

第63回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：平成30年5月23日（水） 16時00分～18時00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

○事務局

皆様、本日はご多忙の中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。

会議を開始致します前に、資料の確認をお願い致します。机の上に次第、本体資料、出席一覧、資料1「テーマに沿った分析」に関する意見シート。なお、委員の皆様には、「参考資料」として、3月29日に行われた第8回再発防止報告書公表に関する報道記事一覧及び厚生労働省より発出された報告書の公表に関する通知文書の写しなどを机の上に置かせて頂いております。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから第63回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

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

さて、会に先立ちまして、昨年度をもちまして池ノ上前委員長及び村上委員がご退任され、新たに委員長及びお二人の方に委員にご就任頂きましたので、ご紹介申し上げます。

昨年度まで再発防止委員会委員をお務め頂き、本年度より委員長にご就任されました、木村正委員長でいらっしゃいます。

○木村委員長

委員長を拝命致しました木村でございます。どうぞよろしくお願い致します。

池ノ上先生は本当に私たちの世代にとっても偉大な産科の先生でございますので、その先生の後を引き継いでさせて頂くということで、大変緊張しておりますが、うまく先生方のご意見を頂きながら、更なる安全な分娩を日本に供給するという目的に向かって頑張りたいと思いますので、どうぞよろしくお願い致します。(拍手)

○事務局

ありがとうございました。

続きまして、公益社団法人日本助産師会助産所部会長及びウパウパハウス岡本助産院院長の岡本登美子委員でいらっしゃいます。

○岡本委員

皆様、はじめまして、こんにちは。私、日本助産師会の助産所部会長をしております岡本登美子と申します。

今、助産所分娩は少なくなっておりますけれども、やはり安全で安心という意味では、病院も色々なところも変わりはないと思っております。このたび、このように拝命致しま

したので、頑張って、皆様と情報を共有しながら、助産師会に持って帰り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。(拍手)

○事務局

ありがとうございます。

続きまして、地方独立行政法人りんくう総合医療センター周産期センター産科医療センター長兼産婦人科部長の荻田和秀委員でいらっしゃいます。

○荻田委員

このたび委員に選任されました荻田でございます。

地域周産期センターで仕事をしております。安全な分娩ということについて、できる限り力を尽くしてまいりたいと思いますので、今後よろしくようお願い申し上げます。(拍手)

○事務局

ありがとうございました。委員長及び委員のご就任につきましては、以上でございます。

それでは、ここで、委員長より一言ご挨拶を頂きたいと思います。

○木村委員長

すみません、もう先ほど先走った挨拶をしてしまいましたので、議事に進ませて頂きたいと思います。

本日は、大変お忙しい中、再発防止委員会にご出席頂きまして、どうもありがとうございます。委員の方々には、この一年間、活発なご議論を頂きまして、また、再発防止に関する報告書をまとめたいと思っております。また、このたびは、第8回の「産科医療補償制度 再発防止に関する報告書」と取りまとめることができました。先生方のご尽力に心から感謝申し上げます。

「第8回再発防止に関する報告書」の公表に当たりましては、3月29日、池ノ上前委員長に委員会を代表して記者会見を行って頂いたところでございます。事務局より、この内容について、報告をお願い致します。

○事務局

事務局からご説明致します。

報告書の内容について、記者の方々からは、主に「遷延分娩について」の質問がありました。「分娩進行の遅延の原因の有無や胎児心拍数波形の変化、分娩進行状態等を総合的に判断し、適切な医療介入、経膈分娩継続の可否を検討しながら管理する。」という提言を記者会見では紹介致しました。

詳細につきましては、参考資料1に記事の内容をいくつかご紹介していますので、お時間のあるときにご覧頂ければと思います。

事務局からは以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。

第8回の提言の中で、遷延分娩という、自然に任せてはうまくいかない事例に対して介入をしろということを明快に述べた提言でございます。今まで、産科の領域で医療安全といいますと、介入したことが悪いというふうなことをとられがちだったものに対して、介入しろと明快に述べたのは非常によかったのではないかと考えておりますし、ただ、介入の仕方に関しては色々な問題があるということは真摯に検討して、そういったことを進めていきたいと考えておりますので、引き続き、どうぞよろしくお願い致します。

また、私は産科婦人科学会の副理事長をしておりますので、そちらの立場からのご報告でございます。5月10日から13日、仙台におきまして、第70回日本産科婦人科学会学術講演会がございました。その中で、5月13日、日本産婦人科医会との合同プログラムにおきまして、「急遂分娩～産科医療補償制度原因分析報告書からの教訓～」という項目で、「急速遂娩のための適切な判断と方法とは～鉗子遂娩術を中心に～」ということで、今回、本委員会にもご出席頂いております竹田委員から、非常に詳細な急遂分娩に関するご講演を頂きました。他にも、本制度に関係する先生方に、本制度や再発防止に関する報告書に関連する講演を頂きました。それぞれの場所で非常に熱心な質疑がございました。また、鉗子分娩等につきましては、地域差もかなりございます。行われている地域と行われていない地域がありますので、そういう知識の普及・向上という意味でも、大変有意義なご講演を頂いたと考えております。

日産婦のほうからは、このような活動がございました。報告、以上でございます。

○事務局

木村委員長、ありがとうございました。

なお、申しわけございませんが、写真撮影はここまでとさせていただきますので、よろしくお願い致します。

それでは、これからの進行を、木村委員長、お願い致します。

○木村委員長

それでは、進行を代わらせてさせていただきます。

第63回産科医療補償制度再発防止委員会とありますレジュメをご覧ください。本日の議事は2つございまして、1番が、再発防止、産科医療の質の向上に関する取組み状況についてということと、もう一つが、第9回のテーマを選ぶということでございます。

まず1番目の再発防止及び産科医療の質の向上に関する取組み状況についてということで、第8回再発防止に関する報告書に関しましては、関係学会・団体等での取組み状況や本制度による効果等について、委員の先生方からコメントを頂きたいと思っております。なお、配付資料とは別に、委員の皆様には、机上資料「参考2」と致しまして、「再発防止および産科医療の質の向上に向けた関係団体の取組み状況」というものがございます。適宜ご参照頂きたいと思っております。

それでは、まず最初に、日本産婦人科医会における取組み状況について、石渡委員長代理からご説明をお願い致します。

○石渡委員長代理

日本産婦人科医会では、主に医療安全部というところが関わっております。それで、産科医療の安全及び質の向上に向けてということで、色々小児科学会、あるいは、周産期学会等々と連携しながら事業を展開しているわけでありまして、今、後でお話があると思いますが、「早期母子接触マニュアル」というのを作成しているところです。

もう一つ、医会の特徴としましては、毎年、施設調査というのをしております。分娩がいくつあるとか、医師がどのぐらいいるとか、助産師がどのぐらいいるとか、今度は、無痛分娩をどうしているかということについても、その施設調査の中にデータを組み込むことになっております。

それから、あと、医会はときどきアンケート調査というのをやっているわけですが、その回収率が大体60%を超えているぐらいで、今までも、例えば、メトロイリンテルのことであるとか、クリステレルのこととか、そういうことも調査してきました。また、何か依頼があれば、お引き受けしたいと思っております。

それから、周産期医療の向上に向けての取組みということで、いくつかやっております。

1つは、新生児蘇生法の普及啓発ということも、日本周産期・新生児医学会とともに、それは医会でも主催してやっております。

それから、CTGの判読と対応に関する普及啓発でありますけれども、毎年、学術集会等々でコ・メディカルを中心に生涯教育をやっているわけですが、今年は、またこのCTGの判読ということでやりたいと思っています。それから、胎児心拍数陣痛図の評

価法とその対応ということで、これは胸のポケットに入るぐらいの小さな冊子なんですけれども、その日にあった分娩を、助産師さん中心に、医療スタッフがその冊子を見ながら評価をしていくという、そういう仕組みであります。

それから、生涯教育のプログラム、これは毎年、日本産婦人科学会と医会との共同プログラムでやっておりますけれども、先ほど木村委員長からお話のあった通りでございます。

あと、妊産婦死亡の評価委員会というのをやっております、妊産婦死亡は、大体毎年40例ぐらい上がってきますが、その原因とか、分析とか、提言とか、そういうのをやっております。昨年は無痛分娩が色々問題になりましたので、その評価委員会のほうから緊急提言もしたりしました。

あと、もう一つは、母体救命法の普及啓発ということで、これも今、全国で展開しているところで、あとやっていない都道府県が3つぐらいだと思うんですけども、全国で母体救命法の普及事業をやっております。

以上が、産婦人科医会の医療安全部としての活動でございます。どうもありがとうございました。

○木村委員長

ありがとうございました。ただいまの石渡委員長代理からのご報告に関しまして、何かご意見とかコメントとかございますでしょうか。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、次に、日本産科婦人科学会の取組みについて、これは私から報告させていただきます。

日本産科婦人科学会の理事・監事・幹事の皆さんには、この再発防止委員会の最新の報告書を既にお渡し致しまして、ご参照頂くようお願いをしております。

また、日本産婦人科医会と日本産科婦人科学会、会員は重なっておるわけでございますけれども、補償の申請の依頼に関しまして、誕生日まで、ここまでですよという期限がございます。その期限に関しましては、常々、学会ホームページを通じて、会員に周知しているところでございます。

先ほども少し申しましたが、去る5月にございました第70回学術集会におきましては、医会との合同プログラムで、「急遂分娩」をテーマに致しまして議論を致しました。また、このタイトルでは、2人の先生に合計55分間講演を行って頂きまして、会員に本事業の成果をご案内したところでございます。1つ目が、分析対象例から見た吸引分娩術の課題、そして、2つ目が、急速分娩のための適切な判断と方法とは、特に鉗子分娩を中心にして

ということでございます。また、監視遂娩術に関しましては、別途、生涯研修プログラムの中で2時間、ハンズオンセミナーを行いました。これは鉗子の実践というものが、今なかなかできないようになってきております。そういった中で、大変会員の皆さんに好評で、多くの参加申し込みがあり、また、実は抽選になってしまいましたが、抽選になって当たった方々は、非常に熱心に実習をされたということをお伺いしております。

また、私たちは、日本産婦人科医会と合同でガイドラインを編集しております。これは3年ごとを目途に改訂しておりますが、机上にも並べておりますけれども、ガイドライン産科編の2017年版というのが、今、既に刊行されております。この中におきましては、編集委員長が、再発防止委員会からの報告書はエビデンスと同様に採用するのだということをはっきり明言しておられまして、CQ406-2、412-2という2つの項目におきましては、再発防止に関する報告書が引用されているという状況でございます。引き続き、日本産科婦人科学会と致しましても、この貴重な教訓から学ぶという姿勢は続けたいと思っております。

日産婦からは以上でございます。

引き続きまして、日本周産期・新生児医学会での取組みということで、事務局からお願い致します。

○事務局

田村委員より報告内容をお預かりしておりますので、事務局にて代読させていただきます。

日本周産期・新生児医学会ということで、産科医療補償制度再発防止委員会報告書を踏まえての対応ということです。

産科医療補償制度再発防止委員会第6回報告書では、生後5分以内には蘇生を必要としなかったにも関わらず生後2時間以降の母児同室中に緊急蘇生処置を必要として脳性麻痺になった事例が11例報告されました。その上で、第6回報告書では、学会・職能団体に対して「妊産婦の状況及び新生児の全身状態について考慮した母児同室に関するガイドラインを作成すること」が要望されました。

それを受けて、日本新生児成育学会と日本周産期・新生児医学会が日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・日本助産師会にも呼び掛けて、「母子同室による新生児管理の留意点」を検討するためのワーキンググループが設置されたということで、3学会+2団体から委員が推薦され、田村委員が委員長としてワーキンググループが発足しております。

