

令和5年度 第3回医療事故調査・支援事業運営委員会
議 事 録

日 時：令和6年3月27日（水） 10：00～12：00

場 所：浜松町TSビル2階 日本医療安全調査機構 会議室

医療事故調査・支援センター

（一般社団法人 日本医療安全調査機構）

○議事内容

鈴木事務局長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和5年度第3回医療事故調査・支援事業運営委員会を開催させていただきます。本日は大変お忙しい中、当委員会にご出席をいただき誠にありがとうございます。お手元に事業運営委員会の名簿を置かせていただいておりますので、よろしくお願い申し上げます。本日は、阿部（修）委員、今村（康宏）委員、井本（寛子）委員、上野（道雄）委員、後（信）委員、大塚（将之）委員、久保（絹子）委員、後藤（隆久）委員、高橋（裕樹）委員、寺島（多実子）委員、長尾（能雅）委員、樋口（範雄）委員長、細川（秀一）委員、山口（育子）委員はWebにてご出席をいただいております。会場には川上（純一）委員、永井（裕之）委員にお出でいただいております。ありがとうございます。本日ご欠席の委員は、小松原（明哲）委員、近藤（稔和）委員、田中（伸哉）委員の3名でございますので、ご出席者は過半数に達しており、委員会は成立しておりますことをご報告させていただきます。また、本日はお忙しい中を、厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室の松本（晴樹）室長様にもご出席いただいております。ありがとうございます。

会場、Web出席の委員の方、双方におかれましては、ご発言される前にお名前をおっしゃっていただきますようお願い申し上げます。会場出席の委員の方は、ご発言時にはマイクのスイッチをオンに、終わられましたらオフをお願いいたします。また、Web出席の委員の方におかれましては、ご発言時にパソコンマイクのミュートを解除していただき、ご発言が終わられましたら再度ミュートとしていただくようお願い申し上げます。なお、今回は傍聴の方々につきましてはすべてWebにてご参加いただいております。

それでは、議事に入ります前に資料の確認をさせていただきます。Web出席の委員の方におかれましては、先に事務局より郵送させていただきました資料のご確認をお願いいたします。まず、資料1でございます。医療事故調査制度の現況報告、プレスリリース2月分でございます。資料2が、医療事故・調査支援センター2023年の年報でございます。資料3が、再発防止のあり方に関する作業部会の報告書でございます。次に再発防止関係資料といたしまして、資料4-1が再発防止委員会の開催状況、資料4-2が専門分析部会の開催状況になります。資料4-3が、提言第19号「肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析」でございます。資料4-4が、提言第17号「中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析」に関するWebアンケートの集計結果、速報版でございます。次にセンター調査関係資料といたしまして、資料5が総合調査委

委員会の開催状況でございます。次に研修業務関係資料といたしまして、資料6-1が第4回医療事故調査・支援センター主催研修について、資料6-2が令和5年度の委託研修について、資料6-3が令和5年度の協力学会説明会についての資料になります。その他といたしまして、資料7が令和6年度の事業計画書でございます。最後に参考資料といたしまして、前回、第2回の運営委員会の議事録でございます。参考資料の前回の議事録につきましては、後ほどお目通しいただき、何かございましたら事務局までお申しつけをお願いいたします。本日の資料は以上でございます。不備がございましたら事務局のほうによりしくお願いいたします。なお、本日の資料でございますけれども、会場ご出席の委員の方には机上にマチ付きの封筒がございますので、委員の方のサインをしていただけますなら後ほど郵送させていただきます。

それでは、委員会を開催させていただきます。最初に、当機構の門脇（孝）理事長からご挨拶を申し上げます。理事長、よろしくお願ひいたします。

門脇理事長 皆様、おはようございます。大変お忙しい中、本事業運営委員会にご出席賜りまして誠にありがとうございます。本年度第3回の事業運営委員会の開催にあたり、ひと言ご挨拶申し上げます。さて、医療事故調査制度は本年3月で8年半となり、明年10月をもってちょうど10年となります。これまでの医療事故調査支援センターの事業実施に関しましては、事業運営委員会委員の皆様の皆様のご支援とご協力の賜物と、この場を借りまして深く感謝申し上げます。

本日は、昨年度の9月に第1回の部会を開催し、その後5回に渡って協議を続けてまいりました「再発防止のあり方に関する作業部会（WG）」の報告書がまとまりましたので、その内容をご紹介します。また、年報や各種提言、提言に関するアンケートの集計結果など、本日も多岐に渡る内容となっております。当事業運営委員会は、医療者ばかりでなく、医療に関わる各会の代表の方々のご意見をお聞きする貴重な場となっております。当機構においては、一般の方々への広報にも一層力を注いでまいりたいと考えております。つきましては、本日、当事業運営委員会委員の皆様の忌憚のないご意見をいただくことは、大変重要な機会と考えております。私どもは本委員会委員の皆様とともに本制度の推進に努めてまいり所存でございます。限られた時間ではございますが、本日もどうかよろしくお願ひいたします。

鈴木事務局長 ありがとうございます。それでは、本日は樋口委員長がWebにてご出席いただいております

が、ご希望により、前回に引き続き長尾先生に委員長代行として議長をお願いしたいと存じます。長尾先生、よろしく願いいたします。

長尾委員 皆さん、おはようございます。ご指名でございますので、長尾のほうで議長を務めさせていただきます。

本日の委員会は、今、門脇先生から簡単にご紹介もありましたが、昨年度に設置した「再発防止のあり方に関する作業部会」の報告書の内容をご披露いただくということと、また先週、18日に公表いたしました2023年度の年報、さらに2月28日に発表された提言第19号等々について報告があると伺っています。これらに基づいてご意見をいただければと思っています。また、その他案件としまして、特定事例に係る内容などについての審議が予定されておりますので、その他以降は非公開として、傍聴の方々にはご遠慮していただきますが、それまでは傍聴可ということで進めさせていただければと思います。

それでは、議事に入ります。資料1および資料2について、事務局からのご説明をお願いいたします。

田原専務理事 1月から専務理事を務めております田原でございます。私から資料1、資料2について説明をいたします。資料1は医療事故調査制度の現況報告で、2月分になります。大きな1番目にありますように、医療事故の報告は2月で39件、累計2,973件となっております。②院内調査結果報告が21件報告されております。累計で2,582件になっています。相談件数ですけれども、188件ございまして、その内訳は、医療機関が85件、遺族等が95件、その他・不明が8件でございます。遺族等の求めに応じてセンターが医療機関へ伝達したものが3件、それから医療機関から相談を受けまして、医療事故の判断についてセンター合議を開催して、医療機関へ助言したものが9件となっております。センター調査の依頼件数は3にございますように、2月で1件、累計で240件になります。交付した報告書は2件で、累計171件となっております。その他のところにあります、先月公表した提言19号については、後ほど木村常務からご説明をいたします。以上が資料1になります。

続きまして、冊子になりますけれども、資料2をご覧いただきたいと思います。これは昨年、2023年1月から12月までの1年間の状況を集計してグラフ化したものの要約版、そしてセンター業務の内容について、年報としてまとめたもので冊子となっております。この他、要約版の基礎となる数値については、数値版と

