

令和7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7年12月24日（水）10：00～12：00

場 所：浜松町TSビル6階 E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

高桑総務部長 定刻となりましたので、日本医療安全調査機構 令和7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。私、総務部長の高桑と申します。よろしくお願いいたします。本日はお忙しい中、本委員会にご出席をいただきましてありがとうございます。まず最初に、去る10月22日に理事会が開催されまして、各委員会の委員の改選等がございました。決議がされたことをご報告申し上げます。本委員会の委員におかれましても委員の交代がございましたので、机上に運営委員会委員の名簿を配布させていただいております。Webの方は画面共有にてご確認をいただきたいと思います。今回、新たにご就任いただきました運営委員会委員をご紹介します。日本法医学会から近藤稔和委員の後任といたしまして池松和哉委員、全国医学部長病院長会議から後藤隆久委員の後任といたしまして中島和江委員のご推薦があり、理事会において承認をされております。では、ここで池松委員、中島委員に、ひと言ご挨拶を頂戴したいと思います。池松委員、よろしくお願いいたします。

池松委員 長崎大学の池松と申します。日本法医学会からの推薦でございます。よろしくお願いいたします。

高桑総務部長 池松先生、ありがとうございます。中島委員、よろしくお願いいたします。

中島委員 大阪大学医学部附属病院 中央クオリティマネジメント部の中島和江と申します。全国医学部長病院長会議の患者安全推進委員会の委員として出席させていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

高桑総務部長 どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。また本日、本委員会に初出席となります日本助産師会 黒川寿美江委員からもひと言いただきたいのですが、黒川先生、いらっしゃいますでしょうか。

黒川委員 日本助産師会の専務理事の黒川と申します。またいろいろ皆様にご協力いただくこともあると思いますので、よろしくお願いいたします。

高桑総務部長 ありがとうございます。本日は、会場に川上（純一）委員、寺島（多実子）委員、戸田（達史）委員、樋口（範雄）委員長、山口（育子）委員にご出席をいただきました。阿部（修）委員、池松委員、井本（寛子）委員、上野（道雄）委員、後（信）委員、大塚、（将之）委員、黒川委員、小松原（明哲）委員、田中（伸哉）委員、永井（裕之）委員、長尾（能雅）委員、中島委員、藤原（慶正）委員は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、お一人でございますので、出席人数は過半数に達しております。運営委員会規程第5条によりまして、委員会は成立しておりますことをご報告いたします。また、オブザーバーといたしまして、各地域ブロックの統括調査支援医の先生方にご出席をいただいております。また、傍聴希望の方もWebでご参加をいただいておりますことをご報告いたします。本日はお忙しい中、厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室から、門野泉補佐にもWebにてご出席をいただいております。門野補佐からひと言、ご挨拶をいただけますでしょうか。

門野室長補佐 皆様、おはようございます。厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室の門野と申します。日頃は、厚生労働省の医療安全行政にご協力いただきまして誠にありがとうございます。本日、室長の加藤（拓馬）が公務にて出席できませんで、申し訳ございません。代わりに聞かせていただきます。よろしく願いいたします。

高桑総務部長 ありがとうございます。会場、Web出席の皆様におかれましては、ご発言前にご所属とお名前をおっしゃっていただくとありがたいと思います。また、さらにWeb出席の方におかれましては、ご発言時にマイクのミュートを解除していただきまして、ご発言が終わりましたら再度ミュートにさせていただくように、毎度のことでございますがよろしく願いいたします。

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たいと思っております。Web出席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確認をお願いします。資料1としましてプレスリリース11月分、現況報告でございます。再発防止関係の資料といたしまして資料2-1から2-2、2-3、2-4まで、それからセンター調査関係の資料といたしまして資料3、それから研修・広報業務関係資料といたしまして資料4-1、4-2、4-3、4-4、その他といたしまして資料5-1、5-2、5-3ということ

でございます。また、参考資料といたしまして、12月22日に公表されました厚生労働省の検討会の報告書と、前回の運営委員会の議事録を付けさせていただいてございます。郵送させていただきました案につきましては、現在、厚労省のホームページに22日から正式なものが公開をされておりますので、Webご参加の方はチャットのURLをご参照いただいでご覧になっていただければと思います。会場参加の方には、改めて配布をさせていただきました。また、前回の議事録は後ほどお目通しいただき、何かございましたら事務局のほうまでお申しつけいただければと思います。その他の資料といたしまして、もし不備がございましたら事務局までご連絡をいただければと思っております。

それでは、委員会を開催させていただきます。はじめに、当機構理事長の門脇孝からご挨拶を申し上げます。よろしくお願いいたします。

門脇理事長 おはようございます。理事長の門脇でございます。本年度、第2回となる医療事故調査・支援事業運営委員会の開催にあたり、ひと言ご挨拶を申し上げます。ご案内のように、本年10月をもって当機構は、医療事故調査・支援センターとしての業務を開始して10年を迎えました。この間に寄せられた医療事故に関わる報告は3,500件を超え、これらを分析し、再発防止に向けた提言、あるいは警鐘レポートとして、より多くの医療関係の皆様と共有させていただいております。また、この10年の節目にあたり、昨年度から「医療安全の更なる向上を目指す検討会」を設置し、これまでの事業運営を振り返り、今後の方向性について昨日、12月23日に報告書がまとめられ記者発表させていただきました。同時期に、国レベルでも厚生労働省において「医療事故調査制度等の医療安全に係る検討会」が開催され、医療安全施策の進め方に関して、12月22日に報告書がとりまとめられています。さらに今年度は新たな取り組みとして、生成AIを用いた医療事故調査報告書分析・実践研修事業を本格化させているところです。本日は、こうした事業の進捗状況を含め、医療事故調査・支援センターの事業に係る実績報告を行う予定です。特に「医療安全の更なる向上を目指す検討会」の報告書を踏まえた今後の取り組みに関して、委員の先生方のご意見を賜り、今後の事業運営につなげていきたいと考えています。これまでの事業運営委員会でいただきましたご意見への対応状況につきましては、本日の報告の際に各理事、事務局から説明をさせていただきます。

この委員会は、医療の提供側、医療を受ける側、そして医療安全に関する有識者の方々から、医療事故調査・支援センターの活動内容について評価をいただく大変重要な場であります。担当者からの説明はなるべ

く簡潔にして、皆様の議論が活発になるようにいたしたく存じます。事業の実施状況に関しましては、委員の皆様から忌憚のないご意見を賜りながら、とも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、本日はどうぞよろしくお願いたします。以上です。

