

第47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12月21日（月） 16時00分～18時30分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

## ○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。会議を開始致します前に資料の確認をお願い致します。

出欠一覧、次第、本体資料、資料1「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例について(案)」、資料2「【変更点】生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例について(案)」、資料3「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例補足資料」、資料4「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例一覧」、資料5「常位胎盤早期剥離について(案)」、資料6「【変更点】常位胎盤早期剥離について(案)」、資料7「常位胎盤早期剥離事例一覧」、資料8「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(案)」、資料9「母児間輸血症候群について(案)」、資料10「【変更点】母児間輸血症候群について(案)」、資料11「母児間輸血症候群事例一覧」、資料12「母児間輸血症候群CTG」、資料13「          件の集計結果について」、最後、資料14「脳性麻痺発症の主たる原因について」。また、クリアファイルに次回委員会の開催案内及び出欠連絡票がございます。不足、落丁などございませんでしょうか。

なお、事例データに関する資料につきましては、審議中でございますので、お取り扱いにはご注意下さいますようお願い申し上げます。

それでは、一部委員の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47回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

池ノ上委員長、ご進行をお願い致します。

## ○池ノ上委員長

慌ただしい時期ではありますが、お集まり頂きまして、ありがとうございます。

今日は、第6回の再発防止に関する報告書に掲載する全てのテーマについて議論を行いたいと思います。今回の議論を経まして、年明けにはこれのドラフトを印刷会社に作って頂くという計画にしております。先ほど案内がございました    月    日の再発防止委員会では、そのドラフトを見ながら、また最終的なご議論を頂きたいと思っております。そういう意味で、今日は少し突っ込んだご議論も頂ければと思っておりますので、どうぞよろしくをお願い致します。

最初に、生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例についてであります。これは30分程度を想定しております。16時35分ごろまでというつもりで進めさせて頂きま。どうぞよろしくをお願い致します。

それでは、事務局、お願いします。

#### ○事務局

テーマのご説明を致します前に、全てのテーマ分析で、変更した箇所に網かけをしています。また、前回の委員会で小児科委員の先生がご欠席でしたため、個別にお伺いしたご意見も含めて反映しております。

「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例について（案）」をご説明致します。資料1が報告書案、資料2が前回審議からの主な変更点、資料3が補足資料、資料4が事例一覧です。

今回は、最終の[ ]件での分析結果となります。資料1、2をご覧ください。

資料1、1ページ5から9行、「分娩時仮死」と記載された内容を除外し、文書を修正しました。

12から15行に、分析対象の定義として、生後5分まで新生児蘇生処置が行われなかったことに加え、原因分析委員会でも新生児蘇生処置の必要性が指摘されなかった旨を追記しました。

2ページ12から14行、全ヘルペス感染事例において、妊産婦の既往歴・妊娠分娩経過において感染を示唆する所見はなかった旨を追記しました。

4ページ13から17行に、1回でもGBS陽性があった事例の件数追加をしました。また、事例発生当時の基準と照らして抗菌薬投与が必要であったとされた事例の件数及び抗菌薬未実施事例の発症型を追記しています。

10ページ、【教訓・参考となる事例】について、小児科委員の先生より、前回の事例について、アプガースコアの信憑性への疑問、様々な病態が存在していることから何がメッセージか伝わりづらいとのご意見を拝受したため、出生時に軽度仮死があり、その後、胎便吸引症候群・低血糖が出現した事例から、異常なく出生した後、痙攣が出現した事例に変更しました。

17ページ16から23行、18ページ図の集計を、全新生児蘇生処置実施事例から、疾患に伴う呼吸管理、鎮静目的の挿管を除外した集計に変更しました。また、小児科委員の先生より、生後2、3時間以内と生後2日以内に異常事象が発生している率が高いため、そのことを注意喚起したほうがよいとのご意見を拝受したため、生後2、3、24時間、1、2日以内に実施された件数について文言を追加しました。また、早産児・後期早産児についても提示したほうがよいとのご意見を拝受したため、18ページ図に早産児の内訳

を追加しました。

19ページ4から6行と図についても、同様に修正しています。委員の先生方には、お手元にカラー版の資料をお配りしておりますので、ご参照下さい。

22ページ表、小児科委員の先生より、髄膜炎、敗血症がGBS・ヘルペスに伴うものなのか分かるようにしたほうがよいとのご意見を拝受したため、それぞれにGBS、ヘルペス感染以外の内訳を追記しました。

産科医療関係者に対する提言として、39ページ10から11行に推奨されている膈分泌物培養検査方法の詳細を追記、39ページ14行から40ページ1行に、リスクが低いと判断される場合であっても、生後3時間までと生後2日まではより慎重な管理が必要である旨を追記、40ページ17行、21行の医療機器に心電図モニタを追記しました。

学会・職能団体への要望に、小児科委員の先生より、早期母子接触・母子同室中の安全性を高めるために学会はメーカーと協働して呼吸・心拍モニタリングの方法を開発する必要があるとのご意見を拝受したため、40ページ31行から41ページ1行に新規提言を追加しました。

加えて、国・地方自治体への要望として、41ページ17から18行に新規提言を追加しました。

ご説明は以上となります。ご審議、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。ただいま、これまで委員の方からご指摘頂きました点も含めて、事務局で最終的な案を提示して頂きました。特にご発言頂きました関連の箇所を中心に確認を頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。田村委員、お願いします。

○田村委員

早期母子接触に関しては学会レベルでもガイドラインが出ております。基本的に母児同室を産科も小児科も推奨して、これは母子関係の形成に非常に大事なことだと思いますが、それを推奨しながら母児同室のときに赤ちゃんが突然呼吸が止まったり、心臓が止まったりしている事例が少なくないということが今回明らかになりました。これに対しては、我々はただ母児同室を推奨するだけじゃなくて、いかに安全に母児同室を実施するかを学会として取り上げなければいけないということで今回の推奨を入れて頂きました。この点は非常に大事なポイントだと思いますので、ぜひ強調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。今回の生後5分までのということで、これまで見えていなかったものが見えるようになった。早速、それを学会あるいは職能団体で取り上げて頂いたと  
のことで、我々委員会としても大変うれしいことだと思います。ありがとうございます。

他にいかがでしょうか。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

構成がちょっとまだつかみきれないのですが、今の早期母子接触のことは36と37ペ  
ージの記載だけなんでしょうか。他にあれば教えて下さい。

○池ノ上委員長

分かりますか。

○事務局

17ページの3行目から、「母子同室中に小児科入院を要する事象が出現した事例が  
件（          ％）」と記載しておりまして、その下の表にも、括弧内で母子同室中に小児科  
入院を要する事象出現という件数を出しております。

○勝村委員

数字以外の、再発防止の報告書として書いているところは。

○事務局

その他には、24ページの表で大きい段落の上から2番目、早期母子接触・母子同室中  
に医学的評価が行われた件数、25ページの上から3番目で【早期母子接触開始の判断】、  
飛びまして26ページ5行目から6行目で早期母子接触の体制整備についての件数、27  
ページの表内で上から2段目、早期母子接触・母子同室での管理、そして28ページの原因  
分析報告書からの抜粋で【早期母子接触時の児の観察、早期母子接触実施時の体制整備】  
等を記載しております。

また、提言につきましても、40ページ10行目から、(3)早期母子接触実施時の管理、  
19行目、(4)母子同室時の管理を記載しております。

○勝村委員

今回の早期母子接触で事故になっている事例の共通点を僕らは考える必要があつて、原  
因分析報告書でどういう事例が出ているかを見て、それを伝えるという役割が一番大事だ  
と思うのですが、その観点が足りないんじゃないかと思うんです。一般に早期母子接触だ  
ねというだけでまとめて終わりじゃなくて、早期母子接触のどこがどのようにというところ  
をしっかりと分析して、ガイドラインをきちんと守ってないからだということだけなのか、

他にもあるのかどうかというところを。

原因分析報告書に書かれている母親の言葉や状況を読むと、寝ている状態でうつ伏せに乳房の上に置かれて、赤ちゃんの顔が見えないのが不安だった、でも、そういう状況を続けておこなきゃいけないと思って我慢していたような記述が複数見られたりしていて、そういう事例や、そういう事故を減らすという観点でいえば、もちろんガイドラインはガイドラインであるけれども、また、早期母子接触全体を否定するわけじゃないけど、我々として、特に事例としてそういうことが複数あったということを情報提供していくことや、母親が寝ている状況で赤ちゃんの顔が見えない状態で下向きに置くということが一つの共通点になっているんじゃないか、とか、そういうところを専門家の先生方にも見て頂いた上で、今回の共通の事例として、ガイドラインに加えてさらにこういうことが言えるんじゃないだろうかとか、疫学的に何かはっきり物が言えるだけの数が十分には集まっていないにしても、やはり一つ一つの事故から学んで行くことも重要で、ガイドラインはこれですよという記載だけではあまりにも再発防止に向けてどうなのかなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今、おっしゃる通りで、生後5分までは急性期の蘇生は必要としなかったけれども、その後、色々なことが起こって、結果的に脳性麻痺になりましたよという方々がどういう状況かが、今回、初めて、こうやって再発防止委員会に集まったデータの中から出てきて、先ほど田村委員がおっしゃったように、そういう事案があるということがはっきりしてきましたので、これは、今、勝村委員がおっしゃったように、専門家の立場から見て頂いて、どこに問題点があるのか、あるいはどこにさらなる注意点が必要なのかといったことを詰めて頂ければと思います。先ほど田村委員もおっしゃいましたけれども、やっぱり学会サイドとしても今回のこの資料、データをきちっと受けとめて頂けそうですので、そこら辺は、今回はもう間に合わないので、こういうデータが出たことをきちっとアプリシエイトして、また次に進めていく方向でやらせて頂きたいなと思います。

田村委員、よろしいですか。そういうことを何らかの形で。

○田村委員

ただ、僕が今回の報告で驚いたのは、分娩直後の早期母子接触のときよりも、母児同室のときにこんなにもトラブルが起きているということです。早期母子接触に関しては、きちんとガイドラインは作られていて、個々の事例を見ると、それがきちんと守られなかつ

た場合に発生しやすいということが浮き彫りになっているので、ガイドラインをきちんと守りましょうということを再度強調すれば良いと思います。しかし我々が推奨している母児同室というときにどういうふうにすれば急変が防げるのかについては、正直言って、我々もガイドライン作りの必要性をしっかりと認識していなかったもので、そこにこれから焦点を当ててガイドラインをきちんと作ることが重要な課題になると思います。また、おそらく母児同室で同じベッドに寝ているときに赤ちゃんの呼吸が止まったということを、通常のベッドの床に敷いて呼吸だけを感知するモニターだと、お母さんが呼吸しているわけですから感知できないので、赤ちゃんだけの心停止をちゃんとキャッチできるような装置を開発しない限り、これは防止困難ではないかと思います。それを早期発見するための新しい研究が、機器の開発を含めて大事であるということがこれで明らかになったと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今のような点が勝村委員のご指摘の中に含まれているんだと思うんですね。こういう事実を見ながら、そしてガイドラインを徹底するレベルなのか、あるいはもう少し未知の部分があるのかといったこともちゃんと見きわめながら作業を進めていければと思います。

勝村委員、何かありますか。どうぞ。

○勝村委員

田村委員がおっしゃった母児同室に関してもガイドラインが要るのかなということに関しては、ぜひそういう検討をしてもらえればよいかと思うんですけど、早期母子接触に関してはガイドラインがあるからガイドラインを守りなさいということでもいいというお話だったんですけど、今回のいくつかの事例に関しては、早期母子接触のガイドラインのうちのどの部分が守られてないことが多いのかという観点とか、ただ全体を守りなさいというだけでは、何をどう変えていいか、現場はあまり分からないので、これだけ実際の事例を見ているわけですから、そのガイドラインの中でも産科医療補償制度の原因分析の結果ではこういう点やこういう点の逸脱が特に目立っていたよと言ってあげることが僕はすごく再発防止の方向書としては素直でいいと思うのです。そういう観点でいえば、今回の報告書の案ではガイドラインの中の特にここというようなことの記載が全くない。ただガイドラインを守りなさいというだけではちょっと分かりにくいと思うんですね。

○池ノ上委員長

勝村委員、それはもうちょっと分析が必要になりますよね。

○勝村委員

議論のための資料の表はいっぱい配布されているわけで、僕なりにこうじゃないかと思うところはあるんだけど、皆さんはどう思われているのでしょうか。

○池ノ上委員長

おそらく、1つは、ここにガイドラインがあって、起こった事実があって、その中でどこが抜けているか、あるいはどこが注意を喚起せねばならないかをもうちょっと議論して頂く。例えば、産科医療補償制度の色々な提言の中に日本産科婦人科学会のガイドラインがありますよ、このガイドラインの心拍数聴取に関してなにになが抜けていますよというときに、こういうときにはちゃんと連続でつけて下さいとガイドラインにちゃんと書いてあるけれども、それはつけてありませんでしたねというまとめ方はしながら提言しておりますので、大体そういった形で今後は進めていく。こういう部分についても、今まであまり注目していなかったといいますか、分からなかった部分もありますから、ガイドラインがある部分はガイドラインを根拠にしながら、実際に起こった事象とガイドラインでどこに齟齬があるかという作業になるんじゃないかなと思います。どうぞ。

