

平成 24 年度 第 2 回 運営委員会

議 事 次 第

平成 24 年 10 月 19 日 (金)

・ 13 : 30 ~ 15 : 30

・ 日本外科学会 8 階会議室

1 報 告

(1) 第 2 回理事会報告事項 (冊子、資料 2)

○諸規程の制定及び一部改正について

- ・ 事務局規程 (新設)
- ・ 経理規程 (新設)
- ・ 給与規程 (新設)
- ・ 退職金規程 (新設)
- ・ 職員就業規則、非常勤職員就業規則 (一部改正)
- ・ 事業経費取扱規程 (一部改正)

(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) 平成 25 年度事業計画並びに収入・支出予算について (資料 4)

(2) 企画部会からの報告書について (資料 5)

(3) その他

- ・ 平成 24 年度人材育成研修 企画案 (資料 6)

(配布資料)

資料 1	平成 24 年度第 1 回運営委員会議事録	
資料 2	平成 24 年度第 2 回理事会報告事項	冊子
資料 3	事業の現況	
資料 4	平成 25 年度予算編成上の主な留意事項	
資料 5	企画部会からの報告書	
資料 6	平成 24 年度人材育成研修 企画案	

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

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

資料 1

平成 24 年度 第 1 回 運営委員会

○日 時 平成 24 年 7 月 9 日 (月) 13:30~15:45

○場 所 東大病院中央診療棟 2 7 階会議室

○出席者

青木 康博 (日本法医学会担当理事)
有賀 徹 (日本救急医学会代表理事)
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)
児玉 安司 (新星総合法律事務所弁護士)
高杉 敬久 (日本医師会常任理事)
富野康日己 (日本内科学会担当理事)
松原 久裕 (日本外科学会担当理事)
西内 岳 (西内・加々美法律事務所弁護士)
原 義人 (日本医療安全調査機構 中央事務局長)
樋口 範雄 (東京大学法学部教授)
安原 真人 (日本医療薬学会会頭)
山口 徹 (国家公務員共済組合連合会虎の門病院院長)
(敬称略・五十音順)

地域代表者

舟山 真人 (宮城・東北大学大学院医学系研究科
法医学分野教授)
山内 春夫 (新潟・新潟大学法医学教授)
野口 雅之 (茨城・筑波大学人間総合科学研究科診断
病理学教授)
渡邊 聡明 (東京・東京大学腫瘍外科学教授)
池田 洋 (愛知・愛知医科大学病理学教授)
長崎 靖 (兵庫・兵庫県健康福祉部健康局医務課
監察医務官)
清水 信義 (岡山・岡山労災病院院長)
居石 克夫 (福岡・国立病院機構福岡東医療センター
研究教育部長)

代表理事

高久史磨 (日本医学会会長)

オブザーバー

厚生労働省 (川崎、初村)

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 こんにちは。ただいまから平成 24 年度第 1 回運営委員会を開催いたします。委員につきましては、大

変ご多忙のなかご出席くださりまして、厚く御礼申しあげます。

最初に、資料確認をいたします。議事次第、次に、6 月 1 日現在の運営委員会委員名簿が付いております。そして「資料 1 23 年度第 4 回運営委員会議事録」がございまして、クリップ留めした「資料 2 24 年 7 月 9 日運営委員会での『理事会報告事項』」がございまして、それから「資料 3 モデル事業の現況」「資料 4 企画部会の審議状況」、これもクリップで留めてあります。そして、皆さんのお手元に橙色の印刷物「平成 23 年度 事業実施報告書」です。

まず議事に入る前に、このたび運営委員の先生方が若干替わりしました。替わった方は、名簿にアンダーラインを引いております。上から順番にご紹介いたします。日本法医学会担当理事の青木 (康博) 先生、それからいま企画部会を設置しておりますが、企画部会推薦の有賀 (徹) 先生、木村 (壯介) 先生は病院団体協議会の推薦でございまして、日本外科学会担当理事の松原 (久裕) 先生。それから、東京地域代表が国土 (典宏) 先生から替わりまして同じく東京大学の渡邊 (聡明) 先生です。そして大阪地域の奥村 (明之進) 先生は、きょうはご欠席です。以上ですが、よろしくお願ひします。

樋口座長 それでは、議事次第にしたがって早速議事を進行したいと思ひますが、まず報告事項からお願ひします。

原中央事務局長 平成 23 年度の事業報告をさせていただきます。オレンジ色の冊子を確認しながらご報告させていただきます。

まず第 1 ページを見ていただきますと、今までの経緯とか変遷が書いてございます。いま現在、組織図の運営委員会の下ワーキング部会として、企画部会というのが現在立ち上がり、今後のこの機構のあり方について審議しているところでございます。

2 ページ目にまいりまして、平成 23 年度の運営方針ということで、23 年度は 40 事例目標ということでしたが、終了してみましたところ、いまのところ 26 例でした。それから協働型を試す、人材育成に力を入れるというような方針で行っております。それから 3 番目、事業の体制ですけれども、福岡地区は佐賀県支部が追加されまして、少し拡大されているところでございます。

次の 3 ページ目に、実際の各地域の事務局の状況が書いてあります。後ほどご覧いただくと幸いです。

4 ページ目にまいりまして、学会の評価協力体制ということでもあります。現在、日本医学会 38 学会、それから看護系学会、薬学部学会と大変多くの学会の方々にご参

資料 1

加いいただいて、この評価機構が動いているわけですが、平成23年10月6日にモデル事業協力関係学会代表者説明会を行いまして、協働型の話ですとか、事業の現況等の説明を申しあげました。

次に5ページ目に、現在登録されている各学会からの協力医の数が書いてあります。延べ総数で3,056名が登録されているということでございます。

その次の6ページ目に、平成22年4月から24年3月の2年間で合計477名の方に、評価委員としてご協力いただいた。各学会の協力をしてくださった先生方の数が、その表に載っております。

7ページ目にまいりますと、5番の会議の開催状況ということで、社員総会は合計3回行われまして、そこに書いてありますような事項が決定されました。それから、理事会は合計で5回開催されまして、そこに書いてあるような事項が決定されました。運営委員会は、合計4回開催されました。それから、事務局の連絡会議は年2回ございまして、各地域のいろんな意味での標準化を計っていこうということで議会を開催いたしました。

次の8ページを見ていただきますと、事業の概要ということで、3番に「従来型」「協働型」という言葉が出てまいります。23年度から協働型というものを取り入れて、なんとかこれを試してみたいということで、後ほど出てきますけれども、最近まででちょうど10例、協働型が開始されております。1例は、もう既に中央審査委員会までたどり着いております。

次の9ページ目に、従来型と協働型の比較がありますが、もう皆さんよくご存じのことですので省略させていただきます。

それから10ページ目、11ページ目は、従来型の詳細、それから12ページ目、13ページ目は協働型の詳細。さらに詳しいことは、ご覧のとおりです。

次は14ページにまいりまして、事業の実施結果がそこにあります。年度別地域別受付事例が、22年度と23年度と両方書いてあります。22年度は合計33例、23年度は26例ということになります。23年度は、事業が始まる時に予算が本当につくのかどうかというところが非常に心配でありまして、なかなか事業が軌道に乗らなくて、4、5、6月あたりは非常に事例数が少なかったものでありましたが、後半事例が伸びて、24年度に入って非常に数が増えてきているということでございます。

次は16ページですが、平成23年度新規受付26例事例の非常に簡単な特徴というようなものがあります。男性・女性、患者さんの年齢、依頼医療機関の規模は400床未満が14事例あるということです。その横の表が関連した専門科病院ですね。それからいちばん下には警察への届出の有無ということで、ちょうど26例のうちの半分が

警察への届出があった事例で、最近は非常に警察との協力関係ができつつあるような状況であります。

次は17ページ、評価の進捗および報告書の交付状況ということになります。評価結果報告書の交付状況は、平成22年度は24事例、平成23年度は32事例の交付を行いました。先ほどの24例は受付事例ということですが、23年度のうちに32例の報告書の交付を行ったということになります。最終的には評価終了の合計件数は、内科学会時代の評価も含めて全部で140、概要公表総数は126ということになっております。事例全部を合わせますと、つい最近までで175事例になっていると思います。

次の18ページ、19ページは概要の本当に輪郭だけでありますが、そこに載っております。それから19ページの下表10には相談事例の状況がございまして。この相談事例というのは、相談がありましたうちの機構のほうで受け付けられなかった事例でありまして、23年度は28例の相談事例があったと。ほぼ同数の事例の受付ができなかったということになります。その理由は、そこに書いてある通りでございます。

20ページには協働型の進捗状況ということで、次の21ページに表11と書いてある図がありますけれども、事例7まで書いてありますが、最近あと3例追加されて、いまのところ10例の協働型が進行しているということになります。ちょうど10例でしっかりと振り返ってみようという最初の計画でありましたので、ちょうど区切りがいいところに来ているかなということになります。それから7番に人材育成とありますが、今年の2月28日に病理に関係しまして、「診療行為に関連した死亡の調査分析事業における解剖の実際」ということで研修会を行いました。

次のページにありますが、31名の方々に出席いただきまして、調査解剖という範疇の病理の仕事に研修を積んでいただいたということになります。

23ページには、そのときのアンケートの結果が載っております。

次は24ページですが、広報活動ということで、いろいろなところに23年度の事業実施報告書を交付しています。ですが、機構はなかなか広報がうまくありませんで、まだまだ十分ではないという状況を認識しておりますので、もう少し広報をいろいろしていきたいと思っております。以上です。

樋口座長 ありがとうございます。続いてお願いします。

岩壁次長 決算は、先の社員総会で承認されまして、そ

資料 1

の内容に基づいております。平成23年度収入支出決算書、収入の部ですが、補助金のほうは最終的には予算額が1億1,915万5,000円のところ、決算額は1億1,590万9,000円、324万6,000円が国のほうへお返しする金額です。それから雑収入ですが、124万5,438円の決算になっております。これにつきましては、受取利息、とくに昨年は補助金が10月末に入りました関係で、日本内科学会、外科学会から無償で大変多額な融資を受けました。それに対する利息でございます。それからあとは人材育成の受講料・講師の派遣料収入等がございます。それを合計しまして収入の部は1億1,716万7,321円となっております。

それから支出の部でございますが、事業費は1億1,598万2,590円でございます。いちばん右に前年度決算額1億6,645万4,400円と記載されております。23年度は何故この決算額で事業が推進できたかといいますと、職員の常勤から非常勤に身分を変えて1年間ご理解を願ったということが、まず第1点です。そして第2点目は、きょう開催されております運営委員会、理事会等の謝金を皆さんからご返上いただいたことが2点目です。3点目は、現在全国9の地域事務局がございますが、家賃を値下げしていただいた。それが、大きな理由の3点目です。4点目は、予算の関係で昨年はパンフレット等を発行しなかった。以上の通り皆さんのご理解、ご協力により辛うじて決算を迎えることができました。本当に心からありがたいと存じております。改めてお礼を申し上げます。

引き続きまして、定款の一部改正でございます。今まで社員総会と理事会の役割と権限が曖昧だったものから、他学会の定款を参考にしつつ法律に則った形で役割と権限を整理いたしました。それが、この定款のアンダーラインが引いてあるところです。3番目は、理事の4名を増員いたしました。4番目に、第1条に機構名称の英語表記。これは昨年、理事会から英語表記の承認を頂戴しまして、それを明文化いたしました。そして、運営委員会の委員の任期を2年としました。今までは任期がなかったのですが、理事は2年になっておりますので、運営委員も合わせました。それできょう、皆さんの机のお手元に委嘱状があると思います。6月26日という日付になっておりますのは、先の理事会で承認を頂戴したところから2年間になります。よろしくお願ひします。それから6番目に、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」旨を明記いたしました。定款の一部改正につきましては、以上の通りです。

高久代表理事 理事の増員のことは、いま事務局からお伝えしましたが、具体的には全国医学部長病院長会議相

談役の嘉山孝正先生、日本歯科医師会の溝淵健一常務理事、日本薬剤師会の森昌平常務理事、日本看護協会の大久保清子副会長の4人の方の増員が理事会で認められましたので、ご報告申し上げます。

それから事業経費取扱規程の一部改正は、岩壁さん、お願ひします。

岩壁次長 前回、3月19日の運営委員会での審議を経て、先の理事会で承認されたものを条文化しました。とくに解剖結果報告書の認定謝金、現行1事例2万円を、1事例3万円に改正。理由等につきましては、記載の通りです。

そして、事務員の人件費を現行1時間単価1,400円を中央事務局は1,700円に改正しまして、地域事務局は1,500円に改正したところでございます。内容につきましてはアンダーラインが引いてあるところですので、後ほどご覧になってください。以上です。

高久代表理事 もう一つ報告があります。それは厚生労働大臣への要望書です。この運営委員会でも話題になりました。後ほど説明があると思いますが7月4日の企画部会でも、この機構が第三者機関として継承されることを強く要望しようという意見がありました。実は明日、厚生労働大臣に直接ではなくて大谷（泰夫）局長を介してではありますが、「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」ということで、私と日本医師会から高杉常任理事と、内科学会、外科学会の理事長さんと事務局で、明日厚生労働省に持ってまいります。以上です。

樋口座長 よろしくお願ひいたします。いま資料2と、その前に原先生のほうからは、この冊子を使った報告がありました。一応ここまでで少しコメント、ご意見、ご質問等を受けたいと思いますが、いかがですか。

加藤委員 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の報告書は、傑作で貴重なものだと思いますけれども、これの配付はどのぐらいの部数をつくったのですか。これは、然るべきところにはしっかりと報告を兼ねて配付できたらいいなと思うんですが、予算の関係とかいろいろ制約もあるのでしょうけれども。一部だけではなくて、私も何冊かあれば配りたいなというところもあります。いかがなものでしょうか。

原（中央事務局） 事務局からお答えさせていただきます

資料 1

す。部数は 3,500 部印刷させていただきました。少し薄めになりましたので、その分コストがダウンしました。いま実施している全国 10 地域の臨床研修病院には、2 部ずつ配付しています。その他、関連機関には配付予定でございます。

高久代表理事 メディアのほうにはどの程度しているのですか？ 事務局と病院だけではなく、国民の人に知ってもらいたいと思います。よろしくご検討ください。

原（中央事務局） 承知しました。

樋口座長 他にはいかがでしょう。資料 2 のいちばん最後の 1 枚紙が、小宮山大臣宛にということで、こういう文章を厚生労働省に出していただくということなんです。いちばん最後に下線も引いてありますが 3 点あって、これは後の議題の、企画会議でどういう議論が行われているかについて簡単に説明もいたしますし、まだ別に結論が出ているわけでもないんですけども、今後の医療安全事業の方向性と密接に関係するところでもあります。

それで、私は別の人にちょっと注意をされたんですが、そういうことも高久先生を初めとしてご存じなので言ってくださると思いますけれども、いちばん最後のところ、現行事業の制度化をどう考えておられるかという話です、小宮山大臣を初めとして。ともかくしかし、来年というわけにはいかないだろうと。それで、「制度化までは、補助金事業として継続していただきたい」ということと、制度化することになった場合は全国的なという話になるので、「その取り組みが行える措置を講ずること」と。

この措置のなかに、国の予算というのは最後は国会に通すというところまで、段取りが毎年、毎年あって、いま頃実際には始まっているということであるとしたら、これはなかなか難しいかもしれないんだけど、来年度……いやいや、厚労省の検討会ですぐに結論が出るのかどうかも、私なんかはちょっとよくわからない。しかし、我々としてはそういうレベルではなく、もう少し実務的なレベルで、従来の経験を踏まえた形といたらいいんですかね。「こういう事業が全国展開されたときには、少なくともこのような形はできるんじゃないだろうか」というものを、少しエビデンスを示しながら、企画委員会で固めてみようと思っているわけです。うまくいくかどうかはともかくとして。

これはまた後で議論もしていただきますけれども、そのときに、やっぱりその一歩でもあるので、その上に「平成 25 年度予算については、減額される前の予算の額を要望します」と書いてありますが、これで確保できればそ

れで十分という話もありますが、その先のことを見据えてという話になると、3 のところで、全国展開に向けた取り組みのために、金額はともかく、何らかの調査費という形で計上をお願いできないだろうかと思っているんですが。急に言われても、そういうことをすぐ答えてくださるのかどうかもわからないですが、宮本さん、どうです？ いきなりの質問では、お答え難い。しかもお金の話でもありますのでね。

宮本（厚生労働省） 樋口先生にもご参加いただいて検討部会を進めておりますが、そういう議論の状況を踏まえて、国側のほうも考えていくことになると思います。何か将来に向けて新しく、または拡大していきなり考えていくとなりますと、そういうきっかけといいますか、節目のところをとらえて進めていくことが、私どもの対応のなかでは通例だと思いますので、意識したいとは思いますが、この場では何とも申しあげられないのでご容赦いただきたいと思います。

高杉委員 6 月のおしまいに、厚労省に予算要望をいたしました。このとき仕分けにあったのと、さらに加えての陣立てと人材育成、それからもう一つはどうしても A i が必要だろうと。とくにいま死因究明委員会の制度ができましたので、これも併せて必ずきちんとやろうと。あるいは死因の不明やつは、どうしても A i はやってみたいと。そういうことも含めて要望を医師会から出しました。どのように考えていただけるかは知りませんが、もちろん安全調査機構からも要望が出ると、ますますいいと思います。

樋口座長 ありがとうございます。きょうは、議題の「企画部会について」というところについて本当は時間をとりたいと思っているんですが、ここまでの範囲でどなたからでも質問でもご意見でもあれば、伺いたいと思います。

それでは、もう一つ報告事項で、事業の現況について資料 3 をお願いします。

原中央事務局長 資料 3 をご覧ください。まず 1) 受付事例及び相談事例の状況ということで、①の事例受付状況及び進捗状況で、受付けた事例は平成 22 年度受付分、23 年度受付分、24 年度受付分と 3 代にわたって書いてあります。とくに 24 年度受付分はまだ 3 ヶ月ですが、既に 13 事例受け付けているということで、このまま×4 ということとなりますと 50 事例ということで、かなりハイペースです。受付後、評価中の事例が 31 事例。結果交付した事例は全体で 143、機構になってからは 62 というこ

とであります。なかに評価結果報告書の交付に至らなかった事例が2例ありましたが、きちんと進んでいるということでもあります。

② 死亡時画像診断Aiですけれども、モデル事業で実施、依頼医療機関で実施と合計で5、実施していないが8、全部で13ですけれども、まだ実施されていないところが多いようではありますけれども、徐々にAiが活用されつつある状況でございます。

③ 相談事例として、先ほどもありましたけれども、全部で23年4月以降は34事例が相談で留まったということで、ご遺族から承諾が得られなかったのが9例、医療機関から依頼がなかったが全部で13例あります。それから、機構が受けられなかったというのが12例、合計で34という状況であります。

それから裏面を見ていただきますと、協働型、先ほど7例と言ったのですが、実際すべて10例でどういう段階にいまあるか、ということが示してあります。事例4は中央審査委員会まで行ったということで、ほぼ終了に近いところですので。以上でございます。

樋口座長 つけ加えますけれども、毎回運営委員会では、この議事のいちばん最後の具体的な新規事例については、個別の案件でもあるので非公開という部分をごく短時間つくっていたのですが、きょうはその予定をしております。傍聴の方にも申しあげますけれども、全部公開でずっと通して議論を行うこととなります。この事業の現況について簡単な説明がありましたが、どなたかからコメントでも何でもあれば。

それでは、またどのようなことで思いつかれても、後でご自由に発言していただくことにして、議題に入りたいと思います。議題(1)が企画部会について(資料4)ということですが、これも原さんですね。

原中央事務局長 資料4をご覧ください。現在、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が立ち上がっております。その5のところにスケジュールと書いてありまして、第1回が6月18日、第2回が7月4日、ここまで2回が終了しております。第3回は7月20日の予定、4回、5回が9月、10月と、一応5回である一定の結論を出したいという予定で進行しております。

趣旨ですけれども1に戻りますが、この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というようなことを検討しようと。検討課題はそこに書いてありますけれども、全国展開に向けた事業拡大と組織化、それから事業継続の安定化策、広報の話とかありますが、もう少し根本的なところに若干向かっているような感じ

