

平成27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：平成28年3月8日（火） 15：00～17：00

場 所：日本外科学会 会議室（世界貿易センタービル8階）

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、定刻になりましたので第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、後委員は、羽田空港が霧のため飛行機に欠便が出ているということで、1時間ほど遅れるという連絡を急遽いただきました。それから、ご欠席でございますが、有賀委員、今村委員、鈴木委員、長尾委員はご欠席でございます、委任状をいただいております。なお、上野委員、村山委員は、先ほどの羽田空港の霧ということで、急遽ご欠席の連絡をいただいたところでございます。この委員会は過半数の委員の先生方がご出席いただいておりますので、成立しておりますことをまずもってご報告いたします。

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1-1は「日本医療安全調査機構の現況」でございます。資料1-2は「医療事故調査制度の現況報告（2月）」でございます。資料2-1は「センター調査に関する実施要領（案）」でございますが、この実施要領（案）につきましては総合調査委員会で検討中であることから、（案）ということをご付記させていただきます。資料2-2は「センター調査の概要」でございます。資料3は「総合調査委員会設置規程」並びに資料4は「個別調査部会設置規程」でございます。資料5-1は「再発防止の検討及び普及啓発に関する実施要領（案）」でございます、これにつきましても再発防止委員会で検討中であることから、（案）ということをご付記させていただきます。資料5-2は「再発防止委員会・専門分析部会の構造」のポンチ絵となっております。資料6は「再発防止委員会設置規程」並びに資料7は「専門分析部会設置規程」でございます。資料8-1につきましてはセンター職員の研修状況並びに8-2は「支援団体及び医療機関職員の研修会参加者数の状況」でございます。資料9は「平成28年度事業計画書（案）」でございますが、これにつきましては理事会にお諮りする案でございます。資料は以上でございます。不備がございましたら事務局まで申し出ていただきたいと存じますけれども、よろしゅうございますか。

それでは、委員会の開催にあたりまして、当機構理事長の高久史磨よりご挨拶を申し上げます。

高久理事長 皆さん、こんにちは。本日は、年度末のご多忙なところお集まりいただきましてどうもありがとうございました。ご案内のように、昨年10月1日にこのセンター業務が始まって、これまでの

間、各医療機関からの報告受付件数、それから医療事故調査報告件数、センター調査の依頼件数などは、当初予想したよりもかなり少ない状況であります。しかし、最近少し増えてきたということでもありますし、また報告書の中には極めてお粗末なというか、形式だけのものもありますが、法令等に規定された運用は一応順調に進んでおります。また、医療関係者の方々の間での関心も高く、この制度の主旨も徐々に理解され、支援団体の活動も全国的に展開されてくると期待されます。本年6月にこの制度の見直しが予定されておりますけれども、当機構といたしましては、医療法に規定された業務の適正かつ確実な実施に努める所存であります。本日は、法律施行後5ヵ月が経過いたしましたけれども、医療事故調査制度の現況につきまして担当のほうからご報告させていただき、これを踏まえまして、今後の事業運営について委員の皆さん方のご意見をお伺いしたいと思います。短い時間ではありますが、よろしくご検討をお願いいたしまして、簡単ですけれども挨拶とさせていただきます。

吉田事務局長 それでは、これより議事に入りますので、これからは樋口委員長に司会をどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

樋口委員長 それでは、いま高久理事長からもお話があったように、昨年10月にスタートして、新たな制度の下での第2回の医療事故調査・支援事業運営委員会になります。今日は議題にあるように、まだ5ヵ月ということなので、これをもってどう判断するかということも委員の方々にご判断願ひしたいと思いますけれども、まずは医療事故調査制度の現況、この5ヵ月の様子について資料を使って説明をしていただき、今後の事業運営についてご意見を伺いたいということでもあります。そこで、資料1-1並びに資料1-2を用いて、まず事務局のほうから現状についてご説明をお願いしたいと思います。

田中専務理事 議事を始める前に、議事録の扱いのことについてお決めいただきたくお願ひします。議事録は作成してあるのですが、その公表の仕方についてはまだこの場で皆さんのご同意を得ていないものですから。議事録を作成するということは規程上、明記されておりました作成いたしました。事前に先生方にもお目通しいただいていたところでございます。ただ、これをどういう形で公表するのかということ、それからホームページなどに載せるのかということについて事前に決めをしなかったもので

すから、決めていただけたらと思います。選択肢としては、そのまま出すという選択肢と、それからもう少しトリミングしてわかりやすい形に整理して出すという選択肢もあると思いますけれども、よろしくご審議のほどをお願いします。

樋口委員長 それは私のほうのミスでもあったと思いますけれども、第1回、つまり新しい制度の下でまた仕切り直しという形で始まったわけだから、その時点で皆様のご意見を確認しておくべき事項がありました。それは、毎回これで会議をやると議事録が出ますね。従来の運営委員会は、こうやって公表した上で議事録も、いま厚労省の会議なども私が出ている限りはみんなそうなっているような気がしますが、一つひとつのご発言を正確に、それから言い足りなかったところとか言い過ぎたようなところ、言い間違いとかいっぱいありますから、それは訂正していただいた上で、すべて公表しております。要旨ではなく、議論の詳細をそのまま公表してきたわけです。この運営委員会の議事録の公開について、今後も同じ方針でいいかどうかという点です。いま田中さんから説明がありましたが、今度からは要旨だけみたいな話にするのか、やっぱりご発言をすべて掲げる、公表する。それはホームページでということになると思いますけれども、そういう形で公開してよろしいかどうかを、まず確認しておかないといけませんでした。それを先回、私が怠ったということでもあります。いかがでしょうか。

山口委員 注目されている内容でもありますし、今は公開の時代ですので、私は事前に間違いの訂正などをした上であれば、きちんと逐語録を公表していくほうが明らかになっていいのではないかと思います。

樋口委員長 従来からこの運営委員会では、いま申しあげましたようにすべて公表という形でやってきておりますので、もし強いご異存がなければ、そういう形でやらせていただいてよろしいですか。

高久理事長 支援団体のこともありますから、支援団体の方にはいろいろとご理解いただく必要があると思いますので、私がこの場で言うとおかしいですけれども、やっぱり公表したほうがいいと思います。

樋口委員長 どういう議論があったかというのがはっきりしているほうが、助かるかもしれませんよね。

田中専務理事 お名前も付けて、お出ししてよろしいでしょうか。

樋口委員長 よろしいですね。

飯田委員 付けてもいいと思います。

田中専務理事 はい、わかりました。今日の分はお配りしてもよろしいですか。

樋口委員長 前回の議事録を、一応、今のような方針で、事務局でつくってきてはいるということのようです。それをこれから配っていただいてよろしいですね。では、よろしく申し上げます。

時間の問題ですが、議事録の確認はいま長時間をとってというわけにはいきませんので、一応前回の議事録をお受け取りいただいたという話にしておいて、今日の議題へ移りたいと思います。

飯田委員 議事録ですが、事務局には連絡したのですが、直前になって、半年近くなって前回のが来ても困るので、早めに送ってほしいんです。ぜひお願いいたします。

田中専務理事 はい、わかりました。今後、気をつけます。

樋口委員長 それでは、現状について事務局からご説明をお伺いしましょう。お願いいたします。

田中専務理事 日本医療安全調査機構の現況とセンターの現況について、簡単にご説明申し上げます。資料1-1をご覧ください。経緯については省略させていただきます。2ページ目をお開きください。平成26年に医療法の改正が成立しまして、その後の西澤班の議論などが積み重ねられまして、最終的には施行に係る検討会で詳細の合意が得られまして、5月に省令・通知等がまとめられ、8月に私ども安

全調査機構がセンターの指定を受けまして、昨年 10 月に医療事故に係る調査の制度がスタートしたということでございます。

次の 3 ページをご覧ください。ホームページも新しくなりまして、左の上のところに URL が書かれていますけれども、昔の medsafe.jp から or.jp に変わっただけでございます。以前のモデル事業の症例 200 件以上が掲載されておりますので、院内調査あるいは報告書の作成、あるいは研修等にぜひご活用いただけたらと思います。下のほうに役員名簿が書いてございます。高久をトップに 14 人で構成されているところでございます。

4 ページ目をご覧ください。日本医療安全調査機構は社団法人で、現在社員は 65 でございます。もともと専門医学会が中心となって構成された組織でございますけれども、業務の内容から申しますともう少し医療関係団体のウエイトを増やして、バランスをとって学会と医療界が共同してこの制度を支えていくのが適切ではないかと考えておりまして、いま医療関係者の社員の加入を求めているところでございます。

さて、センターでございます。5 ページをご覧ください。下のほうに 7 項目の事業が書かれております。事故調査結果の報告の収集とその結果の解析、求められた場合の必要な調査、つまりセンター調査を実施すること。それから研修、相談、普及啓発等々、7 項目が私どものミッションということになるわけでございます。

6 ページをご覧ください。今回の医療事故報告制度は、あくまで医療機関が中心となって、それを支援団体が支えて、センターが事故報告の受付あるいはその調査・分析をするという、3 者による役割分担ができているところでございます。

7 ページをご覧ください。予期しなかった事例という定義で対象の事例が選択されます。下のほうをご覧ください。そのためには、関係者から事情をよく聴取して、組織として報告する、あるいは調査する事例であるか否かを判断するというふうになっているところでございます。これに対して、支援団体あるいはセンターが相談を受けます。

8 ページをご覧ください。03-3434-1110 の電話番号にかけていただきますと、24 時間・365 日、特に医療機関からの相談には休みなく受け付ける体制をとっているところでございます。相談は、その下でございまして、専門に渡る場合は複数の医師などによりまして合議の上、お答えをするという体