して機構のホームページに掲載をしております。

要約版のいくつかの表を用いて説明をしたいと思います。冊子の4ページをご覧くださいと思います。相談の状況がございまして、相談件数の推移、オレンジ色になっております2023年が76件となっております。コロナの流行前と同程度の相談が寄せられております。その下の2のところには、「医療機関」と「遺族等」の相談件数の推移がございまして、紫色の遺族等からの相談がやや多いという状況でございます。

次のページの「3. 遺族等の相談内容」をご覧くださいと思います。2023年は1,213件の相談がありまして、そのうち「医療事故報告対象の判断」が896件、そのうちこの制度が施行された以降の死亡事例が520件で58%、その前の死亡事故や生存事例に関するものが42%というふうになっております。前回の委員会でご質問をいただいておりますけれども、そのいちばん下、2016年のところを見ていただきますと、417件が報告対象の判断に関する相談事項で、制度施行後のものが182件で43%、それから制度開始前の死亡事故等が235件で56%というふうになっております。その下の4のところは伝達の件数でございまして、2023年は27件、コロナ以前と同程度というふうになっております。

6ページをご覧くださいと思います。5はセンター合議における助言内容、医療機関等の判断ですけれども、総数が2023年では71件となっております、概ねコロナ流行前と同程度でございます。こちらのほうで医療事故として報告を推奨すると助言したものが45件で、そのうち実際に報告したものが26件で57%、報告していないものが42%というふうになっております。複数の考えを伝えたものであっても、報告しているものとしていないものがございます。

続きまして、7ページからですけれども、これは医療事故の発生報告の状況です。6-1は発生報告件数の推移で、2023年は361件、これもコロナ流行前と同程度で、だいたい1日に1件というふうになっております。6-2には、コロナの流行との対比を示しております。

少し飛びまして、11ページをご覧くださいと思います。医療事故の報告をする際に、判断の支援を受けたかどうかというグラフであります。28.2%が「支援を受けた」ということで、その内訳が、支援団体60.3%、支援センター28.0%というような状況でございます。

続きまして、13ページの17、下のスライドをご覧くださいと思います。都道府県別の人口100万人当たりの医療事故発生報告件数でございまして、この中では宮崎県、大分県、三重県、京都府などが多くなっておりますけれども、多いところは支援団体のご協力によりまして積極的に医療安全に取り組んでいる面も

あろうかと考えております。

続きまして、14 ページからは院内調査結果報告の状況です。18 のスライドでありますけれども、2023 年の結果報告件数は 319 件で、これは先ほどの事故の報告 361 件に対しまして 88.3%、約 9 割の報告がなされているという状況です。

続きまして、15 ページです。20-1 は、起因した医療の分類別院内調査結果の報告件数で、主な医療行為としては「手術（分娩を含む）」が最も多く、その次が「処置」、「投薬・注射（輸血を含む）」といった順になっておりまして、従前と、それから 2023 年の傾向はだいたい同じ傾向になっております。

続きまして、16 ページをご覧くださいと思います。21-1、上のスライドですけれども、そのいちばん多い「手術（分娩を含む）」の内訳であります。多いものは「筋骨格系の手術」、それから「その他の内視鏡手術」、それから「経皮的血管内手術」などが多くなっております。「開胸手術」や「開腹手術」は減少しております。「腹腔鏡下手術」も減少しておりますが、「その他の内視鏡手術」は増えております。この内訳は、ロボットの支援による腹腔鏡下の手術だとか、あるいは前立腺の摘出術だとか、こういったロボット支援手術が主なものになっております。

17 ページ、22 をご覧くださいと思います。これは、お亡くなりになってから事故の発生報告、それから院内の調査結果の報告までの期間を示したもので、中央値でご説明いたしますと、傾向はグラフの通りですが、右側に枠が書いておりまして、2023 年につきましてはお亡くなりになってから発生の報告を行ったのが 43 日、1 月半、それから発生報告から院内調査の結果の報告をした日数が 270 日で 9 ヶ月、それからお亡くなりになってから調査結果の報告を行ったのが 351 日、約 1 年というふうになっております。

その下には、調査結果報告までに要した期間とその理由を整理しておりまして、いちばん右側の件数をご覧くださいますと、多いものは上から 4 番目の「委員会開催の日程調整に時間を要した」、その 2 つ下の「報告書の作成に時間を要した」、それから「説明」の項目にあります「遺族への調査結果の説明などに時間を要した」ということが多い理由になっております。その下の「コロナ対応のために時間を要した」というところは、昨年は 24 件ございましたけれども、15 件と減っているという状況です。

続きまして、18 ページをご覧ください。24-1、解剖の実施状況です。全体として解剖の実施数、それからその割合は減少傾向にありまして、2023 年は「実施あり」が 28.5%というふうになっております。その下、24-2 は解剖実施ありの内訳で、「病理解剖」が 69.2%の 7 割、「司法解剖」が 25.3%で約 4 分の 1 とい

う状況でございます。

病理解剖が全体として減っているということがございましたので、19 ページの 24-3 に病理解剖が実施されない理由を、これは4ヵ月間だけの集計でありますけれども新たに調べまして、整理をしたものでございます。「病理解剖の実施を説明したが同意を得られなかった」というのが最も多い件数になっております。機構としては病理解剖についての説明の際に用いるリーフレットを作成してホームページなどに掲載をしているところでございます。

続きまして、21 ページの 29 をご覧いただきたいと思います。これは院内調査委員会におきます外部委員の参加状況で、「参加あり」が85.4%で、複数の外部委員が参加しているところは7割となっております。

続きまして、22 ページの 30 をご覧いただきたいと思います。再発防止策の記載状況、これは報告書への記載状況ですけれども、97.5%とほとんどのところが再発防止策については記載をしているということです。

以上がそれぞれの病院の医療事故の報告、それから院内の調査結果でございますが、センター調査の状況につきまして、23 ページの 32 のスライドでございます。センター調査の対象になったもの全体2,541件を分母としたものに対して、233件の9.3%がセンター調査の対象になっております。その依頼者の内訳が右側にありまして、3割が医療機関から、それから7割がご遺族からというふうになっているところでございます。

この他、後ろのほうには付録として新しい情報が掲載をされております。説明は省略いたしますが、昨年、取りまとめをして公表しました提言2件についてご紹介をしたものが、付録1、付録2になります。それから付録3、56 ページには、提言15号の「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」に関するWebアンケートの結果、それから60 ページには付録4として、特定機能病院における医療安全管理体制のアンケートの結果を掲載をしているところでございます。時間の関係上、主なものに限ってご説明をいたしました。私からの説明は以上でございます。

長尾委員 ありがとうございます。ただいまの説明につきまして、ご意見等がありましたらお願いいたします。いかがでしょうか。山口委員、お願いします。

山口委員 ありがとうございます。山口でございます。ご説明どうもありがとうございました。まず13ペー

ジの各都道府県で多いところ少ないところを書いてあるんですけども、これは積極的な個別の病院によって多いところと、支援団体等がとても積極的に取り組んでおられてという、2つ理由があるのではないかと
思うのですが、そのあたりの分析はできているのかどうかお聞かせいただきたいのが1点です。