があります。企画部会の委員の名簿が最後に付いております。そこに書いてありますように各先生方、運営委員会にも出ていただいておられる先生方もかなり協力して入っていただいております。それから運営は、企画部会の庶務は中央事務局が行っておりまして、当然ながら議事は非公開ということでやっております。

6番に、これまでの企画部会開催状況ということで、第1回のこと書いてありますけれども、詳細はA3横の大きな紙にいろいろと書いてあります。この企画部会で話し合いが行われている過程で、本来医師会が提案されました「医療事故調査制度の創設に向けた基本的提言」というのが大変よくできているので、それを基本にして、これと比較しながらいろんなことを考えたいいのではないかという話がありましたので、「別紙 意見のまとめ」と書いてあるA3の大きな紙ですけれども、左端に日本医師会の考え方が書いてあります。それから中央に企画部会でどんな意見が出たか。それからいちばん右端に地域代表、当事業を維持していただいております地域代表の方の意見、3つの欄で載せております。

もう一回資料4に戻っていただきまして、第1回目です。ということが議論されたかということで、まず①高久代表理事から「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」という指示がありました。そして②座長として、事例を実際に担当されている東京地域の矢作(直樹)先生が指名されました。それから副座長として、いま司会していただいている運営委員会の樋口委員長、中央事務局の私が指名されました。そして事業の実施状況が報告されて、地域代表の意見を事前に集めましたが、その意見がそこで報告されているいろいろ議論が戦わされたということでもあります。

第1回目の意見等は、このページの下半分のところから「主な意見」と書いてあります。後ほどご説明したいと思いますが、1回目、2回目を合わせてそのような意見が出てきたということでもあります。

(2)第2回の7月4日のところですが、矢作先生から第1回目の議論を少しまとめるような形で論点として、・第三者機関としての役割、業務。・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)についてという、大きな5つの論点が示されまして、それについて議論が行われたということでもあります。

②に書いてありますが骨子案作成の作業チームとして、きょうは来ていらっしゃいませんが北海道地域代表の松

本（博志）委員に中心となっていて、山口委員、樋口委員、有賀委員、4人の方々が指名されまして、骨子案をつくるということになりました。一応、粗々の骨子案が第3回で示される予定になっております。そしてさらに、第3回目、4回目、5回目と、以下3回でなんとか制度化したいということになっております。総論的な部分は厚労省の検討部会でも検討されているので、私たちの企画部会ではモデル事業の経験をもとに実現可能性のある具体的方策を検討しようという、大きな方針となっております。

それでは、主な意見について若干解説させていただきます。まず、役割についてというところです。

- ・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、紛争解決など「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、この第三者機関はそこまで手を出すという話ではないのではないかとご意見がありました。

- ・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は思いますが、いちばん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いちばん大事だと。この死因究明、それに基づく再発防止が第一の役割であるということは、全員の統一した意見だろうと思いました。

- ・基本、死因究明、再発防止、報告書のなか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いくと。先ほど少し死因究明や再発防止ということと、人に対する対応というのは若干分けて考えるようなご意見があったのですが、なかなかそれは敢然と区分されるものではないだろうというようなご意見もありました。

それから次が、第三者機関の位置づけと調査依頼についてです。

- ・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。もちろん、ほとんどのモデル事業は本当に一部の事例が持ち込まれているというので、こういう全体像はモデル事業ではまったくわかってないということでもあります。

- ・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ことは届出るようにしたらどうか。

- ・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。亡くなったとき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ということで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るとは多分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ことは、ずいぶん説得力があることである。

- ・院内事故調査主導でやっていくことはかまわない。だけど、そこで解決してしまう、そこだけで終わってはこれからの医療を考えるとそぐわないのではないかと、というご意見もありました。

- ・このケースであれば院内事故調査以下の主導で、あとは報告書を見せていただくというケアレビューというパターンですが、こういう方法もあるかもしれないということもありました。

- ・院内事故調査以下はどういうものかということ、基本的には当事者のなか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というような、院内事故調査委員会だけですべては解決できないというご意見です。

- ・院内事故調査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棲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もって判断する、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、医療界以外の人も入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。なにしろ第三者段階をしないと、基本的にはうまくないというようなお話がありました。

それから、次に調査対象についてであります。

- ・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いう義務を引き受ける必要はなくて、そのなかでスクリーニングして調査をすればいい。これは、ちょっと話が飛んでいるような感じがいたしますが、要するにこの機構なり第三者機関が届出をすべて受けつけていくということになった場合、ということを書いてあります。

- ・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つくっていく。

- ・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

ことをもっと詰めるということ、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にパフォーマンスをします。これは、要するに届け出を受けて、それをどういうレベルの調査に割り振っていくかというようなお話だろうと思います。

それから、次のページですけれども、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時間体制で一カ所のほう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」という手筈がさっさと出来る、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ことから、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人ぐらい作ってその中でやりくりすればできる。ですから、どこか1カ所に対応すればいいと。電話対応だけです。

- ・（報告先について）中央に1カ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。中央だけではなくて、ブロック別に置いたほうがいいのではないかとという意見もありました。

- ・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ではないか、ということも言われました。

次が、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。第三者の評価をつくる時に、自浄作用も見せない国民からの信頼を得られないというような意見もありました。

以上、非常に雑駁ですけれども、こういう論点に関してこういうような意見が出ておりました。さらに詳細は、A3でまとめた企画部会の意見のところを拾っていただければよろしいかと思いますが、以上です。

樋口座長 ありがとうございます。2点補足しますけれども、いま原さんから紹介していただいたような議論は、どれも大変ですね。結局、厚労省の検討会でやる話と重複している部分もあって、資料4のスケジュールの下に、高久先生から「スピード感をもって」と。つまり、議論を重ねに重ねてということももちろん重要なんですが、それだけで議論が空転しているという話は、ここの機構としては、今までの経験、それから地域代表の方が今までやられてきて、「プラスαでこのぐらいのことはできるかもしれない」というような、現実的という言葉がいいのかどうか分かりませんが、上がどうなるのであれ、「このぐらいのことはできる」というフィージブルな話を詰めたほうがいいのではないかと。

そのためにこういう議論を何度重ねていっても、それぞれの論点について、全員が一致するというのもなかなか難しいような案ですよ。だから、まず具体的な第三者機関という新しい機構のイメージをまずつくっておいて、「それは、このぐらいのことはできる」と。だから、上からここを全部積み上げて、これだという方式はとらないで、比較的早く、別に最終案でもない文章化というか、骨子案というのをとりあえずいまつくろうとしています。それは、一致した案でも何でもないので、とにかく7月20日に出してみても、それを検討してよくしていくという話で、予定は10月になっていますが、夏休みをはさんで何らかの形で、「機構としてはこういうものはできるかもしれませんが。しかし、こういう支えがないとできません」というような条件も明らかにしていくようなことをやりたい。

別紙のほうでは、そのときの基本的な考え方としては、いちばん左に医師会の案というのがあって、それから右に地域代表の意見というのをいろいろな形でアンケートをとりました。このいちばん左といちばん右というのは、中身というか、レベルというのかな、焦点が違っている部分もあって、これをうまくつないで何らかの問題をつくりたいというのが、希望なんです。そんなにうまくいかどうか分かりませんが、地域代表のアンケートのなかから、例えば様々なメンバー構成というのは、この運営委員会もそうですし、医療安全調査機構のメンバー

自体も高久先生その他、たくさんの方のご尽力とご協力
で、従来のものと比べてずいぶん広がってきているんで
すよね。「今までになく、医療界のほぼオールジャパンと
いう体制になっている。この点が十分強化されていない
点が不思議ではあるが、とにかくこの機構が中心となっ
てやるしかないと思っている。そこで提案であるが、現
行の組織を活かすとすると、この事業の実施について今
後どうやって拡大していくか、それを基礎にして、ここ
らから国のほうに提案をするというようなものをつくり
あげたいというので企画委員会を立ち上げた」という段
取りにはなっているわけです。

最初の2回では、ちょっと抽象的な議論のほうが多か
ったのかもしれませんが、私もそれに参画して山口先生
からご注意を受けたりもしました(笑)。「そういう議論
を重ねていっても、何かまとまるということはないよ」
という話で、でもとにかく今は分かれ目で、もう少し具
体的な像を出そうしている。これは地域代表からのアン
ケート結果ですが、つまり全国でいったいどのぐらいの
拠点が必要か。現時点では常勤の医師もおらず、ほとん
どバーチャルと言うべき組織であると。バーチャル
というのは、最近はいいい意味で使うことも多いのだと
思いますが、これはあんまりいい意味では使っていない
のでね。リアルなものをつくる時には、このぐらいの
人員と、それをどこから出すかというのはまた別の問
題として出てくると思いますが、これだけの予算をかけ
るに値するようなものをつくらうじゃないかと。しかし、
予算は無尽蔵にどこかからお金が湧いてくるわけではな
いので、「フィージブルな案としては、こういうものがある」
というようなものをとにかく出してみようということ
であります。

いまのこの議論の紹介だけでは、そういう観点を忘れ
ているのではないかと思われるといけないので、そうで
はないつもりです。どういものが出てくるかはこれか
らの問題ですが、そういうことをちょっと付加した上で、
あとは自由に少し。ここに掲げている論点であれ、そう
でないものであれ、ご意見を伺いたいと思います。それ
をまた次の企画部会に反映しようということでもあります。
どうぞ。

高杉委員 この第三者委員会が必要だということはおち
ろんですし、日本医師会の提言を大きく整理して挙げて
くれたのは、非常にありがたいことです。ただ、病院団
体とかいろいろな意見が出ていますが、これをいま我々
は一つにまとめようとしております。近いうちにそれが
発表できると思いますが、死因究明二法案ができたから、
逆に我々は医療関連死のほうはきちんとしなければいけ
ないとか、スピード感も出さなければいけないというこ

とで動いています。いずれ、それも近いうちにこの委員
会にお送りできると思いますので。

木村委員 木村でございます。前回にも少し話が出まし
たが、今後この制度を早急にまとめていくにあたって、
これは原則になりますけれども、いま高杉先生がおっし
ゃったように、いろんな医療団体によって医療事故の死
亡に関する原因究明制度をつくらうとしています。ここ
のモデルになっている日本医師会の「創設に向けた基本
的提言」というのも、死亡だけではなくて、いわゆる事
故の原因究明も入っています。

今回、ここでやられている死亡の調査分析というのは、
非常に価値のあるものだと思いますけれども、この
制度をつかって医療事故の対応が全部できたというわけ
ではないですよ。死亡に至らなくても重要な事故とい
うのはたくさんあるわけですから、これはそのうちの
一部というか、死亡して解剖した症例だけを分析して、
それを役立てようと。その辺りをクリアにして、医師会
のつくられたこういうものを基にして今後の話を進めて
いくときに、やはり考えていることが少しずつ違ってくる
可能性があると思いますので、この事業の目的とする
ところをきちんとしておいたほうがいいのではないかと思
います。

樋口座長 医療安全のための原因究明・再発防止とい
うことを掲げるのであれば、死亡事故だけに限ることはむ
しろできないだろうと。しかし、死亡事故を中心とする
という話は、おそらく両立するような議論だとは思
うんですけれどもね。

清水委員 死亡事故を取り扱うというのは、医師法 21
条との関係で取り扱っているんで、たくさん事例を入
れたら、それはそれでいいんですが、解決する方法も、
人材も大変な労力を要するというなかで、医師法 21 条に
対応する組織をつくるという意味で死亡だけを取り扱う
ということは、私は非常に重要だと思います。死亡だけ
を取り上げるというのは、対比に医師法 21 条があるとい
うことだと思います。

有賀委員 私の立場は、救急医学会代表ということにな
っていますが、場合によっては医学部長病院長会議なの
かもしれません。いまおっしゃった医師法 21 条との兼ね
合いというのは喫緊のテーマというか、非常に大事なテ
ーマなのでその件と、それから届出をすることとの関係
を深めていくことは、極めて重要だと思っています。ほ
とんど現場は辟易しているというか、どうしていいかわ
からないうちに警察の現場検証などが来て、そのあと忘

れた頃に今度は民事の話があるので、よくわからない。

現場の話は置いて、いま座長がおっしゃったみたいに原因の究明と再発の防止という観点からすると、やはり死亡に関して届出をするということプラスαで、「A病院で起こったことはB病院でも守らなきゃいかんだろう」というようなことで行きますと、いまいろんな人がやってくれているようなことをやれなくちゃいけないんじゃないか。できることをやろうという話は、超現実的にその通りだとは思いますが、石に齧りついてやらなければいけないことが場合によっては僕らの現実にはあるわけで、そういう意味ではいま医療機能評価機構に登録するのは、医療機能評価機構との関係がある病院ということになっていると思うんですよね。だから、非常にとりこぼしがあるんでしょう。そういう意味で、何らかの形でいろんなものがピックアップできて、医療機能評価機構がやっている分析などができればよい。このことについてはそもそも既に長い歴史がありますから、私はいいんじゃないかなという気がします。

ですから、木村先生が当初からおっしゃっているように、じつは同じヒヤリハットだったんだけど、片方は死んでいる——死んでしまったらヒヤリハットとは言いませんが、死ぬかもしれなかったヒヤリハットというようなことがやはりあるわけで、医療安全とか再発の防止という観点からすると、その部分はとても大事なので、医療機能評価機構が相当程度に運用を広げて頑張っているのだとすれば、そういうノウハウと上手に協働できるというかな、という気がします。現実的な話ですが。

後委員 私も同じように考えていますが、細かい話をしますと、私のところでは法令に基づく医療事故の報告制度というのがありまして、それが年間 2,700 件あまり報告されています。

先ほど、「死亡事例に限ってやりましょう」という非常に現実的なお話もありました。あれはあれでいいわけですが、200 件を入念に分析しますと、2,700 から引くと残り 2,500 ぐらいはまったく使わないという考えもあるでしょうけれども、いま現に私は掛け持ちをしていますが、他に専任で看護師 3 人がいて、去年の 500 ページぐらいになる年報をつくっています。そのぐらいの分析内容です。それから、12 回の毎月の医療安全情報というのをつくっています。決してカルテがなくても、画像のデータも十分なくても、いま申しましたぐらいのことはできます。「その 200 事例に類似している事例はこれ、これ」と選んだりして、参考にすることもできますので、私どもの事業は国の補助金で国費でやっておりますから、十分連携したり、統合したり、いろんな可能性を議論していただいてもいいのだろうと思っています。

す。以上です。

加藤委員 愛知の加藤です。ちょっと別の観点の話になりますが、連携とか統合とかいろんなことも重要だろうと思いますけれども、このモデル事業の実施の約 10 地域をさらに広げていく可能性について、あるいは方法について、少しここで意見交換ができればいいなと。

多分各都道府県で、しんどい思いをする覚悟を持った人が、手を挙げるなり何なりしていかないと始まらないのかなというのが印象としてはありますが、病理とか法医とかそれぞれの状況を踏まえて、次にどのぐらいのところ……現実には、モデル事業に参加できそうなところをどういう支援が、ある程度実績を持ったところから、ノウハウ等を含めてあるのかとか、アドバイスができるのか。そういう話を少ししていただいて、目標をここ 1 年ぐらいのうちに、モデル事業がどのぐらいできるかみたいな、そういうスケジュールも大事なことはないかなという気がします。いかがでしょうか。

原中央事務局長 先ほどお話ししたように、福岡地区で佐賀県が追加になりましたね。それから、清水先生の愛媛県がまた少し追加して入ってくださるというお話、私が具体的に聞いているところはそこだけです。

長崎委員 兵庫県の監察医には香川大学と徳島大学の教授がおりますので、いつもお話をしているのですがあまり需要がなさそうです。医療関連死の司法解剖もほとんど無いそうです。しかし、そういったお話があれば、いつでも協働できるような形にしております。また、清水先生とどのようにしていくかということも相談しております。

池田委員 愛知地域の池田ですが、実際にいま三重県でもこういう事業を展開してほしいということで、三重の先生方に集まっていたいて説明会をしました。

それから、いま静岡のほうにも病理の教授に働きかけて、病院長に資料を送りまして、「こういう事業を展開されてはどうですか」というのをやっています。それから岐阜のほうもそういう声がございまして、個人的な形でやっておりますが、ぜひその辺の取り組みの展開をお考えいただけると、逆にいえば私のレベルでもできるのかな、という気持ちでおります。

長崎委員 兵庫県の長崎でございます。先ほどのモデル事業の現状のところでお話したほうが良かったかもしれませんが、兵庫県は今年度から神戸市だけでなく兵庫県全域でモデル事業を実施しています。また、それ以外の地

域からの依頼があっても制度上、ご協力できるような形になっています。

樋口座長 私は医者じゃないので、本当は何もわからんわけですよ。わからんのですが、やっぱり全国展開するとなったら、まさか中央に1つだけで号令一家なんてことができるわけがないので、何らかの拠点を。そうすると、今まである地域の方が中心になっていただくような話にならざるを得ないんじゃないかと思うんですけども、その人が池田さんであれ、長崎さんであれ、自分の伝(つて)ですよ。法医学者であれ何であれ、そういう伝を頼りながら県を跨いでいくというのは、極めて立派な活動だと思わなければならないんですけども、制度化するとなったら、県単位というのが良いかどうかすら、本当はわからないんですけども、ただ今まで日本のお医者さんというか医学教育では、1県に1つずつは医科大学を置こうという話で、厚労省もずっとやってきたわけですよ。

そうすると、大学というのはまさに医学教育で、医学教育のなかに医療安全教育が含まれるのはあたりまえの話なので、医科大学がそれぞれ拠点となるという話になるのかなと思ったりもするんですが、ちょっと高杉さんはお忙しくていなくなっちゃったけれども、他に各県単位でやるのは県の医師会というようなものもある。何かそういうものとの連携、これは有賀さん、全国の医学部長病院長会というのは、47が全部出てこられるんでしょう？ そういうようなことは現実味があるものですか。大学をそれぞれ拠点にして、それぞれのブロックの拠点と連携をとりながら、「今回は例えば群馬県だから群馬大学の某を中心にしてチームを組んでください」とか、そういうことはできるのですか。

有賀委員 いまのは、具体的なことが出来そうなのかというご質問ですよ。大学病院におけるこの問題に関する委員会の委員長は、私なんです。以前は、確か嘉山先生でした。嘉山先生は、ご自身が委員長だった頃だと思います。僕の前は慈恵医大の森山(寛)先生ですけども、全国の医学部長病院長会議としては、各県の大学病院が、本件に関して地域の医療機関を助けなくちゃいけない。そのことについては、「ぜひやるべきだ、やるぞ」というようなメッセージを出しているはずで、声明として。そういう意味で精神論をぶち上げたことは間違いないのですが(笑)、極めて具体的にどういう仕組みにしていくかという話は、これからやはり考えていかなくては行けないんじゃないかなと思います。

ただ先般、嘉山先生ご自身は山形大学がかなりキーマンになってというか、地域の病院やクリニックまで含めてコミットしていると言っておられましたけど、もし「ど

んなふうにするの？」といったときには、嘉山先生がおやりになっている山形大学をどう真似るのかというようなことを考えていけば、場合によっては少しずつ、このパターン、あのパターン、どのパターンになるとは思いますので、やってやれないことはないんじゃないかなと思います。そういうことも含めて、私はどっちの代表かという話をしたのは、そういうことでございます。

富野委員 内科学会の富野ですが、前回の議事録の15ページにも、私は同じようなことを言っているんです。10地域以外のところに拡大していくためには、いま有賀先生が言われたように、例えば病理、法医、放射線、内科系、外科系というチームのラインナップを組むことができると思うんですね、大学を中心として。そういう案を10地域以外のところに幾つかつくってみて、そしてその次に出てくるのは、そこに対する予算がどの程度ついてくるのか、実現性はどうかということになってくるんですね。

ですから、「10地域以外のチームをつくることは簡単でしょう。ただ、やるよ、やるよと言うだけでは絶対できませんよ」と、この会議で何度も同じことを話しあっているんで、本当にやるのか、やらないのか疑問なんです。同じ議論がいつも出てくる。僕も、前も同じようなことを言っている。また同じことを聞いたんですよ。ですから本当にやるんだったら、企画部会なりで案をつくってみる必要がある。ただ、それはやってないだけの話で、いまの議論は何度も聞きました。

高久代表理事 ちょっといいですか。いまのことに関連して、じつはこの会の最後にでも言おうかと思ったのですが、厚労大臣への要望書の最後のところの文章を少し改めて、「今後は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」ということを言ったほうが良いと思います。

