

令和2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：令和2年12月23日（水） 10：30～12：30

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 それでは、定刻となりましたので令和2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。今回は、Web でのご参加の委員もいらっしゃいますので、大変失礼とは存じますが、それでも着席のままでご説明をお許しいただきたく存じます。本日は、飯田（修平）委員、上野（道雄）委員、大嶽（浩司）委員、大塚（将之）委員、岡本（登美子）委員、熊谷（雅美）委員、小松原（明哲）委員、田中（伸哉）委員、三井（博晶）委員はWeb でのご参加でございます。また、城守（国斗）委員、蒲田（敏文）委員、川上（純一）委員におかれましてはご欠席の連絡を頂戴しておりますが、ご出席の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。なお、近藤（稔和）委員、田中（伸哉）委員は12時頃にご退席予定ということをご報告申し上げます。また、本日は大変お忙しい中、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室の諸富室長様にもご出席を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ます。Web 参加の委員の先生におかれましては、先に事務局より郵送させていただきました資料をご一緒にご確認願います。また、ご発言をされる際にはマイクのミュートを解除していただきまして、ご発言が終わられましたらお手数でございますが再度ミュートとしていただくようお願いいたします。

それでは資料でございますが、資料1-1は、医療事故報告等の件数のプレスリリース11月分でございます。資料1-2が「医療事故調査制度開始5年の動向」でございます。資料2-1でございます。医療事故調査制度の運営上の課題に関する要望書でございます。迫井医政局長様に提出させていただいたものでございます。資料2-2でございます。この度「センター調査に関する課題検討WG A」を立ち上げまして、検討を開始させていただくにあたりまして、令和元年11月14日開催の本運営委員会資料から抜粋しご用意させていただきました。後ほどご説明させていただきたく存じます。資料3-1が再発防止委員会の開催状況、資料3-2が専門分析部会の開催状況、資料3-3が提言12号「胸腔穿刺に係る死亡事例の分析」でございます。資料3-4が提言8号「救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析」の活用状況に係りますアンケートの集計結果でございます。資料3-5が提言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」に係りますアンケート調査のご協力をお願いでございます。資料4が総合調査委員会の開催状況、資料5-1がセンター合議に係る事後評価アンケート調査の結果でございます。資料5-

2が「病理解剖について」のパンフレットでございまして、3枚ものでございます。3枚目はご家族様向けの簡易版が付けてございます。資料6－1は、令和2年度医療事故調査制度に係る研修委託事業の関係でございまして。資料6－2が令和2年度センターによる研修実施事業（案）ということで、センター独自の研修を企画いたしましたので、その関係の資料でございまして。資料6－3が令和2年度のトレーニングセミナー開催の資料でございまして。資料7でございまして。この資料7につきましては、医療情報の公開・開示を求める市民の会様から厚生労働大臣宛てに提出されました要望書を、ご参考として付けさせていただきました。資料8でございまして。弊機構の木村理事が大会長を務めました、第15回医療の質・安全学会学術集会のポスター等の1枚紙でございまして。参考資料といたしましては、前回、第1回の医療事故調査・支援事業運営委員会の議事録でございまして。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せ。資料は以上でございまして。不備等がございましたらよろしくお願ひしますが、よろしゅうございますでしょうか。なお、本日の資料でございましてけれども、マチ付きの封筒を机上にご用意してございまして。委員の先生方は、サインをしていただけますならば後ほど私どものほうから郵送させていただきます。

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 座ったままで失礼させていただきます。本日は年末のご多忙の中、またコロナ禍の中でこの会議にご出席いただきましてありがとうございます。このセンターは2015年10月に活動を開始いたしまして、5年と2ヵ月経ったわけでありましてけれども、皆様方のご尽力、特に日本医師会をはじめ医療関係者、団体、並びに学会あるいは各委員会の委員の先生方のご尽力によりまして、一応仕事をやってまいりました。例えば、勧告に関しましては、本日の資料にありますように12の医療安全に関する勧告を行っておりますし、それからセンターの調査依頼というのがいままでに141件ありまして、そのうちの52件については報告をしております。しかしながら、予期せぬ死亡事故という特殊なテーマでありますために、遺族の方々、あるいは医療関係の方々からさまざまなご意見がこの機構のほうに寄せられております。私どもは毎週、月曜日の午前中に1時間から1時間半ぐらいかけて幹部会議を開いておりまして、私もそれには出席しておりますけれども、さまざまな問題が提起されておまして、その一部は今日またご紹介があると思います。いずれにせよ、この医療事故調査制度というのは、わが国の医療の発展のため非常に重要なテーマでありますので、

皆様方のご尽力、ご協力を心からお願いして、簡単ですけれどもご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 傍聴の方は、カメラ等は以後はおやめいただきたく存じます。よろしくお願いいたします。
それでは、これから議事に入ります。なお、Web 参加の委員の先生におかれましては、先ほども申し上げましたけれども、ご発言の際にはミュートを解除してご発言をお願いしたく存じます。それでは、樋口委員長に議事進行をお願い申し上げます。

樋口委員長 おはようございます。それでは早速、今日の議事に入りたいと思いますけれども、今日の議事は大きく分けて3つで、議題としては「医療事故調査制度の現況等について」とありますが、それが第1番目です。第2番目は、先ほど高久先生からもお話がありましたけれども、5年を経過してこの調査制度のあり方について、WG等をつくってこの機構でもいろいろなことを、少しですけれども始めたところでやっておりますので、それについて報告がなされます。それから3つ目が、いつものようにということではあるんですけれども、後で特定事例についてご議論いただくという時間が必要ですので、その時間になりましたら申し訳ありませんが傍聴の方にはご遠慮していただくということになります。よろしくご了解をお願いしたいと思います。

それでは早速、時間もなかなか短い時間ですから、資料1-1から資料2-2について事務局のほうからご説明いただきたいと思います。

矢島専務理事 専務理事の矢島でございます。それでは、まずお手元の資料1-1に基づきまして、調査制度の現況報告をさせていただきます。これは本年の11月末時点での数値になります。医療事故報告は11月は29件ということで、10月から見まして若干減っておりますが、これはコロナの影響が考えられるのではないかというふうに考えております。発生報告が29件ですが、病院からが28件、診療所から1件でございました。院内調査報告の結果も23件でございます。相談件数でございますが、149件で、医療機関が70件、ご遺族等からが72件、その他・不明が7件でした。ご遺族等の求めに応じまして相談内容をセンターが医療機関へ伝達した件数は3件でございました。医療機関から医療事故の判断について相談を受け、センター合

議を開催し、医療機関へ助言した件数は4件でございます。それからセンター調査の依頼件数ですが、11月は2件でございました。調査対象累計は141件でございます。依頼調査2件でございますが、ご遺族と医療機関からの申請が1件ずつでございました。センター調査報告の交付は11月は2件で、先ほど高久理事長からのご説明で52件というのは本日までの件数でございます。11月末は累計で50件でございましたが、本日まで52件交付をさせていただいております。これが資料1－1でございます。

