

平成 28 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 29 年 1 月 31 日（火） 15：30～17：45

場 所：世界貿易センタービル 3 階会議室 RoomA

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 岡本委員、松原委員が少し遅れておりますが、定刻となりましたので平成 28 年度第 2 回医療事故調査・支援事業運営委員会を開催させていただきます。本日は、今村委員、有賀委員、後委員、鈴木委員、瀬古口委員、長尾委員はご欠席でございますが、ご出席の委員の先生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、本日は、全国医学部長病院長会議を代表いたしまして、参考人といたしまして嘉山先生にご出席をいただいております。また、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もご出席をいただいておりますことをご報告申し上げます。

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。インデックスがついてございますが、資料 1-1 は、医療事故報告等に関する報告書、「医療事故調査制度開始 1 年の動向」の冊子でございます。資料 1-2 は「医療事故調査制度の現況報告 (12 月)」でございます。資料 1-3 は「平成 28 年 年報作成について」でございます。資料 1-4 は「優良事例検討 打ち合わせ会」に係る報告でございます。続きまして、資料 2-1 は「総合調査委員会の開催状況」、資料 2-2 は「個別調査部会の開催状況」、資料 2-3 は「センター調査実施における課題」、資料 3-1 は「再発防止委員会の開催状況」、資料 3-2 は「専門分析部会の開催状況」、資料 3-3 は「院内調査報告書」へのセンターの対応について、資料 4-1 は「平成 28 年度委託研修の開催状況」、資料 4-2 は「普及・啓発の実施状況」、資料 5 が「平成 29 年度事業計画書 (案)」でございます。それから、参考資料 1 といたしまして前回開催の議事録、こちらにつきましては後ほどお目通しいただきまして、何かございましたら、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。参考資料の 2-1 から 2-3 は、医療法施行規則の一部を改正する省令等でございます。資料は以上でございますが、不備がございましたらどうぞ事務局のほうまでお申しつけくださいませ。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、第 2 回の事業運営委員会にご出席いただきましてありがとうございます。考えてみますと、この医療事故調査制度は一昨年の 10 月に開始したわけでありますから、ちょうど

1年3ヵ月たちました。この間、一応順調に運営されていまして、このことに関しましては各医療機関、厚生労働省、各医療関係団体の方々のご尽力のお蔭と、この場をお借りして御礼を申し上げたいと思います。

センター事業に関しましては、センター調査と再発防止について、それぞれの委員会が定期的開催されていまして、業務体制も整い順調に進んでいると思います。また、制度の周知につきましては、ポスター、リーフレット、また今日お手元にお配りしています1年報告の冊子を、全国の医療機関、行政機関、医療関係団体などに配付をしていまして、制度の普及・啓発に努めているところであります。本日は、この1年の現況を中心とした報告と、これまで事業実施において問題となった点、今後のあり方などについて皆さん方のご意見をお伺いしたいと願っています。日本医療安全調査機構といたしましては、今後とも、より積極的に医療の安全の向上を支援するような役割を果たせるよう、専心努力いたす所存であります。委員の皆様方におかれましては、益々のご指導、ご鞭撻のほど、よろしくお願い申し上げます。本日は時間が限られていますが、よろしくご審議のほどをお願い申し上げます。簡単ではありますが、委員会の開催にあたりましての私のご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、樋口委員長に司会をお願い申し上げます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

樋口委員長 それでは、第2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。まず、委員の交代がありました。これまで、日本医学放射線学会からのご推薦で村山貞之先生にいらっしやっていたと思いますが、交代されまして、8月1日付けということで、山形大学医学部附属病院長の根本健二先生がご就任されましたのでご紹介いたします。任期は、前任の残任期間ということになっておりますので、平成29年9月27日までとなっております。よろしくお願いいたしたいと思いますが、根本先生、どうぞ一言だけ。

根本委員 山形大学の根本でございます。昨年の4月から病院長も兼務しておりまして、安全についてはずいぶん感じるころはございます。できることも限られているとは思いますが、どうぞご指導、よろしくお願いいたします。

樋口委員長 どうぞ、よろしくお願ひいたします。それでは、本日の議題ということですが、議事次第に議題が、「医療事故調査制度の現況等について」ということで5項目並んでいます、これは中身の上から分けて4つです。まず第1点は、先ほど理事長からもお話がありましたけれども、1年3ヵ月ないし4ヵ月を経過して、まず1年たったところでの現状報告を確認しておきたい。これは資料1を使って行います。それから、センター調査、再発防止策を考える委員会というのが動き始めましたので、2番目にセンター調査、それから3番目に再発防止のことについて皆様のご意見を伺いたいということもありますし、それ以外にも思いつかれたことがおありであれば今日提示していただきたい。4番目に、この(4)と(5)を一緒にして、普及・啓発の問題と平成29年度事業計画書(案)についての報告、あるいは審議を行いたいと思っております。

それでは第1番目の、現時点でいったいどうなっているのかということこまでの現況報告について、事務局から説明を伺いたいと思います。よろしくお願ひいたします。

田中専務理事 事故調査・支援センターの現況と1年の経過について、概略をご説明申し上げます。時間の関係で少し飛ばしてご説明申し上げますけれども、ご容赦いただきたく思います。

資料1-2をまず見ていただきたいのですが、毎月このような報告をしておりますけれども、12月については事故の件数が34件、累計487件が報告されたところでございます。院内調査の結果報告は22件、累計226件、これが12月末の状況でございます。今月に入りまして、事故報告の動向は変わりはありませんでしたけれども、院内調査報告のほうは少し伸びているところでございます。

相談件数は175件、累計2,328件ということでございます。この中で特に申し上げたいのは、相談件数の一番下の行でございますけれども、「遺族等の求めに応じて相談内容をセンターが医療機関へ伝達したものの」というのがございます。これは12月に2件、6月からスタートしておりますけれども、累計で14件でございます。今月に入りまして、さらに2件ほど伝達をしたということがございます。

それから、センター調査の依頼件数は12月に1件ございまして、累計19件でございます。1月に入りまして2件の依頼がございましたので、累計で今21件になっているところでございます。詳細は資料1-2の裏にありますので、後ほどご覧になっていただけたらと存じます。

資料1-1に戻って、12月に出したものでございますけれども、1年分をまとめたものでございます。10月1日から制度がスタートいたしましたけれども、これを統計編と要約編ということでまとめて印刷して、1冊としたものでございます。統計は主に1年を通してみまして、前回の運営委員会で6ヵ月分をご報告しましたが、その分と比較して後半の6ヵ月がどんな状況になっているかという視点で見ていただけたらと考えております。

ざっとページをくっていただきますと、最初に統計編に目を通していただけたらということで、22ページ、相談の推移でございます。最初は非常に多かったのですが、だんだん落ち着いてきたということでございます。事故報告は31ページで、デコボコしていますけれども少し伸びている。前半より後半のほうが少し増えているかなという状況でございます。34ページに、病床規模別の施設あたりの報告件数が載っております。いちばん右の欄に施設あたりの件数が出ておりますけれども、大きい施設ほど報告が多くなっている。当たり前といえば当たり前ですが、そういう結果となっております。

院内調査についての報告は48ページからございまして、報告からは少し遅れて調査結果報告が出てくるという感じでございます。この段階で、1年分で161件ということでございます。49ページ、事故報告から調査結果報告までの期間でございますが、前半は65日とご報告申し上げましたけれども、後半は140日と少し長期間を要した報告が出てきたせいで、その報告が少し延びているということでございます。後半の中央値で見ましても、調査に5ヵ月ぐらいかかるということがわかります。57ページを見ていただきますと、センター調査の依頼に関する統計でございます。

詳細は、要約編で全体像を申し上げます。8ページまで戻っていただけますか。これがもう少しわかりやすい形で統計を説明したものでございます。8ページは相談の推移でございますが、先ほど申し上げましたとおり医療機関からの相談は少し落ち着いてまいりましたけれども、ご遺族からの問い合わせについては少し増えています。ちなみに、「相談件数(月別)」と書いてあるところの右側に、「1年の動向1-(1)-①参照」とありますけれども、これは先ほど紹介いたしました統計編のタイトルの表示でございますので、元に戻る時には統計編の数字の番号を参照にいただけたらと存じます。

9ページでございますけれども、センター合議という、医療機関が対象事例かどうか迷われた例について、求めに応じてセンターがもう少し詳しく調べてご相談に応じるというシステムがございます。その結果を整理したもので、78件について分析したものでございます。報告を推奨すると助言したものが40%ちよっ

と、それから「複数の考え方がありますね」とお答え申し上げたのが30%強、それから「報告対象とは考えにくい」と助言申し上げたのが20%ということで、この橙色のところは後ほど医療機関が事故と考えて報告されたという例でございます。それなりに助言が生かされていると、私どもは考えているところでございます。

10 ページでございますけれども、遺族からの相談につきましてはほとんどが調査の対象かどうかというものが中心ですが、このピンクの濃いところを見ていただきますとわかるように、生存事例とか制度発足以前の事例が多くなってしまっていて、制度の理解を必ずしも十分にまだいただけていない。今後、啓発・普及に努力する必要があるのかなというデータになっているところでございます。また、先ほど現況のところでも申し上げました、ご遺族の要望を医療機関に伝えた件数につきましては、1年のまとめですと7件というところでございました。

11 ページは、事故報告件数の推移でございます、だんだん伸びていると見るかどうか、解析はまだ必ずしもされていません。医療機関の判断を適切に支援できるように、前回もご指摘がございましたけれども、昨年発足しました支援団体連絡協議会なども連携しながら、なるべく標準的な判断がなされるように、今後とも努めていきたいと考えているところでございます。

12 ページは、報告の状況をブロック別にどうだったのかということ进行分析しようと思ひまして、統計処理したものでございます。人口100万対で、前半から後半にかけて少し平準化がされてきたのかなというところでございます。問題は13ページのところでございまして、先ほどもご紹介申し上げましたけれども、死亡から報告までの期間が長期間を要するものが増えてきて、亡くなってから発生報告まで平均で22日だったのが41日と増えているということで、これにつきましては今後とも原因の検討を行いまして、支援の仕方を検討していきたいと考えているところでございます。

