

平成 30 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 31 年 2 月 6 日 (水) 10 : 30 ~ 12 : 30

場 所 : 世界貿易センタービル 3 階 貸会議室 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 それでは、定刻となりましたので平成30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、城守（国斗）委員、長尾（能雅）委員、蒲田（敏文）委員はご欠席でございます。なお、上野（道雄）委員は少し遅刻するというお電話を頂戴してございます。大嶽（浩司）委員は少し遅れているようでございます。ご出席の委員は過半数に達してございますので、本委員会は成立しておりますことをご報告させていただきます。また、本日は厚生労働省医政局総務課医療安全推進室の渡邊（顕一郎）室長様にご出席いただく予定でございましたけれども、急用ができました関係上、欠席という連絡を先ほど頂戴いたしました。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たく存じます。タブをつけさせていただいてございます。資料1は、医療事故報告等件数でございます。現況報告でございます。資料2-1につきましては、再発防止委員会の開催状況でございます。資料2-2は、専門分析部会の開催状況でございます。資料2-3は、提言第5号「腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析」の冊子でございます。資料2-4、提言第6号「栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係る死亡事例の分析」の冊子でございます。資料2-5、提言第7号「一般・療養病棟における非侵襲的陽圧換気（NPPV）及び気管切開下陽圧換気（TPPV）に係る死亡事例の分析」でございます。昨日、厚生労働省におきまして公表させていただいたものでございます。資料2-6でございます。提言第3号の活用状況に係るアンケート調査結果でございます。資料3にまいります。資料3-1、総合調査委員会の開催状況でございます。資料3-2、センター調査交付等の状況でございます。資料3-1、「センター調査交付済み13事例における交付までの状況」という表題を銘打ってございます。資料4でございます。制度開始3年の動向及び制度に係るアンケート結果を踏まえた制度運営上の課題でございます。この資料4には参考資料①といたしまして制度開始3年の動向、それから参考資料②-1といたしましてアンケート調査の結果の概要、参考資料②-2といたしましてアンケート調査の結果の概要、それから参考資料②-3といたしましてアンケート調査の結果の全体版、医療機関からの回答でございます。参考資料②-4といたしまして、事故調査制度に係るアンケート調査の結果の全体版のご遺族様からの回答でございます。資料5にまいります。平成30年度委託研修の開催予定の紙1枚でございます。資料6は、平成30年度協力学会説明会の開催予定の表でございます。資料7は、第4回閣僚級世界患者安全サミットの開

催のポスターでございます。資料8は、平成31年度の事業計画書の案でございます。参考資料といたしまして、前回開催の9月6日に開催いたしました第1回の当運営委員会の議事録でございます。こちらにつきましては後ほどお目通しをいただきまして、何かございましたら事務局までどうかお申しつけくださいますようお願いいたします。それから、ただいま永井委員からの資料といたしまして、紙1枚をお配りさせていただいたところでございます。以上でございます。資料等に不備はございませんでしょうか。

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 皆さん、おはようございます。本日は朝から、平成30年度第2回医療事故調査・支援事業運営委員会に出席いただきまして本当にありがとうございます。この制度は発足以来3年が経過いたしました。これまでの皆さん方のご指導、ご協力によりまして、一応順調に運営されてきておりますことを、この場をお借りして御礼申し上げたいと思います。また、先般はお忙しいなか、制度開始3年の動向と制度に係るアンケート調査につきまして、貴重なご意見をいただきまして誠にありがとうございました。本日は時間も限られていますが、前回開催以降のセンター調査と、再発防止策に係ります事業の現況を事務局からご報告させていただき、今回賜りましたご意見を踏まえた本制度に対する運営の課題につきまして、先生方からさらにご意見を伺うことになっていきますので、よろしく願いいたします。簡単ではありますが開会の挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

吉田事務局長 これより議事に入りたいと存じます。それでは、樋口委員長に議長をお願い申し上げます。よろしく願い申し上げます。

樋口委員長 それでは、第2回の運営委員会ということでもありますけれども、その前に、新たにご就任いただいた方がおられますので、川上さん、熊谷さんの順で簡単にご挨拶をお願いしたいと思います。

川上委員 日本薬剤師会の立場で参っております川上純一と申します。どうぞよろしく願いいたします。

熊谷委員 おはようございます。日本看護協会の常任理事の熊谷です。どうぞよろしくお願いいたします。

樋口委員長 よろしく申し上げます。それでは、今日の議事に入りたいと思います。議事次第のところに1、2とあると思いますけれども、先ほどから何度も言われていますが、この制度が始まって3年を経過しました。その医療事故調査制度の現況がどうであるかということをとくさんの資料を使ってご説明をいただき、それについてご意見を伺うという部分があります。それから、2のその他では、毎回特定事例について議論をせざるを得ないわけで、特定事例に係る内容などについての審議が今回も予定されておりますので、その他のところへ入ってからは、申し訳ありませんがこの会議は非公開になりますので、傍聴の皆様にはご遠慮していただくこととなります。

では、現況について、資料1から事務局から説明いただきたいと思います。申し上げます。

田中専務理事 おはようございます。資料1に基づきまして、恒例でございますけれども事故調査制度の現況を、1月のプレスリリースということでご報告申し上げます。事故報告は1月は26件、累計1,260件でございました。院内調査結果報告が提出されたものは23件、累計931件でございました。この931件をもとに再発防止策を検討することになるわけでございます。24時間・365日、特に医療機関からの相談を受け付けておりますけれども、これが1月には150件でございました。ご遺族からの相談が83件で、やや医療機関よりも多くなっているところでございます。それから、センター調査でございますけれども、依頼件数は4件で、累計が85件になりました。センター調査の結果の報告は、1月はゼロ件でございまして累計13件のままということでございます。詳細は後ろに、科別、地域別等、内訳が書いてありますのでご覧ください。以上、簡単ですけれども現況報告でございます。

樋口委員長 ありがとうございます。委員の皆様には、いつでも質問があれば、あるいはコメントがあればお願いしたいと思っております。続けて、資料2-1から2-6について申し上げます。

木村常務理事 では、木村のほうから。まず、資料2を使いまして再発防止委員会の開催状況、活動状況をご報告させていただきます。資料2-1から2-6までです。2-1をご覧ください。再発防止委員会開催

状況でありますけれども、3ヵ月に1度お集まりいただいて新しい対象となるテーマを決めていただき、それから分析部会でつくったものをまた再検討していただいたのですが、だんだん数も増えてきましたので、昨年から2ヵ月に1回開催をしております。

資料2-2をご覧ください。全体のガント表ですけれども、1から7まで、7の人工呼吸器関連は昨日公表いたしましたので今日の資料に入っており、7つの再発防止の冊子がすでに公表されています。8から13に関してはこのガント表のとおり、だんだんまとまりつつあり、画像検査、転倒・転落等が順調に進んでおります。その後、この13以降もいま検討中で、逐次内容を決めていきたいと思っております。

だんだん母集団になる院内調査の報告件数は増えてくるわけで、その中から選ぶわけですが、最初の中心静脈に係るものもまた追加で増えてきたり、あるいはこうやってご覧いただくと、手技というものに関連するわりとわかりやすいものがテーマになっていましたけれども、だんだん進んでいくと、数は増えますがテーマとして取り上げにくい、再発防止としてまとめにくいようなものも実際には出てきております。そのへんどういふものを取り上げていくか、たくさん資料がある中でそういう問題も出てきている状況です。めぐっていただくと、それぞれの分析部会にどういう専門領域の方、専門医、専門家の方に集まっていたいてるかというのが出ております。だいたい8人とか9人ぐらい集まっていたいてやっているとところです。

では、具体的に資料の2-3、2-4、2-5、2-6と、最初の第5号、第6号はもうすでにお配りしているのでご覧になっている方もいらっしゃると思いますが、5号の腹腔鏡下胆嚢摘出術に関しては、昨年の5月の時点で院内調査結果報告が697提出されており、そのうちからこれに関係するものを取り上げて、7事例を対象に腹腔鏡下胆摘術に係る死亡事例の分析を行いました。これは、現在9割以上の胆嚢摘出が腹腔鏡下で行われているという現状の中で、やはり開腹手術とは違ういろいろな問題が出てきているということ。そして、初期の頃とだいぶ変わってきて、つまり急性期を乗り越えたあと、癒着の非常に強いような状況になったところで行う腹腔鏡下の胆摘に、いろいろな問題があるといったことを指摘させていただいてます。

