

第52回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：平成28年8月1日（月） 15時30分～18時10分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

○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。

次第、本体資料、出欠一覧、資料1「多胎について(案)」、資料2「多胎・補足資料」、A3ホチキス留めでございます。資料3「多胎について(案)意見シート」。資料4「これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向(案)」。また、クリアファイルに、次回委員会の開催案内及び出欠連絡表がございます。不足、落丁など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、取り扱いにはご注意頂きますようお願い致します。

続きまして、6月24日付けで当機構の役員改選がございましたので、本日出席の役員につきまして、この場をお借りしてご報告を申し上げます。はじめに、理事の鈴木が産科医療補償制度事業管理者を上田から引き継ぐことに、兼任することになりました。

○鈴木理事

よろしくお願い致します。

○事務局

なお、本日は欠席ではございますが、前理事であり、産科医療補償制度事業管理者の上田は専務理事に就任致しました。上田は、産科医療補償制度の統括を兼任致します。引き続きまして、どうぞよろしくお願い申し上げます。

一部委員の方が見えていらっしゃいませんけれども、定刻になりましたので、ただいまから第52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

では、どうぞよろしくお願い致します。本日は、前々回の委員会で頂いたご意見をもとに、第7回の再発防止に関する報告書の「テーマに沿った分析」の中の1つのテーマであります多胎について具体的に議論をして頂きたいと思っております。

それでは、議事に入らせて頂きます。多胎について、事務局、よろしく願います。

○事務局

多胎について、まず資料からご説明致します。資料1が報告書案、資料2の1ページが全事例の背景・脳性麻痺発症の原因をまとめた事例一覧、2～6ページが妊娠中の体重差、羊水量、胎児血流をまとめた妊娠経過詳細、7ページが分娩管理詳細、8～9ページが急

速遂婉詳細、10～15ページが脳性麻痺発症の主たる原因と最終頭部画像所見の一覧、16ページが新生児期の治療なし事例一覧、17～19ページが胎盤重量と出生体重の集計、20ページが脳室周囲白質軟化症とアプガースコアなどの関連表です。また、資料3に前回審議でのご意見をまとめています。

それでは、資料1「多胎について(案)」及び資料3の意見シートに沿って、前回からの主な修正点をご説明致します。今回は、2015年12月末までに公表した793件での分析結果となります。

意見シートの1～5番で、母体要因は妊産婦数で集計し、新生児要因は新生児数で集計したほうがよいとの結論でしたので、資料1の集計を修正致しました。妊産婦数で集計した箇所は、資料1の4ページ2行の「対象数(妊産婦)」のように表記しています。

意見シート6番、全体の構成図を提示したほうがよいのご意見より、資料1の3ページに分析対象構成図を追加しました。

意見シート8番、脳性麻痺発症の時期を追記するとのご意見より、資料1の25ページ1行から「2)脳性麻痺発症に関与する事象の発生時期」の項目を設けました。

意見シート9番、周産期指定病院の件数を追加するとのご意見より、資料1の4ページの表に項目を追加しました。

意見シート10番、胎盤付着部異常と臍帯付着部異常を追記するとのご意見より、資料1の5ページ、6ページの表にそれぞれの項目を追加しました。

意見シート13～15番、膜性診断は組数での集計とするのご意見より、資料1の10ページ12行からの「膜性診断」を再集計しました。

意見シート17～20番、Vanishing twin、DD双胎のTTTSは集計から除外するとのご意見より、この■件を除外し、全て再集計しました。資料1の1ページに集計を除外した旨を追記しました。

意見シート23番、子宮底圧迫法の具体的な事例の抜粋を追加するとのご意見より、資料1の33ページに子宮底圧迫法の事例の抜粋を追加しました。

この他のご意見と修正案は意見シートにかえさせていただきます。

また、資料1の21ページ6行からの「児診断名」に、乳児期最初の頭部画像所見を追加し、再集計しています。

ご説明は以上となります。ご審議お願い致します。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。前回色々なご意見を頂いた点を事務局で作業して頂きました。どうぞご自由に議論をお願いしたいと思います。いかがでしょうか。それぞれ委員の先生方から頂いた意見シートが資料3に準備してございます。

○田村委員

結局、そうすると品胎は■なんですよね。品胎は■例ですよね。

○事務局

現時点では■例ですけれども、今後品胎の事例がございますので、今は■件控えているものがございます。

○田村委員

それで黒塗りされているんですか。

○事務局

はい。

○田村委員

それからあと、資料1の5ページのところで、体外受精でDD双胎■件というふうになってはいますが、今、産婦人科学会のほうでは、受精卵の戻しを1つにするということの基本にするということになっていると思うんですが、この事例は、産婦人科学会のそういう方針の前の事例でしょうか。それとも、その後の事例でしょうか。

○事務局

その方針が出た年月日がちょっとこちらでは不明なんですけれども。

○藤森委員

2008年です。

○田村委員

じゃあここにある事例は、全部それ以降の事例ですね。

○石渡委員長代理

シングルエンブリオトランスファー、要するに単一胚移植というのが今学会で推奨されているわけですが、必ずしも単一胚ではいけないというわけではなくて、例えば2回、単一胚移植でやって妊娠しない例であるとか、40歳近い方、35歳以上の方であるとか、事例によっては2つ移植する。3つは絶対あり得ないんですけども、ということはあるかと。

○田村委員

そうなんですか。分かりました。

○池ノ上委員長

木村委員、手が挙がっていましたが。

○木村委員

同じです。必ずしもではないということですね。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。何でも結構です。時間はたっぷりありますので。

○藤森委員

11ページの事例ですけれども、一児死亡の事例はMM双胎、これ読んで見ると、MDだと思っていたら実はMMだったという事例ですよ。なので、ちょっとどうかなと思って。一児死亡の14ページの事例を見ると、どれが適当かなと思って見ていたんです。19番はいかがなんですかね。ちょっと診断がうまくついていなかったというものを挙げるのはどうかなと思って。かつこれ、XXXXXXXXXXがある事例ですよ。MMなのでほぼ全例あると思うんですけれども、それも分かってなかったんだと思うので、事例として適切かなとちょっと思ったものですから、いかがですか。

○池ノ上委員長

事務局で、これをここに取り上げた理由というのは何かあるんですか。

○事務局

11ページの教訓となる事例は、10ページからの続きの膜性診断という項目で教訓となる事例として挙げておりますので、この事例でもし膜性診断がMM双胎と最初からついていたら、この事例は妊娠中に変動一過性徐脈が何度も出ているような事例でございます。異なった妊娠管理がされていたのかもしれないと考えて、ここに載せております。

14ページの事例一覧は、双胎一児死亡一覧ですので、双胎一児死亡でも教訓となる事例を載せたほうがよろしいというご審議でございましたら、19番を載せるという整理になるかと思っておりますけれども、いかがでしょうか。

○藤森委員

膜性診断がうまくいってなかった事例として出ているということですか。

○事務局

そうです。

○藤森委員

一児死亡の事例ではなく？

○事務局

ではなくという意味です。

○池ノ上委員長

妊娠■週にA病院で診断されているんですね、膜性診断が。その前後の細かいところとか、何でこういう膜性診断が落ちたかという情報はないんですか。

○藤森委員

やっぱりまず、■週でMM診断するというのがあり得ないと思うんですけども。多分産婦人科医の先生だにご理解頂けると思うんですが。

○池ノ上委員長

ああ、■週ですね。

○藤森委員

■週で一絨毛膜……。

○池ノ上委員長

その後の……。

○藤森委員

すみません、MDですか。よっぽどしっかり見えていれば、これ。結局は一絨毛膜一羊膜だったんですよ。なので、ここで誤診しているということですよ。

○池ノ上委員長

その誤診の背景とかがね、どうしてそういうことだったのかということが教訓的に分かる資料が、この事例にはないんですか。■週で確認しづらいとか。■週には……。このケースの膜性診断に関わる記載の部分は、あまりないんですか。

○事務局

今お調べ致しますので、少々お待ち下さい。

○石渡委員長代理

よろしいでしょうか。膜性診断は非常に重要だと思うんですけども、双胎においても■%ほど、結果的には膜性診断間違っていたわけですよ、今回の我々のこのデータから見ても。品胎になると、もっとそれはきびしいと思うんですね。膜性診断が正確にできるようになれば救命できるようになり、裁判例も多くなってくると思うので、特に膜性診断

はとても重要な要素だと思いますので、この事例をここに出しても、私は悪くないんじゃないかと思うんですけども。

○藤森委員

すみません、一児死亡の例としてというわけではなくて、膜性診断、特に一絨毛膜一羊膜の診断を強く言うかというのは、ちょっと難しいような気がするんです。DDとMDの診断であれば、それを間違えると管理方針が大きく違うと思うんですが。MDでもMMでもどちらでも高次医療施設に多分送るというのは、今の考えだと思うんです。一絨毛膜一羊膜、MMを診断できなかったというので載せるのはちょっとどうかなという気は若干しますが、膜性診断の例として出すというのであれば、賛成致します。

○池ノ上委員長

でも、この事例からは、膜性診断がどうしてこういう経過になったかというのは何もありません。一児死亡のことだけがわーっと出てきているので、そういう意味ではあまり適切ではない。トライはしたけれどもとか、こういう画像をつかまえていたとか。

○事務局

事務局から失礼致します。まず、こちらの診断ですけれども、■週はただMD双胎と書いてあるだけでございまして、紹介された■週の先の分娩機関では、膜性診断について、羊膜は確認しづらいという記載がございましてけれども、ただ確認しづらいというだけで、そのままMD双胎として管理されていたという内容でございました。

○池ノ上委員長

その前医では？

○事務局

前医では、ただ■週、MDとしか書かれておりません。

○池ノ上委員長

そのときの写真とかはないんですよね。

○事務局

手元に診療録等がないので、そこまでは分からないんですけども。

○池ノ上委員長

だから、もし出すとすれば、A病院ではベストを尽くしてこの先生は一生懸命診ようとしたにも関わらず、こういう経過になることもありますよというケースなのか、全くそういうことをノーマークでやったのか、そこら辺はどうなんですか。

○市場客員研究員

あと、日常よくあるんですけれども、前医から双胎送られてくると、ここの12ページの今後の産科医療向上のために検討すべき事項というところで、やはり多胎妊娠が高次医療機関に送られた場合は、それこそ前の先生の紹介状をそのまま鵜呑みにするのではなく、もう1回確認するなり、来た週数が遅ければ、前医で撮った超音波写真ちょっと見せて下さいというような形で、我々はやっぱり確認することが多いんですよ。なのでそのところ、最後の今後の産科医療向上のために検討すべき事項というところを肝に、この事例を膜性診断の重要性という位置付けで事例として挙げたということになるということです。

○池ノ上委員長

すみません、今の今後のところはどこですかね。四角の中の一番最後。なるほど。そうしたら、ここのしづらいと判断されたというようなところが、もう少しはっきりすればいい。これは原因分析報告書をそのまま書いてあるから、何となく歯がゆい思いがするので、今のことがはっきり分かるような書きぶりにはならないんですかね。そうしたら藤森委員のような心配はなくなるんですけれども。

○木村委員

これもここで、さっきおっしゃった1つ、妊娠経過に関する医学的評価で、これはおそらく原因分析も先生書かれたと思うんですけれども、再評価しなかったというふうに2番目の先生がもしも書かれるのであれば、ちょっと非常に気の毒な書かれ方であって。もちろん前医を疑ってというのは、今のところそうなんですけれども、でもそれを本当に強調しちゃうと、じゃあ妊婦健診も病院が全部やりなさいみたいな話になって、それも結構辛いことなんです。やっぱり連携をしましょうとっている今の流れの中ではちょっと辛いところがあるので、それぞれやっぱり妊娠の初期に診た人がきっちり診ましょうというほうが、後でまたちょっと■週に来て疑いとか言われると、何となくそこでふらふらと超音波で見えたら何かあるのかなと思ってしまったりもするからと思います。本当にこの事例は、先生おっしゃるようにピットホールにはまってしまった事例だと思うので、そういうピットホールがあるということを気を付けて下さいということしか言えないかなということと、それから、MMの場合、もともとこういう経過で、じゃあ■週で変動一過性徐脈でMMと分かたら出すのかって、非常に難しい判断だったと思いますので、その程度によると思いますが。

医学的にはすごく教訓になるんですけれども、どこが教訓かをよくあらかじめ言ってお

かないと、なぜこれが出てくるのかが、現場の先生に伝わりにくいのかもかもしれません。だから、むしろこうこうこういうポイントがありましたということを書かれたら、分かって頂けるのかなという気がします。

○池ノ上委員長

おそらくこれ、皆さんそれぞれ自分のベストを尽くしているんだと思うんですよね、A病院にしろ、それからその次の病院にしろ。でも、結果が違っていたので、こういうケースがありますというところを提示をする。それをレッスンとするというようなことが、ここで全体で出てくれば非常にいいんじゃないかと思いますけどね。だから、もうちょっと最初のA病院での経過中の画像と評価をどう、どこかで何かそういうのがあったかとかいうのが、やっぱりこれだけやってもなかなか難しいのがありますよというので再発防止になるかというような……。

