

令和3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3年8月5日(木) 10:30~12:30

場 所 : 浜松町TSビル5階 ビジョンセンター浜松町F・G室

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

鈴木事務局長 それでは、定刻になりましたので、ただいまから令和3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。本日は大変お暑い中、お集まりいただきまして誠にありがとうございます。委員のお手元に事業運営委員会の名簿を置かせていただいておりますが、この度、新たにご就任いただきました委員の先生をご紹介させていただきます。これまで日本看護協会様からご推薦いただきました熊谷雅美委員の後任といたしまして井本寛子委員、並びに日本歯科医師会様からご推薦いただきました三井博晶委員の後任といたしまして三代知史委員のご推薦がありまして、当機構理事会の文書審議により承認されましたのでその旨をご報告いたします。後ほど、両先生方にはご挨拶を一言、頂戴いたしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

本日は、飯田（修平）委員、井本委員、上野（道雄）委員、大嶽（浩司）委員、大塚（将之）委員、蒲田（敏文）委員、川上（純一）委員、城守（国斗）委員、小松原（明哲）委員、近藤（稔和）委員、田中（伸哉）委員、南学（正臣）委員におかれましてはWebにてご参加をいただいております。本日ご欠席の委員は長尾（能雅）委員だけでございますので、ご出席は過半数に達しており、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、新たに就任されました厚生労働省医政局総務課医療安全推進室の岡田（就将）室長様におかれましても、Webにてご出席をいただいております。室長様におかれましても、後ほどご挨拶を頂戴いたしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

会場、Web出席の委員、双方におかれましては、ご発言される前にお名前をおっしゃっていただきますようお願い申し上げます。さらに、Web出席の委員の方におかれましては、ご発言時にマイクのミュートを解除していただき、ご発言が終わられましたら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、議事に入ります前に資料の確認をさせていただきます。Web出席の委員の方におかれましては、先に事務局より郵送させていただきました資料のご確認をお願いいたします。まず資料1でございます。医療事故調査制度の現況報告ということで、プレスリリースの6月版をご用意させていただいております。資料2といたしまして、ワーキンググループA<センター調査期間の短縮化>の開催状況の資料、再発防止関係資料といたしまして資料3-1、再発防止委員会の開催状況でございます。資料3-2、専門分析部会開催状況、資料3-3、提言第14号「カテーテルアブレーションに係る死亡事例の分析」、資料3-4、提言

第9号に関するアンケート集計結果、資料3-5、これは提言第10号のアンケート集計結果でございます。次に、センター調査関係資料ということでございまして、資料4、総合調査委員会の開催状況でございます。続きまして相談業務関係資料といたしまして、資料5、電話相談への対応時間帯の変更についての資料でございます。研修業務関係資料といたしまして、資料6、令和2年度委託研修等の開催状況でございます。その他といたしまして、資料7、令和2年度事業報告書、資料8、医療事故調査制度の改善のための要望・提案書、これは患者の視点で医療安全を考える連絡協議会様からの提案書でございます。その他、参考資料といたしまして、前回、令和2年度第3回の運営委員会の議事録を付けております。この前回の議事録につきましては後ほどお目通しいただき、何かございましたら事務局までお申しつけください。なお今回、提言第13号「胃瘻造設・カテーテル交換に係る死亡事例の分析」につきましては、本年3月15日に記者発表を行い、また医療事故調査支援センター2020年の年報につきましても、3月22日に報道機関宛て公表を行いましたので、今回の資料には含めておりません。本日の資料は以上でございます。不備がございましたら事務局までお願いしたいと存じます。なお、本日の資料でございますけれども、会場ご出席の委員の方には机上にマチ付きの封筒がございますので、委員の方のサインをいただければ後ほど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、当機構高久理事長よりご挨拶を申し上げます。理事長、よろしくお願いいたします。

