

第8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10月19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） 本日は、お忙しい中ご出席いただきましてまことにありがとうございます。委員会を開始いたします前に、資料の確認をお願い申し上げます。

まず、机の上に原因分析委員会の委員の先生方の出欠一覧、そして座席表がございます。次に、第8回原因分析委員会の次第がございます。それから資料につきましては、資料1から資料5までございます。そして参考資料が1つございます。

資料1でございますけれども、「原因分析報告書案〈仮想事例3〉」でございます。

資料2でございますが、「原因分析報告書案〈仮想事例3〉」の医学用語の解説でございます。

資料3が、仮想事例3の分娩経過一覧表でございます。

資料4でございますが、「原因分析報告書案〈仮想事例3〉」についてのご意見でございます。

資料5が、原因分析委員会部会委員名簿でございます。

それから参考資料でございますが、『助産所業務ガイドライン2009年改訂版』の抜粋でございます。

それから、原因分析委員会の委員の先生方には、一番下に「第11回、第12回及び第13回原因分析委員会日程調整表」がございます。

それから、原因分析委員会の先生方の机の左上に、『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』、『模擬部会においてとりまとめた仮想事例の原因分析報告書』、それから『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。

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たいと存じます。よろしいでしょうか。

それでは、一部の先生が少し遅れてご出席されるということで連絡が入っておりますが、定刻でございますので、ただいまから第8回産科医療補償制度原因分析委員会を開催いたします。

本日は、厚生労働省及び6つの部会の部会委員の32名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。部会委員の先生方の名簿につきましては、お手元の資料5の原因分析委員会部会委員名簿をご覧ください。

また、本日は仮想事例の模擬部会を開催いたしますが、原因分析の審議がどのように実施されるかを国民に広く知っていただくため、会議中は写真撮影及びテレビカメラ撮影を可とさせていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

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。

なお、カメラの方は、まことに申し訳ございませんが、ここからは指定されましたエリア内で撮影していただきますようよろしくお願いいたします。

1. 開会

○岡井委員長 それでは、第8回の原因分析委員会を始めさせていただきます。委員の先生方には、お忙しいところご出席いただきましてありがとうございます。それから、本日は部会の委員の先生方にも参加していただいております。先生方、お忙しいところありがとうございます。それから、多くの報道の方もどうもご苦労さまです。よろしくお願い致します。

2. 議題

1) 仮想事例3の模擬部会

○岡井委員長 それで、議題ですけれども、最初に、仮想事例3の模擬部会を行いたいと思います。この仮想事例3につきましては、すでに委員の先生方に概要、それから案としてですが、原因分析のまとめ、それから医療評価、今後改善すべき点等の案をお送りして、それぞれの委員の先生方からご意見をいただいております。そのご意見のなかで、事務のほうで、ああ、ごもつともであるというところは修正をして、そのご意見を取り入れて修正したものをお送りしてあると思いますが、なかにはほかの委員の先生方のご意見も聞いてディスカッションする必要があるなと思うようなこともございますので、その点を議論したいと思うのですが、部会の委員の先生方、部会の方もこういう感じになると思うんですね。まず、最初に、事務局で経過をまとめて、担当するのは産

科医師になりますが、レポーターというんですが、レポーターが報告書をまとめると。それを部会長の先生が一度チェックされて、委員の先生方にお送りして意見をもらって、それでその意見のある程度もんだ形にしておいて、実際に部会の先生方が集まって議論すると。だから、今、ここでやろうとしている模擬部会と同じような形で部会がやられるということになると思います。

それから、この症例なんですけど、今回の仮想事例3というのは、助産所の事例ということで設定させてもらっています。実際の脳性麻痺の原因の部分は、あまり議論のないところで、軽度の妊娠中毒症があって羊水が少ない。胎児も少し発育が悪いというような例で、臍帯が圧迫されて胎児心拍数にも異常が出て、入院してきたときにはそういう悪いパターンがすでに出ていると。あわてて送ろうとしたけれども、送る間もなく生まれてという、そういうことですね。直接の原因に関しては余り議論はないんですが、実際に議論があったのは、直接の原因よりも、全体としての管理とか、助産所でどの程度この事例のような軽度の異常例に対応するのかとか、その辺のところで幾つか議論があると思います。それは資料4のところにあります。

それで、申し訳ありませんが、部会の委員の先生方には最初のこの仮想事例3のディスカッションには直接参加していただかないようにお願いします。それは本委員会の委員だけをお願いして、後で部会の先生方との意見交換の時間を取りたいと思いますので、最初は申し訳ありませんが、傍聴だけでお願いしたいと思います。

それでは、仮想事例3についてのご意見、資料4がありますが、最初に、未修正のご意見というところをやりたいと思います。めくっていただくとページ2に修正済のご意見というのがございますが、これはこういう意見を取り入れて問題ないだろうというか、取り入れるべきだろうというところで、もう直してしまっているところなので、後でご説明はいたしますが、そっちは後回しにして、議論が分かれるであろうと思われるところのディスカッションを進めたいというふうに考えています。

では、最初の意見なんですけど、1ページ目の「医学的な観点で原因分析した」というところを「医学的および助産学的な観点で分析した」というふうに変更したほうがいいんじゃないかというご意見。その次も一緒に議論したいと思

ますが、この「一方再発防止策の…」という文章のその前に、上にもある「助産学的」という言葉を使って「助産学的評価は、経過が正常から逸脱していないかどうかを判断する助産診断と異常に移行しないための予防に向けて」云々という、そういう言語を追加すると。したらどうかという意見なんですが、この点に関しましては前に一度議論したことがあるんですね。

そのときの結論では、ここで「医学的」というふうに使っている「医学」というのは、狭い意味ではなくて広い意味であって、科学的・生物学的と言ってもいいような意味で、「助産学」がここで言っている広い医学と別のものであるという考えではないんですね。だから、ここで言っている医学は産科学もあれば内科学もあるし、病理学もあれば生物学もあるし、そのなかに助産学というの也被まれていると考えてもらえば、わざわざ助産学とは何かというふうに書いたり、助産学的に分析するというものを医学的な分析と別のものとしてここに書く必要はないというのが私の考え方なんですが、その辺、いかがでしょうか。はい。お願いします。

○岡本委員 助産師の場合は、正常を扱うということなんですけれども、そのときに一番重視していることは、そこにも書きましたけれども、診断は異常から逸脱していないかどうかということで、もう1つは、異常にならないように予防的に保健指導等のケアをするということで、岡井先生がおっしゃってくださいましたように、ここで使っている「医学的」というなかにすでにそういうものをもっと広く包含しているというふうにご指摘いただいているんですけれども、もしそうであるならば、この原因分析のマニュアルのはじめのところに、この事例のはじめというよりは、そういうところに助産学的という文言をきっちり文章化しておいていただけたらと思っています。どうしても「医学的」と言うと、治療を中心としたものに一般的には受け取りがちなので、「助産学」を別に明記しておいていただけたらと思っています。よろしくお願いします。

○岡井委員長 はい。ご意向はよくわかります。どういう形で行くかですね。作成マニュアルのところに入れられますか。どこかにありましたよね。「医療行為や助産行為、以下医療行為という」の文章が記載してますよね。この原因分析報告書のひな型のところに「医学的というのは、助産学的も含めた広い意味での医学的である」と、入れておきますか。そうすると、ここはいいですか。

よろしいですか。今のことのディスカッションは。

要するに、仮想ではありますが、この事例が助産所で起こった事例なので、どうしても助産学的な立場からということをお願いするのはわかるんですね。しかし、助産所で起こっても病院で起こっても、患者を見ていくという立場であれば、わざわざそこだけ助産学的なというのを付けると、ちょっとずれていくなという気がして、私が逆にこだわっているんですけどもね。

○村上（睦）委員 この助産師のケアの部分は、前回の事例でも少し微弱陣痛のところでも検討されたと思うのですが、私はもうその助産師という1つの開業の場合には、私たち看護職はすべて専門職、専門性ということの基本で仕事をしていくわけです。それで、今、岡本さんが言われたように、「助産学的視点」とか「看護学的視点」という言葉をあえてそこに入れるかどうか。もう専門職、専門性というきちっとした職業を持ったうえでの仕事のなかで、その医学的評価を、岡井先生が言ったように、概念を広くとおっしゃって、そこにわざわざ入れるかどうかというところを、私もそこに疑義がちょっとあるんですが、疑義というのは、もうそのことをあえてうたわなくても、分析のところでもそういう評価をきちっと、1つ1つの項についてきちっと、私たち自身がその産婦さんの全身の管理をきちっとして判断していくというところを出していけばいいのかなと。ちょっとあえて言葉についてどのように感じていたらいいかというのは、自分のなかにも疑問をちょっと持っているんです。そうでないと、これからずっとその視点というのを、いつもそこに戻ってやらなきゃいけないというのは、事例分析のときにとても難しくなってくるのかなと。分けられない部分というのを少し考えているのですが、どうでしょうか。

○岡本委員 確かに、診断そのものにはそういうこともついて回るとは思いますが、実際に対応する対処の仕方、ケアの仕方の中身として、助産師がやるケアや、保健指導の視点は評価しておく必要があります。

特に、妊娠中のことはすぐここで論議は大きくなりませんけれども、助産師の仕事の一番メインの部分は、やはり妊娠中の指導で異常への移行を予防していくという部分ですので、そこが適切になされていたのかどうかということも、後半になればなるほど分娩に結びついて非常に密接に影響しますので、私はきちっとやはりはじめのところに入れておいてほしいと思っています。

○岡井委員長 医学的評価のところは、助産師さんとしてどうすべきかということ、これは医師ではないんですからやれることにも限界があるので、そういう視点でちゃんと書かれているので、わざわざ助産学的な観点という言葉を入れるのはどうかなど。はい。お願いします。どうぞ。

○宮澤委員 これは言葉の問題なんですけれども、医学的な、この原因分析の報告書というのは患者さん及びその家族の方にも入っていきますので、その意味では、医療機関側の行為という意味で「医学的な評価」という言葉だけにしておいたほうがわかりやすいのではないかと思います。この報告書のそもそもの目的、医学的な部分、もちろん、医療機関側の方はそれは書かなくてもわかりますし、患者側のご両親の側とかそういうことになりますと、これはもともと余り言葉を正確に言い過ぎることによってかえってわかりにくくなるという側面がありますので、その意味では、医療機関側の行為という意味で「医学的な」というこの表現で十分なのではないかと私は考えております。

○隈本委員 医学的評価というものには看護学的なものも助産学的なものも含まれるということをお考えで、この委員の総意としてそれであるならば、この作成のマニュアルの4のところ、医学的評価というのがありますね。臨床経過に関する医学的評価というところに。医学的観点から評価すると書いてあるので、この医学的観点というのはこういうことであるというふうに付け加えたらいかがでしょうか。その助産学的・看護学的な観点からも十分に検討して、それも包含したものを医学的評価と言うんだよというふうに頭のほうに書いておいておけば、それでどうでしょうか。

○岡井委員長 ありがとうございます。そういうことで行きたいと私も思っているんですが、よろしいですか。

○河野委員 ここで医学的な観点と限定されているわけですね。しかし、私の考えでは、事故原因分析は必ずしも医学的な観点だけではなく、組織的あるいは政治的といったいろいろな観点から分析されると思うのです。原因分析における視点はとても大事ですから、医学的というような言葉は削除した方がいいのではないかと思います。

○岡井委員長 ちょっとごめんなさい。原因分析委員会で大事なものは、やはり医学的観点なんです。いろいろな社会的なこととか何か今後の医療の改善

のための提言のなかにはできるだけ広く書いていこうということはあるんですが、医療の評価とか原因がどうかということに関しては、やはり医学的な観点を少なくとも中心にやっていこうという、これは大前提だと思いますので、余りほかの要素が入ってきてということではなくやりたいんですね。

○板橋委員 私も岡井委員長の見解には同意いたします。組織論やいろいろなことがもちろん付随してくる問題ではありますが、本当に患者さんにとって何が原因かということを知りたいというのは、包括的な意味での医学的な原因というふうに僕は思いますし、あえて助産学的とかという断りを入れる必要性は僕はないと思います。

○岡井委員長 はい。ほかにご意見がなければ、先ほど隈本先生が言ってくさいましたが、マニュアルのほうに、医学的ということのなかに助産学的なものも入るということを入れておいて、で、いいですね。医学的などということ。要するに、助産所で起こった事例だけ特別な見方をするんじゃないという意味なんです。やっぱり同じようにきちっと原因を分析するんだと、そういうような感じで行きますので。

ただ、先ほども申し上げましたが、また繰り返しになりますが、助産師さんには医療行為としてやれること、やれないことがあります。その点をちゃんと踏まえた評価になります。よろしいですか。

では、この1に関しては、申し訳ありませんが、岡本委員の見解は採用されないということで行きたいと思います。

次が、妊娠経過のところで、体重の増加に関する指導とか、それから妊娠高血圧症候群を予防することは現実には難しいにしても、そういう患者さんの病態を悪化させないためのいろいろな生活指導や食事指導等について意見が幾つか来ているんですね。

最初のご意見は、妊娠高血圧症候群というのは予防できないんだから、その生活指導や食事指導ということ余り重視してもしょうがないぞという意見だと思うんですが、これを書いてくれた委員はどなたですか。発言してください。

○水上委員 適切な体重を指導したら妊娠高血圧症候群発症予防ができるという事実がないので、あたかもここにこういった記載をすると、そういった幻想を抱かせますよね。ですから、これは全然サイエンスに立脚していないステー

トメントなので入れてもしょうがないというか、入れないほうがいいのではないかなというような気が私はしています。

それから、先ほど、「助産師さんが異常に移行しないための予防に向けて、必要な保健指導やケアがなされて」どうのこうのとありますけれども、保健指導により疾患があるというのも、証明はされていません。実際問題は。ですから、こういった表現もみんなに誤解を与えますよね。というのが私の意見です。

○岡井委員長 はい。言われることはわかるんですね。妊娠高血圧症候群というのは安静にしていたら予防できるかといったら、そうは行かない。ただし、その発症の程度を軽くするとか、その後、急に悪くならないように少し病態の進行を抑えるというようなことは、やはり日常生活でも可能であろうということは、一般的に産科学・助産学のなかで信じられていることでもあるんですよね。ランダムイズド・コントロール・トライアルをやって、こっちのほうがよかったというエビデンスはないにしても、ちょっと血圧の高い人に、やっぱり少しゆっくりしなさいよということは、我々医師も患者さんに言うでしょう。先生、言わないですか。言いますよね。

○水上委員 僕はそこまで言っているつもりはないんですけども、適切であったと言ったら、それを認めていることになりますから、特に不適切な保健指導が行われていたわけではないというのであれば、うそをついていないことになりますよね。適切な指導、それが適切な指導が行われているといったら、そういう事実があるということを確認しちゃいますので、それはやっぱりちょっと僕には違和感を感じるんですね。不適切な指導は行われていないというふうにするのであれば、そこはどこでも否定されない文章になるんですよね。

