

令和6年度 第2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12月19日（木） 10：30～12：20

場 所：TKP 浜松町南口ビジネスセンター ホール3B

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

田原専務理事 定刻となりましたので、令和6年度第2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賜りありがとうございます。お手元には事業運営委員会の名簿を置いております。本日は、委員19名中、16名の委員が出席をされております。会場出席は樋口（範雄）委員長、近藤（稔和）委員、永井（裕之）委員、山口（育子）委員の4名でございます。阿部（修）委員、井本（寛子）委員、上野（道雄）委員、後（信）委員、大塚（将之）委員、川上（純一）委員、久保（絹子）委員、小松原（明哲）委員、高橋（裕樹）委員、田中（伸哉）委員、寺島（多実子）委員、藤原（慶正）委員の12名はWebにてご出席をいただいております。ご欠席の委員は今村（康宏）委員、後藤（隆久）委員、長尾（能雅）委員の3名でございますので、出席者は過半数に達しておりまして、委員会が成立しておりますことをご報告いたします。また、厚生労働省医政局医療安全推進・医務指導室の松本晴樹室長にも会場にお越しをいただいております。

ご出席の委員の皆様におかれましては、ご発言される前にはお名前をおっしゃっていただきますようお願いいたします。また、Web出席の委員の方におかれましては、発言時に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いたします。また、傍聴の方々につきましては、すべてWebによる傍聴となっております。

それでは、議事に入ります前に資料の確認をいたします。Web出席の委員の皆様におかれましては、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。資料1は、医療事故調査制度の現況報告でございます。資料2－1から2－5までは、再発防止の関係資料でございます。資料3は、センター調査の関係資料でございます。資料4－1から4－3は、研修・広報業務の関係資料でございます。また資料5は、関係団体との連携業務関係資料。その他の資料といたしまして資料6、医療安全の更なる向上を目指す検討会の資料でございます。参考資料といたしまして、前回、第1回の本事業運営委員会の議事録を用意しております。この議事録につきましては、後ほどお目通しをいただきまして、何かございましたら事務局のほうにお申しつけください。本日の委員会の資料は以上でございます。不備等ございましたら事務局までご連絡いただければと思います。お願いをいたします。

それでは、委員会を開催させていただきます。まず最初に、門脇（孝）理事長からご挨拶を申し上げます。

門脇理事長 現在、当医療安全調査機構の理事長を務めております門脇でございます。今年度第2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。私が当機構の理事長に選任されたのが昨年の12月20日でございますので、ちょうど1年となり、また医療事故調査制度がスタートしてから来年10月で丸10年となります。当機構は、医療機関から報告された院内調査結果等を詳細に分析して、再発防止策をとりまとめ公表するなど、医療の安全の確保と質の向上を目指して日々、活動しております。報告された情報が継続的に集積されていく当機構にしかできない業務であり、非常に重要な役割であると認識しております。本日は、こうした業務の実施状況を報告いたします。最近の動向として、新たな取り組みであります警鐘レポートの創刊や、提言第20号の概要、更には公式LINE、an なびを活用した広報・周知についての経過報告をいたします。また特記事項といたしまして、本年10月に設置した「医療安全の更なる向上を目指す検討会」の進捗状況の報告も予定をしております、これにつきましては、この運営委員会の委員の先生方には大変関心の大きいところだと思いますので、忌憚のないご意見、ご質問等をいただければというふうに思います。

当事業運営委員会は、医療を提供する方々、医療を受ける方々、そして医療安全に関する有識者の方々から、こうした活動内容についてご評価をいただく大変重要な場でございます。業務の実施状況に関して、本委員会委員の皆様の忌憚のないご意見をいただきながら、共に本制度の適切な運用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、本日はどうかよろしくお願いいたします。

田原専務理事 ありがとうございます。では、樋口委員長に議事進行をお願いいたします。

樋口委員長 おはようございます。年末のお忙しい中で、こうやってご参加いただきまして感謝申し上げます。第2回の運営委員会ということで、運営委員会ですからどうしても定例の報告が多くなると思いますが、今、門脇先生からもあったように、機構も一步一步新しいこともということで、警鐘レポートというのを発表したこととか、それから10年目を目指しての検討会も進捗しているようであります。そういうことについての報告も伺いたいと思います。それから、これも定例のことですけれども、この議事は原則として公開なんです、この議事の中で個別事項に関わる内容の部分に掛かって来た時には、その部分は毎回非公開になっておりますので、その時点から傍聴の方々にはご遠慮していただくということになります。よろしくお願いいたします。

いいいたします。

それでは早速、議事に入りたいと思います。資料1から2について、事務局からお願いします。

田原専務理事 専務理事の田原でございます。資料1をご覧くださいと思います。医療事故調査制度の現況報告、11月末時点の状況でございます。1の①医療事故発生報告が、11月は29件ございました。概ね30件程度でございます。それから、②院内調査結果報告では14件となっております、若干少なくなっておりますが、一時的なものではないかと思っております。2の相談件数は184件ほどございまして、内訳は医療機関が80件、遺族等が100件、その他・不明が4件でございました。また、遺族等の求めに応じて相談内容をセンターから医療機関へ伝達したものは2件でございます。また、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は5件となっております。3のセンター調査の依頼件数は2件、ご遺族からの申請が1件、医療機関からの申請が1件でございました。センター調査報告書の交付は1件でございました。その他については、後ほど報告する事項となっております。資料1についての説明は以上でございます。

木村常務理事 それでは、資料2を使って再発防止関係の報告をいたします。常務理事をしております木村です。資料2-1をご覧ください。再発防止委員会開催状況ですけれども、これは以前からも報告しておりますように、2ヵ月に1回開かれておりまして、どういう課題をテーマとして選ぶとか、作られてきた再発防止策を最終的に検討するということをやっております。先ほどお話にありました、新しく「警鐘レポート」というのを作りましたので、それに関しては資料2-2と一緒にご覧ください。

