

令和6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7年3月12日（水） 10：00～12：05

場 所：浜松町TSビル6階 E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

田原専務理事 定刻となりましたので、令和6年度第3回医療事故調査・支援事業運営委員会を開催いたします。本日はお忙しい中、当委員会にご出席を賜りましてありがとうございます。まだお越しいただいている方もいらっしゃいますが、委員19名中17名の委員がご出席の予定でございます。お二人ほど今、遅れているというふうに聞いております。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名の参加でございます。それからWebの出席でございますけれども、阿部（修）委員、今村（康宏）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、長尾（能雅）委員、藤原（慶正）委員の13名でございます。これで全員揃いました。ご欠席の委員は井本（寛子）委員、後藤（隆久）委員の2名でございますので、ご出席者は過半数に達しておりまして、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、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にも会場にお越しいただいております。

委員の皆様には、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いたします。Web出席の委員の方におかれましては、ご発言の際にマイクのミュートを解除していただきまして、ご発言が終わられましたら再度ミュートとしていただくようお願いをいたします。傍聴の方々につきましては、すべてWebにてご参加を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いたします。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いたし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。2月分につきまして、Web出席の方には画面共有を後ほどしたいと考えております。資料2-1から2-5は再発防止の関係の資料、資料3はセンター調査の資料、資料4-1から4-2は研修業務の関係資料でございます。資料5は関係団体との連携の関係の資料、その他、資料6と資料7となっております。参考資料といたしまして、前回、12月の運営委員会の議事録でございますけれども、用意しております。この議事録につきましてはご覧いただきまして、お気づきの点ございましたら事務局のほうにお申しつけいただければと思います。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をお願いしたいと思います。

それでは、委員会を開催いたします。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 それでは、ひと言ご挨拶をさせていただきます。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。当機構は、医療事故調査・支援センターとして、医療事故調査に関する業務を行ってまいりましたが、今年の10月でちょうど10年になります。これまでに各医療機関から当機構へ届けられた医療事故報告は、この2月末で3,309件、院内調査の結果報告も2,914件となっております。当機構では、これら各医療機関からセンターへ提出された院内調査結果を整理・分析し、テーマを抽出のうえ、再発防止策を提言や警鐘レポートとしてとりまとめ公表するなど、医療事故の再発防止に向けて日々、活動しています。こうした取り組みは、医療事故に関する情報が集積されているセンター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います。また、2月の理事会において、令和6年度の事業計画、収支予算書の変更や、令和7年度事業計画、収支予算書などが承認されました。承認された内容は、新たに生成AI関係の事業を当機構で行うことや、「再発防止委員会設置規程」の改正も組み込まれています。本日は、こうした医療事故調査・支援センターの取り組み状況について報告を予定しています。

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あります。業務の実施状況に関して、本委員会委員の皆様のご意見の忌憚のないご意見をいただきながら、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。限られた時間ではありますが、本日もどうぞよろしくお願いいたします。

田原専務理事 それでは、樋口委員長に議長をお願いしたいと思います。よろしくお願いいたします。

樋口委員長 おはようございます。年度末でお忙しいところ、こうやってご参集いただきまして感謝いたします。今日が運営委員会の年度末、3回目ということですが、定例の報告の他に「再発防止委員会設置規程」の改正の事案、それからさっき理事長からもありましたが、今年の秋に10年目ということになりますが、それにも関連させて「医療安全の更なる向上を目指す検討会」というものを設置しておりますので、まだ途中ですが、それについて若干のご報告があると思います。その他の事例の中で、これはいつものことですが、個別事例に係る内容に触れる部分がありますので、後のほうになると申し訳ありませんが、通例のことです

が非公開ということになりますので、傍聴の方々にはご遠慮していただくこととなります。以上のようなことで議事を進めていきたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

では早速、議事に入りますが、資料1から資料2について、田原専務および木村常務から説明をいただきたいと思えます。よろしくお願い致します。

田原専務理事 専務理事の田原でございます。私のほうからは2点、申し上げます。資料1をご覧くださいと思います。画面共有をお願いいたします。2月末の時点での制度の現況報告でございます。傾向はこれまでとほぼ同様でございます。医療事故の発生報告は2月で27件、それから院内調査結果報告は22件となっております。相談件数は189件、トータルで17,000件余りでございます。2月の相談件数の内訳でございますが、医療機関が80件、遺族等が99件、その他・不明が10件でございました。また、遺族等からの相談内容を医療機関へ伝達したものは2件でございます。それから、医療機関のほうから医療事故の判断について相談を受けて、センター合議を開催して助言をしたものが7件でございました。センター調査の依頼件数は3件でございまして、ご遺族からの申請が2件、医療機関からの申請が1件。そして、交付したものはございませんでした。現況報告については以上でございます。

続きまして、資料2-1をご覧くださいと思います。「再発防止委員会設置規程」の改正でございます。お手元の資料をご覧くださいと思いますが、再発防止委員会、現在も設置されておりますけれども、この運営委員会のもとに設けました「再発防止のあり方に関する作業部会（WG）」、令和5年度に検討いたしました昨年3月に報告をいただいております。その際に、医薬品・医療機器等を開発する側の代表が再発防止委員会に参加するなど、センターと連携する体制を検討するというようなご報告がございまして、その様な体制を整えるために委員の人数を増やす改正をいたしました。2月の理事会でご承認をいただいております。20名から25名にしてございまして、医薬品・医療機器の開発をする代表がこの再発防止委員会に参画できるように改正を行いました。また、メンバーが決まりましたらご報告をしたいと思います。私からは以上でございます。

木村常務理事 それでは、引き続いて木村から、再発防止委員会関係のご報告をさせていただきます。資料2-2をご覧ください。再発防止委員会開催状況、これはいままでのご報告と基本的には変わりません。再

発防止委員会は2ヵ月に1回開かれております。院内調査の結果、もう2,900件になりましたけれども、その中からどういうテーマのもとに提言、あるいは今回始まった警鐘レポートをつくるかというようなことを検討いただいて、専門分析部会を設置いたします。それから上がって来た提言書、あるいは警鐘レポートをもう一度検討して、それを公開するという役割を担っております。