次の6号ですけれども、栄養剤投与目的に行われた胃管挿入に係るもの、これも昨年の5月の段階で697の中から6事例を選んでテーマといたしました。胃管挿入、そこから栄養剤を注入している方は、高齢社会で嚥下機能障害、意識障害等を伴いどんどん増えてきている現状です。従って、介護施設等いろいろな場で行われているわけですが、そういうところで起きる、昔から言われている胃管挿入に係る死亡事例というの

を分析させていただきました。内容は、入れた後、注射器で空気を入れてブクブクという気泡音を確認ということでやると、これが非常に当てにならないということを指摘させていただいたこと。それから、こういう対象になる患者さんは、もし気管に入ってもあまり反射がないような患者さんにこういう死亡事例が多いということも含めて、気泡音があまり当てにならないということ、それに代わるものとしては、施設の規模の問題等もあり、一律に決められませんが、基本的には非常に注意していただきたいということです。それからもうひとつは、気管に入っただけですすぐ死につながるわけではなくて、それを使って300ccとか500ccの栄養剤を注入してしまうことが、最終的な死につながる直接の原因になっているというあたりをまとめさせていただきました。

資料2-5の昨日報告しましたNPPV、TPPVですが、これは昨年の9月まで、ちょうど3年の時に院内調査報告書が817件集まっております、その中から人工呼吸器の管理に関わるものとして8事例を選びました。そうしまして調べてみて初めてわかったことは、ICU等で完全な管理をしている、自発呼吸のまったくない患者さんでは死亡に繋がる事故は起きていなくて、一般病棟、療養病棟等でマスクで陽圧換気をする、あるいは気管切開している中で自発呼吸もあるけれども、そこで陽圧換気をしているTPPVというところに問題が起きていることがわかりました。一般病棟、療養病棟で高齢者の方、最後にだんだん呼吸状態が悪くなってきた時などに、簡単にできるものですからマスクを付けて陽圧換気、陽圧の補助をすることですごく楽になるというので、急速に広まっているわけです。自発呼吸もあることから、食事の時にちょっと外していたりとか、いろいろな処置の時に電源を切ったりということで、それが次に今度は補助が急になくなる、あるいはかえって塞ぐという状況が起きて亡くなっているということがわかりました。まったく呼吸ができないという状況ではなくて、こういう軽い状況の患者さんを対象にした時に問題が起きるんですよということを示させていただきました。これは呼吸器内科の学会から桑平（一郎）先生に部会長として来ていただいて、昨日厚労省で公開させていただいたところです。

資料2-6は、以前ご案内しましたアナフィラキシーに係る死亡事例の分析結果です。アンケートを後から送らせていただきました。1枚目を見ていただくと、アナフィラキシーが歯科領域とか薬局とかいろいろなところでも問題になることから、他のものに比べてかなりたくさんの方の数を送らせていただいています。27万通の送付をして、ちょうど1万通弱の有効回答数が得られました。その内容は、2-6の1枚目に出ておりますとおり、診療所、歯科診療所、病院、薬局となっています。めくっていただくと、提言を読んだ方の

意見としては、「大変役に立った」「役に立った」というので9割以上のお返事をいただいています。具体的な内容としては、アナフィラキシーの認識とかアドレナリンの配備のこと、筋注をする意味とかいうことが問題になっています。

3ページになりますけれども、病院関係では、「改めて認識した」というのがいちばん多いアンケートの結果でした。それから、次の診療所でもやはり「改めて認識した」、それから「アレルギー情報の確認方法を見直した」ということがあります。それから、ご存じの通り歯科のクリニックで局麻をした時に起きたりということが、すぐに全身状態が悪化して転送等で、他のクリニック、医科とはちょっと違う状況があるわけですが、歯科では「改めて認識した」というのは非常に少なく、これはもうすでに歯科学会等から通達がいぶん行っているのかなと思われました。アドレナリンの0.3mgに相当するエピペンというのは、かなりの領域ではもう配布されているというのをお聞きしております。薬局も同じような反応で、提言の内容を「改めて認識した」という返事をいただいています。

今、アドレナリンの1mgの静注用、つまり蘇生用のはプレフィルドシリンジが市販されていますけれども、アナフィラキシー用のものはなくて、1mgを静注してしまうとかえって副作用が起きることが指摘されていますので、0.3mgの筋注用のプレフィルドを企業につくっていただけないかということで、話が出ているところです。

以上、再発防止に関して委員会の開催状況、具体的な提言集のことをご報告させていただきました。

樋口委員長 ありがとうございます。今、ご説明にもあったように、当センターでも再発防止のためのいろいろな提言をしていると。資料2-6の2つ目の図にあるように、お読みいただくと「大変役に立つ」とか「役に立つ」と言ってくださる医療機関が9割以上あって、地道な努力がそういうところでも出ているのだろうとは思いますが、ただ、これが実際の医療安全につながって、これはアナフィラキシーですけれども、こういう提言が活かされて事故の件数がこういうふう減ったということが、なかなか因果関係をもって数の上で出てくるというのが難しいので、地道な努力は表に結果として現れない。しかし、そういうことを粛々として続けていく他ないのかなと私も伺っていて感じましたけれども、ここまでのご説明で何かコメントとかあれば、どうぞ。

高久理事長 意見を言わせていただきます。こういう結果を本当は医学生の教育にぜひ入れていただきたい。研修医の時などに、このデータを指導医の方が説明するとピンと来ると思うのですが、なかなか一般のドクターが見る機会は少ないと思いますので、そういう働きかけも必要ではないかと思っています。

樋口委員長 将来的には医学教育へ必ず入れてもらおうと。

永井委員 質問を3点お願いしたいのですが。1つは、2-2の疑問点ですが、専門部会の開催の時に、テーマが決定されて部会設立までに5ヵ月、6ヵ月とかかるのはどうしてなんですかという問題と、それから2番目は、同じ部会の協力学会から出てきている人数だけ出ていますが、多くのお医者さんにこういうことに関わっていただきたいという意味も含めて、トータル何人ぐらい来ていてダブリが何名とか、新しい人が増えてくるようにしたほうがいいのではないかという意味も含めた、統計の出し方みたいなものも検討していただきたい。3点目は、2-6の5ページ目の最後の自由記載欄に、エピペンというのが私自身わかっていないのですが、「自由に購入できる事を望む（医師はよいが、歯科医はだめ!）」というのは、何をもってこういうふうになっているのですか。その3点です。

木村常務理事 部会の設置の時間等に関してですけれども、まず再発防止委員会、親委員会でテーマを決めさせていただいています。そして、どの領域の方に、例えばアナフィラキシーだったらアレルギー学会とかを中心に、内科学会、呼吸器というところをお願いをしているところです。そこからご推薦いただいたり、部会長が決まると、この再発防止をつくるに当たって今度は部会長の意向を含めて、「こういう方にも加わっていただきたい」ということで、テーマが決まってから実際に設置されて1回目の部会が開かれるまでに少し時間がかかっています。

ただ、部会が開かれる時には、すでに情報をそれぞれの委員の先生方にはかなり詳しいものをお送りして、見ていただいた上で1回目の時から内容のある議論ができるようにしています。つまり、報告書を配布、それから内容の分析がある程度進んだものを予めお渡しして、そして日程調整をして集まっていただくというので、部会が始まってからはなるべく効率よく動くようにしています。そこに至る声を掛けること、それから日程調整、内容を見ていただく期間、意見交換をしたり文章をもうすでに書いていただいたりということ

で、少し時間がかかっているということがあります。

それから、2番目の協力学会の人数ですが、確かにいろいろな方に加わっていただいたほうがよく周知が行き渡るということがあると思いますが、部会運営に当たってはそれぞれ8人、9人と専門領域の先生方、かなり専門にされている方、あるいは現場で今アクティブにやられている方たちに集まっていたいるのですが、そういう8人なり9人の日程を合わせるだけでも結構大変なんですね。2ヵ月、3ヵ月に1回になりますけれども、やっとギリギリ合わせている。ちょっとズレると1ヵ月また延びてしまうというような現状です。従って、これが例えば10人、15人と増えたりした場合には、まずみんなが顔を合わせることは不可能になるような状況です。また、文章を分担執筆みたいな形にすると、それを今度まとめる段階でまた非常に時間がかかったりということがある。今のところはこのぐらいの人数でやっています。必要があれば随時、追加したりということもやっておりますけれども。