○勝村委員

今日は資料がかなり配られているわけですね。これだけ資料が配られていると、この資料をもとに僕らは報告書を書いていることになるはずなのに、この資料の中身を十分に分析せずに議論をしてしまっているようなことにはなってはいけないと思います。結局、こんなガイドラインがありますからという紹介だけの報告書だと、何かきちんと責任ある仕事をしているのかと不安になってくるので、これだけの資料の中から、例えば、僕は、そのガイドラインの中でも特に上体を起こしてからやりなさいと言っている点が守られていないから、寝たままでやっているから、うつ伏せ寝みたいになっているのではないか、そういう事例が多いんじゃないかと、素人目には思うわけです。これらの事例を元にした、それぞれ資料を見ていくと、母親がどんなふうに思っているかも全部書いてあるわけで、そういうものを報告書に生かしていく形をできるだけとる努力をしないとイケないと思います。色々な事例がこんなに重なっているけれども、結局、ガイドラインを守りなさいしか言ってないということだったら、ちょっと分かりにくいし、伝わりにくい気がします。これらの膨大な資料を全部出すのはかえって分かりにくいということはあるにしても、もう少し、このテーマではこういう事例が集まってきていますよという論理展開にできないかなと思うんです。

○池ノ上委員長

事例はどうなっていましたか。

○事務局

事例は12ページから掲載しています。

○池ノ上委員長

この事例の内容は、今、勝村委員が言われたようなことを含んではいないんですか。例えば、こういうことが行われなかった、こういうことになっていたということは。

○事務局

13ページの臨床経過に関する医学的評価の中で、例えば家族から見た経過ですと、6行目から「しかし家族からみた経過によると、『カンガルーケア』に関する注意事項等の説明はなく開始され」という内容で記載はされております。

○池ノ上委員長

要するに、こういったことが重なってくると、今度は再発防止委員会としてやるべき、マスとしてどういうことが起こってこうなっているということが作業としてできるようになると思うんですね。今回はこういったことを記述的に紹介するといえますか、こういったことがありますということを出して、次回以降、次の作業として、もうちょっと増えたところで、おそらく早期母子接触と母児同室という問題をあわせた形で作業が進むんじゃないかと思えますけれども、出生時にはそれほど問題ないと思っていたにも関わらず、この時期にこういうことが起こりますよということも含めてまとめて、そのときにはもうちょっと突っ込んだ再発防止委員会からの提言といえますか意見が言えるんじゃないかと思えますが、今回、そこまでいくかどうかというところなんですけどね。

○勝村委員

報告書は年に一回しかありませんから、ある程度、そのときの最善を尽くしておく必要があると思います。同じ主旨の発言の繰り返しになるかもしれないけど、なぜこの1つの事例を紹介するだけなのか、これが本当に今回のそういう事例を代表しているのかというところも含めて、なるほどと思えたらいいんですけど、それなりの説明はあるにしても、少し足りない気がします。時間も限られているとはいえ、もう少し、資料4の一覧表がこれだけ大量に配られていて、これに目を通して、皆さんにこれらの資料からはこんなことが言えるんじゃないかなどと分析して頂いた上で、だから報告書にはこういう形で書いていくべきじゃないかという展開で進めて欲しいなと思うんです。

○事務局

資料3の11行目から、【母子同室中に小児科入院を要する事象が発生した事案】として、早期母子接触も母子同室中のものも含めた事案の件数は■■■■件ありました。14行目、うち早期母子接触中に小児科入院を要する事象が発生した事例は■■■■件でしたので、今回は、こちらのうち■■■■件を掲載しております。また、その1つ上の13行目で、留意点公表後の出生は■■■■件でしたので、今回はガイドラインを詳細に見るというよりは事例紹介にとどめたという経緯がございます。

○池ノ上委員長

板橋委員、いかがですか。■■■■例、こういったところを見て頂いて、もうちょっと突っ込んだ、今、勝村委員がおっしゃったようなことは言えますかね。

○板橋委員

早期母子接触で直接影響を受けたケースよりは、圧倒的にALTEが多いですね。ALTEは我々が予知できないから起こるのであって、それを予防のために解析していこうとすると、実際にはなかなか難しいと思います。例えば全員モニタリングしなきゃいけないのか、モニタリングしても、家に帰ったらしくともいいのかといった議論までしなきゃいけないことになります。、ALTEは今回、この報告書で議論するのはちょっと難しいかなとは思っています。

早期母子接触に関しては、やはりこの起きたケースがガイドラインが出ている前なのか、後なのかはすごく大事なことかと思うのと、今日の資料1に書いてあるように、「出生直後は健常と思われた児であっても」、いわゆる生まれて元気がよくて、アプガーがよくて、だから正常新生児だという認識を持たないことがものすごく重要だと思います。結果として退院のときに何もなくて、正常でしたねはよいと思います。しかし、出生後早期からこのような児を全て正常新生児という言葉を使うと、こういったことが起きたときに余計、親の動揺も大きいですし、医療者もかなり責められるということにもなってしまいます。ローリスクであっても正常かどうかはまだ分からないということを強調することが、まず1点として大事だと思うんですね。そういう視点から、次に早期母子接触にどこに問題があるかといったことを考えていくことが大事かと思っています。

○池ノ上委員長

この表ができたということに非常に意義があって、今までこれをあまりイメージできてなかったんですね。今度は、この中に各論的に病態あるいはそのときの適応障害など、

色々なものが入ってくるだろうというものの中に、ALTEの問題もどこまで明らかになるか分かりませんが、今のような早期接触なども入ってくるんじゃないか。やっぱり、総合的な見方を必要とするんじゃないかと思いますが。

○板橋委員

そうですね。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。どうぞ。

○勝村委員

僕もそれなりにガイドラインなどは、こういう機会があるごとに目を通してあるので、板橋委員がおっしゃることはその通りで、分かるんですけど、僕はそれはやっぱり一般論だと思うんですよ。一般論をそのまま繰り返すことがここの役割ではないと僕は思っているんで、原因分析の報告書という、ここだけしか縦に見られないものを見た上で一般論とは違うプラスアルファのことを書くのであって、結局、一般論を書いているだけでは、ここの報告書の意味がないと思っています。そうすると、ここに集められた資料4の資料で、どのような経過の事例があったのか、どのように原因分析報告書では原因について検討しているのか、また、家族から見た経過の内容や意見も一覧に出ているわけですよね。それを読んだ結果、こういうことが言えるんじゃないかみたいな報告書じゃないといけないと思うんです。それらを十分に読まないで、それらを深く分析することはなしに、早期母子接触の話ですよね、一般論はこうですよ、という感じで書いておくだけでは僕はちょっと気が引けるといえるか、そういう形ではない、きちんと実際の原因分析報告書をもとに再発防止報告書を書きましたという形をとって欲しいと思うんです。

○池ノ上委員長

資料4の中で、原因分析委員会のほうで早期母子接触時のガイドラインとここが外れているということがピックアップできますか。

○事務局

資料3の13行目に記載の通り、留意点が出た後の出生は■件のみでございますので。

○池ノ上委員長

その件がこれに事例として載っているんですか。

○事務局

そうです。事例1が公表後の事例になっておりまして、12ページの事例は留意点が公

表された翌月の事例となっております。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○上田理事

勝村委員のご意見は、資料4の17ページに母児同室について記載されていますが、どこまで掘り下げるかは別としても、■■■■件の母児同室の事例をもとに、概要をまとめてはというご提案ではないかと思っています。どこまでできるかですが検討してみたいと思います。

○池ノ上委員長

板橋委員がおっしゃった本質的なことは、やっぱりきちっとしたデータに基づいて、ガイドラインに色々お願いするとか、色々なことをしないといけないと思うんですけども、差し当たって、この再発防止委員会も、非常に重要なことで、1件でも2件でもあったら、これはそういう種類の情報なんですということをきちっと明示した上で、こういうことですというのが出せれば今回の役割は果たせると思います。もし事務局でこの表の中からピックアップする作業ができれば、これは非常に重要なことなので、全体としてのきちっとしたエビデンスといいますか分析のものは出すけれども、今回、これをということならばできるんじゃないか。

板橋委員、どうぞ。

○板橋委員

僕も勝村委員の言っていることを理解してないわけじゃなくて、ただ、それをどう解釈させるかが一番問題で、背景にこういうことがありましたというだけにとどめるのか、こういう背景が多かったのだからこうすべきだと突っ込むかのスタンスは、トラブルがあった事例だけが出てきているので、なかなか難しい。ただ、その事例が多ければ、ある程度、一定のことは推量できると思います。

○池ノ上委員長

ですから、内容的にも明らかにこれははっきりしていますよというものは今の段階で出せると思うんです。だけど、その重みづけや解釈、我々の委員会でも出す理論武装はもうちょっときちっとしたものにしなないといけない。だけど、こういうことが分かりました、分かったんだったら、ありました、分かりましたということだけでも出して、その解釈は、多数例が集まるというのはおかしいんですけど、もう少しきちっとしたものをしかるべき

ワーキンググループなどでやりますというスタンスの2本立ては大丈夫だろうと思います。もともと産科医療補償制度のスタートの段階でもそういう議論をしながらきていますので、そういう意味で、もし事務局でそれをやって頂ければ、今回の報告書に間に合えばドラフトに入れて頂ければと思いますけれども、検討して頂いて、ちょっと無理かなということであれば、また板橋委員や勝村委員、田村委員らとも話をして頂いて、私は、今のようなスタンスでこの委員会として取り組むということは基本的にはOKじゃないかと思います。私自身も細かいところは見られていませんので、そういうふうをお願いしたいと思います。

#### ○勝村委員

僕としては、関わっている限り、やっぱり一個一個の事例をすごく大事にして再発防止の報告書にして欲しいと思いますし、一個一個の事例にすごく重みがあると思ってやっていきたいと思うし、だから、それぞれ原因分析をされた先生方も一生懸命されているわけなので、その結果をもとに議論しているという形をとって欲しいけれども、そうじゃなくて、どうせもうガイドラインが作ってあるから、別にこの資料を見るまでもないでしょうみたいな感じで、結局、ガイドラインを守りなさいよと空を飛んでいってしまうような報告書じゃなくて、一個一個の事例に目を通して、ガイドラインも作って頂いたことよって、それでどんどんよくなっていっているんでしょうけど、さらにガイドラインは常にバージョンアップする必要はないかという目で見えて欲しいし、そういうための再発防止委員会だと思うので、そういう思いやそういうメッセージが常に出ている報告書にして欲しいので、今の形のガイドラインを全くそのまま写している、数字だけ並んでいるということだけでは、報告書を読む人にとっては何かよく分からない、何か知らないけどガイドラインを改めて、守れと言っているな、何か知らないけど数字だけ並んでいるなということになりかねない。それよりは、こういうことがあったのと、ここで、それをどう書いて伝えていくかを議論してもらって、板橋委員などにも、こういうことをやったらいいのではないかみたいな感じでやって欲しいということはぜひお願いしたい。

#### ○池ノ上委員長

おそらく、ワーキンググループか何かがきちっと立ち上がってやれば、今のようなエビデンスに基づいたある程度の発言ができるようになるんじゃないかと思うんです。それまでは、やっぱり先ほど私が言いましたように、これはもう今、出さないといけないという理由で委員会から出すとしていきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

他に何か、生後5分まで新生児蘇生が不要であった事例についてご発言はございますか。



して、この制度に協力してくれている多くの人たちの理解がすごく得られるんじゃないかなと僕は思うんですけども、その辺はどうでしょうか。

○池ノ上委員長

そうですね。そこの作業をしてもらって書き込むことは……。どうぞ。

○事務局

13ページの臨床経過に関する医学的評価では、特に低い評価はされておられません。そして、こちらはガイドラインの■■■ですので、20■■■年■■■月。

○池ノ上委員長

いや、だから、原因分析委員会ではそういう表現になっているんだけど、ガイドラインを今、知っている我々として、出たばかりですから、おそらくこのときはしっかり伝わってなかったかもしれないということもあると思うんですね。だけど、そういう見方からしてこのケースをもう一遍見ると、こういうところが守られる要素だったのかもしれないなということ、少なくともこの事例についてだけ事務局でまとめられれば、それでいいのかなと思います。ただし、本当にそれが多数例で結論がそういうことになるのかどうかはまたもう一つ別だと思うんですけども、今の段階で、もしガイドラインと比べることができるのであれば、そういう作業ができますかということだと思いますが。

○勝村委員

もしこれがガイドライン的に問題がないという医学的評価なんだったら、その事例を1つだけ載せておいて、その後でガイドラインを守りましょうという提言をしているのが、やっぱり分かりにくいと思うんですよね。そこをどんな形でやるのが板橋委員とかも納得できる形なのかは検討する必要があると思いますけど、今の感じの論理展開では提言に全く説得力がないという感じがします。第1回目の報告書のときに1枚にまとめて提示できる提言を出すときでも、原因分析をしたらこういう結果だったので、だから、改めてこのガイドラインを守って欲しいという形で提言を出していこうと言っていました。なので、事例を見ていくと、こういうことがあったので、だから、改めてガイドラインをちゃんと守りましょうとか、守れているところは守れているで評価すればいいし、この辺がやっぱりさらに守られていないからまもって欲しいと。でも、もちろん、日本中の医療において守られていないと言っているわけじゃなくて、これらの原因分析の中を見てきたらこうだ、という書き方で再発防止の報告書を書いて欲しいなと思います。