ガント表といって、このレポート、あるいは提言書がどういう順番で今現在、進行しているのか、出されているのかということを示しております。資料2-2を横にして見ていただくと、上のほうからグレーの部分が、もうすでに発出した部分です。20号の「血液検査パニック値」まで出して、これは今日ご報告をいたします。それから「警鐘レポート No. 1」として、「ペーシングワイヤー抜去に伴う心筋損傷による死亡事例」、この警鐘レポートは、いただいた院内報告書がすでに9年目が終わって2,700事例ぐらい集まっております。その中から、提言書として使われたのがちょうど10分の1ぐらいです。ですから、9割はまだ貴重な死亡事例の報告書が残っているということで、その中には少数事例ではあるけれども非常に重要なものがあるとい

うことで、これをそのままにしておくのではなくて、早期に警鐘の意味を込めて出そうということで、かなり数の多いのも入って来ますが、少数事例でも警鐘レポートとして出すことにいたしました。提言書は、数人から 10 人のその領域の専門の先生方に集まっていたいて、およそ 2 年をかけて推敲を重ねて出されるものですけれども、警鐘レポートのほうは 3 人の対象領域の専門の先生に依頼、約半年ぐらいの経過で、とにかく新しいことを早く出そうということで出しております。

また、資料 2-3 をご覧いただくと、警鐘レポート No.1 「ペーシングワイヤー抜去に伴う心損傷」というのがありますので、それをご覧になってください。これはおわりの通り、表裏 2 枚だけで報告をして、細かいこと、詳細を書くよりは、画像、図でもって問題点を指摘するということに原則、努めておりまして、No.1 から次の 2、3 と続くようになっております。そのペーシングワイヤー抜去に伴う心損傷に関しては、表のほうに心損傷に至ったと考えられる要因があつて、こちら側が原因ですね。そして事例の概要で、もう少しあるわけですが、2 例だけ出させていただいています。事例の詳細とか他の事例、それから担当の専門医の先生方、どういう部会で行われたかというのは、ホームページのほうに出させていただいています。

ペーシングワイヤーが開心術と、あと通常で昔から使われているわけですが、術後に不整脈が起きた、あるいは徐脈になったといった時に電氣的刺激を伝えるために使われるもので、その期間が済むとだいたい 4~5 日で、ICU 等で引っ張って抜去するようなタイプになっております。それがこの図のように、折り返すような位置で入っていたり深い位置にワイヤーが入っていたりすると、引っ張ることによって、主に右室ですが、右室の心筋の一部に損傷が起きて、そこから出血をし、心タンポナーデ、あるいは胸腔内へ出血ということが起きます。術後安定していて、いざこれを抜去して ICU から出る、あるいは病室においてこういうことが起きると、かなり大変な状況になって死亡事例が発生するということになります。

裏面を見ていただくと、こういうことから再発防止をどう考えたらいいかということが、2 枚目です。基本的に、表裏をこういう構成にしようということで現在進めておりますが、心損傷に至らないためにはどうしたらいいか。これはもう言われていることではあるんですが、ガイドラインとか広く学会の中で伝わっていることではありません。誰もが当然のこととして昔からやられているような部分があり、それが現実には若い先生には伝わっていないというような現状があるということが、この警鐘レポート発出に至った理由のひとつでもあります。つまり、浅い位置に、引っ張った時に一直線になるように留置してくださいと

というようなこと。そして、徐々に出血する場合がありますので、当日、急激に血管動態が変動した時はそういう出血をまず疑って、エコー、画像検査等をしてまいしょうということです。例えば、土日、夜、夕方という時には抜去を避けるようにしようといったことも入っております。そして、学会への期待として、こういうことについて学会のガイドライン等の作成が望まれるということですが、学会のほうでもすぐに対応いただいて、心臓血管外科学会では、これに関する新しい報告が近々出て来る予定でおります。このような形の警鐘レポートですけれども、年に2つないし3つ出そうということしております。

もうひとつのカテゴリーが、この警鐘レポートでは再周知ということで、資料2-2をまた見ていただくと、警鐘2「注射剤の血管内投与後に発症したアナフィラキシーショックによる死亡」。これは、第3号でアナフィラキシーのことはすでに出しておりますけれども、その後も10数例の報告があるということで、それからまた最近、アナフィラキシーに関連する学会からのガイドラインが新たに出ましたので、基本的な変化はないんですけれども、もう一度周知しようということで続報として出させていただいています。「アドレナリンの投与をすぐやるように」という報告だったわけですが、以前よりはずいぶん早くされるようになりました。それでも亡くなっている方が出て来るということで、さらに早く、それから思ったらすぐに対応できるように、看護体制等を含めて対応していただきたいというような内容になっています。

アドレナリンの量だとか、それがすぐ使えるような状況で造影室、あるいは救急外来とか、いろんな所にそういうものが設置してあることが望ましいわけですが、いわゆる注射器に入ったようなプレフィルドシリンジ、アナフィラキシーの場合にはすぐこれを使おうというのは、まだ実は商品化はされておらずで、通常あるアドレナリンから作るというような形にはなっております。そういうことも含めて、再周知させていただきました。

それから警鐘レポート3は、一応来年の6月頃に公開予定ですが、「異所性妊娠による死亡」。これは以前からあったんですが、最近は不妊治療等で体外受精をしたものを子宮内に戻すというようなことから、子宮外にもあるというような形で、そこに育った受精卵が原因で、異所性で出血をするといった事例が目立って来ております。それで警鐘ということで、疾患ではないですが新たな問題ということで出させていただきます。

それから21号は、いままで通りの再発防止の提言書で、「産科の危機的出血に係る死亡事例の分析」。産科は、ご存じの通り助産所等で行われることがまだまだ日本では多くて、そういう際の分娩において出血に対

してどう対応するかと。早め早めに対応して、輸血がちゃんとできる施設に連携をとっておくといったことが問題になるわけですが、そういうことを中心に作らせていただいています。また 22 号は、現在スタートしているところですが、「入院早期に発生した食物による気道閉塞に係る死亡事例の分析」。これは、食物が喉に詰まって気道閉塞になって死亡した事例を検討したところ、入院後 5 日以内にそういうことが起きている事例が非常に多いことがわかりました。しかも、整形外科領域とか、高齢者が多いわけですが、入院直前は普通に生活していた方が、例えば大腿骨の骨折等で入院した途端にベッド上生活になると。そういう状況で起きる食事時の喉に詰まらせる気道閉塞というのが目立つということから、そのへんの問題を提言として出させていただいております。これが直近の提言書、それから警鐘レポートについての報告です。

