

第3回「産科医療補償制度原因分析委員会」会議録

日時：平成21年4月21日（火）午後4：30～午後6：30

場所：日本医療機能評価機構 大会議室

財団法人日本医療機能評価機構

○事務局（山田）

失礼いたします。本日はお忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

委員会を開始いたす前に、資料の確認をお願い申し上げます。

まず、委員の方の出欠の一覧表がございます。

次に、第3回原因分析委員会次第。その下に、議事資料がございます。

次に、資料といたしまして、資料1から資料6までございます。

資料1が、NICUや新生児科等からの新生児期医療の情報収集について（お願い）の文書でございます。

資料2が、診療体制等に関する情報提供（案）でございます。

資料3が、原因分析に係る保護者様からの意見書について（ご協力のお願い）第1報、第2報、これも案でございます。

資料4といたしまして、仮想事例における原因分析報告書（案）がございます。

資料5といたしまして、原因分析報告書案作成マニュアル（平成21年4月21日版）となっております。

資料6といたしまして、産科医療補償制度原因分析委員会規則（平成21年4月1日改定）となっております。

また、資料以外に、一番下のほうだと思いますが、第4回及び第5回産科医療補償制度原因分析委員会の日程の調整表を配付させていただいておりますので、よろしくお願いたします。

それでは、何人かの委員の方がおくれていらっしゃるかもしれませんが、ただいまから第3回産科医療補償制度原因分析委員会を開催いたします。

本日は大変ご多忙の中、厚生労働省より、医政局、佐原医療安全推進室長にオブザーバーとしてご出席をいただいております。

それでは、議事進行をこれより岡井委員長をお願い申し上げます。よろしくお願いいたします。

○岡井委員長

座ったままで失礼いたします。委員の先生方はお忙しいところ、ご出席いただきまして、ありがとうございます。

本日も議事が6議題用意されておりますので、要領よく有意義な審議を進めたいと思

ますので、よろしくお願いいたします。

それでは、次第に沿っていきたいと思いますが、第1議題が、第2回原因分析委員会及び第3回運営委員会。これは、その委員会で出た意見を整理したのですが、事務局からよろしくお願いいたします。

○後技監

それでは、本日の本体資料をごらんいただきますようお願いいたします。本体資料の1ページから4ページまででご説明をさせていただきます。

最初に、第2回原因分析委員会における主な意見を申し上げまして、その後、その委員会の中で出ましたご意見について、確認事項やご報告事項など、3点ほど最後に申し上げます。

1ページ目の(1)「第2回原因分析委員会における主な意見」でございます。

その最初は、原因分析報告書案作成マニュアルについて出た意見でございまして、1つ目の○になりますけれども、マニュアルはバージョン管理を行うというご意見がございました。

それから、診療体制等に関する情報提供ということで、その下の1つ目の○ですが、医療安全体制に関するチェック項目は、医療法施行規則と合わせておくべきというご意見や、それから、医療法上の義務の範囲はチェック項目とし、義務でない部分は自由記載とすべきであるというご意見や、次、2つの○が同じようなご意見ですが、医療安全の項目については、安全を重視する組織文化があるか否かが問われている。患者さんたちは、医療機関が医療安全に関してどのように取り組んでいるのか知りたいというご意見。

そして、次の○が、自宅や搬送中の分娩の場合、どの医療機関が体制等の情報を出すか明確化したほうが良いというご意見。

そして、脳性麻痺に特化した簡便なものとするほうが実効性があるというご意見がありました。

それから、原因分析に係る保護者からの意見書についてであります。最初の3つが関連するご意見です。

1つ目が、保護者は記憶をたどることが難しいということで、分娩機関から運営組織に提出された情報をもとに、保護者側に情報提起をしてほしい。そして、どのようなことを質問するのか、事前に送付しておくというご意見がありまして、次ですが、運営組織で経過をまとめて、それを保護者側に送付して、そして意見を出してもらうべき。

次の○が、意見を傾聴する姿勢が重要であり、例えば、用紙を送付して、その後、電話をするような仕組みと体制にしてほしい、こういうご意見がございました。

そして、一番下の○ですが、保護者から全件意見の聞き取りを行うことは相当に大変な作業量となり、実現は困難というご意見もありました。

続いて、2ページに参ります。

最初の○が、対立の構図にならないように留意すべきというご意見。

2つ目のご意見が、原因分析報告書の公表についてですけれども、公表を望む人と望まない人がいるということで、考慮してほしいというご意見がありました。

次が、原因分析委員会における部会の運営についてでありますけれども、その下の1つ目の○で、院内助産所の事例についても、複数の助産師により審議すべきというご意見。

次が、部会委員はなるべく全国から集めるべきというご意見。

それから、次の○で、年間スケジュールを決めておくというご意見。

そして、次の○で、委員が1名の職種については正・副をつけておいたほうがよいというご意見がありました。

続いて、NICU等からの情報収集。これは、特に搬送されたケースになりますけれども、下に○が5つありまして、どれもすべて関連があるご意見です。

1つ目の○が、NICU等に搬送されたケースは、どの範囲の情報を求めるのか明確にしておく必要があるということと、2つ目ですが、NICU等から届くサマリーを診療録に添付して運営組織に提出するということが第1段階目。次が、情報が不足していれば、改めてNICU等に問い合わせるといふ、こういう2段階構成がよいというご意見。

次が、分娩機関がNICUから資料を入手して送るといふことは負担となるので、患者の許可を得て、当委員会がNICU等に問い合わせるか、患者自身で資料を入手すべきというご意見。

そして、次が、運営組織が患者の同意を得てNICU等へ協力を依頼すべきというご意見。

最後が、十分な情報収集をすることについてルールを決めておいたほうがよいというご意見がありました。

以上が、第2回の原因分析委員会におけるご意見でして、第2回の原因分析委員会の後、3月25日に第3回の運営委員会が開催されました。そこで出たご意見、3点をご紹介します。(2)でございます。

1つ目の○、2ページの一番下になりますけれども、これは再発防止を見据えたご意見でございまして、分娩機関からの報告様式について、なるべくチェックボックスで対応して、最終的なところは自由記載の文章とするのがよいというご意見がありました。

次、3ページに参ります。

1つ目の○で、報告書に加えて、A4で1ページ程度、エッセンスを添付して、そういう報告書をつくとよいというご意見がある一方で、次の○ですが、分娩に関連した脳性麻痺になるということで、類型も多くなく、報告書は読めばわかると考えられ、エッセンスは添付せず簡潔にやっていくことも必要だというご意見がありました。

以上が、会議で出たご意見のご紹介でございます。

次、(3)でありまして、これは、第2回原因分析委員会における意見に関連する事項で、確認事項とご報告事項でございます。

まず、ア「当院の管理下の分娩」ということについて、前回の会議で、管理下というのはどういう範囲を言うのかということでご議論がありました。

そこで、○ですけれども、「当院の管理下の分娩」、これについては、第2回運営委員会で示した考え方に沿って整理してきております。その考え方とはということで、四角く囲んだ部分がございます。囲みの部分ですが、「管理下とは、分娩機関が自らの医学的管理の下に分娩を取り扱った場合を指し、複数の分娩機関が管理する場合は、基本的に（分娩取扱いの対価である）分娩料を徴収する分娩機関の管理下にあるものとして補償されるものと考えられる。ただし、自宅や緊急搬送中の分娩等については、関与する分娩機関、娩出時の状況等に従い、児の不利益とならないよう、個別に検討を行って決定する」とお示ししてございまして、その考え方で整理してございます。

イですが、NICUや新生児科等からの情報収集に関しまして、その後行った対応のご報告でございます。

○で書いてありますが、NICUや新生児科等に搬送された児の情報というのは重要でございまして、本年4月に、すべての加入分娩機関に対して、「NICUや新生児科等からの新生児期医療の情報収集について（お願い）」という文書を送付して、周知いたしました。これが、本日の資料1になります。本日の資料1、1枚紙をご覧くださいますようお願いいたします。

これは、すべての加入分娩機関にあてたものでございます。下から4つ目の段落に、「しかしながら」という言葉で始まる段落がありますが、ここに運営委員会と原因分析委員会

で新生児期医療の情報が重要だということをご指摘を受けましたということが書いてあります。

そして、それに続いて、次の段落は下線が引いてあるところでありまして、「NICUや新生児科等へ児を搬送されたことにより、貴院にて新生児期の医療の情報を保持されていない場合は、搬送先の医療機関の協力を得て新生児期の医療に関する情報を搬送先の医療機関から収集されて、新生児期医療の診療経過のサマリーの添付や診療録等に記載されることについて、お願い申し上げます」ということを書いております。

このような文書をお送りいたしまして、今後、加入分娩機関だけではなくて、NICUや、そこを管理する新生児科等の関連の団体に対しても働きかけを行うこととしております。

そして、本体資料の4ページをお願いいたします。本体資料の4ページのウでございますが、原因分析委員会における部会の運営についてでございます。

1つ目の○で、部会の委員のうち、論点整理やわかりやすい内容の報告書にするという内容を担う弁護士についてでありますけれども、医療側と患者側がありますので、その両者をそろえるということで、各部会1名委員としていましたが、当面は2名の委員ということで運営をさせていただければと思っております。

そして、2つ目の○ですが、小児科医と助産師、これが委員1名ということで、前回の会議まで申し上げておりました。各部会に所属する委員に加えて、3名程度の委員をほかに委嘱をして確保していくということを考えております。訂正させていただきます。

それから、次ですが、助産所の事例については、複数の助産師の委員が審議に加わるということで、院内助産所の事例についても同様に取り扱っていくということとさせていただきたいと思っております。

最後の○ですが、各部会の委員の委嘱でありますけれども、関係学会等に、現在、委員の推薦の要請を行っているところでございます。

以上でございます。

○岡井委員長

ありがとうございました。第2回の原因分析委員会と第3回の運営委員会で出た意見をまとめていただきまして、そこで問題になった点に関して、一部、運営委員会からの回答が出ておりますが、どうしましょう。順番にいきましょうか。前回の委員会で出た意見の中でも、もうちょっと時間かけて整理したい。今日、結論を出さないでまたやるというこ

とがありますので、それは残しておきます。今日、決着をつけたいということで、やれることからやっていきたいと思えます。

ですから、3ページの(3)「意見に関連する事項」というのがありますが、そこで幾つか、こういうことでやっていこうという提案が出ている。この部分を先に議論していただきたいと思うんですが、あと、また戻りますけれども。そうしますと、(3)のア「当院の管理下の分娩」。これ、質問の中では、1ページの中ごろ「診療体制等に関する情報提供」の中の○の下から2つ目、「自宅や搬送中の車中での分娩の場合、どの医療機関が診療体制等の情報を出すのか明確化しておいた方がよい」、こういうことに関する考え方の基本になることだと思います。当院で管理した分娩というのは、その括弧で囲われているような解釈で進めるということ。これに関して、まず、いかがでしょうか。こういうふうに、運営委員会の資料で出ているんですね。前に決めている。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

だから、これはこのまま、この考えを適用していくということによろしいですか。

○石渡委員

補足によろしいですか。

○岡井委員長

はい、どうぞ。

○石渡委員

この四角で囲んでいる中なんですけれども、基本的には、分娩取り扱いの対価である分娩料を徴収するということがあります。ところが、分娩料を払わない、そういうケースもあろうかと思うんですけれども、その場合には、これはどういう関連になってくるのでしょうか。要するに、管理下でも、ちょっとはつきりしないような状況で、しかも、分娩料の徴収ができなかったようなケースについては。

○岡井委員長

実際には払わない人がいたとしても、考え方としては、どっかが徴収をしているわけですよね、払ってくださいと。言っている機関が、自分たちが管理したという意識を持っているわけですから、そういうことでこの話は進めていくということになるんじゃないかと。

○石渡委員

つまり、分娩費が払われたか払わないか別として……。

○岡井委員長

ええ。払ってくださいと請求している施設は、自分たちが管理したんだと言っていることになるわけですね。だと思いますが、どうでしょう。そういうのでよろしいですか。そういう解釈でよろしければ、それでいかせていただきますけれども。

○水上委員

それと、もう1点よろしいでしょうか。

例えば、日本では、大体、どこどこで分娩するという契約みたいな感じで決めていますよね、あらかじめ。ところが、例えば、北海道なんか、たまにあるんですけども、本州の方が、夏休み、お盆で、三十二、三週ごろ帰省しているときに陣痛がついてしまって、駆け込みで、救急車で、しかるべき病院に運ばれるといった場合には、この場合は……。

○岡井委員長

これ、だから、北海道の人が東京に旅行中に、東京のどっかの病院で分娩したら、その施設から請求を受けて分娩料を支払うわけですから、そこが管理をしたということに取り扱いましょうというのが……。

○水上委員

実際に分娩したところという……。

○岡井委員長

実際に分娩したところ。分娩料を徴収する分娩機関の管理下にあるものと。

○水上委員

わかりました。

○岡井委員長

その前の管理に問題があったということが、もし妊娠中の管理に問題があったとしたら、それはそれで問題にはなりますが、一応ここでは、管理下の分娩というのはそういう意味であると解釈しましょうということですけど、よろしいですね。いろんなエクセプションな状況、出てくるかもしれませんが、それはその事例ごとに、どこの管理下なんだ、どこが中心にその分娩を管理したと考えるかというのはやっていけるとお思いますので。

○上田理事

補足よろしいですか。

○岡井委員長

はい。

○上田理事

先ほどからお話ししていますように、第2回の運営委員会でこのような考え方を示させていただきました。最初の○の3行目ですが、こういった考え方に基づいて、基本的には分娩機関において判断を行うものと実務的に整理していくことにしております。

また、実際に、分娩機関がどう判断をしていいのかということがあると思いますので、この枠組みの考え方を、近くホームページに載せたいと考えております。

○岡井委員長

じゃあ、この件はそういうことで、これから進めていくということにさせていただきます。

その次、同じ3ページのイですが、NICUや新生児科等からの情報収集に関して。これは、2ページの中ごろの「NICU等からの情報収集」で意見が出ておりまして、どの範囲の情報を求めるか明確にしておく必要があるとか、意見がちょっと分かれているんですね。患者さん側から資料を入手してもらおうほうがいいというものもあれば、運営組織のほうやるんだとかあるんですが、こちらの運営委員会の考え方としては、分娩機関は申請をする、請求をする……、どっちだったかな。

○上田理事

分娩機関が申請します。

○岡井委員長

申請をするんですか。

○上田理事

分娩機関がします。

○岡井委員長

申請をする分娩機関が、こういう情報は取り寄せるんだという考え方に立って、そのために、先ほどお示したような、こういう資料にあるようなものを分娩機関にお送りしておこうと、そういう話ですね。

○上田理事

第1段階はですね。

○岡井委員長

そこに関してのご意見がありましたらお聞きしたいんですが。例えば、前回出た意見の

中では、○の2が今の話ですね。○の3では、分娩機関が問い合わせるのは負担であるから、患者さんに資料をとってもらうか、原因分析委員会がNICU等に直接問い合わせるかしてくれ、こういう意見もあったし、その次の意見も、運営組織が患者の同意を得てNICU等へ、協力を依頼すべきですが、協力を依頼するのは、これはやれますね。

○上田理事

先生、よろしいですか。

○岡井委員長

はい。

○上田理事

前回、このようなご意見をいただきましたので、新生児医療に係る学会に相談しております。このようなご意見などを踏まえながら、関係団体とも、具体的にどういうことができるのか、これから協議させていただいて、その状況をご報告させていただきます。運営組織が行うのか、あるいは患者が行うのか、当初、私ども、分娩機関が行うとお話ししましたけれども、それはなかなか難しいとのご意見がございました。それで、このように書かれています。ですから、情報の範囲や方法などについて、新生児医療の関係学会とも協議させていただいて、具体的にどのように進めるかについては、私どもの宿題にさせていただいて、次回以降、ご審議をしていただきたいと思いますけれども。

○岡井委員長

そうですね。ここに書いてある意見で少し違うところ、今日、調整してしまって、決めちゃったほうがいいと思ったんですけれどね。例えば、3つ目の○にある、患者の許可を得て当委員会がNICU等に問い合わせる、あるいは、患者さん自身で資料を入手すべきって、これはちょっと採用できないかなと私個人は思っていて、やはり第1ステップとしては、申請をする分娩機関にやってもらう。そこで、何か問題があって十分な情報が得られないということで、これはどうしても必要だということであれば、場合によったら、原因分析委員会から直接、新生児を受け入れた、例えば、NICUとか、そちらの機関に問い合わせるといことも第2ステップとしてはあると。そんなところでいいんじゃないですかね。ここ、患者さんにとってもらおうということもあり得るということで、いろいろ議論したり中身を検討すると手間かかるだけなので、もう、それ決めちゃいたいと思います。その点に関していかがですか。

○石渡委員

今、岡井委員長が言われたように、医事紛争の委員会の中でも、これ、時々出てくるんですね。医療側から、要するに分娩機関から出た資料だけじゃ不十分で、NICUの資料が知りたいと。そのときに、NICUのほうから、これは患者の個人的なプライバシーのことにもかかわるので、その許可を得られないと出せないという、そういうこともあるんです。ただ、状況によっては提出してくれるNICUもあるし、そうでないNICUもあるので、今、委員長が言われたとおり、その2段階の考えでいいんじゃないかと思えますけれども。もし、資料を提出していただけない場合には、運営組織から目的を話して、資料を提出してくださいと、そういう考えでいいんじゃないかと思えますけれども。

○岡井委員長

少なくとも、患者さんにやってもらうというのは大変なことなので、これはちょっと無理だし、できれば避けたいと思うんですね。

○岡本委員

助産所でもやはり同じようなことがありますて、報告というか、経過をいただける場合といただけない場合がありますので、今、委員長が言われたように、いただけない場合のことも多少想定して……。

○岡井委員長

それは、そういう場合もあるということで、原因分析委員会が直接乗り出すと。

○岡本委員

はい。その段階でやっていただければと思います。

○岡井委員長

ほかに、何か、この件に関してご意見。どうぞお願いします。

○水上委員

その際に、統一したフォームか何かをつくっておくのでしょうか。

○岡井委員長

それが最初に出ている意見なんですけれども、それについては、次のステップで考えてもいいんですよ。ただ、やっぱりケース・バイ・ケースで、知りたい情報と、ここまでわかればいいというケースもあると思うので、どのようにするかですが、それはまた、次のステップでいいですか。最初にどこが問い合わせ、情報を入手するかということに関しては、これで決めさせてもらってよろしいですか。異論がなければ。