○藤森委員

よろしいですか。やっぱり膜性診断の重要性というのは、やっぱりDDだと思って管理していたけれども、実際はMDだったと。そして、双胎間輸血症候群を起してしまって脳性麻痺になってしまったみたいな事例があると、そういうのが教訓だと思うんですね。だから、膜性診断はきちんとつけるということと、MDは双胎間輸血症候群のリスクになるから脳性麻痺になってしまうんだよということの教訓だと思うんです。やっぱりMMはなかなかレアなケースで、それを先ほど木村委員のお話もありましたけれども、変動一過性徐脈がばんばん出ていたから週数はいってないけどすぐにお腹切るかというとなかなか難しいということもあると思うんです。

それからもう一つ、やっぱり一児死亡で死んでしまうと、ある程度の確率で生きている子のほうに脳性麻痺が起こるよということも教訓というか、みんな知っていて欲しいという話なので、そういう2例を載せてもらえると、あるかどうか分かりませんが。それがお話ししていて、産科的には典型的な双胎で脳性麻痺、それから管理をきちんとしたらもしかしたら防げるかもしれない教訓の事例になると思うんですけれども。ちょっとあるかどうか分かりませんが、そういうのがいいような気がするんですけれども。

○池ノ上委員長

そういうのがどこかにありますか。

○藤森委員

すみません、理想の事例を言ってしまいました。

○事務局

まず、膜性診断が異なっていた事例は■組しかございませんでした。ここに載せているのが■ですけれども、■は、前医からDDというふうにして送られてきたけれども、当該分娩機関ではMDの可能性があると判断をして管理をしていて、最終的にMDであったという事例も■組でございます。

○藤森委員

それで双胎間輸血症候群があったんですか。

○事務局

ちょっと今はそこまで分からないので、お待ち下さい。

○藤森委員

でも脳性麻痺になっているわけですからね、何かしらのことが起きたわけです。

○池ノ上委員長

これ、MMというのは何例でしたっけ。

○藤森委員

■例。

○池ノ上委員長

■例ですね。それよりも今のようなやつの方が一般的ですね、藤森委員がおっしゃるように。今のケースで送られてきて、そこでDDがMDぽいぞという情報を集めて、そう判断したわけですね。

○市塚客員研究員

そうですね。なので、そこからMD双胎というふうに軌道修正されているので、その搬送された、受けた病院としてはよしということになるので、それはよくできましたということになります。ただ、MD双胎になってのその後は、やっぱりCPになってしまっているのは事実なんですけれども、膜性診断のところに限って言えば、■はいいほうにいつているということです。

○池ノ上委員長

むしろそっちのほうが教訓的と言えれば教訓的ですね。うまくいって、まあ、よくあるパターンですね、それは。

○事務局

今の■事例の主たる原因は、臍帯脱出以外の臍帯因子ですので、双胎間の血

流不均衡ではございませんでした。

○板橋委員

結局、一児死亡したときに、じゃあどのタイミングで出すかという議論はまだ明確にはなっていないんじゃないかと思うんですよね。そういった意味で、一児死亡がリストアップして関係はするにしても、それを次にどう展開していくかという話になると、これはもう既に早く出したから予防できるというものでも必ずしもないですし、既にもう子宮内で脳性麻痺の原因となる事象が進行している可能性も十分あるわけで。そこのところは新生児の医者からすると、どうしたものかなというふうにはちょっと思うんですけれども。

○池ノ上委員長

これはあれですよね、一児死亡、事例がそういうふうに書いていますけれども、膜性診断が重要であると。それによってリスクの捉え方といいますか、産科管理上、様々なことが問題になりますよという意味では、膜性診断をまずはみんなで一生懸命やりましょうよという情報が伝わるようなケースの流れがあればいいんじゃないかなと思うんですけれども。一児死亡のときのどうこうするという例で、これを出しているわけじゃないんですよね。

○板橋委員

おそらくこの部位からするとそうだと思うんですけれども。ただ、これだけ一児死亡がリストアップされると、結構インパクトはそれなりにはあるんじゃないかなと思うんですね。それについて、膜性診断の絡みで一児死亡のリストアップをするという流れがちょっと読みにくいかなというふうに思ったんですけれども。

○木村委員

多分そういう意図じゃないですよ。これとこれとは別の話になるのが、たまたまつながって出てくるから、だからそういうふうに見えるので、ちょっと場所を変えておかれるほうがいいと思うのと、もう一つはやはり板橋委員が今おっしゃいましたように、一児死亡はどうしようもないわけで、世の中でたくさんの一児死亡があって、ゼロ日ですぐ出しても、ずっと■■■週とか、事例19なんかは一番典型ですけれども、■■■週待っても結果は一緒なので、それだったら未熟性のあるときに出すべきではないというのが、むしろ一応のコンセンサスじゃないかなと思うんですね。

それはコンセンサスとしては出しておくほうが、やっぱり今でも一児死亡すると大慌てで出しちゃうと。早くても出しちゃうということのほうが危ないのではないのでしょうか。

危ないと言い切っているのかどうかちょっと分かりませんが、コンセンサスは出さないと待っていると。これは概ね決まっているんだから待つんだというのが大体コンセンサスかなと思うし、この事例を見ても、みんなpHもすごくいいですから、すぐ出すことが何もメリットにはなっていないというメッセージは、むしろ僕は、そのメッセージはちょっと場所をかえてあったほうがいいような気はします。先生方、なかなかそこは割り切れないので。

○石渡委員長代理

DDtwin での一児死亡というのはないんですよ、今回は。

○市塚客員研究員

ないです。

○石渡委員長代理

ないんですよ。だから、事例が増えてくれば、色々比較できると思うんですけど。ただ、DDtwin とMDtwin では一児死亡があった場合の対応というのは全然違うと思うし、また注意点も違うと思うんで、重要なことだと思いますけれども。

○池ノ上委員長

ここで強調したいのは、膜性診断をやりましょうということですよ。それはよろしいですか、委員会の先生方のご意見としてね。だから、膜性診断の重要性が浮き上がるような、例えば先ほどの、結果的には臍帯因子の1つだという結果になっていても、その経緯の中で膜性診断についていくつかの施設で、2つの施設ですか、議論が行われていたというようなケース。どうぞ。

○竹田委員

この事例の膜性診断が、1回診てその後怪しかったら、また何回も本当は診たほうがよくて、それを確認していれば最初の医療機関でもある程度診断がついたんだろうけど、1回、その後分からないですよ、これ書いてないから分からないんですけど。だから、膜性診断もしていたんだと思うんだけど、それが不確実だったら、確認するために毎回ちゃんと診るとか、そういうのがあれば別にこれはそれでいいと思うんですけど。

○池ノ上委員長

ここに挙がっているケースですか、 の。

○竹田委員

そうです。あんまり典型じゃ……。

○藤森委員

典型的じゃないですけど、市塚客員研究員がおっしゃるように、ちゃんと診なさい、診なかったおかげで脳性麻痺になってしまいましたよという事例として出すのであれば、僕はいいと思います。体重も見ると、亡くなっている小さい子のほうも██████████って書いてありますよね。変動一過性徐脈で頻発しているって、これでMMだって分かっていたら、多分出していたと思うんですけど。なので、MDだと思っていたから待っていたのかもしれないので、助けられた可能性があるとは思いますが。別に膜性診断の重要性という意味であれば、すみません、私、一児死亡だと思っていたものですから、最初に言ってしまいましたけれども。膜性診断の重要性という意味では、この例でも構わないと思います。先ほどDDだと思ってMDに直ってしまった事例はうまくいった事例ということであれば、こっちのほうはうまくいっていない事例としては適切かもしれません。

○池ノ上委員長

今、竹田委員おっしゃったように、最初の病院、██████████のケースですね。最初の病院で██████週から██████週かな、まで診ていたんですね。その間の超音波の検査を何回もされているとか、そういうのがあれば、そこら辺を解説みたいなところにつけて、こういうふうにしてもなかなか難しいものもあると。だけど膜性診断というのは、その後の管理に極めて重要な要素になるので、必死で膜性診断をやりましょうと。例えば、最初はつきりしないようなものであれば繰り返しやるとか、あるいは他の施設で確認をされるとか、そういったことも出てくると思うんですけども。その辺はあまりよく分からないですか。

○事務局

書いてはいないので。

○池ノ上委員長

MDと書いてあるだけ？

○事務局

だけです。

○池ノ上委員長

最初からそういうふうに思い込んでいるような感じなんですか。例えば、カルテについているでしょう、超音波の診断の画像が。

○事務局

可能性はありますけれども、手元に資料がないので、今はお答えできません。

○池ノ上委員長

MDと確定していたといったら、それはちょっと読みが、結果的には難しいことはあるけれども、そういうのを注意しましょうという。ただ、MMがあまりにもレアなので、そういうのもってくるのも、今の状況で多胎妊娠の管理、特に双胎の場合のMD云々するのは、何かトータルとして見ると重箱の隅をつつくようなことになっていきかねないかなという気がするんですけども。

○事務局

補足の情報でございますけれども、■週で膜性診断ということで、先ほどご意見がございましたけれども、この方は他院で妊娠の診断を受けていて、そのときに■週ぐらい、その後このA病院、■週で受診をしていて、MDという経過でございました。

○池ノ上委員長

■週の超音波診断だけなんですか。

○事務局

こちらのデータベースに入っているものでは、そうとしか書かれていないです。

○木村委員

診ていると思いますけどね、何回も。

○池ノ上委員長

計測とかしているから……。

○事務局

診療録に戻って見て、写真なども再度確認を。

○池ノ上委員長

そうそう、そこら辺を見てもらって、市塚客員研究員がご覧になって、少しそこら辺が、なぜこういうピットホールに落ちたかというようなことが少しは出てくれば、一生懸命やったということもあわせて出てくると思うので。今の多胎管理の一番先端的なところですよ。ここをしっかりとしましょう、あとどうしますかということ、それも含めて明らかになってくると思うので。そして、そこに少し解説的なことが加えられるようであれば、市塚客員研究員のそういったところを出して頂ければ、このケースでそのままいけるんじゃないかと思うんですけどね。膜性診断の重要性というのを少し強調して頂くような解説を、この後のほうに。12ページの下のほうに双胎一児死亡という項目がありますよね。その前に膜性診断みたいなのをに入れて、その項目で重要性を強調するというようなことをして

頂ければ、この全体がおさまっていくんじゃないかと思うんですけども、いかがですかね。

○木村委員

よろしいですか。そうして頂いて、その次に、両児の出生体重が discordant 25%であった例という項目をつけて、それは膜性診断で大事な項目その1で、もっと極端だったら一児死亡がその2なので、そういう順番にされると、おそらく先ほど最初に起こったような誤解も少ないです。それで一児死亡のときに、ぜひともこの表をぱっと見て、一般の先生がお思いになるのは、じゃあ早く出さないといけないなど。一児死亡で血流不均衡が原因になって脳性麻痺が起こるんだったら、さっさと出さないといけないなというイメージが出てしまいかねないので、それは違うということをおっしゃって頂かないと、じゃあ19番の事例は、■■■■週で出したらもっといい結果になったのだみたいにならないで頂きたいなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。よろしいですかね。どうぞ。

○鮎澤委員

何でもいからということでご容赦下さい。書かれる中身については専門の先生方にお任せしたいと思うのですけれども。番号が振っていないので関係がよく分からないのですけれども、ページの3から始まる黒い■) というのは全部で同じ階層で8項目あることになりますよね。分析対象事例に見られた背景(診療体制)、(妊産婦)、(分娩時)、(新生児)ですよね。これがまず4項目あって、次に5)に該当するような、今の膜性診断と双胎一児死亡と、それから25%と、娩出方法ですよね。関係は、これは8つが並列に載っていると理解してよろしいのですよね。2の概況の次の……。

○事務局

すみません、21ページの見診断名までがこの階層になります。

○鮎澤委員

児の見診断名まで。はい。まず最初の4つなのですけれども、分析対象事例に見られた背景(診療体制)とありますが、ここから続く4つの大事なことは、鍵括弧の中にある診療体制なのか、妊産婦なのか、分娩時なのか、新生児なのかですよね。つまり、分析対象事例に見られたというのは全てにかかる単語で、このところは診療体制の背景とか妊産婦の背景とか、それでもよろしいのではないのでしょうかというご提案です。その後も全部「分

析対象事例に見られた」がつくはずなので。

その次、膜性診断と双胎一児死亡については、2ページの概況のところに一応少しイントロダクションをして下さっているのですが、書かれるのだなというイメージはあるのですが、体重25%以上、以下は、書かれるのか書かれないのか、イントロダクションがないまま次に入っていられるんですね。ですので、ここでこれから何を取り上げていくのかということ、少し触れて頂くと、その後どういうことが書かれてくるのかということの準備ができるように思いました。そのあたりをぜひご検討頂ければと思います。それは先ほど木村委員がおっしゃって下さった順番との整合性もあると思うので、ご検討頂ければ。