14 ページは、調査報告の結果の件数の推移でございます。少し遅れて報告がされてきているということがわかります。161の事例の表でございます。15 ページは、制度発足から6ヵ月までに登録された事例につきまして、1年後に院内調査の報告状況を見たものでございます。全体で3割ぐらいが未提出でございまして、ブロック別に見ますと、これも多少ばらつきがあるというところでございます。なぜ遅れたかという理由を聞きましたところが下の表でございまして、「外部委員をお願いするなど手続きに時間がかかった」、あるいは「丁寧な調査をするために時間を要している」ということがわかります。再発防止策を共有するためにも

あまり長期にならないように、その要因を分析するとともに、支援のあり方も検討していきたいと考えているところでございます。

16 ページからは報告書の内容に関するデータでございます。解剖は25%から30%に増加しておりますし、Ai は35%と同じでございます。外部委員の参加は61 から81%へと伸びておりまして、再発防止策の記載も若干、増えておりまして、制度の定着に従って院内調査が多少、いい方向へ向いているのかなというふうに考えているところでございます。

18 ページは、センター調査の依頼につきまして、1年分で16件と少ないものでございますので、あまり分析に耐えないとは考えてはおりますが、16件のうち3件は医療機関からのご依頼というものでございました。今後、院内調査の報告が増えるにしたがって、センター調査の依頼も増えてくると考えられます。

19 ページは、調査報告からセンター調査依頼までに要した期間で、69日となっております。また、センター調査の依頼の理由につきましては、「院内調査の死因とか治療に関することがどうも納得できない」という方が多うございました。以上、1年間の統計と現況について、非常に早口で飛び飛びで申し訳ございませんでしたけれども、ご紹介申し上げました。

次に、資料1-3をご覧ください。年次報告について申し上げます。今、1年分の動向についての報告を申し上げますけれども、また年次報告をまとめなければいけないという状況になっております。昨年10月にスタートしておりまして、今回まとめましたのは9月までの1年分です。年度の事業報告ということになるわけですが、それは原則、歴年で、昨年1月から12月までとさせていただきたいと考えておりまして、お手元の資料のような内容でセンターの事業についてまとめていきたいということで、ご承知いただきたくお願い申し上げます。

まだ案の段階でございますけれども、掲載内容としましては、「中心静脈穿刺合併症に関連する死亡の分析と再発防止に向けた提言」、これが再発防止策の第一弾になりますけれども、これをなるべく急いでまとめてこの報告書に載せたいと考えておりますし、またいろいろご要請がございました、2)のところの下から3行目でございますけれども、都道府県別の報告件数もまとめて報告させていただけたらと考えているところでございます。以上、1年間の動向につきましてご報告いたしました。

樋口委員長 もうひとつ、資料1には1-4というのが付いております。これは、厚生労働省からの通知で、

少しずつこの制度を改善していく中で、院内調査の中で優良事例というのがあった場合にそれを世の中に示すということがありました。そういう優良事例というものを示していただいて、他の機関もそれを参考にするということがあったと思いますが、それについての検討が1-4で、飯田先生をはじめ何人かの委員の方にさせていただいたので、これについて説明をお願いします。

木村常務理事 木村から報告させていただきます。1-4をご覧ください。「優良事例検討 打ち合わせ会」報告ということでございます。前回の運営委員会で、「優良事例の共有を行うこと」という通知に対してその内容を検討しなさいということで、この打ち合わせ会が立ち上がったところです。運営委員会の中から、この上に書いてあります参加者の先生方に委員として集まっていただいて検討を行いました。出された主な意見は、ここに7つ項目になっておりますけれども、3番目のところを見ていただくと、そこに留意事項の一つとして、法令に出ておりました留意事項をそのまま書いてあります。「センターは、医療事故調査制度の円滑な運営に資するために情報の提供および支援を行うとともに、医療事故調査等に関わる優良事例の共有を行うこと」となっております。その内容に対していろいろな意見が出まして、「医療機関から提出されたままの形で提示するのではなく、モディファイして事例を提示したらどうだろうか」と。これは個人情報を守るという観点からというご意見でした。それから、「そういうことはなかなか難しい場合もあるので、調査項目ごとの、報告書の一部を抜き出していくつかのモデルとなる記載事例の例を示してはどうか」ということがありました。

ただし、議論を進めていく中で、この「優良事例」の用語については法令成立時の議論と一貫性がなく、優良事例をどのように解釈すればよいのか。優良事例を出すということ自体、個々の事例の評価につながるというご意見がその当時あったのですが、その言葉の解釈ということになったわけです。それでその下の、「優良」の意味をそれぞれの病院、研修会等で共有すること、従って「役に立つもの」として解釈して、具体的には「モデル事例」と表現したほうがいいのではないかと。優良事例の解釈をこういうようにしたらどうかというご意見が出ました。そして、さらに優良事例を抽出することよりは、起きた事故の内容を評価することではなくて、記載の方法とか構成等の観点で、この事故のまとめ方の参考になるようなものを示すこと。報告書の中から抽出してそのまま優良事例とするのではなくて、むしろそれを参考としてモデル事例として新たな事例を創作するという形ではどうだろうか。再発防止策を分析するために必要な情報が記

載されるようにという目的として作ったらどうかというご意見が出されたところです。

これらをまとめて、6月24日の改正に対して(1)(2)の2つの点としてまとめて、この委員会にご報告させていただきます。内容の優秀な「優良事例」抽出ということではなくて、まずは報告書を参考にして、たとえば臨床経過とか死因の分析等、それに修正とか装飾をして、さらにコメントを付けるなどして、モデル事例として創作し、医療機関に参考となるものとする。基になる院内調査の結果の報告書とはずいぶん別なものを、それを参考にして創作するという形にしてはどうかというのが主なところです。

そして2番目に、この制度の最終目的である、再発防止策を分析・検討するために必要な情報が記載されたものであるという必要があるので、これをつくるにあたっては、報告書作成のための参考資料となるようにという目的を意識したつくり方、原因の究明につながるような書き方、それからまとめ方、そういうもののモデルとして役に立つものを意識してつくったらどうかということになりました。こういう形でご報告させていただきます。優良事例の共有という概要をこのように理解して進めていってはどうだろうかということになります。打ち合わせ会からの報告は以上です。

樋口委員長 それでは、今日の議題の1番目の現況報告についてという部分で、とくに司会者のほうは、まず今の資料1-4について、とくにご意見を伺うようにと言われていました。飯田先生をはじめとして、優良事例というのを検討するのはどういうことなのかということ熱心に議論していただいたので、その報告をいただいたのですが、それについて後で時間をいただいて議論していただきます。

それからもう1点、今こうやって年次報告書みたいなものが出てきますが、小さい問題といえば小さい問題ですが、いまブロック別になっていますね。東北ブロックで何件ぐらい報告が出てきたかとかあります。これを、各県別というのを出しても別に問題はないのではないかというご意見もいただいています、それについてもここで議論をいただきたいということです。この2点、「これは大事ですからね、樋口さん」と言われているわけです。

しかし、その前に、せっかく報告書その他、現況の報告がありましたから、まずそれについてコメントとご質問等を受けたいと思いますが、いかがですか。どなたでも、どうぞ。

山口委員 いくつか質問がございます。まず、資料1-2のところ、相談件数の中に、12月は遺族からの

相談が55件あって、そのうちセンターが医療機関に伝達したのは2件と。累計すると14件ということですが、先ほどご説明の中にも、ご遺族からの相談が実際のこの制度と内容が違うものが多いということは以前から伺っているところでもございます。そうしますと、医療機関に伝達をする時の判断基準をどのように設けていらっしゃるのかということをもつ目として質問致します。

それから次ですけれども、調査報告に対して時間がかかるというのは、日程調整、それから丁寧にするとそんな簡単に早い時間で報告することは無理ではないかと私も思っておりますが、実際に死亡の発生から報告までの時間が平均22日から41日に伸びてきていて、以前、かなり長いところが平均を押し上げているという話も伺いましたが、この長くかかった場合に、何を迷っていたのかといったことの原因を聞くようなことをされているのかどうかお聞きしたいというのが2つ目です。

最後、3つ目として、いろいろな医療機関とか一般の方とお話をする機会がありますが、まだまだ一般の方はほとんど医療事故調査制度を「事故＝過誤」と思われていて、そうではないということをもっと知らせていく必要があると思っております。それから医療者でも、きちんとした制度の理解がまだ十分ではないなということを実感することが、1年過ぎた今もございます。とくに、半年前のご報告のとき以降、周知の努力ということでどのような活動をされているのか、具体的なところを教えていただければと思っております。

意見としては、私もブロックではなくて各都道府県で出させていただくことには賛成でございます。

樋口委員長 最後の普及・啓発の問題は、もしかしたら最後のほうでということがあるかもしれませんが、ともかく事務局のほうでお答えしていただければと思います。

田中専務理事 (4)のところでも詳しくご説明申し上げます。

まず、最初の伝達です。患者さんのご遺族からの要望に応じて伝達するというルールですけれども、基本的には明らかにその期間が違う。この制度が発足するよりも前に起きたような事故とか、あるいは生存されておられるという場合とか、そういうことを除いてほとんどご希望があれば、ご要望については伝達するというふうにしているところでございます。別に、除外する基準を設けて判断はしていません。

山口委員 その結果が、12月だけで55件中2件しかないという現状なんですか。

田中専務理事 そうです。それから、報告にかかる時間が非常に長くて、その理由はなんぞやというところ
でございますけれども、先ほどの15ページでご説明申し上げたと思いますけれども、それではいけません
か。

山口委員 それは院内調査の結果報告で、院内調査の結果報告ではなくて医療事故報告自体のほうです。

樋口委員長 期間が延長している、その間迷っている、あるいはどうしてそんなに時間がかかっているのか
という分析はされていますかという点ですね。

山口委員 センターに相談される医療機関はいいと思うんですね。相談すればいろいろとアドバイスもいた
だけるわけですが、相談せずに迷っていて時間がかかっているところがけっこう多くなっているの
ではないかと推察します。そもそも相談すればこんなに報告までに時間をかける必要はないと思うから
です。そのあたりが、どんな理由で迷っているのか、前向きな報告につながっていないのではないかなとい
うことを懸念してお尋ねしたということです。

高久理事長 むしろ、相談という制度があることを知らない医療施設が多いのではないですか。

山口委員 前にも、ここで申し上げたかどうかわかりませんが、相談をすると医療機関名を名乗らない
といけないと思って、ハードルが高いという医療機関の声は聞いたことがあります。

田中専務理事 決して名前を求めてはおりません。

木村常務理事 亡くなってから「事故が発生しました」という報告までの期間については、おっしゃるとお
りずいぶん延びてきています。Webで報告だけというものもありますし、なかなか聞けない場合もありますが、