高久理事長 皆さん、こんにちは。ご多忙のところ、またコロナ禍の中で、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。この医療事故調査センターが開始いたしましてから5年11ヵ月が経っております。このセンターに対する批判もいろいろあると思いますけれども、しかしながら皆さん方のご尽力を得て、わが国において医療事故を語る時に、このセンターの関与なしに語ることはできないようになってきているというのが現実だと思います。それもまた、偏にセンターの皆様方のご尽力のお蔭と感謝しております。また、新型コロナウイルスが続いて2回目の夏を迎えておりますし、今後ともますますコロナウイルスが増えるのではないかと心配しておりますけれども、当事業の運営に関しましては昨年度からWebシステムを採用しておりますし、また適宜、委員会も在宅の勤務システムをとり、また部会におきましてもWebの会で事業を遂行してまいりました。本日もWebで参加される先生方もいらっしゃいます。また、先ほどご紹介がありましたように、今回2名の方々が新たに参加されております。あとでご挨拶をいただきたいと思

います。

本日は、前回の委員会が開催されました本年3月11日以後の業務の状況を報告させていただく予定であります。本日は時間も限られておりますので、議事の進行によろしくご協力をお願いいたしまして、簡単でありますけれども開会の挨拶とさせていただきます。本日はどうもありがとうございました。

鈴木事務局長 それでは、ここでこの8月に就任されました厚生労働省の岡田医療安全推進室長様にご挨拶をいただきたいと思っております。室長様、よろしいでございませうか。

岡田医療安全推進室長 Webでの参加となり誠に恐縮でございます。私、8月1日に医療安全推進室長に着任いたしました岡田と申します。先生方におかれましては、ご指導のほど何卒よろしくお願いいたします。少しでもいい制度運営となりますよう尽力してまいりますので、何卒よろしくお願いいたします。以上でございます。

鈴木事務局長 岡田室長様、ありがとうございました。

なお、恐れ入りますが、写真撮影及びカメラ等のご使用につきましてはここまでということにさせていただきます。以後はご遠慮願いたいと思っております。よろしくお願いいたします。

なお、Web出席の委員におかれましては、ご発言の際にはミュートを解除してご発言をお願いいたします。再度、よろしくお願い致します。

それでは、樋口委員長に議長をお願いしたいと思います。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。皆様、本当にありがとうございます。今回は、今年度第1回の運営委員会ということになります。先ほど高久先生からもお話があったように、前回は3月に行われて、半年近く経ちましたのでその間の現状報告と、それからとりわけいくつかのワーキンググループをつくっておいて、その中のセンター調査期間の短縮化に関するワーキンググループの状況などの報告が行われます。それらについてご意見を伺えればありがたいと思っておりますが、その後、これはいつものことですが、特定事例に係る内容について審議しなければいけない案件がいくつかありますので、その部分は恒例のことですが非公開になり

ますので、傍聴の方々にはご遠慮していただくこととなります。ご了承ください。

それでは、先程来事務局からご紹介のありました、新しく参加をいただいた委員の方に一言ずつご挨拶をいただきたいと思いますが、まずは看護協会の井本さん、お願いいたします。……ちょっと井本さんは遅れておられるというので、歯科医師会の三代さん、お願いいたします。

三代委員 日本歯科医師会の常務理事の三代と申します。三井先生に代わりまして、7月より三井先生の後を継いでおります。神戸市にて開業させていただいております。何卒よろしくお願い申し上げます。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、後で機会があれば井本さんにも一言お願いすることにして、議事に入りたいと思います。まず、資料1及び資料2について事務局からの説明をいただきます。お願いいたします。

矢島専務理事 専務理事の矢島でございます。では、お手元の資料1に基づきまして説明をさせていただきます。6月末時点の状況でございます。6月の報告でございますが、29件の医療事故の報告がございました。病院からは27件、診療所からは2件ございました。7月末時点がちょっと粗々で、明日記者発表ということで、いま最後の確認をしている段階でございますが、7月の1ヵ月は30を若干超えるところで、少し増えるようになりそうな状況でございます。それから、院内調査結果報告は6月末は18件ございました。7月も20件ぐらいにいくのではないだろうかということで、最終的に確認作業をしておりますが、若干、増えそうでございます。相談件数は140件ございました。6月の相談件数は140件で、医療機関からが62件、ご遺族等からが71件、その他・不明が7件ございました。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ものが2件ございました。医療機関から医療事故の判断につきまして相談を受け、センター合議を開催いたしまして医療機関へ助言したものは1件ございました。センター調査の依頼件数でございますが、6月の依頼件数は4件ございました。ご遺族からの申請でした。センター調査報告書の交付は5件ございまして、累計75件になっております。私から、まず資料1につきましては以上でございます。

