

## 第6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7月23日（木）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（山田）

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。会議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。

まず左側の資料でございますが、委員の方の出欠一覧がございます。次に第6回原因分析委員会の次第、その下に議事資料がございます。それから、資料でございますが、資料1から資料7までございます。資料1が「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）」でございます。資料2でございますが、「『診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業』における『評価結果報告書』および『産科医療補償制度』における『原因分析報告書』について」でございます。資料3-1でございますが、「『原因分析のための保護者の意見』について（事前のご案内）」でございます。資料3-2でございますが、「『原因分析のための保護者の意見』について記入のお願い」でございます。資料4でございますが、「原因分析報告書<仮想事例1>」でございます。資料5でございますが、「原因分析報告書<仮想事例2>」でございます。資料6でございますが、「医学的評価等を記載するに当たっての用語について」でございます。資料7でございますが、「産科医療補償制度原因分析委員会規則（平成21年7月1日一部改正）」でございます。最後に第8回原因分析委員会の日程調整表を配付してございます。

次に右側の資料でございますが、「産婦人科診療ガイドライン・産科編2008」及び委員用資料ファイルを配付しております。このガイドライン及び委員用資料ファイルにつきましては、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きようお願いいたします。

それでは、一部の委員の方が少し遅れて出席されるということで連絡が入っておりますが、定刻になりましたので、ただいまから第6回産科医療補償制度原因分析委員会を開催いたします。

はじめに原因分析委員会6つの部会の部会長が決定いたしましたので、報告させていただきます。北里大学の海野先生、順天堂大学の竹田先生、横浜市立大学の平原先生、そして本委員会の委員で部会長を兼務されるということになっております石渡先生、徳永先生、松田先生の6名の先生方でございます。なお、本日は竹田先生にオブザーバーとしてご出席いただくことになっております。また、部会委員の先生方につきましても、近く選任できるよう手続を進めているところでございます。

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。

なお、カメラの方は、まことに申しわけございませんが、ここまでにしていただいて、退席をお願いしたいと思っております。よろしく願いいたします。

○岡井委員長

それでは第6回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。先生方、お暑い中、またお忙しい中、ご出席いただきまして、ありがとうございます。

きょうの議事が次第に書かれてありますが、その議事に入ります前に、前回のこの委員会で少し議論になりました脳性まひの回避の可能性について、どう記載するかということに関しまして、私が前回の委員会で発言させていただいたことに誤りがありましたので、訂正させていただきます。私が、それはもう議論して決まりましたと申し上げましたのは、産科医会の中のワーキンググループで議論したときのことでありまして、私の勘違いというか、言い間違いであります。改めて訂正しておわび申し上げます。

この件に関しまして、前回の議論は皆さん、大体ご記憶にあることと思いますが、事務局の方とも相談しまして、以下の提案をさせていただきたいと思っております。

それは、私たちがこの原因分析を進めるにあたって、参考とすべき方向性として、医療事故の安全調査委員会のモデル事業の考え方があります。そのことが書かれたのが資料1でございます。厚労省の補助金でやっている事業ですが、その事故調査のモデル事業では、死亡を回避することができたかどうかということ、どう報告書に記載していくかということの考え方について書かれているのです。資料1の9ページになりますが、3)の「再発防止への提言」のところの2つ目の・のところに、そのことが出てきます。そこには、どうすれば死亡を回避することができたのかという視点での評価であると記されています。これは結果を知った上で臨床経過を振り返り、死亡を回避できる可能性をすべて考え、実際に行われた診療行為を勘案して、できる限り提言する、と書かれておりまして、私たちとしても、このモデル事業と同じような方向性でいいのではないかと考えているわけですが、もし委員の先生方の賛成が得られましたら、そういうような方向性で行くことに決定させていただきたいと思っておりますが、こういう考え方でよろしゅうございますか。提言するにあたっては、可能な限り、こうすれば改善できるかもしれないということは全部書き上げます。ですから、今後の医療向上のために改善すべき点として、こういうときはこういうふうにしていこうというような、そういう書き方にすることです。ですから、その対比となった議論としては、もしこのときに、こういう診療をしていけば、回避できた可能性があるとか、そういうような表現にはしないで、改善のところ、こ

ういう方法が良いのではないかみたいな書き方をする。そういう方向で行こうということなのですが、ご意見があればお伺いしたいと思っております。

そのことにも関連するのですが、資料2を見て下さい。先ほど申しましたように、私たちが参考にしていくやり方として、先ほどのモデル事業の視点があります。モデル事業の考え方がマニュアル案として出ていますので、それと対比させて示しているのが、この資料2ですが、報告書の構成は少し違うところがありますが、方向性としては同じ方向です。

○石渡委員

これは弁護士の先生にぜひご意見をいただきたいのですが、この報告書は責任追及しないという大前提があるかと思うのです。つまり、責任回避義務が果たせなかったということで、これは過失に認定にはつながっていかないのでしょうか。その辺はいかがでしょうか。

○鈴木委員

つながっていかないということはないです。つまり、結果回避の可能性は、損害賠償責任の構成要件の一部を成していますので、つながらないことはないと思います。もし損害賠償責任につながる可能性があることを全部書かないとなれば、報告書は空っぽの報告書になると思いますね。つまり、ここに書かれていることは結果回避の可能性だけではなくて、医学的な臨床評価も含めて、すべて責任を検討する上での前提事実になり得ることはあると思います。

○石渡委員

確かに法的にはそうだと思うのですが、ここでは死亡を回避できる可能性をすべて考え、実際に行われた診療行為を勘案して、できる限り提言すると。提言はいいのですが、こういう提言した内容が裁判のときの資料として利用されていくことについて少し懸念があるわけなのですが。思い切った報告書を書きづらくなってきます。

○鈴木委員

それは医学界のピアレビューの考え方次第だと思います。民事訴訟で証拠にならない書類は日本の民事訴訟では限定されていませんので、すべてがなり得るということです。しかし、それは裁判における裁判官の自由心証主義の中で評価をしていきます。ここの項目はレトロスペクティブな見方ですから、過失の内容を構成するのではなく、因果関係と法律的には呼んでいますが、因果関係の内容を構成することにはなり得ると思います。

もともと損害賠償責任そのものが結果の回避義務違反というとらえ方をしますので、つ

まり予防できるものを予防できなかったことが責任の一要素になっていますので、そういうことに言及しない医学的評価だとすれば、ほとんど意味のない医学的評価だろうと思いますね。むしろ、それは医学界の中で、そういう懸念があることに触らないということだとすれば、ピアレビューはしないことにつながってくるだろうと私は思います。

○石渡委員

レトロスペクティブに見れば、当然、そういうことになっていこうかと思うのですが、その時点で考えた医療行為が認められるかどうか、そこに問題点があるかどうかということ指摘していくことに関しては非常によろしいかと思うのですが、後で振り返って、ああすればよかった、こうすればよかったということについて、ここで言及していくと、裁判のときに、非常に医療側にとって極端に言えば不利なといいますか、そういう構成になっていかないでしょうかということをお心配しています。

○岡井委員長

石渡先生、この事項は今後の改善に向けてレトロスペクティブに後から振り返って検討したのであると、ちゃんと最初のところに記してあってですね、もしもこれが何らかの形で裁判の資料に使われたときに、どう判断するかは裁判官の判断になると思うのですが。先生の懸念はよくわかるのですが、鈴木委員が言われたように、全く医学評価もしない、何も書かないのであれば、これはほんとうに意味がなくなってしまいますので、訴訟にどうつながるというのではなくて、ダイレクトにつながるような表現は避けますが、医学評価をやはりきちんとやっていきますし、今後の医療が少しでも向上するように必要なことはやはり書いていくという姿勢ではないかと思いますがね、この報告書は。

○石渡委員

それはよくわかります。

○岡井委員長

だから、その書き方が……。はい、どうぞ。

○宮澤委員

やはり考え方の視点が少し違うと思うのですが、法的な責任は医療行為をしたときに知り、または知り得べき事情を前提にしてどうなのかという評価になってきます。今回の場合は、結果を知った上でどうなのかということなので、基本的な視点が異なるので、ダイレクトに結びつくことはないと考えたほうが良いと思います。むしろ一つの事象があったときに将来的な問題として、結果を知った上で、そのとき、こういうことになり得るとい

うことの可能性があったときに、今後、知り得るのではないかという一つの事象に対する責任追及というよりも、今後の幾つもの起こってくる可能性をつぶすことができるかどうかということが視点だとお考えになったほうが、これは健全なのではないかなと思います。

○石渡委員

はい、そこはよくわかります。

○竹村委員

よろしいですか。石渡先生と同じような危惧をするわけです。つまり、レトロスペクティブに、あらゆる可能性を考えて対処しなければならないとなれば、医療というのは成り立たないと思うのです。分娩のときには、あらゆる可能性と言われると、胎児死亡を起こす可能性も、母体死亡を起こす可能性も、すべてあるわけですね。もちろん脳性まひの可能性も1,000分の2ぐらいはあるわけです。ですから、それがどれぐらいの割合であるかを考えながら、我々は医療をやっているわけで、あらゆる可能性、回避できる可能性をすべて考えてとなると……。

○岡井委員長

いや、これはすべてを考えて、今後に生かそうというわけで、この事例の評価ではないのですよ、ここはあくまでも今後の改善に向けてという提言ですから、こうすればいいかもしれないという「いいかもしれない」です。だから、こうすれば助かったかもしれないという話ではなくて、こうすれば、今後、防げるかもしれないという話で書いていくわけです。だから、大事なものは、むしろ医学的評価のところであって、医学的評価のところ、これが全く不適切であったとか、著しく劣っていた技量であったとか、そういう表現を書いたときに、そこはもしこの報告書が資料となった場合は取り上げられる可能性がむしろあると思いますね。今後の改善への方向性を書く所ですから、ここで妥協をしてしまったら、先生、……。

○竹村委員

いや、それはわかるのですが、我々は何万分の一の可能性までやらなければいけないとなると……。

○岡井委員長

いや、起こることの可能性ではなくて、ここで言うのは防ぐためにやれるとすれば、何ができるのかということで、「あらゆる」であって、「あらゆる」の意味は、医療行為だけではないということが含まれているのですよ。診療体制だとか、普段からのいろいろな情

報交換とか、そういう意味での医療の現場の行為以外のことも全部含めてという意味の「あらゆる」ということでとらえてもらえれば、少し先生の懸念も薄まるのではないのでしょうか。

○石渡委員

よろしいですか。先生の言われたこともよくわかるのですが、やはりこの制度の中では、例えば過失といいますか、医療的に問題がないような、非常に少ない事例に対して、それは例えば裁判を起こす訴権がないのだと。ほんとうに問題がないですよ。ほんとうに問題がないか、あるいはほんのわずか、だれでも了解できるようなごくわずかな医療的な問題、そういうレベルのものについては、これは裁判を起こさないのだというような仕組みはできていないのですね、残念ながら。そういう法的な安全弁はないわけですから、すべてが裁判を起こせることになりますよね。そうであれば、なかなかレトロスペクティブに見たときの文章の書き方は、とらえ方によるから、先ほど言われたように、最終的には裁判官の心証主義ということになるろうかと思うのですが。

○岡井委員長

わかります。その裁判のことに関して、佐原さんから。

○佐原室長

モデル事業のマニュアル案を厚労省の事業と関連して少し説明させていただきますと、ここの資料2に書いてあるのですが、左のほうを見ていただいて、「報告書の目的」「報告書の構成」とあって、その後、「医学的評価の考え方」というものと「再発防止への提言の考え方」ということで、今ご議論いただいているのは再発防止というところで、後から結果がわかっている上で見て、振り返って見たら、何でも言えますよねという意味であるのですが、それとともに、報告書の大きな部分を占めるのは、その一個前の「医学的評価の考え方」ということで、ここに書いてあるのは、ちょっと読ませていただきますと、診療行為は適切だったとしても必ずしもよい結果を保障するものではなく、中でも死亡事故はさかのぼって破断すると何らかの反省点が存在することも多い。しかし、ここで行う医学的評価は、結果を知った上で振り返って診療行為を評価するのではなくて、死亡の発生に至るまでの診療過程を時間的経過に沿って段階的に分析し、診療行為時点の当該病院での診療体制下において適切な診療行為であったか否かを、医学的根拠を示しつつ評価をするものである、ということで、産科医療補償制度原因分析委員会の中でやっていただいた仮想事例1とか2でも、この段階に沿ってという評価は、まさにこういう考え方でやってい

ただ、そのマスの最後のところに書いてあるのですが、将来の改善に向けての必要な提案は再発防止への提言の章で述べられるものであって、この章で行うことではないのだというふうに整理してはどうかとモデル事業ではやっております。