制をとっております。

次の9ページは、報告は遅滞なく行うという体制になっております。現実には、1週間から2週間ぐらひは時間がかかっているところがございます。下のほうにありますけれども、郵便あるいは電子的に登録を行うことができるという体制をとっておりまして、電子的な届け出、報告をする場合は3つの、ID、パスワード、トークンということで、確認をきちっととった上で受付をしています。データのやり取り、情報管理は厳重な体制をとっているところがございます。

資料1-2をご覧ください。これは、今日プレスリリースしたものでございます。2月までのもので、トータル報告受付件数は140件、ほぼ1日1件のペースでございます。後ろを見ていただきますとその内訳が書かれておりまして、診療所が14件と、約1割を占めております。科別には外科系が少し多くなっております。地域別には、ちょっとデコボコがあるかなという印象を受けますけれども、まだ症例数が少ないのでコメントは差し控えさせていただきたいと思っております。

前後しますけれども、1ページに戻っていただき、相談件数は当初は月に200を超えていましたけれども、150ちょいぐらいになっているところがございます。内訳は、「医療事故の判断」に関するもの、「手続き」に関するもの、「院内調査」及び「センター調査」に関する相談、その他という形になっておりまして、だいたい4分の1、4分の1、4分の1、4分の1ぐらいの割合でございます。その他というのは、ご遺族の方からの相談が過半を占めているところがございます。

いま理事長のほうから、登録数が予想よりも少し下回っておるというコメントがございましたけれども、早急な判断は避けたいとは思いますが、いくつかの理由を考えますと、まずは相談などからの印象でございますけれども、制度について理解が必ずしも進んでいなくて、医療機関の側に戸惑いといったものがあるのかなと。どうしても新しい制度がスタートした時には起こり得ることで、やむを得ない一面を示しているのかなと考えているところがございます。なお一層、普及啓発によってご理解をいただくように努力をしていきたいと考えているところがございます。

もうひとつの要素というのは、ご遺族との関係でございます。「ご遺族が納得しているので、改めて調査委員会をつくって調査をしたくない」というお気持ちでございます。医療関係者の方といろいろお話をしますと、本音としてそういうつぶやき、言葉を伺うことがございます。対象かどうかを判断する基準から申しますと、ご遺族のご意向というのは関係がないといえますか、考える要素としては認められ

ていないものでございますけれども、こういう心理が働いていることも否定できないのかなというふうに考えます。「医療事故の調査を始めます」と言えば、何か問題があると遺族の方に捉えられてしまうというようなことは当然、あり得ることで、これに対しましては制度の主旨をよく説明をしまして、ご遺族の方にご理解をいただくようにして、定められたルールに従った対応をしていただけるように私どもも説明に努めていきたいと考えております。

それから3つ目は、かなり医療機関側にとって負担となるということでございます。第三者を入れた委員会を設けて報告書をまとめる。そしてきちんとご家族に説明するというのは、大変忙しい臨床の傍ら背負い込むのは、かなり大変なことではないかなと思うところでございます。しかし、さはさりながらこれは定められた制度でございますので、ぜひご理解をいただきたいというところであり、また支援団体のご支援などにもご期待申し上げたいと思います。ちょっと余計なコメントを申し上げましたけれども、一応受付件数への印象というのを申し上げました。

それから、センター調査の依頼件数は今のところ1件だけでございます。それから、院内調査結果の報告件数はトータル33件、だいたい登録をしてから報告書が出てくるまで3ヵ月ぐらにかかっているのかなというところでございます。あとは、木村のほうからご説明申し上げます。

木村常務理事 それでは、この次第に従って、センター調査に関する事、それから再発防止の検討及び普及啓発に関する事、その具体的な内容を考えておりますところをお話しさせていただきます。資料2-1、それから2-2が1枚の絵になっておりますので、それを前に出して一緒に見ていただくとよろしいかと思っております。

資料2-1はセンター調査に関する実施要領で、これは先ほどもご説明がありましたけれども、センター調査委員会の中でほぼ出来上がっているのですが、最後の細かい点を、てにをは等をもう一度確認をする作業が残っておりまして、未定稿というふうに書いてあります。

このセンター調査に関する実施要領では、まず目的ですけれども、ご存じのように医療機関が自ら院内調査を行うのとは別に、一度事故というふうに判定をして院内調査が始まった、あるいは判定をした後は、病院等の管理者または遺族の両方から依頼をすることができるというシステムになっておるわけですが、その時に私どもが行う調査、これをセンター調査というわけです。このセンター調査の適正か

つ確実な運用を図ることを目的として、この具体的な実施要領を定めたということでございます。

2. 基本的心得としては、この制度全体に渡っていることですが、個人の責任追求を目的とするものではなく、事故の原因を明らかにし、再発防止を図ることがここに明記されています。用語の定義は飛ばさせていただきます。

4. センター調査実施体制ですが、このセンター調査の体制としては大きく2つ、総合調査委員会および個別調査部会というのを設けております。総合調査委員会は親委員会にあたり、個別調査部会は各事例ごとにつくられる調査の部会となっております。2-2の図を見ていただくと、真ん中のところに空色で「総合調査委員会」というのが2回出てきます。真ん中に「個別調査部会」というのが出てきます。総合調査委員会等の詳細については次の次のページのところで詳しく具体的なこととお話ししますが、体制としては、センター調査の方法をまず1例ごとにどういう方法で調査をするか検討していただいて、それを個別調査部会に下ろして個別調査部会が検討した結果、調査の結果を再び親委員会である総合調査委員会において審議するというやり方をとっております。開催は、定例会議として原則月に1回、委員は20名以内をお願いしてあります。やり方としては、最初の部分の調査の方法に関する審議は、事務局で内容をまとめたものを見ていただき、表のようなものにして内容を検討していただいて、どういうやり方をするかをわりと短時間で裁いていくという感じになるかと思えます。それから、できあがってきた個別調査部会からの調査報告の案を、これは1事例30分程度を目安に審議するというを考えております。個別調査部会は具体的な事例ごとに、開催については1事例について概ね2ないし3回程度の開催でまとめを作っていくと。その間には、事務局で予め整理をしたり、論点をまとめておいたりということをお願いしております。

5. センター調査の方法および留意点ですが、この方法に関しては法令に述べられたとおりで、院内調査終了後に行われる場合、あるいは終了前に行われる場合ということが書いてあります。そして、3)のところでは、センター調査というものが中立性、透明性および公正性を有した第三者機関の調査であると。医療の質と安全の向上に資する調査となるように努めるというふうにしてあります。(2)留意点ですが、調査における第三者性の確保ということで、個別調査部会においては、これは各個別の事例ですので、そこに利害関係がある委員の方は最初から委嘱をしないという形で、確認をとった上で委嘱をすることになります。総合調査委員会は決まった委員の先生方をお願いしておりますが、万が一ご自身が

対象事例に関係するという場合があり得るかもしれませんので、その場合にはセンターに自己申告していただく、あるいはセンターが知り得た情報からそういう関係が認められた場合には、当該事例の審議への参加は控えていただくという方法をとらせていただきます。情報の管理に関しては、意見交換等、メール等を使ってになりますが、通常の方法よりもかなりセキュリティーの高いシステムを使って情報の秘匿性を担保するという方法をとっております。

では、具体的なことですが、6. センター調査の流れですけれども、まず調査の依頼が各病院または遺族から所定の書式によって事務局に届きます。事務局はその内容をチェックをして、さらに必要な情報の提供を依頼する。ここで、センター調査が始まる前、院内調査がどれぐらい進んでいるかということも問題になりますが、それは個々の事例で検討していきます。やり方は、終わっているのか終わっていないかということになるわけですけれども、その内容を把握して整理をして、事務局においてセンター調査の方法および体制をわかる範囲で、たとえば調査部会の構成委員の専門領域、「この領域の先生が必要であろう」とか人数等の案を作成いたします。それを次の総合調査委員会の資料として提出をいたします。これをもとに総合調査委員会は、個々の事例に対してセンター調査の方法およびその体制の案を確認して決定するという形をとっていただいて、その決定に基づいて学会の専門医に、個別調査部会委員の推薦を依頼することになります。どの診療科とどの診療科にお願いしたいということ、その領域の学会にお願いすることになります。そうした上で、個別調査部会というのを設置します。

次の個別調査部会ですが、⑦のところ、それから⑧、⑨、⑩と、院内調査の結果の報告書を確認および査読を行った上でまとめをして、あるいはその内容から事務局に対して質問等を出していただいて、実際に集まって部会を開くのは2乃至せいぜい3回程度、そこで議論をしていただくという形になります。⑪ですが、個別調査部会は必要と認める場合には合理的な範囲内で事例の関係者からのヒアリングとか、追加情報の提供を病院に対して行う。医療機関は、これに対しては協力をしなければいけないということが法令で定められています。この部会における審議内容を、センター調査の報告書（案）としてまとめて、総合調査委員会に提出するという形をとります。

総合調査委員会による報告書の審議ということで、⑬から、個々のセンター調査報告書（案）に対して、ここでは時間等の問題もありますので、総合調査委員会の中で「この領域、この先生方」ということで3名程度の査読委員に査読をしていただいて、その査読委員の意見、それから個別調査部会から出

されたセンター調査報告の案をもとに、総合調査委員会は審議をしていただくこととなります。必要な場合には、個別調査部会に当該修正とか追加調査を指示することがあり得るということです。そうやってできたものを、遺族および医療機関へ交付する形をとります。⑰ですけれども、この報告書の交付後、原則1ヵ月以内程度に遺族または医療機関から書面による質問を受け付けるということになります。それに関しては、個別調査部会が回答を作成して、書面で回答すると。これをもって個別調査部会は解散し、調査検証を終了という流れで考えております。

7の報告書の作成については、これは法令で書いてあります、以下の事項を記載するというのを再掲してありますので略させていただきます。

8の交付についてですけれども、報告書は医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）の名称で交付いたします。また、総合調査委員会および個別調査部会の委員名は実名を記載するというところで、原則、合意されているところです。