高桑総務部長 ありがとうございます。それでは、ここから樋口範雄委員長に議事進行をお願いいたします。樋口先生、お願いします。

樋口委員長 おはようございます。この運営委員会、今回が第2回目ということで、前回は8月でしたので久しぶりということにはなります。しかし、この間もこの機構は不断に活動を続けておられて、今日もその各委員会の活動状況報告もありますし、それから門脇先生からのご挨拶にありました通り、今年が10年目ということなので「医療安全の更なる向上を目指す検討会」というのを別に設置して、この機構といままであまり関係がなかった……というところちょっと語弊があるのかもしれませんが、第三者的な方にたくさん入っていただいて、我が機構が今後、改善していくにはどうすればいいかということで、その検討会の報告書というのが昨日、公表されたところです。それについても後でご報告が改めてあると思います。

さらに、私の周りもあらゆるところが「AIを使ってる？」とかいう話になって、本当に時代になかなかついていけない感じですが、この機構としてもさまざまなデータは実は持っているもので、それを活用するために生成AIを用いた分析というのがどの程度、可能なのかということ、まだ試行段階だと思っておりますがやっております。それについてもご報告があります。

それから、これは例年のことですが、この運営委員会で個別の事例を扱う場面があります。一般的にはこれは原則公表ということで傍聴自由ということにもなっているんですが、個別事例に係る検討状況についてのご報告が始まりましたら、そこは非公開ということになっておりますので、その際には傍聴の皆様にはご遠慮いただくということで、よろしくお願いたします。

では早速、本日の議事の中身に入りたいと思います。まず、資料1から資料2-1、2、3、4までについて、事務局の田原さんと木村さんからご報告をお願いします。

田原専務理事 専務理事の田原でございます。資料1をご覧いただきたいと思っております。医療事故調査制度の

現況報告、11月末の時点の状況でございます。医療事故の発生報告や院内調査の結果報告は、月に30件前後で変わってございません。また、相談件数については11月が162件となっております。また、遺族からの相談内容を医療機関へ伝達したものが11月は1件、それからセンター合議を開催して医療機関へ助言したものが7件、これもだいたい変わっていないところでございます。3番目にありますセンター調査の依頼件数、11月は0でございましたが、センター調査報告書の交付件数は3件となっているところでございます。以上でございます。

木村常務理事 では、引き続いて常務理事をしております木村から、再発防止関係の資料についてご説明いたします。資料2-1から2-4をご覧ください。資料2-1ですけれども、医療事故の分析を行って再発防止策を出すというのがこの制度の大きな目的ですけれども、その再発防止委員会は2月に一度開催しております。資料2-1のところに出ておりますけれども、これは粛々と出て来た事例をどのように分析するかということ、そしてできあがって来ました提言書とか警鐘レポートのチェックを行って、公開するという手続きを基本的に行う委員会として活動しております。

資料2-2はその専門分析部会、実際に分析をして再発防止策をつくる部会ですけれども、その開催状況を出しております。資料2-2のガント表と呼んでいます、上からグレーになっているところはもうすでに公開しているものです。今日は、10月22日に公開した「産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析」について、それから11月13日に出しました警鐘レポート、「気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡」、これは2回目になるわけですけれども、この説明をさせていただきます。

また、今現在、進行中のものがその下に22、23、それから警鐘の5、6と出ておりますけれども、現在行っておりますのが「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」、これは高齢者が骨盤、骨頭骨折等を起こして緊急入院した、その直後に食事による窒息を起こしたような事例が目立ちますので、そのことを注目して行っています。それから血管内治療、IVR等が盛んに行われているわけですが、鼠径部の大腿動脈の穿刺、それに関する出血で、これは後腹膜のほうにどんどん出て行ってしまって、外からはなかなかチェックできないような状況の中で、出血が大量になって亡くなっている事例というのを集めたものです。その後は広く生体監視モニター、特に今回は数がたくさん出ておりますので、心電図に特化した部分のアラームに関わる死亡事例の分析を今スタートしたところです。そして、鏡視下手術におけるシーリングデバイ

ス、これは止血をしたりというようなこととか、あるいは血管を切離したりする時に使う超音波メスといったようなものですが、それに関連した死亡ということです。ご覧いただくとおわかりのように、点々のところが分析部会を行っておりますが、提言書に関しては2年少しかかって、8人から10人ぐらいのその領域の専門家の先生に分析をお願いしています。同じようなシステムですけれども、警鐘事例のほうは約半年ぐらいで、少数事例でも出そうということでやっております。

では、具体的に資料2-3をご覧ください。これは今年の10月に公開しました「産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析」です。これに関しては、5ページのところに少し出ておりますけれども、日本における妊産婦の死亡というのは、1980年には10万出生数あたり19.3、2000年には6.3、2023年には3.1と非常に少なくなってきて、国際的にも非常に小さな値になっています。しかし、分娩の54%、さらにその中の18%は産科の危機的出血によるもの、子宮型の羊水塞栓とか早期剥離、癒着胎盤、弛緩出血等があつて、これらの11事例の報告の中から今回は分析を行いました。

2ページをご覧ください。その分析の内容を提言として5つにまとめたものです。対象事例の11事例の特徴を見ると、産科の有床診療所で出血があつて、あるいは一般病院から母体搬送を行った事例が11事例中7例ありました。また、児の娩出後に産婦の心拍数、血圧の測定がされていなかった、基本的なことがチェックされていなかった事例が4例、それから児の娩出から1時間後までに危機的出血となった事例、1時間以内にそうなった事例が8例もありました。それらのことから、出血に対し、早くそのことをチェックしなければいけないということで、3ページのところのような流れ図を作らせていただきました。

左側に、3つの大きな四角で出血のレベルが示されておりますけれども、よく見ると*が下の段には2つ付いておりまして、これは産科危機的出血への対応指針2022として、指針の中に出ていた言葉です。国際的にも言葉が決まっているんですが、内容的にはどこでも示している、その上の出血が500ccの段階で対応しなければいけないということで、「異常を認知する警告ライン」として、今回の提言書でこういう言葉をもとにまとめさせていただきました。これはまだ広くガイドライン等では書いていないことなんですが、こういうものをつくって検討しないといけない。この時点で母体搬送ですとかモニターの関係、そういうことをきちっとやらないと、早急に危機的な出血になってしまうということから、こういう書き方をさせていただきました。

また、全体を通して、こういうことは現場の助産師さん、看護師さんが最初にチェックするので、全体に

渡ってですけれども、その内容の解説、例えば計測の意味だとか、それから略語の意味だとかということも含めて、最後のほうには出血の原因疾患別の解説、妊婦の高血圧症、それから子宮破裂、癒着胎盤等の解説も入れています。

17 ページをご覧ください。17 ページには、例えばの話ですけれども、ショックインデックスというのをちょっと有効に使ってくださいと。出血の量を測るといってもなかなか手が足りなかつたりするので、ここでは赤い印が脈拍、黄色いほうが血圧の幅ですけれども、ご存じの通りショックインデックスとして、ハートレートを収縮期血圧で割った値が1を超えると20%程度の出血があるということがよく言われて、救急領域などで使われています。こうやって見ると、その Class I からIVまでだんだんその差が開いていって、ちょうど Class II のあたりで1を超えるという形になっているところです。そういうものをご理解いただいて、モニター、それからバイタルサインをよく取ってくださいということになります。