次に、資料1－2「医療事故調査制度開始5年の動向」ということで、平成27年10月から今年の令和2年9月末までの5年間の動向をまとめたものでございます。これにつきましては、10月の段階で記者発表をさせていただきました。ご覧いただきますと、これは基本的にはセンターの年報の形式に沿った形で行っております。見やすくするために若干、図表を変えているところもございますが、基本的に年報の形を踏まえた構成になっております。相談の状況が最初にございまして、やはり今年、5年目の4月から6月にかけては若干減って、また7月から8月に戻ってはいるのですが、直近の状況ではまた減り始めているということもございまして、このへんは残念ながらコロナの影響があるというふうに思っております。最初のところの相談の状況につきましては、1枚めくっていただきましてスライドの4ページのところに、5年間の推移をまとめさせていただいております。相談件数は1年間おおむね2,000件前後でございますが、5年目の4月から9月はやはり新型コロナウイルス感染症の影響と推測されると。このような形でまとめさせていただいております。

その後、医療事故発生報告の状況が続いておりまして、11ページのところに推移のまとめという形で、医療事故発生報告件数は1年間おおむね370件前後であると。おおむねですけれどもそういう形で、1施設または1病床あたりの医療事故発生報告件数はばらつきが見られるということですが、規模が大きくなるほど件数は多くなっていると。このような形でまとめさせていただいております。

次に院内調査結果報告の状況が続いております。これについてのまとめでございますが、スライドの18ページになります。5年間の院内調査結果報告でございますが、発生報告から、5年目は中央値で267日ということで、約9ヵ月を要しているということでありまして、12ヵ月以上未報告のものも全体で約5%あるということも、こんなところにまとめとして挙げさせていただいております。

それからセンター調査の状況でございます。これにつきましてはいちばん最後のページになりますが、このセンター調査の対象件数は、院内調査結果報告件数の1割弱という形で推移をしております。依頼者につ

きましては、ご遺族からの依頼が約7割から9割を占めていると。このような状況が一応5年間の動向ということになります。

次に、資料2-1についてご説明をさせていただきます。これは前回、8月の第1回の運営委員会の時にもご報告をさせていただきましたが、WGで具体的にご議論いただいご報告させていただきましたまとめという形で、まず「医療事故調査制度の普及・定着」に関するWGのまとめの部分、それから次のページが「搬送先医療機関からの情報提供」のWGということで、この2つのWGからいろいろとご指摘があつて、まとめられたものを今年の8月の運営委員会でご報告をさせていただきました。その内容につきまして、高久理事長のお名前で厚生労働省医政局迫井医政局長に直接お会いをしてお渡しをし、ご説明をさせていただきました。そういうものでございます。内容につきましては、8月の運営委員会でご報告をさせていただきましたものを要望という形でまとめさせていただいております。

まず、最初の「医療事故調査制度の普及・定着」に関する要望でございますが、これにつきましては1番目にありますけれども、まず医療安全支援センターを活用していただくように情報提供、普及活動をお願いしたいという点ですとか、それから研修会への医療機関の管理者の出席が少ないということで、やはり出席を誘導する方策というものを検討していただきたい。それから、医療法に基づきます医療機関への立入検査というのがございます。保健所等が行っていますが、立入検査の時に報告すべき医療事故の範囲をどのように考えているのかの確認を合わせて行っていただくことで、意識を持っていただくことができるのではないかと、センターと情報を共有していただくようにも要望するという内容になっています。それから、医療安全につきましてのポスターの掲示ですとか、患者への配布を目的としたリーフレットというものの設置場所についても、立入検査時にご指導いただくと効果が見られますことから、これを継続をしていただくようお願いをしたいと。それから4番目でございますが、特定機能病院につきましては業務報告の必要がございまして、立入の時の報告にぜひ医療事故調査・支援センターへの報告状況が何件だったのかということ、状況報告の欄に記入していただくということで、立入検査の時の参考にしていただくようお願いをしたいというものでございます。5番目が、診療報酬でございますが、「医療安全対策地域連携可算」というのが診療報酬にございます。これは医療機関どうしが相互評価を行う診療報酬でございますが、その例示の中にぜひ「医療事故調査制度の取り組み内容」というものを追記していただくことで、関心を高めていただけるのではないかと。このような形で要望したというものでございます。

次、2ページ目でございます。搬送先医療機関からの情報提供でございますが、搬送先医療機関からの情報提供に関しましては任意の情報提供依頼ということで、なかなか入手が困難な場合がございます。本来は、法令等の手当ということを要望するのが基本ではあるということですが、まずは通知というレベルでも結構ですので上記課題について発出していただきたい。情報提供の協力をしていただきたい旨の通知を出していただくということをお願いさせていただいたということでもあります。この考え方は、院内事故調査についても共通の課題であるということでございます。2番目は、搬送先医療機関からの情報の入手経路でございますが、情報入手は発生報告医療機関を経由することになっておりまして、なかなかこれについても情報を入手しづらい現状がございまして、これも本来、法令での手当を要望するのが基本ではあるわけですが、まずは搬送先医療機関から診療情報を直接入手しても差し支えないということをお願いさせていただくことを要望する。こういう内容で、WGで先生方にご議論いただきましてまとめていただいたものをこのような形で厚生労働省のほうに要望をします。医政局長のほうにお伝えをさせていただいて、いろいろとご検討いただくという形で今、進めさせていただいております。

次に、資料2-2でございます。今、ご報告をさせていただきましたWGの中で、コロナの関係でなかなか進められなかったものもでございます。資料2-2の1ページ目でございますが、これは昨年の11月14日の運営委員会の資料から抜粋したものでございまして、作業部会の検討という形でWGが進んでおります。先ほどご説明をさせていただきましたWGにつきましてはこのような形で進めさせていただきましたが、資料の3ページをお開きいただきたいのですが、WG Aというのがございまして、これがまだ進めておらなかったものでございまして、WG Aはセンター調査の期間の短縮化について検討するWGでございますが、これが立ち上がっておりませんでした。

実際にはセンター調査のアンケートをするということでございましたが、医療機関がコロナ対応で忙しい時にそのような調査をするのはなかなか難しいということで、少し調査が遅れておりましたけれども、この調査結果につきましても今、集まりつつありまして、その調査結果について総合調査委員会の委員である南須原（康行）委員、佐藤（紀子）委員、隈本（邦彦）委員、豊田（郁子）委員にお送りし、結果をご覧いただきながら、どのようにこれをまとめていくかということを中心に調整中でございます。まだお示しすることはできないのですが、そのアンケート調査の結果も踏まえながらこのWGというものを期間短縮化に向けて進めていきたいということで、まずはこのWGの開始をしたいと。WG Aのキックオフをし

たいということで、3ページのところにございます。これは昨年の資料でありますけれども、だいたいここにありますような形で進めさせていただければということで、構成員につきましては実は委員の変更がございまして、日本外科学会戸井（雅和）委員から大塚委員に交代ということになっております。このところのメンバー変更と、オブザーバーにつきましても、総合調査委員会が関係するので総合調査委員会からもメンバーに入っていただく。このような形でまずセンター調査にかかる課題検討、WG Aというものを始めさせていただきたいというものでございます。以上でございます。

樋口委員長 ありがとうございます。それでは、まずここまでの資料説明について、何かご意見、ご質問等を伺いたいと思います。

山口委員 2つございます。まず1つが、資料2-1で医政局長に要望書を直接会って提出されたということですが、これはまだ1ヵ月弱ということですが、今日はせっかく室長がいらしていますので、今コロナですぐの対応ということはおそらく難しいのだと思いますけれども、この要望書を厚労省としてどのように受け止めていらっしゃるのかということ、よろしければ聞かせていただきたいというのが1つです。

