

平成 30 年度 第 1 回医療事故調査・支援事業運営委員会  
議 事 録

日 時：平成 30 年 9 月 6 日（木） 10：30～12：40

場 所：世界貿易センタービル 3 階 貸会議室 Room B

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 朝早く、お忙しいところどうもありがとうございます。蒲田委員がまだお着きでないようでございますが、定刻となりましたので平成30年度第1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。お手元に議事次第と座席表、それから新しい現在の委員の名簿がございます。この度、当委員会の委員にご推薦いただいている団体様から、委員の交代の申し入れがございまして、当機構の理事会におきまして委員の交代が承認されましたので、新たな委員がこの委員会からお席にお着きになっていただいております。ご紹介いたしますと、後ほど先生方からはご挨拶を頂戴させていただきたいと思っておりますけれども、日本医師会から、今村定臣委員が交代いたしまして日本医師会常任理事の城守国斗委員でございます。日本内科学会から、矢富裕委員が交代されまして東京大学大学院医学系研究科腎臓内科学・内分泌病態学教授の南学正臣委員でございます。日本医学放射線学会から、根本建二委員が交代いたしまして、まだお着きになっておられませんけれども日本医学放射線学会理事の蒲田敏文委員でございます。それから日本看護協会から、勝又浜子委員が交代されまして、本日はご欠席でございますが、日本看護協会常任理事の熊谷雅美委員でございます。並びに、日本薬剤師会から、鈴木洋史委員が交代されまして、本日はご欠席でございますが、日本薬剤師会副会長の川上純一委員が新たにご承認されました。後ほど、ご挨拶を頂戴させていただきたく存じます。また、本日は小松原（明哲）委員、松原（久裕）委員、長尾（能雅）委員、田中委員はご欠席でございます。出席委員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ご報告申し上げます。また、本日は大変お忙しい中を、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いております。

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。タブが付いてございますけれども、資料1でございますが、医療事故報告件数、8月分の昨日プレスリリースした紙が1枚でございます。資料2-1でございます。再発防止委員会の開催状況でございます。資料2-2でございます。専門分析部会の開催状況でございます。資料2-3でございますが、医療事故の再発防止に向けた提言第4号「気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事件事例の分析」の冊子でございます。資料2-4でございます。医療事故の再発防止に向けた提言第2号、すでに公表しているものでございますけれども、「急性肺血栓塞栓症に係る死亡事件事例の分析」の活用状況をアンケート調査いたしました。その調査結果で

ございます。引き続きまして、資料3の関係にまいります。資料3-1が総合調査委員会の開催状況でございます。資料3-2でございますけれども、センター調査の交付等の状況でございます。資料4に移らせていただきます。協力学会説明会の議事次第、開催状況の紙1枚をご用意させていただいております。資料5でございます。去る4月に開催されました、第3回閣僚級の世界患者安全サミットの関係の資料でございます。この資料はタブが1から7までございます。後ほどご説明申し上げたいと存じます。資料6-1が平成29年度の事業報告書、資料6-2が平成29年度の決算報告書、資料6-3が平成30年度の収支予算書でございます。そして、最後でございますが、前回、平成29年度第2回の当事業運営委員会が2月15日に開催されました、議事録が添付されてございます。この議事録につきましては、もし何かございましたら後ほど事務局までお申し付けいただければ嬉しく存じます。資料は以上でございますが、不備等はございませんでしょうか。よろしいでしょうか。

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、高久理事長がご挨拶申し上げます。

高久理事長 皆さん、おはようございます。朝からお集まりいただきましてありがとうございます。医療事故調査・支援センターも発足以来3年となりまして、一応順調に推移しています。これも皆さん方のご支援の賜物と、この場をお借りして御礼を申し上げたいと思います。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邁進する所存ですので、よろしくご支援をいただきたいと思います。本日は時間も限られていますが、センター調査と再発防止等にかかわります事業の概況につきましてご報告させていただき、皆さん方からのご意見をお伺いしたいと思いますので、よろしくお願いいたします。簡単ですが、私からの挨拶とさせていただきます。

先ほど事務局からお知らせがありましたように、今回、厚生労働省の人事異動がありまして、新たに厚生労働省医政局総務課医療安全室長にご就任されました、渡邊顕一郎様にご挨拶をよろしくお願いいたします。

渡邊室長 ただいまご紹介いただきました、医政局の医療安全推進室、渡邊でございます。7月31日付けで名越（究）の後任として着任いたしました。ようやく1か月というところでございますけれども、医療安全推進室で扱っておりますテーマは、本当にどれも大変なテーマだというふうに認識しておりますので、皆様方からいろいろなご意見、ご指導をいただきながら着実に誠実に進めてまいりたいと思います。どうぞよろ

しくお願いいたします。

吉田事務局長 渡邊室長様、どうもありがとうございました。それでは、カメラ等につきましてはここまでということで、よろしくご理解をいただきたいと存じます。それでは、これから議事に入ります。樋口委員長に議長をお願い申し上げますので、どうぞよろしく議事進行をお願いいたします。

樋口委員長 おはようございます。今年度の第1回の医療事故調査・支援事業運営委員会ということになります。それではまず、先ほど予告がありましたけれども、新しく委員になられた、今日は出席の方はお二人なので、お二人の方にご挨拶をいただきたいと思います。まず、城守さん、お願いいたします。

城守委員 日本医師会の城守でございます。何卒よろしくお願い申し上げます。

樋口委員長 そんなに短くなくてもいいんですけど(笑)。まあ、いろいろな流儀があるから、中身のところでまたどんだんご発言くださいね。南学さん、お願いいたします。

南学委員 内科学会で矢富が理事長になりましたために、今回、交代をいたしました。日本腎臓学会副理事長で東大病院の副院長をしております南学でございます。どうぞよろしくお願い申し上げます。

樋口委員長 さっきお話があったように……「がばた」先生ですか。お着きになってから、どこかで機会を捕まえようと思います。

それでは、今日の議事に入りたいと思いますけれども、議題は結局、医療事故調査制度、つまりこの機構がやっていることの現況について、前回は2月でしたから7ヵ月を含めての現況のご報告をいただいて、それを確認し、今後についてということでご意見をいただくという段取りになっております。ただ、資料がたくさんありますので、それを事務局のほうから説明していただきますが、一言だけいうと、さっき理事長からもありましたように、この機構としても運営がもう少しで3年になりますけれども、安定的に運営されている。事務局のご努力が大きいと思いますけれども、その上で安定だけでいいかというと、PDCA サイクルと

