

第1回「産科医療補償制度再発防止委員会」 会議録

日時：平成22年7月5日（月） 16時00分～18時00分

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 事務局でございます。本日はお忙しいなか、お集まりいただきましてまことにありがとうございます。委員会の開始前に資料の確認をお願い申し上げます。

まず、一番上に、出欠一覧がございます。

続きまして、次第と本体資料。これはホチキスどめになっております。15ページの資料になります。

続きまして、資料1としまして、原因分析・再発防止に係る診療録・助産録等の記載事項。こちらはA4、2枚の資料でございます。

続いて、資料2としまして、診療体制等に関する情報。こちらは黄色い冊子になります。

続いて、資料3です。運営組織準備委員会報告書。オレンジ色の冊子になります。

続いて、資料4、医療事故情報収集等事業 第1回報告書。白い冊子になります。

続いて資料5です。報告書の概要（案）。A4、1枚の資料になります。

続いて、資料6です。医療事故情報収集等事業 医療安全情報。こちらはカラーのA4の2枚組みです。

続いて、資料7です。原因分析報告書（仮想事例3）です。これは20ページの報告書になります。

続いて、資料8です。再発防止委員会規則。これはA4の2枚組みになります。

続きまして、参考資料としまして、医療事故情報収集等事業 第20回の報告書がございます。かなり厚みのある報告書でございます。こちらは委員の方々だけに配付させていただいております。

最後に、資料の一番下に、次回の委員会の日程調整表がございます。資料は以上でございます。落丁等はありませんでしょうか。

なお、席上のマイクでございますが、ご発言の際はお手数ですが青いボタンを押していただきますようお願いいたします。押していただきますと赤い表示灯が点灯いたします。また、発言が終わりましたら、もう一度青いボタンをお願いいたします。

## 1. 開会

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第1回産科医療補償制度再発防止委員会を開催いたします。

初めに、本日ご出席の委員の方々をご紹介させていただきます。

まず、池ノ上委員でいらっしゃいます。

○池ノ上委員 どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 石渡委員でいらっしゃいます。

○石渡委員 石渡です。どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 鮎澤委員でいらっしゃいます。

○鮎澤委員 どうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 板橋委員でいらっしゃいます。

○板橋委員 よろしくお祈いします。

○事務局 岩下委員でいらっしゃいます。

○岩下委員 よろしくお祈いします。

○事務局 勝村委員でいらっしゃいます。

○勝村委員 よろしくお祈いします。

○事務局 川端委員でいらっしゃいます。

○川端委員 よろしくお祈いします。

○事務局 隈本委員でいらっしゃいます。

○隈本委員 よろしくお祈いします。

○事務局 福井委員でいらっしゃいます。

○福井委員 所属が変更されましたけれども、引き続きどうぞよろしくお願いいたします。

○事務局 藤森委員でいらっしゃいます。

○藤森委員 よろしくお祈いします。

○事務局 箕浦委員でいらっしゃいます。

○箕浦委員 よろしくお祈いします。

○事務局 村上委員でいらっしゃいます。

○村上委員 よろしくお祈いいたします。

○事務局 田村委員と小林委員におかれましては、少し遅れてのご出席予定となっております。またオブザーバーといたしまして厚生労働省から2名の方にご出席をいただいております。なお、事務局といたしまして、当機構より上田理事及び後技監が席に着かせていただいております。

それでは、当機構理事の上田よりご挨拶をお願い申し上げます。

○上田理事 本日はお忙しいなか、第1回の産科医療補償制度再発防止委員会にご出席いただきまして、まことにありがとうございます。私は財団法人日本医療機能評価機構の理事で、この産科医療補償制度事業管理者をしております上田でございます。会議の開催に当たり一言ご挨拶申し上げます。

皆様方には、この再発防止委員会の委員にご就任いただきまして心から感謝申し上げます。本制度は昨年1月に開始いたしました。多くの皆様のご協力によりまして分娩機関の加入率がほぼ100%となるなど、これまでおかげさまで順調に運営いたしております。

補償申請につきましては、昨年の7月から受け付けを開始しておりますが、これまでに46件の補償認定を行っております。また、原因分析も順次開始しております。これまでに5件の報告書を作成しまして、保護者と当該分娩機関に送付をいたしております。また、この報告書の要約版をホームページ上に公表いたしております。

今後、補償申請の増加に伴い、多くの事例について原因分析が行われますが、それらの個々の事例情報を整理・蓄積、そして分析しまして、広く社会に提供することにより同じような事例の発生の防止など、産科医療の質の向上を図る、このような再発防止の取り組みが本制度の重要な役割の1つであります。

再発防止委員会では、再発防止に関しての報告書などを取りまとめていただきますが、これからどのような内容や方法などで情報提供していくのかご議論をしていただきたいと思っております。そして、医療関係者が実際に取り組み、そして産科医療の質の向上が図られる具体的な例ができるだけ多く示されるような再発防止の取り組みを進めてまいりたいと考えております。委員の先生方のご指導をよろしくお願い申し上げます。

なお、再発防止委員会の委員長につきましては、当機構の理事長の指名により、この分野の専門家であり本制度の運営にご尽力を賜っております池ノ上先生にお願いしております。池ノ上先生、どうぞよろしくお願いいたします。

簡単ではございますが、冒頭のご挨拶とさせていただきます。ありがとうございます。

○事務局 ありがとうございます。ただいま田村委員がいらっしゃいました。どうぞよろしくお願いいたします。

○田村委員 よろしくお願いたします。遅れてすみません。

○事務局 続きまして、池ノ上委員長にご挨拶をお願い申し上げます。

○池ノ上委員長 ただいま理事長から委員長に命ぜられました池ノ上でございます。どうぞよろしくお願いたします。

私、これまで産科医療補償制度につきましては運営委員、それから原因分析委員としてかかわってまいりました。私自身といたしましても、この産科医療補償制度がよりよい産科医療の質の向上につながる。そして国民の皆様からも十分ご理解いただけるような、そういう制度に発展していくことを切に願っておる者の1人でございます。

今、上田理事からもご紹介がございましたが、この再発防止委員会は、先に動いております原因分析委員で個々の情報が分析されます。それが結果として報告されてまいりますので、それを体系的に整理・分析をする。そして、それが再発防止につながるような方向の情報としてまとめてそれを提供するという、そういう任務を本委員会は担っております。

実際にその産科医療の現場で携わる産科医、あるいは助産師、そういった方々に実際に活用していただけるような、そういった報告書を今後作成していければと思っております。そのためには委員の皆様のご意見の忌憚のないご意見をいただきまして、より役に立つ報告書を作成していきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。

なお、再発防止委員会には委員長代理を置くことになっております。規定によりまして委員長が委員長代理を指名することになっております。この産科医療補償制度の立ち上がりからずっとご尽力いただいております石渡委員にお願いしたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いたします。石渡委員、よろしくお願いたします。

簡単でございますが、委員長としてのご挨拶とさせていただきます。よろしくお願いたします。

○事務局 ありがとうございます。

それでは、これより議事進行を池ノ上委員長にお願い申し上げます。よろしくお願いたします。

## 2. 議題

○池ノ上委員長 それでは、早速議事に入らせていただきます。本日の議事は、次第の順番で始めさせていただきます。

1)の産科医療補償制度について、2)の原因分析について、これらにつきましては事前に事務局から説明が行われておりますので、議事につきましては3)の再発防止に関するこれまでの審議のところから進めさせていただきたいと思っております。

では、事務局のほうから説明をお願いいたします。

### 3) 再発防止に関するこれまでの審議

○後技監(事務局) 本日の資料の10ページをお開きいただきますようお願いいたします。議事次第のついた資料の10ページになります。10ページの最初の行は3)再発防止に関するこれまでの審議でございます。それではご説明させていただきます。

10ページの一番上の丸でございますけれども、平成19年2月、ですから3年余り前になりますが、産科医療補償制度の準備のための運営組織準備委員会がそこから12回開催されまして、翌年20年1月に報告書が取りまとめられました。その報告書が本日資料3としてお手元にお配りしておりますオレンジ色の冊子になります。このオレンジ色の冊子の中に再発防止に関する部分も書き込まれているわけでございます。詳しくはご説明しませんが、15ページが再発防止のページになっております。

このように準備委員会はそこで終了いたしまして、その後、2つ目の丸になりますけれども、平成20年の7月から産科医療補償制度の全体の議論をする運営委員会が開催されまして、これまでに6回開催されております。そして、その第4回の運営委員会で再発防止に関する基本的な考え方、それから役割等が審議され、決定されたところでございます。このオレンジのほうの再発防止の部分を土台にいたしまして、その後の運営委員会で議論されたということでございます。

そして、決定された中身ですが、同じページの下に点線の四角で囲んだ内容となっております。これは第4回の運営委員会の資料の抜粋でございます。四角の中の一番上の丸ですけれども、再発防止委員会として書いてありますことは、原因分析された事例情報を体系的に整理・蓄積して分析を行って、将来の同種事例の発生の防止に役立てるなど、産科医療の質の向上を図ることを目的として設置するという位置づけになっております。

そして2つ目は、委員の構成でございます。

そして3つ目の丸が、再発防止委員会の審議事項でございます。その中身は、委員

会においては、原因分析結果を踏まえた再発防止策の検討や情報公開内容等の審議を行うとされております。

そして次の丸ですが、再発防止の主な手順ですが、①、②、③と左から右に移っていく流れをお示ししております。一番左の①が整理・分析の部分、そして真ん中の②が委員会における検討、そして③が公表となっております。

この①をもう少し詳しくご説明しますと、その下の①の部分になります。情報の整理・分析についてということが意味しておりますのは、原因分析を行った事例の中の重要な項目を統計として整理するということや、脳性麻痺発症の原因や背景要因を抽出して事例の類型化をしたりして再発防止策の案を検討するということがそれに当たります。

そして②が委員会における検討ですけれども、将来の同種事例の発生の防止に役立つ再発防止策の検討を行うということです。

そして③が公表についてでございますが、将来の同種事例の発生防止に資する情報を提供することを目的として、後に述べます報告書などを定期的に発行することなどにより広く社会に公表するということとされております。