厚労省の補助金が大部分で、学会も僅か出しておりますが、私はもともと、補助金も結構ですが、少しは診療報酬のお金を入れても良いのではないかなと思っています。極端な話ですが、医療の中の重要な問題ですから、明日は口頭で、「厚労省の補助金以外に、医療保険の一部をここに出してもいいのではないかな」と局長に申し上げるつもりです。そうしないと、全国47都道府県につくることは不可能ですよ。それを口頭では言ってみようかと思っていますが、文章もそのように直したほうが良いのではないのでしょうか。

長崎委員 よろしいですか。このように枠組みをつくるときのいちばん大切なことは、リーダーを誰にするかという

ことですね。やっぱり困っている場所ですと、困っている人がリーダーをやってくれるけれども、困っていない人は、本当に制度をつくって「やれ」と言っても難しいような気がします。そういうところを、どういう形にしたらいいいのかなどと思っています。あとは、困っているところにかにしっかりしたリーダーを探すかだと思います。

居石委員 福岡地域の居石でございますが、ぜひ早々に制度を全国にお願いしますということを、地域の者としてあらためてお願いをさせていただきたいと思っております。

いま、そのことに関係するご議論をいただいているところで、先ほどの件にちょっと戻らせてください。「剖検事例を含まない事例をやるのか」というお話がありましたけれども、これまで長い議論をし、先ほど清水先生からもお話がありましたけれども、まずは現在、まさにここで7年間やってきた実績を基に、この方式でということであらためてご理解いただいて、それにプラスα。いろんなご議論はありがたいところではありますが、でもそのあたりの出発点の整理をよくした上で、お進めいただけるとありがたい。これが、1点です。

それから2点目は、福岡県内でも9例経験させていただいていますが、すべて福岡市内。そうして大型の、いわゆる大規模な病院からの依頼なんです。そのなかに、大学からのものが3例入っていますから、以外は福岡市内で6例、非大学。極めて偏っている。福岡だけの特徴なのかもしれませんけれども、そういった事例の出方に、まだまだいまのモデル事業という制限の枠の中なかでは、やはり偏った事例の出方をしているわけでありまして、実際の医療現場で困っておられる事例は、「とってそんな偏ったところに、そしてまた」ということではないかと相談を受ける経験もあって、痛感しています。そうすると切実な問題としても、いまだどういった要望、事例取扱い依頼が起こってくるのか、どうなのかというあたりを、いまの補助事業モデルのそれには、きっと大きな限界があるんじゃないかと思っております。

もっと広く周知をする。それはいろんな経路で、全国の医学部長病院長会議でほぼ全部やりますが、大変失礼な言いかたをしますと、現場の病理医はシラッとしていまして、現行業務でバタバタ走り回っている上に、突発のそういうものはなかなか現実では進まない。そのあたりも、大学からはやっぱりプレッシャーがかかっているのではございませんでしょうか。もっとフランクに病理学会も然りだと。これは先生にお願いしたいと思っております。

というのは、やっぱり精神論だけではなくて、いよいよというのをごく1年の間に、言葉はよくありませんが現場のそれぞれにプレッシャーをおかけいただいて、「やらにゃいかん」という端からの声も十分必要な時期に来

ているのではないかと思います。実際に元大学にいた教育医として、例えば急遽、それを年間複数例担当させられるということになった場合には、2つの講座あるいは分担を持っている大学でも、よういかない。しかし、それをなおやってもらっただけの意味がある。

そうすると、いま全国医学部長病院長会議を申しましたけれども、病院協議会も然りだと思います。医師会はもっと切羽詰まって、切実にお動きになるのが当然じゃないかと思うんですが、必ずしもそうでもない。というように関連するところは、プラスαを取って出させていただきますが、日赤が全国レベルで持っています。国立病院機構は言うに及ばず。といったところもお考えいただければ。

たまたま国立病院機構のなかに籍を置かせていただいておりますが、九州ブロックの場合にはここ6年で、確か80例ぐらいの、いわゆる医療安全に関わる検討会を進めています。その事例というのは、もちろん大半が非死亡事例ですが、こちらには末期と半々ぐらいですね。死亡のなかでも非解剖事例は、少し対象が異なってくるということになります。いろんな調査の試みしながら、いろいろな努力をしておられる団体があることを考慮して、お話を進めていただけるとありがたいと思うんです。

現在、佐賀には広げることができました。そういう形で、やはりそれなりの拠点の実施部隊がないことには、「おい、事例が発生した」と言ったそのときに、24時間以内に段取りをとって動くことはとってできないと思います。ですから、先ほど365日24時間というのは、警察も、病院からも当然その要求が大きいわけですが、実働部隊としては苦勞するところがございます。雑駁になりましたけれども、ぜひ趣旨のご検討をいただいて、いろいろな場からのご高配をいただいて、それと同時にやる気を起こさせていただけるとありがたいと思っております。

黒田委員 病理学会の黒田でございますが、ちょっとお叱りを受けましたので、少し発言をさせていただきます。先ほど富野先生からお話がありましたが、要するにこの事業を実施していくには、いろんな方面からの啓発をしていただくということで、有賀先生が先ほどおっしゃったように、当面大学側が拠点になって、そこから声がかからない限りで進めていかれないのはあたりまえのことでございますから、全国の大学病院が拠点としてお声かけをするのは当然と。是非ともやっていただきたいと思っております。

実際、私どもこの事業をやっておりますと、半分ぐらいの事例が大学病院と基幹病院でございます。そうしますと、大学間相互の話し合いをするということ、それか

ら病院協会に中心になってやっておられるような基幹病院が拠点になるのではなくて、逆にそこからいま事例が出ているのが実際だと思うんですね。そういうところの病院で解剖することは現実的かといいますと、まったく非現実的で、そういうところで発生したときには、事例をこの事業にちゃんと上げていただくというスタンスをきちっととっていただいて、大学からちゃんとした人員を派遣することです。

とくに協働型が出てきたわけですから、そうしますと私が今までこの事業に関わっている経験から、私どもの地域でどのくらいできるかといいますと、先ほど池田先生がおっしゃったのですが、少なくとも東海4県は多分可能なんですよ。可能なんですけれども、実際に協働型の解剖があつて、何とかかんとか言ってもほとんど私と池田先生が対応しているという現状ですが、でもいまの件数だと、多分可能は可能なんですよ。

それ以外に病理解剖として受け入れて、私が実際執刀に行っていて、それがここに挙がっていない事例もたくさんありますから、そういうものを含めると、医学部長病院長会議できちんとそういう掛け声を出していただいて、病院協会でもはっきり、こういう事業に乗せるということを歩調を合わせていただいて、なおかつ都道府県の医師会ではっきりと確認をしていただいて、要するに富野先生のお話はそうなんです、じゃあ私ども愛知の周りから依頼があつたときに、どこが了解していればいいのかということ、いちばん大きな問題なんですよ。

例えば岐阜に行きますと、岐阜大学が了解していればいいのか、岐阜県の医師会が了解していればいいのか、岐阜県の病院協会の方々が了解していればいいのか、私は全部が了解しなければだめだと思うんですよ。あと各都道府県の厚生局がありますから、そういうところの方々と同じレベルのコンセンサスをとっていただいて「受け入れましょう」という、それを早く始めないと、何度同じことをここで議論してもまったく始まらないと思います。多分、私どもの愛知県はもともと医師会と協調してやって来たから、枠組みができているということで、医師会と全然協調ができていない都道府県に同じ話を持って行っても、「じゃ、どこが動いて、誰が指揮系統を取るのですか」という話になるんですよ。

それを、都道府県の厚生局が指導するのか、大学は応援はできると思うんですが、大学がそこで命令系統を出すことはできませんので、現場としてどういうふうに、どこと、どこと、どこを束ねて、そこへの号令を誰が出すのかということをやっていたら、と思います。本当に全国展開というのは難しいかもわかりませんが、少なくとも私どもの地域では、いまのところ4県をなんとかすることは、いまの協働型の解剖を含めて、それを展

開することは、私どもにとってはさほど大きな苦痛ではないんですね。

むしろ、最初の入口のところ誰が整理整頓して号令を出すかということ、ここである程度煮詰めて決めていかないと、この論議を繰り返していてもなかなか始まらないのではないかと印象を持っています。

池田委員 ちょっと補足しますと、じつは明日、愛知では病院協会の先生方30名ぐらいとお会いして、このモデル事業の話をするようになっていきます。まだ十分ご理解いただけてない現状があるということ、それから愛知県医師会がいま死因究明制度、このモデル事業ですと、大きな基幹病院とか調査委員会が立ち上げられる病院でしか、愛知県では受け入れられてないんですね。ですから、それ以下の非常にグレーゾーンとおっしゃっていただけたけれども、中小の病院をどうカバーするかというのを県医師会で詰めてもらっていますが、私も一緒に会議に加わります。

その後、3年ぐらい前に厚生労働省から県の健康福祉部に、「こういう事業があるから、協力しなさい」というA4の紙が1枚行っていますが、私は県の健康福祉部の方とお話をしましたら全然ご理解していただけていませんで、その辺の現実もあるんじゃないかなと思います。ただし、県のほうでは調査費を認めておられましたので、まずは認識していただいている状況かなと思います。

加藤委員 愛知の加藤ですが、今回の資料のなかに、厚生大臣への要望書が付いていましたね。いまのお話を聞きながら感じたことなんですけれども、病院長というと厚生省関係なんですけれども、学部長というと文科省関係になりますよね。これを国を挙げての制度設計になって、厚生省から発してということになるんでしょうけれども、文科省にもこの種のことについて、ご理解をどのくらい得ているのかなという、そういうところから先ほど樋口座長がおっしゃっていたように、大学医学部というのもの、もし大学の一つの医療安全に対する責務があるとして、こういうモデル事業についての文科省からの指導というか、そういうものもあつていいのかもしれないと思いましたが、宮本先生、いかがでしょうか。

宮本（厚生労働省） 事故調査の検討部会のなかには関係省も毎回来ておりますし、これまでの議論のなかでは彼らにも承知してもらっています。個別の具体的な課題があれば、相談していきたいと思えます。

加藤委員 具体的には、モデル事業の各拠点として期待される大学病院としての役割というあたりの認識は、ど

のようにつながっていきそうですか。

宮本（厚生労働省） いまご検討いただいている部会の内容も含めて、またまとめて相談していきたいと思いますけれども、わりと熱心といたしますか、医療安全そのものに関しても、これまでの経過のなかで熱心に考えていただいていますので、それほど拒否的でないところから話を進めていけるのではないかなと思っています。

舟山委員 よろしいですか。去年は失礼しました。震災の影響もあって、なかなか行ける時間をとれなかったものですから。地域の代表として、もう一度資料3を見ていただきたいのですが、じつは多くの地域では、大学が複数あるんですね。ですから、ある意味ではいろんな協働をとりやすい。そのなかでは、新潟と宮城県なんか1県1大学ですので、とくに宮城県ですと、どうしても東北大学の先生方が中心になりますので、どこに入院しても必ずうちの大学出身者がおりますので、客観的な意味では本来ははずすべき、あるいは他県の先生にお願いすべきなのですが、それはとてもできない話です。ですから、ご家族の方にはその旨もご納得いただいています、それが第1点。

そしてそういった大学は、もちろん各地域の医療も担っていますし、教育研究も担っているということで、とても人が足りないわけですね。ですから、他の複数の大学地域ですと当番制にしたり、あるいは病院によって主たる医師の出身等によって変えることもできるのですが、それはここではとてもできません。

それから法医、病理も然りで、個人的な話をするのは変なんですけれども、私は1月から250件の解剖があつて、明日も1体。本来はきょうやる解剖だったのですけれども、とても1人ではなかなか賅いきれない状況です。ただ、僕は地域代表ですので、各先生方それぞれに僕は直接出向いて行ってお願いをするということをやっています。タクシー代も出ないような、ほとんど持ちだしでやっているんですけれども、それをやって年間2例、3例をまとめるというのが、精一杯のところかなと。

しかし、各地域を見ますと、複数大学があるところ以外は、だいたい年間1例、2例というのが現状です。ですから、まずはやってみるということが大事なのかもしれませんね。やってみてないから問題が起こって、破綻するかもしれません。また、その一歩手前に来るかもしれませんけれども、とにかく何かをやってみれば、何かの問題が出てくるはずなので、いくら頭のなかで議論しても、僕は去年いなかったですけれども、一昨年と同じような話しあいになって(笑)、あまり変わらないというのがわかった次第です。やはりやってみて、そして

何かの問題が出てきたら、その都度解決するということがいちばん現実的な問題ではないかなと、一地域大学として思った次第です。

野口委員 茨城の野口です。舟山先生がおっしゃった通り、茨城も1県1大学で非常に大変なんです。話しあいの流れからいうと、少なくともモデルグループ、モデル地区をつくって動かしていこう、という話が進んでいきそうな気配を感じるんですけれども、そのときに病理ではないと思うんですけれども、東京都は病理医の人口が10万人対2.5……2.8？ 3に近い。茨城は0.77ぐらいしかない。そこら辺も是非入れていただいて、うまく助け合えるような感じのグルーピングを是非していただいて、つくっていただくと、物事が公平に動くような気がするんですけれども。

樋口座長 認知度が高まらないというような話と、「ヒヨコか、卵か」というような話でも現実にはあつて、なんらかの形で制度的基盤ができると、思った以上に進むということも本当はあるんじゃないかと思っています。だからこそ、制度化への動きをとにかく何らかの形で進めたい。

説明も非常にしやすくなりますしね。このアンケートのなかにも、突発的に起きるわけですから、まず遺族への説明にもものすごく困難を感じるという、現場はきつとそうなんですよね。「なんでそんなところに頼まないといけないんだ」「そんなところって、どこなんだ」「今までそんな話、聞いたこともないけど」と言う人たちに納得してもらって、「こういうところがありますので、こちらへ頼んだらどうですか」というような話をするというのが、現場では困難のうちの一つ。他にもたくさんあると思いますけれども。しかし、もう「こういう制度ができているんですよ」という話になっていけば、それはまたそれで理解が早いというのかな。そういう感じもあるんですよ。

ただ、制度化するにはいろんな契機、きっかけ、あるいは機運みたいなのが必要で、そういうのが今なのかどうかという判断は私はよくわからないけれども、一応いろんな形でモデル事業から何から、これだけのことはやっていって、医療界としてこれだけ結束しているときにこそ、なんとかならんものかなと宮本さん、本当に思うんですけれども(笑)。それは上の検討会で——あの検討会はいつまでやるつもりなんです？ 我々は、とにかく高久先生の「スピード感をもってやれ」という話になってから、10回、20回、「何年やっても」と、いまだなたかから怒られちゃったけど、「一昨年来たときと同じじゃないですか」と言われたけれども(笑)、そうじゃな

くて、とにかくできるかどうか。「こういうものをつくってもらいたい」というのを打ち出そうというわけですよ、このあと何回かで。それで、その後で動きだすというのではなくて、できれば一緒にやりたいわけですよ。

上のほうで一定の大きな方針が定まってくると、こちらとしては、「このぐらいの規模のことは、とりあえず、まずやれますよ」と。居石さんがおっしゃるようなことはすごく現実的で、清水先生もおっしゃったのですけれども、いちばん初めからいろんな要望はある。いきなり全部という話ではできないかもしれないけれども、とりあえずまず3年間は、死亡事例だけに限るのなら死亡事例だけに限ってやってみます。これだけで医療安全という話はないから、これがわりに軌道に乗るようだったらその後とか、何かタイムテーブルをつくってやるような話というのを、これだけの専門家がいるからつくれると思うんですよ、多分。

全員がまた一致して何とかというのは、それは戦略みたいな話もあるから、いろいろ考え方は違うかもしれないけれども、とにかくどこかの党と違うので、多数決か何かで決まったら多分離党もしないといけないので、「まあまあ、みんなでやりましょう」という話になる(笑)。しかし、ここだけでは結局できないので、「こういうようなものはできます」というのは、そんなに綺麗な立派なものじゃないかもしれないけれども、我々はつくろうとしているわけですよ。

そうすると上のところで、こういう第三者機関というのが医療だけではなくて、いろんなところで出来つつあるわけですから。医療のところだって遅れをとるのは本当におかしな話なので、「こういう方針で何か」というのを、上のところで……上という言い方はよくないかもしれませんが厚労省のところで、「いつぐらいまでにはまとめる」みたいな話が、本当はあったらいいなと思うんですけれども。安全室長としては、あの検討会はいつまでやられるつもりなんです？

宮本（厚生労働省） 敢えて締切りをつけない形にはしておりますけれども、早くまとめたいたいという気持ちではしているつもりです。

「ニワトリか、タマゴか」ということを常に問われているわけですが、相互に関係していることは間違いないで、どこまでのことができるのかということが、私どもが運営している会議のなかで、おそらく重要な要素になってくるでしょうし、そのことが結論をまとめる一つの材料になってくるのではないかと理解していますので、そのような展開を、議論がまとまっていくことに非常に期待をしています。

黒田委員 先ほど舟山先生から、「2年前と議論がほとんど変わってない」という意見が出まして、その通りなんですけれども、逆にいうと、要するに実際に全国展開しても、そこに関わる機関が逆に医療崩壊するような内容ではないということもわかってきたんですよ。ですから、私どもは医療崩壊を止めるためにやるわけであって、これをやるから医療崩壊になるんだというのは論理がまったく逆で、ですから東北で舟山先生のところで教育体制をつくっておやりになっても、多分年間せいぜい各都道府県にしたら非常に数少ないところを、全体で積み上げていって、結局国民が非常にわかりにくい体制になっているので、例えば、「亡くなったら、まず病理解剖がありますよ」ということを説明して、そこでの解剖にご不満がある場合は、「じゃあ解剖があった後でも、院内事故調をつくって、外部委員がそれを検討することもできる。モデル事業に挙げたら、協働型モデル事業もある。従来型のモデル事業もある」ということで、これはやはり各都道府県で、僕は少なくとも全然構わないと思っていて、そういうことをまず全都道府県でやると。

やっているという実績を残して、いろんな選択時があるんだということを国民にきちんと認知していただいて、「じゃあ、解剖をやっておけば、後でどんなアプローチも可能なので、じゃあ院内の病理解剖をまずやろうか」という、医療の基本に立ち戻るところに、私どもはそこに帰着しなければいけないという方向性ははっきりしていると、僕は思っているんですよ。ですから、そういうふうな選択肢が幾つあるのか。いま、国民はまったくわからないので、「いろんな選択肢がありますよ」と、それをまず提示しないとイケないと思うんですね。

そのためには全国の都道府県、年間1件でも2件でも私は構わないと思うんですよ。「やっていますよ」と。病理解剖から始まって、解剖の後に外部委員が入る、院内事故調もある、協働型モデル事業もある、従来型のモデル事業もある、「真っ黒は司法解剖ですよ」と、国民にわかりやすいフローチャートをきちんと提示しないと、私どもがこのなかで論議をしても、結局……。

各論でいきますと、日本医師会がたたき台をつくり出すけれども、実際、日本医師会の開業医さんまで出てくる症例はほとんどないという、これは明らかですよ。そうすると、病院協会、あるいはそれこそ全国の大学ラインから出てくる症例を、お互いに吟味して検討しあってということ、ちゃんと医療協会がそこを自乗化しているんだということをきちんと示すことが、もともとのこの事業のスタートだったのではないかと思うので、まず全国展開ができることを検討して、それは決して重裝備のものをやって、例えば体制が整ってないところが、これをやることによって医療崩壊することは、このいま

の現状から鑑みると、多分ないと思うんですね。

まずやって、国民のご理解を得る。いろんな選択肢があって、「医療業界は、いろんな選択肢をもってこれに対して取り組んでいるんだ」ということをご理解いただくということが、まずスタートだと思っていて、そこに8年間かかっていますけれども、まだそのスタートができていないんじゃないかと思うんですね。何のかんと言っているうちに、僕も定年まで4年を切っちゃいましたので、4年たつと私どもの県の業務が衰退してしまうのは困るので、そのうちにはきちんとかういうことを国民に理解をしていただく。10年たつて理解していただけないのでは、なんとなくメッセージが弱いんじゃないかと思っているんで、それだけは是非、この会でやっていきたい。この会は、そういうメッセージを出す会であって、現場のコンフリクトを回避する会ではないので、そこら辺のところを早く交通整理していただいて、国民の方にご理解をいただくような最低限のメッセージを出していただきたいと思います。

