

## 第4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5月19日（火）午後4：00～午後6：00

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）

失礼いたします。本日は、お忙しい中ご出席いただきまして、まことにありがとうございます。

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、左右に分けて配付してございます。まず、左側の資料でございますけれども、委員の方の出欠一覧がでございます。次に、第4回原因分析委員次第及び議事資料がでございます。資料でございますが、資料1-1から資料4、及び参考資料がでございます。資料1-1でございますが、原因分析報告書（仮想事例1）となっております。資料1-2でございますが、分娩経過一覧表（仮想事例1）でございます。資料2でございますが、原因分析報告書案作成マニュアル（平成21年4月21日版）（案）でございます。資料3でございますが、分娩経過等に関する分娩機関および保護者からの確認について（案）でございます。資料4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（案）でございます。参考資料といたしまして、診療体制等に関する情報提供について（依頼）がでございます。最後に、日程調整表がでございます。

次に、右側のほうの資料でございますけれども、メモといたしまして、模擬部会の進め方、仮想事例1の原因分析報告書案についてのご意見、仮想事例1の原因分析報告書（案）についての修正（案）がでございます。また、産婦人科診療ガイドライン産科編2008を配付してございます。この産婦人科診療ガイドラインにつきましては、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、持ち帰らずに、机に置いたままにさせていただきようお願い申し上げます。

それでは、遅れて出席される委員の方もいらっしゃると思いますが、定刻になりましたので、ただいまから第4回産科医療補償制度原因分析委員会を開催いたします。

なお、これまでの審議の中で、小児科医の委員につきましては複数が望ましいとの意見がございましたので、新たに小児科医の委員を1名委嘱することにいたしました。新しく委員になられました先生をご紹介させていただきます。楠田聡委員でいらっしゃいます。よろしくお願いいたします。

○楠田委員

東京女子医大の楠田と申します。新生児部門で、新しくきょうから参加させていただきます。よろしくお願いいたします。

○事務局（山田）

どうもありがとうございました。

それでは、議事進行をこれより岡井委員長にお願い申し上げます。よろしくお願いいたします。

○岡井委員長

それでは、第4回産科医療補償制度原因分析委員会を始めさせていただきます。委員の先生方には、ご多忙のところお時間を割いていただきまして、ありがとうございます。

本日の議事は、最初に仮想事例の模擬部会をやろうと。仮想事例の報告書の検討のやり方につきまして、前回、鈴木委員のほうから模擬部会の形式でというご提案がありまして、そのとおりにやらさせていただきます。

仮想事例の報告書につきましては、委員の先生方に既にお送りしてございまして、それを読んでご意見をいただいておりますわけですが、実際の部会でも、実際にあった症例を分析して報告書(案)をつかって、それを委員の先生にお送りすることになります。報告書をつくるのは事務局の専門チーム、プラス部会の委員の産婦人科医師、助産師さんも一緒ですか、場合によっては新生児の先生に加わっていただいて案をつくる。それを部会に出して、今からやるような形式で報告書案を検討するという形になると思います。

きょう、ご提示しております仮想事例、先生方ごらんになってすぐお気づきになられたと思いますが、比較的典型的な症例でわかりやすい。実際には、もっと複雑ないろいろな要素が加わってきたり、原因分析そのものもいろいろな議論が出たり、あるいは医学評価も意見が分かれたりするところが多いかと思いますが、今回は一番最初にご検討いただく仮想事例ということで、是澤先生のほうで比較的よくあるシンプルな症例という形で行っていただきました。

実際に委員の先生方からいただいたご意見はメモにございます。意見の中身を事務局のほうで整理いただいておりますが、最初は原因についてです。原因がおかしいのではないかという指摘はございません。どの程度詳しく記載するか、どういう記載の仕方をするかという話になっていると思いますが、そのメモを見ていただいて、(1)は早剥の事実については臨床上の判断として記述されているが、帝切時の凝血塊所見や胎盤所見は関連しないのかというご意見です。これについては、いかがでしょうか。ご意見いただいた先生から、追加発言していただけますか。これでよろしいですか。お願いします。

○石渡委員

胎盤を病理検査に出す場合もありますので、もし、その所見があった場合はぜひ記述し

ていただきたいと思います。

○岡井委員長

報告書をつくる段階では、カルテに記載されている事項を中心に整理していきますので、この症例で帝王切開して胎盤が児と一緒に飛び出してきたとか、大きな凝血塊がついていたとかいうことは、カルテに書いてないと書けないということになりますよね。

○石渡委員

そうですね。

○岡井委員長

是澤先生、これをつくられて、何かコメントございますか。

○是澤リーダー

まず、この事例は何かをもとにしてつくったわけではございません。ですから、特定の団体並びに個人とは関係のないこととさせていただきます。その結果、逆にいろいろ不備なところがありまして、胎盤に関しての所見並びに病理解剖を想定しているのは周産期センタークラスの病院でございますので、当然あるべきなんです。そこのところは多少加えさせていただきますまして、術後の胎盤所見では、肉眼的に胎盤母体面の面積の約50%に凝血塊が見られており、常位胎盤早期剥離と診断した根拠を入れたいと思います。つまり、仮想事例ですので加えることにはなりますが、それによろしければ、胎盤所見としてはそのようなものを加えたいと思います。

○岡井委員長

多分、そういうことはカルテに書いてあるほうが多いと思いますので、記載されることになるかと思います。

実際、常位胎盤早期剥離の診断は、病理学的になされるものではないんですね。病理学というのは、病理学教室、あるいは病院病理科に提出して、それを凍結して切片をつくって染色して、顕微鏡で見て診断するのですが、胎盤早期剥離の診断はそういうものではなくて、やはり臨床診断が重要で、胎盤の凝血塊あり、なしという所見が大変重要になると思います。

早剥の診断に関しては、凝血塊があればおそらく早剥だろうと診断して正しいと思うんですが、ない場合に否定できるかといったら、そういうところもないという難しい面があります。先ほど言いましたように、じゃあ胎盤を出して、顕微鏡で見たら診断がつくかという、それはつかないんですね。ですから、臨床経過が大事であるということで、この

仮想事例では、今、訂正されましたように、実際に凝血塊があったということで診断はいい。そういう所見があれば、報告書の中には記載をするべきであるということで、この点はよろしいですか。

次に、脳性麻痺の原因として、早剥が原因で低酸素状態になることが実際にあるんだという一般的な記述が必要ではないかというご意見ですが、この辺いかがでしょう。一般論として、そういうことをこの報告書に記載していくかどうかということですが、ご家族にも報告書を見ていただくということであれば、あったほうが親切ではあると思います。この話は、おそらく産科の医師のみならず弁護士の方も、ここにいる委員の方はこういうことが事実としてあるということをご存じだと思うんですが、この点いかがですか。そういうことも、やはり報告書の中に入れてほうがよろしいですか。

○是澤リーダー

親切かと思います。例えばでございますが、このように書いたらいいかというのを考えておきました。低酸素になる理屈ですが、胎児は胎盤を経由して母体から酸素や栄養を供給されているため、胎盤が剥離した部分からの酸素供給は失われることになる。本事例では、胎盤母体面の50%に凝血塊が見られていたことから、胎盤が50%剥離しており、このため胎児への酸素供給は相当減少していたと考えられる。よって、常位胎盤早期剥離が原因で胎児が低酸素脳症に至ったと考えられる。そのような説明的なことを加えたらいいかと考えております。

○岡井委員長

今、ご説明にあったようなことを発症の原因のところに、現在の報告書案にはここまで書いてないんですが、つけ加えたほうがいいと。ご意見ございますでしょうか。どうぞ、お願いします。

○宮澤委員

やはり読まれるのが患者さん側、あるいは素人ということになると、今、言われたような簡単なメカニズムを前提にして読まれないと理解が全くできない。特に専門家の先生ですと、そんなこと当たり前だと思うことはつい飛ばしてしまう傾向にありますので、その点はこの点も含めてご注意いただければと思います。

○岡井委員長

ありがとうございます。

そうしたら、ただいま宮澤委員よりご指摘いただきましたように、専門家から見れば当

然のことであっても、ご家族の方が理解しやすいように、そういう説明を加えながら報告書を書いていくということによろしいですね。

○河野委員

ちょっといいですか。

○岡井委員長

お願いします。

○河野委員

私、全くの素人で、全体を通じて言葉全体がすごく難しく、何のことかさっぱりわからないことがいっぱいありました。これはだれが読むのかを最初に考えて、知識のある人は別に書かなくても分かると思うのですが、これを読む人が一般の素人だとするとほとんど分からないのではないかという感じがしました。そこで、この資料とは別に、理解を助ける用語集のようなものがあるとよい、と全体を通じて思いました。

○岡井委員長

言葉の説明は、用語の説明はあるんですね。

○上田理事

12ページに。

○河野委員

12ページにありますか。

○岡井委員長

それはわかります。資料1-1が報告書という形でご家族に行くとしたら、確かに今、言われたように、全く関係のない方だと、相当わかりやすく書いていただいているように私たちは思いますが、それでも難しい。

○河野委員

ごめんなさい、私のは自宅で印刷できなかつたようです。すみません。

○水上委員

pHとか、ベースエクセスとか、そういうことがわからないということではないですか。

○岡井委員長

用語がわからないというのはある。

○板橋委員

よろしいですか。例えば、この報告書を出して、家族が読まれても本旨をよく理解でき

ない場合は、この委員会としてどういう対応をすることになるのでしょうか。その前提がないと、わかりやすくし過ぎると鈍調になって、よくわからなくなったりする部分もあると思いますし、この委員会ではそのステップはこれまで考えてはいなかったんですか。一応、報告書をお出しするだけで終わりということですか。

○岡井委員長

原因が知りたいという部分に関しては、本当によくわかっていただかないといけないので、これはこれでしっかりとした、正確な正しい医学用語を使って書く必要があると思いますので、もっと平たい、一般の言葉で、おなかの中の赤ちゃんがこうなって、ああなっという原因だけは、一般的な記述に書き直したサマリー的なものを一つつけたほうがいいですかね。今、ふと思いついたんですが。言葉も医学用語を使わないで、平たく言ってしまう。そんな詳しく書く必要はないです。本当のポイントだけ、原因のところだけわかるように。そうすると、大分違いますかね。報告書は、平たく一般の言葉というわけにはいかないと思うんです。

○河野委員

多分、それは無理だと思うんです。だから、どれぐらいまで。

○岡井委員長

医学用語も正確な用語をきちんと使って書くべきだと思いますし、実際の数字とか入りますし。

○河野委員

コミュニケーションという観点では、相手が理解できないコミュニケーションは成立しないので。

○宮澤委員

おそらくこれは、平たくしてもなおかつ専門的な内容だと思うんです。そのとき、だれが説明すべきなのかというと、本来、分娩を扱った医療機関は説明義務の範囲内で説明しなければいけないですし、こういう報告書が出てきたときにわかりにくいということであれば、報告書がもう出ているわけですから、担当した医療機関はそこから外れた説明はできないと思いますので、そこできちんと説明をするのが筋ではないかと私は思います。

○岡井委員長

分娩施設、分娩を取り扱った医療機関側が、これに基づいて患者さん、ご家族に説明をするということにしておきますか。

○板橋委員

そうであれば。

○石渡委員

よろしいでしょうか。ただ、患者側と医療側が感情的にかなりこじれてしまっていて、どうにも收拾がつかない状況であれば第三者が説明することも必要なので、場合によっては、地域の医師会にそういう窓口があるところもありますから、そういうところも一つ利用できるのではないかと思います。本来は、担当した医療機関が説明するべきだと思いますけれども、もし、できない状況があった場合には。

○岡井委員長

そこら辺の取り決めというか約束事みたいな話は、この原因分析委員会で決めるのではなくて、運営委員会でも少し議論をしていただいて、対応を考えていただく。我々は、そういうことを意識して、よりよい報告書を作成するというでいいわけですね。

○石渡委員

はい。

○上田理事

運営委員会で制度全体を議論しますが、この原因分析委員会に産科医療の専門家、医療を受ける立場の方がおられますから、このような議論を含めて審議していただきましたら、その結果を運営委員会に報告して、検討していただくことにします。ですから、この原因分析委員会でも取り扱いについて、次回にご意見いただければと思います。

○岡井委員長

では、だいたい今の件は、もし時間がありましたら後でもう一度議論しますが、模擬部会ということでちょっとペンディングにしておいて、報告書案の内容についての意見等の審議を進めていきたいと思います。

河野委員、表現の仕方は、この程度の文章にならざるを得ないことはよろしいですか。本当の報告書としては。

○河野委員

私は、専門家が読むのであるなら別に構わないと思います。ごちゃごちゃ書くより、コンパクトな方がいいです。専門家には専門語の言葉の方が通じると思います。誰が読むのかということだけが気になっただけです。

○岡井委員長



これは、ご家族の方が読まれてももちろんいいんです。届けるわけですから。ただ、わかりにくい、難しいということはあると思います。

次のご意見に行きたいと思いますが、(3)です。事例は、常位胎盤早期剥離による低酸素脳症であることは間違いない。早剥の原因は不明であることや、発症の時期を正確に知ることが難しい場合が多い。そういう医学的な知識も、ちゃんとここに書いてあげたほうが読んだ人はわかりやすいだろうということですが、その辺はどうですか。早剥の原因そのものはわからない。いつ発症をしたかというの、急激な経過をたどるものは症状が出る少し前ごろであろうと推測するわけですが、そういうこともわからないんですということに記載しておく。

