

第43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7月6日（月） 16時00分～18時09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、ご多用の中お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。会議を開始致します前に、資料の確認をお願い致します。

次第、本体資料、出欠一覧。

資料1 常位胎盤早期剥離について（案） A4判でございます。

資料2 常位胎盤早期剥離事例一覧 A3横でございます。

資料3 平成27年再発防止に関するアンケート実施にあたってでございます。

資料4 産科医療補償制度 再発防止に関するアンケート（案）でございます。

参考資料1 平成25年1月実施 再発防止に関するアンケートでございます。

資料の落丁等、ございませんでしょうか。

また、本日、二十周年記念誌作成のため、委員会の雰囲気カメラ撮影させて頂きますので、あらかじめご容赦下さい。よろしくお願い致します。

○上田理事 医療機能評価機構が二十周年を迎えるものですから、その記念誌を作成する為です。

○事務局 よろしくお願ひ致します。

それでは、まだ、一部委員の方がお見えになっていませんけれども、始めさせて頂きたいと思います。

1. 開会

○事務局 定刻になりましたので、ただいまから第43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、進行をお願い致します。

○池ノ上委員長 先生方、雨の中をお集まり頂きまして、ありがとうございました。

それでは、本日は第6回の再発防止に関する報告書のテーマ、常位胎盤早期剥離についての議論をお願いしたいと思います。

まず、議事に入らせて頂きます前に、これまでの審議における主な意見について、事務局のほうからご説明頂きたいと思えます。では、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 本体資料1 ページをご覧ください。

1) 「テーマに沿った分析」について

常位胎盤早期剥離について

<これまでの審議における主な意見>

1つ目の○、常位胎盤早期剥離は分析対象事例の26%を占めていることから、診療体制や妊産婦の主訴といった様々な視点での分析が可能であると思われる。

2つ目の○、胎動減少と胎動消失を訴える妊産婦が多いと思われるため、原因分析報告書に記載されている妊産婦の主訴を複合的に検討したい。

3つ目の○、診療体制は常位胎盤早期剥離、早産など様々な病態と絡めて分析することが可能である。

4つ目の○早産が脳性麻痺に直接的または間接的に関連しているかという視点での分析は、新生児科医にとっては有効な情報となる。本制度の補償対象を拡大する意味でも取り上げて欲しい。

5つ目の○、母体死亡例と常位胎盤早期剥離で脳性麻痺に至った事例をすり合わせながら、何らかの提言は可能であると考えている。

6つ目の○、妊娠中の喫煙をゼロにすることは多くの産科医療関係者の目的であると思われるため、常位胎盤早期剥離や妊娠高血圧症候群との関連性を根拠に、委員会から提言してはどうか。しかし、現時点では、該当する事例が少ないため、本委員会のテーマというよりは、ワーキンググループでの分析などでまとめてもらえばよい。

最後の○としまして、妊娠中のBMIが高い妊産婦における脳性麻痺発症の危険因子を検討したい。

というご意見がございました。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。大体そのようなことで常位胎盤早期剥離をテーマの1つに挙げさせて頂いたという経緯でございます。よろしゅうございましょうか。

○石渡委員長代理 母体死亡例と常位胎盤早期剥離の関係についてですが、これはちょっと私が提案したことですけれども、今、母体死亡は年間全国で大体●●例から●●例ぐらいなのです。5年間の集積が大体できてきてまして、今、●●%ほどが常位胎盤早期剥離による出血、あるいはDICによる死亡ですけれども、その中で私たちは脳性麻痺の事例になったかどうかということ把握できていない部分があるのですけれども、こちらと照合することが可能かどうかということです。何月何日のお産で、そして、誰彼、誰々ということは一応把握できるようになってはいますけれども、それとこちらのほうの事例との照合、突き合わせができますか。制度上。

○池ノ上委員長 いかがですか。

○上田理事 制度上は、全文版について開示請求を設けています。今は事情により中断していますが、開示請求の場合でも、全文版については個人情報に関連する部分はマスキングしています。したがって、なかなか機構の外に、この制度の外に情報を出すことは非常に難しいと思います。

もう一方、今、産科婦人科学会の周産期データベースとの比較研究をワーキングで行っております。もし産婦人科医会のほうから研究について提案があって、またこの制度としても必要であると考えられる場合は検討する余地はあると思っています。

○石渡委員長代理 実は、母体死亡の評価委員会のほうでも色々問題になっているので、診断がついた時点でその医療機関で対応ができるか、あるいは早期に搬送したほうが母児ともにそのほうがよろしいんじゃないかという、その辺で判断が分かれるのです。

私たちは、その医療機関が十分対応できないということであれば、とにかく母体救命ということもありますので、早期に高次医療機関に搬送するということを推奨しているのですけれども、そんな絡みもあって。

ただ、その中ではかなり胎児死亡の事例もありますし、脳性麻痺になる事例も例ぐらいはあるのですけれども、医会のほうでちょっと検討してみて、それからこちらと照合できるかどうか。もし、できれば、色々なことが提言できると思うのです。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

他には何か。

○田村委員 今の4番目のところ、早産が脳性麻痺に直接または間接的に関連しているかという視点での分析ですが、本制度の補償対象を拡大する意味でも、非常に大事なポイントなのでぜひ取り上げて欲しいと思います。というのは、9ページをご覧になって頂くと分かりますように、この例の中で大部分が週のところまでガタッと減って、週のところでもまた減って、これはこの制度の対象がそうなっている以上、当然のことですけれども、でも、32週未満でも早剥のために基本的には母体も救わなきゃいけないし、赤ちゃんも救わなきゃいけないということで、緊急に帝王切開して娩出させたわけですから、そういう赤ちゃんは、やっぱり基本的には、たとえその後、未熟性のために頭蓋内出血を起こしたとか、そういったことがあって、脳性麻痺の直接の引き金になったりしていることがあったとしても、それは早剥のために早く出さざるを得なかったからそういうことが誘因で脳性麻痺が起きているわけです。そういう意味では、僕は早剥の患者さんということが、適応拡大を考えて頂く非常にいいモデルになるのではないかなと思っていますので、ぜひその辺も皆さんでご検討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。やはり、早剥というのはタームにばっかり送るわけではなくて、それより前でも十分起こる、分娩と絡むというようなこともあります。基本的なデザインからは今のところ外れていますけれども、先生方、ずっと主張しておら

れるようなpretermとか、もっと未熟なところにどこまで広げるかというのは、ずっとこれからも議論し続けていかないといけないし、実現の方向へ持っていけないといけないと私も思っておりますので、本制度の見直しの度ごとにそういうことは努力していかなければいけないというふうに思います。

他にいかがでしょうか。よろしゅうございますか。はい。どうもありがとうございました。

それでは、常位胎盤早期剥離について、テーマとしてご議論頂きたいと思います。大体5時20分ごろまでを予定させていただきますので、よろしくお願ひしたいと思います。では、お願ひ致します。

○事務局 常位胎盤早期剥離についてご説明致します。

資料については、資料1 常位胎盤早期剥離について（案）、資料2 常位胎盤早期剥離一覧の2資料です。また、テーマ決定時のご意見を本体資料に記載していますので、併せてご参照下さい。

資料1 常位胎盤早期剥離について（案）をご説明致します。

今回は、■■■■件での分析結果です。

2ページから4ページの表1、2で分析対象事例にみられた背景を掲載しています。基礎情報に加えて、産婦人科診療ガイドライン2014に掲載されている常位胎盤早期剥離のリスク因子の項目を掲載しています。緊急帝王切開、病院での出生、母体搬送、早産、生後1分アプガースコア4点未満の項目が高率でした。

5ページの表で常位胎盤早期剥離の発症場所を取りまとめています。

テーマ選定の際に受診時の主訴についてご意見を頂いていたことから、6ページの表で常位胎盤早期剥離を発症した妊産婦の来院時主訴を取りまとめています。

(3)分娩のための入院時の胎児心拍数所見です。入院時に胎児機能不全等と分析された事例は■■■■%でした。また、7ページの表に胎児心拍数陣痛図所見を掲載しています。

テーマ選定の際に診療体制についてご意見を頂いていたことから、8ページの表で診断および緊急帝王切開決定から児娩出までの時間を搬送の有無・施設区分も含めて掲載しています。

なお、診断時刻については、搬送元または当該分娩機関のいずれかで最初に診断された時刻、緊急帝王切開決定時刻については、当該分娩機関で決定された時刻としています。

テーマ選定の際に早産についてご意見を頂いており、分析対象事例においても早産は高率であったことから、(5)で早産を合併した事例を取りまとめています。また、9ページからの教訓となる事例では、常位胎盤早期剥離が疑われる状況で切迫早産と診断、子宮収縮抑制剤が投与された事例を掲載しています。

11ページ2)分析対象事例における「脳性麻痺発症の原因」で、脳性麻痺発症の主たる原因の表を掲載しています。

12ページからの3)分析対象事例における「臨床経過に関する医学的評価」では、搬送元分娩機関■施設、当該分娩機関■施設で評価が行われており、その結果を13ページの表に取りまとめております。胎児心拍数陣痛図の判読と対応、新生児蘇生等が評価されています。

14ページからの4)分析対象事例における「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」では、16ページに分娩機関を対象にした提言の集計を掲載しています。「臨床経過に関する医学的評価」と同様に、管理していた施設に対して提言が行われた項目を集計しています。胎児心拍数陣痛図の判読と対応、常位胎盤早期剥離の診断と対応等が提言されています。

18ページに学会・職能団体を対象にした提言の集計を掲載しています。常位胎盤早期剥離の調査・研究等が提言されています。

19ページに国・地方自治体を対象にした提言の集計を掲載しています。母体搬送・新生児搬送体制整備等が提言されています。

21ページからの4) 常位胎盤早期剥離に関する現況ではガイドラインの改定が行われているため、「産婦人科診療ガイドラインー産科編2014」、「助産業務ガイドライン2014」を掲載しています。

24ページ5. 再発防止および産科医療の質の向上に向けてです。

1) 妊産婦に対する提言では、常位胎盤早期剥離症状出現時の早めの連絡、特に危険因子がある妊産婦は注意するよう提言しています。

2) 産科医療関係者に対する提言では、(1) 妊娠中の管理では、常位胎盤早期剥離の情報提供、(2) 常位胎盤早期剥離の診断では、ア異常徴候出現時および分娩入院時の分娩監視装置による胎児健常性確認、イ切迫早産との鑑別診断、ウ非典型的な症状への対応、エ胎児心拍数陣痛図の判読能力の向上、(3) 常位胎盤早期剥離診断後の対応では、ア搬送の必要性も判断した上での急速遂娩、イ胎児蘇生法、(4) で緊急時の診療体制整備を提言しています。

3) 学会・職能団体に対する要望では、ア研究の推進、イ母体搬送または自施設で急速遂娩するかについての指針の作成要望、ウ常位胎盤早期剥離についての情報提供、エ保健指導のガイドライン作成を要望しています。

4) 国・地方自治体に対する要望では、ア搬送システム・高次医療機関の整備、イ研究への支援を要望しています。

ご説明は以上となります。ご審議をよろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。常位胎盤早期剥離について 〇〇 件をまとめて頂きました。先生方これを基にご議論頂ければと思いますが、いかがでしょうか。かなり幅広くまとめて頂いておりますので、お気づきのところからご発言頂けたらと思います。どうぞお願いします。

