

第84回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：2021年9月15日（水） 16時00分～18時30分
場所：日本医療機能評価機構 9Fホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

第84回産科医療補償制度 再発防止委員会

2021年9月15日

○事務局

本日はご多用の中、ご出席頂きまして、誠にありがとうございます。

本日は、感染予防対策の一環として、ウェブ会議システムを利用して再発防止委員会を開催致します。

審議中にネットワーク環境等により音声や映像に不具合が生じる可能性もございますが、必要に応じて都度対処してまいりますので、ご理解とご協力のほどお願い申し上げます。

会議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「第12回再発防止報告書 第3章『I. テーマに沿った分析の概要』原稿案」、資料1-参考「第11回再発防止報告書 第3章『I. テーマに沿った分析について』原稿」、資料2「『新生児蘇生について』ご意見一覧」、資料3「『新生児蘇生について』(案)」、資料4「『子宮内感染について』ご意見一覧」、資料5「『子宮内感染について』(案)」、資料6「『産科医療の質の向上への取組みの動向』ご意見一覧」、資料7「『産科医療の質の向上への取組みの動向』(案)」、資料7-参考「『産科医療の質の向上への取組みの動向』第80回委員会審議結果概要」、資料8「『産科医療の質の向上への取組みの動向』ホームページ掲載用集計表(案)」、参考資料「『産科医療補償制度 実績報告書 Vol.1』(仮称)について」、参考資料別添「『産科医療補償制度 実績報告書 Vol.1』(仮称)目次(案)」。

なお、事例データに関する資料につきましては審議中でございますので、お取扱いにはご注意下さいますようお願い申し上げます。

また、委員の皆様へ審議に際して1点お願いがございます。会議の記録の都合上、ご発言をされる際には挙手頂き、委員長からのご指名がございましたら、ミュートを解除の上、初めにご自身のお名前を名乗った後に続けてご発言下さいますようお願い申し上げます。

それでは、ただいまより第84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きまして、出欠一覧より一部変更がございました。市塚委員、井本委員がご欠席へと変更になりましたので、ご報告申し上げます。

なお、鮎澤委員、田村委員よりご参加が遅れる旨のご連絡を頂いております。

それでは、ここからは木村委員長に進行をお願い致します。

○木村委員長

皆さん、お忙しいところお集まり頂きまして、どうもありがとうございました。委員長、木村でございます。本日は、第12回再発防止に関する報告書、大分でき上がってまいりましたので、この具体的などころの審議をお願い致したいと思っております。コロナの中でなかなか集まることができないといったまま、このまま来てしまいましたが、また活発なご意見を頂きたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

それでは、審議に入りたいと思っております。

まず本体資料の「テーマに沿った分析」の1つ目、「提言の文末表現」についてということでございます。事務局からご説明お願い致します。

○事務局

「提言の文末表現」についてご説明致します。資料は、本体資料、資料1、資料1－参考をお手元にご用意下さい。本体資料に沿ってご説明させていただきます。

前回の委員会では、今年度以降のテーマに沿った分析におきまして、医療関係者への提言の文末表現を再発防止委員会で決定した推奨レベルに基づいて決定頂けますよう、昨年度の委員会での審議におけるご意見をもとに作成した案をご確認頂きました。委員会後のメール審議では、案の内容に賛同頂くご意見のみ頂戴致しました。お忙しい中、ご確認頂きまして、ありがとうございました。

今後は、原則として、提言の推奨レベルによって使用する文末表現を本体資料に掲載しております表の文言とする方向といたく考えております。また、ルール化した提言の文末表現の強弱につきまして、報告書の読み手にも伝わるよう、第3章「I. テーマに沿った分析の概要」で説明する案を鮎澤委員にご相談の上、資料1の通り作成致しました。こちらは今後の運用で最適化されていくことを見据え、今回は図での可視化はせずに文章での説明にとどめる案としております。

なお、資料1－参考は第11回報告書の該当ページでございます。この後にご審議頂きます議事②「新生児蘇生について」及び議事③「子宮内感染について」における提言の文末表現は、こちらの表に基づきご審議頂きたく考えております。

ご説明は以上です。よろしくお願い致します。

○木村委員長

ありがとうございました。今まで議論してきたことということで、大体の文末を決めま

しょうということでもあります。また、これはもめたときにはもう委員の先生方のお話合いをして頂いて納得できるところで落とすということになるかと思えます。資料1が今回出す報告書、資料1ー参考がこれまでの報告書の中身でございます。よろしいでしょうか。

これはテクニカルなことです。まずここはこのような形で進めてみて、また不都合があれば考えていくということでもよろしいかと思えます。よろしくお願い致します。

それでは、本格的な議論でございますけども、「テーマに沿った分析」の②番、「新生児蘇生」でございます。「新生児蘇生」のところに関しまして、事務局より資料2と資料3が主なところでございますが、ご説明をよろしくお願い致します。

○事務局

「新生児蘇生」についてご説明致します。資料は、委員長よりご案内のありました通り、本体資料、資料2、資料3をお手元にご用意下さい。資料2は、前回委員会及び委員会後に頂戴しましたご意見の一覧、資料3は、資料2のご意見をもとに修正しました原稿案でございます。本体資料1ページの②に前回委員会以降の経緯を記載してございます。前回の委員会では、産科側、小児科側双方の観点から、特徴的な傾向や提言の内容についてご審議頂きました。また、前回の委員会後には、小児科医委員から小児科側からの観点での分析における特徴的な傾向や提言の内容についてご意見を頂戴しました。

資料2に沿って資料3の具体的な修正点をご説明致します。

まず、1番、3番、4番のご意見は、分娩の立ち会いに関するご意見でございます。全ての分娩にNCPR修了者が立ち会うことが目標、胎児心拍数陣痛図においてシビアな異常が認められた際の対応や体制整備が重要というご意見でしたので、資料3、26ページに、胎児心拍数陣痛図の判読とレベル分類に応じて適切な対応を取れるよう、体制を整える旨を記載致しました。

恐れ入りますが、今回の資料には、全ての分娩にNCPR修了者が立ち会う旨を反映できておりません。また、NCPR修了に限定せず、それと同等の技術や知識を有したといった文言を追記してはいかがかというご意見も頂いておりますので、表現についてご審議頂ければと存じます。

また、2番はNCPR修了者の割合に関するご意見でございます。こちらの内容を資料3、12ページに分析結果として記載致しました。

5番は、提言の方向性に関するご意見でございます。ご意見の通り、胎児心拍数陣痛図

の判読の修得、アルゴリズムに沿った新生児蘇生処置の実践、施設の状況に応じた産科と小児科の連携に関する内容を、資料3、26ページに提言・要望として記載致しました。提言につきましては、文末表現のご審議をお願い致します。

6番、7番は、新生児蘇生処置を実施した事例における生後1分のアプガースコアに対する生後5分のアプガースコアの変化に関する分析へのご意見でございます。資料3、11ページをご覧ください。前回の委員会でご意見を頂戴しました通り、生後1分のアプガースコアをまとめて集計致しました。表3は重症新生児仮死であるアプガースコア0～3点の事例、表4はアプガースコア0点、1点の事例を対象としております。また、アプガースコアの変化につきまして、「0以下」、「5以上」をまとめた区分と致しました。

なお、こちらの表につきましては、小児科医委員の先生方に事前にご確認頂き、資料2、14番から16番のご意見を頂戴致しました。ご意見の通り、出生時期や施設区分の違いでアプガースコアの変化に特徴的な傾向は見られなかった旨を記載しておりますが、特徴的な傾向は見られないとのことですので、こちらの項の掲載要否についてご審議頂ければと考えております。また、掲載する場合は表3、表4のどちらを掲載するかを併せてご審議頂きたく存じます。

資料2に戻りまして、8番は、資料3、6ページに掲載しておりますアドレナリンの投与経路に関するご意見でございます。アドレナリンの投与経路について、資料3、4ページの概況、18ページの考察に記載致しました。

9番は、代表的な事例として紹介する事例の候補に関するご意見でございます。候補の事例につきまして、現在、保護者や分娩機関への同意取得手続き中でございます。新生児蘇生処置につきましては、NCPRアルゴリズムに沿った新生児蘇生処置が実施されていない事例は、候補の2事例の同意が取得できました。1事例目は、資料3の22ページから23ページ、2事例目は、23ページから24ページに情報を掲載しておりますので、どちらの事例を紹介するかのご審議をお願い致します。

続きまして、資料2、10番から13番のご意見は、胎児心拍数陣痛図の判読に関連して、基線細変動の減少・消失の判読へのご意見でございます。こちらのご意見を受け、原因分析報告書において、今後の産科医療の質の向上のために検討すべき事項として、分娩経過中の胎児心拍数陣痛図の判読と対応に関する内容が提言された事例について、具体的な所見を集計し、資料3、17ページに掲載致しました。また、基線細変動減少・消失を含め、胎児心拍数陣痛図で異常が出現している際の判読と対応を指摘されており、小児科

医立ち会いのない事例についてご紹介できるよう、保護者や分娩機関への同意取得手続きを行っております。

なお、こちらは妊娠・分娩管理についての分析となりますので、候補の事例全ての同意が取得できた際には、産科医委員の先生方に掲載する事例に関してご相談させて頂き、ご意見を頂戴できればと考えております。よろしくお願い致します。

それでは、資料2に戻りまして、17番のご意見は、新生児蘇生法講習会における教育法についての提言案でございます。こちらは、資料3、26ページの「学会・職能団体に対する要望」として、少し表現を和らげて記載致しました。

また、18番のご意見は、パルスオキシメータや心電図モニタの購入に関する要望案でございます。現時点では、こちらの要望につながる分析結果が得られているとは言い難いため、委員会や本制度から要望することは難しい内容かと考えております。

資料2のご意見は以上でございますが、資料3の修正箇所につきまして、補足でご説明させていただきます。今回、小児科側・産科側の2つの観点から分析するためにそれぞれの分析対象を設定しておりますが、それぞれの分析対象をどのように抽出しているかが分かりやすいよう、3ページ、「分析対象事例の概要図」にて図示致しました。

また、8ページから10ページに新生児蘇生処置の実施状況についての分析を掲載しておりますが、3つの案についてご審議頂きたく考えております。案1は、8ページから9ページでございまして、図2が2010年1月から2011年1月出生、図3が2016年4月以降出生の事例を対象としております。前回の委員会にてご提示したグラフと同様の形式ではございますが、新生児蘇生処置有無のパーセンテージの分母をそれぞれのアプガースコアの事例数とし、点数ごとに合計が100%となるよう修正致しました。

また、案2、案3は、分析結果を1つの図で提示する案として掲載しております。案2の図4は生後1分のアプガースコアを0～3点、4～6点の2つの区分とし、出生時期による新生児蘇生処置の実施状況の比較をしております。案3の図5では、重症新生児仮死である生後1分のアプガースコア0～3点の事例につきまして、アプガースコアの点数ごとに新生児蘇生処置の実施状況を比較しております。

新生児蘇生についてのご説明は以上です。ご審議のほど、よろしくお願い致します。

○木村委員長

ありがとうございました。非常に多くの意見を頂いておりますので、資料2を見ながらポイントを絞ってお話をさせて頂きたいと思っております。

まず資料3の26ページをご覧ください。これが一番大事な、「質の向上に向けて」の提言のところであります。提言のところで、新生児蘇生法講習会を受講するということが勧められる。それから、NCPRを修了した、ただ、これも、NCPRというコースは非常に重要なコースではあるのですが、ただ、これを修了したということだけを書いてしまいますと、逆にこれを修了していない人がもう誰も手を出さないということは、危惧されるところでありますので、NCPR修了、またはこのレベルの課程を修得した人というような、その文言を少し余裕を持って書いたほうがいいのかという。これは各地で色々な勉強会など一生懸命しておられるグループがやっぱりありますので、母体蘇生などでも、J-CIMELSというものと、それ以外の蘇生のコースを勉強しておられるという方々があって、一つに限定するのは難しいのかなという気がします。

少しそういう表現を加えたらどうかという意見を私は持っておりますが、あと、その体制整備が望まれる。それから、2)のアルゴリズムに関しまして、これは具体性をもう少し書いてもいいのではないかと。これはできていないポイントというのが18ページに戻って頂きますと、1分以内に人工呼吸を開始するということできていなかった事例がまだ残っているということ。それから、田村委員がご指摘頂いておりますアドレナリンが気管内に投与されているという事例がまだ結構多いと。これは恐らく私などの世代は、臍帯静脈に投与すると怒られた時代がありまして、その時代の名残なのかもしれないと思っておりますが、臍帯静脈内投与が第一選択であるということをごここに少し明記してもいいのではないかとということで、そういったことが今、弱点として浮かび上がっているということをご少し書いて頂いたらどうかという意見を私は出させて頂きましたが、そういったことも含めて要望する。

