

## 第41回「産科医療補償制度再発防止委員会」会議録

日時：平成27年4月20日（月） 16時00分～18時12分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局 本日は、ご多用のなか、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。

まずは、出欠一覧でございます。

次に、次第と本体資料、ホチキス止めにしております。

最後に、資料1でございます。再発防止に関する報告書で取り上げたいテーマでございます。

なお、委員の皆様には、その他に参考資料として、再発防止及び産科医療の質の向上に向けた関係団体の取り組み状況。参考資料一式として、3月27日に行われた第5回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、テーマ関連資料をご参考に机上に置かせて頂いております。乱丁などはございませんでしょうか。

## 1. 開会

○事務局 それでは、一部委員の先生方がお見えになっていませんけれども、定刻になりましたので、ただいまから第41回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

ここで、委員長より、一言ご挨拶を頂きたいと思えます。

○池ノ上委員長 先生方、大変お忙しいなかをお集まり頂きまして、ありがとうございます。

今も報告がございましたように、第5回の産科医療補償制度再発防止に関する報告書を取りまとめて公表することができました。先生方のおかげと大変感謝しております。それにつきまして、少し報告させて頂きたいと思えます。

3月27日に公表を致しました。公表に当たりまして、委員会を代表して、私、記者会見に出席しております。先生方のお手元に参考資料一式というのがございますが、この中に公表記者会見後の報道記事等の一覧をお示ししておりますので、ご参照頂ければと思

ます。

記者会見には、報道8社ほどが参加して頂きまして、約1時間にわたって行われました。

報告書の内容につきましては、記者の方々からは、主にこれまで取り上げたテーマの分析対象事例の動向についてなど、その中で子宮収縮薬の使用状況に大変興味をもっておられまして、それに対しては明確に用法・用量の基準が定められております産婦人科診療ガイドラインを遵守して頂くよう、引き続き再発防止委員会でも提言していくとお話をいたしました。

また、日本産科婦人科学会の周産期登録データベース事例などの脳性麻痺が発症していない事例との比較・研究の進行状況なども踏まえながら、今後の動向についてお話をさせて頂きました。

また、これまで再発防止の取り組みの効果に関する質問もいくつかございましたが、そういった効果検証ということについては、現時点では分析対象数が十分ではないこと。また、効果の有無について判断するのは少しまだ困難な点もあるのではないかとということを申し上げましたが、産科医療の現場では医療の質の向上に対する意識が、我々の感触としては非常に高まってきているということも含めて報告致しました。

また、報告書の公表の翌日の3月28日から29日にかけて行われました第29回日本助産学会学術集会では、「産科医療補償制度と医療安全」と題しまして、福井委員とそれから鮎澤委員が座長をお務めになりまして、本委員会からは藤森委員、田村委員、村上委員、上田理事が、それぞれの立場から本制度の再発防止の取り組みについて講演がございました。

さらに4月12日に行われました第67回の日本産科婦人科学会学術講演会の産婦人科医会との共同プログラムでは、「事例からみた脳性麻痺発症の原因と予防対策：産科医療補償制度再発防止に関する報告書から」というテーマの下に、座長を私が務めさせて頂きまし

た。

この制度に関係する先生方に再発防止報告書に関する講演を行って頂き、大変感謝を申し上げます。

会場は、たくさんの方がお集まり頂きまして、立ち見でお聞き頂いている先生方もいらっしゃるという、そういう状況でございまして、本委員会の活動の関心の深さというものを実感致しました。今後とも積極的に色々なことを、情報発信を続けていきたいと思っております。

本日から引き続きまして第6回の報告書の取りまとめに向けた議論が始まるわけですが、さらなる充実に向けて頑張っていきたいと思っております。どうぞよろしくお願い致します。

以上、ご挨拶を兼ねて報告をさせて頂きました。

○事務局 池ノ上委員長、ありがとうございました。

なお、申し訳ありませんが、写真撮影はここまでとさせて頂きますので、よろしくお願い致します。

それでは、池ノ上委員長、引き続き進行をお願い致します。

○池ノ上委員長 それでは、議題に入ります前に、第5回の報告書公表後の各関係学会・団体等での取り組み状況や本制度による効果等について、委員の先生方からそれぞれコメントを頂きたいと思っております。

まず、最初に、日本産婦人科医会での取り組みについて、石渡委員長代理からご報告を頂きます。

○石渡委員長代理 それでは、産婦人科医会から報告させて頂きます。

私たち医会は、平成16年から偶発事例報告制度、医療事故の報告制度を開始しまして、既に10年以上たっているわけですけれども、その事業を介して医療安全を会員に指導をしているところであります。

NCPRに関しましては、周産期・新生児医学会と都道府県産婦人科医会等々、地域でNICUの先生方を中心として共同でコメディカルに対して研修を実施しておりまして、これは完全に定着しております。

脳性麻痺発症の予防には分娩監視が必要であるということであり、また「胎児心拍数陣痛図の評価法と対応」ということで、私たちは小冊子を作っているのですが、その小冊子は全ての分娩に関わるコメディカルを含めた医療関係者のポケットに入っているということになっております。

そして、ガイドラインが2014年に変わり、それに伴いましてこの小冊子「胎児心拍数陣痛図の評価法と対応」を改訂しまして、今、全国に配っている、そういう状況でございます。

それからもう1つは、この日本医療機能評価機構の胎児心拍モニターに関するワーキンググループが作成されました「脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図波形パターンの判読と注意点」、これを教材にしまして毎年開催されております日本産婦人科医会の学術集会、コメディカル、生涯教育で多くの助産師さんを対象として実際の研修を行っております。

この教材は全国の都道府県の産婦人科医会にも配布されておりまして、各地域で研修会が開催されている、そういう状況です。

もう1つは、妊産婦死亡報告事業であります。これは平成22年から偶発事例報告制度から独立して妊産婦死亡の報告事業をやっております。毎年40～50例の事例が上がってきますが、この数は厚労省が統計を取っているよりも少し多い数になっております。

そして、毎年、母体安全への提言、大体5つほどの提言をまとめて毎年出しているのですが、それは発刊するとともに提言のポイントについては日本産婦人科医会の会報誌の中に折り込んで全ての会員に周知を図っている、そういう状況です。

先ほど、ちょっとお話がありましたけれども、日本産科婦人科学会の学術集会で学会と医会の共同プログラムとして、「事例からみた妊産婦死亡の原因と予防対策」、それから

「事例からみた脳性麻痺発症の原因と予防対策：産科医療補償制度再発防止に関する報告書から」ということで、今年もこの共同プログラムを開催したわけですが、12名の講師の方の講演とフロアからの活発な意見交換がありました。一番大きな会場を使わせて頂いたのですが、人があふれんばかりの盛況でありました。

私たちは、記者懇談会としまして、毎月1回第2水曜日ですが、プレスセンターで記者の方たちと情報交換等々しているわけですが、最近の事業、あるいは最近の産婦人科領域のトピックなものについて懇談している、そういう状況であります。

それから、医会は、昨年より医療安全に向けての会員支援サービス事業というものを開始しております、これはここに上がってくる事例、あるいは妊産婦死亡事例等々で早急に会員に改善を求めなければいけない、そういう事例があったときに直接指導する仕組みを作っているわけがあります。

以上が、産婦人科医会の最近の活動報告でございます。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、日本産科婦人科学会での取り組みについてですが、今日は、岩下委員がご欠席ですので、事務局よりお願いしたいと思います。

○事務局 では、日本産科婦人科学会の取り組みを岩下委員に代わり、事務局よりご報告致します。

1つ目としまして、再発防止委員会の最新報告書、第6回再発防止報告書を理事・監事に配付致しました。

2つ目としまして、申請期限の迫った事例に対する申請依頼をホームページで会員に周知致しました。

3つ目としまして、4月12日の日本産婦人科医会共同プログラムで「事例からみた脳性まひ発症の原因と予防対策：産科医療補償制度再発防止に関する報告書から」を池ノ上委員長座長で行っております。

4つ目としまして、日本産科婦人科学会学会雑誌の第67回4号特集1,360～1,383ページにおいて、「産科医療補償制度発足から5年を迎えて」のタイトルで、審査委員会戸荻委員長、原因分析委員会岡井委員長、再発防止委員会池ノ上委員長が、各委員会の状況報告及び分析結果などを案内しております。以上となります。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。

続きまして、日本周産期・新生児医学会での取り組みについて、田村先生、お願い致します。

○田村委員

2015年と書いていますが、これは2014年の間違いです。

昨年の第50回日本周産期・新生児医学会におきまして、上田茂理事に「産科医療補償制度の現状および今後の課題」の教育講演をして頂きました。

それから、シンポジウム4の「低酸素性虚血性脳症の予防に向けて」というシンポジウムでは、東大の岡教授に「産科医療補償制度から」というタイトルでご報告を頂きました。

第59回の日本未熟児新生児学会、先週の小児科学会に合わせて行われた総会で、名称が社団法人日本新生児成育医学会に変更になりましたけれども、昨年の学会のときには神経セッションで産科医療補償制度の事例などを取り上げたりして会員に周知を図っております。

それから、厚労科研で行っております過去平成5年、平成10年、平成13年、15年に行った全国のNICUの施設、と産婦人科医会の定点観測施設、と助産所へのアンケート調査では、新生児仮死蘇生処置用の設備・備品が着実に充実してきているということが明らかになっております。更に、分娩現場スタッフでのNCPR受講者も着実に増加しているということが明らかになっております。

新生児蘇生法普及事業本部の統計では、本年3月末日段階で8万2,307名が学会公認の

実技講習会を受講しているということがデータとして出ております。

それから、最近の新生児蘇生法の専門コース、インストラクター養成コースですけれども、そこでは私がスライドを作らせて頂きまして、第1回と第3回の再発防止委員会の報告書で「蘇生法に問題があり」と指摘された事例を提示して、インストラクションのポイントとして強調するようにしております。これからは第5回の報告書の事例も取り上げさせて頂けるとありがたいと思っております。

それから、新生児蘇生法普及事業ですけれども、本来は、第一獲得行動目標としていた「誰でも適切なバック・マスク人工呼吸が出来る体制の整備」ということで始めたのですが、ここまで充実してきたということと、それからこの産科医療補償制度再発防止委員会の第3回、第5回の報告書では、ボスミンの投与方法とか胸骨圧迫のタイミングといったような、さらに高次のレベルでの蘇生法についての問題点が指摘されておりますので、そういったことをこれから講習会のポイントの中に取り入れていこうというふうに、検討中です。

2012年から始めております学会ホームページを活用した認定者向けのeラーニングシステムの中でも、こういった事例を取り上げて認定者に注意を喚起するというふうにしたいと考えております。

それから、今年秋にILCORのコンセンサス2015が10月15日に発表されますのとタイミングを合わせまして、新しいNCPRガイドライン2015が発表される予定で現在非公開のNCPRガイドライン2015作成準備委員会が開催されています。このガイドラインと、それに引き続く講習会用教材におきましても第1回、第3回、第5回の再発防止委員会報告書を踏まえた内容の修正を検討する予定にしております。

今度は我々のほうからの原因分析委員会に対する要望ですけれども、もし可能であれば、「新生児の蘇生法に何か問題があり」とされたような事例で、蘇生を担当した医療従事者がNCPR認定者であるかどうかということを確認して頂けないでしょうか。認定番



号が分かれば、いつ講習会を受けたのかとか、その後のフォローアップの講習会とかスキルアップ講習会とか、ホームページでのeラーニングで再履修しているかというようなことを我々のほうでチェックができますので、これからNCPR事業もより効果的に展開するために貴重な資料になることが期待されます。もし可能であれば、そういったことも原因分析委員会のほうで検討して頂ければと思います。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、日本看護協会、日本助産学会での取り組みを、これも事務局のほうからお願いします。

