

第60回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：平成29年10月31日（火） 16時00分～18時00分

場所：日本医療機能評価機構 9F ホール

○事務局

皆様、本日はご多忙の中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。

委員会を開始致します前に、資料のご確認をお願い致します。次第、本体資料、出欠一覧、資料1「遷延分娩について 意見シート」、資料2「遷延分娩について」、資料3「遷延分娩について(資料)」、資料4「分娩経過(判読と対応について評価あり)」、資料5「数量的・疫学的分析について 意見シート」、資料6「数量的・疫学的分析について 変更後表一覧」、資料7「産科医療の質の向上への取組みの動向について」、資料8「本制度補償対象2009年出生児集計について 意見シート」、資料9「本制度補償対象2009年出生児集計について」、資料10「胎児心拍数陣痛図の判読について 意見シート」、資料11「胎児心拍数陣痛図の判読について」。続きまして、お手元の青いファイル内に資料S-1から資料T-2までございます。その他、机上に次回委員会の開催案内及び出欠連絡票を入れたクリアファイルを置いております。不足、落丁などはございませんでしょうか。

なお、本日の資料を事前にお送りしておりますが、事例データに関する資料につきましては、審議中でございますので、お取り扱いにはご注意下さいますようお願い申し上げます。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第60回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

本日の委員の皆様の出席状況については、お手元の出欠一覧の通りでございます。なお、吉川委員より到着が遅れる旨のご連絡を頂いております。

本日は、池ノ上委員長がご欠席のため、委員長のご指名により、議事進行を石渡委員長代理をお願い申し上げます。

○石渡委員長代理

池ノ上委員長が休まれたのは、今回が初めてなんですよね。60回にして、すごい出席率といたしますか、初めてのことなので、委員長ご多忙で、今、学長を勤められておりますので、ご事情の関係で欠席ということで、私にあとを代行して欲しいという依頼がございまして、お引き受け致しました。

本日は議事進行を務めさせて頂きますけれども、これから第8回の再発防止に関する報告書の「テーマに沿った分析」で取り上げるそれぞれのテーマについて、産科医療の質の向上への取組みの動向について、また、数量的・疫学的分析について、本制度補償対象2009年出生児の集計について、具体的にこれから議論を行いたいと思いますので、どう

ぞよろしくお願い致します。

それでは、議事1) について、「テーマに沿った分析」遷延分娩についてから開始したいと思います。大体60分ほどを想定しております。

それでは、議事に入らせて頂きます。本日の議事は、次第の通りでありまして、「テーマに沿った分析」のうち遷延分娩について、事務局から説明をお願い致します。

○事務局

それでは、遷延分娩についてご説明致します。資料1、意見シートをご覧下さい。前回の委員会で頂きましたご意見をまとめておりますので、こちらに沿って資料のご説明を致します。

意見シート1番、2番の胎児心拍異常出現から児娩出までの時間について、資料2の8ページと資料4もご覧下さい。資料2の8ページの表は、意見シート1番のご意見に従いまして、アプガースコアと臍帯動脈血pHについて、胎児心拍異常出現から児娩出までの時間が5時間以上の事例と5時間未満の事例に分けてまとめたものです。こちらの結果を参考に、資料2の2ページ、(1)の提言と致しました。また、資料4は、青いファイルの資料S-1の中から、胎児心拍数陣痛図の判読と対応について評価された事例のみを抽出したものです。こちらの分娩経過の図については、資料2、2ページの(2)の提言の根拠として、報告書の見開き1ページ程度に収まる数の事例を掲載したいと考えております。

次に、意見シート3～6番の胎児発育状態に関するご意見について、こちらは資料2の12ページの表をご覧下さい。3項目の胎児発育状態について修正しまして、注を付しております。また、意見シートの6番のご意見ですが、LFDだけなのか、身長も小さいSFDなのか、シンメトリーかアシンメトリーか、児のハイリスク状態を見るためには、胎児期も含めて分析する必要があるといったご意見を頂戴しておりますが、FGRと出生児の身長については抽出しておりませんので、集計はできませんでした。

続きまして、意見シート7～14番は、子宮内感染に関するご意見です。資料3の1ページ、①の表をご覧下さい。意見シート14番のご意見が、本制度補償対象事例の中ではあるが、子宮内感染が遷延分娩の対象事例で高い頻度で起こっていると判明した場合には、提言につなげたいという内容でしたので、こちらに従いまして、子宮内感染ありまたは疑いとされた事例について、公表事例全体と遷延分娩の対象事例を比較したものです。また、資料2の11ページに、子宮内感染ありまたは疑いとされた事例についてまとめてありますので、そちらも参考にして頂き、ご審議頂きたいと思っております。

次に、意見シートの15～19番、人工破膜や子宮収縮薬使用などの医療介入についてのご意見です。こちらは、資料3の2ページの3つの表をご覧ください。②-1が、人工破膜の時期と破膜時の子宮口開大度についてまとめたものです。また、②-2と3の表は、事前にお送りした資料に添付しておりませんでした。分娩誘発・分娩促進が実施された事例の適応についてまとめたものです。②-2は、分娩誘発・分娩促進の適応について診療録への記載の有無、②-3は、診療録に適応の記載があるものについて、その詳細となっております。

最後に、意見シートの2ページの20～25番のご意見ですが、こちらは妊娠中のハイリスク因子についてのご意見です。まず資料3の1ページの③の表をご覧ください。こちらは、意見シート20～22番のBMIについてのご意見をもとに、国民栄養・健康調査BMIの状況と、遷延分娩対象事例の非妊時のBMIについてまとめたものです。総数、やせ、普通、肥満のそれぞれの項目の左側の列が国民栄養・健康調査の結果、右側の列が遷延分娩の対象事例の結果となります。

次に、資料3の3ページの表をご覧ください。こちらは、意見シート23～25番の切迫早産の治療についてのご意見に従いまして、妊娠経過中にリトドリンと硫酸マグネシウムを使用した事例の使用時期と陣痛開始時期についてまとめたものです。

資料のご説明は以上です。ご審議をお願い致します。

○石渡委員長代理

ただいま、委員の先生方から寄せられた意見シートに沿って説明をして頂きましたが、ご意見ございますでしょうか。

資料3の1ページ目の③ですけれども、ここに国民健康栄養調査BMIの状況と書いてある、総数、やせ、普通、肥満と書いてある遷延分娩の隣が、国民健康栄養調査ですよ。

○事務局

はい。

○石渡委員長代理

ここは四角く空いているから、書いたほうがいいのかないかなと思って。

○事務局

はい。

○石渡委員長代理

先生方、いかがでしょうか。お願いします。

○田村委員

質問ですけど、埼玉医大総合医療センター小児科の田村でございます。

遷延分娩について（総括）のところ、4ページのところでございますけど、分析対象事例の概況で、背景のところ、児の娩出時の小児科医立ち会いありというのが■■■■%になっておりますが、これ、後で出てきます全ての今回の検討事例の分娩立ち会い、結果的には■■■■%とか■■■■%ぐらいの数字になっているんですけど、それに比べて、遷延分娩のときに立ち会いが少ないというのは、なかなかハイリスクだというふうにあまり小児科医にも産科の先生方にも認識されていない結果なのか、それとも、頻度からいきまして、遷延分娩というのが非常に頻度が高いために、小児科が呼ばれるというようなことは非常に少ないということなのか、その辺について、産科の先生方からでも、もしくは、まとめられた事務局の方からでも、教えて頂けるとありがたいんですが。

○石渡委員長代理

分かりますか。色々なCP事例の中で、かなりの分娩には新生児の先生が立ち会っているんだけど、遷延分娩に関しては、立ち会いの割合が■■■■%で低いんだけど、その理由の背景はどういうことがあるかということだと思っただけ。

○田村委員

結果的かもしれませんが、1分後のアプガースコアが悪い率が非常に高いですね。にもかからず、これだけ小児科医の立ち会いが少ないというのは、我々から見ると奇異に感じるんですが。

○石渡委員長代理

いかがでしょう、産科の先生方。

色々な分娩のイベントがあって、例えば、早剥であるとか、色々緊急に急速遂娩しなければいけないとか、そういう場合には、小児科の先生をお呼びして、立ち会ってやって頂くというのは多いと思うんだけど、遷延分娩は長い経過を見ていくわけなので、そういう過程の中で、産まれる赤ちゃんがそんなに状況が悪いというふうに判断されていないのではないかなという気もするんですけど、そういう点、いかがですか。

○松田委員

よろしいですか。その■■■■例の背景が、例えば、胎児機能不全というか、心拍異常がある事例がそのうち何例あったのかとか、その辺のことをもう少し分析すれば、今の田村委員に対する回答ができるのではないのでしょうか。

そして、その次の段階は、遷延分娩であれば、できれば小児科の先生に立ち会って欲しいですよというのが、できればそれを言いたいわけですよ。

○田村委員

例えば、8ページのところで、遷延分娩で胎児心拍異常出現から児の娩出まで5時間以上の場合と5時間未満の場合に分けてみると、5時間以上かかっている事例では、1分後のアプガースコアが3点未満が■■■■%もあって、それに対して、5時間未満に児の娩出した場合には、アプガースコア3点未満が■■■■%です。こんなにも発生頻度が違うということから、そういう遷延分娩の場合の小児科医を呼ぶタイミングについて、臨床の現場に役に立つような警告として、こういったときには小児科医を呼びましょうというような提案を出して頂けると、小児科医も対応しやすくなるのではないかと思います。

○石渡委員長代理

どうぞ、お願いします。

○金山委員

遷延分娩の定義というのが、教科書的にはありますけれども、日本の現在の状況で遷延分娩の定義というのがあまりはっきりしていない面があって、分娩Ⅱ期に3時間、4時間でも、心拍数が問題なければ経過を見ているという状況が結構あるのではないかと思います。

ですから、この会では提言にはできないかもしれませんが、やっぱり遷延分娩の定義をある程度日本の現状に即した形で発信できれば、今、田村委員の言ったように、初産で4時間を超えたら小児科の先生は立ち会いましょうとか、そういう話ができるのではないかと思いますけれども。一応初産ですと2時間ぐらい、経産婦30分というふうにありますけれども、実際そうなのかどうかというのがまだ分からない状況だと思います。