それから24 ページには、高度医療機関への搬送、そこのあたりの連携をよくとっていただくようにということで、提言4に述べさせていただいています。こういうように、この産科危機的出血がいままでと多少違うのは、現場でこういうことに関わる助産師さん、看護師さんに使っていただきたいということで、わかりやすい形で解説を述べたものです。以上、提言21号についてご報告いたしました。

次に、警鐘レポートNo.4ですけれども、資料2-4をご覧ください。これはA4の裏表、2ページだけです。約半年かけて3人の専門領域の先生方に介入していただいて作りました。これは提言の4号として2018年に、対象事例がまだ5例だった時ですけれども、気管切開早期にチューブ逸脱・迷入した場合に非常にリスクがあるよということを述べさせていただきました。挿入部のグラニュレーションがまだ組織化してないということからということを解説させていただきましたけれども、だいたい同じような事例が21事例、その後報告されていました。その理由のいちばん大きかったのが、浮き上がってしまう。逸脱が起きる原因としては、そこの絵にあります通り、体位変換時の発生が21事例中15例ありました。こういうことをやった時にちょっと気管切開チューブが引っ張られたり、首だけ残っていたりして位置が変わったりすることによって、気管切開孔の気管の孔からチューブが少し浮いてしまうようなことが起きるということで、体位変換の形の時には頸部を維持したり、呼吸器回路を外す、複数名で声を掛け合うというようなことを、気管チューブのフランジを押さえてやってくださいということ、わかりやすくポイントのところだけを示しています。

また、裏のページですけれども、逸脱があった時には、例えば気管切開チューブが少し浮いてしまっている状況ですので、気管切開しているにも関わらず声が漏れたりカフが見えたり、吸引チューブが入りにくい、できない、低換気アラームが鳴るといったようなことがあった時には、それを疑っていただきたいということを示しています。また、浮いた状態でその気管切開チューブを使ったまま換気するということが、皮下気腫、縦隔気腫、テンションニューモトラックスというふうにつながっていることが、かなりの例で見られましたので、すぐにこれは口からのマスクですね。バグバルブマスクで行ってください。そして、経口挿管に切り替えていただきたいということを述べています。現場でいちばん使いやすいうように、これを張り付けておいて見ていただいて、誰でも役に立つようにということで、こういう形でまとめさせていただきました。再発防止関連のご報告は以上です。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。ここまでの説明について、委員の方から、あるいはオブザーバーの方も含めて、何かありましたらコメントでも質問でも伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

それでは、私のほうから。私も10年目を迎えて少し考えることがあります。委員長としては役職としても当たり前だと思っておりますが、それで考えたことを少し申し上げますが、何か補足があれば事務局のほうからも考えを、あるいは私自身がまったく考え違いをしていることもあると思いますが、そうであれば助言・修正をお願いします。2点ありましてね。一つは、いちばん初めに毎回、同じように医療事故調査制度の現況報告というのがなされて、医療事故の報告がそれぞれこのくらい出されていますという趣旨の説明があります。私の大雑把な頭での記憶なので不十分かもしれませんが、今日のご報告も「大筋としては毎回と変わりませんでした」という話になっていて、10年間、医療事故の調査報告と、センター調査も含めてですが、件数がたぶんこう（フラット）なんですね。同じように推移してきた。これをどう評価したらいいかという問題が実はあります。

これは、あとは憶測だけで言うわけですが、これからの10年間については、今後もしかしたら数は変わっていくかもしれない。一つは、院内事故調査報告がこんなふうになって下がって来ましたということが、データの上で明らかになった場合に、次の10年の話なので、しかも憶測ですから気楽に聞いてもらいたいのですが、その間に医療安全が高まったんだという証拠になる可能性がある。はっきりデータとして件数が減っているんだから、という話があるのかもしれない。でも、逆に次の10年で、優位にという程度なのでごくごくというこ

とでもないんですが、優位に増えて行くということもあるかもしれない。将来のことだからわからないわけですが、それは医療安全が危なくなってきたのか、あるいはそうでもなくて、いままでご報告をいただけなかったような機関からも積極的に院内調査委員会を作るようなことが高まったので、それは医療安全上、どう評価したらいいかは逆に難しいとは思いますが、少なくともこういう変化が次の10年に起こる可能性はあるかもしれないというようなことを考えて、実際にこの機構や何かで対応するものなかなか大変なんですけれども、あるいはそれぞれのところもそうだと思いますが。毎回、同じ数でしたというので安心していいのかなという、それ自体をどう考えたらいいかというのも大きな宿題になるのかなということ、ちょっとぼんやりとした形ですが考えてみました。

もう一つは、これも本当に単なるコメントなので、今日も医療事故の再発防止に向けた提言というのをここで一生懸命つくっておられて、その21号というのが出て、「産科危機的出血に係る妊産婦死亡事例の分析」というのが報告されて、この関係者にとってはすごくいいことなんだと思いますけれども、私なんかはその前から医療事故の關係に、關係はしてないかもしれないけどいろいろ関与してきたもので、7ページのところなんです、こういう報告書を出したのはどうしてかという、2015年から2023年までのうちに妊娠・出産に関連した妊産婦死亡事例が42例あった。しかし、直接この報告書に關係するのは11例のようなんですけれども、それにしても相当の数が出ていて、それを防ぐにはどうすればいいかというのでこういう提言がまとめられたということです。私が覚えているのは、2004年に大野病院事件というのがあって、この中でもご存じの方は多いんじゃないかなと思うんですけれども、あれは警察が産科の医師を逮捕しちゃったんですね。少なくともさっきの42例か11例なんかで、刑事事件になったことはきっとないんだと私のほうでは思っていて、それはそれだけでも大きな違いなのかなというようなことを、ここまでのご報告の中で考えたことであります。

ちょっと余計なことを申し上げましたが、何か補足があれば。あるいは、他に委員の方でもおっしゃってくださることがあればありがたいと思います。何かありますか。

田原専務理事 2点のコメントをいただきました。1点目について、報告書の件数ですけれども、これはコロナが流行した時に一時ちょっと下がりましたが、だいたい年間360件前後というような感じとなっております。これで安心していいのかどうかというのは、正直なところわからないと考えています。もう少

し中身を調べないといけないのかなと思っておりますので、後ほどご説明する検討会の報告書の中には、医学的な研究を進めていくということもございます。院内調査報告書をこれまで3,000件以上、ご報告いただいておりますので、そういったような傾向がどういうふうになっているのか。単に医療機関のほうで意識が高まってご報告数が増えているのか、それとも実際に死亡事例が増えているのかといったようなことも、しっかりと分析ができるようなことを進めていかないといけないのかなというふうに思っております。あくまでもこの報告件数というのは、指標というか、こういう事実を踏まえた上でそれをどう解釈していくのかというのは、掘り下げた分析が必要かなと思っております。