次の資料2-3は、専門分析部会、実際に提言書あるいは警鐘レポートをつくっている委員会の開催状況ですけれども、1枚紙のグレーになっているところはすでに公開したものです。現在、真ん中から、警鐘2として注射剤の血管内投与後に発生したアナフィラキシーによる死亡、これは提言3号だいたと思いますが、アナフィラキシーがすでに出ておりますけれども、その後、さらに十数件の発生を見ていること、そして学会のほうでのガイドラインが少し表現の仕方が変更になったことから、今回、再度通知ということで出させていただいています。3月19日に公開予定でおります。基本は変わりませんが、アドレナリンの投与に関する部分の詳細が示されています。それから、警鐘の3は異所性妊娠に係る死亡事例で、体外受精等が盛んになって来た今日、また新たな問題として出て来ていることも少し関与しております。それから21、22として、産科の危機的出血に係る死亡事例の分析、これは今日報告があると思います。その後、現在始まっ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よる死亡事例の分析、高齢者であることと入院から早期に気道閉塞が起きており、そこに特徴的なことがありますので、そこを警鐘させていただいているということです。それから警鐘4は、気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡と。これも、前に一度出しておりますけれども、再通知ということで出させていただきます。こういう予定でおります。

裏面は、ここに関わる分析部会に関与する先生方、その学会からの人数を示しております。下のほうのラインに警鐘レポートが出ておりますけれども、警鐘レポートは基本的に3人ぐらいの専門領域の先生方をお願いしているところです。もう一度出すというようなアナフィラキシー等に関しては、前回の委員の中からまたお願いするというをやっております。

次に資料2-4ですが、提言の20号「血液検査パニック値に係る死亡事例の分析」の説明会を行いました。前にご説明したと思いますが、血液検査パニック値は施設によって異なる値であったり、それから施設の大きさ等によって違いますので、そのあたりがまだきちっとした一つの数値として出す、あるいは閾値として出すことができないような状況ですので、それに関することを含めて提言を出させていただきます

た。そういう状況ですので、これに関する取り組みを考えようという開催を、去る3月1日に品川で行いました。再発防止に向けた提言の解説、それから実際に参加いただいた専門分析部会の先生方からご報告をいただき、その後、ディスカッションをさせていただきました。ディスカッションでは、「多くの意見をいただき非常に参考になった」と参加された先生方もおっしゃっていましたので、これが少しでも役に立てばと思っております。現在、オンデマンド方式で5月の末まで見ることができますので、ぜひまだ見ていない方はご参加いただければと思います。次のページのカラーのビラ、一枚物がそれに関するところですので、いちばん下の二次元バーコードから入っていただければと思います。私からは以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。ここまで資料2-4までご説明がありましたが、この段階で何かご質問、ご意見がありましたら伺いたいと思いますけれども、いかがでしょうか。また、何か後でお気づきになることがあったら、いつでも手を挙げる、あるいは何らかの形でご発言をお願いしましょう。

永井委員 よろしいですか。永井ですが、資料1の1番の件数のところに、今後できたら、初めて報告が出て来た件数が何件かというのを付加して。要するに、例えば2月に27件あったうち、3件とか5件は初めてだとかいうのを教えてもらえると、少し範囲が広まって来ているのか、そういったことがわかるので、ぜひご検討をお願いしたいなと思います。

田原専務理事 わかりました。発生報告に関して、初めての報告だったという内訳を記載するということになるというお話だと思います。検討して、またご相談して対応を進めていきたいと思っています。

山口委員 山口でございます。今の件ですけれども、実際はどうなんですか。2件目、3件目と何件も報告しているところが多いのか、新しいところも増えてきているのか、そのあたりはいかがでしょうか。

木村常務理事 それでは、木村から。正確な数値は今、持っていないんですけれども、一度報告をするとまた報告するという傾向は全体に見られています。報告した医療機関を調べてみると、平均が2回近くになってきていると。しかし、全体の数値は年報等でもお示ししていますけれども、大きな医療機関、ベッド数が

大きい方がだんだん大きくなっていて、年間に平均すると 0.6 件とか 0.8 件出ていますので、その 10 年分だけそういうところを出していると思います。日本の医療機関は 16 万あるうちの 15 万ぐらいはクリニック、小さなところですので、そういうところの値は非常に小さいです。0.00 いくつというような形になるので。ちょうど真ん中あたり、200 から 400 ぐらいのところ、少しいろんな事故の問題が起きているところですので、そういうところを出してくださるといいんですが、そのあたりの数値はちょっと今のところ、それが 10 年の間にどういう傾向で動いてきたか。今のご質問はそういうことかと思いますが、それはよく調べてみないとわからないので、また考えてみたいと思います。

山口委員 ありがとうございます。けっこう特定機能病院に関わらせていただいている、特定機能病院で一生懸命、何件も積極的に報告しているところと、非常に消極的なところと、2 つに分かれているような気がしますので、10 年という契機もございますので、そのあたりいままで以上に傾向を明らかにしていただきたいと思います。できる範囲があるのかもしれませんが、ぜひお願いしたいと思います。

木村常務理事 ありがとうございます。特定機能病院は数が 80 いくつですので、そのあたりは簡単に調べられると思うんですけども、まだゼロのところはほんの少しですけどあって、そういうところが目立つことがどういう影響があるかということも含めて考えないといけないところだと思います。全体の動きとしては、たくさん出しているところが事故が起きて問題だという評価ではなくて、こういうことに対してきちっとした対応をされているということで、高い評価をむしろ得るようになってきたというのは、印象としてすごく大きなものがあると思います。今後もそういう傾向がどんどん進んでいただくといいなと思っております。

樋口委員長 ありがとうございます。それでは、次に資料 2-5 および資料 3 について、事務局からご説明を伺います。お願いいたします。

宮田常務理事 それでは、資料 2-5 について宮田から説明させていただきます。この提言 18 号と 19 号というのは非常に専門的な内容だったので、従来は各医療機関に提言を出した後にアンケートをとっていましたが、今回は専門学会を通じてアンケートを行うということで実施いたしました。それで、提言 18 号は

「股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析」ということで、整形外科にアンケートをお願いしています。これは周知も兼ねているところです。ここにありますように977名、ベースが3万人近い学会ですので回答率を出すと4%ということになります。ただ、学会から何度か配信してもらおうと、ご覧のように解答件数が上がって来たというところがございます。

