

第57回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：平成29年5月26日（金） 16時00分～18時30分

場所：日本医療機能評価機構 10階大会議室

## ○事務局

本日は、ご多用の中、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。机上にクリップでとめられた資料がございます。上から次第、本体資料、出欠一覧、続きまして、資料1-1、胎児心拍数陣痛図の判読について、資料1-2、胎児心拍数陣痛図の判読事例の一覧、資料1-3、胎児心拍数陣痛図の判読医学的評価一覧、続きまして、資料2-1、遷延分娩について、資料2-2、遷延分娩事例一覧、資料3、報告書構成案についてとなっております。

また、クリアファイルに次回委員会の開催案内および出欠連絡票がございます。不足、落丁などはございませんでしょうか。

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、松田委員と石渡委員長代理につきましては、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。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第57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、池ノ上委員長に進行をお願い致します。

## ○池ノ上委員長

今日は、またお忙しい中、お集まり頂きまして、ありがとうございます。前回の委員会でご意見を頂いておりました。それをもとに、「第8回再発防止に関する報告書」のテーマに沿った分析について、具体的に議論を進めさせて頂きたいと思っております。

それでは、まず議事に入りますが、本日の議事は、次第の通りでございます。「テーマに沿った分析」で、「胎児心拍数陣痛図の判読について」で、まず事務局から説明をお願い致します。

## ○事務局

胎児心拍数陣痛図の判読についてご説明を致します。

まず、前回委員会での主な意見について、本体資料の1ページをご覧ください。

胎児心拍数モニタリングについて、1つ目の丸、非常に重要かつ基本的なテーマ。再度テーマとして取り上げるのがよい。

2つ目の丸、CTG異常を判読できていないのはどのような波形パターンか、いつ、誰が判読できていないのか等を分析することにより、具体的な提言ができるのではないかと、

とのご意見を頂戴致しました。

資料1-1、胎児心拍数陣痛図の判読についてをご覧下さい。今回は、2017年2月末までに公表した[ ]での分析結果となります。このうち、胎児心拍数聴取実施事例は、施設外での墜落産、災害下で医療機器がなかったなど、やむを得ず胎児心拍数を聴取できなかった[ ]を除いた[ ]です。

今回は、産科医療関係者が胎児心拍数陣痛図の判読を誤りやすい波形パターンや認識しづらい波形パターンを抽出するため、胎児心拍数聴取実施事例[ ]のうち、胎児心拍数陣痛図の判読に関して、原因分析報告書の「臨床経過に関する医学的評価」において、産科医療の質の向上を図るための評価がされた事例[ ]を分析対象としました。出生年の内訳は記載の通りです。また、資料1-2において、分析対象の背景と脳性麻痺発症の原因を一覧にまとめています。

続きまして、資料1-1裏面に移ります。胎児心拍数陣痛図の判読について「臨床経過に関する医学的評価」の記載をまとめました。こちらの詳細一覧が資料1-3となっております。資料1-3におきまして、左から6列目の「胎動減少・消失」は、分娩のための入院時に妊産婦からの主訴を集計致しました。

ご説明は以上です。ご審議をお願い致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。かなり膨大な素データを提示して頂きましたが、ご覧頂きまして、どうぞ、今日は最初のことですので、色々な質問とか、ここはどうなっているんだというご意見があろうかと思いますが、よろしくお願い致します。いかがでしょうか。

勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

そもそもの質問で、何か僕は勘違いしているかもしれないんですけど、[ ]から[ ]を引いて、[ ]が、全ての原因分析がされた数字ですよ。違うんですか。

○事務局

今年の2月末公表したのが[ ]でありまして、全ての原因分析が終了しております。

○勝村委員

そのうち、全部がこういうグラフというのは残っているわけではないですかね。だから、その数字みたいなのはあるんですか。

○池ノ上委員長

今のご質問分かります？

○事務局

はい。CTGの有無については、集計することは可能です。

○池ノ上委員長

具体的にここに出された数値というのは、原因分析委員会で判読について言及されていたものと考えていいんですか。

○事務局

はい。胎児心拍数陣痛図も装着しておりまして、胎児心拍数陣痛図の判読について医学的評価の記載があった事例です。

○勝村委員

だから、XXXXXXXXXXというよりは、もう一つ間にそれをしていた件数というのがありますよね。それで、それとは別に、一番最初に心拍聴取実施事例と書いてあるときに、例えば、ドップラーで見てみたいなので済んでいる、そのことが評価を受けているというような事例もあるんじゃないんですか。そのあたりの数字の形が分からない。

○事務局

第7回の産科医療の質の向上への取組みの動向におきまして、胎児心拍数もテーマとして扱っておりまして、そこでは、監視方法について指摘されたものと、判読と対応について指摘されたものを集計しておりますので、監視について評価のあった項目も集計することは可能です。

○藤森委員

すみません。このテーマを取り上げて頂きまして、ありがとうございました。

勝村委員がおっしゃっているのは、このXXXXXXXXXXの中で、モニタリングしてなくて、ドップラーカウントだけでやっていた事例があつて、その評価は今回は入れないんですかという、そういう質問だと思います。

なので、それで不十分だとか、もしくは、例えば、常位胎盤早期剥離で来たけれども、モニタリングをつける余裕がなくて、例えば、ドップラーでしかやっていなくて、もうそのとき徐脈で、例えばやったとか、そういうのが多分入っているでしょうという意味で、もう一つ、この前に、XXXXXXXXXXの前に、モニタリングをやっただけとか、ドップラー聴取だけしたとか、それで不十分だとかなんか評価されているのがあるんじゃないんですかとい

うご質問だと思います。ありますよね。

○事務局

はい、あります。

○池ノ上委員長

それは、ちゃんと見ていけばあると思うんですけど、そもそも、これ、出てきたのは、藤森委員のご意見は、判読について、AとBとか、BをCとか、そういうものがどうなのかの実態を知りたいということから、これが始まっているんですよ。

○勝村委員

なので、この前書き、分析対象の文章を書くにおいて、最終的には判読ということに今回絞るにしても、前書きのこの数字をやっていく段階で、どういう分類、                    から          までは分かるんですけど、そこから          までいく間に、もう少し何段階か、実際観察でつけているものとか、また、その評価されるに当たっても、そもそもそれがつけてなかった評価もあってということの数字もちょっと出ている中で、1行目に聴取実施事例はという形から始まっているので、その辺も何か調べておいて頂けたらなと思いますが。

○事務局

はい、次回集計して提示致します。

○池ノ上委員長

全体のフローチャートみたいなのができきて、これは除いてあると。それはなぜ除いたかは、藤森委員の提言のように、判読を目指して今回はピックアップしてきたという。そこに入らない部分、今のドップラーだけで、パターンなんかありませんなんていうのがあるわけですよ。それから、そもそも緊急で、分娩監視装置がつけられていないとか、そこら辺がもうちょっとちゃんとフローチャートのように分かればいいなという。勝村委員のは、そういうことでよろしいんですよ。

○勝村委員

そうですね。もう一つ、つまり、評価がされた事例は          と書いてしまうと、今、藤森委員が言って頂いたような評価されているものがないのかもしれないということになるし、その数字は、これを機に見ておくべきではないかなと思うんですけど。

つまり、そもそも分娩監視装置をつけていなかったことが医学的な評価を受けているという事例がまだあるのか、どれぐらいあるのかということは、やっぱり再発防止委員会として知っておくべきと思うので、これを機に、こういうふうに何回か書いて頂いているん

だったら、そこにも一種、問題を感じながら注目していて欲しいという感じがします。

○事務局

分かりました。

○池ノ上委員長

だから、原因分析委員会で判読に関するコメントが何らかの形で出ているものが、こういう格好で出てきましたということが分かればいいんだと思うんですね。ありがとうございます。

他にはいかがでしょうか。どうぞ、藤森委員。

○藤森委員

大変興味深く、全部詳細には見ていないんですけど、拝見してきました。今後、どういうふうこれをまとめていくかというのを、例えば、判読できてないとか、そういうものを、サンプルを出すにしても、どのように評価していくとか、表現していくかというのは、多分、問題になると思うんです。

■を見てきて、大きく分けて、認識していないというのと、それから、良好と判断しているというのが、2つに分かれていると思うんですね。なので、■まとめられていていいんですけど、もう少し、どんなふうにか、分布というか、そういうのができるようになればいいのかなと思って見てきました。

その中で、あと、紙送りの速度が1分1センチが結構あって、2センチというのもありましたけど、それがどの程度影響しているのかとか、そういうのも分かっただけいいのかなと思いました。

それから、私の個人的な興味として、実際、間違っているのがどの方で、お医者さんが間違いやすいパターンがあるのか、助産師さんが間違いやすいパターンがあるのか、そういうのも分かるかいいのかなと思いました。

それから、もう一つ、興味として、実際判読できていない産婦人科医たちの、これはできるかどうか分からないんですけど、年齢的な分布みたいなのが分かるかどうかなと思ったんです。今後の教育に向けてという意味で、今、若い方々、結構興味があって、いっぱい来てくれているんですけど、やっぱり判読が間違っている人が、ご高齢の方が多いとか、そういうのが分かっただけ、と思って見てきました。

以上です。

○池ノ上委員長

よろしいですか。今、これをどのようにまとめていくかとか、どういうポイントに絞っていくかというところが、藤森委員がその一例を出されたわけですが。

基本的には、原因分析委員会の意見が基本になっていますので、そこから、さらに今のようなどころとつなげることができれば、そういう情報を少しつけてもらえればと思います。

今の、認識をしてなかったというのと、悪い波形パターンが出ているんだけど良好と判断していたというような分け方はできますか。この原因分析委員会の報告書を見ながら。

○事務局

資料1-1、2ページの基線と基線細変動は、認識していない事例の回復良好とリアシュアリングと混在している状況ですので、それを一つ一つ見ながら分類することは可能です。

○池ノ上委員長

実際数はそんなに多くはないわけですね。ここで見るとね。病院と診療所で合わせて、頻脈について■■■■、徐脈について■■■■という数値が並んでいますよね。

藤森委員が今指摘されたのは、こういうレベルの指摘、資料1-1の裏面の表の真ん中あたりに、例えば、遅発一過性徐脈を変動一過性徐脈と判読とか、遅発一過性徐脈を早発一過性徐脈とか。

○藤森委員

遅発一過性徐脈を変動一過性徐脈として間違ふというのは、読み方として、可能性としては十分あると思うんですけど、私が最も心配するのは、一過性徐脈が出ているのに基線の取り方が逆で、実際、そういう事例、私も見ていますが、変動一過性徐脈もしくは遅発一過性徐脈が出ているのに、それを逆に取って、一過性頻脈が出ているから良好と判断していたとか、そういうのが入っていると思うんですね。それって、丸っきり逆のことなので。もちろん、判読できていないというのもありますけど、最も心配しなくちゃいけないのは、実際、すごい状態が悪いのに、それを一過性頻脈があつて良好だと判断しているというのが、ここには載っていませんけど。載っていないですよ。なので、そういうのは多分何例かあると思うんですよ。周期的な変動一過性徐脈が出ているのを、基線の取り方を逆にして、一過性頻脈が出ていると言って判断していたのが何例かあったと思うんですけど。ですから、これだけではないと思うんですよ。

○池ノ上委員長

そういう特殊なのが分かりますか。





いので、次回ご提示致します。

○田村委員

じゃ、いずれにしても、両方の施設で評価されている事例があって、その事例は、先の施設でも後の施設でも問題あると判定されたということですね。

○事務局

はい、その通りです。

○田村委員

分かりました。

○池ノ上委員長

隈本委員。

○隈本委員

まずは、ご指摘があったように、積極的に読んで見間違えてしまったケースと、本来ならそこら辺で判読しておかなければいけないのに、判読に至らなかったとか、それは実はもしかしたら助産師さんが判読したんだけど、それをお医者さんに伝えてなかったのも入れるのかもしれませんが。

積極的に読んで見間違えたというのは、きっとそのパターンを見せることによって再発防止が可能で、特に解説がうまく付いていると、これをこう見間違えてますよねみたいなことがしっかり書いてあるものがあれば、すごく再発防止に役立つと思うので、この表だけではなくて、典型的な事例をピックアップして、プライバシーに配慮した上で、こういうふうに読み違えたり、こういうふうに勘違いしたケースがあったということを具体的に見せて頂くと、すごく再発防止に役立つのではないかと。