次に、資料 2－4 ですが、これは 12 月になってから報告させていただいた、「血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」に関してです。3 ページをご覧ください。以前にも説明したものですが、形は同じように、血液検査パニック値に係る死亡事例の分析、そしてそれに対する提言というのが一覧になっています。項目と閾値の設定という、他の提言書とはちょっと違うのですが、設定をきちっとしてくださいと。それから報告の手順、そういうことがわかった時の対応、その表示の仕方——これは電子カルテ等ですね。それから院内体制の整備ということで、対応する流れを下に図で、提言 1、提言 2 はどのへんの部分を書いていますということを示しています。

次に 5 ページを見ていただくと、全体のことですが、これは世界的にもいろいろ問題になっていて、生命が危ぶまれるほど危険な状態にあることを示す異常値、血液データとして認識されております。ただ、外国ではパニックではなくて「critical value」という言葉が使われています。日本では「パニック値」として呼称が使われ始め、これが広く用いられて、こちらのほうが一般化しているような状況ですので、「パニック値」という言葉をそのまま使わせていただいております。この中で、日本臨床検査医学界で 2021 年にパニック値に関する提言書が公表されて、それに則って今回も作られております。パニック値の一覧、それからどういうものをどういう対応をしたらよいかということが示されているところです。

本会は、いただいた死亡事例の中からこのパニック値に該当するもの、教訓的な 12 事例を対象といたしました。ただ、それ以外にも化学療法をやっている施設における、例えば肝機能等でパニック値の値がずいぶん違うわけですから、2 事例を参考事例として追加したと。もうひとつ、議論になっておりますけれども、

D-dimer という値が、これは急激に起きた出血とか凝固系の異常、つまり大動脈解離とか肺血栓塞栓症を含めて、緊急の時に非常に役立つ値なんですけど、まだ測定方法とか、D-dimer を測定すること自体、評価が行き渡っていないことから、学会でのパニック値の対象にはなっておりません。従ってこれも、13 ページですけども、対象としてこういうものもありますということで参考として出させていただいています。

16 ページをご覧ください。提言 1 のところですけども、パニック値というのはここにありますように、グルコース、カリウム、ヘモグロビン、血小板、PT - INR というのが定められています。これは臨床検査学会で定めたものです。これ以外にもあるというのが、今の化学療法中の肝機能と、それから D-dimer が入って来て、コラムのところに「D-dimer をパニック値として扱う際の課題」として出させていただいています。このように、値自体を決めようということが提言されているという理由は、パニック値の値自体がそれぞれの医療機関が扱う疾患によってだいぶ違うということです。透析をやっている医療機関では、カリウムの値は普通の病院よりも高いわけですね。ですから、同じパニック値であると、そういう病院ではかなりの数がパニック値に引っかかってしまう可能性がある。そうすると、どれもがパニック値だと対応できないわけですから、そういうところでズレがあることがまた新たな問題の原因にもなっているので、そのあたりを書かせていただいています。

次に 18 ページをご覧ください。18 ページは提言 2 として、臨床検査部門でパニック値かどうかが明らかになるわけですけども、それからどの病院でもほとんど、その技師から担当の医師に連絡をすることになっています。ただ、その場合、病院の中ではそれがすぐには伝わらない。例えば手術中であつたり、その患者さん自体がもう帰られたりということで、では、どういうふうにそういう場合に対応したらいいのかとか、その伝達の仕方、それから確認の仕方といったようなことがまとめられています。

これらのことをまとめて出しているわけですが、21 ページにまた別の問題として、衛生研究所、外部の検査機関に血液を提出して値をもらっている小さな医療機関があるわけです。こういうところで起きたパニック値は、多くの場合、電話で報告をしたり、それからファックスで報告をしたりということになっています。ファックスだと、届いているけど見なかったというような事例があつたりということがまた問題になっていますが、他の場所、病院外で行う検査の場合の体制、そういうことに気を付けましょうということも示されています。あとは、院内で電子カルテシステムに「パニック値ですよ」ということの表示が、会社の電子カルテのシステムによっても少しずつ違ったりしますので、それを見ると「見た」という証拠が残ったりとか、

いろいろな工夫がされているわけですが、そのへんの問題を提言させていただいています。

以上がパニック値に係る死亡事例の分析の提言書ですが、このようにいままでの提言書と少し趣が違うといえますか、値そのものが違ったりすることがありますので、また施設によっても違うということで、その後ろにパンフレットが1枚あります。「血液検査パニック値への取り組みを考えよう」ということで、この提言書が出されて、今回初めての試みですが、来年の3月1日に説明会を考えて、品川でそういう会議を開くことにいたしました。関係する方たちに集まっていただいて、またオンデマンドも含めて、東京大学の教授であられて、現在、国際医療福祉大学の教授・大学院長であられる矢富（裕）先生、日本のこういう臨床検査の大御所ですが、矢富先生に座長になっていただいて、当機構の宮田（哲郎）先生にも一緒に座長として、これだけのパネリストの方々にお話をいただくと。そして議論をするということを、3月1日に行うことになっています。お忙しい中ですが、オンデマンドでもある期間、見ることができますので、ぜひ参加していただければありがたいというふうに思います。ここまで、再発防止関係の報告をいたしました。以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。この提言の20号「血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」と、それから新たに始めた警鐘レポートNo.1について特に詳しく、しかしそれに加えて2-2の裏のページにあります。それぞれ提言、あるいは警鐘レポートについても、新たにこういう事例も今、進行中であるという説明を含めて、ここまでさまざまな報告がありましたけれども、何かコメント、質問がありましたら受けたいと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですかね。

木村常務理事 ちょっと追加で。一緒にご報告すべきだったのかもしれませんが、資料2-5をご覧ください。この提言を出した後のアンケートについてです。現在までネットを通じてアンケートを行っておりますけれども、提言18、19は特に領域が狭く、18号は股関節の話、それから19号は肺動脈カテーテルの話で、心臓血管外科、循環器内科、あと麻酔科に限ったような対象になりますので、その学会に直接依頼をして、学会から学会員の先生方個人にアンケートを出すということで、この提言書に対するアンケート、どういふふうに感じられたかを聞くことにして、今動いております。まだ始まったばかりですが、またこれみいづれ報告をさせていただきます。再発防止に関しては以上ですが、次に資料3も続けて。

