

第10回「産科医療補償制度再発防止委員会」 会議録

日時：平成23年9月9日（金） 16時00分～18時00分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

1. 開会

○事務局 事務局でございます。まだお見えでない先生もいらっしゃるんですけども、時間となりましたので、始めさせて頂きたいと思います。

本日は、お忙しい中お集まり頂きましてありがとうございます。

まず、初めに、資料の確認をさせて頂きたいと思います。

一番上でございますのが、本日の出欠の一覧表でございます。

続きまして、左側のクリップどめで、新聞記事、それから「マル写し」と書いた資料、それから1枚ものの厚生労働省の通知、こちらを参考として配付しております。

その次でございますのが、本日の次第と本体資料となります。

続きまして、資料1と致しまして、分析対象事例の概要（吸引分娩について）というA3の表の資料がございます。

続きまして、資料2と致しまして、吸引分娩について（案）と書いた資料がございます。

続きまして、資料3としまして、分析対象事例の概要（診療録等の記載不足について）というA3の表の資料がございます。

続きまして、資料4と致しまして、診療録等の記載不足について（案）と書いた資料がございます。

本日の資料は以上でございます。乱丁、落丁等ございましたら、お申しつけ下さい。

委員の皆様の卓上には、これまでに公表された原因分析報告書を参考としてお配りしておりますので、適宜ご参照下さい。

○事務局 それでは、ただいまから第10回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

本日は、板橋委員、岩下委員、隈本委員、福井委員からご欠席の連絡を頂いてお

ります。村上委員におかれましては、少し遅れて到着されるとご連絡を頂いております。

それでは、池ノ上委員長に進行をお願いしたいと思います。よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 それでは、委員の先生方、お忙しい中にご出席頂きましてありがとうございます。本日、どうぞよろしくお願い致します。

議事に入ります前に、8月22日に第1回の再発防止に関する報告書を公表致しましたが、その際、委員会を代表致しまして私のほうで記者会見に出席を致しましたので、それにつきまして簡単にご報告をさせて頂きたいと思います。お手元にその記者会見の報道のうち主な記事を準備しております。どうぞご参照頂きたいと思います。

記者会見には報道10社が参加致しました。約1時間にわたって記者会見を行いました。その質問は、全体を通じましてガイドラインが守れなかった事例は何例かとか、あるいはガイドラインに違反していない事例は何例かとか、そういうガイドライン違反の有無ということにほとんど質問が集中致しました。

最初に、私のほうで説明致しましたが、今回、数量的とか統計的あるいは疫学的な分析をするに足るだけの十分なケースが集まっているわけではないので、そういった視点での分析ということはあえて行っていない、ただ教訓となるような事例についてのテーマごとの分析を行って、その中でのガイドライン逸脱云々についての報告をしたというふうなことを繰り返し説明致しました。最終的にはそういったことでの理解を頂いたというふうに思っております。

産科医療の質の向上という意味でのガイドラインを逸脱したとか、ガイドラインがよく守られていないとか、当然、行われるべきことが行われていないということで、その中のことが必ずしもダイレクトに脳性麻痺発生の原因につながったと明確に言えるものではない、しかし医療の質を向上させるという意味からでは、そうい

ったガイドラインを遵守するということをステートメントとして出したということで、記者会見を終わりました。

その後、事務局等々へも色々な問い合わせやレスポンスがあったように聞いておりますので、事務局のほうで何かございましたら、追加して頂ければと思います。いかがでしょうか。

○事務局（森脇） 事務局でございます。

報告書に関する記者会見の後、8月22日から9月7日まで、約2週間で〇件程度のお問い合わせがございました。そのうちのいくつかをご紹介します。

まず、分娩機関〇件から報告書を数冊ほしいということで、院内に周知するために複数冊希望された分娩機関がありました。

次に、学会等への対応についてでございます。報告書に記載してあります学会に対する要望につきまして、取り組みをお願いする文書を機構のほうから出しております。主な関係団体、まず、産科婦人科学会、産婦人科医会、医師会等を含めまして、9団体に通知の文をお送り致しております。その通知の文章がお手元にあります記事の下に添付しております。併せてご参照下さい。

それを受けまして、医師会のほうでご対応を早速して頂きまして、原中会長名で都道府県医師会宛に本報告書を送付されたというご報告を頂きました。

次に、厚生労働省のほうからも対応を頂いております。先ほどの記事、通知文、

最後に1枚ものの役所の通知が添付しておりますが、このような形で報告書の公表に関して通知して頂いております。以上でございます。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。

報告書につきましては、産婦人科医会、あるいは産科婦人科学会にもこの報告書をお届けしておりますが、医会あるいは学会等でのレスポンスについて、先生方は何かお聞きしておりますか。

○石渡委員長代理 それでは、産婦人科医会のほうから。

産婦人科医会は、平成16年からすでにこの脳性麻痺事例だけではなくて、妊婦死亡であるとか、偶発して起こってくる医療事故の収集・分析を行っておりまして、それに基づいて都道府県の産婦人科医会、あるいは会員を通して、色々注意を喚起してずっと今まできているわけです。特に、医師賠償責任保険等々で対応するような場合には、あまり大きな過誤といいますか、それについてはその個人を呼び出してそれで対応している、そういう状況です。

今回、このようなことで各職能団体のほうに色々な提言・注意がなされました。これについて医会でも重く受け止めておりまして、具体的にはアクションを起こしております。

1つは、この新聞記事にあるように、心拍監視不十分が8件あるというようなことです。やはり、分娩経過を見ているのは助産師・看護師が主でありまして、そのときに胎児心拍数図の異常に早く気がつくこと、それを医師に報告することが大事でありまして、具体的には各分娩に携わる人のポケットに入るような、そういうCTGの、今度のガイドラインに沿った形の色々なパターンですね、パターン認識できるようなものをポケット版として配付することになりました。大体1万3,000部ぐらい作る。それで足りない部分については購入して頂くこととなりますけれども、そういうアクションを起こしました。具体的には、1カ月ぐらいたってそれが実現するのではないかというふうに思っております。

それから新生児蘇生、これも非常に重要なポイントなんですけれども、これにつきましては周産期新生児医学会が新生児蘇生のことについて、今、インストラクター養成等々で全国的に展開しておりますけれども、各産婦人科医会のほうにおいてもNICUの先生方の指導のもとに全国的な展開をしております。これについても今後とも充実させていこうというふうに思っています。

医会では、年に1回の全国の担当者連絡会を開いておりますし、また、産科婦人科学会の中でもそういう啓発するときのコーナーを設けておりますし、産婦人科学術集会でもやはり新生児蘇生のこと、それから胎児心拍数図の読み方等々についても啓発をしているという状況でございます、今後とも会員・各医療現場でそれが生かされるように医会としてもやっていきたいと、そういうふうに思っております。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。早急に色々なレスポンスをして頂いたということ、ありがとうございました。

川端委員、何か追加、ございますか。

○川端委員 石渡委員長代理のおっしゃった通りで、会員教育にはずいぶん力を使っているところですが、前も勝村委員からご指摘があったように、そういうところに顔を出したり読んでくれる人はよろしいんですけども、そうでない人たちをどうやってそういう場に引っ張り出すなり勉強してもらうかというのが、長年のテーマというところでは。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。その他の委員の先生方で、今回の報告書あるいは文章等について、何かお気づきのこととか、あるいはお聞きになったことがありましたら、お話し頂ければと思います。

○村上委員 日本助産師会のほうで、私、安全対策のほうの委員をやっておりますので、早速、この報告書を用いまして、先日、ちょうど1週間ぐらい前ですけども、リスクマネジメント研修会がありましたので、開業助産師さん等も踏まえて、病院に勤務している助産師等と一緒に研修会を実施致しました。再発防止に関する

ことということで、特に具体的には今回提示された4つのテーマに沿った分析の事例等を会員の皆様に紹介しながら、再発防止についての今後の注意事項等を確認したというようなところがございました。

特に、助産院の事例等も提出されておりましたので、その中で問題になった胎児心拍の監視の件に関しましては、頻回に聞くということの注意喚起とともに、たまたま新しくその間歇的なその胎児心拍聴取に関しては、記録が残るようなドップラ等の開発等も助産師会と一緒に開発していて、まだ製品化はされていないんですけども、大分見通しも出てきましたので、そうなりますと、バリアビリティ等のチェック等も間歇的な聴取であっても可能かなというふうに考えておまして、その辺に関しても新しい器材を導入しながら注意をしていきたいなと思っています。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。また、最近の情報をお知らせ頂ければと思います。

他にいかがでしょうか。

○田村委員 日本周産期・新生児医学会で定期的にやっている事務局と理事長との打ち合せ会での報告によると、「震災の影響で少し横ばいであったNCPR講習会の申し込みが急に8月後半から増えてきている。」ということです。恐らく、この再発防止に関する報告書が影響していると考えております。

それとは全く別なんですけれども、再発防止に関する報告書について某新聞記社から僕に問い合わせがあった中で、「同じ施設で2回起きているということについて、再発防止委員としてどう思うか？そういうことは再発防止委員会でしっかり指導しておけば同じ施設で2回起こるようなことは防止できたんじゃないか？」というような質問がありました。この会では2例発生した施設について、特にその施設での問題分析みたいなことは積極的にはまだしていませんよね。

○池ノ上委員長 今の2例ということについて、少し具体的にお話し頂けますか。

○事務局（原） お配りしております新聞記事の中ほどをご覧頂きたいんですけれ

ども、3つ目ですね。これ、実は訂正記事を出して頂いています。この15件のうち2件が同じだったということについては誤りですという内容の記事でございます。

もともと前回の運営委員会で、そのとき54件という原因分析の例数があったんですけども、その中に1つ同一分娩機関がありますという報告をしております、それと勘違いをされたようです。以上でございます。

○池ノ上委員長 15件ではないということですね。

○事務局(原) はい。

○池ノ上委員長 他にはいかがでしょうか。

○勝村委員 これ以上詮索するつもりはないし、本当にどこの医療機関かを教えてほしいということではないんですけども、だけど、やっぱり同じところで起きているというのは、すごく大事なテーマだとずっと以前から思っているんで、こういうのも出ていたということをお聞きして、ちょっと確認しておきたいんですけども。補償対象になったのは、今、200ぐらいですよ。分析が終わったのは去年が15で、今年がもう60ぐらいですか。だから、分析が終わったのは75個ぐらいあるということでしょうか。それとも、15+60じゃなくて、合計で60ですか。