それから、やはりこの指摘された事例に、おそらく本当はこの時点でちゃんと見ておかなければいけなかったんだけど、特に見なかったために対応が遅れたというケースも、この判読のケースで言えば、判読すべきだったみたいなのところがあると思うので、それをしっかり分離して頂ければというのが私からのお願いです。

あと、もう一つ、個人的な疑問を持ったんですが、この資料1-1を見ると、一番下のところの行ですけれども、██████に件数が大幅に減っているのは、他は██████とか██████とかあるのに、██████だけ少ないのは、これは分析事例が少ないせいですか。それとも、産科医療が向上したせいですか。これは、対象になっている██████の分析事例ですよ。

○事務局

はい。

○隈本委員

報告書の頭が[ ]で始まるやつということですよ。今、平成で入るんですけど。いずれにしても、この分析対象事例は、発生事例ですか、それとも、分析年度ですか。

○事務局

分析対象事例の内訳としていましては、出生年の内訳ですので、[ ]出生の児は、まだ件数が確定していない年になります。

○隈本委員

ああ、そうか。ごめんなさい。じゃ、この[ ]とか[ ]というのは、出生年による分類ですね。

○事務局

はい、そうです。

○隈本委員

分かりました。それだったら、これがちょっと少ないのは、まだ分析が終わってないからというふうに。ちょっとぬか喜びでしたけど。

○池ノ上委員長

松田委員、どうぞ。

○松田委員

2 ページ目の件ですけど、遅発一過性徐脈を変動一過性徐脈が[ ]、遅発一過性徐脈を早発一過性徐脈としたのが[ ]あるわけですね。それを、これは誰でも間違いやすいなというパターンと、これはちゃんと見たら分かるよというのを、実際に報告書の中に入れて込むということは、難しいんですか。

多くの方は、これはちゃんと遅発一過性徐脈だよと言うんだけど、中には難しかった事例もあると思うんですよ。原因分析委員会で皆がディスカッションして、ようやくこれは遅発一過性徐脈だと決めたような事例があると思うから、それを実際の報告書の中に入れると、こういうパターンは要注意ですということを書いたら、レポートを読むほうとしても、注意して読むと思うんですけども。

同様に、一過性徐脈を認識していないという項目を見ても、遅発一過性徐脈を認識していないのが[ ]もあるわけですから、これもピンからキリまでですよ。非常に小さな

変化を見逃した、これだったらやむを得ないなどかいうことを分けてすれば、非常に理解しやすいのではないかと思います。

○池ノ上委員長

どうですか、その作業は。事務局、どうですかね、今のような。おそらく、僕はちゃんと言えませんが、原因分析委員会の報告書には、そこまで細かくは、もちろん記載してあるのもありますけれども、そうでないものもある。そうすると、ある程度絞り込んだケースについては、もう一遍ここでチェックし直す必要があるのではないのでしょうか。非常に分かりにくいというようなものについては。

原因分析委員会の報告・内容と、ここの内容が食い違うというのは、それはちょっと難しいと思いますけれども、原因分析委員会で踏み込んでいる表現を、さらにもうちょっと、今の松田委員が指摘したように、ここがとか、さっき隈本委員がおっしゃったように、ここの部分でもっと注意をするとか、おそらく最後のまとめのあたりでは、そういうところまでこの委員会でいかないといけないかなという、まだ先のことなので分かりませんが。そうすると、今のご意見が成り立ってくるのではないかと思います。

そういう意味では、事務局、いかがですかね。できそうですか。今すぐではなくて、最終的に報告書ができる前あたりにですね。どうぞ。

○事務局

はい、可能です。その前に、この詳細な分類というものを、やはり委員の先生方にご確認頂いてということになるかと思いますけど。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。その判読の結果をどう評価するかというのも、この2ページ、裏面で出されている、こういう分類もありますし、先ほど鮎澤委員がおっしゃって下さったような、もう一つ、横の糸といいますか、横のほうからくくって、そして、その内容がどうであったという、判読に関する評価の仕方というのもいくつか出てくるのではないかと考えております。

ですから、胎児心拍パターンの判読について、この脳性麻痺事例を対象に、この委員会で再発防止という視点で、どういうところを提言すればいいかという視点でもう少しご議論頂ければと思うんですけども。

金山委員、お願いします。

○金山委員

今少し出ていましたけど、時間軸というか、経時的な変化がどうなっているかというのは非常に大事です。判読を間違えたというのも、入院時からずっと間違えていたのか、入院時は正常だったけれども、突然難しいパターンになったのかという、モニタリング時間との関係ですね。例えば、4時間モニタリングしたら、最初はよかったけど突然悪くなったのか、最初から悪かったのかとか、そういうのが、判読を間違えた中の事例で解析できるのかどうかというのは、非常に大事なポイントだと思いますけれども。

○池ノ上委員長

時間軸がどこまで追えるかということですがけれども。

このモニターのある分は、全部資料はあることはあるわけですよね。この機構の中に。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

あとは、作業量とか、時間がどのくらいかかるのかとか、そこにも関わってくる問題だろうと思いますけれども、そこら辺を議論しながら、この委員会の場でどこまで突っ込めるかだと思います。そこで、どうしてもこれは必要だという、例えば、典型的な例を何例かピックアップして、今の金山委員の言われたようなことをいくつかのパターンに分けてやっていくとか、そういった方向性になるのかなと今のところ思っているんですけども、いかがでしょうかね。

鮎澤委員、どうぞ、お願いします。

○鮎澤委員

この再発防止委員会で、パターンをもう一度ここで皆さんで再発防止の観点から見直すことができるというのは、本当にありがたいことだし、うれしいことだし、ここが本来やっていきたいことだったと思っています。

先ほど、見誤った件についての検証というのはあったのですが、認識していなかったものについても、どこで認識できたのかということについても、ぜひ、ここでの皆さんのご議論を報告書の中に生かして頂きたいと思って伺っています。大変なお仕事になるのかもしれませんが、ぜひ、ここもお願いをしたいと思います。

以上です。

○池ノ上委員長

どうぞ、竹田委員。

○竹田委員

その見誤ったというのは結構難しく、管理が悪いこともあると思います。心拍モニターは何ともなかったものを、管理が悪いために、例えば吸引を何回も行って、一度やめて、また引きましたみたいな事例の判定は、なかなか難しいと思います。だから、これは判読を間違えたものに限定したほうが良いと思います。時間軸も確かに必要だと思いますけど、時間軸を入れると、解析が複雑になるかなという気が1つはします。

もう一つは、原因分析委員会でも結構割れた事例がありますよね。それを集めて、評価し、はっきりさせることも大事だとは思いますが。時間のファクターとか、そのパターンがどのように変化していくというようなところまでの話になると解析が難しいと思われます。

もう一つ、資料1-3に、胎動の減少・消失等がありますので、せっかくこれを取っているのに解析したらいかがでしょう？。この管理入院中というのは、多分、その入院中でも胎動減少・消失があったりなかったりすると思うんですけど、これを入れて、それが基線細変動のサイナソイダルとか、基線細変動の減少・消失とか、あるいは、頻脈とか、あるいは、特定できないところにどれだけ入ってくるかとか、これは分からないんですか。せっかくやって、調べているんだから。これは判読というところと直接は関係ないんですけど、せっかくなら、胎動とモニターとの関係がどうなっているかということは見れないですか。

○事務局

分娩のための入院時の主訴を抽出したため、管理入院中というカテゴリに致しました。分娩時期周辺で胎動減少・消失の記載があれば、それを抽出することはできます。

○竹田委員

せっかく調べているんだから、調査項目の中に入れられないですか？ 特に、サイナソイダルパターンや、遅発一過性徐脈が出ていてというときに、直接的に判読ということではあんまり関係ないかもしれないけど、胎動減少・消失との関係が分かるとおもしろいかなと思ったんですけど。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

おそらく入院管理中の妊婦さんで、入院中にそのパターンが出現したときに、胎動につ

いての訴えはどうであったかというのは、わりと捉えやすいんじゃないですかね。それを、外来のものまではなかなか難しいかもしれませんがね。それ、できるかどうか検討してみてください。今の竹田委員のご指摘の部分。

それと、さっきの鮎澤委員がお示しになった、認識すべきものが認識されずに、判読の評価まで至らなかったというようなものがどのくらいあるかということについては、具体的な数を出すものすごい作業量になると思うんですけども、原因分析委員会の報告書の中に、そのことがうかがえるといいますか、そういうくくりのものというのはなかなか難しいんですか。例えば、入院時にリアシュアリングパターンが続いていたと。そうすると、それは認識していないというよりも、いいということを知っていたということになりますよね。その中で、例えば、遅発一過性徐脈が、分娩後、あるいは分娩前何時間に出現しているが、それに対する認識がなかったというようなことは、原因分析委員会の報告書の中では触れられていない、あるいは、いる、どちらですかね。

原因分析委員会ですよ。当該施設のカルテではなくて、原因分析委員会の評価の中に、そういったことが出てくるか出てこないかということについては。

○事務局

診療録に記録があるもの、記録がない場合は、医学的評価はしていません。

○池ノ上委員長

しかし、原因分析委員会では、その事例については、分娩監視装置の記録があれば、見ているでしょう。

○石渡委員長代理

見ていると思います。

○池ノ上委員長

見えますよね。そして、原因分析委員会の委員の先生たちが見ても、指摘すべきような異常パターンがなかったと、あるいは、なかったとは書いていなくても、そういうものは指摘されていないというようなレベルでは出てくるんですか。僕の言い方がおかしいかもしれないけど。

隈本委員。

○隈本委員

先ほど申し上げた、見間違えたのと、本来見るべきところで見えていなかったというのは、やっぱり全然再発防止の方向性が違うと思うんですが。原因分析委員会では、カルテに記

載があれば、ある判断をしたというのが書いてあるから、この判断が正しいか間違っているかと判断できるんですけど、カルテに記載がなくて、結果がこういうふうになった、でも、前方視的に見ると、この時点で普通なら気がつくよねというところが胎児心拍数陣痛図で判読できれば、少なくともこの時点には早く対応すべきだったという書き方で、そういうことに対する評価で、非常に前方視的に見ても絶対気がつくべきだよねというところは、ちゃんと見てなかった、判読をしなかったというふうにして、少し一般的ではないみたいに評価をするという、そういうパターンだったと思うんですね。

だから、積極的にカルテを書くお医者さんだと、ここはリアシュアリングだとかいって書いてあれば、判読が間違っただという話になるんだけど、何も対応しなかった場合に、それが単に判読をしようとしなかったのか、それとも、判読をミスったために、これは安全だ安全だと言って、ずっと時間を先送りしていったのかについては、記録からはあんまり読み取れないケースも多かったと思います。

○池ノ上委員長

原因分析委員会の記録からは。

○隈本委員

原因分析委員会をやっている。もちろん、だから、本当はここで見ておいてほしかったよねというのは、前方視的に見ているんですけども、かといって、その時々の判断が全部記録されているわけではないので、どうしてだろうか分からないけど、何でこの時間まで何も対処しなかったのかなというのは、この時点で判読すべきだったという評価をしているということ。

○池ノ上委員長

認識するというのと、認識したパターンを判読するというのと、そのパターンに基づいて対応策を何かするという、ちょっとしたステージの違いがありますよね。その認識すべきというのと、判読をするというところが一緒になって報告されているものもたくさんあるという、そういう話ですか。

○隈本委員

というか、私もいくつか参加した部会では、はっきり判読したということが書いてないんですけど、何もしてないというところを見ると、何も対応していないことから類推すると、助産師さんも何も連絡もしてないし、お医者さんも何もしてないところを見ると、これは正常だと判断したんでしょうねというふうに思う。しかし、その時間にお医者さんが

判読した結果、正常だというふうに書いてあるものは意外と少ないですよ。

だから、はっきり今回のケースで言うと、この資料1-3で、明らかに違う判断をしているものについては、もう分かりやすく、違う判断をした、でも、見間違えたから、こういうのを再発防止に役立てましょうねと。しかし、そうではないもののほうが多分多いと思うんですが、本来なら、この時間にこういう変化が出ているんだから何か対応すべきなのになくて、何時何分ごろまでにこの異常を判読しなかったことは一般的ではないみたいな評価をされているものが結構あって、それはカルテに、お医者さんの何々さんが何時に何を判読したということが書いてないケースですね。だから、それはもうその時点、もう記録しか見てないので、書いてない以上、でも、何も処置していないということは、ここは判読をすべきだったというふうに評価をすると、そういうやり方を。