次のページを見ていただければと思います。これは提言19号ですけれども、これはまだ3月14日、今週いっぱいのところですので最終的な締め切りには至っておりません。心臓外科学会の学術集会在2月末にありましたので、そこでチラシを配布したりすることで上がって来ております。検査編というのは循環器科の先生がやってらっしゃるんですけども、これはまだ数はそんなに増えていないところでございますけれども、いずれファイナルなところでご報告させていただければと思います。

股関節に関してはだいたいまとまりましたので、簡単にその内容を解説させていただきます。次のページの円グラフがあると思いますけれども、アンケートに答えていただきました977名の先生方の9割は股関節の手術を実施している。右下にありますように、血管損傷の経験を、かなり怖いわけですけれども、4割の方が経験あるということで、やはりそれなりに臨床では問題になっているところかなと思います。

次のページを見ていただければと思いますが、提言の公表について知っているかということで、「よく知っている」というのが3割、一覧はわかっているけどりあえず知っているというのが3割ということで、6割の先生方が内容を知っているということになっております。そこは、6割が多いのか少ないのかということになると思いますけれども。その知ったきっかけというのは、やはり学会からの案内、それから医療機関からの案内というのが多いようでございます。そして、提言を見た先生の中で、提言を見ると96%の先生は「有用であった」ということで、非常に内容としては充実したものであるということになると思います。

それで、もう一枚めくっていただきまして、6/7というのを見ていただければと思いますけれども、この提言では解説動画、これは部会長がこの内容を解説しております。また、その解説動画があるということを知っていたかどうかというふう聞いたところ、ご存じの方はわずか14%に過ぎなかったと。ただ、知っていて見たという場合、99%の方は「有用であった」ということで、そこにたどり着けば非常に有用な情報が含まれている内容であるということになります。なかなかそこに到達していないという現状があります。解剖動画というのは、骨盤と骨盤内の大血管の関係を3Dの画像にして、非常にわかりやすい綺麗な動画になっておりますけど、それを知っていたというのはわずか16%。ただ、それを見た方は、99%が「有用であ

る」というコメントがあります。

ですから、こういったアンケートでもわかると思いますが、やはり周知方法、いかにして周知するかということが重要なポイントになってきます。先生方のアンケートでは、有効な方法は何だろうかというふうにアンケートをとったところ、やはり学会からの周知、それからもちろん院内の医療安全管理室からの周知という話がいいだろうということにはなっておりますけれども、あらゆる手段を通じてこういった重要な情報、医療安全向上のために役立つ情報は伝えていくことを、さらに検討していかなければいけないということを改めて感じた次第でございます。資料2-5に関しては以上です。

資料3をご覧ください。これは総合調査委員会の開催状況でございますけれども、毎月1回開催されておまして、特に問題なく進んでおります。私からは報告は以上でございます。

田原専務理事 嗣きまして、専務理事の田原のほうから、資料4-1についてご説明をいたします。これは、医療事故調査・支援センターが主催する研修でございます、主として医療機関の管理者、医療安全担当者を対象にした研修でございます。研修名は、『医療事故調査制度』を活用した院内医療安全活動の実際」と題して、研修を行っております。昨年の10月に開催をしまして、会場では84名、それからオンデマンドではこれまで1,540名の方が受講されて、トータルで1,624名の方がご覧になっているということでございます。

内容は、実際に我々のほうから提言などを出しておりますけれども、そういうものを各医療機関でどういふふうを活用しているのかというのを、具体的に示してもらおうという趣旨でございます、大学病院の事例、それから200床規模の民間病院の事例、それから自分の施設で起こった医療事故の対応を通じて取り組みを行った、専門病院でございますけれども200床規模の病院の事例をお知らせしながら、またご遺族の思いをNPO 法人架け橋の方からご紹介をいただいて、さらに再発防止の取り組みが進むようにいたしました。資料4-1につきましては以上でございます。

続きまして、資料4-2でございます。これは委託研修でございます。大きくは支援団体の職員向けと医療機関の職員向けに分かれておりますが、支援団体向けについては、支援団体統括者セミナーを日本医師会に委託しまして、都道府県における医療事故調査の統括を行い地域を牽引できる指導者を養成することを目的に、開催を2月にしております。参加者が120名で、過去最大になっております。ワークショップ形式で

実施をいたしまして、具体的な事例を示してご議論をいただいております。どのような対応をしていくのか、医療機関としての心構え、具体的な行動について議論をしていただいたり、あるいはどのような報告書をまとめていくのかということについて、具体的に事例を通じて議論をして、再発防止につなげていただくと。そのためにはどんな情報を集めたらいいのかということも、具体的に議論をしていただきました。前回の運営委員会では、都道府県でどういうふうに参加されたのかというご質問がございましたけれども、47のうち今回は21の県が参加して、これも過去最大になっております。これまでよりも早めに連絡をしたりしているところがございます。それで増えてきているということがございます。

続きまして、2の医療機関の職員向けですが、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たものでございますけれども、昨年12月に実施をし、eラーニングも行っております。会場受講が55名、eラーニングの受講申し込みが1,200名ということで、これも実際の制度の内容につきまして理解をしていただけるような取り組みでございます。また、(2)は日本歯科医師会に委託をしたものでございます。歯科の特殊性を踏まえた内容で、歯科医療関係者の人材育成を図るものでございます。これは2月から3月にかけて実施をしたものでございまして、参加者150名を見込んで、今集計中でございます。資料4-2については以上でございます。私からは以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。資料4までご説明いただきましたが、この段階で何かコメント、ご質問があれば。山口さん、どうぞ。藤原さん、ちょっとお待ちください。

山口委員 ありがとうございます。山口でございます。資料2-5の7/7のところですが、先ほどアンケートの結果についてご説明いただいたんですが、5-2の「提言のご意見」というところに、「学会では死亡例の発表演題や論文が出てこないで、水面下に押しやられてしまっている」ということが書いてあって、まさしくそうだなと思いました。実際に何で知ったかについて、学会からの通知というのがかなりを占めていることからしますと、センターの特色が予期せぬ死亡がどういった時に起きているかということだと思います。そこから出している提言ですし、ビデオを見た方は有用だということをおっしゃっているわけですので、いままで医療機関を介してということがいちばん力を入れてこられて、そうするとその医療安全の担当者の思いや、どうやってそれを利用するかということで左右されていることがあると思いますので、