○石渡委員長代理

産科のドクターは、遷延分娩ということについての定義と申しますか、それはあっても、ほとんど周知されていないというのが私は現状ではないかと思うんですよ。実際の分娩の経過を見ていて、これは随分遷延しているとか、そういう感覚的なところは分かっているけれども、時間的なきちんとしたことを把握されていない状況が多いのではないかなと思いますけれども。

木村委員。

○木村委員

田村委員の先ほどのご懸念というのは、7ページの表の胎児心拍異常というところで、胎児心拍波形レベル3以上というのがどれぐらいなのかちょっとあれなんですけれども、それが合計では■■■%ぐらいに出ているということ、分娩の経過中にどこかで出ているということで、決して出生時かどうかというのはここでは分からないわけなんですけれども、どこかで出ているということなので、やはりある程度気をつけないといけない分娩というのが、それがうまく認識されていないので起こってしまったということなのかもしれないなと思います。

北米とか英国なんかでよく使われる active management of labor、結局、12時間以内に産ませると、オキシトシンががんがんやって産ませると、人工破膜もどンドンやれというのは、この逆のテーゼで、こういったことを起こさないように、集中力を持って、全ての分娩を自分たちの手の中で管理しなさいという発想だと思いますので。それが日本に適しているかどうか、それができる体制があるかどうかは別にして、やはり色々な医療介入しないということがこういうことになっているし、医療介入しなくて、長くただひたすら見ているということが、結局、それが見切れない、人間の注意力を超えてしまっているということではないかなというふうには感じました。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございます。他にご意見は。

○松田委員

この意見シートの1番の提言というのは、私からだと思うんですけど、確かに、それでやってもらうと、今ずっと議論になっています8ページを見てもらうと、遷延分娩で心拍異常出現から児娩出までの時間が5時間以上であれば、pH7.2以上は、全体で見ると、7.2以上が■■■%なんですね。それが、下のほうの5時間未満で出せば、7.2以上が■■■%と。要するに、pHに関してはいい状態に出しているということが分かるので、そうすると、5時間というのは、1つの介入の目安になるし、産科側としては介入の目安になるし、新生児側からすると、蘇生に応援に行くという目安にもなるのではないかと感じました。

○石渡委員長代理

貴重なご意見で、どうもありがとうございます。他には、ございますでしょうか。どうぞ。

○木村委員

1つ、確認だけなんですけど、8ページの胎児心拍異常出現から児娩出まで5時間とかいうのは、ずっと出ているわけではないですよ。最初に気がついて、認知されて、またそれが戻ったというふうに判断して、それでもやっぱりこういう結果が出ているということなので、やはりずっとほったらかしにしていたわけではないということは、気をつけておかないといけないと思います。

○石渡委員長代理

ありがとうございます。他にはございますでしょうか。

○市塚客員研究員

田村委員のご意見なんですけれども、今回、小児科立ち会いありが■■■■%と、他に比べたらやや少ないのではないかというご意見だったんですけれども、これ、病院で産まれた事例と、診療所の場合、小児科の先生はいらっしゃいませんので、大体病院が■■■■%、診療所が■■■■%になっています。

例えば、早剥ですと、病院が8割、一般診療所が2割で、早産例ですと、病院が6割、診療所が4割と、遷延分娩だけの場合は、やはり一般病院で産まれている数が少し多いので、そういったところも多少影響している可能性はあるのかなと思いました。

○石渡委員長代理

そうですね。産まれた病院であるとか診療所は随分違いますよね。産科診療所で小児科の先生がいらっしゃるところは、ほとんどないというのが現状で。

他にご意見ございますでしょうか。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

資料の内容が十分に理解できていなくて、申しわけないんですけれども。今回、意見シートの中の医療介入についてのところを適応ありなしでまとめて頂いているというのは、すみません、どこになるんでしょうか。10ページにそれがあるんですけど。もう一度教えて頂ければ。

○事務局

資料3の2ページです。

○勝村委員

それから、まだ今から資料を詳しく見るところなんですけど、資料2の10ページなんですけど、分娩誘発と分娩促進なんですけど、誘発から始めて、破膜も含めて、医療介入があつてから遷延になったというのと、自然に、医療介入していないけれども、遷延になっ

たので医療が介入、促進剤を使うとか、介入したというのを分けてみる必要があるのではないかとお願いしていたと思うんですけども、ここの評価はそれが分かるのでしょうか。

○石渡委員長代理

いかがでしょうか。

○事務局

数字では集計をしておりませんので、分娩経過の表、資料S-1で分娩経過をお示しておりますので、陣痛開始の時期と医療介入がされた時期というのは、こちらで見て頂ければと思います。

○勝村委員

意見ですが、遷延分娩について、何らかの提言をするに当たっては、提言のポイントを2つにカテゴライズして提言したほうがいいと思うんです。まず先に、何らかの適応があるなしもあるでしょうけど、とにかく医療介入をしなければいけなくて、先に医療介入した後遷延になったときの色々な状況と、それから、遷延になったので医療介入をし始めているケースとのそれぞれについて、もし、結果として同じだったなら、同じ文章になるでしょうけれども、違う結果になるかもしれず、それは分けて見ておく必要があるのではないかなと思うんです。

例えば、先生方が今話をされていた、意外と子供の体重が小さい、という話なんかも、その2つに分けて見てみた場合にどういう結果になるんだろうかということなんかちょっと気にはなるなと思うんですけど。

○石渡委員長代理

分娩が遷延してきたから、そこで医療介入が入ったグループと、それから、医療介入はしたんだけど、その後遷延になったグループと、2つに分けて検討してみたらどうかというのは、勝村委員のご意見。どうぞ。

○木村委員

これでいきますと、おそらく勝村委員のご指摘のところというのは、10ページの上の表に相当するのかなと思うんですね。これ、分娩誘発ありというのは、誘発分娩という定義であれば、陣痛が来ていないところでのスタートなので、これは全部で■■■■例ですかね。だから、促進というのは、一応最初に陣痛発来があって、その後で何らかの、この表は全部子宮収縮薬が使用された事例ということなので、これを使ったものが■■■■例というふうな分類になっていると思うんです。ただ、これと、例えば、適応があるかないかというこ

とのクロスオーバーは、多分されていないのではないかなと思います。ただ、促進という限りは、何か進行が遅いとか、何か理由があって促進しているはずなので、ここは多分理由があると思うんですね。だから、この最初の■■■■例が、先生おっしゃる、何もなしでされているかどうかというのは、これは多分、評価が戻れば、まとめることはできるのではないかなとは思いますが。

○石渡委員長代理

それというのは、医学的に大きな意味を持っているものなのではないでしょうか。例えば、この場合に、分娩誘発、これは無痛分娩とか、そういうことは絡めてありませんけれども、分娩誘発をした適応ですね。勝村委員が言われるのは、なぜ分娩誘発をしたかという、そこまで踏み込んでのご意見ですか。

○勝村委員

もちろん、それは適応があるからやってもらうということだと思えるんですけど。どんな結果になるのか、今僕は分からないんですけど、やはり今後注意喚起を何かしてもらうときに、まず、例えば、予定日を大きく超過して、色々状況が悪くなってきたから誘発をするんだというときに、それが遷延になってしまうような場合というのは、どんな兆候があり、どんなパターンがあるのかというのがもし見えてくるんだしたら、それは注意喚起に役立つだろうし、一方で、普通にお産を進めていけると思ったら、遷延になってしまったので、そういうときに、どういう対処をしたら結果がうまいことだったり、うまいこといかなかったりしているのかということの注意喚起というのは、一緒くたにしないほうがいいのではないかと趣旨です。

○石渡委員長代理

分かりました。他にご意見はございますでしょうか。

○鮎澤委員

すみません、3点ご質問と、それから、1点コメントといたしますか。

まず1点目が、総括の2ページ目、12行目。原因分析報告書において、「評価がされた施設は■■■■施設である」とあって、通常、このあたりは件数で出てくるのですが、施設という言い方をされておられますよね。これには何か意図があるのでしたっけ。

○事務局

1つの事例に搬送元と当該分娩機関と2つ施設が関わっている場合、それぞれ評価をしておりますので、事例数ではなく施設数で数えています。

○鮎澤委員

ただ、これまで、施設数についてはこうというような定義がないですね。それまで全部件数、件数、件数でずっと押してきて、重複するものもありという言い方をしていますけれど、施設数については、どのような数え方をしていくのかというところがどこにも書かれていなくて、わりと唐突な感じがあります。どうしてここが施設数なのかということを知りやすくして頂くと、理解しやすいと思いました。

○事務局

はい。

○鮎澤委員

それから、2点目なのですが、同じく2ページの提言の(2)、パルトグラムの使用については、やはり「勧められる」というニュアンスになるのでしょうか。どういう書きぶりにするかというところの提言として難しいところだとは思いますが、先生方がお読みになられて、これはやはり「使用する」ではなくて、「使用することが勧められる」が適切なものなのかどうか、改めて伺いたしたいと思います。

それから、3点目なのですが、前回、たしか胎盤病理はこれからとても重要だというお話が出てきて、これをぜひ何らかの形で提言に織り込めないかというお話があつて、どういうふうな形で出てくるのかなと思っていました。今回、総括の中には出てきていなくて、このあたり、どういうことになるのだろうと、今、思いながら伺っていたところです。そのところ、ぜひとも、これからどういうことになるのか分かりませんが、ここでしか書けない提言として、ご検討頂く価値があるのではないかと思います。

そして、もう1点、最後、これは大変失礼な言い方になるかもしれないのですが、この総括を読んでいて、遷延分娩というのはこういう定義なのだと思っていたところ、先ほど、この定義が実はあまり知られていないし、周知されていないという、委員、それから、委員長のご発言がありました。もしかしたら、一番最初に書くべきは、遷延分娩をちゃんと理解しましょうということなのではないかと思いながら聞いたりもさせて頂いていました。もちろん、それはここに書く以前のお話ということなのかもしれませんが、改めて、この席でも理解がなかなか難しいテーマなのだと感じた次第です。

以上です。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございました。それでは、今、4つほどのご意見が出ましたけれども、初めの施設数が出てくるという、ここの部分については、いかがですか。第1点目。