○石渡委員

少なくともこの症例についてはわからないですよ。

○岡井委員長

ええ。ここに書いてあるご指摘は、一般論としての話みたいですね。一般論として、早剥という病気はこうであるともう少し細かく書いたほうがいい。原因分析にかかわる事柄で。

○竹村委員

私が書いたんですけれども、後のほうの発症時期のことはいいかと思いますが、本当の原因は何かと問われたときに、常位胎盤早期剥離なんだけれども、常位胎盤早期剥離の原因は何かわからない場合が多いです。そういうことをここに書くか書かないかはともかくとして、このコンセンサスとしてはある程度必要かと思って書いたんです。

その前に、胎児低酸素性脳症の「性」が要るのかどうか。

○岡井委員長

あるほうが正式だと思います。

○竹村委員

低酸素性虚血性脳症の場合、「性」が付きまますので、ちょっとどうかと思いました。

○岡井委員長

低酸素性脳症、低酸素性虚血性脳症と、「性」が入ります。

○竹村委員

胎児の場合、胎児低酸素性脳症という言葉はあるんですか。新生児の場合はありますが。

○岡井委員長

胎児はないです。英語だと、フィータル・アスフィキシアであって、日本語はそれを胎児機能不全と呼んでいる。

○竹村委員

脳症までついているとなると。胎児低酸素脳症という言葉が。

○岡井委員長

胎児低酸素症はあります。

○竹村委員

そうですね。

○岡井委員長

胎児低酸素症、胎児低酸素血症はありますが、胎児低酸素脳症は正式な用語としてはないと思います。

○竹村委員

その辺がちょっとどうかなど。

○上田理事

そうですね。ご指摘のように、胎児低酸素脳症とか幾つかの用語がありますので、統一的に整理したいと思っています。

○岡井委員長

この仮想事例だけの話ではなくて、これからその辺のところは、たくさん似たような事例が出てきますので、言葉の統一はきちんとやっておかないといけない。幾つか整理してでいいですか。

○竹村委員

どうぞ。

○岡井委員長

そこはちゃんと整理したほうがいい。用語の使い分けの表みたいなものをちゃんとつけて、統一したほうがいいですね。これを使いましょうということで。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

次、2. 臨床経過に関する医学的考察にいきたいと思います。(1) 常位胎盤早期剥離の発症時期の推定は可能かという質問は、この症例ではということか、一般的な話なのかち

よっとわからないんですが。

○鈴木委員

この症例ではです。

○岡井委員長

この症例は、進行が急激ですから、おそらく症状が出始める数時間以内でしょうね。

○鈴木委員

この症状は、この経過の中でどこをつかまえているんですか。

○岡井委員長

患者さんが最初に何か感じているんですね。

○上田理事

2ページです。

○岡井委員長

おなかが少し痛いんですか。

○是澤リーダー

この仮想では、午前10時より生理痛様の痛みと少量の出血を自覚しております。ですから、始まりはこのあたりかと考えますが、胎児に対して影響が出始めるほどの広範な剥離が起こったのは外来に来たころですので、午後2時と考えます。急激に症状が進んだのは、2時に近いあたりではないかと考えます。

○水上委員

よろしいでしょうか。今の質問に関しては、だれも見ることがないんです。だから、正確なお話をする、学問的にいつ剥離が始まったかというのはだれもわかりません。それから、昔、読んだ文献で、剥離が始まってから終わるまで6時間ぐらいかかるだろうというもの、それは症状が出てから完全に剥離するまでの話であって、実際に痛みが出たというのは切迫早産と同じ症状なんです。普通、その症状を聞いたときは、切迫早産かな、常位胎盤早期剥離かなと判断をするわけですが、このような症状を訴えると、数としては圧倒的に切迫早産の患者さんのほうが多いんです。ですから、剥離が午前10時ごろ始まったとか、そういうふうに特定することはやはり難しいと思います。

○鈴木委員

厳密な特定を必要としていると思っているわけではないんですけれども、過去からさかのぼって見たときに、どのあたりが剥離のスタートなのか。それから、どのくらいのスパ

ンで不可逆的な影響を与えるのか。児の低酸素性脳症を防止するためには、どういうふうにしたらいいのかというのが論理的な思考方法だろうと思うんです。そういう中で、現在の産科学ではどのあたりが標準になっていて、標準と本件を比べると標準的なものに一致しているのか、少し要因から乖離しているのかというのは医学的評価だと思うんです。そういう論理のプロセスが読んでわからないと、ご家族のご納得というところから遠くなるだろうと思うんです。ですから、そこはわかる範囲で、完全にはわからないから何も書かないという選択にはならないわけで、わかる限りで記述をして、ご理解をいただくという姿勢が必要だろうということで、私はこの質問を投げかけたわけです。

○岡井委員長

ありがとうございます。

早剥の発症時期の話は、医学的にやり出すと非常に難しいところがあって、基底脱落膜で少し出血が起こって、それが押し広げて本格的な、臨床的な早剥になるまでには、おそらく潜伏期間みたいものはある程度あるんだろうと思うし、症例によってはうんと前のものもある。臨床的に検出できない状況で起こっていて、それは本当のことを言って難しいんです。だけど、実際の臨床をやっている立場からすると、何らかの症状が出たときに早剥の始まりと考えるんです。症状が出ていない、出血もない、おなかも痛くない、何もなし、胎児も元気というのは、どこかで始まりかけていても、臨床的にはその時点で早剥が始まったとはとらえないので、実際的には早剥の何らかに関連する症状が初めて出たときが始まりと考えて、実際にはその数時間前から起こっていたらう。もし、見るとすれば、超音波なんかで無理して見れば見えるかもしれないぐらいのことは起こっている可能性はある。そんなところだと思います。

○鈴木委員

つまり、本件はレトロスペクティブに見れば、10時少し前から早剥が起きていたかもしれない、こういうことですね。

○岡井委員長

そうです。

○鈴木委員

しかも、その早剥が、児にとって不可逆的なダメージを与えるまでどのぐらいの時間がかかるかは、個人差が非常に大きくて、学問的にもはっきりは言えない。言えるとすれば、このぐらいの短い時間からこのぐらいの長い時間という帯で言うしかない。そうであれば、

児との関係でいえば、これが早剥という診断ができるわけではないですけども、早剥も疑い診断の一つに入れて、迅速な対応をとるべきだと医学的に言えるかどうかですよ。

○岡井委員長

その点に関しては、症例にもよるんですけども、今、水上先生からお話があったように、似たような症例で切迫早産とか、あるいは、切迫早産とまでいかななくても子宮が収縮して痛いと感じること、ほかの原因で出血することがありますので、はっきり言って、このケースであったような訴えのときに、すぐ早剥を念頭に入れて臨床科が対応するかという、おそらくしないほうが多いです。そうすると、フォールス・ポジティブ、本当はそうではないのにオーバーに対応してしまうということは、頻度的にうんと多くなります。

○鈴木委員

そこの説明が必要なのではないですか。

○岡井委員長

そこをどの程度詳しく……。

○鈴木委員

要するに、妊産婦はもっと早く対応していれば脳性麻痺は防げたのではないかと疑問を持っているわけですから、そこの解説が本件の報告書には何もないですよ。

○岡井委員長

それに関しては、患者さんの家族が疑問に思っていることには、ダイレクトに答える立場でないというのがこの間の結論です。

○鈴木委員

必ずしもダイレクトに答える必要はないですが。

○岡井委員長

この報告書の中で、なるべくわかっていただけるように書いたほうが良いということですよ。

○鈴木委員

そうです。もし、本件の事案が何らかの教訓を引き出せるとすれば、どのぐらい早い段階で、どういう対応をとるのかということですよ。そのことで、もしかしたら脳性麻痺は回避できたかもしれない。そこが唯一、最大の本件の事案の教訓だろうと思うんです。最も重要な問題点に関しては、できる限り詳しく論述することが大事だろうと、僕は思います。

○岡井委員長

2. の臨床経過に関する医学的考察の中で、発症時期の問題、だから早く対応できるかということに関連してくるわけですが、その後の処置のこともありますね、時間の問題。(4)は除いておいて、鈴木委員が言われたことを皆さんのご意見を聞いて少しディスカッションしたいんですが、(3)のご家族の疑問に対してできるだけ答えてあげなくてはいけないという、報告書の役割もあるという話でいいわけですね。

そうすると、発症時期に関しては少し議論しましたけれども、病理というか、顕微鏡レベルで見てもいつから起こっているか全くわからない。臨床的に私たちが取り扱うのは、やはり何らかの症状が出たとき、その少し前からだろうと推測するのが一般的である。それはいいですね。もし、そのことも必要であれば報告書の中に、早剥というのはいくつかの理由から、臨床的にこのころから発症したと一般的に考えるということも書けばいいわけですね。よろしいですか。

それから、診断してから帝王切開までの時間のことがあるんですけども、その前に、最初に患者さんからおなかが痛い、ああいう形で電話が入ったときに、医療提供者側、看護師も医師もそうですが、これを早剥の可能性ありとどのぐらい思うかという話があるんです。そこは臨床診断、弁護士は予見性ですか、予見可能かどうかみたいな話になってくるんだろうと思うんですけども、そこは重要なところなので先生方の意見も聞きたいんですけども、その時点ではおなかが痛かったんですよ。

○上田理事

そうですね。18行目です。

○岡井委員長

どんな症例でも、早剥の可能性を頭に入れておいたほうがいいことはいいんです。ただし、どれぐらい可能性を高く見積もるかということ、これだと切迫早産を第一に考えて、もし医師であればもう少し話を詳しく聞きますか。松田先生、どうですか。

○松田委員

この事例の第一義的な原因と考えられる常位胎盤早期剥離の総論を、これは確かに10ページから、ガイドラインに準じたエビデンスのレビューに呼応されて書いていますけれども、常位胎盤早期剥離はこういうものだというところを中にもう少し入れて、予見は非常に難しいというコメントがほしい。この事例では、産婦人科の先生は短時間でよく対応しています。50%剥離している、そうしたら、これと同じ症例が来たときにはやはり防

ぎ得ないということは、私たちは理解できるんですけども、産婦人科以外の先生がこれ  
を理解できるかという、今、たくさん質問が来ていますように、理解できない部分があ  
ると思うので、そのギャップをもう少し詰める文章があったほうがいい。予測はできな  
いと思います。いつから起こったという発症の予測は難しいと思います。

○石渡委員

よろしいでしょうか。この症例は35週と4日ですから、生理痛、不規則な痛みである  
とか、少量出血があるので、切迫早産を予防するという意味で病院に来るように話があっ  
たと思うんだけど、これが満期産で、ただの産兆、おしるしという意味合いだったら、  
この時点で病院に来るようにはおそらく勧めないと思うんです。10分おきに規則正しい  
陣痛が来るとか、あるいは出血の量が多くなったら病院にいらしてくださいという話をす  
ることが一般的だと思う。要するに、可能性を迫及していくと、あのときこうすればよか  
ったということになると過剰診療になって、フォールス・ポジティブばかり多くなってき  
てしまうのではないかと思うので、その点が標準的な医療ということから考えると、先ほ  
ど鈴木委員が言われたような対応でやっていくということは、あまりよくないのではない  
かと思います。

○鈴木委員

私は、そうしろと言っているのではないです。そういう疑問に答える姿勢が必要だと。

○岡井委員長

疑問に答えるということですよ。おっしゃるとおりです。

○石渡委員

患者さんがわかるような話、説明をするということです。

○岡井委員長

この事例では、患者さんが最初に電話をかけてきた症状であると、切迫早産を疑うのが  
標準的な医療であって、早剥の症状であるというのは頻度的にどれぐらいになるかな、同  
じような症状の人が入院してきて、よく調べてみたら早剥だったというのは、おそらく相  
当少ない頻度になると思うんです。プレディクティブ・バリューになりますけれども、数字  
はありますか。数字があれば書いてあげることも。

○松田委員

私、昔、基幹病院で検討したときには5%ぐらいでした。切迫早産の中に5%ぐらい常  
位胎盤早期剥離が紛れている。もちろん、時代は今より随分前ですから、診断技術とかあ

りますけれども、多く見積もっても5から10%程度ではないですか。

○水上委員

いや、それは多過ぎると思います。

○岡井委員長

多過ぎるような気がする。もっと少ないと思う。

○水上委員

なぜかという、常位胎盤早期剥離の発症頻度が0.5%から1%の間にあります。常位胎盤早期剥離は、必ずその前に切迫早産様症状を伴います。常位胎盤早期剥離は満期でもありますけれども、切迫早産様症状を示した患者さんの6、7割が早産期に起こるとしたら、せいぜい2%ぐらいの確率だと思います。

