

第104回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：2025年7月30日（水） 16時00分～18時17分

場所：日本医療機能評価機構 9F ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

第104回産科医療補償制度 再発防止委員会

2025年7月30日

○事務局

それでは、皆様、本日はご多用の中お集まりいただきまして、誠にありがとうございます。Web会議システムにてご出席いただいている委員の方々にご連絡いたします。審議中に、ネットワーク環境等により音声や映像に不具合が生じる可能性もございますが、必要に応じて都度対処してまいりますので、ご理解とご協力のほどお願い申し上げます。

会議を開始いたします前に、資料のご確認をお願いいたします。次第・本体資料・出欠一覧。

資料1「第15回産科医療補償制度再発防止に関する報告書の公表について（医政安発0606第1号令和7年6月6日厚生労働省医政局地域医療計画課医療安全推進・医務指導室長通知）。

資料1－参考「第15回産科医療補償制度再発防止に関する報告書」

資料2「『第15回産科医療補償制度再発防止に関する報告書』に記載されている『産科・小児科医療関係者に対する提言』について」

資料3「『第3章 テーマに沿った分析』に関する委員ご意見一覧」

資料4「『第3章 テーマに沿った分析』構成案」

資料4－参考「産科医療の質の向上を図るための指摘と定義する『臨床経過に関する医学的評価』の表現」

資料5「『第4章 産科医療の質の向上への取組みの動向』に関する委員ご意見一覧」

資料6「『第4章 産科医療の質の向上への取組みの動向』グラフ改訂案」

資料6－参考「第15回再発防止報告書『第4章 産科医療の質の向上への取組みの動向』」

資料7「『資料 分析対象事例の概況』に関する委員ご意見一覧」

資料8「『資料 分析対象事例の概況』改訂案」

資料8－参考「第15回再発防止報告書『資料 分析対象事例の概況』」

資料9「『原因分析がすべて終了した2014年出生児の概況』改訂案」

資料9－参考「原因分析がすべて終了した2014年出生児の概況」。

資料１０「２０２５年度の再発防止に関する発行物の周知活動およびアンケート実施(報告)」

参考資料「再発防止および産科医療の質の向上に関する関係団体の取組み状況」

以上となります。

また、委員の皆様へ、審議に際して一点お願いがございます。会議記録の都合上、ご発言をされる際には挙手いただき、委員長からのご指名がございましたら、初めにご自身のお名前を名のった後に続けてご発言くださいますようお願い申し上げます。なお、本日の再発防止委員会は公開開催となっており、報道関係者につきましても、会場およびWebにて審議を傍聴いただいておりますのでご承知おきいただければと存じます。

それでは、定刻になりましたので、ただいまより第１０４回産科医療補償制度再発防止委員会を開催いたします。

本日の委員の皆様の出席状況については、出欠一覧の通りでございます。なお、荻田委員より、途中退席予定であるという旨をご連絡いただいております。

それでは、ここで委員長より一言ご挨拶をいただきたいと思います。

○木村委員長

委員長を拝命しております木村でございます。委員の先生方におかれましては、大変お忙しい中、またお暑い中、再発防止委員会にご参集いただきまして、どうもありがとうございます。先生方には昨年度、活発なご議論をしていただきまして、おかげさまで第１５回産科医療補償制度再発防止に関する報告書を取りまとめることができました。

これは日本産科婦人科学会の周産期データベースと照らし合わせるという初めての試みをしてみまして、色々なことが分かってくるなという印象を持った次第でございます。先生方のご協力に心から感謝申し上げます。また、この再発防止報告書の公表にあたりましては、６月２４日に記者会見をさせていただきました。私が代表して質疑等にお答えしたことをご報告申し上げます。

また、本年５月２３日から２５日の間に、第７７回日本産科婦人科学会学術講演会がございまして、このときにも周産期委員会の企画といたしまして、産科医療制度データを使用した胎児心拍パターンの傾向などの講演がございました。また後ほど田中委員からもご報告いただきたいと思います。ぜひとも今年度もまた、新たな再発防止報告書の作成に向けて、先生方のお知恵を集めて、いいものをつくっていきたいと思いますので、どうぞよろしくお願いいたします。ありがとうございました。

○事務局

木村委員長、ありがとうございました。なお、報道関係者の方におかれましては、写真撮影はここまでとさせていただきますので、よろしくお願いいたします。

それでは、ここからは木村委員長に進行をお願いいたします。

○木村委員長

それでは、議事に入りたいと思います。まず、本体資料も参照しながらお願いいたします。

議事の1つ目は、「再発防止および産科医療の質の向上に関する取組み状況について」ということでのご報告でございます。各団体・学会等の先生方からのコメントをいただきたいと思います。

まず、日本産婦人科医会の取組みにつきまして、中井委員長代理からのご報告をお願いいたします。

○中井委員長代理

中井から報告させていただきます。日本産婦人科医会では、医療安全に関する会員の支援、教育・研修、また情報発信を行ってまいりました。会員支援においては、本制度の原因分析委員会などと連携しまして、脳性麻痺事例で複数回、同じ医療的問題を起こすような施設、その会員に対しまして、会員からの求めに応じて、産婦人科医会の医療安全部会担当役員が実際に訪問し、支援を行っております。施設全体としての医療安全の向上に取り組む契機を養い、再発防止立案の支援を行っているところです。

別紙のほうにも示しました会員からの支援要請は、2025年5月末までに6例あり、4例について支援活動を行っているところです。また加えて、本制度未加入施設、これを訪問し、加入するようにも説明を行ったところです。

次に、教育・研修でありますけれども、母体救命法普及運営事業（J-CIMELS）および無痛分娩関連学会・団体連絡協議会（JALA）の活動支援、そして、新生児蘇生法普及事業（NCPR）の推進に取り組んでいるところでございます。J-CIMELSの研修では、ベーシックコース、アドバンスコース、インストラクター養成コースがありますけれども、受講者からも高い評価を得ておりまして、この事業は2015年の11月から開始されておりますけれども、2025年5月末時点で、ベーシックコースの開催状況、コース開催延べ1,749回で、延べ受講者が2万8,572名であり、2025年は100回開催し、636名が受講しているところです。

また、JAL Aではより安全な無痛分娩の実施に向けて、情報公開、研修体制の整備、有害事象収集分析を行っています。また、情報発信といたしましては、妊産婦死亡報告事業で抽出された課題を整理し、再発予防のため、「母体安全への提言」を毎年発刊させていただき、全会員に配付しております。

それに加えて、もう一つは小冊子なのですが、「胎児心拍数陣痛図の判読と解釈・対応」を産婦人科診療ガイドライン産科編2023に準拠して作成し、その判読の向上に努めているところであります。また、この英語版の小冊子も作成し、希望に応じて各国でも使っていただけるような準備もしたところであります。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。質疑等ございましたら、全ての団体が終わってからにさせていただきますと思います。

続きまして、日本産科婦人科学会での取組みにつきまして、田中委員からお願いいたします。

○田中委員

日本産科婦人科学会では先日、2025年5月23日から25日まで岡山で行われました第77回の日本産科婦人科学会学術集会において、各種取組みの事例および今回の報告書の内容についての発表が数多く出されて、ディスカッションがなされました。また、今、中井委員長代理からもご説明ありましたように、産婦人科診療ガイドライン産科編2023におきまして、以上のような取組みを載せて、会員への普及を行っております。また、今ちょうど新しいガイドラインの作成が行われていますが、そちらにも新しく新規掲載を何点かする予定になってございます。

以上です。ありがとうございました。

○木村委員長

ありがとうございました。

それでは、日本周産期・新生児医学会での取組みにつきまして、細野委員からお願いいたします。

○細野委員

日本周産期・新生児医学会では、原因分析の報告書等々を会員に周知するということをしております。日本周産期・新生児医学会が新生児蘇生法普及事業を行っておりますので、

現在のところ、約7万5,000人の方が認定されておりますので、これ、我々が当初予想した周産期医療従事者が7万5,000ということで、ほぼ網羅しているということが考えられます。

ただ、やはり一部の新生児のNICUがないような施設で、総合病院においても、産科施設で一部、受講しなくてはいけない方々が受講していないという事実もありますので、今後も幅広く受講できるように体制を整えていきたいと思っております。

あとは、日本周産期・新生児医学会において、新生児蘇生法委員会の主催プログラムで、新生児蘇生法について広く啓発するということを毎年学会で行っております。

主なところは以上でございます。

○木村委員長

ありがとうございました。

それでは、日本看護協会での取組みにつきまして、片岡委員からお願いいたします。

○片岡委員

よろしくお願いいたします。日本看護協会では、研修受講支援を引き続き行っております。都道府県看護協会において、助産師の実践能力向上を狙いとした研修を支援して、47都道府県で各種研修会を実施しております。

「周産期における医療安全と助産記録」というのと、あと「子宮収縮薬使用時の助産ケアのポイント」につきましては、これまで取りまとめられた再発防止報告書の提言を活用して、新規内容に更新しながらオンデマンド配信をしております。