○事務局

ご指摘の通りに説明を追記致します。

○石渡委員長代理

はい。

よろしいですか。

○事務局

はい。

○石渡委員長代理

パルトグラムの使用が勧められるという、この表現も含めてなんですけれども、提言にこれを盛り込むことについて、産科の先生方、いかがでしょうか。どうぞ。

○金山委員

この提言の中でパルトグラムが突然出てきたんですけれども、パルトグラムをつけているのは当たり前というか、どの施設もつけていると思うんですけれども、なぜこれが、パルトグラムはここで勧められるというのが出てきたんですか。グラフ化していない施設が非常に多いということは、診療録では確認されたのでしょうか。

○事務局

再発防止課では診療録は実際に見ていなくて、原因分析報告書からプロットしてこの表を作ったので、実際のパルトグラムの記載の有無については不明です。この分娩経過の図が見やすいというふうに評価頂きましたので、やはり見えたほうがいいのかということ、池ノ上委員長にも相談させて頂きまして、これは少し載せたほうがいいのかというふうにご意見も頂きましたので、こちらの提言をさせて頂こうと。

○金山委員

パルトグラムをつけて、それで、先ほどから議論になっている遷延分娩というのはどういふことをいうのかというのを提言するのがよろしいかと思えますし、それが1点ですね。

あとは、先ほどの胎盤病理のことは、前回も話題になりましたけど、全く出ていないので、それはどこかに盛り込んだほうが私もいいと思います。

それから、2ページの産科医療者に対する提言の(1)ですけれども、最後のほうで、「臍帯動脈血ガス分析pH値7.2以上の事例は少なかった」ということですが、こ

これは前回、子宮内感染がある例では、pH 7.2以上の事例も結構あったということで、11ページで、子宮内感染ありの一番下のほうのカラムに、7.2以上は■■■■%ということで、子宮内感染があつた事例は、pHが悪くなくても脳性麻痺になっているということは、ぜひ提言として出したほうがいいんですけども、その辺は出ていないようなんですけども、付け加えたほうが私はいいと思いますけれども。

○石渡委員長代理

つまり、ここに少し注釈みたいなことを入れるということですね。感染とか、それから、血行障害とか。松田委員、その点いかがですか。

○松田委員

全体の文脈というか、その前に子宮内感染というのを別枠に入れて書いたほうが、誤解は少ないですよ。だから、子宮内感染が関与している可能性がある事例では、pHが7.2以上の事例は少なくはないというか、それを別に書かないと、この文章だけではちょっと誤解されます。

○石渡委員長代理

分かりました。そうですね。誤解を受けることがあるから、そのように変えたいと思います。

それから、胎盤病理についても少し盛り込んだらどうかというご意見ございましたけれども、これについてはいかがでしょうか。

今、保険的には、胎盤病理が保険の適用になっているとは思うんです。感染、あるいは、早剥等々にですね。胎盤病理をやることによって、かなり病態がはっきり分かってくる事例もありますので、これは金山委員のご専門のところですけども。

○金山委員

まだ遷延分娩の事例でも半分も出されていないということですので、炎症とか感染の程度を把握する、あるいは、それによって新生児管理も適切な情報が提供できるという面もありますので、ぜひ盛り込んで頂きたいと思います。

○石渡委員長代理

今、保険適用の話が出ていますけれども、ガイドラインが出ると、大体保険に通っちゃうんですよ。それから、多分、産科医療補償制度の再発防止のここにも出てくると、保険に採用されやすいということもありますので、実際に医学的に必要なことですから、ぜひ提言の一つに書き出したらいいと思います。

他にございますでしょうか。どうぞ、田村委員。

○田村委員

その感染絡みということで行きますと、まず質問ですけど、11ページのところの感染ありまたは疑いとされた事例■例のところに、胎盤病理の話の下にCRPがありますけど、これは母体のCRPですよ。ですね。そうすると、子宮内感染ありで疑われた事例で、実際に検査した事例では、それなりにCRPは上がっているんだけど、3分の2ぐらいの事例では、CRPも測っていないということで、胎盤病理、もちろん大事だと思うんですけど、どこのクリニックでもすぐやれるということであれば、このCRPも、それこそやっぱり疑ったら、まずCRPをチェックしましょうと。

それから、新生児に関しては、日本の我々は、欧米は必ずしもそうでもないんですけど、CRPを非常に重要視していて、臍帯血でCRPが上がっていたりすると、感染を疑って、色々精査を進めるということ、それは新生児科医にとっては常識になっていますので、産科の先生方も、もし感染を疑うときには、母体のCRPをもっと積極的に調べられてもいいのではないかなと思いましたが。これ、見当違いの発言であれば、産科の先生のほうから修正頂ければと思うんですけど。

○石渡委員長代理

子宮内感染の臨床的な判断として、白血球の数とか、CRPが一応出ていますよね。ですから。

○松田委員

CRPは入っていないんです。

○石渡委員長代理

うん？

○松田委員

CRPが入っていないんです。

○石渡委員長代理

CRPは入ってない？

○木村委員

白血球数ですね。

○石渡委員長代理

白血球数だけ？

ことが、それを使わない1つの理由であったのではないかなというふうには、私は、そういうふうに思ったのは、ちゃんとしたデータがなかったのです。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございます。

○松田委員

よろしいですか。この事例は、子宮内感染ありまたは疑いとされた事例の下の注釈を見ると、かなりばらばらなんです。一定の診断基準ではないんですよ。だから、これ、かえって誤解を与えちゃうから、いっそのことCRPは取っても別に問題はないと私は思うんですけども。

なぜならば、今、私たちが認めているというか、多くのコンセンサスがある感染の診断基準にCRPが入っていないから。もちろん、CRPの上昇は、今から研究すれば、また新たな脚光は浴びるかもしれませんが、現状では入っていないので、CRPのところはあえて外したほうがいいのかも说不定です。

○石渡委員長代理

いかがでしょう。そうしましょうか。

○木村委員

むしろ白血球はないんですか。

○松田委員

うん、白血球がむしろ欲しい。

○石渡委員長代理

今後の検討項目ということで。

○木村委員

あるんだったら白血球、入れるんだったら、白血球のほうが、今の診断基準を適用してというか、それよりも後手に回ったのか分かりませんが、測った時点では白血球はこれぐらいだったというほうが、まだ。たしか1万5,000でしたかね。

○松田委員

1万5,000。

○木村委員

1万5,000で切っていますので、そのほうが、まだ今の診断基準とは適合すると思います。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございました。他にはご意見ございますか。どうぞ、村上委員。

○村上委員

すみません、パルトグラムの中で、ちょっと戻ってしまうんですが。分娩のとき、パルトグラムを書くのは助産師がすごく多いので、今、現場で書いていないところもあるのは存じ上げているんですけども、でも、分娩遷延に関しては、やはりパルトグラムで経過を十分に把握するということが大事なのかなと思いますので、私自身は、この部分にはパルトグラムのことは入れてもらいたいと思っています。

ただ、この文章だけだとちょっと説明が足りないので、遷延分娩の際には、経過を十分に把握して、適切な介入、適時な介入が必要とされるので、分娩の進行経過を把握するために、日常的にも図式化したパルトグラム等を使用することが望まれるとか、勧められるみたいな、少し文章を補足して頂くのがよろしいのかなと思います。

第2回の再発防止に関する報告書で診療録の記載について出たときにも、パルトグラムのことは、最後のところに推奨する内容が書いてあるので、ここでもう一回言って頂くのもいいのかなと思っています。

○石渡委員長代理

分かりました。よろしいでしょうか。

○事務局

はい。

○石渡委員長代理

他には。どうぞ、木村委員。

○木村委員

私も、パルトグラムに関しては、ぜひ書いて頂くほうがいいのではないかなと思うんですけども。ただ、実際使っておられないところが、それでマルプラクティスというふうには取られないような表現はやっぱり言って、勧められるとか、そういったことでいいと思います。

もう1点は、今、WHOのパルトグラムとかFIGOのパルトグラムは、子宮口4センチ以下はないんですね。4センチ以内は分娩が始まっていないというふうに定義されているので、それまでが幾ら長くても、それはもう気にしないということも言うておかないと、多分、グラフを書いて、3センチぐらいでずっといっていると、何かしたいと思ってしまう

うという問題が出てくると思いますので、それだけは、もしも例を出すのであれば、注釈をつけておいたらいいかと思います。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございます。他にございますか。

○松田委員

よろしいですか。遷延分娩についても、一応リーフレットとかは準備されるんですよね。だから、そのときに、この定義をもう一回どんと出しておいて。だから、医療従事者に、30時間、15時間という重要性を考えてもらうということは非常に大事なことだと思います。今、もうモニターのほうで、レベル分類に全部、どの分娩室にもあると思うので、それと同じぐらいのおおきさで。それと、もちろん、これこれこれがあれば子宮内感染というのも一応一緒に入れたら、非常にインフォーマティブと思うんですけども。

○石渡委員長代理

特出ししますか。遷延分娩のことについての定義とか、そういうのを一応もう一回書いて周知させるという意味で、書きましようか。どうぞ。

○金山委員

そもそも論になってしまうんですけども、遷延分娩というのは、分娩の3要素すなわち胎児、娩出力、産道、このどこかがおかしいと遷延分娩になるわけですね。今回の解析で何が一番遷延分娩の原因になっているのかというのが、なかなか難しいと思いますけれども、現在の日本において、娩出力が弱いのか、回旋異常とか、胎児の大きさの問題なのか、あるいは、頸管熟化が悪いのか、あるいは、産道が悪いのかというのが、イントロダクションでそういうものがちょっと見えてくれば、遷延分娩の対策というのも立つのではないかなという気がしました。

それから、もう1点、前回も話題になったんですけど、11ページのところですけども、前期破水、子宮内感染で上から3段目ですが、 というのは、これは子宮内感染の原因として前期破水が多いということは、言えるのではないかと思うんですけども。前期破水が遷延分娩のリスクになっているということに関しては、どういうふうに取り扱うかということも是非検討頂ければと思います。前期破水があれば、当然、二次的な絨毛膜羊膜炎も起こりますし、また前期破水自体が、絨毛膜羊膜炎の結果起こっていることもありますので、その辺は何らかの形で取り上げられたらよいかなと思います。