それから確認の電話をしたりというところで少し聞く程度です。あまり深く介入して聞くことは少し控えないといけないと思いますので。そういう中で、一言でいうとやっぱり、ずいぶん検討するのに時間がかかっているということです。それは、たとえば「解剖の結果を待っていた」とか、この制度のことを十分には理解されていないで、「過誤があったかどうかを検討した結果が出てから報告しようと思った」とか。中には、たとえば3ヵ月ぐらいたってから改めて報告というのは、「それまで何でもなかったのに、遺族が疑義を申し立ててきたので報告することにした」と。様々です。

いろいろなところで申し上げているのは、そういう結果が十分に出てからで、それまで自分のところで検討するのではなくて、最初の段階である程度判断をして、早い時期に、記憶等も新しいうちに委員会を立ち上げて検討するほうがいいので、そういう努力をしていただきたいということはあちこちで申し上げています。一方では、どこでこの最終判断をするかということが具体的に、たとえば2週間以内とか、解剖等ではなくて起きた状況だけのデータで判断をなささいということではなくて、遅滞なくと。それまでの間は十分検討していただいて結構ですという形になっているわけですから、その基準に関してもそれぞれの考え方があると思います。

山口委員 私の意見としては、結果、せつかく報告してくださっている医療機関なので、迷った理由を聞くことによって、今後いろいろな医療機関に対して啓発する時の参考になると思います。そういった理由をしっかりと伝えた上で、どんなことに迷ったかを聞くことをしていただいたほうが今後のためになるのではないかなと思いますので、ぜひご検討いただきたいと思います。

田中専務理事 わかりました。少し検討させていただきたいと思います。ただ、中央値で見ますと、2週間ぐらいかかっていたのが3週間になったぐらいのところ、ものすごく長く、3ヵ月も迷っておられるところが全体の平均値を延ばしているという、統計上のゆれもあってこういう結果になっています。しかし、3ヵ月以上もかかっている理由については、その理由を少し聞いてみたいと思います。

上野委員 今の件に関してですが、私どもも前からやっております、報告まで短い事例のほうがご遺族も納得されることが非常に多いように思います。それから、私どもも支援団体としてお聞きしておいて、どう

も去年より少し時間をかけていいようなことを言われる医療機関が多いんですよね。それはひとつは、何となく発足の時までは、24時間以内にやらなければいかんという漠然とした意識もあったのが、少し長くなって、かつ、昨日もありましたが、「よく調べてから報告したほうがいいですよ」と言われましたので、「いや、どうせならすぐされたほうが病院のためにもいいのではないですか」と。2週間が3週間になったといっても、平均値が1週間延びたというのはかなり重大なことだろうと思いますし、早ければ早いほど医療機関にとってもいい結果が出やすいので、ぜひこれは何らかの形でご周知をお願いしたいなと思います。以上でございます。

樋口委員長 今おっしゃってくださったことは、先送りにしましたが、やっぱり医療事故は過誤というような理解不足があると、それはそうなのかという判断をしないといけないみたいな話になっているのにつながっているのかもしれないですね。それは、まさに誤解を解いて、まず報告をしていくという風土をどうやって作り上げていくかという問題です。他に、現状の報告について、どのようなコメントでもいただきたいと思っています。

飯田委員 今回のことに関連してですが、14ページに、事故発生報告から事故調査報告が0日です。これはまさにその典型で、事故調査が終わって、「これなら報告書か」という感じがみえみえです。こういうことが問題で、これはたぶん平均値を押し上げている例ではないかと思うんですね。それは想像です。

それからもうひとつお願いは、こういう長期のやつが出てくるのであれば、平均値も必要ですが中央値を出してもらって、両方で比較したいのでぜひ中央値も教えてください。そっちのほうが意味があります。

樋口委員長 いま飯田さんがおっしゃったのは、私も小さなことかもしれないのでぼやっとしていたのですが、さっきの49ページの統計のところ、事故報告から院内調査結果報告までの期間が最短0日という、これですね。これは一体どんなものなのだろうと思っていたのだけれども、飯田先生のお話だと、つまり報告する前にいろいろ検討してということなんですね。

飯田委員 そうです。

樋口委員長 いやいや、この2人で納得してもしようがないですけども（笑）。

木村常務理事 中央値は、同じ表の中に示してあります。

樋口委員長 それでは、後でまたご意見があればどうぞということですが、2つだけ私のほうで申し上げて、言われた2つの案件に移りたいと思います。ひとつは、資料1-3で年報というのを今後つくっていきますということで急に思いついたんですけど、この医療安全調査機構が続いていく限りは、最初の1年はこういうものでしたという報告書ができています。同様に、次の2年は、という形でこれがデータとして累積していくわけですね。それは非常に貴重なデータになって、制度の改善のためには絶対必要だと思いますけれども、私が言おうとしているのは単純なことで、10月から始まったものだから最初の1年は10月から9月末までになるんですね。一方で、年報をもうひとつつくと、それは歴年によるという話になって、つまり1年ずつやっていくのを2種類作ることになるような気がします。そんなに手数は増えないのかなと思えばいいですけども、何とか合わせて、少なくとも重複するものなら何とかということも考えていただいたらどうかと思ったんです。これが一点です。

木村常務理事 今のことに関しては、他の機構等も報告はみんな暦でやっております。そういうこともありまして、それからこれからずっと続けていく際に、年ごとのまとめの報告はどうしても必要だろうということで、今回の年報の1月から12月は、プラス3ヵ月をおまけのように付けて、実際には1年+3ヵ月を第1号として出させていただきます。次の年からは暦ごとに1冊という形になると思います。

樋口委員長 わかりました。釈迦に説法だったんですね。

2つ目は、これがいちばん基本のことではあるのだけれども、結局、こういう分析は報告が来て、いわゆるルートに乗ったきちんとしたところからの話について分析をしているので、一方では、この機関としてどれだけのことができるのかは難しいのだけれども、報告されないものというのがある。結局、氷山の一角のところだけを一生懸命に分析するのも、もちろんそれだって意味があると思いますけど、氷山の隠れている

ほうを、たとえば報告件数を増やすような話を何とかできないものかというのも、我々の関心の外にしてしまってはいけないような気はするという事です。もちろん関心の外ではないと思いますけれども、そういう自戒を込めて、忘れないようにしないとイケない。

それで、相談事例の中で、たとえば生存事例というのは、この仕組みは死亡事例に限られているわけですからぜんぜん管轄権はないので、「それは残念ながら駄目ですよ」というだけで終わっているわけですけど、しかし、誤解かもしれないけれども、こういう相談が相変わらずずっと来ているというのは、やっぱり大切な情報だと思うんですね。今後の制度をどうやって変えていくか、改善していくかという時に、「こういうものがずっと来ていたんです」ということでデータの一部にはなる。何もなくて「こういうことだってやったほうがいいのではないか」というよりは、ずっとデータで、エビデンス・ベースド・メディスンなのでしようから、そういう形でやっていくのが。だから、報告されないものもどういう形で把握していくかというのが、なかなか難しいとは思いますが、そういうことも忘れてはいけないと感じました。

その上で、今日の2点ですけれども、ご意見がすぐ集約できるのなら、まずブロック別ではなくて県別に公表する件です。こうやって細かなデータで示していくことに意味があるのでしょうか。県別の事故報告件数を公表しないというほどの理由はあまりないのではないかと。抽象的に、何県で何件報告があったという話なわけですから、それについて何かご異論があるかどうか、まずお聞きしたいと思います。さっき山口さんからは、「それでいいのではないのでしょうか」というお話は伺いましたが、いかがですか。

内藤委員 ブロック別だけではなくて、都道府県別のいろいろな情報というのはどうしても必要になってくるかと思えます。ですから、それは集積していかないと、逆にこの調査としてはまずいかなと思っております。

木村常務理事 今日の報告の12ページを見ていただくと、これはブロック別ですけども、前半と後半の報告数が出ております。前半の紫色のところ、東北が他に比べて非常に少ないんですね。これと同じようなことは、県別でやるともっと数が少ないわけですから、5件出ているところとまだぜんぜん出ていないところがあって、それは最初の1年の間は、あまりにも差があるいろいろな影響があるのではないかとということで考慮しました。1年たった時点で、まだ差はありますけれども、この東北を見ていただいても後半は

伸びてきているというふうには、だんだん人口あたりと平均化しているもので、そういう影響もあまりないだろうということで、この年報あたりから出してはどうかと考えているところです。

飯田委員 39 ページですが、ここにいらっしゃる方はわかっているし、当たり前といえば当たり前ですが、本制度で定義した医療事故というのは死亡事例です。そうすると、医療事故発生というのは、患者死亡とまったく同じはずで。これでは、言葉の定義が矛盾してしまうので、あえて言うならば1番のほうをまた別の言葉を使わないとまずいと思います。これは、明確にしたほうがいいと思います。

田中専務理事 少し工夫してみます。

樋口委員長 それでは、次に、資料1-4の点ですけれども、去年の6月に、新しい制度について2年以内に見直すというところのご努力のうちのひとつとして、院内調査報告書の中での優良事例を共有するという表現だったと思いますけど。それはいいことなのではないかと私は単純に思っていたのですが、こうやって委員会の委員の方で議論していただくと、「優良事例とは何か。それを共有するというのはどういうことなのか」ということについて深く掘り下げられた意見が出て、そこで一応まとめられたものとしては、そのまま事例をポンとコピーして出すというのはあまりにも乱暴なので、そうではなくてモデル事例をつくるというご提案です。それは報告書を他のところでもつくるわけですから、そのための参考資料となるような中身にするということで、提言も承っているのですが、これについてはいかがでしょうか。

飯田委員 まとめの方のほうのまとめ方は賛成だし、主な意見ですが、3番目の意見は私の意見です。他にも、個人情報保護とか遺族の納得とか、医療機関の承諾とかいろいろなことを皆さんおっしゃったのですが、そもそもこの制度が始まった時に、統計的なデータはフィードバックするけれども、個別事例の評価はしないということで始まったのです。優良事例を選ぶということは個別の事例を評価することですから、それはそもそもスタートラインから違います。確かに、昨年6月の省令通知では「優良事例」と書いてあります。であるならば、この省令通知が出る前に我々にもそういうことをきちっと明らかにしていただかなければいけないし、あまり言うとは差し障りがありますが、言わないとわからないかもしれませんので言いますと、発

