

第18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10月29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

1. 開会

○事務局 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。会議を開始する前に資料の確認をお願い致します。

書類、上からですが、本日の出欠一覧。

次に、クリップでとまっている資料でございますが、次第、本体資料がございます。

続きまして、資料1として、分娩中の胎児心拍数聴取について（案）という資料でございます。

続きまして資料2として、■■■■の集計結果（案）という資料でございます。

続きまして資料3として、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（案）という資料でございます。

資料4として、■■■■の脳性麻痺発症の原因の記載一覧という資料でございます。

続きまして資料5として、再発防止委員会からの提言という資料でございます。

次は、参考1と致しまして、原因分析報告書の「脳性麻痺発症の原因」に子宮収縮薬に関する記載がある事例という資料でございます。

続きまして、参考2として、分析対象事例の概要（子宮収縮薬について）（第17回委員会資料）という資料でございます。

そして最後に、1枚ものでございますが、石渡委員長代理からメトロイリーゼの使用状況についての調査（中間集計結果）という資料をご提供頂きましたので、配付させて頂いております。

乱丁・落丁などございましたらお申しつけ下さい。

1. 開会

○事務局 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第18回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。それでは池ノ上委員長に進行をお願い致します。

○池ノ上委員長 本日は、お忙しい中、時間を色々調整頂き、ご参加頂きまして、ありがとうございます。早速、議事に入らせて頂きます。

本日の議事は、次第の通りに進めさせて頂こうかと思っております。

それでは、まず「テーマに沿った分析」について、事務局から説明をお願いします。

2. 議事

1) 「テーマに沿った分析」について

○事務局（御子柴） 事務局でございます。資料1をご覧ください。

こちらの「分娩中の胎児心拍聴取について」は、前回ご提示致しました資料のうち積み残したテーマとなっておりますが、前回ご提示した資料から一部修正をしておりますので、改めてご説明致します。

1. 原因分析報告書の取りまとめ

分析対象事例の概況としまして、現時点で対象としております公表した事例[]中、分娩中の胎児心拍聴取について指摘がありました事例が[]でありました。これらの中には、主に以下に関する記載がございました。・で5つお示ししております。

- ・間欠的胎児心拍数聴取の間隔について
- ・連続的モニタリングが必要な状況について。具体的には、分娩第2期ですとか、感染などが疑われるとき、促進中、TOLAC中、無痛分娩中などでございます。
- ・一定時間分娩監視装置を装着する状況について。こちらはガイドラインでは20分以上装着ということにしておりますが、入院時や破水時など。
- ・分娩監視装置の装着について。こちらは装着の方法について、胎児心拍数や陣痛が正しく計測されていない事例がありましたので、その正しい装着方法について。また紙送り速度が1cmや2cmなどの事例がございましたので、そういったことに関する指摘等がされております。

・胎児心拍数聴取および分娩監視装置の装着に関する記録について。こちらはCTGへの記録ということではなく、聴取した結果、装着した状況あるいは所見等を診療録に記載するということの指摘があります。

次の段落には具体的な事例として幾つか挙げておきまして、聴取間隔が空いている事例ですとか、連続的モニタリングが必要な時期にされなかった事例、また紙送り速度や胎児心拍数陣痛図が保存されていないことで原因分析が困難であったり、また医学的評価ができなかった事例などを具体的に挙げておきます。

これらのことから、胎児心拍数聴取を正しく行い、胎児低酸素や酸血症等を早期に診断して、また記録した胎児心拍数陣痛図を適切に保存して、所見等を診療録に記録することが適正な原因分析、再発防止、産科医療の質の向上につながるということで、今回テーマとして取り上げたとしております。

今回、TOLACのことが記載されておりますので、注釈として産婦人科診療ガイドラインから、解説にある記載を引用して用語の説明を加えております。

1 ページ下のほうから事例の概要ということで、2 事例お示ししております。事例1は、前回ご提示した資料と同じ事例になっております。事例2は、今回新たに差し替えてお示ししております。事例1につきましては、TOLAC中の心拍聴取について。こちらは間欠的聴取だったこと、また紙送り速度のことが指摘されている事例となっております。

3 ページ、事例2は、間欠的聴取をしていたか否かも含め記載がかなり不足しているという指摘がありますが、その間の記録ですとか、また正しい分娩監視装置の装着、つまりきちんと測定されていない場合は装着し直すということについて指摘がされている事例になります。また、今後事例が積み重なったところでよりよい事例がありましたら、差し替える予定となりますが、一応、今のところはこの2 事例を教訓となる事例としてお示ししております。

次、4 ページに移りまして、こちらは分析対象事例における胎児心拍数聴取についての

医学的評価ということで、原因分析報告書の記載を項目、カテゴリー分けして記載しております。前回の第1回の報告書にありました項目からさらに状況が色々と増えておりますので、例えば(1)間欠的胎児心拍数聴取について、聴取間隔、またその他として分娩監視装置を装着していない間も胎児心拍数を診療録に記載すること、分娩第1期の聴取について記録をすることなどが記載されております。

5ページから(2)連続的モニタリングが必要な状況について、ア〜クとして7ページまでに各状況についての記載をまとめております。

次、8ページに移りまして、(3)一定時間分娩監視装置を装着する状況についてということで、先ほどもご説明しましたが、ガイドラインでは20分以上ということで一定時間装着して、児の状態をきちんと把握してから、その後の監視方法等を検討するとして、主に入院時、陣痛開始時、破水時などに指摘がございます。

(4)は装着方法についての指摘を記載しております。

8ページ下の(5)につきましては、記録についての指摘を記載しております。

次、9ページから検討すべき事項を報告書に基づいて取りまとめておりますが、こちらも医学的評価と対比して、同じような項目ごとに分けて記載しております。こちらは説明を割愛させていただきます。

次、15ページ以降は、学会・職能団体への要望ということで取りまとめております。こちらに関しましては、ガイドラインに現在記載がありますけれども、それを分かりやすいものへと改訂することなどに関して記載がありますので、現在のガイドラインの内容等も踏まえてご意見等を頂戴したいと思います。

次、17ページは国への要望ということで、救急車へのドップラや超音波断層法の器械の搭載ということへのご指摘があります。

次、18ページ以降です。こちらは現況と致しまして、第1回の報告書でも【産婦人科診療ガイドライン—産科編2011 一部抜粋】を記載しておりました。それに加えまして19ペ

ージのほうに、今回TOLACの事例がございましたので、CQ403としてTOLAC中の監視について連続モニタリングを行うという記載がありますので、そちらを新たに追加して抜粋しております。

19ページ下、【助産所業務ガイドライン】につきましては、前回と同じですけれども、今回、間欠的聴取についてなどの指摘、提言等ございますので、【産婦人科診療ガイドライン】との兼ね合いで何かご意見がありましたら、頂戴したいと思います。

19ページ以降に関しましては、装着方法について産科の一般的な教科書などからの抜粋を少し取りまとめておりますので、より適切なものがございましたら、ご提案頂ければと思います。

次、21ページ以降は、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、市塚客員研究員より説明させていただきます。

○市塚客員研究員 21ページ、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、やはり今回分析対象事例中には、先ほど事務局が説明しましたように、1ページにあった5つの項目についての傾向が強く出ていましたので、それをもう1度ここに列記しております。

そして、第1回再発防止に関する報告書では、胎児の状態を評価することが早期診断、分娩介入につながることから、適切な時期に分娩監視装置による連続的モニタリングまたは間欠的胎児心拍数聴取を行うことを再発防止に向けて取りまとめてあります。今回は、その内容について具体的に示しております。

1)産科医療関係者に対する提言としまして、(1)には間欠的胎児心拍数聴取にあたっての留意事項を述べておりまして、(2)には連続的モニタリングを行う状況ということで、こちらは日産婦のガイドラインにおいて文章化してあるものを表一覧にまとめまして、より見やすく表示させて頂いております。

また(3)には、一定時間分娩監視装置を装着する状況についてのガイドラインの文章を

表にして見やすくしております。

また(4)は、TOLAC中については分娩監視装置による連続的モニタリングを行うということで、こちらはガイドラインとは文面が違いますが、19ページに戻りましてCQ 403、TOLACの場合、「経膈分娩選択中は分娩装置による胎児心拍モニターを行う」という文言であります。意味するところは22ページの(4)にあるように「TOLAC中は分娩監視装置により連続的にモニタリングを行う」とことと意味は同じですので、(4)のほうが分かりやすいかなということで、このような記載にしております。

(5)連続的モニタリング中の胎児心拍数陣痛図の評価は以下のように行うということで、こちらガイドラインの文章を表にまとめて見やすくしております。

また(6)の分娩監視装置を装着する際は、以下のことに留意するという事は、これは技術的な問題です。あとはCTGの記録方法、1cm、3cmの問題はいつもありますが、3cmで記録していきましょうということを書いてあります。

あとは(7)の胎児心拍数や陣痛の状況、行った診療行為や胎児心拍数陣痛図の判読の所見など、判断した内容を必ず記載することが必要であるということを書いてあります。

学会・職能団体に対する要望としましては、日本産婦人科学会、医会に対してガイドラインの周知徹底を図ることを要望するという事、助産師会には助産所業務ガイドラインにおける間欠的胎児心拍数聴取の方法および上記記載について、会員に対して周知徹底を図ることを要望するという事にしております。以上です。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。

ただいま、事務局のほうから胎児心拍数の聴取に関する、前回、時間の都合で積み残してしまったテーマになりますけれども、説明を頂きました。委員の先生方、何かご質問、あるいはご発言等ございませんでしょうか。よろしくお願い致します。

○川端委員 今、ご説明があったんですが、24ページですから、一番最後のところに、日本助産師会は【助産所業務ガイドライン2009年改訂版】にというふう書いてあるんです

が、これはこの本文の中ではどこの部分に該当するということはありませんか。

○市塚客員研究員 資料1の19ページの下、4分の3あたりのところの助産所業務ガイドライン、これは一部抜粋ですけれども、こちらのことです。

○川端委員 そうすると、胎児心拍のモニターに関しては、助産所はこの部分だけに該当してくるということになるんですか。というのは、他のところでは【産婦人科診療ガイドライン】、日産婦学会と医会での資料がずうっと出てきていて、助産所のところがここだけ書いてあるというのと、助産師はどこを守るということをおっしゃっているのかということなんですよね。

私、ちょっと心配というか、今、【産婦人科診療ガイドライン】、医師のほうのところで助産所にもこの【産婦人科診療ガイドライン】を勧めるのか、だけど、助産所の助産師の学会のほうにそのガイドラインを諮ったわけでもないのに、それを押しつけるというか、それを守るように言うのは無理があるだろうというような話が、ちょっと今起き上がっているんですね。そうすると、医者の方だけに向けた、そういう方向の内容としか、そこまでだろうと、ガイドラインの言わんとすることは。ということがありまして、そこはやはり助産師学会ですか、と日産婦学会の作ったものがどういう関係でここに入ってくるかというのは、ちょっと心配しています。

○村上委員 以前にも助産所でのいわゆるドップラでの胎児心拍聴取に関しましては、ずうっと助産師が妊産婦に付き添っているときは十分な観察が可能なのでドップラでの胎児心拍聴取を認めていきたいと思いますというお話がこの会でも出たように記憶しております。

それで、私どもが再発防止のための様々な研修会等でこの胎児心拍の聴取に関することに関しましては、全体のその提言で言われた内容を助産師に還元するというような形にしておりますので、助産師はこのドップラ聴取の部分だけを守ればよいというようなそういう内容では還元はしていません。病院の中で勤務している助産師も多々会員におりますので、再発防止ではこの【産婦人科診療ガイドライン】の内容で提言がされていますと

というようなことを会員のほうには返しているという現状でございます。

○石渡委員長代理 今、川端委員が言われたことなんですけれども、やはり分娩を扱っている形態が、例えば医師が中心のところも、それから医師と助産師が共同でやっているところ、同じ共同でも助産師が中心にやっている例えば院内バースセンターだとか院内助産所とか、それからもう1つは全く別に独立して助産師さんが開業している、そういう3つぐらいの形態があると思うので、それを分けていくというのは非常に難しいと思うんですよ。

どちらかという、今は、院内助産所とか、あるいは医師との共同での助産というような形のものが、そういう流れが非常に大きいと思うんですけれども、それでいきますと、例えば23ページの胎児心拍数図の確認の状況ということで、レベル1とかレベル2と書いてありますけれども、この部分についても一覧表ができておりますので、例えば医師が気をつけなきゃいけないことと、それから共同でやっている助産師がこういう状況のときはこういうふうに対応してほしいという、そういう一覧表が出ているので、表3のところにこのレベルの説明をする、そういう表も1つ設けると分かりやすいのではないかとというふうに思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。2009年に【助産所業務ガイドライン】が出されたんですが、その時点での議論は、助産所では原則的に助産師さんが妊産婦さんに1対1の対応をしながら分娩の経過を観察し、分娩に対応すると。そういうセッティングの状態であれば、この【助産所業務ガイドライン】に書かれているような間欠的な心拍聴取というのは可能であろうというような議論がなされて、これが【助産所業務ガイドライン】には収載されたという経緯であります。

ですから、今、委員がおっしゃいましたように、医師、それから医師・助産師の共同、それから助産師さんが中心になってやっている、そういう幾つかのセッティングがあるんですが、助産所ではこういうふうなことをやって頂きたいという内容になっている訳です。

前にもちょっとそこら辺の議論があったかと思えますけれども。

ですから、今の川端委員のご質問からくると、やっぱり産婦人科医が中心となって管理している際の分娩管理、それは分娩監視装置を用いたりあるいは緊急事態に緊急対応ができる状況とか、様々のセッティングの中での胎児監視に関する考え方と、助産所だけの対応の仕方との相違というのが出ているというようにお考え頂いていいんじゃないかなと考えておりますが、いかがでしょうか。

○村上委員 ちょっと追加させて下さい。CTGの判読に関しましては新しい基準が示されて、助産師会あるいは看護協会等でもかなりそれに関する研修等も徹底してされていますし、分娩監視装置を所有している助産所も、全例ではございませんけれども、年々増えてはきております。判読の際にバリアビリティを必ず優先的に見るんだというようなところも助産師は学習しておりますので、ドップラだけではその辺が難しいんだということも重々承知した中で、ドップラでもバリアビリティが確認できるような器械の開発等も共同でやったりしておりますので、そういう意味では、【産婦人科診療ガイドライン】を助産所では遵守しないという、そういうことではなく、それに準じた形での対応を加味しながら助産所独自のケアを展開しているというふうにご理解頂けるとありがたいなと思います。