もう1つは、5周年を迎えるということで、前回の運営委員会から今回の運営委員会の間に5年を迎えたと思いますが、私も含めていろんな運営委員から、5周年ということを区切りにして、それを利用してなかなか進まない周知ということ、アドバランを上げてはどうかという話があったかと思います。今のご説明でこの要望書のことはわかったのですが、より周知ということで5周年で何か他にされたことがおありなのかどうかということを確認したいと思います。新型コロナウイルス感染拡大の状況としてはなかなか厳しいということは重々承知の上ですけれども。

樋口委員長 ありがとうございます。2つあったので、これは諸富さん、まずいかがですか。

諸富医療安全推進室長 まず、国としての対応についてですが、山口委員がご認識のとおり、12月の月上旬に御要望を頂きましたので、まだ具体的にお話しできるような内容はありません。ただ、大きく分けて2つの内容がありまして、普及・定着に関する内容につきましてはこれまでWGで検討されており、特に医療事故

調査開始時に話をされて初めて知る方の割合がかなり高い、というアンケート結果がありますので、国民一人ひとりに対してしっかり周知していくことが必要と思います。ただ、どのような形で周知していくかは、病院にポスターを貼っていただいたり、パンフレットを置いていただいたり、と効果は出てきているので、まずそれを進めていただくことと、あとは何をどこまで推進できるかは、関係の方々と調整しながら進めていきたいと考えています。立入検査についてもかなり効果を発揮しているとのことですので、引き続き実施するとして、さらに踏み込んだ内容について、これも関係の方々と調整しながら、できることとできないことをしっかり見極めながらやっていきたいと思います。あとは、最後の部分の診療報酬の改定については、令和4年に向けての作業となりますが、ご意見を踏まえた上で医療課としっかり調整していきたいと思います。

次に、診療情報の提供に関する御要望をいただきましたが、これについて具体的に通知などの対応ができるかどうかといったところについて、内容をもう一回しっかり考えた上で、冒頭申し上げたとおりコロナとの兼ね合いもありますので、難しい側面もあろうかと思いますが、いずれにしましても遅滞ないようにしっかり対応していきたいと考えております。

山口委員 そのことについてよろしいですか。ポスターやパンフレット、リーフレット、もちろんそういうことを努力していただいているんですけども、WGで話し合った時に、それだけではなかなか周知が徹底しないという現状があって、なお要望書になったと思います。ですので、今、通知を出していただくとコロナに紛れてしまってあまりプラス効果にならないかもしれませんので、やっぱり時期、タイミングを見計らっていただいて、ぜひ効果的な対策をとっていただきたいということを合わせてお願いしたいと思います。

諸富医療安全推進室長 ありがとうございます。委員ご指摘のとおりで、必要に応じてコロナに関する事務連絡を発出しているところですが、他の事務連絡等に紛れてしまっているというご指摘もあるかと思います。コロナに関しては、今は省内のみならず、国全体で啓発、広報活動のあり方については、改めて民間の方などに来ていただいて工夫を重ねているところでございますので、医療安全についても国全体での周知のあり方を、一生懸命工夫しているところですので、委員ご指摘のとおり、タイミングをしっかりと見計らいながら、効果的な対応をしていきたいと考えております。

樋口委員長 では2点目の、事務局として、あるいはこの機構として、この5周年にあたっての活動等について、事務局お願いします。

矢島専務理事 これは後ほど木村理事からも説明がありますが、本日の資料8のところに入っておりますが、実は11月に医療の質・安全学会学術集会というのが開催されまして、当機構の木村理事が大会長を務めました。ちょうど5年ということで、この医療の質・安全学会でのテーマが「医療事故調査制度開始5年を経て」ということで、予期しない死亡にどのように対応し、次につなげるかというテーマでまず学会を開かせていただきました。私どももいろいろと協力をさせていただきながら、この学会を盛り上げていくということをしていただきました。医療関係者の方々にも、こういう学会の機会を通じていろいろとPRをさせていただくということ。

それから、これも後ほど木村理事からの説明がある予定ですが、資料6－2でございますが、センターによる研修の実施で、新たに医療事故調査制度の取り組みの実際という形で、これは医療機関の実践報告を共有すると。3月にそのようなものを開いて、実際にどのように医療事故調査の報告や、院内調査を実施しているかの経験を共有するような研修をやっていきたいということで、今、ご指摘がありましたような形で5年目を迎えたということで、新たな切り口でこのような事業を進めていきたいと考えています。詳しくは後ほど木村理事のほうから説明がございます。

山口委員 ありがとうございます。従来から申し上げているように、私はやはり一般の方がもう少しこの制度を知ることによって、医療者が報告しなくても「これは報告する必要があるんじゃないですか」と言っていけるようになると変わってくると思うんですね。ですので、一般の方向けということも視野に入れて、さらに検討していただきたいと思います。

樋口委員長 他に、資料2－2までのご説明を伺った範囲で何かご意見はございますか。

飯田委員 よろしいですか。センター調査の件ですが、WG Bに私も参加して、その時も申し上げたし、昨年の運営委員会でも申し上げて議事録にも載っています。センター調査に関するWGだからということで

センター調査に限って議論するということで、時間がないと言われてのであまり議論はできなかったのです。趣旨は前回のこの運営委員会の議事録にも書いてありますが、要するに今の報告があったように、センター調査は約1割弱です。ということは、逆に9割以上がセンター調査は関係ないです。だから、センター調査が重要でないということを言っているのではなくて、ものの道理からいうと、センター調査をやるのであればセンター調査以外のことをきちんとやるべきだということを私は申し上げているわけです。特に私の担当したWGでは、複数の医療機関が関与した云々ということで、これは関与したセンター調査と限定されてしまったのです。この時にも申し上げましたが、複数の医療機関が関与した事例も、センターが関与していない調査のほうが多いわけです。我々の仲間も私どもも、それでいちばん困っているわけです。それを議論して欲しいのですが、議論をさせてもらえなかったのです。これはきちんとやっていただかないと困ります。以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。他の委員の方で、オンラインの先生方はすぐに対応できなかったら申し訳ないですが、ともかくお手を挙げるなり声をあげるなりお願いしたいと思いますが、いかがですか。また後でということでも構いませんので、資料がまだ大部ですので、次に進ませていただきたいと思います。次は資料3全体について、事務局からのご説明をお願いしたいと思います。

木村常務理事 常務理事をしております木村と申します。私から、資料3-1から5を使って再発防止に係る事項をご報告させていただきます。この制度の中で、最終的なプロダクツとして再発防止の提言をするということになっておりますので、その再発防止委員会の活動状況等を踏まえてお話しいたします。先ほどもありましたけれども、医療事故報告の現状として、院内調査報告結果が1,600件弱届いています。その1,600件の報告書を使って、その中から再発防止を作り出していくという作業がありますが、この資料3-1「再発防止委員会開催状況」は、そういうものを検討してテーマを決めて、実際に分析を行う分析部会の設置等を行う委員会ですが、2月に1回行っています。ざっと見ていただくと、これは粛々と2月に1回ずつやりまして、分析部会で出された提言のたたき台を作り、それをさらに再発防止委員会の中で、一般の方も含めてどのように医療関係の方が受け止めるかということも検討した上で発出しているところです。「胸腔穿刺に係る死亡事例の分析」が今回出ましたので、後でその内容をご説明させていただきます。