続きまして、お手元の資料2につきましてご説明をさせていただきます。ワーキングAということで、センター調査の期間の短縮化に向けての検討状況でございますが、まず論点ということでございますけれども、センター調査がかなり長いということで、短縮傾向にあるものの更なる短縮の方策を検討する必要があるということでございます。これにつきまして、いま作業を行っているところでございます。第1回目のワーキングを3月31日に行いまして、第2回が6月16日という形で、短縮化のための方策について今、鋭意検討中でございます。第3回の9月8日に向けて具体的な議論をし、最終的にまとめの素案を協議して、できればこれで決定をしたいということで今、準備を進めております。この具体的な中身につきましては、検討会は非公開となっておりますので、後ほどまたこれにつきましてご議論をさせていただければと思ひまして、今は開催状況のご案内だけにさせていただければというふうに思っております。私からは以上でございます。

樋口委員長 ありがとうございます。以上、資料1及び2についての説明がありましたけれども、何かここでコメントないし質問があれば受けたいと思ひますが。よろしいですか。

では、続けて今度は資料3-1から3-5までについて、事務局からの説明をお願いします。

木村常務理事 資料3を使いまして、木村から再発防止関係のご報告をさせていただきます。資料3-1をご覧ください。再発防止委員会は2か月に1回行っておりまして、以前にもご報告させていただきましたので、委員会の開催についての詳細は簡単にさせていただきます。

資料3-2が、いま対応しております、専門分析部会で再発防止策を策定しているガント表です。上から色が変わっている14番目のアブレーションまで、この後ご説明しますが、14冊出ているというところなんです。その後、薬剤関連、これは40数件のたぐさの数を対応しております。誤投与に関してです。それから、頸部の手術関連、中心静脈の第2報、股関節手術、肺動脈カテーテル、いわゆるスワンガンツカテーテルによるトラブルと、それから血液検査のパニック値についてというふうにいま予定して、粛々と動いているところです。資料3-2をめくっていただくと、それぞれの分析部会にどのような学会から専門の方に参加していただくかという表になっております。ご覧ください。

次の資料3-3、緑色の冊子としてできあがって、先日公開させていただきました。これは、ちょうど5年たった昨年の9月の時点で1,539件の院内調査の報告が溜まった中から、18事例のアブレーションに係

る死亡事例がありましたので、それを対象といたしました。3ページをご覧ください。表になって提言1から7まで書いてありますが、アブレーションはご存じのとおり、カテーテルを使って主に心房の中で電磁波、あるいは非常に冷たい温度にする、あるいは高温にすることによってアブノーマルな伝導路を遮断するという術式です。ここに書いてありますように、アブレーションの安全確保、リスク評価となっておりますけれども、他の事例と大きな違いというのは、そもそもアブレーション自体、心筋組織、特に薄い心房内に、直接そこを損傷することによって伝導路を断ち切るという治療ですので、そこに見落としとか何かがあると事故になるというわけではなくて、通常通りきちっとやった結果、やはりそこに穿通とかそういうことが起こり得る治療だということです。そういうことを十分、リスクとして評価していただきたいということで、事故の発生もそんな形で出ておりますので、基本的な他の再発防止の提言書と異なるところだと思います。

いろいろな事例が続きまして、16ページをご覧くださいと、どんな経過で状態が悪くなっていったのかと。主に起きていたのは心房レベルでの治療、カテーテルによる壁の損傷を加えるために、そこに穿通が起きて心タンポナーデ、心臓の外で心嚢の中に出血するという形で、心臓の動きを悪くしてしまっただけで急変するというものが主なものです。後ろのほうでは、右のページに空気塞栓というのが3例ありますけれども、こういう操作をするために非常に太いシースというカテーテルをまず入れますので、そこを伝わって空気が入っていってしまうという、ちょっと想像もつかないようなことが実際に起きるとのこと。それから、右端に別欄になっていますのは、一旦終わってすっかり落ち着いた後も、損傷を加えたところから炎症が起きて食道との間に交通ができてしまうといったようなことが、しばらく経ってから起こり得る治療だということで、対象として検討しています。当然、専門領域の先生方が扱っているわけですが、カテ室でチームとして看護師さん、麻酔医、その他ME等が含まれる、そういう病棟の方たちも含めて、みんなで共有できる対応策ということでこういうものをつくらせていただきました。カテーテルアブレーションに関しては以上です。