○隈本委員

1つ。まず、患者さんの診療情報なので、第一義的には患者さんに権利があると思うんですね。その取り扱いについて決める権利が。だから、そういう意味では、NICU等の二次的な診療機関が、出すか出さないか裁量で決めているのが現状だし、それに対応するために、だめだった場合には当委員会から質問をするという形式でやること自体はいいと思うんですが、一番大事なポイントは、診療情報の持ち主である本人に了解をとることなんだと思うんですが。了解をとった上で、どういう手続をとる分についてはいいと思うんですよね。任意で提出してもらって、それを我々が入手する。それから、我々がお願いして入手する。どういう形式でもいいと思いますが、基本的には情報は患者さんのものですので、ぜひそこは、患者さんの了解をとるというプロセスを省略しないでいただければなと。

○岡井委員長

ちょっといいですか。こういうことで、例えば、私の子供が、委員会で脳性麻痺になった原因を分析してもらおうということとあわせて、もちろん補償金をもらうわけですよね、医療補償制度。そのときに、私は、自分の子供の資料、どういう医療を受けたか、どういう病状であったかということの情報は提供しませんよ。しかし、お金だけくださいということはあり得るんですか。

○隈本委員

いや、それはあり得ないと思います。

○岡井委員長

そうでしょ。だから、こういうことを請求する、産科医療補償制度でお金を補償してくださいと言って、それから、もう一つは、原因分析もやってくださいと言っているわけで、である限り、そこら辺にそんなにこだわらなくても、当然……。

○隈本委員

暗黙の了解だから……。

○岡井委員長

了解でもいいし、最初にももちろん請求するときには、使わせてもらいますよと書いてもいいと思うんですけどね。

○鈴木委員

その線だと思います。

○岡井委員長

入れておけばいいわけですね。

○鈴木委員

個人医療機関に送られた場合に、申請のときに、そのものを請求するということは、約款上、妊婦が了解したという手当てをしておけばいいだけの話だろうと思うので、今、隈本委員が言ったのは、やっぱり妊婦の意思と無関係にやれるんだという仕組みにしないほうがいいということだろうと思うので、約款上、承諾をとっておくという。最近の医療機関では、診療記録を研究に使うとかいうことも事前に了解をとっているというところもありますので、そういう個人情報管理をしておくということだろうと思いますけれども。

○上田理事

その辺、工夫させていただきます。

○岡井委員長

それは、そういうことで了解はとっておくと。ほとんどの人が、ノーとは言わないはずであって。ですから、今言った手順でいいわけですね。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

じゃあ、申請を出した分娩機関が、原則、情報を取り寄せて出すと。それで不十分な場合は、第2ステップとして、この委員会が乗り出していくということでいいですか。

そうすると、中身のチェックはまた1回整理するというので、NICUからの情報収集に関してはこれで、終わりにします。

そうすると、次が、原因分析委員会における部会の運営について、今、ご説明がありましたが、この点いかがでしょうか。当面、弁護士さんはお二人いてもらおうというのと、それから、もともと委員が1名となっている部門に関しては、小児科と助産師ですね。

○後技監

助産師は3名です。

○岡井委員長

3名、一応用意しておくということですね。4ページのウのところの4つの項目に関して、ご意見ございますでしょうか。これでよろしければ、こういうことでいくと。

○上田理事

先生、よろしいですか。補足ですが、もともと、助産所の事例については、複数の助産

師の委員が審議を行うということでございました。したがって、各部会に1名ずつの助産師の委員に加えて、この部会に属さない助産師を委員に委嘱して、その方が審議を行う部会に参加することを考えています。そうしますと、助産師の場合、部会に属さない方が3人ほどおられますから、この部会で1名欠席ということになるようなときには、この3人のうちのだれかが、その方にかわって審議に加わることが考えられます。今日、ご都合悪くてご欠席された板橋先生から、小児科医については、正・副の委員にすると、同じようなご指摘がありました。正・副となりますと、12人の委員ということになりますので、各部会の6人の委員に加えて、助産師と同じように、各部会に所属されない委員を3人ほど委嘱して、どうしても小児科医の委員がご都合悪いときには、その方が、審議に加わっていただくことで整理させていただきました。先生方のご意見をいただきたいと思っています。

○岡井委員長

今のことですけれども、ご意見ございますでしょうか。

最初に、部会は案を出すんだということを言っていたんですが、そうじゃなくて、部会で報告書にしてもらおうと。それを、最終的に本委員会で承認する、あるいは、場合によっては却下することもあるかもしれないし、こちらで修正を加えたりすることもあるかもしれないですが、一応、報告書として出してもらおうということになりますと、そこでしっかりやってもらわないといけないので、この辺の委員も問題ないようにしておきたいということだと思います。弁護士さんはお二人入っていただく。それから、小児科の先生、助産師さんも必ず1人入ってもらうように、もしものときには、だれかがかわりに出れるようにしておこうと。院内助産所も助産所と同じ扱いという、これもいいですね。よろしゅうございますか。院内助産所というのは、ちょっと余談になっちゃうからいいか。日本産婦人科学会では、もうちょっと別の言葉にしようと言っているんですよ。

○石渡委員

院内助産システム。

○岡井委員長

これ、どうします？ そっちに変えておきますか。

○岡本委員

そうですね。今、そういう方向で論議が進んでいるので、変えていただいてもいいかと思えます。

○岡井委員長

じゃあ、院内助産システムというふうに、ちょっとここは変更させていただきます。

○松田委員

院内助産システムで発症した症例は、病院のほうから出てくるんですか。

○岡井委員長

それは、病院管理でしょう。院内ですから。

○松田委員

先ほどの、管理下の分娩ということはそういうことですね。

○岡井委員長

施設ですから。

○松田委員

施設ですよ。

○岡井委員長

その中の1つのシステムなので、施設が対応します。申請をすることになります。

○松田委員

わかりました。

○岡井委員長

あとは、委員の推薦のことはいい。そうすると、このウに関しては、本日の委員会でご承認いただいたということによろしゅうございますか。ありがとうございました。

そうすると、第2回の原因分析委員会と第3回の運営委員会の意見で、残っているのが、最初のバージョンの管理、これもいいですよ。これはもうこのままいこうということで。

○上田理事

はい。今日の資料の報告書案作成マニュアルを、平成21年4月21日版という形にさせていただきます。

○岡井委員長

これは、委員のどなたかからご指摘いただいたことだったと思いますが、これはオーケーでいくと決まりました。バージョンアップしていくことがありますよということ。

それから、もう一つ、その次の診療体制等に関する情報提供に関しましては、この後でまた出ますので、ここの意見の幾つかの部分は、そこでまた議論になると思います。

それから、原因分析に係る保護者からの意見についても、また、この後、整理がされて

いますので。

部会の運営に関しては、今の回答で大体終わりましたね。

1つ、残しておきたいというのが、2ページの上の2つの○のうちの下のほうですね。公表を望まない人のことも考慮してほしい。これは、先ほど、隈本先生からもあった、そういう人たちの権利ということで、今日は時間がないので、この件は残しておいて、次の回でもこの件はディスカッションしたいということで置いておきます。それで、部会の運営は済んでいる。

ということで、今日の1番目の1)の議事に関しましてはここで一たん閉めまして、次の2)にいきたいと思いますが、よろしゅうございますか。議事、たくさんありますので。

次は、診療体制等に関する情報提供。これに関しては、前回、最初の案を出させていただいて、いろいろとご議論いただき、ご指摘いただいています。それに沿って修正したところを、主にお願ひできますか。

○後技監

それでは、本日の資料2でございます。診療体制等に関する情報提供ということで、主な修正点を中心にご説明させていただきます。

これまで何度かご議論いただきまして、さらに分娩機関に対しても、この文書を発送するスケジュールもございますので、できれば、本日、確定できればと思っております。

まず1ページ目ですけれども、ここは、修正点は下線を引いております。特に、中ほどから少し下に、「周産期医療体制」というところを修正しておりますが、これは、前は「産科医療体制」であったものを「周産期医療体制」とさせていただきます。

1枚めくっていただきまして、項目が始まるところでございます。1枚めくっていただきまして、一番下に、(10)の「医療安全体制」がございまして。ここは、病院についてのことではありますが、次のページに、診療所、助産所ということで、同じように、医療安全体制についての設問がございまして。

ここの選択肢の立て方ですけれども、厚生労働省令に即した選択肢としたらどうかというご意見もありました。また、それ以上の取り組みもありますので、その他もつけております。それから、特定機能病院や病院や有床診療所、助産所と、いろいろな種類で、それぞれに義務づけの程度だとか項目が違いますので、まずは4つの項目、指針の整備、委員会の開催、職員研修、そして、安全確保を目的とした改善方策、この4つを軸にして選択肢をつくっております。

そして、病院については、専任の医療安全管理者の配置もそれに加えて、そして、あとは「その他」ということで、それ以上の取り組みは「その他」に書いていただくということにしております。

その次のページの診療所、助産所も同じような考え方にしております。

それから、産科オープンシステム、セミオープンシステムの登録について書ける項目があったほうがいいというご意見がありましたので、診療所、助産所はそのような項目もつけ加えております。

そして、次のページにいただいていただきまして、今度は5番になりますけれども、医療従事者の勤務体制の表がございます。ここは、前回の資料では表形式になっておりませんでしたので、まず、表形式としたという点が1点。

それから、前は新生児科医を小児科医に含めておりましたけれども、これは別建てということで、その欄を別途設けました。それから、麻酔科医を加えたほうがいいということで、麻酔科医の欄もつくっております。

そして、次のページに参りまして、6番ですけれども、妊婦健診以外での妊産婦とのかかわりということで、これは前回の会議で、医療機関が妊産婦との接点ということで、母親学級であるとか両親学級であるとか、そういう取り組みを自主的にやっておられるということで、それを聞いたほうがよいというご意見がありまして、6番をつくっております。

7番は、これは表現の問題ですが、「かかわった」とここで書いてある部分が前回は「立ち会った」と書いてありまして、単に立ち会った人の人数を聞くよりは、その中の中心的に立ち会った人、つまり、かかわった人の人数を聞いたほうがわかりやすい、意味があるということで、「かかわった」という表現にしております。

そして、残りのページは字句の修正だけで、変更はございません。

以上でございます。

○岡井委員長

ありがとうございました。修正点が2本の下線で示してある部分であります。先ほどの第2回委員会が出た主な意見の中の、次第の1ページですけれども、診療体制等に関する情報提供のところの意見で、医療安全体制に関するチェック項目に関しては医療法施行規則と合わせておくべきというご意見がありまして、ここはこれで合わせております。

それから、チェック項目としてということで、そういうふうにもしてあります。この間の意見に対応して修正しているところであります。

ただいまのところ、何かご意見等ございますか。

○水上委員

6番の「妊婦健診以外で妊産婦とのかかわりについてお聞きします」というこの設問が、申請のあった施設で通常行っているものと理解するのか、もしかすると、今回申請の対象となった患者さんに対して、そういったことを行っていたかの区別がはっきりしないんですね、この説明の仕方だと。ですから、今回問題となっている妊婦さんの件と関係なくというようなことを入れておかないと、例えば、未受診妊婦がぼーんと飛び込んでくるとか何か、そうやって、そこでお産したけど、その人にはそういった教育は一切してないというような場合の、どっちを書いているかということがわからない……。

○岡井委員長

ここの意図は、一般にやっているかということだろうと思うんです、こういうことを、ほかの妊婦さんに対しても。

○水上委員

わかりやすく、紛れのないようにしていただきたい。

○岡井委員長

はい。じゃあ、そこ、先生が言われたとおり、そういうことはつけ加えます。

ほかにご意見等ございますか。

○竹村委員

貴院の診療体制、1番ですね。救急医療体制があり、なしになっていますけれども、病院で救急医療体制がなしと答えるところはあるのでしょうかね。これは、要するに、指定があるか……。

○岡井委員長

「体制」という言葉が問題ですかね。

○竹村委員

救急医療に対応できない病院というのはないだろう。なしというのは、どういう意味……。

○岡井委員長

指定病院であるかどうかということを知りたいんですかね。

○竹村委員

これ、行政から指定があるかないかということですか。

○岡井委員長

そういう意味ですよ。指定があるかないか。

○上田理事

そうですね。

○岡井委員長

そういうふうにしたほうがいいんですかね。救急医療何とかの、私は、正式な言葉は知らないんだけど、あるんですよ。

○竹村委員

初期、2次、3次という、こういう形で指定になっているのかどうか。

○上田理事

そうですね。

○岡井委員長

あれ、なっているんですよ。3次何とか……。

○竹村委員

3次はわかるんです。初期救急……。

○岡井委員長

ええ。これ、初期って言うらしいです、1次じゃなくて。初期、2次、3次というのが救急の体制。そう呼ぶらしいです。

○竹村委員

そうですか。そういう行政からの指定を受けているかどうかという意味ですか。

○岡井委員長

ええ、行政のほうの言葉です。

○上田理事

確かに、一般的な記述ですので、この事業名に合わせます。

○岡井委員長

そういう指定になっているかどうかということを知りたいと。竹村先生、それでいいですか。

○竹村委員

はい、わかりました。だろうと思ったんです。

○上田理事

どうもすみません。

○岡井委員長

次ははっきりしている。指定病院と書いてあるから。総合周産期なのか、地域周産期なのか。

○竹村委員

これははっきりしているんですけど。

○岡井委員長

こっちも同じことですね。救急医療に対する指定のことです。

○上田理事

そうです。すみません。

○竹村委員

周産期医療体制の指定。

○岡井委員長

正式な言葉をだれかに聞いて、調べてみます。

○竹村委員

それと、助産所の場合に、嘱託医療機関のことは問わなくてもいいんでしょうか。どうなんでしょう。委員会を助産所でやってらっしゃるところってあるのかな。

○岡井委員長

医療安全体制のことですか。

○岡本委員

今回の医療法改正で、有床の場合は、やはりこの枠になったんですね。

○岡井委員長

全部やらなくちゃいけないことになった。義務化されたんですね。

○岡本委員

ただ、おっしゃったように、出張と両方ありますので、出張の場合は、これ、関係ないということにはなるんですが。

○竹村委員

助産所も、1人とは限らないでしょ。複数いらっしゃるところもありますよね。

○岡本委員

はい、そうです。

○竹村委員

それを問う欄がなかったかなと思ったんですが。

○岡本委員

嘱託医療機関が1カ所とは限らないことは限らないんですね。

○岡井委員長

嘱託医療機関を書いてもらいます？

○竹村委員

どうでしょう。

○岡本委員

そうですね。

○竹村委員

あれ、2段階あるんですね。

○岡本委員

その場合は、今回関係したところ……。

○岡井委員長

どういうふうを書く……。ないとできない。

○池ノ上委員長代理

ないことはないでしょ。

○岡井委員長

ないことはあり得ない。ないとできないんですから。やっちゃいけない。

○岡本委員

有床の場合はできないんですね。

○岡井委員長

できないんですから。

○岡本委員

ただ、1カ所とは限らないんです、確かに。

○竹村委員

ある、なしじゃなくて……。

○岡井委員長

竹村先生、先生としては、ここにそういうことがあると、どういう情報、具体的に、こ

ういう場合に役に立つとか、何か考えておられるの、あるんですか。

○竹村委員

そこから、ある程度、また参考意見を聞かせていただくというようなことができます。

○岡井委員長

また情報を聞くことができます。

○竹村委員

でも、大体、こういうケースだったら、どっか送っているでしょうけどね。送っていないこともあり得ると思うんですね。どうですか、岡本先生。

○岡本委員

普通は送るんですけれども……。

○竹村委員

全く正常に経過していて、後でわかったというような場合に。

○岡井委員長

たまにありますけどね。ほんとに何でというのが。

どうしましょう。あり、なしを聞いても、あることは決まっているので。書いてもらいますか。固有名詞を出してというか、その機関名をここに。

○岡本委員

はい。

○岡井委員長

そうすると、こちらから、わからないときはそこに問い合わせることはできますよね。でも、そのときは、またここに問い合わせてもいいんだけど。

○竹村委員

この委員会で、そういう必要ないとおっしゃれば……。

○岡井委員長

あまり、そういう固有のあれは出ないんですよ、ここには。

○岡本委員

その場合は、全部羅列してもらおうと同時に、今回の症例において、どこと関係があったかもチェックしてもらったほうがいいのかもかもしれません。複数あっても、連絡とっている場所は限られているかもしれないので。

○石渡委員

やっぱり安全な助産を目指すわけだから、書いていただいたほうがいいんじゃないでしょうか。

○岡井委員長

名前を書いてもらいます？

○石渡委員

嘱託医療機関の名前。

○岡井委員長

これ、診療体制等に関する情報なんですよ。その事例のことに関しては、その前の経過を報告してもらうときに、こういう所見があったので、嘱託医療機関の何々病院にお願いしたと。で、何分後に来て連れていってもらったとか、そういうことは書かれるわけですよね、経過の中には。

○竹村委員

皆さん、必要ないとおっしゃれば、別に固執はしませんが。

○岡井委員長

診療体制というところの中に、どうなのかなと。これがないところもあるとか……。

○竹村委員

今はあり得ないです。

○岡井委員長

今、あり得ないんですよ。嘱託機関がないとできないんです。

○鈴木委員

登録のときには、そこは記載事項にはならないんですか。

○上田理事

特にないです。

○鈴木委員

聞いてないですか。

○上田理事

はい。

○鈴木委員

そうしたら、把握しておいたらいいですよ。

○岡井委員長

名前を書いてもらう。

○鈴木委員

ここに書かないと把握のしようがないということですよ。

○竹村委員

まあ、調べればわかるんですけどね。

○池ノ上委員長代理

そこが、原因分析をするということと、システムがどうなっているかということが、それほど密接にリンクするかということは、僕は非常にひっかかっているんですけどね。原因分析をするためには、特定の嘱託医にコンタクトをとる必要が出てくるかもしれない。だから、こういう非常に大きなシステムが動いているかということ、きめ細かく聞いていくことと……。

○岡井委員長

ここは体制の話ですからね。例えばですけども、こういう体制だと事例の発生が多くなるというようなことが統計的に出てくるとか、そういうことを期待して情報を集めているわけですよ。その分析……。

○竹村委員

どうして申し上げたかということ、助産所の中に、ほんとうにこんなことまで要求されていいのかなと思うぐらいのことが書いてあるのでね。でも、それがもう法的に求められているとなれば……。