○石渡委員長代理

いかがでしょうか。よろしいですか。

他にはございますか。色々ご意見が出ましたけれども。どうぞ、勝村委員。

○勝村委員

今の木村委員のお話で、ちょっとお聞きしたいんですけども。4センチまではという話は、遷延分娩そのものの定義に影響を与える話ではないんですか。

○木村委員

実際には、だから、分娩が始まっていないとカウントするんですね。パルトグラムで、2センチとか3センチとか。ですけど、例えば、陣痛誘発をしている場合でも、ゼロからのスタートですから、ですから、そこは、じゃ、0から4センチまで長くかかってもいいのかというと、これまた難しいところで、どこかで切らないといけないんです。だから、その相互の基準には、確かに齟齬があります。おっしゃる通りです。

ただ、一応日本の遷延分娩の定義は、子宮口関係なしに、規則正しい陣痛が来てから30時間、15時間というのが定義ですので、今回のパルトグラム上の定義とちょっと違います。なので、ここの定義としては問題がないと思います。

○石渡委員長代理

だから、パルトグラムを今度1つの見出しとして書き入れる場合に、先生が言われたような、4センチ以降はよく注意して見なさいとか、そういうような注釈を入れて書くということでしょうかね。だから、もともとの定義を勝村委員が言われており、混乱が起きては、これはまとまっていきませんので、今まで行われている定義をまず書いてということ。

そういう対応で、勝村委員、いいですか。どうぞ。

○勝村委員

逆に、慌てて遷延になっていると思いつているケースもあり得るということですよ。WHOと比べてみたときに。

○木村委員

どの時点で医療介入をするべきかというのは、例えば、3センチでずっと痛がっているのにほっといていいのかというようなこともまた出てきてしまいます。もちろん、破水をしていると、もう1センチであろうが、ゼロであろうが、スタートを切らないといけないと。様々な状況がありますので。ただ、一般的に子宮口が1時間当たり0.5センチとか1センチとかいう基準を満たして開かないといけないというのは、4センチ以降と。いわゆ

るアクティブフェーズですね。アクティブフェーズは4センチ以降というふうにして、そこでのスピードは非常に重視しているのが海外の現状で、そのパルトグラムのカーブから落ちると、もうすぐオキシトシンが入るといような形になっているように、病院によりますけれども、思います。

○石渡委員長代理

どうぞ。

○勝村委員

パルトグラムはすごく大事だと思うし、これ、実際パルトグラムがなかった事例がすぐに把握できているわけではないんですよ。分からないんですよ。

なんですけど、お聞きしたいのは、遷延分娩になっているかなっていないかというのは、パルトグラムがないと分かりにくいものなんですか。

○木村委員

分かりにくいか。

○勝村委員

逆に、こうやって作ってもらって、すごく分かりやすいという。

○石渡委員長代理

だから、勝村委員、パルトグラムがこんな長くなっちゃうわけですよ。

○勝村委員

なるほど。でも、大概パルトグラムはありますよね。見ると。ないのはあんまり見たことないですけど。

遷延分娩というのは、パルトグラムがない場合って、遷延になっているというのは、どうやってと思いますよね。

○石渡委員長代理

分娩の記録には書いてありますよね。時間で。だから、きちんと表に表していくということになると、さっき木村委員が言われたような4センチぐらいから書いていけばいいとか。

どうぞ、お願いします。

○金山委員

私もパルトグラムは賛成ですけれども、記載内容は施設によって異なっていて、Y軸は子宮口開大度で、反対側のY軸が下降度で、それは最低限必要だと思いますし、場合

によっては、診察したときの回旋状況はちゃんと記載している施設もあるし、全く回旋は無視しているところもありますので、パルトグラムに記載する際は、何を記載するかということをやはりしっかり検討して、パルトグラムを出すのは賛成ですけれども、何を記載するかということも大事だと思います。

○石渡委員長代理

つまり、サイズ、フォース、スペースという、そこをパルトグラム上に記入して、そうすると、ぱっと見ただけでその遷延分娩の原因まで分かるというような。そういうことは、ここの委員会から提言していいのではないのでしょうか。

他にございますか。

○金山委員

そうですね。内診所見で回旋異常がほとんど書かれていないということですので。要するに、内診、回旋の状態を注視していないという事例が多いかと思imasので、やっぱりその辺も大事かもしれませんね。

○石渡委員長代理

ちょっと脱線しますが、村上委員、内診で回旋というのはよく分かりますか。

○村上委員

分かります。助産師教育の中でもやっていますし。

○石渡委員長代理

それは、ドクターのほうがちよっとできないらしい。

他にご意見ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

少しこの書きぶりを変えなければいけないところが出てきましたけれども。頭出しとして出すのは、胎盤病理のことと、パルトグラムのこと、それについては、見出しをきちんとつけて、これに盛り込むということになるかと思うんですけど、よろしいですか。

それでは、またご意見があれば、後でお願いしたいと思います。

それでは、議事2)に移りたいと思いますが、「数量的・疫学的分析」ということでお願いしたいと思います。事務局のほうから説明をお願いします。

○事務局

「数量的・疫学的分析」についてご説明致します。資料5と資料6、第7回の再発防止に関する報告書をお手元にご用意下さい。

今回、事前に委員の皆様方にご意見をお伺い致しました。お忙しい中、お目通し頂き、

ありがとうございました。ご意見を頂いた内容については、資料5にまとめてございます。また、資料5の右側に、ご参考として、お調べした内容などを記載しております。

なお、ご意見伺いの際に添付致しました、変更後表一覧を資料6としております。表の番号などは、現時点では、第7回再発防止に関する報告書の20ページからの「第3章数量的・疫学的分析」の番号と同様となっておりますので、適宜ご参照頂けますと幸いです。

資料についてのご説明は以上となりますが、今回取りまとめたものについて、第8回の再発防止報告書に掲載する集計表と致したいと思っております。ご審議のほど、よろしくお願い致します。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございました。ただいまの説明に、ご意見とかご質問ございますでしょうか。この前の意見シートで出た内容について、反映した表になっております。

木村委員、いかがですか。委員、ご質問が多かった項目について。

○木村委員

すみません。こんなふうそのまま載ると思わないで、思わず口語調で書いてしまいました、失礼致しました。

データとしては、大体ご提案の通りで、私はいいのではないかなと思うんですけども。例えば、臍帯の長さなどを消してしまっているのかなと。案外こういった情報がないので。まとまった情報って、どこかで取ろうと思うと、ないんですよ。そういった意味で、貴重ではないかなという気がしたのと、あとは、特に破水から児娩出までの時間というのが、帝王切開なんかのときにどういふのがちょっと分かりにくかったので、その記載は修正して頂いたのよかったですかなと思っております。

私からは以上です。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございました。他にご意見を頂いている先生方、よろしいでしょうか。どうぞ。

○勝村委員

吸引分娩と鉗子分娩の回数なんですけど、今しばらく回数を詳しく見ておきたいなという感じはするんですけど。ガイドラインは5と1となっておりますけど、そのことも含め、実際何回ぐらいされていることが多いのかというのは、あえて無理に集約しなくてもいい

のではないかという気がします。

○石渡委員長代理

いかがでしょうか。

○事務局

事務局から失礼致します。吸引分娩及び鉗子分娩の回数の項目に関しては、木村委員からも、もうちょっと細かく分けて欲しいということで、3回以内、4～5、6回ぐらいではいかがでしょうかということのご意見を頂いています。

現行案のように、1回から書くか、木村委員の案にするか、今のご意見ですと、5回以内・以上では、項目を集約し過ぎかなという印象を受けておりますので、どちらにするか決めて頂ければと思います。

集約に関して、そもそもこの項目、数量的・疫学的分析のパートの集約の大きな目的は、今年度から報告書のページ数の削減・軽量化というところをもって、できるだけ丸められるものは丸めてということになります。ただ、重要なことを丸めてしまったのではということになると困りますので、そこの辺の兼ね合いを考えて一応決めたいと思っているところです。

以上です。

○石渡委員長代理

いかがですか。ガイドライン上は、5回のところで分けてあるわけですがけれども。

○木村委員

前のやつで、何ページにありましたっけ。前の吸引分娩の集計というのは。

○事務局

事務局から失礼致します。33ページになります。

○木村委員

33。

○事務局

表3-II-36となっております。

○木村委員

これですね。なるほど。

○石渡委員長代理

どうですか。ご意見ございますか。

あまり1回、2回、3回、4回とか細かく分類しなくて、このガイドラインは一応5回というところになっていますので、これでよろしいのではないかと思いますけど、よろしいでしょうか。どうもありがとうございます。

他にはございますでしょうか。事務局のほうから何かありますか。

○事務局

あと、臍帯の長さのところは、事務局としては、過長・過短臍帯という臍帯異常の部分で集計を、第7回の報告書でいいますと、35ページの表3-II-41で記載していますので、異常だけでいいかと思ったところもありますけど、集計データとして必要というのであれば、木村委員の言うように、これまで通り、34ページの表3-II-40、臍帯の長さということで、10センチ区切りで表を掲載するというのもありかと思っています。この辺については、ご判断頂ければと思います。

○石渡委員長代理

いかがでしょうか。7回の報告書の通りでよろしいですか。どうもありがとうございます。

他にはございますでしょうか。

臍帯の異常のところも、金山委員、これでよろしいですか。前の通りで。

○金山委員

過短臍帯、過長臍帯は非常に問題ですし、長い場合は過捻転につながると思いますし、やっぱり10センチ刻みのデータは非常に興味深いし、できれば継続したらいいと思いますけれども。

○石渡委員長代理

では、7回のとおりと同じということで、どうもありがとうございます。

他にはよろしいでしょうか。どうぞ、お願いします。

○勝村委員

吸引の回数は、今やってもらっているというか、年度ごとの変遷のところにも入っているんですけど。

○事務局

入っていないです。

○勝村委員

入ってない。

○事務局

はい。

○勝村委員

もしかしたら、入れてもらうことも検討できる……。これはそこで決めなければ。

○事務局

そうです。あと、データとしては蓄積しておりますので、例えば、テーマ分析で吸引分娩をした場合ですとか、他のテーマで吸引の実地状況といった場合には、もちろん、0、1、2ということはお出しすることは可能です。