それから、資料3-4をご覧ください。以前、高齢者が転倒した場合には症状がなくともCTを推奨するのかが検討するのかがということで問題になった分析の報告のアンケートです。これは、出してから昨年の暮れに向かってアンケートを行いました。全国8,340の病院に対してアンケートを出しまして、回答いただいたのが19%、1,588件の回答をいただきました。医療機関の種類、それから地域ブロック、病床規模等は他の提言書で出したアンケートと同じような分布でした。特徴となるのは、めくっていただいて3ページのところ、具体的な活用内容、どういうふうにご利用していただきましたかという文章です。左側には「非常に役

に立った」という回答をいただいております。特に提言1のことについては、3ページのいちばん上ですけれども、「提言を読む以前から、転倒・転落後に明らかな異常を認めない場合にもCTを行っていた」というのが53%ありました。それから、「行う体制に見直した」というのが12%、「そういうことを検討する体制に見直した」というのが20%で、トータルで86%で見直しを含めて、こういうことを考えていただいたということにつながっています。推奨というのは、「やらなければいけない」ということに理解されるのでということで、言葉を変えた経緯がありました。次のページの自由記載のところでは、やはり提言1に関するもの。それから、下のほうの「要望のまとめ」の中では、「明らかな異常がなくても『検討してください』』というのではすっきりしないので、『推奨』のままでもいい」というご意見もありますし、逆に「被爆だとか医療施設、マンパワーの問題があるので難しいと思った」というご意見をいただいています。

次の資料3-5ですけれども、大腸内視鏡検査等の前処置に係る死亡事例です。大腸の腫瘍等で、そもそも通過状態が悪くなっている患者さんに対して、しかも高齢者が多いわけですから、そこに下剤をかけて大腸内視鏡検査の前処置をしているわけです。その過程で通過障害を起こしてイレウス、腸閉塞を起こし、それがもとで敗血症になるといったような事例の分析です。これは「非常に役立った」という返事をいただいておりますが、特徴になるのは、自分のところでは大腸内視鏡検査は行っていないという方、そういう医療施設からも回答をずいぶんいただいています。というのは、そういう場合には大腸内視鏡検査を他院に依頼するわけですね。依頼する状況では、自分のところでまず前処置をしてからやっていただく病院に送るのが普通に行われていますので、自分のところでやらないから関係ないよというものではない。そのへんが他の提言書とはちょっと違う、特徴のあるところだったと思います。以上、再発防止に関わる部分のご報告を行わせていただきました。再発防止の部分は一旦ここまでです。

樋口委員長 ありがとうございます。資料3、提言第14号についての詳しいご説明などもありましたが、何かコメント、ご質問があれば受けたいと思いますが、いかがでしょうか。

後委員 後でございます。情報提供ですけれども、今日はテーブルにカテーテルアブレーションの死亡事例の分析がありましたけど、私の勤務している病院では会議の資料としてこういったもの……ちょっと会場の皆様には遠目からお目にかけますけど、今月のインシデント事例の会議の資料ですけれども、肝生検の関係

のインシデントがありましたので、そこに必ず提言を貼り付けて職員に説明するようにしています。Web の方にちょっとお目にかけますけども、こんな感じです。そういうふうにして、このカテーテルアブレーションが最新号ではありますけど、これまでに出したものというのは決して古いものとか使えないものではなくて、たぶん第1号のCVカテの挿入から全て、今日も使えるようなものばかりですので、少しでも関連するインシデントが施設の中で発生した時は、必ず資料に掲載して説明して職員に思い出してもらおうということをしております。その時に、パワーポイントの形式でもつくっていただいているのは、こういう資料に貼り付けるのにとっても役に立ちます。ありがとうございます。

