

令和元年度 第1回医療事故調査・支援事業運営委員会
議 事 録

日 時：令和元年7月18日（木） 10：30～12：50

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 定刻となりましたので、令和元年度第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。本日のご欠席委員は城守（国斗）委員、後（信）委員、川上（純一）委員でございます。飯田（修平）委員におかれましては、若干遅れましてのご出席というご連絡を頂戴してございます。また、三井（博晶）委員におかれましては、若干遅れている模様でございます。本日の出席委員は過半数に達しておりますので、本委員会は成立しておりますことをまずご報告させていただきます。また、本日は大変お忙しいなか、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室・渡邊（顕一郎）室長様にもご出席をいただいております。

渡邊室長 よろしくお願ひいたします。

吉田事務局長 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。タブがついてございます。資料1－1は、医療事故報告等の件数、プレスリリースの6月に行いましたものでございます。資料1－2は、「2018年 年報」でございます。資料2－1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8号「救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析」の冊子でございます。資料2－4は、提言第9号「入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析」の冊子でございます。資料2－5は、提言4号、5号、6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は、総合調査委員会の開催状況でございます。資料4は、平成30年度事業報告書でございます。資料5－1は、制度運営上の現状と課題でございます。資料5－2は、病理解剖について、右上に「案」と書いてありますが、裏表の1枚紙でございます。参考資料といたしまして、前回開催の平成30年度第2回の医療事故調査・支援事業運営委員会の議事録を付けさせていただきます。こちらにつきましては後ほどお目通しいたきまして、何かございましたら事務局までお申しつけくださいませ。資料は以上でございますが、不備、落丁等はないでしょうか。

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、高久理事長からご挨拶を申し述べます。

高久理事長 皆さん、おはようございます。本日はご多忙のなか、朝から、また暑い中を、令和になりました初めての事業運営委員会にご出席いただきまして本当にありがとうございます。この制度が開始されてから3年9か月が経過いたしましたけれども、組織体制も整備され、事業においては委員会、部会が滞りなく開催されております。また、再発防止に向けた提言書はこれまで9号まで刊行されて、全国の医療機関、行政機関、医療関係団体、医療関係教育機関に配布して、医療事故の防止の普及啓発に努めているところであります。皆様方のご指導とご協力に、この場を借りて心から御礼を申し上げたいと思います。

本日は、総合調査委員会、再発防止委員会の現状報告および平成30年度事業報告と、制度開始3年9か月を経過した制度運営上の諸問題につきましてご審議をお願いすることになっております。長時間に渡りますけれども、どうぞよろしくお願いいたします。

吉田事務局長 それでは、ただいまから議事に入りますので、樋口委員長に議長をお願い申し上げます。よろしくお願いいたします。

樋口委員長 おはようございます。それでは早速、議事に入りたいと思いますが、いま高久理事長からもお話がありましたが、本日の委員会の議事次第というのを見ていただくと議題が3つですね。1が現状についてで、前回のこの委員会は2月6日だったそうですが、それから6か月近く経って、その間の状況を含めて現状をまず事務局から報告していただく。2番目がいちばん大きくて、制度運営上の現状と課題については、前回もご紹介したように、3年以上たったわけでアンケートをいろいろとっていただいて、それを踏まえて何らかの形で少しでも改善していきたいということです。それについてご意見を伺いたいというので時間をとりたいと思います。3つ目はその他ですが、その他事項の中で特定事例に係る内容などについていつものように審議が予定されておりますので、そのところになりましたら申し訳ないですが非公開という形にしますので、傍聴の方にはご遠慮いただくということにしたいと思っております。

それでは、議題1の「医療事故調査制度の現況等について」、資料1-1と資料1-2を使ってだと思えますが、事務局からの説明をお願いいたします。

田中専務理事 おはようございます。資料1-1、現況報告について申し上げます。6月現在のセンター利

用の現況でございますけれども、報告件数は6月は40件でございます、累計1,420件となりました。4、5、6と少しずつ増えておりますけれども、3年数か月の分を平均しますとほぼ1日1件のペースでございます、変動のうちということでございます。院内調査結果報告は36件、累計で1,070件の院内調査の結果報告をいただいているところでございます。これをもとにして再発防止の提言を検討することになっているところでございます。かなり量も多くなってまいりましたので、ITを使ったデータベース化等、これから進めていかなければいけないと考えているところでございます。相談も変わりなく、6月は170件ということでございました。センター調査の依頼件数は3件、調査対象の累計は95件でございます、院内調査の結果報告が出るとその概ね1割弱がセンター調査の依頼に回っていくという状況で、ほぼペースは変わりのない状態でございます。

資料1－2が年報でございます。これは2月の段階でもコピーベースで紹介させていただいておりますので、ざっとページを繰っていただくということで報告に代えさせていただきたいのですけれども、年報の最初は要約版でございます。全体の構成は昨年度とほぼ同じ形になっております。要約版の後ろ、22ページ、23ページ、24ページに数値版が載っております。その後に、事業概要というのがついております。これは、事業報告を後ほどご報告申し上げますので、こういうのがくっついているということをご承知おきいただけたらと思います。そしていちばん最後、101ページのところから、先ほど高久から、あるいは委員長からご紹介がありましたけれども、今後の事故調査制度のあり方に関する情報をいただくということで行いましたアンケート調査の結果が、要約でございますけれども載っているところでございます。以上、簡単ですが医療事故調査・支援センターの現況ということでご報告申し上げます。

樋口委員長 ありがとうございます。年報という形でこの組織の活動というのが一目瞭然でわかるというのをずっとやっておるのですけれども、これは年報ですから毎年、毎年出していくというわけですね。要約版の形式なども定まってきて、毎年資料を比較するためには同じ形でというのがありますけれども、他方で、今すぐにと言われても困るかもしれませんが、こういう年報等をどう改良していったらいいか、何か改良すべき点があるかということがもしありましたら、ぜひともご示唆をいただきたい。この場でなくてもということではあると思いますが。

田中専務理事 これを見て何か意見をというのもなかなか出にくいかなと思いますけれども、事務局としては、例えばでございますけれども、年報の43ページをご覧ください。診療科別の報告件数というのが載っておりますけれども、この診療科の集計をもう少し増やして、再掲みたいな格好で集計し直してみたらどうかということをひとつ考えております。それから、55ページをご覧ください。「解剖・Aiの実施状況」という集計がございますけれども、これは院内調査の結果報告の情報をもとにして集計したものでございます。これを発生報告の段階で集計するということを、細かいことですが検討しているところでございます。それからもうひとつは、院内調査の質の問題です。院内調査委員会の委員構成ということで、もう少し別の集計をしたらどうかと。59ページ、60ページぐらいですけれども、何らかの形で委員構成の集計というのももう少し工夫したらどうかということで、事務的には3点ぐらいを一応考えているところでございます。

樋口委員長 ありがとうございます。医療安全の問題も、医療全体がいわゆる Evidence based medicine ということになっているわけですから、ちゃんとデータを出しておいてそれに基づいてということなので、ここにある一つ一つのデータが何らかの形で意味をもっていくというのが大事なのかなとは思っていますけれども、他方で、例えばこれは、私は医者ではないのでどうしても素人的な発想になるけれども、こういう提言がありますよね。そうすると、結局いちばん大事なのはどういう提言がここでまとめられたかということで、いちばん初めにまずそれが見えますよね。実際にその提言が出てくるためには何があるかという話が後ずっと続いていくという話だと思いますけれども、ここも要約版というから、今年の動向で何か注目すべきところとか、要約が言葉の形で1ページ、2ページであるといいかなとか、ないものねだりで思ったりはしました。

そのところにいま田中さんがおっしゃったような、「こういう問題点がある」と事務局でも意識しているとか、そういうのが入ってくればそれはそれでと思いますけれども、そういうことを含めて、年報がただ積まれていくだけでは意味がないので、少しでも中身を読んでもらって意味があるようなものにしたいということです。もちろんこれだけの努力をして事務局はやっているわけですから、皆さんもそれは十分ご承知のことだと思いますけれども、何かありましたらご示唆をどういう形であれ、事務局であれ誰にであれ、お伝えくださればと思います。

それでは、次に再発防止委員会とセンター調査関連の報告について、同じように事務局から説明をいただ

きます。

木村常務理事 それでは、木村からご報告させていただきます。資料2が再発防止関係、資料3が総合調査委員会、センター調査に関するものです。資料2-1をご覧ください。再発防止委員会の開催状況ですが、これは前にもご報告しております。このような形で粛々とやっているということです。2か月に1回の再発防止委員会でテーマを決めさせていただいて、具体的に分析を行う部会の先生方、専門家の方をここで抽出して依頼をするという形をとっています。そして、できあがったものを最終的には承認するという形をとっています。資料2-2を見ていただくと、流れ図のように、1から9までがいま公開されているところです。10番目の大腸内視鏡の前処置に関わるものは10月ごろ発出できる予定であります。ご覧いただくと、手技とか診断等に関するものが多いと思いますけれども、だんだん数は増えて来る一方、そのテーマとして選ぶのにはその時その時でかなり苦労して選んでいるところです。現在、16番目の頸部手術関連というところまでテーマとして上がってきているところですが、それ以外にも検討中のものが3つぐらいあるということです。次のページには、委員の先生方がどういう領域の先生方、専門家の方に集まっていたかというのがありまして、だいたい8名、9名、あるいは10名ぐらいで1年ぐらいかかってつくっているということです。年間4冊ないし5冊のピッチでいま出させていただいています。