○松田委員

今、私が言ったのは、基幹施設で多く見積もってもそうだったから、一般に普遍すると  
もっと頻度は。

○岡井委員長

10%はないですね。

○松田委員

はい。

○徳永委員

早産と診断がついた例の5%。

○松田委員

切迫早産と疑われて、送られてきた症例を……。

○徳永委員

送られてきた。

○岡井委員長

例を後からよく見たら早剥だった。

○徳永委員

送られてきたというのは、やはり相当よりすぐられているから。

○松田委員

だから、より厳しい症例が入っているから、一般的な頻度はもっと少ないことは同意します。



○水上委員

もう一点よろしいでしょうか。先ほどの鈴木委員のご質問に関することですが、これは今年の春に出したガイドラインですが、常位胎盤早期剥離を我々が疑わなくてはならないときはどういうときかということが、資料1-1の10ページ、(2)常位胎盤早期剥離の診断・管理というところの下から2行目、妊娠後半期に切迫早産様症状（性器出血、子宮収縮、下腹部痛）と同時に、異常胎児心拍パターンを認めたときは早剥を疑い、以下の検査を行うということを求めているんです。

先ほど鈴木委員は、おなかが痛いときに切迫早産を疑うべきではないかというニュアンスのご質問をされたかと思うんですが、それは先ほど石渡委員が言われたように、普通、満期に陣痛がついてきたり、産兆、おしるしが始まって出血したりします。そのとき、すべてを早剥と疑ったならば過剰診療になるし、また、患者さん方にとっても非常に迷惑なことになる。そういった疑いも捨て切れないので、切迫早産の時期であれば来院してください、そこで胎児心拍について確認をするというのは普通診療というか、それが標準だと思います。

○鈴木委員

そのプロセスを書いてほしいということです。

○水上委員

はい、わかりました。

○岡井委員長

一般的なお答えですね。ただし、医師の教育に携わる身としては、こういう症状だって早剥が隠れているかもしれないから、それには注意なさいと教えなくてはならないんです。

○鈴木委員

その注意というのは、水上先生おっしゃったように、胎児心拍を見るということであれば、なるべく早い時期に来院して、心拍を検査しましょうと誘導していくことになりやすいですね。

○岡井委員長

状況にもよるんですね。

○鈴木委員

現実にある臨床と、学問的に言われていることの乖離なども認識しながら、医学的準則

としてどんな感じに必要なのか。それと本件が乖離しているのかどうかというのは、医学的評価だろうと僕は思います。

○徳永委員

一ついいですか。今のお話の中で、妊婦さんは胎児の胎動というのが唯一、自分のおなかの中にいる胎児について自覚できる症状なんです。私ども、実際の臨床の場では、出血しているとか、おなかが痛いという胎動がどうか確認するんです。そして、いろいろな指導をしていきますので、そういう記載があると、妊婦さん自身も赤ちゃんはこの時点ではこうだったとか、そういうことがわかりますので、そういった内容が少し入ると、もう少し経過がわかりやすくなる感じがします。その辺が入っていると、本人自身がこの状態についてどう考えていたのかということも含めて、理解しやすくなるのではないかと思います。そんなことを追記したらどうかと考えます。

○岡井委員長

これは仮想事例で、カルテになかったという話で一応来てはいますが、実際にはそれは大事なことです。

○徳永委員

現場では、大体聞きます。来るように妊婦さんを促す場合、あるいは満期産であれば多少の出血はおしるしと理解できないし、陣痛かどうか、我々は陣痛かもしれないと思うけれども、妊婦さんがおなかが痛いのをどこまで陣痛と感じるか、理解しているかということも、現実にはずれているところがあるんです。

○上田理事

先生、一般的に胎動はカルテに記載されてますか。

○徳永委員

しています。

○上田理事

今回の仮想事例は記載されていませんが、先生方は記載されますか。

○徳永委員

仮想事例……。

○水上委員

それは一般的ではありません。

○岡井委員長

一般的ではないね。

○水上委員

はい。胎動については一般的ではありません。

○徳永委員

そうですか。

○水上委員

はい。このガイドラインには、胎動に関してどのように考えるべきかということが記載されています。赤ちゃんのぐあいが悪くなる前に胎動減少が起こるという報告もある、しかし十分には研究されていないということなので。

○徳永委員

母子間輸血症候群で、数日前に胎動の自覚が少しおかしいと訴えて、2日後ぐらいに受診して私のところに送られてきたときには胎児はほとんど心拍がなくて、それが裁判になったケースがございます。一般的でなくても、仮想事例とか、そういうものを通じながら、私どもはこれから啓蒙していかなくてはいけないわけですので、各施設に胎動の自覚に関する、それは原因がどうかということでも、カルテに記載するような指導をしていくべきだと僕は思うんです。

○岡井委員長

先生、それはきょうの仮想事例の報告書の書き方とか、そういう議論とちょっと離れています。そのことは大事なことで、最近、また胎動に関する論文なんかも出ていますので、それはそれで議論させていただきます。

次に進めさせていただきます。医学的評価の考察のところ、もう一度ディスカッションしていただきたいと思っています。けれども、来院から20分で診断して、30分で緊急帝王切開をしたという範囲の診療レベルが標準的な医療水準であるという話、時間をただ書くだけではなくて、現場の医療では診断するのに一般的にこれくらいはかかるし、このケースは水準より相当早い、スムーズに行っていると思うんです。その辺を書く必要があるかどうかです。

○是澤リーダー

現在では、一番うまくいってこうだと思うんです。まず診断をして、それから家族に話して、病棟の上の者に許可をとってとやっていると、20分なんていうのはすぐ進んでしまいますから。

○岡井委員長

相当早い、相当優秀。

○是澤リーダー

ええ。相当早くやったという想定にしております。それから、20分というのほどこから出た数字かわからないんですが、設置基準では30分以内となっています。周産期センターの設置基準では、決めてから児が出るまで30分以内となっていると思います。ただ、メディアの調査では半分近くできないと。

○岡井委員長

できない。実際、どこかで調査したデータがあります。

○水上委員

これに載っています。お手元のガイドラインの127ページの下から3行目、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年度入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、総合周産期センターでは32.8分である。これが、ここに掲載されている例です。

○是澤リーダー

これは開始するまでで、児が出るまでではないんですよね。

○水上委員

そうです。

○岡井委員長

でも、児が出るまで数分ですよ。

○是澤リーダー

いや、設置基準では児が出るまでに30分。

○岡井委員長

これは、あくまでも目標基準みたいなもので、なかなかそうはいかない。

○竹村委員

今のは、診断がついてからでしょう？

○水上委員

開始決定から手術が始まるまで。

○岡井委員長

帝王切開を決めてからです。

○竹村委員

この例みたいに、外来で来て、受付を通過して外来の診察をして、また病棟に行くと考えると、本当にこんなに早くできるのかと思うぐらいの時間が書いてあるんです。

○岡井委員長

この早さは、昭和大学ぐらいですよ。うちは早いです。

○是澤リーダー

仮想ですから、できるだけ議論を少なくしようということで。

○岡井委員長

これは、現実の医療現場でいえば、相当早い対応である、トップレベルの対応であるという事実があるんです。

○鈴木委員

今、おっしゃっているのは、帝王切開が必要だと判断してから、開腹までどのぐらいの短いスパンでいけるかという話だと思うんです。私がここで書いた20分というのは、一般的に20分以内、あるいは30分以内に児を娩出できた事案に関しては、常位胎盤早期剥離でも予後が比較的良好だと言われているわけです。そこが違うなら違うとおっしゃっていただけたらいいと思います。つまり、早剥の場合に、児の安全からするとどのぐらいの時間が目標なのかという時間設定と、實際上、診断から帝王切開までどのぐらいの時間がかかるのかというのは別の話なので、そこが別の話だということを理解した上で説明をしていかななくてはいけないだろうと思うんです。30分以内でできるのだからいいんだというのは、逆に言うと、早剥の場合は二、三十分で出さないと危ないということになると、早剥の予後はすごく悪いということですよ。

○岡井委員長

ええ。

○鈴木委員

そういうことですよ。そのことをきちんと理解させる必要があるのではないかということです。逆に言うと、早剥の予後は診断してから対応してもすごく悪いということになれば、再発防止としては、早剥の場合には、過剰診断の問題点が一方でありながらも、できる限り早く児心拍の検査をすることが必要なのかどうかということを、医学的評価として将来に向かって議論していかななくてはいけない。過去に向かって何かを評価するのでは

なく、将来に向かって言っていかななくてはいけないと思うんです。そういう議論が、これまで産科学の中でどの程度行われてきたのかということも関連しながら、ここで新たな再発防止策をつくっていくということだろうと私は理解しています。

○岡井委員長

鈴木委員が言われることは理論的にそのとおりなんですが、現実には疑わしい者は全部入院ということになると、何倍の患者さんを各病院は収容しなくてはいけないとか、現場では相当なエネルギー、必要労力が増えることにでるんです。例えば、5%以下全部に同じ対応をするとすると、20倍のエネルギーが要るわけです。それは、本当に日本の医療で対応できるのか。そこまで話が行ってしまうんです。それから、そういうことによって児の予後が本当によくなったかまで検証しないと、今まで我々が行ってきた医療のやり方を大きく転換して、切迫早産は全部早剥の疑い、全部に対応する。これはものすごく難しいんです。

○鈴木委員

難しいと書いていただきたいと言っているんです。それが説明責任ではないですか。

○岡井委員長

難しいと書くのはそれでいいのですが・・・。

○鈴木委員

説明責任です。

○岡井委員長

だから、再発防止の対策はもう一つ踏み込んで、いろいろな対応は実際、現実には可能なのか考えて書かないと、時間がかかると悪いからもっと早くやれ、疑わしい者から早く処置をしろというふうに、すぐは再発防止にはつなげられないと思います。もう一つ、二つ深く突っ込んで。

○鈴木委員

そのディスカッションがこの場で必要なのではないですか。

○岡井委員長

そうそう。この委員会では再発防止の議論が必要になってくる。おっしゃるとおりだと思います。

○是澤リーダー

項目を考えなければいけないのではないかと思います。資料2のマニュアル案では、

まず事例があつて、概要があつて、脳性麻痺発症の原因があつて、それから臨床経過に対する医学的評価があつて、3. は行われたことについての評価をして、後から考えてみてどうやったらもっとよかったかというのが4. 臨床経過に関する医学的評価なんです。それから、5. で今後の産婦人科医療向上のために検討すべき事項となっています。ですから、今、一緒に議論しているような。

○岡井委員長

そう、そこまで話が行ってしまったんです。

○是澤リーダー

ですから、もう少し整理して。

○岡井委員長

医学的考察とか、医学的評価に入る意見に関しての話が少し発展したんですけれども、記載の仕方として、もう少し患者さんのほうから、現場の医療では診断するのに時間がこれぐらいかかるとか、帝王切開をしなくてはいけないという結論が出てからも、実際に胎児が出るまでにはこれぐらい時間がかかるとわかってもらうように書かないと、疑問が解消できないというご指摘はそのとおりなので、今度から医学的評価の中にそのことを入れておくということになるわけですね。

○是澤リーダー

はい。

○岡井委員長

時間は、もういいですね。それぐらいかかるという現実、それでデータもある。

もう一つ、児の蘇生のところが簡略過ぎるといふご指摘をいただいているんですが。

○松田委員

委員長、その前に、仮想事例の8ページ、診断と帝王切開実施のところ。横の番号でいくと12番、子宮収縮抑制剤の点滴ですが、常位胎盤早期剥離を疑ったのであれば子宮収縮抑制剤は禁忌ですよ。全体の流れから見ると、この治療がより付加的に悪さをしたとは思いませんけれども、適切な処置となされているという表現に対してはいかがなものか。

○岡井委員長

それは、本当に中身の話ですね。

○松田委員

子宮収縮抑制剤というのは、過強陣痛とか、それに伴っての緊急的な子宮内胎児蘇生の治療でありますので、常位胎盤早期剥離と疑っていれば、むしろこれは悪い方向に作用するわけですから、これが適切な処置がなされているという評価については、議論をする余地があるのではないかということです。

○岡井委員長

それは実際の……。

○水上委員

そんな証拠はないよ。

○松田委員

いや、そんな証拠はないとはいえない。

○岡井委員長

そういう議論が実際の場合は出てくる。

○松田委員

そうです。出てくる。

○水上委員

子宮収縮抑制剤の点滴が禁忌なんていうことは、どこにもないですよ。

○松田委員

いや、トコリスは常位胎盤早期剥離の禁忌ですよ。ウテメリンは禁忌ですよ。

○水上委員

このガイドラインで勧めるところは、子宮収縮があつて、胎児心音の悪化が見られたときに子宮収縮抑制剤の投与を試みることを勧めています。

○松田委員

それは、エビデンスは完全には証明されていません。

○水上委員

それも、エビデンスはありませんよ。

○松田委員

だから、どちらも一緒ですよ。

○岡井委員長

そういう議論は、本当の部会で、現場でやらなくてはいけない。でも、実際こういう議論がある問題というのは、どちらが正しいかもわからなかったりすることがあるので、ガ



イドラインにこう書いてあるというか、本当に標準はこうと決まっていること以外は許容範囲内に入ってきてしまうと思うんです。より高いレベルから見た場合、この診療だかどうか、違うやり方をやったほうがベターかもしれないという話があったとしても、ガイドラインとかに記載されていない限り、それは誤っているとか、不適切とはなかなか言えないところがあると思うんです。今のような議論は、本当の現場では報告書の中身に対して出てくる。

○鈴木委員

今の不適切と言えないということ指摘している限りでは一致していると思うので、つまり抑制剤が適切な処置、やるべきことをやっているんだとは、水上先生もおっしゃらないわけですね。