以上がこのセンター調査にかかる実施要領でございまして、その後ろには関係する規程、法令等が付いております。参考にしてください。

次の資料3、資料4は、「総合調査委員会設置規程」「個別調査部会設置規程」で、これは理事会で了解された内容ですので、確定ということになります。ひとつだけ、資料4を見ていただいて、個別調査部会についてももう少し説明を加えさせていただきます。先ほどの図を見ていただくとおわかりのとおり、専門委員というのは学会から、たとえば「消化器外科2名、麻酔1名の先生」というふうに書いてありますが、左側には白衣の名前のないのがありますけれども、ここにはセンターからの調査支援医というのが加わって、全体の流れの進行を支援させていただくことになると思います。

この部会の構成は、個別調査部会設置規程の1ページ目の真ん中のところ、第4条ですけれども、構成については医療の専門家であって予め登録を受けたもの、それから2番目として事故の調査に必要な領域の専門家として専務理事が認めたものとなっております。この「予め登録」という意味は、領域別に、つまり学会ごとに地域ごと——広域の地域ですけれども、何人か登録をさせていただく。そういうものがないと具体的に委員をお願いする時にかなり時間がかかるものですから、登録をさせていただいてその中から推薦をしていただくという形。それから、そういうことが必要ない、わりと事故に遭遇することが少ない領域であったり、あるいは特殊な領域に関しては、その都度、専務理事が認めたものと

ということで、2つの方法で医療の専門家をお願いすることになっています。この際、先ほどお話しした利害関係のチェックを行います。個別調査部会の委員は総合調査委員会の委員を兼任することはできないと。二段構えで調査を審査することになりますので、両方を受け持つことはできないことになっています。その個別調査部会には、センター側からも医師、事務局というのが協力をする形をとっております。

そして、個別調査部会設置規程の2ページ目を見ていただくと、(報告書)の5番目、医療機関又は遺族にセンター調査の結果の報告書を交付するわけですが、このところにミスプリがありまして、「報告書案」となっていますが「案」は取っていただいて、最終報告書を渡した後でそれに関する質問を1ヵ月を目途に受け付けるということになっていますが、その場合、その回答が必要と判断された時のみ、2週間以内に書面をもって回答すると。これをもって個別調査部会は解散という形になります。ミスプリがひとつありましたので、「調査報告書案」と書いてありますが「案」を取っていただきたいと思います。以上がセンター調査に関する実施要領に関してです。

引き続き、資料5に移らせていただきます。再発防止の検討及び普及啓発に関する資料でございます。これは、各医療機関が院内調査を行って、その結果を事故調査報告書としてセンターに提出されるわけですが、それを検討・分析をさせていただいて、再発防止それから普及啓発に結びつけるための委員会、その実施要領ということになります。これも同じように未定稿で、(案)という形をとっておりますが、ほぼこの形でできあがっていると考えていただいてもいいと思います。そして、5-2を見ていただくとポンチ絵がありますので、それをご覧になりながら要領を見ていただければと思います。

目的は、いまお話ししたところですが、医療機関からの報告により収集した情報の整理・分析を行って、再発防止に関する普及啓発の適正かつ確実な運用を図ることを目的としています。実施体制ですが、こちらにも2つの委員会、部会という形を設けております。詳しくは、また4番の分析方法のところでも詳細をお話しいたしますけれども、詳細な分析を行うテーマを選定すること、それから専門分析部会が検討した結果を親委員会で検討するという二段構えになっています。再発防止委員会——親委員会のほうですが、これも院内医療事故調査の報告により収集した事例というのを匿名・一般化してデータベース化したものを整理すること。そして、分析テーマを選定して、テーマ別の専門分析部会の報告書をつくっていただき、それをもとに普及啓発のための再発防止策を最終的に決定するという役

割があります。(2)の専門分析部会ですけれども、この役割は、専門的見地からの詳細分析および医療機関の体制・規模等に配慮した再発防止策を検討して、報告書に取りまとめて親委員会の再発防止委員会に報告するという事です。この専門分析部会は、再発防止委員会により設定されたテーマごとに設置することになります。

次のページですけれども、情報についてはここに書いてあるとおりです。分析方法ですが、ここで詳しいこととお話しさせていただきます。まず、分析は大きく2つに分けて行う予定です。(1)数量的・疫学的分析、それから(2)テーマに沿った分析ということになります。この数量的・疫学的に関してお話しすると、まず基本的な考え方ですけれども、体系的に整理・蓄積して行って、全体の概略、集積された事例から新たな知見等を見出すということで、あるいはそれを同じ分析を毎年繰り返すことによって経年的な変化や傾向を明らかにすると。このやり方によって、テーマに沿った分析の基礎資料という格好で使うことにもつながっていくと思います。

まず、(1)の2)項目による集計ですけれども、これは事務局で報告件数とか事例の内容、調査項目、手法、手続き等の項目について集計をいたします。また、複数の項目を掛け合わすクロス集計等も行って、統計的な分析を行って日本全体として事故がどういう形で起きるのかということを出すことになると思います。また、その項目によるのとは別に、自然言語処理というのがあって、これは疾患名とか治療法、処置、看護行為等のそういう言葉をもとに分析をしていくことが、今できるようになりましたので、そういう共通因子について類似性、相関関係等を分析して情報を得るということを行いたいと思います。これに関しては次のページの4)ですけれども、具体的な情報整理のための手段としては、集計のあり方等を検討し、情報のデータベース化を図るための作業グループを、この再発防止委員会の中につくりたいと考えております。再発防止委員会の委員の先生方には、分析、解析の専門家が揃っておりまして、どういう形で分析をしたらいいかという考え方をつくっていただき、その出来上がったソフトに従って事務局で分類をしていくという形になると思います。5)のその結果の整理ですが、データベースにより得られた知見を分析して報告書として取りまとめます。

(2)テーマに沿った分析ですが、こちらで委員会、部会が動くことになります。基本的な考え方は、集積された事例から見えてきた知見等を中心に、この項目は深く分析する必要があるというテーマを再発防止委員会で選定していただきます。たとえば、今でも少し目立つのは中心静脈カテーテル穿刺に関わ

るものとか、薬剤・抗がん剤に関わるもの、あるいはアナフィラキシーショックに関係するものといったテーマを選定して、そのテーマに沿ってその事例を集めていくというやり方をとります。その内容は、多くは発生頻度等にも関係しますが、発生頻度が多くないケースであっても、再発防止に関する普及啓発の必要性が認められる等の観点から、選定をすることになると思います。2) テーマに沿った分析の流れですけれども、再発防止委員会によるテーマの抽出というのを行います。これは、まとめた一番目の数量的・疫学的分析等を見ていただいて、テーマを決めるということです。今度はそのテーマ別の専門分析部会というのを、下部の組織になるわけですが設置することになります。

次の専門分析部会によるテーマに沿った分析というのは、③、④、⑤あたりは事務方がずいぶんお手伝いすることになると思いますが、専門分析部会はテーマに関係する調査結果報告書の査読を行って、その情報の収集、類似例の検索を行い、それをもとに、今度は部会の先生方に質問事項とか何かを予め出していただいてまとめたものを、集まっていたときに専門的見地から事故の要因を分析していただく。そして、その内容から再発防止に関する報告書として取りまとめて、親委員会である再発防止委員会に提出するという形になります。⑧以降ですが、再発防止委員会では、この報告書を査読して必要な意見をまとめておいた上で委員会を開き、追加検討を依頼する場合がありますが、これをもとに再発防止策を決定するということになります。

3) ですが、だいたい記載項目として考えておられますのは①から⑤、各事例における事故発生の経緯とか事故発生の原因、テーマの視点から捉えた事故の要因及び評価、テーマの視点から捉えた再発防止策、さらに医療機関の状況に応じた何段階かの再発防止策というものが出てくるとと思いますので、そういう形でまとめるということになります。

5. 普及啓発に移ります。普及啓発の対象は、医療関係者だけでなく医療関係団体——医薬品とか医療機器のメーカー、医療情報のシステム関連団体等、それから広く社会、国民に対しても行うことになると思います。普及啓発の内容に関しては、医療事故報告（発生時）に関する情報、件数——何件こういうものがありましたといったことの推移、それから報告書の終了時、その報告書を集積して行うもので、2) の①と②ですけれども、先ほどお話しした事例の内容とか数というもの、プラステーマに沿った分析の結果、そして3) 再発防止策という形になると思います。普及啓発の方法としては、定期的に発行する冊子、年報等、それから場合によっては緊急レポートのようなものが必要になると考えてい

ます。ホームページによる情報提供は、常時行っていきます。また、学術団体、医療事故情報収集等事業——医療評価機構との連携も行っていきたいと考えております。最後に、(4)普及啓発の効果の確認も行うことになっています。次の頁は、規定等に関するところですので、後程ご覧ください。

また、資料6と資料7は、「再発防止委員会の設置規程」「専門分析部会設置規程」になっております。これはもうすでに理事会で承認済みですので、これで決定ということになりますので、後程ご覧ください。センター調査及び再発防止に関する普及啓発に関しては、以上であります。

次に、資料8-1をご覧ください。私どもは機構の職員に対するセミナーを行っています。トレーニングセミナーと呼んでおりますけれども、センターの職員、それからブロックごとにお世話になっている調査支援医——いままで総合調整医と呼ばせていただいていた先生方に来ていただいて、2月20日にトレーニングセミナーを行いました。今回のトレーニングセミナーは、主にモデル事業以来お世話になっていた先生方、あるいは職員が対象でしたので、モデル事業時代の調査の考え方・手法と、本制度でのセンター調査の考え方・手法の違い、そのポイントをお互いに共有することを目的として行われました。もう少し具体的に言いますと、私どもが現在いる中央とブロック・地域とがどのような協力体制をとるのか。今後の事例数、それから地域性等で柔軟に対応していかないといけないと思っておりますけれども、そのへんの考え方を共有するというで行いました。調査の基本はそんなに変わらないけれども、今度は院内調査の結果が目の前にありますので、それをまずチェックすることから始めるといったようなことがポイントになって、いろいろお互いに話し合いをしてきたところです。全部で出席者67名で、半日をかけて行いました。従来は事例を検討したり実地ワークをやっていたのですが、今回はこの新しい制度の内容を共有するというで、このような形で行いました。以上、2つの委員会の件と、トレーニングセミナーのことをご報告させていただきました。私からは以上です。