ということもいっぱい言われているわけで、課題のない機構、あるいは機関というのはないわけですから、そういうことも含めて、ご自由に委員の方からいつものようにご発言いただければと思っております。

それでは、あまりにも大部なので分けてご説明を願おうと思っていて、この医療事故調査制度の現況等について、いろいろな視野から資料がありますので、説明を伺いたいと思います。まず資料1を、事務局お願いいたします。

田中専務理事 おはようございます。専務理事の田中でございます。資料1のプレスリリースです。昨日、記者発表した資料をもとにして、医療事故調査制度の現況についてご報告申し上げます。

一言でいうと変わらないという状況でございます。医療事故の報告および院内調査結果報告の件数でございますけれども、8月はちょっと多くはなっておりますけれども、年を通すと毎日1件というペースがほとんど動かず、3年間多くもなく少なくもないという状態で推移をしているところでございます。事故報告の後に院内調査結果の報告がなされるわけでございますけれども、理論的にはほぼこれが同じ数になるわけですが、8月には32件で、累計787件の院内調査結果報告を私どもが受理したというところでございます。これがもとになって、再発防止策がいろいろと検討されることになるわけでございます。

相談件数は、365日24時間、特に医療機関に対して事故の対応についてさまざまな相談に応じておるところでございますけれども、8月は少し少なくて155件ございました。また、2のいちばん下のところに書いてございますけれども、遺族の求めに応じて、「ぜひ事故として扱って調査をして欲しい」というご希望がございますけれども、それを文書で医療機関に伝達することになっているのですが、これは8月に4件ございまして、制度が始まって以来、総計57件の伝達をしたところでございます。

私どものミッションはセンター調査と、それから再発防止策の提言をつくることという2つでございますけれども、そのセンター調査に関しましては依頼件数が8月は3件でございます。調査対象の累計は73件ということで、1の②の院内調査結果報告のほぼ1割です。院内調査結果報告が787件ございますけれども、その約1割の73件がセンター調査の依頼に回っているという状況でございます。このペースもほとんど変わらない状況でございます。

また、進捗状況ですけれども、後ほどまたご説明申し上げますが、8月には1件調査結果報告が出されまして累計7件、センター調査の依頼の約1割がセンター調査結果報告ということで交付されたということで

ございます。裏側のほうに、病院・診療所別、診療科別、地域別等々、もう少し詳細なデータが載っておりますのでご参照いただけたらと存じます。以上でございます。

樋口委員長 ありがとうございます。さっき言い忘れましたけれども、今日の議事ですけれども、基本的にはこうやって公開ということでやっておりますけれども、それも通例のことですが、特定事例に係る案件というのがどうしても出てまいりますので、その部分からはいつものように、申し訳ありませんが傍聴の方にはご退席いただいて、非公開という形で議事を進めたいと思っております。

いま資料1の非常に大きな説明がありましたけれども、この部分だけではちょっと……山口さん、どうぞ。

山口委員 山口でございます。いま「安定した」というお話がございましたけれども、私はどちらかという最低限で安定してしまっているのではないかなと思っております、やはり依然として医療者の判断にバラツキがあったり、報告に積極的ではなかったりという実態が聞こえてまいりますし、医療者自身がこの制度について関心が薄くなってしまっているのではないかなと懸念しております。また、依然として国民に対しての周知も進んでいなくて、「この制度のことを知っているか」と聞くと、知らない方が大半だというのが現状だと思っております。

今回、委員の方も交代がございましたし、厚労省の医療安全推進室長も代わられたということで、以前から申し上げていることを重ねて発言したいと思います。改めて国民への周知をもう少し積極的に考えていただきたい、それから、従来から「医療事故調査制度」という、「事故」という言葉が入っていることで、イコール過誤だと思ってしまう方が多いと。そこで、名越室長の時に「これは法律の中で用語が入っているので、『医療事故調査制度』という名前を変えることはできない。ただ、通称はつくれないんですか」と申し上げたら、「それはできないことはない」と運営委員会ではっきりおっしゃったことがそのままになってしまっていて、例えば「予期せぬ死亡調査制度」というように、通称をつくることで制度の実態に見合った名前を広めることができるのではないかな。せっかく前向きに医療の安全の質を高めるということが大きな目的のひとつだったはずですので、さらに3年ということで、それに向けてもう一步深く進めていただくようなことを、ぜひお願いをしたいと思います。

樋口委員長 ありがとうございます。永井さん、どうぞ。

永井委員 いま山口さんがお話ししたことに補足的に言いますと、まず田中専務理事が「多くはない。少なくともない」という発言をされたことについては、軽々とそういう話をしないでいただきたい。1年間で1,300～2,000件だというのを一応ターゲットにした、3年たっても1,300にも行かなかった数字を、「少なくともない」というふうに、いちばんの第三者機関の責任者の人が発言するべきではないと思います。多くないということについては誰でもそう思っているはずですし。

そういう中で2つの疑問点、これは今すぐにお答えできないかもしれませんが、1つはいま山口さんのお話にもあったように、この事故調査制度での「事故の定義」は診療中であることと、予期しなかったの内容だけです。予期した・予期しないの問題が極めて曖昧というか、明確になっていない。あの法律文章でいくと、審議会の時も私は大反対しましたが、あの1、2、3でやったらみんな予期したという判断をしてもいいような感じになっているのも事実ですがね。そういう中で、例えばこれからの報告の中にありますが、要するにがんの見落としとか、がんのCTとかMRIの検査の結果がコミュニケーション不足で結果的には遅くなったとかいうことに対して、今このセンターにそれを事故だということであがってきているのかどうかというのは、大変気になっています。再発防止をするために個々の病院が「こう取り組みます」とおっしゃっているが、それだけではなくて、日本全体としてこれだけいろいろな問題が出てくる中で、学会としてまとめていくのか。僕は、この制度の中のセンターを中心に、再発防止制度を回して医療の質、安全を高めるといふ、当初の目的にああいうことはあげてくるべきだと思います。そういうところの意識が本当にどうなっているのかなど。厚労省も含めてですけどね。そこに課題を大きく感じます。

2点目は、これもデータの中ではっきりよくわからないですが、特定機能病院はこの制度においてもリーディングしていくべき大きな力があるというか、こういう特定機能病院がこの制度をしっかりとやっていって欲しい。その意識をどう培っていくかという問題も多くありますけれども、そういう中で、情報が僕らのところに入ってきていないので不確かな情報のもとに言いますが、特に大学病院の中でこの3年間で1件も報告していない大学病院が結構あるかに聞いています。そういう意味では、特定機能病院の中の、例えば3年間で20件出したところが1施設だとか、0件のところが20施設あるとか、そんな意味でもいいですから、特定機能病院にもっともっと頑張ってもらえるようないろいろな策を考えていただかないといけないと思

