

令和3年度 第3回医療事故調査・支援事業運営委員会  
議 事 録

日 時：令和4年3月17日（木） 10：00～12：00

場 所：浜松町TSビル2階 日本医療安全調査機構 会議室

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、定刻となりましたので令和3年度第3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。本日は大変お忙しい中、当委員会にご出席をいただきまして誠にありがとうございます。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ので、よろしくお願い申し上げます。本日は、樋口（範雄）委員長、今村（康宏）委員、井本（寛子）委員、上野（道雄）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、久保（絹子）委員、小松原（明哲）委員、近藤（稔和）委員、田中（伸哉）委員、長尾（能雅）委員、南学（正臣）委員、三代（知史）委員におかれましてはWebにてご出席をいただいております。また、会場には後（信）委員、永井（裕之）委員、山口（育子）委員にご出席をいただいております。本日のご欠席の委員は後藤（隆久）委員だけでございますので、ご出席者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、本日、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梅木（和宣）室長様にもご出席をいただいております。なお、当機構、高久（史磨）理事長におかれましては本日欠席となっております。よろしくお願いいたします。なお、川上委員、城守委員におかれましては、11時に中座をするというご連絡をいただいております。合わせましてよろしくお願いいたします。

会場、Web出席の委員方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。なお今回は、傍聴の方々につきましてはすべてWebにてご参加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。これは現況報告ということで、プレスリリースの2月版でございます。資料2が医療事故調査・支援センターの2021年、新しくできました年報でございます。資料3が再発防止のあり方ワーキング（C）の概要、企画案ということになっております。

次に再発防止関係資料ということで、資料4が再発防止委員会の開催状況、資料5が専門分析部会の開催状況でございます。資料6が、冊子でございますが、提言第15号「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」で

ございます。

センター調査関係資料といたしまして、資料7が総合調査委員会の開催状況でございます。

次が研修業務関係資料といたしまして、資料8-1が第2回の医療事故調査・支援センター主催研修実施結果ということでございます。資料8-2が令和3年度委託研修実施状況についてでございます。資料8-3が令和3年度トレーニングセミナー実施結果でございます。資料8-4が令和3年度の協力学会説明会についてということでございます。

それと、その他といたしまして、資料9が令和4年度第1次厚労科研の申請概要ということになっております。資料10が令和4年度の当機構の事業計画書でございます。

最後に参考資料として、前回の議事録を付けさせていただきます。この参考資料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をお願いいたします。

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いたします。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おかれましては、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していただけましたら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。樋口委員長に議長をお願い申し上げたいと思います。樋口委員長、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。ちょっと昨日の地震というのもあって、でもこの関係者の方が大きな影響を受けることがなかったのだったら、本当に喜ばしいとは思いますが、なかなかいろんなことがあると思います。

本日の委員会においては、今ご説明があったように、大部の資料に基づいてこの運営状況についてのご報告がありますけれども、とりわけ新しい年報ができる、それから再発防止のあり方ワーキングというのを設置する、それからもうひとつ新しい提言、薬剤の誤投与に関する問題について発表がなされた。他にもいくつか重要な点はありますけれども、新しい科研の研究の開始が予想されることなども含めて、一步一步何か進展はあるんだなというふうに感じるところがありますので、皆様にもいろいろご意見を伺いたいと思っております。

いつものように特定事例に係る内容についての議論というのが必要ですので、その場面になったら傍聴の

方々にはご遠慮していただくということですが、これも事務局のご努力でウェビナーという、単なる Zoom ではない一歩進んだものにも慣れてこられたらしくて、きっと傍聴の方々がご遠慮していただく方法というのも円滑にいくのだらうと思いますが、よろしく願いいたします。

では、早速議事に入ります。まずは資料 1 から 3 について、事務局からご説明をお願いします。

矢島専務理事 専務理事の矢島でございます。それでは、資料 1 から 3 について説明をいたします。まず、資料 1 です。2 月末時点の現況報告でございます。2 月の医療事故報告は 15 件ございました。病院からが 13 件、診療所から 2 件でございました。院内調査結果報告は 23 件ございました。相談件数は 106 件ございました。医療機関からが 47 件、ご遺族等からが 47 件、その他不明が 12 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ものは 0 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ものは 4 件でございました。センター調査の依頼件数は 2 件でございました。ご遺族から 1 件、医療機関から 1 件の申請でした。センター調査報告書の交付は 2 件でございました。その他でございますが、提言第 11 号「肝生検に係る死亡事例の分析」に関する Web アンケートを、組織向け（医療機関用）と、それから個人向け（医療従事者用）の 2 種類を実施しております。2 月 1 日から 3 月 18 日まで実施をしております。詳細はホームページをご覧くださいと思います。

資料 2 に移ります。年報でございます。これは本日、記者発表をいたしましたので、本日から公開という形になります。昨年から変わった点がございます。まず、数値版ですが、制度が開始されてからだいぶ増えてきてまして、数値については今後もこれからどんどん増えてくることが予想されるので、数値については機構のホームページからダウンロードできるような仕組みにさせていただきたいと思っております。そういう意味で年報は、これからご説明をさせていただきますが、要約版という形で図表を、これはスライド形式になっておりますのでいろんな研修等にもお使いいただけるものになります。それから事業概要、これは従来からのものをここに載せさせていただきました。そういう意味では、大きく昨年と変わっている内容になっております。

では、中身についてご説明をさせていただきます。最初、お開きをいただきますと、4 ページから「相談の状況」が始まっています。「相談の状況」について、相談件数の推移がございます。4 ページ、5 ページの

ところは昨年度と変わっておりませんので、ご確認をいただければというふうに思います。

それから、7ページからが「医療事故発生報告の状況」でございます。新型コロナのいろいろな影響があるのではないだろうかということで、7ページの下グラフをご覧くださいとわかると思います。第1波、第2波、第3波、それから緊急事態宣言というものを見ますと、やはり報告件数というものがその時の影響を受けているんだなということが読み取れるような形になっているかと思えます。今後、収束することによって少し落ち着いてくるのではないだろうかと期待をしておりますが、このような状況になっております。それから、8ページからも従来どおりです。病床規模別の事故発生報告件数でございます。