吉田事務局長 続きまして、資料8-2でございます。事務局の吉田からご説明申し上げます。資料8-2につきましては、研修会の開催状況についてのご報告でございます。この研修は、日本医師会様に平成27年度、今年度の事業計画に基づきまして、業務委託をいたしまして行っているものでございます。研修の内容につきましては、概略ということで記載してございますけれども、まず制度の内容の説明・周知、それから院内事故調査の方法等を主体といたしました内容となっております。研修の開催

は、支援団体の職員向けの研修につきましては2日間の研修が2回ほど、それから医療機関職員向けの研修につきましては1日の研修で7ヵ所を予定してございまして、本日は2月28日の大阪で行いましたこの研修会までの状況をご報告、ご説明いたします。

支援団体職員向けの東京で行いました研修につきましては、受講者数115人、お医者さんがいちばん多うございまして、その次に看護師、事務という順でございまして。受講者のうちの医療安全管理部門勤務者数という欄は、医療安全係とかそういうところに勤務している方々の出席者数で、それから管理職数欄は、出席者が管理職であるか否かでございまして。医療安全管理者研修というのは、看護協会様をはじめといたしまして様々な団体様が行っておられます、40時間の研修を受講したかどうかをお尋ねしたものでございまして。医療機関の職員向けの研修会でございますけれども、仙台につきましては98名、福岡につきましては377名、札幌につきましては158名、大阪につきましては475名ということでございまして、この4回の医療機関向け研修につきましては約1,100人ほどの参加者がございました。そのうち多かったのは看護師でございまして約470名ほど、次に事務職の350名ほど、お医者さんは200名ほどでございまして。雑駁ではございますけれども、参加者数の状況のご報告でございます。

引き続きまして、資料9でございまして、「平成28年度事業計画書(案)」をご覧になっていただきたく存じます。この事業計画書は理事会の決定事項ではございますけれども、理事会にお諮りする事業計画内容(案)ということで、本日もご説明させていただきたく存じます。まず、全体といたしましては、私どもセンターの事業の業務内容は医療法で定められているわけでございますので、この法律から逸脱した事業はできません。従いまして、基本的には27年度の事業計画とほぼ同じ内容ということでございまして。

1ページの事業概要でございますけれども、ここに記載させていただいている(1)から(7)につきましては、医療法で定められておりますセンター業務を記載してございまして。2ページの事業実施に係る委員会等の運営でございますけれども、私どものセンター業務を実施していく上で非常に重要な委員会、先ほどのご説明がございました総合調査委員会、再発防止委員会、そして当委員会——医療事故調査・支援事業運営委員会の来年度の運営についての記載をしてございまして。それから、3. 相談業務の充実、4. センター調査の円滑な実施、5. 再発防止策の策定並びに6. 医療事故の再発防止に関する普及啓発は、先ほどの1ページの事業概要に記載してあります法律に定められたそれぞれの業務を特出しして書

いてございまして、それぞれ説明を加えて記載させていただいているものでございます。

3ページの7. 研修でございます。ただいま資料でご説明申し上げましたのと同じでございまして、28年度におきましても、引き続き機構職員向け、それから医療機関職員向け、支援団体の職員向けの研修、この(2)と(3)につきましては支援団体へ業務委託すると。厚生労働省と協議した上でございますけれども、そのような計画になっておりまして、これにつきましても今年度、27年度と同様でございます。

それから、8. 医療事故調査制度の広報・周知は、非常に重要な事項でございまして、私どもセンターといたしましても引き続き力を入れてまいりたいと考えているところでございます。9. 情報システムの検証等でございますが、今年度導入いたしまして、いま現在、業務上利用しているシステムにつきまして、その安全性あるいは不具合等を検証して、必要な改善を行うというものでございます。10. 支援団体との協力は当然でございます。これも今年度に引き続き積極的に行ってまいりたいということでございます。4ページにつきましては、11. 職員の体制整備、12. 機器及び備品等の整備、13. 法令の遵守でございますので、ここは読んでおいていただきたく存じますので、ご説明は割愛させていただきます。以上、雑駁でございますけれども、来たる29日の理事会にお諮りする事業計画書の案でございます。説明は以上でございます。

樋口委員長 どうもありがとうございました。今日の資料の1から9まで長時間に渡ってご説明を伺ったので、これからご意見を伺いたいと思いますけれども、一応3つに分けようかと思えます。

まず、専務理事の田中さんから説明を伺った資料1-1、1-2では、改めてこの日本医療安全調査機構、いわゆる第三者機関と呼ばれるものの任務がどういうものかを確認した上で、現状というので資料1-2で医療事故の報告受付件数が140件とあります。5ヵ月で140件というのは、ごく単純に1年だと2.4倍すると、このままいくと年間300件あまりということになります。それはしかし、後の半年がどうなるかは、本当はわからないことではありますけれどもね。相談件数は累計871件にのぼる。しかし、相当な数、ある程度数が遺族からというのもあったというご説明が、この裏の資料から読み取れましたね。ちゃんとご説明もありましたが。

それで、医療事故調査報告がすでに累計で33本上がってきているわけです。センター調査は1件という話になっていて、まず当初、厚生労働省で言われていたのは、こういう新しい調査の下で届け出が出

てくる、いわゆる予期せぬ死亡という事故は、1300～2000 と言われていたんですね。それは一定の根拠をもった確かな推計でしたから。そうすると、先ほどの数字でいうところの 300 あまり という数字では、予想よりはずっと少ないことになるわけです。それについて専務理事の田中さんからは、いくつかの理由は考えられるのではないだろうかと説明されました。

1は、まず何といったって制度が始まったばかりで、医療機関等にぜんぶ周知しているかということそんなことはない。相談事項を受けている感覚からも、そういうことが言えるのだろうと思いますけれどもね。そういうご説明の根拠はあるのだろうと思いますが、制度の理解不足というので、これはマスコミその他、いろんな関係者にもお願いして、こういう制度が始まっているのだからということを繰り返し繰り返し、伝達していかないといけない問題かもしれません。2つ目に、やはり医療関係者の中で、これは憶測もあるのかもしれませんが、院内調査を始める、事故調査を何か始めるというだけで、とんでもないことをしたのではないかというニュアンス、そういうイメージを遺族や周囲に持たれることを非常に嫌がる。心理的には非常によくわかる。そういう傾向もやはりあるのではないだろうかというお話があったと思います。それから3つ目には、実際に院内調査をやるとその負担・コストというのは、日常業務に加えてという話になりますからなかなか大変なので、届出が少ないのにはこういった背景があるかもしれない。そういう話も伺った上で、まずこの資料1と2のところ、ご質問なりご意見なりを伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

山口委員 当初、予想されていた数をお聞きした時、さっき 2000 ぐらいというお話でしたけれども、これまで 26 年間、電話相談をお聞きしてきた経験から、そこまでは行かないのではないかと感じていました。しかし実際に蓋を開けてみますと、ここまで少ないのかなと、正直驚いているところではあります。

実際に私たちのところに届いている電話相談の中に、この 10 月以降に予期せぬ死亡に遭ったという遺族からのご相談がありまして、「それは届け出の対象になっているので、医療機関にまず聞いてみてください」とアドバイスを差し上げたところ、病院の医療安全管理者と医療者、医事課の方と話し合いをもったと。そうしたところ、「確かに医療に関連した予期せぬ死亡であることには間違いありません。病院長もそう判断しています。ところが、過誤があったということが明らかでないので、届け出をしないことに決めました」と言われたというんですね。そういう誤った解釈をしているところが実際にあると

ということが相談の中で入ってきていることと、それから医療安全管理者の方から複数相談を受けていまして、「どう考えてもこの届け出の対象になるのではないかと自分は思うけれども、院長が開催した外部委員を入れた会議をしたら、たとえば外部から来ている人が『それは届け出をしなくていい』と言われて、届け出をすることに萎縮気味になっている」と聞いています。また、「自分たちは前向きにやりたいと思っても、管理者の理解が得られない」とか、たとえば何か問題が起きて急変して別の医療機関に運ばれた時に、その受け入れた先で死亡され、予期せぬ死亡に該当するのではないかと思っても、医療機関同士でそれを指摘することができないとか。非常に後ろ向きな感じ、そして届け出をすることで悪い病院だとレッテルを貼られるのではないかというイメージで広まっていることに、私は危惧を抱いております。

今回、公的に作成されたガイドラインはないはずですが、ガイドラインと称するものが出回っていたり、あるいはいろんなセミナー・説明会に行くと、同じ制度なのにまったく違う説明をされていて、そうするとどうしても楽な解釈ができる方向に行ってしまうたりとか、届け出をしないという方向に行くという実態が、この5ヵ月だけでもかなり耳に入ってきているところでもあります。

先ほど相談件数のご報告がありましたけれども、きちんと相談をしてこられる医療機関はいいと思うんですね。でも、相談もしてこない、あるいは法解釈を誤っている医療機関に対してどういうアプローチをしていくのか。どこがするのかという問題もありますけれども、そこがやはり問われているのではないかなと思います。だから、実際には数としてはもう少し出て来て当然のはずのところ、縮小気味になっているのではないかなということを何とかしていかないと、医療安全をもっともっと向上させるためにつくった制度だと解釈しておりますので、実態はそうならないことが非常に残念だなと思っています。