○池ノ上委員長 川端委員、よろしいですか。

○川端委員 大変すばらしいとは思いますが、この問題というのはずうっと残りそうな気がして、助産所のような院内助産所というのもあって、そこではじゃあどっちの基準を取るんだらうという、単純な疑問が出てきます。いい方向というのは大体皆さん自然に分かるので、読んでいると分かってくるので、そこを細かく規定する必要はないだらうという気はしますが、色々な場面を考えますと、ちょっと迷うというところです。

○箕浦委員 ちょっと確認といえますか、本題から外れるかもしれませんが、うちも助産所と提携していて、よく搬送があるんですが、ガイドラインも実は余り読んでいなくてあ

れなんですけれども、搬送の基準というのは、こういう聴取法でもって搬送の基準というのはどのぐらい具体的に決められているのでしょうか。要するに、何か異常があつて搬送するわけですよ。

○村上委員 助産所の中では、連携の仕方によってすごく密に連絡を取り合っている嘱託医、あるいは嘱託医療機関もあれば、もうちょっと密に連絡を取り合ってもいいんじゃないかとこちらが感じてしまうようなケースも稀にあるんですね。密に取り合っているところは、本当に日常の相談事も可能なぐらい割とフランクに色々な相談をしているので、「ちょっと心配」と言うと、「すぐにじゃあ送ってくるか?」とかいうようなところもありますし、「そろそろ送りたいんだけど」とか言っても、「今はちょっとこういう状況なので、他のところがないかどうなのか」というようなところで、うまく連携が取りにくい場所もあるので、施設によって様々なのかなと思うんです。

○箕浦委員 分かりました。要するに、ガイドライン的には、こうなったらこうなさいというような具体的には書いていない。

○村上委員 というものではなくて、お互いのその関係性の中で。

ただ、送る基準というのはガイドラインには書いてあるんですけども、それが速くできるかできないかというところが微妙にそれぞれの関係性の中で違うのかなとは思いますが。

○池ノ上委員長 今の箕浦委員のご質問は、【助産所業務ガイドライン2009改定版】というのがあるんですが、これの24ページに胎児心拍異常分娩第1期、第2期というところに160bpmを超える頻脈、高度変動一過性徐脈、遅発一過性徐脈、徐脈110bpm未満、遷延徐脈、というのが胎児心拍数の異常としては挙げられている。他にも色々な母体の症状とか、それまでの既往歴とか、色々なのがありますけれども、心拍数に関してはこういう状況ですね。

○箕浦委員 そうしますと、この基準の中には、こういうCTGをつけていないと取れないような所見もありますね。だから、その辺はどうなんだと。

○池ノ上委員長 そういうことですね。ですから、基本的には、モニタリングをして頂きたいという基本的な姿勢があって、色々な事情でどうしてもモニタリングができない場合には、かなり頻回に間隔を短くしてせめて聴取はして頂きたいと、そういう基本的な考え方だと思います。

よろしゅうございますか。他にはいかがでしょうか。

○藤森委員 数の確認なんですけれども、数量的・疫学的分析では[]になっていて、ここで[]というのは、第3回の報告書のときには、かつ[]になる予定と書いてあるんですけれども、どういうふうに報告されるのかということが1点。

この間の資料の中には、恐らく、1分1cmの頻度とか数が書いてあったと思うんですけれども、あれは非常にこちらから、僕も色々なところで話をするとき、1分1cmがいけないんだよという話をするとき、これだけ再発防止委員会の中でモニタリングのことが指摘されていて、その中に1分1cmの人がこれだけいますよという数字を言いたいというか、これだけあるんだよということをちょっと示したかったりするので、今回、数字がなくなってしまっているようなので、ぜひ加えて頂いたほうが。僕も見て、こんなにあるんだとちょっとびっくりしたので、ぜひ加えて頂きたいというのが2つ目です。よろしくお願いいたします。

○池ノ上委員長 今のご質問については、どうでしょう。

○事務局（御子柴） こちらの[]に関しましては、前回委員会でお示したときに6月末の公表事例に対しての分析、記載を行いました。本日、他にお示ししております資料とは締めが異なり、分析対象の総数が異なっておりますが、第3回報告書におきましてはテーマも数量的も同じ分析対象に致しますので、およそ[]に対しての資料というか、原稿になります。いずれ修正致します。次回の委員会でもまたテーマについて触れます時には、分析対象が揃うようには致します。

2点目に関しては、掲載することについて検討致します。

○池ノ上委員長 よろしいですか。他にはいかがでしょうか。

○岩下委員 この資料の21ページ以降が第3回目の再発防止委員会の報告書の骨子になるわけだと思うんですが、先ほど、石渡委員長代理が言われました表3のレベル1とかレベル3、レベルの解説を入れるということなので、同じように表1、表2の推奨レベルのA・B・Cの解説もついでに入れて頂いたらと思います。

あと1つ、職能団体に対する要望というのが、これは第1回目とほとんど同じですが、強調したいということだと思うんですが、何かつけ加えるべきものがあるのかどうかですね。

○池ノ上委員長 これはいかがですか。今の2点、A・B・Cの説明を入れるということと、学会・職能団体への要望書が前回と一緒にいいのかというご質問だと思います。お願いできますか。

○市塚客員研究員 このA・B・Cについても、やはりガイドラインの解説を付記することを検討させて頂くことと、波形ベルについてもガイドラインにも載っていますが、それをどういう形で載せるか、紙面も検討させて頂きながら、分かりやすくするためには必要かと思いますので、検討させて頂きたいと思います。

最後の学会・職能団体に対する要望につきましては、岩下委員のご指摘通り、前回と変わらないというところはあるんですが、やはりこれまでずっと数を見てきていますと、再三再四再発防止委員会で啓発しておりますが、中々ガイドラインに準じていない事例も見受けられることから、ここは強調したいということはあるんですが、その他にもっと具体的に何かいいご意見があれば、この場で委員の先生から提言して頂ければ、それを事務局のほうでまた載せる方向で検討していきたいと思います。

○勝村委員 皆さんにもお聞きしたいと思うんですけれども、実際にバリアビリティとかが消失しているとか、遅発性だ、早発性だというふうな、どういう波形だったらそれをどう読みとるのかというようなものの教科書的なものというのを、ずいぶん前ですけれども、

かなり探したことがあるんですけども、余りないような印象があつて、しかもまだ日母の時代だったと思いますけれども、日母としてそういうものを出しているというたぐいのものも、すごく教科書的にこれだけ色々グラフを見ていくと勉強になるなという感じではなくて、ちょっと示してあるようなものがあつたとしても、何かそれですんなり全てが理解できるわけではない感じがしました。でも、今、聞いたら、研修とかもされているということには、何かそういうテキストみたいなものがあるのかもしれませんが、このガイドラインにもやっぱりそれが載っていない感じがしますし、個々の事例では時々専門家とか大学の先生とかに同じグラフを見てもらつても、これはバリアビリティがあるとかないとか意見が分かれるようなこともよくあつて、そういう難しさもあるのかなと思います。

僕も地学の教員をしていますけれども、「この石は何ですか？」と言つたら、大学の岩石学の先生でも違う種類を言うということはよくあるように、非常にややこしい部分もあるのかなと思いますが、その辺も分かりにくいことがあるにしても、何かそういうものをもしまとめられているのだったら、ここで提示すべきだし、特に現場では、看護師さんとか助産師さんが監視して異常を発見することもあるわけですから、その人たちがそういうものをよく知っているからこそ、そういうものを見なきゃいけないと感じるからこそ装着しようと思うので、着けてももうひとつ分からないから着けないとかいうことに逆になつてしまうかもしれない。やっぱりそこをもっと、グラフの見方みたいなものをもっと啓発するようなことというのを、もしあるのならばそれを紹介し、もしもっと初心者向けに必要なあるんだつたらそういうものの作成なんかも、学会とかに対してお願いしてみてもいいんじゃないかと思うんですけども。

○石渡委員長代理 勝村委員が言われた通り、今、産婦人科医会の医療安全部の中でもそういうCTGの判読の仕方と、それについての具体的な対応・対処の仕方というのは講習会を実際に始めたところで、今までは新生児蘇生のほうを中心に行ってきましたけれど

も、これからは産婦人科医会としてはどこでも使われているCTGの判読、これに力を入れて、この前も第1回目の研修会をやったんですね。126名ぐらい参加されましたけれども、それを1つのモデルとして全国に波及させていきたいというふうに思っているんです。

今、そういうような教材と申しますか、その数・種類はそう多くはありませんけれども、ありますので、それを使って今現在やっているところです。

いずれ脳性麻痺のこの制度の中から、やはり非常に貴重なCTGがたくさんありますので、それも今後そういう教材というか資料を作成するのに利用させて頂いて普及させていきたいと思っています。

今、初めに作った冊子、ポケット版なんですけれども、大体3万部を超えて出ています。私たちの目標は、要するに、分娩に関わる助産師・看護師の胸に1つずつ入れたいというのが私たちの目標で、毎日毎日お産がありますから、それを見て全体の病院の中でお互いにそれを見ながらディスカッションする、これが非常にレベルを上げていくきっかけになるんだと思って、実際そういうことが今始まっているところです。

○上田理事 関連ですが、これまでも原因分析委員会、またこの委員会でそれぞれの事例のモニターは非常に教訓的となることから、これを産科医療関係者に広く周知する、教育は大事であるので、取り組んで欲しいという宿題を頂いております。

それで、これは非常に大事ですので、補償約款の問題ですとか加入規約の問題など、課題がありますが、まずは、これまでの事例を事務局として分析していきまして、ある程度の方が見えたところで、皆さん方にもご説明します。今その作業に取り組みつつありますので、もう少し形が見えてきましたら、ご報告したいと思います。方向としては、勝村委員のご指摘も非常に大事です。

ですから、今回のテーマは、胎児心拍数聴取の間隔ですとか記録ではありますが、モニターの判読が大きな課題になりますので、今後のテーマについては、ご相談したいと思っております。

○隈本委員 私が今ちょうど言おうと思っていたことを言って頂いて、助かります。

ただ、そのことを決めるのは何委員会になるんですか。つまり、頂いたCTGを何らかの形で研修資料としてすることについてゴーサインを出すのは、結局、最終的にはどこの委員会が議論することになるんですか。

○上田理事 実は、モニターの判読をこれからきちんとチェックして、そしてこれをどういう形で取り上げるかというのも併せて検討していきたいと思っております。今、運営委員会、原因分析委員会、再発防止委員会がありますが、そのような中でどういう形でこれを取り上げるか検討していきますので、進め方などに関しては、いずれご相談したいと思っております。

○池ノ上委員長 分娩監視装置について、今の勝村委員からのご質問にちょっとお答えするような形になると思うんですけども、モニターの所見で、誰が見てもこれは悪いという所見と、誰が見てもこれは大丈夫だという所見は、はっきりしているんです。

ところが、その中間というのが、中々定まらない。それは、恐らく胎児側が持つ、あるいは母体が持つ様々な条件がそこに修飾因子として働いている。そこがまだクリアになっていないというところが、今、大問題でして、学会の中でも、これは日本だけではなくて世界中の学会が、そのポイントを絞りきれない。そのポイントを絞ったところで、どういう波形、パターンが、それに特徴的なパターンかというところの分類がまだ十分っていないと。

ですから、恐らく、再発防止という立場からいきますと、誰が見てもこれは悪いよというのを放置しないような、そういうところだけはしっかりやって行きましょうよというのが、まず、最初にやるべきことだろうと思います。

それからもう1つは、誰が見ても大丈夫だよというところでは、なるべく自然分娩で行きましょうというようなことだろう。

あと、学会レベルで、今回、この委員会でもしばしば出てまいりますけれども、子宮内

感染があるときにこのパターンが起こったら予後は悪かった、というのが何例か出てきています。感染がない場合だったら、そのぐらいで大丈夫な赤ちゃんはたくさんいるんですけども、そうでない子はなぜあなぜ起こるのかといったところを研究レベルで今進めているところですので、実際には誰が見てもこうだということの周知徹底をまず図るということだろうと思います。

ですから、そういうところが、さっき岩下委員から出ました学会・職能団体に色々な問題をお願いするというときに、今、私が言いました誰が見てもはっきりしたもの、これは医会のほうで徹底して下さいよというふうをお願いして、それを日本中の産科関係者をお願いする。

ところが、中間的な様々な胎児の病態・生理、そういったものをしっかり検証して研究レベルで裏づけを出しながらやっていく。これはやっぱり学会がやって頂くというふうに思われます。僕の個人的な意見ですけども、恐らく、日本産科婦人科学会に職能団体としてお願いする事案と、医会のほうにお願いする事案というのは、もちろんオーバーラップすることはたくさんあると思うんですが、基本的にはそういうふうに分かれていくんじゃないかなというふうな感覚でいます。事例が今どんどん出てきておりますので、そういう方向にこの再発防止委員会としても進んで行ければ、よりよい委員会になってくるんじゃないかなと思っています。

○勝村委員 今の池ノ上委員長のまとめが、僕もお聞きしていて非常にいいんじゃないかと思いました。だから、今、ここにあるように、ガイドラインを徹底して下さいというだけでは、今、できていないところがこのガイドラインの見直しによってできるようになるのかなという、その部分もあるので、新たに、2回目だということなので、よりこういうものもある、こういうものも作っているとかということ、ちょうど、今、そういうのを始めて頂いているということですので、こちらとしても非常に無理をお願いすることではないということならば、ちょうどそういうものを周知徹底してもらおうということにも書い

て、実際に始まっているということで、本当に見方みたいなものを、現場の産科に関わる全てのスタッフに伝えて欲しい。

僕は、実際、1人目の子どものときに事故が起こったことから、2人目以降のお産のときには、僕自身も本当にそれが読めるようになりたいと思って勉強しようとしたことがあるわけです。やっぱり家族とかそういうものにも、今、チーム医療の中に家族や本人も入れていくということが納得の医療という意味でも安全の意味でも非常によいとされてきているわけなので、そういう小さなポケットに入れるような冊子なんかも、本当にそれが基本の基本で一番分かりやすい知恵だと思うので、大きく公開してもらおうぐらいの形で僕らも見られるみたいな感じのリテラシーを、患者側にも情報をどんどん与えていくという意味でもやって頂きたいと思いますし、この事例からさらに今まで言われている以上の中間のところを整理できているという研究が進むなら、それも非常によいことだと思いますので、そんな形でまとめて頂くのがいいんじゃないかと思っています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にどなたかご発言を。