います。現在の報告数がこれでいいんだなんて思っておられたら、尊い命を亡くしている、その亡くしたことから学んで、日本の医療をよくしていくという方向に本当に今の制度がなっていないのではないか。ここを真剣に考えていただきたいという意味で、発言をしました。

樋口委員長 ありがとうございます。私のほうが補足をする立場にもないですけれども、さっきの田中さんのご報告の中では、表現ですけれども、「多くもなく少なくもなく」というのは、私の解釈は「数が急に多くなってきたり少なくなってきたりということはない」という趣旨でおっしゃったのだと思うので、この数が適正で多いとも言えないし少ないとも言えないという趣旨ではないと。ちょっと表現ぶりの問題だと思いませんけれども、そういう趣旨だと理解してあげたらいいと私は思いました。

永井委員 僕は、その中でも少なくなっていくなんていうのは最低です。少なくなっていくってないことはいいことだというふうに、もしそうだとするとそんな発言はすべきではないと思います。「多くなっていって欲しい」ぐらいの発言を、ぜひこの委員会としてもみんな思っていたきたいと思います。

田中専務理事 不用意な発言、大変申し訳ありませんでした。ただ、私は減ってはいないということを申し上げたかったので。

永井委員 こんなもので減ったら大変ですよ。そんなことは言うべきではないです。

田中専務理事 はい、わかりました。あと、普及・啓発については、私どものミッションのひとつでございますので今後とも努力していきたいと思っておりますし、あと通称問題についても、「安全調査」とか「予知できない事例調査」とか、いろいろ中では議論しているのですけれども、もう少し具体的に所管官庁とも相談しながら、どういうアピールの仕方、捉え方が適当なのかということをもう少し研究していきたい。もう半年たってしまったので申し訳ないですけれども、引き続き努力していきたいと思っています。

あと、医療機能評価機構のデータは特定機能病院がほとんどなわけで、そのデータと私どものデータとの齟齬がどうもあるような気がします。向こうには出すけれどもこっちには出さないということもあるような

印象がありますので、そのへんのところをもう少し分析もしていきたいと考えているところでございます。

あと、見逃しについて、木村理事。

木村常務理事 再発防止委員会の開催状況、それから再発防止の提言等をご説明させていただきます。それから、総合調査委員会、センター調査に関してもお話ししますが、今の数ということに関しては、病院側の権利のひとつとして、何か迷った時には相談する機能があるわけです。この相談の数は遺族からも医療機関からも来ているわけですが、その中で特にこれは対象とすべきかどうかということに迷われている医療機関で、こちらとしては一人、例えば木村の考えを伝えるのではなくて、こちらのスタッフの4～5人の医師、それから看護師等でA4・1枚ぐらいの情報をいただいて、それをもとに判断をして助言をします。最終判断は病院ですよということでやっております。その件数、それから内容を少し印象を含めてお話しすると、そういうことを相談するような医療機関、あるいは医療安全担当の先生、院長は、かなり真摯に考えていただいているというのがずいぶん伝わっては来ているところです。このような合議の数も少しずつですが増えてきている。ですから、確かに十分に行き渡っていない、周知されていないことはまだまだその通りだと思いますが、一生懸命やっている病院も中に増えてはきています。数は少ないと思いますが、「うちはこれで3例目なんです」というところが、よくお聞きすると決して悪い病院ではなくて、真摯に対応していることがよくわかるような相談が来るということから、そのように推察しているところです。ですから、徐々にですけれどもそういう方向もあると言えます。

田中専務理事 8番の画像の見逃しの事例を。

木村常務理事 先に資料2-2を見ていただくと、専門分析部会の再発防止のところで、最初に資料2-2には表が1から11まで出ておりますけれども、1番の「中心静脈」、2番の「肺血栓塞栓」、3番の「アナフィラキシー」とありまして、真ん中へんに8番の「画像検査」があります。これは現在進行中ですが、画像所見の見逃しとか、それから出てきたデータが、新聞で報道されているように伝わっていなかったという事例が12事例集まってきて、それをいま検討を始めたところです。これも、見逃しをした先生なり医師が問題だというのではなくて、システムの問題として明らかになって来ているので、いままで報告された方法

に加えて、どんな新しいことが出せるかということをやいま検討していますので、いずれご報告させていただきます。

飯田委員　いまお二方のご指摘はもつとも、我々医療団体としては反省しなければいけないと思っています。ただ、この委員会でも同じことを私は何回も発言しているのです。医療界、提供側として私も全日本病院協会としてはやっています。私は病院長でもあります、自分たちも一生懸命やっているつもりでも、我々の仲間がきちんとやっていないというのは事実です。真面目に一生懸命やっている団体あるいは病院もありますが、そうではない団体もあると、明確に申し上げます。この委員会でも明確に何回も申し上げました。学会でも発表し、講習会でもお話ししていますがなかなか変わっていかない。前の名越室長様にも、「支援団体でも間違った指導をしているのはおかしい」という指摘を私は何回もしています。「これはちゃんと改善しなければいけません」と。なかなかよくなっていかないの、私は学会でも発表し、本も書きました。『医療事故調査の指針』の本も書いて、それだけではなかなかうまくやってくれないので、事例の判断をきちんとやってほしいという趣旨で、『院内医療事故調査の考え方と進め方』という本を書きました。それでもまだまだよくなっていかない部分があります。

これは、事例の判断の間違った教育をしているからです。これは事実です。そういうのがあるということは何回もここでも申し上げていますので、それはまずかろうと思います。支援団体として間違った話をしては困るということを明確に申し上げています。私たちも、勘違いとか間違いとか誤解というのはあり得ますから、それは否定しませんが、しかるべき団体が指針として出版し、そこに間違った解釈を書いている。これは由々しき問題だと、何回もここで申し上げていますが、よくなっていかない。これは至急何とかしないと、今のお二方の発言は、まだまだ私は緩くてよかった。よかったという表現は悪くて申し訳ないですが。もっと厳しいお叱りがあってもしかるべきだという状況だと、私は認識しております。

それは、私自身もその仲間なので偉そうなことは言えませんし、当院だってちゃんとやっているかと言われると、もしかしたらそうではないこともあるかもしれません。例えば、医療法で病院長が全死亡例を把握しなければならないということが出ていても、あまりにも実態はいい加減です。医療安全管理担当者が選択したのを院長にあげるとか、ひと月に1回院長が把握しているとか、わけのわからないことをやっているわけです。学会でもそういう発表をした大学があったので、「それではおかしい」ということを申し上げたこと