○岡井委員長

ありがとうございました。石渡先生が言われた裁判に訴える権利はあるわけで、どんなに微細なことでも、おかしいと思って訴える人がいれば、それは訴えるのはしょうがありません。それはとめられないのですが、そういうふうに訴えられても、僕が思うのは、司法関係者がこの制度の意味を理解してくれて、ほんとうにいい方向に持っていこうと思うのであれば、そういうものは補償制度で補償されているのだからということで、ある程度の常識的な判断をしてもらえるようになってくれれば、これが一番いいと思うのです。それまでには症例によってはいろいろあると思いますよ。でも、どこかで収束していったら、ほんとうにひどいやつにだけになるでしょう。そのためにこの制度をつくったのだということを経験者に理解してもらわないといけないですね。

○竹村委員

今のご説明で大体わかりましたが、資料2の「医学的評価の考え方」は個別事例に対する評価であって、「再発防止への提言の考え方」というのは一般的な理論だというふうにとらえていいのでしょうか。

○鈴木委員

そうとは限らないと思いますよ。再発防止の中には、一般的な安全対策にフィードバックするべきものもあれば、その施設固有の問題も出てきますから、その施設において、もう一度同じような事故が起こらないための具体的な提言も含まれるということになりますので、両者を含むと思います。

○水上委員

よろしいですか。それが当時のスタンダードから逸脱していたか、していないかというのは、この医学的評価のところに入ってくるわけですね。

○鈴木委員

そうです。責任要件は大きく分けて2つあります。今、先生がおっしゃったような標準的なスタンダードを逸脱していたかどうかという注意義務違反とか、過失とか呼ばれる要件と、それをきちんとやっていたら結果を防ぐことができたのかどうかという因果関係とされているものがあります。前者の過失や注意義務違反と言われているのが医学的評価

の考え方の問題であって、後者の因果関係のところは再発防止の考え方の中の一つの結果を回避できる可能性、そこです。この可能性がどのくらい大きければ、法的責任の因果関係を認めるかは裁判によって分かれています。100%回避できたという場合だけを要求しているわけではありませんが、ほんのわずかでも回避の可能性があれば、法的責任を認めるというほど、今の損害賠償法は我々患者や弁護士にとって甘くはありませんので、非常にハードルは高いということですね。

だから、先ほどから出ていますが、損害賠償責任に全く関係ないと言え言過ぎになります。しかし、主な帰責事由であるところの不注意とか、注意義務違反という要件とは全くかかわりがないと考えていいと思います。

○岡井委員長

よろしいですか、今のご説明で。では、最初に申し上げましたモデル事業での考え方、判断基準マニュアルに準じて、私たちもやっていくことにします。そのことを資料2の右側に書いてあるのですが、これは概要だけですので、さっきのマニュアルに細かい点は準じてやっていくということですね。そうすると、回避どうこうという話は最後の提言のところ、こういうふうにしたらいいのではないかという書き方でいくということでもいいですね。

○楠田委員

よろしいですか。この補償制度の中には再発防止委員会というものもありますよね。そここの原因分析委員会はどういうつながりになるのですか。

○岡井委員長

ここは個々の事例について、そういう事例があったので、その原因を分析した結果、今後はこう改善しましょう、あるいは似たような施設であれば、こうしましょうということにもなりますし、鈴木委員が言われたように、その施設の体制に問題があったとすれば改善していきましょうという話になるのですが、そういう事例を集計して、それで全体として、大きな方向で何かやるのが再発防止委員会です。

○楠田委員

そうすると、先ほど言われた個別と一般という意味では、一般的な再発防止策というのが、この再発防止委員会のほうに、どちらかという対象になるということですね。

○岡井委員長

一般というか、全体で事例を集積して、集計して分析してということになっております。

○楠田委員

そういう関係になっているということですね。

○岡井委員長

はい。

○鈴木委員

再発防止委員会のほうはマス分析ということになると思うのですね。原因分析委員会は個々の事例から分析ということです。この制度解説編によれば、個々の事例情報を体系的に整理・蓄積するのが再発防止委員会と整理されていますので。

○岡井委員長

いいですか、それで。

○楠田委員

わかりました。

○岡井委員長

では、今の件は、そういう方向でいくということで決定させていただきます。ありがとうございました。

それでは議題に入りたいと思います。次第の議事の「1) 原因分析に係る保護者からの意見」ですが、この保護者からの意見というのは、その意見そのものではなくて、意見を聞くやり方について、どういう文書をこちらから送って聞くかとか、その辺で今まで最初に示した案に修正を何回か加えていただいて、最終的にこういうものでいこうかということになると思いますが、後先生、お願いします。

○後技監

それでは本日の本体資料、これは3ページものです。それから資料3-1、資料3-2をごらんください。

本体資料ですが、「1) 原因分析に係る保護者からの意見書」という見出しになっております。まずその(1)が資料3-1の修正点のご説明になります。微修正程度です。

まず○の1つ目ですが、「約45日以内」としていたのですが、これを「およそ1~2カ月」に修正しました。この修正は資料3-1の下線が引いてある部分に網かけがつけてある部分の修正でございます。

それから、本体資料に戻りまして、今の下の○の2つ目は、家族からの意見をできるだけ提出していただくためには任意とする表現は適当でないという指摘がありまして、そこ

は削除いたしました。これは資料3-1の二重線で消してある部分でございます。

そして本体資料の○の3つ目で、カルテ開示について記載したほうがよいのではないかというご指摘もありました。これについては事務局で、カルテに基づいて事例概要を作成して、ご家族に送付するという対応を行いますため、この一枚紙には盛り込んでおりません。

それから(2)ですが、これが資料3-2になります。まず○の1つ目の修正は、母子健康手帳についての修正で、段落にして2つ目の段落、網かけが長くついている部分でございます。従来は「母子健康手帳のメモ欄や」云々と書いてありましたが、少し詳しく書くために、二重線で一部消しまして、そして加えたものがページ数などについて詳しく書き加えたということでございます。

それから○の2つ目ですが、分娩機関と保護者の調整は行わないとありました。これは段落にして下から3つ目の段落で、「ご意見などは当機構で」云々という言葉で始まる段落がありますが、その上から4行目に網かけで、「意見調整を行うものではありません」とあります。「意見」に網がかかっております。このように「調整は行うものではありません」と書いてあったところに「意見」という言葉を入れて、「意見調整を行うものではありません」と修正しました。

それから今の一つ下の段落になりますが、原因分析報告書の公開の部分でございます。以前は「公開されます」と言っておりましたが、まだ今後、審議が残っている事項として、原因分析報告書を公開するときに、ご家族の同意あるいは医療機関の同意を得るかどうとか、あるいは公開する内容をどのような量のものにするかとか、こういう審議することが残っておりますが、ご家族に送るこの紙の段階では、原則として公開としてはどうかということで、そのように修正をしております。

その他は小さい文言修正を行っております。

そして、これを1ページめくっていただきまして、その下にページ数がここから振ってありまして、1ページ目になります。1.で「今回の妊娠・分娩の経過について」云々という大きな見出しがあります。その下に1)から3)まで網かけがついております。同様に、これは3ページまで全く同じ修正を加えておりますが、「追加したい事項、記憶と異なる箇所なし」と修正して、「追加したい事項」という言葉にしているのですが、もともとは「特に追記」と書いてありましたので、これを「追記」ではなくて、「追加したい事項」と直しました。

それから、少しページを進んでいただいて最終ページ、4ページになります。2.で、「今回のお産について、感じたこと、疑問や知りたいことがありましたら、ご記入ください」とあります。もともとは「説明してほしいことがありましたら、ご記入ください」とありましたが、説明後の調整などをするものではないという性格にしておりますので、ここは「説明してほしい」ではなくて、「知りたいことがありましたら、ご記入ください」と直しました。

そろそろ医療機関にこういう文書を送付して事前周知をする時期になっておりますので、本日確定できればと思っております。よろしくお願ひします。

○岡井委員長

ありがとうございました。この修正版は委員の皆さんに事前にお送りしてありますので、見ていただいていると思いますが、いかがですか。大分細かい語句の修正も入りました。これできょう、ご議論がなければ、最終的にもう一回、「てにをは」だけのチェックを事務局にお任せいただければと思ひますが、重要な問題があれば、どうぞお願ひします。

○石渡委員

資料3-2の「母子健康手帳の2～15ページ」と記載されていますが、母子健康手帳は各市町村のほうで最終的に作成するので、全部、母子手帳が同じページ数であるかどうかはわからないので、項目で書いたらいいのかもしれない。

○上田理事

この2～15ページは共通です。内容は妊婦の健康状態や妊娠中の経過などの項目になっています。母子健康手帳の後半の項目は市町村によって違ひますが。

○石渡委員

共通しているんですね。わかりました。

○岡井委員長

表紙も違ひのですが、その最初の部分は一緒だと思ひます。

ほかにはいかがです。どうぞ、お願ひします。

○豊田委員

カルテ開示については私が意見を申し上げたのですが、カルテを開示することができるという情報を全く患者さんでは知ることができませんので、ここで載せていただいたほうが親切ですし、そういう方法があるのにどこも教えてくれる場がないと、むしろあえて言わないのだと思ひてしまいますので、今すぐは無理かもしれませんが、将来的にぜひ検討

していただきたいと思います。それを書いたからといって、かえって大きくなって問題になるということは私はないと思いますので、むしろそういうことができることの情報をお伝えしたほうが親切ではないかと思います。

○岡井委員長

ありがとうございます。ご意見の意味はわかるのですが、カルテ開示は別に、このように脳性まひ児が産まれて、この産科医療補償制度に申請されたということがなくても、どんな症例でもできるわけですね、現在も。

○豊田委員

そういうことができることを知らないのですね、多くの方が。

○岡井委員長

書き方によっては、カルテを請求して、自分で全部見ないといけないのではないかと思うような方も出てくる可能性がありますのと、もう一つは、カルテそのものの内容はこちらで全部チェックしているわけですね。だから、実際に分析するにあたって、カルテを見て保護者の方が何かチェックをすることは必要がないことなのです。それはこちらで全部、カルテの中身に書いてあることはチェックしているわけですから。そうではなくて、カルテに書かれていないことで、むしろ保護者の方が、そのときにすごく疑問に思ったこととか、不満に思ったこととか、あるいは、せつかく原因分析をやるのであれば、こういうことを調べてほしいとか、そういうことがあれば書いてもらおうということです。それが大事だという観点に立っていますので、カルテ開示が今できるということを一般の人に知らせていただくことは、それこそ厚労省のほうからやってもらうということではないでしょうか。

○豊田委員

そうですね。やってもらったほうが良いと思います。多分、事例を重ねていくことで、そういうことが必要はないことになっていくのか、それとも、むしろ必要だということになっていくかもしれませんので、一応、そのことも先々検討していただきたいという一つの患者側の要望です。

○岡井委員長

では、どこかに参考意見として、参考的な文章を入れるかどうか、それは検討させてもらおうということによろしいですか。

○上田理事

各委員にこの件についてご質問をさせていただきましたが、豊田委員からは先ほどのご指摘をいただきました。それで私どもは後技監から説明しましたように、今回は、事例の概要でカルテに基づいた分娩の経過等をお届けしますので、このような形で進めさせていただきたいと考えています。豊田委員からのお話のように、カルテ開示についての周知がまだ十分ではない面もありますが、今回は、このような形で進めさせていただいて、そして厚労省でも、個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインなどの考え方が示されていますので、家族から問い合わせなどがあつた際には、その説明などもさせていただくことを考えています。ですから、そういう形で進めさせていただいて、その中で課題があれば、ご審議をしていただくということで、今回はこれでスタートすることの整理をさせていただきました。

○岡井委員長

お願いします。

○隈本委員

一つの提案ですが、おそらくこういった保護者からの意見が来た場合とか、それに対して当機構に問い合わせが来た場合の対応マニュアルみたいなものを内部でおつくりになると思うのですが、その中に厚生労働省の診療情報の提供についてのガイドラインのレベルで結構ですので、カルテ開示を求めることができることを伝えるということ、必要ならば手続をすればもらえますよということを伝えることを、内規の中に盛り込んでいただくのはどうでしょうか。

○岡井委員長

最初に言われたのは、何のための内規ですか。

○隈本委員

例えば保護者の方から、この意見書を書くにあたってのいろいろな質問とかが来ますよね。そのときに対応しますよね、皆さんが。その対応される窓口をもっと充実させてほしいというのが僕の持論なのですが、これから、その対応するときの一種の内規とか、マニュアルみたいなものをおつくりになると思うのです。どういうふうに答えるとかですね。

○岡井委員長

ご家族からの質問、問い合わせに対する対応マニュアルですね。

○隈本委員

はい。その意味では、豊田委員がおっしゃったように、自分の権利としてカルテの開示

が任意でできますよということについてご存じない方も多いので、そういう意味では、内規をもしつくるのでしたら、その中に診療情報のガイドラインもありますよ、個人情報保護法25条もありますよということの範囲内で結構ですので、つまり、カルテ開示を勧めるのではなくて、カルテ開示を求めた場合には権利がありますよということを伝えるように、この機構の内規でもいいですから、そういうふうに明言していただくと、豊田委員のご心配が改善されるのではないかなと思うのですが。