永井委員 いま木村さんがおっしゃった、いろいろ大変なことはわかるのですが、なるべく学会の中の特定の人ではなく、どんどん幅を拡げていろいろな人が加わってくるようにして、ある意味では教育もあるかもしれないんですが、要するにこういうことをやっているということ、専門の学会の中で少ないメンバーではなくて、いろいろな人に体験させるということを学会の中で広めていっていただきたいなと思います。

木村常務理事 最初のつくる段階と、ある程度できたところでそれを広めることと、2つの意味があるのかなと思ってお聞きしましたけれども。

松原委員 再発防止委員会の委員長を務めさせていただいております松原ですが、ちょっと誤解があると思うのですが、それぞれ全部違う方です。学会からとか、あるいはそれぞれのテーマに従ってそれに得意な、専門的な分野の人を選んでいるということで、同じ学会の方がずっと同じということではありません。メンバーについては、この冊子のいちばん最後にそれぞれのテーマの部会のメンバーが全て載っておりますので、そこは誤解なさないでいただきたいと思います。

あと、これがいかに役立っているかというのが非常に重要で、それが我々いちばん知りたいところですけども、先ほど木村先生が申しましたように、中心静脈をいちばん最初に出して、その後、またそれによっ

で「こういうのを出さないといけないんだ」ということで報告が増えている。それで、ある程度の時期が来たら、その報告例が提言書によって活かされたのかどうかというのを検証する、もう一回再発防止のテーマとして取り上げる予定でいます。

それから、教育に関してですけれども、外科学会は医療安全の講習としてeラーニングを立ち上げることにしまして、今年度中には第1番目の中心静脈をeラーニングとして立ち上げて、講習を受けることにより専門医機構による専門医更新の際の点数になるようにするように始めました。

田中委員 病理学会の田中です。再発防止専門部会という話ですけれども、どのような状況があるかということではぜひお願いしたいのは、必ずしも再発防止ではないですけれども、剖検の許諾のとり方に関する分析が必要ではないかなと。といいますのも、10年前から比べていま剖検が1万件、半分になっていて、後に出ますけれども医療事故でも40%と。それに対しまして、1年前に日本病理学会が日本内科学会と合同で理事が集まって合同アンケートを1,000の病院にして、50%から回答を得て、その結果が日本内科学会誌の7月号に全16ページ、全部出ていますけれども、病理学会も診断病理の10月号に全面出しました。さまざまなことがあるのですが、その時に剖検は大事であるというのは皆さん認識していて、そしていろいろな教育効果もあると。それで、「どんな教育をしますか」という時に、やはり上級員について学んでもさまざまなので、ともかく内科学会の結論としても、「内科学会から剖検の許諾のマニュアルなるものを出せない」ということなんです、あまりに多岐なので。しかしながら、我々は医療安全に特化していますし、北大病院でも患者様が廊下で「警察を呼べ」と大きな声で言うようなことも、いまだに現場では起こっていますので、本当にそこでは温存されてきた若い先生たちが戸惑うばかりですので、再発防止ではないですけれども、たぶんこの調査機構の力と情報をもってすれば何かいいサジェスティブなことができるのではないかなと。それは、内科学会と病理学会で知恵を合わせてようやく出来たアンケートなので、そこには個人の声も全部載せてありますので、ぜひそういう部会が可能かどうかを検討いただければと思います。

木村常務理事 ありがとうございます。事務局としても剖検に関しては、後のほうでこの制度に関するアンケートのところで出てくると思いますが、ご遺族からの回答の中に「剖検をしなかったのは残念である」と。その理由として、「亡くなった当初の混乱の中で、もう少しちゃんと説明をしてくれれば承諾をしたのに」

というご意見を実際にいただいています。後から落ち着いてみると、やはりきちんと原因がどこにあったのかをもっと詳しく調べたかったということで、解剖の際は、私ども学生の頃から習っている「医学の発展のために」ということではまったく通用しない。突然亡くなった家族に対して、「その亡くなった原因を調べるための重要な調査なんですよ」ということを詳しく説明して欲しいということは、いろいろなところで述べています。

それから、ぜひこれをテーマとしてというお話がありましたけれども、いままでは先ほど報告した通り、手技とかそういうことに偏っていると思います。例えば、ICのとり方とか剖検の説明というのをテーマにしてこの冊子をつくるということも、少し議論が始まっているところです。ずいぶん変わったものになるのかなとは思いますが、そういうこともいずれはやらないといけないかなと思っているところです。

それから、エピペンが自由記載で歯科の先生からのご意見だったと思いますが、エピペンはご存じのとおり、病院で使うというよりは、ハチに刺されたとか一般社会で、例えば自分の子供がアレルギーを持っているお母さんが持っているという状況で発売されているもので、装置もそういうふうに来るようになって、ひとつ1万円ぐらいするんですね。しかも、1年しか有効期限がないということで、いろいろな制約があるところです。これを歯科のクリニックではかなりのところで、学会の推薦もあって持っているところですが、先ほどお話ししたプレフィルドシリンジは、アドレナリンというのは非常に安いので、原価でいうと10何円で出来てしまうようなものらしいんですね。そういうところに問題がありますが、自由に購入できるというのは、たぶんそういう部分は法的にはないのではないかと思います。たぶん手続きとか、医師会を通してとか、いろいろな問題があつたと思いますが、購入できないことはない。一般の方も購入できるわけですから。

飯田委員 今の話に関しては、私もぜひお願いしたいと思います。やはりこの組織の存在意義というのはそこにあると思います。統計的な集計も大事だし、こういうのも非常に参考になっていいと思いますが、やはり社会を動かすのはそういう具体的な問題ないとなかなか出来ないのです。例えば、昨日は日本医療機能評価機構で医療事故防止事業の運営委員会がありました。後で後先生に説明していただいたらいいかもしれません。そこでも類似名称薬で医療事故が起こるということで、製薬業界に名称変更をお願いして変えてもらったこともあるります。ですから、それは出来ないことではないので。我々が言ってもなかなか変えてくれ

ないので、こういう事業できちんと「変えてくれ」と。厚労省も一緒になってやってくれば出来ないことはないのでは、ぜひお願いします。そうすると我々病院も、診療だけではなくて救急外来その他で楽になると思います。

その他に、高久先生がおっしゃった医学生の時からの教育も非常に大事ですが、頭ではわかっているけど臨床の実務ではそれが出てこないのです。例えば、医療機能評価機構の医療事故もそうだし、この事故調もそうです。頭では知っているけれども繰り返すのです。もちろん、きちっと学生の頃、研修医の頃、卒業してからでも繰り返しやらなければいけない。それだけでは収まらないので、やはり何年かに1回まとめなければいけない。これ（冊子）もそうですし、医療機能評価機構でも、繰り返す事例を、何年かに1回、まとめて出しているわけです。目的は同じだが、片方は死亡事例だけ、片方は死亡事例もあるがそれに近いものも含めてやっているのでは、視点が違うので、両方ぜひ必要なので、きちっと繰り返しやっていただきたい。私自身も、昔習ったことをほとんど覚えていません。今は臨床をしていませんし、やらないから危なくないですけれども。そういうものをやっている人にとっては、急にそういう（アナフィラキシーショック）事例が来た時に、エピペンというのを覚えていても、アドレナリン何ミリグラムだというのは聞かれてもわかりません。これを見てわかっているけど、0.3mg だったか3mg だったかわからないので、やはり間違えないようにきちっとした、フェイルセーフでやって欲しいと思うのです。ぜひそれはお願いしたいと思います。この組織の意義はそこにあると思います。

三井委員 エピペンを自由に購入できる・できないという歯科医師の問題ですけれども、現在、販売網が変わってきたということで、以前の販売網ですと、そこに関しましては「研修を受けた歯科医師にのみ納入する」という規程があったということで、歯科医師が自由に購入できなかった。今、販売網が変わってきておられますので、確か研修までではなしに登録することで購入できるようには改善になっているという経緯があるところがございます。

