

令和5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5年12月27日（水） 10：00～12：10

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、ただいまから令和5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。本日は大変お忙しい中、当委員会にご出席をいただき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が、今回、新たにご就任いただきました委員の先生をご紹介します。日本内科学会からご推薦いただきました服部信孝委員の後任といたしまして、高橋裕樹委員のご推薦があり、先の理事会において承認がなされました。後ほど先生には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。

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、後（信）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、高橋委員、田中（伸哉）委員、寺島（多実子）委員、長尾（能雅）委員はWebにてご出席をいただいております。ご欠席の委員は樋口（範雄）委員長、細川（秀一）委員の2名でございますので、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いたします。また、当機構理事長にこの12月20日付けで、日本医学会連合の門脇（孝）先生が就任いたしました。理事長に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。本日は、お忙しい中を関東信越ブロック統括調査支援医の國土（典宏）先生が見えられております。また、厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室の松本（晴樹）室長は、本日は所要でご欠席ということでございます。また、来年1月から当機構の専務理事に就任予定の田原（克志）先生がオブザーバーとして参加されております。

会場、Web出席の委員の方、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、よろしく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、重ねてお願いいたします。また、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でございますが、医療事故調査制度の現況報告、これはプレスリリース11月分となります。資料2が、再発防止のあり方に関する作業部会（WG）の進捗報告でございます。次に再発防止関係資料といたしまして、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でございます。資料3－3が提言第18号「股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析」ということでございます。これにつきましては、後ほどご説明の際には動画も合わせて解説を行う予定になっております。また、資料3－4につきましては、2023年度提言Webアンケート実施について、中間報告でございます。次にセンター調査関係資料でございます。資料4－1が総合調査委員会の開催状況、資料4－2が令和5年度のトレーニングセミナーの実施報告でございます。次に、研修業務の関係資料といたしまして、資料5－1が第4回の医療事故調査・支援センター主催研修の中間報告でございます。資料5－2が令和5年度の委託研修についてというところでございます。資料5－3が令和5年度の協力学会説明会についてというところでございます。最後に参考資料といたしまして、前回、第1回の運営委員会の議事録を付けさせていただいております。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。よろしくお願いいたします。本日の運営委員会の資料は以上でございます。なお、別途、永井（裕之）委員の資料も配布させていただいております。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すなら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。まず最初に、門脇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。

門脇理事長　ただいまご紹介いただきました、この度日本医療安全調査機構の理事長に就任させていただきました、虎の門病院の門脇と申します。どうぞよろしくお願いいたします。私自身の本機構との関わりにつきましては、日本内科学会の理事長を務めていました時に本機構の副理事長を務めさせていただいていました。また、その後は本機構の監事として活動させていただいて来ました。そのような日本医療安全調査機構の中での活動とともに、私にとって医療安全は、私が東京大学医学部附属病院で4年間病院長をしていた時、また現在、虎の門病院の院長として4年近く勤務しておりますけれども、私は常に病院の運営の中で、医療安全があれこれの他の課題よりも最優先の事項であるということを申し上げてまいりました。「医療安全」、「患者安全」という言葉も私はよく使うようにしていますが、その問題が起きますと、やはり病院が長年築き上げてきた患者や社会からの信頼を一夜にして失うということになってしまうからでございます。

それでは、医療事故をどのように防止をして、医療安全をどのように高めるのかということであれば、病院ではいわゆるヒヤリハット報告、クリップ報告ということもありますけれども、それをできるだけ多く出していただくということを私自身は重視してまいりました。というのは、クリップ報告、ヒヤリハット報告を分析することによって、それが様々な再発防止策につながっていくということで、私はクリップ報告と言うのは再発防止策をつくる上での宝の山だということで、自分の病院ではそういうことをこれまで奨励し、様々な再発防止策をつくることによって医療安全のレベルを高めて来たという活動を、病院長として行ってきました。

今回、この日本医療安全調査機構は、予期しない死亡事例について、各医療機関から自主的にこの医療安全調査機構に報告をいただき、その報告事例を分析する中で再発防止に役立てようという趣旨でつくられた機構であると承知しています。実際、この間、医療安全調査機構への報告事例も徐々に増えて来まして、相当な数の報告例が安定して分析できるように、様々な先生方皆様のご協力の下、行われているわけでありま。日本全国からそのような報告が集まってまいりますので、一つの病院レベル、その病院では初めて起こった、あるいは2例目、3例目といったようなことでも、全国的に集計いたしますとそれが15例、20例、あるいはそれ以上という中で、類似の特徴を抽出する中でしっかりしたエビデンスに基づいた再発防止策というものを、この機構としてはこれまで、本日の資料の中にもありますけれども、昨年の9月に出されたのが第18号ということになっていきますけれども、多数の再発防止策について発出して来たわけでありま。私、現場にいまして、この一つ一つの再発防止に向けた提言というものがいかにそれぞれの病院の医療安全のレベルを高めるのかということ、身をもって感じて来ました。そのことは、とりもなおさず日本医療安全調査機構の事業の重要性というものがいかに大きなものであるかということ、私自身非常に強く思っているところであります。