○岡井委員長

それは法的に義務化されているのと……。

○竹村委員

わかりました。

○岡井委員長

この間の意見で、医療安全について重視する組織文化があるか否かが問われていると。重視していますよということですね、私たちは。

○池ノ上委員長代理

そうなんですけど、個々の助産所とか診療所というところがそういうところを全部リストアップして行って、報告するという原因分析のためにということと、ここでは、将来の周産期医療体制整備のためにご協力くださいということとやっているわけですね、これは。

そこ……。

○岡井委員長

だから、ここに書いてあること、直接原因分析、ダイレクトというわけではない場合もある。でも、これもちょっと関係してくることもあるんですよ。

○池ノ上委員長代理

あるんですね。だけど、あえて言うのであれば、各診療所、あるいは各施設が、この原因分析という名のもとに、目的外のことまでやるんですかというクレームが必ず出てくると思うんですね。おそらく、だれかがどこかで。産科医療補償制度を立ち上げる段階でも、あれだけのブーイングが起こったわけですから。それに対して説明できるような整合性があるかどうかという、まだ僕は、ちょっとひっかかっている部分があります。安全管理の組織文化というところがあるので、そのコンセンサスを得るにはどうしても……。

○岡井委員長

これ、この間の意見にも1つあるんですよ。1ページの「診療体制等に関する情報提供」の一番下の○なんですけれども、「項目が多過ぎると何を目的としたものか不明瞭になるので、脳性麻痺に特化した簡便なものとする方が、実効性がある」って、先生、似たご意見ですよ。これ、大事なことなので、ちょっと大変かもしれないし、それから、目的、原因分析ということには、ダイレクトにかかわらない場合もあるけれども、これぐらい情報提供してくださいというスタンスでいくのか、やはりもっとダイレクトに、関係あることだけに絞っていくのかということ、もう決めてしましましょうよ、今日。同じことをまた議論してもしょうがない。

○池ノ上委員長代理

全体は、前回、その議論したときに、やっぱり文化というのは当然のことだから、やっぱりこれは協力してもらいましょう。例えば、地方の一県、年間分娩数が1万から1万数千ぐらいの件数であれば、起こるとすれば数件ですね、対象になるのが。だから、年間数件の施設にお願いを、協力してくれというような考え方で、かなり強力に我々から協力願いをするという作業を、相当エネルギーを使わないと、これ、かなり理解されない、診療所とかそういうところから。今、竹村先生がおっしゃったのは、今、助産所とおっしゃったけれども、その部分が少し、今後の作業として、原因分析委員会の中には残るんじゃないかと思うんです。当然、僕はやるべきだし、やったほうが良いと思うんですけれども、我々がやっていく作業の中に、当然でしょうということ、かなりつらい部分があ

るかなという気がしますね。

○岡井委員長

これ、願ひする文書できていましたよね。こういう趣旨で提供してくださいというの、できていますよね。

○池ノ上委員長代理

できています。

○岡井委員長

資料2の一番上です。これで理解していただくとしているわけですけどね。ご協力してもらいたいと。

○池ノ上委員長代理

また上田先生たち、行脚をされないといけないかもしれない。前回は、この議論あったんです。

○岡井委員長

毎回毎回、お産の度に、これを書いて提出するわけじゃないので、脳性麻痺ってそんなに起こらない。万が一、自分のところで起こったら、せめて脳性麻痺を減らしていく活動に対して協力しましょう。本当になくしましょうという気持ちにはなっていたきたいと思いますけれどね。

よろしいですか。今の池ノ上先生のご発言に関して、何か関連してご意見ございますか？お気持ちもわかるし、最後に、池ノ上先生も、でも、やっぱりやったほうが良いという結論に対してはもう同意してもらっています。

○池ノ上委員長代理

ただ、それを実行するためのエネルギーというのは相当要るということを、この委員会でもみんなで確認しておいたほうが良いということを思います。

○岡井委員長

いざとなったときに、これはこういうようなことも含めて、登録してもらう段階では、まだこの件は言っていないんですか。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

登録のときの書類の中には、どの程度、情報提供のことが書いてあるんですか。登録施

設、今回も入りましたよということで。評価機構に対して各分娩施設が登録して、100%入っている。そのときの内容の中に、どの程度の情報まで提供してもらうことは、詳しくは書いてないんですか。

○上田理事

これまで加入分娩機関に案内した、診療録・助産録等の記載事項があります。

○岡井委員長

こういうのも登録の段階で……。

○上田理事

加入分娩機関に、事前をお願いしたいものがあれば、なるべく早くお届けしたいです。

○池ノ上委員長代理

症例が起こった場合には、ここにあるような項目、ベッド数は幾らですかとか、指定機関ですかとか、新生児医がいますかとか、そういったことをお伺いしますと。

○上田理事

そうです。

○竹村委員

これ、全産科機関に聞くんですか。

○岡井委員長

問題が起こったとき。

○池ノ上委員長代理

でも、それはどこに送るかわからないので……。

○上田理事

加入分娩機関には事前にお知らせをしておくということです。

○岡井委員長

こういうことを聞きますよという連絡を入れておくと。先生、その反応を待って、どうですかね。こんなの嫌だとやめる人がいるとは思えませんが……。

○水上委員

宮崎県だったら、年間五、六件。

○池ノ上委員長代理

五、六件から七、八件。宮崎県だと、年間分娩数からいくと。五、六件ですよということ、だれに当たるかわからない。その人たちが、えーっ、こんなことになっていたの、と

いうことになりかねない。

○鈴木委員

県内の話ですよね。つまり、多目に見ても、1,000件の年間分娩をやったところで、年に1回、これを出さなきゃいけないかどうかという話ですよね。

○池ノ上委員長代理

そうそう。

○鈴木委員

先ほど、岡井先生もおっしゃいましたけれども、1つの分娩機関の頻度からすれば、非常に数の少ない話なので、たまたま起こったときには一生懸命書いていただきましょうという姿勢でいいんじゃないですか。

○池ノ上委員長代理

その姿勢なんですけど、それを説得するというのは、僕らがここで考えている以上に、現場では相当エネルギーが要るでしょうということを言っているんです。

○鈴木委員

毎月のようにというんだったら大変ですけど、何年かに1回という話ですから。

○岡井委員長

まとまったときに、こちらの運営委員会から各施設に、もしも申請の事例があったときはこういうのも出してもらいますよ、お願いしますよというのは、あらかじめ送っておきます。それに対する反応を見て、えっ、こんな大変なの、じゃあ、登録やめるなんていうところは、まあ、出てこないだろうと私は思いますけど、大変だとブーブー言うブーイングの声が挙がってくるかどうか。

○池ノ上委員長代理

それは、幾つかの県から出てくると思います。それを覚悟でやらないといけない……。

○岡井委員長

挙がってきたら、そこでまた関係者には出向いていただいて、説明してもらおうとか何かしないとイケないかもしれない。

○村上委員

書くかどうかですけど、私、現状的には、やはり助産所の場合は、登録した施設になかなか受け入れてもらえない状況の中、多分、事例の中で、それがうまくかかわれてくればいいんですけど、案外と運悪く、自分の依頼した施設じゃないところに、時間がかかって

送るという現状がありますよね。そのときに、そういう問題って運悪く発生するので、やはりどこに登録をされていて、実際はその登録したところは受け入れてもらえなく、あるいは、正確な指示とか判断のところコメントをもらえないとか、そういうことが実際は起きているんだと思うので、そういう意味では書いて……。

○岡井委員長

それは、だから、経過の中でそういうことも書けるような話にしておかないといけないわけですよね。

○村上委員

そうです。だから、経過でそこまできちっと入れて書いていただくと、搬送のシステムの問題、そういう問題も産科医療の改善というところで重要だし、やはりそういうことも含めて、そんなに件数がないので、あれは、そこはすごく重要な。

○岡井委員長

提出してもらった資料はどうなっていましたっけ、申請のとき。経過を書いてもらうのがありますよね、分娩の経過とか。そういうときに、搬送したときは、搬送の状況、どこに搬送したとか、搬送する先をどういうふうにして選定したかとかいうようなことも書いてもらうような項目、ありましたっけ。そこが大事だというわけでしょ、助産所の場合、特に搬送しなくちゃいけないので。その過程で時間がかかったとかいうようなことが浮き彫りになったほうがいいと。そういうことが原因の場合は。

○村上委員

そうです。

○池ノ上委員長代理

それは、個々の事例で出てくるわけですよね。

○村上委員

そうです。

○池ノ上委員長代理

治療的なシステムがどうなっていますかということ……。

○岡井委員長

だから、個々の事例の、申請書の中に何と何を書いてもらうか。ちょっと待ってください。それ、今、調べています。調べておいてもらっている間に、診療体制情報提供の資料2の案、今、竹村先生からいただいたことと水上先生からいただいたことと、修正を加え

ます。

○竹村委員

3の貴院の救急搬送等の依頼や受け入れの状況というので、新生児搬送、母体搬送、これは年間ですよ。

○岡井委員長

これ、前年1年間ですよ。前の1年間。

○竹村委員

それはいいんですけど、例えば、母体搬送という場合、緊急の母体搬送の場合と、母体紹介で、余裕を持って紹介している件数と両方あると思うんですよ。これ、どちらかに統一しておかないと、非常にたくさん書くところと、ほんとうに救急のだけしか書かないところと出てきて、統計的にやろうとしても意味がないものになっちゃう可能性があると思います。

○岡井委員長

先生が言われていること、わかりました。松田先生、東京都の集計するとき、母体搬送って、緊急でない紹介の症例は抜いているんですよ。

○松田委員

抜いています。

○岡井委員長

だから、わりと緊急性のあるものです。

○竹村委員

そうですか。

○岡井委員長

次のときから紹介状を書いてあげるから、あっちの施設に行ってくださいというのは入れてないつもりなんです。だから、それもわかるように、ちゃんとしておいたほうがいいですよ。

○水上委員

竹村先生が言ったのは重要なので、受け入れ先の病院、当日入院が必要と判断された件数とあって、そういうふうにしておかないと……。

○岡井委員長

逆に、どういうふうの規定してましたっけ、東京都のやつは。ちょっと忘れちゃった。

○松田委員

外来レベルでの紹介は入れてないです。

○岡井委員長

入れてないですよ。

○水上委員

でも、外来レベルの紹介でも、実は、即日入院させなくちゃならないというようなこともあるんですよ。

○松田委員

それはいろいろとあります。

○水上委員

だから、それをどうするのか。

○岡井委員長

これ、整理します。定義は、緊急性のあるものということで、どういう表現をするか。

○竹村委員

新生児もそうなんですよ。

○岡井委員長

そうですね。

○竹村委員

ちょっと雑音が聞こえるから行ってちょうだいというのと。

○岡井委員長

東京都で毎年集計しているときの決まり事、大体それでいけると思いますので、一つチェックしてみます。その点が出ました。

それで、さっきのあれ、どうなりました？ 何を……。

○上田理事

先ほどお話ししました、診療録・助産録等の記載事項に関する報告書の中に、搬送先施設名があります。

○岡井委員長

これは、新生児記録……。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

記載事項になっていますね。必要となる……。

○上田理事

そうです。はい。

○岡井委員長

記載事項に関する、助産録申請。そうじゃなくて、この申請を出すときに、何か経過を書いて送る、そういうのは全然ないんですか。

○後技監

それはないです。カルテを……。

○岡井委員長

カルテをもらうだけになっているんですね。

○後技監

それで、事務局でまとめます。

○岡井委員長

そうすると、カルテにそういうことを書いておいてもらわないと、情報として入ってこないということになりますね。

○上田理事

ですから、これから議論していただきます仮想事例における原因分析報告書、あるいは、原因分析報告書作成マニュアルの中の報告書のひな形に、分娩機関におかれては、関心を持っていただいて、取り組んでいただきたいと思います。

○岡井委員長

普通は、カルテにそういうことを書いていますよね、いわゆる2号用紙というやつに、これこれこうで、こういう状態で、どこどこに電話したけどだめで、次、ここに電話した。3つ目、やっと決まって、そこに送った、何時何分とか、そういう情報があればいいわけですね。全く抜けていると、その辺のところの事情がわからない。今の件、大変大事なことなので、持ち越させてもらって、少し整理して、もう一回次のときに議論したいと思います。大事な情報が抜けないようにしたいということ。

そのほか。

○松田委員

1番から6番までが一般的な病院の体制ですよね。7番以下が今回の事例ですよね。そ

こをはっきりわかるように、めり張りがつくような感じでしたほうが、そこから違いますよという話に。

○岡井委員長

そこをそういうふうにすれば、先ほどあった意見のところもなくなるわけですね。水上先生の心配はなくなる。

○水上委員

そうです。だから、2部にしちゃうとかね。

○岡井委員長

2つに分けて。A、Bか何かにして。

○上田理事

そうですね。

○岡井委員長

ありがとうございました。

ほかにございますか。

○竹村委員

最後の7番の3)の「上記医療従事者以外に」云々という、助産師実習生とか看護実習生も来るでしょうし、医学生、わかる範囲でというのがありますが、これ、必要があるんでしょうか。実際問題として、なかなか書けない部分が多いと思います。

○岡井委員長

これ、どういう意図で……。教育しているような施設かどうかということを知りたいということですか。

○是澤リーダー

議論の中で出てきたんです。

○竹村委員

何か、役に立ちます？ これ。

○岡井委員長

実習生がいたかないかということが、医療行為の遅延だとかいうようなことに関連するかも。学生を教育しているために遅くなったとか。あるいは、助産師さん側が、一生懸命学生にやらせたら、学生がもたもたして、とつても時間がかかっちゃったというようなことが原因になるようなことはないだろうかという、そういうことが。

○竹村委員

実際は、助産学生が取り上げたというようなことを書く……。

○村上委員

取り上げたというよりも、やっぱり指導者はベテラン者が指導していますし、お産はそういうことと関係なく、たくさんお産しているところはそういうことは実際ありますし、そういう問題が起きたときに行けなかったという、学生の指導をしているためにそちらに行けないという、そういうことも実際は起きていると思うんですね。すごく重要だと私は思っています。

○竹村委員

そうですか。

○村上委員

はい。抜かないでいただきたいです。

○水上委員

だけど、これ、「わかる範囲でご記入ください」というのは、例えば、私の病院でこれが起こったときに、それが起こって1年後とか2年後に申請が出てくるわけですね。そのときに、おそらく来ていただろうけど、だれが来ていたか、何人来ていたかなんていうのは当然書けないから。

○岡井委員長

学生がそのときに何人いたとか……。

○水上委員

そのほかに、看護学生が何人来ていて、助産学生が何人来ていたかなんていうことはわからないんですよね。だから、そういう教育をしている病院、受け入れている病院であるかどうかという情報はジェネラルのほうに入るかもしれないけど、その件があったときに、そういう人たちがいたのかどうなのかということは、診療記録とかそういうことは残ってないですよね。

○岡井委員長

だから、あえて「わかる範囲で」と書いてあるんです、これ。そんなこと覚えてないよと言われるから。

○村上委員

いや、必ず聞かれます、そういうときに、対象の方から。どういう人が勤務していまし

たか、どういう作業をしていましたか。当然聞かれます。それはきちっとお答えしないと
いけないので、やはり施設としては、どういう医療環境にあったかというのはきちっと把握
しておくとか、何か残しておかないと。

○水上委員

だけど、たどれる記録があるのだろうか。

○村上委員

普通はありますよね。

○水上委員

だから、これは、申請する病院が記載して、そういうことがあったときに出すんですよ。
ね。そのときに、何月何日、2年ぐらい前のときに、どういう助産師教育のための先生が
どういう学生を連れてきたとか、あと、看護師養成の先生がどういう人を連れてきたかとい
うことを特定できて書くことが、実際問題として可能かどうかという問題があるんです。
わかる範囲だから、わかんないから書かないというと、その施設ではそういうことをやっ
てないのか、やっている施設なのかがわからない。だから、そういうデータを後で集積す
ることができない。書いてないのは、そういうところ、やってないのか、書いてあったと
ころはやってあったのか。そのような解析は誤った結論に導く可能性があるので、わかっ
たら書いてくださいというのは、後でデータを集積するときには、そういう意味では役に
立たないんですよ。事故の原因とかそういうことの原因を追求するときには、そういう
人たちがいっぱいいてどうのこうのということで役立つかもしれないけど。

○岡井委員長

わかりました。いかがですか、皆さん。ほかの委員の先生方のご意見も聞いて、わかる
範囲でというのは、確かに……。

○鈴木委員

ちなみに、法科大学院じゃ、エクスターンシップは記録は全部つくらないといけないの
で、私の事務所にも、いつ、どんな学生が来て、彼らがどういう実務にかかわったのかとい
う報告書は綴じてありますので、我々はわかりますけどね。

○水上委員

人数が圧倒的に少ないでしょ。

○鈴木委員

人数は少ないです。もちろんそうです。

○岡井委員長

僕ら、大学病院だと、学生がいて当たり前みたいなところがあるから。必ずいるんですよ。

○鈴木委員

いや、つまり、学生がその報告書を出すので、それを綴じておけばいいということなんです。量の問題、確かにあるかもしれませんが、医学系ではそういう習慣はないということですね。

○岡井委員長

あんまりないですね。いて当たり前。

○岡本委員

助産もないですね。学生の記録をそこまで保管というのは。

○水上委員

医学部の学生はわかるんです。

○岡井委員長

学生のほうは、自分はどういう実習をしたかつけている。

○水上委員

ところが、助産師のほうは、また別系統で入ってくる、看護師さんのほうは別系統で実習に来るということで、これは病院の責任者が、助産師とか看護師の人たちを、だれがどこに行ったかということをとどるのがすごく大変。

○岡井委員長

これ、ほんとうにもし原因とかかわる問題が起こるとすれば、やっぱり助産の介助、やったかどうかですよ。実際に学生がとるじゃないですか。それぐらいで、あとは、医学部の学生は、ほとんど見学だけですからね。あんまり影響ないですよ。

○鈴木委員

法律的には、医行為とか助産行為は、免許がないとできないということなんです。しかし、それは教育目的ということがあって、司法修習もそうですけれども、全体として、目的の正当性とやる行為がクライアントに大きな迷惑がかからないものだという限定の中で合法化されているというのは法理論なので、ですから、学生が助産行為や医行為にかかわるといってそのものは、やっぱりかなりの法的要件のもとでかわれるという。しかも、今、法律もありませんので、そういう仕組みになっていますので、やっぱり医療現場

の中で、今後、そういうことについては一様な緊張感を持って記録をしていって、教育効果も上げ、そして、国民にも迷惑をかけないというところの意味では、今後、そういう記録をつけていくということは重要だと思うんですが、今回、ここに入れて、先生がおっしゃるように、ほんとうに出てくるのかというような問題はあると思います。それは、医学界全体の問題じゃないかと思うんですけどもね。