総合調査委員会、これはセンター調査のほうの話ですが、資料3をご覧ください。センター調査に関する総合調査委員会は、毎月1回開催されております。非常に順調にしていると思いますけれども、現在まで二百数十の依頼があつて、完了して報告書を提出したのが180数例になります。現在、それを差し引いたところ、70数件がアクティブに調査中ということで、私どもの機構の関係、地域を含めて、そして統括支援医の先生方、支援医の先生方、部員の先生方にお世話になって、センター調査が70数件、現在同時進行しているという状況です。だいたい1年半を目途にしておりますけれども、2年ぐらいかかっているのもあつたりして、それぞれ今、コロナの後、Zoom会議が非常に楽にできるようになりましたので、すべての事例を中央の東京の事務局と、それから地域の担当者との間でやり取りをして、準備をしながら進めているという状況で、内容の標準化、それから時間的な問題も、少しずつですけれども変わって来たと思います。以上、総合調査委員会に関してご報告させていただきました。ありがとうございました。

樋口委員長　ありがとうございました。ここまでのご説明についても、また何か後でありましたら、特にWebの方は何らかの意思表示をしていただければありがたいと思っておりますので、それはいつでもということにして、このまま説明を続けてもらいたいと思います。資料4から、お願いします。

田原専務理事　専務理事の田原でございます。続きまして、資料4—1以降のご説明をいたします。資料4—1は、医療事故調査・支援センターの主催研修でございます。中間報告となっております。医療機関の管理者、医療安全担当者を対象にした研修でございまして、10月26日に会場、品川で開催をし、83名の受講者がいらっしゃいました。オンデマンドの配信もしておりまして、来年の2月25日まで配信をいたします。現時点では申込者数は1,437名ということで、2,000人程度の方がご参加いただけるものではないかというふうに考えております。

内容は、シンポジウムのところがございますように、医療事故の再発防止の取り組みにつきまして、それぞれの医療機関の自分のところの事故事例、あるいはセンターが公表した提言につきまして、その活用の実例をご紹介いたしました。大学病院や、あるいは専門の病院、あるいは200床規模の民間病院からの発表でございまして、それぞれの事例について詳しくお話をいたしました。また、患者・ご家族の思いをお話しいただきまして、こういうような構成でシンポジウムを開催をしております。オンデマンドの配信もまだ現在、

行っているところでございます。

続きまして、資料4-2をご覧くださいと思います。今年度の委託研修の状況でございます。1番といたしまして支援団体統括者セミナー、これは日本医師会に委託をして実施をしているものでございまして、都道府県における医療事故調査について、地域を牽引できる指導者を養成する目的でございます。各都道府県の担当者100名~150名程度の参加を見込んでおります。来年の2月に開催をする予定でございます。

また、医療機関の職員向けでございますが、(1)管理者・実務者セミナーとして、これも日本医師会に委託をして実施をするものでございます。医療機関の管理者、医療安全担当者の方を対象に行いました。すでに12月8日に開催をし、会場での受講者が55名、そしてe-ラーニングのほうもこの後、実施をする予定でございます、現在787名の方が申し込みをされるという状況でございます。

(2)は日本歯科医師会に委託をした内容で、歯科の特殊性を踏まえて、院内調査に対する支援と報告書の作成など、歯科医療関係者の人材育成を図ることを目的といたしまして、歯科医師の方、あるいは都道府県歯科医師会の医療安全担当役員の方を対象に行うものでございます。これはオンデマンド受講という方法になりますが、来年の2月から3月を予定しているところでございます。昨年度の実績としまして、100人程度の参加実績がございました。

続きまして、資料4-3をご覧くださいと思います。これは前回の8月の本委員会でも報告をいたしました、公式LINE、それからメール配信サービス「a n なび」を活用した広報・周知につきましての現状の経過報告でございます。公式LINEなどを活用して、制度に関するお知らせ、あるいは再発防止に向けた提言の普及・啓発を図るもので、ここを窓口の詳細な情報にアクセスすることを促すというものでございます。医療関係者、それから国民全般を対象にした内容になっております。配信は月2回程度で、10月からこれまで5回ほど配信をしております。登録者数は、7番目のところでございますが、昨日の18日現在では1,482名となっております、1,000名を超えました。また、「a n なび」のほうは342名というふうになっております。さらに、いろんな機会を通じて周知を図っていきたいと思います。今回、増えたのは、12月8日の管理者・実務者セミナーで紹介したというところが大きかったのではないかと考えているところでございます。

配信の内容でございますけれども12月11日に配信した例を別添1としてお示しをしております。1枚めくっていただきまして、3ページとなっておりますが、先ほど木村常務のほうからお話をいたしました警鐘

レポートNo.1について、公表したことを紹介しております。また、1枚めくっていただきまして4ページのところですが、いろんな情報提供を行いながら、最後に提言書クイズという形で、提言書の紹介をしております。ここをクリックいたしますと、5ページにありますような形で順に表示をするということになっております。1番目で、「提言書をクイズ形式でご紹介しています」と。過去に公表した提言、今ご覧いただいているのは2018年9月に公表した「腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析」という過去のものでございますけれども、3番目のスライドにありますように、「適切なものはどれでしょうか」ということで3つの選択肢を4番目のところに出し、そして6番目のところに解答を出すという形になっています。そして、7にありますように「提言書内で詳しく解説しています」と。「提言書はこちら」ということで、クリックすると提言書に行くというような形になっています。また、8のところには、提言書の概要をダウンロードできますというご案内もしております。また、日本外科学会でも同様なeラーニングがある場合がございますので、こういったものもご紹介をします。そういうことを行っております。

続きまして、別添2、1枚めくって7ページになりますけれども、これは厚生労働省のほうから出された事務連絡でございまして、毎年11月25日を含む1週間を「医療安全推進週間」と定めているということで、関係各位にお知らせをしたものでございますが、その中に、1枚めくっていただきまして9ページの3にありますように、「医療事故調査・支援センターによる医療事故の再発防止策等（提言・動画）の配信について、情報配信を開始した」という案内を入れていただきました。こういうような形で周知を図っているところでございます。