木村常務理事 ありがとうございます。今回のアンケートでちょうど第10号までになります。一区切りということで、出した後にどんなことが問題になっているのか、よりよい提言書はどんなものかということで、いま少し見直しをしようということです。それで、アンケートでどういうことを聞くのか、本当に現場まで行き渡っているのかとか、そういうこともできたら調査したいということで、いま検討しているところです。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す。ちょっと歩を進めて、資料4から8についての説明に移りたいと思いますが、お願いいたします。

木村常務理事 それでは、木村から資料4から6まで、総合調査委員会、センター調査に関するご報告をさせていただきます。センター調査の内容の概要については後でまた報告させていただきますが、資料4をご覧ください。センター調査の総合調査委員会は毎月1回開催しておりますけれども、現在、先ほど矢島専務からも報告がありましたけれども、7月末の段階で2,100を超える発生報告をいただいています。その2,100に対して院内調査を行い、これはだいたい1年ぐらいかかっているわけですが、現在約1,800の院内調査の結果の報告が私どもに報告されています。つまり、1,800事例の詳細な報告、詳しく言いますと平均10ページから12ページぐらいの報告書が1,800通届いているという状況になっています。その中から、さらにセンター調査を依頼したいというのがセンター調査依頼件数になるわけですが、本日8月5日時点で163事例で、1,800のうち163事例がセンター調査をさらに依頼したいという形になっています。そして、

センター調査に要する時間が長く経っているものにはそれなりの理由があるわけですが、5年経過したあたりからいろいろ対応いたしまして、現在、センター調査の報告済みが79件になっております。いただいた依頼件数のだいたい半分が報告済みに至ると。これはしばらく溜まっていたのですけれども、だいぶ捌けてきて、半分までかかっていると。平均2年弱の時間がかかってセンター調査の結果を出しているという結果で、その数字だけをまずご報告させていただきます。

その次に資料5ですが、電話相談について、私どもでは一般に電話番号を公開していて、医療機関、ご遺族、その他の方からも電話相談を受け付けておりますけれども、以前ご相談したとおり、24時間対応だったものを朝の7時から夜の11時までにさせていただきたいということで、今年の5月10日からそういう形に移行しております。過去の経過から、2年間に主なもので1件だけ深夜帯に相談があった。もう1件はほとんど問題なかったというので、その1件は翌日の朝でも問題ないような事例、解剖に関する相談だったということで、いま働き方改革その他もありますし、これに対応するために2名のスタッフを準備しておりましたが、夜間の11時から翌朝7時までの間は、電話対応のガイドは出てはいますが、電話対応を直接行うことは中止させていただいています。これによる5月以降、何か問題になったことは今のところありません。これが電話対応です。

それから、資料6ですが、私どもセンターから事故の調査に関する研修を委託しておりますけれども、いちばん最初に医療機関の職員向けということですが、(1)はセンターが主催して行うセンター主催研修というのを今回、初めて行いました。これは、5年経ったところで、実際に医療事故の調査を経験した医療機関の方々から、どんなことが問題かということを中心に話していただいた。3人の演者の方——病院の管理者、医療安全担当の医師、医療安全担当看護師、それぞれ1名の方、別々の施設ですが、それぞれご報告いただいて、問題点とか今後のこと、どういうふうにして欲しいといったようなことをお聞きしました。これは今年の3月にライブ配信、オンデマンドの形でやったのですが、1,214名の方が参加されています。

次のページですが、日本医師会に委託させていただいている、医療事故を牽引する医療機関の管理者及び医療安全担当の実務者の養成講座ということで、これはいままでもやっておりましたが、コロナの影響でWeb研修ということにいたしました。約半日かけて、こちらも1,204名の方が参加されています。以前は全国7カ所を回って行っていたのですが、その時の人数よりもずっと多い人数が参加いただいています。