それから、国、地方自治体に関する要望は、産科、小児科が円滑に連携を図れるように体制整備の要望ということでございます。まずこの辺りの書きぶりに関しまして、先生方、何かご意見ありましたらお願い致します。

田村委員、お願い致します。

○田村委員

たくさんの要望をほとんど受け止めて頂きまして、意見をまとめた報告書(案)の作成、どうもお疲れさまでございました。非常に私はうれしく拝読しております。今たくさん課題を挙げられたのですが、とりあえずは単純なところから行きますと、26ページの「質の向上に向けて」のところで、2)の(1)になりますけど、木村委員長がおっしゃった

ように、ここに「注意すべきポイント」ということで、生後60秒以内の人工呼吸の開始等と書かれています。これはもう2015年の時点から我々が強く強調していたことです。これはもちろんなんですけど、やっぱり今回、アドレナリンの投与が、我々が第一選択として推奨している静脈内投与じゃなくて気管内投与のほうが多いということ。これはやっぱり大きな問題なので、このところは、「等」にまとめずに、60秒以内の人工呼吸の開始としまして、それと、アドレナリンは気管内投与よりも静脈内投与の優先という言葉をも具体的を書いて頂いたほうが、今回せっかくこれだけの件数をまとめて頂いて、実際の現場では静脈内投与があまり行われていないということが明らかになりましたので、それを踏まえた提言として大事になるかと思えます。

このことに関しましては、20ページのところの「2020年版のNCP Rアルゴリズム」をご覧ください。内容自体は2015年版と大きな変更はないんですけど、その中の一つの重要な変更としまして、人工呼吸と胸骨圧迫を行っても心拍が上がってこないときの対応として、今まではアドレナリンだけをここに取り上げていたわけではなかったんですけども、ここに「アドレナリンの投与の検討」ということをわざわざ1項目として挙げております。やっぱりこういった状況では、アドレナリンの投与がファーストチョイスだということを今回のアルゴリズムで強調しているところでもございます。せっかくアドレナリンの投与をするにもかかわらず、それを我々がファーストチョイスとして推奨していない気管内投与とするのは残念なことです。しかも、気管内投与するということは、つまり、挿管をできる医師がそこにいるというわけですから、そのような状況で、臍帯静脈から投与できないはずがないので、そちらを優先するというので、やはり「等」にまとめずに、アドレナリンの投与もここに明記して頂きたいと思えます。

それからもう一つ、これはちょっと欲張ったお願いかもしれないですけども、その下にある3)の国・地方自治体に対する要望の(1)のところでございますけど、前回、私からお願いしたのは、パルスオキシメータを分娩室に用意するというのは、これは2010年のガイドラインから既に我々は強調していたことでありますし、更に、心電図モニタのほうが心拍のモニタという点では、正確で迅速であるので用意するということは、2015年の国際蘇生協議会新生児部会 ILCORの推奨でもファーストチョイスになっていました。日本ではたまたま我々が全国調査したところ、分娩室に新生児用の心電図モニタを用意している施設は少ないということで、それをそうすべきであるということにしてしまうと、そうでない施設が色々困ることになるんじゃないかということで、心電図の検討を

するに留めたわけです。もうそれから既に5年以上たっているわけなので、そろそろ心電図をきちんと備えるということに関しては前向きに各施設で考えて頂かなきゃいけないときなのです。そういうことがなぜできていないのかということの一つに、やはり経済的な問題があるかもしれないということを見ると、国とか地方自治体に対する要望として、分娩室に新生児用のパルスオキシメータと心電図モニタを準備することに対しては、何らかの支援をお願いしたいと。それを補助金の形にするのか、そういうことを置いていた場合に保険点数、診療報酬が上がるのか。その辺の決断は行政のほうにお願いするとして、そういったことはぜひここで書いて頂きたいと思います。

それからもう一つ、NCPRでなくてもいいのではないかというお話ですけど、はっきり言って、産科の蘇生に関する問題が色々議論されるようになったのは、このNCPRが取り上げられるよりもずっと後の話で、NCPRは2007年から既に周産期・新生児学会の学会事業として認定されて、それでこれだけ広く普及しております。それで今回も、これもちょっと書き直して頂きたいんですけど、13ページのところの図6ですけど、分娩から新生児蘇生までに関わった医療スタッフにおけるNCPR修了者の有無ですけど、本文の中では、分娩対象事例のうち、 %の事例で、NCPR修了者が分娩から新生児蘇生までに関わっていたとなっていますけど、この中で、不明であるというのが 件もありまして、不明であるというのを除けば、NCPRの修了者がいないということがはっきりしているのは 件しかないのです、ここは %以上がNCPRの修了者が現実に蘇生の現場に立ち会っているわけですから、やっぱりここはそのことを本文の中でも、NCPRの修了者か否かということが明らかになった事例では、 %以上がNCPRの修了者がいたということを強調して頂くと同時に、原則として、日本で新生児の蘇生法の講習会事業として、ここまで全国的にも普及していることを再確認して頂きたいと思います。

それから、今まで産科医療補償制度の第5回再発防止報告書の中でNCPRの普及が大事であるということを書いて頂いているわけですから、ここにわざわざ、逆に今頃になって、 %もNCPRの修了者が立ち会っているにもかかわらず、NCPR修了相当の研修を受けた人というような曖昧な言い方を入れてしまうというのは、むしろNCPR事業の足を引っ張ることにもなりかねないので、そういう形で言葉を入れることには、私は強く反対したいと思います。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

それでは、ほかの委員の先生方からご意見いかがでしょうか。

○和田委員

和田ですが、よろしいでしょうか。

○木村委員長

お願いします。

○和田委員

私も資料3の26ページに関して、まず考えをお伝えしたいと思います。田村委員がおっしゃいましたように、学会・職能団体に対する要望としましては、やはり注意すべきポイントとしまして、生後60秒以内の人工呼吸、これをまず強調した形で、実例として挙げて頂きたいと思っています。

それから、アドレナリンの投与に関しましても、木村委員長からは、「臍帯静脈」という表現がありましたけれども、日本の場合は、臍帯静脈だけではなくて、末梢静脈を取られたりもしますので、「静脈内投与のアドレナリン」という、そういう表現にして頂くほうがより現場に即したものかなと思いますので、アドレナリンの静脈投与という表現も入れて頂くとうれしいなと思います。

あと、前のほうの分析等から分かってきたことですが、NCPR修了者が非常に多くなってきていて、ただし、蘇生の開始時間等が、少しまだ手間がかかって遅くなっているのではないかと、そういった分析も一部ありますので、NCPR修了のみではなくて、NCPRを修了した後、それをしっかりフォローアップする手技、それから、知識に関しても、しっかりそれを復習する体制、それも重要であるということをもっとこの要望の中で強調して頂ければなと思います。

それと、これも田村委員がおっしゃったことなんですが、NCPRという蘇生法に関しましては、今、日本の新生児蘇生では、ほぼこれに準じたものしか、一般的な教育法としてはされていないのが実情ではないかなと。このNCPRの中の勉強会等もあるのですが、それ以外のものというのは、そうないというのが私たちの認識になっています。

それから、色々な分析が全てNCPRに則ってされているかどうかということが検討されますので、やはりNCPRに準じたようなものというよりは、NCPRというのを前面に出して頂ければ、私はありがたいなと思います。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

ほかにご意見いかがでしょうか。荻田委員、お願いします。

○荻田委員

荻田です。提言の1)の(2)について、11ページの表の、出すか出さないかはまた議論がなされると思うんですが、表3、表4を見てみると、やっぱり明確な変化ということが数字としては出ていないということなのですが、そうであれば、(2)の提言の中で僕が思ったのは、「分娩に携わる全ての医師」、「適切に対応できるよう研鑽するということが望まれる」と書いてあるんですけど、これ今日の提言の文末表現で言うと、「研鑽する」ことというのは、時間があればできることですので、そこからすると、和田委員がさっきおっしゃったように、アップデートとか、あるいは、アドレナリンの気管内投与みたいなことが結構なされているということを考えると、これは必要があるとか、勧められるという推奨度を上げて書いたほうがいいのではないかなと思った次第です。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

では、(2)の1つ目ですね。

○荻田委員

1)、(2)の1つ目のパラグラフの文末が「望まれる」を、推奨度を「必要がある」。僕は、「必要がある」というふうに書いていいと思います。

○木村委員長

はい。「必要である」、ここはこれで、分かりました。ほかはいかがでしょうか。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

同じ26ページの書き方なのですが、1)のところですけど、(2)のほうが(1)にしたほうがいいのではないかと。(1)のほうを(2)で、逆にしたほうがいいのではないかと。というのと、(2)は、今、話のあった、「望まれる」を変えるところで、区切って2つにして、3つにしたほうがいいんじゃないかと。

最初に、胎児心拍数陣痛図を正確に判読して研鑽することをお願いして、2つ目に、体制を整備すると望み、3つ目、これは1つ目でもいい。順番で言うと、3つ目にやはり蘇

生法講習会のことを勧めるというほうが、読む人が分かりやすいのではないかと思います。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。この順番を変えてみるということではありますが。

○勝村委員

2つ目を2つに分割する。

○木村委員長

「分娩に携わる全ての医師、助産師、看護師等が、胎児心拍数陣痛図を正確に判読し、適切」、判読だけしても、対応しなかったら意味がないので、適切に対応すること、「研鑽することが必要である」が1つですね。

それから、次が。

○勝村委員

それで、(3)番が何かに。

○木村委員長

この「胎児心拍数陣痛図において重篤な状態」云々というときは、これを別立てにしましょうということですね。

○勝村委員

そうですね。そこを2つに分けたほうが、読む人には分かりやすいと。

○木村委員長

はい。まとめるのではなくですね。なるほど。分かりました。

布施委員が先ほど手が挙がっておられました。布施委員、お願い致します。

○布施委員

26ページの2)学会・職能団体に対する要望の(1)のところで、要は、「新生児処置を実施できるよう、注意すべきポイントを含めた教育を実施する」になっているのですが、これは知識だけでは駄目で、やっぱりシミュレーションできちんと動けるようにしなければならぬと思うので、継続学習を要望していくということが大事かなと思うので、その辺りが何か言語化できたらいいなと考えます。

以上でございます。

○木村委員長

継続教育ということですか。

○布施委員

はい。あと、できればシミュレーションも必要だと私は思うのですが。

○木村委員長

シミュレーションは、NCPR講習会で入っていますでしょうか。

○布施委員

入っていますけども、それを実際の自分の病院でできるということが重要なので、病院の中でシミュレーション教育をきちんと継続的に行っていくということが、実際起きたときにきちんと動けるスタッフになるということで、やっぱり医師、看護師、助産師が共同体となって、それで動けるようなシミュレーション教育をすることが大事かなと考えます。

○木村委員長

どう書くかですかね。教育を実施し、シミュレーションを含めた継続を行うことを。

○布施委員

シミュレーションよりの、実際の体験に即した継続教育が必要ということです。

○木村委員長

教育を実施し、体制に即した継続を行うことを要望するとか、そのような書き方ですかね。

○布施委員

はい。

○木村委員長

それから、もう一つの論点でありますパルスオキシメータ、新生児用心電図に関しては、診療所等の配置とかも含めて、石渡委員長代理、いかがでしょうか。

○石渡委員長代理

新生児の心電図、これはあまり今、普及していないと思うのですが、特に開業医のところでは新生児の心電図というのはあまり、私のところは使っていないですけど、これは大人の心電図で代用できるのですか。特に心臓が動いているかどうかということは確認できますけれども。パルスオキシメータというのは結構どこも使っていると思うのですが。

○木村委員長

田村委員、お願いします。

○田村委員

これでいいと思います。基本的には、プローベさえ、きちんと新生児のサイズで合っていれば、モニタですから、心電図を12誘導を取ることではありませんので、厳密に書くとすれば、「心電図モニタを」ということにすれば、モニタ、電極さえ用意すればいいことなので、そんな難しいことではないと思います。