そのワーキンググループの取組みですけれども、一次アンケート調査を2014年から

2016年の分娩事例について調査されたということで、日本産婦人科医会分娩施設、2,458施設に対して、回答率69.2%、母子同室率が94.4%であったという結果です。

日本助産師会の施設は、依頼数274施設に対して、回答率53.6%で、母子同室中の事例は81例であったということの結果です。

回答のあった施設では、期間中に213万の分娩数があり、ALTEとSIDS、104例ということで、そのうち母子同室中が94例、その他9例、不明という結果です。

この一次アンケート調査を受けて、次に、二次アンケート調査が実施されているようです。回答があったのは、日本産婦人科医会の66施設、回答率は81.5%で、現在詳細分析で、6月には試案を関係学会に提示する予定ということになっているようです。

もう一つの学会の取組みとして、日本周産期・新生児医学会が実施している新生児蘇生法普及事業では、2017年度には1,767回の公認講習会が開催され、2018年3月31日の時点で7万3,419人の認定者がいるが、そのインストラクター養成コースでは、第1回、第3回、第5回の再発防止に関する報告書で取り上げられた新生児蘇生に問題ありとされた事例を取り上げ、そうした事例を教訓事例として、講習会での指導を要請しているということです。

以上、田村委員からお預かりしている報告内容でございます。

○木村委員長

ありがとうございました。何かございますでしょうか。

今のアンケート調査の中で、児が非常に重篤な状態になった事例+突然死を来した事例というのが、母児同室中が95例で、その他が9例ということで、圧倒的に母児同室中が多いわけですが、既に90数%が母児同室になっているわけですから、この数字は分布としては当たり前であって、決して、これをもって母児同室がどうということではないというふうな解釈でよろしいかと思えます。

この件に関しましては、引き続き、精緻な分析がなされると思いますので、またその分析を待ちたいと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。ありがとうございます。

続きまして、日本看護協会での取組みについて、これは吉川委員からお願い致します。

○吉川委員

まず、再発防止報告書の提言の活用についてです。

こちらは、まず研修受講の支援として活用しております。看護職の新生児蘇生法インストラクター研修受講支援を継続しているとともに、そこで胎児心拍数陣痛図の読み方と対

応等に関する研修や陣痛誘発及び陣痛促進剤使用時のケア、注意点について研修支援を継続しております。

また、各都道府県協会におきまして、助産師の実践能力向上を狙いとする研修においても活用し、活動を支援しております。

子宮収縮薬の使用に関連しましては、陣痛誘発及び陣痛促進剤使用時のケアと注意点、助産記録などについては、オンデマンド研修を継続して配信しております。

それから、2点目は、助産師の実践能力の強化としまして、助産師の実践能力の習熟段階としてクリニカルラダーがあるのですが、そちらのレベルアップ、ステップアップのために必要な知識とし、妊娠高血圧症候群のハイリスク妊娠・分娩等に関することと、助産記録に関すること、胎児心拍陣痛図の判読に関すること、陣痛促進剤に関すること等を位置づけ、継続して研修をしております。

アドバンス助産師の認証におきましても、認証・更新に必要な研修へも反映させております。特に新生児蘇生法、胎児心拍数陣痛図、陣痛誘発及び陣痛促進に使用する子宮収縮薬、助産記録、また、常位胎盤早期剥離を研修に位置づけまして、全ての助産師に定期的にブラッシュアップを促すため、仕組みとして、受講できるような形としております。また、アドバンス助産師の試験問題の出題範囲にも、こちらの再発防止に関する報告書を位置づけ、試験問題の出題や自己啓発に活用できるようにしております。

それから、再発防止報告書の普及啓発に関しましては、日本看護協会全国助産師交流集会とか、産科管理者の交流集会、各種研修会、助産師が集まります場で配布し、また、周知しております。7回の再発防止報告書に関しましては、協会のほうで概要版を作成しまして、本会のホームページにも掲載しております。また、産科医療補償制度のニュースに関しましては、4号、5号についても本会のホームページに掲載し、周知しております。

その他の普及に関しましては、平成30年度3月には全国助産師職能委員長会が開催されており、そちらのほうで再発防止委員会からの提言されましたチラシ等を配布しております。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。よろしゅうございますでしょうか。

そうしましたら、引き続きまして、日本助産師会での取組みについて、岡本委員からご報告をお願い致します。

○岡本委員

日本助産師会でございます。日本助産師会のほうでは、組織の中に安全対策委員会を設けておりまして、毎月、この安全対策委員会を開催しております。その中で、ITから、5年になるんですが、分娩のデータを出しておりまして、その中から異常が出た事例に関しましては、事例分析を行っているところでございます。事例分析を行った結果、ホームページから会員に向けて、「安全の扉」というところで、皆さんに、こういう事例があったということを啓蒙し、そして、できるだけ安全にするようにということをホームページから通して皆さんに周知しているところでございます。

それから、毎年なんですが、12月に助産所安全管理評価というのを行っております。その中で、今、助産所、約340ぐらいでしょうか、分娩を取り扱っている助産所がそれぐらい。有床と出張分娩がございますけれども、出張分娩の中で、まだCTGモニターを持っていないというところもございまして、その辺のところに関しましては、私ども、分娩の際に、できるだけモニターを装着するようにということで啓蒙しております。昨年、紙媒体に関しても、それから、「安全の扉」の中でも、そのことを強く啓蒙した次第でございます。

あと、アドバンス助産師に関しては、これは看護協会のほうと一緒にやっておりますので、認証に関しましては、これまた申請をしていく予定でございます。

それから、研修会等に関しましては、もちろん、CTGの装着、判読、そういうふうなことであるとか、それから、産科救急対応につきましても、産科出血のこと、それから、NCPRのことにつきましても、あるいは、J-CIMELSとか、ALSOであるとか、そういうものをできるだけ取得するようにということで啓蒙しております。

あとは、ガイドラインを遵守するという点においては、助産師会のほうでも、今年、ガイドラインの内容を検討し、今後、内容を少し変えていこうではないかということで、また先生方にお世話になるかと思いますが、そういうふうな方向で進めていくというところでございます。

以上でございます。

○木村委員長

ありがとうございました。この件に関しまして、何かございますでしょうか。よろしゅうございますか。

再発防止の取組みというのは非常に重要であります、こういったことが効果を発揮で

きるのも、各関係学会や団体の皆様方のご協力のおかげと考えております。また、皆様におかれましても、引き続き、再発防止及び産科医療の質の向上に向けた取組みにどうぞご協力をお願い致したいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。

また、こういう再発防止委員会というのは、ちょっとユニークなところがありまして、やはり悪いところだけが見えてきます。悪いところだけが見えてきているので、本当にその行為がどうかとか、よく分からないところもあるんですけども、やはり悪いところから何か学ぶ、情報を得るといことが大変大事だと思っておりますので、引き続き、協力のほど、よろしくお願い致します。

事務局のほうから、何か各団体等への働きかけについてございますでしょうか。

○事務局

事務局からご報告です。厚生労働省から、各都道府県、保健所設置市及び特別区、並びに関係機関に対し、これまで同様に報告書が公表された旨の通知文書を発出して頂きました。なお、委員の皆様には、参考資料として机上にございますので、ご参照頂ければと存じます。

また、「テーマに沿った分析」に記載しています学会・職能団体に対する要望について取組みをお願いする文書を、理事の鈴木と池ノ上前委員長の連名で、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会、日本助産師会、日本助産学会、日本周産期・新生児医学会、日本新生児生育医学会、日本医師会、日本看護協会の8団体に発出しております。

また、「再発防止に関する報告書」をより活用して頂くために、第8回再発防止に関する報告書のパワーポイント版をホームページに掲載致しましたので、ご報告致します。

さらに、今年度は、第8回再発防止に関する報告書の「テーマに沿った分析について」で取り上げました「胎児心拍数陣痛図の判読について」の教訓事例を、リーフレットとして発行する予定です。委員の皆様には、参考4として机上に配付しておりますが、詳細につきましては、次回の委員会にてご審議頂く予定でございます。

事務局からは、以上となります。

○木村委員長

ありがとうございました。パワーポイント版がホームページに掲載されるということで、従来から、この委員会の様々な議論の成果を世の中で使いにくいというご意見がございましたので、そういったものを引用させて頂けたら使いやすくなると思っておりますので、ぜひご覧頂きたいと思っております。よろしくお願い致します。

それでは、よろしゅうございますでしょうか。ここまでのところで、何か今までの取り組み等、よろしゅうございますか。

そうしましたら、次の議題の「第9回再発防止に関する報告書」のテーマの選定ということについて審議をさせて頂きたいと思えます。第9回報告書の取りまとめに向けて、報告書の更なる充実と再発防止及び産科医療の質の向上につながるように、先生方の活発なご議論をお願いしたいと思います。

それでは、事務局のほうから説明をお願いできますでしょうか。

○事務局

それでは、本体資料の1ページをお開き下さい。2)「第9回再発防止に関する報告書」のテーマ選定について。

1つ目の丸、「第9回再発防止に関する報告書」の分析対象は、本年9月末までに公表される原因分析報告書である。4月末時点で約1,800件の原因分析報告書を公表しており、概ね2,000件程度が分析対象となる見通しとなります。

また、2010年出生児の原因分析報告書が全て完了する見通しであり、2009年出生児に引き続き、2010年出生児分析を掲載する予定です。

次に、「第9回再発防止に関する報告書」については、来年の3月末頃を目途に公表することとし、公表に際しては、これまで同様に、加入分娩機関、関係団体等に配布するとともに、本制度ホームページに掲載することとしております。

最後に、テーマ選定に際しては、取り上げたいテーマやその理由などについて、事前に委員よりご意見を伺っております。

続きまして、資料1、「テーマに沿った分析」に関する意見シートをご覧下さい。A3縦の「テーマに沿った分析」に関する意見シートです。冒頭に、テーマに沿った分析の視点を記載しております。①集積された事例を通して分析を行う視点、②としまして、実施可能な視点、③としまして、積極的に取り組まれる視点、④としまして、妊産婦や病院運営者等においても活用される視点を記載しています。

その下に、参考と致しまして、平成27年度に実施しました再発防止に関するアンケートより、「これまでに取り上げたテーマで特に関心を持ったものはどれですか」という質問の結果を、回答者別に上位3つを表にしております。病院産科部長、病院看護師長、診療所、助産所という対象別に記載しております。

委員の皆様から頂いたご意見につきましては、一覧表にしており、左端から、①取り上

げたいテーマ、②テーマ分析の中で取り扱いたい項目、その右側に、①②の理由について、ご意見を頂いた委員のお名前とともに掲載しております。

また、右端の備考欄につきましては、同種・同質のテーマをまとめてお示しし、テーマとして分析可能かどうか判断する上で参考となるような情報を記載しております。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。テーマの選定につきましては、先ほど事務局のほうからご説明頂きました通り、資料1の上の黒い四角に囲んでいる4つのポイントから、これができるといことが条件かなと思っております。第8回同様に、「産科医療の質の向上への取組みの動向として、胎児心拍数聴取等の何%見えていますかというふうな、そういう年次推移ですね。今までこの事例をやっていてよくなっているのかというご質問に対しまして、年次推移を示すということで、1つの傾向を見ておりましたが、引き続きまして、そのような年次推移を見ていくという予定でございます。また、2010年出生児の原因分析報告書が全て出そろうということがございますので、昨年度に取りまとめました原因分析を全て終了した2009年の出生時の分析に引き続きまして、2010年分も並べるということで、これもまた年次推移がある程度見えてくるということでございます。「テーマに沿った分析」と致しましては、今まで大体2テーマを選んで分析をしてきたという経緯もございます。これらの、今申し上げましたような、その他の情報も大分出てまいりましたので、今年も、一応引き続き2テーマぐらいを選考させて頂きたいなと思っておりますが、よろしゅうございますでしょうか。