○箕浦委員 いつも非常にうまくまとめてあってあれですが、8ページ、私だけの感じかもしれませんが、「早産を合併」という言葉がどうも読んでいてしっくりしなくて、

早産は合併症ではないので、早産に至った事例とか、そのような表現、他の先生方のご意見にもよるのですが、読んでいてそんなような感じもしましたので、「早産を合併する」というのはどうもひっかかったものですから、それが1つ。

あと、前から出ていたんですが、例えば35歳で分けて、日産婦のビッグデータと比べて有意差があるのかどうかとか、初産・経産とか、こういうものも周産期データと比べてどうなのかというのも、できれば検定して頂ければいいかなと思いました。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがですか。今の箕浦委員のご指摘のところ、分かりますか。

○事務局 はい。まず、語句の修正は致します。

そして、周産期登録データベースと比較するとなると、ワーキングの領域にもなってくるかと思うのですけれども、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 今のお返事の通り、データを持ち出すのが難しいということなので、恐らく、これ全体を見て頂くと、実際の診療の現場で役立てて頂きたい情報と、少し研究的な要素があって、そのコントロールなり、一方の翼として産婦人科のデータベースを使うという、そういう部分がこの中には含まれているんじゃないかと思うのですけれども、そういう研究的なところに、今、先生のおっしゃったような部分を持ち込んできて、ワーキンググループの中での作業に持っていくと。そうすると、日産婦のデータベースが使えるので、恐らく、そういう対応が実際的な対応になるんじゃないかなと思いますが、上田理事、いかがですか。

○上田理事 ワーキングで取り組まれていることについては、この委員会に報告することにします。審議の点で、ご指摘頂いたデータはできるだけご報告させていただきます。あるいは、もっと掘り下げた研究が必要である場合は、ワーキングで取り組んで頂きます。

○池ノ上委員長 箕浦委員、よろしいですか。今のような方向性を。はい。ありがとうございます。他に。

○木村委員 私も8ページ、9ページの「早産を合併した」ということは非常に気になっていまして、早産の管理中に早剥が発生したものなのか、既に早産というふうに判断していた時点で早剥が発生していたのか、そこら辺が分かりますか。これはやっぱり1例1例見ないと分からないとは思いますが。

○池ノ上委員長 事務局、いかがですか。

○事務局 今、掲載しているものに関しましては、早産の管理が終了しているものも、管理中であったものも、常位胎盤早期剥離発症の時点で区別はつけていないですけれども、その分類については確認して区別して、管理中であったもののみを掲載するように致します。

○木村委員 そのあたり、やっぱりちょっと気になっているのは、例えば、「ガイドライン2011」の書き方の問題なのかもしれませんけれども、10ページの一番下のカラムで2011の書き方で切迫早産様症状と胎児心拍異常パターンを認めたときには早剥を疑って、超音波とか凝固系をすることが推奨されているのですけれども、こんなことをやっている暇があるのかな、やっぴいのかないのかという気が正直していまして、要は、tocolysisはやめなさいというのが一番、心拍が変だよと疑うんだったらtocolysisはやめなさいというのが、最初に取るべき行動だと思うのです。それがやっぱり取れていないのがどれぐらいあるのかなというのがこの表からうまく言えたら、ちょっとこれを変えたら、多分、それがうまく言えるのではないかという気が致しました。それが1点。

あと、2つ目のことですけれども、3ページで分娩機関と選り分けてありまして、これで病院が非常に多いというのは、結局、病院が搬送を受けてそこで出しているの、ある意味で当たり前になってしまうので、発症した自施設でお産をしたのか搬送したのかという、この表の上から2つ目か3つ目のカラム、発症後の母体搬送ありというところが私は一番重要なポイントではないのかなという気が致しております。

このデータのほうが非常によくて、実は、それぞれの経過時間、経過時間の平均標準偏

差はそれぞれまとめて頂いているのですけれども、ここの[]のケースがありますが、その時間経過が分かれば、どういう状況で、もちろんそのときの判断なので、やっぱりこれは本当に難しい問題なんですけど、どういう状況で搬送されたかということが分かってくるのではないかなという気が致しますので、この2点についてまたご検討をお願いしたいと思います。

○池ノ上委員長 事務局、いかがですか。今の木村委員のご質問。

○事務局 まず、9ページのほうでは、早産事例[]件の中で、原因分析委員会では、上から2行目あたりなんですけれども、原因分析委員会で常位胎盤早期剥離を発症したと分析された時期に、分娩機関では切迫早産と診断されて、子宮収縮抑制剤が投与または増量された事例が[]件という数がございますので、この数がもう少し分かるように、この図の中に入れて変更したいと考えております。

3ページの表で、搬送の各内訳をということですので、8ページの表を修正させていただきます。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。今、木村委員にご指摘頂いたこの9ページの件は、この図ですが、これは切迫早産合併事例というのは、例えば妊娠24週とか25週に切迫早産の症状があって入院・治療して収まったというので退院して、ということは34週、35週、もうちょっとですね。37週ごろに早剥を起こしたという人もここに入っているんですね。先生ご指摘の通りなんです。

○木村委員 なるほど。大きく違いますね。それだったら、要は、青バーと赤バーの差というのは、この差は、突然ポンと早剥を起こしてすぐに出したという人たちがこの差になっているのか、赤バーのところに、先生がおっしゃったような、いったん管理歴があつてそれが終わって入ってきた人があるのか、ずっとcontinuousに、例えば34週半ばで32週ごろからずっとtocolysisをやっていたのかということが分かりにくくて、それが[]例であれば比較的少ないなという、ちゃんとできているんだなという気が致しますし。

○池ノ上委員長　そこは実際に現場で常位胎盤早期剥離を管理する医療者にとっては、早産と思ったけれども、実際は早剥だったというものをどうやってなるべく早く見極めるかというところは、これでは出てこないですね。先生のおっしゃったような分類をしてみてもやらないといけない。それはもう現場の臨床の非常にプラクティカルなニーズだと思うのです。

もう1つ、24週、25週でそういう既往があつて、いったん落ち着いたんだけど、チームになったら早剥を起こしちゃったというようなこと。その他にも色々な経緯を取っていると思うのですが、それは先ほど箕浦委員がおっしゃったような、リサーチの部分に入ってくる。もうちょっと研究として、それを例えば日産婦のデータベースとコントロールを取りながらやっていくという、そのレベルに入っていくんじゃないかと、これを見ながら思うのです。

ですから、我々の今の再発防止委員会からの提言をするとすれば、早産だと思ったけれども早剥だったというのが、その段階・時点でどういう経過を取っていたか。どの時点でモニタリングの異常があつたか、超音波の異常があつたか、というようなところがもうちょっと具体的に出てくると、現場の人たちには非常に有用な情報として提言できるんじゃないかというふうに思っております。

事務局としては、そういうふうな方向で少しやって頂くと。よろしいですよ。

それと3ページの搬送のところをご覧頂くと、分娩機関で一番下に病院というところが
■件あるんですね。診療所が■件。診療所から病院へ搬送。ずっと上のほうに行きまして、2番目のカラムのところの下から2番目といいますか、■という数字がありますけれども、これが診療所から病院へ搬送された。で、病院で生まれたというグループになりますので、それを引きますと、病院にもともといた人が病院の中で早剥を起こしているという結果になりそうな、そういうことがちょっと垣間見えているというような表になりますので、実際はここをもうちょっときちっと精査しないと、本当に常位胎盤早期剥離のケー

スで脳性麻痺を現象するという具体的な手の打ち方というのが見定まらないんじゃないかなというふうに思って、この表を見ておりました。

先生のご指摘のこと、事務局のほうでもう少しそこを詰めてもらうようにしたいと思います。ありがとうございます。他にはいかがですか。

○藤森委員 今の木村委員のお話に少し関連して確認ですが、5ページの常位胎盤早期剥離を発症した場所というのは、この施設外というのは、自宅という意味でよろしいですか。それとも当該施設というか、分娩当該施設とでしたか。

○事務局 施設外のもは自宅と基本的には考えて頂いて、ただ、原因分析報告書にはつきり自宅と書いていないものもあるので、施設外という書き方にさせていただきました。

○藤森委員 施設外と書いてあるもの、自宅かどうか分からないというのは、当該施設外という意味ですか。

○事務局 そういことです。搬送元医療施設外という意味です。

○藤森委員 それも含んでいるということですか。

○事務局 はい。

○池ノ上委員長 例えば、デパートとかショッピング中とかというのがここでしょう。診療所であれば、それはもう施設内じゃないですか。

○藤森委員 出かけているときという意味ですか。

○池ノ上委員長 自宅と書いてあれば、自宅。

○藤森委員 分かりました。

それから、6ページの主訴です。私の興味もちょっとあるのですが、古典的な常位胎盤早期剥離の症状と言われている腹痛と性器出血、どちらも認めないものがあるのかというのをちょっと知りたいのです。ここは、症状があったものの羅列なんですけど、例えば胎動減少だけを主訴に来ている方がいるのかとか、その古典的なものじゃない、僕がちょっと前に自分で調べたときに、古典的な症状があると常位胎盤早期剥離と思われる、それは

いいと思うのですが、そうじゃない人が結構いるんだなというのを僕も自分で調べたときに思ったので、腹痛、性器出血がなかった人というのがどれぐらいいるのか。例えば、モニタリングの異常があったとか、それが最初の症状であったり胎動の減少が最初の症状であったりと。古典的な症状を認めなかった人がどれぐらいいたのかというのを、ちょっと知りたいなと思います。

○事務局 今は数をお出しできないので、次回の審議の際にご回答します。

○藤森委員 もう1つ、いいですか。

13ページの塩酸リトドリンを投与したというのは分かるのですが、それ以外の薬剤として硫酸マグネシウムが投与されていた事例というものはあるのかどうか、ちょっと知りたいのです。今すぐではなくてもいいのですが。例えば妊娠高血圧症候群があって硫酸マグネシウムが投与されていて早剥になってCPになっているものというのがあるのかどうか。ちょっとこれも興味なんですけれども、硫酸マグネシウム、もしないのであれば、項目を使ってゼロでもいいので、ちょっと挙げてもらったほうがいいかなという気がします。

○池ノ上委員長 いかがですか。

○事務局 はい。修正致します。調べて修正致します。

○池ノ上委員長 では、調べて頂くということで、よろしいですね。

○石渡委員長代理 5ページ目の藤森委員と同じところですがけれども、施設外というのは、症状が施設外で発生して、病院に着いたときには常位胎盤早期剥離と診断された事例ということですね。

施設内のところで、「施設内」と「うち管理入院中」というのはどこがどういうふうに違うのか、その辺をちょっと教えて頂きたいんですが。

○事務局 施設内のものでは、例えば、陣痛発来で分娩のために、正常の産婦さんと同じように入院のときには陣痛ですとか破水で入っている。分娩進行中に急に胎児心拍数が低下して、その時点で常位胎盤早期剥離が起きたであろう。ただし、入院中には発症してい

なかった、と分類された事例が含まれております。

管理入院中のものに関しましては、切迫早産ですとか妊娠高血圧症候群ですとか早産前期破水で入院していたという事例でございます。

○石渡委員長代理 つまり、分娩管理のためということではないわけですね。他の理由で入院管理していたと。はい。分かりました。

○板橋委員 17ページの新生児の管理で、小児科医との連携ができるようにというふうに書いてあって、これは当然のことですが、今回のこの事例の中で小児科医がお産に立ち会っていないケースというのは、実際にはどれぐらいあったのでしょうか。数字として、あるいは表に出ているのですか。

