

第9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11月9日（月）午後4：00～午後6：00

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

財団法人日本医療機能評価機構

○事務局（久保） 事務局でございます。本日はお忙しいなかご出席いただきましてまことにありがとうございます。委員会を開始いたします前に資料の確認をお願い申し上げます。

まず、委員の先生方の出欠一覧がございます。

次に、第9回原因分析委員会の次第がございます。

その下に、議事資料がございます。

次に、資料でございますが、資料1から資料3までございます。

資料1でございますが、原因分析報告書〈仮想事例3〉でございます。

資料2でございますが、仮想事例3 修正箇所一覧表でございます。

資料3でございますが、原因分析報告書の公表について（案）でございます。

その下に別紙1と別紙2がついてございます。

それから、机の左上に、「産婦人科診療ガイドライン産科編2008」、「助産所業務ガイドライン2004年版」、「模擬部会において取りまとめた仮想事例の原因分析報告書」及び「委員用資料ファイル」を配付いたしております。これらのガイドラインや「委員用資料ファイル」などの資料は、次回以降の委員会でも使用することになっておりますので、委員会終了後も机に置いたままにさせていただくようお願いいたします。資料につきましては以上でございます。ただいま申し上げた資料のなかで不足がございましたら、お知らせいただきますようお願いいたします。

○事務局（久保） それでは、定刻になりましたので、ただいまから第9回産科医療補償制度原因分析委員会を開始いたします。

本日は、厚生労働省、部会長及び部会員の先生方にオブザーバーとしてご出席いただいております。なお、池ノ上委員長代理はご都合により途中でご退席される予定でございます。

それでは、議事進行をこれより岡井委員長にお願い申し上げます。

1. 開会

○岡井委員長 それでは、第9回の産科医療補償制度原因分析委員会を始めさせていただきます。委員の先生方並びに関係各位の皆さん、お忙しいところをご出席いただきましてありがとうございます。

きょうの議事に関しましては、次第にございますように、仮想事例3のまとめについて、それから原因分析報告書の公表について、それから、NICU等からの新生児期医療の情報収集について、その他、ということで予定しておりますので、よろしくお願いいたします。

最初の仮想事例3のまとめについてですが、前回のこの委員会で議論になりましたことを踏まえて事務局のほうでこういうまとめで行きたいということをご提案申し上げますので、ご審議いただきたいと思います。それでは、事務のほうからご説明いただけますでしょうか。

2. 議題

1) 仮想事例3のまとめについて

○事務局（倉成） それでは、仮想事例3のまとめについてご説明申し上げます。

本体資料の1ページをごらんください。まず、仮想事例3の原因分析報告書をまとめるにあたり、原因分析の基本的な考え方等について整理いたしましたのでご説明申し上げます。

(1)原因分析の基本的な考え方についてでございますが、「産科医療補償制度の原因分析は、責任追及を目的とするのではなく、『なぜ起こったか』などの原因を明らかにすることを目的としている」としております。これは平成21年4月21日版の原因分析報告書案作成マニュアルに記載されている内容でございます。委員の先生方には、お手元のファイルに原因分析報告書案作成マニュアルがご用意しておりますので、併せてごらんください。作成マニュアルの1ページの2.基本的な考え方の1)に今申しあげました内容が記載されております。

次に、本体資料に戻りまして(2)報告書の「4.臨床経過に関する医学的評価」についてでございます。まず、最初の2行に「報告書の医学的評価は、事象の発生時に視点を置き、その時点で行う妥当な妊娠・分娩管理は何かという観点から厳正に行う」としてありますが、これも作成マニュアルの1ページ、基本的な考え方の4)に記載している内容でございます。ただし、医学的評価は分娩時のみならず、妊娠中の管理に関しても行うために作成マニュアルには記載しておりませんが、「妊娠」という文言を加えました。また、医学的評価は厳正に

行うという姿勢で取り組みますので、「厳正に行う」という文言も加えております。

次の2行では、「なお、医学的評価に用いる用語については、まだ十分に整理できていないので、原因分析委員会で引き続き検討する」としております。医学的評価に用いる用語については、第7回原因分析委員会で審議されておりますが、医療水準のレベルに対応して医学的評価をどのような用語で記載するかはまだ確定しておりません。次回以降の原因分析委員会で審議をしていただく予定にしております。

最後の3行ですが、「また、当該事例ではどこが最も重要な医学的評価であるか、分り易く記載することが大切であるので、この項目の最後に、『まとめ』として、そのポイントを記載する」としてしております。前回の模擬部会で医学的評価の最も重要なポイントがどこであるかを示してほしいというご意見がございましたので、医学的評価の最後にまとめの項目を追加いたしました。

次に、(3)報告書の「5. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項」についてでございます。最初の4行に「再発防止策の提言は、既知の結果から振り返る事後的検討を行い、当該分娩機関の診療体制、所在地域の医療環境等の諸般の事情を考慮して、当該施設に対する提言のほか、学会、職能団体、国および地方自治体等にも提言を行う」としてしております。これは作成マニュアルの7ページに記載してある内容でございます。

また、後半の5行には、「その提言をする場合、『調査に携わる医師等のための評価の視点・判断基準マニュアル案（2008年度版）』の考え方に準じ、より良い産科医療を提供するために、また、どうすれば脳性麻痺の発症を防止することができるようになるかという視点で、結果を知った上で分娩経過を振り返る事後的検討を行い、実際に行われた診療行為を勘案して、再発防止策を提言するものとする」としてしております。

お手元のファイルに死因究明モデル事業マニュアルがありますが、この9ページの3)再発防止への提言に再発防止の考え方が記載されています。原因分析委員会では、この死因究明モデル事業の考え方に準じて再発防止策について記載します。

では、本体資料に戻りまして、(4)家族からの疑問・質問についてござい

すが、「家族からの疑問・質問については、分かる範囲でできるだけ答えることとする。しかし、家族からの責任追及につながる質問については、上記1により答えられない」。この上記1とは、原因分析は責任追及を目的としていないということでございます。「その場合も、質問に関連する事項の記載箇所に下線を引き、質問の番号を明示する（ただし、公表する場合は、下線と質問の番号は削除する）」としております。

仮想事例3の原因分析報告書では、家族の質問に直接回答はしていませんが、分かる範囲で質問に関連する事項について記載をしております。

前回の模擬部会で、家族からの質問に対する回答が分かりにくいというご意見をいただきましたので、質問に関連する部分に下線を引き、さらに文末に質問の番号を記載することによって回答部分を明示することにいたしました。以上が、仮想事例3をまとめるにあたっての基本的な考え方でございます。

それでは、次に、これらの考え方を踏まえて修正いたしました仮想事例3の原因分析報告書についてご説明申し上げます。

お手元の資料1、原因分析報告書<仮想事例3>と資料2の仮想事例3 修正箇所一覧表をごらんください。資料1の原因分析報告書<仮想事例3>は、前回の模擬部会で審議された内容と、模擬部会の後に提出されたご意見を踏まえまして修正したものでございます。

資料2の仮想事例3 修正箇所一覧表は、前回の模擬部会で提出された報告書の原案から、本日の資料としております報告書がどのように修正されたのかをまとめた一覧表になっております。

仮想事例3 修正箇所一覧表の見方ですが、一番左の項目は修正を加えた項目を記載しております。次が、ページ、行となっております。修正後のページと行を記載しております。その次が内容となっております。修正後の表現を記載しております。一番右が修正前となっております。模擬部会に提出された原案の記載です。空欄となっている部分は新たに書き加えたため修正前の記載がないもの、または修正の際に削除したため新たな記載がないものです。また、1行下には変更理由を記載しております。

内容のご説明に入ります前に、1点資料の修正をさせていただきます。

仮想事例3 修正箇所一覧表の1ページ目で修正後のページ、1ページ20～

23 行目という部分になりますが、行数が間違っておりました。正しくは 19～22 行目でございますので修正をよろしくお願いいたします。

では、初めに、修正した報告書のポイントとなる部分を 3 点ほどご説明させていただきます。そのほかの修正部分につきましては後ほどご説明申し上げます。

まず、1 点目でございますが、「はじめに」の部分でございます。修正箇所一覧表の 1 ページと原因分析報告書〈仮想事例 3〉の 1 ページ 19～22 行目をご覧ください。先ほど本体資料の(4)家族からの質問・疑問についてで申し上げましたように、家族からの疑問には分かる範囲でできるだけ答えることとしますが、家族からの責任追及につながる質問については答えられないとしております。この考えで「はじめに」の最後に「なお、ご家族の疑問には可能な限りお答えしたいと考えておりますが、本報告所は医療提供者の責任追及につながる質問にはお答えすることができません。その場合も、質問に関連する事項の記載箇所に下線を引き、文末に質問の番号を明示していますので、参考にして下さい」という文言を追加しました。

次にご説明させていただきますのは、家族からの質問の回答に関する記載についてでございます。質問に関連する部分には下線を引いて、文末に質問の番号を記載しました。報告書の 9 ページ 15～18 行目をご覧ください。この部分には下線を引き、文末に質問②と記載して、家族からの質問②に関連する部分であることを示しております。

家族からの質問は、報告書の 6 ページ 17～19 行目にありますように、「病院に搬送されていたら子供は脳性まひにはならなかったのではないか？」というものです。それに対して「この胎児低酸素性虚血性脳症が脳性まひ発症の直接的な原因であると考えられるが、入院時の胎児心拍数図に胎児心拍数基線細変動の減少と高度変動一過性徐脈が見られることから、本事例における胎児低酸素性虚血性脳症は、入院前から発症していた可能性が高いと判断する」と記載しています。この部分で妊産婦が当該分娩機関に入院した時点で脳性まひ発症の直接的な原因であると考えられる胎児の低酸素性虚血性脳症がすでに発症していた可能性が高かったことを記載して家族への回答としております。

家族からの質問のもう 1 点は、報告書の 6 ページ 12～15 行目にありますよう

に、「35週の時ですぐ病院に行っていれば今回のようなことにはならなかったのではないか」というものです。それに対する回答は、報告書の13ページ7～12行目の下線部分をごらんください。「尿蛋白・尿糖・浮腫は認められていないが、血圧は、146/90mmHgに上昇しており、妊娠高血圧症候群の診断基準に該当する。妊娠高血圧症候群に対する根本的な治療法は存在しないが、医師の管理下であれば病状悪化への対症的な処置は可能である」と記載しています。ここでは脳性まひの発症に間接的に関与したと考えられる妊娠高血圧症候群が妊娠35週の時点ですでに発症していた可能性が高かったことを記載して家族への回答としております。そして、文末には質問①と記載して、家族からの質問①に関連する部分であることを示しております。

3点目は、医学的評価のまとめについてご説明申し上げます。先ほど、本体資料の(2)報告書の「4. 臨床経過に関する医学的評価」についてご説明申し上げましたように、医学的評価の最も重要なポイントがどこであるかを医学的評価のまとめとして記載することにしております。報告書の17ページ4～10行目をごらんください。「助産師による、妊娠29週までの妊産婦の管理に問題はなく、妥当な保健指導が行われていた。また、分娩時の助産師の対応も概ね問題はなかった。しかし、妊娠29週に嘱託医が4週間以内の超音波断層法の再検査を指示していたにもかかわらず、助産師が妊産婦に受診を指示しなかったこと、および妊娠35週で高血圧がみられたにもかかわらず、助産師が嘱託医療機関へ直ちに受診することを指示しなかったことは、妥当とは言えない」と記載して、本事例の医学的評価のまとめとしております。以上です。

○岡井委員長 ありがとうございます。ただいまのが前回の議論を受けての事務局のほうからのまとめの提案ですが、委員の先生方からご意見を伺いたいと思います。いかがでしょうか。

○岡本委員 前回、医学的評価のなかに助産とか看護の視点で見ていくということで、そのことを原因分析報告書作成マニュアル等に述べたらということでしたが、これは最初に述べてくださいましたが、次回検討ということでもいいですか。

