

平成28年度 第1回医療事故調査・支援事業運営委員会 議 事 録

日 時：平成28年7月20日（水） 13：30～15：40

場 所：日本外科学会 会議室（世界貿易センタービル8階）

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

吉田事務局長 それでは、定刻となりましたので平成 28 年度第 1 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。岡本委員が少し遅れているようでございますけれども、開催の運びとさせていただきます。本日は、有賀委員、岩瀬委員、後委員、鈴木委員、長尾委員、矢富委員がご欠席でございますが、委任状をいただいております。ご出席の委員は過半数に達しておりますので、委員会は成立しておりますことをまずもってご報告申し上げます。なお、今村委員先生におかれましては、3 時頃に所用がございますので退席ということをおもて伺っておるところでございます。

それでは、議事に入ります前に資料のご確認をさせていただきます。資料 1 は「医療事故調査制度の現況報告（6 月）」でございます。資料 2－1 は「平成 27 年度事業報告書」、資料 2－2 は「平成 27 年度収支決算書」、資料 3 は「平成 28 年度収支予算書」、資料 4 は「総合調査委員会開催状況」、資料 5 は「再発防止委員会開催状況」、資料 6 は「医療事故報告等に関する報告書」で、「制度開始 6 ヶ月の動向」と副題を打ってございます。資料 7 は、医療法施行規則の一部を改正する省令に関連して、去る 6 月 24 日に厚生労働省から通知された文書でございます。資料 7－1 は「厚生労働省令、新旧対照表」、7－2 は「医政局長通知」、7－3 は「医政局総務課長通知」、7－4 はセンターが作成いたしました医政局総務課長通知に伴いセンター業務として検討すべき事項、資料 8 は「平成 28 年度『医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修』について（案）」、参考資料といたしまして前回開催の議事録でございます。こちらにつきましては後ほどお目通しいたきまして、何かございましたならば後ほど事務局までお申しつけくださいますようお願い申し上げます。資料は以上でございますが、不備等はございますでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、委員会を開催させていただきます。開催にあたりまして、高久理事長よりご挨拶を申し上げます。

高久理事長 本日はご多忙のところ、また非常に暑い中お集まりいただきましてありがとうございます。ご案内のとおり、この医療安全の新しい制度が発足してから 10 ヶ月がたちました。医療事故調査・支援センターの事業に関しましては、院内調査報告が 100 件を超えてまいりました。その内容は、前回

も問題になりました様に、様々ではありますが、ある程度順調に報告が来ていると思います。また、センター調査の申込みも9件となりまして、総合調査委員会が定期的開催されています。また、再発防止委員会も開催されていまして、具体的に中心静脈穿刺に関わる事例を取り上げ、CV分析部会の設置が決定されまして、具体的な準備を進めているところです。また相談業務も、24時間体制で対応してまして、後で報告がありますが、多くの問い合わせに対応しているところです。

一方、法施行から2年後の見直しということが、医療介護総合確保推進法の附則に盛り込まれていましたが、去る6月24日に医療法施行規則が改正されまして、医政局通知や医政局総務課長通知が出されましたところ。その内容については、後程ご説明があることと思います。また、日本医療安全調査機構といたしましては、今お話しいたしました内容の変更といえますか、見直しを踏まえまして、一歩進んだより積極的な医療の安全の向上策を図っていきたいと考えているところで、皆様方のご理解とご協力をお願いする次第であります。

本日は時間が限られていますが、樋口先生を中心によろしくご審議をお願いしたいと思います。なお、本日は厚生労働省医政局総務課医療安全推進室の名越室長様にお出でをいただいておりますので、ご挨拶をよろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

名越室長 ただいまご紹介をいただきました、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室の名越と申します。前任の平子に引き続きまして、この7月1日に室長を拝命いたしました。どうぞよろしくお願いいたします。

本医療事故調査制度でございますけれども、第三者機関に日本医療安全調査機構を指定いたしまして、昨年の10月からスタートいたしました。まだ1年を経っていないということで、現在、制度を安定して運営していく作業の最中という認識でございますが、まず1回目の見直しということで6月24日に通知等を出させていただいているところでございます。制度安定ということも念頭に置きながらも、常にこの医療事故調査制度の運用の改善については頭に入れておかなければいけないと考えております。本運営委員会等のご意見を通じまして、必要なところにどういうふうに入っていくのかということ、厚生労働省といたしましても、常に念頭に入れて検討するべきものと思っております。活発なご議論を期待いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。本日はどうぞよろしくお願いいたします。

吉田事務局長 どうもありがとうございました。それでは、カメラの方はここまでということで、ご退席をお願いいたします。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、これより議事に入りますので、これから以後につきましては樋口委員長に司会をお願い申し上げます。

樋口委員長 それでは、今年度第1回の医療事故調査・支援事業運営委員会を始めたいと思いますが、いちばん前の資料にあるように、今日の議題は4つです。医療事故調査制度の現況……といっても、先程らいお話があるようにまだ10ヵ月ということなので、しかも今日時点のという報告はできないので、主としてはこの6ヵ月程度の状況についての話になると思いますが、この運営委員会でやっていただくのは新しい資料を含めた現況の確認と、それから「医療事故報告等に関する報告書」というのが資料6に添付されておりますので、これを見ていただいて同じように現況を確認する。主としては（3）の今後の事業運営についてという、資料7、8に基づいてご検討の時間をとっていただきたいと思います。第三者機関たるこのセンターが今後どのように動いていくべきかということについて、ついこの前6月24日付けで、医療法改正後2年内での見直しということで5点の見直し事項も出ておりますので、それを踏まえてこの運営委員会としてどのように考えていったらいいかということで、ご意見を賜りたいと思っております。そして、（4）はその他ということであります。

この順番で議事を進めたいと思いますので、まずは資料1「医療事故調査制度の現況報告」について事務局からご説明をお願いいたします。

田中専務理事 それでは、資料1に基づきまして、医療事故調査制度の現況報告を申し上げます。これは6月のまとめでございます。昨日、7月19日現在の数字も合わせてご報告させていただきます。まず、事故の報告の受付件数、6月には34件でございました。昨日までに7月分は17件、概ね毎日1件というペースで進んでおるところでございます。相談件数は6月は131件、デコボコしておりますけれども7月は78件でございまして、多少ご遺族の方々からのご相談が多くなっているようでございます。それから医療事故調査の報告書、院内調査の結果でございますけれども、6月は14件、7月は13件で、

ぜんぶ合わせますと 105 件ということで 100 件を超えたところでございます。また、センター調査の依頼でございますけれども、6 月は 2 件、7 月は急に増えまして 5 件いま提出されておりました、累計 9 件ということになっているところでございます。

樋口委員長 資料 1 について、これが最新の数字ということでありまして、ここまでの、まず何かご質問があれば受けたいと思いますが、いかがでしょう。

飯田委員 今の報告で、4 のセンター調査の依頼件数ですが、どういう経緯でセンター調査の依頼があったのか内容を教えてください。固有名詞はいりませんが、内容を知りたいです。

田中専務理事 あまり詳細に把握していないところもありますけれども、7 月分は医療機関から 2 件、遺族から 3 件、合わせて 5 件ということでございます。

飯田委員 ですから、その内容を知りたいのです。把握していないでは困るので、これ運営委員会ですから、内容によってこれから対応が違いますので、内容を教えてください。

木村常務理事 私から補足させていただきます。今現在、トータルで 9 件来ております。医療機関から 3 件、遺族から 6 件となっているところですが、具体的な内容は別にしまして、遺族からの 6 件は、まだこれは院内調査が終わっていないのもあるわけですが、「院内調査に対して納得がいかない」というのが一番の理由だと思います。ただ、医療機関からに関しては、「第三者による専門的な検証を行ってほしい」という真摯な対応というのがだいたいの傾向でありました。遺族からの依頼もあったけれども、病院からこれはセンターの調査を依頼するといったことも含めて、医療機関として専門的な検証を求める、お願いしたいということで依頼が来ております。

飯田委員 病院のほうはだいたいわかりますが、遺族からの「院内事故調査が不満だ」という、普通は調査がかなり進まないで遺族には説明しません。なぜ途中でセンターへ依頼が来るのか、そのへんがわ

からないのです。そこでまた我々、支援団体としてどうするかということは重要なことです。

木村常務理事 医療機関に対する個々の事例は少しずつ違いますので、一括して言うことは不適當かもしれないですけれども、やはりその病院に対する不信感というのがあるのではないかと思います。印象ですけれども。

飯田委員 そうすると、「調査が不信だ」というのではなくて、病院自体が調査を進めないということ。

木村常務理事 そういうものも中に含まれているということです。

山口委員 先ほど、途中だが順調に報告はあがってきているというお話でしたけれども、実際に私たちが電話相談を受けている中に医療に起因した予期せぬ死亡と思われる相談が届きまして、「何が起きたかを知りたい」とおっしゃるので、「今こういう制度が始まっているから」ということを説明をした上で病院にお話に行ったら、病院からは「明らかにこのことについては検討して、医療に起因した予期せぬ死亡であることは間違いありません。ただ、過失の有無がはっきりしないので届け出をしないことに決めました」と言われてしまったという、まったく解釈が間違っている例が出てきています。そういう具体的な問題が複数あがってきていることと、医療安全の担当している方から私あてに相談ということで、これは届出をする対象ではないかと思われるものを院長に話をしても、「私の受けたセミナーではこういうものは対象外になると言われたので出す必要はないんだ」とか、「いま遺族がまったく不信感を持っていないのに届け出をしたら寝た子を起こすようなものだ」と言われて、「もしこれがきちんと報告しないといけないことが明らかになった時に、このままでいいんだろうかと不安です」と、医療安全の担当者がおっしゃったりしています。