○福井委員 そもそもの話ですが、このガイドラインを周知徹底していくようにしようということはもちろん前提にありますが、さらにその前提にあるのが、分娩監視装置をつけていて、そのつけていたものを定期的に観察できる人の確保が大事なわけです。産科病棟が他科の診療科による混合化が加速しています。地域のお産を守らなければならないということがあって、産科病棟に、他の診療科が入院しているという実態があります。このたび、日本看護協会は、8月から9月にかけて分娩取り扱い施設の1,109病院に対して調査を行いました。回収率54%で、460病院77.3%が混合病棟でした。混合病棟の20%は、分娩進行中でも他の患者さんを一緒にケアをしなければならないという状況が今、起きています。そうすると、分娩監視装置をつけておいても、誰も観察をしないで、つけたままという状態が起きるので、そもそも必要な体制になっていないということなんです。

この再発防止委員会では、医療提供機能は、1次、2次なのか総合周産期なのか地域周

産期なのか、院内助産があるのかないのか、ということは分かりますが、他は、どのような体制になっているのか、現在は、それ以上のことは分からない状況です。体制との関係で原因分析委員会の分析データを考察して、再発防止委員会で体制のあり方についても提言をしていくと言うことが必要ではないでしょうか。この報告書へ体制の在り方についても言及できるかどうかは分かりませんが、今後のデータ収集や分析をするときの視点にぜひ、入れていただきたいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。混合病棟を取っているところが増えてきているという、そういうことですね。それはいかがでしょう。重要な問題になって、確かに分娩監視装置はつけてはいるものの、誰も見ていないというような事例がだんだん増えてくる危険性があります。ですから、つけるだけじゃなくて、ちゃんと読まないといけないという大原則がありますので、それは今後事務局としてのサーベイをかけるときのテーマに考えて頂ければと思います。ありがとうございました。

他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○鮎澤委員 ちょっと細かくて申し訳ないのですけれども、21ページから始まる1)産科医療関係者に対する提言の(1)、21～22ページにかけて、「以下のことに留意する」が書かれているのですが、「③子宮収縮直後に60秒間は測定し」という記載になっておられますね。これが前提になっている19ページのガイドラインは「60秒間測定し」ということになっていて、19ページには【助産所業務ガイドライン】からの抜粋が点々の四角の中に書かれているのですが、ここでは「子宮収縮直後に60秒間測定」なんですね。私たちの提言は「60秒間は測定」になっています。この「は」の使い方で議論になることがあることそのものが難しいということなのかもしれませんけれども、「60秒間は」というと、最低60秒間は見てそこからまた後を見ていきましょうというニュアンスがとても強くなる気がするんです。この「は」というのは、そういう意識もあつて入ってきた「は」なんでしょうか。

○事務局（御子柴） ご指摘の通りでございます。本当に60秒間の間欠的聴取がいいのか

どうかといったところに関して、【産婦人科診療ガイドライン】には記載がないので、その辺に関してご議論頂きたいこともあります。あとは【助産所業務ガイドライン】をもってして60秒間と決めていいのかも、ご検討頂きたいことがあります。説明が不足しておりましたけれども、あえてこういった記載にしていますので、ぜひご議論頂ければと思います。

○鮎澤委員 私はこの領域の専門ではないので、失礼なことになるかもしれませんが、60秒間そのものにどういう根拠があるのかという思いもあつたりしますし、「は」というところに込められたニュアンスを、今のご説明によれば、単に「は」を入れたというのではなくて結構重たい「は」なので、そのあたりのことをどういうふうに読んで頂く方に伝えていくことになるのだろうか、改めてご説明を伺って思ったりもします。

○池ノ上委員長 これは僕だけがそう思っているのかもしれませんが、昔から分娩中の胎児心拍数を数えるときには、5秒間を数えまして、12とか11とか13とか言っていたんです。5秒間では、それは余りにも短過ぎますよ、心拍数というのは／分で数えないとちゃんとしたものは出ませんよというので、／分とすると60秒というところから、この60というのが来ているのではないかなというふうに私は理解しておりまして、やはりある一定期間ちゃんと聞いて下さい、その間に色々なことが起こるかもしれませんので、というような意味合いが含まれているんじゃないかと思います。藤森委員、いかがですか。

○藤森委員 私の記憶が正しいかどうか分かりませんが、CTGと間欠的胎児の心拍数聴取を比べた研究がダブリントライアルという、池ノ上委員長ももちろんご存じだと思わんですけれども、それが子宮収縮後に60秒間聞いて、かつここには書いていませんけれども100bpm未満にならないという、もう1つ入っていたと思います。それが、多分、この文章に出てきているんじゃないかというふうに。正しいかどうか分かりませんが、100bpm未満にならないというのも、そのスタディの中には入っていると記憶しています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。そこら辺はまた確認をして下さい。今の鮎澤委員のご質問にちゃんとお答えできるような、幾つかのそういったバックグラウンドがあるのだと思いますけれども。

○事務局（御子柴） エビデンスを確認するとともに、例えば「60秒間」という【助産所業務ガイドライン】のような記載に致しまして、例えば何か異常があるときとか、こんなようなときはさらにそれ以上聴取する、というような記載の仕方もあるかと思しますので、またご提示させて頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 そうですね。原点といいますか、そういう背景になったスタディのデザインがあると思しますので、そこから出てくるんじゃないかと思えます。ありがとうございました。

他にどなたかご質問をどうぞ。

○岩下委員 先ほど来、問題になっています心拍数図のパターンですが、波形のレベルとそれに対する対応は周産期委員会の中で再評価されつつあります。確か、三重大大学の池田先生だと思うんですが、その中に、今回ここにある事例というのは全てCPになった事例で、これはデータとしては非常に貴重です。こういったものをデータを提供して評価して頂くことは可能なんですか。

○池ノ上委員長 機構のほうからということですか。

○岩下委員 そうですね。データとしてはこういう波形が取れているものがあって、結果はCPになったということが分かっているわけですので、そういうものをこの【産婦人科診療ガイドライン】の波形レベルと対応にのっとったときにそれが正当なのかどうかということに提供すれば非常に有意義だと思います。ただ、色々な個人情報の問題その他があるので、それが可能かどうか。もし出せるのなら、非常に有用なデータであることは間違いないと思いますが。

○上田理事 先ほど、私、お話ししましたように、事務局でこれまでのそれぞれの事例の

モニターについて、分析をしつつあります。実は、事務局だけではスタッフは限られていますし、やはり専門家のアドバイスが必要ですので、今、岩下委員からお話がありましたように、実は学会の先生にもアドバイスなどを頂いているところであります。もう少し具体的なことを、いずれ公表しなければと思っておりますが、今のところはそのような検討に着手した段階ですので、すみません、今日はこの程度にさせていただきます。いずれどこかで今後の進め方などについてきちんとご説明したいと思います。

それで、岩下委員の言われる学会との関連は非常に大事ですが、この制度の情報の管理は非常に重要でありますから、そういった点も十分配慮しながら、産科医療関係者にとって非常に教育となるような、そのようなものをどういう形で進めるといいのか、今、事務局のほうで検討しておりますので、どこかで考え方などを先生方にご相談したいと思っております。

○岩下委員 別に学会のほうに依頼しなくても、こういう機構の中でもうこういう基準が出ているわけですから、それが妥当だったかどうかを評価するのは構わないとは思いますが。

○隈本委員 私の要望です。それはこの委員会発足当時からずっと申し上げているんですが、例えばメトロイリントルというテーマにして、ここの中にワーキンググループを作って、あるいは場合によっては外部のそういう若い研究者を入れてやる。このデータを使ってやるということをぜひ考えて頂きたいし、先ほどの話で言えば、心拍パターンのレベルの妥当性みたいなものを検証して、またこの委員会として提言をすると。

色々学会や医会にお願いするのも大事ですけども、お願いするだけではなく、我々があるデータをそのまま使って、このワーキンググループを作ってやるというのが、そういう面では専門家の皆さんが集まっていらっしゃるわけですから、ぜひそういうような機動的な動きができるようにして頂きたいと思っております。それは要望です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。幸いに、産科婦人科学会それから産婦人科医

会のこの産科医療補償制度の原因分析、それから再発防止の連携が年々非常によくなってきているように私は感じておまして、非常に風通しがいい状態になってきていると思います。

あと、今、上田理事がおっしゃったように、個人情報の問題とか約款の問題だとか色々業務上は整理しないといけないことがあるんだと思いますが、今、隈本委員がおっしゃったような方向に、プロダクティブな方向にこれから行ってくれることがぜひ必要だろうというふうに思っております。そういう作業がどんどん進んでいけばなというふうに思っております。

○隈本委員 補足すると、要するに、この原因分析報告書で文章になった時点で、かなり色々な付随的な情報が全部削ぎ落とされているんですね。だから、それで分かりやすいと言えば分かりやすいんですけども、波形みたいなものは全部削ぎ落とされている。しかし、機構にはしっかりしたデータがたくさん蓄積されていて、もう百何十例のデータがあるわけで、それを利用しない手はもったいないということです。この原因分析報告書にまとめたものからやらなきゃいけないという縛りをつける必要はないんじゃないかということをご提案したいと思っております、ぜひともそれは元資料に当たって再分析をするというようなことがこの再発防止委員会には求められているんじゃないかということをご申し上げたいと思っております。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にはよろしゅうございますでしょうか。

○村上委員 先ほど、鮎澤委員がおっしゃっていた「60秒間は」の「は」の件なんですけれども、私は研修会等でこのお話をさせて頂くときに、間欠的聴取をしている助産師は、やはり分娩第2期に60秒間をずうっと聞き続けるということは、すごく努力はしているんですけども、かなり労力が要すると。だけれども、きちんと60秒間を測定しているというふうな、そういうお話を聞いたりすることがあるんですね。

それで、もし60秒以上を間欠的聴取でずうっと聞き続けなければいけないような状況が

生じた場合には、私自身は、間欠的が適切なのかどうなのかということをお考えしますので、一応、60秒間というところで、その後は何らかの必要な手段、例えば連続モニタリングを
するとか、あるいはそれなりに連携の体制を整えるとか、何かもう少しこの「間欠的」か
らは外れた内容での対応策というのを考えて頂くのも現実的なのかなと思ってお聞きして
おりました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。それは原典を調べて頂くのと同時に、実際の分
娩の現場での混乱といえますか、聞いていることに余りにも終始し過ぎて他の大事なこと
を忘れちゃうということになっても本末転倒ですから、そういったことも併せて検討して
頂ければというふうに思います。ありがとうございました。

それでは、時間が押してまいりましたので、次へ進みたいと思います。

それでは、集計結果について事務局のほう、お願いします。

2) 「数量的・疫学的分析」について

○事務局（加藤） それでは、「数量的・疫学的分析」の集計表の部分についてご説明さ
せて頂きます。

まず、資料2ですが、クリップどめで2種類ございまして、右肩に資料2と書いてある
ほうが[]分の集計表でございます。もう1つ、右肩に資料2 補足資料と書いてあるほ
うが第2回報告書からの主な変更点になりますので、こちらの補足資料に従ってご説明さ
せて頂きたいと思えます。集計表につきましては、基本的に第2回報告書と同様の表を掲
載して件数を更新した形としております。

それでは、補足資料のほうをご覧下さい。

①妊産婦のBMIについてでございます。こちらが集計表の4ページになります。網か
けしているところでございます。8月に開催しました第16回再発防止委員会の際に「常位
胎盤早期剥離について」のテーマの中で、胎児や胎児付属物も含めた妊産婦の体重から分

娩時のBMIを計算することについて違和感があるとのこと指摘を頂きましたので、妊娠時、分娩時と2つあったBMIの表のうち、分娩時のほうを削除した形としております。

続きまして、補足資料1ページ下のほう②でございます。不妊治療の有無についてでございます。こちらが集計表の6ページになります。今まで「あり」「なし」の2つだけでしたが、新しく「不明」が足されましたので、項目を追加致しました。

続きまして補足資料2ページ目③でございます。子宮破裂について。こちらは資料2の7ページ、それから10ページにも同様の表がございます。「子宮破裂」という中に「不全子宮破裂」の事例を含んでおりますので、注釈のほうにそれを明記致しました。

続きまして④経膈分娩事例における分娩所要時間について。こちらが集計表のほうの9ページでございます。こちらも注釈の記載でございますが、もともと「陣痛が10分間隔になってから」としていたところを「陣痛開始から」と定義をし直してございます。

続きまして⑤分娩誘発・促進の処置について。こちらが集計表の11ページのところでございます。第2回の報告書の時点では、子宮頸管拡張器という名称で「メトロイリーゼ法」と「ラミナリア」などを定義して、その中で「メトロイリーゼ法を除く」というような注釈にしておりましたので、少し記載が分かりにくいということで、ガイドラインの記載に従いまして「吸湿性子宮頸管拡張材」という、ラミナリアだけを指すような書き方に修正してございます。

続きまして補足資料のほうは4ページでございます。⑥人工破膜実施時の先進部の高さについて。こちらが集計表の13ページになります。補足資料のほうにお示ししておりますように、第2回の報告書の時点では、数字が連続値になっていなかったこと、それから件数も増えましたことから、資料の中ほど、【修正案】というところにありますように項目を増やして、それから固定値に修正致しました。それに伴い、例えばSpの位置が「-3~-2」などの記載になっている場合は、先進部の高いほう、つまり数字で言うと小さいほうの「-3」と取るような整理としております。こちらも注釈として追加致しました。

続いて⑦出生体重についてでございます。こちらが集計表の16ページになります。出生時の体重を表にしているところですが、「不明」というのが追加になっております。こちらは出生時に体重の計測が行われておらず、出生8日目に体重の計測が行われた事例でしたので「不明」というところに分類致しました。同じページ、すぐ下の表1-5-2出生時の発育状態というところでLFDですとかAFDですとか示している表ですが、こちらも「不明」というものを追加致しました。は先ほどの体重が不明なで、は「在胎週数別出生体重基準値」の表が41週まで評価するような形になっておりまして、42週で出生した事例があったため「不明」というところに割り振っております。