もうひとつ、18 ページの 24-1 のところに、解剖が減っているということで、死因究明ということからすると解剖の重要性をご理解いただくことが非常に大事だと思うんですけども、如何せん、突然大事な方が亡くなるということで、感情的に最初は断るけれども、後になってやはり死因を究明したいという方がけっこういらっしゃるとう電話相談などをお聞きしていると実感しています。せっかくリーフレットを作られたわけですけども、こういったアンケートを取られた時に、なかなか了解してもらえなかったという方がい
ちばん多いということで、そういった場合にリーフレットを使用されているかどうかということは合わせて聞いておられるのでしょうか。その2点、お願いいたします。

田原専務理事 まず、13 ページの都道府県別の事故発生報告件数ですけども、これは詳細な分析はまだできておりませんで、事故の報告が多いところ、あるいは少ないところの状況をいろいろ伺うと、支援団体の積極的な活動があるというところは比較的多いというような印象があるということで、定量的に、あるいは網羅的に状況を把握しているというわけではございませんが、このあたりの分析はひとつ必要ではないかというふうに考えているところでございます。

続きまして、解剖のほうのご指摘ありがとうございます。19 ページの病理解剖の実施なしの理由については、まだ試行的にやっている部分もございまして、リーフレットの使用については明確には調べていなかったかと思えます。なので、これからこういう調査を継続的にやっていくにあたっては、そういった点も考慮して実態の把握をしていきたいと考えております。ありがとうございました。

山口委員 ありがとうございます。松本室長が今日はおられますけれども、解剖の事やA i のことというのは、やはり何もまだ起きてない平時の時に一般の方に必要性をご理解いただく必要があるのではないかと
思っています。医療安全支援センターは住民への啓発も役割だと思いますので、そのあたり厚労省からもぜひ働きかけをしていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします

長尾委員 よろしいでしょうか。確かに、13 ページの県別の内訳というのは関心のあるところで、地域全体としての取り組みの成果なのか、ある一部の病院に起因している結果なのかといったあたり、そういった詳細の分析に入る段階ではないかというご指摘だと思います。解剖についても同じことかなと思います。ありがとうございます。よろしいでしょうか。永井委員、お願いします。

永井委員 永井です。山口さんがお話しした病理解剖の問題ですが、「病理解剖の説明をしたが同意が得られなかった」というのがいちばん多いんですけれども、私らが事故に遭った人に聞いてみると、「解剖しても何も出て来ませんよ」という説明をして、「やっぱりしておいたほうがよかったな」というような意見がけっこうあるわけですよ。「同意を得られなかった」というのと、「必要がないと判断した」という、こちらへんの問題をもっとね。やっぱり、患者さんが納得いくという意味で解剖することがものすごく重要だし、僕は突然亡くなった人がいちばん無念に感じている、その死因に近づけることというのはものすごく重要なことだと。そういう意識を少なくとも医師の方、医療職の方が。本当にこの事故調査制度の中で極めて重要なことを、得られなかったとか必要ないと判断したということは、判断したとすればその判断が本当に遺族に納得していただいたのかとかね。ここの数字をより多くしていく策をぜひこれからとっていかなければいけないと思いますので、特に日本において解剖するということは、親族も含めたらいろいろ拒否される事例もあることは事実ですが、解剖することが、突然亡くなっている人、その本人が訴えていることを少しでも知るといふ、そういうことを医療者も大学教育の中でもより重要性を訴えて欲しいなと思います。

田原専務理事 ご指摘ありがとうございました。病理解剖の件数、それから割合が減っているという点について、ただいまいただきましたご指摘を踏まえながら、実態を把握し、必要な対策を検討してまいりたいと考えております。ありがとうございました。

長尾委員 ありがとうございます。松本（博志）先生、お願いします。

松本統括調査支援医 近畿ブロックの統括調査支援医をしています松本でございます。このデータの中で、都道府県別の先ほどありましたけれども、解剖の実施状況等についてもある程度、都道府県別とかブロッ

く別にさせていただくと、それぞれのところで対応を考えるとできると思うんですね。それは、例えば病理学会あるいは内科学会等のところでいって、解剖に関する理解を深めるとか、そういった取り組みがおそらく国レベルですることと各地域でできることと、また分かれると思います。それから、各都道府県においては死因究明等の協議会もあるので、そこをもっと活用するという方法もあろうかと思うので、せっかく取りまとめられているので、解剖の実施状況も地区別で挙げていただくといいのかなと思います。

それから、病理解剖ばかり言っているんですけど、例えば19ページの病理解剖実施なしの理由というところで、「病理解剖以外の司法解剖となった」「警察の対応等となった」という、これはおそらく同じことだと思うんですね。警察の対応になったら、その後はもう知らないということになっているのだろうと思うんです。それから、18ページの解剖実施ありの内訳で、毎年一定の数だけ司法解剖になっているので、これも各地域で、例えば「この地域は司法解剖が多い」となってくると、まず最初の見極めのところで、届け出してしまったというところもあろうかと思うんですね。そういうところも、この制度自体をもう少し周知する、それから病理解剖を増やすというところで、より具体性が出るのではないかなと思いますので、発言させていただきました。以上です。

田原専務理事 ご指摘をいただきましたので、それをしっかりと受け止めて、参考にしながら実態を把握して必要な対応を検討してまいりたいと考えております。ありがとうございました。

長尾委員 ありがとうございます。門脇理事長、お願いします。

門脇理事長 今の問題、私も非常に大事だと捉えています。解剖の実施状況を見ると、2017年、2018年、2019年頃に比べて最近では、この問題が重要だという指摘にも関わらず毎年減っているということは、現状、このまま推移をするとさらに状況が悪化するということが容易に想像されるので、ここはかなり具体的な手段を、この現象を食い止める手段を考えなければいけないというふうに思います。私が2016～2018年内科学会の理事長だった時に、内科学会と病理学会でこの問題について取り組みをしたことを覚えているのですが、最近の内科学会、病理学会の取り組みはどういう状況になっているのか、事務局はわかりますでしょうか。

田原専務理事 具体的には把握はしていませんけれども、病理学会のほうと内科学会とで話をしていくと、検討していくというようなことを耳にはしております。ただ、具体的にどういうふうな対応をされるのかは把握をしておりませんので、病理学会、内科学会にもお尋ねして状況を把握していきたいと思います。

門脇理事長 内科学会、病理学会がこの問題に対応するのは、内科学会、病理学会としてのそれぞれのお立場からということがひとつあると思いますし、それと密接に関係していると思いますけれども、この医療安全調査機構のミッション達成という立場からもその問題は重要ですので、内科学会、病理学会の状況なども伺ったうえで、必要があれば医療安全調査機構と内科学会、病理学会の3者で、特に医療事故調査の立場から協議なり懇談ということをお願いすることもあり得るのではないかと。この現状に強い危機感を感じていますので、今後検討してまいりたいというふうに思います。

木村常務理事 常務理事をしております木村です。ひとつだけ追加させていただきますが、19ページの病理解剖実施なしの理由のところですが、これはこういうことを少し検討しなければいけないという昨年のご意見、それから私どもの中での議論から、とりあえず昨年の9月から12月までの最近4ヵ月間の、ちゃんとそういうことが聞ける直近のものだけで集めたものです。従って、4ヵ月で120件の中でこういう状況だったということです。今後こういうことをもう少し、今、お話があった通り同意書を使ったのかとか、司法解剖になった理由だとかということもお聞きしたいと思っています。その前のグラフでも、司法解剖が25%ぐらいあるわけですが、これも病院からの依頼も中にはあって、特に精神科領域は病院からの依頼で司法解剖になっているような例も多いという印象があります。遺族の方が「これはもう警察に任せたい」という希望で司法解剖というのはイメージとしてはあって、それが多いいですけれども、病院からの依頼というのもあったりして、その内容も今後分析をして、少しでも病理解剖が増えるように、いろいろな努力をさせていただきたいと思います。ありがとうございました。

