調査委員会と外部からの客観的な目というのはステップが違う。オーバーラップしていてもかまわないが、制度を作る上では院内の主観的な判断でこれはおかしい、ちゃんとやらないといけないという判断があつた上で、外部に意見を求めるというステップがある。  ○調査事故が起きた直後の初動調査と、その初動調査を踏まえた上での評価分析がある。実情、診療記録や報告書とかそういったもので一応のまとめをした上でどういう評価分析をしていくかということと院内事故調査委員会と今まで言ってきたのではないか。前段階の調査に外部の人が入るっていうことは通常はない。  ○本来は第三者が選んだ第三者が入ってくるべきで、当事者が選んだ人は第三者と言えるのかと思う。だから第三者機関というのはそう言う意味では非常に重要。  ○このケースであれば院内事故調査委員会の主導で、あとは、報告書を見せていただくという方法もある。  ○院内事故調査主導でやっていくことはかまわない。そこで解決してしまう、そこだけでおわってはこれからの医療を考えるとそぐわない。  ○第三者機関が入らないという形はつくらない方がよい、それが病院側もこれから良くしていく方法で、第三者機関があまり手を引いてしまうのは好ましくないと思う。  ○院内事故調査委員会でしっかりやって、それで解決すればめでたしめでたしといいますが、そういうこと、それは、患者との間のコンフリクトが解決したという事の方が大きいと思う。  ○院内事故調査委員会はどのようなかということ、基本的には当事者の中でやっている判断と言わざるを得ない。主観的な判断。それは客観性を持った委員会に晒すべきだろうと思う。  ○院内事故調は立派なまとめをして結論を出したとしても、それをどこかで客観的にもう一度見直して、結論が同じであっても、お墨付けをする、あるいは、もう一度、覆ることがあるかもしれないし、客観性を持ってやる、それが、第三者機関であるというふうにすみ分けないと理論的に話が進んでいかない。当事者なりに結論を出す、そこを外部から専門家の目を持って判断する、手続きであるとか、見方であるとか、そういうものがきちんとしているか、医療界以外の人もいれてもう一度それに審査会というような、報告書なのでいいのかもしれませんが、理論的にはそういう構成でないといけないと思う。  ○直列型とか並列型とか、考え方としては分かりやすいですけども、まず直列型というのはあり得ない。直列型というのを法制化して、どんなものでもあらゆる機関に院内事故調査委員会を作りなさいと命じておいて、まずそこが第一審で、そこで駄目だった場合だけ第二審なんていうことをいっても、遺族はそんなものを信用できないというのは警察に行くかもしれないしね、いきなり民事訴訟かもしれないしというので、実際にはやっぱりそれを義務付けたところで、やっぱり実際には動かないんじゃないか。</p>	
<p>③本「第三者機関」は、院内事故調査委員会からの調査依頼を受付ける。  ⑧患者・家族から本「第三者機関」へ調査請求することも可能とする。</p>	<p>第三者の位置 院内調査との関係</p> <p>どこからの受付か</p>	

日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」	企画部会での意見	地域代表の意見
<p>②「第三者機関」は、医学的知見に裏付けられた公正中立な判断が可能でなくてはならない。具体的には、現在の「一般社団法人日本医療安全調査機構」を基本に、日本医師会、日本医学会をはじめ医療界の関係団体が参加する組織を再構築し、かつ各都道府県には1箇所以上の地方事務局を、都道府県医師会の積極的な関与のもとに設置するなど、既存の組織と実績をベースに、一層の拡充・機能強化を図ることが有効と考えられる。</p>	<p style="text-align: center;"><b>第三者機関としての組織受付体制</b></p> <p>＜第三者機関＞  ○地方では、大学の信頼があると第三者評価委員会と同様のことができる。基本的には院内で、できないときは近隣の大学でと考えている。今後、第三者として大学を入れておいた方がよいのではないか。現在、色々な病院もあるので、第三者機関は必要であると思うが、前提としては、まじめにきちんとやっている組織の邪魔とならない組織を作って欲しい。  ○いくら立派な医療機関でも、隠したいと思うのが心情、国立病院もおかしいと思うことがあった。第三者が入ることは病院のために必要。  ○戦術の話になるが、基幹病院が院内調査をする場合、機構にも報告をして、良い意味で第三者性を保てれば邪魔をするものではないということ。  ＜公的機関として＞  ○公的な機関だからこそ権限を認めるし、当然少しはお金を出すという話になればいい。  ○最も重要なのは公的仕組みにすることで、公的仕組みにしていけるための提言をどのように書いていくかが重要。この事業は任意の仕組みで、必ずしも公的な仕組みとはいえない。中身も大切であるが、医師法21条との関連性でみていくと、法律的な仕組みで提言し、国家事業として位置づけてもらわないといけないし予算も研究事業としてではなく国家事業として位置付けていただく。院内の事故調査委員会も一定の範囲で義務づけとし、第三者機関も権限をもつものとしてやるとし、公的なものとして設計していく。だからこそ医師法21条の関係性も整理しなければならないとすると説得力をもつのではないかと。  ○早く機構の制度を公的制度にすることが望ましい。  ＜組織のつくり方＞  ○全国規模にしなければ意味がない。全国にどれぐらい拠点をやるのか、  ○全国に展開する場合に、大学病院が協力をサポートしていただければ、大学病院に事務局をおいたら24時間体制で受け付けられるかという問題がある。  ○規模としては今のモデル事業のように2層体制でできるのではないかと。    ＜受付体制＞  ○事例受付は一か所、コールセンター式で24時間365日出来ると思います。メディカルエグザミナーのような方が交代で10数名程度で行えば人的に可能かと言えば可能です。  ○実際の現場の話として、組織論として、24時間365日受け付けるためには、何が必要か。    ○届け先を第三者機関にして地方事務所を作ってそこにしましょう。一応院内できちんと調べて答が出て、それで解決すればそれはそれでいい。公正性、透明性を保つような第三者機関の医療事故調査委員会が答えを出していく。それでも納得しないような場合は必ずあるので、それは第三者機関の中央機関で判断してもらう。  ○8つの地域へというが、中央で24時間体制で一か所の方がいいのではないかとと思う。中央で電話連絡その他で、それぞれの病院の事情を聞いて、これは院内だけでやるのか、院内だけでなくこちらの方で責任を持って地域の大学との連携とかあるいは地域の医師会との連携でこういう人を派遣しますからと、二回目以降から調査委員会というのがあればそれまではこっちで非常に重要な例でもあるから引き受けますというような形。  ○ブロック制として、24時間365日という、どこか電話でやれるところとなると、中央化して、今の総合調整医に相当する人がいて24時間365日受付ますということをしなさいといかない。そうした場合には、今までの総合調整医の経験から言って「これは病院で検討、これはそれぞれのブロックのところで病理解剖にまわってください」という手はずがさっさと出来るあるいは、明日連絡しますという体制さえあれば出来るようになるものかというところからまず始まるのではないかと。そういうことが本当に中央で電話をやっているようなセンターがあれば、死因究明制度としては結構機能できるという体制に持っていける。  ○総合調整医と同じ役割を20人くらい作ってその中でやりくりすればできると思う。  ○（報告先について）中央に1箇所という案であったが、脳死移植のNPO法人はブロック別におき、夜中でも脳派の専門家がすぐ対応できるような体制をとっている。それは、動き、足の問題で、中央だけでやっていると、電話かけても誰がいない、解剖ができない、等の問題があるので、スタートのフィーズビリティとしては、ブロック別において動きを速めたこまめに対応できる体制のほうがよいと思う。  ○ブロック間の格差については、検証部会を中央に置いて、調査が足りないとか患者への説明が足りないとか後で検証するようになれば良い。  ○第三者が入った制度を根付かせるというのが、将来的には第三者が入らなくても良い制度になるひとつの過程</p>	<p>・北海道は現在、全域が事業対象地域ではある。しかし伝達がうまく行っていない。24時間相談できるシステムを作ることが必要と、地方での核となる施設が必要。  ・各都道府県に地域事務局が有ることが望ましい。現在、各地にある医療安全支援センターなどと統合することも考えてはどうか。  ・例えば北関東3県で、など、地域別に少し大きなまとまりを作って事業の拡大をはかっていくべきである。  ・現在の「手上げ方式」と自己努力を継続するだけでは地域拡大は無理、かつ限界が目に見えています。  ・医療機関から24時間土日も受け付けていただきたいという要望が強い。</p>

日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」	企画部会での意見	地域代表の意見