ただ、毎年出す報告書に、第3章に集計表として掲載する集計の形はどうかというところで、これをもって、今後、5回未満が拾えないというようなものではございません。

○勝村委員

石渡委員長代理、木村委員がおっしゃっていたように、ちょっとまとめてもらうにしても、もう少し分けて、僕は、できれば、吸引の回数というのは減少傾向にあって欲しいと思うんですけど。

○石渡委員長代理

それは、産科医療の質の向上という次のテーマにもありますけれども、その辺のところに対応していくようなものではないかなとは思いますが。

○勝村委員

そうですね。そこと、加えて。

○石渡委員長代理

この制度が始まって、こういう提言を書いていって、そして、どの程度改善されてきたかということの評価につながるようなものと。

○勝村委員

それもおっしゃる通りやって欲しいし、こっちのほうも、どうつながるか分からないですけれども、5回というガイドラインでいいのかどうかというのは僕は思っていて、4とか3とか下げていってもいいのではないかという気もしなくもなくてですね。ざくっとですけど。

○石渡委員長代理

それは産科の統計の中から、この辺まではある程度安全な領域だということを出ているわけで。

○勝村委員

そのために、これは1つの、ある種新たな統計がこの制度でできつつあるわけなので、そういう意味でも、5だけで、今のガイドラインがそうだからというだけで終わってしまうよりは、もうひと回りあったほうがいいのではないかなという気はするんですけど。

○石渡委員長代理

分かりました。他にはございますでしょうか。よろしいですか。どうぞ。

○吉川委員

木村委員のほうからご提示があった、10番目の院内助産が必要かどうかということに関しましては、これは残しておいて頂いて、このまま継続で。今ちょうど助産師のほうで、やはり院内助産ができるレベルの助産師をアドバンス助産師ということで認めて。

○石渡委員長代理

第7回の報告書の。

○吉川委員

には入っていますので。

○石渡委員長代理

何ページでしたっけ。

○吉川委員

7回の報告書は、39ページですね。

○石渡委員長代理

39ページ。

○吉川委員

表のⅢ-2のところ。先生のほうから、こちらですよ。継続が必要かどうかというご意見だと思うんですけども。ちょうどまだスタートしたばかりで、ちょっと状況も見ていきたいので、これはこのまま残しておいて頂きたいと思いますので、よろしく願いします。

○石渡委員長代理

事務局、よろしいですか。

○木村委員

委員長代理、よろしいでしょうか。

○石渡委員長代理

どうぞ。

○木村委員

先ほどの勝村委員の吸引分娩のことなんですけれども、やはり医療の質という面で言うと、例えば、ここはこれぐらいざっくりでも、経時的なところで、そちらで評価をするときに、例えば、先生おっしゃるように、もう少し下げるほうがいいんだったら、3、5、それ以上みたいにして、年度別にどう移っていったかというような形で示されたら、そのほうが多分。私も、これ、実は、ぼんと出るよりも、減っているのか増えているのかが知りたかったので、そのほうが意義があるかなという気は致しました。

○石渡委員長代理

そうですね。

○勝村委員

それをするというを決めてもらうんだったら、僕もそれでいいと思います。

○石渡委員長代理

分かりました。ですから、この制度とかガイドラインがあって、どういうふうに変更されてきたかということ具体的に評価できるようなものを出していくということですね。

他にはございますでしょうか。よろしいですか。どうもありがとうございました。

それでは、議事3)の「産科医療の質の向上への取組みの動向」についてということで、これも事務局、説明をお願い致します。

○事務局

「産科医療の質の向上への取組みの動向」についてご説明致します。

第7回の再発防止報告書でいいますと、第5章のところでございます。今年度の委員会においては、初めて議事に挙げているものになります。ご参考までに、第7回報告書の148ページ以降をあわせてご覧頂ければと思います。

この章におきましては、これまで取り上げたテーマから、胎児心拍数聴取について、子宮収縮薬について、新生児蘇生について、診療録等の記載について、これら4つのテーマについて、動向を出生年別に把握するために集計しております。同一年に出生した補償対象事例については、全件、原因分析報告書が完成し公表に至るのは2009年出生児のみですので、本章においては、原因分析報告書が公表された事例のうち、補償請求用専用診断書を作成した時点の児の年齢における補償対象事例の原因分析報告書の公表を条件に集計しております。

前回の第7回の報告書では、149ページに図がございますが、診断書作成時年齢0歳及び1歳について、2009年から2011年までに出生した事例につき分析対象としておりました。今回の第8回の報告書におきましては、第7回の報告書の分析対象に加えまして、同じく診断書作成時年齢0歳及び1歳の事例で、2012年出生の事例について分析対象に加えていきたいと思っております。

具体的な集計につきまして、資料7をご参照下さい。こちら、表5-IV-1、専用診断書作成時年齢の内訳というものから表を掲載しておりますが、この表5-IV-1から表5-IV-6というところまでは、分析対象事例に見られた背景について掲載しております。身体障害者障害程度等級の内訳ですとか、脳性麻痺発症の主たる原因等について集計しております。

続いて、めくって頂いて、4枚目から、表5-V-1ということで、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というものを掲載しておりますが、こちらが胎児心拍数聴取についてのテーマについて、動向を見ているものになります。こちらは、産科医療の質の向上を図るための評価がされた項目、事例について集計しておりますので、評価された事例数のパーセンテージが下がっていったほうが望ましいと言えるかと思えます。

続きまして、表5-V-2以降は、子宮収縮薬についての動向把握になっております。この5-V-2については、収縮薬の使用状況ということになりますが、その次の表5-V-3、子宮収縮薬使用事例における用法・用量、心拍数聴取方法ということで表にしてありますけれども、こちらの各薬剤の下のところに、基準範囲内かつ連続監視という欄があるかと思うんですけれども、こちらのパーセンテージが上がっていくことが重要だと思われれます。

続きまして、その裏面には、子宮収縮薬使用事例における説明と同意の有無について、動向を掲載しております。

続きまして、表5-V-6、こちらは新生児蘇生についての動向に対する集計となっております。こちらは、生後1分以内に新生児蘇生処置が必要であった事例について、1分以内に人工呼吸開始されているかどうかといったところを集計しております。

最後に、表5-V-7、診療録等の記載についてですが、こちら産科医療の質の向上を図るための評価がされた項目の事例について集計しておりますので、評価された事例数のパーセンテージが下がっていったほうが望ましいと言えるかと思えます。

本章の構成等は、第7回の再発防止報告書と同じような構成をしておりますが、具体的な原稿等につきましては、次回以降ご確認頂くこととし、本日の審議におきましては、集計表のみご提示させて頂きました。

また、こちらの集計につきましては、あくまで診断書作成時年齢0歳、1歳という各出生年の一部分のデータのみですので、第7回の報告書同様、集計に対するコメントや所感というものは掲載しない方向で考えております。

第7回同様、各テーマに関する各関係学会・団体等の動きということも掲載していきたいと考えておりますので、各学会等の代表の先生方へ後日ご確認させて頂きたいと考えておりますので、お手数をおかけ致しますが、よろしくお願い致します。

ご説明は以上です。よろしくお願い致します。

○石渡委員長代理

分かりました。7回の報告と同じように、数字だけを出すということなんですけれども。勝村委員、何かございますか。色々なところで改善は少し見られているようにも印象を受けますけれども。

○勝村委員

石渡委員長代理の見られているところ、例えば、どんなところか、ちょっとレクして頂けたら。

○田村委員

よろしいですか。

○石渡委員長代理

どうぞ、お願いします。

○田村委員

今の表5-V-6ですか、1分以内の人工呼吸の開始状況というのは、2015年の新しいNCPRのガイドラインの中で、蘇生を必要とするような患者では、人工呼吸を少なくとも1分以内には必ず開始しようということになっていて、それが、これを見ると、本当に2009年が49.6%、10年が63.5%、11年が73.7、2012年が■■■■と、本当に右肩上がりにどんどん増えていて、まだこの時期では、我々、そういうガイドラインを言ってなかったんですけど、現場では、むしろ我々のガイドラインに先んじて、こういう傾向があるんだということで、正直驚いています。このデータ集めがこんなところで生きているということで、本当に感動致しました。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございます。

○木村委員

よろしいでしょうか。

○石渡委員長代理

どうぞ、木村委員。

○木村委員

先ほどの勝村委員のご意見では、ここに吸引分娩の施行回数と年次変異みたいなのを1つ入れておくと、吸引プラス鉗子でもいいですけども、これ、年次までは難しいですか。数を挙げるのは、できそうですか。

○石渡委員長代理

入れられますよね、ここに。

○木村委員

それを5回で切るか、3とか、いくつかの分類にするか、それはお任せするとして、そういうところで、器械分娩をかなり多くやっているような事例が減っているかどうかというのを見るいいデータにはなるのではないかなと思いますので。

○石渡委員長代理

どうぞ、お願いします。

○事務局

すみません、事務局から失礼します。5で切るか、3で切るか、決めて頂けると。

○石渡委員長代理

どうぞ、決めて下さい。

○松田委員

はっきりとした根拠はなかったですね。安全を見込んで5にしたんですね。フランスだとかは3というふうに出しているんですけども。だから、それだったら、またガイドラインの整合性も出てくるし、今のままでよろしいのではないかと思うんですけども。

○石渡委員長代理

じゃ、今のままの切り方で、よろしくお願いします。

勝村委員、先ほど先生の質問の中で、例えば、表5-V-3のところのオキシトシンの使用の基準範囲内で使われているというのが、これ、パーセント、上がってきていますよ

ね。だから、細かく見ていけば、随所で改善点は見られていると思うんですけれども。

他にございますでしょうか。

○勝村委員

当然、そうならないと、再発防止委員会として何をやっているか分からないので、ありがたい傾向です。ただ、それはどれぐらいの右肩あがりであるべきか、もっときちんと一気にできるのではないかと思う部分もあると思うんですけど。

これ、まだ一つ一つの表にコメントというのは難しい段階だとしても、全体にざくっと、この辺はこういう流れで改善しつつあり、このあたりは、もし合意できるのであれば、さらに課題だということが見えてきたら、結局、それが次の僕たちが取り組まなければいけないテーマにもつながっていくかもしれないし、あえて頑張っ、この中身をよくよく見、てみようみたいな感じがもうちょっとあってもいいのではないかなと思うんですけれども。それで、結局、ここはよくなっているけど、この辺が課題だよねという、せつかくまとめて頂いているので、まとめただけにせずに、何か。

