

第64回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：2018年6月27日（水） 16時00分～18時30分
場所：日本医療機能評価機構 9F ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局

本日はご多忙の中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。

会議を開始致します前に、資料の確認をお願い致します。

まず資料1、脳性麻痺発症の主たる原因が明らかではない、または特定困難とされている事例について、資料2、脳性麻痺発症の主たる原因が母体の呼吸・循環不全、子宮胎盤循環不全とされている事例の胎児心拍数陣痛図について（事例一覧）、資料3、リーフレット「胎児心拍数陣痛図の判読について」、資料4、リーフレット「胎児心拍数陣痛図の判読について」に関するご意見シート、資料5、2018年再発防止に関するアンケート実施にあたって、資料6、産科医療補償制度 再発防止に関するアンケート、資料7、産科医療補償制度 再発防止に関するアンケートご意見シート。

次に、参考資料1と致しまして、2015年9月に実施致しました再発防止に関するアンケート、参考資料2、再発防止ワーキンググループにおける研究概要。また、資料1の補足資料がお手元の青いファイル内がございます。

また、机上のクリアファイルに、次回委員会の開催案内及び出欠連絡票がございます。

不足、落丁等はありませんでしょうか。

なお、事例データに関する資料につきましては、審議中でございますので、お取り扱いにはご注意下さいませようお願い申し上げます。

また、机上にiPadがございますが、カバーを致しますとロックがかかってしまいますので、そのままをお願い致します。後ほどの審議の中で使用致します。

なお、隈本委員は少し遅れてのご出席になる旨のご連絡を頂いております。よろしくお願い致します。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第64回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

それでは、木村委員長に進行をお願い致します。

○木村委員長

皆さん、こんにちは。木村でございます。本日は、お忙しいところ、多数お集まり頂きまして、ありがとうございます。

それでは、本日は、前回の委員会で頂きましたご意見をもとに、「第9回再発防止に関する報告書」のテーマに沿った分析ということで、それぞれ前回のご意見のテーマに沿って具体的な議論を始めさせて頂きたいと思っております。

なお、ちょっと予習をされていて、これ、えらいことになったなと思うのは、特定困難とか原因が分からないというのをテーマに上げると、原因が分からないことを議論するということがほどややこしいことはなくて、今日1時間ぐらい時間をとっていますが、絶対まとまらないと思っています。とりあえず今日は、まとまらないことを前提に、様々な、どういう角度からという切り口をご議論頂きまして、その次に、次回、次々回ぐらいではまとめてしまわないと文書になりませんので、まずは今回はそういうブレインストーミング的なことになってしまうのではないかと考えておりますが、ご協力のほどよろしくお願い致します。

それでは、本日の議事1) -①番、脳性麻痺の主たる原因が明らかではない、または特定困難とされている事例についてということで、審議に入りたいと思います。事務局のほうからまず説明をお願い致します。

○事務局

では、脳性麻痺の主たる原因が明らかではない、または特定困難とされている事例について、ご説明致します。お手元に、本体資料と資料1、青色のファイルをご用意下さい。

最初に、本体資料の、テーマ選定時の主なご意見についてご説明致します。1ページをご覧下さい。第63回委員会のテーマ選定時の主なご意見として、1つ目の丸、原因不明の事例には、臍帯動脈血ガス分析値でpHはいいにも関わらず、アプガースコアが低い事例も少なくない。○脳性麻痺事例の約4割を占める原因不明の事例を分析することで、必要な検査や処置の実施についての提言につながるのではないかと。○提言するのは難しいが、分娩時の仮死のみが脳性麻痺発症の原因ではなく多因子が関与している実態を理解してもらうため、原因不明事例を事例紹介という形で示せばよいのではないかと。○胎児発育不全は脳性麻痺の主要な原因の1つとされているため、LFDの事例については分析すべきではないかと。○原因不明の中で胎盤病理組織学検査実施事例について分析してはどうかかと。○原因不明の事例を分析することにより、なぜ記録が必要かという根拠にもつながるのではないかとといったご意見を頂きました。

それでは、資料1をご参照下さい。資料1「脳性麻痺発症の主たる原因が明らかではない、または特定困難とされている事例について」。2017年12月末までに公表した事例1,606件のうち、原因分析報告書において、脳性麻痺発症の主たる原因が明らかではない、または特定困難とされている事例は638件である。

原因分析報告書における脳性麻痺発症の主たる原因の記載ぶりとしましては、「脳性麻

痺発症の原因は不明である」、「～の可能性はあるが特定できない」、「原因を特定することは困難であるが、AやBの可能性はある」、「原因は不明であるが、～の可能性も否定できない」、「原因は、A、Bのいずれかが考えられるが特定できない」といったような記載ぶりでした。

ページをめくって頂きまして、このような様々記載ぶりのある事例が集まっているということで、2ページ、分析対象について。この638件が、脳性麻痺発症に関与する何らかの事象があった■例と、脳性麻痺発症に関与する事象がなかった■件に大別されます。

上のほうの、脳性麻痺発症に関与する何らかの事象があった■件には、脳性麻痺発症の原因は、入院前のどこかで生じた一時的な胎児低酸素や脳虚血の可能性はある。一時的な胎児低酸素・脳虚血の原因を解明することは困難であるが、臍帯血流障害の可能性を否定できない、ですとか、原因を特定することは困難であるが、常位胎盤早期剥離、臍帯圧迫による臍帯血流障害の可能性はある、といった記載ぶりのある群です。

下のほうの、脳性麻痺発症に関与する事象がなかった事例の群については、妊娠経過、分娩経過、新生児経過に脳性麻痺発症に関与する事象を認めず、脳性麻痺発症の原因は不明であると記載のある■件と、先天異常の可能性はある／可能性も否定できないとされた■件の■件の群となります。

今回は、脳性麻痺発症の主たる原因が明らかではない、または特定困難とされる638件のうち、どの部分を分析対象として深掘りするのかや、分析の観点についてご審議して頂きたいと思います。

また、3ページからは、638件の背景について、主たる原因が明らかな968件と比較できるような集計表をおつけしております。

6ページには、診療録の記載に関して産科医療の質の向上を図るための評価と提言がされた事例を施設別で集計致しました。

次に、青色のファイルの補足資料について、ご説明致します。こちらには、資料1の2ページの分析対象の図とあわせてご参照頂きたいのですが、脳性麻痺発症に関与する何らかの事象があったグループの1つ目の丸の■件のうち、臍帯動脈血ガス分析値pHの結果がある事例の■件の臍帯動脈血ガス分析値と生後1分のアプガースコアの集計表を出しております。

1枚めくって頂きまして、先ほど資料1の6ページで出したものの深掘りになりますけ

れども、診療録の記載に関して産科医療の質の向上を図るための評価と提言された事例の集計の「記載がなく評価できない」とされた事例の件数をお示ししております。また、上の表で「原因不明事例の記載がなく評価できない」とされた■件の詳細を下の表でお示ししております。そして、この■件について、一番後ろのA3のもので原因分析報告書の抜粋をお出ししております。臨床経過に関する医学的評価の「記載がなく評価できない」とある部分の抜粋と、ご参考として、脳性麻痺発症の原因をおつけしております。

資料のご説明は以上です。ご審議お願い致します。

○木村委員長

ありがとうございました。いきなり全部を切り分けるのが難しいということで、資料1にありますように、資料1の1枚めくって頂きました2ページ、何らかのイベントがあったか、なかったかということにまず切り分けて頂いて、そのイベントが分娩中らしいということと、新生児期らしいという部分に切り分けたと。それから、イベントが少なくとも原因分析報告書上あまり明らかに見られなかったということに対して、分娩中あるいは妊娠経過で何もよく分からないというものと、先天性の可能性もあるなというものというふうな、一応4つのカテゴリーに切り分けさせて頂いたわけですが、この切り分け方からですね。

それからまた、最初のご意見の中では、前回頂きました、レジュメの次についてのご意見の中で、1ページ目、前回の選定時の主な意見というところの中で、これも大きく切り分けますと、医学的な深掘りをしたいというご興味と、それからもう一つ、社会的なご興味、2つに分かれていると思うんですね。だから、それぐらいが切り分ける接点かなと思うのですが、そのあたりからまずご議論を頂きたいと思います。委員の先生方、何かご意見ございませんでしょうか。

○松田委員

よろしいですか。

○木村委員長

お願いします。

○松田委員

638、この4つを一緒にするのは少し無理があるのではないかと。少なくとも新生児期の呼吸・循環器障害と先天異常の可能性があり、■件と■件というのは別枠のほうがより結論が導かれやすいのではないかと考えています。本来であれば、最初の■例

にだけ焦点を絞ることが非常にクリアカットになるのではないかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。こういう4つに分けますと、ここで今議論してももうひとつ深まらないなというところは新生児期の問題と先天性の可能性があるという問題で、まずここを外したほうがよかろうということと、それから、本当に原因が不明であると書かれているものもなかなか難しいでしょうねというご意見だと思いますが、いかがでございましょうか。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

非常に大量で、かつ複雑形のアプローチで資料作成ありがとうございました。

いくつか質問なんですけれども、まず資料1の1ページの丸の2つ目なんですけれども、原因不明だと書いている書き方と、その下に4つ並んでいますけれども、下の4つはちょっと表現が違うにしても、ほぼ、何かある程度推測できるんだけども確定できないと。一番上だけは不明だということでありました。1個目と残りの4つがちょっとカテゴリーが違うのかなと思います。

この不明と下の4つを分けるとしたものと、2ページ目の4つに分かれているのは、関連はないのですか。関係しているのですか。ちょっと分かれば。

○木村委員長

どうぞ、事務局のほうから。

○事務局

事務局から失礼します。1ページ目の1つ目の原因は不明であるというものは、2ページ目でいう■■■■件のものです。あとの4つは■■■■件の記載ぶりとなります。

○勝村委員

そういうことですか。

○事務局

はい。

○木村委員長

だから、産科の過程ではその事象はなかったということで、不明であるというふうにもう断言されているところになるので、確かにここで大きく切り分けたところの事象がなかったか、あったかという切り分けになるみたいですね。

お願いします。

○勝村委員

ありがとうございます。そしたら、分かりましたが、例えば2ページ目の事象がなかったというところの記載例は、例えば原因は不明ですとは書いてないけれども、先天異常の可能性があるとかが、可能性も否定できないという書き方も■■■■件あるということですがけれども、こういう書き方をしている場合でも、原因は不明であるという文言が一応全て書いてあるということなんですか。

○木村委員長

どうでしょう。

○事務局

先天異常の書きぶりでありましても、特定することは困難であるが、先天異常の可能性も否定できないですとか、可能性があるとかがありますので、特定はしていませんし、原因不明に分類はされます。

○木村委員長

多分、先生、先天異常であると書いてしまうと補償対象からもう外れてしまいますので、だから、疑いがあっても、あえてなのか、実際に分からないのか、そこはもう決めないで補償に持っていつているというのが、多分この制度上の限界じゃないかなと思うんですね。なので、あまりここを議論してしまうと話がぐちゃぐちゃになるので。

○勝村委員

いやいや、意見ではなしに、シンプルな質問なんです。すいません、木村委員長のおっしゃる意味は分かりますが、そういう中身の話じゃなくて、1ページ目と2ページ目の関連性を理解したいと思っています。■■■■件においては一応、先天異常の可能性があるとかが、可能性も否定できないという表現が記載されているということですよ。その記載されている■■■■件においては、同時に、脳性麻痺発症の原因は不明であるということはもう必ず記載されているということなんですか。

○事務局

必ずしも不明という言葉は使っていないものもあるかとは思いますが、特定はしてない。

○勝村委員

じゃ、1ページ目の、5つに分けていますけれども、例えば1ページ目には、さらに、

先天異常の可能性がある可能性も否定できないということもあり得るという、6つ目の分類としてあったほうが良いということになるわけですか。また違うんですか。

○事務局

すみません、私のお答えが不十分で申しわけございません。ちょっと訂正させて下さい。1ページでの不明であるというのが、下の四角の[]件が「不明である」です。先天異常の可能性があると2ページ目で分類されたものの中には、「不明であるが」という書きぶりの他にも、原因は不明であるが、特定することは困難であるが、先天異常の可能性も否定できないという記載ぶりです。失礼致しました。

○勝村委員

分かりました。

○木村委員長

だから、先天異常に関しては、下の3つのどれかになるわけですね。特定することは困難だけでも、そういう可能性もあるという、あえてちょっとぼかした書き方になっていると。

どうぞ。

○勝村委員

ということは、1ページ目の5つに分けている合計数は、638から[]を引いた数ということですか。違いますか？

○木村委員長

多分この5つが638で、638引く[]が、この鍵括弧の下4つということになるんじゃないですかね。そういうイメージですね。

○事務局

そうです。原因は不明であるという1つ目のものが[]で、残りのものは4つです。638引く[]が、下の4つの記載ぶりです。

○勝村委員

いや、下の4つの記載ぶりを……。

○木村委員長

だから、何かあるけどよく分からんと言っている下の4つが、638マイナス[]。だから、この[]が一番上の鍵括弧です。脳性麻痺の原因は不明であるというふうに結論づけられたものが[]ということになります。

○勝村委員

今の説明では、最後の■■■■件は入ってないんじゃないですか。入っているんですか。

○木村委員長

違う違う違う。

○勝村委員

入っている？

○事務局

入っています。一番上の「原因は不明である」には■■■■は入っていませんが、その他の4つのところに入っています。

○勝村委員

そうなんですか。

○木村委員長

すいません、ややこしくて申しわけありません。

○勝村委員

もう一つ違う質問なんですけれども、いっぱいまとめてもらっていますけれども、2ページでいうところの下の■■■■件で、診療録の記載に問題がある事例というのは、クロス集計した感じで分かるのでしょうか。例えば今いっぱい作っている表の中にそれがあるといえるのでしょうか。■■■■の中の……。