資料3-2は全体の進捗状況ですけれども、ガント表といって横にずっと●とか→が付いているものですが、上から下に向かって現在、胸腔穿刺の12番の項目まで発出しているところです。赤い印が付いている延期というのは、コロナの影響で委員会が少し滞ったりしたところがありました。現在、胃瘻、アブレーション——カテーテルを使った不整脈の治療ですね。それから薬剤関連、頸部手術というのが予定どおり粛々と進んでいるところです。それから、17番ではCVC——中心静脈穿刺に係るものがその後も出ておりますので、第2報を予定しております。あと股関節手術、肺動脈カテーテルというふうが続いています。めくっていただくと、そこに関与した専門分析部会に参加していただいている学会等推薦の先生方に関して、人数が書いてありますが、ひとつのテーマに対して9人から10人ぐらいの領域の専門家に集まっていただいて、約1年に渡りそれぞれの内容を検討した後、さらに院内調査だけではわからないところを比較検討し、さらに聞き直したりということで、だんだん内容を煮詰めていくという作業をしていただいています。9人ないし10人ですので、もうすでに12事例まででも120人の先生方にお世話になっているということになります。感謝しております。

それから、次の資料3-3ですけれども、これは11月に12番目の提言書として「胸腔穿刺に係る死亡事例の分析」を出しました。胸腔穿刺はご存じのとおり、胸腔にカテーテルという管を入れて、血液とか、場合によっては気胸に対し、空気を抜いたりする作業ですが、それによる死亡事例というのがあります。これは、今年の4月、開始から4年6ヵ月の段階で院内調査の結果が1,400出ております中から、胸腔穿刺に係る死亡事例9例を取り出して検討したものです。めくっていただいて、3ページのところにまとめとしての提言が1から5まで出ております。9例の中で5例は実にカテーテルを挿入時に心臓、あるいは大血管に穿刺して大出血を起こしていた事例でした。それから、肋間というのはわりと狭くて、そこを通過する時にかなり抵抗があったりするわけですが、そこに走っている小さな動脈、肋間動脈損傷というのでも3例ありました。その適用、確認の方法、手技の特徴、それからその後の対応といった点に分けてやっております。11ページをご覧くださいと、その9例の経過が出ております。穿刺した後、心臓大血管等では、上に赤いマークがあるとおり大出血を起こして直ちに意識消失、心肺蘇生というのが始まるような経過をとっています。それから24ページには、カテーテルという道具を使うわけですから、企業等に対する提言がここに入っています。例えば、穿刺する時に入り過ぎないといいますが、勢い余って入ってしまうことがあるので、そういうことが起きないようなストッパーが付いているとか、工夫をもう少しして欲しいといったものになっており

ます。それから、それに対する教育等に関して学会等をお願いしているというのが、この胸腔穿刺に係る事例の分析として出させていただきました。

それから次の資料3-4は、いつも行っております、こういうものを出した後、また次の提言書等を送る時に前回の、あるいは前々回のアンケートを添付して集計を行っています。資料3-4は、「救急医療における画像診断に係る死亡事例の分析」のアンケートを出しました。全国の病院だけですけれども、8,340施設に送って9%の有効回答数を得ております。地域、それから病床規模等はここに示したとおりですが、めくっていただいて2ページ目のところ、これが役に立ったかどうかということに関しては、7割5分、8割近くが「役に立った」という回答をいただいています。それから3ページのところでは、放置しておく死亡につながる画像が救急医療の場合はあるわけで、大動脈解離とかそういうものを指していますが、killer diseaseと呼んでいます。提言1のなかから、そういうものを意識して読影するようになったという返事がありました。あるいは、依頼する医師とそれを受け取ってCT等を撮る技師との間の連携、それから疑った場合に追加の検査を行ったとか、報告書を確実に今度は受け持ち医のほうに後日伝達できるようにする。これは時々、新聞等に出ておりますけれども、そういう内容での対応が出ております。最後のページにも、電子カルテの改修とか、受け持ち医が読んでいない報告書をチェックできるようにしたというような対応が、これによってされたという報告をいただいています。

次の資料3-5ですけれども、これは覚えてらっしゃると思いますが、「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」で問題となった提言1のところですが、高齢者の場合等に神経学的所見の症状が出にくいので、症状がなくとも状況に応じて頭部CTを撮影というのを、「推奨する」という言葉を使ったのですが、それでは誤解されるということで、「考慮する」という言葉に切り替えた提言書でした。それに対するアンケートですが、これは粛々といつもやっているアンケートの内容と同じように、提言に関してどういうふうに感じられたか、どういうふうに役立ったかということを聞くようにということで、こういうアンケートを出させていただいております。再発防止に係る事例の報告は以上です。

樋口委員長　ありがとうございました。この機構の役割のひとつであるところの再発防止のために、今日まで12の具体的な提言をして来たことについてということですが、いかがでしょうか。何かコメント、ご質問があればお願いしたいと思います。

長尾委員 木村先生が大会長をお務めの先の学会のシンポジウムで「CVの事故は減ったのか」というセッションがあつて、とてもいい試みだと私は把握しました。この再発防止の提言発行後にどの程度の同種案件の報告状況なのか、そういったものをモニターするという方向性というのは検討できないのでしょうか。あるいは、率にしてもいいのではないかと思います。

木村常務理事 ありがとうございます。実をいうと、こちらに来る報告は死亡事例を事故と自ら判断をした事例だけが来るものですから、全体、例えば中心静脈が何例、日本でされているのかとか、事故と思われるようなことがどれぐらい起きているかということは、ほとんど把握できていないのが現状です。ただ、最初の第1号が出された後、中心静脈に係る報告が逆に増えたんですね。それはどういうことかというのは推測の域を出ませんけれども、「こういうものは報告しなければいけないんだ」ということで、中に書いてあること等を踏まえて考えられ、報告するようになってきたのかなと思っています。

それから、最初の1号は穿刺の手技に関わるところに注目しておりましたけれども、今度はその管理とか維持、あるいは抜去した時の問題点というものを含めて、数がその後もかなり蓄積されてきましたので。あの当時は、最初の事例だったので院内調査の報告200例ちょっとぐらいの中から中心静脈が10例弱あったわけです。その後、現在まで1,500例の中で40例以上、中心静脈に関する報告が集まっています。それが減ったのかどうかという判断にはなかなか使えないですけども、再度、それを別な観点から見て、今お話ししたとおり管理とか抜去の時の問題というので第2報を今、計画しているところです。見る角度を変えて、いろんな観点から再発防止策を作っていきたいと思っています。

先生のご質問にはちょっと正確には答えられないですけども、少なくなっているということを期待したいところです。別のアナフィラキシー等では、0.3ミリのアドレナリンを打ってうまくいったという報告は、ぼつぼつ単発の報告ですけどもいただいていたりと、あるいは肺血栓塞栓症は、大したことはないけど症状が出た時に疑いなさいということだったのですが、実際にそういう疑いをもって予防できたという報告もいただいています。そういう個々の事例は少しありますけれども、全体がどういうふうに影響したというのはまだ残念ながら出ておりません。