舟山委員 先生のおっしゃる通りだと思います。今回の資料を見ても、22年度から24年度受付が72ですね。ところが③を見ると、ご遺族から承諾を得られなかった例が9例もあるんですね。ですから、やはり医療関連死には解剖を前提とした調査が必要だということを、まずもっとも理解していただく。そのなかで、黒田先生がおっしゃったようにいろんな選択肢があり得ると。そのなかの一つとして、地方でのモデル事業というのがあるんだという、そういう流れで、まずは地方でもスタートをする。そういう動きがよろしいんじゃないかと、まったく同意いたします。

池田委員 愛知もそういう形で、三重とか、静岡とか別に働きかけています。あと、いちばん重要なのは調整看護師の育成が大切ですね。この間三重に行きましても、「あ、そういう方が必要なんだ」ということを初めて認識していただいたような感じです。愛知から派遣させますのでその辺の予算面と、また明日1人非常勤の人を雇えそうですので、大変ありがとうございました。

ですから私としては、来年度にここにお邪魔したときには、この目標を立てましたので、ぜひ「こういうことを実現しました」という報告ができるといいなと思っています。

樋口座長 山口さん、一言ないですか。

山口委員 やはり、全国展開をできるところからやっていくという、まさにその通りかなと思いました。一方で

「ブロックという形でやろう」という考えと、全部の県になければいけないという考えがあります。必ずしも「なればいけない」という話でもないので、ブロックの中心になるところがまず重要です。これだけ経験を積まれたところと、新しくスタートするところでは当然違うわけですから、基本はブロックで中心になるところがあって、実際のフォローでその周辺でおやりいただくという話なんだろうと理解をしています。

いちばんの問題は、やはり解剖が一番。この事業は「解剖をする」という前提で始まっていますので、解剖する体制をつくっていただくということが重要。いまのブロックから広げて、各県でやっていただくという時のいちばんのキーだと思いますので。例えば愛知で取り組まれているような場合、どういう条件を整えれば、岐阜、三重で解剖ができるような体制が整うかというようなところを具体的に教えていただけると、ここからの提言につながるような話のなかに盛り込めていけるのかなと思います。

池田委員 このように展開してきましたのは、私は個人的に三重大学の病理の先生とも親しいですし、病院長も大変乗り気でいらっしゃいました。そういうところから、3月の下旬に説明会に行ってみりました。

それから浜松に関しましては、病理の教授と仲がいいので、直接資料をお渡しして病院長と法医の先生方と、「いまニーズがあると思うから、ぜひご検討いただきたい。必要であれば、出向きます」という話をしました。

岐阜では、黒田先生がいつもおっしゃっていますけれども、全部司法解剖に回ってしまう。個人的に黒田先生がそれを避けるために行かれて、私も三重に最初に行きましたのはそういう事例で、外部委員として直接入って解剖して、ご遺族に納得していただいたという事例なわけです。それからいろいろ展開してきましたので、ぜひ先ほど言われましたように、どこが窓口になるのかということ、県の福祉衛生部なのか、健康福祉部ですか、どこの方がご理解して、これを推進していただければいいのかということを整理していただくと、やりやすいと思います。

山内委員 新潟大学の山内ですが、やはりこの問題、いまお話が出たように、解剖をいかにしてスムーズにできるかというのがいちばん重要だと思います。いま言われたように、こういう制度がなければ司法解剖という手段しかない。結局そこに流れていくなかで、今度そこに行きたくないときは完全にオープンにせず、解剖をまったくしないという選択肢と、いま実際は2択になっていると思うんです。

もっと気楽にという変ですけども、受皿としての解剖できるシステムというのは、このモデル事業があることによって——新潟なんかもそういう形でできたんですけども、やはりそういう形を維持するためには、解剖したときに、このシステムでは1体15万円施設に払っているわけですけどもギャップがあるわけで、病理解剖を自宅で受けた場合には解剖費用20万円プラスαぐらいと、あとは解剖する人に対する出張旅費が出るとすると、普通だいたい1体40万円から50万円ぐらい出ているので、逆にいうとそれはモデルのほうが安いと。レベルが高くて苦勞するわりに、逆にいうと一般の解剖よりも安いので、完全にそこは奉仕という形でやっていたというふうな形になっています。そういうことを考えると、一つは全国展開で解剖するシステムのとときに、解剖を1体したらこれだけのお金が、少なくとも自腹ではなくて出てくるという補助というふうな形でやれば、ある程度診療関連死が今回来るよりも、もう少し浅い病理解剖に関しても家族の方が、「じゃ、解剖してもらおうか」という機運が広まるだろうと思っています。

それからもう一つは、いちばん大きいのは、解剖する人間を養成するというのが急務で、ちょっと前まで病理の解剖の全国の総数と我々の法医の解剖の数は、圧倒的に病理のほうが多かったんですけど、1985年におそらく病理は3万人で、こちらは1万人ぐらいだったのが、いまは完全に逆転しました。法医解剖がいま2万體、病理解剖が1万3,000體ぐらいにおそらくなっていますので、このまま放っておくと、病理解剖を実際にやられる方がいなくなっていく。そうすると、レベルの高い病理解剖、それから司法解剖という2つのところに行き着くための導入の形の解剖ですね。ある程度の数をやるシステムをつくって、そこで解剖をやる人にどんどん経験していただくというシステムをつくっておかないと、今後10年後には、おそらく解剖できる人が法医も病理もいまよりも減るだろうという懸念があります。そこら辺も、この場で少し検討していただきたい。

それからもう一つ、調整看護師ですが、週3日といういまの非常勤体制が地域としてもかなり難しく、これは保険が絡むのですけれども、健康保険の関係で週4回になると保険が強制加入になるので3日ということになるんですが、そうすると働いてくれる人間が逆に週3日で保険がないという形で、いい人間が確保できるかというと、そこが非常に難しいという面があります。そうであれば、今度は常勤ではなしに、例えば大学の医療安全にある程度人をつけるかわりに、そこで責任をもって県内全体の医療安全についての仕事をしてもらうという、委託のような形も今後検討していただきたい。

これはモデルをずっと続けるなら、制度化ということ

で全国展開になると、そういう人も、1年に数件しかないのに常勤で1人このシステムで雇うということは予算面で非常に難しいと思いますから、そういう面では、これだけの仕事をやるために、引き受けたところはどれだけのプラスになるという、プラスになるような形で引き受けてくれる場所を探して、そこに仕事をお願いして、そこにある程度、マンパワーを集めるという作戦も必要ではないかなと思います。

山口委員 いま保険の話が出てきましたので、先ほど高久先生が、「ぜひ保険も」という話をされたので。先ほどから話題に出ている病理解剖とAiは、いずれも保険の対象になっていません。あれがもしちゃんと保険の対象という話になれば、もっと病院は容易に取り組めるのではないかなと思います。ぜひ要望をお願いしたい。いまだに病理解剖はすべて病院の持ちだしで行われているというところは、ぜひなんとか解決していただけたらありがたいので、要望のなかには是非入れていただければありがたいと思います。

樋口座長 一言だけ、私も。法学部において、医療関係の事件を児玉さんと一緒に事業をやっているんですけども、宮本さんなんかには釈迦に説法だと思うんですけど、裁判所が何と言っているかという、「死因説明義務まである」と言っているんですね。病院や医者には死因を説明する義務まで、法律上の義務としてあると言っているわけです。やっぱり医療というのは、退院して出て行ってもらうのがいちばんいいんでしょうけれども、そうでない場合について、「ここまでが医療ですよ」というのであれば、「亡くなった後は保険は関係ないですよ」というのが、そもそもおかしいのかもしれないですよ、いま山内さんがおっしゃっているように、「ここまでカバーして当然なんじゃないの？」というのが、急に裁判所の権威を当てにしていると言われると困りますが（笑）、そういうことにはなっているということですね。

有賀委員 Aiの話が出てきましたが、僕たち学術団体のなかではしばしば議論が出ます。「死んだらそれで終わり」と、一体いつから、誰が決めたんだろうと。死んだ後にAiをするなり、病理解剖をするなり、ご家族に説明するなり、様々たくさんあるんですよ。それまで含めて医療だとなると、何で死んだ途端にすべてが終わるという、この社会の仕組みはいったい何なんだというのを、素直に感じるんですよ。宮本さん、そう思わないですか（笑）。

黒田委員 山内先生から出たお話ですね。いま厚労省に

資料 1

その話をすると、解剖の費用については研修指定病院の研修医に対して1人何万円というお金が出ているんですね。病院だと9万5千円、大学だと4万円だったと思いますが、そういうものを出しているからということと言われるわけですが、結局有賀先生もおっしゃったようにどこまでを医療とするかという問題で、最終的には予算がないと何もできないので、そこをどう考えるか。考え方を少しフレキシブルにさせていただきたいという点と、私も学会などでは診療報酬の担当理事でございますのでやっておるわけですが、研修指定病院の補助という形での解剖とある意味で質が違いますので、そこら辺の担保をどうするか。

諸外国を去年、一昨年と全部調べたら、アメリカは成人の解剖料はほとんどゼロに等しいですよ。オーストラリアもホスピタル・オートプシーはほとんどゼロでした。要するにオーストラリアはコロナ制なので、コロナの診るような解剖だけ国がお金を出すという仕組みになっていて、全世界的に見るとだいたいそれになっている傾向があって、やっぱり収入のないところにはお金を出さないような仕組みになっているんですけども、それがいいかどうかということにもなります。

日本はそのちょうど中間ぐらいにいて、病理解剖は私どもの学会は平均25万円とはじいているんですけども、それでも最低限ということですけども、それに対して1円も出していただかないなかで、なんとか今までやってこれたと。逆にそういう実績がございますので、そこら辺も鑑みて総合的に、これだけ病理解剖の数が減っているわけでございますから、要は予算を国民にわかりやすいようにそのなかに入れて、「亡くなるまではここまで、亡くなった後はこういうふうに国の責任を明確にしますよ」ということをぜひ言っていただきたいと思っております。

樋口座長 一応時間は過ぎていますが、宮本さん、一言何か。

宮本（厚生労働省） その話はいつも難しくて、なかなかすぐにお答えできなくて申しわけないんですけども、きょうのお話のなかで診療報酬の話も出ておりましたが、若干距離があるなかで診療報酬の仕組みを見てまいりますと、医療界全体としてどういう要望をしているかというところと、支払い側のやりとりといいますか、そういった形で決まってくるかなと思います。

そういう点では、お帰りになりましたが、高杉先生とか、木村先生という方々も含めてまとまってお考えになりますと、またいろんな展開があるのかなと思います。

樋口座長 時間も過ぎておりますので、一応きょうはここまでという形にして、企画委員会で今後とも何らかの

形で、制度化のための努力をする。それを、いまメール等もありますので、随時運営委員会の先生方にも投げかけますので、企画委員の人たちに任せておけばいいと——この方は思っておられないような人ばかりなのでお願いしておきますが、いろいろな形でご意見を寄せてくださるとありがたいと思っております。

では、きょうはここまでにします。どうもありがとうございました。

(終了)

日本医療安全調査機構 事務局規程

第1章 総則

(目的)

第1条 この規程は、一般社団法人日本医療安全調査機構（以下「本機構」という。）定款第49条及び第50条の規定に基づき、本機構の事務処理の基準を定め、事務局における事務の適正な運営を図ることを目的とする。

第2章 組織

(事務局)

第2条 事務局に、総務部・医療安全部を置く。

2 部の分掌は、別紙の「業務の分掌」に定める。

第3章 職制

(職員等)

第3条 事務局に次に掲げる職員を置く。

- (1) 事務局長
- (2) 事務局次長
- (3) 部長
- (4) 主査
- (5) 事務員
- (6) 調整看護師

2 代表理事は、前項以外の職制を定めることができる。

第4章 職責

(職員の職務)

第4条 事務局長は、代表理事の命を受けて、事務局の事務を統括する。

2 事務局次長は、事務局長を補佐するものとし、事務局長に事故があるとき、又は事務局長が欠けたときは、事務局次長が職務を代行する。

3 部長は、事務局長の命を受けて、それぞれの部の事務を行う。

4 主査、事務員、調整看護師は、部長の命を受けて、それぞれの部の事務に従事する。

(職員の任免及び職務の指定)

第5条 職員の任免は、代表理事が行う。

2 職員の職務は、代表理事が指定する。

第5章 事務処理

(文書による処理)

第6条 事務の処理は、文書によって行うことを原則とする。

(事務の決裁)

第7条 事務は、原則として担当者が文書によって立案し、部長、事務局次長及び事務局長を経て、代表理事の決裁を受けて実施する。

(緊急を要する事務の決裁)

第8条 緊急を要する事務で重要でないものは、事務局長又は事務局次長の決裁によって処理することができる。

ただし、この場合においては、事務局長及び事務局次長は遅滞なく代表理事の承認を得なければならない。

(代理決裁)

第9条 代表理事が不在である場合において、特に緊急に処理しなければならない決裁文書は、代表理事があらかじめ指定するものが決裁することができる。

2 前項の規定により代理決裁した者は、事後速やかに代表理事に報告しなければならない。

(規程外の対応)

第10条 本規程以外の事務局に関する事項で、公印及び文書に関する事項及び「印章」「文書管理」は適正に管理する。

(細 則)

第11条 この規程の実施に関し必要な事項は、代表理事が理事会の承認を得て、別に定めるものとする。

(改 廃)

第12条 この規則の改廃は、理事会の決議を経て行う。

附 則

この規程は、平成25年4月1日より施行する。(平成24年9月27日理事会議決)

別紙

事務局規程

部の分掌事務

総務部

- ① 社員総会、理事会及び運営委員会に属すること
- ② 登記・諸届に関すること
- ③ 事務所の賃貸借及び火災保険に関すること
- ④ 規程類の制定・改廃に関すること
- ⑤ 役職員の人事・労務及び福利厚生に関すること
- ⑥ 社員勧誘・管理に関すること(負担金、寄付金に関することを含む)
- ⑦ 財務及び会計に関すること。
- ⑧ 給与、期末特別手当、退職金、社会保険、所得税等に関すること。
- ⑨ 物品の調達に関すること。
- ⑩ 予算及び決算に関すること。
- ⑪ 補助金の申請及び精算に関すること。
- ⑫ 解剖施設との契約に関すること。
- ⑬ 委嘱・解嘱に関すること。
- ⑭ その他特命事項

医療安全部

- ① 事業計画及び事業報告に関すること。
- ② 事業全般の推進に関すること。
- ③ 事例対応・管理に関すること。
- ④ 地域の拡大・支援に関すること。
- ⑤ 地域評価委員会、協働調査委員会、中央審査委員会、説明会に関すること。
- ⑥ 地域運営委員会・連絡協議会に関すること。

- ⑦ 地域事務局職員連絡会議に関する事。
- ⑧ 標準化に向けた取り組み等に関する事。
- ⑨ 医療安全への還元に関する事。
- ⑩ ワーキング部会に関する事。
- ⑪ 広報全般（ホームページを含む）に関する事。
- ⑫ 協力学会説明会に関する事。
- ⑬ IT 関連業務に関する事。
- ⑭ 関係団体との連携に関する事。
- ⑮ メディア対策に関する事。
- ⑯ 人材育成に関する事。
- ⑰ セミナー等の開催に関する事。
- ⑱ その他特命事項。

日本医療安全調査機構 経理規程

第1章 総則

(目的)

第1条 この規程は、一般社団法人日本医療安全調査機構(以下「この法人」という。)における経理処理に関する基本を定めたものであり、財務及び会計のすべての状況を正確かつ迅速に把握し、この法人の事業活動の計数的統制とその能率的運営を図ることを目的とする。

(適用範囲)

第2条 この規程は、この法人の経理業務のすべてについて適用する。

(経理の原則)

第3条 この法人の経理は、法令、定款及び本規程の定めによるほか、一般に公正妥当と認められる公益法人の会計の慣行に準拠して処理されなければならない。

(会計年度)

第4条 この法人の会計年度は、定款の定めにより、毎年4月1日から翌年3月末日までとする。

(会計区分)

第5条 法令の要請等により必要とされる場合は会計区分を設けるものとする。

(経理責任者)

第6条 経理責任者は、事務局長とする。

(帳簿書類の保存・処分)

第7条 経理に関する帳簿、伝票及び書類の保存期間は次のとおりとする。

(1) 財務諸表 永久

(2) 会計帳簿及び会計伝票 10年

(3) 証憑書類 10年

(4) 収支予算書 5年

(5) その他の書類 5年

2 前項の保存期間は、決算に関する定時社員総会終結の日の翌日から起算するものとする。

3 帳簿等を焼却その他の処分に付する場合は、事前に経理責任者の指示又は承認によって行う。

(規程の改廃)

第8条 この規程の改廃は、理事会の決議を経て行うものとする。

第2章 勘定科目及び帳簿組織

(勘定科目の設定)

第9条 この法人の会計においては、財務及び会計のすべての状況を的確に把握するため必要な勘定科目を設ける。

2 各勘定科目の名称は、予算勘定科目による。

(会計処理の原則)

第10条 会計処理を行うに当たっては、特に次の原則に留意しなければならない。

(1) 貸借対照表における資産、負債及び正味財産、正味財産増減計算書における一般正味財産及び指定正味財産についての増減内容は、総額をもって処理し、直接項目間の相殺を行ってはならない。

(2) その他一般に公正妥当と認められる公益法人の会計処理の原則に準拠して行わなければならない。

(会計帳簿)

第11条 会計帳簿は、次のとおりとする。

(1) 主要簿

ア 仕訳帳 イ 総勘定元帳

(2) 補助簿

ア 現金出納帳 イ 預金出納帳

ウ 固定資産台帳 エ 基金台帳

オ 負担金拠出台帳

カ その他必要な勘定補助簿

2 仕訳帳は、会計伝票をもってこれに代える。

3 補助簿は、これを必要とする勘定科目について備え、会計伝票並びに総勘定元帳と有機的関連のもとに作成しなければならない。

(会計伝票)

第12条 一切の取引に関する記帳整理は、会計伝票により行うものとする。

2 会計伝票は、下記の諸票を総称するものである。

(1) 通常の経理仕訳伝票

(2) コンピュータ会計における、インプットのための所定様式による会計原票

(3) コンピュータを基幹とする情報システムの情報処理過程でつくられる会計情報についての諸票類のうち、会計原票と認定した諸票

3 会計伝票は、次のとおりとし、その様式は別に定める。

(1) 入金伝票

(2) 出金伝票

(3) 振替伝票

4 会計伝票は、証憑に基づいて作成し、証憑は会計伝票との関連付けが明らかとなるように保存するものとする。

5 会計伝票及び証憑には、その取引に係る責任者の承認印を受けるものとする。

6 会計伝票には、勘定科目、取引年月日、数量、金額、相手方等取引内容を簡単かつ明瞭に記載しなければならない。

(証 憑)

第13条 証憑とは、会計伝票の正当性を立証する書類をいい、次のものをいう。

(1) 請求書

(2) 領収書

(3) 証明書

(4) 稟議書(起案書)

(5) 検収書、納品書及び送り状

(6) 支払申請

(7) 各種計算書

(8) 契約書、覚書その他の証書

(9) その他取引を裏付ける参考書類

(記 帳)

第14条 総勘定元帳は、すべて会計伝票に基づいて記帳しなければならない。

2 補助簿は、会計伝票又はその証憑書類に基づいて記帳しなければならない。

3 毎月末において補助簿の借方、貸方の合計および残高は、総勘定元帳の当該口座の金額と照合確認しなければならない。

(帳簿の更新)

第15条 帳簿は、原則として会計年度ごとに更新する。

第3章 収支予算

(収支予算の目的)

第16条 収支予算は、各事業年度の事業計画の内容を明確な計数をもって表示し、かつ、収支予算と実績との比較検討を通じて事業の円滑な運営を図ることを目的とする。

(収支予算書の作成)

第17条 収支予算書は、事業計画に基づき毎会計年度開始前に代表理事が作成し、理事会の承認を得て確定する。

第18条 各事業年度における費用の支出は、収支予算書に基づいて行うものとする。

2 収支予算の執行者は、代表理事とする。

(支出予算の流用)

第19条 予算の執行にあたり、各科目間において相互に流用しないこととする。ただし、代表理事が予算の執行上必要があると認めるときは、その限りとしなない。

第4章 金 銭

(金銭の範囲)