○池ノ上委員長

認識をすべきだったとか、同じようなレベルで記載されている。

○隈本委員

あくまでレトロスペクティブではなくて、その時点で普通に動いている波形を見て、こうすべきということを先生方は判断して、ここに評価されているということだと思います。

○松田委員

よろしいですか。今からこの表がどんどんバージョンアップしていくと思うんですけども、臍帯血ガス分析pHとの関連をぜひ加えてもらったら。7.1をカットオフとして、それ以上かそれ以下か。だから、バリアビリティがあれば、これはもう90数%で、pHが7.1以上であるということは分かっているわけですよ。だから、それを実際にこの上から3番目の基線細変動消失・減少が[REDACTED]もあるのだから、もしこの最初の段階でインターベンションが入っていればということも十分参考になると思うので、この件数の次に、pH7.1未満の頻度ということがあったら、非常に理解しやすいと思いますけど。

○池ノ上委員長

臍帯血ガス分析pHからの評価といたしますか、検討ということもどうかねということですね。

○松田委員

はい。

○池ノ上委員長

異常があったのに異常が気づかれていないというのを、どのくらいの精度で、どのくら



い振り出せるかというのが、ある意味、非常に重要なんですけれども、なかなか方法として難しいかなというのが、今ちょっとデッドロックに乗り上げそうになっているんですけど。事務局に今ある、それから、分析委員会にあるデータで、そこがどこら辺までいけるかなというのを、先ほどの隈本委員のお話からいくと、直接はなかなか難しいけれども、間接的に推測はできるというところもあるのかもしれないけれども、推測だけでは報告書には載せられないので、そこら辺についてのアイデアはいかがでしょうかね。

#### ○隈本委員

ちょっと補足しますと、今頂いた資料1-3の、例えば、1ページ目の番号■のケースですけど、最初のほうは認識していないでして、次は、後半になると胎児心拍良好と判断したことになっていて。だから、診療記録の判読所見が、これで言うと、認識していないというのが次のページからも何回か出てくるんですけど、これは本来なら波形は異常を示しているのに、お医者さんの対応がないところから見ると、これは判読できてないんだなという、そういうことで評価をしたケース。

実際にカルテに何か記録があり、その記録が波形と矛盾している場合は、ちゃんとそこに書いてあるはずで、これを一つ一つ拾っていけば、先ほど申し上げた、本来ならその時間見ておくべき、夜中だったりするわけですけども、見ておくべきなのに見なかったケースで、本来なら看護スタッフも全員読み取ることができれば多分対応できたなというケースと、それから、やっぱりこれはお医者さんがもう一度そういう波形なんかを勉強して考え直してもらわないといけないなというケースと、やっぱり2つに分かれると思うので。これは一つ一つ読んでいくと、これで言うと、何か判断をしたケースと、認識していないというふうな単語で書かれているものが、みんな、おそらく原因分析委員会としては、この時間に気がついてほしかったよねという、そういうものだったと思います。

#### ○池ノ上委員長

ですから、原因分析委員会の報告書の書きぶりの中で、かなり絞り込むことができるかもしれないという可能性はありますよね。

#### ○隈本委員

少なくとも医学的評価をするときには、原因分析委員会委員長のお考えで、胎児心拍陣痛図の読み取りに関しては、あまり100%を求めるというか、つまり、結果を知って分析していると、どうしてもここで気がつかないのはおかしいじゃないかといいつい言っちゃうし、皆さん方、そういうもののプロなので、ついつい評価が厳しくなり過ぎるから、

この判読に関しては、よっぽどのケースだけ評価して下さいというようなことが原因分析委員会でみんなに伝えられたんですよ。だから、例えば、ガイドラインに対して違っているというのは、もうシビアに評価してもいいんだけど、こうよく読んだら、これは絶対下がってるよねというような話は、そう評価せずに、これは一般的と言って下さいと。明らかにどしんと落ちているのに、それが落ちてないように感じているものだけ書いて下さいというようなニュアンスが、原因分析委員会では伝えられましたよね、たしか。

そんな感じでした。後から見ると見えてくるものがあるので、あくまで前方視的に、同じものを見たときに、普通ならこうするねというところで評価してくれというふうなことが言われていました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

今、色々なご意見を頂いたようなことを、この評価のところの、これはまとめてありますけれども、こういった作業をして頂いたプロセスから、今の委員の先生方が色々指摘頂いたポイントを頭に入れながら、もう一度そこら辺を読み返して頂いて、そして、見落としといたしますか、もうこれはすべきだったよねというようなものだったのか、あるいは、もう認識しているんだけど読みが違ったのかというところが分けられれば、一応やって頂けますかね。そこは非常に大事なことになってくると思いますので。

金山委員。

○金山委員

そういう観点で、時間軸の話に戻りますけれども、全部のチャートを時間軸で見るのは、それはもう時間的に膨大ですし、無理だと思いますが、基線と細変動だけは、入院時からどう変化しているかというのは大切です。特に基線の判断については、藤森委員がおっしゃったような間違いは、ずっと見ていれば間違えることはないんですね。その瞬間だけ見ると、確かに見間違いするパターンもありますけれども、3時間、4時間取っているようなチャートですと、基線を間違えることはないと思います。特に基線と細変動に絞って入院時から時間軸を見て分析することも大事じゃないかと思います。

○池ノ上委員長

それも同じような読み方で、少しもう一遍読み直してみるという作業をして頂ければと思います。

他に、いかがでしょうか。

○勝村委員

これ、一般的でない、基準から逸脱していると、医学的妥当性がないと、その順番ですよね。これは、その3つぐらいのレベルのものを選んでということなんですか。もうちょっと曖昧な真ん中辺のやつもあったんですか。

○事務局

原因分析報告書の評価の賛否両論より下の、基準より、もう少し一般的ではないも含めまして、6つくらいあります。

○勝村委員

だとすると、特にオキシトシンを使っているときなんかは、やっぱりもっと見てなかったとか、見たけど見逃していたということでは、再発防止という意味では、すぐにやって欲しいことなので、それなりにきちんと、そういうのが1個や2個たまたまじゃなくて、これだけあるから、こういうのを減らしていきましょうという形は書いてもらうためにも、かつ、見ろよ見ろよと言ったって、見方が分からないからちゃんと見ないというところがあるんだと思うので、一般的でないとか、医学的妥当性がないと返しているけど、じゃ、どう見るべきだったのかということとちゃんと当該の医療機関には返さなければいけないと思うし、そういう意味でも、医療機関とか当該の医師や看護師が読めるような形で、原因分析委員会がそう言っていたことは、この段階では、こういうグラフを見たらこうすべきだったんだということが結果として医療関係者に分かりやすく伝わるという、教訓としては、絶対ここで何か慌ててほしかったというものを集めているという趣旨で報告できたほうがいいと思うし、わりとそういうものが集まっているという感じではないんでしょうか。

○池ノ上委員長

そうですね。大体原因分析委員会の表現がそういう表現になっているということは、かなり一般的なところよりも、問題ありという、そういう判断がされている、そういうグループをここに持ってきていると。ただ、そこに上がってきていない可能性があるものがどのくらいあるかというのは先ほどの議論で、そうすると、今、隈本委員がおっしゃったような文言の書き方の中で、ある程度もう少し絞り込むことができるかもしれないと。それはもうちょっとそういう視点で読んでもらいたいと思います。

それと同じように、今、勝村委員のご指摘の部分も、例えば、モニタリングをしっかりとすべきだった、オキシトシンが投与されているときに、きちっと分娩監視装置が使われる

べきであったというようなものもありますね。それは今回は入っていないですね。そういうのは。例えば、こういう場合にはちゃんと分娩監視装置を使って分娩管理をしましょうと、にも関わらず分娩監視装置は使われていなかったというのは、今日のこれには入っていませんよね。

○事務局

はい、集計に入っていません。

○池ノ上委員長

ですよ。だから、ひょっとしたら、そういうところも背景としては必要かもしれないなというお話なら、それは今まで随分やっているから、そういったものについては、これまでの分娩監視装置のテーマ別のときに。そこら辺を少し見直してもらえれば、全体の、先ほどのフローチャートのもう一つ別のこういう見方みたいなのができてくるかもしれないと思いますけれども。

あまり時間的に負担がかからないような——負担はかかるとは思いますけれども、そういう視点で、本来、分娩監視装置を使ってもらいますよという、産科婦人科学会が出しているところに、使っていないというのも、それ以前の問題ではあるんですけども、やっぱりそこもポイントアウトしながら、その次の判読の問題にいったほうが、報告書としてはいいのではないかなという気がしますので、よろしくお願いします。

どうぞ、お願いします。

○石渡委員長代理

初めのところが分かりにくかったんですけど。この事例の抽出の中には、陣痛促進薬を使っている事例も入っているんですよ。

○事務局

入っております。

○石渡委員長代理

入っておりますよね。ですから、そうすると、多分、当初は別として、今は分娩監視を連続モニターするということになっているから、大分その辺は是正されてきていると思うんですよ。ですから、むしろ、陣痛が起きて入院してきた方は、初めの30分間きちんとモニタリングして、あと異常がなければ、しばらくやっていませんよね。だけど、陣痛促進薬を使っている方は、陣痛が来る前から、もう始めた段階でやっているから、そのほうが連続的な分析はしやすいと思うんですけどね。だから、勝村委員が言われたのは、多

分、この事例の中はかなり入ってきていると思うので。

○池ノ上委員長

隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

長くなって申しわけないんですけど、先ほど臍帯血のpHについてというご指摘がありまして、やっぱりデータに紛れ込みを防ぐためには、臍帯血もそうなんですけど、アップガールスコアが1分が8点とか9点のやつがあつて、これは判読の読み違いはあったんですけども、原因にはあんまり関係ないと言えるんですかね。私は素人なんで分からないんですけど。8と9とかいうのは、アップガールスコアのつけ方が間違っているのであれば、関係なくなるんですかね。

○池ノ上委員長

これは田村委員に聞かないと。

○隈本委員

もちろん、原因になろうがなるまいが、判読は間違えないほうがいいに決まっているわけで、次の再発防止のためには、判読を間違えないほうがいいんですけども。

○池ノ上委員長

それもですけど、結果は脳障害になっているんですよ。このお子さん方はね。

○隈本委員

だから、脳障害には色々な理由があるわけで、そうすると、アップガールが8、9とかいうのは、これは除外する必要はないと思うんですね。これ、生データですから、しっかり分析して頂いていいと思うんですけど、8だ9だということについては、1つぐらい注釈を何かつけておいたほうが。もし一覧表を作るんだったら。

○池ノ上委員長

田村委員、何かありますか。

○田村委員

それは、おそらく今回の胎児心拍モニタリングとは全く分けて考えた方が良いのでは無いですでしょうか？アップガールが1分後も5分後も7点以上と評価されたにも関わらず脳性麻痺になった事例というのは、分けて分析されれば、色々なおもしろいことが出てくるかもしれません。それは必ずしも、こういうモニタリングしている事例において出てくる現象ではなくて、正直言って、産科施設から色々な赤ちゃんを紹介される新生児医から見ると、

「このアプガール8点というのは本当だったのかな？」という事例は、まれでなく見られるので、それは別に分析されたほうがいいんじゃないかなと思います。

○隈本委員

これは■■■とか■■■ぐらいしかないので、じゃ、撤回します。

○松田委員

よろしいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○松田委員

遅発一過性徐脈は、多くの事例を見れば、これはもうフォルスポジティブが多い、産まれてみれば問題なかったじゃないか、臍帯血ガス分析pHもいいじゃないかという事例ではなくて、これはもう結果が脳性麻痺という厳しい状況なので、それを比べるためには、日産婦のデータベースを使ってチェックをしてすれば多くの事例が集まって、臍帯血ガス分析pHがあるので、そこも分かるから、そうすると、遅発一過性徐脈の事例の中の臍帯血ガス分析pHの平均が分かる。それとこれを対比すれば、また見方がより深くなると思うんですけども。この前、されましたよね、ワーキンググループ、データベースとの比較というところ、それが今回の事例でも生きるのではないかと思います。

○池ノ上委員長

これはやっぱりかなりリサーチのフロンティアのところにつながってくると思うんですね。再発防止委員会で、出生直後5分までは仮死蘇生も必要ない、けども、早期接触、母子同室といったところで、突然状態が悪くなったお子さんというのが結構ありますよというのが出てきている。