そういうことが複数耳に入ってくるということは、おそらく届け出をしないといけないものが届け出をされていない可能性があるのではないかと考えた時に、数が多ければいいという問題ではないと思いますけれども、決して正しい理解がまだ広がっているとは思えないと感じています。そこで、この始まって以降の医療機関への周知ということについて、どのように今現在されているのかを少し教えていた

だきたいと思います。

吉田事務局長 申し上げます。まず、2つに分けてご報告したいと思います。リーフレットが完成いたしました昨年の12月から3月末まで、医療機関へは2,500部ほど送っております。この4月から7月20日まででございますけれども、約1,900部送っております。その他に、昨年は国民の皆様ということで先生のほうからご質問をいただきまして、4,000部ほど行政機関のほうには送っておりますけれども、今年は行政機関は、一般国民の方も周知する必要が当然でございますという考え方のもとに、約21,000部を、今年度はもうすでに発送して周知に努めているところでございます。

山口委員 おそらくそういう努力はされているとしても、その判断ですよね。届け出の対象になるかどうかの判断のところで非常に違いが出てきているのではないかなと思うのです。そのパンフレットを見ても、おそらくそのあたりまでは言及されていなくて、センターに対して相談をしてこられる医療機関はいいと思いますけれども、そうでない場合が困ることになっていて、いま申し上げたように、おそらくセンターのほうでも具体的に、こういう時に正しく理解されていないのではないかという例を把握されていると思うんですね。センターができないとしたら、たとえば厚労省のほうで、「具体的にこういう誤った例がある」という具体例をきちんと出して、「こういう時はちゃんと報告しなければいけないんだ」ということが具体的に理解できるような働きかけが必要ではないかと私は思っていますけれども、そのあたりいかがでしょうか。センターができることと、センターではできなくて本省のほうでということがあると思うんです。

田中専務理事 あがって来たものはよくわかるのですが、あがってこないものがどうなっているのかというのは非常に把握しづらい状況にあります。後ほど、6月24日の規則、あるいは通知の発出のところでご説明申し上げますけれども、事故かどうかであるかということに関する標準的な取り扱いの仕方に関して不十分であるという認識で、そのへんのところ、支援団体連絡協議会等が意志統一をすると。意見交換をするという指導通知も出ていますので、そういう場を使って、今後なるべく医療機関によって扱いに差がないように、私どももご協力申し上げていきたいと思っていますところです。

永井委員　いま山口さんがおっしゃったように、私どものほうにも相談に来ている中で、病院側がミスを認め調査もしたと。そういう意味では病院と遺族の関係はよかったのに、病院側が支援団体——この支援団体はどこにというのは我々はつかんでいませんが、支援団体に諮ったら「そんなことは届けなくてもいいんだ」と言われたということで、病院は届けないことにしたと。そこから病院と遺族のほうは何となくギシギシし始めたみたいなのがありますので、やっぱりここの届け出という、また支援団体の基準というか、そこらへんを事例をもとにでもしっかりしていかないと、せっかく病院でしっかりやろうとしているところを、我々としてはよい事例をより多くしていったほうがいいなと思っている中で、そういうことで途中で頓挫してしまうのは残念なことなので、最後の議題になってくるとは思いますが、ぜひそういうことについてしっかりやっていったほうがいいのではないかなと思っています。よろしくお願いします。

田中専務理事　ありがとうございます。啓発普及に関して、今後とも努力していきたいと思っていますし、昨年は日本医師会に委託をして、なるべく判断に差がないようにという研修も行っているところでございますけれども、今年も同じように、とくに支援団体の方に少し着目して、標準的な取り扱いが行われるような努力はしていきたいと考えております。

飯田委員　運営委員会ですから率直に申し上げますけれど、全日病でも支援団体として数年前から、制度の発足前から講習会をいろいろやっています。その時に質問を受けたのは、「指針がいろいろあちこちから出ているけれども、どれを信用していいかわからない」と言われたのです。私は、その時は他の指針を見ていなかったもので、「見ていないからわからないが、私たちがつくったものは信用していい」とお話しして、その後、かなりの指針を読みましたが、あまりにもひどいです。法律、省令、通知と違う解釈が書いてあるのです。そういうのを見てしまうと、やはり「報告しないでいい」と言われればそうしようかなと思うので、まずそこが問題です。先週も医療事故調査の研修会が全日病でもありましたが、そこでも申し上げましたし、いろいろ文書も書いています。あまりにもひどいので、今年の4月には日本医療マネジメント学会の総会でも発表しました。指針に関してはいろいろ問題があると。固有名詞は

出しませんが、皆さんも一度読んでください。たくさんの方針があるけれども、たくさん間違っているところと一部間違っているところ、かなりあります。ここなら信頼できるだろうと思われるような団体が出している方針がかなり間違っています。それをきちんと正さない限りは、ここでいくら講習会をやっても私はあまり意味がない……意味がないというのは言い過ぎですが、そういうことが問題だと思っています。

樋口委員長 いま飯田さん、山口さん、永井さんからのご意見は、さっき永井さんもおっしゃっていただきましたが、今日の議題（３）の今後の事業運営についてというところで、すでに厚生労働省からも５点の見直しが出ていると。見直し事項に非常に深く関連した事項だと思いますので、再度その場面でご意見をぜひとも伺いたいと思っておりますが、とりあえず資料１、今のいちばん新しい現況報告という７月の時点まで含んでくださいましたが、それについて何かというのはおありでしょうか。

内藤委員 いままでのお話とも少し関わるかもしれませんが、この中で病理解剖をどのぐらいしているかという把握はされていますでしょうか。支援団体として、そのへんを把握してどんなふうに対応をつくっていくかというのは非常に問題になっておりますので、わかる範囲で教えていただければと思います。

木村常務理事 全体をこの７月分まで把握できているわけではありませんが、少し報告書には書いてあるわけですが、報告書１００通、それから発生の段階の報告と２通りあります。それから、今度の改正で問い合わせることができたということも含めて、ランダムですけれどもだいたいこの最初の６ヵ月の分では２割程度が解剖されています。ただ、発生の段階でのこちらのチェックも入れると、ざっとした数字ですが４割弱ぐらいが解剖されている。ですから、従来いわれていた病理解剖５％以下というのに比べるとずいぶん高い値です。もうひとつ、小さな医療機関、クリニック等でもその割合は、そこまではいかないにしてもわりと高い。つまり、各都道府県、地域で解剖体制が少しずつ整ってきているのかなという印象を受けています。ちょっと雑な数字ですけれども。

内藤委員 実は、病理学会でもそれについて実態を把握しようということで、アンケートをとらせていただきました。それを見ますと、4月ぐらいの時点のアンケートになるかと思いますが、その件数が全体の39件ぐらいですね。そうしますと、把握していらっしゃる数よりもだいぶ多いなという感じをしております、それが今後、この報告とかそういったものに反映してくるといいのですが、先ほどお話がありましたように、途中で「これは医療事故に報告する必要がない」という判断をされていると非常にまずいなという感じをいたしておりますので、それについてまたご検討いただきたいと思います。

樋口委員長 田中さんのほうから何か補足はありますか。

田中専務理事 後ほど半年分の報告の中で、いま木村のほうから申しあげました20%の話をもう一度ご説明さしあげます。要するに、報告書に出ているもので見ると2割ということで、報告書がまだ出ていないものも入れますと50何件、病理解剖をしております。

樋口委員長 いま田中さんもおっしゃってくださったように、今日の議題（2）で資料6に、こういう厚い報告書で数字が並んでいるのがありますが、そのあたり解剖についても触れていますので、もし何かまたありましたらそこでもお願いしたいと思います。

それでは、何度も言うように議題（3）を中心に時間を取りたいと思っておりますので、次に今度は資料2-1、資料2-2、資料3を使って、これは運営委員会なのでこういう収支とか事業の報告も我々承ることになっていきますので、この部分についての報告をお願いしたいと思います。

吉田事務局長 それでは、資料2-1から資料3につきましてご報告を申し上げます。資料2-1、平成27年度の事業報告についてでございますけれども、まず全体、21ページで構成してございます。1ページから7ページの上半分までが、私どもセンター指定の申請にあたりまして実施いたしました事業、及び8月17日にセンター指定を厚生労働大臣から受けたわけでございますけれども、そのセンター指定からセンター業務の開始に至るまで実施いたしました、すなわち27年9月末までの事業を記載してございます。7ページの下半分から16ページまででございますけれども、センターといたしまして、こ

の事故調査制度が 10 月にスタートしたわけでございますけれども、それ以後の事業報告を述べてございます。この 16 ページまでが、医療法に基づきまして厚生労働省に報告する部分になってございまして、理事会の承認をいただきまして 6 月 7 日に報告いたしてございます。17 ページから 21 ページまでは、当機構の組織運営に係る社員総会あるいは理事会等に係る事業、それから前年度、すなわち 26 年度から 27 年度に引き継ぎましたモデル事業の実施状況を報告してございます。

ざっとご説明申し上げますと、1 ページでございますけれども、「事業運営に係る委員会の開催」を述べてございまして、本日のこの委員会を設置したこと、それから委員の先生を委嘱したこと、第 1 回の委員会を開催したことを述べてございます。2 ページは「(2) 運用マニュアル等の検討」でございまして、医療事故発生時と医療事故調査終了時の報告の手順等々について述べていると同時に、ホームページにこれらの手順を掲載したことを述べてございます。2 ページから 3 ページは人材育成でございまして、2 回実施いたしました私どもの機構の職員研修、あるいは職員向けの相談対応マニュアルを作成したこと等を述べてございます。4 ページでございますけれども、「3. 情報システムの構築」としまして、2 行目ほどに書いてございますけれども、IT のコンサルタントの助言のもとでシステムを構築したこと、それから「4. 支援団体との連携」「5. 広報及び周知」では、(1) と同じ内容を述べているわけでございますが、27 年 8 月 29 日から 9 月 24 日までに厚生労働省とその内容を協議しまして、日本医師会様と連携して全国 7 ヲ所、5 ページの表にも記載してございますけれども、3,452 名の参加者のもとでこの事故調査制度の説明会を開催したことを述べてございます。この他に広報・周知の部分では、5 ページから 6 ページでございますけれども、先ほども申し述べましたけれどもリーフレットを作成したこと、あるいはホームページをリニューアルしたことについて触れてございます。この他に、6 ページから 7 ページには事務所移転でございまして、それまでの機構の事務所ではセキュリティーの面で不十分であったこと等のため、当貿易センタービルに移転したことを述べてございます。