○池ノ上委員長

他のことでも、分娩中の胎児心拍数聴取についても、産婦人科診療ガイドラインでこういう状況のときには連続モニタリングをして下さいという項目は挙げられていて、そことの比較をこれまでの報告書にも出していますので、同じような手法だと思うんです。その重みづけが、まだこちらはデータが出てきたばかりなので、どこまで突っ込んでいいかは、今、それぞれの委員の方々からのご意見だと思いますので、この事例についてのそういったところを単発的にやることについては可能じゃないかと思えますけれども、事務局、いかがですか。どうぞ。

○市塚客員研究員

13ページになるんですが、■例しかないということではこの事例が挙げられているんですけども、中段ぐらいに診療録の記載についてというところで、実際、この事例については出生から搬送に至るまでの児についての記録が不十分であるため、ガイドラインと一つ一つ突き合わせて、ここの部分が足りてなかったというようなところまでは解析することができないのが現状であります。ですから、方向的には勝村委員と委員長がおっしゃるような方向では今後は作っていきたいとは思いますが、現段階ではそういった診療録の問題もありますので、これ以上はといったところかなと思うんです。

○池ノ上委員長

分かりました。今のようなところは……。どうぞ。

○藤森委員

ちょっと確認していいですか。この事例は説明を受けてない事例ですよ。かつ、観察も不十分だったと思うんですけど、それでリコメンデーションに合わせて何も足りないという評価をされてないということなんですか。僕は、これは説明を受けないままにされていて、かつ観察もきちんとされてなくて、もちろんモニターもついてなくてという事例のように思っていたんですけど、ガイドラインでは、看護師や助産師がそばにいられないときにはモニターをつけるようなことをすることと、必ず説明をしてやって下さいということが書いてあったと思うんです。

○市塚客員研究員

ただ、原因分析報告書には、医学的評価に関しては記載がないということです。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○隈本委員

原因分析をしている立場からいいますと、こういうふうに記載がないものについては低い評価がしにくい。記載がないことに対して低い評価をするけれども、何をしたか分からない場合、それに対して低い評価をすると「俺はしたのに書いてない」と言われるからということで評価をしていない場合があります。もう一つは、ガイドラインが出て[ ]後とすると、ガイドラインがまだ周知されていなかった可能性があるということで評価せず、今後の改善事項のところに書くという、ある種の手加減が行われることが多いんです。これはそのケースだと思われま。要するに、明らかに早期母子接触のガイドラインに反することが起こったと思われるし、少なくとも説明を受けてないご家族は言っているので、そこはもう明らかに違うと思うけれども、何しろ記録がなく、やってないかどうかよく分からないので直接評価せず、ガイドラインも、出てから半年くらい以降だったらもう周知しているだろうということでガイドラインに照らして評価することはあるんですが、そうじゃない場合は評価せず、今後の改善事項に書こうとすることが多いので、これは明らかに、今後の改善のところにガイドラインを守りなさいと書いてあるところは、そういうふうに読むんじゃないかなと思います。

#### ○池ノ上委員長

ですから、今までの議論からいけば、ここに診療録の記載が不十分であった、ガイドラインもちゃんとできたので、ガイドラインをきちっと頭に入れた診療録を作成して欲しい、それが今後、望まれる、このケースを通じての反省といいますか、そういうことを周知してもらいたいというまとめ方だったら、どこかに1行か2行、できるんじゃないかと思うんです。これまではガイドラインも何もなかったもので、どうしていいか分からない、それぞれの自分たちの思うところでやっていたんでしょうけれども、もう現在ではこういうのがある。特にこの事例は[ ]だから、隈本委員がおっしゃるように周知できなかったんと思うんですけども、それにしても、全く記録が不十分だというのはやはり問題だと。そして、たまたまガイドラインも出ているので、それを考慮して診療録もきちっと記載して欲しいということであれば、そんなに大きな作業ではないんじゃないかなと思うんです。むしろ、このケースの場合は、診療録云々が不明になっているところに、まずは問題がある。田村委員も板橋委員もおっしゃったように、生まれてから3時間ぐらいのところ色々なことが起こっているのが分かったので、その間は目を離さないで下さいよというメッセージも、今回、この報告書の中では出そうとしているので、それに合わせると、やはりその間の診療録あるいはチェックをするといったことも必要ですよとか、絡めてこのケース

の記載をすることは可能だと思います。どうぞ。

○事務局

13ページ、今後の産科医療向上のために検討すべき事項の上から2つ目の丸、診療録の記載についてで、原因分析委員会から提言はされております。

○池ノ上委員長

だから、原因分析委員会からされているので、再発防止委員会でも……。

○事務局

再発防止委員会では、41ページ14行目のエで、正常新生児についても診療録を十分に記載・管理することを要望するということを記載しております。「本邦において」からの文章で、正常新生児の診療録の記載について提言しております。

○隈本委員

言いたいことはそうではなくて、ここでなぜ医学的評価のところ記載がないかということ、おそらくガイドライン交付直後であったことと、記載がないために直接言及できないという制約があったためと考えられ、大体そういうときは今後の改善事項に書いてあるので、このケースは、原因分析委員の心証としては、先ほどおっしゃったような、説明もなく、モニタリングも不十分だったんだろうなと思いながら報告書は書いているんだけど、そうは書いてないと解釈して欲しいということです。

○勝村委員

時間がないので。僕も立場上、やっぱり一個一個の事例をもとにという形でやって欲しいので、先ほど上田理事に言って頂いたことをぜひお願いしたいということと、加えてもう一つ、今、池ノ上委員長が1行、2行というお話をされていてちょっと思ったんですけど、再発防止の観点からはこのガイドラインができていんだよということを周知することが大事だとしたら、今、隈本委員がおっしゃったように、          後の事例があるけど、          だからまだ周知されてなかったかも分からないがという書き方をもちろんしてもらってもいいので、だけど、守れているか、守れてないかは誰でも分かることなので、このガイドライン以降もガイドラインを守られてない事例がでてきていると。だから、再発防止できないことを無理に言っているわけじゃなくて、再発防止できることに関しては、                    ぐらいだから、この事例に関してはまだ周知されてない段階だったかもしれないけれどもと書いてあげることで、報告書を読んだ人が改めて、そうか、もう一度改めて、ガイドラインを読んでおかなきゃなと思える形、事例からそれを学べる形の1行、2行を、僕

はぜひそういう展開で書いて欲しいなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。大体今のようなところに落ち着くところをお願いしたいと思えますので、どうぞよろしくをお願いします。

では、新生児蘇生を必要としなかった事例は以上で締めさせて……。先生も質問がありますか。どうぞ。

○箕浦委員

時間がもう過ぎちゃったんですけど、前回、藤森委員が問題にされていましたように、予防できるという意味では感染症が一番頭に浮かびやすいんですが、前回、ヘルペスについても問題にされていて、妊娠中もなかったし、既往もなかった、■例とも全部そうだというんですね。ただ、この表を見ると感染の時期が分娩中になっているのが■例あるんですけど、これはどういうことかなと。おそらく読んだ人はどういうことかなと思うと思うんですね。

○池ノ上委員長

分かりますか。

○箕浦委員

資料2のヘルペスのところでは■です。

○事務局

資料4の14ページにヘルペス感染事例の一覧を記載しておりまして、一番右の列に委員会の感染経路の判断を記載しております。

○箕浦委員

要するに、妊娠中もその辺をちゃんとよく観察しなさいとかいうことが出てくるのかなと思ったんですけど。

○池ノ上委員長

そういうことを思ってもらえそうな箇所は、今回の本文中のどこかにあるんですか。

○事務局

今回、妊娠中や既往にさえヘルペスの所見がなく、感染の発症時期から、おそらくは分娩期と判断されていると思われまますので、妊娠中に観察といった提言は難しいように考えました。

○箕浦委員

それはそれでいいんですけど、読んでいてちょっと分かりにくいかなと思っています。表を細かく見る人がいるとすると、既往や発症が■■■■で分娩中感染が■■■■となっているんですから、どういうことかなと疑問に思う人がいるかもしれませんということです。

○池ノ上委員長

先生、そこはどうでしょうか。注か何かをつけますか。脚注か何かで、分かりやすいような、その誤解が生じないような。

○箕浦委員

そうですね。ちょっと何か一文を入れておけば。

○池ノ上委員長

呼吸器疾患なども、早産の既往とかもそうだったんですよね。

では、そのようにお願いしたいと思います。どうもありがとうございました。

それでは、次の常位胎盤早期剥離に移りたいと思います。お願いします。

○事務局

「常位胎盤早期剥離について（案）」をご説明致します。資料5が報告書案、資料6が前回審議からの主な変更点、資料7が事例一覧です。

今回は、最終の■■■■件での分析結果となります。資料5、6をご覧ください。

資料5、2ページ11から14行に妊娠高血圧症候群、喫煙について追記しました。

14ページ2から4行、表についてです。母体搬送あり事例の平均時間が■■■■分、母体搬送なし事例の平均時間が■■■■分と差が見られたことから、妊産婦が搬送先分娩機関に到着する前から緊急帝王切開術の準備が開始されていた事例の平均時間を算出しました。その結果、到着前から緊急帝王切開準備がされていた事例は、到着前から準備されていなかった事例と比較し、平均で■■■■分の所要時間短縮となっていたため、件数・平均時間を追記し、表に内訳を追記しました。

14ページ15行から15ページ10行、常位胎盤早期剥離と切迫早産の鑑別診断の重要性を強調するために文書を修正しました。

18ページ表、複数の病態で、常位胎盤早期剥離に合併した病態の明確化をするため、内訳の文言を修正しました。

20ページ表、小児科委員の先生より、アドレナリン投与の評価が多いため、蘇生の基本となる人工呼吸と胸骨圧迫の評価が何件であったか可視化したほうがよいとのご意見を拝受したため、新生児蘇生の内訳項目に、うち人工呼吸または胸骨圧迫に関する評価を追

加しました。

産科医療関係者に対する提言として、32ページ5行の危険因子の具体例に「妊娠高血圧症候群、喫煙等」を追加しました。診療録の記載への言及が多かったため、33ページ4から6行に診療録の記載についての提言を追加しました。また、14から16行に、常位胎盤早期剥離を発症している妊産婦、または常位胎盤早期剥離を発症している可能性が高い妊産婦の母体搬送を受け入れる際の到着前からの準備について提言を追加しました。

ご説明は以上となります。ご審議、よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。いかがでしょうか。どうぞ。

○木村委員

常位胎盤早期剥離の搬送の際に受け入れ側も帝王切開の準備をして待っているというのは非常にいいことではあるんですが、その反面、多分ここでは分からないと思うんですが、これを非常に強調すると、こういうので死産というか、子宮内胎児死亡を起こしている人を帝王切開して余計、重症にしてしまうような事例はないのかなという気もするんですね。そこで死産児の帝王切開なんかをやるとろくなことがないので、到着する前から準備をして、正しい診断のもと、迅速に行うとかいうことが何か一言、あってもいいような気が致します。これだけを強調して、何か本当に見たらすぐ切れみたいな話になってしまうのはちょっとよろしくないかなという気が致しました。

○池ノ上委員長

評価というのは、その施設で責任者がやらないといけないことですので……。

○上田理事

今、やっていますね。

○池ノ上委員長

そうですね。それはそこに書き入れてもらえますか。

○事務局

もう一度、よろしいですか。

○木村委員

33ページ、(4)の最後の書きかえて頂いた文章であれば、「準備を行い、診断を確定した後に行う」というような、診断をもう一回、ちゃんとして下さいねというニュアンスがちょっとあってもいいかなと感じております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

他にはいかがでしょうか。常位胎盤早期剥離に関しては、これまでかなりご議論して頂いておりますので、大体……。前回は妊婦さんや産婦さんが早く病院に来て頂くというほうの啓蒙みたいなことが中心だったと思うんですけども、今回は、どちらかという病院内側の体制とか病院側のことが少し浮き彫りにされた。そういう意味では、いくつか新しい視点が得られていると思います。どうぞ。

○勝村委員

前回の発言の中でも言ったと思うんですけど、胎盤早期剥離に関しての今回のメインの議論ではないというか、全体の論調とは違う話なんですけれども、僕としては、子宮収縮薬を使った場合の常位胎盤早期剥離については別枠にして、別途、別の議論をして欲しいということ、前回もお願いしていました。それで、もし可能であれば、子宮収縮薬を投与して常位胎盤早期剥離になった事例が、別表にするだけじゃなしに、それに関して何らかのコメントができるようであれば、して欲しいともお願いしていたんですけど、それはちょっと今回のメインのテーマとはまた違って、それは子宮収縮薬をテーマにする議論になるということであるとしても、ちょっとやっぱり最低限、自然なというか、子宮収縮薬を使ってない胎盤早期剥離と使った後の胎盤早期剥離を同じ表の中に入れてしまうよりは、分けて考えることもできるような表にしておいて欲しいと思うんですけど。

○池ノ上委員長

事務局、どうですか。

○事務局

A3資料の資料7の8ページに誘発・促進ありと、子宮収縮抑制ありと、誘発・促進、子宮収縮いずれもなしの内訳を掲載しております。ここで誘発・促進ありの臍帯動脈血ガス分析値は■■■■と、他の2群よりは少し高く、アップガスコアも1分、5分とも、他のケースよりも少し高かったという結果でしたので、この結果をもとに、何か報告書で記載をするというのは難しいと判断致しまして、今回は掲載を見送っております。