○事務局

今回は、638でということでしたので、638の中でしかやっていません。集計していないので、■■■■件だけの評価や提言のものは今回は出してないです。

○木村委員長

今回の補足資料の2枚目ですよね。

○勝村委員

すいません、何度も。このいっぱい、あるじゃないですか。これ、何件やってくれているのかな。■■■■件。この■■■■件の中に、下の■■■■に分類されているものはどれとどれというのが分かりますか。入っている、入っていないも含めて。

○事務局

■■■■件も入ってます。

○勝村委員

この■■■■件のうち、■■■■件に分類されているものがどれか分かりますか。

○事務局

右側の原因まとめというところを見て頂くと分かるかと思います。

○勝村委員

そこを見て、その表現になっているのがそれだと。

○事務局

はい、そうです。「妊娠、分娩、新生児期に～」という記載ぶりのものです。

○勝村委員

なるほど、それを見たら分かります。

○事務局

はい。

○勝村委員

すいません。ありがとうございました。

○木村委員長

だから、結局ここでざっと数えると、■■■■件ぐらいが、多分勝村委員のおっしゃる、本当に原因不明の中で記載がないから原因不明というふうにされている。これをどう解釈するかなんですが、思ったより少ないと見るのか、これだけあると見るのかなんですが、ただ、戻って頂きまして、この青ファイルの2枚目のところで原因が明らかとされているものの中でも、やっぱり■■■■%が「記載がなく評価できない」。それで、原因不明とされている638件、この638とくくるのがいいのかわかりませんが、その中でも、「記載がなく評価できない」という項目は■■■■%に記載されているということなので、どちらも一定数確かにそれはカルテ上の記載がまずいやつはあるんですけども、逆に記載がないやつがたくさんあって、そういうカルテの記載がないから、ガーベージカテゴリーとして原因不明のところたくさん投入されているということではどうもなさそうな、そういうデータだとは思いますが。

他に。どうぞ、藤森委員、お願いします。

○藤森委員

すいません、膨大な資料というか事例で大変かと思うんですけども、この4つの分け方でよろしいのかなと思っていました。どの群にフォーカスを当てるかは別として、少なくとも4つの群に対して、3ページ以降のデータはやっぱり分類して見せて欲しいなとい

う気がします。そうすると多分、血液ガスの話とか出てきて、いい、悪いとかという話になってくるんじゃないかなと思うんですが、少なくとも3ページ以降の表は、4つの群に分けて見せて欲しいなというのがまず1点です。

僕が今回の分析で提案したのは、この4つの群の一番上に相当するものです。つまり、脳性麻痺に關与する何らかの事象があったとは同定されているわけですよ。何かはあったかもしれないけれども、それが同定できない。じゃ、それを同定するためには、何が行われていたら同定できたのかということを知りたいんです。それが提言になるんじゃないかなと思っているんです。もちろんそれでも分からないのかもしれませんが、ですから、もちろん新生児のこの2つ目の群に当たるものも、何か調べていたら分かったかもしれないというもの、例えば連続のサチュレーションモニターがついていたら分かったかもしれないとかいうものがあるのかもしれないんですけれども、僕が知りたいのは、關与する事象がなかったというのは、これはもう多分色々なことをやっても分からないのかという群で、 の群は何かをすれば分かったのかどうかということを知りたいんです。というのが僕の意見です。この2点。

○松田委員

だから、そのためには、新生児期に起こったグループと同じにすると、例えば、確かに3ページ目以降のやつは全体として必要なんですけれども、その次に必要なことはもう少し分けたほうがいいのではないかと。例えば新生児期に問題があるとする、これ、pHがいい事例とか、アプガースコアがいい事例がここにたくさん含まれているのはもう自明なので、それを一緒にすると一番上の事例とかがぼけてしまうんじゃないかと思って、最初の全体の像を示すことに対しては私も異論はありませんけれども、その次のステップとしてやはり別枠にしたほうがよろしいのではないかとというのが私の意見です。

○木村委員長

いかがでしょうか。

竹田委員、お願いします。

○竹田委員

僕も確認したいんですけれども、大まかにはこれで確かにいいと思います。この一番上の 件というのは、何らかの中樞神経障害があったんだけど、それが分娩のもっと早い時期にあったのと、分娩中にあったのと多分まざっているんですよ。だから、そうすると、原因分析部会にいるときもそうだったんですけれども、この中にはpHが悪いもの

だけじゃなく、正常のものもありますよね。つまり連続モニターしていて、あるときにノンリアクティブパターンがあったけれども、分娩中に戻って行って、生まれたら、アップガーがものすごく悪く、臍帯動脈pHが正常だったというものがふくまれていますよね？

連続モニターしていたから分かっていたようなもので、多分この下のほうの[]件というのは、何もしていないか、何も情報がないから分からないというふうになっているものが多く入っているから、まざっている可能性もないではないとは思いますが、一番分析したいのはやっぱり、松田委員が言うように、一番上のやつが、pHが悪かったやつといいやつでどうだったかというものです。だから、多分、ある時期モニターが悪くて、その後よくなってきたという、その悪いときに何か臍帯の問題があったんじゃないかと推測して僕は原因分析委員会にいるときに原因の可能性を書いています。これをもうちょっと分けてやると、もっとおもしろいかなと思います。

[]件の中にも、原因が何かありそうなものがどれだけ入っているかというのは、別けられますか？pHがいいやつと悪いやつと分けられますか？

○事務局

ブルーのファイルの補足資料に、[]件のpHと生後1分のアップガーがあるので、これで分類するというようなことは可能です。

○木村委員長

ですから、[]の中で、実は血ガスがないやつが結構やっぱりあって、[]しか血ガスがないということで、その中では、悪いものといいものが、これ、7.2で切るのがいいのか、産科医療補償制度のカテゴリーだから7.1で切るのがいいのかどうか、ちょっとそこは分かりませんが、分けてみると、こんな感じになっていたと。このそれぞれの背景を、例えばSFDであるとか、色々なモニタリングとか、色々な背景で切り分けていくことはできて、藤森委員がおっしゃるような、その中でどういうことを気をつけたらいいのかというようなことを、ここから切り分けることは可能かなとは思いますが。

他いかがでしょうか。

○田村委員

よろしいでしょうか。

○木村委員長

お願いします、田村委員。

○田村委員

田村です。私もこの2つ、上と下に分けた場合に、下の■■■■件については、今回あまり議論しても成果が得られる可能性は乏しいし、むしろ一番下の先天異常の可能性があるなんていうあたりは、下手なことをすると、補償の対象になる人を減らしてしまうことになりかねないので、そこを外すことには賛成です。私は、上の分娩開始前に生じた中枢神経障害もちろん大事ですけれども、それと同じぐらい、新生児期の呼吸・循環障害があったが、一応はっきりと原因が同定できなかったという事例については、新生児科医の立場から見ると、その中できちんとこういう検査もしくはこういうモニターをしていれば、原因が分かった、もしくは防止できたんじゃないかというような教訓を得られる事例が含まれている可能性があると思います。以前、蘇生を必要としなくて、それでいて脳性麻痺を起こした事例を分析していったら、母児同室の問題点が浮かび上がってきて、「母児同室実施にあたっての留意点」検討委員会（委員長田村正徳）を今、日本周産期新生児医学会が中心になって立ち上げて、留意点を明らかにして今後の防止策の向上につなげようという動きにつながっています。できれば一番上だけじゃなくて、2番目の新生児期の呼吸・循環障害があったけれどもはっきり原因が特定されていないという事例も分析対象としてご検討頂ければと思います。もちろん一番上の事例とは分けて分析すべきだと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。今2つのご意見が。大体今までのご意見を集約しますと、下の■■■■件に関しては、ちょっとつづくのは難しいかなと。ただ、つづくとしたら、カテゴリーとして、この中で、ものすごく記載が悪くて、それで結局、何も書いてないものは何も分からんという結論になっていないかということのチェックは必要で、それは先ほどのこの補足資料の中でチェックをしてみると、あることはあるんですけども、非常に多いわけではない。それは一定数、原因が明らかなものの中にもあって、原因が明らかでないものの中にもあるということで、特にここが多いというわけではなさそうであるということとは1つここで言えることかなと思います。

ただ、それを減らす努力はしないといけないので、それは提言の1つで、一定数はやっぱりあるんだということは明らかにしてもいいと思うんですけども、多分下の■■■■に関してはそれ以上のことはなかなか言えなくて、そこから先の、先ほど申しましたソーシャルなインタレストとメディカルなインタレストを分けさせて頂くとしたら、むしろメディカルインタレストは上の■■■■例の中にあるだろうというふうな今の取りまとめでよろ

しいですか。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

今、木村委員長がおっしゃった感じが僕も思っていたところで、今色々な委員の方がおっしゃったように、さらに原因不明となっているものは何が原因で原因不明となっているのかということをやっていくということは非常に大事なことだと思うので、ぜひそれを進めて欲しいのがメインの目的なんですけど、一方で、もう一つつけ加えて、やはり記載が甘いから原因不明なんだと書いているようなものがあるんだったらそれはゼロにしたいという、もう一つの目的とが、ちょっと違う話なんですけれども、今回の再発防止で両面、ごっちゃにするとややこしいから、別立てにして出せたらいいなと思っています。

○木村委員長

そちらのほうは、下の■■■■例の中の特に■■■■例の中で……。

○勝村委員

全部が。

○木村委員長

全部のほうがいいですか。

○勝村委員

全部のほうがいいと思います。

○木村委員長

じゃ、全部のほうで、これぐらいの記載がないと。特にイベントの、今回の補足資料で■■■■件の記録が書かれておりますが、その■■■■件の中で■■■■件ぐらいがこの下に入るわけです。残りの■■■■件が上に入ることです。ただ、その中で、もうちょっとこれを簡潔にして頂いて、どこが書いてないから記載がないとされたのかということは結構大事じゃないかなと思うんですけども、そのあたりはいかがでしょうか。

○事務局

補足資料の下のほうの表が、診療録の記載に関して産科医療の質の向上を図るための評価がされた事例及び提言をされた事例の■■■■件のうち、記載がなく評価できないとされた■■■■件の詳細という表の集計表が、どの項目がそういう記載ぶりがあったのかという集計表になっています。

○木村委員長

この表から見てとるに当たって、やっぱり新生児のことは、みんな書けていないとされているのが多いんですね。2枚目の紙の横長の表の下にあるちょっと四角いやつ、診療録の記載に関して産科医療の質の向上を図るための評価がされた事例及び提言をされた事例 ■■■■例のうち、「記載がなく評価できない」とされた ■■■■件の詳細というものがあって、これで見ていると、急遂分娩を主にした処置の事例が ■■■■例、それから、蘇生の方法に関して ■■■■件がそこなので、多分どちらも非常に急いでいる場面だろうと思うんですけども、そこに関する記載がないということが指摘されているというふうなことは、これはやっぱり次に残さないといけないことだと思うので、ここを提言書の1つに、この表をもとに何か文章を作って入れさせて頂くということはいいですか。

○勝村委員

目的としたら、やっぱりあくまでもなくしたいから、提言の内容としたら、ちゃんと書いて下さいしか、今までと同じことしか言えないと思うんですけども、一回り具体的に、こういうことが分からないから、こんなふうに原因不明というふうにされてしまっているというのはやっぱり具体的に出していくことで、特にこういうところをきちんと書いて下さいと言えるようなものがあるんだったら、やっぱり指摘する必要があると思います。

それと、もう一つ質問なんですけれども、確かに大量なので、 ■■■■あるわけですね。つまり、原因不明と言われた六百何十のうち、診療録の記録に関して低い評価を受けているのが ■■■■ですから、六百何ぼだから、 ■■■■あるわけですね。ということですよ。六百何十の原因不明のうち、診療録の記載について低い評価の文言が書かれているのが ■■■■ある中から、「記載がなく評価できない」とされた ■■■■を選んでくれているというのは、確かに今回これで行くかなと思うんですけども、僕は色々読んでいて、記載がないのに、おそらくこうだろうと評価している事例がいくつもあって、僕はそれがちょっと不満に感じるがありました。自分が患者の立場だったら、何で記載がないのにも関わらず、多分こうだろうというふうに想像で書けるんだらうと思うのではないかと感じているようなこともちょっとあって。

もし可能ならば、保護者の人たちが意見を書く欄があるじゃないですか。記載がなく、かつ原因不明となっている事例で、かつ記載が悪い評価を受けていて、それで、原因分析委員会は評価はしているけれども保護者が納得していないような事例があれば、やっぱりそういう事例があるということに関して、記載がないということが非常に制度に対する不信につながるということが表現できたらいいなとも思うので。保護者がたまたま書いてい

るか、書いてないかというのは忙しさや何かによるんでしょうけれども、なぜ、記載がないからきちんと記載すべきと指摘しておきながら、そのことに対して、多分こうだったんだろうというふうに書いてしまうのかというのを、以前に思ったことがありました。

もしこの■件で、間違い、異常にもやっぱり何か、一定、これだけ原因不明と書かれているうちの半分近くが記載に関して低い評価を受けているという状況は、やっぱり制度として非常に信頼に対しても危ない状況だという認識のもとに何らかの提言を僕はすべきだと思っています。