実際にドクターに直接届くということでは、医療機関ももちろんですけども学会というのが非常に魅力的ではないかと感じました。各学会に強調されて、「こういう結果が出ているので、積極的に学会からアピールしてもらいたい」というようなことを、今まで以上に力を入れられるといいのではないかと改めて感じましたので、ぜひご検討いただきたいと思います。

宮田常務理事 非常に貴重なご意見ありがとうございました。本当に山口さんのおっしゃる通りだと、私も感じているところでございます。ですからここにありますように、実際、学会でシンポジウムなりパネルディスカッションなりというので、ぜひ取り上げていただければというふうに思っております。実際に個別の事例というのは、なかなか皆さんに報告できませんけれども、提言の場合は、ある程度サマライズしたものがすでに公表されておりますので、アウトラインというのはだいたいわかることになっております。ですから、特にこういう専門的な内容のものは、積極的に学会で取り上げてもらいたい。あともう一つは、ここにも書いてありますけど、お医者さんが一生懸命勉強するのは試験とか何かですので、専門医を取得する時、あるいは更新する時に、こういった内容をそれなりに医療安全のポイントとしてマスターしていただくということも重要かと思っておりますので、学会へのアプローチというのは今後、我々でも考えていきたいと思っております。

山口委員 ありがとうございます。学会で取り上げていただくこともさることながら、やはりこの提言を出された時に、関係学会を介してドクターたちに届けてもらう。動画の、例えばURLも、メールで配信されるということも学会がやられると思います。私も学会にはいろんなところに呼んでいただくことが多くて、そこを利用するというのが、せっかく出している提言をうまく多くの方に広めていくということでは意味があると思いますので、提言を出すごとに関係学会がどこかということで、積極的に出していただければと思います。

樋口委員長 ありがとうございます。藤原さん、お待たせしました。お願いします。

藤原委員 今、山口さんが言われたことに関連することとして、学会ってどのような形で周知しているのか

というのは把握していらっしゃるのでしょうか？ それがまず一つです。それからもう一つは、提言を知ったきっかけは何かの中で、日本医師会からの案内というのを挙げてもらっているんですけど、回答いただいた先生のうち非会員が何人いるかわかりますでしょうか。日本医師会からもいろんな情報を確かに送っているのですが、ご存じのように組織率50%ぐらいなので、会員の人には送りますけど会員でない人にはこういう形では送れないので、これはちょっとどのくらいなのか把握していたら教えてくださいということです。

それから、田原先生からご説明があった資料4-2ですけれども、日本医師会に委託されてる支援団体統括者セミナーで、(1)の都道府県担当者ということで、さっき47都道府県のうち21というふうに言われたんですけど、41都道府県の間違いですよ。それは、そのようにということかと思っております。以上です。

田原専務理事 21というふうに申し上げていたら、すみません、41でございます。

木村常務理事 山口委員へのご回答に追加をさせていただきます。学会との関係ですけれども、学会ではご存じの通り総会等が開かれる中で医療安全に関する講演、そしてそれが点数につながるということで、会場にはたくさんの若い先生が来られています。型通りの安全に関する講演というのもずいぶん行ってきたわけですけれども、先日の心臓血管外科学会では、心臓血管外科は非常に厳しい領域で、患者さんが亡くなったりすることもあるわけですけれども、そこの中でいろんな問題が起きて、結果的に心臓血管外科医を辞めてしまう人というのが、他の学会よりは多いと言われております。学会でもそのことを非常に心配していて、そこをどう対応したらいいのか。そうすると、いちばん大きな関係するところが術前のインフォームドコンセントに関する事、それから何か起きた時にそれを周りの指導者なり病院全体でバックアップしてあげること、そのへんのことを少し話していただきたいということで、この間、話してきました。

非常に偉い先生ばかりいて、私もお世話になったり、以前お付き合いさせていただいた先生方、非常に関心を持っていただいて、今度、学会としていろんな提言等の内容を含めた教科書をつくりたいと。その中でICのことをもう一度出してくれないかということで、今執筆しているところです。学会としてもそういうことにずいぶん注目されてきて、それは先ほどの専門医の認定等にも反映されていると思いますけれども、だんだん強くなってきていると思います。今後もいろんな機会を利用して、伝えていきたいなと思っていま

す。ありがとうございました。

宮田常務理事 今回のアンケート、今、藤原先生がおっしゃられたように、学会に対しては整形外科学会と心臓血管外科学会、あるいは循環器学会に対して行っておりますが、日本医師会の役割というのは、この委託研修などでもわかるように非常に大きいところでもあります。今回、そういう情報は得ておりませんでしたけれども、積極的に医師会の会員であるかどうかということも含めて、今後アンケートでまとめていく予定でございますので、よろしく願いいたします。

樋口委員長 藤原さん、今のようなことでよろしいですか。

藤原委員 わかりました。アンケートは、そこらへんは聞いてないのではないかと思い質問をしました。あと、今、木村常務理事からもありましたけど、循環器学会なんですけど、学会員はメールアドレスを登録しているんで、再発防止でこういう循環器の内容のものであれば、学会に依頼して流してもらえば学会員に届きます。今、山口さんが言われたのはたぶんそういうことじゃないかなと思いました。そういう方法も、「チェックしてください」というふうな言い方を、せっかくこうやって出しているのであればしたほうがいいんじゃないかなと思いましたということです。以上です。

樋口委員長 ありがとうございました。どうぞ、永井さん。

永井委員 永井です。資料4-1と資料4-2の研修会で、医療機関管理者、それから2番目のところでも医療機関の管理者・実務者セミナーと。この管理者ということについて、いつも気にしているんですが、この研修で管理者という人たちが本当に多く参加しつつあるのか、そこらへんのデータというのはあるんでしょうか。

木村常務理事 もう10年目を迎えて、管理者・実務者セミナーは最初の年からやっておりますので、その内容は記録がありますので、分析すれば管理者が実際に何割出席しているのかというのはわかって来ます。た

