

第14回「産科医療補償制度再発防止委員会」 会議録

日時：平成24年2月20日（月） 16時00分～18時00分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局 事務局でございます。本日はお忙しい中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。会議を開始致します前に資料の確認をお願いしたいと思います。

まず一番上でございますのが、本日の出欠の一覧でございます。

続きまして、本日の次第と本体資料がございます。

続きまして、資料1と致しまして、第2回産科医療補償制度再発防止に関する報告書(案)という冊子がございます。

なお、資料1の報告書の62、63ページのところには、A4、1枚もので第4章Ⅲ、常位胎盤早期剥離の保健指導について、最終ページに挿入と書かれた表を1枚挟み込んでおります。傍聴の皆様には同じものを資料の一番最後に付けておりますので、ご確認下さい。資料のページ数が大変多くなっておりますので、乱丁落丁等ございましたら事務局までお申しつけ下さい。

1. 開会

○事務局 それでは、定刻となりましたので、只今から第14回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。本日は石渡委員代理、川端委員におかれましては、少し遅れて到着される旨のご連絡を頂いております。また、小林委員、勝村委員、田村委員、福井委員からはご出席の連絡を頂いていたのですが、急遽ご欠席されることとなってしまいました。田村委員からは、本日の報告書について特段異論はありませんとのご連絡を頂いております。

それでは、ここで開催に当たりまして池ノ上委員長より一言ご挨拶を頂きたいと思えます。池ノ上委員長、よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 それでは、開会に当たりまして一言ご挨拶をさせていただきます。

これまで委員の先生方には、大変お忙しいところ、この再発防止委員会にご出席を頂きまして、大変活発な意見を寄せて頂いておりました。また、議論も非常に深い議論をして頂きました。そのおかげで、今回、報告書の第2回目を原案として取りまとめることがで

きました。心から御礼申し上げたいと思います。

昨年8月に公表致しました第1回の産科医療補償制度の再発防止に関する報告書に引き続きまして、このたびは原因分析報告書79件を分析対象と致しまして、第2回目の報告書を取りまとめるという段取りで進んでおります。

第1回目の報告書の公表につきましては、色々な産科医療関係者の皆様、あるいは学会、団体等々の皆様、それから報道関係の皆様から、様々なご意見を頂きました。また、分娩機関だけではなく、種々の教育機関や各種研修会でも、この報告書の一部が活用されているというふうにも伺っております。このようなことを考えまして、この再発防止委員会の責務もこれまで以上に深いものであるというふうに考えております。

このような報告書を作成することができましたのは、これは補償対象となられたお子様とその家族、およびその詳細な診療記録を提供して頂いた分娩関係機関の皆様のご理解とご協力のたまものであります。このように多くの立場の方に支えて頂きまして、この報告書を取りまとめることができました。これから一日も早く最終的な報告書として関係者の方々にご報告したいというふうに思っております。

本日は、第2回目の報告書の確認をして頂きまして、できればこれを最終的な会議と、第2回目の報告書に対しての最終的な会議ということにさせて頂きたいと思っております。委員の先生方、今日はどうぞよろしくお願い致します。

○事務局 池ノ上委員長、ありがとうございました。では、申し訳ございませんが、撮影はここまでとさせて頂きたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い致します。

それでは、進行を池ノ上委員長にお願いしたいと思っております。よろしくお願い致します。

2. 議事

1) 第2回 産科医療補償制度 再発防止に関する報告書(案)について

○池ノ上委員長 まだおみえになっていない委員の先生がいらっしゃいますが、時間でございますので、進めさせて頂きたいと思っております。

まず、第1章、第2章につきまして、事務局から説明をして頂きたいと思います。お願い致します。

○事務局（原） それでは、お手元の第2回報告書（案）をご覧下さい。構成の説明も含めまして、第2章まで、ご説明をさせていただきます。

まず、こちらの報告書でございますけれども、記載内容につきましては、事前に委員の先生方にご確認を頂きまして、修正を反映した上でこのドラフトの形にしております。先生方に頂きましたご意見につきましては、主に文言修正に関わることでございましたので、報告書の内容につきましては概ねご了承頂けたものと考えております。

ただ、このような実際の報告書の形にして構成をご確認頂くのは今回が初めてとなりますので、報告書の構成も含めまして最終的なご確認を頂ければと思っております。

それでは、まず、この表紙でございますけれども、表紙は前回第1回報告書と同じデザインを予定しております。

そして、2枚めくって頂きまして、目次をご覧頂けますでしょうか。第1回報告書同様に4章立ての構成となっております。

1点変更がございます、それが第3章と第4章の入れ替えでございます。前回、第1回報告書の際は、分析対象がまだ15件ということで、「数量的・疫学的分析」をそのテーマに沿った分析の後にはどうかというご意見を受けまして、「テーマに沿った分析」を第3章にしておりました。そして今回でございますけれども、今回は分析対象が79件となりまして、また新たに脳性麻痺発症の主たる原因の一覧を、数量的・疫学的分析の中に加えさせて頂きましたので、当初の案に戻しまして、「数量的・疫学的分析」を第3章、そして「テーマに沿った分析」を第4章としております。

また、テーマに沿った分析でございますけれども、前回は4つのテーマを設けておりましたけれども、今回、第2回ではテーマを3つと致しております。

その他、巻頭の挨拶文ですとか巻末の付録などは、第1回報告書と同じ構成となっております。

それでは、1ページ以降でございますけれども、池ノ上委員長のご挨拶文などを挟みまして、6ページが第1章として本制度の説明となっております。

そして、その後12ページが、第2章として再発防止の説明となっております。

この第1章と第2章については、第1回報告書と基本的に同じものになります。第1回をご覧になった方にとっては同じものになりますが、第2回報告書だけをご覧になった方でも、制度の内容ですとか、再発防止の取り組みをご理解頂けるように、この第1章と第2章につきましましては今後も毎回掲載をしていきたいと考えております。

以上、簡単でございますけれども、いったんこの第2章までで区切らせて頂きます。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。只今1章と2章についてご説明頂きましたが、何かお気づきの点等ございますでしょうか。特にご意見ございませんか。構成が第1回と第2回とでちょっと入れ替わったということが一番大きなことだと思いますが。

○鮎澤委員 改めて第2回目の報告書を拝見して、ああ、1回目から事例を踏まえてこういう中身に踏み込めるようになってきたなという、1回目と2回目の進歩というか進化というか、そういうものを感じさせて頂きました。

表現の話なのですが、14ページの「分析にあたって」というところに、いわゆる研究論文で言うと、この研究の限界というようなことに該当すること、分析の限界についての記載があります。色々なところで分かりやすくこの報告書のデータの解析の限界について書かれているのですが、色々なところで書かれることは大事なことだとして、どこかで1回しっかりと全体を俯瞰する形で書き込んで頂く、集中的な書き方をして頂くことも大事なことだと思います。

そういう意味で言うと、この「分析にあたって」の3行目以降、本制度における補償申請期間が満5歳の誕生日であることから限られた事例しか扱っていないということ、ここだけ読まれると分かりにくい表現になっているのではないかと思います。後のほうに何度かそれに重ねての表現が出てくるのですが、多分、一番この限界について書かれるべき場所はこの「分析にあたって」のここだと思うので、このあたりもう少し書き込んで頂くと、

全体を通しての限界が分かりやすくなるのではないかと思います。以上です。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。大事な点のご指摘を頂きました。ここは、例えば段落をきちっと分けて述べるとか、そういったことを。

○上田理事 他の箇所にこのような限界に関する記載がありますので、その辺をもう一度見まして、ここでは全体が記載されているように検討します。

○池ノ上委員長 そうですね。やはり、これをご覧になる方が、まず、ここでしっかり頭に入れて頂けるというような形を取って頂くほうが大事だと思いますので。どうもありがとうございます。

他にいかがでしょうか。

○板橋委員 7ページの「補償対象者」のところで、2行目「28週以上で分娩に際し所定の要件に該当した状態」という記載がありますが、一見したときに、所定の要件ってどこに書いてあるのかがちょっと分からないんですね。なので、アスタリスクか何かを付けて所定の要件というのを注釈しておいたほうが、多分、初めて見る方には分かりやすいかなと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。これは分娩に関わるというところが、この28週以上でどのような条件があればそういうことが浮かび上がるかということで、こういう発言になっておりますので、それはここに注か何かして、脚注にして書くと。そのほうがよろしいですね。ありがとうございます。よろしいですか。

○板橋委員 はい。

○池ノ上委員長 他にはいかがでしょうか。

○藤森委員 ちょっと非常に細かいところなんですけれども、同じところで前から少し気になっていたんですけれども、「出生体重2,000g以上かつ在胎週数33週以上、」この読点はいらないですよ。多分、その後の「身体障害者障害程度1級または2級相当」というのはどっちにもかかるんですよ。括弧の2,000g33週と28週以上所定の条件。ちょっと、私、最初に読んだときに、この読点は僕はいらないんじゃないかと、細かいようです

けれども。または28週以上で所定の条件というのが、さっきおっしゃったように、もしかするとそれが1級、2級なのかなと思っちゃったりもすることもあるので、これは読点がいらないんじゃないかなと僕はそう思ったんですけれども、ちょっと細かいようなんですけれども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。よろしいですね。そういうふうにして下さい。ありがとうございます。

他にはいかがですか。よろしいでしょうか。前回もこういうことについていくつかご議論頂いておりますが、「V. 分析にあたって」のところはもう一度全体として俯瞰するような形を取って頂くということでよろしくお願い致します。

それでは、続きまして第3章について、事務局のほうから説明をお願い致します。

○事務局（森脇） ご説明させていただきます。16ページをご覧ください。第3章 数量的・疫学的分析でございます。こちら、先ほども申し上げましたが、今回は79件になったことから、第1回では第4章に設けておりましたけれども、これを3章に持ってきております。1番、2番、3番にあります「基本的な考え方」、それから「数量的・疫学的分析の構成」「分析にあたって」は、前回、第1回と同様の内容でございます。

続きまして、17ページのほうをご覧ください。再発防止分析対象事例の内容です。これまでの審議を踏まえまして、主に修正した表を中心に説明させていただきます。

まず、1番、「分娩の状況」でございます。17ページから18ページにかけて5つの表を掲載致しております。曜日別、出生時間帯別、在胎週数別などの表でございます。特にこちらにつきましては大きな変更はございません。

続きまして19ページでございます。19ページは「妊産婦等に関する基本情報」の表でございます。妊産婦の年齢、身長、体重など、妊産婦の基本情報に関連した表を9つ掲載致しております。その中で前回審議頂いた表でございますが、21ページの表3-II-12「妊産婦の既往」につきましては、先生方のご意見を頂きまして呼吸器疾患の件数を追加致しております。

次に、22ページをご覧ください。3番目の「妊娠経過」でございます。妊娠経過に関する表を6つ掲載致しております。主に修正致しました点は、表3-II-15、一番最初の表ですが、「不妊治療の有無」です。脚注を追加致しております。この「あり」の件数が、今回の妊娠が不妊治療によるものかどうかということが分かるようにしたほうが良いというご意見を受けて、脚注を追加致しております。