7 ページの下半分からは 10 月以降のセンター業務開始の事業でございまして、医療事故調査制度の現況を先ほど田中のほうから申し述べましたけれども、これにつきましては 10 月 1 日から 3 月 31 日までの間の事故報告の受付件数、あるいは 8 ページですけれども相談件数、調査報告件数、センター調査の依頼件数を述べてございます。「2. 事業実施に係る委員会等の設置等」では、2 回目の本日の委員会を 3 月 8 日に開催させていただいたこと、9 ページでは総合調査委員会及び個別調査部会、それから再

発防止の検討と啓発普及を任務とします再発防止委員会と、その下にございます専門分析部会を設置したということ、そして開催したことを述べてございます。9ページの下の方は、医療事故調査・支援事業部という組織を創設したことを述べてございます。10ページをご覧いただきたく存じますが、(2)で理事任命体制にしたこと、充実したこと。(3)では、各地域のセンター調査に際しまして専門的なご支援とご助言をいただきます調査支援医、そして統括調査支援を委嘱したこと。(4)では、相談体制で365日24時間体制の受付体制を構築したこと。10ページから11ページでございしますが、医療事故の判断に際しましては、具体的事例で各医療機関から相談を受けた時には、センターの中にお医者さんを中心とします複数の医療従事者で構成しますセンター合議体制という形を機構に構築したことを述べてございます。11ページの(6)では、センター調査を実施する際に専門的なお立場からご協力いただきます学会様、そして職能団体様との間で覚書を結ばせていただきまして、学会様、職能団体様との協力体制を構築させていただいたことを述べてございまして、11ページから12ページはそこにご協力いただく学会様、団体様の名称を記載させていただいているところでございます。12ページの「(7)情報の管理体制の確保」としましては、セキュリティーの管理のために環境面で整備したということ、それから規程等を整備したということを述べてございます。

13ページ、14ページの上段まででございしますが、医療事故調査に係る知識と技能に関する研修の企画・立案の部分ですが、これは当機構職員向けの研修としましては今年の2月にトレーニングセミナー、それから医療機関職員と支援団体の職員向けの研修では、日本医師会様にその業務を委託しまして医療機関向けの研修を7回実施いたしまして、1,847名のご参加をいただいたということ。それから、支援団体の職員向けの研修につきましては2回ほど実施していただきまして、219名の参加者をいただいたということに触れてございます。14ページの「5. 相談・報告システムの整備」では、27年度は分析システムを構築するに際しましての課題把握を行ったということ。「6. 支援団体との協力」では、再掲にはなっていますが、一方では支援団体でもございます学会様、団体様と先ほどの協力体制を構築したということ。それから、今年の2月に日本医師会様主催で開催されました会議に、私どもの田中が出席して意見交換を行ったということを述べてございます。15ページから16ページの「広報・周知」ですが、制度の広報・周知を行うべく、私どもの機構の職員を講師としまして派遣した研修会に触れてございます。結果といたしまして派遣回数は41回で、それぞれの参加者の概数でござい

けれども、約 1 万人の参加者であったことを報告いたしまして、それからリーフレットを約 4 万部ほど配付したということも述べてございます。16 ページですけれども、これは私どものホームページのアクセス数・ダウンロード数で、ご参考までに記載してございます。

最後に 17 ページから 20 ページまで、これは社員総会・理事会で、組織運営のための理事会等開催の状況でございます。20 ページの中程でございますが、「3. 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」では、前年度からの継続のモデル事業 23 事例につきまして、調査あるいは調査支援を実施したことを述べてございます。これは平成 27 年度の事業報告書でございまして、冒頭申し述べましたけれども去る 6 月 7 日にご報告させていただいたものでございます。

引き続きまして、資料 2-2 でございます。平成 27 年度収支決算書でございます。まず左側のページの補助対象事業の欄でございますが、経常収益は、受取国庫補助金の 3 億 410 万円がほとんどでございます。この他にセンター調査の受取負担金、あるいは研修参加費の 300 万円のトータルといたしまして、経常収益では 3 億 700 万円ほど計上してございます。経常費用は、給料手当・法定福利費を合わせた人件費、ここは数字自体は記載しておりませんが、この給料・法定福利費を合わせた人件費は約 1 億 8,000 万円ほどございます。各種委員会あるいは制度説明会の旅費交通費としましては 680 万円、それから真ん中のほうに建物管理費と消耗什器備品費という科目がございまして支出が多く目立ってございます。これは事務所移転の関係でございます。それからリーフレット等の印刷製本が約 740 万円ほど、事務所の賃借料が 2,150 万円ほど、委員会等の開催の際に委員の先生にお支払いする謝金で 216 万円ほどで、事業費の計は 3 億 700 万円となっております。収益から事業費を差し引きますと、補助金の返納額の端数処理により 909 円というマイナスの数字を計上してございます。

続きまして、法人会計の欄の収支のところでございますが、収益は社員様からの分担金、助成金、寄付金を合わせまして、その計上収益の合計が 6,240 万円ほど計上してございます。一方、費用では、管理業務に係る経費でございまして、下のほうに記載されてございますけれども、管理費の計が 5,640 円で、当期経常増減額、収支差額ですが 602 万円ほど計上してございます。

右側のページの補助金事業欄の収支マイナス 909 円、これを法人会計から補填いたしまして、法人会計欄の当期一般正味財産の増減額が 601 万 9,000 円、これに前年度からの繰越金を加えました 4,813 万円が平成 27 年度から 28 年度に繰越した金額でございます。これにつきましても、理事会、社員総会

のご承認を賜りまして、6月7日に厚生労働省に提出させていただきました。

それから、最後でございますけれども資料3でございます。28年度の収支予算書でございます。左側のページの右側でございます合計欄では、いちばん右端の欄でございますが、機構の事業全体で経常収益が8億8,690万円でございます。経常費用の計は、下のほうにございますが8億5,820万円で、収益から費用を差し引きました額が2,870万円のプラス予算として作成いたしてございます。

次に、左から2行目の補助対象事業欄でございます。この欄の経常収益の計は8億3,150万円でございます。内訳は、国庫補助金が8億1,610万円、医療機関・患者ご遺族様からの申請の収益が約980万円、それから研修の参加費用収益としまして550万円を計上してございます。経常費用の計といたしましては、下に記載してございますけれども8億3,160万円でございます。内訳は、給料手当、法定福利費で3億5,160万円、それから委員会等におきます旅費交通費が5,100万円、リーフレット・ポスター等の印刷製本費が2,042万円、それから事務所の賃借、委員会の会場借料等の賃借料金が6,630万円ほど、システムサーバーの保守等で2,040万円、それから謝金——これが非常に多うございますけれども1億9,000万円余。それから研修やシステムの管理の業務委託が約3,600万円ほど計上してございます。収益から費用を差し引きまして11万円のマイナスでございます。

次に、真ん中の法人会計でございます。経常収益は5,540万円を計上いたしました。これは社員の皆様、協力団体様からの分担金の受取りと利息を合わせた額でございます。経常費用の計が2,650万円でございます。これらは組織運営のための管理経費でございます。このようなことで、左側のページの法人会計欄の一番下の当期経常増減額、先ほど申し上げました補助対象事業の収支マイナスの11万円を補填いたしまして2,880万円のプラス予算を計上してございます。

最後に、右側のページをご説明します。前年度からの繰越金は、この収支予算作成時点では27年度の決算がまだ確定しておりませんでしたので、見込みで計上させていただいています。この一般正味財産の期首残高5,380万円に、当期一般正味財産増減額の2,870万円を加えまして、8,260万円が28年度から29年度への繰越金となる予定ということで組み上げました、平成28年度の収支予算書でございます。以上でございますが、この収支予算書につきましては理事会の承認をいただきまして、3月29日に厚生労働省に提出したところでございます。以上、3つの資料につきましてのご報告を述べさせていただきました。以上でございます。

樋口委員長 ありがとうございます。いま我々はどこにいるか改めて確認すると、議題（１）医療事故調査制度の現況等ですね。まず数字の話があり、事業内容、収支予算・決算の話があり、あと資料５までが現況の確認ということになっておりますので、このまま続けて資料４と５で、この機構内に総合調査委員会と再発防止委員会を設置してありますので、それがどのような状況になっているか木村さんからお願いいたします。

木村常務理事 では、木村からご報告させていただきます。総合調査委員会と再発防止委員会は２つの大きな委員会でありまして、総合調査委員会はセンターの行う調査に関する委員会であります。これは１回目が昨年度に行われまして、それに引き続いて、２回目の総合調査委員会での検討事項がここに要旨として述べられています。要旨の「議題１：センター調査実施要領(案)の検討」という形で、資料４の後ろのほうに要領が、最終的に審議・認定されたものが出ております。その中で、総合調査委員会委員と審議対象事例との利害関係をどう対応するかということや、総合調査委員会は定期的に行われるということが決まっております。それから、総合調査委員会は、次に出てきます個別調査委員会で調査をした後、それをまた最終的なものとして審議する場の親委員会にあたるわけで、全例をチェックする形になりますので、たくさんの事例を扱うということも考慮し、審議対象事例の医療機関名の一覧を審議前に提示しまして、何らかの利害関係がある委員には、その事例に関しては当該委員に退席していただくということが決まりました。