具体的には資料2-3、2-4で、8号の「救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析」ということですが、メディア等では、CT見逃しで癌の発見が遅れたというのがありますが、死亡事例ということになるとわりと時期的に近い関係で結びついているということで、「救急医療における」というふうに絞らせていただきました。対象事例は12事例で、これも最初の頃に比べるとそういう対象事例が少し増えてきているということです。3ページに死亡事例の分析の提言がまとめてあります。今お話しのとおり、救急医療における画像検査の意義ということで、長期的に見逃しがあったというのと少し違って、救急医療の場で判断がつかなかった、それで帰宅させたために自宅で急変して亡くなられたという事例がずいぶん入ってきております。そういう時に、緊急性の高い死につながる疾患——「killer disease」という言葉がつけられていますが、そういうものを念頭に置いて読影する、そのポイントという形でまとめさせていただいています。

また、CT等は容易に撮影できるようになっているわけですが、撮影指示の際に臨床データをちゃんと付けて、どこをどこを明確に撮影、判断をして欲しいかということをお互いに共有するために、技師も含めて

伝えるようにということ。提言3のところですが、その確認においては、医療機関によっては読影の放射線医師がいない場合もありますし、その時にはすぐには対応できない場合も多いので、そこにいる受け持ちの先生、上級医師、それからそれを撮影した技師等も含めて、いろいろ知恵を集めてやるようにということです。それから帰宅の判断、それからもうひとつ提言5が、メディアでよく言われている画像診断報告書の確認がうまくいかなくて、後からそれがわかってきた。これはたまたま見つかった異常所見ということで、「incidental findings」という言葉がついておりますけれども、ご存じのとおりCTは今すごく発達していて、1回撮ると2～300枚の画像が得られること、そして日本では世界一、人口に対してCTの数が多く、容易に撮れる環境です。しかし、読影医は非常に少ないという環境の中で、こういうことが起きると。胸の疾患のフォローをしている最中にCTを撮って、後から見ると腹部に癌の初期のものがあつたといった例が相当すると思います。そういうあたりは連携をとるとのことしかないので、これは多くの医療機関でかなり工夫をされておりますが、やっぱり100%絶対漏れがないようにするためには非常に難しい問題があると思います。そういうことを含めて、12事例をまとめさせていただきました。

また、他の提言書と少し違って、後ろの28ページのところですが、この12事例から得られたものが提言の骨子を成しているのですが、それに伴って典型的な事例を、この事例以外のところから教科書的に、こういうところを見落とさないようにというので資料として付けさせていただいています。これらはいままでもそうですが、パワーポイントとして付録として付けてあって、院内で行う研修等で使っていただくということで、他の提言書より資料の部分がかなり膨らんでいるという形になっています。

その次の資料2-4、「入院中に発生した転倒・転落による頭部外傷に係る死亡事例の分析」に移らせていただきますが、これは今年の6月に発出したものですが、転倒・転落で死亡事例というのは高齢者に多く、死亡に至るということになるとほとんどの11事例に関しては頭部を打っていると。頭部外傷があつたために死亡につながっているというのが明らかでしたので、よくある転んで腰を打って骨折をしたということとは異なり、ほとんどが頭を打っているということがありましたので、タイトルも「頭部外傷に係る死亡事例」ということで、11事例をまとめさせていただきました。特に高齢者の場合には、3ページに提言が並んでいますが、頭を打ったその時は大丈夫でも数時間後に急変するというのが、よく言われていることです。そういう見逃しとか、最初は問題ないと思われたものが後から出てくると。「talk and die」と言われ、最初はちゃんと会話ができていたのだけれども、その後急変して亡くなっているという事例があるということです。

特に高齢者では、頭を打った場合にはできればCTを撮ったほうがいいのではないかとということで、「頭部CT撮影を推奨する」という言葉を使わせていただいています。これに関してはいろいろなご意見をその後にいただいている中で、「高齢者が頭を打った場合には全部CTを撮るとすることは、かなり厳しいのではないか」というご意見もいただいています。推奨という言葉でまとめさせていただいております。

それから、予防としてはリスクの評価とかベッド柵とか、それから頭のマットというものに言及しています。それから特別な薬、ベンゾジアゼピン系ではフラフラすることが多いので特に注意するようにと。あるいは、転倒というのは病室が変わったりとか、新たに入院してきたりということの直後が非常に多いので、移動してきた場合等に高齢者の場合はなかなか対応できないことがあるので、一見大丈夫そうでも気をつけましょうといったようなことでまとめさせていただいています。この2つが最近出させていただいた提言に関するものです。

そして資料2-5ですけれども、少しずつ遅れて発出する時に一緒にアンケートを付けさせていただいています。以前出した提言4号の「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」のアンケートは、資料2-5以下になっていますが、いままでとパターンとしてはだいたい同じような形で出てきています。8,415施設に送って1,600の回答が得られています。19%ということです。裏を返して2ページ目を見ていただくと、役に立ったかどうかということでは、90%ぐらいが役に立ったということをお願いしています。それ以外は3ページのところ、これは気管切開の早期ということで、2週間以内にいろいろなトラブルが起きるのがほとんどの事例でありましたので、そのことを提言したところ、気管切開をした後はだいたい1週間で交換になっているのですが、最初に入れて1週間後に交換してその時にトラブルというのがあるものですから、これを見て最初の2週間は変えないことにしたという回答もあり、反応として役に立ったという返事をいただいています。

5ページのところでは「腹腔鏡下胆嚢摘出術に係る死亡事例の分析」ですが、ご存じのとおり胆嚢摘出術は年間10万例ぐらいやられていて、9割ぐらいが内視鏡でやられる時代になってきています。これは1,100の回答をいただいています。裏を見ていただくと、役に立ったかどうかということに関しては7割5分ぐらいが役に立ったと。内視鏡下の胆摘をやっていない施設もだいぶあることから、先ほどの気管切開に対する回答での役に立ったかどうかという反応に対して少し低くなっています。かなり専門的な領域にはなるということは思っていたのですが、一緒にチームとして手術室でやる時に、看護師、麻酔医等も含めて、内視

鏡下の胆摘に関する注意事項というのをまとめさせていただきました。その反応としていただいています。

次に資料3ですが、総合調査委員会ということで、これは後でもセンター調査が長くなりすぎているというのがありましたので、ここは開催状況だけです。毎月行っておりまして、センター調査の検討を行っています。だいたい調査そのものは1年少しとだんだん短くなってきておりますけれども、先ほどと同じように親委員会の総合調査委員会で部会の先生を8名ないし9名、それぞれの領域の学会に依頼して推薦をいただいて、約1年かけて3回ぐらいの顔を合わせる部会を開かせていただき、そこでまとめたものを総合調査委員会でもう一度、こちらが出すセンター調査としての統一性とか、それからわかりやすさとか、誤解されないかどうかとか、そういう観点から見直して発出しているという形をとっています。以上、ちょっと早足ですが、再発防止委員会と総合調査委員会の現状、開催状況等の報告をさせていただきました。総合調査に関しては後でまた、問題のところでいろいろ詳しいこととお話しさせていただきたいと思います。以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。ただいまの説明について、コメントなど何かありましたら。

高久理事長 私、この事故調査の提言というのは非常によくまとまっていると思うんですね。最初にあります再発防止に向けた提言というのは、毎号ごとに1ページ目に書いていますので、参考になるのではないかと思います。

木村常務理事 「数は少ないですけども、詳しく調べて再発防止をつくる」ということは、一方で世界的に基本になっている「報告をきちっとしよう」というベースがあると思うんですね。そちらのほうは数が非常にたくさん集まって、医療機能評価機構がやっていらっしゃる医療事故の収集事業とか、そういう報告制度は2005年のWHOのガイドライン等が基盤になっていると思います。それとは少し違って、数は少ないけれどもそこを深く調べて、そこから得られたものを再発防止につなげようという形は実はそんなにはやられていないので、これを大事にして進めていきたいと思っております。

樋口委員長 この機構は何のためにあるかというのと、patient safetyの改善というのか、一言でいえば再発

防止ということのためにあって、いちばん最初にご紹介がありましたように、件数がどうかというのはまた後で問題になりますが、それでも累積して医療事故の報告が1,400件あり、それから院内調査の結果の報告も1,000件を超えるものがあるわけですね。その中で、この機構としては工夫をして、どういう形で再発防止に結びつけるかというので、その1,000件なら1,000件の中でこういう事例で死亡事故になっている、死亡事例になっているというものを抽出して、それに対して専門家で話し合っていてそういうものについて報告書を、ここまでは9件ですけれども、何らかの形で医療事故の再発防止につながるようにと。それで、つながっているかどうかというのがなかなかこれを数で見るのは大変なので、それぞれについて医療機関にアンケート調査を追跡でやって、「意味がありましたか」と問うているわけです。かつ、そういうものが来ればもう一回読み直してくださるということもあるでしょうから、そういう地道な努力を続けていると思いますけれども、やっぱり実際に、素人だからそう思うんですけれども、この種の頭部外傷を伴うような転倒事故がいままでこれぐらい年平均であったものが、こういう提言が出てそれを読んでくださったことによって医療機関では1割でも2割でも減ったという、何かそういうデータで学会報告なんかで出てくると意味があると思うのです。もちろんアンケート調査も非常に重要だと思いますけれども、そんなようなことを感じました。