○岡井委員長

わかりました。そうしますと、ご家族からの質問や、そういうことへの対応の仕方のマニュアルをつくりませんか。マニュアルといいますか、手順なり、内規なりを。それをどうするかですね。それをつくるかどうかはまだ決まってはいませんので、検討させてもらっていいですか。つくるとすれば、今言われたことも入れていくという方向でよろしいですか。

ほかにご意見はありますか。

○鈴木委員

今おっしゃったのは、多分、相談事業的なことをやらざるを得なくなりますよね。

○岡井委員長

これは問い合わせの範囲でですね。

○鈴木委員

だから、問い合わせが来たときのQ&Aで、均一な情報を提供するという意味では、そのQ&Aの予想Qの中の予想Aで書いておくという趣旨ですよ。

○隈本委員

そうですね。つまり、これは制度上、向こうからカルテがこちら、機構に来ているわけですね。そうすると、もう一回もらっていいものかとか、迷惑をかけるのではないかとかという遠慮が多分あると思うのです。そういったことではなくて、自分のデータですから、自分が見ることができるのですよという、とても当たり前のことなのですが、それをQ&Aに書いておいていただくと、普及にもつながるかなと思います。

○岡井委員長

ご家族からの質問とか、いろいろな疑問に対して、どう答えるかは、前に一度議論しました。ここに書いたように、意見調整するとか、そういうことはやりませんよと、私たちの役割はこういうことだと、でも、ご意見があれば聞かせていただきたいということに

なっていますが、どこまでが守備範囲なのかも整理してマニュアルをつくりましょうか。場合によっては、鈴木委員が言われたようにQ&A方式にしてもいいです。今言われたことを考慮していきたいと思います。

それでは、この点はよろしいですか。中身については、今回はこれで行くということで。それで、「てにをは」をもう一回、チェックしていただきます。といいますか、僕がチェックしますが。

それでは、ありがとうございました。次が、前回の分析委員会及び第4回運営委員会における主な意見です。これの整理を後さんからお願いします。

#### ○後技監

本日の本体資料の2ページでございます。「2)前回の原因分析委員会および第4回運営委員会における主な意見」という見出しになっております。2ページをごらんください。

まず1)で「前回の原因分析委員会」で出た主な意見と、それに対する対応も若干書き込んでおります。まず①で「仮想事例の模擬部会」ですが、模擬部会の主な意見は、これはたくさんの意見が出ましたので、本日の議題の中でご覧いただきます資料5の中に、原因分析報告書<仮想事例2>についての「模擬部会での審議の要約」という資料が入っておりますので、そこでご意見の内容をご覧いただければと考えております。

それから「②原因分析に係る保護者からの意見書」ですが、これはまさに今、審議をいただきましたことですが、意見書の資料について各委員が持ち帰り、意見書の内容をチェックし、事務局へ報告ということで、今、ご議論いただいたところでございます。

それから「(2)第4回運営委員会」を開催しておりますが、その中で、原因分析に関して出た主なご意見ですが、1つ目の○で、原因分析報告書の「事例の概要」については、児・家族からの情報を得た後に分娩機関にその内容を確認させたほうがよいのではないかというご意見がございました。現在までの議論では、児・家族からの情報を得まして、それで情報がすべてそろって、原因分析がスタートするというやり方になっておりますので、この確認のステップまで、そこまで入念に行う内容とはなっていませんが、このようなご意見がございました。

次に2つ目の○ですが、「事例の概要」の事実経過を両論併記することに関して、できるだけ両論併記とにならないよう努力してほしいというご意見がございました。

そして3番目ですが、分娩機関から提出される診療録等の記載に改ざん等があった場合の対応について、いろいろなご意見が出ました。以上でございます。

○岡井委員長

(2) の第4回運営委員会でいただいた意見についてですが、これを少し議論していただきたいと思います。家族から得た情報を分娩機関に確認するということですが、これをやり出しますと、ほんとうに大変になってしまって、また両方からの意見が違った場合に、その調整をやるのが、この委員会の役割ではないということは前に確認してありますので、あくまでも中心は医学的に事例の原因を分析することです。ですから、カルテに書いてある情報ですとか、検査データですとか、心拍数、陣痛時の記録ですとか、そういうものを見て、医学的に原因を分析するのがメインの仕事ですので、ここはどうでしょうか。そこまでやる必要はないというのがこちらの判断ですが、ご意見があればお願いします。

○石渡委員

それをしだしますと、もう切りがないと思うのですね。今度、また患者側に問い合わせをしなければいけません。そうすると、原因分析をやれなくなってしまいますので、それは必要ないのではないかと思います。

○岡井委員長

はい。では、そこで、この原因分析委員会のほうでも、この最初の○の点に関しては、それはあまりやらないということでもいいですね。

○鈴木委員

1点だけ。本委員会は運営委員会の勝村委員がおっしゃっていることですし、我々も産科で脳性まひの事案の過去の判例分析などをしますと、一般の医療訴訟よりもお産の場合に判決がカルテ改ざんなどは……。

○岡井委員長

まだそこまで行ってないです。上の1番目の○についてです。

○鈴木委員

いや、そうではなくて、カルテ改ざんなどを認定した事案が少なくないのですね。むしろ多いのですね。つまり、患者さん側が認識している事実と病院側が申告している事実の食い違いがある事案が少なくないことを踏まえまして、つまり、児や家族からの情報を総合してみると、どうも重要な点について大きな食い違いがあるということの原因分析委員会が把握したときに、その食い違いを棚に上げずに、少し補充の聞き取りをしてみるとかということを経外的にやってもいいのではないかと思います。そうでないと、逆に言いますと、診療記録に書いてあることを前提にして、家族からは違うことを言っていますが、

家族の記憶が怪しいので、そうではないだろうと棚に上げてしまいますと、結局、報告書に対する信頼性が削がれてしまうことになりかねませんので、そこは両方から出てきたものは一目瞭然に異なった、対立的なことを言っていることをそのまま曖昧にしないような対応を各部会で検討いただくということはしたほうがいいかなと思います。

○岡井委員長

わかりました。ありがとうございます。情報を得た後に、分娩機関にその辺を確認させるというのではなくて、あまりにも食い違っているという場合ですね。

○鈴木委員

重要な部分についてですね。

○岡井委員長

重要だというのは、その原因を分析するにあたり重要な部分について食い違っている場合は、それを無視しないで、ほんとうにどちらが正しいのかも調べられる範囲で調べるぐらいの姿勢は必要だということですね。それはそういう形でどこかに記録を残しておいていただきましょう。ありがとうございます。

○宮澤委員

どちらが正しいかを決めることまでやるのですか。

○岡井委員長

判断できない場合がありますので必ずやるという訳ではありません。特殊な例だとは思いますが、そこはこっちの意見とこっちの意見が違えば、全く違う原因分析になりますよという場合には、どちらかということはつめないと書けません。それでもわからないときは、それこそ両論併記になってしまいます。もしこちらだとすればこうですと。でも、そこは全く何もしないのではなくて、こちらとしては、こう言っているけれども、どうだったのですかぐらいのことをやらないといけません。

○宮澤委員

違うということがあって、どれだけ違うかということを知覚することは大事だと思うのですが、それでは、それを突き合わせて、どちらが正しいのかというところまでやりますと、実はほとんど関係者を呼んで聞いてみないとわからないというところまで来てしまいますので、そこまでやるのが原因分析としてやるべきなのかということになりますと、そこまでいくと、ほんとうに裁判みたいになってしまいますので、そこまではなくて、こういう食い違いがあるという認識があるというところまででとめて、こちらの認識だったら、

どうなるか、こちらの認識だったらどうなるかと。それから、最終的な再発防止のために  
どういう認識だったら、どうなるのかというところでとめるべきなのではないかなと思う  
のですが。

○鈴木委員

でも、やれるものをとめる必要はないと思うのです。

○宮澤委員

やれるものであればということなのですが。

○岡井委員長

原因分析にとって大事な事項に関してだけです。

○水上委員

原因分析ができませんよね。事実認定が完璧に違っていて、しかも、それが原因に密接  
に関与していると思われる事象に関しては。だから、それはできるところまでやらなけれ  
ば、我々の仕事を放棄することになるのではないですか。

○宮澤委員

できるところまでというのが実はどこまでができるのかが、現実問題としてやった場合  
に非常に難しくなってくると思うのですね。

○鈴木委員

それは、こういう作業をやったことが歴史的にないわけなので、やってみて、その中で  
判断していくしかないでしょう。

○宮澤委員

おそらくこういう作業を歴史的にやっているのは、裁判、司法の場だけなのですよね。  
そうすると、その場になってしまう形になっていくのではないかと。

○鈴木委員

いや、司法は事実認定ですから、決着をつけなければいけないという責務がありますが、  
この委員会はやれるところまでやるということで、どうせやれないのだからやるべきでは  
ないとなると、やはり信頼性に傷がつくと思いますよ。

○宮澤委員

いや、どうせやれないのだからということではなくて、きちんとした事実の聴取はいた  
しましょうと。しかし、聴取をした上で、どちらが正しいとか、そういうところまで踏み  
込むは、かなり危険性があるのではないかとということなのです。

○鈴木委員

でも、やれるものはやらないほうが危険性があるのではないですか。

○宮澤委員

いえ、やれるものをやらないと言っているわけではないのですね。踏み込むべきかどうかです。

○鈴木委員

だから、やれるものはやるでしょう。

○宮澤委員

やれるべきところはやるというのは、それは司法の場でやっていただいたほうがいいことであって……。

○岡井委員長

だから、どこまでやるかということなのですが、例えば全く違うことを言っている場合に、それも先ほど水上先生が言われたみたいに原因分析に係る重要な事項に関してですよ。そういうときに1回ぐらいは、ここにあるように分娩機関に、こういうふうに言っているのだけれども、ほんとうはどうなのですかぐらいを聞くぐらいのことはやってもいいのではないですか。

○宮澤委員

それはいいと思いますよ。片方の勘違いだったとか、これは明らかな間違いだということもあるかもしれません。

○岡井委員長

単純にカルテに書き間違えてしまったということもあるかもしれません。

○宮澤委員

ただ、そうではないような状況になったときには、やはりとめるべき理性は持っていないと危ないということです。

○鈴木委員

ただ、医学専門家が集まっているわけですから、医学的経験則からいえば、一方の言っていることが明らかにおかしいということがわかるわけですから。そういうものに関しては、専門家の中で事実を推定していくことは必要なのですよね。必要以上に当事者の聞き取りをしなければできないようなところまで踏み込めとは僕も思わないですが、そこは問題意識を持って、やれるところはやるし、行き過ぎないようにするというぐらいの抽象的

なことしか言えないと思うのですね。まずはそれで幾つもやってみて、その中でまた問題点を解消していくということではないでしょうか。

○宮澤委員

例えば重要な食い違いがある場合に、その重要な食い違いが容易に氷解できるものなのかどうなのかということでも聞き取りを一たんしてみるということは結構だと思うのですが、まずそこをやってみてということになると思いますね。その段階でということであれば、賛成はいたします。

○岡井委員長

そこからは、先ほどから議論があるように、どんどん突っ込んでいって、最後に決着をつけないとならないとなると、ここの役割ではなくなりますので。

では、そういう考え方で、今の議論の結論を一応、議事録に残しておいてもらいましょう。

それから、その次のものはいいですね。今のことですが、なるべく両論併記にはしないけれども、最後はしょうがない場合が当然あるということです。

それから、次の改ざん等があった場合ですが、改ざんが明らかであったら、明らかであるかどうか、それをどの程度調査する権限があるとか、またややこしい話になりますが、もしもわかった場合には、どうするかを決めておかないといけません。どこかに通知するなり、我々がやれる範囲のことをですね。どこかに報告するとかですね。

○板橋委員

実際に我々がこの場に出てきたので、改ざんがあったかどうかを確認し得るのですか。

○岡井委員長

そう。それが難しいことでしょうね。

○鈴木委員

まあ、改ざんというのは少し語尾の強い言い方だと思うのですが、後日記載ですよ。つまり、診療経過について当時の記載ではなく、かなり時間がたってから書くということですね。

○板橋委員

思い出して書くということですね。

○鈴木委員

思い出して書くこともありますが、意図的に何らかの思惑で書くこともあるわけですよ

ね。それは過去の裁判例を見れば、そういう事案は幾つも出ているわけです。問題は、さっきのことと同じなのですが、事実について重要な対立や不自然さが出たときに、その後日記載を疑うのですよね。最初から、後から書いたのではないかという目で見るとはいいのですが、やはり後日記載が問題になる点は、分析にとって極めて重要なところについて、何でここだけ行間にこんなにいっぱい書いてあるのだとかということがあられるわけです。ですから、そこは先ほど言った患者さん側が言っている記憶と病院側が言っている記憶、それから医学的準則などを総合してみると、記録の記載の仕方が極めて不自然だということが出てきたときにどうするかという話だろうと思うのです。それは先ほど言った原因分析の事実の認定のところ、まずは生かすということですが、それ以上にそのことを問題にするとすれば、それは調整委員会で、そういった出来事も含めて、調整委員会の中で議論するということになるのではないのでしょうか。