それから2点目の件については、実際にこの提言で取り上げた事例について刑事事件になったかどうかというのは承知はしていませんけれども、全体的な傾向として、刑事事件になって刑事罰があった場合には医師免許に関する行政処分がございます。これが、今ご指摘があった2004年頃はだいたい年間20件ぐらいでございました。最近では0件、もしくは1～2件というような感じになっておりますので、そういう意味では傾向として刑事罰を受けられた方は少なくなっているかなと思います。ただ、一方で医療現場のほうからは、例えば告訴をされているとか、あるいは刑事罰を受けないにしても起訴されたりするとか、あるいは送検されたりするというようなところも気にされていらっしゃるようですので、そういったところは直接、我々のセンターの業務とは関係ないところではあるんですけれども、この制度の発足をした時のいろんな背景、ご意見を念頭に置いて、そういうところも気にしながら、厚生労働省のほうとも連携をしながら進めていきたいと考えているところでございます。

樋口委員長 ありがとうございます。山口さん、どうぞ。

山口委員 COMLの山口でございます。樋口委員長のご指摘の前者のほうですけれども、私たち電話相談を受けておまして、明らかに医療に起因した予期せぬ死亡ではないかと疑われるようなご相談がけっこう届きます。そういった時にこの制度の説明をしますと、ほぼ制度のことはご存じない。「まずは病院に、報告する予定はあるかどうか聞いてみてください」とお勧めすると、聞きに行かれるんですけれども、「これは報告の必要はないと判断しました」と言われていることがけっこう多いという印象を受けています。ですので、今、分析とおっしゃったんですけれども、報告されているものは分析できるんですけれども、報告しないと

判断したものについての分析はしようがないと思うんですね。やっぱり10年経って、「報告しなくても別に何のお咎めもないし、他のところも報告してないじゃないか」という意識を持っている医療機関もないとは言い切れないと私は思っていますので、そのあたりをもう少し考えていかないといけないんじゃないかと思っています。いつもと同じでいいですという問題ではないかなと、私は思っております。

樋口委員長 ありがとうございます。どうぞ、木村さん。

木村常務理事 今の山口先生のことについて、それから第1番目のことについて、少しだけ追加をさせていただきます。ずっと横ばいで約10年間来たということですが、実際のこの制度のあるなしに関わらず、複雑な体系の中で医療安全に対する努力というのはすごくされていると思うんですね。例えば、名前を確認いただくとか、それから手術なら手術が始まる前にタイムアウトとあって、今日はこういう手術をします。右側、左側をみんなで確認するといったようなことで、たぶんそういう事故はほぼゼロになって来ているんじゃないかと思います。そういう努力にも関わらず、今お話があった通り、どんどん複雑化していますし、相手は高齢化していますので、その中で起きた残念ながらそういう事故というのは、どれぐらい報告されて調査がきちっとされているかということに関しては、まず私どもが相談を受けて「これは対象になると思います」と病院に助言をしたうちの、4割は報告がないんですね。これは自ら判断することなので法律違反ではないんですけれども、私どもがそういう判断をしたうちの4割は報告してくれていない。それから、人口当たりで出した地域格差というのが約5倍、県によって違うということも、これはご遺族の団体からも強く指摘されていますけれども、判断の違いというか、そういうところの判断が基本的に難しいという点もありますけれども、違いがある、ズレがあるということも確かなので、さっき樋口先生がおっしゃった、全体に事故が減って来たならいいけれども、まだ隠れた報告されていないのが出て来ないんじゃないかと。おっしゃる通り、本来出さなきゃいけないものがずいぶん埋もれたまま、その陰には非常に残念な思いをされている、辛い思いをしているご遺族の方、病院の当事者の方たちがいるんだろうと思います。

今度、10年の振り返りのところでもおそらくお話があると思いますけれども、そういう病院が判断をしたこと、そして特に事故ではないという判断をした場合には、ご遺族にどういう説明をしたのか。それからどういう考えで院内でそれを決めたのかということ、きちっと記録に取って保存するようにというのが、お

そらく厚労省の検討会でも出ていますし、私どもから出たものでも出ているところから、それは制度の中で少し改変というか、そういうことが行われるのではないかと今、言われています。そういうことがあれば、「どういう判断をしたんですか」と聞かれた時に、私どもから聞く場合には任意の答えになりますけれども、「こういう考え方です」ということをちゃんと言わなければいけない状況になるということで、そのへんが少し後押しをしてくれるようにもなるんじゃないか。そういう努力をして、基本的には自らの判断で決めるということの基盤になる考え方は尊重したいなと思っているところです。以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。何かあればということですが。

長尾委員 よろしいですか。名古屋大学の長尾です。樋口先生の最初のコメントに関してですが、例えばこの提言で取り上げられるようなジャンルごとの報告数の推移とか、調査数の推移みたいなものを丁寧に見ていくというのは、まずひとつ選択肢としてあると思っています。例えば、第1号であった中心静脈の件は、7年ぐらい経った段階であまり変化がないということで第2号が出ているというような経緯があつて、じゃあその後どうなっているのかといったあたりを追いかけて行くということを、丁寧に進めていったほうがいいのではないかと。

それから、前々回の会で私が申し上げたことですが、センター調査だけでいいと思うんですけども、調査をした結果、これは避けがたい出来事だつというものと、これは避けられる、回避すべき出来事だつというものを分別し、まずどのくらいそれらが俎上に乗っているのかということのを定量化する時期に来ているのではないかと思います。特に、調査手法が定型化されてからはそれが判断できるようになっているはずで、最初の数年間はややバラツキがあつたかもしれませんが、この4、5年では、かなり安定した調査報告書になっているので、そこから数字をまずは押さえて、少なくとも現状を数値化しておくということをやっておかないと、いつまでたっても我々は何を調査し、何がどう変化しているのかすら説明できない状況が続くのではないかとこのように思っています、ぜひその辺りをご検討いただきたいです。、節目の10年ということで樋口先生がご提言されたわけで、次のフェーズに入っているのではないかとこのように思っています。

当然、それが国内の全体数を示しているものではないわけです。しかし、少なくともこの10年、一定の約束ごと、ルール下で事を進めた結果、こういう状況があり、次の10年ではこのような変化があつたというこ

とを、示していかないといけないのではないかというふうに思っております。

樋口委員長 ありがとうございます。他に何かあれば。もちろん、全体としてまた後で思いついたことと
いうので、遅れてご発言をされるのはぜんぜん問題ありませんので。ただ、やるべきことがまだ、報告を受
けるべきこともたくさんありますので、とりあえずは次へ移りたいと思います。次は、資料3について事務
局の宮田さんから、それから資料4について田原さんから、お願いいたします。