また、助産実践能力習熟段階レベルⅢ認証およびアドバンス助産師の更新に必要な研修の作成・配信を行っております。また、再発防止報告書の普及啓発ということで、会が実施しております助産師向けの研修会、交流会等で、冊子、再発防止報告書の配付、リーフレット等の活用の説明等も続けております。

以上となります。

○木村委員長

ありがとうございました。

それでは、日本助産師会から、布施委員をお願いいたします。

○事務局

事務局より代読させていただきます。

日本助産師会では、母子の安全を守るために、安全管理委員会・安全対策小委員会を設

置し、母子と助産業務の安全に関する相談事案について、助産師の倫理指針・助産業務ガイドライン等に基づき検討し助言を行っております。さらに、安全管理指針を作成し、助産所の安全管理の取組みが徹底できるよう指針を提示し、助産所の安全管理評価を行っております。

全国助産所分娩基本データ収集システム（ＩＴシステム）を活用し、異常・転院報告、インシデント・アクシデント報告書の現状を把握し、収集された情報の分析と会員への情報提供および事故再発防止の啓発を行っております。

助産業務ガイドラインの遵守と活用促進、助産倫理、産科診療ガイドラインの活用などを研修を通じ支援しております。安全文化の促進のため、各都道府県助産師会に安全対策委員会を設置し、安全対策に取り組む体制を整えております。助産業務ガイドラインは、現在の周産期医療の現状を鑑み、昨年度最新版を作成することができました。また、安全の窓口を設置し、助産師をはじめ一般の方々からの医療安全全般に関する相談と助言を行っております。

安全対策委員会と助産所部会・保健指導部会との連携は重要であり、特に助産所部会との合同研修により安全確保の推進に努めております。助産師のリスクマネジメント研修では、弁護士、医師、ジャーナリストの多職種で多岐にわたる視点で研修を実施しております。

再発防止のため、昨年度同様に、今年度も学会や研修で再発防止委員会作成の資料や冊子を配付し、会員への周知活動をするとともに、各都道府県会長への資料配付を行い、地域での周知活動に力を注いでいく取組みを予定しております。それらの周知状況を把握するために機構事務局と協力し、会員へのアンケート調査を学会参加者や日本助産師会のホームページで展開し、情報収集を実施しております。また、再発防止分析事例胎児心拍数陣痛図の判読について、機関紙「助産師」に掲載し、さらなる周知活動に尽力する予定でございます。日本助産師会のホームページ上でもさらなる注意喚起をしております。

産科医療の質の向上のため、次の研修を実施しております。安全に関する教育、助産業務ガイドラインの周知、産科診療ガイドラインの熟知、NCPR・J-CIMELSに関する研修、胎児心拍数陣痛図の判読、NCPR取得、大量出血時の対応、助産記録について、助産業務ガイドラインの活用についてなどでございます。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。そのほか事務局から何か連絡事項ございますか。

○事務局

事務局より失礼いたします。厚生労働省から各都道府県、保健所設置市および特別区、並びに関係機関に対し、これまで同様に再発防止報告書が公表された旨の通知文書を発出していただきました。本日の資料1としてご用意してございますので、資料1－参考の第15回再発防止に関する報告書と併せてご参照いただければと存じます。

また、「第3章 テーマに沿った分析」の提言につきましても、産科・小児科医療関係者に取り組んでいただくよう依頼文書を送付いたしました。本日の資料2としてご用意してございますので、こちらも併せてご参照いただければと存じます。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。各団体の取組み状況に関しましては、お配りしています参考資料にもまとめられてございますので、ご参照いただきたいと思います。

委員の先生方から何か、各団体の活動に関しましてコメントはありますでしょうか。それぞれの団体で安全な分娩に向けて様々な活動をしておられることがよく分かりました。それぞれの団体独自の方法、それから共通の方法ということで、両方ともうまく回っているのではないかと思いますし、また、これからもより一層ご尽力いただきたいと思いますですが、よろしいでしょうか。ありがとうございます。

そういたしましたら、審議のほうに移りたいと思います。今度は議事の2)の(1)になります。「『第16回再発防止報告書』について」ということで、まず、「第3章 テーマに沿った分析」というところを審議していきたいと思います。これは資料3と資料4、その辺りが今回の内容でございますので、ご参照いただきたいと思います。それでは、資料に基づき説明をお願いいたします。

○事務局

「第3章 テーマに沿った分析」についてご説明いたします。資料は先ほど木村委員長からご説明いただきましたように、本体資料、資料3、資料4をお手元にご準備ください。資料4－参考は、第15回再発防止報告書より産科医療の質の向上を図るための指摘と定義する臨床経過に関する医学的評価の表現を抜粋しておりますので、参考としてご覧いただければと存じます。資料3は、前回の委員会審議でいただいたご意見を一覧にしたものでございます。資料4が構成案でございます。なお、原稿案につきましては、本日のご審

議内容を踏まえて作成し、本委員会後にご確認いただく予定です。

本体資料1ページに概要を記載しておりますので、ご覧ください。前回委員会では、第16回再発防止報告書における本章の分析テーマを「吸引娩出術について」に確定し、分析の方向性についてご審議いただきました。いただいたご意見を踏まえ、全体の構成案および分析項目案を整理いたしましたため、ご審議をお願いいたします。

それでは、資料3をご覧ください。いただいたご意見の具体的な対応等についてご説明いたします。

まず、1番、2番は分析テーマ選定に関するご意見です。こちらにつきましては、「吸引娩出術について」を分析テーマといたしました。3番、4番は分析対象事例に関するご意見です。資料4では、1ページ下段から2ページとなります。

まず、分析対象事例に関しましては、前回委員会の資料で、2014年以降出生の事例を分析対象とする案をご提示していましたが、吸引娩出術に関する医療行為の推奨レベルが変更となった「産婦人科診療ガイドラインー産科編2014」の内容が医療現場に浸透したと考えられること、本制度の改訂が実施されたことから、2015年以降出生の事例を分析対象とする案に変更しています。

この他、「産婦人科診療ガイドラインー産科編2014」において、吸引娩出術を実施する条件として34週以降が挙げられていることから、分娩時週数満34週以降の事例を分析対象とする案に変更しています。また、テーマに沿った分析では、蓄積されたデータにおける分析結果等から見られた知見等を広く一般化し、提言することとされています。そのため、件数の少ない多胎事例は含めない方向性としてはいかがかと整理しておりますので、分析対象事例を単胎のみとすることにつきましてご審議いただきたく存じます。

○木村委員長

一度ここで切って、資料4の2ページの上段が一応最終、今回この形でできないかということではありますが、いかがでしょうか。2015年からというのは、ちょうど補償対象基準が変わった年ですね。ですから、そういう意味では統一された基準で評価ができるかなと思うのですが、私が少し思いましたのは、34週未満というのは一応、分娩外傷が多いからやめましようと言っているのですが、やっぱり実施した例があるのですね。それはどういう中身かということ进行分析として、分析の中に交えるのではなくて、本文の中でナラティブに、こういうことで何件されていましてということを書いたほうがいいのではないかなという気はいたしております。

また、多胎に関しましても、多胎で吸引分娩というのは、多胎はほとんど双胎だと思いますが、1児目にしたのか2児目にしたのかと。1児目にしたのが何件で2児目にしたのが何件で、2児目はどういう局面でとか、これもナラティブに書いておいたほうが、何も知らないよりは、この再発防止報告書は結局は教訓学というか、皆さんに色々な教訓を知ってもらおうという意味でつくられるものだと理解しますと、ここを完全になくしてしまうと、こんなことがあったのですよという先輩からの教訓話がなくなってしまうのはもったいないので、それは入れたらどうかと感じております。

また、最後の単胎の案件というのも、これはどこかの表に出てくると思いますが、単胎の中で、吸引分娩をしてから帝王切開になった例が何件、吸引分娩で最初に出たものが何件ということはあるといいのかなと思っております。その辺りが足されるといいかなと思っておるのでありますが、委員の先生方のご意見いかがでしょうか。

○勝村委員

よろしいでしょうか。

○木村委員長

勝村委員お願いします。

○勝村委員

勝村です。私も木村委員長と同じ意見で、一応、多胎も34週未満も、具体的にどんなデータがあるのかというのは、少なくとも委員会には提示していただいて、必要に応じてナラティブに書いておくということがすごく大事だと思うかもしれませんので、その辺りの情報は、方向性はそうだとすると、一通り全部見せて欲しいという気がします。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。あまり細かいことを全部出してしまうと膨大な量になるかもしれないので、なぜ実施したかと、それでどうなったかぐらいでいいですかね。それぐらいの情報が出て、それを評価させていただきたいということでお願いいたします。ほかいかがでしょうか。