第20条 この規程において金銭とは、現金及び預金をいう。

2 現金とは、通貨、小切手、郵便為替証書、振替預金証書及び官公署の支払通知書等をいう。

3 手形及びその他の有価証券は、金銭に準じて取扱うものとする。

(会計責任者)

第21条 金銭の出納、保管については、その責に任じる会計責任者を置かなければならない。

2 会計責任者は、総務部長とする。

3 会計責任者は、金銭の保管及び出納事務を取扱わせるため、会計事務担当者若干名を置くことができる。

(金銭の出納)

第22条 金銭の出納は、経理責任者の承認印のある会計伝票に基づいて行わなければならない。

(支払手続)

第23条 会計事務担当者が金銭を支払う場合には、最終受取人からの請求書、その他取引を証する書類に基づいて、取引担当部署の発行した支払伝票により、会計責任者の承認を得て行うものとする。

2 金銭の支払いについては、最終受取人の署名のある領収証を受け取らなければならない。

ただし、所定の領収証を受け取ることができない場合は、別に定める支払証明書をもってこれに代えることができる。

3 銀行振込の方法により支払いを行う場合は、前項による領収証を受け取らないことができる。

(支払期日)

第24条 金銭の支払いは、別に定める一定日に行うものとする。ただし、やむを得ない支払いについてはこの限りでない。

(手許現金)

第25条 会計責任者は、日々の現金支払いに充てるため、出納担当者を任命し、手持現金をおくことができる。

2 手持現金の額は、通常の所要額を勘案して、必要最少額にとどめるものとする。

3 小口現金は、毎月末日及び不足のつど精算を行わなければならない。

4 出納担当者は、現金について毎日の現金出納終了後、その在高と帳簿残高を照合しなければならない。

5 預貯金については、毎月1回預貯金を証明できる書類により、その残高を帳簿残高と照合し、会計責任者に報告しなければならない。

(金銭の過不足)

第26条 金銭に過不足が生じたときは、会計責任者は遅滞なく経理責任者に報告し、その処置については、経理責任者の指示を受けなければならない。

(収支月計表の作成)

第27条 会計事務担当者は、毎月20日までに、前月分の現金、預金の収支月計表を作成して、自ら検算を行い、これを会計責任者を経て経理責任者に提出しなければならない。

第5章 財務

(資金計画)

第28条 年度事業計画及び収支予算書に基づき、経理責任者は速やかに年次及び月次の資金計画を作成し、代表理事の承認を得なければならない。

(資金の調達)

第29条 この法人の事業運営に要する資金は、国庫補助金のほか、負担金、財産より生ずる利息、配当金、その他の運用収入並びに寄付金、事業収入、その他の収入によって調達するものとする。

(資金の借入れ)

第30条 前条に定める収入により、なお資金が不足する場合又は不足する恐れがある場合には、金融機関等からの借入金により調達するものとする。

2 その事業年度の収入をもって償還する短期借入金については、理事会にて承認された借入金限度額の範囲内で行う。

3 前項の理事会にて承認された借入金限度額が設けられていないときに、短期の借入れをしようとするときは、理事会の決議を経なければならない。

4 資金を借入れるときは、経理責任者はその返済計画を作成し、代表理事の承認を得なければならない。

(資金の運用)

第31条 この法人の資金運用は、確実に元本保証によるものとする。

(金融機関との取引)

第32条 金融機関との預金取引、手形取引、その他の取引を開始又は廃止する場合は、経理責任者が行う。

2 金融機関との取引は、代表理事の名をもって行う。

第6章 固定資産

(固定資産の範囲)

第33条 この規程において、固定資産とは次の各号をいい、基本財産、特定資産及びその他固定資産に区別する。

(1) 基本財産

理事会が基本財産とすることを決議した財産

(2) 特定資産

退職給付引当資産

減価償却引当資産(ただし、基本財産とされたものは除く)

その他理事長が必要と認めた資産

(3) その他固定資産

基本財産及び特定資産以外の資産で、耐用年数が1年以上で、かつ、取得価額が20万円以上の資産

(固定資産の取得価額)

第34条 固定資産の取得価額は、次の各号による。

(1) 購入により取得した資産は、公正な取引に基づく購入価額にその付帯費用を加えた額

(2) 贈与により取得した資産は、その資産の取得時の公正な評価額

(固定資産の購入)

第35条 固定資産の購入は、稟議書 (起案書) に見積書を添付して、事前に起案者から経理責任者に提出しなければならない。

2 前項の稟議書については、代表理事の決裁を受けなければならない。ただし、20万円未満の備品等の購入については、上記の手続を省略して担当業務責任者に委任するものとする。

(有形固定資産の改良と修繕)

第36条 有形固定資産の性能を向上し、又は耐用年数を延長するために要した金額は、これをその資産の価額に加算するものとする。

2 有形固定資産の原状に回復するために要した金額は修繕費とする。

(固定資産の管理)

第37条 固定資産の管理責任者は、固定資産台帳を設けて、固定資産の保全状況及び移動について所要の記録を行い、固定資産を管理しなければならない。

2 有形固定資産に移動及び毀損、滅失があった場合は、固定資産の管理責任者は、経理責任者に通知し帳簿の整備を行わなければならない。

3 固定資産の管理責任者は、経理責任者が任命する。

(減価償却)

第38条 固定資産の減価償却については、毎会計年度末に定額法によりこれを行う。

2 定額法により毎会計年度末に行われた減価償却費は、直接法により処理するものとする。

3 減価償却資産の耐用年数は、「減価償却資産の耐用年数等に関する省令」に定めるところによる。

(現物の照合)

第39条 固定資産の管理責任者は、常に良好な状態において管理し、各会計年度1回以上は、固定資産台帳と現物を照合し、差異がある場合は、所定の手続を経て整理を行わなければならない。

第7章 決算

(決算の目的)

第40条 決算は、一会計期間の会計記録を整理し、財務及び会計のすべての状態を明らかにすることを目的とする。

(月次決算)

第41条 経理責任者は、毎月末に会計記録を整理し、次の計算書類を作成して、代表理事に

提出しなければならない。

- (1) 合計残高試算表
 - (2) 正味財産増減計算書
 - (3) 貸借対照表
- (決算整理事項)

第42条 年度決算においては、通常の月次決算のほか、少なくとも次の事項について計算を行うものとする。

- (1) 減価償却費の計上
 - (2) 未収金、未払金、立替金、預り金、前払金、仮払金、前受金の計上
 - (3) 有価証券の時価評価による損益の計上
 - (4) 各種引当金の計上
 - (5) 流動資産、固定資産の实在性の確認、評価の適否
 - (6) 負債の实在性と簿外負債のないことの確認
 - (7) その他必要とされる事項の確認
- (重要な会計方針)

第43条 この法人の重要な会計方針は、次のとおりとする。

- (1) 有価証券の評価基準及び評価方法

有価証券及び投資有価証券・・・移動平均法による原価基準を採用する。

- (2) 棚卸資産の評価基準及び評価方法

棚卸資産・・・移動平均法による低価基準による。

- (3) 固定資産の減価償却の方法

有形固定資産及び無形固定資産・・・定額法による。

- (4) 引当金の計上基準

貸倒引当金・・・法人税法に定める限度額のほか、貸倒の実績率及び債権の回収可能性を検討して計上する。

退職給付引当金・・・期末退職給付の要支給額に相当する金額を計上する。

期末特別手当引当金・・・支給見込額のうち当期に帰属する金額を計上する。

- (5) 消費税等の会計処理

消費税等の会計処理は、税込処理による。

- (6) リース取引の処理方法

所有権移転ファイナンス・リース取引に係るリース資産・・・自己所有の固定資産に適用する減価償却方法と同一の方法による。

所有権移転外ファイナンス・リース取引に係るリース資産…リース期間を耐用年数とし、残存価額を零とする定額法による。

(財務諸表等)

第44条 経理責任者は、年度決算に必要な手続を行い、次に掲げる財務諸表等を作成し、代表理事に報告しなければならない。

(1) 貸借対照表

(2) 正味財産増減計算書

(3) 貸借対照表及び正味財産増減計算書の附属明細書

(4) 財産目録

(細 則)

第45条 この規程の実施に関し必要な事項は、代表理事が定める。

附 則

この規程は、平成25年4月1日から施行するものとする。

日本医療安全調査機構 職員給与規程

平成24年9月27日 制定

(総 則)

第1条 この規程は、就業規則第29条及び就業規則(非常勤職員)第16条の規定にもとづき、職員の給与について定める。

(給与の種類)

第2条 職員の給与は、満60歳以上で採用された役職者及び非常勤職員を除き月給制とし、それぞれ次に掲げる区分により支給する。

(1) 基本給 (俸給)

(2) 手 当

該当する職員には、次の手当を支給する。

① 役職手当

② 地域手当：基本給、役職手当の月額合計額に次の区分に応じて乗じた額とする。

- ・ 1級地 (東京) 12 % ・ 2級地 (大阪) 10 % ・ 3級地 (愛知) 8 %
- ・ 4級地 (兵庫、福岡) 6 % ・ 5級地 (宮城) 4 % ・ 6級地 (北海道、新潟、岡山) 3 %

③ 通勤手当

④ 超過勤務・休日勤務手当

⑤ 期末特別手当

(基本給)

第3条 基本給 (俸給) は、別表の国家公務員俸給表に準じる。

2 60歳に達して採用された事務局長、事務局次長、部長は年俸制とし、その額は代表理事が決定する。

3 非常勤職員は時間給とし、その額は次のとおりとする。

- ・ 調整看護師：時間単価 2,200円
- ・ 事務員：中央事務局 1,700円、地域事務局 1,500円

4 機構が必要とする60歳以上の職員を採用する場合は年俸制とし、その額は代表理事が決定する。

(初任給)

第4条 初任給は、技能経験、年齢、学識等を勘案し、代表理事が決定する。

(昇給)

第5条 職員の昇給時期は4月1日とし、4月1日前1年間を良好な成績で勤務した時は、4号俸上位の号俸まで昇給させることができる。

2 職員の昇給は、満58歳に達する日後の最初の4月1日までとする。

(役職手当)

第6条 役職手当は、部長、主査に対し次のとおり支給する。

2 役職手当は、毎月1日現在の職務に応じて支給する。

3 役職手当の月額は次のとおりとする。

(1) 部長 俸給に15%を乗じた額

(2) 主査 俸給に5%を乗じた額

(通勤手当)

第7条 通勤手当は、最寄駅より勤務先事業所最寄駅までの通勤実費を支給する。ただし、最寄駅までのバス等路線距離が2km 以内の場合は、バス等運賃を支給しない。

2 前項の利用する交通機関及び通勤実費については、事務局長の承認を要する。

3 通勤手当は、原則として6ヶ月間ごとに通勤に要する実費を支給する。ただし、一ヶ月分相当額は、4万円を上限とする。

4 職員が次の各号の一に該当することになった場合、職員は既に支給した通勤手当の残額(解約精算金)を返還するものとする。

(1) 第1項に該当しなくなった場合

(2) 住所又は居所の変更その他の事由により通勤の経路又は手段を変更した場合

(3) 出張、休暇、欠勤その他の事由により、月の1日から末日までの全日数にわたり通勤しなかったときは、既支給通勤手当相当額を返還する

(4) 休職した場合

(5) 退職した場合

(超過勤務・休日手当)

第8条 超過勤務・休日勤務手当は、就業規則第11条に定めるところにより勤務時間を超えて勤務することを命ぜられた職員に対し支給する。ただし、部長の役職手当の支給を受けている者には支給しない。

2 超過勤務・休日手当の額は、次により算出した額とする。

(1) 時間外勤務(午後10時まで)

基本給÷(当該年度所定労働時間÷12)×勤務時間×1.25

(2) 時間外勤務(午後10時より翌朝5時まで)

基本給÷(当該年度所定労働時間÷12)×勤務時間×1.50

(3) 休日勤務(午後10時まで)

基本給÷(当該年度所定労働時間÷12)×勤務時間×1.35

(4) 休日勤務(午後10時より翌朝5時までは)

基本給÷(当該年度所定労働時間÷12)×勤務時間×1.60

(5) 代休を取得した時間部分(一日当り)

基本給÷(当該年度所定労働時間÷12)×7時間45分×0.5

3 機構の指示によらないで超過勤務をし、または所定の手続きを怠った場合には、超過勤務手当を支給しないことがある。

(給与の支給日)

第9条 給与の計算期間は毎月1日より末日までとし、支給日は翌月の15日(その日が機構の休日に当たるときはその前日、以下順次繰り上げ)とする。

2 超過勤務手当の計算期間は、毎月末日を締切日とし、翌月の給与支給日に支給する。

(給与の支給方法)

第10条 給与は通貨をもって本人に支給する。ただし、本人の指定する本人名義の金融機関口座に振込むこともできる。

2 給与は、法令の定めによるほか、職員代表との協定により控除すべき金額を控除して支給する。

(給与の減額)

第11条 次の各号の一つに該当する不労日が生じた場合は、給与は支給しない。

(1) 年次有給休暇・夏期休暇、特別休暇等および通常の遅刻・早退で上司の承認を得たものを除く不労日または不労時間

(2) 育児休業の期間における不労日

(3) 介護休業の期間における不労日

(4) 入社または退職月の不労日、ただし、死亡による退職の場合は、当月分全額を支給する。

2 次の各号の一つに該当する不労日または不労時間が生じた場合は、基本給は支給しない。

(1) 生理休暇の期間における不労日

(2) 育児時間における不労時間

(3) 子の看護のための休暇の期間における不労日

(4) 育児短時間勤務の期間における不労時間

(5) 介護休暇の期間における不就労日

(6) 介護短時間勤務の期間における不就労時間

3 第1項の不就労日が生じた場合の給与は、(基本給+手当)÷当該月の労働日数×不就労日数で得た金額を、給与から控除し支給する。

4 第2項の不就労日が生じた場合の給与は、基本給÷当該月の労働日数×不就労日数で得た金額を、給与から控除し支給する。

5 第2項の不就労時間が生じた場合の給与は、基本給÷(当該年度所定労働時間÷12)×不就労時間で得た金額を、給与から控除し支給する。

(期末特別手当)

第12条 期末特別手当の支給月は、原則として年2回 6月、12月とし、その額は、その年の人事院勧告に準拠するが、機構の財政状況及び理事会の意見を勘案し、代表理事が定める。また算出方法は、俸給、地域手当及び役職手当の月額合計額に、代表理事が定めた月数を乗じた額とする。

2 非常勤職員は、基準額(雇用契約による月額賃金)に対し、前項の月数を乗じた額から3割を減額した額とする。

2 期末特別手当の支給対象期間は、次のとおりとする。

夏期 : 前年10月1日より当年3月31日まで

冬期 : 当年4月1日より当年9月30日まで

3 期末特別手当の支給対象者は、満60歳以上で採用された役職者は除き、支給対象期間の全て若しくは一部に在籍し、期末特別手当の支給日現在に在籍する者に支給する。

4 前各項にかかわらず、機構の財政状況、社会情勢等やむを得ない事由があるときは、支給時期を延期し、又は支給しないことがある。

(雑 則)

第13条 この規程の実施に関し、必要な事項については、代表理事が定める。

附則 この規程は、平成25年4月1日より施行する。

日本医療安全調査機構 退職金規程

平成24年9月27日 制定

(総 則)

第1条 この規程は、就業規則第30条の規定にもとづき、職員の退職金について定める。

(支給基準)

第2条 勤続期間が2年以上の職員が、次の各号の一に該当したときは、退職金を支給する。

- (1) 定年により退職したとき
- (2) 死亡したとき
- (3) 機構の都合により退職したとき
- (4) 職員の都合により退職したとき

2 前項の規定にかかわらず、次の各号の一に該当した場合、退職金の一部を減額、又は全額を支給しない。なお、既に退職金が支給されている場合は、その全部又は一部の返還を請求することができる。

- (1) 満60歳以上の役職者を採用したとき (全額を支給しない)
- (2) 懲戒解雇にされたとき
- (3) 諭旨解雇にされたとき
- (4) 退職後において、在籍中の行為に懲戒解雇ないしは諭旨解雇に相当する行為が発したとき

3 退職金は、退職日以降1ヶ月以内に、給与の支給方法に準じて支給するものとする。

4 第1項(2)の職員が死亡した場合の退職金は、労働基準法施行規則第42条から第45条の定めるところに従って支払う。

(退職金)

第3条 退職金は、退職時の基本給に、別表に定める勤続年数に応じた支給率を乗じて得た金額とし、円未満は切り捨てる。なお、勤続年数に1年未満の月数がある場合に支給率は、別表による直近上位支給率との差に、その月数を案分比例させて加算する。

2 機構の都合により退職した者、又は業務上の傷病若しくは死亡により退職した者に対する退職金は、前項により求められた金額に、2割を乗じて得た金額を加算する。

3 在職中の業績が特に顕著として代表理事が認めた者に対しては、前各項の規定にかかわらず、退職金を増額することができる。

(勤続年数)

第4条 勤続年数の計算は、職員として連続して勤務した年数とする。

2 勤続年数は、職員として採用された日の属する月から退職する日の属する月までの月数とする。

3 就業規則に規定する産前産後の休業、育児休業等、介護休業等および休職による休暇・休業等の期間は勤続年数の計算には算入しない。

附 則 この規程は、平成25年4月1日に在職している職員を適用し、平成25年4月1日から施行する。

(別表)

勤続年数	支給率	勤続年数	支給率	勤続年数	支給率
2年未満	0.0	11年以上	8.0	21年以上	21.5
2年以上	0.5	12 "	9.0	22 "	23.5
3 "	1.0	13 "	10.0	23 "	25.5
4 "	1.5	14 "	11.0	24 "	27.5
5 "	2.0	15 "	12.0	25 "	29.5
6 "	3.0	16 "	13.5	26 "	30.0
7 "	4.0	17 "	15.0	27 "	30.5
8 "	5.0	18 "	16.5	28 "	31.0
9 "	6.0	19 "	18.0	29 "	31.5
10 "	7.0	20 "	19.5	30 "	32.0

(注) 1年未満の勤続年数がある場合の支給率

(例) 勤続年数n年9ヶ月の場合の支給率：n年の支給率 + 【(n+1)年の支給率 - n年の支給率】 ÷ 12】 × 9ヶ月

※1カ月未満の端数は、切り捨てるものとする。

日本医療安全調査機構 就業規則

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9月27日 一部改正

第1章 総則

(目的)

第1条 この規則は、日本医療安全調査機構(以下「機構」という。)の職員の労働条件、服務規律その他就業に関する事項を定めるものである。

2 この規則に定めのない事項については、労働基準法その他の法令に定めるところによる。

(適用範囲)

第2条 この規則は、第5条により採用された職員に適用する。

2 次の者には、本規則は適用しない。

① 非常勤職員

なお、非常勤職員についての労働条件、服務規律その他就業に関する事項は、別に定める。

(規則遵守の義務)

第3条 機構は、この規則に基づく労働条件により職員に就業させる義務を負い、職員はこの規則を遵守する義務を負うと共に、相互に協力して機構の発展に努めなければならない。

(秘密保持)

第4条 職員は、機構の業務ならびに職員の身上に関し、その職務上知り得た事項については、在職中はもちろん退職後も、みだりに公表してはならない。

第2章 採用

(採用)

第5条 就職希望者は次の書類を提出するものとし、機構は、就職希望者の中から、選考のうえ所定手続きを経た者を職員として採用する。但し、機構が特に指示した場合は、提出書類の一部を省略することができる。

(1) 履歴書 (3 か月以内の写真添付)

(2) 住民票記載事項証明書

(3) 健康診断書 (3 か月以内のもの)

(4) 資格証明書、卒業証明書

(5) その他機構が指定する書類

2 提出された書類は、人事労務管理の目的でのみ使用する。

(試用期間)

第6条 新たに採用された者は、採用の日から3カ月間を試用期間とする。但し、機構が必要と認めるときは、試用期間の免除、短縮、又は3カ月を限度に延長することがある。

2 試用期間中に、職員として不適格と認められた者は、解雇する。

3 試用期間は勤続年数に通算する。

(勤務条件の明示)

第7条 機構は、職員の採用に際しては、採用時の給与、勤務場所、従事する業務、勤務時間、休日その他の雇用条件を明らかにする。

第3章 勤務

(労働時間および休憩時間)