この仕組みはアカデミアが自主的に医療安全向上に向けて立ち上げた仕組みであり、また厚生労働省がそれを一貫してサポートしていただいて、もう8年を過ぎていますけれども、世界に類を見ない優れた仕組みではないかというふうに考えています。一方、各都道府県の報告事例の率につきましては、やはりかなりバラツキがあって、逆に言いますと報告すべき事例がまだまだ報告されていないと。そのことは、それが報告されればさらに我が国の医療安全のレベルを高めるということにつながるということで、今後そういった報告事例をさらに増やしていくという活動を行っていきたいというふうに思っています。

本日は、令和5年度第2回医療事故調査・支援事業運営委員会ということで、大変お忙しい中、委員の先生方に加えて、明年1月から当機構の専務理事に就任予定の田原氏もオブザーバーで参加をされています。また、多くの委員の先生方にWebで参加していただきまして、ご多忙の中、心より御礼申し上げたいというふうに思います。本日の委員会が実り多いものとして運営されますようお願いいたしまして、私の挨拶に代えさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

鈴木事務局長 理事長、ありがとうございました。それでは議事に入らせていただきますが、本日は樋口委員長が欠席でございます。樋口委員長からご指名いただいております、名古屋大学の長尾能雅先生に委員長代行として議長をお願いいたしたいと存じます。長尾先生、よろしくお願いいたします。

長尾委員 よろしくお願いいたします。では、ご指名ですので長尾が議長を務めさせていただきます。

本日の委員会においては、昨年に設置いたしました再発防止のあり方に関する作業部会ワーキングの進捗報告、および去る9月13日に記者発表を行いました、提言第18号「股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の文政」などについて報告がございますので、これに基づいてご意見等をいただければと思っております。また、その他として、特定事例に係る内容などについての審議が予定されておりますが、その段になりましたら、これは非公開事項となりますので、11時20分頃かと思っておりますけれども、傍聴の方々には退席いただくということになりますが、よろしくお願い申し上げます。本日の議事の筋は以上となります。

それでは、先ほど事務局からご紹介のありました、今回からご出席をいただきました日本内科学会理事の高橋裕樹委員からご挨拶をいただければと思います。高橋先生、よろしくお願いいたします。

高橋委員 ご紹介ありがとうございます。札幌医大の高橋です。今年の9月から委嘱を受けましてこの委員会に参加させていただいております。日本内科学会では、医療安全を担当させていただいております。2年間、どうぞよろしくお願いいたします。

長尾委員 よろしくお願いいたします。ありがとうございました。それでは、議事に入ります。資料1および資料2について、説明をよろしくお願いいたします。

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、現況報告でございます。プレスリリースの資料がお手元にあると思います。まず1番、医療事故の報告でございますが、11月末時点の状況で28件ございました。病院からが26件、診療所からが2件でした。院内調査結果報告ですが、34件ございました。相談件数ですが、164件でございました。内訳は、医療機関が67件、ご遺族等が89件、その他不明が8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が1件でした。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いたしまして医療機関へ助言したものが8件でございました。センター調査の依頼件数ですが、3件でした。すべてご遺族からの申請でした。センター調査報告書の交付は1件でした。

その他でございますが、現在、研修を行っております。まず、センター主催研修ということで、第4回医療事故調査・支援センター研修を、今オンデマンド配信をしております。来年の2月20日まで行っております。それから、委託研修でございますが、「管理者・実務者セミナー」ということで、これもオンデマンド配信で来年の3月27日まで行っています。詳しい中身につきましては、ホームページをご覧いただければと思います。

続きまして、資料2についてご説明をさせていただきます。再発防止のあり方に関する作業部会の進捗状況でございます。いままでもご報告をさせていただいておりますが、今回初めての委員の方もいらっしゃいますので、目的等をもう一回、確認をさせていただきます。センターに集積された医療事故の情報、これはかなり集積をされてきております。この情報を再発防止へつなげるために医療界へ還元する方策を検討するというので、3つの課題について検討しております。再発防止の新たな方策ということで、医療事故の再発防止に向けた提言以外の再発防止の方策がないかについて検討するというので、議論を進めてまいりました。それから、「医療事故の再発防止に向けた提言」の「提言」という表現ですね。これについては、医療機関が行うべき義務と解釈され、係争に用いられる懸念があるということで、そのようなご議論がございましてこの表現について議論をさせていただきました。3番目といたしまして、「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ですが、提言の中にも「期待したい事項」ということで、企業の取り組みが促進するような働きかけ、そういうふうな仕組みができないかということで、この3つの点について議論を重ねてまいりました。いままでに5回、つい最近は12月6日に行いまして、ほぼ方向性としては報告書の形が

できあがっていきまして、当日ご欠席の委員の方もいらっしゃいましたので報告書については今、最終的なご意見をいただきながら、議論のほうはほぼ出尽くしておりますので、報告書としてまとめる方向で調整をさせていただいているところでございます。

結果といたしましては、今年度でございますが、来年の3月ぐらいに予定をしております第3回の運営委員会の時までに何とか間に合うように、その報告書のとりまとめを行いたいということで、議論を進めております。私からは以上でございます。