一応、次のところに行って、またお気づきのことがあったら戻ってご指摘ください。それでは、資料3の1枚めくっていただきまして、2ページの5番からお願いします。

○事務局

木村委員長、1点よろしいでしょうか。

○木村委員長

どうぞ。

○事務局

概要図につきましては、案１と案２、２案ご用意しておりますが、委員の皆様で、もしご意見等ございましたらお伺いしたく存じます。

○木村委員長

案１、案２はどう違いますか。何か順番が違うのでしょうか。

○事務局

単胎と吸引娩出術実施の有無を逆にしておりまして、こちらですと多胎の事例数が分かるようなものを案１として作成しております。

○木村委員長

案１は吸引実施の有無で、実施なしがあって、３４週未満の吸引というのは出てこないのですか。

○事務局

どちらも出てくるのですが、吸引娩出術を実施した事例を先に絞っておりまして、その中から、単胎、多胎の別をしているのが案１でございます。案２のほうは、先に単胎、多胎の別を分けてしまった上で、週数を絞り、吸引娩出術実施を絞っているという案でございます。

○木村委員長

どちらでもいいような気もするのですが、中井委員長代理いかがですか。

○中井委員長代理

効果はどうなりますか。効果というか、見せ方ですね。どちらでもよさそうな気がします。

○木村委員長

飛彈委員、お願いします。

○飛彈委員

木村委員長、飛彈でございます。先ほど木村委員長と勝村委員が言われたように、３４週未満の事例や多胎の事例についても、ナラティブにはコメントするということになる、吸引分娩があったかなかったかが一番上のほうに来ないと、それができないのではないかと私今思ったのですけれど。ですから、案１でさらに吸引娩出術の有無が、ひし形のもう

1 個上に行かないと、それができないのではないかと思いますのです。

○木村委員長

なるほど。ありがとうございます。私も分かってなくて申し訳ありません。そうですね。そうすると、一番素直でしょうか。だから、案 1 の真ん中のひし形 3 つの中の 2 つ目と 1 つ目を入れ替えるような形でいかがでしょう。飛彈委員、ありがとうございます。その通りだと思います。他にいかがでしょうか。特にご意見がなければ、その形で取りまとめを、案 1 を少し修正してということをお願いいたします。

○事務局

承知いたしました。

○木村委員長

それでは、続きをお願いします。

○事務局

では、資料 3、2 ページに移りまして、5 番から 16 番までが分析の方向性についてのご意見でございました。

まず、5 番の周産期登録データで吸引娩出術を行い、経膈分娩できた事例の頻度を示したほうがよいというご意見につきましては、原稿案で吸引娩出術を行い、経膈分娩できた吸引分娩の事例数を引用予定でございます。

続きまして、6 番、7 番のご意見でございますが、こちらは吸引娩出術について経年変化を確認できるかどうかというご意見でございました。吸引娩出術につきましては、まず、これまでの審議におきまして、経年的な推移を見ることは適さず、事例を掘り下げて分析することが必要とされたために、テーマに沿った分析で取りまとめることになった経緯がございます。また、2015 年以降出生の事例につきましては、補償対象事例数が未確定である出生年があることや、原因分析報告書未送付のため、第 16 回再発防止報告書全体の分析対象に含まれない事例があることから、2014 年以降出生の事例と比較するようなご提示方法は困難です。そのため、吸引娩出術についての分析対象に含まれない 2009 年から 2014 年出生の事例につきましては、分析対象事例と抽出条件をそろえた上で概況データを集計し、資料として掲載することではいかがでしょうか。掲載箇所のイメージといたしまして、資料 4 の 18 ページをご確認いただきまして、テーマ分析に係る資料としてこちらの情報を掲載することにつきまして、可否をご検討いただきたく存じます。

○木村委員長

これは中井委員長代理からお願いします。

○中井委員長代理

ありがとうございます。経時的な変化と言ったのは僕だったと思うのですが、とりあえず数だけは出せるということですよね、今の話だと。詳細はともかく、数の推移でもとりあえずいいのではないかと思います。

○木村委員長

数の推移というのは、これもまた脳性麻痺発症事例の中での数の事例という極めて限定的な情報であります。ただこれ、上がっていたらどう、下がっていたらどうって、色々な解釈の仕方があって、色々言えると思うのです。下がってきていたら、非常に消極的になって、どんどん帝王切開にしているのではないかという意見もまた出てくるでしょうし、逆に安全に配慮しているのだという意見も出てくる。色々な見え方があるので、その見え方、また数字が出た時点でご議論いただくといたしまして、一度まず数を出していただくという方向でお願いをいたします。ほか、いかがでしょうか。

一般の、一般のというか、ある程度の高次医療機関が多い集団での吸引分娩の執行率ということで、7%強というのが周産期データベースから出ていますので、その数字もどこかの文章で入れていただいくということ、この程度はされている技術ですよという、手技ですよということを。逆にそれだけ汎用されている手技ですから、しっかりやっていないといけないということも伝えていけばいいかなと思っております。ほか、よろしいでしょうか。

ありがとうございます。そうしましたら、次の9番からかな、お願いします。

○事務局

次の8番、9番のご意見でございます。子宮底圧迫法実施の有無、生後28日未満に診断された帽状腱膜下血腫についてのご意見でございますが、こちらは集計表に記載をいたしました。資料4の5ページ、7ページ、11ページ、13ページの集計表に赤字でお示ししておりますのでご確認ください。

○木村委員長

一度切りましょうか。これらの情報が入ったということで、これで集計してみるということでもあります。よろしいでしょうか。

飛彈委員をお願いします。

○飛彈委員

飛彈でございます。子宮底圧迫法実施の有無のところ、これ、今後記載の仕方を検討していただけるのだと思うのですが、実施ありで単独実施のみというのは、今回、吸引分娩と子宮底圧迫を併用したかしていないか、そういうことですよね。

○事務局

事務局よりお答えいたします。こちらが、子宮底圧迫法と吸引娩出術を同時に使用したものは併用実施としておりまして、単独は、その前後などで子宮底圧迫法のみ実施したものを入れています。

○飛彈委員

ありがとうございます。そうすると、吸引分娩の前に子宮底圧迫をして、それから吸引分娩をしたかとか、そういう感じでしょうか。

○事務局

おっしゃる通りでございます。

○木村委員長

ある程度下降を図って、引けるところまで押して、下りてきたから吸引したということですかね。

○中井委員長代理

最初に吸引だけ取り上げるわけだから、ただ押しているだけは入らないのですよね。

○事務局

はい。全体といたしまして、吸引娩出術は実施されておりますので。

○中井委員長代理

単独実施のみと言うと、語弊を招く感じもないことはないですね。

○事務局

承知いたしました。何かしら注釈等、分かるように、ご説明できるように準備したいと思います。

○市塚委員

よろしいですか。

○木村委員長

市塚委員お願いします。

○市塚委員

市塚ですが、ここまで詳細に記録をきちんと書かれているのでしょうか。分析できるほ

ど。ほとんど不明になっていたりはないですか。

○木村委員長

いかがでしょうか。

○事務局

事務局よりご返答いたします。まだこちらのデータが確定しておりませんので、詳細なことに關しては、現在ではお答えしかねます。ですので、また集計をさせていただきまして、もしかしますと原稿案を作成いたしました際に、記載の方法等をご相談させていただくことがあるかと存じます。

○市塚委員

分かりました。なかなかここまで詳細に記録してあるのはそれほど多くないのかなって少し思ったもので、聞いてみました。ありがとうございます。

○木村委員長

ありがとうございます。これはやっぱり数字を見て、1、1、1、100とかになりますと、不明が100だと少し体裁が悪いので、そうなったときには少し考えるということで、まず数字を見せていただいて、それでまた次の回で議論をさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。他にいかがでしょうか。

勝村委員お願いします。

○勝村委員

勝村です。最終的な再発防止報告書の形にはこういう形というか、現段階ではこだわりはないのですが、回数は、もう少し細かく出るならばデータとしては見たいなと思います。こんなものかと思えば、最終的にこの表の中に、5回以上か以下かでまとめれば良いと思うのですが、特に産科医療補償制度が始まってから僕は、5回以上とかがすごく減っているのではないかと思っていて、そういうこととかが実際どうなっているのかというのはやっぱり、意外と市塚委員がおっしゃるように、あまり詳しくないから分からないということになるかもしれないのですけれども、最初から5回以上、5回以下だけではなくて、もし見られるのであれば、生のデータ、回数を見たいなというのと、クリステルに関して、回数みたいなのはなかなか分からないものなのではないでしょうか。それがもしクロス集計で見えるならば、無理している事例が減っているということであれば良いなと思ったりするのですが、そういうのが見えてきたりしないのかなと思うのですが、その辺りはいかがでしょうか。

○木村委員長

事務局どうですか。まず回数に関しては、例えば、1、2、3、4、5、6、7、8、9、10みたいなのは出せますか。

○事務局

事務局より失礼いたします。データとしてお出しすることは可能かと存じます。

○木村委員長

もちろんどこかで線を引かないといけないのですが、3回までとか6回までとか9回までとか12回までというふうにするのか、今みたいに5回以内、6回以上とするのかを見分けるため、生データも一度付けていただけますでしょうか。