一応、これまでの審議の内容と、そして決定されたことを今ご説明させていただいたということになります。とりあえず以上でございます。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。ただいまの説明につきまして何かご質問、あるいはご意見等ございませんでしょうか。これまでの運営委員会等で確認されていたことを今説明していただいたわけでございますが、特に委員の先生方からご発言がなければ先に進みたいと思っておりますが、よろしゅうございますか。

それでは、続きまして4)であります再発防止について、事務局よりご説明をよろしくお願いいたします。

#### 4) 再発防止について

○後技監(事務局) 資料の11～13ページまで3ページ分をご説明させていただきます。

まず、11ページの一番上、4)再発防止についてでございます。

まず、(1)の目的ですけれども、これも先ほどの繰り返しに近くなりますが、もう一度申し上げます。個々の事例情報を体系的に整理・蓄積し、数量的・疫学的な分析

を行うということが1つと、テーマに沿った分析を行うということがもう1つ。こういうことをしまして、これらの情報を国民や分娩機関、関係学会、行政機関等に提供することにより、同じような事例の発生の防止など、産科医療の質の向上を図ることが1つと、それから、産科医療関係者がこのような情報を基に再発防止に取り組むことにより、国民の産科医療への信頼を高めることとすると。こういうことが目的となっております。

そして(2)が提供する情報でございます、その下に報告書と産科事例情報(仮称)と書いてありますが、少しイメージをわかせていただくために、資料を使ってご説明します。

まず、片仮名のAですけれども、報告書(年1回程度)という部分です。1つ目の丸ですけれども、個々の事例の妊産婦の基本情報、妊娠経過、分娩経過、新生児期の経過、診療体制等の情報を基に、数量的・疫学的な分析を行うと書いてあります。これが報告書のなかの一部分のイメージを述べたものですが、具体的に申しますと、まず、資料1をごらんいただけますでしょうか。お手元の資料1、2枚紙でございますけれども、分娩機関の先生方、あるいは助産師の方々に対しては、制度発足当初に資料1の2枚に書いてあります診療録、あるいは助産録、それから検査データ等の記載事項について、これを記録していただくようお願いをしております。

それから資料2の黄色い冊子でございますけれども、この黄色い冊子のなかには産科医療の診療体制等に関する情報を書く欄が設けられております。どのような体制で診療していて発生した重度脳性麻痺であるかということがわかるようになっております。このような情報もいただくことになっております。

それから、それらの情報をいただきまして最終的に出来上がるのが資料7になっております。これは20ページの仮想事例の報告書なので、実物の事例ではありませんが、資料7のような厚い報告書が出来上がるということでございます。1と2を使って最終的には7が出来上がるというイメージでございます。

続きまして、資料4の医療事故の収集事業、第1回報告書をごらんいただけますでしょうか。その第1回報告書の前半部分、特に7～12ページまでは、これは数量的な図表が掲載されております。7～12ページまでです。先ほどの情報を使いまして、このような数量的な集計がいろいろな意図を持ちましてこういう表をつくることのできるという状況でございます。



今ごらんいただいておりますのは第1回の報告書でございますが、その後、5年を経まして第20回の報告書は委員の先生方のお手元にはお配りしておりますけれども、この報告書の前半部分、19～69ページまでは先ほどの数量的な表がさらに数を増しまして、5年ぐらいたつとこのぐらいの量の数量的な情報を提供していくということになります。このような報告書のなかの先ほど申しました数量的・疫学的な分析の部分は、以上のようなイメージでございます。

それから、資料5でございますけれども、資料5の1枚紙です。今回は産科医療補償制度でありますので、項目は医療事故の収集事業の表というわけにはいきません。産科に特化した図表にはなりません。

そこで資料5のI. 数量的・疫学的な分析のその下を書いてありますように、分析対象事例の状況ということ言えば、まず(1)の分娩時の状況。これは時間や曜日別の件数。それから(2)が妊産婦の属性。こういうことが幾つかの項目について数量的・疫学的な分析ができるということと、2)施設の状況は、先ほどの黄色い冊子の診療体制の情報などから数量的な図表をつくることのできるというものでございます。

そして、今度は報告書の残りのページのイメージですが、本体の資料に戻っていただきまして、11ページの真ん中あたりの丸になりますが、医学的な観点により原因分析された個々の事例についてテーマに沿った分析を行うということになっております。そして、テーマについてはその候補としては、例えば胎児心拍数モニタリング上の問題であるとか、陣痛促進剤の使用に関する問題であるとか、急速遂娩の方法や時期の問題であるとか、新生児蘇生法の問題など、診療行為の問題について取り上げる、テーマ設定するということが考えられますし、ほかにも分娩機関における設備や診療体制、我が国における産科医療体制等を取り上げるということも例えばですが考えられます。

そして、①一般性・普遍性から始まりまして、幾つかの観点でテーマを選定してはいかがかと考えております。そして、実際のテーマ分析のイメージですけれども、先ほどの資料4の医療事故情報収集等事業第1回報告書では、これは第1回でしたのでテーマ分析は非常に少ないのですが、19ページと20ページのこの2ページだけなんです。テーマ分析を行ったページがございまして。第1回報告書ですので、かなり量は少なくなっております。それから、委員の先生方だけで恐縮になりますが、第2

0回の報告書は、これがずいぶん厚みを増しまして73ページ以降、数十ページにわたって4つか5つのテーマを取り上げております。73ページ以降は、化学療法に関連した医療事故になっております。それ以降幾つかのテーマを取り上げているということとなります。このようなイメージでお考えいただければと思います。

それから、また本体の資料に戻らせていただきます。ただいま幾つかの資料を使いまして報告書のイメージについて少しご説明させていただきました。

続いて提供する情報の2つ目、片仮名のイで産科事例情報（仮称）（年に数回程度）というものでございます。その下の丸に書いてありますが、医学的な観点により原因分析された事例の内容から、より早く情報提供することが分娩機関にとって同じような事例の再発防止に有用であると考えられる情報を提供するというところでございまして、これもイメージでございまして、資料6になります。

資料6は、医療事故情報収集等事業で作成しております医療安全情報、カラーの2枚紙ですけれども、医療安全情報になります。これは特に周知したほうがいいという情報を毎月1回程度全国の医療機関にファクスでお配りしたりホームページに掲載しているものでございまして、1ページ目には、一番大きな字でどんな内容かというタイトルを書いておりましたり、それから緑色の字でどういうことでしたというメッセージを書いておりましたり、そのメッセージの内容をご説明するために図表ですとか、回によってはイラストを使って内容を説明しているものもあります。

それが1枚目の紙でして、2枚目の紙は、具体的に発生した事例の概要を掲載しております。割と基本的な事例ですとだれでも当たり前のように受けとめてあまり注意を払わないということもあり得ますが、しかし、そういう事例が現に起きているということの重大さを考えますと、やはりどんな基本的な事例でもおろそかにできないということで、具体事例を掲載しております。この事例を掲載しているあたりが、医療安全情報の説得力を持たせている部分でございまして。

それから、最後に、事例が発生した医療機関の取り組みを、緑と白のところですが書いてありまして、ご紹介をしていくということになっております。これが医療事故収集事業で行っております医療安全情報でございまして、こういうやり方を取り入れてまして産科事例情報を作成してはどうかというイメージでございまして。

資料の本体に戻っていただきまして、今、片仮名のアと片仮名のイのご説明を終わりました。そして片仮名のウはその他といたしまして、ア、イ以外の方法でも必要に

応じて目的を達成するための情報があればそれを提供すると。具体的なイメージは現在持っておりませんが、その内容、方法は、必要が生じたら今後検討するという事としてはいかがかと思っております。

そして12ページにまいります。12ページの(3)でございます。ここまでご説明した内容は、情報提供の形や枠組みが報告書とか事例情報ですとか、そういう形でありましたということではありますが、そこに掲載する情報がどのように作成され活用されるかというイメージを申し上げます。(3)でございます。提供する情報に関する基本的な考え方でございますけれども、以下の考え方に基づき情報提供するとありまして、1つ目の丸ですが、まず、原因分析委員会において、分娩機関や児・家族から提出された診療録等すべての情報に基づき原因分析し作成された原因分析報告書が先ほどの仮想事例の報告書でございましたが、それを基にしましてこの再発防止委員会において再発防止に関する検討を行うということでございます。

そして、具体的には、先ほどの数量的・疫学的な分析という方法と、それからテーマ設定をした分析、こういう方法論を取りまして、多くの産科医療関係者が理解し実施できる内容を取りまとめ、報告書を作成する。これを通じて、再発防止策の取り組みや研究等の基礎資料となる情報を提供するという事で、その基礎資料となる情報の具体的なイメージとしましては、①分娩機関において再発防止の取り組みにつながる情報、つまり実効性が高い情報だということでございます。そして②学会等におけるガイドラインの検討等の議論につながる情報、それから③調査研究の契機となる情報、それから④が国民の関心の対象となる情報、つまり医療を受ける方が知っておいて非常に有意義だという情報を提供するという事でございます。

それから、3番目の丸ですけれども、再発防止委員会で検討された結果から、今後、原因分析委員会で検討を要望する内容があれば、運営組織を通じ、原因分析委員会に提言すると書いてあります。これは具体的にどういうイメージかと申しますと、実際に再発防止委員会で検討を始めますと、基になる材料が原因分析報告書ということになりますので、この点についても原因分析の際に必ず触れておいてほしいというようなことが出てまいりましたら、それは運営組織から原因分析委員会に提言しまして、その後の原因分析の中では反映していただくと。そしてよりよい再発防止の検討を行っていくというイメージでございます。

そして、(4)が再発防止に関する情報の分析ですけれども、片仮名のアの分析対象

となりますのは、先ほどお示しいたしました資料7の原因分析報告書（仮想事例3）20ページの報告書でございます。その中にいわば大量の重要な情報が蓄積されている、書かれているということになります。そこでそれらの情報を片仮名のイの分析の方法のところですが、事務局におきまして、再発防止委員会で決定された方針に従って原因分析報告書の情報を基にしまして、再発防止の視点で必要な情報を整理いたします。必要な情報を整理するということは、もっと具体的に言いますと、資料7の20ページの報告書の中から重要な項目を抜き出して整理しますと別途データベースができますが、そういうものをつくっていくということでございます。これらに基づいて、数量的・疫学的な分析や個々の事例のテーマ分析を行って報告書や産科事例情報をつくっていくと、原案をつくっていくというイメージでございました。