○岡井委員長 はい。先生の言われたことはわかりました。それで、そう言われたけれども、僕は理解しましたが、どうですか。ほかの委員の先生方、それに対して。

○石渡委員 妊娠高血圧症候群の疫学といいますか、発生危険因子のなかには、例えば多胎妊娠とか高齢妊娠とか本態性高血圧とかいろいろあろうかと思うんですけども、そのなかにいわゆる肥満ということも実際に書かれてはいるんですよね。ですから、そういう意味もあって、確かに水上委員の言われるように、はっきりした科学的なというか、エビデンスは乏しいですけども、いわ

ゆる保健指導の一環としては、やはり安静にするとか、あるいはカロリーを取り過ぎないようにするとか、塩分を取り過ぎないようにするとか、そういう広い意味でのやはり指導というのは入れたほうがいいんじゃないかという、そういう気もします。

○水上委員 いいんです。それを否定しているわけではない。だから、不適切な指導は行われていなかったということが重要だと思うんですね。適切であるかどうかはわからない。

○岡井委員長 うん。これはこの後も問題になることですね。医学評価のときにどういう言葉を使って表現するかというのをもう一度整理し直す必要がありますね。次のときに、前に出した言葉が、たくさんありましたので、もうちょっと絞りたいと思います。状況によってはそれ以外の表現も使わなくちゃいけないこともあります。使用する言葉を決めて、医療の質問とのレベルにそれを使うかを整理します。

しかし、水上先生の言っていることはよくわかります。「妥当だった」「適切だった」というのと「不適切ではなかった」というのは違うんですね。中間が含まれるかどうかという話ですから。そうすると、この場合、どっちなんだと。この助産所でやられた保健指導や食事指導は、適切だと言い切ってはいけないのか？「不適切ではなかった」というふうな表現で、どっちかわからない部分も含めておくか、あるいは常識的に考えて、適切と言っていいか？

○水上委員 「通常の」と書いて。

○池ノ上委員長代理 まさにここがさっき助産と産科学をどうするかという話で、一般の妊婦さんに助産のケアとして、当然話されるべきことはちゃんと話されていたと、そういう施設であるという評価の基準としてこういったことをきちっとやる。妊娠高血圧症候群との因果関係をダイレクトに示唆するものではないけれども、この仮想のこの助産師さんがしかるべきことはちゃんとやっていた人であるということを示す客観的な情報としては、やはり重要なのではないかと思うんですね。

ですから、水上委員がおっしゃるように、その因果関係はサイエンティフィックにはできていませんけれども、この助産施設、そしてこの助産師さんが通

常の助産師がやるべきケアはちゃんとやっておられたというような意味では、そういう意味を含めた表現になれば、これは適切ではないかというふうに思います。

○水上委員 だから、「通常の」とかでやっておられたんですか。

○池ノ上委員長代理 通常の指導は行われていたのですかね。

○水上委員 はい。通常の指導が行われていたかどうか。

○池ノ上委員長代理 あんまり妊娠高血圧症候群にひっかけると議論がおかしくなってくるんですね。

○村上（睦）委員 血圧のコントロールについては、当然、私たちは、それはケアとしてやるというよりは、その妊娠の経過に伴って起きる環境要因として高血圧、**的な疾患とか、やはりそういう食事指導というのはすごく重要なことなので、それをあえて適切とか不適切とかではなくて、当然助産師としてこれは妊婦さんの管理でやることなので、普通のこと、普通に行われることであるので、これを全くしない形での医療というのは普通じゃないと私は思っているのです。通常、どこに行っても。そういうふうに考えれば、適切とか不適切とかというよりも、普通のことですよ。常時。

○岡井委員長 はい。だから、その表現を変えて、特にその指導に問題はなかったとか、そういう言い方であればいいと思うんですね。それでいいですか。問題はなかったみたいな表現にして。「適切である」というのはちょっと言い過ぎだということなので。

○楠田委員 通常でいいんじゃないですか。レギュラーなことですよ。ふだんやっていること。

○岡井委員長 わかりました。そのことは次のときに整理するとして、一応そういう形の表現に変えると。

それから、次は、体重のコントロールに関してですが、2つのことがあるんですけども、この「適切な体重増加」というのが問題だと。適切と言えるのかという話があったんですが、「健やか親子21」の報告書では、一応そのBMIが25を超える程度の場合は5キログラムを目安ということが出ているので、それを踏まえれば適切であると言ってもいいんじゃないかという意見が後から来ました。それについてはいかがですか。後から来た意見を採用してよろしけれ

ば、そうしたいのですが。

最初に来た意見は、適切な体重増加とは何を根拠に言っているんだというような意見もだったのですね。ただし、「健やか親子21」の報告書もどれだけエビデンスに基づいたデータかわかりませんが、これまで否定しちゃうと、私たちは何もできなくなっちゃうので、厚労省の研究班の報告書ですが、こういうのが出ている。どうですか。それぐらいは一応認めますか。これも認めないですか。

○水上委員 この体重について意見を申し上げたのは僕なんですけれども、それぞれのやったことに対して適切であったか不適切であったかというのは医学的な判断になりますよね。ここでは医学的な原因の話ですから。だから、社会通念上、それが普通の指導であれば、普通に行われたと。別にそれら1つ1つの行為に対して、それが適切、不適切であったかという判断を示す必要はないんだと思うんです。それが、特に例えばこの子が脳性麻痺になったとかそういったことになったときに、直接的にそれが因果関係につながるものでなければですね。だから、体重指導をしていて、体重の推移は正常に経過していたと。これは体重指導の結果であったとか、そのように表現すれば、そこに入れる必要はない。

それから、妊婦の体重に関しては、実は、今、ガイドライン委員会で大変なディスカッションになっていきますけれども、これは観察研究の結果しかなくて、介入結果というものがありませんね。だから、我々は、あなたは体重を何キロにしたほうがいいんですよ、ということを強く指導する科学的根拠というのは一切持っていないんです。産婦人科医は、我々が誤解しちゃいけないことは。

ですから、そこに関してうるさいことを言わせてもらおうと、その体重指導は適切に行われていたかというのは、またこれ混乱、誤解のもとになると思うんですね。

○岡井委員長 この報告書を作成されたそこにはそれなりの根拠はあるんだろうと私は思うんですけれども、どれだけエビデンスレベルが高いかは別にして、何らかの統計なりに基づいて、こういう推奨するような文章を書いているんだと思うんですね。

水上先生の臨床医学に対する厳しい姿勢はわかりますが、一般的に現行で行

われている食事指導だとか妊娠中の生活指導というものを、全くエビデンスがないからといって覆したら、毎日の診療に逆に困ってしまうというところがあるのではないですか。

○水上委員 いや、そこまで言っていないんですよ。だから、表現だけの問題なんです。だから、ここで、通常の体重、栄養指導も行われていたとかというふうに入れて、何ら問題ないわけですよ。だから、適切な指導であるとか、不適切な指導ということをここで言う必要はないですよ。その体重とその結果、いわゆる例えば我々が議論するのは脳性麻痺になった場合のあれですね。それが直接的に介入していて脳性麻痺になったのであれば、体重指導が不適切だったためにこの子が脳性麻痺であったとかなるわけですがけれども、ここでのこの議論というのは、そういう意味では全くその本筋とは関連のない議論なんですよね。

○池ノ上委員長代理 栄養に関しては、例えばこの方が妊娠中に体重が減って、すごい介入されていて全く体重が増えていない。で、体内発育遅延になっていて、そして結果脳障害が起こった。これはやっぱり問題になると思うんですね。むしろそちらのほうが問題なので、これは普通の受容可能な範囲のなかであるとか、そこら辺で収めていけばそう問題はない。脳障害発生という観点からはですね。ですから、栄養管理だとか体重増加というのは、それほどメインのものではないので、通常の臨床で行われている範囲のものであれば、これはアクセプタブルであるというふうに結論して進んでいいんじゃないかと思えます。それを学問的に議論し始めると、それはまた細かい分析になっていきますから、それはこの場の必要なものではないと思うんですね。

○徳永委員 助産所では、「前回の妊娠時に妊娠高血圧症候群を発症したことを確認していたが、今回の妊娠中にも妊娠高血圧症候群が発症してしまった」ということであって、助産所の助産師さんは前回の妊娠中に妊娠高血圧症候群を発症したことを念頭において経過を見ていたことをどこかに記入することによっていいの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。その表現を、次のときに整理して、このケースをどのように扱うかというのをこちらとして提示して、それでいいかどうかをお聞きしたいと思います。

水上先生の言っていることはわかるんですけどもね。ここでは良い評価しているんですよ。今、徳永委員が言われたように、ちゃんとやっているということで評価している。それを「適切だった」という表現をしているんだけど、問題ないですませるのか、ですよ。では、ここの表現を次に書き直してお示しするという事で預からせていただきます。

それから、次のところは、血圧がちょっと上がってきたのかな。29週で、ちょっと待ってください。35週ではちょっと上がっていたんですよ。29週は上がっていますか。上がってはいないんですね。29週的时候には、胎児が小さい。胎児が少し小さいということが見つかった。その時点でどうするかということに関しての意見が分かれていますね。

それから、35週的时候は、血圧が上がっているんですね。ここのところの評価ですが、いかがですか。最初のところは、29週の妊婦健診の結果ですが、ガイドラインから外れないと。だから、助産所で健診を継続することはいいんじゃないかというんですが、ガイドラインは完全じゃないから、ガイドラインから外れなければ問題ないという評価はできないというのが、これまた1つの意見です。

それで、次のはガイドラインというのではないんですが、推定体重がちょっと小さいんですね。正常範囲のなかではあるけれど、もうちょっと小さい。それと、高血圧の既往があると。妊娠高血圧症候群の既往があるというようなことで、ここでは助産所で継続してこの人を見ていくということは可能という、その判断は疑問であるという意見ですね。

高血圧の前。ここのところはいかがですか。これはガイドラインから外れるものではないといっても、ガイドラインから外れなければ問題ないというわけではないという、水上先生ですか。

○水上委員 これはガイドラインの記載によれば、その辺疑われるんですね。

○岡井委員長 先生、ガイドラインは、こっちじゃないんじゃない。助産所のガイドライン。

○水上委員 ああ、そちらの助産所のガイドラインですか。

しかし、助産所のガイドラインは、IUGRに関しては何と述べているんでしょう。詳しく知らないんですが、IUGRの子宮内胎児発育不全の要観察と

いうか、抜けることを許容しているのでしょうか。

○池ノ上委員長代理 ちょっと質問していいですか。この仮想例は、ここで超音波学的な診断をやったり評価をしたのはだれですか。これは囑託医ですか。

○水上委員 囑託医です。

○池ノ上委員長代理 だから、これは囑託医の判断じゃないんですか。助産師がそこで判断しているんですか。

○岡井委員長 囑託医は、確か、またもう1回見せてくれとかと言っているんですよ。

○水上委員 囑託医は32~33週までにもう一度診ようと言っているんですけども、それが実行に移されていないんですよ。

○池ノ上委員長代理 この判断は、だから助産師じゃなくて、囑託医の問題ですから、ここは。

○岡井委員長 そうそう。囑託医が、じゃあこちらに任せてくださいと言っていないんだから、一応、いいかなという話。で、ガイドラインにはそこまで書いていないんだよね。

○池ノ上委員長代理 だから、共同管理にはなっていない。

○石渡委員 共同管理ですね。だから、IU GRは、一応、共同管理するということになっていますね。囑託医療機関と、それから助産所の間での共同管理。

○池ノ上委員長代理 だから、それはちゃんとやられているわけですよ。共同管理されている。29週の段階ですよ。29週の段階。

○水上委員 29週段階で、そのIU GRに今後なっていくことが想定されるわけですよ。この-1.35SDぐらいですから。それで、このガイドラインによれば、リスク因子がない場合でも妊娠30週ごろまでには超音波による胎児計測を行い、必要に応じて再検するとなっているんですよ。「必要に応じて再検する」となっているんです。ですから、これに当てはまるんじゃないかなと、私は思ったんです。

○岡井委員長 いや、これはだから囑託医はもう1回診せろと言っているんですよ、確か。それが再検するに当たるわけです。

○水上委員 ところが、それを再検した形跡はないですね。

○岡井委員長 やっていない。だから、先生、やっていないことに対しては、

ちゃんとそのことはだめだという評価をしてあるんです。

○池ノ上委員長代理 だから、今、みんな 29 週という話を。

○岡井委員長 異論が出ているのは、助産所で診るのはもうあきらめたほうがいいんじゃないか、という意見でしょう。

○池ノ上委員長代理 「もう一遍見ましょう」でしょう。

○岡井委員長 ガイドラインから外れなければ問題ないという評価はできないという意見です。要するに、継続して助産所で見たことに対して、これは可能であるということが問題だと言っているわけだから、可能じゃないと。この時点で管理を外せということを行っているのが意見ですよ。この2つとも。

○池ノ上委員長代理 それは、だから、囑託医の判断に言えることであって、当該助産師の診療内容には余りかかわらない。29 週の時点では。

○岡井委員長 そうそう。だから、ここでいただいたこの2つの意見は採用しないということです。いいですか。

ただ、この「ガイドラインから外れるものでない」という、こういう表現がいいかどうかはちょっと問題なんですよ。

○村上（睦）委員 これ、私が意見として出させていただきました。村上（睦）がいただいて、そこで水上委員のほうからの説明もよくわかりました。

このガイドラインについては、『助産所業務ガイドライン』には余り細かいところはたくさん載っていないんですけれども、このエビデンスに基づいて、このガイドラインは一般的に作成されているので、先ほど水上委員がおっしゃったように、その根拠となるものが明確ではないという現状があるなかで、このガイドラインは、一般的な治療の指針というのを指しているんだなと思うんです。このガイドラインから外れなければ問題はないという評価はいけないということですし、あれはガイドラインが完全なものではないというのも、今、多分、高血圧の診療のガイドラインができて、それを読ませていただいても、本当にその推奨レベルが不明というか、そこが確実に推奨できないところでのいうのを読ませていただいたときに、助産所のガイドラインについてもかなりこれを判断すること、これをとても助産師自身がきちっとしたその医学的、先ほど言った概念の広い医学的な見地のなかから個人の特性というのも考慮すると、かなりこの産婦さんは持っている、個々の特性ってかなりありますので、

そういうことも含めて、すべてをこのガイドラインにはめてしまうことがいかなものなのかなど、ちょっと感じていたんです。

○岡井委員長 はい。わかりました。ガイドラインというのも幾つかあって、この『産婦人科診療ガイドライン』は、これを使っている産科医師が相当高く評価していて、それに沿って、事例の医学的評価を行うときにはここに書いてあることを参考にして評価していこうという考え方で来ているんですね。

それと比べると、『助産師業務のガイドライン』というのはそれほどエビデンスをしっかりと見て書いたりしていないので、助産所で行われたいろいろな助産行為の評価をするにあたって、そのガイドラインは余り参考にしないほうがいいという意見と取っていいんですか。

○村上（睦）委員 その『助産所業務ガイドライン』に関しまして、すべてにエビデンスがないわけではなくて、可能な限りのものは、ここには当然産科の先生も小児科の先生も入っていただいて検討したわけで、エビデンスのあるものはエビデンスに基づいていますし、エビデンスのないものについては、現在の現場のなかで標準的なものを採用という形で相当練っていますので、それで今回改正もしておりますので、余り根拠のない、いいかげんに思いついたものでは決してありませんので、その辺はご理解いただきたいと思います。