長尾委員 ありがとうございます。ただ今のご説明について、ご意見等がありましたらよろしくお願いします。山口委員、お願いします。

山口委員 山口でございます。資料1のことについてお尋ねしたいのですが、11月の相談件数が164件の中で、ご遺族からが89件ということでしたけれども、この制度がスタートした当初、ご遺族からの相談の4分の3ほどが制度の対象外の方からの相談ということでお聞きしていましたが、8年経って、今どんな状況になっているのでしょうか。

矢島専務理事 まず、時期的なこともございまして、実は11月に医療安全週間ということで新聞に広告をさせていただいたこともございます。そういう意味で、この時期は新聞等で広告を見たということで、今委員からご指摘があったように、初めて知ったということで来られる方はいらっしゃるのですが、いままで見ていますと多くの方々は医療機関等で病院の説明を受けてお問い合わせをしてくるという形で、一応制度についてある程度ご存じの上でご相談に来る方が増えているという感触です。そのところの数字はまだ手元にないんですけれども、この制度がお亡くなりになった人を対象にしている制度ですということを、相談に来て初めてお答えするというケースがないわけではないのですが、かなり少なくなってきたのではないだろうかという印象を受けております。

山口委員 ということは、本来の対象の方が増えてきているという理解でよろしいですか。

矢島専務理事 はい、そういうふうに認識をしております。

木村常務理事 木村からひとつ、数字だけ追加させていただきます。まだ開始以前の事例であったり、死亡事例ではない生存事例であったりという、それに関する問い合わせというのがまだあります。この制度の事をよくご存じないということになるわけですが、さっきご指摘のとおり、開始当時は非常に多かったんですけれども、だんだん少なくなってきましたが、正確な数字はあれですけれども4割ぐらいはまだあると思います。

長尾委員 ありがとうございます。その他、ご意見いかがですか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、次に資料3－1から3－4について、事務局からご説明いただけますでしょうか。

木村常務理事 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。再発防止委員会では、先ほど報告させていただきましたとおり、院内調査の結果の報告書がもう2,500を超える事例数が私どもに集まっています。その中から類似事例を集めて、「こういうテーマでやったらどうか」ということを決めるのがこの再発防止委員会です。それから、出来上がったものをもう一度チェックするという形ですが、2ヵ月に1度、ここにありますとおり開催されています。

そして、その次の資料3－2をご覧ください。ガント表と呼んでいますけれども、裏を見ていただくと全部グレーになっていますが、グレーのところはもう公開した部分です。今現在、股関節手術の18号まで公開しているわけですが、現在、肺動脈カテーテルとか血液検査パニック値、産科の危機的出血等が進行中です。この●が部会が開かれているところで、最終的に公開ということで、だんだん母集団が多くなってくるわけですが、その中で類似例を集めてさせていただいています。

次の3ページ以降はそれぞれの部会の構成メンバーで、それぞれ担当する領域の専門学会、専門団体等をお願いをして、委員として参加いただいています。このように医療界あげて分析に加わっていただいているという数字として出ておりますので、ご覧ください。

それから資料3－3は、この間出ました18号、「股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析」という冊子が公開されました。これに関して、少し詳しくご報告させていただきます。途中で、いままでそう

いうことはあまり出ていない動画がありますので、それも含めてご覧いただければと思います。5ページに「はじめに」というところがありますけれども、股関節手術について、これは私もびっくりしたんですが、21年度の報告によると、なんと日本で大腿骨近位部の骨接合術が80代をピークとして10万例あるそうです。それから股関節置換、これはいろいろなレベルがありますけれども、それはなんと12万例、年間行われているということです。こちらは70歳代がピークです。いずれも高齢者におけるこういう骨折、それから股関節の変形等がこれだけの数あるという中で、今回、股関節手術を契機とした出血による死亡事例を検討させていただきました。

戻って、3ページをご覧ください。いつもの通りといたしますか、提言が1から6まで並んでいます。これのいちばん上に「対象事例20例の特徴」というのが出ていますが、そちらをご覧いただければと思います。2022年6月までの7年間弱の2,083事例の中で、股関節手術、大腿骨近位の問題は25事例あったんですね。そのうち、感染等、この対象とならないものを除いて20事例を対象としています。この対象20事例の特徴ですけれども、低体重と。今お話ししたとおり高齢者ですので、20例中14例が低体重で、30kg台が5例、40kg台が9例という数字でした。それから、これからお話ししますが、ドリル操作などによって骨盤内で出血が起きる、手術操作による血管損傷を認めたのは20例中9例ありました。それから、そういうことがなかなか見えない、対応がすぐには数字として出て来ないのですが、いちばん頼りになるということでショックインデックス、そういうものが1を超えていたということです。ショックインデックスというのは、分子に心拍数、分母に収縮期の血圧ということで、状態がいい時には血圧が高くて心拍数が低いということで数字は低いんですけども、これが1を超えるといわゆるショック状態の基本的な数字として提示されています。いろんなところで使われているのですが、すべての事例の経過の中で1を超えていたのですが、それがそのまま利用されなかったといたしますか、ちょっと対応が遅れていたようなのが中にありました。死亡事例ですけれども、24時間以内に15事例が亡くなっています。