○事務局 小児科医立ち会いの有無に関しましては情報がございますので、次回、表に入れてご回答致します。

○板橋委員 お願いします。

○池ノ上委員長 それに、例えば新生児蘇生のコースを受けた人とか受けていない人というのも分かるのですか。蘇生に立ち会った人が。

○事務局 原因分析委員会で分娩機関に尋ねている情報の中に、新生児蘇生法講習会の受講の有無については情報がないため、そちらに関しましてはお答えできません。

○池ノ上委員長 今は難しい。ああ、そうですか。

○勝村委員 5ページのその表ですけれども、施設外と書いている事例というのが、一般的な胎盤早期剥離のまさに保健指導なり教育指導が大事で、かつ産科側に最も救急医療が求められるという非常に数も多い胎盤早期剥離の事例であって、結局、この中の施設外の実例がそれに該当すると思うのです。なので、6ページや7ページの表は、その実例を基に作ってくれているという理解でいいですよ。やというのはね。

とすると、そちらのほうがやっぱり数も多いし、非常に長年の重要なテーマでもあると思いますし、そこに重きを置いて報告書を書いて頂くことが大事だと思うのですが、

一方で、その残りの■件ですよね。特に不明とかそれを除いた■件ですけれども、そのうち早産等で管理がされていた■件と、分娩が始まった以降に早剥になっている■から■を引いた■件ですよね。この■件と■件の中でちょっと数が増えているので、ここの中で別途何らかの共通した再発防止策が提言できないかという視点も、最終的に報告書の提言の中に盛り込めないかという視点で議論ができるようなデータも作ってもらえたほうがいいのではないかと思います。

管理入院中の■件というのは、一応、保健指導ということもあるでしょうけれども、やっぱり管理中なので、先生方に見て頂くことで管理に関しての何かが見えてくるかもしれませんし、残りの分娩中の■件というのは、何らかの医療介入がされて以降ということなので、数は多くはありませんけれども、どういう特徴があるのかというのは、それは別途出しておくということが大事じゃないかなと思います。

なので、例えば、2ページ、3ページの表は、全て■件で表が作られているのですけれども、3ページの上の表の真ん中あたりの分娩様式というやつですよね。ここの吸引分娩や鉗子分娩やという数字なんかは、帝王切開がほとんどになると思いますけれども、普通、救急になりますからね。でも、吸引分娩や何やというのは、この■例の事例でこの表を作ってもあまり意味がないかのような気がして、例えばこの分娩様式という表にしても、■分のと■分のと■分のでどういうふうになっているのかというふうに見ていくようなことをしていくことで何か浮かび上がるかもしれないと思います。数がまだ少ないですから浮かび上がらないかもしれませんが、浮かび上がるかもしれない。そういう報告書のまとめ方をしてもらったほうがいいんじゃないかなと思うんですけれども。

○池ノ上委員長 いかがですか。恐らく、今、勝村委員がおっしゃったのは、常位胎盤早期剥離というのは妊娠のどの時点でも起こり得ると。自宅にいてまだ全然陣痛も何もない段階で起こった方たちが、どういう経緯を取ったかと。

あるいは、普通の陣痛が起こって入院して、正常分娩が進行中に起こった早剥もある。

あるいは、他の疾患で入院中に、例えば妊娠高血圧症候群だとか、あるいは早産とか、色々な疾患で入院中に常位胎盤早期剥離が起こった人もいる。

そういう人が、それぞれどういう特徴を、臨床経過をたどったかということが分かれば、それぞれに対する対応策というものの提言ができるんじゃないかと、そういうふうなご意向じゃなかったかと僕は思ったのですが、いかがですか。

○勝村委員 はい。そういうことだと思うのですが、要するに、再発防止策が違ふと思うのです。■例と■例と■例では違ふ可能性が高いと思うのです。本来の自宅とか、まだ分娩が始まる前に、まだもうちょっとお産は先だろうと思っていたら、ちょっとハイリスクだとは言われていた人が多いかもしれませんが、急にその症状が出て救急で慌てて病院へ来るというパターンの■例と、早産等で管理している最中に病院の中で起こって早剥で重度脳性麻痺が避けられなかった■例と、分娩が始まってから分娩をしている最中に早剥が起こったと考えられる■例というのは、それぞれ再発防止策が違ふ可能性が高いと思いますので、そこを一緒にした表を作ってしまうよりは分けていくという、今後また数もたまっていくでしょうから、分けていくという考え方がいい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。今までの我々の一般的なイメージとしては、やはり始まる前に自宅にいるときに突然お腹が痛くなったり、出血があつたりして早剥の患者さんが生じて、そこからバタバタバタバタと色々なことが対応されているというイメージだったので、今回、こうやってデータをしっかり集めて分類して頂くと、そうでないグループというのやはりちゃんとあるということが分かってきましたので、今後またそういう分類をしながらやっていると、それぞれのグループの数も増えていくと。そうすると、それぞれのグループの分析・対応もできてくるだろうというようなこともありますので、今、言われたその3つのパターンだけでいいのかどうかはもうちょっと検討しないといけないと思いますけれども、そういう見方というの必要じゃないかと思いま

す。

これについてはいかがですか。他の委員の先生方、何かご意見は。

○木村委員 今の見方は非常におもしろいし大事な見方だと思うんですけども、その反面、ここに集まっている事例も、いわゆるCPになった事例だけなんです。

○池ノ上委員長 うん、そうですね。

○木村委員 だから、世の中にある全部ある早剥の中で何が起きているのかということが実は非常に大事で、分娩中に早剥と思われる異変が起こってそのまま急速遂娩をした、器械分娩した事例はたくさんやはりあると思いますので、そういういわゆる分娩中に色々起こって医療介入をしたにも関わらず間に合わなかったということと、逆に医療介入したことによって間に合ったという事例も、恐らく世の中にはたくさんあると思います。なので、ちょっとそのあたりがミスリードされないようにまとめる必要があるのかなと思います。

ただ、観点としては、確かに、入院中にそれが起こってどのように対応されたのかなというのは興味あるところではあります。

○池ノ上委員長 おっしゃる通りで、そこになってくるとやっぱりコントロールグループが必要になってきて、そのために日産婦のデータベースとのコラボといいますか、そういうのができるような仕組みを作って頂いて、ワーキンググループが動いているわけですから、そういうきちとしたミスリードしないようなエビデンスを残しながら、この報告書としてはここまでは言えますよというところを十分考慮しながら一般の現場の医療担当者にお話を広げていくということも、一方では大事ではないかと思いますので、木村委員がおっしゃるように、偏らないような提言の仕方、それも十分書きぶりだとか数値の挙げ方だとかを考えながらやる必要があると思います。

でも、ここにあることはあるので、これをずっと出さないというのもやっぱりおかしいと思いますから。

ただ、それに科学的な根拠を作るということになると、やはり日産婦の委員会との協調ということが続けていかないといけないと思います。たまたまそういう仕組みはもう作ってもらっていますので、そちらのほうもやっていきたいなと思います。

○勝村委員 おっしゃるように色々あると思うのですけれども、最終的にどういう報告書にするかという、文面とかそういうところはまた別途議論なんだと思うのですけれども、ここで再発防止策を議論するためのデータとしては、やっぱりまず3つに分ける必要があると思うのです。

なぜなら、やっぱり■例の事例というのは、それぞれの原因分析報告書の提言の部分なり、報告書の最後のほうに書いてあることにやっぱり共通点が結構あるので、再発防止のこの提言につながっていくわけだと思うんですね。

つまり、原因分析報告書を縦に縦覧しているわけですから、縦覧するときに管理分娩中の■例と分娩中の■例と普通の■例というのは、共通点はないかなと探して縦覧するときにやっぱり分けるべきものであると思うのです。そういう分析とかそういう議論ができる土俵を作った上で、最終的にエビデンスがあるか、母数が十分かという議論は、その都度その都度していったらいいと思うのですけれども。

これを一緒くたのデータで一緒くたの再発防止策の議論という形は、ちょっと僕は無理があると思うので、ぜひ分けて議論して欲しいと思いますし、分けたデータも見て議論したいというふうに考えています。

○池ノ上委員長 そうですね。まず、それを出して頂いて、皆さんで見頂いて、どういうまとめ方にするかというのも、この再発防止委員会での仕事というふうに位置づけていきたいと思います。他に何かご意見ありますか。

○鮎澤委員 今回の常位胎盤早期剥離については、大勢の皆さんが提言で研究を推進していくようにということをうたっていらっしゃるんですね。研究が進んでいないので研究を進めていくようにということがこれまでも言われているし、今回も挙げられているのです

が、これが何らかの形で進んでいく目処というのはあるのでしょうか。

関係者へも提言しているし、国にも支援をするようにということを折り込んでいますよね。やっぱり、こういう提言を何回かしてきた向こう側には少しでも何か進むことがある目処というのが欲しいと思うのです。このワーキンググループの新しい1つのテーマにして頂けるとか、どこかの学会がこれを受けて研究を始めてくださるとか、何かそういうのがあるのか。いつまでも言っぱなしというのも、ちょっと寂しい気がするので、教えて頂きたいと思いました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがでしょう。今、鮎澤委員からのご質問ですが。

○川端委員 今のご意見はもつともだと思うのですが、やっぱり事例をたくさん集めて正確に分析してその効果を引き出すというのでしょうか、そこにあると思うのです。今後、先が見えないというのは、これから効果を証明していくことで乗り越えられることなのだろうと思うのですけど。

○鮎澤委員 そうすると、こうやって書き続けていくというところに意義があるという。

○川端委員 ただ、いつまでも書いて少しずつ進んでいるかなというのではなくて、やっぱり目標をもって分析していくという態度は必要かと思います。

○木村委員 大学にいる人間として非常に耳の痛い話なのですが、1つの指標として研究者がどれぐらいこの問題に対して興味をもってgrant applyしているかという、僕は非常にいい指標だと思うので、例えば、過去何年間かで厚労科研とそれから通常の文部科研で常位胎盤早期剥離というキーワードを検索されると、何件ぐらい出ているかって分かるんですね。なので、それを1回やってみたら、ここ何年間かでそういうのを何かしようという気運がアカデミアの中で出ているのか、あるいは厚労科研、国からプラクティスですが、そちらから出ているのかどうか、ちょっと見えるかもしれません。

○池ノ上委員長 他にいかがですか。

○石渡委員長代理 妊産婦死亡に関して言えば、常位胎盤早期剥離での死亡はものすごく減っています。それはある意味の効果だと思うのですけれども、ただ、脳性麻痺事例について減っているかどうか、その辺のところはちょっと今は分かりませんが。

○池ノ上委員長 これは私の個人的な考え、常位胎盤早期剥離はなぜ起こるかって、まだ分かっていないのです。ですから、今、我々がやることはオブザベーション、どういうことがどう起こっているかということをしちつとやっていくと、見ていくということだと思います。

そのためには再発防止委員会に脳性麻痺というフィルターを通してはいますけれども、たくさんのケースが集まっている。先ほど、勝村委員がおっしゃったように、同じ早剥でも起こる時期と起こる場所と、それ、違いますよねと。今までは自宅でバーッと起こって大変だなと思っていたのが、病院の中で分娩中にもかなり起こりますよと。個人的に何例か経験はしているのですけれども、マスとして集まってはいないのです。