ちょっと先を急ぎたいと思いますけれども、今度は資料4で、事業関係の報告をお願いしたいと思います。

吉田事務局長 資料4でございます。事業報告書につきましてご説明、ご報告を申し上げます。1ページから3ページにかけましてでございますけれども、医療事故報告の受付件数、センター調査報告書の交付件数等の状況でございまして、毎月プレスリリースしております事項につきまして、平成30年4月1日から31年3月末までの各月毎の件数を記載してございます。

次に、3ページの事業運営に係る委員会等の運営状況でございます。センター業務の活動方針を検討いたします本委員会を、昨年度におきましては9月と今年の2月に、記載の議題により開催しましたことのご報告でございます。4ページから6ページにかけましては、先ほど木村からご報告、ご説明申し上げましたけれども、センター調査を担います総合調査委員会の毎月の開催状況の報告でございます。6ページの上のほうから8ページにかけましては、申請のございましたセンター調査依頼事例ごとに、当該調査を行うために設置いたします個別調査部会の平成30年度における設置状況、それから開催状況を記載してございます。平

成 30 年度におきましては新たに 30 の個別調査部会を設置いたしまして、すでに設置している個別調査部会と併せまして合計 84 回の個別調査部会を開催いたしたところでございます。8 ページから 9 ページにかけての表 9 でございます。平成 30 年度におきましてセンター調査にご協力をいただきました部会委員の先生の数、そしてそれらの先生がご所属する学会をまとめさせていただいたものでございます。平成 30 年度では、各学会から 314 名もの先生にご支援とご協力をいただきました。また、制度開始以来では 591 名の先生にご支援、ご協力をいただいておりますことをご報告申し上げます。

9 ページから 10 ページにかけては、2 か月ごとに開催してございます再発防止委員会の開催状況と、10 ページから 12 ページにかけては専門分析部会の開催状況につきましての記載でございます。11 ページの表 10 でございますけれども、平成 30 年度における専門分析部会の設置状況、それから開催状況を記載してございます。30 年度は新たな分析課題 4 テーマの検討部会を設置いたしまして、すでに設置しております部会と併せまして合計 17 回の専門分析部会を開催いたしました。30 年度では各学界から 63 名もの先生方にご支援とご協力をいただいております。表 11 にまとめさせていただいております。また、制度開始以来では 99 名もの先生にご支援、ご協力をいただいておりますことをご報告申し上げます。

13 ページの (6) でございますけれども、ここはセンター調査をまとめるにあたりましてご助言等をいただく先生方、私どもは「調査支援医」の先生とお呼びしているわけでございますけれども、これらの先生方をおまとめいただいております、各ブロックの 9 名の統括調査支援医の先生方との意見交換を 2 回ほど行ったということ、それから北海道など記載の 3 つのブロックでは、当該ブロック内の調査支援医の先生方との意見交換を行ったことのご報告でございます。ちなみに、全国では約 60 名の先生にこの調査支援医を委嘱させていただいているところでございます。

それから、13 ページの下から 14 ページにかけては、平成 30 年度に受け付けました相談業務の状況等を報告してございます。15 ページから 17 ページにかけてでございますが、センター調査の実施ということで、15 ページの上から 2 つ目の○は再掲でございますので省かせていただきまして、3 つ目の○でございます。センター調査は、東京を初めといたしまして他のブロックでも行っているところでございます。当該調査が部会の違いによらず全国的に統一が図られますよう策定しております、報告書の作成マニュアルを改訂したということの記載でございます。4 つ目の○の協力学会説明会の開催についてでございますが、センター調査をお願いしてございます個別調査部会、その中から再発防止策の提言の検討をお願いしております

す、専門分析部会の部会委員のご推薦をいただいている各学会等の皆様に集まっておきまして、説明会を開催させていただきました。その中では、引き続きこの医療事故調査制度の推進・運営にご協力をお願いしたということでございます。ここにつきましては毎年度実施してございます。16 ページの表 15 は、いま申し上げましたセンター業務にご協力いただきます旨の覚書を締結させていただいております、65 の学会等名を記載させていただいた一覧表でございます。また、16 ページから 17 ページでございますけれども、センター調査を円滑に進めることができますように、先ほどご説明申し上げました調査支援医の先生方と私ども機構職員を対象といたしましたセミナーを開催したことのご報告でございます。

17 ページから 18 ページでございますが、30 年度におきましては再発防止策の提言 4 号、5 号、6 号、7 号を取りまとめて公表したことのご報告でございます。18 ページから 21 ページにかけましては、再発防止策の普及啓発状況のご報告でございます。18 ページの表 15 でございます。配布件数と記載してございますが、これは配布箇所数のことでございまして、どのようなところに提言をお送りしたかにつきましては、19 ページの上のほうの小さい文字でございますけれども、注 2) に具体的に記載してございます。30 年度で公表しました提言の 4 号から 7 号は、それぞれ約 20 万箇所に合計約 47 万部を配布してございます。また、その表の計の欄の＜＞でございまして、これにつきましても 19 ページの注 1) に記載してございますが、公表時に私どもから一斉配布した後に、医療機関からさらなる追加部数のご希望をいただきまして追加送付した、その当該部数とその箇所数を再掲してございます。それから、提言 1 号から 3 号は 29 年度以前に公表したものでございますけれども、これにつきましても医療機関様からのご希望によりまして、30 年度におきましても＜＞に記載している部数をお送りさせていただいたものでございます。それから、19 ページの表 16 でございます。76 もの学術集会の開催をも活用させていただきまして、これらの提言書を配布させていただいたことのご報告でございます。20 ページから 21 ページにかけましては、提言の公表は厚生労働省におきまして記者会見により行ったこと、それからすでに公表しました提言書の医療機関での活用状況についてのアンケート調査の結果を記載してございます。ここにつきましては、先ほど木村のほうからのご報告申し上げたところでございます。

21 ページから 25 ページにかけましては研修関係のご報告でございまして、日本医師会様および日本歯科医師会様に委託させていただきまして、実施していただきました研修等につきまして記載してございます。

21 ページは医療機関の職員を対象といたしました研修で、22 ページからは支援団体職員を対象といたしま

した研修、そして 24 ページは私どもの職員を対象にした研修の開催状況のご報告でございます。

25 ページから 31 ページは、医療事故調査制度の広報・周知状況についての記載でございます。26 ページの表 17 は、平成 29 年年報、ポスター、あるいはリーフレットを記載のとおり普及啓発を目的として配布したものでございます。また、(2)の新聞広告記載についてでございますが、記載の全国紙の各新聞に、昨年の 11 月、今年の 3 月の 2 回に渡りまして広告掲載したこと、そして 27 ページの上には、医療業界紙の「病院新聞」にも 5 回に渡りまして制度紹介、周知を目的とした広告掲載を行ったことのご報告でございます。(3)は毎月のプレスリリースの実施状況、それから (4)は厚生労働省の広報誌「厚生労働」にも制度紹介記事を掲載したということ、それから (5)と (6)は、看護協会様の機関紙、あるいは医療安全全国共同行動様の「医療安全レポート」にシリーズものとして提言の紹介記事を掲載したことの記載でございます。

それから 28 ページの (7)につきましては、全国の都道府県庁のホームページに制度紹介の掲載をご依頼しました。その結果、21 の自治体におきましてご対応していただいたことを述べてございます。(8)は講習の依頼を受けまして派遣した研修会の数、それから (9)は「事故調査制度に係るアンケート調査」を行ったこと、そして 29 ページの (10)につきましては、昨年 4 月に東京におきまして、並びに本年 3 月にサウジアラビアで開催されました閣僚級の世界患者安全サミットにおきまして、医療事故調査制度の紹介をしたことの記載でございます。

30 ページの表 19 をご覧くださいませ。先ほど、再発防止策の提言書や年報の送付部数はご報告申し上げましたが、これらの方法以外にもホームページから、例えばここに記載してございますけれども、29 年度に公表いたしました提言第 3 号は約 2 万 3,000 件、それから今年度公表いたしました提言 4 号は 2 万 8,000 件もののダウンロードがされております。また、提言 1 号も 1 万 3,000 件ほどのダウンロードがございました。29 年年報のダウンロード数も約 1 万 5,000 件ほどございます。それから、その表 19 のいちばん上のところにホームページのアクセス数が記載してございます。年間でいきますと約 200 万件のアクセスがございませう。1 日あたり約 6,000 件のアクセスがされているということになります。