足当時からいろいろ反対意見が出ています。今でもかなり後ろ向きの意見とか、間違った指導がたくさん出ています。ましてや、最初の約束がそうなのであれば、そういう団体に対してもきちんと透明性を確保して説明責任があると思うのです。いきなり優良事例を選ぶというと、評価ですから。「だったら、最初の約束は何なのだ」と。私は、ますますこの制度が混乱すると思いますので、こういうことをやることはいいのですが、優良事例はまずいので、やはりモデル事例としたい。報告事例を参考にした上でモデル事例をつくるということをしないといけないので、この「優良事例」という言葉は私自身もおかしいと思うし、反対している方から見ても「ほらみろ」という話になりますので、ぜひこれは改めてほしいと思います。どうしてもこれを使うのであれば、きちんと議論した上でやらないとまずいと思います。それでもいろいろ問題はありますけど、この制度はここまで1年来たのですから、これからもっときちんと進めるためにはこういうことに気をつけてやっていただかないと困るということで、強くこのワーキンググループでも主張しましたし、こういうまとめ方をお願いしました。以上でございます。

樋口委員長 他の先生方、いかがでしょうか。

根本委員 モデルとは外れてしまって申し訳ないかもしれないですけど、今日は院長の立場でいうと、県単位でまずイベントが起きた時に、これを報告するかしないかというのがあって、その次に外部の支援委員を選ぶ委員会を私はやっています。あがってきた事例を見ますと、「俺ならこれは出さないよ」とか、かなりそこでバラツキがあるような気がします。それで判断に迷って時間もかかっているという現状が、このモデル事例とは別にあって、そういう点では「こういう例はセンターとしては報告したほうがいい」という報告推奨事例的な症例が集積してくると、最初の判断が少し早くできるような気がいたしまして、最終報告の事例の優良かどうか、モデルかどうかは別として、こういうのは出すように推奨したという、グレーのやつを集めていただいて出していただくと、非常に県単位で議論する時にスムーズにいくような気がしますので、ご検討いただきたいと思いますと思っておりました。

樋口委員長 これは飯田先生の立場からして、今のはちょっと違うレベルの話ではあるのですが、もちろん関連があるご指摘です。つまり、報告件数を増やすために、「こういう事例も報告をいただいているん

ですよ」というのを示すのも、危ないとお考えですか。

飯田委員 ですから、優良であるということで選んで来るのはまずいよと言っているわけです。それを参考にして、いくらでも問題はつくれますから。全日本病院協会は、もう3年以上前から研修会をやっています。

1日コース、2日コース、演習もやっています。すでに私たちは出版もしています。いろいろな問題のある指針も出ているわけです。今度また4月までに、そういう問題点をとらえて新しく出版します。「こういう考え方はおかしいですよ」ということで出します。そういうことをみんながやらなければいけないのです。このセンターだけがやったのではなかなか難しいので、私たちが医療提供者としてやるべきことなので、私は出版をしていますし、モデルケースを10題、20題、30題つくって、1日がかりでみんなで議論させて発表させて、どういう判断だからおかしいよということの一つひとつやっています。そういうことの積み重ねをしない限りは、さっきお話があったように、遺族が文句を言っていないのだから、過誤がなかったのだからという話で出さない人がいるわけです。研修会に来る病院の役職者は、一応意識があるわけです。それでもそういうことを言っている。ですから、これは地道にやっていかなければいけないので、だからこそさっき申し上げたように、非難されるようなことはなるべく避けてやっていくしかないと思っています。ですから、まったく同じ考えでやっています。

松原委員 言葉には、飯田先生の説に基づけば齟齬がありますが、本来このシステムは再発を防止して予期しない死亡をなくすということが一番の目的なわけで、それに関して報告書なりが役に立つ、資するということを提示するという意味で使う、ということ認識すればいいのではないかと。ただ、法律的にはたぶん言葉の問題はすごく大きいと思いますが、そのへんは樋口先生にお任せしますが。解釈としてはそういうことで、その報告書がいい・悪いではなくて、とくに再発防止のためにそれは本当に役に立つ報告書なのかどうかという視点で、いいものはこういうものですよという例示ができれば、それは皆さんの参考になるということだと思います。

飯田委員 ですから、私の発言主旨がどうも理解していただけなくて残念ですが、私は参考にするということを行っているわけで、参考にして、それを持ってくるのではないと。参考にして、年齢とか状況を変えれ

ばいい。変えるのはけっこう大変です。私たちも事例をたくさんつくっていますが、やっぱり実際の事例と違うのでよほど綿密につくらないと齟齬が出る。齟齬が出てもいいんです。だって、いろいろな状況があるから、一文字違ったらこう変わりますよと。そういう事例も私たちはつくっています。同じ事例で、状況をちょっと変えて、そうすると判断は違うんですよと。そういうことをやるのが大事です。ですから、それは評価はしていないわけですから。要するに、評価をするということを彼らは嫌うので。ですから、参考にして新しくつくるのだ。そういう主旨はまったく同じです。言葉の表現は極めて大事です。

内藤委員 私も、飯田先生の主旨にある意味、賛同いたします。ただ、これをそのまま持って行くというのは、最初から匿名化をすとか公平性を保つとか、そういう立場でこの制度自体が始まっていますので、そういう意味では、たとえばセンター報告事例参考集とか、参考にすべきもの。患者さんの家族もそれを見て納得できるようなものを、しっかり文言も含めて定義しながら齟齬がないように、そういうものをつくるのが非常に重要なと思います。

山口委員 さっきの医療事故調査制度の言葉もそうですけど、言葉ってすごく誤解を招くことがあると思うんですね。遺族感情を考えた時に、「優良事例」という言い方というのは、遺族にすれば家族が予期せぬ死亡でなくなっているわけですから、それを「優良」と言われるのはやっぱり気持ちとしてはどうなのかと感じます。そういうことからすると、報告モデル事例なのではないかなと。こういう事例は報告しましょうということを、医療機関が参考にできるような印象の名前にしたほうが良いと思います。

樋口委員長 これは院内調査報告書ですからね。

山口委員 はい。でも、そういう言葉を適切にしたほうが、違った意味にとらえてしまうことがあると思うので、私も「優良」というのはちょっと違うのではないかと思うのですが。

名越室長 通知で「優良」という言葉が使われているということで、皆さんが非常に戸惑っておられるということは責任を感じております。当時の議論がどうであったかというのを振り返ってみますと、やはり分析

のためにしっかりとした報告書をつくってもらわないといけないという中で、参考とするのに「適した」モデルを共有しようということであったはずなのですが、作業の過程で「適した」という部分が「優良」にいつの間にか置き代わってしまったのかなと思います。その当時私は担当ではなかったのですがそこは想像ではありませんけど、結果的にそうなってしまったと。皆さん、向いておられるベクトルはほぼブレはないと思っておりますので、このモデルを医療界、社会に提供していくにあたっては、そこらへん間違えないような表現に気をつけてつくった上で、共有していただくようお願いをしたいと思います。

内藤委員 もう1点ございまして、たとえば「モデル事例」としますと、モデル事業とオーバーラップして誤解が生じるかなということがありまして、それも含めて少し名称も考慮する必要があるかなと思います。

樋口委員長 わざわざカタカナを付けることはないかもしれません。全体として、せっかくこの委員会で検討していただいたわけで、想像するに喧々譁々という感じで議論が行われたのではないかと思います。その中で一応、当面は優良事例の共有を行うことをこういう形で対応してみたらどうかということで、まとめというのがこの資料1-4の最後のところにあるわけです。これをモデル事例と呼ぶかどうかはともかくとして、こういう形で世に出したらどうかというご提言です。木村先生からも、私などは現物を見たことがないわけだからあれですけど、やっぱり報告書で、それはピンからキリと言ってもいいのかどうか、表現もまた問題でしょうけど、すごく丁寧なもの本当に安易にしか見えないようなものがあって、「これはかえって問題なのではないか」とたとえば現場の先生が思われるようだと、そうではなくて、「院内調査をやるとこういう形のもが出てくるのではないのでしょうか」という参考例を提示すること自体はいいことで、かつ、飯田先生が恐れられているように、どんなものでもわざと悪くって何とかという人たちも世の中にはいなくはない。そういう点も気をつけておくということであれば、このまとめでということだと思いますが、よろしいですか。それで何かを示すということが、まずは大事。そうすると、「うちの報告書と比べてどうだろう」ということをみんな考えてくれる。そういうのはあったほうがいいと思いますので。ここまでが今日の現状報告のところですが。

木村常務理事 この件に関しては、ありがとうございます。具体的な、たとえばこれに対して作業を始める

にあたってはワーキンググループをつくるとか、そういう方向性を示していただければ私どもで具体的なスタートをしたいと思っております。よろしく申し上げます。

樋口委員長 私もぼやっとしていて、いま木村さんに注意されたようなものですが。この参考事例の取り扱いについて、この組織の中では、再発防止につなげるという松原さんのおっしゃった話があるので、再発防止委員会で改めて検討もしていただくという手順になります。それから、さっきの県別の事故報告件数等は、ここでまとめる分はまとめる分でもいいですけども、一方で、この組織だけが独立してやっているわけでもなくて、支援団体というのは全国にたくさんあって、その中央協議会ができたわけですね。そこにも提言をして、それこそそれは情報の共有だと思いますけど、そういう形のものをしていきたいと事務局でも考えておりますし、私もそう思います。

ちょっと時間の関係もあるので、後でまた何かあればということにして、議題2のセンター調査についても議論をしていただきたいこともありますので、ここでまた事務局から資料2で説明をいただきたいと思えます。

木村常務理事 それでは、木村からセンター調査の現状報告をまずさせていただきます。資料2-1、2-2、2-3をご覧ください。資料2-1は、このセンター調査の親委員会にあたる総合調査委員会というのを毎月行っております。いままで10回、行っておりますが、その都度あがってきたセンター調査依頼の内容を、実際のその下にあります部会で、どういう委員をお願いをしてやっていくかということを検討し、あるいはその考え方等を含めて方針を決めているところです。

また、下の9回、10回のあたりでは、「センター調査報告書マニュアル（案）について」と。センター調査は、私どもの浜松町のまさにセンターの事務局だけでやっているわけではありませんが、各ブロックでも始まり、それから数も増えてきましたので、いろいろな専門医の先生をお願いをしているところです。従って、考え方、やり方もひとつの基準に則ったものでなければいけないと考えています。これは院内調査とは少し違いますので、私どもの内部の調査、私どものやり方ということにもなってきますので、センター調査はどうあるべきか、そのためのマニュアルというのを検討しているところです。