○上田理事 トータルで60です。

○勝村委員 15+四十いくつで、60なんですね。

それで、この2例というのは、今年の四十数個の中に2つ入っているという理解でいいのでしょうか。それとも、15の中に1つあったんですか。15の中の1つと同じ医療機関が四十数個の中にもあったんでしょうか。ちょっとそのあたりは知っておきたいなと思うんですけども。

○上田理事 7月に開いた運営委員会で54件の中に1分娩機関で2つの事例、重複の事例があったことを報告しました。この分娩機関に対して報告書とは別に、別紙で改善の指導をし、また、6カ月後にフォローをすることを、原因分析委員会として取り組んでいることを委員会に報告しました。

ですから、今後、このような形で取り組みながら、必要に応じて公表します。これらの施設に対して報告書、また必要な場合には別紙において指導します。この点については、原因分析委員会でも議論になっておりますので、そのような対応をしていきたいと思っております。

○勝村委員 先ほど、川端委員からもお話があったように、やっぱり一番の今のテーマは、本当に一部だと僕らは従来から思っているのですけれども、ガイドラインを逸脱するようなことが、同じ医療機関でまた同じような逸脱というのが起こらないようにするということだと思います。それが、過去の医会から出されている先生方の文書を見てても、学会から出ているものでも、そのことが本当に非常に難しいんだらうと思いますし、僕らとしてもやっぱりそこを一番なくしたいという思いが被害を受けた人には多いので、そういう意味でもこういうふうに色々報道して頂いたことに感謝しますし、やっぱりそこをちょっと注目して、だから、XXXXXXXXXXの中に1つ、このようなのが2つあるということですがけれども、これ以降出てきた場合も、去年の15との関連も含めて出てきた場合は、一応、どこがという特定はないにしても、あったという事実は、この場では公表されていくという理解でいいんですね。はい。ありがとうございます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。よろしゅうございましょうか。何かお気づきの点とか。

もしないようでしたらば、今後ともこの再発防止委員会からの提言というのを委員の先生方の色々なご発言を頂きながら、同じようなまとめ方をしながら、もう少し数が増えてくると、全体像が、この分布だとか、頻度とかというものが、よりきちっとしたものが見えてくるのではないかと思いますので、そういったところも加味しながら、今後、再発防止委員会からの提言を出していきたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。

それでは、今日の議事に入らせて頂きたいと思えます。

本日の議事は、次第の通りでございます。本日は前回の委員会で議論をして頂きました委員の先生方から、色々なご意見がございました。その中から2つだけ、事務局と相談致しましてテーマに沿った分析の対象として挙げさせて頂きました。

それでは、それにつきまして事務局のほうから、まず、説明をお願いしたいと思います。

2. 議 事

1) 「テーマに沿った分析」

○事務局（原） それでは、本体資料の次第をめぐって頂きまして、本体資料の1ページをご覧頂けますでしょうか。こちらのA4のほうです。次第の次になります。ここでは、テーマに沿った分析に関しまして、前回の委員会でのテーマ選定に関する意見を掲載させて頂いております。また、後ほどご覧を頂ければと思いますが、今日は、この中で①吸引分娩についておよび②記録に関することについて取り上げております。

この資料の3ページですけれども、意見の最後のところです。前回の委員会で、件数の提示に関するご意見がいくつかあったかと思えます。この点につきましては、次回の委員会で、「数量的・疫学的分析」の集計表を中間報告として提示をさせて頂く予定でございます。

それでは、早速、今回のテーマに沿った分析に入らせて頂きます。

まず、吸引分娩から始めたいと思います。資料1をご覧下さい。A3の横の資料になります。こちらのほうは、吸引分娩が行われた■の事例の一覧でございます。これまでと同様に、発症の原因、医学的評価、検討すべき事項を一覧にしております。また、吸引に関する点をより分かりやすく示すために、表の左側でございますけれども、クリステレル併用の有無、吸引の回数、吸引時間、吸引開始時の児頭の高さですね、最終的な娩出の方法、帽状腱膜下血腫の有無、これらについて記載を

してございます。

なお、こちらの資料につきましては、吸引分娩に関する検討に当たりましてご参考にして頂ければと思います。

それでは、資料2になります。A4のほうです。吸引分娩についての報告書(案)につきまして、澤田客員研究員よりご説明をさせていただきます。

○澤田客員研究員 では、説明させていただきます。

第1回の報告書と同様な作りで作らせて頂いております。

まず、分析対象事例の概況であります。今まで公表された58件のうち、■■■件において急速遂娩が行われており、そのうち吸引分娩が行われた事例が■■■件ありました。うち■■■件にクリステレル胎児圧出法が併用されております。この■■■件を対象として分析しております。教訓となる事例が■■■件ありました。

帝王切開に移行した、帝王切開が必要になった事例が■■■件。ガイドラインで言われている5回以上、20分以上、という長い期間において吸引分娩が施行された事例がそれぞれ■■■件ずつ。また、児に帽状腱膜下血腫が発症した事例が■■■件あり、そのうちの■■■例で児の出血性ショックが起こって、それによって脳性麻痺が発症したというふうにされておりました。

事例の概要として、2件の事例を示しております。

事例の1ですが、吸引分娩を■■■回施行しましたが児娩出に至らず、帝王切開に変更した事例を載せております。これの問題点としましては、吸引分娩の施行から帝王切開まで■■■分を要しており、吸引分娩実施後■■■分を経過した時点での分娩方法の見直しを行わなかったことが一般的でないという事例が1例目です。

続きまして、2例目ですが、こちらは吸引分娩の施行、緊急帝王切開の施行、蘇生などは特に問題なかった事例であります。児の血腫、帽状腱膜下血腫によって出血性ショックに至った事例を載せております。

3ページ目に移ります。今までと同じように、吸引分娩施行に関する問題点、原

因分析報告書において書かれたものを示しております。4つの項目に分けております。(1)吸引分娩の適応について、(2)吸引適位について、(3)吸引分娩の回数と総牽引時間について、(4)クリステレル胎児圧出法の併用について、に分けて書いております。

4ページ目です。4)分娩機関が検討すべき事項とされたところも、先ほどの4つに分けて書かれております。

続きまして、5ページ目ですが、5)学会・職能団体への要望です。これにつきましては、ちょっと分け方が変わっておりますが、(1)番目として吸引分娩の適応と適位についてがまとまっております。

(2)番目としましては、帽状腱膜下血腫について。これは吸引分娩によって帽状腱膜下血腫が起きる可能性があるということで、かなり十分な監視をしたほうがいいのではないかというようなことを、ガイドラインに分かりやすいものに改訂する努力を望むというようなことや、わが国での全国的な実態調査を行ってほしいというようなことが書かれておりました。

(3)番目として、クリステレル胎児圧出法の併用についてです。これにつきましてもクリステレルの適応についての再検討が望まれるということと、ガイドラインに示したほうがいいのではないかということが書かれておりました。

6)国・地方自治体への要望はないということでした。

7ページ目です。吸引分娩およびクリステレル胎児圧出法に関する現況です。

吸引分娩に関しましては、一番最初の段落で、手技は比較的容易であり、産科医を目指した医師の多くが初めて行う産科手術の1つであること、その合併症についてその後書かれております。その下半分には、2011年の新しいガイドラインが載せてあります。

8ページ目には、クリステレル胎児圧出法についてです。教科書的に書かれていることと、2段落目には、ガイドラインの解説に書かれていたことを載せておりま

す。あまり文献的にしっかりとしたエビデンスがないということが言われておりまして、今後、検討されるべき課題であると記載されておりました。

9 ページ目です。今回の再発防止および産科医療の質の向上に向けての提言です。

1)産科医療関係者に対する提言であります。まずは、ガイドライン2011に従うこと。そして、以下の4つに関して徹底して行うこととしております。

まず、(1)吸引分娩施行の判断を適切に行い、適切な手技で吸引分娩を行うこと。(2)吸引分娩施行中は胎児の状態を常に確認し、牽引回数5回ルール、牽引時間20分ルールを念頭に置き、随時分娩方法の見直しを行うこと。(3)帽状腱膜下血腫の発生により児の状態悪化があることを認識し、児の状態を注意深く観察すること。(4)クリステレル胎児圧出法の併用は有用であるが、胎児の悪化をきたす可能性があることを認識することとしました。

2)学会・職能団体に対する要望であります。①産科医が吸引分娩の技術を分娩機関等で習得できる仕組みを構築すること。②本ガイドラインを会員に周知すること。③吸引分娩の条件を再検討してほしいということが書かれております。以上です。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。少し長くお話し頂いて、たくさんの方が情報がうかがえますけれども、いかがでしょうか。まず、全体として先生方のご意見を頂きたいと思っております。

○箕浦委員 私、このガイドラインに言及しているというのは、非常に大事だと思います。これまで色々な鑑定だとか意見書を書いてきたんですが、吸引分娩というのはかなり多いです。必ずそこで問題になるのは、適応と要約を満たしていたのかどうか。新しいガイドラインでステーション0でいいということになってしまうと、これまでは、ほとんど従来は、大体鉗子と吸引は、吸引の適応も基本的には鉗子と同じであるというふうに教科書に書いてあったと思うんですね。ここでガイドラインのことをごちゃごちゃ言ってもしょうがないんですが、ガイドラインによればス

テーション0でいいということになってしまうと、恐らくそれに従ってゼロでどんどんやる事例が増えるのではないかという危惧を覚えるわけです。ですから、このガイドラインに言及しているというのは、非常に大事なかなというふうに私は思いました。

○池ノ上委員長 先生、おっしゃったガイドラインに言及というのは、どういうふうに言及という意味ですか。

○箕浦委員 ステーション0というのは、本当にこれでいいのか、再検討をというような趣旨かなと、僕はこの報告書で思ったんですが。

○池ノ上委員長 ああ、報告書の内容がですね。ガイドラインのステーション0というのが、もう一遍再検討の余地があるのではないかというような意味で報告をしていると。

○箕浦委員 ええ、私は思います。

○池ノ上委員長 そういうことでよろしいですか。

○箕浦委員 ガイドラインを読んでも大したエビデンスもないようなのに、ゼロでいいと言う。推奨度Bですから、結構いいんじゃないかということになってしまうので、かなりこれは危険ではないかと、私は今まで色々な裁判をみてきた経験では思っています。ですから、ここでここにちょっと言及したというのは、結構大事なかなというふうに私は思いました。

○池ノ上委員長 逆の意味になっているんですよね。じゃないんですか。

○澤田客員研究員 その■件の中にステーションがはっきり分かっているものと、分からないものと、診察したものの所見はあるんですけども、それだけでステーションゼロがいけないということは、私たちの事例からは言えないとは思いますが、まあ、見直してほしいという。