続きまして、次のページの23ページの一番上の表です。表3-II-20「産科合併症」でございます。この中の子宮内感染15件について、脚注を付けておりますけれども、「子宮内感染あり」はどういったものがカウントされているのかということに記載したほうがよいのではないかとということと、臨床診断も加えたほうがよいのではないかとご意見を頂きましたので、子宮内感染「あり」と報告書に書いているものと、あと病理検査の結果、胎盤や臍帯に炎症所見を認める記載があるものを件数としてカウントしていることを脚注に追記しました。そこを修正致しております。

続きまして、4番目です。その下の表です。「分娩経過」になります。分娩経過に関する表を19表掲載致しております。大きな変更は特にございません。

29ページ、「新生児期の経過」でございます。こちらも10表掲載致しております。前回の意見を受けまして修正した表は、31ページ、表3-II-48「新生児搬送の有無」のところでございます。こちらに脚注を設けております。新生児搬送「なし」24件について、全て小児科における治療を行われたことが分かるような脚注を付しております。

続きまして、次のページ32ページになります。32ページでは、「再発防止分析対象事例における診療体制」でございます。8つの表を掲載致しております。大きな構成は変わっておりませんが、前回の意見を受けまして修正した点は、34ページの表3-III-7、8でございます。こちらは准看護師の件数を追加したほうがよろしいのではないかとご意見を頂きまして、准看護師の件数を職種に追加致しております。

次に、再発防止対象事例の現況でございます。都道府県別の分析対象事例の件数を記載しておりますが、これも特に変更はなく、件数を更新したのみでございます。

続きまして、36ページをご説明させていただきます。こちら36ページは、「V. 産科医療補償制度の補償対象事例における脳性麻痺発症の主たる原因について」で、新しく今回取り上げたものでございます。前回の委員会のご意見を受けまして、主に変更した点を中心にご説明させていただきます。

まず、標題でございます。79件に関する脳性麻痺の主たる原因を分析しており、この79件が本制度で補償対象となった事例で、昨年公表した原因分析報告書79件が対象となっていることが分かるような標題が望ましいのではないかとのご意見を受けまして、そのような形で修正を致しております。

また、文章を項目立てをして少し分かりやすい記載を工夫したほうが良いのではないかとのご意見を頂きましたので、3つほど項目を立てまして修正致しております。

加えまして、主たる原因の考え方、それから分類の仕方などを丁寧に記載したほうが良いのではないかとのご意見を頂きまして、2番目の「脳性麻痺発症の主たる原因の分類の考え方」を設けまして、その中にその分析の方法を記載しております。このような修正を踏まえまして、「分析対象」、「脳性麻痺発症の主たる原因の分類の考え方」、3番目に分析対象事例の主たる原因、結果のような内容になっておりますが、それを記載致しております。

それから38ページには、その結果となりました表を掲載致しております。表は、前回の委員会のご意見を受けまして、分娩に関連した重度脳性麻痺が本制度の補償対象であることが分かるような脚注を付けたほうが良いとのご意見を頂きまして、注1にその旨を記載致しております。以上でございます。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。第3章について、今、ご説明を頂きました。前回の委員会のごときに、色々委員の先生方からご提言頂きましたところを加えて頂いたものに加えて、この第3章のVの産科医療補償制度の脳性麻痺発症の主たる原因についての文章を少し大幅に手を入れてあるということでございます。いかがでしょうか。先生方のご意見。

○箕浦委員 不妊治療のところなんです、確か、その内容が例えばアートに限る、アート以上のとか、アートに限るといふか、そういう議論はなかったですか。例えば、タイミング法だけのも入れるかどうかとかですね。

○池ノ上委員長 22ページの不妊治療の有無の。

○箕浦委員 内容ですね。内容で少し話があったような気がしているんですが。

○池ノ上委員長 そのとき。

○箕浦委員 IVF-ETとか、そういうものをやった以上なのか、それともタイミングとかそういうものも入れてしまうのか、不妊治療の中に。

○池ノ上委員長 どなたか覚えておられませんか。どうですか。議事録か何かで。不妊治療の内容ですね。

○箕浦委員 内容、そういう話があったような気がするんですが、なかったですか。

○池ノ上委員長 あり、なしじゃなくて。どうでしたっけ。

○事務局（森脇） 内容につきましては、確かに、色々そういう個別な内容は分かるのかというご質問は頂きましたけれども、全てそれが詳細に分かるような記載に原因分析報告書はなっておりません。

○箕浦委員 場合によっては、タイミング指導だけでもという人も入っているかもしれないということですか。

○事務局（森脇） はい。

○池ノ上委員長 藤森委員、どうですか。

○藤森委員 分かりませんが、多分、それは施設の判断ということなんです。先生がおっしゃっているのは、多分、タイミング療法か、もしくはクロミフェン内服以上なのか、それとも体外授精を、いわゆる試験管ベビーをやっているとか、どれぐらいのレベルまでを不妊治療とするのかということだと思ふんです。タイミング療法というとは非常に自然妊娠に近い形だということだと思ふのかという、そういう選別をしたのかどうかということだと思ふんですけれども。

○池ノ上委員長 こちらの議事録というかメモによると、今回の当該妊娠が不妊治療だったのかどうか、あるいは過去に不妊治療をしたのかという、そこは明らかにしたほうがいいのではないかとご議論はあったように書いてあるんですけども、その内容がどうかというのは。

○澤田客員研究員 その内容については、前回、多分触れられていないと思うんですけども、基本的にはタイミング療法は、確かなかったと思うんですね。もう一度確認させていただきますが、どこから含めるかをもし決めて頂ければ、そこでも分けますし、タイミング療法から入れるという、タイミング療法も不妊治療には入りますので、それを決定して頂ければと思います。

○池ノ上委員長 7例ですよ。 「あり」というケースがね。 7例で、またその色々なことを細かくやると、ちょっと正しい評価につながらないかもしれませんね。 この段階では、もう少し不妊治療「あり」という方の数が増えて、もちろん増えたところで集積したほうがどうかと。

○事務局（森脇） 今、現在の原因分析報告書では、不妊治療による妊娠かどうかというぐらいの記載でとどまっておりますので、もしそういった深い分析が必要であれば、原因分析報告書との兼ね合いとかも含めてちょっと検討しなくてはいけないと思います。

○石渡委員長代理 不妊治療でリスクが高いというのは、結局、排卵誘発を使って多胎妊娠であるとか、あるいは、一般的に不妊治療を受けている方は高齢の妊娠が多いわけで、そういうことが大きなファクターになっている可能性も高いわけです。明らかに不妊治療をしていることそのこと自体がということではないと思います。ましてや、今回、事例が少ないのであれば、検討の項目の中に入れなくてもいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長 今回の再発防止としての報告書にはまだ入れるのは尚早だと思いますけれども、原因分析委員会のほうに、やはりその情報も今後集めて頂けないかということをごちから申し出るということは、やってみていいのではないかとthink 思っています。事務局、いかがですか。それは可能ですか。

○事務局（原） まずは、この7件について詳細を確認したうえで、検討させて頂きたい
と思います。

○池ノ上委員長 確認はして頂いていいんですが、それは今回のこの報告書に盛り込むと
いうことではなくて、事務局資料として、まずは確認して頂くと。どの程度のところまで
また原因分析委員会との間での議論が進むかということ、もう少し見るということです。
それでよろしいですか。

○事務局（森脇） はい。

○池ノ上委員長 委員の先生方、よろしいですか。特に、箕浦委員、いかがですか。よろ
しいですか。

○箕浦委員 はい。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

○板橋委員 38ページの表1ですが、この前も議論したと思いますが、何かやっぱり分か
りづらいんですね。一番下のほうに「原因が明らかでないまたは特定困難」、「原因が明
確であるとする記載がない」とありますが、これは原因分析報告書の記載がないというこ
とですか。

○池ノ上委員長 事務局、分かりますか。

○事務局（森脇） 原因分析報告書の分析において、明らかにそういった記載をしていな
いというか、書いていないということです。

○板橋委員 「原因が明らかでないまたは特定困難」、「原因が明確であるとする記載が
ない」という2つのカテゴリーに分けてもこれがこの先どのような意義を持つようになる
のかよく分かりません。このあたりはどうでしょうか。

○事務局（森脇） 専門家の先生方からご覧頂くと、恐らく、この21件は同じというふう
に見えるとは思いますが、16件といえますのは、専門家の分析をもってしても分か
らないというふうにきちんと明言されているという意味で、数値を出しました。

○板橋委員 逆に言うと、その下に「原因が明確であるとする記載がない」という表現は、

裏返せば、分からないということになるんですね。そうすると、一般の方がもしこれを見たときに、センテンスだけ取り上げると「何やっているの」というふうに誤解されかねない表現だなというのが少し気になったものですから、あえてコメントさせていただきました。

○池ノ上委員長 もう一遍、事務局のほうでこの2つ、上と下、「原因が明らかではないまたは特定困難」16というのと、「原因が明確であるとする記載がない」5という、この違いをもう一遍教えて頂けませんか。

○事務局（森脇） 上の「原因が明らかではないまたは特定困難」という16件につきましては、原因分析報告書に「明らかではない」「特定困難」などと、きちんと明言されている記載があるという事例でございます。

○上田理事 今回の説明は、36ページの下から5行目です。

○池ノ上委員長 36ページですね。

○事務局（森脇） 36ページの下から5行目を読み上げさせていただきます。下から5行です。「また、」のところから読ませて頂きます。

「また、脳性麻痺の原因は特定できない」、「特定困難」、「特定の原因は見出せない」、「明らかとはいえない」、「分析することは困難」、などと記載されているものは、「原因が明らかではないまたは特定困難」として整理したというふうに記載しております。その下の表1に戻りますが、「原因が明確であるとする記載がない」という事例につきましては、その原因がはっきりと書いていない事例ということでございます。

○池ノ上委員長 それは原因分析委員会の報告書の中に、原因についてディスカッションされていないということですか。

○事務局（森脇） いや、ディスカッションはされておりますが、例えば、内容につきましては、何らかの原因が考えられるとか、そういった記載ではっきりと記載されていないことを指す事例の件数でございます。

○池ノ上委員長 分かりました。原因に関する記載が原因分析委員会の報告書にないとい

うことですね。

○事務局（森脇） そうです。

○池ノ上委員長 議論されていないということではなくて、議論はされたんだけど、それを報告書に書くような結論には至らなかったと。そういうことでよろしいですか。難しいですね。板橋委員。

○板橋委員 ここには、その1つ上の解説が書いてありますが、「原因が明確であるとす
る記載がない」ということに関しては、この文章中には出ていないですよ。ですので、
これを見たときに、「ちょっとこれ何」というふうに誤解されやすいのではないかと。分
析したけど、結局は特定できなかったわけですよ。何らかの原因はあるだろうけど、で
も、この原因が特定できない。このような表現がないために何かディスカッションしてい
ないみたいにとられかねないのが、ちょっと残念な表現かなと思います。

○池ノ上委員長 せっかく先生方が努力して議論されたこと、ここももう1つ注3で、こ
この2つの説明を付けてもらいましょうか。この36ページの繰り返しと、あとここで足り
ない部分をここで、いかがですか。