31 ページは情報管理の関係で、情報管理教育を徹底しているということと、システムの改修を行ったことの記載でございます。34 ページ以降につきましては、この事故調査制度以外の、私どもの機構の組織運営に係ります社員総会開催、理事会の開催状況でございます。以上が事業報告でございます。また、34 ページ以降を除きました医療事故調査センターに係る事業報告の部分につきましては、理事会の議を経まして、医療

法6条の19に基づきまして去る5月30日付けで厚生労働大臣にご報告いたしました。以上、ご報告申し上げます。

樋口委員長 ありがとうございます。ただいまの説明について、何かご意見、コメントございますか。

山口委員 ありがとうございます。ひとつ質問したいのですが、13ページから14ページにかけて相談業務の状況のご紹介がございしますが、27年10月1日から24時間体制で行っていて、特に夜間、祝日、年末・年始等々はセンターの職員が2名体制で、医療機関からの緊急を要する相談の対応を行っているというふうに、件数も夜間・休日というのが書いてございます。そもそも死亡してから報告までに一定の期間要しているにも関わらず、夜間の電話対応の必要性がどれぐらいあるのが疑問に思っています。2名体制というのは、例えば機構に詰めてらっしゃって夜間も受けているのか、どういう方法で受けておられるのかということと、2名というのが総勢何名のうち2名を確保されているのか。「医療機関からの緊急を要する相談の対応」とございますけれども、本当に医療機関に限定されているのか。例えば、一般の方が夜中に相談を受けてくれるからということで長時間要するような電話がないのかということも含めて、お答えいただければと思います。また、緊急性のある内容というのが具体的にどのような内容か、開設していないといけないのかという、そのあたりも総合的に教えていただければと思います。

木村常務理事 私から、知っている範囲でお答えいたします。東京の浜松町の事務所に看護師が20名ちょっとおりまして、その中で分担をして、実際にはそれ専用のスマートホンを持ってそれで受けるという形になっています。ですから、機構に電話をしても夜間はそちらに自動的に転送されるという形です。2名で行っているのは負担が少なくなるようにということと、夜間に問題があるとすぐに対応できないといけないので、一応2名体制にしております。具体的には、本当に必要なのは解剖ですね。亡くなってすぐ解剖をしたいのだけれども、なかなか受け手がいろいろな問題があってどうだろうかと。「どこか紹介してくれないか」というのがいちばん緊急を要する問題です。ただ、具体的にはおっしゃるとおり、時間もあるのでそんなに夜間でなくてもいいのではないかと。あるいは土日であってもいいのではないかとというのは、それ以外ということで。あとは、電話がオープンになっているということから、医療機関以外からも実際にはかかってきてい

ます。そういう時には、向こうもだいたいわかってらっしゃるのでそんなに長い話にはならないと思いますが、夜になって相談したいとか、土日に相談したいようなものの中には入っていると。ですから、そういうものを含めて、具体的に解剖で直接相談というのはかなり少なく、ここに書いてある数も月に5回とか9回ぐらいの数になっていますので、まあ今後の問題でもありますが、負担を少なくするという意味では、夜間は具体的な内容を考えると受け付けませんということでも何とかやっていけるのかなとは思いますが。今のところは24時間体制で受け付けるということです。

山口委員 今の解剖ということを考えると、土日は受けられるということは頷けるんですけども、20名の方が2人体制ということは10日に1回回ってくる。ましてや何時かわからないわけです。緊急性がないのであれば夜対応は、スタッフの方の負担を考えた時に再考する必要があるのではないかと私は思います。

木村常務理事 ありがとうございます。一応検討はしているところです。

樋口委員長 ありがとうございました。よろしいですか。

それでは、今日はこの問題で時間を取りたいと思っているのですが、制度運営上の現状と課題ということで、この前の会議でもありましたけれども、アンケート調査の結果を踏まえた課題というのが浮かび上がってきたと。改めてということかもしれませんが、資料5について事務局からまず説明を伺いたいと思います。

田中専務理事 田中がご説明申し上げます。報告事項が多くて議論に割かれる時間が少ないのではないかとということで、いろいろ工夫してご報告申し上げたのですが、どうしても盛りだくさんになってしまって申し訳ないのですが。資料5-1の四角の中を一応読んでいきますけれども、全体としては制度開始3年の動向と、それからアンケート結果をもとにして課題を5つにまとめて、2月6日に一回議論をしているわけですね。その議論の結果を貼り付けて、制度運営上の現状と課題ということでディスカッションのためのペーパーとして用意したものが5-1でございます。ですから、皆さん一回は何らかの形で目を通しておられるという前提で、枠の中を読むだけで、取り敢えずいままでこういうことが議論されていましてということ、事務局として整理したということでご容赦いただきたいと思います。

まず、課題1でございますけれども、国民への周知が進んでいないということで、これに対してはホームページとか、あるいは広告とかさまざまな手立てで対応しているわけでございます。ホームページは200万件もアクセスがあるということで、それなりに評価はされてもいいのではないかなとは思ってはおりますけれども、努力をしていますということでございます。

課題2で、報告件数が増加しない。これは重要な課題でございまして、なかなか伸びないということで、これに対応して「名称変更をしたらどうか」とか、あるいは「略称、通称を使って周知徹底を図ったらどうか」ということ。それから別の問題ですけれども、事故として判断する、予期せぬ医療に起因した事例の判断というのがなかなか統一されない。いろいろな解釈があって問題であるということですね。3ページにいきまして、特定機能病院のような模範となる病院が、必ずしもみなそろって報告をしているということではないようであるということ。あるいは、かなり大きな病院、500床以上で400病院ぐらいありますけれども、その半分は3年間報告がゼロであるということ。少しフォーカスを当てて、この事故の報告を増やす努力をしたらどうかということでございます。

それから課題3として、院内調査の質の向上、中立性・公正性の担保、現場の負担軽減ということで、3年以上たっているけれども、院内調査の質に関してはまだかなりバラツキがあるように見えますので、これに対してさまざまな対応策をとる必要があるのではないかと。例えばということで、資料5-2の病理解剖のパンフレットのひな型みたいなものを用意してございますけれども、こういう形で医療機関の先生方に使っていただいて、解剖の説明の役に立てたらどうかという話でございます。

それから、5ページの課題4でございますけれども、冒頭申し上げました、十分議論をする場というのが必要ではないかというご意見、それから再発防止の提言などはもう少し活用を進めるようなことを考えたらどうかということ。

それから課題5として、医療機関と遺族のコミュニケーションの課題ということで、ご遺族と説明する医療側の認識に大きなズレがあって、コミュニケーションの問題が解決できていないということ。5つの課題ということで、過去、1年余に渡ってご議論をされたものを整理してみました。これをもとにご議論をいただけたらというふうに考えております。

樋口委員長　ありがとうございました。資料5-1で、今日は課題を1から5まで抽出しているわけですが、

どれについてでも、あるいはこれ以外についてでも、この制度を今後どういうふうに改善していったらいいかという点についてご意見を。

田中委員 日本病理学会の田中ですけれども、今回、解剖についてという観点ですけれども、この「病理解剖について」というパンフレットを作成いただきどうもありがとうございました。学会でも検討させていただいて、周知していただければ大変ありがたいと思います。そして、中にもありますけれども、やはりずっとこのところ 40%の解剖率で低いということが問題で、例えば先ほどあげていただいた提言ですけれども、8号が12分の7が解剖されていて、9号は12分の2なんですね。明らかにこちらのようない事例が解剖が役に立ったということですので、たぶんこの文言の中にもありますけれども、解剖が行われた事例の特徴であるとか、こういった事例はむしろやるべきであるとか、分析を予定されているようですけれども、何かそういう観点で症例を分析していただけると、最終的には解剖率アップにつながってくるのではないかなと思いますので、ご検討をよろしくお願いいたします。

南学委員 病理解剖のパンフレットですけれども、パッと見た時に、「病理解剖は通常、2～3時間ほどで終了します」という書き方がしてあって、これを見た時に患者さんのご家族が、今から3時間後に終了するというふうに誤解をしないかなということが非常に気になって。病理の先生がオンコールですぐ来られるわけではないので、そのための待ち時間みたいところがきちんと書いてないと後でトラブルになることがないかなというのが、診療側の医師としてこの説明書は気になりました。

あと、病理解剖の説明をするのは、患者さんが亡くなった時は医師側もそうとう疲弊していて打ちひしがれているので、そこに説明をすることの負担をかけるということ自体が、単にこういった制度だからとか心に訴えるとかいうだけではなく、何かシステム上きちんとできるような、例えば移植コーディネーターみたいに別な人が説明するとか、何か制度的にそういうことができないと、なかなかそれ以上の現場の努力に期待するという事は難しいのかもしれないと思っています。

山口委員 今の病理解剖のことですけれども、やはり突然亡くなるというケースももちろんあって、急変されてから時間が経ってからということもあるかもしれませんけれども、ご遺族もたいてい場合は動転して

いたり冷静ではなかったりする時に、この文章がいっぱい書いてあるものを渡されたとしても、冷静に読めないのではないかと懸念いたしますので、これの使い方をきちんと医療機関に伝えた上でないといけないのではないかなと、いま思いました。