○池ノ上委員長 ちょっとその具体的なステートメントは何ページでしたか。

○上田理事 9ページですね。下から4行目です。

○池ノ上委員長 はい。分かりました。箕浦委員がおっしゃったのは、9ページの(3)のところですね。

○箕浦委員 そうです。その辺で、ガイドラインは0になっているので、私はこれまでの色々な相談を受けた例とかを見てみると、0で吸引を始めてぐちゃぐちゃになったケースが結構あると思うんです。

○池ノ上委員長 ここでは、原因分析の報告の中に、+2で吸引したけれども不成功に終わって予後不良だったというのが含まれているというのを(3)で述べたということに意義があるという、先生のおっしゃっているのはそういうことですね。

○箕浦委員 そうなんです。今のガイドラインは、ステーション0でも推奨度Bでいいんじゃないかということになっているんですが、それはかなり危険かなというのが私の考えです。

○池ノ上委員長 僕も、このガイドラインのこれ、吸引を行って出なければ鉗子が帝切というところもあるんですよ。それは、先生、いかがですか。さっきおっしゃったのは、吸引も鉗子も適応は一緒だということになると、吸引をトライして、それで出ないから、じゃあ次は鉗子でというチョイスにはならないように思うんですが。

○箕浦委員 そうですね。今の大体の産科の傾向を見ておりますと、吸引をやる先生は吸引しかやらないし、鉗子の先生は鉗子しかやらないので、いずれにしても吸引で出なければカイザーというふうに。

ただ、私、色々な裁判になったケースとか相談を受けたのを見てみると、吸引というのは次は出るかなと思って次々とやってしまうというところがあるような気がしておりますので。

○池ノ上委員長 そうですね。実際はそうですね。

○箕浦委員 吸引でこの20分ルールとか5回ルールをちゃんと守って帝切にするというのが大事ではないかと、私は思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

○石渡委員長代理 吸引の要約のところ、今、S p ± 0、ここは一応吸引の適応と入っていますけれども、一般的にはこれで私はよろしいんじゃないかと思うんですね。問題は、大事なところは、その吸引分娩をやって、その結果としてスムーズに出ないようなときに、どの時点で帝王切開に切り換えるか、あるいは鉗子に切り換えるか、そのときの判断が大事であって、やはりS p ± 0という、そういうことは1つのポイントとしてはやはり書いてあってもいいんじゃないかと思うんですね。それを見直す必要があるのかどうか、そこはちょっと疑問に感じるんですけども。

○藤森委員 非常に難しい話で、それは吸引の適応にもよりますし、それから、初産・経産の別でも、やっぱりちょっと違うと思うんですね。確かに、吸引していると次には出るんじゃないか、滑脱しても次には出るんじゃないかと言って、引き続けてしまうというのもよく分かりますし、そうすると、帝王切開するまでは、それよりはそれでクリステレルを併用して出るほうが児にとってはいいんじゃないかと思ってしまうというのも、僕もそれもよく分かりますし、僕もそういうのを私的鑑定とかで回ってきて見たこともあります。

ですから、そのステーション0とか+2で全て統一するというのにちょっと無理があるのであって、微弱陣痛なのか、回旋異常はないのかとか、そういう初産・経産がどうなのかということによっても、ちょっと一概には言えないような気がして、心音が遷延一過性徐脈になったからと言って引く場合と、微弱陣痛だとか妊婦が疲れていて引く場合とか、やっぱりちょっと違うような気がして、一概に0と+2と+1というふうにはなかなか決められないような気がするんですけども。

○箕浦委員 私も今のご意見には賛成です。もう少し何と言うか、0だから何でもいいというのではなくて。

○藤森委員 僕もそういう意味です。

○箕浦委員 弾力的に行きましょうということですね。

○石渡委員長代理 もちろん、その状況によって引くわけですが、少なくともSp±0よりも高い位置から引くということについては反対ですが、Sp±0から引くというのは、その状況を判断して、私はそれはいいんじゃないかというふうに思っています。

問題は、引いた後の経過がどうなるかということが大事であって、それはいつでも鉗子分娩、あるいは帝王切開に切り換えるようなダブルセットアップしてやっていくということが重要であるんじゃないかと思うんですね。

○池ノ上委員長 他にご発言はいかがですか。

○藤森委員 石渡委員長代理がおっしゃるように、やはり人を集めておいてちゃんと吸引すると。僕も吸引の後に鉗子というわけじゃなくて、吸引で出ないときには帝王切開になるという例のほうが多いと思うんですけども、吸引のときには原則ACOGなんかもカイザーできるような体制で引きなさいというのが一般的だと思うんですけども。だから、人を集めて、ちゃんとそれなりの体制で吸引分娩するというふうなことも大切だと思います。

○川端委員 ガイドラインを読みますと、「児頭が嵌入（ステーション0）している」という条件が書いてありまして、これは嵌入ですから、ステーション0よりも骨盤に入っている状態の場合にやってもよいというか、そういう表現だと思います。ですから、これよりも高いところにいる場合にはやっちはいけないよということ。これは言っているというふうに私は読みますけれども、もし、何でしたら、ステーション0よりも嵌入しているんですから、よりプラスの状態で行うべきであるとか、ちょっと表現方法を変えて、0になったら引きなさいという意味ではないということ。これを明確にしたほうがいいのではないかと思います。

私、ガイドラインのほうに関与していますので、今のご意見を持って行って、ちょっと表現方法をもう一度考えて下さいと言いたいと思います。

○箕浦委員 結局、事例の集積かなと思います。ずっと言われているようにですね。

記載がないと事例は集積できないんですが、ステーションいくらで引いてどうなったかというような、やっぱり集積がこれから大事になると思います。

○池ノ上委員長 そうですね。これは予後不良例しか出てこないんですけども、予後良好例というのはなかなかとらえられないので、そこがまた苦しいところなんですけど、しかし、そういう部分がかかり出てくるということは、やっぱりどこかに問題がある。

それと、これはやっぱり個人の技術だとか、その患者さんの背景だとか、色々な状況が多岐に絡まってくるので、なかなか難しい。だから、さっきから議論が出ていますように、ガイドラインの数値できちつとは、とても決められない問題だと。そういったところもジャッジというものの奥深さといいますかね、お産に携わる人間の判定というのが、数値はあくまで数値的な基準であって、それにプラス色々なものが関わってくるというところがここにはないと、実質的な運用にはならない。恐らく、余計な、不必要な予後不良例を産み出してしまう可能性が出てくるような、何かそういう気がして、これをずっと読んでいたんですけども。

ですから、ガイドラインはもちろん重要ですから、ガイドラインということは頭に置いてやるということは非常に重要なんですけども、そのみでいいかと言うと、非常にそうではないというところを強調しないといけないと思います。

○勝村委員 この資料なんですけれども、吸引分娩についてで、1が原因報告書の取りまとめで、2が現況で、3がなくて、4が、つまりこの再発防止委員会のオリジナル。これが3でいいんですね。3が再発防止委員会の、つまりこのオリジナルでしょうね。1、2がまとめで、3がオリジナルですよ。

先生方の議論にお任せするしかないんですけども、一応、まとめの中で、5ページが一番下のところで、原因分析報告書の中には、このステーションのガイドラインについて検討してもらったほうがいいんじゃないかと書いてあったということなので、原因分析の報告書には、再発防止委員会への要望という項目はない

とは思うんですけれども、やっぱりちょっとこういうふうにあった場合に、ただそれを自分たちのこの再発防止委員会のオリジナルの文面でもそのまま写しているだけみたいよりは、やっぱりせつかくこのように先生方が集まって議論の場があるんですから、ここでガイドラインを決めるということではもちろんないと思いますけれども、ガイドラインをやっぱりここで検討してほしいというふうに、文章を1つの事例、いくつかの事例から、ちょっと総合的に見て吸引分娩の問題が多いのであれば、改めてガイドラインも、表現方法の問題という川端委員の話もありましたけれども、というふうな形というのも取り得るといえるか、そういう方向でやれるならやって頂けたらありがたいなと思います。

○上田理事 これは1つの案です。今日は貴重なご意見を頂きました。今、勝村委員からのご指摘、その通りですので、今日の議論を踏まえて整理したいと思います。

○勝村委員 ご苦勞やご負担ばかりおかけするかもしれないので恐縮ですが、この横長のA3の資料1があるじゃないですか。これに先ほどのステーションがいくらかというのをパーツと書き込むことは可能なんですか。

○上田理事 いや、資料にある通りです。吸引開始時S p、これです。

○勝村委員 あ、そうか、そうか。

それともう1つ、少し距離は離れているかもしれないけど、僕は個人的にクロス集計を見たいと思うのは、吸引もしてクリステレルもして、で、結果が悪いという事例も僕も本当にたくさん、この以前に出たのを見ますけれども、やっぱりそれが子宮収縮剤も、何でもありみたいなのもかなり多く、人工的な介入を全部やっているみたいなの、今日は非公開だから言っちゃうと、むちゃくちゃしているみたいなの僕らが思うのが多いんですけれども、ここに子宮収縮剤がどうかというのは、教えてもらうことは可能ですか。全例。もし、すぐならば、ちょっと言ってもらっても。お願いできたらと。

○池ノ上委員長 分かりますか。この娩出のときに、吸引したときに使っていると

いう。途中で使ったのも含めてしか分からないんじゃないですか。ですよ。

○勝村委員 最初から使っている。

○川端委員 現場の人間としては、吸引分娩をするような状況では、陣痛が弱いというふうに大体判断する場合が多くて、吸引分娩をする前に、直前でも点滴を始めるのが普通ではないかというふうに私は感じます。

○池ノ上委員長 でも、それは現実はどう使われているかと。今、川端委員がおっしゃったように、さあ、これからいよいよ吸引で娩出するぞと頑張ったときに、子宮収縮剤も投与するというのも当然あると思いますし、そういうことも含めて。

○勝村委員 はい。そうです。池ノ上委員長にまとめて頂いた通りですけれども、本当の関心は、陣痛促進じゃなくて陣痛誘発をしている事例が、最初から陣痛誘発を無理にしている、最後まで吸引で無理に引っぱってクリステレルで無理に押しているみたいな事例に対して少しどうかなと僕らは思うんですけれども、そのこの区別ももしつくならば教えて頂きたいんですけれども。

