

第5回「産科医療補償制度原因分析委員会」会議録

日時：平成21年6月9日（火）午後4：30～午後6：30

場所：日本医療機能評価機構 大会議室

財団法人日本医療機能評価機構

○事務局（山田）

委員会を開始いたす前に資料の確認をお願い申し上げます。

資料はまず右側の資料でございますが、委員の方の出欠一覧がございます。次に第5回原因分析委員会の次第、及び議事資料がございます。資料でございますが、資料1-1から資料3-2まで、及び参考資料がございます。資料1-1でございますが、「原因分析報告書案<仮想事例2>」でございます。資料1-2でございますが、「原因分析報告書案<仮想事例2>の分娩経過一覧表」でございます。資料1-3でございますが、「仮想事例2の原因分析報告書案についてのご意見」でございます。資料1-4でございますが、「仮想事例2の脳性まひ発症の原因、医学的評価、改善事項に対するご意見」でございます。資料2でございますが、「医学的評価等を記載するに当たっての表現について」でございます。資料3-1でございますが、「『原因分析のための保護者の意見』について（事前のご案内）（案）」でございます。資料3-2でございますが、「『原因分析のための保護者の意見』について記入のお願い（案）」でございます。それから参考資料でございますが、「原因分析報告書に記載される『事例の概要』に関する確認のお願い」でございます。最後に第7回原因分析委員会の日程調整表がございます。

次に左側の資料でございますが、「産婦人科診療ガイドライン産科編2008」及び「原因分析委員会委員用資料ファイル」を配付いたしております。この「産婦人科診療ガイドライン産科編2008」及び「委員用資料ファイル」につきましては、次回以降の委員会でも使用いたしますので、委員会終了後も持ち帰ることなく、机に置いたままにしてくださいようお願いいたします。

それでは定刻になりましたので、ただいまから第5回産科医療補償制度原因分析委員会を開催いたします。議事進行をこれより岡井委員長にお願い申し上げます。お願いいたします。

○岡井委員長

先生方、本日もお忙しい中、ご出席いただきましてありがとうございます。では早速始めたいと思いますが、本日は仮想事例2の模擬部会、これを最初にやらせていただきまして、前回の委員会の意見の整理等をその後に行いたいと思います。

仮想事例2は先生方、お目を通していただいていると思いますし、ご意見もいただいておりますが、いろいろと議論する事項が多く含まれています。そういう事例が仮想事例として挙げられていますので、よろしくご審議をお願いしたいと思います。

それでは、先生方からいただいた意見を事務局で整理してまとめたものが資料1－4にございます。この表を見ながら、一つ一つ皆さん全員のご意見を聞いていくこととしたいと思います。

そうしますと、資料の一番上、脳性まひ発症の原因の事例で、原因についての意見です。最初のご意見は、分娩前の母体および胎児の状態を見ると、分娩前には原因となるような所見は認められないというのが原案の結論になっているのですが、それに対して、妊娠中に異常が認められないからといって、脳性まひ発症の原因がないとは断言できないというご意見をいただいています。これはどなたからいただいたのでしょうか。

○水上委員

これは私です。

○岡井委員長

先生、ここに書かれたことの内容をもう少し具体的にお願いします。

○水上委員

脳性まひの原因はいろいろ多岐にわたって、分娩中に起こる脳性まひは15%ぐらい程度推定されていることから、分娩に突入する前の異常すべてを否定したわけではないのに、通常の検査で指摘できる異常がないからといって、脳性まひの原因がないとは言えないということです。

○岡井委員長

ないとは断言できないということですね。

○水上委員

そうです。

○岡井委員長

これはよくあることで、実際にその前に何かが起こっていて、分娩がきっかけになって胎児心拍数に異常が出てくるというようなこともあることは報告されています。ですから、これは断言してはいけないのではないかというお話ですが、竹村先生、何かご意見はありますか。

○竹村委員

いえ、同じ意見です。

○岡井委員長

そうすると、このところは「所見は認められない」という書き方なのですが、もう少し

しつけ加えるような表現がいいのですか。「現在の医学でははっきり推定できる、想定できるような原因は見つからなかった」みたいな表現ならいいわけですね。

○水上委員

そうですね。資料1-3に何か提案されたものを書いてありますよね。網かけになっている部分です。「母体に妊娠中異常所見は認められなかった」と、すんなり、ここはこれでいいのではないかと思います。「通常の検査で指摘できる異常はなかった」とか。

○上田理事

これは1ページです。

○岡井委員長

最初の報告書の1ページですか。「脳性まひ発症の原因となる母体の所見は認められない。」という記載になっていたものを「妊娠中異常所見は認められなかった」ということですが、あまり変わらないような気がするのですが。

○水上委員

この「脳性まひ発症の原因となる母体の所見は認められなかった」というのは全然意味が違いますよね。脳性まひの原因にはいろいろあるのですから。

○岡井委員長

なるほど。おっしゃるとおりです。「医学的に明らかにされている所見は認められなかった」というほうがいいのかもかもしれませんね。ここの話は原因のことを言っているわけですから、こちらみたいに「異常所見は認められなかった」というのでしたら、脳性まひの原因に対する考察という意味では突っ込みが足りないというか、異常所見が認められなかったですね、ということになってしまうわけですね。

○水上委員

しかし、分娩前に、この人やこの胎児には、その時点で脳性まひがないと言い切ることは、僕らが通常やっている検査ではできません。

○岡井委員長

だから、今わかっている原因として、そういうものはなかったということでしょう。

○水上委員

それは検査されていないのですよね。例えば分娩に突入する前にMRIを撮るとか、サイトメガロウイルスをすべてやるとか、神経の発生異常についてアンテネータル検査したとか、そういうことは全然やっていないわけです。現在の妊婦健診は、それをスクリーニ

ングする検査は全然やっていません。

○岡井委員長

もちろんそうです。でも、原因について、ここは結論を出さないといけないわけです。

○池ノ上委員長代理

でも、その原因は分娩中に原因があるかどうかが問題で、分娩開始前に原因があるかどうかは、これは物すごく大きな医学的な問題です。

○水上委員

難しくてできません。

○池ノ上委員長代理

日常診療で取り扱うレベルではないと思うのです。

○岡井委員長

まだ研究中で、これから解明していかなくてはいけないものです。

○池ノ上委員長代理

ええ。ですから、「現時点でだれもが見てわかるような異常はなかった」とどめないと、オーバーステートメントになるのではないのでしょうか。ですから、妊娠経過中に明らかな異常、例えばIUGRとか、そういう普通の診療のレベルで明らかに指摘されるようなものはなかったというところでしょう。

○岡井委員長

だから、原因として明らかになっているようなものかもしれませんが、でも、何か所見が「異常がなかった」というので、原因のことをここでは書かないといけないわけでしょう。原因に関してのコメントを。

○水上委員

でも、この方の場合は、分娩中のこの原因となるようなことを強く示唆する所見が、分娩中にこの方には出現してきますよね。ですから、妊娠期間中の通常の検査で異常がなかったということをさらりと流して、そこのことについて「脳性まひの発症の原因となるものはなかった」というのは、池ノ上先生が言われたようにオーバーステートメントになるので、「異常所見はなかった」という程度でさらっと流していいのではないかなと思います。

○岡井委員長

そういうふうにしましょうか。

○竹村委員

要するに同じことなのですが、分娩前に異常がなかったら、すべてが分娩中の異常による脳性まひなのかということなのです。だから、そのところをはっきりしておかないと、分娩前に異常がなかったから、すべてが分娩中の異常によって脳性まひが起こっているととれるような表現は避けていただきたいという意味です。

○鈴木委員

こういう記述はどうでしょうか。「脳性まひの発症の原因を推測できる胎児および母体の臨床所見は認められない。」と。

○岡井委員長

僕はどちらかというとなのですが、そうではなくて……。

○鈴木委員

今のお二人の意見を反映しているように思うのですが。つまり、脳性まひの原因を推測できるような胎児、母体所見はなかったということです。

○水上委員

それならいいです。合理的に推測できるような所見はなかったということです。

○岡井委員長

脳性まひの原因に係るようなことを何か書かないと、ただ「異常所見はなかった」だけでは、ここの結論として出すのには足りないのかなと僕も思います。「推測できるような」でいいですか。

○池ノ上委員長代理

それだったら、いいのではないですか。

○水上委員

「合理的に推測できる」とか……。まあ、入っても入らなくてもいいですが。

○岡井委員長

さらにつけるとすれば、「現在の医学でわかっている範囲において」とかというふうにしておけば、まだわからないところはいっぱいあるということですが。

○水上委員

それは、例えばMRIをやったり、徹底的に出生前に診断しておこうと思えば、それは不可能なわけではないわけです、現在の僕らのツールをもってして。

○岡井委員長

でも、多分、先生、それでやってもまだわからないものはいっぱいあると思います。

○水上委員

もちろんそうです。だから、これは通常の妊婦健診しか受けていないので、そういうことはしていないわけです。それらをすべて否定したかのような表現は、先ほど竹村先生が指摘されたように、分娩前にはなかったから妊娠中に起こったとは、このケースでは多分、それは間違いないと思うのですが、今後、こういうケースがどんどん出てきます。そういうときに、そういう誤解を生むような表現でモデルとしてつくっておきますと、大変な混乱のもとになるのではないかという気がします。

○楠田委員

これは要は診断できなかったということは指摘できなかったわけですね。「認められなかった」ではなくて、「明らかな異常所見を指摘されなかった」です。

○水上委員

そうです。されていないのです。

○楠田委員

されなかったということです。だから「認めない」ではなくて「指摘されていない」と、そういうことですね。産科の先生の立場からすれば。

○鈴木委員

それはプロスペクティブな見方であって、レトロスペクティブに見れば、指摘があったかどうかではなく、客観的な事実として異常所見を疑えるような所見があったかどうかを、ここは書くべきでしょう。レトロスペクティブな考察をしないといけないところですよ。

○水上委員

では、「それを推定するような異常所見がなかった」ということです。

○岡井委員長

「脳性まひの原因と推定される異常所見はなかった」と、それでいいですね。

○水上委員

はい。

○隈本委員

私もそれでいいのではないかと思います。

○岡井委員長

それでいいですか。では、そういうふうに書きましょう。ありがとうございました。

では、次に行きたいのですが……。ありますか。どうぞ。

○松田委員

脳性まひの発症の原因というのは、産科以外の先生にも誤解されているわけですし、それが、この大きなテーマに毎回毎回なってくると思いますので、現時点で脳性まひの原因としてははっきりしているのはこれですよ、というのを最初に提示しておくのはどうなのでしょう。今の段階では、原因としてはアンテネータルはこれこれ、イントラパルタムもこれこれという感じの文にしておくというのでは。

○岡井委員長

まだ不明な部分があるということですね。

○松田委員

はい。それが最初にイントロであると一般の人がわかりやすいと思います。

○岡井委員長

最後に参考資料としてつけてもいいかもしれませんね。

○松田委員

はい。そういう感じですよ。

○岡井委員長

だれか整理したいものをつくらないといけません。松田先生にお願いしていいですか。

○石渡委員

今、関西医大の杉本先生のがあります。大分古い論文ですが。脳性まひの原因として考えられるような例えば脳血管障害ですとか、分娩時低酸素血症ですとか。

○水上委員

外国にもあります。

○岡井委員長

相当古くないですか。

○池ノ上委員長代理

それはセットしたものを今、ぴしっと出すのは少し難しいのではないですかね。

○岡井委員長

不明のものが大分あるのですよ。

○池ノ上委員長代理

それに合うか合わないかで判断していくと……。

○岡井委員長

だから、例えば出生前というか、分娩開始前に原因があるものと分娩中に原因があるものと出生直後からのことに原因があるものがあるぐらいで、それに代表的なものを少し入れる程度のものでしょうね。

○板橋委員

そういう原因のパーセンテージは時代とともにまた変わり得ますよね。

○池ノ上委員長代理

その症例にインクルージョンするのはどういう人かというところで、ある程度、その作業はされているわけです。例えば28週未満とか未熟性を除くとか、子宮内感染ですとか、強度のIUGRとか、出生後の新生児の敗血症ですとか、そういうのはある程度は除外されているわけです。そして、純粹に分娩中のイベントが、その後の脳障害にかかわるかというところに焦点を合わせるような患者さんのセレクションが現時点ではされているわけですから、やはりそこをきちんとしながら、あとは原因分析委員会でいろいろな、板橋先生が言われたようなアップツーデートなスタディーをもとにしながら、それを判定していくという作業をしませんと、最初からセットしたクライテリアはなかなか難しいのではないのでしょうか。かえって混乱するのではないかと思います。

○鈴木委員

ここは第1パラグラフと第2パラグラフで、母体と胎児の通常異常所見が出るような場合を念頭に置いて、その所見はないといって、結論として第3パラグラフで異常はないと結論づけたといいますか、要するに異常所見は認められなかったと言っていますので、今おっしゃるような異常の例示は既にここに出ているのではないのでしょうか。第1パラグラフ、第2パラグラフで。

○岡井委員長

異常の例示でも、これも一部です。書き出すともっとあるでしょうから、全部一々、毎回毎回、それを全部書くのかという話になりますので。

○池ノ上委員長代理

だから、今、松田先生の提案の一種の表みたいな、リストみたいなものは、原因分析委員会の皆さんが持っていればいいことでして、それをその都度その都度、重みづけはどうだこうだというのは、それはケースバイケースで変わってきますので、表に出す必要はないと思うのです。原因分析委員会の皆さんのコンセンサスとして、ある程度の整理をして

おくということです。それを参考にしながら、いろいろな論文その他を当たりながら分析していくことになるので、表に出すようなものではなくていいのではないのでしょうか。

○岡井委員長

それはそうなのですが、松田先生が言われたのは、こういう文章になって、原因と推定される異常所見はなかったとなれば、それは一体何なのかということが報告を受ける一般の人にはわからないので、わかっておいてもらったほうがいいだろうということでしょう。だから、この間から出ています表現が難しいとか、医学用語がわからないと報告を受ける人に理解してもらえないということで、内容に関しても異常所見ということで具体的には何のことを言っているのだろうか？ ということではわからないのでは、言葉だけ、新しくなっても、中身がつかめないのではまた報告書としてどうかという話になるのです。