○木村委員長

ありがとうございます。

事務局いかがでしょうか。保護者の反応というか、被保険者の反応みたいなことは調べられますか。

○事務局

1つよろしいでしょうか。A3の、1枚めくって頂いて、758番とかは、母児同室の詳細について診療録の記載が不十分であり、診療録上からは評価できないという、記載ぶりで、一方、家族から見た経過によればと、家族から見た経過から、もしそうであれば医学的妥当性がないだとか、そういうような記載もしていますので、記載がないけれども良い・悪いとか、記載がないので評価しないとか、そういうことではなくて、ある情報から判断もしますし、家族からの意見も入れています。

○勝村委員

概ねそうだと思うんですけども、僕の記憶に残っているやつなんかでは、そうじゃないような原因分析も若干ある。そこは委員の人たちが重要視されていないということがあられるかもしれないんですけども、この点がよく分からない、この点が記載が不十分だから分からないけれども、おそらくこうしていただろうみたいな形で書いてしまっているものもあるのはあるんです。つまり、「記載がないから評価できない」と原因分析報告書には書かないで、記載がないけれども多分こうだったろうというふうに推測をして原因分析をしてしまっているものも中にはあるので、そのあたりもよくないなと思っていたこともあって。

確かにこれは今感想として言ってしまいましたけれども、それを事務局にどうしてくれ、ああしてくれというのは難しいかもしれませんが、一方で、原因分析報告、保護者からの意見がもし一覧になっているのならば、僕はしておくべきだと思うんです。保護者から意

見が出ているものが一覧としてデータベースにあるんだったら、原因不明とされている中でそのことに関して書いているものがあれば、保護者の声も再発防止に生かしていくべきなので、記載が不十分だったから原因不明とされたことに対して保護者が何らか意見を言っているということがあれば、知りたいなと思ったということです。その場合は、「記載がなく評価できない」と原因分析委員会が書いている、書いてないに関わらずやったほうが良いとは思っているということです。

○木村委員長

そこは何かそういう保護者の意見に関して、原因不明が納得できないみたいなことを書いていることをソートすることはできますか。それはちょっと難しい？ 具体的にやるとしたら、逆に、これ多分おそらく600例全部やるのは非常に困難なので、まず手始めにこの■の中で、結果が分からないという意見に対しての保護者の反応みたいなのをまずこの■で見せて頂いて、その次に、何かもしも非常に大きいそごがあるようだったら、もう少し次に進むみたいな形でいかがでしょうか。六百何ぼはちょっとつらいような気がしますので、そのあたりでちょっと1回……、荻田委員、お願いします。

○荻田委員

すいません、荻田です。僕、これ、資料をもらったときにざーっと、すごく乱暴なんですけれども、有意差がないかどうかの検定をやってみて、フィッシャーのt検定をざーっとやってみた中で、周産期事象、この3ページからのやつをずっと見てみたんですけれども、ほとんど有意差がないんですが、1つ、分娩機関というところに軽い有意差が出る場所があります。病院分娩の■%が原因が不明であるというにも関わらず、診療所分娩の■%が原因が不明であるというところに有意差が出たんです。

それは勝村委員がおっしゃっているように、記載の問題なのか、あるいは例えばpHが計測できていなかったのかというのは、この4つのカテゴリーをこの中でどれぐらいの頻度があるのかということを見ることであると出るのかなという気もするので、最初に藤森委員おっしゃったように、その部分は、そんなに難しくないのであれば、分娩機関と、それから、原因不明の割合ということについて、この4つのカテゴリーでちょっと出して頂ければ、もう少し理解が深まるのかなと思います。

○木村委員長

今のことは行けます？ 大丈夫ですか。例えば分娩機関によって、例えば病院のほうが少し原因不明の比率は低くなっているわけですね。診療所のほうが高いと。そのときに、

来ているデータの差みたいなことは出せますかね。例えばpHが来ている、来てないが、病院は何件、診療所は何件とか、アップガーが記載されている、いないで、病院は何件、診療所は何件みたいなそういうような切り方で、いくつかのパラメーターで切ることはできますでしょうか。そういった感じの話でいいですか。

じゃ、小林委員、お願いします。

○小林委員

今の話の追加ですけれども、搬送された件を除かないと。搬送されるというのは、多分、分娩の近傍で異常事態があったということで搬送されている可能性が高いので、そうすると、病院のほうに偏りますので、そこをちょっと区別して。搬送されたものを除いて、クリニックと病院で検定するかとか、少しいくつか場合分けしてやったほうが良いと思います。

○木村委員長

分かりました。

○小林委員

搬送された件は多分、かなりがもう分娩時の異常が発生しているので搬送されているので、それを病院に入れてしまうと、クリニックのほうに相対的に原因が明らかというのが減ってしまうのかな、割合に影響しますので、そこをちゃんと区別して分析して下さい。

○木村委員長

出生場所ですね。出生場所が病院であって搬送なしの、要は、自院で管理していた事例と、診療所で自院で管理していた事例ということでいいんですか。

○小林委員

そうです。多分3ページの分娩機関は最終的な分娩場所なので、クリニックから病院に搬送された事例は病院になっていると思うんですね。

○木村委員長

じゃ、ちょっと面倒だけど、その2つの場合を分けてもらおう。多分、原因不明に関しては、あんまり搬送されていない可能性があるんですね。原因不明だから、イベントないと思っているから。だから、そのあたりも加味して、一度そういう観点からデータを出してもらおうと。提言というか、もっとこういうところでこういうことがされないですよみたいな提言はできるかもしれないですね。

○小林委員

もう一件なんです、上の[]件に絞って分析する方向で私もいいと思うんですが、下の[]件は、先ほど委員長が「社会的な」と言いましたが、社会的では多分ないと思います。むしろいわゆる陣痛が始まった以降に異常が発見できなかったということであって、例えば妊娠の管理期間中にもしかしたら何らかの異常があって、それを引きずって分娩にまで影響しているのかもしれないんですが、この制度では分娩機関以外のデータは出す必要がないので、だから、分析できない可能性もありますし。だから、そういう意味では、[]は、分析資料がある意味で十分じゃない。妊娠期間を全部追えてない事例がかなりの割合入ってきている可能性があります。あるいは、分析してないかもしれないし。ですので、別の名称がいいと思います。社会的な要因というふうにくくるのはミスリーディングだと思います。

○木村委員長

すいません。社会的というよりも、カルテの記載上の問題がどうなっているかというようなことは、ここの中が一番そういう可能性があると思われるところなのでという意味になる。社会的という言葉はもちろん第9回再発防止に関する報告書では使わないように致します。

○勝村委員

もう一ついいですか。

○木村委員長

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

この[]件まとめて頂いたやつの1ページ目の下の、例えば今、急いで目を通してはいるんですけども、1205とか1206とかは、脳性麻痺発症に関与する事象を認めずというふうにとっちも書いているわけですね。「事象を認めず」と書いていたら、事象がないかのように思うんですけども、その「事象を認めず」の意味が、やっぱり記載がないから分からないと。吸引分娩もやっているし、オキシトシンもやっているけれども、記録が残ってないから分からないということを、「事象を認めず」と書いてしまっているわけですね。「事象を認めず」はイコール、イベントがなかったというふうにも言い切れないような感じも若干するといえはするんですけども。

○木村委員長

いかがでしょうか。

○事務局

事務局から失礼します。補足ですが、おそらく1205の場合は、事象認められずという判断は、吸引の記載はないですけれども、CTGで胎児機能不全の状態がないというようなことが多分背景にはあると思います。ですので、医学的評価のところ「記載がなく評価できない」といったことに関しては、指摘されたことに関して記録はないけれども、原因分析はできているということからしますと、他の、その記載以外の所見で胎児の状態はよかったとか、そういった判断が下されてこのような記載になっていると推測されます。

○木村委員長

個別のことになりますと、一つ一つの原因分析に戻らないといけないので、それはこの範疇とは外れてしまうと思うのですが、むしろ今回のメッセージで分かった、委員長が意見言うのはあまりよくないのかもしれませんが、私の印象としては、やっぱり非常に急性期の状況、すなわち、急遂分娩と、それから、新生児の蘇生に関しての記載がされてないことが多いんだなということが分かったので、その情報を再発防止としては提言するということが、今回分かった中では一番、特に診療録の記載に関しては大きいことではないかなという気は致しました。

そういうような切り口で、それとあともう一つは、むしろ上の■■■■で何を今度は絞っていくかということで、先ほどちょっと荻田委員がおっしゃって頂いた、分娩場所によるのが……。これは先生、原因不明と原因が明らかなの、638対968を比べたときに、その差が出ているということですね。

○荻田委員

はい、そうです。

○木村委員長

そういう切り口でその差をもう少し深く掘ってみて頂くと。さっき言っていたような様々な指標があるか、ないか。これもカルテの記載にもつながりますが、様々な指標があるか、ないかということをも場所別に掘って頂くのがいいんじゃないかという意見が1つございます。

藤森委員がおっしゃっておられた、もっとこれを足すべきだと、もっとこれがあつたら何か分かるんじゃないかということ調べていく、あるいは何か提言するために、どのような資料をむしろ出して頂いたらいいでしょうか。

○藤森委員

私お話ししていて、事務局がどれだけ把握できるかというのを若干心配してはいますね。例えば診療録、カルテの記載というのは1つのことで、同じように、例えば胎児の心拍数のモニタリングをしていないから分からないとか、連続モニタリングをしていないから分からないとか、そういう記載があるのかないのかというのを心配するんですね。それが書いてあるのであれば、簡単に言えば、連続モニタリングすべきところでしてないから、これはしなさいという単純な提言ができると思うんです。同じように、血液ガスを調べていないので分からないから同定できないということが書いてあるのかどうかというのがちょっと心配に感じます。それから、胎盤病理なんかも同じだと思います。

この3つにプラス、あと、カルテ記載ということがすぐぱっと浮かぶものなんですけれども、それ以外に何があるか分かりません。あとあるとすると、例えば分娩進行度の評価がされていないので、例えば内診されていないので評価できないとか、そういう記載があるのかどうかというのをちょっと心配するんです。それを六百何件か、もしくは■■■■件でしたっけ、全部見てもらえるのかどうかというのを少し心配しておりました。

○木村委員長

そのあたり、事務局的にはいかがでしょうか。それは拾えそうですか。

○松田委員

松田ですけれども、関連の指摘です。前回は指摘しましたように、胎児発育不全という切り口で、ここでいえば、LFDという切り口で、まずこの原因不明の4つのグループを見た場合に、例えば新生児期の呼吸・循環障害がLFDに多いとか、先天異常の可能性はここはLFDが多い可能性は十分あると思うんですけれども、そういったところがはっきりとしてくるのではないかと。

それから、3番目の■■■■例の中で、原因は不明であるとは書いてあっても、実はこの中にLFDがどのぐらいいたのかということも明らかにするという意味もあります。それから、最初の■■■■人についても、pHがよくて、アプガースコアがいい事例が、今ざっと見ると■■■■%、■■■■割あるんですね。その■■■■割の中でも、相当数のLFDがあるということが分かれば、妊娠中からのFGRの管理についての提言ができるかもしれないなということをお思いますので、体重と胎盤とかということと一緒にまとめてレビューできれば、非常に有益な情報になろうかと思えます。

○木村委員長

ありがとうございます。

金山委員、お願いします。

○金山委員

切り口という観点から、参考資料の最初のpH、■■■■■件のうちで、7.2以上が■■■■■件で、7.2未満が■■■■■件とありますけれども、7.2未満は臨床的にある程度、CTGを見れば、転帰が予測される場合も結構多いと思います。ですから、この7.2以上の■■■■■件に関して全例CTGを見てみるというのは、大変かもしれませんが、■■■■■件だったら、手分けしてやればCTGパターンの解析が可能と思います。気になるところですのでぜひやって頂ければと思います。

それから、新生児期の蘇生の問題と切り分けるというよりは、やっぱり分娩2期と新生児の状態は非常につながっていることも多い事例がありますので、その切り分けのところで、最初の■■■■■件のうちの■■■■■件と新生児期呼吸・循環障害の■■■■■件は分けなくてもよいかとおもいます。私は、CTG等で連続してこの2つのグループの事例、■■■■■件のうちpHが明らかに7.2以上のものを解析していくと、何かおもしろい視点が見えていくんじゃないかなと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。これは、でも、誰が読むかという問題がちょっと出てくるとは思うんですが、確かに■■■■■で読めないことはないなという気はしますが。

○藤森委員

ワーキンググループで。

○木村委員長

ワーキンググループ的にそういうのを立ててみるというのは、むしろリサーチのネタとしては非常におもしろい話で、これもぜひ、私もこれは非常に興味があるのですが、それをこの再発防止のところでやってしまうと、多分それだけで日が暮れてしまって、なかなか話が進まない気もするので……。

鈴木理事、ワーキンググループを立ち上げるとかというのは、またこれはどこか別のところで議論して頂くことになるんですか。

○鈴木理事

ワーキンググループの中でプライオリティを決めて頂いて、適当ということになれば、やって頂くことにはなると思います。

○木村委員長

今その委員に入って頂いている先生は、藤森委員ですかね。

○藤森委員

入ってます。ですから、いくつかこちらから提言して、こういうものを調べて欲しいというのが毎回出てくるんです。その中で、じゃ、これやりましょうかという話になりますので、お話の、今のpH7.2以上のモニタリングの解析ということに関しては、ワーキンググループに提案して頂いて、そちらに採用されれば、多分解析に回るんじゃないかなと思います。