<p style="text-align: center;"><b>解剖の実施体制</b></p>	<p>解剖体制 ○第三者的にタイムリーに動かなければいけないとすれば病理解剖だと思う。病理解剖は法医・病理医・資格医がスクラムを組んで事例が出たらさっさと行ってくれる体制をもらうことが必要。解剖そのものは病院が嫌だといっても妥協していただき、第三者がやります、もしくは手伝います、見ていますかはわかりませんが、解剖は後からというわけにはいかないで実施する。</p> <p>○病理解剖はそういう役目もっていると思っている。一点だけ気になるのは、解剖を担当した現場の人の立場の保全を検討して欲しい。広尾病院の解剖報告書の問題があったように院内の人でありながら解剖調査しなければならないことに対して、報告書を院長命令で出せない等がないように、保全をして欲しい。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病理医を軸にした解剖体制を再考慮することが必要。</li> <li>・病理医の場合は、死亡診断書を書いた経験がないことから、剖検所見から死因を判断することに慣れていない。この点は研修すべき点である。</li> <li>・解剖立会医については、従来型では解剖施設(大学)で当該専門診療科の教授から推薦して頂いた方がスムーズである。</li> <li>・病理医・法医・臨床医を問わず、確保が難しい。解剖立会医をその都度見つけるのは困難であり、常任の委員を固定しておく必要がある。</li> <li>・犯罪性が無いと思われる事例は、法医の立ち会いは不要。必要と考えたときのみ立会。</li> <li>・行政解剖との関係については、今後「死因究明法案」等との関係を考える必要がある。</li> <li>・遺体の搬送については、この負担を事業側が持つべきではないと考えている。</li> <li>・遺体の死後の処置については、当該解剖施設に委ねる。</li> <li>・臓器保存については機構として費用を含めたルール化が必要であろう。</li> <li>・2-3日後に解剖する場合の死体用冷蔵庫が不足している。</li> <li>・主治医の立ち会いは是非については今後再検討する必要がある。</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>人的体制</b></p>	<p>＜人的体制＞ ○実際にご不満があって、第三者機関に調査を依頼しているご遺族とのやりとりで、難儀しているのは調整看護師。事務局の中で誰がその役割をやるのかという点も組織論として議論する必要があると思う。全国展開と各論的なものも含めた提案ができればと思う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・調整看護師の社会・医学的環境整備が緊急課題の一つと考える。</li> <li>・調整看護師1名と事務員1名で事例の数からは十分である。</li> <li>・本来、専属の医師も入っているべきである。常勤の医師も含めた確固たる体制が不可欠である。</li> <li>・調整看護師や事務職等が欲しいが、予算が乏しく将来も不透明では公募もできない。</li> <li>・各地域に調整看護師の配置が複数(常勤、非常勤)配置になるように、お願いしたい</li> <li>・現状では、設置に協力的なところになるが、将来的には公的な場所が望ましい。</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>必要な権限</b></p>	<p>○モデル事業はこれまで権限を持っていなかったので限界があった。どういう権限を持っていればもっとやりやすく、世の中のためになったのかをあげていく。 ○死因究明法案は、組織の上でしか解剖できなかったものが警察所長の判断で解剖ができることになった。第三者機関の判断で遺族や医療機関の同意を必要とせず解剖することも考えてよいのではないか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関係者を事務局に呼んでヒアリングした事例が2件あった。これらについては、事実関係の把握には非常に役に立ったので、制度化をする場合には、機関外で聴取する規程等も必要。</li> <li>・事実関係を確認する際に、医療機関と遺族の言い分が異なる場合に、それを証明させる手段がない。例えば、筆跡鑑定など。証拠物件の提出を求めるのは難しい。</li> <li>・権限はあまりないので、必要な資料を集めることが難しいと感じます。</li> <li>・捜査は出来ないのに、病院が真実を明らかにしたいと願う気持ちを信じるしかありません。</li> <li>・医療機関は、協力的である。非協力的なときは、それを公表出来るようにする。</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>Aiの実施体制</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・死亡後の画像診断は有用。