○池ノ上委員長代理

そうすると、物すごく膨大な記述になってきますよ。

○宮澤委員

どこまでが考える際に必要なのかということだと思ふのです。異常所見ということで、どこが異常なのかは、例えば異常数値はどこからどこまでが異常数値でとか、そういうところまでやりますと、ほとんど教科書的な内容になってしまいますので、むしろ教科書的なものを読んでも、当該事例について必要なのかというと、そこまでではないのではないかと思います。ですから、異常があるかないか、異常所見が認められるか、認められないかという比較的さらっとした形のほうが、読む側にとってはどこを注意して読むのかがわかって、私はそれはそれでいいと思っています。あまり詳しくやり過ぎても、少し教科書的で、かえってわかりにくくなるかなと思います。

○水上委員

例えば具体的な例を挙げれば、我々が求められている妊婦健診で、普通、こういう俎上に上ってくるものは、妊娠高血圧症候群とか、子宮内胎児発育不全、例えばNSTなんかをたまたまやった場合の胎盤機能不全、この3つです。

○竹村委員

それが、ここにはなかったと書いてあるわけです。

○水上委員

だから、これで異常所見がなかったと書けば……。

○竹村委員

いや、だから、なかったから、分娩中の異常に違いないという読み方ができるところに問題は僕はあると思います。

○水上委員

そうです。

○池ノ上委員長代理

ただ、先生、アノマリーが見落とされたとか、そういうものまで含むと際限なく広がっていくわけです。

○水上委員

そうです。だから、それだけについて、この異常所見はなかったとして、だけれども、脳性まひの原因となる異常所見はなかったと言ってしまいますと問題でして、何について異常はなかったというふうにとどめればいいわけです。

○徳永委員

これは、脳性まひの子供が出てきたときに、その事例の一つのモデル案をつくっているわけでしょう。ですから、あまりがんじがらめにされてしまいますと、出てきた事例について、奥にあるものまで全部ひっくり返しながらつくらなければいけないという内容になってきますので、今言われているように「妊娠中には脳性まひの原因になるような原因は見つからなかった」という内容で、一般の人が見てもわかるような「妊娠中には、そういう所見は無かった」という内容でいいかなという感じがします。

○岡井委員長

これから多くの事例で、妊娠中には、皆さんにご理解いただいたように、まだ不明なところもあって、検査してもわからないような原因が隠れている場合もありますが、少なくとも、この事例で一般的な妊婦健診をやって推定されるような異常所見はなかったと。そういう事例がいっぱいこれから出てきますので、そのときに、その部分をどう表現するかは考えさせていただいて、表現の仕方は今度もう一回、提示して議論していただきます。それで終わりにします。

それから、原因についてのリストをつくるのは一応やめておきましょう。私たちは持っていてもいいですが、それはそれでいいとしまして、そののところはうまく患者さんのご家族に報告書を読んだときに伝わるようないまい表現を考えて、そこはそのまますべて適用できるような形を考えて提示させていただきます。それでよろしいですか。

○隈本委員

一つだけ提案させていただければと思います。これは1パラグラフ目で——今、報告書本文の7ページを見えています。1)で、1パラグラフ目にも、脳性まひの原因となるものは認められない、という文章があり、15行目のところにもあります。これは胎児と母体を分けているわけですね。

○岡井委員長

そうです。上は母体のことを言っています。

○隈本委員

それで、例えばこの書き方の一つの例なのですが、こういうところで定期的な健診では異常はなかった、胎児の何とかは異常はなかった、そして、ゆえに分娩前には原因があったとは考えられないと。つまり事実を書く部分と、それに対する原因分析委員会の判断を書く部分をちゃんと分けたいのではないですか。例えば、この1)の中に、こういう事実とこういう事実とこういう事実がありましたと。本当にそれこそ、もし素人にわかりやすくするのだったら、矢印をして、ゆえに原因分析委員会としては、ここには異常がなかったと今考えていますと。最終的に全部を見て、前と中と後で、どこに原因があったかは最終的に判断してから、これは書くのですよね。ということは、前には異常がなかったという判断はこの時点についていまして、原因分析委員会が知れるデータ、わかる範囲で、ここは前にはなかったという判断であれば、ここで事実を書いた後、矢印をして、原因分析委員会としては、分娩前に母体と胎児に異常はなかったと思いますと。そういうふうに整理したらどうでしょうか。

○岡井委員長

それが、なかったとは言えないのです。所見がなくても……。

○隈本委員

もちろん、所見がなくても言えないことはそのとおりなのですが……。

○岡井委員長

だから、その所見がなかったと書くしかないということですが。

○隈本委員

私の意見も同じなのです。つまり、物すごい検査をしなかったわけですし、普通の検査をしただけではわからないこともあるでしょうと。しかし、原因分析委員会としては、すべてのデータを見て、この脳性まひの発生は起きたわけですから、その原因は、どうも分娩中にあったであろうという判断を最終的に下した後、書く文章ですから、その前は、

多分、違うよねと思ったわけですね。原因分析委員会としては。そうしたら、そういうふうに素直に書いたらいいのではないかと。つまり、事實は、こういうマイナス、マイナス、マイナスでしたと。分娩前には、これが原因ではなかったと思うということを、結論として例えばゴシック体にするとか、矢印を引いて書くとかしてはどうでしょうか。

○岡井委員長

ここの書き方としては、これでいいかどうかとも議論があるかもしれませんが、分娩前の胎児の状態についてと。頭に「脳性まひ発症の原因」とありますから、その原因と関連するようなことで状態を分析しましたら、所見は認められなかったという話になっていまして、一番最後に、まとめがあって、ここで後の分娩のときの経過も全部、考えて、低酸素虚血性脳症という話に持っていつているわけです。

○隈本委員

そうですね。だから、今、一つ一つの文章で、これがなかったのだから違う、これがなかったのだから違うとか、いいとか、悪いとか、そこを1つの文章で書くと、そこまでわかるのかとか、このデータに異常がなくても、本当は原因が隠されていたかもしれないとか、深読みをしてしまうわけです。そうではなくて、調べたことはこうである、調べたことはこうであるということで、では、分娩前については関係がないと思いますと。そういう整理の仕方をしたらどうかと思いますが。あるいは、もう全然途中経過のところでは、いろいろな判断をせずに、最終的にこれはこうだから、一番可能性があるのは、この10個の可能性のうちの1個、これです、というふうに書くとかがあるでしょう。今、先生方が引っかかっていらっしゃるのは、おそらく最初の3行目で、もう脳性まひの原因とは考えられるようなデータがないと判断していることですね。

○岡井委員長

母体の所見はないということですね。あとは胎児の所見がないということですね。

○隈本委員

ないと言ってしまうと、調べられなかっただけではないかという意見が出るとしますならば、あった事実だけを書いて、どこかにまとめて、だから分娩前には大丈夫でしたというふうに結論を書くような形式にしたらいいのではと思いました。

○岡井委員長

このことだけに時間を取っているので、今の隈本先生のご意見ももちろん考えさせていただいて、ここのところの書き方はもう一回整理して、提案しますので、その提案に基づ

いて議論していただきます。では次に行きます。この項目はペンディングです。

次は、「分娩前の胎児の状態について」です。クリステレルと吸引分娩併用の時点で、胎児が低酸素脳症に陥っている可能性が高いという、実際に押し出すぞといった時点で低酸素脳症になっていた可能性が高いという記述に対しての意見が、「羊水が緑色に混濁していたことから、……慢性の低酸素状態があった可能性がある。」と。もっと前からあったということですか。

○板橋委員

これは僕の意見です。緑色の羊水というだけなので記述が少し浅いので、実際に羊水混濁という表現をしても、かなり人によって幅があります。もし我々新生児科医がイメージしている状態であれば、いわゆるグリーンピースのスープみたいなイメージ、緑色というそういうイメージなのですね。そうすると、やはり急性というよりは、もっと潜在的に低酸素状態が来ている可能性はないのかということですか。

これは後のことにもつながりますが、もし新生児がへそとか、爪とか、そういったところが汚染していれば、それをサポートするような所見ではないかと思いますが。もちろん羊水混濁は通常のお産でも認められるのはわかりますが、結果的にこういうふうになったときに、そういう可能性は捨てきれないと思ったわけです。

○岡井委員長

ありがとうございます。今のようなご意見が実際の事例が出てきたときに、真剣に議論は大いにやるべき話だろうと思うのですが、これはこれでまた、そのときのハートレートパターンも見えていかないといけないし、総合的に判断しないといけないと思うのです。表現として、ここでは最後の最後、吸引だけで出ないでクリステレル（押す）というのも併用してやったそのときには、もう低酸素状態になっていたというのだから、相当前からか、どの時点からかとは書いてはいないのですが、この中には、先生がこうではないかと推定されるようなことも含まれていますので、これだったらいいかなと思います。慢性というのは、もっとはっきりした、もう少しほかのところにも徴候が出ていけば、そういうふうにも書いてもいいと思いますが。

○板橋委員

そうですね。

○岡井委員長

これはそういうことでよろしいですか。

次は「4時57分まで」と時間を言われても頭に入っていないですね。

○上田理事

先生、分娩経過が資料1-2にあります。

○岡井委員長

表が出ているのですね。これですね。だから、報告書の中に、ここまではいいのだよということですね。

○上田理事

はい。いろいろな記載がありますが、ここまでは正常であるとの説明となっています。

○岡井委員長

正常とは言えないのですが、またハートレートパターンから判断することは難しいことは難しいのですが、とても状態が悪くて、大急ぎで急速遂娩ということにはなりません。これは一つは、バリアビリティーが全然……。

○池ノ上委員長代理

これは仮想ですよ。実際にあったケースではないのですが、分娩監視装置の記録はないのですね、これは。

○岡井委員長

ないでしょう。

○池ノ上委員長代理

ないという前提ですね。これは3時45分では基線150で、最低値75まで下がって70秒ということでしょう。これは重症変動一過性徐脈ということで……。

○岡井委員長

高度変動一過性徐脈ですね。

○池ノ上委員長代理

ええ。それに入るので、この時点で緊急事態に入っています。これでもうオールスタンバイの状態に入るべきであるというのは常識だと思います。これで4時57分で正常というのはちょっとおかしいですね。

○岡井委員長

正常とは言えません。

○竹村委員

でも、その後に回復しているのですね。

○池ノ上委員長代理

いや、なぜこれを異常としてスタンバイしないといけないかというと、これは臍帯圧迫が起こっているのですよ。その臍帯圧迫は、いつ戻らない臍帯圧迫になるかどうかがわからないから、スタンバイしなさいということです。胎児が追い込まれているわけではないです。そこはやはりみんなで勉強しながらいかないといけないということなので、分娩監視装置記録をしっかりと見ながらやっていけば、これは4時57分前までの段階で正常に一見見えるだけであって、リスクな状態は回復していないと見るべきだろうと思います。

○石渡委員

先生、重度と軽度の線なのですが、80というのは入るのですか。79以下ですか。

○池ノ上委員長代理

そう言い始めたらわかりません。先生、80といたら、もうびっくりするほどの徐脈です。こっちの心臓がとまりそうぐらいですよ。

○岡井委員長

70から80の間で60秒以上が高度になるのですね。70以下だと30秒以上で高度となると。何かそういうふうに決めたのです。

○竹村委員

50から60秒と書いてありますね。非常に紛らわしいですね。

○岡井委員長

まあ、どっちにしても、これは正常とはやはり言えないです。心拍数パターンが、今の基準だと4になりますので、急速遂娩の準備はしましようという話になるのですね。

○池ノ上委員長代理

そうです。スタンバイします。そして、さっき先生が言われたように、ベースラインが上っていったりとかするわけです。

○岡井委員長

バリアビリティーが書いていないので、ちょっとこれは問題があります。この仮想事例をつくった側にも。

○水上委員

その前のほうの仮想事例の経過のところにも、心拍数パターンや分監装置のことに、4つの因子をすべて書かないとだめですね。でないと判断できません。

○岡井委員長

基線再変動を一番重視しようとして最近はなっていますから。

○水上委員

再変動とアクセレーションをですね。

○岡井委員長

とにかく、これは仮想事例ですから、いずれにしても、こういうパターンがあるときには、やはりパターンとしては異常なのです。異常ですけども、今すぐ出せという異常ではないと、そういう判断を書いていきまして、一旦よくなったように見えましたと。でも、池ノ上先生が言われたように、こういうのは一旦よくなったように見えたからといって安心してはいけません。また異常パターンが出現するのです。現実にもまた出てるわけですね。そのときは、前のよりもまた重度なパターンになったという想定です。

だから、ここは正常であるという説明よりも、そこまでの経過をもう少し詳しく、この段階では、このパターンでは正常ではありませんが、急速遂娩をすぐやるというパターンではないとか、そういう書き方をきちんとしていきましょう。

○池ノ上委員長代理

そうです。だから、心拍パターンの解釈に関しては、胎児の状態はそんなに追い込まれていないということですね。

○鈴木委員

ここはつまり、胎児の低酸素状態がいつ始まって、いつ不可逆的になったのかを特定する場面だと思うのですね。

○岡井委員長

それは物すごく難しいです。

○鈴木委員

だから、わからないのでしたら、わからないと書くということです。ですから、ここで書くべきは、急速遂分娩をすべきかどうかではなくて、胎児の状態として、最終結論は分娩の際の胎児の低酸素症が原因の脳性まひだと言っているわけですから、それがいつから始まって、いつ不可逆的になったのかをわかる限りで書き、わからなければわからないと書くことが大事だと思うのです。

○岡井委員長

だから、特定というと難しいですが、この辺のあたりからこの辺のあたりと、そういう幅を持たせた書き方は私はできると思います。

○鈴木委員

そうです。その意味で、ここに書いてあります4時57分正常、5時10分、まだ判断できない、5時半ごろが可能性が高いという書き方は、今のご意見ですと全面的に書き直しということになるわけですね。

○池ノ上委員長代理

今、先生がおっしゃる、どこで低酸素状態に胎児が落ち込んだかは、この変動一過性徐脈で、かつ基線細変動がきちんとある段階では低酸素になっていないかもしれません。

○岡井委員長

ええ、なっていない可能性がありますね。

○池ノ上委員長代理

ただ、今後、低酸素に突然追い込む環境はじわじわと迫っているというところはありません。

○鈴木委員

その所見の一つに、つまり安心できない所見の一つに、羊水混濁も入るということですね。

○池ノ上委員長代理

うーん、そこは非常に難しいのですが。先ほど板橋先生が言われたようなグリーンのものであればこうでしょうが、もし起こるとすれば、濃いどろどろの羊水混濁が今までなかったものが出てきます。