○石渡委員長代理

そうであれば、これはすぐに普及していくと思うんですよね。

○田村委員

はい。だから、それをここではっきりと明記して頂いたほうが、現場では普及するんじゃないかなと思うんですけど。

○木村委員長

これはどうでしょうか。今の普及状態等々考えて、このの文言に変えておくということは、望ましいとか何かそういうような文言で入ることはよろしいんですか。

○石渡委員長代理

望ましいぐらいのレベルが今はいいと思うんですけれども。

○勝村委員

今言っているものは3番の国の要望にする話ですか。

○田村委員

国の要望にすることなので……。よろしいですか。木村委員長。

○木村委員長

はい。お願いします。

○田村委員

田村ですが、すみません。これは国とか地方自治体に対する要望であって、それぞれの施設に対する要望というところではないので、やっぱりパルスオキシメータ、心電図モニタ、これが普及しない。しかも、それぞれが非常に有用だということは、これはもともとILCORでは強く推奨されているところですので、それをそれぞれの施設がそれほど負担しなくても入れられるように、国とか自治体に検討して頂きたい。だから、それは、一つは、例えば蘇生をしたときに、パルスオキシメータとか心電図モニタも使っているということが入っていれば、例えば蘇生に対する診療報酬の加点を増やすというようなこともあり得るし、もしくは補助金事業として行うこともあり得ると思うんですけど。それは各診療所にとっては、私的負担になることではなくて、むしろ診療所にとってはありがたい

ことじゃないかなと思いますので、国とか地方自治体に対する要望としてはそこまで明記してもいいんじゃないかなと私は思います。

○木村委員長

分かりました。そうだとしたら、パルスオキシメータ、新生児用心電図モニタを普及させるための支援が望まれるというような文言でよろしいですか。

○田村委員

ええ。それでもいいと思います。実際問題、例えば以前に、第2回的时候でしたっけ。この「国・地方自治体に対する要望」というところで、NCPR事業が助産所にもしっかりと普及するために、地方自治体、国が支援することを要望すると明記された時に、私は、県の医療整備課にそれを持っていきましたら、この産科医療補償制度の再発防止委員会から出た報告書で、そういうことが明記されているのなら、きちんとそれは埼玉県補助金事業としてやりましょうということで、毎年200万から300万ぐらいお金をかけてくれて、NCPRの講習会を我々が県内で行うときに、受講生が無料で参加できるような体制にして下さりました。そういったことも、もしここのところで明記されていれば、それぞれやる気のある関係者が、国がすぐ動いてくれなくても、地方自治体にこの報告書を持っていくことによって、そういったことが実現する都道府県が1つでも2つでも増えれば、それは非常に現場にとってはいいことではないかなと私は思います。

○木村委員長

これはよろしいでしょうか。こういう方向性で記載するということは、特にご異論がなければそのような形にさせて頂きたいと思います。

○勝村委員

質問していいですか。

○木村委員長

ちょっと待って下さい。石渡委員長代理。

○石渡委員長代理

石渡ですけれども、NCPRの受講というのはアドバンス助産師の必須になっているんですよね。田村委員、今の現状は。

○田村委員

はい。

○石渡委員長代理

そのことは、助産師さんはよくご存じかもしれないけど、そうでない職種の方は分からないかもしれないので、アドバンス助産師の必須科目になっているということは、それだけ重きが多いと思うので、どこかそういうところを追記したほうがよろしいですかね。

○田村委員

それは非常にありがたいことだと思います。

○木村委員長

勝村委員、お願い致します。

○勝村委員

いくつか質問なのですが、1つ目は事務局に行くかもしれないですけど、国とか地方自治体に要望したときに、大分前ですけど、それは以前にもご質問させてもらって、どんな形で国にそれが機構から要望されるのかとか、以前教えてもらいましたし、その結果、どういう対処を国や地方自治体がしてくれるかということも確認する作業もあったかと思うし、特に、項目としては、国・地方自治体ですけど、今回の件だと、それぞれ本当に地方自治体に今、どうやるのかということも考えなくてはいけない。

それから、学会に言うという場合には、今回は再発防止委員会が、田村委員たちがやられている学会に提言する形になるかと思うんですけど、それがあえて、そのことが重要であるということであればいいと思いますし、もっとアルゴリズムを使うことが、一番上の医療関係者向けに言う必要はないのかということが2つ目の質問。

3つ目の質問は、さっきのその田村委員の■■■%よりも■■■%というところなんですけど、実際、研修を受けた人たちが行っている、これだけ色々指摘されている。原因分析委員会からの指摘が多いということについて、どういうふうに田村委員は評価されているのかをお聞きできれば。例えば、やはりちゃんと受けていない人が多いので、やっぱりこういう指摘されることがまだ残っているんだとか、または、今、お話あったように、その後のフォローアップということの問題が、ここで色々指摘されていることと関連しているのだ、とか。

つまり、たくさんの方が研修を受けているけれども、指摘されているということでは、ちょっと再発防止に向けた今後のイメージという意味でも、僕からすると、少し分りにくく感じるのです。この講習をどんどん受けてもらうことで、原因分析委員会から指摘されることがなくなっている、とか、中長期的に見れば、実際なくなっているんだと思うんですけど、その辺りのご認識をどのように感じておられるのかを教えてください。

うんですけど。

○木村委員長

そうしたら、まず事務局から、自治体あるいは国への要望というふうにしたときの対応というのはどうなっているかということですね。

○事務局

事務局より失礼致します。特に、特別な陳情書ですとかそういったものではなく、この報告書をもって各自治体ですとか、あとは2番目のご質問に、ドクターに対してということがございましたけれども、各分娩機関様ですとか、ドクター側、あとは看護サイド、そういったところにこの報告書なり、あとはトピックとして取り上げるリーフレット等ですね。そちらをお送りすることで情報共有といいますか、情報提供、そういった形でご要望させて頂いております。

以上です。

○勝村委員

昔、きちんとペーパーを出して、中医協まで行ったことはなかったでしたっけ。勘違いかもしれませんが。

○事務局

うる覚えではございますが、私の認識では、そのようなことは再発防止委員会ではないかと認識しております。また確認致しますが、今、現段階では……。

○勝村委員

ないということ。

○事務局

はい。

○勝村委員

これは機構と厚労省が密接になって、この産科医療補償制度ができていますけど、あえてそういう、例えば今回こういう要望書、国への要望というのを書き込んだときに、別途、産科医療補償制度や医療機能評価機構から、厚労省宛てに、こういうことを文書で、医師会のデータで要望するみたいなペーパーを出すということはあり得るのでしょうか。関係的にどうなのか。

○事務局

今、即答致しかねますが、そういった形での要望ということはこれまでにございません

ので、内部で色々と検討させて頂くことになるかと存じます。今の体制と致しましては、この報告書をご提供することで要望するといった形を取らせて頂いております。

○木村委員長

田村委員、お願い致します。

○田村委員

学会レベルの要望ということであれば、こちらで出された要望というのは、学会は非常に真剣に受け止めておりますし、実際問題、つい最近でも母子同室の留意点ということについては、この再発防止委員会からの、母子同室を各学会が推奨するのであれば、それで児が急変するということに対する対応もしっかり出しておくべきだという報告書を頂いて、日本周産期・新生児医学会並びに日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本新生児成育医学会、それから、日本助産師会、そういったところが共同で、母子同室の留意点というのを作って、それをもう関係者に提示して、今それが多くの施設で守られているのではないかと思います。

だから、そういう点では非常にいいと思うのですが、ただ、国と地方自治体に対する要望というのを、それはもう明らかにこれは、絶対こんなことは許せないみたいなことがあって、それをここで出すということであれば、担当部局に直接直訴するという事例があってもいいかもしれません。しかし、この国、地方自治体に対する要望というのを報告書の中に入れる場合は、それをきちんと関係する行政、省庁、特に厚労省が中心になるかと思えますけど、そこに直訴するということになる、むしろ非常に厳密にそれをするということによって、何人の児が助かる可能性が出るのかとか、そういうようなところまできちんと出さないと、我々は何も要望できないということになってしまうかもしれないので、私はむしろここに要望書として出して、それをもちろん厚労省の周産期医療の関係者のところにも当然回っていくわけですから、それを厚労省の方に読んで頂いて、これは、なるほど。じゃあ、これは来年度、予算化しようとか、来年度、補助金事業の対象にしようということの判断は厚労省任せということのほうが、我々としても要望を色々出しやすいんじゃないかなと思うので、あまりここに出したからといって、必ず担当官庁のところを突きつけるというようなことは、むしろ僕は皆さんが自由な意見を提案するというところからは好ましくはないのではないかとこのように考えます。

○木村委員長

ありがとうございます。診療報酬の立てつけという面で、今、エビデンスがかなり求め

られますので、なかなかざっくりとした話では難しい。

○勝村委員

僕も中医協の委員をしていたので、皆さんが言う、詳しくやらないといけないというイメージは分かるのですが、一方で、国や地方自治体に要望書を出しているけども、知らなかったみたいなことでは全く意味がないので、厚労省に対して、この報告書を出してもらうときに、国や地方自治体、国に対する要望も含まれていますのでと書くぐらいはもちろん、書くというか、そういうのはもうそういう趣旨で分かっていると思うので、それは余計なことで、要らないかもしれませんが、一応何らかの理屈として、国や学会に出した結果がどうだったのか。

学会ではこんなことをやりました、報告書を使ってこういうのをやりましたということもいつももらっていますけど、学会が今、母子同室の件でこういうふうになりましたということがあって、学会のほうは割といいかもしれないですけども、すごくそこでギンギンやり合うという意味ではなく、理屈として出しっ放しというよりは、何かこう、その結果、こう動いたみたいなりサーチを、その都度するのも大変なので、どこかでやっておくことも必要なのかなと、一つの意見としては思います。でも、その辺りはそんなに、僕がこだわるといふよりは、お聞きしたかったということだけです。

もう一つ、■■■%、■■■%の話はどういうふうに理解したらいいのでしょうか。

○木村委員長

田村委員、その辺りはいかがでしょうか。

○田村委員

僕は、そこは単純明快で、さっきの13ページの図を見て頂くと、不明が■■■件もあって、それで実際にそこにNCPRの修了者がいなかったということが明らかになっているのは■■■件しかないわけですから、不明であるというのを除くと、■■■%以上の事例においてNCPRの修了者が立ち会っていたと。それで、立ち会っていたにもかかわらず、成果が上がらなかったのではないかというご意見があったかと思いますが、私はそうは思いません。

というのは、実はそこも修正しなきゃいけなかった。私は発言するつもりだったんですけど、ILCORの報告書によれば、生まれたときに何らかの形で蘇生の処置をしなきゃいけない事例は15%あるんですね。そうすると、今、日本は分娩数が減ったといっても、毎年80万人ぐらいあれば、10万人以上がそれなりの蘇生が必要な事例で、それで

この産科医療補償制度のところに申請で上がってきている事例はこれだけ、僅かなわけですし、それから、NCPRの事業を始めてから、新生児仮死を主訴とした新生児早期死亡率は明らかにどんどん右肩下がりに下がってきているわけですから、ですから、この講習会事業で受講された方々が医療現場にどんどん増えてきているということは、明らかに児の新生児仮死による死亡率も下げてきているというわけですので、そういう意味では、私はこの■%は、こういう事例の中でもNCPRの修了者がいたから、逆に言うところだけで済んだのかもしれない。ひょっとすると、下手すると、こういう児はNCPRの修了者がいなければ、みんな亡くなっていたのかもしれない。そういうような解釈すらできるわけなので、ここの■%においても役に立っていなかったのではないかというような解釈は、私はちょっと、現場の医療スタッフに対してはあまり嬉しくない表現の仕方だと思うんですけど。

○勝村委員

いや、先ほどもお話しさせてもらったのですが、中長期的にはこの講習が進んでいるから減っているという、今、田村委員が後半でおっしゃられたことは、もう僕は理解しているつもりで、その上で質問させてもらっているのですが、全体としては、そうなんです。そうやって、この講習によって、色々と安全性が高まってきているということは共有の思いだとして頂いた上で、今回のこの報告書を書くに当たって、原因分析報告書で指摘されている箇所をさらに再発防止につなげて欲しいというのは、この報告書の趣旨、随分よくなってきているけども、さらにここができるんじゃないかということだというふうに、やっぱり一般的には、僕はそういう趣旨で、この報告書は出されていると理解するので、その上において、この修了率というものを、そういう意味でどう評価したらいいのかという観点で言うと、受けているか、受けていないか分からない人を受けているということに、この報告書において意味があるのかというのが疑問なんです。

○田村委員

いや、私は医療現場でこれだけNCPRの修了者が立ち会うようになってきたというのは、それこそ第1回の報告書のときなどには、分娩施設でバッグ・マスクさえ用意してなかった。

○勝村委員

すみません。それはもう僕も一緒なんですよ。この報告書の今回のこの部分で、つまり、■%、■%の違いなんですけど、これだけ増えてきたことは素晴らしいことで、その

ことで全体としてはものすごくよくなってきているんですけど、この報告書で、指摘されている部分に関して書くときに、指摘されている人たちもみんな研修を受けていたとなるということのほうがいいのですか。