○岡井委員長

カルテの改ざんがあったかどうかを、ことさら、この委員会で調べようということは当然やりません。しかし、とても重要な事項に関して、明らかにこれはおかしいぞと。修正した、あるいは間違って書いてあるかもしれないので、間違って書いてらいいですが、ある意図を持って不実記載というのですか、間違って書いてあることがはっきりした場合、あるいは疑われた場合にどうするかです。調整委員会でやるのはまた少し違うのですね。

○上田理事

はい。重大な過失が明らかであると思料される場合、調整委員会に上がってきますが、直接の診療行為というよりも、このようなカルテの記載については対象にならないと思います。ですから、原因分析委員会で、先ほどの議論のようなことについて検討します。そこでこのような問題が起こったときは、まず第一義的には、原因分析委員会の中で具体的な対応や指導について議論していただくことと思っています。

○鈴木委員

提言の中に付記する程度のことにはあり得るかもしれませんが、本来はそこはカルテの後日記載があったからといって、原因分析とはかかわりのあることではないと僕は思います。ただ、後日記載が明らかに出るケースは、標準逸脱が極めて大きい場合にそれを覆い隠そうとしてやるという動機づけがあるのですよね。だから、そういう事案は、基本的に後日記載があることを前提にして原因分析を働かしたとすれば、それは重大な注意義務違反があることを前提にした議論に多分なり得るのだと思うので、僕は調整委員会の中で、そ

のことも含めてですね。つまり、後日記載だけを調整委員会で問題にするのではなくて、重大な過失があるような事案にこそ、まさしくそういうものがくっついて回ることが多いので、その中でやっていけばいいのではないかと思います。

○岡井委員長

今のご意見でいいですか。調整委員会にある程度預けてしまうという感じですが。

○宮澤委員

調整委員会の機能は、重大な過失が認められた場合に求償の問題でやる機能です。ただ、付随的にその中で不実記載とか、そういうものが出てくる可能性があるということであれば、それは調整委員会の中で出てくる問題でありまして、それはそれで結構だと思います。調整委員会として不実記載を探るか、探さないかは、そういうことを目的とした委員会ではありませんので、その点では付随的な形で出てくる可能性があるということを考えておいていただきたいと思います。

○岡井委員長

付随的に出てきて、調整委員会でどういう方向で、この事例を最終的に調整するかを考える上で、このことも含んでやってもらうということですね。

○宮澤委員

そうですね。出てくる場合があるということですね。

○鈴木委員

やはり、もしそういうことがあるとすれば、原因分析がしづらくなるわけですね。その点、原因分析委員会で付記していただければ、いわば加入者なわけですから、加入者に対して、当局から、その点について誤解のないように今後、ご注意くださいというようなことがあり得るかもしれませんので、そういう意味では原因分析委員会で付記程度に残して、あとは問題にするのであれば調整委員会で問題にするし、あとは記録の記載の仕方についての一般的なお願いをしているわけなので、そのところで個別指導をしていただくということなのではないでしょうか。

○松田委員

すみません。診療録は機構のほうに行くのですよね。そうですね。分科会のほうは、コピーとかが回ってくるわけですね。そこに今言われたような改ざんとか、電子カルテだったらないかもしれませんが、例えば修正液ですとかは、しょっちゅう見ていないと、なかなか難しいですね。それはできるのですか。

○岡井委員長

そんなことは見つける必要はないのです。それを役割としてはしていないですから。たまたま、ここはおかしいなと思ったときですよ。

○松田委員

おかしいと思ったときに、もう一回、返すという話なのですね。これはほんとうなのかということをごすね。

○岡井委員長

いや、ほんとうなのかということまでやるかどうかですね。

○宮澤委員

ほんとうのことかというよりも、むしろその記載に不自然さがあることを記録に残しておくことになると思います。

○松田委員

どう対応していいか、イメージがよくわからないものですから。実際の分科会をする場合にですね。

○岡井委員長

おそらくそんなにたくさんはないだろうと思いますが、もしもあつたときには、原因分析委員会の部会で問題になってしまいましたら、本委員会に上げてもらうということにしましょうか。本委員会に「この症例は……」ということで上げてもらいます。もし分娩機関のほうに何か問い合わせるとかという話になったときには、これは本委員会でやるべきこととなりますので。それから、こちらで最後は結論が出た場合には、最終的には調整委員会に預けるといふ形になります。

○隈本委員

いいでしょうか。今のことで思ったのですが、電子カルテなんかはプリントアウトだけを提出してもらうのですよね。あるいはプリントアウトのコピーを。分娩機関からの提出物はですね。そうすると、例えばいつ記入したかはログを調べればわかりますが、プリントアウトからはわからないではないですか。

○岡井委員長

後日記載というのは、後から少し遅れてから手術記録を書いたりとか、抜けていたといふので後から書くことはありますよね。だから、そのことは問題がないですね。

○隈本委員

それではなくて、例えば修正した場合には。

○岡井委員長

問題が起こったときに、訴訟とか、そういうトラブルが起こった後から、ある意図を持って書き足すとか、修正するとかということがあってはまずいわけですね。

○隈本委員

そうですね。だから、電子カルテの場合には、もし修正した場合……。

○岡井委員長

電子カルテはそうできないことになっていませんか。

○楠田委員

今の電子カルテはかなり進んでいまして、真正性というのは電子カルテの条件ですので、書き直せば、そのまま線が残るだけです。

○岡井委員長

前の記録が残るわけですね。

○隈本委員

つまり、いつ書いたかはプリントアウトからはわからないけれども、修正すれば、それは修正だということがわかるわけですね。

○楠田委員

プリントアウトもほとんどの場合は線が出ます。修正したところは、削除すれば、そこは削除線が残るだけで、文章が残り、そのままプリントアウトされます。

○隈本委員

それで、いつそれを記入したかという時間までは出ませんか。

○楠田委員

それも出ると思います。大体のカルテは今は出るのではないですかね。

○岡井委員長

だから、何月何日というところに後から、例えば1カ月も後とか、1年も後に入れることはできないでしょう。

○楠田委員

はい。といいますか、今の電子カルテのほうで徹底的に真正性が保たれていますね。

○松田委員

電子カルテのほうで問題はないと思います。

○楠田委員

今、我々は後で訂正しようにもできないですね。

○隈本委員

わかりました。では、そのプリントアウトでも真正性は保証されるということでいいのですね。

○楠田委員

と思います。

○岡井委員長

そうすると、もう一度整理しますね。ことさら改ざんしてないとか、不実記載ではないかということを探るのは、この委員会の目的ではありませんから、やる必要はありません。ただし、ほんとうに重要なところで、明らかにおかしいぞということが見つかった場合は、まず部会から本委員会に上げてもらいます、その事例についての疑問点を。本委員会でもう一回、審議をして、ほんとうにおかしい場合は、場合によっては分娩機関に問い合わせたりもしますし、原因分析委員会での結論は調整委員会に上げます。調整委員会でどう対応するかはやってもらいます。そういうことでよろしいですか。

では、そういうことで、この3つの点については、きょうの議論で結論ということにしておいてください。

それでは次が原因分析報告書の仮想事例1からいきましょうか。いろいろご意見をいただいで、おそらくほぼ最終案という形でまとめていただきました。私も相当意見を書かせていただきましたが、その資料4に仮想事例1があります。それで、特に重要なポイントについて後先生、ご説明をお願いできますか。

○後技監

はい。それではまず資料4の仮想事例1のクリップを外していただきますようお願いいたします。

これは仮想事例1も仮想事例2も、同じように6つか7つに分かれるようになっております。今後、これをそれぞれ1冊にまとめまして、原因分析を行うための教材として作成することを想定しております。そこで表紙を1枚めくっていただきますと、目次がついております。最初に目次で構成を説明させていただきます。

最初に「はじめに」がありますのは、これは今後、教材になることを想定していますので、「はじめに」という形式にしております。そしてIが「原因分析報告書〈仮想事例1〉」

とありますが、これが完成版になります。そしてⅡが「原因分析報告書<仮想事例1>修正箇所一覧表」ということになっておりまして、これは原案にどんな修正を加えたのか、その場所とか、修正前後の表現はどうだったかをまとめた一覧表でございます。それからⅢが「原因分析報告書<仮想事例1>についての模擬部会での審議の要約」でございます。前回までの原因分析委員会で模擬部会を行っていただきましたが、その中で出たたくさんのご議論を要約したものでございます。要約ですが、議論が多いもので、かなりボリュームがあるものになっております。それからⅣですが、これは仮想事例1についてのみ綴じられておりますが、水上先生ご提案の仮想事例1というもので、委員ご提案のものになっております。こういうご意見があったというものでございます。そしてⅤの「原因分析報告書<仮想事例1>の原案」というものが、まさにこれが原案でして、修正前のものということになります。そして最後、Ⅵが「今後に向けた参考意見」という紙があります。これは模擬部会開催後に委員より寄せられた意見がありました。あるいは本日ご意見をいただくこともあろうかと思っております。それらを合わせて取りまとめまして、次回、今度は仮想事例3の報告書をつくることとなりますが、それが完成度の高いものになるように、残された課題を整理しておくというページでございます。

そうしましたら、これから少し修正前後の内容を2点ほどご説明申し上げます。

#### ○岡井委員長

重要なところだけお願いします。修正したところを全部説明すると大変ですので。その修正した箇所が一覧表になっていますから。

#### ○後技監

はい。それも見ていただく資料はⅡの「修正箇所一覧表」という資料とⅢの「模擬部会での審議の要約」という資料、この2つを中心にごらんいただきたいと思います。そして、大もとの報告書とでき上がりの報告書は該当部分をごらんいただければと思います。

まず「修正箇所一覧表」を開いていただきますと、最初のページですが、その形式をまずご説明しますが、修正箇所一覧表のカラムの一番左側は「項目」と書いてあります。これが修正を加えた項目を示しております。その右側のカラムに数字が書いてあります。これは「修正後ページ」と「修正後行」ということで、最終報告書の中のページと行を示しております。それから次が「修正前」と書いてありまして、これが修正前の表現がどうであったかということです。それから、この修正前の部分が空白になっている部分は、修正前には何もそれについての記載はなかったことを意味しております。そして一番右側が

「修正後」の表現ということになっております。

ご紹介いたしますのが、さらに1ページめくっていただきまして、最後のページの一番左側の「項目」で見ますと、4)で「帝王切開決定から帝王切開までの処置等について」というところがあります。最終報告書では9～10ページ、行数にして20行から、次のページの10行までという部分になっております。原案の段階での表現は「常位胎盤早期剥離の診断と帝王切開実施」という大きな項目がありまして、その中で子宮収縮抑制剤を使ったことは適切な処置であったと書かれておりました。これが原案でありましたが、その子宮収縮抑制剤を使ったのが適切な処置であったというところについていろいろなご議論がありました。

そのご議論のご紹介ですが、今度はⅢの「模擬部会での審議の要約」をごらんいただきます。その8ページをごらんいただけますでしょうか。8ページの真ん中あたりに、ゴチック体で論点(3)と書いてありまして、「論点(3) 子宮収縮抑制剤の投与が適切である」と、これは原案にそう書いてあったのですが、その評価についてということで、論点(3)の一つ下の○で「医療系委員」のご指摘が書いてあります。ここにありますように、医療系委員からは「常位胎盤早期剥離を疑ったのであれば、子宮収縮抑制剤は禁忌である」とあります。それから、「この治療がより付加的に悪さをしたとは思わないが、適切な処置がなされているという表現はいかがなものか」というご意見がありました。それから、これに対して一番下から4つの○ですが、これも医療系委員のご意見ですが、ガイドライン、これはお手もとにあります産婦人科診療ガイドラインですが、「ガイドラインの勧めるところは、子宮収縮があつて、胎児心音の悪化が見られたときに子宮収縮抑制剤の投与を試みることを進めている」と。こういう両方の見方からのご意見がありました。

したがって、また最初に資料の「修正箇所一覧表」に戻っていただきまして、修正後はどうなったかといいますと、一番右のカラムになりますが、「常位胎盤早期剥離と子宮収縮抑制剤の使用について記載」と書いてありますが、両方の考え方があるということをバランスよく書くようにいたしました。そういうことでございます。恐縮ですが、該当箇所はまたごらんいただければと思います。

○岡井委員長

では、これだけ先にやりましょう。次の点はまた別のポイントになりますので。

これは、この一覧表で見るとわかりにくいのですが、「静脈確保は手術に」の後に「～」が入っているでしょう。その後、長い文章があるのです。最後に「選択肢としてありえる。」