ですから、それを、まず、きちつと見ますよ。先ほど、石渡委員長代理からもご提案がありましたように、母体にとってもこれは大変なこと。減ってはきているのですけれども、やはりリスクとしてはまだあると。そちらを一緒に合わせながら、じゃあ、きちつとした疫学的な手法でもってその方向性を探しましょうと。そのためにはコントロールグループ、日本産科婦人科学会とのコラボレーションができますのでやっていきたいと思います、そういう主として疫学的な研究手法というのが、今、始まろうとしている。提言としては、そちらを何となく目指しながらやっていく。そういったことでだんだん疫学的にポイントが絞られてくれば、今度はそこに対する生化学とか生理学とか色々な、あるいは何学があるかは知りませんが、そういったものでやっていくという、かなりベーシックな疫学的な、あるいは生物学的な研究の段階に進んでいくのではないかなと思います。

ですから、今の段階では、常位胎盤早期剥離、母児ともに危険なリスクのある病態だというのが分かっている。それが日本全体で、我が国のこの現状で、どこにどういう作用

を及ぼしているかというのが少しずつ明らかになり、明らかにすることができるような手法を我々が持ったという。そこには今度は公衆衛生学的な見地から研究者として入って頂く、あるいは産科婦人科学会からも入って頂くという、そういうワーキンググループの役割といたしますか、そういう研究をしながら後ろからの裏付けをきちっとやるという、そういったイメージを僕は持っているのですけれども、いかがでしょうか。

○鮎澤委員 私は、数として一人お一人が経験することは必ずしも多くはないのけれども、こういう仕組みで集まることによって見えてくるものがあるということ、これはとても大事なことで、できれば色々なところで芽を出して欲しいと思っています。これだけ皆さんが長年にわたって、研究がまだだ、研究がまだだ、と書いていらっしゃるので、そのあたりがどんなふうに進んでいくことになるのか、ここでの提言がどう関われるのか、そのあたりをととても期待しているところなので、お話を聞かせて頂きました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。こういったことの研究者も、またこれから若い人たちが出てくるんじゃないかと思しますので、そういう意味での若い人たちへの学問的なチャレンジをこういうところから渡すことができればいいかなと思っています。ありがとうございます。

他にいかがでしょうか。

○勝村委員 僕、今の鮎澤委員の視点もすごく大事だなと思って、やっぱりそういうことをしないと僕も来ている意味がないと思うので。

もっと大きなデータベースは、皆さん、医会とか学会とかでお持ちだということですが、半年以内に死亡した事例とか軽度の脳性麻痺事例とかは抜けているにしても、胎盤早期剥離と重度脳性麻痺をつないでいる事例が、5年分なりどんどん集まってきているわけですから、胎盤早期剥離と重度脳性麻痺がつながっているものの共通点みたいなものをできるだけ早期に浮かび上がらせて何らかの再発防止につなげていけないかという目で、ここにおられる専門家の先生方に見て頂くということの、ある種、これまで一般に言われ

てきたこと以外のものが何か先生方に見えてきているのだったら、ちょっと冒険的でもこういう場ではどんどん想像していつてみて欲しい。それにはもっと数がある、エビデンスがいるということがあるかもしれないのですけれども、そういう目で見えていつて欲しいなという思いがあります。

それから、ちょっと質問ですけれども、すみません、話が変わってしまいますけれども、子宮収縮薬の投与の例を前回から書いてもらっているのですけれども、このうち陣痛発来前に常位胎盤早期剥離が発症したという事例が例あるのです。つまり、この表の真ん中ぐらいのところにあります陣痛発来前の常位胎盤早期剥離が発症というところに0と書いているのはそうじゃないということだから、陣痛が起こった後に早剥が起こった、ということでしょうか。違いますか。0と書いてあるのは。資料2のほうですけれども、大きな紙でエクセルのようなデータですけれども。1と書いているのが陣痛発来前だから、0というのは、これはどういう意味ですか。ちょっと先に教えて下さい。

○事務局 陣痛発来前の常位胎盤早期剥離発症が、原因分析委員会でこの時間に常位胎盤早期剥離が起きたであろうとされた時間に陣痛がなかった事例でございます。それが1になっております。

○勝村委員 だから、1と書いてあったら、既に早剥が起こっていた後に子宮収縮薬を投与したことになりますよね。つまり、子宮収縮薬を投与した例のうち例が、ここの欄が1になっているのですけれども、それは陣痛が始まる前に早剥が起こっていたのに促進剤を投与したことになるなと思って、ちょっとその例を読んでみたのですけれども、僕の文章の理解では、やっぱり分娩が始まって以降に早剥が発生しているんじゃないかというふうに経過を見たら読めたのですけれども、この1と0がちょっと分かりにくいのですが。

○事務局 例えばですけれども、番の例は子宮収縮薬投与ありで、陣痛発来前の常位胎盤早期剥離発症も1となっておりますが、こちらの事例に関しましては、分娩誘発の

ためにプロスタグランジンE₂錠による分娩誘発が開始され、その後、児が娩出される前の1分間ぐらいの間に胎児の低酸素酸血症が起きていたという事例でございます、先に子宮収縮薬が投与されていて、その後に常位胎盤早期剥離を発症したという事例もございます。

○勝村委員 だとしたら、この欄は0にならないのですか。

○事務局 順番と致しましては1の場合ですので。ちょっと……。

○隈本委員 0と1の定義が違うのです。これは0が何で、1が何なんですか。

○事務局 あり・なしですので、1が陣痛が来る前に常位胎盤早期剥離が起きていたという事例でございます。

○隈本委員 ああ、1が陣痛がなくてということですか。

○事務局 そうです。

○隈本委員 0が陣痛があった。

○事務局 そうです。陣痛があるという意味の1ではなく、陣痛がない状態で常位胎盤早期剥離があったという事例が1でございます。

○隈本委員 そうか、逆なんですね。陣痛なしが1で、陣痛ありが0なんですね。

○池ノ上委員長 今、ここ、実際に、陣痛と早剥の痛みとの区別って、ものすごく難しく、現実に陣痛が起きましたねとっていて、しばらくたつうちに色々な臨床症状が出てきて、ああ、これは早剥だ、というのは分かるのですが、その時点で早剥が起きているかどうかというのを判断するというのは、プラクティカルには非常に難しい。非常にそこは区別しにくいことだと思うのですね。

ですから、先ほど、木村委員からご指摘がありましたように、陣痛が起っていて、そしてその途中で、例えば切迫早産にしろ、あるいはタームの正期産の陣痛にしろ、陣痛が起っていて、そして早剥が起るといようなことはよくあると思うのですが、早剥が起っていて陣痛がどこで起きましたかというのは、これはなかなか難しいのです。

○勝村委員 いえいえ、なので、不明というのが■もあるのです。これは、大概家とかじゃない事例なんですよ。自宅とかで発症した事例は大概1で、陣痛が起こる前、■例ですよ。自宅とかそれこそデパートとかで発症して、救急で搬送されるという事例は1になっているわけです。病院の中で管理中に起こったりしているものが、不明が多いわけです。その中で0となっているのが■つか■つあって、それは明らかに分娩が始まった以降に早剥が起こっているということだと。わずかしかないですけども。

という記載だと思うのですが、そうすると、子宮収縮剤を使っているけれども、不明でもなしに1と書いている事例が■つあって、それがちょっとおかしいと思うので読んでみたら、やはり0か、不明にしてもいいですけども、0の事例のような気がするので、定義がそれで確認できるということでしたら、ちょっと0だけど1になってしまっている事例がいくつかあるんじゃないかなという気がするのですが。

○池ノ上委員長 ここで明らかにしたい現象というのは、自宅で早剥が、あるいは、つまり病院外で早剥が起こっているか、あるいは病院入院中に、しかも陣痛発来で入院した人に早剥が起こったかということをお明らかにしたいということなんですよ。

○勝村委員 そうですね。ちょっと僕がパッと見て気になったのは、一応、子宮収縮剤を気にしているのですが、色々なテーマで子宮収縮剤のデータも一応入れてもらっているんですけども、そうすると、不明というのが■もあるにも関わらず1となっていて、つまり、胎盤早期剥離に明らかになっているというのが分かった後で子宮収縮剤を投与しているというのは、やっぱり添付文書でも原則禁忌なので、そんな不適切なことがなされているのかと思って、ちょっとその■つの事例を読んでみたら、やっぱり分娩が始まって以降に起こっているというふうに原因分析の人たちは考えているんじゃないかなという趣旨の報告書に読めたので、そのあたりがちょっと分かりにくいなと思ったのですが。

○池ノ上委員長 なるほど。分かりました。

そうすると、常位胎盤早期剥離の臨床症状がかなりはっきりしていて、そこでみんなが

これは早剥だなど思っているところでオキシトシンが使われたのが……。

○勝村委員 そのような事例があるのかなと見えて気になったんですけど。

○池ノ上委員長 何例あるかというのが一番。

○勝村委員 実際にはないような気がするんです。

○池ノ上委員長 そうじゃないと。なるほど。それは調べようで分かりますよね。早剥だと分かっているオキシトシンが入ったかということですよ。

○勝村委員 だから、先ほど、例に挙げてもらったやつは0なんじゃないでしょうか。

○池ノ上委員長 だから、勝村委員が言われたのは、違うんじゃないかとおっしゃっている。

○勝村委員 いや、もし、それが1ということでしたら、ちょっともう1回、この表の意味を考え直さなきゃ分からなくなる感じです。

○池ノ上委員長 少しゆっくり、事務局でもう一遍。分かりましたか。今のご質問。

○事務局 常位胎盤早期剥離発症後に子宮収縮薬が投与された事例を調べればよろしいということですね。承知致しました。

○池ノ上委員長 発症後という、それでいいんですか。

○勝村委員 いえいえ、この表の1。調べるというか、先ほど例に挙げてもらったのは何番でしたっけ。

○事務局 ■■■■です。

○勝村委員 その■■■番の事例は、プロスタルモンを投与した後に陣痛が始まって、その後早剥が起こっている事例だということでしたよね。その場合、ここの欄は0になるのですか、1になるのですか。プロスタルモンで分娩誘発した後、早剥になったという事例は0になるのではないのでしょうか。

○事務局 今、要約版しかちょっと手元にございませんで、そちらを確認致しましてご回答致します。

○木村委員 ですから、0ですね。この表では0になっていますね。だから、陣痛中に早剥が起こったということに。

○勝村委員 陣痛発来前の早剥ですか。

○木村委員 来てからですね。■番って、陣痛0だから、陣痛中に、だから、プロスタルモンで陣痛が起こってから早剥が起こったという話ですよ。

○池ノ上委員長 陣痛が起こってから早剥が起こったのは1なんですね。

○事務局 陣痛が0なので、陣痛がない状態で早剥が起こったということでございます。

○隈本委員 さっきと逆じゃない。逆になっている。

○事務局 ■番は、陣痛の欄をご覧頂きますと、陣痛が0ですので、データベース上。

○木村委員 0ですよ。で、0の定義は。

○事務局 0ということは、陣痛発来前ということになりますので、いつ常位胎盤早期剥離が経過中に起こっていても、こちらは1になっております。

○池ノ上委員長 うん？

○隈本委員 だから、逆になっている。さっきと説明が逆になっちゃった。ちょっとややこしいですね。

○池ノ上委員長 陣発なしで。

○事務局 早剥が起きたので、この欄が1になっている。

○池ノ上委員長 プロスタルモンを投与されているんですか。

○事務局 されています。

○池ノ上委員長 されているけれども陣痛は起こっていないということですか。

○事務局 はい。そういうことです。

○隈本委員 さっきの説明では、陣痛発来前に早剥が起きたのは1じゃなかったですか。

○木村委員 ちょっともう一遍整理が必要ですね。

○池ノ上委員長 勝村委員が知りたいと思っておられるのは。

○勝村委員 ■ 番の陣痛発来前の常位胎盤早期剥離発症の欄が0であるならば、私はこの欄の1と0の意味が理解できている気がするんですけども、先ほどの経過を受けてここは1だということであれば、ちょっとこの1と0の意味が私はちょっと理解ができない感じがするので、教えてもらわなければいけなくなります。