具体的な内容を見ていただくと、こういう股関節手術では特徴が、1のところですけども高齢者、低体重等があるということ。それから、いちばんの特徴は、股関節の中で出血があったとしてもそれが外からはすぐに見えない。普通の手術と少し違うというところで、徐々に出血している場合等は、特に対応が遅れてしまうようなことがあると。提言3が動画になりますけれども、それに対応して術中の循環血液量の評価が、これは体重の8%と言われているような出血量ですけれども、低体重の30kgの人と60kgの人と比べると倍

の影響があるわけですが、そのへんが通常の男性 60 kg ぐらいを念頭に、手術中、出血量を過小評価しているような事例もありました。それから、術後、疑いがあればすぐ CT を撮ってくださいといったようなことです。

では、提言 3 のところを少し見ていただきますが、26 ページをご覧ください。では、画面共有で、提言 3 のところを中心とした動画をお願いできますか。これは付録と言いますか、一緒に出させていただく資料として、部会長の慶応大学の整形外科の教授であられる松本（守雄）先生にお話しいただいた解説のパワーポイントです。広く公開されておりますけれども、それを見ていただきたいと思いますので、スタートしてください。

（動画）

ありがとうございました。以上、この冊子だけではなくて、最近の 2、3 の提言書ではこういった動画とか図ですとか、それから院内での研修に使っていただくようなパワーポイント、解説文を添えています。だんだん使いやすくなるように、そして具体的なお役に立つようにということでやっておりますが、これも何度も繰り返して動画を見ていただくと、いろんな立体的な構造がおわかりいただけるかなと思います。こういうものは、実をいうとあまり資料としては文献的にも出ていないんですね。特に静脈系は解剖図を見てもなかなか詳しいものは出ていないことが多いものですから、ぜひ利用していただきたいと思います。以上、「股関節手術を契機とした出血に係る死亡事例の分析」の提言書についてご報告をさせていただきました。

次に資料 3－4 ですが、Web アンケート、これは中心静脈カテーテル挿入・抜去に係る死亡事例の分析の第 2 報として出させていただいた提言 17 号ですが、それに関してアンケートを今、出しているところです。アンケートの期間は 11 月中旬から 2 月の中旬までとなっておりますけれども、最初に Web でご案内をしているんですが、現在のところ資料 3－4 のように回答率が 9.9%、804 の回答をいただいています。これは前回からいろいろ工夫をさせていただいて、それぞれの担当の方に 2 回目の依頼の手紙を出すのと急にカーブが上がってきたということがありますので、現在、1 月になってこれを出す予定であります。前回はそれでかなりの高回答率が得られましたので、今回もそういうふうにして、中心静脈の穿刺に関わる問題というのはどこでも問題として取り上げていただいていますので、アンケートで実際にそれがどのような評価を得ているかを調べてみたいと思っております。以上、再発防止に関わるご報告をさせていただきます。

きました。ありがとうございました。

長尾委員 ありがとうございます。ただいまの説明について、ご意見等がありましたらよろしく願います。木村先生、この提言 17 号の発刊はいつでしたかね。

木村常務理事 今年の 3 月です。で、秋、11 月にアンケートを出したので、ちょうど 7 ヶ月ぐらい経ったところということです。

長尾委員 そこで 1 回目を出していると。

木村常務理事 実際のアンケートは 1 回なんですけれども、そのご案内をまず 11 月にさせていただいて、来年の 1 月早々にまたもう一回、案内を、「やっていますのでよろしく」という追加のご依頼文を発送させていただきます。2 回やるとずいぶん違うということがわかりました。Web で 20 分ぐらいで回答できるような内容のアンケートですけれども、すべて Web で回答いただく。どこの病院ということはわからないような仕組みになっておりまして、全体からのご意見ということで活用させていただきたいと思っています。

長尾委員 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

そうしましたら、次に資料 4－1 から資料 5－3 まで、事務局からご説明いただけますでしょうか。

木村常務理事 こちらも私からご報告いたします。資料 4－1 をご覧ください。こちらは、総合調査委員会、センター調査に関わる委員会のご報告です。総合調査委員会開催状況、こちらは毎月 1 回行っておりまして、センター調査依頼のあった事例を、どういう学会に依頼をして部会を立ち上げるかということ、そして部会の結果を今度は非医療者にわかりやすいかとか、裁判等で使われる法律的な観点から誤解されるようなことがないか、というようなことを検討して発出しているところです。毎月 1 回、開いておりまして、順調に経過しています。

資料 4－2 ですけれども、この「センター調査・報告書作成マニュアル」について、全員でその内容を共

有するという事でトレーニングセミナーを実施しております。今回は、12月16日に行いました。午後を使って行いましたが、統括調査支援医——センターのほうからの支援医になるわけですが、それから調査支援医、それから今回も特定機能病院の医療安全の専従の先生方に声を掛けて、参加を依頼しています。これによって、センター調査がどのようなことをやっているのかというのを特定機能病院の専従の先生には知っていただいて、お役に立てていただければということです。

