

令和4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5年3月30日（木） 16：00～18：00

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 定刻になりましたので、ただいまから令和4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。委員の皆様方におかれましては、日頃から当センターの運営等につきましてご指導いただき、誠にありがとうございます。また、本日は大変お忙しいなか、当委員会にご出席をいただきありがとうございます。本日は、阿部（修）委員、今村（康宏）委員、井本（寛子）委員、上野（道雄）委員、大塚（将之）委員、久保（絹子）委員、後藤（隆久）委員、小松原（明哲）委員、田中（伸哉）委員、長尾（能雅）委員、細川（秀一）委員はWebにてご出席をいただいております。本日、ご欠席の委員は、後（信）委員、服部（信孝）委員、三代（知史）委員の3名でございますので、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、本日はお忙しいなか、厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室の梅木（和宣）室長様にご出席をいただいております。ありがとうございます。

会場、Web出席の委員の皆様方、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。会場出席の委員の方におかれましては、マイクシステムを新規にさせていただきます。今、赤でマイクのスイッチがなっておりますが、ご発言時はこのボタンを押していただきまして、青に変わりますので、そういうことでよろしく願いいたします。なお今回、傍聴の方々につきましては全て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。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2月版を用意してございます。資料2が、特定機能病院における医療安全管理体制についてということでございます。資料3が、医療事故調査・支援センター2022年の年報でございます。これは冊子版になっております。資料4につきましては、大変恐縮でございますが一部訂正がございまして、Web出席の先生方におかれましては、差し替え版を後ほど画面共有させていただきたいと思っております。郵送でお送りいたしました資料は廃棄ということで、お取り扱いをどうぞよろしく願いいたします。なお、会場出席の委員の方におかれましては、もう差し替えておりますので、その資料をご覧になっていただきたいと思います。よろしく願いいたします。続きまして、資料5の関係は

再発防止関係資料ということで、資料5-1が再発防止委員会の開催状況でございます。資料5-2が専門分析部会の開催状況、資料5-3が提言第17号「中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析」第2報（改訂版）を付けております。資料5-4が提言第15号「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」に関するWebアンケートの集計結果を用意させていただいております。続きまして、センター調査関係資料ということで、資料6-1が総合調査委員会の開催状況でございます。資料6-2が、令和4年度のトレーニングセミナーの開催状況でございます。次に、研修業務関係資料といたしまして、資料7-1が第3回の医療事故調査・支援センター主催研修について、資料7-2が令和4年度の委託研修について、資料7-3が令和4年度協力学会説明会についてという資料をご用意させていただいております。その他といたしまして、資料8で令和5年度の事業計画書を付けさせていただいております。なお、参考資料といたしまして、前回、第2回の医療事故調査・支援事業運営委員会の議事録をつけさせていただいております。参考資料の前回の議事録につきましては、後ほどお目通しをいただき、何かございましたら事務局までお申しつけくださいますようお願いいたします。

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、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。

よろしければ、これから委員会を開催させていただきます。最初に、当機構の門田理事長からご挨拶を申し上げたいと思います。理事長、よろしくお願いいたします。

門田理事長 皆さん、こんにちは。理事長を拝命してからもう9ヵ月目に入りました。本運営委員会にも3度出席させていただいているということで、ぼつぼつ慣れてきているかなということでございますが、まだまだわからないことも少なくありません。本日も、このように年度末の本当にギリギリの日になり開催されたこの会に、多くの皆様にご参加いただきまして誠にありがとうございました。ぜひよろしくお願いいたします。

今日は、私の個人的な話をちょっとさせていただきたいと思いますが、自分の運命みたいな話をちょっとだけさせていただきたいと思います。実は私、今は日本医学会の会長を務めておりますけれども、日本医学会の会長として去年、120周年記念事業をやりました。そして、私は今、関西で堺市立病院機構の理

事長を務めておりますが、これが100周年記念に当たるということなんですね。そして、この日本医学会も学術団体として法人格を有するべきだということから法人化しました。それから10周年目が来年なんですね。そこまでいきますと、実はその次の年は本機構の10周年目ということになって、なんと不思議な年回りという感じを持っております。未来のことを正しく考えるためには過去をしっかりと見直すことの重要性ということを常に思っていたら、こういうことが順番に当たってきているということなんですね。ですから、今回も10周年に向けて準備していくということも、ひとつのテーマとして考えております。また、皆さんのご意見もいただけたらと思いますし、またその方向に向けてご協力をよろしくお願ひしたいと思います。本日の運営委員会、ぜひどうぞよろしくお願ひいたします。

鈴木事務局長 ありがとうございます。それでは、ここからは樋口委員長に議長をお願ひ申し上げたいと思います。委員長、よろしくお願ひいたします。

樋口委員長 樋口です。本日の委員会というのは、議題の中で現状の報告が中心になるんですが、中でも特定機能病院に対するアンケートの結果というのがまとまって、資料2というところに入っております。後から説明をいただくこととなりますが、その他に2022年の年報とか、まだ結論は出ていないですが再発防止のあり方に関する作業部会の進捗状況などについても報告があります。これに基づいて、いつものように忌憚のないご意見を伺いたいと思います。

それから、いつものことですが、この会議では特定事例に係る内容についての審議というのが後でありますので、その段階からはいつものように、申し訳ないですが非公開ということで傍聴の方々にはご遠慮していただくということになりますので、よろしくお願ひいたします。

それでは早速、議事に入りたいと思いますが、まずは資料1から資料4について、事務局から説明を伺います。お願ひします。

矢島専務理事 専務理事の矢島でございます。それでは、お手元の資料1をお開きをいただければと思います。2月末時点の現況報告でございます。2月は、医療事故報告が27件ございました。病院からの報告が26件、診療所からの報告が1件ございました。院内調査結果報告でございますが、21件ございました。相談

件数でございますが、145 件ございまして、医療機関からが 65 件、ご遺族等からが 72 件、その他不明が 8 件でした。ご遺族等に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いて相談を受け、センター合議を開催をいたしまして医療機関へ助言した件数が 6 件ございました。センター調査の依頼件数ですが、2 月はゼロでございました。センター調査報告書の交付は 1 件ございました。その他でございますが、これは後ほどご説明をさせていただきますが、3 月 1 日に提言 17 号を公表いたしました。

続きまして、資料 2 につきましてご説明をさせていただきます。「特定機能病院における医療安全管理体制について」ということでございます。実は、特定機能病院のご協力をいただきまして、特定機能病院では医療事故調査報告制度において多々工夫をされている点があるというふうに推察されることから、それらのご経験から示唆を受け、今後の医療事故調査制度の研修ですとか、そういうところの充実につなげる一助にしたいと考え、この調査を行わせていただきました。特定機能病院、87 施設です。実は、昨年 12 月に 1 施設増えていきますので、現時点では特定機能病院は 88 施設でございますが、調査実施は昨年 7 月でございましたので、その時点では 87 施設ということでございます。質問票による調査に特定機能病院のほうからご協力をいただきまして、87 施設のうち 85 施設から回答を得ることができました。本当に特定機能病院の先生方、関係者の方々にはいろいろな意味でご協力をいただきました。この場をお借りいたしまして厚く御礼を申し上げます。