○水上委員

書いてあります。羊水混濁の解釈については、胎児心拍パターンに異常が認められたときの羊水混濁については注意しなければならないということですね。だから、胎児心拍パターンに異常がない羊水混濁に関しては病的意味がないということです。

○池ノ上委員長代理

こういう変動一過性徐脈が出てきているということは、ここでは物すごい迷走反射が起こっていますから、肛門が開く可能性があるわけですね。だけれども、それは必ずしも胎児は低酸素ではないのです。一過性の反射なのです。だからといって、胎児が追い込まれて、脳に障害が起こるほどの低酸素が起こっているわけではありません。ただ、それが持続的に続くようになってきますと、その持続時間によって胎児の状態が悪くなりますので、本当に悪くなったとすれば、この後にもう戻らないようなのが続くということがあるわけですね。

ね。ですから、先生がおっしゃるような、どこで低酸素の環境に曝露されたかは少なくともここではありません。胎児はよく耐えています。だけれども、耐えさせておいていいのかという問題はまた別問題です。そういうことだと思います。

○鈴木委員

そこをわかりやすく書いていただくということでしょうね。

○岡井委員長

特定はできないまでも、ある程度幅を持たせて、このころからこのころの間ぐらいに起こった可能性が高いとか、そういう記述は必要だという解釈でいいですよ。

○池ノ上委員長代理

これで言うと、分娩監視装置の記録が非常に大事になってくると思います。

○岡井委員長

その症例の心拍数のパターンを見てですね。それでも、委員の先生方の意見はまた違って、このころが低酸素ではないかとか、このころに起こり始めたのではないかと、いろいろ意見があるでしょう。それはそれで、その場で議論して意見が分かれたら、意見が分かれたということもあわせて記載するということがいいわけですね。

○水上委員

あと重要な点は、先ほど鈴木委員が言われたのですが、いつごろ低酸素が起こったかどうかは僕らは測定していないから言えないですよ。だから、いつの時点で我々は急速遂娩の決断をすべきであったかということのほうが実践的ですよ。低酸素があったかどうかは分娩監視モニターではすごくわからないことですが、だけれども、衆目の一致するところは、基線再変動がなくなって、徐脈が繰り返していれば、そういったことがあるだろうとみんな考えて、それはコンセンサスが得られていますが。

○岡井委員長

だから、医学的評価のところを書くときに、パターンから、本来、こう解釈しましょうという今出ているガイドラインなり、学会が出している指針から見て、この時点では、こういう対処をすべきだったとか、そういうのは書いてもいいでしょう。ただ、本当に低酸素はいつからとか、その辺は難しいので、ある程度推定されるこの時期だろうというようなことを幅を持って書いていくということがいいわけですよ。

○水上委員

はい。

○岡井委員長

では、ここはよくて、次の節のまとめのところの書き方に、時期と原因について記述する必要があるということですが、これは鈴木委員ですか。

○鈴木委員

ええ。今言ったようなことです。

○岡井委員長

はい。その原因も、これも推定に過ぎないことが多いと思いますが、臍帯の圧迫の可能性が高いとか、そういうことも書いたほうがいいでしょうね。ただ低酸素酸血症とかというだけではなくてですね。それを起こしたもう一つ前に何があったかは推定される範囲で書くということですね。

○鈴木委員

ただ、遅発性ではなくて、変動性だから、臍帯が原因だという感じですね。

○池ノ上委員長代理

そうです。そして、回復がいいから、必ずしも脳障害が同時進行するわけではないということです。遅発一過性徐脈がこうやってきたら、また話は別だと思えます。ですから、パターンの読み方によって全然ストーリーが変わってきます。

○岡井委員長

では、次にご意見があったのが、「臨床経過に関する医学的評価」の3)の「入院後の経過について」のところ、心拍数聴取に関する評価は不要という意見をいただいています。これはよろしかったら、この意見をご指摘いただいた方から説明していただけますか。水上先生ですか。

○水上委員

どこのことを言っているのですか。

○上田理事

資料1-4の4の「臨床経過に関する医学的評価」の中の3)です。「入院後の経過について」です。本文は10ページです。

○水上委員

ここは例えば胎児心拍数の聴診に関して、WHOではこう言っている、Newエッセンシャル産科学ではこう言っているというのは……。

○岡井委員長

ガイドラインには出ていないということですか。

○水上委員

そうです。みんながそれを認めたわけではないということで、ここに入れるのは不適切ではないだろうかという意味です。だから、これからは、こういったものをつくっていかなくてはいけないと思いますが、みんなが認めたわけではないということです。それは検査というのは何でも、多ければ多いほどいいに決まっています。

○岡井委員長

これは医学的評価だから、場合によっては、まだ異論もあるぞという話ですが、後からの話で、医療を向上させるための意見としては入ってもいいのですか。

○水上委員

そうですね。別のところに入るという可能性はあると思います。あまりにひどい、例えば全然、何時間も見ていないとか、そういったものに対しては、そういうことを言ってもいいですが、例えば、ほとんど陣痛が弱い患者さんにも何分置きにやらなくてはならないということではないでしょう。

○岡井委員長

改善事項に入れて、医学評価には入れないということですね。医学評価に関しては、相当エビデンスがあつて、多数の人が支持する意見でなければ、医学評価の中には入れないほうがいいということになりますね。まあ、これは僕は、相当多数の人の意見だと思えますが、少なくともガイドラインにはまだこれは書かれていません。

○池ノ上委員長代理

先生、これは入院後でしょう。この表でいくと、どこら辺のことですか。

○岡井委員長

つけていない時期があつたのでしょうか。

○上田理事

そうです。

○池ノ上委員長代理

そのつけていない時期をどこかでやったわけでしょう。

○岡井委員長

30分以上、間があいているのです。

○池ノ上委員長代理

それはどこですか。

○上田理事

1時30分から3時までの90分間はないですね。

○水上委員

10月7日ですか。

○上田理事

経過表の2枚目と3枚目です。7日の1時30分から3時まではないです。

○池ノ上委員長代理

入院時は何かしていないのですね。

○水上委員

していますよ。

○岡井委員長

入院時のモニター、分監では異常がないのですか。

○水上委員

異常はないのです。あと、ドップラーで見ているのですが、このドップラーの記載も、例えば130としているのですが、分監では正常、正常と書いていて、ドップラーは脈拍数だけが書いてあるのは変ですよ。このリストです。

○岡井委員長

だから、これはいいですよ。要するにドップラーはこうとしか、カルテに書かないでしょう。ハートレートモニタリングの記録はあるわけで、バリアビリティーがあるのか、アクセレーションがあるのか、そういうことを全部書かなければいけないでしょう。だから、それはいいですよ。

そうすると、結論はいいですか。今、30分ごとに見ろという意見が多いですが、一部には、まだ反対する人もいるということで、そういうことは書くなということですが。

○岡本委員

助産所とか、院内助産でも、結構、自然でいって、フリースタイルとかになれば、分娩監視装置をつけていないことが結構ありますので、どれぐらいの頻度で聴取すべきかという部分は、どこかで残しておいてもらいたいと思います。

○岡井委員長

はい。それはだから、医療向上に向けての改善事項に書くということです。

○池ノ上委員長代理

参考資料とか何かではつけておけばいいのではないですか。

○岡本委員

そうですね。何かがあれば。

○池ノ上委員長代理

もしこういうことが問題になったときにはですね。今後、問題になる可能性がありますからね。

○水上委員

これはルールを決めて、みんなに、これでどうかということをやらなくてはいけないのですね。

○池ノ上委員長代理

今まであるデータでは、やはり分娩第1期15分、分娩第2期5分ですよ。

○岡井委員長

いや、それは、こうやってやったらよかったということですね。

○池ノ上委員長代理

僕らが信頼できるデータとしてはそれしかないわけですよ。今は。

○岡井委員長

でも、30分したら悪くなるということではないのですよ。

○水上委員

分娩開始の定義を日本の日産婦の定義どおりにやったら、分娩第1期は大体どのぐらいの時間になると思いますか。おそらく物すごく長くなると思いますよ。陣痛開始もありますし。そうしたら、ほとんど偽陣痛みたいなものも入って、分監をつけていたら、1時間に7回ぐらいあつたら、それも陣痛……。

○池ノ上委員長代理

いや、分監をつけていけばいいのですよ。しなくても。だから、そういうときの使い分けをしなければいけないわけですよ。

○岡井委員長

ちょっと話が別のほうに行っていますので、また後で、その議論はしましょう。

○上田理事

先生、家族から、この件についての質問があったことと、それから、WHOは、分娩第1

期では15～30分ごとに行うことが一般的であることから、こんな整理をしましたが、先生方のそのようなご指摘であればそのようにします。

○岡井委員長

これは本当に決めなくてはいけないのですよ。私たちとしては、どのスタンスで行くかというのは、池ノ上先生が言われたように、昔やられたデータでは、分娩第1期15分、第2期5分というのであれば、監視装置をつけなくても同じぐらいの成績を出せるというのは出ているのですが、それより長くして、30分にしたらどうかというのはデータが全然ないのですが、30分ぐらいでいいのではないかというのが一般的な現場での意見としては多いのですよね、現実には。ちなみに、うちも分娩第1期でモニターをつけないときは30分ごとでやっていますが。それで問題はあまりありません。だから、そこをどうするかです。

○池ノ上委員長代理

ここでは、そこまで突っ込んでではできません。ただ、参考資料か、参考意見では、それは述べておかないといけないのではないですかね。

○岡井委員長

そうすると、もしここに書くとしたら、ここであいていたのは1時間半なのですね、実際には胎児心拍数をチェックしていない時間が。その1時間半は少し長過ぎるのですよという書き方をするのかですね。

○池ノ上委員長代理

日本の一般的な施設で一般に行われているのは、こういうことであるということですね。

○岡井委員長

もう少し頻繁に見てくださいと。その程度にするかということですね。

○池ノ上委員長代理

それか、再発防止かなんかでやるということもありますね。

○岡井委員長

岡本委員は、むしろ助産師さんの立場からすれば、何分で聞くということを決めてもらったほうが現場ではやりやすいということですか。

○岡本委員

といたしますか、院内助産でも、今、ガイドラインはもうできて決まっていますし、

助産所は助産所で決めていますし、こういう形で別のルールがありますしということで、ばらばらなわけです。その辺のところの論議がどこかで要るのかなと思っています。

○池ノ上委員長代理

これはむしろ原因分析というよりも、再発防止の中で、どう検討するかという問題だと思います。今後の対応としてですね。

○岡本委員

そうですね。そちらでも結構です。

○岡井委員長

医学評価の中では、よほど長い間、何もしないでと。5時間も6時間も診ていなかったとすれば、それはやはり医学的評価でも、あまりにも長過ぎるということですが、今回の1時間半ぐらいではどうかというのは難しいですね。

○池ノ上委員長代理

だから、このケースでは、入院時の分娩監視装置をきちんと見て、異常なしとしたのだから、あとはドップラーで聞いていけばいいということでしょう。普通の施設だったら、30分ぐらいで聞いていますよねというところで、それが1時間で悪いかという話になると、まだわからないということですね。

○水上委員

この人の分娩第1期を見たら、27時間ぐらいかかっています。だから、おそらくは、最初の2日は寝ていますよね。寝ているところに行って、30分ごとに聞くのですと。これをやるのは、本当にいい結果につながるかどうかは学術的にはわかりません。

○岡本委員

それは本当にありますので、だから、本人が起きていて、陣痛が適度なものが来ているという、何か条件付きなのですよね。弱くなって寝ているときに起こしてまでは……。

○岡井委員長

それは陣痛が弱まっていれば、間はもちろんあかせて、少し寝かせてあげましょうかと。その間、分娩時間に入れられないなんていうやり方もあると思いますが。まあ、細かいことを言っていたら切りがありませんが。どうぞ。

○木下委員

この文脈の中では、「しかし」以降は私は要らないと思います。

○岡井委員長

どこのですか。

○木下委員

今の議論のところですか。10ページ目ですね。水上先生も、池ノ上先生も言われるとおりのことで、このところでは私は要らないと思います。ガイドラインであれ何であれ、一般的にはモニターをしたときに、ローリスクだと判断したら、ドップラー等で、簡潔に観察することもあっていいと思います。それは、こういうことを推奨するというレベルではないかと思います。それはルール違反だというぐらいのことにしかならないので、これは文脈としては、このことは全体の流れとは関係ないと思います。

○宮澤委員

今、木下委員がおっしゃったように、原因の分析ですから、原因の分析として、これを書く必要があったのかという観点からいくと、それはないだろうと思います。

○岡井委員長

もちろん原因の分析とは今回は関係がないかもしれないのですが、医学評価の中に、分娩の管理としてあまり一般的ではないこととか、質が相当落ちるようなことがあったときは指摘していこうという方針なのですよ。

○宮澤委員

それはわかるのですが、再発防止なり何なりのところで書いていくということはいいと思うのですが、ここで「必要があった」というような書き方をしてしまうと、ルールが幾つかまだ混在して確立したものが無いときに、非常に影響力の強い委員会です。「必要があった」と言い切ってしまうと、それが独立のルールとして一人歩きする危険性が非常に高いのではないかと思います。そこは気をつけておいたほうがいいと私は思います。

○岡井委員長

わかりました。それでは、そういうことで、このところはまた書き直します。

その次が、(2)の「微弱陣痛に対する処置について」の「人工破膜を行ったことについて」です。原案では、この人工破膜は妥当であるとなっていますが、それでいいのかということでしょうね。その理由として、破膜時に羊水混濁が実際にあったではないかということと、それから破膜後に変動一過性徐脈が出現したこと、そういうことを考えて、どうなのかということです。もう少し詳しく、この辺のことを書いてくださいという意味ですね。でも、それはちょっと書いてあったような気がしましたが。