○池ノ上委員長代理

教育機関ですよ、問題なのは。ほとんどの診療所とは関係ない。教育機関での記録のことですね。

○竹村委員

でも、このごろ、結構広く診療所でも実施しています。

○岡井委員長

いろんなところに見学に行ったり……。

○池ノ上委員長代理

実習に行っているけど、それは教官が、どっかの助産師学校とかがついてますよね…
…。

○竹村委員

教官がついてきていますからね。うちなんかも、助産師学校、幾つか来ていますが、むしろ先生がついてくるから、かえって安全なお産ができています。ちょっと語弊がありますけど。

○隈本委員

私の知り合いは助産教育のインストラクターをしているんですが、その本人は、いつ、何日に、だれを連れていったかという記録を持っているはずだと思いますけど。だから、病院の先生は大変かもしれませんが、それこそ何千件に1件の出来事ですから、このときに、だれが連れてきているかということさえわかれば、その先生は、何人連れてきたかは全部記録されていると思いますけど。

○岡井委員長

むしろ大学病院のほうが、そういうのがないですね。よそへ行ったときはいいけど。

○隈本委員

大学病院そのものが管理していなくても、そこにだれか責任者が連れてきたわけで、その連れてきた責任者は、その人は、何日に何人連れてきたかという記録をお持ちなんじゃ

ないですか。

○岡井委員長

一般病院はそうかもしれない。大学病院は、学生がいつもいるわけですからね。

○鈴木委員

院内だから。

○村上委員

勤務の場所に、その時間帯にだれがいたかというのは、これはやっぱり、学生が何名いて、実習を受けていたということは、日報に載せていくんですよ。やっぱりそれは、だれがそこに存在していたか、いなかったか、明確にしておかないと、何か起きたときに……。

○水上委員

それは、何の日報ですか。

○村上委員

看護部の日報とか。

○水上委員

病棟の日報に載りますか。

○村上委員

そうです。載せることを意識していく。

○水上委員

例えば、師長が、毎日、どこの学生が何人来て、その氏名はだれかというのを日報に載せていますか。

○村上委員

そうです。載せていく。もうやっているところもありますし、もう実習に入っていることをきちっと明示しますし、分娩室にも、どこの学生がどういうふうに来ているかというのも全部出して。やはり教育病院であるということは、きちっと……。

○水上委員

師長の仕事、また増えますよ、それ、義務化したら。そんなことは、多分、義務化されてないと思いますけど。

○池ノ上委員長代理

インストラクターが記載しているんじゃないですか。

○水上委員

インストラクターがそういう日報を書くかもしれないけど、病棟の師長が、どここの学生の氏名と全部書いていたということ……。

○村上委員

氏名とは……、何名の学生を受けている。というのは、1つの学校からじゃなくて、複数の学校から受けているんです、たくさん、病院によっては。これは、ちょっとややこしいのでいいんですけど、とにかく、そういう実習所というか、病院の背景の中にはそういうのが多々ありますということを、やっぱり認識をしておくことはすごく重要だと思います。

○池ノ上委員長代理

今、村上委員のおっしゃったことは、助産師教育の中での問題で、さっき、鈴木委員がおっしゃった医学科の学生は、医師法の解釈上、実際に分娩をやってないんですよ。やっている施設は、大学はほとんどない。ですから、助産師さんは、今のような解釈で、実際に自分が分娩の介助に直接携わりながらやっているけれども……。

○岡井委員長

それやらないと卒業できませんから、助産婦学校は。

○池ノ上委員長代理

医学科の学生は、そこにはいるんですけど、現実に分娩に携わるということはないですね。ですから、今おっしゃっているのは、どちらかという助産師の問題ですね。

○村上委員

そうです。

○池ノ上委員長代理

医学科の学生が何人いたから、その原因分析に関係するということは、まずないです。

○水上委員

ないですね。

○岡井委員長

わかりました。いろいろ意見が出ましたが、時間がありませんので、私の意見として、先ほどもあったように、助産所からは、どっかの施設にお願いすると。その搬送の経過とか何かも書いてほしい。

それから、助産学生が会陰縫合したり分娩介助に実際に携わったときは、そのことを書いてもらおうと、最初の申請の段階で。そういうのは書類をつくって。医者の場合はやめま

しょう、医学生、見学していた。ほんとうのことを言って、正直わかりません。そのお産に学生が何人来ていたか、わかりません。

これは余計なことかもしれませんが、医学の教育現場、ほんとうに忙しい中に、教育という負担が加わって、それに対して、今言われたことを全部きちっとやれと言ったら、もう病院が回りませんから。現実、もっともっと人を増やして、お金をくれて、ちゃんとした体制をとってくれるまでは、正直言って、どのお産に学生が見学していたか、大学病院は残念ながらわかりません。そういう状況ですので、これはやめたいと思います。3)。それで、助産学生さんが分娩にかかわった。立ち会って見ただけ、見学しただけじゃなくて、かかわった場合、そのことを経過の中に書いてもらう。それから、さっき言った、大事な、搬送のこともきちっと書いてもらうということにして、これ、やめましょう。よろしいですか。

○水上委員

これ、かなりプレッシャーですからね、書いてくださいというのは。

○竹村委員

それは2)の中に入れればいいんじゃないですか。直接タッチした人のことは。その上の2)に入れれば。

○岡井委員長

学生が実習でやったときは、そのことを書いてくださいって、ここに書けばいい。

○池ノ上委員長代理

ここに、准看護師の後に、助産師学生を含むとかじゃだめなんですか。

○村上委員

岡本委員の場合、助産所もかなり学生入っていますよね。

○岡本委員

これに関係するかどうかは、実際にかかわったかどうかなので、実際、さっきおっしゃったように、介助したのかしないのかがわかるようになっていけばいいかなと。

○岡井委員長

それでいいでしょ。

○池ノ上委員長代理

だから、2)の中に含んじゃって、そこに助産師学生も含むという注をつければ、目的は達するんじゃないですか。先生の言っておられること。

○岡井委員長

それでいいです。結論出ました。もうそういうことでいかせてもらいます。ほかにも議題がございますので。

ほかに、大事なことが抜けていれば、よろしいですか。

そうしたら、今のことを整理したのを最終案として、これを各登録施設、分娩機関に送らせていただいて、協力をお願いしておく。その反応を、先生見て、もしブーイングがいっぱい来た場合には、説明して回るということで行きたいと思います。

○池ノ上委員長代理

はい、考えましょう。

○岡井委員長

ありがとうございました。

次が、ちょっとおくらせていますけれども、原因分析に係る保護者からの意見書。これに関しても、この間、議論した続きになりますね。お願いします。

○後技監

資料3でございます。資料3が、「原因分析に係る保護者からの意見書についてご協力をお願い」ということで、前回から変わった点を中心に申し上げます。

この1ページ目は、第1報（案）と書いてありますように、この資料全体は第1報と第2報からなっております。第1報は最初の1枚紙のみでありまして、2ページ目から最後までが第2報となっております。両者の違いは、発送するタイミングが異なるということで、第1報は、審査結果が送られたときに第1報目ということで送付します。そして、後日、事例概要がつけられたところで第2報目を送るということになっております。

この1ページ目に書いてありますことで重要なことは、下線が引いてありますけれども、原因分析委員会では、お子様を出産された施設から提出された診療録と助産録、検査データというのが1つと、それから2つ目として、保護者様から提出していただく情報をもとにして原因分析を行うということが書いてあります。

そして、その2つ下の段落に、「この書類の到着から〇〇日以内に」という言葉で始まる段落がありますが、そこに、後日、事例の概要を送るということが書いてあります。

この事例の概要のイメージですけれども、後の議題になりますが、本日の資料4になりますけれども、原因分析報告書の案があります。本日の資料4の1ページ目から5ページ目だったと思いますが、そこまでが事例の概要という、大きな数字の2番です。事例の概

要になっております。そこに書かれているようなことが事例の概要として保護者に届くということになります。

第2報目。その概要とともに送る第2報目ですけれども、これが2ページ目以降、最終ページまでになります。

2ページ目のポイントとしては、中ほどに、「ご意見等は運営組織で整理、確認した上で」という言葉で始まっている段落がございます。そこに下線で引いてありますように、原因分析報告中の「児・家族からの情報」というところに記載されますということが1つと、それから、その後続いて、お産の施設からの情報と保護者様の記憶が異なる場合は両論併記になるということが1つ。それから、意見の内容によっては対応できない場合がありますと、こういったことをご理解いただきますようお願いいたしますと書いてあります。

そして、1ページ、まためくっていただきまして、実際の第2報の意見書になります。これと、先ほど申しました概要が手元に届くということになります。

この意見書は、その概要ですね。資料4の項目立てに即したものになっております。追加したい事項だとか記憶と異なる箇所があれば、余白のところに書いていただくということになりますし、そういうものはないということであれば、四角の中にレ点を入れていただければ結構ですということになっております。

項目立てとして、1番の1)の妊産婦に関する基本情報は、前回に比べて新しく加えました。基本情報と申しますのは、年齢や身長、体重や、喫煙歴、飲酒歴とか既往歴などのことでございます。

そのページは、それ以降変わりございませんで、その次のページの4)も変わりありません。そして、さらにその次のページに行きまして、5)、6)と、これも変わりありませんで、最後7)です。7)は、分娩機関から児・家族への説明ということになりますが、これは新しく追加しました。それから、最後に8)を、その他というのを追加しておいたほうがよいというご意見もありましたので、8)を追加しております。

そして、最終ページは2番、3番です。これは前回と変わりございません。

以上のような形で作成途中でございます。

以上です。

○岡井委員長

ありがとうございました。

ここも2段階にするというふうにご意見がございまして、そういうことを考慮して、こ

ういうふうに考えた。最初の段階で聞いて、概要というのができた段階で、これでよろしいですかということをもう一回お伺いすると。

いかがですか。この2段階というのは、第1報、第2報というような。

これは1報というよりも、最初が報ではおかしいんですよね。最初は、とにかく。

○上田理事

最初のご案内という意味です。

○岡井委員長

ご案内でいいのかな。お願い。

○池ノ上委員長代理

2があるぞというので。

○上田理事

はい。表現ですね。

○岡井委員長

ちょっと表現はあれとして、考え方はこれでよろしいですか。2回で行くと。

○水上委員

この第1報というのは必要はあるんですか。

○岡井委員長

第1報というのは、最初とにかく情報、意見をもらう。

○水上委員

これを第1報に。

○岡井委員長

だから1報というのはおかしいんです。

○水上委員

これに対して、何か患者さんから意見を求めているんですか。この最初の紙のほうの第1報ということから。

○上田理事

いや、最初の。

○岡井委員長

いや、そうじゃない。第1報はおかしい。

○水上委員

今後そういう情報を求めますよというご案内だけですよ。

○上田理事

はい。事前の。

○水上委員

要らないんじゃないの、これ。もしかしたら、だから事務手続が煩雑になるだけじゃない？ 大丈夫ですか。この第2報だけで、このような。

○岡井委員長

これは最初に書いてもらう予定なんです。情報は医療提供機関、分娩施設からももらい、家族からも最初にまずもらうというものに。

○水上委員

これに対してですか。この第1報に対してもらうと。

○岡井委員長

第1報に対してじゃないの。最初にお願いしますという案内の断りです。情報を提供してくださいと。

○隈本委員

これはあれなんじゃないですか。最初に、あなたにはお金が出ることになりましたよということをお知らせするとき一緒に挟む紙じゃないですか。

○岡井委員長

そうそう。だから。

○隈本委員

つまり、いずれは原因分析のためにお話をお伺いすることになりますよということ。

○岡井委員長

いやいや、これは最初の段階で、とにかく意見書というのを書いてもらうんですよ。

○上田理事

先生、すみません。

○岡井委員長

違うの？

○上田理事

当初はそういう案でしたが、今、ご説明しましたように、第1報は、何日か後にご意見をいただきます、そのときに、事例の概要をお届けしますということを事前にご案内する

ものです。そうしますと家族の方は、そのための準備をされます。例えば、カルテを見たいと準備される方もいらっしゃるかもしれませんが、あるいは母子健康手帳とか、次の実際に意見を求められた場合に提出できるように準備されます。

次に、第2報は、これまでお話ございましたように、家族は当時の記憶をなかなか思い出せないので、先ほどの事例の概要のような具体的な経過をお届けして、それを見ながら意見を書いていただくという案です。

○岡井委員長

そうすると、概要ができるまでは意見もらわないんですか。

○上田理事

そうですね。

○岡井委員長

あ、何だ。ちょっと僕、勘違いしていた。

○上田理事

すいません。

○岡井委員長

そうですか。

○鈴木委員

第1報がご案内で第2報がお願いですよ。

○上田理事

そうです。

○岡井委員長

この第1報は要らない。そうしたら僕も第1報は要らないと思いますよ。水上先生と同じ。

○鈴木委員

いやいや、第2報が来るまでに記憶を喚起するためのご準備をいただきたいということなんですよね。

○水上委員

じゃあ、それだったら、こんな長ったらしくなくても、わかりやすくしたほうがいいよ。これは多分、患者さんも何かわからなくて、嫌になっちゃうと思いますよ。

○岡井委員長

はい。わかりました。

○池ノ上委員長代理

これ、後からお送りいたしますので。

○鈴木委員

お送りいたしますと。

○水上委員

だから病院側でまとめた症例の詳細についてが近日中に入手予定ですので、そうしたら、それをお送りしますので、分娩時の経過について、ご記憶とか、そういう証拠となるような母子手帳とかありましたらご準備くださいというような、ほんとうに簡単な話で、これは長過ぎます。

○上田理事

長過ぎる。はい。

○岡井委員長

簡単なつもりなんですけどね。最初に目的とか何か、全部くっつけているんで、その部分が、僕もでも、こういうふうに通達えちゃった。

○豊田委員

だから、紛争防止とか、そういうことをここに載せなくてもいいと思うんです。最初の1報のところ、多分、最初にこういうことが来たときって、例えばミスじゃないかと思う人もいるかもしれないし、そうじゃなくて、周りの人たちのことを気にして、何聞かれるんだろうと思っちゃう人とか、いろんな人がいると思うので、そういうときに、こういうデータをもとに行いますとか、そういうことを書いてあるのはすごく親切だと思うんですけど、この目的をそんなに最初の1報のところに入れなくても、その後、説明する機会を設ければいいと思うのですが。短縮するのであれば、そういうところは必要ないのではないかなど。

○岡井委員長

第1報を出す目的は、第2報というか、お願いが行ったときに、ある程度、心の準備ができていて、何か記憶をたどるような書類なり何なり用意しておいてもらったほうがいいだろうという、そういう意図でこれを先に送っておくわけですね。

○上田理事

そうですね。はい。

○豊田委員

それと、これをどこでだれがどういうふうにするんだらうということが多分不安になられると思うので、そういうようなことを分娩機関と患者さんの両方に聞かなくてはいけないんだということが伝わるようなものでないといけないと思うんですけれど。

○鈴木委員

私は、この程度の量であれば、特に長くて有害であるのであれば問題ですけども、特に有害な記載があるわけじゃありませんし、ご案内ですから。情報は、やはりあんまり膨大だと意味がありませんけれども、この程度の量であれば。ここでは情報をきちんと提供して、これから原因分析が始まりますと。いきなり突然、何か原因分析が来たよというんじゃないなくて、要するに、給付金の決定と同時に、給付金は終わりましたけれども、これから原因分析が始まりますということのご案内ですから、僕は出しておいたほうがいいと思いますけれどもね。この程度でしたら。

○岡井委員長

じゃあ、むしろ、これから原因分析始めますということ、先に書いて、何月何日から立ち上げますとかね。つきましては、あなたの情報も欲しいので、いずれ概要をお送りしますと、そういうふうにするか。これから原因分析始めますよと。

○隈本委員

だから、それをストレートに言って、例えば、母子手帳等、記憶を喚起させるものをご準備いただければとか、当時のことをご準備いただければと、ストレートにここに書けばいいんじゃないでしょうか。今から原因分析をしますと。

○岡井委員長

今から原因分析をしますと。

○隈本委員

再発防止のためにをしますと。そのためにはあなたの意見も必要ですから、いろいろご準備していただけますでしょうか。数日後に詳しいことをお送りしますというふうに書いてみたらどうかと思います。

○池ノ上委員長代理

この下3分の1ぐらいのところに、〇〇日以内に、お産された病院、事例の概要と保護者様からの意見書の用紙というのは、これは保護者様から、これから書いていただく意見の用紙でしょう。まだ、このときは書いてないですね。

○上田理事

そうですね。

○池ノ上委員長代理

第2報のことですね、これは。

○隈本委員

第2報のことで、これから来ると。既に書いてあるやつが来るような。今、僕たちが読むと、そう思っちゃう。

○上田理事

そうですね。意見書の書き込み用紙ですね。

○隈本委員

書き込み用紙。まだ空白のやつが後日送られますということですからね。

○水上委員

ちょっと確認なんですけど、よろしいですか。

そうすると、第1報を送るのは、審査委員会というところで給付が決定して、この原因分析委員会に回ってくるわけですね。

○岡井委員長

そうです。

○水上委員

例えば、この原因分析委員会で、この子の脳性麻痺の原因は、おそらく先天感染によるものであるということとした場合、その給付金の給付の決定は取り消されることになるんですか。

○上田理事

いや、審査委員会ですね。

○水上委員

決定したことは覆らない。

○上田理事

はい。審査委員会では、補償対象は分娩に関連して発症した脳性麻痺児ですので、出生体重や在胎週数の基準及び脳奇形、先天異常などの除外基準などについて審査をし、補償対象の認定をします。補償対象となったケースについて原因分析を行います。原因分析委員会で、医学的評価を行いますが、補償対象の認定については審査委員会の審査によりま

す。

○水上委員

そうしたら給付金の決定が覆ることはないんですね。

○上田理事

そうですね。

○岡井委員長

この原因ではない。

○水上委員

ないんですか。わかりました。これは重要なことです。

○岡井委員長

原因分析の結果で、最初の審査委員会の決定を覆すことはない。少なくとも、もらっちゃったら、もう取り返されることはない。

○上田理事

ですから、そういう意味では、審査委員会でも、そういう速やかな補償とあわせて、正確というか、そういった審査を求められます。それは最大限取り組まれるということです。

○水上委員

はい。わかりました。

○岡井委員長

それはどこかに書いてありましたっけ。

○水上委員

それはすごく重要な点だね。

○岡井委員長

審査委員会で補償金を給付することが決まった、補償金を出すことが決まった事例の。

○上田理事

ですから、ここは補償金の支払いと関係するものではございません。

○岡井委員長

ここはいいですけど、その規約の。

○上田理事

そうですね。はい。わかりました。

○岡井委員長

この運営の基本的な理念として書いておかないと、先生言われたみたいに、詳しく分析したら、こういう原因だという、ちょっと外れてくる場合が確かに出てくる可能性があるんですけどね。