簡単に調査の事実関係についてまとめたものが下にございます。病院管理者および医療安全管理責任者の方々の研修の受講率ですが、これは後で後ろのほうのグラフで簡単にご説明しますが、約半数でございました。受講していない理由としては、やはり「情報が得にくい」という点があげられています。しっかり伝わっていない。これは私どもにとっては反省すべき点だと思っておりますし、それから研修が「就任したばかりであった」ですとか、もちろん「多忙だった」ということがございました。そういう意味では、我々は研修の実施にあたって周知をどういうふうにしたらうまく徹底できるかということが、さらに私ども機構としても工夫が求められるというふうに考えております。それから、全死亡退院事例のスクリーニング体制でございますが、担当者の方々が定期的実施する体制がありまして、例えば「確認シート」を作成して活用するなど、各施設において工夫がなされているということがわかりました。また、事故判断の判定を行う組織、会議につきましても、66%、約 3 分の 2 以上の施設で、当該事例に関わった診療科の部長等が参加をしてお

られました。また、その場合に診療科と事故判断について意見が異なり、判断が難しいとするご意見が、その「最終判断にあたって難しかった点」として複数あげられておりました。院内において事故判断の意見が異なった場合、例えば第三者の立場から助言が可能である学会等の支援団体から支援を求めるなど、さらなる活用方法の模索が求められているということもわかりました。

それでは、次のページをお開きいただければと思います。今、簡単にご説明をさせていただきましたが、病院管理者について、まず医療事故の判断に関わったことがあるかどうかを聞きました。「ある」というご回答が3分の2以上、かなりあるということになっております。それから、判断に関わった場合、どういう立場で関わったかと。医療安全の管理責任者として関わったのか、管理委員会の委員会として関わったのかということがここに書いております。それから、先ほどご説明しましたが、管理者に就かれて研修の受講があったというのが約半数でございます。53%という形であります。それから、研修の種類についてということでは、日本医師会の管理者・実務者セミナー、特定機能病院管理者研修というものがあげられております。それから、参加できなかった理由ですが、やはり「情報が得にくかった」というのが31%ですから、3分の1がその情報が入っていなかった。それから、「就任したばかりだった」というのが26%ですので、4分の1。「多忙であった」というものも26%ございました。

次に、医療安全管理責任者についても同じようなご質問をさせていただきました。過去に研修の受講の有無がどうだったかというようなこと、どのような研修を受けられたかというようなこともここに書かれております。だいたいこのような傾向が見られるということでございます。

次のページにいきまして、スクリーニングのところでございますが、全死亡退院事例のスクリーニングについてということで、医療安全管理部門でスクリーニングを担当している担当者が決まっているかどうか。

「担当者が決まっている」というのが94%でございます。それから、医療安全管理部門でスクリーニングを実施する担当者が決まっている場合の実施者はどなたかということで、これは複数回答でございますが、「専従医師」「専従看護師」というような形になっています。それから、スクリーニング担当者はどのように全死亡退院事例のスクリーニングを行っているか。これも複数回答でございますが、「カルテを読み込む」ですとか、「死亡診断書を確認する」というような形になっています。次が実施体制ということで、週5回以上やっているというのが69%、7割近くが週5回以上やっているというふうな形でございます。それから、スクリーニングに当たって重視する項目です。ね。「死亡の予見性」ですとか、「医療の起因性」「インフォームドコン

セント内容」、そういうふうなものがあげられております。医療安全管理部門として適切なスクリーニングを実施するための工夫について、主なものをここにあげさせていただいております。それから、全死亡退院事例の確認状況の把握につきましては、「把握している」というのが 95%でございました。その他、工夫している点につきましても、ここに主なものをあげさせていただいております。

次のページでございます。医療事故が疑われる死亡事例が発生した場合についてということで、院内の検討体制でございますが、幹部会議というもので行っているというのが約 66%、3分の2近くが部門でやっているということでございます。それから、死亡事例の検討においてメンバー以外が参加しているのかということに関しましては、これも複数回答でございますが、「当該事例に関わった者以外の医療者」「当該診療に関わった医師」「当該診療科長」とか、診療科の部科長ですとか、そういうふうな方々が関わっておられているということもここでわかりました。医療事故が疑われる事例が報告された場合に、医療安全部門内において検討する項目について、「医療に起因したか」「死亡を予測したか」ということがあげられております。医療安全管理部門が医療事故を否定できないと考え、判断を行う会議等へ報告を要すると判断の基準の有無ですね。そういうふうな基準が決まっているという場合が 61%、約 6割が決まっているというふうなお答えでした。それから、医療事故が疑われる事例の報告がされた際に、医療安全管理部門における検討内容の記録の有無は、「ちゃんと残している」というものがほとんどで、8割以上でございました。医療安全管理部門から報告を受け、医療事故の判断を行う組織体について、病院長が関わっているものですか、医療安全管理委員会であるという形で、複数回答でございますがこのような形で出ております。医療事故の報告対象か否か判定を行う組織体を招集する人はどなたか。これは「病院管理者」が約 6割であり、「医療安全部門の責任者」が約 2割ぐらいでございます。

次のページでございます。医療事故の報告対象かの判定を行う組織体を招集するにあたっての主な基準みたいなものですね。「病院長の判断」であるとか、「医療安全管理責任者の判断」というふうなものが主なものとしてあがっております。判断を行う組織体に、当該事例にかかわった医療者や部門長などの参加の有無につきましては、「参加している」というのが 3分の2 ございました。それから、医療事故の報告対象か否かの判定を行う組織と、当該事例にかかわった医療者の意見に相違があった場合の対応について。これは複数でございますが、「合議を行う」「関係者にヒアリング」というふうなものが主なものとしてあげられておりました。判定会議で医療事故調査制度の報告対象か否かの検討事例の件数につきましては、それぞれ 2019

年、2020年、2021年ということで件数が集計されております。

次のページでございます。医療事故調査制度の報告対象か否かの検討にあたり、「医療の起因性」と「死亡の予期性」のどちらの判断に迷うかということでございますが、「両方迷う」というのが半分でございますし、「死亡の予期性」が次に4分の1ぐらいあります。「医療の起因性」についても12%で、判断に迷うというお答えでございました。ご遺族に医療事故調査制度における事故報告の説明を行うのは誰かということでございますが、「当該診療科の担当医師」、「当該診療科長」、「専従医師」が主なところで上位を占めておりました。医療事故調査制度における事故報告のご遺族対応の主な工夫点につきましては、「自施設において医療対話推進者にあたる患者対応業務を専門とする事務スタッフを中心に、医療安全管理部門と協力して対応する」ですとか、「ご遺族等の要望によって対応者を選択している」ですとか、そういうふうな工夫点がわかりました。それから、病院管理者が医療事故調査制度の対象か否かの最終判断にあたって難しかった点や困った点などについて。「事故の判断について診療科と意見が異なる場合」「事故の判断についてご遺族と意見が異なる場合」、そういうふうなものも主なものとしてあげられております。

最後のページになります。医療機関が設置した監査委員会についてでございますが、医療事故調査制度における事故報告について、医療機関が設置した監査委員会に報告をしているかということにつきましては、3分の2の施設で「報告をしている」と。それから、医療事故について監査委員会に報告している場合、その頻度についてはどれくらいかということで、「その都度、毎回報告している」。「年に2回」ですとか「年に1回」ですとか、そういうふうなご回答をいただいております。医療機関が設置した監査委員会に報告している場合、その報告項目ですね。これも複数回答ですが、「報告事例の概要」ですとか、「医療事故報告件数」「再発防止策」というふうなものが報告されているということで、このような形で特定機能病院においてさまざま工夫されている点について情報をいただくことができました。私どもも、今後の研修等の充実にぜひつなげていきたいというふうに考えております。この場をお借りいたしまして厚く御礼を申し上げます。