それから２つ目ですけれども、センター調査報告書交付後の遺族あるいは医療機関からの質問に対しては、原則１ヵ月の間に質問を受ける。１回を原則といたします。それに対するセンター側からの回答は、内容を検討しまして、最初は２週間と議論されたのですが、「回答を必要と判断されたときのみ書面をもって回答する」として、２週間ということではなくてこういう形に修正いたしました。

それから、各委員会の委員名の公表についてですけれども、センター調査は公平性を担保するために委員の名前は公表する。それはホームページ及びそれぞれの報告書に記載することになっています。個別調査委員は、それぞれの事例に対する調査になるわけですが、予め委員をお願いする時にそのことを付記することになりますが、報告書に記載することを原則としますが、了承されない場合にはそ

の理由を明らかにして総合調査委員会で検討するということが論議されました。

センター調査の受付期限は、法令には明記されていないですが、2年も3年も経ってからということではまずいので、今後引き続き検討が必要であるということになりました。調査をやっている間の進捗状況については随時遺族に説明をするということで、現在もそれは行っております。

それから、3回目の総合調査委員会では、引き続き実施要領の検討がなされ、承認が行われております。

次のページの第4回の総合調査委員会では、個別調査部会の部会員について、これは名前等に関してですが、センター調査事例に関係した医師との関係性を自己申告によって確認をすること、そして明らかな関係性を認めた場合には、事務局でその詳細を検討して総合調査委員長が判断し、その結果を総合調査委員会に事後報告するということが、かなり詳しく検討されております。総合調査委員会委員に関しては、口頭で関係性を確認して、その場で退席すると。前回と同じことです。

それから、総合調査委員会委員の個別事例等の資料の共有方法についてですが、内容をその都度、集合していただいていることは無理な点もありますので、その情報の共有の仕方について検討したところ、クラウドシステムとして安全を担保した上で文書のやり取りができるような形にして、それが漏れないようなシステムが現在、完成しておりますので、それを使ってお互いにネット上で共有するということになりました。具体的な個別調査事例、3事例についての検討は、そういう形で推薦学会等を検討して行っているところです。

その他、具体的なセンター調査の報告書を作成するために基本的なものを考えておいたほうが良いだろうということで、マニュアルのワーキンググループを設置いたしまして、それを今後検討するという形で進めております。センター調査の報告書をひとつの基準に基づいて作っていくということです。総合調査委員会の活動に関しては、以上であります。

引き続き、再発防止委員会のご説明させていただきます。資料5です。2回目の再発防止委員会が行われまして、これはそんなに頻繁には行っておりませんので2回目だけです。再発防止委員会の検討及び普及啓発に関する実施要領の検討が行われました。再発防止委員会では、要領のところにも出ておりますが、分析方法としては数量的・疫学的分析とテーマ別の分析という、大きく2つに分けてやっております。議題2の数量的分析については、開始後6ヵ月の動向ということで中間報告の中にまと

めさせていただいています。議題3、テーマ別ということで、5月の時点で報告された事例の中でいちばん多かったのが中心静脈穿刺に係わる事例です。中心静脈穿刺に係わる事故は以前からたくさん報告されているわけですが、やはりこの制度が開始された後も数の上でいちばん多いということが判明しましたので、これをひとつのテーマとして「中心静脈穿刺（C V）に係わる事例」分析部会というのを立ち上げました。これは委員が決まりまして、いま動き出しているところであります。次の分析課題として、議題4としては「肺塞栓」を取り上げて、いま委員の選定を行っているところです。

それ以外のところは質と量と書いてありますが、まだまだある程度の数を集めてというところまでいっていませんので、データベースのソフトウェアを検討しているところでございますけれども、こういうものは集積していきながらソフトウェアをつくっていくというところもありますので、今のところはどういうデータをもとに集積していったらいいのか、どういう要点が必要なのかということを検討しながら、エクセルのような形でまず情報を集めた上で、今後データベースの具体的なソフトウェアの構築を行っていくことになりました。以上が再発防止委員会です。

いちばん後ろに絵が出ておりますけれども、医療機関からの報告の事例を集めて、これをデータベース化した上で再発防止委員会にかけると。再発防止委員会では疫学的・数的な分析を行うと同時にテーマを設定して、小さく周りに○が4つ出ておりますけれども、専門分析部会でそのテーマに沿って再発防止策の案をつくっていただいて、再発防止委員会で再度それを検討した上で、最終的に再発防止策を発信するという形をとることになります。再発防止委員会に関しては、以上が現在の動向です。

樋口委員長 ありがとうございます。資料1～5までで議題（1）医療事故調査制度の現況ということですが、ここままで何かご意見はございますか。

山口委員 意見ではなくて質問ですけれども、今年度の予算のところに「医療機関・患者遺族からの収益」ということで、「センター調査受取負担金」とありますけれども、確かセンターに調査を依頼する時は医療機関が10万円で遺族が2万円と決められていると思います。988万円ということで予算が立っていますけれども、それぞれ医療機関何件、遺族何件という推定のもとにこの988万円というのが出てきているのか教えてください。現状を考えると、かなり数多く見積もられているような気がしましたの

で、それぞれ何件で想定されていて、その根拠というか、もっと増えるだろうという何か予想があったのかどうかというのを教えていただきたいと思います。

吉田事務局長 申し上げます。医療機関は 91、患者遺族が 39、合計 130 件の申請ということで予算上は計算しております。この 130 件につきましては、実は平成 27 年度の予算上のセンター調査件数は 375 で、医療機能評価機構の数字をもとに弾いていましたけれども、実績はご承知のとおりでございます。これを今年度は、10 月から 1 月までの私どもの事故発生報告受付件数を平年度化しまして、その年間の事故報告受付件数をもとに、それで 130 件という数字を弾いて、それを 91 と 39 に分けたという内容でございます。そして 10 万円と 2 万円、は先ほど先生がおっしゃったとおりでございます。

山口委員 かなり多く見積もられているということは、予算を立てる際に理事会などでそのあたりの疑問は出なかったのでしょうか。

吉田事務局長 事故報告受付件数が 4 ヶ月で 115 件でございますが、これをもとに 12 月分を弾いたわけでございますけれども、この基になった 10 月から 1 月までというのは、制度がスタートいたしましてそれほど時間が経っていなかったという時期でございましたことを考慮して、これに 1.5 倍を掛けまして 12 月分の事故報告受付件数を算出し、それに前年度同様の係数をかけて、130 件というセンター調査件数を弾いたもので、推計でございます。その推計結果が、27 年度の予算と比べますと約 3 分の 1 程度になりましたと。これがたとえば来年度になりますと、より正確な傾向を把握できる数字が土台になるかと思いますので、29 年度はそれをもとにまた計算していこうと。こういう形でございます。

樋口委員長 他にいかがですか。

村山委員 この再発防止委員会というのは非常にすばらしい委員会だと思います。半年しか経っていないのにテーマを見つけられて、CV と肺塞栓ということですけど、結局これは P D C A サイクルですね。テーマが見つかったので新しいことを検討していこうと。この結果はどのような形で報告されるか

というのと、あといろいろなテーマがあると思いますけど、今後の予定をお聞かせいただきたいと思います。

木村常務理事 結果は、たとえば中心静脈穿刺に関してはいままで多くの報告、あるいはマニュアル等が出ております。それからモデル事業の時にもそういう事故がありました。そういうもののデータも含めて検討させていただいて、最新の再発防止策として皆さんにとって本当に役に立つものがどれぐらいできるかというのを、いま検討しているところです。これは残念ながら全例死亡事例なわけですから、多く報告されている中心静脈穿刺の中でもいちばん最悪の状態になった事例が集まっておりますので、その中から何か役に立つ今後の再発防止に資するものをつくるということで、それが出た後には、ホームページ等だけではなくて広く医療界に公表していきたいと考えています。現在、テーマという観点と、それから数量的分析ということでスタートしているわけですが、テーマですと全体の報告例の中の当然いくつかだけになるわけですね。それ以外のものでも資するようなものがあるとは考えておりますので、そのへんをどう取り扱っていくかというのは今後また考えていきたいと思っています。

村山委員 期待しております。よろしくお願いいたします。

永井委員 今回の報告でなくて、先回の運営会議の時に組織表の話がありました。私が意見を申したのは、組織表が極めて人的には屋上屋を重ねているので、もっと簡素にし、指示系および報告系を明確にしたほうがいいのではないかという提案を私はしたつもりですが、そこらへんについて何らか変わってきているのでしょうか。

田中専務理事 結論から言えば何も変わっていないのですが、非常に簡素で、わかりやすいというふうに考えてはいるのですが。

永井委員 簡素過ぎますがね。あれを見て、みんな田中さんのところとか、吉田さんを経由するんですよ。あれが簡素だといったら組織表になっていませんわ。組織として動かすという意味ではもっと勉

強して欲しいし、あんなことだったら吉田さんにぜんぶ報告しなければあかんということになるわけで。それはもっと明確にしておいたほうが、現場は動きやすいし、命令が誰からするんだとかね。それがなくてやるべきではないと私は思っていますけど。

飯田委員 何回も言いたくないのですが、いま永井さんから話が出たので。私も別な観点から組織図はおかしいということを、明確に直すべきだと言ったのですが、何の返事もないので、私は非常に不満です。あり得ない組織図で、「おかしい」と私は明確に言いましたので、議事録をもう一回見直して議論してください。運営会議をせっかくやっているのですから。半年に1回しかないのに、また、これは1年後というのでは困ります。

田中専務理事 大変失礼しました。ちょっと論旨が違うので、まず永井さんにお答えしますが、業務がほとんどひとつなんですよね。単純な業務なんです。医療安全の事故の受付とその再発防止策の検討という、強いて言えばセンター調査というちょっと違った種類の業務もありますけれども、限りなくひとつの組織でほとんど処理できるという内容になっていますので、他に書きようがないというか。業務が3つとか4つあれば、それはそれで組織をつくっていくこともあり得ると思いますけれども、非常に単純な業務内容ですので、もちろんもっと業務が増えてくればそれもまた考えなければいけないかなとは思っていますけれども。