○池ノ上委員長 今のお話だと、そこはプロスタルモンで誘発か何かしようとしていたと。陣痛がまだつかないときにモニタリングか何かが悪くなって早剥だと。そのときは陣痛は少しあったんじゃないですか。早剥が起こるくらいだったら。

だから、なかなか難しいと思いますよ。事務局は一生懸命原因分析報告書を見ながら、どこで陣痛が起こって、どこで早剥が起こって、というのを整理するというのは非常に難しいので、見方を変えて、勝村委員が一番心配しておられるのは、使ってはならない子宮収縮薬を早剥なのに使っているようなそういうリスクはないかということが心配なんですよ。

○勝村委員 報告書を読んだら、そうではないという気がしましたので。

○池ノ上委員長 そうじゃないんじゃないですかということ。これ、もう一遍確認してもらいましょうか。勝村委員のおっしゃる意図をちゃんと分かって頂いた上でチェックをして頂くと。

○事務局 ■ 番、こちらに全文版ありますので。

この事例は、確かにプロスタグランジンE₂を1錠内服しています。

○池ノ上委員長 その間、腹痛は訴えていないのですか。

○事務局 少し読み上げますと、

という事例かと思いま

す。

○勝村委員 時間的因果関係を見る必要があると思うのですが、これ一つあるのです。つまり、陣痛促進剤を使っているけれども、そこが1になっているのが一つあるのです。一つとも見たのですが、一つとも今の僕の1での理解でいいんだとしたら、1よりは0に近いが、0じゃないんだったら不明で、やっぱり1と書くと、何かそれがあってから来ている、それがあってから分娩を始める。分娩を始めようとした以降になっているわけですね。

だから、あとの一つも見てもらったらいいと思うのですが、あとの一つとかはもっと。あとの一つは明らかに陣痛が起こった後にじゃないかなという感じ。

○事務局 分かりました。1、1、となっているものの事例を、この以外にも少し見て、次回。

○勝村委員 そうですね。多分、陣痛促進剤を使っている例は、全部不明か0だと思います。あの例見てみたら。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。少し混乱しましたがけれども、では、事務局のほうで整理して頂くということでもよろしく申し上げます。

他にどうぞ。

○箕浦委員 25ページの提言のところなんですけれども、先ほどの事務局から説明のところで、(3)のイの胎児蘇生法は、「ガイドライン及び添付文書に沿って実施する」とサラッと書いた感じで、読むほうもサラッと読んでしまうかもしれませんが、この意味するところはよく分からなくて、ガイドラインを改めて見てみますと、薬剤については、

胎児蘇生のところを見ますとリトドリンと、それから乳酸リンゲルしかないのですが、早剥には原則リトドリンは使いません。それからリトドリンの添付文書を見ると、胎児蘇生に使うという方法は記載がないとか、なかなかその辺、こう意味するところが難しく、書き方をどうしたらいいのかなというふう感じたものですから。

○事務局 ガイドラインも、こちら提言のほうには、薬剤以外にも17ページの胎児蘇生法という下から2番目の【】を見て頂きたいのですけれども、妊産婦への酸素投与で3L/分の流量で開始されたけれども、ガイドラインでは10~15L/分を推奨しておりというような提言もございましたので、そこも含めてガイドラインに沿ってという内容で記載しております。

あと、薬剤添付文書のほうは、常位胎盤早期剥離でリトドリン投与が禁忌となっているというふうに医学的評価ですとか提言で記載をされているので、その意味を含めての記載となっております。

○箕浦委員 そうすると、胎児蘇生のところに薬剤添付文書云々と、胎児蘇生の項目に入れるのはどうかなというふうに思います。

○池ノ上委員長 ちょっと待って下さい。早剥という診断がついていて胎児蘇生を試みるというのが、日産婦のガイドラインにあるんですか。

○箕浦委員 いや、ガイドラインは、一般的な胎児蘇生。

○池ノ上委員長 一般的な胎児蘇生ですね。ですから、この常位胎盤早期剥離の議論、あるいはそれに対する提言の中では、胎児蘇生は触れないほうがいいと思いますけれども、それはどうですか。

○事務局 分かりました。記載の根拠と致しましては、先ほどご説明させて頂いた通り、17ページの妊産婦への酸素投与と、その下の妊産婦へのリトドリン塩酸塩投与で胎児蘇生のことについて記載をされていたので、記載をしたという経緯でございます。

○木村委員 そんなことをするなと書いてあったんでしょう。そんなしょうもないことを

するなって書いてあったんでしょ。

○事務局 読み上げます。「常位胎盤早期剥離時のリトドリン塩酸塩の投与は、添付文書で禁忌となっていることからリトドリン塩酸塩の投与についてあらためて認識することが望まれる」との記載でございます。

○箕浦委員 私は、委員長が言われたように、この項目は抜いたほうがいいかなと思います。

○池ノ上委員長 塩酸リトドリンの立場からいくと、あらためて認識ですけれども、常位胎盤早期剥離の視点でいくと、これはもうだめということで、胎児蘇生を考える余地はないということで、箕浦委員がおっしゃるように、胎児蘇生に触れないほうがいいと思います。その他で蘇生を試みてもいいような場合もあるのかもしれませんが、少なくとも、今、ここでは常位胎盤早期剥離の議論をしているので。

よろしいですか。ここ。胎児蘇生については削除するというので。それで整合性が取れるように、全体をお願いします。

○木村委員 先ほどからの常位胎盤早期剥離に対する子宮収縮剤の投与ということがあったのですけれども、これは非常に限られたケースですが、例えば8cm、9cmで陣痛が弱くなってきて経産婦でもう少しで出せると。そして出すほうが早いという状況のときに、オキシトシンを使うとあってあり得ますので、それは早剥を疑いながらですね。そういったことはやっぱりあると思います。心音の状況と全体を見ながらということで、これだけちょっとコメントだけさせておいて下さい。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。ですから、その例ですか。今、ちょっと指摘して頂いた例について、その実際の動き、先ほどお話しに出たように、ああいった動きを明らかにして頂ければいいと思います。

○勝村委員 木村委員がおっしゃるようなことが本当にあり得るかなと思って僕も読んでみて、一般的に明らかに出血しているのに緊急帝王切開ができない何らかの理由があって、

吸引分娩とかそういうこと。そっちのほうが速い、帝王切開より速いということが十分あり得る。あくまでも、急速遂娩が目的なので。それは、そういうことも含めてやってもらっていいと思います。

ただ、僕もこだわるようではすけれども、やっぱりプロスタルモンを錠飲んだ後の早剥であれば、やっぱりそれも1だというのは、ちょっと分析としてはしにくいかなと思うのです。明らかに分娩が始まる前にやっているなど。分娩誘発をするホルモン剤を錠飲ませた後に誘発なので、陣痛が起こっていないということかどうかは、ちょっと分かりにくい事例だと思うのです。なので、他の例は、もっと陣痛が起こった後のように見えるので、それは陣痛前に早発が起こったんだ、分娩の始まる前だったという。大きく分けたら、本当に大事な例をしっかりと見られるようにしたほうがいいと思います。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。

○田村委員 全然別な話になりますけれども、ページ8ですが、表で母体搬送なしの対象数というところで、これは色々な理由があって母体搬送がなかったんだらうと思うのですが、この中で小児科医の分娩立ち会いがあった事例の有無というのを、調べて頂きたいと思います。

それからあともう1つは、生まれた赤ちゃんが新生児搬送になった事例がどのくらいあるのか。

これは、恐らく、母体搬送ありというのはお母さんだけじゃなくて赤ちゃんのケアもできそうなところに多くが送られているんだらうと思います。母体搬送なしという事例の場合に、そこでお産をするということのリスクを浮かび上がらせるのと、場合によっては、そういった小児科医がいないところに近くの小児科医が駆けつけて分娩立ち会いをして赤ちゃんを蘇生していれば、ひょっとすると脳性麻痺にならずにすんだというような事例もあるかもしれないと思います。母体搬送と新生児搬送だけじゃなくて、場合によってはそこに医師を派遣するという選択肢も考えて良いのでは無いかと思います。これは産科医の

場合もあり得ることだと思えます。そういったシステムについてもここで検討するための基礎資料になるんじゃないかなと考えお願ひしたいと思えます。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。蘇生の担当者は誰であったかという項目はありますよね。それは分かるんじゃないでしたか。

○事務局 小児科立ち会ひの有無は分かりますので、それで母体搬送あり・なしでもそこで内訳を出すということで修正致します。

そして、単純に新生児搬送の有無に関しましては、4ページの表の最下段に記載しておりますが、■件で■%が新生児搬送ありでございました。

○田村委員 僕が提案したいのは、今の母体搬送なしの事例で新生児搬送があったのが、恐らく、クリニックの場合は、ほとんどこういう事例は新生児搬送していると思うのですが、その病院で新生児搬送の適応になった事例がどのぐらいかということで、■例のうちの■の病院で生まれた子どもで、新生児搬送まで至ったのがどのぐらいかということ調べて頂きたいということです。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございます。

○小林委員 2ページの表1の中ごろなんですけど、妊娠中の体重量増加というところに推奨値の分布が書いてあるのですが、2014年のガイドラインを見ると推奨値が複数あって、厳格な体重管理の根拠もエビデンスもないということなので、ここで挙げるのはあまり適当じゃないかなというふうに思えます。極端なものを分析するのはいいと思えますけれども、この表で推奨値を外れているのがかなりありますけれども、それはあまりガイドライン上は根拠のない数字だと思います。

○池ノ上委員長 この表の推奨値以下とか以上とかという、ここですね。表の中ですね。これはどこから来たんですか。推奨値をここに出してきたのは。これは事務局で作って頂いたんですか。

○事務局 はい。テーマ選定の際に、妊娠中の体重増加などについても分析をしたいとい

うご意見がございましたので、ここに記載しております。

この推奨値に関しましては、周産期委員会の推奨値を採用しております。妊娠中毒症のリスクということで挙がっておりましたので、こちらを採用致しました。不適切であれば、削除致します。

○池ノ上委員長 早剥との絡みでは出ていないんですよね。そうすると、やっぱり混乱を招かないようにするためには、外したほうがいいかもしれませんね。委員の先生方、いかがですか。

○小林委員 2014年のガイドラインに体重の項目があって、97年のも挙げてあるのですが、他にもいくつか参照値があって、要するに、複数あると。

ですので、どれか1つをこのガイドラインで推奨しているわけではないので、今までの再発防止の原則だと、ガイドラインとか確実なものに基づいて分類をするということなので、それには沿っていないような気がします。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。では、推奨値のところは、そういうふうな取り扱いということでしょうか。はい。どうもありがとうございました。

ちょうど時間がまいりましたので、常位胎盤早期剥離については以上で終わらせて頂きます。

それでは、続きまして、効果検証に関する調査について、よろしく申し上げます。事務局、お願いします。

2) 効果検証に関する調査について

○事務局 それでは、効果検証に関する調査について事務局よりご説明申し上げます。

お手元に本体資料をご用意下さい。本体資料1 ページ、2) 効果検証に関する調査について

<これまでの審議における主な意見>

1 つめの○、「アンケート回答率が5割程度では回答者の背景に偏りが出かねない。ア

ンケートに回答する人は比較的熱心な方が多い。回答率が7～8割まで上がるよう、webでの入力や回答者への報酬をつけるなど調査方法を工夫してはどうか。」

2つめの○、「医療従事者が再発防止報告書の存在を知らないままに産科管理を行っていることもあるのではないか。報告書の簡易版を発行し部数を増やし、アンケートの結果によっては再発防止に関する報告書の配布方法も含めて検討してはどうか。」