があります。それが実態なので、これをきちっとやらない限りはよくなりませんと思います。

ですから、これは私の自分自身の反省を含めてやっていますし、本も書き、講習会も開催し、それに基づいて、もちろん大学病院の方も他の全日病以外の団体の方も講習に来てくれますけれども、そこで厚労省から名越様にも講師に来ていただいて毎年やっています。それだけでは足りないのです。事例の判断の講習会もやっています。それでもあまりにも酷い判断が多いので、これを何とかしないとダメです。私は、今回の「予期しない」の定義が悪いのではなくて、定義はきちんと厚労省がしているのに拘わらず、それを曲解している人が多いということが問題なのです。そこをきちんとするように。この法律には私も言いたいことはたくさんありますが、いま動いている以上、文句を言ってもしょうがないので、少なくともそれに基づいてやりながら、きちんとしていこうと考えています。今ちょうどそういうご発言があったので、私も何回も申し上げていますが、ぜひこれを機会に改善してほしいということを強くお願いいたします。

樋口委員長 ありがとうございます。山口さん、どうぞ。

山口委員 やさしいとおっしゃったので、敢えて追加するわけではないですけれども、私もきちんとやっている医療機関は本当にやっていらっしゃると思います。前向きにやっておられて、決まっている以上に前向きにやっている医療機関も存じ上げています。そして、多くの相談が寄せられているということも確かにそうですけれども、相談してくる医療機関は一生懸命に真面目に取り組んでいるので相談をしてこられる。最も問題なのは、相談もせず、間違っただけで、本来報告すべき死亡を報告していない場合です。そういう医療機関がまだまだ多いということが私は問題だと思っています。

それを何とかするために、確かに医療機関へのアプローチもそうですけれども、先ほど簡単に国民への周知が足りないと言ったのは、もっと国民みんながこの制度を知っていれば、医療機関が報告をしなくても、「これは報告しないとダメじゃないですか」と声をあげていくことができると思うんですね。ですので、きちんと報告すべき報告事例をあげていくためには、国民一人ひとりがこの制度をよく理解して、もしその人が知らなくても周りの人が「こういう制度、もう3年になるんだから、この場合は報告すべきだ」と言っていけることが大切です。そのために、いちばんにすべきは国民への周知だと思っています。

ポスターやリーフレットを作って配っていらっしゃることもよく存じ上げていますけれども、それでは一

人ひとりの国民には決して届いているとはいえない現状があると思うんですね。その周知のあり方ということとを今一度考えないといけないのではないかとということで、先ほど申し上げました。

木村常務理事 先ほど、相談の件数のところで田中から報告しましたけれども、今のお話で、国民に周知という観点では、相談件数の中の約半分は患者さん、遺族側からの相談です。しかし、その内容を聞いていると、一昨年、昨年と比較してもあまり変わっていない内容は、この制度のことをあまりご存じない。例えば、この制度から外れた開始以前の事例だったり、死亡事例ではなくてご本人から直接かかってきたりというのがかなりの数になっていると。それから、特にこういうことをというのではなくて、ただ悩み事を聞いて欲しいというような、それも相談のうちになると思いますが、そういうのが多いのが現状です。ですから、そのへんも含めて国民への周知というのは大変だろうなと思いますけれども、やっていかなければいけないと思います。

城守委員 いま皆様方のお話をお聞きして感じるところは多々あったわけですが、この報告件数の問題を含めて、この制度が緩やかに育っていつているのかどうかということ、皆さん方はご懸念されておられるということだろうと思いますけれども、初回参加ということでお許しいただきたいのですが、山口さんのおっしゃったように、国民の方への周知というか、ご理解というのがなかなか進んでいない。これは大変難しく、いわゆる広報と一緒になろうと思いますけれども、人というのは自分に関係のあることには接触しますが、自分に関係がないと見えていても見ないということがあります。ですから、センターとしてもかなり広報をされておられると思いますけれども、そのあたりが非常に難しいので、広報的な技術的なことも含めて、さらにご検討していただければなと思います。

一方、報告が少ないことのひとつとして、医療界がどのようにこの制度を認識しているのかということになろうかと思いますけれども、それには私は2つ理由があるかなと思っております。ひとつは、先ほどからお話が出ておりますように、この制度そのものに対してあまり認識がない。これも認識がないというのは、意図して認識がない人と意図せずに認識がない人があると。そのどちらも、いずれにしてもこの制度というのは管理者が報告をするということであろうかと思っておりますので、そうしますと管理者の方に対しての周知というものがいかに重要であるかと。先ほどからお話に出ておりますように、理解のある方、非常にわかってい

る人は積極的に研修にも参加されますけれども、問題は研修にも参加されない方ですよね。ですから、こういう方をどういう形でこの制度の理解につなげてくるかということに関しては、やはり医師会、そして関係病院団体様等ともう少し、管理者の方に対して研修を含め、接触の機会を与えさせていただけるような工夫を、今後もとりたいなと思うんです。

もう一点は、この制度そのものに対して、もちろん国民の方のご理解も信頼もいただく必要がございます。もうひとつは、医療者がこの制度の意味と、そしてこの制度に対する信頼を持っているのかどうかということも非常に大きな理由かなと私は思いますので、そこをなぜ信頼をしないのかという点も含めて十分な説明が、これはセンターのほうからも、管理者を含めた医療機関の方をお願いをしたいと思います。

それと、ちょっとお尋ねしたいのですが、相談件数はそこそこございますよね。この相談件数から見て、実際、木村先生とかがご対応されておられる印象として、それとこの報告の件数とでいいますと、若干の解離があるような認識を持たれておられるのでしょうか。実際に受けた相談内容からしても、このようなものかなというご判断なのか。印象でいいと思いますけれども。

木村常務理事 相談は、それぞれが事故にあたるかどうかというもの以外にもたくさん入ってくるわけですね。制度のことについて、調査の内容について、どういうことを対応したらいいかという判断のところだけではないわけですし、それから遺族の方からはさっきお話したとおり、少しズレている場合もあります。ただ、そういうものから、ではそれが報告につながっているかどうかということに関して、先ほどの合議の結果等を見ると、当然ですが最終的には病院が決めるわけですから、こちらが「これは対象となると思います」という助言、それから「2通りの考えがあると思う」「いや、対象でないと思う」という、大きく3つに分けたような、それと説明を返しているのですけれども、それに対して、それを元にまた病院の中で検討させていただいて、それがそのまま反映されているわけではないことも事実なんです。こちらが「対象となると我々は思いますけれども、ご検討ください」という返事をして、「いや、最終的には病院としては出さないことにした」というのも結構あります。それから、こちらが「2通り考えられる」というお話をした中でも、「いや、やっぱり出すことにしました」という回答、そして実際に報告してくる事例もあるということで、その病院、病院でのこの制度に関する、あるいは医療事故というものに対する考え方の差というのが、まだまだあるのではないかなという感じはします。