○水上委員

それは、学問的にはわからないことである。しかし、子宮収縮があつて、心音悪化が見られたときには、子宮収縮抑制剤を投与するほうがむしろいいのではないかという意見も強い。

○鈴木委員

そうしたら、両論あるということですね。

○水上委員

そうですね。

○松田委員

だから、この記載は少し書き過ぎではないか。

○岡井委員長

医学的考察というか、こちらでは医学的評価となっているんです。医学的評価のところの書き方で、今、言ったような議論の場合、問題はなかったという表現がいいのか。そうすると、あとは問題があつたになってしまうので、問題があつたと問題がなかったに分けるのはどうかと僕は思っているんです。今の議論のように、まだわからない部分もあるし、しかし私たちのやっている毎日の臨床というのは、最善はほとんどできない、相当幅広いレベルの開きがあつて、それが日常の臨床の中であつて、問題あり、問題なしと決めつけることはなかなか難しいと思うんです。ここの医学評価の書き方は、一度、そこだけでもディスカッションする必要があると思っています。きょうは、この事例で行きますけれども、ぜひ1回時間をとって。

○上田理事

はい、わかりました。

○岡井委員長

最初に議論したことと、このことと、改めて時間をかけてやりたいと思います。ここの表現の仕方は、また検討します。

○水上委員

はい。

○岡井委員長

新生児の蘇生のことですけれども、詳しく書いたほうがいい。もし、カルテに書かれていれば、何時何分に出生して、2分後には挿管ができた、O<sub>2</sub>を何%でやって、アプガーが変わって、何分後には赤くなったとか書いたほうがいいですよ。

○板橋委員

新生児科医が立ち会っているのであれば当然のことと思います。その場ではリアルタイムに書けないことが多いのですが。

○岡井委員長

大概、後で整理して書いてくれていますよね。記録はあると思う。

○板橋委員

後で整理して記録には書きますので、もう少し時系列的にわかったほうがいいとは思いますが。

○岡井委員長

では、そのとおりでいいです。

○是澤リーダー

よろしいですか。この症例は周産期センターですので、当然、新生児科の先生に立ち会っていただけるわけですが、一般的には立ち会っていただけないことが多いです。NICUに搬送されてから、いろいろな処置が行われることも結構あると思うんです。そのときの情報のとり方がずっと問題になっているわけですが、その辺はどういたしましょうか。

○岡井委員長

それは、この間、一応決めて。ああ、きょうの後のところであるんじゃないかな。

○是澤リーダー

もらうという話ですね。それでわかる範囲ということでよろしゅうございますね。

○岡井委員長

はい、わかる範囲ということですね。それはいいですね。

(5) は、意見をいただいておりますが、これはよろしいですね。こんなに早くできるのか。要するに、この仮想事例は相当早くやった事例であるということです。

○是澤リーダー

この報告書は、公表されますか。そういう話を聞いているんですが。

○岡井委員長

この仮想事例は、一つのサンプルとして公表される。もう少し書き直すわけですね。

○是澤リーダー

書き直すんですけれども、そのときにこの意見を書いていいかどうか。つまり、普通はもっとかかりますよと。

○岡井委員長

先ほど言ったように、現場では時間がかかるものだと書いて、帝王切開を決めてから平均的にはこうだと書いて、この事例は大変早いということも、日本の平均レベルより早いと書く。公表されるサンプルは、きょうの議論を踏まえて修正して、理想的な報告書です。皆さん、これからこういうふうに書いてくださいという形になるわけですね。よろしいですか。

次は、医療向上のために改善すべき事項として、最初の報告書案で大変よくやっているの、たしかあまり書いていなかったですね。

○上田理事

なしです。

○岡井委員長

なしということになったんですね。ところが、幾つか出ていまして、(1)のところでは、先ほどから議論していた予防防止、あるいは、より早くそういうことを見つけ出すための事項も、今後の医療向上のためには指摘する部分は指摘したほうがいいのではないかといい話です。もちろん大事なことはあるんですけれども、どういう書き方で、どうするかですね。何かご意見ありませんか。事務局で考えていますか。

○上田理事

メモに、仮想事例1の原因分析報告書(案)についての修正(案)という2枚のメモがありますが、1ページの3. です。

○岡井委員長

似た話ですね。

○上田理事

改善事項についてご指摘があったので、事務局の当初の報告書案では改善事項はなしでしたが、このように整理をしております。この点についてもご意見をいただければと思っています。

改善事項については、大きく3つの事項があります。診療行為について検討すべき事項と、分娩機関の設備や診療体制について検討すべき事項と、もう一つは施設に限らず、社会全体の産科医療体制について検討すべき事項があります。ここでは、診療行為についての家族との対応になりますので、1) 診療行為について検討すべき事項に記載をしました。それから、全体的には、3) 産科医療体制について検討すべき事項に患者さんへの教育ですとか、医療担当者への教育の重要性、それから常位胎盤早期剥離の無症状のことを竹村先生からご指摘いただきましたので、これらを記述しております。ですから、改善事項について、もう少し工夫すべきとか、先生方からご意見をいただきたいと思います。

○岡井委員長

いかがですか。医療向上のために検討すべき事項としては3つあって、実際に行われた診療行為について、後から言えることであってもこうしたほうが良いということを書き出す。2つ目は、設備や診療体制。3つ目は、もっと広く見た場合、日本の産科医療体制全体という視点から検討すべき事項を書き上げようということになっているわけですが、このケースの診療そのものでは、ここで挙がっているのは、インフォームド・コンセントで済ませているけれども、文章による説明があったほうがよかったのではないかと。今後のための検討事項ですから、これからはそうしたほうが良いですと。それから、事前の教育の中で説明。常位胎盤早期剥離などの手術直前に説明が困難となるケースについては、事前の教育、これは母親学級とか、そういう話ですか。

○上田理事

そうですね。はい。

○岡井委員長

望ましい。こんなことですが、しいて挙げればこういうことだろうと思うんですけども、仮想事例では、後の検討から言えることであってもここは直したほうが良い、こういうやり方でなくて、こっちのやり方のほうが良いということで、はっきり指摘できること

は診療行為そのものについてはない事例なんです。今、松田先生が言われたことは一つあるんですが、子宮収縮抑制剤の使用法に関してはまだ議論があるので、はっきりこうだと、ガイドラインと違うことをやっているということはないですよ。

○板橋委員

よろしいですか。ガイドラインはすごく重要ですが、ガイドラインのそれぞれの項目については必ずしもレベル的には、Aランクは臨床のデータが少ないですね。

○岡井委員長

あまりないです。A、B、Cとか。

○板橋委員

Bとか、Cの位置づけであっても、やはりガイドラインに書いてあることに対する重みづけといたしますか、それを重視すべきなのですか？今後、原因分析の中でどういう位置づけにするのかというのは、すごく重要ではないかと思うのです。Cというのは、おそらくランクとしては低い、エキスパートの意見でしたっけ？

○岡井委員長

Aが強く勧める、Bが勧める、Cが参考意見。どこかに書いてある。Aが強く勧める、Bが勧める。

○水上委員

一番後ろに書いてあります。

○岡井委員長

推奨されるか。そのA、B、Cは、エビデンスレベルと、また1、2、3があるでしょう？

○板橋委員

それは違うのですね。

○岡井委員長

ランダムイズでやったプロスペクティブスタディーとか、それとはちょっと違う。それも参考にして、学会として強く勧めますというのと、勧めます、推奨しますというのと分けて。だから、医学評価の記載の仕方のところにかかわってくるわけですね。

○板橋委員

そうですね。

○岡井委員長

今、言われたガイドラインの記載との整合性を考えて、どういう記載にするかというのを、今度、一般的な話として、1回、時間をかけてディスカッションさせていただきたいと思います。

○板橋委員

はい。

○岡井委員長

あとは、早期発見とかいうようなことの、患者さんへの啓蒙といえますか、そういうことに関して産科医療は、もちろん学会の責任もありますし、厚生労働省の責任もありますし、妊婦さんにいろいろと教育、指導していくということは、こういうところに書いておいてもいいことかもしれません。診療ダイレクトではありませんが、こういう症例があったときには、そういうことも書きますか。患者さんも、別に遅れたわけではないんですよね。

○竹村委員

報告書に書くようにということではなくて、今後、学会として、我々としてどういう教育を患者にしていくか。結局、鈴木委員がおっしゃったように、患者がどういうときに来るべきなのか、何でもかんでも来るということになると、逆に本当にやるべき医療ができなくなってしまうことになりますから、そこら辺が一番問題ではないかと考えてこういうふうにしたんです。だから、この報告書に必要だという意味ではありません。

○岡井委員長

そうすると、大体同じようなことですが、(4)はもう済みましたよね。

D I Cのことが患者さんに説明されていないという前提で、そういうことも説明すべきであったということが一つの意見として出ているわけですが、早剥の場合はD I Cのことも患者さんに説明しておかなくてはいけないですよ。

○竹村委員

この場合はすべてうまくいっているからいいけれども、早剥の場合は相当その危険があるわけです。つまり、口頭で同意を得たといっても、はっきり言って、もしこれが後で悪くなったらサインもないではないかと。多分、鈴木先生はご指摘になるだろうし、その辺もお伺いしたかったんです。こういう緊急の場合は口頭だけでもいいと、一般の方というか弁護士などはお考えになるのか。それはやむを得ないと考えるのか、それとも、せめて本人のサインだけはとっておけというご指導をいただけるのかと思って、書いたんです。

どうでしょう。

○鈴木委員

まず、前提として、再発防止にとって重要なのは、本件の事案はさかのぼって考えれば、レトロスペクティブに考えれば、より早く受診することですよね。

○水上委員

そうです。

○鈴木委員

そうですよね。その受診をもう少し早くさせるために、医療機関として努力することがあるのかという観点での分析は、僕は必要だろうと思うんです。つまり、入院時は助産師なり、医師なりがコントロール可能なわけです。把握可能なわけですけれども、外来は、要するに自宅にいるわけですから、危険性の把握を妊婦さんがしない限り受診につながらないわけです。つまり、出血があつてからなぜ3時間電話をかけなかったのかとか、電話をかけて受診の指示を受けてから医療機関に来るまでなぜ1時間かかったのか。これは、1時間かかる距離にいれば当たり前のことですから、これ以上短縮することはできないわけです。けれども、病院と目と鼻の先に住んでいて1時間かかるというのは、そこに何らかの危機感がなかったからということもあるわけです。痛みが出てから3時間して電話、電話してから1時間たって受診、ここをもう少し短くするという問題意識を持っていれば、療養指導がもう少しいろいろできたのではないかと。

岡井先生がおっしゃる、そんなことしたら受診者が増えて困る、医療ができなくなるといふのであれば、いち早く受診しなさいと勧める場合と、もう少し様子を見てくださいという指導との判断の分かれ目はどこにあるのかを明確にしていかないと、現場の人たちが受診を勧めたほうがいいのか、むしろ抑えたほうがいいのかかえって混乱する。その辺の問題点、情報をきちんと提供することが重要だろう。その情報提供が、口頭でいいのか、書面を渡してサインまでもらうのかといふのは、後の責任問題のところ絡む話であつて、再発防止のところ絡む話ではないと思います。

○宮澤委員

先ほどからやはり出ているんですけども、受診を早くして管理を病院の中に置いたほうがいいのかといふのはそうなんですけれども、ではどういう場合にできるのか。今、水上先生おっしゃいましたけれども、この事例の中ではどの段階で早期胎盤剥離を疑つて言えるのかといふと、おそらくは難しかったのではないかと。区別がついていて、受診を早期に促

すべき何らかの兆候があったかといえ、おそらくはなかったというのが本件の事例だと思うんです。

○鈴木委員

それは、プロスペクティブに見てそうですけれども、レトロスペクティブに見て、それでよかったんだという判断をするのか。

○宮澤委員

よかったんだというわけではなくて、事例が幾つも重なって行って、何らかの兆候として確定できるものが抽出されるかどうかというのは、これからの問題ではないかと思うんです。

○鈴木委員

抽出できるかどうかは、まずは医学的な評価がどうされているか、これまでどうされてきたか。

○宮澤委員

そう、医学的な評価として。

○岡井委員長

難しいんです。早剥は何やかんや言いながら相当の頻度があるわけで、もちろん早く見つければ早く見つけたいし、予防できれば予防したいわけですが、その結論は世界中で出ていないんです。結局は、ある程度進んだものを診断して、診断したら胎児の状況によって、基本的には早く帝王切開する。今、そういう対応しか現実にはできていない。

○鈴木委員

だから、診断してなるべく早くというところは、ある程度努力をしているわけなので、診断をいち早くするためにどういう工夫が必要なのかというのを将来に向かって。

○岡井委員長

これは、産科の一つの重要な課題ですよ。早剥は、どういう症状だと患者さんに連絡してもらおうか。その話を聞いたとき、医療提供者はどうしたときに早く来てもらおうか。それこそガイドラインをつくりたいぐらいですが、それはやはり研究を進め症例も集めないと、この1例があったからここの場ですぐ結論を出せることでもないんです。