○田村委員

だからこそ、26ページの2)の「学会・職能団体に対する要望」のところ、「注意すべきポイント」として、きちんとNCPRのガイドラインでも、それから、NCPRの講習会でも、生後60秒以内に人工呼吸を開始しなくてはいけない患者さんについては、60秒以内に開始しましょうということになっているのに、それが開始されていなかったり、それから、アドレナリンは気管内投与よりも静注のほうが効果的なので、静注をまず考えましょうと言っているのに、静注じゃなくて、気管から投与されているほうが多いというようなところは、それは我々の教え方にも問題があるということになるかもしれませんし、それから、現場でも気管内投与と静注との違いについて、それほどはっきり強く自覚されておられない方々が多いのではないかということにもなるので、それに対する注意喚起ということで、ここの2)の(1)のところ、僕は個々の具体的な原因分析委員会のところで何が問題になったかどうかということは、一覧表としては拝見していませんから分かりませんが、今回のデータで明らかになった、僕らから見ておかしいというか、できればここを改善して欲しいなというのは、ここに上がってきているような重篤な仮死の児で、人工呼吸が始まったのが生後60秒以内でなかった事例がまだまだ多いとか、それから、アドレナリンを気管内投与している施設のほうが圧倒的に多いとかというところが、私としてはやっぱりこれは改善すべき点だと思うので、これを明確にして、この読者の皆さんだけでなく、ここに明記されれば、実際に各病院とか都道府県でNCPRを教えているインストラクターの方々にもこういったことを我々は強調できますし、彼ら自身、直接これを読んで、ここのところをしっかりと教えようというふうになってくれるんじゃないかと思うので、それをここに私は、今日、明らかに改善すべき点としてはその2つがあると思うので、その2つを「等」としてまとめるのではなくて……。

○勝村委員

すみません。僕の質問に答えて頂いているとしたら、僕もそこは同意しているところで、それはその2つでいいんです。僕が一つお聞きしているのは、数字上は、不明の人も受けたということにしたほうが良いとおっしゃる部分だけ、その点だけなんです。

○田村委員

いや、そういう意味ではなくて、不明の人を除いた場合に。

○勝村委員

除き方ですよ。今、原案の不明の除き方と、田村委員の不明の除き方が違う手法になっていると。それが、どちらでもいいのかもしれませんが、何かちょっと分かりにくいなと思っただけです。田村委員のその以外のところには全部同意しておりまして、質問したかったのは、その不明の部分の扱いをどうするかという点のみです。

○木村委員長

意味としては、その原因分析報告書からそのままデータを引用するという意味では、もうこの13ページの図6は、別にこの形でも十分、修了者が増えているということではないかと思えます。記載されていないということは、ある種、問題かもしれませんが、記載できないということですね。ただ、これがありのままですから、ありのままを見ましょうということは、この形でいいと思えます。あとは、時間の関係でもう少し早く言わないといけなかったのですが、8ページから、8、9、10というところにグラフが載っております。8ページのところで、18行目から下で、案1というのがありまして、これが図2と図3を併記する案であります。

これを見ますと、明らかに、要は、アプガースコア0点、1点、2点、3点辺りで、もう蘇生をしなかったという事例が激減しているわけですね。ですので、こういったことでやはり、そこで蘇生ができる人がきちんといると、そういうことを示しているということで、これは2011年までの事例と2016年4月以降の事例でかなり対応が変わっているということで、ひとつ、先生方にご意見をお聞きしたいのは、この9ページの7行目からの案2ですね。これが次の10ページの上の図4なんです。

それから、10ページの案3、10ページ、4行目の案3というものがこの図5であります。私はパッと見て、図4、図5がよく意味が取れずに、図2、図3を併記するというので、十分意味が取れるというふうに思うんですけども、これはこの記載でよろしいですか。そうしますと、ヒストリカルなこともある程度分かるということでもありますので、では、この形でここは記載させて頂くということ。

それから、あともう一つ、今度は11ページの表3、表4であります。表3、表4は、生後1分のアプガースコアが0から3点、あるいは0から1点で、施設別で蘇生したらどれだけアプガースコアが上がったか、5分値のアプガースコアがどれだけ上がったかということで、施設によってはあまり差がない。これも非常にいいことで、逆に言うと、不可

逆的なダメージを受けている人もいるということも言えますし、これは非常に素直なデータだろうと思うわけですね。

0点、1点の人がそんな劇的に5点以上、上がるということが、施設によって、その差がものすごくあるということでは決してないということとは言えると思いますが、その辺りの均てん化がされているという資料になると思いますが、表3、表4がちよっと冗長なので、どっちがいいでしょうか。この辺り、新生児の委員、どちらがよろしいでしょうか。

田村委員、お願いします。

○田村委員

この辺につきましては、その上のところに、本文の中に入っていますけど、2010年1月から2011年の事例については、もう既に補償対象事例になっている事例なので、こちらのグループのほうが重症な患者さんが多かったかもしれないという解釈をここに書いて頂いていますので、表3であろうが、表4であろうが、どちらでもいいと思いますけど、この上の本文付きで示して頂ければ、この解釈については、これからまだ、2016年の事例についても、その重症度について全てが補償対象になったかどうかで、また解釈すればいいということで、その上の本文付きであれば表3でも表4でもどちらでもいいと私は思います。

○木村委員長

どちらがよろしいでしょうか。どちらか一つ載せるとしたら。

○田村委員

そうしたら事例が多いということで、表3にしておいたらいかがでしょうか。

○木村委員長

重症新生児仮死という定義に入るグループでよろしいですかね。

○田村委員

はい。

○木村委員長

では、表3をここは載せさせて頂くということに致します。ただ、これも非常にそれぞれの施設が均てん化されたという印象は持ちますので、重要な進歩ではないかなと思います。

あと、ご議論しておかないといけないポイント、それから、決めておかないといけないポイントは。あと、委員の先生方で何かご発言ありますでしょうか。

大体これぐらいの形で少し、今、上げて頂いたところを修正しながら、それから、特に26ページの提言のところは大事ですので、提言のところをもう一度。お願い致します。

○石渡委員長代理

すみません。石渡ですけども、アドレナリンの静脈内投与というのはよく分かるんです。それで、ただ、末梢の静脈を入れるということは、新生児の蘇生をやっているときにおいては難しいと思うんですね。臍帯静脈から入れることは比較的簡単にできるのですが、そうすると、アドレナリンを希釈して入れるんでしょうか。臍帯は30センチぐらいあるとして。

○田村委員

基本的には10倍希釈したボスミンを日本の場合、それも実は我々が製薬協に色々お願いしてあって、海外では、今のボスミンを10倍に希釈したものがきちんと小児、新生児の蘇生用として、少なくとも北米ではあるんですけど、日本ではまだそれが認可されていないというか、会社が作ってくれていないんですよ。それを何とか日本でも子供用、新生児用には緊急に、静注するときには10倍に希釈すると、それだけ時間が遅れてしまうので、10倍に希釈したものをメーカーとして作って欲しいということを製薬会社に要望を出した事があるのですが。

○石渡委員長代理

分かります。だから、希釈しないで入れた場合には、ほとんど行かないですよ。臍帯に入れても。

○田村委員

そうです。

○石渡委員長代理

ですから、10倍に必ず希釈して入れるということで、それから、10倍希釈のアドレナリンを今度市販するということを要望していくということですね。

○田村委員

そうです。

○石渡委員長代理

それを書いたほうがいいんじゃないかなと思うんです。

○田村委員

そうしたら、それをここで書いて頂ければ、さらに心強いと思います。

○石渡委員長代理

そうですね。そうすると、26ページの(1)ところに、今のアドレナリンのことについて追記するわけですね。学会・職能団体に対する要望というところ。国ですね。

○田村委員

職能団体に対する要望。職能団体というのは、これは製薬会社も職能団体に入るんでしょうか。

○木村委員長

恐らく保険収載という意味では、国と言うほうが適切かなと思いますが。具体的には18ページの23行目に、「かつ薬物を直接静脈投与できる経路である臍帯静脈内投与が第一選択として推奨されている」というところに、少しその解説をもう一度復習というか、これは毎日、診療をやっている先生方はもう当然だろうと思いますけども、1行、括弧つきで、10倍希釈を体重1キロ当たり何ccかですね。そのキログラム当たりの量が入るはずですから、その量をちょっと書いてもらうというようなことはできると思います。

○石渡委員長代理

分かりました。

○木村委員長

では、この10倍希釈の要望も書いておきます。出すとしたら、この国、地方自治体に対する要望というところで。

○田村委員

それは非常にありがたいです。

○木村委員長

はい。では、それも記載をお願い致します。

大体議論はこれぐらいかと思うのですが、大丈夫ですか。

○事務局

事務局より失礼致します。

○木村委員長

お願いします。

○事務局

22ページ以降の事例紹介につきまして、どちらの事例を掲載するか、ご審議をお願い

致します。

○木村委員長

22ページ、23ページに、候補1、候補2というのがありまして、どうも候補1のほうが原因分析委員会で評価というか、これはこうすべきだという評価を受けている事例だそうです。

もしご異論がなければ、原因分析委員会で何か言われているもののほうが、その後の評価を書きやすいと思いますので、それでよろしいでしょうか。

ありがとうございます。そうしたら、その形で進めさせて頂きたいと思います。

あと、何か議論しておくことはありますか。

○事務局

大丈夫です。

○木村委員長

よろしいですか。ありがとうございます。

○勝村委員

では、ちょっといいですか。

○木村委員長

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

細かいことですが、時間のないところすみません。17ページの表10の上の部分で、変動一過性徐脈と遅発一過性徐脈のことについて本文に記載があって、遷延一過性徐脈はないという形になっていて、これはこういう理由かなと思うことは思うのですが、この表と本文の関係はどういう感じなのでしょう。

○木村委員長

どうですか。

○事務局

事務局より失礼致します。

○木村委員長

はい。お願いします。

○事務局

前回の委員会で、基線細変動減少・消失についてご意見頂きまして、こちらについては

上の本文でも記載したのですが、■割以上というところで、特徴的な所見ということで、変動一過性徐脈、遅発一過性徐脈を文章として書くことに今回はしております。

○木村委員長

■割以上という観点で。

○勝村委員

高度の部分さえ指摘されているというものが、■%を超えているものを本文に書いたという理解ですか。

○木村委員長

そうすると、高度なものは全部なしですね。

○事務局

はい。高度については、今回は考慮しておりませんで、変動一過性徐脈等、それぞれの徐脈全体の割合について見ております。

○木村委員長

よろしいですか。

○勝村委員

はい。分かりました。了解です。

○木村委員長

そうしましたら、あと、また細かいところ、もう一度修正したものを見て頂く機会がございますので、またそこで見せて頂くということに致しまして、もう一つまだ大きい話がございます。

「子宮内感染について」という項目がございます。こちらのほうは資料4と資料5を使って説明して頂きたいと思います。

それでは、説明を事務局のほうからお願い致します。

○事務局

よろしくお願い致します。第12回再発防止に関する報告書のテーマに沿った分析、子宮内感染について説明致します。委員長からご案内がございましたように、本体資料及び資料4、資料5をお手元にご準備下さい。

まず、本体資料2ページの③子宮内感染についての項に沿ってご説明致します。前回の委員会では、詳細に分析する対象を胎盤病理組織学検査で臍帯炎と診断された事例とし、臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準に関連する項目、胎児心拍数陣痛図の判読所見、臍帯動脈

血ガス分析値 pH、生後1分のアプガースコアの分析結果を踏まえ作成した、妊娠・分娩管理に関する提言を含む原稿案をご確認頂き、詳細に分析する対象事例及び分析内容についてご意見を頂きました。

また、前回の委員会後には産科医委員より紹介事例の具体案や臍帯炎と診断された事例の胎児心拍数陣痛図の判読所見の集計結果及び考察についてご意見を頂戴致しました。これらを踏まえまして、分析結果と考察、産科医療関係者に対する提言、事例紹介の原稿案を作成致しましたので、本日はこちらの内容についてご審議頂きたくお願い致します。

次に、資料4のご意見一覧に沿って、原稿案の変更した内容等をご説明致しますので、資料4、資料5を併せてご覧下さい。資料4の1番で、子宮内感染を発症したと考えられる事例のうち、破水から児娩出までの時間が短かった事例についてご意見を頂きましたので、資料5の6ページの10行目から14行目に、破水から児娩出まで6時間未満の事例について記載致しました。