だ、今持っている記憶だけから申し上げると、割合は少しずつ増えてきているのかなと思います。逆に、医療事故の前やった手引きをつくった時の、宮田先生がやられたアンケートでは、管理者・実務者セミナーに出席した方のいる病院では事故の報告の率が高いということも明らかになって来ているので、こういう研修会というのは非常に重要だなと思っています。そこに参加できていない方の意見を聞くと、けっこう院長も交代があって、交代してからすぐだったりとか忙しかったりということで、たまたまその時の管理者・実務者セミナーには出られなかったというような答えが返って来ております。もうちょっとeラーニングとか出やすいような形にすること、そういうことを含めてもっと広く伝わるようなことを考えていかないといけないかなと。先ほどの藤原先生のお話も含めて、考えていかないといけないかなと思っています。ありがとうございました。

永井委員 毎回、同じことを言ってますみませんが、やはり今回の制度について管理者の責任というか、管理者の判断がものすごく大きくてね。私自身、メディアの人と話していても、新聞や何かの報道されるところの内容で、多くやっているほうが酷いという意識の人がけっこういるんですね。僕は逆にその時に、10年経ってもぜんぜん出さないようなところの管理者のほうがちょっと問題で、多く出しているようなところは真剣に取り組んでいるところが多いんだということを、わざわざ説明したりするんですけども。やっぱり大学病院でも一般の公立病院でも、本当に管理者の意識がまだまだ低すぎるという感じがものすごくするんですよ。管理者が止めてるという例が、けっこう被害者の人たちからも聞いたりもしてる。そういう意味では、僕はこの10年経った機会に、本当に管理者が報告するのがいいのかといたら、法律に関わるかもしれませんが、もっともっといろんなところに相談して、報告ということの良さを。報告することが、自分の病院で調査することが再発防止にもなっていくという、そういう意識を高めるようにしてほしいし、もう一つは、お医者さんの中でもまだ個人責任を問われるということ言ってるんですよ。この制度について、まだ本当に啓蒙されてないんじゃないかと。そういう意味では、こういう研修でそこらへんの本当に重要なこと、この目的が何であるかをもっともっと理解させなくちゃいけないという感じがしますので、ぜひよろしくお願ひします。

木村常務理事 木村ですけれども、データを今、出してくれたのでご報告します。管理者・実務者セミナー

の中で、院長が出ている割合というのはだんだん増えてきています。でも、割合から行くと、600 から 700 の修了者の中で 130 人、140 人、170 人というふうが増えてきているので、3割ぐらいが院長かなと。それから、副院長とか医療安全管理部長とかいうのが同じぐらいの割合で続いているので、管理者・実務者ですから、そういう役職がない方は非常に少ないと思います。院長、管理者の割合は3割ぐらい、それがだんだん、少しずつですけれども増えてきているという状況です。

それから追加で申し上げると、おっしゃる通り病院の管理者の中には、当事者を守るというような意味でここには出さないとか、そういう方がまだいらっしゃると思います。しかし、いわゆる紛争化した状況が当事者にどう影響を与えるかということがだんだん言われてきて、当事者はそこで裁判に最終的に病院が勝ったとしても、非常に重い心の傷を負って、その職を去るようなことが多くなる場所があるんだということを、今よく言われるようになってきました。きちっとそこは、事実を明らかにして対応することのほうが、紛争も防ぐし病院もよくなるし当事者も救う、守ることになるんだという、そういう観点でもって広めていきたいと思っています。そういう意見も、この間の心臓血管外科の中でもよく聞かれていますので、少しずつですけれども、そういうことが行き渡りつつあるのかなというふうに感じております。ありがとうございました。

永井委員 両方の研修も、オンデマンドというか、Web で聞けるようになっているので、本当に忙しいかもしれないですが、聞く気があったら聞ける状態まで提供しているんでね。そこらへんも含めて、管理者の人がもっとこの制度について理解し、自分の病院をよくするための制度だという意識を持って行って欲しいんだけど、まだ「発表するとよくないんだ」というような発言をしている院長あたりの声を聞いたりするので、本当に10年も経ってまだそんなことなんだと思ったりするんです。以上です。

樋口委員長 ありがとうございました。それでは、次に資料5以降について、ご説明をいただきたいと思えます。

田原専務理事 専務理事の田原でございます。資料5についてご説明いたします。協力学会説明会でございます。先ほど、学会のお話が山口委員からございましたけれども、学会員への周知というのは先ほどお話が

あった通り、メールなど、あるいは学会誌などで周知をしているところでございます。この協力学会につきましては、センター調査や再発防止のための提言などを検討する際にご協力をいただいている学会でございますけれども、そういった方々には毎年、だいたい3月頃に説明会をしております。センター調査がこういうふうな形で進んでいるといったようなこと、あるいは提言がこういうふうに表示されて、こういうふうに表示されているというようなお話をしております。本日、お話しをしたようなことについてもご説明をし、学会での取り組みが進むように、これからもしていきたいと考えているところでございます。参加者は、協力学会は73学会でございますけれども、当日は62の学会が参加をしておりました。プログラムの内容はご覧のような内容でございます。

続きまして、資料6をご覧くださいと思います。これは令和6年度、それから令和7年度の事業計画書でございます。令和6年度につきましては、令和6年度の政府補正予算に「生成A Iを用いた医療事故調査報告書分析・実践研修事業」というのが盛り込まれましたので、医療安全調査機構の令和6年度の事業計画書に盛り込んだところでございます。これも2月の理事会で承認をされました。参考といたしまして、厚生労働省のほうから出されております実施要綱が8/14のところがございます。目的のところにありますように、調査・支援センターが行う院内調査報告書の整理・分析などの補助として生成A Iを活用することで、業務の効率化や再発防止に関する普及啓発の充実を図るということなどが目的として記載され、日本医療安全調査機構で実施をするというふうになっておりますので、調査・支援センターの業務として実施をしていくということを考えております。所要の予算も計上して、今取り組んでいるところでございます。

続きまして、令和7年度の事業計画書でございます。これも理事会にご承認いただいた内容で、昨年との相違点につきまして赤字でお示ししております。主なもので申し上げますと、13/14の9のところ、生成A Iを用いた事業、先ほど6年度の補正でと申し上げましたけれども、6年度の成果を踏まえて生成A Iの改良・活用を進めるというような内容にしております。この事業につきましては、ただ令和6年度中に終了することはなかなか難しいわけでございますので、令和7年度も継続して実施することになる可能性が高いと考えております。状況に応じて、この事業計画の変更など必要な対応は行って行く予定でございます。