○水上委員

十分ありますけど。

○岡井委員長

さっと見た場合はいいだろうけど。

○水上委員

審査委員会の決定に影響を与える。

○鈴木委員

支給審査と原因分析の機構は何らかかわりはないんです。支給審査が終わった後に原因分析が来るという時間的なタイムラグがあるだけで、支給審査と原因分析は何の関係もないです。

○岡井委員長

まあ、そうですけど。

○鈴木委員

将来的にですよ。将来的にマス分析したときに、支給決定したものの中に大半が先天性が含まれていると、こういうことになったら制度設計そのものを将来的に見直すということはあるかもしれませんよ。

○水上委員

はい。わかりました。

○鈴木委員

だから、この2つの機構は何の関係性、影響性もないということです。

○水上委員

わかりました。

○岡井委員長

今みたいな疑問も出るので、どこかにそのことを書いておいてもいいと思います。審査委員会での決定を、この原因分析委員会で、何か違う原因が出ててもひっくり返すことはないというようなことをどこかに書いておく。そうすると安心ですよ、受ける側。

○上田理事

わかりました。

○岡井委員長

もらったのに、ほんとうのこと言ったら取り消されるかもしれないと思って、書いてくれないと困る。

○上田理事

はい。それは。

○岡井委員長

じゃあ、ちょっと待ってください。最初に、これはどうなんだろう。何日以内にということだと、相当進んでから。最初、始める前に欲しいというわけじゃないの。これを送るのは相当進んでからだね。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

もう原因分析委員会スタートして、概要ができてきてぐらいのときじゃないと、これは送らないよね。いついつからスタートしましたということだから。

○上田理事

すいません。時間的な経過で整理することを検討していましたが、今日、提出するまで、まだ至っておりません。

この事例の概要は分娩機関からの診療録等の情報をもとに作成します。そうしますと、その期間が必要になってきます。それから、その事例の概要については、分娩機関で確認をしていただきます。分娩機関も了解された内容であることを確認したものをお届けしようと考えております。そうしますと、作成の期間と分娩機関との確認の期間がありますので、例えば1カ月とか、少し期間が必要になってくるかもしれません。その辺を、次回整理して、ご説明したいと思っております。

○岡井委員長

いずれにしても、あんまり、この最初の案内が来てから次が来るまで長いといけないから、それを考えると、もう始まっているんだよね。この事例の検討は。

○上田理事

はい。そうですね。

○岡井委員長

ある程度、概要ができたぐらいのところで送る。

○上田理事

はい。そうですね。

○鈴木委員

タイムスケジュールを模式化してほしいですね。

○上田理事

はい。そうですね。

○岡井委員長

じゃあ、それをお願いするということで。

○上田理事

次回に提出します。

○岡井委員長

次までにということよろしいですか。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

そうすると、この件は、中身はいいですか。意見書。

「原因分析に係る」という、これも役所用語で、何かもうちょっと一般の人に向けるような言葉にしたほうがいいか。

○隈本委員

全面的にお役所文章ですよ。だから、これはやはりもう少し一般のお母さん方にわかってもらえるということを。先ほど皆さんのお話を聞いていると、非常に理解できるんですよ。「心の準備してくださいね」とか、「忘れていることもあるでしょうから思い出してください」とか、「いずれ来ますから、ちょっと待っていてください」というような文章を、そのままなるべく、そのままの日本語で書いていただくのがいいかと思えますけれども。

○鈴木委員

漢字が多いですよ。

○岡井委員長

よく患者さん説明用のパンフレットなんかは易しく書いてあるから、そういうつもりで

書けばいいですね。説明のパンフレットみたいな。

○隈本委員

そうですね。パンフレットの文章に近い文章がいいのではないのでしょうか。

○岡井委員長

じゃあ、すいませんが。

○上田理事

はい。

○水上委員

それと確認でもう一点ですけど、そうしますと、もう給付金の決定はされていて、患者様、家族がこれに協力するというモチベーションは、もしかしたら、これで確かに原因は分娩中の何とかということで、もし訴訟を起こしたら、もっと多くの補償をゲットできるかもしれないというのが協力のモチベーションですね、一番肝心なのは。

○岡井委員長

いや、そんなことないですよ。それはやっぱり患者さんにも原因分析して、そういう事例を減らしていくんだという気持ちと一緒にしてもらわないとだめなんです。

○水上委員

なるほど。いや、だから、僕が言いたかったことは、もし、これでほんとうのことを言ったならば、この給付金の交付決定は絶対ないという保証が重要であるということです。

○岡井委員長

それはないという保証は、まずしないといけませんね。

○水上委員

それはないわけですね。先ほどのようにね。

○岡井委員長

ええ。

訴訟云々というのは、とにかくあることはあるんで、それはここで言えばいい。

○隈本委員

もし、例えば、そういった疑問があるんでしたら、第1報の中の説明に、この原因分析は給付金の支給とは関係ありませんという一言を入れたらいかがでしょうか。

○岡井委員長

ここにちょっと書いてある。それは書いてあります。その件に関しては書いてあります。

○隈本委員

そういう言葉で。

○岡井委員長

はい。わかりやすい言葉ですね。はい。わかりました。

○上田理事

はい。

○隈本委員

ただし、やっぱりこれに協力するお母さんの気持ちは、真実を知りたいと。

○岡井委員長

そう。真実を知りたいというか、やっぱり同じような気持ちで原因分析してほしいと。

○隈本委員

要するに、どういう原因で起こったのかを解明することがとても大切ですよということについては、そういうふうに書いていただいたほうがいいと思います。

○木下委員

保護者からのいろんなご意見と同時に、病院サイドの意見は聞かないのですか。

○岡井委員長

病院からの情報？ どこかにある。

○木下委員

妊婦さん側のご意見は聞いていますので、病院サイドにもこのような状況が起こったことに対する意見は聞いたほうがよいと思います。

○鈴木委員

それ、資料2じゃないですか。

○木下委員

ありますか。

○隈本委員

資料2の一番最後のところ。

○木下委員

資料2のところ。

○鈴木委員

はい。

○隈本委員

今回のケースについての。

○木下委員

これだけ患者さん側のほうの詳細なコメントをいただいているわりには、病院側のほうからは、ただインプレッションだけを述べるだけでは不公平な話ですので、両方に同じようなことを尋ねるほうがよいと思います。

○岡井委員長

両方から……。

○木下委員

そうです。

○岡井委員長

情報なり意見なりを両方から平等にいただこうという思想はあるんですけども。

○木下委員

あまりに重みづけが違い過ぎては問題です。

○岡井委員長

こちら、患者さんのほうに。

○鈴木委員

いや、先生、これは保護者の記憶は、特段の事情がない限りなかなか喚起しにくいだろうということでもって、あえて質問項目を小さく区切って聞いているんです。診療機関に関しては、診療経過プロセス全体をお尋ねしているわけですから、このように細かく区切って聞かなくても、診療機関については、妊娠経過と分娩経過はきちんと把握しているという前提で出してもらおうということなので、それは目的が違います。細かく聞く聞かないの目的が。記憶喚起のために、こうやっているというのが前回までの議論ですから。

前回までは、ものすごく漠然としていたもので、これだけじゃ記憶は喚起できないんじゃないかという豊田さんの意見に従って、あえて細分化したということですから、だから、僕はこれでいいと思います。

○木下委員

言わんとしていることはわかりますが、病院側も意見を述べてよいと思います。記憶の喚起もさることながら。

○岡井委員長

はいはい。

○石渡委員

この概要が患者様に届くわけですね。そうすると、患者さんは意見をまとめるときに、病院に対して質問はないでしょうか。ここのところはわかりにくいんですけど、実はどうだったでしょうかというような病院側への患者さんからの問い合わせというのが、もしないんであればいいけど、もしあるのだったら、病院にも報告書の中の概要をお知らせしたほうが対応がしやすいのではないかという気はするんですけど。

○岡井委員長

患者さんが、こちらに情報を提供する。原因分析委員会に情報を提供するなり意見を述べるのに、病院側に何か確認しておきたいという場合がある。

○石渡委員

そうそう。そういうときには、病院に突然電話なり話に来るわけだから、病院側のほうが戸惑うんじゃないでしょうか。

○岡井委員長

こういうことを聞いていますよと、今、患者さんから情報を入手する手続に入りましたよみたいなことを病院側にも伝えるということですか。

○石渡委員

ええ。

○隈本委員

その概要は病院に行くんじゃないかなったつけ。

○上田理事

概要は、はい、行きます。

○隈本委員

先に概要が。

○石渡委員

概要は病院に行きますか。

○上田理事

はい。

○隈本委員

患者さんに届く前に行っているんですね。

○上田理事

そうです。はい。

○池ノ上委員長代理

同じものを出したらだめでしょう。

○岡井委員長

同じものを出すという前提ですよ。

○上田理事

先ほどお話ししましたように、事例の概要が分娩機関に確認のために行きますので、それは当然、同じものになります。今日は用意しておりませんが。

○池ノ上委員長代理

せっかくつくられた分娩の原因分析。かかわりが出るかどうかして、原因分析の意見書というのが一緒に病院に行っても。

○岡井委員長

同じものをね。全く同じもので。

○池ノ上委員長代理

患者さんに出すのと病院に出すのと、まずいですか。

○隈本委員

患者さんには、こういうものを渡しましたということを病院にサンプルで。

○岡井委員長

いやいや、病院からも意見を聞くんですよ。患者さんも、医療提供者、病院も同じように情報を提出してもらえば、同じものを送ると。

○池ノ上委員長代理

概要を送って。

○木下委員

つまり、一番言いたかったことは、弁護士の方が2人も入る必要があるかということです。医学的な問題を検討すると言いながら、そういったことになると、法廷の場での論争みたいなことになるのではないかと思ったことです。それではあまり意味ないなと思います。患者さん方のご意見は、確かに聞くのは大事だと思いますが、議論の焦点がシフトしてしまわないか危惧したのです。論点として、確かにこのことが心配だということは言うのは結構ですが、あまりにも詳細に渡っての話では、真の原因分析から離れる可能性があ

ります。患者さん側からすると、ここはミスがなかったんだろうか、どうなんだろうかというふうな視点が出てくるだけに、そういうことばかりが中心になってくるような分析委員会というのは、医学的な問題をちゃんと明確にして議論し、しかも再発につなげていくという視点からずれるのではないかと思いました。つまり、その辺のところが強調されるような印象を持ったものだから、当初、鈴木先生がいわれたような意味での論点整理をするのが目的で弁護士が参加するという話から進んで、そこまでする必要があるのかと思いました。患者側に非常に詳細に聞いているということは、何かミスがなかったらどうか、どうなんだろうかという視点に必ず入るだろうと思います。ですから、その辺の考え方の調整をお願い致します。

○鈴木委員

1つは、親委員会、全体委員会で勝村さんが、分娩経過について、要するに、妊婦さん側の記憶と病院側の記憶が対立することが、事実認識が異なることが非常にあり得る、むしろよくあるということでもって、病院側だけの意見で事例の概要をまとめるというのはいかがなものかと、この意見に配慮しなきゃいけないですね、1つね。

○木下委員

それはわかります。

○鈴木委員

ですから、妊婦の側からも記憶を聞くと。

もう一つは、豊田さんが言った、妊婦の側から記憶喚起するとき、どこか気になるところだけに1点集中するんじゃなくて、全体的な記憶喚起をしていただいて出していこうと。そのために、ある程度、小問形式でやったほうがいいたらうということで、こういう経過になっているんだろうと思うんです。

ご心配な対立というのは、むしろ一方当事者だけから聞いていくということのほうが対立をあおるわけなので、中立的に公正にやるということが対立を解消することにもなりますし、先ほど水上先生が次の訴訟のことまでおっしゃられましたけど、これは勝村さん言っていることですけど、この原因分析がきちんとやられなければ訴訟に発展しますよ。つまり、ここで原因分析をちゃんとやらないのであれば、裁判所でやっていただくしかない。ここで原因分析をきちんとやるのが、むしろ紛争解決というところにもつながっていくんだということなので、木下先生のご心配、わからないわけではないですけど、その両側のスタンスを踏まえてスタートするというふうにして、運用の中で、またいろいろ

出てきた問題については解消していけばいいと思うんです。もし、先生ご心配のように、この意見聞かれて、いきなり保護者が分娩機関にいわば乗り込んでいくような形で紛争が激化するということであるのであれば、それはそれとして、またやり方を変えていくということで、歩きながら運用を考えていくということじゃないかと思うんです。世界中、こんなことやっているところ、どこにもないだろうと思いますので。

○岡井委員長

いや、もっといい制度をやっているところあります。

○鈴木委員

そうですか。

○岡井委員長

日本より。

○隈本委員

1つ、今こうやって、書き込み用紙の段階では、このようなバランスになっていますけれども、最終的にでき上がったデータの量からいえば、圧倒的に医療機関から出てくるデータのほうが多いと思うんですが。もちろん、カルテのコピーもそうですけれども、分娩経過も、ほとんどが分娩機関からのデータに基づいているので、例えば、報告書のバランスとして、お母さん方の意見ばかりが載っているというような印象にはならないという、全体的なバランスがとれるのではないかという気がするんですけど。

○上田理事

次回、先ほど私、分娩機関にも意見を確認するということを言いましたので、時間的な面と、どのようにするか全体の流れを整理します。

○岡井委員長

ちょっと、今の議論の決着をつけたい。木下先生、よろしいですか。やっぱり、これくらいの程度、患者さん側からも情報をもらうということ。

○木下委員

結構です。

○岡井委員長

これをどう扱うかということは、ほんとうにこの分析委員会のやり方で、情報がたくさんあっても、いろんな不満がいっぱいあったとき、その不安を吸い上げるという意味では決してないわけで、だから事実に関して、もしも医療提供者側が提供している情報とあま

りにも食い違っている場合は、ほんとうにどっちが正しいかということも確認しないといけない。

○木下委員

そういうことも踏まえて、原因分析というところは、仮に誤解があったり、それはこういうことなんだよということを丁寧に説明していくということのためには、こういった疑問があってもよいと思います。実際の委員会の運営プロセスでもって、どうなっていくか決まってくると思います。情報としては、妊婦さんだけでなく病院側からも意見が同時にあってもいいと思います。

○岡井委員長

だから、これ同じように病院側にも聞くというのでいいんじゃないですか。

○池ノ上委員長代理

その病院バージョン。これは要は事例の概要をまとめるわけですね。

○岡井委員長

先に事例の概要をまとめる。

○上田理事

そうです。

○池ノ上委員長代理

それを病院に戻したときに、これでよろしいですか、事実と異なることはありませんかということを病院側から意見をもらう。そのバージョン。似たようなバージョンをつくればいいわけです。

○岡井委員長

必ず同じものを送って、意見をもらう。同じようなことを両方から聞くと、そういう意味なんですかね。

○木下委員

わかりました。それでいいと思います。

○岡井委員長

どちらに立たない。

○木下委員

その次は原因分析のときにきちんとやっていくということで、患者さんの疑問にも答えしていくし、あるいは病院の問題に対しても、ちゃんと答えていくという姿勢で行くならば

いいと思います。

○岡井委員長

じゃあ、同じように提供してもらおう。

○豊田委員

私も今、最終的に木下委員のおっしゃるとおり、そこに賛成で、これは実際の話ですが、先生、私、聞き取りさせていただいたんですよ。そうしたら、多分、原因分析される方たちが困ってしまうということを感じたんです。逆にこういうふうに細かくしないと。それぐらい、どこを伝えていいかもわからなくて、思いの部分だけを逆に伝えてしまうので、かえって分析される方たちが困ってしまうと思うんです。そのためには、ここまで細かくしないと困ってしまう。なので、両方にそれをすればいいんだと思うんです。

○木下委員

そうですね。よくわかりました。

両者にとって、問題点は、心配しているところはあるわけで、それに対して原因分析委員会が答えていくということの役割もあると思います。どっちに対してもです。また、病院側のサイドのほうで、やっぱり問題があるとするならば、それに対して答えていく必要がありますのでよろしくお願いします。

○岡井委員長

そうすると、石渡先生の言われた、医療機関のほうに、こういう手続は今とっていますということはお伝えしたほうがいい。

○石渡委員

概要が行くんなら、よろしいんじゃないですか。

○岡井委員長

これは医療機関にも送っていますということを家族にも伝えるし、医療機関にも、家族にも、この事例経過を送って意見聞いていますと、両方同じように伝えましょうか。

○石渡委員

それでいいんだと思います。

○岡井委員長

それでいいですね。

○豊田委員

そうすると、両方にこういうことを聞くとなると、意見書という名前がいいですか。

○岡井委員長

その表現ですね。

○豊田委員

ちょっとそれが。

○岡井委員長

それはちょっと考えましょう。意見書というのがいいかどうかという。

○豊田委員

ええ。

○岡井委員長

はい。ありがとうございました。

○竹村委員

ちょっとよろしいでしょうか。

今日は原因分析の話で、こういう書類が出ているわけですがけれども、最初に事案という
か、事例を報告する用紙というのは別にあるんですよね。

○岡井委員長

あるんですよね。申請用紙が。

○竹村委員

医療機関から、こういう状況でしたということを、もっと医学的に詳しく報告するとい
う、一般的な管理体制の報告はありますけど、この事例について、どういう経過をたどっ
たかという。