続きまして、年報でございます。これは毎年、出させていただいているものでございますので、時間の関係もありますのでこのところは簡単にご覧をいただければというふうに思っております。

4ページからは「相談の状況」がございまして、7ページが医療事故発生報告の件数の状況でございます。7ページの下のところは、今回コロナ禍における医療事故発生報告件数とコロナの第1波、第2波、緊急事

態宣言との関係、やはりこれを見ますと、コロナの影響がかなり報告件数に影響を受けているということがわかりました。9ページ、ただいまご協力いただいた特定機能病院からのご報告の資料が載っております。これも昨年度から入っております。11 ページにつきましては、「1 事例に関与した医療機関数」で、これがこの制度をつくった時には想定していなかった、複数医療機関が関与するというものの比率が1割を超えているということもわかってまいりました。また、「事故判断における支援状況と支援先の内訳」ということで、支援を受けたというケースが約 29%ございますが、「医療事故調査等支援団体」からが約3分の2近く支援をいただいていますし、この「医療事故調査・支援センター」からも約4分の1、26%、いろいろな相談を受けて対応しているということもございます。12 ページが病床規模別の状況、それから13 ページが都道府県別でございます。ここのところも、都道府県別にバラツキがあるということも言われておりまして、私どもとしても機構として、何かお手伝いさせていただくことがあればさせていただきたいというふうに考えているところでございます。後は、だいたい毎年ご報告をさせていただいている内容が続いていきます。18 ページが解剖の状況ですとか、19 ページが Ai の実施状況ですとか、そういうふうなところがここのところに出されております。あと、20 ページからが起因した医療の分類の実施割合、それから21 ページが院内調査委員会における外部委員の参加状況ですとか再発防止策の記載状況、22 ページは報告書のページ数で、少しずつページ数も充実してきているようにお見受けさせていただくことができるのではないかと考えております。センター調査の状況でございますが、ここにありますように、センター調査の依頼があるのが、約9%と、依頼者の状況はこのような形になっております。年報につきましては以上でございます。

それから、続きまして資料4でございます。実は、再発防止のあり方に関する作業部会、これは運営委員会のお力を借りまして、運営委員会の先生方にメンバーになっていただいて、今まさに再発防止のあり方に関する作業部会を進めているところでございます。課題が、従来からご説明をさせていただいていますが、「再発防止策の新たな方策について」。ここのところはいろいろとご議論がありまして、修正をさせていただいています。「医療事故の再発防止に向けた提言」、それ以外の再発防止策の方策がないのか、そこを少しわかりやすく明確に表現をさせていただいています。そのようなことについて、今まさに検討しているということで、表現をそういうふうに明確にさせていただきました。それから、「医療事故の再発防止に向けた提言」の「提言」という言葉については、医療機関が行うべき義務と解されるということで、係争に用いられる懸念があるということでご議論が出てきたわけでございますが、まだこれは最終的に決まったわけではござい

ませんが、やはりこの「提言」という表現がいいのではないだろうか。そのままでもいいのではないだろうかというご意見が多いようにお見受けしております。まだ決まったわけではございませんが、そのような議論が進んでいるところでございます。それから、「期待したい事項」に対する企業の取り組みの促進についても、やはり企業の取り組みが促進できるような働きかけはどういうふうなものがあるかということ、まさにご議論をいただいている形で、いままでに3回議論がございまして、第4回を6月頃に予定をして、最終的な報告書に向けて整理をさせていただいて、できれば来年度、これから日程調整でございますが、8月頃の第1回の運営委員会へ報告できるよう、これから最終的に進めさせていただきたいというふうに考えているところでございます。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。それでは、資料1から4までについて、コメント、ご意見、ご質問を伺いたいと思いますが、ちょっと私がこういうことを申し上げるのも何だかという感じなんです、というの……まあ、前置きが長いのがいかなですね。やっぱり私も目がちょっと悪くなってきていて、何が言いたいかという、今、矢島さんが丁寧に説明してくださったんですが、特に資料2の円グラフで、いろいろな数字があるでしょう。少し多めに……

矢島専務理事 字を大きくですか。

樋口委員長 いや、そういう意味ではないんですが、私の方の問題かもしれませんが、数字や割合の説明部分が多かったんで、十分それについていけなかった感じがあります。記録に残る部分ですから、念のため、数字の部分を念入りに後でチェックしてもらいたいと感じました。

矢島専務理事 承知いたしました。

樋口委員長 というようなつまらないことを言いましたけれども、それこそ正確な記録は残しておいたほうがいいと思いますし。それから、資料2について一言いえば、私なんか本当はよく知っていないですが、この特定機能病院というのは日本を代表する、医療安全についてもリーダーとして働いてもらいたいという

ころが、実際どうなんだろうということでこういうアンケートに、しかもそうとう程度、それこそほとんど協力していただいたというのは画期的なことなので、それだけでも本当によかったと思いますけれども、そういうことを含めて委員の方々にコメント等をいただきたいと思いますが、いかがでしょうか。山口さん。

山口委員 山口でございます。ありがとうございます。特定機能病院のところでは何点かと、それから資料3のところでは1ヵ所、お願いしたいと思います。まず、特定機能病院のことについて2ページのところで、1-1病院管理者の職に……あ、就かれる前ですか。じゃあ、いいです。就いた後でこんなにかかわっていないのかなと思ったので、すみません。

そうしましたら、4ページの3-1-3のところに、全死亡退院事例のスクリーニングを月1回しかやっていないというところが2病院あって、次の5ページの4-1で、医療安全管理委員会の全死亡退院事例の確認状況の把握について、「把握していない」というのも2病院あります。これでいいのかなと思うようなところが2と2というのは、同じような病院なのか、もしわかっていれば教えていただきたいというのが1つです。

もう1つが、8ページの8-1のところに、判定会議で医療事故調査制度の報告対象か否かの検討事例件数ということで、0件というのが3年とも20前後あります。特定機能病院で、その結果報告しなかったのがこれだけの数というのだったらまだ理解できるんですけども、高度先進医療を行っているにもかかわらず検討する件数がゼロだったというのが20前後というのは、ちょっとこれ本当にそうなのかなと思うぐらいの数なんですけれども、これは何か理由は、その上でアンケートは聞かれていないということなんですか。

それから3つ目として、これは厚生労働省にお聞きしたいんですけども、10ページのところで医療安全監査委員会に事故報告のことについて報告しているかで、「報告していない」というのが29病院、34%あります。なぜそれを取り上げていないのかという理由がもし確認できていれば教えてください。私は医療安全監査委員会は8病院で委員を務めていまして、非常にバラツキがあるということを実感しています。医療安全監査委員会を設置することになったときに、これも定期的な見直しをするということになっていたと思うんですけども、実際に実態調査というものが現在のところ行われていないのではないかなというふうに思っております。医療安全監査委員会は何をするところなのかということが、それぞれの病院で考えてやると

いうことはそれでいいんですけども、今、現状がどうなのかということは調べる必要があるのではないかなと思っておりまして、そのあたり厚生労働省としてどのようなご準備があるのかということをお聞かせいただきたいと思います。