○事務局（森脇） 注を付ける方法と、あと一緒にするという方法があるかと思います。
その16件については、明言していることはどのぐらいウエイトが高いかということになる
かと思いますので、21という数字にしてもよろしいかと。

○隈本委員 原因分析の部会の雰囲気からすると、これは、やはりこの2つの項目は実質
的には同じだと思います。要するに、3つぐらい考えられる可能性があった場合に、その
3つのどこに重みがあるか分からないというときには、何らかの原因であると、この3つ
挙げて原因であると考えられるが、そのどれかは特定できないというような書き方をしま
すし、その場合には、「特定できない」という言葉を使わないときもありますよね。その
どれかに該当すると考えられるだけしか書かないときもあるし、要するに、文章表現上の
問題だと思いますので、恐らく、これとこれは一緒のことを意味しているんだと思います。

千差万別で、実際には3つぐらい、臍帯因子とその後の新生児蘇生等、色々なことが関

わって全部併せ技で結局脳性麻痺になったんだらうねというようなケースなんかもあるわけですね。その場合には、その書きぶりで、特定困難と書く先生もいらっしゃれば、その3つのどれかと考えられると書く方もいらっしゃって、これは全く同じことを、文章表現上の問題だと思えます。

○池ノ上委員長 いかがですか。事務局、その書きぶりとしては。

○事務局（森脇） 今、隈本委員のほうからおっしゃって頂いたように、そういった説明をしたうえで、表上21件と見せるような形に修正するようにでよろしいですか。

○池ノ上委員長 それがフェアですね。先生方、皆さん、いかがでしょうか。そうですね。板橋委員、よろしいですか。

○板橋委員 はい。

○池ノ上委員長 じゃあ、今のようなことで分かりやすく、そして21として表現すると。

○事務局（森脇） 確認させていただきますと、最後の「原因が明確であるとする記載がない」を削除して、16件のところを21件にして、その21件の項目の内容を文章中で説明するというような形でよろしいでしょうか。

○池ノ上委員長 よろしいですか。先生方、特にご意見はございませんか。事務局としてもよろしいですね。はい。じゃあ、そのようにお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。はい。ありがとうございます。

他に何かご意見ございますか。

○鮎澤委員 何点か確認と併せてお願いします。

16ページなのですが、16ページの「2. 数量的・疫学的分析の構成」の3行目から、「ここで取り扱うデータは、本制度で補償対象となった重度脳性麻痺の事例であり、わが国の産科医療全般のデータではない」ことはその通りなのですが、何と何を比べるかについて「本制度で補償対象となった重度脳性麻痺の事例であり、わが国の重度脳性麻痺全般のデータではない」というふうにしたほうが分かりやすいのではないかと思います。これはどうしてもということではないので、ご検討下さい。

それから、18ページの表3-II-5「分娩場所」のところで、注2に車中分娩の話が出てきます。私たちはこの車中分娩の状況を知っているのですが、パッと読まれた方は、この車中分娩とは何のことかがよく分からないので、差し支えない範囲でどのような車中だったのかということを書いて頂くと、より親切ではないかと思いました。

それから、24ページなのですが、表3-II-24、25以降、いくつかの出典、『最新産科学正常編』の出典が出てくるのですが、これは表そのものをそこから出典したのではなくて、その分娩方法等を出典に準じておられるわけですね。表そのものは私たちのというか、この委員会の表なので、分類はかくかくしかじかに準拠とか、何かそういうふうに書いて頂いたほうが、分かりやすいのではないかと思います。これだけ見ると、その表そのものを持ってきているかのようなので、そのあたりをご検討頂ければと思います。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。先生おっしゃった通り、16ページは、やはりここに重度の脳性麻痺の産科医療全般のデータではないということを書き足して頂くと。それでよろしいですね。先生方。

それから、車中分娩も、救急車内で生まれた場合も車中分娩と言っている場合もあるんですね。ところが、救急車はここに別に挙げてありますので、それを見ると、多分自家用車なのかなということが分かりますので、ここを少し分かりやすくして頂いたほうがいいかと思います。

○石渡委員長代理 電車の中はどうでしょう。

○池ノ上委員長 ああ、電車かもしれない。これは自家用車でしょう。そういうことあります。新幹線とか、僕自身がやっぱりそういうのを経験しましたので、やっぱりそれはあると思います。リスクファクターですね。

○上田理事 24ページです。

○池ノ上委員長 それともう1つは、出典の問題ですね。それもよろしいですか。先生方のご了解を頂ければ、今の鮎澤委員のご意見の通りにさせて頂こうと思います。ありがと

うございます。

他はいかがでしょうか。

○藤森委員 ちょっとお願いというか、途中の報告のときに多分あったと思うんですけども、第1回の4つのテーマを今回の79例に当てはめた表がありましたよね。それは何を言いたいかという、第1回のその4つのテーマ、臍帯脱出はなくなっていましたけれども、モニタリングとかオキシトシンとか新生児蘇生とかが、今、新しい79例になってもこれくらいまだ問題として含んでいるんだよということを、今後も最初に上がってきたその3つというのは必ずつきまどってくることだと思うんですよね。ですから、第2回の報告書以降も、ぜひそれ何か意図的に外したとかそういうわけではないんですよね。ぜひ今後もずっと、3回4回と行くに従って多分永遠のテーマの3つかもしれませんけれども、ぜひ付けて頂きたいと思うんですけども。途中入っていましたよね。覚えていますので。

○事務局（森脇） 今の藤森委員のご意見は、その3つ、蘇生と心拍と臍脱の。

○藤森委員 臍脱もゼロでいいんですけども、ゼロでしたよね、多分。

○事務局（森脇） はい。3つはずっと今後も追っていく。

○藤森委員 3つというか、あと今後も、多分、早剥、それから、まあ、どうですかね。吸引分娩とか色々あるかもしれないですけども、どこまで入れるかは非常に微妙かもしれないんですけども。

○事務局（森脇） そうですね。またそれを決めて頂くか、それとも。

○藤森委員 そうですね。きっちり決めておかなくちゃいけないと思うんですけども。

○事務局（森脇） ずっと全て取っていくかというのは。

○藤森委員 10、20になってどうかということはあるのかもしれないですけども、ただ、最初の3つ4つというか、これは非常に大切で、僕も、実は、色々なところで、県内ですけども、話をするんですけども、79になってもいまだにこの3つのテーマというのは非常に大切だよということを話をするので、今後も200例になったときでも、やっぱり、これだけいまだにこの3つのテーマというのは非常に大切なんだからということと言える

ように、ぜひ第2回もその第1回のテーマに合わせて79を例の中に、これだけ入っていたんだよという表がありましたよね。あれをぜひ載せて頂きたいなと思うんですけども。

○隈本委員 全く同じ意見で、実は、そのことについて議論する場所があろうだろうと思って、そのタイミングを待っていたんですが、もしここで議論されるのであれば、何しろ第1回の4つのテーマ、あの4つのテーマについてこの第2回の報告書で全然触れないのは、特に第1回が15例だっただけに、せめて第2回は第1回をもう1回フォローするという場所が必要なんじゃないかと思って、これは報告書に今から追加すると中々大変なのかもしれませんが、実際、本当は詳しいところまで分析したものもほしいんですけども、そんな時間はないとしたら、せめて、今、藤森委員がおっしゃったように、項目数だけでも載せて頂きたいなと思います。

もう1つ、理由を追加すると、やっぱり15例のときには何となくあれは15例を分析したんだからというのが私たちの思いにもあったと思うんですが、それが79例になった時点でも同じテーマがあるとしたら、やっぱり、それはさらに重要性を増してくるというふうにするので、ぜひテーマに沿った4事例については、現段階での中間数字でいいので出して頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 他にご意見ございませんか。どうぞ。

○板橋委員 中間の数字として出したときに、この解説の内容が第1回と変わらないかどうかを必ずチェックしないと、それは数字を出しただけで、無責任になってしまうと思います。この場でその数字に対する解釈をディスカッションしておかないと、数字が独り歩きしかねないという部分もあるので、絶えずローテーションしながら重要なテーマは、例えば1回ごととかに、3つのうち1個でも入れていくとかという段取りでもいかがなんでしょうか。確かに、数字を出すというのは大事なことだと思いますし、特に産科を専門にやっていたら先生方には、その数字の書いている意味が読み取れると思うんですね。読み取れない方に関して言うと、数字が独り歩きするのも嫌だなというのがあってから、そのあたりは、数的変化を出すとなれば、少しレビューをやってから出したらどう

かなというのが、個人的な意見です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがでしょう。他にはご意見は。

○川端委員 皆さんがおっしゃったのと全く同じ印象を受けておりました。

これが第2回の報告書ですが、第1回、第2回、第3回と、これは独立しているわけじゃないと。流れがあって、それぞれのデータがどんどん膨らんでいくという、それをまず皆さんと共有しておいたほうがいいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にはいかがでしょう。

私も、やはり1回報告あるいは提言したからそれで終わりというのではなくて、実際の医療というのは繰り返し繰り返し色々なことが出てくる。それをなるべく漏れないように我々もしていくと。1回決めたら必ずそうだというふうにはいかない。それが医療の実態の大きな部分だと思うんですね。そういう意味からすると、前回、こういう4つのテーマをもって検討して提言をしましたと。今回はこういうことにします。こういったことは今後も繰り返しやっていきますということを、どこかに1行入れて頂いて、継続的にするんだという意味をきちっと示しておく。そして、また繰り返しある程度事例が集まったら、もう一度そういったことでやっていくということで、継続しているんですよと、こういう持続性のある検討ですということをはっきり書くということはいかがでしょう。

板橋委員がおっしゃったように、あまり具体的な数値だけが出てくると、その危険性もあると思いますので、一遍もう報告しちゃったからそれでいいとは決して思っていませんということの中に入れていく。よろしいですね。先生方、よろしいですか。

事務局はそういうふうにできますか。どこかに入れて頂くということでよろしいでしょうか。

○隈本委員 折衷案というわけでもないんですけども、もし全部のテーマについてやはりレビューが必要ということであれば、ちょっと時間的に無理というようなことがあるとしても、例えば単純に出せそうなものを選ぶとか、そういうことはだめなんですか。

例えば、新生児蘇生が問題ありとされたケースは何件あったというようなことは、例え

ば丁寧に記述することによって、あまり独り歩きせずに、原因分析報告書で新生児蘇生に原因があったというふうに指摘されたのは何件中何件でしたというふうを書くとか、それは一覧表にしたら色々な解釈が成り立つというふうに、あり得ると思いますので、そういう意味では原因分析報告書に、こういうふうに記載されたのは何件みたいな感じでは言えませんでしょうか。

○上田理事 実は、第1回の報告書を公表する際に、あるいは公表した後に、今、隈本委員がおっしゃいましたように、例えば子宮収縮薬の使用や胎児心拍数聴取の不適切な事例が何件だったとか、よく質問を受けました。

原因分析は、責任追及ではなくて再発防止のために報告書が作成されます。またこの再発防止の報告書も、産科医療関係者に読んで頂いて、関心を持って頂いて、教訓となるものを日常の診療に生かして頂くことが重要であります。ですから、不適切であった事例の件数は、産科医療関係者に、1例ではなくある程度の件数が実際に起こっています、ということ伝えるという意味で、大事なことと考えています。しかし何件問題があるとか、そのようなことが主に議論されますと、本来の再発防止という観点での議論ではなくなるのではないかと考えます。板橋委員がおっしゃられましたように、それぞれのテーマについて分析しながらフォローしていきたいと思います。