そして、最後、13ページのご説明をいたしますが、これは今申し上げましたようなことを絵にしたものでございます。最初の議題で省きましたところは一番上の矢印のような形の一番左が審査委員会になっております。審査委員会では、その下の長細い四角にありますように、補償対象の認定をいたします。それが終わりましたら、次の矢印で原因分析委員会に移ります。原因分析報告書を作成して公表するということを行います。この期間が矢印に書いてありますが、約6カ月から、とても長いものですと追加情報の収集に時間がかかりまして、最長で1年ぐらいになるというものでございます。

それから、その次に再発防止委員会に移ってまいりまして、ただいま申し上げましたようなことを行うということになります。そして、一番右が公表の部分で、国民や分娩機関、関係学会、行政機関等に対して提供していくということになります。

一番下に書いてあります丸い四角のところは、再発防止委員会の役割と、それから事務局の役割ということになります。

14ページをご説明して終わりにいたします。14ページの一番上が(5)になっております。(5)の丸の1つ目ですが、成果物をつくりましたら、これは先ほど来申し上げました情報提供しますし、それから本制度のホームページがございまして、そこに公表していくということを考えております。

2つ目の丸が分娩機関、関係学会、団体に配布をするということでございます。これが情報の公表の方法で、次が(6)でございまして、分娩機関等における報告書等の活用についてということで、成果物をつくった後、活用されるということが非常に大

事であると考えております。

そこで丸の1つですけれども、各分娩機関において産科医療の医療安全を目的とした医療安全の委員会や教育・研修などの場で活用していただくように働きかけることを考えております。

それから2つ目の丸は関係学会、団体でも、各種ガイドラインやマニュアルの見直し、研修会などに活用するよう働きかけていくということで実効性を上げていくことを考えております。それでは、ここでいったん切らせていただきます。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。再発防止委員会のこれからのあるべき姿、あるいは基本的な運用の仕方、分析等々、あるいは公表について、事務局のほうで現在イメージしていただいていることを文章にしてまとめてそれを説明していただいたのですけれども、しばらくこの点について先生方にご議論をいただきたいと思いますので、何かございましたらどうぞご発言いただきたいと思います。いかがでしょうか。

○板橋委員 この再発防止の目的のところ、数量的・疫学的な分析を行うとされています。問題になったケースを多く集めていっても、それが果たしてその原因となるかどうか、対象がないだけに非常に判定が難しいですね。このあたりについてはどういう対策を考えていくのかということをしちんとしないと、例えばこういう因果関係がどうも推測されるけれども、今のデータではこれ以上できないから、じゃあ国内での疫学調査をすべきだとか、そこのところで言って終わりということになるのでしょうか。

○池ノ上委員長 これはどうでしょうか。事務局のほうで、現時点での事務局のイメージをご説明いただけますか。

○上田理事 先ほど後のほうから説明しましたように、原因分析報告書は、分娩機関からのカルテや助産録、各種の検査データ、それから、追加情報ですとか、あるいは必要な場合にはNICU等からいただいた情報を基にまとめられます。そこで、原因分析報告書、あるいはその報告書の基になったカルテ等の情報をベースにマスとして再発防止の分析を行うことを基本的に考えております。

それから、ただいま先生からご指摘がありましたように、確かに、これらの事例は重度の脳性麻痺になったケースでございますので、比較する基盤的なデータはどうだろうかということですね。実は、この点については本制度で取る仕組みになっていま

せん。これは大事なデータですので、産科医会、あるいは学会の先生方がいらっしゃっています、基盤となるようなデータが産科医会や助産師会などにございましたら、そのような情報をいただきながら、あるいは文献なども参考にしながら、これらと比較して分析を行うことを考えております。

○池ノ上委員長 板橋先生、よろしいですか。

○板橋委員 やはり、どうしても限界がそこに見えてくるものですから、本当に再発防止ということを提言していくためには、ケースによってはこうすればいいということが症例の集積で言える部分もありますが、そうじゃない部分についてはどうしてもあいまいさは残ってしまいます。今、いわゆるコントロールを取ったりするには時間もなさ過ぎますし、この委員会のデューティではないということであれば、それは致し方ない。限界を踏まえて対策を立てるしかないということになってしまうのかなど。印象としてちょっとネガティブな言い方で恐縮ですけども、もちろん提言できることは積極的に提言すべきだと思います。

○池ノ上委員長 恐らく、私のイメージとしては、先生がおっしゃるほどのサイエンティフィックなエビデンスをこの委員会から出していくというのは限界があるかと思うのです。

ただ、現在起こっている事象の観察、データとしてこういうことが起こっています。そうするうちにだんだんそれが集約されるといいますか、ブラッシュアップされて、こういう問題点についてはきちっとした学術団体、あるいはそれに相当するようなグループでサイエンティフィックなエビデンスを出していかなければならない、そういう重要な問題点がありますという提言はできると思うのです。そこら辺は、やはりあくまでも学問としてのアクティビティと、社会で起こっていることのオブザベーションのアクティビティと分けないと、この委員会は非常に混乱してくるだろうと私は思っておりますし、恐らく事務局としてもそういう基本的な考えだと思います。

ですから、先ほど上田理事もおっしゃったように、あるところからはしかるべき学術団体への情報提供みたいなそういう活動も将来的にはやっていくところで先生のおっしゃるようなアカデミックなエビデンスにつながるような最初のオブザベーションといえますか、そういったことを大事にする、そういう委員会であろうと思っております。ほかにいかがでしょうか。

○隈本委員 事前に事務局から説明をお受けしたときにも申し上げておりましたが、

今、この場で改めて皆さんに申し上げたいと思います。

まず1つは、この制度のこの仕組み、再発防止の仕組みが、今ある医療事故情報収集等事業とほとんど同じ形を取ろうとしているという印象があることに対して僕としては非常に不満があります。

今、医療事故情報収集等事業の報告書を年に1回、それから警鐘的な事例情報を出していますが、それで本当に効果が上がっているのか、ここがスタートラインだと思うのです。要するに、現在、医療事故の自発的報告をしてもらって、それを分析して、年に1回かなり分厚い報告書を出しているけれども、それによって日本の医療安全が劇的に進んでいるというような印象は、残念ながらありません。それから、この報告書をむさぼるように読む人の姿を見たことがありません。大量の数字が並んでいるけれども、それが1つ前の報告書とどこが違うのかといえば、数字が積み重なっているだけ。

もちろん、僕が興味をもって読むのはテーマ別の分析ですけれども、残念なことに原因分析をされていない生情報、しかも自己申告の情報を基につくられたテーマ分析なので、やはり隔靴搔痒といいますか、多分、こういう関連性があるかもしれないけれども……というところで終わっている。とすれば、そのまま医療事故情報収集等事業報告書と同じようなものをつくっても、あまり医療界にインパクトがないのではないかと懸念します。

医療事故情報収集等事業と産科医療補償制度と根本的に違うのは、全例、原因分析までされているということです。しかも、それは原因分析委員会の産婦人科・小児科の大変優秀な先生方が、資料を見て、それなりの医学的判断を、しっかり下していただいていることです。それが材料なのに、分析、再発防止が同じような制度設計でいいのかという点が極めて僕は疑問です。

つまり、材料が全然違うわけですね。自発的報告で「こんなことがありました」という報告なんかと違って、「なぜこんなことが起きたのか」というところまで分析されている材料を持っていながら、年1回の分厚い報告書と警鐘的事例を年数回報告するということがいいのかと。あまりに「もったいなさ過ぎる」というのが僕の意見です。

具体的な提言としては、まずテーマ別の分析をどんどんやるのが大事です。ある程度の数量があって、どうもシステム的に、これは誰もが同じような失敗をしている

らしいというものを見つけ出す、これは医療事故対策の一番大事なポイントだと思うので、そこはぜひやっていただきたい。これは今までの医療事故情報収集等事業の手法と同じように、テーマ別に沿った分析をしてください。ただし、この制度では、本格的に原因までわかっているわけですから、むしろもっと積極的にしてほしいです。ただ情報提供して「皆さん研究してください」という受け身な姿勢ではなく、むしろこれだけ医療安全に詳しい先生方と専門家がいらっしゃるわけですから、この再発防止委員会が中心になってテーマ別分析をして、そして何らかの結論、提言を出していくという体制にしていただきたいというのが私の要望です。

実際、委員の先生方はお忙しいでしょうから、先生ご自身がやられるのは無理かもしれませんが、少なくとも先生方が研究班長になって、次々研究班をつくっていただきたい。テーマが見つかったらすぐにでも研究班をつくって、それに研究助成を出すという仕組みをこの産科医療補償制度で持っているべきだと思います。具体的にどんどん研究するために、ここにもものすごくいい材料があるので、それを基に研究する研究費をお支払いするという、こういう仕組みを、この再発防止委員会がコントロールして持っていくべきだと思っています。

もう1つは、医療事故というのはどうしても技量が低いとか勉強不足な人が起こしてしまうものが、ごくまれに入っていますよね。実は原因分析委員会で分析した結果、一番いいレベルから、ちょっと問題があるとか、標準から言えば外れている事例も見つかるわけですね。現実には、すでに概要が公表された最初の5例でも、ちょっと標準より下だね、という話をしているようなものもあるわけです。

そういうものについては、年に数回とは言わず、標準より下のものがあつたらすぐに具体的にこんなものがあつたということをどんどん出していく。こういうことがあつたよと。こういうことがあつた結果、1人脳性麻痺になってしまいましたよという、これは「誰が悪い」というわけじゃなく、こういうことがあつて標準でない医療行為が行われた結果、もちろん責任を問うとかそういう意味じゃない、あくまで標準かどうか、その標準の範囲に入るけれども、どちらかというとなりのほうのレベルだつたというものについては、しっかり出していくと。そういう仕組みも実はここで持つておくべきだと思うんですね。

最後に付け加えると、出す情報は「産科事例情報」といったその腰の引けた名称ではなくて、「警鐘的産科事例情報」とか「警鐘的事例情報」とかにしていただきたい。



みんな読んでくださいと、臨床にいらっしゃる皆さん、ぜひ読んでいただいて同じことをしないようにしましょうね、というメッセージを込めた名前に変えていただきたいと思います。いま(仮称)と書いてあるのは、変えられるということでしょうから、ぜひそれはやっていただきたいなと思っています。以上です。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。今、隈本委員のほうからもう少し積極的にという、もう一歩前へというお話だと思いますが、いかがですか。ほかに何かこれに関してご発言はありませんか。