○池ノ上委員長

何ページですか。

○事務局

8ページです。

○池ノ上委員長

8ページ。

○事務局

この結果だけで申し上げますと、子宮収縮剤を使っていた群のほうが、アップガースコアも、臍帯動脈血ガスも、この常位胎盤早期剥離で脳性麻痺になった事例の中では少し良かったという結論でございました。

○勝村委員

ちょっといいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○勝村委員

再発防止の報告書なので再発防止の観点で議論をすべきだと思うわけですが、そうすると、子宮収縮薬とかを使ったあとの常位胎盤早期剥離では、どんな再発防止策が可能なのか。また、子宮収縮薬を使ってはいない、ある種、僕は通常と思うんですけども、非常に深刻で量も多い常位胎盤早期剥離という、一般の常位胎盤早期剥離というのには、どんな再発防止策があるのかというのは、数としては後者のほうが断然多いので、そっちをメインで書いてもらっていいと思うんですけど、その結果の数字がどうだということではなしに、再発防止策というものが同じではないのではないかとということで積み上げて欲しいという趣旨です。一個一個の事例に共通点はないのかという論点で、数字だけ見るんじゃなく、中身もしっかりと見て、何かそこにどういう指摘があるのかということ、今回、それがメインの論点ではないと思うんですけど、再発防止策のための議論としてのデータとして、そういう誘発や促進をしている事例と、通常に常位胎盤早期剥離になってしまって、その後、重度脳性麻痺になってしまっているという事例を同じ表に入れてしまって、それをもとに再発防止へとつなぐというのは、ちょっと違うんじゃないかなと思うんですけど。

○藤森委員

先生、よろしいですか。ちょっと確認させて頂きたいんですけど、この分娩誘発・促進と、子宮収縮抑制剤投与ありというのは、これはいずれも常位胎盤早期剥離の診断前ということでもよろしいんですか。それを、ちょっと確認したいんですけど。常位胎盤早期剥離で分娩促進して、経膈分娩させようとして、モニタリングでよくてということは全くない

わけではないと思うんですけど、ちょっとその確認で。これ、使ったか使わないだけで分けてはいますが、常位胎盤早期剥離発症前にみんな使っている、どちらも使っているということによろしいんですか。

○事務局

今回はそこまで検討しておりませんで、単純にありなしだけでの集計となっております。申し訳ありません。

○藤森委員

じゃあ、切迫早産で診断されていて、子宮収縮抑制剤を投与されている間に常位胎盤早期剥離を起こしたのか、それとも常位胎盤早期剥離になって、分娩までの時間を稼ぐために、やるかどうかは分かりませんが、やって、時間を稼ぐために子宮収縮抑制剤を、子宮収縮を抑制するために使って帝王切開しているのかということでは全く使う目的が違うと思うのですが、そこは確認はされていないのでしょうか。

○事務局

抑制剤に関しましては、常位胎盤早期剥離発症後に行われた事例のみで、診断がついて、胎児蘇生ですとか、時間稼ぎ目的で投与された事例は除外しております。

○藤森委員

除外している。

○事務局

はい。

あと、もう一点、資料7の11ページに子宮収縮薬を使用した事例の詳細を掲載しております。ここでは原因分析委員会の原因分析報告書の記載で、子宮収縮薬が常位胎盤早期剥離に関与したですとか、子宮収縮薬で脳性麻痺になったと記載された事例はございませんでした。

○池ノ上委員長

これ、常位胎盤早期剥離にまつわる様々な再発防止の観点からの問題点としては、1つは切迫早産の症状があらわれた。けども、それは実際は常位胎盤早期剥離であったというのを、どの時点でピックアップできるかというのが1つだと思うんですね。もう一つは、この間、箕浦委員がちょっとおっしゃった、オキシトシンを使っていることそのものが常位胎盤早期剥離につながるのではないかという観点も、世界的な色々なデータでは少し出始めている。そうでしたよね。先生がおっしゃったのは。

#### ○箕浦委員

すみません。出始めているというよりは、アメリカとかイギリスの添付文書には、常位胎盤早期剥離ということが書いてあります。ですけど、この根拠となる論文も古過ぎてよく分からないというのが現状のようです。

#### ○池ノ上委員長

ですから、オキシトシンの使用が常位胎盤早期剥離につながるかどうかということはクリアではない。けども、問題としては、物すごくくすぶっているわけじゃないけども、くすぶっている部分はあるだろうというのがある。それから、もう一つは、藤森委員が言われたように、緊急的に、どうしてもしようがないというので、子宮収縮薬か子宮収縮抑制薬か、そういうもののチョイスをする人がいるかもしれないという、そういういくつかの問題点が常位胎盤早期剥離絡みの子宮収縮薬、子宮収縮抑制薬との間にあるんじゃないかと思うんですね。それを明らかにするというのは、こうやって常位胎盤早期剥離の事例が集まってきて、そしてだんだん、その前、分娩前、分娩中、それから分娩後というものが大体経過が分かってくると、分析してまとめることができてるようになるんじゃないかと思うので、もう少しこれは温めていくというか、そういう観点を持ちながら常位胎盤早期剥離の1つの分析評価。

もう一つは、なるべく早く、前回まとめたように、どうやってなるべく早くそういう患者さんのリスクのある方を病院に收容するかということも大きな問題で、そこら辺の背景が分かってくれば、行政的な対応につながっていく可能性もあるという観点で、かなり幅広い、産科医療体制制度そのものに関わることがありますので、一つ一つそういう問題点を明らかにしていく作業、再発防止という観点からやる必要があるだろうと思っています。

今回は、事務局にまとめてもらいました中心は、それぞれの分娩を行っている施設でどうということかということが少し分かったような、そういうふうにして、こういうまとめ方でいかがですかということだと思いますが、いかがでしょうか。よろしいですか。どうぞ。

#### ○勝村委員

あまり色々と意見ばかり言うことになって恐縮になんですけども、次回にもう一回委員会があるので、お願いしておきます。僕、前回も言ったと思うんですけど、早産とかの入院管理下で、つまり先生方がおっしゃるように、早産かと思ってたら、常位胎盤早期剥離の前兆だったというようなことも含めて、早産、子宮収縮抑制剤を使うようなケース

に近い部類、つまり、何らかの感で医療機関に入った後、より深刻な常位胎盤早期剥離の状況になるという管理下におけるものと、それから陣痛促進とか、そういうことをしている医療機関の管理下のもの、数は少なめだと思いますけど、そういう医療機関の管理下で何らかの医療行為をしている中で起こったケースと、それらとは違って病院管理下ではないところで、おそらく発症したと考えられる救急的なもの、これが一番数が多いのかと思います。これらの再発防止を考える場合、そこはやっぱり分けて、一応分けられたデータをもとに、再発防止委員会として、それぞれについて議論したという形であって欲しいと思うのです。それは前回もお願いしていることです。

それともう一つ、それぞれの原因分析の報告書では、こう書いてありましたということ、そのまま網羅するだけでは、僕はほんとに意味がないと思うのです。それぞれの原因分析の報告書を書いている人は、その1個の事例しか見ていない中で書いているのであって、僕らはそれらを複数見ているからこそ、その人たちには見えない何かが見えてくるかもしれないということで検討しているのであって、一個一個の報告書にはそれぞれこう書いてありました、というだけで終わりみたいな報告書だったら縦覧してる意味がないので、それはちょっと、どうかと思います。もっとそういうものを、逆に原因分析報告書を作成している人たちにも再発防止報告書を読んでもらって、さらに参考にしてもらえらるぐらいのものを書くという思いでやって欲しいなと思うんです。

○石渡委員長代理

よろしいでしょうか。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○石渡委員長代理

勝村委員から、子宮収縮薬のことについてよく質問が出てくるわけでありましてけれども、この8ページの表を見ても、問題なのは、結局、いかにモニタリングすることが大事ということであって、特に陣痛促進薬を使っている場合は原則モニタリングですよね。そういうことを考えていきますと、例えば、pHのところを見ても、促進薬使ってるものはpHが平均して■■■■で、いずれも何も処置しなかったものが■■■■というのは、どこに差があるかということ、モニターがきちんとされているか、しなかったか、されてなかったかということに差が出てくるんだと思うんで、あながち子宮収縮薬を使っている人と使っていない人のグループを分けて、また分析をし直すということが、ケース・バイ・ケースで

しょうけれども、あまり意味があるかどうかということは疑問だと思うんですね。

○勝村委員

だから結果として、そういうふうな評価になったのならばなったでいいんですけど、僕が言いたいのは、それらの管理下で起こったものとそうでないものを全部一緒にして分析をするという論理展開が、ちょっと僕は是としないということです。つまり、やっぱりそれはちょっと違うと思うということです。分けて議論した上で、結果としてこうだったということを書いてもらうのは結構なんですけど、全部一緒くたのデータで、議論しました、という感じの論理展開ではないほうがいいと僕は思っているということです。

○池ノ上委員長

いや、それは先ほどいくつか言いましたけど、常位胎盤早期剥離そのものに対する考え方で、これはもう誘発・促進されているのは病院の中にあるわけですよね。だから、かなり、みんなが、こう、十分・不十分は別として観察している。だけど、こっちの何もないという方は、おそらく多くは自宅で起こってる。そうすると、自宅から運ぶ搬送の問題、診断の問題、対応の問題。そうすると、やっぱりこっちが悪くなるだろうと。そこら辺でちゃんとした対応のあり方というのも見えてくる可能性があるということで、常位胎盤早期剥離に対する再発防止の動きというの、もうちょっと個別化されて、一方では家庭で起こる常位胎盤早期剥離の方、早く自分で気づいて下さい、早く来て下さいという運動と、もう一つは、病院の中で起こる。それに対して、さあ、どうしますか。病院の中で起こっても、やっぱり pH はいいんですけども、結果的には脳性麻痺になっている方がおられるというようなことが、じゃあ、なぜそういうことになっているのかと。その病院の中がですね。これも常位胎盤早期剥離に関する新しい段階だと思うんですよ。そういったところが見えてきているというのは、やはりこれは再発防止で、マスとして集めて、だんだん分かってきたことだろうと思うので、私としては、これは方向性はいい、委員会の議論が進んでるんじゃないかと思っています。ですから、こういうのは、だんだんだんだん数は増えていきますと、それぞれに分類して、常位胎盤早期剥離に対する理解が進むんじゃないかと思っています。

今、石渡委員長代理おっしゃったことも、勝村委員がおっしゃったことも、同じような方向を向いて、より個別化した常位胎盤早期剥離の評価と、それに対して再発防止をどうしようという、そういう方向に進むんじゃないかというふうに思います。よろしいでしょうか。

他に何かございませんか。

それじゃあ、続いて……。

○福井委員

委員長、お願いします。

○池ノ上委員長

ああ、どうも。すいません、どうぞ。

○福井委員

21ページの分析対象事例における臨床経過に関する医学的評価の記載で、(2)番に分娩中の管理、妊産婦の訴えへの対応で、産科医や助産師が直接妊産婦の状態を判断しなかったということが挙げられていますが、これを「分娩中の管理、妊産婦の訴えへの対応」として、これは「体制」でまとめて、「提言に結びつける」ような取り上げ方がよいのではないのでしょうか。原因分析の文言をそのまま掲載しているのだと思いますが、差し支えなければ「体制」にまとめて頂き、「提言」につないで頂きたいと思います。

産科も救急も体制が不十分な中で、このような状況が起きています。シミュレーションなども提案されていますから、救急の関係者と周産期の関係者が合同で、シミュレーションを行うということも提言に入れて頂きたいと思います。原因分析委員会の文言のみを取り上げてまとめるとなると、私の発言はとりあげられないのだと思いますが、さらに踏み込んで、具体的なところで、再発防止につながって頂けたらと思います。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

これ、提言のところに書き加えることは可能ですよね。

○事務局

はい。追記致します。

○池ノ上委員長

はい。ありがとうございます。

○福井委員

ありがとうございます。

○池ノ上委員長

それと、やっぱりさっき勝村委員も言われましたように、最初、事例が少なかったころ

は、マスとして見て、この委員会独自の何かを出すって、なかなか難しかったですね。これがだんだんマスが増えてきましたので、原因分析委員会の、この報告をお借りして、再発防止委員会で、それにちょっと味つけをして出すということから、だんだんその割合を変えていって、再発防止委員会での、この議論の内容が出せるような状態に、今だんだんなりつつあるのではないかなと思いますので、ぜひ、そういう方向で委員会としての議論を進めていきたいと思います。事務局のほうも、そういうつもりで一緒に作業をして頂ければと思いますので、よろしくお願いします。

常位胎盤早期剥離について、いかがでしょうか。よろしいでしょうか。

じゃあ、どうもありがとうございました。

それでは、続きまして、次は、これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向ですね。お願い致します。

#### ○事務局

資料8、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、ご説明致します。修正・変更した箇所に網かけをしておりますので、こちらの部分を中心にご説明致します。

まず、1ページの15行目、「なお」以下の部分ですが、分娩中の胎児心拍数聴取については、第5回報告書の件数動向で取り上げた際と集計方法の定義を変えておりますため、その旨記載しております。今回の定義は、17行目の最後からですが、「施設外での墜落産、災害下で医療機器がなかったなど、やむを得ず胎児心拍数を聴取できなかった事例を除く事例」を分析対象として集計しております。そのため、妊娠中の胎児心拍数聴取も入ることから、タイトルも「分娩中の」という文言を取って、「胎児心拍数聴取について」としてあります。