後委員 この再発防止に向けた提言の活用について、短く2点ですけれども、私の施設では、大学病院はどこのようにも思いますけど、医療安全管理マニュアルという大きな冊子があって、それ以外に私がいま手に持っております、職員が全員携行するポケットマニュアルという冊子があります。その中に再発防止の提言

第3号のアドレナリンの内容は引用されています。これは私がここの会議でこのように言いたいから引用したのではなくて、アナフィラキシーショックの対応の教育を担当している会議の担当者に情報提供をしていたら自然とそうになりました。この提言から引用したということも記載されています。そうすると、このマニュアルを見て診療するということが多く行われていますので、かなり現場に影響を与えていることとなります。こういう活用例を各病院に知らせていくことも大事かと思えます。

それから、1月に私の医局の同門の勉強会があって、医療安全のことを勉強したのですが、大分県の病院の先生からの講演のタイトルは「再発防止に向けた提言は天の声」というタイトルになっていました。どういう意味かということ、自分が改善しようという動機はあるけれども、職員が院内であれこれ言って議論が膠着している時に、これ（冊子）が後押しになったということを強調されていました。そういう影響も与えているように思います。

山口委員 先ほどの解剖のこともそうですけれども、やはり解剖の持つ意味を一般の方はなかなか理解できていません。予期せぬ死亡ですから突然亡くなって、そこで動転して「とても切り刻むなんて」と断る。ところが2～3ヵ月ぐらい経って、私たちの電話相談に「やはり死因究明したいんだ」と言って来られる。ということを見ると、この制度のこともさることながら、そういう制度と合わせて解剖のもつ意味合いの大きさをどう知らせていくのかということが、ずっと言っていますけれどもまだまだ周知されていない結果ではないかと思えます。

今の再発防止のことですけれども、医療機関には再発防止ということで冊子をつくって配布されていますが、こういうことをやっていること自体、国民はほとんど知らないと思うんですね。次のテーマとしては、医療機関には届けている内容をそのまま国民に「見てください」と言ってもやっぱりわからないので、「こういったことが制度を始めたことでわかってきましたよ」と国民向けにどう知らせていくことだと思います。次のテーマとしてぜひ考えていただきたいということを、この運営委員会の中で問題提起させていただきま

飯田委員 医師の教育ということがありましたが、医師の教育も大事ですが、私はむしろいま山口さんがおっしゃったように、患者、国民の教育をしてほしい。私は現役の頃は全例、病理解剖の説明をしました。研

修医の時からずっとしていました。今は患者を持ちませんからやりませんが、それでもなかなか解剖の了解を取れない。当院の職員にも「必ず全例、やれ」と言うのですけれども、口先だけやって「もうわかってるよ」ということでやらない医師も中にはいます。それから、担当医に「今回の事例は、もしかしたら事故調の対象事例になるかわからないが、とにかく解剖の承諾をもらいなさい」といって、担当医が遺族に説明するのですが、どうしても承諾をもらえないことが多いのです。医師のほうももちろん大事ですが、私はもっと患者、家族への教育が大事と考えます。ぜひそれをやって欲しいと思います。そうすると、医師も楽になるのです。私はいちばん長いのは2時間ぐらい粘って承諾をいただいたことがあります。向こうが「しょうがない」ということで折れたのですが。解剖を話して承諾をとっても、今度は遠くの親戚が来て「だめだ」と言ってだめになることが多いので、きちっと啓蒙していただくとありがたいです。

樋口委員長 座長がしゃべって時間を延ばすと本当に悪いのだけれども(笑)、今いろいろな方のご意見を伺っていて考えたことは、私は一応法学部に属しているものだから、法律の役割というのが本当はもう少しあってもいい部分がある。いらない部分で入ってきているので、困っているようなのが日本では多いと思いますけれども。臓器移植の話ですけれども、アメリカでは脳死であれ心臓死であれ、亡くなりつつある、もうだめだという時には、臓器移植のネットワークになんであれつながるようになっているんですね。法律上それが義務づけられているので。主治医さんが心配することはなくて、ネットワークの人が必ずやって来て一度は説明する。もちろんだめはだめという話で、それが法律上のルールになってしまっているわけですね。

それで今の話ですけれども、いま厚労省は、今日は本当にいらっしゃらなくて残念ですけれども、いない相手にしゃべっているようなものですが、終末期医療とか人生の最終段階のところではアドバンスケアプランニングというのを考えている。アドバンスケアプランニングというのは本当に終末期だけではなくて、高齢時代が長くなって、30年とか40年の間には特に高齢者ですから病気になるのは当たり前なのでね。そういう時に、病気になっても元気なうちにとか、あるいは病気になる前からアドバンスケアプランニングという形で、自分がどういう病気にかかり得るかとか、それが今後はカスタマイズド・メディシンですから、一般的な話だけではなくて個別の患者さんに、「あなたはこういう可能性がありますからね」というような情報提供が行われる可能性がある。DNA だけで決まるのかどうかかわからないけれども、そういう話がある。脅かすという意味ではなくてですね。そういう場合にどう対処するかみたいな話を、終末期より長くアドバ

ンスケアプランニングというのが定着していったらいいねと言っているんですけども。

それでも最後は亡くなりますよね。そうすると、今の剖検の話ですけども、それが自分の死因究明のためにも、それから他の人のためにも役に立つという意味では、解剖というのもあるんですよという話も、プランニングでのさまざまな話の中に出てくる可能性がある。あるいは、そうすることも考えてよい。もちろん献体というのもありますけれどもね。そういうのまで本当はアドバンスケアプランニングに含めていいですよ。そういうものを促進するような、こういうことについては主治医が言うのがいいのかどうかよくわからないですが、まだ死なないよという人にいきなり剖検とか何とか言うのも何ですけども、何らかの形で、本当に単純な法律でこういうものを促進する中で、こういう事項も含めたらいいですよということを定める法律。つまり国というのか、社会が後押ししていますというのが法律家的発想で出てくると本当はいいような気が、いま伺ってしまいました。個々のお医者さんとか、教育は大事ですけども、もちろんマニュアルをつくるのも必要ですよ。そういう話をどうやって切り出したらいいかというのは意外に難しいことだと思いますから、どう話したら遺族の方がすぐわかってくれたという、そういう成功例とかをまとめていくのも大事だと思いますけれど、元のところでそういう促進法みたいな話、法的な支援があるといいかなということを感じました。

時間をとって恐縮でしたけれども、また後でいくらでもという話にして、今度は資料3のセンター調査関連の報告について、これも木村さんからお願いします。

木村常務理事 センター調査関連の報告をいたします。センター調査のほうは、総合調査委員会の資料として3-1をご覧ください。これは月に1回行ってございまして、センター調査の依頼が来た事例をすべて検討して、全例受けるわけですけども、どういう領域の先生にお願いしたらいいかということで、やはり8人とか9人の専門の先生にお願いして個別の調査部会を立ち上げているところです。

前の時にもご報告しましたがけれども、次の資料3-2を見ていただくと、だいぶセンター調査に時間がかかっているというのが以前からご指摘を受けていました。今現在、80数例のセンター調査の依頼がある中で、やっと13事例の報告が済んでいるところです。少しずつ早くなっているということをご報告したいのですが、今すでに数例、報告直前の段階に来ています。ですから20例弱、この1ヵ月以内にはなるのではないかと思います。特に3-2を見ていただくと、1から10のところ、2016年に申請のあった分というのは、

手続き等には6ヵ月、その後の調査に1年6ヵ月、全部合わせると2年かかっています。その後の3例だけですけれども、17年に依頼のあったものに関して3例を平均すると、調査は1年に短縮されているということで、これは他のガント表、全体のガント表を見ても、そういう傾向は少しずつ見て取れるところがあります。

この理由として、下にマニュアル改訂の推移というのがありますが、いちばん大きかったのはご報告しましたけれども、最初の頃、この制度のいちばんの特徴は院内調査がすでに行われていて、その後、センター調査を行うと。つまり、ひとつの事例に対して2つの調査を別のチームで行うことになりましたので、医学的には少しズレた、考え方の違いが出てくるのは当然ですが、最初のうちはセンター調査は院内調査を評価することではなくて、独立してセンター調査の結果を出すということを行っていたのですが、ズレが出てきた問題に関していろいろなご意見をいただいて、3-2の1枚目の Ver. 3.0 の下あたり、「調査結果が異なった場合はその根拠を特に丁寧に記載する」と。比較してズレがあった場合には、そのズレている部分をきちんと説明をするということが加わったわけです。この当時、もうほとんど結果が出てきたものに対してもう一度書き直すような作業がどうしても必要になってきて、最初の頃はずいぶん時間がかかりました。