続きまして、資料5になります。今年度の協力学会の説明会でございます。協力学会として現在、調査・支援センターが行う業務にご協力をいただいている学会が70以上ございますけれども、こういった方々に現状と今後の進め方についてご報告をし、意見交換を行うという機会でございます。来年の3月に開催を予定しておりまして、下にありますようなプログラムで現状と今後の進め方について報告をし、意見交換を行うというものでございます。説明は以上でございます。

樋口委員長 ありがとうございます。資料4から5、中身は研修に関係することと広報に関することが多かったと思いますが、何かこの段階で。山口さん、お願いします。

山口委員 ご説明ありがとうございました。山口でございます。資料4-2のところに、支援団体の統括者セミナーというのがございますけれども、まず前提として、支援団体が都道府県それぞれでやってらっしゃることや熱量みたいなものに、温度差があるという印象を持っているんですけれども、こういうセミナーを通して、例えば機構から「支援団体はこういうことをやってください」というような具体的な内容を指示することができるのかどうかということと、例えばやってらっしゃることについて、各都道府県内の医療機関に対して「支援団体はこんなことをやってますよ」という情報提供は、どこがされているのかということをお尋ねしたいと思いました。

というのも、電話相談で報告対象じゃないかと思われる相談がけっこうありまして、例えば「解剖をして欲しい」と病院に言くと、「うちは自施設で解剖できるところじゃないから難しいんだ」と言われて、支援団体がぜんぜん出て来ないというような相談もあるんですね。ですので、医療機関に対してもそういった情報が、もしかしたらまだ行き渡っていないんじゃないかと感じることがありますので、そのあたり、全体的に同じようなことを同じくらいしてくださるよう、どんな働きかけができて、していらっしゃるのかということをお尋ねしたいと思います。

田原専務理事 ご質問ありがとうございました。ここの統括者セミナーでございますけれども、多くは都道府県の医師会の医療安全担当者がご参加をされております。内容は、今お話のありました、例えば医療事故の報告についてどういうふうに考えるかというようなことを、事例をもとにディスカッションしていくというようなことを行っております。なので、報告をどういうふうにしたらいいのか、どういうふうに判断したらいいのかというようなことを、意見交換をしながら理解を深めていくという形になっております。

ただ、我々のほうから、あるいは医師会に委託をしておりますので医師会のほうから直接、指示をしたりということはございませんので、医療事故の報告に関するいろんな判断のノウハウというか、考え方というようなことを、意見交換を通じて理解を深めるというのが主体となっております。

山口委員 機構としてそこまでのことができないとすれば、例えば厚労省として「支援団体はこうあって欲しい。ここまでのことをこうやって欲しい」というような、そこは国になるのでしょうか。

松本室長　ありがとうございます。厚労省ですけれども、支援団体の活動については支援団体の連絡協議会がありまして、日本医師会さんのほうでその支援団体連絡協議会の中央協議会を持ってらっしゃって、そこからさまざまな連絡事項などを伝達をしたり、支援団体の活動自体を共有したりみたいなことをやっていたというふうに承知をしているんですね。で、支援団体が何をするかというのは、我々も法令のほうで定めておりますけれども、たぶん今の問題意識は、医療機関のほうに支援団体というのがあって、支援を求められますよということを周知しなければいけないんじゃないかという問題意識だと思うんですけれども、そのことに関しても、機構さんのほうから医療機関向けのセミナーもたくさんある中で、支援団体の活用の仕方なども周知をしていただいたりしているんですけれども、我々のほうも医療機関向けの周知に関しては、しっかりやっていきたいというふうに思っています。支援団体の連絡協議会を日医さんとかが進めていく上で、厚労省としても「現場からこういう声があるんですけれども」ということはお伝えをして、その中でも共有して行っていただくというようなことになるのかなと思います。

山口委員　ありがとうございます。医療機関への周知もそうなんですけれども、ちょっと取り組みに温度差があるという印象がありますので、できれば具体的に、それぞれがどういうことをどこまでやってらっしゃるのかということ一度調査していただいて、ある程度同じことをどこの支援団体でもしてくださるように、ぜひ進めていただきたいなと思っております。

松本室長　そのようなことも含めて、支援団体の活動の質の向上ということをしっかり取り組んでいければと思っております。

樋口委員長　ありがとうございました。その他に何か、この段階でコメント、質問があれば受けたいと思いますが、いかがでしょうか。永井さん、お願いします。

永井委員　永井でございます。今、山口さんがご質問した点で、私がちょっと思っていることをしゃべってみたいんですが、県ごとにバラツキがものすごく多いんですよ。その県ごとのバラツキが、特に県ごとの医師会によってもものすごく判断がバラついているという、これは一般には見えてこないんですけれども、本当

にその支援団体がどういう基準で調査をするとかね。そういう一貫したガイドラインみたいなものは、やっぱり作っていくべきだと思うんですよね。そうでないと、本当に県ごとの差が出て来る。支援団体のほうで「こんなもの調べなくてもいい」と言われたとか、そんな話が聞こえたりして来ていますので、それがどのくらいの割であるかは私どもわかっているわけではないんですが、やはり被害者遺族が病院に調べて欲しいと。先ほども出てきたように、解剖の問題にしろ、「調べても死因はわからん」とか、いろんなことで調べようとしないうという、その背景に、しっかりしたガイドラインができてないせいもあるんじゃないかなという思いもしていますので、ぜひそのへんはもっとしっかりやって欲しいのと、この内容ですが、医師会を通して支援団体統括者セミナーとなっているのに、対象は担当者になってますよね。支援センターはどんなかは知りませんが、やっぱり医療機関およびこういう支援センターでも、本当にトップがしっかりやろうとしてるのかというところにも疑問があるので、やっぱり統括者といったら、統括の責任者みたいな人がちゃんと出席してもらえるような仕掛けをして欲しいなという思いがあります。以上です。

樋口委員長　ありがとうございます。何か、今のでコメントはありますか。

田原専務理事　支援団体統括者セミナーのほうで申し上げますと、ご指摘のあったような方がしっかり参加して、いろんな制度についての理解を深められるように、努めていきたいと考えております。