○事務局 公益社団法人日本看護協会および日本助産学会の取り組みを福井委員に代わりまして事務局よりご報告致します。

まずは、日本看護協会の取り組みとしまして、大きな1つ目として、再発防止報告書で提言された事項に対する研修受講支援を行っております。

具体的には、看護職の新生児蘇生法インストラクター研修受講支援の継続。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および陣痛促進剤使用時のケアや注意点について研修支援を継続しております。

2つ目としまして、都道府県看護協会におきまして助産師の実践能力向上をねらいとする研修関連を支援し、32県で各種研修会を実施致しました。

3つ目としまして、子宮収縮薬の使用に関連し、陣痛誘発および陣痛促進剤使用時のケアと注意点について、オンデマンド研修の配信を準備中です。

大きな2つ目としまして、助産師の実践能力強化を行っております。助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）のレベルをステップアップするために必要となる知識として、再発防止報告書で提言されている妊娠高血圧症候群等のハイリスク妊娠・分娩等に関する事項、助産記録に関する事項、胎児心拍数陣痛図の判読に関する事項、陣痛促進剤に関する事項等を位置づけ、助産師がその実践能力を習熟させる過程において、必ず学習しなけ

ればならない内容であることを認識できる仕組みと致しました。

次に、大きな3つ目としまして、アドバンス助産師として認証を受けるために必要な研修へ再発防止報告書の提言を反映しております。新生児蘇生法、胎児心拍数陣痛図、陣痛誘発および陣痛促進に使用する子宮収縮薬、助産記録の位置づけ、全ての助産師が定期的にブラッシュアップを促すような仕組みと致しました。

また、アドバンス助産師を認証するための試験問題出題範囲に再発防止に関する報告書を位置づけ、より多くの助産師が自己啓発できるように致しました。

4つ目としまして、再発防止報告書の普及啓発、産科管理者交流集会や各種研修会等、助産師と看護職が参集する場で配布し周知致しました。

5つ目としまして、産科医療補償制度の普及、平成27年3月に開催された本会の第2回助産師職能委員長会において、運営組織のほうから、産科医療補償制度について産科医療補償制度の改定および運営状況に関して講演を頂きました。

次に、一般社団法人日本助産学会の報告に移らせて頂きます。

こちらに関しましては、平成27年3月の第29回日本助産学会学術集会で「産科医療補償制度と医療安全」と題して、産科医療補償制度再発防止委員会委員および産科医療補償制度運営部から、参加者120名に対して本制度の創設の目的や第1回から第5回再発防止報告書のテーマによる分析結果から注意すべき事項を説明し、参加者との意見交換を行っております。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。

それでは、続きまして、日本助産師会での取り組みを村上委員、お願い致します。

○村上委員 日本助産師会の取り組みについてご報告させていただきます。

日本助産師会本部および都道府県の助産師会では、再発防止に関する報告書に基づきまして毎年リスクマネジメント研修会を複数回実施しております。

特に、その中の胎児心拍数陣痛図の判読と対応、母体の大量出血時の対応、子宮収縮薬

使用時の母体管理、常位胎盤早期剥離時の助産師の対応等に関する研修が広く実施されているところでございます。

研修においては、原因分析報告書の要約版でありますとか、再発防止に関する報告書に基づいて作成された事例を参加者とともに分析しながら、助産師として自己の実践を考察するという機会を設けていて、かなり学習効果は高いというふうに評価を受けております。

また、先般、改定されました「助産業務ガイドライン2014」におきましても、再発防止に関する報告書を参考にして、そのガイドラインが示されておりました、連携する医師・助産師、当事者である妊産婦の三者が共有する助産師の行動指針として、本報告書が活用されているということでございます。以上です。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。

それでは、今後ともどうぞよろしくお願いを致したいと思っております。

事務局、引き続き、よろしく申し上げます。

○事務局 それでは、参考資料一式をご用意下さい。参考資料一式の9ページからをご覧下さい。

厚生労働省におかれましては、各都道府県・保健所設置市およ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。

また、テーマに沿った分析に記載している学会・職能団体に対する要望について取り組みをお願いする文書を理事の上田と池ノ上委員長の連名で日本医師会、日本産婦人科医学会、日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会、日本助産師会、日本助産学会、日本看護協会、日本未熟児新生児学会の8団体に発出しております。

加えて今回は新生児蘇生において、製薬企業に対し、日本版新生児蘇生法ガイドラインで推奨されているアドレナリン投与量に基づいて、安全かつ速やかにアドレナリン投与が行えるよう0.01%アドレナリンのプレフィルドシリンジを発売することを要望しているこ

とから、日本製薬工業協会にも要望書を発出しております。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。それぞれの関連しておられる団体等の活動状況を、ただいま簡単にご報告頂きました。全体をまとめて何かご質問ございますか。よろしゅうございますでしょうか。

では、引き続きどうぞよろしくお願い致します。

それでは、本日の議事に入らせて頂きたいと思えます。

## 2. 議事

### 1) 「第6回再発防止に関する報告書」のテーマの選定について

○池ノ上委員長 本日は、「第6回再発防止に関する報告書」のテーマの選定についてであります。まず、事務局から説明をお願い致します。

○事務局 それでは、本体資料の1ページをお開き下さい。

1) 「第6回再発防止に関する報告書」のテーマの選定について。1つ目の○よりご説明させていただきます。

1つ目の○、第6回報告書の分析対象は、本年12月末までに公表される原因分析報告書で、3月末時点で600件の原因分析報告書を公表しており、概ね800件程度が分析対象となる見通しでございます。

2つ目の○としまして、第6回報告書につきましては、来年の3月末頃を目処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。

3つ目の○、テーマの選定に際しては、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、A3縦の資料になりますが、1枚ものです。こちらのほうがテーマに沿った分析に関する意見シートとなっております。

表の見方としましては、これまでに取り上げていないテーマと取り上げたことのあるテーマを区分しております。これまでに取り上げていないテーマを上段の表に、第5回報告書までに取り上げたことのあるテーマを下の表に整理しております。

また、カテゴリー別に同種同質のテーマにつきましては、それぞれまとめて整理しております。

左側から行きますと、カテゴリーがありまして、その次に取り上げたいテーマで、その隣に取り上げたい理由や提言したいこと、提案して頂いた委員名と並んでおります。一番右端に関しましては、第5回報告書の分析対象数534件における情報を記載しております。

なお、一番下にご参考として第1回から第5回まで取り上げたテーマについて掲載しております。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

本日、議題として議論頂きたいテーマを事務局のほうでこのように整理して頂きました。委員の先生方から色々とお寄せ頂いたご意見を基にしております。これのテーマについて、今回の第6回目の報告書に2つぐらいのテーマ、あるいは2つか3つぐらいのテーマに絞り込んで、それをご議論頂いて、来年の報告にもっていくというようなことにしたいと思っております。

これまで取り上げられていないテーマが上のほうに、第5回の報告書までに取り上げたことのあるテーマが下のほうに整理されておりますが、それぞれ委員の先生方からこのようなテーマを取り上げて頂いたのですが、実は、田村委員と板橋委員、小児科のお二人の先生が少し早めにご退席されなければならないということでごさいます、このテーマの中で上の段の15番を勝村委員から提案して頂いております。「早期母子接触」というテーマがここに挙げられております。これは新生児期の早期母子接触についてのテーマでごさいますので、両先生方がいらっしゃる間にこの議論をして頂いたほうが、よいかと思いま

すので、まず、15番目のテーマについてご議論頂こうかなと思っておりましたが、よろしゅうございますか。

（「異議なし」との発言あり）

○池ノ上委員長 では、そうさせて頂きたいと思います。

これは勝村委員からですけれども、簡単に何かこのご意見、よろしくお願いします。

○勝村委員 これに関する一覧表に関しては、原因分析報告書をざっと読ませてもらってすごく気になったので、昨秋頃にまとめてもらうという作業をお願いして、この前の秋か冬頃に出してもらいましたよね。僕だけが頂いたものもありましたっけ。

○事務局 一覧にしたものは委員会でご提示致しまして、事例自体は勝村委員のみにご送付しております。

○勝村委員 このカテゴリーの意味はどういうものかということ、出生直後は蘇生の必要がなかった事例としています。つまり、出生直後から蘇生をしているのではなかったが、結果として重度脳性麻痺になっているのですけれど、そういう、出生の直後は蘇生をしていなかったけど、その後、しばらくしてから蘇生が必要になっているという事例にどういうものがあるのかということを見てもいいということなんです。また、原因分析報告書の中の、実際の母親の意見などが書かれているところを読むと、この問題は産科医療のカテゴリーの中に入ると思うのですけれども、出生直後に何らかの形で母子接触をしようとしている場面で何らかの注意喚起をしておくことが脳性麻痺をなくすという観点で非常に大事な可能性がある、と感じるケースがあります。したがって、原因分析報告書には縦覧するとそういう事例が十分集まっているんじゃないかと感じますので、ぜひ再発防止の観点から検討して頂きたいということ、昨年の途中からでも、できれば昨年度の再発防止の報告書にも入れて欲しいぐらいの気持ちで秋ごろからお願いしていたのですけれども、それはちょっと日程的に厳しいかなということで、今回まで待ったということなんです。ぜひお願いします。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございます。今、このテーマの背景とここに出された背景を説明頂きましたけれども、板橋委員、あるいは田村委員、いかがでしょうか。先生方のご意見。テーマとして取り上げる、取り上げないというのは、後でご議論頂ければと思いますが、この問題点の背景とか、皆さんにご理解頂ける、そういったご発言を頂ければと思いますが。板橋委員、お願いします。

○板橋委員 勝村委員がご指摘になったように、そういったアクシデント例があり、3年ほど前になると思いますが、日本周産期・新生児医学会からガイドラインといいますか、提案というか、注意喚起をまとめたものを出しております。

確かに、適切に児が評価されないで、そのままいわゆるearly skin-to-skin contact（早期母子接触）に移行したケースがある可能性があるのではないかというふうには思っています。

それが、恐らく、児のリスクが適切に評価されていれば防ぎ得た例もあるかもしれないということで、注意喚起を促すということについては、私も否定するものではありません。

ただ、その反面、あまりにそれが強調され過ぎるとするのは、正常な母子接触が阻害される懸念もあるものですから、それはやはり医療者がきちんと子どものリスクがあるかどうかを評価することが重要です。残念ながら普通に生まれた赤ちゃんは母体の附属物という扱いですので、十分な体制でサポートできていないという現実もあるかと思います。注意喚起することに関しては、否定するものではありません。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。田村委員、何かご発言ございますか。

○田村委員 今、板橋委員がおっしゃった事は日本周産期・新生児医学会のホームページで公表されております。2012年8月24日付で、「早期母子接触実施の留意点」という形で、まだガイドラインというにはエビデンスが足りないと理由で、とりあえず留意点ということで、そういう早期母子接触のよい点と問題点を学会として明記して学会員に注意喚

起を促しております。

板橋委員がおっしゃいましたように、この「留意点」から見て色々問題があるような事例があれば、そういう事例を挙げてお産に関わるスタッフに注意喚起するということはもちろん良いことだと思います。ただ、頻度が非常に少ないものですから、1万例に1例、それで重篤な障害を残すような事例は5万人に1例とかいうような報告もありますので、果たして再発防止委員会として検討するに足るだけの事例が、今、あるのかどうかということ、まずピックアップして頂いてからでないと、結局、一般論に終わってしまう可能性があるのではないかと、そこが少し危惧する点です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他の委員の先生方、いかがでしょうか。