○水上委員

書いてありますよね。

○池ノ上委員長代理

微弱陣痛と診断された場合には、云々とありますね。

○岡井委員長

この事例での状況についてはあまり書いていないのですね。一般的な話しか書いてないということですね。異常がないことを確認した後、破膜を行わないと羊水のことがわからないわけですが。

○水上委員

「妥当である」という表現だけが問題ですね。「問題はない」ですね。「問題のない判断である」とか、「問題はなかったと考えられる」とかですね。

○池ノ上委員長代理

このときは何センチですか。

○竹村委員

8センチ、9センチです。

○池ノ上委員長代理

8センチ、9センチですか。それでは全然問題ないですね。

○岡井委員長

「妥当である」というのは確かに、この時点でやらなくてもいいかもしれませんが、積極的にやる理由もないというところもありますので、「妥当である」という表現は少し問題があるかもしれないということでもいいですか。この表現の仕方はまた検討します。モデル事業の例示で、こういうものはこういう表現をしましょうということがあるので、それを参考にします。今は議論しないでおきましょう。そこは書き直してみます。

そうすると、次に行きます。

○鈴木委員

ちょっといいでしょうか。ここには意見は出していなかったのですが、10ページから11ページの4)の(1)の微弱陣痛のところ、途中のフレーズで、11ページの4行目、5行目あたりですが、「1時間あたりの子宮口開大速度が1cm未満の場合は、分娩の遷延が懸念される。」という書き方があるのですが、この懸念されたときに、どういう対策をとるのかということはここには書いていないのですが、それで一番最後の結論として「微弱陣痛による分娩遷延と判断したことは、妥当である。」と。その時点は3時10分という

ことになっていると思うのです。ところが、本件が陣痛開始を5日の21時と読むか、6日の2時と読むかによって分娩経過時間が異なってくると思うのですが、その辺も踏まえて、例えば6日の2時30分から見ますと、要するに3～4センチ以上となった時点で1時間あたりの子宮口開大速度は1センチ未満がずっと続くことになるわけですね。つまり、分娩遷延が懸念される状況は2時半以降、要するに1時間後という3時半が子宮口開大速度が書いていないのでわからないのですが、ずっと分娩の遷延が懸念される状況が翌日の3時10分まで続いていて、この間の分娩遷延が懸念される状況が続いているときに、どういう対策をとるのかという評価が要らないのかどうかということなのですが。

○岡井委員長

このケースでは分娩遷延は明らかにしているのですね。そのときに、どういう対策が必要かということに関する記述がないということですね。

○鈴木委員

つまり微弱陣痛で分娩遷延しているので人工破膜をするというのが、もし人工破膜が適切だとすれば、遅くないですかという評価にもつながり得ると思うのですね。その懸念されたときの対策で、急速遂娩で人工破膜とか、陣痛促進剤とかをやれということになれば、そこは検討しないといけない課題になるのではないのでしょうか。

○岡井委員長

わりと明確に処置を選択できる場合もあるのですが、実際には分娩が少し遷延したからといって直ちに早く何か処置をしなければということはありませんで、夜、患者さんが眠いのであれば少し寝ていただいて、また朝から頑張らましようとか、いろいろなオプションがあるのですよね。この場合、この事例に特定してどうすればいいかは、このケースは言えないですね。

○鈴木委員

いや、つまり言いたいのは、この3)のところは、6日の2時半から翌日の3時ぐらいまでのおよそ24時間ぐらいを評価するという枠組みになっているわけですよ。

あ、ごめんなさい。違いました。4)のところですね。4)のところが、だから5時10分までを評価することになっていて、その最初として微弱陣痛、分娩遷延ということの評価することになっているので、今言った期間、分娩遷延が懸念されるという定義をしておいて、それに対する対策がどうなのかを書いた上で、本件分娩がその観点からするとどうだったのかということは医学的評価として必要に思うのですが。

○徳永委員

この事例では、医師の診察が無い時間が長過ぎます。分娩が遷延している場合、原因が何かということを普通は検討します。「児頭の回旋異常ないかなど」。普通は、何らかの診察やディスカッションをしたいと思います。

○岡井委員長

長い間、診察してないのですね。

○徳永委員

「そのような検討がなされなかった理由」がないですね？ディスカッションしていたかどうか分からない。

○岡井委員長

だから、この仮想事例のようなことがあった場合、こんな長い間、診察しませんでした。それから、鈴木委員から指摘があったように、もう少し早く分娩遷延に対して何らかの判断、場合によっては処置があってもいいのではないかみたいなどという医学的評価があったほうがいいということですね。このケースでは。どうですか、その意見については。

○水上委員

それは再発防止という観点のところに入れるべきですね。明確に、このケースがガイドラインから逸脱した、適切ではない診療行為が行われていたということはないですね。このガイドライン中に、微弱陣痛が考えられ、遷延分娩に対応と載っていますが、それに照らし合わせても不適切な対応はないのです。完全に不適切と言えるようなものは。けれども、再発予防のためには、例えば、この日中時間帯ですね。10月6日の日中、ずっと医師の診察もないし、助産師も診察していないのですね。不思議なのですが。

○岡井委員長

まあ、ですから、そういう事例があったとしてですね。

○水上委員

それがちょっと何か不適切であったかもしれませんが。

○岡井委員長

それはだから、再発防止のところに入れたほうがいいということでしょう。

○村上委員

いいですか。今の問題は多分、私も意見を出して、2枚目の「その他」に書いたのですが、この中で一番問題なのは、長い間の産婦のケア、そこがいかかに産婦をモニタリングを

するかというと、助産師がついていて、経過の長い間の中で心音も30分程度とか、1時間程度でとるとか、その中での胎児のウェルネスとか、安全のことをです。産婦の安全とか、分娩進行状態は、そういう意味で私たちが助産師ケアの部分で大切な部分なのです。これは全体に事例を見ていて思ったのです。それがとても残念ですが、今、言ったような医師も来ないという空白時間ですね。そこで専門家がある程度、医師にもう少し報告をすとか、産科医と助産師の連携というところが、この事例の中では欠けているなと思いました。それで、後ろに意見として出しておいたのですが。

○岡井委員長

これは次のページの「その他」のところですね。今、胎児のウェルビングのことを中心に、お母さんのほうのケアも大事なので、お産が長引いてきたときの水分摂取だとか、精神的ケア等、そういうことも医学評価の中に入れておいてほしいということです。その分娩の管理として、どの程度の水準の管理をしたかということの評価に加えてくれという意見ですが、医学的評価のところは、やはり相当多数の人のコンセンサスが得られていて、そこから外れている場合とか、相当質が低いなと認められる場合であって、そののところであまり理想的なことを書くと、問題があった、問題があったになってしまうということで、そういうことも改善のところに入れるということでもいいですか。

○隈本委員

この仮想事例では助産師はいないと思います。

○岡井委員長

これは仮想事例1としてつくったのですが、あまり助産師さんの活動が読めないですね。

○隈本委員

6ページの看護スタッフで、看護師だけなのですね。いないなと僕も思っていたのです。お医者さんと看護師しかいないところですね。

やはりすべてわかった時点で、それをわかりやすく伝える報告書であるということは、そういう意味では途中、ここもやったほうがよかった、ここもやったほうがよかったというところあるかもしれませんが、一番重要なピンポイントを、ここが原因だったとわかった時点で書くのであれば、その前に何時間も診察しないのはおかしいとか、そういうことはあるにしても、それは後で再発防止のほうにたくさん反省点を書き込むとしまして、この原因は分娩のときに遅れたことですよと、ここをストレートに書いてあったほうが、多分、読んだほうはわかりやすいと思います。本当に防ごうと思ったら、こんなことも、こんな

こともできましたよと。そこは2つに分けたほうがいい気がします。

○岡井委員長

そうですね。

○岡本委員

そういう意味で、経過表とかにも、ケアを記入できる欄みたいなものがあってもらうと、ほとんどの正常の場合は、排泄とか、食事とか、睡眠状況とか、そういうものが分娩進行に大きく影響してきますので、そういう欄も設けていただけるといいですね。

○岡井委員長

それはここにあります資料1-2のようなものを症例ごとにつくるということを考えているわけですね。そのときにもう一つ右に、先ほどのケアのことを書いてもらうということですね。産婦の行動ならびにケアみたいな欄をつくってもらうということです。それはよろしいですね。あったほうがいいでしょう。

○池ノ上委員長代理

分監の記録は必ずつくのですよね。

○岡井委員長

あればですね。

○池ノ上委員長代理

もちろん。あれば原因分析委員会の皆さんが見られるということですね。

○岡井委員長

ええ、それがないと分析できませんからね。

○水上委員

それは4因子で解析するように、それぞれに欄を設けるということですね。ベースラインとバリアビリティーと徐脈の種類とアクセレーションの有無についてですね。

○楠田委員

現物がなくなかなか合わないのですね。

○池ノ上委員長代理

仮想では難しいですね。

○石渡委員

結局、安心していられる状態か否かを判断する4項目を全部入れておくわけでしょう。さらに対応も入れるということですね。

○池ノ上委員長代理

それは皆さんで実際に読んでもらったほうがいいと思います。

○岡井委員長

やはり現物の記録を見ないと、なかなか難しいですね。

そうすると、4の4)の(2)の2ページ目に来て、「陣痛促進剤の投与開始について」ということですが、このところで、「深夜の時間帯は慎重に行う」という文章を削除したほうがいいということと、「羊水混濁があって、午前3時45分と49分に変動一過性徐脈が出現しているが、その状況で促進剤を使用したことに関する評価が不足している」ということで、一過性徐脈が出ていたと。その状況で促進剤を使用したことに関する評価はあったほうがいいということですね。決していけないわけではないのですが、もう少しそれに関する踏み込んだ評価はあっていいかという意見ですが、この点について見ていきましょう。

まず、「深夜の時間帯は慎重に行う」というのは、どなたですか。

○水上委員

これは僕ですかね。

○岡井委員長

これは、うちなんかは深夜も昼間も同じです。医師がついて、夜中でもすぐ対応できます。ただ、そういうことができない施設であるというか、そういう前提があるのですね、この事例では。

○水上委員

だから、深夜の時間帯は慎重に行うのは非常にいいことだと思うのですが、この公式文書としてのものに、深夜の時間帯に慎重というのは、何て言うのでしょうか、医学的なりコメントと整合するのが難しいのではないかなということ。だから、例えばマンパワーがあるところであれば、当然、そういうこととは関係なく、24時間フルタイムでやりますし、マンパワーが少ないところであれば、当然、そういった産科の事故というか、不幸なときには、マンパワー不足、すなわち深夜時間帯とウィークエンドが一番多いということはきちんとデータが出ているのですね。ですから、そういったときは分娩時期を避けることは医学的にも正しいことではあるのですが、ここで入れるのはどうかなという話をしました。

○岡井委員長

これも再発防止のための提言、改善事項のところに文章を移すということでもいいですね。

○水上委員

はい。

○岡井委員長

もう一つ、一過性徐脈がその前に出ていたが、一旦は消失して、その後、出なくなったという判断がありまして、そこで促進剤を使用したのですが、もう少し詳しく、その判断のことを書いてくださいということですが、それも書いたほうがいいでしょうね。

○池ノ上委員長代理

おそらく、この事例では、ここが一番クリティカルだと思うのですよ。この3時45分と49分に、こういう一過性徐脈が起こっているということがですね。それで、少しずつ少しずつ、8～9センチから、少しずつ、もうそこまで来ているので、さあ、どうしようかと思って、ここでもう少しアトニンでやれば全開していくかもしれないと。下から引けるかもしれないというのを期待しつつ、また起こるのではないかと。起こったらどうしようという、医者はここで非常にジレンマに立っているわけですね。多くの場合は、そのままずっと行って、下から生まれて、よかった、よかったというのですが、そこは自分の判断を躊躇するところです。その判断が今の産科医療で妥当であるかどうかを、ある程度判断してあげないといけないでしょう。それが結局は次の徐脈につながって、クリステレルにつながって、脳障害につながっているわけですから、ここは非常に大事だと思います。

○水上委員

多分、これを書いたのは僕だと思うのですが、ガイドラインで、オキシトシン使用中に異常胎児心拍パターンが出たときには、オキシトシンの使用継続についての可否について検討すると。こういうのが推奨レベルBであるのですね。そのことを僕は書いたのです。だから、ここでアトニン点滴中に心拍が下がったのですが、アトニンをやめて自然経過にして、それでもだめだったら、帝王切開に持っていかとか、このまま、アトニンを継続したら、もう少し下がって吸引できて、それが患者のためにハッピーになると。そのことの評価について、ここに記載してほしいということです。

○岡井委員長

これは始めるところの話……。違いますか。促進剤投与開始のときの話だから。

○池ノ上委員長代理

それは4時25分でしょう。

○岡井委員長

3時45分と49分に1回ずつ、変動一過性徐脈が出ていましたと。それからしばらく出ていないので、先ほど池ノ上先生が言われたみたいに、進んでいないし、もう一押しだというので、陣痛促進をしたと。その話でしょう。だから、先生が言われたのは、その後の話ですね。

○水上委員

そうですね。

○池ノ上委員長代理

むしろ、ここでゴーか、ノット・ゴーかが来るのですね。

○岡井委員長

確かに、ここは悩むところなのですね。ただ、物すごく難しいのですね。結果から見て、よかった、悪かったというのは簡単ですが、この事例のこのオキシトシン点滴開始を結果を見て評価すると、これは僕はいつも言うのですが、フォークボールを投げたら三振していたのをストレートを投げたのでホームランを打たれたのだ、と後から評論家がいうのと同じ話になりますよ。だから、それも評価としては、もちろんそういうことは普通では考えられない判断ではないので、一押しやれば行くだらうと思ってやったわけですから、その医学評価は、それが不適切ではないという表現で書いてあげないといけないのではないかと思います。

○水上委員

選択肢としてあり得ると。

○岡井委員長

そう、そういう表現をしてあげてやるべきでしょう。

○池ノ上委員長代理

だから、そのときに、もしもそういうことが、今、2回起こって、3回目に不可逆性の徐脈が起こるかもしれないという前提で、アトニンをスタートしたということであれば、それに対する対応策はある程度考えていましたよということがどこかにあったほうがいいのではないのでしょうか。