それから9ページが、前回の運営委員会では数値のみご報告をさせていただいたものを、今回はグラフという形で年報に載せさせていただきました。特定機能病院の報告件数ということになります。特定機能病院と特定機能病院以外という形で、9-1につきましてはその推移について、それから9-2におきましては報告回数になります。報告なしの医療機関が11ございます。1~3回が36医療機関、それから4~6回という形で、16回以上のご報告をいただいている医療機関も2病院ございます。報告回数については、このような開きというのでしょうか、バラツキというとまたいろいろご意見があるようですが、このような形になっております。これはまた、後ほどご報告をさせていただくことになると思えます。

それから、10ページが病床規模別の医療事故発生報告実績の割合、これは昨年と同じグラフでございます。まだ病床規模の多いところでもこのような形で、発生報告実績がゼロという医療機関もあるという状況でございます。それから、次は報告回数でございますが、やはり一度ご報告をされると2回、3回ということで複数回、回答していただける医療機関が増えていっているのではないだろうかと思えます。やはり1度、やり方というもののご経験をいただくと、2回目、3回目という形でだんだんやり方がご理解いただけるようになってくるのかなという印象を受けております。

次の11ページでございます。1事例に関与した医療機関数、これは複数医療機関ということで、いままで制度の当初には想定をしていなかった形でございますが、1つの施設から搬送先の医療機関も関わってくるということで、複数の医療機関が関与している事例が増えてきているのではないかと。約12.6%あるわけでございます。3施設以上というところもございます。こういった形で、1事例に複数医療機関が関与している。これは、これからもいろんな意味で課題になってくるのではないだろうかと考えております。

それから、12ページが都道府県別の発生事故報告件数で、見ていただきますとわかるように、12ページの

下、人口 100 万人あたりで補正してもやはり都道府県でどうしてもバラツキがある。ここのところを私どもも勉強させていただきまして、先月行われました支援団体統括者セミナーといったところでもいろいろと状況をお教えいただきまして、やはり頑張っている都道府県におかれましては医師会ですとか地元の大学病院、それからブロックの中での他の地域の都道府県との連携ですとか、そういうことによって外部委員の確保とか、そういうことを工夫していただいている地域もあったり、各都道府県によっていろいろ違う状況があるんだなということを、いろいろと学ばせていただいたことがございました。今後、このへんのところをもっともっと深く知っていくことが必要になってくるのではないだろうかというふうに考えております。

それから、13 ページが「院内調査結果報告の状況」でございます。14 ページからが起因した医療の分類の資料でございます。このところは前回よりも少し図表を見やすく工夫してきました。病床規模別「起因した医療の分類」の割合、細かくなって見づらい資料になっておりますが、このことはすごく大事なものですから、こういう形で工夫をさせていただきました。またご意見がありましたら、少し見づらい点は重々承知の上ですが、なるべく細かいところもわかりやすく書いてみようということで工夫をさせていただきました。

15 ページは、いろいろな内訳ですね。手術の内訳についてはこのような中身になっております。それから 16 ページ、ここも発生報告から院内調査結果報告までの期間でございます。それから、いままでの院内調査結果報告書の累計推移が載っております。院内調査結果のご報告までに要した期間と、長くなったいろいろな理由がございます。そのへんのところをこのような形でまとめさせていただきました。

18 ページは、解剖の実施状況でございます。約 4 割近い事例については解剖を実施していただいているのですが、解剖実施ありの中で司法解剖のところは、今後なるべくちゃんとデータをいただけるような形で進めていかなければいけないということで、ここのところも今、取り組ませていただいているところでございます。Ai を使った画像診断も、このような形で少しずつ増えているのではないかと思います。解剖と Ai の実施状況を足し合わせますと、解剖のみ、Ai のみ、それから両方という形で実施をいただいている機関が 6 割ぐらいあるということで、やはりこういうところが今後大事になってくるのではないかなと思っています。それから 20 ページのところ、病床規模別の病理解剖および Ai の実施件数ですね。いわゆる病床規模が小さい医療機関においては、病理ですとか、そういうものを外部に委託するという状況があると。病理がすごく大事なわけでございますので、このへんのところをどういうふうに進めていくのかということが出てくると思います。



樋口委員長 ありがとうございます。資料3までについてご説明を伺いましたけれども、ここまでの範囲でコメントやご質問を受けたいと思いますが、いかがですか。山口さん、お願いします。

山口委員 ありがとうございます。2点、ございます。まず、報告書の9ページのところに、以前から私、特定機能病院については、高度先進医療をやっているにも関わらず6年半が経ってゼロ件というのはいかかなものかと申し上げてきました。ここに11病院とあるんですけれども、何か機構の中で原因というか、どれぐらいこのことについて突っ込んだやり取りや検証をされているのでしょうか。そのことについてお伺いしたいと思います。というのも、特定機能病院は医療安全の監査委員会を設置しないとイケませんので、最低年に2回行われています。私もかなり複数の特定機能病院で監査委員を務めている中で、必ずゼロのところというのは、どういう判断をされているのかということが監査委員会の中で議論されるんですね。監査報告書はホームページ等で公開されていますので、この医療事故について報告がない特定機能病院でどのような議論が行われているかということは、こちらの医療安全調査機構で調査しようと思えばできるのではないかなと思いますので、そのあたりをもしやっぴらなければ、病院名まで出さなくていいですけども、どういう状況なのかということを知らせていただきたいと思っています。

樋口委員長 矢島さん、お願いします。

矢島専務理事 まず、特定機能病院につきましては、非公開のところでご説明をさせていただく予定になっております。今、まさにご指摘いただいたようなことも踏まえてご議論が必要かと思っていますので、大変恐縮ですけども非公開のところでご議論させていただくように、私ども準備しておりましたので、誠に申し訳ございません。よろしく願いいたします。

山口委員 わかりました。

もう1点が、実際に死亡が起きてから報告するまでの期間についてのグラフと、それからその理由が以前の報告の中にはあったかと思うんです。ちょっと私の見落としかもしれませんが、今回それが見当たらず

て、調査報告書がどれぐらいかかったかということは書いてあるんですけども、死亡されてから報告までに時間を要している医療機関が過去にはけっこうあったような、それが今回入っていないんですけども。