永井委員　日本医師会が本当にこの事故調査制度について、医師会としてもしっかりやろうとしてるのが、ちょっと当初の医師会の意気込みに比べると若干、弱まってきている。医師会もいろんなやることあるかもしれませんが、この事故調査制度というのは、医師会がしっかりした意識を持って日本医師会としてもやっていって欲しいんですけども、そういうことについてさっき山口さんもおっしゃったように、誰がこういうところに指導したり、やれるかということが、まったくわかってないんですね。責任がどこにあるのか。厚労省が責任をもって進めているとも思えないし、機構が一生懸命やろうとしたら、越権行為みたいに言われると。こういう中でもっと医師会も含んで、一般的によくやられているような医師会の人たちとともに、ガイドラインみたいなものを作っていったほうがいいんじゃないかなと思うので、そこらへんのところを今後どう考えておられるのでしょうか。

樋口委員長 ありがとうございます。医師会の名前も出ましたので、医師会の藤原さん、お願いしたいと思っています。

藤原委員 ご指摘ありがとうございます。医師会としてこの取り組みを軽く見ているということは決してありませんで、都道府県医師会ごとの差ということについては、確かに人員の問題とかもありますけれど、決してこの内容を軽視しているということはありません。統括者セミナー、それから支援団体のセミナーについても、非常に大事なものと認識しておりますし、各都道府県から参加していただいていて、実際この方々に、この機構と、それから厚労省が協力しながら実際は進めているところですので、個々の事例でお気づきになることはあるのかもしれませんが、決してこの事業について、他の仕事にかまけているということではないですので、そこはご理解いただければというふうに思います。

樋口委員長 今の永井さんのご発言について、この機構として何かもう少し補足はありますか。

田原専務理事 専務理事の田原でございます。医療事故の報告について、都道府県ごとにバラツキがあるというようなご指摘かと思えます。我々もそういう状況は年報などでまとめて認識をしておりますので、そういうバラツキがあるというのがどういうところに原因があって、どういう取り組みをすることによって適正な報告がなされるのか、そういったことはしっかりと考えていきたいと思っております。我々も大きな課題だというふうに認識をしているところでございます。

永井委員 このセミナーは、だいぶ歴史が古いんですか。都道府県ごとの参加者がどうなのかというので、あまり来てないところには呼びかけを日本医師会としてやってもらうとか、そういうようなことで、せっかくやる内容をより均一にしていくための策を何らか打っていただきたいなと思います。

木村常務理事 木村から少し追加させていただきます。都道府県にこういう主旨で支援団体統括者セミナー、それから管理者・実務者セミナーをやるということは、もうこの制度の開始当初から、10年目を迎えたので

9回やっているわけです。最初の頃は、始まったばかりということでちょっと数が多く、それから一時減った時があって、また増えてきているという状況かと思いますが、詳しいデータはあるんですけど、各都道府県から、例えば47都道府県から各2名ずつという計算をすると、それから実際にそういう方たちを見ると、そんなにバラツキがあるわけではなくて、それなりに皆さん参加いただいているというふうに思います。

ただ、ご指摘の通り、地域差が出て来ている。同じような考え方で指導といいますか、支援団体として各病院に、これはどう考えようということを指導したり一緒に考えていただければ、結果はそんなに違わないのではないかという期待があるわけですが、つまり人口の数に比例した分で発生報告を見ると、かなりの差があるというのが現実です。それは、医師会の先生方も地域でも自覚されていると思いますので、そのへんこれから考えていかなければいけないこと。それから、現実として医師会が非常に熱心にやられている県、あるいは県の医師会と基幹病院、特に特定機能病院の専従の医療安全の先生との連携がよいところというのは、かなりうまく動いているのではないかと。従って、結果的に報告数も多くなったり、それから内容的にもお話を聞くと、全体がどうかという議論にはならない、個々の事例の印象で申し訳ないですけども、そういうところがうまくきているという、そういうものをもっと広げて行かないといけないのかなと思います。以上です。

樋口委員長 ありがとうございました。どうぞ、お願いします。

藤原委員 追加ですが、先ほどセミナーに出てない県があるんじゃないかということで、今、手元のものを改めて調べましたが、制度開始以来、まったく出てないというところはありません。その上で、今、厚労科研で、支援団体の取り組みについて改めてこの10年の節目に調べるということで、調査していますので、それも踏まえて、取り組みについてはまた改めてこちらのほうも検討していくということを考えています。以上です。

。

樋口委員長 ありがとうございました。それでは、そういうこととも関係すると思いますが、次に資料6について、ご説明をまず伺いましょうか。

田原専務理事 専務理事の田原でございます。資料6をご覧くださいと思います。医療安全の更なる向上を目指す検討会の資料でございます。前回、この事業運営委員会におきましてさまざまなご意見をいただきました。1枚目はその設置要綱で、ほぼ変わらない内容になっております。それ以降、整理をいたしまして、2枚目にありますように、別紙のところに構成員の名簿を用意しております。第三者の視点から、センター業務を振り返って制度の運用について検証するということでございますので、制度の運営に関わっていない方を中心に、そういう人ばかりでは実情などがわからないのではないかとということもございましたので、実際に運用に関わっている方も入っていただいております。全体で15名、医療を提供する立場の方、それから医療を受ける立場の方、法律関係の方、報道関係の方、そして医療安全に関わる有識者の方にご参画をいただいております。座長は、上から4番目の上田（裕一）先生に座長をしていただいているということでございます。

3枚目のところでございますように、この機構から検討会に依頼している内容を整理をいたしました。1番目に大きな主旨で、これまでお話しをしてきておりますように、来年の10月に制度施行10年目の節目を迎えるということでございますので、センターとして実施してきた事業運営を振り返って、制度運営の検証等を行うというものでございます。3番目にはもう少し具体的に、この医療事故の再発防止というのが目的でございますので、それがどの程度実現しているのか、それから実現していないという時には制度運用上どういう課題があって、どういう取り組みが必要なのかについて、具体的な議論を行っていただきたいというものでございます。4番目には論点の整理をしておりまして、これはこの事業運営委員会でもご指摘をいただいたようなことを踏まえて論点を用意しておりますが、5番目にありますように、新たな論点の追加も含めてご意見をいただいて、来年の10月を目途に報告書を取りまとめるという内容でございます。