そして3点目なのですが、ここでまさに議論があったように、なぜそれを取り上げたのかということがここで分からなかったら、読む方はもっと分からないと思うので、ぜひ取り上げた理由というのを、そろそろこの再発防止委員会で書いて頂いてもいいのではないのでしょうか。できるだけ分析報告書から客観的に抜粋してこようということを買ってきたと思いますけれども、少しフライングかもしれない、少し筋から離れるかもしれないけれども、大事なことだ、大事なことかもしれないという趣旨で取り上げましたということに、少し言葉を使って説明して頂くと、今の議論も分かりやすく読んで頂けるのではないかと思います。すみません、ご検討下さい。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。今、鮎澤委員がおっしゃったように、全体の流れはつながっているんですが、やはり膜性診断から始まって、その後の妊娠中の管理、あるいは分娩時の管理、それから新生児の管理というのが、全部膜性が重要であるというところまではみんなのコンセンサスがあるんですが、その一つ一つが、じゃあどうすればいい、こうすればいいということが分かっているところもあるし、分かっていないところもあるというところが非常に取り扱いにくい。何となくもやもやとした全体になっていると思います。しかし、おっしゃって頂いたような形で階層分けをしてまとめて頂ければ、我々の報告書は何を言いたいのか、そしてどこまでは言える、どこから先はまだ分かりませんということも、そこで伝えられるんじゃないかなと思いますので、今のようないい形で事務局のほうで整理し直して頂いて。よろしいでしょうかね、そのようにお願いしたいと思います。よろしいですか。

○事務局

はい、分かりました。

○池ノ上委員長

お願いします。どうもありがとうございました。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

19ページの表で、吸引分娩をした場合は「経膣分娩(吸引分娩実施)」と書いてあって、子宮収縮薬を使っている場合は、「自然経膣分娩」と分類されているんですが、ちょっと僕は違和感があります。自然経膣分娩という言葉で報告書を書くと、一切医療介入がなかったというふうに思うので。もちろん吸引分娩だって経膣分娩だし、子宮収縮薬を使っても帝王切開しなければ経膣分娩なんでしょうけれども。ただ、あえて自然経膣分娩という言葉で、子宮収縮薬を使っている事例に書くというのは、ちょっと一般の市民感覚からすると違和感があります。明らかに自然とは違う陣痛である可能性があるんで、そこはやはり「経膣分娩(子宮収縮薬使用)」と書くとかすべきだと思います。自然経膣分娩というのは本当に何の医療介入もない、なかった状態だというふうに整理をしないと、子宮収縮剤を使おうが使わなかろうが、全く同じものとして扱って再発防止策を検討していますということになってしまうわけですから、僕としては非常に違和感を感じ、それで本当に再発防止できるのかなという思いで不本意な感じがします。

もう一つ、こっちの資料の大きい2の7ページなんですけれども、双胎の場合は子宮収縮薬は慎重投与だと思うんですけど、子宮収縮薬、何らかの分娩促進をしたりしている事例というのは、人工破膜も多くがしており、クリステレルも何回もしているということになっていて、ちょっとこういう事例こそ、まずはなくすことが必要で、制度開始から10年たっても15年たってもこういうのが一定の割合で出てくるということでは、やっぱりよくないと思いますので、早目に双胎の場合に、こういう子宮収縮薬は、どういう適用があって使われているのか、どういう理由で使われているのか。慎重投与だけれども、使っている理由を精査すべきだと思います。

非常に破膜もしており、促進もしており、最後のクリステレルまで全部色々やっているような事例があるわけなので、いつもお願いしていることなんですけれども、今議論して頂いた分類は分類で、分析は分析で結構かと思うんですが、それに加えて医療介入があった事例だけをちょっと注目して、そこにどんな共通点があって、どんな再発防止策を見出せるかというテーマを1つつけ加えて頂いて、医療介入がなかった場合の急に起こるリスクというか、そういう注意点と、医療介入を行うということとの差異を認識して整理し、双胎に対して、特にこういう子宮収縮薬とかクリステレルとかやるということに関しての

注意点というものを、僕はやっぱりこれだけ事例があるので、その人たちの事例を生かすためにも、そういう項目が全くない、そういう観点での議論がされていないというのはよくないんじゃないかと思います。そういうふうな観点を議論が、1つ項目としてあっていいんじゃないかと思いますので、そういうことをお願いしたいと思うんです。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。おそらくこれ、インダクションとかいう意味で使われたものと、分娩中の intrapartum の何らかの介入の目的にオキシトシンが使われたというのとは分かりますか。分けられますか。それ、どこかにあるんですか。

○事務局

資料2の7ページの左から7行、8行のところで、まず分娩誘発は■件ですので、■件もございませんでした。促進が■件ございました。そのうち子宮収縮薬の使用例が■件でございます。

○池ノ上委員長

子宮収縮薬を促進の意味で使ったものの時期、例えば第1子が娩出後に使ったとか、あるいは最初から使ったとか、そういうのはありますか。

○事務局

今、ここにはまだ資料としてはまとめていないんですけれども、次回の委員会でまとめてご提示することは可能です。

○池ノ上委員長

可能ですか。おそらく双胎分娩の管理の仕方、分娩の行い方って色々な要素が重なってくると思うんですよね。ですから、オキシトシンも通常の単体で使うような使い方のみならず、分娩中の特殊な使い方、色々な状況もあり得るので、そこら辺をはっきり。例えば、クリステレルもそうでしょうし、それから吸引もそうでしょうし、そのときの状況によって色々な介入のされ方がされていると。多胎妊娠、双胎妊娠に限っていいと思うんですけれども、色々なところにリスクがあって、妊娠中の管理のリスク、胎児の評価ということと、それからもっと難しいのは、やっぱり分娩中のリスクで、第1子、第2子がスムーズに上手に娩出されるかどうかというのも非常に大きな要素ですので、そこら辺も少しあらわれたほうが、この報告の中ではいいんじゃないかと思うんですけれどもね。

木村委員、何か。

○木村委員

けなので、従来言われていることのどれに当てはまるかではなくて、そういう事例から素直に、こういうことがあるので、こういうことは再発防止につなげていきたいと書いていくべきということからすると、やはり子宮収縮薬の用法用量とか、子宮底圧迫法について評価されているというのが■、■とあるわけなんですから、こういうところは僕はきっちり提言してもらって、なるほどと思ってもらえるべきだと思います。おっしゃる通り、1人目の最初から使っていたのか、1人出た後に使ったのかとか、そういうことなんかもやっぱり見ていった上で、何か今までになかった事例とか。特にどういう評価を実際しているのかということなんかも素直に再発防止委員会を引き継いで、現場におろしていくということがあっていいと思うので、そういう素直なというか、そういう論理的な展開で項目を1つ作ってもらえたらなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。分娩管理のところに今のを落とし込めるんじゃないかと思うので、この31ページの表に関して、今のような、例えばこの項目でどういう実態かというのがはっきり記載されているとか、はっきりつかむことのできる部分は、少しここに追加してもらおうと。文章でもいいし、あるいは表の中がさらに細分化されてもいいし、少なくともこういう実情が、事実がありましたという記載をどこかに入れるということにしてもらいたいと思います。よろしいでしょうか。どうぞ。ごめんなさい、金山委員が先に手が挙がっていました。

○金山委員

分娩管理につながるんですけども、やはり多胎の双胎の場合は第1子が出た後の第2子の状況というのが、胎位の問題もありますし、急に死に陥る場合もありますし、基本的には子宮弛緩というか、収縮は弱まりますよね。ですから、オキシトシンは絶対使わなきゃいけないことが多いです。というか、その第1子が出た後の分娩状況が、ちょっとこの報告書でなかなか伝わりにくいところがあるので、多分現場の産科医が一番そこが、第1子が出た後どうしようかというのが悩むことが多いわけで、その状況でどういう、手が出てきたらどうしようとか、胎位が頭位じゃなくて横位になったらどうしようとか、そういう状況が結構あるんじゃないかと思うんですよね。

そういう意味では、第2子のほうが圧倒的に多いんですよね、CPは。おそらく第2子のほうが多いと思いますので、第1子が出た後の分娩管理の1つの大事な再発防止のポイントになるんじゃないかと感じます。

○事務局

8ページの表に掲載しておりますけれども、第1子が■■■■件、■■■■%、第2子が■■■■件、■■■■%でございました。

○池ノ上委員長

やはり今、金山委員が言われたように、分娩管理そのものが非常に難しいといたしますか、そのときの状況によって、その場の産科医に決断を迫られる状況というのが非常に多いと思うんですね。こういう分娩中の状況がこうであったというのを淡々とまとめられる分はまとめて表現して頂ければ、実際にこれを読んでもらう方々にとっては非常に益する、そういう報告書になっていくんじゃないかと思います。

ごめんなさい、隈本委員が先に、その後田村委員。

○隈本委員

資料2の7ページのことですけれども、これでいうところの第8事例、■■■■のケースですけれども、右側のほうに吸引開始時のSPというので1と書いてあるのは、これはどういう意味ですか、1というのは。この下に■■■■ぐらいあるんですけれども、1というのが。

○事務局

吸引開始時のSPは、児頭の高さを示しておりますので、プラス1という意味です。

○隈本委員

じゃあ偶然これ■■■■つ……。1、0というのはあり、なしなんだけど、これは1、0じゃないんですね。

○事務局

SPはステーションのことです。

○隈本委員

その書いてないものは何なんですか。吸引してないということ？

○事務局

書いてないものは、左のほうに吸引分娩と1、0であり、なしのもので、吸引分娩をしていないという意味でございます。

○隈本委員

吸引実施時間というのは分数で？

○事務局

はい。すみません、補足が抜けておりました。

○隈本委員

分かりました。この■■■■の事例は、ちょっとかすかに記憶があるんですけど、やたらクリステレルをやっている全然出なくてということだったと思うんですけど。先ほどから、やはり双胎ってなかなか難しいんだなというふうに、私も素人で見ている分かりますが、これを再発防止のポイントにするとしたら、これだけはやめて欲しいみたいな、そういう言い方ができないものかなと、さっきからずっと話を聞いていて。色々難しいというのはよく分かっているけど、普通、ここら辺は、ここには気を付けましょうとか、最低限ここは気を付けましょうみたいな提言ができないかなと思っているんですよ。

これを見ると、最後の提言のところですね。本体の報告書の再発防止に向けて我々の再発防止委員会が言うことというのが43ページ以降に書いてあるんですが、ほとんど何も言っていないというか、ガイドライン通り頑張りましょうと書いてあるだけで、事例から学んでこういうことなんですよねという、みんなに訴えるものがないんですよ。だからぜひ、いや、1例だけそんなことがあったのは仕方ないじゃないかという考え方もあるんですけど、一方で、何百例も見ても1例しかないんだけど、こういうことは最低限やめようねというような提言ができないものかなと。例えば今、僕が申し上げた■■■■の事例とか、それから先ほどあったDDTwinと気が付かなかったケースとか、そういうものがあって、それは別にその人を責めるわけじゃないけど、こういうことは最低限気を付けて、1人でも減らそうというような書きぶりにして欲しいなというのが、ちょっと私からの要望なんですけれども。難しいとは思うんですけども。

○池ノ上委員長

膜性診断がされていなかったというのがありますか。分からないまま分娩……。

○事務局

今回ご提示しているものに関しましてはございません。

○池ノ上委員長

ないんですよ。

○事務局

ただ今後、たしかそういった事例が控えていたように記憶しております。

○隈本委員

あと、先ほどの藤森委員がおっしゃった事例のケースですけど、ガイドラインでは10

週までに診断すると書いてあって、それが■週で診断されていることは、10週までだからオッケーなんですか。

○藤森委員

一絨毛膜一羊膜は分からないと思います。

○隈本委員

産婦人科ガイドラインが引用されていて、膜性診断は10週ごろまでに行う(A)になっていますけれども。

○市塚客員研究員

これは解説を読むと、やっぱり■週までだと分かりづらいので、8週から10週が一番適しているというふうにガイドラインの解説には書いているけれども、■週でMMは、やっぱり実際難しいと思います。早過ぎると思います、判断が。

○隈本委員

とするならば、この教訓的事例の紹介のところで、こういうふうに■週でやって、そして申し送りになっちゃっているんだけれども、やはり10週までに行うとは言いつつも、解説には8週から10週と書いてあるんだから、もう少しはっきり膜のほう分かるようになってから書いたほうが、もう1回調べたほうがいいですよという提言、こういうふうにしたらどうでしょうか。

○池ノ上委員長

やはり今回の、全体に膜性診断が、特に膜性診断って、比較的最近できた——最近というのはおかしいんですけど。昔は膜性なんて考えてなくてやっていた時代のトレーニングを受けた先生方が、まだたくさんおられる可能性もあるわけですね。ですから、膜性によって双胎の管理というものが大きく影響されますよということを、1つこれはやりましょうと。やっちはいけないというんじゃないくて、これはやりましょうというような提言はできるんじゃないかと思います。

○隈本委員

ですから、先ほどの私のニュアンスなんですけど、要するに最後の提言のところに、もう少しガイドライン通り頑張りましょうだけではない、何かを入れて頂きたいので、ぜひともせつかく教訓的事例として出したのであれば、ガイドラインで10週までにと書いてあるけれども、あまり早い場合はちょっと考えものですねということとか、あるいは例えば先ほどもありましたけど、クリステレルと基準を超えたオキシトシンが■例、基準量外

が■例でクリステレルの、全開かどうかよく分からないものがあつたりするというのも、ちょっと文章で触れたりして、だからガイドライン通りやりましょうというような内容のほうが、読み手の心に響くのではないかと思います。