○事務局

承知いたしました。集計できるようにいたします。申し訳ございませんが、子宮底圧迫法につきましても、すぐに把握しかねますので、お調べしてご報告させていただければと思います。

○木村委員長

なかなか回数は難しいでしょうね。もしも分かるとしたら時間ですが、時間も実際には分かってないのではないかなという気もしますが、どうでしょう。

○中井委員長代理

中井ですが、それ、普通は記載しないと思います。

○木村委員長

なかなか難しいですね。

○中井委員長代理

クリステレル併用吸引3回とか書けば、すごくましなほうで、その回数というのは少し。

○木村委員長

少し難しいかもしれませんね。1回中身を見ていただいてという。

金山委員、何かありますか。

○金山委員

金山ですが、滑脱の回数というのは分からないですか。もし分かれば、牽引の回数だけではなくて、滑脱の回数も結構児の予後に関係しそうな感じがします。

○木村委員長

滑脱はどうか。載っていますか。

○事務局

データとして滑脱に関しましてはございませんので、集計が困難かと存じます。

○木村委員長

確かに何回もするときって、滑脱しているのか動かないで、カップがついたままでもう一回やるのか、大分違うとは思うのですけれども、そこはなかなかデータがなさそうなので難しいみたいです。すみません。ほかいかがでしょうか。

一応出た意見をもとに、この表は表でいいと思うので、そこに付表というか、生データを少し出せるところは出していただけたらと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、10番以降をお願いします。

○事務局

そうしましたら、資料3の3ページに移らせていただきまして、10番、11番、吸引娩出術実施事例における妊産婦やその家族への説明の詳細や受け止め方についてのご意見でございました。こちらにつきましては、データ化をしておりませんでした。そのため、総牽引回数以外の実施状況等について掘り下げるという方向性で進めていく中で、必要とされた場合には分析方法を検討いたします。

○木村委員長

ごめんなさい。これはなかなかデータがないということなので、もしもやるとしても、ナラティブなものを一部ピックアップできるかどうかぐらいですね。それは難しいですか。

こちらの委員会事務局が持っているデータには、なかなかそこまで上がってこない。もう原典を見るしかないということですね。

勝村委員をお願いします。

○勝村委員

勝村です。何度もすみません。もし可能であれば、保護者側がこのことに関して何かコメントしているようなものがあれば、それをそのまま再発防止報告書に書くという意味ではなくて、見られたらいいなと思うのです。早期母子接触のときに、保護者側の意見が一部でも読めたときに共通点が分かたりしたということもありましたので、吸引分娩の関係で保護者側に共通の感想とかがもし見えてきたら、再発防止報告書の文面の中で生かせるかもしれないので、もしそういうのが可能であればと思うのですが、いかがでしょう。

○木村委員長

例えば、これ300件ぐらいですよ、吸引、分母全部で。

○事務局

まだ集計が、16回のデータが確定しておりませんので、概算どのくらいになるかが不明です。

○木村委員長

例えば事務局で処理されるときに、シリアルナンバーを付けているのですか。1番から順番にずっと付けている。そうしたらそれで、10分の1、10%ぐらいの番号をランダムに振って、その番号を引っ張り出して、それだけ再発防止からのデータがあるので、原因分析の文書をコピーペーストして出してもらいたいなことはできますか。10件に1件とか20件に1件とか。勝村委員がおっしゃることを実現しようとする、多分全例というのは物理的に不可能というか、極めて難しくて、例えば20件に1件の保護者の記載欄をそのままコピーして見せていただいて、何かないかということを考えるということだったらできるでしょうか。

○事務局

可能とは思いますが、その中に家族からのそういったコメントがあるかどうかはまだ分からないのですけれども。

○木村委員長

なので、ランダムに出してきて、ランダムに例えば20分の1やって、空欄が10件で、何か書いてあるのが10件で、全然構わないと思います。書いてあるのが10件ではなくてランダムに、そこでランダムさがあることが逆に重要で、書いている事例だけを出してくるのは少しフェアでない気もするので、例えば、そうやって全部で300件いたとして、20分の1で15件出てきたとしたら、15件のうち記載があったのが5件で、その内容はこうで、あと10件は記載なしという情報があれば、完全ではないけれども少し分かるかなと思うのですが。

中井委員長代理お願いします。

○中井委員長代理

これ、同意書は、有無は取れているのですか。

○事務局

吸引娩出術について同意の有無に関しましては、原因分析報告書には記載がございませんので、データももちろんございません。

○中井委員長代理

でもこれ、文書による同意を求めていますよね。求めていないのですしたか。ガイドラインのところには出ていないでしょうか。

○木村委員長

どうですかね。同意はもちろん求めていると思いますが、文書はどうしていますか。

○中井委員長代理

よく裁判事例などでは、同意書があるなしというのはポイントになったりもしますから。

○事務局

一応ガイドラインのクリニカルクエスションのところで、同意書の記載といったところに関して記載はされておられません。

○木村委員長

原因分析の報告書にはそれは書かれていますか。書かれていないですか。書かれていないのですね。

○中井委員長代理

今後書いてもいいような項目ですね。原因の話だからいらないでしょうか。

○木村委員長

提言の中にはそういったことを、グッドプラクティスみたいな話を入れたらどうかという議論は前回もございましたので、そういったところで、同意も取れていて、手技もきちんと書いてあってみたい事例があってもいいかなとは感じております。少し検討させてください。さっき言っていた保護者側の意見を出すには、ランダムで、適当に出た数字の番号を10分の1なり20分の1だけピックアップして、そこで何の記載があって、どんな中身であったかということまでは出来ますかね。

○事務局

そうですね。データ化はされてございませんが、原因分析報告書の中を読み込むということでしたら。

○木村委員長

少しお手間ですが、全例やれというのは非常に物理的に難しいので、何分の1か、10分の1、20分の1という数を決めて、それでシリアルナンバーから、全然こちらが要件なしに選んで、10件とか20件とかやってみられたら出てくるかもしれない。何かまた見えてくるかもしれません。その辺り、1回ご検討いただければと思います。勝村委員、

そのような感じでいいですか。

○勝村委員

ありがとうございます。非常に大変な作業ならば本当に申し訳ないのですが、何度も言っていますが、確か早期母子接触のときは、40件ぐらいの保護者の数行のコメントを見せてもらって、その中で、「赤ちゃんの顔が見えないのが不安だった」というキーワードがすごく共通していると思ったので、それを再発防止報告書に書いてもらったということがあったと思います。そんなことがたまたまあるかどうか分からないのですが、保護者は一人一人違うはずなのに同じようなことを話されているということであれば、医療者側にそれを伝えることができればという思いによる発言とご理解いただければと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。そういった形で、まずサンプリングをしていただいてということで対応させていただきたいと思います。ほかいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

そうしたら、少し進ませていただきまして、12番からですかね。

○事務局

12番から15番のご意見でございます。こちらに関しましては、回旋異常、急速遂娩の適応に関しましては集計表に記載をいたしました。資料4、4ページ、5ページ、9ページ、11ページの集計表に赤字でお示ししておりますのでご確認ください。また、吸引器具の種類、吸引圧、児の娩出時の向きにつきましては、原因分析報告書に記載されていないため集計が困難でしたのでご報告いたします。なお、原因分析報告書におきまして、吸引娩出術に関する診療録等の記載について、記載不足であると指摘された内容につきましては集計予定でございますので、資料4の17ページをご確認いただきたく存じます。

○木村委員長

ありがとうございます。資料4の17、表10でこういった項目、これもある程度カテゴライズしないと仕方ないので、こういったことが書かれていますということを指摘された項目。多分これ、その他というのが結構たくさん出てくるのかもしれませんが、それも一応見せていただきながら、こういったことが指摘されていたということをまとめたということでございます。何か委員の先生方ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

あともう一つでしょうか。

○事務局

最後に16番のご意見でございます。グッドプラクティスな事例を例に出すというご意見につきまして、事例掲載の可否および掲載する場合の事例の方向性につきましてご審議いただきたく存じます。

○木村委員長

ここも、きちんとやっていて、きっちり書いていてというようなことは、逆に、このプールからは絶対出てこないわけですので、これはもうどこかの、例えば客員研究員でいらっしゃる鳥羽客員研究員の施設にお願いをして、何かこういった問題ないですかと出す、あるいは、市塚委員のご施設で何かこういったものないですか、田中守委員のところ、こういったものないですかということをお尋ねして、それで1つか2つ載せてもいいのではないかなという気はするのですが、これについてはいかがでしょうか。