○石渡委員長代理 隈本委員の言われることはもっともなことがずいぶん多いと思うのですが、やはり1年に1回の報告書を出すとか、それから産科事例情報ですか、これでは実際の産科の医療現場の先生にどのぐらい情報としてきちんと伝わっているかどうか。読めばもちろんいいのですが、そうでない場合も多いわけなので、やはり産婦人科の医会としましては、毎月機関誌を出しておりますし、それからまた各支部への伝達手段も持っていますし、例えば最近私たちが分析しているなかで、いわゆるメトロですね。頸管を開いて風船で、それが普通滑脱したときに破水して大量の羊水とともに臍脱が起きるということが一般的にはわかっていたわけでありまして、実はそのときではなくて、まだ固定しない間は1時間ぐらいたってまた起きる可能性もあるし、そういうことについての警鐘というのは即座にやっていったほうがいいと思うので、事例によって、いっぱい使われている頻度の多いそういう医療行為についての事故が起きた場合には、これは即座にそういう対応をしていくということも重要ではないかと思っております。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。ほかにいかがですか。

○川端委員 隈本委員のご発言のなかで、どうも今回上がってくる事例がすべて医療事故のような、産婦人科医の医療レベルの低さから来ているという何か思い込みが先にあるみたいな気がします。そういうものではなくて、新生児脳性麻痺になってしまった事例はどんな事例があるかということも非常に大切な分析テーマになっています。産婦人科の医師がどこの手を抜いたとか過失を探して警鐘事例としようというのはちょっとスタンスが違うんじゃないかと私は考えております。

○隈本委員 川端先生とは今回が初めてお会いするのでご存じないと思いますが、多分、原因分析委員会ですとご一緒させていただいている他の先生方は、決して僕があら探しをしてやろうとか、医者ミスを見つけ出してやろうというふうなことで言

っているのではないということを理解いただいていると思います。たくさんある事例のなかには、やはり同僚の、あるいは先輩の先生方から見て、「ここ2時間ぐらい全然様子を見ないのはおかしいよね」とか、「やっぱりこういうことが起こるんだね、気をつけなきゃね」というようなことがきつとあるでしょう。それは全体のなかで言えばごくわずかですけれども、それに当たってしまったお子さんは、その後一生、脳性麻痺なわけですから、そういうことは100例に1例であっても1,000例に1例であっても、それはなくそうよという考え方もこの再発防止活動のなかにはあっていいというふうに思うのです。

つまり、数量的な、システムの分析、例えばこういう時期に高血圧になった人は、脳性麻痺の事例が多くなるようだから気をつけましょうというようなものと同時に、個別の事例について、発生したらそれをやっぱり全部原因分析しているわけですから、先生方は悩んだあげく、やはりこれは「ちょっと標準的治療ではない」というような場合、それを一生懸命考えて報告書に書いているわけですよ。再発防止委員会は、それが3件同じようなものが続いたら、今、産婦人科の先生の中に、もしかしたらこういうことをやっている人がいるかもしれないけれども、これはやっぱり気をつけましょうね、というぐらいの話で情報提供できないかと思います。みんながみんな失敗しているとか思っているわけではないし、原因分析委員会は、決してそういうあら探しをしようとはしていないことについては僕はよくわかっているつもりです。

○池ノ上委員長 今のご議論、今、原因分析委員会で出てきている症例というのは、障害がかなり早い時期からはっきり出ている。そういう症例がどちらかという今議論になっているんですね。

ところが、1年ぐらいたって、1年から5年の間になりますと、何が原因だかよくわからないと。そしてすべてそんなに原因がないにもかかわらず、結果的には神経学的には問題がありそうだというお子さんがかなりいらっしゃいます。その人たちはまだ出てきていない可能性があるのです。ですから、川端先生がイメージしておられる対象と、隈本先生がお話しになったポピュレーションというのはちょっと違うんだと思うんですね。ですから、最終的には、隈本先生おっしゃったように、1例でも2例でも回避できるものは回避しましょう。回避といいますか、避けられるものは避けましょうと。川端先生言われるように、いや、みんな一生懸命やったんだけど、結局はよくわからない。だけど脳性麻痺である。それはもうこの委員会でどんどん拾っ

て補償していきましようよというところなので、最終的にはお2人の議論はかみ合ってくると思うのですけれども。

○川端委員 知らない人が聞くと誤解しかねないので、ちょっと危なっかしい。

○隈本委員 無過失補償ですから、全く医療側にも何の問題もなく、しかもどんな名医がやってもそうなるであろうという例もたくさんあると思います。それについては再発防止委員会が何か言うことではない。再発防止委員会が何か言うことがあるとすれば、池ノ上先生がおっしゃったように、今の科学レベルでは何か関係なさそうに見えるんだけど実はずながつながっているということが、例数が重なるごとに見えてくるのではないかという問題と、普通のお医者さんからすると、ちょっとこういうことはやめたほうがいいのにとということについては伝えるということでしょうか。というふうに思っています。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。よろしいですか。では、勝村委員、どうぞ。

○勝村委員 侃々諤々の議論になるのかもしれませんが、例えば、僕らが薬の副作用と薬害がどう違うというふうに言っているかということ、薬には必ず副作用があるということで、それがどうしても出てきてしまうことは仕方がないけれども、薬害と僕らが呼んでいるのは、専門家の人たちとか、だれかがもう少しきちんと再発防止を考えてくれたら被害を拡大せずにすんだんじゃないかということを行っているわけです。例えば、スモンであれサリドマイドであれ、最初に出てきた被害のいくつかは仕方がないにしても、もっと被害が拡大しないようにできたんじゃないかということが問われている。薬害エイズでもそうだったと思うんですね。

だから、ここが再発防止委員会という限り、やっぱりここが1つの人格を持って責任を負うぐらいの覚悟が必要だと思うんですね。ここがしっかりしていれば再発防止ができたのに、もしそれを防げなかったらここの責任です。ただ、事故も、薬害と副作用の違いと同じように、事故でも医療の不確実性であるとか、事故が完全になくなって脳性麻痺の子どもが生まれることがなくなるということはないのでしょうか、防げたはずのものを繰り返してしまったということとはとめられるんじゃないか、ということです。そういう努力をしましようというのがこの委員会の趣旨だと思うので、そういう努力に関しては、やっぱり僕らは手段を選ばずにあらゆる努力をしていかなきゃいけないというぐらいの責任みたいなものを負うべきだと思うんです。

だから、隈本委員と同じニュアンスだと思うのですけれども、報告書をつくることが目的だったら、報告書をつくることで責任が全うされることになるんじゃないかというイメージになってしまうので、やはり防げるはずの事故は絶対に防ぐということが公的なこの委員会の、これから全国のすべての国民に関係していくことなのですから、防げるものは全部防ぐんだという意識が必要だと思います。

ただ、毎日毎日そういう努力をし続けているといっても、実質、結果的にはここに書かれてあるようなことをしていくことが中心になるでしょうし、実質やれることは限られてくると思いますけれども、どんなことをやってきたのかというのを年に一度まとめることはもちろん必要がある、総括としてまとめるという意味では必要だと思いますけれども、総括をつくるのが目的なのではなくて、本当に事故を防ぐ手立てというのはあらゆることを、どんな事例が出てくるかわからないし、なかなかそういう事例が上がってこないかもしれないし、わかりませんが、上がってきたときにはやっぱりあらゆる手立てをするんだという趣旨をぜひ盛り込んでいただきたいなと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。恐らく、さっき板橋委員が提案されて、ちゃんとしたコントロールを置いて、そしてきちっとした疫学調査をしなければなかなか難しいのではないかとおっしゃったその背景は、恐らく今の医学的な知識をもってしてもはっきりしないようなものもあると。それに関してはちゃんとやりましょうと。

一方、先ほどから隈本委員や勝村委員がおっしゃっているように、だれが見ても明らかですよ。原因分析委員会でもそこをちゃんと指摘していますよと。それについては、そんなアカデミックエビデンスというところまでいなくても、ここの制度をこうさわりましょうとか、こういうことで、今、できることであれば、それはそのときそのときにこちらから提言していくという二段構えで行かないと、なかなかその再発防止というところに行かないのではないのでしょうか。

逆に言いますと、板橋委員が提案されたような、今の医学の知識でもって右なのか左なのかわからないということを、「えいっ、やあーっ、左」と言ってしまうと、ひょっとしたら右であったはずの人たちが被害を被ることにもなりかねない。そこら辺がやっぱりアカデミックエビデンスを大事にする人たちのグループの意見なので、それと明らかにこれはだれが見てもそうですよね、原因分析委員会でもこうですよねというのは迅速な対応をするということが再発防止委員会としてはある程度必要なことで

はないかと思えます。これは分ける必要があるだろうと思えます。

○勝村委員　そういうふうにもとめていただいてありがたいと思うのですが、さらに一言言っておくと、きのうも全国薬害被害者団体連絡協議会というところの世話人会に出ていたのですけれども、スモンでもあるところでは原因は薬なんじゃないかという話も出てきたけれども、いや、伝染病だという話が出てきたりもして、まだはっきり薬とは言い切れないとか言っているうちにすごく被害が拡大してしまっただけというふうなことがあった場合、どこまでの被害は確かに因果関係的なものがわからなくて仕方がなかったけれども、でも、どこからかは、この薬はもっと早く危険性を言っていたんやめるべきだったんじゃないかということが後で反省として出てきているわけなので、そういう判断の難しさをしっかりやるというのが、ここが責任を負うという意味ではないか。まだ事例が何個も集まっていないから、1つでは何も言えないのだからと言われた場合には余り軽率にやることもできないと思うけれども、ただ、やっぱり遅れてしまうということもあってはならないので、1つの事例でもできる限りのことをしてあげなきゃいけないという、そういうイメージが、責任を負うという意味で、その判断が非常に難しいところ、悩ましいところがあるにしても、そういうぎりぎりのところをきちんと戦っていかなきゃいけないんだというぐらいの気持ちを専門家の皆さんに特に持っていただきたいし、繰り返しますけれども、報告書をつくるのが目的になってしまうことがないように、本当に事故が再発されない、1つでも防げる事故は防ぐということを担保していけるという、そういうレベルの話が出てくるんだと思えます。