○池ノ上委員長 やっぱりそういうテーマをここの委員の皆さんで議論をある程度して頂いて、そしてそのうえで79例に対象事例が膨らんだところでどうですと。前回から比べたらこういう動きになっていますというふうな出し方のほうが、正しい情報として出て行くのではないかというふうに私は感じますけれども、いかがでしょう、隈本委員。

○隈本委員 3回目の報告書では、1回目のことについてフォローするというふうに皆さんが合意するというのはどうでしょうか。要するに、詳細な分析が必要で、数字の独り歩きが心配ということについては、私もそうかなとは思っていますので、どうでしょう。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

恐らく、今回79例と15例とを一緒にして比べるといいですか、比較するというのはちょ

っと危険かなど。むしろ、79例の中に15例一緒にして、そして経年的な色々な観察とかいうようなことをするほうが。あまりにも15例というのが少な過ぎて。ですから、15例については、今回はこういうことのテーマについては提言しましょうということであれを出したわけですね。今回は、むしろ俯瞰的な立場で、全体像から見たらどういう問題が重要ですよという立場でのこれは提言になると思いますので、できればもうちょっと増えて、しかもこの委員会の中で委員の先生方としっかり議論して、3回目にはそういったことをどこかにまた入れていくと、持続性のある検討としてそれを引き続きやっていくということではいかがでしょう。

○隈本委員 それで、他の先生方がそういうことであれば、私もいいかと存じますが、できればこちら辺でやはり合意して頂きたいのは、最初の4項目というのは非常に重要で、こういうことを言うと本当に皆さんから反発を受けるんですけども、やはり我々自身も驚いたのは、全ての事例で同じようにガイドライン違反があったとか、そういったことって、比率の問題でびっくりしたようなところもありました。そういう意味では、そういうところをしっかりと押さえていくということも必要だと思うので、ぜひともこの最初の4項目については、できれば第3回で確実にもう一度フォローするというようなことについて何か決めて頂ければ、今回は見送るみたいなのもありかなというふうに思います。

○池ノ上委員長 恐らく、胎児心拍数の確認だとか、それから蘇生の問題だとか、臍帯脱出の問題とか、これは恐らくこれからもずっと続く問題だと思います。ずうっとやり続けているうちに、どうしてもこれは完璧にゼロにはならない。そのならない背景は何だろうかというのを、今よりもレベルを上げてここで議論しなければいけない問題として、私の予感を申し上げちゃいけないですけども、そういう予感がしてまして、むしろそこに収束されていく。

例えば、先ほどからちょっと、この後出てくると思いますが、常位胎盤早期剥離と分娩監視、モニタリングの問題なんていうのも絡んできますし、そういう検討事項としてやはりこれからもやっていかなければいけない問題だろうというふうに思います。

ですから、我々がよりよい「再発防止に関する報告書」を出すという観点からいきますと、当然、これはまた繰り返してやらないといけないということになってくるので、それを恐らく委員の先生方、皆さん大体コンセンサスとしてお持ちじゃないかと思えますけれども、いかがでしょうか。

○村上委員 私も次年度というか、第3回の再発防止の報告書を考えていくうえで2回分のものを蓄積させた形で検討するというのは賛成です。私ども色々ところで、やはり第1回の再発防止の報告書というのをかなり元にしながら研修等をやっていますので、その成果というか、評価もぜひさせて頂きたいというふうに思いますので、そういう意味では、1回のもの2回ものをトータルした形で見たと、1回分、2回分を別々にしたときに見えてくるものというのが何かあるのかなと思いますので、そういう意味では、全体として俯瞰して見るものと、あと個別の毎回毎回のもので見るものとを両方見据えながら、自分たちの取り組みがどういうふうにその再発防止に貢献できたのかというようなところも含めて第3回のほうで取り上げて頂けたらと思います。

○石渡委員長代理 第1回目の報告書の中で15例を分析していて、その中でオキシトシンの使い方がガイドラインに沿っていない、それが6例あった。非常に数が少ない中で分数としてかなり多くなるわけですがけれども、そのときにどういう印象を得たかという、結局、脳性麻痺の真の原因ではないわけですね。オキシトシンの使い方、ガイドラインを守っていなかったことが原因じゃなくて、ただ、たまたまそういうふうになっていたと。

ただ、私たちは再発防止という医療の安全を推進していくためにガイドラインを守ってほしいという、そういう趣旨があるわけなので、書き方にも色々あると思うんですけども、その辺のところは明確に出ていれば、実際の数を書いてもそんなに問題はないと思うんですけども、ただ、まだ数が少ない時点で起こるということはないと思うので、やることはちょっとまずいなとは思いますが、これから色々事例が集積されていく中で、やはり第3回目はもう1回分析するという必要かもしれません。

ただ、1年ぐらいでものが変わるということはないので、例えば1年から5年た

ってきたら、かなりこれはガイドラインを守るということについては周知徹底されると思うんですね。そういうときになったら、またどのぐらいこういうことがあったことによって改善されたというような評価はしていく必要があるのではないかというふうに思います。

○鮎澤委員 実は、隈本委員がどこでこの話を切り出そうかとおっしゃっていた同じような意味合いで、私もつけ加えて切り出させて頂きたいことがありました。

1つは、継続してやっていこうという、まさにこの議論と同じことです。1回目、2回目、3回目でやりましたというだけではなくて、今日、今回、選んだテーマについても、これからもしかしたらやらなければいけないことが出てくるかもしれません。この委員会の中で常に「継続していく」ということを意識しながら報告書をつくっていくということが大事なことになるのだと思います。

加えてもう1点なのですが、この中で私たちが提言したことの中には、短期間であつてもやれるようになったというようなことがすでにいくつか出てきていると思います。新生児蘇生の研修などについてはかなり具体的にこういうように広がってきたということがあったりもされるので、もしそういうことで書き込めることがあるのならば、これまでの提言が、具体的にこの期間でこういうふうに進んだというようなことを書いて頂けるというなど思いながら読んでいました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。恐らく、動きとしてはまだはつきりは見えていませんけれども、産科婦人科学会とか産婦人科医会あたりの研修テーマ、あるいは研修の回数と申しますか、そういったものに変化が起こりつつあるということは、実際にあちこちで起こっていますし、今、藤森委員がおっしゃったように、先生のところでは地域でそういったことを繰り返しやっておられるという、各地域地域でそういう動きが起こっているんだろうと思います。そういったこともある程度情報が集まったら、この再発防止委員会としても実態を把握するということになろうかと思えます。

それと、やはり、持続性を持つということは当然のこととして、だんだん事例が増えて

くると全体像が見えてきて、何が多くて大事で何をまずやらないといけないかということが見えてくるというのは、やはりこれはある程度の事例が集まるといいますか、そういった不幸な事例なんですけれども、それを集めさせて頂いて、こちらで原因分析および再発防止という観点で議論して頂いて、それを全国に発信するという事を繰り返していきたいというふうに思います。

大体先生方のご意見、ご議論頂いたと思いますが、よろしいでしょうか。それでは、そういうことでまた次年度に向けて1年目、2年目のテーマも引き続き見ていくということにさせて頂きたいと思います。

それでは、続きまして第4章について事務局からの説明をお願い致します。

○事務局（森脇） ご説明致します。40ページ、第4章テーマに沿った分析でございます。40ページをお開き下さい。

「I. テーマに沿った分析」についてでございます。こちらには構成を記載しておりますが、これも第1回報告書と同様な書きぶりとなっております、テーマに沿った分析の取りまとめの構成を記載しております。

41ページにつきましては、「テーマの選定」ですが、どのような観点からテーマを選定したかということに記載しております、「吸引分娩について」、それから「常位胎盤早期剥離の保健指導について」、「診療録等の記載について」のテーマ選定の観点を記載しております。それぞれにつきましては、後ほど個別にご説明させて頂きたいと思います。

それでは、個別のテーマの「II. 吸引分娩について」を澤田客員研究員のほうからご説明させて頂きます。

○澤田客員研究員 42ページからになります。前回の会議からの変更点は大きくはありません。79件のうち、急速遂娩として吸引分娩が行われたのが19件ありましたので、それらを分析対象としております。このうち12件にクリステレル胎児圧出法を併用しております、併用した経緯につきましても分析をしております。

事例の概要として、事例を2事例載せております。

48ページまでは、前回の報告書と同様に、吸引分娩についての原因分析報告書からの抜粋をしております。49ページ、50ページに、吸引分娩とクリステレルの現況が述べてあります。

51ページ、「再発防止および産科医療の質の向上に向けて」であります。産科医療関係者に対する提言として、特に(2)ガイドラインでは牽引時間20分以内、吸引回数が5回以内のルールを推奨しておりますが、それ以内であっても随時分娩方法の見直しを行うことが重要であること、また、施行するに当たり、必要な人員を集めておくことが記載されております。

また(4)として、吸引分娩により出生した児に帽状腱膜下血腫を起こした事例がありますので、このような児は一定時間注意深く観察することを記載しております。

2)として、学会・職能団体に対する要望です。(3)の中に、ガイドラインが出ておりますが、その中でも児頭が下降していても吸引分娩が不成功に終わる事例もあったので、吸引分娩の条件について再検討することを要望するということが記載されております。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。吸引分娩に関する検討の内容ですが、いかがでしょうか。

○岩下委員 学会・職能団体にする要望なんです。特に(3)ですね、これは原因分析委員会の主張とも同じことを述べていらっしゃると思うんですけども、最後の段の「吸引分娩の条件について再検討することを要望する」という1項目があるんですが、現在のエビデンスからこれを精緻に断言してガイドラインに載つけるようなことは中々難しいと思うんですね。むしろ、吸引分娩が不成功の場合に速やかに帝王切開に移行するような体制を整えるというのならまだ分かるんですけども、当然、吸引分娩を行うところの条件が、例えばステーションの+3じゃなきゃいけないとか、そういう条件を付けるのは中々難しいので、児頭の位置ということに関して、また再検討するといっても、中々新しいものは出てこないんじゃないかと考えるんですが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 いかがでしょう。今の岩下委員のご意見。

○石渡委員長代理 今、岩下委員が言われたように、この位置というものをきちんと記載してしまいますと、ステーション±0ならまだいいですけども、1とか0のところ、今までやっていたところができなくなった場合に、急速遂娩ができないというふうな、そういうような解釈にもなりかねないので、+2の場合であっても、吸引分娩がうまくできないときは他の急速遂娩に切り替えるとか、そういうことが非常に重要であって、ここに数字を書き込むと、恐らく混乱が起きてしまうのではないかと思いますし、また、学問的といえますか、きちんとしたその辺のデータを示せないんじゃないかと思うんですね。学会で検討したとしても。ですから、ここは省略したほうがいいのではないかなという気がするんですが、いかがでしょうか。