○岡井委員長

それも先ほどの向上のための改善に入ってくるころですよ。

○池ノ上委員長代理

十中八九、うまくいくのですよね。それがこうなってしまうというところですね。

○岡井委員長

そこを陣痛促進を行う方針としたという委員会が不適切ではないことを判断した根拠
というか、考え方をきちんと書くということですね。

○池ノ上委員長代理

そうしないと、やはり説明は納得してもらえないと思いますね。

○岡井委員長

はい。それはそれでいいでしょう。

○楠田委員

でも、この委員会とすれば、明らかな原因を特定するわけですね。

○岡井委員長

はっきりしていればですね。

○楠田委員

そうですね。ただ、当然、後で我々は振り返っているわけですから、振り返れば、ああ
すればよかった、こうすればよかったと、当然、診療行為だから、それは幾つかあります
よね。その中で、先ほど池ノ上先生が言われた、これが一番、この後の経過に大きく影響
したというのであれば、ここが、今回の脳性まひの原因の最大のポイントだというのは明
記したほうがいいでしょう。ただ、これは結果的に言っているだけですから、判断として
は、そういう選択肢があったというのが、この原因分析委員会の一番必要なところになる
のではないですかね。だから、判断をするのではなくて、原因としては、ここが分かれ目
だったということですね。

○岡井委員長

まあ、原因というか、管理の一つのターニングポイントですね。管理の仕方、この分娩
の取り扱い方としてはですね。この後にも重要なポイントがあるのですが。吸引を始めて
からの話ですが。

○楠田委員

改良すべき点はまだほかにも幾つかありますからね。でも、それは後で振り返れば、い
つもそうなので。ああすればよかった、こうすればよかったが結構あります。でも、そ
の一番のポイントはどこかというのは、はっきりしてあげたほうがいいと思うのですね。

○岡井委員長

そうすると、ここはそれでいいとなりまして、次の「変動一過性徐脈と過強陣痛の関係についての記述が必要」と。今度は陣痛促進剤投与開始から吸引分娩までの話で、そこで一過性徐脈が点滴中に出ましたが、どうするかというところを、先ほど水上先生が言われたように、ガイドラインでは、これはやめてみようかということを一応考慮しなさいということになっているわけですね。

○水上委員

そうです。検討しなさいということですね。

○岡井委員長

検討しなさいということですね。そのこのところの話で、ここで指摘されているのは過強陣痛との関係についての記述です。これは実際にハートレートの記録があれば、ある程度、山を見て判断できる場合もありますが、そうではないと、こういう話になってしまうのですね。

○鈴木委員

これは私が指摘したのですが、過強陣痛は陣痛の強さですよ。

○岡井委員長

いや、ところが、陣痛の強さの絶対値は残念ながら臨床では計れないのですよ。

○石渡委員

おなかの上からやっているのだから、内側ではないので計れないのです。

○岡井委員長

臨床では絶対値を計っていないのです。

○鈴木委員

でも、分娩監視装置に出るのではないですか。

○岡井委員長

そこに出る山は相対的で、少しでも大きくしようと思ったらすぐ大きくなるし、場所が悪いと小さくなってしまいます。だから、山の高さでは判断できないのです。そうすると、できるのは間欠になってしまうのです、今の現状では。

○鈴木委員

そうなんですか。そうすると、仮に分娩監視装置のモニターの記録紙で、飛び抜けて陣痛が強くて、ぴょんっとなっているような場合でも、それは何の参考にもならないわけですか。

○岡井委員長

状況が全く変わらないで、隣のものと比べて、ここだけが高いということで、そこは何か強いなという判断はできますが。

○鈴木委員

いや、だから、その妊婦さんの一連の経過の中で、アトニンを投与した後に陣痛の曲線が非常に高いところに位置しているという場合に、それは過強陣痛とは言わないのですか。

○岡井委員長

それだけでは言いません。

○鈴木委員

そこは過強陣痛の判断には何の意味もないのですか。

○岡井委員長

最終的にはそうです。子宮の中にカテーテルを入れて実測すれば、それは基準があるのですが、そんなことは普通はやりません。ですから、今は間欠だけです。

○村上委員

そこはついている、観察している助産師が、始まってからの表情とか、発汗とか、痛みの程度とか、そういうものをもって客観的に判断するしかないわけです。

○池ノ上委員長代理

それとか、例えば普通は90秒ぐらいなのが2分とか続くとか、そういうのは過強と言えるのです。

○水上委員

でも、強くても、赤ちゃんに影響を及ぼしてなければ、過強とは普通は我々は言いません。

○岡井委員長

一応、教科書的には内圧の基準があることはあるのです。

○鈴木委員

ここでは過強陣痛を否定しているので、間欠だけで否定できるのかということをお願いしたいのですが、それはできるのですか。

○岡井委員長

現状ではそうなのです。持続時間もありますがね。持続時間と間欠と。

○池ノ上委員長代理

だから、一般に全開近くになって、分娩第2期に入っていて、どんどん行っているときは、普通は3分おきぐらいなのですが、2分おきになったりとかします。それは患者さんによって、いろいろなバリエーションがありますよね。中には、水上先生が言ったように、ちゃんと胎児がそれに耐えて、産道をしっかり下りてきてくれれば、たとえ3分より間隔が短くても、それはOKだと判断しています。もしそこで徐脈が出てきてしまうようなときには、陣痛に胎児が耐えてない可能性もあるので、それは考慮するというのが一般的に行っていることと言えるのかなということです。

○岡井委員長

だから、強さはなかなか評価が難しいということで、間欠と持続時間で見ます。

それで次のところは終わらして、5)に行きます。入院後の経過ですが、ここからも重要なところなのでですね。吸引分娩を施行した後の胎児の状態の悪化について、これはいいですね。問題なのは吸引分娩についてですね。「適応外ではないが、やや高い。吸引分娩を選択したことは妥当であるが、」ということで、この「妥当である」がどうかというのもあると思いますが、「帝王切開の準備がされていなかったことと、吸引分娩が40分行われたことは妥当ではない。」と。これは医学評価のところですね。

○上田理事

医学的評価の中の記載です。

○岡井委員長

それに関して、「開始時の児頭の位置は必要条件を満たしている」というのがあります。だから、ここで言っているのは、やや高いという記述は変えてほしいということですね。変えたほうがいいということですね。

○水上委員

そうですね。やや高いという記述はよくないのではないかと思います。

○岡井委員長

必要条件は満たしていますと。これはプラスマイナスゼロで引いたのですね。まあ、感覚的には高いですが、それも……まあ、いいですか。

それとあと、帝王切開の準備がなされていなかったことは妥当ではないと言い切っているのですか、この場合は。それと、吸引分娩が40分間、これは妥当ではないのですよ。これは基準がありますよね、水上先生。

○水上委員

はい。これは妥当ではないです。ガイドラインがあります。

○岡井委員長

いわゆる参考的なガイドライン違反になってしまうのですね。

○水上委員

ええ、参考意見としてですね。

○岡井委員長

ガイドラインも参考意見になっているのですか。

○水上委員

Cですので、20分ルールと5回ルールです。ですから、参考意見としてです。

○池ノ上委員長代理

そのルールはどこから来ているのですか。

○水上委員

根拠がないからCなのです。

○岡井委員長

それは相当ディスカッションして、いろいろな意見があって、その辺で線を引こうとなったのですよ。エビデンスがないから。

○水上委員

例えば6回引いたからどうだとか、30分間引いたから、それはペナルティーを科されるようなひどいことをやったということはないです。だから、参考意見として、ガイドラインには20分以内ルールと5回ルールがあるというような表現だったらいいですが、30分引いたのが悪いということは言えません。

○岡井委員長

そうすると、先ほどのお話ですと、ガイドラインの参考意見Cであれば、ここに医学評価のところへ「妥当でない」と書かないほうがいいということですね。

○水上委員

そうです。

○岡井委員長

後のほうに持ってくるということですね。改善すべき事項に。個人的には長過ぎると思いますが、でも、一般の多くの人のコンセンサスが得られていないのですね。

では、ここもこれでいいですね。「やや高い」はやめます。それと、「妥当でない」とい

うところも表現は変えたほうが良いということですね。

○水上委員

そうです。

○岡井委員長

これは後で、モデル事業の言葉を当てはめていきますので。

○池ノ上委員長代理

でも、一般には、こういうふうに行われているという基準は必要ですよ。エビデンスがないから強くは言えませんけれども、多くの施設ではこう行われているということですね。

○水上委員

データがあればですね。

○池ノ上委員長代理

いや、データがないからこそ、多くの施設では行われているということです。

○水上委員

それはだから、再発予防とかに、この吸引分娩を、この人は40分間もやって、10回ぐらい引いていますよね。そういったことはガイドラインの記載にもありますように……。

○池ノ上委員長代理

そうですね。再発防止のほうですね。それが直接、脳障害発生にかかわったとは言えないということですね。

○水上委員

むしろ帝王切開しなかったことが問題でして、吸引分娩をし続けたことと帝王切開をやらなかったことが同時進行しているわけですが、吸引分娩したこと自体がすごい悪いわけではなくて、ほかの方法を考えなかったことがまずかったのでしょう。それは後からの観点から言うとですね。

○岡井委員長

そうそう。後からの観点から言うとですね。そのときは出るか、出るかと思って、もう次に出るだろう、もう次に出るだろうと思っているうちに、時間が長くなってしまいますよね。それが臨床なのですね。だから、最初の判断が大変大切なのですが、その判断もまた難しいわけです。

○徳永委員

選択肢で鉗子に切り換えるとかなかったのですか。

○岡井委員長

改善事項としては鉗子に切り換える手もあったみたいなのは書かれていませんでしたっけ。

○水上委員

ガイドラインでは、鉗子もしくは帝王切開を勧めています。

○上田理事

この施設では鉗子ができないということでしたね。

○岡井委員長

ここの施設では鉗子ができないと。そうですね。

では、ここの意見で、そういうようなことは再発防止のためのところに記載する事項として取り上げたいと思います。

次が「その他」のところで、新生児の処置についての評価が必要とあります。

○楠田委員

これは羊水混濁を認めた子供が生まれたときには、すぐバッグ・アンド・マスクで陽圧換気をするというのは一応……。

○岡井委員長

しっかり吸引しろということですね。

○楠田委員

これはかえって悪くするから、やらないようにということです。脳性まひの主たる原因は当然、違いますが、少なくとも回復をする余地が多少でもあったのなら、そのチャンスが減ったということです。

○岡井委員長

これも医療の向上のための改善事項の一つに入れて、こういう場合はしっかり吸引してから、やってくださいということですね。

○楠田委員

そうですね。それはまとめていただいた、3ページの「その他」のところに、新生児蘇生法を実施できるスタッフが立ち会うことがやはり必要になりますね。

○上田理事

ただ、この事例自体は、このことについては記載がないものですから。

○楠田委員

私の立場から言えば、あまりいい蘇生ではないということです。

○岡井委員長

その蘇生もきちんと書かれているかといえば、あまり書かれていないことが多いですよ。吸引するのは当たり前みたいなことで、そのこと自体はあまりカルテに書かないですね。

○石渡委員

新生児心肺甦生アルゴリズムがありますよね。分娩機関に配布されているアルゴリズムがありますね。

○岡井委員長

蘇生法のですか。

○石渡委員

ええ、蘇生法のです。

○池ノ上委員長代理

だから、今後は、それを極力、皆さん、受けてくださいということを推奨するわけですね。

○岡井委員長

カルテにあまり書かないのですよ。吸引をやって、それからやったことは、吸引を普通、全部やるのではないですか。どんな子でも。だから、それは書かないで、マスク・アンド・バックというほうがむしろ普通ではないことをやっているから、書いてしまっているという可能性もあるのですよ。

○楠田委員

この経過を読むとすぐやったふうを書いてあったのですね。

○岡井委員長

それはそれで、これも改善事項に書くということですね。

次に今度は「産科医療向上のために改善すべき事項」のところ、先ほどの30分の話が出てくるわけですね。これには意見がありまして、ここをどう書くかは、どなたの意見でしたっけ。30分というのは挙げられないという話でしたね。

○竹村委員

それは結局、どの時間帯に30分ごとなのかということです。陣痛が始まったと思って

いても、とまっていることもあるのですね。ぐうぐう寝ている間も30分ごとに聞かなければいけないかということですね。その辺が非常に難しいです。

○岡井委員長

ここのところは、あまり長い間、全く放っておいたというところであれば、もっと頻繁にチェックしなさいみたいな話にして、必ずしも30分にこだわらないでいいですか。

○池ノ上委員長代理

やはりアクティブレーバーに入ってからですね。その前のラテントステージは、この聴診期間の対象にならないですね。

○岡井委員長

間欠的心音聴取の間欠時間に関しては、この委員会では、特にスタンダードを設けないで対応するというでいいですか。

○水上委員

書かないほうがいいのではないですか。

○上田理事

家族からの質問がありますが、書かないことが一つの答えとして、直接答えないにしても、そういう整理ですか。

○水上委員

ラテントフェーズ、つまり子宮口開大が進まない時期に、第1期には分類されますが、子宮口開大がそれほど進まないラテントフェーズ、日本語で潜伏期というのですか、潜伏期について、1時間ごとに聴取するとか、30分ごとに聴取すると、この委員会で言ってしまうと、それがスタンダードとして要求されるようになりますからね。

○岡井委員長

この委員会でスタンダード化することはできないということでもいいですか。

○水上委員

ええ。言ってしまったら、それが一人歩きしてしまって、非常に患者さんにも、医療者にも大変なことになるのではないですか。

○岡井委員長

では、それについての日本産科婦人科学会の見解を一回、どこかで整理して、きちんとしたものを提案しておいて、本当に分娩が進行している間に長い間、何もしないという事例があったときは、それなりにコメントするというでいいですね。このケースですと

一番長いのが1時間半でしょう。そんなに問題にならないですね。

○水上委員

全然問題にならないでしょう。しかも夜中ですし。

○隈本委員

例えば再発防止のところに、この1時間半はあけないほうがよかったということはないわけですね。

○岡井委員長

要らないかもしれないですね。あまり関係ないですしね、この事例では。

では、これはこれで採用ですね。

次が「診療行為について検討すべき事項」の「緊急時の対応ができる体制を整えてから行う」ということですが、この「体制を整えてから行う」ということは不要という意見で、この体制を整えてから行うというのは、吸引分娩をということですか、それとも、人工破膜ですか。人工破膜や、陣痛促進剤を使用するときに緊急時の対応を整えてからやるのかということですね。これも理想的にはそうなのですが、現実にはそこまでいつもやっていることはあまりないですね。