○池ノ上委員長　ありがとうございます。

○田村委員　先ほど、隈本委員のおっしゃったことの前半の部分は、池ノ上先生、板橋先生がおっしゃったような、アカデミックにまだシロかクロかつけられないという部分については、この委員会で責任をもってその原因究明をするための研究班をつくったり委託したりするというので、非常に大事なことだと思うんです。

それから、後半の、初心者、ビギナーズミスに近しいようなものに関しては、なぜ国家試験も通って臨床研修も受けていながら起きているのかということの観点から、そういう方の教育研修システムを提言することが重要かと思えます。基本的な研修にかかわってくるのは、日本産婦人科学会と日本産婦人科医会が中心だと思いますけれども、あとは日本周産期・新生児医学会とか日本未熟児新生児学会とか、そう

いう限られた学会のメンバーが対象ですので、それぞれの学会が責任をもってそういう人たちをリピーターにしないための研修とか再教育システムをどうするかとかということをごきちんと推奨案を出していくと良いのではないのでしょうか。単にガイドラインとか報告書を出すだけじゃなくて、それぞれの学会に具体的なリコメンデーションを出すということも非常に大事なことで、隈本委員のおっしゃった後半は、そういうことかなというふうに理解いたしました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。私は、隈本委員の先ほどのこの第20回の報告書に絡んでのお話のなかに、これはいろいろな診療科、いろいろな分野がここには含まれているんですね。幸か不幸かこれは産科というかなりシャープな分野をターゲットにしていますので、そうしますとフィードバックの仕方だとか、あるいは情報の分析のシャープネスさといえますか、そういったことはより特化したものが生まれてくるのではないかと思います。ちょっと希望的観測かもしれませんが。ですから、今、田村委員のおっしゃったように、フィードバックするべき相手はどこかというのかなり絞られてくると。そして、内容的にも産科医療にかかわるといいますと、かなり絞られてくると思われます。

そうなりますと、やはりこの再発防止委員会が今後やっていく作業とか内容的なものというのももう少し絞ったものにできる可能性は十分あるのではないかと思います。それはこれから委員の先生方にいろいろとご議論いただいて、いろいろな意見を出していただきながら、どことどういうふうに絡んでやっていくかということが非常に重要になってくると思います。

この件に関して、あと4～5分議論したいと思いますが、いかがでしょうか。

○岩下委員 今までの議論を聞いていると2つあります。2つ、場合によっては3つですね。

1つは、原因の多いものに関しては、原因分析をする前に警告を発するなり何なりで防止のほうに力を入れるということと、それからあと1つは、今言ったその原因の分析を科学的な分析をやる。それから、医療技術に関しては、それに満たないような医療を行ってしまったことについてはヒューマンエラーの問題ですから、田村先生言われるように、教育なり何なり、社会的な対応を考えるということで、その社会的な対応のことと、それから起こった事例で、先ほど出ましたように、臍帯脱出はもう3例あるんですか。ああいうものは学会なりいろいろなものを通して警告を発する。そ

の原因が詳しく科学的に分析されなくても私はやるほうがいいだろうと思います。

ただ、この前の準備委員会でもお話が出たのですが、私は科学的な根拠を求めて例えば文献検索するとか全国調査をするとか、場合によっては動物実験まで含めて、そういうことは確か事務局の話だと、この再発防止委員会では機能としては持たないというお話を聞いたので、今、そういう科学的な根拠も含めてというお話が出たのですが、事務局の能力とか機能とか、そういうものから考えて、初めにこの第1回目にはっきりしておかないと、2回目、3回目はかなり混乱するのじゃないかと思いたいで、私は事務局としての意見を聞きたいのですが。

○上田理事 ただいまの岩下先生からのご質問、そして、先ほどの田村先生のアカデミックな取り組みについてのご意見ですね。隈本委員からもご意見がありました。

12ページの提供する情報に関する基本的な考え方の2番目の丸ですけれども、テーマに沿った分析をしっかりと行いますが、原因分析にあたっての分娩機関等からの情報を基に分析を行います。科学的な分析を、例えば研究班を設けて行うべきであるとかいろいろな提案がありますが、まず、基本的にこの再発防止委員会では、原因分析委員会で取りまとめられた報告書をベースに分析を行って、この再発防止を取りまとめたものが、イメージの丸の1つ目にありますように、それぞれの分娩機関で再発防止の取り組みにもつながります。一方、アカデミックな研究をすべきであるというご指摘があります。この点に関しては、学会ですとか、研究班ですとか、外部でいろいろな研究が行われるだろうと考えております。

今後、実際にテーマに沿った分析を行いますといろいろな課題があると思いたいから、私どもは一切研究を行いませんということではございませんけれども、基本的にはやはりまず確実に1つずつ取り組んでいきたいと考えております。今後は実際の審議のなかで議論になるかと思いたいますが、基本はこの12ページの考え方で進めたいと思っております。

○池ノ上委員長 岩下委員、よろしいですか。この委員会では、先ほどもちよつと言いましたけれども、ある程度の観察した結果を公表すると。その結果、必要であれば、研究班その他をつくるべきであろうというような提言をして、その最もふさわしい例えば産婦人科学会だとか医会だとか、あるいは周産期・新生児委員会とか、あるいは助産師会、いろいろなところがあると思いたいますので、そういうところにつながるような活動をしていく。この委員会そのもので研究班をつくってやっていくというのは、

かなり大きな作業になってまいりますし、そういうものを提言しながら、そして、そこに話が流れていくというようところが現時点でのイメージだというふうに私は理解しております。

場合によっては、この委員会がものすごくパワフルになって、たくさん予算が来て、あちこちに研究会を持てるような、そういう位置づけになれば、この再発防止委員会のなかの研究会みたいなものもできるかもしれませんが、現時点ではそこまではちょっとイメージされていないのではないかと考えておりますけれども。

○田村委員　そこまではいかなくても、例えばこの③の調査研究の契機となる情報をただ発信するだけではなくて、場合によったら、国の厚生科学研究のなかにテーマとして提言するというぐらいはすべきではないかと私は思います。

○池ノ上委員長　それについて事務局はいかがですか。ここから国に提言するというのは、これも産科医療補償制度の運営委員会の基本的なところにずうっと流れていることですよね。ですから、それはできないことではない。

○上田理事　この制度は、いわゆる公的な制度であります。厚労省からオブザーバーで出席されていますが、今、先生ご提案がありましたように、やはり国に研究テーマとして取り組んでほしいと提言をすることも考えられますので、検討していきたいと思っております。

○鮎澤委員　大変個人的な思いなのですが、私、この委員会に参加させていただく1つに、幾多の分析が本当に事故の防止につながっているのだろうかという思いがありました。事故が起きる、分析がされる、院内でも院内の検討会が開かれて事故調査報告が出てくる、また収集事業も続いている。でも、本当にそういった分析の結果が、1つでも事故を減らす、まとめて減らす、といったことにつながっているのだろうか。という思いがあって、今回のこの再発防止委員会から出てくるものが、本当に事故を減らしていくんだ、事故を減らしていくことにつながっていくためにはこういうふうに進めていけばいいんだという1つのモデルになることを期待しながら参加させていただいています。それはここにいらっしゃる皆さんが同じ思いだということを改めて伺って心を強くしている次第です。

伺いながら、3つあります。

まず、1つ、14ページに「働きかける」という単語があるのですが、この働きかけ方をぜひ「こういうことがありますよ」という方策を示すだけではなくて、その方



策が実効あるものにつながっていくために具体的に何をすればいいのかというところまで踏み込んでの議論を私たちの委員会の仕事とさせていただきたいということです。

今も出ていましたけれども、研究が必要だということになればそのことが強くうたわれるべきだし、これから先には体制や制度の問題で議論しなければいけないことも出てくるのではないかと思います。そういったことも含めて、じゃあ具体的にどのようなアクションを取っていくのかということにまで踏み込んで議論させていただきたいと思っています。

それから2点目、12ページに「分娩機関と学会等」とありますが、ぜひこのなかに教育機関等というイメージも持っていただきたいということです。このところ医療安全については、卒前教育でもいろいろ議論されていて、「医療安全」といった科目も設定されるようになってきていますが、いわゆる安全に関する体系的な知識・技術もさることながら、それぞれの臨床に関する科目のなかで本来必要なことがきちんと教えられているかということも実は大変重要なことだと思っています。そこに、資するような情報が出てきたときには、そういった卒前教育のなかに折り込んでいけるようにすることも私たちの役目だと思っています。⑤に明記してほしいというのではなくて、「等」のなかにそういったことも折り込んでいただきたいと思っています。

最後、3点目ですが、これからの事例の集積のなかで、また個別の、事例の検討のなかで、思いがけないことも出てくるのだと思います。どなたかがおっしゃっていたように、これはいかんというのも出てくるかもしれないし、早急にとにかく手を打たなきゃいけないということもある。もちろん今いただいている資料のなかで大体のイメージはつかめました。その時その時で、本当に社会にとって必要なことや、やれることを議論していけるような、柔軟さを、ぜひこの委員会に持っていただきたいと思っています。もし本当に必要であれば、今、想定されている以外の時にもこの委員会が開かれて、オンタイムで社会に発信していけるような、そのような仕事の仕方をさせていただきたいと思っています。ありがとうございました。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。かなり具体的にご意見をいただきました。

○藤森委員 ちょっと確認させていただきたいのですけれども、ここに上がってくる再発防止に出てくる症例というのは、原因分析委員会でこれは予防ができるという症

例だけ上がってくるのですか。ちょっとさっきから事故だとか、そういう話だったんですが。

○池ノ上委員長 いやいや、予防ができるわけではないです。

○藤森委員 ですから、最初の趣旨というか、いかにも脳性麻痺が予防できるものがほとんどだという、そういう何かスタンスに立って話が進んでいるような気がして、実際の現場にいる者とするときすごく不安を覚えるのですけれども。ですから、再発防止という名前もそうなんですけれども、原因分析されて再発予防できるものもあるでしょうけれども、そうじゃないものも上がってくるわけですよ。ですから、もちろん、さっきの臍脱の話なんかもありますけれども、そういう頻度が高いものもあるかもしれないのですけれども、そうじゃないものも上がってくるという建前で話は進むべきですよ。一応、確認なんですけれども。ちょっとすごい心配していたんですけれども。