続きまして補足資料5ページ、⑨のところでございます。臍帯動脈血のpHについて。こちらが集計表の18ページになります。第2回の報告書の時点では、「実施あり」「実施なし」といった項目としていたんですが、この表自体は臍帯動脈血のpHの有無を示しておりまして、単に「実施あり」「実施なし」と書きますと、臍帯血の分析自体をやったかやっていないかという誤解を与える可能性があるということで、単に「あり」「なし」と修正致しました。

また、件数の増加に伴いまして、一番低い値が6.6未満となっていたところを6.5以上～6.6未満、それから6.5未満というふうに項目を細分化致しました。

また、先ほどの「なし」のところですけども、「なし」の内訳について注釈のほうに記載致しました。採取時期や臍帯血か否かが不明なもの、動脈か静脈か不明なもの、こういったものを「なし」に含めていますという注釈でございます。

その他については、第2回の報告書と同じ表になっております。集計表についての説明は以上でございます。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。ただいまの集計表につきましてもの説明、いかがでしょうか。

○板橋委員 事例が重なってきて、集計の精度も上がってきていると思うのですが、集計

表は脳性麻痺があったケースの分布を示しているだけです。ここから何を読み取るかというのを今後検討していく必要があります。数字を発信してあとはその読み手にどう解釈させるかというような感じにだんだんなりつつあるようにもみえるので、このあたりを今後どうするのかと思います。これは、むしろ小林委員のご専門なのかもしれませんが、そろそろ考えておく必要があるのではないかと。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今、板橋委員からご指摘のありましたことは、最初からずうっとこの委員会でも気になっているところですけども、今の件に関して、今後の方向性といいますか、どういったことを気をつけろとか、何かご発言はございますか。小林委員、いかがでしょうか。

○小林委員 確かに、この集計表についても委員会として何らかのコメントを今後つけていく必要はあると思うんですが、やはり比較の対象がないと、これについて中々適確なコメントができないので、現在、事務局のほうで対照群の検討もしているので、もう少し待って頂ければというふうに思いますが。

○田村委員 僕はちょっと板橋委員とは逆で、この数字を集めていくことによって今まで見えなかったものが見える可能性がある。後でちょっと議論があったら出そうと思ったんですけども、臍帯動脈血のpHの分布と1分後のアップガースコアの間はかなりギャップが数字だけでもあるので、恐らく、個々の事例で見ればさらにそのギャップが出てくると思うんですけども、こういったことが逆にこういうところから出てくるのであれば、個々の事例もきちんと比較してみても、最終的な原因分析のところでは原因が明らかでないものが相当数入っていますね。そういったことを分析するときには、そういったようなギャップから何かを読み取れるようになるかもしれないと思いますので、やっぱりこういうむだかもしれない数字もどんどん蓄積していくことが大事じゃないかなと思います。

ちょっと細くなるんですけども、8日目に体重を測ったのでなしに「不明」としたというあれも、やっぱり8日目の体重を書いて頂ければ、8日間ですからもちろん体重は

違っているでしょうけれども、極端に1キロも増えているとか減っているということはあり得ないので、その体重が2,800であれば、恐らくその前後ぐらいの出生体重だったんだろうということが分かりますから、「不明」とするのではなくて、8日目の体重はこれこれしか分からないということは明記しておいたほうが、そういう意味ではいいんじゃないかと思います。

○池ノ上委員長 欄外に書くということですね。

○田村委員 はい。

○池ノ上委員長 先生、42週はいかがですか。41週までしか発育曲線がないからどうしたらいいんだろうかと、その扱いにちょっと困っておられるようなんですが。

○田村委員 その辺は、やっぱり板橋委員に。

○板橋委員 作った本人です。実は、在胎42週はほとんどケースが少なく、統計的にもちょっと変なぶれが起きたものですから、41週までしか作っておりません。とりあえず在胎41週6日のデータを指標に計算して頂くぐらいしかないかなと思います。多分、体重がちょっと下がるんじゃないかと思うんですけども、とりあえず簡易的に計算し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。他にいかがでしょうか。

岩下委員、一番最初のBMIは、確か先生からご指摘があったんじゃないかと記憶しているんですが、こういうことでよろしいですか。

○岩下委員 そうですね。これに関しては、だから、誰か言いましたように、データを蓄積していけば何か見えるものが出るかもしれないということにおいてはいいんじゃないかと思います。これは各事例について必ず出るわけですね。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。恐らく、コントロールの比較を取らないと、何を読み取るかということの分からない部分と、必ずしもコントロールがなくても読み取れる内容とか、そういうのがこれから色々な形で出てくるのではないかと思います。

ですから、この委員会としては、やはりきちっと今得られる数値を積み重ねていくということも意義があるだろうと思います。

勝村委員、お待たせしました。

○勝村委員 以前にお願いしたと思っているんですけども、お願いしようと思っただけでお願いしていなかったかもしれませんけれども、「重複あり」というのがどうして各データにあるのか、僕は余り意味がないというか、分からないので、「重複あり」という書き方をやめてもらう工夫をちょっとご努力頂きたいとお願いしたと思うんですけども、やっぱり改めてお願いしたいなと思うんです。

例えば、11ページの【重複あり】とか書いている2つに関しては、全て網羅というか、ちょっと工夫した表に変えれば、重複ありということは外せると思うので、ぜひそうして頂きたい。本当に、今回の事例ごとに再発防止していこうということで、数字というものをきちんと作っていくことが色々つながる可能性があると思いますので、ぜひそうして頂きたいということと、その他の【重複あり】で一般にそれを取り除こうとすると、非常に大きな表に確かになってしまうかなということに関しては、どういう重複が多かったのかということのアブストラクトで付記すべきだと思うんですよね。最高これだけの重複があったとか、またこういう重複がこの中で何件あったとか、そうやって重複のイメージが全くつかめないということでは、データをうまく生かしているような気がしないので、【重複あり】と簡単に書いてしまっているところを、できるだけその重複の中身が分かるような表現に努力して頂ければありがたいなと思うんですけども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがでしょう。重複という、中々重複をシャープにしていくというのは難しい場合もあるかと思いますが、何か事務局、ありますか。

○事務局（御子柴） 事務局です。例えば、7ページの表1-3-6産科合併症などについても【重複あり】と付記しております。こちらは重複の件数がかなりの数になりますの

で、先ほど勝村委員がおっしゃったように、横に全部合併しているものを重複の形で表にすると、1ページでは納まらないような表になりますので、こういったものについても必要性という意味で検討すべきかと思います。

先ほどご指摘がありました11ページに関しましては、表1-4-8臍帯脱出事例に関して、これは今回、テーマ分析で取り上げており、まだ件数がかなり少ないですので、その中の表などでうまく重複が分かるような形に記載できればと思っております。

表1-4-9に関しましては、促進と誘発ということで分けておりまして、誘発して始めたところ、その後例えば分娩が遷延してさらに促進をしている、あるいは誘発や促進の手技を追加している事例に関しては重複があるかと思います。その内訳に関しては確認致しまして、掲載するかどうかなど検討させて頂きたいと思います。

その他に関しましては、表ごとに、可能かどうかですとか、必要性もあるかと思っておりますので、それぞれの中身を確認し検討して、また次回お示ししたいと思います。

○勝村委員 ぜひその形でお願いしたいと思いますけれども、最初に報告書に載せる、載せないということとは別に、この議論の資料としては、やっぱり表が大きくなっても、わざわざ作ってから重複にしているんだと思うので、もともとは生のそういうデータがあると思うので、本来、それを基に議論するという形でなければいけないと思う。

中医協なんかの経験では、このようなデータでは議論しないですよ。必ず基の本当の一覧でやる。そうじゃないと、本気でこのことを真剣に議論したいと思うときに分からないので、事務局の人は分かっているけれども、僕たちはそれをこういう表にコンパクトにしてしまうということがいいのかどうかというのは分からないので、やっぱり基のデータにできるだけ触れさせてほしい、一覧表に。それで今の蓄積しているデータということだと思うので、確認させて頂きたいということと、それは僕らたちだけが委員になっているんじゃなくて、やっぱり全国の国民が委員になる権利があるわけなので、代表として来ているわけですから、できるだけ報告書にもそういう形は示していける範囲でいくべきだと

いう思いもあるということで、お願いしたいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。やはり、こういう場で、今、勝村委員がおっしゃったように、委員の皆さんに議論をして頂くという意味で、なるべくローデータに近いものを根拠に議論して頂いて、そしてまとめられるところはまとめると。そして、より正しい情報を発信するという、そういう作業が基本的にはあるべき姿だろうと思います。

ただ、作業上、どうしてもまとめられないということに関しても、またそれなりの理由をちゃんと示してもらえれば、委員の皆さん方も、じゃあここはどうなんだろうかという質問を事務局にして頂きながら、なるべくローデータに近い形で議論を進めるということになろうかと思います。ちょっと事務局は大変かもしれませんが、よろしいですか。

○事務局（御子柴） 可能な限りで確認致しまして表を作成するか、アブストラクトを注釈として載せるかどうかも検討して頂くような資料をご用意できるよう検討致します。

○池ノ上委員長 前の2回目の報告書のときに、分娩経過で吸引をやって鉗子をやって帝王切開とか、時系列的に並べて表を作って頂きましたね。ああいう感じが1つ出てくれば、今の勝村委員のリクエストされたことも分かるんじゃないでしょうか。そういった工夫をして頂ければいいんじゃないかと思いますけれども。

他にどうぞ。

○隈本委員 その点で言えば、実は、数量的なやつの中の19ページになるんですけども、蘇生処置ですね。これが30分以内の蘇生処置というふうになっていて、意外に人工呼吸や気管挿管の数が多いんですけども、実際には、一番大事なのは恐らく出生後間もなくの数分間というところで、そこで挿管に自信がない方はバッグ&マスクということが推奨されていると思うんですね。そのことをもっと広げる意味でも、本当は5分以内の、一番最初にやった蘇生処置が何で、それから小児科医が到着してから何が行われたかというのを数量的にも知りたいなというふうな感じがしています。

原因分析を色々やっているのと、最初挿管したんだけど全然酸素が上がってこなくて、小

児科医の人が来たらすっと上がったとか、そういう話は結構あって、そういうことを考えると、余りむちゃなことをしないでバッグ&マスクをひたすらやり続けるということ、そしてそれを先生はお忙しいでしょうから、看護スタッフがちゃんとできるようになるというのがきっと再発防止には役立つんじゃないかというのを原因分析をたくさんやっていると感じるので、ぜひともそういうメッセージを発するためにも、ここの重複を5分以内とかそういう時系列で少し整理してくれると、ありがたいなと思います。仕事を増やしてすみません。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今も隈本委員がおっしゃったと思うんですが、やっぱりこういう事例が増えてくると、より細かいことがフェアに見えてくるというところが非常にいいことだろうと思います。

それから、特に新生児蘇生に関しては、第1回目の報告の段階で極めて重要なことであるということを取り上げましたが、第1回目はそんなに具体的には提言はできませんでしたが、やはりこれからもずっとやり続けていかなければならない大変大きなテーマだと思います。そういう意味では、今のようなことも必要だと思います。

田村委員、何かこれについていかがですか。

○田村委員 私も隈本委員の発言に全く同意します。あとで事例のところを見てみますと、いわゆるカンガルーケア、スキン・ツー・スキンをやっている最中におかしくなった事例なんかも入っていますので、そういった事例と生まれたときのいわゆる新生児仮死の蘇生とは分けて分析したほうがいいと思うので、そういう意味では、やっぱり30以内というよりも、もう少し細かく分けて頂いたほうが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。

また、逆に、再発防止という視点からはそれほどコントリビューションしないような項目というのもだんだん見えてくるのではないかと思いますので、エネルギー配分を変えながら、より再発防止に向けたテーマの集積も併せてやっていく必要があるんじゃないかと

思います。今のままでは事務局の仕事がどんどん増えていって、エンドレスですので。

○上田理事 時間が各事例ごとに確実に記載されているかどうかということと、もともと数量的・疫学的というのは、全体的な概観をして、今、先生がおっしゃった蘇生に関しても、時間だとか小児科医の関与ですとか、記載があるもの、ないものがありますけれども、テーマに沿った分析については、できるだけそういったものを細かく分析することは当然しなければならないと思っています。それからもう1つは、そのような数値が確実に取れるかどうか、それも含めてもう1度見てみます。

○隈本委員 そうですね。何分で切ろうとするとあれですから、それはもしかしたら文章による、ドラフトによる解説でもいいとは思いますが、30分という、やっぱり最初に中々SpO₂が上がってこないというような事例がうまく見えてこないかなと思っています、最初の数分間がやっぱり勝負だと思うので。

○池ノ上委員長 第2回の報告書でも、カルテの記載をしっかりとって下さい。特に何かイベントが起きたときの記載は特にしっかりと書いておいて頂かないと困りますということも提言に入れておりますので、そういう意味からも、特にこういう蘇生を必要としたときの蘇生の状況というのは非常に重要ですということを、繰り返しこれからも提言していかないといけないだろうと思います。いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

○勝村委員 ちょっとご無理をお願いする形で申し訳ないんですけども、1回目がかうだったからとか、2回目がかうだったからとか、今回かうだからということを超えて、このデータを集積していくということはもしかしたらすごく価値のある、意味のある、ある種、僕は一番やりがいのある仕事ではないかと思うので、今、隈本委員がおっしゃったように、今後積み重なってきたらこういう観点でやったらどうなんだろうということで、とりあえずうっと通して見ていくという基本があればと思うんですけども、どんどん気づかれたところとか、この辺が一番再発防止にいいんじゃないかというところとか、毎回毎回どんどん工夫して色々なデータが出てきていいぐらい、色々皆さんにもオリジナリテ

イを發揮して頂いてどんどん工夫して頂けたらいいと思うという趣旨です。

それからちょっと1点質問なんですけれども、先ほど出ていた、混合病棟かどうかなんていうのは、やっぱりたまたま分かっている事例とか、実は全部分かるんだとか、そんなことはないんですか、今、現状では。オープンシステムとかそういうのが出てきていますけれども。

○池ノ上委員長 確か、私の記憶では、余り混合病棟のことをイメージしていなかったと思うんですね。

○勝村委員 たまたま分かっている事例も、そういうのはないですか。

○池ノ上委員長 そういうものは来ますかね。

○事務局（御子柴） 蓄積している既存のデータと致しましては、産科占有か、産科占有の病院でないかに関しては、ある程度確認することができるかと思います。

○池ノ上委員長 病棟ですか。それは病院ですか。病棟ですか。

○事務局（御子柴） 原因分析報告書を作成する際に、施設の情報なども報告書の中に掲載しておりますが、その中で病棟について、産科単科病棟、産婦人科病棟、他診療科との混合病棟ということで確認を取っております。既存のデータに関しては整理して確認することは可能だと思います。