20行目以降は、委員会でのご意見を受けまして、同一出生年における補償対象事例の原因分析が完了していないことから、今回の結果をもって結論づけるものではないという旨を記載しております。

2ページ目は、特に変更はございません。

3ページからは心拍数聴取についてでございます。

先ほどの定義に基づいて、やむを得ず胎児心拍数を聴取できなかったのは■■■件ございましたので、それらを除いた■■■■■件が分析対象でございます。こちらにつきまして、原因分析報告書において、産科医の質の向上を図るための評価・提言がされた事例は■■■■■件ございました。こちらを表にまとめたものが4ページになります。

4ページの表2ですが、今回、定義を変えたことで、2つ項目が加わっております。まず1つが、「妊娠中に異常兆候が出現した際の分娩監視装置による胎児健常性の確認」、もう一つが中ほどの「胎児心拍数陣痛図の判読と対応」、この2つを追加しております。

妊娠中に異常兆候が出現した際と申しますのは、4ページの4行目の注釈1にございますが、腹痛、出血、妊娠高血圧症候群や胎児発育不全兆候、胎動減少の訴えなどを示しております。また、胎児心拍数陣痛図の判読と対応は、合計の欄にございますが、延べ〇〇〇〇件の評価・提言がございまして、こちらにつきましては、臨床経過に関する医学的評価で指摘されたものを、判読ができていない、看護スタッフが報告していない、医師が対応していないという3つに分けて集計をしております。また、「判読ができていない」という評価につきましては、判読ができていない対象者が医師なのか看護師スタッフなのかも提示して頂きたいというご意見がございましたので、医師、看護スタッフ、その両者、特定できないという4つに分けて集計をしております。

5ページの10行目からが心拍数聴取に関する原因分析報告書の記載となっております。また、それぞれに対応するガイドラインの記載がある場合は、併せてお示しをしております。

7ページの31行目からが心拍数聴取に関する現況となっております。8ページでございますが、CQ. 410につきましては、第5回も載せておりますが、繰り返し周知という意味も含めて、再掲しております。

また、CQ. 411、CQ. 007、CQ. 403は、今回、判読と対応等を追加していることから載せております。

10ページからが子宮収縮薬についてでございます。

分析対象事例〇〇〇〇件のうち、子宮収縮薬が使用された事例は〇〇〇〇件ございました。そちらの使用状況につきましては、まず単独と併用に分けて集計したものが表3となっております。11ページの表4が、用法・用量、心拍数聴取方法別に見たものとなっております。前の委員会のご意見を受けまして、PGF<sub>2α</sub>の使用の2013年の部分と、PGE<sub>2</sub>の2013年は使用件数が〇〇〇〇でございましたので、こちらの用法・用量、心拍数聴取方法については〇〇〇〇で示しております。

12ページの10行目からが子宮収縮薬使用に関する原因分析報告書の記載を抜粋しております。

13ページの28行目が現況となっております。

14ページからが新生児蘇生についてでございます。■■■■件のうち、人工呼吸、胸骨圧迫、気管挿管、アドレナリン投与のいずれかの処置が生後30分以内に行われた事例は■■■■件ございました。こちらの実施状況については、表6にお示ししております。この■■■■件のうち、アルゴリズムに関連する項目に関して評価・提言がされた事例は■■■■件ございまして、こちらの詳細につきましては、表7にお示ししております。

14ページの17行目からが原因分析報告書の記載となっております。

16ページの26行目からが新生児蘇生に関する現況ということで、今年改正されたNCPRのガイドラインの改正内容や、新しいアルゴリズムについて、田村委員よりご提供頂いた資料を参考に、記載をさせて頂いております。

17ページが新しいアルゴリズムになっておりまして、18ページがNCPRガイドライン2015の主たる改正点の内容となっております。

19ページが診療録等の記載についてございまして、こちらは■■■■件のうち診療録の記載に関して評価・提言がされた事例は■■■■件でございます。「分娩経過の胎児心拍数」や「分娩進行」、「新生児の状態や蘇生の方法」の割合が多く見られました。

20ページの4行目からは診療録の記載に関する原因分析報告書の記載となっております。21ページの29行目からが現況となっております。こちらにつきましては、第5回と同様に、関連法規を載せております。

22ページの23行目からが助産録についてということで、看護師法など、こちらも関連法規を載せております。

24ページの28行目、網かけをしている部分でございますが、日本助産師会において、現在、助産業務ガイドライン2014の改訂や、第2回報告書の提言を踏まえて助産録の改訂が進められている旨を記載しております。こちらの記載内容につきましては、村上委員にご確認を頂いております。

説明は以上です。ご審議よろしくお願ひ致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

いかがでしょうか。いかがですか。

○藤森委員

ちょっと確認させて頂きたい。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○藤森委員

表、大体全てそうなんですけれど、例えば、表2の胎児心拍数聴取に関しては、これは、例えば、「妊娠中に」と書いてあって、胎児の健常性の確認をきちんとしなかったということで指摘された事例の数ということでいいんですよね。

○事務局

はい。その通りです。

○藤森委員

例えば、2009年は全事例が[ ]あって、そのトータルの提言されたのが[ ]と書いてあるんですけど、下の胎児心拍数陣痛図の判読と対応のところは[ ]と書いてあるのは、これは延べ数ということなんですか。つまり知りたいのは、どれだけそういう指摘が減ってきているのかということを知りたいので、この数の表現の仕方が、ちょっとよく分からないなと思ってですね。

例えば、ここの[ ]も、[ ]もあるわりに、下の数値を足すと、全然数が足りてないのは、これどういうことなのかなと思って、ちょっとお聞きしたかったんですけど。

○事務局

まずは、[ ]は延べ数でございます。ですので、1事例に対して3点、4点、この時点で、この判読と対応は基準から逸脱しているというようなのが3カ所ぐらい書かれていますと3となります。

○藤森委員

そうすると、分母は何ですか。

○事務局

分母。

○藤森委員

パーセンテージを出している分母は。

○事務局

分母は[ ]で出ています。

○藤森委員

事例数ですよね。

○事務局

はい。事例数です。

○藤森委員

そうすると、不適切ですよ。1事例で3つも4つも指摘されていても、ここではカウントは3つも4つもしているということですね。だから、この表現の仕方は事例数にしないでくちやいけなと思うんですけど、いかがですか。

○事務局

分母、事例数のほうが。

○藤森委員

分母というか、分子も。分子も事例数にしないと、この分母が[ ]で分子が[ ]なんだけど、この[ ]のほうは1事例で3つも4つも指摘されているのに関わらず、これでカウントするというのは、これは不適切ですよ。なので、我々知りたいのは、どれだけ指摘されている事例が減ってきて、提言をして、皆さん、守ってくれて、どれだけみんな提言を聞いてくれて、指摘されている項目が減ってきているのかということを知りたいので、やっぱり分母も分子も事例数でいくべきであって、指摘されている項目の数ではないと思うんですけど。

○事務局

分かりました。そうしましたら事例数で算出し直します。

もう一つの判読ができてないというところの集計が合わないというところですけども、こちらは少し難しいところで、注釈のほうにも書いていますけれども、5ページの注釈の5ですね。6行目になります。「判読ができていない」は、「胎児心拍数陣痛図の判読と対応」のうち原因分析報告書において、例えば、遅発一過性徐脈を変動一過性徐脈と判読した、異常波形が出現している状況で胎児心拍数モニタリング異常なしと判断した等、「判読」について記載があるもの。ですので……。

○藤森委員

いや、僕はそれは分かってます。そうではなくて、僕が言ったのは、2009年だと、胎児の心拍数陣痛図の判読と対応に相当するものが[ ]あって、その表の下の方に、ずっと共通で引っ張られているにも関わらず、下の数が、医師が対応していないとか、看護スタッフが報告していないとか、判読ができていないというのを足しても、たかだか何件ですかね。[ ]件ぐらいしかないのが、これどういう意味なのかなと思って聞いたんです。

○事務局

この件数が少ない理由は、          は検討すべき事項と医学的評価の両方を数えたものですが、この網かけの部分は医学的評価のみの集計になっていて、検討すべき事項で判読と対応について書かれたものは入れてないため、件数は少なくなっています。

○藤森委員

ちょっと、それも分かりづらいんですけど、やっぱりここも事例数にして、分母も分子も事例数にして、指摘されてる事例が減ってくかどうかということを確認するのが重要だと思うんですけど。1つでも指摘されちゃったら、それでモニタリングに関してはだめということになっちゃって、やっぱりきちんとやって下さいということ言うためには、やっぱり指摘されている事例数を分子も分母もして、出してもらったほうが分かりやすいと思うんです。

○隈本委員

よろしいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○隈本委員

その意味で、そろそろ我々の再発防止報告書の効果が出てくるかなということを見るための調査でもあると思うので、その点については、それぞれの項目がテーマ分析されて、再発防止報告書に記載された時期を、ちゃんとどこかに、この表の2の近くに書いておいて欲しいんですよね。つまり、毎年テーマを変えてきているから、これに関して提言をした後の出産でどうなんだろうかということが、やっぱり知りたいので、ほんとはまだ数少ないと思うんですけど、例えば、この胎児心拍数聴取は第2回ぐらい。第1回でやったよね。

○藤森委員

第1回です。

○隈本委員

第1回ということは、何年ですか、あれ。

○事務局

2011年8月になります。

○隈本委員

2011年8月。だから、それがこの表を見るときに、どこ……。もう一回取り上げられたことありましたよね、たしか。

○事務局

第3回の報告書です。

○隈本委員

それが、このページのどこかの近くを書いておいて欲しい。それはこれだけじゃなくて、他の項目についてもです。何年何月の再発防止報告書で、ここを気をつけて下さいねというふうに出したんですよということが分かって初めて、この率を見る意味が出てくる。現実には、これ有意差ないですよ。ほとんど■■■■%ですよ。ただ、あくまでこれは脳性麻痺事例の中の問題だから、本当は世の中の的には、ちゃんと守るようになってるのかもしれないですね。これは、あくまでこの割合は、脳性麻痺が起きた事例の中の心拍に関してなんで、ほんとはこれ、パーセンテージもさることながら、件数も見なきゃいけない。しかし、それはもとの報告が少なければ件数が減るのは当たり前ですという、ちょっと悩ましいところですが。

いずれにしても、この全部の項目について提言の出た時期が、この表を見ながら分かるようにして頂きたい。

○事務局

「はじめに」のところでも4つテーマを取り上げますと記載しております。例えば、1ページの10行目ですが、第1回と第3回で取り上げた「分娩時の胎児心拍数聴取について」というように、各テーマについて何回の報告書で取り上げたかというのは記載しておりますが、それを各テーマに記載するというのでしょうか。

○隈本委員

この表の近くに、その回というのが、実は報告書が出た日も書いてないと意味がないので、僕らは知ってますけど、初めて読む人もいるので、その場合には、第何回の報告書（何年何月）と、何回目報告書（何年何月）で指摘したというふうに書いて頂ければ、この表を読むときの参考になると。

○池ノ上委員長

他にはいかがですか。

なかなか、ほんとはこれ倍ぐらいの報告されているのがあるんでしょう。事例、■■■■例ぐらいじゃないですかね。各年。

○藤森委員

今ですよ。もう既にという意味ですよ。

○池ノ上委員長

既に。分析が終わっているのがこれだけ。だから、それが経年的に変化が見れるためには、もう少し原因分析が進まないということもある。

○藤森委員

そうですね。毎年■■■■ぐらい。

○隈本委員

ただ、まだまだなんですけど、例えば、分娩誘発剤なんかは、ガイドライン違反がぐくくと減れば、それは結構リアルに見えてくると思うんで、そこは期待しております。

○池ノ上委員長

そうですね。

他にはよろしい……。はい、どうぞ。

○石渡委員長代理

11ページのところに子宮収縮薬の使用状況という一覧表が出てまして、そこで見ていきますと、まだ2012年、2013年は非常に事例数が少ないんですけども、かなり改善点が見られているのではないかというふうに思いますし、やはりこの事業が始まってから、2年、3年、4年とたってきますと、やはり再発防止委員会から、色々提言していることが、実際に生かされてきているんじゃないかというふうな評価を受けるんですが、これについての評価というのは書くんでしょうか。

○事務局

今回は、単に件数をお示ししているだけに留めております。

○石渡委員長代理

件数だけ。

○事務局

件数だけにしております。と申しますのは、同一出生年の補償対象事例の原因分析報告書が完成しておりませんので、最終結論ではないということなので、単に件数を積み上げていくという段階であると考えております。

○石渡委員長代理

もうそろそろ書けませんかね。

#### ○池ノ上委員長

5歳の誕生日までということになってますけれども、代議士さんの選挙の当確というのは、かなり早く出ますよ。あの手法は使えないんですかね。

おそらく探していけば、今、石渡委員長代理がおっしゃる、例えば、1つは本当かどうか、最高裁が出した判決が出た例の産科関係が減っていると。それは出てないのもあるんですよね。出てないのも入れると、じゃあ、どうですかというの、まだ分からない部分もあると思うんですけど、でも、最高裁としては、他の分野に比べたら減り方がっていうような見方をして、産科の訴訟が減ってきてますねというような言い方をしてますよね。何かの形で工夫して、今、石渡委員長代理がおっしゃったように、何か言えませんかというの、ちょっと真剣に、そろそろ考えて頂いていいんじゃないかと思います。