もちろん1例だけしかないんだからという考え方もあるけれども、たくさん調べると1例こういうのがあつたので、こういうことはやめましょうねというのも再発防止の1つの提言だと思うんですね。統計とってみるとこういう傾向が多いのでこうですというふうには、もちろん言えたほうが迫力もあると思うんですけど、一方でやっぱり色々調べている中で、こういう一例があつたので、みんなはこういうことにしないようにしましょうというプロフェッショナルとしての提言というのもありだと私は思うんですが。

○池ノ上委員長

ですから、膜性診断を非常に強調して、多胎妊娠の管理のまず第一歩をそこでやりましょうよというようなことを入れて頂くというのと、あとは先ほどちょっと出ました、分娩中の色々な介入の仕方というのも非常に難しいのでということもあると思うんですね。

田村委員。

○田村委員

これだけは入れておきましょうよという事として、一つ提言させて下さい。本体資料の9ページのところを見ますと、こういう脳性麻痺を起したような事例だからこそでしょうけれども、DDtwinでさえも蘇生をした事例が■%もあるということです。一方で4ページのところに戻って頂きますと、児の娩出時の小児科医の立ち会いありというのは、病院でさえも100%ではなくて、MD双胎でさえも■%足らずだとなっています。別にDDtwinの場合、クリニックで全部小児科医が立ち会うなんてことは現実的じゃないと思うんですけども、せめてNCPRの認定資格を持っている人が、助産師さんであれ、産科の医師であれ、双胎の分娩のときには立ち会うべきだということの根拠になるのでは無いでしょうか？これだけの高頻度の蘇生を必要とする事例が、特に脳性麻痺を起こすような患者ではいたんだということで、それは提言の中に入れてもいいんじゃないかなと思うので、提案したいと思います。

○池ノ上委員長

NCPRをしっかり受けて、そしてクオリファイされた人がいるうちにやるというようなことをつけると。頻度が高いという事実から。それは言えますね。じゃ、それをお願いします。

はい、どうぞ。竹田委員、お願いします。

○竹田委員

分娩管理の話なんですけれども、8ページと18ページもそうなんですけれども、1児が起こった、要するに分娩管理中に悪くなって急速遂娩をしたものがあるんですけれども、1児目は普通に元気に出て、2児目がこうなったというのが混ざっているわけですよ。これ、すごく分かりにくいので、全然違う経過だし、今のうちちょっとこれだけ集めているんだから、これを分けて、1児目がこういうふうになった事例と、1児目は元気に出た、両方ともだめになったのはあるのかもしれないんだけど、それは少ないとして、2児目がこうなったというときの対応は全く違っているわけですよ。だから、それは別々に分析したほうが、どうせこれはすごく。それで非分析対象児の吸引分娩もこれの中に入っちゃったりしているから、それはあまり関係ないですよ。

1児目は吸引分娩で出て、2児目がおかしくなったというときに、その後の吸引分娩、前の吸引分娩はあまりこの子の分析には関係ないので、やっぱり1児目でなった子どもと、2児目がこうなったというのを分けて、急速遂娩の原因が何かということ。2児目が悪いことが多いということは分かっているんですけれども、その原因は何だったのかという、それに関する管理がどうすればよかったかということの後から見るためには、それを分けて分析したほうがいいと思うんですけれども。だから、2児目の帝王切開もあったかどうか知らないけれども、2例あるとすると、やっぱりそこをもうちょっと早くするかとか、それは普通の帝王切開とはちょっと違うと。1児目で起こったときの帝王切開とまた違うので、そういうことがどういうふうにされたかということに分けて分析したほうが、もっと新しいことを、先ほどありましたけれども、それが出るんじゃないですかね。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。分娩中の管理のところを1と2と分けて、もう少し細かくツリーみたいなのができてくるとか、そういうイメージですよ。

○竹田委員

そうですね。

○池ノ上委員長

どうですか。

○事務局

経膈分娩をトライした事例のみということによろしいですか。

○竹田委員

そうですね。

○池ノ上委員長

2児の帝王切開も、例えば結果的には、1児は普通に出て、2児がどんと悪くなって帝王切開というものもあるので。最初から帝王切開は別でいいと思うんですけども、それで入れたほうがいいんじゃないですかね。

じゃ、竹田委員の後……。どうぞ。

○木村委員

結局、この議論がなかなか白熱してしまうのは、こういう表で、先ほど竹田委員がおっしゃった問題もそうなんですけれども、担当者の技量というのが出てこない。それで最大公約数を述べると帝王切開したらいいということになってしまうのが非常に私としても辛いところです。切ったら安全かという、6ページの図で、双胎合計の■■■の■■■は予定帝王切開で脳性麻痺になっていますので、別に切ったから安全ということは多分ないと思うんですね。なかなか実は難しいのは、先ほどの第1児なのか第2児なのかとか、その間のプロセスをどのようにマネジメントしたのかとか、あるいはその担当者がどの程度多胎分娩に対して理解があるのかとかいうことで、先ほど問題にされていました、吸引回数■■■回とか、ちょっと僕には信じられないので、やはり何かそうなるにはちょっと理由があって、例えば2児目で帝王切開するのに時間がかかる組織で出なかったのかもしれませんし、それも普通でいうと信じられないんですけども、何か理由があったのかもしれないです。

だから、本当にここは実は難しく、一つ一つの事例をちゃんと見ないと、なかなかそれをぱっと読んで、こんな悪いことがありました、こんな悪いことがありましたということこの委員会として世に出すと、じゃあもう帝王切開しましょよという話にならないかなと心配します。それが本当に安全につながるなら、僕は切ったらええと思いますけど、決してそうではないということも分かっているので。ちょっとそういう方向に議論がいかないようにだけは気を付けて頂きたいなというふうに、全体の流れとしては思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それ、ちょっと大変でしょうけれども、市塚客員研究員とご相談しながら、ちょっと今のような、実際に自分の産科医としての立場で、そういうところに遭遇するとした場合に、どういう判断になるかというようなことを少し頭に入れながら、結局分娩中の問題ですね。分娩中は何例だったですかね。どこかにありましたか。

○事務局

25ページの表でございます。■件です。分娩中■件と、分娩開始前から分娩中の■件と、分娩中から生後が■件。

○池ノ上委員長

そうすると■例ですね。

○事務局

■例です。

○池ノ上委員長

その■例を、今の木村委員とか、お話があったように、ちょっとやっぱり具体的に見て頂いて、そして結論はまたここで、皆さんでどこまでが結論として言えるかどうかという事は検討して頂くとして、少しそこを実際に市場客員研究員に見て頂いた上でのほうが、よりきちっとしたディスカッションになるんじゃないかと思しますので、よろしいですか。どうぞ。

○勝村委員

まとめて頂いた方向でいいと思うんですけども、木村委員がおっしゃるように、僕らはそのあたりを知らないままにこの議論をしてしまうということがよくないんじゃないかと思しますので、例えば、それぞれの原因分析報告書に、こういう事項で、質の向上を図るための評価がされていますという項目が分娩機関あてとか色々書かれてあるわけですけども、その具体例を見て議論していくことが必要だと思います。僕らももっときちんと自分たちで調べればいいんでしょうけど、やっぱり抜粋であって、例えばどういうことが実際書いてあるのか、その一覧とかにもしっかり目を通すということをしなくて議論していることこそが、よくないのではないかと。それをしたら全てが分かるという話ではないと思いますけど、竹田委員がおっしゃったように、事実をちょっと止めずに出していく方向で、それがどういう出し方がいいのかということこそをここで議論をしていけばいいので。つまり、再発防止、よりよい方向につながるように、事例を教訓にして出していこうというコンセプトでこの制度は始まっているので、その初心みたいなものを忘れてはいけません。やっぱり大事にしなきゃいけないというふうに思うわけです。

僕も、1子目だったのか2子目だったのかという分類がされた上の資料で議論したいと思しますし、具体的な原因分析報告書で、原因分析委員会の人たちが提言した内容が実はどういうことについて、この■件とか、■件とかいうのもまたありますけれども、あるの

かということも知りたいし。常々言っていることですが、自然に起こってしまって、その診断が遅れたとか、対処がよくなかったとか、そういうふうな再発防止は共通でしょうけれども、それとは別に自然じゃなくて何らかの医療介入をした後に脳性麻痺になっているということに関しては、やっぱりより何か再発防止策がないのかということは見えていく必要があると思うので、そこも分けて考えるという視点が要ると思います。

最初にも言いましたが、子宮収縮薬を使っているにもかかわらず自然経膣分娩といっているような分類のままで、この報告書が終わってしまうというのはちょっとよくないんじゃないかと思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。市塚客員研究員に見て頂くときに、今のようなご意見も頭に入れながら見て頂ければと思います。

金山委員、どうぞ。

○金山委員

分娩管理ですけれども、MDtwin で急性のTTTSというのが、やはり結構管理上難しいというか問題になると思います。吻合血管が明らかに胎盤にあり、陣発した後に急性の胎児機能不全が発生しているとか、急性のTTTSの可能性が高い事例とはいくつかカウントされるのでしょうか。またMDtwin の事例で胎盤を見ていないという症例があるのでしょうか。もしMDtwin で胎盤が検索されていない症例があるのであれば少し驚きですが。吻合血管の検索とか、MDtwin どのぐらい胎盤の検索がされているのか知りたいと思います。

○池ノ上委員長

どうですか。

○事務局

分娩中の急性のTTTSという視点では、集計は今はしておりませんので、ちょっとその点に関しては分かりかねます。

○池ノ上委員長

だから、それはおそらく■■■■例ぐらいを分娩中に、何かどちらかの児に急に起こるか、あるいは出て生まれた後の胎盤に吻合をちゃんとテストするとかがあるとかいうようなことから推測できるんじゃないかと思うんですけどね。ですから、分娩中に両児ともずっとうまく順調にいったら、そして1児が出た後、2児が引っかかったり、色々なことに

なって慌てて色々なことをやったけれども、介入したけれども時間がたちちゃったという
ようなのもあると思うんですけれども。2人の児がずっと順調に経過しながら、そのうち
に1児が異常、特に心拍パターンなどを示していくと、そういうことですね、金山委員、
具体的には。

○金山委員

そうです。

○池ノ上委員長

ですね。そういうのがあれば、また比較してもらえればいいと思うんですけれども。

他にはいかがでしょうか。大体この多胎では、今ご議論たくさん頂きましたので……。

はい、どうぞ。

○藤森委員

すみません、先ほどの隈本委員のお話ですけれども、膜性診断は絶対しましょうは多分
皆さんいいと思うんですけれども、じゃあもう一つ他のというと、やはり16ページにあ
るような体重差の話のときに、例えばここに臍帯の付着部異常というのは、前には書いて
あるんですが、例えばDDでも体重差があったときに、臍帯の付着部異常なんかあるとや
っぱり注意しなさいとか、そういうことって何か言えないのかなと、少し考えてはいたん
です。

片一方が小さいときに、小さい子を基準に分娩、妊娠管理するということで、体重差と
か、臍帯付着部異常というのは少し強調できないかなと少し思っていたんですがいかがで
しょうか。16ページの表で、先ほど血管吻合の話がありましたが、MD双胎で胎盤吻合
血管ありというのは■%と書いてあるのは、ちょっとこれ、信じられない数字が出てい
るので、ちょっと確認して頂けたらと思います。DDで血管吻合■というのはいい
と思うんですけれども、MDで■というふうにはちょっと。調べてないのか、本当に調べ
て血管吻合■といているのか。

○池ノ上委員長

この数字はそういう意味ですか。

○事務局

まず吻合血管ありというのは、原因分析報告書に吻合血管ありと記載されたものをピッ
クアップして集計しております。原因分析報告書は診療録の記載をもとに書いております
ので、書いてなければ診療録には記載がなかったということなんですけれども、吻合血管

のミルクテストですとかをしたかしなかったかというのは、診療録からは分からないものもございますので、見ていたか見ていなかったかというのは、記載上からは分かりかねます。

○藤森委員

未検査のものも含んでいるということですよ。

○事務局

と思われま。

○藤森委員

ちょっと常識的に、■■■■というのは信じられないかなと思ったんです。あと、臍帯付着、前には書いてあるんですけども、どこだっけかな。前の表には臍帯付着部異常をちゃんと書いて下さっているんですが、体重差25%のところでもどれぐらいあるのかなと。やっぱりそういう体重差あるときには、臍帯付着部異常とか、twin であともう一つ、管理上注意しなくちゃいけない考えられることということ、そういうことかなと。結構な頻度で、多分20%ぐらいはあるんじゃないかと思うんです。

○池ノ上委員長

それは後で拾えますよね。

○事務局

はい。16ページの表に、臍帯付着部異常の項目を追加致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。はい、どうぞ。

○石渡委員長代理

胎盤と、あと血管吻合は非常に重要な項目だと思うんですけども、もしこれがなされていない事例が結構多いのであれば、少なくともMDtwin については血管吻合の状況と、それから病理に出すということを提言の中に盛り込んだほうがいいのではないかと思うんです。ガイドラインにまだそれは、書かれてませんよね。

○金山委員

私も全く賛成で、MDtwin で ■■■■ %しか病理学組織検査が出ていないというのもちょっと問題かなと思いますし、それと同時に、おそらくそういう項目がないと思うんですけども、マクロの所見って一番大事ですよ。組織のみならず、基盤的な所見がどうだったかというのが果たしてどこまで見ているかというのが、非常に気になるところです。