となっていて、最終的な報告書としてまとめたいという、今はまだ案ですが、その9ページを見ていただくと、下のほうの4)に、今のことが書いてありまして、「静脈確保は手術に備えた処置として一般的であるが、」云々と。これは2つの説があるということをごここでちゃんと書いてありまして、それで最後に、「よって、本事例における使用は、妊娠継続を目的としたのではなく、子宮収縮に伴う高度遅発一過性徐脈の改善を期待して行ったもので、選択肢としてありうると判断される。」と、そういうことに書きましたということですので。このところは両論あることを、ちゃんとこの報告書の中に記載したということですね。

いかがですか。この点に関して、こういうふうに両論があることを書いて、それでちゃんと説明したほうが良いということですが。よろしいですか。これはほんとうのことを言って、使う人は使うでしょう。胎児の状態を少しでもよくするという意味で。

○水上委員

よろしいでしょうか。ここでウテメリンのことは、先生が書かれたとおりなのですが、これを残しておくとし少し危険なような気がします。といいますのは、まさしくウテメリンは妊娠継続を目的として使ったらいけないのですが、このとき、胎児が具合が悪くなっているのは子宮収縮に伴い胎盤還流が悪くなって、低酸素になるわけですからね。ですから、この常位胎盤早期剥離を知っていながら、かつ1日も2日も1週間も延ばそうとしてのウテメリンの使用は、それはもちろん絶対やってはいけませんが、このときのあれは、その胎児の状態を少しでもいい状態にして、赤ちゃんを早く出そうとしての準備の期間のためのものですよね。

○岡井委員長

帝切までの間ですよ。

○水上委員

だから、それをいけないような表現でとられるようなことで、ここに残しておくのは少し問題ではないでしょうかね。

○岡井委員長

いけないではないでしょう。

○水上委員

そういうニュアンスにとられませんかね。

○松田委員

両論併記であったら、それでよろしいのではないのでしょうか。

○岡井委員長

そうです。

○松田委員

一方では先生のような考え方をされる人もいるでしょうし。そのどちらのエビデンスがないということは、この前、ディスカッションしたわけですから、それでよろしいと思います。最初のところは、適切であると書いてあったから、それはそれは適切な表現ではないとなったので、こうしたわけでありまして。

○岡井委員長

そうです。前にあった適切という表現がおかしかったということです。いろいろな選択肢があるうちの、これは禁忌ではない選択肢の一つであるという意味でして、不適切とは言い切れないというのが、適切という表現になっていたのです。こういう両論を書いて、選択肢としてはあり得るということになっているのですね。

○水上委員

かなり後退しているのではないかなと思うのですが。積極的に赤ちゃんを救おうとする姿勢からはですね。

○松田委員

私としてはすごく進歩したと思います。だから、それでいいのではないですか。

○岡井委員長

だから、意見がこういうふうに分かれるぐらいの難しい問題なので、こういう意見もある、こういう意見もあると書くのです。だから、選択肢としてあり得るということでいいと思いますが。

○水上委員

わかりました。

○岡井委員長

早剥ですから、あまりウテメリンを安易に使うと逆に出血を増やしてしまうという恐れもあるわけですね。だから、帝切になるわずかな間、少しでもというのであればいいのですが、出血との兼ね合いもありますし、ウテメリンの使い方は難しいです、実際問題としては。それは僕の意見でして、また違う意見があるかもしれないというように、すごく難しいから、こういう書き方にしたわけです。

はい、どうぞ。

○竹村委員

いや、いいです。今の水上先生の危惧はよくわかるのですが、添付文書には明らかに禁忌と書いてあるわけで、この文書の流れからすると、それを打ち消すような流れになっているわけですから、いいのではないかなと思います。

○岡井委員長

よろしいですか。では、ほかにご意見がなければ、ここの点はこういう書き方にするということです。実際の症例ではまた違う問題が出てきますが、こういう書き方でいくということです。今のように議論が分かれるようなところはですね。

そうしたら、次のもう一つ重要な点をお願いします。

○後技監

もう一点だけ、ご紹介いたします。事例1です。最初の「修正箇所一覧表」に戻っていただきまして、その最終のページを見ております。その最終ページの真ん中あたりに「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」という部分がありまして、この部分は修正前の原案の段階では、「本事例において検討すべき事項はない」ということで、事項がないので、それだけ書いてありました。しかしながら、いろいろなご意見が出て、修正後は、幾つかの点について検討すべき事項を書き加えております。出ましたご意見は、資料が「模擬部会での審議の要約」の10ページになります。ですから、10ページ以降16ページまで続いております。かなり多くの議論がございました。

○上田理事

付箋を貼っております。

○後技監

委員の資料には付箋を貼っております。この10ページから16ページまで議論があります。

まず10ページをごらんいただきますと、下から3行目になりますが、ここに「口頭ではなく文書による説明が望ましい」という意見が一つありました。そして次に11ページに行っていただきまして、11ページの一番下の○、ここは委員長のご発言になっておりますが、その中の2行目、3行目、4行目あたりに、文書による説明があったほうがよかったのではないかということであり、今後のための検討事項であるから、これからはそうしたほうがいい」ということで、ここの改善事項のところに書き加えることにしております。

す。

それから、12ページにまいりまして、一番上の○で、これも委員長のご発言の部分になっております。「産科医療は、もちろん学会の責任もあるし、厚生労働省の責任もあるが、妊産婦にもいろいろと教育、指導していくということは、ここに記載してもいい」ということで、妊産婦教育のことについて触れてありまして、ご意見がありまして、それを書き込むことにいたしました。

そして同じ12ページの下から2つ目の○ですが、これも委員長の発言になっておりますが、「早剥の場合はD I Cのことも妊産婦に説明しておかなくてはいけない」ということで、これも説明に関することでございます。

そして一つ飛んで14ページに移っていただきまして、下から3つ目の○は有識者委員のご発言で、「早剥はそこが課題になっていることを提示すれば、その課題を引き取って、研究が進んでいくこともある」と。研究の推進に関して課題として提示したらどうかというようなご意見がありました。

その一つ下に医療系委員のご意見がございます。その中身ですが、「初期対応のところはどういう情報を得るか。何かいい方法があつて、今後の方向に生かせるような問題が出ればいい」ということで、医療従事者の初期対応の教育のようなご意見が出ておりました。そして、その医療系委員の発言の最後の2行ですが、「すぐに結論は出すのは困難であっても、課題があれば、それを再発防止策として提示すべきだという指摘だろう」というご意見でありました。

そして同じページ、一番下の○で委員長のご発言ですが、「研究を進めて、学会としても指導を出せるようにしなさいということ、問題提起する」ということで、これも医療従事者の教育に関するようなことでございます。

このようなご議論がありましたので、もとの一覧表に戻っていただきまして、「本事例において検討すべき事項はない」とあつたのは削除いたしまして、そこには一番右のカラムにあります。母親に対して疾患に関する説明の必要性についての記載を盛り込んだり、妊婦教育について記載したり、医療従事者に対する教育について記載したり、常位胎盤早期剥離の研究について記載をしております。

この部分を実際の報告書で見ますと、11ページから12ページの「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」がまるまる追加されたということでございます。以上です。

○岡井委員長

ありがとうございました。この仮想事例1は、現場で実際にこういう症例を経験している先生からすると、ほんとうに医療従事者はよくやった、よく頑張ったと思われませんが、でも、残念ながら、脳性麻痺になってしまうこともあるのだということです。行った医療に対して、それほど大きな問題があるとは思えないということでした。そういう仮想事例なのですね。しかし、それでも、先ほど議論がありましたように、あらゆる方向から可否を考えるとということになっていくと、ここにあるようなこういうことも書いていこうということです。医療行為だけではなくて、特に3)の診療体制に対して少しでもよくしていこうという意図で、こういうことも報告書に記していこうという話ですが、特に問題がなければ、これを報告書の一つのひな形としたいのですが、よろしいですか。

学会はもっと早期剥離の原因究明、診断の研究をやってくださいということを、ここで言うわけですね。学会で、委員会でもつくって研究してくれと。

○楠田委員

12ページの9行目のワープロミスで、「遅れることなく医療機関に連絡することの教育」と。

○岡井委員長

ここは「連絡すること」ですね。「連結」ではなくてですね。

では、この点もご異論がなければ、こういう修正版でいきたいということでもよろしいですか。

○上田理事

最後に1点あります。すみません。

○後技監

それでは、仮想事例1の修正は以上のようなことですが、VIの「今後に向けた参考意見」という2枚紙がございます。これは先ほど申しましたように、模擬部会後に寄せられたご意見あるいは本日いただくご意見は、次の仮想事例3に備えて、今後の課題として、ここに整理しておくものでございます。これを見ますと、模擬部会開催以降にいただいたご意見は以下の3点ということになっております。

まず1番目ですが、「褥婦」「妊婦」等の表現は、患者家族をはじめ、医療を受ける側から観点を考慮し、「母体」等の統一された表現としたほうがよいというご意見がありました。こういう言葉づかいの問題の指摘です。

それから2番で、「妊娠中の管理に問題はない」とか、「問題はなかった」とか、そうい

う判断の記載は「考えられる」「認められる」「判断できる」等の主観的な表現としたほうがよいというようなご意見でした。これらのご指摘については、きょうの議題の4)で、表現ぶりについてご議論いただくように資料を用意しておりますので、またそちらでご議論いただければと思います。

そして最後、3番目ですが、参考資料があることを「医学用語の解説」と同様、本文中に示したほうがわかりやすいというご意見でございます。おそらく、これは本文を読んでいて、そこに参考資料がついている場合は、参考資料がありますよということが本文中にわかりやすく示されていたほうが良いということでございましたが、その下に書いてありますように、この3番に関しては、今回、仮想事例1については参考文献がついておりますが、何がしているかと申しますと、米国の産婦人科学会の基準ですとか、日本の産婦人科ガイドラインの内容の一部がついているのですが、具体的にみますと、事例と関係のある内容はもちろん入ってるものの、関係のない部分もありますので、今後は関係のある内容を本文中に引用して、参考資料として、その出典名だけを記載することを考えておりますので、今後、本文中に参考資料があることを示すことは行わないし、その必要もなくなるようなつくり方にしようということで考えております。

このように最後の文章ですが、仮想事例1は、模擬部会を開催して、実際の事例について、よりよい原因分析報告書を作成するためのプロセスの一段階ということで、まだまだいろいろご指摘をいただく部分もあろうかと思いますが、そこは参考意見として、このように整理して、次回の仮想事例3をつくる中で生かしていくということを考えております。以上です。

○岡井委員長

ありがとうございました。今ご説明いただいたとおりですが、この中の1は、このとおりで、最終的に言葉は全部整理したいと思います。2の問題は、既に仮想事例2では、このご指摘のとおり主観的表現を大分加えてあります。それから、最後の参考資料に関しては、ほんとうの資料は、そこに中で書いてしまうということです。用語に関しては、後に用語の解説というものに入れていくということでよろしいですか、ここの点は。これはまた今後引き続いて、仮想事例2で修正され、また3ではさらに修正していくということです。3では、表現の問題を相当統一したいものだと思います。

それでもう一つだけ、最後のIVに、仮想事例の最初の報告書を提示したときに、難しく、一般の方が読んでも理解できないのではないかというご指摘があつて、それでは、わ

かりやすくするためにということで、水上先生が大変苦勞されて、医学用語のところに解説をつけてくれたのですね。それがIVですね。実はこれのほうがわかりやすいという意見もあるのですが、私は、こういうふうにいっぱい書いてあると、かえってわずらわしいかなという印象も受けて、医学用語は正確に書きたいということで、文ではそのまま使いますが、その解説はしっかりしたほうがいいというので、用語の解説というものがついていきますよね。15ページに。そこの文章は私もチェックしましたが、相当わかりやすく書いてあります。「医学用語の解説」のところは一般の人にわかりやすく解説がついていますので、これをつけて、この医学用語は後ろに解説がついていますよということをわかるようにして、報告書の本体は正確な医学用語を正しく使っていきたいと考えています。ただ、文章の構成そのものを複雑にしないで、わかりやすくするという事です。表現の仕方はみんな統一した適切な表現でいくということにしたいと思っていますのですが、いかがでしょうか。ここでまたご意見をお伺いしたいと思います。

#### ○隈本委員

私は水上先生がわずかな時間ですぐメーリングリストに流されてびっくりしたのですが、非常にわかりやすくなっていると思うのです。これで正確さを欠いているという部分があるのかなと私は素人なので想像がつかないのですが、素人の報道に携わる人間なんかを読んだら、今起きている事態が大体想像がつくという意味では非常にわかりやすい文章で、ぜひうちの大学の先生に、もちろん北大の先生なのですが、北大の授業に来ていただきたいなと思ったぐらいです。要するに非常に大事なポイントの意味を損なわない形でわかりやすくするという意味では、かなり大変いいような気がします。長過ぎたり、不正確さを委員長はお感じになられますか。