次に、資料4の2番で、胎盤病理組織学検査で臍帯炎と診断された事例の分析で、母体体温をもう少し細かく区切ってはどうか等のご意見を頂きましたので、資料5の9ページの表7及び13ページの表11で、母体体温の項目「37.5℃未満」をさらに37.0℃未満、37.0℃以上から37.5℃未満で区切りました。ご意見のうち胎児心拍数のベースラインにつきましては、原因分析報告書に一律の記載がないため、対応が難しい状況となっております。

また、順番が前後し恐れ入りますが、資料4の4番で、胎盤病理組織学検査で臍帯炎と診断された事例の分析で、臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準と合致する事例についてご意見を頂きましたので、同様の9ページの表7及び13ページの表11の一番最後の行に、臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準に該当した事例の割合について記載しております。

資料4の3番のご意見につきましては、胎盤所見としてフリー記載のデータからキーワードで抽出することとなりますが、全ての所見をピックアップすることができないため、今回の対応は難しいと考えております。

また、資料4の5番から7番にございます、委員会後に産科医委員から頂戴したご意見をご覧下さい。こちらにつきましては、冒頭にご説明致しました通り、資料5の10ページの表8と14ページの表12にございます臍帯炎と診断された事例の胎児心拍数陣痛図の判読所見の集計結果や、15ページの考察の2)部分の概要案、及び、18ページからの事例紹介案についてご確認頂き、委員から頂いたご意見でございます。

資料4のご意見5番から7番、表の上部に記載の通り、今回提示させて頂いた2事例につきましては、いずれの事例も紹介事例として適切である旨のご意見を頂きましたので、同意取得の手続きを進めているところです。今後、同意が取得でき次第、実施時刻及び胎児心拍数陣痛図も併せて掲載予定でございますが、個人情報保護の観点から、本日の委員会では掲載できない旨をご承知頂きますと幸いです。

委員会後、同意が得られましたら、CTGも併せた原稿案について作成し、次回の委員会前に委員の皆様にご確認頂きたいと考えておりますため、その際はどうぞよろしくお願い致します。

続きまして、資料4の5番、6番で事例紹介の胎児心拍数陣痛図の判読所見についてご意見を頂いておりますので、5番のご意見より、事例1については、資料5の18ページ、5行目に追記し、6番のご意見より、事例2につきましては、21ページ、29行目に判読所見を記載しておりましたので、ご確認をお願い致します。

また、資料4の7番のご意見につきましては、「胎盤病理組織学検査で臍帯炎と診断された事例」の分析の考察として、2群の傾向について、資料5の15ページ、39行目以降に記載しております。

その他の修正箇所についてご説明致しますので、資料5をご覧ください。前回委員会より項立てを変更しているほか、3ページの図2、分析対象事例の概要図の分析対象の部分を見やすいように簡略化させて頂き、分析対象の詳細については4ページの図3でご確認頂く体裁としております。

最後に考察と提言についてご説明致しますので、資料5の14ページをご覧ください。

まず1)の考察では、子宮内感染を発症したと考えられる事例のうち、発熱や頻脈を認めた事例は一部ではありますが、臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準に該当した場合は、子宮内感染を発症している可能性について考慮する必要があることを記載し、17ページの3行目、1)産科医療関係者に対する提言の(1)にて、子宮内感染の早期発見及び適切な管理を行うためには、まず臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準に関連する項目と診断基準の該当の有無について確認し、診断基準に該当した場合は、継続した胎児の状態の観察が必要か検討を行うことが望まれるとして提言案を記載致しました。

続いて、資料5の15ページの17行目以降、2)の考察では、臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準に関連する項目について、臍帯炎と診断された事例の集計及び3群を比較した結果から、妊娠・分娩経過で子宮内感染を示唆する症状を認めない事例が多く見られたこと

を記載致しました。このほか、胎児心拍数陣痛図に関する比較では、2群の傾向として生後1分のアプガースコアで重症新生児仮死を認めているにもかかわらず、妊娠・分娩経過で子宮内感染を示唆する症状を認めず、胎児心拍数陣痛図で、胎児低酸素・酸血症を示唆するような異常所見も認めない場合があることを記載し、以上のことから、17ページの提言、14行目(2)にて、どのような妊娠・分娩経過でも子宮内感染が存在する可能性があることを考慮し、急激な胎児の状態変化が認められた場合には急速遂娩の準備や小児科医への連絡を迅速に行えるような体制を整えることが望ましいとする提言案を記載致しました。

加えて、同ページ17行目(3)にて、妊娠・分娩経過で子宮内感染を示唆する症状を認めず、胎児心拍数陣痛図で胎児低酸素・酸血症を示唆するような異常所見を認めない場合でも、重症新生児仮死など児の異常を認めた場合は、その原因究明の一助として胎盤病理組織学検査を積極的に実施することを提言案として記載しております。

さらに、同ページ21行目からの2)学会・職能団体に対する要望では、22行目、(1)にて、子宮内感染の早期発見及び適切な管理に向けて、事例の集積及び子宮内感染の機序などについて研究を推進することを要望するとともに、27行目の(2)にて、妊娠・分娩経過で子宮内感染を示唆する症状を認めず、胎児心拍数陣痛図で胎児低酸素・酸血症を示唆する所見を認めない場合でも児に重症新生児仮死を認めた場合は、子宮内感染を考慮して、胎盤病理組織学検査を実施するよう周知することを要望するとの案を記載致しました。

以上の考察及び産科医療関係者に対する提言案等について、ご審議頂きたく存じます。

特に産科医療関係者に対する提言につきましては、先行して、議事①でご説明致しました文末表現も併せてご審議頂けましたらと存じます。

子宮内感染についてのご説明は以上です。ご審議のほどよろしくお願い致します。

○木村委員長

ありがとうございます。この項目は、ざっくり言いますと、臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準を満たしたら、本当に絨毛膜羊膜炎の基準に合致している。というか、組織学的にもそれが証明されている事例が多いと。ただ、逆に、組織学的な絨毛膜羊膜炎があったという事例はほとんど臨床的には診断できないということでもあります。すなわち、おなかの中で起こっていることはよく分からないということだろうと思います。ざっくり言ってしまうとそんなのですが、それだけ言ってしまうと、身も蓋もないので、17ページの提言を

中心に、先生方でご意見、何かございますでしょうか。

金山委員、お願いします。

○金山委員

金山です。17ページの提言ですけれども、まずL e n c k iの診断基準で、38度以上の発熱が認められ、かつ①から④のどれかがあった場合、それが一つですよね。もう一つは38度未満で、①から④の全て存在した場合ということで、その前者と後者の割合はどうなっているのでしょうか。

○木村委員長

それは分かりますか。

○事務局

事務局より失礼致します。38度未満のものにつきましては、1件も当てはまる事例がございませんでした。全て38度以上のものになります。

○金山委員

そうなのですか。

○木村委員長

要は、38度以下で4項目陽性というものはなかったということですね。分かりました。荻田委員、いかがでしょうか。

○荻田委員

すみません。提言についてですけれども、ここに書いてある、ちょっと重箱の隅かもしれませんが、1)、(1)の最初のパラグラフの最後が「考える」になっているのがちょっと、不思議というか、違和感がございます。「必要である」でよいのではないかなということと、それから、これも要望のところ、2)ですが、委員長も常々言っておられたように、私が勤めていた施設でも、最初の頃は胎盤病理に出すと、悪性所見なしで返ってきたりすることがあるので、非常にこれは重要な病理学的所見なので、病理に出すということと、要するに、(2)番にありますように、所見を認めない場合でも、重症仮死の場合は胎盤病理学的組織検査を実施してもらおうというところに何か、いわゆる病理の先生方への、見てねというメッセージが込められないかなというのを。文章までは、僕はなかなか考えつかなかったのですが、入れてはいかがかなと思いました。

以上です。

○木村委員長

病理医の先生に何らかのメッセージを出すということですね。

それは事務局、いかがでしょうか。これも医療界全体ということになれば、書くのは全然構わないと思いますが、病理学会には報告書を送っていないというところがあります。なので、これは周産期の病理を専門とする先生方にもう少し発言して頂かないと、まあ、書いてもいいのかもしれないですが、なかなか進まないのかなという気は少しします。

石渡委員長代理、お願い致します。

○石渡委員長代理

金山委員、妊産婦死亡のときの病理解剖のことについて、こういうところを注意して欲しいというような病理医の先生方へのメッセージ、書かれましたよね。

○金山委員

ええ。妊産婦死亡剖検マニュアルとして記載しましたけど。

○石渡委員長代理

ええ。母体死亡の。

○金山委員

似たような形で、何かそのような胎盤病理マニュアルのようなものを出すのはいいのではないかと私は思いますけども。

○石渡委員長代理

それともう一つは、こういうような事例については、私はほとんどもう胎盤病理に出したほうがいいとは思っていますけれども、保険上の適応というのは、金山委員、あるのでしょうか。

○金山委員

それは県によって多少異なりますよね。2,500グラム以下の児は全部胎盤病理に出しているという施設で保険が通っている県もありますし、結構厳しいところもありますし、その辺はやはり保険診療の統一基準、提出基準みたいなものを提言するのもいいのではないかと思います。

○石渡委員長代理

そうですね。私もそう思うのですが、これが保険できちんと適用できるように、そういう要望も出していく必要があるのではないかと思うんですけども。ありがとうございました。

○木村委員長

それは保険診療と書くか、診療報酬上の、あるいはこういう重症新生児仮死の際に胎盤病理を出せるような支援を要望するか、そんな感じですか。どういう書きぶりがいまいかなと今少し思いながら伺っていたのですが。

○石渡委員長代理

病理検査を保険適用にするというような、そういう形にすればいいと思うんですけども。あるいはそういうことが今、全国的に行われていないならば、強く要望するとか。

○木村委員長

重症新生児仮死を認めて、胎盤病理の保険収載を要望するという、何かそういう文言があるといいということですね。

荻田委員がおっしゃったこと、これらの所見があるときには、子宮内感染を示唆する症状を早期に発見し、適切な管理を行うためには、これこれの有無を確認することが必要である。管理を行うためには必要である。それはそうですけど、ただ、全員やられるとまた困るなどと思って、この文面から言ったら、全員やるべきということではないということは分かりますよね。

鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

私もこの「必要である」と「考える」という文章が何だかとても違和感があったのですが、文末は何も3つだけに限定するのではなくて、例えばここ、確認することが重要であるとか書くと少し弱過ぎますか。

○木村委員長

確認することが重要である。いいと思います。

○鮎澤委員

重要であるというふうにそこで文中はその辺りで止めて、流れていくことで、荻田委員がおっしゃられたことは全うできるのではないかと思いついて見していました。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。

荻田委員、そんな感じでよろしいですか。はい。ありがとうございます。

あともう一つ、この文章でいきますと、この下に行きますと、8行目かな。診断基準に該当した場合は、継続した胎児の状態の観察が必要か検討を行うことが望まれる。これも

持って回ったような感じがするので、もう素直に診断基準に該当した場合もこれはもうほとんどが観察であります。厳重な管理が望まれるとか、厳重な管理が必要であるという、それぐらいの表現でいいのではないかなと思うのですが、それでよろしいですか。

やっぱり厳重な管理で、石渡委員長代理、よろしいですね。はい。では、厳重な管理が必要であるということでもよろしいかと思えます。

それからあと、ほかのポイントでも全体を通じて何かございますでしょうか。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

さっきの話に関連するかもしれないのですが、一応、この原因分析報告書をもとに、疫学的に見て、再発防止報告書を書いて提言しているということから、書きすぎて嫌われたり、無視されたりしないようにしなくてはいけないんですけど、やっぱり書くべきは書いておいたほうがよいと思うので、さっきの件も、国に対して、病理、解剖のことをお願いするのであれば、やっぱり学会に対してもお願いして。まあ、学会だけに無理を言っているのではなくて、国にもお願いをしているよということで、学会に対しては丁寧に無理のない言い方をしておけばいいのかなと思いますけど、お願いしたいと思っているということはここで出ているので、伝えるという筋を通しておいて、書いただけで、その報告書を送っていないのが明らかなのだったら、今回だけ送ってもらうとか、趣旨を伝えてもらうとかできたほうが、気持ちを入れたほうがいいかなという気がするんですけど。

○木村委員長

もしそうするとすれば、やはりお手紙を書かないとご理解頂けないと思いますので、その辺り、1回工夫をしてみます。何だったら、再発防止委員会委員長の名前で、この冊子と一緒に病理学会理事長に送っておくということは1回やっておいてもいいのかなと。医療界全体で守ってもらおうというときに、少しそういうことも何だったら意識して下さいねということも言ってもいいのではないかなという気はしています。