○鈴木委員

だから、そういう課題を再発防止策として提示したらどうでしょうか。そこに課題になっている。早剥はそこが課題になっているということを提示すれば、その課題をまた引き



取って、研究が進んでいくということもあるわけですから。

○徳永委員

一つは、最初は顔が見えないところで対しているわけでしょう。だから、やはり専門家というか、初期対応のところはどういう情報を得るか。何かいい方法があって、今後の方向に生かせるような問題が出ればいい。僕としては、先ほども言ったように、胎動的なものとか、痛みのほかに伴う症状がないかと誘導的な質問をしてあげなくては、患者さんはわからないんです。出血があっておなかが痛いと言っても、それが陣痛なのか、本当に早剥みたいな危険があってそうなっているのか。そういう方向を出すのは難しいかもしれないけれども、鈴木先生が言われているのは、もしそんなことがあるのだったら出したほうがいいのではないかという指摘でしょう？

○鈴木委員

はい。

○岡井委員長

実際、ガイドラインに書ける中身ではなくて、こういうことが重要だから研究を進めて、学会としても指導を出せるようにしなさいということ、むしろ問題提起する。

○是澤リーダー

この方策として、ここには書かなかったんですが、香川大学の原教授が在宅モニタリングをやっているんです。非常に初期段階で、実際にどれぐらいできるかよくわからないんですけれども、分娩監視装置を貸し出して、そのデータを携帯電話でとってくるということをやっています。

○岡井委員長

一つの試みですね。

○是澤リーダー

試みです。そういうことがずっと進んでくれば、実用化されれば何かあるんですけれども、まだ全国的にはという感じです。

○岡井委員長

そういうことをみんなやるようになったとき、早剥で亡くなる例がどれぐらい減らせるかというのは、本当にやってみないとわからない。

○徳永委員

でも、この症例の場合、私たちが一般的に、僕が一般医者として見た場合、血圧も今ま

で高くもないわ、痛みの訴えもそんなに、電話でこちらで聞いている限りでは大したことない。数時間のラグタイムの後で受診して、モニターをつけて初めてこうだという格好で確認したわけでしょう。そういう点では、このケースについては、一つのやるべき内容というか、先ほど鈴木先生が言われたように、我々が電話で受け答えした時点で早剥を疑うような状態があったかという、やはりなかったという結論なんだと思うんです。そういう点で、この事例の一つの報告書というのは、このぐらいしか書けないのかなという感じもしますね。

○岡井委員長

医学評価に関しては、そういうことになると思うんです。

○楠田委員

いいですか。いろいろお聞きしていて、原因分析というのは、当然、何例かこれから出てくるわけですよ。

○岡井委員長

仮想事例をもう少しやります。

○楠田委員

いや、実際の例。

○岡井委員長

いや、実際の例はそんな……。

○楠田委員

要は、この一例だけで、こういう方法をやれば防げるというのは、ちょっと言い過ぎだと思うんです。でも、逆に何もそういう改善策を示さないというのも、やはり言い不足だと思うんです。ですから、今後、こういう症例を積み重ねることによって、何らかの予防策が出てくるかもしれないというのが、今回、今後のこととして言えることではないですか。言い過ぎてもだめだし、言わな過ぎるのもちょっとあれなので、こういうことが積み重なればもっといいことがあるだろうというところだと思うんです。

○岡井委員長

その他のところは、語句の問題です。それは、一応、修正案が出ています。では、説明していただいて、決めてしまいましょう。こういう場合は、これからこういうふうに表現しましょうと。同じことが出てこないように。

○是澤リーダー

4) その他で、3ページの6行目、「強く疑われ」という語句の問題が指摘されました。確かにおっしゃるとおりで、根拠があつて疑った場合は診断ですので、全部「診断」に変えました。

それから、2ページの7行目、「妊婦健診は定期的に受診しており」は。

○岡井委員長

これは、完全に日本語の問題だからいいんじゃないですか。前の表現のほうが。

○上田理事

そうですね。

○是澤リーダー

それから、12行目、AFDを直訳したものがあつたので、単純に「妊娠週数相当」に修正いたしました。

次の下線が引いてあるところは、助産師が話した言葉を書いたものですからかぎ括弧をつけました。

3ページ、診断の根拠ですが、診断の後に書いてあつたので前に持ってまいりました。

「総合周産期センター」は、「総合周産期母子医療センター」が正確な言い方ですので、修正いたしました。

以上でございます。

○岡井委員長

ありがとうございます。

根拠があつて強く疑われたときは、もう診断されたという話にしてしまう。

○是澤リーダー

臨床的に診断したということで。

○岡井委員長

カルテの記載をもとに整理していくときに、サスペクトなんて書いてある場合は「疑われた」という記載になってきますよね。

○是澤リーダー

完全な文章でないこともありまして、例えば「胎盤の後ろに血腫が見える」「常位胎盤早期剥離」の間がない場合があるわけです。その場合は、疑ったのか、診断したのかよくわからないことがありますので、何も書いてないで根拠がある場合には診断した、根拠が書いていない場合は疑った。そんな感じで書きあらわそうかと。

○鈴木委員

その書き方は、記録に何て書いてあるかを書き写しているだけですよ。

○是澤リーダー

だから、これがない場合。

○鈴木委員

記録にないとか、あるとかという書き写しを、この委員会が診療の経過としてどう認定するかとこのところが必要だと思うんです。書いてあることを書き写しているだけでは評価にならないので、これこれの記載があったこと、あるいは、これこれの記載がなかったことが診療の経過、常位胎盤早期剥離の診療の経過として、この段階にどうあったのかという評価。

○岡井委員長

評価とは別です。経過の……。

○鈴木委員

僕が言っている評価というのは医学的評価の話ではなくて、診療の記載が十分されていれば事実関係は明らかになりますけれども、十分されていないときに事実関係が明らかにならないということでもいいのかということです。ある程度科学的な推測などを交えて、明らかに推測できるところは推測していくというふうにしないと、何が起きたのかは記録しかわからないということになってしまう。この委員会があやふやな事実に基づいて医学的評価をしているとなってしまうので、書いてあることや書いてないことをそのまま書くだけではなくて、その経過をどう認識したのか。この委員会がどう認識したのか。

○是澤リーダー

委員会の前に、機構がどういうふうに認識したかということ概要に記載するわけです。それを患者さんと医療機関に送付いたしまして、これで間違いがないか確認して、それから部会に上がってきます。こちらが判断したことを両者から承認を受けて、部会に上がってくるようになります。

○岡井委員長

そういう過程を通してここに出てくるということによろしいですか。

○鈴木委員

はい、結構です。

○岡井委員長

「診断を確定し」を「診断し」というのは、前に疑っていたけれども確定できなかったことを確定したということもあるわけで、ここの事例では、この場合は「診断し」でいいだろうというだけの話ですよ。 「診断を確定し」という言葉は使わないという意味ではないでしょうか？

○是澤リーダー

そうなのですが、この事案に関しては、前、ご指摘あったように胎盤所見を見ないと確定診断はできないわけです。ですから、「診断を確定し」というのは少し紛らわしいので「診断し」としました。

○岡井委員長

この事例の、ここの記載の部分ではね。

○是澤リーダー

はい。

○岡井委員長

「確定し」という使い方もあるわけですよ。

では、言葉はこれでもう終わりにします。今、議論していただいたことを踏まえて、案を修正したものをお送りさせていただきますので、再度ご確認いただいて、一つのサンプルとしてつくり上げることにしたいと思います。

時間が20分オーバーしてしまったんですけども、模擬部会で、報告書案の書き方とか内容につきましてご意見ございますでしょうか。ご発言いただいてない豊田委員、何かありますか？

○豊田委員

私、幾つかこういう委員に入ったことがあるんですけども、産科は産科で難しく、私もお産の経験はありますけれども、それでもやはり。

○岡井委員長

なかなか難しいですね。

○豊田委員

なので、もう少し勉強させてください。また疑問が出てくると思うので。

○岡井委員長

医学評価はなかなか難しいと思いますけれども、こんな形で、どうしてもこれくらいの文章になってしまうんですよ。正確なものを書こうとすると。

○豊田委員

そうですね。それはそれで、これでいいんだと思うんです。だから、別途、何かつくったほうがいいのか、もう少し。

○岡井委員長

本当に平たく、細かいことは書かないで、概要はこういうことだとわかっただけでも書くほうが、つけたほうがいいのかどうかですね。

○豊田委員

お母さんたちに少し意見を聞いてみます。

○岡井委員長

よろしくお願いします。

それでは、きょうの議事1)はこれで終了させてもらって、議事2)に行きたいと思えます。前回の委員会で出た議論と、それに対する対応等について、残りの時間ご審議いただきたいと思えます。ご説明いただけますか。

○後技監

きょうの本体資料は2枚紙ですけれども、1ページの2)前回の原因分析委員会というところでは、

(1)が、前回の委員会における主な意見となっております。まず、NICU等からの情報収集について出たご意見でございます。

1つ目の○ですけれども、NICUから情報を入手するのは2段階になるというご意見がありました。1つ目は分娩機関が行う情報収集、もう一つは、必要な場合、原因分析委員会から行う収集と、こういう2段階でございます。

2つ目ですけれども、患者、保護者の同意を事前に得るような方法を講じるというご意見。

3番目の○は、具体的には今後整理していこうというご意見でございます。

原因分析に係る保護者の意見書は、前回、資料があつて、きょうは資料はございません。次回以降、ご審議いただきますが、これに関するご意見ということで、1つ目の○についてご説明します。このご意見は、家族へ案内文を送付するためのタイムスケジュールを模式化したものを用意してほしいということで、この資料は用意しましたので、後ほどの議題でご説明いたします。

2つ目の○は、保護者及び分娩機関の双方から意見を聞くというご意見。

3つ目の○で、本委員会の目的は医学的な評価を行うもので、双方の調整を行うものではないというご意見。

4つ目の○は、前回、第1報、第2報という2種類が資料としてあったんですが、この位置づけが不明確。そして、依頼文の内容がわかりづらいということで、わかりやすい文章にしてほしいというご意見。

そして、一番下の○、分娩機関は運営組織でまとめた事例の概要を確認するというご意見がありました。

次のページにまいります。

仮想事例における原因分析報告書ですけれども、1つ目の○は、今日行いましたように模擬部会の形式で議論を行ってはどうかというご意見がありました。

そして、重大な過失が明らかであると思料されるケースについて、1つ目の○ですが、故意に近い過失とはルール違反、医学準則を知っていながら、あえて逸脱した行為をした場合であるというご意見。それから、重大な過失が認められる事例で、分娩機関がその過失が認めない場合、分娩機関にしかるべき対応をとるように勧告するというご意見がありました。

以上です。

○岡井委員長

ありがとうございました。

今のご説明は、前回の原因分析委員会で出てきた意見を整理してもらったんですが、それに対してのまとめというか、対応に関しては(2)ですね。

○後技監

はい。

○岡井委員長

そこまでご説明をお願いできますか。

○後技監

それでは、続けてご説明いたします。

(2) 主な意見に対して関連する事項ですけれども、まず分娩機関及び保護者からの確認についてということで、タイムスケジュール表をつくりました。資料3でございます。横型の図になっております。2枚紙でございます。

資料3の最初のページですが、真ん中がフロー図でございます。上がフロー図の説明に

なっております、丸数字はそれぞれ対応しております。一番下は、各段階のおよその所要日数を矢印の中に書いております。

フロー図をごらんいただきたいのですが、①は運営組織から児・家族へ向かう矢印ですが、けれども、審査結果の通知書をお送りする、つまり補償対象となって審査結果の通知書をお送りするときに、後日、意見をいただきますという旨の案内文を送ることになります。

②は、運営組織から分娩機関に伸びている矢印ですが、事例の概要を運営組織で作りまして、確認書及び依頼文——資料4でご説明します——をお送りするという段階でございます。ここまでがおよそ14日以内となっております。

③は、分娩機関から運営組織に伸びる矢印ですが、分娩機関に事例の確認をしていただいて、確認書をお送りいただきます。ただし、その下に※が書いてありますが、修正等がある場合は運営組織や分娩機関に確認を行うということで、確認作業を行うこととなります。この期間が、およそ14日から30日以内となっております。

④は、運営組織から児・家族に伸びている矢印ですが、③の段階で固まった事例の概要と意見書提出についての依頼文をお送りすることになります。それを見ていただいてお返事をいただくわけですが、その間が30日以内となっております。

次、児・家族から伸びる矢印ですが、返送のある、なしで、つまりお返事のある、なしで矢印が分かれております。お返事のない場合、一番上になりますが、⑧報告書案作成とありますように報告書の作成に移ります。

⑤の返送がある場合、ご意見がある、ないで2つに分かれております。

まず、ご意見がない場合は、意見なしなので⑧の報告書案作成に移ります。

ご意見がある場合ですけれども、今度は⑥にまいります、報告書の中に児・家族からの情報という欄がありますけれども、そこにご意見を書くこととなります。それを児・家族に送付することとなります。ここに要する期間がおよそ14日以内となっております。

児・家族に書かれている内容を確認いただきまして、返送していただくこととなります。これが⑦の確認書ということになります。

下に※が書いてありますが、その記載に修正等がある場合はやはり確認作業を行うことにしております。ここに要する期間がおよそ30日で、それが終わったら⑧の報告書案作成に移ることとなります。