○岡井委員長 そうすると、これもやっぱり評価のなかで重視していくということになりますか。

○池ノ上委員長代理 前回、前々回も同じ議論があったんですけども、ガイドラインとマニュアル、あるいはその施設内での決まりといいますか、申し合わせというのを使い分けないといけないと。ですから、ガイドラインというのは大きな方向性を示すものであって、あとは個々の施設で約束事を決めていく。ですから、開業助産施設では開業助産施設レベルでの約束事みたいなものがあるでしょうし、大きな病院のなかの院内助産であれば院内助産に適したまたそこの決め事というのがあるんだと思うんです。ガイドラインというのはやっぱりかなり大きなものであって、これのおりにやらないといけないとか、だから逆に言うと、これを守ってさえいればいいというものでもない、というような受けとめ方をしようという議論が前回あったような気がしますけれども。

○岡井委員長 事例によってはガイドラインと違う判断をしないといけないと

いうことも当然あるんですが、医学評価に際して、ガイドラインでこう書かれている、そのとおりにやってあるから間違っただけあるいは判断ではないという評価を下すことは当然というか、そういう判断をする根拠はガイドラインにこう書いてあるからだということになっていくんですよね。だから、ここで「ガイドラインから外れるものではない」と書くようなことを全くやめてしまうとすれば、本当にますます医学評価ができなくなっていくので、ガイドラインというものをある程度評価して、それに基づいて判断しなければならないと思うんです。

○楠田委員 池ノ上先生が言われたように、多分前回と前々回だったと思うんですけれども、ここは当然これから多くのガイドラインを基にして判断することになります。ガイドラインの考え方は、やっぱりこの委員会としてある程度統一というかしておかないと、これはガイドラインといってもエビデンスがないからダメだとか、逆にガイドラインに書いてあるからこのとおりにやらないといけないということになると、かなり委員会として判断が狂うので、やっぱりガイドラインの一般的な認識、先ほど池ノ上先生が言われた、これはあくまでガイドラインですから、一般的な指針を出しているのもあって、そのなかのどこを取るか、どういうやり方をするかは各自に任されているし、もしガイドラインに載っていないことをやるならば、やっぱりそれなりの説明責任があるので、そのときにはやっぱりガイドラインに載っていないけれどもこういうふうにするんだと。だから、ガイドラインに入っているから正しくて、ガイドラインでは外れているから間違っているということは決してないので、ガイドラインはガイドラインとして、ガイドラインのなかの行為だと。あるいは、これは正しかったけれども、ガイドラインの外の行為だというふうに我々としては判断しなければいけないというふうに思いますので、ぜひそのガイドラインというのを1回何かこう文章化したほうがいいかもしれないですね。

○岡井委員長 医学評価で、この委員会で、診療行為が妥当だったとか適切ではなかったとかという根拠として、今ここに集まっている先生方がそう思うというのでは、やっぱり弱いんですよ。何らかの文献なりデータに基づいているということが基本だと思うのです。もちろん全部データがそろっているわけではないし、エビデンスがない場合もいっぱいあります。けれども、そういう根

拠の1つとしてガイドラインというものは相当重要なものになってくると思いますよ。だから、書き方で、ガイドラインにこう書かれている、それにもかかわらずこういう医療行為をやっているということは、適切ではないということの根拠になるし、逆にそれでも適切だと言うのなら、それなりにその説明書きがあるということになりますよね。

○楠田委員　ですから、ガイドラインの考え方をここで統一して、ガイドラインに書いてあるということはそれなりに、たとえ科学的根拠がなくてもコンセンサスとして認められているわけですから、それなりにやっぱり我々としてはこれを根拠に判断すべきだと、そういうふうにすることをここで決めておこうという。

○岡井委員長　この『産婦人科診療ガイドライン』はレベルA・B・Cとあって、エビデンスがどれぐらいしっかりしているかで分かれている、そういうことも考慮してAのことなのかBという記載なのかを考慮して、最終的には判断をするわけですよ。でも、何かこういうものがないと、ただ僕らが勝手に評価するようなことになるので、何かこういう根拠に基づいてということのほうが大切だと思います。

○池ノ上委員長代理　ガイドラインの重みというのは非常に重いので、それは事実なんですけど、個々の事象によってガイドラインをどこまで持ち出すかというところはやっぱり変わってくると思うんです。この場合は、ガイドラインを持ち出すほどの重みのあることではない。例えば、だから、ここで言うとしたら、ガイドラインも述べてあるとか、述べていないとかという、それぐらいのところを後にくっつけておけば、皆さんのコンセンサスとしてここで行われたことがどこら辺の位置づけになるのかな、ということが理解できれば十分だと思うんですよね。ところが、例えばものすごいエビデンスがあって、みんながこうだと思っていることから著しく外れていたら、これはガイドラインにも書いてあるけれども、これは違うんですよ。それはないでしょうというようなことで、起こったイベント、イベントで、その取り扱いはずっと変わってくるだろうと思います。だから、ガイドラインは全く無視するというものではなく、やっぱり重みは重みでちゃんとあるので、それはやっぱりしっかりとらえていけないといけないというふうに思います。

○松田委員 この症例自体は少し難しいことが書いていますね。この助産院は嘱託医療機関には1回受診させているわけで、そうすると、その先生が、正常域だが33週までにもう一遍再検が望ましいと書かれているから、そのとおりに従っているだけで、この助産院が極めておかしいということの判断はできない。この事例がもし普通の産科医院であっても、

相当判断が難しいわけです。嘱託医がもう少しはっきりと31週にもう一遍診るとかという指示があったということにしなければ。対応のまずさはあるかもしれませんが、その嘱託医自体も少しあいまいな表現をしているから助産院の対応に対する判断がばらついているという原因になっていると思いますけれども。

○岡井委員長 皆さんまだ意見があると思うんですけども、もうそろそろまとめてしまいたいんです。

○村上（睦）委員 1つだけどうしても言わせてください。どうしても、これはガイドラインをどうするかという問題でも、私、この事例のなかでとても欠損しているところがあるなど。もう少しやっぱり説明をしたら、診療所に行ってくださいと言っても、本人が行かなかったわけですから、産婦さんを巻き込んでいないとか、産婦さんにきちっとガイドラインで説明をしていないということがすごく大事。ここのガイドラインの使い方というのはすごい大事だと思います。医療者だけでそれを言っている。そこに産婦さんを巻き込んで、血圧がこうなんだから行かなきゃいけないんですよということを、やっぱり同意を取るぐらいにきちっとしていかないと、このガイドラインの基準って生かされないと思うんです。事故の分析でも、今、患者さんたちが参加する時代になっているので、もう少し発展的に考えて、そういうことも考えたうえでガイドラインの使用というのをやっぱり考えていくべきだと。

○池ノ上委員長代理 35週を過ぎたら今の村上（睦）委員の議論が出てくると思うんです。今はまだ29週で血圧は正常だし、前回妊娠の既往があるというだけで、あと羊水がちょっと少ないんですから、やっぱりここではむしろどちらかというとなら高血圧よりもIUGRに入っていくかどうかということのほうが議論になっているんです。ですから、高血圧に関しては、35週になると今の村上委員のような議論が非常に重要になってくるんだと思うんですけども。

○岡井委員長 はい、わかりました。それで、報告書の書き方のマニュアルのところに、原因分析で参考にする資料として、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会監修の『産婦人科診療ガイドライン産科編』はトップに出ているんですね。ACOGの資料も名前が出てますから。これはトップに上がっているんですよ。だから、それはこの委員会で原因分析する時に一番重視すべき資料なんです。僕が思ったのは、それに比べてこの『助産所業務ガイドライン』というのは、それほど重視しなくていいのかなと。だって、ガイドラインは完全ではなくて、外れなければ問題ないという評価はできないというのであれば、これは余り参考にしないでいいのかなと。僕ら医師のほうは、ガイドラインを参考にして判断を下します。でも、もちろん例外はありますよ。それから、なかには、余りエビデンスはないんだというようなものもありますよ。それでも、やっぱりこれは医学評価するのに一番大事にすべき資料なんです。助産所のガイドラインはそうじゃないのか、いや、やっぱり助産所で行っている助産行為を評価するにはこれを基本するのかという、それを決めてくださいよ。

○岡本委員 やはり、助産所のケースもさることながら、院内助産を初め、それぞれでまた別のガイドラインを決めていることもありますけれども、基本的にはそう変わりませんので、私はちょっと先ほどの助産学的視点というところでも追加していただきましたけれども、ここの後ろの辺にも追加してもらいたいぐらいなんです。『助産所業務ガイドライン』も等のなかに含めちゃってわからなくなっちゃっているけれども、これは私たち助産師にとっては重要なガイドラインで、ものすごく重要視していますので、絶対ここに入れていただきたいと思っております。よろしくお願いします。

○岡井委員長 はい。それでは、この「ガイドラインから外れなければ問題ないという評価はできない」というのは、却下します。やっぱり評価します。ガイドラインでこう書かれている、そのとおりやっているんだということは評価する、でいいですね。『産科診療ガイドライン』だけではなくて、『助産所業務ガイドライン』も同じように評価するというのでいいですか。村上（睦）先生。

○村上（睦）委員 はい。

○岡井委員長 では、マニュアルのなかの参考とすべき文献の1つに加える。

それで、29 週時点での評価に関しては、最初に結論が出ているんです。これを診た嘱託医師が「もう 1 回診せろ」と言っているわけだから、「もうやめなさい、助産所で診るのはやめてこちらに患者さんを送ってください」と言っているわけではないんですから、共同管理しましょうという意図で言っているので、言われたとおりにやったということは、そういう評価になりますね。

35 週に関しては、これはまずいと。ただ、ここで来ている意見は、もっとしっかり「妥当ではない」というような言い方ではなくて、もう少し厳しく評価しろという、そういう意見ですね。その点に関しては、いかがですか。「妥当な管理ではない」というのも相当厳しいと思うんだけど、それよりもさらに厳しい表現にしろというふうに取れる。

○水上委員 35 週の話でしょうか。

○岡井委員長 はい。35 週に行っています。

○水上委員 これは『助産師業務ガイドライン』でも、恐らく、妊娠高血圧症候群の患者を見続けることは許されていないんじゃないでしょうか。だから、血圧がカットオフ値を上になって、妊娠高血圧症候群の診断ができた時点で、これは嘱託医の受診はマストではないでしょうか。絶対しなければいけない。

○岡井委員長 はい。マストなんです。そう書いてあるんです。受診を指示していない。患者さんに行けと言っていないと。言うべきだったということですよ。報告書案ですよ。報告書案の原案もそうは書いてあるんですけども、ちょっと何となく受ける印象としては、そう強い印象にはならないんですが、意味するところは同じことなんです。

○池ノ上委員長代理 だから、もうここは共同管理の範囲を超えている。もう病院なり地域の周産期センターなりに患者搬送すべき。この高血圧がコンスタントであればですね。

○岡井委員長 だから、ここはもう少しはっきりわかるように、これは助産所の管理ではなくて医師の管理にあればいいという、そういう書き方のほうがいいということですね。はい。それはよろしいですか。今の点に関してはオーケーですね。

次が 29 週、「胎動の自己カウント等」という言葉が出てくるのですが、この意見についてはどうか。胎動の自己カウントというのは、これ助産業務で

は指導することになっているんですか。

○岡本委員 やはり助産所は必ずしもモニターを持っているとは限らないということとかもありまして、広く助産師ができる検査ですので、推奨しております。

○岡井委員長 推奨しているんですね。そういう少し心配な胎児の場合は、自己カウントしなさいと。それはそれこそガイドラインに出ているんですか。

○岡本委員 ガイドラインには出ておりません。

○岡井委員長 それでは、もう1つは、ガイドラインには出ていなくても一般の助産師さんはみんな自己カウントというのを推奨しているんですか。一般にそういうものとして、当たり前として。エビデンスはなくても。やっていないんですか。

○村上(睦)委員 でも、それは、実際にそばについている場合は、自己カウントということは全くしていないとか、するではなく、それは1つの健康状態を把握する意味で、やっぱり管理のなかでは重要な。

○岡井委員長 産科の医師としては、胎動自己カウントというものが必須なものであるとか重要なものだという感覚は余りないんですよね。心拍数をモニターをしたりするということはあるし、エコーでバイオフィジカルプロファイルを見たりとか、ほかの手段があるので。ですけれども、僕が気にするのは、こういうふうな表現を報告書に書くと、これが前例になって、似たようなケースのときにまた自己カウントしていないというようなことが問題になったりする可能性があるんで、この「胎動の自己カウント」という言葉をその報告書のなかに入れるかどうかなんですよ。いったん入れちゃうと、次もまた似たようなケースではそういう話になってくるので、その辺はいかがですか。

○水上委員 それは入れたらまずいですよね。それをすることによって患者さんに利益を及ぼすことができるというエビデンスがなければ、入れたらまずいと思うんです。それは助産所における患者さんを診る場合の必要条件になってしまいますからね。それは入れるべきではないと思います。やるのが悪いと言っているんじゃないですよ。誤解のないように。それはやったほうがいいかもしれない。これはこちらのガイドラインにも記載があるんです。やったほうがいいかもしれないんですけれども、ローリスクを対象としている場合は、や

ったほうがいいというはっきりした事実がないんです。一部のハイリスクの妊婦さんに対しては、胎動をカウントさせると、もしかしたらば危機を救える可能性があるということです。しかし、ローリスクに関しては、それを証明した論文はないんですね。

○池ノ上委員長代理 水上先生と全く同じ意見なんですけれども、例えば妊婦さんに挨拶代わりに「赤ちゃん、よく動いていますか」というぐらいのことはやると。だけでも、はっきりとこういう胎児の異常を、分娩開始前の評価の指標としてこれを積極的に使うというのは、まだそれだけのバックグラウンドはないというのがコンセンサスだと思いますので、これはちょっと無理だと思います。

○岡井委員長 はい。では、よろしいですか。胎動自己カウントの文章を加えるというのは却下ですね。むしろ記録がないというのはやはり指摘したほうがいいと思うので、これは仮想事例ですけれども、余りよく記録されていないとすれば。保健指導の内容等は詳しく記載したほうがいいとか、すべきであるとか、それが望ましいとかそういうことを書くことにして、「自己カウント」という言葉をわざわざ入れない。入れないでよろしいですか。

○水上委員 はい。

○岡井委員長 よろしければ、そこはそういう結論でさせていただきます。

○鈴木委員 ちょっと今、記載のないところに関して、2カ所記載がありますよね。「記載がないので判断できない」という記載が2カ所あるんですけども、やはり、必要なことをやるべきだということで、「やっているかどうか記載がないから判断できない」というスタンスは、やっぱり問題だろうというふうに思います。

つまり、記載がないことは、妥当な行為をした形跡がないとも言えるわけですよね。後に改善事項のところでは記録をきちんと書くようにということが出ていますから、やっぱりその記録を書いていることを「判断できない」というふうに専門家委員会で判断することは妥当ではないというふうに思いますので、そこは配慮し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す。記載がないというから、判断できないではだめだ。記載がないことがまずいと、それはよくないというふう