○岡井委員長 その点に関しては次回にさせていただきます。

○岡本委員 はい。ありがとうございます。

○岡井委員長　そういうふうに、マニュアルのところに入れたいと思います。ほかに。はい。どうぞ。

○鈴木委員　これは質問①に答えているんですか。妊婦さんは意味がわからないと思うんですけれども。質問①に対する質問として。

○岡井委員長　これは「はじめに」というところを書いてあるように、責任追及につながるような質問にはお答えできません。しかし、質問に関連あることをここに書いていますので参考にしてくださいと、そういう回答になっています。

○鈴木委員　責任追及につながる可能性がある質問については一切答えないが原則なんですね。

○岡井委員長　原則で行きたいと思います。

○鈴木委員　僕は賛同できないですね。

○岡井委員長　それは先生とはそのところは意見が違うんですが。

○鈴木委員　そうしたら、なぜ医学的臨床評価をするんですか。臨床評価だって責任追及につながりますよ。

○岡井委員長　これは、先生ね、この産科医療補償制度というのが、今、こういうふう to 実施されようとしている経緯は、先生もご存じだし、委員の先生もみんなご存じだと思いますが、こういう脳性まひというような残念な結果に終わった場合とか、医療事故があったときに、患者さんに何らかの補償をするのに、これまでは医療裁判という制度を通して行われてきたわけですね。しかし、それによって、果たして、裁判になって医師と患者さんが争うということをやったときに本当の真実が出てくるかということ、必ずしもそうじゃない。その結果として医療が向上したかということ、そうじゃないという事実があるわけですね。責任を追及された側は自分に都合の悪いことは言いたくないし、いろいろ言い訳もするだろう。

しかし、責任を追及しないで、実際に真実は何だったのか、医学的な原因は何だったのかということだけやれば、それは裁判で争うよりはよほど真実が出しやすいし、医療提供側もデータを出してくれる。そういう考え方で無過失補償制度というのが出てきているわけですね。もちろん、この制度にはそれ以外にも利点があります。裁判で争うというのは、医師と患者の信頼関係を損なう

という、そういうような側面もあります。本当に医療提供者側が真摯に患者のためを思って全力を尽くすことが必要で、そういうことで医療というのはよくなるわけですから、新しい考え方として、過失の有無を争わないで、患者さんに金銭的補償をしましよという制度が生まれた訳です。その代わり原因はしっかり究明します。しかし、そこでは過失の有無の判定や責任追及はしませんよ。だから、きちっとデータを出してください。みんなでこの制度をやってみましょと、これが無過失補償制度の原因分析の考え方ですから、ですから、責任は追及しない。しかし、原因は何なのか、医療の評価もやりますよという、そういう立場なんですね。それは、先生、わかっていただきたい。

○鈴木委員 無過失補償制度は責任を追及しないという制度じゃないですよ。先生。無過失補償制度は責任追及とは関係のない制度です。

○岡井委員長 そうです。

○鈴木委員 責任追及しないという制度ではないと思います。

それから、それでは、6ページの①の質問には、13ページは答えていないということが前提でいいんですね。私は答えていないと思います。

○岡井委員長 そうです。これも答えていないんです。ただし、聞かれたことに関連のあることは書かれていますから参考にしてくださいと、そういう意味です。

○鈴木委員 質問①は、つまり、ありていに言えば、脳性まひを回避できた可能性はあるのかどうかについては責任追及につながる可能性があるので、同じような質問が今後出ても答えないという方針ですね。

○岡井委員長 そうです。

○鈴木委員 僕は賛成できないですね。

○岡井委員長 先生が言われたように無過失補償制度というのは全体として責任追及をしないのではないんです。責任追及を担当する部門も存在するのです。ただし、原因分析委員会ではやらない。それとは切り離している。別なんです。

この制度は、今、始めている産科医療補償制度というのは、私の目から見ても本格的な無過失補償制度と比べると、まだ不十分なところもあるんです。責任をきちっと追及して、何らかのペナルティを課すという部分はない。その代わり、一方では裁判するというのも大幅に権限として残しているような、そう

いう、ある意味で中途半端なところもあるんですが、しかし、原因分析委員会としては、あくまでもこの医療提供者側に責任があったかどうか、過誤がどうかというものの判定はやらないと言う方針なのです。ですから、責任追及もしない。そういう精神に徹してやっていきたいと、そういうふうに考えています。

○鈴木委員 逃げない、隠さない、ごまかさない、というそういう方向で医療界がやろうとしているときに、僕は、それは逃げているし、ごまかしていると思います。

それから、17ページのまとめのところでもっとも重要なのは、29週のときの嘱託医療機関にきちんとかかることだと言っておきながら、それが最大の再発防止だと言っておきながら、そのときにしていれば脳性まひにならなくてすんだかについてはあえて答えないと、こういう方針ですね。

○岡井委員長 そうです。

○鈴木委員 確認だけであればいいですよ。

○岡井委員長 ええ、そうです。そのとおりです。

○鈴木委員 僕は、これは妊産婦の支持を受けるような制度にはならないと思います。

○岡井委員長 ちょっと待ってください。逃げない、隠さない、というのは、逃げない、隠さないできちんと医療評価をしているわけですね。

○鈴木委員 ごまかさないもありますよ。先生。

○岡井委員長 ごまかしてもいいですよ。

○鈴木委員 ごまかしているじゃないですか。

○岡井委員長 ごまかしているのではなくて、責任追及につながることは言わないだけです。それがこの制度がうまくいくかどうかに関わる根本的なところなんですよ。

○鈴木委員 いやいや、先生がおっしゃっているのは、僕は矛盾していると思います。

○岡井委員長 いや、全然矛盾していないですよ、先生。訴訟に代わる制度としてこういう考え方をやっていきましょう。そのときに本当に原因を分析、ちゃんとできるかどうかというと、そこで、「あなた、責任ありますよ」と言うのだめだと。これまでの訴訟でうまく行ってなかったのですから。だから、みんな

ながこういうとやり方で原因分析するということです。ですから責任は追及しないのです。

○鈴木委員 「責任ありますよ」なんていうことを書けなんて言っていないじゃないですか。そんなこと言っていないですよ。

○岡井委員長 いやいや、それにつながることは書かないと言っているわけだから。

○鈴木委員 そこは逃げていますよね。逃げてごまかしたりしているんですね。

○岡井委員長 ごまかしていないですよ。ものすごくはっきり言っていますよ。はい。どうぞ、お願いします。

○隈本委員 今回のまとめは、ご家族からの質問に、疑問に関して責任追及につながる質問にはお答えできないと言っているんですよね。このこと自体を認めるか認めないかというのがここでの議論だと思うんですけれども、これはこの報告書全体が責任追及につながるようなことを書かないという意味なんですか。

○岡井委員長 そういう意味です。

○隈本委員 それだとしたら、ここのそのご家族の質問に答えてみたいな限定的なことを言わずに、この原因分析報告というのは、責任追及につながる文言はすべて避けますというふうに公表すべきではないですか。恐らく、つまり、直接責任を追及する目的ではない。私の理解ですが、この制度というのは、直接責任を追及するつもりはないが、原因分析をしていったら、これはここでこういうことをしちゃだめでしょうということがわかったときはそれを言う。だから信用されるんじゃないですか。もし責任の追及につながるようなことはこの報告書には書かれていませんと言ったら、だれも読まないし、わからないから、訴訟しますよ。訴訟を減らすためにみんなで頑張っていこうというときには、絶対だめなものはだめと言う。そこは信用してくださいね。

ただ、ご質問の内容が、「だれに責任があるんですか」みたいな質問だったらお答えできませんけれども、この文言、これを読むと何が起こったかすべてわかりますという制度にして初めて信用されるんじゃないかと思っているので、今の委員長のご発言、家族の質問に限定して責任追及につながる文言は避ける

というのだったらば、みんなで認めましょうかみたいな話は可能性はあるとしても、この制度全体、原因分析そのものが何らかの形で責任追及につながるものはすべて避けるというのでは、これは信頼してもらえないと思います。

○岡井委員長 いやいや、原因を分析するのに責任を追及されるようなことは避けるという意味じゃないんですよ。この報告書に書く表現としてね、表現として、例えばこの人の責任であるということは当然書かない。それから、この間から実際に問題になっている何時何分の時点で帝王切開を行っていたら脳性まひは回避できた可能性が高いとか、そういう表現はしない。しかし、今、現実にごとで書いてあるように、ここの医療の判断は甘かったとか、そういうことはちゃんと書くわけですよ。だから、それは責任追及しないというより、責任追及に直接つながるような表現はしないということです。この報告書は、それから、これは医療過誤であったとか、医療過誤でなかったとか、そういう判断はしない。それはあくまでも責任というのは法的責任ですよ。損害賠償につながるような、その責任云々というような形の表現はしないということを行っているわけです。

○鈴木委員 そんなこと一言も言っていないじゃないですか。

○池ノ上委員長代理 先ほど事務局から説明していただいたこの修正の文章ですね。そして、2ページ、今、この質問①に対して答えているかどうかというのは、鈴木委員は、これは答えていないし、日本語わからないのじゃないかという。患者さん。

内容を見ますと、妊娠高血圧症候群に対する根本的な治療は存在しないが、医師の管理下であれば、すなわち高血圧が認められた段階で直ちに病院に患者さんを搬送するなり紹介するなりしていれば、その後の病状悪化への判断、診断、対症的な処置は可能であったということをここに述べていますから、これは高血圧がはっきりした段階で高次診療機関に搬送すべきであったということ、やはりこれはここで問題ありとしているわけですよ。その後、これが低酸素虚血性脳障害に入るその経過については、医師の管理下であればそれが発見されたかもしれないということを行っていますから、医学的な評価はここで十分理解できるのではないかというふうに思いますけれども。

○鈴木委員 再発防止と関係ないじゃないですか。再発防止できたかどうか書

いていないじゃないですか。

○池ノ上委員長代理 だから、これ、早く送ってあげればよかったわけですよ。

○鈴木委員 送ってあげればよかったということと、送ってあげれば脳性まひが回避できたか、要するに防げたかどうかは別の話ですよ。

○池ノ上委員長代理 それはわかりません。

○鈴木委員 わかりませんならわからないと書いてくださいよ。

○池ノ上委員長代理 だから、そうやってあげれば、その可能性はあったと。

○鈴木委員 どこに書いてあるんですか。

○池ノ上委員長代理 可能であると書いてある。

○鈴木委員 悪化する可能性があること考慮すれば、ほうっておけば悪化する可能性があるということと、ほうっておかなければ悪化しないということは別の話ですよ。

○池ノ上委員長代理 いやいや、そうじゃなくて、いろいろな診断方法なり胎児の評価なりということが、助産所では限界を超えていたということがこの文言では書いてあるわけじゃないですか。

○鈴木委員 だから、それが再発を防止するのかどうかということについては書いていないでしょう。それをしてあげれば再発防止――

○岡井委員長 それはだから再発防止のところで、今後の医療の改善のところで出てくるわけですよ。こういうときはこうしましょうというのが。それをみんなが守っていくようにすれば、少しずつ改善されていくわけです。だから、そのことは全部書くんです。

○鈴木委員 少しずつ改善するということと、この事例が改善されたかどうかは別の話です。

○岡井委員長 いや、いや、だから、その事例が改善されたかどうかということを書くこと自体が、この人に責任がありますよということにつながるから書きませんと言っているわけです。

○鈴木委員 だから、それは臨床評価だつてつながるんですよ。

○隈本委員 こういう例を出すとわかりやすいのではないかと思って私は考えてきたんですが、その赤ちゃんを落としちゃいました。頭蓋骨が割れて大きな被害が出ましたという場合に、それが原因がわかったとしますよね。診療記録

から。そのときに、だれだれさんが赤ちゃんを落としたという事実がわかるわけです。で、床にぶつかったので頭が割れましたと。この場合に、岡井委員長のお考えのその原因分析報告書はどのようなふうを書くんですか。だれだれさんが落としたので。

○岡井委員長 スタンスとして、そのことは書きますよ。原因は、落としたことにより頭を打って骨折を起こした。それが原因であると。

○隈本委員 でも、今の責任追及につながる文言を避けるということであれば、何らかの形でこの頭蓋骨に 500 キログラムの圧力がかかったため頭蓋骨が 3 センチにわたって割れるというふうを書くというように聞こえるんですけども、違うんですね。ここは確認しておきたいんですが、だれかさんが落としたら頭が床にぶつかった。そして頭が割れた。それはだれが落とした、何時何分だれが落としたということを報告書にちゃんと書くんですね。