○藤森委員 実際に事例があるのでしょうか。そういう事例があるのでしょうか。分かるんですか。

○池ノ上委員長 事務局、いかがですか。早期母子接触そのものが原因になって云々というのはそんなに多くはないと思うのですが、早期母子接触が何らかの形で影響しているかもしれないというレベルで原因分析委員会で触れているというのは何例かあるのかもかもしれません。ちょっとはっきりした数字を私は把握しておりませんが、大体そういうところですよ。

ですから、このこと自体が原因分析委員会の議論項目にはあまり今までなっていないんですね。ですから、まだちょっと漠然としたところがデータとしてはあるのだと思います。

○木村委員 skin-to-skin contact（早期母子接触）自体ではなくても、例えばアプガーが5分値まで非常によく、その後で、しかし結果的にここに挙がってきているという事例がなぜそうなっているのかという解析ならできるのではないかと思います。それは結構、ちょっと去年初めて拝見した中でもあったのではないかと思います。むしろ、そのskin-to-skin contact（早期母子接触）、いわゆるカンガルーケアだけが悪いのではな



くて、その後の新生児の見方といいますか、どの程度注意をしておかないといけないか、あるいは注意をしても、やっぱりそういう子はもともと先天的な要因があってそうなっているのかということをしちつとしてあげるという意味では、勝村委員のおっしゃることが解析可能ではないかなという気が致しましたが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがでしょうか。恐らく、早期母子接触という言葉でくくってしまうよりも、今までのこの委員会、あるいは原因分析委員会の考え方では、分娩の経過中に低酸素、あるいは虚血の状態に追い込まれた新生児、その新生児に蘇生を行って、そしてその後、脳障害が残念ながら起こってしまったという、そういう一連の流れに乗っていない、つまり、出生直後には蘇生を必要とするほどではない、経過を観察すればいいかなと思っていたのだけれども、結果的には脳障害として補償申請され対象とされたケースが、もう1つ、グループとしてあるのではないかと。

もう1つは、その中に早期母子接触という、こういう問題が絡みながら同じような問題が出てきたというような、つまり、蘇生は必要としなかったけれども、結果的には脳障害だったというグループと。恐らく、そういう事例をひっくるめた形で検討していくということが妥当ではないかなと、今のお話を伺いながら考えたのですが、いかがですか。

○田村委員 私も蘇生に関わる者として、池ノ上委員長がおっしゃる通りだと思います。具体的には、5分後のアプガースコアが8点以上あったにも関わらず脳性麻痺になってここに上がってきているような事例が一体なぜ起きたのかということ、早期母子接触ももちろん含めてですけれども、分析しておくということは、我々小児科医師として、脳性麻痺の患者さんを診ているときにどういうことを振り返ってチェックしなければいけないということが分かって、非常に有用なことだと思います。それであれば、結構事例はたくさん入っていると思いますので、意味があるのではないかと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。板橋委員、いかがですか。

○板橋委員 早期母子接触については、そういう視点で原因分析があまりされていなかった

た経緯もあります。

今、木村委員、それから田村委員からおっしゃったように、蘇生行為は全くなくて悪くなるケースと、蘇生していったん戻って悪くなるケースと、大きく分ければその2つになるのでしょうか、そこに、恐らく、early skin-to-skin contact（早期母子接触）が関わるケースがあるかもしれないと思いますので、そういう視点での解析のほうが、まずは大事ではないかと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にご意見。石渡委員長代理、どうぞ。

○石渡委員長代理 実は、原因分析をしていて、どうもアプガースコアが実際の臍帯血の状況と全く不一致だという事例はたまにあるのです。アプガースコアの付け方ということについても、色々問題点があろうかと思うのですけれども、いずれにしても新生児の健康状態の管理が不十分だったために脳性麻痺になった事例も中にはあると思うので、その辺の解析というのはそろそろやったほうがいいのではないかと思うのです。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。箕浦委員、何か。

○箕浦委員 私も、蘇生が必要なくて脳性麻痺になったケースって非常に興味があって、これは非常に大きな問題だと思います。

あと、脳性麻痺って、それほど多くはないものですから、1個1個つぶしていくという意味では、勝村委員が言われたこれは非常に大きな問題だと思っています。

それは、身近なところで起こってみると、自分もよく知っているある病院で、それは分娩中のモニターを見ても何も異常はないのです。僕はコメントを求められたのですが、お産の後、普通に生まれてearly skin-to-skin（早期母子接触）で、多少部屋を暗くしていたようです。1時間ぐらいのうちに、1回ぐらい「どうですか」って声を掛けられたらしいのですが、とても見えるような距離ではなくて、ドアの辺からのぞいただけだという話だったのです。家族が気がついてみたら、もう児がぐったりということで、慌ててスタッフを呼んで蘇生したけれども現在脳性麻痺になっているというケースが、すでに原因分析

委員会で審議されているのかもしれませんが、そういうケースがあった。

それなんかはどう見ても、もともと何かあったにしても、モニターとかを付けていれば、何か徴候があって大事に至る前に異常がみつかったと思われるのですけれども、そういうのがあるので、1個1個つぶしていくという意味では、やっぱりこのearly skin-to-skin（早期母子接触）というのはきっちり見て注意喚起をさらに促して頂いたほうが良いのではないかなと思っています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にご発言はございませんか。

○村上委員 看護職の立場から申しますと、先ほど、田村委員もおっしゃっていますが、5分後のアプガーが良好な新生児に関しては、その後の観察というのはどうしても看護者に委ねられるところがございますので、そういう意味では、どんな状況があったのか、どういう対応が必要だったのかというのを、看護者にも喚起する意味でも必要な項目なのかなと考えております。

ただ、早期接触に関しましては、母子の愛着を促すという意味ではとても重要な事項になっておりますので、検討して、しない方がいいというようなところに持っていかれてしまうのは、母子関係を育成していく看護者としてはちょっと気になるなと思いますので、その辺は配慮頂きながらご検討頂くということを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。個々の事例の分析ができれば、今の村上委員のおっしゃるような危惧はなく、よい提言ができるのだと思いますが、そういった作業が可能かどうかということでありまして、もう1つは、やはり、これまで脳性麻痺の原因が分からない部分がたくさんあるというので、積み残されてきている部分はかなりあるので、そういったグループが、今、先生方が議論して頂いているようなグループの中にひょっとしたら紛れ込んでいるのかもしれないというのも出てくる可能性は高いのだろうと思うのです。

いずれにしても、これはやっぱり分娩、それからその後の胎児期から新生児期というよ

うに移り変わって、そして適応していく新生児期の特徴ある病態といたしますか、そういったものと、もう1つは早期母子接触のあり方という、そういった体制の問題といたしますか、そういったものが絡んできて、こういった問題がやはり注目されることになっているのではないかと思います。

かなりご議論頂きましたので、また他のテーマを議論頂いて、最終的にはこれをピックアップするかどうかということをご議論頂きたいと思います。

○藤森委員 私、3番目に、「新生児蘇生以外の新生児因子」って挙げたのですが、多分、今のことをちょっと幅広く取ったのですが、蘇生は必要なかったか、もしくはうまくいったが、その後に何かしら、低血糖とかが挙がっているものもありました。そういう早期母子接触も含めて、分娩に直接関わるというよりは、蘇生以外の新生児の何かしらの因子で脳性麻痺になっているのがどれぐらいあるのか、ちょっと知りたかったということもあります。ということで、3番目に挙げさせて頂きました。ちょっと幅広くですが、ちょっとご検討頂けたらと思います。

○池ノ上委員長 そうですね。今、委員の先生方から色々なご発言がありましたが、恐らく、3番と15番は関連した形で検討すべき事項だろうというふうに思います。ありがとうございます。

○勝村委員 僕も、15番のところの「取り上げたい理由や提言したいこと」のところに書いてあるんですけども、あくまでも出生直後に蘇生の必要がなかったのに、その後、脳性麻痺になっているという事例ということで、昨年途中にお願いしたときも、あくまでもそういう形の分類でお願いをしたところ、それで相当数の一覧表が出てきましたので、できるだけ僕は原因分析報告書に戻って読んだのですけれども、これからきちんと分析してもらいたいと思ったのは、僕がさっと目を通した感じでも、保護者のほうで早期母子接触に原因があったんじゃないかと気になっている事例がかなりあるということです。それだけ、数年前に、板橋委員や田村委員らがやられた分析との関係とか、一方で、村上委員

がおっしゃるように、母子接触が母子にとって大事であるということならば、そうであるほどきちんとそのやり方を見て、必要な注意喚起をしていかなければいけないと思います。

例えば、子宮収縮剤も、子宮収縮剤自体がだめだと言っているわけではなくて、ガイドラインを守ってしようしていれば事故は起こっていないわけです。ガイドラインを守ることが必要だと思いますので、同じように、早期母子接触についても事故防止のための注意関係が必要ではないかという話になっているのではないかとということが非常に気にはなっているのですけれども、あくまでも科学的に冷静に、木村委員がおっしゃって頂いたように、出生直後蘇生が必要がなかったのにこういう事例になっているというところは、ぜひ先生方にきちんと見て頂きたいと思いますので、ぜひお願いしたいと思います。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。

それでは、あと他に早く帰られる先生は……鮎澤委員はよろしいですか。

○鮎澤委員 はい。

○池ノ上委員長 では、上から順番に簡単にコメントを頂いて、ご議論頂きましょうか。

胎児母体間輸血症候群。これは藤森委員と箕浦委員ですね。

○藤森委員 第5回の段階でも、主たる理由の中に14例入ってきていますので、その前が、多分、第4回の報告のときが9例だったと記憶していますが、こういう病態があるということを、産科医の方々でも知らない方がいらっしゃると思いますので、こういう病態があってモニタリング等を含めて早く対応すれば助かる子どももいるんじゃないかということはあるので、どういう症状で、恐らく満期近くで胎動減少でということによって来られている方がほとんどだと思いますので、そういう方々に対してこういう病態があるということを知って頂くということで調べて頂いて提言することがよろしいんじゃないかと思って挙げさせて頂きました。

○池ノ上委員長 箕浦委員、いかがですか。

○箕浦委員 特に追加はありませんが、これだけ集まって分析すると、何か知見が出てくるかなと思いました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。このテーマにつきまして何かご発言ございますか。よろしいでしょうか。

それでは、続いて、新生児蘇生は先ほど議論頂いたということで、胎児発育不全ですね。これについてはたくさんの方から頂いております。今日は岩下委員がいらっしゃらない。板橋委員、箕浦委員、いかがでしょうか。

○板橋委員 胎児発育不全は、重要な要因の1つの可能性があるというふうに考えています。ただ、胎児発育不全でカテゴライズされていますが、生まれたときの体重とか体格で見ると、SGAとかLight For Datesとかというふうなカテゴリーになります。ご存じのように、FGRとSGAはイコールではないので、ここを言葉の定義をまずきちんとしてから論議したほうがよいと考えます。

いずれにせよ、多くは胎児発育不全を伴ってSGAなりLight For Datesで生まれているのでしょうから、胎児発育不全というカテゴリーでいいのかとは思いますが、子宮内の状況について、全ての記録にあるかどうか。それがあれば胎児発育不全というカテゴリーでいいと思いますし、あまり情報として得られないのであれば、生まれたときの体格から、あるいは超音波のデータから推測するしかないかなというふうに思います。

○箕浦委員 「胎盤機能不全」という言葉はもう死語になったという議論がありましたけれども、原因分析報告書には今でも使われているということで、ここには「いわゆる」と頭に付けたのですが、その概念とか胎盤機能低下とか、そういうものをFGRと絡めて、内容的には大事だと思うので、少しどういう概念にするかも含めてまとめられたらいいかなと思っていました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがですか。ご発言ございませんか。