○池ノ上委員長 福井委員のリクエストには、ある程度お答えできる……またそれをご覧頂いて、どういう観点でそれを読み取っていくかということをもたご意見を頂ければと思います。ありがとうございました。

○鮎澤委員 補足資料の4ページの⑦出生体重について、先ほど少しお話も出ていたのですが、「不明」というところが出てきたというお話ですが、この案件をちゃんと読み込んできていないので申し訳ないのですけれども、この■は測定がなく生後8日で測定されたという記載をみて、こういうことがあるのかと改めて思ったのですけれども。

○田村委員 僕らの立場からいくと、生まれたときの状態が余りにも悪いと、体重はむし

る測らずに、ある程度安定してから測りましょうということはあるので、恐らく、むしろ逆に非常に状態が悪い赤ちゃんを扱って、しかもそういう周産期センターみたいなところだから、そうだったんじゃないかなと思います。

○鮎澤委員　そういうことをお分かりになっている皆さんがお読みになられるということとお分かりにならない方もお読みになられるということ、どこまでを視野に入れて書いていくのかということになるのですが、そのあたりも考慮して頂きたいということがひとつ。そして、この件に限らず、実施の有無と実施の記載の有無は異なることがありますよね。実施していたかどうかという話と、実施したことを書いていたかどうかという話と。私たちは書いていないと、データとして使うことができないわけですが、文章を作って頂くときに、実施していたのかしていなかったのかの話と、実施の記録があったのかなかったのかの話は、結構大きな問題になることが時々あるので、そのあたりを心にとめておい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。やっぱりカルテの記載とか記録簿の記載というのを、よりきちっとやりましょうということは、今までもずうっと言われ続けている診療の現場での事柄ではあるんですけども、こういった原因分析とか再発防止という作業を進めて頂いていますと、よりそれが必要性が高いというふうに感じております。またそのことも併せて今後提言を続けていかないといけないと思います。

それでは、よろしいでしょうか。次に移りたいと思います。

次は、脳性麻痺の主たる原因についてであります。説明、よろしくお願い致します。

(2) 脳性麻痺の主たる原因について

○事務局（御子柴）　事務局でございます。資料3をご覧ください。参考資料としてご用意しました「第2回再発防止に関する報告書」に、初回となりました分析結果を掲載しておりますので、そちらも併せてご覧頂きながらと思います。第2回の報告書ですと、36ペー

じから主たる原因について記載しておりますのでご覧下さい。

今回ご用意しました資料3についてご説明致します。今回は、現時点で分析対象となる[]について、脳性麻痺発症の原因を概観致しました。[]の出生年ごとの内訳は記載の通りとなっております。

2段落目は、一般的な脳性麻痺発症の原因ということで参考文献から記載しております。

第3段落目におきまして、分析対象事例、本制度の補償対象についてのご説明をしております。第2回の報告書と異なる点と致しましては、現時点の分析対象[]の内訳と致しまして、下から4行目、「今回の分析対象は全ての事例が[]までに診断されており」というところが、前回と今回で分析対象の状況が変わっております。また、その中でも今回は[]までに診断された児の事例が[]ということでお示し致しました。これに関しまして、重症度の偏り、分析対象の偏りということをお示しするのには、今回新たに加えて身体障害者程度等級の内訳、1級相当が[]、2級相当が[]ということでお示ししております。

次に、2. 主たる原因の分類の考え方ということで記載しておりますが、こちらは第2回の報告書と同様の内容となっております。

次、資料2ページに移りまして、今回の分析対象における脳性麻痺発症の主たる原因の分析結果となっております。今回、原因が明らかであった事例が合計[]ありまして、そのうち、主に多いものが早剥、臍帯因子、なかでもテーマ分析でも取り上げております臍脱が、[]となっております。その他子宮破裂、感染、胎児母体間輸血症候群などを主なものとして、文章で記載しております。

その次の段落、主たる原因が1つではなく複数あった事例が[]ございまして、その重複の内訳がこちらとなっております。

3段落目、「一方」のところからは、原因が明らかではない、または特定困難とされた事例が39件ということで、こちらに関しては、現在の医学においても、脳性麻痺発症の原

因をまだ明らかにすることができない事例であったということを付記しております。

4段落目、「また」以降に関しまして、原因不明の事例もありますが、早剥ですとか臍脱などが診断されて、直ちに児の娩出を試みても状態が改善できないほどの重症の事例もあったということで、こういった病態に関して各テーマごとに考察していくことで再発防止を図るということで記載しております。

最後に関しましては、1ページ目の1の最後に分析対象事例の偏りということで申しましたところと重複しておりますが、付け加えております。こういった分析対象の偏りが、今回の分析結果にまた今後もある程度は影響すると考えられるということで記載しておりますが、こちらに関してもまたご意見等を頂戴できればと思います。

次、3ページに移りまして、表1として今回の[]の分析結果の内訳をお示ししております。

新たに追加されましたものとして、主たる原因の中で、早剥の下に低置胎盤の剥離[]があります。

また、子宮破裂の下、胎児胎盤循環不全が新たに追加され、その下、子宮収縮投与による過強陣痛ということで[]追加されております。

その下の主たる原因の一番最後の段の母体の心不全が新たに[]追加しております。

複数の原因につきましては、かなりの内訳がございますので、主なものを「重複あり」ということでお示ししております。今回新たに追加しましたものとしては、臍帯脱出、胎盤機能不全、胎児発育不全といったものを追加しております。

注釈につきましては、前回と同様となっております。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。ただいま、説明して頂きましたこの主たる原因についての案ではありますが、いかがでしょうか。ご質問等ございませんか。

○勝村委員 例えば、子宮収縮薬投与で過強陣痛になって、その後子宮破裂になったり、その後胎盤早期剥離になったりしてという事例をたくさん知っているわけですが、

それはどれになるんですか。

○事務局（御子柴） 説明が不足致しましたが、資料4と致しましてこの[]の記載一覧という、原因分析報告書の「脳性麻痺発症の原因」欄の記載を資料に致しましたものがございます。表1で示しておりますものが、この中の通し番号ですと130番が過強陣痛となった事例となっております。先ほどおっしゃられました早剥、子宮破裂があった事例というのは、現在お示ししている表1の過強陣痛の1例とは異なるかと思えます。

○上田理事 前回も、まず、その発症の原因について全体的にどういう概観と申しますか、どういう状況だということを、まず1つここでまとめてみましょうと。そして、それぞれのテーマについて、例えば子宮収縮薬が発症の原因と関連したところについて、またそれぞれのテーマのところでもそういった事例をもう少し整理して、そこでどういうことが発症の原因として、要因として考えられるかというのは、そのテーマごとにやってみよう。ここはとりあえず全体のまず概観ということで整理をして、この中から、今、ご指摘のように、じゃあこの収縮薬というのはどういうことかなというのは、また次のテーマでそういった要因を。

もちろん、ですから、先ほどの勝村委員のように、この事例をまず報告書の前にこの委員会で出せということは、そこは致します。報告書のまとめ方としては、そういう整理をしております。

○勝村委員 一般にこういう、鮎澤委員とかにもお聞きしたいんですけども、例えば交通事故なんかの話を僕らが学校でするときなんかでも、やっぱりスピードの出し過ぎが原因なのか、急に飛び出してきたから事故になったのか、実は急に飛び出してきたけれどもスピードは出していなかったらどうだったろうとか、色々あるわけです。どっちが原因だとも言えてしまいますよね。それによっては、原因というのはその結果に至るまでに幾つもあるから、みんなあのときにこうしておけばよかったとか、多くの人があのときこうしておけば事故は防げたのではと思うものを別の箇所で持っていることが多いわけですよ

ね。

そうすると、結果として脳性麻痺になってしまって、最終的に低酸素脳症になっているとかいうところに至るところの「原因」という言葉が、例えば直近の原因だとか、直近の過失だとか、色々最初はあったけれども、最終的に最後に鉗子をきちんとしておけば、緊急帝王切開を適切にやっておけばこうはならなかったとか。だけど、最終的に全部鉗子の問題とか緊急帝王切開の判断の遅れが一番直近の一番最後の原因だというふうに指摘されることも多いけれども、あくまでも直近であって、その前段階ではこういうふうになった原因というのがまた別途あって、そこに関してはどうだこうだとかいう議論をしているのが、僕は本当の事故の防止の考え方だと思っているんですけども、そういうことを色々考えてきている感じからすると、「原因」と一言で網羅されているこの分類のカテゴリーのあり方というのが、これは専門的に十分なのかなと、こういうものなんですか。

日本医療機能評価機構は色々事故の、後理事も色々原因って、こうやっているんだけど、これを全部原因という1つで、横並びなんですか。ちょっと僕はよく分からないんですが、どうなんでしょうか。

○上田理事 これまでもお話ししていますように、この再発防止委員会は原因分析委員会でまとめられました原因分析報告書に基づいてマス分析しております。

ですから、資料4の脳性麻痺発症の原因には原因分析報告書に記載された全ては書かれていませんけれども、それぞれの発症の原因のまとめの項目をこのように書いています。例えば資料4の19ページの130番にありますように、その要因として、オキシトシンによる過強陣痛の可能性が考えられると、書かれていましたので、原因として考えられるということですから、これが原因というように整理をしています。

もちろん、報告書の中には、複数の原因であると書かれていれば、複数の原因として整理しています。

その後に増悪に関与したとか、このような要因などもきちんとデータとして整理して

おります。

まずは、主な原因については、それぞれの原因分析報告書に記載されておりますから、それは全体として概観していくということで、前回から取り上げています。

ただし、勝村委員がおっしゃいましたように、ただ、原因についてはそれだけではなくて、色々な要因があるでしょうから、それはさらに要因についての分析は当然行わなくてはいけませんので、それは例えば子宮収縮薬の場合は子宮収縮薬のテーマに沿った分析のときに要因分析をするとか、あるいは臍帯脱出なら臍帯脱出のテーマのときとか、それぞれのテーマについては単なるこの主な原因だけではなくて、もう少し各論に書かれている要因なども含めて、発症の原因さらにはその要因は何かという分析は当然しなければと思っております。

ここは、まずは概観を取りまとめることで整理しているところであります。

○勝村委員 じゃあ、原因分析報告書、それはそれぞれは正しいことだと思うんですけども、原因分析報告書の記載をそのまま一覧にしているんだと。

その「主たる原因」という言い方を原因分析報告書では全部しているわけですか。「主たる原因は」という表現を。

○上田理事 資料4の通りに書かれています。原因についてはそれぞれ。

○勝村委員 上の■の事例に関しては、報告書に主たる原因はこれだという。

○上田理事 「主たる」とは書かれていませんけれども。原因はこれこれと書かれています。

例えば資料4の1番ですと、本事例における脳性麻痺発症の原因は、臍帯脱出、それによる臍帯血流の障害、そのために生じた胎児低酸素性虚血性脳症である可能性が高いと、したがって、これは臍帯脱出ということで整理しております。

資料3にどのような考え方でまとめたかというプロセスについて書いております。

○勝村委員 そうしたら、ちょっと僕の違和感にこだわって申し訳ないんですけども、

ここの3ページの表の主たる原因■というところに、やっぱりもうちょっとニュアンスが違って、主たる原因じゃなくて、原因分析報告書で原因と記された病態ということですね。

○池ノ上委員長 それは、資料3の1ページの脳性麻痺の主たる原因の分類の考え方というところが記載されていまして、例えば一番下から2段落目、「原因の関与の度合いが様々なレベルで記載されている」と、原因分析報告書には。「脳性麻痺の原因は・・・である」、「・・・と判断される」、「・・・が（最も）考えられる」、「・・・が原因となったものと考えられる」などと記載されているものを主たる原因として整理したと。

○勝村委員 そこをそう整理せずに、というものに関して表にまとめたというのでいいんじゃないですか。それを主だと。

○池ノ上委員長 しないでですね。

○勝村委員 まあ、原因なんでしょうけれども、主たる原因に等しいんでしょうけれども、何かこうさっきから気になるんですけれども、例えば過強陣痛が起こらないと子宮破裂はしないと僕は思っているんで、そういうことなんかも含めて、子宮破裂の既往がない人に対してはね。だから、何かちょっと。別にそれは大きな変更をお願いするわけじゃないんですけれども、主と決めてしまうということが、主の意味が、主というものの意味がちょっと僕は気になるので、原因分析報告書で原因として指摘した。原因分析報告書に主と書いてあれば、主でいいんですけれども。

○池ノ上委員長 これは、前回、前々回に報告書を出す段階で、まだ数が少なかったときに幾つかをまとめないといけないという事情もあって、大体似たものを大きな枠でくっただと思います。どんどん増えていって、各項目ごとにそれなりの数が出てくれば、今、勝村委員がおっしゃったような方向での原因分析委員会の表現になるべく近い形でこれをまとめていく、ということも可能になるかと思っています。

今まで最初の15例だとか2回目の79例とかという段階では中々そこまで行かなかったと

いう、これまでの経緯もありますので、今後、検討しながら、なるべく原点に近い表現でここで議論して頂くという方向も当然考えられると思います。

○箕浦委員 私もその「主たる原因」という、今さらながらこの言葉にちょっとひっかかりがあって、これはどっちかと言えば、直接的な原因とかそういったような、例えば勝村委員が言われたように、陣痛促進剤を使って云々かんぬんで子宮破裂が起こってということになると、子宮破裂が原因ということになるものですから、いわゆる直接的な原因がこうであったということで、「主たる原因」というよりは、むしろこの中身は、直接的な原因と言えるかなというふうな感じがしていて、この言葉の問題で今さらと言われれば今さらなんです。

○池ノ上委員長 再発防止委員会でこの主たる原因と、あるいはその他の言葉というのは、この報告書を作るためにこういった形をしたわけですね。

ただ、その基になったのは、先ほど上田理事が言われたように、原因分析委員会からの報告書に記載されている内容を分類している。ですから、原因分析委員会の作業量以上を我々はちょっとやれませんが、その報告があった、こういうことをここに出して、皆さん方で議論して頂くということになるかと思いますが。