矢島専務理事 16ページの18のスライドのところになります。最初にご報告をいただいて死亡されてから、発生報告までの期間のグラフがこれになります。

山口委員 これは、平均ですか。

矢島専務理事 そうということになります。それぞれの期間のところの平均になります。右下に数値の表がございます。

山口委員 最長で……？

矢島専務理事 最長が、これを見ますと2年ですかね。

山口委員 私たちのところに電話相談で、報告に該当するのではないかと思われているのに病院がなかなか動いてくれないというような、制度自体を知らなくてこちらから説明することもあるんですけども、そういうことも経て、ようやく機構が介入したことによって報告したとか、そういったことが見えてくると参考になるかなと思ったんですけども。

矢島専務理事 伝達をした医療機関と、どうかという。

山口委員 どういう理由で長くかかっているのかということが、もう少しわかるといいかなと思いました。

矢島専務理事 今回はそこまでできておりませんので、また今後の課題という形で検討させていただければと思います。

樋口委員長 他に、先生方いかがでしょう。田中さん、お願いします。

田中委員 日本病理学会から情報共有までですけれども、18 ページの解剖のところ、解剖が2020年、2021年と4割弱ということで低め安定というか、もうちょっと上げていかなければいけない継続的な努力というのは皆さんやっているところですが、日本病理学会で2020年の解剖数の統計が出まして、2019年は1万20件、従来1万件ぐらい毎年剖検をやられているんですけれども、コロナ禍では7,697件ということで、33%減でありました。そういう状況の中、医療事故の剖検割合がそれほど下がっていないということは、やはり必要な解剖が行われているという理解ができるということと、医療事故報告自体も減っているので、割合的には。なので、コロナになったからといって極端にそこが減っているということではないという、ご報告までです。以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。他にはいかがですか。永井さん、どうぞ。

永井委員 永井です。今のお話で2点あるのですが、1点目は報告件数の話ですが、2月に15件ということについて私は初めてだと思ったら、すでに2020年5月には15件というのがあったというのを改めて知ったんですけれども、これが本当にコロナのせいなのか。手術をあまりしなくなって少なくなってきているのか、この15件というのが10件ぐらいになると、だいぶ心配をしているのが現状です。本当にコロナの中で、今の田中先生のお話だと、あまり報告件数が減っていないので安心されたというふうに、私は解釈したんですが、そういう感じでとっていつて本当にいいのかどうなのか。ちょっと心配しています。

樋口委員長 事務局、お願いします。

矢島専務理事 年報の7ページの下のところをご覧くださいと思います。今、永井委員からのご指摘がありましたように、過去にも2020年5月に15件というのがありました。そのグラフのところを見ていただくとわかると思うのですが、5月には15件ですが、4月は19件でした。下に矢印で書いてありますが、

これは第1回の緊急事態宣言の時になります。まさにこのへんのところから、前の3月はだいたい30件ぐら  
いずっとあったのが、4月になって19になり、5月には15という形で、これを見ますとやはり第1波の時  
でございまして、緊急事態宣言があつて、詳しい中身はわかりませんが、やはり医療機関のほうも患者さ  
んの対応で、それから最初の頃は手術も延期するという事で手術を控える、後に回していただくみたい  
なこともかなり行われていた状況もございましたので、そういうことを総合的に見ますと、やはりそう  
いう影響があつたのではないだろうか。そういう中での影響というのは十分に考えられるということで、  
またコロナが落ち着いてくれば、これが通常の状態に、平準化された状況になってくるのではないら  
うかというふうに考えているところでございます。木村先生、何かございますでしょうか。

木村常務理事 常務をしております木村ですけれども、少しだけ追加させていただきますと、この7ペー  
ジの6-2のグラフを見ていただくと、上から下に下がっているのは、逆転して、その日その日の日本全  
国でのコロナの感染者数です。これが1波から5波まであるわけですが、これが確実に影響している  
ことは確かだろうと考えています。最近になっていろいろな学会等から手術の件数の変化が報告され  
てきて、これがもう少し経つと全体が分析されて出てくると思います。大きく言われていること  
では、アメリカでは心臓の手術が半分になったと。逆に、手術をしないために亡くなる方が問題  
だというニュースも出ているぐらいです。

特に第1波の時は、こうやって見ると感染者数は少ないですが、全国の緊急事態宣言が出たのは  
この時です。非常に反応が大きくて大変だったことを覚えていらっしゃると思いますが、最後のところ  
の5波の後、今年になってから、実はずっと収まったかに思えたのがすごい数が出てきた。オミ  
クロン株というのが現在の状況ですが、その数を入れると、第6波と言われているものはこの  
波形で書くと4倍ぐらい大きいんですね。もうこのグラフの下に突き抜けてしまうぐらいの  
数が出ています。そういうことで、最近では緊急事態宣言ではなくて、まん延防止策とい  
うことで出ていますので、対応は緩やかになってきている。まあ、そういう言い方でいいか  
どうかはありますが、対応が変わってきているということで、ただオミクロン株の膨大な感  
染者数が出ているということから、2月は15だったのかなというふうに考えております。だ  
いたい合っているのではないかという印象だけです。いずれ分析されて、これがどうい  
う影響を与えたのかということが出てくると思います。

手術がやっぱり事故の非常に大きな部分になっていますので、手術の件数が減ったことによるのではない

かと思います。そして、数は少ないですけれども、先ほど田中先生からご指摘があったとおり、その中では解剖等は頑張っているわけ、事故が起きた後の対応は、そういう判断をされた医療機関では対応はちゃんとされているという言い方もできるのかなと思っております。報告の内容も、特にコロナがあったから何か分析に問題があるとか、そういうことは認められません。また、コロナ自体が事故として報告されたのは1件もありませんけれども、コロナの処置中に少しトラブルがあってというのはたった1件だけあります。そんな状況ですので、今後少し見ていかないといけないかなと思っています。以上、追加させていただきました。