全工程が3.5カ月から4カ月という案となっております。

2枚目は、今、申し上げましたフロー図を、運営組織を中心にして、運営組織が分娩機



関との間でするやりとり、それから児・家族との間でするやりとりの2つに分けて整理した図でございます。同じことを言っております。

運営組織の太い四角い囲みの中、上の四角の①から④ですけれども、運営組織が分娩機関と行うやりとりですけれども、①にありますように事例の概要の確認を行います。そして、修正があれば、これも確認をいたします。②で、その概要は家族に送付いたします。③ですけれども、児・家族からの意見が報告書の児・家族からの情報という欄に記載されることを、分娩機関に説明をしてわかっておいていただくこととなります。④は、分娩機関からの情報と家族からの意見が異なる場合は両論併記、両者を記載することも説明しておいて、わかっていただくこととなります。

下の四角は、運営組織と児・家族との間のやりとりです。①にありますように、事例の概要を参考に意見書をご記入いただくこととなります。②で、報告書の児・家族からの情報の記載について確認を行って、修正があれば修正するという確認を行います。③ですけれども、疑問等の意見について、本制度において対応できるものと対応できないものがあることを説明しておいて、よくわかっておいていただくこととなります。最後、④ですが、意見が異なる場合は両論併記となることもご説明することとなります。

資料3のご説明は以上でございます。

○岡井委員長

ありがとうございました。

今、ご説明いただきました資料3につきまして、ご意見ございますでしょうか。分娩機関と保護者の方の情報を得ることに関して、その手続等、何回か議論を重ねてきた最後のまとめになります。これでよろしゅうございますか。こういうふうに順番に手続を踏んでいくと、報告書の作成にかかるまでに3カ月半の日数を使ってしまうこととなりますけれども、仕方がないですかね。ちゃんとやったほうが、何かご意見ございますか。

○隈本委員

では、私から。非常に手厚くお聞きいただけるように変わって、非常にいいと思います。大変いいと思います。

1点だけ、事例の概要の中身が報告書の事実経過のところぐらい難しいと、なかなか難しいかなと。言葉遣いですね。豊田委員も少し戸惑ったとおっしゃっていたんですが、もちろん報告書は医学的に素養のある方もお読みになるし、その方々に今後の参考にしていただくという目標がありますから、学術用語で正確に書くということも大事ですし、冗長

でないということも読みやすいという意味ではいいと思うんですが、概要は、やはり概要ではあるけれども、起きた状況が読んだ人の目に浮かぶような説明がないと、素人の方に読んでいただいて問題ありますかと聞いても、木で鼻をくくったような対応という印象があると思います。おそらくここで言う事例の概要、この文章が皆さんにお配りする事例の概要そのもの、イコールであるとする、非常に心配だなという気がいたします。もし、よろしければ、原因分析報告書になるものは学術的に正しい文章で、短くうまくまとめたものであっていいのですが、事例の概要として双方にお示しになる場合には、もう少しわかりやすい文章にできないかということが印象としてあります。

○岡井委員長

わかりました。先ほどあった報告書そのものに関しても、サマリー的な、いわゆる一般の言葉で平たく書いたものをつけるかということがありますので、最初にこれでいいですかとお聞きするときも、そういうものをつけるかどうか検討させていただきたい。

○隈本委員

ぜひ、お願いしたい。

○岡井委員長

これをトランスレートするわけですね。一般の人の手紙の文章のように。

○隈本委員

そうですね。別にそんなに難しいことではなくて。

○岡井委員長

用語がわかりにくいですね。

○隈本委員

臨床の先生方も、患者さんが目の前に来たら、出生児体重二千五百何グラム、身長なんという言葉遣いはせずに、普通にお話になると思うんです。その言葉を、そういう文章で事例の概要を書いていただければ読んでわかると思うんですが、もし報告書における②がそのまま書かれていたとすると、それを理解するのはやはりごく一部の人なのではないかという気がしました。

○岡井委員長

だから、これを普通の人ができる言葉に訳さないといけないんですよ。

○上田理事

報告書の概要として、資料1-2の分娩経過一覧表を考えております。先生ご指摘の概

要がもう少しわかるようなものにしたいと思います。

○岡井委員長

これはこれでわかりやすいんですが。

○隈本委員

この表も非常にわかりやすいと思いますけれども、例えば胎盤後面の血腫なしというのは、専門家の皆さんから言えば、胎盤の後ろ側にこういうものがないんだから、剥離が始まっているという証拠にはならないとお思いかもかもしれませんけれども、一般の方々に胎盤後面の血腫なしですと言ったとしても、それはおそらく伝わらないでしょう。診察室でそういう質問、どうなんですかねと聞かれたときに、胎盤の裏側に血の塊が写ってないから、多分、剥離はまだ始まってないのではないですかとご説明になると思うんです。もし、診察室だったら。そういう言葉で書いていただければと感じました。

○岡井委員長

わかりました。おっしゃること、私、よく理解しました。そういうふうに一般の方がわかる言葉に訳すことはできるんです。その気になってないだけで、例えば推定児体重だっ  
て、おなかの赤ちゃんの体重を推定するとこれぐらいですという書き方もできるわけだし、胎盤の後ろに血の塊がないので、はがれてそこに血がたまっているという証拠はこの検査では見つかりませんでしたと書けばいいわけで、それだけの話ですね。つけるかどうかですよ。やはりつけましょう。

○隈本委員

はい、ぜひとも。

○是澤リーダー

バージョンを2つ作るという意味ですか。

○岡井委員長

患者さんが理解できる。本当の報告書と、概要と、それに一般の人が見てわかる訳本、説明書みたいな。

○隈本委員

もし、問題なければ、患者さんにお渡しした事例の概要が報告書にそのままコピーされても全然いいと思います。それが医学的に間違っているということでなければ。要するに、翻訳をする行為そのものは、報告書が若干長くなるというデメリットはあるにせよ、もしこの報告書を、例えば最初の50例ぐらいはみんな真剣に読むと思うんです。一般市民の

方も、関心のある方は。そういった方にもわかりやすくするのは、別にわかりやすいほうは、わざわざ難しいほうを公表しなくてもいいような気がします。

○岡井委員長

でも、公式の……。

○是澤リーダー

訳すと原文と、英文学と日本語学と同じなんですけれども、内容は同じでもニュアンスが違うということが結構出てくるんです。ですから、バージョンを2つつくって、医者用といたしますか、分娩機関用と患者さん用と両方つけたらいかがですか。

○隈本委員

お手間でなければ、そうしていただいて。

○岡井委員長

そうしましょう。いくら何でも、報告書と正式に残るものがあまり平たい言葉ではやはりおかしいんですよ。そうでしょう。国民の皆さんにわからなくてはいけない法律だって法律用語を使って書いているわけです。別にちゃんと説明しなくてはいけないけれども、やはり必要な書類として、公式なものは正しい用語を使った、正しい書き方に沿ったものが一つないと、パンフレットに書いてあるものはあったほうがわかりやすいけれども、それに全部変えてしまうわけには、ずっと残していくわけですから。

○隈本委員

わかりました。

○宮澤委員

私、1つでも構わないと思っているんです。平たい言葉一つでいいのではないかな。法律だって、実は条文が難し過ぎるから口語化していこうと、どんどん一般の用語に変えていく作業もやっていますから、その意味では一般的に通用する言葉で書くほうが大事だ。気になったのは、途中で正式なものと平たくやるとニュアンスが違うというお話があったんですが、ニュアンスが違っては困るので、ニュアンスがかわらないようにつくるべきです。平たくやったものと難しくやったもののニュアンスが違うというのだったら、それは作り方が間違っているのもあって、平たいもので統一して、ニュアンスもきちんと正確に伝わるようにつくる方向を目指すべきだと思います。専門家が見ても一般の人が見ても、等しくわかるというのが一つの文章として必要なのではないかと、私は思います。

○河野委員

それは可能なんですか。

○宮澤委員

それが可能かと言われると。

○河野委員

私が言いたいのは、言葉は定義がすごく難しく、たぶん、専門家の頭の中にはきちんとしたものがあると思うのですが、それを平たく表現すると伝わらないとか、逆に間違っ  
て伝わることもあるのではないのでしょうか。

○宮澤委員

例えば、平たい言葉を使った後に括弧して専門用語を入れておくというようなやり方で、  
幾つかの工夫によってそれはなし得ることなのではないかと思うんです。

○水上委員

今、事例の概要の話ですよ。事例の概要を医学の専門家でない、例えば普通の患者さ  
んが読んで理解できるように正しく伝えられるかどうか、ずっと眺めていたんですけれど  
も、容易です。できます。ですから、2種類つくる必要はないと思います。事例の概要の  
ところで、そんなに難しい、平易にして真実が曲げられてしまうとか、正しく伝わらない  
ところはないですよ。僕、読んでいても、できると思います。

○隈本委員

私も賛成です。もちろん厳密に言って、専門家同士で議論するとき、細かい、本当に  
専門家同士だけで議論すれば少し違うみたいなことはあったとしても、大まかに意味を伝  
えるために、難しい言葉をわかりやすい言葉に言いかえたからだめになるということはない  
と思います。もし、だめになるとしたら言いかえ方に問題がある。そういうことをぜひ  
目指していただきたい。2つつくる手間を考えると、報告書が少しわかりやすい文章にな  
っていることに、あまりデメリットはないのではないかと感じます。

○上田理事

豊田委員、ご意見をいただきながら、できるだけ工夫してみます。

○豊田委員

お母さんたちに少し読んでもらいます。これでは、難し過ぎると思います。

○岡井委員長

でも、本当にわかりやすく書くのは、今、考えている一つにしてしまうことによって、  
本当にわかりやすく、平たく書いてわかってもらうことを中心に書いたものと、正確に医

学的に書いたものとの中間みたいになってしまうのはよくないと思うんです。やはり一つは正確にびしっと書いてあって、一つは絶対にちゃんとわかってもらう、本当に平たく書くというふうにすればいいのではないですか。ご家族の人はこれを読んでください。記録として、分析委員会が事例を分析した報告書が一般の手紙みたいな文章、赤ちゃんの何と何かというのは、僕らはちょっと読むにたえないです。

○鈴木委員

先生、それは違います。児を赤ちゃんと言わなければ、一般の人がわからないなんていうことは絶対ないですから。先生、少し勘違いしていると思います。

○水上委員

岡井委員長、そんなことはないですよ。平易な文章が変な報告書だと考えるのは、僕にも理解できない。

○岡井委員長

そう？

○水上委員

大丈夫ですよ。これをさっと見て、質を落とさないでわかりやすくできますよ。

○鈴木委員

一般の人たちの医学的な知識も大分、20年前から比べると理解可能に向上していますし、僕らが相談を受けていても、患者さんたちはすごくよく勉強しているように、この20年の間ですごく変わってきていると思うんです。だから、素人の人たちがより理解するために努力するというのと、専門家も素人に理解してもらうように平易な言葉を使う。つまり、あえてわかりにくく書いているのは、これはある専門家が言っていますけれども、専門家もよくわかってないからわかりにくく書いているという面があると。

○岡井委員長

それはない。

○水上委員

あり得る。

○鈴木委員

専門用語は、定義をきちんと書けば専門用語のまま書いたっていいんです。岡井委員長が先ほど言ったように、専門用語を赤ちゃんとはわざわざ書く必要はない。専門用語を理解してもらうという姿勢で書く。これは少し努力していけばやれることなので、僕も二通り

書くのではなくて、一通り書いて、専門家がわかりやすいことを心がけて書く。要するに、子供に話すときに赤ちゃん言葉を使えということではないんです。専門家を大人と例えれば、大人が語る言葉を子供に理解可能な努力をしていくということをするれば、僕は大丈夫だと思います。

○是澤リーダー

委員長、よろしいですか。

○岡井委員長

これ、決めてしましましょう。今の話？

○是澤リーダー

先ほどのスケジュールからいいますと、概要は部会の前につくるわけですので、機構の中でつくった文章が患者さんにわかるかどうかというチェックがなされないんです。部会の前ですから。

○鈴木委員

それは部会ができないだけの話で、機構の中できちんとそういう努力をすればいい。

○是澤リーダー

この表現がどうか、そういうご指導をどなたかにお願いできないか。要するに、トランスレートするんですよ。トランスレートしたものが、受け手側にちゃんと伝わるかどうかということが機構の中だけで、防止推進チームでつくるわけですがけれども、それがいいのかどうかをチェックしてくださるところがないと。

○宮澤委員

それは、確かに1回、部会の前につくられるわけですがけれども、つくられた後に報告が行って、返ってくる。その返ってきた結果をまた部会のほうできちんと議論をしていくわけですから、その段階で、こういう概要のつくり方はまずかったとか、今後、こういうふうにしていこうとか、どんどん、どんどんトランスレートが進んでいくので、そういう形できちんとしたわかりやすいものになっていくということでも構わない。最初からきちぎちにやっつけていこうというのも一つの方法ではあるんですが、一つ一つ積み重ねながら変わっていく、洗練されていく、グレードアップしていくという考え方で、私はいいのではないかと思うんですが。

○隈本委員

始まるまでにまだ時間があるわけですから、報告書の仮想事例のように概要の仮想事例

を出していただいて、ここでもむとということができないのではないのでしょうか。それが一つ。それから、私とか豊田委員は素人の代表として入らせていただいているわけですから、もし事前にチェックする必要があることができます。それを5回か10回ぐらいやれば、その後は同じ調子でやっていただければいいと思うんです。特異な事例としてわかりやすく書きにくいところはあるかもしれないけれども、分娩、出産のケースでいえば、こう書けばわかりやすいというのは、最初の10例ぐらいで十分体得いただけるのではないかと考えているんですが。必要とあれば、ここで仮想事例を二、三個検討すれば、問題点は大体わかってくるような気がします。