そして、資料2-2ですけれども、センター調査はいま現在21件になりますが、▲がそれぞれの具体的

な部会を設置した時期です。7月、8月というふうには始まって、だんだん右下のほうにズレていっているところ。●が実際に部会が行われた回数です。基本は2回ということですが、3回を予定しているところもあります。○は部会開催予定です。「設置中」は、委員の先生方は、この領域の学会ということは総合調査部会で決めていただいて、学会推薦をお願いしているところ。それから、19、20、21の最後の3つに関しては、今それをやっているところという格好で、だんだん新しいものが入ってきているという形です。

もうひとつめくっていただくと、個別調査部会、18事例でそれぞれの専門の先生が決まっているわけですが、学会に協力をお願いしています。その学会へ具体的にお願いした人数がここに書いてありますが、内科学会、外科学会が非常に多くて、18事例のうち18人、17人となっておりますが、いちばん下に合計で142人になっています。18で割ると、だいたいひとつの部会で専門医が7～8人集まっていたと。これはけっこう大変なことで、これだけの専門医の先生が集まっていただけでもかなり調整も必要ですし、そう簡単にはできることではないですが、それぞれの専門領域の先生方に集まっていたら非常に熱心に深く内容を検討していただいています。センター調査の結果は、じつを言うとまだ出ていません。もうすぐ出るというのが2つ、3つありますけれども、かなり深い調査をさせていただいているのでまだ出ていません。7月ぐらいに実際の動きが始まって、9月ぐらいから調査開始という形になっているのが現状です。これがセンター調査の実際の進捗状況ということでご報告いたします。

それからもう一点、前回の運営委員会でも少し話題になりましたが、資料2-3をご覧ください。「センター調査実施における課題」ということで書かせていただきました。2つありまして、係争中の事例に対するセンター調査実施についてと、もう一点は、司法解剖事例の調査実施についてであります。係争中の事例というのは、裁判が始まっているような事例でセンター調査依頼があったようなのがありまして、これに対してどう対応すべきかということが議論されました。これに対しては、①、②、③で検討した結果をまとめて、すでにこういう形で動き出しておりますので報告という形で申し上げます。

本制度の基本的なあり方として、医師法21条とかその他の裁判、賠償等とはまったく別の立場でこの調査を行うというのが本制度の立場ですので、外部でいろいろな裁判その他があっても、それとは別に粛々と進めるのがこの制度のあり方でしょうということです。①、②、③を決めさせていただいています。①は、センター報告書の冒頭に以下の文言を記載するというので、最初の2行は全部に基本的に付けられていることで、「本制度の目的は」ということで、「個人の責任を追求するためのものではなくて、原因究明、再発

防止を目的としている」というところ。その次の2行、「従って、本報告書は裁判等の資料として使用されるために作成されたものではなく、医学点観点から行った調査の結果を報告書としてまとめたものである」という文言を最初に書くことにいたしました。

それから、調査の報告書となるための留意点として、これは一般的な調査もそうですけれども、医療事故が発生した構造的な原因であるとか、システムにおける要因に着目した報告書となるように十分に留意して作成するという。とくに、再発防止を必要としない個々に関わる責任に関する情報については、言及しないということに留意をすることというのを、わざわざ付け加えました。

そして、これらのことは基本となる実施要領とか、これらの委員会の設置規程の中にも追加させていただいて、これに関する文言を入れることになりまして、これはもうすでに理事会を通過して定まったものとして、いま動き出しているところです。係争中の事例に対するセンターの立場と、その具体的な方法をこのように報告させていただきます。

引き続き、司法解剖事例の調査実施についてです。いままで、事故発生が報告があつて院内調査を行っている中には、解剖が30数%されているわけですが、そのうちのセンター調査申請がされた20事例中2事例は司法解剖がされておりました。全体でいうともうちょっと増えますが、そうすると、ご存じのとおり、その内容が活用できないということにつながっておりまして、これは死因ならびに原因究明、再発防止を阻害することになりますので、この点は犯罪等の関係がないような場合には、司法解剖の結果をぜひこちらに活用させていただきたい。情報を提供していただきたいということを申し上げたいと思います。これは、いろいろな手続きとか難しい点があると聞いておりますけれども、この場をお借りして、活用できるようにいろいろな場面でご努力をお願いしたい。私どももこういうことで運動していきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。以上、2点です。

樋口委員長 センター調査の件というのが今日の議題の2番目ですけれども、ご存じのようにセンター調査というのは、この制度そのものはそれぞれの病院で院内調査を行う。それが主眼になっているのですけれども、院内調査について、どうしてもこれではと思うような場合のセーフガードとしてこのセンターが調査にあたるという仕組みです。そういう制度をつくったわけですね。それで、現在まで21例そのような要望が出ており、まだセンター調査の結果の報告書は出ていないけれども、その過程で2つ大きな問題が改めて意

識されたのでということです。

資料2-3ですが、別に裁判が起こされている事例でセンター調査をどうするか。先ほどの話でも、きっとこれは医療機関側からセンター調査を求めてくるという事例のひとつではあるんですね。それは、裁判の話と我々がやっているのは違いますということをもう一回確認して、粛々と再発防止のためにセンター調査を行っていかうという話と、それからもうひとつが、これも積年の課題ですが、司法解剖事例について、つまり日本で解剖率が非常に低いというのが世界的にも著明で、それに比べるとここに出てきているデータで何十%というのはすごく大きいんですね。こういうので解剖が広まっていくのは本当にありがたいことだと思っているのですが、それでもその中味が司法解剖になった時は何も利用できないということについて、まさに司法解剖ですから、厚生労働省の担当だけでもないようなことではありますが、しかし重ねてご努力をお願いしたというお話だったのですが。

この点で、資料2-3の2頁にもありますが、今日、全国医学部長病院長会議からということで、参考人として嘉山先生にもご出席いただいているので、一言お願いしたいと思います。

嘉山参考人 今日是有賀先生の代理で私がまいりました。全国医学部長病院長会議では、もう15、6年前からこの問題を取り扱ってまいりましたが、これは全員ではないと思いますが、とくに裁判に付されている事例を、病院長が安易にセンターを使って調査書をつくるという事例が起きるであろうということは、ずっと予測はされていたのですが、現在、具体的には1例ですが裁判を起こされた後でセンターに申し込んできた。これは、いま樋口委員長もおっしゃったように、粛々とやらざるを得ないというのはよくわかりますが、ただ、一方ではこの法律は、管理者が医療行為上で予測できない死亡と判断した場合には報告するという義務があるわけですね。従って、裁判になって初めてセンターに報告してきたという管理者の責任は問われなにかと。道義的でも何でもいいですけども、裁判になった初めてセンターに言うというのは、管理者としての責務を果たしていないのではないかと。こういうことがあまりにも安易に起きますと医療界への不信感も出ますので、このへんは何らか必要なのではないかと。

要するに、私どもは裁判になったものをセンターで扱うなということを主張しているわけではなくて、その方向もお手当をしておかないと適切な運営ができないのではないかとということで、全国医学部長病院長会議の大学病院の医療事故対策委員会としては、高久理事長に1から6の要望をさせていただきました。とく

に、6番についてはいま木村先生がお答えになったとおりで、我々としてもやむを得ないとは思いますが、繰り返しますが、管理者は道義的でも法的でも何でもいいですけども、裁判になってから報告するというのはいかがなものかと。我々医療界の自浄作用をきちんとするのであれば、そのへんもお手当しないはずいのではないのという問題提起でございます。よろしく議論をお願いしたいと思います。

樋口委員長 センター調査について、全体としてのコメント、あるいはご意見、ご質問を伺いたいと思いますが、いかがでしょうか。

山口委員 嘉山参考人に質問したいのですが、今おっしゃったのは、医療機関がきちんと法律に則って届け出をしていなくて、裁判に訴えられた後に届け出をしてくることの問題点をご指摘されたと受け止めてよろしいのでしょうか。たとえばそれを、この機構からも問題提起として発信するということもさることながら、全国医学部長病院長会議のような医療界の団体から、それこそプロフェッショナル・オートノミーで「こういうことは問題ではないか」という発信みたいなものは、すでに何かされているものはあるのでしょうか。

嘉山参考人 まだそこまではしておりません。そういうことを想定はされたのですが、まさかそんなに起きるとは思っていませんでしたので。100例以内でもう起きてきたのですよね。私どもの立場としては、もしも管理者がきちんとしているのであれば、裁判に起こされた場合には、自分はその時点では判断をしているわけですよね。死亡事例が起きた時に管理者にぜんぶ報告が行きますから、それで判断したのであれば、何もセンター調査を依頼しなくても裁判で反論をすればいいわけです。判断していなければ、死亡事例が来た時におかしいわけで。

たとえばその1例というのは、私は立場上、関係しているので詳細は言えないですけども、裁判になってから初めて院内の調査委員会を立ち上げた。最初から予測できない死亡であると判断していないということはわかっている事例なので、これはやはり鑑定書というか、調査を機構にお願いをしているんだということが論理的にわかる事例なので、これはやはり問題だろうと考えたわけです。

上野委員 私、国立病院機構の九州で、似たような院外専門委員が加わる審議というのを12、3年前からや

っておりまして、後で調べますと、嘉山先生がおっしゃられるように裁判になってからとか、あるいはご遺族が1年を経てクレームがあったからという事例が多うございました。再発防止策をしておるのやら病院の事故対策をやっておるのやらという感じにもなりますし、それから、1年も経て院内事故調査委員会をしますと、皆さんのご記憶も曖昧になっておりますし、それからご遺族の方のご納得というのも、遺族感情がおかしくなってからやってもせつかくのあれが無駄になるような気がしますので、そこのところは何らかのメッセージとか歯止めを立ててやっていただくほうがいいのではないかなと。個人的な意見でございます。

嘉山参考人 いま上野委員のほうから、私ども非常に勇気づけられるご意見をいただきましたので、全国医学部長病院長会議としては、全部の病院というのは日本医師会とか全日病がやっていただければ結構ですけども、我々大学病院に関してはそういうことのないようにということを。というのは、病院長の職務を健全に果たしていないことになりますので、そうでなければこの事例はないはずですよ。ですから、そういうことで医学界の自浄作用を働かせるためにも、こういう事例もやらざるを得ないというのは了承はしますけれども、いま上野委員がおっしゃったようなことをこれから結論づけて、現在まだ会員は全国80大学ですけども、そこには伝達することにしたいと思います。どうもありがとうございました。