樋口委員長 ちょっと私からも一言ですけれども、今、長尾先生が指摘してくださったのは非常に重要なことだと思っていて、この医療安全の問題が大きくクローズアップされたのは1999年の2つの病院での事件が契機になっていて、ちょうどそれから数えれば20年なんですね。20年前と比べて、私の知り合いのお医者さんなどは、「医療安全の意識から体制からずいぶん変わった」とおっしゃってくださっている。私もそう思います。医者ではないので、間違っていたら訂正していただきたいと思いますが、例えば心臓血管外科学会では、全国の心臓血管の手術というのが具体的には私はわかりませんが、手術を全部報告してもらっていてデータとして集めて分析しておられるはずなんですね。そうすると、20年前のものと、10年前でもいいですけれども現在とで、やっぱり手技の成功率がこれだけ上がってるとか。医療に100%はないとは思いますが、着実に進んでいるんだということがデータの形で何か出てくると、特にこの時代にいいニュースを我々も聞きたいし、特に医療についてなのでね。その医療安全の指標というのは、全体の指標は難しいと思いますが、何かポイントが0.1でも0.2でもちゃんと上がってきている。実感として、例えば癌の治療などが20年前とぜんぜん違うというのは、我々は周りに癌患者がいれば本当にわかるんですよ。あれと同じようなことがこの医療事故についても、ずいぶん少なくなってきたという話が聞けると本当にありがたいと。素人の発言で申し訳ないけど、そう思っていたものですから、学会であれ何であれですがそういうところと協力して、そういうデータも集められるといいなと本当に思っております。ちょっと余計なことを申し上げましたが、他の方で何か。

山口委員 今回の長尾委員のご指摘を受けての木村理事からのお話の中で、中心静脈が逆に報告が増えてきたというお話でしたが、内容自体はどうなんでしょうか。1回目の再発防止の提言を受けて、同じように中心静脈のことで報告が上がってきてはいるけれども活かされた形というのが見えてきているのか、内容自体はそう変わらないのかというところが、数というより内容が気になったんですけれども。

木村常務理事 起きた事例のポイントになるところ、例えば動脈を刺してしまったとか、気胸になってしまったといったようなことが、おそらくあれを見て、利用していただけているのかなとは思っているんですが、その部分が減って来たという感触は残念ながらないと思います。先ほどお話ししたとおり、事故が起きてしまっただけで死亡した事例を、その中から全部ではない、おそらくその部分は報告されてくるので、こちらに上が

ってくるものはやはり同じようなことが起きていること。

それからもうひとつは、例えば報告の仕方とか分析の内容、やり方というのは、全体としてずいぶん進んできていると思います。見る観点といいますか。それは、こういう事故の対応をどう考えるのか、どういうふう処理し、委員会を組み立てて報告書を作っていったらいいのか、これは他の事例でも言えることですけれども、分析に関しては少しずつですが報告されてくることは、マニュアルとかいままでの経験とか、1回だけではない2回、3回そういうことを報告している病院等も含めて、内容的にはずいぶんよくなっているといっているのではないかと思います。内容を評価するのは非常に難しいですが、報告書のページ数だけで見ても、2～3ページの少ないものが多かったのが、今、数ページから12ページに平均が上がってきているという状況なので、それでも内容を、項目をきちっと立てて分析していただいていると。そういうところに少し変化が出てきたのかなと。それはまだまだだという考え方もありますし、少しずつだけ前進しているという言い方もできるのかなと思っています。

南学委員 今の樋口先生がおっしゃった比較ですけれども、実際にやる時はその背景因子をきちんと揃えないといけなくて、例えば心臓のお話をされましたけれども、以前だったら手術をしていた人達が今はカテーテルでの治療をするようになっているので、おそらく今、手術をする人はかなり難しい人を手術する。透析にしても、透析が始まった頃は高齢者とかそういう人はやらないというのが、今は逆に透析導入の平均年齢が80を超えているので、そういったところで単純比較するとおそらくあまり綺麗なデータが出ないので、きちんとそれを合わせないとなかなか解釈ができないデータが出るような気がします。

樋口委員長 ご指摘ありがとうございます。

飯田委員 いい話とお願いとあります。この提言書は非常に役に立っています。まず、当院に限って言えば、感染対策委員会でも説明するし、イントラネットで全職員が見れるようにしています。全日本病院協会では医療安全の講習会、医療事故調査の講習会をずっと私も本を出版してやっています。そこでもこれを参考に使わせていただいて、これは印刷して配るわけにいかないのか、これを提示して「こういうのを使うといいです」と説明しています。

それからお願いします。第12号の11ページをご覧くださいませ。これは経過を9事例書いてあります。これは素晴らしい資料で、もっと症例が集まると面白いと思います。これを一覧にするとこんなに違うのかと。我々、臨床医としては、患者ごとに違うというのはわかっていますが、こうやってみると面白い。ただ、これだけではまだ不十分なので、これの要因、起こった事象の要因だけではなくて、死亡につながった要因です。その2つを分析しているはずですから、それをぜひこれに付けてくれると我々も参考になります。まずインシデントが起こった要因と死亡事故まで行ったその要因、2つをぜひこれに並べて書いていただくと非常に重要な資料になります。我々もいろいろ研修会で使っているんで、こういうものがあると説明するのに非常にいいと思います。ぜひよろしくお願いします。

木村常務理事　ありがとうございます。前向きに検討させていただきます。要因を2つに分けてという考え方は非常に重要かと思っています。内容を見ていただくと、死亡に至った経過から、ここがいちばん死亡につながったというのはだいぶ浮き彫りにされてくるのではないかと思います。これを作るにあたっては院内調査の報告書だけではわからないことがたくさんあって、それを全部、もう一度見直して、それで比較する。10数例だからできる話ですけども、比較する中でだんだん新しいこと、我々もびっくりするようなことが共通項目としてだんだん出てくるというので、こういうものが出来上がってきています。そういう考え方はひとつの分析の仕方として意味があるのではないかなと、少しずつ思っているところですが、先生のご指摘も踏まえて、今後検討していきたいと思います。ありがとうございました。

飯田委員　私の発言の趣旨を理解していただいていないので補足します。共通の要因があればそれはそれでいいですが、それぞれ症例ごとで違うと思います。マス（集積事例）として見るというのも大事ですが、個別の原因分析はしているわけですから、別に固有名詞とかそういうものをわかるようにする必要はないのです。原因分析していてわからないというのはゼロとは言わないが、だいたいこうだろうというのはわかるはずです。それは1例ごとに違うので、それを書いて欲しい。その中で何が共通するというのがあればいいですが、これを見ただけでも症例ごとに違うので、その違う理由を知りたいわけです。ですから、まとめて何とかしてほしいという話です。この冊子の他のページはみんなそうになっています。それでは、山口さんがおっしゃるように、繰り返すのです。みんな起こすということはわかっているのです。「またやっちゃった」「あ

そこもやったのか」という話になってしまうのです。1例ごとの個人情報に抵触しない抽象的な症例はいいので、事象発生の切っ掛けとか、死亡に至った主な原因を知りたい。我々は、RCAで原因分析をやります。事故調でも医療安全でも。その時に、それは極めて大事です。最初の時の要因と、最後のところの死ぬまでいった要因、両方必ず分析します。そうしないとRCAの意味がないです。ですから、皆さんそこでも原因分析をやっているはずですから、必ずやっているはずなのでそれを出してくださいということです。以上です。

木村常務理事 個々の事例に関しては、今の11ページの前にそれぞれの事例を、10行程度の内容でサマリーが出ていますけれども、これを作る時も非常に議論があって、個々の事例を出すことはまかりならぬということで、どこの範囲だったら個人情報を消すことができるかというようなことで、現在のところはこれぐらいになっています。できたらもっと詳しいのを出して、それを役立てて使っていただきたい。症例報告で我々も勉強したように、こういうものがなっていくといいなと個人的には思っておりますけれども、現在の制度の中では、それを詳しく具体的なことを述べることは少し限界があるところもありますので、今後とも検討していきたいと思います。