できれば死亡した直後に撮像することが望ましい。解剖まで時間がかかる場合はなおさら撮像しておくことが必要である。</li> <li>・Aiの読影については、専門的知識が必要。専門家が少ない場合、負担が掛かりすぎる。</li> <li>・Aiにも限界があるので、今は慎重にした方がいいと考えます。</li> <li>・死後CTに熟練した放射線科医は法学者より少ないかもしれませんが。受付から解剖開始までにCTを撮影し、専門家が読影するのは、地域では無理です。</li> <li>・将来、非解剖事例の取扱いを今後検討する際に、その受付要件として頂きたい。</li> </ul>

日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」		企画部会での意見	地域代表の意見
	<p style="text-align: center;"><b>評価の体制 評価の内容</b></p>	<p><b>評価期間</b>          ・評価が慎重であり、重たい仕組みであるために良い意味で時間を要している。待っているご遺族がいらっしゃるので、早くしたいが、ある程度の委員が集まらないと評価できない現実的な所があり、もっと少人数となればフットワークが良くなる。          ・1例で10カ月、1年で30例の処理能力であり、この協働型も入口を絞った中でのこの程度の処理能力というのは、将来、第三者機関としてこういうものを取り扱うものとしては規模が小さい。          ・調査はある意味きりがないので、この段階で評価結果を出しますという形で行うことを決めてはどうか。それ以降のことは、医学会で別の形で行うのは良いこと。          ・10カ月くらい評価にかかる理由は、評価委員会開催の日程調整に時間がかかり、評価医が報告書をつくるのに時間がかかるためである。それを何とか補助しないと難しい。補助する体制を作れば、6カ月以内に何らかの形の評価を下すということは視野に入ってくる。</p> <p><b>協働型</b>          ○協働型は、外から入った委員と内部の委員が協働してやるのが原則で、第三者性というのが患者さんにも理解され、警察権力にもなるほど第三者が入っていますな と、言わせるようなもの。</p> <p><b>調査方法</b>          ○今までの事業でよかった点として、人と人との紛争は解決しないかわり、遺族に対してのヒアリングをしている。医療機関のカルテが本当にそうだったのかという確認手段はない。事故調査委員会がある時に遺族のヒアリングが出来ていたのかという特に紛争のあるケースでは難しいと思います。そう意味では第三者機関があって、取り扱う事によって遺族がおっしゃっている実際こういう行為がなされていたということを確認することが出来るというメリットがある。</p> <p><b>評価の内容</b>          インフォームドコンセントの取り方がまずいとか、信頼関係を破綻させていることも、分析の中にいれるべきだと思う。これが原因究明にももう少し肉がついてくるものと思います。</p>	<p><b>【委員構成】</b>          ・総合調整医は委員会に必ず入るようにして、評価がぶれないシステムとしている。          ・総合調整医に大学病院の医療安全担当者を入れて医療安全の観点から評価している。          ・医療界以外の委員は医学的な議論が理解できないことが多く、特に法律関係者が多数参加しているが、医療に対する揚げ足取りの議論になることがあり、法律関係者である必要はない。むしろ、理工系の技術者や輸送業界などのヒューマンエラーに取り組んでいる業界など、安全管理に取り組む現場からの参加こそ検討すべきである。          ・評価委員の構成に、弁護士は不要。弁護士等がいない構成であっても十分な公平性を担保できていると考えている。          ・常任の評価委員がいることが望ましい。</p> <p><b>【委員の選出方法】</b>          ・選出方法については、この4月以降各学会の名簿にしたがって決めているが、医療事故の調査に慣れていない方に当たる可能性もあって、各学会の人選は的確かどうか判断しかねている。機構側から各学会への人選について医療事故調査に関わった経験も加味することを要請したい。          ・院内調査委員会に比べて見劣りがするようなことがないように、またきちんと評価ができるように学会からそれなりの人物を推薦してほしい。80歳近い評価委員は交代してほしい。          ・現在は、総合調整医(一世話人)の私的な判断による処大といわざるを得ない。          ・地域完結型とするには、当該診療科の専門性の高い医療になると事例担当医と評価医が知己である場合が多い。他地域の専門医をお願いすることも配慮する必要がある。          ・評価委員の選択には苦労している。</p> <p><b>【評価期間について】</b>          ・評価期間については、全員が本業を持っているため遅くなる傾向がある。特に全員が集まる委員会の招集自体に1〜2ヶ月かかっているのが現状である。</p>