○鈴木委員

ただ、表現とは別に、部会にかかる前に事案の概要を確定するんですよね。

○岡井委員長

経過はどうだと。

○鈴木委員

検討していったらば、事例の概要の中に極めて重要な所見が落ちていたというようなことが出てきたときに、そこは確定した事案の概要で行くしかないという判断はおかしい。

○岡井委員長

そんなことはないです。後から。

○鈴木委員

ですよ。

○岡井委員長

ええ、それは当然です。

○鈴木委員

そうすると、事例の概要を分娩機関や両親に確認していただいたとしても、最終的報告の中で表現などが多少変わることがあり得るということを、あらかじめアナウンスしておく必要がありますよね。必ずしもその前にかちんがちんに固めてしまうわけではないということであれば、その表現に関しては部会の中でも議論が少し可能になるのではないのでしょうか。

○水上委員

提案があります。今日の会は、今、問題になっていますけれども、事例の概要についてはこのような書き方をしてほしいというひな形を検討する会であるんですよね。



○岡井委員長

ええ。それも一つです。

○水上委員

そうですね。だから、次回までに、2. 事例の概要から3. に至るまで、どのような平易な表現で正確に伝えられるか試みてみたいかがでしょうか。それで、これだったら変だとか、やったらいいのではないのでしょうか。それは、そんな大変な作業ではないと思います。こういった形で患者の皆さんにもわかるような報告書を書いてくださいと部会に言えば、資料2にある基本的な考え方の2) 原因分析報告者、児・家族、国民、法律家等から見ても、わかりやすく、かつ信頼できる内容とするということに一致するし、それをしないとまずいのではないのでしょうか。

○隈本委員

私も、そう思います。

○上田理事

模擬部会は先ほど終わりましたが、取りまとめの報告書については、もう少し検討して、豊田委員とご相談させていただき、また委員長とご相談して、今のご指摘をできるだけ反映させたいと思っています。

今回は第2の事例と第3の事例を出します。今回の報告書は最終的にまとめないといけませんので、私ども作業しまして、必要であればメールなどでご意見をいただきながらまとめたいと思っています。

○岡井委員長

僕は、皆さんがそれでいいならいいです。だけど、報告書を本当にそんな平たく書いてしまっているのかという気がいまだにしていますね。

○上田理事

どの程度平たく書くか検討します。

○水上委員

先生、時間を節約させるために。僕に事例の概要の部分だけお送りいただければ、このような形でどうでしょうかということこそちらにバックしますから、それを皆さんに送って、ご意見を伺ってみたらいいと思うんです。今、いろいろ仕事が詰まっていますけれども、1週間以内ぐらいにやりますので。

○岡井委員長

そうなる、概要だけではないですよ。医学的評価のところも、すべてそうなりますよね。

○水上委員

事例の概要だけが、患者さんに意見書を書いてもらう必要がある、早く患者さんに確認してもらうためにわかりやすくする必要があります。

○岡井委員長

それだけ先に必要があるけれども、報告書だって理解してもらわなくてはいけないから同じことです。最終的なものとしては、どちらに行くか両方とも必要なんです。検討することが。

○水上委員

医学的評価とか、そういったものには結構難しいものがあるのかもしれませんが、それは専門家にいつでも意見が聞けますよね。今、話題になっているのは、事例の概要をできるだけ患者さんに理解してもらって、返信してもらわなくてはいけないわけですよ。この部会にかかる前に。

○岡井委員長

最初のステップでね。

○水上委員

だから、事例の概要をどうしても平易にしなくてはいけないわけです。

○隈本委員

この機構というか、このシステム全体の相当大事なポイントだと思うんです。やはり真実を知りたいという皆さんに、かなりこたえているなという印象を与えたいと思います。それは、システム全体の姿勢をあらわすものだと思います。

○宮澤委員

私たちずっと言われてきたことは、高度な内容を平易な言葉で伝えるのが専門職の役目であるとずっと教育を受けてきたので、やはりこの文章はその基本に立ち返るべきなのではないかと思います。平易な内容というのは、低劣な内容とは絶対にイコールではないと思いますので、高度な内容を平易に表現するというのが専門職の役目、我々の役目だと私は考えています。

○岡井委員長

そういう方向で行きますか。

○楠田委員

要するに、岡井委員長の懸念というか、公文書としてあまりにも事実が伝わらないような文章で、医学的に実際に判断したのかということも後で問題になるのではないかと、そういうような懸念ですか。

○岡井委員長

患者さんに説明してもらおうとか、納得してもらおうことももちろん大事なんだけど、原因分析です。医学的に原因を分析するんだから、医学用語でぴしとしたものはつくる。それがわからない人には、本当にわかりやすい解説をつければ、面倒くさいようだけれども、そのほうがいいと僕は今でも思っています。原因分析が大事なことで、医学として、医学的にやっている。

○宮澤委員

医学の科学としての側面と、説明をして文章を出すという社会科学の側面と、実は両方備わっている中間的な、非常に難しい領域なんです。ですから、医学としての科学の方向に寄ってみると、難しい言葉でも正確にという観点が出てくるのは当然ですけども、もう一つ、これは報告書として社会に、患者さん側に出していくということを考えれば、社会科学としての側面も当然持たざるを得ない。社会科学としての側面からは、どうしても高度な内容をわかりやすく、平易な言葉でというのは必須のことだと考えざるを得ないのではないかと。

その意味で、両面があるということを考えていく必要はあると思います。あまりに医学的な科学の方向に寄ってしまうと、社会科学としての重要性が抜け落ちてしまう危険性があるので、そこはやはり考えるべきではないかと私は思います。

○楠田委員

事例の概要は、2つつくることはあり得ないですよ。これは、多分、皆さん一緒に、2つつくると齟齬が生じる可能性があるから1つしかないですよ。

○岡井委員長

僕は、2つつくる意見です。それを言っているんだよ。

○楠田委員

でも、2つつくるというのは、あまりにも問題があるのではないですか。

○水上委員

2つつくるのは問題あると思う。

○岡井委員長

ちょっと別な話で、今、研究をするときに、患者さんから同意書をもって研究に参加してもらおうでしょう。研究計画書は、やはり医学的にびしっと書いてあるんです。患者さんに同意を得るための説明書は、本当にわかりやすく、言葉も訳して、専門用語をなるべくわかるような言葉で、これこれこういうあれですと2つつくっていますよ。患者さんが読むようなものと、本当に研究として評価する研究計画書。僕、2つあってもいいと思うんだけどな。

○徳永委員

事例の中で、専門職でない人たちから見るとどこがわかりにくいと、そこら辺が具体的に出てくれば、そこに注釈を加えて解決するのか、文章の内容を変えて理解してもらうのか。その辺のルールを決めないと、文章をすべて平易にやっていくのか、わかりにくいところはわかりやすい注釈というか、括弧して書くような方法がいいのか悪いのか、その辺はどうなんですか。こういうものを書く側にとってみれば。その辺、ルールを決めてもらえば1つでいいわけですよ。

○水上委員

専門用語が出てきたら、一般の方は脈絡がわかりにくくなるんですよ。だけど、正しく記載するというのと専門用語が入ることとは関係ないです。この方は胎児の低酸素状態が疑われた、それを医学上どうするかといったら遅発性徐脈何とかと書いて、それは一般の方は理解しなくても構わないわけです。だから、先ほどどなたか言われたように、括弧で、そのような判断するに至った専門のことは、何が客観的証拠であるとびっちり書いて、あとは平易の日本語で書けると思います。何も真実をねじ曲げないし、言葉を多く足さないで患者さんが理解できないということも正しくないと思います。長くしなくても。

○岡井委員長

いや、理解をしてもらうためにはやはり相当長くなると思う。

○楠田委員

ただ、2つつくるか、1つつくるかで全く話が違いますから。2つつくるなら、専門的なものと、本当に平易なものにすればいいですね。

○岡井委員長

そうそう。

○徳永委員

例えば、3ページの記載のところで、「遅発性一過性徐脈の反復を認めた」の後ろに、括弧して、この内容は子宮の中における胎児の低酸素の状態を専門的に強く疑ったとか、表現は違っても、そういうことを後ろに少し書くだけでもだめなんですか。

○水上委員

書くとしたら逆ですね。胎児の低酸素状態が疑われた、その証拠として括弧の中に考えられることを書く。ですから、そのようにすることによってできると思うんです。

○隈本委員

そうですね。難しい言葉が出てくる直前に、意味することを書くとかわりやすい書き方になる。

○岡井委員長

じゃあ、ルールを決めていけば。

○楠田委員

では、1つで行くということで、水上先生言われるように例文をつくって。

○隈本委員

とりあえずやってみる。

○楠田委員

どれぐらい理解できるか。

○水上委員

事例の概要を皆さんに送ります。それで、皆さんのご批判をいただいて、本当にみんなが考えていることが可能なのか、難しいのかやってみたほうがいいと思います。

○楠田委員

それはぜひ。それを見ないと最終判断ができない。

○鈴木委員

モデル事業でも同じような議論がありまして。

○岡井委員長

モデル事業を見たら、この程度でしょう。

○鈴木委員

理解困難という批判は、ご遺族の方からはそんなに出てないと思います。

○岡井委員長

これぐらいですよ。モデル事業の報告書より、まだかみ砕いているようなところもある。

○鈴木委員

だから、かみ砕かなければいけないところというのは、よく考えると日本語としてよくわからない。日本語が難しいのではなくて、日本語のてにをはがあまりよく回っていないということもあるので、できる限り一般の人たちが理解できるような書き方をするという心がけと、そのことは違う言葉で言いかえることとは少し違うと思います。その辺、岡井委員長、ご心配ないように、2種類書かなくても理解できるだろうと思うんです。

ただ、モデル事業とこの事業で1点違うのは、報告書案について、分析委員会の委員長がご遺族と病院に説明しているんです。そこに口頭の説明が付加するかどうかということころが少し違うんですけれども、モデル事業のほうもそんなにわかりにくいという批判が出ているわけではない。むしろ、委員会の中で、この表現はちょっとわからないのではないかとということで工夫しているので、まずやってみたらいかがかと思います。

○板橋委員

よろしいですか。冒頭にも言いましたけれども、これをどの程度わかりやすくしても、見る側のインテリジェンスや、いろいろな背景によって理解の程度は異なるため、それに合わせることは現実的に難しいわけです。ですから、一定のわかりやすさは当然のことながら必要にしても、先ほど言いましたように、患者さん側と医療者側が対立関係にあるような場合、だれがこの文章を説明するかを明確にしておくことで、その問題を十分カバーできるのではないのでしょうか。

○岡井委員長

議論しないといけない。積み残していますから、次のときにでもやりましょう。

そうしたら、水上先生、悪いけれどもやってください。それを見て、いいなら、僕も許容できる文章だったら、それで行くことにしましょう。

○水上委員

はい、やっておきます。

○岡井委員長

お願いします。

では、それを見てということでもいいですか。

次、分娩機関へのお願いはいいんですか。

○上田理事

次ですね。

○岡井委員長

次の事項に入って。時間が、終わりですから。

○後技監

資料4をごらんください。先ほどご説明しましたように、事例の概要は児・家族、それから分娩機関双方にお送りすることになります。資料4は、分娩機関あての文章を想定しております。

1ページ目、下線が引いてある段落があります。ここで、児・家族にも事例の概要を送付してご意見を伺うということと、そのご意見は児・家族からの情報として報告書の中に記載するというをお伝えしております。

次の段落ですけれども、事実関係の調査、調整は行わないということと、意見が異なる場合は両論併記となることをご理解いただきますようお願いいたしますと、この2点を書いております。

次のページですけれども、冒頭の部分で※をつけて下線も引いておりますが、診療録、助産録、検査データ等に基づいて記入してくださいということを念押ししております。

それ以降続いております1)からは、児・家族への送付の文章と項目立てはほとんど同じになっております。

そして、次のページにご覧いただいて、7)は診療体制に関する情報の確認ですので、これは分娩機関だけに確認することになります。

8)は、大きく括弧で囲まれております。理由は、もともとマニュアルに8)の項目立てがありますので、このようにつくっております。しかし、実際には説明に関しまして、分娩機関と児・家族との認識が一致していればいいのですが、異なった場合には言ったとかなわないという話になることも考えられます。また、原因分析委員会は調整はしないということもありますので、報告書の文面上で両者が対立関係を深めることになるのは少し心配ではないかと考えております。これまでの委員会のご意見でも、情報収集の結果、対立をあおるような結果にはならないよう配慮すべきというご意見もあったところでございます。

そこで、8)のように特出しして設けなくても、9)その他とか、2. 今回の事例についてのご意見の欄に気づくことがあれば書いていただくこともできますので、それでもよいかもしいないと、今、考えている途中でございます。したがって、8)は大きな括弧で囲ってあります。

以上です。

○岡井委員長

いかがですか。8) についてです。

○板橋委員

医療者側の説明と家族が聞いたニュアンスとが違うところが、概要のどこに出てくるかですよね。どういう説明を受けたか。

○岡井委員長

事例の概要で8) をわざわざ設けてあって、分娩機関から児・家族への説明と。

○板橋委員

ええ。

○上田理事

先生、よろしいですか。

○岡井委員長

はい。

○上田理事

事例の概要は、診療録や検査データを下に経過を記載します。分娩機関から児・家族への説明については、診療録等にかかれたていたものをこの項目に整理することで設けています。