ということを申し上げた上で、さらにそういうアプローチを強化していただきたいということに加えて、いくつか質問があるんですけれども。先ほど、相談のその他の33件のうち、過半数がご遺族からだというお話がありましたけれども、具体的にどんな内容の声が届いているのかということ、それから田中専務理事さんのお話にあったかもしれませんが、ちょっと私がよく聞き取れなかったので、死亡してから実際に何日ぐらいに報告されているのか。報告をされてきたこの140件の中で、速やかに報告ということが言われて、日にちを決めなかったわけですが、それがだいたい実態としてはどうな

っているのかということ、この2点をまず質問したいと思います。

樋口委員長 後のほうは木村さんから話があったような気がしますけれども、1週ないし2週というのが多いというお話でしたが、もう少し何か補足してあげられることがあれば。

木村常務理事 正確な届け出までの、遅滞なくというところですね。そこまでの期間は、数字はどこかに出ていると思いますが、ざっと言いますと1～2週間が多いところですよ。しかし、中には1ヵ月以上たっているのもあるということです。しばらくたってから考え方を変えたとか、揺れているような、後からの連絡があったりするもの中にはあります。やはり平均しても2週間近くかかっているというのは、かなり判断に迷っておられるのか、あるいは今お話があったように、わかっているけれども届けたくない、そのへんの葛藤で時間がかかっているのかというような、山口先生が言われたように、私も相談を受けていて共通のことを感じます。

樋口委員長 遺族からの相談では、どういうものがというお話もありましたが、それはどうですか。

木村常務理事 最初の受付に関しては、私が直接受けるのは医療機関からになってしまうので、遺族から最初に電話を受け取るところで、まだ今はまとめているところですけども、モデル事業の時はその内容を医療機関にそのまま伝えるということをやっていたんですね。「こういう声があがっていますよ」と。しかし、今回はそれはやってはいけないことになっていますので、「医療機関とよく話し合ってください」ということをお話ししています。最初のうちは、当然かもしれませんが遺族の方が制度のことをあまりよく知らなくて、以前起きたことを調査してほしいとか、いきなり「病院ではなくてセンターに調査をお願いしたい」という、制度の内容のご理解が得られていないような相談も多くありました。

山口委員 実際に相談がある時に、今おっしゃったように、「こういう制度なので病院のほうにこう言ってください。医療機関と話し合ってください」という話を私もいたします。でも、ご遺族の方がこの制度自体をそんなに熟知しているわけではないとしたら、医療機関から「いやいや、違うんです。こう解

積するんです」と言われてしまいますと、それ以上強く押せません。結局、どうなっているかというところ、
「やっぱりこれは法的に解決するしかないから弁護士さんのもとを訪ねるしかない」という判断になる
んですね。「それ以外に何が起きたかを検証する手段はないんですね」ということに結局なってしまう
ているということを、多くの医療機関に知っていただきたいなと思います。

木村常務理事 今おっしゃったように、ある意味では相談をしてくる医療機関は、すごく真摯に考えて
悩んだ末に相談をされてくること。それから、たとえば今のお話で、管理者との間で意見の相違があっ
たりという中には、今となっては「事故」という言葉を使って遺族に話しづらいということもあります
けれども、いろんなレベルがあるにしても、それから医療の内容自体が本当に事故と考えるのかどうか
というので悩んでいる方もいます。そういうことを正面から考えて相談されてくる方は、そんなに問題
ないというか、これは疑いも含めてということなので、ちゃんと調査をしてそれを次につなげようとい
う考えをどこかにお持ちの方だと思いますけれども、確かに我々のところにも伝わってこない数がどれ
ぐらいあってどうなのかというのは、非常に心配でもあるわけです。

高久理事長 医療機関からの相談の場合に、相談して来られる方は医療安全管理者の方ですか、病院長
ですか。

木村常務理事 病院のサイズによっても違いますけれども、最初の相談は医療安全管理者で、そういう
体制が整っているような病院のほうがやはり事故は多いといえますか、ベッド数が多くて、ある程度そ
ういう体制を調べなければいけないレベルの病院のほうが高度の医療をやっているの、そういうのが
多いですね。中には、医師一人というようなクリニックもありますけれども、それは送られた先からま
た相談が来たりするわけですから。医療安全管理者から相談が来て、次の我々が合議をして答えを返す
時には院長が出てきたりと。院長先生も、ちゃんと出てくればいろいろなお話もしますけれども、管理
者のところで止まってしまう場合もあるわけですね。

飯田委員 山口さんのお話で2つあるんですが、ひとつは今のこの報告ですけれども、もうちょっと私

たちに詳しいデータをお示しいただきたいんですね。固有名詞はいらないので。プレスリリースしましたというのだけ来て、記者発表するよりも私たちの情報が少なかったりするので、ちょっと逆じゃないかと。むしろ、私たちにはもっと詳しいデータを、今みたいなことも含めてお渡しいただきたい。これはぜひお願いいたします。

それから、さっきの医療機関の対応が悪いということは事実そうで、私ども全日本病院協会でも指針をつくって事故調の研修会を1年半ぐらいやっていますけれども、去年びっくりしたのは、秋にやった時に、「いろんな団体でいろんな講習を受けたけれども、言うことが違う。何を信用していいんだ」と言われて、よその団体の指針を私は見ていなかったの、「読んでないからわからないけれども、少なくとも私たちの書いているのは厚労省の法律、省令、通知の主旨で書いていますから間違いありません」と言ってから、その後、複数の団体の指針、ガイドラインを読んだら、あまりにもひどいことを書いてあるんですね。法律、省令、通知とは違うことが書いてある。

そういうことになってしまうと、先ほど誰かがお話しした楽なほうに行こうという話なので、非常に私たち自身が困っています。他の団体に入っている病院もありまして、「いろんなところに出たけれども言うことが違う」と。「それならば、私たちが言っているようなことで考えたい」と言ってくれるところもあるし、もっとひどいのは、「このガイドライン、指針は安いからそっちを買った」とか、「ハンディだから」とか、よくわからない理由ですね。ですから、私たちは今年も何回かそういうことをやる予定ですが、きちっと病院に伝えていくことは大変ですが、正しい情報と正しくない情報がグチャグチャになっているというのがこの半年にわかって、非常に困っています。ですから、そういうこともここでも認識してやっていただきたいと思います。私たちも当然、支援団体としてやっていきますので、ぜひお願いしたいと思います。

樋口委員長 ありがとうございます。他に、どなたでも。

永井委員 山口さんのお話、飯田さんのお話を聞きながらですが、やはり今回の問題については、検討会の時分から私からするとだいぶ消極的な意見を言った人、またその関係者がネットなりいろいろなところで、「私らが成功したんだ」という発信をしているわけですよ。その言い方でいうと、要は「予期

したというほうにみんな持っていったらいいんだ」と。そこまで言ったりしているところもありますのでね。このまま行ったら本当に医療界への不信感はずっと増すと思うので、危機を感じています。

そういう中で、私自身はこの数字について、いろいろなところから聞かれる時に、この数字が多いとか少ないということについてはあまり私は問題視していません。それより、さっき飯田さんがおっしゃったように、ここへ出てきている内容、それから調査結果の報告の分析とかそういうことが、こんなひどいものもあるということについては、一般には報告しなくてもいいですけど、医療界の中にはそういうデータのデータも示していつてあげてほしいし、そういう中で、まだまだ報告書を出された時に、これ以上どうしようもないということで遺族側が満足しているのかなという、私は数字の中がどういう結果になっているかがものすごく気になっているんです。

そういう中でいうと、今回、質問にもなるんですけども、センター調査1件が起こってきているというのは、まずは医療機関から来ているのか——たぶん医療機関から来ていると思いますけれども。どちらから来て、何を問題視しているのか。そういうことも本来はここではヒアリングしたり、どういう問題が起こって1件になっているのか。この件数が少ないのだったら、それで医療機関がしっかり調べているのだったらある意味ではいいことだと思っていますので、そういう分析をもうちょっとしっかりやって欲しいなという感じはします。

樋口委員長 センター調査に関するプロセスとか再発防止委員会というのは私の議論の整理の2番目ということではありますが、流れですので、1件来ているものについて、お答えできる範囲でいいと思いますけれども、どちらからみたいなきことは言えるんですか。

木村常務理事 1件しかないので、何らかの方法で調べればすぐわかると言われてしまうと非常に困るんですけども、これは遺族側からで、遺族側からというのはもう公表されています。それは、病院が後から「事故ではないと考える」と言ってきたのを遺族も聞いて、これは制度のことも勉強して、やめる前に早くセンター調査を申込みたいというようなことで、病院側とちょっといきちがいがあると。

永井委員 最初のボタンの掛け違いによって不信感を遺族を持ったという、基本的にいうとそこらへん

にあるわけですね。

木村常務理事 そうですね。そういうところはあると思います。病院側は事故か否か迷った末に一応報告を出したのだけれども、「いま検討中で、もう少し時間をくれ」ということをおっしゃったんですね。ただ、正式にはもう報告として出ているので、「こちらはそれをちゃんと受け取った以上は、院内調査を進めてください」というお話をしたところですよ。最終的には、ちゃんと院内調査を進めてくれていますが、事故発生の報告の後しばらくして取り下げたいと言ったので、遺族の方が慌てて出したというところですよ。