○岡井委員長

申請のほうはどうなっているんですか。

○上田理事

事例については、分娩機関からの、診断録とか、検査データなどです。

○竹村委員

生データを送ってもらって、それはこちらでまとめられる。

○上田理事

はい。仮想事例における原因分析報告書は1つの例ではありますが、こういう形で、分娩経
過などを、診療録や検査データなどをもとにまとめます。

○岡井委員長

それは原因分析のほうでしょう。そうじゃなく、一番最初の申請でしょう。申請があったときに、これは対象になるかどうかを判断するための書類は、別な。

○上田理事

申請のときは、診療録や診断書です。それをもとに審査をします。ですから、特に何かまとめるものはございません。

○竹村委員

それは特にフォーマットってないわけですね。

○上田理事

はい。ありません。

○竹村委員

チェックボックス方式とか何とか、この前言っていたのは、それとはまた別だと。

○池ノ上委員長代理

支給するかどうかということの審査をするために必要な資料が最初出てくるわけでしょう。

○上田理事

そうです。ですから、それは診断書ですとか、診療録や検査データをもとにします。

○池ノ上委員長代理

それはある程度のフォーマットというか、こういうことを出してくださいという項目はリストアップされているわけですね。

○岡井委員長

審査委員会のほうの、その辺の手続の準備はどれぐらい進んでいるんですか。

○上田理事

ですから、診断書は、ようやくまとまりました。

○岡井委員長

どういうデータを欲しいか。カルテだけなのか、サマリーも書いてもらうのか。

○竹村委員

それが全然提示されていないので、医療機関としては、まるで向こう側の意見だけ聞かれちゃうというような印象があって、例えば、資料2のところも、ちょっと時間がなくなっただけで、私、遠慮したんですけれども、患者さん側とどういう話し合いをして、どういう決着がついたかつかないかというような、どういう話し合いになっているのかというよ

うなことは、患者さん側のほうには、どういう説明を受けたかというようなのは、たしかあったんじゃないかと思うんですけども、なかったですか。患者さん側にどういう説明をして、ご納得いただけたのか、いただけていないのかというようなことを書くようなことは、資料2の中にはないように思うんですけどね。どうなんでしょう。

一般的な管理体制はあって、最後のほうで意見を書いていますね。

○上田理事

先生、よろしいですか。

○岡井委員長

そういうの、カルテもそんなことになっているんだよね。

○上田理事

先生、約款ですね。それから、このようなハンドブックを各分娩機関に既にお届けしています。ここで、分娩機関が何を提出するかについては記載しています。

○竹村委員

その中にあるわけですか。

○上田理事

はい。診療録、助産録、検査のデータの写しですとか、出産証明書ですとか、そういうのを示しております。

原因分析の関係としては、診療録と助産録と検査データの写しです。

○木下委員

今の大事なご指摘だと思いますけど、診療体制に関する情報提供ということの中に、8番以降の問題というのは、これとちょっと意味が違います。ですから、今回の事例に関する問題というのは、また別個にすべきです。

○岡井委員長

それは先生、さっき出ました。

○木下委員

すぐに出たのですか？

○岡井委員長

もうすることにしました。

○木下委員

そうですか。

○岡井委員長

はい。

○木下委員

わかりました。

○竹村委員

どういう説明したかというようなことは、カルテに書いてあるのもあれば、ないのもあると思います。その辺のあれからいうと、やっぱり追加したほうがいいんじゃないかと。

○岡井委員長

最初に申請をするとき提出する書類、ちょっとこれ、検討はされていないんですか。審査委員会のほうの準備はどの程度行っているのか。ほんとうにこれでいいのか、もうちょっと何か。

○池ノ上委員長代理

重複するかどうかを、審査をする委員会の作業を。

○岡井委員長

審査する委員会としては、原因分析委員会ほど細かくやらないにしても、これが該当するかどうかを判定しなきゃいけないでしょう。そのために必要な資料として、これで十分なのかどうか。

○上田理事

いや、ですから、運営組織に提出されます。診療録や検査データと、診断書をもとに審査委員会では審査をします。

○岡井委員長

それだけでいいということですね。

○上田理事

はい。

○水上委員

そのときに、そういういろんなカルテとか検査データとか、そういうものの写しとともに、その施設のサマリーのフォーマットをつくって、これを埋めるような形で書いてもらって、それから、そこに患者さんへの説明というようなところを、その場面であったら書いてくださいというようなフォーマットをつくっておいて、それで最初に申請しておくときにしておくと、お互いにすごく便利になるんじゃないでしょうか。全くそういう申請の

ときに、カルテとか、そういうものの写しだけ、ドーンと送られても、それをまとめて、大体どういう流れだったかとするのというのは、また大変な手間がかかると思うんです。こっちの機構が。むしろ、それをやってもらって、それがほんとうに正しいかどうかを確認するというような作業のほうが、この審査委員会で、ずっと楽だと思うんです。

○上田理事

先生、それを確かにまとめるのは大変ですけども、診療録ですとか、実際の生データをいただいてまとめます。

○水上委員

それはもらうんでしょう。

○上田理事

はい。

○水上委員

それはもらうんです。

○上田理事

はい。

○水上委員

それとともに、こちらで決めた書式のフォーマットも一緒に、申請者側から作成してもらえば、その後に、また患者さんへの説明はどうなっていたかというのをやったほうが、ずっと楽じゃないですか、こっち側が。それは分娩機関も大変じゃないと思います。言いたいことあると思いますから、最初に。どうなんでしょうか。

○上田理事

ですから、今回は診療体制についての情報提供をお願いしていますが、今先生おっしゃいました患者側への説明を求めることも1つの提案かと思います。我々は診療録の中から、そういった説明がどうされたかを引き出そうと考えていますが、むしろ分娩機関がどのように説明されたかを質問することも考えられますね。

○鈴木委員

要するに、診療経過のサマリーを書くということなんですが、もともとは、この登録をした医療機関には、一応、フォーマットに合った診療記録をつくっていただくということが義務化されているので、それを見れば診療経過はわかるということの前提で、サマリーを省いているんですよ。

○上田理事

そうです。はい。

○鈴木委員

なので、今あるような、例えば、生まれた子は脳性麻痺になったけど、診療記録見たら、分娩経過が全然書いていないと。これはもうサマリー書いてもらわなきゃわからない。そういう事態は想定してないんです。要するに、診療記録はこうつくってくださいということを前提にして、それを見れば、それがサマリーになっているということを前提に、特段、給付審査請求書の中に分娩経過が細かく書かれているわけではない。こちらが求めたカルテを回収すれば、コピーを回収すれば、当然、そこはピックアップできる。事実関係がピックアップできるということを前提にしているということですよ。

○上田理事

はい。

○水上委員

それはわかります。

○隈本委員

あと、診療機関、分娩機関側の意見を書くというチャンスがないというご指摘だと思います。というか、患者さんにどう説明したかということについて、こちらに報告する場所がないというご指摘ですよ。でも、我々の本委員会の目的は、医学的な経過を医学的に判断することなので、双方の調整をするという目的はないということでは、カルテがあって、そのカルテに対しての説明がどうだったかということは、カルテの記載の正確さを補うために、どう説明されたかということは聞くことはあっても、こっちはこう説明して納得したのに、どうのこうのという調整は我々ほしくない。だから、あくまで、むしろ聞かないほうがいいんじゃないですか。要するに、患者さんは医療機関から出てきたデータに対して、私の記憶と、そうです、そのとおりですと言っているのか、違うと言っているのかということだけを確認できればいいのであって、我々は医学的な判断をして、医学的にどうですよということを言えばいいので、あまり我々が間に入って調整するというような印象を与えないほうが、むしろいい。

○水上委員

いや、僕の発言はそうじゃなくて、そういうカルテとか、看護記録とか、そういったやつを、ポーンとコピーだけを送られてきても、それをやる審査委員会のほうで、分娩の流

れとか、それをつかむのが結構大変な作業になるので、簡単にサマライズしたようなものをあらかじめ決められたフォーマットにして、それやって確認しながら、ほんとうにそうであったかどうかとやったほうが、事務作業量がずっと減るでしょうという話です。

○岡井委員長

それで、審査委員会は、まだ本格的に立ち上がってないらしいんですけど、審査委員会のやることは、僕もちょっと誤解していたんですけど、そんな厳密に見ないんです。何週に生まれたか、何グラムだったか、先天奇形があったかなかったか、それから後は全部小児科。小児科のほうがCPの診断書をちゃんとつけてくる。脳性麻痺の。あと出生後のイベントでなかったか。それだけを確認したら、はい、差し上げますということになるらしい。だから、詳しいことは、ここで全部やる。だから、さっき言われたような情報で大丈夫だと、審査委員会は。

○水上委員

例えば、脳の奇形とか何とかでなった場合も、それは全然要求しないんですか。

○岡井委員長

それでないという、そういうことは。

○水上委員

例えば、MRIを撮っていても、実際に……。

○岡井委員長

いや、それは小児科のほうで診断をしているわけですから。

○上田理事

それは求めます。

○池ノ上委員長代理

6カ月とか、小児神経とかの先生たちの手を何回も経た人たちが対象になってくるわけです。

○水上委員

なるほど。わかりました。

○岡井委員長

だから分娩の経過云々というのは申請……。

○鈴木委員

分娩と児の情報は3分割されていて、これを簡単にA、B、Cと言えば、Aは形式

的要件があっただけで支給決定と。Cは形式的要件がないということで支給は排除される。真ん中のBのところは、具体的な分娩経過について実質的な審査を行う。だから、このBのところだけが少し詳しくなるということになりますよね。個別的検討ですからね。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

そういうやつがある。そういう一部はあるんです。28週から32週。

○水上委員

なるほど。

○鈴木委員

ですから、圧倒的に多くはAが来ているので、審査の段階では、あまり細かい分娩経過を要求していないということになるわけです。

○松田委員

審査委員会の、ここは全く別個でやっていますから、審査委員会の、どうして決定したかというようなことは、この委員会は一切タッチしないという理解でよろしいんですね。

○水上委員

そうです。

○池ノ上委員長代理

さっきおっしゃったA、B、Cを決めて。

○岡井委員長

さっきのBのところは、ちょっとデータが必要になってくるね。場合によったらね。

○池ノ上委員長代理

例えば、28週以降の未熟性があるけれども、それが分娩にかかわるものかどうかというもののクライテリアも決めたというようなところで、かなりきちっと、今のルールでやっていく。だから、原因分析委員会は、これはあくまで……。

○水上委員

学術的。

○池ノ上委員長代理

学術的、自浄作用。我々の分娩にかかわる自浄作用ですよというところが表に出ていて、じゃあ、それを進めていくためには、どこに原因があるかというのを明らかにしていくと

ということですから、隈本委員がおっしゃったように、だれがどう考えているかとか、こうだとかというのは、あまり……。

○水上委員

関係ない。

○池ノ上委員長代理

見られないほうが、それは木下先生がおっしゃったようなことだと思うんです。ですから、事実だけを積み重ねていって、それを医学的に判断するというスタンスは、やっぱり外さないようにしておかないと、揺れてしまう。

○水上委員

揺れたらいけない。

○竹村委員

見るだけだったら、何も家族にどう説明受けましたかということを知る必要はないと思います。家族側にだけは、どういう説明を受けたかということを知って、医者がどう説明したかということを知らないというのは、やっぱり同じことを言っているのに、全く違ったとり方をしている場合が、患者さん側としては、私はそんなつもりで言ってなかったのに、全然違ったふうに受け取っている人もあるんです。余計、そういうことでトラブルが起こることもあるんですね。だから、一方的に聞いて、片一方は聞かないというのは、ちょっとおかしい。

○隈本委員

おっしゃるとおりだと思います。

○岡井委員長

聞くんだったら両方、聞かないなら両方とも聞かないとしたほうがいいです。

○隈本委員

この質問が出た目標は、書かれていく事実の確実性の担保のための反対側から聞きましたというだけですけど、それを聞くんだったら、どう説明したかのほうにも言わせてほしいということが、気持ちとしては、とてもよくわかりますね。逆に言うと、どう説明したかも聞いて、もちろん、だから、その間を決して調整するわけではないのだが、どう説明したかも、一応、誤解でないということの確認をするというのは必要かもしれませんね。

○岡井委員長

はい。

池ノ上先生が言われたとおりで、あくまでも医学的原因分析するんだと。しかし、いろんな状況も知っておこうということで、両方から同じスタンスで聞くと。いいですか、聞くことは。聞くことはいいですか。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

じゃあ、どういう説明を受けたか、どういう説明をしたか、両方から聞く。

で、さっきのでいいですよ。事例の概要は、出来上がった時点に両方に出すと。両方出していますということも通知して、それでそれに対して意見をくださいということで、あと、表現とか言葉を考えて、易しいアレンジする。

じゃあ、この件は、最初にあった次第の1ページの原因分析に係る保護者からの意見のところの上の2つは、これで解決できたんですが、電話をするような仕組み、これはやめたいと思いますけど、いいですか。どなたか反対意見。電話やるの大変だ。これでちゃんと意見を書いてもらう。用紙を送るということでいいですよ。

○隈本委員

2度聞いていただけのらんだら、一々電話しなくても大丈夫だと思います。

○岡井委員長

はい。じゃあ、それで全員聞き取り調査しないということで。

じゃあ、この件、終わります。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

何かあったら、次のときにまた言ってください。

次、今日、大事にしていたのが、仮想事例における原因分析報告。

1つ事例を挙げてもらって、これ、是澤先生につくっていただいたんですが、こういう形で報告書をつくったらどうかという案が資料4に出ていますので、細かいことは、勝手につくっている事例ですからいいとして、こんなのでいいかというのを。どうです。これ、読んでもらったほうが。

○上田理事

どうでしょうか。

○岡井委員長

やりましょうよ。

○是澤リーダー

いやいや。

○岡井委員長

せっかく、ここまで。

○是澤リーダー

ちょっと説明だけさせてください。

事例は、一応3つ作る予定にしております。それで1つ目、今日お出ししたのは診療行為としては医学的な問題はないと考えられる事例です。医師の側にこういうふうになりますというものをしています。次に作りますのは、分娩中に問題のあった事例を考えております。それから、もう一つは、どちらかという診療行為に医学的な問題があったとは言いきれないという事例です。2番目も責任があるようなという意味じゃなくて、産科的には問題があるだろうという事例を第2例にしております。ですので、この3例出しますので、この次のときに、詳しくは、この内容はお話しさせていただきますが、この3例とも全くの架空事例でございますので、どの団体及び患者様にも関係のないものです。

それで作り方は、資料5に、本日版ですけれども、原因分析報告書案マニュアルというのが出ております。これに従いまして創作いたしました原因報告書が資料4に載っております。

詳しくは、この次の原因分析委員会で報告させていただきます。

○岡井委員長

次でいいですか。

じゃあ、3つを考えていると。医学的に評価しても、ほとんど問題のないのと、相当大的きな問題があるのと、それからその中間というような3つの事例を、こういうふうにして、仮想事例ということをつくってみて、その書き方と表現の仕方もありますし、また議論していただくということでよろしいですか。今日はこれはやらないですね。じゃあ、お持ち帰りいただいて、次までに何かご意見があればご指摘いただけるようお願いいたします。

○鈴木委員

ちょっと、この仮想事例を検討することのやり方なんですけれども、私、いわば模擬部会ですね。模擬部会と位置づけて、この原因分析報告書がドラフトとして産婦人科医から

出てきたと。それを部会として模擬部会をやってみて、これに対して、どういう質疑をしていくのかというようなやり方をさせていただきたいなと思います。これは問題のない事案とおっしゃいましたが、僕は問題のない事案だとは思いません。ですから、これがまず産科医から出てきたときのドラフトをどういうふうにみんなで議論していくかというのを、多少トーンの違う3つの事案を実際にやってみると、部会がどう進んでいくのかということがわかりますので、その意味で、ちょっと時間の制約もあるかもしれませんが、3つ事案、次回ですね。

○岡井委員長

ちょっと待ってください。ここに出ているのは、これはもう報告書なんです。次回から、こういう形になりますというのが出ているんで。

○鈴木委員

いや、仮想事案ですから、これについてのご意見いかがということですよ。

○岡井委員長

だから、そのやり方でやるのであれば、こういう報告書の形式じゃなくて、ほんとうにこういう症例だというのだけを挙げて、どういう報告書をつくりましょうかという議論をやるというわけでしょう。

○鈴木委員

いや、そうすると部会の進め方にもかかわるんですが、私のイメージは、モデル事業をずっとやってきていますので、モデル事業では、第1評価医が報告書のドラフトをつくって、それをめぐって議論をする中で、それをさらにブラッシュアップしていくと、こういうやり方をやってきているんです。ですから、どういうやり方を。部会というのは、どういうやり方を。みんなで記録を置いて、それを眺めていて、フリーディスカッションして、そこからドラフトが出てくるというイメージなのか、それとも、やっぱり産科医を中心に、まずはドラフトをつくって、そのドラフトを土台にして部会の中で議論して、それを固めていくというですね。

これを出した意味がよくわからないので、こういうものになります。あ、そうですかでは、あまり意味がないと思うので、私、仮想事案を検討していただきますというふうに前回は前々回もおっしゃっていましたので、それは模擬部会のようなイメージで来たんです。

○岡井委員長

わかりました。そういうやり方でやるのであれば、別の形式で出してもらったほうがい

いので。

○上田理事

いや、先生。これは、仮に模擬部会としますと、レポーターの先生が、運営組織も協力して、仮想の事例から作成された報告書案を、この部会に出して、1つずつ質問されながら、報告書をまとめるものとなります。

○鈴木委員

そうです。

○上田理事

記述をもう少し増やすとか、修正するとかですね。もちろん、これは仮の事例ですけども、1つの部会という形で、先生おっしゃったようにしていただいていると思います。

○岡井委員長

部会の前に、これをつくるのは運営委員会の担当者ということなの？

○上田理事

そうです。

○岡井委員長

そういうやり方でやるんですか。

○上田理事

はい。

○鈴木委員

いや、運営委員会ではなくて、最初の具体的な事情。要するに、事実関係についての情報は事務局も協力する形で書きますけれども、特に脳性麻痺の原因と医学的評価と再発防止に関しては、主に産科系の専門家の方々が、これをまず……。

○岡井委員長

産婦人科が3人で書くと。

○鈴木委員

3人で書くのか、1人で書くのかわかりませんが。

○上田理事

基本的には、だれか1人をお願いすると思います。

○岡井委員長

部会での、その報告書のつくり方に関しては、今までまだ全然議論されていないでしょ

う。どういうやり方でやるかって。

○鈴木委員

いや、これを検討する形で、その部会での議論の仕方や報告書のつくり方を固めていくのかと思ったんです。

○岡井委員長

部会での実際的な報告書のつくり方というのを議論しましたっけ。

○上田理事

しています。

○岡井委員長

している？

○上田理事

はい。フローチャートでも。

○鈴木委員

いや、マニュアルがあるんですから。

○上田理事

報告書案をこれから模擬部会で、審議していただいて、このままでいいのか、あるいはどのように修正するかを、まとめていただきたいと思います。

○岡井委員長

部会の委員である3人が報告書案を作成する。

○上田理事

はい、そうです。ですから、これは報告書案です。

○鈴木委員

これは案だととらえて。

○岡井委員長

これが案ですね。

○鈴木委員

案だととらえて、ここで模擬部会を行うというのがいいと思います。

○岡井委員長

はい、わかりました。これが報告書案と。

じゃあ、そういう形で行きますか。

○是澤リーダー

基本的には、鈴木先生のおっしゃったのと同じで、素案をつくる段階では、ドラフトをつくるのは、私たちのチームでやらせていただきます。その素案を部会で見せていただいて、そこでもんで、その結果として、こちらに上がってくると、そういうイメージを持っております。