それ以外にも手続きの標準化等ずいぶんやっております、例えば医療機関に対してセンター調査で新たに検証が必要な情報、いろいろな委員の先生方から「ここを聞いて欲しい」というのがあって、1事例あたり平均6回医療機関とやり取りをしています。その都度、文章でやりますので、なかなか返事が来なかったりという問題があります。それから、臨床経過だけですが、臨床経過の出来上がった段階で、これに齟齬があってはいけないので医療機関とご遺族に渡して、違うところがあったら指摘をして欲しいということで調整を行っています。最終的に意見がズレた場合には両論併記みたいな、「この日にこの先生が来られていた」「いや、来なかった」とかいう話になったりすると両論書く場合があるということです。そういうことで、ずいぶん返事が来るまでに数ヵ月かかってしまったりということが結果的にはあります。

さらに、今のマニュアルのほうでやり方もずいぶん標準化されてきて、私どもの職員、事務局のほうでたたき台になる報告書をまとめているわけですけれども、新しく加わった入職者の方たち、それから経験もだんだん積んできたということ、それとやり方の標準化ができてきたということで、そのへんの準備段階ではずいぶん時間が短くなってきております。委員の部会の先生方にも、最初のたたき台になってくる報告書の完成度がずいぶん高くなったと評価をいただいているので、今後ももう少し努力をして、誰がやっても同じ

ようなまとめ方、考え方というのを進めていきたいと思います。

ひとつめくっていただいて、資料3-2の次のページですけれども、センター調査の個別調査部会（75事例）を学会別にみた、お願いした先生方の人数です。これは今年の1月末現在ですけれども、トータルで577人の学会の先生方をお願いしていると。これだけの数の方にご協力をいただいているということ、感謝を込めてご報告をさせていただきたいと思います。一応、センター調査に関してはご報告は以上です。

永井委員 どうもありがとうございました。センター調査について、遺族から見ると、本当に長く感じているのは事実です。だいぶ短くなってきたからまだいいのですが、2年以上経っていると「本当にやっているのかな」と疑心暗鬼になってきているのも事実です。そういう意味では、長くかかっている時に途中ぐらいで何らかのフォローをしていただければありがたいと感じます。

それからもうひとつ、センター調査報告書は、もっと僕は親切に遺族に説明を行っているのかと思ったら、ただ送っているだけなのですか。「送ってもらっても、理解ができない」という話が結構出てきているのですよ。それに対してどうやってこれからやったらいいのか。遺族がセンター調査に持って来た時に、私は病院でもう一回でも説明をやって欲しいと思います。ですが、やっぱり病院側がそういう気がなかったりすると、どうしても裁判に持っていかざるを得ないことになってしまう。やっぱり裁判にいかなくていいようなことをどうチャレンジしていったらいいか、そういう気もしています。だから、報告書について両方に出していただくのは当然ですが、遺族のほうから見た時に疑問を感じたりとか内容についてちょっと聞きたいということについて、誰がどうやってフォローしていただけるかというのは、ひとつの課題ではないかなと感じています。

木村常務理事 現実にはおっしゃるとおりで、以前のモデル事業の時は最初からこちらが入って行って、遺族と病院の間で両方のお話を聞いたりしていたわけですね。顔が見える体制だったわけです。今回は書類のやり取りが主で、遺族に対しても、センター調査の場合には直接コンタクトがありますけれども、ほとんど文章のやり取りになっています。直接お会いしたのは本当に少数例ありますけれども。結果は、これは制度の中にも書いてあることでもあると思いますが、そこで説明会を持つということはないようになっていますので、報告書を送ると。その後、約1ヵ月で質問がある場合にはご質問くださいと。それに答えて終了とい

うことになっています。

また、進捗状況は具体的にはもう規程にはまっけて、定期的にこちらからも遺族の方には、今どういう状況ですというのお知らせするようにしていますが、当然長く感じられているというのは私どもも感じているところでは。ご遺族の方からみれば、おそらくそうだろうなというのは思っているところでは。何とかこれを、永井さんおっしゃるように、最後は説明会を持つというとなまた大変なことになりますけれども、今のところはそういう規程はないということですね。

樋口委員長 それから、資料3-2のご説明の中にあつたように、別にセンター調査は上訴審ではないのでね。……上訴審というのも法律家の言い方なんだな。院内調査は院内調査でやっていただいて、それではまだ不十分という場合にだけセンター調査ということだけれども。比喩としていいのかわかりませんが、一種セカンドオピニオンというので、こっちが必ず正しいという話ではない位置づけとして制度はなっているわけですね。でも、やっぱりそれに意味を持たせるということの工夫は、この制度の上でどうするかというのは、いちばん初めてから制度設計の時にもうすであつたと思いますけど、難問のひとつなのだろうと思います。

山口委員 1ヵ月以内に質問は受け付けますというのは、質問も文書ですか。というのは、やっぱり聞いてわからない時に「その意味はどういうことですか」というやり取りがないと、理解が深まらないような気がするんですけども。

木村常務理事 質問は、正式には文書でいただいています。ただ、電話でのやり取りというのはその中で行われていますので。ただ、それだけで正式の回答という形にはしないようにはなっていると思います。必ず最終的には文書ということに。

山口委員 一般の方にとって、大勢とはいいませんが、やっぱり文書というのは非常にハードルが高いと思うんですね。例えば、文書で何か相談をいただいても、意味がわからない時もあるわけで、こちらの説明を理解していただけないだけでなく、その方が何を言わんとしているかというところは、文書だけ

のやり取りではちょっと限界があるのではないかと思います。そこは、「どういう意味ですか」ということの電話でのやり取りというのは、丁寧にさせていただいてはいるのでしょうか。

木村常務理事 いえ、実際の電話のやり取りをするのは事務局になるわけですから、その調査をした専門の個別調査部会の先生、あるいは部会長が直接電話で何かをお話するという形ではないわけですね。

山口委員 ワンクッション置いてしまうんですね。

木村常務理事 はい。ですから、本当に具体的なことになると事務局では難しいこととなります。今のシステムではそういうこととなります。部会長がもう少し直接お話しをするようにという、これはまた部会長にとっては非常にストレスで、全体の細かいところまで、ご遺族のご意見は医学的にはズレていたりということはたくさんあると思いますので、そこまで含めて部会長に説明をということになると、かなりの負担になるのではないと思うんですね。そのへんどうするかというのは。

山口委員 部会長に全てというのは、そこまでは大変過ぎるかと思いますけれども、やっぱり内容をわかっている方が対応される必要があると思います。ちょっとそのあたり、今後工夫が必要になってくるころかと思います。

樋口委員長 では、続けて資料4を、今度は田中専務からお願いします。

田中専務理事 では、資料4についてご説明申し上げます。運営委員の先生方には大変お忙しい中、制度開始3年の動向とアンケート調査の結果についてご説明する、そしてご意見をいただくという場を設定させていただいてありがとうございました。そのご意見を集約して、制度運営上の課題に関しまして5つほどを課題としてまとめましたので、それを報告させていただきます。

まず、資料についての説明ですけれども、資料4には参考資料として①、②-1、②-2、②-3、②-4と参考資料がついていますので、それを参照しながらお聞きいただければと思っています。

まず1番目、国民への周知が進んでいないという問題意識でございます。これは2番目とも関連するわけ
でございますけれども、基本的には周知不足ということで、4つほど対策が掲げられております。もっと制
度について知っていただく努力をする必要があるということになるのではないかと思います。

2番目は、報告件数が増加しない。これは委員のほうから何回もご指摘があったわけですが、発足
以来3年4ヶ月が経過して、制度設計時に想定したレベルとは遠く及ばない状況であるということに関して、
どういう対応、手当てをしていくのが適当であるかということで、そういう問題意識でございます。大きな
病院では相対的には報告件数は多いのですけれども、しかし3年間ゼロというところもあります。参考資料
①の6ページの10の表を見ていただきますと、900床以上、800床以上、700床以上という形で報告をして
いるものが濃い線になっていますけれども、逆に薄いところは3年間報告がないということです。600床ぐ
らいのところでも半分の病院は3年間報告をしていないということもございます。報告しづらい要因とい
うのは多々あると思いますけれども、何らかの形でこれに対応していく必要があるのではないかなというこ
とでございます。