最後、14/14のところ、「医療安全の更なる向上を目指す検討会」について、10月を目途に報告書を取りまとめて必要な取り組みを行うというものを、令和7年度の事業として明記をしているところでございます。資料6については以上でございます。

続きまして、資料7となります。この資料7は、昨年の10月に機構のホームページに掲載をしまして、前回、12月の運営委員会で報告した資料と同じものでございます。この中で、1枚めくっていただいて3/3の資料をご覧いただきたいと思います。本検討会の開催予定というのが下のほうにございますけれども、これまで3回の会合を行いまして、ご覧のような主な論点という、予定されていたものについて議論をしております。そして、カッコ書きで「主な意見についての整理、公表」と書いてございますように、この3回の会合を終えたところで、これまでの検討状況について整理して公表できるように、準備を進めているところでございます。また、現状に関する資料については、添付をして、こういう資料で検討会では議論したというものも、一部お知らせできるようにしております。3月中から、4月になるかもしれませんが、まとも次第、委員の皆様にはお知らせをしていきたいと考え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 ただいまのご説明につきまして、コメント、質問等、お願いいたします。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。2点、質問がございます。まず、資料5の協力学会の説明会ですけれども、協力学会73学会の中で62学会が参加されたということですが、どういってお立場の方が出て来られていて、例えば説明会の時に、「今日、説明した内容を各学会の理事会などで報告して欲しい」とか、そういう具体的な要請をされているのかどうか。そこで止まってしまうともったいないなと思いましたので、そのあたりの現状を教えてくださいということが一つです。

もう一つが、AIの開発ということなんですけれども、これどれぐらいの規模で、どんな体制で開発を行って行かれるのか。おそらく、そういうことについて熟知している方を新しくスタッフに入れられるんじゃないかなと思うんですけれども、そのへんの体制と規模について教えていただけたらと思います。

田原専務理事 まず1点目の協力学会の説明会の参加者ですが、センター調査だとか、あるいは再発防止の提言の窓口になっているような方が参加される場合と、それから事務局が参加する場合がございます。内訳は今、手元にはないんですけれども、具体的に「理事会で報告してください」とまでは申し上げていない

ですけれども、センター調査や提言を我々のほうで作成する時に学会の推薦をいただくようにしておりますので、こういった説明会での説明状況は学会の関係者、そういう方たちに周知はされているのではないかと
いうふうに思います。今、ご質問がございましたので、どういうふうに周知をされているのか、意識をしながら取り組んでまいりたいと思います。

山口委員 ぜひこの現状だけではなくて、先ほど来出ている学会へのお願いみたいなことも、加えていただ
けるといいのではないかと思います。

田原専務理事 わかりました。ご指摘ありがとうございます。

それからもう1点、AIのほうでございますけれども、予算はおよそ8,300万円余りになっております。
体制ですけれども、コンサルティング会社と、それから実際のAIのソフトを開発するベンダーの企業を念
頭に置いて、基本的にそういう技術的なところは委託をしてやっていくことを考えております。調査・支援
センターでは医療安全調査機構の職員を新たに確保するような、そういう予算も計上しておりますので、ど
ういうような形になるのかまだわからないところではありますけれども、そういう組織的な体制で取り組ん
でまいりたいと考えております。

樋口委員長 どうぞ、永井さん。

永井委員 今のAIの問題ですけれども、「解剖しても何もわかりません」とか、「解剖しても死んだ人が帰
って来るわけではない」とか、そういう発言をする医師がまだ多くいます。そういう中で、AIという問題
は当初から、まずはAIでやってみて、それで解剖に移るとかいうふうなことで、AIを活用するのはいい
んじゃないかという話も出ていましたし、そういうこともいいんじゃないかという発言も我々もしてきました
が、この研修事業というのは、今、予算の問題も出ましたが、これはプロジェクトか何かをつくって、あ
る病院なりを2、3カ所か指名してとか、どういうやり方でより発展したAI、補助からよりいい活用にな
っていかということを実践しようとするのか、それはこれからなんでしょうかね。

田原専務理事 ありがとうございます。私の説明が不十分で申し訳ございません。今、永井委員からお話のありましたA iはAutopsy imagingで、死亡時の画像診断のお話だと思います。解剖ができないような場合、あるいは解剖に代わるものとしてAutopsy imagingを行うというようなことがございますけれども、これについては今、実施を進めているところで、後ほど年報のところでも少し触れますが、だいたいAutopsy imagingと解剖を行ったものは全体の5割ぐらいを占めているというような状況で、このAutopsy imagingについても推進をする予定でございます。

一方で、こちらに用意しておりますA Iというのは人工知能のA Iでございます。Artificial Intelligenceで、ちょっとAutopsy imagingとは違う内容になっております。人工知能を使って院内調査報告書を解析をして、再発防止の分析などができないか、そういうテーマを選定できないかというようなことを行うというものでございます。

永井委員 人工知能を使って調査、再発防止みたいなことは、もうすでに検討を始めている病院はあるんですか。まったく今はないんですか。

田原専務理事 生成A Iが医療機関の中でどのように使われているかというところは、我々ちょっと承知はしてないところでございます。医療事故の調査に関して、こういう人工知能を使っているところはないかなと思います。資料6の8/14のところ、事業の実施要綱と書いておまして、3の事業の内容のところ、少し詳しく書いてありますが、人工知能の開発を行うということで、以下のような作業を遂行可能なものを開発するという事として、事故調査報告書の要約だとか、分類だとか、あるいは我々のほうで集めております事故調査報告書に基づいて医療事故の発生の傾向の把握を行って、警鐘的な報告書の抽出などを行うと。最終的にはこういうようなものができると、医療機関において医療事故調査を行う際に、補助となるような人工知能のソフトも開発できるのではないかなというようなことはイメージはしております。実際、この6年度、7年度でできるとは思っておりませんが、そういうようなことも念頭に置きながら、まず我々がやっている調査・支援センターの業務が効率化できないかなというような視点で、こういう人工知能、生成A Iの開発活動を進めていきたいと考えております。