○池ノ上委員長 再発というのは、私もそれは非常に違和感がありましてね、自分が委員長をやりながら変なんですけれども、再発というのは必ず原因があって、その原因が起こらないようにしましょうというのが再発防止ですよ。

ところが、先ほど川端委員もおっしゃったように、たくさん症例が出てくると、原因がわからないというのが出てくるんです。そうすると、再発防止がしようがないというようなイメージももともとありまして、いわゆる一般の医療事故の再発防止と産科の再発防止というのはちょっと違うんじゃないかと。産科というのは、原因がわからなくても結果が悪いとかあるわけですね。他のいろいろな医療事故の場合には、多くの場合は、原因がどこかにあるんだと思うのです。ですから、先生の感じられる違和感というのは、皆さん結構あるんじゃないかと思います。川端先生の先ほどのご発言も、そこから来ているんだと思うのです。ただ、再発という言葉はどうとらえるかということだろうと思います。

ですから、これからたくさん症例が出てくると、必ずしもそれは再発防止は不可能だということも、恐らくこういう経過が起こったものを防ぐのは非常に不可能だなというような結論で終わることはあるだろうと思います。

○勝村委員 きょうの議論でそういう違和感は僕は一切ないと思うんですよ。僕も何度も言っているように、防げるはずのものを防ごうということが目的なので、それは1例であっていいわけで、再発防止できるものは少ないかもしれませんが。国民が今

まで受けてきた薬の副作用に比べて、薬害なんてほんの一握りです。その薬害を防ぎたいと言っているわけなので、だから防げるものを防ごうということなので、すべての副作用が薬害なんてだれも思っていないし、脳性麻痺の子どもを僕らたくさん知っていますけれども、ほとんどは防げなかったかも知れないですよ。

だけど、防げる事故が繰り返されているということもなくしたいということでこの再発防止委員会があると思うので、それを見逃さないという、それをやることだということだけで一致しているんじゃないですかね。僕は何の違和感もないですけども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今の勝村委員、よくまとめていただきました。隈本委員、どうぞ。

○隈本委員 僕の言い方が、全部のお医者さんが失敗しているというふうな印象をあたえたとしたら、それは表現力不足でした。全くそんなことはありませんし、僕は原因分析委員会にも入っているので、どうしようもないもの、何が原因かわからないというものがたくさんあるということについてもよく存じ上げています。少なくとも今の最初の十何例は、公表された5例だけではなくて、最初の十何例はそんな感じですよ。そのことについてはよくわかっているつもりです。逆に言うと、現場のお医者さんに不安感を持っていただきたくない。むしろこの再発防止委員会が現場のお医者さんにとって心強い存在になるべきだと思っているんです。

1つの例を挙げたいのですが、例えば病棟に塩化カリウムを置いておくと間違える人がいるということは、アメリカのJCAHOの警鐘的事例として報告され、それを受けた日本のいろいろな学会が勧告をして、病棟には塩化カリウムを置かないようにしようという対策をとりました。それで間違えちゃう人がいなくなったんですね。減ったんですね。塩酸リドカインもそうです。かつては10%製剤と2%製剤が両方あって、それを取り違えることが3例か4例あって、それを警鐘的事例として警告した結果、病棟から10%製剤が消えました。その後10%製剤の発売そのものが中止になり、今は間違える人がまったくいなくなったんですね。つまり、この再発防止委員会がちゃんと機能すれば、うっかり失敗しちゃう人とか、何となく勘違いで失敗している人が減っていくはずなんですよ。それは現場のお医者さんにとって安心情報をくれる頼りになる存在だということです。だから、お医者さんたちが何か再発防止委員会によって責められるんじゃないかと思われるとしたら、それは全くの逆で、安心

して医療ができるための情報提供をする委員会だということを強調しておきたいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今の勝村委員と隈本委員がまとめてくださったので、大体多くの委員はコンセンサスとして理解しておられるだろうと思います。

基本的にこの再発防止委員会というのは、産科医療補償制度が始まって、そして分娩に係る脳性麻痺のお子さん方をこれでカバーしようというようなことが起こったときに、ただそれだけでは片手落ちだろうと。原因が何かはっきりそれを分析して、そしてそれをより産科医療の改善につなげる。それから、再発が防止できるものは防止して、よりよい産科医療につなぐ。そういうことをしないと、ただ補償しただけでは社会のコンセンサスは得られないだろうというのがそもそものスタートですので、それをやるために必要な再発防止委員会であるという前提でこの委員会は動いているというふうにご理解いただければ、今後の議論も少しかみ合うんじゃないかと思います。

○勝村委員 イメージなんですけれども、やはり何人かの委員の先生がおっしゃっているのですけれども、情報を公表するとか提供するという表現では、やっぱり責任を逃れようとしているように見えてしまうので、表現をやっぱりきちっと。大事だと思ったのならば、見ておいてねというのだけではだめだと思うんですよね。

学校の先生が、僕が授業をしたよと。勉強しろと言っても、だけど勉強しない。テストで点が取れない、生徒たちが悪いんだ、という形ですませるのではなくて、先生によっては、わかっていないと思ったら補習をする、粘り強く指導をすると、積極的に結果を取りに行こうと。やっぱり全員にきちんとわかってほしいと思うと、やり方が変わってくるわけで、自分はやることをやったからあとはもう知らないというふうになっては責任が取れない。やはり、自分は報告してまとめたよと、出してあるから読んでおいてねと僕は言ったよというので終わりではなくて、きちんと本当に事故が起こらないというふうに結果を取りに行く努力をしてほしい。そうすると、やはりもうちょっと意見具申をするような表現であるほうが大事な場面があると思うんですよね。

今、あったみたいに、例えば厚生科学研究のほうにこういうことをやってほしいということを意見具申するとか、強制力はないにしても、そういうことを一応公的などころにも、ここも半公的な場なんですから。先日も、陣痛促進剤の『添付文書』が6

月に改正されましたけれども、PMDAにこういう記載を意見具申するとか、その結果はやっぱりどうなんだということになるかもしれないので、それを検討してもらおうということ、何か気になるので記載してほしいとか、母子健康手帳にこういうことを載せて行ってほしいとか、専門教育でこうしてほしいとか、施設基準をこういうふうにもって行ってほしいとか、いろいろな意見具申ができる可能性があるもので、それぐらゐの積極性を持ってやってほしいということ、きょうは1回目なので、そういうことをお願いしておきたいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。積極的に意見を出していこうということですね。村上委員、お願いします。

○村上委員 私は部会のほうで分析委員をさせていただいているので、実際に数例ですけれども、分析をさせていただいている立場からちょっと言わせていただこうかなと思うのですが、まとめられた報告書を拝見させていただくと、書いてあることは、確かにやったことは正当だし、別にそこに何があるというのではないのだけれども、ここって記録が足りないよねとかいうようなところで判断がなかなかしにくい部分とかいうのも幾つか出てきているんですね。部会としては、記録がないから判断ができないですというふうにはしかその報告書には書けなくて、でも、それがもし書いてあったら、もっと具体的な分析ができたかもしれないし、やっぱり同じような結果になってしまったかもしれない。その辺は全然わからないのですけれども、でも、そのような意見が出るということはとても大事なことなんじゃないかなって思うので、部会のなかでは、非を責めるような表現はあまりしないので、その部分がどうしても薄れてきちゃうような気がするのですが、やっぱりきちんと報告書を見て、これはもう少し記録がないといけないんじゃないかとか指摘がされたらいいかなと。その経過のなかでこれはどこに原因があったのか全くわからないよねというケースもあれば、確かにヒューマンエラーもあるのですけれども、そうじゃなくてそれさえも判断ができないという、その記録がないという事実もあるんだということも実感しているので、その辺も指摘できるような委員会であってほしいなと思います。

先日検討したケースでは、多くの先生方が、これは本当にどこに原因があるのかわからないし、早めに帝王切開をしていたらもしかしたら助かったかもしれないのだけれども、だれもがじゃあどこで帝王切開をするのかというジャッジが全くできないというようなケースも確かにあったんですね。だけれども、皆さんがやっぱりちょっと

気になるよねというケースなんだよねというふうなのもあって、みんながそういうふうに思っているんだけど判断がつかないんだということも提示をしていって、じゃあ皆さんこれはどう思いますかというの、何かこういうところでもディスカッションできると私は望ましいのかなというふうに思っています。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。やはり症例ごとにかなりバリエーションがあるということは事実だろうと思います。

○川端委員 今回の先生のご発言は、ちょっとこの委員会のテーマとしては不適切じゃないかなという気がいたします。

それはさて置きまして、先ほどから報告書をどう扱うかということが非常に大きな課題であるということを感じましたので、産婦人科医会は約1万ちょっとの会員がいますし、施設で言うとほとんど100%をカバーしているということがあります。ということで、医会の組織を使って広報をするというのは協力できることだと思いますけれども、もう1つ、医会と産婦人科学会は、出版物については共同歩調を取っているということがありまして、これは費用を抑えるために共同発行をやっているということがありますので、このあたりも医会と学会とこちらの事務局とで相談して、全産婦人科の医師に確実に情報が伝えられるようなシステムをつくる必要があります。それについてはまた協力したいと思います。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今、川端委員から大変具体的に重要なお発言をいただきました。先ほどから多くの委員の方々からご発言いただきましたその最終的なアウトカムをどこに持っていくかということで、主たる分娩の場を担当しておられる医会の先生方、それから教育機関となりますと大学を中心とした、これは学会員がかなりそこをカバーしているということになりますので、ほとんどのところがカバーされることになるわけですね。ですから、この再発防止委員会や運営委員会、もっと大きなところから出て行くかは別としまして、少なくともこの再発防止委員会でのアウトカムがしかるべきところにきちっと行くルートづくりを確立していくというのをこの委員会がトリガーになってやっていく必要があるだろうというふうなご提言でありました。恐らく、これは、今後、皆さんご協力いただけるんじゃないかと思っておりますけれども、事務局としてもそれに異論はありませんようので――

○上田理事 はい。

○池ノ上委員長　そういう方向にぜひ川端委員、それから石渡委員長代理もいらっしやいますので、そういったところが強力なラインができるというのは非常にありがたいことだなと思います。