○市塚委員

よろしいですか。

○木村委員長

市塚委員、お願いします。

○市塚委員

先ほど中井委員長代理からお話があった同意書を取っていないのですかというお話なのですが、やっぱり急速遂娩なので、やる前、直前にやりますよって言って説明同意書というのは現実的ではないと思います。ただ、うちではやはり文書に残したいという思いがありまして、妊娠後期のときに外来で、あらかじめこういうときは吸引分娩しますよと、いわゆる説明同意書は事前に渡してあって、もし実施した場合は事後でサインをいただくというような運用をしております。

○中井委員長代理

中井ですが、市塚委員のおっしゃる通りで、このガイドラインも今読み直したのですが、事前に施設のルーチンではないけど、方針を説明しなさいって書いてあるのですよね。だから、多分僕も、現役時代は大学では包括同意書みたいな形で、色々な、点滴を急にやることがあってこうだあだというのを含めて書面にサインしてもらっていたように思うので、それがあるかいないかというのも興味はあるのですが、取れてないなら仕方ないと思います。

○木村委員長

だから、そういった面も含めて、グッドプラクティスの中に、こんなことやってもいいのではないですかという。別にこれはガイドラインでも何でもないので、ガイドラインにそういう、事前に施設ポリシーを説明しておくほうがいいというようなことを書かれているのであれば、そういったことも考えてもいいのかな。あまりここにいらっしゃる産科関係の委員の先生方全員にお願いをすると、みんなお見合いをして、一例も出てこないということになると思うので、すみませんが、こちらでご指名させていただいてよろしいですか。そこにまず出してもらって、何かないですかということで。また後で考えさせていただいて、指名をさせていただくという形で、こういうグッドプラクティスを載せるという方向性についてはいかがでしょうか。ご同意いただけますでしょうか。特にご異論ないようでしたら、一応そういった形で載せさせていただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

用意しましたご意見は以上ですかね。この吸引分娩、どうまとまるかということ、結構危惧をしていたのですが、事務局がすごく頑張ってくれて、まとめ方をきちんと考えていただいたということで方向性は出てきたと思いますので、特にメッセージ性という意味では、先ほど申しました、こういう良い事例があるというところで、同意から全て色々なポイントを指摘しながら出しておくというのも悪くはないかなと思いますし、そのことで現場の先生が変な萎縮をして、吸引分娩はやらない方が良いというようなことにならないということにもなるかなと思っております。その辺りの書きぶりをまた考えないといけないと思いますが、また委員の先生方にメール等で、様々なトライアル・アンド・エラーでやっていかなくては仕方ないと思いますので、委員の先生方のご意見をいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。よろしいでしょうか。

○市塚委員

木村委員長、1つよろしいですか。

○木村委員長

市塚委員お願いします。

○市塚委員

資料4の番最初のところなのですけれども、案というところなのですけれども、これ、「吸引分娩術について」と書いてあって、ここだけ「娩出術」になってないので、ここだけ。

○木村委員長

用語ですね。

○市塚委員

用語。あとは全部「吸引娩出術」なのですからね。

あと、表10なのですからね、先ほどの表10、17ページでしたか。表10、診療録記載についての指摘項目で、適応と要約ってあるのですが、どうしても産科医の場合、適応と要約というと、要約って書いてある牽引回数とか牽引時間とか子宮口開大度とか、いわゆる産科学的な要約とは少し違うかなと思うので、その辺混同しないかなと少し思ってしまうのですよね。

○木村委員長

なるほど。産科の教科書、要約ではないですね、確かに。

○市塚委員

はい。なので、これ、言葉を変えたほうが。例えば、産科学的には要約を満たさずに吸引娩出術をやってしまったというのは指摘されるべきだと思いますので、要約のところが産科学的な要約の項目だったらいいかと思うのですよね。ですがその辺、混同しないかなと少し思っていました。

○木村委員長

時間と回数って要約に入っていましたっけ。入ってなかったですか。

○市塚委員

入ってないですね。要約を満たすから吸引娩出術をしていいということなので。回数と時間は結果なので。

○木村委員長

そうですね。だから、ここの「要約」という言葉が引っかかるということです。また、吸引娩出術なのか、言葉の統一をお願いしたいと。

○市塚委員

言葉は吸引娩出術で、保険点数もその病名でついているので娩出術のほうで。

○木村委員長

最初ですね。

○市塚委員

最初が違っている。

○木村委員長

吸引分娩術になっている、最初のタイトルですね。ここを統一していただきたいという

ことでございます。ありがとうございます。

○金山委員

金山ですが、よろしいでしょうか。

○木村委員長

お願いします。

○金山委員

資料4のところで、出生体重が1,000から2,000、2,000から3,000って、大きく分け過ぎているような感じがしますので、例えば500グラム刻みで出すのはどうでしょうか。例えば2,500グラムから3,000と2,000から2,500って大分違うような気がするので、体重500グラム刻みにしたら、例えば、胎児発育不全とか吸引娩出術とか、リスクがありそうな感じがします。

○木村委員長

逆に34週以降に絞っていますので、あまりに小さい児であれば、34週になっても1,000グラムぐらいの子を吸引したのかみたいな話になると思いますので、ぜひそこは、金山委員、500刻みぐらいでいいですか。1回500刻みで。

○金山委員

そうですね。500グラム刻みが、より色々な情報が入ってきそうな気がします。

○木村委員長

貴重なご指摘ありがとうございます。では、そういった形でお願いします。他はいかがでしょうか、全体を通しまして。

勝村委員お願いします。

○勝村委員

勝村です。昔、子宮収縮薬と吸引分娩が同時に日本に入ってきたと教えてくれて人がいたのですが、その関連は分かるかと思うのですが、それまで日本には鉗子分娩しかなかったということで、前回も少し話があったのですが、それを再発防止報告書に書くとか、それがすごく大事ということではないですが、そういう興味というか、実情として、前回の委員の先生方のお話にもあったのですが、周産期データベースとかは、鉗子分娩が何件とか吸引分娩が何件とか、それぞれ子宮収縮薬とのクロス集計的にどんな割合とか、そういうのは分かるのでしょうか。その辺りが実際どれぐらいなのかなというのが、もし今回の調査で分かるなら知っておきたいなと思ったのですが。

○木村委員長

周産期データベースって、鉗子分娩と吸引分娩を分けていましたか。器械分娩としていましたか。

○事務局

最終娩出経路として、吸引分娩を使ったのか鉗子を使ったのかといったようなデータはあるのですが、鉗子分娩の結果、帝王切開になったといったようなデータは出てきませんので、その辺のデータの齟齬は少しございます。

○木村委員長

そこで子宮収縮薬を使っているか使っていないかというのは分かりますか。

○事務局

その一例で子宮収縮薬が使われているかどうかというのは分かりますけれども、あとはタイミングですね。子宮収縮薬をどこで使ったかというタイミングはデータの中では分かりませんので、その因果関係といえますか、前後関係については追えないような状態です。

○木村委員長

今回は周産期データベースを使わない。その辺りの数とかがうまく前のデータからとかで分かれば、また教えていただいたらいいかなと思うのですが、吸引娩出術と鉗子分娩というのは、マニュアルの車かオートマチックの車かみたいなもので、多分吸引娩出術のほうがオートマチックに近いので、ある程度手技的には習得しやすいという面はあるかなと思います。私も鉗子分娩を使えないので、習ってこなかった人間なので、これは本当に大学あるいは行く機関によって非常に差があるところで、個人の手技の差というよりは施設の差ですよ、使用頻度というのは。ほぼ鉗子分娩が100%ということをおっしゃっている施設もありますし、鉗子分娩は、ほとんどなしという施設もある。だから、色々なことの因果関係という意味ではなかなか難しい。今度はその施設で起こったイベント同士の比較になってしまうような気もいたしますので、なかなかそこは難しいところがあるかなという気はいたします。

○勝村委員

ありがとうございます。そこで何か因果関係をとか、リスクの問題とかということではなしに、現実には吸引娩出術の話をするのであれば、少なくとも割と大きな施設の周産期データベースなんかで、どれぐらいの比率になっているのかとか、意外とそういう情報が無い、ないというか、僕もよく分からないので、もし簡単に周産期データベースで子宮収縮

薬の前後関係が分からなくても、子宮収縮薬を使って吸引娩出術、子宮収縮薬を使って鉗子分娩が、周産期データベースではどれぐらいになっているとかいうのがもし分かれば。僕は、全くそういう情報を見たことがないと思うので、もしあれば教えて欲しいです。

○木村委員長

吸引分娩が7.2%というのが出ていたので、鉗子分娩がいくらかというのは分かりますかね。

○事務局

今手元に詳しい資料がございませんが、毎年出されている周産期委員会報告のほうで恐らく数を取りまとまっていますので、そちらを。

○木村委員長

1回それをお知らせいただいてということで、こちらも脳性麻痺事例のデータベースで鉗子分娩が何件あったかというのは分かりますか。それも一応出しておいてもらったら比較にはなるかなと思いますので。その辺り、一度あたってみたいと思います。よろしくお願いいたします。ほかいかがでしょうか。