永井委員 この制度において、医療機関に差が多くあるというのは山口さんがさっきおっしゃったように確かにそうだと思いますが、この制度は町のクリニックから大学病院までみんなが対象になっているんですけども、こういう今の実態の中で、やはりさっき申しました特定機能病院が率いていって、特定機能病院が最も上のレベルになってくるということで、やっとそれぞれの病院とかクリニックまで広まっていくというふうに私は思っています。そういうことで、ぜひ特定病院の問題についてはもっともっと、3年間ゼロというのは本当にゼロなのかと。逆にいって、ゼロだったら表彰してやって欲しいですよ。表彰したら、その病院の中で「エッ」という話がたぶん出て来ると思う。ただ、法律で決まっている中で、今のスポーツでのいろいろなところの不祥事と同じように、内部告発がものすごく多いんですよ。内部告発で今回のことが出てきたら、いままでの内部告発以上にその病院はマスコミとかいろいろなところから叩かれると思います。そういう意味では、しっかり精査するというか、少なくとも遺族が自ら説明を受けた中で予期していなかった死について、しっかりその病院として取り組むということも含めて、ぜひ特定病院という問題についてもっと的を当ててみてほしい。

そして、残念ながらこの制度について、医療事故調査・支援センターはまったく権限がないんですよ。こんな状態で本当にいいのかと。この話をすると、厚労省は逃げたりしますわね。だけど、今この制度に、特に特定病院について求めるといったら、厚労省あたりが動かないとできない話なんです。そういうことも含めて、僕はこの制度を本当に国として育てていって欲しいし、育てるべきだと思っているので、この3年間で見て、一緒くたにではなく、どこをもっとよくしたらいいのかということをもっと検討しながら、支援センターがリーディングすべき権限と責任という問題も、また考えるべきだと思うし、厚労省は厚労省の立場でどうやったらこれを高めるか、そういうような働きを、3年たった、4年目からは少しずつでも変えていくという、そこにぜひ取り組んでいただきたい。

樋口委員長 まだまだ資料がありますので、結局、同じようなご意見を重ねていただいてももちろん結構ですので、一応議事の進行役としては資料2のほうへ移らせていただきます。事務局、お願いいたします。

木村常務理事 木村のほうから、この制度の中でセンターがやっております大きな2つ、資料2が再発防止関係と、資料3がセンター調査に係るものです。最初に再発防止に関するもので、資料2-1が再発防

止委員会の開催状況ですが、これはテーマを決めたり、実際に分析をする部会の委員を決めたりするのですが、従来3ヵ月に1回やっていたのですが、今年の4月からは2ヵ月に1回、事例もだいぶ溜まってきたということでやっております。そして、2枚目の資料2-2ですけれども、ここに先ほどもちょっと使いましたガント表というか、上から矢印が横に流れているものがありますけれども、今1から11までになっておりまして、4番まではもう公表しています。この後で、今日は4号の「気管切開術後の早期の管理」のことを少しだけ説明させていただきます。それから、5と6の腹腔鏡下胆摘と胃管の挿入は、9月末には公表できる予定でほぼ完成しているところです。その後、ずっと画像の検査とか続いておりますけれども、院内調査の結果が報告されているのが750をもう超えておりますので、それぞれの事例の個数も増えてきているところです。下に書いてありますのが協力学会、それぞれの部会でほしい8人、9人の先生方をお願いして、こういうものをつくっているというところです。

具体的に資料2-3で、「気管切開術後早期の気管切開チューブ逸脱・迷入に係る死亡事例の分析」、第4号というのを使って少し説明をさせていただきます。めくっていただいて1ページですけれども、これを行いましたのは、院内調査結果が607件になりましたので、今年2月までのデータをもとに、その中から気管切開している事例で、そのチューブが逸脱したりしたことが原因で死亡した事例というのが5例ありました。たった5例と言われるかもしれませんが、それをもとにどんな問題があるかということで取り上げたわけです。

3ページに、それぞれの提言として1から7まで出してあります。5つの事例を見て、改めて少し驚きとともにわかったのは、気管切開術後で亡くなるようなトラブルがあるのは、みんな気管切開後2週間以内に起きている事例だったということです。そして、逸脱する原因は、当然ですけれども気管切開は皮膚に固定しているだけで、中の気管を開けたところは一針位で端を固定したりしていますが、緩いわけですね。そういう状況で気管切開チューブのほうは他につながっている、きちんと人工呼吸器とかそういうところにつながっていて体も動くものですから、少し動いたりするという状況で使っているわけです。その動いたりする状況では時間が経つと安定していくのは、切開した部分がかなり器質化するといいますけれども、固まってきたトンネルができあがってきているからそんなにトラブルにならない。早期は、ちゃんとしたトンネルができていないので少しでも外れると問題になるということがわかりました。

それからもう1点は、外れかかった時にどうしているかということですが、抜けかかったところをまた押

し戻したり、そこを使って一生懸命に陽圧呼吸をしている。それが今度、最終的に死につながるようなトラブルを起こしている。抜けたりすることと、今度はそれに固執して使っているということが問題になるという、その2点でまとめさせていただきました。

事例5例の簡単なことと、それから12ページには対象事例が、どういう状況で何日目に抜けたのか、それに対して交換しようとした、そこから換気しようとしたということが、各事例に共通して見られることがわかりました。21ページには、「正常に入っているのはこういう状況です」、それから「逸脱というのはこういう状況です」というのを絵で描かせていただきました。各提言書には、付録に相当するようなものが付けてありまして、これは動画、コンピュータグラフィックスで、抜ける動作とその状況のかなり詳しいものが付けられています。3ページのところに二次元バーコードがありますけれども、それを辿っていくとその動画が見れるようになっていますので、ぜひ見ていただければと思います。

あとは、毎回やっているところですが、27ページに「学校・企業等へ期待（提言）したい事項」ということで、気管チューブに対する、早期には危ないんだということを学会等でもう少し言っていただきたい。それから、安全な体位とかそれを交換する方法について、それから気管チューブそのものの改良等についてということで、お願いをしているところです。一応こんな形で、いままでの学会等が出すガイドラインとは異なって、死亡した貴重な事例をもとに、死に至らないためにはどういう工夫があるのかという観点で提言をまとめさせていただいて、4つ目になりました。これからもこういう基本的な考えのもとにやっていきたいと思っております。