○池ノ上委員長 もうちょっとそれは時間をかけて、きちっとどこでどう使ったか、正確にして頂いたほうが。

○事務局（森脇） 一律的に出るのは、この事例でオキシトシンを使ったか使わなかったかという数件です。その周りの状況を判断したものというのは、すぐには出ません。

○池ノ上委員長 それでは、次までに頂くということで。

○藤森委員 今の表で、僕の興味というか、途中の事例のそれぞれの分析のところにも書いてあるんですけれども、吸引を開始してからやめて帝王切開が決まって分娩している例の中で、どれくらい時間がかかってから娩出されているかと。提言の中に、急速遂娩と決めたときに吸引分娩、引き始めたときから急遂分娩であって、それをちゃんと考えてやったほうがいいですよと書いてあるものもあるんですけれども、読むと。吸引分娩を始めてから児の娩出までどれくらい時間がかかっている

のか。あと、帝王切開が決定してから児娩出までどれくらいかかっているのか。それは帝王切開の例でいいと思うんですけども。

それから、もう1つ、すみません、僕の興味というか、その帝王切開が決定してから胎内蘇生、つまり赤ちゃんにストレスを与えないように、例えば酸素をやるとか、子宮収縮抑制剤を投与したとか、補液を1,000cc20分とか30分で入れたとかです。ね、そういう努力をしたかどうか。努力と言っていいのかどうか分からないですけども、そういうふうなことをやったかどうかというのを、ちょっと。

やっているのもあるんですよ。読むと。子宮収縮抑制剤はテルブタリンなんか入れているのがあったりしたんですよ。だから、やっけていてもというか、そういう努力をしても脳性麻痺になって、努力をしているのかしていないのかというのをちょっと。書いてあるものも、書いていないものは全てやっけていないのかどうかというのを、ちょっと知りたいなと思ったんですけども。

○池ノ上委員長 それはよろしいですか。それでは、今の藤森委員の。

○事務局（森脇） 次回まででよろしいですか。

○藤森委員 全然、今日、知りたいというわけじゃなくて。

○事務局（森脇） 先生からご質問頂いたものについては、対応できると思います。

○藤森委員 それって、例えば色々な論文を読んで、いわゆる30分ルールとか、そんなエビデンスとかははっきりしたものがあるわけじゃないですけども、そういういわゆる何とかルールと言われているような、その帝王切開を決めて出すまでのというようなことで、それが本当にどれくらい胎児の予後を改善するのに役立っているのかということの検証になると思うんですけども、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。では、よろしくお願ひします。

それから、帽状腱膜下血腫について、吸引そのものの手技についてはあまり問題なかったけれども、出生後の新生児がショックになっちゃって、原因は帽状腱膜下血腫だったというのが [] ですか、あるんですけども、これをちょっとご議論

頂ければと思うんですが。

○川端委員 私もちよっと気になっていたところで、手技に関しますけれども、吸引圧がどこにも書いていないですね。ですから、何ミリの強さでスタートして、最大どこまで上がって、で、出したというような、そこが知りたいので、最大の吸引圧だけでいいと思いますけれども、もし分かりましたら。

○石渡委員長代理 吸引圧も大事なんですけれども、何回滑脱したか、それも重要なことだと思います。

それからもう1つ、帽状腱膜下血腫は分娩時にはなかなか分かりにくいこともあって、その後、バーッと症状が出てくるわけで、田村委員、注意深く観察していれば帽状腱膜下血腫というのは早い時期に見つかるものなんですか。

○田村委員 帽状腱膜下血腫だけに限定してということは分かりませんが、基本的にそれで出血をしていけば、心拍数とかそういうものをモニターしていればトレンドで分かるだろうと思いますけれども。ある程度症状が出るまでには、結構赤ちゃんでも大量出血しないと症状が出ないことがありますので、その辺はモニターをどれだけきちんとしているかということと、どれだけ頻回に赤ちゃんを観察しているかということに関わると思います。

○池ノ上委員長 吸引分娩後の児の観察は注意深くというのは、当然のこととして受け止めるということになるんでしょうね。

それからもう1つ、これは私自身が先生方にお聞きしたいんですけれども、吸引分娩と鉗子分娩は適応は一緒ではないかと私自身は思っているんですけれども、出口部で使うと。このステートメントの中に、ガイドラインもあるんですけれども、吸引を試みて出ないときは鉗子でさらにやるというような考え方というのはあり得るのでしょうか。ということをちょっとお聞きしたいと思います。

私自身は常日ごろあんまり鉗子をやっていないので、吸引でだめだったらもう出ないだろうというふうに思っていて、だから、鉗子をやるときも吸引をやるときも

大体同じ気持ちでやっているというのは事実なんですけれども、このステートメントからいくと、まず吸引をやってダメだったら鉗子という、そういう時系列的なチョイスというのがある得るかなど。かつてはあったと思うんです。大昔は。最近の産科ではどうだろうかというのは、何か先生方のご意見はございますか。

○川端委員 ちょっとずれそうな気がするんですけども、吸引分娩のほうが、これはあくまで私だけの話かもしれませんが、高い位置から下降させることができるというふうに、ですから娩出まで行かなくても降ろせるという、それがメリットであると、何か聞いています。私はあまり吸引をやらないんですが、どうでしょうか。

○石渡委員長代理 私は吸引で、鉗子は見たことがない。私は昭和46年卒なんですけれども、そのときにはすでに慶應大学には鉗子はなかったです。大学の本院には。それで、吸引分娩の目的は、今、言った高いところから下げるといふのと、もう1つは回旋を改善するといふ、そういう2つのメリットがあると思うんですけども、ただ、吸引がうまくいかなくてある程度下がったところで鉗子に切り換えるということについては、私は経験もないので、慶應ではとにかく吸引で出ない場合には帝王切開、こういうような流れにもなっていますので、ちょっと鉗子についてはコメントができません。

○藤森委員 僕も、今、鉗子分娩というのは一切指導はしていなくて、私自身も入局したときに数例しかありません。実際に引いたことは2回ぐらいしかありません。私の上司は、吸引というのは引っぱってきたときにダメなら滑脱すると、なのでそこで帝王切開を決めると。鉗子は出ない、通常は出ないものという言い方は変なんですけれども、もう出す可能性は十分あると。なので、児の損傷があり得るかもしれないということで、僕は吸引で出なければ帝王切開しなさいというふうに教えられてきましたし、今もそういうふうに教えています。

ただ、僕自身もそんなというか、自分で引いたことというのは本当に一緒についてもらって2回ぐらいしかなくて、はっきりどうなのかということは僕自身も分か

りませんし、今、私の福島医大では鉗子の指導というのはしていません。

○池ノ上委員長 ですから、そのコンビネーションを上手に使うという考え方はあまりないように思うんですね。

○藤森委員 ただ、吸引分娩して、鉗子をよくやっていた先生が、出るのは何度か見たことはあります。

○池ノ上委員長 ああ、そうですか。そういう方もいらっしゃるのでしょうか。

○藤森委員 ちょっと教育施設によって鉗子をやっていたところもあって、僕の先輩で、吸引でだめで鉗子で出したのは数例見たことはありますけれども、移行するということですね。実は、その先生は吸引をして鉗子もかけているんですけれども、それは何回か見たことはありますけれども、その程度です。

○池ノ上委員長 その先生としては、吸引をやっただめだったら鉗子というロジックはあるわけですね。

○藤森委員 そうですね。そういうのは成り立っている人もいるようです。

○池ノ上委員長 しかし、これはまだなかなかそういうきちっとしたスタティスティックスに基づいたものではないんですね。

○勝村委員 素人の感想ですけれども、僕も何十年と色々な産科の先生とお話ししてきて、他にもあるんですけれども、吸引と鉗子も本当に学閥みたいな、吸引をしている人は鉗子の危険性を強く言うし、鉗子をしている人は鉗子のほうが安全で吸引は、という、本当に僕らも色々な先生がいるのを、よりよいお産についてまとめたいと思って色々話をしているんですけれども、そこはすごく割れている、何がいいのか、分娩監視装置のセンチメートルもそうかもしれないですけれども、機械自体が大学によって違うとか、色々お聞きしますけれども、今、池ノ上委員長が気にされている108ページのガイドラインなんかのその記述ですよ。吸引がだめだったら鉗子または帝王切開しなさいというような。

○池ノ上委員長 ガイドラインのほうは、まあ、いいんですけれども、この再発防

止委員会の。

○勝村委員 ガイドラインにはそう書いてあるからですよ。僕のような素人が入る話じゃないかと思えますけれども、やっぱり改めて皆さん、先生方のご経験も踏まえつつ、ここの再発防止委員会に実際に出てきている事例を基にやっぱりどうあるべきかということで、ガイドラインについても本当に議論をしてもらえたらいいんじゃないかなと思います。それから、すみません、このガイドライン、素人の質問なんですけれども、色々な過去の古い文書を読んでいると、適応と要約という言葉がすごく使われていて、その意味がわかりやすいなと思っていたのですが、これ、要約が載っているんですけれども、絶対に守らなきゃいけないみたいな感じで、適応というのが、吸引も鉗子も同じではないかという池ノ上委員長のお話ですよ、今ね。適応は、このガイドラインでは、どこが適応になるんですか。

ああ、そうか。答えの最初の大きな3番、これがまず適応なんですよ。ああ、そうか。分かりました。すみません。

○箕浦委員 ちょっと話が出ましたので、昔の話をちょっと参考までにしますと、川端委員も覚えていらっしゃると思うんですが、我々、入ったころは、東京大学も鉗子と吸引と半々ぐらいやっていたんですけれども、その後、急速に鉗子になったきっかけは、神戸かどこかの新生児学会か何かで、当事の坂元教授が教育講演か何か頼まれて、そのとき教室の色々なデータを集めて、吸引と鉗子の差を出すということで、何回の陣痛で生まれたかという統計を実は取ったことがあるんです。鉗子は1. ちょっとぐらいで、要するに次の陣痛でほとんど出るわけですね。吸引の場合は2とか3という数字になっちゃったものですから、それで、急速遂娩という意味では吸引は本来違うのではないかということになって、それから急速に鉗子になったといういきさつが昔ありました。ずいぶん昔の話です。川端委員、覚えていらっしゃると思うんですが。

○川端委員 私は覚えていないんですが、私が教育を受けたときは、鉗子分娩がで

できれば、吸引分娩はできますと。ただ、方向とか力とかが重要であるということで、すね。しかし、逆はできないと。吸引をやれてもは鉗子はできないということで、まずは鉗子分娩をみんな習いました。あとは、外へ出たときは、みんな好きにやって下さいという、そういうことで習いました。