もう一つは、分娩のときの、あるいは、分娩の前の胎児の状態で、直接出生直後の脳の低酸素虚血性障害に陥るほどのものはないんだけども、何らかのストレスがそのときに加わって、胎児のレスポンスがちょっとアウトオブオーダーになってしまって、それが新生児早期は何とか乗り越えたように見えるんだけども、その後何か起こってきたということは十分考えられると思います。例えば、色々なオートノミックナーバスシステムがこんなになっているとか。それはもう分娩監視装置の歴史の昔からそういうことは議論されていて、今、これを見ていくと、産まれたときはよさそうだけど、産まれる前に胎児心拍パターンの異常が示されていますよというものが、そういうふうにつながっていけば、

こういうふうに全部をずっと見ている論文というのはそんなに多くはないので、今、松田委員が言われたようなことは、リサーチフロンティアとしてやっぱりワーキンググループなんかでやるような、そういうレベルの問題だろうと。

これは、今の一般臨床の場にこれを提言してどうこうするというところまではまだいっていないだろうと思います。ただ、たまたまこの委員会にはそういったデータがどんどん蓄積されてきますし、小児科の先生方も、フォローアップのところで、そういったことに問題意識を持って頂いているということだと、分娩前の情報とのマッチングという作業も可能になってくるだろうと思っておりますので、引き続き、そういった視点でこれを続けていきたいと思っております。

どうぞ。

#### ○勝村委員

これは以前もお願いして、ちょっとこだわりで申しわけないんですけど。資料1-2の児の娩出経路というのがあるんですけど、そのタイトルがいいかどうか踏まえて、鉗子か、吸引か、緊急帝王切開かということを書いているんですけど、オキシトシンを使った事例を自然というふうに、経膈は経膈なんですけど、経膈は全部、吸引であれ鉗子であれ経膈なので、あえて自然経膈と書かずに、もう空欄でいいんじゃないかと思うんですよね。オキシトシンを使っても自然分娩ですよと言われる方がいて、自然という言葉は、使わないお産との違いがなくなっちゃうので、そうしてもらえたらというのと、あえて吸引とか、鉗子とか、吸引から鉗子になって緊急帝王切開になったというふうに書かれているのもありますけど、この間の経過からすると、あえて、さらに書くんだったら、僕は、クリステレルをここに書けるんだったら書いてもらったほうが、どんなお産の中で監視がうまくいけてなかったのかということが分かるかなと思うのが1つと。

もう時間がないので最後になんですけど、藤森委員とか、これをざっと見られて、最初に一過性徐脈を逆に見ている事例がとか言われましたけど、これもぱっと見たら、バリアビリティが消失しているのが分かってないということとのセットで、危機感が足りないとかいうこともあるのかなと思うんですけど、ざくっと■■■■を見て、共通点のようなものをあえて言うとしたら、どんなイメージで専門家の皆さんは見られているのかを聞きたいなと思うんですけど。

#### ○池ノ上委員長

松田委員、いいですか。

○松田委員

今、勝村委員がご指摘されたところで、ヒントですけれども、たしか英語では spontaneous vaginal delivery に対して、induced vaginal delivery という言葉があると思うんですね。だから、それを日本語にすると、誘発下の経膣分娩というふうにすればよろしいんじゃないですかね。自然ではないということですよ。

○勝村委員

さっきの話で。

○松田委員

先生の指摘されたところですね。

○勝村委員

はい。

○池ノ上委員長

もう一つは。

○藤森委員

やはり最初にお話ししたように、認識していないということと、間違っているというのがあるんですけど、認識していないのが多いのは、基線細変動も多いんですけど、多分、圧倒的に遅発一過性徐脈が認識されていないというのが多いと思います。

変動一過性徐脈は、大きいというか、ダイナミックに落ちるので、ですから、それが認識できないというのは少ないんじゃないかなという気がします。

それから、早発一過性徐脈は、もともと出るのが少ないのに、それで、遅発一過性徐脈を早発一過性徐脈と読んじゃっているというのも比較的あるんじゃないかなというふうに。数字を見れば分かりますね。と思います。

なので、どうしてもモニタリングとか、そういう胎児の状態を把握するときというのは、皆さん、良いほうにとりたがるというか、お産も進行もそうですけど。例えば、バリアビリティは少な目なんだけど、これはあるよねというふうに判断したりとか、そういうふうに読みがちかなというふうに、全体の印象としてはあるんじゃないかなと思います。そんなところでよろしいですか。

○勝村委員

はい。

○池ノ上委員長



おそらく、今のようなインプレッションがこの中でどのように整理されてくるかというのにも出てくるんじゃないかと思いますので、引き続き、この議論は続けていきたいと思えます。

今日、事務局にはたくさん色々なお仕事が参りましたけれども、どうぞよろしくお願ひします。

では、続きまして、遷延分娩に移りたいと思えます。これも事務局のほうから説明をお願ひします。

#### ○事務局

遷延分娩についてご説明致します。

まず、本体資料1ページをご覧ください。遷延分娩について、テーマ選定時の主なご意見です。

遷延分娩の原因となるものには回旋異常や骨盤異常、頸管熟化不全等あり、分娩管理の基本的なテーマであるがこれまで取り上げられていない。テーマに取り上げ分析してはいいかがか。

遷延分娩の事例の中で回旋異常、微弱陣痛、子宮収縮薬の使用時期や使用方法など分娩管理において重要な事項を取り上げて分析することにより、多くの情報を発信できるのではないか。

微弱陣痛の定義、医療介入の仕方という意味のガイドライン的な観点からも、非常に重要であると思える。

臨床の現場ではよくあることであり、遷延分娩の原因、胎児の状態等、総合的に判断して経膈分娩を行うか決定するため、どの時点で医療介入を行うか等テーマとして取り上げるのがよいのではないか。

以上のようにご意見を頂戴致しました。

次に、遷延分娩について、資料2-1をご覧ください。

今回は、2017年2月までに公表した[ ]を対象としています。このうち、産科婦人科用語集・用語解説集の遷延分娩、分娩停止の定義に該当する事例、および急速遂娩の適応が分娩遷延・分娩停止の単胎の事例[ ]を対象と致しました。

なお、急速遂娩の適応が分娩遷延と分娩停止の事例のうち、児娩出経路が帝王切開の事例については、陣痛発来または子宮口全開大から帝王切開決定までの時間が、遷延分娩または分娩停止の定義に該当するものとしています。

次に、資料2-2をご覧ください。まず、A3カラーのものからご説明致します。こちらは、対象事例■■■■の事例一覧です。1ページ目が経産婦、2ページ、3ページ目が初産婦の一覧です。

白い行が遷延分娩の定義にのみ該当する事例、青い行が分娩停止の定義にのみ該当する事例、オレンジ色の行が遷延分娩と分娩停止、両方の定義に該当する事例となります。

前のA4の資料に戻って頂きまして、こちらは、分析対象に見られた背景と、主たる原因についてまとめたものです。

それぞれ事例一覧に従って、左側から遷延分娩の定義にのみ該当する事例■■■■、分娩停止の定義にのみ該当する事例■■■■件、遷延分娩と分娩停止両方の定義に該当する事例■■■■についてそれぞれまとめています。

最後に、分析対象に見られた背景の妊産婦の年齢の件数に訂正がございます。一番最初のページですが、遷延分娩の定義にのみ該当する事例につきまして、35歳未満■■■■、35歳以上■■■■と記載しておりますが、35歳以上の件数は■■■■でしたので、訂正致します。

ご説明は以上です。ご審議をお願い致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。今、事務局のほうでまとめて頂いた遷延分娩、前回のテーマで選定されたものの一つでありますけれども、説明頂きました。いかがでしょうか。

前回の委員会では、遷延分娩について、本体資料のほうに挙げてありますような項目から、実際に現場の医療者としては非常に悩みの多い問題であろうと思います。また、それだけに、背景となる因子はかなり複雑になるかもしれないけれども、ここら辺で取り上げてみてはどうだろうかということであったかと思っておりますが、そういった観点から。金山委員、どうぞ、お願いします。

○金山委員

分娩の3要素について、それぞれどうかという質問ですけれども、娩出力と胎児ですね。ですから、胎児の大きさも含めた、回旋異常とか胎児の問題、それから、あと産道の問題ですよね。それがどのような割合になっているのかというのが解析できるのかどうかというのは、いかがでしょうか。

娩出物に関しては、体重が大きいかどうかというか、巨大児かどうか、出生体重で分かると思うんですけれども、微弱陣痛も解析可能かもしれません。それから、産道について

はどうですかね。低身長とか、そういうもので予想できるかもしれませんがね。

○事務局

身長については、集計はできます。

産道は、軟産道強靱と診断がついているものは一応抽出はしているんですけども、そのような診断名などが診療録にない場合には、こちらでは拾えません。

○池ノ上委員長

BMIは出ますよね。

○事務局

BMIは、入っています。

○池ノ上委員長

それと、身長そのものも出ますね。体重は出ますね。

○事務局

出生時体重と頭囲などは。

○池ノ上委員長

頭囲も分かる？

○事務局

はい。抽出はできます。

○池ノ上委員長

いかがですか、先生。

○金山委員

意外と回旋異常というのは、全然記載がないんですね。びっくりしましたけど。本来は回旋異常がかなり多いはずですけど、解析事例に回旋異常が記載されていないというのは、少し驚きました。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○藤森委員

意見というよりは、特に初産婦で真っ青なのにちょっとびっくりしているんですけど。つまり、分娩第Ⅱ期、つまり、子宮口全開大になると、ある意味、産科医は少し安心というか、あと分娩だけねみたいな感じになっているんだと思うんです。先ほどもちょっとお話が出ていましたけど、その後の対応はどうなっているかということにも、全開大になっ

てから、結局、うまくいなくて脳性麻痺になっているわけで、そこをどういうふうにすれば助けられるのかというのが分かるのか。黄色も、且つですから、分娩第Ⅱ期ですから、全開大以降ですから、ほとんどという意味なんですよ。だから、ある意味、ちょっとびっくりしているんです。

それから、今の回旋異常、          だけなんですけど、多分、やっぱり認識していないんだと思うんですよ。分かっていないんだと思うんですね。だから、これ、          と書くのがいいのかどうか。認識されていないというのがなくてはいけないんじゃないかと思うんですけど。回旋異常はなかったとはっきり分かっているものは、逆に少ないんじゃないかなという。正常に回旋していますよ、それでも、うまく分娩できませんでしたよというのが書いてあるのかということだと思うんです。結局、分かっていなくて、分娩停止ということで、回旋異常が帝王切開されているということは、実際の臨床では結構あるんじゃないかと思うんです。だから、これ、          しか回旋異常と書いていませんけど、実際はもっともっとあるんだと思うんです。

○松田委員

よろしいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○松田委員

この一覧表で、胎児心拍異常の項目がないんですけど、これを付け加える場合に、全開する前からもう既にあつたのがどんなものがあつたのか、それから、全開後がどうだったのかということをする、また詳しくなってきたら、子宮内感染も、全開までにもう感染がすごく疑われている事例、それから、全開後にもあるというのがあって、だったら、もう少し早くアクションできるよという見方にもつながると思うので、ぜひそれを加えて欲しいんですけども、よろしいでしょうか。

○池ノ上委員長

できそうですか。できますかね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

他に。木村委員、どうぞ。

○木村委員

本当に、今回2つとも表を見ていて、難しいテーマだと。何を言えばいいのかって難しいなと思いながら眺めていたんですけど。

この遷延分娩の中で、最終的な評価が、何とかして原因を何か言おうとしているにも関わらず、原因が明らかではない、特定困難というふうにおっしゃっているところが非常に多いんですね。なので、それは特筆に値するかなと。例えば、胎児心拍とか、そういったことに問題なかったのかなというふうな、逆にそういう印象を持ちます。

また、藤森委員おっしゃったように、本当に全開大後の分娩停止 (protraction) が多いにも関わらず、こんなにオキシトシンの使用率が少ないというのは、現場は何をやっているんだという気もちょっとしまして、やっぱり全開大して、それで出ないときにどうするんだということは、やっぱりもうちょっと考えてもいいのかなという気もするんですが。

じゃ、何を再発防止として言えるのかというのが本当に難しい気が致しました。今回の感想です。

○池ノ上委員長

これは初産と経産に分けてありますよね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

これは本当に初産に多いということになるんですかね。ちょっと僕の言い方は変ですけども。ほとんど初産が多い。しかも、初産の第Ⅱ期が相当絡んでいるということで、これが本当にそうだったら、ものすごい提言をしなくちゃいけないのではないかということになるかと思います。それは言える背景がありますか。あるんですかね。どうしたらいいんだろうと思って、ちょっと。