○木村委員長

金山委員、いかがでしょう。そういう感じでちょっと細かく1回見てもらおうという。これ、かなり専門的にやっぱり見てもらおう必要があると思いますし。

○金山委員

そうですね。可能だったら、この■■■■例、ぜひ内容を知りたいです。

○木村委員長

じゃ、藤森委員経由で1回ご提案をして……。

○藤森委員

多分、事務局がちゃんと書いておいてくれて、出してくれると思います。

○木村委員長

分かりました。

○藤森委員

先ほどの私の質問に対する答えをちょっと。

○木村委員長

どこまで出せますか。

○藤森委員

見られるでしょうかという話ですけれども、どこまで書いているか僕ももちろん全部把握してないんですが、書いてありますかという質問です。そういうことをしていれば分かったかもしれませんねという。胎児心拍数のモニタリングを連続でやるべき事例に対してしなかったの、これが分からなかったんじゃないとか、pHをはかってないから分からなかったんじゃないか、胎盤病理をやってないから分からなかったんじゃないかとみんな書いてありますかという質問なんです。

○事務局

事務局から失礼します。何々していればこうだったかもしれないというのは、あくまでも推測になるので、原因分析ではそのような記載はしないんですね。

○藤森委員

じゃなくて、何々をしていれば分かった。たればでは書いてないですか。

○事務局

たればは基本的に。

○藤森委員

書いてない？ してないから分からないという記載はないんですね。

○事務局

ただ、例えば肝のところの部分の情報がないという場合には、多くは、医学的評価、ここについて記載がないのは一般的でないというような書き方をしていますので、藤森委員が目的とするところを考えると、今、補足資料でも示しています例えば■■■■件。診療録の記載に関して産科医療の質の向上を図るために評価がされた事例及び提言された事例のこの表ですね。その下に、記載がなく評価できないとされた■■■■件、これは実際に原因と絡んでいないような場合もあります。ですけど、もし原因に、非常に肝となる部分で情報が足りないというのであれば、ここに入っている可能性はありますけれども、それ全部が全部ではないと思います。

○藤森委員

第1回再発防止に関する報告書のときの■■■■例の中の、僕の記憶なんですが、助産所の事例で、全くモニタリングがされてないので、生まれてみたら新生児仮死で蘇生できなくてというようなことがありますよね。例えばああいう事例は、連続モニタリングをしていれば胎児機能不全が分かったかもしれないので、やりなさいという提言ができますよね。だから、今ばっとお話をしていて■■■■例それが思い出されたんですが、多分■■■■例のときに■■■■例入っていますから、今1,606件になっていて、かなりの事例が、そういうふうを書いてあるものがあるんじゃないかなという気がするんです。ここだと■■■■のうち■■■■つしかないですよ。■■■■例しかないということはおそらくないんじゃないかなと思うんです。

○木村委員長

その辺りをどういう形で切り分けるかというのは非常に難しいと思うのですが。

なかなかこれ、多分收拾つかないなと思ったらやっぱり收拾つかないので。非常に難しいので。分かってきたことは、1つは、原因が明らかではない、特定困難とされる事例が

638であったということと、それから、それは2群に分かれていて、■■■と■■■の切り口があると。1つ、この中も含めて、診療録の記載に関して、診療録でもう少し記載されていたらもっと色々なことが分かったかもしれないというふうな書きぶりで非常に劣っている、これがないから評価できないとされたものが■■■件あると。その■■■件の中で、具体的などこのポイントがおかしいと言われたのはこれだけある。これは1つ書けると思いますね。

それからあと、テーマの選定として、今までのご意見をまとめますと、やっぱり新生児のところは見たい。新生児の蘇生の問題が何か提言できないかということで、この■■■件はもう少し深掘りをしたい。それから、分娩開始前に中枢障害が起こった、あるいはいずれかの時期で何か起こったとされる■■■件を深掘りしたいということに関しては、委員の先生方よろしいでしょうか。一応、だから、深掘りをするのは、このところを深掘りしたいということです。

その次に、これがまた難しいのですが、その因子の中で、こういった検査がされた、されない。どの検査の項目をされた、されないを分けるかは、藤森委員とかに決めてもらってもいいと思うんですけども、こういう検査がされていた、されていない。例えば連続モニターがされている、されていない、pHがはかられていた、はかられていない、アプガーの記載があった、ないというふうなことで、■■■件と■■■件を比較検討する。どれぐらいの割合でそういったことがあったかどうかということを見るということですかね。

○藤森委員

ここに血液ガス実施あり、なしというのはあるんですけども、結局、ごめんなさい、何度かお話ししていますけれども、はかられなかったことが分析できない理由の1つになっているかということなんです。はかられてなくても、これは明らかにアプガースコアも悪くて新生児仮死でしょうというのであれば、それは原因不明にならないですかね。すいません。なので、原因分析委員会のほうで指摘されているかどうかということが、血液ガスをはかれていないからこの事例は分からないというふうな記載が本当にあるのかというのを全部ひっくり返してもらって見て欲しいなというのが僕の気持ちなんです。

○木村委員長

それはできますか。要は、評価の中で、これがあつたら、もっと分かったのにみたいな評価があるかということですね。

○藤森委員

ないですか。

○事務局

ないですね。

○木村委員長

そういう書かれ方はしてない？ あくまで与えられたデータの中で分析をしているというスタンスであれば、なかなかその記載は難しいかもしれない。

○藤森委員

あと、書いてなくても、先ほどお話したような助産所の事例のように、明らかに、読めば、これはモニタリングをされてないから判断できないと。多分あれも医学的評価の中には、モニタリングされてないから評価できないと書いてあったかどうか分かりませんが、そういうことは、読んでこちらで解釈するのはよくないのかもしれないです。僕が知りたいのは、何度も言っていますけれども、原因不明になってしまっている理由をやっぱり知りたいんです。だから、それが検査で解決できるのか。皆さんが努力すること、カルテの記載も含めてですけれども、検査をすることによって解決できるのかということを知りたいんです。

○木村委員長

その切り口は考えさせて頂かないと。どこから拾えるかちょっと検討させて下さい。すぐその検討ができるかはなかなか難しくて。むしろ数字的なことで、例えば松田委員のおっしゃっておられたSFDの比率とか、そういう数字で出るのは割にすっと出ますので、そこは1つまた次やって……。

○藤森委員

すいません、しつこくて申しわけないんですけれども、もしFGRをやるのであれば、もちろん比率を出してもらうこともそうなんですけれども、妊娠高血圧症候群のときの再発防止に関する報告書の中に出てくるような事例のように、分かっていたか、分かってなかったのかというのも、あれは分かってなかった事例が記載されているんですけれども、生まれる前にFGRだということが分かっていたのか、分かってなかったのかも、できるのであれば。だから、推定体重出すときに注意しなければいけないと思うんですが、そういうのも可能であれば。ちょっと大変かもしれないんですけれども。

あれもはっきりFGRは指摘されなかったというようなことが医学的評価の中には多分書いてなかったと思うんです。ただし、経過を見ると、診療所の先生は、胎児はグロース

しているということを確認しているんだけど、実際来てみてやってみたら、その推定体重よりもずっと小さい子が生まれているというのが書いてあるわけです。そこまでできるかどうかというのも少しありますけれども、そこまでやらないと、例えばFGRの比率だけ、確かに原因不明の中にはFGRの子が多いというのもいいんですが、FGRかどうかlight for dateの子供が生まれてくるのかというのは、それは予測できることなのか、できないことかということも多分あると思うので。

○木村委員長

要は、そう思って管理していたかどうかですね。

○藤森委員

そういうことです。

○木村委員長

赤ちゃんが小さいと思って管理していたかどうか。これは一律に書けるかどうかは分からないですけれども。

○松田委員

次のステップかもしれません。先生、今回はすいません、ちょっとミスリードして。

○木村委員長

何かこんな教訓的な事例みたいなことがあったときに、FGRが問題になってきたら、その教訓として、そういったことがあらかじめ分からないで管理されていた事例でこんなことになりましたみたいな。

○藤森委員

妊娠高血圧症候群の中の教訓の事例で出ている事例なので、それはちょっと出ているから。

○木村委員長

だから、何か事例を出すときにそういうことをちょっと意識してもらうのが一番いいかなど。

松田委員、お願いします。

○松田委員

3番目の[]例の原因が不明とありますよね。私も繰り返し言っているんですけども、この中にLFDが含まれていたにも関わらず、それは脳性麻痺の原因の1つなんですよ。けど、私も原因分析委員会にいまして、最初のころは、胎児発育不全というキー

ワードは出てこなかったんです。それは原因分析委員会がだんだん事例を重ねるにつれて、やはりこれもあるなというところが歴史的に出てきたので、後半のほうはかなり胎児発育不全、LFDという言葉がクローズアップされている可能性はあるんです。

だから、この■■■■例の中でもし仮にLFDが10%もし含まれていたとすると、その10%、■■■■例の事例はLFDが原因ではないのかということがあるのかないのかというのは、これは原因が不明かどうかという問題にもつながってくるのではないかと思うんですけれども、いかがでしょうか。

○木村委員長

そうしますと、ここの先天異常云々のカテゴリー以外のところで、まずその比率を出してみないと分からないので、それぞれの中にLFDとか、あるいはpHがないとか、様々なモニターがないとかいうようなことがどれぐらいあるかという、これ、3つのカテゴリーでまず出して頂いて、そこの数字を見てから考えましょうか。その基礎データがまずないと、何とも言えないので。

今、5ページ目のところで、いっぱい調べて頂いて、これ、本当によかったと思うんですけれども、このいっぱい調べて頂いた項目を、申しわけない、もう一回サブディバイドして頂いて、原因不明の中で、先天奇形を除く1群、2群、3群の中でこれらのパラメーターがどうなっていたかということをもっと出して頂くと、もうちょっと議論が進むかなと思いますが、できる？

○事務局

事務局から失礼します。そうしますと、この4分類、■■■■件、ここはまず外してよいことで？

○木村委員長

外していいです。ここはもう皆さんよろしいですかね。ここをつつくとややこしくなるので、ここは一応外してということで。

○藤森委員

基本データはあってもいい。

○事務局

基本データは。

○木村委員長

4群に分けて、だから、この表の縦軸が4つになる。原因不明の中で4つのカラムにな

る。

○事務局

3 ページの内容について、4 群はできます。

○木村委員長

それできますか。では、まずそこを基本のデータとして頂いて、あともう一つの切り口が、病院と診療所でということなので、その中でこの検査、あり、なしみたいなことを、代表的なものでいいので切り分けて頂いて、そこで差があるかどうかというのを1回検討してみることは、これは可能ですか。病院と診療所でいくつかの。

そしたら、ちょっとまず、そこら辺の基礎データを見てからまたもう一回考えましょう。そうしないと、多分話の收拾がつかないので。

それで、田村委員のご意見の、新生児の蘇生の過程とかに関して、多分蘇生はあんまりされていないんだらうと思うんです、ここの場所は。なので、そこだけを、あと、もう少しどう切り口で、何かデータがここ以外に要るかというようなことはございますか。

○田村委員

この表からみると、ALTEの可能性があるとということと、呼吸循環不全の原因が特定できてないという分類だけですから、ALTEの基準に合っているものとそうでない事例を分けるということぐらいでいいんじゃないかと思います。

○木村委員長

そしたら、それはこの■件の中でということによろしいですか。

○田村委員

そうですね。

○事務局

失礼します。ALTEの可能性があるとされたのは■件です。

○木村委員長

じゃ、ちょっとそのあたりの、出生時のデータは多分こっちで出てくると思いますので、例えばLFDがあったとか、pHがどうだったというようなことは、ここの事例の5ページ目の縦長の表の、原因不明の638がカテゴリーが1、2、3、4と分かれたときに、もう少しそこで色々なデータが出てくると思いますので、それと、ALTEとかのことがリンクするかどうかで、そこだけ別表で切り出して頂いて。

○事務局

ALTEを除くということですか。

○木村委員長

いやいや、ALTEの■■■■例とALTEがない■■■■例で、この表のカテゴリーをもう一回作ってもらうというようなことで何か関連性があるものが浮かび上がってくるかもしれないというようなことで、とりあえずまずそこまでをして頂いて、次考えるということでしょうか。ちょっと時間の関係で一旦ここら辺でこの議論は……、小林委員、お願いします。

○小林委員

事務局の負担を増やして申し訳ないんですが、一応分析対象外ではありますけれども、下の■■■■件のうちの■■■■件、妊娠経過もろもろですけれども、ここは妊娠経過に本当に異常がなかったかどうか分かるんですか。つまり、妊娠経過で例えば切迫早産とかがあって、その後何もなくて、生まれてみたら脳性麻痺だったというのはこれに入るんですか。あるいは、妊娠経過中の記録は全くないと。つまり、分娩機関と妊娠経過をチェックしている医療機関が別で。それはここに入ってしまうとなると、この文書自体がちょっと正確じゃない印象がありますので、もう少しここは、本当に妊娠経過に何もなかったのか、分けたほうが良いと思います。

○木村委員長

多分、搬送とかになると、前の情報がないというようなことで、前の情報は多分、普通は、でも、書いていると思うんですけどね。

○小林委員

でも、伝聞情報ですね。

○木村委員長

伝聞です。ただ、切迫早産で管理されていたとかいうヒストリーは一応分かる。

○事務局

合併症の有無は分かります。

○木村委員長

要は、妊娠経過中の合併症は分かる。じゃ、それも調べられたら、そこも。

○小林委員

例えば切迫は多分、脳性麻痺の原因とはされないですよ。だから、それは、そうすると、ここには関与しなかったということで書かれますけれども、事実としてはそれは正確

ではないですよ。

○木村委員長

妊娠経過に異常があったという事実にはなるけれども、それは原因とはされていないというカテゴリーですね。

○小林委員

そうですね。

○木村委員長

じゃ、そこら辺もまた書けたらそういう感じで。

○小林委員

だから、むしろ情報が分からないということを書いてもらえればいいと思うんです。経過中の情報は正確には分からないということと、正確に分かっていて、問題なかったというのをここで分けて欲しいんです。