○池ノ上委員長

少し胎盤のことを分かる範囲でピックアップして頂くと。もしほとんど情報がなければ、こんなに少ないのでという提言にもなるでしょうし。そういうふうにしてもらえればと思います。ありがとうございました。よろしいでしょうか。竹田委員、どうぞ。

○竹田委員

最初に田村委員も質問されていたんですけども、体外受精後の成績からの妊娠なんですけれども、これはみんな一応顕微受精含めて凍結胚、■例あるのかな。これはシングルトランスファーでいいんですか。分からない？

○事務局

そこまでは分かりかねます。

○竹田委員

今、生殖医療と産科のデータを連結させてくれというふうに日産婦でも言われていてちょっとあれなんですけれども、アシステッドハッチングをすると多胎が多くなるという論文があって、それはどのぐらいの頻度なのかとか。顕微受精をやったりすると、かなりやっているとは思うんですけども。

○石渡委員長代理

顕微受精は多いですね。

○竹田委員

そうですね。だから、顕微受精のほうがやっぱり多胎が多くなってくる。しかも高齢の人がどんどんやるようになってくると、ますます増えてくると思うんですけども。そこまでもしも追えるんだったらそうなんですけど、今回は追えないですね。分かりました。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。それでは、一応多胎はたくさんご意見を頂きましたので、それを踏まえてもう一遍事務局で整理をし直してもらいたいと思います。

それではもう一つ、これまで取り上げたテーマの分析対象事例の動向についてであります。まずは事務局のほうから説明をお願い致します。

○事務局

これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向（案）についてご説明致します。

まず、本体資料の2ページ、これまでの審議における主なご意見を一部読み上げます。

2ページでございます。

下から3つめの○です。現状2009年出生児の原因分析が全て完了しておらず、出生年ごとに分析対象には偏りがあり、このような背景が異なる集団を比較することは好ましくない。「補償請求用専用診断書」の作成時年齢別に見ると、0歳と1歳は重症度が高く、ある程度背景をそろえることができるため、3年分（2009～2011年出生分）ではあるが、傾向は見ることができると判断する。

3ページに移りまして、1つめの○です。アプガースコア及び臍帯動脈血ガス分析値のpHは平均としているが、値を階層化し、表で示すほうが出生年ごとの分析対象を概観しやすいと思う。

下から2つめの○です。原因分析報告書で適切な評価ができるように、診療録のどのような項目が記載されていないかを調べる必要がある。

それでは資料4「これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向（案）」をご覧ください。黒塗り部分は第6回報告書までと、特に記載、掲載が異なっているものであり、こちらを中心に説明申し上げます。

1ページの「はじめに」をご覧ください。これまでの本テーマのご説明と今後の本テーマの目的、方向性を記した重要な部分となりますので、15行目よりお読み致します。

第5回及び第6回の「再発防止に関する報告書」までの分析対象は、原因分析報告書が公表された全事例としていたが、同一年に出生した補償対象事例の原因分析報告書が完成していないため、疫学的な分析としては必ずしも十分ではないことから、集計結果を概観することのみにとどめていた。

「第7回 再発防止に関する報告書」では、2009年から2011年までに出生した児のうち、本制度への補償申請に必要な「補償請求用 専用診断書（以下、専用診断書）」で、重度脳性麻痺と診断された時点の児の年齢が0歳及び1歳であった事例については、全て原因分析報告書が完成していることから、これらの事例を分析対象とすることにより、年次を超えた比較の可能性を一定程度確保することとした。

その結果、公表した事例793件について、2009年から2011年に出生した児のうち、専用診断書作成年齢0歳及び1歳の事例は■■■■件であり、これらを分析対象とした。

これらの事例における4つのテーマの年次推移を概観していくことで、何らかの傾向が見いだされ、産科医療の質の向上につながるものと考えている。

なお、2012年以降に出生した児及び専用診断書作成時年齢2歳以降の事例については、今後の「再発防止に関する報告書」の公表に併せて、適宜本章の分析対象に追加していく、でございます。

なお、本テーマは第4章のテーマに沿った分析の中の1つでしたけれども、今後原因分析報告書が出生年ごと、専用診断書作成時年齢ごとに増え、年次推移を概観してまいりたいと考えておりますので、1つの章として取り扱うことを前提に、案では第5章としています。

同じく1ページですけれども、2. これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向の構成でございます。(1) 第4章のテーマに沿った分析と同様、まず分析対象事例の背景をお示しした上で、(2) 4つのテーマについて、集計を行っております。その4つのテーマ分析に関する構成は、2ページの表の通りでございます。

表中の1. 各テーマに関する事例の概況をご覧ください。分析対象は、3行目、評価がされた事例のみとしています。ページの中ほどへいきまして、II「分析対象事例にみられた背景」では、他のテーマに沿った分析と違い、3ページ目に専用診断書作成時年齢及び身体障害者障害者程度等級の内訳の表を掲載しています。

4ページには診療体制にみられた背景表、5ページには妊産婦にみられた背景表、6ページには新生児にみられた背景表を掲載しております。

臍帯動脈血ガス分析値のpH及びアプガスコアは、分布で示したほうがよいとのご意見を頂きましたので、7ページに臍帯動脈血ガス分析値のpHの表を、8ページにアプガスコアの表を掲載致しました。

続きまして、8ページに分析対象事例における「脳性麻痺発症の原因」を記載し、9ページに表を掲載しております。10ページ目からが各テーマの記載となっております。

3. 胎児心拍数聴取についてですが、11ページの表、胎児心拍数聴取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項目の一番下でございます。「胎児心拍数陣痛図の判読と対応」については、「うち判読ができていない」の項目を、見やすさの観点から、12ページに別表として掲載致しました。

16ページ目からが、子宮収縮薬についてでございます。各表中の項目に変更はございません。

19ページ、2016年6月、子宮収縮薬を販売している4社が「産婦人科診療ガイドライン産科編」に基づき、同薬の添付文書である「使用上の注意」を改訂したという現況

を記載しております。そちらの下の表、子宮収縮薬使用に関するこれまでの当機構及び関係学会・団体等の動きを年表形式に掲載しております。今後、レイアウトや掲載項目は検討してまいりますけれども、ご意見頂ければと存じます。

21ページからが、新生児蘇生についてでございます。こちら各表中の項目に変更はございません。

25ページ目からが、診療録等の記載についてです。診療録のどのような項目が記載されていないかを調べる必要があるとのご意見を踏まえまして、27ページの表、原因分析報告書において「診療録に記載がなく評価できない」とされた事例の項目を作成致しました。診療録に記載がなく評価できないとした事例は、3カ年合計で■■■■件でございまして、診療録に新生児の状態や蘇生の方法の記載がなく、評価できないとされた事例は、2009年が■■■件、2010年が■■■件、2011年が■■■件でございました。

最後に31ページに27行目、日本助産師会において、「助産録」が2016年6月に改訂されていますので、その内容を掲載する予定でございます。

ご説明は以上となります。ご審議のほどよろしくお願い致します。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。前からこのご議論を頂いておりましたが、小林委員、何かご意見ございますでしょうか。

○小林委員

前回は簡単にご説明しましたが、この第5章では、産科医療補償制度での提言とか、あるいは他の団体からの提言がきちんと現場にフィードバックされているかということを見て、産科医療の質の向上、あるいはプロセスが改善しているかというのを見ていけるような資料を提示したいというのがこの章の目的だと思います。

例えば、前回の第6回の報告書だと、2009年から2013年の5年間の概観はしているんですが、例えば2009年だと分析対象は289例で、2013年だと17例です。これは原因分析に時間がかかることと、あとは申請が0歳から5歳までできるので、新しい年度の事例ほど比較的早い年齢で診断がつく事例のみしか扱ってなくて、分母になる数字にかなりばらつきがあることと、それから、もしかしたら早く診断がつく事例というのは、他の3歳、4歳で診断がつく事例とはかなり内容が異なる可能性がありますので、年齢をそろえて見たほうがいいのではないかとというのが、今回の提案の趣旨でございます。

ですので、ちょっと年数が少ないですけれども、2009年、10年、11年の3年間

で、0歳と1歳に絞って見ると大体[]例前後で、分母も落ち着いていますし、それから、例えば脳性麻痺の原因として推定されている病態に関しても、ほぼ同じような分布をしていますので、比較可能性があるんじゃないかということで、11ページ以降の年次推移の分析をしているということになります。一番分かりやすい結果だけをちょっと挙げると、最後の27ページの診療録に記載がなくて評価ができないとした事例は確実に減っていった、有意差があるかどうか分かりませんが、おそらくこれは制度のある意味では成果の1つだと思います。きちんと診療録に記載がされるようになってきているということです。他のところは色々な影響があると思いますので、もう少し読み込まないといけないかと思いますが、そんなところがこの分析のメリットだと思います。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。小林委員にアドバイスを頂きながら、このように第5章にまとめて頂きました。いかがでしょうか。ご意見を頂きたいと思います。全体をご覧頂きながら。いかがでしょうか。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

ちょっとしたことなんですけど、小林委員のそういう目的に沿ってこういうやり方をするというに、なるほどと思っているんですけども。793を[]にしたときに、ちょっと僕が今見つけられないのは、2009、2010、2011、793はそれぞれもとはいくつあって、そこから0歳、1歳にしたら見事に[]になるんですね。じゃないんですか。そうですね。だから、ということは、793で2009、2010、2011とやったら、9のほうは9、10、11と減っていくんですかね。ちょっとその数字が、表に載せるほどでもないかもしれないけれども、ちょっと別途どこかにあったほうがいいのかなと思います。

○小林委員

そうですね、この章が非常に分かりにくいのは、これまでの章と対象が違うということ、ここを読んでもらう人に最初にぱっと理解してもらおうことだと思うんです。例えば、2009年は2歳より上で診断された児が分析の対象に入っていない。ちょっと何例か分かりませんが、多分[]例だと思うんですが。多分2009年でもまだ全員の分析は終わってないですね。そういうところもあるので、2009年の対象事例のうち、2歳以上が全部抜けているわけじゃなくて、分析が終わった2歳以上が抜けていると。ですので、それをどこかに書いたほうが、注に書きますかね。4ページの下のところ、2

009年については何例が2歳以上のため除かれていると。2010年については何例が2歳以上のため抜けていると、そういうのを入れたほうが分かりやすいかもしれないです。

○池ノ上委員長

よろしいでしょうか。

○隈本委員

0歳及び1歳を選んだ理由は、統計上の意まで分かるという意味プラス、重症という意味があるのでしょうか。

○小林委員

おそらく重症だと思いますが、少し仮定の話としては、もしこの制度が1歳までが申請対象だとすれば、全部同じ対象であるという意味です。ですので、あまり強い根拠はないです。ただ、絞ってみると比較可能性が高そうだというのが背景の情報として得られたので、何とか比較できるんじゃないかということです。

○隈本委員

要するに、0、1を選んだのが、重症なものを選ぶという気持ちではなく、統計上の必要性で選んだという理解でよろしいですか。

○小林委員

そうですね。申請した年齢が全て同じで、なおかつ分析が全て終わっていると、そういうことです。

○隈本委員

分かりました。

○池ノ上委員長

他にいかがでしょうか。この委員会の初めての新しいトライアルを今示そうとして頂いているわけですが、先生方、色々なご意見を頂きたいと思いますが。鮎澤委員、前からこういうことを必要だとおっしゃっていたと思うんですけども、先生、何か。

○鮎澤委員

今日のディスカッションというのは、これまでに色々皆さんが言ってこられたことが本当に進むなということがいくつかあったと思います。この再発防止委員会の中でだからこそできる提言は何かということを書いていこうとか、それから先ほどの吻合血管のことについては、大事なことから、それをもう1回さかのぼって資料を見直して、書くべきことを書いていこうとか、色々この再発防止委員会らしさが出てきたなということをとて

もうれしく思って、次回の報告書がどんなふうな書きぶりになって出てくるのかを楽しみにしていたところです。ですので、まだまだこれからかもしれませんが、ぜひ今のような議論を、できるだけサイエンティフィックにということになりますけれども、書いて頂くことが、この委員会への期待でもあり、これからどういうふうに動いていくかをとても分かりやすく示して下さいことではないかなと思います。

多分これまでとは違う報告書の書きぶりにもなると思うので、なかなかおまとめが大変かもしれませんが、ぜひお願いをしたいなど。次回の報告書を楽しみにしたいと思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。対象の、先ほどちょっと隈本委員と小林委員とで議論がありましたけれども、あそこはちょっとしつこく出して頂いたほうが、読む人に分かりやすいかもしれませんね。いかがでしょうかね。この対象の■■■■例ぐらいがそろっているのは、こういう必要性というか、検討するためのこういう必要性があるからだというのは、どこか書いてはあるんですね。