○石渡委員長代理

脳性麻痺全体の事例の中で、初産と経産の割合は、そうすると、やはり初産が多いんですか。

○藤森委員

すみません、一応確認ですけど、ここでいう経産婦は、経膈分娩したことがあるということの経産婦としているんですか。帝王切開既往の経膈分娩も入っていますか。

○事務局

含まれています。

○藤森委員

それはやっぱり除かないと、経膣をしたことがある経産婦というふうにしなないといけないと思います。

○隈本委員

分娩回数は、0回が■■■■、1回以上が残りですね。だから、■■■対■■■ぐらいですね。

○事務局

7回の報告書25ページ、表3の2-12です。

○池ノ上委員長

それも経膣分娩の経産かな。

○隈本委員

はい。7回だと、■■■■が初産婦。としたら、多いですよ、これ。ものすごく多い。これは新たな発見なんじゃないですか。

○池ノ上委員長

しかも、それがⅡ期に。

○隈本委員

Ⅱ期遷延がすごく多いと。だから、ここを解決すると、随分減るんじゃないかみたい。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○勝村委員

だから、1人目だから遷延しやすいというのがあるんじゃないですか。2人目は、当然、1回産んでいるから遷延しにくいというのはあるとは思いますが。先ほど藤森委員がおっしゃったように、1回帝切した2回目は、そういう意味では、経膣の1回目なので、遷延する云々って、そっちに逆に入れるということ。何個ぐらい、少ないのかなと思いますけど。

○木村委員

初産婦で、分娩第Ⅱ期の2時間以上と経産婦で分娩第Ⅱ期の2時間以上って、初産婦がそれは多いですよ。なので、ここで同じ2時間という基準で切っていたら、それは初産婦のほうが多いに決まっています。ただ、それがどれぐらい多いかというのは、海外のデ

ータはあると思います。2時間以上何時間ごとで切っていて、それで、初産・経産で何割ぐらいというのは、データはたしかあったように思いますけど、日本でちゃんとしたのがあるかどうかは、僕も知りません。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○小林委員

今、簡単に計算したら、初産婦は■■■■で、経産婦が■■■■です。合計の数で割合を見ると。

○池ノ上委員長

今日のデータで。

○小林委員

今日のデータです。

○池ノ上委員長

そうですか。

○小林委員

全体で言うと、このパーセントの表わし方が、あまり適切な表わし方ではなくて、本来なら、例えば、年齢で言えば、35歳未満の全体の分母の中のパーセントを出して、それから、35歳以上についても、全体の分母からパーセントを出したほうが、多分、参考になると思います。

今、全体の初産婦の中の■■■■を出すと■■■■で、全体の経産婦の中の■■■■を出すと■■■■という割合になります。ですので、やっぱり高いことは高いですね。

○池ノ上委員長

高いことは高いですね。

どうぞ。

○勝村委員

また、これ、オキシトシンと書いているのがすごく多いですよ。それで、このときのオキシトシンの使われ方というのが、このテーマでは、誘発として使われたのか。つまり、もしかしたらまだ十分に頸管が熟化していなかったかもしれないときに、誘発として使われたオキシトシンだったから、結果として遷延しちゃったみたいな感じなのか、子宮口が全開大になって、それでも弱まったから本当にオキシトシンを使ったのかということは、

同じオキシトシンでも、全然分析するによって違うと思うので、オキシトシンで誘発したというのは、やっぱり分かるようにして欲しいし、遷延してからした、子宮口全開大になったのに出てこないから、そこから使ったんだという2種類なんじゃないかな。その違いが分かるようにしてもらえたらと思うんですけど。

○池ノ上委員長

そうですね。これもさっき木村委員が言われたように、オキシトシンの使い方が適切かどうかということは、非常に大きな問題にもなってくると思いますので。それは記載を見れば分かりますよね。

遷延分娩については、オキシトシンの状況といいますか、それもきちっと出していかないといけないだろうと思います。できそうだったら、今の作業をして頂ければと思います。つまり、最初の分娩誘発からのオキシトシンか、微弱陣痛などで途中から使い始めたか、あるいは、もう出口部でやっぱり陣痛が弱いから緊急処置として使ったかという。木村委員、そのくらいですかね。

○木村委員

なかなか全部の経過を追うのは、カルテに戻らなければいけないので難しいのと、それから、ここで、例えば、胎児心拍異常によるというふうに原因がほとんど書かれていないんですよね。ということは、頻回収縮とか、そういう過強陣痛とかはまず起こっていないだろうというふうに推測はできるのですが。もちろん、遷延分娩ですから、陣痛が弱いからそうになっているんじゃないかなとは思いますが。

どう分類していいのかって、多分、この報告書だけから見るとというルールからすると、かなりざっくりした分類しかできないんじゃないか。委員長がおっしゃったような程度の分類しか多分できないんじゃないかなと思うんですね。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

○隈本委員

臨床経過のほうは、オキシトシンについては絶対書くというルールになっているので、いつ、どれぐらいの量でということも必ず書くようになっているので、臨床経過を見ると拾いやすいのではないかと思います。

○池ノ上委員長

■■■■と■■■■でしたか。大変でしょうけど、ずっと追って頂いて。



他に、いかがでしょうか。

○勝村委員

さっきのに関連して。これ、オキシトシンとか書いている横に、分娩誘発あり、分娩促進ありと書いてくれていますよね。これはそれとリンクして、ここで書かれている分娩誘発、分娩促進というのは、何があったら、それぞれありになっているんですか。

○事務局

こちらに書いてあるメトロイリントールとオキシトシン、PGE<sub>2</sub>、F<sub>2</sub>αと、あとは、ブスコパンとかレボspaなどの薬剤が使っているものが、その他として集計されています。

○勝村委員

分娩誘発の欄と促進の欄と2種類あるじゃないですか。

○事務局

陣痛があるかないかです。陣痛開始前に使っているものが誘発です。

○勝村委員

では、今言っていた話は、もう既に事例を読んで、それを書いてあるということですか、これは。

○事務局

はい。

○勝村委員

分娩誘発も色々あるじゃないですか。誘発の仕方、促進の仕方、薬以外にもあるかもしれないし。これ、別途、人工破膜のことも書いてあるけど。

例えば、経産婦だったら、■■■■と■■■■■■■■■■誘発がありで、それ以外は、誘発のところ、分娩誘発、何も書いてないですよね。この■■■■と■■■■■■■■■■が、オキシトシンの使い方が、陣痛のない段階からであって、その他は、オキシトシンは陣痛があった以降に使われているという。

○事務局

それは、こちらの表では分かりません。

○勝村委員

分かりませんか？

○事務局

はい。例えば、■■■■ですと、オキシトシンは、誘発で使ったのか、促進で使われたのか

というのは、こちらの表からは分からないので、事例に戻らないといけません。

○勝村委員

じゃ、ここの誘発のところに「あり」と書いているということは、何がされていた可能性があるということなのか。可能性というか。

○池ノ上委員長

陣痛も何もないときに、何らかの陣痛を起こすような処置がされて、必ずしもオキシトシンではない場合もある。

○事務局

あります。

○池ノ上委員長

そういうのがあれば、誘発ありとして、そして、使用薬剤等が書いてあるとか、どういう方法かということになるという理解でいいんですか。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

ですから、どのステージでどういうふうに使われたかというのは、これでは細かくは分からないという、そういう状況ですよ。

○事務局

そうです。

○池ノ上委員長

ですから、さっきの木村委員のお話も含めて考えれば、実際の現場でどういう使い方がされたのか、されなかったのか、あるいは、分娩が遷延してしまっているのに何もされていないのかどうかというようなところが見えてくれば、この遷延分娩のテーマとしてまとめやすいということになるんだろうと思いますけど。そういう方向で少し見直して頂いて。

他には、いかがでしょう。この遷延分娩をもうちょっと分かりやすく。石渡委員長代理。

○石渡委員長代理

やっぱり一番悩みのところは回旋異常だと思うんですけども、回旋異常をきちんと正確に把握できるということが、臨床的にはなかなか難しいですよ。なかなか内診でもきちんと把握できないし。とって、みんな超音波スキャンで見ているわけでもないし。だから、回旋異常が■■■■しかないというのは本当におかしいと思うんですけども、この辺の

解析ってできますかね。

実際に原因分析の中のカルテの報告の中で回旋異常が読み取れるのはあるかもしれないけど、本当に実際にはそれ以上あるわけですよね。そこを読み取ることは難しいですよね。今回は。

○事務局

はい。診療録だけが情報源なので。

○石渡委員長代理

村上委員、回旋異常は内診で分かるものですか。

○村上委員

ベテランの助産師なら分かると思いますが、全員が分かるかという、難しい部分はあると思います。

○池ノ上委員長

木村委員。

○木村委員

最終的な、例えば、後方後頭位で分娩されたとかいう記載はあるんですか。それだけでもあれば、そういったものがあつたかというのは、少なくとも回旋異常はあつたということになるので。

○事務局

それは回旋異常にもう含まれています。

○木村委員

含まれているんですか。

○事務局

はい。

○木村委員

じゃ、後方後頭位は全部この中に入っているわけですね。この数少ない中にね。

○事務局

はい。

○木村委員

分かりました。

○池ノ上委員長

時間経過はかなり分かるんですか。例えば、分娩Ⅱ期が何時から何時までだったとか。つまり、原因は何だか分からないけど、微弱陣痛か、回旋異常か、産道があまりにも小さいとか、低身長でとか、原因は色々あるんだろうけれども、時間で見ると、これは遷延していますよというところはかなり追えるんですか。

この定義からいくとそうなんでしょうけど、その定義は全部に当てはまるというか、全例、そういう時間というのは分かっているのがここに集まっているとみていいわけですね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

その中で、何らかの分娩遷延に対する対策が、どの時点でどういうことが行われたか、行われなかったということも分かりますか。

○事務局

医学的評価に記載があれば。

○池ノ上委員長

評価に記載があれば。

○事務局

はい。次の委員会で提出の予定です。

○木村委員

よろしいですか。申しわけないですが、例えば、これ、分娩第Ⅰ期の時間が短いものからソートするとか、分娩第Ⅱ期の短いものからソートする。これ、ばらばらなので、エクセルなので、そういう感じで並べてもらうと、まだもうちょっと傾向が取れるのかなという気もするんですね。

例えば、分娩第Ⅱ期の遷延といっても、本当に■■■■■みたいなから、■■■■■、■■■■■とか、結構あるので、そこをソートして頂いたほうが、もうちょっと見やすくなるかな。本当にこれは難しいんだと思うんですけども、そういう順番にして見せて頂いたら、もうちょっと何か言えるのかもしれないなと思いますので。

○池ノ上委員長

やっぱりこれは遷延という言葉なので、時間を軸に、色々なイベントを乗っけて分析していくというのが一番分かりやすいかもしれませんね。

○金山委員



○勝村委員

そうしたら、ここで空白になっているのとか不明というのは■■■■ぐらいしかないんですけど、この■■■■以外は、10分間隔になったということが助産師の記録にきちんと書かれてあるから計算しているし、全開大になったというのもきちんと書かれてあるので、この■■■■の空欄以外は、カルテの記載にその最低限の情報が書かれていたということですね。

○事務局

はい。

○藤森委員

結構助産師さんってしっかり書きます。

○勝村委員

なるほど。

○藤森委員

結構厳しく書いてます。

○池ノ上委員長

大体10分というのも、入院してくる目安が、大体陣痛間隔10分でというのが、普通の場合は頭に入っているんで、大体そこら辺はほぼ正確、ちょっとした幅はあると思いますけれども、できるんじゃないかと思いますが。

他に、鮎澤委員、どうぞ。

○鮎澤委員

勝村委員と同じ質問になってしまうのですが、空欄と不明の違いというのは何ですか。今の時間のところ。Ⅰ期、Ⅱ期のところで、空欄のものと、後半のほうに不明というのが出てきますよね。例えば、■■■■あたりに不明というのが出てくるのですけれど。

○事務局

記載がなかったものですね。

○鮎澤委員

空欄は？

○事務局

空欄は、帝王切開のものなので、診療録には時間の記載はありませんので、こちらで、緊急帝王切開の決定時刻を基準にして時間を算出しているんで、その場合が空欄になっております。

■■■■は、分娩第Ⅰ期と第Ⅱ期が■■■■なんです、分娩所要時間が■■■■を超えているという記載があったので、対象の事例になりました。

○池ノ上委員長

今のでよろしいですか。

○鮎澤委員

何が不明で、何が空欄なのかということがきちっと整理ができていれば。今回、特にこのテーマは時間を見ていきたいと思いますということになっているので、そのところが分かれば結構です。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