それから、先生方に色々なご意見を頂戴しておりますので、この取り上げたいテーマごとに、ご意見を頂いた先生方から、その取り上げて頂いた思い等も含めてお聞かせ頂いて、それで議論を進めていきたいと思っております。

この表を見て頂きますと、番号の1、2、3という3つが、胎児心拍モニタリングということで、テーマ候補として上がってきておりますが、岡本委員、松田委員、竹田委員の順で、この意向といえますか、どういう思いで挙げて頂いたか、ちょっとご説明頂くことでよろしゅうございますでしょうか。岡本委員から、よろしくお願い致します。

○岡本委員

ありがとうございます。

助産所では、先ほど申し上げましたけれども、有床の助産所に関しましては、ほぼ10

0%モニタリングを設置しておりますが、出張助産所の場合、モニタリングがないというところもございます。それと同時に、モニタリングだけではなくて、判読ができていないというところも事例の中から出てきておりまして、一緒にそれを共有しながら、もっとそこを啓蒙していきながら、助産診断をして頂くというふうなことを、助産師会としてはやっぱりやっていきたいと思っておりますので、これを取り上げさせて頂きました。

○木村委員長

ありがとうございます。

松田委員からもご意見を頂いておりますが、いかがでございましょうか。

○松田委員

上のアンケートのところにもありますように、全ての職種、産科部長、看護師長、診療所、助産所、全てやはり胎児心拍数聴取というのの大事さを、関心を持たれております。これは第8回にも取り上げられているんですけども、毎年、もしくは1年おきにでも取り上げていい必須の事項と思いましたので、挙げさせて頂きました。

○木村委員長

ありがとうございます。前回もやっているけど、これは非常に重要なことですし、これをお使いになっている皆様方のニーズも高いということだと思います。

竹田委員からのご意見はいかがでございましょうか。

○竹田委員

私も、やっぱり再発防止につながるという意味では、繰り返しこのモニターの話は分析していったほうが良いということと、意外と判読が難しい事例がいくつか原因分析にいた頃にはありまして、そういうものはどういうものかとか、あともう一つは、頻脈があってそれで、意外と deceleration が少ないのにも関わらず予後が悪かったり、臨床的な血液のデータは正常なのに、病理で後から、胎盤に炎症がある、絨毛羊膜炎があり、マスクされている事例があって、そのモニターは非常におもしろいなと僕は思っていて、そういう観点からもう一遍見直すということです。それから、あとのほうに吸引分娩との兼ね合いで出してはいるんですけど、ノンリアシュアリングというところから児が出るまでの間の時間的なファクターも、パターンとその時間のファクターを入れて分析するのもいいかなということで、モニターをもう一度取り上げるということで、ここに出しました。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。確かに、何分ぐらい経ったらどうなるんだというふうなことは、このようなことで数が増えてまいりますと、わりにそういう傾向は見やすいかもしれないですね。

他の委員の先生方で、胎児心拍モニタリングに関しまして、何かご意見等いかがでございますでしょうか。お願いします。

○石渡委員長代理

胎児の well-being をみる、特に分娩時のその方法・手段として、このCTGぐらいしかないのが現状で、実際産まれてみると、これはもう胎児機能不全だという診断をしても、産まれて案外元気な子もいるし。そういう中で、こういう委員会を中心として、やはり深く掘り下げて分析できるようになってきたということは、今後、このCTGの判読についても、さらに向上していくのではないかと思いますし、3人の委員が言われたようなこともありますので、私も、これはテーマとしてよろしいのではないかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。他、よろしゅうございますか。

一通りのテーマを比較させて頂いてから、最終的に決めていきたいと思いますので、今、特にご発言がなければ、次の候補に移らせて頂きたいと思います。

今度、4、5、6というのが、要は、この原因分析委員会で色々調べたけれども、原因が分からないと言われているものがそれなりにあるのではないかと。特に、脳性麻痺であっても、臍帯血ガスでアシデミアがない、酸血症が出ていないというふうな患者さんの数って結構ございまして、そういったものの背景、これは逆に、どうするんだと言われたら、どうしようもないわけですが、世の中にこういったことはあるということ、実は、これ、40%というふうにとどこかで書かれていたと思うんですけど、海外の教科書では、80%から90%ぐらいは原因が分娩ではないというふうな記載もあるみたいなんですけど、そういったことがきっかけになっているのではないかなと思うんですけども。これも、ご提案頂きました竹田委員からもご意見を頂けますでしょうか。

○竹田委員

分析していて、意外と原因が分からないという事例が多いということと、それから、酸血症がないにも関わらず、アプガールが非常に悪くて、胎内で異常が起こっているんだろうと想像している症例です。本当は画像もあるので、画像まで付き合わせればもっといいとは思いますが、そこまでいくとちょっと複雑になりますかね？、実際原因が分からない

とされているものがあるということを知ってもらうことも必要です。

それで、胎盤病理を行うと、炎症があったりして、後からそれが分かることがあります。だから、病理診断もちゃんと行って下さいという提言にもなるし、もちろん、逆に言うと、臍帯血ガスを取っていないければ正常であることが分からないわけですよ。だから、ガスを取ってみて、後から見たら全く問題なくて、アップゲルが悪いというような事例があることを知らせる必要があります。、実際血液ガスを取らないと正常なことが分からないので、対策という意味で、臍帯血ガス分析が必要だということをもう一度言えることにはなると思います。実際、興味があるのは、本当はどうして起こっているかということなんですけど、これはちょっと先の話かもしれませんが知りたいところです。

○木村委員長

分かりました。ありがとうございます。

松田委員から、ご意見いかがでございましょうか。

○松田委員

私、この事例を使って以前検討したんですけれども、やはり pH がいいにも関わらず、発症していた事例が少なからずあったということ、これは、実は産科以外の先生方にはなかなか分かっておられない事実だと思いますので、こういったことをこの再発防止委員会から発信することは非常に重要だと思います。

でも、対策をどうとるか、ここはちょっとまた難しいんですけれども、そのような実態があるということは、図らずも脳性麻痺というのがたくさんの因子であるということをもま理解してもらった上で、我々が対応できる、対策できる事例をしっかりとやっていこうというメッセージの後押しにもつながるのではないかと考えて、提案させて頂きました。

○木村委員長

ありがとうございます。

藤森委員、いかがでございましょうか。

○藤森委員

私は、原因不明の中で、お二人の先生方とちょっと違うんですけど、私は、本当に原因不明、特定困難だったのかということのをちょっと知りたくてですね。具体的に、こんな検査がされていなかったから分からないとかということの記載がある事例があると思うんですね。なので、例えば、今、臍帯血ガスのデータの話がありましたけど、それを取っていたら何か分かっていたのかとか、何か特定できるのかとか、それから、例えば、分娩中にモ

ニタリングを外してしまったとか、それから、胎盤病理の話とか、何らかの検査、それから、その後のフォローをしていれば、特定困難、原因不明にならなかった事例があるのかなというのを知りたいなと思ってですね。

最近では臍帯血ガスが取られていると思いますけど、古い事例では、取っていない事例が結構あったりすると思うので、こういうことをルーチンというか、普通の分娩でも調べて下さいとか、モニタリングは赤ちゃんが出るまでつけて下さいとか、帝王切開でも分娩室まで行くまでつけて下さいとか、そういうことをすることによって、原因不明もしくは特定困難というのが減るのではないかと考えて、そこが何かしら原因分析の報告書から言えないかということをやっと提案してみました。

○木村委員長

ありがとうございます。

他の委員の先生方から。板橋委員、どうぞ、お願いします。

○板橋委員

最近ではもう新生児科医も、脳性麻痺が必ずしも分娩時に問題があるケースばかりではないということは広く認識されているようになってきていると思っています。そういった意味で、このテーマは非常に興味深いテーマというふうには思います。

ただ、難しいのは、結局、最終的によく分からないというような、いわゆるごみ捨て場みたいにならないようにするためにどのように分析するかということに注意しなければいけないと思いますし、そういった意味では、藤森委員のおっしゃるような視点というのは、やっぱりすごく大事だと考えます。

ただ、全ての検査を全てのケースでやっているわけではないので、これをどういう切り口でアプローチしていくかというのが一番難しい問題かなとは思っています。ただ、ぜひアプローチしてみたいテーマではあると思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

他の委員の先生方で、ご意見等ございますでしょうか。

○荻田委員

りんくうの荻田です。今年まで報告書を読む側だったんですけど、4割に達する原因不明の事例がどういうバックグラウンドであったのかというのは、やはり知りたいというのがあります。

それから、もう一つは、ゴールとしてどういう提言ができるのか、プリベンタブルなのかどうなのかということに関して、少なくとも先ほど委員の先生方おっしゃったように、どのような検査をしたり、どのような措置を講じていけばというのが、この中で少しでも出てくれば非常に意味があるのではないかなと思うのと、やはり第9回になりますので、この4割を一度サーベイをする値打ちはあるのかなと思っております。

○木村委員長

ありがとうございました。

他は。松田委員、お願いします。

○松田委員

補足ですけれども、子宮内で発症したいわゆる胎内発症だと考えられる事例をいくつか見たんですけれども、本人の訴えに胎動減少というのがあったんですよ。以前、胎動減少は常位胎盤早期剥離での胎動減少というふうに捉えられたんですけれども、その胎動減少というのをキーワードにして、もう少し広げていけば、我々が知りたいところも少し手がかりになるし、妊婦さんに、胎動にはもっと注意しましょうというメッセージにつながるという可能性はあると思います。

○木村委員長

ありがとうございます。じゃ、そういった様々な切り口の可能性があるかと。

お願いします。

○鮎澤委員

すみません、気がついたときには提出の締め切りを過ぎてしまっていて、今日は何も言う資格がないかと思いついて来たのですが、それでも、申しわけありません、発言させていただきます。

私、この6番はすごくおもしろいテーマだと思って拝見しました。これは、この再発防止委員会のように、上がってきたものをたくさん見るからこそできるもので、おそらくこれまでやってこなかった、すごく新しい切り口のテーマになると思います。

この中に、おそらくちゃんと書いていないかどうかの議論もあるのではないかと思います。その下に続く診療記録の問題とも絡んでくるのですが、それをどういうふうに書いてくれば分かるのかとか、報告書にどういう項目を付け加えればもっと書けるようになるのか、これからにつながる提言ができる、色々な切り口があると思っています。

ぜひ、これ、どういう形にしていくと、この中から見えてくるのか。一回だけでは多分

分からないかもしれませんが、ぜひ大事にして頂きたいテーマだと思ってまいりました。

○木村委員長

ありがとうございます。他はございませんでしょうか。

ありがとうございます。そうしたら、一通り全部のことを伺ってからと思いますので、全体討論は全体を伺ってからとさせて頂きたいと思います。

では、引き続きまして、診療録等の記載というのが、7、8、9というお三方から出ておりますので、これは岡本委員からですね。お願い致します。

○岡本委員

助産所では、妊婦健診とか、それから、分娩のときもそうですが、記録はしておりますけれども、全てが同じように記録されているわけではなく、あるいは、分娩のときに異常が起こったときに、どういう判断で転院・搬送したとか、そういうようなことが説明されていなかったりということもありまして、日本助産師会のほうでは、記録用紙、パルトグラムも付けて発行しているんですが、なかなかまだ浸透していないところもございますが、できるだけ何かあったときに、その記録の中から時系列に見ていけるということもすごく大事でありますし、それから、判断というか、そういうところではやはりしっかりと判断し、そして、こういう理由で搬送した、そして、こういう異常が起こっていた、電話一つにしても、記録をちゃんと取っておくということを助産師会では提唱していくというふうに思っておりますし、記録はすごく重要なことであると認識しております。