これらご意見を踏まえまして、事務局として今回の再発防止に関するアンケートの目的および実施要領、アンケート（案）を作成しました。資料3「再発防止に関するアンケート実施にあたって」をご覧ください。A4判でございます。

まず、1. 目的です。

1) 「再発防止に関する報告書」、「再発防止委員会からの提言」およびリーフレット・ポスターについての認知度および利用状況を調査する。

2) 平成25年1月実施のアンケート結果と比較して、再発防止に関する取組みの効果検証を行う。

3) 産科医療関係者のニーズを調査し、今後の再発防止に関する取組みに生かす。

続いて2. 実施要領です。

1) 調査対象施設は、病院、診療所および助産所とします。病院および診療所は産科医療補償制度加入分娩機関から無作為に抽出したそれぞれ600施設とし、助産所は全施設を対象にします。

2) 回答者は、病院については、600施設のうち300施設が産科部長、別の300施設が看護師長を回答者とします。

診療所および助産所については、院長を回答者とします。

病院の回答者については、前回は産科部長のみでしたけれども、今回は看護師長にも回答頂くことにしました。今回看護師長に回答して頂くとした背景としましては、前回のアンケート結果より、報告書の配布冊数を増やして欲しいという多くの要望があり、1冊か

ら3冊に増やしたことがございますので、医師のみならず看護職まで認知されているか、利用されているかを調査するものです。

委員の先生から回答率が上がるようWebでの入力や報酬をつけるなど調査方法を工夫してはとのご意見もありましたけれども、Webでのアンケート導入には、システム開発に時間を要すること、また、本アンケートは無記名方式であり、Webでは匿名性担保の観点から、回答者からの理解を得ることが難しいと判断し、前回と同様の郵送方式で実施したいと考えております。また、報酬についても本制度は公的性格を有しておりますので対応は難しい状況でございます。

なお、回収率を高めるための方策としまして、回答締切日前後に「リマインダ葉書」を全調査対象施設に発送することを考えております。

次に、2ページをご覧ください。3. アンケートの質問内容です。

前回のアンケート結果と比較して、再発防止に関する効果検証を行うため、質問内容は前回と同じとしていますが、さらに平成25年1月のアンケート実施以降に作成されたリーフレット・ポスターおよび「脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図」について、新たな質問を追加しています。

次に4. アンケートの回答内容です。

1)回答者の負担を軽減させるため、選択肢方式を極力取り入れました。

2)回答者が各リーフレット・ポスターの関連する質問に対して、回答しやすくするために画像を掲載致しました。

次に5. 今後の主なスケジュール（案）です。

7月6日本日の委員会でご審議頂き、12月の再発防止委員会で集計結果を報告する予定で進めさせて頂きたいと考えております。

それでは、資料4「産科医療補償制度」再発防止に関するアンケート（案）をご覧ください。

先ほどご説明した通り、基本的には前回の質問内容とほぼ同じ内容ですが、一部内容を変更した箇所がございますので、そのあたりを中心にご説明致します。

1 ページをご覧ください。問1. 貴院では、「再発防止に関する報告書」を産科医療の質の向上に関連して利用したことがありますか。

前は報告書の存在を知っているかどうかの質問内容でしたけれども、今回は利用方法までお聞きしています。回答しやすいように報告書の画像も掲載しています。「ない」とお答えになった方の回答時間の短縮を図るため、不要な質問を読まなくて済むようにそれぞれお進み頂きたい問を記しています。

3 ページをご覧ください。問3で、「既にほとんど取り組んでいる」または「2. 既に一部取り組んでいる」と回答された方に対して、問3-1として具体的な取り組み内容を選択肢でお伺いしています。

4 ページをご覧ください。問5は「「再発防止に関する報告書」のページ数について、該当する番号ひとつに○をつけて下さい。」です。

学術集会で配布した際に、ページ数が多いとのご意見を頂くことがございますので、この機会に確認したいと考えております。

5 ページをご覧ください。問6は、「再発防止に関する報告書」の巻末に記載されている「再発防止委員会からの提言」を、報告書の公表から約半年後をめぐりに当機構からお送りしていることについて、前回は、これらをお送りすることについてどのように思われますかという質問でしたけれども、今回は利用状況についてお聞きするものです。

次は、問7から8ページの問13です。前回アンケート時には「妊産婦の皆様へ 常位胎盤早期剥離ってなに？」のリーフレットのみしかございませんでしたけれども、その後作成されたリーフレット・ポスターおよび脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図について、追加で利用状況をお聞きするものでございます。

以上、資料3および資料4についてご審議を頂きたくお願い申し上げます。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。ただいまの再発防止に関するアンケートの案ですが、いかがでしょうか。

○川端委員 アンケートは結構なんですけれども、アンケートを書く立場になると、書きたくなるというか、これは非常に大切なことをやっているんだという、その動機付けをさせないと、アンケートはこのままだったら50%は超えないだろうと思うのです。

どういふことかといいますと、この産科補償制度が始まりまして5年を過ぎまして、その有効性が実際どうであるかというのを何らかの形で産婦人科医に示さないことには、この事業の重大性とか有効性について同意が得られないというか、アンケートにもなかなか答えてもらえないだろうと思います。

有効性につきましては、ねらっているところはCP発生の減少を数字で表せれば、それにこしたことはないです。それから、産婦人科医とか日本医師会の先生方、要するに、他科の先生も含めてですが、訴訟はどうなっているんだとよく聞かれます。産科医が減少して危機的状況になったという状態を受けてこのような制度がスタートしたわけで、そうすると、本当に大切なところは、産婦人科医にとっては訴訟はどうなっているか実際の脳性麻痺の発生の減少と訴訟の実態というところに、もうそろそろ手をつけていい時期じゃないかというふうに思っております。

あとは、具体的にそれをどうするかは、また議論しなくちゃいけないと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。そもそも効果検証というのは、具体的にどういふ変化があったかということを出すための調査であるわけです。これはまだその途中みたいな、中間報告みたいな形ですね。

ですから、今、川端委員がおっしゃったように、現時点で分かっている表すことのできるものは、やはり積極的に集めてそれを出していくと。この委員会からの報告の一部に入れていくという作業が必要だと思います。

今、先生がおっしゃった裁判に関する案件の変化というのは、これは機構のほうでつか

まえられているのですか。まだつかまえられていないのですか。

○上田理事 最高裁のデータがあります。

○池ノ上委員長 そういうのをこの再発防止委員会の中で使ったり、報告書の中に組み込むということは可能ですか。

○川端委員 非常に正確なデータじゃなくてもいいのです。こういう方向に行っていますよということだけでもいいと思うのです。やっぱり、それは勇気づけられると思います。

○石渡委員長代理 この制度は、調整という、そういう仕組みがあって、補償を受けた方が裁判を起こして、もし、またそこで賠償ということが発生したときに二重の支払いが起きないように、必ず調整ということがかかってくるから、この制度に上がってくる数は、かなり正確な数が上がってきているのだと思うのです。実際に、賠償金が払われた場合には、そこですぐ調整が始まりますので、数が分かると思うのです。

　　昨年11月に運営委員会のほうから公表されていますけれども、そういうデータは出てくるんじゃないかと思うんですね。五十何例ぐらいが、いわゆる賠償等々の何かしらの請求が行われていると。それは全体の4%ぐらいかと思うのですけれども、それが、実際、原因分析委員会から報告書が上がっていた場合には、それがさらに2分の1ぐらいに減少しているとか、原因分析委員会の報告書というのが紛争・訴訟をかなり阻止しているような、そういうデータが数の上では明らかになってきているのです。

　　ただ、これはきちんとしたデータ、1年ぐらい先にならないと分からないのですけれども、日本医師会の中に医師賠償責任保険というのがありますので、そこでこの制度との絡みが一応明らかになってきておりますので、そういうところからデータが上がってくれば、今、川端委員が言われたようなことは分かってくると思うのです。

　　ただ、日本医師会に上がってくる医賠責のほうのデータというのは、日本の全体の $\frac{1}{10}$ 分の $\frac{1}{10}$ ぐらいしか上がってこないで、本来ならば、保険会社がダブっていますよね。この制度の保険会社と医師賠償責任保険の保険会社がかぶっていて、しかも調整ということが

働いていますから、保険会社に協力してもらえれば、データはもっと正確に出てくると思うんですけども、そういうことが、実際、この制度の上で可能なかどうか、それはいつも疑問に思っているのです。

確かに、会員の中には、この制度ができて、初めは3,000万という補償は、むしろ裁判を起こすための軍資金に使われるのではないかと、要するに、裁判が増えるのではないかと、そういう非常に会員の中に懸念があったのですけれども、どうもそのことは逆で、裁判が減っているということが明らかになってきておりますので、かえってこの制度があることによって抑止力になっているということは言えると思うのです。

○上田理事 今、石渡委員長代理がお話しされましたように、運営委員会の中で賠償請求の状況ですとか、あるいは最高裁の状況などを報告させて頂いています。

ですから、基本的には運営委員会で検証に関するデータなどは示して、できるだけ関係者にご案内するという事を考えております。

川端委員のご指摘がありました検証については運営委員会で取り組んでいきたいと思っています。

以前に再発防止の報告書、それから、色々なチラシなどがどのように利用されたかについてアンケート調査を行ったことがあります。

そこで、今回は、色々な種類のチラシを作成しましたし、また一定の期間を経ましたので、前回と同じようなアンケートを行って、どのような変化があるのか、あるいは新しいチラシ等の活用などについて、調査を行うことを考えております。

○池ノ上委員長 このアンケートはどのような利用のされ方かというので、この委員会のありべき姿に非常に有効なアンケートの結果が来ると思うのですけれども、今のような目に見える検証可能な事項というものは積極的に拾い上げて、そしてこの委員会の中の共有のデータとしてみんなでそれを持っておくということも、今、川端委員がおっしゃったように、そろそろ必要な時期に来ているんだろうと。その中の1つに、今の裁判の事案がどう

いうふうになっているかということ、可能な限り集めるという作業をしないといけない。

それから、勝村委員がいつもおっしゃるような、子宮収縮薬の使用状況がどうなってきたか、あるいは分娩監視装置の読み方そのものがずいぶん正確になってきたとか、あるいは仮死蘇生のアルゴリズムが守られるようになりつつあるとかいうのを、この制度が始まって報告書が出るようになった前後の検証というのはもうちょっと時間がかかる。第1回が出たのは23年からでした。ですから、もうちょっと時間がかかって、きちっとしたデータはそういう意味では出ないと思うのですが、全体的な流れがこういうふうになっているというふうなもので、我々が、川端委員もおっしゃいましたが、色々な人から「効果があるのかよ？」とか言われたときに、いや、あるんですよとやっぱり言いたいという気持ちもあるので、どこかでそういうデータがちゃんと出されている分は、直接関連付けられないとしても、何らかのこの資料を持ちたいということは言えると思います。

○隈本委員 まず、アンケート、前回は回答率が低かったことの反省を込めて、この「リマインダ葉書」を送るということなんですけれども、そもそもやっぱりアンケートに対する反応が鈍いのは、色々言っちゃって、僕はだめなんじゃないかと思っています。もともとこの制度に関心がないとか、この制度に批判的な人たちが回答しないということになってしまったら、そういう意味では、本当の実態は分からない。