永井委員 どうもありがとうございました。

もう1点、資料3の再発防止のあり方ワーキングということでご説明いただいて、課題の中の1番に「提言の名称」ということで書かれているのですが、気になるのは、係争に用いられる懸念があるということをやっと医療の方々がおっしゃっているのですが、ほとんどの私たちが相談にのる人は、調査がしっかりされていない、もっと言うと患者側と医療側での事実経過の一致ができていないということが不信感になっている。調査というものをしっかりやっていただいて、そのご説明をしっかりしていくことがまず第一であることは、私は当初からずっとお願いしていたわけです。だから、調査がなくて再発防止ができるはずがないので、その時の書き方というか、説明の仕方によって、ここから学んでいかに同じ事故を起こさないための再発防止策をつくりそれを遺族が理解して、亡くなった人の無念が報われるとか、そういう思いになっていくような調査および再発防止提案が極めて重要なのです。だから、そこができていたらほとんどの人は納得するのですよ。それができれば係争にならないと言っています。そこができていないのは、インフォームドコンセントから始り、そして事実経過の内容が違っていたということをぜんぜん説明も受けないし。だから、再発防止を訴えるから係争になるというのは、ゼロとは言わないけどそんなに数多くはないと、私はいろいろな人の話を聞きながら感じております。この辺、山口さん、どうですか。

山口委員 たぶん、ここの「提言の名前」というのは、「提言」という表現をしていることによって全体から見ると提言という捉え方をされるということが問題になっていまして。というのが、提言でやっているのが10例とか8例とか、それを元にしてまとめられているものを「提言」という言葉を使っているのです、そこに誤

解が生じるのではないかという意味のことだと私は思うんです。ただ、永井さんがおっしゃっていることは私も同じ意見で、きちんと調査をして、何があったのかということの透明性を持って説明されることで納得される方は増えるはずですし、係争も私は減ると思っています。ただ、ここに出てきているテーマとしては、そういう意味ではないことをおっしゃっているのではないと思います。事務局としては違う提案ではないかなと思いました。

樋口委員長 事務局、お願いします。

矢島専務理事 提言のところは、今の山口委員からのご説明をいただいて、本当にありがとうございます。まさに山口委員からありましたように、この再発防止委員会の中では、「提言」という言い方が義務になると。ですから、永井委員がおっしゃったような形でうまくご理解いただくために、どういうふうに進めていくのかということこれから議論していかなければいけないわけでございますので、そういうことも含めて、この1番のところの名称については、議論は山口委員からご指摘いただいた点がポイントですけれども、永井委員からいただいたご指摘はすごく大事なポイントですので、そのところはどのような形に持っていくのがいいのかというのは、これから重要な課題だというふうに認識しております。

永井委員 先ほど出た病理解剖について、前々から僕は言っているんですけども、病理解剖が増えてきたというのは本当にありがたい、いいことだなと思います。病理解剖を調査のためにするにあたって、やはり解剖するについて家族とか親戚も含めたいろんな意見が出てきてしまうことは事実です。その中で重要なことは、解剖することによって亡くなった方の死因により近いことが見つけ出される可能性があるという、死に至ったことを知るということにおいて解剖をしようかという気持ちになってくる、そういうセンターからのいろいろな、患者および医療機関に医療解剖についてのペーパーが出ているみたいですが、そのへんのところを充実していく。もっともっと充実して、病理解剖及び Ai なりが増えてくるようにして欲しいし、いずれにして再発防止は次の段階としてもものすごく重要なことなのですが、要するに原因が医療の過程じゃないとか、予期していたとか、そういう簡単な説明だけで、本当に事故であったかなかったかは、例えば解剖してみることから始まるんだということに対して、わりとシャットアウトを早めにしてしまう。この

ことを医療者、特にお医者さんの方々にはご理解いただきながら、この制度の本来のところをどうやって探求していくか、充実させていくかということで、最終的には再発防止と。そういう一連のところをぜひ努力して行って欲しいなと思います。よろしくお願いします。

樋口委員長 矢島さん、どうぞ。

矢島専務理事 今ご指摘いただきましたように、私どもも病理解剖はすごく大事だというふうに考えておりまして、この年報の50ページからも書いてございます。これは昨年度、まさにこの運営委員会の委員の先生方にもいろいろとご助言いただきながら作成させていただきました。医療機関の病理解剖、やはり現場からするとご遺族にどのタイミングで説明したらいいんだろうかという、現場でのいろんな困惑している状況もございましたので、機構といたしまして専門の方々、病理の先生、法医の先生、それから患者ご家族のご意見をいただきながら、このようなご家族・ご遺族への説明の資料と、それから医療機関への説明用のパンフレットという形で資料をつくらせていただきました。今ご指摘がありましたように、私ども病理解剖というのは原因究明にはすごく大事なので、なるべくこのような形でやっていただくように、これからも現場に働きかけていくということをさせていただきたいと思っております。私からは以上です。

樋口委員長 ありがとうございます。

続けて、資料4、5、6、7について事務局、ご説明をお願いいたします。

木村常務理事 それでは、資料4、5、6は木村からご報告させていただきます。再発防止に関わるものです。再発防止委員会は、2月に1回、隔月で行っております。ここにその内容が出ておりますけれども、資料5をご覧ください。ガント表と呼んでおりますけれども、横にさせていただいて、上から下に向かっていままでつくられてきた提言書、この1月には後でご説明いたします薬剤関連で、15冊目が出されています。「△」で始まって、「●」がそれぞれの分析部会が開かれた回数です。そして今後、頸部の手術とか中心静脈の第2版、股関節の手術、肺動脈カテーテル、血液検査パニック値というふうに予定をしております。それぞれの分析にあたってはその専門領域、関連領域の方々、約7～8名から10名程度に集まっていただいて、1年、

場合によっては2年かけてつくらせていただいています。この後でご説明させていただく薬剤関連ですけれども、この「●」を見ていただくと8回です。他が3回ぐらいで行われる場合も基本的には多いのですが、8回も開かれて、何度も何度も検討させていただいてつくったものです。次のページには、それぞれの分析部会でどういう学会から参加いただいているかということが書いてありますのでご覧ください。

それでは、資料6をご覧ください。これは第15号として、「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」としてつくらせていただきました。めくっていただくと、1ページのところに2020年9月まで、ちょうど5年間の間に院内調査の結果として報告いただいたのが1,539件になりました。そして、以前から薬剤に関してはいろいろ問題として、対象としてあがってきたのですが、非常に分析が難しく、どういうふうにとっついていったらいいかということで検討しておりましたが、1,539件の中から薬剤関係は200ぐらいあったんですけども、特に「誤投与」というキーワードで死亡事例を取り上げて、36事例を対象といたしました。