○木村委員長

ありがとうございました。

隈本委員、いかがでございましょうか。

○隈本委員

ここに書いてある通りなんですけれども、私も原因分析委員会にかつていた頃に、やはり一番困るのが、一番大事なポイントの記録がないために、単に原因分析ができないというだけではなくて、医学的な評価もできないと。それだと、例えば、この再発防止の報告書を作るときには、医学的評価を切り口にそれを集めて、例えば、医学的評価が比較的低いものを選んでみて、再発防止策を探るみたいなことをやろうとするときに、評価できないになっていることが多いのではないかとというふうに懸念しました。ぜひとも、再発防止への適切な提言をするためですからということで、ぜひ、記録をしっかりしているかとい

うことを、再発防止委員会から提案するということがとても大事なのではないかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

それでは、勝村委員、いかがでしょうか。

○勝村委員

色々なテーマ、これまで取り上げてきたテーマの中で、このテーマだけは、もう質というか、レベルが違うテーマで、絶対にまず最初に押さえてもらわないと始まらないというテーマだと、他とは違う意識で常に思っています。

特に、患者側というか、妊婦側というか、国民側からすれば、きちんと記載されているものがされていないという中で、それでも原因分析や再発防止がなされて、制度が淡々と進んでいくような形というのは、非常に誠実さに欠けるといふふうにも思いますし、最悪の場合、隠ぺいではないかとか、そういう必要な記録もしていないということは、相当質に問題があるところではないのかということにまでつながって、僕としては、そういうものというのはまずなくして欲しい、そういうふうな疑念にもつながりかねない。

とにかく、皆さまもおっしゃるように、記録、当然しているべきものがないから原因分析できないものがありますということが、8年も10年も続いているのが当然のようになったままでいきたいなという思いが、毎年のようにこれを書かせて頂いている理由ですが、しかし、色々な運営委員会のほうでもそういう発言をさせて頂いて、色々な関係の学会等で、その努力は非常にやって頂いているところだとも思いますし、今、色々な先生方のご意見もお聞きして、先ほどの6番目の藤森委員の話されたことが、まさに診療録の記載がなぜ必要なのか、改めて、どういう点できちんと記載して欲しいということをごちらから具体的に言えるかということの根拠にもなるかもしれませんし、もちろん、原因が不明ということには2つの論点があつて、情報が足りないから原因不明なのか、本当に原因不明なのかというものがあると思いますけれども、それと絡めて頂いても結構かと思いますが、一定、このテーマというのは、僕たちにとっても焦るといふか、こういうものがなくなって欲しい。その上で、原因分析と再発防止をしていきたいというレベルのものだと思っています。

○木村委員長

ありがとうございます。

他の委員の先生方から、この診療録に関しましてのご意見等。金山委員、お願いします。

○金山委員

内診をしていない若いドクターが多いということは、最近如実に感じていまして、内診所見がない、診療録に、分娩に一番必須かもしれない、助産師はしっかりしているかもしれませんが、医師の内診所見がないことが多い。あれは内診力が落ちているということでしょうか。その辺も非常に重大な問題だと思います。後でまた申し上げますけれども、CTGと原因不明のテーマで私はいいと思うんですけれども、診療録において、内診所見が不十分ということをやはり指摘しておきたいと思います。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。

他にはございますでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしましたら、次が、10番、11番と、無痛分娩ということが上がっておりますが、石渡委員長代理、いかがでございましょうか。

○石渡委員長代理

無痛分娩は、一昨年から色々社会的に問題になって、厚労省からも研究班が立ち上がって、今、提言がまとまり、今後、ワーキンググループの中で具体的な方策が練られていくわけなんですけれども。271名の母体死亡の中で、14例の無痛分娩を行った事例があって、そのうち1例だけが、実は無痛分娩そのものによる死亡事例だったんですね。

結局、CPの場合も、胎児に対して麻酔薬がいくわけではないので、母体の状況が悪くなって、そこで初めて脳性麻痺の事例になってくるわけで、今回の6事例ほどが報道されましたけれども、その中でも、亡くなった子もいますけれども、3例はCPになったという、そういう状況もございます。

循環不全であるとか、母親の出血であるとか、弛緩出血によるとか、あるいは、呼吸不全によって、母親の状態が重篤になると、引き続いて児に異常が起きてきます。ただ、今、社会的な問題も多く取り上げられるようになってきておりますので、69例ほどの事例があるということなんですけれども、少し分析して頂ければと思いました。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。

これは勝村委員も挙げて頂いていたものですが、いかがでございましょうか。

○勝村委員

石渡委員長代理と同じ思いというか、立場は違いますが、非常に社会的に問題になり、この間、僕たちも色々な相談等も、今も受けているような状況が確かにあります。

石渡委員長代理とか、医会や学会等でも去年ぐらいから、それぞれの立場でできることを、この制度以外のところでかなりやって頂いているということもありましたけれども、公的な制度である、この再発防止委員会が、このタイミングでこの問題をやらないというのはどうなのかなと思いますし、今までにやったことがあれば、タイミングという話にもなるかと思いますが、やっていませんし。

これ、6.1%という数字が出されてから何度も見っていますが、それから随分経つような気がしますし、無痛分娩が一方で、分かりませんが、より急速に広がっているのではないかということも言われていますから、ある意味、国民の安心という意味でも、この再発防止委員会のほうでやっぱりやって、これまで蓄積された事例を分析するということはやはり重要なのではないかなと思っています。

○木村委員長

ありがとうございます。このことに関しまして、何かご意見はございますでしょうか。お願いします。

○石渡委員長代理

後でディスカッションがあると思うんですけども。先ほど言いましたように、無痛分娩そのものが胎児に麻酔がかかってとか、そういうことではないんですよね。要するに、母体の管理をきちんとすれば回避できるわけなので、そういう意味で、大きなテーマというよりも、今回テーマとして、小さなテーマで取り上げて、今、状況はどうだというようなことの報告だけでもいいのではないかなと私は思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

これ、無痛分娩が脳性麻痺の主たる原因というふうな評価が起きている事例というのは、事務局では分かりますでしょうか。

○事務局

無痛分娩が原因とされた事例はございません。

○木村委員長

そうしたら、何か周辺のイベントがあるからというような感じなんですか。それとも、もう全く関係ないイベントが起こっているという感じなんでしょうか。

○事務局

先ほど石渡委員長代理がおっしゃったように、母体の呼吸循環不全というところで、その影響によるというものは2件ほどございます。

○木村委員長

分かりました。そういう状況だそうでございます。また、これは後ほど議論させていただきたいと思います。

他にご意見ございますでしょうか。よろしいですか。

そうしましたら、次が、12番、13番が、子宮収縮薬についてということで、これは吉川委員のほうからお願いできますでしょうか。

○吉川委員

先ほどの無痛分娩とも関係するところですが、無痛分娩が多く行われるようになりまして、施設の助産師としましては、子宮収縮薬の使用とか管理が非常に難しくなりましたし、重要になってきています。先ほどもお話ありましたように、無痛分娩の提供体制構築への提言ということは配出されています。その中には、体制のことや麻酔管理については記載されていますが、子宮収縮薬に関する管理の記載というのは全然なくて、子宮収縮薬については、無痛分娩にも限りませんが、挙げて頂けるといいかなとは考えました。

○木村委員長

ありがとうございます。

隈本委員はいかがでございますでしょうか。

○隈本委員

これもここに書いてある通りですけれども、前回テーマにしてから少し経つと思うので、その後の動向も含めて、検討できればなということ。

実は、子宮収縮薬のガイドラインを遵守しているケースが増えたというようなデータがこの間出たと思うんですけれども、そういうことは、長年の呼びかけが実って、よりルールを守る人が増えたというか、ルールを守らない人が減ったと考えられるのかなという話が若干議論になりましたよね。

要するに、ここに来ているものは、脳性麻痺事例しか来ていないので、全国的な状況が改善したとしたら、むしろこちらに来なくなるはずもあり、それは直接関係しているケー

スだけではないと思うのであれですけれども、全国的なガイドラインの遵守状況というものと比較した再発防止への提言ということができるかなと思って、ご提案しました。

○木村委員長

ありがとうございます。

他の委員の先生方から、子宮収縮薬についてということで、ご意見ございますでしょうか。

よろしゅうございますでしょうか。では、また後ほど議論させて頂きたいと思います。

続きまして、これは14、15が急遂分娩というくりでまとめることができるかと思いますが、吸引分娩、クリステレル圧出法ということで、これは竹田委員からコメント頂けますでしょうか。

○竹田委員

これはモニターのところとのダブリますが、ノンリアシュアリング発生から、どれくらいの時間的なファクターで異常がでるか知りたいところです。それから、ガイドラインから逸脱する事例が減ってきているのではないかと考えているのですけれども、これは年次推移を出せるということなので、必要ないかなと思います。

それから、これは診療録の記載の問題とも絡むのですが、分析できないというか、吸引を何回やったかも分からないし、どんな状況で、どの時点から引いているかということが何も書かれていないような事例が結構あったので、そういうところから吸引分娩を見てもいいかなということです。書

○木村委員長

ありがとうございます。

隈本委員からはいかがでしょうか。

○隈本委員

私だけが思っているのかと思ったら、病院の産科部長さんも、診療所からも、クリステレルについて関心があるというふうに書いて頂いたので、ちょっと心強いんですけど。

実は、クリステレルは、石渡委員長代理たちの大変熱心な取組みもあり、それから、産科ガイドラインも2017年から加わりましたよね。それが普及期間を1年と考え、2018年以降というのが、そういう不適切なクリステレルということが減ったのではないかなというような気がします。

これはもう前々から申し上げている通り、1800年代、19世紀の話が今にそのまま

つながっていて、その頃から、押すのが馬乗りになると、ちょっと横から押すというのが一緒の言葉で表現されているということ自体が、それはもう当然人によって解釈が違えば誤解を招くのではないかというのが、私の基本的な問題意識でして、それがガイドラインでちゃんと、一緒の分娩台に乗るのは避けて、横からにのりなさいみたいなことが書かれるようになってから1年ということで、2018年以降の事例とそれまでの事例とで違いが出るかとか、そういうことが分かってくると、よりガイドラインの根拠にもなるのではないかということ。

ガイドラインの中にこの再発防止報告書が引用されているという、非常にうれしいものなので、この点、もう少しこだわってやっていったら、すごい成果が出るのではないかと、思って、提案させて頂きました。

○木村委員長

ありがとうございます。他に、このことに関しまして、何かご発言ございますでしょうか。

今の原因分析報告書の中で、クリステレル圧出法に関して、じゃ、具体的にどうしているかというようなことの記載というのは、そこまでは取れていますか。

○事務局

事務局から失礼します。診療録に詳細に書いていなければ、こちらでは分からなくて、さらに、データベース上は、クリステレルについては、回数のみ抽出しておりますので、具体的にどのようなところまでは分かりかねます。

○隈本委員

ちょっとだけいいですか。原因分析のときも、それは、クリステレルをしたと書いてあるとか、回数は書いてあるんだけど、じゃ、具体的にどうしたのかというのは書いてなくて、それはご家族からの記憶によると、もう目の前に助産師さんの顔があったとか、そういうことがあったりするわけですね。

だから、ここは、おそらく産科の先生方とかも知りたいのではないかと、どこまで押したほうがいいのか、むしろ全く押さないほうがいいのか、よく分かっていない部分を、脳性麻痺の再発防止というところから提言できないかなというのがあります。

とにかくガイドラインには、急速遂娩の補助として存在していて、単独は存在しないというニュアンスですよね。考え方として。そのこともぜひPRできるチャンスにならないかなということもあって、この再発防止のテーマにして欲しいなと思いました。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。他にございませんでしょうか。

そうしましたら、まず全体をまとめたいと思いますので、16番の急性胎児貧血ということで、これは石渡委員長代理から、あるいは、17ですか、双胎における血液の不均衡も、胎児の貧血ということに絡みますので、まず石渡委員長代理からコメントをお願い致します。