はい。他にいかがでしょうか。よろしいですか。はい、どうぞ。

#### ○勝村委員

石渡委員長代理おっしゃるように、何も変わってないじゃないかとか、ひどくなっているじゃないかということではないので、前回から出てきているので、それはそれでなんですけれども、やっぱり僕はここ、もう一回り安心せずに、より厳しい目で、再発防止委員会としては、さらに見て行って欲しいと思います。もはや連続的か間欠的かなんて言っている場合じゃないと思いますし、連続的に記録していても、きちんと見られていないじゃないかというところを、今、啓蒙して頂いているので、やっぱりその1つ上のレベルで見てもらおうとか、だんだん連続監視が多くなるに従って、やっぱりよりハードルも上げていくという形で表自体も変わっていくだろうと思いますし、実際、やっぱり同意が増えているという事に関して、やっぱり文書で同意していないということでは、きちんとほんとに説明と同意ができていないのかということですね。やっぱりその辺もやってもらうような姿勢で、悪い方向には行ってないとは思いますが、それはそれで評価しつつも、より健全になるように見て行って欲しいなと思います。

#### ○池ノ上委員長

ええ。我々の委員会の使命の1つが産科医療の質の向上というものもありますので、脳性麻痺の再発防止だけではなくて、全体的な質の向上を目指してという意味では、そういうのが必要だと思います。

田村委員、これ、新しい蘇生のアルゴリズムがあってというのは、これについては何かご発言ございますか。

○田村委員

今回の改訂は、どちらかというところ、今まで習慣的にやっていたことが、科学的根拠を持って、例えば、3対1の心臓マッサージと人工呼吸の割合とか、そういったようなことが科学的根拠を持って証明されたということで、むしろ今までやっていたことの根拠が示されたことが、大きな成果でして、言葉だけでいくと、あまり大きな変更はありません。正確な心拍数のモニターには心電図を使うことが望ましいとか、そういうようなことは新しく入っております。それから、人工呼吸をしっかりとできていることを確認して蘇生のステップを進めることが提言されています。人工呼吸と体温管理というのは、今回、非常に強調されまして、以前のこの産科医療補償制度の分析委員会でよく問題になっていました「ボスミンの投与の時期が遅いとか、量が多い。」とかそういったようなことに関しては、赤ちゃんの蘇生では重要性が下がっています。新生児ではアドレナリンの効果よりも、人工呼吸と胸骨圧迫をしっかりとやることのほうが大事なことなので、そういったことを中断してまで、慌ててボスミンを投与すべきじゃなく、むしろ基本的な人工呼吸と胸骨圧迫をしっかりとやりましょうということが確認されて、薬物投与に走るあまり人工呼吸をやらなくて、そこまで行くとかいうようなことは、本末転倒だというようなことが、今回、強調された点になります。

○池ノ上委員長

心電図がリコmendされたというのは、より正確にという意味ですか。

○田村委員

より正確で迅速なモニターとしては、聴診とかパルスオキシメーターよりも心電図のほうがより正確で早くモニターできるということが、明示されました。

○池ノ上委員長

そういう理由ですね。

○田村委員

ええ。ですから、どちらかというところ周産期センターみたいなところでは、ぜひ心電図も新たにすぐ使えるように用意しておいて欲しいけれども、ただ、これは非常に低いエビデンスに基づく弱い推奨ですので、クリニックまで全て整えなければいけないというところまでは行ってないという水準になります。

○池ノ上委員長

他にはよろしいでしょうか。じゃあ、どうもありがとうございました。

では、続きまして、母児間輸血症候群について、お願いします。

○事務局

母児間輸血症候群について（案）をご説明致します。資料9が報告書案、資料10が前回審議からの主な変更点、資料11が事例一覧、資料12が掲載予定CTGです。

今回は、最終の■件での分析結果となります。

資料9、10をご覧ください。分析対象事例を、母児間輸血症候群が脳性麻痺発症の単独の原因とされた事例に変更しています。

資料9、3から4ページ表に「新生児期の小児科入院」と「うち初回入院が新生児搬送先の医療機関」を追加しました。

5ページ16から17行に、妊産婦の胎動消失・減少の自覚から児出生までに要した日数を追記しました。

12ページ（3）新生児管理で引用している事例が、【教訓となる事例】内の評価と重複していたため、【新生児蘇生（胸骨圧迫）】に変更しました。

16ページ「4. 母児間輸血症候群に関する現況」で18行から17ページ1行にNCP Rガイドライン2015の内容を記載しました。こちらは、田村委員に事前にご確認頂いています。

なお、8ページと9ページの間に資料12のCTGを掲載する予定です。現在、事例の概略、原因分析委員会での判読所見、藤森委員からのご意見を記載しております。追加・修正すべき事項についてご検討下さい。

ご説明は以上となります。ご審議お願い致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

モニタリングも一緒につくんですかね。モニターの所見。

○事務局

はい。こちら資料12を掲載する予定です。

○池ノ上委員長

資料12がつくんですね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

それもあわせてご発言頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。

これ、藤森委員、いかがですか。

○藤森委員

いえ、特に……。

○池ノ上委員長

先生から、何か最初、提案して頂いて。

○藤森委員

この間もお話ししたんですけど、モニタリング拝見して、意外と典型的なサイナソイダルパターンが少ないんだなという。これは脳性麻痺になっている事例なので、死亡事例とか入っていないということももちろんあると思うんですが。ですから、最初に一過性頻脈がないとか、バリアビリティーの減少がないっていう、いわゆる一般的な胎児機能不全と診断されるような所見のほうが、むしろ脳性麻痺になっている事例は多くて、典型的なサイナソイダルパターンというのは少ないんだなというのが、私がモニタリングを見せて頂いた感想です。

それから、僕の理解では、典型的な事例というのは、37週ちょっと前ぐらいで胎動の自覚がないといって妊婦さんが来ると、それがモニタリングをするとサイナソイダルパターンがあって、それが脳性麻痺とか死亡に、母子間輸血症候群になっているというような理解だったんですね。なので、典型的な事例がどれぐらいあるのかなというのを少し思いながら拝見致しました。

ちょっと僕が考えていたよりも妊娠週数はもう少し後ろのような感じがしましたし、胎動減少はやっぱり半分以上ありましたので、そうなのかなという感じはしたんですけど。ですから、最終的には、やっぱりそういう症状がある人には、きちんとやっぱりモニタリングしなさいという結論なんですけど、意外と■■■■ぐらいあるうちの■■■■例もあるんだなというのも、1つ重要なことかなというふうに思いました。なので、こういう病態もあるということ、皆さん、分かっておいて下さいという意味では、非常に重要な項目だというふうに思っています。

○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。

それぞれヘモグロビンもかなり低い。モニターの所見が挙げてありますが、この件数も全部低いんですね。3グラムとか、2グラムとか、1グラムとか。で、この所見だという。

そして、かつ脳性麻痺になっている。そういうところが1つの流れとしてはっきりしたんじゃないかと思いますけど。

他に何かご発言ございますか。

これは藤森委員、見て頂いたんですね、モニタリング全部。

○藤森委員

見える範囲、提供できるものだけです。

○池ノ上委員長

ええ。ということですね。それはもう機構としては問題ないケースですね。

よろしければ、この母児間輸血は、これでいきたいと思います。ありがとうございました。

それでは、以上でテーマに沿った分析を終わります。

○事務局

委員長、すみません。大変申し訳ないのですがけれども、生後5分まで蘇生不要であった事例の教訓となる事例で載せておりました、早期母児接触中の事例なんですけれども、こちらは留意点が出る前の事例でございましたので、そちらは訂正させていただきます。留意点が出た後に異常が起きたという事例の■件は、母子同室中の事例でございました。

○池ノ上委員長

留意点というのはガイドライン。

○事務局

早期母子接触の留意点。

○池ノ上委員長

あ、留意点。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

さっきから皆さんでガイドラインという議論して頂いた、あれですね。

○事務局

申し訳ございません。

○隈本委員

そうすると、■件ともガイドライン……。

○事務局

■件とも留意点が出る前の事例でございました。

○池ノ上委員長

今後、出たんだから、こういうことをきちっと考えながら、記載をしっかりと頂きたいということで、再発防止につなげていく、それがもういいんじゃないですかね。

○勝村委員

母子同室中と、その区別が、若干分からないような事例もあると思うんですよ。それはどの事例ですか。

○事務局

母子同室中が……。

○勝村委員

いや、ガイドライン以降。

○事務局

ガイドライン以降は、資料4の18ページの65番、■でございまして。こちらは生後2日に母子同室中に発生した事例でございまして。資料4、18ページ、65番、■です。

○池ノ上委員長

よろしいですか。

では、数量的・疫学的分析について、お願いしたいと思います。

○事務局

資料13、「■件の集計結果について」をご用意下さい。こちらは第6回報告書の分析対象事例■件で件数を積み上げております。こちらも修正・変更した箇所に網かけをしておりますので、こちらの部分を中心に、ご説明致します。

修正した箇所が3ページの表3-2-4です。管理分娩機関区分別件数というところですが、こちらが第5回報告書までは、表3-2-4の注釈に緊急搬送の内訳を記載しております。表3-2-5、分娩場所として、出張分娩、当該分娩機関、救急車内と場所別に集計をしておりましたが、重複感があるということと、緊急搬送の内訳は表中にまとめられることから、今回、1つの表にまとめております。

6ページに参りまして、表3-2-11、妊産婦の既往についてですが、こちらも表の体裁を変えておりまして、まず既往あり、既往なし、不明に分けて、既往ありの中で、「そ

の他の既往」以外の疾患は件数の多い順に並びかえをしております。

7 ページの一番下の表 3-2-16、胎児数についてですが、前回の委員会で双胎は 1 胎児 1 事例かというご質問がございましたことを踏まえまして、注釈に、双胎は 1 胎児 1 事例の旨を記載しております。

8 ページの表 3-2-19、産科合併症、こちらも産科合併症あり、なしに分けまして、産科合併症ありの中で、疾患の多い順に並びかえをしております。また、第 5 回までは、各疾患について、「疑いを除く」といった注釈を記載しておりましたが、今回は産科合併症ありに注釈を設けまして、「産科合併症あり」は、確定診断されたもののみを集計しているという注釈に変えております。

14 ページに飛びまして、表 3-2-32、急速遂娩の有無および適応の注釈 2 の部分ですが、第 5 回までは、HELLP 症候群によるショックなどの母体合併症、回旋異常に加えて、微弱陣痛、母体疲労を入れておりましたが、微弱陣痛と母体疲労は分娩遷延に含めて、今回、集計をしておりますので、削除をしております。

15 ページ、表 3-2-33、急速遂娩決定から児娩出までの時間ですが、これまでは全ての娩出経路を記載しておりましたが、イレギュラーなものが増えてきたので、今回はその他としてまとめております。

その他は、注釈 2 にあります通り、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開術などの事例でございます。今は 〇 件ですけれども、そのうち同じような娩出経路が増えてきた場合は、項目化していくという整理にしております。

また、合計の横軸の下に、子宮底圧迫法を併用した事例の件数を記載しておりましたが、今回は、その下の表 3-2-34、子宮底圧迫法の実施の有無の中に「単独実施」、「吸引分娩または鉗子分娩と併用」という項目を追加して、そちらに件数を記載致しました。

18 ページに参りまして、表 3-2-42、出生体重ですが、第 5 回では体重の最小値は 〇 グラムでしたが、今回は 〇 グラムになっております。

続きまして、22 ページからが再発防止分析対象事例における診療体制の表になっておりまして、こちらは件数を積み上げております。

27 ページ、再発防止分析対象事例の概況というところで、表 3-4-1 の注釈に、「都道府県」は、分娩機関所在地を指すという記載を追加しているのと、その下の表 3-4-2 における 2009 年の出生事例については、補償対象者数は確定しているが、原因分析報告書が完成していない事例があることから、全ての補償対象事例の件数ではない旨を注

釈に記載しております。

説明は以上です。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。

いかがでしょうか。はい、どうぞ。

○勝村委員

大変申しわけないですけど、1つ前のところで、ちょっと申しわけないです。

早期母児接触と母子同室の境目は何時間後になっているのか、その境目を、ちょっと教えて頂けますか。

○事務局

まず、留意点に、何時間後との定義ははっきりと書いておりませんので、境目ははっきりとは言えないんですけども、まず今回の集計では、「カンガルーケア」とか「早期母児接触」と記載されており、かつ分娩室で実施されたものを集計しております。母子同室中は、それ以外のものというような内容で整理をしております。

○木村委員

本人がそう言ってるからそうしたということなのでしょう。

○事務局

はい。記載の通り。

○木村委員

ちゃんと確認したのは、そう言ったからそう定義したという話なんで、正確な時間とかは、多分、これ入ってないんですよ。

○勝村委員

ちょっと、どちらにもとれるような事例ありますよね。

○事務局

ただ、留意点には、早期母児接触の定義として、お母さんの胸と赤ちゃんの胸を合わせるようにというような記載もございましたので、こちらの定義にはまるかハマらないかでは、確認はしています。