ひとつの案は、前回もご議論いただきました、法律に定められた「事故調査」という名称を変えることは
法律を変えないといけませんので、通称を用いて少し受け止め方を和らげたような、あえてトラブルを避け
た通称を用いるということではどうだろうかという意見、それと同時に委員の先生の中には、通称で逃げる
というのは本質的な問題を避けることになるという意見もありましたので、通称に関しては両論併記の形で
「名称問題」ということで括らせていただいております。また、事故の定義が、特に予期するということの
有無の解釈が非常に微妙でございます。センターでの合議とかご遺族からの要望の伝達等のシステムを活用
して、この判断の揺れを支援していくことが必要であろうと。同時に、特に医療機関の管理者の研修の充実・
改善という対応が考えられるのではないだろうかということでございます。

課題の3は、院内調査の質の向上、中立性・公正性の担保、現場の負担の軽減ということでございます。
アンケートでも、院内調査報告書の作成、あるいは聴き取り、説明等にかかなり負担が大きかったというこ
とが書かれております。それから、田中委員から今ご議論がございましたけれども、解剖の必要性の説明、あ
るいは外部委員の役割の教育をするということが指摘されております。この中には、特に「解剖の必要性を
もっと説明して欲しい」という記述が、参考資料②-4の自由記載の5-②ではないかと思いますけれども、
ご遺族からのアンケートの返答としてございました。これらの対策に関しましては、私どもの日常的な業務

として一部はすでに行って、その充実・改善によって対応できると思っておりますけれども、その業務の中でどこまでできるのか、大変困難なものもございます。これからもう少しこの課題をブレイクダウンして、できるもの・できないもの、ルールを変えないといけないようなもの、少しこの場でもご議論いただきたいと思っておりますし、内部的にも検討を深めていきたいと思っております。

それから課題4でございますけれども、今後のあり方の検討ということで、我々の知恵では限界もございますので、ぜひ運営委員の先生方のご指導、あるいはご意見を仰ぎたいということでございます。

課題5に、いちばん大切なことでございますけれども、制度が活かされて伸びていくためには医療機関とそこご遺族、あるいは患者さんとの考え方のズレを少なくしていくと。信頼関係を構築していくという不断の努力が必要だろうということでございますので、これはどうやったら実現できるのか。ちょっと大きすぎる課題ではございますけれども、患者さんの、あるいはご遺族の意見をきちんと理解して医療機関との間で考え方を引き継いでいく、コミュニケーションをきちっとしていくということをする必要があるのではないだろうかということでございます。ここにはアンケートのフィードバックということが具体的には書いてございますけれども、こういうやり方も一助となるのではないかと考えているわけでございます。

以上、3年間の制度運営の結果と、制度についての医療機関及びご遺族の方へのアンケートを踏まえて運営委員会の委員の先生方のご意見を伺って、5つの課題として整理させていただいたということでございます。よろしく申し上げます。

樋口委員長 3年経って、今後の改善点とかいろいろなことの参考とするためにアンケートをとりましたということです。その大きなまとめが資料4の表裏にありますが、いかがですか。

山口委員 私はご説明をいただいて、文書でも意見を出させていただいて、中に盛り込んでいただいたことをまずはお礼申し上げます。私も非常に問題を感じているのが、先ほども資料でご説明のあった参考資料①の16にある病床規模別の病理解剖実施状況です。これ病理解剖の実施状況ですけれども、センターに報告されている病床規模別の件数がこれでわかります。そうしますと、例えば診療所が31、そして100床未満の病院が42、この100床未満を合わせるだけでも73ある。一方、900床以上が70ということを見ると、900床以上ということはおそらく特定機能病院であろうということからしますと、特定機能病院、高度先進医療を

やっているわけですから予期せぬ死亡が起きないわけではないと思うわけです。ですので、この大きな規模の病院の意識をもう少し改善していく必要があるのではないかと。特に、特定機能病院は医療安全に関する承認要件が厳しくなっている中で、こういう現状があるということをもっと知らせていかないと、確か特定機能病院の中でまだゼロというところが2桁と聞いたこともございます。その現状というのを知らせるだけでもずいぶんと変わってくるのではないかなということ、少しここは問題を感じました。

それから、国民への周知ということですが、なかなか具体策が出て来なくて、ここでこうやって話し合っていて出てくるかという、委員の人数が多くなると具体的な話し合いが出来ない。ということを見ると、例えばそういう時にはワーキンググループをつくるとか、もう少し動く人数で考えていくということも大事なのではないかなと思っています。国民に知らせていくということでは、今回せっかくアンケートもお取りになったわけですので、その結果見えてきたこと、どれだけ国民に周知されていないかということも含めて、公表していくことが大事ではないかと思いました。

今、運営委員の意見をという話ですが、私は文書で出した時に書いたのですが、この運営委員会は年に2回しか開かれませんが、膨大に報告があつて、ほぼ報告を聞くだけで時間がいっぱいになってしまうんですね。今日も出されましたけど、制度の問題点とか課題が見えてきた時に、これを密に意見交換できるだけの時間があるかという、とてもこの場でそんな話ができるだけの時間が取れていないのが現状ではないかと思っています。そういうことからしますと、報告は2回でいいですけども、議論するような時間をもう一回余分にとるかしていただかないと、報告を受けてその場限りの意見を言うだけではぜんぜん変わっていかないと思うのです。毎年、毎年2回出て来ているのに、毎回同じ課題が出てきているということを憂慮する思いがありますので、そこは具体的に前に進むことを考えていただきたいと思っています。

樋口委員長 最後のテーマは後に出てきますが、運営委員会を2回ではなくてもう1回増やするという話が後から出てきます。その中で今の山口さんのご意見のようなことも含めて、ワーキンググループも含めて考慮したいと思います。

飯田委員 まさに今おっしゃったことを言おうと思ったところです。例えば参考資料①の10は、同じことを言いたいのですが、これも病床規模で書いてある。この病床規模の表は非常に参考になるのですが、運営主

体別に分けたものも出して欲しい。そして、まさにおっしゃるように特定機能病院はどうかと。特定機能病院という項目もつくってぜひ出して欲しい。これは絶対にやって欲しいです。そうしないと話にならないので。ガバナンスの問題で医療法が変わったり、全死亡例を把握しなければいけないのに、前回の私の議事録を読んでいただくと何回も私は同じことを言っています。何回言っても変わらない。これでは困ります。私の意見が間違っているなら間違っていると言ってくればいいのですが、そうでなかったら、実行してくれなかったらこの組織の存在価値がなくなるということまで、たぶん至ると思います。ですから、反対意見がたくさんあって結構ですが、繰り返し繰り返し同じことを言っても変わらないと、徒労感で「言ってもしょうがないか」と。私はへこたれず言っていますが、ぜひ、対応をお願いしたいと思います。

ですから、9ページもそうですが、6ページのこの図と同じものを運営主体別と、特定機能をやっていたきたい。ガバナンスの義務があるのだから、病院長が本当に全死亡例を把握しているのか。前回も同じことを言いました。一月分まとめて医療安全専従者が報告したものだけ見ているなんてとんでもない話です。毎日毎日見るのは、私だって毎日見ないことがありますからいいですけども、せめて1週間に1回はちゃんと全死亡例を見ようと。あがってきたものではなくて、自分から見に行くことが必要です。そうしなかったらいけないと思います。そこまで法律の義務があるところとないところがありますけれども、なくてもこれは医療法で、医療安全の組織をつくってやらなければいけないのですから、それをやらないと、いくら数字を出しても、奇麗事になってよくないと思います。ぜひ、対応をお願いします。

田中委員 特定機能病院の中に病理専門医がいない病院はないですけども、特定機能病院の要件に病理医がいるということはいままで明記されていなかったんですね。病理学会が要望して今年から明記されるようになったというレベルなので、特定機能病院を認可するためには剖検率のパーセンテージを設定するとか、そういうことをこちらから要望するのも大事ななと思います。