出席者は、調査支援医が30名、特定機能病院の医療安全専従の先生が13名でした。あとは私ども機構からの職員等で、合計75名の出席者でした。プログラムとしては下のような講義があつて、センター調査の総論、支援医の役割、センター調査の各論、マニュアルに載っております分析ポイント表とか事前的視点、背景要因、再発防止策等に関して講義をいただきました。その後、150分をかけて模擬事例を使用したグループワーク、今回はポイント表を作っていただいたわけですが、そういう分析ポイント表というのをもとに分析を進めていくというやり方をとっているわけですが、それを実際に体験していただく。そして、その内容を全体で発表していただいて評価するという形で、トレーニングセミナーを行いました。かなり参加された方たち、普段から我々センターの側の立場としていろいろ協力いただいていますけれども、お互いの考え方の共有ができたのではないかなと思います。

それから、次の資料5-1ですけれども、医療事故調査・支援センター、私どもが行う主催研修の中間報告です。中間報告という意味は、まだオンデマンドで配信中ですので、参加人数等が中間ということです。今回は第4回として、医療事故調査制度における組織として、病院としての再発防止への取り組み、どんなふうに取り組んでいらっしゃいますかということで、この制度を体験された病院等にお聞きしています。現状報告があり、そして「組織としての再発防止の取り組み」は4名の方に、「組織で再発防止に取り組むために 管理者の立場から」ということで虎の門病院分院の宇田川（晴司）先生、それから「院内調査の実際と具体的な再発防止への取り組み」ということで半田市の市立半田病院の副院長であられる岡田（禎人）先生から、医療安全の担当としてお話をいただいています。それから看護師として、「職員が協働し再発防止に取り組むための工夫」ということで武蔵野赤十字病院の（空代馨香さん）……すみません、ちょっと読み方が難しく、漢字をご覧ください。最後にご遺族の方から、「再発防止に対する遺族の思い」ということで北田（淳子）さんにお話をいただいています。最後に総合討論をするという形で、現在11月末時点で1,700人を超える方がライブ配信、それからオンデマンド配信でこれを見ておられるということになりました。

もうひとつ、今度は資料5－2ですけれども、委託研修について。この制度でうたわれている、私ども機構のほうから支援団体に対して委託するという形で、実際にはいままで日本医師会、日本歯科医師会に行っていると思いますけれども、支援団体の職員向けということで支援団体の統括者セミナーを、これは3月に今後行う予定でいます。各県の医師会の担当の理事の先生が多いと思いますが、それと基幹病院の先生、それから基幹病院の看護師さん等がチームを組んで、実際に院内調査の支援をする立場としてのトレーニングを行っていただいています。

それから2番目として、医療機関の職員向けということで管理者・実務者セミナーを、院長、それから実務者の看護師さん、事務の方等、適当な制度運用を図るということで、この制度のことをよく知っていただくということで行っています。eラーニングを加えてほしい1,400人程度を見込んでおりますけれども、これも今、eラーニングが動いておりまして、来年の3月末まで続いています。

それから歯科医師会は、歯科医師会特有の問題があって、救急搬送されて大きな医療機関で亡くなるという形がほとんどですので、そのあたりの判断とか協力関係を主体とした研修を行っています。これは前もって登録ですので100人程度ですけれども、全国の歯科医師、歯科衛生士等の方に参加いただくという予定でおります。

資料5－3は、私どもセンター調査、再発防止のための分析部会、これらの先生方は私どもから直接お願いするのではなくて、協力学会にお願いしてそこからご紹介いただくという形で客観性を保っています。その協力学会説明会を毎年行っておりますが、今年も3月14日に協力学会73学会、ほとんどの学会に参加いただいている現状のお話を聞いて、それからこちらからお願いする形をとっています。実際に回数の多いところですね。外科学会、内科学会とか麻酔とか、そういうところは地域別にもうリストができていて、しかもその中の専門領域の先生に「こういう事故だけ」とお願いをすると、その地域のその専門の先生をご紹介いただくという形をとっています。ほとんどの学会ですけれども、その他2学会というのは、社員になっていただいているんですけれども協力学会の登録をしていなかったということで、今回、入っていただくことになると思いますが、70を超える学会に集まっていただく予定です。以上、総合調査委員会関係、センター調査関係のご報告をさせていただきました。ありがとうございました。

長尾委員　ありがとうございます。ただ今のご説明について、ご意見やご質問はありますでしょうか。よろ

しいでしょうか。ありがとうございます。

そうしましたら、永井委員のほうからご発言があると伺っております。永井委員、よろしくお願いいたします。

永井委員 永井です。ありがとうございます。皆さんのところに資料としてお配りされていると思いますが、12月19日に厚労大臣の武見（敬三）さんに宛てて、今、8年目に入ったところでございますが、少なくとも10年を契機としてちょっと考え直すと。いままでぜんぜん見直し検討会ができてきていなかったもので、ぜひ見直し検討会をして欲しいということで要請書を出しました。今回を含めて3回なんですが、いままで2回とも厚労省大臣宛に出していたんですが、まったく動きませんでした。やはり国民が信頼できる制度にしていくという意味では、先ほどからの説明もありましたけれども、遺族が予期していない死亡、特にこれについて病院側がしっかり受け止めて、そして何らかの調査をし、センターに報告するか、または遺族に「こういう理由で調査しない」というようなことをぜひやって欲しい。これがまだ十分できていないし、先ほどの11月の報告の中でもご説明いただきましたが、センターのほうに相談して、センターで一応話を聞いていただけるということについては、2年目の時に見直しがされて、その窓口がちょっとできたという意味では期待しておりましたが、残念ながらやはりまだまだ、センターから当該の病院に「事故調査制度に基づき調査をしたほうがいいんじゃないか」という話をしても、実際に調査に入る医療機関が少ないという実態もあります。