第8条 職員の勤務所定労働時間は、1日7時間45分、1週間については38時間45分とする。

2 始業・就業時刻および休憩時間は次のとおりとする。

始業時刻 午前9時

終業時刻 午後5時30分

休憩時間 午後12時から午後12時45分の間の45分間

3 機構は、災害その他やむを得ない事情があるときは、前項の始業・終業時刻、休憩時間を繰り上げ又は繰り下げることがある。

4 出張中の勤務は、所定の労働時間を勤務したものとみなす。

(休日)

第9条 休日は、次のとおりとする。

(1) 土曜日、日曜日

(2) 国民の祝日及び国民の休日

(3) 年末年始(12月29日より1月3日まで)

(4) その他、機構が指定する日

(時間外勤務、休日勤務および深夜勤務)

第10条 機構は、業務上必要あるときは、第9条の規定にかかわらず時間外勤務、深夜(午後10時から午前5時)および休日勤務をさせることができる。

2 第9条に定める勤務時間を超える勤務、または第10条に定める休日における勤務の条件については、機構はあらかじめ職員代表者との書面による協定を行い、これを所轄の労働基準監督署長に届出るものとする。

3 満18歳未満の社員には法定時間外労働、法定休日労働および深夜労働はさせない。

(代休)

第11条 前条の規定により休日に勤務した場合は、本人の請求により業務に支障が無い限り

代休日を与えることができる。

(割増賃金)

第12条 第10 条の規定により、所定労働時間を超えた時間外、深夜または休日に勤務をさせた場合は、給与規程の定めるところにより割増賃金を支給する。ただし、部長以上の役職手当の支給を受けている者には支給しない。

(出張)

第13条 職員は、業務上必要があるときは、出張を命ぜられることがある。

2 出張費用に関する事項は、「事業経費取扱規程」に定める。

第4章 休暇等

(年次有給休暇)

第14条 職員は、次のとおり毎年3 月31日現在の勤続年数に応じ、当該年度において次の年次有給休暇を与える。

(1) 勤続2 年未満の者 12 日

(2) 勤続2 年以上5 年未満の者 17 日

(3) 勤続5 年以上の者 20 日

(4) 当該年度中に新たに採用された者は、次のとおりとする。

採用月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
休暇日数	12	11	10	10	10	10	6	5	4	3	2	1

2 当該年度に与えた年次有給休暇の全部または一部を使用しなかった場合には、その残日数は翌年度に限り繰り越して使用することができる。

3 年次有給休暇は、30分単位で使用することができる。

4 年次有給休暇を使用しようとするときは、その前日までに所定の手続により、上司に申し出なければならない。

5 機構は、職員の指定した日に年次有給休暇を使用することが業務の運営に多大な影響を与えるときは、職員の指定した日を他に変更させることができる。

(夏期休暇)

第15条 職員には、前条の年次有給休暇の他に毎年夏期休暇を与える。

2 夏期休暇は、有給とする。

3 夏期休暇の使用期間及び日数は、7月1日から9月30日の間に3日間を与える。

4 夏期休暇は、前条の規程のうち、第2 項及び第3 項は準用せず、第4 項及び第5 項は準用する。

(特別休暇)

第16条 職員は、次の各号に掲げる場合には、特別休暇を取得することができる。

(1) 本人が結婚するとき 5 日 (連続して)

(2) 子が結婚するとき 3 日 (連続して)

(3) 配偶者が出産のとき 1 日

(4) 父母・配偶者又は子が死亡したとき 5 日 (連続して)

(5) 祖父母・兄弟姉妹・孫または配偶者の父母が死亡したとき

ア．喪主のとき 4 日 (連続して)

イ．喪主でないとき 2 日

(6) 選挙権等公民権の行使、裁判所・警察等官公署の要請に基づく出頭

等による休暇 都度必要と認める日数

(7) 不可抗力の天災・事故等による休暇 都度必要と認める日数

2 特別休暇を取得しようとする時は、事前に上司に届け出、承認を得なければならない。

3 特別休暇は、有給とする。

(産前産後の休業)

第17条 6 週間 (多胎妊娠の場合は14 週間) 以内に出産する予定の女性職員から請求があったときは、休業させる。

2 出産した女性職員は、8 週間休業させる。ただし、産後6 週間を経過した女性職員から請求があったときは、医師が支障ないと認めた業務に就かせることができる。

3 産前産後の休業期間中の給与は、有給とする。

4 産前産後の休業期間は、勤続年数に含める。

(母性健康管理のための措置)

第18条 妊娠中又は出産後 1 年を経過しない女性職員から、所定労働時間内に、母子保健法に定める健康診査又は保健指導を受けるために、通院休暇の請求がある場合は、請求により次の時間内通院を認める。

(1) 産前の場合

妊娠23 週まで 4週間に1 回

妊娠24 週から第35 週まで 2週間に1 回

妊娠36 週以降出産まで 1 週間に1 回

(ただし、医師又は助産師の指示がある場合は、その指示による回数を認める。)

(2) 産後 (1 年以内) の場合、医師等の指示により必要な時間

2 本条に基づく不労に係る給与は、有給とする。

(生理休暇)

第19条 生理日の就業が著しく困難な女性職員が休暇を請求したときは、必要な日数を与える。

但し、この休暇に係る給与は無給とする。

(育児時間)

第 20条 出産後1 年未満の生児を育てる女性職員が請求したときは、1 日に2 回、1 回30 分の育児時間を与える。但し、この時間に係る給与は無給とする。

(育児休業等)

第21条 職員のうち希望する者は、機構に申し出て、育児休業、子の看護休暇、育児のための所定外労働の免除、時間外労働及び深夜業の制限並びに育児短時間勤務等の適用を受けることができる。

(介護休業等)

第22条 職員のうち希望する者は、機構に申し出て介護休業、介護休暇、介護のための時間外労働及び深夜業の制限並びに介護短時間勤務等の適用を受けることができる。

第5章 服務

(服務)

第23条 職員は、法令、機構の諸規程および指示命令を遵守し、誠実にその職務を遂行し、職場の秩序維持、向上に努めなければならない。

2 職員は、公益に寄与する機構の一員であることを自覚し、機構の定款に定める公益目的の遂行に常に最善の努力を尽くさなければならない。

(遵守事項)

第24条 職員は次の事項を遵守しなければならない。

- (1) 機構の名誉を傷つけ、信用を害し又は利益を害しないこと。
- (2) 機構の業務上知り得た機密事項及び不利益となる事項を他に漏らさないこと。
- (3) 職務を利用して、他より不当に金品の借用・贈与等経済的な利益を得、または社会通念上不相応な飲食等の接待を受けないこと。
- (4) 代表理事の許可なく、機構以外の業務に従事しないこと。
- (5) 性的な言動により、他の職員に不利益又は不快感を与え、あるいは職場の秩序、環境を害さないこと。
- (6) 勤務中は、職務に専念し、みだりに勤務の場所を離れないこと。

(出退勤)

第25条 職員は始業時刻までに出勤し、始業時刻に勤務が開始できるように準備しておかなければならない。

2 退勤の際は、備品・器具等を所定の位置に整理整頓して格納し、戸締りを厳重にして、電熱器具の火気等について危険のないよう点検しなければならない。

(出勤制限)

第26条 次の各号の一に該当する職員は出勤させないか又は退勤を命じることがある。

- (1) 法令又は本規則によって就業又は職場への出入りを禁じられている者
- (2) 業務上必要でない危険物、有害物を所持する者
- (3) 機構において秩序を乱す者
- (4) 前各号のほか、業務に支障を与える恐れのある者

2 前項各号による出勤停止期間中の給与は、無給とする。

(欠勤の届出)

第27条 病気その他やむを得ない事由により欠勤する場合は、事前に機構に届け出なければならない。ただし、事前に届け出ることができないときは、事後速やかに届け出なければならない。

2 病気欠勤が7日以上に及ぶときは、医師の診断書提出しなければならない。また、欠勤が7日及ばなくても、労務の提供が不完全で、機構が必要と判断し、提出を求めたときについても、医師の診断書を提出しなければならない。病気欠勤が7日以上に及ぶときは、医師の診断書を提出しなければならない。

3 前項の診断書記載の欠勤予定日数を超えて、引き続き欠勤する時は、改めて医師の診断書を添えて、機構に届け出なければならない。

(遅刻・早退・外出)

第28条 遅刻、早退又は勤務中に外出しようとするときは、あらかじめ上司の承認を受けなければならない。ただし、緊急やむを得ない事由のあるときは、事後速やかに承認を受けなければならない。

第6章 給与

(給与)

第29条 職員の給与および期末特別手当に関する事項は、「給与規程」に定める。

(退職金)

第30条 職員に対する退職金に関する事項は、「退職金規程」に定める。

第7章 教育

(教育)

第31条 機構は、職員の技能・知識・教養を向上させるために必要に応じて教育を行い、ま

たは社外の教育に参加させることがある。

第8章 休職，退職及び解雇

(休職)

第32条 職員が休職を命じられる事由および休職期間は、次の通りとする。ただし、機構が特別の事情があると認めたときは、休職期間を短縮または延長することがある。但し、試用期間中の職員については適用しない。

休職該当事由および休職期間

1 業務外傷病による場合

通算して3ヶ月を超えて欠勤したとき、又は精神疾患等に労務の提供が不完全になったとき（類似する傷病については、同一の傷病とみなす。）

- ・ 勤続1年未満の者 通算して2ヶ月
- ・ 勤続1年以上3年未満の者 通算して6ヶ月
- ・ 勤続3年以上の者 通算して1年

2 公職就任の場合

公職に就任し機構の業務の遂行に支障があるとき

- ・ 休職事由の消滅まで

3 刑事事件に関して起訴されたとき

- ・ 判決確定の日まで

4 本人が願い出て機構が認めたとき

- ・ 機構がその都度決定する

5 その他、機構が特に必要と認めたとき

- ・ 機構がその都度決定する

2 職員は前項の休職にあたって、次の書類を提出しなければならない。但し、機構が認めた場合は、一部を省略することがある。

- (1) 主治医の診断結果及び所見
- (2) 産業医の診断結果及び所見
- (3) 専門医の診断結果及び所見
- (4) その他判断に際して必要書類

3 休職が決定された職員は、休職期間中において機構が職員及び職員の家族に確実に連絡できるようにするために、休職の開始前に休職期間中の連絡先及び職員の家族の連絡先を届け出なければならない。

(休職期間の扱い)

第33条 前条第1 項第1 号、4 号による休職の場合は、休職期間は勤続年数に算入せず、その他の場合は、機構がその都度決定する。

2 休職期間中の給与は、無給とする。

3 休職期間中の賞与は支給しない。但し、賞与の評価期間の2ヶ月以上の勤務期間がある場合は、その期間に応じて支給する。

4 休職期間中、賃金の改定は行わない。但し、勤務期間、勤務成績等を勘案して機構が必要と認められた者については、復職後において行うことがある。

5 毎月の社会保険料等の賃金から控除すべきものがある場合は、機構が指定した期日までに、機構に支払わなければならない。

(休職期間中の義務)

第34条 職員は、休職期間中、1ヶ月に1 回以上、傷病等の経過を機構に報告しなければならない。

2 前項の報告がない場合や機構が必要と認められる場合は、機構は傷病等の確認のために、事前に届出がされた連絡先に連絡するものとする。

3 休職期間中は、機構の許可なく他の事業又は職務に従事してはならない。

(復職)

第35条 休職期間が満了又は休職期間満了前において休職事由が消滅したときは復職させる。ただし、旧職務、旧職種と異なるものに変更することがある。また第32 条第1 項第1 号に該当する者が復職を願い出るときは、医師の診断書を提出しなければならない。

2 第32 条第1 項第1 号に規定する休職者が、休職期間満了前に復職し、2ヶ月以内に再び同一又は類似の事由により欠勤した場合は、再欠勤開始日に直ちに休職を命じると共に復職直前の休職期間および再欠勤後の休職期間を通算して休職期間とする。

3 休職事由の消滅の決定及び復職日の指定は、医師等の意見を勘案して機構が行う。

4 復職後の職務及び勤務場所は、原則として休職前と同一とするが、機構の事情により、職務又は勤務場所を変更することがある。

5 休職期間満了後においても休職事由が消滅しないときは、満了の日をもって退職とする。

(退職)

第36条 職員が次の各号の一に該当したときは、退職とする。

(1) 本人が死亡したとき

(2) 退職を願い出て承認されたとき

(3) 休職を命ぜられたものが復職することなく休職期間を満了したと

(4) 定年に達したとき

(退職願)

第37条 前条第2 項により職員が退職しようとする場合は、退職日の1 ヶ月前までに退職願を提出しなければならない。

2 職員は、退職を願い出たのち退職について承認された場合、退職日までは、従前どおりの勤務をしなければならない。

3 退職する者は、退職日までに業務の引継その他指示されたことを終了し、貸与または保管されている金品を返納しなければならない。

4 職員が退職の場合において、退職について事由等の証明書を請求したときは、機構は遅滞なく交付するものとする。

(定年)

第38条 職員の定年は満65才とし、定年に達した日(誕生日)の属する事業年度の末日をもって定年退職日とする。

ただし、機構が必要と認める場合は、65歳に達した医師で本人の能力、知識、実績及び健康状態などを考慮の上、1年ごとの契約をもって雇用することができる。

(解雇)

第39条 職員が次の一に該当する場合は、30 日前に予告する。

(1) 事業の運営上やむをえない事情により、職員の減員等が必要になったとき

(2) 勤務成績、勤怠又は業務能率が著しく不良で、職員としてふさわしくないと認められたとき。ただし、第40条(解雇制限)の事由に該当すると認められた場合は、同条の定めによる。

(3) 精神又は身体の障害により業務に耐えられないと認められる場合

(4) 試用期間中または試用期間満了時までに職員として不適格であると認められたとき

(5) その他、前各号に準ずるやむをえない事情があるとき

(解雇制限)

第40条 前条の規定にかかわらず第18 条(産前産後の休業)及び53条 (災害補償) に該当する期間及びその後の30 日間は解雇しない。

第9章 懲戒

(懲戒の種類)

第41条 懲戒の種類は次のとおりとする。

(1) 戒告：始末書を提出させ将来を戒める。

(2) 減給：始末書を提出させ、かつ給与の一部を減額し将来を戒める。但し、給与の減給は1 回につき平均賃金 1 日分の半額とし、減額総額は当月度賃金総額の10 分の 1 を限度とする。

(3) 出勤停止：始末書を提出させ、かつ2 週間以内の出勤を停止して謹慎を命ずる。

(4) 降格：始末書を提出させ、そのときの事情により役職を免ずる。又は降格とする。

(5) 諭旨解雇：退職を勧告して解雇する。

(6) 懲戒解雇：解雇の予告をしないで即時解雇する。(行政官庁の認定を受けたときは、予告手当は支給しない。)

(懲戒免責の排除)

第42条 懲戒基準に該当する違反行為は、精神疾患によって惹起された行為であっても事理弁識能力を有する場合は、懲戒を免れることはできない。

2 違反行為の実行に着手し、その目的を達し得なかった場合でも、そのことを理由として懲戒を免れることはできない。

3 懲戒基準を知らなかったことを理由として、その懲戒を免れることはできない。

4 他人を教唆扇動し違反行為を行わせた者、又は他人の違反行為を幫助した者、あるいは違反行為を謀議したものは、違反者と同一の懲戒を行う。

(懲戒の軽減)

第43条 次の各号の一に該当する場合は、懲戒を軽減することがある。

(1) 前条各号に該当し、情状において特に斟酌すべき理由のあるとき

(2) 平素の勤務成績が良好であり、悔悛の情が顕著で再び違反行為を繰り返さないと認められるとき

(3) 違反行為が軽微な過失であることが明らかであるとき

(4) その他前各号に準ずるとき

(管理監督者の責任)

第44条 業務に関する指導ならびに管理不行届きにより、所属職員が懲戒処分を受けたときは、事情により当該職員の所属長もその責任者として懲戒することがある。但し、管理監督者がその防止に必要な措置を講じ、又は講ずることができなかつたことにやむを得ない事情がある場合はこの限りではない。

(懲戒決定までの就業禁止)

第45条 職員が懲戒解雇に該当する疑いがあるときは、職場秩序維持上、処分が決定するまで、就業を禁止することがある。

(損害賠償との関係)

第46条 懲戒に処せられても、違反行為により機構に損害を与えたときの損害賠償又は不当利得返還の義務を免れることはできない。

(戒告の事由)

第47条 次の各号の一に該当したときは戒告とする。但し、その程度が軽微であるか、特に考慮すべき事情があるか、又は本人が深く反省していると認められる場合は、懲戒を免じ訓戒にとどめることがある。

(1) 正当な理由なく無届の遅刻、外出又は欠勤がしばしば繰り返されたとき

(2) 入退場の時刻の記録を偽ったとき。又は自ら記録しなかったとき。

(3) 許可なく労働時間中みだりに自己の受持場所を離れ、又は他の職場に出入し、あるいは自己の受持以外の仕事を行って他人の仕事を妨げたとき

(4) 勤務に関する手続や届出等を偽ったとき

(5) 酒気を帯びて勤務したとき

(6) 正当な理由なく機構の職制を中傷又は誹謗したとき

(7) 正当な理由なく機構の行う教育を拒み、又は誠実に受講しないとき

(8) 職場内の風紀をみだすおそれのある行為を行ったとき

(9) 許可なく職場内において物品を販売し、又はその仲介をしたとき

(10) 機構の諸規則、諸規程、諸基準に違反し、又は正当な理由なく業務上の指示に従わないとき

(11) 許可なく業務外の目的で機構の文書、図面、帳簿等を閲覧転写又は転記したとき

(12) 機構の建物、設備、器具、什器、貸与品等を故意に粗略に扱ったとき

(13) 機構の公示物、表示物を故意に毀損したとき

(14) 機構の物品、書類等を業務以外の目的で社外に持ち出そうとしたとき

(15) その他前各号に準ずる程度の行為を行ったとき

(出勤停止又は減給の事由)

第48条 次の各号の事由に該当したときは出勤停止とする。但し、違反行為の動機、故意・過失の程度、暴力又は詐術使用の有無又はその程度、実害の程度及び当該違反行為後の態度等の情状を考慮し、減給にとどめることがある。

(1) 前条に該当し、処分を受けても悔悛の情なく再度同様な行為を行ったとき、又は情状が重大と認められるとき

(2) 前条の処分に従わないとき

(3) 機構施設内において賭博その他これに類する行為を行ったとき

(4) 許可なく機構施設内において文書の配布、貼付、掲示又は、署名及び投票その他これに類する行為を行ったとき

(5) 許可なく機構の施設、敷地内において集会、演説、放送その他これに類する行為を行ったとき

(6) 自己の職務を超えた専断な行為を行ったとき

(7) 職務に関し第三者の利益行為に荷担したとき

(8) その他前各号に準ずる程度の行為を行ったとき

(降格、諭旨解雇の事由)

第49条 次の各号の一に該当するときは、降格又は諭旨解雇とする。但し、情状により出勤停止又は減給の処分にとどめることがある。

(1) 前条の違反が再度に及ぶとき、又は情状重大と認められるとき

(2) 機構の資産、その他これに類するものを使用し、自己の利益をはかったとき

(3) 機構の設備・機械等を私的に利用し、業務に支障を来たしたとき

(4) 職務又は職位を利用して部外者から不当な金品、饗応を受け、又は要求、約束し、自己又は他人の利益をはかったとき

(5) 機構の許可を受けず職場外の業務に従事したとき

(6) 正当な理由なく職場配置、休職、復帰、配置転換、出張、職位決定、降格、給与決定、降給等の人事命令を拒否したとき

(7) 故意に業務能率を低下させ、又は業務の妨害をはかったとき

(8) 正当な理由なく、無断欠勤が引き続き7日以上に及んだとき

(9) 職責等を利用して、セクシュアルハラスメント又はパワーハラスメントに該当する行為を行ったとき

(10) その他前各号に準ずる程度の行為のあったとき

(懲戒解雇の事由)