質問だけ先にしてしまいますと、年報の18ページに解剖の実施状況が書かれていまして、経年の経緯を見ていくと決して増えていないと思うんですよね。せっかくこちらで遺族に対しての説明のチラシをつくって、医療機関に配布されていると思うんですけども、そのあたりの利用状況を把握されているのかどうか、それから使った時にどうだったのかというようなことも含めて、何か声が届いていたらお聞かせいただきたいと思います。すみません、長くなりました。

矢島専務理事 どうもご質問ありがとうございます。まず、私どものほうもまだまだ検討が不十分な点がありますので十分にお答えができるかどうかですが、いちばん最初のご質問、5ページのところの医療安全管理委員会の全死亡退院事例の把握のところ、「把握していない」と。ここのところは説明をもっと丁寧にやればよかったんですが、すみません。この〇のところを読んでいただくとわかりますが、全死亡退院事例の確認状況について、委員会が把握しているのが全体で95%であったと。なお、「把握していない」と回答した施設についても、別の会議体で全死亡事例の報告を行っているという別途回答がございましたので、そのやり方によるんですけども、そここのところは医療機関としてはちゃんと行っているというふうに私どもは理解させていただきました。そういう意味で、こういう質問だったものですから「把握していない」という言い方になっていますが、病院としては把握していると考えております。

山口委員 他の会議でやっていたということですね。

矢島専務理事 そうです。他の会議で把握しているということでございます。

それから、8ページのところになります。判定会議で検討事例の件数が0件があるではないかということですが、これも下のところにちょっと書いておきましたけれども、件数が年間0件、1～2件というのが多いわけですが、センターへの事故報告件数からみて、事例によってはこれも「判定会議」という会議体で必ずしも検討が行われていない場合もあるということで、これは聞き取りのレベルですが、私どもの質問の仕

方でこういうふうなことになってしまっているけれども、そういうこともあるというふうに推測されると。ここは詳しく調べればまた出て来ると思いますが、そういうふうなこともいろいろと考えられるというふう
に推測をしております。

山口委員 推測レベルは、あまりそれで断定しないほうがいいのではないのでしょうか。

矢島専務理事 そういことですので、あくまでも推測でございます。ちょっとこのアンケートを実施させて
いただいたところで私どものわかる範囲は、あくまでもこのところでございます。

それから、いちばん最後の監査委員会のところでございますが、報告を行っていないというところをどう
考えるかということでございますが、これはいろいろと話を聞かせていただきますと、このようなアンケー
トをやることによって、やはりこういうふうなところもやっている状況を見ていただくことによって、「そう
か、そういうこともあるんだな」ということを、特定機能病院の方々の中でまたいろいろと工夫していただ
きながらやっていただく、いい切っ掛けになるのかなというふうに思っております。正直いまして私ど
も、この調査にご協力をいただいただけでもすごく感謝をしております、特定機能病院の方々がこの結果
を見ていただくことによって、また我々もいろいろと教えていただきたいこともたくさんあるんですけど
も、お考えいただくいい切っ掛けになったのかなというふうな形で、そこは前向きに見させていただいてお
りますので。今ご指摘をいただいたわけでございますけれども、私どもはすごく大事な報告をまずいただい
たということで、これを特に特定機能病院の方々にしっかり見ていただくことによって、また私たちがいろ
いろ学ばせていただくという思いでつくらせていただきました。

山口委員 ぜひフィードバックをされる時に、今後に活かしていただきたいということもぜひ文章のなか
に入れていただいて、特定機能病院の方が「そういう読み方をするんだな」というのをわかるようにして
いただいたらと思います。

矢島専務理事 ありがとうございます。それから、年報の18ページでございますが、解剖の実施状況でござ
います。このところはお指摘もあるんですが、見ていただくと、コロナの影響もあってそもそもの件数も

影響を受けているものですので、この数字をどう見るかというのは断定はできませんが、ご指摘のようにやはり病理解剖というのはすごく大事ですし、普及啓発をしていかなければいけないわけですので、そういう意味でせっかく普及啓発のチラシをつくらせていただきましたので、今後どういうふうを活用するかはすごく大事ですので、我々の検討課題とさせていただきたいと思っております。

山口委員 ある病院で、遺族の方に解剖を勧める時の勧め方に非常に困っているというお話があったので、「医療安全調査機構でこういうチラシをつくられているのをご存じですか」と申し上げたら、ご存じではなかったんですね。なので、そのあたり必要な方に届いていないということもあるのではないかなと思いますので、さらに周知の努力をしていただきたいと思います。

鈴木事務局長 補足で、今の件につきまして、同じ年報の資料の43ページと44ページに、うちのほうからそういう媒体を送付した結果を載せております。こういうものをご参考にしていただければというように思っております。以上でございます。

梅木医療安全推進・医務指導室長 コメントというか、回答ですけれども、今回の特定機能病院における監査委員会という形での役割ということで、すでにご参加いただいているところでの取り組みがバラバラだというご指摘だと思います。我々、医療安全推進室が今年からというか、もう今年度も終わりますけれども、特定機能病院というラインも統合された形で我々の室で業務を担うという形でやっているところでありまして、そういった意味ではこの質問について我々がしっかりと答えしないとイケないという状況かと思えます。その上で、現時点では厚生労働省の本省においてこのような実態を把握しているかというところ、把握はしていないという状況ではありまして、特定機能病院の年次の業務報告書というのを厚生局のほうにまず公表するという形での、広くオープンにしているというところではありますので、そういった業務報告書の分析であるとか、そういったところではできるのかなというところでもあります。そういった意味でも、我々も把握させていただいて、把握した上で考えていきたいなと思っておりますので、検討という形でのところをできるかどうかというところで受け止めていきたいと思えます。

山口委員 ぜひ、よろしくお願いいたします。

樋口委員長 ありがとうございます。他に委員の方々、どんなことでも資料1から4についてコメント等あればお願いしたいと思いますが。永井さん、どうぞ。

永井委員 永井でございますが、特定機能病院の1-3-2の管理者が参加したかしないかというデータですが、これ複数回答だからこういうことになるのかもしれませんが、本当にやる気があるのかと。「情報が得にくい」なんていうのは、どういう意味でこんなことを回答しているのかなと。それから、「就任したばかり」だと。就任したばかりで多忙でというのは、誰でも就任したばかりは多忙だけど、第1に重要だということを本当に管理者は考えていないんじゃないかという気がものすごくするんですが、そこらへんはどんな感じをお持ちになりますか。

矢島専務理事 今ご指摘をいただいたんですが、実はこれは正直いいまして、私どももすごく反省材料だと思っています。この後に出てきますけれども、いろいろな過去の提言につきましても、ちゃんと担当部局に資料が届いているのかという基本的な話がありまして、そもそも資料が本当に必要な人のところにちゃんと、私たちのご案内が届いているのかどうかということも、実は反省しなければいけないところでございまして。実際に私たちがこうやって案内したものが、例えば提言にしてもそうですけれども、ちゃんと現場に届いているのか、院長先生に届いているのか、病院管理者にしっかり届いているのかも含めて、私どもまだまだ反省しなければいけないところがあるなというのは、これを見させていただいて思ったところであります。今いただいたご指摘ももっともでございますが、やはりまずしっかり届いているかどうかということも含めて、どういうふうにしたらもっともっと、企画した研修ですとか、それから提言も含めてですけれども、そういうものが現場の方々に届いて活用していただけるかというのは、すごく大事なポイントだというのは今回の調査をすることによって見えてきたのかなということで、次につなげていきたいというふうに考えております。どうも貴重なご意見ありがとうございました。