これは全体の15%を占めるという数値がここに掲げられておりますけれども、80件ほど

今までFGR絡みといたしますか、LFD絡みというのがあるんですね。それからいっても、頻度的にもかなり重要だろうと思います。

それからもう1つ、私個人的なんですけれども、日本の産科施設ほど超音波検査が頻繁に行われている施設はないし、ほとんどの診療所にも超音波検査ができる体制があるんですね。そこでこのFGRをどの程度の精度でピックアップできるんだらうかという問題も含めて、市塚客員研究員、いかがですか。FGRを産科の段階で極力ピックアップしましょうよというキャンペーンを張るとか、そういうことが可能なのか、あるいはちょっとそれは難しいよということなのかというのを、先生は超音波の専門家でいらっしゃるから、そこら辺の感覚はいかがですか。

○市塚客員研究員 FGRを見つけられるのは日本ではできると思うのですけれども、最近、世の中の流れとすると、割と日本では胎児発育の停止、FGRが認められてから停止になるとそろそろ出したほうがいいのではないかという意見が多かったのですが、これは割と日本に特有のご意見でありまして、世界全体から見ると、発育停止、FGRだけで出そうというディシジョンメイキングにはなりにくくなってきている傾向はあると言えば、あるんですね。その辺はちょっと難しいかなと思うのですけれども。

○池ノ上委員長 先生のおっしゃることは分かるので、その対応については、少なくとも周産期の施設なりその専門家たちがそれに対応すると。その対応する前の段階で、これはもうそろそろFGRだから要注意だぞとか、イエローカードが出始めたぞというようなことが日本全国でもし行われるようになると、これは大変な大きな効果が上がるんじゃないかなと。

あと、今、先生がおっしゃるような、どういう対応をするかというのは、まだまだ施設間のポリシーの違いがあるので、逆に言うと、そういう対応策に施設間のポリシーの違いがあるようなものを取り上げていいのかという議論もしないといけないと思うのですが、恐らく、板橋委員のさっきからのご発言によると、FGRが疑われているんだったら、や

っぱりそれなりに要注意でしっかり見て、その生まれてくる状況も整備して、その後の新生児科医への連携もしっかり作って下さいよということをおっしゃりたいんじゃないかと思うのです。

産科のほうで見ていくと、少なくとも見つけるのは、100%は無理でしょうけれども、かなりの精度でできるという我が国特有の超音波検査機器の普及を利用するというのは、石渡委員長代理、いかがですか。

○石渡委員長代理 非常に重要なテーマではあるんだけど、難しいテーマでもあって、胎盤機能を見るという、具体的なそういう方策もはっきりしたものはないのです。その中で胎児の発育不全を見ていくわけですけれども、確かに、今、全ての施設でも超音波は見ていますし、その都度胎児の計測も一般的に行われていますけれども、ひとつこういう大きなテーマというものをポンとこの委員会から投げかけるというのは、私はある意味では必要かなというような感じはしますけれども。

ただ、この分析がうまくできるような状況にまとまるかどうかというのは、ちょっと不安もあるのであります。

○板橋委員

確かに、FGR、例えば定義をどうするかというのが1つありますけれども、逆に言うと、出生体重はすごくシンプルなので、扱いやすいことは扱いやすい。

ただ、注意しなければいけないのは、そこにノーマルスモールが含まれているという点です。ただ、出生体重なりのカットオフポイントを、例えば恐らくここに書いてある定義では10パーセントイルだと思わんですが、それを例えば-1.5とか、2SDまで下げたときにどうなっていくのかというような形で解析すれば、よりFGRに近い状態を反映できるのではないかなというふうには思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。いかがでしょう。木村委員、どうぞ。

○木村委員 大変おもしろいテーマなんですけれども、例えば超音波をやればFGRが見



つかるかという、これは前任の村田教授の時代に教室でやっていて、こんなもの世の中に出せないなど言っていたのは、推定体重を一生懸命測ったのと、こうやって何gとってレオポルドで測ったのとでどちらの感度が高いかといったら、レオポルドが当たっていたんですね。一生懸命やっても、超音波っていうのはそんなものなのです。

だから、子宮底をちゃんと測ることのほうが、多分、FGRを見つけるとすれば、そのほうが多分正しい。超音波を毎回やること自体は、医学的にはあまり意味はない。母児の愛着とか色々なことがあるだろうと思いますけれども、そういったこともあって、なかなかその切り口をどうするかということ、予防するのが出たときに小さい子に対してちゃんと新生児につながましようとするのか、おなかの中からちゃんと産みましようとするのかというところは、これはちょっと調べてみないと、なかなか分かりませんし、去年の事例検討の中でも、ずっと正常として見られていたものが1,000g台でという事例もありましたし、なかなか全てを見つけなさいというためにどうしましようという議論は、CPという角度からではなく、もうちょっと別の切り口をして、こういう人はやっぱりちゃんと高次医療機関へというふうな切り口を作ってあげないと、難しいのかなという気がします。

ただ、このテーマ自体は非常におもしろいですし、今、そういうことがどれだけなされているのかというような解析をする意義は十分あるのではないかと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

○市塚客員研究員 先ほどの早期母子接触と新生児蘇生以外の新生児因子というところ、一番最初のところともちょっと関係するのですけれども、第5回の125ページを見て頂くと、生後30分以内にいわゆるNCPRを行わなかった事例が85件あり、このうち原因分析報告書において実際は新生児蘇生が必要だった事例が4例ということですので、出生時30分以内にNCPRは必要ないよと言われた事例が81件あったということになるのです。

ですので、一番最初の番号3番と15番というのは、これら81例を洗っていけば、そういったところに個々の原因が早期母児接触だったりとか、あと何で蘇生がいらなかったのに

後でCPになったかと個別に調べていくものの中に、恐らく、このFGRも入ってくるのかなと。

というのは、ちょっと正確な数字は、今、把握できていないのですけれども、FGRだけで生まれてきたお子さんがすぐ蘇生が必要だったかという、意外とFGRのお子さん、生まれたときはアプガーはよくて、発達の段階でCPがあらわになってくるというケースが臨床上も結構あると思いますので、こういった81例、NCPRが出生後いらなかった中にFGRも入ってくるので、その辺で絡めるのも1つの方法かなとは思いますが。

○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございます。多くのものが関連した病態、あるいは関連した臨床症状みたいなものを、恐らく、示してくる。それにどういう対応をするかというところが、もうそろそろクローズアップされてきているんじゃないかなと思います。1つ1つの病態、妊娠高血圧症候群とか常位胎盤早期剥離とかという、そういう1つ1つの病態ばかりじゃなくて、いくつかの病態をオーバーラップするような形で、例えばFGRが絡むとか、蘇生必要・不必要というのが絡むとか、そういったことが、恐らく、今の先生のお話からいくと出てくるだろうと思われま。

それからいくと、この胎児発育不全というのは、これだけを単独の項目として出すよりは、他の項目と絡めながらその中での位置づけというようなものを検討するほうが、現段階でのこの委員会が持っている資料といいますか、材料からはより有効なものが出てくるんじゃないかなという感じが致します。他にいかがでしょうか。先生方、何か。よろしいでしょうか。

では、早産のことに移らせて頂きます。早産も、これも板橋委員と田村委員から出して頂きましたけれども、田村委員、いかがですか。

○田村委員 早産につきましては、今回、5年を迎えて補償対象をできればもう少し拡大して頂きたいというのが小児科の委員の多くの意見だったと思うのですが、結局は

期待したほど広がらなかったのですが、それでも小さい子どもの中での割合が結構あるということで、早産のうちのどういう因子が脳性麻痺の発症に関係しているのかと。早産そのものなのか、それともそれに伴う二次的な合併症の結果なのかというあたりを明らかにするという事は、そのケアに当たる新生児科医にとって非常に有用な情報を与えることになると思いますので、そういう観点から、できれば分析対象にして頂きたいというのがお願いでございます。

○板橋委員 私も田村委員と同じで、早産のケースが中に集まってきつつありますので、その背景にあるものをきちんと解析しておく時期に来ているのではないかなというふうに思います。早産というファクターと、例えば仮死というファクターがどういうふうに絡み合っているのか、それ以外の子宮内の感染症の問題やFGRの問題など様々なファクターが、早産には関わってくるので、色々な方向性からの解析は必要だと思います。やはり早産という切り口は重要なかな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。他の委員の先生方、ご発言ございませんか。よろしいでしょうか。

それでは、多胎に移りたいと思います。多胎の説明、箕浦委員、いかがですか。多胎、9番、10番ですね。

○箕浦委員 多胎も脳性麻痺になる要因は色々あると思うのです。内訳を見てもMM1件、これは分かるのですが、MD17件、DD11件とか、どういう原因でなってくるのかなということ、そろそろまとめてもいいのかなと思いました。

○池ノ上委員長 多胎のリスクですね。田村委員。

○田村委員 同じ意見です。特にMDの場合、双胎間輸血症候群もしくはそれに関係するような事例が多いのではないかなと思うのですけれども、本当にそれだけなのかということを知りたかったのですが、ただ、症例数が予想外に少ないのが気になります。私、もうちょっと件数が多いかと思いました。

うちのNICUに入る患者さんの中で多胎の占める割合は大体15~20%ぐらいです。だから、もうちょっと多い数を予想していたのですけれど、29例だと必ずしもまだ細かな原因までは分析できないのかもしれないと思い始めていますので、他にもっと積極的に現時点で取り上げられるべき事例があれば、優先順位は下げてもいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございます。多胎はずっとハイリスク妊娠としてスクリーニングされているものだと思いますけれども、先生のところはインタクトサバイバルしたケースも入れて15%ですよ。

○石渡委員長代理 多胎については、高度生殖補助医療が大いに関わっていたわけですが、今、単一胚移植ということが結構会員の中にも徹底されてきましたので、多胎はずいぶん減ってきております。

その中でも、やはりMMIは別として、MDツインというのは結構あるものですから。

ただ、今、田村委員からお話があったように、29例という事例数ではなかなか分析は難しいのかなという気はしますけれども。

○池ノ上委員長 はい。では、どうもありがとうございます。

11番目のテーマです。これは箕浦委員から妊娠中の体重増加、BMIのことが出されています。先生、ちょっと説明頂けますか。

○箕浦委員 これは私の印象で、BMIが多い妊婦から生まれた児が脳性麻痺が多いとか、妊娠中の体重増加が多い人に多いとかいうような印象があったものですが、書いてのですが、検定して有意差がなければしょうがないのですが。

その場合、体重増加が過剰な人とかBMIが多い人が、どういうプロセスでもって脳性麻痺になるのかなというようなことをちょっと調べておいたほうがいいかなと思いました。

○池ノ上委員長 他にいかがでしょうか。

このコメント欄のところに、妊娠中の体重増加推奨値、これは97年の日本産婦人科学会のものようですが、結構多いんですね。47%の妊婦さんが推奨値をオーバーしているという、これを、今日、初めて見てびっくりしたのですけれども、こういうふうにあるかなと。むしろ、妊婦さんはあまり体重増えていないのかなと思っていたのですが。それをどういうふうに結びつけるか、どう検討するかというのは、なかなか難しいとは思いますが、けれども。

○隈本委員 この推奨値ではなく、現実はどうなんでしょうか。というか、平均値。要するに、推奨されるのは推奨されているとは思いますが、現実には普通の妊婦さんはこの推奨値よりも多い人は多いのですか。健常に生まれていらっしゃる妊婦さんのことです。妊婦全体の、今の若い妊婦さんの、若くないかもしれませぬけれども、若い妊婦さんの平均値からずれているとしたら、調べる価値があると思うのですけれども、推奨値はあくまでこうあるべしということでしょうから。