第50条 次の各号の事由に該当したときは懲戒解雇とする。但し、情状により降格又は諭旨解雇の処分にとどめることがある。

(1) 前条に該当し、処分を受けても悔悛の情がなく再度同様な違反行為を重ねたとき、又はその情状がきわめて重いつき

(2) 前条の処分に従わないとき

(3) 連続し又は断続して、無届又は正当な理由のない欠勤が14日以上に及んだとき

(4) 正当な理由なく遅刻、早退、外出又は欠勤が頻繁で業務、能率に影響し又は管理上支障があると認められたとき

(5) 正当な理由なく配置換え、役職解任、転勤、出向、休職、出張その他勤務上の命令に従わず、その行為が悪質なとき

(6) 同僚又は下級者に対し不正行為を強要し、もしくは暴行、脅迫等により他人の業務を妨害し、業務に多大な支障を来したとき

(7) 集団の威力により不当に業務を妨害し、機構の秩序を乱したとき

(8) 正当な理由なく就業を拒み、もしくは職場を放棄し、機構の秩序を著しく乱したとき

(9) 職場内の風紀を著しく乱す行為のあったとき

(10) 職責等を利用して、重大なるセクシュアルハラスメント又はパワーハラスメントに該当する行為を行ったとき

(11) 虚偽の報告又は詐術を用い、機構の金品を受領し、又は第三者の利益を図ったとき

(12) 業務に関し、関係先より不当に金銭、物品その他の贈与、餐応を受け、又は強要したとき

(13) 不当利得の返還、損害賠償請求を拒んだとき

(14) 機構の重要な秘密情報を他に漏洩、又は漏洩しようとしたとき

(15) 機構の重要な個人情報〔個人情報保護法で定める個人情報(電子情報を含む)〕を他に漏洩、又は漏洩しようとしたとき

(16) 機構又は他人の信用、名誉、品位を著しく失墜させたとき

(17) 重要な経歴を偽り、その他不正な方法を用いて雇入れられたとき

(18) 横領・背任等刑法に触れる行為を行ったとき

(19) 業務上外を問わず、飲酒運転・窃盗・猥褻行為等、刑法に触れる行為を行い、職員として不適格と認められたとき

(20) 機構の諸規則、諸規程、諸基準に従わず、その行為が悪質なとき

(21) その他前各号に準ずる程度の行為を行ったとき

(損害賠償)

第51条 機構が、職員の故意又は過失により損害を受けたときは、懲戒に付するほか、その損害を賠償させることができる。

第10章 安全・衛生

(健康診断)

第52条 職員は、機構が毎年定期に行う健康診断を受けなければならない。

2 機構は、職員の健康上又は衛生上必要と認めるときは、休職等職員の健康保持上必要な措置を命じることができる。

(災害予防等)

第53条 職員は、災害盗難等の予防に留意するとともに災害その他非常災害の発生を発見し、又はその危険があることを知ったときは、臨機の処置をとり、直ちにその旨を担当者等に連絡し、その被害を最小限に止めるよう努めなければならない。

第 1 1 章 災害補償

(災害補償)

第54条 職員が業務上負傷し、又は疾病にかかったときは労働基準法の規定に従い、療養補償、障害補償、休業補償、遺族補償および葬祭料を支給する。

2 業務上、業務外の最終判断は、労働基準監督署の認定によるものとする。

3 前項の対象者が同一の事由について労働者災害補償保険法に基づいて災害補償給付を受ける場合は、第 1 項の規定は適用しない。

(細則)

第55条 この規則の実施に関して必要な事項は、代表理事が定める。

附則 この規則は平成 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 25 年 4 月 1 日から施行する。

日本医療安全調査機構 就業規則(非常勤職員)

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9月27日 一部改正

第1章 総則

(目的)

第1条 この規則は、非常勤職員の労働条件、服務規律その他の就業に関することを定めるものである。

2 この規則に定めないことについては、労働基準法その他の関係法令の定めるところによる。

(定義)

第2条 この規則において「非常勤職員」とは、第2章及び1年以内の期間を定めて採用された者をいう。

(規則の遵守)

第3条 機構及び非常勤職員は、この規則を守り、お互いに協力して業務の運営に当たらなければならない。

第2章 採用および労働契約

(採用)

第4条 非常勤職員の採用に当たっては、就職希望者のうちから選考して採用する。

(雇用条件の明示等)

第5条 雇用契約の締結に当たり非常勤職員と「臨時雇用契約書」(非常勤職員)を取り交わす。雇用期間等の条件は、当該契約書によるものとする。

第3章 服務規律

(服務)

第6条 非常勤職員は、業務の正常な運営を図るため、機構の指示命令を守り、誠実に服務を遂行するとともに、次の各号をよく守り、職場の秩序の保持に努めなければならない。

- ① 機構の名誉又は信用を傷つける行為をしないこと
- ② 業務で知りえた機密を他に漏らさないこと
- ③ 遅刻、早退、私用外出及び欠勤をするときは、事前に地域代表等に届け出て承諾をとること
- ④ 許可なく職務以外の目的で機構の施設、物品等を使用しないこと

- ⑤ 職務を利用して自己の利益を図り、また不正な行為を行わないこと

第4章 労働時間及び休憩時間

(労働時間)

第7条 非常勤職員の勤務時間は、原則として1日7時間45分、1週間については38時間45分以内とし、所定労働時間は、個々の雇用契約の定めるところによる。

2 始業及び終業の時刻は、次のとおりとする。

原則として

始業時刻 午前9時

終業時刻 午後5時30分

休憩時間 45分間（原則 12時～12時45分）

とするが、業務の都合上所属長の指示する時間帯でかつ、出勤日も個別に定めるものとする。

但し、在宅勤務は認めないものとする。

(休日)

第8条 休日は、次のとおりとする。

- ① 日曜日及び土曜日
- ② 国民の祝日（振替休日を含む。）及び国民の休日
- ③ 年末年始（12月29日より、1月3日まで）
- ④ その他機構が指定する日

(出退勤手続)

第9条 非常勤職員は、出退勤に当たって、各自の勤務管理表に、出退勤の時刻を記録しなければならない。

2 勤務管理表は自ら記入し、他人にこれを依頼してはならない。

3 勤務管理表は月毎に合計勤務時間を記入し、本人印と共に地域代表から確認印を徴求の上、中央事務局に提出する。

第5章 休暇等

(年次有給休暇)

第10条 6か月以上継続して勤務し、機構の定める所定労働日数を出勤したときは、労働基準法の定めるところにより年次有給休暇を与える。

(特別有給休暇)

第11条 次の場合には非常勤職員の請求によって特別有給休暇を与える。

(1) 本人の結婚 連続5日以内

(2) 忌服（配偶者、父母および子） 連続5日以内

(3) 裁判員、証人、鑑定人等となって、裁判所等に出頭したとき
その期間

(産前産後の休業)

第12条 6週間（多胎妊娠の場合は14週間）以内に出産する予定の非常勤職員は、請求によって休業することができる。

- 2 産後8週間を経過しない非常勤職員は就業させない。ただし、産後6週間を経過した非常勤職員から請求があった場合には、医師により支障がないと認めた場合、業務に就かせることができる。

(育児時間等)

第13条 生後1年未満の子を育てる非常勤職員から請求があったときは、1日について2回、1回について1時間の育児時間を与える。

- 2 生理日の就業が著しく困難な非常勤職員から請求があったときは、必要な期間休暇を与える。

(育児休業等)

第14条 非常勤職員は、生後1年未満の子を養育するため必要があるときは、申し出て育児休業をし、又は育児短時間勤務制度の適用を受けることができる。

(妊娠中及び出産後の健康管理に関する措置)

第15条 妊娠中又は出産後1年以内の就労者が母子保健法の規定による健康診査等のために勤務時間内に通院する必要がある場合は、請求により次の範囲で通院のための休暇を認める。ただし、医師又は助産師（以下「医師等」という。）の指示がある場合は、その指示による回数を認める。

- ① 妊娠23週まで 4週間に1回
- ② 妊娠24週から35週まで 2週間に1回
- ③ 妊娠36週以降 1週間に1回

- 2 妊娠中の非常勤職員に対し、通勤時の混雑が母体の負担になると認められる場合は、本人の請求により始業時間を30分繰下げ、終業時間を30分繰上げを認める。ただし、本人の請求により合計1日1時間以内を限度として繰下げ又は繰上げ時間の調整を認める。
- 3 妊娠中の就労者が業務を長時間継続することが身体に負担になる場合、本人の請求により適宜休憩をとることを認める。
- 4 妊娠中及び出産後1年以内の非常勤職員が、健康診査等を受け医師等から指導を受けた場合は、その指導事項を守ることができるようにするために次のことを認める。

- ① 作業の軽減
- ② 勤務時間の短縮
- ③ 休業

第6章 賃金

(賃金)

第16条 賃金、通勤手当は「臨時雇用契約書」での締結内容とする。

第7条第1項の所定労働時間を超えて労働させたときは、次の算式により計算して支給する。

時間あたり給与×1.25×時間外労働時間数(17:00～22:00、5:00～9:00)

時間あたり給与×1.50×時間外労働時間数(22:00～翌朝5:00)

休日労働手当 第8条の所定休日に労働させたときは、次の算式により計算して支給する。

時間あたり給与×1.35×休日労働時間数

(期末特別手当)

第17条 機構は、給与規程の定めにより、一定期間継続勤務した者に対し、それぞれの勤務実績に応じ期末特別手当を支給する。

(休暇等の賃金)

第18条 第12条で定める産前産後の休業期間については、無給とする。

2 第13条第1項で定める育児時間については、無給とする。

4 第13条第2項で定める生理日の休暇については、無給とする。

5 第14条第1項で定める育児休暇については、無給とする。

6 第15条第1項で定める時間内通院の時間については、無給とする。

7 第15条第2項で定める遅出、早退により就業しない時間については、無給とする。

8 第14条第3項で定める勤務中の休憩時間については、無給とする。

9 第14条第4項で定める勤務時間の短縮により就業しない時間及び休業の期間については、無給とする。

(欠勤等の扱い)

第19条 欠勤、遅刻、早退、及び私用外出の時間数に対する賃金は支払わないものとする。この場合の時間数の計算は、時間単位とする。

(賃金の支払い)

第20条 賃金は、前月1日から前月末日までの分について、当月15日（支払日が銀行休日に当たる場合はその前営業日）に通貨で直接その金額を本人に支払う。

2 次に掲げるものは賃金から控除するものとする。

① 源泉所得税

② 住民税(特別徴収分)

第7章 退職及び解雇

(退職)

第21条 非常勤職員が次のいずれかに該当するときは、退職とする。

- ① 「臨時雇用契約書」の記載内容による
- ② 本人の都合により退職を申し出て機構が認めた時、又は本人が退職の申し出をしてから14日を経過したとき
- ③ 本人が死亡したとき

2 非常勤職員が、退職の場合において、業務の種類、賃金又は退職の事由（退職の事由が解雇の場合はその理由を含む。）について証明書を請求した場合は、機構は遅滞なくこれを交付する。

(解雇)

第22条 非常勤職員が、次のいずれかに該当するときは解雇する。

- ① 適正な雇用管理を行い、雇用の継続に配慮しても、なお就業に耐えられないと認められたとき
- ② その他前号に準ずるやむを得ない事由があるとき

第8章 安全衛生及び災害補償

(安全衛生の確保)

第23条 非常勤職員は、安全衛生に関する法令、規則並びに機構の指示を守り、機構と協力して労働災害の防止に努めなければならない。

(災害補償)

第24条 非常勤職員が業務上の事由若しくは通勤により負傷し、疾病にかかり又は死亡した場合は、労働者災害補償保険法に定める保険給付を受けるものとする。

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25年4月1日から施行する。

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

平成 24 年 9 月 27 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
- 5 理事会及び監事監査にかかる諸謝金

(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、地域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、又非常勤の調整看護師・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) 理事会及び監事監査にかかる諸謝金は及び旅費は、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10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
一部改正は平成25年4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
平成 24 年 9 月 27 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 別に定める 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) 別に定める 通勤費 (交通費) 実費
人件費 (地域事務局) 別に定める 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)
- (6) 理事会及び監事監査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 (普通車扱い)
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
（但し、審議に参加し評価委員会は欠席委員5,000円）
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。

一部改正は平成25年4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。

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10月16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)	15(10)	39(16)	12(9)	2(1)	9(3)	180(75)
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	1	7	1	0	0	16
受付後、評価中の事例	2	1	1	7	1	4	9	3	0	0	28
評価結果報告書を交付した事例	12(6)	3(2)	9(3)	59(20)	7(4)	11(8)	29(11)	9(7)	2(1)	9(6)	150(68)
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～10月16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	3	0	0	0	3
依頼医療機関で実施	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	5
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	1	7	1	0	0	16

③ 相談事例:平成23年4月以降

(平成24年10月16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	1	4	1	0	1	0	3	12
	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
	◆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
	当該医療機関もしくは他大学での 病理解剖となったため	1	0	1	0	0	2	1	0	1	0	6
	その他・不詳	0	0	0	0	1	3	0	1	0	1	6
	◆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	2	5	1	0	0	12※	
合計	5	2	2	2	8	8	6	3	1	4	41	

※内訳 ① 火葬済 6件 ② 存命中 2件 ③ 代表判断 4件

平成 25 年度予算編成上の主な留意事項

1、全体について

- ・平成 25 年度事業計画（別添）を予算に反映

2、一般会計

(1) 収入の部

- ・社員、団体からの負担金収入は昨年度と同額の 60,000,000 円を計上
- ・前年度繰越金は 1,200,000 円を計上

(2) 支出の部

- ・理事会謝金を規程に基づき計上（平成 23, 24 年度は 0 円）
- ・特別会計（事業予算）へ 54,260,000 円を繰出

3、特別会計

(1) 収入の部

- ・国庫補助金は昨年度と同額の 120,245,000 円を計上
- ・一般会計（主に社員、団体からの拠出金）から 54,260,000 円を繰入

(2) 支出の部

【事業費】

- ・事例取扱数は昨年度と同数の 40 事例を計上
- ・人材育成費は昨年度と同額を計上
- ・運営委員会謝金を規程に基づき計上（平成 23, 24 年度は 0 円）
- ・企画部会提言の具現化のため推進委員会を設置
- ・広報活動の一環として事業実施報告書等を増刷

【人件費】

- ・常勤職員は月給制に改正
- ・期末特別手当（年間 3 カ月）を計上
- ・退職給付引当金を計上
- ・企画部会提言書の具体的な検討と取り組み及び諸課題等対応を行うため常勤の中央事務局長（医師）を採用
 - ・協働型事例による中央審査委員会の増加並びに地域事例の支援強化等への対応のため中央事務局に常勤・非常勤看護師、計 2 名を計上
 - ・中央事務局全体の事務量増加のため派遣職員 1 名を計上

日本医療安全調査機構 事業方針並びに平成 25 年度事業計画

1 事業方針

当機構は、医療の質・安全の向上のため、診療行為に関連した死亡の事例に対し、中立性と公正性を持ってその原因の調査・分析を行うとともに、再発防止策の策定・普及並びに透明性の確保を担う第三者機関である。

また、当機構は厚生労働省の支援のもと、医療界が自律的に組織し、幅広く団体・組織から参画を求め運営するものである。

今後、企画部会の提言を踏まえ具体的な検討を行うとともに、全国での事業展開に向けて、事務局の設置・人材の確保、評価体制のありよう、財政基盤の強化等を検討するとともに、解剖体制も含めて対象地域の拡大に取り組むこととする。

更に、医療事故発生に伴う届出制度等、関連する現行制度のより良い改正に向けて働きかけるものである。

2 平成 25 年度 事業計画

(1) 事例受付の促進

・受付事例計画 : 40 事例 (従来型 : 20 件、協働型 : 20 件、解剖、Ai を含む)

(2) 安定した事業推進のための基盤強化

① 組織の基盤強化

- ア 当面、現行組織の継続を踏まえ、全国的展開に向けた具体的な検討
- イ 社員総会、理事会、運営委員会、職員連絡会等の開催
- ウ 地域連絡協議会の設置促進
- エ 職員に対する適正な労務管理

② 財政的基盤の整備

- ア 国庫補助金の確保
- イ 社員加入の勧奨、拡大促進
- ウ 寄付金の募集
- エ 研修事業の受講料一部負担徴収
- オ 制度化に向けた費用負担のあり方の検討

- ③ 広報活動の推進
 - ア ホームページの充実
 - イ 事業実施報告書、パンフレット等広報媒体の作成と配布
 - ウ 警察庁、各都道府県、関係団体や地域の検視官等との連携強化
 - エ 国民向けワークショップ
 - オ 政治家やマスコミとのシンポジウム開催の検討
 - カ 日本医療機能評価機構との協力体制確立の検討

- ④ 公正・中立な評価活動の充実
 - ア 評価手順の標準化
 - イ 協働型の実施評価
 - エ 評価方法の課題検討
 - オ 協力学会説明会

- ⑤ 医療安全への還元とあり方の検討
 - ア 評価結果の医療機関・学会・社員等への還元
 - ・評価結果報告書【概要版】の発行とホームページ掲載
 - ・各学会における学術集会でのワークショップ

- ⑥ 人材育成
 - ア 評価活動経験者のデータベース化
 - イ 調査分析力向上のための研修
 - ウ 職員の資質向上のための研修

- (3) 企画部会提言書の具体的な検討と取り組み
 - ア 推進委員会の設置

※ 平成 25 年度事業計画並びに収入支出予算は、運営委員会での意見を踏まえ、理事会で決議することとする。

平成25年度 一般会計収入支出予算
(平成25年4月1日～平成26年3月31日)

収入の部

(単位:千円)

科目	本年度予算額	前年度予算額	増減額	備考
1. 負担金収入	60,000	60,000	0	社員・団体からの負担金収入
2. 寄付金等収入	150	150	0	寄付金等収入
3. 前年度繰越金	1,200	0	1,200	前年度より繰越
合計	61,350	60,150	1,200	

支出の部

科目	本年度予算額	前年度予算額	増減額	内訳
1. 機構管理費	3,160	2,494	666	<ul style="list-style-type: none"> ・理事会、社員総会 1,238 ・会計業務処理費 1,550 ・司法書士手数料 300 ・法人都民税 72
2. 繰出金	54,260	23,387	30,873	特別会計へ繰出
3. 基金積立金	3,930	34,269	△30,339	
合計	61,350	60,150	1,200	

平成25年度 特別会計収入支出予算
(平成25年4月1日～平成26年3月31日)

収入の部

(単位:千円)

科目	本年度予算額	前年度予算額	増減額	備考
1. 国庫補助金収入	120,245	120,245	0	厚生労働省からの補助金
2. 繰入金	54,260	23,387	30,873	一般会計から繰入
合計	174,505	143,632	30,873	

支出の部

科目	本年度予算額	前年度予算額	増減額	内訳
1. 人件費	114,791	86,164	28,627	
(1) 中央事務局給与	39,275	17,340	21,935	常勤5名(協働型の対応、地域支援強化員を含む) 非常勤1名、派遣1名
(2) 地域事務局給与	63,174	59,104	4,070	18名(常勤7名、非常勤9名、派遣2名)
(3) 通勤費	3,100	2,880	220	22名分
(4) 法定福利費	9,000	6,840	2,160	健康保険、厚生年金等社会保険料
(5)退職給付引当金	242	0	242	10名分
2. 事業費	59,714	57,468	2,246	
(1) 事例費用	30,000	30,000	0	従来型、協働型40事例 (解剖、Aiを含む)
(2) 人材育成費	2,000	2,000	0	トレーニングセミナー
(3) 中央事務局 及び東京事務局 費用	17,194	14,844	2,350	・運営委員会、ワーキング部会、職員連絡会等 3,907 ・家賃、光熱水費 5,356 ・広報活動費(パンフレット、事業報告書等) 2,818 ・ホームページ管理費等 600 ・リース料、連絡通信費等 4,513
(4) その他地域 事務局費用	10,520	10,624	△104	【地域事務局経費】 ・地域運営委員会等 ・家賃、光熱水費 ・連絡通信費、事務用品等 。北海道 1,856 。宮城 476 。茨城 0 。新潟 250 。東京 722 。愛知 1,400 。大阪 2,622 。兵庫 400 。岡山 880 。福岡 1,914
合計	174,505	143,632	30,873	