	<p style="text-align: center;"><b>遺族への対応</b></p>	<p>○遺族に対してのヒアリングをしています。このヒアリングはどのような視点かという、基本的に事実関係の確認という事で、医療機関のカルテ、あるいは医療機関側からの時系列、それはカルテに載ってなくて診療行為が本当にそうだったのかという確認手段はない訳です。当日病院にいた遺族の方にもそういうことなのかどうかを確認する。もちろん遺族は時間をつけているというわけではありませんので、概ねそのとおりという答えがあったりします。それが果たして事故調査委員会がある時に遺族のヒアリングがきっちり出来ていたのかという特に紛争のあるケースでは難しいと思います。そう意味では第三者機関があって、それらを取り扱う事によって、遺族がおっしゃっている、実際こういう行為がなされていたということを確認することが出来るというメリットがあります。</p>	<p>・患者の視点でとか、遺族の目線で、あるいは遺族の疑問に答える等のことが盛り込まれてきたが、これは不要と考えている。事実関係の把握についての聴取や報告書についての疑問等については答えるべきだが、それを反映した報告書は作るべきではない。本来は医療機関に向かうべき疑問が機構側に向かってくるのは本末転倒である。遺族の思いとどう向き合おうか、改めて考える時期に来ている。          ・調整看護師に対応してもらっており、現状に不満はない。          ・調整看護師の精神的負担は極めて大きい。中立の立場と遺族の心のケアとのバランスの取り方が、非常に難しい。→別部門を設置する方法もある。</p>

日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」		企画部会での意見	地域代表の意見
	評価結果の還元	<p>還元 ○となりの病院のおこること、他の病院の解決システムを知る事が出来る。 ○とりあえず、届け出てますので、そういう意味では医療機能評価機構が届出を集積するよりは、医療機能評価機構に参加していない病院もクリニックも情報としては集積されることになるので、こちらの方がそれを主体的に集積して分析して、時々それを医療機関に情報を流すということをすれば、それはそれで、今医療機能評価機構が調査をやっていますけれども、それっぽい事は出来るだろうという気がします。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・報告書は個人情報等は伏せた形で開示する必要がある。報告書自体は学術論文と同等の評価をしてもいい。</li> <li>・真の再発防止を考えるのなら報告書自体の開示が必要である。また、学会へ還元して、専門医の認定講習会等への活用や、医療事故調査の教育に活用してもらうことが必要。</li> <li>・事例によっては、学術的にかなり重要な、また発見に近いことがある。発表する、あるいは論文化するシステムづくりも必要。現行システムでは、当事者への還元しかなく、コンフリクト解決の材料としてしか使われていない。</li> <li>・概要の公表のみでは意味がない。全て公表するのが望ましい。例えば、各学会の総会で、一年間の「日本医療安全調査機構受付事案の報告書検討会」のようなものを行い、学会単位で周知すべき。さらには、報告書の妥当性などについても自由な意見を貰って良いのではないかと。当該病院がよしと判断するのであれば、症例報告を行っても良い。</li> <li>・外科系の学会に、積極的に成果を伝えるべきである。手術の合併症でなく、患者の内在于る因子が手術死亡につながったことを示せた事例があり、結果的に外科医を守ることにもつながっている事業であることを広報するべきである。</li> <li>・全国の評価結果報告書から、役に立つ部分をピックアップして仕立てる。</li> <li>・中央での総合的、系統的な分析をお願いします。特に「再発予防策」に関する事後活用状況と提言内容についての医学的問題点についての調査は、早期に着手して頂きたい。</li> </ul>