○水上委員

これはガイドラインをつくるときにすごい問題になったのです。吸引分娩をするときは、米国では緊急帝王切開の準備を整えてからやるのが条件になっているのです。ところが、日本では、それは条件に入れられないだろうということです。

○岡井委員長

先生、ここで問題になっているのは吸引分娩ではなくて、人工破膜と陣痛促進剤を使用するときです。

○水上委員

それは体制を整えてからやれなんていうことは言えません。

○岡井委員長

言えないでしょう。体制を整えてからやれば理想的ではありますが、なかなか現場ではそうはいきませんよね。

○隈本委員

でも、それは今後、産科向上の目標ではないのですか。

○岡井委員長

その縛りをつけるのは大変です。まず無理ですね。

○鈴木委員

それは、この施設だからですか。それとも一般的にですか。

○岡井委員長

それはうちでも普通、人工破膜するときに、いつも帝王切開の準備をしておいてくださいよということにはならないです。促進剤を使うときもです。もちろん症例によりますがね。リスクがあるときは、ある程度しますが。

○鈴木委員

「体制を整えて」の意味が共通しているのかどうかですね。

○岡井委員長

あまり現実を意識しないですよ。どんな症例でも帝王切開になることはあるということはもちろんありまして、この症例で、ここで陣痛促進剤を使ったら帝王切開になる可能性がうんと高まるから、準備を整えてという感覚はないのですよ。

○鈴木委員

ダブルセットアップという選択はないですか。

○岡井委員長

ダブルセットアップもしないです。現実には無理です。ダブルセットアップで、陣痛促進剤や人工破膜というのは。

○水上委員

一般的にはそうですね。

○岡井委員長

医療提供側のいろいろなことに物すごい負担が大きくなるのですよね、ダブルセットアップは。どうしても必然性の高い症例のみになってしまいます。

○鈴木委員

この事案で帝王切開をすべきだと言うためには、要するに近隣の医師を調達しないと帝王切開できないわけですね。その時期が準備が遅れるのでは、早めに準備をするということですよ。

○岡井委員長

一つ大事なものは、早く言えば3時45分のディサレーションが出たところに、こういう症例なのだから、今はおさまって一見正常に見えているけれども、またわかりませんよとい

う意識はあったほうがよかったことです。

○池ノ上委員長代理

ガイドラインで、分娩中の緊急帝王切開は何分以内にとか出ているのですか。

○水上委員

それはむしろ、このように書いてあります。緊急帝王切開の話ですが、127ページの下から5行目です。「急速遂娩法には吸引鉗子分娩と緊急帝王切開術があるが、前者に関してはCQ406を参照されたい。緊急帝王切開術の判断から帝王切開開始までの時間が短いほど、予後には好影響を与えると信じられている」と。これはデータはないのです。「本邦における帝王切開決断から帝王切開開始までの時間は以下のように報告されている。平成17年度の病院における帝王切開実施までにかかる時間は平均47.7分であり、実施開始までに1時間以上かかる病院は5割近くに及んでいた。施設別に見ると……」ということで、このくだりだけが帝王切開決断から実施までの時間について、このガイドラインに記載してあるところですよ。ですから、このガイドラインには、帝王切開してから30分以内に娩出させなければいけないとか、そういうことはありません。そういう意味で机上の空論ですが、そのことについては記載がありません。

○池ノ上委員長代理

ですから、これよりも早く出さなければいけないというわけではなかったのですね。日本の現状のこのスタンダードな、現時点での一般的なセットアップで対応されているのがほとんどであるということですね。例えば、これが低位胎盤だとか、そういう特殊な状況の場合には、さっき鈴木委員がおっしゃったみたいにダブルセットアップですとか、そういうことが必要になってくるのでしょうか。

○松田委員

30分ルールというのは根拠がないままに一人歩きしてしまっていますね。周産期センターの設置基準で、そうしてしまいましたから。あれは根拠がなかったわけですね。それが一人歩きしてしまっているから、皆が30分としないといけないと少し誤解をしているというところがあるのではないですか。

○水上委員

設置基準に盛り込まれるのは別にいいのですが、それをすべての分娩に適用するのはね。

○岡井委員長

アメリカではスタディーが出ていましたか、30分に関しては。出ていなかったですか。

予後と帝王切開の関係で何かあったような気がしましたが。30分で実際にできるかどうかは別ですよ。

○池ノ上委員長代理

センターのデータは32分でしょう。ただ、こういうところになってくると、システムの問題なのか、個人の医師の問題なのかということで、ヒューマンか、システムかというところがだんだん出てきますよね。だから、システムの場合なら、どうするのかというのは、今後、どこかで議論されるべきでしょうね。これはシステムではなくて、個人に触れるのでしょ、原因分析は。

○岡井委員長

いや、システムに関しても触れるのですよ。最後の改善する事項のところには、システムに関しても触れます。だから、このシステムが今、現実には、こういう形で帝王切開するときには応援医師を呼ばなければいけないという施設もお産をやっているわけですから、そうしたら、早めに対応しましょうと。最初のディサレーションが出たころには、もうそういうことをある程度可能性を考えてという話が改善事項に出てくるのですよね。

○水上委員

ところが、その問題は、例えば常駐医師一人で診療所を開所している産婦人科について突き詰めたら、あまりそのことを厳しく言うと、分娩はやっただけいけないと。そういうことができない施設もあると思うのですね。ここに最後に出てきていたように、近所の先生にすぐ来てもらえるようにしておきなさいとか、新生児の先生に立ち会ってもらおうようにするとか、そういったことを突き詰めていったら、それはこういったお産は、そういったことがいつでも起こり得るし、ローリスクで分娩が可能とされた妊婦さんでも20分は心音が下がって、そのうちの10%は緊急帝王切開になるという池ノ上先生のところのデータからすれば、ある一定の予想できる確率でそういうリスクがあるのですから、それだったら、一人でやっているところはお産をするなということに深く考えるようになってしまうのですよ。

○池ノ上委員長代理

いや、お産をするなというのは、それはミスアンダースタンドだと思います。別にそう言っているわけではないです。そういうことが起こるから、地域のセンターを充実しなさいと言っているわけです。だから、これでは、例えば3時45分で2回の変動一過性徐脈が出たということです。夜中の3時でしょう。ということを考えれば、こういう患者

さんは地域のセンターに送るといふようなことを考えてもらいたいといふことです。これもハイリスクになってくるのです、この段階で。

○水上委員

だから、この時点でそういったことで施設転送を考慮しないといけないとか、もしくは帝王切開の準備をするといふことですね。

○岡井委員長

この段階で準備をしておくといふことは、後からの話としてはありますね。

○池ノ上委員長代理

だから、お産をしてはいけないといふことにはなりません。それは一般開業医の先生がお産をしてくれないと、日本の医療、周産期センターはみんな、疲弊してしまうわけです。だから、開業医の先生が頑張ってくれて、日本の産科医療はやっと成り立つのですから。だから、解釈が逆の方向に行かないようにしてください。

○石渡委員

今、地域、地域で、グループでいろいろ行動しているのですよ。ですから、センターが必ずしもセンターに送らなければできないという症例ではなくて、帝王切開して早く出せば何とかなるといふ場合は、開業医同士が連携をとって、行ったり来たり、いろいろやっているわけです。それで、きちんと機能している場合、例えばベッドもあるし、人もいるしといふような状況のときはセンターに送るのですが、地域の中で解決していかなければいけない問題だと思ふことですね。システムとしてですね。ですから、一次医療機関である診療所で分娩が50%であることは事実ですし、そこがやれないような状況をつくってはいけないといふことですね。

○池ノ上委員長代理

だから、2次の体制を何らかの形で、地域、地域でつくっておくといふことですね。

○楠田委員

それは私も、この最後の3ページの「体制不備を指摘すると、小規模の施設や助産院では分娩の取り扱いが不可能となるため、指摘しない」と。これを書いたのですが、同じことで、設備を整えるとか、そういうことになれば、もうできなくなりますからね。だから、この体制といふのは、あくまでシステムといふか、連絡とか、そういう問題ですよ。だから、設備を整える、人をいつもつけるといふのは不可能です。

○岡井委員長

だから、連携というのは、言われたみたいに地域で帝王切開を手伝ってくれる医師との連携とか、そういう話ですよ。

○池ノ上委員長代理

だから、1次の体制、2次の体制、3次の体制みたいな、そういう話ですね。

○楠田委員

今回は、そういう判断はしてなかったわけですね。この仮想事例では。だから、体制不備というわけではないですね。

○岡井委員長

ええ。この事例は体制不備ではなくて、連携不備と、後から考えるとですが、早い判断が必要だったということですね。

○楠田委員

だから、判断しなかったということが問題でして、この病院に体制の問題点があったというわけではないですね。

○岡井委員長

ないです。

○隈本委員

とすると、この診療行為について、今後、産科向上のために必要なことの中に、それは本当は書いておくべきでしょうね。

○岡井委員長

だから、「院内の診療体制を見直しをする」が、この問題であって、地域の連携システムを整えること。こっちが大事になってくるのでしょうか。

○隈本委員

この連携を整えると、かなり抽象化すると、かなりぼけるので、今、先生方の議論で出たように、ある時点で帝王切開の判断をしたときに短時間でできるようにしておくべきでしたというのが、これが今後の産科診療の向上のためにということですね。具体的にそう書いてあれば、つまり、診療所でお産するなということかというような誤解を招かないと思うのですよね。だから、診療所でやっていいけれども、その場合には地域のセンターに送れるか、あるいは地域のほかのお医者さんと連携して、すぐに帝王切開ができる体制にしておくべきだったというふうに具体的に書いたほうが、変な誤解を招かないのではないですか。

○岡井委員長

わかりました。この「地域の連携システムを整える」というところをもう少し具体的に書きます。

○池ノ上委員長代理

原因として、いわゆるシステムエラーがどのぐらいあるのかというのは非常に大きな問題だと思います。お医者さんには問題がなくても、周辺にシステムがなければ、力を発揮できないわけですからね。

○竹村委員

ちょっとよろしいですか。どの時点で例えば帝王切開を考慮する、あるいはどの時点で搬送するというような具体的なタイミングというものを定義すべきなのか、それはすべきではないのか、どうなのでしょう。

○岡井委員長

事象が起こる時点では判断が難しいし、迷うし、なかなかいい判断が下せないことも、みんな、現実にあるわけですが、後から考えての意見を書くことになっているのですよ。今後の医療向上のための改善すべき事項に。だから、そこには厳しいことであっても書いていくということです。ですが、これはあくまでもレトロスペクティブに考えた場合の理想的なことを言っているのであって、それを現実にもやれというのは無理であることははじめに書いてあるのです。この分析委員会の報告の理念としてですね。

○池ノ上委員長代理

だけれども、そのときに、その時点でどういう状況であったかは十分考慮して考えて、どこに不備があるということは言うということです。ですから、そのこと自体が原因として、あるいはどこどこに問題があるというような視点ではないのです。その分析をするところはプロスペクティブです。だけれども、将来につなげるところはレトロスペクティブな要素も入るということです。だから、プロスペクティブな場合には地域の違いもあるでしょうし、体制の違いもあるでしょうしということは、当然、全体の判断の中では今は入るということで始まったと思います。

○岡井委員長

そうです。

○上田理事

本文の18ページの4行目にありますように、振り返ってみて、改善事項を検討すると

しています。

○岡井委員長

でも人工破膜と陣痛促進剤の使用を帝王切開の準備を整えてから行うというのは、これは現実に無理です。

○池ノ上委員長代理

むしろ破膜を行うときの必要な条件がきちんと確認されて、フィックスしているとか、そういうことがされているかどうかの問題であって、やってはいけないというようなレベルではないということが、そこに記載されればいいのですかね。もしされていなければ、その確認がだめだということになると思うのですが。

○岡井委員長

「5時10分、もしくは5時30分以前に帝王切開によって児が娩出されていたら、脳性まひを回避できた可能性がある」と。この「たら、れば」の話は書くのですかね。最初に報告書の構成について検討したときに、回避できたかどうかを書こうという案もあったのですが、それはなくなったのですよね。民事裁判になったときは、そういう話になって、責任があるということになるのですが、ここはあくまで原因を究明すること、それから評価を、その事象が起こった時点でどう判断するかと。それに全く普通の医療と違う逸脱した医療をやっているとか、そういう場合はちゃんと評価するということです。あともう一つは、レトロスペクティブに見て、少しでもよくするためには、こういうふうに改善していこうということを書くという話になっていきましたが。

○鈴木委員

そこでちょっといいですか。回避できたかどうか、つまり予防できたかどうかは、あえて書かないと決めたのですか。

○岡井委員長

決めたのです。

○鈴木委員

それはどういう理由なのですか。つまり、再発防止策というのは、具体的にこういうことをやれば結果を予防できたというですね。

○岡井委員長

かどうかはわかりません。

○鈴木委員

いや、だから、わからないのだったら、わからないと書くことが大事なのではないですか。

○岡井委員長

回避できたかどうかを、逆に言うと、書く必要性はどこにあるのですか。

○鈴木委員

だって、予防策ですよ。再発防止というのは予防策ですよ。

○岡井委員長

予防策は、だから、すべてそういうことを回避する方向に向かうように……。

○鈴木委員

再発防止のときに、いろいろな提言を出して、こういうことをやったほうがいい、こういうことをやったほうがいいと。こういうことをやっても回避できたかどうかわからないのか、それとも、こういうことをやっていれば回避できた可能性が高いのかは重要な関心事だと思うのですよ。

○池ノ上委員長代理

再発防止委員会では、それを検討するのでしょうか。これは原因分析のときに、そういうことはしないということではないですか。

○鈴木委員

ここは再発防止のところですよ。

○上田理事

いや、改善事項です。

○鈴木委員

やってもやらなくても変わらなかったことなのか、それとも、やっていれば、脳性まひが防げたのかは、予防策にとって極めて重要です。

○徳永委員

回避ができたかどうかわからないにしても、経過中にダブルであるいは応援を頼みながらの処置が必要だったと思います。「回避が可能だった」というような文言より、改善事項としての文言が……。