次の3ページですが、歯科医師会へ委託という形で、歯科医の関連の方々に研修を行っています。こちら

は内容の濃い研修でしたが、予め120名という人数で行いましたので、受講者は120名という形になっています。

それから次のページは、日本医師会にお願いしている今度は支援団体の統括者、つまりその病院ではなくて、主に医師会の方で院内調査をやる時にそれを助ける、支援団体として参加される方に対するセミナーを行っています。これもオンデマンドの形で行っております。全部で100名の方が参加されています。

次のページ、トレーニングセミナーですけれども、私ども内部のトレーニングで、現在やっておりますセンター調査の現況を共有したり、全国7カ所でやっております地域のブロックの方たちも参加いただいて、それから支援医として参加いただいている先生方、トータルで92名の方に参加いただいているということです。

さらに最後のページですが、毎年行っております協力学会説明会です。学会にご依頼して委員を推薦いただいたりしているわけですが、センター調査だけでも1,000名を超える専門医の第一線で働いていらっしゃる方々に参加いただき、再発防止も300名ぐらいの方にもう参加いただいているところです。そういう方々に具体的な内容を説明させていただいています。以上、センターに関わる現在、行っております事業につきましてご報告させていただきました。

引き続き、矢島専務からお願いいたします。

矢島専務理事 それでは、資料7に基づきまして説明をさせていただきます。資料7は令和2年度の事業報告書になります。去る6月3日に開催されました理事会におきまして承認をいただきました事業報告でございますので、これにつきましては後ほどご覧をいただければというふうに思います。

続きまして、資料8についてご説明をさせていただきます。資料8は、本年の4月20日に患者の視点で医療安全を考える連絡協議会、加盟5市民団体の代表であります永井委員が、田村厚生労働大臣、迫井医政局長に宛てて出しました要望・提案書でございます。これにつきましては永井委員のほうから事前に、この場でご説明をしたいというお話を聞いております。私からは以上でございます。

樋口委員長 以上、いくつか説明がありましたけれども、まずは最後にあったように資料8について、さらに永井さんからご発言をいただきたいと思いますが。

永井委員 どうもありがとうございます。医療事故調査制度が去年の10月で5ヵ年が過ぎ去ったので、患者の視点で医療安全を考える連絡協議会は去年の12月に厚労大臣宛てに要望書を出して、最も具体的な内容は、5年経った中でこの制度について医療界、それから患者とかそういう人も含めた見直し検討会を開いて欲しいというのが大きな趣旨でございました。要望書を出したのですが、全く厚労省からご回答をいただけなかったので、4月20日に改めて要望をしました。この要望の趣旨は、1つは先ほどと同じように見直し検討会をぜひ考えて欲しいという問題と、それからもう1つは、厚労省が中心になってこの5年間の、特に大きな病院にこの調査制度に対するアンケート調査をして欲しいという内容を4月20日には要望しました。

それで、いちばん最後に出しているような極めて簡単なご回答をお願いしたわけですが、結論的には回答書を出すことはできないということで、5月31日に、今日も傍聴に来ております原告の会の会長の宮脇正和さんと私で室長にお会いしていろいろお話を聞きました。その時に話を聞いて、今日は新しい室長がWebで参加しているということで、今日お会いできなかったのは残念ですが、いちばん私のがっかりしたのは、医療安全推進室が、厚労省の職員は室長だけなのです。あとはみんな病院などからの派遣された方だけなのです。医療安全に対する国として、医政局としての取組みが極めて脆弱な事態なのです。コロナ対応のせいと言っておりました。確かにそうかもしれませんが、やはり医療安全という問題に対する取組みがものすごく弱体化しているのです。新室長が来られ、ぜひまたお会いして、我々としては医療安全、患者安全という問題は、基本的にいうとコロナも含めて極めて重要なのに、医療安全推進室の職員が厚労省の職員でなく、室長だけでやるなんて体制で本当にいいのかということも本当は考えていただきたいという思いをして帰って来ました。結果的には厚労省はこの2つ要望についてはやるとは言っていないでございました。