逆に言うと、この600というのは多過ぎるんじゃないかと思うのです。要するに、対象施設の数からいったらもっと少なくても、それこそ200ぐらいあれば統計的にはいいデータが出るんじゃないですか。

つまり、回収率を高めるために、例えば電話調査だとか対面調査だとか、そういうやり方をして、有無を言わずアンケートを取ると。

しかし、数は非常に絞る。例えば100でも150でも、恐らく、産科医療補償制度のいわゆる対象分娩機関になるような数から言うと、200ぐらい取れば十分統計的にはいい数字が

出るんじゃないかと思うのです。

だから、むしろこの600にアンケートを送って「お願いします」と言うと、大体重複してくるわけですね。それよりも無作為抽出するんだったら、150とか200とか取って、そして徹底的に回収率を上げてみると。これが世の中というか、お医者さん全体のアンケートには相当意味がある。これが1点。

もう1つは、「再発防止策に生かしていますか」と聞くのもとても大事ですけども、そもそもこの制度が始まったのは2009年からだし、そもそも普段の日常的な医療の中で何か事故事例を生かして再発防止に生かすという、そういう日常的なルーチンな仕事って、各病院ではなかなかないと思うのです。何かすごい重大なことが起こったときに事故調査委員会を作ったり、再発防止に関してものすごい真剣に考えるということが仮にあったとしても、普段日常の中で今までのこの有害事象をみんな集めてみようじゃないか、そしてこれからどうするという、そういう日常業務の中にこんなものはほとんどない病院が多いと思うので、特に診療所についてはそうです。これ、生かし方を教えてあげないと、生かすのは無理なんじゃないかと思うのです。

この生かし方というものを説明するのが、まず先にこの制度としてあって、例えば、これはやっぱり分厚い報告書をポンと渡されて、それを熟読玩味して、その中で一番何を言いたいかということを知って日常診療に生かすみたいな人は、もともと事故なんかあまり起こしていないわけで、そういう意味では、本当の意味では、皆さんに分かってもらうための仕組みというか、交通事故の講習がありますよね。ビデオを無理やり見せて、そして色々説明してみたいな。そういう、むしろこの提言がどういう背景で出てきて、これが言っていることはどういうことなんだということを説明する機会を増やすほうが、まずは先なんじゃないかと。それを「生かしてません」とか返事されて、この制度は再発防止に役立っていないんだなみたいに自己評価するというのは、やっぱりどこか間違っていて、この出てきたこのデータを、せっかくものすごいたくさんの方々が一生懸命分析して

色々な提言をしているわけだから、それを生かすのが当たり前でしょうという態度で行かないといけないと思います。

先生方の立場は分かりますけれども、多くの産婦人科医の先生から、「こんなものやって意味があるのか」と言われているというような状況があるにしても、これ配りました。受け取った人が「あまり生かしていません」と言われて、それで終わりというのでは、これは話にならないわけです。まず、生かしてもらうための仕組みをやってから「生かしていますか」と聞くのが本当は筋ですよ。

だから、まず、申し上げた1点目は、アンケートをもっと減らして回答率を上げて、統計的な有意差から言えば十分判断基準になりますから、数を減らして徹底的にやると。やり方を変える。郵送式は、多分、だめです。要するに、対面式。

実は、NHKでも、視聴率調査を本格的にやる時は電話と対面、面談でやっています。面談でやると、どうしても言いにくいとか、そういう人に対しては電話を使ったりしています。これは回答率を上げる方法を考えたほうがいいのではないかというのが1つ。

そして、これを生かしてくれないという人は、本来なら今から生かして下さいというふうに営業活動をするのが本当ではないかということです。

○石渡委員長代理 回収率を上げる方法ですけども、今、隈本委員が言われたことはその通りだと思いますけれども、実際にアンケートを出すときは、相手は病院長なんですか。施設長。

要するに、総合病院なんかの場合には、病院長が見ても、産婦人科に興味がなければ、その後全然対応していないかもしれないし。

○事務局 病院は産科部長です。

○上田理事 診療所と助産所は院長。

○石渡委員長代理 あとは産科部長。ほとんど見ていることは間違いない。

○上田理事 はい。

○田村委員 埼玉医科大学総合医療センターがトレーニングサイトになっているので、昨日、NCPRのインストラクターのフォローアップ講習会をやりまして、20人ぐらいインストラクターの方たちが参加して下さいました。フォローアップコースを受けるというのは、義務ではないので、受講生は非常に熱心な方ばかりなんですが、その中で3分の2ぐらいが産科医師でした。

そのときに、私、第1回、第3回、第5回の再発防止報告書の中の「蘇生に関するトラブルの事例」を挙げて講義をさせてもらって説明したんですけども、どなたも再発防止報告書をご覧になっていないのでびっくりしました。しかも、その中には、地域周産期センターで本当にバリバリで頑張っておられるような方も何人かおられました。

だから、僕は、このアンケートは、啓発活動としては非常に意味があると思うのです。産科部長とかもしくは院長に、「再発防止報告書を回覧のために使っていますか？」とかいうふうなことを質問すれば、多分、回答する人は、「使っています」に○を書いて送ってきて、実際は使っていなくてもそういうふうに回答かもしれませんが、「やっぱりそうしなきゃいけないのか」と思って頂けるという意味では有意義だと思います。しかし僕は、むしろ、再発防止報告書の活用の実態を本当に知りたいのであれば、産科部長もいいですけども、やっぱり実際の現場の中堅の方に電話などで、（郵送で返すということになると、部長と一緒に送るんだったら部長が適当に書き換えてなんていうことも起こり得るので、）直接聞いてみるのが大事だと思います。それがやっぱり部長にうちのスタッフみんなに見せなきゃいけないんだと思って頂くための方策になるのじゃないかと思うので、これ自体で実態が分かるかどうかということよりも、むしろ、こういう報告書があってそれをぜひ生かして下さいという方策をアピールするという意味のほうが有意義ではないかと思います。

だから、このアンケートには意味があると思いますけれども、やっぱり、それは部長とか看護部長だけに送っていたのではだめで、ちゃんと回答者の中に現場の中堅のスタッフ

を入れるような工夫、それはひよっとすると郵送じゃなくて電話で問い合わせるとかいうことのほうが実際的かなと思うのですけれども。そういうことをぜひ検討して頂きたいと思います。

○村上委員 アンケート、看護スタッフを入れて下さったのはとてもありがたいなと思ったのですが、これは看護師長になっていますが、ぜひ産科師長に直して頂きたいというのが1点です。産科を知らない師長さんのところに行っても、しょうがないので。

それと、アンケート案を見せて頂いて、産科師長がどこにいるのかなと思ってずっと見ていたら、最後の1枚だったんですね。この内容を聞くのであれば、別に産科師長に聞かなくてもいいかなというふうに思っています、聞くのであれば、ずっと助産院の院長にも助産師に聞いているわけですから、産科の師長さんにもこの内容を聞いて頂きたいというふうに思います。

福井委員や私が、この報告書を基に様々な研修会とか学会で色々な助産師さんたちの勉強会で訴えている内容というのは、やっぱりこの報告書をどんなふうに使って頂いて、助産師さん、看護スタッフの方たちが頑張ってもらえるかというようなことをやっていますので、これだけ1つ聞かれても何か再発防止ではないんじゃないのというふうに、むしろ病院に1枚これを送って「やっていますか」と聞けばいいことなので、もうちょっと中身、突っ込んだ形で産科師長さんあるいは産科の助産師・看護師等に聞いて頂けたらと思います。

○事務局 はい。ご説明不足で大変申し訳ございません。産科師長あてのアンケートの一番最後、村上委員がおっしゃった1枚というのは、様式が産科部長と院長あてのものと違うものですから、表紙と1ページ目しか付けていないということでございます。したがって、2ページ目以降は全て同じでございます。産科師長の方々にも2ページ目以降の質問はさせて頂く予定でございます。

○村上委員 ごめんなさい。そうしたら別に、一緒に書いちゃってもいいんじゃないです

か。このご回答者のところに、産科師長という選択肢を置いてしまえばいいことじゃないかなど。

○事務局 資料4の最後のページです。あくまでも産科師長にお送りするのは病院のみでございますので、一番最後のページで見て頂きたいのですけれども、選択肢を非常に簡素化しています。病院にしかお送りしませんので。

○福井委員 すみません。300・300の配付方法をお教え頂きたいのですけれど、600を無作為に抽出して、看護師長用に300、ドクター用に300、別々の病院に送るということですか。

○事務局 ご理解の通りです。

○福井委員 600に医師と助産師の調査用紙を一緒に送るというのであれば分かりませんが、300・300だということですよ。

　　だけど、診療所の母数と病院の300の母数は違ってくるということになりますよね。対象が違いますから。

○事務局 はい。

○福井委員 母数が違うことを了解してアンケート調査を行う、ということでもいいのでしょうか。

○事務局 はい。福井委員がおっしゃった通りでございまして、診療所母体数を600としたのは、病院の600に合わせるということでございます。

○福井委員 対象は違うけれども、ということですね。

○事務局 はい。そうです。

○鮎澤委員 案の3ページの間3。「再発防止に関する報告書」に記載されている提言に取り組まれましたか。該当するものにひとつ。この下の間3-1は、提言内容、ついて、ついて、ついてと、掲載報告書、とありますが、これだけポンと聞かれても、何が書かれていたのかわからない。掲載報告書もいちいち見ませんよね。いちいち何があったかなど

見なければならないようなら、絶対書かないでしょうし、各解複数個があつたりするはずなので。これに答えられるでしょうか。

○石渡委員長代理 内容を分かっていないと。

○鮎澤委員 分かっていなかったら答えられないし、1つの項目にでもできていること、できていないことが複数件あつたでしょうし、ちょっとこのあたりは答えるのは難しいのではないのでしょうか。

○木村委員 最初に問1で知らないと言ってしまうと、ここら辺の問題は全部答えがつかなくなっちゃうので、そこへ行ってしまうかもしれませんけれども。

○上田理事 我々は、どういうテーマに取り組まれているかを把握したいと思って質問しているんですが、先生方のご指摘はよく分かります。確かにたくさん並べています。

○鮎澤委員 関心を持ったのはどれですとか、そういうのはいいのですけれども、ここまで踏み込んでいますと、ちょっとこれだけだと答えにくいなと思うので、ご検討頂ければと思います。

○板橋委員 先ほど、田村委員が、たまたま新生児蘇生法講習会に来られた方があまり報告書を読んでないということだったのですが、恐らく、この産婦人科診療ガイドラインをきちんと守っていれば問題はないという感覚があるので、逆に、その報告書を読まなくてもいいやという気持ちになっている可能性はないのでしょうか。

これは最低ラインだし、あと、原因分析による評価に関してもこれに準拠しているので、第一線の病院でやっていらっしゃる先生方は、そうすればこれを読んで、あとは興味があるところの報告書だけ読めばよいというように思っているのかどうかについても特に併せて聞いて頂いたほうがいいのかもしいかなと思いました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今、板橋委員がおっしゃった、やはり我々が教育の立場で若い人と話をするときには、この報告書にこんな事例があるとか、日本中でこういう数の脳性麻痺がこういう背景で起こっているとか、そういう使い方で見ると思うの

ですけれども、診療を適正に行うという意味では、ここまで行かなくても、産科婦人科学会のガイドラインを見ながら、それをフィードバックしながらやっているというところが、恐らく、一般診療の先生方の必要なところじゃないかなと思います。