○上田理事 第5回報告書の22ページにあります。

○池ノ上委員長 どうですか。そんなに太っては……全体として太っておられるようには印象がないのですけれども。箕浦委員、どうですか。

○箕浦委員 追加させていただきますと、我々、このところずっともう1つのグループと妊婦の栄養調査をやってきたのですが、むしろ低栄養の人が増えているというのがつかまってくるのです。ですから、これはむしろ逆の傾向だから、こういう人がどういう過程をもって脳性麻痺と結びつくのかなというようなことが出てくれば、これはこれでおもしろいかなと思ったのですけれども。

○池ノ上委員長 そうですね。むしろ、やせのほうに心配だというふうに感じていたのですが、そういう脳性麻痺の視点から見てもこの問題がちゃんとしたデータとして出てくるかどうか。もし出てくるのであれば、それは、しかし、なかなか対応は難しいかもしれませぬけれども、少なくとも目標的なものを出すことができるのかもしれないね。

○隈本委員 例えば、そういう一般の平均値が分かっている、しかも例えば早期剥離とか何らかの体の要因が何かにつながったであろうと思われるものとの関連性を見るというのはありだと思うのですけれども、例えば新生児蘇生の問題で脳性麻痺になった人のBMI 幾ら測っても意味はないと言え意味はないわけですね。さっきの例ではないけれども、アプガーがよい子どもなのに、その後、脳性麻痺になった事例と結びつけてもあまり意味がないので、例えば常位胎盤早期剥離と体重とか、そういうことだったら可能性はあるのかもしれませんが。

○池ノ上委員長 やはり、各色々な病態別に体重のばらつきみたいなものが極端に偏っているような病態があるとか、差し当たってはそういうところぐらいがこの今の委員会に集まっているデータから出てくるんじゃないですか。もうちょっと大きくなるとすると、日本産科婦人科学会のデータベースとか、ああいうコントロールをしっかりとってきてやってみないとなかなか進まないと思うのですけれども。はい。ありがとうございます。

それから、12番に行きたいと思いますが、これは村上委員から妊産婦の主訴といいますか、どういうことを妊産婦さんが訴えてその後の病気が進んだかということだと思うのですが、村上委員、ちょっとご説明頂けますか。

○村上委員 私は、特に胎動の減少とか、あるいは消失というような、原因分析報告書をいくつか見ておりますと、やはりそれを感じていた妊産婦さんが比較的多いのかなと思ったりしたのと、原因分析等に携わっている先生方に研修会等でお話を頂戴したりすると、産科医師が今まではそんなに注目していなかったんだけど、最近、胎動減少などが気になっていますというようなお言葉を聞いたりするので、この辺の胎動減少とか消失というようなところを少しテーマにしてもよろしいのかなというふうに感じて書かせて頂きました。

○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。

○勝村委員 村上委員の趣旨とは少し違うかもしれないのですが、妊産婦がどのよう

に言っている、胎動とかで妊産婦本人がどう感じているかということなど、そういうものをカルテから拾い出すことや、原因分析報告書にどう記載されているかという趣旨だと思うのですが、あくまでもここの会議の一番の趣旨は、原因分析報告書を縦に見ていく、縦覧していくということですから、その原因分析報告書の中で妊婦がどう感じていた、妊婦がどういう訴えをしていたという記述をピックアップすることで何か見えてこないかということ、すごく大事な観点だと思うのです。また、同じように、原因分析報告書を読めば、妊婦が分娩経過などで色々と質問や意見を言っている部分というのが報告書に書いてあるわけですね。原因分析の報告書には、妊婦側はどう思っていた、医療機関がどう思っていたという中で、妊婦の言葉みたいなものが書いてある。それが、今、簡易な報告書になって載らなくなってきましたよね。だから、とても見えにくくわかりにくくなってきているんですけども、あのような内容なんかも、その時のカルテには書かれていないけど、今思えば、そういえばそのときそうだったみたいなことが書かれてあって、つまり、原因分析報告書の議論の中で何らかの形でそのときにカルテに記載されていた、または、こういう結果になってしまって、今思えば、あのときこうだったと思い出したみたいな妊産婦の主訴、妊産婦自身がどう言っているという言葉をちょっとピックアップして、そんなにたくさんないと思うので、並べてみて、何か再発防止という観点で縦に見て共通性とか何か見えてこないかという観点で見るとするのは、すごく大事なことはないかと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

確かに、事例の最初のスタートになったきっかけは何であったのかとか、特に緊急の、事例のときには、誰がどの時点でこの事例の管理上のボタンを押したかとか、あるいは妊産婦さんのほうが最初でどういうスイッチが押されたか、どういう押され方をしたかというのは、意外とこの分野では大事なことでして、それがちゃんと医療スタッフに伝わるか伝わらないかといったことも大事じゃないかなという気がしているのです。

いったん医療の体制の中に入ってしまうと、結構みんな、例外もあるかもしれませんがけれども、一生懸命見て、ああでもないこうでもないとするんですけども、そこに入るまでと申しますか、そこにコネク特されるまでの問題点というのは意外と重要で、且つちょっと見逃されていた部分というのものもあるかもしれないと思うのですけれども。

○隈本委員 私もその通りだと思います。大体受付の方が電話を受けて、大体「来なさい」というふうに言うようになっているとは思いますが、そのときに質問する項目を考える意味でも、これはとても大事なのではないのでしょうか。

大体原因分析報告書には、最初にどういうふうにして入院した経緯になったかということとは必ず経過のところに書いてありますので、それを使えば色々なことが分かるんじゃないかなと思って。特に、胎動減少なんかは、この報告書を一般の人たちが読んだときに役立つ情報なんじゃないかなというふうに思います。あるいは、医療機関の受付を第一線でやっていらっしゃる方が読んで意味がある提言になるんじゃないかなと思います。

○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。

何回か前の報告書だと思うのですけれども、破水の訴えというのが、どういう訴えで、その破水の患者さんがコンタクトを取られたかという、その生の声を確かまとめて表にしたことがありましたね。破水というのはなかなか難しく、ご本人が破水と感じていても違うこともあるし、破水じゃないと思っていてもそうであることもあるしというようなことがあって、じゃあ実際に破水を訴えられたということは、どういう言葉で訴えられたかということ、確か、まとめてもらったことがあったような気がするのですが、僕の勘違いですかね。

そういう意味で、色々な病気によっては、あるいは病状によっては、実際の妊婦さん・産婦さんはどういう訴え方をしているんだろうかというのは、医療者側は医学用語でだけしかつかまえていませんので、そこにギャップがあると。そのギャップがあるときは大きなリスクになっているということもあるのかもしれませんが。



○勝村委員 池ノ上委員長もおっしゃったように、事故の前に妊婦がどんな発言をしていたか、また、事故後に妊婦がどういう発言をしていたかということは、やっぱり早剥なんかもそうなんですけど、きちんといい形で縦覧して、そんなにそれぞれの報告書のなかには多くはないでしょうけど、縦覧するからこそ見えてくるものというのをまとめて、医療現場に返すということをする、現場の人たちはその情報というのは意外とすごく役に立つ、今まで見たことがない妊婦側からの言葉で、このような事故例ではそのときにこんな言葉があり、事故の後に、こんな言葉があったということは、というような感じで、何か新たに再発防止のイメージが作れる可能性がある、非常に大事な視点かなと改めて思います。

○池ノ上委員長 他にいかがでしょうか。

先ほど、常位胎盤早期剥離のときの、第3回の報告書ですね。2回目ですか。今、見せて頂きましたが、結果的に常位胎盤早期剥離であったという方が。

○上田理事 第3回が81ページです。第2回が62ページです。

○池ノ上委員長 両方とも早剥ですかね。どういう訴え方をしておられるかというのを、そのままの言葉で出して頂いたのです。はい。ありがとうございます。

他に何かございますか。ございませんか。はい。それでは、どうもありがとうございました。

では、13番目にこの喫煙の問題が出ておりますが、これは小林委員から提案して頂いたのですが、ちょっとご説明頂けますか。

○小林委員 534件分の26件なので、取り立てて高いという数字ではありませんが、例えば早剥とか、あるいは妊娠高血圧症候群との関連も調べて、一応、妊娠中の喫煙はゼロにしようというのが、恐らく、多くの関係者の願いだと思いますので、この制度のなかで直接脳性麻痺か、あるいはそこにつながるような合併症との関連が示せれば、例えば提言のなかに「喫煙はやめましょう」というのを、ひとつポスターをつくると、医療機関でも分

娩機関でもすぐ掲示して、あるいは医師や助産師が説明するときに、ちゃんと根拠もありますよということで示せると思うので、いいかなというように思いました。

これはこの場で何度も議論するようなことではなくて、むしろワーキンググループとか、事務局のほうでまとめてもらって、この会でそれを確認するというような進め方でよいと思いますので、優先度としてはそれほど高いものではございません。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にご意見はいかがでしょうか。

やっぱりどうしても吸っちゃう人がいるんですね、色々なことを言っても。それをどうするかという、何か逃げ隠れしながら吸っている人がおりますね。これはもうとんでもないことであるということをおもな思っているんだと思うんですけども、それをきちっとした統計的なデータがこの委員会から示せれば、非常にいいのではないかと思います。

これは、また、今、小林委員がおっしゃったように、ワーキンググループできちっとしたものを出していきながら、それがある程度のもになってきたら提言にするというような、そういう位置づけかなというふうに思いますが、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。はい。

あと、分娩誘発と促進、それから臍帯脱出について。これも勝村委員から出して頂いているのですが、いかがでしょうか。

○勝村委員 以前、臍帯脱出では2回目か3回目かでテーマになり、今までメトロはメトロでもテーマとして取り上げられているわけですけども、それを見ていくと、ある程度もう一回り件数が増えてきたら、直接的にメトロで促進させることと、臍帯脱出ということをおさらに再発防止の観点からはきちんと現場に返していかなければいけないような事例が続いているんじゃないかという趣旨で書いています。ただ、今のこの件数を見ても、この後に挙げている子宮収縮薬を直接テーマとしてやるほうが今回はより大事かなというように感じでは見えています。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございます。他にいかがでしょうか。臍帯脱出。

あるいは、5回目の報告書では、臍帯脱出以外でも臍帯血流障害が起こっているような臨床経過をとった事例とか、あるいはそういったものが生まれた後の臍帯を見ることによってそれは十分推測できるような経過であったんだなというものをまとめてテーマとして報告の1つにしておりますけれども、やはり臍帯にまつわる問題というのは、分娩の経過中にはどうしても重要な位置を占めているということには変わりないと思うのですけれども、今、勝村委員がおっしゃったように、これはやはり陣痛誘発とか、促進とか、あるいはメトロとか、子宮内操作とかというようなことと、臍帯血行障害、臍帯脱出も含めて、そういったことには注意をずっと持ち続けていかないといけないという、この委員会としてはやはりずっと続けないといけない問題だろうというふうに思っております。よろしいでしょうか。はい。どうもありがとうございました。

今回、今までは取り上げていないテーマとして、新しく委員の先生方からご提案頂きましたものについて色々ご意見を頂きました。今、それぞれのご意見を頭に入れながら、今日、決めることができるかどうか分かりませんが、何らかの形で進めていきたいと思えます。

では、これまで5回の報告書で取り上げたことのあるテーマが16番から並んでおりますので、まず、石渡委員長代理が出して頂きました早剥の問題ですが、先生、お願いします。