⑤解剖・死亡時画像診断(AI)を含む調査・分析機能、人材、財源が現状では絶対的に不足しており、医学会挙げての協力的参画と、国からの制度的・財源的支援が不可欠である。	機能・人材・財源の不足	○調査委員会になれていない先生もいる。医学の中で我々は院内調査のトレーニングはしたことが無い。慣れるまではこのような仕組みも必要。そういう文化を形成するまでは、トレーニングが必要。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・評価医自身が評価結果のまとめに慣れていないことが多い。</li> <li>・各症例の評価結果報告書の内容に幾分ばらつきがある。</li> <li>・主席評価委員の負担が大きすぎる。報酬も低すぎる。</li> <li>・評価委員の教育プログラムの策定と実施を早期に希望。この点は、依頼医療機関の院内事故調査委員会の啓発に関わる問題と対極にあります。</li> <li>・解剖謝金や評価謝金について検討する時期に来ている。専門家としての応分の謝金を考えるものの、その報告書の著作権等は機構に有するとするか、必要経費は別として、科研費の日当程度の支給とするものの、学会発表や論文化等の権利を有するとするか。</li> <li>・忙しい先生方に無理を頼んで突然の解剖をお願いするので、解剖の謝金は増やすべき。評価委員会出席の謝金も、時間と時間帯(夜間)に比してあまりに低い。評価報告書の作成料も増やすべき。この状況では通常は何度も引き受けてはもらえない。</li> <li>・利用料については原則、無料が望ましい。負担が生じると、依頼が出来ない例が出ると思う。</li> <li>・継続的な運営財源を担保することが必要。</li> <li>・司法解剖は国費であり警察庁と相談できないか。</li> <li>・法制化するのであれば受付時間などの制限は出来ないと思うので、経費はかなり多くなると思う。事務所や人員も増やさなければ、平等で公平な制度とならない。医療の大きな改革なので、必要な経費は国費で賄うべきである。</li> <li>・現状の費用で全国展開するのは非現実的です。第3者解剖をして報告書をまとめることに意義があるのであるから、全国展開する場合は、解剖に係る費用や検討会の開催回数も制限するべきです。そのために評価の精度が損なわれるのは想定内と考えるべきである。</li> </ul>
⑥調査結果は、当該医療機関・患者家族・医師会へ通知する。	調査結果の取扱い		
⑦プライバシーに配慮した上で公表はするが、警察・司法へは調査結果を通知しない。	警察への通知		
	再教育 行政処分 自浄作用	<p>○医療問題は医療関係者が扱わないといけない。その時の問題は、責任問題もあるでしょういろいろな問題があるが、教育的な行政処分をやる方向でもっていけるようにすれば、犯罪は警察に行くでしょうが、医療関連事故でなくなった場合は全例受けとって教育的な行政処分が出来るようになればいい。</p> <p>自浄作用 ○自浄作用をする機関がない。医師に関する自浄作用の機関としては医道審議会があるが、行政処分が刑事処分だけを対象にしているのはおかしい話であること。第三者の評価を作る時に、自浄作用も見せないと国民からの信頼を得られない。 ○医師会に入っていようがいがいが訴訟にのってしまうのもうやめて欲しいというメッセージをだすという話はあると思う。職場団体としてのオートミーを働かせるかどうかという話は無理に一致させる必要が無い。</p>	
	事業の周知について		<ul style="list-style-type: none"> <li>・当面は、司法解剖をモデル事業にのせる。警察および法医学教室と連携しモデル事業に誘導する。</li> <li>・現在のモデル事業が、なかなか周知できていない。更なる努力が必要である。</li> </ul>
⑨これらの基本的考え方を踏まえ、「医療事故調査第三者機関設置検討委員会」(仮称)を早急に立ち上げる	検討委員会設置		
補1: 第三者機関について 補2: 日本医療安全調査機構 補3: 医療安全支援センター 補4: 「第三者機関」から警察・司法への通知について 補5: 医師の免責制度について			



日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」		企画部会での意見	地域代表の意見
4 医師法21条の改正を行う			