○池ノ上委員長 僕は昭和40年代の後半ですけれども、日本で吸引分娩でまず教育を受けて、そしてアメリカの分娩室に行ったら、みんな鉗子をやっているんです。吸引なんてあんな危ないものはとんでもないと、アメリカのレジデントたちはみんな言っているんですよ。ですから、どちらがリスクがあるかというのは、やっぱり先ほどおっしゃった適応と要約とか、それから技術とか、恐らく、そういったことのほうがより影響するのであって、鉗子がいいとか吸引がいいとかということはあんまりないのかなと僕は思っていたんです。でも、今、先生おっしゃった、坂元先生が出されたそういう一定のデータがあるんだったら、それは我々にもう一遍見せて頂いて、ここで議論をする資料にはなるんだと思います。また、箕浦委員からそれを頂いて。

○藤森委員 ちなみに、今回の中で、吸引分娩から鉗子に移行したというのはあるんですか。ないんですよ。僕も見ることがないです。

○勝村委員 その争いに僕は入れないし、入るつもりもないんですけれども、十数年前ですけれども、我妻堯先生がものすごくたくさん裁判の鑑定をされていて、それをまとめられたあとの講演みたいなのを聞かせてもらったときに、彼なんかの歴史観では、やっぱり吸引分娩が日本に入ってきてから事故が増えたというような感じのことを言っておられたと思います。やっぱりそういうふうに見える人もおられて、現に彼の鑑定の中では吸引分娩でひどい事故があったということがその時点でおっしゃっていて、それから多分十年以上たっていて、今、やっぱり吸引分娩の問題が出てきていて、鉗子のほうの問題が出てきたわけじゃなくて吸引分娩が出てきているということなので、そのやり方がずさんだということなんだと思いま

すけれども、薬などの場合と同じで、やっぱりずっと言われていることについては、何らかの形でこの問題に一定の終止符を打てるようにぜひお願いしたいと思います。

今回、鉗子分娩ではこういう事例はなかったのですか。鉗子分娩の事故というか、この脳性麻痺になった事例で鉗子分娩だったというのは、

○事務局（森脇） 58件の中で鉗子分娩をやっている事例は、まだ事例しかない
ので、また今後のテーマになることはあると思います。

○鮎澤委員 私も臨床のことは分からないので、トンチンカンなことを言ったら申し訳ありません。

今回作って頂いたA4の資料を見ても「不明」というところがいっぱいあるんですね。どうなっているのかよく分からないなかで色々な議論がされてきているんだなということを、改めて感じています。

今、ここの議論でも、先生方から「こういったところをつかみたい」「こういうところが分かっているともっと分かる」というお話が出てきています。それが本来書くべきことが書かれていないから分からないのか、そういうことをこれから新たに書くようにすると分かっていくようになるのかが分からないのですけれども、これからこの委員会に集まってくる事例というのは、今は調べていないけれどもやる気になれば調べることができるかもしれないという意味で、とても貴重なチャンスになると思うんですね。確かに集まる事例は予後不良事例であるということにはなりますけれども、ぜひここに出てくる皆さんの議論を現場の事例から数字として集めることができるような仕組みに落とし込んで頂く。これは、多分、後半の記録の議論とも重なってくると思うのですが、ぜひこれからの検討のために使えるような仕組みして頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今、鮎澤委員が言われた、まさに次の議論にそれは絡んでいることとして、不明という中には記載がないとか、そういう記録が残っていないというところで、原因分析委員会もどうしようもないというのも

かなり入っているんじゃないかと思います。

○勝村委員 ちょっと僕が理解できないので申し訳ありませんが質問ですけれども、ステーションのところで、ある事例で、原因分析の報告書で0となっているのをちょっと検討したほうがいいんじゃないかと書いてある事例があったんですよね。で、「+2cmでも不成功に終わる事例もあることから」の意味が、だから0よりも、この事例のこの分析をしている人たちは、0よりも数字を+側にしたほうがいいんじゃないかという意味だという理解でいいんですか。そこがどういう意図なのかだけ、ちょっと確認したいと思います。

○池ノ上委員長 原因分析委員会の書きぶりはどうなんですか。それは分かりますか。

○勝村委員 これは何番なんですか。

○事務局（森脇） 事例1の話で、事例1の当該分析機関の検討すべき事項のところに記載してあるもので。

○勝村委員 ガイドラインの再検討を要望すると書かれたのは、事例いくつですか。

○池ノ上委員長 事例1です。事例1の5ページの吸引分娩の適応と適位についての上から2番目の○のところで、「SP+2cmよりやや高い位置でも適応となるとの考えが一般的とされているが、それについての検討を行うことに関し、ガイドラインを分かりやすいものに改訂する努力を望む」ということですから、ステーションについての検討をしてほしいということ、原因分析委員会は言っているんじゃないですかね。

○勝村委員 これを0よりも+側にすべきじゃないかということですか。

○池ノ上委員長 いや、+2でもこんなことがあるので、通常はこれでもいいとみんな思っているんだけど、そうでもないのもありましたよというケースがあったので、ステーションのみにこだわるのではないということも言っているのかもしれない。先ほどから、先生方が言っているようにですね。他の要素も恐らく十分考慮し

ないといけないんじゃないですかということ暗に言っているんじゃないかと思
います。

○鮎澤委員 実は、私も最初にこれを読んだとき、一体何を言っているのかが分か
らなくて、原因分析報告書にさかのぼってどこに該当するのかを探し出して、ああ、
こういう流れの中にこの文章が入っていたのかということを読んで、ようやく分か
ったんですね。

確か、私の中で書き込んだのがあって、 の ページだと思います。これじ
ゃないかと思えます。私、これだと思って読んでいたんですが。

○事務局（森脇） そうです。あと、 です。

○鮎澤委員 書き方をちょっと注意しないと、この報告書を読んだだけでは、ちょ
っと分かりにくいと思いますので検討して頂ければと思います。臨床のことが分か
らない人が読んだときにもできるだけ分かりやすいようにあわせて検討していただ
ければ。

○池ノ上委員長 少し補足した書き方をして頂いたほうがいいかもしれませんね。
この再発防止委員会からのステートメンとしてですね。

○上田理事 実は、原因分析委員会で、委員のご指摘のようなご議論がありました。
改善が必要である状況を記載して、その上で要望について書くことにしました。大
分そのように改善されてきていますが、以前の報告書において分かりにくいところ
があります。この委員会としての取りまとめに当たって、その点について分かりや
すくなるように整理したいと思えます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。それでは、ひとまず吸引分娩は、今日
はこういうご議論というか、ご意見を頂いたということで、次に進ませて頂きます。

それでは、次は、診療録等の記載不足についてであります。事務局のほうからお
願い致します。

○事務局（森脇） ご説明致します。資料3のほうをご覧下さい。

まず、資料3についてご説明致します。資料3につきましては、この表は診療録等の記載不足について指摘された事例が■件ございました。その概要をお示し致しております。

今回、この記載不足を取りまとめるあたりまして、記載が不足していた情報をいくつか分類して整理しております。分類の項目、それから内容につきましては、次の資料4と併せてご説明させて頂きたいと思っております。

表につきましては、左から2列めのところに分類を記載しております。隣の3列目に指摘された記載の不備ということで、どのような内容の記録が不足していたかということを書いております。真ん中のところにありますが、診療録等への記録に関する不足について、原因分析報告書の脳性麻痺の原因や医学的評価で指摘されているところを抜粋してきております。最後の一番右の列には、当該分娩機関が検討すべき事項と致しまして、診療録記載について指摘されている内容を記載しております。

それでは、資料4のご説明をさせて頂きます。資料4をご覧ください。

II. 診療録等の記載不足についてでございます。

1. 原因分析報告書の取りまとめ

1) 分析対象事例の概況でございます。

公表致しました58件のうち、現在のところ診療録等に記載が不足していた事例が■件ございました。その中には適切な診療情報が伝わっていなかった事例、もしくは原因分析や医学的評価が十分に行えなかった事例がございました。それにつきましていくつか分類して分析を致しております。

分類した詳細の項目につきましては、次のページを見ながらご説明させて頂きたいと思っております。2ページ目をご参照下さい。

表1 診療録等への記載不足の内容でございます。

診療録の記載不足につきまして、まず、入院と外来に分けております。外来診療

録につきましては、表の分類2番目に記載してございますが、妊産婦に関する基本情報、それから妊娠経過記録について分けております。

その下に行って頂きまして、入院診療録の内容でございます。そこは分娩経過、それから分娩記録、新生児の記録、インフォームド・コンセントの記録ということで、記載不足の内容を分けて分析しております。

真ん中の項目には、具体的にどのような記録が不足していたかということで、なるべくイメージしやすいような形で記載致しております。この中の分類が、先ほどの資料3の一番左から2列目の表の分類に合致形で作っております。

表をご覧頂きますと、一番多く指摘されていたのが、入院診療録の分娩経過のところでは、 件ございました。その中でも胎児心拍の評価の記載に関する指摘が 件ございましたので、お知らせ致します。

なお、この表を取りまとめるに当たりましては、本制度で原因分析・再発防止に係る診療録及び助産録に関する記載項目というのを出しております。それに従って分類を致しております。本制度が求めているその記載項目と申しますのは、後ほどご説明致しますが、資料の9・10ページに一覧として載せております。

それでは、3ページに移ります。

3ページ目から、2)診療録等の記載不足により適切な診療情報が伝わらなかった内容。該当する事例が 件ございますので、その内容を記載致しております。

続きまして、3)診療録等の記載不足により原因分析および医学的評価が十分に行えなかった内容で、分娩経過に関する記載不足の指摘が多く、その中でも分娩進行ですとか、胎児心拍、薬剤投与、急速遂娩に関する記載不足が主に指摘されておりました。この先も、先ほどの分類に従って指摘された内容を記載致しております。それが4ページまで続いております。

5ページ目も同様に、新生児の記録、インフォームド・コンセントの記録と記載致しております。

6 ページ目から、5) 今後の産科医療向上のために分娩機関が検討すべき事項という
ことで、先ほどと同様に分類に従って検討すべき事項を記載致しております。そ
れが7 ページまでございます。

原因分析報告書のほうを見ますと、学会それから国に対する要望というのはござ
いませんでしたので、その旨も7 ページに記載致しております。

8 ページに移ります。8 ページからは診療録につきまして、一般的なことでござ
いますが、簡単にお示し致しております。

1) 診療録の記載についてということでございますが、1 つ目の段落につきまして
は、診療録について定められている関連法規等について簡単に記載致しております。

2 段落目ですが、本制度はこういったその関連法規を基にし、専門家と検討して
原因分析・再発防止に係る診療録・助産録の記載項目というものを取りまとめて、
分娩機関にそれにしただがった記録をお願いしているところでございますので、それ
を記載致しております。