樋口委員長 永井さん、続けてどうぞ。

永井委員 今のお話が続く話ですけれども、例えばこういうポスター、チラシが、多くの病院が本当に患者さんに届くようなところに置いてくれているかとかね。そういう意味では、これは厚労省のほうからも、どういうところに置いて欲しいというような通知でも出してもらって。こういう事故調査制度があることを、入院患者、病院を訪ねた患者さん家族がまだまだ知らないことがあるんですよ。そういうことを、せっかくつくったものが配布され、配布されている数がこうでなんていうことよりも、配布されて院内の総合受付みたいところにちゃんと置くこととかね。そういうようなご指導を、ここからやってもあまり効かないかもしれないし、厚労省も助けていただければありがたいなという感じがするんですが。

梅木医療安全推進・医務指導室長 今、お示しいただいたようなポスターとかりーフレットというのが、昨年の秋頃にはデザインとしては完成したというところでした、そこについての電子媒体での周知というところには我々、事務連絡を出しているというところではあります。今、おそらく安全調のほうで、実物としてのポスターとか、そういったものを印刷して配布をしていただいているという状況になりつつあると思いますが、今回のポスターではない、少し旧型のものについては、我々立ち入り検査の要綱において、見やすいところで掲示しているかというのは、各都道府県あるいは保健所の方々が各病院に立ち入る際の留意点というところでお示しをしております、そこについては指摘できるような形で整えて、一部の声かもしれませんが、ちゃんとそういった影響があるというお声は少し私どもには聞こえているというところでもあります。

樋口委員長 ありがとうございます。川上さんと小松原さんからお手があがっていて、順番で川上さんからどうぞ。

川上委員 遅れて来て申し訳ございません、川上です。私は、特定機能病院で医薬品安全管理責任者をしていまして、実態としてご説明をします。資料2の病院管理者とか医療安全管理責任者の方の研修への参加に関して、調査をされているのが7月です。そうすると、病院長が例えばその年の4月に新しくなられたり、医療安全担当の副病院長が4月になられ、基本的に特定機能病院の管理者研修がだいたい秋から冬にかけて行われています。病院長、医療安全担当の副病院長、医薬品安全管理責任者が研修会に出ていない病院はな

く、その実態は各特定機能病院が所在する保健所と厚生局の共同立ち入り検査が医療法に基づいて実施・確認されていて、不適合があれば特定機能病院の承認を審議する社会保障審議会の医療分科会に報告されるスキームがあります。それを分かった上でこの資料を見ていただくと、「就任したばかりで受けていない」というのは仕方ないと思いますし、特定機能病院管理者研修以外の研修をその代わりに受けるかというところでは「情報が得にくい」という、たまたまそういう回答があったのかとも読めるかと思います。先ほど山口委員もおっしゃっていましたが、これをどう見るかについては、調査時点での実態の分布であることをご説明をいただかないと、日本中の特定機能病院の病院長・医療安全担当の副病院長があたかも研修を受けていないように見えかねないという懸念を、資料2を拝見して思った次第です。感想のコメントです。以上です。

樋口委員長 貴重なご発言、ありがとうございます。小松原さん、お願いいたします。

小松原委員 ご説明ありがとうございます。年報の11ページの13項の支援状況について、ちょっとコメントと申しますか、感想を申し上げさせていただきたいと思います。支援を受けた側については、この支援を受けたことについての理由が、いくつかあると思われま。例えば、より専門性を求められるからであるとか、あるいはご遺族との関係性・公平性を求められるからであるとか、いくつか理由があると思われま。一方で、支援を受けなかった側についても、支援を受ける必要がなかったのか、あるいは支援を受けたかったのだけれども適切な支援団体に巡り合わなかったからであるとか、いくつか理由があると思われま。そのあたりの理由がよりわかりますと、これからの支援体制のあり方等についても示唆が得られるかと思ひまして、そのあたりも今後、調査等をされるといいかなと思ひました。以上になります。

樋口委員長 ありがとうございます。極めて適切なお指摘だと思いますが、何かありますか。

矢島専務理事 大変貴重なお指摘、ありがとうございます。私ども、いろんな意味で今後、まさにお指摘いただいたようなことも含めて、これをベースにより深くまた考えていかなければいけないなというふうには思ひますので、今ご指摘いただいた資料は今回初めてお出しする資料でござひまして、これを見ながら、

今ご指摘いただいたように、次のステップとしてこれをどういうふうを活用していくのかということ、見ていくということは大事なのかなというふうに思わせていただきました。大変貴重なご指摘、ありがとうございました。

樋口委員長 他にはいかがでしょうか。長尾さん、どうぞ。

長尾委員 先ほどの川上先生のご意見に多少、付け加える形かもしれませんが、私も管理者としてほぼ毎年、この管理者研修を受講するんですけども、私たちが受けなければいけないと認識しているのは、日本医療機能評価機構における研修です。その研修の場で医療事故調査制度について詳しく触れられることが、今までほとんどなかったんだと思います。今年初めてありましたが、聴講後に、さらに補足の映像が加えられて、それを受講し直すということがありました。ですので、管理者研修のコンテンツ整理から始めないといけないのではないかなと。そもそも、管理者になる時に何を勉強しなければいけないのかということ自体が決まっていないのだと思います。機能評価機構の研修を毎年受けながら感じますことは、何となくぼやとしたマネジメント論であったり、それから最近の離職の問題であったり多職種連携であったり、働き方改革であったりという、患者安全というよりは経営者としての心構え的な要素が滲む内容が多いかなという印象を持っていて、そのあたりからの教える側への要望も必要なのかなというふうには思っていました。

樋口委員長 ありがとうございました。どうぞ、矢島さん。

矢島専務理事 私ども、ご協力いただいて調査をさせていただいて実態を知ることによって、初めて今、ご指摘いただいたようなことも見えてきましたので、そういうことも含めて、今後どういうふうに住組みをつくっていったらいいんだろうかということも、厚生労働省とよくお話をさせていただいて、よりいいものにしていくためにどういうところを改善していったらいいんだろうかという視点で、今、長尾先生からご指摘いただいた点も含めまして、私どもの中で検討させていただきたいというふうに思います。

樋口委員長 それでは、また後でご発言を自由にさせていただくということで、まだまだ資料がありますので続けたいと思います。次は資料5です。5-1から5-4まで、事務局から説明をお願いいたします。

木村常務理事 常務理事をしております木村ですけれども、私から再発防止関係の事例についてご報告をさせていただきます。資料5-1をご覧ください。再発防止委員会の開催状況です。これはもう以前にもご報告いたしましたけれども、2ヵ月に1回開かれておりまして、対象とする分析課題の検討、テーマを決めること、そして分析部会の設置、それから分析部会が検討してつくりあげた再発防止の提言書の検討をして、それがわかりやすいかとか、そういう問題がないかということを検討して、最終的に発出するという役割を担っているところです。

次の5-2を見ていただくと、1枚目に今、進行中のもので、裏に16までの提言書の公開したものが出ております。●が部会が開かれた回数で、最初の「中心静脈CVC」が出された頃から徐々に下に、右のほうにずれていくという形です。現在、1ページ目に戻っていただくと、この後内容を説明させていただきますけれども、3月1日に「中心静脈・第2報」が発出されました。今現在おこなっておりますのが、股関節手術に係る出血が原因で亡くなられた事例の分析です。それから、その次が「肺動脈カテーテル」、その次が「血液検査パニック値関連」「産科の危機的出血」というような順で今、検討しているところです。次につながっていますのは、専門分析部会にそれぞれの関係する学会にお願いをして推薦をいただいているわけですが、その関連学会の表が出ております。再発防止策だけでもいままでに200名を超す関連学会の専門家の先生方、学会それから看護協会、医師会、薬剤等も含めて、そういう専門の方に参加をいただいているということです。これが資料5-2です。