○岡井委員長 それは書きますよ。

○隈本委員 これは、でも、責任追及につながりますよね。落とさなければよかつたのにと。

○岡井委員長 医療評価が責任の追求に関係ないことはあり得ないんですよ。これはいろいろなことを分析して、全部書いていくわけですから。それから、医療評価をしますのですね。

ただし、どこまでそれをやっていくかという、どこかで線を引くとすれば、今、言っているあたりで私としては引きたい。今、言っているあたりというのは、もしもこの事例で何時何分に帝王切開していれば脳性まひを防げた可能性が高いと、そういう言葉、表現はしないでおこうと。その一歩手前までにしておきたい。

それをもう一歩進めると、次は、じゃあこれは法的責任がありますよとなるからです。だって、帝王切開していれば脳性麻痺を回避できたのに、そのときに帝王切開しなかったんだから、となっちゃうわけで、本当に責任がありますよということを言う一歩手前なんです。だから、事実としてあったことは全部書きますが、表現として責任追及に直接つながるような言い方はしないと言っているのです。

○隈本委員 だから、だれだれさんに責任がありますという表現を避けること

については賛成できるんですね。患者の立場としてもね。でも、あえてこれを書くとなだれに責任があるとわかつちゃうので書かないという報告書にはならないですね。

○岡井委員長 いや、そういう意味じゃない。

○隈本委員 そこはぜひ確認しておきたい。

○岡井委員長 事実は事実として書く。だけど、仮定の――

○隈本委員 そうしないと部会の先生方も、きっとどこまで書いていいんだということになりますよね。

○岡井委員長 仮定の状況をつくって議論する。それが私の言うタラレバなんですよ。ここでしていれば、こうしていれば防げたんじゃないかと、そういうような書き方はしたくない。

○鈴木委員 再発防止はみんなタラレバなんですよ、先生。

○岡井委員長 そんなことはありません。再発防止とはまた違うんです。この事例の評価というのと再発防止とは別です。再発防止は今度からこうしましょうという話ですから。

○隈本委員 あえてわからないふりをするつもりはないのですが、赤ちゃんを落とさなければ頭蓋骨骨折はなかったと言えるじゃないですか。でも、これはタラレバですよ。

○岡井委員長 でも、そんなことは書かないんですよ。常識でわかるじゃないですか。

○鈴木委員 常識じゃわかりません。これは常識ではわかりません、本件事例は。

○隈本委員 その常識でわかる範囲で、原因、仮に、この文章を読めば明らかにこの人に落ち度があるなということが仮に常識的にわかるものでも、報告書には原因として書き込む。

○岡井委員長 それは原因としては書き込むんです。

○池ノ上委員長代理 医師の管理下に置いておけばよかったということが書いてある。

○岡井委員長 原因である事実はちゃんと書いてあるんです。

○隈本委員 いや、だから、あえてそういう意味では、ここに書かれている今

回の「はじめに」の修正は、あくまで家族の疑問が、だれに責任があるんですかといったような中身であった場合、それにはお答えできませんという、家族の疑問限定の話であって、報告書で事実関係を医学的な評価をするときに、仮にだれかの責任を追及するようなことになったとしても、それは事実としてしっかり書くという理解でよろしいですか。

○岡井委員長 事実としてはしっかり書く。前回、ここも鈴木先生とは意見が分かれたところですが、こういう質問がない場合に、あえてこの事例ではこうすれば脳性まひが回避できたということは書かないでいきましょうというのが僕の考え方で、鈴木先生は私は了承していないと言っておられますが、そのときに私は皆さんにお話しして了承を得たと思っているんです。事実はちゃんと書くし、その事実を読んだときに、「ああ、責任がある」と判断するのは、それはいいわけで、それを基にももちろん患者さんが裁判に持ち込む権利はありますし、それはそれでそのときにはっきり、この人がこうしなければ脳性麻痺にならなかったとかいう形で鑑定書にそういう文章も出てくるかもしれないし、その場合法的責任になります。患者さんの側には常にその権利はあるんですが、私たちのこの分析委員会の報告書としては、そういう判定をやらないという大前提でやってきているわけですから、これはやっぱり原因分析までにしたい。書くのは責任追求の手前で止めたい。

○楠田委員 先ほど紹介いただいたこのマニュアルですよね。このマニュアルは21年4月21日版で、基本的な考え方の1)ということで、責任追及を目的とするのではなく、なぜ起こったかなどの原因を明らかにするとともにというふうになっていますよね。これはこの原因分析委員会ではなくて、もっと基本的な委員会のところで決められた方針ですよね。だから、ここでこの基本的なことまで大きく変えるというその権限というか、そういう議論をする場とは少し違うかなというのが1つの意見なのと。ただ、明らかにここになぜ起こったかの原因を明らかにするということですから、私の個人的な考えでは、この原因分析委員会では、あくまで医学的に何がこの脳性まひの原因につながったかということ进行分析すると。

ただ、もしこうすれば、そうすれば医学的にこの脳性まひは回避できたかどうかというのは、これはもうだれもわからないですよ。ですから、こうすれ

ばよかったというのはさすがに医学的に言えないので、そうではなくて、こうだからこちらのほうに流れていったということを分析すると。そういうことは書くと。

○岡井委員長 事実を分析する。

○楠田委員 ただ、その逆のことはわからないので書かないというふうに理解すれば、皆さん、いいんじゃないかなというふうに思うんですけども、いかがですか。

○松田委員 「児・家族からの情報」で(2)として、「分娩で感じたことは、疑問の説明をしてほしい」という、項目の2番目で、「例えば病院に搬送されていたら子供は脳性まひにならなかったのではないかということに対しては、その原因としまして、ここにちゃんと(9ページのまとめ)「入院前から発症していた可能性が高いと判断する」と書いてあるわけですから、これで十分なんじゃないでしょうか。

1番目の項目で、これも35週のときに病院に行っていればということで、これも先ほど池ノ上委員長代理が言われたように、その段階では受診をするという選択肢があったと。ただ、そうしたからといって、この事例が回避できたかという、これはわからないわけです。この記載で十分だと私は思います。

○岡井委員長 わからないのはわからないと書きなさいということだけれども、そういう質問に対しては、本当に患者さんの素朴にこうしたら助かったんじゃないかとかそう思う気持ちはよくわかるので、それに応えてあげたいんですけども、この制度でそれを答えるということで全部やっていると、最後は鑑定書みたいな形になってしまって、そこを読むと、これはおかしいんじゃないかって、訴訟に行ってしまう。やっぱり現実にはそういう傾向が高まると思います。それじゃあ、本来、この制度を始めて訴訟を減らそうと考えてやっている方向の逆さまのほうに向かってしまう。それを私は恐れている。そうすると、実際に脳性まひを減らしていこう、訴訟も減らしていこう、患者と医師の関係も昔のように信頼関係を取り戻してやっていこうという、医療事故が起こった後のその対応の仕方、新しいやり方でやっていこうという基本的な考え方が進まないんですよ。

それで、患者さんにも本当はもうちょっとダイレクトに答えられればその方

が満足されるのはわかります。しかし、この制度の理念として、この委員会では責任があるとかないとか、この人がここで帝王切開をやっていたらよかったというようなことは書かないでいくんだと、そのほうがやっぱりデータも出しもらえるし、最終的には問題点もよりはっきりしてくるわけですよ。というふうに考えているんですけども。

○豊田委員 専門的な書き方は私にはわからないんですけども、ただ、読んで親御さんがわからない答え方だったら、私でしたら意味がわからないのでかえってこれを調べようとすると思います。例えば、窓口があって、これをきちんと報告書に書かれているのはこういう意味ですよと説明していただけるのならわかるんですけども、文書だけ送られてきて、さらに意味がわからないとなったら、これはお金を出してでもどこかで調べてもらおうという方向に考えられると思うんですね。

ですので、本来ならこう書くべきだとかいう議論は、専門家の方々の間ではあるかもしれませんが、親のためにもある報告書なわけですから、そのときに意味がわからないとなってしまうたら、さらに調べようとするのが、専門職じゃない人たちの行動だと思うんですね。ですから、その部分を考えていただかないと、かえって法廷の場などで明らかにしてもらえないかなという考えになっていってしまうのではないかなと、私は違うほうを危惧しますけれども。

○徳永委員 2点言わせていただきます。1つは、いつも同じ議論が行われるように思います。鈴木先生だったら「ここはどう表現するのか、どのような表現であれば患者さんの意向にこたえられるのか、また原因分析委員会の理念に沿った回答なのか」ということと、2点は家族からの情報提供の(2)について感じるのですが、患者さんの疑問に具体的に答えることが原因分析をしていく上で本当に必要なのか疑問に感じます。その辺を整理しないと、このような議論が繰り返されるのではないかと思います・・・。

○岡井委員長 後半のほうですけども、それは最初からあった話ではなくて、医療提供者側がカルテにこういうことをやったとか書いてあっても、実際にやっていないことだってあるかもしれないし、患者さんのほうからの意見も聞きましょうということ、患者さん側から意見を聞くということから入っていっ

ていろいろな疑問も出てきたら、その疑問もお聞きしましょうということになったんですね。これはこれで僕は疑問を聞いてあげるのはいいと思います。でも、それまでやめちゃうというのはどうかなと思うんですけれどもね。

ただ、それがこの原因分析委員会のメインの仕事ではないんですよ。患者さんの疑問に答えるというのは本来の仕事ではない。それも答えてあげたいですよ。でも、原因が何なのかを医学的に分析して、次に脳性麻痺の事例をできるだけ減らしていくこと、同じ原因で起こらないようにしていくという、そっちの行動に医療界全体に動いてもらうように、それがこの原因分析委員会として一番大事なことだと思うんですね。

○徳永委員 岡井委員長に異論はありません。こうすればどっちにもいいんじゃないかという、もし少し違った方法で家族の疑問に答えるような方法をとるのか。そのへんを決めておかないと、原因分析の文章作成のうえで難しいのではないか。

もう1つ、私だったらこういう表現をする、こうすればどっちにもいいんじゃないかという、もし文章の書き方があれば提示していただければ、医者立場としておかしいとか、あるいは患者さんの立場に立ったらもっと別な表現の方がいいとかという話につながるように思えますが、その辺、鈴木先生どうなんでしょうか。

○鈴木委員 今までの産科学系の方々の発言を聞いていますと、要するに、脳性まひを防止できたかどうかわからないので書けないという意見は、ちょっと今回の議論としては誤解に基づくので、違うと思います。それで、わからないということを前提にするのであれば、処置は可能ではあるが係る処置を行ったとしても脳性まひを防止できたか否かについてはデータもなく不明であると、そう書きなさいと申し上げているんです。

○岡井委員長 わからない場合はわからないと書けというのは――

○鈴木委員 その代わり、逆にわかる場合にはわかると書くべきだと。

○岡井委員長 ええ。それは先生のご意見。

○鈴木委員 ですから、岡井先生は、それを書くと言いますけれども、豊田さんが言っているように、僕もそれを書かないことでかえって訴訟が増えるということもあり得るというふうに思います。

○岡井委員長 これはどっちが正しいか、増えるかどうかはどのような症例がどれ位あるかにかかっているのです、それこそプロスペクティブ・スタディをやってみないとわからない話ですが、私たち医療を提供する側は、毎日患者さんの診療をしていてそれでうまくいかなかったら訴訟になるかもしれないということが大変心の負担に思っているわけです。そういう人間にとってみれば、報告書のなかで、もしこのときにこうしていれば回避できたというような報告書が出ると、それは相当大きなインパクトを与えますよ。私たちが、これは責任追及ではなくて原因分析をするためですよ、ですから皆さんこの制度に入ってくださいと言っているのに、そういうような報告書が出たら、これは患者さんの側からは別の意見が出るのはわかっているんですが、医療提供者側からは、やはりそんなことではもう協力できないなとなるかもしれません。この制度には自分たちの意思で入っていることになっていきますから、もう入りたくないというような話になってくると思うんですね。そうすると、この制度自体の運営がうまくいかなくなる。それを僕は一番危惧しているんです。