ありがとうございます。そうしたら、まずその方向でここを修正しながら、実数を埋めてみて、具体的にどうなるかということをもた委員の先生方に、恐らくメール審議で色々回りますので、特にこの表をメールアドレスで見ると結構つらいものがある、目がちかちかするのですが、何とか頑張って見ていただきまして、ご評価いただきたいと思っています。よろしくお願いいたします。

そうしたら、次の話題に移らせていただきたいと思います。次の話題は、第16回再発防止報告書についての「第4章 産科医療の質の向上への取組みの動向」というところの検討をさせていただきたいと思います。こちらは資料5、資料6、資料6－参考、これは第15回、今年の春に出たものでありますが、この3つが資料でございます。説明をお願いいたします。

○事務局

事務局より失礼いたします。ご案内がございましたように、本体資料、資料5、資料6、資料6－参考をお手元にご準備ください。

まずは、本体資料の2ページをご覧くださいまして、今回ご審議いただく内容をまとめてございます。前回の委員会にて、本章グラフ改訂案についてご審議をいただいております。いただいたご意見を踏まえまして、資料6のグラフ改訂案を作成いたしましたのでご

説明をいたします。

それでは、資料5に沿って改訂案をご説明します。

資料5の1番では、吸引分娩のグラフについてご質問がございました。前回の再発防止委員会でもご回答申し上げました通り、昨年度の審議結果を踏まえまして、本年度は吸引娩出術を第3章のテーマとしておりますので、次年度以降につきましても、再発防止委員会で分析が必要とされましたら、改めて3章のテーマに沿った分析として取り上げることと整理されておりましたため、4章では今後は作成しない方針とさせていただいております。

続きまして、2番から12番のご意見につきまして、子宮収縮薬の同意取得方法に関するご意見をいただいております。

まず、4番および5番のご意見に関しましては、本章の集計結果を踏まえたご指摘というところで意見をいただいておりますけれども、こういった指摘が必要な場合には、まず第3章のテーマに沿った分析で分析を行いまして、その結果から提言をすることと整理されておりますので、必要でしたらご審議をお願いいたします。また、口頭および文書での同意ありのグラフ化や分析対象の出生年についてのご意見につきましては審議事項としてまとめております。

ここからは資料6にグラフ案を作成しておりますので、併せてご説明をいたします。資料6をご覧くださいまして、資料6は再発防止報告書に掲載する具体的なグラフの改訂案になります。前回委員会でご審議いただいたご意見をもとに、集計表はホームページをご参照いただくこととする、再発防止委員会および各関係学会・団体の主な動きにつきましてはグラフ外へ掲載する、折れ線グラフの色を統一するといった改訂を行っております。掲載予定の全てのグラフで改訂案をご提示しておりますので、後ほどご説明いたします。また、第16回再発防止報告書におけるデータは集計中であり、今回作成したグラフは第15回再発防止報告書のデータを使用している旨ご留意いただけますと幸いです。

まず、資料6の2ページにつきまして、オキシトシン使用事例における用法・用量、胎児心拍数聴取方法でございます。資料6－参考の7ページには改訂前のグラフがございますので、適宜ご確認をお願いいたします。

続きまして、子宮収縮薬使用事例における説明と同意の有無のグラフにつきましては、2案をご提示しております。資料6の3ページにある案1に関しましては、子宮収縮薬に関する同意取得方法につきまして、ガイドラインの推奨度が変更された2014年以降の

出生事例を集計する案としています。おめくりいただいた4ページにある案2は、分析対象を2009年のままとしまして、ガイドラインの推奨度に変更された2014年時点を境にグラフの色を変更しております。4ページ以降につきましては、体裁のみ修正した案を作成しております。

ご説明は以上です。こちら、案1、案2、いずれのグラフの体裁がよいかが審議をお願いいたします。

○木村委員長

ありがとうございます。まず、吸引分娩は今まで回数の推移だけ載せていたのですが、それでは不十分でしょうということで今回、第3章で分析をするということになったので、こちらでは載せないということ。それから、第4章のグラフであります、一番よく分かるのは資料6の2ページのグラフと、資料6－参考と書いてある資料の7ページのグラフを比較していただきますと、資料6－参考の7ページは今年出したグラフでございまして、それに対して、今回の資料6の2ページ目のグラフが、大分ユーザーフレンドリーというか、少なくとも私の目にはフレンドリーになっている感じでございますが、こういう変更を考えているということでございます。ここはこれでいいですね。大分見やすくなっているような気がいたしますし。

一番今回審議をしておかないといけないのは、資料6の3ページと4ページに案1、案2というのがございます。これは子宮収縮薬を使うときの同意を取るときに、産婦人科診療ガイドラインの2014年版では文書での同意が求められるというか、それを重んじているということで、口頭での同意は推奨されていないということで、ここから変わったからここから載せるというのが案1でありまして、案2は、その前からのトレンドがあったほうがいだろうということで、2014年版以前の版では、口頭あるいは文書で同意を取ってくださいという書き方があったので、文書で同意を取るのが一応ガイダンスに沿っているということで、突然水色の線は一応これでオーケーというところから、途中から黄色になりましたよという時代の変遷も分かるということなのでありますが、この2つのどちらかで掲載したいということで、両方作っていただいたものの、どちらがいいでしょうか。

中井委員長代理をお願いします。

○中井委員長代理

これ、たしか僕も載せて欲しいと前回言ったような気がするので4ページのほうがいい

のですが、別にここのガイドラインで修正が行われたという年度が、この上に、①、②、③、④というのが多分そうでしょうか。そういうポイントが分かれば、グラフの色を途中で変えるのは少し気持ち悪くて、これを作ったのは大変だったと思いますが、クローズドサークルをスクエアにするとか何かにして、年度ではなくて、同じものは同じもので示していただいたほうがいいのではないかなと思うのですが。青が黄色に変わるのは少し気持ち悪いなと思って。

○木村委員長

今の基準では最初から黄色だから、別に黄色でもいいということでもいいですかね。

○中井委員長代理

そうです。この年度で変わったというのが分かれば。

○木村委員長

それだけは私も。ほかの委員の先生方よろしいですか。苦心の策ではあると思いますが。

○事務局

事務局より失礼いたします。毎年の再発防止報告書のほうに記載させていただいているのですけれども、このグラフの色がガイドラインの推奨度を表しているというところで、資料6－参考の、寒色系で増えたほうが望ましいもの、暖色系で減ったほうが望ましいものというところでは、資料6－参考の5ページをご参照いただきますと、冒頭、上のほうのIV、結果のすぐ下のところなのですが、傾向として増加することが望ましい項目については寒色系、減少することが望ましい項目については暖色系でお示しをしていますというところで、全てのグラフで統一をさせていただいておりまして、その辺が大分取りまとめが難しいかなと思っているところではございます。

○木村委員長

それで頑張って、注1を書ってくれたのですね。

○事務局

はい。

○木村委員長

注1というのが、色が変わった理由をここには入れているということであります。

○中井委員長代理

ごめんなさい。出来上がりの図として美しくないなと思った。すみません。

○木村委員長

ここはペケにして何か書くかでもいいですかね。その辺りは見え方の問題なので。ただ、中井委員長代理としては案2のほうがいいということですね。

○中井委員長代理

はい。

○木村委員長

ほか、いかがでしょうか。確かに、案2のほうがトレンドは分かるような気がいたしますが。

勝村委員お願いします。

○勝村委員

ありがとうございます。私も同じで、私も黄色に賛成です。

○木村委員長

黄色にして、案2の方を。

○勝村委員

口頭での同意ありが青になっているというのは、昔であっても僕はあまり良く思いません。

○木村委員長

では、ここは黄色にして、それでこの注釈を付けたらどうですか。2009年から2014年はこういう、注1の内容を付けておけば。それで、ここは例外と。たまには例外もあるということで。そのほうが見栄えもいいですし。

○勝村委員

加えて。先ほど木村委員長がおっしゃっていたように、本当に市塚委員のところが最初にどんな説明をしているかということも含めたものは、提示していくこともすごくいいことだと改めて思いますので、そういう意味で、この辺りでもどんなふうにされているのかというようなものも示すことができたらいいいのではないのでしょうか、見本として。

○木村委員長

14回再発防止報告書でも事前に説明するようなこともありだという文言を書いていたのですが、また具体的にそういったことも、事前にこんな文書を取っていますみたいな、吸引娩出術に関して、そういったこと、あるいは包括的にこういったものをお渡ししている施設がありますということで、どこかの施設を出させていただくということはやっていいことかなと思います。これはこの章になるのか、先ほどの3章の最後になるのか、これ

はまた場所を考えていただいたらいいと思うのですが。そういう同意の取り方という意味では大事なところかなと思います。他いかがでしょうか。

新生児蘇生については、いかがでしょうか。先生方、このグラフの間隔でよろしいでしょうか。1分以内の新生児人工呼吸開始というパーセントであります。

細野委員、すいません。この辺りの生後1分以内に、注1で新生児蘇生が必要になった事例が、1分以内、未満、あるいは自発呼吸がないという、この2点が、ここの注に割に小さく書かれておりますが、この書き方でよろしいですか。あるいは、もう少し大きく書いておいたほうがいいでしょうか。