清水 オブザーバーも発言してもいいということで、控えめに発言させていただきますけれども。前回も最後に一言いったのですが、この制度は半年たったら見直すということで発足したはずなんです。3年たっても何の見直しの雰囲気もない。それから今回あげられた課題、それからご遺族から直接申請できない、経路がないというのを、何らかの中間的な組織を通じてでもご遺族からの申請ができるような制度に変えると。

いろいろな法律上の不備がだんだん新たになってきて、課題を並べるだけでは解決しない段階に入ってきたのではないかと思うので、この法律を変えることをまず検討する会から始められたらいかがですか。この制度を変えるというのは直接、厚労省の検討会のお仕事でしょうから、その前にこの制度の欠点、資料4にあるような課題をずっとあげて、この制度を直す、この制度をよくするような検討会をされてはいかがでしょう。先ほどの3回目、4回目の検討会という課題を解決するような会をするという趣旨とも一致すると思いますので。

永井委員 医療事故死亡者数の話ですが、皆さん本当にご存じかどうか、第4回の患者安全サミットのチラシが入っていましたが、第3回の時にアメリカの閣僚はアメリカでは年20万人が医療事故で亡くなっていると。イギリスでは6,000万人に対して2万人。ドイツは8,000万人に対して1万8,000人。こういう数字をもう出しているんですよ。こういう数字が出てきて、日本の医療事故の調査は年間に300何十になっている。恥ずかしくて言えないじゃないですか。医療界、お医者さんは医療事故を調査し、そこから学んで本来の再発防止策を練り、それが日本の医療の質、安全を向上させる。場合によっては世界的にこういうことが横断的になってくる。そういう時代なんですよ。その中で、なぜみんな……僕に言わせたら、ぜんぶ隠そうとしているんじゃないかと。院長がそんな姿勢で本当にいいのかと。ここらへんの問題点をもっと真剣に、特に医療者、学会、また医師会、厚労省、本当に考えないと恥を掻きます。

これもご存じだとは思いますが、日本ではちょうど10年前に、医療者が退院患者のカルテから、627人に1人は助かったであろう事故で亡くなっているという報告があります。報告書はそれだけですが、それを単純計算すると年間2万人の医療事故死亡者がいると推計できます。これが唯一、10年前に数字が出ているだけです。今度出てきた2018年のデータは、3年間で1,129件。本当ですかと。こんな数字で、調査は順調にいったらというのですか。この数字をいかに多くするかを、どうやって医療界としてやっていくかと。それを「事故だと言うからおかしいんだ」と言うけれども、年間の医療事故死亡者数を、先ほどの3カ国では報告しているのですよ。この時に加藤（勝信）厚労大臣は、日本は制度が始まっていること、木村さんがちゃんと制度のことは話したかもしれませんが、あの場で質問されたら何と答えたのでしょうか。それほどまでに世界から見たら、医療事故死亡者数の報告は最も重要な医療安全、患者安全に対する取組みであるのです。責めるものではありません。日本の事故調査制度をよくするために、よりよい仕組みを本当につくってい

かなければいけません。そういう意識を医療者に持っていただくことが極めて重要だということを、少なくともこの会議にご出席の人達は認識しながら、行動をどうするかです。そういう考え方を持っていただきたいというのが強いお願いです。

飯田委員 その件に関して、ちょっと永井さんは誤解があるので、ミスリードするといけないのであえて言います。確かに対象事例の報告が少ないのは認めていますし、私も毎回そういうことを言っています。その話と今の数字はぜんぜん違うのです。確かに私はけしからん事態がたくさんあるのは認めますが、医療事故の定義が違うのです。それをわかって発言してくれないと、永井さんみたいな方がおっしゃると、今の数字は誤解を招くので、医療事故の定義が違うのです。それをはっきりわかった上で発言してください。

永井委員 それだったら、どういうふうに違うのかを医療界として、アメリカはどういうふうにやっているんだとか示していかないと、「違うんです。違うんです」と言ったって理解できないですよ。

飯田委員 いえ、明確に示した文書にも書いてあります。それは事務局にお願いしてもらってもいいです。厚労省の班会議で私も一緒にやっていましたが、堺班の時に医療事故の定義をしたのです。その一般的な医療事故の定義と、この医療事故調査制度の医療事故の定義とまったく違うのです。それをはっきり言っていないと混乱します。

永井委員 それはわかっています。センターへの報告数の年間予想を1,300 から2,000 件ということについて、「診療中で予期せぬ死亡ということで括っているから、あれは4象限になっているので、4分の1になるのは当然だ」と、平気で言っている人がいるのですよ。定義とおっしゃるけれども、僕は目的がまったく伝わっていないと思います。調査をしたら個人の責任を問われると、まだ主張している。個人責任を問うのではなく、日本の医療の質・安全を高めることが目的である。この目的すら十分に医療界・医師らにも伝わっていない現状ですよ。先の3か国の報告のような数字に合わせるのではなく、そういう数字を今後まったく把握しなくていいのか。それは、例えば日本医療機能評価機構のほうから数字を出してきて予測することだってできると思うのです。そういうことで、世界で同じ次元で日本も発言できるようにしていくべきでは

ないでしょうか。

飯田委員 私が一人で喋ってはいけませんが、もう十何年前に堺班で、きちっとそれは同じようにチャートレビュー（診療記録鑑査）でやって推定値は出ています。その後どうなったかという、その後やっていないというのは問題がありますが、少なくとも日本のデータはあります。そのデータと今とは定義が違うので比較はできませんということだけ、私は申し上げています。今の数字が多いとは言っていません。少ないですよ。だからもっともっと増えるはずですが、でも今いった何万という話とまた定義が違うから、そうはいきません。

永井委員 少なくとも1,300 から2,000 件を目標にしたのです。この間、東京都で話をしたのは、東京都は3年間で129 件ですよ。それで「東京都がいちばん数が多い」と、出すこと自身もおかしい。東京都は病院数からみたら、愛知とか千葉とかいろいろなところに負けているのです。東京都が医療安全の取り組みでリーダーになって欲しい。東京都には頑張っって今の3倍、年に300 件ぐらいの報告出るように、まずはターゲットをそのぐらいを目指してでもやってはいかがですかと言いました。

樋口委員長 さっき山口さんがおっしゃってくれたように、そういう議論をする時間が、まさにこの運営委員会の中でもう少しあるといいですね。しかし、司会役としては時計も気にせざるを得なくて、本当に申し訳ないようなことですが。

山口委員 今のお話の後にちょっと言いにくくなったんですけど、限定的なことで、さっき一緒に言おうと思ったのをすっかり忘れてしまったのですが、特定機能病院がいま医療安全監査委員会をつくらないといけなくて、そこに私もいくつか関わっている中で、3年過ぎてくるといろいろと想定していないことが出てきているなということを感じています。その中のひとつとして、すぐ亡くなればすぐに報告をして調査をするような方が、ご存命であると。時間をかけて最終的には亡くなられるのだけれども、調査としてはすぐやらないと人の記憶も薄まってくるしということで、何があったかということにおいてはすぐ調査委員会も立ち上げたい。ところが、亡くならないと支援団体の力を借りることができないので、各病院が自分たちの知っている関係者の中から外部の委員を呼んでくる。すると遺族の方から、「こんな見える関係というのは、

内々で丸め込もうとしているんじゃないか」という疑いも生じてきて、非常にそのあたりが悩ましいという課題が出てきています。そんな場合に、今は支援団体の力を借りることが今はできないと思いますけれども、今後拡大できるようなことが可能性としてあるのかどうかということ、3年過ぎた課題として感じているところでもあるのでお聞きしたいと思っておりました。

木村常務理事 先ほどから特定機能病院と大きな施設でどうなのかというお話が出ておりますけれども、私どもの報告の数、実際に把握しているかといわれれば把握しております。覚えていらっしゃると思いますが、県別の報告件数を出す時も、最初からは出せなかったんですね。ゼロのところが多かったり差が大きすぎるので、もう少し待って、それによる影響が落ち着いてからというご指導もありました。今は毎月出しているところです。特定機能病院に関しても、報告の中にあつたとおりまだゼロのところは4割ぐらいあるというのが事実です。昨年の年報の中に、実は特定機能病院がどれぐらいの割合かという数字は今回から出すことにしました。それで見ると、昨年まで3年間と3ヵ月で1,234件の事故の発生報告がある中で、特定機能病院は160件、12~13%ぐらいしかありません。これをどう考えるかという問題として、数字として徐々にしていきたいと思います。