○鈴木委員 今、本件事案について私のような書き方をすれば、訴訟にはならないと思います。逆に、脳性まひ防止が可能であることについてきちんと書けば、それは示談交渉によって訴訟にならずに、この報告書がまさに紛争解決に役立つ。つまり、どちらを書いてもこの報告書は紛争解決に役立つ。書いていないことで不明で紛争解決に役立たなければ、訴訟に行くしかない。これを豊田さんは言っているわけですよ。

○岡井委員長 いや、わからない。言っている意味が。

○鈴木委員 先生が言う、書くのと書かないのとどっちが訴訟になるかはやってみなければわからないことではないですよ。書かないほうが――

○岡井委員長 いや、先生、ちょっと言わせてください。この事例ではそうかもしれない。この事例は、この時点で医者に連れて行っても、もう間に合わなかったかもしれない。だから、脳性まひが防げたとは言えない。だから、先生が言われるように訴訟にならないんです。逆のケースで、明らかにこの時点で帝王切開していれば回避できただろうというようなことを書けば、これはもうすぐ訴訟ですよ。

○鈴木委員 そんなことはないですよ。

○岡井委員長 いや、それはそうでしょう。

○鈴木委員 そんなことはないですよ。損害賠償責任保険の保険会社がそれを考慮して、こういう専門家に検討してもらったことでもって臨床評価にも問題があり、しかも再発防止は可能であったということであれば、それは損害賠償責任としてきちんと手当てしようということになって、訴訟は回避できるんですよ。

○宮澤委員 それはこちらの領域だから、ちょっと私が説明しますけれども、この原因分析の報告書というのが出てくれば、この報告書を書かれた方は医療の専門家であります法律家もまじっていると。そこで原因がはっきりしてくるということになれば、それはそれで訴訟になることは、よほど金額的な要求の差が大きい限りは、まず落ち着いていこうと思われまして。というのは、やはり保険会社というのは、ただ患者さんの側がこれは責任があると言っただけで有責を認めて示談をして合意をしていくということはずないんですね。その意味では、非常にというか、ある程度の権威から意見が出てきたときに初めて合意のたたき台が出てきますので、これが出ることによって和解によって終了して訴訟にまでならないという可能性は極めて高いと思います。

○岡井委員長 ただ、そこまでこの原因分析委員会がやるのかということですよ。

○宮澤委員 ええ。だからそこなんです。基本的な問題は、どういうスタンスなのかと。こう書かれている2ページの1行目のところですね。家族からの責任追及につながる質問については答えられないと。この「つながる」というのは非常に広範な状況を含んでしまっているので、恐らく、鈴木委員なんかもそこら辺のところを非常に気にしているのではないかと思うんですね。結果としては、責任追及につながる可能性があれば、原因分析をしていけば、幾つかの要素があつて、これは原因がわからないならわからないでそれはもう仕方ない。限度のことだから仕方がないと思うんですけども、原因としてここだというふうに分かるという部分は、それは書かざるを得ないと思うんですね。その意味では、ここに書いてあるとおり、一番最初に目的として、原因を明らかにすることを目的として、責任追及を目的としているのではないということが書いてありますから、ここの部分は責任追及につながる質問とかそういう形ではな

くて、責任追及を目的とする質問とか、ぐっと限定をしていけば本来の原則と合っていきますし、責任追及を目的とする形で書くわけではないですし、結果的に書いたことが責任追及につながるということは、これは結果の効果の問題です。これはもう原因分析をある程度合理的にやっていく以上、そういう結果が出てくることはやむを得ないのではないかなと思うんです。ですから、その意味では責任追及があるかないかということが、法的な責任追及の原因になるかどうかではなくて、やはり医学的にどこが原因かを端的に書くということに主眼を置くべきであって、その結果として法的な責任を追及される場合があっても、これはもうやむを得ない。原因追及をまじめにしていってこういう形になるのはやむを得ない。仮にそうなったとしても、それがすぐに訴訟になっていって信頼が失われるということではなくて、むしろ話し合いの場ができていく可能性のほうが高いと、私はそう思っております。

○岡井委員長 1つ問題なのは、これまでの裁判で、鑑定書というのは医療提供者が書くときに、ここの医療が問題だとはっきり書くと被告の医師なり医療提供者側が裁判に負けて、保険に入っているから現実には保険で払うにしても、それだけの責任を取らされるという形になるので、医療水準に照らしてみてもこの辺は妥当であるというふうに書いてきたわけですよ。中間のレベルはね。だから責任がない。それが結局医療を向上させるのを妨げているんですよ。もっと上のほうから見たら、さらにもう少し上がある、こうしましょうと書きたいわけですよ。だけでも原因分析で過失の判定を行うことになると同じような力が働いて、ここでもまたそういうふうには、鑑定書みたいに医学評価そのものが甘くなるのです。帝王切開をやっていけば脳性まひを回避できた可能性が高いというようなことを書くと、これはその人に責任があると言っているのと同じだから、そう書かないようにしようと。そこで、わかりませんよというふうになったり、そういうふうな力が働くんです。だから、それをなくすために、その法的な責任云々というのは一切関係ないんですという姿勢が大事なのです。あくまでも医療としてこうなんだと。それに徹してやりたいんですよ。それが原因分析委員会のあり方なんですから。

○宮澤委員 それならそれでいいと思います。

○鈴木委員 それはおかしいですよ。この制度は、無過失補償制度をつくった

のは、紛争を減らすためだとおっしゃっておきながら、紛争にはかかわらないんだと。つまり、要するに、裁判が起きた後にこれが出るんじゃないんですよ。つまり、法的紛争化を防ぐためにも、僕はそれが主たる目的ではなく、再発防止だと思いますけれども、副次的にしろ再発防止をきちんとやるのが法的紛争化を防いでいくわけですよ。そのためには、きちんとしたことを言う。つまり、さっき言ったように、結果回避の可能性について言及すれば、法的責任につながる可能性があるから、そういうことは答えないということがかえって紛争に終止符を打たなくなるんですよ。先生。

だから、先生の言っている、この制度はもともと紛争を防止するためだと言っておきながら、それを書かないで法的責任には言及しない、一切無関係にあるんだというのは、矛盾しているんですよ。

○岡井委員長 いや、そんなことはないって。そうやって責任追求をしない原因分析で訴訟を減らすことに成功して、この無過失補償制度というのはヨーロッパでもだんだん広がってきているわけですから、現実にそういうやり方でやっていて勿論、補償審査の問題はありますが・・・。

○木下委員 いろいろなご議論があるのはわかるんですが、そもそもこの原因究明委員会で我々周産期の専門家たちが集まって、医学的に原因究明をすることがあって、意見書を書くための議論をするわけでもなければ、鑑定書を書く議論をするわけでもありません。例えば、患者様のいろいろなご質問も、あたかも医事裁判に出てくる論点整理のようなご質問があります。そういう質問に答えるために我々が集まるわけではありません。あくまでも医学的に原因究明をしていくために集まっています。調査して原因分析を結果として、これは問題であるという判断も当然あります。そのような事例結果として示談又は、民事裁判になるかもしれません。このようなことは避けているわけでも何でもなくて、むしろ逆に、今までは判断があいまいだったことがあるかもしれないけれども、今回の委員会ではこのことについてやはり妥当ではないとか、表現としてさまざまあるかもしれませんが、そういう表現をするということで医師も真剣に真摯に事実に対して向かいましょうということをやっているわけです。したがって、これだけのメンバーを見ても、ほとんど全国の周産期の専門家です。その委員が、意見書を書くために来ているわけではないのです。

鈴木先生のお話のような視点もあるかもしれないけれども、基本的には、その報告書の結果について患者様であれ病院側であれ、見た上でそれぞれがどう使うかというのはまた次に考えていただければよいことです。医学的には原因分析して、ここが問題だったんだというところを出来るだけ明らかにするという基本的な考えでやってきたというのが今までの流れだったと思います。従って岡井委員長のご意見の通りでやってみたらどうでしょうか。もし訴訟のための意見書が鑑定書に似たような報告書を書くためにこの委員会の委員になるとなると、委員を否定することになるかもしれません。専門家が集まって一生懸命やっついていこうというのは、今、申し上げたように、本当に医学的に原因を究明し、そして再発予防の対策を何とかしましょうという純粋な気持ちでやっているという事実がありますだけに、これはやっぱり我々が見たっておかしいな、問題だな、ということに対して、それを否定して違う表現をするなんてさらさら思っているわけではありません。そこまで明らかにすることは産婦人科領域にとってもものすごい進歩だと思います。このような視点でぜひお考え願いたいと思います。

○岡井委員長 はい。ありがとうございます。

○石渡委員 余りそもそもというところはあれなんですけれども、この制度が出来上がって考えてきたその一番の目的は、やはり産科医療の供給体制を維持して国民に安心してお産をできるようなところが一番の目的だと思うんですね。自民党の枠組みのなかにもそういうことがきちんと書かれておまして、要するに、紛争、あるいは訴訟というものが産科医療を疲弊させていることも間違いない事実でありますから、そういうことから医療供給側のほうが安心して医療が提供できるような体制をつくりましょうということが大きな目的になっているんだと思うんですよ。

それで、例えばスウェーデンであるとかアメリカであるとか、この制度の先進的な国のいろいろな調査をしたり、文献を集めたり調査をしたわけで、スウェーデンは実にうまくそこへ行っているわけですよ。スウェーデンの場合にも、原因を究明するためにあらゆる資料が提出されてくるわけですよ。そこでどういうふうにするかというのと、やっぱりそこでは法的な責任追及をしないということがきちんと大前提になっている。だから、いろいろな資料が提出され

てきて、そこで安全医療につながるようないわゆる提言ができ、指針ができてくるわけですね。これが責任追及するような方向にもしなっていたとすれば、この制度そのものが成り立たなくなってしまう。そういうこともずうっと今までの議論のなかで重ねてきて、こういうふうなところでまとまってきたわけですから、それをまた元に戻すことは非常に問題があるのではないかと思います。先ほど委員長が言われているとおりなのでありまして、私は今度の仮想事例の3についても、非常によくまとった表現の仕方であるといふように私自身は評価しております。

それから、もう1つ、じゃあそういう原因分析報告書があると裁判が減るのではないかという1つの考え方がありますけれども、これは例えばスウェーデンを事例に取っても、スウェーデンというのはいわゆる裁判を起こして賠償を求めたとしても大体8,000万ぐらいのところが上限であって、日本とはずいぶんその賠償額のいわゆる決め方が違うわけですね。この補償制度は、少なくとも3,000万というところに今線を引いているわけですから、その線で今の裁判のなかで収まるような事例がどのぐらいあるかという点で非常に少ない。むしろ裁判になる場合は、1億2億というところで争っているわけですね。そうすれば、例えば宮澤委員も言われたように、非常にその差が少なければ、報告書で患者さん自身も納得され、それで原因分析ができていくわけですから、それで補償も受けられるということでもいい制度だと思うんだけど、これに差があると、やはりそこはどうしても裁判で争う形になって、本来のこの目的とは違うような方向で行くのではないかと思いますので、少なくともまだどのぐらいの事例があるかわからないときにおいては、3,000万ということで一応線を引きましたけれども、その辺のところも今後考え直す必要もあるのではないかと思います。以上です。

○宮澤委員　ちょっと誤解があるみたいなので、ちょっとだけご説明させていただきたいんですけども、金額に差がある、裁判をすれば差があるというのはそのとおりなんですけれども、問題なのは、保険会社のほうで、医師賠償責任保険というのがありますから、その保険の上限のなかで、かなり億単位までありますから、そのなかで合意をするという可能性は十分に出てくる。非常に上限に近い形で保険会社が合意をするというのは、やはり何らかの説得でき

る根拠がなければ医療機関側の代理人としても保険会社を説得できない。で、できなくて裁判になってしまうという形なんですね。その意味では、こういう原因分析の書類があつて、3,000万ではなくてもっと高い金額で合意できる可能性が出てきますので、私が減ると申し上げたのはそういう意味でございます。