飯田委員 かなり誤解を受けているようです。そんなこと言ってないです。前から何回もこの運営委員会で言っていますが、事例を参考にしてこちらで症例を作ればいいのです。まったく関係ない話ではわからないので、事実に基づいて自分たちで作ればいいのです。個人情報には抵触しません。そういうことは最初からずっと言っています。

木村常務理事 覚えています。今後も検討していきたいと思います。ありがとうございます。

樋口委員長 他にいかがですか。

長尾委員 資料3-2ですけれども、先ほどの話にちょっと補足というか、この1から19の項目というのは非常に重要な項目だろうと思うんです。つまり、今制度開始から5年ですけれども、この間でだいたい10

件前後報告のあったものがこういうふうには分析対象、再発防止提言対象にあがっているというのが、提言書を見て初めてわかったということになります。それが報告頻度だというふうには認識できます。国内での発生頻度が減っているかどうかということを示して欲しいわけではなく、まず第一段階として報告頻度の推移というものを明らかにしていってはどうかと。例えば、定例のこのような会議や、あるいはセンターから出される報告書などに、ジャンルごとの報告数の推移といったものを公開していけるような時期に来ているのではないかと。その推移を見ながら、医療現場が何にさらに注意をしなければいけないのかとか、もう一度この提言書を読み直そうとか、そういった気運につながられるのではないかと思います。必ずしも提言書が出たから同種事故が減っていることを示して欲しい、ということを申し上げたわけではないということを補足させていただきます。

木村常務理事　ありがとうございました。このテーマを選ぶ時のポイントというのが、いままでの経験では手技に関するもの、診断に関するもの、そしてその重要度がどのくらいあるのか、数がどのくらいあるのかということで判断しておりました。ただ、1,500例の中には、本当に1例のこともありますし、たくさん出ているけれどもなかなかまとめるのにくいものもあります。今回、薬剤というのを初めて取り上げましたけれども、薬剤はそれだけで40数例出ています。ただ、分析が非常に難しい。そういうものを含めると、先生がおっしゃったように推移というのをまとめてある程度グループ化して、その割合がどういうふうに変化しているかといった、例えばそういう分析は非常に意味があるのかなと思っています。

もうひとつ、分析の対象が今のような手技とか判断、診断といったところになるんですが、例えばインフォームドコンセントに関してというと、それぞれ全てに関わってくるような内容ですが、非常に重要なポイントになってきます。そういうものを本当は取り上げて、どういうところに問題があるのかということをやりたいところですけど、それはまったく別なジャンルというか、分類的にはひとつの別な範疇に入ってくるのかなと思いますけど、そういうことも含めて5年経ちましたので、どういう対象を選んでいったらいいのかということを改めて考えていきたい。そういうための例えば委員会とか、検討する会を考えていかなければいけない時期に来たのかなというふうには考えているところです。ありがとうございました。

樋口委員長　それでは、時間的な問題もありますので、次に資料4から8について、ご説明を伺いたいと思

います。お願いいたします。

木村常務理事　引き続き木村からご報告させていただきます。総合調査委員会は、全ての院内調査の結果、9%程度がセンター調査に来るわけですが、そこで行う総合調査に関するご報告です。総合調査委員会は月に1回行っております。そこで、依頼のあった事例をどういう委員会で対応したらいいのかという委員の内容、どの学会にお願いしたらいいかといったことを決めて、調査委員会、調査部会をつくることになります。

開催状況はその程度だと思いますが、資料5-1をご覧ください。「センター合議に係る事後評価アンケート調査の結果」、これはセンター調査だけではなくて、この事故調査制度での事故に当たるかどうかという相談を病院から受けることがあります。それに対しては報告していますが、私どもは合議をして、医師5~6人、看護師5~6人で、まだ調査も行っていないわけですが、いただいた短いA4・1枚程度のサマリーを対象に検討して、その結果をお渡ししているということをやっています。それを合議と呼んでいますが、その合議に関するアンケートを、いままで合議をした医療機関に対して行いました。

実際に2ページ目を見ていただくと、センター合議に係る相談を私どもが受けてから合議を行った結果を電話でご報告するまで、おおむね10日間ぐらいの間がありました。向こうの病院側の予定等も含めてですけれども、だいたい10日以内には報告しております。昨年12月までに合議を依頼されたのが242施設、284事例ありました。この全てに渡ってアンケートを行って、284事例に対して70%の回答率を得ました。資料1-2の5年の動向の中に、私どもが「これは対象となると思う」とお伝えしたのを、今度は病院で最終判断をして「報告して来ない」、あるいは「報告に至った」というのが少し話題になったことがありますけれども、私どもが「対象となる」といった中で、7割程度が報告いただいています。3割は「病院でその後、検討したけれども報告しないことにした」と。これは医療機関が最終判断をする制度ですから、それで構わないわけですが、そのあたりがどうなのかということが議論になっているところです。そのことを詳しく分析するのではなくて、私どもの合議の内容にどういう内容を加えたらいいのか。それがどうやったら病院に対して役に立つのかということを検討するために、こういうアンケートをお願いをしたわけです。

ずっと見ていただくと4ページ目のところ、「センター合議をどこで知ったのか」ということでは、「こちらに相談電話をかけた時に説明された」、あるいは「ホームページ等で知っていた」というのが主でした。5ページ目の院内調査の経験について、この制度での院内調査、つまり「以前にも報告をしたことがある」「調

査をしたことがある」というのは30%ありました。それから、「本制度以外で院内調査を通常に行っている」、M&Mカンファレンスとか院内の調査を行ったというのが54%、半分以上がこれ以外でも調査は行っているということをお聞きしました。それから次の6ページですが、このセンターに相談する前の院内での検討事項は、「少人数で検討した」あるいは「定例の委員会において検討した」といったものでした。7ページの合議を希望した動機については、「判断に悩んだ」「助言が欲しかった」ということです。その相談を勧めた人では、院長がいちばん多くて、院長から「これは相談してみたらどうか」と言われたというのが多かったということです。8ページのセンター以外の相談する機構というのは、支援団体にもあるわけですが、真ん中にあるとおり、都道府県の医師会の窓口相談したというのがいちばん多い回答でした。次のページ、助言を受けた後、最終判断まではどういうふうにしたのか。役に立ったのかということですが、「役に立った」「まあ役に立った」というのを入れると80数%になっています。9ページのいちばん下に、「あまり役に立たなかった」という理由の中に、「明確な判断が得られなかった」「最終的な判断を管理者が決めてくださいと言われて結論がもらえなかった」と。つまり、合議をした時に期待していることが、この事例が対象となるかどうか白黒を付けて欲しいということを期待されていたということになりますが、それはこの制度の本質からちょっとズレることになる。そのへんのご理解をまだ得られていない部分もあるのかなと思いました。次の10ページは、センターに報告した中では「役に立った」とか、院内調査で明らかにすべき項目等、こういう点が検討されたらといったことを会話の中で話しているわけですが、そういうことが明確になったというご意見もいただいています。対象外と最終的に判断した場合には、「定例の委員会で検討した」といったようなものでした。いちばん最後のページ、センター合議全体について、助言、具体的に渡ってご意見をいただいていますけれども、やはり「判断が難しい」というご意見でした。以上、センター合議に関するアンケートの結果です。

次に移らせていただきます。資料5-2は、前にも一度出させていただきましたが、解剖というのは非常に大事で、家族を亡くされたご遺族にとっても、まだ気が動転している時期に説明しなければいけないので、医療機関に対する利用していただくような項目と、もうひとつご遺族への説明資料、直接渡していただいて参考にしてくださいというものを作りました。前回、山口先生から、「ご遺族の状況を考えると、もうちょっと簡単な簡易版も作って欲しい」というご意見もありましたので、後ろに付け加えてあります。こういうものをホームページと、それからわかりやすいところに置いておき、院内で医療機関の先生が説明する時に参