○石渡委員長代理

もう少し集積して、まだ第7回から出したばかりなので、もう少し今までのこれを踏襲して、それで、来年あたりで、もう少し細かいコメントを入れられるようなものに持っていったらいいのではないかなと思いますけどね。

○勝村委員

そういう、今の石渡委員長代理のご意見のスタンスも言って含めつつ、一方で、やっぱり急ぎ対応しなければいけないようなものでもあると思いますので、その間ぐらいで何か。

○石渡委員長代理

検討させていただきます。

議事3)につままして、他にはございますでしょうか。よろしいですか。

では、次の議事4)ですけれども、「本制度補償対象2009年出生児集計」についてということで、これも事務局から説明をよろしくお願いします。

○事務局

事務局より失礼致します。「本制度補償対象2009年出生児集計」についてご説明致します。資料8と9をお手元にご用意頂ければと思います。

資料8の意見シートに沿ってご説明致します。なお、ここに出てきます表の番号などは、現時点では「第7回の再発防止に関する報告書」の「数量的・疫学的分析」の番号と同様

となっておりますので、適宜ご参照頂けますと幸いに存じます。

まず意見シートの1番、2番で、人口動態統計と比較する項目について。曜日別の件数と出生時間別件数において、人口動態統計とあわせた集計をしてはいかがとのご意見を頂戴致しましたので、まず1番の「曜日別件数」については、資料9の1ページ目において、祝日・年末年始を引いた件数を平日として、祝日・年末年始の行を下に追加致しました。2番目の御意見の「出生時間別件数」についても、資料9の2ページにおいて、人口動態統計にあわせて集計致しております。

続きまして、資料8、意見シートの3番、子宮内感染を見てはいかがかというご意見を頂戴致しましたので、資料9の9ページにおいて、「表3-II-19産科合併症」にて、子宮内感染の項目がございます。こちらにおいて集計致しました。また、一番後ろの18ページの「表3-V-1原因分析報告書において脳性麻痺発症の主たる原因と記載された病態」の単一の病態が記されているものの感染の中の、その他の感染に子宮内感染が含まれております。

続きまして、意見シートの4番、リスクスコアと児の予後の関連性を見てはいかがかのご意見を頂戴致しましたが、資料9の7ページ、「表3-II-3分娩週数別件数」と、続きまして、9ページの先ほどと同様、「表3-II-19産科合併症」について集計致しました。

次に、意見シートの5番で、今まで再発防止委員会から提言した観点から、集計のみとしている項目がございましたが、そちらから、「表3-II-26子宮破裂の有無及び子宮手術の既往の有無」から「表3-II-29分娩誘発・促進の処置方法」の4項目と、「表3-II-34子宮底圧迫法の実施の有無」について、今回、診断書作成時年齢で2つグループに分けて比較する項目へ移してはいかがかのご意見を頂戴致しました。ご意見にございました5項目について、資料9の10ページから12ページに集計致しました。こちらの5項目については、表の番号と名称に分かりやすいように網かけをしております。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございました。

○事務局

すみません、引き続き、失礼致します。

10ページから11ページ、網かけになっておりませんでした、申し訳ございません。資料9の10ページにございます「表3-II-26子宮破裂の有無及び子宮手術の既往の

有無」から、12ページの一番上の「表3-II-34」までが、新たに追加した5項目で
ございます。大変失礼致しました。

また、資料9の6ページをご覧頂きますと、診断書作成時年齢で2つのグループで比較
分析を行う項目の一番初めの表についてですが、小林委員より、補償審査種別の件数も集
計表に入れてはいかがかとのご意見がございましたので、今回、こちらに集計して記載さ
せて頂いております。

なお、この資料9についてですが、今回、集計後に、事前に小林委員へご相談をして、
各比較分析の冒頭部分、先ほど見て頂きました6ページと、一番上にございます1ページ
に総論を記載しております。

ご説明は以上となります。ご審議をお願い致します。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございました。分かりやすい資料8の表を作って頂きましたけれども、
委員の先生からご意見ございますでしょうか。

○松田委員

よろしいですか。

○石渡委員長代理

お願いします。

○松田委員

資料9の18ページです。子宮内感染に関するところですが、注4)の「その他
の感染」は、□などである。注7)の「感染」は、GBSやヘルペス脳炎はなく、□や□
などであるとありますけど、ここに子宮内感染が入るんですか。

○事務局

はい。まだ集計結果全てまとまっておりませんので、こちらは□となっておりますが、
そこに子宮内感染が入ります。

○松田委員

じゃ、その注7)の□のもう1個は、今の段階では未定ということですか。

○事務局

はい。今後件数が増えるかもしれません。

○松田委員

分かりました。

○石渡委員長代理

よろしいでしょうか。他には。どうぞ、木村委員。

○木村委員

すみません、前回休んでいたんで、この議論のそもそもなんですけど、診断書の作成の時点で0、1、2と3、4で分けているというポイントなんですけど、これは、いわゆるソーシャルバイアスはないと考えて、もう診断がついたときに診断書が書かれているというふうな前提なんですか。

例えば、怪しいけど出そうかどうかと思っているけど、やっぱり出したみたいなお話で、3歳を超えるような事例はまずない。もう一応診断がついたら出すということで、医学的に明らかになってきたから、今まではあんまり明らかでなかったけど、3歳になってやっぱり脳性麻痺であることが明らかになったので出したという、そういう解釈でいいですか。

ソーシャルバイアスがどうなっているのかなということで。

○石渡委員長代理

非常に重要なポイントだと思うんですけども。

○木村委員

原因とリンクできるのか、できないのかが大きく変わってくるような気がするんですけども、そのあたり、いかがでしょう。

○石渡委員長代理

いかがでしょうか。

○事務局

専用診断書作成時年齢が提出されたときの年齢としてはいるんですが、少し上がってくるまでに時間がかかるとお思いますので、一度、事務局内にて流れを再度確認して、そのあたりは、次回以降にご説明できればと思っております。

○木村委員

ここの6ページの総説を見ますと、非常におもしろい、要は、出生児のダメージが比較的軽いような子が、ひょっとしたら後で出てくるのかなと思わせるような文言なんですけど、これは本当だったら非常におもしろい事象なんですけれども、こう言ってしまっているのかというのが、ちょっと私には分からなくて、それでご質問させて頂いたんです。

○石渡委員長代理

非常に重要なポイントなので、ぜひよろしくお願ひします。事務局から、他に何かコメントありますか。このことに関して。いいですか。

他にはございますでしょうか。いかがでしょうか。よろしいですか。このようなまとめ方で。どうぞ。

○勝村委員

今の木村委員と同じことなんですけど、これは、だから、ざくっと言うと、0、1、2歳、診断書作成が小さいほど重症度が高い感じで、3、4歳のほうは、ややそれに比べたらという印象と捉えるのでいいんでしょうかね。どういうふうにとらえるべきでしょうか。

○石渡委員長代理

それをもう少し細かく検討してみるということなんですけれども。そういう傾向はあるのではないかなと思いますけれども。

他にはございますか。項目としては、ここに書かれているような項目でよろしいですね。

それでは、特に感染症のところ、分かったら、今、□になっているところを埋めて頂ければと思います。

○事務局

はい。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございました。

それでは、次は議事5)ですけれども、胎児心拍数陣痛図の判読についてということで、これについても事務局のほうで説明をお願い致します。

○事務局

胎児心拍数陣痛図の判読についてご説明致します。資料10と11をお手元にご用意下さい。

資料10の意見シートに沿ってご説明致します。

まず意見シート1番で、分析対象についてご意見を頂戴致しましたので、資料11の1ページに図を作成致しました。今回は、判読を誤りやすい波形パターンについて分析することを目的としているため、判読と対応について評価がされた■■■■件のうち、判読についての医学的評価がされ、診療録に判読所見の記載があった■■■■件を対象としております。この図の中で、判読が誤りで、対応が正しい事例の具体的な例としましては、原因分析報

告書において、「〇〇の対応は一般的である。ただし、この波形をこう判読したことは一般的ではない」といった記載があった事例がございました。

続きまして、意見シートの2番に移ります。重複事例について分かりやすく記載すべきというご意見を頂戴致しましたので、資料11の2ページの6行目に、評価された箇所は■■■■カ所であり、■■■■事例が重複していたと修正致しました。

また、意見シートの3番で、一過性徐脈の分類ができない事例について、子宮収縮が正確に記録されていないことを明記すべきとのご意見を頂戴致しましたので、同じく、資料11の2ページ20行目で、「子宮収縮が正確に記録されておらず、一過性徐脈の波形分類ができない事例」と修正致しました。同様に、4ページの掲載表の文言も変えてごさいます。

続きまして、意見シート5番の「30秒」の記載について、急速または緩やかという判断は、肉眼的に評価し、判読が困難な場合は参考にするといった分案に修正してごさいます。資料11の5ページと7ページの分案を修正致しました。

続きまして、意見シートの6番と7番で、紙送り速度が毎分1センチであった事例についてご意見を頂戴致しました。

まず、1センチのCTGを横に3倍に伸ばしたものを並べて提示すべきというご意見でしたので、資料11の6ページと8ページの該当2事例につきまして、横に伸ばして提示しております。その際に、「本来の毎分3センチで記録したCTGとは異なる可能性はあるが、今回は波形の出現時間を強調するために横に伸ばしている」という注釈を記載致しました。

また、コメントにつきまして「開きがある」という文案に違和感があるというご意見でしたので、「胎児心拍数低下の最下点と子宮収縮の最強点は、同時に出現しているように見えるが、実際の時刻には差があり、子宮収縮最強点に遅れて胎児心拍数低下の最下点がある」という分案に修正致しました。

次に、資料10の裏面に移りまして、8から11番につきまして、CTG掲載に当たり、原因分析報告書において判読を記載していない場合も、異常波形が出現しているものは、判読を加えて記載したほうが良いとのご意見を頂戴致しましたので、CTG掲載のタイトルを「再発防止委員会からの解説」としまして、9ページの事例につきましては、遅発一過性徐脈も出現しておりましたので、遅発一過性徐脈について分案を追加致しました。