#### ○岡井委員長

私個人は、この報告は一方向的に患者さんに説明をするというものではなくて、原因を分析した報告書として出るのでありますから、あまり冗長なこととか、細かい病気の説明とかが本体の中に入っているのはどうかなと思うのです。それで例えば本体の中に説明をするのであれば、説明をもっと詳しくちゃんと書かないといけないということも出てくるのですよ。そうすると、括弧の部分がやたらと長くなってしまわないでしょうか。これは、一般の人が読んだらわかりやすいのかもしれませんが、それが目的ではないのですね、この報告書は。原因分析の正しい報告であることに主眼を置いて報告書を書きたいのです。でも、一般の人やご家族の人もわかってもらいたいので、後に医学用語の解説がつ

いているわけです。それでもだめなら、だれかが説明をしてあげるということを入れてもいいかもしれませんが。

○隈本委員

そうでしょうが、ただ、公表するというのはアリバイ的に公表するのではなくて、多くの人たちに、この事例を知ってもらって、我々原因分析委員会がかなり公正に中立的に医学的観点から、いい判断をしているのだなということを理解してもらうことがもう一つの目的ですよね。医学関係者はせいぜい30万人ぐらいしかいないのですが、残りの1億2,000万人の人に、やはりこの委員会はなかなかしっかりやっていると見てもらうためには、難しい報告書よりはわかりやすい報告書のほうがいいと思うのですね。

○岡井委員長

もちろん難しくしようと言っているわけではありません。

○隈本委員

委員長がおっしゃるように、全部の説明に例えば手掌部というのは手のことですよみたいなことまで書く必要はないと思うのですが、この水上先生が書かれたように「(胎児が子宮内にいるにもかかわらず、胎盤が子宮壁から剥離してしまう状態)」ということを書いたことによって随分全体の報告書の流れがわかりやすくなっていて、少しこの問題に関心がある一般素人の方が読んでもわかるようになったと私は印象を持ったのですね。少なくとも最初の30例とか40例ぐらいは、こういう文章で書いていったほうが、この委員会に対する国民の信頼が得られるのではないかという気がするのですが。

○岡井委員長

ご意見はよくわかりますが……。

○水上委員

よろしいですか。私が考えたのは、この事例の概要の部分については患者さんに行くのですよね。これで間違いがないですかとか、これに対して意見がありますかと聞くのですよね。そのときに患者さんがさっと読んで、理解できなかつたらお気の毒だなということなのです。時間があって、みんなに専門家がついていたりなんかして読むのであれば、もちろん、きちんとかたい文章でも何でもいいのですがね。患者さんがわかりにくかったりしたら気の毒だなと思っただけなのですが。僕は、皆さんがいいというほうでよくて、別に僕は自分のこの文章には全く固執いたしませんので。

ただ、この事例の概要という部分だけは患者さんに行くわけですよね。

○上田理事

はい、行きます。

○水上委員

それに対して1カ月以内に、彼女たちは自分の考えとか意見を持ってくるわけですよ。

○岡井委員長

要するに違いは、医学用語の解説として後ろで一覧に挙げてあるものをみんな、括弧でここの本体の中に持ってきたというだけなのですよ。

○水上委員

そうですね。先生が最後につくられてみたのは、ほとんどそうになっているから、最後にここで角字で示されているものは、ただ解説を裏に持ってきただけで、ほとんど変わっていませんよ。

○岡井委員長

ええ、ほとんど変わっていないのですよ。全部こっちに移して、その出てきたところに括弧をつけて入れてあるということなのですが。

○水上委員

一番最初に出てきた事例の概要から、随分、これは修正されていますよね。だから、流れの中ではわかりやすくなっていると思うのです、これでも。

○岡井委員長

ほかにこの件、今、議論していることに関してご意見があればお伺いしたいのですが。

○豊田委員

最初のころの段階で、何人かのお母さんに聞いたときには、水上委員のこの文章を見てもらったわけではないのですが、お母さんの中には、もともとが難しいといえはすべて難しいので、括弧がいっぱい入るとかえってわからない場合もありました。だから、用語集が丁寧にできるのであれば、それもいいのではないかという声もありました。なので、私もまさに水上委員と同じ意見で、お母さんたちがわかりやすいということが一番大事なので、そこに工夫して修正して下さっていただければ、これでも良いのではないのでしょうか。でも、この括弧書きは、ここまで丁寧にさせていただいて、すごく感激して、ありがたいなと思いました。ただ、ほんとうに全くわからない人から見ると、文章がずっと続くとわからないという人もいました。

○岡井委員長

そうすると、僕の今の思いつきなのですが、この概要でどうですかという文書を患者さんのご家族に送るときには、今言ったような配慮をするかということですね。僕としては、原因分析委員会の報告書としては、びしっとしたものにしたいのです。解説はいいのですよ。でも、どこから出ているものでも、最後は書き方の様式があって、きちんとあるわけですから、裁判の判決文にしたって何にしても。家族の人にはわかっていただくように、もちろん配慮はしたいですが、そこにあまり力を入れてもね……。中途半端なものにはしたくないですね。びしっと出したいですね。

#### ○隈本委員

裁判の判決は決して見本にすべき文章ではないと思うのですが。要するに報告書としての厳密性とか、ここに書いてあるのが単なる書いた人の意見ではないかとか、括弧書きの中にあるのが、これは医学的には論争があるのに、この人の意見だよなみたいなことで、厳密性を問われるようなことがあってはいけないとは思いますが、学問的には大体この言葉はこれを意味するということがほぼ定着しているようなものについては括弧書きに入れて、読みやすくするというのは決して、この報告書の格調を下げるものではないと思いますが。

#### ○岡井委員長

でも、例えば航空事故の事故報告書が一般の人にわかるようにというように、書かれていないでしょう。ちゃんと、そういう報告書の書き方のスタイルみたいなものがあるって、それに沿って書いているわけです。それに今度の医療事故調のモデル事業の報告書も、そういう形でやはりきちんと書いてあります。だから、患者さんのご家族に最初の事例の概要を送る時に、こちらでまとめましたものがわからないと困るので、そこだけは配慮してもいいかなと思います。

#### ○上田理事

そこに用語集をつけます。

#### ○岡井委員長

もちろんつけますが、本文に入れるか後に解説を付けるか、どちらがわかりやすいかですね。わかりやすいようにはしたいと思いますが。

#### ○鈴木委員

試しに、この原因のところまでの、水上先生が書かれたところまでのものの、結局、ここにつくった後ろに用語解説をつける版と中に入れる版を両方つくって、豊田さんを介し

て、何人かのお母さんたちに読んでいただいて、それから、先生か、産婦人科医の方々に読んでいただいて、つまり当事者の方々にわかりやすいということと、報告書としてのある種の専門家の分析としての体裁の両方を念頭に置きつつ、どちらのほうがいいかを、多数決ではないのですが、世論調査みたいなものを一遍やってみてはどうでしょうか。これはまだスタートのときのひな形ですから、実際は部会が始まって、どういうものをつくるのが重要なので、ちょっとやってみたらいかがでしょうか。

○岡井委員長

いや、最初に私が言ったように、あまり評判がよくなかったのですが、ご家族用にわかりやすいものを一つ別につくるというのはどうですかね。報告書は報告書で、これはきちんとつくるといことですが。

○鈴木委員

報告書の一部として、どちらのほうがいいでしょうかと。一般の人たちが水上先生が書いたもののほうがわかりやすいとって、専門家のほうは体裁を重んじるので、こちらのほうがいいと分かれるのであればあれですが、読んでいただければ、どちらかに一致するのではないかという気もしないでもないのですが。試しに何人かに読んでいただいたらどうでしょうか。

○竹村委員

よろしいですか。これを見ますと、用語の解説が随分のページを使ってつくっていただいていますね。これだけのものをもしほんとうの文書の中に入れるとなると非常に読みづらいです。文章そのものが流れが続かないと思うのです。ですから、やはりきちんとした解説集を後にきちんとつけて、そして本体資料には、説明のある部分だけには\*かなんかをつけていただければ、そのほうがやはり一般の方でもわかりやすいのではないかと思います。もしこれを全部入れて、途切れ途切れに読まなければいけないようになりましたら、かえって難しいのではないかなという気はするのですが。

○隈本委員

それは私もそうと思いますが、適切に括弧が入っているということで、つまり用語集を全部入れるという意味ではなくてですね。

○岡井委員長

この報告書がご家族の方にわかってもらうだけのものなら、括弧に入れるのは、そこは不正確でもいいのです。わかればいいので。赤ちゃんが〇〇のときは、こう呼びます、み

たいでいいのですが、これがほんとうの報告書になりましたら、この医学用語の説明と一緒に入っている部分はやはり正確な正しい説明ではないと、そこは不適切なことを書いている形になってしまうのです。正確に正しく、それをまたわかりやすく書くと長たらしくなりまして、括弧の部分が相当長くなります。それがいっぱい入ってくることになるでしょう。そこはどうですかね。

○隈本委員

わかります。私が先ほどから申し上げているのは、この水上先生がつくられたのは冗長だったり、わかりにくかったりすることではなく、非常に適切に括弧書きがあって、おそらく、これにプラス用語集がついていれば、多くの人が理解できるのではないかと思いましたが、これぐらいの感じがいいのではないですかと。ころ合い、兼ね合いとしてですね。

○岡井委員長

そこの説明が一般の人にわかってもらうために説明しているということであればいいのですが、報告書としてびしっとした文章の中に、その括弧のところで一般向け過ぎて、正確にちゃんと書かなければいけないところが不正確になっていますと僕は嫌なのです。報告書として、それは、やはり正確なものとしてちゃんとつくりたいわけです。

○徳永委員

具体的に水上先生の報告書の2ページを見ていただくと、例えば前置胎盤のところは「前置胎盤（注：胎盤附着部位の異常）」だけでよいと思います。あるいは、常位胎盤早期剥離のところも、「（注：胎児が子宮内にも拘らず、胎盤が子宮からはがれてしまう状態）」と解説内容を短くし、詳しい内容は詳しい解説を見るようにし、文章中の解説が長すぎると読みにくいと思います。

○岡井委員長

でも、例えば前置胎盤ですが、「胎盤附着部位の異常」と言っても、それがわかりますか。前置胎盤ということが全然わからない人に、「胎盤附着部位の異常」といっても、「胎盤附着部位」とは何ですかということになってしまわないですか。

○徳永委員

解説は必要ですが、本文中の注釈が長すぎて、かえってわかりにくいと思います。

○岡井委員長

僕は、一般の人にわかりやすくするといいますが、例えば前置胎盤とは前置とあるから、

胎盤が前のほうにあるということですが、大事なことは、こういう病気は大量出血になるとか、帝王切開をしなければいけない病気であるとか、そういうことがわからないと話としてはわからないと思うのです。そういうことを書くことが大事でして、それを書くのであれば、括弧の中に全部書くと、ぐちゃぐちゃになってしまって、かえって読みにくいのではないかと思うのですが。

#### ○水上委員

結局、こういうところにすべての解説を入れる必要はないのです。だから、この症例に限定して、それにリリーバントな、関連することでまとめたやつを入れたら短くはできるのです。だから、すべて、その用語を説明するのに完璧な説明を求めているわけではないのだと思うのです、この原因分析委員会の報告書は。だから、委員長が言われるのは、きちんとしたいという気持ちもわかりますが、簡潔に短く、この症例に限って何を求められているかがあると思うのです。それを入れたら、いろいろな条件を、そういう意味では満足できるのです。そのときに、それぞれの部会にいろいろな解説を、そのときに、ここに関連するものだけをさっと簡潔に書けとするのは大変ですから、統一フォームとしては、やはり厳密に最後に解説をつけるというのが、それぞれの部会でまとめるにはわかりやすいと思います。だから、これをすると、患者さんや家族が事例の概要を読むということを考えるときに、書き過ぎても、何が問題になっているか、結局、それが難しいわけですが、ポイントとなるものをかいつまんで書くわけです。すべてをこういうふうに行ったことを網羅して書くのはかえってわかりにくくすると思うのです。その辺の兼ね合いが僕は難しいのだと思います。しかし、今回のあれは委員長がまとめてくれたやつは大体、足りない部分もないし、ちょうどいいぐらいの感じで書かれていると思いますが。これは各部会で、こういうものをまとめなくてはいけないわけですね。全部をこの会でやるわけではないですよね。

#### ○岡井委員長

どうぞ、お願いします。

#### ○木下委員

今の問題は、やはり委員長の裁量のもとで、こうしたいということをお願いしたいと思います。隈本先生もいろいろとご意見があると思いますが、今までも患者様方の配慮も随分してきておりますし、ほんとうに至れり尽くせりというようなところまで来ていると思います。このような最終報告書としてまとめていくときには、後のほうで解説の資料があ