しかし、これまでの議論で、この項目を分娩機関に聞くべきでないかという意見がありました。一方、この項目は診療録等に基づいて記載することになってはいますが、例えば2年前の事例について、診療録に書いてないけれども、実はこのように説明をしたとか、そのような話が挙がってきますと、かえって混乱するのではないかというご意見もありました。

ですから、この項目を削除しても、児・家族への説明を書かないということではなくて、分娩経過などの項目に記載することになると思います。診療録や看護記録などから記載することになると思います。ただ、今、申しあげましたように、児・家族への説明の項目を設けて、診療録に書いてないことを家族に説明しますと、言った、言わないという話になって、しかし、原因分析委員会は調整する場ではありません。本来、原因分析が目的になりますので、この項目に関しては分娩の経過などに記載することで、整理したいと考えています。



マニュアルには分娩機関から児・家族への説明の項目がありますが、後からお話ししましたように、あえて必要ではないと考えております。先生方のご意見をいただきたいと思っております。

○岡井委員長

いかがですか。

○竹村委員

多分、これは、私がお願いしたことを括弧でつけていただいたのではないかと思うんですけども、事例の概要が行く前に、この表の前に医療機関からの情報もとられるし、患者さん側からの情報もとられるわけですね。

○上田理事

申請の際に診断書や診療録、検査データ等が運営組織に来ます。その診療録や検査データ、看護記録等をもとに、運営組織でまとめることになります。

○竹村委員

そうか。私、タイミングが、そのときはよくわかっていなかったと思います。

○上田理事

はい。

○竹村委員

そうすると、患者さん側からどういう説明を受けたかを聞くようなことが、何かあるのではないですか。

○岡井委員長

それは聞くんですね。

○上田理事

そうです。

○竹村委員

それは、どの段階で聞くんですか。先ほどのフローチャートで、確認書の段階ですか。

○上田理事

資料3の④で聞きます。

○竹村委員

意見提出の段階ですか。

○上田理事

はい。分娩機関で確認しました事例の概要を家族に届けて、それぞれの項目に記載されていることについてご意見をいただきます。

○竹村委員

わかりました。申請書の段階でどういうふうに説明したか聞いてあれば、これは必ずしも必要ではないと思います。あの時点では、同時に意見を聴取するのに、一方だけとれていないのはおかしいと私が誤解していたのかもわかりません。

○上田理事

家族からの意見書は出しておりませんが、次回ご説明します。基本情報、今回の妊娠経過、入院の状況や、分娩の経過、産褥の経過、新生児の経過等の欄があります。分娩機関から児・家族への説明についての欄もありますから、その点も聞くことになっております。そのほかは、今回のお産について感じたこと、疑問や説明してほしいことがありましたらご記入くださいということです。分娩機関から児・家族への説明の項目が必要でなくなりますと削除します。ですから、分娩機関からどのような説明を受けましたかということは、聞かないということになります。

○岡井委員長

聞かないと。

○竹村委員

しばしば経験することは、トラブルのもとが、よくよく話してみれば同じことを表現していても、先ほどの難しい、難しくないと同じですけれども、我々はよかれと思って、あるいは患者さんの心象を考えてやわらかく表現していたことをごまかしていたとか、立場が違いますから、同じことを言っても表と裏みたいで、非常に誤解を招いていることがあるんです。そういうことがあるので、一方的に向こうだけ聞いて、こちらを聞かないのはおかしいのではないかという話をしたんです。だから、タイミングと、両方に同じものが行くとすれば、それもおかしいかなと。

○岡井委員長

これは、とにかく両方から情報を得ましようとなったんですよね。

○上田理事

そうです。両方、同じように聞くことになります。

○岡井委員長

片一方を削除すれば、もう片一方も削除する格好になりますね。

○上田理事

そうです。

○岡井委員長

だから、本質的にどういう説明をしたか、あるいはどう説明されたかということは、対立を生むだけであって、原因分析には重要ではないのではないか。カルテに書いてある事実はこういうふうに書いてあるということでもいいし、不満であれば、それはそれで書くとして、説明はこうだということを重視する必要はないという考えで、場合によっては8)は省くと。そうすると、あちら側も省くことになる。

○竹村委員

わかりました。皆さんのご意見がないほうがいいのではないかとということであれば、私はして、ぜひというわけではありません。

○岡井委員長

いかがですか。どう説明したかが重要かどうか。

○石渡委員

私も、やはりこれは対立を生む原因になると思うんです。カルテに書かれている事実だけを書くのなら、尾ひれがついてくると、そんなことは聞いてないとか、そういうことに意見が発展していきますので、8)は省略していいのではないのでしょうか。場合によっては、下のほうに9) その他とありましたよね。その他のところに、カルテに書かれていることで説明した内容があれば書いてくださいとか、その程度のことで、項目立てにしなくてもいいのではないかと思うんです。

○岡井委員長

よろしいですか。異論がなければ、そうさせていただきます。

そうすると、患者さんの家族のほうに問い合わせるほうも、同じように省くことになりましたね。それでよろしいですか。

○上田理事

はい。先ほどの分娩経過のところ、ご本人、あるいはご主人に説明したことが診療録に記載がありましたら、それらについて書きます。分娩機関から児・家族への説明の項目を削除しますと、この点については分娩機関と家族の両者に問い合わせをしません。

○岡井委員長

では、審議した結果、そこは削除するというで決定させていただきます。

○竹村委員

わかりました。

○岡井委員長

ほかに、よろしいですか。分娩機関へ概要を確認してもらうときに添える文章、書類です。よろしいですか。では、これで決定です。8)を削除します。

次は、診療体制等に対する情報提供、お願いします。もう大分議論してきたけれども、最後、これで確定になると思います。

○後技監

本日の参考資料を用いて簡単に申し上げます。一応、確定という取り扱いにさせていただいておりますので、6月中に配付する予定にしております。

前回から少し変わったところですが、1枚おめくりいただきまして、1ページの最初にAと書いてあって四角い囲みがあります。このように、基本情報に関する部分と、後からBも申しますけれども、個別事例に関する部分、4ページに出てくるのですが、大きく2つに分けたという形式上の見直しが一つです。

同じく1ページには、1)病院のところ(3)救急医療機関という見出しがあります。前、救急指定でしたけれども、こういうふうに変えました。(4)周産期指定とありますけれども、前の案では指定病院とあったものを変えました。(9)院内助産所とありますけれども、前は院内助産システムとありましたものを変えております。

2ページ目の一番下、3.でお聞きする内容は緊急搬送の件数のみということで、そのように書き加えました。

4ページのところはBということになります。

5ページの上の大きな四角の表ですが、直接分娩介助を行った助産師学生についても書き込めるようにつくりました。

以上が変更点でございます。

○岡井委員長

ありがとうございました。

これはさんざん議論してきましたので、これで一応スタートするというので、どうしてもおかしいことがあれば改めてバージョン2で変えるということで、バージョン1はこれで確定です。

○楠田委員

細かい語句だけいいですか。

○岡井委員長

はい。

○楠田委員

気がついたんですけれども、1 ページの1. (6)は母体胎児集中治療室のことですよ。

○岡井委員長

特定集中治療室管理料届出病床数というのは、多分、正式な言葉なんでしょう。

○楠田委員

総合周産期特定集中治療室管理料届出病床数というのは、実は新生児集中治療室と母体胎児集中治療室と2つあるんです。

○岡井委員長

その上が、新生児特定集中治療室管理料届出病床数。

○楠田委員

非常に細かくて申しわけないですけれども、保険の本では、新生児特定集中は総合周産期でないところのNICUで、少し点数が低いんです。総合周産期特定集中治療室の新生児集中治療室管理料は少し高くなっているんです。簡単に言えば、(5)を「新生児(特定)」とどちらでもいいとして、(6)を母体胎児集中治療室管理料届出病床数にすれば質問の意味が通じるのではないですか。きっとそういうことですよ。

○板橋委員

単純に、MFICUとICUを聞いているということですね。

○楠田委員

NICUと、MFICUと、ICUを聞いているんですよ。

○岡井委員長

NICUと、MFICUと、IUCを聞いている。

○楠田委員

NICUは、新生児集中治療室管理料と、新生児特定集中治療室管理料と2つあるんです。

○岡井委員長

2つあるということですか。

○楠田委員

母体胎児は、総合周産期の中の母体胎児管理料一つしかない。ちょっと細かい話で申しわけないんですが。

○岡井委員長

特定のあり、なしで分けられているわけですか。

○楠田委員

新生児は。母体胎児は1つしかない。言いかえれば、NICU届出病床数でも、MFI  
CU届出病床数でも、ICU届出病床数でもいいんですけどね。

○上田理事

最初はNICUなどを考えていましたが、解釈がいろいろ出てますので、診療報酬の要件で整理することにしました。

○楠田委員

なるほどね。

○上田理事

最初はNICUとして、いわゆるNICUも全部含めていましたが、そうしますと期限がさまざまになります。

○楠田委員

そうすると、診療報酬と少しずれてくるんですね。

○岡井委員長

特定を両括弧で囲っておけば、特定があるのもないのも両方含むことになるわけですよ  
ね。

○楠田委員

(5)は。(6)は、母体胎児集中治療室管理料届出病床数です。もし、長ったらしい言  
い方をれば。

○岡井委員長

総合周産期特定集中治療室というのはないんですか。

○楠田委員

その中に2種類あるんです。新生児と母体胎児と。

○岡井委員長

ああ、この中にね。

○楠田委員

この中に。我々新生児をやっていると、この点数が8,600点で、上が8,500点なんです。その違いがあるので、我々はそれにこだわっているので細かい話を言うんです。

○岡井委員長

これはもう一回。僕、知らないんです。保険点数、一番苦手。

○上田理事

もう一度確認します。

○楠田委員

すみません、非常に細かい話で。

○岡井委員長

では、そこだけ確認するというだけでいいですね。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

3) その他、何かございますか。私、一つだけ気になるのは、2ページの重大な過失のところは前回の分析委員会に出た意見ということでもいいですね。

○上田理事

そうですね。

○岡井委員長

重大な過失が明らかであると思料されるケースはこうだという話になっていますが、これはものすごく重要なので、ここの表現というか、表記というか、ルール違反というのは一体何なのか、どのことを医学準則と言っているのかという話になりますので、今、こういうふうに決まったと決めないで。

○宮澤委員

決定されたわけではないですよ。

○上田理事

このような意見ということですよ。

○岡井委員長

この間、こういう話が出ていたということでもいいわけですね。

○宮澤委員

表現の問題です。

○岡井委員長

ここはもう少しきちんと。

○宮澤委員

治療行為に近い過失ではなくて、故意でしようという感じなんです。

○楠田委員

ガイドラインはあくまでガイドラインですから、ガイドラインに書いてないことをするのがすぐ過失ではありませんので、ガイドラインに書いてないことをやる場合には、その理由を書けばいいわけですから。

○岡井委員長

重大な過失のケースというのは、具体的に、本当にここで決めるとすればもう少し議論して、一つ一つ言葉、表記をものすごくきちんと決めないと、書かれるとその文言が歩きますから。

○上田理事

はい。

○楠田委員

あえて逸脱した行為をする場合があるわけですから。ガイドライン以外のことをやる場合が。

○岡井委員長

これは、この間の意見ということで。

○上田理事

はい。

○岡井委員長

それならいいんです。決まったら大変だと思った。

では、ほかに何かございますでしょうか。よろしければ、きょうの議事に関しては終わりということで、あと、スケジュールのことをお願いします。

○後技監

今後のスケジュールですけれども、6月、7月に本委員会を開催し、模擬部会を実施するなどして報告書の作成の練習や、マニュアル確定などを進めていくことといたします。当面、6月の模擬部会ですけれども、さらに1つか2つの事例をご審議いただくことにしております。7月以降につきましては、最も早ければ7月に最初の補償申請が行われるこ



とを想定しております。そこで、補償対象という事例が出ましたら、最も早ければ9月ごろ最初の部会を開催して、10月ごろ本委員会、つまり部会の上のこの委員会ということになります。それで、ご審議いただく予定となります。

次回のご案内も、引き続きよろしいですか。

○岡井委員長

はい。

○後技監

次回、第5回原因分析委員会は、6月9日火曜日の午後4時30分から6時30分、この場所で開催を予定しております。それから、7月に第6回を開催する予定にしております。本日、資料の中に日程調整表を入れておりますので、5月25日月曜日までにファックスでご返送いただきますようお願いいたします。それ以降は、改めて日程調整ということにさせていただきます。

以上です。

○岡井委員長

ありがとうございました。

この日程表がそうですね。

○上田理事

そうです。

○岡井委員長

今回は6月9日ですが、2つやるとなると大変。私、次の案を見ているんですけども、相当複雑、きょう出た事例より複雑なので、いろいろな意見が出るとお思いますので、よろしくお願ひします。2つできますかね。

○後技監

1つか2つ。

○岡井委員長

1つか2つということで。また事前に案を送付いたしますので、よろしくお願ひいたします。

それでは、どうもありがとうございました。

— 了 —