門脇理事長 関連してですが、日本内科学会の理事長はこの日本医療安全調査機構の副理事長の南学（正臣）先生だと思いますし、今日は残念ながらご欠席ですが、日本病理学会の副理事長の田中先生

がこの運営委員会に入っていらっしゃるんですね。日本病理学会の代表は、理事の中には入っていないのでしたっけ？

田原専務理事 理事には入っておりません。

門脇理事長 そうすると、南学先生はこの副理事長ですので、南学先生にこの問題をひとつ考えていただくということで、病理学会のほうは理事長にということになりますかね。

田原専務理事 病理学会は理事に入っております。訂正をしたいと思います。

門脇理事長 そうですか。どなたが入っていますか。

事務局 小田義直理事長です。

門脇理事長 そうすると、病理学会と内科学会の理事長がそれぞれ入っていますので、そうしますと医療安全調査機構の進め方も、その2つの学会との連携の取り方も、おのずから理事長を通じてということによろしいのではないかなと思いました。

長尾委員 ありがとうございます。非常に重要なご指摘とご意見交換をありがとうございました。では、時間もございますので次に移りたいと思います。資料3について、ご説明をお願いいたします。

後委員 九大の後です。資料3は、「再発防止のあり方に関する作業部会(WG)報告書」になっておりまして、私、委員長を務めさせていただきましたので、私からご説明させていただきます。それでは、資料3をお願いいたします。この報告書は、一昨年の9月から去年の12月まで、1年あまりかけまして5回のワーキンググループを開催してまとめたものです。

まず、2ページを開いていただきますと、1.でこのワーキンググループ設置の経緯とありますけれども、

ここに書いてありますことは、院内調査報告書というのが2,500件あまり作られているということが、先ほどの年報のご説明でも田原先生からご説明があったところです。それから、再発防止という何とんでも再発防止の提言ですけれども、これまで19号作っております。そして、その2,500件がすべて19号に使われているかというところでもなくて、だいたい1割ぐらいです。そうすると、残りの9割はなかなか活用の場がこれまでなかったという、そういう課題意識があります。それから、制度の中ではセンター調査というのが行われて、センター調査報告書というのも作られております。ですが、これは制度上、医療機関にご遺族にお送りするものとなっているので、再発防止にはこれまでほとんど使われていないということもございます。こういうこともございましてこのワーキンググループでは、もっと再発防止のために情報を活用したり、関係者、例えば企業などの参画を得たいというためにはどうしたらいいかということも議論しました。2ページの下半分には委員会のメンバーのお名前を記載しております。

それから、3ページをお願いします。3ページの真ん中の4.ですけれども、ここが課題になっておまして、ワーキンググループで取り上げた課題は3つです。課題1が再発防止の新たな方策で、ここがいちばん時間をかけて議論をした部分になりまして、後ほど説明します。課題2は、再発防止の提言の冊子の「提言」という言葉がちょっと強すぎるとか、誤解されてこれが義務のように受け止められるというご意見や、実態も少しあったものですから、これについて議論しました。課題3が、先ほどちょっと触れました、企業の方々にもっと関与していただいて、モノの面からの改善をさらに促していくにはどうしたらいいかということも議論しております。

その下の5.ですけど、まず課題1です。再発防止の新たな方策です。再発防止の方策を考えていくにあたっては、3ページから4ページの上2行目までにあります、ここは厚生労働省の医療法の解釈通知の中の記事を引用しているのですが、特に4ページの上から2行目ですけれども、再発防止にあたっては個別事例の報告ではないと。そして、一般化・普遍化した報告をすること。これが引き続き重要で、今後もこの通知の内容に則して考える必要があります。

それから、同じ4ページに○が4つありますけれども、4つ目の○には、2年ぐらい前にこの制度の中でワーキンググループがつくられて、「センター調査の報告書の活用については要約版でも公表したほういいのではないかと。ただ、課題があるので、それを解決していくことを考えてください」ということはすでにワーキンググループで述べられております。このような経緯で、院内調査報告書の活用、それからセンター

調査報告書の活用がこれまで課題になっておりますし、その活用にあたっては先ほど申しました通り、厚労省の通知を踏まえる必要があります。

そして、同じ4ページの(2)からが、ワーキンググループでさらに具体的に再発防止の新たな方策について、7つのことを考えまして、それぞれについて厚生労働省から見解をお示しいただいておりますので、よりどういうことが実現性が高いか、どういうことがそうでもないかということがはっきりしてきております。4ページの①からがその7つの項目になりますが、まず①は、事例の報告書、院内調査の報告書を50字ぐらいにして、プレスリリースで見栄え良く短い文章にしてポンと出していくということですが、これは先ほどの解釈通知の原則の、個別事例ではなくて一般化・普遍化することということであれば可能ですというお答えでありました。

その下の②のところ、結論から言うと少し前進があったということで、私どもも多く議論したところなのですが、警鐘的事例を選び出して、そしてA4・1枚ぐらいにまとめて、安全情報ということで医療機関に情報提供すると。これもかなり見栄えがよくなるものと思いますけれども、その厚労省の見解として、先ほどの原則は生きているのですが、5ページにまいるまで上から3行目あたりですが、そこに警鐘事例であるけれども、1例目だと個別の情報提供になるから2例目が起きるまで待っているというのは、これはさすがに制度趣旨に合わない。つまり、もう1人死亡事例が生じるまで待つという態度は制度趣旨に合わない。一般化・普遍化はするものの、警鐘的だというふうに思うのだったらそういった事例については1例目から、今のA4・1枚ぐらいの情報発信をしてもいいだろうということはお示しされています。ただ、何でもかんでも警鐘的というようなイメージではないと思いますので、このあたりは基準を作る必要はあると思います。

それから③は、学会や企業に対して再発防止のところの概要を取りまとめて、学会・企業に向けた情報発信ということですが、これも原則的なことが厚労省からの見解で示されております。

それから④のところですが、これはデータベースの構築ですが、これは厚労省の見解としては、もちろん医療安全調査機構の中でデータベースをつくるのはいいし、それは厚労省があれこれ言うことではないのですが、データベースをつくってその1例1例がどんな事例かを公開までするという事は難しいということで、ご見解をいただいております。

それから、⑤から⑦まではセンター調査報告書に関係することです。⑤ですけれども、センター調査報告

書の要約版を作っている委員会から再発防止を行っている別の委員会に情報提供する、情報共有するということを考えているのですが、これは厚労省の見解としては、別に法令・通知でそれは止めていません、ということでもあります。ただし、関係する委員には守秘義務が課せられていますということは押さえてあります。

それから、いちばん下の⑥ですが、これはセンター調査報告書の要約版を、再発防止の提言を主とした形に作り替えて企業と学会に情報提供するというところですが、まずセンター調査報告書自体は冒頭申しましたように医療機関とご家族にお送りするものなので、それを別の再発防止のために使っていくということは、良さそうに聞こえるんですが同意は必要だということが厚労省からの見解で示されております。同意が必要なのと、先ほどから何度も申しております通知に示されている、個別事例ではなくて一般化・普遍化が必要ということが見解として示されております。