○細野委員

やっぱり2020のところからそこが明確になっているので、次回のときには大きめにしていただいたほうがいいかと思います。

○木村委員長

これは2020からの基準ということでよろしいですか。

○細野委員

アルゴリズムに書いたのはそこからになるので。

○木村委員長

なるほど。では、またそうなった時点ではキャプション、最初のタイトルのところに入れるとか、何か少し工夫をしていただいたらと思います。では、今はこれでよろしいでしょうか。

○細野委員

はい。

○木村委員長

ありがとうございます。水野委員もうなずいていらっしゃいますので。飛弾委員もよろしいでしょうか。

胎児心拍数聴取あるいは診療録の記載に関する産科医療の質の向上を図るための指摘があった項目ということで、これは縦軸をどうするかという縦軸議論がありましたが、一応縦軸を100%に統一して、このような形にするという案でございます。よろしいですかね。ここのご意見一覧はここまでですかね。縦軸の話もしてということで。縦軸は100%に統一するという方向で、市塚委員のご意見に対応していただいたということでございます。よろしいでしょうか。ここは非常に見やすくなったように私も思いますので、何かま

たご意見ございましたら、またメール審議の過程でお伝えいただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

そうしますと次が、これもご審議いただきたいのですが、分析対象事例の概況ということで、今度は資料7、資料8、資料8－参考、資料9のところについての説明をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○事務局

「資料 分析対象事例の概況」についてご説明いたします。資料は、委員長よりご案内のありました通り、本体資料、資料7、資料8、資料8－参考、資料9、資料9－参考をお手元にご準備ください。資料7は、前回委員会および委員会後にいただいたご意見の一覧、資料8は「資料 分析対象事例の概況」の改訂案、資料8－参考は第15回再発防止報告書から、「資料 分析対象事例の概況」を抜粋したものでございます。資料9は、本制度ホームページに掲載予定の出生年別統計の改訂案、資料9－参考は、本制度ホームページに掲載しております「原因分析がすべて終了した2014年出生児の概況」を一部抜粋したものでございます。資料8につきまして、第15回再発防止報告書からの変更箇所にはグレーの網かけをしております。また、第16回再発防止報告書の分析対象事例におけるデータが未確定ですので、各表の集計値は第15回再発防止報告書の分析対象事例3,796例のデータでございます。

本体資料2ページ下段1つ目から3つ目の丸に、本日の概要を記載してございます。「資料 分析対象事例の概況」につきまして、継続審議とされている項目を中心に全体の改訂案を整理いたしましたので、内容をご確認の上、最終的な方向性をご審議いただきたく存じます。

また、4つ目の丸に記載しておりますが、9月を目途にメール審議を実施し、第16回再発防止報告書の分析対象事例における集計結果をご確認いただく予定でございます。改めてご連絡申し上げますので、その際はよろしくお願いいたします。

それでは、資料7に沿って、これまで頂戴したご意見の具体的な対応等についてご説明いたします。なお資料7は、1番から16番までが前回委員会におけるご意見、17番以降が委員会後に小林委員から頂戴したご意見となっております。今回小林委員には、蓄積された個々のデータ内容を含めてご確認いただき、ご意見をいただいております。

まず、1番から12番および17番以降は、その他の項目の件数が多くなっている表の集計方法に関するご意見でございます。該当の表が3つございますので、資料8－参考を

ご覧ください。

1つ目が、3ページ、表I-6「妊産婦の既往・現病歴の有無」、2つ目が5ページ、表I-13「産科合併症の有無」、3つ目が16ページ、表I-46「新生児期の診断の有無」でございます。前回ご提示しました改訂案に対する共通のご意見として、「既往・現病歴なし」や「診断なし」があったほうがよい、「その他」をなくすことにより情報が不足する印象を受けるといったものがございました。また、17番は、「その他の疾患」および「その他の診断名」として丸めているものは、一旦項目化して集計してみたいのご意見でございます。ご意見を踏まえまして、集計方法は現行の表と大きく変えず、あり、なし、不明の件数を提示する建付けといたしました。

続きまして、各表における対応をご説明いたします。

まず、資料8、4ページ、表I-6「妊産婦の主な既往・現病歴」でございます。17番のご意見を踏まえ、これまで「その他の疾患」として集計しておりました「消化器疾患」「肝疾患」「腎・泌尿器疾患」を項目化した上で集計いたしました。また、診断名が不明なものを「その他の疾患」として集計しておりましたが、18番のご意見を踏まえ、「不明」として集計しております。なお、こちらの表の項目名につきましては、主要診断群分類等を参考に整理しまして、メール審議にてご確認いただく予定としております。

表I-6につきましては以上でございます。

○木村委員長

まず、表I-6、これは見比べていただくとよく分かります。資料8-参考というほうの3ページの表I-6、これが今年既に出たバージョンのものであります。それに対して、資料8、これが来年度出す予定のドラフトであります。数はまだそろっておりません。その4ページに同じ表I-6があります。なるべく表をそろえようということで同じ表が出ているわけですが、これは妊産婦の既往・現病歴ということで、これは妊娠する前に分かっていたものという括りで書かれているということでございます。その中で、肝疾患がどれぐらいなのか、1%ぐらい。肝炎ウイルス等も入っているのかもしれませんが、そういったものが入っているということ。腎・泌尿器疾患が2.5%ぐらいあるということ。それから、不明は不明としてはっきり書くと。不明となしは分けるということ。不明となしをしっかりと分けるということで書かれてございます。いかがでしょうか。

○中井委員長代理

中井です。これ、なしがあったほうがいとしか言ったと思うのですが、これで、非

常に紛れがなくなっていて、要するに、全体の数からなしを差し引けば疾病を持っている人の頻度が分かります。これで僕はいいような気がします。

○木村委員長

ありがとうございます。よろしいでしょうか。この方向でということではありますが。今度はⅠ－１３ですかね。次、Ⅰ－１３のグラフ。これは資料８のほう、来年度作る予定の表は資料８の６ページ。それから、今年出した表は資料８－参考の５ページにあります。それぞれ見比べてみてください。では、お願いします。

○事務局

こちらにつきましても、１７番のご意見を踏まえまして、これまで「その他の診断名」として集計しておりましたグレーの網かけの１１疾患を項目化した上で集計いたしました。また、現在こちらの表では一部の診断名について、確定診断のみではなく「疑い」を含んでおります。「疑い」のデータは、「その他の診断名」として集計しておりますが、「疑い」を含まない項目との整合性を図るため、「疑い」のデータは集計しないこととしてはいかがかと整理しましたので、方向性をご審議いただきたく存じます。なお、当該表につきましては、１９番のご意見を踏まえまして、産科合併症として集計する診断名を定義づけする方向性として、次年度継続課題として整理を進めたく存じます。

また、委員会前に木村委員長よりご意見をいただきまして、こちらの表の定義が分かりにくいということで、妊娠診断以降に診断されたものであるというところで注釈を加える予定でありますので、またメール審議にてご確認いただければと思います。ご審議よろしくをお願いいたします。

○木村委員長

ありがとうございます。１つ目、まず「疑い」というのは外して、どこに入ったのですか。

○事務局

「疑い」のデータのための事例につきましては、こちらの表では「なし」として集計しております。

○木村委員長

合併症なしにしたのですよね。「疑い」というだけでは合併症なしにしたということでございます。いかがでしょうか。これ、難しいなと思ったのは、先ほど表Ⅰ－６と見比べていただきますと、例えば同じ子宮筋腫というものが出てきたことで分かってしまったのです

が、表Ⅰ－６では子宮筋腫１２１名で、表Ⅰ－１３では子宮筋腫が２１８名、何で違うのという話をしたら、産科合併症というのは、妊娠されてから診断された子宮筋腫でしたでしょうか。妊娠されてからですか。妊娠される前にあっても、妊娠中にもあったらここに入っているのですか。

○事務局

はい。妊娠診断後に診断されたものに関してはこちらの表Ⅰ－１３で集計をしております。

○木村委員長

だから、一部はかぶっているわけですね。事前からあった事例も入っている。

○事務局

はい。妊娠中に増悪したものに関してはこちらでも集計をしており、重複しているものになります。

○木村委員長

だから、実はすごく曖昧なのです。何で違うのですか、という突っ込みが入ると、なかなか答えにくいなというか、すごく真面目にこれを基に研究されると困るなと少し思ったのですが。