永井委員 センター調査の依頼というのは、終わった後に来ているんですか。それとも途中で、あまり進まないからということですか。

田中専務理事 プライバシーに関係することなので、どうでしょうか。

樋口委員長 センター調査に関する実施要領その他については2番目ということでもあったので、ちょっとこの話はここまでということにしておきましょう。

その他、資料1-1、1-2についてですが、私のほうからも、いままで何人かの委員の方のお話を聞いていて考えたことがいくつかあります。まず5つ並べてみますが、ひとつは数字の問題で、やはりこの時点で多いとか少ないとかいうのはちょっと早計かなと。さらに、永井さんが言うように、そうは言っても、私は数も重要なのではないかと、本当は思っていますけれども、量と質の問題でいえばやっぱり医療事故の問題は質のほうがどちらかといえば重要だという考え方は十分あり得ると思います。少ないからすごくよかったとか、多いからちゃんと機能していてよかったというのも難しいところであるということですね。だから、数字の問題でなんだかんだとこの段階でいうのは、もう少し時を稼ぎたいとか、様子を見たいと思います。

しかし、このわずか5ヵ月の中でも、いま飯田さんからもあったように、届けたらいいのか届けなくていいのかみたいところで、はっきり誤解と思われるような、あるいはあえて曲解ですね。そもそも

「過誤はなかったんだ。だから調べる必要はないんだ」という話ではないんですよ。過誤があったかどうかという話ではなくて、原因究明から再発防止へつなげられるかどうかという話でやっているの、そういう間違っただけの指針に書いてあろうが、ガイドラインでどこかの誰かが言っているように、「ぜんぶ嘘です。間違っています」ということの発信はやらないといかんのじゃないかなと思っているんですね。

3つ目は、それと関連しますが、それは田中さんもおっしゃいましたけれども、自分たちが事故を起こしたという表現で言えばいいんですかね。「事故」という言葉自体に別に過誤は含まれていないのだけれども、日本語として「事故」と言ってしまうと、何かよくないことをやっちゃった、間違ってしまったんだというイメージを持っている人は少なからずいる。しかし、「医療事故」と法律上も書いてあるのだからニュートラルな言葉なのだけれども、そういうふうには受け取らなくて、それをしかも届け出をする、院内調査もするというのに、どうしても二の足を踏むというところを踏まえて考えると、やっぱり届け出をするほうが立派だという話を、何らかの意味でつくらんといかんですよ。そういうインセンティブみたいなものが、あるいはそっちのほうが常識なんだという話をどうやって工夫していくか。それはさっきの「過誤がなければいいんだ」という話の裏返しだと思うんですけどもね。

4つ目は、ただ、そういうことをこの第三者機関がどれだけ提案できるのかと。我々はこのシステム全体に関与している者であることは間違いない。しかし、全権を委任されているわけでもなくて、ある部分だけを役割を与えられている。その役割が極めて限定されている。その中で、しかし制度の改善のために何らかのご意見をここの委員の方々からも伺った上で、まさに伝達するというところまでは、まさか止められるということはないと思うので、何らかの第三者機関としての役割を、つまり飛び跳ねない程度にですね。全体のシステムの改善のために我々も何ができるかということ、今後の動向を見ながら、ご意見を伺いながら考えていく必要があるかなと。

それから最後の点は、先走っているのかもしれないですが、医療事故の調査報告書が33件ありました。それは長さもバラバラだし、私は中身はもちろん一切知らないですけども、木村先生のお話だとなかなかだという。それで、これは木村先生への質問ですけども、我々いろいろなガイドラインとかいままでの経験を通じて、調査報告書の書き方等については、もっと端的に言えば医療事故の報告書が出てきてその一つひとつについて何らかの形でのレビューというのは、とりあえずはこの第三者機関で

はやらない。もっと統計的な、疫学的な、あるいはテーマごとにとという形での分析をやるんだと。一件一件具体的に、大学の先生だから言いますが「優です」とか「良です」とか「不可です」とか、そんなことをやるわけではないというのはわかりますが、少なくとも院内事故調査報告書の書き方のあり方について、この第三者機関が助言をすることは我々ができるものと思ってよろしいですか。これは専務理事に聞くべきことですか。どうお考えですか。

田中専務理事 まず、私どもに、事例に相当するかしないかという判断をする権限はありません。権限は、基本的には医療機関の責任者の方が組織的にご判断されて、お決めになること。これは法律の枠組みがそうなっているわけで。ただ、私どもは法の主旨に沿って、いろいろな見方、考え方を情報提供するということが精一杯のところでございます。それから、次に何をやるべきなのかと。7つ項目が書いてありますけれども、普及啓発とか研修とかいろいろ書いてありますので、その枠の中である程度できるのではないかとおっしゃられるかもしれませんが、パンフレットひとつとってみても、どういう内容にするかはぜんぶ厚労本省のご指導というか、相談しながら作業をしております、裁量の余地というのは非常に少のうございます。さはさりながら、法律のお守りをするというか、受け皿になって法の主旨が生かされるべく努力するのは、税金をもらって仕事をしているわけですから当然、義務だとは思いますが、最終的な権限がないということで。

永井委員 いま田中専務理事さんがおっしゃったことは、ある意味では理解できますが、極めてこの制度に対する問題ですよ。第三者機関に対して、ほとんど権限を取ってしまったような感じ。それは、とくにこの前の厚労省の最後の態度も含めて、僕らからみるとある人たち、ある政治家を使って、そういう意味での解釈をしてしまっているだけで、法律的な問題からしたら、いくらでもまだまだできることがあるのに、一時的になってしまったのを解釈してやらざるを得ないというふうになっていることも結構あるのではないかなというふうに、私は考えています。

そういう中でこの制度をしっかりとやるためには、第三者機関であるこの医療事故調査・支援センターをいかにもっと充実していくかという意味では、助言をしなくてもいいんだ、なんていうのではなくて、慣れていないところについては、助言ぐらいしていくのは当然だと思うしね。そういうことをしたらあ

かんというふうに思ったら、僕はあかんのではないかと考えていますし。第三者機関の力をどうやって実際のものにしていくか。できなかったとすれば、厚労省にもう一回言っても、また新しい取り組みのなかで、たとえば6月に修正されるという、これはいろんな意味で無理があると思いますけれども、次の2年後とか5年後に向けて本当にあるべき姿をどうやって獲得していくかという態度で、ぜひやっていただきたいなと思っています。

飯田委員 いろいろな考え方があると思いますが、少なくとも今の枠組みの中で、もっと私はできると思います。とにかく、情報開示して欲しいというのはそこですよ。もっとデータを出していただければ、私たちも、もっともっとわかるわけです。別に固有名詞を出せと言ってるわけではないので、固有名詞を外していただいて、もっと細かく出していただければ、何が問題か出てきますよ。それから、そういう事故報告書で、細かい具体的な内容ではなくて、こういう不備が多いので、ということを出していただければ、直接指導しなくてもそれはそれぞれが考えてやるし。この前も別のところで言いましたけれども、それは支援団体の役割であって、私たちがそういうデータに基づいて、また私たちの教育研修の内容も変えていきたいと思っていますし、先ほどの報告書の書き方もグループワークさせて今やっています。だけど、今ネットに出ている事故報告書というのは、ほとんどろくなものはありません。ページ数は何十ページもあるけれども、ほとんど言い訳ばかりで、ほとんど分析としてはお粗末なものが多くて、私たちが教材をつくる時に非常に困っているんです。ですから、もしやるとすればこういうところでやるのは、そういういい教材、参考になるものを資料として出していただければ、教材をつくっていただく必要はまったくありません。それは私たちがやりますから、ぜひ情報を開示して、もっと詳細なデータを出していただきたい。それを活用することが大事で、他でもそうですが、医療界はベンチマークすると、開示するだけで本当に全体がよくなってきます。固有名詞を出さないでABCでもいいですよ。これは間違いありません。ですから、今の枠組みの中でも私は十分にできると思いますので、ぜひお願いしたいと思います。

山口委員 先ほど、権限がないというお話がございましたけれども、確かに制度が始まる際にはこの枠の中でやってくださいということがあると思いますけれども、いろいろ検討してきた中で、これは新し

く始まる制度なので、制度として育てていかないといけないという話があったと思います。今度の6月に見直しというのは、どうやらちょっと難しいのではないかと、検討会を立ち上げるつもりもないという室長のご発言もあったみたいですので、そのあたりがどうなるかはわかりませんが、やっぱり始めてみて、どうやら方向性が違うということであれば、「こういう権限がないときちんとした方向に行かないんだ」といったことは、改善案として出していく必要があるのではないのでしょうか。制度自体のあり方も見直すということが、確か6月ということには入っていたと思いますので、「ここまでしか権限がないからもう駄目だ」ではなくて、ぜひそこは、よりよいものにするためには、何が足りないかということを発信していく必要が、私はあるのではないかなと思います。

高久理事長 非常にいい加減な報告書があるんですよ。だから、少なくともそれをチェックしてやり直させるぐらいの権限は持ちたいと思っています。私も挨拶の中で「法令等に規定された運用は順調に進んでいる」といって、規定が非常に狭くてちょっと身動きができないという感じがしているので、その点、この調査・支援センターは意味がないなんて言われると非常に困りますので、6月の時にはぜひ田中専務、木村常務理事の言い分を聞いていただいて、医療事故調査・支援センターが本当に動くような形のものにしていただきたい、というふうに期待をしています。

田中専務理事 私、この制度について、多少は見聞きはしてはいましたけれども、この成立過程の議論を十分には存じ上げていないものですが、かなり苦勞して妥協の上に妥協を重ねて、15年間の検討の成果として大難産の上に生まれたというふうに伺っています。そういう経緯を踏まえますと、軽々に何かコメントをする、あるいはデータを出していくということで果たして今後、うまく進んでいくのかなというふうにどうしても考えざるを得ないです。さはさりながら、もう附帯決議がございますので、作業自体はいくつか進んでいるわけです。自民党のワーキングチームも動き始めているようですし、それから飯田先生、あるいは永井さんがおっしゃられたデータの開示というのも、厚生科学研究費のほうで私が研究協力者になってある程度、もう少し詳しくデータを整理して、どういう問題点があるのかという研究も始まっているところです。たぶん、3月の末にある程度の資料をもとにした解析・分析、研究報告というのができてくるのではないかと期待しているところでございます。それはでき次第、また先生方