永井委員 考え方が違うのでこれ以上言ってもしょうがないのですが、少なくとも今回の予算案の中でも、管理部門と事業部門と分けたりいろいろしているわけですよ。そういう中で言ったら、誰が今の事業の中で責任者であったり、その中でチームを組んだ時に誰がこのメンバーの中のチームリーダーになるんだとか、それをぜんぶ一人の人がリーダーになっているといたら、本当にそれでいいのかなと。組織として、チームとしてしっかり動かすためにどうしたらいいかということを、もっとこの中で論議していただきたいです。

田中専務理事 わかりました。それからもうひとつの話は、それにもちょっと近いところですけども、

飯田先生のおっしゃられる事務部門、事務局長がすべてを所掌するということにたぶん問題意識をお持ちになっておられるのではないかなと思いますけれども、それはこのような組織であれば、そんなに問題はないのではないかなと思っています。これももう一回、議論をさせていただきます。

飯田委員 ではないかなと言われると困るので、私は明確に申し上げたのできちっとそれで議論してください。

樋口委員長 では続けて、これもある意味で議題（１）調査制度の現況に接続するのでしょうかけれども、資料６で、そうとう程度のページ数を使って医療事故報告に関する半年分の報告書が出ておりますので、資料６についてご説明を伺いたいと思います。お願いいたします。

田中専務理事 委員長のご配慮で、なるべく議論の時間をというご趣旨の発言もありましたけれども、大部ではありますけれども委員の先生方には事前にお配りしてありますので、多少端折ってご説明を申し上げます。事業報告の数字版だにご理解いただければと思います。内容は主に３つありまして、目次を見ていただきますと、「相談の状況」「医療事故報告の状況」「院内調査結果報告の状況」と、この３つでございます。１ページ目に理事長のご挨拶がございますけれども、なぜこれをつくったのかという趣旨が書いてありまして、３パラグラフ目ぐらいに「制度への理解を深めていただきたい」と。あるいは「制度の評価、事業運営の資料として活用されることを期待している」ということが書かれているところでございます。なお、この報告書の基本型は、厚生科学研究の種田班の研究成果を参考とさせていただいているところでございます。

９ページをご覧ください。これが相談件数でございます。医療機関からの相談が６割方を占めております。遺族が２３．６％、６ヵ月でトータル１，０００件程度のご相談を受けているところでございます。１０ページをご覧ください。その内容をいくつかに分けてございますけれども、４分の１、４分の１、４分の１、４分１ぐらいの割合で相談内容が区分されまして、やはりいちばん大きな問題は「医療事故報告対象の判断」ということでございます。しかも、これまた後ほどご説明申し上げますけれども、かなり込み入った事情で医療事故報告の判断をしたいという方もおられまして、こういう方には合議というシ

システムを使っただいて、複数の医師・看護師によって症例の検討をしてご助言申し上げるというルールがありますけれども、それが6ヵ月で51件ございました。

次のページ、11ページはご遺族等の相談内容に関する分類でございますけれども、ほとんどは「医療事故報告の対象の判断」に関するものです。ただしその内容は、かなり前に亡くなっておられたり、まだご存命だったり、この制度の対象ではないご相談が多うございます。それ以外の、かなりの確率で事故報告の対象になるのかなと思う例が33件ぐらいございますということでございます。12ページを飛ばしまして13ページ、365日24時間ご相談に応じておりますけれども、土日・休日、それから9時～5時以外の時間帯にご相談いただいたものが1,012分の86、1割弱でございました。

それから15ページに、先ほど申し上げましたセンター合議の件数が書かれております。16ページをご覧ください。そのご助言の結果どうだったかということでございますけれども、「ご報告されたほうがよろしいのではないのでしょうか」というご助言をしたのが19例、複数の医師あるいは看護師による合議でございますので必ずしも意見が統一できなかった例も21例、それから「報告対象とは考えにくい」というふうにご助言申し上げたのが11例と。こんなようなセンター合議の結果になっております。右のほうは、その結果、事故報告があったものの件数が書かれているところでございます。

19ページに医療事故報告発生件数、6ヵ月間で187件ございまして、それに関する分析が20ページから後に書かれているところでございます。21ページをご覧ください。やはり大きな病院が多うございまして、研修病院が半分以上を占めていると。また、特定機能病院、大学の附属病院が10%以上になっているということがわかります。また、それを22ページでは病床規模別に見てみますと、やはり大きな病院、ベッド数を持っておられるところが、死亡事故も多いと推定されるわけですが、いちばん右にありますように大規模な病院ほど事故が多く報告されているという状況でございます。また、関与した医療機関数というのが22ページの下にございますけれども、ダブルで2施設、3施設に渡って患者さんが移られたところも28施設、15%ぐらいございます。また、23ページにこのブロック別の数字がございます。24ページに、それを分析しようと思ひまして人口100万あたりの報告件数、これが4桁目でございます。また、1万床あたりの報告件数という形で、地域別に差があるのかなと思って見てみましたところ、東北地方が多少報告件数が少のうございます。

26ページをご覧ください。報告は、Webで報告するのと郵送で報告するのと両方を受け付けておりま

すけれども、6：4という形でWebを利用される方は必ずしも多くないという現状でございます。それから28ページをご覧ください。患者さんが亡くなられてから医療事故の発生報告までの期間でございますけれども、平均して21.9日、最頻値で見ましても16日ということでございまして、法律上は「遅滞なく届け出るように」と書いてございますけれども、3週間程度はかかっているのかなというところでございます。29ページは科別に事故の発生の状況を見ているところでございます。内科、消化器科、外科、整形外科、産婦人科、精神科が2桁になっているところでございます。

飛ばしていただいて、30ページは年齢別、31ページは男女別でございます。32ページ、33ページは医療事故が発生した時間帯別の分析、あるいは曜日別の分析でございますけれども、基本的には処置がされる平日の午後が事件が起こるということで、常識的な結果になっているのかなと思います。35ページにその起因した医療の内容を分析したものがございまして、治療が多うございまして、中でも手術が過半を占めているということでございます。

38ページからは院内調査の結果の報告でございます。49件ございまして、39ページに、それがどの程度かかって報告されたかと。院内調査の報告までの時間が記載されております。概ね2ヵ月、65.1日平均、中央値を見ましても59日ということで、かなり院内調査の報告をまとめるのに時間を要しているという現状がわかりました。

それから、先ほど先生からご質問のありました解剖の有無でございまして、報告書が出たものについての分析でございますけれども、2割の方が解剖をされているということでございます。A iが3分の1ぐらいございまして、両方やったのが4件ですけれども、どちらかをやったというのが49分の24ということで、半分はA iないしは解剖をされているということでございます。

あとは調査報告の内容に関する分析でございますけれども、調査委員会の設置に関して記載がないものが2割ぐらいございます。それから、調査委員会の人数に関して記載がないものもしかるべき数ございまして、外部委員が記載されていない、あるいは外部委員がゼロと書いてあるのが2割近くございます。それから、再発防止策に関する記載に関しましても、88%は記載がございまして、防止策なし、あるいは記載がないというものもございまして、また、当該医療従事者あるいはご遺族の方の意見を聞いて書くようにというご指導もされているところでございまして、記載がないものが6%、30%というところでございます。

それから 45 ページでございますけれども、センター調査の依頼件数はこの段階では2例でございます。以上、早足で申し訳ありませんけれども、制度開始6ヵ月間のこの制度の現状に関するまとめをご報告申し上げます。

樋口委員長 ありがとうございます。まだ6ヵ月ということなので本当にこれからだと思いますが、少なくとも6ヵ月についてデータとして、数字として相談・報告、それから実際の報告書についてこういう分析ができるということだと思いますが、何かここについて質問、コメントをいただきたいと思います。

内藤委員 総合調査委員会でもいろいろ議論が出ているところだと思いますが、院内調査報告書を含めて非常に内容に不備が多いという状況が見えてきているわけです。その中で、たとえば解剖、A i に関しましても、通常は制度の中で重要とされているわけですが、それについても記載がなしとか、そして調査委員会の設置に関しても有無の記載がないとか、非常にこの制度の中では問題なのかなと思っております。総合調査委員会の中でワーキンググループを立ち上げて報告書の作成マニュアルをつくることになっていますが、こういった現状でこういう不備のものに対するフィードバックはどのようにされているのかお聞きしたいと思います。

田中専務理事 現状はコンタクトをとるというルールがございませんので、今のところはないわけでございます。いま再発防止委員会等で、これはまた後で通知についてご説明申し上げますけれども、それに基づいて了解が得られれば病院に対して、あるいは診療所に対してご質問申し上げることができると新たにご指導いただいておりますので、何らかの形でフィードバックをかけることは可能ではあると思います。今後の検討課題とさせていただきます。

内藤委員 いままでこの6ヵ月の間に出てきた調査書に対しても、それは適用は可能なのでしょうか。

田中専務理事 おそらく、私どもの解釈としてはご質問はできるのではないかと。再発防止という観点

であれば、もちろん病院側のご了解というのが前提ですけれども、お聞きすることは可能ではないかなと思います。

内藤委員 ぜひそのようにしていただいたほうがいいかなと思います。この制度の充実のためにはこれは非常に大事だと思いますので、ぜひお願いいたします。

山口委員 関連でいいですか。私もまったく同じことを思っていて、そもそも解剖の有無の記載がないのが 34.7%とか、調査委員会の設置の有無の記載がないのが 20.4%というのは、ちょっとあり得ないような気がしています。たとえば、調査報告書のフォーマットが後ろにひな型でありますけれども、そういったことを報告書の中に盛り込んでくださいという項目として、いま発表いただいたようなことの項目を予め入れるということはできないのでしょうか。