平成 25 年度運営基金積立金在高（見込額）

（平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日）

（単位：千円）

前年度積立金	本年度積立金	本年度基金繰出額	年度末積立金在高
34,269	3,930	0	38,199

「診療行為に関連した死亡の調査分析事業の
あり方に関する企画部会」

報 告 書

平成24年10月

日本医療安全調査機構企画部会

1 企画部会の趣旨と設置の経緯

日本医療安全調査機構は2010年4月に設立され、2005年からほぼ5年間継続して行われてきたいわゆるモデル事業（「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」）の試みを継承した。具体的には、全国10ヶ所（北海道、宮城、茨城、東京、新潟、愛知、大阪、兵庫、岡山、福岡）において、診療行為に関連してその原因究明が第三者機関によって行われるのが望ましいと判断される事例について、調査分析を行ってきた。2012年10月時点で、モデル事業時代を含めその数は180例にのぼる。

だが、理事会・運営委員会では、日本医療安全調査機構の事業として、このような事業を営々と、あるいは肅々とするに一定の意義はあるものの、それだけを継続して行うのでは問題があると指摘されてきた。たとえば、全国10カ所に限定されていること、医師法21条に基づいて警察に届けられた事例は対象とできないこと、遺族からの請求や職権で調査分析に入ることはできず、あくまでも事例が生じた医療機関と遺族との合意が形成された場合のみ活動に入ることなどである。そもそも「モデル事業」と呼んできたからには、その試みが、全国的な医療安全のための仕組みを構築する「モデル」でなければならない。そこで、2012年3月「診療行為に関連した死亡の調査分析のあり方に関する企画部会」を設置し、今後、日本医療安全調査機構をどのような形で発展させていくかの構想を明らかにすることが決定された。企画部会は、6月18日に開かれた第1回以降5回の議論を重ね、下記にあるような医療事故の調査分析にあたる第三者機関（以下、第三者機関）を設置することを提言し、日本医療安全調査機構の活動目標とすることを確認した。

2 第三者機関設置の目的と基本となる考え方

- 1) 第三者機関は、医療事故の原因究明と再発防止を目的とする。
- 2) 第三者機関の活動は、医療事故の全貌を可能な限り把握し、それにより医療機関内の医療事故調査、医療安全の活動と我が国の医療安全に資することを基本とする。
- 3)
 - A案：第三者機関へ届け出る（報告する）ことにより、医師法21条の異状死体届出義務を行ったものとする。
 - B案：第三者機関へ届け出る（報告する）制度の創設により、医師法21条の異状死体届出義務の対象事例から診療関連死が除外されることとする。」

(表現の差異はあるが、これら2つの案は、いずれも現行の医師法21条を医療関連死について明確に変更しようとするものである。)

注：従来、モデル事業で行ってきた調査分析事例の中には、医療機関と遺族の間に信頼関係が失われ、モデル事業のまさに「調整看護師」がその間の「調整」をしながら、調査分析にあたった例も少なくない。しかし、モデル事業自体は、これら紛争の解決を目的とするものではなく、あくまでも公平中立でかつ専門的な第三者機関として、当該事例の調査分析を行うのがその役割であると考えてきた。医療機関にとっても遺族にとっても、防止できる事故は防止すべきこと、そのための再発防止策は何かを考えること、は共通の願いであり、そのためにこそ中立的専門的な調査分析が必要となる場合がある。

さらにそのことは事故が起きた医療機関に限られない。同様の事故はすでに他でも起きていたのかもしれない、またこれからも生ずる可能性がある。そうだとすると、「事故から学ぶ」ために、わが国における医療事故の現状を把握し、それらに対して何らかの処方せんを出すための第三者機関が必要である。

診療関連死について、医師法21条による警察届出の実質的廃止を基本原則として打ち出すのも、モデル事業の経験に基づいている。現在、医師法21条によって届けられ警察の捜査対象になって司法解剖が行われている事案(で医療事故の関連事例)の多くは、まさにこのモデル事業で専門的な調査分析を行ってしかるべき事案である。警察による捜査は、医療事故の「加害者」を特定し(限定し)、彼らに刑事制裁を加えるという役割を果たすものだが、医療安全のための調査分析を専門的に行うものではない。医療事故の全貌を把握し、同様の事故の再発防止を図るには、医師法21条によって警察への道を開くのではなく、第三者機関に届け出て、調査分析を行う必要がある。そのためにも警察ではなく第三者機関に届ける状況を生み出すために、医師法21条については何らかの変更が必要である。

3 第三者機関による調査分析の基本的な仕組み

1) 第三者機関への報告

医療行為が行われる中で生じた、原因不明の予期しない死亡事例等(死産を含む)、または、医療の内容に誤りがあるもの(その疑いを含む)に起因した死亡事例等を中心に、医療機関の管理者は、院内で何らかの検証が必要と判断される事例を、広く第三者機関【ブロック事務局】に、原則24時間以内を目途に報告する。

- 死亡事例に当面は限定するが、3年後に見直すこととする。
- 報告対象事例の基準についての細かい定義はせず、院内で検証が必要と判断した事例を、まずは広く報告する。
- 事象発生時に第三者機関に速やかに報告し、調査結果を最終的に報告・集約して医療安全に還元する透明性のある仕組みを有することによって、21条の届出に代わるものとする。
- 遺族から、診療行為に関連した予期しない死亡の死因を究明する調査を求められた場合、当該医療機関から資料の提出を受け、意見を聞いたうえで調査の可否を判断する。

2) 第三者機関による調査方法の決定

24時間オンコール体制で報告を受けた第三者機関【ブロック事務局】がスクリーニングし、適切な調査方法を定める。

<調査体制>

- (1) 院内型：院内で調査分析を実施し、報告書を作成、第三者機関に提出する。医師会あるいは大学病院等の他の医療機関が協力する調査も含む。
- (2) 協働型：院内調査に第三者機関から調査評価医を数名派遣し、調査分析を実施する。
- (3) 第三者型：第三者機関が解剖調査から臨床評価すべての調査分析を実施する。

○ これら3つの型は基本的な類型であり、たとえば、いずれかの調査分析が行われた後に遺族から調査のあり方自体に異議が出された場合を含め、結果報告後の第三者機関の査読を基本とし、調査分析として不十分だと判断される場合、さらに第三者機関の中央事務局が関与して2段階目の審査体制を組むなど柔軟な対応もとれるようにする。

○ 調査方法の決定に当たっては、院内で調査分析することの重要性を基本として、事例の内容や、医療機関の医療安全管理体制等から、第三者機関【ブロック事務局】が助言勧告して決める。

3) 解剖調査・死後画像撮影 (Ai)

調査は、解剖調査・死後画像撮影 (Ai) を原則とし、今後、必要に応じて解剖が実施できる体制の構築に努める。

○ 調査分析にこれらの手段は必要であり、これらのための基盤整備が何よりも重要であるが、事例によってはそれが不可能な場合もある。また全国でそれが可能かという現状は必ずしもそうではない。そこで、解剖を実施していなくとも、中立的専門的調査分析を可能な範囲で引き受ける。

4) 第三者機関の調査権限と医療機関の義務

報告した医療機関には調査への協力義務があり、第三者機関は調査に対して自律的な協力を求める。調査に非協力的な場合は公表等の対応を考慮する。

5) 評価体制

医療事故の原因究明・再発防止は全国的な課題であるから、それが可能な体制を工夫する必要がある。

<事務局体制>

(1) 総合調整医

- ・初動のスクリーニングから評価の取りまとめに至るまで重要な役割を果たすものである。
- ・一定の研修を受けることが必要となる。

(2) 調整看護師

- ・事例の報告受付から評価結果の報告に至るまで、関係各所（遺族・医療機関・評価者等）との調整を担う重要な役割を果たすものである。
- ・一定の研修を受けることが必要となる。

<評価体制>

(1) 解剖調査チーム

- ・各地域（県単位）の大学病院病理学教室や医師会を中心として、病理専門医が速やかな解剖実施を図れる体制を構築する。
- ・場合によっては、法医認定医の参画も考慮する。
- ・この際、臨床立会医（大学病院の協力による専門医）が参加する。

(2) 臨床調査チーム

- ・ブロック単位で偏りのないように構成し、必要に応じて、他ブロックからの参加も考慮する。
- ・解剖に立ち会った臨床医及び当該専門分野で2名以上、他分野2名以上の臨床医の参加を原則とする。
- ・事例に応じて、看護師、薬剤師等の専門家、医療安全の専門家を入れる。
- ・評価の一定レベルを保つために各ブロックの総合調整医が入ることが望

ましい。

<確認体制>

- ・スクリーニングについては、その内容を振り返る体制をもつ。
- ・最終的に提出された評価結果報告書に対しては、査読や再調査の必要性を判断する体制をもつ。

6) 評価結果の還元と再発防止策の提示

- (1) 第三者機関に届けられた事例の調査結果については、その調査結果・結論等をすべて把握し、再発防止に資する資料とする。
- (2) 第三者機関が関与した調査結果については、第三者機関が主導して調査結果の説明を当該医療機関と患者側に平等に行う。
- (3) 調査結果は、個人情報を除いて公表する。また医療安全措置改善のために、定期的に事故の概要と再発防止案を公表する。医療機関へのアラートの仕組みなども工夫する。さらに学会報告等で検討の機会や周知徹底の機会とする。

○ すでに日本医療安全調査機構では、ホームページに警鐘事例として、「気管切開術後1週間のリスク管理」を掲載しているが、この情報の周知の点では日本医療機能評価機構の経験に学ぶ必要がある。いかに役割分担をするか残された課題である。

4 第三者機関構築の実現可能性

- 1) 調査分析に関する費用について、院内事故調査主導にせよ、第三者機関での調査主導にせよ、医療安全に掛る費用の公的負担と医療界が自ら負担する割合や関係について検討する必要がある。その中で、第三者機関が公的な認証を得て、まさに公的機関として活動する基盤を作ることが重要である。
- 2) 協働型にせよ第三者型にせよ、第三者機関が調査に関与できる件数には一定の限度があるはずであり、その目算を立てておく必要がある。
- 3) 第三者機関自体の日常的な業務体制についても、調査件数等を考慮して、合理的な費用と人員について予測する必要がある。
- 4) 調査に第三者機関が関与した場合、医療機関に一定の費用分担を求めるかという点も課題である。

5 残された課題

1) 遺族へのメディエーションについて

従来、モデル事業において調整看護師が一定のメディエーション役を果たしてきた実例がある。だが、メディエーションは、調停（和解のための努力）を意味するものであり、個別の事例の紛争解決は第三者機関の主たる目的ではない。

ただし、中立的専門的な第三者機関が介在し、遺族に説明にあたることが、そのような面で資する場合もある（現にモデル事業ではそういう経験も存在した）。だが、あくまでもそれは副次的効果である。

2) 医療者の再教育・その他

再発防止策の中で、医療者への再教育が必要という場合もありうる。だが、それは行政処分的一种であって、第三者機関にその権限はない。当該医療機関に勧告その他を行うことになる。なお次項参照。

3) 行政機関との関係・刑事司法との関係

○ 医療安全を図る責任を有する行政機関は厚生労働省であり、第三者機関の活動については、厚労省に報告して、実際の事例に基づく事故防止策とともに考えていく必要がある。

○ 刑事司法は、医療に関する業務上過失致死傷罪の適用については従来「謙抑」的な立場をとってきたとする。それが今後とも維持されるよう、医療事故については、第三者機関による原因究明・再発防止策の提言の過程で、医療界として透明性のある自律的責任を果たす体制を構築し、またそれを実施する。

6 結びに代えて

以上、診療行為に関連した死亡の調査分析のあり方について、今後、実現すべき構想の骨格を明らかにした。企画部会としては、日本医療安全調査機構の運営委員会、理事会においてさらにこの報告書を検討しまとめた案について、厚労省や社会に働きかけて医療安全の仕組みが構築されるよう強く望むものである。

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

◎部会長、○副部会長

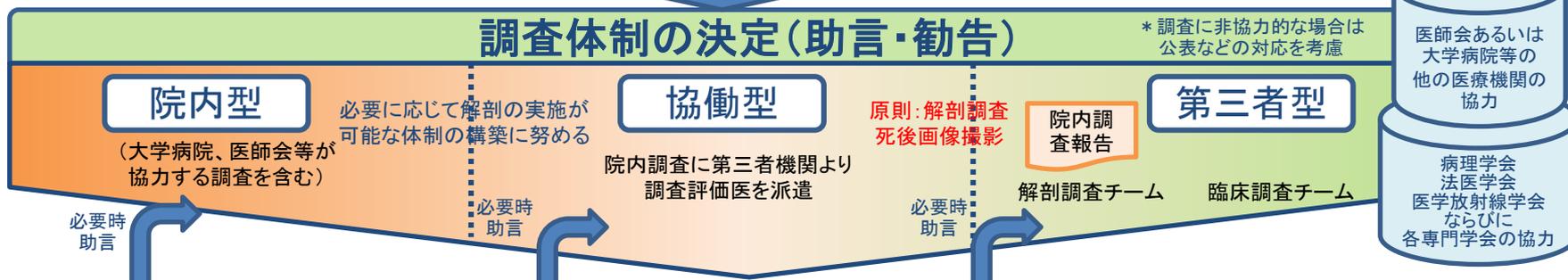
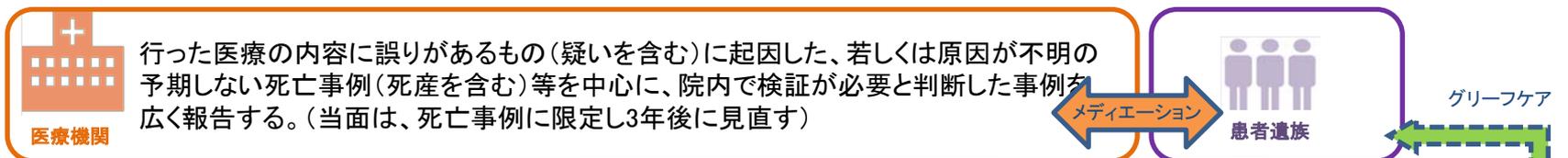
五十音順（敬称略）

- あるが とおる
有賀 徹 昭和大学病院院長/日本救急医学会
- かやま たかまさ
嘉山 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 そうすけ
木村 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 やすし
児玉 安司 新星総合法律事務所弁護士
- しみず のぶよし
清水 信義 岡山労災病院院長/日本外科学会/岡山地域代表
- すずき としひろ
鈴木 利廣 すずかけ法律事務所弁護士
- たかすぎ のりひさ
高杉 敬久 日本医師会常任理事
- たかもと しんいち
高本 眞一 三井記念病院 院長/日本心臓血管外科学会
- てらもと たみお
寺本 民生 帝京大学医学部学部長/日本内科学会
- ひぐち のりお
○樋口 範雄 東京大学大学院法学政治学研究科教授
- ふかやま まさし
深山 正久 東京大学医学部大学院人体病理学分野・教授/日本病理学会
- まつづき
松月みどり 日本看護協会常任理事
- まつもと ひろし
松本 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 なおき
◎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/
東京地域代表
- やまぐち てつ
山口 徹 虎の門病院院長
- はら よしひと
○原 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

目的:原因究明・再発防止

医療事故の全貌を可能な限り把握し、それにより医療機関の医療事故調査、医療安全の活動と我が国の医療安全に資する



参考：事例数の目算と費用予測

★算定の根拠

①医療法で報告義務機関(全国273機関)からの医療事故死亡数 140～180件／年

②診療関連死の司法解剖数 年間 140～150例

上記以外、事例数を推定できる情報が無いことから、A案とB案として提示した。

I 事例直接費用(評価謝金・解剖・Ai等)

1事例当たり		A: 報告総事例数400	B: 報告総事例数800
(1)院内		300事例	600事例
(2)協働型	@50万円	50事例	100事例
(3)第三者型	@120万円 (Ai費用を含む)	50事例※2	100事例
(4)査読	@10万円	400事例	800事例
(5)再審査※1	@30万円	100事例	200事例
		¥ 155,000,000	¥ 310,000,000

※1査読結果や異議申し立て等により、再審査が必要な事例

※2 第三者型で実施が必要な事例が多かった場合は、補正予算とする。

II 体制整備・人員配置

	A:400	B:800
1 各種会議費用 (会議に伴う交通費を含む)	¥ 12,000,000	¥ 12,000,000
2 中央事務局運営費用 (通信・賃借・印刷等を含む)	¥ 8,000,000	¥ 10,400,000
3 地域事務局運営費用(通信・賃借・印刷等 @250万×5、@350万×2)	¥ 19,500,000	¥ 25,350,000
4 解剖施設 連絡調整・事務費用 @50万×45、100万×2	¥ 24,500,000	¥ 24,500,000
5 協力学会関連費用 (学会連絡会議等)	¥ 500,000	¥ 500,000
6 スクリーニング謝金、打合せ @96万×7 打合100万	¥ 7,720,000	¥ 9,400,000
7 職員人件費(医師2、看護師A21/B40、事務A11/B13)	¥ 208,200,000	¥ 338,200,000
社会保険料、通勤費用等	¥ 35,000,000	¥ 45,000,000
8 コールセンター、夜間対応諸経費(推測額)	¥ 30,000,000	¥ 40,000,000
	¥ 345,420,000	¥ 505,350,000

III 医療安全への還元・人材の育成費用

	A:400	B:800
1 事業実施報告書作成費用	¥ 3,000,000	¥ 3,000,000
2 警鐘方法の検討費用	¥ 1,100,000	¥ 1,100,000
(1, 2等の郵送・配信システム費用)	¥ 2,500,000	¥ 2,500,000
3 パンフレット・リーフレット等広報資料作成	¥ 3,000,000	¥ 3,000,000
4 ホームページ更新・維持管理	¥ 3,000,000	¥ 3,000,000
5 人材育成研修(年1回 テーマ別)	¥ 3,000,000	¥ 3,000,000
6 職員研修(内部、外部研修補助)	¥ 1,000,000	¥ 2,000,000
	¥ 16,600,000	¥ 17,600,000

◎総計

	A:400	B:800
I 事例直接費用	¥ 155,000,000	¥ 310,000,000
II 体制整備・人員配置費用	¥ 345,420,000	¥ 505,350,000
III 医療安全への還元・人材の育成費用	¥ 16,600,000	¥ 17,600,000
合計	¥ 517,020,000	¥ 832,950,000

平成 24 年度 人材育成研修（企画案）

テーマ：評価結果報告書のありかた

「診療行為に関連した死亡の調査分析事業における評価結果報告書を振り返り、評価結果報告書作成のあり方を考える」

1 目的

診療行為に関連した死亡の調査、分析事業における評価結果報告書は、本事業の実績そのものであり、遺族や社会から信頼される質の高い報告書が求められる。これまで作成された評価結果報告書をレビューして、報告書作成にあたっての問題点や課題を見出し、改善策を検討することによって、今後の質の高い報告書作成における有用な知見を共有したい。

さらに、その知見をマニュアルとして取りまとめ、評価結果報告書の質の均一化に役立てることを目的とする。

2 開催地・対象

(1) 開催日：2 月後半もしくは 3 月前半の土曜日（10 時～17 時 30 分）

(2) 開催地：東京 会場：東大を想定

(3) 対象：約 50 名

各地域から 3～5 名程度

以下のいずれかの要件を満たす方、地域代表の推薦とする。

◆医師：各地域より 3 名程度

①これまで地域評価委員会に携わった経験のある方で、今後も事例評価・評価結果報告書の作成において、指導調整の立場としてご協力いただける方。

②地域代表、総合調整医

◆看護師

①調整看護師 等

◆有識者の代表：各地域より 1 名

①これまで地域評価委員会に携わった経験のある方で、今後も事例評価・評価結果報告書の作成において、指導調整の立場としてご協力いただける方。

(4) 費用：無料（地域代表、総合調整医、調整看護師は出張扱い
上記以外の方は、交通費実費支弁）

3 内容

(1) 機構の現状 (原中央事務局長) 20 分

(2) 【講演】 医療事故調査の現状と調査結果報告書について

- ・ 医療事故調査の方向性 (〇〇 先生) 30 分
- ・ 医療側弁護士の立場から (〇〇 先生) 30 分
- ・ 患者側弁護士の立場から (〇〇 先生) 30 分
- ・ 医療界の倫理と行政処分のあり方 (〇〇 先生) 30 分

(3) 【グループ討議】 報告書のレビュー (東京大学血管外科 宮田哲郎先生)

240 分

① 事前配布した報告書(個人情報削除)について査読、事前に意見を集約。

- ・ 問題点改善点
- ・ マニュアル改正点
- ・ 例示となり得る文章の抜き出し

② グループでの検討 (5~6 名を一つのグループとして) 120 分

③ 全体発表・討議 (座長: 山口先生 宮田先生) 120 分