○石渡委員長代理

これは2カ月前に本当に厳しい事例を自分で経験したんですけれども、結局、母児間輸血症候群だったんですね。それで、サイナソイダルが出始めて、私たちの緊急のメーリングリストというのがあって、そこへぽっと出すと、CTGのPDFを流すと、何しろ、何しろと、色々な先生が意見をくれるんですけれども、自分のところで帝王切開して早く出せとか。私のところから周産期センターは15分で行けるんですよ。これは母体を搬送したほうがいいとか。結局、母体搬送したんですけれども、児は、輸血をして助かりました。何も障害を残していないんですけれども、ヘモグロビンが2.8まで下がった、そういう事例で、危なかった事例です。

それで、実際に脳性麻痺の主たる原因のところを見てみても、胎児の急性貧血によって脳性麻痺は、大体2%ぐらい毎年あるわけで、ぜひ、双胎間の輸血症候群ということで、事例も集まってきていますので、分析して頂ければと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。藤森委員、お願い致します。

○藤森委員

私も、一絨毛膜二羊膜双胎において、双胎間輸血症候群が起こった事例が、どういう管理をされていたのかというのは、ちょっと調べて欲しいなと思ひまして。例えば、福島県だと、一絨毛膜羊膜双胎というふうに診断がついた時点で、高次医療施設に診療所から送ってもらうことにしているんですね。

なので、管理できないというわけではないかもしれませんが、それだけ双胎間輸血症候群が起こってしまうと怖いということを診療所の先生方もかなり自覚されていると思うので、診断時期ということもありますけど、管理した施設レベルがどうだったのかとか、いつ診断がついていたのかとか、それが、ここ、備考のところ、超音波法の実施回数は記

載がございませんと書いてあるんですけど、ちゃんとその回数を普通より細かく見ていたのかとか、そういうのを知りたいなと思ってですね。

適切な診断がされて、適切にレーザー凝固法とか、血管凝固とかすれば、一絨毛膜羊膜双胎も十分助かる可能性が高いと思いますので、そういうことができた事例なのかどうかというのを知りたいということもありまして、何例か集まっていますので、提言できたらなと思っています。27例と書いてありますね。

○木村委員長

ありがとうございます。この問題に関して、どなたか。お願いします。

○石渡委員長代理

これは福島県だけの問題ではなくて、全国どこもそうなんですけれども、やはり一絨毛膜双胎というのはリスクが非常に高いので、一次医療機関では扱うべきではない。これは医会のほうでも、はっきりそういうふうに申し上げております。品胎の場合もそうなんですけれども。ぜひ掘り下げて検討して頂ければと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

そうしましたら、続きまして、胎児発育不全ということで、これは松田委員からご提案頂きましたが。

○松田委員

脳性麻痺の主な原因の一つとされているんですけども、その実態はなかなか見えてこないというのが実情であろうと思ひまして、取り上げたいテーマと致しました。

○木村委員長

ありがとうございます。

そうしましたら、常位胎盤早期剥離について、これは岡本委員から。

○岡本委員

毎年のように、この産科医療補償制度の再発防止委員会でも取り上げられておりますが、やはり助産師会でも、常位胎盤早期剥離で事例として上がっております。

その中で、助産院の中で、その主訴を見逃さないようにして、そして、いつどの体制で搬送し、医療機関とちゃんと連携をとっていくような、そういうふうな体制をとっておかないと、やっぱり母児も危険にさらされる状況にもありますので、その辺のところをぜひ取り上げて頂きたいなと思っております。

それから、日本助産師会の中で、まだ周産期医療協議会の中にも全国の中でまだ入っていないというところもございまして、その辺のところも、別口であります、強化して頂けたらいいなと思っております。

○木村委員長

ありがとうございました。常位胎盤早期剥離につきましては、いかがでしょうか。他の委員の先生方からご発言ございませんか。

そう致しましたら、今度は、20番が、脳性麻痺の障害部位（程度）とCTGの関係、そして、21番が、胎児付属物と脳性麻痺の関係ということで、金山委員からご提案頂いておりますが、これまたコメントをお願い致します。

○金山委員

やはり1つは、CTGは絶対取り上げるべきテーマだと思うんですね。その切り口として、脳性麻痺の重症度とか障害のパターンとか、より重症な脳性麻痺はどんなCTGであったかとか、そういうのをそろそろ解析してもいい時期ではないかなと思います。CTGを取り上げ、その1つの切り口として、MRI等で判断できる重症度と、あるいは、実際の臨床所見と分娩時のCTGの波形を見ってみるのは非常におもしろいのではないかなということです。

CTG自体は自律神経反射のパターンですので、中枢神経系の異常の程度、障害部位とCTGは関係することは分かっていますけれども、実際どうなのかということは、この委員会では分からない部分だと思いますので、取り上げました。

もう一つは、ぜひ私も原因不明を取り上げて欲しいということで、先ほど板橋委員からありましたように、切り口が大事だということで、やはり胎盤病理というのが結構キーだと思うんですね。ですから、原因不明の中で、アシデミアがないものの中で、胎盤病理が分かっているものとか、そういうものを中心に見ていったら、原因不明の中のあるものが見えてくる可能性があるかなと思っています。

あと、今年度から新生児尿のサイトメガロウイルスが保険採用されましたけど、サイトメガロウイルスが脳性麻痺の原因だということはしばらく言われていますけれども、今後、そういう新生児の感染症絡みの脳性麻痺も徐々に分かっていくと思いますので、胎盤の病理というのは非常にポイントになると思ひまして、原因不明を取り上げるということは私も賛成なんですけれども、1つ、胎盤とか臍帯の病理が分かっているものを中心に解析されたらいいのかなと思います。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。何か委員の先生方からございますでしょうか。

感染の話も出ましたので、ちょうど藤森委員から感染の話が上がっていますので、お願い致します。

○藤森委員

G B S感染とヘルペス感染の話なんですけど、第8回の報告書では、G B S感染30例、ヘルペス11例ということなんですけど。第7回の報告書で、G B Sで生後5分までに蘇生処置が不要とされた事例について、一部取り上げられているんですけど、そろそろ単独で取り上げてもいいのではないかなと思って、提案させて頂きました。

ただ、ヘルペス脳炎に関しては、分かっている事例に関しては、帝王切開されているのではないかなと思うんですけど、おそらくみんな分かっていたのではないかなと思いますが、予測していたのかどうかとか、既往歴があったのかとか、そういう症状があったのかとか、そういうことも知りたいなと思って、提案させて頂きました。

すみません、今、サイトメガロの話が出ていたんですけど、サイトメガロの胎内感染の事例というのも上がってきているんですか。サイトメガロは、胎内感染だったら対象にはならないですか。

○木村委員長

そこまで検査されているかどうかですね。お願いします。

○鈴木理事

脳の形成段階で感染したことが明らかであれば対象外になりますが、はっきりしなければ対象になります。

○藤森委員

サイトメガロウイルスが脳性麻痺の原因だというふうにはっきり書いてある事例というのはあるんですか。そうであれば、今、お話があった、多分、小頭症になって、脳室拡大してという典型的なやつというのは事例にならないということですよ。

○木村委員長

多分、形態異常が出ていると難しいですよ。どうでしょうか、ご記憶。

○藤森委員

いや、了解です。僕もそう思っていたので。

○木村委員長

事務局のほうから、そういった事例はご記憶ありますか。分からない。覚えている範囲では、分からないということですね。分かりました。

他、よろしゅうございますか。

そうしましたら、あとは23が新生児蘇生法ということと、それから、24、これが28週から30週までの事例についてということで、これは田村委員から頂いておりますが、この内容についてご発言頂けますでしょうか。

○田村委員

まず23について説明させてください。NCPR事業については今日もご報告して頂いたと思いますけど、学会の認定者が既に7万人を超えるという状況で、右肩上がりにどんどん増えています。ただ、そのことによって、適切な蘇生の対応がどこまできちんとされているのかということについては、ぜひ、この事業の中でお示し頂いて、それで、問題点があれば、それを、特にNCPRのインストラクターの養成コースのときには、再発防止委員会での報告内容という項目を入れさせて頂いて、インストラクターの方に、「こういうことに気をつけながら、ちゃんと受講生を教えて下さい。」という教材作成の資料にさせて頂きたいと思います。

それで、ガイドラインに関しましては、2010年の改訂が非常に劇的というか、2005年版をかなり大きく変えて、一部混乱もありましたけれども、2010年に比べると、2015年の改訂はそれほど劇的ではなかったもので、むしろ2010年から含めたガイドラインについて、どこまできちんと遵守されているのかということをも明らかにして頂きたいと思います。更に現在2020年版の新生児蘇生法のガイドラインを改訂するという方針で、国際蘇生協議会でも協議が進んでいます。ここにもし何らかの形で、産科医療補償制度で明らかになった課題を使わせて頂くとすると、2019年の年初に出る報告書の中に入っていないければ、この新しいガイドラインに反映させることができません。ぜひとも、この新生児蘇生法について、第1回、第3回、第5回で取り上げて頂きましたが、それ以降はずっと毎年取り上げて頂くようお願いしているんですけど、分析対象とされておられませんので、この第9回ではぜひお願いしたいと思います。

それから、24の在胎28週から30週までの事例につきましては、同じ脳性麻痺でも、早産の事例の場合の発生機序が成熟した児と違うということが明らかになりましたら、それはそれで、我々、現場で働く新生児科医が、どういうことに気をつけながら早産児に対

処すべきかということの貴重なデータになるのではないかと思って、挙げさせて頂きました。

ただ、23と24を比較しますと、ニードの高いという点は、今回のアンケート調査結果にもありますように、病院の師長さんや診療所の先生方、それから、助産所の方からも、新生児蘇生法についての興味が深いということですので、23番を優先してご検討下さいますようにぜひお願いしたいと考えております。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。他の先生方から、いかがでしょうか。よろしいですか。

次が、各テーマの事象発生時の体制についてということで、これは吉川委員のほうからお願い致します。

○吉川委員

テーマの分析というよりも、分析されるときに、発生時の管理体制がどのようになっているのかというものも組み合わせて見て頂けるといいかなと考えております。助産師の配置がどうだったのかとか、まだアドバンス助産師の配置状況、過去のデータはないかと思えますけれども、夜間どんな体制だったのか、それとも、助産師ではなくて、実は看護師だったというところもあるかと思えますので、分析するとき、その背景を一緒にもう少し加えて頂けるといいのかなというふうに。そういった意味で、これを出させて頂いております。

○木村委員長

ありがとうございます。これに関しては、アドバンス助産師は、まだ时期的に難しいかもしれませんが、助産師数、看護師数等の配置に関しては、情報はあるわけですかね。一応集めようと思ったらあるということですね。

何かございますでしょうか。ありがとうございます。

それでは、医学的評価の分析ということで、これは勝村委員からのご意見でございます。お願い致します。

○勝村委員

この制度ができたときに、もう亡くなられてしまった岡井委員が、表現として、医学的表現を非常にきちんと定義されて、この原因分析というのが非常に信頼の足るものになったと思いますし、ある種、医療事故調査というもののスタンダードがなかった状況で、産

科だけではなくて、医療事故調査のスタンダードのようなものを作って頂いたということで、それは非常に優れた表現方法であると僕は思っているのですが。

一番下で、それは「誤っている」とか「劣っている」とかいう表現だったんですが、こういう表現になっているものは今のところないということを何年か前までお聞きしていたんですけど、今もないんでしょうか。