それから、今日5つ課題として抽出していただいたことについては、すべて私は問題だと思っていまして、先ほどホームページの閲覧回数がかなり数が多いというお話がありましたけれども、おそらく一般の方はホームページを見るということすらしないのが現状で、おそらく医療機関の方が見ているのが大半、あるいはもうすでにこの制度を知った一般の方が見ているということに、かなり限定されるのではないかなと思っています。解剖にしても、亡くなられてからいきなり解剖の話ではなくて、まだ何も起きていない時に国民にいきなり解剖の必要性、この制度のあり方ということを周知していくかということが、以前から申し上げているようにそこがいちばん立ち遅れているように私は思っています。これを機構としてやっていくのか国としてやるのか、そのへんのところが分担もあるかと思えますけれども。ひとつには、5つまとめていただいたのですけれども、半年ぐらい経っていて、医療安全調査機構として何か具体的に歩みを始めたことというのはあるのでしょうか。整理されただけではなくて、何かこれはもうすでに手を着け始めたというものがもしあれば、その進捗状況とかも教えていただきたいと思います。

田中専務理事 何かと言われると、ちょっと困ってしまうところもないわけではないですけれども、カッコの中は一応それなりに対応している事例をあげているつもりですけれども。

山口委員 少なくとも、一般の方にいかに知ってもらうかという方法をどこかでしっかりと考えることをやらないと、いつまで経っても「必要です。必要です」で言っていたのでは現状は変わらないと思いますので、ワーキンググループという案も出ていますけれども、そういったことで具体的に何か動き始めないと、ずっと「課題ですよ」ということで毎回同じ話をしていたのでは意味がないと思います。

樋口委員長 少なくとも先回の議事で、この運営委員会でこれだけの人が集まってくださっていて、しかも皆さん熱心にお考えいただいているので、ただ年2回の運営委員会になっていて、それだけでは報告を聞くだけで終わってしまうというので、それをまず3回にしましょうというので、本当にささやかな一歩という

のですが、それをまず改めました。それから、それでもここの中でいろんなご意見をこれから伺いたいと思っているんですけれども、ご意見を伺っているだけでここで全部すぐにまとまるかどうかという話と、それからこの運営委員会でまとめたからといって、それは大事な一歩だとは思いますが、いま山口さんがおっしゃったように、厚生労働省の通知のもとでこの機構は動いているわけですね。だから、どこまでこの機構でこういう提言をして、「こういう形に持っていったほうがいいんじゃないでしょうか」ということを厚生労働省のほうへ提言するという形にするのか、ここに厚生労働省の方もいらっしゃるわけですね。例えば、ワーキンググループであれタスクフォースであれ、法律的な面を検討していただくような話を、ちょっとそこまで言うのはそれ自体が私の越権かもしれないですけれども、厚生労働省のほうで、この機構と協力してというのが私はいちばんいいと思っていますけれども、とにかく厚生労働省のほうで研究班とか、小さいグループでいいと思いますけど、ここに掲げられている課題をどうするかということについて、一つひとつ検討していただく。あるいは、それをこの運営委員会の中のサブグループ、ワーキンググループでやっていただいて、次の会には「こういうようなことを考えてきました。それでどうでしょうか」というのを、この委員会でもた図って、委員会だけでは決まらないわけで理事会その他という、この内部のほうの手続きに持っていくという、プロセスとしてはいくつかの方法があると思いますけれども、そういうことも含めてご意見を伺えればありがたいと思っております。でも、一つ一つ、解剖率を向上させるにはどうすればいいとか、まさにピンポイントのようなことでももちろんありがたいと思っておりますけれども。

長尾委員 課題1の国民への周知が進んでいないという点についてですけれども、ひとつご提案というか、パンフレットとかポスターが病院に送られて来るのですけれども、その宛て先が病院宛になっているのではないかと。そうすると、だいたい安全管理部にそれが回ってきて、私この間、ふと部屋の中を見回して驚いたのは、安全管理室の中にポスターが貼られていると。これでは本末転倒でありまして、できれば外来担当者様とか苦情相談センター対応者とか相談窓口対応者とか、そういう具体的なところに宛て先を書けば、特に大規模病院はそちらで対応してくれるかなと。あとは、外来といっても1枚だけ送られてもどの外来ブースに貼るのかということになるので、何枚かまとめて送っていただけると、内科、外科、耳鼻科、なんやかんやと貼れるかなと。多少のことかもしれませんが、具体的にできることとしてご提案です。

高久理事長 私はやっぱり、非常に重要なご提案だと思います。どうせ患者さんは外来で待っているわけですから、重要な情報は外来に出すべきだと思うので、安全調査室だとみんな知っていることですから。

それから、前から問題になっているのは、名前を「医療事故調査」ではなく「医療安全調査」にしたかどうかという、これは厚労省と話し合いはしているんですかね。

木村常務理事 名称に関しては前々回ですか、名越（究）室長の時代に、基本的な名前は法律を変えないといけないのですけれども、通称を付けることには構わないということで、一応了解は得ているというふうに理解しています。ただ、それを具体化するにあたってはなかなかいろいろな問題があって、今はまだ動いていないところですが、これをご意見を踏まえてまた具体的にどうしたらいいのかというのを進めていきたいと思っています。

高久理事長 それから病理解剖について、これは私の恩師である沖中（重雄）先生が病理解剖に非常に熱心だったものですから、お気持ちは分かるんです。ですから、患者さんの説明ではなくて、主治医の人に「どういうふうに患者さんに説明してください」という、その手引きも必要なのではないですかね。患者さんが亡くなったばかりでこれを読ませられると、よく読まないと思うんです。だから主治医の人が、あるいは関係した人が、直接患者さんにはどういう説明をしてくださいという、そういうガイドラインもつくったほうが現実的ではないかと思いますが。

上野委員 病理解剖に関して少し意見を言わせていただきます。この病理解剖の取得というのは、医療事故調査制度の中で唯一、患者さん側に本当に判断権があるわけですね。患者さんが嫌といたらできるわけがないので。それで、この文章はよくできておるんですけれども、やっぱりいま高久先生もおっしゃいましたように、何となく我々に対しての文章のような感じがするわけですよ。思い切って、患者さんがわかりやすくなるようにする努力というのをやる必要があるのではないかなと思いました。

それからもうひとつ、先ほど患者さんが亡くなられている時に家族も動揺しとると。診療行為に関連した死亡ほど医者も動揺しとるわけなんですよ。そうしたら、主治医と遺族での話というのはひどく難しゅうございまして、特に私が院長をしとった時には、本当におかしいやつほどどちらとも忌避してしまって後で後

悔するという事で、むしろ主治医に任せるのはよくないのではないかと。本当に病院あげて、不詳の部分が少しでもあれば、それが明るみに出れば病院にとってもご遺族にとっても素晴らしいことになりまし、それを病理の先生にやっていただくという体制面から、少しご検討いただいたほうがいいのではないかなと思いました。

永井委員 さっき長尾先生がおっしゃった話の追加というか、前々から私は病院に講演に行ったりした時に同じようなことを感じていて何度も言っていますが、ポスターなど配っただけではなく、配った時にアンケートでどこに貼っていただいているのかとか、アンケートの内容はともかく、フォローしていくようなことも必要だと思うんですよ。

そしていちばん難しいなと思うのは、私はこの制度について、第三者機関（センター）のリーディングがまったくできない仕組みになってる。そういう中で、さっき委員長のお話の中にあったように、厚労省が本当にこの制度を推進する意味での通達とかを出していただけるのかと。今のままだったら、誰が推進するんですかと。第三者機関がたぶん推進しはじめると、「そんなふうになっていない」ということをおっしゃる医師の方とか、いろんな方がいることも事実ですよ。そういうことに対して、4年も経つ時に、これを本当に推進するのかもしれないかと。いままでどおりでいいんだという感じを持っているのではないかと。私は、厚労省もこの第三者機関もここのメンバーの方々も、そう思っているのではないかなという危機をしています。そういう中で、5年目を迎えるにあたって推進を強化していくという検討会なり、厚労省も含めたいろいろな策を検討する時期だと思います。そんなことについて、この中の検討会とかそういう委員会をつくってでも、今後どうするかということを考えていく時期ではないかなという感じがします。

三井委員 病理解剖についても今の意見についてもですけども、ひとつ考え方としまして、病理解剖がなかなか進まない。これ、国民の宗教観がものすごくあると思うんですね。ご遺体というものは神聖なものだと。そこに傷つけるということとはできない。これが一般の国民の感情であって、おそらくここのテーブルにおられる皆さんの感情とは少しズレがあるのではないかなと。そうすると、ご遺体にメスを入れる、それをなぜ家族が許されるかということによりますと、ここの病理解剖についてでも、何が起きていたのか、なぜ亡くなったのか、その疑問なんですね。要は、ご家族が何を求められているか、医療過誤があったか

なかったかの究明を求められているだけなんですね。だから、こういう取り組みでご家族の方にそういうふうに勧めていくということは、この事故調査制度の本来の主旨から外れていく可能性がある。