これは確かに、言うほど簡単なことではなくて、病理学は、基本、がん診断学であります。それ以外の分野というのは極めてマイナー。臓器別がん診断学たる病理学というふうには、皆さん、大体思っいらっしゃいますので、その中で胎盤病理を見てくれというのはなかなか、そう簡単に、はいと言って、みんながそこへ走るかということ、そんなことは多分ないと思いますので、ただ、こういう問題点がありますよということを、こういう意見がありましたので、また学会で議論の場がありましたらお願いしますぐらいは言ってもい

いのではないかなと思います。

基本、今の病理学の立ち位置は、がん診断学だと思っておりますので、確かにそれ以外の分野は弱いんです。例えば神経変性疾患とかそういったものに関してもやっぱり診られる先生は極めて限られているようであります。なので、がん以外の病理医の先生は非常に少ないということも事実ではありますが、勝村委員のご意見から致しましても、そういう所見を病理医、そういう大事な所見があるんだということの認識をお願いしますという文章を書いて、それから、そういったことが議論されましたのでよろしくお願ひしますというお手紙を添えて、お渡しするぐらいにしないと、多分この冊子をポンと渡しても、誰も何も分からないし、病理学会の事務局の隅にポンと置かれるだけだと思いますので、その辺り工夫をしてみたいと思いました。ご指摘ありがとうございました。では、1回、そういうお手紙の形で進めて頂いたらと思います。

ほかに何かございますでしょうか。金山委員、お願いします。

○金山委員

L e n c k i の分類に相当するのが■■■■件で、今回分析した■■■■件中、■■■■割弱という感じですかね。その提言の2番のところですね。「どのような妊娠・分娩経過でも子宮内感染が存在する可能性があることを考慮し」というのは、これはいいと思うのですが、L e n c k i の分類に該当するものが割と、意外と少ないというようなことが伝わるようなメッセージがあったほうが私はいいかと思うのですが、いかがでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。その観点も非常に重要な観点だと思います。逆に言うと、それでは、それ以外の事例はどうするんだという話にはなってしまうのですが、それは原因分析のために組織学的なものを見ましようとか色々なことがつながってくると思いますので、2番の1つ目の文章の中に、L e n c k i の分類で、診断基準に該当した事例が■■■■割ぐらいでありとか、何かそういう言葉を少しつけたらいいですかね。そういう実態があったと。

○金山委員

そうですね。具体的な数値を加えたら分かりやすいと思います。

○木村委員長

もちろんこの集団、このコホートは全員脳性麻痺になられたお子様方のコホートですから、それ以外の方々の状況というのは実は分かっていないので、これをもって世の中でL

e n c k i の分類が駄目だとか信頼できないということでは決してないと思います。そこはまた別の調査が必要だと思いますが、ただ、このコホートの中では、そういう結果であったと。この集団の中ではそういう結果だったので、だから、あらゆる分娩で起こる可能性があるというような文言はあっていいと思いますので、そういった形でつけさせていただきますと思います。ありがとうございます。

ほかにご意見いかがでしょうか。田中委員、お願い致します。

○田中委員

今のところ、少し細かいのですが、9ページのところに出ているように、例えば、圧痛なし、悪臭なしというのは、結局、記載されていないということになっているので、本当になかったかというところは多分分からないところがあるので、やっぱり L e n c k i の分類に注意して、臨床所見を取るとか、一言入れて、今後は気をつけようというのを入れて頂けると、より今後、多分、注目していない方が多いのではないかと思います。そこはいかがでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。そこも非常に重要な観点で、確かになしという中に、有無が記載されていないという事例は結構ありますので、やっぱりそういった、なかなかないことを全部必ず記載しなさいというのは、本来は診療録の書き方のあるべき姿ですけども、なかなかできないにしても、そういったことを注目しましょうというメッセージはどこかに入っていると思います。

ここでもしっかり取り上げてくれているので、これも十分なんだろうなと。この提言のところでは何か読んで頂けると思いますが、田中委員、いかがでしょうか。それだと、もう一つ、何か章を立てないと駄目でしょうか。

○田中委員

そうですね。せつかく L e n c k i の分類を書いているので、これの有無はやっぱりカルテに記載するか、チェックするとか、何か一言、具体的に書くのは。

○木村委員長

これらに関しての評価を行うというような。

○田中委員

ええ。進める、踏まえるとか。

○木村委員長

(1) 番が結構長いので、お願いします。

○事務局

事務局より失礼致します。(1)の中でL e n c k iの分類について確認するということは、記載はされているんですけども、これを別の項としてお出しするということがよろしいでしょうか。

○木村委員長

最初の文章が、有無を確認する。ここにはL e n c k iの分類という言葉が出ていなくて、有無を確認することが重要であるという文言がありますので、こここのところをL e n c k iの分類という言葉で、下に注で、この分類を入れるとか何か、その辺りをして頂くと、田中委員の趣旨により近づくかなという。田中委員、そのような感じでいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○田中委員

はい。記載がなかった事例が多分多いと思いますので、その辺り少し強調して頂ければと思います。

○木村委員長

はい。ありがとうございます。

あと、確かに記載がないというところは非常に。記載がないこと、イコール、ないのか、見ていないのかというのは、そこは確かに問題だと思しますので、先ほどちょっと金山委員からご指摘ありましたが、15ページの■■■■件のL e n c k iの分類を認める事例があった中で、■■■■件に胎盤病理組織学検査で絨毛膜羊膜炎または臍帯炎ということになっておりますが、また、この中で、先ほど事務局のほうに、何件で病理が実際出されていたのかということが分からないみたいですが、それはできれば調べて頂いて。■■■■件中、例えば■■■■件が病理に出されて、■■■■件に所見があったというのがもっとインパクトが強くなると思いますので、その分母を出して頂くように、それらの確認をお願い致します。

○事務局

はい。承知致しました。

○木村委員長

ほかにここでお気づきのところはございませんでしょうか。

確かに、田中委員がおっしゃった点は非常に重要で、記載がないということが今回、なしの群で入っているという大きな問題点があるので、残念ながら、この分類に合致したも

のの中に、非常に高率に絨毛膜羊膜炎、あるいは臍帯炎の人たちがいるということは、これは明らかになったわけですが、裏は、実は入れていないわけですね。絨毛膜羊膜炎が組織学的にあった人がみんなL e n c k i の分類を本当にちゃんと見ていたのかどうかというのは、そこは分からない。ただ、この事例では案外そういった人が少なかったということも言えるわけなので、ここはもう少し臨床側で手をつけるべきことというようなメッセージをしっかりと出させて頂きたいと思います。よろしいでしょうか。

それからあと、事例に関しましては、まだCTGが載ってきておりませんので、CTGをまた載せて頂いた段階で、その書きぶりも含めて、先生方にご評価頂きたいということとでございます。CTGが出た段階で、またお送りすることになると思いますので、またそのときに先生方のご意見をぜひ頂きたいと思います。また、この中での注意点も出てくると思います。

事例に関しては、分娩経過に関して、もう少し分かったらと思っていたのですが、一応今回はこの形で出させて頂いて、将来的にはもう少し、パルトグラムみたいな形でまとめてもらうとか、そういう、要は、分娩進行がはっきり分かるような形にしておくとか、何となく、ここはもっと早く産んでもらうように、陣痛促進剤を使うべきだったのではないかなというような、色々なポイントが総合的に分かると思いますので、この事例をパッと見た限りでは、なぜここで陣痛誘発しなかったのだろうと思うところはあるのですが、それは今回の主なテーマではないので、もう少し後で、書き方等もまた今後の検討課題という方向でさせて頂きたいと思います。

金山委員、お願いします。

○金山委員

今のCTGの点なんですけども、10ページの、最近、関連施設でもあったのですが、徐脈を見逃しているというのがありまして、徐脈の事例が■■■件で、■■■%ということなんですけども、この徐脈、例えば100回/分ぐらいの徐脈をあまり重要視していなくて、結構重症な仮死だったというのが割とあると思うんですね。110回/分から160回/分は正常としますと、105回/分とか110回/分ぐらいの徐脈をあまり重視していない可能性もあるので、この徐脈の程度がもし分かったら調べて頂ければいいかと思うのですが。

○木村委員長

これはいかがでしょうか。この徐脈の中身に関しては。

○事務局

事務局より失礼致します。今回、子宮内感染で使用したデータにつきましては、データベースに載せているもので、徐脈の有無のみをピックアップしていますので、徐脈の程度につきましては、こちらでは今、データの分析は難しい状況でございます。

○金山委員

CTGの中で、ベースラインが100回/分ぐらいの場合に、徐脈が長く続いている状態で一過性に胎児心拍数が140回/分ぐらいに上昇するCTGがあります。この一過性の上昇をアクセラレーションと見誤って、長く徐脈を放置しているという事例が、過去にも経験があるので、その徐脈の程度を知りたいと思って質問しました。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。

○事務局

事務局より追加でご説明させていただきますと、原因分析報告書におきまして、必ず胎児徐脈とする基準が80回/分未満のものになりますので、これが徐脈の程度になるかと思われれます。

以上です。

○金山委員

そうなのですか。110未満ではないのですか。

○木村委員長

高度徐脈だけということですか。

○事務局

はい。10分以上80回/分未満だったものについては必ず徐脈と記載させて頂いております。

○金山委員

今後はやっぱり110回/分未満は拾い上げたほうがいいのではないですか。

○木村委員長

それは原因分析委員会と議論しないといけないですね。原因分析のほうでは一応、高度徐脈と。

○金山委員

例えば100回/分が20分、30分続いている事例があるんですね。それは非常に重篤な仮死になっていますので、やはり80回/分、その程度だけでなく、徐脈の程度が100回/分ぐらいでも持続時間が非常に問題になるのではないかと思いますけど。

○木村委員長

事務局、いかがでしょうか。

○事務局

現在、今ここであるベースラインにつきましては判断が難しいデータベースになっておりますので、ベースラインがいくつかというところではなくて、胎児徐脈があったかどうかというところの判断になってきますので、少し。

○木村委員長

徐脈の定義ですかね。徐脈の定義、80回/分で置いているということですね。

○事務局

はい。そうです。

○木村委員長

だから、高度徐脈という定義で置いていると。高度徐脈を判別できなかったことに対して意見がついていると。これは原因かどうかということでも、意見がついているかどうかということですので。まだそこまでの。この判読所見で、そこに意見がついているという事例であります。その100回/分で意見がついていたかどうかということは分かりませんね。

○事務局

失礼致します。原因分析委員会としては、110回/分のものについては判断しないというか、徐脈があったかどうかという判断が、高度徐脈があったかどうかというところで判断することとして、マニュアルとして決まっておりますので、その110回/分かどうかというところまでは、そこまで、必ずしも判読しているわけではないというところですよ。

○木村委員長

これは原因分析側の問題になるかなと思います。なので、そちらの委員会で少し話をさせて頂かないと。いわゆる軽度徐脈は評価していないということ。

○事務局

事務局より補足させていただきます。こちらの表8ですが、こちらは指摘された所見ではなくて、原因分析委員会の判読所見として記載されている所見を単純にピックアップして、

集計した所見となっております。

○木村委員長

そうですね。ですから、原因ではなくて、評価をされた。よろしくないと評価された。

○事務局

判読と対応について評価されたわけではなくて、こういう所見が認められたという。

○木村委員長

所見があったということですか。

○事務局

はい。

○木村委員長

では、その対応について、別に悪い評価がついたものとは限らない。

○事務局

はい。限らないです。

○木村委員長

ということだそうです。少しここは分かりにくいかもしれないですね。その辺りはやはりデータベースの問題もあるかなと思います。そういう分類であるということでございます。

よろしいでしょうか。

○勝村委員

よろしいですか。

○木村委員長

はい。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

今のところですけど、この表8と表12ですよね。確かにこれはそうやって見てみると、徐脈というのが高度徐脈で、それが何分以上、一過性ではないと判断する目安の定義が、原因分析委員会のほうで、もしかしたら独自というか、決めていることがあるならそこに分かりやすく入れたほうがいいかなと思うのと、あと、この表の中の表8、表12の一過性頻脈消失というのはどういう状況のことなのかなと思いました。

○木村委員長

これはいかがですか。これも評価をされたわけじゃなくて、そういう所見があったとい

うことですか。一過性頻脈は、消失は分娩の途中でしてくることがあっても、別に不思議ではない所見だとは思いますが。だから、これはあくまで所見なので、一つ、徐脈の定義は確かにちょっと今の金山委員のご意見と、それから、このデータベースの認識がちょっと違うような感じがしますので、これは注釈が要ると思います。