○岡井委員長 これはさっき言った表現をしなくても、わかっている人が読めば、ある程度どういうものかとわかるわけです。事実が全部書いてあるわけですから。だから、そこにそう書いたら、それで判断してもらえばいいことですね。

○宮澤委員 直接的に責任があるとかないとか書けというわけではなくて、限本委員がおっしゃったように、事実関係、これが原因だったということがあるのであれば、きちんと書きましょうと。

○岡井委員長 だから、そこは全部書きます。書かないとは言っていない。

○宮澤委員 ですから、それが結果的に法的な責任に結びつくか結びつかないかはその後の問題であつて、分かることはきちんと書く。分からないことは、ここは分かりませんと書くという、そういうきちっとしたスタンスさえあれば、私はこの原因分析としては適正なのではないかというふうに考えています。

○水上委員 確認したいことは、この文章を読んで、原因分析報告書を読んで、果たしてその回避可能性があつたのかないのかということがはっきりわかれば、いずれにしろ訴訟が減ることなんですよ。しかも、それで、例えば医療提供者側がちょっと落ち度があつて、もしこういうふうにやっていたら回避できたという可能性があつたら、それはみんなが入って加入している保険によって、保険会社は速やかに和解の方向に、これは戦つても勝てないということとで和解に持っていくために、いわゆる訴訟が減ることですよ。

だから、先ほどから鈴木委員も言われたように、実は、この改定のやつを見たら、専門家が読んだら、もう一目瞭然なんですね。僕らが読んだならば、ああ、責任ここにあつて、これは多分回避できただろうなということは一目瞭然なんです。低酸素脳症になるために必ずこういったことが出てくるということは僕らはわかっていますから、それは明らかなんですね。

だけど、そういうふうにかかないことによって守られるものは何なのかというと、ただ、そのように可能性があつたということを書いてしまったときに、

現在ボランティアベースで参加しているこの産科医療補償制度の加入メンバー、これ法律で規定されているものではなくて、任意です。任意保険。しかし、任意保険ですけれども、加入が95%以上とか、そういうふうにならなければ、もしかしたらこの産科医療補償制度を永続的に継続することはできないかもしれないということを委員長は危惧しているんですね。

だから、どちらを取るかなんです。だけど、ここできちっと書かないと、むしろ疑心暗鬼とかそういったものがあって、この委員会の報告書というのは非常に信頼を損なう。もしかしたら信頼できないというようなことを思って、どんどんむだな訴訟、むだな訴訟という意味は、結局、患者さんが頑張って訴訟を起こしたけれども最終的に負けてしまう、それは医師も傷つくし患者さんも経済的にも大変だと、そういう訴訟が起こってしまう可能性がある。以上です。

○岡井委員長 この制度は、考え方を改めて訴訟と違う形で患者さんを補償していきましようということです。それから、医師に対しては、よほどひどい場合は別として、医療事故に対して損害賠償責任という形の負担は負わせませんよと、そういう考え方でやっている。原因分析委員会も、医療過誤だとか過誤ではないとかいう判定はやらない。それから、責任も追及しない。これが理念としてあって、裁判じゃなくて、そういう方向に移していこうということです。

しかし、まだ問題があって、先ほど石渡先生が言われたみたいに補償額が相当安いので、これはもっと上げなくちゃいけない。いつか上げられる時が来るだろうと思いますが、それと、次に、この制度をうまくやっていけば今度はほかの領域の医療でもこういう考え方でやっていきましようよとつなげていきたいですね、我々としては、産科だけではなくて。そのときに、やはりそこで守られるべきことは、原因分析では責任追及はしないという原則です。裁判の鑑定みたいに、「あなたに責任がある」とか言わないのです。

○隈本委員 今、「原因は追及はしない」は、言い間違いですね。

○岡井委員長 原因は追及するんです。責任は追及しない。そこはやっぱりしっかり守っていかないと、制度として本来のものと違ったものになっていく。原因分析委員会は訴訟を減らすのが目的ではないですよ。結果として訴訟も減るだろうという話であって、じゃあ、こちらで書いてあげて、「このケースは医師に責任があります」「責任はありません」。そうやって判定してあげてやれば、

訴訟というような形は減るかもしれないけれども、それが委員会の目的ではないですよ。

○鈴木委員 そんなことはだれも言っていないじゃないですか。先生。

○岡井委員長 今の水上先生の意見。

○鈴木委員 いや、言っていないですよ。水上先生だって言っていないですよ。そんな「責任があります」「ないです」というようなことを書くとはだれも言っていないですよ。先生のお考えでも、「法的責任にかかわらない」と言ってみたり、「法的責任にさせない」と言ってみたりですよ。この制度。

○岡井委員長 「かかわらない」ですよ。かかわらない。責任も追及しない。

○鈴木委員 だって、さっきは「責任追及はさせないための制度だ」と言ったじゃないですか。議事録を見てください

○岡井委員長 させないって、だれにさせるの。しないんです。ここの委員会は責任追及をしない。

○鈴木委員 ここの委員会は責任追及しないのは当たり前ですよ。

○岡井委員長 そうです。だから、そういうことにつながる文章は書かない。

○鈴木委員 いやいや、じゃあさっき言ったその「責任追及にかかわらない」というのは、じゃあこの委員会が責任追及しないということですよ。

○岡井委員長 そうです。

○鈴木委員 それと、じゃあ、ご家族が法的責任追及になる可能性のあるものは避けるというのは、どういうことですか。

○岡井委員長 可能性があるものは避けるとは言っていないです。

○鈴木委員 言っていますよ。先生。さっきから。

○岡井委員長 そういう表現をすれば、それを読んだだけでこれは責任があるなというふうに思って訴訟に走る人も増えるだろうという、そういうことを言っています。

○鈴木委員 だけど、水上先生は、読む人が読めばわかると言いましたよ。

○岡井委員長 水上先生が言う「読む人が読む」というのは、医療関係者という意味でしょう。

○水上委員 そうですね。医療の専門家が読めば、これは一目瞭然なんですね。その回避可能性について。

○岡井委員長 原因分析のところとか。

○水上先生 そのような表現にするのがいいのか悪いのかというのは、僕にもよくわからない。

それともう1点重要なことは、過去の裁判例において全く独自に、いろいろな基準なくして鑑定人とか意見書を書く人が選ばれていて、その人たちが、その鑑定書を書いた人たちが、みんなそれぞれの医療水準を全く別個に自分の頭の中に持っていることを自由に書くことが許されたということなんですね。ですから、医療者はあらかじめ目に見えないその医療水準というのが何重にもあって、あらかじめそれを知ることができないということです。事前にどこまでやればいいのかということを知ることができないということです。少なくともこの委員会できちっと「これが原因である」ということを言ったら、そのような隔たった考えとかというのはつけ入る隙はないであろうということですね。

○隈本委員 先ほどからの議論で私の考えをぜひ言っておきたいなと思うことがあるんですが、これは過去の裁判を皆さんよくご存じだと思いますし、医療裁判の弁護士の方々がいろいろな著作で書いておられるとおり、訴訟のほとんどというか、何%とは私はデータは持っていませんけれども、かなりの部分が真実を知りたいとして訴訟を起こしているんですね。だって、「脳性まひになりました。どうなんでしょうか」と言ったら、説明してもらえない、あるいは説明が信用できないというような感情的なところから真相をこの裁判所に明らかにしてもらおうと思って訴訟を起こしているわけですよ。

だから、少なくともこの原因分析委員会が真相を明らかにすることによって、それが目的で、真相解明が目的で訴訟を起こしている人は、訴訟を起こさなくなりますよ。それが何か甘いとかいうふうにおっしゃる意見が、みんなは結局金を取りたいんだというふうにおっしゃる意見もないことはないという、そういう意見があるとことも僕は知っていますが、でも、恐らくその道何十年と弁護士をやってこられた方々が、みんなその著作に異口同音に書いていることは、それから遺族の方とか医療被害者の方がみんな異口同音に書いているのは、真相が知りたくて訴訟を起こしたという、この事実があるわけですよ。ですから、ぜひこれは原因究明をすることによって結果的に訴訟が減るといって、そういう原因分析をしっかりするというのは、ここのスタンスとしてしっかり持ってい

くべきだと思います。

だから、何か訴訟が起きているので産婦人科医が疲弊している。これは事実ですが、それは一面の事実であって、もし今産婦人科医と小児科医の力で原因分析をどんどんするシステムができれば、その原因を知りたいといって訴訟を起こす人は減るはずだというふうに思うんですが。

○岡井委員長　そういうつもりでこの委員会をやろうと、進めようと思っているわけです。そこは先生のおっしゃるとおりで、何も原因を分析しないとか、そこをごまかそうなんて思っていないわけです。だから、しっかり全部書きますと。

○楠田委員　1ついいですか。僕は絶対総論で、この各論、この症例、仮想事例3というのは離れて、やっぱり全体の意見を統一したほうがいいと思うんですね。だから、私の意見は総論の話なんですけれども、もともとこの原因分析というのは、やっぱりあくまで医学的な原因分析だと思うんですね。今のかなりの議論は、脳性まひの子どもがいればその原因は必ず医療過誤だということところがかなり色濃いですよね。でも、実際には、そういう幾ら原因分析をしてもわからない例もあるし、ここにあるだろうと言ってもやっぱり回避できないものもあるし、いろいろな原因分析をすればするほど、やはりこうやれば回避できたとか、あのときああしておけば回避できたという話に、やはり医学的には難しいと思うんですね。

ですから、先ほどちょっと木下委員も言われたんですけれども、やっぱりこの原因分析というのはあくまで医療的な判断で医学的に原因を明確にすると。その結果が過誤なのか、やはり裁判につながるか、それはこの委員会がはっきり言えば、そこまで関知する問題ではないと。だから、基本的には、やはり医学的にどこに原因があったのか、その原因をあくまでも追究していくよと、わかる限り追究していくと。そのなかには確かに医療過誤につながるようなものもあったかもしれないけれども、それは別に明記しなくても原因を追究することでもいいので、その逆の、先ほども言いましたけれども、これは、鈴木委員、ちょっと議論が逆というふうに言われたんですけれども、やっぱりこうしていれば防げるというのは医学的には普通は言えないので、そうじゃなくて、こうだからこうなったという、原因から結果のほうの医学的な判断をするというの

がここでできる唯一の方法で、当面やはり医学的というのは最大のキーワードだというふうに思いますけれども。

○板橋委員 私も楠田委員と同じ意見です。言葉のなかで、「原因」という言葉は使うべきだと思いますが、「真相」という言葉は何か裏があるようなイメージがあります。ここは医学的な原因を検討する場であるので、「原因」という言葉は使っていくべきだと思います。

それから、もしこうしていれば防げたというのは、実は相当な科学的エビデンスを積み重ねないとできない部分があります。そうすると、結局はエビデンスがないからわからないという話に全部になってしまう可能性もあるので、そこら辺も少し考えるべきだと思います。

○隈本委員 宮澤委員がおっしゃったように、過誤があったということを書いたら訴訟に行くというのは、これは全然イコールではないと思うんですよ。現実問題としては、過誤があるというふうにここに書かれているのに、お医者さんが認めなかったときに訴訟になるんですよ。

○岡井委員長 いや、そういうふうにならないにしても、そこでまた・・・。

○隈本委員 普通の例から言えば、これまでの例から言っても、ここでもし報告書に過誤があると書いたら、それは訴訟に行くんだというふうにおっしゃるけれども、そうじゃなくて、過誤があると書いたのに、その当事者であるお医者さんがそうではないと言ったときに初めて訴訟になるのであって、そうですねと言ったら、それは訴訟にはならないんですよ。

○岡井委員長 それはそうかもしれない。ただ、僕が言ったのは、過誤であるということはこの原因分析委員会で判定したり、そういうことを報告書に書くべきではないと言っているわけです。これは医療過誤であるとかいうことは書かない。