○川端委員 私も同じことですが、要するに、個人の技術に負うところが多いですね。これは吸引とか鉗子もそうでしょうけれども、そういう個人の技術に負うところが多いのに、色々なところで制約をかけて、誰でもできるのはこんなんじゃないかというふうにやってしまうと、技術が育たなくなってくると思います。ですから、こういう具体的な数値を入れない形で習熟するように努力するとか、そういう形だったらいいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。藤森委員、いかがでしょうか。よろしいですか。箕浦委員、いかがですか。

○箕浦委員 私は、一番最初にこのステーションゼロというのはちょっと問題にしたんですけども、やっぱりゼロというのは、我々みたいにほとんど鉗子をやっているところは、ゼロでは鉗子がかからないのでやらないんですけども、色々な裁判を見ていると、高いところで引いているケースが問題になっていることが圧倒的に多いんですね。ですから、ゼロでいいということになってしまうと、そこがちょっと心配なだけなんですね。もうちょっと注釈を詳しく付け加えないとまずいんじゃないかというふうに思うんですね。

○池ノ上委員長 これは板橋委員、児の側から見て、こういう産科手術、吸引とか鉗子とかに対する色々なご意見もあろうかと思いますが、いかがでしょうか。

○板橋委員 産科手技に対するコメントは、我々の立場からは分かりませんが、ただ、出てきた子どもの観察については、もう1回、今、ガイドラインを見直したんですけども、例えば吸引分娩のところなんかではベビーのことはあまり言及されていないんですね。吸引の後、鉗子をかけたら帽状腱膜下出血が多いとかなどのコメントが書いてありますが、器械を使った分娩といいますか、そういった場合にベビーの観察を十分にすること、できればガイドラインに載せてほしいということを逆に要望したほうがいいのかなと思うんです。

ただ、何時間ということの観察時間については、適切なコメントはちょっと今の段階ではできませんけれども。実際問題、24時間後に気づいたらショック状態でというのは、我々の経験的にはままあるわけで。ガイドラインは産婦人科の先生方が遵守するようにしているわけですから、ここでのコメントよりもうちょっと突っ込んだ形で、ベビーについての観察を注意深く行うといったような内容を次回のガイドライン改訂の折には盛り込む必要があるというようなニュアンスの提言はあってもいいんじゃないかなと思います。

○池ノ上委員長 児の観察ということですね。

○藤森委員 さっきの数字にちょっと戻って、私も数字をしっかりと書くのはあんまりよろしくないんじゃないかなという気がします。例えば、それは初産婦なのか経産婦なのかでも違うと思いますし、双胎の経膈分娩して2人目の双胎を出すときは、別にゼロより上で引っ張ってくることも僕もやったことがありますけれども、それでちゃんと出ることもありますので。ですから、一概にこの数字、もししっかりと書くのであれば、箕浦委員がおっしゃったように、かなり詳しくというか、ディスカッションしたような形で書かないとよくないと思うので、数字を実際の明らかにゼロとか+2じゃないととかというのを書くというのは、僕はどうかなと、よくないんじゃないかなと思いますけれども。

○隈本委員 実際の原因分析をしている側から見ますと、この数字そのものも、その先生によって数字が違うというようなこともあります。つまり、カルテに書いてあるのは本当に嵌入しているとは思えないのに、ちゃんと1とかと書いてあるとかゼロと書いてあると

ということもありますので、ここだけあまりに詳細に、(3)だけが詳細なのもちょっとおかしいなというふうに私も思います。

それよりも、むしろ、今、私が言いたいのは、産科関係者に対する提言¹⁾で(1)(2)(3)(4)とあるのに、学会・職能団体に対する要望のほうは(3)(4)がないので、先ほど、板橋委員のほうからもありましたけれども、この(3)と(4)に、つまり、1)産科医療関係者に対する提言の(3)と(4)に対応する学会・職能団体への要望というのをむしろ入れたほうがいいのではないのでしょうか。

具体的には、クリステレル法について僕はずっとこだわっているんですけども、クリステレル法についての功罪というか、エビデンスについてももう少し学会で考えてガイドラインに何か盛り込んで下さいよということとか、あるいは吸引分娩後の新生児の観察について何らかの提言をして下さいよということを入れるのが筋ではないのでしょうか。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。他に何かご意見ございませんか。よろしいのでしょうか。

これは実際に脳性麻痺が発生したという事実から原因分析をされた結果、吸引分娩が原因のあるいは要因の1つとして浮かび上がってきたということは事実でありますので、この吸引分娩のあり方に関して、もう一遍再検討しましょうよと。それには、適応もですし、児の予後、児の観察ということも含めて、再検討の要があるというような提言は十分やるべきであろうというふうに思います。

ですから、我々としては事実をそのまま受け止めて、その事実から言えることをまず提言して、あるいは学会・職能団体にもそのことをお知らせすると、それで考慮してくださいというような対応になろうかと思えますけれども、特に板橋委員から今出して頂きました児のその後の経過観察というのも非常に重要であるということもつけ加えて学会等々にこちらから提言するということではいかがでしょうか。どうでしょう。医会とか学会とかもよろしいですね。それはそれぞれの委員会等々にこちらのほうからお願いをして検討して頂くということにして、あまり細かい数値というのは、今、産科の先生、皆さんおっし

やるように、それぞれ技術とかの問題もありますし、そのときの対象の産産婦さんの条件とかもありますので、必ずしも一律に全てが規定されるというものではない。そういったものが実際の現実に即した対応だろうと思いますので。しかし、また大まかに大きなガイドラインとしての方向性を少し進めて頂くというようなことになろうかと思います。よろしいでしょうか。

ガイドラインは遵守と板橋委員はおっしゃいましたが、一応、こういうことですよというのを言っていて、どういうふうにやるかというのは、その施設の中でさらにマニュアルとして決めて頂くというふうに私自身は思っていて、ガイドラインは全国的に皆さん大体こうですよ、だからこれをこういうふうにやって下さいと。いやいや、うちはもっと厳しくやるよというようなことがあれば、それはその施設の中のマニュアルとしてやって頂ければいいと。絶対これは遵守しないといけないとかいうところまでは、恐らく日産婦も医会もそういう考え方でガイドラインはつくられていないんじゃないかと思います。

ですから、ガイドラインとマニュアルの使い分けといいますか、言葉の違いというのは頭の中に入れながら我々は運用していくということになろうかと思いますが、それでよろしいですか。もう一遍、ここは言葉を見ながら、先生、すみませんが、いかがですか。

○川端委員 ガイドラインで使われている言葉は「推奨する」「強く推奨する」というように、「推奨」という言葉になっていまして、「守らなければいけない」とかそういう表現はないですね。

○藤森委員 おっしゃる通り。ですので、ABCというふうに分けられているわけです。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他に何かよろしいでしょうか。

吸引に関しては、今、特に職能団体に対する提言というところで、今のようなスタンスで今回はやっていくということで、事務局よろしいですか。

○上田理事 はい。ただ今のご指摘、整理しまして、各委員にもう一度確認させていただきます。そのときにご意見を頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 そうすると、(3)でしたっけ、数値を含めて検討してほしいという、こ

の書きぶりも少し検討して頂いたのを回してもらおうということですね。

○上田理事 はい。数値のご懸念については、岩下委員のご意見を踏まえて整理します。

○鮎澤委員 今の議論なのですが、頂いている案の47ページですね。原因分析報告書においてこういう要望があったということ(5) (1)にまとめて頂いていますが、かガイドラインを分かりやすくしてほしいとか、基準を明確にしてほしいということが、原因分析委員会から上がってきていることは事実ですよ。個別の案件からはそうやって明確化とか再検討とかが出てきていますけれど、それを集約したところで再発防止委員会としてはこういうようにまとめたという経緯はやはりどこかに書いておいて頂くことが、大事なこの再発防止委員会の役目のようにも思います。そのあたり、併せてその書きぶりとともに考えて頂ければと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。原因分析委員会は個々の事例についての検討をしておられて、再発防止の立場のこの委員会は、それをマスとしてたくさんの事例をもってじゃあ全体的にどういうふうな提言をするかということで、まさに先生おっしゃったようなスタンスの違いがありますから、それはきちっと分かるような書きぶりが必要だと思います。ありがとうございました。他はよろしいでしょうか。

それでは、次をお願い致します。

○澤田客員研究員 では、次の常位胎盤早期剥離に移ります。53ページからになります。

今回79件のうち、常位胎盤早期剥離を認めた事例が20件、多く認めましたのでテーマの1つとして選んでおります。

その中でも、妊産婦が自宅で変調を認識した事例が14件ありまして、認識してから分娩機関への連絡まで時間を要した事例が9件あったということで、今回は妊産婦への保健指導の視点からまとめております。

57ページまでは、先ほどと同じように原因分析報告書のまとめになっております。

58ページから60ページに概要が載っております。58ページにガイドラインに載っている4つのリスク因子、妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離の既往、切迫早産、外傷が記載

されております。また、その下に特に喫煙について報告がありますので、1.4~2.5倍リスクが増えるという論文が結構ありましたので、喫煙している妊産婦に対しては積極的な保健指導が禁煙に対しても必要であるということに記載しております。

61ページから、「再発防止および産科医療の質の向上に向けて」の提言です。今回初めて妊産婦に対する提言が1)として載っております。

1つ目は、常位胎盤早期剥離というのがどのような疾患かを知ること。

2つ目としては、代表的な初期症状が書いてあります。特に先ほど申したリスク因子4つに該当する場合は、早急に分娩機関に連絡することが書かれております。

(3)としては、妊婦健診をきちんと受けましょうということに記載しております。

あとは、学会・職能団体、国・地方自治体に対する要望として、禁煙指導を推進することを要望するということも書かれております。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。常位胎盤早期剥離についてであります
が、ご意見を。

○澤田客員研究員 もう1つ。

○池ノ上委員長 どうぞ。

○澤田客員研究員 1枚追加でありました表3妊産婦が自宅で認識した変調というものを
載せております。なるべく分かりやすい記載をして頂きたいという委員の意見がありまし
て、実際のもを載せるのが一番分かりやすいだろうということで、14件の妊産婦さんの
自覚症状を全て列記している表が最後に付きます。以上です。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。いかがでしょうか。只今の澤田
先生からのご説明について。よろしいでしょうか。特に、常位胎盤早期剥離に関しては、
日ごろの保健指導の中にそれを盛り込んでいくということを脳性麻痺再発防止という観点
からはぜひお願いしたいということでもあります。

○石渡委員長代理 62ページの国・地方自治体に対する要望のところ、具体的な保健指
導をどこでするかということなんですが、実際に医療機関で、例えば母親学級とかやって

いる場合もあるし、それから市区町村の母親学級のところでやっている場合もあるんですね。より医療機関の中ではきめ細かくやっていますけれども、そうでない市町村の中でやっている場合には、もうちょっときめ細かさが足りない部分もあるので、そのところで保健指導を、例えば特にとか、あるいは例えばとか、母親学級であるとか両親学級であるとか、そういうところでやって頂きたいという、そういう内容のものも書き込むといいと思うんですよ。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。他にはいかがでしょうか。どなたかご意見ございませんか。

○板橋委員 今回は保健指導を中心にまとめられたわけですが、ある意味、早剥で生まれた子どものほうの予後もすごく悪いわけですが、そのときに少しでも専門家の分娩立ち会いを要請するような提言も、今回は保健指導なので、そこにその提言はちょっとそぐわないんですけれども、もし今後このような検討をされる場合には、そういったことも入れておかれるほうが、より子どものほうからはいいのではないかなと思います。