永井委員 いま嘉山先生がおっしゃったように、院長が判断してということで、我々が聞いている中でも、主治医はしっかり調べたいというのに対して院長がノーを言ったというような事例もあります。こういう事例で何もなかった場合は、やっぱり遺族としては何らかの道を開きたいとの思いで裁判をせざるを得ないということがあります。嘉山先生のお話を聞いて、若干安心したのですが、この事故調査制度で予期せぬ死亡に対する遺族側と病院側の見解の違いというのが、まだまだあります。それは何が一番かといえば、予期せぬということに対するインフォームドコンセントというか、説明が不十分なのです。今のままでいってしまうと、この事故調査制度で裁判が増えてしまわないかと、私たちは危惧しています。遺族が予期していなかった死亡と訴えたときに、病院としてしっかり調べたり、ある意味では「解剖したほうがよろしいのではないですか」と助言をしながら、懸命に調べていくという姿勢とともに、その結果を遺族に説明して、納得してもらうことが大切です。私たちに訴えてくる人たちの話を聞くと、院内での調査や説明がまだまだ少ないと、思っています。単に報告を増やすというよりは、最初に説明した死亡のリスク（予期した死亡）と実

際の死亡原因とが一致しているかなど、病院自らの親切な、真摯な対応をしているか、その重要性をこの事故調査制度の中で、真剣に医療界としては各医療機関に訴え続けていただきたいなという思いが強いです。

飯田委員 先ほどおっしゃったように、そんな院長はけしからんと、私もそう思います。しかし、けしからんかどうかはどうでもいいことで、センターとしては、私は係争中の事案に関しては関与してはいけないと思います。遺族は、何か問題を感じれば、報告事例に関しては調査を依頼できるし、病院もそうだし。報告してくれないから裁判に訴えるというのはあると思います。いくつかの道があるので、係争中の証拠集め、あるいはいいわけ、どっちでもいいですけど、材料にされてはいけないので、私は係争中の事案は関与すべきではないと思います。

内藤委員 ちょっと観点が違うのですが、資料1-1の16ページの真ん中ぐらいを見ていただきたいのですが、先ほどの資料2-3のいちばん下のところの司法解剖についてに関わるお話です。これの前半と後半を見ますと、だいたい30%をちょっと切る、もしくは30%ちょっと増えたぐらいの解剖が行われていることとなりますけど、内訳を見ますと、通常の病院解剖の3分の1が司法解剖、また同じように解剖が後半増えていますけれども、そのやはり3分の1が行政解剖になっています。これは、内容はどういうものかというのがある程度わからないと対応できないと思いますけど、医療事故制度の中で再発防止をしっかり訴えて、そして患者さんの家族にもそれを説明するような状況というのは、この司法解剖と行政解剖になると、なかなかそこに立ち入っていけない状況が出てまいりますので、このへんについて今後、対応を考えていく必要があるかなと思います。

岩瀬委員 司法解剖と行政解剖についてコメントさせていただきたいのですが、確かに司法解剖のほうは検事さんが「開示するな」というとなかなか情報が出て来ないものですが、行政解剖というか、新しくできた死因・身元調査法の解剖というのがありますので、そっちのほうに切り換えていけば、司法解剖の数を減らして新法解剖を増やすことは可能だと思います。その新法解剖——死因・身元調査法の解剖というのは、司法解剖の欠点を担うために、解剖結果を開示することが法律に書かれていますので、そういう解剖に切り換えてほしいという要望を、たとえば法務省とか警察庁のほうに出していただくこともひとつの方法かと思う

のですが。そういうことは今までされてきたでしょうか。参考までに、そういうことも可能かもしれませんので。

永井委員 今の飯田先生のお話に対して、裁判の問題とこの事故調査制度の問題について、この事故調査制度は最初から、今日話題になっているようにずっと評価をしないわけです。遺族が第三者機関に調査を依頼するのは、死因について納得できないので、再調査を依頼するのです。裁判に訴えているのはどういう事情かわかりませんが、理解・納得を深めたいという、そこを本当に止めてしまうというのは問題だと思います。

当該医療機関での原因究明、再発防止策が不十分だ。そこに問題があると思って、遺族としては第三者機関でのしっかりしたこの制度に基づく死因調査をしていただきたいという要望が起こってくるのは、当然だと思います。

山口委員 先ほど、係争中のものは扱わないほうがいいのではないかとおっしゃいましたが、どの時点で係争になるかはさまざま、実際にこのセンター調査の依頼があった時点で係争しているものは明確にわかるかもしれませんが、その後に遺族側が提訴するということがいくらかでも考えられるわけです。そうすると、どの時点で起こしたかによって調査の対象にする・しないというのが分かれてしまうことは、ちょっと説明がつかないのではないかなという気がいたします。今ここで問題になっているのは、遺族側が民事裁判を起こしたというよりも、起こされた医療機関が調査の依頼をしてきた場合が問題になっているということで、両方混在してしまっています。そのあたり問題提起としては、医療機関が依頼をしてきた場合ということでおっしゃっていて、それをもっと医療者にきちんと情報として、どういう制度なのかということを広めていきましょうという話という、問題整理をしないと両方が混在しているような気がします。

樋口委員長 いや、問題整理は私の担当なのでしょうけれど、うまく整理しておらず恐縮です。飯田先生がおっしゃるのも本当にわかるのですけれども。つまり、たとえば資料2-2の次のページ、個別調査部会が18事例とあります。いま実際には21事例ありますが、現実にはセンター調査は誰にやってもらうかという、本当に学会の専門家をこれだけ集めているわけですね。もちろんこれは1件あたりではないから、しかしこれを20ぐらいで割っても大変な数ですよ。こういう人たちに、まさに日本の医療のためにという話で協

力をいただいているのを、係争中の、私にとってはどっちもですが原告側であれ医療機関側であれ、とくにその弁護士さんが、これだけの人を集めてなんてなかなかできないことなので、こちらの調査にフリーライドしたくなる。そういう形で利用される存在になってはいかんでしょう。それは飯田先生のおっしゃるとおりで、だからそうならないように手を引けというのはひとつの考えですけれども、しかしそもそもそういうものとは関係ない制度として発足していながら、結局こっちが来たらやめるというのはどういうことなのかという……「どういうことなのか」とは飯田先生には言いにくいですが。ここで事務局というか、担当の先生方が「粛々と」という言葉が使われて、そういうものに利用されないものをちゃんとやるという、それが第三者機関の意義なのではないかなと、私は思うのです。「手を引きなさい」というお考えも、現実的な問題としてはそういうのがどんどん出てきたら、そもそもこれは「何のためにやってるの」という話が出てくるかもしれないですね。しかし、まだそういう段階ではないだろうし、そうならないでもらいたい。そういう話ではない。一種の、小さいけれども、しかし大きな理想を掲げてやっていくという話にしてもらいたいと思いますけれども。

木村常務理事 山口委員が先ほどお話しされましたけれども、係争中の事例かどうかという判断を一つずつとっても、まさに判断できない部分がたくさんあるんですね。いま院内調査の報告書を見ても、明らかに弁護士が書いていると。医療と離れたような院内調査の結果を出しているところもあります。では、そういう状態は係争中、紛争状態にあるのかという判断は、なかなかできないです。紙一重で、突然家族が亡くなった方は、人間は誰でも怒っているわけですから、ちょっとした掛け違いですぐにそういう状況になりやすい。その中を、それこそお互いに原因を究明して納得していただくという努力は大変なものだと思いますけど、それを進めていくというのは、ひとつ間違えれば簡単にまさに係争中に入っていくということで、もしそれをやらないということであれば、その判断をどこでやるかという別な機関が必要なぐらい大変なことだろうと思います。現実にはそういうところがあると思います。

嘉山参考人 この高久理事長への申し入れは昨年9月の段階ですけれども、その後、私どもも議論をしまして、先ほど私がお話ししたような内容に変わりました。やむを得ないだろうけれども、明らかに1年以上前の事例で、その時にその管理者は1年何ヵ月何をしてたんだということを、機構のほうから少し歯止め

をかけるような作業がないと、病院の自浄作用が働かないと。私も長いことこの委員会に、有賀先生の前にはやっておりましたが、大学によってはまったく反省しないでいろいろな問題を起こすところもございましたので、そこは機構のほうでも、ただ単に機械的に、係争があるのは明らかで事例も2年ぐらい前だというものであったら、「その2年間、管理者はいったい何をしていたのだ」という質問状ぐらいは書かないと、歯止めがきかないのではないかと思いますので。これは私は参考人ですので意見ではないですけど、全国医学部長病院長会議としてはそういう議論を現在して、提案をしたいと思います。

樋口委員長　それで、時間的な問題だけを理由にするのも申し訳ないですが、係争事例についてのセンター調査がどうあるべきかというのはなかなか難しい。しかし、制度の根幹に関わるもので、これも総合調査委員会や理事会等でこれまでも複数回検討されていて、今のところの方向性としては、つまり変に利用されないように粛々とこの機構の意味というのを確認しつつ進んでいく、対応するというで行うという話です。他の委員会でもそうなっておりますので、そこでとりあえずこの運営委員会でも納得していただければありがたいと思います。あと、岩瀬先生がおっしゃったような方法も含めて、解剖を充実させるのをどうしたらいいかというのは、非常に全体的な利益にとっても重要なことなので、名越さんにもお願いいたします。

それで、ようやく議題の3ですが、再発防止ということです。

木村常務理事　それでは、院内調査の結果を集めて、その中から再発防止策をつくるというのがセンターのもうひとつの、そして最終的な目的でもありますので、その再発防止に関してご報告させていただきます。再発防止委員会が親委員会になっておりまして、専門分析部会でそれぞれのテーマを決めたあと、その部会で具体的な再発防止策をつくるという仕組みになっています。この親委員会でありまして再発防止委員会は3ヵ月に1回開かれることになっておりまして、いままで4回開かれています。その中で、院内調査の結果を集めた中でどういうテーマを出すかということ、まず抽出いたしました。資料3-2に書いてありますけれども、現在のところ専門分析部会がすでに行われている、あるいはこれから設置予定であるところを含めて、テーマを見ていただくと、「中心静脈穿刺」に関わるもの、それから「肺血栓塞栓症」、「アナフィラキシーショック」「気管カニューレ」「腹腔鏡下胆嚢摘出術」という順番で、いまスタートしているところです。