6ページの⑦ですけれども、これが最後ですが、センター調査報告書の要約版の再発防止の提言も、先ほど言いました警鐘的な事例のように作り替えて発信するということを考えましたが、これも同様に、同意が必要だということと、通知の通り、一般化・普遍化が必要だというご回答をいただいております。

この制度は医療法に定められていて、その医療法の解釈は厚労省が通知でなさっているのですがそういう見解も伺ったわけですが、6ページの真ん中あたりの(3)で、個人情報保護にも関係してくるということがワーキンググループで議論されまして、内閣府の個人情報保護委員会に、こういった情報発信というのはどうだろうかということをお伺いしております。これはワーキンググループの法律家の委員の先生方のお話では、ご回答いただいた内容を今から申しますけれども、結論としては、ワーキンググループの委員からは予想通りという反応がありました。また、必要以上にブレーキをかける内容にもなっていないという反応もありました。その(3)の中に・が3つありますが、個人情報保護委員会のご見解の1つ目としては、個人情報保護の対象は生存している方、生きている方の情報です。死亡した方の情報はそれに該当しません。この事業の対象事例は死亡事例ですので、そういう意味では対象となりませんが、2つ目の・で、そうは言ってもご遺族の個人情報とか医療重視者の個人情報というものが含まれる可能性はありますので、留意が必要ということ。3つ目の・ですけれども、再発防止のためとはいえ、医療従事者の個人情報、遺族の個人情報が入り込んで来るようだったら、利用目的を特定したり、予めそのことを公表したりする必要がありますよというご回答が返ってきております。個人情報保護委員会のご見解は以上のようなことでした。

そして、その下の(4)が、以上の(1)から(3)を踏まえた検討となっております、まとめのようなことです。その中であえて1つ申しますと、7ページのいちばん上に、先ほどの警鐘的な事例が発生した時、2事例目を待つのはおかしいと。趣旨に合わないということでありまして、その警鐘事例の情報提供ができる可能性がありますので、そこは前進したと考えるというふうに記しております。

そして、8ページの四角い囲みの中が、今のご説明したことのまとめとなっております。そのまとめの中で、ちょっと今のところで触れていなかったんですが、いちばん下の○ですけれども、再発防止の新たな方策、新たなことをやるにあたっての配慮事項ということも少し議論がありまして、それは再発防止の普及・啓発が推進されるように周知方法が大事だということと、それからこれまで安定して事業の中で実績を積み重ねて、19号まで提言を作ってきて、何とか順調にやってきているのですが、これらもあまり拙速に進んでその順調さを欠くことのないように、これからも関係者が制度を前向きに捉えていただけるような運営を着実に、安定してやっていくと。こういうことが大事だということをお知らせしております。

9ページをお願いします。9ページは課題の2つ目で、これは1ページだけで短いです。冒頭申しました、再発防止の提言の「提言」がちょっと強すぎるというふうに受け止められることも、現実としてもあつたりはしました。それで議論したんですけれども、いちばん下の四角い囲みの中がその結論となっておりますけれども、結論は「提言」という表現は維持して継続するということになっておりますが、その理由は、その下の・の1つ目が、「提言」という表現に代わる言葉があればいいんですけれども、最適な表現がワーキンググループではまだ見当たらないということで、そうであれば維持したほうがいいだろうということです。2つ目の・ですが、この「提言」という言葉が何を意味しているかというのは、実は再発防止の提言の冊子を読んでいただければその趣旨に記載されていますので、そういう意味では説明はしていると。あとは、この趣旨をよく理解していただく必要はありますけれども、そういうことなので「提言」を変えるというまでにはしなくていいのではないかと。それからいちばん下の・は、「提言」という言葉は浸透してきているというご意見もあります。つまり、ワーキンググループでは、「強すぎる」というご意見が支配的というわけではなくて、「浸透してきている」というご意見もあります。そこで結論としては、この表現を継続するということになっております。

そして、10ページをお願いします。10ページが課題3です。これも短いです。これは企業の取り組みの促進ですけれども、10ページのいちばん上の(1)のこれまでの経緯の中に、この再発防止の提言を19号出

していく中で、企業がそれを参考にさせていただいたと思われるモノの改善の例というのがあるのはあります。ここに2つ例示をしております。中心静脈カテーテルを挿入する時に、挿入するキットの中の針とかダイレーターに、深さがわかるような目盛りを印字してくれるということが行われたり、それから経鼻管挿入の時に、鼻から胃まで管を通す時に、今どこを通過して辿り着いているかは外から見えないわけですが、先端が強い光を放つようになっていて、それが体を通して光って見えるというものをつくられた企業もあります。

こういうことがありますので、これをもっともっと促進することはできないかということで議論しております。いちばん下の四角の囲みはその結論になっております。囲みの中の1つ目の○ですが、企業側の代表の方と連携をすると。その連携の具体的な方策ですけれども、再発防止の委員会との関連を今後、検討していこうと。それは、委員としての参加もあればオブザーバーとしての参加もあれば、ヒアリングという参加とかいろいろ会議では意見がありましたけれども、いずれも一長一短ありますので、そのあたりを今後、検討して、より再発防止委員会と連携していくということを提案しております。それから2つ目の○ですけれども、先ほどの例示が2件ありましたが、実際にモノの改善が進んだりしたら、その内容をセンターから情報発信していくということで、モノ作りの面での改善を促進していくということを議論しました。

そして、11ページと12ページは今の課題の1から3までのまとめとなっております。それから、この報告書には別添資料の1と2とありまして、別添資料1は報告書の中でちりばめられていた厚労省の見解を、見解が届いた時の形で付けたものです。別添2は、制度の関係法令をまとめたものになっております。ご説明は以上です。

長尾委員 ありがとうございます。今のご説明に対してご意見やご質問はありますか。門協理事長、お願いします。

門協理事長 まず、この報告書、いろいろな視点から検討していただいて、とてもよいバランスのとれた報告をしていただいてありがとうございました。本来、私をもっとよく知っておかなくてはいけないことなのですけれども、現在、警鐘事例を選定していくプロセスは、具体的には再発防止委員会の中でされているということですが、これまで1割だけ再発防止の中に活かされて9割が残っているとのことですが。膨大な症例の中から警鐘事例を選び出すプロセスというのは、今どうで、それはどのようにしていくのがよろ

しいのでしょうか。

木村常務理事 木村からお答えします。今、提言書を作るにあたって、対象となる事例のテーマをどういふふうを選ぶかということは、再発防止委員会で行っております。2,500 を超える中から類似事例、同じような事例を選び出して、そういう提言書として作成する同様の原因があつて、そこに対する再発防止策をつくと非常に効果的なものができるのではないかとというようなものをテーマとして選んできました。その中には、数が少ないとか、「これは提言書としてまとめるのにはなかなか難しいな」という、検討はしたけれども提言書のテーマにはならなかったものというのがだいぶ溜まっているわけですね。おそらくそういう部分から、「これは少ないけれども警鐘的な事例だ」ということで選び出されていくものが、想像するだけでもいくつかあることはあります。そういうプロセスを経て、これは作られていくのではないかと思います。