宮田常務理事 では宮田から、総合調査委員会の開催状況について説明させていただきます。資料にありま
すように、順調に毎月1回、開催されております。最終が117回、ちょうど先週、12月18日に実施されま
した。特に注目するところは、総合調査委員会というのはセンター調査に関する作業を行うわけですが、
センター調査の新規事例の検討、それからセンター調査の報告書案の検討、そしてまたそれに対する質
問に対する回答案の検討をずっと行うわけですが、最近、IC——インフォームドコンセントの検証・
分析に関して、以前からいろいろと議論があったんですが、それをまとめて今、議論しているところであり
ます。現在進行中でありまして、そういった議論が進められているということを報告させていただきます。
以上です。

田原専務理事 続きまして、田原のほうから資料4—1から4—4についてご説明をいたします。まず資料
4—1は、センター主催研修というものでございます。医療機関の管理者などを対象にした研修で、10月に
開催をし、参加者66名、そしてオンデマンドの配信の申込者数が現在1,295名ということでございます。内
容としては、第2部の講演のところを見ていただきますとわかりますように、再発防止に向けた提言を各医
療機関において実践して、その効果がこういうふうにあったといったようなご報告、ご講演をいただい
ております。こういったことを各医療機関で聞いていただいて、またそれぞれの医療機関で実践していただ
きたい。こういう趣旨で開催をしたところでございます。

続きまして、資料4—2をご確認ください。委託研修の関係でございます。例年、行っております研修で、
支援団体統括者セミナー、日本医師会様に委託をしております研修を3月に予定をしております。また、管
理者・実務者セミナー、これも日本医師会様に委託をしているもので、12月7日に実施をし、受講者数50

名、eラーニング申込者 989 名というふうになっております。また、日本歯科医師会様に委託をしております研修会でございますけれども、2月後半から3月初旬に開催を予定しております。

続きまして、資料4-3をご覧ください。プレスセミナーについてという題でございます。これは、「制度への周知がまだ不十分である」というような運営委員会からのご指摘もいただいておりますので、今年度、周知を図るための取り組みを行っている一環のひとつでございます。4のところにありますように、11月11日に開催をし、国民向けに行うものも考えられるわけですが、その前哨戦というか、前として報道機関を対象としたプレスセミナーでございます。プログラムについてはご案内の通りになっております。そこに来られたプレスの関係者は、裏面のほうにございますけれども、一般紙、それから業界紙、テレビの方がご参加されて、この時のプレスセミナーの状況について一部報道につながっております。機構のホームページにも掲載をしているところでございます。

続きまして、資料4-4をご覧ください。先ほど申し上げたのは報道機関向けでございますけれども、今度は市民向け、国民向けに講座を開くということで、これまでもお話をしておりましたけれども、具体的に決まっております。4の開催のところをご覧くださいと思いますが、テーマとして「患者のみかた(見方/味方)～あなたにとって納得できる医療とは～」という題で開催をする予定でございます。主催はNHKエンタープライズ、NHK文化センターで、医療事故調査・支援センターは共催という形で参加をしております。後援として日本医師会様、日本歯科医師会様、日本薬剤師会様、日本看護協会様、日本助産師会様にご後援をいただいております。1月17日にハイブリッド、会場とオンラインの視聴で行います。参加者数170名で、ライブ配信定員500名ですが、2週間前に募集を開始したんですが、すでに登録申込者が会場は200名以上、それからライブ配信は700名以上のご要望がございます。会場のほうは概ね締め切っているというふうには聞いておりますが、ライブ配信については1,000名程度までは対応できるということでございますので、まだまだ募集をしております。司会は元NHKアナウンサーの三宅民夫さんで、登壇者はご覧の方になっています。チラシを別添1のほうに付けております。また、読売新聞社が協力になっておりますので、読売新聞でも広告などが行われているというものでございます。説明は以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。ただいまの説明について、何かコメント、質問等がありましたら。山口さん、どうぞ。

山口委員 COMLの山口です。質問ですけれども、資料3の5ページにある、先ほどセンター調査におけるインフォームドコンセントについて話し合いを始めたというお話があって、これももう少し具体的に、どういうことなのか意味がわからなかったので、教えていただけますでしょうか。

宮田常務理事 いままでセンター調査を分析・検証する場合、だいたい3つに分けていました。つまり、「これは標準的医療である」、真ん中は「標準的医療だけど改善の余地がある」、もうひとつは「これは標準的医療から外れる」、そういう3つの分類をしていました。ただ、個々のセンター調査事例を議論するに当たって、インフォームドコンセントをその3つという単純な話ではないのではないかという意見が常にありました。そこで改めてインフォームドコンセントというものを考えて、それを検証・分析する時にはどのような表現を使ったらいいか、どのように考えていけばいいかということで議論が始まったわけです。一応このセンターとしましては、やはり医療を納得して受けるためには、いろんな情報を得た上で患者さんが自分で判断できる状況ということがいちばん大事ではないかということを中心に、総合調査委員会の先生方の意見を今、やり取りしているところです。その中で、今後センター調査のインフォームドコンセントを検証・分析する時、そしてそれを将来の再発防止につなげる時に、どういうふうな表現でその報告書をまとめるのがいいかという、そういう観点で今、議論しているところであります。

山口委員 そうすると、センター調査に上がって来た事案の患者にどう説明があったかということのインフォームドコンセントではなくて、センター調査をした結果をご遺族に説明する時のあり方という意味ですか。

宮田常務理事 いや、同じようなことだと思いますけど、つまりこの事例で、亡くなることになってしまったわけですけれども、特にその医療行為を行うに当たって、どのような説明を患者さんに、あるいはご家族にしていたのかという、それを分析して、そして今後は、「こんなような説明をすることが患者さんが納得して医療を受けることにつながるんだ」ということにつなげなければいけないんだと思うんですね。その分析・検証の仕方をどういうふうにして、そしてどういう表現で表すかということ今、議論しているところだということでご理解いただければと思います。

山口委員 はい、内容はよくわかりました。もしそういうふうなことであれば、やはり今後に活かしていけると思いますので、ぜひそういった結果が出た時に、「こういう説明であったけれども、もう少しこういう説明のほう望ましい」とか、そういったことをぜひ公表していただくと、多くの医療機関でも参考にできるんじゃないかなと思いました。

宮田常務理事 ありがとうございます。

樋口委員長 ありがとうございました。藤原さん、お待たせしましたが、どうぞ。

藤原委員 ありがとうございます。聞きたかったのは、資料4-4で市民公開講座の説明がありました。厚生労働省の検討会でも、先ほどお話がありましたけれども、国民への医療安全制度の周知がされていないとか、理解されていないところがあるのではないかとということが大きな課題ということで、それを国民にいかにも普及啓発していくか、周知していくかということが大事だという話がありましたし、そのように私のほうからも発言しています。そういう意味で、今回のこの機構としての取り組みは、非常に重要な取り組みだと思うということは前にもお話ししています。その上で、今回、会場定員が170人のところに申し込みが200人ぐらいあり、ライブのほうも500人定員のところ700人ぐらいだとのことでした。ライブは1,000人ぐらいまで拡大できるということでしたけど、会場については、申し込みが200人ということでしたけれども、30人はそうするとお断りしたということなのか、それとも拡大してやるということになるのか、そのへんをちょっと教えていただきたいと思います。