○事務局

注釈では書いておりますけれども、今後図でお示したほうがよろしいのか、注釈にするのがよろしいのか、ちょっと検討して工夫してまいります。

○池ノ上委員長

また小林委員とご相談して、全く日常あまりこういう統計的なことに慣れていない人にはちょっと難しいかもしれないかなと思って、今お話を聞いていたんですけども。

金山委員、どうぞ。

○金山委員

7ページで非常に興味深いと思ったのは、pHが7.2以上の事例だけ集めると、年次推移としては増えているような気がするんですけども。有意差があるのかどうか知りたいと思います。妊娠中のトラブルで、こういうCPになった事例がもしかしたらそういう事例の中にあるのかもしれないと思います。pH7.2以上で年次間で有意差があるのかどうか、ぜひご検討頂ければと思います。

○池ノ上委員長

今の点よろしいですか、事務局。pHの分布。

○事務局

はい、承知しました。

○池ノ上委員長

どうぞ、鮎澤委員。

○鮎澤委員

調子に乗って申しわけないのですけれども、診療録の件については、やはりこの委員会の提言というか、この産科医療補償制度がそれなりの役割を果たしてきているという印象だとおっしゃって下さって。ぜひともお伺いしたいのは、その次に何かしら見えてくる可能性の兆しというんでしょうか、そのあたりのことを。今のお話ともつながるのですが、場合によったら、そういったことに対する必要なデータをちゃんと報告して下さいという、データの集め方そのものにももう少し踏み込んでいくことがあるかもしれない。先ほどから議論になっていて気になっているのは、分析報告書に書いてある、書いてないが、やっている、やっていないと同じなのかと。いつもこの議論が引っ掛かり続けていますよね。もし本当に必要なことだったら、これから提出して頂く書類の中に、そのことについて書いて頂こうというようなことをこれから検討していくことが、この再発防止委員会の1つの大事な役割なんじゃないかと思います。というようなことも含めて、ここから見えてくる次なるアクションに向けての芽というか、そんなものがあつたらぜひ教えて頂きたいなと思いますが、木村委員、いかがでしょうか。木村委員でも小林委員でも、今、ご発言もあったので。

○藤森委員

よろしいですか。すみません。僕がいつも話しているときに注目しているのは、子宮収縮薬のところで、基準範囲内かつ連続監視の割合が100%に近くなっていくかどうかというのを1つの報告書の効果というふうに考えて話をしているんです。ただ、2011年の8月に第1回再発防止報告書が出ているから、ちょっと2011年まででは言えないかもしれませんが、ガイドラインの効果なのか、また若干増えているようには見えませんので、僕は子宮収縮薬使用時の基準範囲内かつ胎児心拍数の連続監視というのが増えてくるのは、効果として1つ考えているんです。ちょっと小林委員に確認してよろしいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○藤森委員

将来的には、先生、そうすると5歳までは並んで全部埋まるということで考えてよろしいんですか。これは一応一時的な表現の仕方、将来的には2009年も0、1、2、3、4、5と5歳までいくということによろしいんですか。

○小林委員

それからあとは、5歳までの申請期限が過ぎた出生年の事例で、なおかつ100%分析が終わった事例がそろえば、5歳まで全員の分析ができるということだと思います。先ほど説明が足りなかったかもしれませんが、診断の年齢をそろえるということが、まずおそらく背景要因をそろえる1つの要素ですし、それから分析がきちんとできているというのは、もしかしたら長引いている事例は何か特殊な要因があるかもしれないので、終わっているものだけを対象にするという、両方の意味です。申請が全て終わっていて、それから分析が全部終わっている児がそろえるのは、この3年間の0歳から1歳までということで絞っています。

先ほどもう一つ、pHの話なんです、ここがちょっとなかなか難しく、もしかしたら増えているかもしれませんが、制度のためにはかかる児が増えて、pHの高いものが増えた。つまり、申請基準にpHが入っていますので、とにかくはかっておこうということで増えたのかもしれないので、自然の変化かどうか分からないので、そこはできれば表は絞ったほうが、本当は私はいいと。事務局で作って頂いたんですが、私のコメントは、あまり目的に沿っていない表を入れると、原因と結果が引っくり返ったような数字が出てくるので、そこが解釈しづらいですね。原因と結果が引っくり返ったのか、それとも本当に原因と結果の関係なのか。たくさん出し過ぎてしまうと、とても解釈の手が回らなくて。できれば絞ったほうがいいかなという気は致します。

○池ノ上委員長

7ページの表ですね。

○小林委員

そうですね、7ページの表とか、あと搬送の4ページの表も、制度ができたから搬送が変わる、あるいは搬送が増えたから質が上がるという話ではないような気がする、少し出す表に関しては、目的を考えて絞ったほうが、表が多いとこの章全体が解釈しづらいような気がします。それがちょっと懸念です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。いかがですか。

○木村委員

今、小林委員がおっしゃって頂いたので、ちょっと僕も腑に落ちたんですけども、これ見ていまして、よく分からんなと思って見ていまして。外形的に質がよくなっているのかどうかということを端的にあらわせるものと、それから、医学的に評価を下している部分とが両方出ているような気がするんですね。例えば、先ほどの動脈血のpHなんかはまさに医学的な評価です。例えば、もしもこの7ページの表であれば、分析対象の中でpHをはかった件数が増えていますよ、これはいいと思うんですが、その中身に及んでしまうと、今度は医学的评价が本当に分娩時の問題だったのかみたいなことになってきて、これはちょっとまたターゲットが違うと思うんです。なので、今日のこの目的であれば、もっと外形的に医療の質が問われるような項目に、確かに絞られたほうが分かりやすい章になるのかもしれないというふうな気は致します。

私、最初読んだときに、ちょっとこれをどう解釈するのか、もうひとつよく分からなくて、今ちょっとだんだん先生方のご議論の中で分かってきたのは、どうも評価の報告が2つに分かれているのではないかと。すなわち、経時的に全てを評価するという考え方と、それから、経時的に医療の質である外形、これをやったかやらなかったかというようなことが変わっていつているという、どちらを見たいのかということは、ちょっと立場をはっきりしておいたほうがいいと思いますし、今回の小林委員のお話だと、むしろ医療の質という、外形的にこれをやったかやらないかということの評価したいというふうな方向性じゃないかというふうに、今ちょっと私は感じました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。金山委員、pHについて、今、小林委員からお話がありました。が、先生は。

○金山委員

この7ページのところに書いてあるのと同じように、これはpH7.0未満ですけども、7.2以上も同じように並べたらどうかなということですけども、もちろん外形的に見るということでしたら、有機的な部分は次の報告でもいいのかもしれませんが、非常に学術的におもしろい、興味深いところだなという感じです。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。どうぞ。

○鮎澤委員

すみません、小林委員にお伺いしたいのですけれども、よく質の評価の議論のときに、質が上がったのか下がったのかというお話と、単にデータが出てくるようになっただけなのかという、この議論を間違えないようにしなければいけないという議論があります。今回のこの制度によって、また経時的にこちらが色々なリプレースをすることで出てくるようになってきた話も、かなりあるのじゃないかと思いつつ、いつもこの表を注意しなければいけないと思っていますけれども、そのあたりの注意はどういう感じになるんでしょう。今回のこういった経時的に見ていく数字の見方ということで言えば。

○小林委員

おそらくこの章で目的にしているのは、いわゆる医療の質の評価のうち、プロセスの評価だと思います。こういうことをしたほうがいい。それが最終的な結果、例えば、脳性麻痺の減少とか、あるいは児の出生時のpHの平均値が上がっていくとか、それはその先にある指標であって、おそらくこの章では難しいと思います。それはもっと先に、プロセスがきちんとなされれば、おそらくいい成果もさらに数年後、その先に得られるだろうという話だと思うので、まずここで見るべきは、きちんと診療録が記載されている、それから、適正な子宮収縮剤の使用がなされている、インフォームドコンセントがとられている、そういうようなことを確認するのがまず先ではないかなと思います。

○池ノ上委員長

今小林委員がおっしゃったのは、1ページの一番下の第5章で(2)のところの4つの項目、テーマについて、ここで動向を検討しますという、そういう前提のもとで、先ほどおっしゃった搬送のこととか、pHのこととかというのは、この中ではなくてもう少しもうちょっと情報が集まるとか、もう少し色々な検討が進んだ後のほうがふさわしいのではないかなというご意見と理解してよろしいでしょうか。おそらくpHなんかも、おっしゃるように、例えば分娩監視装置の判読とか、しっかりつけて見ていくとかということがよくなってくれば、それに連動してpHの低い状態で生まれたお子さんたちが減っていくとかいうこともその先に出てくるのではないかなと、ちょっとぱっと思っただけですが、それはいかがでしょうか。

○小林委員

その通りだと思います。あとはpHがほぼ全例についてははかれると。

○池ノ上委員長

はかれるということですね。よろしいですか。そうしたら先生、どうでしょうか。

7ページのこの表をどこかに移すか、ちょっとここでは扱わないか。この章では、pHに触らないでもいいということになりますかね。

○小林委員

この章ではないような気がします。

○池ノ上委員長

ない気がしますか。いかがですか。

○木村委員

むしろ測定した点数ですから、結果ありの項目だけがどこか他のところに入っているのかなという気が致します。実はアップガースコアで、先ほど金山委員がおっしゃっておられた8ページ、次のところで、こちらはほぼ全例ついていますので、確かに4点未満が減って7点以上が増えているんです、この3年でみますと。だから、これはこれでアップガーがどれだけ正しいかという客観性は別にしても、こっちで確かに分娩のマネジメントで行っているのかもしれないということは言えるのかもしれませんが、もちろんそれだけではないのかもしれませんが。ただ、ちょっとpHに関しては、まだやっている割合が高くなってますぐらいの結論でもいいような気が致します。

○池ノ上委員長

そうすると、8ページにコンバインしてしまうような取り扱いで、はかられている、いないという項目だけをここに付けるというようなことはいかがでしょう。よろしいでしょうか。細かい……。

○事務局

事務局から失礼致します。臍帯動脈血ガス分析値の結果ありに関しましては、6ページの表の下から2段目に記載してございます。

○木村委員

再掲ですね。

○池ノ上委員長

じゃあここでいいですね、これで。そうしたら、7ページのこの表については削除して、この上の文言は。ライン9からライン11はどうなんですかね。これも要らないですね。どうですか。これはあったほうがいいんですか。表の通りだから……。

○事務局

こちらの文章はあくまでも表の説明ですので、もし表を削除するということになります

と、一緒に削除にしたいと思います。

○池ノ上委員長

そのほうが整理がとれますよね。じゃ、このpHの表についてはそのように、今回はさせて頂くということでよろしいでしょうか。

それから、先ほどの搬送のところはいかがですか。4ページのこの表。これも似たような要素があるということだと思んですが。この分娩時の緊急母体搬送ありという、この項目は削除されるということでもよろしいですかね。この分娩時の小児科医の立ち会いがありというのが上へ上がってくるということで。この搬送については、もう少し色々な行政的な面だとか、病院の分布だとか、地理的なものとか、色々な要素がかなり加わってくるでしょうから、もう少しコンプレックスな背景をしっかりと出しながらやっていくという作業が必要かもしれません。よろしいでしょうか、大体そういう考え方で。

小林委員、じゃあそのようにさせて頂いてよろしいですか。小林委員、よろしいですか、今の4ページの分娩時の緊急母体搬送は。

○小林委員

前回の報告書で動向を見た表を中心に載せればよいと思うんですが、ただ、この4ページと、それから7ページのは、もしかしたら他の章に今まであったんですよね、きっとどこかに。

○事務局

第3章に記載しております。

○小林委員

じゃあそちらの章に移せばいいということですか。

○池ノ上委員長

年次的には見ていないでしょう。

○事務局

全ての年次を合算したものです。

○池ノ上委員長

年次的に見ているという意味では、それとは異なりますね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

じゃあそういうふうな形でよろしいでしょうか。また最終的には小林委員のご意見も伺って、事務局で調整して下さい。一応この委員会では、今のようないいのではないかというご議論を頂いたということで。

勝村委員、その前に手を挙げておられましたか。

○勝村委員

これ、非常に分析が難しい中、色々なバイアスがかからないように工夫して頂いて、なるほどなと思っているんですけども。例えば、8ページのアップガースコアにしても、考えられるバイアスとしては、ある時期にすごく申請を促した時期があるわけですよ。ものすごく申請を促しているときに、実は2009年は0歳、1歳ではもうなかった。だからということもあるし、だからそうことで、アップガースコアの点数にちょっと何らかのことが関わっているということがあるかもしれないし、非常にいい形で分析して頂いたと思うんですけど、確かに色々なバイアスがありえると思うわけです。

同じように、僕もせっかくこうやって再発防止委員会をやっているんで、きれいに減ってきている数字を見たいんですけども、27ページの、診療録に記載がなく評価できないという事例は明らかに減っているけれども、26ページですよ、横のページの、診療録で評価された項目に関しては減っていないというか、やや微増している感じがあるわけですよ。このそれぞれの項目の違いですが「評価できない」という言い方で原因分析の報告書に書く場合と、評価できないとは書かないけれども、「記載に問題があった」と書く場合との言葉の使い分けの定義みたいなのは、原因分析委員会のほうではあるんでしょうか。ちょっとその辺を教えてください。