続きまして、意見シート12、13番の10ページのサイナソイダルパターンの文案に

ついてご意見がありました。公表事例の積み上げに伴いまして、分析対象も増えており、藤森委員に再度ご確認頂いております。サイナソイダルパターンの事例につきましては、掲載事例を差し替えております。掲載事例に沿った分案、「2～3サイクル」に変えておりまして、定義は「1分間に2～6サイクル」と修正してございます。

続きまして、意見シートの14番、13ページに胎児心拍数が正確に記録されていない事例もあり、報告書に掲載すべきというご意見を頂戴致しましたので、13ページの事例を追加致しました。

続いて、意見シートの15番、16番の徐脈の理解についてのご意見です。「子宮収縮波形が正確に記録されていない事例」として掲載予定であった事例が、「変動一過性徐脈、回復良好」と判読していただきましたので、徐脈の理解についてコメントを追加致しました。こちらの徐脈の理解に関する事例についても、藤森委員にご相談し、事例を選定致しました。

最後に、17番の用語の定義についてですが、胎児心拍数陣痛図の用語及び定義検討小委員会報告2003の、2010と2013年に一部改訂としまして、新しいもののみに修正致しました。

ご説明は以上です。ご審議をお願い致します。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございました。いかがでしょうか。原因分析委員会のほうで指摘されていない事例についても、今後、医療安全に関することでは重要だということで、再発防止委員会から意見を述べているわけですが、いかがでしょうか。

これ、全部、藤森委員がチェックしてくれているんですね。

非常に分かりやすく改正されていると思うんですけども、どうですか、松田委員、ご意見は。

○松田委員

非常に分かりやすくなっていると思います。これだったら、非常に理解しやすいと思います。

○木村委員

よろしいでしょうか。

○石渡委員長代理

どうぞ、お願いします。

○木村委員

特に、この3倍速に引き延ばしたやつはなかなかおもしろくて、こんなのも見たことがないので、なるほどと思わせるようなデータでした。ありがとうございました。

○石渡委員長代理

今、ガイドラインは、3センチ送りというのは、推奨レベルのBでしたっけ。Aでしたっけ。Bだったんですかね。最近少なくなってきたはいますけど、でも、相変わらず上がってくる事例の中にはこういうのがございますので。

○木村委員

多分、ロイヤルカレッジが1センチ送りを使用しているので、その加減で、世界中のガイドラインがそろっていないということなのではないかなと思うんですけど。

○石渡委員長代理

今、機構のほうからは、1センチ送りでやってきている医療機関に関しては、何か注意喚起しているんですか。

○鈴木理事

報告書で指摘をしております。

○石渡委員長代理

そうですか。どうもありがとうございます。お願いします。

○事務局

事務局から失礼致します。産婦人科診療ガイドライン産科編2017では、3センチで記録するというのは推奨レベルBとなっております。

○石渡委員長代理

絶対ではないけれども、ほとんどやらなければいけないという、そういう評価だと思わんですが。

他にございますでしょうか。よろしいですか。どうぞ、お願いします。

○鮎澤委員

今回の判読図、修正案で、「再発防止委員会からの解説」というふうきちんとタイトルをつけて頂いたことは、誤解を招かないというだけではなくて、すごく大事な一歩だと思うのです。これが明確に出されるということは、60回を経たこの委員会から独自のメッセージが出せるようになってきて、今ご指摘があった、分かりやすくする工夫が見えるようになった。すごく大事なところだと思うので、ぜひ、もっと太くして書いて頂きたいと思うくらいです。これからこういったものが色々な形で出てくれば良いなと改めて拝見

しました。

それから、もう1点なのですが、判読についての資料11の3ページ、産科医療関係者に対する提言。毎回語尾のことばかり、しつこくて恐縮なのですが、5項目のうち、「望まれる」と書いてあるのが3項目あります。今回、私たちは、一過性徐脈等々も含めて、きちっと理解していこうということをアピールするわけです。(1)、「再度確認することが望まれる」。これは「再度確認する」でもいいのではないのでしょうか。それから、特に(5)、判読所見を診療録に記載する。これは、やっぱり「望ましい」ではなくて、「記載する」で終わって頂いてもいいのではないのでしょうか。

このあたり、産科医療関係者に対する提言で、これまで「望まれる」と書くのは、よっぽどハードルが高いようなものに比較的限定していたように思います。少なくとも(1)と(5)は、「する」でよろしいのではないかと思いながら拝見してきました。

○石渡委員長代理

どうでしょうか、委員の先生方。

○木村委員

現場感覚として、(1)はいいとして、(5)ですね。見たということだと、これ、連続的なものをどう書くのかという記載が非常に難しいような気がする。例えば、1時から3時までのCTG所見で異常なしと書いていたら、それでよしとするのか、あるいは、1時10分オーケー、1時20分オーケー、1時30分オーケーと書かねばならないのかというあたりが、実は連続的にモニターするということの記載というのは常にそういう問題をはらみまして、結局、裁判等では、わりにあんまりそういったことは聞かれずに、チャートだけで判断されてしまうという逆の面も出ておりますので、そのルールというのはなかなか決めにくいのではないかなという気は致しております。

書けとおっしゃるのはその通りなんですけど、例えば、CTG上にちよろっとメモでリアクティブと書いてあるようなものから、きちっと何時から何時までどうであるというふうに書いてあるものまで、色々なんです。異常があれば書いていることは多いと思うんですけども、正常なことをずっと定時的に書いているかということ、これは結構、そう言われると、現場の先生方は苦しいのではないかなという気がしますが、いかがでしょうか。

○石渡委員長代理

どうでしょうか。要するに、書いてあることは分かるんだけど、書いていない場合ですね。書くべきであるんだけど、往々にして正常であると書かないことが結構あって。

とにかくガイドラインのAとかBとか、そういう推奨レベルのものはするときちんと断定的に書いたほうがいいと思いますけれども、その他のことについては、どうでしょう。他の先生、ご意見ございますか。

木村委員は、状況によって「望ましい」という表現も、今の段階では必要であろうというご意見です。どうぞ。

○金山委員

CTGというのは、確かにチャートで1枚15分、20分の判断も大事ですけども、やはりずっと時間軸を追った評価も大事ですので、あまりの20分のチャートの評価を診療録に書きましょうということを強く言いますと、全体像が見えなくなる場所もありますので、難しいところですけども、何か異常所見があれば記載するというのがポイントだと思います。何もない所見、正常のときに常に記載するというのは、現場の負担が結構あるのではないかなと思いますけれども。

○石渡委員長代理

どうでしょうか、松田委員。

○松田委員

全体を読むと、やはり「望まれる」という、この文言で、今の段階ではやむを得ないのではないかなと思いますけれども。

○石渡委員長代理

どうぞ、お願いします。

○吉川委員

これ、(5)が「判読を行った際は」と書いてあるので、判読を行ったら記載はしなければいけないと思うんですけど、「測定を行った際は」というふうにしたらだめですか。そうしたら、判読所見を診察録に記載することが望まれるという形で。判読をしてあるんだったら、診療録に記載するとしないと、読んだというふうには考えないでしょうか。

○金山委員

でも、常に現場では、判読と測定は同じですよ。測定しっぱなしで、判読しないということはあり得ないですよ。

○石渡委員長代理

正常の経過をたどっている、そういう正常のCTGに関しては、正常というふうに一々カルテには書かないことが多いですよ。

お願いします。

○村上委員

先生方は、とても悩ましいんだろうなと思います。ただ、助産師が毎回毎回モニターをチェックしたりするときは、むしろ正常であることを確認して、何か正常から逸脱した場
合があるようなときには、早目にドクターに報告するというのが身につけていますので、
そこをずっと書かないということは、助産師にしてみればあり得ない。むしろ、その部
分に何もコメントしていない、正常だと判断していないのかということが責任を問われる
というところなので、立ち位置が違うので、何が望ましいとかということとは言えませんが、
助産師は多分、リアシュアリングであるという形での毎回毎回記録はするようにしなさい
と臨床でも言われていると思います。

○石渡委員長代理

よく事情は分かりますけれども。でも、これは両方が見るわけなので、ダブルスタンダ
ードはできませんから、今回はよろしいですか。

他にはございますでしょうか。どうぞ。

○松田委員

モニターのほうで、8ページ、先ほどの1センチの3倍に延ばしたところですけども、
注のところの、「本来の3cm/分とは」ですね。「とな」となっています。

○事務局

「とは」です。修正致します。

○石渡委員長代理

松田委員、何ページ？

○松田委員

8ページ。

○石渡委員長代理

はい。

○松田委員

医療機器メーカーに聞いたんですけど、確かに異なる可能性はどうしてもあるそうなん
です。これは単に上の分を3倍に延ばしただけで、それでこうなっているということを強
調したほうが、いいと思います。実際にはバリアビリティが少し違うというようなことを
言っていましたので。

○木村委員

基線細変動が変わるでしょうね。

○松田委員

はい。

○木村委員

多分。定義が変わっちゃうから。

○松田委員

ただ、一過性徐脈は、こうすると非常に見やすいということだから、このアイデアは非常にいいと思います。

○石渡委員長代理

よろしいでしょうか。そこのところ、書きぶりを。じゃ、どうもありがとうございます。

どうぞ、金山委員。

○金山委員

ちょっと細かい点で、9ページですけれども、ここだけ胎動のグラフが出てくるんですけども、これ、胎動計かなんか使っているんだと思いますけど、他は胎動は出ていない。下の収縮曲線のところのグラフがありますよね。これは、他のチャートがない、胎動がない中で、これだけ見ていると違和感があるということと、一般的には、収縮曲線から胎動も分かるわけですから、この胎動というのは、どういう測定装置で記録しているのかよく分かりませんが、少し違和感があるイメージを受けませんか。

言いたいことは、胎動というのは子宮収縮曲線に出てきますので、これはわざわざ胎動計を使わなくても分かるという。これを使わないと胎動が認識できないというイメージが伝わらないほうが僕はいいと思います。