○隈本委員 医療過誤であるという、だれが失敗したということは書かないにしても、例えば、35週でお医者さんに行っていればよかったのにと書くんですよ。

○岡井委員長 それはだから、そう言わなかったのは適切ではないというふうを書くわけです。

○隈本委員 35週で「行きなさいよ」と、もう「絶対行かなきゃだめよ」と言

わなきゃだめだったというふうにこの報告書を読むと書いてあるわけですね。

○岡井委員長 そうそう。だから、そういうふうに書いているわけです。それでいいんじゃないですかと言っているわけです。

○隈本委員 そこには書いてあるわけですよ。だから、これはそこでやっぱりもうちょっとちゃんとやればよかったというのは、イコールこの指導はよくなかったということです。35週でも行かせなかったのはよくなかったと言っているわけですから、これはそれを指摘しているけれども、じゃあそれだからといって裁判になるかどうかの決め手は、それを言われた助産所の方が、「いや、そんなことはない。うちには落ち度はない」と言ったときに初めて訴訟に行くのであって、もしこれを、そうですね、やっぱりえらい先生方がみんな見て、「これは35週で行かせたほうがよかったんですね」ということであれば、「私もそう思います」というふうにこの人が認めれば、訴訟にも何もならない。

○岡井委員長 まあ、もうちょっとお金をたくさん払えばいいんじゃないかと。

○隈本委員 もうちょっとお金をたくさん払えというのは、保険から出せという話になるわけですね。だから、過誤であれば訴訟になる――

○石渡委員 分娩機関から訴訟を起こすことはないと思うんですよ。3,000万補償するわけですよ。分娩機関のほうから――

○隈本委員 もちろん。だから、私が申し上げているのは、訴訟を起こすという意味ではなくて、この事実が、こういうことは35週でちゃんと送りなさいというのが正しい医学的判断ですという報告書が我々の分析委員会が出たときに、それが訴訟になるというのではなく、それを当事者の方が、「私はそんなことは認めない」と言ったときにしか訴訟になりませんよということを申し上げています。

○岡井委員長 それはわかります。

○隈本委員 過誤というか、よくないことを指摘したらそれが訴訟につながるというのは、それはそうではないのではないですか。宮澤委員はそうおっしゃっているのではないかというふうに私は思うんですが。

○岡井委員長 だからといって、この原因分析委員会がその判定をしろということとは全然別の話ですよ。

○隈本委員 全然別の話です。

○宮澤委員 判定は全然しない。判定は全然しないで、医学的な原因をきちんと書くと。よく大学病院とかいろいろなところで事故が起こった場合に、第三者の事故報告書というのが調査委員会から出てくるわけですね。大体そうなる、大学のなかで幾つか言いたいことがあったとしても、第三者でこう言われたら、これはなかなか主張はできないだろうという形で示談にすることが圧倒的なんですね。その意味では、第三者の客観的な報告が出てくることによって、やはり方向的には和解が促進されるというふうに見るのが正しいと思います。その意味では、きちんとした報告書であれば、必ず裁判になる形は減ってくるであろうと思います。逆に、中途半端になってくるほうが、やはり争いはまだ種として残ってしまうというのは確かだろうなと思います。

医学的な観点からも、やっぱりここは法律的な結果と結びついてしまうので非常に気になるところではあるんですけども、原因分析は、医学的観点からきちんと医学的な原因の解明をしていこうというところへ尽きて、それ以後効果としてどうなのかというのは、楠田先生がおっしゃったようにその後の問題で、本来この委員会に関知するべき問題ではないだろうと。ここではやはり医学的な観点からの原因究明を、分析をきちんとしていくというところに尽きていいのではないかと思います。

○岡井委員長 だから、そうさせてくれと言ってお願いしているんですけども。

○村上委員 今、お話を聞いていて思うんですが、私たちもやはりこの事例3を見て今回もよく考えたんですけども、通常でないことが起きちゃったということですよ。予測もしないことが起きた。そのときに現場でもよくこれはカンファレンスで、常に医師と、助産所及び周囲の人とこういうケース・バイ・ケースでいつもこのリスクマネについては分析をするわけです。日ごろのことをここで大きく原因分析として報告するということになって公開になりますので、現実的には、やはり起きた事象がその後どのように変化があっても、その都度そこにいた人たちが適切な対応をしているという事実がここに出てきて、そのことはやはり問題はないと。対応していることに対して問題はないと思うので、それをきちっと書くということ。

それで、その問題について、何とかこれがどのようにすればそういうことが

起きなかったのかということをやはり考えていく。それを未然に防ぐということが何かできなかったかということを中心に論議をして議論していくところがここの原因分析の場だと思っうんですね。

ですから、今、言っただうに、このレポートが、この原因分析が公開されたときに、裁判のところどどのように重み、裁判になったときに重みづけで使われていくのか、ちよつと私はそこら辺はわからないうですけれども、日本の場合に、インシデントレポートは本当に裁判に持ち出されるということも、アメリカはそれはないうですよね。うたっでいて、インシデントレポートは絶対にそういうことに使わないう、カルテの一部ではないということがはっきりしているわけですから、ここのところが日本の場合はとてもあいまいだと思っうのです。これが本来はカルテの一部ではないうですな。起きた事象を分析して、それを明快に対処して、事実をきちっとして対処したということが事実ですから、私はそういう意味では、余りこれを拡大的に解釈してしまったときに、そこはそれを防いでいれば大丈夫だっだと言えないうのは、今、議論のレベルで本当に推測のレベルがわからないうわけですから、特に脳性まひの場合はいろいろな問題が含まれてこの委員会ができたんだと思っうので、やはりそういうところをもうちよつと真摯に考えていかないうといけないうのではないか。その代わり、ご家族に質問があればそれにきちっとなん答えなければいけませんけれども、だれが悪かったかということの追及ではないうということだけは、やはり基本的に。私たは日ごろ常に臨床ではそういうことをやはり訓練していつていますので、そういうふうなこの事例分析の委員会の報告書となっでいつてほしいなと思っいます。そうでないと、だれもここにかかわりたくなくなりますし、1人1人やはりみんなが真摯に受けとめて、大変なこになっだんうということ肝に銘じて取り組んでいくわけですから、余りこれをどうこうういうふうな課題、緊急的な課題かもしれませんけれども、事故の責任に陥れるような考え方だけは避けていかなければいけないうんじゃないでしようか。

○岡井委員長 ありがとうございます。まだご発言しておられないう先生もいらっしやると思っうですけれども、この件に関してどうぞお願いします。

○竹村委員 2つ申し上げたいこがあるうですけれども、1つは、脳性まひに関して、この原因分析委員会でこうういうことを言うのはどうかと思っうかもし

れませんけれども、本当の原因というのがどれだけわかるのか。結果が悪ければ必ず原因があるんでしょうけれども、原因らしいものはたくさんあると思うんですね。CTGが悪かったとか、あるいは送るタイミングが悪かったとか、結果から見て原因らしいものは幾つもあるけれども、本当にそれがそうだったかどうかというのは、わからないことはたくさんあると思うんですね。ですから、そういうものをつぶして行って前方視的にというか、将来的にこういう改善をしていきましょう、これは原因らしいものがあるから改善していきましょう、ということは大いにやるべきだと思うんですけども、まだ本当にそれがどうかということはわからないものに対してやっぱり犯人探しをするとか、後方視的にだれかをやっつけるためのようなことにはならないような努力はしていくべきではないかと思います。

さっき隈本先生がおっしゃったように、落としたから骨が割れたというような非常に単純なケースならばそれはそれでいいんですけども、脳性まひに関しては非常に複雑ないろいろな要素が絡んできますから、そのどれか1つははっきりしているものらしく見えるものについて追究するというのが、そういう姿勢でこの委員会が行くとすれば、患者さんの信頼は得られるかもしれないけれども、現場の産科の医者がみんな参加したくなくなるという危険もあるんじゃないかと、そんなふうに思います。

○岡井委員長 はい。ありがとうございます。ほかに発言を余りしておられない先生方、何人か。岡本委員、お願いします。

○岡本委員 私はこの報告書のまとめもそうなんですけれども、もう十分、例えばこの書き方でも助産師の落ち度ははっきりしていますね。だから、今後さらにいろいろなことを追究する場合でも、もうこれで十分役に立つと思います。

ただ、豊田さんがおっしゃっていましたが、私はやはり患者さん側がわかるようにということはしっかりしておかないと、それこそまた余計な裁判等が増えることは好ましくないので、この委員会でやるのか別のところでやるのかは別にして、きちっとわかりやすい言葉を提示するという対策はきちんとしなきゃいけないというふうに思います。

○岡井委員長 いろいろな立場からみるといろいろな書き方があるので――

○河野委員 私は最初から、その医学的見地だけということにこだわっている

と、このような議論になるだろうかと予想していました。マタ、委員の構成メンバーをみてもたぶんそうなるだろうかと、思っていました。

まず、事実を把握すること。これがすべてだということです。事実の把握。だから、ファクト・ファイニングをどうやるのかというのが一番であり、それはすべての基本です。責任問題は次の段階だと思っています。

私の考えでは、こういう委員会のメンバーは、最初にその組織を代表する者ではなく、事故調査の専門家がやるべきです。それで知識が足りないときはその道の専門家の意見を借りてやるべきなのです。

従って、医学的見地からだけというと、当然医学的見地から当事者が評価されるわけですから、結果的に判断ができなかったのが悪い、となるわけです。重要なことは、なぜ当事者が判断できなかったのか、ということをはっきりさせることがずっと重要なのです。再発防止のためには、判断できなかった背景要因をもっともっと探らなければならないのです。その人の受けた教育の問題もあるでしょうし、医療の体制の問題もあるでしょう。そこまで探らないと、おそらく医学的見地から言えば、その人が悪いということになるのは当たり前だと思います。

事実の把握というところだけに限定して調査をするのがいいと考えます。

○岡井委員長 はい。わかりました。ありがとうございました。

○隈本委員 この話の一番初めは、この原因分析報告書の「はじめに」のところで、「本報告書は医療提供者の責任追及につながる質問にはお答えすることはできません」という文言について、これは報告書全体に流れるトーンであるというご説明があり、それは違うのではないのでしょうかということを確認をしたという流れがありました。

ということは、この文言をそのままにしておくと、普通に読んだ人は、ああ、そうか。この報告書は全部責任追及につながるような原因分析のことは書かないんだなというふうに誤解をされると思うのです。

○岡井委員長 先生、その前も読んでください。その前。その前には、ちゃんと原因を分析するということと医療評価をするということが書いてある。

○隈本委員 それは、でも、宮澤委員からもご指摘があったように、「つながる」という言葉は、余りに何でもかんでも全部つながっているわけで、そうすると、

「つながる」という表現だったら、これは誤解を招くのではないですかというご指摘があったんですよ。

○岡井委員長 「つながる」ではなくて、直接つながるとか。

○隈本委員 あるいは、直接つながるも、結局つながるんですけど。要するに、「医療提供者の責任追及についての質問にはお答えすることができません」だったらこのポリシーがわかると思うんですね。しかもこれは限定ですよ。あくまで家族のご質問に対してですよ。このご質問が医療提供者の責任追及についてのご質問であればそれはお答えできませんが、医学的な何がどうなって原因になったかということについては言いますよという意味で、この「つながる」という言葉を書いてしまうと、責任追及につながることは一切書かないのかという話になってしまうし。

○岡井委員長 “つながる”といえ、かなり遠いところから“つながる”になっちゃうんですよ。だから、その言葉はもうちょっと考えないといけないかもしれませんが、具体的に言えば、何時何分に帝王切開していれば脳性麻痺にならなかったであろうという、そういう表現はすぐに責任追求に「つながる」のです。

○宮澤委員 先ほど、私が申し上げたのは、マニュアルの基本的な考え方というところの表現と合わせたほうがいいのではないのかと。マニュアルのなかでは、基本的な考え方として責任追及を目的とするのではなく、なぜ起こったかななどの原因を明らかにするとともにということが書いてありますので、責任追及を目的とするのではなくというふうに合わせると、家族からの責任追及を目的とする質問についてはというふうにすれば、きちんとした平仄、考え方として合って、目的という形で限定もされます。責任追及を目的という直接的なダイレクトなものはだめですよという形で統一が取れるのではないかというのが、先ほど申し上げたことです。