一過性頻脈の消失ということが特に分娩中であれば、それがすごく決定的な所見ではないように思います。だから、むしろここに書かなくてもいい所見かもしれません。

よろしいでしょうか。

○勝村委員

細かいことかもしれませんが。その表の左側、一過性徐脈のことに関しても、きつとこういうグラフになっているんだろうなというのが想像できるような丁寧な表現が、無理のない範囲でもらえたらありがたいかなと思います。

○木村委員長

分かりました。ありがとうございます。確かに、一過性頻脈の消失ということがここに所見として出てくるのが何か、むしろミスリードするような気はします。分娩中か、分娩中でないかということも恐らく分けていないので、その辺は逆にミスリードするかもしれない。これは産科の先生方に少しここについてご意見を伺って頂いて、どうしたほうがいいのかとか、1回伺って頂いて、注釈が必要なところは少し注釈をつけて頂きたいと思います。よろしいでしょうか。また、これはもう一度、修正したものをまた先生方にご覧頂いて、方向性を最後決めていきたいと思います。

あともう一つ、今回から結構変わるポイントがございまして、「産科医療の質の向上への取組みの動向」ということで、資料6ですかね。資料6に、このページでかなり変わるということで、表現も変わるということは今まで予告していたところですが、資料6、資料7、ここがどのように変わったかという、実際こういう形で出てきていかがかという印象もお聞きしたいと。これは小林委員に随分ご指導頂いたと伺っておりますが、一度この中身を事務局から説明をお願い致します。

○事務局

資料ですが、資料6、資料7、資料7ー参考、資料8をお手元にご準備下さい。前回の委員会におきまして、本章の具体的な構成案と、使用していた用語、「産科医療の質の向上を図るための評価」の変更案についてご承認頂きました。

今回は、昨年度の審議内容を踏まえて作成致しました、対象事例の集計結果を反映した

グラフや、その傾向などの原稿案についてご審議頂きたくお願い致します。

初めにおわびがございます。9月10日にセキュアアップ致しました資料7につきまして、12ページのテーマ、「診療録等の記載について」の集計対象に関する文章の記載、及び表4-IV-1の集計対象事例の件数に誤りがございましたため、それに対応する表を掲載している資料8と併せて、修正した資料を昨日再度セキュアアップさせて頂きました。前日の差し替えとなりましたことをおわび申し上げます。申し訳ございませんでした。

それでは、資料の説明に入らせて頂きます。

まず、資料7-参考の1ページの冒頭の点線の囲みをご覧下さい。こちらは昨年度の審議結果の概要でございます。第80回の委員会において、「各テーマの集計結果にもとづき掲載していた再発防止委員会のコメントは、各テーマのグラフにもとづき掲載する。また、再発防止委員会のコメントは、これまでと同様に経年の傾向を記載し、経年変化の傾向を踏まえ、必要に応じて、過去に掲載したテーマに沿った分析の提言や、過去に作成したリーフレット等を再度掲載し、当該テーマの情報を再発信する。一部のテーマ・内容については、審議時点における標準的な知見等の内容を記載することができることとする。」と整理されました。

次に、資料7をご覧下さい。こちらはその審議内容を踏まえ作成致しました原稿案でございます。資料6「産科医療の質の向上への取組みの動向」ご意見一覧と併せてご説明させて頂きます。

1ページでございますが、本章の創設の経緯や集計対象の遷移などについて「はじめに」として作成致しましたので、お時間ある際にご参照頂ければと存じます。

2ページ、3ページは前回お示しした内容とほぼ同じですが、3ページのみ一部修正を加えております。こちらは、資料6の番号3にございますように、「前方視的に」という表現が分かりにくいとのご指摘を受けまして、19行目の「評価している」の前に接続しておりましたものを削除しました。

4ページの図ですが、前回お示ししたものをより見やすくなるよう、2016年版と2020年版を並列に変更致しました。

5ページですが、資料6の番号1、2にございます集計表につきましては、資料7の5ページ、7行目に集計表を掲載するホームページのURLを記載致しました。また、ホームページへ掲載する集計表を資料8にまとめてございますので、後ほどグラフと併せてご参照頂けますと幸いです。

5 ページより、5 つのテーマの集計結果をグラフとしてお示ししております。事前に小林委員へご相談させて頂きながら、今回の集計結果を反映したグラフやその傾向案を作成致しました。これらの折れ線グラフにつきましては、5 ページの3 行目から記載がございますように、傾向として増加することが望ましい項目については、水色や青などの寒色系で、減少することが望ましい項目については、オレンジや黄色などの暖色系で示しております。

6 ページの図4-IV-1 が、オキシトシン使用事例における用法・用量、胎児心拍数聴取方法についてのグラフでございます。グラフの下、9 行目から傾向を記載しております。

なお、資料6 の番号4 のご指摘を反映し、2014 年と2015 年につきましては未送付事例が多く、現時点における傾向の解釈には留意が必要であることから、各テーマの傾向に「2014 年と2015 年は未送付事例が多いため、傾向の解釈には留意する必要がある」という文章を以降のグラフのコメントにも記載しております。

次に、7 ページの図4-IV-2 が、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のグラフでございます。こちらのグラフは、同意があった事例のうち、文書での同意もしくは口頭での同意があったものを点線で示しております。

続いて、8 ページの図4-IV-3 が生後1 分以内の人工呼吸開始状況について、9 ページの図4-IV-4 が吸引分娩が行われた事例における総牽引回数についてのグラフでございます。こちらもそれぞれグラフの下に傾向を記載しております。

続いて、10 ページの図4-IV-5 が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指摘があった項目についてのグラフでございます。こちらは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指摘があった事例のうち、胎児心拍数の監視方法と、胎児心拍数陣痛図の判読と対応に関する産科医療の質の向上を図るための指摘があった事例をそれぞれ点線で示しております。

12 ページの「診療録等の記載について」は2 年分の集計結果であり、現時点では傾向を読み取ることは難しいため、これまで通りの表形式で示しております。

以上の対象事例の集計結果を反映したグラフやその傾向などの原稿案について、ご審議頂きたく存じます。

次に、資料7 の14 ページ以降をご参照下さい。再発防止委員会及び各関係学会・団体等の動きにつきまして、第11 回報告書までは各テーマ内に文章にて記載しておりましたが、見やすさの観点から、第12 回よりテーマごとに図表形式で示し、参考資料として、

最後にまとめて掲載する案を作成致しました。

図表内のグレーの網かけが再発防止委員会の動き、白い囲みが各関係学会・団体等の動きとして色分けして示しております。

第4章に関する説明は以上です。ご審議の程お願い致します。

○木村委員長

ありがとうございました。結局、今までは資料8という数字がずっと並んでいる、羅列されているものがあります。これが「質の向上への取組みの動向」というところに載っていたわけでありまして、このまま行けばこれが載るはずだったものをグラフとして、資料7にありますような形で表記して頂いたということではありますが、この表記法あるいは文章に関しまして、先生方のご意見をお願い致します。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

すごくよくなったなと感動しております。ありがとうございます。ご苦労さまです。今日はレイアウトの話じゃなくて、中身、コメントの内容まで議論しますか。

○木村委員長

お願いします。

○勝村委員

では、ちょっと考えます。了解です。

○木村委員長

鮎澤委員、お願い致します。

○鮎澤委員

私も大変読みやすくなったなと思いながら拝見していました。2点あります。

まず1点目、3ページの29行目から、「医学的評価に用いる表現のうち、『一般的ではない』、『基準を満たしていない』とは」、ガイドラインのA・B云々と、この定義が説明されるのですが、33行目に、「したがって、前述のいずれにおいても、不適切、または誤った診療行為等であるという意味ではない」というふうに、順接の接続詞でポンと入ってくるのが、あれっと思ってびっくりしていたんですが、改めて4ページの表を見てみると、4ページのいわゆる定義は少々書きぶりが違って、接続詞も「したがって」ではなくて、「ただし」という補足の接続詞で説明されている文章になっているんですね。

やはりこのところは、この4ページの図の4-III-1、この表に書かれている通りの

定義を書かれるほうが誤解がないのではないかと思います。つまり、29行目、「なお、医学的評価に用いる表現のうち、『一般的ではない』、『基準を満たしていない』とは」、この後、鍵括弧で、図の4-III-1に書かれている「臨床経過に関する医学的評価」の表現そのままを転記しているとか、転記しているものであるというように書いた方がいいのではないかというのが1点目です。

○木村委員長

事務局、ここはいかがでしょうか。この「一般的ではない」、「基準を満たしていない」というところが、次のページの図の中の、ここの説明と合致させたらいいという、そういうことですね。

それはその形でお願い致します。

○鮎澤委員

それからもう一点ですが、今回から、分析対象ではなくて、集計対象という言葉で全体を作り込まれていると思うのですが、本文や表の注釈のところには分析対象という言葉が出てくるし、分析対象でパーセンテージを出していますという説明があったりします。この言葉の使い分けは、具体的にはどういうふうになるのでしょうか。

○木村委員長

そこはいかがでしょうか。

○事務局

事務局より失礼致します。3章のテーマに沿った分析のほうで分析対象としているということと、4章では、経年の変化を概観で見ているということから、第12回より、全て集計対象に変更することと致しました。

ただ、申し訳ございません。言い訳になってしまうんですけれども、時間的な中で全てまだ修正し切れていない部分があったかと存じます。次回までに統一できるように致します。基本的には集計対象で進める予定であります。申し訳ございません。

○鮎澤委員

分かりました。大したことはないです。全体として、確認して頂くと整合性が取れると思います。ありがとうございました。

以上です。

○事務局

ご指摘ありがとうございます。

○木村委員長

ありがとうございます。そうしたら、これは4章に関しては集計対象ということが全ての文言に入るということですね。ありがとうございます。

ほかに何かございますか。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

もう一度ぐらい最終的な議論の場をもらえたらと思うのですが、例えば資料7の6ページの図4-IV-1ですけど、これは折れ線グラフが5種類あって、全部色分けをされているのですが、基準内だとか、連続監視できているとか、基準範囲内とか、いい内容とか、きちんとできているとなっているものばかりを、できれば同じ色、同じ色系にして、記号で微妙に、何といたしますか、丸とか四角とかで微妙に変化しておいてもらって、やっぱり問題がある、基準より多いとか、連続的でないというものが例えば注目して減っていった欲しいという部分の色と分けられたらいいかなと思いました。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。一応これは、さっきも説明した、同じ色ではないのだけれども。

○勝村委員

暖色系というふうに分かれているんですね。

○木村委員長

水色、青、緑とオレンジ、黄色。

○勝村委員

暖色系が赤で。

○木村委員長

そう。それで、オレンジ、黄色、黒を何か。全部統一した色目にはしておられると。

○勝村委員

そうなんですね。そういうことですね。

○木村委員長

この図4-IV-1から4と、全部、色目の意味はどうもそういう意図でおつけになったみたいなんですけどね。

○勝村委員

なるほど。もう少し、それぞれの中身が分かりにくくていいので、群に分けている群の

色をもう少し。例えばオレンジと黄色は赤とオレンジにするとか、青と水色のところも、緑を使わずに、濃紺と、普通の青と薄水色にするとか、何かパッと赤系、青系、暖色、寒色を超えて入れたらいいのかな。ちょっと細かなお願いで申し訳ありません。パッと分かったほうが。

○木村委員長

これはそうしたら、色目をいくつか作って、A案、B案、C案ぐらいにしてもらって、これはグラフの作図上、色を、勝村委員のご指摘はよく分かりますので、2つ、3つのパターンを作って、どれがパッと見て見やすいかという。あまり色覚検査表みたいになるのもよろしくないかなと思いますので、その辺りの。やっぱりこれは見本があると一番いいと思います。1回、それを作ってもらうことでよろしいですか。いくつかパターンがありそうな気がするのですが。

また全部同じ色にしちゃうと、どうするかという凡例を、丸、四角で作るのもできないことはないでしょうけど。

○勝村委員

そうですね。そうやって見始めたら見えてきたような気もします。

○木村委員長

一応何かそういう、ちょっと下がって欲しいなというのが黄色、オレンジ、黒みたいで

○事務局

事務局より補足で失礼致します。この丸とか四角の、マーカーと言うんでしょうか。マーカーにつきましては一応、用法・用量に関するものの折れ線のマーカーは丸、胎児心拍数関係は菱形というように、分けては見ているんですけども、ちょっと見づらいかも

○木村委員長

それは分からない。色しかしようがないと思います。だから、あまり同じ色を使ってしまくと多分、このマーカーをもっと大きくしないとちょっと分からなくなるので、これはもともとの、書かれたパワーポイントですか。エクセルから移されたのでしょうか。