引き続き、提言は3ヵ月に1度ぐらい出るわけですから、次に送る時に、その前に出した「急性肺血栓塞栓症に係る死亡事例の分析」に対するアンケートを付けてあります。どういように使われたかというところで、4枚目のところを見ていただくと、例えば「わかりやすかったですか」という質問に対しては、ほとんどが「とてもわかりやすかった」「わかりやすかった」という回答をいただいています。「どういうことに使われたのか」ということでは、5ページ目、「急性肺血栓塞栓症のリスク把握についてみんなで共有した」

「院内の検討会等で使われた」ということです。それと同じことが、8番目の情報共有、資料配布とか電子媒体、委員会等で院内で使ったということで、回答をいただいています。これを病院でどのように有効に使っていただくかというのは次の問題でもあると思いますが、返ってくるいろいろな言葉としては、「非常にわかりやすい」とか「使っている」ということをいただいていますので、最終的にはこれがもとでこういう事

故が減って欲しいわけです。少なくとも注意喚起、認識が広まればというふうに考えております。一応、再発防止に関してはそんなところで、よろしければ資料3に関して続けてよろしいでしょうか。

センター調査のほうは、総合調査委員会、親委員会に相当するところで毎月行っております。遺族あるいは病院から依頼のあったセンター調査は、先ほどお話のあったとおり院内調査の報告の10%ぐらいに相当するわけですが、それがいま70を超える段階になっています。それぞれの部会で8人ないし9人のその専門領域の先生に集まっただいて、もう一度検討するというをやっています。従って、いま出したのを除いても60以上の部会が動いています。そして、それぞれに8人ないし9人の学会推薦の専門の先生方が働いているので、500人ぐらいの学会推進の専門の先生が動いていただいているということになります。

資料3-2ですけれども、上の表を見ていただくと、まだ実は7例しかこちらから最終報告を出しておりません。それだけ時間もかかっているということですが、グリーンのところの調査期間というのでは、1年から1年半かかっています。センター調査依頼が来るまでに院内調査で1年近くかかっているとすると、最終結果が出るのに2年半くらい経ってしまっている。もう少し早くなれないかということで、いろいろ努力しているところです。その内容を説明します。

院内調査とセンター調査と、2つの調査が1つの事例に対してなされるわけですから、医学的見地から結論が少しズレてきたりすることは当然あり得ることですけれども、そのあたりを効率よく行い、しかもよく理解していただくということで、マニュアル等をつくってやっております。500人のほとんどの方が最初の参加であること、それから私ども職員、看護師を含めた約50人弱が対応しているのですが、これらの中で統一した考え方、あるいはやり方でまとめていかなければいけないということで、苦勞しているところです。

調査方法の統一、標準化ということでは、場面分けとかプロセスに分けること、考え方としては、院内調査をされた調査はどちらが上とかいうことではなくて、お互いにそれを尊重して再発防止につなげて欲しいというものなんだということをきちっと記載しています。それから、ズレがあった場合は、最初の頃はセンター調査は粛々とセンターの立場で書いていたのですが、そのズレの部分を丁寧に記載するというのを加え、いま苦勞しているところです。それから、記載方法、具体的なことについて、原則として「一般論」「事実」「検証結果」という形で報告書作成時の方法を記載しています。この先生方、うちのスタッフが同じようにどこでやってもできるようなことを考えながら、そして最近では少しずつ私どもが慣れてきたこともあり、ますます、いろいろなことが少し早くなってきているので、調査も1年かからないで何とか出せるようにと努

力しています。そうでないとどんどん溜まっていってしまいますので。

いい加減な結果を出すわけにもいきませんし、それから事実とか真実と思われるものはきちっとその内容を反映させなければいけない。それから、どうしても院内調査の結果とズレが出てくるところがありますので、そのあたりをどういように表現したらいいかというところで、具体的にはいろいろ時間がかかったり、議論をしたりというところがあります。こういう形で出させていただいています、次のページにあるとおり、これだけの学会から 500 人の専門の方に参加していただいているということです。

そして、これはその先になるのかもしれませんが、関係しているので。資料 4 は、協力学会説明会というのを毎年行っています。協力学会に推薦をいただくわけですから、この制度の内容と、学会への依頼を行っています。資料 4 の裏ですけれども、65 の学会から今年は 60 に参加していただいて、それぞれの学会の担当理事の先生、あるいは事務局の方に来ていただき、この制度について説明をさせていただいて、協力依頼を行っているというところです。以上、今やっております業務の内容に対して、再発防止、それからセンター調査に関してご報告させていただきました。

樋口委員長 ここにおられる委員の方はご存じだと思いますけれども、法律の用語ではセンターなんです。この機構ができることというのが、一定の範囲で限られている。その範囲の中でどれだけのことができるかということで、その一端を、あるいは中心的なところをご紹介いただいたのが資料 2 から 4 までだと思いますけれども、この部分について何かご質問とかコメントがあればお伺いしたいと思います。

南学委員 ひとつ質問ですけれども、資料 4 の協力学会で、65 番が他とずいぶん違うように見えたんですけど。協力学会というのは、他は全部日本何とか学会で、ここだけ高知女子大学看護学会となっていて、社団法人であれば、どこも希望すれば協力学会になれるという理解でしょうか。

木村常務理事 確かに、いちばん最後の高知女子大学看護学会と。学会と名前がついていて、この制度に協力していただく、その立場で参加していただいたりしているところには説明をすることになっています。もっと他に別な学会もあると思うのですが、「うちはまだそれには登録はしない」ということであると、ここには出て来ないということです。特にこれは、どの学会、専門機構等で示している学会はだいたい入っていま

すけれども、そういう規定でやっているわけではないということです。

樋口委員長 他にいかがですか。では、続けて資料5へ。

木村常務理事 これは簡単にご報告しますが、今年の4月に「閣僚級世界患者安全サミット」というのが厚労省主催で開かれました。その中でこの制度のことも紹介させていただきました。英語版の、例えば今の再発防止策も後ろに入っていますので、あとで詳しく見ていただければと思います。この資料には番号が付いているのですが、7というのを見ていただくと、「患者安全に関する東京宣言」というのをこの時に出しました。この東京宣言の真ん中あたり、世界44カ国の保健省、あるいは政府高官からなる代表団が集まり、WHOの支援等を得て厚労省が世界で3回目——イギリス、ドイツ、それから日本という形で4月に開かれたものです。日本では「医療安全」という言い方をしますが、世界的には「患者安全」という言葉で使われています。