○木村委員長

じゃ、そういう切り口で1回考えてみて下さい。ここは表題だけの問題になるかもしれませんが、そういったものがどれぐらいあるか。

大丈夫？

○事務局

次回にこれらの意見への対応を全てお出しできるという約束はできないんですけれども、可能な限りということではよろしいでしょうか。

○木村委員長

そうですね。もちろんこれ、拾えるデータと拾えないデータがあると思うので、無理なものは無理と言って頂いていいと思います。これ全部、多分やっても収拾つかなくなるのは目に見えていますので、これ、申しわけないですけれども、分かることから何か言うというのも大事な態度だと思いますので、全部を分かろうとするんじゃなく、分かることから何かを提言するというスタンスで行かないと、最後多分もたないような気も致しますので、その辺はまず出せることをちょっと出して頂くということで進めたいと思います。

すいません、またこれはまだまだ続く話なので、今回はここら辺でこの議論は一旦止めて頂きまして、まだ話をしないといけないことがございます。胎児心拍数陣痛図についてということで、こちらテーマとして選定されておりますので、この説明を事務局のほうからお願い致します。

○事務局

それでは、本体資料と資料2をお手元にご用意下さい。

まず、本体資料1ページをご覧下さい。胎児心拍数陣痛図についてというところですが、こちらにテーマ選定時の主なご意見をまとめております。

○判読が難しい事例とはどのようなものであるかを繰り返し示すことで再発防止につながるのではないかと。

○吸引分娩実施の事例で、NRF Sとなってから児娩出までの時間的な要因を見るのはいかがか。胎児頻脈がある事例では、一過性徐脈がないにも関わらず児の状態が悪い事例もあり、胎盤病理組織学検査で炎症やCAMがあることが分かる事例もあるため、胎児頻脈を呈した事例を取り上げてはいかがか。

○医会の分析では、局所麻酔中毒が原因で母体死亡となった事例が■例ある。このような事例については母体管理をすれば脳性麻痺発症は回避できるため、母体の状態が悪化すると児にも影響があるということを示したい。

以上のご意見を踏まえまして、脳性麻痺の主たる原因が母体の呼吸・循環不全及び子宮胎盤循環不全とされている事例についての資料をご用意致しました。資料2をご覧下さい。脳性麻痺の主たる原因が母体の呼吸・循環不全及び子宮胎盤循環不全とされている事例のうち、母体の急変時に分娩監視装置が装着されていた■例についてまとめております。また、机上のタブレット端末で、資料2の■例につきまして、分娩当日の胎児心拍数陣痛図をご覧頂けます。

ご説明は以上です。ご審議お願い致します。

○木村委員長

ありがとうございました。この中で、判読が難しかった事例に関しては、何回も繰り返しお伝えすることは日本の産科医療の質の向上につながるのではないかとという意見がございました。それから、今回、あとまた、この判読についてという案がございました。そっちはそこでいいですか。判読についてというパンフレットのところで難しい事例をまたちょっと出して頂くのはこういった事例でいいかということも、これは後でご審議頂くとして。

もう一つの、胎児心拍異常が出たときは実は母体が悪いからだというようなときはどうなっているのだということも教訓になるだろうということで、ここにCTGを順番に出して頂いているんですが、後でご覧頂いて、こういったことを何か述べていくのがいいのか。

これ、結構長いので、なかなか見るのは難しいと思うんですけども、こういったことを何か言うのがいいのかどうかということも含めて、胎児心拍数に関しまして、何かご意見頂けますでしょうか。

金山委員、お願いします。

○金山委員

■例中■例が羊水塞栓ということになっています。羊水塞栓というのは子宮あるいは母体の循環の血管攣縮が初発症状ですので、やはり胎児機能不全の1つの原因として、母体の循環不全があるということですね。その中に主たる原因に羊水塞栓症があるということは、何かコメントあるいは提言できると思います。

胎児機能不全というと、臍帯因子と胎盤因子あるいは胎児因子というのがよく言われていますけれども、それ以外にこういう母体の循環不全すなわち前置胎盤とか硬膜外麻酔はおそらく低血圧があると思います。そして羊水塞栓はおそらく血管攣縮による子宮循環不全によるハイポキシアだと思います。こういう母体の循環不全による胎児機能不全がありますが、そういう事例があるというのを提言するのはいいんじゃないかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

他にご意見いかがでしょうか。

はい、松田委員、どうぞ。

○松田委員

最初のころに母体の挿管困難というのがあったと思うんですけども、それはこの中には入っていないんですね。

○事務局

急変したときにCTGがある事例だけを今回抜き出しているのですが、そのような事例はあるかもしれません。

○松田委員

その事例、はっきり私覚えているんですけども、全身麻酔、挿管困難でというのがあ
るから……。

○木村委員長

帝王切開のときですか。

○松田委員

そうです。

○木村委員長

そしたら、普通、CTGつけてませんもんね、そのときね。

○松田委員

うん。かなり麻酔を担当された先生がばたばたしていたというのがあって、結局、原因分析には麻酔科の先生のコメントをたしか用意したと思う事例ですけども、それもモニタリングがなくても、それも母体の呼吸・循環不全に伴う事例じゃないかなと思っているんです。

○木村委員長

ありがとうございます。今回の話として、一応、金山委員おっしゃったように、CTGが悪くなったときに、赤ちゃんだけが原因じゃないですよというようなことを、CTG側から言えたらいいかなと思うので。もちろん松田委員のおっしゃるの、少し……。

○松田委員

そうすると、羊水塞栓はこれ以外にもあるわけですね。羊水塞栓というのは、CTGがされてない事例もあるわけですね。そうなってくると、母体の循環不全が全体で何例あったか、その中でCTGがあったのが何例あったかとするほうが、母体の循環という大きなくくりの中ではそのほうがより分かりやすいと思います。

○木村委員長

じゃ、そういう情報はありますか。

○事務局

■■■■例です。

○木村委員長

■■■■例ある？ だから、■■■■例の中で、■■■■例がたまたまというか、急変が起こったときにCTGがついていたということは表に出たほうがいいですね。そこからの教訓というのは、そういう表の出し方がいいかなというご意見です。

他にご意見いかがでしょうか。

はい、お願いします。

○藤森委員

すいません、その■■■■例はぜひ、原因と思われる疾患名も挙げて頂きたいんです。もちろんそうだと思うんですけど。例えば前置胎盤の大量出血とかも入っているんですか。

○事務局

入っています。

○藤森委員

入っていますか。それによる母体の低血圧みたいな？

○事務局

それも入っています。

○藤森委員

入っていますか。それから、このタイトルなんですけれども、母体の呼吸・循環不全により子宮胎盤循環不全とされたという解釈でよろしいですか。「かつ」だと、子宮胎盤循環不全というのは多分他の病態でも起こるので。タイトルのつけ方なんですけれども。母体の呼吸・循環不全による子宮胎盤循環不全とされた事例ということでよろしいですよ。

○木村委員長

イベントの原因がこれだと推察はされているというか、多分これだろうということですね。

○事務局

羊水塞栓とか、母体の呼吸停止とか循環が悪いというようなものは母体の呼吸・循環不全、前置胎盤の出血などは子宮胎盤循環不全と原因が分かっていたので。

○木村委員長

ただ、何かのイベントの前に大きな母体のイベントがあったということに関しては一定するので、ちょっとこの書き……。

○藤森委員

例えば妊娠高血圧症候群があって、子宮胎盤循環不全になって、FGRになって、胎児機能不全になってというのは入ってないわけですよ。

○事務局

入っていないです。

○藤森委員

ですから、これはつながるわけですよ、ここ。

○木村委員長

だから、例えば急激な母体の呼吸・循環不全が起こった場合が脳性麻痺の原因とされた事例の中でCTGの異常があったものという、そういうくくりですよ。そこは今とっさ

にいい日本語が思い浮かびませんが。

はい、お願いします。

○松田委員

すいません、確認です。これは出血の事例が最後の8、9ですよね。これ、文言ですけども、前置胎盤、低置胎盤の剥離とあると、普通、赤ちゃんを出した後に剥離したんじゃないかと思うから、前置胎盤、低置胎盤による出血というほうが分かりやすいんじゃないかと思います。

それで、これは常位胎盤早期剥離の事例は、もう原因がそうだから、それとは違うわけですね。そうすると、もっと親切なのは、常位胎盤早期剥離以外の、もしくは「除く」と書くほうが非常に分かりやすいかと思います。

○木村委員長

じゃ、そのあたりコメントをして。前置胎盤による出血というのが一番分かりやすいかもしれないですね。産科の現場の人間からすると、前置胎盤の出血というふうなのが分かりやすいかもしれない。

ここでちょっとおもしろいなと思ったのは、iPadで5番のCTGをご覧頂きますと、結局は切迫早産管理中の羊水塞栓というふうにされていたわけなんですけど、この5番は、最初ずっとリアシュアリングで、収縮が来ながらリアシュアリングが来ていて、ずっとめくって行って頂きますと、途中でVariabilityなくなって、ドーンとあと落ちて、落ちた後がまた延々と続いているんですね。その間にバイタルが1回しかはかられてないように見えるんです。というようなことが教訓に、多分この次ぐらいにもう一回バイタルをはかったらもっとぐちゃぐちゃになっているだろうと思うような事例が、こういうのがいい教訓ではないかなと私、個人的には思いながら見ておりました。

見られますか。ふたを閉じてしまうと電源が切れるらしいので、ふたは閉じないで下さい。

そういうような、そういうことが教訓的なことかなというふうな解釈で言っていますが、これ多分全部出してしまうとこんなの冊子にならないので、こういったことがありますよという、金山委員おっしゃるようなことも含めて、CTGが落ちたときに、バイタルも見て下さいねというふうな話になるかなという、そういう印象のものでございます。

いかがでしょうか。そういう2つの切り口で、読みにくい、判読が難しいCTGを、エデュケーショナルなものを出すということと、こういう母体の非常に重篤な状態のときに

こんなことが起こると。ということは、逆にこんなことが起こったときに、母体も見て下さいね、赤ちゃんだけじゃないですよというメッセージを出すというふうなことが、その2点で進めさせて頂くことでよろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございます。そうしましたら、ちょうどこのリーフレットの問題が多分前半の問題と絡んでくると思いますので、CTGの判読についてのリーフレットの、今、案を作っておいてありますので、これまた、事務局のほうからご説明を頂けますでしょうか。これ、資料3ですかね。

○事務局

胎児心拍数陣痛図の判読についてのリーフレットについて、ご説明致します。資料3と資料4をお手元にご用意下さい。資料3は、前回委員会で案を出したものを印刷業者に出して、初稿として上がってきたものをお出ししております。そして、資料4は、事前にご意見を伺っておりましたので、伺ったものをまとめております。

ご意見としまして、1番が、1ページ目5行目、「遅発一過性徐脈は胎児の低酸素状態を反映する所見」という文言の部分で、「遅発一過性徐脈は子宮胎盤循環不全を反映する所見であり」という、松田委員からご意見を頂いています。

2番目が、見開きのページで、再発防止委員会からの解説が、下のモニタリングの解説とはっきり分かるようにしたほうがよいという藤森委員からのご意見。

右側の定義の部分の30秒というところの記載について、こちらも藤森委員からご意見を頂いております。

修正についてご審議をお願い致します。

○木村委員長

これは先ほどのテーマの1つ目にも絡んでくるわけですが、何が後から見て、こっちはなかったかと思われているのかというものの中でやっぱり一番多いのが、遅発一過性徐脈と変動一過性徐脈の差がなかなかうまく認識されていないのではないかという問題意識を提言して頂いて、それを具体的に、裏面のページで、こういうことですよということを改めて解説して頂くものを、これは再発防止委員会からの報告書というよりは先にリーフレットの形でお返ししましょうという、そういうご提案でよろしいですか。冊子にしないで、先に回してしまおうという。

○事務局

失礼致します。第8回再発防止に関する報告書において、胎児心拍数陣痛図の判読につ

いてを取りまとめて、そこで取りまとめた掲載表と、1つ目の、一番多かった遅発一過性徐脈を変動と判読した事例を代表的なものを紹介しています。やはり再発防止に関する報告書1つを読もうと思うと、臨床現場では難しいと思いますので、リーフレットのような簡単な1枚ぺらのようなもののほうが手にとって頂きやすいかということで、第8回再発防止に関する報告書の中の42ページ、この事例を1つ出して見て頂きたいというのを考えて、発行しようと考えています。

○木村委員長

ありがとうございます。今年の3月に池ノ上前委員長がおまとめ頂いた第8回再発防止に関する報告書の中では、テーマに沿った解析の中で、41ページからCTGがずっと色々なパターンが出ておりますので、その中の最も解釈の中で問題点を指摘されたことが多かった変動一過性徐脈と遅発一過性徐脈の差ということで、代表的な42ページから43ページの図を再掲させて頂いた。それで、リーフレットとして1枚物でお配りしようという企画でございますが、この点に関して……、隈本委員、お願いします。