5-3は、今回、3月1日に公開されました「中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析」、これはいちばん最初に出したものの改訂版として第2報を出させていただきました。第2報の提言は、2ページのところに提言1から12までが出ておりますけれども、それをご覧になりながら見てください。この提言書は、最初に出された時が2年目ぐらいまで、つまり200事例ぐらいを基につくられたもので、約10事例を対象につくられました。今回はそれから5年経過して、提言の1号を出したために事故が少しは減っていないかという目で見たのですが、そうではなくて依然としてその後、40例の中心静脈に係る死亡事例の報告がありました。今回はそれを取り上げて、第1号の提言書と異なる観点でこれをまとめるということを行っ

ております。

どんなふうにとまとめたかという、8ページをご覧ください。「提言第1報の検証・分析と第2報の方向性について」ということで、その差をここに記載させていただいています。第1報は10事例だったのですが、今回は40事例ということで、冊子も60ページという非常に大きなものになっています。第1報では具体的な内容までなかなか踏み込めなかった。今、振り返ってみると、ピットホールですとか非常に重要な原則ですとか、そういうところに集中していたということで、今回はなるべく具体的に役に立つものということで考えてつくられております。

9ページの「検証・分析を踏まえて追加、変更した点」というのを見ていただくと、例えば提言1のところでは、リスクをちゃんと評価してからやりましょうということで、プレスキャン——前もって行う超音波によるスキャンですが、これを穿刺をする当日、その直前にやるものと、それからリスク評価のためのプレスキャンと2つに分けて、各々に意味がありますよということを詳しく説明させていただいています。それから、次の提言2では、それに関する説明・同意の例を作成して掲載しておりますけれども、そういうものが利用しやすいようにという形になっています。それから、具体的な手技に関してが続いておりますけれども、後から提示いたしますが、位置確認等に関する画像が動画でつくられています。それから、動脈内に留置した場合の抜去による出血事例というのも新たに加えられたところです。また、記録用紙として、最初リスク評価に使った表、それから今回、穿刺に関わるその時の記録用紙、例えば何回穿刺をトライして何回目に入ったとか、それで入らなくて反対側に行ったとか、そういう記録をちゃんと記録用紙として使いやすいようなものを中に入れてあります。それから、新たなものとして、血液浄化用カテーテル、これは1分間に200cc程度の大流量で出し入れがされるわけですから、もしそれが血管外とか問題があると、たちまちショック状態になるというような問題を含んでいるところがありますので、そういう例を対象にしました。

次のページには、全事例のどういう問題があったのかということ述べさせていただいています。

12、13ページから、提言の内容に関して詳しいものが出ておりますけれども、15ページを見ていただくと、例えば中心静脈カテーテル挿入前のチェックリストとして、こういうものをチェックしてくださいと。そうすると、基本的なリスクというのが浮かび上がって、どういうふうにしたらいいかということを考える時の役に立てていただきたい。これは、下のほうに二次元バーコードが出ておりますけれども、それで簡単にプリントアウトできて、現場で使っていただくという形になっています。

それから、18 ページのところですけども、提言 4 のところでは、実際に穿刺する時にもう一度プレスキャン、直前に行くプレスキャンで、その現状での静脈の太さや虚脱の状態、それから刺す方向ですとか、そういうものをきちっと見てくださいということで、直前のプレスキャンというので改めてそこに注目して書かれています。

そして、動画が出ますか。画面共有をさせていただいて、カテーテルの誤挿入というのがあるわけですけども、どういう状況になっているのか、正面から見た図、脇から見た図、立体的にどうなっているのかということを出させていただきました。まず、内胸静脈か鎖骨下静脈ですけども、頸部・胸部の静脈です。動かしてください。真っ正面から見た図ですけども、このカテーテルが入っているのは正常ですけども、よく見ていただくと、誤挿入した時に黄色いカテーテルがこういう静脈に入ってってしまう。それが、正面から見るとわかりにくかったりして、「こんなところに入る可能性があるんですよ」ということを具体的に示させていただきました。こういう立体的な、しかも静脈の図というのはあまりないものですから、解剖図を一生懸命、何冊も見て「こういうふうになっているんだ」ということをいままではチェックしていたわけですけども、こうやってどの血管に入る可能性があるのか、正面から見たらわかりにくいとか、そういう場合には側面をとろうとか、そういうことを検討していただくためにこれを利用していただければというふうに思います。

今度は、もう 1 ヶ所、入れる場所としては大腿静脈があるわけですね。注目度として頸部のほうが多いわけですが、こちらから入っていった時も同様に迷入していく細い血管があるということで、それらの解剖的な走行、それから静脈の名前、どういう問題が起きやすいのかということで、立体図を示させていただいています。

ガイドワイヤーの挿入手技のところ、その次の 22 ページにはこの図がカラーで出ておりますけれども、ここのバーコードでチェックしていただくと誰でもすぐに動画として見ていただけるので、使っていただければということになります。

それから、次の 31 ページのところを見ていただくと、提言 9 ですけども、挿入後の管理ということで、患者の状態、その時の問題として 33 ページには、実際に穿刺した時の記録用紙を載せさせていただいています。これもすぐに取り出せる形になっていますけれども、穿刺した時に穿刺の深さですとか長さ、逆血のスムーズさとか、何回刺したとか、そういうのがここにあります。終了して病室に帰った時に、こういう記録

があるとその後の管理の仕方にもかなり役に立つのではないかということで、こういう表をつくらせていただきました。

最後に42ページですけれども、「学会・企業等へ期待（提案）したい事項」ということでまとめてあります。学会への要望では、こういうシミュレーショントレーニングの推進とか、挿入手技の標準化・普及、それから認定制度といったようなものを検討していただきたいと。大学によっては、こういうものがずいぶんできているところもあると思います。企業に対しては、穿刺器材の開発ということで、例えば深く入り過ぎないようなニードルストッパーのようなものがないだろうかとか、あるいはキットのなかには内頸静脈穿刺用の短い針と、鎖骨下静脈穿刺用の長い針と、2本入ったセットをお願いしたい。セットの値段等も含めて、長いので両方使ってくださいというような形のキットがありましたので、そういうあたりを検討していただきたい。それから、PICCという末梢から入れる中心静脈穿刺のキットがあるわけですが、これは非常に安全で、同様に中心静脈に輸液をすることができるわけですが、こちらのほうは販売価格が非常に高く、診療報酬の点数が逆に低くて価格が高いということがありますので、そのへんも検討していただきたい。実際に超音波診断装置が普及してきて、これなしにやることはほとんどなくなってきていると思いますが、それが持ち運びしやすく非常に簡単、これ専用に使えと。他にも使えると思いますが、そういうものの普及をよろしく願いたいというようなことでまとめてあります。以上、中心静脈カテーテルの第2報として、第1報を見直した上で現在、非常に有効なものとしてこういうものをまとめさせていただきました。中心静脈穿刺の第2報に関しては以上です。