9～10 ページ目は先ほどの記載項目を抜粋致しております。

11 ページ目でございます。11 ページ目は関連法規を参考として3 つほどお示し致
しております。

12 ページに移ります。12 ページが、再発防止及び産科医療の質の向上に向けてを
取りまとめております。

まず、1) の産科医療関係者に対する提言ということで、①妊産婦に関する基本情
報、妊娠経過記録、入院時の記録、分娩経過、分娩記録、新生児の記録、インフォ
ームド・コンセントの内容等、診療録や助産録等に必ず記載するというのをお示し
しております。

2 つ目に、特に分娩経過、胎児心拍数陣痛図の評価、診療行為、診療行為に至っ
た判断やその所見を必ず記載するというのを書いております。

2) 学会・職能団体に対する要望は、産婦人科学会や医会、それから助産師会に記

録の必要性を周知して頂くことを、1つ目、2つ目に記載致しております。以上で
ございます。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。先ほどから少し議論が出ており
ますけれども、記載が不明確だったり、不十分だったり、なかったりするとい
うことから、原因分析委員会で脳性麻痺との関連が検討できないというよう
なこともあ
ったりして、このようなテーマを今回は取り上げさせて頂きました。

どなたかご発言はございませんでしょうか。

○勝村委員 厳しいことばかり言うような役回りになってしまっているのかと思
うんですけれども、僕、運営委員会だったと思うんですけれども、準備委員会だ
った
かな、改竄があったということがはっきりするのと同様、つまり分析ができない
ほ
どのデータが不足しているというのは隠蔽に近く、調整委員会にかけるとい
うか、
僕はそういうものはきちっと厳しい態度で対応すべきだとずっと言っている
ので、
この中で詳しくどういう情報が特に抜け落ちがちかということもまとめて頂
いて
いるんですけれども、それ以前に原因分析や医学的評価が十分に行えなかつた
事
例があったと書かれているのに関しては、それは原因分析や医学的評価があ
まり
にも情報がないので行わなかつた事例というのは何例あったというよう
な
かたちになるのでしょうか。

○池ノ上委員長 原因分析不能例ですね、不能事例というものの記載があるん
で
すか。

○事務局（森脇） はい。ちょっとこの表現が、全く行えなかつたわけではな
く
て、この点については評価できないというような書き方ですので、その言葉
が
書いてある事例を件数で挙げるということは、それは挙げることはできる
ん
ですけれども、全く原因分析ができなかつたという事例は1事例もない
で
す。

ただ、この1つ1つの行為について評価はできないとか、そういうことはあ
り
ますけれども。

○勝村委員 この資料の2ページ目にまとめてもらっていますが、それぞれの分類の中で、この事例に関してはこれだけ複数重なっているというか、ここだと大きく何項目に分けているわけですか。2ページだったら10項目ぐらいに分かれているんですか。その10項目のうち、10分の10とか9とか8とか7で、最高はどんな事例があるか。突出したものとかがあったりするのかどうかというのはどうでしょうか。

○事務局（森脇） 1つはその最高とかという、この分類にすると、3になると思いますけれども、記録につきましては、例えば色々きちんと書いてあって、その部分が抜けてないものについては、個別具体的にこの事例のこのことが記載していないというような書き方になっていますが、全体的に色々抜けているものについては、とにかく分娩経過を書きましょうというような書き方になっていきますので、数が多いから悪い事例というふうな見方はできないと考えています。

○勝村委員 例えば、子宮収縮剤を使っている分娩監視装置のグラフが存在していないとか、原因分析をしている委員の人たちが、こんなのはひどいというふうに思った事例みたいなものとか、どういうふうに表現したらいいかわからないんですけども、ちょっとやっぱりいくつかひどい事例があったのか、それとも冷静に見るときどき抜け落ちているのか、そのあたりの印象は、どうなんですか。僕は過去の経験で、この産科医療補償制度の原因分析が始まる前から、記録の不備でひどいなというのがありました。そういうのはあるんですか。どういう聞き方したらいいかわからないですけども。

○池ノ上委員長 例えば心拍数聴取が不十分という中に約2時間ぐらい、1回もその心拍数の聴取の記録がないとかというのはありましたね。だから、そういうのはこの報告書に、前回の報告書に出していますけれども、そういう抜け落ち方だと思うんですね。

ただ、不十分という方、インフォームド・コンセントがちゃんとされていないと

か、入院時の説明がされていないとか、そういうところまで、直接その原因を分析する項目には当たらないんだけど、本来やるべきである項目が書いていないというところもピックアップされている部分があると。

ですから、恐らく、今、勝村委員のおっしゃっているのは、具体的に原因分析を行うには原因分析委員会が非常に困ってしまったというようなのがどのくらいあるかというのは、ちょっと見てみないと分かりにくいんじゃないですか。

○事務局（森脇） 実際に例えばクリステレルのこの行為のこの部分については評価できなかったというような、1つの行為についてのというのは、何事例かという件数はすぐに挙げられます。

それから、今回、このテーマを取り上げた理由につきましては、最後に書いていますけれども、こういうことをきちんと書きましょうというメッセージの中で書いておきまして、この中の事例が、この事例はひどいという感覚を抽出するためのテーマとしては取りまとめていませんので、なかなかそこはちょっと出にくいとは思いますが、具体的にどういう記載が抜けていたよというようなことをお示しするような形になっています。

○池ノ上委員長 でも、さっき勝村委員がおっしゃっていたように、当初のころ出てきた事例の中で、例えばカルテが真っ白だよ、真っ白けで何も書いていないというようなのがあったらどうしようと。そのときは直ちにレスポンスして、こういうことがあったらいけませんよというのは出しましょうというような話でずっと流れてきているんです。幸いそういうのは今回はないんだと思うんですけれども、先ほど言われたように、このポイントのこの記載がここに抜けているというようなのは散見されている。だけど、それは具体的にどういう分布になっているかということについては、ちょっとまだしっかりした検討はできていないということじゃないかと私は思っていたんですけれども。

○石渡委員長代理 原因分析委員会の部会のほうも、あまりにもずさんなカルテ、

あまりにも診療録の記載がない事例、あるいは改竄も含めて、それは調整委員会にかけるかどうかということを一応ディスカッションするんですよね。そういう中で、そういう事例はなかったという、そういうことだと思います。

○上田理事 今、石渡委員長代理がおっしゃられましたように、これまで原因分析委員会では不正記載について議論しています。不正記載というのは、意図的に書き換えたとか、あるいは意図的に記載していないとかが当てはまりますが、そう疑われた場合は、原因分析委員会ではその疑いについて確認を行っていくこととし、もし確認されれば、きちんと指導することとしています。重大な過失が明らかである場合には調整委員会にかけますけれども、一方この不正記載に関しては、今、申し上げましたように、原因分析委員会においてできるだけ明らかにし、そのことがはっきりすれば、それに対して指導するということで進めております。

ただ、その件について今までのところはございませんということであります。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

○鮎澤委員 今回作って頂いた資料は、「評価できない」という言葉で一くくりにして全部整理しておられるのですが、この「評価できない」には、実は2つのカテゴリー、いわゆる書いてあるべきことが書いていないという、分かりやすく言えばずさんな書き方をしているために評価できないというものと、もう1つ、書くべきことは書いてあるのだけれど医学的な評価をしていくためにはもうちょっと突っ込んだ情報が欲しい、それが無いから評価できないという、この2つがあるように思うんですね。

原因分析報告書を読んでいくと、どちらのことを言っているのかが分かるんですが、今回、この資料になってまとまってしまうと、そのあたりが「評価できない」という言葉で一くくりになってしまっていて、逆に混乱してしまうのではないかと、ちょっと気になっていますが、臨床の先生方はいかがですか。

例えば、事故調査委員会でカルテを見ながら事故調査をしますけれども、そこか

ら再発防止に向けての検討をしていくためには、どうしても当事者にヒアリングをしたりしなければ分からないという点が出てきますね。そのときの「評価ができない」と、書くべきことが書いていないから「評価ができない」とは、区別して整理していかないといけないのではないかと思います。

医学的な評価のために必要な新しいことがあるならば、これからこの産科医療補償制度に申請される際にはそれらを記載して頂くことをお願いしたりするなど、次のアクションになっていくのではないかと思います。そのあたり臨床の先生方はご覧になられていかがでしょうか。

○池ノ上委員長 今の鮎澤委員のご指摘について、いかがでしょうか。

○石渡委員長代理 まさに、今、指摘されたように、「評価できない」のは2つ意味があると思うんですね。記述がちゃんとしていないから評価できない場合と、実際データとして不足しているので評価できない場合と、それは両方ともあると思います。

これから、色々原因分析あるいは評価のほうが進んでいくと、例えばこういう疾患についてはこういうデータをそろえるとより評価がしやすいとか、そういうことについても今後分かっていくのではないかと思います。記述されていないために評価できないということについては、記述するように指導していくべきだと思います。

鮎澤委員ご指摘のように、2通りあるんです。

○鮎澤委員 記述されていないことについても、予後不良のことを想定しない中で診療していたらそんなところまでは書かないということもあると思います。予後不良になってしまっただけで振り返って分析するためにはそういうことも必要になってくるけれど、それを最初から全部書いておきなさいというのは、私は過度な要求だと思います。そのあたりもちゃんと分かるような書き方をしていけないといけない。何でもかんでも評価できないものについては評価できるように書いておいて下さい

ねという書き方になってしまわないように注意しておかなければいけないと思います。

○藤森委員 確かにその通りで、実際、カルテを書くときというのは、例えば吸引分娩するときも、吸引分娩しながら書けるわけじゃないので、実際、子どもがそういうふうになって、アプガースコアが悪かったときなんかは、赤ちゃんの処置とかNICUとかになった後に、多分、座って自分で考えながら書くこともあると思うんですよね。なので、先生がおっしゃるように、予後良好の人たちもそのまま全部必要だというわけではないので、我々というか、多分、臨床の先生たちは、悪い結果になったときに詳しく書くというくせというか、指導というか、そういうことが必要であって、それが時間がたてばたつだけ、聞き取りにせよ何をするにせよ、どんどんどんどんちょっとずつ実際と違うことになってくるわけですから、でも、それは、多分、我々にとっては普通のことだと思うんですけれども。そういうことが起こったときに後からまた、同時にカルテというのは書けるものじゃないですから、いわゆるながらというのはあり得ませんので。ですから、それって通常の先生はやることだとは思うんですけれども。

○池ノ上委員長 ここで記載が不十分というのは、スタンダードに普通の診療の場所で普通に皆さんがやっている、それを書いて下さいと言うのであって、1つ1つ漏らさず全て書いておいて下さいよと、後から困りますからと、こういうのはやっぱりちょっとスタンダードから外れると。そのレベルでやっぱり議論は進めていけないといけない。