○板橋委員　もちろん、再発防止を提言する委員会ですけれども、これまで多くは提言するけれども、その結果どうなったかの評価がきちんとできていないことが多くて、結局は言いつばなしで、実質、例えばこの対策を取ったら脳性麻痺が減ったかとかということとはなかなか評価できていないことが多いですね。

ですから、再発防止ということは、結局は提言したことに対して最終的にはどういう我々フィードバックできているかということを確認することはぜひやってほしいと思うのですね。

ですから、短期間でそれは無理にしても、例えば3年とか5年のスパンで同じ傾向のケースが明らかに減ったかとか、そういった分析も併せてやらないともったいないと思います。

○池ノ上委員長　はい、ありがとうございます。今の件は、原因分析委員会に集積されるデータから出てくることになりますか。いかがですか。どういう症例が上がってくるかというトレンドがつかまえられるのは原因分析委員会ですね。

○上田理事　いや、再発防止委員会に個別の事例をマスとしたデータを出します。

○池ノ上委員長　そうすると、ここの委員会でそれをやることになりますか。トレンドとして数年おきに出てくる症例がどんなのかというようなことを。順番が変わってくるのか、そういったことですね。それはアクセスするルートは産科医療補償制度のなかにはあるということで、ある程度時間がたったらそういった作業も必要であろうということで。しかもそれは可能であろうと思われます。アクセスすることはあるということでよろしいですか。

○上田理事　はい。私どもはそれぞれ原因分析にあたって提出されたデータはすべて集めて整理しますので、その中から必要なデータを先生方に見ていただくことはできます。

○池ノ上委員長　はい。どうもありがとうございました。これまで議論いただいておりますが、次へ進みたいと思います。ある程度オーバーラップする部分がございますので、6)の本年度の再発防止に関する取り組みについて、事務局のほうからお願いいたします。

#### 5) 再発防止委員会について

○後技監（事務局） それでは、先ほどの続きになりますけれども、14ページの中ほど、5)に再発防止委員会の規定のご説明がありますのでそこからまいります。

14ページの5)ですけれども、まず、本日の資料8が再発防止委員会の規則になっております。その資料8の規則のなかの第2条が審議事項となっております、産科医療補償制度の再発防止に関する事項の審議と書いてあります。

そして、その具体的な中身ですが、この本体資料の5)の丸の2つ目、3つ目になりますが、2つ目にありますように、再発防止に関する基本方針の決定ということと、それから丸の3つ目で、事務局が作成した報告書、産科事例情報（仮称）等の原案を審議するということがその中身になります。

そして、一番下の○ですが、再発防止委員会は、事例の分析や報告書等の作成に関する審議の場合は、非公開、それ以外の場合は公開ということにしております。

そして、続きまして15ページですけれども、これで6)にまいります。

#### 6) 本年度の再発防止に関する取り組みについて

○後技監（事務局） 6)の本年度の再発防止に関する取り組みでございます。丸の1つ目にありますように、報告書については平成22年12月末日までに公表された原因分析報告書を基に作成・提供するというようにしております。まだ今回1回目ということなので、少な目の件数になることは想定されます。

ただし、分析の対象となる事例件数の状況により報告書の内容や公表時期等を検討するというようにしております。

そして2つ目の丸、なお書きですが、なお、産科事例情報（仮称）については、今後、さらに具体的な内容、提供方法、提供の頻度等、先ほど名称の論点もありましたが、そういうことを検討していくということを考えております。

#### 7) 今後のスケジュール

○後技監（事務局） 7)の今後のスケジュールですけれども、次回が9月を想定しております、主な審議事項は、再発防止に関する基本方針、その数量的・疫学的分析といいましても、一体どんな数量、あるいはどんな分析を行うんだということを具



体的に議論する必要がありますので、そういう部分の議論を深めるということ。それから、11月がその次で、テーマに沿った分析を中心に審議いただくということ。そして12月が再発防止に関する基本方針を確定させるということと報告書の全体の構成ですね。件数の数字は少ないと思いますが、全体の構成を審議していただくということ。そして、最後、23年1月以降に報告書の原案を審議していただいて、その後公表していくというスケジュールを考えております。以上です。

○池ノ上委員長 はい、ありがとうございます。一部はこれまでもすでにご議論いただいたところもございますが、あと20分ぐらい時間を残しておりますので、引き続きご議論いただきたいと思います。ただいまのご説明に対していかがでしょうか。

○勝村委員 ちょっときょうの議論の性格についての質問なんですけれども、きょうずっと後さんのほうで説明していただいた文言が、これからの再発防止委員会のあり方とかについて、1回目として出てきているわけですよね。これが原案で、きょうの議論を踏まえて文言が修正されるという理解でいいですか。だから、改めてもう1回出てくるということですか。さっきのところの根幹のところも、今、これは原案として議論しているという形で理解していいんですか。

○上田理事 はい。きょう、先生方にいろいろご意見をいただきましたので、そのご意見をできるだけ反映させていただきます。次の各論の議論のなかで、資料を改めて提出させていただいて議論をしていただきたいと思いますと考えております。ですから、この原案で進めるのではなくて、きょうのご意見をできるだけ反映する方向で整理します。

○勝村委員 じゃあ、わかりました。

もう1点。情報公開のところですけども、会議の公開についてですが、資料8の表現とここの表現と14ページの表現が一緒ですか。資料8の第5条のところと14ページの一番下の丸の表現が、これは同じですか。

○上田理事 資料8の第5条の会議の公開で、委員会の審議は、個人情報保護する必要がある事項等の審議を行う場合は、非公開とする。それ以外の場合は公開すると規則に定められておりますので、この考えで進めます。

そこで、ご指摘の14ページは、再発防止委員会は、事例の分析や報告書等の作成に関する審議の場合においては、非公開とする。それ以外の場合は公開すると記述しておりますが、もう少し具体的に申し上げますと、まず、基本的には公開、つまり個人情報を保護する必要がある場合には非公開ですが、できるだけ公開ということ

考えております。ですから、今後のスケジュールの前半の制度設計に関する審議は公開で行うということを考えております。

一方、事例の分析、報告書を作成する審議において、先ほども議論がありましたように、報告書を作成するにあたっては、原因分析報告書、あるいはそれに関するカルテなどをもとに議論しますので、その場合は、個人情報保護する観点から、非公開でいかがかとを考えております。

○勝村委員 個人情報保護する観点でその部分は非公開ということに関しては納得できるのですけれども、それ以外は公開するということが、逆にすごく大事なことだと思っていますので、そうすると、14ページの下表現というのは誤解を与えると思うので、もとの第5条の表現のままでいいのじゃないかと思うのですけれども。

○隈本委員 公表される原因分析報告書は、個人情報は書いてありません。ある手続きを取れば研究目的とか再発防止目的だったら全文を取れることになっているわけですから、そのことを議論すること自体が個人情報を侵害する可能性はないので、それ以上の個人情報が出てきたときに非公開にするというような運用ではだめなんではしょうか。

○上田理事 今、隈本委員がおっしゃられた開示しているものは、報告書のうちマスキングしているものです。この再発防止委員会での審議のベースとなるものは報告書そのものです。そうすると、報告書とマスキングしたものは扱いが違います。つまり、報告書はまだ公表していません。マスキングしたものは公開しておりますが、確かに報告書に氏名ですとか個人情報は記載されていないのですけれども、私ども、法律家の方にこの辺の相談をいたしました。個人情報保護法の制定時の閣議決定及び附帯決議において、医療情報は特に慎重な取り扱いをすべきというふうにされておまして、そこで今申し上げましたような原因分析報告書には児のお名前ですとか医療機関名そのものは記載されていませんけれども、記載されたもろもろの属性に関わる情報などから個人が特定されるリスクもあるので、その辺は慎重に扱ったほうがいいだろうというアドバイスをいただいております。再発防止の報告書を作成するにあたっては、原因分析報告書をベースに議論されることとなりますので、我々としては実際の事例の審議に関しては非公開で行わざるを得ないのではないかと考えております。

○田村委員 それはこの資料8の第5条でカバーされるのじゃないですか。我々が個人情報を保護する必要があると判定した場合には、個別の名前が出なくても、その状

況から前後の読み取りから個人が特定されるかもしれないと思えば非公開にすればいいわけですから。だから、やっぱり勝村委員のおっしゃるとおり、資料8のこの会議の公開をここに出しても支障はないと思います。わざわざ文面を変えていると、あたかも我々が意図して情報をマスコミの人に漏らさないようにしているんじゃないかと疑われてしまいますから、別にそれでいいと思います。

○上田理事 基本的には、この規則の第5条のとおりでやります。この扱いについては、これから審議がございますので、その時引き続き議論をしていただければと思っております。

○池ノ上委員長 きょうの時点では、この5条に関しては入れ替えをするということでもよろしいですね。では、勝村委員がおっしゃったようなことで、ここを入れ替えるということ。

○上田理事 実際の取り扱いについては、引き続き議論をしていただきたいと思いません。

○池ノ上委員長 はい、そうですね。個々の事例に関しては判断をするんですね。

○上田理事 そうですね。

○池ノ上委員長 はい、わかりました。ほかにいかがでしょうか。ほかにご発言はございませんでしょうか。

大まかなスケジュールが示されておりますが、15ページの一番最後の今後のスケジュール、大体こういう方針で進んでいければと思っておりますが、いかがでしょうか。よろしゅうございましょうか。

○隈本委員 ちょっとだめ押しの確認なんですけれども、事務局に確認しておきたいのですが、この産科医療補償制度の仕組みとして運営費用である原資がありますよね。300億円の原資。これを使って研究を助成をするというのは、しくみ上できないのですか。つまり、ここで何かいいヒントが出てきたのに、厚生労働科学研究費で研究してくださいよというような、もちろんそれを強く言えばきっと厚労省のほうは太っ腹だから出してくれると思うけれども、それより再発防止にも役立つものについては、お金があるわけだからそこから使えないものですかねということ、事務局にちょっと確認したいのですけれども。

○上田理事 すみません。繰り返して。この12ページにある基本的な考え方についてご説明申し上げました。先ほど鮎澤委員からご意見がございましたように、いろい

ろな状況などが議論されるでしょうから、それは今後の課題ということになると思います。

ただ、私どもとしては、いろいろな情報を基に作成された原因分析報告書、それをベースにいろいろな視点で分析していただいて提言するということを、まず基本的に考えていただいて、そのなかで今後いろいろな議論がされるのではないかと考えています。仮に研究を行う場合に、やはりこの制度の基本的なことになりますので、それは関係者ともよく議論しなくてはいけないと思っております。