○石渡委員長代理 脳性麻痺の原因分析の切り口から言うと、母体死亡のことには言及していないのです。脳性麻痺の原因だけをこの制度ではやっているわけなので。

一方、私たちがやっております妊産婦死亡、これは毎年50例ほど上がってくるのです。もう既に5年経過してしまして、かなりの事例が集まってきているのですけれど、そのうちの母体死亡のなかで、この常位胎盤早期剥離が原因と思われるものが大体5%ぐらいあるのです。だから結構数は上がってきているのですけれども、そのなかで、多くは胎児死亡というのがあります。それから脳性麻痺になった事例もあるのですけれども、その辺の

すり合わせをして、何か母体死亡を防止する、あるいは脳性麻痺を削減するというようなことに提言として何か結びつけられるようなものが出てくるのではないかなというように思うのですけれども、すり合わせすることはできるとは思っています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

確かに、これは児だけではなくて、母体にとっても大きなリスクであることは間違いのない病態なのですが、母体死亡の全体としての実数は減ってはいるんですね。

○石渡委員長代理 母体死亡は、実数は減っています。それから、胎盤早期剥離に関しても減ってはいるけれども、相変わらずある程度占めているものですから、やはりここを気をつけたらいいんじゃないかということは思い浮かぶことはあるのですけれども、やはり母体死亡の場合でも、ほとんど病院に着いたときにはでき上がっちゃっているのです。ですから、究明できない事例も結構あるのです。そういうことも踏まえて、ちょっと分析してみてもと思うので、母体死亡の側から見た問題点については、今度、私、データとして持ってきますので。

○池ノ上委員長 そうですか。ありがとうございます。

これも産婦人科医会との協力・連携ということで初めてできる作業だと思いますし、やはりこれはこの委員会が側面的にそういった資料を参考にさせて頂きながら、本来の再発防止ということに向けて作業を進めていくうえでも非常に重要なことだと思っております。

産婦人科医会が、活発に活動をしておられて、しかもその調査結果などをこちらのほうにも出して頂いているということで、前の学会での発表でもそれを使わせて頂いておりますけれども、やはりそういったことは非常に大きなこの委員会の活動の成果として広がっていているんじゃないかと思えます。

母体死亡は関係ないというわけじゃないですよ、再発防止委員会は。そういう議論はあり得ないと思っておりますので。

いかがでしょうか。常位胎盤早期剥離。これはご覧頂きますように、全体の26%を占めているのです。脳性麻痺事例のなかの原因と思われるというものとしての。やはりこれはずっと何らかの形で、色々な視点で、常位胎盤早期剥離は対応を考えていかないといけないだろうと思っております。

よろしいでしょうか。他に何かご発言はございますか。はい。

では、続きまして、効果検証について、これはこの間の記者発表のときも、効果検証についてはどうですかという質問もありまして、ちょっと今のところは、初年度から2年度、3年度と、まだ全部の数がそろっていないので、なかなかそこは具体的な数は出ていないのですけれども、ただ、感覚的には産婦人科医の間における脳性麻痺防止ということの認識はずいぶん高まったというように感じておりますと私はお答えしましたけれども、ただ、やはり効果検証ということは非常に大事なことですので、これについては藤森委員、それから勝村委員。どうぞ藤森委員、お願いします。

○藤森委員 主に3つのことですね。胎児心拍数のモニタリング、それから、NCPR（新生児蘇生）、それから子宮収縮剤（オキシトシン）、この3点はやはり2011年の最初の報告、提言にも出てきておりますが、それが指摘されている、それが理由というか、きちんと読めていなかったとか、オキシトシンの投与量が多かったとか、NCPRがきちんとされていないとか、そういう指摘されている数を全体の割合でどれぐらい占めているのかというものを今後も僕は第6回以降ずっとやっていく必要があるんじゃないかと思っています。これは提言すると同時に、その効果を検証するというのもこの産科医療補償制度の再発防止委員会の1つの大きな仕事だと思いますので、今回は確かに少ないということでしたが、今後はやはりどういう報告の仕方だというのは検討しなくちゃいけないと思うのですが、そのフォーマットにのっとって第6回以降は毎回やっていくべきだというふうに思います。単純な数報告でもいいと思うのですが、そこで何かしらの提言をするというわけではなくてもいいと思うのですが、数字をきちんと示していく必要があると思っ

て出しました。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございます。

勝村委員からもこの提案がありました。

○勝村委員 今までは、再発防止の報告書の効果を検証する方法が実際になかったので、ある種そういう意味では責任は逃げていたというか、許されていたと思うのですが、これからは検証が可能になってくるので、再発を防止できるだろうと思って再発防止策を提言している部分において、その後率として下がっていないということであれば、何らかのその報告書の、例えば書き方が悪いのではないかとか、分かりにくいのではないかと、読まれていないのではないかと、読まれているけれども軽視されているのではないかと。など、やっぱり色々なことを考えていかなきゃいけない責任がでてくると思いますので、原因分析委員会のほうは、同じ医療機関で同じような事故が起こらないようにということの責任を負っていると思うのですが、再発防止委員会のほうは、やっぱり再発を防げるかもしれないと考えて提言している部分に関しての率というものは少しずつでも減っているという感じを出す責任があって、その結果がこれからはだんだん出てくるわけなので、そこはきちんと数字を出すとともに、減らないならなぜ減らないのかということに関しての分析みたいなものをきちんとしていくということ、よりリアルにしていかなければいけないと思います。やることをやっている、でも、結果出ないということになっていたら、やっぱりやることをやっているというふうには一般には思ってもらえないし、この制度自体の信頼性にも関わってくると思うので、いい結果が出て欲しいと思いながら、やっぱりしっかりと検証していく必要があるというふうに思います。

○池ノ上委員長 他にいかがですか。

○鮎澤委員 私たちの定義、この「効果の検証」がどこまでを意味しているのか、まだよくつかみきれないのですが、私たちの提言には、それが本当に実現しているかどうかというレベルの話と、それは本当に脳性麻痺を減らすという成果を上げているのかというレベ

ルの話と、いくつかの段階があるのだと思うのです。正直なところ、これまでは、どう検証するのかというところまで必ずしも十分議論しないなかで提言をしてきたところがある。そういった検証のデザインをしながら提言をいくこともそろそろできる時期に来ているのではないかと考えています。

その準備のためにも、ここにもあるように、今回、今後は毎回とありますけれども、提言にきちんと責任を持っていくという意味で、この仕事をしていくことがとても大事なこれからのスタートになっていくのではないかと考えます。

その準備のためにも、やはりここにもあるように、今回、今後は毎回とありますけれども、ここで出した提言にちゃんと責任を持っていくという意味で、やはりこの仕事をしていくことがとても大事なこれからのスタートになっていくんじゃないかと考えます。

○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。

藤森委員からは、第1回の報告書で挙げられた胎児心拍数と、それから新生児蘇生と、それから子宮収縮薬の使用、この3つについてはもうスタートしていいんじゃないかというお話がありましたが、これについていかがですか。まずはできるのはここら辺からだろうと思うのです。一番最初にスタートしておりますね。ちょっと後追いになりますけれども、じゃあどういう検証ができるか。鮎澤委員がおっしゃったように、実際に実現しているかどうかという視点とか、あるいは脳性麻痺が減っているかどうかとかという、その次のターゲットとか、それをじゃあどういう方法で検証していくかということも、できる範囲がどこら辺まであるかというのもこの委員会のなかでのまた議論点だと思いますけれども、そのできる範囲というのは、技術的に、そういったことをやはり並行していかなければ、今、勝村委員がおっしゃったように、やってもやっても無駄じゃないかというような批判も出てくる可能性もありますので、やっぱりこの委員会としてはもうそろそろ手をつけないといけないのかなと思います。ある範囲の資料を基に検証のできる、なるべくフェアな検証ができるという、そういったことも必要だろうというふうに思いますが。

○鮎澤委員 私、さっきとても雑に、脳性麻痺が減ったのかというような言い方をしましたけれども、そんな簡単な話じゃないということはよく分かっています。何が指標になり得るのかというようなこともしっかり議論しながら提言をしていくということが必要な段階に来ているのではないかと、そういう趣旨で申し上げました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。やはり、検証するときは、何を検証するかによって全くその後のリアクションが変わってくるという非常に大きな問題だと思いますし、そこをじっくり議論するという、議題としてここでも議論する、検証ということをテーマにした議論をするということも非常に重要だと思います。

○石渡委員長代理 これは医会でも非常に関心が高いことなのです。私たちは色々研修会とか講習会とかをやっておりますし、色々な教材等も配布してやっているのですが、実際、それが現場でどのぐらい活かされているかという、例えばオキシトシンの適正な使い方であるとか、分娩監視のあり方であるとか、そういうことについても本当のところは知りたいのです。

ただ、そういう結果と、そういう検証と、最終的な目標というのは脳性麻痺を減らすことだと思うのだけれども、それはすぐには結果として出てこないと思うのですが、ただ、実際、現場としてどのぐらいこのガイドラインが忠実に守られているか、守られるようになったか、その辺の変化がどういうふうになったかということについての検証は、ただ、非常に難しい部分があることはあるのですけれども、そろそろやはりやったほうがいいんじゃないかなという気はします。そういう意味での、多分、お手伝いが医会ではできないのではないかなとは思っておりますけれども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。やはり、医会の先生方の意識とか、産科医療に取り組まれる頑張り具合といいますか、そういうのがこの5年間でずいぶん変わったということが実感としてはあるのですけれども、具体的にそれをエビデンスとして示すにはどうしたらいいのかということ工夫しないと、なかなか難しいかなと思います。フェアに



工夫しないと難しいかなと思いますけれども、やはり先生方おっしゃるように、この効果検証というのを先へ先へと延ばしていく時代はもう終わったというふうに思います。

他にいかがでしょうか。

○隈本委員 その効果検証として、なかなかそれは脳性麻痺の減少というようなところまで行くには、まだ大分先だと思うのですが、とりあえずまとめて頂きましたけれども、本委員会からの提言について、どれぐらい知っているかとか、知った後これは妥当だと思ったかとか、実践しようとしたかとか、というアンケート調査は可能なんじゃないでしょうか。提言だけを出して、その提言が自分に役に立ったかとかという、そういう調査はまずしてもいいかなという気はします。知っていますかということを知りたくても、まだやっていないですね。

○池ノ上委員長 そうですね。この再発防止委員会の作業として、そういう全国の例えば医会の先生方をお願いをして、アンケートの調査をさせて頂くということは可能なんですね。組織として。

○上田理事 以前、この報告書をどのように利用されましたかとか、アンケートを行ってはおります。ですから、また、先生方のご意見を頂きながら検討することが考えられます。

○池ノ上委員長 また、そういうところで医会の先生方、それから色々なこの補償制度に参加しておられる施設等を対象に、また、そういう作業ができれば、1つの検証としてまとめられればというふうに思いますが。よろしいでしょうか、他に。はい。どうもありがとうございます。

続いて、胎児心拍数と子宮収縮は今のなかに入って一緒に議論頂いたと思いますので、次の診療録等の記載について。これは福井委員、今日、おいでになっていませんが、勝村委員、説明をお願いします。