それから、今の山口さんからご質問があった点については、私が言うべきことではないんですけども、総合調査委員もやっていますので。これについては、いわゆる検証の過程で、その事案についてのインフォームドコンセントの話なので、今のご説明の中で、そのように説明されたものというふうに思います。あと、センター報告というのがどなたのところに行くのかと言うと、これは当該医療機関と患者さんのところに行くので、この中身を広く周知するという感じになるものではないというのが、今の説明だと足りなかったかなと思いましたので、余計なことかと思いましたが付け加えさせていただきます。以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。

田原専務理事 田原のほうから、お答えいたします。まず市民公開講座のほうですけれども、会場の観覧については200名ぐらいの応募があって、だいたい実際に来るのは7割程度ではないかというような見込みを業者のほうはしているようですので、200名の方ぐらいに対しては、お断りしたというよりは、来ていただくようにしているのではないかなというふうに思います。当日、ご欠席の方も一定程度いらっしゃる可能性があるかと思えます。

それからもうひとつ、インフォームドコンセントのことについて今、藤原先生のほうからお話がございました。あくまでもセンター調査を行う際に、実際に医療機関で行われたインフォームドコンセントがどうであったのかということを検証する際に、どういうふうな表現で、どういうような視点で検証したらいいのかということも議論していただいております。それが、普遍的に広がるものとはなかなか難しいところがありまして、まずセンター調査で行う際にどういう視点で検証するのかと。いちばん大きいのは、患者さんがお亡くなりになっていて、患者さんが自己決定をしているかどうかというのは後からはわからないというところが、大きな点ではないかなとは思いますが、そういった制限がある中で、どういうふうに検証を進めて行ったらいいのかということをご議論いただいているところでございます。ご指摘いただいたような、望ましいものについてどういうふうに評価をして、どういうふうに再発防止に入っていくかというようなことも、議論されるのではないかなと思っております。

樋口委員長 ありがとうございます。他にはいかがですか。宮田さん、どうぞ。

宮田専務理事 追加させていただきます。今ありましたように、総合調査委員会で検証するのはセンター調査に限っており、センター調査というのはご遺族と当該医療機関にしか報告されません。ですから、今回の検討会、それから厚生労働省の検討会でも議論になりましたけど、素晴らしい再発防止策などが提案されたりするんですけど、それをいかに医療界で共有するかというのは次の課題になっておりますので、今のインフォームドコンセントに関しても、それも含めてそれをどういう形で医療界に還元するかというのは、我々

が考えていかなければいけない課題というふうに思っております。

樋口委員長 ありがとうございます。それでは、次の資料が資料5ということになります。これについて事務局からお願いいたします。

田原専務理事 田原でございます。資料5の関係のご説明をいたします。5-1をご覧ください。これはすでに機構のホームページに掲載をしているものでございます。医療機関が医療事故と判断した後にご遺族に説明することになっておりますけれども、それが円滑に実施できるように資料を作成しております。表面は医療機関の皆様へ留意点などを記載したもので、実際に医療機関からご遺族の方々にお示しする資料として、裏面のほうの「ご遺族の皆様へ」という資料を作成しております。リーフレットもございますが、それをさらに整理をして、伝えるべきことを伝えて、なるべくわかりやすくという趣旨で作成しております。作成に当たっては、説明を受ける立場の方からのご意見も伺いながら作成をしたところでございます。こういうものをご活用いただければと考えております。

続きまして、資料5-2をご覧くださいと思います。会場の方には報告書の概要2枚、それから検討会の報告書、参考資料、それから設置要綱などがございます。Webの方については、事前にお送りしたものが案になっておりますので、現在、機構のホームページにそれらを掲載しておりますので、URLを送っているかと思っておりますので、そちらをご覧くださいと思います。大きな点では変わりはありません。

説明にあたっては概要のほうを使わせていただきます。概要の1ページの1のところですが、この検討会は医療事故調査制度の現行制度を前提として、第三者の視点から分析を行って報告書をまとめたという形になっております。

主な課題と今後の対応について、こういう対応をセンターとして取り組みを進めて行く必要があるというご提案でございます。(1)の①を申し上げますと、先ほどからも少し出ておりましたが、医療事故の判断に関する支援について、判断に迷う事例が一定数あるということから、対応に書いてありますように、センター合議における議論を整理をして、医療機関の管理者が医療事故を判断する際の参考となるような情報提供を行うというご提案でございます。それから、そういったものについて研修に活用して管理者の参加を促進するという内容です。

それから、2番目の「伝達やセンター合議の質」と書いてあるところです。これは先ほども山口委員のほうからご指摘いただいた、合議で「医療事故の報告を推奨する」と助言した後に報告されていないような事例について、どうなのかというお話があったかと思いますが、そういったことについても理由を情報収集する、また伝達のほうについても医療機関がどのようにご遺族に説明したかを情報収集するというので、それを研修や支援につなげていくという考え方でございます。厚生労働省のほうでの検討会の報告書には、遺族等への対応も含めた医療事故該当性判断に係る記録の保存について、医療機関でそういうことがやられるようにしていこうという方向性になっておりますので、我々のほうもそういうことを念頭に置きながら、こういうフォローアップや任意の情報収集の活動をしていきたいと考えております。

少し飛びまして2ページの下にあります(2)の「②提言および警鐘レポートの普及啓発」のところをご覧ください。これも先ほどご指摘いただきましたように、提言公表後に同様の事故が繰り返されるということは、非常に問題があると。これは検討会のほうでもご指摘をいただいております。そこで、長尾先生から先ほどご指摘いただいたような提言の再周知、まず実態を調べた上で、増えているということであれば再周知を行うということも重要でございますし、また対応のところにもありますように、提言を活用して医療事故防止の取り組みを行った事例をセンターのほうで情報を集めて、そして提供するというので、それぞれの医療機関が提言の内容をすぐには咀嚼できなくても、他の医療機関でこういうふうに取り組んでいると。中小規模の病院でもやられているといったようなことを、参考にできるようにできないかと。先ほど、主催研修の中で同様の取り組みについてご講演いただいたというお話をいたしましたけれども、それをもう少し大きく広げてやっていけないかというようなご提案でございますので、機構としてもそういう取り組みを進めていきたいと思っております。

3ページの(3)で、センター調査に関するところです。センター調査については、2年以上かかっているということで、この運営委員会でも期間の短縮についてご指摘をいただいたかと思いますが、業務の見直しを進めて短縮をしていきたいと考えております。また、その次にあります、センター調査報告書の中には、企業や学会に対する再発防止策も盛り込まれております。センター調査報告書はご遺族と医療機関に対して交付されるものですので、こういった知見が学会や企業にも活用されるような方策を検討するよう提案をいただいて、そのための方策を具体的に考えていきたいと考えております。