○木村委員長

そのあたりの表現で、最終結論が、この事例は誤っているとかいうふうなことですか。

○勝村委員

いや、個々の中の色々なところに出てくる表現の中でですよ。『医学的妥当性がない』はあるんですか。それは分からないんですか。

○木村委員長

これ、テキストが全部ワードかなんかで入っていると、その検索で挙げてこれるかもしれませんが、そういったことはやっておられますか。それはやってない。

○事務局

はい。

○勝村委員

やってない？

○鈴木理事

やってないです。

○勝村委員

あるときまでは、運営委員会なんかで聞くと、『誤っている』『劣っている』という表現はありませんと明確に言ってもらっていたんですが、今は、あるかもしれないわけですか。

原因分析委員会なんかでは、そういうキーワードがあったとしたら、かなり注目されるのではないかなと思うんですけども。

○木村委員長

どこかにそういった記載はございますか。

○事務局

再発防止でデータを抽出する際は、業務的な内容ですけれども、賛否両論より下という評価は、ひとつの同じくくりでフラグを立てていますので、件数としては全部丸めて入れています。

○勝村委員

なるほど。例えば、基準から逸脱しているというぐらいのことがもしあったとしたら、そういう表現が、どういう主語がそういう表現になっているのかという統計なんかをあらかじめ見せて頂いた上で、テーマの選定とかをするというようにしたいと思うわけですね。

せっかく原因分析報告書のほうでそうやって表現をして頂いているんだけど、再発防止のほうではそれを考慮していないということであれば、ちょっと論理的に素直ではないというか、つながらないような気がしますので、本来は、どういう医療行為とかがそういう表現を受けていることが多いということがあれば、それはなぜなのかということは、素直に、再発防止という観点だとしたら、やっぱり減らしていきたいねという話になるかなとも思うので、そういう方向性みたいなものは、わりと素直な感覚の再発防止として、ちょっと検討してみてもいいのではないかなという意見です。

○木村委員長

要は、通知簿で1がついているような評価は何かということですね。1をつけているような項目に特定の項目はあるかというふうなことなんですが、そのあたり、いかがでしょう。

○事務局

再発防止の観点では、いくつか原因分析報告書の評価のレベルはありますけど、賛否両論より下は、再発防止に関して改善が必要ということでは同じという考え方で、その主語がどういったものかというのは、一つずつは拾っていないですけれども、この委員会で決めたテーマですごく重要であるという胎児心拍数聴取について、子宮収縮薬について、診療録について、新生児蘇生について、吸引分娩というものに関しては、改善が必要というものを集計しているというところです。

○木村委員長

一応年次推移を今集めているという段階ですね。

○事務局

はい。

○勝村委員

分かりました。だから、今、既に重要なテーマだと思っていることに関しては、それをやって頂いて。だから、もしかしたら僕たちが気づいていないことで、逆に、そういうも

のが蓄積されたものがあるんだったら、それはテーマとして挙げなければいけないという意味で考えると、少しそういう観点というのも提示してもらえたほうがいいのかなという。

○木村委員長

ありがとうございます。他にご意見いかがでしょうか。

確かに、これ、ウォッチをするという意味で、ウォッチする方法自体、考えないといけないかもしれませんね。勝村委員がおっしゃることはよく分かっていて、要は、全体で二千何百施設かある医療現場から出てきたことの中で、評価が低い項目は何かというところは、特定のところに関しては、大体そのパーセンテージは見ておられるんだけど、どの項目にそれが集中しているかという見方はしてないですよ。なので、それは、ウォッチの仕方を考えないと、逆に、これは理系の考えではなくて、文系のAIの人たちがやられるような、論理構成で、文章の中で特定の連関を見つけるというふうな考えでいかないと、なかなか難しいことかもしれません。そういう観点でいけるかどうか、またこれもぜひ、大事なことだと思いますので。

○隈本委員

よろしいですか。

○木村委員長

隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

短く。そういう意味では、こういうのは、テーマに沿った分析という感じで、長くページを使って分析しなくても、例えば、評価ごとのそれぞれの項目という一覧表が1枚あれば、結構そこから学べるのではないかなと今感じました。

○木村委員長

分かりました。

○藤森委員

ほぼ同じです。私も、医学的評価の数がどうなっているかというのは、個人的にも興味がありまして。例えば、オキシトシンを使用するときも、ちゃんとモニタリングをして、基準範囲内でやっているかというのを経時的に見ていくと、きちんとやっている方が増えているという意味での見るということは非常に重要で、やはり同じように医学的評価も、医学的妥当性が不明である以下のものがどういうふうになっているのか、減っているのかというのをきちんと見るということは重要ではないかなと。経時的に見ることが重要な

ではないかなと私も思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

こういうドキュメントとかは、ワードに入っているんですか。PDFで事務局は持っていらっしゃるんですか。

○事務局

PDFですね。

○木村委員長

ワードだと、わりにそういう語句の検索で、件数だけ、逆に、社会科学的な先生がよく使われるような手法がむしろできるのかなという気もするんです。PDFは難しいですね。私も、そこら辺は詳しくないので。

○隈本委員

でも、事務局のほうで、言葉を拾い出せるとおっしゃっていましたよね。横断的に言葉を拾い出せる。

○事務局

ワード検索は、事務局としては。公表されているものはPDFになっていますので。

○木村委員長

ワードで持っていらっしゃるわけですね。先生、そこら辺、テクニカルにも色々なことを考えていて、藤森委員おっしゃったように、年次推移というか、そういったものがむしろ大事になってくるのかもしれないと思います。

ありがとうございます。お願いします。

○鮎澤委員

今、ここまでの議論の中で、報告書にはおおまかに3つのカテゴリーがあって、がっちりと向き合っていくテーマを分析していくページと、先ほど無痛分娩のお話があった、そこまでがっちりはないけど、トピックスとして、こういう感じだということを出していくページと、今のよう、これまたがっちりではないけれど、ある種のデータを見ていて、これからにつなげていくようなページと。そろそろそういうようなバリエーションがあるような報告書構成というの、ここまで来たからできることになってくるのではないかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。そういう医学的な因果関係というのと、それから、報告書に表れてきたターミノロジーみたいなことで推移を見るというような動きも、今後また考えていかないといけないと思います。またこれも議論させて頂きたいと思います。

最後に、小林委員から、妊産婦の属性と脳性麻痺発生の関連ということで、ここの表にございますような、海外等の研究で、様々な医学的な属性とのCPの関係というふうなことができているということでありまして、そういったことはどうですかというご提案を頂いておりますが、ここに書かれたご意見、委員の先生方からございますでしょうか。

ありがとうございます。これだけの意見が出て、それで、2つにせいというのは、なかなか難問題なのでありますが、1つ、参考資料5というのが今日手持ちの資料の中に入れておまして、今、再発防止のワーキンググループで様々なことが進んでいるわけですね。ここは解説頂いてもいいですか。ワーキンググループの動きに関しまして。

○事務局

昨年度からワーキンググループで取り組んでいて、現在も分析進行中の研究を、参考5の資料に記載しております。

1つ目が、臍帯異常に関連して出生した脳性麻痺児の胎児心拍数図の検討ということで、内容としましては、本制度補償対象事例のうち、臍帯異常のあった事例の背景・胎児心拍数陣痛図を解析し、発症時期等を解析しております。

2つ目に、日本における脳性麻痺と子宮破裂の可能性ということで、本制度補償対象事例と日本産科婦人科学会の周産期登録データベースとの比較研究による、子宮破裂の危険因子に関する調査研究を行っております。

3つ目としまして、脳性麻痺と週末効果・夜勤帯効果ということで、本制度補償対象事例と、同じく日産婦の周産期データベースの比較研究による、脳性麻痺発症の休日・時間帯効果についての症例対象研究ということを行っております。

最後に、産科病棟にて新生児蘇生を要する異常兆候を認め、重度脳性麻痺と診断された新生児を対象としたケースシリーズ研究ということで、本制度補償対象事例のうち、生後5分までに新生児蘇生が不要で、当初は健常児と判断されたものの、産科病棟入院中に新生児蘇生を要する異常兆候を認め、脳性麻痺の原因が分娩に関連する病態にあると推察された事例の臨床的特徴を解析中であります。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。そうしますと、例えば、金山委員から頂きました、胎児付属器と脳性麻痺との関連で、臍帯とかの因子に関しては、このワーキングで持っていけるかなということと、クリステレルに関して、子宮破裂に関して、クリステレルとか、そういったことも一緒に解析しているんですか。それはしていないかな。そこは分からない？

○藤森委員

やっているかどうかは入っていたと思いましたが、クリステレルが直接かどうかは、そこまでは。

○木村委員長

だから、自然の過程の中でクリステレルをやっている頻度が、普通のデータベースでやっているのと、それから、こういう子宮破裂を起こすような事例でやっているのぐらひは出ます。

○藤森委員

日産婦のデータベースの中にクリステレルが入っているのは、つい最近だったと思います。

○木村委員長

そうですか。

○藤森委員

すみません、正確ではないんですけど。

○木村委員長

お願いします。

○石渡委員長代理

長谷川先生が、この前、クリステレルのをアンケートでまとめましたよね。あれ、もう一回、彼はやりたいと言っていましたね。今、ワーキンググループに、彼、入っていますよね。だから、その絡みかもしれないんですが、正確に私も聞いていないんですけども、ぜひやったらどうかというふうにコメントはしておきましたけど。

○木村委員長

ありがとうございます。そのあたりをうまく使って、クリステレルのことは、そのワーキングの答えが出てから、もう一回また議論をさせて頂くというような感じのほうがいいのかもしれない。

○松田委員

ちょっと議論が違うかもしれませんが、データベースをコントロールとする際に、注意しないといけないのは、データベースのほうは新生児死亡までしか分からないのですよ。だから、データベースで子宮破裂で引っかかっている事例の予後は分からないんです。だから、それが、こちらの分析での脳性麻痺のほうに入り込んでいる可能性があって、それをセパレートすることができないから、そこは前々から指摘されていた盲点ではあるんですね。

○木村委員長

ダブルカウントされちゃう可能性があるわけですね。

○松田委員

そうです。だから、この3番目のテーマも非常に興味深いんですけども、これも、もっと中に入り込んでしまっているから、非常に難しいというのが。

○木村委員長

確かに、分娩のデータベースが万能かと言われると、なかなか難しいところがあるのと、その中で、こちらのほうに入ってきている事例が少なからず存在するというのが、こういうデータベースを対象にするときのちょっと難点かなと思います。

じゃ、そのあたりも含めて、先ほど勤務体制のこともちょっとご意見がありましたが、この週末効果と必ずしも勤務体制は1対1ではないと思いますけれども、施設の看護力、マンパワー等との関連がこういうところへ出てくるかどうかというのも、また言えるかもしれませんが、そのあたりはワーキングの結論が出てから、また次に進ませて頂くというふうな感じでよろしゅうございますかね。ワーキングがせっかく進んでいるところで、またワーキングと違うような提言がこっちからぼんと出ちゃうと、また話がややこしくなると思いますので、そのあたり、少しワーキングを待たせて頂いてよろしゅうございますでしょうか。

そうしますと、残っていて、比較的多くの委員の先生方から取り上げたいテーマとして上がっているのが、1、2、3のくくりの胎児心拍モニタリング、それから、4、5、6のくくりの原因がよく分からないものに関して、それから、7、8、9の診療録、そして、10、11の無痛分娩、12、13の子宮収縮薬、これぐらいがお二人以上の先生方が出されてきているテーマなんですけれども、このあたりで、先生方のご意見で、これは推しとか、そういったものがありましたらお願いしたいと思いますが。

○松田委員

すみません、よろしいですか。4、5、6は、一くくりにされていますけれども、これは、竹田委員と私は、pHの観点から、分娩時のアシデミアがなかった事例という意味で、藤森委員のは、原因が分からないとしたのが4割あるというので、ちょっとこれは違うと思うんですよ。だから、従来から、先ほど木村委員長も言われていた、脳性麻痺の9割は分娩時の仮死であるというのは、これは間違った考えであるというのを広く分かかってもらうというためには、分娩時にはアシデミアがなかった事例、でも、これほど脳性麻痺はあるんですよ、その原因としては、こうこうこうですよというのは、一つ一つをやって欲しいというのが私と、おそらく竹田委員も、そういった意見ではないかと思います。