木村常務理事 6月24日に改正されましたけれども、それまでは法令に基づいてということと、とくにスタート時点では非常に厳しくそれが定められていましたので、あの中に出ている報告事項というのは、最初の委員会とか、その人数というのはありましたけれども、一言「調査の概要を書きなさい」ということだけなんです。それに対しては当該医療機関で考えて書くというので、いろんな研修等では「こういうことを」ということは申し上げていますが、書いていないことに対してこちら側がそれを聞き直すというのは、ご存じのとおり通知等で聞き直すことができないような格好になっていましたので聞けませんでした。相談などがあつた段階では、話の中でそういうことを情報としてお聞きしているものもあります。ですから、先ほどの解剖のパーセントも、正式には書いていないけれども聞き出せたものも少し入っている。従って、その数は曖昧としたものになっているということで、申し訳ないですけれども。正式に決まって、これから聞き直すようなことができることになったので、そのへんはきちっとデータとして取っていきたいと思います。

永井委員 いま木村さんがおっしゃっているように、厚労省の厳しい指導か知りませんが、そういう中でこれだけのデータとしてまとめていただいたのは本当にすばらしいし、よかったと思います。とくに、

私どもずっと言い続けているブロックでまとめていくという、47 都道府県でまとめても意味がまったく見えてこないのがブロックでまとめて欲しいし、支援団体もブロックでいろいろな意味でやって欲しいと言っている中で、これはまったく厚労省も認めなかったのですが。これを出していくと、また変な反論が出るかもしれません。この制度をよくするためには、ブロックでまとめていって傾向を出していたり、そういう意味ではブロックまとめはぜひやっていっていただきたい。これがひとつの願いです。

それから、もう明らかなことですが、高久先生もお書きになっているように、この制度は「医療の質と安全の向上のために、医療の場で起きる事故を調査し、そこから学び、再発を防止すること、質の高い安全な医療を届けること」が目的だし、この目的をずっと言い続けて欲しいし、その目的のためにレベルはどうしたらいいのかとか、ここのところがまだ医療界として一致していないんですよ。「調査をしなくてもいい」ということまで平然と言っているところもあったんです。「調査もせずになんで再発防止ができるか」と私どもはずっと言い続けているし、世の中の人誰でも「調査もせずになんで再発防止ってどういうことだ」と疑問を抱いているのも事実です。そういう意味では、この目的をずっと言い続け、この目的に向かって医療界、それから我々国民レベルとしても協力していく、医療の質を高めるための制度だということを理解しながらこれに参画していくと。これをずっと訴え続けていただきたいという意味では、その 2 点をこの報告書を見ながら、ぜひこれからも繰り返していっていただきたいなと思います。

松原委員 3つお聞きしたいことがあります。まず、医療サイドとしては、相談内容のその他の「医師法 21 条との関係の質問」というのは、可能であれば具体的にどのような質問なのかお聞きしたいと思います。それと、運営上の問題からいうと、報告の時間帯ですね。緊急の時間帯というのがありますけど、それは本当に緊急なのかどうか、その時間帯に問い合わせをする内容だったのかどうかということ。それから、報告書のマニュアル作成というのはすばらしいなと。私も前々から言っていますけれども、それに関係するんですけど Web での回答が少ないと。この少ない原因ですね。Web で非常に楽な報告書がつくれるということであると Web が増えて、その分いろいろな正確性も増すと思うので、そのへんのところについてご確認させてください。

木村常務理事 ありがとうございます。相談内容について 21 条との関係ですけれども、実際の数としては非常に少ないです。もっと基本的な、「そちらにも報告したほうがいいのか」とか、「それはする必要はどのなのでしょう」とか、正解としては「それは基本的には医療機関で考えることです」ということになってしまいますけれども。当然、クライテリアも少し違いますので、「そのへんをよく考えてご検討ください」という、相談ですからそういう回答になってしまいます。

あと時間帯ですけれども、緊急を要するというのはじつはあまり多くありません。「解剖したいのだけれども解剖の施設を紹介してほしい」というのがいちばん急がなければいけないポイントになるわけですが、解剖したいということを本当に思っている施設では、ほとんどその地域で、その県内でだいたいどこに相談するというのが、こちらではなく行っているように思います。私どもからというのは、そんなに多くないです。土日と一緒になっていますが、夜間というのはじつをいうと本当に少ないです。院内での緊急会議等もそうだと思いますが、患者さんはもう残念ながら亡くなっているわけで、それに対してどう考えるか、どう対応すべきかというのは多くの場合は日中であり、それから毎日ではなくて、この次は 3 日後とかいう間隔でやられるのだと思うんですね。その間での相談ですので、しかも今お話があったとおり、3 週間ぐらい検討した上でというのがありますので、日中がほとんどです。

それから、報告書のマニュアルを作成提示することは非常に必要だと思っています。たとえば、欄をいっぱいつくって、そこに書き込んでいけばある程度のものは基本的にできるというものをつくりたいのですが、今ちょっと話した項目と、それ以上のことを最初を書くことはあまりできなかったもので、「概要をここに書いてください」と、あとは白紙になっているようなのが今現在のフォーマットになっています。今後、標準化というものを、一緒に連絡協議会と相談をしながらやっていくことが定められましたので、その中でもうちょっと詳しいものをつくっていききたいと思います。これはおそらくセンターとしてこういうものをやりなさいというよりは、支援団体連絡協議会、中央の協議会に私どもが参画することになりましたので、そこで一緒につくっていく。そして支援団体と協力しあって現場で使いやすいものを、というのを考えていくことになると思います。

田中専務理事 Web の話は、システムが非常に複雑でして、トークンというワンタイムパスワードと I

Dのダブルチェックをセキュリティ対策上とっていまして、繁雑です。ちょっと工夫しないといけないと思っています。手紙で来たものはぜんぶOCRでデジタル化しているものですから、私どもも負担となります。だから、そのへんは今後、工夫していきたいと考えています。

飯田委員 私もこの報告書は素晴らしいと思いました。本当に感謝いたします。わからないところがいくつかあるので伺いたいのですが、センター合議をするかしないか、問い合わせのほうが判断するのですか。合議しようがしまいがきちっと回答すればいいのであって、ちょっとわからないのです。どういことですか。

木村常務理事 合議をするかどうかの判断というのは、ここには…

飯田委員 それはそちらが判断すべきであって、医療機関はそんなことはどちらでもいいので、きちっと回答すればいいわけです。

木村常務理事 それは両方の場合があります。相談の段階で、経過とかそういうものがある程度わからないとこっちでも合議ができないので、「これは複雑だからちょっと合議をしたいので、少し詳しい情報をいただきたい」というと、「じゃ、そうしてください」ということで、そのへんは最初の受付のやり取りが決まってくるところです。向こうが、最初から合議とかそういう内容もそんなに知っているわけではないので、「そういう相談だったら、詳細を教えてください」と。電話ですから、こんな事故があつてどうしようかというだけでは当然わからないわけですね。ですから、「こちらで詳しく検討したいので内容を教えてくださいませんか」と。「じゃ、お送りします」というので始まるのが合議です。それ以前にもう向こうで決められて、「報告だろうと思うけれどもどうか」というので明らかなのはそこで報告になると思いますし、明らかに適用でないのは受付の段階で切られるということです。

飯田委員 その点に関してですが、後ろのほうで、「合議して意見が一致しないから複数の回答をした」と。これもまったく理解できないのですが。それはあり得ないことであって、意見が分かれてもいいけ

れども、組織として一本の回答をしてくれないと受けたほうは困ります。

木村常務理事 実際に合議をしてみると、4人なら4人で意見の交換を行ったところ2対2で分かれるということではなくて、4人の中では最終的に「こう考える」となるんですけれども、ただその結論として、「これは対象としてもいいし対象としなくてもいいかな」というのが出てくるというところですね。たとえば、「合併症として考えられる」とか、「これはそう考えるのにはちょっと問題がある」と。たとえば、90何歳で動脈瘤があって、わかっていたけれども突然破裂したと。これは病院側の問題であると言っているからどうしようかと考えている。「それはどう考えるべきですかね」という話で、こちらで「やらなくてもいいでしょう」という決定的なことは助言です所以说わないことにしています。ただ、「おそらくそれは適用にはならないのではないのでしょうか」ということは言いますけれども、こちらで分かれるというよりは、結論として出たものが両方考えられるという形のものがどうしても出てくるということだと思います。

飯田委員 それは否定しませんが、いま提示された症例に関しては、医療に起因しないということは私は明確だと思います。そういう事例で、どちらも可能と言われてしまうと困ります。症例によっては確かにわからないところは私も臨床医をやっていたからわかりますが、今の例であつたら明らかに違うと思います。

木村常務理事 そうですね、今のはあまりよくなかったかもしれません。ただ、検討した結果、4人なら4人でも最終的にどうすべきだということを、両方考えられるというのがどうしても出てくるんです。

飯田委員 わかりました。それから、支援団体からの相談がけっこう多いですが、支援団体がなぜそんなに多いのかよくわからないのです。相談件数がけっこうありますね。たとえば12ページ、「医療事故報告対象の判断」も10例あるわけです。「報告手続き」も9例あり、これで本当に支援団体で大丈夫かと。当院も病院としても、病院団体も支援団体なので、これで支援団体では困る。まさに指針の話もそうですが、やはり問題があると思います。こういうのだと、支援団体のない医療機関は迷ってもしかた