○池ノ上委員長代理

ちょっといいですか。

原因分析部会がやる仕事の中に、これが問題があるとかないとかというところまで行かないといけないのか、あるいは医学的に、これはこういうプロセスを経て、脳性麻痺になったんだというのを明らかにする。結果が悪いんだから、何か問題があったことは確実なんですよ。それを……。

○岡井委員長

いやいや、そうでもない。

○池ノ上委員長代理

いやいや、いやいや。そうです。

○岡井委員長

今の医療で最善尽くしてもだめなときもあるんで。

○池ノ上委員長代理

そうなんです。だから、そこで僕が言いたいのは、原因がわからないままに脳性麻痺になったという症例もたくさんあるわけです。

○上田理事

ありますね。

○池ノ上委員長代理

それは原因がわからないということと言わないといけない。今の産科では限界ですということと言わないといけない。

ただ、原因が悪かったら、じゃあ、それに対して、次、どういうことを、再発防止するとは、どうすればいいかというところまで持っていくためには、ただ問題があるとかないとかというところが結論になるべきでは、僕はないと思うんです。

ですから、例えば、この症例でも早剥が起こって、それでみんな一生懸命、早く早くってやったんだけど、結果的には脳性麻痺になりました。これをさらに見つけるためには、

今後、こういう研究が残されていますとか、システムとしては、こういうふう動くような努力をすべきでしょう。でも、今の日本では無理ですというような趣旨の結論でないと、原因分析につながらないんじゃないかと思います。

○松田委員

僕もそう思います。

○池ノ上委員長代理

その後、後をどうするか、問題があるかないかというのは、別個の、別のところが評価するんじゃないかというふうに僕は思うんですけども。

○上田理事

ですから、これは1つの提案でありますので、それを次回、模擬部会として、分娩経過、あるいは医学的評価、それから再発防止策について、ここでは再発防止策なしと書いていますが、今先生おっしゃられましたように、いやいや、ここはこう記述するべきではないかとか、議論をしていただいて、そこで部会としての報告書の取りまとめを実際にやってみましょうということです。

○鈴木委員

そうです。

○池ノ上委員長代理

だから、そこを明らかにするのが原因部会。

○上田理事

部会ですから、模擬部会という形で。

○池ノ上委員長代理

そのコンセンサスが得られればいいわけです。

○上田理事

そうですね。

○岡井委員長

だから、報告書案ですね。

○鈴木委員

そうです。

○岡井委員長

本会がつくった、それを部会でどうするか。

○水上委員

この例だったらば、原因は分娩中の低酸素によって引き起こされたものであるということですね。そういう意味では結論、原因ですね。

○池ノ上委員長代理

そうです。原因は早剥が原因だと。

○水上委員

早剥が原因で。

○池ノ上委員長代理

再発防止するためにはどうするかというと、今のシステムをどういじるかとか、出生前の原因を診断できる方法を開発するか、何かそういうことになってくるんだと。それは今のところはできませんということをはっきりさせる。

○鈴木委員

部会の議論は2種類あると思うんです。1つは、再発防止に向けて、まさしくディスカッションするという部分と、それから報告書の書きぶりが、この書きぶりでいいのかという、この2つは相互に関連しますけれども、その両方の点で、この原案をみんなでたいてみるということだと思っんです。

その議論を充実させるためには、今回も事前に先週、これを拝見して、僕が短い時間ですけど検討させていただきましたけど、できる限り早目に送っていただいて、その中を皆さんで熟読してきて。

○岡井委員長

読んでおいてもらってね。

○鈴木委員

ディスカッションしないと、思いつきの議論になっちゃいますので、ぜひ、そういうことでやっていただきたい。

○岡井委員長

いや、それをやるのであれば、3つ出してもらって、それだけに時間とって。

○鈴木委員

そうです。

○岡井委員長

2時間か3時間、その3つを。というのはバランスがありますのでね。1個だけやって

次やるよりは、3つとも一緒にやったほうがいいでしょう。

○鈴木委員

そうですね。

○岡井委員長

そういうのでやりましょうか、今度。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

大丈夫。これつくれる？ 仮想事例。大変なんですよ、そうは言ってもね。医学的にあまりにもおかしいことをつくれなから。

○是澤リーダー

診療行為に医学的な問題があったとは言い切れない事例は、もうできているんです。今、医学的な問題があったと考えられる事例を作っていて、それは一応、原案はゴールデンウィーク前にできる予定なんですけれども。それですべてお送りしてよろしゅうございますか。

○鈴木委員

いいと思います。

○岡井委員長

じゃあ、3つ一応送ってもらって、一緒に3つともやると。よろしいですかね、そういうやり方で、次は。

○岡本委員

それで、病院とかで起こっている場合と、助産所で起こっている場合と、多少、その経過とか、いろいろ、かかわり方とか違ってくるので、助産所の場合を想定したような事例も。

○岡井委員長

1つ欲しいと。

○岡本委員

欲しいというのが、ちょっと助産所側からは。大変だと思うんですけど。

○岡井委員長

岡本委員みずから仮想事例つくるといのはどうですか。

○岡本委員

いらっしゃる職員の方とかと協力しながら。

○岡井委員長

じゃあ、相談してもらって。

○岡本委員

はい。

○岡井委員長

ありがとうございました。じゃあ、これは次に、ぜひそれをしっかりやりたいと思います。

もう一つあります、今日。重大な過失が明らかであると思料されたケースに関してどうするかということの提示があるんですね。事務局のほうから、お願いします。

○後技監

それでは、本体資料の5ページの下半分でございます。本体資料の5ページです。「5) 重大な過失が明らかであると思料されるケース」と書いてあります。この見出しの部分です。

1つ目の○は、既にご案内のとおりですが、原因分析委員会で重大な過失が明らかであるというふうに思料されるケースが出た場合には、調整委員会に諮ることになっております。そして、その重大な過失が明らかであると思料されるケースというのは、どういう事例かという考え方でございます。それが2つ目の○でございまして、「故意に近い悪質な診療行為（助産行為含む）が該当するものと考えられる」というふうに、短いんですが、このように整理いたしました。

そして、さらにそれがどういう事例なのかということになりますと、3つ目の○ですけれども、具体的には、今後、原因分析委員会で、実際の事例について分析を行いながら整理をしていくと。なお、診療行為（助産行為を含む）には、不作為の行為を含み、診療録等の記載データの保管は含まないものとする、というふうに考えております。

そして、最後の○ですが、原因分析委員会において、重大な過失が明らかであるという思料されるケースが出た場合は、調整委員会に諮って、法律的な観点より検討を行うという流れになるということで、このような形で、まずスタートしてはかがかということでございます。

○岡井委員長

ありがとうございます。

この点に関していかがですか。この重大な過失という、故意に近い悪質な診療行為、この辺の言葉は医療安全調査委員会で盛んに出てきた話ですね。

○鈴木委員

下から2番目の○のところの3行目なのですが、診療録等の記載データの保管等は含まないというのは、これはいわゆる厚生労働省の医療安全調査委員会で言っているところの改ざんとか、そういうことなんでしょうか。そういう意味ですね。

○後技監

そうです。隠滅とか、改ざんなどに該当するものです。

○鈴木委員

そここのところは含まないで、つまり作為を含む、不作為も含む、分娩介助行為、診療行為全体を悪質な事案かどうかという見方をするという意味ですね。

○上田理事

そうですね。

○池ノ上委員長代理

調整委員会という位置づけは、どんな位置づけでしたっけ。

○岡井委員長

調整委員会は、1つは申請して補償金をもらったと。しかし、また一方で裁判をして、原告が勝訴して相当な額をもらったというときに、じゃあ、その先にあげた3,000万返してくださいよということを調整したりすることは1つの役割ですよ。

○上田理事

ですから。

○岡井委員長

それから、これもやるんですね。重大な過失が明らかというようなケース。

○上田理事

ですから、重大な過失が明らかであると思料されたケースについて、調整委員会では法律家が入った専門委員会でありますから、法律的な判断を行って、その結果、求償、補償金と調整をするということについて審議を行います。

○池ノ上委員長代理

補償金のやりとりの調整。

○上田理事

はい。

○鈴木委員

給付してもらったものを返してもらおうということです。

○池ノ上委員長代理

返してもらおうという調整ですよ。

○上田理事

はい、そうです。

○池ノ上委員長代理

だから、これを、重大な過失を法律の場に持っていかどうかという話の話し合いをする委員会では……。

○上田理事

いや、法律的な判断を行うということです。

○池ノ上委員長代理

法律的な判断を行う。

○上田理事

はい。

○池ノ上委員長代理

そういう……。

○上田理事

はい。

○鈴木委員

つまり、返却しなさいと調整委員会が言ったときに、当該分娩機関が返却するかどうかわかりませんよね。

○池ノ上委員長代理

そうですね。

○鈴木委員

その返却しなかったときにどうするというのは、まだこのシステムの中では議論されていないんです。

○石渡委員

ちょっとよろしいですか。

今のところの重大な過失なんですけれども、いわゆる刑事、司法ですね。刑事のほうにつなげるようなことは、この制度においてはしないわけですね。そこはもう大前提ですね。

○上田理事

そうですね。はい。

○石渡委員

それから、重大な過失についてはよくわかるんだけど、いわゆる軽い過失といいますか、そういうものについての取り扱いというのは、これは両者間に任せるということですね。要するに、医療側と患者側。だから、些細なことであっても、患者側のほうが、これは納得いかないと、どうしてももっと賠償欲しいんだと、そういうことになった場合には、紛争になっていくわけですね。そうすると、初めの目的として、無益な紛争であるとか、あるいは不毛な裁判であるとか、そういうものを防止していきましょうということが根底にはありますよね。その辺のところと整合性がどうとれるかという気がするんです。要するに、明らかに軽い過失そのものについて、医療的に問題がないものについて、紛争、あるいは訴訟が起きにくいような仕組みというものを少し考えておいたほうがいいんじゃないかなという気がするんです。そうすると、病院側、あるいは患者側も、いろんな資料を提出しやすいと、ほんとうに原因分析につながるような、医療安全につながるようなものが集められやすい、そういうことも十分あるんじゃないかと思うんです。

○鈴木委員

だから、医学的判断がどれだけ些細なものだというふうに言ってみたとところで、裁判を受ける権利は憲法上の保障ですから、裁判を防止することはできないです。

○隈本委員

ただ、金銭的補償がされた上、真相が明らかになったのに、まださらに弁護士さん雇って訴訟しようという人は、もし軽い過失ならいなと思いますけど。私の庶民感覚でいえば、もう3,000万円もらって、原因もわかって、それで、そういう意味で、もし間違いがあったら、そのことも病院のほうは認識してくれて、ましてや、それが再発防止に役立てられると聞いたときに、さらにもう一回裁判をやるぞという人は、庶民感覚では、もうないと思います。だから、それは防止の役割はかなりあるんじゃないでしょうか。

○石渡委員

そうであれば非常に理想的だと思うんですけど。

○岡井委員長

過失があるとかないとかいう、少なくともそういう表現の医学的評価はしません。

○石渡委員

ないですね。

○岡井委員長

うん。これは私の持論ですけれども、医療というのは上のほうの最善から相当悪いところまであって、どこに過失かって線引くのは間違いだ。どのレベルだって、それぞれの事例についてある。でも、そこをやっぱり指摘する。

しかし、この制度が日本でスタートしたということは、今言ったような、本当にこの辺で最善ではないけど、問題はどこかあるというのまで裁判にしないでいきましょうという国の姿勢だと僕は思っていますからね。だから、そういうものになるべくならないように、原因分析委員会も、ちゃんと、書くものは、そういうことも配慮して書かないといけないとは認識しています。

○隈本委員

回避可能だったと言うかどうか、この事例は回避可能かどうか。

○岡井委員長

いや、その表現もやめたんです。最初、そういうことも考えていたんですけども、やめようということになった。医学的評価だけですから。

○池ノ上委員長代理

だから、先ほどの早剥だったら、これは分娩中に早剥が起こって、低酸素になって脳障害。そこが明らかになればいいんで、それに対して、あと、この再発委員会等、いろんなもので、それを今の産科学で回避できますかというようなところで、早剥の病態だとか、早剥の経過だとかということの説明を入れて、そして皆さんに納得してもらって、あ、そんなもんかと思ってもらえばいいし、いやいや、帝王切開に15分以内にやらないとだめなんだよと思う人もいれば、そういう人もいろいろ言うでしょうし、そういうところで、この調整委員会が、いやいや、原因分析委員会で、いろいろ原因分析したら、こういう経過でしたよと、そういうことはやらないんですか。

○上田理事

やらないです。

○池ノ上委員長代理

やらないですか。そうですか。

○岡井委員長

裁判になるとか、調整するのは、また別の話ですからね。

○池ノ上委員長代理

別ですか。

○上田理事

はい。ですから、今、先生おっしゃられたようなことを、仮想事例の報告書の中で、どこまで記述するかなどについて議論していただければと思います。

○池ノ上委員長代理

ですから、多くの方は、もうそれでおそらく納得して、不信感がなくなればおさまるだろうという性善説に立って進めていかないと。

○岡井委員長

権利は権利で残っているからね。

○池ノ上委員長代理

それはもう当然ですけど。

○岡井委員長

それはそうだけど、そういうことにならないようにしないといけない。

○鈴木委員

最初の○のところは専門委員会という言葉が出ていて、最後に調整委員会というのが出ているんですが、これは違う委員会のことを言っているんですよね。

○上田理事

先生、この最初の○は、準備委員会の報告書の記述をそのまま載せています。

○鈴木委員

要は、報告が中心になって、法的な検討をする事案をどうやってピックアップしてくるのかというところは、これからですよ。

○上田理事

そうですね。

○岡井委員長

個々のケースでやっていくしかない。

○上田理事

原因分析委員会の中で。はい、そうです。

○鈴木委員

ですから、どういう場合になったら、これは法律家を中心にした専門委員会に諮ってくるか。

○上田理事

諮るかというのは。

○岡井委員長

それが重大な過失が明らかであると思料されること。

○上田理事

それを原因分析委員会で。

○岡井委員長

故意に近い悪質な医療行為と。

○鈴木委員

だから、そのことは医学的な評価をするということなんですよ。重大な過失という用語は、過失という用語は法律用語ですけども、そこの中に含まれている含意は、医学的な観点から見て、これはやっぱり法的な検討もしなきゃいかんだろうという意味ですよ。そうですよね。

○岡井委員長

そうです。この下の部分は判定せざるを得ないケースがあるだろうということですよ。

○木下委員

民法でいう重大な過失というのと刑法でいう重大な過失は同じですか。

○鈴木委員

全然概念違いますね。

○木下委員

そうすると、これはいいんですね。重大な過失の言葉を使っても。

○鈴木委員

そうです。制度が違いますから、同じ用語でも中身に含まれる意味が違います。

○木下委員

なるほど。今まで重大な過失というのは、刑法で使われていたものですから心配しまし

た。実際に賠償や、示談であるとか、民事裁判を考えると、重大な過失という言葉を使うと、それは刑事罰にも準ずるんだということになったのでは困ると思いました。その理解が、素人にはわからないと思います。

○鈴木委員

故意に近いとか重大なとかいっても、事案事案で見てもわからないと思うんです。多分、だから実質的な議論をしなきゃいけないと思うんです。その実質的な議論のときには、この3,000万円の給付で終わらせる事案なのか、それとも、裁判が起きている、起きていないにかかわらず、これはやっぱり医賠償のほうから、きちんとしたですね。今で言うと大体7,000万から1億ちょっとぐらいの裁判例が多いですけども、プラスアルファのところを医賠償でもってきちんと引き出させないといけないという、そのぐらいの事案だというふうに医学界の方々が考えられるかどうかというところが実質的な議論になってくるんです。ですから、あまり法律的な要件で明確にこうなっているわけではないので、裁判官の頭の中にも、やっぱりこれは被害を、つまり医療機関にも負担させないといけないと考えるのが損害賠償法の考え方、損害の公平な分担という言い方をするんですけど、だから全体的な比較考量事案なんですよ。ですから、ここは通常、このシステムの中で3,000万給付して援助しようじゃないかということと、それを超えて、やはり、それはもっとひどいんじゃないのということを医学的に分析できるかどうかということで、専門家委員会のほうに振り分けるケースがあるのかどうかということだと思うんです。

また、それとは別に裁判例などが、これと同時進行していて、裁判例の中でもって、過失責任が確定したという事案においては、重過失だろうが、軽過失だろうが、裁判上は法律的な損害賠償請求権が確定しているわけですから、そこは取り戻しをするということだと。ダブルスタンダードですね。

○岡井委員長

それはもうそのとおりで、裁判する権利はあるし、やるのは、もうどんな場合でもやっていただいているんですけど、それだけ決定したら、もちろんそれも法的に実行力あるわけだから、お金をもらう。

それと、ここで、これは今、鈴木先生言われたみたいに、3,000万で済まない。とてもひどいというのは、相当ひどいというふうに私は認識していますので、そんなにはないだろうと思います。裁判は裁判で行ってもいいけど、ここに書いてあるように、ほんとうに故意に近いような悪質な医療ですから、ちょっと手術が失敗しちゃったとか、分娩の判

断が少し遅れたという、そんなのまで全部ここに入れるつもりは全然ないですけどね。よほどひどいよというやつ、ほんとうにまじめに診療しているのかというようになってくると、それはもう。

○木下委員

今の鈴木先生の解説を聞くと理解できるんですけども、過失の言葉にこだわっています。これはひどい過失だとか、何かそういう表現は出来ないでしょうか。ひどい過失とかいうようなぐらいにしておいていただかないと、やっぱり混乱しそうです。