にお示ししたいと思っております。

樋口委員長 田中専務理事がおっしゃるように、とにかくにも小さいけれども、永井さんがおっしゃるような「小さく産んで大きく育てる」ことが大事です。実際にはその想定よりもっと小さいものだったかもしれないけれども、とにかく第三者機関ができたということです。それが、私なんか軽はずみな人間なので、いろんな先生がおられるから一人だけで動くことはできないから大丈夫だと思って安心していますけれども、あまり軽はずみなことで何だかという話になって、それまで潰されるようでは元も子もない。だから、非常に懸命に工夫して一步一步慎重に動く必要はあるということでしょう。という意味では、田中専務理事のお考えにまったく私も同感です。あまり簡単に動いて「こんなのは権限外だ」というような、集中砲火を浴びるような話は、本当は第三者機関としてはあり得ないような気がしますけれどもね。しかし、何があるかわからないような世の中でもあるんですね。……そんな、世の中がわかっているようなことを言ってしまって、私自身は本当は何もわかっていないですけれども。しかし、大事な点としては、この第三者機関でももちろんできることはあるんですよ。まずそこをしっかりとやるのが大事です。

ちょっと時間的な問題もありますので、次が2-1から8までですけれども、実際にセンター調査も始まっているわけだから、センター調査に関する実施要領とか委員会をこういう形でつくるとか、資料の2-2と5-2にきれいな絵にしてくださいませますよね。こういう再発防止委員会をつくって再発防止策を提言するのもちろんとした役割としてあって、それからさっき途中になりましたけれども、報告書を受けてそこから再発防止につなげるとか、一定の役割を果たすことはできるわけで、そのための基礎的な要綱とかの確認があるわけですよ。このセンター調査のあり方とか再発防止委員会についてという話にしたいと思っておりますけれども、つまり、これは我々が法律上ちゃんとできることですが、これは事務局にまず質問です。私が口火を切って、他の先生のご意見を伺おうと思いますが、センター調査はもう始まっている。だから、実施要領（案）と書いてありますけれども、あるいは資料2-2「センター調査の概要」という絵ですね。こういう形で、もうその1件について進められていると思って考えていいかというのがひとつと、2つ目には、33件報告書が来ていますから、それをもってさっきの疫学的分析かあるいはテーマをもった分析か、この時点で再発防止委員会というのも動き始めているのか

どうか。まだ5ヵ月なのでそこはちょっと待ってもらっているんですよということなのか、現状をお伺いできますか。

木村常務理事 まず、センター調査のほうは、こういう体制でということで今つくってございまして、各学会の名簿とか、その連携はもうとれています。ですけれども、実際に我々が乗り出して行って調査というのは、先ほど申込みがあったというだけで、それは院内調査の結果をある程度待つということになりますので、具体的な、たとえばこの事例のこういう調査が始まりましたということはまだです。

それから再発防止に関しては、こちらは30何例来ておりますけれども、議論されているのは、それをどういうふうに分けていこうか、どういうことが項目として挙げられているかとか、そういう最初の数量的なところは少し始まっておりますけれども、内容的なところに関しては、たとえばテーマ別とかいうのは、まだまだできない状態です。それから、先ほどお話しした中心静脈の穿刺に関するものは、つくろうということではまわっています。だけれども、具体的に出てきた報告書を分析するわけですから、それがそういう分析に耐えるものかどうかという目で見ると、残念ながらまだまだで、ひとつ深いところを調べたいと思うと、書いていないというのが多いということですね。簡単にいうと、起きた事象は書いてあっても、その原因が何かという考察はしていないとかいうのがあっても、いくつあったというのはわかりますけれども、内容がどうだったかというところまでは、それを使って分析というのには、まだちょっと難しいような報告が多いということです。

樋口委員長 松原先生、何か補足がありますか。

松原委員 まだ、具体的な報告書をすべて見ているわけではないので。ただ、一部見させていただいたものを見ると、やはり不十分なものがあるわけですね。この制度のいちばん大事なところは、さっきから出ている再発防止を行うのであって、ではそのために必要な情報はどこから得るかということ、報告書以外あり得ません。その報告書が不十分である場合に、それをちゃんとしてくださいということが法律に決められていないのであれば、それは法律で決めるべきだし、それはきちんとしないといけない。そこがいちばん根幹であるはずなんです。それができていないのであれば、ちょうどいいことに今度の6

月に不十分なところを見直すという附則が付いているので、そこは徹底的に討論して変えていただくか、あるいは今の法律で運用上、大丈夫だということであれば、そういう方向にいていただきたいと思います。とにかく、報告数が少ないというのがありますけれども、なぜ少ないかという、我々医療者がそれをやることによってメリットがあると感じられれば、みんな絶対にやると思います。それがわからない、ない。逆に、やるとさっきの「医療事故だ」ということになるやらない。そこを、「原因究明で予期しない死亡事故を減らす。これをやっているとどんどんよくなっています」とみんなが実感すれば、何も言わなくても増えていくと思います。そこは非常に重要なところだと思います。

樋口委員長 ありがとうございます。他にどなたか、この部分について何かありますか。

永井委員 今のお話の中でいちばん気になるのが、私どもずっと事故調査制度というのは、原因を究明し、それを再発防止につなげ、それが日本の医療の質・安全を高めると。こういう大項目があったところに、厚労省がいつの間にか原因究明を外してしまったんですよ。今でもある団体は、「原因究明なんかしなくていいんだ。再発防止と安全だということがうたってあるんだから、それだけのことをやったらいい」ということを平然と言っているわけです。私たちからしたら、またほとんどの医療従事者から見た時も、どこの世界でも、原因究明せずに再発防止なんかできるはずない、原因究明せずに再発防止はどうやってやるんだというのは当然なのに、今の厚労省の制度の中では、調査をしなくていいという人たちがけっこう大きい声で言っているわけです。ここらへんの問題をしっかりとしないと、ぜんぜん再発防止策なんかできるようになっていかないのではないかなと。

それを、報告書の中で原因分析がしっかりできていないといったら、たぶん反論して来る医療機関もあるのかもしれませんが、そこを本当に再発防止をし、医療の質とか安全を高めていくということ、そして今のお話の中ではないですが、僕はずっと報道の方にもお願いしていますが、これから起こってくる事例でいい事例、患者側も病院側もやってよかったということは、どこかで報道なりいろいろと扱って行って欲しいし、それによって患者の信頼性が再確認できたとかよくなっていったとか、そういう事例を少しでもやって、その病院はいい病院なんだと。一旦ちょっと落ちるかもしれませんが、いい病院だったとなっていくような、報道機関の援助もいただきながら、よいことをした人がよくならな

いと、正直者が馬鹿をみるような感じの制度になってしまうと困りますのでね。そこは本当に、どうやっていくかはものすごく重要なことだと思います。

樋口委員長 私は、授業でも学生を当てたりするんですけども、ここは授業でないのに申し訳ないですけども、たとえば河野先生、安全学の見地から現状はどんなように見られるものですか。ご意見を伺ってよろしいですか。

河野委員 当たり前の話ですが、やっぱり事実を明らかにするというのがすべての基本だと思います。そのやり方としての方法論がすごく大事で、そこは普通の情報処理プロセスと同じです。最初の情報がしっかりしなければ、それが処理されてあとはゴミのように大きくなって増幅されて出るわけですから、まず最初の情報収集がすごく大事です。情報はどう集めるのか、その後の分析はどうするのか、という教育啓蒙活動は、ここ（医療事故調査・支援センター）でよくやったらいいんじゃないかと私は思います。事実を明らかにする、これに尽きると思います。

樋口委員長 霧の中を突いて遅れて来られた後さん、どうですか。医療安全の問題も霧の中なものだから。

後委員 私は、再発防止委員会で松原先生とご一緒させていただいていますけれども、今日初めて資料で2月の状況を見ましたけれども、この状況がこれから数ヵ月後とか、あるいは1年ぐらい先を見通しても、こういった状況の中でも、先ほど中心静脈ラインの取り扱いのことがありましたけれども、これは医療事故調査制度がなくても昔からこの取り扱いに注意がいるし、その方法もいろいろ開発されてきたことではありますので、不十分な情報であってもテーマとして取り上げて決して間違いではないと思います。そこで出す情報は、医療者から見れば既存の情報の焼き直しに見えるかもしれませんが、この事業では患者さんが亡くなられているという重い重い事実がありますので、それは既存の教科書よりもはるかに説得力といますか、実行を促す力があると思いますので、最初はそういうことから手を付けているというスタートかもしれませんが、再発防止の取り組みも少しずつは始められるので

はないかと思います。

高久理事長 始めているということを、マスコミに知らせる必要がありますね。

樋口委員長 さっき余計なことを言ってしまったけれども、霧の中というのでは本当にしょうがなく、本当に一步一步、社会全体のために進んでいかねばならないですからね。医療者のためでもあるし患者のためでもある、とにかく小さな一歩かもしれないけれどもそういう試みを、中心静脈云々というのが小さな一歩なのかどうか私には判断もできませんけれどもね。いま後さんがおっしゃったように、実際にそれで亡くなっている人がまだいるというのだったら、それはどうやったらなくせるかを考えて提案する。その分析を、とにかくこの第三者機関ではっきり、わかっている人にはわかっていることなのかもしれないけれども、しかしわかっていなかったということですよ。それをもう少し声を大きくして、まず第一号として出すなり何なりということをする。できる範囲のことで一つひとつ、我々がやっていますというところを見ていただくというのが大事かもしれないですね。