ない。制度が始まったばかりなので、事実なのではないと思いますが、問題だということだけ指摘しておきます。

それから 39 ページで、事故発生から調査結果報告まで最短 5 日間とは、考えられないのですが。

木村常務理事 内容は、本当にしっかりしたものから、これではどうしようもないという言い方が当たっていると思われるようなものまで、たくさんあります。

樋口委員長 先ほどらいありましたけれども、ちょっと司会が先走ってもあれですが、時間的にも詰まっていますので。結局、資料の 7-4 がこの後ご意見を伺いたいという話になると思いますけれども、6 月 24 日の見直しで少し変わってきたわけですね。これは 6 月 24 日以前のデータが出ているわけで、この段階では、調査をしていただかないところもあるわけだから、それよりはちゃんと調査しましたと報告書が出てくるのは一歩いいことだと思いますけれども、その報告書の内容が今の最短 5 日みたいなものがあると。ただ、6 月 24 日まではこの第三者機関はそれを受け取るだけというわけですね。個別の事例についてすぐにどうのこうのということとは。それが今度の見直しの中では、言い方がなかなか微妙ですけども、病院等の管理者の同意を得て必要に応じて報告書の内容に関する確認・照会等を行うと。これは今度、できるようになりましたよと。これをうまく使っていけば——うまくというのはどううまくかということ、医療安全につながるような形でうまく使っていけばいいという、そういう見直しのもとでこのセンターがどういう働きを示していけるかについて、せっかくの運営委員会ですので諸先生のご意見を伺いたいというので、7-1 から事務局の説明を経た上でご意見を伺いたいと思います。

田中専務理事 まず、省令でございます。7-1 をご覧ください。新旧対照のほうがわかりがいいので、「第一章の三 医療の安全の確保」の第 4 項ですね。これは、院長などが死亡に関する情報を的確に把握するようにということでございます。これは直接、私どもの事業とは関係ございません。それから、その次のページの第一条の十の五に「医療事故調査等支援団体は共同で協議会を組織することができる」と書いてありまして、その中で、情報の共有とか必要な意見の交換等を行うということが書かれているところでございます。

それから、局長通知が7-2にございます。これは重複しておりますので省略いたします。7-3が医政局総務課長通知ということで、支援団体連絡協議会についての開設が1ページの下のところから書かれておりまして、支援団体連絡協議会は県にひとつ、中央にひとつつくります。2のところに、医療事故調査・支援センター——私どもが参画すること。3のところに、支援団体連絡協議会が機動的な運用を行うために必要な組織をつくることができる。それから4に、支援団体連絡協議会は参考とすることができる標準的な取り扱いについて意見の交換を行う。5に、研修をする等が記載されております。3ページのところに、医療事故調査・支援センターについて1から5の記載があります。それをカラフルに示したものが7-4でございます。

これが、私どもが6月24日付けでやるべき仕事とされたところでございまして、何をやるかという、医療事故調査等を行う場合に参考とすることができる標準的取り扱い——飯田先生がおっしゃられた、みんなバラバラでは困るじゃないかということに対して、何らかの手当をするということに私どもも参画することができるというのが1です。

それから2のところで、いろんな形で使うことになるのだと思いますが、医療事故調査等に係る報告書の優良事例を、匿名化するというのは前提ですけれども、共有することができるということが書かれています。こういうものを使って研修などをして、院内調査報告書のレベルアップを図るということが可能になるということでございます。

それから4のところでは、これは新聞等でも大きく取り上げられたところでございますけれども、ご遺族の方からの求めに応じて病院の管理者にその意思を伝えることができるということが書かれております。また、5のところにおきまして、医療事故調査報告書の内容に関しまして確認・照会を、これは病院の管理者の同意を得るというのが前提でございまして、することができるということが定められたところでございます。

5のところにつきましては、再発防止委員会のほうで今後どういうふうに行うかということを具体的にご検討いただきたいと考えておりますし、4につきましてはその次のページをご覧ください。「遺族からの相談に関する対応について」ということで、もうすでにこのようなルールに基づいて、文書でもって医療機関に対してご遺族の意向、お考えをお伝えすることをさせていただいております。今日ご意見をいただきましたら、またもちろん修正等はあるとは思いますが、通知が出ましたのでとり

あえずこのような形で、4については対応させていただいているところでございます。すでに2件ほどの実績がございます。急ぎ足で申し訳ございませんけれども、ご報告申し上げます。

樋口委員長 ありがとうございます。資料7-4をもう一度見ていただいて、とにかく5点、6月の末に見直しが行われて、それに対してわがセンターとしてどういう形のことができるかと。いま田中さんがおっしゃってくださいましたが、重要な点の4と5ですね。4についてはその後に書かれたような形の書式もつくり、書式のいちばん最後のところには「こういう形の相談内容でしたよ」ということを病院に伝達して、適切な行動を促すと。伝達役ではありますけれども、そういう形で遺族等からの求めにも一歩応ずることができるようになったと。それから5は、今度の見直しの後で、これまで出てきた医療事故調査報告書の内容に関する確認・照会ができるようになったので、それはもうすでにこの機構の中にできている再発防止委員会のところで、どういう形で確認・照会をするかはこれから議論していただく場も設定してあるので、その専門家たちに委ねましょうと。

今日は、この3の研修は当たり前のことなので、とくに1と2で、いちばん初めの報告の基準等についての連絡協議会（中央協議会）というところへ参画し、それから優良事例の共有を行うということについて、他の点についてでももちろん構わないですが、こういう見直しのところでこのセンターとしてどういう姿勢で、あるいはどういうことでやっていったほうがいいのかということでご意見、コメント等を伺えるとありがたいと思いますが、いかがですか。少し時間が詰まってきましたが、どうぞ。

山口委員 4のところですが、今回、省令・通知が改正で出されるという時に、その前にもっと広く議論があつて問題点を明らかにしてから出されるのかなと期待していたので少し残念です。社会保障審議会の医療部会にも報告事項として出てきて、そこから意見を言うにも報告なので意見が言えないということがとても残念だったなと思っています。

この内容を見ていました時に、いままでは遺族から相談があると「それは病院に言ってください」としか言えなかったのが、医療機関に直接伝えることができるようになったというのは確かに一歩進んだと思いますけれども、この文章の中に、「遺族から相談があつた場合、医療安全支援センターを紹介する」と書いてあるんですね。この医療安全支援センターは、私は初任者研修とかブラッシュアップ研修でず

っと係わっていますので、どういう相談に対応できるかという現状を知っています。そうした時に、そんなに大きく期待して紹介しても対応できない現状がじつはあります。とくに、行政職の方が相談対応しているのが3分の2ぐらいを占めているように思うのですけれども、「水道局から来ました」という方がいきなり相談を受けるということで、とても戸惑って負担を感じていらっしゃると思います。ですので、もしセンターとして医療安全支援センターを紹介するとすれば、具体的に現状を把握しておく必要があることと、相談先として紹介したご遺族に対して何をしてくれるところなのかを明確に伝えないと、期待だけが膨らんで、相談したら「なんだこんなことか」ということで単なるたらい回しかという批判になると思います。ですので、医療安全支援センターの統括しているところが東大の大学院の中の医療安全学講座にありますので、そのあたり現状をセンターとしてはしっかり把握していただきたいなと思っています。

私はむしろ、先ほど遺族からのご相談の中に制度の対象でないものが多いとおっしゃっていたように、一般的な国民に対する周知というものが本当に遅れていると感じています。パンフレットをつくられたというお話は聞きましたけれども、この間もある医療系の企業——製薬会社ですけれども、その研修で「医療事故調査制度が始まったことをどれだけ知っていますか」と尋ねると、知っていたのはたったの5%でした。医療に関係した企業でそれだけの人数ということは、一般の方はほとんど知らなくて、そうすると「これって届け出をしないといけないんじゃないですか」の声もあげられないと思うんですね。そういうことからすると、医療安全支援センターは住民に近い382の窓口があるわけですので、こういう制度の周知を医療安全支援センターにやってもらって、ちょっと役割を分けていく必要が本当はあるのかなと思ってまして、これは厚生労働省に申し上げたいのですけれども。センターとしては、医療安全支援センターという時にちょっと位置づけを明確にしておかれたほうが、トラブルに発展する可能性があると思いますので、ぜひそのあたりをお願いしたいと思います。

樋口委員長 今回の関連でいうと、この第三者機関は「医療事故調査・支援センター」というのが法律上の用語で、俗に第三者機関と言われているのですが、だいたい医療安全支援センターと区別ができない人もたくさんいると思いますよね。「そちらのほうへ」と言われてどうということになるかというので、単純にさっきの山口さんの言葉を借りるなら、たらい回しみたいなことになるという印象を受けるのは非

常によくないですね。

山口委員 権限がないんですよ。医療安全支援センターも、医療機関に「こんな相談が入っていますよ」と伝えることができる最大限です。

永井委員 今の件で、山口さんがおっしゃった以上で言ったら、少なくともこちらの新しいセンターに相談があった時に、これを無視して欲しいんですよ。センターのほうに振らないで欲しい。こっちで止めないと、いまセンターだって、ほとんどが聞いてくれていないんですよ。そういうパワーもないし。だから、こっちからセンターを紹介するなんてあったら不信感だけしか募りませんから、振らないでほしい。紹介はしないほしい。紹介したら大変なことになりますよ。むしろ、ここでいったん止めてください。

田中専務理事 通知上、そう書いてはあります。

永井委員 書いてあったって、ここのセンターをしっかりとさせるためにどうしたらいいか考えてほしいということです。

樋口委員長 1と2について、何かございますか。

永井委員 4にも係わることですが、いま樋口さんがおっしゃったように、新しい制度としてこのセンターができたわけですよ。そのセンターは、国民から見ても医療者から見ても第三者機関であるべきだし、第三者機関を目指す。そういう中で、この制度の中核はやっぱりここのセンターで、指導とか助言ができるぐらいに早くなってほしいわけです。とくに1番の問題は、私は参画することについては、厚労省のパブリックコメントにも言いましたけれども、やっぱりここのセンターが中心になってこのガイドラインをつくるぐらいの意識がないと、まとまらないですよ。支援団体の時でもずっと僕は言い続けましたが、47都道府県にあって、それもしろんな団体が羅列だけなわけです。その中で本当にし