めくっていただくと3ページ目に、「以下のことを宣言する」ということで東京宣言が出されました。低・中所得国を含む世界各国ということが対象になるわけですが、Universal Health Coverage という、国民皆保険ということですが、患者安全を優先されるんだということ。それから医療機関の支援、あるいは有害事象を最小化するための努力、それからいちばん下に毎年9月17日を「世界患者安全の日」に定めるということで、これは世界医師会、各国のこういう機関からも了解されてこの日が決まったというところです。

私どもとしては、「日本にはこういう制度がありますよ」という紹介をして、その中に中心静脈に関わる冊子、肺血栓塞栓に関わる冊子を英語版で出しておりますが、これは今後も英語版をつくって世界に発信をしていきたいと思っています。日本では後先生がやられているような報告制度というのが世界的には基盤となっているのですが、その中で「調査」をしていくということはわりと日本に特徴的だということがありますので、そのあたりについて、数が少なくても調査することの意味というのを含めて発信していきたいと思っています。世界患者安全サミットに関しては以上の報告でよろしいでしょうか。

大嶽委員 昭和大学の大嶽と申します。私もこの患者安全サミットに出席し、木村先生、後先生のご講演を聞かせていただきました。先ほど山口委員からも広報が課題というご発言がありましたが、せっかく資料6

のような立派な英語の資料があるのですから、2020年に向けて日本でも外国人の患者等も増えることも考えると、そのまま機構のホームページに載せていただいたらいいのではないかと考えます。実はサミットのちょっと後ぐらいに、海外に紹介しようと機構のホームページに行くと、イングリッシュというボタンがあったのですが、クリックすると「Under Construction」と出て、すごく残念に思いました。新たにイングリッシュページを作るのは大変なので、こういった既にあるコンパクトにまとまった広報として非常にいい印刷物を載せるだけでもやっていただけると、よい広報への第一歩につながるかなと思います。

木村常務理事 ありがとうございます。努力はしておりますがなかなか手が回らなくて、イングリッシュページのきちとしたホームページはなかなか大変なのですが、この資料をそういう形であげさせていただきたいと思います。

永井委員 このサミットには、厚労省からのご紹介もあって、我々、医療事故被害者遺族も参加させていただきました。第3回目を日本でやり、加藤厚労大臣が宣言を読み上げましたが、具体的に9月17日、まさに厚労省としてとか、この日がこうだということはまったく広報されていない感じがするんです。これについて特に厚労省、渡邊さんにお聞きしたいのですが、どういうふうに17日を迎えようとしているんですか。

渡邊室長 先ほどから広報の話が出ている中で、私も今日この資料で9月17日「世界患者安全の日」と。いまメモも書いたのですが、ちょっとどうするのかというのは戻り次第確認しようと思った次第です。申し訳ございません。これは本当に正直なところでございます。

あと、11月に患者安全週間というのを毎年やらせていただいておりますが、そういう既存のものと一緒にやったほうがより効果があるかもしれないので、そういうことも含めて持ち帰らせていただきたいと思います。ただ、今日がもう9月6日ですので、2週間もない中で今年何ができるかということは明言できないわけですが、課題としてはしっかり認識させていただいた次第でございます。

永井委員 この宣言の中で、私は極めて世界の医療界に対して、これからの患者安全という問題は患者を取り込んだ、患者からの情報をしっかり取ろうとか、そういう趣旨がけっこう話されました。そういう中で、

例えば来年ぐらいになったら、ここのセンターが1日相談にのってあげるとか、患者さんの話、患者さんからの相談を大々的にのってあげるとか、そういうことをやりながらでもこの事故調査制度を広めていくと。そんなこともぜひ考えていただければいいのではないかなと思ったりしますので、ご検討をまたお願いします。

後委員 先ほどの「世界患者安全の日」のことですけれども、室長はご着任になってまだ1ヵ月でいらっしゃいますので、たぶん「患者安全の日」の経過については今からお取り組みになることと思いますけれども、この「患者安全の日」自体はWHOの総会で決議されればその日が決まるようですが、残念ながら今年の5月の総会にはそれ自体が議題にあがらなくて、それはどうしてかということ、新しい事務局長の方が選任されて、その方がいろいろ準備する中で取り上げられなかったということです。しかし、今年の東京サミットがありましたから、「患者安全の日」の提案国や応援団も増えているので、来年の5月の総会で提案されて決議される可能性があります。そうすると、来年の9月はひょっとしたら何か企画しないといけないということもあるかもしれません。そういう状況だと思います。

樋口委員長 ありがとうございます。続けて、資料6をお願いしたいと思います。

吉田事務局長 それでは、資料6-1から6-3まで続けてご報告させていただきます。これらの資料でございますけれども、資料6-1の「平成29年度事業報告書」と資料6-2の「平成29年度決算報告書」は、去る6月6日の理事会でご審議をいただきまして、加えて決算報告書は定款に基づきまして、その日に開催いたしました社員総会で決議をいただきました後に、厚生労働省に提出したものでございます。それから、資料6-3の「平成30年度収支予算書」は、2月23日の理事会でご承認を賜りまして、2月26日付けで厚生労働省に提出いたしまして、すでに承認をいただいたものでございます。ご報告申し上げます。

資料6-1でございます。1ページから2ページにかけて記載してございますことは、冒頭、資料1で田中からご報告申し上げました、毎月行っておりますプレスリリースの公表事項につきまして、各月ごとの件数を記載しております。1ページから2ページでございます。

3ページにつきましては、当委員会、医療事故調査・支援事業運営委員会の年2回の開催状況でございま

す。4ページから8ページにかけてでございますけれども、4ページから5ページは月1回開催いたしております総合調査委員会の開催状況、5ページの下の方から7ページにかけては、調査依頼のあった事例ごとに個別調査部会を設置するわけでございますけれども、その設置状況と、設置された各部会の開催状況を記載してございます。そして、7ページの下の方の表8では、29年度でセンター調査にご協力を賜りました学会等名と、それから学会等から推薦いただいた部会委員の数を記載させていただいております。8ページから11ページは、再発防止関係でございます。8ページから9ページは、四半期ごとに開催いたしました再発防止委員会の開催状況です。今年度は、この再発防止委員会は2ヵ月に1回で開催してございます。9ページの下の方から11ページにかけてでございますけれども、具体的な分析課題ごとに再発防止策を検討いたします、先ほど木村からご説明申し上げましたけれども、専門分析部会の開催状況。それから、新たに設置いたしました専門分析部会の設置状況。そして、10ページの下の方の表10でございますけれども、29年度に新しく設置いたしました専門分析部会の部会委員の構成と、その推薦状況を記載させていただいております。11ページでございますが、センター調査に際しましてご助言、ご支援をいただくことを目的といたしまして、全国規模で委嘱させていただいております調査支援の先生方を統括していただく、統括調査支援医の先生方との連絡会議を開催したということのご報告でございます。