考にしていなければというものです。

次に資料6-1に移りたいと思います。研修についてですが、これは例年やっております委託事業として、支援団体の職員向け、医療機関の職員向けということで、日本医師会、日本歯科医師会に委託させていただいて行っているものです。今回、大きく違うのは、コロナの影響でe-Learning等を中心に行うということで、今、準備を進めています。

その次の資料6-2ですけれども、今お話ししたとおり、センターが研修を直接行うのではなくて委託することになっておりますが、だぶって同じような内容を行うということではなくてということになっておりますので、今回初めてセンターによる研修というのを考えさせていただきました。これは、センターに得られた情報の中から出て来るもので、医療機関がこの制度にどういうふうに取り組んだのか、医療機関の実践報告の共有ということで研修を企画しているところです。医療機関の管理者、医療機関の医療安全担当の医師、医療機関の医療安全の看護師さん、その3つのファクターで、別々の事例ですけれどもこの制度で実際に調査をして、どういうところにやってよかったのか、どこに問題を感じたのか、この制度に対する今後こういうようにして欲しいといったことを含めて、取り組みをご報告いただいて、みんなでそれを分かち合おうという研修になります。これもWebで、もう日にちは決まっております、来年の3月6日に3時間ぐらいかけて行う予定であります。今、発表していただく先生方、看護師さんがだいたい決まったところです。これは具体的な内容が少し入って来ますので、病院名、個人名等がどうなるかということで、かなりそのへんを検討し、十分対応できている状況で行いたいと思っていますところでは。

次の資料6-3は、職員のトレーニングセミナーを毎年のようにやっているということです。

資料7ですけれども、ご存じかと思いますが、医療情報の公開・開示を求める市民の会の勝村（久司）さんから出された、厚生労働大臣に対する要望書です。勝村さんはご自分の事故の経験を踏まえて、それを乗り越えて事故の再発防止に対して非常に努力されている方で、非常に私も尊敬している方ですが、この要望書は大きく2つに分かれていて、前半の対象の適正化、それからそういうことに対する調査についての要望が入っています。これは医療側に対し今の制度をもうちょっとよく理解していただいて、ちゃんとインフォームドコンセントをとってください。それから遺族にもわかりやすいように報告書を作って欲しい。特に臨床経過などはきちっと納得いくようなものを作って欲しいという要望になっています。

後半のほうが私どもセンターに対する提言で、ここのところは少し難しいところなので簡単にご説明、追

加させていただきますと、数が増えないということも踏まえて、先ほどのこちらが合議の結果「対象となると思う」といったのが、結果的に院内で検討して報告がないような事例に対して、ご遺族の立場としては非常に忸怩たる思いがあるのだらうと思うのですが、遺族からの相談があった場合、合議をした上でセンターが「対象となる」といった場合には、最終的にはちゃんと調査をして欲しいというような内容。それから、ご遺族からも合議の依頼ができるようにして欲しいという内容が含まれています。これに関しては、この制度の本質が医療者が自らプロフェッショナル・オートノミーに則って考えること、そしてそのことで詳しい内容が出てくること、そして再発防止につながるというのがこの制度の根幹にあると思いますので、そういう観点から、ご遺族がもし希望されればそれが調査につながるようにというご希望は、お気持ちはよくわかるんですけれども、この制度全体を考えないといけないということで、私どもはそのまま受け入れられないと考えているところです。

時間ありませんので、資料8のこの間行われた医療の質・安全学会学術集会は、毎年行われていて、毎年2,500人から3,000人ぐらいの参加を得ている学会です。7割が看護師さん、医師、技師さん、薬剤師さんという方たちが、医療安全に対する非常に真摯な熱心な討論を行う学会ですけれども、今年は途中からコロナで学会自体が危ぶまれました。Web方式ということで行うことができました。参加人数としては1,600人弱ぐらいでしたけれども、先ほど報告させていただいたとおり医療事故調査制度開始5年ということで、これをどうように分析して次につなげるかという会で、いろいろ貴重なご意見をいただきました。ありがとうございました。私からの総合調査、それ以外の合議等に関することに関して報告は以上です。ありがとうございました。

樋口委員長 ありがとうございました。資料4から資料8まで、やや大部なことですがご説明いただきました。何かコメント、ご質問をどうぞ。

南学委員 病理解剖の必要性は大変重要だと理解しているのですが、今回のコロナでおそらく大幅にできなくなっている施設が多いと理解をしています。あと、説明書は「病理解剖でなければA iができます」と書いてあるんですけど、A iはコロナとは関係なくできるんですか。これもやっぱりコロナによってだいぶ減っているのでしょうか。

木村常務理事 A iに関して、実際の数を問いただしているわけではないのでわかりませんが、全体にやっぱり減っていると思います。解剖に関しても、全体ではないですが病理の教室、あるいは大学の教室においては、コロナの検査をちゃんとやってから解剖に回してくれといった希望も出されていると。それから、コロナがプラスの場合には最初の時はやらないといったようなご意見もあったところです。そういうのは乗り越えて、今はほとんどのところでは受け付けていただいているという現状です。

田中委員 病理学会の田中ですがけれども、よろしいでしょうか。解剖は5年目も38%、2年目も41%で、なかなか増えないということの方策で、この作成ありがとうございました。今現状、病理学会でも調査しておりますけれども、病理解剖が激減しております。それで、専攻医の3年間で30件を病理専門医の受験要件にしているんですけれども、これを急遽20件に引き下げました。そんな中、我々本当に医療事故調査に必要な病理解剖が埋もれてしまうのではないかなと非常に危惧しておりますので、特に我々のほうも、木村先生が言われましたように今スタンバイして、本当に病理解剖をきっちりやっていこうというスタンスをとっています。そういう意味では、この許諾、あるいはご遺族に対するご説明、非常にありがたいと思いますけれども、ちょっと1点確認ですが、ご遺族に対するこのパンフレットは、ホームページにあげると同時に病院に配布されるとおっしゃられたような気もするんですけれども、病理解剖可能な施設に限定せずに幅広く配布いただければと思いますけれども、そのあたりいかがでしょうか。

木村常務理事 いろいろな他の情報も病院等、全体に報告していますので、その中にこれを入れて発送することになっています。これから発送ですが、もう具体的にすることは決まっております。それから、ホームページにもわりと目立つところに、これがありますよというのを出させていただきます。

田中委員 ぜひ、死亡退院の時には必ず渡すということをよろしくお願いします。

南学委員 田中先生、ありがとうございます。解剖の減少は、先生がおっしゃった病理専門以外に、内科専門医についてもおそらく要件を満たす人がコロナの影響でごく少なくなって、専門医を受けられないのではないかと非常に心配しているので、ぜひまた引き続きよろしくお願いいたします。