資料5-4に移ります。「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」のアンケートですが、これはWebアンケートを試みて、その前の肝臓の穿刺に関しては非常に結果が悪くて、それまで10%強のアンケート結果をいただいていたのですが、その10分の1程度になってしまったんですね。Webでアンケートを依頼することがけっこう難しいということがわかって、今回はいろんな工夫をして回答率25%と、いままで最高になりました。内容が薬剤の誤投与ということで、非常に一般的に広く問題となる注目されるような問題だったこともあるのかもしれない。

その結果ですけれども、1ページの下の方を見ていただくと取り組み状況ですが、約6割がこの提言が公開される前からいろんな観点を実施していると。それから10%から15%は、この提言をもとにいろんな取り組みを実施することができたという回答をいただいています。実現に至っていない場合は何か理由があり

ますかということで、提言1は、薬剤の場合、妥当性のチェックとか照合型チェックというふうに分けて提示したわけですが、そういうところの問題点。「妥当性チェックは、能力に差があるので基準を定めることがしにくかった」というようなご意見をいただきました。また、「スタッフの入れ替えが激しくて、手順が徹底できない」といったような回答。提言4に関しては、提言5もそうですけれども、「薬剤部の業務負担を理由に患者説明とか服薬情報が渡せない」といったようなこと、「薬剤師が配置されているけれども、なかなか人員不足があって十分なことができない」というような回答をいただいています。

その下のインスリンバイアルに関しては、取扱い状況ですが、特別な取扱いを行っているというのが8割5分でした。インスリンの指示・確認に関して、それから専用注射器の使用に関しては、もうほとんど96%で「公表される前からちゃんと実施している」という回答をいただいています。

動画に関しては、後から出たこともあって、「提言の概要」「インスリン」の動画に関してはまだ25%程度しか知られていないことがわかりました。「動画は活用しやすい」という回答はいただいております。だいたいで全体としてそんな状況です。

それから最後のページですが、提言書の改善についてご意見をといったところ、「現在の形でいいのではありませんか」というのが94%いただいています。改善としては、「内容をもっとコンパクトにしてほしい」とか、「図表、模式図、絵を増やしてほしい」といったようなことが含まれていました。以上、「薬剤の誤投与に係る死亡事例の分析」に関するアンケートの回答でした。再発防止に関するところでは、一旦ここまでと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 ありがとうございました。では、今の資料5について、全体として何か質問、コメントがあれば受けたいと思いますが、いかがですか。

それでは、続けて資料6から資料8まで、木村さんをお願いしたいと思います。

木村常務理事 引き続き木村から、総合調査委員会とセミナー・研修等についてご報告させていただきます。まず、資料6-1の総合調査委員会、センター調査に関する開催状況ですけれども、こちらは月に1回、総合調査委員会を開いております。そして、センター調査の依頼にあった事例については、どういう委員会を設置するか、そしてその個別調査委員会がまとめていただいたセンター調査報告書を、全部の事例を扱って

いる総合調査委員会の立場から、わかりやすいかとか、非医療者には理解しやすいか、あるいは法的な誤解を生むようなことはないかといったようなことを検討して、発出するという手順をとっているわけです。これがいままで、もう 1400 人の学会推薦の専門家、先生方にご協力をいただいています。それぞれ第一線で臨床・研究・教育に活躍されている先生方で、本当に医療界をあげてご協力をいただいております、感謝申し上げますと思っています。

引き続きトレーニングセミナーですが、資料 6-2 をご覧ください。私どもの中で、センター調査に関わるトレーニングセミナーとして開催しておりますけれども、センターの内部の統括調査支援医、それから調査支援医、総合調査委員会の委員といったような方に参加いただいています。今回、特に特定機能病院の医療安全担当の先生方に、「もしよろしければ参加いただければ」といったところ、27 名の特定機能病院医療安全担当医師の方に参加いただきました。センター調査には通常は直接関わらないわけですが、センター調査がこのように行われているんだということを知っていただくということで参加いただきました。そこでは、現状と課題、それからかなり詳しいマニュアルができあがっているわけですが、それを見ていただいたりということで参加いただきました。今後、こういう形で調査のやり方をもっと広く、特定機能病院の先生方にも見ていただいて、だんだんに広く利用していただければいいのかなと思っています。

それから、資料 7 ですが、支援センターの主催研修についてです。「中小規模の医療機関における医療事故の実際と今後に向けて」というテーマで、今回は開かせていただきました。地域における中小病院が、この調査を行うにあたってどういうことに困っているのか、どういう経験をされたのかということで、ご報告をいただきました。下のほうの内容の第 2 部のところを見ていただくと、講演 1 から 4 まで、「制度への報告や院内調査を経験した管理者の立場から」ということで市民病院の院長先生、「院内調査に携わった看護師の立場から」ということで医療安全管理課の課長の看護師さん、それから「支援する立場から」ということで北海道大学医療安全管理部の南那原（康行）先生、もうひとつは「支援を行っている支援団体として医師会の立場から」ということで、4 人の方に報告をいただきました。実際の具体的な事例に対して、その後全体討論でいろいろなご意見をいただいたところです。

それから、次の 7-2 では支援団体の職員向けということで、支援団体統括者セミナー、これは日本医師会に委託しておりますけれども、支援団体としてそれを統括する立場の方に行っています。今回は、Web 上で 3 時間をかけて行ったんですが、18 グループに分けてグループ内で討論していただいて、またそれを持ち

寄って全体討議をするという形で、Web だったんですけども非常に内容の濃いグループワークができたと思っています。それから、もうひとつは医療機関の職員向けということで、管理者・実務者セミナー。これも毎年行っていますけれども、今回はeラーニング+Web 研修ということで、Web の中で質問とか回答を少し取り入れた形で行っております。

それから7-3ですけども、協力学会説明会です。これは58学会の担当の代表者の方、事務局の方に集まっていたいて、こちらから普段、依頼している協力体制について説明をさせていただきました。毎年行っておりますけれども、基本的な変化としては、コロナの影響でWeb での委員会開催が非常に皆さん慣れてきて、だいぶできるようになりましたので、いままで例えば北海道とか東北というふうに地域で分けて、その中で委員をお願いしていたんですけども、場合によっては少し離れたところからWeb 参加ということで、推薦依頼の考え方も少し変わってきたということを説明させていただきました。以上、総合調査委員会、それから研修についてご報告させていただきました。

鈴木事務局長 引き続きまして資料8、事業計画書の関係でございます。令和5年度の事業計画書ということでございまして、これにつきましては2月9日に開催いたしました当機構の理事会でご承認をいただきまして、厚労省に認可の申請ということで提出させていただきました。その結果、2月27日付けで厚労大臣の認可を得たというものでございます。

内容について簡単にご説明させていただきます。事業計画書につきましては、医療法とか各局長通知等で当センターの業務が定められているというところで、基本的には大きく変わるものではございませんが、昨年度から新たに追加させていただいたところをご説明させていただきたいと思います。まず最初に、3ページ目でございます。2つ「・」がありますが、その2つ目でございます。これは事業の概要ということで、「(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」という中でございまして、内容的には、医療事故調査制度施行10年を見据えということで、同制度による原因究明と再発防止による医療安全向上の更なる実装性を高めるためということでございまして、制度全般にかかる医療安全の人材要請等について検討・対応していきたいということとともに、制度運用の検証や当機構の人事等のあり方について検討していきたいという項目を追加させていただいております。

引き続きまして、4ページでございます。7の(1)の研修のところでございますが、これにつきましては

従来の研修に加えまして、「特に特定機能病院等の管理者や医療安全管理部門等の医療者を対象とした研修についても検討していきたい」というものを追加させていただいております。