それから、事故の数の少ないことに関して、これはこの制度の定義の問題がいろいろありますけれども、この制度を担う、例えばいろいろな事例をみて感じることを一言だけ。当事者が判断をして決めるということがこの制度の大きな部分になっていきますけれども、これは制度設計の時に、他人から、あるいは強制的に決められたのではちゃんとした調査にはならない、次につながらないのではないかというご意見があつたと思います。その部分に関しては、この制度がいろいろなことがあつてさんざん揉めた末にできたと思いますけれども、本人が決めてそれで調査をするという部分は制度として良い部分ではないかと思います。実際に院内調査をやるにあつては、自ら決めた、判断したことのもとにやるわけですから、真摯にやられている、あるいは真剣に悩んでやられていると。それから、そうやって出てきたデータをもとにつくった再発防止策などを見ると、何度聞いてもちゃんと答えてくれるとか、協力していただくと。そういう中で再発防止策というのは出てきている。それがなかったら、ただ義務で報告しているという状況ではたぶんそんなに詳しいことは出てこないのではないかと思います。ですから、この文化というか、自分たちで決めるのだけれどももっと数を出して欲しいと。そのとおりで、これを今後どうしていくかということは、そういう点も残しな

がら何かいい方法があればいいなと思っているところです。

永井委員 もう一点だけ、すみません。1番の話ですが、要するに先ほどから何度も出ている告知の問題。これは前にも言いましたが、せっかくセンターが大きなポスターを配っても、どこに掲示しているかといったら、病院の医療安全推進室とか、大学医学部の研究科のような一般の方が行かないようなところにしか貼ってないんですよ。厚労省かどこかわからないけれども、もっと国民に知らせるような内容、国民がわかるようなポスターを作って、少なくとも「患者サポート体制加算」をとっているような病院は相談室の前に、掲示を義務付けるように働きかけたらよいと思います。加算をとっていないながら、ぜんぜん告知もしていないのが今の実態です。ここをちゃんと病院に指示できるようなこと、これ厚労省ならできると思います。国民にどうやって知らせるかは、病院に来た人が、病院では事故があるのだということを少なくとも知ってもらうことが重要なのです。そういうやり方をぜひ検討したいですね。

樋口委員長 司会役としてはタイムキーパーも兼ねてはいるものですから、一応ここまでということにして
おいて……

木村常務理事 一言だけ。先ほどの山口委員からのしばらくたってから亡くなった事例に関して、これは制度設計の時から、死亡だけではなくて重症度、障害の程度4度も入れなければいけないのではないかという議論はあったと。ですから、最初は4度の障害があって、1年後に亡くなったとかいう事例は、その時点で調査を開始しなければいけないというのはあって、これはとりあえず死亡、いま亡くなった後でスタートというのでこの制度ができたのだと思いますが、もうそろそろ3年たったので、重症の状況になった時点でスタートできるような追加をしないとイケないかなという、そういうお話ですよ。それはもう本当にそのとおりだと思います。後からでは何もわからないと思いますので。

樋口委員長 では、申し訳ないですが、資料5から8まで、木村さんと吉田さんのほうからお願いします。

木村常務理事 資料5をご覧ください。委託研修の部分です。支援団体職員を対象とした研修、日本医師会

に委託ということで、これは昨年も行いましたけれども、県ごとに3人の単位——事務局として県の医師会、それから大病院、基幹病院、特定機能病院等の医療安全担当の医師と、医療安全管理者の看護師さんと3人を1チームとして、全国の都道府県から集まっていたき1日半の研修を今年も2回に渡って行います。それとは別に今度は、管理者、それから実務者の研修として7ヵ所の地域で研修を、これは半日かけてやっております。今現在3つ終わって、明日仙台で行うという状況です。それから、歯科関係では2月16日に、これも1日かけて、歯科医師会でずいぶんご努力なさって、いろいろなテーマ、内容をつくっていただいているところですが、東京で行われるということです。こういう形でそれぞれの学会が主体として、私どもが協力する格好で行っております。

それから、次の資料6をご覧ください。協力学会の説明会は毎年やっておりますけれども、たくさんの学会にご協力をお願いしておりますので、65の学会の担当の理事の方、あるいは事務局の方に来ていただいて、今の状況を説明して、今後の協力体制をお話しするということです。

次の資料7ですけれども、昨年、東京で行われた「GLOBAL MINISTERIAL PATIENT SAFETY SUMMIT」というのが、今回はサウジアラビアで3月に開かれます。日本の調査制度というのは世界的には非常に珍しい体制ですので、今回も行って少し説明をさせていただく予定でいます。私からは以上です。

吉田事務局長 続きまして、資料8をご覧ください。平成31年度の事業計画書の案でございまして、厚生労働省に提出する予定のものでございます。これにつきましては、今月末に理事会にお諮りして、最終的にはご承認いただいておりますということでございますけれども、この中身につきまして若干、ご報告さしあげます。

私どものセンターの事業内容は、ご承知のとおり医療法の6条の16の第1項の中で、1号から7号で事細かく定められております。加えまして、平成27年5月8日付けの医政局長通知、あるいは28年6月24日の医政局長および総務課長通知に定められておまして、その範囲の中で私たちの業務は行わなければなりません。そういうことでございまして、全体をみますと1ページ目は医療法のところの1号から7号までを記載してございます。2ページでございまして、2ページの(1)の上から3行目、「また」以下のところでございまして、先ほど委員長のほうからも話がございましたけれども、付け加えてございますのは、「また、委員会開催数の増等により、委員会審議の充実を図る」ということでございまして、平成31年度におきましては3

回ほど開催するという腹積もりでございます。そういう意味の文章をここに記載してございます。

それから、同じ2ページの「4. センター調査の実施」のところの3行目でございます。「これまでのセンター調査の経過を踏まえ、より円滑なセンター調査の実施に努める」ということでございますけれども、これは木村からご説明しました資料3-2とも関係しますけれども、これまで500人を超える先生方に個別部会の部会委員を委嘱させていただいておりますので、これらの先生方から、センター調査をどのように進めたら効率的に進めることができるか等々のご意見を、アンケート形式などの方法を用いましてお伺いさせていただきまして、今後の円滑なセンター調査を目指してまいりたいということの意味合いも含めた文章でございます。

それから、3ページでございます。3ページの「6. 再発防止に関する普及啓発」でございます。4行目のところでございますが、「また、厚生労働科学研究事業による研究に対し、研究者からの求めに応じ必要な協力をを行う」、これを追記してございます。この背景を申し上げさせていただきます。厚労省におきまして、平成31年度の厚生労働科学研究事業といたしまして、「医療事故の再発防止策が実施、実践されるための促進要因、阻害要因の研究」という研究課題名をした公募を行っておられまして、私どものセンターとしましては、研究者から協力依頼がございましたならば、守秘義務がかかってございますけれどもこれに反しない範囲の中で、内容的には厚労省とも相談させていただきながら必要な協力を行ってまいりたいということに記載させていただいております。

それ以下は変わってございませんので、改めてのご説明は割愛いたします。先ほど冒頭で申し述べましたけれども、この計画書案は理事会のご承認をいただきまして、医療法に基づきまして厚生労働省に提出することになっております。以上でございます。

樋口委員長 この部分はわりに事務的なご報告でしたけれども、いかがですか。

永井委員 資料5ですけれども、支援団体職員を対象とした研修は重要ですが、医師会の中で保険をやっている人と支援団体をやる人がだぶっている。これ、利益相反だと思います。保険業務を担当される方は、保険を払いたくないのは当然です。そういう人達からみたら、なるべく調査しなくてもいいですと助言したくなります。そういう担当者ではなくて新しい人材を育てたいので、そういう人達を出して欲しいくらいに呼

びかけたほうが良いと思います。この仕組みについては日本医師会が考えていただきたいとこ思います。

樋口委員長 ありがとうございます。それでは、ここからその他に移って特定事例の審議に入りますので、非公開とさせていただきたいとこ思います。申し訳ございませんが、傍聴の方にはご退席をお願いしたいとこ思います。

.....以下非公開.....

(以上)