永井委員 今の話を聞いていて、それじゃあ、むしろ医療事故調査・支援センターが主体としてやろうとしてるわけですね。

田原専務理事 そうです。ここに事業実施主体として日本医療安全調査機構とありますけれども、調査・支援センターの事業として行うというもので、これでソフトができれば、そのソフトを活用して個別の医療機関が、その医療事故調査報告書を作成するというようなこともあり得ると。例えば、センター調査報告書を我々が作成する際に、こういう生成AI、人工知能を使って報告書がある程度できるというようなことが見込まれますと、それを各医療機関で使うということも考えられるのではないかなと。まずは我々のほうでちゃんとしたソフトをつくらうというものでございます。

永井委員 まだこれからですが、センターで主体的にやるのはいいんですが、現場の調査なり再発防止を担当された医師なりも加えたプロジェクトで、今後しっかりやっていっていただきたいなという感じがします。

もう一つ、「医療の更なる向上を目指す検討会」の中で2、3の質問がありますが、3/3のところ、第1回～第3回の検討の内容に対してですが、医療事故の判断に関する支援とか医療事故調査に関する支援というのを議論されたということになってはいますが、私は前にも言いましたが、要するに支援センターそれぞれがガイドラインを持っているのはおかしいんじゃないかと。むしろこの機会、10年を経過して、統一したものになっていくというか、そんな話題は出て来ておるんでしょうか。

田原専務理事 今のご質問は、医療事故の判断の際に、統一した基準があるといいのではないかとというようなことでしょうか。

永井委員 まあ、判断の問題もありますし、調査報告書から見えるいろんな問題が、結局は今、バラバラの判断でやっているわけですよ。我々から見たら酷い支援団体が、「こんなもの出さなくていい」というのも聞こえて来ていますし、そういう被害者の感じを受けるし。要するに、判断基準がぜんぜん定まっていない。そういうことに対して、昨年度でしたかね、まだ読んでなくてすみませんけど、例えば木村班がやった厚労科研のが参考にできるのかどうか知りませんし。そういうようなことで、やっぱりガイドラインをしっかり

この10年を機会の一つにしていくということが、僕は重要だと思うんですね。それが、いろんな団体においてバラバラになっているのが見受けられるのについて、どう考えているのか。ここらへんに関する支援というのは、判断とか調査等の支援というのは、そんなことまで話されておられるのでしょうかというのが質問です。

田原専務理事 まず、医療事故の判断のところについては、医療事故の定義は法令で定まっておりますので、その定義に従って管理者が報告をするということになるかと思えますけれども、管理者がその時に実際の事例を見て迷うようなケースがもしあれば、それは我々のほうでセンター合議という枠組みがあるので、そういうところで議論して医療機関には助言をするという形になると。それについても、検討会の中ではご議論をいただいております。今、ご指摘いただいたようなテーマについては、意見交換がなされているものだというふうには思っておりますけれども、今度まとめるこれまでの検討状況の中で、一定のご意見が出ていた分について、出せる分についてはお示しをしていきたいと考えております。

個別のガイドラインの関係については、木村理事のほうからお願いいたします。

木村常務理事 お役に立つかどうか、木村から少しか追加させていただきます。確かに事故の定義というのが、私どもの医療事故の調査制度と、例えば医療事故収集事業というのは違いますよね。そういうものを一つにしたらどうかというお話はあるかもしれませんが、この10年目を迎えた検討会は、今の制度の中でどう考えるかということになりますので、制度を超えた、規程全体の日本における医療事故の提言というようなことは検討はしておりません。

それからもう一つは、非常に重要なポイントをご指摘いただきましたけれども、この制度の中で事故かどうかの判断というのが管理者に任されているということですが、ここはよく言われているプロフェッショナルオートノミー、専門職としての自ら自律、自ら判断をするんだというところで、事故の判断をしてくださいというのがこの制度の根幹にあるところだと思います。遺族の会からもご指摘されていますけれども、それではまだ出さない管理者もいる、問題のある管理者もいる、地域差があるといったようなことが指摘されておりますけれども、これを客観的なとか、外部からのある程度の強制力を持った方法で、事故かどうかの判断をする、あるいはもっときちっとした規定をする。例えば、「術後7日以内のものは全部、事

故として調査を下さい」といったような客観的な基準を設けるということは、この制度の中にはそういう基本ではないわけですよ。自ら判断をして、その調査をするということの結果、事故の内容の詳しい報告につながっているという点も、感じているところです。これが外部からの、「これは事故だから調査下さい」ということであっては、義務であることと、それから自ら判断をして調査をしていく、直していかないといけないというような評価をして検討しているというやり方では、出て来る情報が少しずつ違ってきているのかなと、10年見ていると思っているところです。

やはりこの制度だからこそ出て来た、正直なというか、その時にどういう考えでこれを行ったのかという、その心の中までのものが入っているようなところが出て来ていると思います。これは、世界的にもこの制度の特徴じゃないかなと思っています。ですから、これがもっと広がって、もっと広く客観的に該当するものが取り扱えるようになるというのは、その通りだと思うんですけども、それをどうようにするのかというのは、一つはこの制度の外の問題でもありますし、この中でどう考えていったらいいのかというのは、今後も含めてよく考えていかなきゃいけないのかなと思っているところです。以上です。

永井委員 おっしゃることはわかるんですがね。やっぱり予期した・予期しない、それから診療中か診療中じゃないのかね。その中でも、例えば転倒だとか見逃しで、「それは管理の問題だ」とかね。そんなことを言っただけで調べないとか、予期したというのは、後出しで予期したのがほとんどなんです。インフォームドコンセントで亡くなる恐れがあるなんて一切なかったり、もう元気で行って、手術して、「手術はうまくいきました」と言って、3日ぐらいで亡くなっているとか。そういう事例でぜんぜん説明もなく、「事故ではありません」という説明をする。

今、NHKさんが「クローズアップ現代」で医療問題を取り扱っていますが、その中で医療事故について、4月22日だかなんかに特集を組むということになってます。それがNHKのサイトでいろんな人の体験談が入って、今223件ぐらい報告されているんですが、やっぱり医療側の説明不足、説明してくれないんですよ。「もう予期していたことだ」とか、「それは管理の問題だ」とか、そこらへんについても本当はしっかりあの中ではうたってるわけですね。ただし、それを僕にしたら拡大解釈して、遺族が納得できないような説明だけで終わって、調査もせずに「合併症だ。合併症だ」だけ言って終わってしまうとかね。そこらへんが、本当のことが言えるようになるにはどうしたらいいのかということ、この検討会なりでもっと論議して