○事務局

はい。エクセルで作成致しまして、色は事務局で変えてはみております。

○木村委員長

なるほど。多分エクセルのポイントがこうなっているんだろうなと思います。すみません。

ほかには、いかがでしょうか。

方向性としては、非常にトレンドがよく分かると。それから、2014年、2015年
がまだ確定ではなくて、まだこの■割が未送付事例であるというのは、この■割は入って
いないということですか。それとも■割も入っている。どっちでしょう。

○事務局

■割は集計対象には入っておりません。

○木村委員長

まだ入っていないんですね。だから、ここは■割、■割ぐらいの人たちの数値がまだ入
った数値ではないということなので、一応まだ暫定値であるということでございます。こ
れはまた、追々この数字が年度ごとに固まっていくという立てつけでございますので、そ
れは現実でもそういう注釈をつけざるを得ないと。これは毎年つくわけではありますが、そ
ういう注釈をつけながら進んでいくということでございます。

○勝村委員

もう1ついいですか。

○木村委員長

勝村委員。

○勝村委員

前にも少しご検討をお願いしたかと思うのですが、これはパッと、今、作って頂いたグ
ラフの経年変化を見ていて、よくなってきている面もあれば、胎児心拍数聴取のところと
か、吸引分娩とかがあまり変わっていないように見えるのかなと思ったのですが、吸引分
娩に関しては、やはり10年を見ていくということであれば、もう少し5回という区切り
だけではなくて、何か中身の減少傾向があるのかどうかを、グラフにいきなりするかと
うかは別にして、少しその傾向がどうなっているのかを教えて欲しいなという気がするの
ですが、いかがでしょうか。

○木村委員長

それはデータはありますか。元データは、例えば5回の人、4回の人、3回の人。

○事務局

データ自体はございます。

○木村委員長

その数字が少し。このグラフで全部やったら数字がいっぱいになってしまうので、分からなくなると。これは私どもの施設だと3回なんですよね。3回で駄目だったら、もう帝王切開しなさいということにしていますが、では、その根拠はどこなのかというと、どこもないんです。なので、これも多分、5回というのも、えいやと決められたところだろうと思うんですね。やっぱり1回、2回で諦めるのは、よっぽどスタートの時点が悪いのかなという気がしますし。

○勝村委員

色々先生から教えてもらって、何となく状況が分かりつつあるような気がしているのですが、一応、一旦、10年間、ここに関しては変わっていないかと僕たちが認識するのか、少しずつ減っていると思うのか。例えば、3回に近づいていると思うのか、何か。

○木村委員長

3回かどうか分からないですよ。それも分からないです。

○勝村委員

分からないですけど、中身をちょっと知りたい。

○木村委員長

そうしたら、その数字は、例えば、2回からは、逆にもうしようがない。3回、4回、5回ぐらいの数字がトレンドで出れば、表の形でもちょっと見せて頂いてということにしますか。

○事務局

事務局より失礼致します。回数などについてですけれども、資料7の参考でございます。昨年度の審議結果より、本章は第3章のテーマに沿った分析において取り上げた一部のテーマについて、ガイドライン等の基準に基づき集計、または概観しているため、集計結果から各テーマに詳細に分析したほうが良いという場合はやはりテーマに沿った分析で、再度取り上げることを検討すると整理されております。

この整理によれば、委員会での検討後にテーマに沿った分析で再度取り上げることとなった場合は、本章で出生年別の詳細な傾向を概観していくこととなると考えております。

○木村委員長

この章で書くわけではなくて、今度、吸引分娩のテーマを取り上げるのかどうかということの資料も含めて、そういうものが少しあってもいいのではないかなという気は致しま

す。ただ、もちろんそれを全部このグラフに何本も線を引いたら、訳が分からなくなるので、そうではなくて、勝村委員のそういうご意見も非常に大事でありますので、そういう回数、明らかに無理しているという人が減っているのかどうかというようなこと。ただ、これは実は、先ほど、私の施設は3回と言いましたが、これは3回というのは別に、日本人が目指すべき目標でも何でもなくて、これは申し訳ないけど、みんな、本当にきちんとした根拠はないです。ただ、10回、20回やるのはよくないだろうというのは漠然とみんな思っているというようなものだと思いますので。

○勝村委員

僕がなんとなく感じている範囲では、制度が始まって、減っているのではないかなと思うんです。思うだけなので、それを確かめたいのと、木村委員長がまとめて頂いたように、今このグラフをどうするか。どう書き直すかという議論のためにお願いしているのではなくて、あまりにも僕らが知らないのにグラフを載せているというのはどうかと思うし、本当にこれをこのテーマに上げるかどうかということの議論をするためにもやっぱり僕は見たいと思います。

○木村委員長

そういう土台として、一度出して頂けたらと思いますので、お願い致します。これは別表、参考資料でいいと思います。

よろしいでしょうか。小林委員、お願い致します。

○小林委員

小林です。この図は確かに、もう少し色々工夫ができるといいなとは思っていますが、まず一つは、5回という基準がそこまで絶対的なものかということ、もう一つは、分娩時間にも、長さにもよるところがあると思うので、回数のすごく多いアウトライヤーを実際に見てみて、次回以降どうしたらいいかというところを事務局と考えさせて頂ければと思います。今回はこれでいいかなと思うのですが。

○木村委員長

ありがとうございます。一度ご助言頂きまして、どこにフォーカスを絞るのか。5回、6回の線で引くのか、もう少し多い人がいるのかどうかとかですね。前に1回出してもらったら、案外、多い人は少なかったような気がするのですが、その辺りも一度。小林委員、ご助言頂きましたらありがたいと思います。よろしくお願い致します。

○小林委員

あともう一点ですけれども。

○木村委員長

はい。お願い致します。

○小林委員

最後の10ページの図4-IV-5ですが、ここはなかなか、色も暖色系で、あまり下がってもないのですが、ただ、この図に関して言うと、これ以前のものはあるかないかとか、回数で切っているところなのですが、ここは指摘があった項目ということなので、毎年の原因分析がどこまで見るかというところにも依存するので、なかなかこう、減っていくかどうかというところは難しいところがあるんですね。

なので、文章を読んでもらって、ほとんど文章がないんですけれども、どう書いたらいいかというのは、委員の皆さんで少し考えて頂いて、もし次回、こういうふうに読み込んだらいいのではないかとというのがあれば頂ければと思います。あるいは事務局のほうに寄せて頂ければなと思います。

以上です。

○木村委員長

図4-IV-5ですかね。

○小林委員

はい。色々読み込んで評価をしていけば、結果的には増えてきますので。評価というのはよい評価ではなくて、よくない評価ということですが。

○木村委員長

これは評価するかというか、原因分析のところの、あくまで文章だと、脳性麻痺の原因とされているものではないという立てつけだろうと思いますので、その辺りも難しいと思いますが、これは委員の先生方に、10ページ、11ページのこの文章について、また一度お読み頂きまして、ご意見頂けましたら幸いです。

○田中委員

いいですか。

○木村委員長

田中委員、お願い致します。

○田中委員

今の9ページ、10ページ、要は、事例件数、実は棒グラフが一緒に入っていて、

それも何か3分の2ぐらい、どちらも落ちている。検査は落ちているので、そこをきちんと明示して頂けると、この原因分析なり、再発防止が役立っているということが分かりやすくなるのではないかと思います。

○木村委員長

そうですね。絶対数は減っているということはございます。これは確実にございますので、その辺りも少し記入ができればと思います。いかがでしょうか。

○事務局

失礼致します。絶対数が減っているということなんですけど、2014年と15年については、かなりの未送付事例がまたございますので、減っているように見えるんですけども、2ページの集計対象の表を見て頂ければ分かるんですけども、2014年は■■■■件、2015年は■■■■件の未送付事例がございまして、まだそこは何とも言い難いところがあるかと思います。

○事務局

補足で失礼致します。また少し見づらくて申し訳ないのですが、後ろのグレーの件数の棒グラフですが、こちらは指摘があったものの総数ではなくて、胎児心拍数聴取を実施した事例の件数となっておりますので、こちらを補足させていただきます。

○木村委員長

そう言われてしまうと、棒グラフはなくてもいいかもしれませんね。

○田中委員

田中ですけど、パーセンテージで評価すると、なかなかその変化というのは難しいのではないかという気は。やっぱり総数がどうかというところが。

○木村委員長

ええ。総数がどうかも大事ですかね。ありがとうございます。では、その扱いは、総数が減っている。特に最近、2年間ぐらいなかなかまだまだ言えないということなので、でも、それもトレンドとしては減りつつあるのですが、またこれは基準が変わったときにも色々変化する可能性もありますし、ちょっと難しいですね。数だけでは難しいかなというところもございます。

この辺りの書きぶりも含めまして、またご意見頂きたいと思いますので、これは宿題といたしますか、先生方でもし何かご意見があったらまた事務局に寄せて頂くという形に、ここはさせていただきますと思います。ありがとうございます。

大体これで、あともう1つ、まだ少しお話がございまして、その他の報告事項であります。その他につきまして、報告がいくつかございます。その点、事務局からお願い致します。

○事務局

参考資料及び参考資料の別添をご覧くださいと思います。本件につきましては、4月に開催されました第81回再発防止委員会におきましてご報告させて頂きました、本制度の実績報告書の進捗状況でございます。

1ポツ、概要、1) 背景・目的の1つ目の丸と2つ目の丸をご覧くださいと思います。2009年に本制度は創設されまして、13年目を迎えているところでございます。2009年から2014年の創設時の補償対象基準で補償対象となった児の実績が、満5歳の補償申請期限がございますので、確定しているというところでございます。

続きまして、3つ目の丸と4つ目の丸のところでございますが、2020年まで運営しております運営実績と、2009年から14年までの確定している制度の補償対象を担った実績につきまして、定量的にまとめて、今後の審査補償、原因分析、再発防止の取組みをさらに先進的に取り組む方策、方向性をまとめるといったことを目的としてございます。

2) 報告書の構成、3) 報告書の内容につきましては、別添の資料をご参照頂ければと思います。制度創設の背景、2回の制度改定、審査、原因分析、再発防止の実績につきまして、実績と、制度実績から見えてきたことについて構成していくということを考えてございます。

各パートの実績などにつきましては、審査委員会、原因分析委員会など、各委員会においても確認を頂くことを予定してございます。

参考資料の裏面をご覧くださいと思います。2ポツ、今後の主なスケジュールでございますけれども、次回、再発防止委員会におきまして、本文の案をお示ししたいと考えてございます。

ご報告は以上でございます。

○木村委員長

ありがとうございます。参考資料にあります「産科医療補償制度 実績報告書」、第1巻ということで、これまでの取りまとめをしたいということで、今のご提案でございます。また、目次はこの次の資料にあります参考資料別添というところで、特に今回、発足当時の環境、今から思いますと、本当にひどい2000年代1桁の状況で、この産科医療補償

制度が発足したという辺りの、いわゆるいきさつや時代背景というのは、やっぱり十年一昔で、医療人みんな走り回っていますと、10年前のことはなかなかもう思い出さないということになりかねませんので、少し、1回振り返って、きちんと記載しておくことは確かに意義のあることではないかと思えます。また、その後の歩みに関しましては、2015年ですよ。2015年で制度が変わりまして、それで、その後に関しては数字を出すのがまだ難しいと。決まっていないところも多いということですので、2014年までの確定した分の数値を、数字的なものはそちらでまとめていくというような方針でまとめたいということをございます。

これはご報告でございます。この形でぜひまた進めてまいりたいと思えます。よろしくお願ひ致します。

ほかの報告につきまして、開催日程等お願ひ致します。

○事務局

ご案内申し上げます。次回開催日程でございますが、今回は■■■月■■■日■■曜日■■■時からの開催であり、終了時刻は本日と同じ■■■時■■■の予定でございます。後日、開催案内文書と出欠連絡票を送付させていただきますので、ご出欠の可否につきましてご連絡下さいますようよろしくお願ひ致します。

■■■月はほぼ原稿の内容を固めまして、■■■月の承認審議に向けての内容を固めていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひ致します。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。次回で大体内容を固めて、今回、大分ご意見頂きまして、修正という形で、特に提言のところなど多数ご意見頂きましたので、それに対応して、また変更が回ってくると思えます。先生方、ご覧頂きますように、どうぞよろしくお願ひ致します。

全体を通じまして、何かご意見、ご質問等よろしいでしょうか。ご発言ありませんでしょうか。

ありがとうございます。そうしましたら以上をもちまして、第84回再発防止委員会を終了させていただきます。ご参加頂きまして、どうもありがとうございました。また引き続きどうぞよろしくお願ひ致します。どうもありがとうございました。

— 了 —