もうひとつは、もうすでに8年経つてくると、院内調査の結果の報告書を今から見直してそこから情報を得るといふことが、だんだん実は難しくなつてきています。不十分な部分もあり、提言書を作る際にはまたその医療機関に問い合わせをしたりといふことで、さらに詳しい調査をしているわけですが、そういうことが不可能になると、その様な古いものが有効に使えるかどうかといふ問題も一方では出て来るので、院内調査の報告書が我々に届いた段階でそれをある程度分析をする、そういうチェックをする必要も今後出て来るのではないかと、今、検討しているところです。

門脇理事長 わかりました。これまでは、共通性の高い事例を一定数、集まった形で再発防止策を立てるといふことで行つて来たわけですが、その中で、症例数が足りなくて一般的な再発防止策といふ形にはならないけれども、警鐘的な事例として取り上げられるものを取り上げていこうといふことで、今回、警鐘的な事例についても報告書が準備されつつあるわけですが、厚労省のほうも今のお話によりますと、1例であっても警鐘的な事例であれば、それを一般化した形で報告できるというお話だったと思うのですね。そうすると、いままでの症例の集め方だと、1例で警鐘的な事例といふのは何となく洩れ落ちていつているような気がしてならないんですね。そういう点で、これまでの症例については新たにといふことではなくて、今後、例えば先ほど総合調査委員会と再発防止委員会との連携の問題も出てきたわけですが、総合調査委員会で報告書を出す時に、特に警鐘的な事例と考えられる場合には、総合調査委員会が報告書を出す時点で、予めお聞

きしておくということはあるのかなと思ったんですけども、そういうことはワーキンググループの中では話し合われましたでしょうか。

後委員 門脇先生がおっしゃられましたように、「警鐘的」という言葉をあまり安易に使うと、その警鐘的という言葉の信頼性が疑われると。やはりここは専門家の学会の先生方によく見ていただく仕組みをつくって、そして拾い上げていこうと。その時に、警鐘的というのをどういう観点で見るかということについてはいろいろ意見はあって、私も意見したりしました。例えば明確にいくつかの項目にまとまったとか、そういうものはないのですけれども、例えば私は、外国の事故調査制度では影響度が大きいと考えられるようなものとか、ヒューマンエラーだから防ぐ方策が考えられるのに実際に起きてしまっていることだとか、こういう観点を取り入れている国もあつたりしますので、こういうのを今後議論しながら、警鐘的の基準を作っていく必要があるという議論になりました。

門脇理事長 ありがとうございます。今、とても素晴らしい議論をされているのがよくわかります。警鐘的事例のデフィニションをもう少しクリアにした上で、その警鐘的事例を拾い上げていく仕組みを前向きにつくっていくということで、総合調査委員会の個々の事例からそういうクライテリアに合致するのではないかということについて、ご意見をいただくことはあり得ると思います。その上で、今のお話ですと、関連の学会の意見も踏まえて、最終的にはそれを警鐘的事例として取り上げるかどうかというのを判断していくと理解しました。そういうプロセスを決めて、9割の事例が活かされていなかったということが後でわかるというよりは、これからは予め網を張っておいて、警鐘的事例候補を集めておいて、その上で適切な基準によってその候補を絞り込んで、最終的には学会の意見、また再発防止委員会の意見なども聞きながら、警鐘的事例を選定していくプロセスを明確化するのがいいのではないかなと、ちょっと思いましたのでご発言させていただきました。

長尾委員 ありがとうございます。後先生、確認なんですけども、これは院内調査が上って来た段階と、センター調査になった段階があるのではないかと思うのですが、院内調査が上って来た段階であっても非常に緊急性を持つような事案であれば、そういった取りまとめなどをしていくほうがいいのではないかという、

そういう議論だったという理解でよろしいでしょうか。

後委員 議論としてはそうですね。あまり明示的には書いていないですけども、そうです。

長尾委員 だとすれば、院内調査のモチベーションも非常に上がって来るのではないかなという印象を持ちました。ありがとうございます。よろしいでしょうか、皆様。川上先生、お願いします。

川上委員 課題3のまとめのところで、10 ページと 12 ページに「センターと企業が利害関係を有しないことを確認する仕組みの構築」とあります。重要なことだと思うのですが、センター側で関わられる委員や理事の方と企業との利害関係を開示することが大事であり、利害関係を有しなければその方が宜しいのですが、あるならばそのことを開示して、例えば厚生労働省の薬事審議会などのように基準を設けて、一定程度以上の利害関係がある方についてはその判断には関わらないなど、そういう仕組みの方が宜しいかと思いました。本質的なことではないですけども、参考にさせていただければと思い発言しました。以上です。

長尾委員 ありがとうございます。それも重要なご指摘かと思いました。よろしいでしょうか。永井委員、お願いします。

永井委員 この中にいっぱい書いてありますけど、前々からいろんな論議をしていて、要するに何を言いたいかというと、センター調査をぜんぜんオープンにしないというのは、何でそんなにしないんですかと。今年度ももう終わりですよ。3年、4年と同じ論議をして、この再発防止の中にもセンター調査の問題みたいなことを書いているんですがね。厚労省がOKを出さないのかどうか知りませんが、僕はこの間、本当に残念な話を聞きました。患者側の弁護士の方が、「センター調査したってぜんぜん意味がないから、センター調査なんか頼まなくてもいいんだ」というような発言を被害者遺族にしたということを聞いて、びっくりしたんですがね。それはなぜかといったら、センター調査の内容がまったく知らされていないんですよ。だから、そういう弁護士が出て来てもしようがないかなとも思うんですが。僕はその当事者の弁護士も知っているので、これから聞いてみたりもしますが、どういう言い方を弁護士がしたのかというのは、はっきり私自身

が聞いていないから調べますけど。そういう意味では、センター調査というのは本当によくまとめて、この会でも出してもらってる、あの内容をいろんな現場の先生たちが知ってもらおうということは極めて重要なのでね。再発防止関連の作業部会の結論の中で、センター調査をもっともっと公表していくという、公表の仕方でも 50 文字ぐらいでしていいのか、僕は 1 ページぐらいのものをちゃんと出していくほうがみんなわかりやすいんじゃないかと思うんですが。公表する前提でやって欲しいし、そこらへんについて、今日は松本さんも来ておられるので、厚労省がだいぶ止めているのでしょうかね。

松本医療安全推進・医務指導室長 ありがとうございます。センター調査も、院内調査もそうだと思うんですけども、永井委員の問題意識としては、先ほどおっしゃったようにセンター調査を非常にしっかりやっているの、その内容を学会とか医療界にしっかりとお伝えをして、再発防止というか、医療の質の向上に役立てるべきというふうなお考えだと思うんですけども、院内調査もセンター調査も公表を前提とした仕組みではありませんので、それをそのまま勝手に公表することはできないということで、今回、再発防止ワーキングの中で検討されてきた一連の対応方針があるということだと思います。今回の 5 ページの⑥に書いてある、センター調査の中身を再発防止の提言を主とした形に変えて、しっかりと学会や企業にお伝えをしていくという仕組みが今後できるということなので、ここの条件ということで、やはり個別の事例をつるし上げるために報告があるわけではありませぬので、再発防止に資する形でいかに届けるかということで、今回、ご検討いただいたものだと思いますので、これをしっかりやっていくということと、先ほど理事長もおっしゃっていた事例の選定のルールというか、対応方針をつくるだけではなくて、おそらくそれをどう最後にお届けする形にするまで、それは事例を重ねないとできないかもしれませんけれども、その運用方針をしっかり固めていくということが非常に重要だというふうに考えております。