例えば、■■■■、診療所から総合病院に搬送されて帝王切開になったという、そういうケースですよね。時間が経っているのはどちらというのは分かるんですか。

○事務局

分かります。

○池ノ上委員長

それは分かる？

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

それはここにもあるんですか。

○事務局

ここには分からないので、診療録を確認することになります。

○池ノ上委員長

それはないですよ。だから、そういう搬送されたケースというのは、どちら側で、例えば、ここに胎盤機能不全症というのがありますけれども、診療所の段階で胎盤機能不全症がもう出ていたのか、あるいは、総合病院に来てから、経膈分娩が可能かなと思っていたら、そういうことになったとか、きっとそういうところがかなり問題になるんじゃないかなと思いますけど。もし分かったら、そういうのも教えてもらえればと思いますけどね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

結構そういう、診療所－病院－診療所とかありますよね。そういうのが。助産師を診療所というのもある。

○鮎澤委員

例えば、今、先生がおっしゃったようなことで言うと、          も空欄になっていますけれど、どういうところで、どこに時間を使ったのかということが実は結構大事なポイントになってくるでしょう。それがどこまで分析報告書の中から読み取れるのか、私は分からないのですが、今回のテーマにはとても大事なところになると思います。

○池ノ上委員長

そうですね。空欄のところを分かるようにして頂くという作業をして頂けますかね。

○事務局

はい。

○勝村委員

すみません、表を見て、質問ばかりですけど。同じ表の分娩誘発、分娩促進と書いてある2つ左に、微弱陣痛という欄がありますよね。微弱陣痛のところは、ありと不明と何も書いていないというのがあるんですけど、微弱陣痛も定義がありますよね。何センチ開いていて、どれぐらいの周期とか。この微弱陣痛の「あり」というのは、遷延分娩って、基本、微弱陣痛でないのかとか、素人的に思っちゃいますけど、この「あり」というのはどういう意味なのか。

○事務局

診療録に微弱陣痛と記載があったものです。

○勝村委員

微弱陣痛の記載ありですね、こっちは。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

他に、いかがでしょうか。小林委員。

○小林委員

これは委員の先生方に教えて頂きたいんですけど。帝王切開が全部で          しかないんで



すが、対象全体では[ ]ありますので、遷延分娩になる前に帝王切開してしまって、ここには出てこないということなんですか。

もう一回説明すると、全体の分析対象事例だと[ ]が帝王切開なんですけど、帝王切開が非常に少ないんですけど。

○木村委員

よろしいでしょうか。

○池ノ上委員長

木村委員、どうぞ。

○木村委員

推測するに、だから、原因がよく分からないという書き方をしている。要は、胎児心拍異常のイベントがないから、ずっと見ていたというふうに、単純には解釈したんですけども。それ以外の因子があるのかどうかは分かりませんが、基本は、みんな下から出そうと思って頑張っているわけなんですけど、そこで胎児心拍異常等、他に帝王切開を決定するイベントがないということで、ずっと見ることができたという事例で。ですから、ちょっと意外だなと思ったのは、この原因が明らかでないというのが非常に多いというのは、やっぱりそういうことの反映じゃないかなと思います。

○小林委員

ということは、要するに、自然の遷延分娩の総数ではないということですね。早目に帝王切開のインターベンションが入ってしまった場合、もうこの例からは除かれているということになるんですか。

○木村委員

というか、遷延分娩だけで帝王切開をするかということ、遷延分娩に対する答えは陣痛誘発、あるいは、促進ですので、そこで遷延分娩だから帝王切開をするというのは、よっぽどの理由がないとなかなかしにくいですね。ちゃんと陣痛がついて開かないということの証明がなされないと、あんまり帝王切開にならないと思いますので、その証明が出るまでは、なかなか帝王切開とはならない。分娩の進行が遅いから帝王切開しましょうとは、恥ずかしくてなかなか現場ではならないような気は致しますが。

○池ノ上委員長

だから、分娩監視装置の記録がここには入っていないんですね。どういうモニター異常があったかないか。さっきの話。それもですけど、臍帯血数値のいいのも結構あるんで

すよね。

○松田委員

委員長、よろしいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○松田委員

脳性麻痺の主たる原因、一番右側のほうを見ますと、経産婦の■■■■は、母児間輸血症候群で、■■■■は新生児遷延性高血圧症というふうな感じで、初産婦にいても、児の脳梗塞とかが入っているのを、■■■■なんですよね。一緒にして。これを欄外にして、別枠にしたほうが、時間軸ということを中心に考えるのならば、非常にまとめがつかないかと思えますけど。

○池ノ上委員長

新生児の病態が主たる原因と判断されている部分は、今のようにと。時間軸で、それを取り分けたらどうですかという話ですね。

○松田委員

はい。常位胎盤早期剥離が原因というのもあるので、そういったのをずっと原因別に見てみて、それこそソートすれば、メインかそうでないかというのが分かってくると思うので、それをお願いします。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。金山委員、どうぞ。

○金山委員

ざっと見て、羊水異常が非常に多いということを感じました。羊水混濁とか、血性羊水とか。ですから、その辺もちょっと詳しく解析して頂きたいということと、あとは、もう1点、今の松田委員の話とも関連しますけれども、胎盤の病理はどこまであるのかということ。満期の絨毛膜羊膜炎というのは脳障害の1つの要因ではないかと考えられますので、胎盤の病理はどうなっているか分かれば、また調べて頂きたいと思えます。

○池ノ上委員長

全部でなくてもいいと思えますけれども、もし胎盤の所見がついていれば、それもという事で。

○金山委員

そうですね。

○事務局

胎盤病理の結果は、一応表の中にお示ししてあります。これだけでは？

○池ノ上委員長

この中に？ どこでしたっけ。

○事務局

中ほど、羊水異常その他の隣が、胎盤病理組織学検査の結果です。あるものは、記載しております。

○金山委員

絨毛膜羊膜炎って、いくつかありますよね。そういう事例は、ビーチがあまり問題ないのになっているとかいう可能性もありますね。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。随分色々なご意見を頂きましたので、また事務局のほうで、委員の先生方のご意見を参考に、もう一遍作業して頂ければ、次の議論でもうちょっと深めることができると思いますので、大変でしょうけど、どうぞよろしくお願いします。

○勝村委員

1つ。

○池ノ上委員長

もう1つ、はい。

○勝村委員

事務局にお願いし過ぎで、できればなんですけど。原因が明らかでない、または特定困難。僕は、主たる原因というものはもう要らないと何度も言っているんですけど。なぜなら、多くが原因が明らかでない、または特定困難になっているので、それで見ても。やっぱりこういう言葉を聞くと、それは非常に難しい事例で、ほぼ分かりにくい事例だったんだろうと思われがちなんですけど、僕は、オキシトシンを大幅に逸脱して使って、吸引して、クリステレルなんかもやってという、とんでもないなと思うようなやつが、よくこれになっているんですよね。原因が明らかでない、また、特定困難と。だから、僕はこれはひどいなと思う事例が、結局、これになっているんですよね。原因が明らかでない、特定困難となっているので、特定困難を見ている、これかもしれないし、これかもしれないし、これかもしれないと書いていることがあって、それか、それか、それかと書くだけで、

再発防止につないでいくんだったら何かヒントになるけど、全部こうやってやっちゃうと、すごく医学的レベルの高い最高の医療がされたんだけど、あまりにも先端医療なので何がなんだか分からないみたいにも取れてしまうので、僕はそうじゃないと思うので、この表現、主たる原因は嫌いなんですけど。だから、どうせ書くんだったら、その中身で、これかもしれないし、あれかもしれないと、o r、o r で書かれているものを書く形にしていかないと、本当の科学的な再発防止にはならないと僕は思うんですね。そういう書き方も、原因分析委員会にも、僕はそのあたりの書き方に関しては、色々意見を持っているんですけども、可能ならばということでお願いしておきます。

#### ○池ノ上委員長

ありがとうございました。

先ほどから出ている、時系列で見て、どこでどういう処置が行われて、その処置が効果がどうであったかということが明らかになってくれば、可能性のあるものはぐっと出てくると思います。主たる原因とまでは言えないかもしれないけど、何らかのバックグラウンドが、3つか4つの要素が一緒になってそこに絡んでいるとか、そういったものは見えてくる可能性はあると思うんです。原因分析委員会で、なかなかそこまで、一例一例を見ていくと言えないんだけど、マスとして見てみると、こういったものが絡んでいるものがこのグループに多いとか、そういうところを見てくれば、報告書に組み込むことができるんじゃないかなと思いますので、その原因が明らかではないというところだけくくるのではなくて、これはもちろんここに書いてあっていいんですけど、色々な処置がされたり、羊水混濁があったり、絨毛膜羊膜炎があったりとか、そういうものがマスとして見れるような資料を作って頂ければ、今の勝村委員のご意見にも参考にさせてもらえるのではないかと思います。よろしくお願いします。どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、「報告書の構成」についてであります。事務局、お願い致します。

#### ○事務局

「報告書の構成」についてご説明致します。

これまでに、「報告書の構成」については、様々な意見を頂いておりますので、報告書の構成について検討させて頂きたいと思っております。本体資料の2ページをご参照下さい。こちらに、報告書の構成について、これまで委員会で頂いた主なご意見を掲載しております。

報告書の読み手の対象に対してですとか、テーマに沿った分析の構成の仕方につきまし

てですとか、提言のところにつきましてですとか、色々なご意見を頂いているんですけども、その中で、分かりやすく記載して欲しいですとか、読みやすさの観点でもっと考えたらどうかですとか、サマリーを先に出して、メッセージ性をもうちょっと打ち出してはどうかといったことを今までにご意見として頂いております。

そういったご意見をもとに、今回、事務局の構成案として案を出させて頂きましたので、資料3をご参照頂きたいと思っております。

資料3ですけれども、こちらの左上のほうに、まず第8回報告書で実現したいことというところで記載をさせて頂いております。ここに2つ記載しておりますけれども、1つは、ページ数の削減といったところでして、今、報告書も、事例の件数も増えてきているので、分厚くなってきて、多少重たいといったご意見もございますので、ページ数の削減ということができればと考えております。

2つ目は、読みやすさの向上といったところで、これまでは順を追って説明をしていって、最後に結論というような構成が多かったんですけども、最初に結論というところから入って各論というように、特に見てもらいたいものを先に置くということはどうかということを考えております。

こういった実現したいこと、この2点を主に念頭に置きながら、構成案を考えているんですけども、まず、この資料の見方についてご説明させて頂きますと、資料3の左側のほうは、第7回報告書構成よりと記載しておりますけれども、こちらは、第7回の報告書の目次を記載しております。なので、第7回の今の構成はこのようになっていますということで記載しております。今回、ページ数の削減といったところも少し考えていきたいので、参考までに、各項目のページ数も記載しております。

その横に、第8回報告書に対する案および理由ということで、最初にご説明させて頂いたページ数の削減だったり読みやすさの向上といった観点から、こういうことを変えていったらどうかということを、それぞれの項目について書かせて頂いております。

このことをもとにしたら一体どういう報告書になるのかということで、資料の右半分のほうに、第8回報告書構成(案)ということで、案を書かせて頂いております。こちらが、今までのページ数の削減や読みやすさの向上で、こういう順番に並べたらどうかという案でございます。

ちょっと大きなところにつきまして、実際に具体的にご説明をさせて頂きたいのですが、まずは、第7回報告書でいいますところの「第3章 数量的・疫学的分析」についてです

けれども、こちらは第7回報告書で言うと、20ページからのところになっておりますが、こちらは細かく分析をしているというよりは、テーマなどのもととなるデータの位置づけといった意味合いが強いかと思っておりますので、こちらは報告書の前半のほうに置くというよりは、後段へ移動してはどうかと考えております。ですので、資料右半分の第8回報告書構成（案）のほうでは、下のほうに、第1章、2章、3章、4章の後に、「資料 分析対象事例の概況」と記載しておりますが、こちらが今までの第3章のものを後ろに持っていくということかどうかというように考えております。

続きまして、大きなところで言いますと、テーマに沿った分析の箇所につきまして、少しご説明をさせて頂きたいと思っております。これまでの第7回報告書のほうでは、第4章がテーマに沿った分析ということで、Ⅰ. テーマに沿った分析について、Ⅱ. 早産について、Ⅲ. 多胎について、それぞれ1、2、3、4、5という項目があり、順を追って解説をしていたというようなイメージなるんですけれども、こちらを、一番伝えたいことを最初に置くという形にしてはどうかと考えております。