それから、センター調査の透明性についてのところですが、先ほど藤原委員、それから宮田常務のほうか

らコメントがございましたけれども、センター調査がどういうことをやっているのかというのは、よくわからないというような指摘がありますので、マニュアルも含めてどういうことをセンター調査で行っているのかということを示していくべきではないかと。厚生労働省のほうでそういったようなコメントがございましたので、厚生労働省の方針も踏まえまして必要な取り組みを進めていきたいと考えております。

なお、この委員会でもご指摘をいただきましたセンター調査報告書の公表に関しては、厚生労働省のほうでご議論がなされております。その際に、さまざまな意見があったので、論点を整理した上でさらなる検討が必要とされておりまして、継続的な検討を行っていくべきだというふうにされておりますので、そちらのほうで検討がなされるものではないかなと思っているところでございます。

最後に(5)のその他ですけれども、制度の周知、先ほどからもご指摘をいただいたように、なかなかまだ十分な周知はできておりませんので、先ほどお話ししました市民公開講座や、あるいはポスターの見直しなどを想定しておりますけれども、しっかりとした周知をすべきだというご提案をいただいております。

本日、検討会の報告書についてご説明をいたしまして、ご意見をこの運営委員会のほうからいただきまして、それを事業計画のほうに反映して実行していきたいと考えているところでございます。この検討会の報告書については以上です。

続きまして、資料5-3です。生成AIを用いた医療事故調査報告書分析・実践研修事業についてであります。資料5-3には、これまでの経緯などが書かれておりまして、下のほうにAIコンサルティング業者、AI構築業者が11月以降も決まって、引き続き事業を実施をしているという内容でございます。

今、画面共有をしております資料をご覧いただきたいのですが、現在の内容について少し細かく書いております。大きな1番目で、まずAIの環境の整備ですけれども、いろいろなルールをつくりながら、3番目にありますようにサーバーを調達をしております。準備をしながら、そして2番目にありますようにセンター業務の内容を言語化をしております。これを言語化することによって、AIで活用できるということになります。

3番目のセンター業務を補助するAIの開発のところですが、さまざまなことをやっておりますが大きく3つございます。院内調査報告書収集整理として、院内調査報告書が来た場合に医療機関の名前だとか、患者さんの名前が書かれているような場合、特定されないように仮名化する。そして、要約も今は手作業で担当者がやっておりますけれども、これをAIにお願いして、そしてそのたたき台をつくってもらった

上で微修正をするというようなことができないか検討しております。

2) のところは、院内調査報告書を分析して分析テーマを抽出できないか。現在、専門の領域の先生方に分析をしていただいているのは院内調査報告書全体の1割程度でございますので、もうちょっと網羅的にAIで分析テーマの抽出、あるいは候補を示していただいたりすると、専門家の検討がしやすくなるのではないかとこのように考えているところです。

3) のところは、センター調査報告書を作成する時に、今はカルテを見て臨床経過を作っております。こういった臨床経過表を作成するのもAIで作れないかとか、あるいは医学的検証における一般論の作成、これも一般的な知見でございますので、作ることが可能なのではないかとこのように念頭に、今業務を進めております。まだ具体的にご報告できるような状況ではございませんけれども、3月がこの事業の最後になりますので、それまでにこういったことについて完成させたいと思っております。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。ただいまの説明につきまして、ご意見等がありましたら、よろしくお願いたします。川上さん、どうぞ。

川上委員 日本薬剤師会の川上です。今、映写していただいた資料をもう一度出していただくことは可能ですか。その「3. センター業務を補助するAIの開発」の、2) で少し気になったことがあります。タイトルには「院内調査報告書の分析および再発防止策の検討の支援」とあって、その下の具体的な説明が「院内調査報告書の分析、事例の分類、分析テーマの抽出等」ということは、タイトルに書いてある「院内調査報告書の分析の支援」だと思うのですね。「および」の後、「再発防止策の検討の支援」として具体的に何をやるのかが記されていないと思いましたので、お考えの内容をお教えいただければと思います。

田原専務理事 分析の支援のほうでしょうか。

川上委員 もう一度、申し上げます。2) の行の下に書いてあるのは、2) のすぐ隣にある「院内調査報告書の分析の支援」に関する具体的な説明だと思うので、その「分析」の後に「および再発防止策の検討」と

ありますから、「再発防止策の検討の支援」に関する内容が記されていないので、お教えいただきたく願います。

田原専務理事 失礼いたしました。まず、分析テーマの抽出までは書いておりますけれども、再発防止策の検討そのものについては、かなり専門家の手が必要ではないかなというふうに考えておまして、「等」の中に含まれているというふうに考えていただければと思うんですが、そこまで本当にできるのかどうか、専門家の知見を再発防止策を作るというところまでできるのかどうか、それはまだやってみないとわからないというところで、具体策までは書いてはおりませんが、今、分析部会のほうで専門の先生方が集まって細かい提言をいくつか設けていますけれども、その検討のひな型になるようなものが出せないかどうかというのは、念頭にはございますけれども、まだまだはっきりしないところがございまして、例示としてはちょっとお示ししていなかったところでございます。

門脇理事長 よろしいですか。タイトルの中に入っているんで、下に示していないというのはちょっとバランスが悪いと思うんですね。タイトルに入れるのであれば、何らかの言及はするべきだというふうに思います。

田原専務理事 ありがとうございます。指摘をいただきまして、また次に説明する時に具体的な表現にしたいと思います。ありがとうございました。

川上委員 そうしましたら、例えば再発防止策の検討の支援として、こういったA I開発等が活用できるか、そのフィージビリティや可能性を検討する、といったことをお示しいただくと、具体的に皆さん理解しやすいかと思います。

田原専務理事 ありがとうございます。

木村常務理事 少しだけ追加させていただきます。再発防止策にどのように使うことができるのかというの

は、まだこれからやっていかないとわからないことですが、期待していることとして少し議論されているのは、例えば院内調査報告書が3,000件近くある中で、「同じような事例を抽出してください」といって、それを出してくれると。それが事故として特徴があるのかどうか。例えば気管切開のところは、気管切開術後早期というのを見つけた、「早期にこういうことが集中しているね」というのを見つけたのは専門家、慣れた人が見て思ったわけですが、もっと1年も経ってから起きている事故もあるわけですよね。でも、それは気管切開に関わる局所の感染が原因だったりしている。そうすると、それは違う、類似ではないねという、そういうことが複雑に絡んでくると、そのへんをAIでできないのか。そうすると、「類似事例でこういうのもありますよ」と。名前は違う事故だけれども、こういうところが類似しているというのが出てくると、非常に面白いといえますか、新しいことが見えるのかなど。そういうことを期待していると思います。