今日、先ほどご紹介しました宮脇会長から、3日の毎日新聞をいただきました。「5年半で医療死亡事故ゼロ？ 大学病院の報告件数に10倍超の差」という見出しで、だいぶ大きな記事が出ています。この記事の内容はもうご覧になった人がおるかもしれませんが、それぞれ大学病院、特定機能病院に対してアンケートをとった内容で、具体的にはこの内容は見ていただけないので、後ほど事務局からメールで渡していただけるということになりましたので、よろしく事務局をお願いしたいのですが。この記事についてもぜひお読みいただきたいです。それぞれの意見があるということは我々も承知していますが、こういう意見をもとに、今の報告、予期したとか予期せぬとか、診療時の問題か否かという、その判断基準が極めて独善的といったら失礼かもしれませんが、それぞれの病院によってもものすごく違っているという実態をしっかりと医療者とし

でも知りながら、これを取り仕切っている医療安全調査機構がガイドを出していきなり、厚労省がガイドを出すなりをして良い制度にしていくという取組みが、もっともっと必要ではないかなと感じております。以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。それでは、これまでの資料4から8までについて、コメントとかご質問があれば。

山口委員 山口でございます。今、永井さんからのお話があった件につきまして、私も特定機能病院からの報告数が少なすぎるということは同じように思っておりますし、5年以上経って問題点が出てきたのでワーキンググループがつけられたのだと思います。ワーキンググループの発表があった段階で、やはり見直しの必要性を機構からも厚労省に要請していく必要があるのではないかなとは思っております。

それとは別に電話相談のことで、件数の報告があって、遺族等というふうに、医療機関だけではなくて一般の方からの相談も届いているとご説明いただきました。今回、時間を短縮したというご報告をいただきましたが、確か初めの頃、一般の方からの相談の中で、制度の対象外の相談がかなり多いというお話があったと思いますが、これは今でもそうなのかということをお聞きしたいと思います。なぜかといいますと、確か厚労省の通知の中に、「そういった時には医療安全支援センターと連携して対応していく」ということが書いてあったと思いますが、制度以外の相談だなと思った時に、どのように対応されているのかということをお聞きしたいと思います。というのも、「医療安全支援センターに相談したけれど、どうしようもなかったの」と言って、また例えば私たちのところに相談に来る方がけっこういらっしゃって、そういう方のお話を聞いていますと、やはり制度の対象ではぜんぜんないんですね。制度の対象ではないということは、制度自体の周知が不十分だからそういうことになっているんだと思うんですけども。一方で、そういった方たちの相談にどう対応するかということも考えなければいけない中で、私、医療の質・安全学会もいま理事で関わっているので、医療安全支援センターの総合事業を請け負っているということで、何とか質の向上のための改革をしようとしているところです。現状として、医療安全支援センターは390以上あるんですけども、相談体制としてはなかなか対応しきれていない。相談を受けている職員のなかには医療事故調査制度のことも知らない方が多いという現状がありますので、どのように対応されているかということと、今後の何

か方向性があればお聞かせいただきたいと思います。

木村常務理事 では、木村から。私が実際に電話を受けているわけではないので、センターの中でどういうことでこういう対応がされているかということを知ってる範囲でお答えしたいと思います。確かにご遺族の方、あるいはそうではない、制度そのものについての質問というのもたまにあると思いますが、特に死亡事例ではない事例とか、それからもう何年も経った昔の話というのがずいぶんありましたけれども、そういうものの数はだいぶ減ってきていると思います。つまり、この制度は予期せぬ死亡という定義に則った対象事例を扱う制度であるということが、だいぶ行き渡ってきているとは思いますが。今のお話の中で、昨年の1年間で見ると、トータルで680 の相談の中で事故の判断という中に、制度開始前のものがまだ388 に対して293 ということですから、まだ開始前のものもずいぶん入っているというのがあります。しかし、絶対事故ではないかという真摯な質問、それからどういう手続きをしたらいいのかといった質問が増えてきていることも確かだと思えます。