にちゃんと書かないといけない。

○鈴木委員 「行った形跡が記載上は見られない」ということですね。そういう評価なんだと思うんですね。

○池ノ上委員長代理 でも、今の胎動カウントは必要ないことだから。

○岡井委員長 それはいらぬ。はい。

その次のページは、もう議論はすんでいるんですね。先ほど言ったように、血圧が上がっているということで、もうちょっときちっと評価すると。

その次、分娩のところで、嘱託医療機関が母胎搬送を受け入れられないということに対して、そのことに対してこの報告書のなかで評価が必要だという意見なんです。なぜ議論が必要かという、この事例の医療を担当した医療機関ではないからです。「お願いします。この患者さんを受入れてくれませんか」と要請されて、「受け入れることができません」と言った病院のその受け入れを断ったことを、これはまずいとかしいとかいうことをこの報告書のなかで書くのは、ちょっと筋違いかなと。

ただ、この助産所というのは嘱託医療機関とは一蓮託生みたいなところもあるので、連携をよくするというような話は、今後改善するところを書いていくのは当然あっていいと思うんですが、報告書の医学的評価のなかに、どうですかね。この施設が、なぜ断ったのかというようなことを評価するんですかね。

○池ノ上委員長代理 僕は、やっぱり 35 週でしたっけ。血圧が上がって、その次の週はさらに上がっているときに、当然、この状況は予測しなければならない。最悪のコースとしては、もっと悪いコースもあるんですけども、やはりこれは関連していると思うんですね。

それから、この原因分析委員会の結論を将来の日本の産科医療がよくなる場所に何らかの形で貢献しようという意味からすると、やはりここは触れるべきだろうと思いますし、それからもう一つは、NICUが満床なので断ったというのはちょっと非現実的で、これは、前回、経産婦で全開していて、ステーションは+1で、おりてくる気がするという状態の母胎搬送はできるかどうかという判断なんですね。それで、これは運べない。しかし、血圧は 170-90 mm Hg で、もう子癇発作が起こってもおかしくない状態だと。こういうものすごい症例になる可能性があるのを、35 週の段階で見逃していたということに問題が

あるので、1つはやっぱりこの妊娠高血圧症候群に対する判断の甘さと、それからもう1つは、この時点での、この施設はどこかわかりませんが、現実にはできるかどうかは別として、理想的にいけば、これは母体管理を担当する産科班と新生児管理を担当する新生児班が同時にこの助産所に赴くというような地域医療の体制を整えるのが理想的だと思うんです。

だけど、恐らく、それができるところは全国津々浦々あるかということ、それは無理だろうから、そのことについてはこう述べるというようなステートメントがここではないと、これは大混乱するだろうと思います。そういう意味からすると、この分娩のときに何が起きてどうなったかということは、ステートメントとしてはかなり詳細に原因分析委員会では残すべきではないかというふうに思います。

○岡井委員長 今後の産科医療向上のために検討すべき事項のなかの2)のところで、「当該分娩機関における診療行為について検討すべき事項」のなかで書かれているんですね。嘱託医療機関を円滑に受診できる診療体制、助産所での健診のすすめかた等について、あらかじめ決めておくことが望まれるとか、正常妊娠経過をたどっていた妊産婦が、突然急変することがあるので、その際の細かい対応策を、嘱託医療機関と協議しておくことが望まれるとかですね。こういうように一応書いてはある。

○池ノ上委員長代理 僕は嘱託医療機関の医師にも警告を発しないといけないと思うんですよね。これは子癇発作を起こしたら2人とも命を失う可能性がある。母体死亡がもうすぐそこまで来ているという認識があれば、ちょっと言い過ぎかもしれませんが、たとえ新生児集中治療室が満床であっても、小児科の先生を何とか説得してやるというようなところぐらいまでやらないといけない。非常にこれは稀なケースだと思うんです。けども、こういうケースはあり得る。でなければ、これは母体を失い、新生児を失いということが、もうそこまで逼迫している。ですから、もしこういうことが起これば、やっぱりこの委員会としては見逃すことはできないので、それはどこかでステートメントを出すということです。

○岡井委員長 それに関しては書かれているんですよ。3)でも、学会に対して、「学会は、嘱託医療機関を引き受けている分娩施設に対して、助産所との連携

体制について再確認しておくように指導することが望まれる」とかですね。その次、②では、「嘱託医療機関は、助産所の要請に応じて母体搬送を受け入れる必要があるので、学会はその体制整備を支援することが望まれる」と書かれている。

ただ、なぜ受け入れられなかったというところまでの調査を、この原因分析委員会が、この事例を取り扱った分娩施設じゃなくて、受け入れを断った施設の事情まで全部聞いて、断ったのはまづいんじゃないかというような評価みたいなものをここに入れていくのかということ、ちょっとそれは筋が違うかなど。そのことなんですよ。

○池ノ上委員長代理 各論的なことはする必要はないと思うんですけども、総論として現状がこうであるということがもし浮き彫りにされれば、それについてはやっぱり述べるべきだろうと思いますけれども。

○水上委員 将来に向けての話ですか。

○池ノ上委員長代理 もちろん、もちろん。

○岡井委員長 だから、今後の改善すべき事項のところにしっかり書いておくのがいいかなど。

○池ノ上委員長代理 そのためにも事実はちゃんと述べておく必要がある。

○岡井委員長 よろしいですか。はい。それでは、それでいいと。

次が、分娩直後の話で、お母さんのほうですね。お母さんのほうに血管確保等をしていないという話が出ている。「指示を受ける等の対応を行っていない」。そうですね。お母さんに対する対応が十分できていないというので、そういうことを書かれているんですけども、委員の方の意見としては、搬送を早くするので処置をしている時間がなかったんだらうからしょうがないんじゃないかというか、むしろ搬送を優先させた結果で妥当な対応と言えるところのご意見で、報告書の案に対しての反論ですね。これはどちらが正しいか？

○楠田委員 実は、これは私の意見なんですけれども、新生児搬送医が到着して、その後、直後に母体搬送されるような状況ですから、その嘱託医療機関に断られて本当に途方に暮れているところですよ。ですから、こういうことも搬送を優先させるという意味では、新生児に関してはこれは早く対応していますから、母体もそういう意味で全くこれがもう間違いというわけではないかな

という、そういう意見です。

○岡井委員長 仮想事例をつくった側からすると、そこのところはどの程度のことを考えていたのですか？この助産所では、母体の重篤さというものは余り意識しなかったという設定で事例をつくられたんですね。

○是澤リーダー これは入院した時点で、分娩の前から血圧が大変なことになっているわけだから、だから、まず、その時点で血管確保なりすべきであろうと。ですから、生まれてから搬送するまでの間にやれというわけじゃなくて、入院してきた時点で、もう血管確保しなければいけない状態であろうと、そういう思いでつくりました。

○岡井委員長 基本的に、最初からずっとそうなんですけれども、妊娠高血圧症候群に対するそのケアというか、気の使い方がちょっと甘いぞと。怖さを認識していないぞ、というようなことはこのところにも現れているということなんだろうと思うんですけれども。

○楠田委員 新生児の立場から言えば、新生児は、とはいえ非常にうまく対応されているんですね。この状況でね。だから、そういう思いです。

○池ノ上委員長代理 だから、本来は、この段階では新生児も大変ですけれども、母親も大変なんですよね。これは危ない。だから、本来であれば、この時点で母親に対する何らかの医療介入が行われなければならない状態なんですよね。ですから、そこのところは、やっぱりちょっと甘い。地域として甘いといえますか、システムとして甘いところがあるので、やはりこの話は、もう助産所では行われたい、行ってはならない状況で、そこにやっぱり医師が相当介入していなければならない。そういうことも地域としては起こり得るということ仮想として出されたんだと思うんですよ。だから、非常にクリティカルな、非常に典型的なリスクの高い症例だと思うんですけれども。

○岡井委員長 はい。では、そのことはやはり入れておきます。いいですか。楠田先生。母体に対するケアをやっぱりしっかりやりましょうということで。

○楠田委員 はい。

○村上（陸）委員 すごく大事なことなので、助産師がやはり助産師として判断をしてお産をしていくわけですから、やっぱり臨時応急の手当てという1つの責務がありますので、今、言ったように推奨、やっぱり予測してそういうこ

とが起きるのだったら入院の時点でそこを判断。同時に搬送もですけれども、そこはすごく重要なことだと思いますので、よろしくをお願いします。

○岡井委員長 はい。わかりました。それは付け加えてあるとおりのこと
でいいですかね。はい。

次が、今後の産科医療向上のために検討すべき事項のなかに、先ほども記録
がしっかりしていないというようなことで、記載をちゃんとしなさいというの
をつけ加えるという、これは採用でいいですね。記録をちゃんと書きなさいと
いうのは、採用するというでいいですね。はい。これはいいと。

そうすると、委員の先生方からいただいたご意見のなかで、そのまま採用す
るかどうかがディスカッションしたいと思ったことはこれで終了なんですが、そ
のほかのご意見で、そのまま採用させてもらって修正を加えた部分のところが
その次に続きますので、事務局のほうから説明願えますか。

○鈴木委員 すみません。ちょっと指定された1週間の間には多忙もあって意
見が出せなかったんですが、追加の意見をディスカッションする場というのは
あるのでしょうか。

○岡井委員長 いいんじゃないですか。はい。

○鈴木委員 それはこの後で。

○岡井委員長 この後にしましょうか。はい。

○後技監 それでは、資料4の2ページの2番中ほどからです。既に修正済と
なっているご意見についてご説明申し上げます。修正済の部分は、資料1の報
告書のなかに下線が引いてございます。そして、資料の4と見比べながらごら
んいただければと思います。

まず、資料の4の最初ですけれども、2の大きな1)妊産婦に関する基本情報
ですけれども、これは修正前が右半分、それから修正後が左半分で、ページと
行を付しております。

2ページの1行目は「特記すべき既往歴」というところが修正後になってお
りますが、これは修正前が「既往歴」でしたので、「特記すべき」を加えたと、
こういう要領でございます。

同じように2ページの2行目は「妊娠・分娩歴」というふうに変えたという
ことです。

それから、2ページの3行目ですが、「前回の分娩は27歳で3010g（38週2日）」ということで、週数と日数を加えたものでございます。それが1)でして、それから2)今回の妊娠経過ですが、これは2点あります。

まず、2ページの10～11行目には、これは下の3行が追加になってきております。3行といいますのは、「非妊娠時から肥満傾向にあったため、食事、運動についての保健指導が行われた」というところが追加になっておりますが、実は、その下の3ページの4～5行目の修正前ですから右側半分の部分から移動させたものでございますので、全く新しく追加した文章ではございません。

そして、3ページの4～5行目には、これは新しい追加がございます。修正後の内容のところの最後2行ですが、「食後の安静、塩分制限の保健指導が行われた」ということで、保健指導の内容がより具体的に追加になっております。

以上の2)は保健指導の内容について、その記載の場所を移動したり新しくつけ加えたりしたというものでございます。

それから、次の4)分娩経過ですけれども、4ページの10～11行にあたる部分ですが、これは新生児科医がだれなのかということをより具体的に書いてあって、当然ながら、搬送を受け入れた医療機関の新生児専門医ということで、より具体的に書いたものでございます。

そして、続いて3ページにまいります。3ページの一番上ですが、5)産褥期の経過というものがございます。

4ページの15行目ですけれども、これは日本語の修文だけで、「新生児とも、」というふうに修正しております。原文が「新生児とともに、」ということでありまして、こういうご意見でしたので、修正しております。

次が6)新生児期の経過ですけれども、ここは4ページの21～22行ですけれども、文の最初に「顔面清拭と」という言葉を加えております。この仮想事例3では、この点は論点としているものではございませんので、助産師ができる範囲で正しい蘇生の行動を取ったということで、蘇生時には顔面清拭も行いますので、そのことが追加になっているというものでございます。

そして、続いて3番で脳性まひ発症の原因で5)まとめのところですが、ここは書いてある量が多くなっております。修正した理由ですけれども、太い括弧が一番下になりますけれども、4行にわたって書いております。黒い括弧があ

りますけれども、そのなかにありますように、家族の、「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？」という疑問に答えていないというご意見がありましたので、その上に書いてある文章に修正をしたというものでございます。

そして、その文章のなかの修正は、今の家族の疑問に答えた点と、それからわかりやすくした点がございます。

まず、細かく見てまいります。上から4行目に、「その状態が長く持続したことが胎児低酸素性虚血性脳症の発症原因と考える」というくだりがございます。今、申しました「その状態が長く持続したことが」というのが、これがわかりやすくするためにつけ加えたものでございます。

それから、家族の疑問に答えた点が中ほど、7行にわたって新しく追加になっております。「入院時の胎児心拍数図に胎児心拍数基線細変動の検証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」と書いております。この部分が新しくつけ加わった部分でございます。入院時から胎児心拍数のパターンが悪かったので、すでに虚血性低酸素性脳症があったらろうということを書き込むことで、家族の先ほどの疑問にお答えしているというつもりでございます。

それから、残りの部分ですけれども、残りの部分は、原案も、それから修正後のものも、羊水量の減少と、それから胎児の発育不全、あるいは胎児予備能の低下、こういうことが胎児の低酸素性脳症のまず直接的な原因でないと言い切って終わっているのが元の案です。右側です。しかしながら、修正後のものでは、直接的な原因でないと書くのではなくて、間接的に関与した可能性があるという、そういう可能性も書き込んであるということでございます。

続きまして、4の臨床経過に関する医学的評価で、2)妊娠経過の(3)妊娠29週の妊婦健診についてですが、12ページ15行目のところですが、これは日本語の修正で「という指示に対しての対応について」ということで、「に対して」を加えただけでございます。

それから(5)妊娠35週の妊婦健診についてですけれども、ここに先ほどと同様に黒い括弧で家族の疑問が書いてありまして、これに対応するように修正しております。家族の疑問と申しますのは、【家族の「35週のときにすぐに病院に

行っていけば今回のようなことにはならなかったのではないか？」という疑問に答えていないというご意見があり、修正した】ものでございます。修正部分は1行目と2行目ですけれども、「妊娠高血圧症候群は、医療機関においても決定的な治療法はない」ということを、そういう現在の事実を書き加えたということで家族の疑問に答えていくという形にしているというものでございます。

そして最後4ページにまいります。4ページの最初は、3)分娩経過ですけれども、その(1)が陣痛発来から入院まで、14ページの4～5行目に相当する部分です。この部分は原文が「早めに連絡をするように指導することが望まれる」ということだったのですが、修正後のものは、いつどういうふうな状態になれば早めに連絡するのかということをより詳しく書いたものでございます。そこで、「高血圧が見られた35週の妊婦健診で、痛みが出現したら早めに連絡するように指導することが望まれる」という書き方に修正しております。

それから続いて(2)助産所入院から分娩までですが、これは14ページの20～21行目です。原文では「母体搬送が必要だと判断したことは」という書き方をしているのですが、母体搬送が必要だということは、要するに産婦人科医による管理が必要だということですので、そのように「産婦人科医による管理が必要だと判断したことは妥当である」という修文をしております。