報告書の内容は、もちろん公表するわけですが、この事業運営委員会に諮ってセンター業務の活動方針に反映をさせると。そして、取り組みを進めていくと。そういうことでございますので、この運営委員会との関係についても検討会に示した上で、ご議論をいただいているというものでございます。検討会の開催予定としまして、これは設置時点の予定でございますけれども、これまで2回ほど開催をしておりまして、医療事故の判断に関する支援、あるいは調査等に関する支援についてご議論をいただいております。先ほどご指摘のありました解剖についても、この中でご議論をいただいているというものでございます。3月まで

に第3回を開催をして、ここでひとつ区切りとして主な意見について整理をし、公表して、そして第4回目からの議論にまた反映をしていきたいということでございます。この3枚につきましては、機構のホームページに掲載をしているところでございます。説明は以上でございます。

樋口委員長 ありがとうございます。10年目ということで、こういう外部の人を中心とする検討会が進められているという、まだ途中経過報告というようなことですが、この段階でこの資料6について何かあればどうぞ。山口さん、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。2点ほど、確認したいことがございます。この依頼内容の2番目に、「第三者の視点から振り返り」と書いてあるんですけど、この運営委員会も私は第三者の視点だというふうに思っていて、この検討会の第三者というのは誰にとってというか、何に対して、どういう第三者の違いなのかということを、わからなかったので教えていただきたいのが一点です。

もうひとつは、6番目に「報告書の内容は、事業運営委員会に諮る」と書いてあるんですけども、報告書ができてからこの運営委員会に、こういうふうな報告書がまとまりましたという報告をされるのか、例えばこんな資料を用いてこんな検討をしてもらいましたというような、議事録みたいなもので明らかになるのか、そのあたりのところを確認したいと思います。

田原専務理事 まず第一点目の第三者の視点でございますけれども、これは事業の運営から見た時の第三者ということで、ここの事業運営委員会は事業そのものの運営に関わっていて、それを第三者というか、医療関係者以外の方も含めてご議論いただいておりますけれども、運営そのものはここで議論して、活動方針に反映させていますので、ある意味センター業務という意味では当事者になるのではないかというふうに思います。それに対する第三者、運営にまったく関わっていないような方を含めて、第三者の視点で振り返っていただくという主旨でございます。

山口委員 これまでの9年間の運営に、携わって来なかった方の視点ということですか。

田原専務理事　そうですね。もちろん、運営に関わっていた方も若干は入っていますけれども、そもそも制度はご存じだったり、あるいは実際の地域の中での実務はやったことはあるかもしれないけれども、この事業そのものの運営には関わって来なかった方を中心に、検討会の構成員を構成しているというものでございます。

後半のほうですけれども、報告書の内容については基本的にはできあがった段階でご紹介をしたいと思っております。途中経過について、どういう形でご報告をするのがよろしいのかは、また考えてはまいりますけれども、今考えておりますのは、やはり検討会は検討会でそういう第三者的な、事業運営とは直接関わっていないような立場でまとめていただいて、そしてこの事業運営委員会に報告をして、実際の取り組みをどうしたらいいのかということ具体的に、この事業運営委員会でご検討いただくと。そういうことを考えております。

山口委員　質問しました理由と言いますか、私たちずっと当初から関わって来て、いろんな問題点を実際に感じて、いままで運営委員会などでもいろいろ発言をさせていただいて来ました。今、お聞きすると、これまで運営に携わっていない方ということからすると、けっこう中身がわかるような資料でないと、意見の言いようもないと思いますので、報告を受けるだけではなくて、どんな資料を用いてどのような議論をなされたのかということは、非常に運営委員としては関心があるところです。ぜひそういったところも開示していただくというか、情報提供いただくと、その報告に対しての納得感も違って来るんじゃないかなと思いましたので、そのあたりをご検討いただきたいと思いますのですが、いかがでしょうか。

田原専務理事　定性的に申し上げますと、資料につきましてはこれまで公開されている資料と、それから改めて事業に関する調査など、あるいはいままでのデータを分析し直して、整理をしてご議論いただいている部分、それからまったく公表を前提にしていない、例えば院内調査報告書など、そういったものを具体的にご覧をいただいています。全部ではありませんけれども、例をいくつか見ていただいてご議論をいただいたり。その点については、どのような形でどういう資料を用いて議論したのかという、公表できる部分は報告書にきちんと整理をして、まとめてこちらのほうに報告したいと思いますが、非公表のものについて、どのような形でお知らせできるのかは、少し考えたいと思います。

山口委員 もちろん非公開のものを公に明らかにしてくださいという意味ではなくて、私たちもいろんな資料を拝見して、非公開の時には傍聴の方は抜けていただいてということをしてきたわけです。私たちが知っているような情報を基にして議論されているという理解でよろしいでしょうか。まったく運営委員会にも出ていないような、そういった資料も出されているということなののでしょうか。

田原専務理事 運営委員会に出ていたかどうかというと、出ていないものもあろうかと思います。例えば、いろんな報告書とかは、ここで議論するのではなくて、進捗状況についてご報告をしてるのが非公開の場であるかと思います。それを全部、ご覧になるということでは必ずしもなくて、そのうちの典型的なものとか、いくつかの事例についてご覧いただくということはあるかと思います。ただ、そのものはご覧になっていない可能性はありますけれども、同様のものはこの運営委員会でご覧いただくものはございます。

樋口委員長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。どうぞ、永井さん。

永井委員 永井です。つまらん質問をするかもしれませんが、この検討会はオンラインはあるんですか、ないんですか。この委員全員が一堂に会してやるのか。

田原専務理事 ハイブリッドでやっております。会場に来られている方と、それからオンラインで参加される方。今のところは、会場に参加される方がけっこう多くなっております。

永井委員 この医療事故調査制度について、ほとんど初めてみたいの方もおられるんじゃないかと思うので、なるべく会場で皆さんと話ができるなり、自分の意見も言えるとか、そういうふうにしていったほうが共通理解が早まるんじゃないかなという気がしますし、ぜひそういうふうにして欲しいというイメージがあります。