そういう意味では、私どもとして厚労省の松本室長に受けていただきながら、いろんな課題の共有という意味での話もだいぶ今回はさせていただきました。そういう中で、この制度の中でいちばん問題は、それぞれの病院、またそれぞれの支援団体が、極端にいうと好き勝手できる仕組みになっていると。やはり医療法で決めた医療事故調査制度なので、今いろんなガイドラインができていますけれども、厚労省を中心に1つのガイドラインにして、それをみんなが共有していくようなことをしていかないと、まだまだ機関によってのいろんなバラツキ、医師会による違いとかいろいろあるので、そういった意味で厚労省自身がガイドラインをつくるとか、そういうような方向で考えて欲しいということも含めて要請しました。いちいち読んでも時間もあれですが、私どもとしてはぜひこの機会、10年を、次の段階にもっともっといい調査制度にしていくということを、医療界、我々みたいな遺族の団体、厚労省を含めた見直し検討というのをすべき時期だと

思いますし、して欲しいという内容でございます。

もうひとつのほうは、医療過誤原告の会が被害者遺族に対して7年経ってのアンケートをとりまして、いままで相談なりにのった対象者 194 名に対して、実際に回答していただいたのは 59 名、30%ぐらいの人でしたが、その中で特に、なぜ亡くなったか、「医療事故じゃない」という説明だけがされていて、本当に理解できないということが自由記述欄とかいろんなところに出ていますので、お時間がある時にぜひこれをお読みいただければありがたいなと。以上でございます。

長尾委員 ありがとうございます。永井さんからのご発言について、何かご意見やご質問はありますでしょうか。山口委員、お願いします。

山口委員 ありがとうございます。私は、法改正が 2014 年に行われる前に厚生労働省の検討部会のところで関わっていましたが、とりまとめの中に「随時見直しをする」と明記されているんですね。それにも関わらず一度も見直しが行われてきていないということは、私も問題だと思っております、この運営委員会に出席していてもいろんな課題が出て来ているわけですので、これは厚労省が決めることだと思いますけれど、ぜひそういう声は他にもあるということを厚労省の方にはご理解いただきたいと思っています。

ひとつお尋ねしたいのが、何度かこの運営委員会の中で、「医療事故」という言葉が法律の中に入っているのでもう変えようがないと。ですけれども、当時、質問した時も、厚労省の医療安全推進室長が「通称はつけられることができる」と発言されて、何度かワーキンググループで話し合われたと思うんですけど、あれは一体どうなっているのかというのを教えていただきたいと思います。

長尾委員 矢島専務理事、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。今、山口委員からご指摘がありましたように、通称みたいなものができないだろうかということで、私も着任した時に議論させていただきました。いい案がないだろうかということで言葉をいろいろと考えて議論させていただいたのですが、なかなか今の制度が、「事故」という言葉自身に抵抗があるメンバーの方々もいらっしゃいます。そうは言っても、「医療事故」という形です

とこの制度が動いてきたということで、この言葉に慣れて来たという語弊があるんですけども、受け入れていただくような状況もある中で、この言葉を今すぐ他の言葉にできるかどうかという議論の中で、今ちょっとすぐには難しいなということで、今のところはそこで終わっております。ですので、厚生労働省とも意見交換させていただいたのですが、この言葉ならいいんじゃないかという、その言葉がなかなか見つけることができなかったというのが現状でございます。

山口委員 私は、何度か提案した中で、「予期せぬ死亡調査制度」というふうに言うと「医療事故」というよりも、まさしく予期せぬ死亡ということを取り扱うわけですので、多くの方にお聞きすると「そのほうがわかりやすい」というふうに言われるんですけども、「今のところは」と言って、これ10年、20年経ったら余計に通称を付けることが難しくなってくるのではないかなと私は思いますけれども。

矢島専務理事 大変貴重なご意見ありがとうございます。たぶん、そのところももう一度しっかり議論する価値はあるのではないかと考えていますが、今から3年半ぐらい前の話になりますけれども、まさにそういう議論が出た時に、そのところについては残念ながら、うまく次のステップに行く議論に持っていくことができなかったというふうに記憶しております。本日、貴重なご意見をいただいたので、またそのところがひとつの課題としてあるんじゃないかというふうに思います。貴重なご意見ありがとうございました。

長尾委員 永井委員、お願いします。

永井委員 この調査の本当の目的というか、医療事故の定義がやはりまだ浸透していない。医療界の中でも浸透していなくて、「事故になったら警察沙汰になる」とかいう発言をしている病院長なんかもけっこうおられるというのを見たりして、僕は事故か事故じゃないかというよりも、本会の定義の中に入っているか入っていないかをしっかり調査を、病院の中ですべきだと思うんだけど、単に「予期した」といって説明しているだけだと、インフォームドコンセントの問題とともに患者遺族はまったく理解できない。なんで亡くなっているのかということを、もっと詳しく報告する。この制度の中でいうと、予期した・予期しないをすぐに結論付けるんですが、やはり遺族が満足するというか、ぜんぜん思いもしない手術後の急死とかいうよう