次の2ページ、3ページにそれぞれの提言として、具体的な箇条書きにしたものがあります。投与工程における確認といって、新たな観点で薬剤の投与に至る工程を確認させていただいて、分析をさせていただきました。不慣れな薬剤の取扱いとか患者さんの服薬確認への支援とか、部署の配置薬ということでもいろいろな問題が起きております。それから持参薬と、それを継続する際に間違えたりすること。それから、次のページでは特にインスリンで、これもいままでたくさん報告がありますが、この36事例の中で4事例、インスリンがもとで亡くなっている事例がありました。多くの場合は、インスリンは必ず単位で指示することになっているのですが、それをmgで指示したりすると100倍のズレが出てくるんですね。100倍の投与のズレがあると死に至る可能性、そういうリスクが出てくるということで、亡くなった事例を分析いたしました。

中を見ていただくと、27ページをご覧ください。27ページに図が画いてありますけれども、薬剤の投与の工程というのは、医師が処方して、それを薬剤部で調剤と呼んでおりますが、監査をして調整をして、それを現場で看護師が準備をして投与を実施するという、3段階が必ず想定されます。それぞれの中でエラーが起きないように、誤投与にならないようにチェックをするわけですが、このいずれもすり抜けたものが実際の誤投与につながっているということです。そのチェックの仕方を分析してみますと、妥当性チェックというのと照合型チェックというのがあるということで、妥当性のチェックというのは、患者さんの状態に対する処方内容が医学的、疫学的に適切であるかどうか。医学的にこの薬でいいのかどうかということです。具体的には、病態に適切なのか、体重あたりの用法・用量が適切かどうか、禁忌薬となっていないかということ

です。それから、特殊な薬がいまたくさん出ておりますけれども、休薬期間がある薬ですとか、それから最終的に投与を実施する場面でも、今の状態に適切なかどうか、あるいはたまたま同時投与する薬が出てきた場合に配合変化することはないのかとか、そういうことをチェックしていただくのが妥当性チェック。もうひとつは、例えば処方箋がありますと、処方箋に対して調剤が行われるわけで、ですから医師が処方する時には照合型チェックがないわけですが、これは自分の中でセルフチェックをしていただくことになっているわけです。実際、そういうことが行われているという考え方です。照合型のほうは、黄色であるような、照合項目に対して、実際に2つを比べて、投与する薬剤と確定情報、処方箋などと照らし合わせて確認すること。そういう照合型チェックと、この2つのことを常にやっているというふうに分け方をいたしました。こういう分け方は今までされていなかったと思います。そのどこに問題があったのかということ、それからこういう形で薬というのは投与されているんだということを意識していただくということです。

そうすると、提言5のところですが、病棟とかICU、オペ室等で配置薬というのがあります。これは予めよく使うので配置しておいて、そこの現場で判断をして使うというもので、34ページにありますけれども、配置薬というのはいろいろな問題があって、この間で調剤する薬剤師がその個々の事例に関与しないわけですね。処方があって、あるいは約束処方があって、それを現場で適宜使うということになりますので、そこに大きな問題が起きる可能性があるということで、特に注意をしていただきたいという項目としてあげております。

こういう形で36事例、誤投与ですので起きてはいけないことが起きているわけですから、その各事例の書き方にもずいぶん気を使いました。こういうことがどの場面で起きているのか、そしてどういうチェックをしていけばいいかということで分析を行い、提言書としてまとめさせていただきました。また、これはホームページから動画とかパワーポイントで研修で使えるものをご用意していますので、それも合わせてご覧いただくとありがたいと思っています。これが薬剤誤投与に係る死亡事例の分析ということになります。

次に、資料7は総合調査、センター調査ですね。総合調査委員会の開催状況だけお話をいたします。これは毎月行われていて、今現在、180事例のセンター調査の依頼があって、2月までに99件がすでに報告済みとなっています。それぞれに学会に依頼して、学会推薦の専門の方に7～8名ないし10名に集まっていたいて調査部会が形成されるわけですが、だいたい1つの事例に対して2年ぐらいかかっています。幅があって、2年半ぐらいかかっていたものもあったんですが、いろいろな努力をして、いま1年半を目指して、最

今はだいぶそういうところに近づいてきているという形です。具体的な臨床結果の確認ですとか、それから実際に病院の中でそれがどういうシステムの中で行われたのか、何度も何度もやり取りをして、多くの場合は数回、少なくとも3回ぐらいはいろんな項目を質問してやり取りをして分析を進めているところです。少し時間がかかるということも理論的に必要な部分もありますけれども、そういうことを踏まえてもなるべく短時間でできるようにしたいと思っています。

現在、アクティブに動いている分析が80近くあります。これをセンターとしていま担当がいろいろやっておりますけれども、それだけでもけっこう大変な負担になってきていますので、先ほど年報が出ましたけれども、その中でセンター調査に回るのは9%ぐらい。90%は院内調査でだいたい完了しているわけですが、9%がセンター調査に回ってきております。それでも今のセンターの状況を考えますと、80事例をセンター調査で同時にやっているということを見ると、かなり切羽詰まっているという状況にもなると思います。なるべく短くしてというお話もあるのですが、なかなか専門的にやっているとそれだけ時間もかかるということもあって、大変な状況が続いているというところです。何とかそういう意味でも院内調査をしっかりやっていただいて、それでよく納得していただけるような内容、そして全体としてそういうものもいい形になってくるといいのかなと思っています。年報でも、院内調査報告書のページ数とか内容とか、外部委員の参加率とか、それから先ほどの解剖とか、そういうものが少しずつですけれども前進しているのではないかという思いで見えております。一応、総合調査委員会に関しては以上です。私からはとりあえず今の部分までご報告させていただきます。ありがとうございました。

樋口委員長 以上、資料4から7までご説明を伺いましたけれども、ここまでのところで何かコメント、ご質問があれば受けたいと思いますが、いかがですか。長尾さん、どうぞ。

長尾委員 コロナと事故調査件数の関連性を検討するに、資料2の8ページのグラフが検討すべきものかなと思われま。つまり、この1年間で600床から800床の病院の事故件数が劇的に減っているように見えます。ここが、おそらく最もコロナ診療の影響を受けている病院群なのではないかなという気がするんです。大学病院とか1000床以上になりますと、コロナも診るんですが重症患者がほとんどで、そんなに日常診療に大きな影響はないのですが、特定機能病院以外の800床規模の医療機関などはかなり影響を受けている