それから、いま報告件数がものすごく減ってきているということですが、今まさしく医療事故の報告がそのような医療過誤に、医療裁判に対して使われているのではないかなというのが、診療の現場であるのではないのでしょうか。それならば、医師は報告をしなくなると思うんですね。だから、そのきちっとした線引きをやっていく。提言でもいろいろな提言をまとめられます。これは治療に対してのひとつの指針になると思います。そうすると、その指針から逸脱したとすると、それは医療過誤という形になります。ということは、おのずと裁判事例にこの提言も使われる。そういう可能性があるということを肝に銘じて協議をしていく必要があるというところ。

それからもうひとつ、これは我々歯科のほうのエゴなんですけど、この3年間で7件ほど報告があります。報告はあるんですが、実際には件数は知っていますが中身についてはほぼ知りません。ということは、せめて院内調査の報告があれば、どのような事故が起こっていたかというところを我々歯科医師会のほうでも発信はできるんですけども、何も知らされていない。件数だけである。そうすると、うちの会員、それから歯科医師に対して何のフィードバックもできない。年報も出されていますけれども、個人情報の問題はあるかと思いますが、そういう部分もフィードバックしていただければ今後広がりが出るのではないかなと考えております。

飯田委員 今の考え方はまったく私も賛成で、前から言っていることです。この事故調査制度も、私は産科医療補償制度も両方とも関与しています。そこでも申し上げていますが、過失に対して処罰するかしないかという話がいちばん大きいので、航空事故、医療事故、その他で、日本にはかなり特徴的なことがあるので、それに対しても弁護士とも話をしていますが、それぞれ考えが違います。私は、重過失あるいは故意以外は刑事処罰するべきではないと考えています。今は法律が違うからだめだというのはわかっていますが、私はそういう考えを持ちながら病院協会や当院でも、おっしゃったような医療従事者の引けた人々をどうやって引っ張っていくか。前にもこの会議で私は言いました。「このままだったらもう引っ張っていきません」と。この機構自体の存在意義まで、ちょっと申し訳なかったですが触れたのはそういうことです。私はこの機構の存在意義があるし、ここまで成果があがったのも認めます。しかし、皆さんいろいろおっしゃっているよ

うに問題点があるので、これをこのまま放っておいてはいけないだろうと、私は2、3年前からかなり厳しい発言をしています。

ですからこれは、どこかできちんとやらないとなりません。この機構でやるべきことではないと思いますが、おそらく国が、あるいは医療界全体で、法曹界も一緒になってやらなければいけないのです。話が長くて申し訳ありませんが、ずいぶん前に「医療と法律研究協会」という会があって、そこの理事をやって、そこでもシンポジウムをすると、だいたい法曹界の人は行政も含めて、「何かあったら医療者が悪いことをした」という前提で話をする」という発言をするわけです。私は怒り心頭に達して、「冗談じゃない」と。そういう状況から、今は少し変わったかもしれませんが、10年前はそうだったのですよ。今でもそういう傾向があるので、おっしゃるように遺族も「何かあったんだろう」というのがあると思います。それは直したいと思います。

それはここで言うておかなければいけないので言っているだけです。今日話題に出てこないのは、患者、家族の意識を高めようというのも大事ですが、その前に医療従事者の意識をちゃんと高めなければいけないということを前から申し上げています。「医療界は何かやっているのか」とご指摘があったのですが、「いつもやっているよと言うけれども、やっている割にはひどいじゃないか」というご指摘は永井さんからあるので、そのとおりだと思いますが、一部反論しておかないと何もやっていないことになってしまうので、病院団体としても病院としてもやっているのだけれども、私も全日本病院協会を代表してやっていますが、そこでも講演会、講習会、事例検討、出版等いろいろやっています。頼まれれば話をしています。それでも病院団体だけでなく医療従事者は、当院の職員でもそうですが、「悪いことをしていないのだから、間違いないのだからいいじゃないか」というのが大半です。いくら教育しても、やはり出たくない。そこには、背景に述べたようなことがあり、何かあると、今は警察に行けというのはなくなったからいいのですが、それでも「過誤がないからいいだろう」と。あるいは「丸く治まっているからいいだろう」と、私は職員からはつきり言われたことがあります。それではだめだと思いますが、これだけ一生懸命やっているところでも、そういう職員がたくさんいるというのが現実です。きちんと教育、研修をやってもなかなかよくならないのは、そういう文化的な、あるいはいろいろな社会情勢があるからです。それは一朝一夕には変わらないが、私たちだけの責任ではどうしようもないので、社会全体で動かないとなりません。これは1年、2年では絶対に解決しないので、急いではいけないと思います。以上です。

熊谷委員 私は日本看護協会の立場で、看護の立場ですが、国民への周知が進んでいないと課題1にあるんですが、本当に看護職員も隅々まできちんとこれを理解しているかなというのは、少々疑問があります。毎年6万人の看護師が国家試験を受かっていくのですが、その人達に正しくこのことを理解していただくことが、まず医療従事者も重要なことだと思っています。それで、先般アドバンス・ケア・プランニングを推進する先生とやっていたら、それはかなり国がリーダーシップをとって、3年に一回国民、それから医療従事者に対してちゃんと調査をかけて、その調査結果をもとにどういうふうに進めようかということを決めて、そしてキャンペーンを張っていく。それから、それを例えば診療報酬の中に盛り込む等やっていきました。そうすると、この制度が3年たってこの状況ということについては、やはり医療法に定められていますので、私はもっと国がリーダーシップをとって国民と医療従事者に対しきちんとした調査を踏まえて、対策を考えていく必要があるのではないかと思います。あとは、医師の働き方改革の中で問題になった国民の医療へのかかり方についてというのに関しても、あれを別途にワーキングを起こしてきちんと議論をして、1枚のペーパーにまとめてやったと思うんです。その中には国民代表も入っておりましたので、そういったことを厚生労働省の中でも検討していただく必要があるのではないかと考えました。

小松原委員 私は工学部の教員なのでぎんぎんの外れなことを申し上げてしまうかもしれませんが、3つございます。まず病理解剖という話ですが、これは個人的な体験になるのですが、私の父が急性心不全でぽっくり亡くなってしまったのですけれども、その時に霊安室にこれが貼ってあると私はありがたいなと思いました。亡くなった後に遺体は霊安室に運ばれるのですが、そうすると「葬儀屋さんはどうしますか」という話がいきなり始まるのですが、後で「解剖という話があったよな」と思い出すみたいなことがありまして。普段知っているということも重要ですが、まさにその時に、ご遺体とご遺族の動線ルートの中に掲示していただくと、気がつく、思い出すのではないのかなと。これは個人的な体験で、申し訳ないですけれども。

2番目は、国民への制度の周知という話ですが、ちょっと変なことを申し上げるかもしれませんが、国民一般に対して普段からこの制度のみを抜き出して周知するという利益がどれだけあるのかと。この制度に限らず国民に周知しなければいけない制度というのは結構いっぱいありまして、例えば製品安全であれば、携帯電話が火を吹いちゃいましたと。その時に、どこに報告をするかというのをご存じでいらっしゃるかどうか。それは消費者庁なり何なりの窓口があるのですが、そこにちゃんと通報すると製品安全に役立つという

制度がありますが、たぶん先生方でもご存じの方はそれほどいらっしやらないかもしれない。ということで考えてみますと、この制度だけを独立して普及啓発をするというよりも、国民に対して生活の安全という、安全全体の普及啓発の中のひとつとして位置づけるということも必要ではないか。いちばん一般国民に近い立場なのは消費者庁のルートではないかと思いますが、そういう別なやり方ということもあるかなと感じました。

もうひとつ報告件数が増えないということで、これは質問になりますが、医療者側が、この制度を知らないのか、知っているが報告ができない、しないのか、いずれかなのか。人間工学では、望ましい行動がなされない理由に「知らない」「できない」「やる気ない」という3つが指摘されています。そもそも知らないのであればそれを教えれば良いということですね。できないということにはいくつかパターンがありますが、わかっているけれどもやろうとすると非常にワークロードが高いからできないということがいちばん多いですね。やる気がないというのはおそらくないとは思いますが、責任が被ってくるんじゃないかとか、後ほど批判されるのではないかという懸念から、やる気がなかなか起こらないと。一般産業ですけれども、何といっても人口減なので、ヒヤリハット報告すら出てこない例が見られています。なぜかという、それを出すということの手間と、出した後にいろいろと管理側から聞かれたりする。それを考えてしまうと、日々仕事は山ほどあるわけなので、出すことによるワークロードの高さということが、報告をためらわせてしまう。これはやる気がないにつながるのかもしれないですが、今回、この制度についてちょっと懸念されるのが、この報告をするとどれだけ機構側からワークが降ってくるのかということです。そこがどうなのかしらというのが、ちょっと個人的に疑問に思ったところではあります。変な話で申し訳ありませんが。