○池ノ上委員長 この14例の早剥の中で新生児の専門医が立ち会っていたのが何例というのは、どこかにありましたっけ。

○澤田客員研究員 記載はしてありませんが、調べれば分かります。

○池ノ上委員長 ありますね。それをどうしましょう。どこかそれが入るところがありますか。入りにくいですね。

○板橋委員 入りにくいですね。もし次回同じようなテーマでまとめたときに、また視点が違ってまとめるなんていうこともあると思いますので、そのときに折り込んで頂ければ結構です。

○池ノ上委員長 はい。そうですね。そのこともぜひ記憶にとどめおいて頂きたいと思います。今の産科医療ではこの常位胎盤早期剥離というのはターゲットとなって、恐らく最終的に攻めあぐねるテーマになるのではないかと思いますので、そういう意味から、今の板橋委員のおっしゃったようなことも、システム的なものも含めて検討しておいたほうが

よろしいかと思えます。ありがとうございます。

○藤森委員 板橋委員の続きというわけじゃないんですけれども、今、学会の周産期委員会でも話が出ているのは、やはりその場で診断がついた診療機関で帝王切開したのか、それともそこで強く疑って上位の二次施設、三次施設に搬送したのかという、そこをその新生児の立ち会いということもあるんですけれども、どこでお産をしたのかということも、あれは出ていましたっけ。すみません。どこで分娩させたのかということも、今回じゃなくていいんですけれども、新生児の立ち会いとともに、当該施設で分娩したのか、そして新生児立ち会いがなかったのか、それとも高次搬送してそこで帝王切開してNICUに立ち会ったのかとか、そういうのを分けてもらえると分かりやすいと思うんですけれども。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。恐らく、これから体制整備という意味からも、どういうシステムに乗かってその事案が対応されたかということは非常に重要な問題になってくると思うんですね。恐らく、常位胎盤早期剥離は今後もずっと、残念ですけども事案は続いて出てくるだろうというふうに思いますので、そういったところを集めたところで今のようなシステム上の問題、それから緊急対応の問題、そういったことが当然必要になってくると思いますので、そういう方向に進めていきたいなというふうに思っております。

○村上委員 早剥の際に、一番始めに電話連絡を受けたりするのが、やはり看護職であったりすることが多いので、そういう意味で次回の際の追加の件で、初期対応したのが誰だったのかとかどのような内容だったのかというようにところも含めてご検討頂けるとありがたいかなと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。確かに、早剥については、今回は一応概観的なものとして取り上げて、実際にこういうケースがあったという報告でテーマとして取り上げましたけれども、これがだんだん事案が集まるとともにより重要なテーマとなってくるというふうに思われますので、今、村上委員がおっしゃったようなことも含めて検討項目というふうに入れていきたいと思えます。

他はいかがでしょうか。よろしいでしょうか。常位胎盤早期剥離については、そのようなことで今回の報告書にまとめさせて頂くと。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、次をお願い致します。

○事務局（森脇） 64ページをご覧下さい。「IV. 診療録等の記載について」でございます。

公表しました79件のうち、行った診療行為等につきまして診療録の記載の不足が指摘された31件につきまして取りまとめております。

本制度では、開始にあたりまして専門家と検討し、「産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る診療録・助産録および検査データ等の記載事項」を取りまとめて、これに従って診療録の記載に取り組んで頂くよう、本制度では加入分娩機関に周知しておりますので、それも併せて取りまとめております。

65ページをご参照下さい。表1でございます。表1に診療録等にどのような内容の記載が不足していたかをお示しした表を載せております。以降、68ページまでは原因分析報告書を取りまとめた内容でございます。

69ページをご参照下さい。「診療録等について」とございますが、診療録につきまして、一般的な内容およびその関連法規等を掲載致しております。

71ページでございます。71ページには「3. 再発防止および産科医療の質の向上に向けて」ということで、再発防止委員会からの提言の内容を記載致しております。

1)産科医療関係者に対する提言です。①としまして、本制度の原因分析・再発防止に係る診療録・助産録および検査データ等の記載事項に従って診療録等を記載するでございます。

②に、特に、異常出現時の母児の状態、分娩誘発・促進の処置や急速遂娩施行の判断と根拠やその内診所見、新生児蘇生については詳細に記載するということを提言致しております。

2)学会・職能団体に対する要望。これにつきましては、診療録等の記載は、産科医療の質の向上を図るために重要であることから適切に記載することについて、普及、啓発を行うことを要望するということを記載致しております。

続きまして、72ページでございます。72ページには、本制度で求めております記載事項を一覧にしたものを掲載致しております。以上でございます。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。

診療録の記載ということが非常に問題になっておまして、これについては、やはり提言としてしっかり出す必要があるだろうということから、今回、これを上げたわけがありますが、いかがでございましょうか。先生方のご意見は。

これは当然と言えば当然なんですけれども、中々できないと。我々の大学の中でも一生懸命教育するんですけれども、見るとあちこち落っこちているというようなところがありまして、これは継続的にずっとやっていかないといけないものだというふうに思いますが、やはり、再発防止という観点からも、これをきちっとした対応として出しておく必要があるかと思えます。内容についてはよろしゅうございますか。

○板橋委員 一番最後の72ページですが、新生児のところ(2)、いきなりここに診断が入ってきています。これは新生児記録に「診断」というのはそぐわないと思えます。診断は病的な意味があれば付けられますけれども。ここから何かいかに選ばせるようなニュアンスになっています。

それからあと(5)ですが、代謝疾患ばかりじゃなくて、内分泌疾患などもありますので、これは新生児マススクリーニングに変えて頂いたほうが適切だというふうに思えます。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。72ページのこの表ですね。表というか項目の中ですね。

○板橋委員 そうですね。

○池ノ上委員長 5)の新生児記録の中の(2)の診断というところで、こういうふうにこの中からピックアップするというよりは、先生のご意見としては。

○板橋委員 診断名が、できるだけ付けるようにということしかないので、あえてここにこの病名を羅列しておく意味がちょっとよく分かりません。

○池ノ上委員長 この文章は、現在、どういうふうに使われているんですか。ちょっと説明して頂けますか。

○事務局（原） この記載事項につきましては、制度の発足当時、専門家の方々にまとめて頂いた内容でございまして、基本的には、本制度に加入している全分娩機関に配布させて頂いているものでございます。

○池ノ上委員長 その事案が発生した場合には、ここを記載して送ってもらうという、そういうわけではなくて、日ごろからこういうことを書いておいて下さいということですか。

○事務局（原） はい。

○池ノ上委員長 日ごろの臨床の中でということのようですが、いかがですか、板橋委員。

○板橋委員 具体的診断名の例として挙げておく分にはいいと思うんですが、いかにも何か丸を付けるみたいな感じになっちゃったので。

○事務局（森脇） 今はこういうフォーマットになっていますが、その記載ぶりというか書き方の工夫のほうを、また事務局のほうで工夫させて頂きたいと思います。

○板橋委員 話が変わるかもしれませんが、せんだって我々の施設の医療安全講習会で診療録の書き方についての話題がありました。POSできちんとその診療録を書くということ、プロブレムリストをきちんと明確にすることなどは、医療安全の立場からすれば当然です。あえてここに書く必要はないのかもしれませんが、何かそういう診療録の基本的な書き方というんですか、それは医療安全の立場からも触れておいたほうがいいと思うんですね。

○池ノ上委員長 これは診療所の先生方には、医会のほうでサンプルになるような診療録の提示はしてあるんじゃないかなかったですか。

○石渡委員長代理 そういふのは大体はありますよね。

○池ノ上委員長 各診療所にはですね。国公立病院とか大学病院はその施設ごとのスタイ

ルがあって、ずっとそれに沿って行われていると思うんですが、ただ、今、先生がおっしゃったように、医療安全という観点からその診療録がきちっと対応されているかということについては、もう一遍見直す必要があるかもしれませんね。

○板橋委員 特に、例えば当直医と引き継ぐ場合等では、プロブレムリストが明確になっている必要があります。当直医は何が現在問題で、何が解決済みなのかとか、そういったことが診療録をパッと見たときに分かるようなことをきちんと書くように義務づけることも重要なことと思うんです。入れる項目は、ここにリストに挙げたことでいいと思うんですが、そういったところにも少しは触れておいてもいいのかなというふうにちょっと思いましたので、ご意見申し上げました。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。

今のようなこと、医療安全の観点からの記載も必要であると。こういう法規があるから書きなさいと、法例集、関連法規があるから書きなさいというばかりじゃなくて、実質そういうことが必要なんだよということを71ページあたりのどこかにまず入れて頂いて、今後は、この再発防止委員会・原因分析委員会で検討する際に実際に問題になった診療録の記載不備というものを議論して頂いて、具体的にそれを今後引き続き提案していくという作業に入る。これも1つの問題点を繰り返しやらなければいけないテーマであろうと思いますので、そういうことについていかがでしょうか。

○隈本委員 何かもう一言ほしいなという感じがするんですが、71ページの1)、記載する、記載するとあっても、記載するとずっと何十年も言い続けても記載していないものについてどうするかという提言が本来なら必要なんだろうと思うんですが、この委員会ではあまりちゃんと議論していないので書き込めないのかもしれませんが、一言その要望みたいなものを書いて頂ければと。それは例えばシステムのもう少し対応できるものもあるのかもしれないし、チェックシステムとか、記載の推奨ガイドラインみたいなものを作るなり、そういうことが必要だと思うんですね。

例えば、諸外国では病院の質管理部門には必ずカルテチェックのグループがあって、そ

れで看護婦さんがいつもぐるぐる回って、カルテが不十分な記載のときにはピンクのシートをぺたっと貼りつけている。毎日毎日そういう活動がアメリカの病院だと普通にやられていましたので、そこまでやるかどうかは別として、少なくともこういう記載の質の保証が医療の質の保証と安全の保証につながるということをもっとやってほしいみたいな感じを一生懸命書いて頂ければなと思います。

○池ノ上委員長 今の71ページのところの、むしろ前文のほうに、1)よりもその前の段階で医療安全という観点からカルテの質ということを向上させる、そのための院内での取り組みとか施設内での努力とかいうことも必要であるというような感じの書きぶりを入れて頂ければよろしいんじゃないですか。いかがでしょうか。よろしいですか。

○隈本委員 ぜひお願いします。

○川端委員 そういう産科の臨床をやる人間から言いますと、パルトグラムに全てが書かれているというような体制、そういうパルトグラムを作るということが一番実際的で、パルトグラム以外のところにたくさん書きなさいといっても、それは多分無理だと思います。

それから、72ページの項目、たくさん書いてありますけれども、これは色々なところで重複が出てきているはずだと思います。その重複もカットして、パルトグラムを中心に、母体・胎児の状態が把握できて処置がちゃんとなされているというのが分かるような、そういうパルトグラムを作成するのが重要です。今までも、歴史的には色々なものがつくられていますけれども、いいものを開発していくというのも1つかなというふうに思います。