るとするならば、ほんとうにわからなければ、そこをチェックしていただければよいと思います。文章の流れというのはどんな文章でも大事ですし、豊田さんがおっしゃったような工夫もあるでしょうし、そのレベルはさまざまですから、基本的には、こういうサイエンティフィックな分析をしたということでは、ぜひそれはお認めいただいて、ほかのところでも随分配慮されているわけでありますので、これは委員長の判断のもとで一貫した方向でいくほうが、よりスムーズにいくのではないかと思います。毎回毎回、どのレベルのもので書くかと、またそういったことをやる作業の人たちに対する配慮も必要だと思いますので、その辺はお認めいただきたいなと思います。

○岡井委員長

ほかにかがでしょうか。

○楠田委員

多分、勘違いがあつて、最初、この原案で私は見たのです。これは産科の先生にとれば、多分、いつもやっていることですから、これがわからないことは絶対にはないのですが、新生児科から見ますと、ちょっとはしょっているなという気はしたのですね。水上先生のもを見せていただいたら、自分でも勉強になるなと思ったのですが、今回の後ろについているものを見れば、大体のことは十分わかると思います。

それと逃げるようですが、今、ここで完全に決めるわけではないので、とりあえず今、新しい報告書案で十分理解できると思いますので、当面、これをある程度の見本にしてやっていって、また問題があれば考えるということでもいいのではないかなと思います。

○鈴木委員

僕は結論的にはこだわりませんが、我々が素人である裁判官に、どのような工夫をしてわかりやすく訴状を読んでいただくかということの最近のこの10年ぐらいの工夫があるのですが、一文はなるべく短くするというのと、パラグラフを短くするということです。これはすごくワンパラグラフが長いのでなかなかやりにくいのですが、パラグラフをなるべく短くして、そして1パラグラフが終わった後に、そこについている\*について、ポイントとして医学的な説明をしていくということをやっています。だから、そこを飛ばして読むこともできれば、引っかかるときには、そこを……。つまり、読んでいてわからない言葉を後ろを引くのではなくて、その直後に見ればすぐわかるというやり方をして書いていると、比較的裁判官はわかりやすい訴状とわかりにくい訴状の区別が最近はついてきているのですね。宮澤先生、いかがでしょうか。

### ○宮澤委員

最近、今、鈴木委員がおっしゃられたような文章で、下のほうに解説が細かくついているという訴状が大分多くなってきていまして、それは評判はよいようです。その意味では、わかりにくい用語は、そのすぐ下にあるほうがわかりやすいと、それはそのとおりなので、書き方の工夫だと思います。

問題なのは、現在の中でやっていかれて、すぐその語の後に簡単な言葉がさっとありまして、短くてという部分がありまして、それで最後にきちんとしたものがあるというふうに、わかりやすさと正確性は両立できるものですから、水上先生がおやりになったような括弧書きで簡単なものをつけて、後ろに正確なものをつけるというのは、私は形としては一番いいのではないかと思います。その意味では、原案よりも、少し簡単な括弧書きで、読んでいて、これが何が何だかわからないというので、一々、後ろを見なければわからないというのは、鈴木委員がおっしゃられたように、今の形としてはどうしても読み方がとまってしまうので、わかりやすさという点からすると、そこの部分にちょっとしたものがあるのは非常にわかりやすさとしてはいいものだと私は思っています。

### ○鈴木委員

最終的には各部会の委員長が最終責任を持ってまとめていくわけなので、それぞれの委員長の個性があっても多少はいいのではないかと思います。1つの型に当てはめるよりは、やはり事案事案によって書き方も少しずつ変わってくると思いますので、最終的に、これでなければいけないとはならなくてもいいのではないかと思います。今回の教材としては、両方が出ているので、幾つかの例があり得るということを示唆しておくことでいいのではないのでしょうか。

### ○木下委員

文章の流れの中に括弧は、文章としては下手な文章だと思います。ですから、ほんとうに必要なものは、そのページの下のところ、どうしても書くことが必要なら、それはつけければよいと思います。一般論としては後ろでもいいかもしれませんが、ページの終わりの欄外につけてもいいかも知れませんが、少なくとも文章の中に括弧というのは、これは非常に読みにくいと思います。もちろん今おっしゃったように、個性というのでも結構だと思いますが、基本的には、委員長がおっしゃったようなことの流れの中で、例外的なものがあってもというレベルで妥協していただいて、ぜひ先に進めていただきたいと思います。この議論はこのまま続けてもまとまらないので、先に進めていただきたいと思います。

○岡井委員長

ありがとうございました。

○岡本委員

注に番号を打たれますよね。

○岡井委員長

ええ。番号は打ったほうがいいですね。

○岡本委員

わかりやすいと思いますので。

○岡井委員長

ありがとうございます。そうしましたら、この段階での結論ですが、医学用語それぞれに全部、括弧で説明を入れていくのはやめます。ここにあるような形で、一般にわかりやすい解説をつけるのですが、それをどこにつけるかは読みやすいところに入れていくということです。それでいいですね。

それともう一つ、この用語は難しい用語で、これがわからないと文書の次を読んでもわからないなというものだけは、ほんとうに簡単にこういうことだよというものをつけましょう。難しい用語では、だから、医学用語全部にそれを入れていくと大変なので、これは少し特殊な用語で難しいし、これがわからないと次もわからないというものだけに簡単な説明をつけましょう。ほんとうの説明はまた別にすることです。いいですか、それで。解説を入れる場所は、全部、後にまとめるよりは、パラグラフごとか、ページごとか、あるいは項目ごとか、できるだけ見やすいようにどこかに入れていくということです。

○豊田委員

では、同じ解説が何カ所にもなるということですか。

○岡井委員長

一回出たら、もういいでしょう。

○豊田委員

そこが、またそこを探すのが素人には大変なのかもなと思って、それなら後ろにつけてもらったほうがいいのかなど思ったりもします。

○岡井委員長

ああ、そうですね。では、つける場所はもう一回検討してみましよう。そういうことで、この点については結論とさせていただきます。

それでは次が仮想事例2です。お願いします。

○後技監

仮想事例2のクリップを外していただきまして、先ほどと同じように、Ⅱの「修正箇所一覧表」とⅢの「模擬部会での審議の要約」、この2つを中心に3点ほど、ご説明申し上げます。

それで「修正箇所一覧表」の資料を1枚めくっていただきまして、最初にご説明しますのが、修正後のページが7ページで行数が21～23行と書いてある部分です。これは7ページの21～23行を直したという部分です。まず、先ほどの資料と逆で、修正前が一番右側のカラムとなっております。修正後が真ん中のカラムとなっておりますので、お間違いなきようお願いいたします。ご面倒おかけし申しわけありません。

修正前ですが、「10月7日午前4時57分までは正常な胎児心拍数パターンを示しており」と、正常な胎児心拍数パターンだったという認識が書いてありました。それに対して、いろいろご意見がございました。ご意見は「模擬部会での審議の要約」の資料の6ページですが、委員のものには付箋をおつけしていると思います。6ページの最初の○ですが、「この状態で4時25分が正常というのはおかしい」というご意見がございました。ここは議事録をそのまま抜いたので4時25分になっておりますが、おそらく4時57分の間違いだらうと思っておりますので、確認はいたしますが、何にしても4時57分で正常な心拍数パターンと最初に書いたのはおかしいのではないかというご意見がありました。今のが1つ目の○です。そして4つ目の○ですが、医療系委員が「4時25分の段階の分娩監視記録は、一見計上に見えるだけで、リスクな状態は回復していないと見るべきである」ということもご意見としていただいております。それから、ちょうど中ほどになりますが、委員長の○がございました。出だしは「いずれにしても、変動一過性徐脈のパターンがある時には、異常と認識しなければならない」というご発言がありました。このような医療系委員あるいは委員長のご意見がありましたので、先ほどの一覧表に戻っていただきまして、4時57分までを正常と認識して書くのではなくて、修正後は「入院時から10月7日午前3時45分までは胎児心拍数パターンに異常はなかったものと考えられる」と修正しております。これはでき上がりの報告書の7ページになります。7ページの一番下の3行ですが、今と同じ表現が書かれております。この3時45分から異常な一過性徐脈が出現したという事実になっております。これが1点目でございます。

○岡井委員長

わかりました。1点目のこと、時間についてはいいのです。これは仮想事例ですから。それで一つは、最初の変動一過性徐脈が出たときの判断として、あるいはそのときの対応としてどうかということについてなのですが、事実それだけではすぐ帝王切開にはなりませんから、それでいいのではないかみたいなことだったと思うのですが、そのときは、すぐ帝王切開をするパターンではなくても、そういうパターンが出たら、その後、また出てくることがありますから、そういう点について考慮して対応すべきだというのが入っているのですよね。それが大事なことです。そういうことでよろしいですか。

この高度変動一過性徐脈の取り扱いに関しては、7月に日本産婦人科学会の周産期委員会の提案が変わったのです。修正もあり得るということで、周産期委員会が提案しているもので、また変わるかもしれません。何が変わったかといいますと、これまでは最低、帝王切開か、急速遂娩の準備はしましょうということだったのです。が、今度は準備をしなくてもいいとなりました。準備をするか、保存的処置を行うか、どちらかです。再変動が正常で、基線も正常の場合ですね。そういうふうになりましたので、このところはほんとうに難しいのですが、一応、僕らの判断としては、日本産婦人科学会の周産期委員会のその基準を基本に置いて、それに沿った書き方をしていくということになります。そうすると、ここでは帝王切開の準備をしていないことが、必ずしも指針に沿っていないことにはならないのです。ただし、問題は、そこで一回出て、おさまったから大丈夫と決めつけることです。これが結構、現場では問題になることなので、その後も出るかもしれないということの可能性をいつも考えて対応していかななくてははいけません。そのことをここに入れたのです。それはそういうことでいいですよ、この判断は。

では、次の変更点をお願いします。

#### ○後技監

それではまた一覧表に戻っていただきまして、次のページになります。最後から2ページ目です。「5. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項」の部分で、17ページの5～16行目を直している部分です。ここは、この一覧表の修正前のところ、一番右側のコラムが空白になっておりますように全くコメントがなかったところに対して、いろいろなご意見が出まして、遷延分娩が懸念される事例では、頻回の診察や微弱陣痛予防のためのケアに努めなければならなかったということを追記しております。出ましたご意見は「審議の要約」の13ページになります。13ページの上から4つ目の○ですが、医療系委員のご発言があります。医療系委員のご発言の中に「完全に不適切といえるような対応では

ない」ということと同時に、「10月6日の日中、ずっと医師の診察もないし、助産師も診察していないのが、不適切であったかもしれない」ということで、次の○の委員長のところで、「再発防止のところで取り上げるか」というご意見がございました。さらにその2つ下の○で委員長のご発言の中に、「分娩が長引いたときの水分摂取や精神的ケア等、そういうことも医学的評価の中に入れてほしいということである」ということで、少し続きまして、最終行が、「それも改善事項に入れることでよろしいか」というようなご意見がございました。そこで、今の一覧表の中にありますような、遷延分娩予防のための観察とケアを行うことを本文中に書き込みまして、それが本文の17ページになります。17ページの「5. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項」の5行目から16行目までの1段落ということになっております。これがもともとは全くは書かれていなかったということでございます。これが2点目です。

○岡井委員長

ありがとうございました。この仮想事例では、遷延分娩のときの患者さんのケアが不十分な点もあったので、そのことに関して記載したほうが良いという話に対して、それは「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」の中に入れましょうということでしたので、実際の案の17ページの1) ①のところに書き加えたということです。こういう記載もあったほうが、ほんとうに今後のためにいいことだと思いますので、よろしいですか、こういう書き方で。これは多分、村上さんから出た意見ですね。

○村上委員

はい。とても大事なところだと思います。

○岡井委員長

ここに入れさせてもらったということです。ほかにも細かいところで修正はあるのですが、ポイントのところでした。

○上田理事

もう一点あります。

○後技監

それでは3点目です。これは一覧表の最終ページになります。直した部分が18ページの11行目から17行目となっている部分です。これも修正前が空白になっておりますので、全く触れられていなかったことを新たに追記いたしました。修正後にありますように、「新生児蘇生法についての研修を受けることが望ましい」ということを追記しております。

これについてなされましたご議論ですが、「審議の要約」の24ページになります。一番上から2つ目の○ですが、医療系委員のご発言で「現在、蘇生法の標準化を行っているので、今後は、蘇生法の講習を受けてマスターした人が立ち会うのが望ましいということである。これは改善策である」ということです。そして、その幾つか下の委員長の「それは書いておく必要がある」というご意見がございました。そこで、報告書の原文の18ページになりますが、11行目の⑧があります。⑧に「新生児蘇生法についての研修を受けることが望ましい」とあります。そして、そこから数行下の17行目に、「もし担当医が新生児蘇生処置に熟練していないのであれば、日本周産期新生児学会が行っている新生児心肺蘇生法講習会を受講することを推奨する」ということを書き加えております。以上です。この3点です。