○隈本委員

素人的な意見ですけれども、このイラストがいまいちというか、非常に深刻な事態である遅発一過性徐脈にしては笑顔というのは違和感があります。この場所をもっと有効に使ったほうがいいと思います。

それで、急峻な下がり方であるとか、30秒については、藤森委員ご指摘のように必ずコンクリートなものでないとしたら、短く、「(30秒未満)」とか、そういうふうに修正をしていったほうがいいと思います。

○木村委員長

ここのデザインについて、にっこり笑っている場合じゃないだろうということで、この指摘をされた人の顔もちょっとどうかしらということと、ここら辺の書きようはちょっと工夫が要ると思います。

金山委員、お願いします。

○金山委員

同じイラストで、まず変動一過性徐脈と遅発一過性徐脈がつながってこういうパターンというのはあまりないですよ。ですから、これはまず切ったほうがいいということと、それから、変動一過性徐脈は色々なパターンがあって、これ以外に色々なパターンがあるので、いくつか波形を出しておいたほうがより正確に把握できるんじゃないかなという感

じがします。

○木村委員長

ありがとうございます。この2つは切ったほうがいいと。同じ人が続いて2つの陣痛パターンが変わって出るというのも確かでない。

何かありますか。

○事務局

事務局としましては、色々な種類の波形のパターンがあるとは思いますが、まずは変動一過性徐脈と遅発一過性徐脈の代表的な波形をパターン認識で見て頂きたいという思いを込めて、この代表的な2つと一緒に掲載してある文献を持ってきたということです。

○金山委員

それはそれでいいですけども、それなら、切って下さいね。これ、絶対切らないとおかしいと思います。

○木村委員長

教科書ではつながっていたんですけども、とりあえず。この2つ、ちょきつとはさみで切って2つに分けたら、違うイメージになります。

松田委員、お願いします。

○松田委員

サブタイトルにもありますように、遅発と変動をしっかり鑑別しなさいというのが大事なメッセージなので、私が提言させて頂いたのは、これは非常に大事なところなんです。遅発は、子宮胎盤循環不全で、UPIで起こる。変動は、臍帯圧迫、CCで起こるのがこれがまずセントラルドグマといいますか、中心的な理論なんです。どちらの事例も進行すれば低酸素状態になるから、遅発だけが低酸素ではないわけです。

そういった観点から今ずっと見たんですけども、確かに第8回再発防止に関する報告書の冊子の中には、我々産婦人科の学会員が使っている資料66、67ページをずっと見ると、肝心な原因が書いてないんですね。これはおそらく産婦人科の中だけの話というのでなったかもしれませんが、このリーフレットは一般の人も見られるわけですよ。

○事務局

産科医療関係者向けです。

○松田委員

関係者ですね。でも、それほどモニタリングに詳しくない人も見るわけだから、ここの文言は正確な文言をしたほうがいいかと思います。

○木村委員長

背景の病態生理、それに対してはちょっと書いたらいいかもしれませんね。僕はよく、赤ちゃんがきゅっと臍帯を握っているような絵を描くんです。それが変動一過性徐脈。お母さんが首絞められているのが遅発一過性徐脈というイメージなんですかね。

○隈本委員

そういう意味では、この笑顔はカットした上、そして、この2つのグラフを切った上、やはり緊急を要するのは遅発であるとする、色を変えるとか、例えば黄色ないしは赤にして、要するに、安心するものと危険なものをちゃんと区別した色使いをするのが正しいと思います。

○松田委員

いや、どちらも危険なんです。

○隈本委員

あ、どちらも危険。じゃ、より危険なものの方がより危険とする。

○松田委員

むしろ臍帯圧迫のほうが、次の回復が予測できないという意味では、かなり臨床の場では、この心拍が戻ってくるのかなというのは非常に心配なので、程度が強くなってくると、アシデミアの程度も下がってきますので、どちらが安心、どちらがいいという理論はちょっと違うと思います。

○隈本委員

分かりました。

○木村委員長

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

これ、1つは、今まで半分にしていて、掲示してもらうことをイメージしていたと思うんですね。そうすると、これは見開きで掲示しやすくなっているんですけども、こういう詳しい話よりは、こっち側を掲示して下さいということなのかなと思うんですが、できたらやっぱり閉じて置かれて、見た後、どこかに置かれるよりは、しばらく大事だと思って、緊急に出すのだから、できれば掲示して下さいみたいな、括弧で左上か右下に書いた

らいいんじゃないかなと思います。

それから、遅発一過性徐脈と変動一過性徐脈の判読を間違えることがどれほど深刻なのかということが分かっておればもっと色々やってもらえていたのではないかと思うような、そういう人たちのことを考えると、多岐にわたっているんでしょうけれども、ざくっと、遅発一過性徐脈だったらこういう処置・対応をします、早発性一過性徐脈だったらこういうことを考えてこういうふうにしていきますというのが少し出ているほうが、急に産科に異動になった看護師さんなんかは分かりやすいというふうな感じがするんですけども。

○木村委員長

それは非常に難しくて、昔、私が研修医のころに、もっと上の産科の大御所の先生が、遅発一過性徐脈がいっぱい出たらすぐ帝王切開しろみたいなことを言いあって、どんどん世の中に帝王切開がふえて、不要な帝王切開がふえたというような負の歴史がありまして、これ、本当に1対1じゃないんです。変動一過性徐脈なんかは全ての分娩の70%から80%出ます。だから、出たら、帝王切開じゃないんです。出たら、急遂分娩じゃない。

○勝村委員

いや、そうしてくれと言っているわけじゃない。

○木村委員長

だから、そこがそういうメッセージにならないようにしておかないと、そんなワンパターンで1対1じゃないということも分かった上で……。

○勝村委員

全く何にもしないんだったら、書いている意味がないので、何かやるんでしょうという……。

○木村委員長

何もしないことはないです。注意して見るんです。だけど、そこでアクションはするべきではない注意とする注意があるので、それが難しい。

○勝村委員

何でもかんでも急速遂娩ということではないということとはよく分かった上で、ただ、やっぱり遅発一過性徐脈と変動一過性徐脈をしっかりと鑑別して下さいと言っている限り、説得力を持たせるためには、その後注意して見るために、こういうことは特に、こういう場合は注意しなければいけない、こっちではこういうことを注意しなければいけないというような、何かはないんでしょうかね、そういう。

○木村委員長

どうでしょうか。なかなか難しいところなんですけれども。

はい、お願いします。

○藤森委員

よろしいですか。すいません。ここに出ている、多分事例も、私が見ると、この段階で子供を出していれば、おそらく脳性麻痺にはなってなくて、インタクトなんじゃないかなというふうに予想します。この後に何かがあって、ここで脳性麻痺になっている。ここを出しているわけじゃなくて、この後何分か見ているわけでしょう？ ですから、今、木村委員長がおっしゃった、注意深く見なさいというのは、この後どれぐらい生まれるまで時間がかかるのかということをおある程度考えて、それから、自分の施設のキャパシティを考えてですね。これ、例えばここで3分で出せますよというのと、ここから1時間かかりますよというのはちょっと対応が変わってきますよという、そういう意味だと思うんですね。なので、モニタリングで子供の状態は悪いだろうなというのはある程度予測して、その対応をどうするかというのを、変動なのか、遅発なのかというのを見分けてないと誤りますよというような書きぶりにしてもらったほうがいいんじゃないかと。

勝村委員おっしゃることももちろん。なので、ここから例えば1時間かかるんですよというのであれば、もっと早い段階でアプローチしてないと、赤ちゃん助けることはできないわけで、ここで例えばもう子宮口全開で、万が一経膈分娩できなくても、ここから1分2分で出せますよというのであれば、また話は大きく変わってくると思うので、そこら辺の話だと思います。

○木村委員長

はい、お願いします。

○勝村委員

今、藤森委員おっしゃったこと、木村委員長おっしゃったことをやっぱりどれだけ分かりやすく、誤解のないようにきちんと伝えていくかということが再発防止にやっぱりすごく大事だと思うというか、グラフが違う違うとあまりにマニアックに言ってしまうと、結局一般的に、なぜ鑑別しなければいけないのかが分かりにくくなってきてもよくないので、それは先生方で知恵を絞って頂いて。

遅発一過性徐脈だったら、何でもかんでも帝王切開にするというような教育がされていることがあったとしたらそれはよくないと思いつつも、藤森委員がおっしゃったように、

こういう状況で、こういう子宮口で、まだ開いてないときにこういう状況が続いているんだったらそれはやっぱり急速遂娩すべきだという判断のためにモニタリングしているんだ、緊急時を把握しているという面ももちろんあるわけですから、そこを鑑別することの意味みたいなものをやっぱりコンパクトに、なるほどという感じで伝えるということが今までできていなかったという反省はあるかもしれないと思うので、先生方が知恵を絞って頂いたら、そういう文章作って頂けるんじゃないかと思いますので、そういうものを載せたほうが、素人から見ても分かりやすいという気はします。

○事務局

事務局から1点よろしいですか。

○木村委員長

どうぞ。

○事務局

このリーフレットの目的というのは、一応第8回再発防止に関する報告書で取りまとめた中から、とじているよりはリーフレットとしたほうが、休憩室でもさらっと見て、割と周知ができるかなという、キャッチ的といいますか、それが最大の目的です。

もし今のようなものをつけ加えるというのであれば、この第8回再発防止に関する報告書で審議したもの以外のものをこのリーフレットに織り込むという形になりますけれども、その方向を目指すのか。そこまで事務局は実際考えていませんでしたので、もし対応までというのであれば、どちらかというところ、テーマ分析をしてきた中で、そのテーマから見えてきた背景とか急速遂娩のタイミングとかも踏まえて、事例から学んだというところのテーマ分析でのメッセージのほう合っているかなと考えているんですけども、ここのゴールというか、位置づけをどの程度するのか。

あくまでも事務局は、取りまとめた中でリーフレット化するということで作っていますので、今、先生たちの思惑とちょっと違いが出てきているのかなというところ。そこは委員の先生方のご意見で、このリーフレットを当初事務局が考えていたもの以外に発展させるというのであれば、それはそれで構わないんですけども、それには何回か審議が必要かと思っています。

○木村委員長

松田委員、お願いします。

○松田委員

そうであれば、先ほどから議論が出ている、この右上のシェーマは要らないんです。だって、これにはないわけでしょう。

○事務局

はい。

○木村委員長

そうしますと、僕、これもまた色々な思いが出てきますので。ただ、私がちょっと申し上げたように、藤森委員のご意見をもし本当に書き出したら、多分30ページぐらいの小冊子ができてしまって、またこれはリーフレットにならるので、今回のことは、あくまで指摘されたことを改めて復習というスタンスで1枚物で出させて頂くと。

だから、これも、タイトルのところか分かりやすいところで、前回の2018年3月号の第8回再発防止に関する報告書からの抜粋ということを示して頂くということと、それから、やはりこの問題について指摘をされたので、気をつけましょうということ、そして、意味を分かりましょうということで、少し病態生理、臍帯圧迫と低酸素ということ、それはやっぱり明示して頂く。

その次のアクションに関しては、両方とも、脳性麻痺を含む重篤な胎児の事象には関連することなので、情報を鑑別しつつ、こういうものが出たら……、これはガイドラインで何か書いてますかね。クローズオブザベーション何分置きに見るとか何かそんなの書いていましたっけ。何かそういったところを引用して、勝村委員おっしゃったように、その次にこういったものが出たらどうアクションするんだと。即座に切れとかそういうアクションではなくて、要は、注意して見ましょうというようなメッセージが多分ガイドラインにあると思うので、そのところをガイドラインから拾って頂いて、こういうものが見えたときに、次のアクションをどうするというふうなことで、簡単にこの1枚の図から起承転結が出るような形でまとめて頂くというふうな方向でどうでしょうか。

はい、お願いします。

○勝村委員

何のためにリーフレットをやるかという目的は、やはり再発防止に関する報告書ではきっちり読む時間が足りない人が現にいてしまっている。なかなか読むの時間がかかると。ぱっと見て、特にこっちとしてはこれは再発防止につながるの、ぜひ多くの人にぱっと分かりやすく伝えたいという、ただただ目的はそこだと思っんです。そのぱっと見た分かりやすさというときに、鑑別することが目的だということになるのではやっぱり違う。鑑

別して、違いがあるということは、どういうふうに関後注意していくというところが違
うから鑑別しているということじゃないと。

このリーフレットを見て下さいねと人に伝えるんだったら、やっぱりそういう一言をリ
ーフレットに書いて、それを詳しくは何々を読んで下さいね、詳しくはこういうガイドラ
インを読んで下さいねというふうにしよせん最後は持っていくようなのがリーフレットな
ので、何かそういう、これはやっぱり大事だな、これ、ちゃんと知っておかなきゃ、こ
ういう違いがあるんだなというきっかけと、最低限のこういうリーフレットになっている
ということの情報を伝えるという趣旨で、そういうことで総合的に考えたら、そういう形が
いいんじゃないかというのは意見として言っておきます。

○松田委員

よろしいですか。

○木村委員長

はい。

○松田委員

今ずっと見ていますと、せつかく遅発一過性徐脈というのをここに書いてあるのに、ま
た定義のところの枠組みで、右側のほうにまた同じように書いていますよね。これは要ら
ない。これはほぼ同じだと思うので、これは要らないんじゃないかと。そうすると、こ
の右の上のところは、逆に変動一過性徐脈の典型例を出して、ここに変動一過性徐脈の説
明をすればよろしいんじゃないかと思ひます。