○勝村委員 原因分析報告書では、直接的な原因だけを原因と言おうとか、そんなことまで哲学というかコンセプトを作って議論していないと思うので、だから、やっぱり原因というのは、時系列で時間で切ると、この段階ではこういう原因があったから次の原因につながり、それが次の原因につながりということはやっぱりどこかで、どこでもひょっとしたら結果を変えられる、止められる場面はあったかなということが幾つもあるわけで、それが過失だ、過失じゃないとか、そういうことは抜きにして色々な場面であると思うんです。妊娠中毒症になっていなかったらどうだったとか、色々あると思うんですね。で、一番手前の原因から、最初のほうの原因から、色々な段階があるわけで、そのうちのたまたま原因分析報告書がそのうちのどこかの時間、直近だったり少し前だったりというのがや

っぱり原因だったということに関して、きっと正しいと思うんですけども、その瞬間だけをとらえたら。

この再発防止委員会が、それが「主たる原因」だということにするんだったら、その原因の中で一番主とすべき再発防止に生かすべき原因というのはどこなのかということは、やっぱりしっかり議論をもんだほうがいいと思うので、確かに原因というのは色々あるけれども、それは最後はそうなっちゃうから脳性麻痺になったんだよなという原因もあれば、やっぱりこの原因が一番再発防止の観点から大事な原因だというような原因もあるかもしれないわけで、「主」という言葉を安易に使うよりは、原因分析報告書に書かれている表現の中に原因と指摘されたものがあつたという形で「主」という言葉を使う、という説明があれば、僕はいいと思う。そういう趣旨なんです。

○事務局（御子柴） すみません。事務局です。第2回の報告書に主たる原因について掲載致します議論の際に、先生方に「脳性麻痺発症の主たる原因の考え方について」という資料をご用意してご提示致しました。

その前後の議論の中で、委員の先生方から、死亡診断書記入マニュアルを参照するとよいのご助言がございましたので、当委員会としましてはその死亡診断書記入マニュアルを参考にこの考え方を整理しております。ここにお示しします「主たる原因」といいますのは、「脳性麻痺を発症した胎児あるいは新生児の低酸素・酸血症等」の原因となったものを「主たる原因」という言葉でお示ししております。

ちなみに、死亡診断書記入マニュアルに関しましては、「原死因」という言葉が使われておりまして、原死因の考え方ということで、原死因のさらに原因、そのまた原因、そのまた原因ということで、ア・イ・ウなどのそういった指示語を使って記載されております。こちらに定義します「原死因」というのはWHOの定義を引用しておりまして、「直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷または致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況」と定義されております。

この直接的な原因ということで、この原死因の考えをこちらの中に引用しますと、脳性麻痺を発症した低酸素・酸血症の数を集計するような形となってしまい、この表にお示しするものがそういった酸血症とか虚血といったことになってしまうので、その原因となったものを「主たる原因」ということで整理しまして、こちらの表にお示ししております。

○勝村委員 僕が今お願いしていることはそんなことを言っていないで、「主たる」という言葉をもうちょっと原因分析報告書にこれが原因だと書かれていたという趣旨のニュアンスの表現に変えてもらえないかということです。

今、お聞きして非常に申し訳ないと思ったのは、僕、その前回のときの議論は、僕は急に欠席させてもらった日であるということです。僕はその日いなかったの、それは申し訳なかったんですけども、例えば脳性麻痺の子どもが死ぬときの死因は、多くは肺炎・腎不全ですが、それが脳性麻痺の原因ではないので、その際、原因分析するうえであれなんですけれども、再発防止の委員会として原因分析を基にして再発防止を考えていこうという報告書なんですから、そのマニュアルに沿っています、何とかに沿っていますという、何か思いもない表現ではなしに、やっぱり再発防止に生かしていくぞという観点でやってほしいわけですから。

だけど、元データに関しては元データで上田理事がおっしゃるように使わなきゃいけないわけですから、原因分析報告書ではこういう表現だったということで、僕はそれに

「主」とつけてしまうことに関してちょっと、再発防止委員会として「主」と簡単につけてしまうことが、最終的につけてもよかったということになるかもしれませんが、

「主」という言葉がどうかなと思ったので、「主」という言葉を文章の中での表の中でも、こういうものを「主な」にしたいと書かれていますけれども、こういうふうなものをそのまま表にまとめたということでいいんじゃないかと思うんですけども。「主」と書かなくとも。

○事務局（御子柴） 申し訳ございませんが、例えばこういった具体的記載としたらよろ

しいでしょうか。

○勝村委員 具体的には1ページの下から5行目のところを「記載しているものを原因として整理した」でいいじゃないですか。記載されているものを表に整理した。つまり、記載されているものを整理。その「主たる」という3文字を取って、最後の3ページのところにも、原因分析報告書で原因と指摘されたものとか書いておいて。それが主だということをあえて何か言う、主の意味はこうしましたと定義しているにしても、書いてあるものが主だという。ここは、すごく僕は大事なことだと思うので、一覧にしている主とは何か。

○上田理事 ですから、これこれの原因、そしてこういうことが加わったとなりますと、これが主な原因、それにこれが増悪した原因となります。次回説明しますけれども。

○勝村委員 「原因」という言葉は、再発防止ともすぐ直結する言葉だと僕は思うので、それに「主」とつけてしまうと、もう本当にやっぱり安易につけられる言葉じゃないと思う。やっぱりスピードの出し過ぎが一番交通事故を起こしているのか、もっと直近で言っていけば、色々な交通事故の現場検証を見ていると、最後にこの子が飛び出してきたからだとか、そんなことを思いつきでやっけていても、後の再発防止を目的に色々表を作っているわけですから、「主」というのが一番何かということ、主の原因、再発防止につながる原因が何かということ、分析している委員会だと思うわけですから、そこをこだわった表現を使って欲しい。

○池ノ上委員長 原因分析委員会からの報告書を見ましても、医学的評価とか、そこで行われている医療の経過とか、そういうものをある程度評価しながら、ここに行われたこれは外れてはいないとか、妥当だと思われるというような表現をしながら、ここではガイドラインに外れていると。しかし、まだこのことについては主な原因になってはいないとか、というような表現がありますので、今、勝村委員がおっしゃったような経緯というのが少し見えるような形、そして必ずしも一番最後に直接原因になったものと、それを主とするの

ではなくて、そこに至る色々なことがしかるべき範囲の中で行われた医療であるのかどうかというのが見えるような、そういうまとめ方を今後は少し考えていくという、そういうことだろうと思いますけれども。

○勝村委員 もしかしたら原因分析報告書は、一番最後の直接のものを原因として書きましようみたいな話になっているんですか。

○池ノ上委員長 いや、そうとは。医学的評価、例えば、今日の事例1とか2とかを見ましても、途中の経過。

○勝村委員 もうちょっと前のほうの段階での原因が最も大事な原因だと強く思ったら、そこを原因だと書いてもいいようになっているんでしょうね。その後にもう1個何か病態の変化があったとしても、それ以前、ここが原因やというふうに思って書く報告書もあれば、本当に最後の段階はこれが原因やったんやなということが分かりますと書いてあるのもあるわけでしょうね。時間的に色々な場面をそれぞれやっているわけですね。違うんですか。

○石渡委員長代理 勝村委員の言われていることも少し分かるんですけども、そうすると、時系列的に原因が変わってきますよね。その連続の中で、これが脳性麻痺の主なものだということになっていくと思うんですけども、そうしますと、やっぱりこれは分類ができなくなってきちゃうと思うんですよね。

○勝村委員 僕は分類をやり直せと言っているんじゃないくて、「主」というのを再発防止委員会がつけていることだけをちょっと変えられないかと。このままでいいと僕は言っているんですけども、「主」と書かずに、と言っているのです。

○石渡委員長代理 ここに書かれているのは、病態とか、1番も病院も疾患名も書いてあるけれども、私はこういう分け方で、そんなに問題はないと思う。

○勝村委員 僕もこの分け方でいいと思っているんです。僕がさっきからお願いしているのは、例えば3ページの「主たる原因」という「主たる」という3文字を取って、原因分

析報告書に書かれている原因と書くことだけでいいんじゃないですかと言っている。「主たる原因」と言うんだったら、もうちょっと原因というものの考え方を整理したほうがいいと思う。

○池ノ上委員長 なるほど、分かりました。いかがですか。先生方、この「主たる原因」というのはちょっと強過ぎる。3文字がね。

○田村委員 むしろ、「原因」と言っているというところに、むしろ勝村委員は違和感を持っておられるんじゃないかと思うんですけれども。

これを見ると、確かに、分娩のところで「病態」と書いてあるわけなので、むしろこれは最終的に脳性麻痺に至る一連の流れの中の契機となった病態をここに挙げておられるわけで、例えば早期剥離にしても■■■■。でも、この中でお母さんのほうはおかしいことを気がついていながら、医療者に訴えても医療者がそれをちゃんと取り上げてくれなかったとか、そういったことはまたそれはそれで僕ら再発防止の観点から分析していけば、またそこでそれを再発防止できるようになるわけですから、「主たる原因」という言葉よりも、むしろ言うとなれば、「脳性麻痺発症の契機となった主たる病態」というふうにすれば、別に矛盾はしないんじゃないかなというふうに思うんですけれども。

僕らから見ますと、これはこれで非常に意外な結果で、例えば双胎間輸血症候群なんかで脳性麻痺が起きるなんてことは、僕らはよく知っていましたけれども、胎児母体間輸血症候群、こういう子は普通の人の血液の濃さの3分の1とか4分の1ぐらいしかなくても、結構生まれたときは元気なことが多いんですけれども、それでもこんなに脳性麻痺になっているんだということが分かれば、僕らもそういうことに対しては、もっと早期に交換輸血をしてでもヘマトクリットを上げるように努力すべきだとか、それから、ここで感染症で絨毛膜羊膜炎以外の感染症というのが主たるところでも■■■■になっていますし、「重複あり」のところでも■■■■もあるというようなところを見ると、これを分析していくとこの中に、後でも事例集の中に出てきますけれども、GBSのような予防が可能な感染症であれ

ば、果たしてこの場合にちゃんと産科の先生がお産のときにGBSの検査を妊娠中にしていてそれで抗生物質を投与してもこうなったのか、それともそういうことを怠ったためになったのかというようなことを分析する、そういう意味ではこれは非常に大事な一覧表ですので、この分け方自体、僕は問題ないと思いますし、「主たる原因」という表現がおかしいのであれば、むしろこれは「主たる契機となった病態」というふうに言えば、矛盾はしないんじゃないかなと思うんですけども。

○池ノ上委員長 いかがですか。他の方。はい。どうぞ。

○板橋委員 僕も田村委員の意見には賛成です。以前、私も原因分析の委員をやっておりましたので。この委員会では、本当に重要な原因をリストアップし、加えて幾つか付随する事由もリストアップされています。

ただ、原因分析委員会の中では、やはりきちんとそのコアになるものについては議論はしているはずなので、ある意味、「主たる」と言えば、主たるではあるとは思っています。

○池ノ上委員長 原因というよりも、主たる病態ですかね。それではおかしいんですか。

○田村委員 「主たる契機となった」と言ったのは、例えば先ほど言いましたけれども、早剥の場合も、出発点は早剥なんだけれども、でも、それを再発防止という観点から見ると、我々が分析してみると、これはお母さんの教育の問題で異常をお母さんが気がつかなかったんだとか、もしくはお母さんはちゃんとそれなりのことを訴えていたにも関わらず医療者側のほうがそれを真剣にとらえなかったとかいうようなことが分かれば、それはそれでそれぞれに対して、啓発活動をお母さんにすることが大事なのか、それとも医療従事者の側にこういう体制を、もしくは電話相談なんかのシステムを作ることが大事だというようなことを提言できるわけなので、やっぱり主たる病態は主たる病態で挙げておいて、そのうえでさらに我々再発防止の観点から、その中のそういう切り口を分析していくことによって再発防止策を提言できるんじゃないかなと思うんですけども。

だから、やっぱり契機となったということと、実際に脳性麻痺まで至る、そこまで重症

になった最終的な原因はひょっとすると別かもしれないので、やっぱりここで挙げられているのは主たる契機となった病態。ただし、それに対しては色々対応の仕方によっては予防できたものもあるかもしれないし、やっぱりこれはどう見たって不可抗力だろうというものもあるだろうというふうに思うんですけども。

○池ノ上委員長 田村委員のお話から、タイトルを「脳性麻痺発症の主たる契機となった原因」というふうに。

○田村委員 「原因」としちゃうと、多分、勝村委員は納得しないので、「病態」。

○池ノ上委員長 病態。契機となった病態。

○田村委員 あくまで契機であって、これが全ての原因ではないと。

○池ノ上委員長 はい。

○勝村委員 決して事務局に不信感を持っているわけではなくて、いつも上田理事に言っていますが、応援団のつもりでいるんですけども、今、色々気を遣って頂いてその通りなんですけれども、例えば、これだったら、さっきの分娩監視の話とか全然ないじゃないですか。当たり前ですけども。病態じゃないですから。母体側のほうの原因なんで。

だけど、脳性麻痺の主の原因だというふうな表現というのが、国語として、もう少しいい表現はないですかと。単に原因分析の報告書から一覧するということはすごく意義のあることだし、そういうふうにまとめてもらっているんですけども、それが「主たる原因」という言葉になると、何かそれを防ぐ、この中で再発防止、防げるものはないのかという話になってしまうと、僕は論理的に思ってしまうので、今、田村委員がおっしゃってくださっているような形で、ものすごく客観的に原因分析報告書で原因と書いてあるもの、実際、それも時間的にどの段階でやろうということも決めているわけじゃない。

原因、1つの事例で1個か、また重複している場合もありますけれども、1個なんですから、それが主たることだということは、それは分かるんですけども、再発防止委員会が主たる原因と言ってしまうことの重さというか、怖さというか、誤解を招く面というの

は僕はあると思う。やっぱり、主たる原因は分娩監視をしていなかったからだというふうに僕らが思っている事例だってあり得るわけなので、そういうことを言っているんじゃないんですよということが分かるようにしてほしい。