続きまして(3)児娩出から搬送までですが、16ページ2～3行目です。ここに「顔面清拭と口鼻腔吸引、バッグ&マスクによる蘇生を行った」ということで、「顔面清拭と」という部分を加えました。

それから、最後、5ですけれども、今後の産科医療向上のために検討すべき事項1)当該分娩機関における診療行為について検討すべき事項ですが、もともとの案には③番と④番がございました。「子癇発作が懸念される場合には血管確保を行う」ということが③と、それから④の「高血圧が継続する場合、嘱託医療機関に報告し、指示を受ける」と、この2点がございましたが、基本的にはこの③と④をまとめております。そして③としまして、修文案は「高血圧が継続し、子癇発作が懸念される場合、嘱託医療機関に報告し、指示を受ける」という見出しで、中身は「妊娠高血圧症候群の妊産婦に対しては、血圧測定等の観察を行うだけでなく、血管確保などを行い、嘱託医療機関に連絡し指示を受けることが望まれる」ということでまとめました。以上でございます。

○岡井委員長 ありがとうございます。追加ですが、ご家族の方から疑問や説明してほしいこととして、この仮想事例では妊娠 35 週で血圧が高いと言われたんだと。その 35 週の時点ですぐ病院に行けば、脳性麻痺にならなかったのではないかという疑問が寄せられているという、そういう想定になっているわけですね。それから、もう 1 つは、病院に搬送されていたら、子どもは脳性麻痺にならなかったのではないかという、そういう疑問が寄せられているという話なんです、大いにそういう疑問が寄せられる可能性はあると思うんですね。しかし、もしこの時点で帝王切開をしていれば脳性麻痺にならなかった可能性があるというような表現はしないでおこうというのが、第 6 回のこの原因分析委員会で皆さんの承諾を得られた結論だったと思うんですね。何々だったら何々という表現で行くと、これは損害賠償責任につながるような話になってしまうので、そういう表現は避けようと。ただし、ご家族の疑問にはできるだけ答えたいので、ご家族のその疑問に答えるというのは、この委員会のプライマリの目的ではもちろんありませんが、そういうことに対してできるだけ答えたいので、前に早剥の事例の検討のときに、じゃあ、この早剥はどこで起こったのかというようなことは、ピンポイントで特定するのは難しいにしても、ここからこの間が考えられるというようなことを書いていこうと。この患者さんがいつここに運ばれていたらどうなのかということは、全部タラレバの話で、そういう質問に対してそのまま表現はしないにしても、ある程度わかるような形で答えられる範囲で対応しようということで、先ほどの脳性麻痺発症の原因のまとめのところ、入院前から発症した可能性が高いと判断するというようなことを入れたりしているわけですね。

そこに関しては何かご意見がある委員の方がいらっしゃると思うので、お願いします。

○鈴木委員 これは前の議論の蒸し返しになっていると思うんですけども、つまり、結果回避の可能性と言われているような、損害賠償責任の要件ですけども、私の記憶では、前のときには、ご家族の希望もあるし、それから再発防止の提言をきちんとするとき、こうしていればこうなった可能性が一定程度あるということと、やっても結果は変わらなかったらろうということに関しては、やはり再発防止の提言のいわば説得力が全然違うので、そこは書くべき

ではないかということをおは申し上げたと思います。

で、岡井先生は、それは書かないという約束で来たじゃないかというふうにお答えになって、それは事務局が整理して、それは一定対応して書くというふうに整理されたように思うんですが、そこは違うんですか。今の岡井先生の説明だと、そうじゃないようになっていますね。

○岡井委員長 議事録にはそうなっていないですよ。第6回の原因分析委員会での議事録で、改善すべき点は全部可能な限り書くんです。ですから、今後の医療向上のためにこういうときはこういうふうにしていこうという、そういう書き方はするけれども、こういうときにこういう診療をしていけば脳性麻痺を回避できた可能性があるとか、そのような表現はしないでというふうに書いています。

○鈴木委員 先生のご意見がそうだったということは記憶していますが、それは事務局が整理して、そういう結果になったんですか。

○岡井委員長 いや、事務局が整理してという話は、それは先生、もう1回前の、第5回的时候です。

○鈴木委員 ええ。5回的时候に議論になりましたよね。それで、そこはモデル事業の評価報告書の書き方なども参考にして、事務局のほうで整理するという事で、次の機会の冒頭にこういうことになりましたというときに、岡井先生は、私の記憶違いだったと。

○岡井委員長 私の記憶違いというのは、どの会議でそういう結論になったかという、その会議の種類を間違えたと。

○鈴木委員 で、その結果は、臨床評価で出てきた、こういう点を改善すべきだという点になされていても、結果が変わったとか変わらなかったとかについては言及しないという結論になったんですか。

○岡井委員長 そうなっています。

○鈴木委員 いや、私の記憶は違いますが、皆さんの記憶もそうですか。

○岡井委員長 そのディスカッションのとき、厚労省の佐原室長も出てきていらして、モデル事業でもそういうふうに行っているのということが書いてあります。

○鈴木委員 モデル事業はそこ、言及していますか。

○池ノ上委員長代理　今のは鈴木委員と岡井委員長で総論的なお話で、例えばこのケースに限って今の点で議論するとすれば、35週の時点で明らかに妊娠高血圧症候群が発症していて、それは病院に、しかるべきセンターに搬送して、そこでさまざまな検査をしながら、あるいは妊娠高血圧症候群以外の他の内分泌的な疾患があったかもしれないし、そのようなことをちゃんとしたうえで、この妊婦さんの管理に携わるべきというところで、明らかにこれは逸脱しているわけですね。

　　そうして、そのときに、しかるべきセンターに患者さんに移したことが、結果がよくなるかどうかについては、恐らく、この症例であれば、担当の新生児科医の意見を求めて、出生前にすでに存在していた可能性のある中枢神経異常がありますかとか、脳神経学的な所見はどうですかということで、出生前のものであるか、あるいは分娩時、分娩後のものであるかという、新生児専門医の意見を聞いて、そして限りなくここにスポットを当てていくというような、医学的な事実の記載というのはできると思うんですよね。ですから、それはやらないといけない。だから、それが35週、送ってあればよかったですか。送ってあればよかったですでしょうという、そう単純には結びつかないだろうと思います。そのなかにはきちっとした医学的なステップを踏んで、そしてその結論を出していくということをしていないといけない。ですから、イエス・オア・ノーのクエスチョン・アンド・アンサーでは、これはなかなかクリアに行かないので、例えばこのケースの場合だったら、「今の35週で送ってあれば、こういうことにはならなかったでしょうか？」というご家族の疑問には、今のような点を踏まえて回答するというようなことをやろうというのが前回の話であったというふうに僕は理解しております。

○鈴木委員　それは答えていないですよ。この家族の疑問に答えていないですよ。

○池ノ上委員長代理　今の私の言ったことは答えています。

○鈴木委員　答えていません。

○池ノ上委員長代理　どこが答えていませんか。

○鈴木委員　だって、クリアにできないのであれば、できないと書くべきじゃないですか。

○池ノ上委員長代理 だから、それは小児科の新生児の、赤ちゃんのいろいろな疾患を、じゃあ新生児科はどう見ましたか。そのなかで、出生前に存在したと思われる所見はないと。出生後の所見であるというようなことがクリアに出てくれば、それを書けばいいわけです。

○鈴木委員 じゃあ、このケースはどうするんですか。

○池ノ上委員長代理 それは、だから、新生児科の意見がありませんから、まだわからないですよ。

○鈴木委員 わからないから、わからないと書くべきです。

○池ノ上委員長代理 そうです。だから、それは、この事例では、原因分析委員会では、新生児専門医の意見を求めることになると思います。

○宮澤委員 議論がちょっとずれているような気がするんですが。まず、原則的なところで、鈴木委員の言われたことと岡井委員長の答えられたこと、少し整理していくべきだと思うんですけども。

まず、基本的な原則として、法的責任に結びつくから書かないとか書くとか、そういう観点ではない形にしましょうというのが、この全体の委員会のコンセンサスだったと思います。私もそのように考えています。ですから、それが法的責任に結びつく可能性があるから書かないでおこうとか、そういうことはない。結果としてそういうことになったとしても、医学的に正しい判断をしていくのであれば、それはきちんと書くべきだと。

ただ、誤解をされることを恐れるために、将来的な問題として、こうしておけばよかったかどうかというのと、その時点で過失があったかどうかという、そういう評価の仕方はやめましょうと。将来的にこういうことをしましょうということは原因分析のなかで指摘をしていくべきだけれども、それが現在のやるべきだったとかなかったとか、そういう形のもので誤解されないように注意をしていきたいと思いますというのが、ここの委員会のコンセンサスだったように私は記憶しております。

○鈴木委員 宮澤先生、それ、論点ずれていますよ。臨床評価はプロスペクティブに見て、要するにこの時点でどうだったかということを書くと。しかし、原因分析とそれから再発防止に関してはレトロスペクティブな見方で書くと。そのレトロスペクティブな見方のなかで、やっていれば回避できたの

であれば、そこは書くと。つまり、回避できたかできなかったか。できたらできたと書く、できなかったらできなかったと書く、わからなかったらわからなかったと書く、というふうな議論でもってまとまったように私は記憶しています。

○岡井委員長 いいや、それは違います。それは私は最後までそうは書かないと頑張りました。で、最後には、「それでいいですね」になっているんです。

○鈴木委員 じゃあ、皆さんの意見を聞いてくださいよ。僕はそういう記憶じゃないです。

○岡井委員長 最初に、この報告書をどういう形で書こうかというときに、回避できたかどうかということも書くという項目を設けていたんです。けども、それをみんなで、産科の医師の会議で話し合ったときに、それはよくないという結論になって、そういうふうに私も、ああ、そうだな、というふうに納得したので、それはやめましょうということにしたんです。

○鈴木委員 上田先生、事務局がどう整理したのか、私の記憶と岡井先生の記憶で、岡井先生の記憶が正しいのであれば、それはそうおっしゃってください。僕は、この委員会としては、それは妊婦や社会の期待に応えられないと思いますので。

○上田理事 第5回原因分析委員会の模擬部会の際にいろいろご意見がございました。それで、第6回の原因分析委員会で、岡井委員が冒頭こういうお話をされまして、その議事録を読ませていただきますと、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資料がございます。その資料の説明ですが、「再発防止への提言」のところに出てきております。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うえ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思っているわけですが、もし委員の先生方の賛成が得られましたら、その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、こういうときに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ということです。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かとか、そういうような表現にはしないで、改善のところで、こういう方法がよいのではないかみたいな書き方をします。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います」というご発言です。

○鈴木委員 モデル事業のマニュアルも確か聞いて準用されましたよね。そこは、今、まとめたのと同趣旨ですか。私はモデル事業をやってきて、モデル事業では、最善の可能性が、要するにですよ、實際上レトロスペクティブに見てですよ、この段階でこういうことをしていれば改善の可能性があったか否かについては、わからないということも含めて言及するというふうに理解しています。

○岡井委員長 それはないと思います。

○水上委員 今の議事録のなかで、岡井委員長は、その将来に向けてのあれで、このとき後方視点に見て、レトロスペクティブに見て、これは回避できた可能性があれば、それを記載すると岡井委員長が答えたように書いているんじゃないですか、その議事録は。

○岡井委員長 また、先生、聞き間違い。それは。

○上田理事 今、申し上げましたのは、「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かとか、そういうような表現はしないで、改善のところで、こういう方法がよいのではないかみたいな書き方をします」というご発言です。

○岡井委員長 改善はしますと。改善のときにはこうしたほうがいいですよというのは書きましょうと。けども、この症例でこうしていれば脳性麻痺が回避できたとか、そういう表現はしませんよということですよ。

○鈴木委員 なぜしないんですか。なぜしないという趣旨でおっしゃったんですか。

○岡井委員長 それは、この原因分析委員会が責任を追及する委員会ではない

からです。原因を分析することが大事であって、この基本的な考え方である無過失補償制度というのは、そういう考え方に立つからこそ本当の原因分析ができるのであって、そこで個人の責任を追及するのであれば、みんなこれに賛成しないわけですよ。

○鈴木委員 責任について、関係ないですよ。再発防止ですよ。提言したことで再発が防止できなければ、再発防止策じゃないじゃないですか。

○岡井委員長 いや、再発防止策は再発防止策でちゃんと書くんですよ。けれども、この症例で、この時点で帝王切開をしていれば脳性麻痺は回避できたという書き方は、責任追及につながるのです。

○水上委員 しかし、それがその当時の水準で、帝王切開を求めている、しなかったのであれば、していれば回避できたということを書いていいんじゃないですか。だから、いいですか。ここでガイドラインを採用すると言っているのは、そのガイドラインで例えばそこで帝王切開するのを求めている、それを明らかにしないために、逸脱したために脳性麻痺になったら、帝切をしていれば脳性麻痺にならなかった、例えばこの症例で言えば、35週で必ず高次病院であって、助産所だけで見ていてはだめなんですよ。ですから、これはそのときに1つの高次施設に搬送されていれば、このようなことが回避できた可能性は十分にあるというのまで書かなければ、これは本当にこの委員会が何のためにあるのかわからない。今、言われた主張と――

○岡井委員長 いや、そんなことはない。先生の考え方は、ますます損害賠償責任の裁判での鑑定書に似てくるんですよ。

○鈴木委員 いや、いや、それは臨床評価だって同じですよ。

○岡井委員長 いや、全然違います。

○鈴木委員 あれをすべきかどうかということについて、医学的にすべきだと言えるというのが書いてあって、裁判の過失の認定に利用されますよ。

○岡井委員長 それは利用だからそのときも議論にならなかったのです。裁判へ持っていくのは自由であるし、これをどう使うのも自由である。使われるのはしょうがない。しかし、報告書ではそういう表現はしないということです。

○鈴木委員 いや、いや、だから、臨床評価にすべきかどうかということは表現するわけでしょう。

○岡井委員長 臨床の評価はその時点で、レトロスペクティブに考えるんじゃないで、その時点でどういう選択をしたのか、どういう判断をしたのかということが、医療の質の高いレベルから低いレベルの間のこの辺にありますよということは記載しましょうと言っているわけです。

○鈴木委員 それは損害賠償の過失の要件ですよ。損害賠償の過失の責任追及に使おうと思えば幾らでも使えますよ。

○岡井委員長 それは使うのは勝手なんです。使ってもいいんです。でも、報告書ではそういう表現をしないと。

○鈴木委員 先生、論理矛盾しているんじゃないですか。結果回避のときには、損害賠償につながるから、それは表現しないと。しかし、臨床評価のところでは損害賠償に使わなくても、それは使うか使わないかはその人の勝手だからって――

○岡井委員長 いや、いや、それは違います。原因分析委員会で損害賠償に直接つながる様な判断をするのかどうかと、ほかのところでのこの報告書をどういう形で使うのかは、また別なんです。ここで、この症例は、何月何日何時の時点で帝王切開していれば脳性麻痺を回避できたということをこの報告書に書くということは、そこでこの医師に損害賠償責任があるよということを判断していることになってしまう。