最後になりますが、次の5ページ目の8の広報・周知の関係でございます。広報・周知につきましては最後の3行目のところですが、今後はICTの活用も検討し、実施していきたいというふうなものを追加させていただいております。令和5年につきましては、新しいところは以上でございます。よろしくお願いいたします。

樋口委員長 ありがとうございます。以上、資料6から8までご説明がありましたが、この部分について何かご質問、ご意見があればお伺いしたいと思います。永井さん、どうぞ。

永井委員 永井です。最後の令和5年度事業計画の中に、冒頭に門田理事長からもお話がありましたけれども、10年を迎えるにあたって、やはり今の制度が本当に国民から信頼できる制度になっているかという視点で、今日は室長にもお出でいただいておりますが、最初の時に見直しという問題をものすごく論議しました。見直しは、結果的には1年ちょっとしかやらないうちに1回やっただけです。あの時に1回やったことで遺族側のところに、ぜんぜん相談ができないということに対しては少し光が見えたという感じがあったんですが、今やっぱり医療事故被害者、遺族が例えば病院と話をしても埒があかないという時に、何も裁判をしたいという人は少ないんですよ。もっと病院が真摯にこの事故について、病院の中でご検討いただいて、遺族がご理解できるような、そういうことをぜひやっていけるための、遺族側が問題視した時にセンターに相談をし、今、相談を受けてはいただいておりますが、その内容は私自身はぜんぜん掴めていないのでちょっと違ったことを言うかもしれないかもしれませんが、やっぱりセンターが調査をして、遺族にわかりやすい説明をしてほしいというような、当該病院に意見を言ってもらえるような仕組みができないかというようなことも含めて、やっぱり見直し検討会というのは10年を契機に、国民サイドから見た時に信頼が少しでも高まっていく方向の検討を今年、来年ぐらいにやっていただきたいし、やるべきだと思っているんですが、これについて梅木室長にも前に要請もしましたが、いちばんネックになっているのは何なんでしょうか。やっぱり医療側はこの制度でいいと本当に思っておられるのか。この制度のままだったら、国民から見た時にぜんぜん信頼が高まっていかないということは事実なんですよ。そこらへんのところで、ぜひこの新たな検討という意

味で、冒頭理事長もお話しいただきましたが、真剣にこの1年、また来年も、その後の11年目でもいいですけども、国民サイド、遺族サイドが検討できるようなこと、そして本当は事故に逢って植物人間みたいになって放っておかれる人に対しての方策というのものも、もうそろそろ考えてもいいのかなと。ただ、今の制度がぜんぜんうまくいっていないので、それに足していくというのは本当に難しいところもあるので、僕らのところにはいろんな被害者遺族から切切なる意見があることも事実だということで、ぜひそういうことを検討していただきたいんですが。センターの見直しをするという発言はたぶん難しいと思うので、厚労省がどういうふうにこれをもって、コロナ禍の問題も少しは緩和されてきている中で、見直し検討会というものについてぜひ前に進めるようお願いしたいなと思いますが、室長、いかがでしょうか。

梅木医療安全推進・医務指導室長 昨年から意見交換をさせていただいておりますけれども、先日らいからのお答えを変えるというような状況ではないんですが、こういった形での見直しがされるということは承知しているという状況かと思います。

門田理事長 冒頭にちょっとご挨拶でお話しさせていただきましたが、永井委員のおっしゃられることについて、私は医療者側として、医療にとって何が必要なのか、何が重要なのかということになった時に、やはりそこには患者さん、国民の皆さんの信頼をいかに担保していくことができるかということは、誰であっても一緒なんだと思っています。しかし、それは持って行き方によれば、何か我が身を守るとかいうふうな形に解釈しだすとおかしな方向にいつてしまう。ということがあるので、そういった意味では10年というのはひとつの節目だと。2年目にということで、たぶん今おっしゃられたようにわずかな期間のことだということがありますから、新しいことをスタートして10年というのは非常に重要な節目だということを私自身が非常に強く感じたと。冒頭でお話ししましたように、たまたま私の運命的なものもございまして、やはりこのタイミングに私がここにおるということは、「これをしなければ」というふうな気持ちがあつて、これを追加していただいたんです。

ということを出していただきましたが、いろいろと法律に基づいてやっておる内容について、センターの事業ということになるのと、それから機構の事業ということになるのと、これ意味合いが少々変わってきます。ですから、センターの事業というのは法律で決まっていますので、これはなかなか難しい。だけれども

機構は、医療安全ということについて幅広く検討するということが定款に書かれております。そういった意味からすれば、今、目指していることというのはまさにそのとおりになるということと考えられると。ということで、これはまだまだ何も決まっておりませんが、今、内部で私が申し上げているのは、この機構の関係者だけでは駄目だと。今回、なんとか第三者的な目で見てもらえるような委員会を立ち上げて、そういう中に非常に幅広い意見を集めて、先ほど言われたように真摯に我々が見直すというようなことを、本格的に前向きに進めていこうと。できることとできないことがありますので、そのあたりを整理しながら、しかし目指すところは一緒だというふうに思っております。どこまでかは明確になっていませんけれども、私も先ほど言いましたように半年ちょっと経って、そういう方向性を明確にしたいというふうなことで、今、内部でディスカッションしております。

永井委員 どうもありがとうございます。ぜひ、少しでも前に進めてほしいというか、進めたいなという気がしますし、前からもちょっとお話ししていますが、医療事故で奥さんを亡くしたり兄弟を亡くした人達の遺族がお医者さんなり看護師さんであると、もっともっと僕らより感情的になったり、ものすごく強い思いを持っています。そういう意味でいうと、特に私から見たらそういう検討会をする時に、医師・看護師として肉親を亡くしている方々がどんな思いを抱いたかというようなことも含めて、検討会のメンバーにそういう人達も加えてもらったほうが、お医者さんは自分らはそういうことにならないというような意識を持っているんじゃないかと思われるほど、事故があった時に冷たいんですね。そこらへんのところも踏まえて、医療は全ての人がお世話になる問題なので、ぜひ患者としてこの制度が本当によかったという人が増えていくことができるように、少しでも変えていくというのが重要ではないかなと思います。

山口委員 関連していいですか。永井さんがおっしゃるように、私も見直しはとても大事ではないかと思っています。昨年、新聞に大きく広告を出されたんですけども、やはり今、新聞を読む方も少なく、なかなか一般の方への周知ということが広がっていかないということと、医療機関の中にはものすごく一生懸命、「これは報告すべきじゃないか」と何度も報告を出している医療機関がある一方で、なかなかそういう積極性を持たない医療機関もあって、見直しをしないことで「これでいいんだ」というような空気が出てきているんじゃないかと感じています。ですので、厚労省としても定期的に見直しをするということとか、対象に

ついても本当は最初、段階的に拡大するということ saying いたんですけども、なかなかそこまでいかな
いというのが現状かなと思っておりますが、やはり定期的な見直しをすることによって、「これではいけない
だ」と思ってくれる医療機関を増やすことが大事じゃないかなと思っておりますので、ぜひとも私も見直しとい
うことは検討していただきたいと思っております。

樋口委員長 ありがとうございます。ちょっと時間的な制約もあるので、もしよければこの後は非公開とさ
せていただこうかと思っておりますので、傍聴の方は申し訳ありませんがご遠慮いただきたいと思
います。
Web から退室をお願いいたします。

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

(以上)