僕は、それをこの表に入れてくれと言っているんじゃないですよ。何かおかしいですか。そんなに事務局が困ることを僕はお願いしているのかな。

○隈本委員 私は、小児科の先生方と勝村委員の意見に賛成なんです。

1つは、とにかく「主たる原因」というふうにまとめてしまったら、それを取り除けば起きないんじゃないかという誤解を招くというところが一番最大の問題です。

要するに、医療事故というか、事故や有害事象というのは様々なものがつながって、どこかで止まれば別に主たる原因に行かなくたって止まることは止まるというようなことだっているわけで、そういう意味では、この再発防止委員会の姿勢を示す意味でも、この「主たる原因」と書いてしまうと、じゃあ、常位胎盤早期剥離が3分の1あるんだからそれはしょうがないよねとか、なくなればいいんだけど、みたいな話にされてしまうことを心配しているわけです。

だから、僕は「脳性麻痺発症につながった主たる病態」だったら全然問題なくて、つながった主たる病態が分類されることは大変好ましい。問題は、それが主たる原因であって、それさえなければもう起きないというような誤解を招くことを我々は恐れるというメッセージだと思います。こだわりますが。

○勝村委員 「病態」で僕も賛成です。

○上田理事 原因分析報告書に、「発症の原因は」と書かれています。それを集計しています。その表現が変わると、それはどうしてかとやっぱり問われると思います。ですから、「発症の原因は」と書かれていますから「原因」でいいと思います。

ただし、原因が1つの場合だけではなくて、加えて増悪したとかありますから、それで原因としては色々な原因があるとなります。そこでこのような事例に関しては主たる原

因ということで、前回整理しました。

ですから、病態だとか表現を変えるなど、原因分析報告書と違った表現をされると、混乱すると思います。したがって、勝村委員がおっしゃるように、色々誤解がないようにもう少し説明することは、当然考えなくてはいけないかと思います。

しかし表現を変えることは、私はどうかと思います。

○池ノ上委員長 今、ちょっとおっしゃった「原因となった病態」というようなことでも可能性はありますが、ちょっとこれは少し混乱していますので、もうちょっと先生方にお考え頂いて、最終的な報告書をまとめる、まとめ方はもうこれで項目的には皆さん同意頂けるとは思いますけれども、言葉をこの次の委員会のときにもう少し議論して頂いて決めたいと思います。ここの表現を。

○事務局（御子柴） 次回の委員会までに、前回、第2回の再発防止報告書作成の際にお示ししました「脳性麻痺発症の主たる原因の考え方について」として整理致しました資料をお送り致しますので、そちらをご覧頂きまして、この考え方でよろしいかどうか、またあるいはより適切なタイトルがあるのであれば、それをご提示頂きまして、まとめたものを次回の委員会でご提示したいと思っておりますので、よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 よろしくお願ひします。それをして頂くようお願い致します。

では、ちょっと時間がどんどん押してまいりまして申し訳ない。再発防止委員会からの提言について、お願ひ致します。

3) 「再発防止委員会からの提言」について

○事務局（原） それでは、資料5の妊産婦向けの提言チラシの束をご覧下さい。

この提言チラシにつきまして、前回審議を頂きまして、文言について修正をしたうえで印刷会社にデザインを3つお願いしました。事前にメールにてご案内させて頂いておりますが、イラストが大きく入ったものが案1です。文字だけのものが案3です。その中間と

なるものが案2ということになります。記載内容はどれも同じでございます。

提言チラシの構成につきましては、前回のご意見を受けまして、制度の目的については裏面の一番下に移動しております。また、症状と危険因子を分けて記載したほうがよいというご意見でしたので、そのようにしております。

それともう1点、前は表面に報告書からの抜粋を載せておりましたが、重複致しますので、それは省いております。

それから、提言チラシの4枚目として事務局修正案というものをつけております。こちらについては、文字をもっと減らしたほうがより読んで頂けるのではないかとということで、当機構の中の医療事故防止事業部、日ごろ病院向けにこのような注意喚起チラシを発行している部署があるんですが、その担当からアドバイスを受けまして、一部文言をカットしております。この点についてもご意見を頂きたいと思っております。

また、この提言チラシについては来月末に発行を予定しておりますので、できれば本日確定させて頂きたいと考えております。以上でございます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがでしょうか。案1と2と3と事務局修正案の中からどれがよろしいかということをお決め頂きたいということで、前回、少しこれも議論して頂いておりますので、いかがでしょうか。

○隈本委員 僕は修正案は非常にいいと思うんですが、1つだけ気になるのは、表のお母さんが痛いと言っている場所はここでいいんですか。そこだけ気になるんですけれども。本当はどこが痛くなるんですか。教えてほしいんですけれども。これだと、何か上腹部が痛くて、食べ過ぎな感じがするんですけれども。痛い場所をもう少し。

○池ノ上委員長 進めば全体ですよ、全体的に。

○川端委員 胎盤の位置が上ですから。

○隈本委員 押さえている場所は大体正しいということでもいいんでしょうか。であれば、修正案に賛成です。

○池ノ上委員長 右のお母さんが、えらいにここにこしているのもちょっとあれなんですけれども。でも、この方は、常位胎盤早期剥離でないということ、ルールアウトされている人かなとも。ちょっとあれなんですけれども、まあ、これでもいいんじゃないかと思えます。

○小林委員 私も修正案でよろしいと思うんですが、ただ、最初のこの提言が出てきた経緯の字が、フォントが小さ過ぎるような気がします。ですので、案2ぐらいの。

やっぱりここは大事で、ここが余り小さいと、何か下のほうが別途研究から出てきた成果みたいな印象を与えますけれども、むしろこの再発防止委員会の分析で出てきたということを確認しておいたほうが、どちらの意味でも誤解を与えないと思えます。

○板橋委員 提言と言っている割に、説明がすごく多いようにみえます。提言と言うならば、ワンセンテンスで簡潔に述べ、そこから説明していったほうが、見る側は提言として受けとめやすいです。この小さい文字のところが提言の背景にあたるわけですね。そうすると、最終的に、早剥に注意しましょうというのが提言かと。このような形式の方が、妊産婦さん向け用のチラシとしては意味があると思えます。これだと単なる何となく説明文章になりかねない。アピールするならば、アピールする形があるんじゃないかと思えます。

○池ノ上委員長 これは、「について」という、そこら辺のことですか。

○板橋委員 何か肝になるメッセージが1つほしいなと思いました。「を知ろう」とか、何かそういうような、早剥のことを知っておきましょうとか、そういうような、「ついて」というよりは、むしろアピールする言葉のほうがいいかなと思います。

○隈本委員 「常位胎盤早期剥離ってなに？」の上に、ここで言うと、例えば何か「いつもと違う症状を感じたらすぐ分娩機関に連絡しましょう」みたいな1行が入っているといということですね。

○板橋委員 何かアピールするのが。

○鮎澤委員 案1がいい、案2がいい、という言い方ができなくてすみません。私も基本

的には事務局修正案がいいと思っているのですが、このイラストが、イラストそのものは何のメッセージもなっていないと思っているんです。案2のほうのイラストは、ああ、こういう症状なのだということが分かるようになってはいるのですけれども、単にぎざぎざでお腹が痛いとか、エコーを撮ってニコッというイラストは、柔らかくはなっていますけれども、これ自身が何かの、せっきくこれだけのスペースを取っているのにメッセージになっていないので、何か工夫をして頂ければいいなというのが1つ。

もう1つ、今、これで大事なことは何か。「いつもと違ったらすぐ連絡して受診をしましょう」であり、「判断に困ったらがまんせずに相談しましょう」でありという、そういったところがパチンパチンと見えるような、メッセージを強調できるような表現のご検討をぜひ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。前日もそういうご発言をずいぶん頂いておりましたけれども、この「常位胎盤早期剥離について」というところを、「常位胎盤早期剥離ってなに？」に変えちゃってもいいんじゃないですか。だめですか。余り深い考えはなくて言っちゃっているんですけども。

○上田理事 そうですね。今、鮎澤委員あるいは板橋委員からお話のあったこのメッセージのところは、ちょっと考えます。おっしゃるように、「常位胎盤早期剥離について」と「なに？」については、どこか1本にして、むしろメッセージ性を考えます。今の板橋委員と鮎澤委員のアドバイスを考えます。

○勝村委員 小林委員がおっしゃったように、その導入として、提言でもあるわけですから、タイトルのすぐ下のところというのを、まず、タイトルの次に絶対読んでもらうという工夫が必要で、ここが大事で、こここのところにそのポイントが、赤字のところがありますけれども、そこをもうちょっと工夫して、ここにポイントを入れ込んでしまう、何々。それで、この3行の中に経過と提言まで入ってしまっているみたいなので、文字を減らした分、空間があくんだったら。例えばと思いました。

○池ノ上委員長 他にはご意見、いかがでしょうか。よろしいですか。そうしたら、今のご意見を頂いて、また通信で先生方にメールをご覧頂いて、期間前に決めてしまうということによろしいですか。はい。それでは、どうもありがとうございました。

それでは、次に移ります。

その他について、事務局、説明をお願い致します。

○事務局（原） それでは、資料の参考1と参考2をご覧下さい。子宮収縮薬の一覧になります。

まず、参考2の資料につきましては、前回の委員会資料になります。子宮収縮薬を使用した全事例[]の一覧です。前回の委員会の中で勝村委員より、この[]の一覧を報告書にそのまま掲載してはどうかとのご意見を頂戴しました。

そのご意見に対しまして、参考1が事務局からの提案でございます。[]全例では伝えるべきポイントがはっきりしないのではないかと考えられますので、事例を絞ってはどうかと考えたものです。

参考1に記載しています事例[]につきましては、報告書の原因の欄に、子宮収縮薬の関与が低いも含めまして、可能性が否定できない、助長した可能性もあるなど、子宮収縮薬の関与が少しでも取り上げられているものについて絞った表でございます。

表の構成につきましては、前回の勝村委員のご意見を反映しまして、使用薬剤については、単剤か複数か分かるようにしています。また、用法・用量については、以前は以上、以下という記載だけでしたが、初期投与量ですとか、増量、最大投与量の各詳細を記載しております。

また、間欠的聴取の内容についても、CTG装着なのかドップラなのかということを追記してございます。こちらの資料についてもご意見を頂戴したいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございました。ただいまのご説明、いかがでしょうか。

○勝村委員 本当に色々ご無理をお願いして、たくさん表をまとめて頂いてありがとうございます。

ざいました。

実際問題、この参考1を基に議論するほうが非常に有意義な形になるということは、その通りだと思います。そういう方向でいいんだと思うんですが、僕がやっぱり思うのは、先ほど、岩下委員の三重大大学の池田先生や何か、色々なところにも、研究されている方にもデータが届く方がいいんじゃないかという話ですね、これから研究が始まろうとしているところもたくさんあるということですから。僕は、子宮収縮薬の使用に関してはもっと色々な面から、海外の文献を見ている、もっと色々な面から色々な分析がなされてもいいかもしれないとも思っていて、それが中長期的なイメージなんですけれども、短期的にはこの参考1にまとめて頂いたようなものが大事なんですけれども、やはり今までもっと研究された方がよかったけれどもデータがなかったみたいな部分でもあると思いますので、僕はそういう意味でも、ここがデータを持っているわけで、ここの原因分析の先生方がその事例に関して一生懸命原因分析してくれたわけですから、僕らはそれを網羅した一覧表からさらに何かないかと見ていけるということもあるので、僕は参考1で報告書の議論をするということにも賛成ですし、参考2のようなものも報告書に添付しておくということもお願いしたいというふうに思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にはご意見はいかがでしょうか。

○石渡委員長代理 参考1、参考2というのを、結局、この報告書の中に盛り込むという、そういうお考えなんですか。そうではないですね。この原因分析をやる場合の参考資料として、こういう資料を出すという意味ですね。

○上田理事 前回、勝村委員から、参考2のこういった表をこの報告書に記載したらどうだろうかという提案がありました。

ただ、私ども、今、原のほうから説明しましたように、この参考2ですが、果たしてこれを報告書に載せることについて、やっぱり報告書はそれなりのメッセージ性とか、あるいは具体的にどういう観点で記載しているかが問われるのではないかと思います。

そうすると、事務局案としては、参考1で、先ほども発症の原因のところは色々議論もありましたが、子宮収縮薬について原因に関して否定できないとか、少しでも原因に関わる記載があったものを出してきて、その状況をこのように示すことによって、ここから何か見えてくるものがあると思います。事務局案の参考1を報告書に記載することでいかがでしょうか。そして、勝村委員がおっしゃいましたように、色々な議論のために我々も必要なデータを出しますので、参考2は、ここから何か見えるかどうか議論していく、今日だけではなくて今後、これからも事例が増えていきますので、そういう意味でこの委員会での議論の資料としては使って頂きます。それで報告書に記載するものは参考1でいかがでしょうかという提案でございます。

○川端委員 私、今、聞いてもよく分からないんですが、陣痛促進剤を使用したことにより脳性麻痺が発症したという事例だけじゃないわけですね。どうなんですか。例えば陣痛促進剤を使って何ともなかったということは、世の中にたくさんあるわけですね。そういう背景があって、陣痛促進剤を使っている例でCPになった例がありますよということは、陣痛促進剤が原因で過強陣痛になってそれが脳性麻痺が起こる直接の原因であるという事例だけだったら、私はまだいいと思うんですが、使った例でCPになった例があって、その因果関係は分からないけれども、それを挙げて、そういう情報を出して決していいことはないだろうと思いますけど。

○石渡委員長代理 私も川端委員に賛成なんですけれども、こういう発信というのが、ほとんどの事例については脳性麻痺になっていなくて、かつむしろ有効に使われて脳性麻痺を予防できた事例が率としてははるかに多いと思うんですよね。

ですから、メッセージの出し方として、オキシトシンを使った事例は分かりますけれども、その中から脳性麻痺が発症したことも分かりますけれども、そのオキシトシンが原因で脳性麻痺になった事例は、現実にはほとんどないわけですね。そういうことを考えていきますと、やはりこういうものを載せるということ自体について、載せるなら載せ方を

もうちょっと工夫しなきゃいけないと思うんだけど、余り世の中の誤解というか、せっかく使いたいところがそれが使えなくなっちゃうとか、萎縮医療につながるとか、そういうことになってはかえってまずい点があるので、また初めの蒸し返しみたくなってしまうかもしれませんが、私は川端委員の言われていることはよく理解できるので、やっぱり慎重に扱うべきだというふうに思います。