12ページでございます。先ほどから相談のこともお話がございました、相談状況、件数でございます。13ページから15ページにかけては、13ページには29年度でセンター調査報告書を4件交付いたしましたけれども、そのこと。それから、センター調査報告書のマニュアルを改訂いたしましたけれども、そのこと。そして、14ページにはセンター調査にご協力いただいております、先ほどの協力学会でございますけれども、その一覧表を記載してございます。15ページから18ページでございますけれども、15ページの5の再発防止策の策定では、再発防止策の提言の1号から3号を、昨年度、29年度公表いたしましたこと。それから、15ページから16ページでございますけれども、これは再発防止策の提言書の普及啓発の状況でございます。ご覧の件数に記載されています部数を配布、送付させていただきまして、普及啓発に努めてございます。それから16ページの下でございますけれども、新たにここに記載してございます医学会の学術集会の開催の場も活用させていただいて、普及啓発をさせていただいたことを記載してございます。

18ページから23ページにかけては研修の関係でございます、日本医師会様、歯科医師会様に委託いたしました研修の開催状況、カリキュラム、それから各職種ごとの参加人数を記載してございます。23ペ

ージから 25 ページでございますけれども、制度の広報・周知でございます、特に 24 ページでございますけれども、平成 28 年の年報、それから平成 29 年に作成いたしました年報等を行政機関、あるいは医療関係団体様等へ配布させていただきましたけれども、その配布件数、配布状況、そしてその下のほうには、先ほども医療安全推進室長様からお話ございました医療安全推進週間の初日に、新聞広告で掲載させていただきまして普及に努めたこと。それからプレスリリース、記者会見も行わせていただいたこと等を記載させていただいてございます。27 ページでございますけれども、ここは医療事故調査等支援団体との連携というところでございまして、中央医療事故調査等支援団体等連絡協議会、いわゆる中央協議会への私どもの出席状況等を記載させていただいております。29 ページ以降は社員総会、理事会等でございます。以上が資料 6-1 の事業報告の構成概要でございました。

それから、次に資料 6-2、平成 29 年度の決算報告書でございます。7 枚綴りになってございますけれども、3 枚目の A 3 版のところでございます。そこに、いろいろな係数が記載されてございます。左側の表の「補助対象事業」の欄に記載しております金額が、事故調査制度、このセンターの運営に必要とした金額でございます。これにつきましては、国庫補助金とセンター調査の申請料とで賄われておる現状でございます。それから、下から 7 行目のところに「経常費用計」という欄がございます。支出額が 6 億 5,300 万円でございます。支出額の最も多いのがやはり人件費でございますけれども、それ以外では大きい金額になっておりますところは、やはり普及啓発のための広報冊子等の印刷・製本費、そしてその発送経費でございます通信運搬費、それから事務所の借上料等でございます。参考までに、法人会計と申しますのは、社団法人の日本医療安全調査機構の組織運営にかかる経費でございます、約 3,500 万円ほどでございます。

引き続きまして、30 年度予算書でございます。これも A 3 版でございます、網かけの補助対象の事業でございます。国庫補助金が 7 億 5,300 万円でございます。経常収益および経常費用は、それぞれ 7 億 5,700 万円を計上してございます。支出予定の傾向でございますけれども、先ほどの決算の状況と同様でございます、やはり人件費は当然かもしれませんけれども、その他に普及啓発のための印刷・製本、それからその発送費であります通信運搬費、事務所の借上料等が多い傾向になってございます。法人会計につきましては割愛させていただきます。

以上、大変雑駁で申し訳ございませんが、29 年度の事業報告書と 30 年度の決算報告書、30 年度予算報告書につきまして続けてご報告申し上げます。詳細につきましては後ほどご覧になっていただければと思います。

ます。以上でございます。

樋口委員長 時間の制限もあって駆け足になっておりますけれども、ここまでのところで何かご質問、コメントがあれば伺いたいと思います。全体としてこの機構が今どういう状況にあるかということの説明をいただいたということではありますが。

永井委員 先ほどもお話が出ていた、この制度のキーを握っているのは医療機関の管理者というか、責任者です。その責任者に対する教育というのは今どの程度やられたり、どのくらいの出席率なのか。責任者である限り院長というか、そういう人達が来るべきです。その出席率などをとった検証を本当にされているのか。したとすれば、その実績はどうなのか。そのへんがどこかに報告されているんですか。

吉田事務局長 ご報告申し上げます。ただいまご説明させていただきました資料6-1の18ページでございます。医療事故調査制度に係る研修の実施ということで、医療機関の職員向けの研修でございます。医師会様に委託いたしました。そして対象者は、先生がおっしゃられましたように病院の管理者と、それから実務者ということで医療安全管理者等を出席者といたしまして研修をいたしました。開催日はご覧のとおりでございます。7カ所で開催いたしました。受講者の合計は、ここに書いてございますけれども728名でございます。これは昨年度も一昨年度も、それから今年度も予定させていただいています。

永井委員 この中の数字に、管理者という数字がまったくわからないのですが。

吉田事務局長 医師223名のうちの、いま細かい内訳はございませんけれども、私どもが医師会様で公募いたしました時には、管理者・実務者というふうに明記いたしまして募集させていただいておりますので、記憶によりますことで申し訳ございませんが、この医師につきましては大多数が院長ないしは副院長という、私の記憶ではございます。

永井委員 本当にこの223名が院長または副院長だったんですか。

吉田事務局長 申し訳ございませんが、記憶でございますけれども。

永井委員 重要なことなんでね。何のための教育をしているかといったら、おっしゃったように管理者だと。その数字をなんでオープンにしないんですか。

吉田事務局長 他意はございませんので、これからはそのようにさせていただきます。

樋口委員長 他によろしいですか。それでは、ここまでの医療事故調査制度の現況等についてということで、以降は特定事例の審議に入っていきますので、申し訳ありませんが非公開ということでやらせていただきますので、傍聴の方にはすみませんがご退席をいただきます。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・以下非公開・・・・・・・・・・・・・・・・

(以上)