○岡井委員長

ありがとうございました。この新生児蘇生法についても、こういうことを今後の医療向上のための改善事項に入れておくということで、ここに書いたような記載でよろしいですか。特に新生児の先生方は。

(「これで結構です」との声あり)

○岡井委員長

では、これでいいということですよ。

○後技監

新生児蘇生法に関する記述がもう一つありましたので、追加のご説明をさせていただきます。一覧表の、今私が読みました部分と同じページの下から2番目の四角になりますが、「新生児蘇生法の普及に努める」ということを再発防止のところに書いております。これは本文の19ページになります。19ページの14行目ですが、「新生児蘇生法の普及に努める」と。先ほどの点と今の点と、これが蘇生法について記述された部分となります。

○岡井委員長

後から追加されたことは学会に対しても、そういうことを検討すべき事項として提唱していこうということですよ。先ほどの症例でも学会に対してありましたが、こういうことは、ほんとうの医療の向上のためには大事なことだろうと思いますので、報告書に入れてゆくということによろしゅうございますか。

そうすると、この仮想事例2は、問題点が実際にあった症例ということを仮想してつくった事例ですが、それに対して幾つか医学評価のところでも適切でない部分は適切でない

と書いておりますし、そこから出てきた改善すべき事項では、こうしましょう、こうすべきである、こういうことが望まれる、あるいは推奨されるとか、いろいろ書かれていますので、これが一つのモデルになると思います。またさらによくするために幾つか後からいただいた意見があります。それをお願いします。

#### ○後技監

Vの「今後に向けた参考意見」と3枚の紙になっております。表紙をめくっていただきまして、今後に向けた参考意見を3点いただいております。これは模擬部会後にいただいたご意見です。

まず1点目は、先ほどの「午前3時45分の時点で帝王切開の準備を開始するのが最も適切な対応であったと判断される」ということが書いてありますが、これについていただいたご意見で、「後方視的にはそうかもしれないが」ということで、先ほど来のレトロスペクティブな考え方ではそうかもしれないが、高度変動一過性徐脈を1回認めた時点で、すぐ準備をする必要があるだろうかというようなご意見です。そして最後の行から2行目ですが、「3時45分の時点では帝王切開について考慮すべきだったかもしれないが、準備を開始すべきとは考えにくい」というご意見をいただいております。これについては一番下の段落でも書いておりますが、日本産科婦人科学会の指針が新たに改訂されるなどしておりますので、そういった指針にのっとって書いていくということで、現在のような形になっております。これが変更されれば、また変わることもあり得ます。

それから2点目ですが、これは用語の問題で、「陣痛が7～8分間欠」とあります。これは用語の解説の中では、「陣痛が7分から8分間隔できていることです」と書いてあります。こういうふうに説明してあります。これについてのご意見で、産科婦人科学会が作成しておられます用語集を見ますと、陣痛の項目には、発作の時期が収縮期、間欠は静止期、周期は発作+間欠の時間としてあります。したがって、この表現としては、間欠と周期、この2つの用語が、この用語集に照らすと混同されているのではないかというご意見をいただきました。これについては用語を統一していくということを今後考えたいと思っております。

そして最後の3点目ですが、「分娩で感じたこと、疑問や説明してほしいこと」の中での家族の疑問ですが、「胎児徐脈を認めている状況で、陣痛促進剤を使用することはよくあることなのか」という疑問が一つと、「帝王切開をしていれば脳性まひにならずに済んだのではないか」という2つ目の疑問、こういう疑問に対して答えに相当する部分では、徐脈が

出現した時点で、「帝王切開の準備を開始するのが最も適切な対応であったと判断される」とか、「陣痛促進を行わずに、もう暫く経過を観察するのも一つの選択肢であった」と書かれているわけですが、こういう書きぶりでは、まだ回答になっていないのではないかというご意見でございました。

そこで次のページにいていただきまして、この3については、現在のところ考えておりますのは、まず①ですが、徐脈を認めている状況で陣痛促進剤を使用したことは考えられる処置の一つであったとか、選択肢の一つであったという評価の記載の仕方になっています。そして②ですが、帝王切開をしていれば脳性まひにならずに済んだのではないかということについては、5時30分から5時50分までの胎児は低酸素性虚血性脳症を引き起こす可能性があるほど、高度な低酸素・酸血症状態に陥っていたことが推察される状態であったと書いてあるわけです。しかしながら、その次の段落で、一つの選択肢であるというような、これは先ほどの①の部分ですが、家族にとってわかりにくい表現は避けたいということ、それから、家族が理解しやすい記載方法を目指したいということで、今後検討していく必要があると考えております。また、帝王切開をしていれば脳性まひにならずに済んだのではないかというのは、専門家の先生のご意見では、医学的にも回答が非常に難しい疑問だということなので、そういう疑問が出たときに、どのように回答するか。これも今後の課題として残っています。「現代の医学ではわからない」といった回答をどのようにわかりやすく書いていくかを審議していく必要があると受けとめております。以上です。

#### ○岡井委員長

ありがとうございました。仮想事例2の報告書案で今出しているものに対していただいたご意見なのですが、1、2はいいですね。これで一番問題なのは3に対する今後の私たちの姿勢といいますか、スタンスですが、これはきょうはここでは結論は出さないでおこうと思います。もしご意見があれば聞いておきますが、先ほどのご家族からの問い合わせ等にどう対応するかで内規をつくれというようなことと似たような話で、こういう疑問というか、質問形式で出された家族からのご意見に関して、その質問に対してどこまで答えるかということになるかと思えます。次回にまた集中して審議することでもいいですか。この議論を始めると、相当いろいろなご意見が出ると思えますので。

では、1、2はいいですね。1は、学会での指針を基本に置いて、その判断を考えるということ。2番目は言葉の問題ですから、用語の使い方を整理して、大体統一して

いって、間欠なら間欠、周期なら周期に決めないといけないと思います。では、これでよければ、仮想事例2についても、きょうはここまでということにします。

あと、予定の時間がもう過ぎていきますので、4)の「医学的評価等を記載するに当たっての用語について」ですが、これはきょうは資料6にまとめていただいたのですが、ご説明だけいただいて、中身はまたじっくり審議したいと思います。

#### ○後技監

それでは資料6の3枚紙をごらんください。ご説明だけさせていただきます。

資料6ですが、医学的評価を記載するときの用語についてでございます。1ページ目の1.ですが、私どもが作成いたしました報告書の中では、臨床経過に関する医学的評価という項目に使われている用語は以下の2通りがあります。「……と思われる」から「……適応はない」までですね。これはすべて認識の程度でありますとか、可能性の程度でありますとか、問題の有無や、その程度ですとか、そういうことを表現するとき、文の結びに、こういう表現ぶりが使われております。これらをもう少し整理していく必要があるかと思っております。あるいはそれにどんな意味を持たせるかということを含め、今後、ご議論いただくということでございます。

続いて2ページにまいります。2.ですが、同じく報告書の中の「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」の項目に使用している用語は、「……すべきである」から「……するのも一つの方法である」まで8通りございます。する、しないに関する表現が8通りあるということでございます。このあたりも同様に検討する必要があるということでございます。

それから3.ですが、妊婦、産婦、褥婦の呼び方についてです。先ほどご意見があったところでございます。私どもの報告書では、妊娠中は妊婦、陣痛発来から胎盤娩出までは産婦、胎盤娩出後は褥婦または母親と表現しております。これは下の四角い箱の案1が現在の使われ方になっております。しかし、褥婦ですとか、妊婦という表現は、患児・家族をはじめ、医療を受ける側からの観点を考慮して、例えば母体と統一したほうがいいのではないかというご意見もあったところです。そこで案2、3、4、5というものも考えてみました。今後、どういう呼び方がいいかをご議論いただきたいと思いますということではありますが、そのときの参考になることとして、シミュレーションと書いてある部分をご説明します。仮想事例2の中では、■が2つありますが、「午前2時頃に」云々とありまして、「○○が当該分娩機関に電話をした」と。現在の表記では「産婦」がと書いてあるのですが、ここ

を例えば「母親」がと置き換えて考えてみたり、「母体」がという日本語は少しなじまないかもしれませんが、こういうふうに置き換えてみたりして、どの言葉がしっくりいくかを考えると参考になるのではないかと思います。

それから最終ページですが、これは参考資料でございます。死亡事例のモデル事業の中で用いられておりますマニュアルの中で使われている用語例を引用しております。1が診療行為に関する適応の適切性の有無について、いろいろな種類の言葉を用意しております。2で治療手技の適切さの評価に用いる用語例です。3で患者管理の適切さの評価に用いる用語例として、これらのものがマニュアルの中に設定されているということです。これを使って報告書を書いていくというやり方をされているようでございます。以上です。

○岡井委員長

ありがとうございました。これも大事なことなので、集中審議をどこかでやらせていただきます。そのとき、もう一回、事務局のほうでたたき台としての考え方の基本を整理して、委員の皆様には先にお送りしておいて、それでご意見を聞いてから、ここで議論するという形をとりたいと思います。きょうは、これは参考資料としてお持ち帰りになって、考えておいていただければと思います。

そうすると、あとは資料7ですか。これも後先生からお願いします。

○後技監

資料7でございます。これはこの委員会の規則の修正のご報告です。修正部分は下線を引いております。

第4条の2項になりますが、「報告書を作成する」とありますが、これは「報告書案」と書いてありましたが、「報告書」という位置づけになりましたので、そのように修正しました。

そして第5条の4項ですが、これは丸ごとなかったところに、この4項を新設しました。当該委員が利害関係者となる場合の話でございます。その場合は審議に参加することができません。その範囲は委員長が判断ということにさせていただいております。以上です。

○岡井委員長

ありがとうございました。今の規則の改訂はよろしいですか。では、改訂したものが、ここで承認されたということです。

ほかに今日の議事はありますか。スケジュールですか。お話ししていただけますか。

○後技監

それでは「その他」ですが、今後のスケジュールでございます。次回、第7回の原因分析委員会は9月4日金曜日の午後4時から6時、当機構で開催予定でございます。

2点目ですが、9月には原因分析委員会の部会の委員を対象とした説明会を行います。9月14日月曜日と9月18日金曜日の午後3時から6時です。当機構で開催いたします。これは2日ありますが、2回とも同じ内容の説明会を行います。

そして3点目、これが最後ですが、事例の審議が開始される時期でございますが、7月から申請書類の受付を開始しております。現在のところ、まだ申請はございませんので、8月以降の審査委員会で審査の結果、対象となった事例について原因分析を行います。そこで最も早い場合では、部会の審議が11月、本委員会、ここの委員会ですが、12月ごろと予定しております。こういう見通しでございます。そして、この委員会につきましては9月、10月、11月にも定期的に開催してまいりますので、よろしくお願い申し上げます。

それから、続けて申し上げます。第8回の原因分析委員会は10月ですが、日程調整表を置いておりますので、ファックスで7月31日までにお送りくださいますようお願いいたします。

それから、次の11月以降の日程でございますが、これまでに毎月の開催日を第何週にするか、何曜日にするか、これを固定したらどうかというご意見もいただいております。そこで、ちょっとお尋ねをしたいと思っております。事務局提案ですが、第1月曜日の午後4時から6時までとしてはどうかと思っております。ただ、もう既にここに予定が入っていると、予定が入る可能性が非常に高いという委員は不都合が生じるかもしれませんので、おっしゃっていただければと思いますが、いかがでしょうか。

○岡井委員長

ありがとうございます。その点はまたお伺いしてもらいましょうか。毎月の第1月曜日の午後4時から2時間を定時の会にしたいということです。それに合わせていただければありがたいということです。どうしてもだめなら、その月はだめであっても、恒常的にだめでなければ、そういうことを書いて、お返事をいただければと思います。

○後技監

祝日の場合は翌週にずらせていただきます。

○岡井委員長

あと、そのほかに今日のこの委員会で審議することとか、検討することがありますか。

### ○水上委員

会議の時間を16時から18時と事前にするときは、帰りを18時になったら、ぴしつと打ち切るか、例えば審議があらかじめ16時から18時30分とか、19時としていたけるとありがたいです。といいますのは、例えば時々、そうやって18時までという予定で、抜けなくてはならないときは、その後、会議が引き続いて行われると、その審議に加われないことになりますよね。それなので、例えば毎回、このように少し遅延するのが普通なのであれば、あらかじめ18時30分までとかですね。早く終わるのはいいのですが、遅くなるのはまずいのですね。お願いします。

### ○岡井委員長

ありがとうございます。なるべく予定の時間内に終わるようにしましょう。もしも重要な審議事項があつて、時間がかかりそうでしたら、最初から予定を長くとりましょう。そのほうがいいと思います。ありがとうございます。

ほかにございますか。それでは、そういうことで、きょうの委員会を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

— 了 —