○岡井委員長

それはだから、こういう書き方になると、5時10分、30分以前に帝王切開をやって、児が娩出されていたらという「たれば」の話になってきて、やはり、こういうのはよく

ないと思います。

○鈴木委員

予防策はいつも「たられば」ですよ。

○岡井委員長

いや、予防策は「たられば」ではないですよ。

○池ノ上委員長代理

この段階で、例えば5時10分なら5時10分で、児を娩出する帝王切開をする条件が整っていたかどうか。あるいはそういう判断をする医学的な流れなり、根拠なりがあったかどうかを、ここで評価すればいいわけですよ。

○鈴木委員

でも、それは脳性まひを防ぐためにやるべきだということになるわけですよ。

○池ノ上委員長代理

そうですね。だけれども、そこに医学的な論理を組み立てていっても及ばない部分があるわけですよ。だから、それは医学的に考えていって、例えば5時10分の段階では、こうこうであると。だから、帝王切開をここでやるとすれば、例えば80%の人がやりますとか、70%の人が、50%の人がやりますとか、そういうレベルでのディスカッションになるだろうと思うのですよね。

○鈴木委員

いや、だから、医学的にやるべきかどうかということと、その結果、脳性まひが防げたかどうかは必ずしもパラレルではないですよ。ないのであれば、ないということを明らかにすることが妊産婦や社会に対する専門家責任なのではないでしょうか。あえてそこに触れないというのは何か逃げているようにとられますよ。

○豊田委員

親が知りたいのはそこだと思うのですが。実際、質問に、説明してほしいことに入れていくわけですから、そこをはっきり書いてなければ、わからないものはわからないと教えてほしいのが親なわけです。

○池ノ上委員長代理

普通分娩をしないで帝王切開をしていればということですね。

○岡井委員長

帝王切開をしていれば回避できる可能性があったかもしれない。でも、それを書くのは、

それでは帝王切開しなかった人に責任があるという責任追及につながるからです。

○水上委員

こんな文章はいかがでしょう。これは僕が事前に送ったものですが、資料1-3の13ページの「P.18-L4以降の文章」というところで、この網かけになっているのは私が送った文章だと思うのですが、タイトルが「本事例における脳性まひ回避の可能性について事後的視点からの検討」というタイトルにして、「本事例において脳性まひが回避されるためには、5時10分時に急速遂娩法として吸引分娩ではなく、1時間以内に帝王切開が実施される必要があった。しかし、これはあくまでも事後的視点（吸引成功・失敗の事前予測は不可能）からの結論であり、吸引分娩を選択したこと自体に医学的妥当性を欠くというものではない。また、それ以前の処置（人工破膜や陣痛促進薬）も妥当性を欠くものではないが」、あとはほかの方法もあったということを書いてあるわけですが、このような表現もまずいですか。5時10分に帝王切開をすぐやったからといって回避できたかどうかについては医学的には不明ですが、少なくとももう少しいい状態を出すためには、そうしたほうがまだ良かったろうと。だけれども、これは医学的にだめだったということはありません。吸引分娩自体を選択したことが妥当性を欠くものではないということです。

○岡井委員長

最初には、回避できるかどうか、その可能性についても項目の中にあつたのですよ。そこで議論になって結論が出たのは、医学的評価をちゃんとやりますと。そのときの判断はどうだったかと、これをやりましょうと。後から見て、こうすればよかったのではないかというの全部書きましょうと。しかし、この事例が回避できたという表現をすることは責任追及につながります。この委員会は責任追及ではないのだということをもものすごく大事にしていまして、原因を分析するわけです。もちろん改善事項は指摘します。しかし、責任を追及するものではないということを明確にしている以上、回避できたということについての判断はもうしないと決まったのです。

○鈴木委員

そういう記憶はないですが。

○宮澤委員

いろいろ混乱していると思うのですが、回避できたということが断言できないのだったら、それは回避できたかどうかは不明であるとして書いて、その後で、こういうことをすれば、よりよき結果に結びつく可能性があるものとして何があるかということをやっていくとい

うことです。回避できたということがはっきり断言できるのであれば、それはやはり書かなければいけないと思うのですね。事例として断言できないから書かないということになるのだと思うのですね。

○鈴木委員

断言できなければ、断言できないと書けばいいのですよ。まあ、断言できることなんか、世の中にはないと思うのですが。だから、つまり科学的に見て、医学的に見て、可能性が多少なりともあるのか、それともかなりあるのか、そこは可能性の程度の問題なので、今の医学の現状を踏まえて、可能性の程度は書くべきですよ。責任追及につながることを一切書かないのであれば、原因分析だって責任追及につながりますよ。医学的評価だって責任追及につながりますよ。

○岡井委員長

だから、そこに書いてある思想として、この委員会が追求しないという思想です。事実も書きます。それから、医学評価も書きます。改善すべき点も書きます。しかし、そこから先は、もちろんそれに対して追及したい人がいればやればいいのですが、こちらは、そこまですよということを行っているわけです。

○鈴木委員

おっしゃる意味が全然わかりません。何で結果回避の可能性だけを書かないのか。責任追及を断絶してね。

○岡井委員長

断絶するわけではなくて、思想としてそういうことをやっていないという意思表示です。

○鈴木委員

だって、予防策というのは結果を防ぐための方法ですよ。再発防止というのは結果を防ぐための方法ですよ。それをあえて書かないのが科学的だという意味がよくわかりません。

○宮澤委員

やはり議論が非常にぶつかっているのですが、この原因分析の場というのは、原因を分析していくことであって、それがその後、その結果の責任につながるかどうかは、その後の問題であって、やはり原因としてどうなのかと。これは防げたということが断言できるのだったら防げたと言うべきですし、それがわからないというのだったら、わからないと、不明であるということを書くべきです。可能性の程度がどうなのかということまで言うと、非常にこれは議論の出るところなので、それは可能性があったかどうかということだけに

とどめるべきなのではないかなと思います。あと、その可能性の中で、原因の予防できるような内容があるのだったら、これをやったら、よりよい結果になったかもしれないということは書いておくべきだと私は思います。

○水上委員

この事例で我々の出す結論は、分娩時の低酸素であるということを我々は言うわけですよ。そうしたら、この脳性まひは、最適の理想的にやったら、陣痛が始まる前に帝王切開していれば回避できたのですよ。だから、回避できる可能性はあるのです。ただ、回避の可能性について書いても別におかしくありません。しかし、その回避可能性の判断をしたことが医学的に妥当であったかどうか。だから、ここで僕が先ほど言った「帝王切開を選択すべきだったけれども、吸引分娩をしたことは医学的妥当性を欠くものではない」と。このような表現は別におかしくないと思うのですね。だから、それは鈴木委員から指摘されたように、これを書かないと、何か気の抜けたソーダ水みたいになってしまうような気がしますね。

○徳永委員

この事例では、ドクターや家族からの意見を聞いていると思いますが、僕も一人で診療をやっています。実際にこういう事例では、ダブルセッティングをして、鉗子で出すことができそうな症例の場合でも、他の連携しているドクターに連絡をとりながら行っています。この症例の場合、午前3時ごろから一人で悩みながら見ていた状況ははっきりしません。そういう状況が判らないと診療体制に対して「こうしたほうが良かったのでは」というような改善事項に対する評価ができない。このドクターはどうして一人で、そこまでしたのかわからない。深夜だったからなのか、連携するドクターと連絡できなかったのかなど。

帝王切開をやっていれば回避できた可能性はあると思われる事例ですが、「もう少し早く判断していれば」といったような文言をどのように入れるかはなかなか難しいですね。

○水上委員

分娩時の低酸素によって、今回のCPが引き起こされたという結論をするのであれば、回避の可能性はあったのですよ。例えば、それがサイトメガロの妊娠20週になった脳性まひだったら、それは回避の可能性はないわけです。回避の可能性はなかったから、全くあれなのですが、これは分娩時に起こったことなので回避の可能性がありましたが、その判断ができなかったことが今のスタンダードからかけ離れた判断であったかどうかという

ことです。だけれども、それは僕らの委員会のすることではないかもしれませんが、何か、この巻末というか、この報告書の最後に、ちらっとそのような可能性について若干入れて、医学的妥当性、その判断が妥当性があつたかどうかを入れても、それは鈴木委員が言われるように何ら不思議ではありませんし、責任追及に結びつくものではないと思います。医学的妥当性は欠くものではないときちんと書いておけばですね。それは、そこで帝王切開を選択しないで、吸引分娩を選択したのは非常にスタンダードから随分離れた診療行為であるという結論にしてしまったら、それは僕ら、この委員会のビジネスではないですが、その判断は妥当性を欠くものではないということをきちんと入れているのであれば、それは問題がないと思います。

○岡井委員長

大変重要なことだと思いますが、実はこの原因分析委員会の前の準備の段階で議論をして決めたことなのですね。先ほど言った回避という言葉については。

○上田理事

先生、この原因分析委員会に提案する原因分析報告書案作成マニュアルについて岡井先生にご相談したとき、回避の可能性の項目については、この原因分析委員会では医学的な評価を行うので、臨床経過に関する医学的評価とすることにしました。評価というよりは、法的評価につながるのではないかと話しがありました。産婦人科医会が取りまとめた報告書には、脳性麻痺発症回避の可能性の項目がありまして、そのことについて議論しましたら、今申し上げたように、法的評価につながるのではないかとということで、このマニュアルでは臨床経過に関する医学的評価に変えた経過がありました。

○鈴木委員

何で法的評価につながるものを全部落とすのですか。原因分析だって、臨床経過の医学的評価であって、それを土台にして法的評価があるのですよ。法的評価につながるものを……。

○上田理事

この原因分析委員会では法的評価を行うのではなくて、医学的評価を行うという意味でございます。

○鈴木委員

ですから、回避可能性については医学的評価をすればいいのですよ。

○水上委員

医学的に回避可能性について論ずるのはいいのでしょうか。

○鈴木委員

そうです。そういうことですよ。

○上田理事

そうです。

○水上委員

だから、この患者さんは分娩時になったのですから、そのインサルトが起こるまで、侵襲が起こる前になにがしかの方法で帝王切開でもしていれば、回避可能性はあったわけですよ。それはやはり記載したほうがいいと思います。

○池ノ上委員長代理

回避可能かというのはオール・オア・ナッシングなのですね。オール・オア・ナッシングの議論で進めるから、なかなか合わないのだと思います。だから、より良質な医療を提供するとすれば、どういうことがあったのかというようなことを医学的に検討して、その結果として回避できたかできないかは、それはわからない部分はわからないということでしょう。

○鈴木委員

できたかどうかではないのですよ。可能性があったかどうかの方が大事なのですよ。

○池ノ上委員長代理

そういうものを、よりよい医療を提供するためには今後どうすればいいかというところで議論していけばいいのでして、その中に今のような回避の可能性を、やはりどこかで何らかの形で出さないと、ちょっとまずいのではないですかね。

○徳永委員

水上先生が書かれた13ページの4行目、この表現で問題ないと思いますが。

○水上委員

例えば我々がここでやるものは、ほとんど分娩時の低酸素障害かどうか非常に中心になると思うのですが、分娩時の低酸素障害であったらば、医学的に回避可能であったかどうかは、それは回避可能だったのです。だけれども、現在知られている知識とか、我々の持っている標準的な医療で、それが回避できたかどうかは全く別問題になります。理想的に言ったらば、分娩開始前には、その子は元気であって、分娩中に、そういう侵襲を受けて生まれてから、脳性まひを発症したから、そういったことが起こる前に分娩させてしま

えば、それは医学的には、その子は回避できたのですよ。だけれども、そういった判断を我々が持っている知識とか、ツールでできるかどうかが問題であって、医学的妥当性を欠くというのは、僕らが持っている知識でそれがスタンダードだと言われていることをしないで、適切な判断ができなくて、脳性まひだったときは、医学的妥当性を欠くという判断をしなくてはなりませんし、それは我々が持っているツールで精いっぱいやったのですが、こうなったときは医学的妥当性を欠くものではなかったという結論を出すことになるでしょう。

○宮澤委員

ここは注意をしなくてはいけないのですが、結果回避の可能性があったことになると、では、一般の人が見ていると、責任があったのではないかと流れる危険性があるので、その表現の仕方は非常に注意しなければいけません。客観的に理論的に可能性があったということと、現実にはできたのかできなかったということ。それから、現実にはできるものだとして、これからは何をしていたらいいのかという問題をきっちり分けて議論しないと難しいです。そこを分けていけば、この原因分析委員会としては非常にいい形になると思います。結果として法的な責任が出てくるかどうかは、その後の問題なので、そこは、ここでは考えずに、理論的にできるかできないかということと、現実的な可能性があったのかどうかということをきちんと医学的に区別していくことを明示してやっていくのが、この委員会の本来の責務だろうと私は思います。その意味では、法的な責任が出る可能性があるからやめておこうとか、そういうことは議論としては正しくないと思います。

○岡井委員長

いや、可能性があるからということではなくて、法的責任追及になるような表現は、ここではしたくないということなのです。この委員会の報告書では。

○鈴木委員

誤解を与えてはいませんが、医学的にきちんとした意見は出さないとだめですよ。責任追及につながることを懸念して、なるべく責任追及にならないようにという配慮をしたらば信頼性はないですよ。

○岡井委員長

それは責任追及にならないように配慮するのではなくて、言葉として、さっき言ったように短絡的に、すぐそういうふうを持っていかれるような言葉は使わない方がいいということです。そうではなくたって、問題点はここにありますが、これからこうしましょうと

書いているわけですから、そこからまたそれで判断する人は判断してもらえばいいわけです。ただし、私たちとしては、これはすぐ責任追及するような事例、そうではない事例だみたいなことはやりたくないと言っているわけです。

○鈴木委員

そんなことはだれもやっていないではないですか。今までの議論で。

○岡井委員長

だから、回避の可能性があったというのは、そういうふうに……。よく考えてもらえる人は考えてくれて読んでくれて、意味を理解してくれればいいのですが、回避可能性があったという、すぐ責任があると思われそうな表現でしょう。それは事実ではないですか。