○木村委員長

どうでしょう。何かそういう事例は出せますか。情報を比べると。

○藤森委員

第8回再発防止に関する報告書の中に、早発と変動一過性徐脈を見誤った例ってありま
したよね、多分。それ、2つ並べるという意味ですか。

○松田委員

いや、変動の定義はやはり必要なわけですよね、鑑別だから。鑑別だから、変動の定義
は必要じゃないですか。それを文言だけじゃなくて、図にすればもっとはっきりメッセ
ージ性が伝わってくるわけですね。だったら、ここに典型例を示せばいいんじゃないかと。

○木村委員長

これは第8回再発防止に関する報告書から何か……。

○松田委員

変動だけ。

○木村委員長

変動のやつを出せば、それは情報の対比はできるということになりますが、そもそも論で、この2つの徐脈パターンを鑑別できなくて何が悪かったんですか。そこが。確かに、多分勝村委員のご質問の一番根底には、何でこの2つが見分けられなかったら悪かったのというところが多分そもそも書かれてないので、それが皆さんの頭にちょっとハテナが浮かぶ理由じゃないかなという気がしてきたんですけれども、どうでしょう。

○事務局

まず第8回再発防止に関する報告書のテーマを選定する際に、胎児心拍数陣痛図の判読と対応も大切ですが、まずは判読を取り上げて、まず判読をできるようにというコンセプトで昨年第8回再発防止に関する報告書を取りまとめました。その取りまとめを行った中で分かってきたものが、表の掲載表です。それは、昨年1年を通して審議をした中で分かってきたことです。

その第8回再発防止に関する報告書をもっと色々な人に見て欲しいというところからリーフレットを作ろうというふうになり、そもそも判読だけをフォーカスしているので、それにまた対応を入れるというのは別のリーフレットを作ることになると思うので、それでしたら変えます。

○木村委員長

だから、要は、今回のリーフレットの最大の目的が医療の質の向上であるということです。アクションを求めるものとはちょっと違って、医療の質を求める。要は、産科で分娩対応されている方々が、助産スタッフも含めて対応しておられる方々がこの2つを判読できるようになるということは、他のことも判読できるようになるということなので、そこは、確かに前の議論を思い出して頂くと、そういう議論であったと思います。だから、これは決して無駄ではない。そこが分かることは無駄ではない。

その次は行動のわけなんですけど、ただ、その前に、松田委員がおっしゃったような、なぜそれが起こるかということは、それを知っているということは、次に起こる行動を考える上でもやっぱり大事なことなので、その状態は入れておいてもいいんじゃないかなと思うんです。だから、そういうような方向でいくと、今のリーフレットで、少し文言と表現を変えて頂いてやれば、私はこれを出す意義はあるんじゃないかなという気はします。

はい。

○松田委員

変動一過性徐脈のいい例が49ページにあります。これを縮小して右の上に差しかえたら全然、変動一過性徐脈と書けば、この冊子からの展開ということになりますけど。

○木村委員長

荻田委員、お願いします。

○荻田委員

同感です。これ、表紙から見ているとそうなんですけれども、ここの部分だけ見ていると、中井先生の教科書を買ってしまうと思うんです。僕も第8回再発防止に関する報告書が出た後、詰め所に持って行って、詰め所会で話をしたりとか。これ、結局このリーフレットからリコメンデーションするとしたら、この状況になったときにどうするのかということは書けないけれども、藤森委員がおっしゃったみたいに、ディスカッションしなさいと。例えばこれが急速遂娩が必要かもしれない。じゃ、生まれそうだったらどうするの、分娩の前半だったらどうするのということについてディスカッションするということで医療の質が高まっていくので、この第8回再発防止に関する報告書のどこを参照して下さいということを書いたら、すごく値打ちがあるような気がするんですけれども、いかがでしょうか。

○隈本委員

賛成です。というか、今ずっと探してやっと見つけたんですけれども、このパンフレット、これの下半分は42ページから43ページにかけての図を使っていますということがここに書いてないと思うし、松田委員おっしゃったように、48ページの左側の一区画を上に乗せて、これが皆さんが判別すべき変動一過性徐脈ですよという図を載せて、いずれも42ページから43ページと48ページを引用しているんだということをむしろ強調して……。

○松田委員

右側です。

○隈本委員

右側？ 48？

○木村委員長

要は、出典を書いて……。

○松田委員

すいません、オーケーです。

○隈本委員

だから、いずれにしても、出典を書くことによって、そこを見たくなるようにというのにして欲しいなど、今探していたところでした。

30秒以上とか30秒未満についても、定義があるのでしょうかけれども、いずれにしても、むしろそれぞれの本物の図に、30秒以上とか30秒以下とか、緩やかとか急峻とか、そういう文言をつけてくれると、実際にあったCTGで、もしかしたら見間違えたCTGがここに載っているんだということの重みというのがおそらくパンフレットから伝わってくるんだと思います。

○木村委員長

はい、お願いします。

○勝村委員

そういうことだと、僕もそうだと思うんですけども、やっぱり一致して欲しいのは、本当に再発防止につながるということだけが目的で会議をやっていると思うんです。だから、ここで何をしているから、何だからというんじゃなくて、やっぱり再発防止につながる、重篤な事故を繰り返さないようにできるんだったらやろうということで全て動いているので。今回だったら、第8回再発防止に関する報告書をいいものを作っても読んでもらえないから、読んでもらっていく誘導をするので。

僕はこういうリーフレットを書くときに、上田専務理事とかご存じですけども、ずっと言ってきたことがあって、何々で何々だったから、このリーフレットを作っているというのを最初書いてくれと、ずっとお願いしてきました。こうやって原因分析、再発防止をやっていくと、こういうことが起こっているからこのリーフレットが出ているんだと。つまり、やっぱり脳性麻痺の子供を育てるお母さんからしたら、そうやって自分たちの事例が次に生かされているという、そういう気持ちをやっぱり出してもらって、だから、じゃ、読まなきゃいけないなど。

そのきっかけをこのリーフレットが与えてくれて、第8回再発防止に関する報告書を読んでいこうというふうにつながっていかねばいけないと思うので、ぜひ掲示して下さいとか、この原因としてはここを詳しく読んで下さいというのは必須だと思うし、実際にそういう事例が何が違うのか。例えばどうしても例えば30ページにもなってしまって

コンパクトに書けないということだったら、それがミスリードになるからと木村委員長おっしゃるかもしれませんが、一過性徐脈がずっと続いていて、急速遂婉したら助かったかもしれないけれども、それを早発だと思ったからずっと放置していたというような事例があったとしたら、そういうことがあったから、これはぜひ判別して下さいみたいな、何かそういう1文が要ると思うんです。

やっぱり何で判別しなければいけないのかとか、そこをちゃんと勉強しなきゃと。普通のマニュアルじゃなくて、事故をもとにやっているということの重みを何かやっぱり心に訴える部分というのは、やっぱり僕は何でこのリーフレットを作っているのかというところを表現して欲しいので、何かあんまり無機的な仕事ぶりになってしまうと、やっぱりそういう脳性麻痺のお子さんを育てている人たちのことを考えると、もうちょっときちんと一生懸命やりましょうよと言いたくなるんです。

○木村委員長

勝村委員おっしゃるようなニュアンスはちゃんとここの最初の文章である程度書いて頂いているので、そこをうまく、こういう鑑別に関するパターン認識が大事で、何回もこういったことを学んで頂くということが大事であるということと、それから、これをもとに、こういうものが見えたら、ちゃんと分娩の進行とともにディスカッションして、要は、ほったらかしにするなということなんだけど、そういった中身をうまく書いて頂くというのが最初のイントロであって。

それで、見開きのこの中は、少し変動一過性徐脈のことも実例を並べて書いて頂いて、それで、穏やかに、急速にというところを、30秒程度が、そういったことが目安であるということを書いて頂いて、鑑別点がここですよというポイントをもう一回出してもらおうと。それで、その後ろにあるもの、なぜこういうことが起こっているのかということが分かるような解説をちょっとつけてもらうぐらいの変更で、もう一度案を作ってもらって、それで、確定稿に向かって修正をして頂くということによろしいですかね。大体先生方の……、はい、お願いします。

○鮎澤委員

すみません、あまり熱い議論ではないところを何点か。

まず1点目、最初の表題なのですが、この表題は、判読についてよりも、遅発一過性徐脈と変更一過性徐脈の鑑別というところのほうが大事なような気がします。これがぼーんとこの四角の中にあってもいいように思うので、そのあたりちょっとご検討下さい。

それから、2点目、同じページに、「くり返し「パターン認識」を積み重ねることが大切です」という表現があります。パターン認識というのは情報処理方法の1つで、ここが言いたいのは、波形をパターンとして認識することが大事だということなのか、パターン認識という方法論でこういうものを読み解いていくことが大事だということなのか、このところが分かりにくい表現になっているので、この意図を伺いたいと思いました。加えて、「くり返し」と「積み重ね」と重なっているところがちょっともぞもぞしたりもするのですけれども、そのあたりも。どっちのことを言いたいのか、それによって表現が変わってくるので、ご検討下さい。

それから、めくって頂いて、開いたところ、2ページになります。私も改めてパンフレットを読んでいて、藤森委員が指摘されている、解説はこの下の図のことを書いているんですよということがストンと分からないと思ったのです。ぜひ藤森委員が書かれていらっしゃる、この図のことですよということが分かるような書きぶりをお願いしたいと思いました。

3ページ目の定義のところ、今議論になっているのでこれからどうなるか分かりませんが、これまで遅発一過性が出てきて変動一過性が出てきているのに、ここの定義のところだけそれが逆になっているのですね。これはつながっているからしょうがないのかと思っていたのですが、つながらなくてもいいご様子なので。だとすると、読んでいって分かりやすく入っていけるような書き方にして頂くといいと思いました。ただ、そもそもこの作りが変わるようなので、そこのところをご検討下さい。

めくって頂いて、最後のページです。これはささやかなことです。「正確な判読」と「正しく判読」というのは何か違うのでしょうか。できるだけこういうパンフレットというのは、同じ表現を使っていくほうが分かりやすいので、そこのところをご検討下さい。

4のところに、分娩監視装置の紙送り速度については、1 cm/分または2 cm/分で、最後のところに、胎児心拍数陣痛図を3 cm/分に統一すると書いてある。これはもう紙送り速度のことについてですから、「紙送り速度を3 cm/分」でいいはずなので、「胎児心拍数陣痛図を」のところはなくてもいいと思うのですが、第8回再発防止に関する報告書にこう書いてあるんですね。そのあたりの修正がきくのか、もうこのまま行くのか、改定稿にするときにご検討頂ければと思いました。以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。色々ご指摘ありましたけれども、確かに、タイトルは、遅発

一過性徐脈と変動一過性徐脈の鑑別についてでいいかもしれませんね。そのほうがすっきりしますし。

パターン認識というのは、我々そういう情報処理を知らない素人は、パターン認識を何となく、様子見て、ぱっと見て分かるようにするんだなと思うんだけども、確かにその用語も正しい用語ではないかもしれませんので……。

○鮎澤委員

特に鍵括弧がついているので、何かそういう方法論でトレーニングするというように産科の領域として使っておられるのかなと思いついて見せていました。

○木村委員長

その言葉、何かうまくもう少し変化させて頂くこと、確かに、繰り返す、重ねるとかいうことがちょっと用語統一。

それから、一番最後の4番目のところは、確かに、「紙送り速度については3 cm/分に統一する。」で、そこからその先に何か解説があったほうが分かりやすいかもしれませんね。印象としてはそのほうがいいような気が致します。

あと、正しくとか、正確なとか、そこら辺、言葉を統一して。これ一応、去年のこれからそのままだったんですね。なので、別にそれはそのままになっていても、日本語的に分かれれば。最後にやっぱりこの冊子の何ページより抜粋とかそういったことを、ここを読んでねというメッセージが伝わればそれでいいのかもしれない。最後に、この冊子の何ページから抜粋というふうな書き方で、抜粋だったら、引用じゃないので同じ言葉じゃなくてもいいと思うので、少し変えてもらうようなことで見て頂くといいかなと思いますが、いかがでしょうか。そんな感じでよろしいでしょうか。

一応、こんなリーフレット要らんとか、もう全面改訂とかいう意見では皆さんないですよ。これに沿って作って頂くということで、少しモディファイしながら、目的と、それから、引用して下さいということをはっきりさせるという方向性でもう少しモディファイさせて頂いて、また次回ご提案させて頂きたいと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございます。

そうしましたら、次が再発防止に関するアンケートについてということで、これは資料6になる。今年、アンケートをとる年に当たっているということで、このことに関して、事務局から説明お願い致します。

○事務局

事務局より失礼致します。それでは、再発防止に関するアンケートについて、事務局よりご説明致します。お手元にまず本体資料をご用意下さい。

本体資料の2ページの下の方、3)「再発防止に関するアンケート」についてにございますように、1つ目の丸、再発防止に関する取り組みの効果検証と、今後の取り組みの参考とするためにアンケートを実施致します。2つ目の丸、主な内容としては、これまでの発行物（再発防止に関する報告書、提言集、リーフレット等）についての認知度及び利用状況に関する調査でございます。

事務局として今回、再発防止に関するアンケートの目的及び実施要領、アンケート案を作成致しました。詳細については資料5から7にてご説明致しますので、資料5から7をお手元にご準備下さい。

まず資料5です。「2018年再発防止に関するアンケート実施にあたって(案)」をご覧ください。まず1.で目的です。1)「再発防止に関する報告書」、「再発防止委員会からの提言」及びリーフレット・ポスター、脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図についての認知度及び利用状況を調査する。2)2015年9月実施のアンケートと比較をして、再発防止に関する取り組みへの効果検証を行う。3)産科医療関係者のニーズを調査し、今後の再発防止に関する取り組みに生かすとなっております。