なことで、「いや、予期したんだ」とただ言われてもまったく通らないし、予期した・予期しないというところの定義というか、そこらへんは中にもしっかり書いてあるんですよね。その理解もせずに現場で管理責任者なりが言ってる。患者さんの遺族に対してもほとんど説明されてない。

こういう現状について、例えば「予期した」ということにしたとしても、今の「予期した」というのが自由にそれぞれが判断してるだけでは何にもならないんじゃないかと。言葉だけ変えたって何もならないんじゃないかと。むしろ、今の制度をしっかり皆さんのところの病院も、責任者および医療者が理解して、「これはもっと調べたほうがいい」とか、「これは説明がちゃんとできてるから、その内容をもう一回ご理解いただけるような説明をしていく」とか、そういう態度が出て来ない限り、今の名前を変えたって僕はあまり変わらないというふうに思います。以上です。

長尾委員 ありがとうございます。門協理事長、お願いします。

門協理事長 永井委員のご意見、それから山口委員のご意見に私は全面的に賛同、共感いたします。今、医療事故ということの定義の問題や、予期する・予期しないという言葉について、管理者の間で理解がまだ統一されておらず、管理者任せになっている部分があって、それは私も自分の病院でも経験してきましたけれども、私は報告する・しないに迷うような症例は必ず報告するようにということによってまいりました。ヒヤリハットでも、できるだけ多く報告することによって再発防止が図られるということを考えると、この制度はできるだけ多く報告することが重要で、その辺りについて病院長の解釈任せになるのではなくて、それは文言上の定義などについて、もう少し詳しく本来の趣旨に沿って再定義されるべき部分もあるでしょうし、それからもうひとつは、そういうことについて管理者がきちんとそういう定義に沿って管理しているかどうかということが、何らかの形で検証される仕組みが必要なのではないかなと。そのあたりは、厚生労働省はどう考えているんでしょうね。

長尾委員 理事長、ありがとうございます。今日は松本室長がご欠席で、代理で植田技官がご出席ですが、植田先生、何かご意見ありますか。

植田技官 発言の機会をいただきありがとうございます。本日、松本室長が公用で、代わりに出席しております植田と申します。ただいまいろいろなご指摘を受けました。医療事故の定義、特に予期をどのように判断するかというところについて、管理者の認識が統一されていないというような問題意識、我々も従来から様々なところでディスカッションする中で、そのようなご指摘は受け止めておりまして、しっかりと検討していく必要があるというところは当室の認識でもございます。

長尾委員 いかがでしょうか。国土先生、お願いします。

国土統括調査支援医 私は統括支援医の1人としての参加ですが発言してよろしいでしょうか。すみません。私の本務は都内の病院の設置者の立場ですが、門脇先生と同じように迷う時は医療事故として届けるようにということをずっと言ってきました。ただ、最近の事例で思うのは、予期できた事例なのか、あるいは手術の合併症としての範疇であるかどうかという判断は、非常に難しいことがあるということです。管理者が「医療事故として出すべきだ」と言っても現場としてはそれにすごく抵抗する、そういう事例もあると思います。永井さんのご提案に私も賛成ですけれども、やはり私は言葉には拘りたいと思います。要するに、「事故」という言葉がかなり強い言葉だと個人的には感じておりますので、少なくとも病院側は「予期せぬ死亡」に該当すると思っていない、でも遺族の方は結果に納得できず第三者的に調査して欲しいというような事例については、私は個人的には「予期せぬ」という言葉にも引っかかりがありますので、「調査を要すべき医療関連死亡」とか、ちょっと長いですけど、言葉を工夫してどちらも受け入れやすい制度にしたらいかがかと思います。そういう工夫をして少し幅広に検討すべきだろうというふうに思っております。

長尾委員 ありがとうございます。門脇理事長、お願いします。

門脇理事長 私も今の国土先生の意見に全面的に賛成で、やはり議論したことだけでも、言葉についてはもっともっと工夫する余地があるだろうというふうに思います。そういう点で、医療側も患者遺族側も、やはり医療安全、患者安全という思いは共通のはずですから、共通の願いに基づいてそれぞれどちらも報告すべきだというふうに、医療側も、それから患者遺族側も納得、満足できるような、そのギャップを何とか埋め

る努力は、言葉の工夫や最低限の問題でずいぶん改善する部分があるというふうに認識していますので、ぜひ然るべき場でご検討いただければというふうに思います。

長尾委員 ありがとうございます。昨今の報道などを見ていますと、そのへんが如実に表れているというか、事故性なしと一旦、病院が判断したけれども、ご遺族等の強い訴えによって諸事情の上で事故調査になった、あるいは報道を受けて調査が開催されたといったような事案が散見されるなど。一つ一つ見ていると、詳細のところは私もわかりませんが、管理者の無理解によるというものも含まれているようにも思いますが、一方で制度の定義の標準化ができていないことによって、病院長がかなり苦悩しているなど。それが滲むような事例も散見されるなどという気がしていて、例えば調査のあり様というのを段階性にするとか、間口を少し広めにとっておいて、外部の専門家を入れるタイミングというものをどこにしていこうというような、段階性の制度にするとか工夫の余地はまだまだあるのではないかなというふうに見ております。できれば具体的な議論に入っていけるといいのではないかなと思いますが、厚生労働省にこの意見書がどのように受け止められているかといったところを期待しながら見守りたいというふうに思います。また、この医療事故調査・支援センターの権限や機能強化の提案は多々この中に含まれていて、本来この運営委員会としても歓迎すべき提案が多いのではないかなというふうに思って拝読しています。