それから、もう1つ追加しますと、お産というのは非常にダイナミックに動いていくものですから、その時々ちゃんと正確に書けと言っても、これは多分無理なんです。やはり現実的にはパルトグラムを正確に書いていくということだと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。まさにプラクティカルなご提言で、実際に分娩室の中であれやこれやと色々やっていると、先生おっしゃったようなことが当然生じてきますので、どこか1カ所に集中して全ての情報が集まるというようなシステムを今後検討していくと。その施設において、いわゆる自分たちの施設はこうするんですよというよう

なことをきちっと取り決めとして置いておくということが必要だと思います。そういった具体的な提案を今後続けていく、そしてより分かりやすい実際の分娩室あるいは陣痛室での取り扱い方ということを提言していくという方向に。このカルテ記載についてもまだまだ色々な問題点があるかと思いますが、引き続き検討していくということにしたいと思います。

他に何かご質問ございませんか。よろしいでしょうか。

○藤森委員 72ページの記載事項のところに、恐らく田村委員がいらっしゃったらおっしゃるだろうなというアプガースコア、ぜひ重症新生児仮死のときは10分値まで書いて下さいというのを注意書きで。脳低温療法の話をされると思いますので。最近、よく僕も言うんですけれども、多分、おっしゃると思いますので、ぜひ加えて下さい。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。そうですね。どこか分かりますか。

恐らく、この表はもう一遍再検討する必要がありますね。時間が来たら、今日じゃなくても。何回か運用して行って、色々な運用上のそごも出てくるということもあり得ると思いますので、現実に即した情報収集といいますか、情報を残すということですね。そういったことを検討するというのも今後必要だと思います。

○上田理事 実は、モニターのスピードについても3cmと1cmのご指摘がありました。しかし、今回の診療録等の記載については全体的なことを取り上げることにしました。ただ今、おっしゃいましたように、1つ1つの項目について、取り上げることは当然今後の課題になると思います。ですから、ただ今のアプガースコア10分後の数値についても非常に大事なテーマですので、今後、検討したいと思っておりますが、今回は診療録記載の全般についてまず基本的なところで提言をまとめたいと思います。

○池ノ上委員長 前回の新生児蘇生に関する提言の中で注記として10分後アプガースコアに触れていますね。ですから、今回は蘇生の項目がないので出てきていませんけれども、基本的にはそれは提言されていると。これを改定するなり、何かそういう作業のときに、先生の今のご提案を含んでやっていければと思います。よろしいですか。

他にはいかがでしょう。よろしいですかね。

それでは、次の付録について説明をお願い致します。

○事務局（森脇） それでは、ご説明させていただきます。先ほどの72ページに続きまして1ページおめくり頂きますと、最後に「おわりに」ということで、本制度事業管理者の上田の挨拶文を掲載致しております。77ページから付録になっております。

付録は前回と同様でございます、「Ⅰ. 制度加入状況」、それから「Ⅱ. 参考となるデータ」を載せております。これもいずれもデータは更新しておりますが、中容は昨年と同様でございます。「Ⅱ. 参考となるデータ」につきましては、今回、再発防止に関する報告書が脳性麻痺児を対象としているため、我が国の分娩と比較することが難しい観点から、参考資料として人口動態統計ですとか国民健康・栄養調査、医療施設調査から抜粋して、我が国の分娩と比較できるような値を載せているということになります。

続きまして、92ページをご参照下さい。Ⅲでございます。「再発防止委員会からの提言（掲示用）」でございます。こちらは、3つのテーマの最後の節に、3番目に再発防止および産科医療の質の向上に向けてという節を取りまとめておりまして、そこに記載しております提言の内容を掲示用に作成したものを掲載しております。これも第1回報告書と同様でございます。こちらにつきましては、まだ掲示用のものが完成しておりませんので、タイトルだけを載せておりますが、今、原稿作成の作業を致しております。以上でございます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。付録と、それから掲示用の提言の内容ですけれども、今日、先生方から色々ご意見頂きましたことを入れて、この掲示用の文言を作成して完成してもらいたいというふうに思っております。今回、お示ししております資料1、第2回の報告書でありますけれども、今日色々ご議論頂きましたけれども、もう一度目を通して頂いて、そしていつごろまでに返して頂ければいいですか。先生方のご意見、もし何か。

○事務局（森脇） 後日、また、メールでご連絡させていただきます。

○池ノ上委員長 では、先生方に。

それから、この掲示用の内容も、そういうことで先生方にご確認頂くということにしたいと思います。よろしいですか。それでは、今日の議論を踏まえて、最終的にそれをお送りさせて頂きたいと思います。

○上田理事 基本的には、例えば51ページの9行目にありますように、産科医療関係者への提言、(1)(3)(4)、それから学会への要望をまとめます。

○池ノ上委員長 書きぶりとか、文言の展開とか、そういったことも各委員の先生方、色々ご意見がおありかもしれません。そういったことを寄せて頂ければというふうに思います。

他に何かございますでしょうか。

それでは、引き続きましてスケジュールについて事務局のほうからお願い致します。

2) その他

○事務局(原) それでは、次第の載っているこちらの資料をご確認頂けますでしょうか。次第の載っている本体資料の4ページになります。

今後の報告書の公表スケジュールでございますけれども、本日の委員会の先生方のご意見を反映しまして、一度先生方にご確認を頂いて、そのうえで印刷作業に入っていきたいと思っております。その後、運営組織での機関決定を経まして、公表は4月以降を予定しております。公表日につきましては、確定次第、改めてご連絡させていただきます。

また、公表後につきましては、第1回報告書と同様に、分娩機関ですとか関係団体など、合計約4,000カ所に報告書を送付する予定でおります。また、ホームページにも掲載をしております。以上でございます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。只今のご発表についていかがでしょうか。何か先生方からご意見ございますか。はい。どうぞ。

○岩下委員 この配付先には、対象となった保護者の方には配らない、医療側だけという

ことですか。

○事務局（原）　そうですね。保護者の方には配付しておりません。

○岩下委員　原因分析報告書は、その対象となった保護者の方にも行っているんだったら、こっちとしてもこういうことで再発防止を考えたというんだったらば、ペアとして配付したほうがいいかなと僕は思うんですけども。

○池ノ上委員長　いかがでしょうか。公表しているわけですから、あとは事務局的な色々な事情が許せばというか。

○石渡委員長代理　私はそれはあまり必要ではないと思うんですね。これだけ分厚い医療安全に向けた提言ですけれども、個々の事例のそれに該当した方たちに送っても、あんまり意味がないというふうに思うんです。ただ、これだけやったという、改善があるということについてのそういうメッセージとしてはいいかもしれませんけれども、これをもしやるとすれば、ものすごい数ですよ。必要ないと私は思っています。

○岩下委員　私が言っているのは、再発防止委員会でこれだけのことをやりましたということを保護者の方にも示したほうがいいのではないかという意味です。それから一番気になるのは報道関係者向けの記者会見なんですが、報告書の公表に際して再度行う予定ですか。

○池ノ上委員長　そうですね。

○岩下委員　前回も、我々、医療側の視点と報道関係者の視点と大分色々違うので、再発防止ということを、先生も何回も強調なさっていると思うんですけども、これにおいても検討というか、はっきりと出す目的をもう一度強調して頂きたい。前回、かなりの混乱がありましたよね。だから、それを一部分だけ取って強調される方もいらっしゃいますし、あくまでも再発防止だということを何回もこの報告書の中で強調してあると思うんですけども。

それから、これも強調してありますけれども、脳性麻痺になった方を対象にした分析であるということで、あくまでもここに書いてあることを遵守しなかったから脳性麻痺にな

るということではないわけですね。それも公表に関してはしっかりと伝えて頂ければと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。前回の記者会見、私がそれに対応したんですが、私の説明があまりよくなかったらしくて、十分には内容が伝わっておりませんで、15例のみの中でこれだけはお伝えしたいという項目を選んで提言に出したんですけれども、脳性麻痺の原因が全てそうであるかのような印象を、記者会見で取材された方は、皆さんではないですけれども、一部の方がそういうふうにお取りになったようでして、結果的にはそういう内容の報道がかなりなされたというふうに思っております。私自身の力量不足でもあったので、皆様にご迷惑をおかけしたことは大変申し訳なかつたと思っておりますけれども、ただ、今回は、79例というかなりの事案が集まりまして、俯瞰的に全体の数量的な見方もできますので、やっとな本来の形の再発防止という意味での情報の発信ができるというふうに思っております。

そういう意味からしますと、なるべく色々なところでお分かり頂けるような形で、岩下委員からのご提案のように、ご家族を含めてはどうだというようなことや、ちょっとこれは事務局的な色々な事情もありますので、少し検討させて頂いて、私と事務局のほうですらにどういう形にするかといったことを検討させて頂きたいと思っております。

あとは何かございますか。

○川端委員 79ページの参考となるデータの曜日・時間における分娩数の一覧表が載っておりますが、これの1つは、どなたかの委員がこれを載せてほしいという要望を出したんじゃないかなと思いますが、これを出した理由は何だったのでしょうか。それからこれを見ていて気がついたんですが、平日分娩が多いのは当たり前で、今、20%が帝王切開率になっていますけれども、それはほとんど平日に帝王切開されているはずなので、どうしても偏りが出てくるだろうというふうに思います。この表がどういう使われ方をするのかなというのを確認したいんですが、このうち帝王切開だけ外すと、またある程度形が見えてくる可能性はあるんですが、これを独り歩きさせるのはちょっと気持ちが悪いなとい

うのが、私の感じです。

○上田理事 ここに書いていますように、本制度の補償対象となった事例の分析です。しかし、本来の疫学的な分析をするためには、いわゆる正常分娩との比較分析が必要であります。

しかしながら、中々そういうデータがありません。そこで、この付録は関連があると思われる我が国のデータを、参考までにこういう形で紹介しています。これが直接リンクするわけではありませんけれども、これらを参考にしながら、今後の分析を考えたいと思います。参考として取り上げています。

○川端委員 参考としてとか、それから直接関係はないけれども参考としてと言われちゃうと、やっぱり気持ち悪いんですね。何のために参考にするのでしょうか。

○事務局（森脇） 17ページからの表全てにおいてなんですけれども、脳性麻痺の児の集計表になっておりますが、これに対して我が国の全体の表がないと比較できないというような議論がございました。

これにつきましては、全ての表が対応する全国のデータがあるわけではございませんので、その中でそれぞれの表に対して全国データがあるものを探してきて掲載しようということになりまして、そのうちの1つとして参考となるデータをいくつか拾い上げてきております。

なので、先ほどご指摘頂きました付録の出生数、出生曜日・時間というのは、17ページの表3-II-1の対応する表ということで合った部分を入れているということになります。

○川端委員 分かりました。先ほど、言いましたけれども、帝王切開というのは圧倒的に平日になされるわけで、それをどういうふうに読むかということは大切かなと思います。

この参考資料があつて、17ページの資料があつて、じゃあ、これを何をどう読むかというところが私には分かりません。やはり、表を出すからには意味があつて意図があるんじゃないかというふうに思ってしまうんです。ややこしい話なので、ここで取り下げて結構ですけども、また考えて頂きたいということです。