藤森委員のほうは、本人からもって、その真意を。

○木村委員長

じゃ、お願いします。

○藤森委員

僕は、診療録も入れて、先ほど内診の話もありましたけど、分娩進行がきちんと確認されていれば、何か原因が同定されるのかとか、僕の気持ちは、本当に40%なのかということと、これは経時的に見ていくと、増えていっているんですよ。第1回は出ていなかったかもしれませんが、2回以降は原因不明というのが増えていっている。だから、やっぱり本当にそのpHも全て含んでいるんですけど、臍帯血ガスもそうなんですけど、分かっていたら何か同定できるのかということが言えるのかということなので、そうすることによって、次、こういうことをやって下さいということが言えるのではないかとということで、診療録も含めて、調べてもらうのがいいのではないかなと思って話をしています。

○木村委員長

ありがとうございます。そうしたら、金山委員がおっしゃっておられた胎盤病理とか、そういったことと、どれぐらいここでも調べられているのかとか、そういったことも入ってきますし、それから、診療録の記載に関して、隈本委員とかが、どちらかというところ、こういう言い方が適切かどうか分かりませんが、書かない逃げですね。書き逃げではなくて、書かない逃げということがこういったことで起こっていて、その原因の分析に支障を来しているのかとか、そういった観点もここに入れることはできそうな気は致しますが、いかがでしょうか。

○隈本委員

もし、そうして頂けるのであれば、記録がないために評価できないとかということがどれ

ぐらしい頻度で登場しているのかとか、原因については分からないという結論につながった記録がないというのがどれくらいあったのかというのをはっきり数値で示すことは、本制度をしっかりと維持するにも必要なデータなのではないかという気がします。

○木村委員長

ありがとうございます。まず大きく、原因不明とされた、これ、何例ですかね。結構同じ例があるんですかね。原因分析委員会で原因不明とされたというカテゴリーを集めることは、まずできますよね。それはできますね。だから、その中でもう少しサブ解析をしていくというふうな方向性で、このテーマを、診療録も含め、胎盤、あるいは……。なかなか難しいですか。

○事務局

第8回報告書の集計においても、原因不明あるいは特定困難な事例は638件ありまして、ここからまた400から500件が集積され、そのうちの40%程度と考えますと、絞って頂かないとちょっと難しいなと思います。

○木村委員長

絞るとしても、例えば、多分、700～800になるんですかね。仮に800として、pH7.2以上のものは何件あったかとか、いくつかの診療録に関しての非常に厳しいブレイムが何件あったかとか、そういったカテゴリーで、まずざっくり出して頂くことはできますか。

○事務局

そうですね。pHで絞るということは可能です。

○木村委員長

カルテの記載内容に関しての批判的な記載とか、あるいは、記載がないというふうな記載とか、そういったことは分かりますか？

○事務局

診療録の指摘をされたケースは拾っておりますので、そこで。

○木村委員長

じゃ、そういった切り口で、一回。

○隈本委員

そうですね。ぜひそれと、原因分析をしていた立場からすると、直接脳性麻痺の主な原因に関わりそうもないところは、医学的評価については、あまり書いていないと思うので。

だから、医学的評価で記載が指摘されているだけではなく、再発防止の提言のほうに、これについては記録することとか、記載することというのがあるのも探したほうがいいと思います。

直接関係ないことはあまり書かないというのが原因分析なので、この全体の流れを見るには、再発防止のほうも見ないといけないと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

勝村委員、この原因不明のところに診療録の中身も関連した形で入れさせて頂くということでもよろしいですか。もちろん、他のこともいっぱいあるとは思いますが。

○勝村委員

まさに、僕も、先ほどもそれがいいのではないかというふうにお話ししたと思うんですけど、原因不明を分析するというのは、今までと違うテーマなので、やっぱり同じ手法でできないかもしれないし、今まで事務局の方が作って頂いていたような、同じパターンで600何件といたら、それは一例一例当たるのは大変なだけけれども、原因不明という形でくくりに入れていたものが、もう少し細かくして、一段階細かくしてみるとどんな感じなのかということから、何か見えてくると思いますし、そういうレベルでもう一度見ていく必要があるということで、診療録の記載があればいいというものはどれぐらいの割合ということからでも分かっていくだけでも、すごく大事だと思いますので、今委員長がおっしゃった感じでいいのではないかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

岡本委員、いかがでしょう。質の向上という意味での書くポイントとかいうことになってまいります、とりあえず原因不明というところのカテゴリーの切り口で集めさせて頂くことでよろしいですか。

○岡本委員

はい、大丈夫でございます。

○木村委員長

ありがとうございます。そうしたら、1つ目は、このテーマ、原因が分からないというところのことにしたいと思います。

あともう一つを15分で決めないといけないんですけども。

○鮎澤委員

委員長、よろしいでしょうか。去年だったでしょうか、「周産期医学」で、「産科医療補償制度再発防止に関する報告書をもとに」という、この再発防止委員会の報告書から学べることというテーマで、当時の池ノ上委員長、それから、石渡副委員長もはじめ、ここの委員会の皆さんが色々な形で関わられました。私は「診療記録」についてということでご依頼を頂いたんですね。

この診療録について横串を刺す形で見てみると、いかに「分からない」とされているところに「書いていないから分からない」というものが多いのかというのが色々見えてくるんです。ただ、テーマによっては、例えば、生後1分以内の人工呼吸器の開始状況については、9年、10年、11年、件数もパーセンテージも減ってきているものもあるんですね。それが啓蒙の成果なのか、3年間のたまたまなのかは、まだ分からないのですけれど、少なくともそうやって切り出すと、啓蒙活動の成果が見られるのではないかというものもあれば、子宮収縮薬使用の同意なんかについては相変わらず高いとか、色々見えてくるものがあると思います。

ぜひ、そのあたり、不明のところに絡んでということで結構ですので、明らかにして頂くと、色々見えてくるものがあると思っています。ぜひお願いしたいと思います。

○木村委員長

分かりました。ありがとうございます。

では、1つはこれにさせて頂いて、もう一つ、胎児心拍モニタリングということにするのか、先ほどのことで言うと、無痛分娩、子宮収縮薬ぐらいのところにするのかなんですけれども、これはいかがでしょうか。お願いします。

○石渡委員長代理

無痛分娩については、先ほど、無痛分娩そのものが脳性麻痺の原因になっている例は1例のみで、母親のほうに重篤なイベントが起きたからなったわけですね。妊産婦死亡事例が271例のうちの、14例が無痛分娩をやっていた事例で、局所麻酔の中毒で1人死亡になりましたけど、それ以外は全く無痛分娩と関係ない。そこでは分析はできていますけれども、脳性麻痺の事例についての無痛分娩との関わりというのは、全く分析ができていないので、これは本当に簡単な、イベントがどういうのがあったか、例えば、血圧が上がったとか、呼吸不全が起きたとか、そういうような程度のものでいいと思うんですけれども、少し小さなまとめ方をして頂ければいいのではないかと、大きなテーマとしては、

無痛分娩を取り上げることは、今回は必要ないと私は思います。

○木村委員長

いかがでしょうか。数の解析だけを分析の中で、もし……。ファイナルのほうに載せるかどうかは別にして、データを、どんなことが起こっているのかということだけ、こちらの委員会でつかんでいることだけをどこかでご提示頂いて、その取り扱いに関しては、それを見て考えるぐらいの感じでよろしいですかね。

○石渡委員長代理

ちょっと一緒にやらせて頂ければと思うんですけど。

○木村委員長

分かりました。じゃ、そういった切り口で、こちらでつかんでいるものだけを数で一回、どこかの何かでお示しするというような形で、事務局にお願いします。

○藤森委員

石渡委員の案でよろしいと思うんですけど。やっぱり単独で出すと、実際に直接関連しているものというのではないという話だったので、特出ししてしまうと、無痛分娩イコール脳性麻痺というふうな誤解をされがちだと思うので。ただ、おっしゃるように、数がどれぐらいあるのかというのは、知りたい方というのはいらっしゃると思うので、何らかの形で、すぐではなくてもよろしいかもしれませんが、例えば、私が言った感染症もそうなんですけど、母体の合併症みたいな形で、その中に、例えば、硬膜外麻酔を使われている人たちが何例いたとか、そういう形での提示というか、そういうふうなほうがよろしいのではないかと思って。特出しすると、大きな誤解というか、そういう方もいらっしゃる。たまたま硬膜外麻酔が入っていたという方がいらっしゃるということは、知りたいことは皆さん事実だと思います。

○木村委員長

分かりました。この本も、一応主語はないんですけども、当然のことながら、脳性麻痺の再発防止に関する報告書なので、そうしますと、ここへの書きようというのは、関係なかったという一行で終わってしまいますので。なので、その中身をどのように、どんな状況が起こっているかということはこの委員の中で共有させて頂くというふうな方向性で、ちょっとお手間ですけども、数字を出して頂いて、それを検討させて頂くということで。

松田委員、お願いします。

○松田委員

母体の急性呼吸循環不全に伴うものとする、2,000例中、羊水塞栓が8例、感染も16例ですか。このような事例がたくさん集まったから分析できることになってきますので、その中の一つとして、無痛分娩というのをしたほうがいいと思っています。

もし無痛分娩をするのであれば、今度は、オブザーバー的な立場で、麻酔の専門家を入れる必要も出てきますし、それをどのような形でするのか、これまた難しい問題になってくると思いますので、今回は、皆さんが言われたように、全体の中の一つとして取り上げるということに私も賛成です。

○木村委員長

分かりました。そうしたら、無痛分娩に関しましては、とりあえず現状を把握すると。この原因分析のところの上がってきた事例の中で無痛分娩絡みでどれぐらいあって、そして、どういう状況が起こっていたかということ、石渡委員長代理の今までの調査であれば、おそらく母体の呼吸循環不全が起こったことによる二次的なものであるというのが、医会でおまとめ頂いた結論でございますが、それに対して、こっちの脳性麻痺という切り口でやってきても同じような結論が出るかどうかということ、委員会として確認させて頂くという、そういう感じで。それをここに載せるかどうかは、そのでき上がりを見てからと。ぐちゃぐちゃになって、何を書いているのか分からんようなものが突然出てくると、またこれも具合が悪いので、そのあたりは出てきたものを見て考えるということにさせて頂きたいと思います。

○勝村委員

この場で決めることなのであれなんですけれども。無痛分娩の10、11と、12番もありますけど、無痛分娩の母体の死亡例というのは麻酔というのもすごく関係あるんですけど、無痛分娩は、多くの事例で子宮収縮薬が使われていて、かつ、僕は、その際のインフォームドコンセントというのがきちんとできていないのではないかとということも感じていたりしていることがあって、子宮収縮薬のテーマとの絡みもあり、脳性麻痺ということであれば、無痛分娩をしていて、結果として脳性麻痺になっている事例が、69例ここに集まっており、それで、その子宮収縮薬のことに関して、今回、無痛分娩のテーマをやるに当たって、ちょっとタブーのような感じにしてしまうのは、僕はよくないと思います。

ただ、皆さんおっしゃるように、発表の仕方によって誤解を招く云々とかいうことがあるので、それを慎重にきちんと伝えるということはあるんですけど、それが行き過ぎてしまうと、本当に再発防止できたものもできなくなるというようなこととの兼

ね合いというのは非常に難しくなると思いますので、そこはきちんと見たいと思いますので。

今日は公開でされていますけど、次回からは非公開ですということだし、どういうふうに最後、何を出していったって、何は報告書に書くのかということに関しての議論というのは、できれば数人の人ではなくて、やっぱりこの全体の中でやって欲しいと思います。