○勝村委員

この生後2日、翌日にやってる事例も、結局、それをやってますよね。

○事務局

2日というのは……。留意点の後に公表された事例ということですか。

○勝村委員

はい。

○事務局

今回は、ちょっとそちらは分かりません。生後2日の事象ですので、分娩のところまでは、今回、集計はしていません。

○池ノ上委員長

よろしいですか。

○勝村委員

はい。すいませんでした。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございます。

その他いかがですか。

○木村委員

ちょっと確認なんですけど、表の3-2-4ですか、3ページの搬送。分娩機関区分で、この件数の、例えば、病院■■■■件というのは、今回の、これは件数ベースですね。それで、■■■■件の中で搬送を受けたのが■■■■件で、あとは全部自施設の中でやったという、そういう感じでいいわけですか。

はい。分かりました。ありがとうございます。案外少ないですね。

○池ノ上委員長

よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

○隈本委員

素朴な質問で、23ページで、分娩機関のうち、病院の出生事例と診療所の出生事例が■■■■対■■■■ぐらいで、大体倍ぐらいなんですけど、これってどうなんですか。難しい事例がみんな病院に行ってるってことなのか、搬送されて病院に行ってるのか。というのは、大体、病院の出産件数と診療所の出産件数って大体同じなんですよね。にも関わらず、こんなに数が増えてきたところで、病院のほうが多いというのは、これ搬送した結果ですか。これも何か知りたくなっちゃうんですけど。要するに。もちろん、だから。

○藤森委員

発生場所。

○隈本委員

発生場所。

○藤森委員

これは搬送のこともあります。

○隈本委員

そうそう。だから搬送元分娩機関があるはずで、これだけ見ると、病院のほうに多いのか、多いなと思うんですけど、これは何か知る方法はありますか。つまり病院への搬送事例を、内数出して。

○池ノ上委員長

いや、それが3ページの表3-2-4をご覧頂いて。

○隈本委員

そこにありますか。すいません。

○池ノ上委員長

はい。ちょっと前から、この傾向、私、気になってまして、これは分娩の機関区分で、病院と診療所に分かれてるんですね。病院の中で 件で、そのうち病院から病院へ搬送が 件、診療所から病院へ母体搬送 件、助産所から病院が 件、このトータルを から引いても多いんですね。ということは、病院の……。

○隈本委員

病院と診療所は頑張っているという。

○池ノ上委員長

そうです。そうですって、それがちょっと分からないんですけど、一見、これはオフレコというか、あれですけど、この制度が始まったときに、診療所でたくさん脳性麻痺が起こって、診療所がターゲットになるのではないかという恐れがあったんですが、実際に見てみると、病院がその舞台になっているところが、どうも多そうだというので、まだ、これは公表すると大変なことになるんで、言っていないけれども、ずっと、そのつもりで、ここ、データとってもらってるんですね。

で、その病院の、また背景を、少しやっぱり、これからちゃんと調べていかないといけない。

○隈本委員

専門病棟だとかですね。

○池ノ上委員長

はい。周産期センターなのか、あるいは一般病院なのか、あるいはその体制、スタッフがどうなってるのかということを見ていかないといけないので、今、隈本委員がおっしゃったように、これ、「ほんと？ほんと？」って言いたいようなところなんです。

○隈本委員

もちろん、非常に難しいお産は、必ず最初から病院に行くケースが多いと思うんで、必ずしも、この結果からだけ見るのはあかんと思いますが、何か、これだけ数が増えてくると、ちょっと気になる……。

○池ノ上委員長

なぜ、そういうふうなばらつきというか、ディストリビューションになっているかという背景はよく分からないですけども、しかし、病院で脳障害が起こっている実数は多いという、それはどうやらほんとのようだなという感じがするんですね。分かりませんが。その背景は何かということは、もう少しちゃんと調べないといけない。

○鮎澤委員

すみません。よろしいでしょうか。

今の仮説というようにお話は本当に貴重なお話で。もちろん今はオフレコにせざるを得ないということもよく分かるのです。ただ、こういうディスカッションこそすごく大事で、それに向かって、どういうまとめ方をしていくのか、どういう伏線を引いていくのかというようなことは、この報告書をまとめていくうえで長期的に大事なことだと思うんですね。

どういうところにどういう仮説を既に持ち得ているのか、そんなあたりのことをどういうふうに、この席で議論して頂けるのかというのを、いつも期待しながらこの席に出ています。

今日の報告書のことこそうなのですけれど、いわゆるパターンにのっとなってまとめていくあまり、どこに焦点を当てるべきなのかというのが、だんだんだんだん、見えなくなってきたところ、多分、今日の前半の長い議論の1つの理由なのだと思います。追ってということになりますけれども、ぜひ専門の方たちが、こういう貴重なものをご覧になられて、どんなあたりにどんなものを見つけ出しておられるのか、またどこかで聞かせて頂ければと、とても思います。

○池ノ上委員長

今、外から見える資料といいますか、それだけを見ても、先ほどちょっと言いましたが、

一般病院なのか、周産期センター、2次のセンター、総合周産期センターといういくつかの段階がありますので、その色分けだとか、それからもっと行くと、そこは混合病棟なのか単独病棟なのかとか、今この再発防止委員会で集まっている、そういう目に見えた資料だけでも随分分析すると見えてくる可能性がある。さらに、それを深くいきますと、今度はおそらく、これも全く私の仮説までも行かない、単なる思いつきですけれども、産婦人科の医師不足というところにつながっていく可能性がある。あるいは病院側からいくと、そういう病院で医師を雇用できないとか、抱えられないとか、大きな産科医療の制度上のことに関わっていく可能性もあるだろうと。それがはっきりしてくると、もう再発防止の1つの方向になってくるかもしれませんので、それはしっかりしたエビデンスを分析して、そしてきちっとした発言をすると。色々な影響があちこちに出てくる可能性がありますので、きちっとやっていかないといけないなというふうに思います。

#### ○隈本委員

あと1つ、そういう視点で分析するときに必要なのは、あの点と、原因分析の結果、医学的評価で全く問題ないというケースは、そこは医療機関の問題というよりは、その方の個性の問題によると思うんですけど、もちろん早目に来てほしかったとかいうのはあるかもしれないけど、だから、医療機関の大きさとか、周産期医療センターがどうかということの評価プラス、その事例の医学的評価を、これはもう、例えば、医学的妥当性がない、多いで、マイナス5点とCみたいにして、ちゃんと数値化して、その医学的評価が低いところと高いところはやっぱり別にしないと、この事例で、もうどんな立派なお医者さんがやっても、やっぱり脳性麻痺になったよねというものを外すとか、そういう何か工夫をしないと、あまり大きい病院に入ってくる事例なのか、何のなのかというような分析が多分難しいと思うんで、ぜひ、せっかく医学的評価をしているので、それを何らかの形で数値化して、どこか以下を足切りするとか、何かしたほうが良いと思います。

#### ○池ノ上委員長

おそらく、色々な医学的なデータも含めて、その背景になったリスク、ハイリスクの疾患がどうであったかとか、あるいは分娩時、先ほどちょっと出ていましたけど、判読上の問題が、医師にあるのか、あるいは助産師にあるのかと。助産師から医師への連絡がうまくいってないのかとか、そういった、かなり個別化された具体的な情報を、だんだんだんだんここで蓄積されているんですね。ですから、医学的な評価についても、だんだん行えるようになるでしょうし、ああいうモニタリングを、しっかり評価するということもでき

るようになれば、今、隈本委員がおっしゃったようなところは分かってくる可能性が非常に高いと思います。そうすると、おそらくこれ、日本の今の産科医療制度だからできることであって、ここまで、例えば、母体死亡率だとか周産期死亡率が低い実際の土壌の中で起こっていることであるという大前提がないと、とてもやれないことで、目に見えたどこかにミスがあるとか、何らかのそういう明らかな判断ミスがあまりにも多いところでは、そういったことはなかなか分析できないという背景もありますから、やはり今の日本の産科、新生児医療制度の中だからこそできる。そして、それはきちっとした分析に基づいた結果であるということが生み出していければ、あるいはいけるんじゃないかなと思います。そういう意味で、ワーキンググループあたりがどんどんできてきてやっていければと思っております。

よろしいでしょうか。ちょっと今のことは、かなりタッチなことなので、ちょっと幅を超えて言ったかもしれません。ご了解下さい。

それでは、次に脳性麻痺……。

○藤森委員

先生、すいません。一応、言葉なんですけど、HELLP症候群によるショックと書いてあったんですけど、HELLP症候群単独ではショックにならないと思います。ちょっと、どういう事例か分かりませんが、HELLP症候群またはショックなのか。HELLP症候群で弛緩出血になってショックなら分かりますけど、ちょっとHELLP症候群単独ではショックはおかしい。どこでしたか。ちょっと確認しておいて下さい。

○池ノ上委員長

いいですか。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

分かりました。今のご指摘。

○事務局

はい。確認します。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

じゃあ、次、お願いします。

いいですか。分かりましたか。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

はい。じゃあ、お願いします。

○事務局

資料14、脳性麻痺発症の主たる原因について、ご説明致します。こちらにも網かけの部分が修正・変更点となっておりますので、こちらを中心にご説明致します。

まず、4行目の上つきの番号、参考・引用文献の番号ですが、第5回までは1990年代の古い参考文献が含まれておりましたので、削除しております。

18行目の「なお」以下の文章ですが、様々なところで書いておられますとおり、2009年に出生した児の事例については、補償対象者数は確定しているが、報告書が完成していない事例があるため、全ての補償対象者の事例ではない旨を記載しております。

また、第5回までは、こちらの段落に、1歳未満で診断された事例が多いことを示すために、その1歳未満の割合を載せておりましたが、年々、1歳未満で診断された事例が減ってきておまして、今回は■■■■件、■■割程度でございましたので、こちらの文章は削除しております。

また、27行目、「2. 分析の方法」とありますが、第5回までは、「脳性麻痺の主たる原因の分類の考え方」というタイトルで、冒頭に、「脳性麻痺の原因は、分娩前、分娩中の低酸素酸血症と出生後の新生児の低酸素酸血症の2つに分かれる」というような記載をしておりましたが、このような考え方に当てはまらない事例が増えてきたことから、その部分を削除しまして、どのように主たる原因を分析しているかという方法のみを記載するように変更しております。

2ページ目の20行目、四角で囲んでいるところですが、同様の理由で原因分析報告書の「脳性麻痺発症の原因」に記載されている主な内容も変更しております。

5ページ目、表1が、今回の■■■■件で見た脳性麻痺発症の主たる原因として記載された病態の結果になっております。単一の病態が記載されているものが■■■■件、複数の病態が記載されているものが■■■■件、原因不明の事例が■■■■件でございました。単一の病態で多いものが、常位胎盤早期剥離の■■■■件、次に多いものが臍帯因子■■■■件、次に感染■■■■件と続いております。また、単一の病態の「その他」につきましては、同じ病

態が2つ以上ある場合は項目化するという整理にしております。

戻りまして3ページの4行目からが、先ほどの表の結果を記載しておりますが、こちら  
も件数が多い順に並びかえをしております。

30行目以降は、再発防止ワーキンググループの役割について、より明確になるような  
記載に変更しております。

説明は以上です。よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

いかがでしょうか。

大きな全体の流れは変わらないんですけども、少しずつ微妙に変わってきていると思  
います。例えば、感染あたりが、それまではそれほど目立ってなかったのが、3番目ぐら  
いに上がって、感染絡みというのか、上がってきているというところあたりが、ちょっと  
した変化じゃないかなと思います。

いかがですか。よろしいでしょうか。

○鮎澤委員

3ページから書かれている分析対象事例から見た主たる原因について。ここは、これか  
らこの再発防止委員会がどういうふうに取り組みを進めていくかということをもとめて頂  
いた、とてもとても大事な文章だと思っています。ワーキンググループが、これから何を  
していくのか、そういったことも書いて頂いているので、とてもうれしく読んでいたの  
ですが、だからこそ、4ページの6行目ですね。「このような分析対象集団の偏り」ってある  
のですが、偏りというと、ちょっとネガティブな感じがしてしまっ。特性とか、何か言  
葉がないかなと。偏りといえば偏りなのですけど、自分たちで決めた定義の中での話な  
ので、ご検討頂ければと思って読みました。

○池ノ上委員長

そうですね。いいですね。

○事務局

はい。修正致します。

○鮎澤委員

何かいい言葉があったら、ご検討下さい。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

これは疫学の方たちがよく使う言葉なんですかって。

○鮎澤委員

正確に言うと、偏りは偏りですよね。

○木村委員

バイアスね。

○鮎澤委員

「バイアスがかかっている」とかいうのはよろしくないですか。それだったら間違っ  
ていず、あまり、何か……。

○木村委員

バイアスをそのまま訳されたでしょう。そうだと思います。

○鮎澤委員

その通りなのですけど。

○木村委員

バイアスのほうが、まだやわらかかもしれません。

○池ノ上委員長

バイアスにしますか。

○事務局

バイアス……。特性でも。

○池ノ上委員長

ちょっと検討して下さい。

○上田理事

検討します。バイアスとか、特性とか。

○事務局

はい。検討致します。

○池ノ上委員長

小林委員のご意見も、ちょっと聞いて頂いて。

○事務局

はい。

○市塚客員研究員

今まだ、すぐには検討しなくてもいいと思うんですけども、2015年1月から補償対象が変わってきたと思うんですね。なので、今までのあれは補償対象は、今までの流れが今までの、例えば、原因分析ですとか、その原因、全国あれですけど、変わってきたことによる、それこそバイアスですとか、今まで積み上げてきたものと、今年の1年からの補償対象が変わってきたものを、今まで通り数的分析や主たる原因も積み上げていいものなのかどうなのかというのは、今後の課題にはなるかと思うんですけど、そのあたりのバイアスっていうんですかね。多少バイアスが発生してくる可能性はあると思うんですね。例えば、今後のことになるとは思うんですが、その辺もどういうふうを考えていいのかなというふうを考えているんですけど。