瀬古口委員 私も研究班のころからずっと参加しておりますが、歯科で死亡するというのはあまり実感が無いという方が多いと思います。検討当初から参加してきていますが、委員の方もたくさんのお考えをもっておられ、研究班の中でもなかなかまとまらなかった。ここで報告された中でも、はっきりと方向性について、我々は示しておるつもりでも、伝わっていないというのが一番問題だと思います。我々歯科においても、各病院関係者との連携、あるいは診療所に対して都道府県の担当者にいろいろ講演を行っていますが、解釈の違いが大きくあります。何度説明してもある。担当の方はわかっておるけれども、その各個人の会員にまでは行き届かないという場合もあって、どういう周知の仕方があるのかを現在学会関係者等と一緒に考えながら対応を図っていますけれども、ひとつの方向性を明確に打ち出して、内容を適切に伝えるようなものを、何らかの媒体を使っていかないと、なかなか現状としては、ピラミッド状の本当にごく上の一部だけでわかっておって、経験した人だけに理解が広がっていくことになる。せっかくこういう形でここまで来ているので、ぜひともいいものにしていかないといけないというのが私の考えです。皆さん方も同じ考えであると思うので、何とか意見をひとつにして、6月の見直しに向け

て整理しておきたい。といってもまだこの状況で見直しというのは、何を見直すのかというものもあるし、検討した中でまたこの要領を変えていくことは、次々理解し、変更した内容をさらに理解することが増えていくことになるので、ここはどのようなスパンでどのような方向性でやっていくのかというのをきちっと決め、逆算してスケジュールを考えていかなければならないのではないかと考えております。

樋口委員長 ありがとうございます。時間が押し迫ってきたので、残された資料9というのは、この運営委員会でオーソライズするものでも何でもないので、後で、理事会で確定するのだろうと思いますが、次年度の事業計画書というのも出ております。それも含めて、今日全体としてでも構いませんので、何かご意見があればお願いします。

山口委員 再発防止のところで、国民への周知ということが少し触れられていたと思いますけれども、この事業計画書の3ページの8で、医療事故調査制度自体の広報・周知というところが触れられていますが、これはどこに向けての広報・周知なのかということがまったく触れられていないですね。たとえば、国民に対してもということがあるのだとすれば、医療機関および国民というような、具体的にどこに対して広報するのかということを明確にさせていただいたほうがいいのではないかなと思いました。というのも、再発防止のことで国民にいろいろ情報提供していただくのもさることながら、この制度自体を一般の人たちがどれぐらい知っているかということ、まだまだ10月から始まっていること自体を知らないと思うんですね。それを一般の方が知ることによって、届け出を直接できないとしても直接話し合いをするための情報・知識になると思います。これが第三者機関として国民に対しての周知というものが入っているのかどうかということが、確認したいところでもあったんですけども、もし入っているのだとしたら、ここに明確に入れていただいたほうがいいのかなと私は思います。

田中専務理事 ありがとうございます。リーフレットを3万部作りまして、これは当然、広く国民の皆さんにご理解いただくということであります。それから、同じものをホームページからもダウンロードできるようになっておりますので。

山口委員 どこに配付されたんですか。一般の方に手に届くところに？

吉田事務局長 各都道府県医師会様にお送りしております。それから、地方自治体の医療安全の関係の部署、それから歯科医師様にもお渡ししてございます。それから看護協会様にもお渡ししてございます。それぞれの各団体から、その各団体に所属している各病院には配付されていることと思います。ならびに、個々の医療機関から「300部ください」とか「400部ください」というご希望もございまして、すべてお応えしてございます。希望がありました医療機関に、「どこに置いておくんですか」と尋ねましたところ、外来にいろいろ置いてあるところがあるそうございまして、一般の患者さんが目につくようなところに置いて普及したいと。こういう医療機関も相当多うございました。状況は以上でございます。

永井委員 3点ぐらいあるんですけども、質問の中で、私が理解できていないのかもしれませんが、センター調査の概要の図の中なり文章の中で、個別調査部会というのがあって、ここに部会長がおると思いますけれども、この部会長は4番のところには出席するとは書いていないように思うんですけども、出席しないんですか。

木村常務理事 個別調査部会で個々の事例を検討した結果を総合調査委員会に報告しますね。その時に、総合調査委員会のほうで呼び出してといいますか、そこで報告というのは、必ずとは書いていませんけれども、呼んで説明というのもあり得ることになっています。

永井委員 モデル事業のことを言うとまた叱られるかもしれませんが、現場でしっかり調査なりをした人たちの責任者がいることは、いろんなことにおいて僕はスムーズに行くのではないかと思うしね。それを、なぜここに入れないのかなという感じがしたんですけども。

木村常務理事 総合調査委員会のほうでやる権限として、個別の説明を求めるといのは入っていますので、それはこれからの運用次第といいますか、明らかに「出なさい」というふうに義務とは書いていないですけども、出るようにはなっています。

永井委員 実際にやってみながら、そこらへんは運用していただきたいと思いますが。

それから、事業計画の「3. 相談業務の充実」というところに、「調査の実施に関する医療機関等からの相談に」ということがあって、この「等」の中に、いま積極的に書けないかもしれませんが、要するに医療事故被害者らしき人、一般の人からの相談についてはできる限り聞いてあげて欲しいし、そこがどんな内容で相談が来ているのかというのは、何も法律で駄目だと決まっているわけではないですから、ぜひデータなりをつくって行って、今の現場がどうなっているか、場合によったら各県でどんな傾向があるかとか、そういうことも何年間か続けていったら見えてくる場所もあると思いますし、そういうデータづくりができるように、単に「相談を受けていませんから、違うところへ行ってください」だけではなくて、聞いていただきたいなど。

木村常務理事 ありがとうございます。遺族からの電話というのは、そのまま「医療機関に」といってガチャッと切るわけではなくて、それは普通に話をする以上、かなりその内容を聞くことになるんですね。それはそれで集積してまとめは出せると思います。どんな内容で実際に困っていらっしゃるのかということはまとめていきたいとします。

永井委員 3番目ですが、この事業計画の中に、我々が聞く必要はないのかもしれませんが、お金の問題がまったく出ていないですけれども。何を言いたいかというと、たぶん人が少ないからお金が余るとか、いろんな傾向があるかもしれません。先ほどから言っているように、この時点はいかに啓蒙し、この制度をみんなに知らしめるかという意味で、普段以上に告知・広報という活動に積極的なお金の使い方をお願いしたいなと思いますので、よろしくご検討をお願いします。

樋口委員長 最後の点も非常に重要なところだと思います。

田中専務理事 今のところは、27年度の倍に近い予算要求をさせていただいております。とくに、きちんと相談あるいは分析ができますような人の確保と、それからシステムの充実です。今、いろんな情報

漏洩の問題が起きておりますので、そういう点に十分配慮したお金の使い方を考えていきたいと思っております。それから、もちろん普及啓発、研修も、いま以上に充実させていただきたいと考えております。8億強の予算要求になっております。

永井委員 さっきから出てくるパンフレットなんかでも、僕も講演でいろいろな病院に行くけれども、病院で置いてあるなんていうところは、僕が行く限りほとんどないですわ。それぐらい病院というのは多いですね。そういう中で本当に広報をしっかりやるというのは、どこに本当に行ってるのかね。どこか医師会に預けたらそれで終わっているとか、ちゃんと末端まで行くようなことを考えながら、そこを充実して欲しいと思います。

瀬古口委員 知っている病院ですけれども、医療事故調査制度のパンフレットを病院の受付に置いていなかった。3万枚配付されたということですが、全国の病院 9000、プラス診療所というものを考えて、また関係団体を考えると、予算がなかなか大変でしょうけれども、ぜひとももう少し枚数を多めに作成していただいて、一般の方々にも届くような形で普及していただくようお願いをしたいと思います。

樋口委員長 一応、予定していた時間にはなりましたが、木村先生、どうぞ。

木村常務理事 今日はたくさん、ある意味では叱咤激励というか応援の言葉をいただいて、本当に感謝しています。いろいろなところで説明をしたり、それから実際に相談を受けたりということで感じていることは、私どもどこまでできるか、かなり制限、裁量の余地がないという部分を非常に感じていて、悔しく思っているようなところも多いですけれども、一方で、相談してくる方たちとか、我々が行って制度の説明をしたりしてくる、それも半年以上やっていて、週に1回ないし2回はそういうことをやっているわけですけれども、だんだん変わってきているということを実感しています。質問の内容とか、それから会場でのいろいろな反応なり質問なり、その後から来る相談事とか、真摯に対応してらっしゃるとか、そういうことを通じて感じるのは、これに報告をしないと、法律の隙間をぬって逆に解釈を

するとか、それでうまくそこを乗り越えたとしても本当の解決にならないのだと。正面からそれを調査してお互いに納得することがいちばん近道で、それが最終的ないちばんいい方法だというのが、通り抜けた人でないとなかなかわからなくて、経験された方は本当に涙を流すみたいに喜んでくれます。充実感をもっていろいろなことを質問してきたり話をしてくれたりという方が、微々たるものですが、少しずつ増えて来ているということはあると思います。最終的には、そういうふうにして世の中が変わっていかないといけないのかなと思います。まだまだ微力ですが、そのへん何とかうまく伝えられるように、広報というお話もありましたので、広報・周知を含めてやっていき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 それでは、今日予定していた時間は過ぎましたので、ここまでといたしますけれども、事務局から、今後のことについてお願いします。

田中専務理事 どうもありがとうございました。次回の予定について申し上げます。一応、6月に制度の見直しが想定されているようでございますので、その結果を見据えて夏以降に次回を考えていきたいと考えているところでございます。今日は大変ありがとうございました。後委員のおやりになっている医療機能評価機構の事故調査のシステムも、あれは特定機能病院という限られた対象のデータでございますけれども、報告数が10年かかって3倍になっております。ですから、ぜひ長い目で温かく、また厳しく見守っていただけたらというふうに考えておりますので、よろしくをお願いします。

樋口委員長 皆様、今日はどうもありがとうございました。

(以 上)