山口委員 この解剖のことについては、もう少しわかりやすくしていただきたいと意見をお伝えして、作っていただいていたありがとうございました。ご遺族に渡す簡易版についても、いろいろ意見を述べさせていただいて、取り入れてくださったこと感謝申し上げます。ただ、今回一般の方向けにということで作られたのは、「お悔やみ申し上げます」というところから始まっているように、実際に患者さんが亡くなられて、対象になった場合にどうするかということで渡されるものだと思うんですね。いろいろ意見をお伝えする中で、やはり大事な身近な人が突然亡くなるというのが予期せぬ死亡ということですので、なかなか読んでも頭に入らないということが一般的かなと思う中で、私はこの解剖の重要性というのはもっともっと平時というか、何も起きていない時にどれだけ知ることができるかによって、予期せぬ死亡ということが起きた時に少し冷静さをもって考えることができるのではないかなと思っています。そういうことからすると、せっかくここにたたき台ができたので、ホームページに出してくださることもそうですけれども、先ほど厚生労働省に要望書をお出しになったように、例えば医療安全支援センターに一般の方向けのそういったものを配るとか、医療安全支援センターを通して一般の方を啓発するような催しの時に同じように配ってもらうとか、よりもう一步進んだ取り組みに発展させていただくことはどうなのかなと思うのですが、いかがでしょうか。

木村常務理事 ありがとうございます。おっしゃるとおり、これは一般の方に普段の時から、こういう方法があって、万が一いろんなことが起きた時にはきちっと調査しましょうということをお伝えしたいところです。この制度があることをまずお伝えしなければいけないわけですが、もうすでにご報告しているとおり、病院の中でどこに貼ってあるのかというとなかなか貼っていないとか、実際に5年の動向を見ても、ご遺族の方がどこでこういうことを知ったのかというと、以前はほとんど知られていないというのがまだまだ現状です。ですから、まずこの制度のことを知っていただくこと、それから制度とは独立していてもいいですが、もしいろんな状況が起きた時には解剖というのが大切なんだということを伝えないといけないと思っていますが、それはいろんなチャンネルを通して、これからもこの制度がありますよということと同じぐらい、こういうことも独立して伝えていかなければいけないのかなと思っています。具体的なことはこれからまた考えさせていただきます。ありがとうございました。

近藤委員 今のと関連してですけれども、私は死因究明推進のほうの委員もやっております、やはりそち

らでも、今回の医療安全とはまた別の、そこには入っていませんけれども、意外と解剖に関しては一般の方はどうしてもかなり抵抗がある。ですから、今こちらでも言われたように、我々も実は死因究明をする時にどうやって一般の方というか、そういう方に解剖の重要性をとというのは、同じ問題だと思います。問題は、医療の現場で起きたかそうではないかだとすると、このあたりはなかなか難しいんですね。実際、その場にならなれないとその言葉が初めて。ですから、そのあたりは私としては両方に関わっていますので、特に医療安全のほうも解剖の推進というものを進めていっていただきたいなと思います。よろしくお願いします。

永井委員 今日のご報告書、本当にありがとうございます。私はこの委員としては、患者の視点で医療安全を考える連絡協議会の代表として参画しているんですが、2008年にこの会を立ち上げて、「医療事故調査制度を国として立ち上げて欲しい」ということをずっと訴え続けてきて、2015年に一応立ち上がって5年が経った。そういう中で、私自身は最初からいろいろな問題を指摘したんですが、それは認められずに今の制度になってしまっているのですが、いずれにしても小さく産んで大きく育てようということについては、当時の二川医政局長とも話をし、そういう方向でぜひやっていこうという話もしたわけです。当時、2015年の時には、医療事故に会った方々から「永井さん、この制度になんで賛成したんだ。こんなものやめたらいい」という意見もありました。しかし、この制度をやったことによって、5年間でいろいろなことが見えてきたり、いろいろと進んできたし、樋口さんがおっしゃったように医療の中で安全という問題は高まってきたと思います。ただ、残念なのは、やっぱり格差がものすごく広がっていることは事実だと思います。まったく2000年当時と同じような姿勢の病院、院長もおられることも事実です。

そういう中で、さっきの7番と8番についてちょっと話をしたいんですが、特に8番目、木村常務理事が大会長としてこれをやられて、内容は本当に素晴らしかったですよ。僕は、素晴らしかったという理由を上げてやりたいのですが、この事故調査についてあそこまでいろんなことで発信している、あの中で国民にとってもいいようなものがいっぱいあります。それをインターネットで国民が見れるようになればよいと思います。Webで見られるのは会に申し込んだ人だけです。特によくやってる病院の実例は、「こんなにまでやっているのか」ということがよくわかるような内容が結構ありました。そういうものをいろんな人、特に医療者、医師、看護師の方々でまだ見てない人、特に医師の方は見てない人のほうがものすごく多いと思いますが、そういう方々が見て、「他のところではここまでやってる」とかということにもつながっていくと思うので、

そういう検討をぜひしていただきたいというのが1点です。

それから2点目は、7番の勝村さんの話で、この大会の中でも木村大会長はシンポジウムの中で例を挙げていろいろと話しておりましたが、5年も経って患者側から見るとまだまだ信頼できないという問題があるわけです。私どもは、2015年にこの会を閉めようかということがありましたけれども、やはり言い続けなければあかんということで、もっと国民が信頼できる制度にしていって欲しいということで月1回、特に都内を中心にビラ配りをしておるわけです。そういう中で、今日は諸富室長がおられますが、厚労大臣に要請書を提出しました。その要請書の内容は、ぜひこの5年を機会に見直しの検討会を開いて欲しいと。それがメインの主張です。その中には具体的な例、勝村さんもいたり、今日も出てきている例もいろいろありますが、やっぱりもう一回、医療界がこの制度をもっとよくするための見直し検討会、それから我々、患者家族、遺族がこの5年で体験したようなことも含めて、もっとこうして欲しいという内容を含めた要請書を今日は提出し、その記者会見もしようとしています。ぜひそういった意味で厚労省、特に僕はこの支援センターは第三者機関としてもものすごく頑張ってこられたというふうに思っております。センターがまだできないことが、センターを中心にこの制度を動かすならば、もっとセンターから忠告なり指導なりして欲しいというのもその中にも入れています。そういったことでぜひ5年経って、あと5年たったらもっとよくなってきたと言えるようなものにしていきたいと思っておりますので、そういう観点で我々もこの制度についてはいろいろ発言していきたいなと思っております。以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。他に、いかがですか。

山口委員 私は、5年が経って、ずっと横ばいだということがとても気になっていまして。先ほど木村理事もおっしゃった、医療者のオートノミーということで始めるんだということで始めて、きちんと院内調査をやるからということを厚労省の検討部会の時でも何度も何度も医療関係の方がおっしゃって、それならばということでOKして始めたという経緯があったと思います。それに任せていたら、本当に必要な人達がみんな報告しているかという、いまだに高度先進医療を担っている特定機能病院でもまだゼロのところがあるという現状がありますので、私もやはり機構の中でできないのであれば、これは国の制度のひとつなので、そのあたりは前にもお伝えしましたがけれども、問題点が多々出てきているということからすると、今回は要

望書を出すということで機構としては精一杯ということをしたと思いますけれども、国が決めた制度という、法律の下で行っている制度ということで、私も見直しはぜひやっていく必要があるのではないかなと思っています。

樋口委員長 ありがとうございました。それでは、以降は個別事例ということになりますので、ここで傍聴の方は申し訳ないですがご遠慮いただいて、そのための非公開資料を配っていただいて議事を進めたいと思います。

吉田事務局長 それでは、非公開の資料を配りますのでよろしくお願いいたします。

ただいまから非公開の部に移りたいと思います。会議が終わりましたら、この黒いファイルは机の上に置いてお帰りをさせていただきますようお願いいたします。それでは樋口委員長、お願いいたします。

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

(以上)