ただ、じゃあ日本の全体で脳性麻痺が起こっているのに産科がどういう関わり方をしているのかなとか、非常に外れた診療がやっぱり行われているんだなというのを知るという意味では、ここを見ないと分からないわけですね。理想的なことばかり、分からないという、そこら辺の意識の問題かなというふうに思いますけれども。いかがでしょう。アンケートについては。勝村委員、結論を出して下さい。

○勝村委員 スケジュールを見ると、次回が企画でということですので、これはちょっと変なことを言うかもしれませんが、僕は、読んでもらうためには、事故の事例が書かれているということをもっと意識してもらったほうがいいと思うのです。

僕なら、車の運転免許の更新に行くときに、ありきたりなことが書いてある本よりは、実際、最近どんな事故が起こっていたかという具体的なことはすごく関心がある。学校の教員も免許の更新がありますけれど、そのときも、ありきたりなことを言うよりも、最近、やっぱり学校の中でどのようなアクシデントがありというような事例ほど読んでおきたいと思うわけです。

やっぱり、そういうふうに事故を生かして欲しいのに、そういうアピールがちょっと足りないのではないかと考えていて、例えば提言のポスターを貼るときも、僕、以前も、言いましたけど、テーマをタイトルとして書いて、あとはガイドラインからの抜粋だけになってしまっているんです。テーマを書いた後、このテーマで産科医療補償制度で原因分析した何件中何件の事例がこういう事例だったというふうに書いてあると、ああ、そうなのかということでリアリティがありますし、ということは、今はこういう事故が多いんだな、気をつけなきゃ、というような論理展開になるように思いますので、産科医療補償制度が現場の人に嫌われたらいけないからという工夫なんだろうけど、やっぱり実際の事故を

基にしたものですよというアピールをする方が、現場の人たちにガイドラインと併せて読んでおきたいものだというふうに、より感じてもらえるのではないかと思うのが1つです。

あと2つ、続けて言っていていいですか。

○池ノ上委員長 はい。どうぞ。

○勝村委員 今どき、僕らでもそうですけれども、やっぱり冊子より、見たいと思ったら、同じものがホームページにも掲載されているだろうと思って、それをパソコンとかスマホなりタブレットで見るわけですよ。

ちょっとこれを機にお願いですけれども、前も一度言ったんですけれども、報告書がホームページに載せられているのですが、それがページ数でしか分けられていないんですよ。何ページから何ページ、とか、第何章、という形でしか分かれていなくて。やっぱり、あのページに、アンケートとしては不評だったですけれども、一覧を載せるべきだと思うんですね。新生児蘇生についてとか、クリステレル胎児圧出法についてという、それぞれのタイトルがホームページの報告書のところに出ていないんですよ。

クリステレル胎児圧出法についてどんな報告書があったか見たいときに、まず、ホームページをあけるで、第3回だったか第2回だったか、色々試行錯誤して、その中でもさらにテーマが4つに分かれているんだけど、第何章、第何章って、ページにしか分かれていなくて、分かりにくいのです。それはやっぱり第1回から5回までそれぞれの報告書が、テーマごとに分かれて掲載されていると、明らかにクリックしやすいわけですよ。

やっぱり、そういうネットでたくさん見てもらえるということなんかも、ネットで見なくても全然いいわけですから、本じゃなくても同じものなんですから。だから、それがもっと見やすくなって欲しいなというのを、もしできるのであれば、至急して頂けないでしょうか。事務局にご無理ばかり言って申し訳ないですが。

なお、事務局にお礼を言うのを忘れたのですけれども、今回のこの胎盤早期剥離の大きな表は非常にありがたくて、最初にお礼を言おうと思ったんですけれども、言う前に色々

議論になっちゃって、お礼が遅れすみませんでした。

それから、3つ目なんですけれども、3つ目は、インフォームド・コンセントのできていない促進剤の使われた方というのはなくしたいと僕は思うわけなんですけれども、そのためのインフォームド・コンセントをしていないところが多いので、様式というか、ひな形みたいなものを作ったわけですね。説明書の文章と。ほとんどこれに載ったのと一緒なんですけれども、それをせっかく配ったのですから、それが活用できているかどうかのアンケートもして欲しい。そんな配布された様式を使わなくても既に自分のところに様式があるんだという選択肢もあっていいし、そういう様式が配布されていたことを知らなかったとか、も含めてです。子宮収縮剤のリーフレットのことを聞いてくれてはいるのですけれども、僕はそのリーフレットのアンケートよりは、説明と同意の文章を活用しているかどうかを聞いてもらうと同時に、やっぱり、先ほどの田村委員のご意見じゃないですけど、説明と同意をきちんと取って欲しいということの普及にもなるし、実態も浮かび上がるしと思いますので、やって欲しいなと思います。

以上、3点になりましたけれどもよろしくお願いします。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。色々な議論があちこちに走っていったので、このままこのアンケートを前に進めるというのはなかなか難しいような気が致します。アンケートは遅れてもいい条件でありますので、なるべくいい効果が我々のほうに、それから利用して下さる方にも行くような方向に、もうちょっと詰めたいと思います。

今の勝村委員のネットを利用するという件ですね。我々、恐らく、木村委員もそうかもしれないけれども、若い先生たちと議論していると、何人かいると、必ず1人はネットを見ているんですね。何か話をすると、こっちは自分は過去にこういうことがあると言うと、いや、先生、最近はこういうのが出ていますよとかと言ってくるので、そういう方向にこれをネットでつながせれば、ああ、産科医療補償制度もこういうことを言っているよねとか、早産の患者さんが入ってきて、その管理方針をみんなでケースカンファレンスや

っているときに、早産のときには早剥のことを産科医療補償制度のほうではえらい数値を出して言っているよというようなアクセスが、かえって来るかもしれないなという気がしまして、そうすると、アクセス数とかそういうものはちゃんと残っていったって、効果検証の一端になるかもしれないと。むしろ、そういう努力をしたほうが、若い人たちにはアピールしていったって利用される方も増えるんじゃないかと思いますが、木村委員、いかがですか。

○木村委員 まさにその通りで、例えば、これをネットに掲載して、ただログインのアクセス数を見るというのは、ホームページなんかでもやっぱりアクセス数を常に意識して、落ちたら何か悪いことが起こっていないかというふうに見ていますので、それはアンケートと同時にこれを5年間ぐらいお続けになって、毎年、年々の年次アクセス数を比べられたら、やっぱり、これ、僕も見ていてちょっと大変なんですね。これを見るのが。なかなか全部読むのは結構大変だと思うので、そういうところのアクセス数を見られるというのは、アンケートと同時に、こういう委員会がやっている事業を検証するという意味では、非常にいい、定性的な検証法になるんじゃないかという気が致します。

○池ノ上委員長 そうですね。若い先生たちに広がっていくという意味では、藤森委員、いかがですか。

○藤森委員 いや、もう、おっしゃる通りです。ホームページのアクセス数、できれば第何回の報告書には何回アクセスがあったまで、ダウンロードの回数とかというのまで分かるのであれば、それは評価できると思います。

○池ノ上委員長 むしろ、そのほうが効果検証の中間評価としてはいいかもしれない。

○隈本委員 いつも私自身もすごく思っていることですが、やっぱり塊でPDFでダウンロードするというやり方は非常に見にくいし、検索もしにくいです。

だから、本当はHTMLですかね。画面そのものでサッサッサッと読めるようにしておいて頂くというのが、ページビューが絶対そのほうが増えていきますし、入ってきた人が何時間そこに滞在していたかとか、どことどこを見て帰っていったかとか、全部記録が分

かりますから、どれだけ波及効果があったかというのが分かるし、ユニークユーザーというか、入ってきた人が初めて入ってきたのか何回も来ている人なのかということも全部分かるようになってるので、そうするためには、今みたいにPDFを上げておいてそれをダウンロードするというやり方ではだめなんです。その後読んだかどうかさっぱり分からないので。

本当はホームページの画面そのものに報告書が書いてあって、特に第4回でしたか。胎児心拍数陣痛図も載りましたよね。こういうのなんかは、すごい貴重な資料だと思うのですけれども、どれだけみんながアクセスしているのかなって、やっぱりそれは知りたいと思うので、それを簡単にクリックして簡単に読めるように、ちょっと考えたほうがいいんじゃないかなと思います。

○池ノ上委員長 それはどのぐらい予算がかかるかどうか分かりませんが、アンケートをするのとあまり変わらなかったりとか、僕は全然金額的には分かりませんが、アンケートはアンケートで、恐らく、少しいじって頂いてシンプルにして頂くということ。それから、発送先も少なく、リマインドの葉書なのか、リマインドの電話なのかといったところも含めて検討して頂くというようなことをやって頂く。

その一方では、ネットによるサービス、委員会からのサービスということもお考え頂きながら、具体的に可能かどうかということ事務局でご検討頂ければと思いますが。

ありがとうございます。他に何かございますか。

○藤森委員 先ほど、ちょっとお願いできなかったもので。

すみません。資料1の、ごめんなさい。元に戻って申し訳ないんですが、2ページの表1の基本情報のところに、これ、ちょっと私の興味もあるのですが、やはり常位胎盤早期剥離のリスク因子って、経産婦ということも多いと思うので、入ると思うので、経産と書いてあるのが2回以上の多産婦が多いのかということのを調べて欲しいなと思うのと、あと早産歴も見て欲しいなと思います。

経産婦のほうがやはり常位胎盤早期剥離になる人が妊娠高血圧症候群とかない人たちが多分多いと思うので、そこをちょっと見て欲しいなと思います。

○池ノ上委員長 よろしいですか。どうもありがとうございました。

○小林委員 前回、意見が出ましたので、今日の資料の一番最後のほうに報告ということで、平成21年生まれの補償対象者数および審査結果の累計ということで、表1枚ものの資料を用意してあります。これは先日の機構の理事会で報告されたものなので、確定数ということになります。

22年以降はまだ申請期間がありますので、まだ、減っているかとか増えているかとかということは、当分、数年は分かりませんので、とりあえず再発防止のほうはプロセス評価を中心にしていければと思います。

あともう1つ、平成22年生まれが少し少ないように思います。最近、メディアにあまり取り上げられていないので、できたら制度に関して色々周知をして頂いて、22年生まれの申請漏れがないようにしていければというふうに思います。以上です。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。他に何かございますか。事務局、いかがですか。よろしいですか。

3) その他

○事務局 次回の委員会の案内をしてよろしいでしょうか。

次回、月日（）時からの開催予定としておりますので、後ほど、出欠票をお願いしたいと思います。

それで、先生たちにお願いですけれども、これから7月中に下半期の日程調整を半年分ぐらい伺う予定にしております。例年下半期はデータも大分確定してきまして、あと数量的分析も、脳性麻痺発症の主たる原因の審議も入ってきますので、これまで2時間とお願いしていた時間を、1回の審議時間を2時間半という予定で設定して日程調整をしたいと

思っておりますので、その辺はご協力のほう、よろしくお願い致します。

○木村委員 前にきますか、後にきますか。結構遠くの人には重要で。

○事務局 多分、飛行機と新幹線の関係もあるかと思しますので、前倒し30分か、後ろ倒し30分かという、2パターンを用意しております。

先生方、前後30分出られないということが出てくるかと思しますので、そういった場合には、審議を、例えば小児科の先生がいらっしゃる時間とか産科の先生がいらっしゃる時間を考慮して、審議順を調整しながらやっていきたいと思しますので、よろしくお願い致します。

3. 閉会

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他に何かございますか。

では、どうも長時間にわたりましてご議論頂きましてありがとうございました。