可能性があつて、その時に事故件数が伸びない理由は可能性としては2つあるのではないかなと思つていて、1つは先程来議論にあがつているような、いわゆる侵襲的診療行為が先延ばしになっている結果、事故が起きていない可能性と、もう1つは安全管理部門がコロナ禍でこの診療規模に見合った体制をとられていなくて、コロナへの協力というか、あるいは混乱を受けて、事例のトリアージとか検証機能自体が少し影響を受けている可能性です。このあたりはそこの診療規模群の医療機関に問い合わせをすることが、原因を把握するのであれば重要になってくるのではないかなと思つて見ておりました。

樋口委員長 ありがとうございます。

木村常務理事 それでは、木村から。ありがとうございます。おっしゃるとおり、実際の基になる手術の件数とか通常の診療体制の数が減ってきたというのは、コロナの影響がひとつあると思います。それから、院内では医療安全対策室と、それから感染対策室と一緒にやっている小規模もあるわけで、長尾先生がおっしゃられた体制の不備の部分というのは、そういうところに現れているのかなと思つました。ただ、印象ですけれども、先ほどの数字でいうと15に減ってしまった第1波の時は、確かにすごい混乱があつて、院内では他にそういう事故の対応をするような余裕がなくなってしまったという印象がありました。しかし、基本的に事故対応と感染対応というのは部門が違つておりますので、あれは1月頃から始まつたわけですがけれども、夏頃にはだいたいそれぞれの部門が、また少しずつ普通に機能できるようになってきた。感染の対応が非常に大変だつたわけですがけれども、医療安全の部分はというようなお話も聞いているところです。これは病床規模が大きいところでは体力があるといひますか、そういう部分はわりと早く乗り越えたのかなと。300床とかそれ以下ぐらいのところは、逆に非常に大変だつたのかなというような印象を受けました。以上、正確なお答えにはなつてないですけれども、追加させていただきました。ありがとうございます。

樋口委員長 ありがとうございます。

長尾委員 長尾ですが、今の件に関して私たちも厚労科研で、感染と安全の分業体制があるのかどうか、安全がコロナによって影響を受けたかどうかというのを調べてみたんですけれども、専従であれ、専任であれ、

医師の安全へのコミットが濃厚に行われている医療機関は、あまりコロナの影響を受けていません。一方で、医師のコミットメントが薄くて、かつ診療規模が比較的大きい医療機関は影響を受けた可能性がある、というデータが出てきています。特に事故トリアージに関しては、安全にコミットする医師の役割は非常に大きいと思うので、そのあたりの支援や強化といったものも選択肢にあがってくるのではないかなど。もっと大きな波が来た時に、そのへんが崩れてしまうことも予想させるデータになっていたのも、そのあたりを勘案しながら体制づくりをする必要があるのかなというふうに思っています。

樋口委員長 ありがとうございます。資料4から7については、いかがですか。

ちょっと時間的なスケジュール感もあるんですが、先にいきましょう。資料8以降について、お話を事務局からお願いいたします。

木村常務理事 資料8は1から4までありまして、研修の内容です。それから、9が厚労科研のことです。で、8、9を木村からご報告させていただきます。

資料8-1をご覧ください。医療事故調査・支援センターが主催する研修の2回目を行いました。私どもは、実際の研修は日本医師会様とか日本歯科医師会様に委託するような形で行っていることになっておりますけれども、それ以外にも病院単位とか、そういうところで研修は行っております。今回のセンター主催研修の意味は、特に事故調査に関わられた病院の経験をお話したいということで、昨年12月4日に行いました。お願いしたのは、それぞれ4人の立場で、病院の管理者として事故の判断、報告をどう考えたか、それから医療安全担当医師として管理者の役割、課題などはどうだったのか、それから医療安全担当看護師として実際にどんなふうなことが問題だったのか、そしてもう一人、今回初めてですが、「医療事故調査とその結果をうけて」ということでご遺族の方。この4人の方に、それぞれ事例は違いますし、施設も違いますが、ご報告をいただきました。大変内容は示唆に飛んだもので、聞いていらっしゃる方も非常によかったと好評を得ています。これはオンデマンドという形で配信したのですが、12月半ばから1月末まで行いました。最終的に1,300人の方が参加されております。こういう形で実際の医療事故を経験された、そしてこういう調査に関わられた方の話を聞くということを、今後も続けていきたいと思っております。

それから8-2ですけれども、これはいままでも行ってまいりました支援団体の職員向け、それから医療

機関の職員向けということで、「支援団体統括者セミナー」は日本医師会に委託して行っていただいています。今年は2月27日に、コロナということでWeb研修になりましたけれども、115名の方、これは医師会の担当役員の先生、それから基幹病院の管理者、代表者ですね。それから看護職の方、そういう方たちに参加いただいて、いろいろな事例とかそういうものを提示して、共通の考え方になるように、あるいはそれぞれのご意見を聞くというような形の研修を行いました。

2番の医療機関向けは、「管理者・実務者セミナー」として日本医師会に委託させていただいておりますけれども、病院の管理者として調査を行うにあたっての知識・技能の習得ということで行っております。医療機関の管理者、それから看護師さんの実務者、あるいは事務の方、もしくはそれに準ずる方ということで、e-Learning方式ということで行っております。これはまだ実はやっております、昨年の12月から今年の3月25日まで、e-Learning方式で3時間のコースを設けております。参加登録は900名でしたけれども、だんだん増えてきて、最終的にはかなりの数になるのではないかと考えております。その次の歯科医師会にお願いしているのも同じような考え方で、歯科領域で歯科の医師、歯科衛生士、歯科にかかる医療安全及び医療事故調査支援に関わる業務に携わる方ということで、これは2月5日にWeb研修を行いました。登録ということで、87名の方が参加いただいています。歯科医師会にご存じのとおり、開業されている方を対象とする年度と、大きな病院の中の歯科口腔外科領域の方を対象とするものというふうに交互に、内容を少しそれぞれに重点を置いた形での研修を行っているということで、私どもも少し参加させていただいています。