○事務局

事務局から失礼致します。分娩機関から提出されたものをそのまま載せています。ここになぜ胎動の記録があるかというのは分かりませんが、印刷業者に確認して、消せるようでしたら、消したほうがよろしければ、検討いたします。

○石渡委員長代理

他の先生、違和感ありますか。これだけに胎動がぱぱっと書いてありますけど。

○金山委員

胎動計がついている分娩監視装置というのは、ほとんどないですよ。これはどういう

機械を使っているのか、もうちょっと知りたいなと思うんですが。

○石渡委員長代理

自分で押すのがありますよね。

○金山委員

それはありますね。これ、押した感じではないですよ。連続的な細かいモニターになっていますものね。

○松田委員

その胎動に注意がいけないような表現ができればいいんですけどね。

○石渡委員長代理

ここを消去しちゃうというのはまずいですよね。

○松田委員

消去するのは、この子宮収縮を消しちゃうことになるから。子宮収縮が、これは一番大事ですよ。だから、せっかくこのようないい事例があったのが、たまたま胎動があったということですよ。

○石渡委員長代理

ちょっと検討させて下さい。

他にはございますでしょうか。どうぞ、お願いします。

○勝村委員

3ページの提言のところなんですけど、1つ検討したらいいのではないかと思うのが、かなり前に田村委員から発言あったと思うんですけど、小児科の先生からすればというお話だったと思うんですけども、こういう警報の音が出たりとかは作れないのかというような。例えば、きちんと記録が取れていないとか、または、グラフが危険な形になっているとかいう、企業、メーカーにそういう要望をするということがきっかけで、そういうふうにメーカーがやろうかなと思ってくれるというのは大事なことなので、書いておく価値があるのではないかというのが1つと、もう一つの話は、ここまで3センチメートルであることが重要とここで言っているのであれば、推奨レベルをもっと上げるように学会に言うというのは、ここと学会との連携度合いがよく分からないですが、学会とかにも、もっときちんとやるという話もあっていいのではないかと、提言に関して、そのあたりどうなんでしょうかと思っているんですけど、いかがでしょうか。

○石渡委員長代理

それは、日産婦学会・医会のほうに、こちらの再発防止委員会の詳細な検討から、3センチ送りにするというのを推奨レベルAにしてはどうかとか、そういうことは可能ですよ、当然。

○鈴木理事

そこまで言って、いいですか。

○石渡委員長代理

いいんじゃないですか。要望ですから。

○勝村委員

もうはっきり3センチと言い切っていますものね、この場では。

○木村委員

要望というか、だから、質問書みたいな形で……。すみません。

○石渡委員長代理

先生の立場でね。

○木村委員

半分学会の立場で。要望書というか、なぜこれがBなんですかという質問をして頂いたら、多分、ガイドライン作成委員の先生方は、その議論の過程はオープンにして下さると思うので、それに対して、じゃ、Aのほうがどうですかというふうなやり取りはできるのではないかなと思うんですね。

だから、その背景、実は、一部の国のガイドラインがまだ1センチなんです。それに配慮しているのではないかなと思うんですけども、そのあたりの経緯は僕も聞いてみないと分かりませんので、作成委員会に質問書を出すという形にして頂いたら、一番すっきりと先生がご理解頂ける回答が来るのではないかなと思いますが。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございます。

○松田委員

よろしいですか。先ほどの警報の問題ですけど、前回の話し合いでは、今回は母体音等の話はしないということになりました。現状のモニターは、2分ぐらいオーバーラップすると鳴るんですね。だから、その警報というものはあるんですけども、一方では、コンピュータシステムがまだまだ試作段階で、その意味での警報というものは、まだ普及していないと思います。

○石渡委員長代理

要するに、メーカーへの色々注文ですよ。

○勝村委員

大概抽象的な要望をいつもしているの、ざくっと、学会に対しては、色々再発防止を考えていると、もう3センチでないとだめだここは言い切っているわけなんです。ただ、一方で、学会としたら、他の国がということもあるかもしれませんが、こととしては、3センチはAにするような検討をしてもらえないかということのを要望しつつ、メーカーに関しても、色々始めてくれているんでしょうけれども、よりきちんと、ケアレスミスというか、そういう注意喚起を、医療安全がより高まるような形のもの是非常に大事だと思っているので、より開発してもらいたいという要望を出すというのは、要望をどうせ出すんだったら、すごく意味があるのではないかなと思います。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございます。他にご意見ございますか。どうぞ、鮎澤委員。

○鮎澤委員

181ページ、関係学会・団体等への動きの中に、関係学会・団体等に対する当機構の働きかけという項目があって、その中で、毎回、報告書を送りましたとか、第7回では、「再発防止に関する報告書」に記載されている要望について検討を依頼する旨の文書を医会・学会等々に送付したというところがあります。今の3センチの議論についても、こういうところに絡めて何か働きかけて頂けるスキームはあるのではと思います。ぜひご検討頂ければと思います。

○石渡委員長代理

分かりました。他にはございますでしょうか。

○勝村委員

もう一ついいですか。

○石渡委員長代理

どうぞ。

○勝村委員

ちょっと細かいことかもしれないけど、3ページの、先ほど鮎澤委員からもあった(1)のところですけど、これは結局、再度確認するというのが、通常、臨床の現場で確認しなさいみたいな話が本全体で多い中で、これはやっぱりちゃんと勉強しておいて、あらかじ

めそういうのが読み取れるようになっておきなさいという意味なんですよ。講習会に参加して。違うんですか。

この文章が、僕、ちょっと分かりにくいかなと思って。つまり、そういうものが判読できるようになっておかなければならないという意味ですよ。そうですね。判読について再度確認するというよりは、もう判読ができるようになっておかなければならないみたいな形の表現にしておいたほうがいいのではないかなと。

○石渡委員長代理

「望まれる」ですからね。

○勝村委員

再度確認というのが、意味がちょっと分かりにくい。

○石渡委員長代理

意味が分かりにくいと思うんですよ。勝村委員が言われる通りね。

木村委員、どうぞ。

○木村委員

これは、CTGの判読という問題に関しては、もう昔からいくつもスタディがあつて、なかなか再現性がないとか、同じ人が1週間後に読んだら、また違う答えを言うとか、本当に再現性がないということが一般的です。ただし、基本は理解することがもちろん大事なので、別に学習でも何でもいいですけど、判読をできるというふうになかなかみんなが言い切れないというのが本当のところ。本当のところは、ただ、それはサイエンスのレベルで言うと、そういうレベルなので、一般的なことをちゃんと学習するということはもちろん強調して頂きたいと思うんですけども。ご理解頂きたいのは、例えば、オーソリティが10人集まっても、5人ぐらいが違うことを言うようなパターンがあったり、あるいは、意地悪をして1カ月後に——1週間だか1カ月だか忘れましたが、1カ月後に同じものを見せたら全然違う答えを言う人がいっぱいいるというふうなのがこのグラフなので、もともとはそういうものであることはやはり事実だと。

○石渡委員長代理

原因分析委員会でも意見は結構分かりますよね。どうぞ。

○勝村委員

なるほど。分かりました。じゃ、こういう表現はどうですかね。ここの書いている趣旨というのは、基本が分かっておいて欲しいということなので、つまり、今回の冊子に書か

れたこのグラフの判読であるとか、医会が作られているポケットになっているやつとかは、必ず判読できるようになっておく必要があると。つまり、講習会へ参加して、「私、それ、ちょっと分からないわ」という人は参加して、そのあたりはきちんとできるようになっておくということが、質の向上としては。そういうふうにもうはっきり分かりやすく、具体的に書いてしまったらどうでしょうか。

○木村委員

基本について学習するとか、そういう言い方になっちゃうと思うんです。本当に正しく必ず読めるというのは、僕はすごく難しいことだと思っています。

○勝村委員

一応本になっているものは絶対に読めなければいけないものではないんですか。

○石渡委員長代理

あれも意見が分かれているのがあるんですよ。

○勝村委員

あるんですか。

○木村委員

勝村委員、申しわけないですけど、誰が見ても分かるものと、議論が出るものはどうしても出てまいりますので、なかなか判読を勉強したら絶対間違わないというようなものは多分ない。

○金山委員

有名な論文で、CTGというのは偽陽性が6割ぐらいで、偽陰性が1%ぐらいある。ですから、CTG バイタルサインではないんですよ。単なる自律神経反射を見ているだけです。限界があるのは事実でございます。

○石渡委員長代理

どうもありがとうございます。よろしいですか。他にございますでしょうか。

○勝村委員

ちょっといいですか。

○石渡委員長代理

どうぞ。

○勝村委員

でも、1つ目の表現は、講習会へ参加して、こういうふうになっておくという形を何か

うまく。

○石渡委員長代理

そこは、先生、検討させて下さい。

○勝村委員

はい。そういう形で、大事なところだと思いますので。

○石渡委員長代理

分かりました。

それでは、その他のことについて、議事6)ですけれども、事務局のほうからごさいますでしょうか。

○事務局

連絡事項でございませう。お手元に10月1日発行の産科医療補償制度ニュース第5号を、各委員の皆様へ3部ずつお配りしています。委員の皆様のご関係者の方々にもご案内して頂けませうと幸いでございませう。

次に、次回開催日程についてのご案内です。今回は、●●月●●日●●曜日の●●時からの開催であり、終了時間は●●時半の予定です。これが1月は、現在の予定ですと、ドラフト原稿をもとにした承認審議を予定していますので、各テーマの細かな審議は来月が最終ということで準備を進めています。机上に開催案内文書と出欠連絡票を配付させて頂いておりますので、ご出欠の可否についてご記入頂きますよう、よろしくお願い致します。

なお、次回の審議は、「テーマに沿った分析」について、「2009年出生児集計」について、「産科医療の質の向上への取組みの動向」について、最後に、「報告書の構成」についてを予定しております。事前に資料をお送り致しますので、お目通し頂きたく、お願い致します。

なお、机上の青いファイルにつきましては、こちらで保管致しますので、置いたままをお願い申し上げます。

事務局からは、以上です。

○石渡委員長代理

他にはよろしいでしょうか。今日は少し定刻よりも早く終わったので、先生方のご協力、本当に感謝申し上げます。今回は委員長がいられますので、どうぞよろしくお願い致します。

今日は、どうも本当にありがとうございました。

— 了 —