○鮎澤委員

すみません。そのことと同時に、ガイドラインが途中変わりますよね。そうすると、それに対する解釈、書き方もかなり注意をしなければいけないところが、実はもう既にあるのではないかと思うんです。次回、最終的で確認させて頂こうかと思ってたんですが、そのあたりの書きぶりが大丈夫かという確認を、やはり1回、慎重にやって頂いたほうがいいと思っています。

それから、さっきの基準が変わったことですよ。それについて、これまでの書きぶりの中に何か齟齬はないかとか。

この2点は、多分これからもずっと起きることなので、そのあたりをどういうふうに表現していくか、まとめていくかは、1回、きちっと検討するべきだと思って拝見しています。

○池ノ上委員長

やっぱり、それは今年から変わったんですね。

○市塚客員研究員

そうです。1月から。

○事務局

入ってますよね。

○池ノ上委員長

2015年。2015年の。

○市塚客員研究員

はい。基準が補償対象基準。

○池ノ上委員長

補償対象基準の範囲が変わったという。

○市塚客員研究員

そうです。

○池ノ上委員長

そのことは、何で……。

○石渡委員長代理

報告書が出る。まだ先になりますけどね。

○鮎澤委員

報告書が出るまで。

○上田理事

まだ先になります。

○市塚客員研究員

まだ先ですよ。この先。

○鮎澤委員

そう。数年先。

○市塚客員研究員

数年先ですけど。

○池ノ上委員長

だけど、2、3例とか、出てくる可能性があるでしょう。今年はないかもしれないけど。

○上田理事

いえ、今年はありません。

○池ノ上委員長

今年はないかもしれませんが。

○市塚客員研究員

今後の対策として、はい。今ぐらいから方向性は準備しておかないと。

○池ノ上委員長

重症例は6ヶ月あたりで出てきますよね。その例が入ってき始めるのは、次年度は入ってくる可能性があるんで、やっぱりどこかで基準が変わったことを触れておかないとフェ

アじゃなくなります。

○市場客員研究員

はい。

○事務局

少なくとも次年度は用意は、簡単に整理ができるものと……。

○池ノ上委員長

あれ、6ヶ月ぐらい。

○上田理事

1年以上かかります。

○池ノ上委員長

あ、報告書か。

○上田理事

補償対象から絡みますから。

○事務局

現時点、2009年確定しましても、30%ぐらいしか、まだ終わっていない状況ですので、まずそこを終わらないとということなのです。

○池ノ上委員長

トータルとしてはですね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

だけど、少しずつ入って……。

○石渡委員長代理

従来の補償対象の基準がありますよね。ですから、今度、新しい基準に変わったとしても、従来の基準のところを抽出できますよね。だから、しばらくは、1、2年は、ちょっとダブっちゃうかもしれないけど、従来の補償対象者ということで、少し。

○池ノ上委員長

ダブルスタンダードでいかないとしようがない。

○市場客員研究員

そういうのは大変な……。

○上田理事

今は、これまでの累積の事例をもとに分析しています。今後は、2009年生まれのグループですとか、年報のような報告書を考えることになるとと思いますので、今日のご指摘も検討しながら取り組みます。

○池ノ上委員長

そうですね。そのことをまた事務局で念頭に置きながら作業をすすめてもらいたいと思います。

他にいかがでしょうか。

すいません。どうぞ。

○木村委員

ちょうどガイドラインの話が出たので、脳性麻痺の原因が分娩中のイベントに絡むかどうかということで、ACOGとAPMが新しい基準を出してきて、MRIの重要性とか、そういったことを強く訴えております。あの基準の改定には、私たちの学会もちょっと絡ませて頂いたんですが、やっぱり物すごくよく調べてるんですね。こちらのほうで、これは色々な背景があるので、例えば、常位胎盤早期剥離が主たる原因であるというふうに決まっていますが、本当にそういう基準で分娩中のマネジメントの問題なのか、ただ常位胎盤早期剥離があって脳性麻痺があったと、2つをつないでいるのかということが、ちょっとまだ分からないところがありますので、そのあたりを、どこまでそういう国際標準に合わせていくのかということ、それに対する資料がないということも、もちろん、日本でそんなにまだ行われていないということもありますし、色々な問題があると思うんですが、ちょっと将来的に……。これはもう全く、今、将来の課題みたいな話が出ましたので、分娩に起因するという、このスキームからすると、なるべくそっちに持っていきたいので、こうしているのかなと思ってしまうこともあるんですね。それは先ほど隈本委員がおっしゃったような、病院と診療所での分布の違いとか、全部そういう背景が、それこそバイアスがかかってきてしまいますので、それこそ先生のおっしゃるようなポイントも、ちょっとそういう背景もあるのが、ちょっと非常に気になるところでございます。なので、ちょっとそのあたりを、これは原因分析の先生方とも、また詰めていかないといけないのかもしれないかもしれませんが、どう取り入れていくのかという方向性も、だんだんとでいいと思います。いきなりは無理だと思いますが、考えていかなければいけない課題かなと思って、今年は参加させて頂いておりました。

○池ノ上委員長

はい、ありがとうございました。

画像診断の裏打ちというのが、だんだん重要性を増してくるんだろうと思います。それと、実際のイベントですね。産科的に起こっているイベントの整合性ができるかできないかといったところが、この中でも、この委員会の中でも、かなり議論しないといけなくなってくるんじゃないかと思います。ありがとうございました。

○隈本委員

蛇足ですけども、要するに、この制度、入り口のところは除外基準で外したものの以外は全部補償すると。そして、原因分析のときには、その除外基準を満たしているんだが、実はもう、本当は分娩の時点ではでき上がっていたねというのも、ちゃんと分析して、そういうニュアンスで書くという、そういう、この制度自体が、原因分析をした結果、これ除外基準に当たるので削除という話がないという、後戻りがないという仕組みなので、そういう意味では、その原因分析報告書として出てくるものは、必ずしも見た目は出産に関わっているようだが、実は、分娩に関わっているようだが関わっていないというのも、ちゃんと入っているということは我々は知った上で、分析すればいいということで、明確な除外基準になってないものは、基本的には認めるという方向ですよ。認める……。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

他には。

○藤森委員

将来に向けてというお話が出たので、ちょっとだけ、私の興味も含めて、先ほど隈本委員おっしゃった分娩機関の病院と診療所というお話なんですが、例えば、今の脳性麻痺発症の主たる原因の、例えば、表1に関して、これは病院と診療所でどれだけ発症場所が分けられるかというだけでもなく、病院と診療所のどういう特徴があるのかというのも何となく分かるような気がするんですが、結構数が増えてきて、もし将来的に1,000とか超えたときに見せてもらえたらおもしろいかなと思って、興味ということもありますが、そんなことを思って見ていました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。よろしいですか。

では、その他、もう一つは、これは説明は。どちらが。事務局。先生。先生が。

## ○石渡委員長代理

すみません。胎盤病理のことなんですけれども、毎年、妊産婦死亡は40～50例あります。今年もう43例上がってきておりますけど、去年40例だったんですが、母体死亡の場合は、もうほとんどの事例で胎盤病理をすることを勧めているんですね。今、産婦人科診療ガイドライン上は、母体死亡があったときには医会に報告することと、病理解剖することが推奨レベルAになっているんです。胎盤病理については、まだ十分、そういうところまで言及されていないんですけれども、かなりの部分が胎盤病理やることによって、特に子宮型の羊水塞栓であるとか、その辺のことが分かってきています。脳性麻痺についても、全く同じようなことなんですけど、胎盤病理が、まだ十分なされていないケースが非常に多いと思うんですね。今、病理を出した場合には、かなりが保険の適用になって、きちんと検査できるようになってはいますが、やはり胎盤病理に関しても、ガイドラインで推奨レベルAにすることを考えています。

今回は、これで私が示したのは534例で、前年度の分析のものを出してきたんですけども、その前、319例というのは、その前の年だと思いますが、319例の中で、実際されてるのが46.1%というような、こういう状況なんですね。ぜひ、胎盤病理というのを、もっと普及させていければいいんじゃないかなというふうに思っております。

今、とはいっても、実際の病理の先生方は、まだ胎盤のきちっと分析できるところまで行っていない状況もあります。金山先生を中心として、母体死亡例については、もうマニュアル化されているし、行く行く胎盤病理についての、例えば、子宮型の羊水塞栓症であるとか、そういう場合の分析の仕方、それから特染の仕方とか、そういうことも提言していくような方向になっているので、この再発防止委員会の中でも胎盤病理の重要性を啓発していく必要があるんじゃないかというふうに思っております。

今現在、これ2年前のデータで319例ということなんですけれども、これ、すぐにこういうデータ出てきますか。例えば、今回は■■■■分析していますよね。このぐらいの表は出てきますか。最近だんだん、感染症によるものも増えてきているように思うんですけども、これも胎盤病理等々ですぐできていないと、具体的な裏づけになっていかないので。

## ○事務局

実施の部分はすぐに出せます。胎盤病理をやったかやってないかいうものは、すぐにお出しできます。それ以外に関しては、細かく見ていく必要がありますので、もしやるとな

ると、全件、報告書に目を通す必要があるということです。

○石渡委員長代理

今の段階では、その実際の病名とも結びつかないけれども、胎盤病理をどのぐらいやっているかどうかということについては出てくるということですから、いずれはこの表にあるようなものを出して頂ければと思います。

○池ノ上委員長

よろしいですか。今の石渡委員長代理からの。

○事務局

いずれは、この項目で集計をしておいたほうが良いという趣旨でしょうか。

○石渡委員長代理

はい、そうです。

○事務局

そうですね、またご相談させていただきます。

○石渡委員長代理

ガイドラインのほうを、に持っていくと、ほとんどがで全部取っちゃうんです。

○事務局

例えば、石渡委員長代理がおっしゃっている項目に限って、そこの実施のありなしとかを集計するとかという、ある程度、枠を、線引きをした上だと、こちらのほうとしても助かります。

○石渡委員長代理

それで、今、考えているのは、母体の分娩時の出血量1,500以上、こういうものについても、もうどんどん胎盤病理に出すようにという啓発をしていく、もうそういう状況になってきているんじゃないかと思うんですよ。ですから、なるべく保険等々できちんと適用されて、例えば、金山先生のところでは、かなり自腹で払ってるというケースも出てると聞いておりますけれども、本来、こういうのは科学的にもきちんとした分析をする必要があるんで、保険の適用になっていけばやりやすいということもあるんですよね。ぜひ、まとめられる範囲で結構ですけど、こういうような病名が、胎盤病理の結果が出ている、そういうものについてまとめて頂ければというふうに思うんですけど。

○池ノ上委員長

よろしくお願いします。やはりこれ、たくさんある分娩の中で、少なくとも新生児センターに入院したとかいうような、5分までは蘇生を必要とできなかったというのも中にはありますけれども、ほとんどは異常経過をとっているお子さんですから、やはり私自身は胎盤というのは、そういう特殊な例はやるべきだと思っています。

さっき、ちょっと鈴木先生なんかのお話出たんですけど、胎盤見て何が分かるかという議論もあることはあるんですけども、それはまだ胎盤病理学が進んでないからそうなんであって、やはり胎盤から児の予後を見ようという研究者たちもいるぐらいですから、やっぱり我々としては、逆にいうと、そういう研究者たちの支援と言ったらおかしいですけども、何かの形で我々にフィードバックして下さいよ、再発防止に関わるようなフィードバックを下さいというようなことを含めて、せつかくのそういう病理の所見が得られれば、我々にとってはプラスになるんじゃないかなというふうに思います。ですから、私もこれ、我々のほうからは、それを推奨したいなというふうに思っています。また、あと色々な問題点があるかもしれませんので、それはまた機構のほうで、少し事務局のほうでご検討下さい。

他によろしいでしょうか。

今日は、他に事務局は。

○事務局

連絡事項、2点ほどお願い致します。

次回委員会は■月■日の月曜日の■時から■の開催を予定しています。本日のご意見を受けまして、報告書修正して、ドラフト原稿でご提示する予定です。一部、印刷が間に合わないものがあるかもしれませんので、ドラフトでないものもまざると思いますが、一応、方向性としては、ドラフト原稿で臨みたいと思います。

そうしますと、■月■日に再発防止委員会を、一応、予備という形で、こちら設けさせて頂きましたが、ドラフト原稿以降は、メールベースでの意見交換ということで、修正の指摘を受けるといった流れにしたいと思いますので、■月■日は委員会開催しないということにさせて頂きたいと思います。そうなりますと、■月■日が今年度の最後の再発防止委員会ということになります今日は早退された先生方もいらっしゃいますので、改めてメールでご案内したいと思います。

事務局からは以上です。

○池ノ上委員長

はい、どうもありがとうございました。

珍しくきちっとオンタイムに終わることができました。ありがとうございました。

— 了 —