○木村委員長

分かりました。まずこの委員会に実態を、脳性麻痺という切り口で集まってきた無痛分娩というのと、無痛分娩という切り口で集まってきたトラブルというのは、また別の切り口であると思いますね。私どもも無痛分娩を始めまして、オキシトシンをやるなら、あれはもう絶対出ない事例はいっぱいありますので、それはちゃんとICを取って、もっと押さないと、帝王切開を乱発することになりますし。というふうなこともあって、やはり無痛分娩は無痛分娩の管理というものは、今まで我々が考えてきたのとちょっと違う切り口というのは多分あるようには思います。

それをここでやらないといけないのか、あるいは、無痛分娩という切り口で、もう少し医会とかでまとめて頂かないといけないのか、これはまたこちらが持っている情報だけでは足りない可能性もあると思いますので、まず我々が何を持っているかということを考えるのがいいかなと思います。

○石渡委員長代理

無痛分娩は非常に難しいと思うんですね。社会的な反響があまりにも大きすぎることもあるんですけども。日本の無痛分娩は、少なくとも母体死亡に関しては、全例が子宮収縮薬を使っています。これは間違いない事実で、多分、ここに上がってくる脳性麻痺の事例も、ほとんどが使っているんだと思うんですけども。ですから、オキシトシンそのものが問題なのではなくて、管理上の問題があるとか、母体死亡の場合の大体半数以上が、子宮型の羊水塞栓症で、あと胎盤早期剥離とか、感染症とかありましたけれども。ですから、無痛分娩イコールオキシトシンということで考えていくと、とんでもない方向に行ってしまう気がして。ですから、先ほど藤森委員とか、あるいは、松田委員が言われたような考えで持っていったほうがいいのではないかなと思います。

○木村委員長

はい。

○勝村委員

この場で皆で議論してやるからこそその意味があるわけなので、最終的にそういう形の議論というのはしていったらいいと思うんですけど。やっぱり公的な制度で、色々な事故例がこうやって原因分析でされて、そこには一つ一つの大変な事例が重なっているわけですから、この69例をきちんと僕たちが見るという作業をしないで、あまり先にこうだろうああだろうと言うべきではないと思うので、見た上で、結局、こういう問題があったよねということで、やっぱり何らかの再発防止につなげられないかを検討すべき。こちらが下手な言い方で報告をすれば、逆に、再発防止にならないということももちろんあると思いますので、どういう発表の仕方をするのかということも、色々な立場の方がおられるわけですから、そこはそこできちんと議論をするという形でやれば良いと思います。一旦これだけのことになっているので、もうちょっときちんとやっておけば、もう一回り再発防止できたかもしれないのと悔やむことになるのはつらいと思いますので、ぜひ早急に、今集まっている69に関しては、僕は分析して欲しいと思いますし、例えば、前の早期母子接触みたいな形の事故でも、生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例みたいな形のテーマで分析するというのもやりましたし、何かその辺のタイトルは工夫した上で、何よりも大事なのは再発防止なので、どんな再発防止ができるのかということで、やっぱり検討して欲しいなとは思っています。

○木村委員長

分かりました。まず、この事例を出して頂いて、その上で中身を決めるということで、脳性麻痺という切り口で載せるかどうかは分からないということで、もう一つ、テーマは選んでおいたほうがいいかなと思うのですが。先ほど来、順番に、診療録の問題を原因不明ということと少し絡めるとか、それから、無痛分娩、子宮収縮薬ということも、もし脳性麻痺と絡めるということであれば、やっぱりモニタリングということに収束してくるのではないかなと思いますので。実際にも、かなりアンケートの集計結果でも常に1位にくるとのことなので。ひょっとしたら、無痛分娩のときも、逆に、重篤な事態が起こるときには、モニタリングもおかしかったかもしれないわけですね。なので、そういったことも踏まえて、モニタリングということを一応テーマとさせて頂くと、委員方のご意見の大体の収束がきくのではないかなと。原因不明とモニタリングということに持っていくと、そういう形で、委員方それぞれが、こういうことを知りたいとおっしゃって頂いていることが。もちろん、部分的にしかならない場合もあるとは思いますが、収束できるかなと感じたんですけれども、いかがでございましょうか。お願いします。

○隈本委員

そういう意味では、今日議論の中で、一応テーマを2つに絞らなければいけないという方向で今、皆さん議論をしているし、私もそれにご協力はしたいと思うんですけども、先ほど言ったように、例えば、まずはクロス集計の一覧表を見てから、何か言えるかどうかを判断するというのがやっぱりあるのではないかなと思ひまして。例えば、医学的評価をクロス集計をしてみても、ここから何か言えるかどうかとか、あるいは、今の話で言えば、子宮収縮剤と無痛分娩のを全部調べてみて、その関係を調べるとか、ガイドラインを守っているかどうかを調べるとか、そういう、まずクロス集計を見てから、テーマとして挙げるかどうかという判断できるような、ある意味ボーダーラインのもの。

それで、クロス表は、この中での議論だけにしてもいいし、もしそれを世の中に訴えたほうがいいのかということになれば、それを1枚でも解説つきでクロス表を出せばいいので、そういう意味では、事務局は大変だとは思いますが、今日、無理に2つに絞らずに、ボーダーラインというか、データを見てから選ぶという。しかも、発表の仕方も、そういう重い、分厚いものではなくて、簡単なステートメントにするというような、そういうものをお選び頂ければいいなと思ひました。

○木村委員長

ありがとうございます。いかがでしょうか。クロス集計をすと言いながらも、縦軸は通しておかないと多分いけないので、その縦軸をモニタリングの問題ということに一本通すのと、そこに多分色々付随してくると思ひますので、それを解析するというイメージと、それから、もう一つは、原因不明とされているものを縦軸に通して、そこに付随して出てくることを解析していくというふうな考え方で持っていくということで、そんな感じで、隈本委員、よろしいですか。

○隈本委員

はい、そうです。だから、ボーダーラインのものもちょっと拾いながら次へ行くというふうにして頂くといいなという気がします。

○木村委員長

分かりました。いかがでございましょうか。そういうような形で、テーマとしてそれだけを見るのではなくて、その周辺の、それに付随して何が起きているかということをやんと見ていくということによろしいですかね。

クリステレルとかもなかなかおもしろくて、これはうちの大学の非常に特徴的な経験な

んですけれども、ある年を境に一切だめになったんです。ある年を境に。もうスパッとやめました。そのときに、その帝王切開率がどうなっているかというのは、調べたらすぐ出ると思うんですけど、僕も持っていないんですけども。印象としては、全然変わっていません。印象としては、全然変わっていません。強引に、もうやったらしばき倒すぐらいの勢いでやめさせたことがあります。

○石渡委員長代理

委員長、メトロも、ある年を境にしてゼロになったところもあるし、色々。

○木村委員長

だから、そういう色々な行動の前後で、他のマネジメントが変わらないときに、どうなっているかというような切り口も、小さいスケールであるんです。なかなか日本中でそれが一遍に動くということがないので。モデルとしてはできると思いますけれども。

とりあえず、今日は、委員方のご意見から、この2つを切り口にして、その周囲の事象を幅広く拾いながら議論を深めていくというふうな方向だったですかね。

○松田委員

委員長、1つ。私がテーマに挙げさせて頂きました胎児発育不全ですけども、18番目ですけども、この備考には、Light For Dates ということで、252件で15.7%あるんですね。これは原因不明とは分類されていないんですよ。原因不明の4割の中には。

○事務局

分かりません。

○松田委員

分からないんですね。

○事務局

はい、まだ分かりません。

○松田委員

結局、ずっと分析して、最終的に残ったのは、当時の原因分析では胎児発育不全というのを見逃していた可能性はあると思うんです。だから、そういった意味で、原因分析をする前に、全体から見てやったら、本当の原因不明というのが分かると思うんですけども。

○木村委員長

それは原因不明の中には、要は、LFDも入っているわけですね。

○松田委員

そうです。

○木村委員長

だから、そこで、どれぐらい入っているかということも知りたいということですね。

○松田委員

そうです。だから、そうなってくると、それは原因不明ではなくて、胎児発育不全だと。これはもう昔から言われている原因の一つですから。

○木村委員長

そういう因子があったということだと。そういったことも分かってくると思いますので。

○藤森委員

私も、これを見てから、発育不全が15%もあるんだなというのを思ったんですけど。これ、同時に、胎児機能不全と診断がついているのがどれぐらいあるのかというの。第何回か忘れましたが、妊娠高血圧症候群の提言したときに、2つのラインがあって、1つは妊娠高血圧症候群から早剥になってCPになるラインと、もう一つ、LFD児が見逃されていて、そこに胎児機能不全があるから、ちゃんとそういう場合は胎児成長を見て逃さないようにしましょうねという提言をしたと思うんですね。

なので、多分、2015年から対象事例が32週の1,400gになっているので、そこでFGRが入っているんだと思うんですね。その前までは、33週で2,000gだったので、ほとんど入っていないんだと思うんですね。

なので、今後、松田委員も心配されている、多分、増えていって、いずれそういうものの提言として、小さい子を見逃さないようにしましょうねというのができる 때가来るのではないかなと思って、ちょっと見ました。

○木村委員長

ありがとうございます。基準が違うところも確かに問題で、上がってくる事例の基準が違っているというところで、逆に、それだけに注目するとミスリードする可能性があるのを、逆に、原因不明とかと絡めると、またおもしろい結果が出るかもしれません。

ということで、一応この2つの軸で話を進めさせて頂くことで、今日の一応の結論とさせて頂きたいと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

○板橋委員

1個だけよろしいですか。原因不明にするときに、やっぱり脳性麻痺と関連するとなると、どういうフィルターをかけて、そこから網から落ちたものをきちんと見ていくかとい

うことをやらないと、今言ったように、原因不明というのがあまり安易になってしまうのは困るので、ということだけ一言。

○木村委員長

ありがとうございます。原因不明の中の記載ということ、逆に言うと、診療録にも関わってきますし、色々なことの記載が、これがないというようなことも重要な情報になるかなということでございますので、そのあたりが。だんだん事務局の皆さんの顔が引きついてくるのがよく分かるんですけども、とりあえず、そういった形でまとめていって頂きたいなと思います。

もう時間が過ぎてしまって申しわけございませんが、何か特に他にご発言ございませんでしょうか。

そう致しましたら、これをもちまして、第63回の産科医療補償制度再発防止委員会を終了させて頂きたいと思います。

また、次回に関しましては、事務局のほうからご案内をお願い致します。

○事務局

報告事項です。再発防止ワーキンググループの取組みについて、2点ございます。

まず、再発防止ワーキングで取りまとめた論文で、「妊娠高血圧症候群の母体より出生して脳性麻痺になった児の分娩期の周産期因子に関する検討」につきまして、第8回の再発防止報告書内では、「医学誌J OGRに掲載される予定である」というご報告でしたが、このたび、医学誌J OGR 4月号に掲載されましたことをご報告致します。

次に、第4回の再発防止に関する報告書において、テーマに沿った分析として、子宮内感染を取りまとめ、学会・職能団体に対し、子宮内感染と胎児心拍数陣痛図についての研究を要望しておりましたが、このたび、再発防止ワーキンググループにおいて、分析を開始しましたことをご報告致します。

事務局からは、以上です。

○木村委員長

ワーキングに関して、様々なアカデミアへの報告とか発表がまた順調になされているようでありますので、これも引き続き出して頂きたいと思います。もしよかったら、そのアブストラクトぐらい、またコピーして、次のときでも配ってもらえると、どんな中身が出たか分かってくるとと思いますので、ぜひお願い致します。

○事務局

分かりました。

○木村委員長

よろしゅうございますでしょうか。それでは、お忙しいところ、集まって頂きまして、ありがとうございます。また、次回、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 —