約160 ぐらいの報告があった中で、いちばん多かったのが「中心静脈穿刺」に関わるものでした。10例

ありました。直接関係するものだけでそういうもので、中心静脈穿刺はご存じのとおり、いままでもたくさん報告例がありますし、マニュアルとか再発防止策がたくさん出ているところですが、にも関わらずこれだけ多くて、しかも死亡しているという事例ですので、それをさらに深く検討してみたいということで、学会のその領域、たとえば麻酔学会でこのことを専門にやられているグループの先生等に集まっていただき、従っていままでの考え方の集大成というのを含めて検討させていただいているところです。部会のほうは、●が3つついておりますが、いま3回で終わっておりまして、もう最終的なところに来ていて、今年度中にはお出しできるということでやっております。

「肺血栓塞栓症」に関しては、最初の事例数は多かったのですが、なかなか決定的な肺血栓塞栓症というのはその中では割合は少ない。つまり、こうやってテーマを決めていくのですが、テーマごとによってかなり特徴が違うということもわかりました。部会の開催の仕方とか、検討の仕方もういぶん変わってきています。部会の協力学会は下書いてありますとおりで、今のところ2つの部会がこういうふうな形でやっておりますけれども、他の部会もいま委員の先生方を決めてお願いしているところです。

こういうことをやって、最終的なものとして中心静脈穿刺、肺血栓塞栓症というのが次々に出て行くと思いますが、これはもうすでに1年たっている段階で、「まだ出ないのか」というお言葉をいただいております。やはり慎重に、具体的なことを含めて深くやっておりますので、もう少しお待ちいただきたいと思えます。

それから、引き続いて資料3-3ですけれども、これも6月の一部改正に関わるものですが、院内調査の報告書に対してセンターがその内容を聞き直すということは、開始当初はその法令によるとできないと理解されています。受け取って、それを集めて再発防止をつくることになっておりますが、いままでお話にあったとおり、院内調査の報告書はいろいろな状況がありますので、その内容に関して再発防止策をいいものをつくるために、管理者の同意を得て、必要に応じて内容に関する確認・照会を行うことが6月の改正でできることになりました。現在、行っておりますのは、報告書の集積から得られる統計的データの分析・報告、たとえば時期・期間等、漏れがあるような場合はお聞きするというのをやっております。それから、テーマ別に抽出した事例をもとに、再発防止という段階において当該医療機関に、「そちらから出された報告書の内容がテーマにあたりましたので協力をお願いしたい」という形で行っています。

次のページを見ていただくと絵が描いてありますが、現在はテーマ別に、再発防止委員会で決めたテーマ、

たとえば「中心静脈穿刺」に関わるもの、その専門分析部会でさらに必要なデータを対象となる当該医療機関に確認・照会をしているという状況です。逆にいうと、これに該当しないものは受け取ったものをそのままストックしているという形になっています。そういう貴重な院内の調査の結果が5年なら5年、10年なら10年たった時に蓄積されて、再発防止として使う場合に十分な内容が整っていない場合が危惧されるのですが、それに関して今回の改正の中で、確認・照会ができるということになりましたので、資料3-3の1ページに戻っていただいて今後の検討ですが、いま院内調査の報告書を対象として、全部に対して必要事項、欠損データ、たとえば外部の委員の参画の有無とか人数、遺族への説明方法は口頭ですか文書を渡したんですかとか、そういう具体的な項目。それから検討しているのは、さらに調査内容の確認・照会。判断の理由とか、検査データの詳細等、踏み込んだ内容を確認・照会をする。

次のページの絵のところに戻っていただくと、つまり選んだものだけではなくて、受け取った段階ですべての報告書に対してこういうことを行うことが必要になってくると考えています。ところが、これをやることは非常に大変なことで、すべての報告書をまず内容を検討しないといけないわけですね。そこで何がこれに対して必要なのか、何が不足しているのかということ、内容を分析した上で確認・照会をすることになりますので、いま主にやっているセンター調査の総合調査委員会、それから再発防止委員会、それに匹敵するようなもうひとつのグループを立ち上げて、それに対応することをしないといけないかと思っています。これはすぐにはできません。改正の中でこういうことが決められていることもありますので、こういう方向性をどうすることが必要なのか、どれぐらいの人数、グループ、あるいは委員の先生方が必要なのかということ、少し検討するという方向で、今後進めさせていただきたいと思っています。院内調査の報告書のセンターの対応についてということを含めて、お話しさせていただきました。

樋口委員長 議題3の再発防止について、再発防止委員会等で検討していることの一端を報告していただいたのですが、ひとつは中心静脈穿刺に関わる事例等ですが、とにかくテーマを決めて、それでどういうデータが集まり、それについて何らかの再発防止策が打ち出せるかどうかを検討していただいている、一つ二つの事例についてはもう進捗もしている。つまり、この第三者機関は再発防止策を出すということが任務ですので、そういう形でとにかくやっ払いこうという話ですが、その時のデータの取り方について、去年の6月に留意事項で少し改善をしていただいて、院内調査報告書をもとにしてやるわけですけれども、そこで「こ

ういうデータがないですがどうでしょうか」という照会・確認はできることになったということです。照会・確認というのを、アドホックにというわけではなくて、資料3-3の今後の検討のところですけども、必要項目が自ずからあるではないかという点が重要です。今はとりあえずそれらの項目を対象にしている報告書も、いずれその問題についてデータになるという時に、「こういうデータがないじゃないか」というのが何年もたってから聞いてもという話になりますからね。調査報告書が来た段階で、欠損データというので、たとえばここへ外部委員がどれだけいたかとか、遺族への説明方法とか、他に検査データとか、こういうところが大事なんでしょうけれど、そういうものについて予め必要とされるデータをきちんと照会・確認をかけていこうねということを、まずしかし、その内容を決めるための今後委員会を立ち上げたいというお話しでしたね。あるいは、立ち上げなければならないと。ここまでの報告で、いかがでしょうか。

河野委員 今回のこの制度の目的は再発防止ということですから、そのためにはアクションがとれるための必要かつ十分な情報がなければなりません。ということは、最初の段階からいかに事故調査を、科学的に因果関係を明らかにするという方法を明確に確立することが大事なんです。ところが、残念ながら医療事故調査において、科学的な因果関係を明らかにするためのトレーニングができていないという現状があると思います。医療事故調査には死因究明とか行動分析といった分析が必要です。分析手法については、もうすでにいろいろな業界では標準化されています。しかし、その標準化された科学的な分析手法がないからこの問題が起こるんですね。ということは、事故調査の調査をする人が、調査の訓練を受けて調査の方法を理解して実施するだけの能力を持つことがすごく大事で、そこをまずやらないといけません。再発防止策はすべてその情報から引き出されるわけですから、医療事故調査の科学的方法論の確立と調査する人の能力管理をすることが重要だと思います。

松原委員 現状では河野先生が言ったように、いまテーマを決めて、後ろ向きで、調査をして、確認しています。やはり、前向きに項目をとっていくことができればいちばん理想的なので、今はワークしていないと思いますが、データベース委員会が再発防止委員会の中にあるので、そこを中心として前向きにとるべきデータを考えて、それが入っていなければ確認するという方向でやっていければいいのではないかなと思います。

永井委員 今日1番から話に出た、言葉はともかくとして優良事例をつくっていく話と、こちらで再発防止をつくっていく話は、ダブルでやるようになるんですか。これは、ひとつにまとめてしまったほうがいいのではないかという気がします。要は、まずは優良事例を出すというよりは、こちらの報告書の作り方をしっかりまとめておいて、その中から今年度か来年度ぐらいで、それに適合するような事例に固めていくというほうがわかりやすいかなと思ったのですが、そこらへんいかがでしょうか。

木村常務理事 ありがとうございます。「優良事例」という言葉が先ほどありましたけれども、できあがったもののなかからピックアップするということと、それからあがってきたものをもう一度内容を聞き直して、そこを豊かにしていくということがあります。合議も含めて、直接の病院とのやり取り、その中で「こういうことはどうでしょうか」とか、助言のような格好でやっている場合に、結構そういうことが報告書の内容を十分なものにするという効果があることは出てきています。医療機関側に確認・照会することで、その医療機関がさらに調査内容をいいものをつくるということに、寄与することにもなるのではないかと思います。

永井委員 話をわかりやすくするという意味では、今の木村先生のお話を聞くと、要はこういう方向で原因究明なり再発防止なりを書いて欲しいという、そのガイドラインみたいなものがあるほうが医療機関と話をする時にしやすくなると思います。さっき言ったのと反対ですけれども。それを同時に進めていくのも重要かもしれませんが、何か基を充実してやらないと、ちょっと医療機関のバラツキも含めたらわかりにくいかなと思ったのですが、どうですかね。

木村常務理事 調査の仕方とか考え方をどういうふうにまとめていったらいいか。それから、間違った個人の責任追及にならないようにどうしたらいいかということをもとめて、ある意味ではマニュアル的なものを出すということは以前から検討されているところです。ところが、第三者機関としてはなかなか、「マニュアルとしてこう考えてください」とは言いにくいところもありますので、センター調査においてはそういうことを内部でやっていこうと考えているところですが、これは協議会もできましたので、そういうところと

連携をして、協力しながらつくっていくという形にできればいいなと思っています。おっしゃるとおり、ガイドになるものがあつたほうがいいと思いますし、具体的な助言なりやり取りをする中で、個々の事例がずいぶん違うので、そういうことをやる中で病院側の考え方とかにも触れてお話しできることが、役に立っているのではないかと実感しています。

樋口委員長 時間が迫ってきたので次へとは思いますが、一言だけ。データの欠損という話ですけど、いま河野さんがおっしゃったことですが、「こういうデータが欲しいんです」というので、専門家どうしであればなぜ必要なかはわかるのかもしれないですけども、本当は科学的な因果関係を確かめるために、しかし科学的な因果関係が本当にあるかどうかもわからないようなことも含めて、「これは関係があるかもしれないのでこういうデータを揃えておきたいんです」ということを丁寧に説明して、それでデータをいただくという話をしていくと、そのうちにこのデータが生きるという可能性により近づく。そういうことかなと思っているのですが、ともかくそういうことをそれぞれの分野での専門家で検討していただきたいと思います。