具体的に申し上げますと、第7回報告書で言いますと、早産についてのテーマのほうで申し上げますと、95ページからのところに、ちょっと赤くなっているページですけれども、一番言いたいこと、このテーマの分析の中で言いたいことというのを、今までは第7回報告書でいう95ページのところから、再発防止および産科医療の質の向上に向けてというタイトルで、ここに一番言いたいことをまとめておりました。これが、今まではテーマの中の途中のページといいますか、各テーマの中の最後に位置づけられていたんですけれども、こちらを、今後は最初に一番言いたいことを持ってきたらどうかということで、資料の右側の第8回報告書構成（案）をご覧頂きますと、「第3章 テーマに沿った分析」の「Ⅰ. テーマに沿った分析について」のすぐ最初のところに、〇〇について（総括）ということで、今回ですと、遷延分娩について（総括）となり、一番最初に今のサマリーみたいなものを置いて、その後に分析対象事例の概況に入っていくという流れにしてはどうかということ、こちらの資料にまとめさせて頂いております。

また、今までの項目ですと、2で分析対象事例の概況、3、原因分析報告書の取りまとめ、4、早産に関する現況という、そういう項目がたくさんございましたが、こちらも、概況と原因分析報告書の取りまとめにつきましては、統合して、かつ、原因分析報告書からの抜粋のページというのが今までたくさんあったかと思うんですけれども、そういったところは、削れるものは削っていつてはどうかと考えております。また、早産に関する現

況などのページでは、今までガイドラインの抜粋みたいなところを掲載しておりましたので、こういったところも削減していったらどうかというように考えております。

テーマのところにつきまして、このように大きく順番を変えてはどうかと考えているんですけれども、次に、付録のところについて、もう少しご説明をさせて頂きたいのですが、付録、今まで報告書の最後のところにⅠからⅣまでございまして、Ⅱ番、参考となるデータと、Ⅲ番、日本産科婦人科学会周産期登録データベースという項目を設けておりましたが、こちらにつきましても、合わせて25ページも掲載していたというところではあるんですけれども、どちらももちろん参考になるデータではあるものの、あくまで参考情報ですので、こちらは、今、色々な事例とか載せることも多くなってきている中で、削ってはどうかと考えております。具体的には、Ⅱ番の参考となるデータのほうは、人口動態統計ですとか、そういった統計資料を載せているものですので、例えば、URLのみ案内するですとか、そういったことをしてはどうかと考えております。

全体を通しまして、各章における表の説明文章を削除していくですとか、そういった文字数の削減ということに努めて、ページ数削減を図っていきたいということや、また、紙質を変更しての軽量化なども実現可否を検討していきたいと考えております。

なお、本日、この後の議事にもございます、2009年の出生児集計につきましては、これから集計項目を検討していくといった段階でございますので、そういった審議を踏まえて、今後、2009年の出生児集計の配置については検討してまいりたいと考えております。

全体を通し、中身の細かいところにつきましては、今後、各章の中身についての審議の際に決めていければよいかと思っておりますが、全体に関わるのところ、形式のところにつきまして、本日、ご審議頂ければと思っております。

説明は以上です。ご審議をお願い致します。

#### ○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。もう前回から、分かりやすい報告書に少し模様がえをしてはどうかというご意見がございまして、事務局のほうでこういうアイデアを練って頂きました。忌憚のないご意見をお聞かせ頂ければと思っております。よろしく申し上げます。

小林委員、お願いします。

#### ○小林委員

データを整理して載せるというのは賛成です。それで、次の議事とも絡みますが、例え

ば、2009年は全数の集計が今回まとまりますので、そういうものは、今後、ホームページ上に掲載して、この紙の報告書には載せないという形にする。エクセルで載せられると、さらに見た人が様々な形で使えますので、そういう形にして、2009年、将来的には、2010年、11年と、今、数量的・疫学的分析に載っている表に関しては、そういう形で載せていけばいいかなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

今、小林委員からありましたように、2009年出生児の原因分析委員会での作業全てがこの12月に終了するという事ですので、初めて初年度のデータがそろふということになります。このデータをどうするかということも含めてご議論頂きたいなど。もう少しこれについて、追加ございますか。2009年のデータをどうするか。今お話し頂きましたけど、できれば、この新しい報告書の構成案と一緒に議論できれば。いかがでしょう。どうですか。事務局、よろしいですか。

○事務局

一緒にいいと思います。

○池ノ上委員長

一緒にのほうが。お願いします。

○小林委員

2009年の集計は、もう事務局のほうでまとめて頂いて、私、ちょっと見せてもらいました。昨年度の報告書の同じ表と比較して、特に大きな傾向の違いはなかったんですが、比較的申請の若い児がこちらのほうは含まれているので、重症度に関係するようなものがちょっと違いがあるかなというぐらいで。

ただ、昨年度の集計と2009年全員の比較は、あまり適当ではなくて、昨年度の集計の[ ]のうち、[ ]は2009年の児ですので、同じものが含まれてしまっていますし、それから、申請の年がばらばらと全体のが混じっていますので、本当なら、2009年の総集計の結果を2010年の総集計の結果と比較するとか、そういう形が望ましいと思うんですが、まだそれはできないので、別の形を考えてみました。

2009年の集計結果については、いずれこの委員会を出してもらいたいと思うんですが、それだけだとちょっと考えにくいので、比較の対象としては、昨年度の報告から2009年の児を除いたものの集計結果と2009年全数の比較をするか、あるいは、200



9年の本制度の対象児と日本の全出生児、同じ年の2009年の全出生児の比較をしてみる。この2つがおそらく比較の候補になると思います。

それから、あと、2009年、ちょうど本制度の対象者が全数そろっていますので、2009年の出生児の中でクロス集計をしてみるのがいいと思います。例えば、私の案では、一般審査と個別審査に分けてクロス集計をしてみる。それから、例えば、2歳までの申請児と2歳以降の申請児で傾向に違いがあるかどうかですね。そういうような、2009年の中で比較をしてみるというのがいいかなと思います。

できれば委員の先生方に、こういう比較をしてみたらどうかという意見を、今回か次回ぐらいまでに出して頂いて、いずれかの回で、その比較の表を全部出して議論してみる。それで、報告書に載せる内容を決めていけばいいかなと思いますが。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。第8回の次の報告書の構成を事務局から案を出して頂きまして、もう一つは、2009年に出生した児の作業が全て終わったということで、この取り扱いをどうするか、その案を小林委員のほうから提出して頂きました。

今のお話を聞きますと、我々が一番知りたいのは、各年度ごとによくなってきているかどうかということ、9年、10年、11年というように知りたいんですけども、今やっと9年の初年度だけが終わったということですので、9年、10年というふうに比較できるところは比較ということもできると思いますが、なかなか難しいところがある。第7回でも、限定したところでそれを報告書に載せたわけでありまして。

もう一つは、2009年だけを取って、その中で様々なキャラクターがあるのを、2009年度の脳障害児についての特徴を出すと。それも、その年の全てが集まったという前提のもとに、そういうことができるわけですから、そういったことも含めて、それを次回の報告書にどのように組み込むか、あるいは、今のように、ホームページ上にそれをしてサマライズした部分を載せるかといったことも含めて、ご議論を少し頂いて、意見を聞かせて頂ければと思います。今日、結論というところまではなかなかいかないと思いますが、フリーにお話し頂ければと思います。よろしくお願いします。

木村委員、お願いします。

○木村委員

勝村委員がよくおっしゃっておられたように、特にテーマに沿った分析というところで、大事な結論から先に書くというふうな方針は、非常に分かりやすくなるので、いいのでは

ないかなと思うんですね。ですから、ぜひそれは構成としてはやって頂くといいかなと思います。

あと、もう一つは、付録なんですけど、実は、この付録って、結構見ているおもしろくて、各県どれぐらいの出生があって、診療所等の割合がどれぐらいでとかということが書いてあって、案外、国民数の動向とか見ると、なかなか見落としそうなことが結構書いてあって、おもしろいなと思って見ているので、わりに大事かなと思うことと、それから、先ほど小林委員のお話がちょっとありましたけど、やっぱり学会の立場からも非常に興味があるのは、地域間格差がどうかということがあって、特に2009年は、各都道府県の出生数を分母とした、この事業に登録された人の比というのは出るはずですね。これはもう確定値になりますので、これは、毎年それを出していくということは、ある意味で厳しいデータになるかもしれませんが、改善率も含めて、それから、医師の配置とか、その医療資源の問題とかも含めて議論ができる、極めて貴重なデータになると思います。ですから、ぜひとも、各都道府県での確定数、そういったものは出して頂けないかなと思います。

ちなみに、地域間格差ということで、産婦人科の専攻医の数が話題になりまして、都市部偏重という話が話題になっておりますが、私はちょっと興味がありまして、日本中の人口比と新研修医のシェア比、基幹病院がどこにあるかということで、新専攻医の在所を決めて、それで計算しますと、非常に都市部偏重ということが言われていますけど、必ずしもそうではないなということも分かってきますので。小さいところは、やっぱり人数がでこぼこしますから、トレンドを見ないと分からないんですけど、そういった観点から、やっぱりこの委員会というか、何かを提言するとき、一番の難しいところは、分母がないんですね。分子、すなわち、イベントがあった人だけを見ているという問題がありますので、そういう分母と比較ができるという意味では、まずは出生数が分母というのは重要な観点だと思いますので、一度、そういう観点で2009年を出して頂けたらと思いますし、僕自身は、この表のⅡでいっぱいあるんですけども、要らないやつもあるんですけど、結構おもしろいデータもあるなと思っていて、全部消しちゃうのはちょっともったいないかなと思います。取捨選択をして頂ければと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。おそらく、それぞれの委員の皆さん方が、それぞれの視点で、これはおもしろいデータだなと思っておられると思います。少なくとも機構のホームページ上には残るんですよね。落とすという作業をしても。報告書に載せないということでは

よう。

○事務局

そうですね。こちらにつきましては、まだ検討中ではございますが、今の人口動態統計などは、機構のホームページに載せるのもあまりそぐわないかなともとは思っておりますので、そこは検討していきたいと思うんですけれども、必ずしも機構のホームページに載せるということをイメージしていたわけではございませんでした。

○事務局

報告書の、例えば、数量的と疫学的分析のところに、本データは、ある特定の脳性麻痺の集団なので、一般のデータとは違うという記述があるんですね。その部分に、今、統計資料になっているもののリンクを張るということを一応は予定しております。資料自体が単発でクリックすると見えるというよりは、文中に関連するところにリンクを張ると。イメージです。

○事務局

具体的に申し上げますと、7回の報告書で言うと、20ページに今の記載がございまして、20ページの中で、今申し上げたような、あくまでこれは本制度で補償対象となった脳性麻痺の事例であるということを書いた後に、人口動態統計などの資料も参考にして下さいといったことをここに今まで記載していて、それを付録に掲載していると今までは記載していたんですけれども、そこにURLなどを掲載して案内するという形などを今のところは想定しておりました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今、色々なアイデアが出てきておりまして、それをどの程度のところで維持するか。1つは、あまりにもこれが厚くなり過ぎていて、もう少しハンディなものにしたほうがいいんじゃないかというご意見もありまして、今の作業が進んでいるわけですが。そういうところからすると、なるべくスリム化ということも大きな要素だと思いますが。

勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

まず、こういう方向で構成案を出して頂いたことを、すごくうれしくというか、ありがとうございます。本当に読んでもらえるようにということを気持ちを込めて考えて頂いていることに感謝致します。

それで、今のところなんですけど、木村委員が興味深いのもあるというところなんですけど。あのあたりのページ数、紙幅が、この再発防止報告書という全体の幅からすると、ちょっと取り過ぎているような感じがするんですよね。都道府県を残すならば、残りはホームページだけにしちゃうとか、再発防止の報告書自体をそのままホームページで見れるように、PDFでして頂いているんですけど、それとは別に、何か残しておきたいけれども、本に載せるとどうも冗長になっちゃってみたいな、どこから読んだらいいか分からないという感じになってしまわないように、そういう付録とか、そういうところは、もう眼鏡をかけないと読めないぐらいフォントを小さくしちゃって、詳しくはホームページで見れる、ホームページだったら幾らでも大きく拡大できるわけですから、ホームページにも載せているわけだからみたいにするかぐらいの。

あとは、最後の資料のところが大きくページになる。結局、付録というのは、ページは少ないので、最後の、今回の案の中で資料となっているページ数が結構多くなっちゃうんだったら、もうちょっとそこも工夫して頂けたら、順番とは別に、いいのかなと思っています。