○勝村委員 僕もこれだけの事例は初めて見ているというか、そもそもこんなことはなかったと思うので、初めて見ているわけですがけれども、以前も言っていますけれども、僕は今のガイドラインが非常に優れていて、ガイドラインをきちんと守っておれば陣痛促進剤を使っても全然大丈夫だというエビデンスがここで得られつつあるんじゃないかということも、僕はそういうエビデンスが出てくる可能性もあるかなと。色々な可能性を見て思っているわけです。決して必要な人に使って、使って結果が悪かったものを言っているんじゃないくて、あくまでも脳性麻痺になってしまった事例で使っていた事例が、どんな使われ方をしているのかというのを網羅的に見て、どういう使い方が、今のガイドラインにさらに何かつけ加えていくことはないのかということとか、そういう観点で見ていくために使っていくべきだという趣旨と、今のガイドラインを守っていればほぼいいんじゃないかという結論になる可能性も高いと思っていますけれども、そういう意味でも促進剤を使って脳性麻痺になっている事例というものの一覧というものは、再発防止に関しては非常に大事なデータだと思っています。

その趣旨で言っているので、僕はガイドラインをきちんと守っていたときの子宮収縮剤は危険ではないんじゃないかということは言えるんじゃないかと思っているので、使いにくくしようという思いは全くないわけです。

○池ノ上委員長 他に何かご発言はございませんか。

○小林委員 参考2だけを出すと、やはりかなり集積しているような印象を一見与えてしまうので、もし出すとすれば、全例についてその薬剤とそれから誘発促進処置ぐらいのと

ころ、最初の左側の7列ぐらいまでを色付きで出すという方法はあるかと思います。

それは、実際には、集計表の表1-4-9と表1-4-10の再掲とほぼ同じになります。ただ、重複の度合いがその表で分かるという形になるので、大体3分の1ぐらいですので、特に収縮剤を使ったからという誤解のされ方はしないと思いますけれども。

○池ノ上委員長 今、先生がおっしゃったのは参考1ですか。

○小林委員 参考2の左側の7列ぐらいですかね。オキシトシンから始まって人工破膜の列までを全例についてですね。分析の対象全例について。そうすると、表1-4-9と表1-4-10の参考資料という形になるかと思います。

○上田理事 表1-4-9ですね。資料2の11ページの表1-4-9と、12ページの表1-4-10。

○池ノ上委員長 7列目までをまとめて、この11ページの表の参考資料として出すということですね。いかがですか。

○川端委員 資料1に、ちょっと私よく分からない。何しろ、今回、テーマに沿ったそのテーマについては、ここに書いてあるんだろうと思うんですが、間欠的胎児心拍数聴取の間隔について、1ページの4こですね。このテーマに沿った報告書を作るとのことだと理解しておりますが、今回、その陣痛促進剤をテーマとして取り上げるんですか。

○上田理事 取り上げます。前回議論しています。

○川端委員 ああ、そうなんですか。

○池ノ上委員長 心拍数については前回やれずに積み残してしまっていて、今日、やっているんです。

○川端委員 ああ、そうですか。私、前回、ちょっといなかったものですから。

○勝村委員 時間が押しているのに申し訳ないんですけども、思いも強く僕はあるんですけども、まとめなきゃいけないので。

今、小林委員がおっしゃったように、もちろん参考1に関して、しっかり僕は報告書を

きちんと議論してほしいという、事務局の案はもちろんその通りして頂きたいのに加えて、参考2の薬剤というものに関して、左から7つ目までを、しかも[]じゃなくて全例に関してやるということをお願いできたらというふうに思います。

ただし、先ほど岩下委員から、三重大大学の池田先生云々という話があったように、この[]のようなデータをうまく何らかの形で学会の人たちが事故防止の観点で研究したいと、この再発防止委員会に加えてそういうことをしたいという人たちには、こういうデータも提供できる、新たに色々なデータベースから疫学的に研究ができるみたいな形も含めて何らかの形でデータが公開される努力を加えてして頂きたいというふうをお願いしたいと思います。

○隈本委員 質問ですけれども、前、私が指摘した[]はどこですか。前回、調べておくというふうに言われたんですけれども。子宮破裂事例です。これで言うと何番ですか。通し番号で言うと。これは原因分析のときの通し番号と、公表のときの通し番号と、この報告書に載ったときの通し番号、それぞれちょっとよく分からないんですが、どれですか。[]。

○事務局（御子柴） 前回、ご指摘がありました不全子宮破裂の事例に関しましては、資料4の[]の記載一覧の中で言いますと、通し番号44番の[]となります。

○隈本委員 それは分かっているんです。そうじゃなくて、この参考2の中の。参考2の通し番号40番までの中のどれですか。

○上田理事 ちょっと調べます。

○隈本委員 7行目まで載せたらという意見には僕も賛成です。だから、全体像が分かるようにして。とにかく子宮収縮剤だけを何か殊さら強調したようなものにならないように、一覧表で全例についてどういうふうに薬剤が使われたかということを、全例[]についてやるというのはいいことだと思いますし、7行目まででもいいと思うんですけれども。

そこで、ここはまた話を蒸し返すようですけれども、ガイドラインの重要性を示す意味

では、ガイドラインをちゃんと守っていたというか、守っていなかった、という1行もいるんじゃないでしょうか。どうでしょうか。

○小林委員 私の提案は、これをパッと見て、見る人が見ると何らかの新しい関連が見えてくるというような意味で出したほうがいいということなので、むしろ集計表に付録するような形で今のは出して。原因分析はもっと掘り下げないといけないので、そのところには出さないほうがいいような気はします。

○事務局（御子柴） ■■■■が本日の参考2の中でどれに該当するかというご質問ということでもよろしいですね。資料2の通し番号で言いますと、12番の事例となります。

○池ノ上委員長 よろしいですか。

そうしたら、他にご意見はいかがですか。

○市塚客員研究員 1つなんですけれども、今、全て表にすると ■■■■ ぐらいには結局なろうかと思うんですが、例えば左から7列の項を ■■■■ 全て並べると、残りの子宮収縮薬を使っていないものが ■■■■ だとすると、左側の4列は全部「なし」「なし」「なし」「なし」になります。表の羅列というものを出すことが果たしていいのかという問題と、あともう1つは、先ほど勝村委員から、重複が分かるようにという、数量的解析のところの重複の表のところでもうちょっと分かるようにすれば、 ■■■■ 全部並べなくてもいいのかなと。今後、第3回、4回、5回報告書になったときに、もっと増えていくわけなので、先を見たときに、今回は ■■■■ ですけれども、次になると今度は400例となった場合に、その表の意味とメッセージ性と表を載せることのバランスを考えたときにちょっとどうかと思うんですが、いかがですか。

○小林委員 7種類の重複の表ってすごく難しいので、その先はまた後で考えることにして、今回は、この番号じゃなくて事例の番号だと思うんですけれども。この参考2の後はないのをずうっと続けるんじゃないかと、むしろ事例番号の順番に出したほうがいいとは思いますが。

○池ノ上委員長 今のは事例番号、通し番号ですか。事例番号ですか。参考1のほうですか。

○小林委員 つまり、[REDACTED]から順番で。とつても小さくていいと思うんですけども。色を見るだけですから、多分、2～3ページで収まると思うんです。

○池ノ上委員長 ああ、あつたり、なかつたりが、ダーッと出てくると。「なし」「なし」「なし」を全部バツとまとめて何例と書くのでは臨場感ないですかね。

○市塚客員研究員 要するに、モザイクみたいな形になるわけですよね。そうすると、見るほうは、ページをめくりながら、頭の中でそれを見てイメージできるかどうかかなという気もするんですが。

○小林委員 重複でもしいい表ができれば、それはそれでいいと思います。

○市塚客員研究員 そうですね。検討させていただきます。

○池ノ上委員長 いずれにしろ、この子宮収縮薬について、我が国ではどういう使われ方をしているのかというのも、まだよく分からない部分がありますし、使った結果どういふふうになっているかというのは、悪い結果の例はよく出てきているんですけども、そうでない反対側のアームがはっきり分からないというようなこともあります。

ですから、さっき勝村委員がおっしゃったように、分娩監視装置の所見についてはまだまだ色々検討しないといけない部分が残されているのと同じように、今後、子宮収縮薬についても、時期はいずれかはっきりしませんけれども、ある程度の集積がなされたら、しかるべき専門家たちによる検討ができるような、そういう道というのは、やはりここで蓄えられたデータがそういうふうに使われると思います。

先ほども議論がありましたように、様々な事務的な手続きをクリアにして、個人情報だとか約款の問題とかあると思いますけれども、そういうクライテリアの1つとして、この子宮収縮薬についても今後余地を残しておくということは、ある程度我々としても考えていかないといけないんじゃないでしょうか。

ただ、出していても、一般の方々とか、あるいは我々産婦人科の専門職にある人間でも、子宮収縮薬のことがかなり分かっていないとそれをどう読み取るかということも中々難しいと思いますので、しかるべきそういうワーキンググループみたいなものが将来的にはできる可能性もあるし、それに対応するような機構のあり方と申しますか、この産科医療補償制度のあり方も今後併せて考えていくというようなことで、差し当たって今日のところは、この出し方の問題ですけれども、今、小林委員がおっしゃったようなモザイクも併せて、それから重複のことがどういうふうにしたら分かるかということも、もうちょっと検討して頂けますか。

よろしいでしょうか。勝村委員、いかがですか。

○勝村委員 僕はページが多くなることは、余りこういうものはこだわらないので、そう言うんだったら全体の編集で、このページはいらないとか思うページや、もっと小さくていいと思うページもあります。

それから1つ、僕、言い忘れていたんですが、グラフの読み取りのところで、僕の経験で非常に気になっているのが、ダブルカウント、トリプルカウントというのがあって、胎児心拍が落ちてくると、すぐ2倍になったり3倍になったりしているって、そこが非常に色々脳性麻痺になった事例で気になっていて、そのことに関して触れている教科書はなくて、その辺のことなんかもやっぱり、倍になったり3倍になったりして現れることがあるということのニュアンスとかが、現場の人たちにもっと伝わるのが大切だというようなことなんかも複数経験しているので、その辺なんかもお願いしたいなと思います。

○池ノ上委員長 おっしゃる通り、それは教育の原点のところをしっかりと押さえると。機械の持つ特性とかは、色々なセミナー等々でもこれからやっていかなければいけないことだと思います。他によろしいですか。

それでは、差し当たって、この問題は、今のモザイクでいけるか重複を考えた形で出せるかということで、事務局にもう一工夫して頂くという宿題をまた事務局にお願いします

けれども、よろしくお願ひ致します。

それでは、次に行きたいと思ひます。次は、メトロイリーゼについて、石渡委員長代理からのご報告を頂きたいと思ひます。

○石渡委員長代理 この委員会でも色々話題になったメトロイリーゼのことですけれども、つまり、産科医療補償制度に加盟している医療機関全てにこのアンケート用紙を送らせて頂きました。9月5日までに集計したものですけれども、そのまとめがこの表に書いてあります。十分な分析はこれから行うわけなので、数だけはつかめたわけなんですけど、それをご覧になって頂きますと、1,455施設から回答が得られまして、回収率は54.2%です。その施設の合計の分娩数は61万8,967ですから、大体ほぼこのパーセントに相当するものが得られていると思ひます。

その中で、フジメトロ、それから4つぐらい種類が今売られておりますけれども、その使われた合計数が書いてあります。フジメトロ8,581とか、ミニメトロ1万3,284、これだけのものが使われています。そうすると、大体5%ぐらいになるのではないかと思ひます。

実際、23年度、この分娩のあった1年間において、臍帯脱出が56例報告されていまして、臍帯脱出があった事例の中で、メトロが原因かどうかもちろん分かりませんが、とにかくメトロが使われていた事例が17、これは数は上がっています。その1年間では余りに数が少ないので、一応、過去5年間にさかのぼって出して頂いたのが、過去5年間の臍帯脱出が232例、その中でメトロが使われていたというのが79例。個々の事例についてまだ細かく分析しておりませんので、どの程度のデータが上がってきているか、これから検討しなきゃいけないんですけど、例えばアンケートの中で臍帯脱出事例の経過、事例ごとに記載して下さいということが書いてありますが、この中も中身を見ながら検討していきたいと思っております。実際のおおよその数ですけれども、今、お話ししたように、大体5%ぐら

いメトロが使われているというふうに思われます。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。ただいまのご説明に何かご質問ございますでしょうか。

○隈本委員 すごい回収率で、素晴らしいと思います。さすがですね。この子宮内胎児死亡で使われたという。

○石渡委員長代理 この数は、実は、この報告を頂いた施設の数なんです。これは実際に色々なメトロの合計数ではないので、施設の数がここに書かれていますので、その中で子宮内胎児死亡で使われている施設がこのぐらいの施設が使っているという意味です。だから、重複しているわけです。1つの医療機関で子宮内胎児死亡にも使っているし、骨盤位にも使っているし、そういうのがありますので、この数字はもう少しきちんと分析しないと説明ができないグラフです。

○隈本委員 これは、普段こういう目的で使っているという意味ですね。

○石渡委員長代理 そうです。

○池ノ上委員長 いかがでしょうか。他にはよろしゅうございますか。

○石渡委員長代理 今年中には分析できると思うので、今、鋭意頑張っています。

○池ノ上委員長 そうですか。そうしますと、それを分析して頂いて、医会のほうで何か発表して頂けてということで、よろしゅうございますか。

○石渡委員長代理 それはやります。ここの委員会で何か提言できれば持ってきます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。そうしますと、またこういった問題がより具体的に一步進むということですので、大変ありがとうございます。どうぞよろしく願い致します。

それでは、何か全体で。ずいぶん遅れてしまいましたけれども、何かご発言ございますでしょうか。ありがとうございます。

それでは、事務局のほうから、あと何かありますでしょうか。よろしく願いします。

○事務局（原） 次回の委員会、12月3日（月）について、会議時間の延長についてのご相談でございます。今日も延長させて頂いておりますが、本日で審議が一巡致しましたので、次回はこれまでに審議を頂きましたテーマと数量的の資料、全てご提示したいと考えております。議題が非常に多いので、先生たちのご都合がよろしければ、次回、30分延長させて頂きまして、6時半までとさせて頂きたいというお願いでございます。

○池ノ上委員長 毎回座長の不手際で先生方にはご無理をお願いしておりますけれども、どうぞよろしくお願い致します。よろしいでしょうか。

他にございませんか。事務局、よろしいですか。

それでは、大幅に延長してしまいました。大変申し訳ございませんでした。これで終わらせて頂きます。ありがとうございました。