長尾委員 ありがとうございます。松本先生、お願いします。

松本統括調査支援医 センター調査に関わっている立場でちょっとお話しさせていただきますと、センター調査報告書のところは最後、再発防止に関してまとめるわけですね。ですので、そこには個別的な事例、その当該事例の情報というのは実はほとんど載ってなくて、医療機関に対する再発防止、それから学会等に関

する再発防止、そして社会に対するとしているんですね。それをご覧いただいた時に、果たしてそれが本当に公開できない情報なのかということを検証しないといけないと思うんですね。今、全体として、報告書全部という形でお話しされているんですけども、センター調査の時はもう各学会からご推薦いただいた方々が出て来て、いろんな立場の中で、自分たちにまったく関係ない事例に関しても喧々諤々の議論をしてまとめ上げていくんですね。それに総合調査委員会の委員の方々も関わっていただいて、みんなでまとめる、その時間がちょっとかかってしまっていると。その最後のところは本当に個別なことはもうわからない、できるだけ再発防止に使えるような形でまとめ上げているのに、なぜそれが使われないのかというのがわからないんですね。個人情報保護法の範囲でいっても十分使えますし、センター調査の使い方に関する規定はないはずなので、それを使わなくして何のためにやっているのかというのは、おそらくいろんなことが起こってくると思うんですね。そこらへんをもう少し具体的に考えていただきたいと思います。

長尾委員 ありがとうございます。後先生、そのあたりをご検討いただいて、要旨公表のような方向に向けて進んでいくという理解でよろしかったでしょうか。

後委員 はい、そうですね。全体ではなくて一部の部分を、今日の⑥とか⑦のところをより再発防止のために活用できるような、道がより明確になったと。条件も明確になったということだと思っていますので、その方向でできるのではないかと思います。

長尾委員 ありがとうございます。よろしいでしょうか。ちょっとお時間をいただきまして、今の資料3についてご報告をいただきました。後先生、長期に渡るご検討ありがとうございました。

後委員 ありがとうございました。

長尾委員 そうしましたら、資料4に移りますが、私の不手際で20分押しておりますので、木村先生、ちょっと手短かに資料4についてよろしく願いいたします。

木村常務理事 資料4を使って、再発防止関係のご報告をさせていただきます。資料4-1をご覧ください。
再発防止委員会開催状況、これは2カ月に1度、いままで通り行っております。

資料4-2が、それぞれの再発防止の提言書の進捗状況で、裏を返していただくと、グレーになっているのは完了した部分です。1ページ目に日にちが書いてあって、細かい数字ですが17、18、19と、いままで19号まで出たところがグレーになっています。ちょっと見ていただきたいのは、パニック値も後で少しご報告しますが、21の次に「警鐘1」というのがあります。「ペーシングワイヤー抜去に関して」、これは今、議論された少数事例をどうしたらいいかと。警鐘的な事例を出すというので、これは最初、2~3例で非常に少ない数ですけれども、大きな問題があるということで、しかも領域としては心臓血管外科、開心術の時の問題になるので領域が狭いと思うわけですが、こういうものをペーシングワイヤー抜去に関する死亡事例ということで作らせていただいています。原則的には1例ではなくて3例、4例です。問題はないわけですが、少し期間を短くしたり、出来上がるものも提言書のボリュームではなくて、もう少し簡易的なもので、警鐘的な形でこういうことを注意しましょうという形で、作ろうとして始めています。いままでの規定の中で1つのトライをして、今後の警鐘的な事例を作るにあたっていろんな点を検討していきたいと思っています。その後にあるのは、いままでの専門分析部会にどの学会が関与していただいているかというものです。

そして、「肺動脈カテーテルに係る死亡事例の分析」の提言書、第19号が2月に出了されましたので、その報告をさせていただきます。後で動画があるんですが、ちょっと時間的な問題があるので内容だけを報告させていただこうかと思っていますが、これは開心術編と検査編というふうに大きく分かれていますので、いままでと違って2つの要素を入れています。開心術に係る肺動脈カテーテルの事故が5例、それから循環器内科で主に行われますが、検査に関するカテーテルに伴う死亡事例が4例、合計9例ありました。

そもそも肺動脈カテーテルというのは何かということがあまり知られていないので、簡単に説明させていただきますが、循環動態というのはかなり物理的、数学的にいろんな数値を計算して出せるような状況が非常に多い領域です。心臓の機能を評価するのに、まず基本的には心臓が1分間に何リッターの血液を送っているのか、その拍出量が知りたい。それから、その拍出量を出す心臓がどういう条件で動いているかということで、例えば心不全であると心臓が大きくなるということはみんな知っていますが、そのへんの状況が数値として、大きさだけではなくて中の血行動態を知りたいということから、使われるカテーテルです。非常に柔らかくて、先端に風船を膨らませたりへこましたりできるわけですが、そこに点滴のルートがあるのと

同時に、特殊な工作がしてあって、現在は熱、ニクロム線のようなものですが、手前のほうに巻いてあって、熱を瞬間与えると血液がちょっと温くなるわけですが、それが先端を通る時に非常に感度の高い温度計が付いていて、その温度が上がる程度から、今、何リッター心臓が送っているかというのを測ることができる。それから、先端のバルーンが膨らむことによって、ちょうど釣りで浮きが流れていくように、血流に乗って右心系で、抹消から入れたカテーテルが右心室を通り肺動脈に行って、肺動脈で最後、風船がありますから楔入するわけですね。その楔入した状態で手前の圧の影響が取れるので、先の圧だけを見るとこれは左心系の左房の圧と、平均値ですけどもイコールになるということで、心臓の機能を測る左房圧と心拍出量が同時に測れる簡易的な、右心系に入れるカテーテルで病室でも、あるいは持続的にも測れるというカテーテルです。

開心術では、これが心臓の手術の術後直後によく心機能を測るということで使われているわけですが、まず提言書の開心術編の 21 ページのあたりを見ていただくと、21 ページには心臓に切って縫ったような、いっぱい切り傷があるような図がありますが、心臓の手術の時にはこういうところを実際に切開するわけです。当然、人工心肺の下で行うわけですが、次の 25 ページを見ていただくと、この中を肺動脈カテーテルが黄色で通っているわけですが、それを一緒に縫い込んでしまう。こんなことが起きるのかと思われることが、実際に起きているわけです。それで術後、3 日ぐらい経ったところでカテーテルをスッと抜こうとした時に、右房なら右房に縫い込んであるものを一緒に引っ張るので、そこで大出血が起きています。そういう問題をどうするかということで、いろんな検討をしているのがひとつです。