それから、オンラインもやっているんだったら問題ないのかもしれませんが、出席率は、1人か2人が欠席ぐらいで、ほとんど集まるという感じですか。

田原専務理事　そうですね。これまで開催したものは、10名以上は参加をしております。日程もできるだけ早く決めて、できるだけ参加人数が多くなるようにしています。また、事前にそれぞれの構成員にはだいたい1時間程度こちらから説明をして、個別にお一人お一人説明をして、またご意見を頂戴して、その上で検討会のほうに臨んでいただくと。こういうことにしておりますので、制度に関する基本的な説明だとか、あるいは質問だとかは、事前の説明の中でやり取りをして、検討会そのものではご意見をいただくということを中心にやっていきたいと。そういう運営をしております。

永井委員　この制度のいちばん重要なことが、医療機関とか医療者ができているのかなと。この制度は、基本的には事故らしきものを起こしたところが自ら委員会を立ち上げて、それで外部委員を求めて、原因究明の話は当初、「そんなものはやらなくてもいい」というような方もおられたけど、やっぱり原因究明をしつかりしない限りは、再発防止に至らないことは事実なんでね。そういった時点で、やはり自分の病院で事故らしきものが起きた時に、本当にまだ予期した、予期しないと勝手に判断されている事実もあるんでね。そういう基本的なところを、どうやったら多くの病院がもっと患者、遺族とともに事故を調べていってもらえるかということも、ものすごく問題にあるんだということを認識できてない人がけっこういるんじゃないかと思います。医療者ですらそういう状態なんで。そういう背景があることも、ぜひこの委員にも知っていただいて、それをどうやったらこの事故調査、および各病院がしっかり調査していくかという、そういったことが重要だと思っていますので、そこらへんの議論がぜひできるようにしていただきたいと思います。

田原専務理事　今、ご指摘いただいたようなことも論点としては出ておりますし、医療を受ける立場の方からもご指摘をいただいておりますので、しっかりとした議論が深まるように、この検討会を運営してまいりたいと考えております。

樋口委員長　お待たせしました。田中さん、お願いします。

田中委員　ありがとうございます。日本病理学会として、まさにこの検討会の第2回に参考人として出席さ

せていただきまして、本当に解剖数の減少をどうするかということで、委員の方々は初めてだったんですけども、かなり突っ込んだ議論をしていただいて、そしてまた樋口委員長からも具体的な、重要な発言もあったかと思います。それで、この解剖率が医療事故調査、28.5%と。3割を切ったということ、そして日本の剖検がこの3年で1万件から6,500件にガクッと、35%減は大変日本病理学会としては危機感を持っていて、日本内科学会とディスカッションさせていただきました。小田（義直）理事長と南学（正臣）理事長と我々でディスカッションさせていただきましたが、私たちは日本内科学会に、「以前にとっていた内科専門医の研修施設の年間10件を復活させてください」とお願いしたところ、「内科研修医の数も減っているんで、それは足かせはできない」と。ただ、報告としましては、日本内科学会と日本病理学会が一緒になってこの問題解決をしていこうということで、まずは来年の日本病理学会の総会で内科学会と合同シンポジウムを行い、そこには厚労省の医政局の西島（康浩）課長、内科学会から横山（彰仁）先生、塩尻（俊明）先生、そして調査機構から木村（壮介）先生に入っていて、そしてシンポジウムを組んで社会に発信していく。これを1年で終わらせずに継続的にやっていこうという、現在そのような計画がつい先日まとまりまして、来年の4月に向けて進んでいるということでもあります。ご報告まででした。

樋口委員長 ありがとうございます。はい、お願いいたします。

門脇理事長 私、この第三者の検討会にすべて出ているわけではありませんけれども、いちばん大事な第1回の検討会に陪席をいたしました。前回の運営委員会の議事録の中でも記載をされていますけれども、山口委員、あるいは永井委員から、「この検討会でどのようなことを行うのか」というご質問があった時に、まさに山口委員、永井委員からも出されたような、医療安全調査機構のもともとの活動の主旨がまだ十分に達成されていないところもあるのではないかと。そういったことも積極的に議論していきたいということを申し上げたことは議事録にも記載をされています。私もその第1回の検討会に出て、そのあたりについて注意しながら見ていましたけれども、逆にこれまでの医療安全調査機構、そしてまた現在の医療事故調査制度についての一定の評価はそれぞれされているものの、まだまだそれが不十分であると。もともとの医療事故の定義について、管理者がそれを判断するということになっていますけれども、そういうことがわかっていない管理者が多いのではないかと。その結果、本来調査されるべき事案がまだまだ調査されていないという大き

な問題点があるのではないかという、非常に厳しい指摘を多くの委員の方からいただきました。

そういう点で、いかにこの管理者が医療事故というものについて正確に理解をして、報告すべき事例をみな報告するようにするにはどうしたらいいのか。それは管理者がいちばんキーにはなりますけれども、すべての管理者が高い意識を備えている、例えばさまざまな管理者要件に医療安全についての経験や見識というものを、例えば特定機能病院の院長の場合には最も重要な要件にしているわけですが、そういったものをすべての病院長にとって重要な要件にすべきではないかという意見も出ましたし、またいくら要件としたとしても、すべての管理者がそういう意識を持っているかどうかということが担保されない状況のもとでは、それぞれの医療機関の中にある医療安全調査のいろいろな仕組みが、管理者がそういう点で不作為があった場合には、それを院内的に指摘をするような仕組みを作ったらどうかであるとか。基本的に、山口委員や永井委員からいただいたような指摘を、この医療安全調査機構の活動を本来の主旨に則ってもっと十分な、より完全なものにしていく必要があるのではないかという、そういう議論が行われているということでございまして、今後の議論もそういうラインで行われるだろうというふうに、私はその時に確信をしました。

そういうことですので、しばらくは議論の状況を見守っていただきまして、然るべき時にその報告ということもあると思いますので、先ほど病理の田中先生からも同様の主旨の指摘があったと思いますけれども、そのような議論が行われているということについて、理事長として報告をさせていただきます。

樋口委員長 ありがとうございます。それでは、ここまでが公開という部分ということにしたいと思うのですが、何か皆様のほうからこの段階で、全体についてでけっこうなのですが、何かコメントがあったら受けたいと思いますが。大丈夫ですか。

それでは、この後、定例ではあるんですが、個別事例の審議というものに入りたいと思いますので、非公開にさせていただきます。申し訳ないですが傍聴の方にはご遠慮いただくということで、Web からの退出をお願いします。

(以上)