最後に、今日の第4の議題が普及・啓発と事業計画案ということなので、吉田さん、お願いします。

吉田事務局長 資料4-1から資料5まで、続けてご報告させていただきます。まず、資料4-1で、委託研修の状況でございます。昨年度は、日本医師会様のほうに医療機関職員向けとしての研修業務を委託させていただきました。今年度も、実施しております。ただ、昨年と2つの点が異なっておりますことを、まずご報告いたします。ひとつ目は、今年度は歯科向けの研修が加わったということでございます。2点目は、昨年はいわゆる随意契約ということで、業務委託契約を日本医師会様と提携しましたが、今年は公募という形をとりました。その結果といたしましては、医科部門につきましては日本医師会様、歯科につきましては日本歯科医師会様のみの応募でございましたので、8月の中旬に決定通知を差し上げたということをご報告させていただきます。

それでは、研修の内容につきましてでございますが、資料4-1の1ページ、医科についてでございます。ひとつ目は、支援団体職員向けの研修といたしまして、医療事故調査制度を牽引する各地域の統括的リーダーを養成することを目的といたしまして、標準的な考え方、あるいは調査方法が、各地域で波及するとい

うことを目的といたしました研修を実施いたしました。参加者は、都道府県から支援団体の代表者ということで都道府県医師会様の担当役員、それから院内調査の支援を担うということで特定機能病院等の機能病院などの代表者のお医者様、それから地域の看護職の代表者の3名をひとつのチームといたしまして、実施いたしました。研修期間は、前期が1日、後期が半日の2回でございまして、合計1.5日間。なお、前期も後期も同じ方がご出席、ご参加されることになっております。この研修は、前期が昨年の12月7日、後期は2月23日に開催することといたしております。

2ページに記載しておりますけれども、前期が128名の参加者をいただきました。内容は記載のとおりでございます。研修の内容でございますが、プログラムは3ページに掲載してございます。また、後期の研修内容でございますけれども、前期の研修の終わりに一定の課題を提示いたしまして、その提示された課題に基づきまして後期は演習をするという予定といたしております。

2つ目でございます。2つ目は、医療機関向けの主に管理者、病院長先生を対象といたしましたトップセミナーでございます。これは全国7カ所でございます。すでに1月16日の東京会場と、1月25日の名古屋会場につきましては、4ページの参加者の状況のとおりでございました。研修内容のプログラムにつきましては5ページでございます。後ほどご覧になっていただければと思います。

最後の3つ目でございますけれども、歯科医療関係者を対象とした研修でございます。歯科の特殊性を網羅した事例ということを用いました研修になっておりまして、10月29日に東京で、10月30日は大阪で行いました。資料には東京、大阪の開催日が間違っていて記載されています。申し訳ございません。7ページ、8ページには、その研修プログラムと当日の進行次第を、このような形で行いましたということをご参考として添付させていただいております。以上が研修の状況でございます。

引き続きまして、先ほど山口委員からご質問をいただきました、啓発・普及の状況でございます。一覧表にまとめてございます。ここの「6ヵ月報告」と申しますのは、7月のこの委員会で委員の先生方にもお送りさせていただいております、27年10月から3月までの半年の報告書でございます。この冊子は、合計2,475の送付先に、約3,000冊を送付いたしました。

それから「1年報告」が、本日の資料といたしましてご提示申し上げた資料でございます。この冊子は、1万1,696の送付先に、約3万9,000冊を発送してございます。主だったところを申し上げます。全国8,500弱の医療機関、病院でございますが、ここにはすべて各3冊送付させていただいております。大学医学部図書

館の82ヶ所には各1冊、それから全国の保健所、480ほどございます、全国の都道府県、すべての市町村約1,700強ございますが、ここに各1部ずつ送付いたしました。それから、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、助産師会、四病協様の都道府県支部には、それぞれの支部に直接「何部必要ですか」ということで希望冊数を伺った上で、その冊数をお送りしてございます。ここだけの合計で約1万冊ございました。

次にポスターでございます。初めてつくらせていただきました。非常に文字が多うございますけれども、やはり基本的にはこの制度の内容、中身、何をやっているかを承知していただくために、若干文字が多くなっております。このポスターは、B2版とA3版、B4版の3種類を作成いたしまして、約30万の送付先に35万5,000枚を送付させていただきました。一部は2月にずれ込むものもございます。また、このポスターとリーフレットは、日本医師会様と日本歯科医師会様、それから日本薬剤師会様のご協力をいただきまして、それぞれの会員様に会報をお送りする際に同封させていただくこととする方法もとらせていただきました。御礼を申し上げたいと存じます。主だった送付先は、ただいま申し上げました16万7,000人余の医師会会員様、これはB4版をお送りさせていただいています。それから、6万7,000人余の歯科医師会会員様にはA3版、5万7,000人余の薬剤師会会員様にはA3版をお送りさせていただきまして、診療室、あるいは薬剤師会ですとその薬店、薬局の見えるところに掲示していただきたいということをお願いしてございます。全国8,500ほどあるすべての病院には、B2版が2部、A3版1部、B4版1部の3種類を送ってございます。それから、一般国民向けということもございまして、全国の都道府県庁にはこの3種類を各1部、計3部、それから1,750弱ございます市区町村には、出張所、あるいは出先機関、あるいは公民館もございまして、B2版、A3版、B4版、それぞれ5部をお送りさせていただきまして、できるだけ掲示していただきたいというお願い文も同封させていただいています。

最後、リーフレットでございます。これも、医師会様、歯科医師会様、薬剤師会様の会員様などのポスターと同様の送付先にお送りさせていただいてございます。全国のすべての病院、都道府県、市区町村にはそれぞれ30部、お送りさせていただいています。ホームページのアクセス数につきましてはご覧のとおりでございます。月平均でいきますと3万件が多くなっている状況でございます。それから、昨年10月から3月までの半年間で、このような啓発・普及にはリーフレットをお配りしたのでございますが、これは4万部でございました。今年はリーフレットが67万部、配付いたしております。以上が、雑駁でございますけれども啓発・普及の実施状況です。

それから、最後の資料5でございます。事業計画でございます。基本的にこの事業計画書は、私どもは医療法6条の16の1号から7号で詳細に決められておまして、この法律の範囲の中から逸脱した事業はなかなかできませんということがございます。従いまして、基本的には29年度の事業計画書（案）は、28年度の事業計画と大きく変わるものではございません。ほぼ同じ内容でございますけれども、一部、先ほどらいから話題に出ております6月24日の医療法施行規則の一部改正に伴います、総務課長通知で示された内容を網羅してございます。

1ページの事業概要は、医療法第6条の16の第1号から7号そのものでございますので説明は省略します。2ページの事業実施に係る委員会等の運営のところ、新しいところはここの（4）でございます、先ほど資料3-3のところ、新たな委員会をつくりたいと木村のほうから申し述べましたけれども、そのところをここの（4）のところに記載してございます。

それから、その次の「相談業務の充実」では、4行目の「また…」以下でございますけれども、ここに昨年6月の総務課長通知の部分を挿入してございます。同じく、「5. 再発防止策の策定」でございますけれども、ここははじめの1行目と2行目のところで、「…確認・照会を行う」までが新しい部分で挿入しております。

それから、3ページでございますが、「7. 研修」のところでございます。ここでは、下のほうに2つ（注）がございまして、2つ目の（注）のところですが、「支援団体連絡協議会（中央協議会）と連携して実施し」の部分、ここを付け加えました。「8. 広報・周知」でございますけれども、当然ここは29年度も努力してまいるところでございます。「9. 情報システムの検証等」では、セキュリティを継続して確保していくため、その都度、その都度、不具合を検証して必要な改善をしてまいりたいということでございます。

10. のところでございますけれども、見出しの部分に「支援団体連絡協議会への参画」の文言を追加いたしまして、1行目の「また…」以下のところに総務課長通知の文章を挿入いたしました。また、この中央協議会の参画に関連いたしまして、1点ご報告でございます。昨年の12月28日に、日本医師会館におきまして第1回の中央協議会が開催されました。会長には横倉日本医師会会長、それから副会長には全日本病院協会の西澤会長と全国医学部長病院長会議の医療事故対策委員会の委員長でいらっしゃる有賀先生が選出されました。中央協議会の構成員は全国的に組織された29団体及び厚生労働省推進室様と私どもです。なお、このように構成員が多いということで、その中で話がされましたのは、人数を絞って運営委員会を協議会の

中に設置しまして、実務的な活動を行うということが出されました。11 以下は大きく変わってございませんので、ご説明は割愛いたします。時間の関係で早口になりました。申し訳ございません。以上でございます。

樋口委員長 私の不手際でもう 10 分以上超過してしまっているのですが、すぐこの会を閉じようと思いますが、いまご説明があったように、啓発その他についてはもちろん努力をしていく。事業計画書は、この機関は法令によって定められたことしかできないことになっているので、それをずっと並べてあると。当たり前のことですが。かつ、この案については理事会で決定していただくことではあります。ただ、運営委員会の委員の方、あるいはオブザーバーの方でも「こういう点はどうだろうか」ということがあったら、今日はもう時間がないので、私または事務局のほうにご意見をどういう形であれ寄せていただければ、それは勘案いたしますので、よろしくお願ひしたいと思います。

あと、議題としてはその他というのがありますが、それについては用意がないのですが、何かございますか。

上野委員 けっこう司法解剖事例が増えておるんですね。そうしたら、報告書を作成する時に司法解剖事例は解剖がなかったとして書くのか。それから、病院のほうには内々で、楽な結果とかいうのが掲示されることがあるんですね。それを書いていいかどうかというのは、報告書を書く時に非常に中身にもやり方にも差があるものですから、いかがですかね。

岩瀬委員 司法解剖に回っても、ある程度情報を出させることは。たとえば、遺族が解剖執刀医に死体検案書を依頼すれば、発行義務がありますので、死因ぐらいは書いてくれる。

上野委員 書いていいということですよ。

岩瀬委員 死因は出していいです。ただ、詳細な解剖写真とか解剖の所見とかになると、なかなか警察と検事さんが出してくれないと思いますけど、検案書レベルであれば、司法解剖であっても出てくる。そこらへんをうまく活用いただくのがよいかと思います。

樋口委員長 重要な点なので、今後ともまた。

それでは、今日はここまでにしてと思っておりますが、これが今年度は2回目の運営委員会で、新年度は7月ぐらいを予定していると事務局から伺っております。不手際で時間を超過しましたが、どうも長い時間、本当にありがとうございました。

(以上)