もうひとつ、検査編のほうは少し目的が違いますが、4 例あったのですが、32 ページを見ていただくと提言 6 というのがありますけれども、これは同じようにいろんなリスクがあるんだけど、目的が違うわけですね。下のほうに「心臓超音波検査で代用可能か検討してください」と書いてありますが、病気が、肺動脈が問題の肺高血圧症、慢性血栓性の肺高血圧症などは、そこに実際にカテーテルを入れてみないと最終診断がつかないんですね。病型分類ができない。あともうひとつは、心臓移植等で待っている心不全の非常に強い患者さんは、心臓移植のための条件として、心機能をきちんと測ることが移植を受ける条件になりますので、こういう方には検査として、心機能を測るために肺動脈カテーテルを入れる必要がある。そういうことを行っているわけですが、では動画の一部だけ、スタートしていただけますか。途中で中止してしまいますけれども。

(動画)

……時間がありませんので、ここまでに。こういう内容で肺動脈カテーテルの挿入に関わる事故を防ぐ、こういう点を注意してくださいということで、冊子として作らせていただきました。これが主に心臓血管外科領域、それから循環器内科領域で使われる。腹部外科等ではあまり使われないわけですがけれども、9例の対象で、起きるとやっぱり心臓に大出血を起こす、あるいは肺動脈に大出血を起こして、一旦出血が起きてからは非常に難しい状況になりますので、提言書を作らせていただきました。

引き続き、提言 17 号「中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例」のアンケートを行いましたので、資料 4-4 をご覧ください。いままで通りアンケートを、今度は Web 形式で第 2 回目を行いました。いろんな工夫をして、昨年 11 月から今年の 2 月まで、対象としては 8,100 を超える医療機関に送って、回答率が 24.7% と。24% という少ないようではありますが、回答数としては 2,000 件を超える回答を得ることができました。

いままでも、これが役に立ったかどうかということに関しては、かなり肯定的なお返事をいただいていますけれども、2 ページの下の方の解説動画の活用状況は、今、肺動脈カテーテルでお見せしたような動画も入れているわけですが、それをご存じですかということを知ったところ、「知らなかった」というのが 65% ありました。従って、76% は活用されていない。研修等ではこの冊子は活用されたりしている、動画も使われているわけですが、実際に全体としてみると動画の活用率が非常に低いということがわかりました。また、チェックリストとか同意書とか、すぐ使える記録用紙等を、そのままプリントアウトすればその病院に合った形に変更して使えるというものも出したのですが、これもあまり活用されていないということがわかりました。

こういうことがわかったことから、今後、いちばん最後のページになりますけれども、もう少し簡便な方法とかわかりやすい方法、そしてポスターなど目に留まるようなものを附属する、付録として付けるということで、もうちょっと現場に行き渡るような工夫をしなければいけないというのが、まとめになります。以上、再発防止に関するご報告をいたしました。

長尾委員 ありがとうございます。時間の都合もありますので、続けて資料 5 から 7 まで説明いただいた上で、ご質問いただきたいと思います。では、木村先生、鈴木先生、お願いいたします。

木村常務理事 引き続き、今度はセンター調査に関わるもの、その他の研修等に関わるものをお話しさせていただきます。資料5をご覧ください。センター調査に関わる総合調査委員会の開催、これは毎月1回行っております。

資料6-1をご覧ください。これは研修についてですけれども、私どもが主催する支援センター主催の研修を今回も行いました。今回は、医療事故調査制度における組織としての再発防止にどういうふうに取り組んでいращやるかということ、実際に報告していただいた医療機関の中から、その下にあります通り、病院の管理者として虎の門病院の分院長であられる宇田川（晴司）先生とか、具体的な取り組みとしての医療安全の担当の先生、それから再発防止に取り組む工夫として看護部長、それから再発防止に対する遺族の思いということで、とまり木の代表理事の方、4人の方に講演をいただいて、現状と課題についてお話をしました。実際にこの制度に関わった方たちが現場でどのようにこれを再発防止に使われているか。そのあたりの問題点を具体的にお聞きすることができました。これはオンデマンド方式で行っておりまして、実際いままでに2,000を超える方たちがこれを受講されています。

それから、次の6-2ですけれども、委託研修について。これは毎年行っておりますけれども、日本医師会にお願いしている支援団体統括者セミナーは、3月16日に90名の方、それぞれの地域の管理者の方、それから医療安全の方、それから特に医師会の理事の方、それから看護師さんということで、基本は各県から3名出でいただいて、1日かけて研修を行いました。実際にその作業をしていただいて、その問題点を意識していただくと。現場で今度は指導的な役割となられる方たちに利用していただくという目的で行っております。

それから、2番目は医療機関の職員向けということで、管理者・実務者セミナーを、これも日本医師会に委託してお願いしておりますが、会場での受講、その後のeラーニングを含めて、3月21日現在1,000名を超える方がこれを受講されています。いろんなところで、病院の管理者の方がこういうセミナーを受けているかどうかということをお聞きすると、まだ受けていない方がかなり多いので、なるべくこのeラーニング等で見えていただくということで、やりやすい形を工夫しております。

それから日本歯科医師会には、特に歯科領域では急変が起きたりすると近くにある総合病院等の医療機関に送って、そこで亡くなります。制度の対象となるような事例はそういうことがほとんどですので、そうい

う中での特殊な対応の仕方、考え方を研修として行わせていただいています。

それから資料6-3ですけれども、協力学会説明会です。このセンター調査でも1,500人を超える、それから分析のほう、再発防止を作るほうでも400人近い学会推薦の専門家の方たちに協力をいただいています。毎年1回、協力学会の説明会を行いました。Zoomが発達して離れたところからも参加できるようになるとか、いろんな新しいことも含めて伝えました。また、事前にアンケートを行って、それぞれの学会が持ってらっしゃるいろいろな問題点、希望等をお聞きして対応したところです。

それから、各学会にお願いしたことは、先ほどもアンケートのお話をしましたが、提言書の周知に関して、特にその領域の学会では、学会の中でももうちょっと周知に関して、それを広めることに関してご協力をいただけないかということ、この場を借りてお願いしたところです。以上です。事業計画書のほうは事務局のほうからお願いします。

鈴木事務局長 資料7でございます。6年度の事業計画書のご報告でございます。6年度につきましては、いままでのセンターとしての事業の他、機構としての独自の事業を行うため、センターとしての事業と機構としての事業を区分して作成しております。そのへんが今回の特徴となっております。

内容につきましては、大きなところだと申しますと、4ページの「6.再発防止に関する普及啓発」ということで、先ほどワーキングでも出ておりましたように、ここの4行目、「一層の普及啓発に向けた効果的な周知方法について検討する」という文言を付けさせていただきまして、検討していく予定でございます。

それと、最後の6ページ、「II.日本医療安全調査機構としての事業」ということを明確化いたしまして、内容につきましては、「医療事故調査制度施行10年を見据え、制度運用の検証や当機構の組織及び支援の在り方等について検討するため、仮称でございますが『医療安全の更なる向上を目指す検討会』を理事会の下に設置する」というものを入れさせていただいております。

この事業計画書につきましては、先の理事会でご承認をいただきまして、ここのセンターとしての事業の部分につきましては3月4日付けで厚労省から認可をいただいているということでございます。以上、ご報告でございます。

長尾委員 ありがとうございます。資料4から資料7において、何か皆様、ご意見やご質問はありますで

しょうか。

ここまでが公開での審議となります。ここからは特定事例の審議が始まりますので非公開とさせていただきますので、傍聴の方はWeb から退室をお願いいたします。ありがとうございます。それでは鈴木事務局長、よろしく願いいたします。

(以上)