○鈴木委員

いや、思わないでしょう。そんなことを書いてあるからといって、法的評価として責任追及できるなんて考える患者や弁護士はいないですよ。

○宮澤委員

でも、患者や弁護士だけに向けた書類ではないのですが。

○上田理事

岡井先生の懸念は、本文18ページのなかにはあるかもしれませんが、この資料1-3の13ページの水上新先生が書かれたことは、医学的な評価ではないですか。

○池ノ上委員長代理

ええ。水上新先生は、ここで帝王切開をしていればよかつたであろうと言っています。だけれども、あの時点で、吸引分娩もそのチョイスの中に医学的にはあるのだと。その吸引分娩が成功するかどうかに関しては、それは予測できないと。だから、結果として、その時点で起こった脳低酸素症が脳障害の原因であろうというふうに、きれいにきちんと書いてあるので、医学的には我々はこう思いますと。これでクリアではないのですか。

○楠田委員

確かに原案だと、「たれば」かもしれませんが。

○池ノ上委員長代理

鈴木先生がおっしゃることも、水上新委員が書かれたこの中にクリアに述べてあると思いますが。

○水上新委員

結局、我々産科医が直面している問題というのはこれなのです。結果だけを求められ

ならば、こういったことがある一定の頻度で起こるのはあれなのですが、事前にそれを回避できるようなツールを持っていないということです。だから、ツールを持っていないで、なったものすべてが責任を負わされたら、それはひどいでしょうということです。ちゃんとした診療をしているのに。

○池ノ上委員長代理

その責任はまた別の人が言うので、我々は今の医学的知識、医学的な現在の我々が持っているツールでベストなデシジョンがされましたよということをきちんと説明すればいいわけですよ。水上先生の提案は非常にきれいに書いてあると思います。わかりやすいですし。

○隈本委員

私も、この文章は非常にわかりやすく、言いたいことが伝わっていると思います。この文章でいいと思うのですが、一方で、このお医者さんは、本当に正しい判断をしたと原因分析委員会で結論づけているのですか。

○岡井委員長

いや、そんなことはないですよ。

○隈本委員

例えば僕でしたら、もっと早く帝王切開をしていますよねというのがもしあるのだとしたら、この文章はこれでいいと思いますし、これで非常に筋が通っています。回避できたかもしれませんが、あの時点では、こういう選択肢もあったということです。でも、そこで原因分析委員会としては、あるいは僕がベテランの医者だったら、こうは書かないというのがあると思うのです。新人の失敗した事例を見ましてね。そういう意味では、先生方は原因分析委員会として、本当はもっとこうしたほうがよかったというのは実は、この後にもう一回要るのではないかなという気がします。ここはいいのですよ。これでいいと思うのです。本当はできたかもしれませんが、でも、妥当性を完全に欠いているというわけではない。しかし、今後、同じような事例を防ぐとしたら、こうしてもよかったなというのを書いておくべきではないでしょうか。

○松田委員

3時45分からアクションを起こすべきだったとかですね。

○岡井委員長

それはだから、書くのですよ。そういうふうにはですね。

○池ノ上委員長代理

先ほど徳永委員がおっしゃったようなことが、一般の開業の先生の中では多く行われているわけですよ。そこについて、この当該のお医者さんが行える状況、体制下にあったかどうかというところが非常に大きな問題として最後には残ってくるのだと思います。そのときそのときの産科医のデシジョンを医学的に考えると、プロスペクティブに見れば、そんなに無理はないということですね。

○隈本委員

最後にちょっと引かかるとしたら、「妥当性を欠くものではないが、移行させたら可能性があった」というのだと、ちょっと原因分析委員会の皆さん先生方のお気持ちよりは少し弱くないですか。妥当性を欠くものではないが、こうこうしていれば可能性もあったと。本当はこうすればよかった、あるいはこうしたほうが、よりいい医療であったみたいなことまで書いていないと、移行させられた可能性があっただけではなくて、こうすることが将来の産科医療の向上につながる、望ましいとかですね。

○岡井委員長

そこはそういう表現のほうがわかりやすいですね。

○隈本委員

そうしたら、ようやく、これを読んだ人は、「なるほど、この先生を責めるわけではないけれども、もしいい方法があったら、こうだったのだな」ということが、この文章を読んでもわかります。だから、「望ましい」とか、「そうしたほうがもっとよかった」みたいな表現が、「可能性があった」ではなくて、よいのではないのでしょうか。

○岡井委員長

そこは私もそう思います。それと、ここの委員会は、私としては、本当に事例としては、できるだけ厳しく、もっといい方法があったのではないかと、こうすればよかったのではないかと徹底的にやりたいのです。ただし、それは現場で本当にやっている先生方と相当かけ離れた高いレベルで、専門家で、経験もあり、判断もできる人が言っているのです。そこら辺がそのまま言ってしまったら大変なことになります。そこだけが気になるのです。それと、あくまでもここは原因を分析する医学評価をやる場所です。それでさらに上から見、いいことをできるだけ言って、改善していこうと。その精神は貫くのですが、責任追及の報告書ではないという認識を絶対持つておかないといけないと思います。

そういうことで、少なくともこのような感じでの回避の可能性についての検討という項

目をわざわざ設けるのはどうかと思うのですね。改善する事項で挙げていくところで、こういうことをすればそういう可能性があるという形で書いていくというのは、ちょっと考えさせてください。回避の可能性があったかということに対して項目を設けて、それに結論を下すというようなことになると、もちろんちゃんと読む人は読んでくれるのですが、そこの1項目で、これは責任があると判断されやすいのだろうと思うのですよね。

○鈴木委員

それは法的判断ですか。

○岡井委員長

法的判断です。

○鈴木委員

法的判断は、そんなに甘くないです。

○岡井委員長

いやいや、法的な最終的な判断ではなくて、報告書を読んだときに、そういうふうを感じる人が多いのではないかと思います。

○鈴木委員

そういう人がいるから、そういう人に合わせて報告書を書くのですか。

○上田理事

それは違います。誤解をされないように書きたいと言っているだけです。

○岡井委員長

こちらがそういう判断をしたと誤解されないように書きたいのです。

○鈴木委員

丁寧に書けばいいだけの話ではないですか。

○隈本委員

例えば必ず、「本委員会は法的な判断をするものではないが」というものをどこかに入れておくとかですね。

○鈴木委員

そんなことは前提として、この設計にあるわけですよ。

○池ノ上委員長代理

脳性まひ回避の可能性という言葉は、絶対的な言葉ですか。

○鈴木委員

いや、回避可能性という用語を使う必要はないと思います。

○池ノ上委員長代理

ないですよ。 「より良質な医療を提供するには」とか何か、そういう言葉でもいいわけですね。

○鈴木委員

だから、脳性まひにならないで済んだということを書けばいいわけです。

○池ノ上委員長代理

「脳性まひを今後防止するための見解としては」とかですね。

○隈本委員

回避可能性という言葉を使うから法的回避可能性を連想されるから、「ならず済んだ」ということを書けばいいのだと思います。

○鈴木委員

医学的には可能性という言葉は日常にお使いになっているわけなので、「脳性まひを防げた可能性があり得る」というようなですね。やはり安全対策は50例も100例も出てくるわけですよ。しかし、結果につながった大きなファクター、そこについて第一に対策をとるからこそ、説得力が出てくるわけなので、結果に関連のあった原因と関連のなかった原因は意識して書き分けるべきだと僕は思います。結果につながった可能性のあるところをまず第一義的に対策をとらなければいけません。そのときに結果につながった可能性をあえてぼかして、何も書かずに、5つも6つも対策を講じろと言っているのは、まさに理想を掲げているだけで、予防対策に説得力に欠くと僕は思います。

○岡井委員長

それはそうです。この事例ではどこが一番重要なポイントであるかはちゃんとわかるように書かないといけないことはその通りです。

○隈本委員

あともう一つ、例えばほかの若いお医者さんたちが、この報告書を読んで、これはこの時点で判断しなければいけないのだと、いわゆる疑似体験をして、医療全体のレベルを上げるという意味があると思うのです。だから、法的な責任の追及にならないようにとどうか、我々が法的な判断をしたような誤解を招かないようにということは十分配慮した上で、でも、本当は、ここはこうすべきだったのだよということは、この文書を読んだ若いお医者さんの参考という意味でも、これは疑似体験ですから、事故の疑似体験をしてもら

うためにも、ぜひ必要だと思います。こうすべきだったということはですね。

○岡井委員長

そこの表現の仕方をもう一回考えてみます。

もう一つ、「新生児蘇生法を実施できるスタッフが立ち会う」を追加しろということですが、スタッフというのにはどうなのでしょう。これは新生児の先生から出てきたと思うのですが。

○楠田委員

そうですね。先ほど言ったように、少なくとも今、そういう蘇生法の標準化をやっているので、今後は、こういう人が立ち会うのが望ましいでしょうね。だから、これは改善策です。

○岡井委員長

それで、このスタッフというのはどういう意味ですか。新生児の先生ではなくて、助産師でも蘇生法の講習を受けてマスターしてくださいと。そういう意味ですね。

○楠田委員

はい、そういう意味です。

○岡井委員長

それで先生が先ほど言われたように、マスク・アンド・バッグを先にやってしまっ、吸引しないと、そういうことをやったという事実認識のもとにこれを書いているわけですね。

○楠田委員

そうです。

○岡井委員長

では、それは書きましょう。もう一個、上にある20分ルール、5分ルールの取り扱いは先ほどのいいのですか、水上先生。これはCランクのことですから、本当にそうしましょうよとガイドラインで言っているわけではなくて、参考資料として、こういうことを言っている人がいますよということなのですが。

○楠田委員

これも私が書いたのですが、遵守するではなくて、こういうルールが、本当にこのままだと、スタンダードになってしまいますからね。

○岡井委員長

この辺は意見が違って、僕なんかは個人的には絶対遵守すべきだと思っていますが、そうではないと思っている人もほかにいるのですよね。

○楠田委員

だから、そういうニュアンスの書き方ですね。

○上田理事

その辺は先ほどの議論を踏まえて整理します。

○岡井委員長

はい。そうすると、きょう出た意見に関しては、まだ結論が出ていないところもありますが、必要で重要な部分は一応議論していただいたということで、ここで一旦終わりにします。この間の第1仮想事例についても意見をいただいて、結論が出たところもありましたし、事務局のほうで整理しますと残してある部分もあります。それも整理して、こういう形でどうですかということを出しましょう。

○上田理事

はい、次回に。

○岡井委員長

それと一緒に、第2事例に関しても、今、議論をしていただいたので、こういうのでどうですかというものを出します。それでもう一回、整理したいと思います。

きょうはもう予定時間をオーバーしてしまっていて、この後に予定していることはどうしますか。本当に必要なことだけをやって、次回に回しましょうか。議論がいっぱい出ることはわかっていたのですが。

○上田理事

では、保護者からの意見書について。

○岡井委員長

はい。では、3)のことだけ後先生、お願いします。

○後技監

それでは本日の資料3-1と3-2をごらんください。これはご家族に送る「原因分析のための保護者の意見について(事前のご案内)」の紙と「記入のお願い」の紙ということになっております。

前回までの会議内容を少し思い出していただきますと、以前はこの資料3-1を第1報と呼んでおりました、資料3-2を第2報と呼んでおりました。その後、「第1報」の趣旨

は「事前のご案内」であって、「第2報」は「記入のお願い」だろうというご意見がありました。そして、このようなタイトルに変えて、そのタイトルも四角で囲んで見やすくしております。そして、第1報の資料3-1のほうには、これは事前の、原因分析の準備のお知らせですということも書いております。また全体的な日本語も「原因分析に係る」ですとか、そういう表現は改めまして、「原因分析のための」と、こういう日本語に直しております。書体を明朝体からゴシック体にして、行間を広げたり、漢字の数を減らして、「○○等」というものは「○○など」という形でわかりやすく、やさしめな印象を与えるような形にしております。

そして資料3-2ですが、その中で最後から2枚目の紙になりますが、5) 6) 7) が書かれた紙があります。その中に前回までの資料では、分娩期間から児・家族にされた説明を書きいただく欄がありましたが、これも前回の会議を思い出していただきますと、医療機関に事例の概要の確認お尋ねするときの書式でも、説明に関する部分は削除することになりましたので、それに合わせてこの児・家族の紙からも削除させていただいております。ただし、特に説明についていろいろとご意見がある場合は、その下の新しい「7) その他」ですとか、最終ページの「3・その他、ご意見など」のところに書くことはできるという形になっております。

以上のように改めました。

○岡井委員長

この資料はまだ先生方にお目通ししてもらってなくて、今出たのですか。

○後技監

そうです。きょうが初めてです。

○岡井委員長

そうしたら、お持ち帰りいただいて、チェックしていただいて、次のときまでにご意見をいただくということでいいですか。

○上田理事

間に合わないかもしれません。

○岡井委員長

では、1週間以内に意見をいただくということでいいですか。これを今、一々読んでいて、「てにをは」といって時間がかかりますので、お持ち帰りいただいて、1週間以内にご意見をお願いします。それなら大丈夫ですね。

○上田理事

はい。すみません。

○岡井委員長

では、それでいきましょう。あと、次のスケジュールのことですね。そうすると、次の原因分析委員会は事例1と事例2の整理ですね。ひな形にするのであれば、最終的にこうだというのを決めたいと思いますので、修正案ができた時点であらかじめお送りしたいと思います。

○後技監

今後のスケジュールでございます。今回は7月23日の木曜日の午後4時から6時までになっております。当機構の9階のホールでの開催となっております。こちらは10階ですので、一つ下の階になります。

そしてその次の回ですが、これは9月になります。9月の日にちについては、本日、配付資料の中に日程調整表を入れておりますので、これを6月16日までにファックスでご返送いただきますようによろしくお願いいたします。

議事といたしましては、次回、さらに9月も、仮想事例の模擬部会の実施であったり、報告書の作成であったり、マニュアルの確定をする予定ですが、特に仮想事例1と2につきまして、最初の原案、行われた議論、そして最終的な修正された報告書ということで、一種、今後の教材になるようなものにまとめて、その内容についてご審議いただくことにしております。以上です。

○岡井委員長

ありがとうございました。よろしいですか、そういう予定で。では、ご意見がなければ、次のときに今の事例、前の事例を整理した形でディスカッションしたいと思いますので、お願いします。

どうもありがとうございました。

— 了 —