①医療行為に関連した死亡は医師法21条が対象とする「異状」に含めないこととする。	医師法21条の 解釈	<p>○資料9の捜査機関との関係について、日本医師会が21条の改正、医療法人協会が21条の削除、日本病院会が改正、全日本病院協会が改正、全国医学部長病院長会議も改正、大綱案も改正、民主党案も削除となっている。日本医師会のものを核にしても日本病院会のものを核にしても、避けて通れない議論。</p> <p>○医療関連死はわれわれがやることで、警察が入っても意味がないと。でもなったからには、われわれがきちんとしなければならぬ。その中で第三者機関の立ち上げ方を考えていかないといけない。</p> <p>医師法21条の問題</p> <p>○21条の問題をクリアしないと、このシステムで引き受けて解剖というかたちはすんなりとはいかない。</p> <p>○ちゃんとした医療事故調査制度ができれば警察にいて欲しいと思っている医療事故被害者は少ないと思う。被害者にある程度納得してもらいしくみをつくれれば、刑事責任を極めて例外的な形にして柵にあげてしまうことはいかようにもできる話である。</p> <p>○透明性高く医療事故調査をしていくという仕組みがあって、他方、山本病院と銀座眼科事件のような例外的な事件があることをどうしていくか。例外の事例を基に制度を作ることではないが、医療界としてこのような例外に対応していくかだと思ふ。</p> <p>○何年に一回かはわからないがこのような例外的事例が出たときに医療界はだまってないという排除をしながら、日常的には肅々と医療事故分析をきちんとやっていくというのがよいとおもう。</p> <p>○三つの無罪事件は、医学界の意見が対立したものを起訴した、もともと検察のおかしいところがよくでた事件であった。あれを刑事司法の日常と思つたら間違い。あのような例外的な事件を起こさないために制度設計をするというのではなく、冷静に刑事捜査が必要な事案もあるので、そういうところに警察は力を発揮してくれればよいこと。</p> <p>○刑事捜査を一定のルールのもとに置くことは十分あり得ること、大綱案はその意味では枠の中に入れて手足を縛る案であったが、民主党案は柵の外において好きなようにやってくれという枠の中に入らないようにという案なので、民主党案では十分ではない。医師法の21条の改正を含めて対応していくことは重要なこと。</p> <p>○大野事件については、例外だとは思ふが、あのようなことが起きない制度を作りたい。医療の現場の人はとても不安。</p> <p>○医師会の議論でも「調べてどう考えても犯罪」という事例は警察へ伝えるということは当たり前。</p>	<p>・診療の過程で、あるいは医療機関内で発生したものであれば、当事業がまず関わり、その判断で司法に回すことでよいと思います。まず、司法に行く現状の制度は改めるべきでしょう。</p> <p>・現状では21条に抵触する症例は警察に届け出るべきだと思います。</p> <p>・そのような事例は、現行法下では取り扱えません。「司法解剖」と「モデル事業」との協働方式的な調査分析方法を提案すべきです。即ち、医療事故は、(臨床)医療関係者が関与していない従来の「司法解剖」では十分な医学的な調査は困難といわざるを得ません。</p>
②医療法21条にいう「異状」の範囲は明確でなく、本来の罰則は廃止する。	医師法21条の 罰則		<p>・故意の犯罪的要素が否定される場合で、当事業に原因究明を求めてこられれば、事実を明らかにすることを条件に免責し、医療従事者個人の責任を問わないようにすることを約束する。</p>
③医療行為に関連した死亡では、24時間以内の届出義務を課さない。	医師法21条の 届出		
④医療行為に関連した死亡で、院内事故調査で「医療関連死で死因究明の必要なもの」(当該医療機関において可能な限り調査分析を行ったにもかかわらず、その分析能力を超えるもの)と判断された事実は「第三者的機関」の地方組織に調査を依頼する(再掲)。	第三者機関の調査 対象		
⑤医療行為に関連した死亡については、故意または故意と同視すべき犯罪以外は、医師は警察に届け出る義務を負わない。医療事故は、医療者の責任において原因究明と再発防止を図ることとする。	届出の範囲		
補1: 医師法21条の趣旨と沿革 補2: 医師法21条の「異状」をめぐる解釈上の問題 補3: 本委員会での提言について			

日本医師会「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言について」		企画部会での意見	地域代表の意見
5 ADRの活用を推進する			
①事故調査分析・再発防止対策への取り組みの前提として、受療者側と医療者側の対話を進めることが大事である。			
②日本医師会及び都道府県医師会は、ADR的な機能を備えた保険制度を自ら運営し、多くの医療事故を自主的に解決してきた実績がある。			
③地域においては、県医師会が医療問題中立処理の場を提供し、当事者間の対話の推進と紛争回避にADRが実績をあげている例もある。このように当事者間の対話を促す為の働きかけとして、医師会がADRを推進することの意義は大きい。			
④ADRは、地域住民、受療者がアクセスしやすい形であることが大切である。			