それから、資料8-3ですけれども、これはトレーニングセミナーで、私どもの機構の中の職員の標準化、意志統一という形で毎年行っております。それぞれの地域にセンターとしての支援医をお願いしているわけですが、その支援医の方25名、それからそれを統括していただく統括支援医の方6名、それから総合調査委員会に参加された委員の方という形で、68名の方に参加いただいています。具体的なグループワークで、事例の確認、背景について、再発防止策について、どういう形でどういう考え方でまとめていったらいいかというあたり、「センター調査の現状と課題」としてまず宮田（哲郎）先生からお話をいただき、分析をする時の今度は報告書における背景の書き方、再発防止策の考え方ということで長尾先生からお話をいただきました。

それから、次の8-4ですけれども、協力学会説明会です。これは学会にお願いをして、担当領域・関連領域の学会の推薦でセンター調査、あるいは再発防止策の分析の部会員の先生をお願いしているところです。

協力学会は毎年、その学会の方に集まっていただいて、こちらからの説明をさせていただいています。今回は3月22日に行う予定ですが、56の学会に来ていただきます。それから、協力学会ではないですが、協力していただいている団体の方に集まっていただいています。いろいろな学会に対してご負担をかけているわけですが、いままでセンター調査だけでも千数百人の方、再発防止のほうでは百数十人の専門医の方に参加をいただいています。2年ぐらいかかって行われたりしますので、ご負担も非常に大きいと思っています。第一線で研究、臨床、教育をやられている先生方をお願いするわけですので、そこらあたりの負担を何とかうまくできないか、そしてなるべく多くの方に順番に参加いただけないかということでいろいろお話をしているところです。今回新たに外科学会、内科学会が、桁が違う数をお願いしていますので、そこに関してはそれぞれのサブスペシャリティ領域、外科では5つ、内科では13あるわけですが、そちらに直接、事故の領域に関連する学会をお願いする形にだんだん切り換えていこうかということで、いま検討し、今回の協力学会でもその内容を検討することにしております。あと、コロナの影響でWebで参加という方も増えて、それもだんだんうまくいくようになりましたので、そうすると、何もその地域に限らなくても専門医の方に参加いただけますので、全国規模でいろいろなところから、ある事例に関して参加いただくという考え方も取り入れていこうかということで、検討しているところです。

最後に、資料9をご覧ください。これは厚生労働科学研究の申請に関してです。昨年の暮れに研究課題公募のひとつで、「医療機関内の医療事故の機能的な報告体制の構築のための研究」というのが出されまして、それに対して申請をさせていただきました。目的はここに書いてありますが、医療事故の再発防止を図る制度として平成27年10月に開始された。そして6年経ったところで、人口あたりの補正でもズレがあったり、それから病院の規模の大小でもずいぶん違いがある。特定機能病院などでもバラツキがある。格差があるということで、事故対応への方策と考え方が均霑化していないという点でどうなのかということ、そのあたりを具体的に調べてみたいということで、そういう課題をいただいたところです。

次のページのところに、医療事故の報告体制の実態把握ということで、これはアンケート調査を、最終的には3,000病院ぐらいを対象に、「どういう体制で事故対応されていますか」「どういう判断をされていますか」ということを見させていただきたいと思っています。後から出てきます特定機能病院に対するアンケートの件も、この中には少し関連してくることかと思っています。その際には、海外での医療事故報告体制の調査と比較検討したいと思っています。そういう内容で出されています。そしてその結果、医療事故調査に

おける初期対応における要点、どんな問題があつてそれをどういうふうと考えていったらいいのかということ、ガイドラインのような形でまとめることはできないかということで、応募させていただきました。もうすぐ結果が出るということですが、採択されればこれに対して2年間という予定ですが、いままでの事故の調査の経過を含めて対応させていただいて、この制度が6年経ったところで、今後に向かって良くしていくためのひとつの資料になればいいかなというふうに考えているところです。私からは以上です。ありがとうございました。

鈴木事務局長 続きまして、資料10につきましてご説明させていただきます。令和4年度の事業計画書ということでございまして、この事業計画書につきましては毎年度、医療法の規定によりまして厚生労働大臣の認可を受けることになっておりまして、今回も2月17日の当機構の理事会でご承認をいただきまして、その後、厚労大臣宛てに申請いたしまして、2月28日付けで認可をいただいたということでございます。まず、その件をご報告させていただきます。

それと、事業計画書の内容でございます。事業計画につきましては、当機構は医療法等につきましている業務が定められておりますので、基本的には大きく変わるというものではございませんが、来年度、4年度の事業計画につきましては2点ほど追加等をさせていただいております。1点目が、事業計画書の1ページのいちばん下、事業の概要の「(7) その他医療の安全の確保を図るために必要な業務を行うこと」ということで、その中で「医療事故調査制度がより円滑に実施され、その防止策等成果が一層社会に還元できるよう、研究機関としての登録等を行い、対応していく」ということで、いま常務のほうからお話がありました、厚労科研の関係が主になっていくと思いますが、今後こういう研究事業につきましても行っていきたいということでございます。

それと、4ページですが、「12. 情報管理及び情報システムの検証等」ということでございます。当センターも6年経ったということで、情報システムが老朽化しているということと、昨今ではサイバー攻撃等も多くなっているということですので、データ等のセキュリティの強化を含めて、そのシステムを更新していきたいということでございます。今回、この2点を追加させていただいたということでございます。それ以外につきましては、文言の微修正等でございますので説明は割愛させていただきます。以上でございます。よろしくお願いたします。

樋口委員長 ありがとうございます。ここも盛りだくさんの内容でしたが、以上でオープンなところの資料の説明は終わったのですが、ここまでの説明について前にも戻ってもかまいませんので、もしあればご質問、コメントをいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。小松原さん、お願いします。

小松原委員 ご説明ありがとうございます。特にお願いという話ではないのですけれども、参考までということで発言させていただきます。先ほど、長尾先生が中堅病院の報告件数が減った、その理由として侵襲的診療行為が先延ばしになっている可能性をご指摘なされて、それで思い出したのですが、私は人間工学でいろんな仕事をお手伝いしているのですけれども、航空事業ではいままで新型コロナで減便だったんですが、コロナが落ち着くと今後は復便に向かってトラブルが多発するのではないかとということがかなり警戒がなされています。いままで長期間眠っていた機材が、ラインに投入されると意外なところで不具合が生じるのではないかとか、あるいは乗務員の乗務時間が少なかったのだが、乗務が一気に増えることによってミスが増えるのではないかとか、あるいは地上職であれば2年間に新人も入って来ているのですが、新人のOJTの機会がなかったのでミスをするのではないかと、などというようなことが懸念されています。同じようなことが医療でも起こり兼ねないところがあって、しかもこれからコロナの感染対策が一巡してくると、いままで先延ばしになっていた手術などが逆に増えるということで、医療事故に、いままでとはちょっと違う形態のものが増えてくる可能性もないとは言えないと思われま。そのあたり、事故受付の時にちょっと頭に置いていただくと、さらに新しい教訓等も得られるかと思しますので、ちょっとコメントさせていただきました。以上になります。