○池ノ上委員長

いかがですか。

○隈本委員

私の記憶では、特に基準はないです。ちょっと水を差すようで何なんですけれども、やっぱり最初のころは記載が乏しいので評価できないというふうに書いているケースが多かったんですけども、それは脳性麻痺に直接関係ない場合は、そういうところはあとの提言のほうに回しましょうというふうに比較的途中から逆に評価のほうで、昔はガイドラインに全部照らし合わせて、ちょっとでもおかしいことがあったらどんどん評価していたという時代があって、薬が典型なんですけれども、こんな薬は全然適用外じゃないかとかいって厳しく指摘して、重箱の隅をつついていないかみたいな言われ方をして、そこ

からは途中からは明らかに脳性麻痺の発症に関わりそうなところだけ評価して、それ以外のところは今後の改善事項に書いていけばいいよと。途中からは、薬についても今後の改善事項にも書かないようにしよう。薬については、あまり脳性麻痺に関係ない薬の使い方について一々言うのはやめようみたいな感じで、そういう意味では少しずつ変化していったので、必ずしもこの表現が減ったことが、記録がよくなったかどうかという点と難しいかなと。ただ、長年見ていると、おそらくこれから次、来年、再来年となっていくと、本当によくなるんじゃないかなという期待はあるんですけども。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

○勝村委員

そういうふうに原因分析委員会のほうの報告書の書き方の変化みたいなバイアスも多少あるのかもしれないんですけども、それにしても合わせてもやっぱりちょっと減っているというふうに思いたいし、減っていると思いますし。藤森委員がおっしゃったように、子宮収縮薬もやや減って、有意差があるかどうか分からないけれども、という感じで、そういう方向に進んでいってないと虚しくて仕方がないのでそういう方向にいつているとして、それはいいんですけど。

これ、一番気になるのは、2012年ですよね。多分[]ぐらいになっていないんだと思うんですけど、もしかしたら0-1歳で[]近くいつていたとしたら、それをもし無理にでも見てみるとかいうことはしてはいけないのかということ。もししていたら、ざくっとどんな傾向が出ているのか。2012年はよくなっているのか、ご存じでしたら教えてもらいたいと思うんです。

○池ノ上委員長

これは小林委員、いかがですか。

○小林委員

私は結果を見てないんですけども、でも2012年は1歳までは申請は終了しているはずなので、あとは原因分析の進行状況だと思いますが。

○石渡委員長代理

この制度の目的は、補償と、もう一つは医療の質の向上で、その医療の質の向上を担っているのはこの委員会にやっぱり一番大きな責任があると思うんですよね。そういう点において、医療の質が向上しているデータとして、今、色々検討されているわけなんです

けれども、確かに診療録のことについても、それからオキシトシン、子宮収縮薬についても改善しているというふうには受け取れると思うんですよ。

21ページの新生児の蘇生のことなんですけれども、この項目の中で評価にするに当たって、新生児蘇生が必要な事例において新生児蘇生が実施されたのがどのくらいあったかという。逆に言うと、新生児蘇生が必要だったのにしなかった例が減ってきたかどうか、そういうところを見ると、インパクトがあるんじゃないかなと思うんですけれども、その点はいかがでしょうか。人工呼吸が増えたとか、胸骨圧迫が増えたとか、そういう数字での評価ではなくて、本当に新生児蘇生が必要だった事例について、新生児蘇生は本当にされているかどうか。その率が上がってきたかどうかということが非常に分かりやすい指標になるんじゃないかと思うんですけれども。

○池ノ上委員長

分かります？ どうして見たらいいですかね。

○木村委員

おそらくそれだったら、新生児蘇生を必要であったのにしなかったみたいな評価がどれくらいあったかということになるんでしょうか。ここで蘇生実施ありというのは、実施ありの数は減っていますよね。パーセンテージでいうと■■■から■■■まで減ってきていますが。蘇生そのものに関して、蘇生法ではなくて蘇生そのものに関して実施すべきであったのか、そういう評価というのはされているんでしょうか。

○事務局

評価は22ページのところで集計をしております。

○木村委員

アルゴリズムに関して評価がされた、これは評価って悪いということですね。

○事務局

低い評価です。

○池ノ上委員長

この22ページの表はどう見るんですか。

○事務局

21ページにまずちょっと戻って頂きまして、この表の説明をさせて頂いております。16行目からですね。新生児蘇生処置、新生児蘇生の手順、器具といったアルゴリズムに関する項目に関して、原因分析報告書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、悪い評価がされた事例を掲載しております。それぞれ2009年以降、■■■件、■■■件、■■■件がございまして、その中で22ページの表が掲載されてございまして、人工呼吸であれば■■■件、■■■件、■■■件と事例数がございまして。

○隈本委員

1つの提案ですけれども、例えばこれなんかは今後の改善事項のところ、よりもっと訓練しなさいみたいなことが書いてあるというのが大体アルゴリズム通りにやられていないケースですよ。アルゴリズムに関する研修を受けなさいとか、受けていることが望まれるみたい書いてあるのが大体本当はあんまりよくなっていないんだらうなど。先ほどの記載がないというのに関しての関連でいうと、この新生児のところが一番記載が薄いんですよ、大体。新生児蘇生については、評価できない、ないしは全く評価できないとも書いてなくて、評価していないところも多いと思います。それはどうしても生まれるまでのところに関しては結構記録もあるし、胎児心拍陣痛図もあるんですけど、新生児蘇生で何やったんだらうねというのが分からないものが結構あったという記憶があります。だから、新生児蘇生の場合、指摘されたものプラス記載がないというのも、足し算しないといけない話だと思います。

○池ノ上委員長

板橋委員、どうぞ。

○板橋委員

そもそもこの表の根本的な課題として、色々な解釈を数値から読み取ろうとする傾向がどうしても出てきやすいと思います。引用をした方が、その数値でよくなったり悪くなったりという評価をし、それが一人歩きしたりするのがちょっと懸念されるので。その限界について「はじめに」のところである程度少し言及しておかないと、好きなように数字を解釈する方が出てくるのが一番嫌だなとちょっと思ったんですが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長

それについては、この様々な表が出てきた背景はこうですという、先ほど2歳とかそういうのがありましたね。ああいうのをもうちょっときちっと書いて頂いて、これこれかくかくしかじかの条件のもとでこれがありますということをしっかり読む人に伝える。

○板橋委員

そうですね。そういった背景があるもとの数字であるということだけ明示しておけばいいのかなとは思いますが。

○池ノ上委員長

少しここを書き加えて頂いて、この表を見て、あるいはこの表をもとに色々なことを考える人が、考える範囲を、おのずとここの範囲の中で考えるべき資料であるということが伝わるような。逆に言うと、この資料が出てきたのは、こういう背景ですというのが伝わらないと、またなかなか役に立たないということにもなるでしょうから、最初のこの議論があったのがそこだと思うんですけども、そこら辺をよりクリアにしておいて頂いたほうがよろしいかと思しますので、少しそこの文章を入れて、また小林委員にも見て頂いてということ。

○事務局

承知しました。

○鮎澤委員

例えば診療録の件については、減ってきたという文言がこれから入るということですか。これまで淡々と数字を出してきていて、それが増えてきた、減ってきたというような解釈は今まで書いてないですよ。今回この議論で、もしかしたらということをおっしゃって下さった、それが文章としてこの報告書の中に書かれてくるということなのでしょうか。

○池ノ上委員長

私としては、そういうコンクルーシブなといいますか、これですというのは、まだちょっと早いんじゃないかと思っています。せいぜいこのぐらいの状況です。ただ、先ほどから言いましたように、淡々と事実を事実で出しておきます。それを見る人は、その方の良心に従ってこれを解釈して下さい。それが見る方のスタンスをちゃんと決めて頂くための情報というのもちろんつけておくという、そういう今のところ取り扱いじゃないかなと思うんですけども。ですから、これ、有意差検定とかそういうのはされていないですよ。きっとそういう背景があるのではないかと思うんですけども、小林委員、そんな感じの考え方でよろしいですかね。

○小林委員

そうですね、書き込んだほうが分かりやすいとは思いますが、なかなか難しいなという感じがします。例えば、先ほどの診療録は、検定して書き込んでもいいような気がしますが、21ページの新生児蘇生処置は、対象にきちんとしているかどうかということなので、分析対象者数でただ割り算して、そのパーセントを比較するのはあまり適当ではないと思いますし、もう少し時間を頂ければ、事務局と相談しながら、どういう解釈が適

切かどうかというのを少し検討したいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。あまり急いで結論的なものは出す必要は僕はないと、今のところは思っていますので。ただ、データとしての資料をクリーンにして頂いて、分かりやすくして頂くということが大事だと思います。

田村委員、どうぞ。

○田村委員

隈本委員がおっしゃった、例えば蘇生についても、それについて記載がないものを入れるとか、そういったような解釈の問題点みたいなものも明確にしておいて頂いて、できれば、先ほど隈本委員がおっしゃって頂いたように、それについて記載がないものも含めた数字もちゃんと統計とっておくということをお願いしたいと思います。それと僕はこれだけ見ると、22ページのところですけども、アルゴリズムに関連する項目に関して、産科医療の質の向上を図るための評価がされたのが2010年にむしろ増えているように見えます。これは2010年にかなり大幅なガイドラインの改訂があった年で、おそらくここで生まれた子どもについての評価をしている2011年のころは、原因分析委員の方にも多少混乱があった可能性が十分あるので、もしも蘇生に関する部分についての傾向がどうかということ进行分析しようと思うと、例えばこれが2015年の改訂のときに同じような現象が起きるのかどうかとか、5年ごと単位ぐらいでやっていかないと、本当の意味での質の向上につながっているのかどうか、それとも単にそういったことが非常にナーバスになった年だから、そういった問題で取り上げられた事例が多くなったのか、その辺のことは、ちょっとこの3年間とかいうような単位ではなかなか厳しいんじゃないかなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。色々な環境要因といいますか、そういったものをしっかり組み込んで見ていく必要は非常に重要だろうと思います。

隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

今、少し希望のある数字があるなと思うのは、17ページなんですけれども、上から3段落目の、オキシトシン使用で、基準より多い人が■■■■件というのは、■■■■件から■■■■件、■■■■件と減っているように見えるんですけれども。つまり、比率はもともと脳性麻痺にな

る子が減れば比率も減るので、いや、比率は変わらないので、要するに基準より多いことによって脳性麻痺になった人が例えば5人ぐらい減ると、このように数が減ってくれるんじゃないかと。つまり、比率は変わらないが、それは脳性麻痺になる子が減ったからだというふうに前向きに解釈すると、この数、基準より多いという使用方法で、脳性麻痺になる子の数が減ったというのは期待できる数字なんじゃないですか。違いますか。たまたま比率は■■■■から■■■■であまり変わらないけれども、これは脳性麻痺になる子が減ったからだという、すごい前向きの解釈をする。

先ほど申し上げたように、2011年から必ず連続的というのがガイドラインに載ったんですよね。陣痛促進剤を使う場合には、子宮収縮薬を使う場合には、必ず連続的聴取方法にあるべしというのが2011年に決まったので、そのガイドラインが。そうすると、2012年出生児に関しては、間欠的がゼロになるとか、そういう期待もあると。この生の数字を見る必要があるんじゃないですかね。母数が同じぐらいだとしたら。

○池ノ上委員長

絶対数というのは、世の中の全体の動きを非常にあらわしている。割合にしちゃうと、なかなかはっきり分からないというようなところに。

○隈本委員

大量に使用しないので、脳性麻痺になる子が減ったとすると、それは実数のほうで比較したほうが合理的かもしれない。

○池ノ上委員長

今日は色々な委員から、ご指摘頂くように視点があると思います。それを入れ込んで、またもう少し議論を深めて頂きたいと思いますが。

村上委員、どうぞ。

○村上委員

すみません、ちょっと確認をさせて頂きたいんですが、原因分析のところの評価では、悪い評価だけではなく、いい評価もしていると思うのですが、ここで取り上げる産科医療の質の向上を図るための評価というのは、悪いところだけを取り上げているのでしょうか。いいところも増えていくと、もっと質がどんどん上がっているみたいなのところにもなるのかなと思ったので、確認です。

○事務局

第5回の報告書から、その集計は決まっています、原因分析報告書で賛否両論より

低い評価のものを集計しております。

○村上委員

原因分析報告書で賛否両論より低い評価のものであるということをもう少し明確に表現して頂けるとありがたいです。

○池ノ上委員長

そうですね。この委員会のあり方そのものに関わることで、褒めて育てるか、けなして育てるかのどっちかだと、両方バランスをとりながら、やっぱり褒めるべきところは褒めたほうが、そろそろいいかもしれないなという気も、私はちょっとしております。これは委員会そのもののあり方に関するのですから、もう少し議論を深めながら、そういう時期になったら、今、村上委員がおっしゃったようなことも必要じゃないかと思っております。

勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

ちょっと繰り返し気になるんですけども、診療録の記載がなく評価できないということ、診療録の記載に関してネガティブな評価がされたということを表現で分けるということが、どれぐらい意味があるのか、報告書の中身、報告書本文が見れていないので分からないですけど、もしかしたら僕はここは分けずにまとめておいて、どちらも記載に対して評価する。それでも若干というか、減っている数字になると思うんですけども。本当に表現の問題、表現の仕方の問題だけになってしまっていないのかということの、ちょっと確認しておいて頂きたいなという気がするんですけども。