○石渡委員長代理 今、ちょっと奥歯に物が挟まった言い方をしているんですが、結局、帝王切開は今15~20%ぐらいの、15%ぐらいのところであると思うんだけど、それはやっぱり安全な時間帯で人がそろっているときにやるというのが当然のことであって、それから分娩誘発の場合もそうだし、そういうことがある一部の方から見ると、あまりにも人工的に色々な操作をしていることが何か結果が悪くなっているんじゃないかというふうに思われている。そういうことに表が使われているようなことも実際はあるわけなんですね。

しかしながら、脳性麻痺、今回の分析のように、事例というのは突然起きてくるわけで、これはもう24時間いつ起きるか分かりませんし、何曜日に起きるか分からない。多分、平たんな何かこう評価ができるようなものが出て、この分娩全体の出生数、あるいは出生曜日とか時間というのとまたちょっと違った結果が将来出てくるのではないかと思うんです。

それで、この表を入れておくのが適切かどうかということについては、私はそういう評価をする、照らし合わせて検討するという意味においては、私はこれは入れてもいいんじゃないかと思うんですよね。この表はあってもいいとは思っています。

ただ、ここの下に注釈を色々書かなきゃいけないと思うんですよね。この表はどういうふうに利用されるか分からないから。今、日本では帝王切開がどのぐらいあって、ほとんどが予定帝王切開で、この帝王切開は例えば日曜日（休日）にやることなんかはありませんから、安全ということを念頭にこういうときにやられていると、こういう時間帯にやられているというようなことを書いておけば、あまり問題はないと思う。誘発のことについてもそうですけれども。

○池ノ上委員長 よろしいですか。

恐らく、これはまだ79例で少ないので、もっとたくさんの現状を見て、それが脳性麻痺発生に何らかの形で関わっているということが見えてくれば、その問題についても検討していく。もし全然関わっていないということであれば、それは関わっていないということになるであろうし、そこら辺はまだ見えない状況だと思います。目的なしにまだ今のとこ

ろは評価出ていると言わざるを得ない状況でありますけれども、なるべく多くの情報を集めて、そして何らかの我が国特有の脳性麻痺発生に関わる防止策が取れば、それについてさらに進めていくということになるかということで、なるべくたくさん情報を得たいというのが基本的なことだろうというふうに思います。

今、お二人の先生にご意見を頂きましたけれども、もう少しこれはそのまま進めていつて現状をしっかり把握したいというふうに思っておりますが、よろしいでしょうか。

○箕浦委員 ちょっと1つ質問というか何なんです、疫学調査の最後のところに、前回、田村委員が杉本論文にちょっと疑義を呈しておられたんですが、これは、分娩時の低酸素による脳性麻痺は全体の10%ぐらいしかないと言って、我々にとっては非常にありがたい論文なんです、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺というのを狭く考えると10%ぐらいになってしまうのかなということで、そうするとカバーする範囲が非常に狭くなるということで、本制度とこの論文との整合性はどうかということがあります。本来この制度はもっと広くカバーしていると思うんですね。他に論文がないからということで、実はいつもこれが引用されるんですけども。

○池ノ上委員長 前回、田村委員のご意見でもそれ、特に未熟性の部分とかそういうことが絡んでいまして、本当の意味での分娩に関わる脳性麻痺が杉本論文で深く議論されているかという、必ずしもそうではないというふうに思います。

ですから、今回は、36ページで杉本先生のお名前が直接出るような形は避けて、本文中で。このような意見があるという形で、後付けの文献のところにはちょっと出したと。あとはそれで文献を読まれた方が、それぞれの自分の立場でそれを評価して頂く、批判して頂くというような立場で今回は行きたいというふうに思っております。

これは、やはり産科医療補償制度が始まって、我が国全体の脳性麻痺の発生の状況というのは全く分かっていけませんので、何がどういう状況が起こっているかということ明らかにするという意味でも、この産科医療補償制度で蓄積されていく色々な記録・情報が極めて重要になってくるだろうというふうに思います。それがはっきり出てきますと、今、

先生が心配しておられるような、本当に分娩に関わるものがどのぐらいか、あるいは先天的な何かの異常によるもので診断されたものがどのぐらいかとか、あるいは未熟性による臓器の異常というもので起こった脳障害がどれぐらいかとか、そういったことがはっきり分かってくるようになればいいなというふうに思っております。

だけど、それが出るためには相当大きな研究体制をつくらないといけないということも事実ありますので、この委員会そのものの機能よりももっと大きな機能を用意して進めていかないといけない。しかし、場合によってはそういったことのニーズは、こういった産科医療補償制度の運用と申しますか、この制度が非常にうまく動くということを国民の皆さんから認知して頂ければ、そういった方向に進んでいって、我が国全体のこういった産科周産期医療に関わる体制整備が進んでいくという方向に行くべく努力をしなければいけないと思っております。ありがとうございました。

他にはいかがでしょうか。

○隈本委員 ぜひこの記者会見をするときの、先ほど注文が1件付いていましたけれども、私からの注文をさせて頂きたいのは、この再発防止の報告書というのは原因分析報告書をベースにしているということ、その原因分析報告書79例を作るためにいかに大変な作業を、産婦人科医、小児科医、自らがやっているかということ、これも強調して頂きたいなと思うんです。つまり、この79通の報告書を出すために、例えば部会だけでも延べ何時間の議論があり、原因分析委員会も延べ何時間の議論があり、延べ何人の医師が何人、何時間、それは自分の研究室で報告書を書いているのは何時間とカウントは無理ですけども、いずれにしても大変な原因分析をした結果、この提言をまとめたんだということ、ぜひ記者会見で強調して頂きたい。

要するに、これは誰かのあら探しをするわけではなく、本当に起こった非常に深刻な事例から何とか再発防止をしたいという、医療側からのすごい強い意向があるんだということ、これを強調するのが、何か批判する先生方へのメッセージにもなると思うんです。一般の市民に対するメッセージにもなるので、ぜひとも部会を何回開いて何回というその数字ぐら

い全部事務局で用意して、そういうことをちゃんとPRしてほしいなと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今、隈本委員からおっしゃって頂いたこと、それから岩下委員からおっしゃって頂いたこと、しっかりと心に入れながら、実はまた次の記者会見のときには私の方で臨みたいと思います。

それともう1つは、私は、やっぱりこれは非常に大事なものは、日本の周産期医療のレベルが世界のトップレベルにあるという大前提の下にこれが行われていると。日本人の産科・新生児関係者がものすごい診療上の努力をしているからこそこれができるのであって、諸外国でこの産科医療補償制度ほどの精緻な機能を持ち得る国というのはあまりないんじゃないかというふうに思っているんですね。産科医療が非常にレベルが低くて、とんでもないことをやっているからこれが起こったというわけではなくて、世界的なトップレベルにある医療であるからこそ、それがさらに改善される点はどこにあるかということを探していく、それを深めていくということが初めて可能である。全ての事例がこうやって集まっていることは、それなりに色々な診療をしている施設からの連携が取れるからである。

ただ、その中に色々な質のレベルの差というのが、どうしてもすばらしい医療をしているところと、もうちょっとここを考えてほしいなという施設の差がある。その差を何とか上げていきましょうよというのが、本来の再発防止委員会の役割でありますので、その点も含めてできるだけメッセージを伝えるようにやりたいというふうに思っております。

他にはいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

○石渡委員長代理 ちょっと教えて頂きたい。周産期の色々なデータの世界的な評価の中で、日本は、今、新生児死亡については世界一ですよ。周産期死亡率の低さについても世界一ですね。

○池ノ上委員長 世界一です。

○石渡委員長代理 妊産婦死亡については、世界一ではないですよ。

○池ノ上委員長 かつては非常に悪かったんですが、現在かなり、トップクラスにはなっています。

○石渡委員長代理 去年の例が、これは36例なんですね。今までは50例、あるいは60例ぐらいのところがあったんだけど、去年だけかもしれない、今年はまたちょっと経過を見ないと分かりませんが、36というのは私は世界一になったんじゃないかなという、そういう気もしているんですよ。とにかく数が少ないですから。

○池ノ上委員長 世界一とは言っていないんですけども、世界のトップクラスにあると。かつては、30年ぐらい前までは、日本は先進諸国に比べてはるかに遅れていたんですね。ですから、それを何とか追いつけ追い越せということをもみんなで努力してきて、ここ数年間のデータは、かなりよくなってきているというふうな認識です。決して毎年毎年トップを占めているというわけではないんですけども、上位集団にいることは間違いない。そういった背景があるということ認識しながらやっていきたいと思っております。

○藤森委員 私の記憶によると、多分、世界一になったと思います。2009年が多分、3.6ですね。2010年が母体死亡が5に上がっているんですよ。

ただ、母体死亡の10万比というのは、諸外国のが出るのがちょっと遅いんですよ。なので比べられないんですよ。ということで、多分、僕の記憶によると、2009年が3.6で、それが世界一になったと思いますけれども、5が世界一かどうかは分かりません。

○鮎澤委員 記者会見へのお願いというようなお話も出てきたので、まず1点。先ほどおっしゃって頂いたように、今、この産科補償制度だけではなくて、もう少し広げた補償制度の問題ですとか事故調査とか、そういったことが議論されている中で、こういった1つ1つの事例をきちっと見ていくこと、それから全体としての傾向を見ていくことというのは、これからの医療の質の向上に大変大事な作業だと思っています。

ただ、それには現場の方たちの大変なエネルギーを必要としていることも確かであって、もしこれが本当に必要な制度であるならば、そのための資源がきちんと投入されることが必要だということも、ぜひその記者会見の中でこの委員会のメッセージとして言って頂けたらと思っています。

そしてもう1点、この再発防止委員会が色々提言するわけですが、先ほどもちょっとお

話ししましたけれども、提言しつ放しになっていないか、何が変わったのかということがとても心配だし、変わっていくようにすることが大事な役目だとも思っています。先ほど、報告書についてでも申し上げましたけれども、もし記者会見の段階でこういうことが少しずつ変わりつつあるということを書いて頂けることがあるのならば、そのことについてもぜひ触れて頂ければと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。先ほどちょっと議論して頂きましたように、例えば、色々な事案、テーマに沿った現実の数値というものが出せるようになれば、今、先生のおっしゃったようなことが具体的に出していけるのではないかと思います。

ただ、現実の動きとして、学会、医会、産科婦人科学会等が、以前から、僕の言葉で言うとなんですけども、以前からは考えられないぐらいに早く確実に動いて頂いて、それはもうこの産科医療補償制度を完全に意識した形で学会・医会が動いておられるというのは確実にありますので、そういったところも含めて提言したいと思います。

○鮎澤委員 アウトカムとして数字が出てくるというのは中々難しいかもしれませんが、プロセスがこういうふうに変ってきているということを示して頂くこともとても大事なことです。特に、一般の方たちは中々学会の動きですとかそういうところが見えてきませんから、ぜひそのあたりのことを。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。

3. 閉会

○池ノ上委員長 それでは、今、色々なご意見を頂きました。それを含めて恐らく4月以降になると思いますが、この再発防止委員会の第2回目の報告書を完成させ、そして記者会見を行うということにしたいというふうにスケジュール的には思っております。

他に何かございませんでしょうか。特になければこれで終わりたいと思います。どうもお忙しい中、ありがとうございました。