○勝村委員 先ほど藤森委員がおっしゃったように、1回目の3つのテーマは本当にな

り重大な3大テーマですけれども、この診療録の記載に関しては2回目のテーマだったと思うのですけれども、それ以来されていなくて、僕は、あくまでも原因分析報告された事例を縦覧したうえでの再発防止委員会ということにこだわっていきたいんですけれども、やっぱりその診療録の記載が不備であるということが報告書に書かれているということ、きちんと僕たちは縦覧をしていって、それをやっぱり返していくという作業はできるだけ早目にすべきであって、第5回するときにもこの意見を申し上げたのですけれども、そういうふうに原因分析報告書に書かれるという事例が一刻も早くなくなるように先におかないと、そういう事例が減っていない。まして増えているみたいなことがもしあったりしたら、この原因分析・再発防止のシステムそのものに支障を与えかねないという意味で、今、非常に危機感をもって、こういう事例をなくすためにも再度きちんとやっておくべきではないかと、提言しておくべきでは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。他にいかがでしょうか。

診療録の記載も色々な形が変わってきているといいますか、昔からの記述式にずっと書くのからチェックリスト方式になったり、特に、看護師さんたちの作業はずいぶんそこら辺が統一化されて多くの施設で行われておりますね。恐らく、医会のほうでもそういうのを進めておられるのではないですか。

○石渡委員長代理 医会のほうは、勝村委員が言われた通りで、やはり診療録をきちんと書くということが医療安全への必要なことであるというのは、みんなはそういう認識をもっているのですけれども、ただ、ガイドラインも色々修正されてきたし、色々な点で、以前、プロジェクト委員会のなかで診療録の書き方、それから必要な検査項目、そういうのを医会の会員の先生方に全部お配りしたことがあるんですが、それからガイドラインも少し変わってきておりますし、また改めて原因分析委員会のなかで、ここの資料は足りないからなかなか分析ができないということも少しずつ見えてきて、それも加えて新しい診療録の書き方ということの案をつくったことはあるんです。

ただ、それが、今、医会の会員の先生方へも色々なアンケートをたくさん出しているものですから、ちょっとなかなか煩雑になっているということで、今はペンディングのところがあるんですが、医会は、もちろん、それは考えてはおります。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。診療録も、この原因分析という作業を通してみると、不足している部分というのが実際の情報として見えてくると言うことですね。教科書的に「記録をちゃんとしましょう」「記載をしましょう」というのは、それは当然基礎としてあるんですけども、こういう再発防止から見て、原因分析がこういうところでこういう問題点があるということを実際に報告していますよというような、そういう試みはあまりないんですよ。ですから、そういう意味では、診療録をちゃんと書きましょうという、診療の基本中の基本のことに加えて、こういう再発防止委員会の作業の結果こういうことが出てきたという意味では、このテーマも非常に重要なテーマかなというふうに思いながら見せて頂きました。

他に何かございますか。

○上田理事 第5回の報告書の160ページにありますが、これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向についてということで、はじめの下の方にありますように、胎児心拍数聴取と、新生児蘇生と子宮収縮薬、それから第2回診療録等の記載について、今回この4つを選定致しまして、今後もこの4つのテーマについては動向を継続して概観していくということを考えております。そこで、次回以降もこの4つのテーマについてはフォローしていきたいと考えております。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。他に何かございますか。  
はい。

それでは、診療体制のことを3人の先生から頂いています。木村委員、体制のことについて。

○木村委員 この覚知後の搬送時、一番下にありますものは、確かに第4回の報告書にご

指摘の通りございまして、その数からしても、緊急母体搬送というところでいくと、あまり数がたくさんではないように第4回の報告書では書かれております。ですので、ちょっとこれは数が多くないと難しいテーマかなと思いますので、むしろ25番の発端となった施設と、その医療の人員とか、新生児の体制などに関しては、私、昔ですけれども、JAMAが出された長屋レポート、母体死亡の発生場所と、最終搬送場所と、その医療資源というようなレポートが、非常に私、印象に残っています。恐らく、これは全く私の個人的な印象なのですが、個人の先生の今のいわゆるリスクヘッジ、かなりやっておられるような気がするんです。あと、日本産科婦人科学会でも、その重点化ということを出しまして、リスクの高い妊婦はやはりある程度大きい施設でということを行っています。

今、その狭間になっているのは、いわゆる地域の、いわゆる市民病院クラスの医療機関、医師数が2～5人ぐらいでやっていて、1人医長は何とかなくなっただけでも、少ない医療資源でやっているというところが、地域のお産守るという美名の下で各市長なんか非常に頑張って守っておられて、そこが分娩から撤退すると報道等で大騒ぎになっていることも結構あって、政治的失態みたいに言われるのですけれども、本当にそこを守ることが市民の安全になっているのかということをおぼろげな角度からみたいと思います。もちろん、体制以外の他の因子もいっぱいあるのですけれども、本当にそういったところで頑張って少人数でやることがお産をする市民の安全のためになっているのかというのは、ちょっと前から気になっているところで、そういった私の個人的な思いもありますが、ある程度その医療体制と脳性麻痺が起こったことの、ちょうど長屋レポートがいい見本になりますけれども、その2つの突き合わせを1回やってみてもいいんじゃないかなと。それに対しては、原因とか色々なことは全く無視をして、その背景とかは無視をして、起こったというインシデントと医療体制を突き合わせる、前の長屋レポートは母体死亡というインシデントと医療体制という単純な突き合わせですので、今回も脳性麻痺というインシデントと医療体制という単純な突き合わせでどの程度いけるか。そこにせっかく

原因分析委員会があるので、これは避けられたのか、避けられなかったのかというふうなことを追加するということまでができれば、かなりおもしろいかなと思いますし、今後、じゃあどこを強化するべきなのかとか、どういった点をきっちり、こういう施設ではこういう点をきっちりすべきだというふうな、やはり提言ができるのではないかという気が致しまして、こういう提案をさせて頂きました。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。やはり体制、これも色々な病態に横糸みたいに関連することです、早剥だったり、早産だったり、前置胎盤だったり、妊娠高血圧症候群だったり、色々なものが体制に絡んでくるという、そういう背景があるかと思えます。

石渡委員長代理、いかがですか。この体制を取り上げるということ。

○石渡委員長代理 これは行政にも絡むことですが、やはり母体死亡でも、今、池田班のなかで色々検討しているところで、やはり、今、日本の分娩の現状と言うと、個人の産科病院、これを含めると、いわゆる個人の施設でやっているところが大体70%ぐらいあるんです。あとは総合病院だとか周産期センターでお産になっていますけれども、昔から言われた産科診療所、これはベッド数だけで決めているわけですが、そこで、今、47%が分娩されているわけですが、ハイリスクの方たちは、いわゆる機能分担といえますか、周産期の医療システムのなかで早い時期から紹介していますけれども、それでない偶発的に起きてくるものが幾らでもあることなので、そのときの診療体制といえますか、周産期のシステムがきちんとできていないと、その地域としての非常に周産期のレベルが落ちてくるわけです。

母体死亡からいいますと、やはりそういうシステムの改善と、それからあと輸血用の血液がいかにか早く供給されるか、それとあと医療レベルそのもののこの3つで大体決まってくるわけですが、地域で対応しなきゃいけないというような部分がたくさんありまして、これは行政に働きかけるという意味では非常に重要なポイントではないかとい

うふうに思っております。私たちが幾ら自分たちで頑張ってもできない部分はたくさんあるので、行政への働きかけということを考えると、やはりきちんとした提言をここから出すのがそろそろ必要ではないかな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。やはり、体制というのは、色々な立場の方々から重要な問題であると指摘されていると思います。恐らく、木村委員がおっしゃっている、例えば大学の教授の立場でその地域の体制を考える、あるいは石渡委員長代理がおっしゃるように、地域の医会の立場でそれを考える、そういった色々な立場でその全体を守って脳性麻痺発生を減少させるという、そのためにはある程度しっかりした事実がなければ動きができないということになるかと思えます。そういった意味で、体制を突っ込んでいくと、心苦しい人もたくさん出てくるかもしれないのですけれども、でも、もうそろそろやらないといけないかなという感じが致します。

○石渡委員長代理 周産期のほうの新生児に関しては、今、新生児搬送のほうでかなり地域でドクターカーが入って来て新生児蘇生している、NICUに搬送するというところまでいっているのですけれども、妊産婦死亡の事例から見ていくと、まだそこまでいっていないのです。その発症した医療機関が頑張っているわけですが、今、大分のほうでは、ドクターカーが行って、輸血用の血液を持って行って、一次医療機関のほうで処置をして、それで周産期センターに搬送すると、そういうようなことが動き始めたのです。色々な自治体自治体によって成功例がたくさん出てくると思うので、それを行政に対してその事例を紹介して全国的なレベルを上げていこうというのが、今、医会の戦略といえますか、そこを、今、考えています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。産科医療は、かなりの部分救急医療があるということで、産科のなかで完結型でこれまでずっとやってきたのです。

ところが、日本の医療体制が大きく変わってきて、ドクターヘリだとかドクターカーとかいう、現地に救急医と救急の看護師が行って、その現地で医療を開始するということが

大きく全国に広がりつつあります。

そうすると、かえって今まで自分たちでやっていた産科医療のほうが乗り遅れてしまう現実が少しあっちこちで起こっているように感じます。ですから、救急医療の人たちのもっているスキルでありますとか知識でありますとかで、バイタルを何とかサポートさせながら、産科医は止血に専念するとか、そういった、今、先生がおっしゃったストラテジーというのは、地域ぐるみの体制で新たな時代が展開できるようになってきたのではないかなと思うのです。ですから、救急医の人たちもどんどん増えてきていますし、若い人たちが一生懸命やっておりますので、そこの関連で、脳性麻痺の発症についてもやはりそういう速い動きができれば1例でも2例でも少なくできるだろうと期待されます。

恐らく、場合によっては、救急の人が新生児蘇生にはあまりなれていないというのであれば、新生児蘇生のできる小児科医が一緒に行くとか、あるいはまだ産科の出血がどんどん続いているというのであれば、産科医が一緒に乗っていくとか、そういったより具体的な対応が今後できるようになるのではないかと思いますし、そういう意味からしても、この体制をしっかり調査といいますか、アンケート調査などをしてやっていくということは非常に時宜にも合っているというふうに思います。はい。どうもありがとうございました。

以上で、先生方から頂いたテーマをそれぞれ大変熱心にご議論頂きました。私としては、毎年あまりたくさんのテーマ、4つ5つすると、最後は何かやっつけ仕事みたいになって、間に合うか間に合わないかというような作業になってしまいますので、できれば2つぐらいのテーマと、もう1つは効果検証ですかね。どうしてもやっぱりもうそろそろ入れないといけないのではないかと。効果検証を1つ入れておいて、効果検証プラス2つか3つというぐらいが、今年度のキャパシティじゃないかなというふうに私自身は思っています。先生方、ご意見はいかがでしょうか。

○木村委員 例えば勝村委員がおっしゃっておられた診療録の記載なんかは、これこそ効

果検証として、そういう診療録の記載の不備を指摘された件数が何年度版でどうなっているかというふうなことで、効果検証にうまくまとめれば、こういう提言が生きているかどうかということもできますので、ぜひそういった観点で。これはすごく大事なことだと思いますので、ぜひお願いしたいと思います。

○池ノ上委員長 そうですね。今日、ご議論頂いて、いくつかかかぶっているといえますか、横糸でつながるようなテーマがいくつか存在しますので、今の先生方からのご意見を事務局でもう一遍整理して頂いて、これはこのなかに取り込んでこういう1つのテーマにできるのではないかという提案をして頂いて、これは早いほうがいいですね。通信か、メールか何かで、コンタクトを取って頂く。

○上田理事 今日、色々ご意見を頂いたことを整理して、次回は、もう少し具体的なデータをお示しして、そこでテーマを決めて頂くということによろしいでしょうか。

もう1つは、次回の準備もありますので、今日の議論のなかで、もし、決められるテーマがありましたら、例えば1つ決めて頂きたいと思います。委員長がおっしゃいましたように、検証のテーマが1つと、残りの2つか3つのうちのテーマの候補について整理します。