補1:ADRとは 補2:日本医師会医師賠償責任保険について 補3:茨城県医療問題中立処理委員会の取り組み			
6 患者救済制度を創設する			
①過失、無過失を問わず医療に起因する有害事象について、患者救済制度を設ける。医師免責については、WHOの報告を踏まえて今後の検討課題とする。			
②一方で、医療側も厳しい自律的体制を明示することが不可欠である。			

# 調査の類型化

	1 従来型	2 院内型(レビュー)	3 協働型	4 院内調査後受付	5 解剖非実施モデル	6 病理解剖
想定される事例・対象	診療関連死のうち、死因究明と再発防止策を中立な第三者機関において検討するのが適当と考えられる場合	外部参加型評価委員会の実績がある医療機関が対象	高い専門性や透明性の確保が必要な事例・医療機関が対象	院内事故調査で調査・分析・報告を行ったが、十分な評価結果が得られない場合	患者家族が解剖を望まない場合 解剖の必要性が低い事例	病理解剖のみで臨床経過の評価を要しない場合
スキーム	<p>医療機関において診療関連死発生</p> <p>①遺族への同意を得て、モデル事業に依頼</p> <p>医療機関</p> <p>モデル事業</p> <p>医療機関は院内調査に取り組む</p> <p>小規模医療機関は、医師会より協力・支援を得る</p> <p>院内調査報告書をモデル事業に提出</p> <p>②解剖・死亡時画像診断の実施</p> <p>③臨床専門医による調査・聞き取り</p> <p>④解剖結果・調査結果を踏まえ、分析・評価</p> <p>⑥評価結果を遺族・医療機関へ説明</p> <p>⑦必要な情報を国民・関係機関へお知らせ</p>	<p>医療機関において診療関連死発生</p> <p>①遺族への同意を得て、モデル事業に依頼</p> <p>医療機関</p> <p>モデル事業</p> <p>②院内での調査委員会を暫定的に組織</p> <p>③解剖・死亡時画像診断の実施</p> <p>④外部参加型委員会を開催し、解剖結果・調査結果を踏まえ、分析・評価、報告書の作成。モデル事業に提出。</p> <p>⑤院内委員会の報告書を、事業側の委員会で評価</p> <p>⑥評価結果の遺族への説明</p> <p>⑦必要な情報を国民・関係機関へお知らせ</p>	<p>医療機関において診療関連死発生</p> <p>①遺族への同意を得て、モデル事業に依頼</p> <p>医療機関</p> <p>モデル事業</p> <p>②解剖・死亡時画像診断の実施</p> <p>③調査方法・調査委員の人選・スケジュール等の報告を受け、院内調査委員会が適切に組織されているかチェック</p> <p>④外部委員の派遣</p> <p>⑤外部参加型委員会を開催し、解剖結果・調査結果を踏まえ、分析・評価、報告書の作成</p> <p>⑥中央審査委員会において審査・承認</p> <p>⑦評価結果の遺族への説明</p> <p>⑧必要な情報を国民・関係機関へお知らせ</p>	<p>医療機関において診療関連死発生</p> <p>医療機関</p> <p>モデル事業</p> <p>①解剖等の実施</p> <p>②患者・遺族へ死因を説明するための院内事故調査報告書を作成</p> <p>③評価結果の遺族への説明</p> <p>納得が得られない場合</p> <p>④調査結果を踏まえ、分析・評価</p> <p>⑤報告書の作成</p> <p>⑥評価結果を遺族・医療機関へ説明</p> <p>⑦必要な情報を国民・関係機関へお知らせ</p>	<p>医療機関において診療関連死発生</p> <p>医療機関</p> <p>モデル事業</p> <p>①遺族への同意を得て、モデル事業に依頼</p> <p>②AIを実施</p> <p>③ 1従来型、2院内型、3協働型 いずれかで展開</p> <p>④評価結果を遺族・医療機関へ説明</p> <p>⑤必要な情報を国民・関係機関へお知らせ</p>	<p>医療機関において診療関連死発生</p> <p>医療機関</p> <p>モデル事業</p> <p>①届出</p> <p>②解剖・死亡時画像診断の実施</p> <p>③評価結果を遺族・医療機関へ説明</p> <p>④報告？</p> <p>⑤必要時、臨床評価</p>
調査主体	モデル事業	依頼医療機関	依頼医療機関	依頼医療機関	(1従来型、2院内型、3協働型)	依頼医療機関
事例の受付時期	診療関連死の発生直後	診療関連死の発生直後	診療関連死の発生直後	院内事故調査の報告後に遺族の納得が得られなかった時	診療関連死の発生直後	診療関連死の発生直後
解剖の実施と実施場所	あり: 院外	あり: 院内	あり: 院内	A: 解剖あり(院内) B: 解剖なし	解剖なし	あり: 院内
死亡時画像診断	適宜	適宜	適宜	適宜	実施	適宜
備考						