樋口委員長 貴重なご意見ありがとうございます。コロナがいろんなところへ影響を及ぼしているので、私も聞いているところでは、厚労省の他の部局ではそもそもコロナ医療が一般医療にどう影響を与えているかという、調査もしているはずなんですね。実際に大きな影響を与えているわけで、しかしこちらが重点を置いたからこちらがというだけの話ではなくて、いま小松原さんがおっしゃったように、この真ん中のギャップみたいなものが、それ以外のところでも何らかの形で影響を与える恐れがあるというのは、本当にそうならないといいと思っておりますけれども、他にご意見はいかがですか。永井さん、どうぞ。

永井委員 資料6の「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」の中で、2点質問があります。ひとつは、前によくあった同じような名前の薬で間違えるという、それが事故に至って亡くなったとかいう事例は、もう薬メーカー等で間違えやすい薬というのは全部改善されてきているのかどうかという問題と、もうひとつ同じような話で、僕は病院に医療安全で講演に行った時に現場を見させていただいたら、薬剤師が病棟に常駐する病院が増えてきていると。それによって間違いがとか、こういうふうに行っている。特に、置いている薬の判断などについては、薬剤師さんがおると助かっているんだという話も聞いたことがあるので、経営問題とかいろいろなことがあるとは思いますが、基本的には薬剤師が病棟に常駐するほうが本当は医療安全においてはいい方向ではないかなと。そういう意味でのデータみたいなものとか、ヒアリングみたいなことはいままでされておるのでしょうか。

木村常務理事 ありがとうございます。非常に貴重なお話だと思いますけれども、同じ名前の薬剤に関して、前はサクシン、サクシゾンというのがありました。そういう問題が出てくると、とんでもない離れた関係のない薬があつたりすると、それを変更するといったことも行われておりますけれども、今回はこの表の中の9ページから17ページまで、それぞれの事例が出ています。特に誤投与ですので、最初の色を変えてある事例ナンバーのすぐ後ろに、どういう問題があつて誤投与に至ったというのが書いてありますので、そこを見ただけであればいいですが、似たような名前で起きたというのは今回はそれほどありませんでした。ただ、いままで常に言われているのは、例えば同じような瓶の色だったりとか、名前だけではなくてすぐ隣に置いてあるとか、そういうことはずいぶん薬剤の中でも検討されて、病院の中での配置や何かはずいぶん検討されているように思います。ですから、この提言書が出る以前から問題で、ずいぶん努力されているだろうと思いました。それもですけれども、同じ薬の例えば単位を間違えたとか、粉だったのをmgで出した時に間違えるといったようなこと。持参薬、前医が出していた自分が管理していた薬を入院した時に持って来るわけですけれども、それを今度、病院の中で出す時に間違えてしまうといったようなものがあつたと思います。

事例の16と17だそうですね、ちょっとご覧ください。「デ」と「0.5mg」から、デカドロンを出すはずがデゾラムになってしまったといったような問題。それから次の17では、リフキシマという薬のつもりがリクシアナと。肝性脳症の治療薬が抗凝固薬を出してしまったということですね。そういう間違いはお

っしゃるとおり今でも起きているということですが、いろんな薬の数が猛烈に増えていますので、こういうことはまだまだ起きることだと思います。

もう1点、病棟に薬剤師が配置されているかどうか。これは素晴らしいことで、以前、私どもの時代だと、薬剤部というのは病院の地下等で薬を一生懸命に混ぜたりつくったりしている。患者さんの顔を見ていないわけですね。それが病棟ですと、直接指導という形で患者さんと対応するようになって、臨床の現場に接するということがどれぐらい重要かというのは、薬剤の中でも大きく言われているところです。ただ、薬剤師の数がかなりの数が必要になりますので、全部の病棟にというのが行き渡っている病院というのは全部ではない、まだ限られているのではないかというふうに思います。でも、そういうところがあると、先ほどちょっとお話した、薬剤が投与されるまでの工程を見てみると、医師が処方あるいは指示をして、それを薬剤部が管理をして、最終的に看護師が投与するといったステップが、病棟でもかなり成り立っているということで、配置薬、置いておいてその都度、適宜使うといったような使い方、そこに潜むリスクというものがだいぶ減ってくるということになるので、そういう観点でも非常に必要なことだろうと思います。病棟の構造自体が、薬が置いてあって、そこで看護師が混ぜたりしていたのが、薬剤部で混ぜていたりということになるので、置いてあるものとか、構造自体もだいぶ変わってきているのではないかと思います。それから、清潔にそれを行えるというのもありますし、抗癌剤等が直接、噴霧されるような形で、医療従事者に抗癌剤が曝露するといったことも減って来ているんだろうと思います。それが今後はもっと一般化してくると思いますが、まだそういう過程にあるというふうに私は理解しています。ありがとうございました。

樋口委員長 それでは、時間がそうとう押してしまっているのでここまでということにして、これ以降は特定事例の審議に入りたいと思いますので、申し訳ないですが傍聴の方はご遠慮いただきたい。ウェビナーからの退出をお願いいたします。その上で、非公開資料について事務局のほうから説明をいただきたいと思います。

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

鈴木事務局長 次回、令和4年度の第1回運営委員会につきましては、先ほどちょっとお話があったように

8月頃の開催を予定しております。改めまして日程調整をさせていただきますので、その際にはよろしくお  
願いを申し上げます。以上でございます。

樋口委員長　それで、本当はもう少しこういうところでということが、委員の方にはおありかもしれません。  
そういう場合は、事務局にメールの形で連絡をいただけませんか。今日はとにかく時間的な問題も  
あって、ここまでいたします。熱心なご参加、ご議論、ありがとうございました。また次回ということに  
いたしたいと思いますので、よろしく願いいたします。

(以上)