○鈴木委員 そんなことにはなりませんよ。だって、そうすべきだというのをレトロスペクティブには言えても、プロスペクティブに言えなければ、責任追及にはなりませんよ。

○岡井委員長 理論的にはそうでも、実際にはそういうふうに追及される可能性がありますよ。そういう書き方をすれば、追求される可能性が高くなるのです。

○宮澤委員 書き方の問題で、本来の原因分析の委員会の目的は何かということを考えてみると、原因がどこにあるかということ医学的に検討していく、それが結果的に法的な請求に結びつくことがあっても、それはその後の問題で、本来的には法的責任を追及することを目的にしていらない。あくまでも医学的な観点から行くんだということなんです。

ですから、その医学的な観点の原因の追及という意味では、それが後に法的

な責任の追及になるかならないかというのは、この委員会ではそこを考慮すべきではないと思うんですね。そうしないと、原因というのは分析できませんし、その意味では、将来的に何が役に立つのかと言ったら、その原因を特定した後に、その将来的なものに役立てる。

ただ、気をつけなければいけないのは、やはりレトロスペクティブに見て、事後的に遡及的に見た時点と、その時点ではその行為ができたかできないかという、行為の評価の点をきちんと区別しておくこと、これが後の法的な混乱を招く危険性があることを回避する唯一の手段だと思っておりますので、その内容をはっきり区別していくということを考えておきさえすれば、この問題は大きな問題ではないと思っておりますし、余り法律的な観点から言い過ぎると、本来、ここは医学的な観点からの原因の究明ということですから、余りこれ以上突っ込んでいくと、議論としては不毛な形になるのではないかと思います。

○鈴木委員 宮澤先生の結論はよくわからないんです。だから、岡井先生と私の意見では、どちらのほうの方針として取るべきだとおっしゃっているんですか。

○宮澤委員 私は最初から発言していることは同じで、医学的な原因究明をきちんとしていきましょう。で、わかること、わからないこと、それから特定できること、特定できないこと、はきちんと書いていきましょう。その部分では、鈴木先生と全く同じですよ。それから、その後の部分として、プロスペクティブにできたことなのか、レトロスペクティブになって初めてそういうものが言えることなのかということは、はっきりきちんと書いておきましょうということ付加しているだけです。

○水上委員 この資料1の13ページの(5)のわざわざこの下線部をして追記した部分が全く意味をなしていない。むしろ、例えば患者さんが質問というか、この35週の妊婦健診のことについて聞いているわけですけども、何かこれはすごく変です。

○隈本委員 この患者さんの疑問に答えているかということで、僕は疑問に答えるべきだと思って、答えるのがこの委員会の大きな役割だと思うんですが、患者さんの疑問は決してだれが悪かったのかって聞いていないと思いますよ。少なくとも、病院に搬送されていたらならなかったのかしら、あるいは35週のと

きにすぐ行けばよかったのかしら、むしろ、本人、自分を責めているんですね、この質問。私は母親としてもっとやっておけばよかったんじゃないかって、聞いていますよ。つまり、これは明らかに、なぜ起きたかって聞いているんです。だから、患者さんは決して、だれが、だれの責任であると言って質問しているんじゃないんです。素朴に、私のどこが悪かったのかしら、少なくとも、なぜこうなったのかしらという原因が知りたいんですよ。だから、それに答えてあげることはこの委員会のむしろ本当の目的であって、全然それは逸脱していないと思うんです。

その書き方で、あたかも、この人がこうすればよかったのにと書かないというのは、我々の最初の合意ですよ。つまり、だれが悪かったのかということに論点を絞っていくような事故調査はしません。しかし、なぜ起きたのかということについてはしっかり見ましょう。そうしたら、回避可能性がないところに、何かしたら回避ができる可能性がないところに、そこに本当の原因があるはずがないじゃないですか。つまり、それをやったら、ほかのことをやったらならなかった可能性があるところしか原因はないわけですよ。

○岡井委員長 それは、先生、原因がわかっているにもかかわらず回避できないことは幾らでもあります、今の現実の医療ではね。

○隈本委員 ああ、わかりました。その「回避可能性」という言葉を使わないほうがいい。ここに原因があるというふうに、あると思われるという結論を出した時点で、この患者さんに対する答えになっているわけですよ。

○岡井委員長 それは、ちゃんと書いてあるわけですよ。医学的に分析して書いているわけですよ。

○隈本委員 でも、答えているというふうに感じられないんですよ、この文章が。例えば、さっき池ノ上先生がおっしゃったのは、「やっぱり 35 週まで全然医者に行かないのはよくないよね」。これが答えでしょう。つまり、患者さんが聞いたかったのは、これですよ。そのことが、そう書いてあればいい。あるいは、「1 週間以内に嘱託医に受診することは必要である」ではなくて、「あった」と。しかし、「行ったからといって、必ずしも完全に回避できたかわかりませんよ」という、そこまで書けばいい。要するに、本当はこうやるべきだったと。「本当は助産所だけで見てなくて、お医者さんにそこをお願いするべきだったよね。

しかし、そうなったからといって完全に回避できたわけではありませんよ」と、そこまで書いたらどうでしょうか。僕はそれが親切な報告書だと思うんですけども。

○水上委員 資料1の13ページの記載が全然的を得ていないんですよ。

○豊田委員 これ、明らかに親から見たら、答えてもらっているという感じがしないんですね。それで、質問に答えられないことも当然出てくると思うんです。それに対して、この事例は、「わからない」と言っていた方がいいはずと親切だと思います。それで、2つ質問があると、疑問に思っていることがあると出しているんだけど、それを答えている箇所が違っているので、一般の人がそれを探し出して、さらにストレートに答えていないことを一生懸命解釈するというのはすごく難しいことだと思います。全く答えていないとは言わないけれども、こういう形の答え方というのは、せっかく分析しているのに答えていないと思われて終わってしまうんじゃないかと思うんですけども。

○岡井委員長 それは素直な感想だと思いますよ。

○隈本委員 岡井先生のご懸念もよくわかります。私もずっとこの委員会の行く末に対してはすごく関心を持っているので、ある意味心配もしているので、つまり、お医者さんたちが、何だ責任追及されるんだったらこんな委員会に協力したくないよというようなことになったら困るという気持ちもあります。ただし――

○岡井委員長 というか、基本的にそうならないようにするのがこの制度の根本なんですから。

○隈本委員 もちろん。だから、そこは僕の――

○岡井委員長 だから、過失の有無にかかわらず補償するわけですよ。

○隈本委員 はい。で、原因究明はなぜ起きたかが中心であって、だれが悪いかではないということ、その原則はいいと思うんです。

ただし、そうすると、例えば――

○岡井委員長 そこまでわかってくれていれば、ありがたいです。この症例はこの時点で帝王切開をやっていたら脳性麻痺にならなかった可能性があるとして書いたら、ダイレクトには言っていないけれども、それを担当した医師の責任であると言っているのと同じじゃないですか。だから、そう書かないんですよ。

○水上委員 だけど、事実がそうであったら、そうせざるを得ないんじゃないですか。

○岡井委員長 いや、それはやらないことになっている。

○水上委員 そうでなければ、この原因分析の結果報告書は全く信用されないものになってしまう。

○岡井委員長 それは先生、無過失補償制度としての、この制度そのものの概念に反しているんです。責任があるから追及しろという意見は、それはそれでいいんですが、原因分析委員会は責任を追及しないということになっているんです。

○水上委員 だって、原因分析でしょう。

○岡井委員長 原因は分析するんです。

○池ノ上委員長代理 補償はするんでしょ。この子も補償するんでしょ。

○岡井委員長 補償はちゃんとするんですよ。原因も分析するけれども、その人の責任は追及しない。更に別のところでやるならやるんです。ここでは絶対にやらないのです。それがこの制度が成り立つ原点なのです。

○水上委員 原因は分析して、これは35週の時点で受診させていれば、この結果は回避できた可能性が。我々、専門家が見たらば、ほぼ8割以上の確率でそれが言えるわけです。だけど、そのことをどこにも出さないでこのように書いたのでは、みんなから信頼される結果分析書にならないでしょうというのが僕の意見なんです。単純に。

○隈本委員 まさに表現の問題で、この35週のときにすぐに病院に行ったほうがよかったのかな、これはご本人が原因がここにあるのかなと思ったときに、実はこれをよく、経過の文章のところの報告書を読むと、どうやらそうらしいんです。ちゃんとお医者さんに行っていればよかったなというふうに、これは明らかに書いてありますよね。ただ、それは全部読んで、ニュアンスで伝わってくるものですよね。そうじゃなくて、やはりこの時点で、助産所だけで管理するというのではなくて、医師の診察を早めに受けるべきであったというふうに書いていただいて、ただし、もしこの患者さんのご質問に答えるとしたら、だからといってこれは完全に回避できたという保障はないですよ、というふうに補足すると。こういうわかりやすい日本語ベースでの報告書にすべきなので

はないでしょうか。書かないというふうに、いわゆるこれはお役所の文章にしていますよね。あたかも判断していない。つまりこうですよと言わずに、こうと思われるとか、指示することが必要である。必要であると書いたら――

○岡井委員長 それは、今後のために書いているわけですよ。今後の医療の改善のために書いている。こうしましょう、こうする必要がある、こうやるほうがよろしいよと。しかし、当該事例に対してこうやっていけば脳性麻痺を回避できたという判断はしないんですよ。あなたはこのレベルですよと、それは医学的に評価しますよ。責任追求をしないから、原因がきちっと分析できるし、医療提供者がこの制度に賛成してくれて、保険に入ってくれて、それで真実を言ってくれるんです。それなのに責任を追及すると、みんな本当のことは言わなくなり、こういう制度に入らない、ということになる。それだから裁判ではなく無過失補償制度が良いという基本的な考え方ができたのです。患者さんもそういう責任とは関係なく、みんな補償しましょうというふうに言っているわけですから。

○豊田委員 そのようにするんでしたら、最初からこのようなご質問には答えられませんと、最初にしていただかないと。知らされていなかったら、これはショックです。そうだとすると。最初からこのようなご質問には答えることができませんとおっしゃっていただかないと、これでは、かえって傷ついちゃうと思います。

○池ノ上委員長代理 今、この制度は、岡井委員長が言われたように、補償することなんですよね。そこで出てきたことが、補償しちゃえば産婦人科医のミス全部カバーしてしまう。クロもシロにしちゃうんじゃないかという、世間の目がきつと出てくるだろう。だから、我々は自浄努力をしないといけない。そのためにはきちっと症例ごとの原因を分析して、将来、その再発を防止しますよと。そして、それに対してはきちっとしたフィードバックを現場にしますよということが始まっているわけですよ。

ですから、あくまで補償はしますという大前提のうえで、そして個々の症例を極力医学的に詳細にわかるところはきちっと出しましょうと。そして、その結果としてはっきりしたところははっきり、わからないところはわからないというように最後まで書きましょうというのが、この委員会の基本的な姿勢だと

思うんです。ですから、補償そのものは何のためにやるかというところ、委員長が言われるように、これは産婦人科医療の崩壊だとか、産婦人科医が少なくなって日本はおかしくなるぞというところを何とかしないといけないというところから始まっているんですけれども、しかし、それでは一般社会の批判に答えられないのではないか。だから、原因分析をしっかりとやりますというところに来ているので、やはり医学的な立場でしっかりと原因分析をすることが大切です。

例えばこの症例であれば、35週で病院に入って、その後、いろいろな検査をするというところは全くブラックボックスになっています。ここで原因がはっきりして、ひょっとしたら間に合ったかもしれませんが、間に合わない部分もあったかもしれない。そこら辺は後の小児科の意見も必要ですよというようなことを入れて、そして結果的には非常にわからない部分がこのぐらいありますというようなことになるか、あるいははっきり先天異常の何かがあるという診断がつけば、これは明らかに分娩開始前からあったものですよということになるだろうと思います。

だから、それをある程度しっかりと言うということは、やっぱり回避できないんじゃないかというふうに思いますけどね。

○鈴木委員 間に合ったかどうかは言うんですよね。

○池ノ上委員長代理 間に合ったかどうかよりも、まだこれはわからないところがあるんですよ。検査、そのブラックボックスの部分は。

○鈴木委員 わからないことはわからないでいいです。間に合ったかどうかという疑問に対して、答えられる限りで答えるべきだというのが先生のご意見でしょう。

○池ノ上委員長代理 いや、いや、でも、これは間に合ったかどうかというところの質疑に入る前にやらないといけないことがあるというところが僕の意見です。まだ不十分。だから、それをやったうえで。

○鈴木委員 だから、それをやったうえで間に合ったのかどうかについて、わからないということも含めて書くということですね。

○池ノ上委員長代理 もちろんそうです。現在の産科医療はここまでしかわかりません、ここまでが限界です、ということも含めて、その1つの1つの事実を分析して述べるということは必要だろうというふうに思います。だから、何々

をしたならば何なんだったという議論のあり方ではなくて、こういう事実であって、じゃあそれをどう判断するかという意味での結論を出さないといけないということですね。

○楠田委員 多分、この事例と、それから全体的な流れをちょっと分けたほうがいいと思うんですよね。で、この原因分析委員会として原因を分析しているわけだから、最終的にその防止策まで行って、それをちゃんとほんとに書くかどうか、そういう議論ですね。

で、この原因分析委員会というのは原因分析ですけれども、実際には、後で結果を知ったうえで、それを振り返って再発防止策を考えるという、そういう委員会だというふうに定義してありますよね。実際にこのマニュアルでも、例えばこの赤いマニュアルの6ページでも、最後には、先ほどの疑問については可能な限りこの医学的評価にこたえることが望ましい。だから、望ましいですけれども、答えられればという話ですよね。それから、この7ページも同じように、結果を知ったうえで分娩・検査を振り返るということで検討を行い、実際に行われた診療行為を勘案して再発防止策等を記載する。

だから、もし可能ならば書くというのがこの委員会で、でも、そうとは限らないから、やっぱりそれはわからないものはわからないと、そういう方針というふうに今までの経過から言えば言えるんじゃないですかね。ですから、わからないものはもうわからない、当然そうですし、それから岡井先生が言われた、その無過失補償というのが、多分、もともとのこの事業のモデルだったんでしようけれども、今は産科医療補償制度ということで、無過失の補償プラスやはり再発防止というのが非常に大きな目的ですので、やはりわかるものはというのが、我々の委員会としてはそれが義務かなというふうに思いますけれども。

○徳永委員 児の家族からの疑問についての表現の仕方が問題になっていますが、患者さんからは2つの回答を求めていると思います。1つは、自分自身もう少し対応できていたらこのような結果にはなっていなかったのではないかと？この疑問には何らかの回答をするべきだと思います。もう1つの疑問は、搬送を受け入れてくれなかった病院に対する疑問ですが、それほど詳しく記入しなくても、5. 今後の産科医療の向上のために検討すべき事項に記載される内容だと思います。したがって、9ページのまとめの文章の内容はもっとわか