○隈本委員 それならいいと思いますけれども。

○岡井委員長 それは1つのご意見だと思います。ほかに言い足りない人は。私は自分の考えは大体発言させてもらったんですけども、よろしいですか。

そうすると、まだ全員が一致してこうだというわけにはいかないのですが、この委員会でまた同じ議論を何回も繰り返しても仕方がないので、この件だけ

について1回ディスカッションするために何人かの先生にお集まりいただくということで、委員長預かりにさせていただきます。もしも皆さんそれでいいと言われればそこでディスカッションして、もう1回こういう結論になりましたということを皆さんにご提示したいと思いますが、よろしいですか。もちろん、意見の違う人たちに代表して集まってもらう形になりますが、それでオーケーならば、そうさせていただきます。

では、ありがとうございます。ほかにもきょう議論することがありますので、次のところに行きたいと思います。それでは、この件はそういうことでもう1回意見の違うメンバーで集まって、これだけをディスカッションしたいと思います。

2) 原因分析報告書の公表について

○岡井委員長 次の議題は、報告書の公表の件なんですね。公表のやり方、サマライズしたものはそのままホームページに出すと。報告書の全文はマスキングをして、氏名だとか日にち等マスキングして、請求があった場合にそれを公開すると、そういう方向で行こうということになったんですが、細かい点で幾つかあると思いますので、お願いします。

○事務局（平野） それでは、時間の関係もありますので、ちょっとはしよらせていただく部分はあるかと思いますが、ご説明させていただきます。

本体資料の2ページ、2)の原因分析報告書の公表についてということで、(1)は第7回原因分析委員会の主な意見ということでまとめてございます。それで公表の方法につきましては、今、岡井委員長からご説明がありましたように、要約版とマスキングした全文版。なお、この要約版というのは、7回の原因分析委員会においては概要版としておりましたが、今後、要約版ということで統一させていただきます。

資料3をごらんいただきたいと思います。そちらで説明させていただきます。

要約版は、原因分析委員会の部会におきまして、報告書を数ページ程度に要約して原因分析委員会への報告用に作成されるものを利用いたします。これには個人や分娩機関が特定されるような情報の記載はありません。

資料3の別紙1をごらんください。原因分析報告書の要約版のイメージをお示ししてあります。これは仮想事例1をモデルとして作成したイメージということでご理解いただきたいと思います。

事例の概要の部分は、児の出生に関する記載といたしまして在胎週数、出生時体重、分娩様式、アプガースコア、実施している場合には臍帯動脈血ガス分析値、臍帯異常などの特記事項があればそれを記載するということとともに、新生児期の状況や脳性まひの診断及び時期を簡略に記載するイメージです。また、母体の状況について、妊娠高血圧症候群や胎盤異常など、特記すべき事項がある場合には記載するということを想定しております。

2の脳性まひ発症の原因の部分、それと3の臨床経過に関する医学的評価の部分は、先ほど議論がございましたけれども、今回の仮想事例3でお示したまとめ、2の脳性まひ発症の原因の部分についてはまとめが最初からついておりますが、この3につきましても、まとめの内容を記載することになるのではないかというふうに考えております。

4の今後の産科医療向上のために検討すべき事項の部分は、1)、2)、3)とありますけれども、これは報告書のほうに記載されている内容をすべて記載する。そういうイメージで要約版というものを作成するというごさいます。

次は、全文版であります。全文版は報告書のなかの個人識別情報や分娩機関が特定されるような記述を事務局でマスキングいたします。

別紙2、原因分析報告書全文版のイメージをごらんください。これは第7回の委員会にやはりイメージとしてマスキングした資料を提出させていただきましたが、今回はその一部分をお示ししております。文中に中略とか省略というものがありますけれども、ここはマスキングすることがないということでこういう表現にしておりますということでご理解いただきたいと思います。

それで、要約版と全文版を公表する場合には、家族の質問に対する下線部分と答えの番号は削除いたします。マスキング基準というのは今回お示ししておりませんが、簡単にご説明させていただきますと、妊産婦及び新生児についての情報というのは個人が識別されるおそれのある部分、ここは当然マスキングさせていただきます。分娩機関の診療体制に関する情報というのは、個人情報

保護に関する法律の適用はありませんけれども、このなかからそのマスキングしている部分なんですけれども、病床数、分娩件数、帝王切開数、医療従事者数等が、それ自体では分娩機関を特定する情報とは言えませんが、これらを他の資料と照合することにより分娩機関が特定される可能性が考えられるというところでマスキングをさせていただきます。それで、これを報告書と一緒に家族とその分娩機関にお送りいたしまして理解を得るといふ、国民の理解を得るといふ以前に、関係者の理解を得るといふことで、その説明をつけた文章も添付して送付することにしております。

この部分に関しましては、消し過ぎじゃないかというような意見が出るかもしれませんが、多少緩めの考え方でマスキングする部分を多くしております。このマスキング基準につきましては、また後日の委員会において改めてお示しすることになると思いますので、その時点で具体的にご指摘いただければというふうに思います。

それで、一番の問題は同意の部分なんですけど、事務局においてもいろいろ検討させていただいたんですが、要約版は、これは同意を取らないということで考えております。全文版についても公表を原則的に、その全例開示することをお前提として、保護者及び分娩機関から同意は取らないということで整理させていただきました。

ただ、先ほども申し上げましたように、報告書を保護者及び分娩機関に送付いたしますので、その際にその趣旨等を説明する書類を併せて送付して公表することについてのご理解をいただくということとしております。

その理由については、本制度は公的な性格を有するものであり、透明性の観点及び産科医療の質の向上を図る観点から原則として開示する必要があるということ。要約版及び全文版の内容が個人識別情報と分娩機関を特定する記述は削除ないしマスキングをしているということ、一律に公表することによって不公平感が生じないということ、そういうことを理由として考えております。

それで全文版の開示手続きでございますけれども、開示請求の方法ですが、これはホームページ上に請求書を掲示してそれを印刷して使用してもらう。あるいは請求者の要請により、当機構にて開示請求書を実際に手渡す、または郵送するというようにしております。ホームページ上で申請できるようにしては

どうかという意見はあるかもしれませんが、これは現時点ではちょっとまだ時期尚早ではないかというふうに考えて、この方法は取らないということにしております。請求書を事務局が受け取る方法につきましては、事務局に郵送していただくということと、請求者が当機構に直接来ていただいてこちらにお渡しいただくということを考えております。

次の請求書の作成です。これは請求書に関する記載の内容としております。請求書は請求者の使用目的、住所、氏名、連絡先及び開示資料の範囲などを記載していただきます。開示の様式につきましては、別途、事務局において定めさせていただきたいと考えております。それで、開示の目的を学術的な研究などの限定的なものとしていただき、それ以外の使用目的が記載されている場合には開示しないということを考えております。

開示の方法ということですが、どのように開示請求者にお渡しするかということでございますけれども、コピーしたものを郵送するか、当機構においていただいて請求者に直接お渡しするかということを考えております。

これは参考ですが、手数料、この仮想事例でいきますと大体 20 枚を超える程度ということで、その手数料を 1 事例 300 円＋郵送料実費ということで考えております。

それと標準補償約款等では、原因分析報告書を分娩機関と補償請求者に報告をする旨のことは記載されているんですけども、原因分析報告書を公表することについては何も触れられておりません。したがって、公表に関する基本事項が決定されましたら、分娩機関に対してそのことについて周知する必要があるのではないかというふうに考えております。以上です。

○岡井委員長 はい。ありがとうございました。まず、同意を両方の者から取るというのは大変で、片方が同意しても片方が同意しないというような場合もありますので、基本的なこの制度の考え方からすると、最初から公開しますよということを周知しておいて、あとはこういう形で公開します、理解してください、了解してください、という手紙を送ると、そういうのでどうかというのが今の案ですけども、それで皆さんよろしければそうしようかと思っておりますけれども、いかがですか。同意には、最初に、約款のなかに触れておいて、この産科医療補償制度に加入する医療機関は、これは加入は自由ですから、公表は

嫌だと思ふ人は最初から入らないということになります。もちろんそういう選択肢も出てくるわけですが、それを理由に入らない人はそうはいないとは思いますが、そういうふうにしておけば手続き的には問題はないと。いかがですか。よろしいですか。

そうすると、中身の細かい点は、今言ってもらったことで進めてもらうということでもよろしゅうございますか。開示の手続き等をですね。目的は、学術的な研究などのためという目的以外は余り開示することにしないぞという、そういう姿勢で行きたいということですが、それもよろしいですか。

○水上委員 例えば、学術的な研究に制限を加えることは法律上可能なんでしょうか。開示の対象。

○岡井委員長 この制度の運用上でいいんじゃないですか。

○水上委員 大丈夫なんですか。

○岡井委員長 そういう何か決めてちゃんとやれば。

○水上委員 いや、それならばいいんですけれども。

○上田理事 学術的な研究だけに限っていませんので、などとしています。あまり目的を絞ってもいけないと思います。もう一方、開示請求する目的は、何でもいいということになるとやはり問題でしょうから、まず代表的な学術的な研究を挙げています。もう少し具体的に、こういう目的であれば認めたほうがいいのか、この点についてはそこは先生方にご意見をいただきながら考えてみたいと思います。

○板橋委員 だれがこれを開示請求があったときに判定するのでしょうか。そこまではまだ何も考えていないのですか。

○岡井委員長 そこは事務局で。

○上田理事 基本的には事務局で考えていますけれども。

○岡井委員長 この委員会でというのじゃなくて、事務的に判断してもらえると、事務局で。ややこしいのがあれば除くと。

○上田理事 ご相談します。

○鈴木委員 法律的なというのは、厚労省とも検討しているんですよ。つまり、財団法人なので、情報公開請求の対象になり得るかということだけです。なければ、私的な文書ですから、個人情報保護で当事者が請求

する場合は別ですけれども、第三者ですから、情報公開法で財団法人ということで取れるかどうかということで、僕も情報公開は余り詳しく知らないので、そのあたりは情報公開法の、要するに機構が財団法人であるということと情報公開法の絡みがどうなるのかというあたりだけ法律的には押さえておけばいいだけの話だろうというふうに思います。

○岡井委員長 では、それは調べてもらって。

○松田委員 全文版のイメージは報告書のなかでほぼ採用してマスキングということですね。これは事務局のほうでされるというところと、要約版のほうは、これは分科会のほうでここまでするということなんですか。

○事務局（平野） 委員会に原因分析報告書そのままを出すと、それで議論するとなかなか大変なので、そういうものをまず部会のほうでつくっていただくということを考えております。

○松田委員 その事例が上がった段階で。

○事務局（平野） ですから、それをあと事務局のほうで多少委員会報告用の分では、まだ具体的には決まっていませんけれども、ほかの事項も書き込むようなものをイメージしておりますので、そこの不要な部分といいますか、公開すべきではないような部分もあると思いますので、その部分は事務局のほうで消したうえでその要約版というものを最終的に使う。ですから、部会で作成したものを利用するという、そういう意味でございます。

○隈本委員 この学術的な研究などの「など」の中には、報道機関が報道の目的でというものとか、あともう1つ、医療安全の当事者が事例、その学術的研究というよりはその事例を自分たちの実務に生かそうとして請求する場合が考えられると思うんですが、この「など」に入るんでしょうか。

○事務局（平野） 当然入るといふふうに考えております。

○水上委員 この制度そのものは、再発予防ということが非常に重要なわけですね。そうするとき、これらのすべての、今、例えば数年間の上ってきたこれに関してこのような傾向があつてこうする、何とかするというのは、結局、それらをすべて見なくちゃいけないですね。見て、何かそれをみんなにフィードバックするような作業をやっていく。

○岡井委員長 それは再発防止委員会で、別です。

○水上委員 その再発防止委員会はそれをやるということなんですね。再発防止委員会は、そうするとノーチェックで、例えばこういった例えば塗りつぶしもないところを見られるということですね。再発防止委員は。

○岡井委員長 ああ、個人情報の何々病院とか名前とかですね。それは消してもいいよね。

○水上委員 例えば、それは非常に重要。なぜかという、何週で体格がどのような人たちがそうなりやすくて、しかもそれはどの地域で多発したとか、そういったことが非常に重要になってきますので、例えば再発防止委員会の委員は塗りつぶしのない部分を見る必要が生じてきますよね。しかも、それは非常に個人情報に直結することだから、その再発防止委員というのは、もう高い倫理性と大変学術的な高い見識が必要になるわけですね。その辺のことを考慮していただければいいんですけれども。