欲しいんですよ。

ぜひお時間があれば、ネットで……僕も昨日知って、223 件のまだ 150 件ぐらいしか読んでないんですが、事故に遭った人たちが説明不足でずっと悩んでる。おかしいなと思ったことがぜんぜん説明されてないという事で悩んでいるので、そこらへんについて簡単な言葉で、この調査に入らない範囲とか、そういうことがあり過ぎることを、何らかのガイドラインで共通認識にすることを務めるようにしていただければ、もっともっと被害者遺族は納得したり、最後には「ありがとうございます」が言えるようになるんじゃないかなという気がしますので、そこらへんもぜひ、この検討会でもやっていただきたいと思います。

それから、今ご説明のありました公表ということについて、3月か4月に公表されるということなんで、公表をどのようにされるかはまだ決まってないかもしれませんが、せっかくセンターを中心にして新しいいろんな人の意見があって、どんなことをやってきたかというようなことについては、医療者にわかってもらうより国民にもわかってもらえるような線で、ぜひ今こんなところまでやってるといふ、それからメディアからはいろんな質問を受けるとか、そういう方向でやって欲しいし、そういう意味ではセンターに記者を集めるという方法じゃなく、僕の経験でいうと厚労省の記者クラブのところでちゃんと報告するとか、そしてメディアの人にも集まってもらうというようなやり方をさせていただいたほうが、いろんな人が理解できたり、どういうことに困ったりチャレンジしていこうとしてるのか、理解いただけるとと思いますので、ぜひそこらへんはご検討いただきたく、お願いします。

田原専務理事 公表の仕方については、この検討会の座長であります上田（裕一）先生ともご相談しながら進めてまいりたいと考えております。中間的な整理でございますので、こちらのほうからメディアのほうにはお知らせをしながら、また質問にもお答えするような形はとりたいと思っております。どのような対応をしていくのか、また併せて整理ができましたら委員の皆様方にはお知らせをしたいと思っております。

樋口委員長 ここまで、他によろしいでしょうか。どうぞ、長尾さん。

長尾委員 今の永井委員のご発言を聞きながら、いわゆる制度が対象としている医療事故の範囲、その調査の結果と、さらに患者の側で明らかにして欲しいと思っている事案群に、誤差があるというご指摘ではない

かと。それが10年経っても、誤差が埋まって来ているように感じられないというご意見かと受け止めているんですけど。この制度の趣旨が再発防止であることを鑑みれば、最も再発防止しなければいけない医療に伴う有害事象とは何なのかといった時に、プリベンタブルデス——回避可能死だろうと思われるわけです。回避可能死の中に、医療過誤とか過失、エラーといった事例が含まれるわけですが、これらは、調査をしてみからの判断ということになるので、医療過誤、過失死であったかどうかというのは後になってみないとわからないといったところも、その誤差の生じる原因にもなるのかなと思います。検討会の中で、そのズレが最小化するような方向性とはいかなるものかという議論になっているのかどうかといったあたりは、気になるところではあります。

運営委員として一つご提案というか、リクエストは、少なくともセンター調査がこれで300、400行われてきていると思うんですけども、その300、400の中で、法的な判断は難しいかもしれませんが、少なくとも回避可能死だとセンター調査で判断された事例は何%ぐらいなのか把握できないか、ということです。このあたりは認識したい。また、避けがたい合併症と判断した事例のはどのくらいなのか、つまり、これだけの労力を割いて、本来、再発防止をしなければいけない事案群といったものがどのくらい狙上に上がっているのかといったところは、そろそろ明らかにしてもいいんじゃないかなという気がするわけですね。そのあたり、いかがでしょうか。センターの関係者には法律家もたくさんいらっしゃるし、法的な問題に踏み込むかどうかはさておきですけども、例えばそのセンター調査の結果を、ラベル付けしていくことぐらいはできるだろうと。私も総合調査委員会の副委員長として関与してきましたが、そのあたりを明らかにしていかないと、一体何をしているんだと。向こう10年何をするのかといったところが、わかりにくくなって来るんじゃないかなという気がしているんですけども、いかがでしょうか。

田原専務理事 田原からお答えいたします。センター調査の中で、回避可能なものがどのくらいあるのかということ整理をしてはどうかというようなご指摘かと思います。今の段階でどの程度できるのかは、まだはっきりわかりませんが、今ご指摘をいただいて、どのような対応ができるのか、少し検討をしていきたいと考えております。以上でございます。

長尾委員 ありがとうございます。

木村常務理事 木村からも少しだけ。ご指摘の内容はよく理解したつもりです。どれぐらいプリベンタブル
デスがあるのかということですが、ずっと全体をご覧いただいて、この制度で扱う医療事故というの
は個々の事例なわけですから、個々の事例の中で明らかになって来たことというのは、いわゆる一つ一つの
医療、その中で特にテクニカルなスキルに関係するものは、明らかになってきていると思うんですね。しか
し、それが組織全体の問題であったり教育の問題であったり、ノンテクニカルな部分と、大きく分けられる
のかなとは思っています。

いままでつくられた提言書なんかを見ますと、それを理解しやすく、その対策も立てやすいものが
どうしても対象として選ばれやすい。それから、類似事例も選びやすいということから、そのテクニカルな
部分、こういうふうな部分を検討すればこの事故は防げるといったようなものが、多くの割合で取り上げら
れてきたのかなと思います。薬の誤投与なんかに関してはノンテクニカルな部分もずいぶんあって、混在し
ているわけですが、そのへんを開けて見て、やはり他の制度と違うところとありますか、こういう方
法で個々の事例を分析していくと、その技術的な部分、テクニカルな部分というのは、プリベンタブルな領
域の死亡につながっていたというところは明らかになってくるのかなと思います。そういう目でちょっと見
直してみたいと思っています。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。他にはいかがでしょうか。よろしいですかね。ここまでが今日の公
開による議論の範囲でありまして、この後は個別事例の報告を含む事案についての議論をいただきたいとい
うことになっておりますので、申し訳ないですが非公開にしますので、傍聴の方はWebからの退出をお願い
いたします。

(以上)