っかりまとめようとしたら、誰が核になってやるかという意味では、新しい組織のいちばん重要な責務をやっているこのセンターがやらずして誰がやってくれるのですか。そういう意識をもって標準化とかガイドラインをやっていかないと、そこに医療界も含めて、そこでやりましょうよと。そのリーダー役をやってくださいと言われるように努めていただきたいと思います。

樋口委員長 ちょっと時間も押してきました、さっき田中さんの説明にもあったように、とりあえずこの通知に基づいて一步は進んだけれども、なんであれ一步進んだのを第三者機関が二歩、三歩自分で進んでいけるかという、それは法令上できないんですね。それで今度の通知に基づいて、4については相談の内容をこういう形で文書で丁寧にお伝えするという伝達役は十分に果たしましょうと。それから5については、再発防止委員会で確認・照会のやり方について今後とも検討していきますということで、一応これから我々がやるべきことの筋道が立っていますけれども、1の参画してと。まさに永井さんがおっしゃるように、リーダーとして中央の協議会に出ていけるかどうかはなかなか難しいのかもしれませんが、少なくとも参画して、医療安全のためにこういう基準で報告してもらいたいと。そのことが医療安全につながるんだということを、しかし抽象的なことでは動かないんですよ。だから、具体的な事例を含めてこの中央協議会と、それからこれは47都道府県で協議会もつくることになっているわけですから、そういう中でどういう形で標準化が行われるかについて、もう少し専門家のバックアップを。専門家というのは、この中のですけどもね。

この運営委員会の委員の中にたくさんの専門家がいらっしゃるわけで、そういう人たちのバックアップ、助言を得た上で参画し、それから2番目の情報の提供及び支援と優良事例の共有という形での、匿名化した上の公表ということになっていますけれどもね。そういうのを実際にどう動かしていくかについては、もう少し私がうまくやって時間を取ればよかったのですが、十分に時間も取れませんでしたので、それからこの運営委員会は仕組みとしては半年に1回ということなので、次は来年になるんですね。それまでにまた事態はどんどん動いていくし、毎日医療は行われているわけですから、そうするとくに1と2を中心にして、ワーキンググループというところちょっと重くなりますが、助言者の方を。私がといっても私ではどうしようもないので、たまたま私は運営委員長ですから私がということにしますが、高久理事長その他、然るべき方と相談してこの運営委員会の中から何人か助言者をご指名させていただ

いて、お知恵を借していただいて参画し、優良事例の共有を、第三者機関としてのここがどういう形で図っていくかについてお知恵を借りたいと思っているのですが、そのことはよろしいでしょうか。押しつけているような感じがしますが、押しつけではありませんので。何とかそういうことにさせていただくとありがたいと思っております。何しろ、6ヵ月ぼやっとしているのはちょっとできない（笑）。そういう形にさせていただきたいと思いますが、事務局としては他にはよろしいですか。

木村常務理事 今のお話とも少し関係しますが、最後に研修について、資料8をご覧ください。「医療事故調査に係る知識及び技能に関する研修」では、前の制度でも研修は定められていたのですが、改めてこの3番に支援団体等連絡協議会と連携して実施することとなっています。以前は委託という形でやりましたが、ここにはさらに「連携して」という形で少し変わっているということです。いま検討しておりますのは、先ほどお話があったとおり、昨年度は2つの考え方で行ったわけです。今回は、「支援団体統括者セミナー」と「トップセミナー」というのを考えているところです。

統括者セミナーというのは、県単位になると思いますが、各地域の中で医療事故調査を統括する指導者を養成するということです。そこの支援団体として何かあった場合に指導者として動けるように、そして意見が統一するようということも含めて、そういう指導者を養成すると。対象となるのは、いま考えておりますのは各都道府県で3名を指定させていただく。その3名は、県医師会の医療安全担当役員の方——医師会の副会長とかそういう方になるのかなと思いますが。それから県の大学あるいは基幹病院の医療安全の担当医師、それから同じ施設とは限らなくてもいいですが、その県内の大学基幹病院の医療安全担当看護師、この3名を1単位として、そうすると47都道府県の合計150名ぐらいになるわけですが、そういう方を対象に3名チームで来ていただくということになります。1日半で、去年でもこういう方が集まるのは大変だったので、2日に分けて別な日のほうがいいのかというあたりは、いま検討しているところです。1日目に全体の制度の概要、やり方、2日目には具体的な事例をモデルにセミナー形式でやりたいと考えているところです。11月、12月あたりに150名を対象として、こちらから改正された部分を含めて、こういうように対応していただきたいというのをやりたいと思っています。こういう内容を私どもで考えた上で委託という形を、あるいは協力・連携をとるという形をもって行っていきたいと思います。

もうひとつのトップセミナーは、これも昨年度の経過で、医療者で非常に熱心な方等が集まっていたわけですが、トップセミナーという意味はその医療機関の管理者あるいはそれに準ずる方に来ていただきたいということで、そういう方たちを対象として行いたい。これは全国で7ヵ所、ブロック別に検討しております。半日程度の座学になってしまいますが、これも10月から12月の間にやっていきたい。いままでの経験から、医療機関の管理者、院長によく理解していただかないといけないので、そういう方を対象としてと考えております。

いちばん下にその他とありますが、これは支援団体統括者セミナーとも関連しますが、今度は都道府県の中で支援団体協議会が主導して医療機関向けに研修を行うと。そこには、可能であれば私どもも協力をさせていただく。これ全部になると47になるわけですが、そこまではできないにしても可能な限りそこにもご協力をさせていただくという形で、一応この研修を今年度は考えていきたいというところですよ。

先ほどの5つの項目の中でも研修があるわけですが、中央の協議会と連携をとりながら、ここに参画しているわけですから、医療事故に該当するか否かの判断、それから調査等を行う場合の標準的な取り扱いについて意見の交換を行って、どういう形になるかはまだわかりませんが、その連携の上でガイドライン等がどこまでつくれるのか。その中央の協議会の一員としてつくってきたいと。やることのできるのではないかと考えています。この省令等がどういう範囲で影響するのかは、まだこれから検討しないといけない部分が残っていますけれども、私どもが判断する範囲でできる限りのことはやっていきたいと考えています。

それから、いちばん最後の5番に関しても、「病院等の管理者の同意を得て」というのは、先ほどの解剖をやったかとか外部委員が入っていたかということは全例に聞くにしても、全部の報告書を100点満点にするためのことをやっていたら全例再調査と同じことになりますので、再発防止に資するような事例、先ほどですとCVの穿刺事例等に関しては、よく話をして詳しい内容をいただいて再発防止に結びつけたいと。そのへんで段階を付ける必要があるのかなと。そういうことも含めて、再発防止委員会の中で検討いただきたいと考えているところです。研修以外のことも少し入りましたが、研修に関してはなるべく効率よく、全国に行き渡るようなものを目指して連携をとりながらやっていきたいと考えているところです。

高久理事長 最後がいいですか。資料7-4ですが、この運営委員会で私も何回も見直してくれということ厚労省に申し上げて、ようやくここまで来たのですが、まだまだ不十分です。本来ならば、中央協議会に参画するのではなくて企画をすべきだと私は思います。それから、いちばん最後のところも確認・照会だけではなく、訂正の要望をさせてもらいたい。これらの事は一気に進まないと思いますが、将来的にはそこまで行かないと医療事故調査・支援センターが本来の機能を果たせないのではないかと。その点をぜひ厚労省に考慮していただきたいと思っています。

飯田委員 研修の件ですが、先ほどのお話と関連して、AとBもいいですが、Aだと医師会の役員と関連する大学病院の医師と看護師しか参加できないわけです。これは、意味がないとは言いませんが、むしろいま大事なのは、支援団体にいろいろ問題があるのです。これは支援団体協議会がやるべきだと思いますが、はっきり言って機能しておりませんから。それがきちんとできたらそうなりますが、ないものはしょうがないので、各都道府県の協議会から誰か選ぶといっても、まだきちっと動いていませんから。東京でも、医師会ではやっていますが、協議会もきちっとできておりません。そうすると我々病院団体はどうなるのか。医療機関として、支援団体として手を挙げているところをどうするのか。むしろ、それをきちっとやらないといけないので、私はAもBもやるのは結構ですが、その前にきちっと支援団体を対象にしていただきたい。協議会としてまとめることができないとかいろいろありましたので、まとめなくても結構ですが、もしこういうお金があるのなら、全支援団体に連絡して、標準化するための教育と言い過ぎかもしれませんが、研修会をやっていただいたほうがいいと思います。そうしないと、いろいろな解釈のある指針をそれぞれ使っているのではどうにもなりません。むしろ私はそちらのほうが喫緊の課題だと思います。

樋口委員長 もう時間を過ぎてしまいましたので今日の会は閉じようと思っておりますが、一言だけ補足して。さっきの、臨床の現場を知っている方や医療安全の専門家の方の、すべてではなくて何人かの方に助言をいただきながら、ただ次の運営委員会はたぶん半年後ぐらいになると思いますから、それまでの間にご助言をいただきながらこの通知に基づいた上でどれだけのことができているかということ

については、事務局の方からまた運営委員会の方に何らかの形でご連絡をとりながら、次の会までまったく何もなくて突然という話ではなくて、日々のことですから、その時にまたご意見をいただく機会もありますので、今日はここまでという形にして閉じたいと思います。どうも長時間に渡って本当にお疲れさまでした。事務局としては、次回について何かありますか。

吉田事務局長　いま委員長がおっしゃいましたように、次回は秋から1月ぐらいにかけまして開催を考えてございます。

樋口委員長　皆さん、どうもありがとうございました。

(以上)