○上田理事

故意に近いとか。

○木下委員

どうですか。許されるんであったら、故意に準ずるような過失でもいいのですが、重大な過失というのにこだわってしまいます。

○岡井委員長

それと張り合わせるとそうなんです。でも、これも運営委員会で、最初、準備委員会か。組織準備委員会でこういうのを決めて、使っちゃっているんですよ。

○木下委員

決まっているのですか。いずれ問題があるなら、また表現を考えてください。

○岡井委員長

それをまたひっくり返すのは、ちょっと。

○上田理事

はい、そうですね。それを受けて。

○岡井委員長

大変ですよ。

○上田理事

はい。

○鈴木委員

いずれにしても抽象的な言葉ですから、中に何を含めているかというのをですね。

○岡井委員長

具体的に。でも、ここにこれ入っているわけで、故意に近い悪質な診療行為と入れちゃったから。

○木下委員

しかたありませんね。

○鈴木委員

故意に近い。故意というのは、この赤ちゃん、脳性麻痺にしてやろうじゃないかという、そんなあり得ない話なんですよね。それに近いというのは、どういう概念なんだということ、やっぱり一個一個の事例の蓄積の中で出していけないといけないと思うんです。

僕は、これは日本医師会で、樋口範雄先生とご一緒している委員会でも言っているんですけども、刑事であろうが民事であろうが、故意に近い過失というのは、やっぱりルール違反。ルールを知っているながら、そのルールをです。医学準則ですよ。医学準則を知っているながら、それをあえて逸脱していると、こういうのは、やっぱりよくないだろうと思うんです。だから、その逸脱の仕方がどのくらいなのかという程度も関係しますけれども、医学会の中で、これが医学準則だと言われるものがある分野において、それをあえて。あえてですよ。あえてというところが故意という概念ですが、あえて逸脱しているというようなものが果たして出てくるのかどうかというあたりなのじゃないかと思います。

○岡井委員長

そうですね。その部分はそのとおりです。

○竹村委員

今の話で、裁判をする権利はもちろん保障されているわけです。

○岡井委員長

それはもうしょうがないんです。どんな事例でも。

○竹村委員

しない権利もあるんですか。

○岡井委員長

もちろん、しない権利……。

○竹村委員

つまり、重大な過失だとこの委員会が認めた場合は、裁判をなさいと。したくない人まで……。

○岡井委員長

いやいや、裁判なんか、そんなの関係ないですもの。

○竹村委員

それはないんですね。

○岡井委員長

裁判は関係ないと。

○鈴木委員

本来的に、専門職倫理の考え方からいっただらば、これだけの専門家が、これはアウトだと言っているのに、その分婉機関が言い張っているというですね。うちは何の問題もないと言い張っているということ自体が、極めて例外的なトリッキーな事案ですよ。ですから、この専門委員会ですら、まずは裁判を起こしなさいとけしかけるのではなく、分婉機関に、ちゃんと医賠償と話をし、しかるべきプラスアルファの対応しなさいというふうな勧告するというのが、むしろ望ましいあり方だと思うんです。それで、その勧告に従わなかったときには、当事者間で裁判事態に発展するということはある。発展するかどうかというのは当事者いかん。つまり保護者いかんということです。

○竹村委員

ですから、保護者はする気はないという方に対しては、どういう。

○岡井委員長

それはもちろん、する気なれば、先生、そうはならないですよ。保護者が、もういいと言っているなら、それはそれでいいし。

○鈴木委員

いやいや、裁判をする気がないということと、悪質な事案について、きちんと謝って、それなりの責任をとってほしいというのは両立する話ですから。

○竹村委員

そうですか。

○鈴木委員

ええ。裁判というのは、それなりの心理的、時間的、経済的に負担のある話ですから、本来的にいえば、正義は裁判によって実現されるのではなくて、裁判をやらずに実現するというのが原則だろうと思うんです。ですから、裁判をやらずに、きちんと穏便なところに着地させるということですけど、相手によっては、それに従わないという人がいたときには、それは裁判するかどうかは、そのご本人が考えるということなんじゃないでしょうか。

○竹村委員

ご本人というのは。

○鈴木委員

保護者です。

○石渡委員

その調整委員会の中で、あまりにも重大な過失があつて、これは医療的に問題があると。その場合に3,000万というものを、これは返すわけですよ。それで、医師賠償責任のほうから来るかどうかわからないけど、裁判を起こす起こさないは患者側のほうの考え方であつて、起こさない人もたくさんいるわけです。それならそれでよろしいんじゃないでしょうかということですね。

○鈴木委員

いいんじゃないでしょうか。それでいいです。

○岡井委員長

だから、損害賠償のお金の問題だけじゃなくて、こういうふうに判定された事例に関して、やっぱりその担当者に、僕らとしては、医療として何らかの処置をしたいというのはありますよね。個人的には。これ、全然そのこと話進んでいないですけど、もう一回勉強し直すとか。

○池ノ上委員長代理

再発防止委員会がそこに。

○上田理事

そうです。

○岡井委員長

再発防止委員会のほうは、こういう事例があるので、こういうこと気をつけましょうとか、何かそこに加えるのですか？

○池ノ上委員長代理

やっぱり何か、再発防止も、具体的にそうなることをやらないと意味はない。

○岡井委員長

重大な過失事例に対しては、せめて研修義務を課すぐらいのことを、勧告なり何らか言えるような体制にしたいと個人的には思っているんです。そのことはあまり議論されていないですよ。今日は、ここでやることはないです。

○鈴木委員

それは産婦人科医会の問題じゃないでしょうか。

○岡井委員長

それを僕らはやれないですけど、この原因分析委員会から、ここまで言って、こういうのが来たら、調整委員会に諮るだけじゃなくて、学会に通知するとか、医会に通知するとか、そこで何かの義務。研修義務で最初はいいだろうと思うんですけどね。

○池ノ上委員長代理

リピーターの問題と同じような対応の仕方を社会から迫られますよ。

○岡井委員長

そうそう。そういうこともやっていかないと、やっぱりある意味、社会から支援してもらえる制度でなくなると思うんですよね。

じゃあ、ちょっとそれで、ここの部分はこれでよろしいですか。じゃあ、こういうふうにしたということ。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

はい。ありがとうございました。

そうすると、その他、何か用意していることございましたっけ。

○後技監

はい。今日の最後も、資料6で、文言修正ですけれども、資料6は原因分析委員会の規則になっております。一方で行われております運営委員会の規則と表現ぶりを統一するというので、3点ほど修正がございまして、下線を引いてあります。

6条の見出しですけれども、6条の見出しは、以前は「会議の公開・非公開」となっておりましたのを、「会議の公開」に統一しました。

続いて、第2ページですけれども、7条の見出し、「守秘事項」ですが、以前は「守秘義務」になっておりましたのを「守秘事項」に直しました。

それから、条文の「非公開の委員会の審議」とありますが、以前は「非公開で行われた審議」とありましたので、そう直しました。そして、「委員を退いた後においても同様とする」という一文を加えました。

以上でございます。

○岡井委員長

ありがとうございます。

それはよろしいですね。今の言葉。特に異論がなければ、これはこういうふうに修正させていただきます。

ほかに何かございますか。今日の委員会で議論をしておくこと。

はい、どうぞ。お願いします。

○村上委員

どうしてもお伺いしたいんですけど、お産をする場合は病院もあるし、多分、助産所が入ってくるんですけども、私はすごく疑義を感じるのが、医学的な判断でとなってくると、産院の場合には、医学的などと言ったときに、どういうふうに。分析の仕方の中で、どれぐらいの医学的な判断をもってということが。全然環境が違いますよね。その辺がすごく、ちょっと危機感を覚えているんです。医学的な判断ということをどのように定義されて、病院でのお産だったらわかりますし、助産院の院内出産でも病院の機関ですので、それは可能だと思うんですけど、助産院の場合には、やはり客観的なデータってないですよ。

○岡井委員長

だから医学という言葉の意味は、サイエンティフィックにということもあるし、バイオロジカルにということもあるし、医療するのと助産するのと区別している意味じゃないんですよ。だから、そんなにこだわらなくてもいいと思うんですけどね。出産、分娩という現象を生物学的に分析して、それが異常な状態になったときは、これは医学的に分析をしないといけない、単にそういう意味であって、医師がやる、医師が見る視点で見るのが医学的で、助産師が見る視点で見るのは、また別の言葉で表現するという感覚にならないでもらいたいんですけどね、むしろ。

○村上委員

そうですね。

というのは、やはり、かなり医師と共同してやる仕事ですよ。

○岡井委員長

そう。だから、医学というのは、その現象、あるいはそこで起こっている出来事を科学的に分析していくんだと。その科学の分野というのは生物であり、その中の医学であるという、そういう意味ですから。

○村上委員

それなら、皆さんがそういう解釈で、きちんとすればいいけど、こういう事故分析をしたときに、必ずデータが出てきますし、その方向が出てきたときに、それを正しく理解し

て、その資料、データを読んでいただかないと、今までやはりかなり不利な状況の中で産院のお産というのがとらえられてきていると思うんです。なかなか、こういうことをみんなで議論する場がないんですけども、ずっと、日ごろいいお産、快適で自然なお産ということに心がけている機関がどんどん増えてきている中で、今、改めて脳性麻痺の事例で、医学的な判断というのだけが強調されたときに、助産院の場合には問題が起きないのかなというのを少し感じているんですけども。問題というか、混乱をすることはないでしょうか。

○岡本委員

やはり安全性の観点からは、ただのアプローチの方法として、例えば、分娩監視装置の機器の連続モニターをやっているかどうかとかですね。やっていない場合は、それにかわるドップラーで経時的に見ていくやり方であれば、どれぐらいの頻度で見れば、異常がキャッチできるのか、院内助産のときも、かなりそういう基準みたいなものが明確にされていると思われるのですが、助産院の場合は全く別の基準というよりは、やはりそれにかわるエビデンスがあるようなレベルの観察方法としての基準が要求されると思います。助産院だから別というのではなくて。

○村上委員

いや、そのときに、どうしてもこの事例を読んだときに、すごく違和感を感じたので、そこにはやっぱりケアする人間的なアプローチの仕方、それは、それをすることによって心理的に安定する、精神的安定というケアを通して、それはやはり成果としては上がっていくということであって、データがあるわけですよ。例えば、それは分娩体位一つとってもそうなんだと思います。

脳性麻痺、子供の健康状態は、確かに心音でしか私たちは判断できないですよ。それは分娩装置が断続的か継続的かというのは別として、トラウバで聞いてもいいわけですし、ドップラーで、できるだけ短い期間、分娩が近くなればって、でも限界がある中で、病院とは違った形の環境下にありますよね。そういうときに、この分析するときに、そういう齟齬が、それを知らせることによって、助産所と病院で生まれた方、その家族、保護者の方から何か問題というのは起きてくる可能性はないのかなと、ちょっと思って。

○池ノ上委員長代理

いいですか。やはり助産院と院内助産、病院の助産の大きな違いは、やっぱり法律的に正常な妊娠経過をとって、正常な経過の方を助産院では見ますと。そこが1つ大きく区分

される。そして、その中で実際に分娩管理を行う際には、医学的に同等の、同じようなリスクを評価し、同じような観察、結論を出しながら分娩を管理していくということになるんだらうと。ですから、その部分では、例えば、その分娩が病院で行われていても、助産院で行われていても、やり方そのものに問題があるかどうかというのは判断は一緒になると思うんですね。

○村上委員

そうですね。

○池ノ上委員長代理

ですけども、その扱っている症例。例えば、この早剥なら早剥の症例を、助産院で早剥というのがわかりながらも、ずっとやっていたということになると、これはやっぱりちょっと問題でしょうということになると思うんです。だけど、その早剥が助産院でわかりますかという問題になっていく。その問題になってくると思います。

ですから、実際に大きな違いは、正常な妊娠、正常分娩を扱いつつ、助産院でどのような管理が行われたかというところが、ただ違うだけであって、あとは分娩管理の基本的なやり方は、病院だろうが、助産院であろうが、院内助産院であろうが、それは基本的なところは変わらない。その中で、院内助産院なり助産院なりは自分たちの得意技というのがある。それはどんどんやっていただいてというような、そういうニュアンスの違いがあるんじゃないかと思います。ですから、医学的なというのは、非常にベーシックな、もう基本的なところで、必ずみんなが押さえなければいけないところは、助産院だろうが病院だろうが一緒じゃないかと思います。

○岡井委員長

先生が言われるとおりで、原因が何であるかは、どこであっても、やっぱり同じように、科学的に突きつめていかないといけないんです。しかし、さっきの、そこまで行く例があるかどうかは別として、非常にまずいんじゃないかというときに、これは医師であれば、これだけ診断が遅れるというのは相当まずい。だから、これは場合によったら医会に言って研修の義務を課してくださいというような事例に当たる。でも、助産師さんなら少し判断おくれるのはしょうがないと、そこは違ってくると思いますよ。

○池ノ上委員長代理

それはあり得ない。

○岡井委員長

それは違ってくるけども、原因を分析するのは、全く科学的に、こういう現象があって、こういう症状が出て、こういうデータがあるんだから、これはこの原因だと。これはいろんな意味で、それはあくまでも医学。その医学という言葉を使わざるを得ない。

○村上委員

そういう解釈と理解をきちんとしている人たちが産科の中で一緒に仕事をしていくことは、すごく望ましい。私も長い間、臨床にいまして、必ずしもそうはいかない。要するに、共同していく中で、やはり助産師がかかわっている時間がかかなり多い中で、今言ったように医学的な判断と言われたときに、診断と言われたときに、かなりズレがどうしても起きてきちゃうことを体験します。対等にというところを、やっぱりどのように。私、これからこの委員会がきちんと事故分析することで、共有しながらレベルを上げていくことはものすごく大事なことだと思いながら、その行くプロセスの間に、いろんな問題が発生しないように、調整をどこかでしていったいただかないと、せっかくできた補償制度が目標に向かっていかないんじゃないかという、そういう不安を持ってしまうのは私だけなのかもしれないんですけど、たくさんのお産を通して見てきて、決して人間同士の話、産婦さんも含めて、家族も含めて、思わぬところで発生する問題があるので、この医学的というところ。特に助産院を選ぶ産婦さんは、自然をしたくして、家庭的なお産でという望みを持って入られる中で、どうしても脳性麻痺のお子さんはやっぱり発生するんだと思うんで、そういうところをどんなふうに解釈していくのかなというのが、ちょっと私自身は今おっしゃったことはよくわかるんですけど。

○池ノ上委員長代理

でも、あれですよ。助産院であったから、これは見逃したとか、病院だったら見逃さなかったというようなことは、やっぱり起こってはいけません。正常な経過をとっている方。それはやっぱり一緒だと思うんです。ただ、それが、例えば、重症妊娠高血圧症候群の患者さんであるということがわかっていて、それを助産院でずっと管理をしていて、途中でドーンと悪くなってということになると、やっぱりちょっと助産院としては、これは適切ではないんじゃないかというような判断は出てくると思うんですよ。

○村上委員

だから、事例をかなりシビアにつくった中で、そういう検討は勉強していかないといけないのかなと思って。

○岡本委員

そういう意味で、先ほどちょっと助産院でも起こりうるような事例の3事例は、やはり必要であると思った次第です。

○村上委員

あえて日本の場合は、そういうお産を選ぶ方たちが増えてきている中で、私たち助産師も、そういう意味では、とても問題を抱えながら、いいお産というか、本当にその人たちが、次のお子さんをたくさん産めるような環境をつくるというところで意識をしているものですから、今いるこの制度が、かなりやはり批判的に見ているところもなきにしもあらずの中で、すごく自分自身が気になって、今、参加しているものですから。

○岡井委員長

ちょっと待って。だれが批判的に見ている。

○村上委員

やはり、決して、いや、それは……。

○岡井委員長

助産師たちが、こういうので原因分析されると嫌だと言っているんですか。

○村上委員

いやいや、嫌ではないんでしょうけど、やっぱりいろんな見方があると思いますよね。だから。

○岡井委員長

これは、でも、あくまでも脳性麻痺になった事例が、どうして、何が原因でこうなったかということ进行分析をして、将来そういう事例を減らすためには、どういうことをやっていけばいいのかというのを考えるわけで、その中に自分たちが直さなくちゃいけない部分が出てきたら、喜んで直しますよという姿勢で入ってもらわないと困るんです。

○村上委員

はい。

○岡井委員長

文句言わないでくれと言うんじゃ、ちょっと。

○村上委員

そういう職場風土は作りたいですけど。

○鈴木委員

脳性麻痺の機序とか原因分析に関しては、やっぱり医学が中心になるだろうと思うんで

すけど、臨床評価とか再発防止のところは、医学的という言葉の中に、助産学的ということとを排除する意味ではないと思いますので、そこは大いに助産学的な意見を出していただかないと、妊産婦のためのシステムにはなっていないんじゃないかと思うんですけどね。

○村上委員

そうですね。

○池ノ上委員長代理

そうなんです。だから、院内助産システムなんていうのも、僕たちの考えでは、たとえハイリスクであっても、医師が中心になるけれども、そこにはやっぱり助産学というのが入ってこないと、ハイリスク妊娠のケアのクオリティーは上がらない。日本の今の現状はそうだろう。医者だけが助ける助けるとやっても、そこに満足いく、心豊かな、素晴らしいお産をやるためには、どうしても、特に日本特有の、古来からずっと培われてきた助産学、助産の技術というのはどうしても必要だという時代に、もう入っていると思うんです。ですから、そういったことをきちんと評価しながら、でも、医学的に共有する部分は、きちんと共有しながら、お互いに押さえていこうと。それが助産院でも、やっぱり同じことになってくるだろうというふうな考え方に世の中変わって、今いこうとしているし、いくべきだと思うんです。

○村上委員

どうもありがとうございました。ちょっと価値観……。自分自身も、ちょっときちんとしておきたいこともありましたので、ありがとうございました。その方向で私も一生懸命努力したいと思います。

○岡井委員長

よろしいですか。その他については、もうよろしいですか。何かございますか。

じゃあ、相当時間をオーバーしてしまいましたが、結構、実質的な、いい審議もできたし、重要なところも決めさせていただきましたので。

次ですね。次の日程。

○後技監

次の日程は、5月と6月の候補日時を机の上に紙を置かせていただきましたので、4月24日、金曜日までに、ファクスでご返送いただきますように、お願いいたします。

以上です。

○岡井委員長

次は模擬部会をやるということでいいですね。

○上田理事

そうですね。はい。

○岡井委員長

先生言われた模擬部会。じゃあ、3つ、仮想事例をつくってもらって。

○是澤リーダー

もしよろしければ、助産院の症例とかありましたら、教えていただければ。

○岡井委員長

そうそう。岡本委員とかに作ってもらって。

○岡本委員

助産師さんとかと相談して。

○是澤リーダー

はい。お願いします。

○上田理事

どうもありがとうございました。

○岡井委員長

ありがとうございました。終わりです。

— 了 —