続いて、2.で実施要領です。1)調査対象施設は、病院、診療所及び助産所と致します。病院及び診療所は、産科医療補償制度加入分娩機関から無作為に抽出したそれぞれ600施設とし、助産所は全施設を対象に致します。2)回答者は、病院については600施設のうち300施設が産科部長、別の300施設が看護師長を回答者と致します。診療所については、600施設のうち300施設が院長、別の300施設が看護師長を回答者と致します。助産所については院長を回答者と致します。

診療所の回答者については、前回の2015年のアンケートでは、院長のみと致しておりましたが、今回は看護師長にも回答して頂くことと致しました。その背景と致しましては、診療所では分娩経過を看護スタッフの方も長く診ているため、院長だけではなく看護師長も対象とすべきではないかといったご意見がございましたので、今回は、診療所の看護師長の方にも回答して頂くということに致しました。

それでは、裏面に移って頂きまして、2ページをご覧ください。今回、アンケート用紙は、前回と同様に郵送致しまして、回収率を高めるために、回答締切日前後にリマインダーは

がきを全調査対象施設に発送する予定でございます。

次に、3.、アンケートの質問内容です。前回のアンケート実施以降に作成された再発防止に関する報告書の内容やリーフレット及び再発防止に関する報告書のパワーポイント版について、新たな質問を追加しています。また、「第8回再発防止に関する報告書」の構成変更に関する質問や利用状況について掘り下げた質問など、新たな質問を追加しております。

4.でアンケートの回答内容です。回答の精度を上げるために、選択肢の順番を前回より変更しております。2)回答者が各リーフレット・ポスターの関連する質問に対して回答しやすくするため、文章を極力減らして、表形式を取り入れました。

次に、5.で今後の主なスケジュール(案)となっております。本日の委員会でご審議を頂き、7月6日をめどにアンケートを確定致しまして、その後、アンケートを実施、集計した後、10月の再発防止委員会で集計結果の報告をする予定で進めさせて頂きたいと考えております。

また、委員の皆様には、今ご説明致しましたアンケート用紙、「アンケート実施にあたって(案)」と、資料6の実際のアンケート、これを事前にお送りさせて頂き、ご確認を頂きました。お忙しい中、資料をご確認頂き、ありがとうございました。ご意見がある委員の方には、事前にご意見を頂戴致しておりますので、ご紹介致します。

資料7をご覧下さい。番号1番で板橋委員からご意見頂いております。小児科医や新生児科医がいる施設かどうか、2)小児科医や新生児科医がいる施設では、どのように資料を利用しているのか、これらについても調査を加えたほうがよいと思いますといったご意見を頂きました。

こちらの追加のご意見について、アンケートの案とともにご審議頂ければと思います。よろしくお願ひ致します。

○木村委員長

ありがとうございました。このようなアンケートで、内容について、あるいはご意見の、小児科、新生児科に関する設問を加えるかどうかということに関してご意見いかがでしょうか。

加えるのはすごい手間ですか。そんなに難しくないですか。

○事務局

事務局より失礼致します。資料6の、めくって頂いた1ページ目の上のほうに、無記名

調査のために、回答日とか病院・診療所といったところに丸をつけて頂くようになっているんですけども、小児科医・新生児科医の方が所属しているとか、そういったことを入れて回答して頂ければ、新生児科医の方や小児科医の方がいる施設かどうか分かるかなとは思っています。

○木村委員長

そこから枝間で、例えば板橋委員のご意見の2つ目の、例えば「どのように資料を活用していますか」と自由記載になるともうまとめようがないので、例えば「小児科・新生児科の先生はこの資料をご覧になっておられますか」「はい・いいえ」ぐらいの設問はつけることができますか。

○事務局

はい。新たな質問として、どこか問いの、問1の中で個別の質問として追加するということは可能でございます。

○木村委員長

そしたら、今日、板橋委員ご欠席ですけども、田村委員、それぐらいのご質問があれば、この資料が小児科・新生児科の先生方にも情報として行っているかどうかということの基礎調査にはなりますよね。

○田村委員

そうですね。僕らはもちろんこの委員会に出ていますので、こういうものが出ているということをよく分かっていますけれども、確かに一般の新生児科医の人たちは、これはもう本当に産科の先生たちが読むべきものだということと終わっているところが多いと思うので、そういった中にやっぱり新生児科の医者もタイアップしてぜひ読んで欲しいというようなところはいっぱいあると思いますから、そのためにも、産科の先生のほうから新生児もしくは小児科の先生側に働きかけるという1つ項目があることは、それはそれで意味があることだと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。いかがでしょう。そういった問題を加えさせて頂くことで、このアンケートを発送させて頂くということによろしいでしょうか。

あと、発送先なんですけれども、病院で産科部長というふうにあるんですが、いわゆる部長の名前がついている人が本当に診療をやっているかという、私のところなんかはやっていないので、私がやっていないので、病院に関しては、産科診療責任者という言葉で

して頂いたら、病院の事務方がそれぞれ判断して部長なりのところに送ると思いますので、実務をやっている人のところに送ると思いますので、その用語のほうがいいかなという気が致しました。そこだけ変更をお願い致します。

あとは、この形でアンケートをさせて頂くということによろしゅうございますでしょうか。

はい、お願いします。

○勝村委員

8ページの間7、間8も、出して頂いていることをいいなと思っているんですけども、間7のインフォームドコンセントの説明書・同意書は、全加入分娩機関にこれ、配布をしてもらっていたということによかったのでしょうか。

○木村委員長

これはいかがでしょうか。これは説明書・同意書の例なので、多分みんなが使っているわけじゃないですよ。

○事務局

ホームページに掲載するといったようになっていると思います。

○勝村委員

配布はしてないですよ。

○事務局

提言集、まとめた冊子がありますので、そこに入っています。

○勝村委員

提言集に。だから、やっぱり全医療機関に配布されているという形にはなっているということですね。

○事務局

はい、そうです。

○勝村委員

分かりました。すいません。それで、この内容はこれでいいなと思うんですけども、間8でホームページも書いてもらっているんですけども、このホームページの掲載が、すごく分かりにくい場所になってしまっているんですよ。僕もなかなか探せないというところになっていて。8ページの間8のところ、このインフォームドコンセントのやつも、ここに提言集やリーフレットがありますよというところから、いきなりリンクできる

場所に場所を移動してもらえたらありがたいなと思います。

多分こうやってリーフレットと同じような扱いで聞いてくれているので、リーフレットが並んでいるところに一応、あくまでもこれを使って下さいというよりも、1つの、まだ使えていないところなんかはこういうものを例にして。しかも、ワードファイルにしてくれているので、それぞれの病院名を入れたり書き直して使うこともできるような形になっているものがあるんですけども、それをこのリーフレットと同じ横並びでリンクを張っておいてもらったら、このアンケートの前にそれをして置いて頂いたらいいんじゃないかなと思います。

○木村委員長

これはひな形なので、どこかにあるということが分かりやすいんですか。僕もこれは、自分のところは自分のところのものがあるので、あんまりとったことがない。ただ、医会はたしかこのひな形を配っていましたね。日本産科婦人科医会のほうが、これはかなりこれを配っていたように思いますので。

○勝村委員

だから、ホームページの場所だけちょっといい場所に移動して欲しい。

○木村委員長

ホームページでこれがダウンロードしやすいような場所に移せるかどうか、ちょっと一回また……。

○事務局

一度、掲載場所と他のチラシのものとも確認を致しまして、検討させていただきますので、よろしくをお願いします。

○木村委員長

じゃ、とりやすい、ダウンロードしやすいような形でできればお願い致します。

○事務局

一度確認して、検討致します。

○木村委員長

他はよろしいでしょうか。それでは、この形でアンケートを発送させて頂きたいと思えます。ありがとうございました。

あとは、議題のその4でございます。その他についてでございますが、事務局のほうからご説明お願い致します。

○事務局

事務局のほうから、ワーキンググループの取り組みに関するご報告と、事務局から委員の皆様へのご相談が1点ございます。

まずワーキンググループの取り組みに関するご報告ですが、前回の委員会でご報告致しました、妊娠高血圧症候群に関する論文の和文概要を本制度ホームページに掲載致しました。本日は、参考資料2として、論文のアブストラクトとあわせて配付しております。

また、原因分析報告書及び再発防止に関する報告書において、学会・職能団体に対する要望として、頭部画像所見に異常を認め脳性麻痺を発症した事例についての研究や、胎児心拍数陣痛図の特徴についての研究の要望があったことを踏まえ、ワーキンググループのテーマとして、「脳性麻痺児における胎児心拍数パターンと出生時の脳MRI所見の関連性に関する観察研究」を取り上げて分析を行う予定としております。

次に、事務局から委員の皆様へのご相談についてです。再発防止委員会の審議につきましては、透明性の観点から審議内容を本制度ホームページに公開しております。そこで、審議終了後速やかに公開するために、速記録確認のプロセスを変更したいと考えております。現在は、委員の皆様にご確認頂く期間を1週間とし、ご返信がない場合は、1週間ごとに再度、また再々ご連絡をしておりましたが、今後は、期限内に返信がなかった場合の事務局からのご連絡を1回までとし、ご返信がない場合は、速記録の修正なしとみなして進めたいと考えておりますが、この点についてご意見をお願いします。

よろしければ、今回の委員会の審議の速記録確認を変更で実施させて頂きたいと思っております。外部から、本日も問い合わせがあったんですけども、公開委員会の速記録の掲載はまだですかという問い合わせが入ったりしますので、その辺はぜひ委員の皆様にも、お忙しい中恐縮ですが、ご協力頂ければと思っております。

この辺でご意見を。

○木村委員長

今のところいかがでしょうか。

そんなに見ている人いるんですか。

○事務局

時々。

○木村委員長

僕のこの大阪弁丸出しの司会が載るのがちょっと格好悪いなと思うんですけども。そ

ういうご要望があるようでございますが、ご要請は1回まで、修正がある場合には即座に反応して下さいということによろしゅうございますでしょうか。ご自身のご発言のところだけ確認して頂いたらいいと思いますので、その点よろしくお願い致します。じゃ、それで進めさせて頂いて。

○事務局

先生方、繁忙期でどうしても待つて欲しいというのであれば、その旨をご連絡頂ければと思っていますので、よろしくお願ひします。

○木村委員長

では、そういった形で一度運営させて頂くということで、じゃ、よろしくお願ひ致します。

○事務局

あと、連絡事項よろしいでしょうか。

○木村委員長

はい。引き続きお願ひします。

○事務局

1点、冒頭に本当はご紹介するべきだったんですけども、タイミングを逸してしまいましたので。このたび、公益社団法人日本看護協会の理事の変更に伴いまして、公益社団法人日本看護協会の委員の変更がございました。新しく井本委員が就任されていますので、一言お願ひ致します。

○井本委員

冒頭、失礼致しております。このたび6月の総会で日本看護協会の常任理事に就任致しました、井本と申します。前職は、東京の日赤医療センターで助産師をしておりました。この産科医療補償制度は、原因分析部会、委員会、そして、こちらということで携わらせて頂いております。本会として意見を出していけるよう、これからも資料等よく読んで参加したいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひ致します。（拍手）

○事務局

最後に、次回開催日程についてご案内申し上げます。次回は■月■日■曜日■時からの開催で、終了時刻は■時半の予定でございます。机上に開催案内文書と出欠連絡票を配付させて頂いておりますので、ご出欠の可否につきましてご記入頂けますようよろしくお願ひ致します。

また、次回の審議は、主に「テーマに沿った分析」を予定しております。事前に資料をお送り致しますので、お目通し頂きたくお願い申し上げます。

なお、机上の青いファイル及びiPadにつきましては、事務局にて保管管理致しますので、机上に置いたままでお願い申し上げます。

事務局からは以上です。

○木村委員長

ただいまの説明に関しまして、ご意見等ございますでしょうか。

ちょっと1つだけお願いがあるんですが、多分、特に原因の不明のところはもうぐちゃぐちゃになると思うんです。なかなかまとまらないと思いますので、できれば事前に少し意見を集約しておいて頂いて、論点整理をしておいて頂くほうが、多分後で話が拡散しないですね。あと2回ぐらいでまとめないといけませんので、多分、次でぐちゃぐちゃになると、永遠にまとまらないと思いますので、大体次で方向性は出しておきたいと思います。委員の先生方にもちょっとこれ、お願いでございますが、事前に資料をお読み頂きまして、一度事務局のほうに意見を集めて、集約して、論点整理して頂くことでよろしいでしょうか。また、その締め切り等も、直前に来られるとまた困ると思いますので、少し早目に動いて頂くと、また、これ、調べるの大変かな。

○事務局

はい。

○木村委員長

その折り合いをちょっとつけて頂いて、できる範囲です。1週間ぐらい前で大体論点整理の締め切りぐらいになるとうれしいなと思っておりますので、そういう形でご協力をお願い致します。なかなか本当に重いテーマを選んで頂きましたので、今回は最後の結論を出す過程が非常に難しいなというふうに感じております。ぜひとも先生方のご協力をよろしくお願い致します。

あと、全体を通しまして、何かご質問やご意見ございませんでしょうか。

それでは、時間でございますので、これを持ちまして第64回産科医療補償制度再発防止委員会を終了させて頂きたいと思っております。各委員におかれましては、ご多忙中のご出席どうもありがとうございました。また次回もよろしくお願い致します。ありがとうございました。

— 了 —