りやすく、2つに分けて患者さんの疑問に答えるような文章にするのがよいと思います。

○岡井委員長 きょう、この話になれば、また議論が元に戻るなどということは、一応、覚悟はしていたんですけども。

○木下委員 余りこんなことで、長時間とらないで、先に進んでもらいたいと思っています。

具体的に(5)のところではなぜ水上先生がこれは意味がないと言ったのかよくわかりません。下線のところで「必要である」で切らないで、「指示することは必要であり」と下に続けて「必要であり、助産師は一週間後の助産所受診を指示しているが、嘱託医療機関への受診を指示しておらず、妥当な管理ではない」とすればわかります。つまり、ここでもちゃんと妥当な管理ではないということは言っているわけです。つまり、そういうことは裏を返せばこうしておけばよかったということになるかもしれないのです。従って、やはり委員長が言われたみたいに、レトロスペクティブにあのときこうすればよかった、あのときこうすれば助かったなどと書かずに、医療的事実を書くだけにすべきだと思います。多分、また今後も同じ問題が出てくるかもしれませんが、先生のお気持ちもわかるのでありますけれども、報告書においては、事実だけを書いてもそれを次の段階でどう解釈するかを考えれば、結局同じことになるかもしれません。後で、報告書の表現としては、委員長ので行くことで差し支えないと思います。この件に関してはこの際ご理解いただいて先に進めていただきたいと思っています。

○岡井委員長 ありがとうございます。きょうは部会の委員の先生方も来ていただいているので、皆さんご予定があると思いますので、この議論をもう1回整理させてください。よろしいですか。私は前の第6回のこの原因分析委員会で結論は出たというふうに思っておりましたが、そう思っていない先生もいらっしゃるみたいなので、もう1回やりましょう。ですから、今の話はここで打ち切ります。

この後はほかのことで、部会の委員の先生方から、この原因分析委員会の進め方とか、ディスカッション等を含めて意見交換したいと思っています。もしこの症例でこういうふうにしていけば脳性麻痺を防げたかもしれないとか、を記述

するかどうかもう1回整理して議論したいと思います。どうしたら患者さんの疑問に答えられるか、私も答えなくちゃいけないとは思うんですよ。ただし、どういう表現で答えるのがいいかというのはこれは考えていく必要があると思いますので、お願いします。

それでは、部会の委員の先生方から。

○鈴木委員 それ以外のことで、全体会議のことで――

○岡井委員長 ああ、追加の意見。はい、どうぞ。

○鈴木委員 あとで意見をペーパーで出すとかということでもいいですか。

○岡井委員長 ああ、いいです。

○鈴木委員 3点ほど、この記述の仕方について、少し矛盾やあいまいな点があるというふうに思いますので、それでは別途ペーパーで出すというふうにしたいと思います。

○岡井委員長 はい。

○隈本委員 医学的評価の部分にまとめがないというのが、それが例えば患者さんの疑問に答えていないという批判にもつながったのではないかという思いがあるんです。形式の問題です。つまり、事故原因についてはまとめがあるんですね。医学的評価についてのまとめがなくて、つまり、ここはいい、ここはだめ、ここはいい、ここはだめ、の繰り返しで、最後までどれがいちばん重要かということについて、恐らく、部会の先生の判断があると思うんだけど、書いていない。ものすごくたくさん文章があって、そのなかのこれがいい、これはだめ、これがいい、これはだめ、と書いてあると、どこがいちばんのポイントだったかとわかりにくいので、ぜひ医学的評価にもサマリー、つまりここが中心ポイントであるということを書いていただけないものではないでしょうか。

○岡井委員長 医学的評価に関しては、すべてのことに対して評価をするんです。判断もそうだし、実際の医療行為に幾つかのオプションがあるときに、どれを選択したかでどの程度の医療レベルの判断であったか、評価します。それから実際にやった手技に関してもどうかなど、全部1つ1つ評価していきましようというのが基本的な考え方で、そこでこのポイントが脳性麻痺の発生ともものすごく関連が深いというようなことになってくると、またさっきのこうしていればの話につながるんですよ。

皆、脳性麻痺は減らしたいし医療を改善させたいんです。そのときに、何度も言っているように、「こうすればよかったのに、君の責任だ」と言えば医療がよくなるかといったら、よくなるらないんですよ。そうしないほうがいいということが世界的にも認められているわけです。原因はこうです、みんなこう直しましょうと言う方が良いのです。あなたの責任はまた別のところの議論であって、別のほうでやってくださいよという話なのですから。

○隈本委員 その責任的な話とは別の議論です。要するに、この報告書を読んだ若いお医者さんが、ああ、ここに気をつけなきゃな、と思うための、どこかに下線を引いてほしいという意味なんです。つまり、全部重要ですよ。最初の挨拶のときにちゃんと顔色を見たかというレベルと、血圧をこのときに測ったかというのは、全部医療行為ですよ。それで、医療行為に何らかの評価をしますよね。でも、そうは言っただって、最初ときに顔色を見なかったという話よりも、そのいちばんピンポイントのときに血圧を測定しなかったというほうが、多分、ものすごく原因につながるだろうというような判断をしながら文章を書いておられるはずですよ。それをあえて隠さずに、ここがいちばん重要なポイントというふうに書くことに、それは原因の追及というか、責任追及になりますでしょうか。この医学的評価をするわけですね。医学的評価を全部ニュートラルに、各項目について全部ニュートラルにやるわけではなくて、いちばん大事なポイントにしているわけですよ。

逆に言うと、報告書を読む立場から言うと、いちばん大事なところだけ書いて、あとはその他は問題なかったと書いてもらったほうが、ずっとわかりやすいんですよ。だから、いちばん重要なポイントをまとめて出すのか、あるいはどこかに下線を引くなり、これが最も重要なポイントだと考えられるというような補足意見をつけていただかないと、この文章を素人に読んでもらって、どこがいちばん大事だと思うと言ったら、みんな○をつけるところはいろいろ違うと思うんです。そのことで、体裁を変えていただけないかなというのが僕の意見です。

○岡井委員長 はい。わかりました。それは考えます。めりはりつけて大事なポイントを強調するように。それはいいですか。鈴木委員からはまた3件ほど後で来るということで。

すみません。司会の不手際で時間がオーバーしちゃったんですけれども、せっかく来ていただいた部会の委員の先生方からご意見を聞きたいのですが。

2) 部会委員との模擬部会に関する意見交換

○池田委員 国立循環器病センターの池田でございます。貴重なところにお席させていただきました。

一次情報の取扱いにつきまして、どこまでいただけるかという質問なんですけれども、例えば、私は日本産婦人科学会や厚労省の研究班などで胎児心拍数モニタリング、いわゆる分娩監視装置を日本のガイドラインといったところでやっているところなんですけれども、専門家が見ましても50%ぐらいしか一致率がございません。そこで、今回の症例でも、高度変動一過性徐脈、それから基線細変動の検証といったところがディスカッションされておりますけれども、これは非常に原因分析のなかでは重要な項目になってきておると思うんですが、それが、今、日本のなかでもまだ解釈、それから用語というところが乱れているというか、今から我々が整えていかなければいけないと思うんですけれども、そういったものが実際のモニタリングを見せていただけるものなのか、実際に言葉だけで議論をするのか、このあたりはいかがなんでしょうか。

○岡井委員長 モニターの記録は見ていただく形になります。そういうつもりでおります。あるデータは全部。

○池田委員 臍帯血ガス、それから新生児のMRIとかそういうものは見せていただけると。ありがとうございます。

○岡井委員長 それから、特に、これがほしいとか、抜けているというようなものがあれば言っていただいて、取り寄せてもらえば。

○池田委員 ああ、そうですか。わかりました。

○村上（明）委員 神奈川県立保健福祉大学の村上（明）です。助産師の立場から拝聴させていただきました。ありがとうございます。

今回は、助産所のケースということで、ちょっと助産師としての立ち位置というか、評価の仕方について確認をさせていただきたいのが1点、あともう1点質問があるんですけれども、私自身はこのケースを拝読させていただいて、29週の時点で、前回PIHの様子があるということと、体重が少ないとか羊水

が少ないとかというようなことで、十分にIUGRに移行するだろうなという可能性を感じました。で、その時点でドクターに診察をしていただいて、「近いうちにもう1回超音波を見ましょう」というふうに帰されたときに、助産師の専門性から考えると、いや、もうこれは私たちは受け取れない範疇ではないだろうかというふうに考えて、「共同でいいんじゃないですか」と言われたときに、「いや、でも、前回のこともあるから、先生のほうでお願いしたいです」って、自分だったら言うかなと思いつつ読んでいたんですね。

ただ、今回の委員の先生方の意見では、医者側が共同でいいと言っているんだから、まあ、いいんじゃないかというようなスタンスだったような気がして、何かその辺をどういうふうな視点で助産師として評価をしたらいいのかということをお教えいただきたいというのが1点です。

もう1点は、報告書の内容の矛盾点についてなんですけれども、委員の先生方は、その35週の時点で助産所で抱えているのは大きな問題だろうというようなことはもう合意を得られているのかなと思ったんですが、14ページのところで、修正されたところで、高血圧が見られた35週の妊婦健診で、痛みが出現したら早めに連絡をするように指導することが望ましいとかという、別のもどかしい行動をそこで書かれているということがとても不思議な内容だったんですけれども、その点について確認をさせてください。

○岡井委員長 最初の話ですが、村上（明）さんが助産師としてこういう症例を自分が見ているときに、どこかの時点で、これは危ないぞと早く判断できというのは、恐らく、村上（明）さんが助産師さんのなかでも診療能力の相当高い上のほうにいる人だからと思うんですね。この医学的評価で気をつけなくちゃいけないのは、委員会のメンバーに選ばれている医師も助産師もみんなトップレベルの人達で、1万5,000人の産婦人科医師のなかでは最高クラスの人ばかりが集まっているわけですから、そういう判断は、標準よりも高いレベルでできるんですよ。だけど、標準的に考えてどうなのか、担当した助産師さんの判断がどうなのかということをお評価するのに、さっきのガイドラインとか参考となる資料が必要なんです。ここで議論している先生方って、本当にすごい上のほうの人ばかりだし、助産師さんも経験のあるすごい人ばかりなんです。だから、この症例は、あなたが考えてみると、早くからやっておきや

よかったと思うかもしれないけれども、一般の助産師としてどうなんですかというときに、ガイドラインにはどう書いてあるかとか、そういう話になってくるんだと思うんですね。それが1つ。

○水上委員 先ほどのご質問に関して、このあれが矛盾したことを書いていると。だから、35週では高血圧が出たから、それはもう送るべきなのに、この次のページの14ページでは、35週の妊婦健診で高血圧が見られてかつ痛みが出現したらと言っていることは変ではないかということをお前は指摘しているんです。

○岡井委員長 それは後半の質問。僕が答えたのは前半の質問です。後半の質問に対してはそれでいいんです。

○鈴木委員 前半の質問に対してですけれども、先生おっしゃるのはそのとおりだと思うんですが、そうであれば、臨床評価のプロスペクティブのところでは標準的なガイドライン等によって判断するが、再発防止策の今後の産科医療の向上のところでは、今、村上（明）さんがおっしゃったことを指摘するということになるんですか。

○岡井委員長 そう。そういうことです。そのとおり。

○鈴木委員 けど、そこの指摘はないんですね。

○岡井委員長 この報告書にですか。

○鈴木委員 そうです。そうです。そうですね。だから、そこのご意見はただいて、先生は、臨床評価のところではそれは指摘しないということになったとお答えになったんですけれども、その指摘部分は、むしろいちばん最後の、今後の産科医療の――

○岡井委員長 今後の産科医療の向上のために、のところにそれは出ているんじゃないですか。でも、ちょっとニュアンスは違いますけれどもね。

○鈴木委員 だから、今のようなご意見も踏まえて。

○岡井委員長 この症例も相当厳しいというのを、もっと早く判断しろというような感じのを入れておいてもいいのかもしれないですね。

○池ノ上委員長代理 でも、35週の段階ではもうやっぱり、見ているのはだれの目にもだめだと思いますけれどもね。

○中井委員 日本医大の中井でございます。

これ、全般に、さっき池田先生が言ったのは非常にポイントで、データがどれだけ出るかということが1つで、それが保証されているんだとすれば、おおむねここにいる産科の先生方はこの程度のものは書けるんですよ。時間と余裕をちゃんといただければ。時間ですよ、時間を。

ただ、やはりさっきから議論になっていたところのポイントなんですけど、僕もここに来るまで、この家族からの情報というのがこのシステムのなかに入っていることは知っていました。それは流れ作業図で、病院が出した経過に対して家族は疑義を申し立てることができて、つまり、それは病院が勝手に改竄したように書いているので、こういうふうに私は治療を受けましたということを書くんだというふうに僕は認識していたんです。

ところが、よく見てもらおうと、この8)の家族からの情報の(2)のほうは、疑問や説明してほしいことというのを書かれて、これはファイナリーに先生方の上の委員会で何かコメントをされるのならいいんですけども、これを1つ1つの部会に、つまり産科医は私たち2人しかいないわけですから、それが先ほどのことを書く、書く、ということになると、これは全部大もめになると思いますので、このところのこと自体を、なぜ病院のほうに釈明を求めずになぜ家族のほうに説明を求める、評価するのかというところあたりを議論していただかないと、これがつく限りだめなんじゃないかと思います。必ずすべてのものにそういう疑義が生じることになるような気がするんですけどもね。

○岡井委員長 よくわかります。病院のほうには診療録を提出してもらって、そのなかには病院が自分たちがこういう診療をやったんだということを書いてあるわけです。一方、患者さんの側から、こちらが聞きたいのは、あなたが受けた診療はこの診療録の概要でいいんですか、それでいいんですねということなのです。ほかの診療を受けたとか、ここに書いてあることを実際やってもらっていないとか、そういうことはないですかというのを聞きたいんです。しかし、そう聞くと、この仮想事例でつくったような疑問は当然出てくるだろうと。それにどう答えるかと。

○中井委員 疑問は出るけれども、それは(1)の児・家族から見た妊娠、分娩経過ということだけでよろしいんじゃないですか。

○岡井委員長 疑問を聞こうという話はどこから出たんでしたっけ。いつかそ

う言う話が出て、議論して、やっぱり疑問も聞いてあげようよという話になったんです。

○池ノ上委員長代理 それについて病院側からも情報をもろうんじゃないですか。

○上田理事 両方もらいます。

○岡井委員長 病院からも、これで正しいですかということで聞くんですよ。

○松田委員 調整は行わないという話じゃなかったですか。

○岡井委員長 調整は行わない。違う話が出ていても調整は行わないのです。

○池ノ上委員長代理 でも、この患者さん側からだけ聞くんじゃないくて、病院側からも聞くんでしょ。

○岡井委員長 病院側には概要を送って、これでいいですかと聞くんですよ。

○池ノ上委員長代理 こういう患者さん側のこの質問に対する――

○岡井委員長 答えを聞くようにはなっていないです。これは何回議論していますか。

○上田理事 相当議論しています。

○岡井委員長 相当前に議論して、患者さんの疑問も聞きましょうということになったんですよ。

○是澤リーダー さっきの矛盾点、第2というのは答えていない。35週で村上（明）先生の2つ目の疑問に答えていない。

○岡井委員長 これはちょっとおかしいですか。

○是澤リーダー いや、いや、おかしくはない。勝手につくったもので、矛盾に考えられるかもしれませんが、これは要するに、当然35週では医療機関に、病院に行ってほしいんです。でも、それを過ぎちゃったんですね。だから、過ぎちゃったらどうするかというのを書いているだけで、最初から、「35週で行かないでいいよ。でも、助産所ではこういうことを言ってくださいね」という、そういう観点で言っているのではなくて、本当は行かなくちゃいけないんだけど、これ、行かなかったんだから、その次にプロスペクティブにみて何ができるかというのを書いているというので、特別に矛盾とは思わないんですが。