それから、小林委員の話は、3つともすごく関心があって、2009年一年間と、それ以降との比較とか、2009年一年間と日本のお産全体とか、2009年の中のクロスとかやる場合に、それぞれどんな項目がそれが可能なのか。2009年の事例と日本全体を比較できる項目って、どんな項目があるのかとかいうことが、また、2009年とそれ以降で見てみたら、ちょっと違っている数字が本当に出てくるのか。出てこないんだったら比較してもしょうがない。出てきたら、非常に興味深いことだし、そういうことのほうが報告書に載っていったほうがいいかなという感じがします。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。藤森委員、どうぞ。

○藤森委員

先ほどちょっとお話に出た、ちょっと確認したいんですけど。

今、産科医療補償制度で、都道府県ごとの確定した補償事例というのは、もう公表しないということになったんですか。数ですね。この間ちょっと聞いたら、もう公表しないというふうに聞いたんですけど。

例えば、          で平成27年末で          あったというのが、平成28年末での公表がもう出てます？ 運営委員会の資料だったかもしれませんが。都道府県別はもう公表しな

いというふうに聞いたんですけど。

○鈴木理事

運営委員会の資料としては、公表しないというか、やめたという経緯はあります。

○藤森委員

やめたんですね。

○鈴木理事

というのは、そもそも発生率が少ないであるとか、先ほどの話にもありましたけれども、そもそも出生数の母集団が少なく、1例出るか出ないかという、非常に出生数が少ないところだと、かなりでこぼこになる可能性があるというようなことで、全体を何々県と何々県を比較のような形でやるのは必ずしも適切ではないのではないかとということ。

○藤森委員

1例しかなかったという都道府県はなかったと思いますが。

○鈴木理事

あったと思いますね。ある年は。

○藤森委員

一番少なかったのは、多分、■■■■か■■■■かどっちかで、それでも■■■■か何例くらいあったと思ひまして。

私、あの表を見て、いつも思っていたのは、東京都と大阪府というのは、人口のわりに結構少ないんだなというふうに、それは感じていたんですけど。

○鈴木理事

多いところはいいと思うんですが、先生言われたように、■■■■ですとか、もともと出生数が少ないようなところというのは、3例にしても、2例とかになってしまったりすると、結構発生率が大きく変動するというようなことがあるので、どうなのかなという議論があって、一応運営委員会の資料としては、公表しないという言い方がいいんですか、出していたんですけども、やめたという経緯はあります。

○池ノ上委員長

これには出していないですか。

○鈴木理事

これには出ています。

○藤森委員

出ていましたっけ。

○池ノ上委員長

7回は。

○隈本委員

後ろのところに、第7で言うと、42ページに。

○藤森委員

これは平成27年末。

○池ノ上委員長

だから、再発防止委員会ではまだそこは議論していないと。どうぞ。

○小林委員

都道府県別の分析は、数が増えてきたら運営委員会でもしたいと思っていますが、難しい点があって、1つは、分母を何に取るかで、都道府県別の出生数に取ると、里帰り分娩している人たちは、その県で分娩しないで、実家のある県で分娩するので、その県の発生率にはならないんですね。そこがなかなか難しく、特に東京あたりだと2割ぐらい里帰り分娩があるという、小さな報告ですけどあるので。

○藤森委員

ここには書いていないですけど、もともとの報告には、ちゃんと都道府県別の住民票と産んでいる場所での数がちゃんと載っていたんですね。

○池ノ上委員長

よろしいですか。再発防止のほうでこれをここに上げるようになったときに、私も上げたほうが良いと思いました。それは、登録施設がまだ少ないというのと、脳障害のお子さんが発生しても、なかなか届けてくれない、そういう都道府県があって、あまりにも少な過ぎるんじゃないかというときにこれを出せば、各県それぞれに脳障害のお子さんがいて、各県それぞれでちゃんと出していますよね、それにしても、我々の県は少ないですよというように使ってもらえれば良いのではないかと思いました。

これをもってして発生率が高いとか低いとか、地域間格差があるとかというスタディをするのは非常に難しいと思います。今、小林委員がおっしゃったように、色々な理由がありますので。それよりも、全国各地で脳障害児の発生はあって、それなりにちゃんと報告されて、レジストレーションされていますという現況をみんなでシェアしましょうという意味合いのほうが強いのというふうに私は思っていて、これを見るたびに、何々県もた

くさん出てきたとか、何々県は過去はこんな少ないはずはないのに、やっぱり出てきたとか、そういうモニターにこれは当初使っていたんですね。そういう役割がもうなくなったかどうかということのほうが、私には非常に興味がある。そういう視点で。色々な使い方はあると思うんですけど。

○藤森委員

どうなったのかなと思って。

○池ノ上委員長

私は、別に改善の目的とかというのは、これでどうだというのは難しいんじゃないですかね。改善できたかどうか、評価するのは。

○石渡委員長代理

僕は出したほうがいいんじゃないかと思うんですよ。それで、周産期医療状況も各都道府県で随分違う、地域によっても違うから、それを改善するというのをその地域で分かって頂くためにも、出したほうがいいんじゃないかと思うんですね。

今、ちょっと話は変わるけれども、医療事故調査制度はブロックごとに数が書いてあるんだけど、かなりの事例が集まってきたんで、今度、都道府県別に報告するようになってくるんじゃないかと思うんですよ。

だから、やはり地域地域の医療システムをよくしていくための1つの指標として感じて頂きたいということもあるから、出したほうがいいんじゃないかなと思うんですよ。前に出したときは、多分、出生届を出す都道府県の実際の戸籍上のものと、あと、実際産まれた分娩機関と、それは分けて出していましたよね。ああいう形で出せばいいんじゃないかと思うんです。

もう一つお願いしたいことがあるのは、この付録も非常に重要だと思っているんですけども、もちろん全部出す必要はありませんが、制度未加入状況は、これ、          の診療所この数字はもうなくなるまで動かないですよ。本当にお産の数は少ないです。

それから、私がぜひお願いしたいというのは、厚労省でもやっていないことなんだけど、病院と診療所と助産所と3つの分け方をしていますけれども、実は病院というのは、病床数の20床だけで切っているんですよ。だから、これ、個人の開業の病院と、そこをちょっと分けて頂くと、実際に分娩を扱っているところは、個人の病院も含めると、70%以上がそこで分娩されていると思うんです。ところが、国のデータだと、診療所と病院と分けていますから、診療所が今47とか48%と言っていますが、実際のところの地域

の中で眺めていくと、やっぱり個人の開業の先生たちがどのぐらい頑張っているか、どのぐらいお産されているか、そういうところも把握するためには、病院のところを分けて欲しいと思っているんです。それがここでできると思うんですね。データが上がってきているわけだから。

○池ノ上委員長

それは、先生、大分重要なことにだんだんできてきていまして、実際は、これがスタートするころは、診療所で相当脳障害が起こっているので、診療所の先生たちをターゲットに質の向上を図らなければならないだろうという持論でやっていたんですけども、実際出てきてみると、むしろ総合病院のほうで起こっている。診療所から搬送されたやつを省いても、総合病院が脳障害発生の場になっていそうなデータがだんだん集まりつつあるわけですよ。そうすると、こういうところの示し方にも影響してくるだろうし、そういったデータをどこまで——何となくは出しているんですけど、よく見て頂くと分かるようには出ているんですけども、それをテーマにしてはまだやっていないんですね。ですから、そういう意味でも、世の中はだんだん移り変わるとともに、出すべき再発防止委員会からの提言もキャッチアップしていかないといけないだろうという意味では、今の先生のような考え方も非常に重要になってくるのではないかと思います。

○石渡委員長代理

厚労省で、ベッド数だけで決めていくというのは、ずっと昔から慣例的にやっていますけれども、産科に関して言えば、個人で頑張っている病院、30床とか40床で、そういうところで結構お産は多いんですよ。実際にはね。ほとんどが分娩に特化してやっているとところもあるし、そういうところがこのデータの中に出てこないというのはちょっと分かりにくいことなんだけれども。機構ではそれを全部データとして持っているわけだから、分けることはできますかね。

○事務局

確認してみないと分からないです。すみません。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○勝村委員

そういう方向性というのは、僕、興味深いし、大事だと思うんです。というのも、この提言は、医療機関だけじゃなくて、国や行政にまで提言しているわけですよ。そうする



と、その地域の総合周産期医療センターを中心に云々と、地域ごとで行政的には地域で連携してやっているわけなので、そういうところにも提言していくということを踏まえるならば、やっぱりそういう地域にも一応目を光らせておくというか、見ておくという、そういう形はやっぱり大事だと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

2009年のコンプリートしたデータ、それを、先ほど小林委員のご説明がありました、あれについて、もう少しご議論頂いて。松田委員、お願いします。

○松田委員

2009年が完了したということは、昨年で完了したという意味ですか。

○事務局

現時点で、まだ完了はしていません。あと数件。

○松田委員

完了の予定ですね。そうすると、2009年の出生の事例を最初の年にやれたということは、その事例は厳しいほうですね。だから、要するに、2009年の出生児をまとめるのではなくて、ある程度前半後半で分けたほうが。私も原因分析の委員をしていたんですけども、最初のころはなかなか慣れていなかった。だから、原因分析委員会の結論が、今、振り返ってみれば、違う可能性も出てくるんじゃないかと思うんですよ。それは、最初のころは厳しいから、もうアプガースコア1分、5分とも0点ぐらいの事例は誰が見ても分かるんだけど、後半になってくると、臍帯血ガス分析pHはいいのに何だろうかとかという、そうすると、胎児期発症の事例というのも浮かび上がってきた。それから、子宮内感染を伴っている事例も後半のほうに出てきているんじゃないかというところなので、2009年の事例を二分割か三分割ぐらいにして、その間に私たちがガイドラインが周知徹底するようになってきたというところもあるので、分割しての検討はいかがでしょうかという。

○上田理事

先生、原因分析委員会の中で、原因分析報告書を評価、チェックすることは必要と思われませんが、再発防止委員会は2009年の出生児を1つの対象として分析していますので、先生がおっしゃったように、原因分析報告書を作成した時期で分けて分析するのは難しいと思います。

○松田委員

最初のころは、低酸素が原因であるという、ほとんどそれでオーケーだったんですけど、「あれ？違うな」という事例がだんだんと後半になってくると出てきたような気がするんですよ。原因分析のほうで委員もやっていたときにそう感じたので、どうでしょうかという質問でした。

○上田理事

ですから、原因分析の担当のほうで、原因分析を常に質の高いレベルで行うためにチェックするのは、必要であると思っていますが。

○池ノ上委員長

他にいかがでしょうか。

今の点は、経年的に見るときに効いてくる要素である可能性はあると思うんですよ。ですから、それは経年的作業がだんだん大きくなってくると、今のようことを言わないといけない。しかし、2009年だけに限って、その取り扱いをどうしたほうがいいのかというご意見をお聞かせ頂ければと思うんですが。例として、今、小林委員がおっしゃったように、9年だけの中でクロスして評価して、それで何か見えてきたものを出していくという、そういうやり方の中に、どういった項目が挙げられるだろうかということ、もしご発言頂ければと思うんですけど、いかがでしょうか。

時期的には、今年の12月で終わるんですね。2009年がですね。ですから、2009年は、もうこれで全てが完了というのが12月ですので、そこから……。

○鈴木理事

手前でも。

○上田理事

原因分析はほとんど終わっていますから、大丈夫です。

○池ノ上委員長

ですから、この委員会で、この9年データの取り扱いについて議論をする場というのを何回か持っていければと思っておりますので、また委員の先生方、色々なアイデアを出して頂ければと思います。どうぞよろしくお願いいたします。

他に何かございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、その他について、事務局、お願いします。

○事務局

それでは、事務局から事務連絡です。

再発防止ワーキンググループの活動状況についてご報告致します。

第9回の再発防止ワーキングを[ ]に開催し、臍帯異常に関連して出生した脳性麻痺児の胎児心拍数図の検討について取りまとめました。今後動きがございましたら、適宜ご報告させていただきます。

次回開催日程についてのご案内です。次回は[ ]の[ ]からの開催であり、終了時間は[ ]を予定しています。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、ご出欠の可否についてご記入頂きますようよろしくお願い致します。

また、次回の審議は、主に「遷延分娩について」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。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

胎児心拍数陣痛図についても少しは議論できるんですね。今日、委員の先生から頂いた作業ができる分ね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

他に、全体を通して何かご発言ございますでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、これをもちまして、本日の第57回の再発防止委員会を終了させていただきます。

どうもありがとうございました。

— 了 —