○池ノ上委員長

表現の仕方といいますと？

○勝村委員

実際のそれぞれの細かなところで、これでは評価できない。なと思ったけど、「評価できない」とは書かずに「もっときちんと書いて下さい」という書き方をしているから、こっちになっているだけとか、実質は同じようなものが、文章の表現の仕方のルールがないのであれば、表現の仕方だけの問題になっているということはないのかという確認をしておく必要があるんじゃないかと。

○事務局

事務局からよろしいでしょうか。5回、6回までは同じ1つの集計でカウントをしてお

りました。村上委員のほうから、原因分析報告書、原因分析しているときに、記載がなくて評価ができないというものをちょっと見たいということで、今回ちょっと特出しして分けて集計をしておりますけれども、そこは委員の先生方の決めの問題かと思しますので、別にすることも可能ですし、一緒にすることも可能ですし。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○勝村委員

事務局が見られて、やっぱり表現の違いは実際の違いとリンクしているという感覚はあるんですか。

○事務局

多分分析する側の思いといいますか、コアな部分、すごく医学的評価で重要と思われるところで記載がなかった場合と、そこには関わらないけれども記載がない場合、事象は同じかと思っておりますけれども、本当に重要な評価に、ここは普通書いてあって欲しいというところが書いてないという場合と、ちょっと分けているという印象はございます。なので、1つかと思います、そこを分けてみるというのも。

○勝村委員

評価がネガティブだという場合でも、それぞれランクがありますよね。それはルールがあるじゃないですか。劣っているとか、一般的でない、とか。そういうものの一番低いランクよりも、より低いランクとして「評価できない」という言葉があるという認識になっているんですか。

○隈本委員

よろしいですか。私の印象ですけれども、記載に関しては、「医学的妥当性がない」とか、そういう厳しい評価はあり得ないので、ほとんど「一般的でない」だけです、よくない評価は。それ以外の「基準を逸脱している」とかそういうのはないので、全く。だから、記載に関しては、「一般的でない」があるかないかだけだと思います。選択肢としてあり得るというものがないから、基本的には「一般的ではない」しかないです。悪い評価はですね、と考えていいと思います。

先ほど事務局のほうからあったように、例えば何でここで帝王切開しなかったのか、判断が書いていないとか、何かそういう脳性麻痺に関わるというか、非常に重要な肝心なところが書かれていない場合に、でもやっぱり評価しないわけにもいかない、評価でき

ないと書くというケースのほうが多いと思いますし、あともう一つ、先ほど言いましたように、新生児蘇生に関しては、非常に記載が全般的に薄いので、いいとも言えないし、悪いとも言えないと。あるいは、実は新生児蘇生の場合には、本当にアプガースコア0とか1で生まれてきた場合、それは適切に新生児蘇生をやったとしても、もう回復不可能という可能性もあって、それは結果で評価しているようにならないようにしようという原因分析の先生方のお考えがあって。つまり、うまくいっていないから適切な新生児蘇生がやらなかったんじゃないと。要するに、もともと非常に厳しいものをやったら、適切にやっても回復しない場合もあるんだという考え方から、新生児蘇生については評価を、時間的に後であるということであるから、あまり評価をしないという傾向がやっぱり原因分析の場合ありました。

というわけで、その場合には評価できないと書いてあったりするケースが多いです。だから、評価できないのが、一番肝心なところが書かれていないと評価している先生方の怒りがそこに込められている場合と、たまたまそれが新生児蘇生とかいうふうな、どちらかという医療行為の順番の最後のところで出てきたために評価できないと書いてある場合もあって、必ずしもそれが何か程度をあらわしている感じではないというのが私の印象です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。これ、田村委員、NCPRが行われた後に、この事例はどうであったという記載をするような何かリストとか表とかは、リコメンデーションの中にあるんですかね。

○田村委員

いや、NCPRの推奨とかガイドラインの推奨としては特にはないと思います。

○池ノ上委員長

ありませんよね。こういうふうになささいというのはありますけれども。その後で行われた事例について、ドキュメントを残しておくというようなことは何か。

○田村委員

これは義務というわけじゃないんですけれども、できるだけ“デブリーフィング”という形で、あと振り返りを行いなさいということは、一応望ましい行為ということで推奨はされています。

○池ノ上委員長

でも、ここで新生児蘇生のときの記録がなかなか大事なものについてないということになると、こういった振り返りをするときはないですよというのがもしあれば、あったほうがいいのかもしれないなど、今、お話を聞きながらそう思っていたんですけども、またそれは検討して頂ければ。

○田村委員

アメリカでも、サンディエゴのグループは蘇生行為を必ずビデオで撮っておくということをして、それは家族のほうに、あくまで自分たちの反省のために使うだけの目的であるということで了解をとって撮っておいて、その映像記録を後で蘇生行為に立ち会わなかった蘇生のプロも含めて“振り返り”をして、それで次の改善した蘇生につなげるということを実際に彼らはやっているようです。そういうことを2010年版の蘇生ガイドラインのときには1つの“振り返り”の仕方として推奨しています。ただ、義務とまではなっていません。

○池ノ上委員長

ええ、義務ではないけれども、やっぱり少なくともNCPRが行われる、どこまでいったかは別として、行われるというのは、アンユージュアルですよ、一般の分娩、出生では。そうすると、その振り返りというのが必要だというようなムーブメントですかね、全体の流れというのは、今後考える必要がありそうですね。

○田村委員

少なくともインストラクター育成の講習会の中では、“振り返り”の重要性というのは我々は強調していますので、そういう方向になりつつあると思います。ただ記録として残しているかどうかは、別問題です。

○池ノ上委員長

振り返りのための、内容のサンプルとか、例えばこういう項目は必ず押さえることとか、何かそういうのが出てくればいいかなと。これは僕の思いつきで言っているんですけども。またそれは今度検討して頂ければと思います。

時間がまいりました。他に何か。

○藤森委員

1つよろしいですか、すみません。12ページの表なんですけれども、前にもちょっとお願いしたかもしれないんですけども、ぜひ胎児心拍数陣痛図で、「うち判読できていない（注2）」と書いてあって、「遅発一過性徐脈を変動一過性徐脈と判読した、異常波形が

出現している状況で胎児心拍数モニタリング異常なしと判断した」。これ、具体的にどうい
う波形が読めてないかというのを示すことってできますか。つまり、遅発一過性徐脈が読
めてない。それから、異常波形が出現しているというのを具体的に変動一過性徐脈が出て
いるのにも関わらず、それを一過性頻脈と判断しているとか、そういうことを、何が読め
てないかということを見せることはできますか。

○事務局

事例の経過とか、原因分析報告書にその記述があれば拾えますけれども、例えば変動一
過性徐脈を遅発とか、そういうことが必ずしも均一化して記載されているとは、事例によ
ってはやっぱり異なってきますので。

○藤森委員

でも、読めていないというように、「うち判読できていない」って断定しているわけす
よね。ですから、何が判読できていないのかというのは分かるはずですよ。何がとい
うか、徐脈が判読できていないのが、何を判読できていないのかというのを。個人的な興味
もあるんですけども。でも、それを教育していくことが、今後の改善につながるわけ
ですから、じゃあ何が、どういうのが読めてないのかというのを見たいんです。これって見
せることはできないんですか。

○事務局

藤森委員に見て頂くということは可能ですけれども。いかがでしょうか。

○藤森委員

ですから、書いてあるんですよ。だから、どんな徐脈が出ているんだけれども、判読
できていないと書いてないんですか。そうではないんですか。

○事務局

原因分析報告書から拾えるものは拾ってお示しします。ただ、全事例、先生が求めるよ
うな記載になっているかどうかというのは。

○藤森委員

じゃ、それはどういうふうになって、判読できていないと判断しているんですか、それ
は。

○事務局

議論の中では、おそらくそういうこともされているとは思いますがけれども、報告書書面
上にそこまで記載しているかというのは、竹田委員とか、実態を。

○竹田委員

こういう落ちているのを読んでいないとかというのは、中には書かれていますけれども、それをまとめのやつには出てこないかもしれないし、実際、要するに今ある分類で、分類できないものもあって。それはそれで色々な書き方をしてあると思いますけど、非特異的とか色々書いてあって、それはやっぱり分類できない。

○事務局

事務局から失礼致します。今、調べたんですけれども、報告書によっては、「モニタリングを詳細に検討した結果、胎児低酸素やアシドーシスを示唆する異常が出現し始めて、さらにその後重症化した所見が明らかとなっている。その後、モニタリングを終了したことは適確性に欠ける」といった表現で、実際の判読パターンが書いていない事例がございますので、低酸素酸血症がある所見とだけ包括されているので、波形毎の集計が少し難しいという事例がございます。

○池ノ上委員長

藤森委員が言っているのは、自分で見たいと。それで何らかの、これは非常に教育的だということになると、前回モニタリングをまとめて出したように、患者さんとかご家族とかとのやりとりをして、定款をきちんと踏まえながら、その中でこれはああいうテキストブックにもっていくというようなことであれば……。

○藤森委員

例えば子宮内感染のときに、変動一過性徐脈が毎回出ているのを一過性頻脈として読んでいるというのがあったと思うんですよね。それって非常に教育的で、一過性頻脈というのは、そういう規則的に出るものじゃないんだよという意味で、ベースラインをどっちにとるかということで、一過性頻脈にも読めるし、一過性徐脈にも読めるし、だけど一過性頻脈というのはそういうふうには出ないんだよという意味で教育して、次につながる、それが教育だと思うんです。だから、そういう事例がこの中に判読できていないという中にどれだけあるのか。他にもどんなのがあるのかということを知りたいんです。私に読みなさいということであれば読みますけれども、見せて頂ければうれしいんですけど。ですけど、やっぱりそれが次に、結局モニタリング読めてなくて、判断の時期が遅れているというのが結構あるわけですから、やっぱりそこを示して行って、じゃあ何が判読できていないのかというのは、やっぱり具体的にもっと示さないとは僕はだめだと思うんです。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○勝村委員

本当に僕、今すごく大事なことだと思って聞いていました。この委員会から判読のための教科書みたいなものを出しましたが、それはすごく利用されるべきで、僕はすごく大事なことだと思うので。藤森委員、大変だと思うんですけども、ぜひやって頂きたいし、判読ができていないのは■■、■■、■■じゃなくて、その上の■■、■■、■■をできればやって欲しいなと思います。そこから、もし分からないものは分からないけれども、分かっているもので、よくありますよね。基線細変動の消失みたいなのがよく問題になったりしていると思いますし、何かそういう傾向がどれかあっても、もし出てくるんだったら、本当に再発防止に生かせるすごくいい形かなと思いました。

○池ノ上委員長

藤森委員が現物のモニタリングのコピーなり何なりを見られるのは全然問題ないですよ。それを外に出すとか何かにするとかというときには、定款上のいくつかのステップをクリアしないといけないというのは出ると思います。それを見て、藤森委員が頭の中でまとめて、それを文言として、文書として報告書のどこかに書くというのはオーケーなんだろうと思いますけれども、そのものを出して、さあ、皆さん、こういうのが間違いやすいですよというところになると、もうちょっと色々な作業が必要だということになるので、少なくとも先生がまず、そんなにたくさんないでしょう。

○藤森委員

ぜひ2014年に出したあのモニタリングの、今も話がありましたけれども、サンプルですよ。ワーキンググループの仕事になるかもしれないんですけども、第2版みたいなものを、ぜひ次も計画して欲しいなと思っています。

○池ノ上委員長

だから、あれは最初のやつはこういうことがあって、このままになって、結局脳障害が起きましたよというのをちょっとまとめているんですが、今回は読めなかったとか、読み間違ったとかというテーマでそれをまとめるということになると、一步またバージョンアップした……。

○藤森委員

そうすると僕だけじゃなくて……。

○池ノ上委員長

ええ、みんなで。

○藤森委員

そういうワーキンググループで、どれが読めなかったのか、間違っただのかというモニタリング集みたいなのを作ってくれたらいいと思っています。

○池ノ上委員長

それをぜひ積極的にやっていくような方向にいきましょう。最初のモニタリングを作るときも色々な作業があつて、一時は無理じゃないかというような難問もあつたんですけども、何とか皆さんのお仕事でそれを乗り切りましたので。ありがとうございます。この第5章については、色々ご意見を頂きましてありがとうございます。あとは小林委員にも色々お聞きしながら、また事務局のほうでさらに今の委員の先生方からの意見をまとめて頂きたいと思います。ありがとうございます。

それでは、これで一応いくところまでいったんですかね。あと、何か残ってましたかね。では、あと事務局のほうでお願いしたいと思います。その他についてお願いします。

○事務局

連絡事項2点です。机上のほうに、第7回再発防止に関する報告書審議スケジュールの資料を置いています。表中の丸囲みの数字は、今年度の累計審議回数となっています。平成29年1月20日は、ドラフト原稿をもとに承認審議としています。報告書の取りまとめに向けて残り3回の委員会開催となっておりますので、引き続きよろしくお願いします。

先ほどの多胎につきましては、宿題等も頂いておりますので、少しこの審議スケジュールが変更になることもあるかと思っておりますけれども、よろしくお願いします。

なお、次回委員会は■月■日■曜日になります。■時からの開催を予定しております。机上に開催案内文書と出欠連絡票を配付致しておりますので、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。以上です。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。長時間にわたり、活発なご意見を頂きましてありがとうございました。以上で終わらせて頂きます。どうもありがとうございました。

— 了 —