先生、おっしゃられるように、経過が悪くて、ものすごい悪い状態で赤ちゃんが生まれてきて、今、一生懸命NICUで集中治療を受けていると。それについては、必要な情報が、その前にどういうことがあったかなというのを考えながら、通常では記載しないようなこともその病態に関連させながら書いていくと。それはみんな普通にやられることだと思うんです。でも、ここで議論するのは、普通のスタンダ

ードの医療の場で書かれること、あるいは記録されること、そういったことはやって下さいと。それがあればもっと原因分析ができたかもしれないと。

もう1つは、鮎澤委員がおっしゃったことの1つは、今分からない、今の医学ではこれは分からないんですよという部分も「評価できない」とか「分からない」とかというのでは、原因分析委員会の結論の言葉になっている可能性もあると思うんですね。だからそこら辺が分からない理由をもうちょっと丁寧に書いて頂いたほうが、一般に公開したりしたときに誤解を生じないということなんだろうと思います。ありがとうございました。

他に何かございますか。

○村上委員 分娩経過を観察するのは助産師であったり看護師であったり、経過を記録しておくべきかなというふうに思っているんですが、記録の中で、医師が書いた記録なのか、助産師なり看護師が書いた記録なのかというのは、この例の中で分かりますか。

○事務局（森脇） 分かるものもありますけれども、全部はちょっと分からないです。

○村上委員 再発防止の観点から考えると、やはりその経過を見ていくのに、ここで察知すればよかったんじゃないかなみたいなところは、私はこの場でぜひ議論して頂きたい部分かなと考えるんですね。そうすると、結果だけを見てこうだったああだったではなくて、その経過の中でもしかしたらもう少し早く分かったんじゃないかみたいなところが出てくると、私は特に助産師に期待をしたいんですけれども、何か助産師の記録がそういうところで残されていると、先が少し分析しやすいのかななんて感じるものですから。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。恐らく、複数のチームで関わった場合のそれぞれの所見というのは、基本的には最後にサインがされるとか、何かこう印鑑が捺されるとか、そういったことは一般にはやられているんだと思うんですけれど

も、例えば個人診療所の場合なんかは、そこら辺がうまくいっていないのかもしれませんが。

○勝村委員 僕も十分色々な資料を読み込めていないままで申し訳ないんですけども、例えば6ページにあるオキシトシンの投与量や投与速度とかがよく分からないような事例があるなんていうのは、原因分析の人たちはこんなのは怒らなきゃいけないと思うんでしょね。怒りをもたなきゃいけないと。だから、怒りをもつということは、手段としては調整委員会ぐらいしかないんじゃないかなと思っているんですけども、門前払いをするというか、こんなものでは話にならないというんじゃないんじゃないかと思うんですよね。データに関してはね、情報に関しては。出してくれるんだったら再発防止につなげていけるわけだけど、何か分からないというようにしてしまうのは本当の入り口で、それが結果が悪かったということを出るのではなく、データを書けていないということが一番叱らなければいけないと、僕は教育的にも思うんですけども、それが普通の教育の原則だと思うんですけども。

そういう事例があることを思うと、今、池ノ上委員長もおっしゃいましたけれども、過去の色々な経験を聞くと、病院、大きなところでは必ずこんなことはないということはないんですよね。大概は、裁判なんかで過失が認定されるときには、改竄のようなことも認定されるんですよね。それもおっしゃるように、カルテの改竄ではなくて、医師が指示したことなどを書いている看護記録が改竄される。医師の指示で看護師が改竄しているとか、看護記録の改竄なんですね。全部分娩経過の改竄。一方、開業医の場合は、ひどいのは、資料が全くない、というようなこともあったりしたんですね。

僕の妻のお産の裁判、裁判になっているのはひどいのばかりだと思っているので、どうひどいかというと、ほとんどが病院だったら改竄しているし、じゃあ改竄を多くの医療機関がしているのかというと、決してそうではなくて、改竄をするよ

うな医療機関が裁判になっている。で、開業医だと、改竄ではなく何も書いていない。資料が紛失したとか、ほとんど何も書いていない。

だから、僕がそういう色々な裁判を見てきてこういうのを見ると、ちょっとそういうものではないかという想像をしてしまうんだけど、やっぱり診療所で何も記載がないということは、まともな看護師・助産師がいなかった、医師もすごくいかげんだったというような事例が想像できるし、病院だと、やっぱりカルテよりも、指示した医師よりも、その結果を書いていく看護師や助産師の分娩経過等みたいなものが一番分析に大事なんだけど、そのあたりが非常に変な書き方になっているということが起こったりするわけで、僕はそういうのを見てきているので、やっぱり改竄とか全く何も書いていないということをなくすということが、再発防止の第一歩だと思っているので、そういうふうなものをなくしていく観点というのは根本的に大切で、原因分析委員会のほうで簡単にオーケーだと言ってしまうんじゃないくて、やっぱり問題意識として、問題視して頂いているからこういうテーマで挙げて頂いているんですけども、ひどいものに関しては厳しい姿勢を示してほしいです。このテーマに関しては本当に一生懸命やっている先生方に対してさらにもっと詳しく書けということなのかというふうな誤解を受けるような話ではなく、そんなことも書いていないような事例があるのかと、普通の医師ならば驚くようなことなんだということが分かるような表現にしてほしいです。オキシトシンを使っているのに、投与量がよく分からないとか、そんな事例、オキシトシンを使ったあと2時間、分娩監視装置の記録もないとか、そんな話にならないだろうというような事例があることが問題なんだということが、なるべく分かるような表現をしてもらって、やっぱり厳しく対応してほしいなという趣旨です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

やはりまさにその通りで、これはひどいというようなのをとにかくなくさないといけないと。それは非常にレベルの高いところで、ここが抜けたからちょっとこれ

はレベルの高い判断ができませんよというのはまた別で、今、勝村委員がおっしゃったように、これは当然でしょうとみんなが考えるような、そういったところの記載漏れ、あるいは記載がされていないとか、あるいは今おっしゃったようなそういうところを意図的に書いていないとかということはないようにしていただいたいというところは、やっぱり再発防止の議論に絡んでくることだと思うんですね。ありがとうございました。

他にいかがでしょうか。

○小林委員 今の議論の続きになりますが、すでに再発防止委員会で報告書を出しています。ちょうどオキシトシンはそのテーマ分析の重要なもので、オキシトシンの使い方が非常に重要であると言っているのので、全部の記載を求めるのは難しいかもしれませんが、オキシトシンに関しては、少なくとも投与量とか、あるいはその投与間隔とが分かる記載というのは必要です。それが、今後、されていないというものに関しては、原因分析委員会でもそこを厳密に判断してもらおうというようなことを、この2つの委員会でやっていけばいいのではないかと思いますけれども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。これはやっぱり連続性のある提言という意味で、オキシトシンはガイドラインを守って下さいというのを出してありますので、さらに小林委員がおっしゃったように、実際にどう使ったかというのきちっと残していないと、それは分析できませんよというような方向での提言という、具体的にはどういう形になるか分かりませんが、やっぱり連続性のある委員会の活動ということでは、やはり今のご指摘のようなことは非常に重要なことだと思います。ありがとうございます。

○鮎澤委員 この補償制度に参加する以上こういうことをちゃんとやって下さいということは、1つの縛りになり得ますよね。

○池ノ上委員長 そうですね。

○鮎澤委員 記録のことについては、ずっと昔から言われてきていて、この報告書にこれだけ書いて何か変わっていくだろうかという、実はそういう思いもいたしつつ、それでも大事な記録についてこの章を書き上げなくちゃいけないと思っているんですけども、少なくともこの補償制度に参加する以上はちゃんと書いて提出して下さいということは、これまでとは違うアプローチになり得るかなという希望も持っています。ぜひつながっていくような道筋を作って頂ければと思います。

○池ノ上委員長 そうですね。最初からのラインがずっとつながるという意味で、そういう意味ではこういう記載事項というのも、初期の段階でこれは出しているわけですね。

○上田理事 そうですね。記載して下さいということで、各加入分娩機関にご案内しています。

○勝村委員 だから、調整委員会にかけるということは、あまりここの議論じゃないかもしれませんが、自分で払って下さいじゃなくて、医賠償を使って下さいという話なので、公的などところであるここの対象となる場合は、やっぱり最低限きちんとデータを出して下さいと。それを再発防止につなげるという趣旨で、公的にやっているわけですから、こんな記載では再発防止につなげられないんだから、それは医賠償で今まで通り払って下さいという趣旨なので、僕はそんなに調整委員会のハードルを上げずに、僕は、先生方の中で、こんなひどいと思うような事例は、きちんと対応してほしいと、何回も言ってきて、やっぱり僕はずっとそう思い続けているということを、ちょっとこのついででお話しさせていただきました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。この記載について。小児科の先生方のほうは、あんまりないんじゃないですか。記載がないというのは。

○田村委員 そうです。少なくともここのところを見る限りは、正直に書いてあるなど、例えば片肺挿管になったなんていうことをきちんと記録に残していたりとか、

皆さんまじめに書いておられるなと思います。

ただ、前にも申し上げましたけれども、NCPRガイドライン2010では、仮死後の中等度から重度の低酸素性虚血性脳症に対しては脳低温療法が標準治療になりました。そういう観点からいくと、今までは10分後のアプガースコア、必ずしも皆さんつけてはいなかったですけれども、「脳性麻痺のリスクが高い重度仮死の赤ちゃんでは、必ずアプガースコアは10分の時点でもつけて下さい。」とこの委員会のほうから言っていると、現場にフィードバックされて、そういう記録がきちんと残ったり、あるいは脳低温療法の適応の患者が早く認識されてしかるべき施設に送られることになると思います。そういう観点からも、我々としてもどういう記録をきちんと残しなさいということを明確にして推奨するということは、現場のスタッフにとっても赤ちゃんにとっても意義があると思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。悪い子の10分アプガーというのの意味。

○田村委員 2ページ目の「出生時評価等について」で、「NCPRの2010年のガイドラインでは、重症児の管理として脳低温療法が推奨されている」とのところで、脳低温療法の適応条件として10分後のアプガースコアが8点となっていますけれども、これは5点ですので、直しておいて下さい。

○上田理事 はい、これですね。

○池ノ上委員長 あっ、本当だ。そうですね。

○田村委員 すみません。もっと早く気がついて申し上げるべきでした。

○上田理事 本体の2ページ。

○池ノ上委員長 8点だったら大変ですね。ありがとうございます。場所は分かりましたか。はい。他にいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