いかがでしょうか、皆様。近藤委員、お願いします。

近藤委員 私、法医学の立場なんですけど、基本的にはご家族と患者さんたちの不利益にならない。ということとは医療側に従事している者は、自分たちにとってこれは合併症の範囲だと解釈したとしても、やはり積極的に届け出ることが開かれた医療というものにつながると。実は、この法律ができる前はけっこう医療事故絡みというのは法医の解剖に回って来ましたが、実際問題、今はほとんど回ってくることは少ないですね。逆に言うと、そうなる病院の中で起きていて、突然CPCなんかでパッと出たら、「え、こんなことがあったの」というふうなことがあったりですね。僕自身が、事故かどうかは別として、同じ組織にいても知らないこととかけっこう多くて、そういう意味でいくと、もっともっと開かれたものであったほうがより医療が信頼を得るためにいいんじゃないかと思うので、そのへんも検討をしていくという時期なのかなと思います。

長尾委員　ありがとうございます。木村先生、よろしくお願いします。

木村常務理事　事務局の木村ですけれども、この制度のできあがる少し前から関わらせていただいていますけれども、最近、病院からの相談を私どもが受けて、「これは対象となると思います」という助言としてお返ししているというのを、もう 500 例を超える事例がこの 7 年間半で溜まってきました。そういう中で感じていることは、今お話のあったとおり、病院の管理者、医療安全の担当者も、「これは事故と考えるべきかどうか」ということは非常に迷っていらっしゃる、非常にそのところが難しいということもあると思います。一方では、全体としてはおそらく永井さんたちのおっしゃるとおり、本当は事故として登録しなければいけないような、客観的にはそういう事例が出て来ないという現状があると思います。他方、私どもにコンタクトをとってくる医療者は非常に悩んでいらして、以前に比べるとそういう方たちの相談は、この制度の基本的な内容はよくご存じの方が増えてきていると思います。少しずつですけど浸透してると言っているのかなと思います。

本来、この制度は、医療者のプロフェッショナルオートノミーとよく言われますけれども、医療というのはそうあるべきなので、自分たちでちゃんと判断しなさいよというところで成立した。永井さんもいらっしゃる中で、喧々諤々の議論の中でできあがった制度ですけれども、医療を信頼するという上でこれをちゃんとまず動かしましょうと。そこに、強制的な外部の力とかそういうものはとりあえず置かないでおこうというのが、この制度の基本だったと思うんですね。ですから、私どもが行う合議の結果はあくまで助言であって、最終決定ではないという建前です。それはきちっと守っているのですが、そこを「こうしなさい」ということになったとすると、我々は医療の当事者なわけではなくて中立的な立場と考えていますから、そういう外部の力で決定されるということだと、この制度の基本的な考え方を変えないといけないことになると思います。自らの判断できちっとやって、そこには支援団体——医師会とか学会とか、自分たちの仲間である医療側の相談の中で、そこである程度出そうと決めるのは結構なことで、そこをもうちょっと強くしていただきたいと思いますけれども、外部の私どもから「これはこの制度の対象だから調査しなさい」というような形を考えるのであれば、この制度を根本的に考え直さないといけないことになるのかなと思っています。

少しずつですけど、「医療者自身がこういうことはちゃんとしなければいけないんだ」という機運とい

うか、そういうことは医療界の常識として進んできていると思います。「事故じゃないよ。当然、予期してた」といってつっけんどんに扱う人は減ってきていると思いますけれども、全体としてはまだまだというのが正しいかもしれません。そんなことを考えながらやっておりますけれども、この制度が、医療のあるべき姿の中できちっと自ら判断をして、ちゃんと調査をしますという制度であって欲しいなというふうには思っています。以上です。

長尾委員 ありがとうございます。いかがでしょうか。この運営委員会としては、この議論はこれまでも何度も繰り返して来たことですし、今回、永井委員方から厚生労働大臣に提出したこの意見書の内容に関して、大きく反対するというよりは、総体として同じ方向を向いているというふうに、この委員会としても感じられるものではないかなというふうに思います。そのことは議事に残しておきたいというか。機構そのものに決定の権限がないということは重々承知の上で、私たち運営委員会としてのこの課題は引き続きしっかりと監視というか、解決に向けた努力をしていく必要があるのではないかなというふうに思います。ぜひ厚生労働省の皆様もご同席いただいているので、大臣を含め、真剣にこの件についての解決をご検討いただければなというふうに思います。

皆様、よろしいでしょうか。そうしましたら、ここまでで一応、公開の議論は以上となります。これよりは特定事例の審議となりますので、非公開とさせていただきます。傍聴の方は、申し訳ございませんが Web から退室をいただけますでしょうか。その上で事務局長からのご説明をお願いいたします。

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

(以上)