樋口委員長 いやいや、的を射ていると思いますが。院内調査をすることになるから、ワークロードはもちろんどんどん増えるわけです。

山口委員 今の、国民の周知はあまり必要ないんじゃないかというお話だったんですけども。

小松原委員 いや、必要ではないというのではなく、抜き出しての議論がどれだけ効果を持つのかということですが。

山口委員 私たち、約30年で6万件以上の相談をお聞きしていて、予期せぬ死亡ということは最も不信感として相談が届くところです。なぜ知っていないといけないと私が思っているかというと、医療機関が報告してくれない時に、制度さえ知っていれば「報告しないんですか」と遺族から言えると思うんですね。例えば、解剖の必要性というのをわかっていれば、2、3か月ぐらい経って死因を究明したいといって来られた時にはもうすでにできないわけですから、その遺族が直接知らなくても周りの親戚とか知っている人の数が増えたと、「これって医療事故調査制度に報告する死亡だよ」「解剖は重要らしいよ」という話になると思うんですね。なので、医療安全調査機構の中にこういうセンターがあつてとか、そこまで詳しくなくてもいいと思いますけれども、予期せぬ死亡ということが起きた時には報告するシステムがあつて、そしてきちんと院内調査をしてその結果の説明が受けられるという、そういう大枠ぐらいは知っている人の数を増やしていくと、医療機関がきちんと報告しないとしてもそれを国民がきちんと、監視というのは言い方がまずいかもしれませんけれども、きちんとやっていくことができる。そうすると、医療機関もきちんと報告しなければいけないという循環になるのではないかと思います。もちろん医療機関の方にもっともっと教育していくことの必要性も同時には感じていますが、国民が知ることによって医療者も変えることができるのではないかと、いう意味で、大枠は一般常識ぐらいに知ってもらわないと、死亡という大きな問題ですので、そのあたりは私はやっぱり概要をもっと知らせていく必要はあると思っています。

木村常務理事 いろいろな貴重なご意見をありがとうございます。数が増えないということに関して、ワークロードというお話が出ましたが、確かにこの制度は事故の発生の報告をした後が大変なんですよ。院内調査をするということで、それがだいたい1年近くかかったりするわけですから。そのことは、以前にマンパワーで調べてみた時に、200床以下ぐらいの病院になるととたんに大変になるんですね。それ以上だとスタッフもいたり医療安全担当もいたりとか、500床、600床ぐらいになると大きな動きの中でできてしまうという感じがありました。そうなる考え方としては、小さな医療機関、あるいはクリニック等だと、外部からもう少し支援する、支援団体協議会等がもう少し具体的な支援をするシステムを次に考えなければいけないのかなというのがひとつと、それから報告の内容も、確かに医療機能評価機構がやってらっしゃる収集事業と、私どもとでは定義も少し違ったりするのですが、あちらに出ている数のほうがずいぶん多いわけですね。ですから、クリニック等に対しては、この制度でやる調査の内容をもう少し別な枠組みで簡素

化した調査、「こういうことをチェックしていけばいいですよ」という形を少し考えることも必要なのかなと思いました。外からの助けをする、支援をする形、あるいは調査する内容を少し考えてあげるということも必要なかなと思っています。

長尾委員 件数が伸びないことの理由に、さっき小松原先生が知らない・できない・やる気ないとおっしゃいましたけれども、もうひとつ判断が難しいというか、悩ましいというケースがあるのではないかと思います。品質管理でも何でもそうですけれども、まず目標が何件ぐらいなのか明確になっていないと感じます。今、とりあえず「こういう基準で各医療機関で考えてやってください」といったところ、年間 300 から 400 という現状があって、これが少ないと踏んでいるのであれば、いったい私たちは何件ぐらいの年間の報告数があるべきと考えているのか。いま特定機能病院では全死亡調査を行うようになっています。少なくとも 90 医療機関では、年間何科でどういう死亡があったかを認識できていますから、そこから我々が設定する目標とのギャップはどこにあるのか把握できるのではないのでしょうか。つまり、調査報告数を増やしたいのなら、現状に加えて、どういった死亡まで調査の対象とみなしていくのかという、その逆算をしたほうがいいのではないかと。

報告されない要因は何なのかと考えた時に、やっぱり基準が不明瞭だというのがいま上がってくることになるのではないかなと、現場観として感じます。起因性と予期性というものに関して判断する時に、クリアカットに決まるものもありますが悩む事案も多い。その時に、病院長が 6・4 ぐらいの感覚で調査対象から外すという案件がだいたい 6 割、7 割ぐらいはあるかなと感じています。そのような事例をを調査にエントリーしていくのか、現状でよしとするのか、そのあたりの目標が不明瞭だし、判断基準もあいまいだというのがひとつあるかなと感じます。

永井委員 この制度の名前の問題も含めてですが、やっぱりまだ多くの国民はおまかせ医療、医療事故に会うのは運が悪い、そういうスタンスなんですよ。私は少なくとも、いま公表されている交通事故死よりは数倍、医療事故で亡くなっているのは多いと思っています。それは昨年の世界閣僚級患者安全サミットでも、アメリカでは 20 万件とかイギリスでは 2 万件とか、ドイツでは 1 万 8,000 件、医療事故で亡くなっているということを公然と発表しているわけですね。定義が違うからということをおっしゃらずに、不確実性ということ

をいい始めている限り医療事故というものはあるということを、やっぱり国民に知らせることはものすごく重要です。そうでないと、さっき中小病院の問題も出てきましたが、今のままだったら中小では解剖だとか、外部の先生を頼む金さえ出てこないんですよ。そういったいろんな課題がある中で、私は最初から大きい機関からしっかりしたものをつくっていこうと言っていたのですが、医療界全体が全部でやるということをおっしゃったのだから、そのおっしゃったところに何の課題があるかと。今ここに来られている人達は大きな病院の方ばかりですよ。だったら医師会を通じてでも、本当に小さな病院が調査するというのはどういうふうになるのかということも、やっぱり課題にしなければいけないかもしれません。国民は交通事故についてはみんな気にしています。医療事故という問題、やっぱり事故ということがあるということをどうやってみんなに周知させていくか。そして、それを少しでも少なくしていくかという、医療事故調査と再発防止によって、日本の医療の質と安全をよくするという大きな目的がある。そういう目的をどうやって達成するかということについて、まだみんな真剣に考えていないように思います。

樋口委員長 私の方はちょっとタイムキーピングの役割もあって、でもいろんなことをおっしゃっていただけなのでありがたいと思いますけど、ただ、これがご意見を伺っただけで終わってしまうのは非常に残念であると思います。いま永井さんもおっしゃってくださったように、やっぱりそんなに簡単な話ではないわけですね。結局、ありとあらゆるところでね。原因究明が責任追及につながらないような仕組みというのも考えないといけないだろうし、本当の意味で再発防止という、patient safety のためにこの機関はあるのでね。そういうことで動けるような話をシステムとしてつくったほうがいいんだし、それは本当に大きすぎる話になると思いますけれども。しかし、小さくてもピンポイントで、どういう形で病理解剖を遺族の方に勧めるかとか、とにかく1点でも2点でも、少しでも一歩進んだという形のものをこの運営委員会の議論の中から、あるいはそれにプラスした何かの小さいグループであれ何であれ、それでそれをまた、この次の会は11月になるようですけども、11月の会の中では「こういう点とこういう点を今年は少なくとも提言する」という話にしたいという形のもので、プロセスを踏んでいきたいとは思っております。

その際に、この機構としてできることとできないことが非常に初めの医療法と通達の中でありますので、今日いらっしやってくださいしている厚労省の方とも相談の上で、うまくは言えないのだけれども、私もどこまで自分で責任を負えるかわからないですけども、何らかの形で次回は、「この点とこの点だけは」みたい

なものを持ってきたと思います。今日のお話を伺った中で、「これとこれにはこういう形で対応したい。ちょっと他のことはまだなかなかできません」ということを率直に申し上げられるようなものを次回、どういう形かというのはあれですけれども。場合によっては私を囲んで、結局委員の方にご協力をお願いする可能性が強いと思いますけどね。自分一人ではとてもできないことなので。今日のこの資料だって大事な資料だと思いますけれども、ここからもうひとつ、深堀りまでいかないかもしれないけれどもポイントを絞って、少なくとも今年あるいは次回につなぐ。医療安全というのは100 %ということはありませんし、永遠の課題だということだけは皆さん共通の認識だと思いますから、ただ、それをどうやって改善していくかということではどなただって一致できる目標で、ただその目標を、さっき長尾さんが言ってくださったように、はっきりした数値で出せるのかとかですね。何らかの形でデータはあったほうがいいと思いますけれども、とにかく今は頭がまとまらなくてゴチャゴチャしていますけれども、私としては何らかのプロセスを一步進めるようなことを、事務局と相談しながら、それから厚生労働省の渡邊さんとも相談しながら考えて、11月にはと。「なんだ、こんなものしか出て来なかったのか、樋口」と言われそうな感じもありますけど、それはそれでちょっと努力だけはしてみたいと思っております。というところで、ちょっと時間的なこともあるので今日はそのぐらいでよろしいですか。