○上田理事 再発防止委員会に関しては、まだ事務局で検討してしまして、いずれまた整理して考え方をまとめたいと思っております。これまでお話ししていますように、個々の事例をマスとして集計してそれを分析しますが、併せてこのような個別の事例も関連して分析するなど、いろいろな議論もあります。その際には、個人情報の問題もありますので、このような問題も整理しながら再発防止委員会の進め方についてはこれから検討してまいりたいと思っております。

○岡井委員長 再発防止委員会にマスクングしたものを渡すのか、それをしないで渡すのかというのがまだ決まっていないんですね。これからということですね。

○上田理事 マスクングした全文版については、以前豊田委員からはその扱いについて大変ご懸念もされていまして、同意の問題もありましたが、同意についていろいろ検討した結果、きょうのような提案にしております。これではよろしければそのようにさせていただきたいと思っております。

○豊田委員 私の個人的な意見としては、できるだけ全面公開したほうがいいと思っています。透明性を担保して、いろいろな立場の方に見ていただき、医療界がきちんとやっているというところを見ていただくというのが大事だと思っています。

ただ、お母さん方の間で公表を考えて悩んでしまう方がいるのも事実なので、それは理解を求めながらなるべく透明性でやっていただきたいというのが私たちが活動している、患者団体の考えだと思っうんですね。理解を求めていきながらできる限り公開していくという方向に考えているということ。ですので、理解をしていただけるのであれば、何が何でも同意書を取ってくださいということで私は意見を申し上げているわけではありませんので、取らない方向でやっていかれるのが反対ということではありません。

あと1つ、言い方は悪いですがけれども、誹謗中傷のためにこういう資料を取り入れて流されたりする懸念があります。残念ながらそういう医師がいたりしたものですから、個人情報をもそういうところで流してはいけないということをご存じない人も残念ながらいるみたいなので、そういう部分を私は危惧しましたが、それは本当にごく一部の人の問題だけだと思いますから、そこさえしっかりしていただければ、できる限り公開していただくほうが、患者の立場からも望んでいることだと思います。

○隈本委員 それに関連して、やはりこれは紙ベースで、何かお役所の文書ばくって、こうやって同意してくださいねというような、その紙を渡して一般の方々に、実際脳性まひ児を抱えているお母さんに公表するけれどもこれは決まりだからねみたいな感じでは、やっぱり理解が得られないと思っうんですよ。私がおその制度発足から再三申し上げているように、この事務局がやはり話し言葉でちゃんと対応する人間がいて、何でも書類ではなく1つ1つを渡すにしても電話を1本かけるなりすれば、疑問があればそこに質問が出てくるわけで、その事務局の体制をしっかりとやっていただきたい。せっかくのこのスタートのところで人的要員数も含めて今設計できる時期ですので、ぜひとも充実させて相談体制とか質問があつたら答えられる体制、それにどう答えるかというマニュアルづくりも含めてしっかりとやっていただきたいというふうに思っっておりますので、よろしく。

○岡井委員長 前にもご意見をいただいたいろいろなご質問等に対してマニュアルづくりもやらないといけませんね。

あと、開示理由に関しても、学術的だけじゃなくて具体的に幾つか考えられる妥当な正当な理由を挙げておいて、それで「等」をつけておいたほうがいい

かもしれないですね。

○鈴木委員 公共性のあるものということですよ。この制度指針にかなった公共性のある理由に関しては広く認めていこうと、こういうことですよ。

○岡井委員長 はい。ありがとうございました。

それでは、NICUのほうから新生児の情報をもらおうと。その件に関して少し整理しておかなくちゃいけないというので、事務局のほうからご説明があります。

3) NICU等からの新生児期医療の情報収集について

○事務局（平野） 本体資料3ページ、3)NICU等からの新生児期医療の情報収集について。

(1)は、第7回原因分析委員会における主な意見でございます。なお、7回の原因分析委員会におきましてご質問がありました保護者あての同意書の依頼文書、原因分析のための診療情報の入手について、を送付するタイミングなんですけれども、事務局から第一報の際と回答させていただきました。第一報とは、補償対象と認定された旨の審査結果通知書を送付する際に、原因分析のための保護者の意見について（事前のお願い）というものが第一報なんですけど、これを同封する際ということで、そこに保護者あての同意書の依頼文も同封するというのでございました。

しかしながら、実際に事例を処理してみますと、今回は幸いなことに同意を必要とする事例はありませんでしたが、現状では、この第一報の時点で送付することは困難であるということが明らかになりました。したがって、同意書の依頼文書を送付するタイミングにつきましては、原因分析のための保護者の意見について（事前のお願い）と、原因分析のための保護者の意見について記入のお願い、これを第二報というふうに従前言うておりましたけれども、この第一報と第二報の間ということにさせていただきたいと思っております。

それで(2)の基本的な考え方でございますが、NICU等からどのような資料を提供していただくかということにつきましては、第7回の原因分析委員会でも議論いただきましたが、それ以前にもご議論されておりましたので、そのご意見も踏まえましてNICU等からの新生児期の情報収集を行うに当たっての

基本的な考え方を以下のような形で整理いたしました。1つ目の○は、これは目的ということになりますけれども、産科医療補償制度の原因分析は分娩に関連して発症した脳性まひについて「なぜ起こったか」などの原因を明らかにすることを目的とするものである。

2つ目の○は、「なぜ起こったか」を明らかにするためには、妊娠中の管理、分娩経過等の情報に加えて、新生児期の診療情報もあることが望ましい。

3つ目の○は、分娩後、新生児がNICU等への搬送等により、自院にて新生児期医療の情報を保持していない場合、または情報はあがるが、原因分析を行うにあたって追加情報が必要な場合は、搬送先医療機関の協力を得て、新生児の経過等に関する診療情報を搬送先の医療機関から収集することとしている。

その次の4つ目の○でございますけれども、搬送先医療機関に求める新生児期の医療情報については、第7回原因分析委員会において「産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る診療録・助産録等の記載事項に関する報告書」別紙「診療録・助産録及び検査データ等の記載事項」に示されております「5)新生児記録」の4ページの部分を資料として提出させていただきましたが、それに基づき、さらに次の四角のなかにあるように整理いたしました。

なお、この「産科医療補償制度原因分析・再発防止に係る診療録・助産録等の記載事項に関する報告書」は、委員の皆様のお手元でございます委員用資料とじてございますので、その4ページと、同じくとじてございますマニュアルの4ページと対比してごらんいただきたいと思います。

四角の中ですが、1.新生児出生時情報として、出生体重、身長、頭囲、胸囲、性別、アプガースコア、体温、脈拍・呼吸等の一般状態、臍帯動脈血ガス分析値、出生時蘇生術の有無、酸素投与、マスク換気、気管挿管、心マッサージ、薬剤の使用等。それで、この身長、頭囲、胸囲は報告書のほうにはございませんけれども、マニュアルのほうで追加されております。そういう情報。

それで2番目が、診断として、新生児仮死（重症・中等症）、胎便吸引症候群、呼吸窮迫症候群、頭蓋内出血、頭血腫、先天異常、低血糖、高ビリルビン血症、感染症、新生児けいれん等。報告書のほうではIVH、症候性低血糖、核黄疸という記載がありますけれども、これもマニュアルのほうで今申し上げましたように、ICHとか低血糖、高ビリルビン血症というふうに変更されております。

す。

3番の治療に関しましては、人工換気、薬剤の投与（昇圧剤、抗けいれん剤）等ということです。

それで4として、その他必要な情報ということの項目を入れまして、具体的にはその事例、事例に応じてその内容を記載することになります。

この四角のなかで囲んである情報は、事例の概要を作成する際に必要とする情報であり、これで新生児科の先生方に膨大な意見書のような資料を作成していただかなくても結構ですということをご理解いただいて、搬送先医療機関の情報の提出は、最後の○になりますけれども、診療録等のコピー、サマリー等、提出しやすい方法とするということにしたいというふうに考えております。

それで報告書のほうには4、5という記載がありますけれども、事例の概要を作成するにつきましてその部分は必要ではないということで今回削除して、この四角の情報を収集するということでもとめさせていただいております。以上です。

○岡井委員長 はい。ありがとうございました。この新生児の情報提供でも、新生児専門の先生方からは簡単に提供できないというようなこともあって、じゃあどういふ項目をお願いしますよということで整理したのがこれなんですね。

○楠田委員 基本的に、もともと審査委員会で脳性まひの原因が新生児期の経過とはかかわりなく分娩に際して起こったものであるという、すでに審査の終わった症例ですので、新生児期の経過というのは最低限でいいと思うんですね。あるいは、ここの原因分析に必要なものだけとりあえず集めて、もし追加が必要であればそれはそういうふうにお問い合わせいただければいいと思いますけれども、こういう最低限のデータであれば、我々新生児の大体の経過を言うことができると思いますので、私としてはこれで十分だと思いますけれども。

○水上委員 この新生児を診た施設というのは、この産科医療補償制度に加入していない、全然その枠外の施設である可能性も十分ありますよね。例えば北海道大学病院なんかは完全にNICUは産科の管理するところになっていますから同一のあれなんですからけれども、むしろそうじゃないところもかなりの数に上ると思うんですね。その際、このような情報提供をいただくに当たっては、かなり時間とかそういったことがかかります。それから返信用の封筒を書留に

するとかですね。ですから、なるべくそういう施設にあってはそういった負担をかけないような工夫をすることが、そういう情報をきちっと得られるのには大切だと思いますので、そのような方法をよく考えていただきたいと思います。

○岡井委員長 はい。ありがとうございました。よろしいですか。はい。板橋先生。

○板橋委員 この情報を必ずしも別にルーチンに集める必要はないんですよね。当然のことながら、必要なケースについては、それでもよく推測できるものはやる必要はないという判断でよろしいんですね。

○岡井委員長 あくまでも新生児の情報が必要になったときにお願いすると。搬送されていった後どうなったかとかですね。

○上田理事 基本的には、分娩機関が搬送先の医療情報についてすでにカルテなどにサマリーで整理されたいと思いますので、分娩機関から提出されたカルテ等には、その新生児期の医療情報も入っているものと考えております。しかしながら、必ずしもそうでないケースについては、これまで先生方からこの新生児期医療の情報も大事だというご指摘でしたので、このような情報をお願いすることでございます。それを機構からお願いします。家族の同意をいただいでです。

○岡井委員長 では、この件に関しては、よろしゅうございますか。そういうことで。

それでは、その他ですが、これは事務局から。

4) その他

○事務局(久保) それでは、1点だけ連絡事項でございます。委員の先生方にはすでにご案内いたしておりますけれども、第10回原因分析委員会を12月15日(火)午後4時から6時まで当機構におきまして開催の予定でございます。以上でございます。

○岡井委員長 皆さん、確認していただいて。

○楠田委員 この資料1で、その後続くかなと思ったんですけども、これで最初のところだけで終わってしまったので、ちょっと確認なんですけれども、新生児の蘇生のことに関して、蘇生を一応講習を受けて新生児の仮死の蘇生に十分熟練した技術を持つほうがいいという記載がなくなったその理由だけ、ち

よっと教えていただけますか。

○上田理事 先生ご指摘のように、新生児蘇生は非常に大事であります。しかしながら、この仮想事例3については、蘇生法については問題ない。もう1度改めてチェックしましたら、問題がなかったものですから、その点の改善事項としては取り上げないという整理をいたしました。

○楠田委員 この仮想事例3の話ということですね。

○上田理事 そうです。

○楠田委員 はい。わかりました。それならいいです。

○岡井委員長 よろしいですか。仮想事例3の修正箇所、全部はディスカッションしていないので、お読みいただいて、きょう問題になったところはちょっと別に置いておいて、ほかの箇所で何かありましたら次のときまでにご意見をお寄せください。

3. 閉会

○岡井委員長 そうすると、これできょうの審議事項は終わりですが、ほかに何かございますでしょうか。なければ、どうもありがとうございました。また関係の先生には個別にご連絡申し上げますので、よろしくお願いします。