それから、この制度をどこで知ったかということになると、一般の方というのはほとんどの方は知らないんですよね。そして、ご自分の家族等に何か問題が起きて疑義を感じた時に初めてこの制度のことを知るという傾向は、残念ながらいまだ変わらない。病院の中にパンフレット、リーフレット等がありますし、貼ってあってポスターもあるんですけども、予めそういうことを見て医療を受けているという方は非常に少ないのではないかと思います。そのへんは、どういうようにしていったらいいのか。今後も、リーフレットの書き方その他は毎年検討はしているところです。医療事故ということではなくて、この制度の定義である、提供した病院が行った医療の中で起きた予期しない死亡というのはぜんぶ対象なんですよと。そこに「事故」という言葉、何かミスがあったその他とかいうことではなくて、そのことが思ってもいなかった死亡だった場合には対象となるんだと。それをよく聞いて、納得するように説明をまず病院から受けてくださいという、質問に対する回答は基本的にはそういうところにあるんだと思えます。

そして、そういう対象から外れている場合には、今おっしゃったように「医療安全支援センター」のほうにご相談くださいというのが一応ルールにはなっていますので、そちらをご紹介すると。「住んでらっしゃる地域では電話番号はここですから、そちらに相談してください」という誘導になるんだと思えます。それ以上のことをこちらでやるかということ、この制度でいう対象でない方の相談ということになると、それはまっ

たく別の権限と知識がないとできないことですので、どうしてもそちらにお願いするという形になると思います。

全体の数としてはまだかなり以前のもが入っているケースも多いんだということ、それから一方で、この事故の対象となることに対する理解は少しずつですけれども増えてきているというふうに思います。そして、予めこの制度のことを一般社会の方が知っているかという、まだまだそれは知らない状態と。残念ながらそういうところがあると思います。

樋口委員長 ありがとうございます。それでは、遅れて井本さんが入って来ていただきましたので、今日から参加ということなので、井本さんから一言ご挨拶をいただきたいと思います。

井本委員 先生方、こんにちは。初めまして、日本看護協会常任理事の井本でございます。前任役員の退任により、医療安全の業務を所掌することになりました。どうぞよろしくお願いいたします。本日は遅れての参加になり、申し訳ございません。しっかり対応していきたいと思います。よろしくお願いいたします。

樋口委員長 こちらこそ、よろしくお願いいたします。以上、ここまでが公開の場面で、現状についてご報告をいただいたということですが、よろしいですか。

永井委員 前にもお願いした件ですが、資料6の研修の中で、管理者と医師、例えば医師279名という中にたぶん管理者がいると思いますが、管理者がどのくらいかという数字がすぐにわかるのだったら、もしそれが取れていなかったらこれから管理者も識別できるようにしていただきたいです。やはり今、管理者を教育しなかったらこの制度は絶対よくなっていかないことは間違いないと私は思っていますので、ぜひ管理者の数字がどうなっているのかを分かるようにしていただきたい。それから、医師会に委託した分の2ページ目には、医師の数が極めて多くて47%近く医師が参加しているのですが、この中に管理者が何%ぐらい出ているかというのがわかったら教えていただきたい、わからなかったらこれ以後、その数字がわかるようにしていただきたいとお願いします。

木村常務理事 申し訳ありません。今回は、管理者に特に丸を付けるような形ではチェックしておりませんのでわかりませんが、今後、例えば小さな医療機関だと、管理者＝医療安全担当者であったり、相談等も院長が直接というのもずいぶん多いんですけれども、そういうのを。ここに書いてあるのも、医師で現場でちゃんと臨床を行い、医療安全担当であり、同時に院長であるという方もたくさんいらっしゃるという状況です。大きな病院では専従の医療安全担当医師がいて、そういうシステムができあがってからは逆に医療安全が持つ意見、会議での意見というのが管理者を動かしているような傾向にもだいがなってきたので、いわゆる管理者として、下の者が「これは対象だ」と言っても「そんなの出す必要はない」というようなパターンの話は、だんだん減って来ているというのは実感しております。今後、管理者、医療安全担当医師というのをはっきり分けて、他の部分ではそういうアンケートも取ったりはしているのですが、もうちょっとどういう方が参加しているかということに関しては分けて分析をしてみたいと思います。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。法律の立て付けが管理者というのがキーワードになっていますので、そういう配慮は必要かと思います。ありがとうございました。

それでは、今日、特定事例についていくつも審議する必要がありますので、このあたりで申し訳ありませんが非公開とさせていただいて、傍聴の方にはご遠慮していただくことにしたいと思います。よろしくをお願いします。

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

(以上)