永井委員 今の樋口さんのご提案は、具体化はたぶんしないと思います。僕はこの前からずっと言って、山口さんも強くおっしゃっていますけれども、もっと小グループの検討会というものをつくってみて、そこで当面の問題等を具体化する論議をする。この前もそういうものをつくって欲しいと言っているのに、まったくその動きはありませんね。そういうことで少し具体的にやらない限り、また6か月過ぎて何もできていませんという話だけになる可能性は、極めて高いと思います。

樋口委員長 私がちょっと口下手なものだから意は伝わっていないという感じですけど、私が申し上げているのもそういうことなんですけどね。それがうまくできて、そこから何か一步でも二歩でも進められるような提案が具体的にできるといいなと考えているということです。

永井委員 事務局として、この件は前から山口さんもおっしゃり僕も言っているようなことを、やる気はあ

るんですか。小グループでの検討会みたいな。

木村常務理事 私からでもいいでしょうか。おっしゃるような、ワーキンググループで具体化しようという意見は実はあります。だけど、ご想像していただけるかと思いますけれども、厚労省との関係とか我々が動ける範囲とかいろいろなことが議論になって、まだ具体化していないんです。例えば、名称についてというのも、これは通称はやってもよろしいという形で一応、前々回ぐらいに厚労省からも言われていると、皆さんご記憶されていると思うんですね。ではどうしようかということで具体化しようという話は出ているのですが、ではどういう方をお願いしてワーキンググループをつくってそこから先に進むかというところで、まだ踏ん切れていないという状況です。そういう話はしていることは事実ですし、他の部分も、もう少しこちらから動ける、あるいは限界があるとかいろいろな議論の中で、本当にそういうワーキンググループを具体的につくるというところの、いい訳みたいですが、一歩手前のところまでは来ているというところでは。

永井委員 一歩手前ではなくて、釈迦に説法みたいな話で申し訳ないですけどね。本当にやる気があるんだったら、スケジュールをしていつまでにやる、そういうことをせずに、単に会議をしているだけじゃないですか。報告しているだけじゃないですか。

田中専務理事 報告しているだけじゃなくて、議論の場を設けようということで、とりあえず今日みたいな状況設定をさせていただいたわけです。今日たくさんのご意見をいただきましたけれども、センターあるいは事務局が努力することによって解決するものから、もうちょっと厚生労働省にきちっと相談しないといけないもの、あるいはもっと大々的に法律改正まで見通したような問題という、かなり難易度にも段階があるような気がするんです。ですから、次回もう一回問題点を整理して、そしてその後、どういう格好で処理するかということをもう一回議論していただけたらと思います。やる気がないわけではありません。

永井委員 結果的にやる気ないんですよ、やってないんだから。今のセンターの権限が弱くなり過ぎてるからね。厚労省もぜんぜんやる気ないと。こんなことで本当にいいのかという意味では、厚労省に願うこと、

それだったら僕らも言いますわ、もう一回開き直して欲しいとかね。ただ、センターでできること、センターでやれるようなことをまずはやって成功事例をつくる。具体的にやって6か月で何が進んだかというふうにしていかないと、単にこういう会議をしているだけになってしまいますよ。それは、皆さん方も本当に大変だということは僕も理解できますが、打ち出すためにセンターとしてはセンターの問題をどうやっていくのか、あるいはこれを厚労省に強く言うのか。強く言えない立場にあるということも理解できています。厚労大臣とか医政局長あたりにも実態を僕らは訴えていこうと思っていますが、もっと動かないとね。誰も動かないという、ここが運営委員会の問題ですよ。

長尾委員 たぶん、安全調のほうにどこまで権限があるのか自体が不明瞭で、安全調としてはおそらく制度上の縛りを気にせざるを得ないのだろうと思います。つまり、基準づくりとか、具体的な調査内容の公開といったところを禁じられた中での議論には限界があります。私はやっぱり権限を持ったスモールグループの設置などが必要になるのではないかと。例えば、先ほども少し申しましたが、特定機能病院では全死亡報告というのが始まっているので、ようやく年間何人死亡があるのかも把握されています。例えば名古屋大学ひとつとってみますとだいたい1日1人死亡くなっている。年間約400件の死亡がある中、事故調査に載せるかどうかを判断する緊急会議が年間10件ほど行われます。そのうち事故調に乗るのが1、2件です。そのような判断について、90医療機関で現状を調査することができます。その結果から、現状どういった事案が特定機能病院では事故調査対象と見なされているのか、それを全国100万死亡に引き伸ばした時に何件ぐらいが事故調査対象となり得るのか、その辺を調べて、足りないのかあるいは過剰になっているのか、もしそれが足りないということであれば、この運営委員会としてどういう事例まで調査対象を拡げるのかというメッセージを発信しない限り、この今の現場の現状は変わらないと思います。国民への周知を増やしたとしてもたぶん変わらないし、医療現場には警戒感がありますから、この拮抗状態では、ある程度調査すべき対象事案というのを明確にしない限り、ブレークスルーはないかなというふうに感じています。逆にいえば、それが明確になりさえすれば、「やれ」と言われればやるという医療機関も多いかと思うので、その権限を持ったスモールグループの設置を提案するなど、そのへんの議論に進んでいったほうがいいのではないかなと思います。

大嶽委員 医学部長病院長会議から参っております大嶽と申します。医学部長病院長会議では、報告件数が少ない、その中でボトルネックが何にあるのかということを調べるためにアンケート調査をやって、論文化をしております。昨年度は、我々自体の報告件数も少ないというお叱りを受ける中で、小さい機関、200 床以下のところに対して、専門家としてどれくらい支援を行っているのかという調査等を行いました。今年度は、実際にそれぞれの機関が発生症例の報告をどれくらいしているのかということと、自施設の院内調査に関して調査を行なっています。私は別で東京都医師会でも事故調査の仕事をしているんですが、そのデータでは、大規模病院も医療事故の支援制度を使っています。やはり大学病院としても、特に専門事例になると、専門的すぎて他の科のドクターにもわからないので、外部の専門家に来てもらわないと検証ができない事象もありまして、大学病院自体もどれくらい支援を受けているのかとか、医療事故調査自体の課題はどういうところかということのアンケート調査をしています。この調査は答えやすいように項目別に分けてしまっているので、必ずしも細かく遡及できない部分がありますけれども、院内調査の労務負担とか費用負担がどれくらいボトルネックになっているのかということであったり、当事者の保護、いわゆる訴訟などに対する保護であったり、どういったことが課題になっているのかというアンケート調査を行っております。事務局とやり取りをしながらになりますが、過去分を含めてアンケートの調査の報告をさせていただくことはできると思います。ただ、先ほど永井さんがおっしゃっていたような事務局としての動きとはちょっと別にはなりますけれども、調査資料等は提出できるかとは思っております。

飯田委員 委員長のおっしゃった、絞ってやるということは非常に賛成だし、永井委員がおっしゃったことは誤解を招くといけけないので、発言します。前回、永井さんのお話に関して、医療事故の定義が違くと指摘しましたが、今回も、「定義はさておき」というのは、さておいては困ります。医療事故という言葉を使った時には、数字で言うのだったらきちっと同じ定義でやらなければ比較しては困るということを前回も申し上げて、今回もまた申し上げたいです。「違うのはわかっている」というのは、それは永井さんはわかっているも他の人はわからないので、一般の人にわかるように説明しなくてははいけない。

それから、数値目標を設定するという長尾委員のお話も賛成ですが、ただ数字を出せばいいのではありません。特定機能病院のデータを集計し割り戻して、全国に一般化したらこれはだめなのです。特定機能病院の数値と一般病院の数値、規模とか機能が違うので、分けてやらなければなりません。層別化するというの

が品質管理の基本ですから、数値で目標を出すのは結構ですが、誤解を招かないようにやっていただきたいです。以上です。

三井委員 タイムスケジュールがあれで、退席せないかん時間が近づいてきたんですけれども、委員長に確認ですけど、先ほど「各委員の皆さんにご迷惑をおかけするかもしれません」と。それから、「口下手でうまく表現できなかった」というご発言のところですけども、あそこはまさしく委員長としては、「ワーキンググループをつくって委員の皆様にご迷惑をかけることがあるかもしれませんけれども、そういう協議をやっていきましょう」というご発言と解釈したんですけれども、それでよろしいでしょうか。

樋口委員長 ええ、もちろん。

三井委員 ということですね。ということは、もう皆さん言われているところは委員長が言われたというところで、確認させていただいていいですね。

樋口委員長 ええ。

三井委員 だから、いろんなデータとかそういう部分に関しては、そのデータのそれぞれのワーキング、いろいろな部分をやりましょうというところですね。

樋口委員長 そうですね。もちろん、できることはやりたいということです。

高久理事長 機構では毎週月曜日の午前中に、私も、それから常務理事、専務理事とか事務長、事務の方が集まってディスカッションしていますので、今日いただいたいろいろなことをまた早速検討したいと思います。

樋口委員長 時間的な制約もあるので、もうひとつその他の議題というのがありますので、しかもそれは特

定の事例に関わることだということになっておりますので、これ以降は申し訳ありませんが傍聴の方にはご
退席いただいて、その他の問題を扱いたいと思います。

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

(以上)