○池ノ上委員長 先ほど川端委員がおっしゃっている産婦人科医会という日本中の産婦人科の組織がありますけれども、そこもある程度のデータベースがある。それから、岩下委員が理事をしておられる日本産婦人科学会も周産期関係のデータベースがかなり動いているのです。ですから、そういったところにきちとした手続きをして、ある程度のこちらが実績を出してアプローチをすれば、お互いにアカデミックな部分でのディスカッションというのは幾らでもできるわけですから、厚労省からもたくさんお金をいただくのも結構ですし、学会のなかの調査委員会といったところもありますので、結果によっていろいろな関係諸機関とも協力するということが可能だろうと思っております。

岩下先生、日本産婦人科学会の中のその窓口はありますよね。

○岩下委員 周産期委員会というのがありまして、そこで時々によっていろいろなテーマを設けて調査・研究を行っています。これから投げただけならば、そこで検討することはできますし、それから、さっき川端先生が言われたように、学会のほうも各会員のほとんどの方がメールを持っていて、例えば厚労省からのいろいろな通達事項を周知してくれという、その日のうちに全部会員に流れるようになっていますから、そういうものがありましたら、すぐに会員に周知はできると思います。

○隈本委員 今のお答え、上田先生のお答えとしては、現状ではそういう補償金を使った研究助成は不可能だが、将来、運営委員会に諮るなりして何らかの変化があれば、制度の見直しがあれば可能かもしれないということで理解してよろしいですか。

○上田理事 まず、私どもはこの制度を確実にやっていくことが大事ですし、これまでの制度設計、運営委員会での議論も踏まえてのこういう制度設計となりましたが、基本的にはこの12ページの考え方で進めていきたいと思っております。

ただ、見直し規定なども考えておりますが、これから実際に報告書が作成されるに

あたって議論されていく中で、いろいろな課題が生じてくると思いますので、引き続き関係者とよく議論します。

ただ、この時点で、はい、これもします、と言うのは難しい。まずは、先ほどから申し上げているように、報告書の作成を大事にしながら、どこまで成果が出せるのかきちんとやっていくという枠組みをまずスタートさせたいということでございます。

○池ノ上委員長 はい、ありがとうございます。ほかに何かご発言はございませんか。

○小林委員 今の研究の話ですが、私も大学で研究を主にしていますので、研究を大事にしてもらうのはいいと思うのですが、ただ、この制度の創設の段階で研究ということを前面に打ち出して制度をつくっているかどうかというところはそれほど明確ではなかったと思うので、制度を育てていく過程で加入者の合意を得ていかないと、どこまで研究費を使っていいかというのは、研究は非常にお金をかければいいものができるので、ある意味できりがないところがありますので、それは少しずつ発展させていくほうがいいかなと思います。あくまで加入者の表に出ない形での合意が出てこないといけないかなと思います。

それから、あともう1つは、もしそういう形で研究費を使うのであれば、公募の形にするのがいいと思います。仲間内だけでやっていくとどうしてもアイデアが限られてきますので、そういう意味では、将来発展していったら公募でさまざまな研究を進めていくと。そのために一番大事なのはデータを蓄積していくことだと思います。データ自体をためていくということで、さまざまな原因とかの究明につながっていきますので、データをとにかく蓄積する。それ自体に非常に費用がかかりますので、データ自体公共財と言われていきますので、そういうものを蓄積していく作業が大事じゃないかなと思います。

そういう点で、報告書はやはり毎年きちんと出してデータを蓄積する仕組みをつくっていかないといけないと思います。毎年毎年の報告書で原因が解明できなくても、ためていくという作業自体が将来役に立つことになると思います。この制度の創設の段階でデータがないために脳性麻痺の発生頻度も不正確にしか推計できていませんし、それから、予後もわからないので年金の仕組みにはできなかったというところがありますので、そういう点でデータをためるという作業は大事だと思います。

○池ノ上委員長 基本的なところのご発言で、ありがとうございます。今、小林委

員がおっしゃったデータを集めて集積していくという作業は、現在の仕組みのなかでも行われていると考えてよろしいのですか。

○上田理事 はい。できます。

○池ノ上委員長 よろしいですね。それは確認。はい、ありがとうございます。

ほかにご発言はございませんか。

○村上委員 本年度のこの委員会のタスクフォースというか、報告書は年に1回つくるということは確認できたかなと思うのですけれども、この産科事例情報（仮称）というのを年に数回程度と書いてありますが、この辺はどのようにイメージをしたらよろしいのか確認をさせていただきたいと思います。

○池ノ上委員長 これは、きょうの委員会のなかで多くの委員の方々からご発言いただきましたのをまとめて次回提案していただくということで。例えば警鐘事例にしたほうがいいのかというご提言もございましたし、緊急の場合にはどう対応するかと、あるいは臨時の会議を開くとか、あるいは場合によっては通信で委員の皆さんのご意見を聞いて決めるとか、そういったことも必要になってくるかもしれませんので、きょうの委員の先生方のご意見を事務局のほうでもう一度まとめていただく。それでよろしいですか。

○上田理事 はい。もともとは15ページにありますように、9、11、12月、これから3回ほどかけてここにあるテーマについて、どちらかという制度設計に近い議論をしていただいて、そして今年の12月までに公表された原因分析報告書を基に、1月以降報告書について審議をしていただこうと考えておりました。先生のご指摘の事例情報に関しては、その後引き続き議論をして具体的な考え方を整理しようと考えております。

ただ、今、委員長からご指摘がありましたように、9月の議論のなかで、名称の問題も含めて、議論いたします。

○池ノ上委員長 はい、ありがとうございます。ほかにございませんでしょうか。

○勝村委員 その事例情報というのは、逐次どの場面でもこのメンバーが、こういう事例情報をまとめていくとよいのではないかと行っていいんですよね。

○上田理事 ですから、次回その辺を。

○勝村委員 そうですよね。例えばずっと僕は準備委員会のほうにも関わらせていただいて、この場に出ている産科医会や学会の先生方は非常に事故防止に努

めていただいていると感謝しているわけですがけれども、だから、この制度を準備していくなかでも、結果として事故が出てきてからだけやるんじゃなくて、この制度をつくっていくなかでもそもそも事故が起こらないようにつくっていくという努力もしていただいているし、僕もそんなにたくさん防げたはずの事故が上がってくとは思っていないわけですが、ただ、僕の気持ちとしては、1つでもあれば、それを教訓として同じ被害は1つも出さないように努力をしたいという気持ちが強くあるので、そういう気持ちはやっぱり言い続けていきたいと思うのです。

そうすると、先ほど村上委員がおっしゃっていた、例えば情報がうまくきちんと書けていないんじゃないかというようなことも、もし原因分析のなかでも議論がされているということで、そのことに僕らが気づき、それが本当に必要なことなんだったら、その医会・学会からでもいいですし、こういう情報の提供でもいいし、改めてこういうことの記述が非常に大事だと。こういうことを記述していくことによってより現場の力になるのだらうというような意見を専門家の先生からでも出せるということで、そういう臨機応変なことを検討し続けていけるような会議が定期的に行われていくという理解でいいんですよね。

○上田理事 はい。9月以降これから議論していただこうと思っています。きょうの議論について論点を整理しますし、それを基に引き続き勝村委員がおっしゃった点も議論していただいて、全体をまとめていただければと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今、勝村委員がおっしゃったように、過去にやはりカルテの記載が非常に不十分でレビューのしようがないというような事例もかなりあって、対応しづらいものがあつたんですね。それも非常なリスクですから、それについては早め早めにフィードバックして、カルテの記載というのはこんなことはぜひ必要ですよ。今ごろそんなことかと言われても仕方ないけれども、それも非常に大事なことなので、やはりそういったことをひとつやっていく必要があるだろうと思います。

それから、先ほど隈本委員がおっしゃったように、塩化カリウムが置いてあるというようなことも、今でもやっぱりそういうことはあるので、そこが事故につながっていますよとかいうようなレベルのことは、なるべく早くフィードバックしていくと、やはりこれは必要だろうと思います。ありがとうございます。

ほかにご発言ございませんでしょうか。

○川端委員 今の続きですけれども、勝村委員が言われたこと、私も大賛成なんですけれども、じゃあそれをどこの場所が発信するかということのをちゃんと決めておかないと、ここの委員会はちょっと不適切なんですよね。そういう提言をしていくのは原因分析委員会のほうだろうと思うのです。実際、分析をした人たちが何に困って、産婦人科の医師はこういうことをポイントにちゃんと記載するようにとか、そういう観点をはっきりさせなくちゃいけないだろうと思います。

○池ノ上委員長 基本的には、再発防止委員会も原因分析委員会から報告を受けて活動しますから、そのなかに不適切、不十分な記載というのがあまりにも出てくれば、それは原因分析委員会から我々の委員会のほうへの提言だということで取り扱うことです。恐らく、そういう手順になるだろうと思います。ですから、原因分析委員会での最初のフィルターを通して、来るときはこちらへということになるのではないかと思います。そういうふうに考えてよろしいですね。

○上田理事 必要に応じてどういう形で再発防止委員会として提言するかということかと思えます。それぞれの分娩機関に関しては、原因分析報告書のなかで、改善策、例えば先ほど村上委員がおっしゃられましたように、カルテの記載をきちんとしましょうとかのような改善策を提言します。

もう一方、改善策の事例があまりにも多いと、広く関係者に呼びかける必要がありますので、再発防止報告書として提言を行います。この報告書にどのようなものを反映するかを審議していただきたいと思えます。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。もう時間がまいりましたので、あと事務局から何か報告はございますでしょうか。

## 8) その他

○事務局 次回の委員会でございますけれども、先ほどもありましたように、9月の開催を予定しております。お手元に日程調整表を配付させていただいておりますので、この場でご記入いただくか、もしくはお手数でございますけれども、来週の月曜日までにファクスにてご返信をお願い申し上げます。以上でございます。

## 3. 閉会

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。



それでは、時間がまいりましたので、これもちまして第1回の産科医療補償制度再発防止委員会を終了させていただきます。委員の先生方、ご多忙中大変活発なご意見を賜り本当にありがとうございました。どうもありがとうございました。

————— 了 —————