門脇理事長 そのことはよくわかりました。ありがとうございます。これを見ると、院内調査報告書の分析のところ、それから今あったのは事例の分類ですよね。それが再発防止策の検討に生きるかも知れないというお話だったですよね。そうすると、最初の部分は分析だけに特化したわけではなくて、特に事例の分類とか分析テーマの抽出のところは、再発防止策への活用も将来、可能になるかもしれないということなんでしょうか。

田原専務理事 ありがとうございます。分析テーマを抽出するということが、再発防止策を検討するに当たっての入り口かなと思います。先ほど川上先生のほうからご指摘いただいたことに答えたのは、再発防止策の中身を検討する際のお話をさせていただきましたけれども、再発防止のテーマを選ぶという意味での分析テーマの抽出ということでございます。説明が不足しておりました。

門脇理事長 そうすると、2行目にどういうふうに入れたらいいのか、今の時点で名案はないですけども、何らかの再発防止策への活用の検討であるとか、何かそういう文章を入れたほうが。ずいぶんこのAIの開発にはみんな期待が強いので、再発防止策というのがタイトルにあって具体的にないと、ちょっと物足りない感じがするという。

田原専務理事 本来はこういうことができるということを、具体例を示したいところではあるんですが、若干、スケジュール的に遅れがちなところもありまして、今回は3月におそらく開催されることになると思いますので、その時にはこの文章もそうですし、さらに具体的にこんなことができそうだというようなこともご報告できるのではないかなと思っていますところでございます。

樋口委員長 お待たせしましたが、小松原さん、どうぞ。

小松原委員 ご説明ありがとうございます。今のAIの活用の中で、今年度事業ということですので無理かもしれないのですが、ひとつ感触として考えていただければと思いますのが、報告内容のトレンド分析への活用ということが何かできないかなというようなことを検討いただければありがたいなと思いました。それは最初に樋口先生からのコメントがありました、報告件数がほぼほぼフラットですという話とも関連することです。樋口先生のコメントを頂いてちょっと考えていたのですが、いろいろな業界の方とお話をするのですけれども、事故件数が増えているというところもありますし、減ってきているという業界もあります。一方、変わらない、減ってきたが中身が変わったという業界もあります。そういう意味でいうと、この報告件数がフラットということはどう評価するかというような、質的な検討もちょっと必要ななと思ひまして。例えば、報告のモチベーションが上がれば件数が増えます。一方で、安全になれば減るということはありますが、ただそれはシステム的に対応がなされれば継続されるのですが、一方で人に対するの対策という教育訓練の面で減ってきたということだと、人が入れ替わってしまっただけで教育訓練が追いつかなくなってしまうと増えますということもあります。というようなことで、対策のクオリティがどのようなことになっているのかというようなことも、増減評価の際のポイントになる場合もあります。

それから、需要との関係ということがありまして、医療ですと対象の患者さんが増えれば報告も増えるでしょうし、対象疾患が減れば当然、減るということもあると思います。そういうあたりもあると思いますし、それから新技術が導入され提供される医療が変わると、いままでには発生しなかったようなものが発生するというところもあるかもしれません。こうしたことが同時に起こると件数的にはフラットになるので、つまり、件数だけ見ているとちょっとミスリードしてしまったり、誤解してしまうということがあって、フラットなので「こういうようなものだ」みたいなことになってしまうとよろしくないということなのではないかと思

いました。そういうことで、報告内容の質的な分析ということについてもA Iが活用できれば非常にありがたいなと思ひまして、ちょっと発言させていただきました。以上になります。

樋口委員長 ありがとうございます。

田原専務理事 ご指摘いただきましてありがとうございます。A Iがそういうことについて活用できないか考えてまいりたいと思ひますし、A Iを活用しないまでも、そういう意味合いについてどういうふうに評価をするのかというのは、常に意識しながら検討を進めていきたいと思っております。以上でございます。

小松原委員 ありがとうございます。

樋口委員長 他にいかがでしょうか。山口さん、どうぞ。

山口委員 山口です。ひとつ前の「医療安全の更なる向上を目指す検討会」の概要の国民への周知のところで、「医療安全支援センター等と連携し、医療事故調査制度を周知することを検討する」と書いてありまして、これ具体的にどういう議論だったのかがわからなくて詳しい報告書を見たら、まったく同じ文言しかないんですよね。これ、医療安全支援センターと連携して周知を図るというのは、何か具体的な話が出て来たのかということを確認したいと思ひました。

それはなぜかという、私は医療安全支援センターの初任者研修に毎年関わっております。「研修に出て来られるまでに医療事故調査制度のことは何か学ばれていますか」と聞くと、「まったく知らない」とおっしゃるんですね。初任者研修では必ず触れてはいるんですけども、初任者だけではない方が相談対応されています。医療安全支援センターに相談したという方がうちに相談してこられて、医療事故調査・支援センターの話をする、ちょっと誤った情報提供をされていることもあるんですね。連携するのはいいんですけども、まず医療安全支援センターの職員の方の周知ということが私は先かなというふうに思ひおきまして、これ厚生労働省の管轄ですので、ぜひ厚生労働省からももう少し職員の方に情報提供というか、周知できるような情報提供をしていただきたいということを常々思ひますので、どのように連携するという案が出て来た

のかということをお聞かせいただければと思います。

田原専務理事 医療安全支援センターに関しては、今ご指摘いただいたようなことが背景となっております。医療安全支援センターの職員が制度のことをあまりご存じでないのではないかと。以前、センターのほうから医療安全支援センターのほうに、制度の紹介をする動画のビデオとかは提供したことがあるんですけども、あまり活用されている雰囲気もないと。厚生労働省の検討会でもこの医療安全支援センターについて一定の言及がございまして、「医療事故調査制度の普及啓発のひとつとして、医療安全支援センターの業務の中に例示として位置づけるべきだ」というようなことも書かれておりますので、そういったものと連携をしながら我々も積極的に医療安全支援センターに関わって行って、もちろん職員へのいろんな説明だとか、あるいはそういう説明会がある場合にはこちらから行ってお話をするとか、そういうようなことで医療安全支援センターが医療事故調査制度をわかった上で、いろいろご相談に対応していただけるようにしていきたいと考えております。

山口委員 相談があった場合もそうなんですけど、確か医療安全支援センターは住民への情報提供ということも役割に入っていたと思うんですね。より住民に近いところにいらっしゃるセンターですので、地域の方たちにこういう制度について説明をするということも役割として認識していただきたいなと思っていますので、そのあたりもぜひ考えていただければと思います。

田原専務理事 ありがとうございます。

樋口委員長 ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。よろしいですかね。

それでは、時間的な制約もありますし、この後は個別事例についての意見交換というところに移りたいと思います。それで、いちばん初めに申し上げましたが、傍聴の方はここでご遠慮いただくということになります。Web からのご退室を、申し訳ありませんがお願いいたします。

(以上)