カルテの記載を十分にというのは、色々な理由から当然のことと思いますけれども、その当然ことを当然のごとくきちっとやるというのは、これまたなかなか難しいことで、だけど、それはやらないといけませんよと。この制度をちゃんと動かす

ためには、最低限これだけのことはやって下さいということは、これからもしつこくモニタリングしながらやり続けなければならない。

それから、今、田村委員がおっしゃったように、時代の流れとともに項目が増えていくといたしますか、追加される可能性がある。あるいは削除される可能性がある。そういったリニューアルの仕事といたしますか、そういったことも含めて、やはりこの記載については引き続ききちっとした議論を進めていかなければならないのではないかとこのように思っています。

他にいかがでしょうか。よろしゅうございましょうか。

○箕浦委員 ちょっと細かいことですが、この資料を読んでいて、3ページの外来診療における指摘というので、禁煙を指導をすることが一般的であるが、禁煙指導をしたとは書いていないと書いてありますね。これはいちいち外来で、たばこをやめなさいとか、禁煙指導したとか、普通書かないんじゃないですか。これだけ少し違和感を感じたものですから、その辺はどうなのかなと思って。

○事務局（森脇） 原因分析報告書には、やはりこういうことは書いてほしいという、それぞれの事例ごとで先生方が取りまとめられているものを複数でまとめています。

ただ、複数で見たときに、ここまではちょっと無理だよというようなことが、実際あるんじゃないかと思しますので、そこはやはり先生方で、書いてあるに越したことはないんですけども、再発防止委員会で言うものについてはここというのも、また決めて提言の中に盛り込んで頂きたいと思っていますので、またご意見を出して頂ければと思います。

○池ノ上委員長 そういうことを原因分析委員会がそこにステートメントとして入れなければいけない何らかの理由があったんですね。例えばIUGRがひどかったとか何か、そういうことがあったんでしょうかね。やっぱり一般的にはあまりやっていないし、本当は禁煙運動家たちからのご意見では、厳しくやってくれというの

は常に来ているわけですがけれども。

○鮎澤委員 今のまさにそのところが、そこだけ抜き出されてしてしまうと独り歩きしてしまって、四角の中だけを見てしまうとどういう文脈でそれが書かれたのかわからないところなんですね。ですので、そのところの整理をちょっとお願いします。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

○田村委員 私が覚えている事例のことであれば、これはお母さんがヘビースモーカーということが外来で分かっている、そして、生まれたときの赤ちゃんが子宮内胎児成長遅延（IUGR）だったという事例で、本来は、そういう事例に関しては禁煙指導をすべきでなかったかなという文脈で書かれてあったと思います。

○池ノ上委員長 全ての妊婦さんに、ユニバーサルにみんなにやりましょうというレベルで話されている議論ではないですね。しかし、吸わないようにするに越したことはないわけですがけれども。

いかがでしょうか。他に何かございませんか。もし他にご意見がなければ、先ほどの吸引も含めて、全体で何か、全体を通してご発言があれば頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。

○鮎澤委員 ちょっと気になっていることがあって、どこで議論するのか分からないんですけども、XXXXXXXXXXの中に、分娩監視のときの紙送りを1cm/分にするのか、3cm/分にするのかという議論があって、3cmを徹底するほうがいいとかなり強く書いていらっしゃる事案があるんですね。これは埋もれてしまっただけはもったいないことのような気もするのですが、どのくらいで評価しておけばいいことなのでしょう。

○池ノ上委員長 どのくらいと言いますと？

○鮎澤委員 つまり、例えば今回の記録のところでの議論になると思うんですけど、これから分娩紙送りは3cmに徹底していきましょうというのであれば、ど

こかできちんと取り上げていかないと埋もれてしまうだろうなと思いながら読んでいました。このあたりはどうしたらいいのでしょうか。

○藤森委員 紙送りに関しては、2011年のガイドラインではBになっているんですね。絶対やりなさいというAではないんですね。

ただ、僕も、もちろん3cmということはずっと色々なところでお話をしているんですけど、他のユニバーサルの話が出ていましたけれども、例えばイギリスの産婦人科学会とかは3cmじゃなくて2cmでいいですよとか、全世界的に統一があるわけではないんですね。なので、ガイドラインでBになっている経緯もよく知りませんが、もちろん、3cmが望ましいのは事実だと思いますけど、じゃあAにできない理由というのは、他の国とか、あとFIGOという世界産婦人科学会とかというのは絶対3cmにきなさいと言っているわけではないので、そういうところがちょっと絡んでいるんじゃないかなというふうに推測はするんですけど、どうですか。

○池ノ上委員長 私は絶対3cm派ですね。1cmで流されて、そしてモニタリング所見は正常でしたと言われるのを、横だけ3cmに伸ばすんです。そうしたら、異常所見がうんと前から分かっていたよというのが結構、私がこれまで関わった鑑定の事案ではあるんですね。ただ、そういうスタディがきちっとされていないんです。ですから、エビデンスがAにならないんです。

それともう1つは、1cmで流していても、僕はちゃんと診断するよって言う先生もいらっしゃる。1cmの目でトレーニングを僕はずっとやってきたとおっしゃる、そういうある研究者のグループも日本にもある。そういうところの議論の調整がきちっとすんでいないので、まだエビデンスレベルBでいっていると。これは正常ですよ、だけど突然悪くなったんですよと言われたような、これは議事録に残るのもあれですけども、そんなことないでしょう、3倍にしましょうと。最初は、これを縦横3倍にされたらどうしようもないんですけども、縦はそのままで横だけ3

倍にする。そうすると、3cmだったらきちっとした遅発一過性徐脈と判断できるものがあるとか、それから基線細変動がどんどんどんどん減っていつているのがきちっと見えるとか、そういうのがはっきりしてくる。

だけど、僕は1cmだってそれは分かるよ、と言う人もいるので、だけでも全体としては、日本産科婦人科学会のほとんどはそうですし、今の若い世代の産婦人科医は3cmでやるような初期トレーニングを受けていると思うんですけども。

○鮎澤委員 報告書には、「統一の徹底が望まれる」というように、かなり具体的に強調しておられるんですね。そうやって原因分析委員会が出されたものが、改めてきちんと世の中に出ていくルートのひとつがここだと思います。大事なことであれば埋もれさせないように、検討しなければいけないものの1つだと思っているので、ちょっとすみません。

○池ノ上委員長 これはちょっと僕がやり過ぎかもしれませんが、3cmにすべきだと思っているわけですね。ですから、やっぱりみんなでその旗を振るという意味、そのために救命される子どもたちって結構いるはずだと。そのエビデンスを出せと言われると、なかなか難しいですけども。まあ、そういうところです。

○鮎澤委員 チャンスがあったら、どこかでそれをきちんと生かされるようにしたいと思います。テーマ別の検討として取り上げられていくとか、別にピックアップされていくとか、体系的な整理からははずれているけれど大事なことというまとめ方をするとか、色々な方法論があると思いますけれども。

○池ノ上委員長 そうですね。例えばこの中で1cmでモニタリングされているのがどのくらい多いとかというようなことの分析はできると思うんですね。

○鮎澤委員 次につながっていきますよね。

○勝村委員 過去の色々な裁判での証言を見てきて、その1cmでも読めると言っている人のうちで、たまたま2人、どちらも、ある当時の大学の教授の先生なんですけれども、僕から見て、基線細変動とか遅発一過性徐脈が読めないんじゃないかと

思うような大学の先生を2人見てきました。明らかに鑑定で証言している話、僕はちょっとそういう確信を持ったことがあります。僕ら、これはすごく難しいけれども、色々な人から相談を受けるときに、僕ら、遅発とかそんなの、ダブルカウント、トリプルカウントみたいな判断とかも一緒に僕ら勉強するんですけれども、産科医や弁護士さんらと勉強したりする時期があったんですけれども、やっぱり1cmでは大学教授によって、全く違う読み方を法廷でされることがあって、本当に読めているのかなど、読めない場合があるんじゃないかなど、僕は思ったことがあるということ、それは統計としては、症例としてあんまり少ないので有意でな話ではないかも知れないですけれども。なので、今、色々教えて頂きましたけれども、この事例で1cm・3cmというのはどうなっているのかということのも、やっぱりデータを取っておくべきじゃないかなと思います。僕らはやっぱり、こうなったらこうしなさいと、昔、遅発一過性徐脈、基線細変動消失とか、色々な本に書いてあって、オキシトシンとか。ところが、それがグラフで見てどうだこうだということの論争が、裁判の法廷で、ここに出ていないかと言う大学教授もいれば、これは出ていないんだと言う大学教授も昔はいたりしてて、それを1cmみたいなところでやっているから、やっぱり変な議論になっていることがあるのかもしれないと思ったので、やっぱりそのデータをきちんとという意味では、僕はすごく大事な議論だと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

○上田理事 本体の3ページにあります、鮎澤委員、それから小林委員からご指摘がありましたので、分娩監視装置を3cm/分で記録することについて整理しております。今日の議論も踏まえながら、1cmと3cmの課題について整理したいと思います。

○池ノ上委員長 他にはいかがでしょうか。

○箕浦委員 記録については、今、過渡期で、ペーパーレスになると、モニターの

表示は3cmで、印字はどうにもできるので、3cmで記録すると紙がたくさんたまるという問題はだんだんなくなります。

○池ノ上委員長 なるほど。そういうことですね。スコープの上で調整という感じですね。そうですね。

他にはご発言はございませんでしょうか。それでは、事務局のほう、何かございますでしょうか。よろしいですか。はい。

3. 閉会

○池ノ上委員長 それでは、まだ6時ちょっと前ですけども、これで、一応、今回の再発防止委員会を終了させて頂きたいと思います。

テーマに沿った分析ということで、次回もまた事務局のほうで準備をさせていただきます。前回、先生方に色々と議論を頂きましたことの中から、帝王切開決定から開始までの時間の問題だとか、それから、最近、この常位胎盤早期剥離がらみのものがずいぶん増えてきているということもありますので、常位胎盤早期剥離をどうとらえるかといったことについて、まずはテーマを絞ってみてはどうかというふうに考えています。当然、今日のご議論がありましたものも、後でまたいくつかのご発言・ご意見があれば、それもお聞かせ頂きたいというふうに思っております。いずれにしても、ケースがたくさん集まってくれば、その中の重みづけとか、重要度、それから診療の場でぜひこれを早く徹底してもらいたいというようなことも浮かび上がってくると思いますので、そういった意味で情報の蓄積をしていくというふうにしたいと思います。

また、次回もテーマに沿った分析で、オリジナルの色々な情報が出てまいりますので、非公開ということでさせて頂きたいと思います。どうも、今日はありがとうございました。