○勝村委員 800ぐらいの事例になるわけですね。やっぱりその1つ1つがきちんと原文や資料を読むと非常に重い事例なわけで、原因分析をしている理由は再発防止に活かすからだと言ってこの制度は始まっているわけなので、やっぱりこの800と増えてきている事例を本当に再発防止に活かしたいという気持ちをより強く熱くもっているわけですが、そういう観点でいくと、大事だけでもキャパの問題で取り除くというよりは、大事なものはやっぱり工夫して入れ込んで頂いて、1個1個の分析の仕方も、過去にこれだけ5回やってきているから色々ノウハウができてきていますし、もう少し簡易にできないかとかということも踏まえて、やはり大事だと共有できているものに関しては、できるだけテーマに上げていって、先にキャパありきじゃなしに、先に大事なことありきでやってい



くような形で考えていって欲しいと、お願いしておきます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。私の感じでは、蘇生がなかったけれども、結果的に脳性麻痺になってしまったという臨床経過がどんなものであったのだろうかというのは、一番最初にご議論頂きましたし、木村委員からもそういう説明がありましたけれども、やはりこれはもうそろそろここら辺で1つのテーマとしてきちっとやって、その分娩から新生児期で予後というもののつながりを目に見える形でまとめるということは重要なことではないかなという気がしますけれども、まずは、これだけでも取り上げようじゃないかというご意見を頂ければ、次回用に、この事務局でここだけはやって頂いてというようなことでもよろしいですか。できますか。事務局、よろしいですか。

○上田理事 はい。

○隈本委員 それ、賛成です。

それから、効果検証ですけれども、先ほどおっしゃったように、効果検証は絶対必要で、それに手をつけることはとても必要だと思うのですが、次の報告書で効果検証がかなり分厚く出るというような感じではなく、少なくとも今年度から効果検証について例えばアンケートをするにしても、始めてみようぐらいでいいのではないのでしょうか。そのテーマの1つに掲げることは必要だと思うんですけれども、そのために1つテーマが減っちゃうのはもったいない気がします。

だって、今、見ていると、第1回の報告書が公表後の事例でさえ70件しかないとする、第1回の報告書で、例えば色々な先生方の思いが変わるとか、体制が変わるということはあっても、それが原因分析報告書に反映されるのは、まだ大分先の話ですよ。要するに、第1回の報告書を読んだ後の出生事例が70しかないんだったら、原因分析をした結果しか我々は知らないで、そういう意味では、脳性麻痺が減ったりするというのは大分先の話になって、少なくともルール違反が減ったりするのもまだ大分先の話だと思うのです。ただ、「この提言を知っていますか」とか「それを守っていますか」というアンケート

トなら今からでも取れると思うのですが、先ほど言いましたように、この70例しかないんだったら、全体のほんの1割になっちゃうので、だから、これの効果検証はぜひやりたいし手をつけたいけれども、そのおかげでテーマが1個減るんだったらもったいないというのが、私の意見です。

○池ノ上委員長 そうですね。ありがとうございます。先ほど、言いましたように、まとめられそうなものはまとめて頂く。それから、今、ちょっと早いけどもこのくらいの取り扱いならできるという、2種類の見方でこの全部のテーマをなるべく活かすような形で再度整理をして頂く。で、蘇生が必要でなかった予後不良例というものは、もうテーマとして次回の準備をして頂くということで、いかがでしょうか。よろしゅうございますか。

○藤森委員 それはよろしいのですが、他のテーマに関しては、僕は池ノ上委員長と石渡委員長代理に一任して決めて頂いて、どれも非常に重要なことで、皆様の視点から色々なことが出てきているわけなので、今回、どれと選ぶというのはなかなか難しいと思うので、委員長と委員長代理のお2人で決めて頂いて、僕はいいのではないかと思います。

また、今後、第7回以降もいずれ上がってきて、どんな形か分かりませんが、テーマとして上がってくる可能性があるようなことばかりです。そこは僕は一任していいのではないかと考えています。

○勝村委員 ちょっと2つ。

その前に、池ノ上委員長にまとめて頂きましたことについては僕も藤森委員と一緒に、それでいいということの続きですけれども、1つは、その効果検証になるだろうという、1回目の3つですね。モニタリングと蘇生と子宮収縮剤と2回目の診療録のこの4つ、この4つを効果検証でやるということは、僕はこの4つは、ある意味、少しコンパクト版かもしれないけども、テーマに挙げるというイメージでやってもらわないと、数字だけ並べましたでは、意味がないと思います。

僕は、特に、子宮収縮剤のガイドラインの逸脱が少しずつでも率として減っているとい

う結果を早く取りたいという焦りを持っているのですが、それはこの1回目に提言を出したあと、2回目から5回目では検証できなかったわけですが、今回、70あった事例を見ても率としては減っている感じはしない。この70という数字では十分でないかも知れませんが、まだよく分からないのですけれども、今回は、多分、100は超えると思うのです。やっぱりそれがなぜそうなっているのか早く見つけて、先ほど、石渡委員長代理の今日の最初のご報告のところでも、各都道府県でそのような事例に関わった医師を支援していくみたいな形を始めてそういう事例を減らす努力をしていただいているというのを聞かせて頂いて、そういうことを積み重ねていくと減っていくのではないかと。それは直接的・間接的色々な方法で、やっぱり子宮収縮薬のガイドラインの逸脱の事故は、僕はもう何十年と医会や学会の皆さんが努力されてきたと思うので、だから、本当に結果を出したいと思っているので、それだけの重みで、やはりその4つの事例の検証という言い方で軽く見るのではなくて、この4つは非常に重いから、効果検証という言葉以上にやっぱりこの4つは永遠のテーマというぐらいの趣旨でやって欲しいというのが1つです。

もう1つは、藤森委員が委員長・委員長代理に一任とおっしゃって、僕も色々とお付き合いをさせていただいて、信頼できるという気はするのですが、僕はこの再発防止委員会が始まる5年前に情報公開に非常にこだわって発言させて頂いた経緯があり、やっぱりこの場は非常に公的なところなので、国民というか、多くの人への説明責任があって、せめてテーマの選定のところは情報公開すべきだということで一致してそうしてもらっていると思うのです。そのことを僕自身も、忘れそうになってしまうことがありますが、やっぱりこれはみんなに見てもらってということなので、ある意味、この何をテーマにするかの議論が次回にまで持ち越すようであれば、次回の冒頭も公開にするぐらいの形のほうが、僕は本来論かなというふうに思います。

○上田理事 今日、テーマについて議論して頂きましたので、次回は、候補のテーマから決めて頂きますが、その際には、実際の事例のデータなども見て頂いたほうが、より具体

的な議論ができると考えております。

○隈本委員 先ほどの意見を少し訂正します。

第一回の報告書が出てから70しかないと言ったのですが、考えてみたら、次の報告書の時点では、きつともう50とか増えるんですよね。もっと増えるかもしれない。とすると、そうしたら数量的な分析も可能になってきますよね。ごめんなさい。僕、今の時点で70しかないと言って、あまり過小評価してはだめで、これから120になったら、もしかしたら現実に第1回の報告書が出た後、陣痛促進剤のルール違反が減ったのか増えたのか、やっぱり知りたいから、それもぜひ次回、第1回報告書が出た後の分娩時についてのデータみたいなものも、ぜひ次回見てみたいのです。それをテーマにするかどうか、そこは大事なんじゃないでしょうか。数字が上下しているのかしないのかとか、その以前と以後で違うのか。

もっと言えば、実は、この産科医療補償制度がスタートする前と後で本当は質が変わっていたりするんじゃないかという期待もしていますが、そういうことも含めて経時的に見られるかどうか、脳性麻痺事例に限ってですけれども、見られるかどうかというのは、やっぱり期待するので、次回にはもう少ししっかりしたというか、もう少しデータの変化を見たいなと思いました。すみません。前の意見は少し訂正します。

○池ノ上委員長 少なくともさっきの3つの項目、これはやっぱり検証をするという立場で臨むべきだろうというふうに思います。ですから、それについては、次回、それをテーマとしてやるかどうかは別として、ある程度テーマ予備軍みたいな感じででも、テーマに続けるか、あるいは別枠で大きく取り扱うかという、そこら辺の取り扱いはまた別として、少なくとも先ほどの蘇生を必要としなかった予後不良例に準ずるような形で、その検証のデータを、もし事務局でそろえて頂ければ、そのような取り扱いをさせてもらいたいというふうに思います。その結果、1つの独立したテーマにするか、あるいは別枠で取り扱うかということは、また議論をしながら進めていきたいと思っています。

○藤森委員 僕が一任と言ったのは、これだけ数が増えてきているので、これだけのテーマについて簡単に調べると言っても、事務局が結構大変なんじゃないかというのをちょっと心配して、もちろん、全てについて解析してもらって、次、見せてもらえるのであれば、それで決められればいいのですが、これから、7回以降も、多分1,000を超えてなってきたときに、事務局がちゃんと対応できるとおっしゃれば、全然構わないのですが、ちょっと心配してしまったのです。まあ、それだけの話です。僕が一任と言ったのは、そういう意味です。

○池ノ上委員長 少なくとも今のご議論で、テーマ1つと、準テーマ扱いが1つは、今、議論して頂きましたので、そのくらいの準備を次までにして頂いて、次回、もうちょっと具体的なお話を。今よりも少し具体的な議論ができるようなものをそろえて頂ければいいのではないかなと思います。ちょっと事務局には、藤森委員が心配しておられるような負担をかけますけれども。

○事務局 本日の参考資料一式の一番下のテーマ選定関連資料と致しまして、各事例の脳性麻痺発症の主たる原因と致しまして、胎児発育不全、早産、多胎、非妊娠時BMI 25以上、推奨値以上の体重増加、妊娠中の喫煙については、主たる原因を取りまとめておりますので、こちらも次回以降のご参考として頂きますようお願い致します。

○池ノ上委員長 別紙1ですね。

○鮎澤委員 先ほどの一任のお話ですけど、私、今日の議論は、十分きちんと何が必要かということを議論し合ってきていると思っています。当初の、一番最初のころの透明性を担保しなければいけないというときの議論のこと、私も思い出していたのですが、あのときの議論に照らしても、何をテーマに選んでいこうかということを委員長・委員長代理に一任しても、決して透明性に瑕疵を生じるようなことはないと思っています。今日、これだけきちっと議論をしたのですから、忙しい忙しくないではなくて、忙しかろうか忙しくなからうか委員長・委員長代理に一任していい。それだけの議論を今日はしていると思

います。それを発言させて頂きたいと思えました。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

○隈本委員 そういう意味では、委員長が色々とお決め頂いていいと思うんですけど、その経過なりをちゃんとメールで皆さんに言って頂くということで。

○勝村委員 もちろん、その原案はどなたかに作ってもらわなければいけないですから、概ねまとめて頂いたうえで、何か全員が確認するという手続きで、全く問題ないと思えます。

○池ノ上委員長 はい。では、先生、メールを打って頂いて。そういうふうな形で。

今日は、本当に熱心に色々なご意見を頂きましたので、そういう形にさせて頂きたいと思えます。ありがとうございます。

あと、事務局のほうで何かございますか。

○事務局 事務局からは、特にございません。

### 3. 閉会

○池ノ上委員長 はい。それでは、ちょっと時間を過ぎてしまいましたが、今日は、テーマを選定するという非常に大事な会でしたけれども、おかげさまで無事にスムーズにいくことができました。どうもありがとうございました。

○上田理事 ありがとうございます。