○岡井委員長 最初の段階でこういうのは病院に行かすべきであると書いててしまったら、その後は、何書かなくてもいいというのも1つの話にはなるんで

すよ。また、先生が言われたように、最初に病院に行かなかったので、セカンドベストとしては、今度はこれぐらいやれよという話になるのかもしれない。まあ、これはあくまでも仮想事例ですから、あんまり突っ込まないで、時間もないし、ほかのことを聞きたいんですけれども。

○中井委員 この(2)の疑問や説明してほしいことというのを聞く。

○岡井委員長 これは聞くことになったんです。議論して、それを聞こうという話になったんです。それをやめろというのは、またそこから議論し直さなくちゃいけないんです。

○山口委員 山口病院の山口と申します。今の質問に関連してなんですけれども、そうしますと、医師のほうがどのような説明をしたかということは、我々、情報を得ずにその答えを書くということになるんでしょうか。そうすると、全く相反する結論とか説明がなされてしまうということに。

○岡井委員長 それはあるんです。ですが、本当に重要なことは場合によつたら問い合わせたりすることもあります。どっちの言っているのが正しいかということ徹底的に調べるといのは、我々の仕事ではないんです。この委員会は医学的に原因分析するのが目的であって、あのときこう言ったとかこう言わなかったとか、そののところがいいとか悪いとか判断するのはここでやる仕事ではないんですよ。

○山口委員 それともう1点、各部会で結論が出た場合の、その結論がそれが最終決定というふうになるんですか。それとも――

○岡井委員長 いや、部会で結論を出してもらったものをここに上げてもらって、この本委員会でもう1回チェックするということになっているんです。

○竹田部会長 順天堂大学の竹田と申します。

先ほど、池田先生もお話しになったんですけれども、各時点時点の医学的評価というのは、これ、結局、結果はわかりますよね。だから、結果を知っていて判断、評価を書くのか、その時点時点での評価というのは、先ほど池田先生からもあったけど、モニターというのは専門家が見ても結構分かれる話であって、これはすぐ帝王切開したほうがいいという場合もあれば、まあ見てもいいという人が専門家でも出ちゃうぐらいのところなので、だから、これは結果を知らないで書くということでもいいんですね。

○岡井委員長　そうです。医学的評価は結果は知らないで、その時点の判断で評価します。

○山口委員　その時点でと。では、かなりファジーな、臨床現場というのはいかにかなりファジーでやっていますので、そういう結果になっても当然いいわけですね。

○岡井委員長　そうです。でも、あとから考えてみたら、やっぱりこうやればよかったなということがあれば、それは改善するために、将来のためには書き上げておくと。しかし、医学的評価はあくまでもその時点でどう判断するか。

よろしいですか。ほかにどうぞお願いします。

○高橋委員　自治医大の小児科医の高橋です。どうもありがとうございます。

1つ提言というか、読んでいてなんですけれども、3の脳性麻痺の原因というのが先に書いてあって、その評価というのが4に、経過の評価が4になって、改善するのが5ということになっていると、ちょっとわかりにくいので、経過の評価が先にあって、脳性麻痺の原因というまとめが次にあって、改善というのがあるほうが、一般の人が見てわかりやすいんじゃないかなと思ったんですけれども。

○岡井委員長　それはまた例によって責任につながる話になってくるんです。医学的にこういうふうに評価して、それでまたその評価と原因につながる。繰り返しになりますけれども、ここで帝切しなかったからの話になるんですよ。それを避けたいのです。モデル事業もそうなんです。モデル事業もそうだから、さっき鈴木委員が言われたけども、モデル事業でも何々だったら回避できたであろうということは書かないことになっているんですよ。で、先生の名前も入っているんです。

○鈴木委員　もうやめるという話だったから。

○岡井委員長　ああ、つい話をもどしてすみません。

○鈴木委員　先生だけ言って、僕に言わせないのはおかしいんじゃないですか。

○岡井委員長　ああ、ごめんなさい。わかりました。その話はやめます。

その点はもう1回次に整理をして議論しますけれども、まあ、そういうことなんです。そこをつながらないようにしたのがこの配置なんですよ。

○高橋委員　わかりにくいのはしょうがないのかなと思うんですけれども、小

児科の立場から言うと、今回は余り小児科の経過が難しくなくていいんですけども、そのうえで小児科の経過が加わると、もうわからない、わからない、という結論で出してしまうざるを得ないことがやっぱり多くなるかなという、ちょっと危惧を感じました。

○池ノ上委員長代理 いや、まさにそうだと思いますよ。

○岡井委員長 わからない事例はたくさんあるんでしょう。脳性麻痺は現実には、だから、それだけの比率わからないという報告書ができるということになると思うんですが、よろしいですか。

○鮫島委員 宮崎大学の鮫島ですけれども、プロスペクティブな見地で書くということになりますと、1つ1つに対して非常に文が長くなりますね。このときどういうふうにもその時点で考えたかということと、それとやはりどうしても医学的な文章になってしまって、弁護士の方とか一般の方とか、そういう方が読んだら実はわからないというような文が我々の常識的な文になってしまうんじゃないかと思うんです。なので、やはりどこか1カ所、レトロスペクティブにレビューし直したところが何か必要かなと思うんですけれども、ずっとプロスペクティブに書いてきているのは非常に、例えば1つの事象が起こって、そこからある人であったら20も30もポイントが広がっていきますよね。それをどうにか絞り込んでいかないとちょっと難しいんじゃないかなと思うんですけれども。

○岡井委員長 プロスペクティブにというのが――

○鮫島委員 29週でこういうことが起こった。IVHやったとしたらこうすべきである、こうだとしたらこうすべきである、前回のハイリスク因子があるとしたらこうすべきであると私は考える、これだったらこうだろうと思われる、31週で来なかった、この段階でプロスペクティブに考えるんだったら、これ来てこうすべきであった可能性がある。ここがこういう情報が――

○岡井委員長 それは、先生のととても高い、最高峰の産婦人科医師の考えるレベルで全部こうだと書くのも、それも1つの考え方ですけれども、その時点で、この人が考えた考え方は、今の日本の医療レベルでこの辺ですよということ信頼できる資料に基づいて書くということなんです。

○鮫島委員 それをガイドラインを参考にして――

○岡井委員長 そうそう。ガイドラインとかほかの参考書などを参考にして。

○鮫島委員 しかし、それは非常に難しいですね。結局、そのレベルがどのレベルかという――

○岡井委員長 だから、そこの書き方が妥当であるとか、妥当とは言えないとか、妥当でないとか、そういう表現で、担当医がここの時点でこう診断したことに関して、こういう処置をしたことに関してはそれぞれ評価します。その根拠としては、ガイドラインにこう書いてあるじゃないかという話になっていくと思います。例外はもちろんあります。ガイドラインにはこう書いてあるけれども、この場合はこういう事情があるから、そうじゃないほうがよかったということもあるんですね。

○鮫島委員 ということは、プロスペクティブな観点でその行った行為を評価しなさいということですか。

○岡井委員長 医学的に評価しなさいと。

○鮫島委員 ということだけでやっていけばいいんですか。

○岡井委員長 そうなんです。それに対する正解（最善の対応）を書けというのはなかなか難しいです。先生が言われたような話になっちゃって。

○増田委員 名古屋の弁護士の増田でございます。きょう、大変貴重な機会をいただきましてありがとうございます。

いろいろあるんですが、1点だけ、今回の3例目の内容のことで、私が誤解をしているんじゃないかと思っているのもあって、教えていただければと思うんですけども、妊娠35週の段階の血圧は146-90 mm Hgと確認されていますので、これは妊娠高血圧症候群軽症だというふうにあてはまると思われるんですけども、その場合にも助産所では管理すべきではなくて、医療機関で管理していただくべきだと、そういうご意見だということをお聞きして、私もまことにそのとおりでと思ったんですけども、今、配付されております『助産所業務ガイドライン』、これにしたがってそういうことになるようには読めないんですけども。どこに軽症の妊娠高血圧症候群の場合に産科管理が必要だというふうに書いてあるのかというのが見つからないんですけども。

○岡井委員長 私は、助産業務ガイドライン、あんまり得意じゃないんですけども、合併症のある妊婦になるんじゃないかな。妊娠高血圧症候群というの

は書いていないですか。重症の既往でしょう。

○水上委員 12 ページの、これの緑のやつ。

○上田理事 この参考資料を皆さんに配っています。これでありませう。

○水上委員 じゃあ、これのいちばん上がそれに該当するんじゃないですか。

1 ページ目の助産所での分娩対象者。妊娠経過中継続して管理され、正常に経過している者。

○岡井委員長 それも外れていますよね。

○水上委員 妊娠高血圧症候群を正常だとだれも言いませんよね。

○岡井委員長 ただ、その次のBというのがあるから該当する。

○水上委員 Bにあるのは全部既往ですよ、大体。

○岡井委員長 だから、そのCのなかに本当に入っていないくちやいかんわけでしょう。

○増田委員 それと重症しか書いていないんですね。

○岡井委員長 それは既往だよ。

○増田委員 Cの4番の異常な妊娠経過の妊婦というところに書いてあるのは、妊娠高血圧症候群重症となっているんです。それに従うと、別にガイドラインに従えば、重症になってから搬送すればいいようにしか読めないんですけども、そうだとすると、このガイドライン自体を書き換えて――

○岡井委員長 だから、僕、助産師さんにさっき聞いたんですよ。これがどのぐらいいいのかということ。やっぱりこれも大事だと言われたんですけどもね。

○石渡委員 IUGRとか、それから羊水過少とか、そういうのは総合的に判断して、それでこれは分娩機関、嘱託医療機関のほうで見なきゃいけないという、そういう判断なんであって、要するに、妊娠高血圧症候群の重症になったから対応するのではなくて、軽症であってもほかのファクターがたくさんあれば、それでも総合的に判断して分娩機関で見べきであるという、そういう判断だと思います。

○増田委員 先生のおっしゃることは本当にそうだと思うんですが、ガイドラインだけ見ると――

○岡井委員長 ガイドラインのそこのところが問題で

○水上委員 ここは既往だ。

○岡井委員長 そういうちょっと問題な点があって、たまたまこの軽症妊娠中毒症という今回の仮想事例で、不十分な記載になっているんです。だけど、このガイドラインはそれなりに重きをもって判断するということがいいですよ。問題な箇所があるからと言って参考にしないということにはなりません。

○池ノ上委員長代理 今、まさにおっしゃったことがガイドラインに出てくることで、恐らく、35週の時点で、この妊婦さんを助産所から病院に送らない助産師さんはいないと、日本中どこを探しても。だから、そういうスタンスで物事は考えましょうというので、ガイドラインを読むといろいろなところが齟齬が出てきたりしも、結果的には、総合的にこれは妊娠経過が異常であるというところにまず入ってきて、そして全体の管理というのはそこに行くというようにところが大事なところであって、ガイドラインから外れる、外れないというような見方のみをしていくと現実から離れてしまうというのが、この委員会で議論すべきことだろうと思うんです。

○岡井委員長 はい。ありがとうございます。ガイドライン以上にみんなからコンセンサスを得ていることはあるということですよ。そっちが大事だと。

ほかに。もう時間が予定より30分オーバーしていますので、部会の先生方でもどうしてもいま聞いておきたいとか発言しておきたいということがあれば、それをお聞きして終わりにしたいと思いますけれども。

○金田委員 鈴木先生と岡井先生が議論されたことは大変重要なことだと思うんですけれども、その議論というのは、この中央の委員の方だけで決めてしまわれるのか、部会の構成員である我々にも発言のチャンスがあるのか、その辺いかがですか。そこだけちょっと教えていただけますか。

○岡井委員長 どうしましょう。部会の先生方からも意見を聞くことになると、大変なことになりますが。今まで原因分析委員会で方向性を議論してきたのはこのメンバーであって、それからその前に運営委員会のほうで準備をいろいろしてくれていて、それも踏まえて、このメンバーでやってきたんですけれどもね。

○池ノ上委員長代理 ここで意見させていただいて、できるだけ。

○岡井委員長 そうですね。意見を言ってもらうのはいいんですが。

○金田委員 部会で結論を出したものが、最終的にはその委員会のほうで変更される可能性もあるということであれば、やはり全部会員のコンセンサスといえますか、それは必要なんじゃないかなと思うんですけどもね。

○岡井委員長 コンセンサスと言っても、多分、立場が違うと、こういうことに関する考え方も違ってくるので、どこかでエイヤツと最終的には決めるしかないと思っているんですよ。それはここで決めさせていただいて、こういうふうにお願いしますという形で部会の委員の先生方にはお願いするという格好じゃだめですかね。

○金田委員 制度がそういうふうになっているのであれば、それはやむを得ないと思いますけれども、ただ、一言言わせていただきますと、やっぱり鈴木先生の考え方ですね。要するに、因果関係の問題とその何かをすべきだったという問題というのはまた違うと思うんですね。そこを一緒に議論されておられますので、その辺のところはやっぱり――

○鈴木委員 していませんよ。

○金田委員 法律家と医療者というのは、やっぱり考えが違うんですよ。だから、そこをやっぱりもう少しここで議論していただきたいなと思っております。

○岡井委員長 はい。ありがとうございます。その議論は、もう一遍だけ時間を取って、論点を整理して次のときに結論を出しましょう。ということにさせていただきます。ありがとうございます。

ほかにどうしてもいま発言しておかなければいけないということがあればお願いしたいと思いますが、よろしいですか。

○竹村委員 用語の説明の件はもうこれで。

○岡井委員長 用語の説明の解説の不十分なところがあったり間違っているところがあれば、先生、指摘してください。文書で次のときにお願いします。拝見したいと思います。

では、事務局からお願いします。

3) その他

○後技監（事務局） それでは、その他で何点かご報告申し上げます。

まず、補償審査の状況でございます。9月28日に審査委員会を開きました。

ここで5件の審査をいたしまして、5件すべてが補償対象と認定されております。そして、10月の初めに当機構で補償対象とすることの機関決定をすませまして、分娩機関と補償請求者に審査結果は通知済でございます。この結果はホームページ上にも掲載しております。これら5事例につきましては、現在、原因分析報告書の冒頭部分の事例の概要の部分を作成しております。今後、事例の概要について分娩機関のご意見を伺った後、保護者にも送付してご意見を求めることとしております。そして、この5事例は、第1部会から第5部会までの各部会に1事例ずつご審議いただくこととしております。このスケジュールでまいりますと、部会の開催は来年1月中旬以降、本委員会の開催とご審議は2月以降を予定しております。

それから、最後に、次回の第9回原因分析委員会につきましては、11月9日(月)午後4時から6時まで当機構で開催することにしております。以上です。

3. 閉会

○岡井委員長 はい。ありがとうございました。それでは、先生方、ありがとうございました。次の会議で幾つか決着をつけなくちゃいけないことがありますので、よろしく願います。では、部会の委員の先生方もどうぞよろしく願います。ありがとうございました。