中井委員長代理、お願いします。

○中井委員長代理

そこはその通りなのですが、１つ、産科合併症と言う割に脳梗塞が一番下に入っている。産科合併症って言わないですね。

○事務局

こちらも産科合併症としてタイトルはそうなのですが、基本的には産科に関連せずとも、妊娠後に何らかの診断がありましたら、こちらの項目でありとして抽出をしております。

○中井委員長代理

括りで産科合併症と分ければいいのではないのでしょうか。

○事務局

ですので、今年度は少しスケジュール的に無理がありますので、次年度、再発防止委員会として、産科合併症の定義づけをしていただければと考えております。

○木村委員長

というか、産科合併症というキャプションが、「妊娠中に発見された主たる疾患」とか。

妊娠中、これ、羊水塞栓とか産後ですよ、分かったら。だから、「妊娠中・産後に発見された新たな疾患」とかいう、この言葉、産科合併症を起こした妊産婦と合併症妊産婦というのは、みんな違うカテゴリーのことが頭の中に浮かぶので。

○中井委員長代理

偶発合併症ということですね。

○木村委員長

はい。なので、そのキャプションをむしろ変えられたほうがいいのかという気がいたします。そのほうが理解しやすいのではないのでしょうか。あまり真面目にこれを使って研究しないようにというのは書けないので、そこは少し難しいのですが、そこ、何か注釈が1つ要るなど。同じ子宮筋腫の数が違うということに関して、そこが分かるような注釈を少し考えてみてください。

ほかいかがでしょうか。よろしいでしょうか。そうしたら、一応この方向で今年はこれでやって、産科合併症と産科合併症以外の妊娠中の偶発疾患、合併した疾患ということをもどのように分けていくのか、これはまた少し時間をかけて議論をさせていただきたいと思っています。

飛彈委員お願いします。

○飛彈委員

飛彈でございます。少し教えていただきたいのですけれども、上から3つ目、絨毛膜羊膜炎は組織学的に診断された絨毛膜羊膜炎ということになっているのですけれども、これ、もしかしたら前にもお伺いしたことがあるかもしれないのですが、開業のクリニックでの分娩でも、絨毛膜羊膜炎が疑われた場合には胎盤病理は行われている場合が多いと理解してよろしいでしょうか。

○木村委員長

その辺は分娩した場所によって、何か差はありましたか。

○事務局

印象ではございますが、特に差はなく、恐らく外注等で胎盤病理検査を提出できるので、診療所でも行われている事例はございました。

○飛彈委員

ありがとうございます。

○木村委員長

大分前の議論でそれをしたときに、保険病名がつかなくて、どうやってコストを取るのかという議論が少しあって、こういったことに対してもきちんとコストが落ちるようにと要望はたしか出した覚えがございます。ただ、ついてないですね、今も。ついてないので、確かにそれは問題意識なのですが、思ったより出ているのですよね、病理が。なので、皆さん、現場で頑張っているということだろうと思いますが、そういう現状でございます。

○飛彈委員

ありがとうございます。

○木村委員長

ほかいかがでしょうか。小林委員お願いいたします。

○小林委員

小林です。この表のⅠ－１３なのですが、まず１つは「疑い」は外しているのですが、ここは本日はなくてもいいのですが、外す方向でいいのかというところを改めて検討していただきたいと思います。例えば、我々が公衆衛生等の調査をするときに、カルテとかレセプトの２次資料を使って集計するときは、「疑い」を外す場合が多い。疑い病名についてはその病名でないというふうに、数えないことが多いのですが、入れると大体頻度がすごく多くなって、入れないほうが妥当な数字になるので入れないことが多いのですが、原因分析報告書で「疑い」と書いてあるものをどう考えるかというのがまず１点です。

もう１点、産科合併症が、最初からこの分類というか、表題があるのですが、どういう形で入ったかというのをもう一度少し遡って調べて、表題を考えたほうがいいかなと思います。恐らく原因分析報告書の中で、分娩経過中で、あるいは妊娠経過中で見つかった病気を挙げているだけかなと思うのですが、産科合併症というふうに改めて定義して、原因分析報告書に書いてあるわけではないと思うのですが、それをもう一度見直して、表Ⅰ－１３のタイトルをもう一回再定義したほうがいいかなと思います。

以上です。

○木村委員長

貴重なご指摘ありがとうございます。原因分析報告書でどういう言葉を使っているのかとか、変遷があるのか、１回確認をしてください。それから、「疑い」に関してはいかがでしょうか。原因分析報告書で「疑い」と書かれているカルテを見て。

○事務局

事務局より失礼いたします。原因分析報告書には診療録の通りに記載されておりますので、原因分析報告書に「疑い」と記載されたものにつきましては、再発防止データベースでもその通りに抽出をしているものになっております。

○木村委員長

それは基本的には、原因分析報告書の中では、カルテからそこは写してきている。そこを、「疑い」と書いてあるが疑いではないとか、「疑い」と書いてあるが疑いもないとか、そういうことは書いてないですか。そういう評価はしてないですか。中井委員長代理、原因分析しておられるとき、いかがでしたでしょうか。

○中井委員長代理

思い出していたのですが、そこまでは分からないですね。

○木村委員長

分からないでしょうか。

○中井委員長代理

はい。そこを見て原因分析はしてなかったです。

○木村委員長

では、素直に診療録をそのまま。

○中井委員長代理

いえ、素直に診療録を読むというか、そうは書いてあるけど、実際にはこういうことが起こったよねというのが原因分析の書きぶりであるわけですね。

○木村委員長

だから、「疑い」ということは少なくとも……。

○中井委員長代理

重んじてはない。

○木村委員長

分析はしていない。

○中井委員長代理

ないと思います。

○木村委員長

分かりました。

小林委員いかがでしょうか。今のような原因分析委員会側のお考えだったのですが。

○小林委員

小林です。カルテ通りということであれば、これはどちらかに決めるしかないと思います。

○木村委員長

そうしたら、いかがでしょう、小林委員、公衆衛生的な調査では、ほとんどそれは省いているということが一般的なのですね。カルテをご覧になっての調査でも、カルテ資料のときも、日本の場合、疑い病名というのは保険と絡むので非常に複雑な動きをしてしまうこともあって、バイアスがかかってしまうということもあって、余計にそれを外しておられるという考えでよろしいですか。

○小林委員

小林です。非常に丁寧にカルテを書くドクターの方はその後、訂正の傍線を引いたりしてくれていますけれども、大抵の場合はいつまでも残っていて、恐らくその病名ではないという印象です。

○木村委員長

分かりました。ほかの先生方いかがでしょうか。基本的には「疑い」は外して純粋に、原因分析委員会でも、この疾患であったと決まっているものがここに入るという形でよろしいですか。

飛弾委員お願いします。

○飛弾委員

1 個いいでしょうか。すごくくどいようなのですが、いわゆる産科の先生たちが言われる臨床的な絨毛膜羊膜炎というのも、今、「疑い」の中に入って、「疑い」というか、合併症なしの中に入っているという理解でいいでしょうか。やっぱり脳性麻痺の原因となる脳室周囲白質軟化症の背景にはきっと炎症があるので、それが最終的にもし病理診断が行われていなかったとしても、何らかの関係がもしかしたらあるのかなということは懸念されるのかなと思うのですが、その辺りはどのように取り扱われていたか教えていただけますでしょうか。

○事務局

事務局より失礼いたします。こちらの表の絨毛膜羊膜炎につきましては、胎盤病理にてありとされたものを、確定診断されたものを抽出しておりますので、こちらは疑いを含まないデータとなっております。

○木村委員長

疑いというか、臨床的絨毛膜羊膜炎というのは入っていないのでしょうか。

○事務局

はい。含んでおりません。

○中井委員長代理

臨床的絨毛膜羊膜炎は、経過を見ていて、原因分析報告書であれば書いているでしょう。だから、言葉は拾えるはずではないですか。

○事務局

データを拾うこと自体は可能でして、項目としても子宮内感染として拾うことは可能なのですが、現状のこちらの表では、胎盤病理における絨毛膜羊膜炎を集計しているものですので、子宮内感染のほうが望ましいようでしたら、そちらをご審議いただければと思います。

○木村委員長

どうしましょう。飛彈委員お願いします。

○飛彈委員

しつこくて本当に申し訳ないのですが、先ほど木村委員長や中井委員長代理が言われたように、もし胎盤病理組織学検査で絨毛膜羊膜炎として診断されていないものでも、やはりそれなりのポピュレーションがこの中にあるのであれば、将来的にまた、きっと繰り返し胎盤病理に対する保険点数というのは言われていくのだと思うのですが、特に分娩が保険化されたときに、そういうものをきちんと胎盤病理で診ていくことの重要性みたいなことは、もしこの中に臨床的絨毛膜羊膜炎とだけしか言われてないものがそれなりに入っているのだったら、そういうことは言えないのでしょうか。胎盤病理を保険点数化していくことが一つの理由にはならないのでしょうか。

○木村委員長

たしか、一度子宮内感染というテーマで議論したことがございまして、そのときに、案外臨床的絨毛膜羊膜炎とL e n c k iの基準を使って診断したものと病理の診断が合っていないというか、結構食い違っていたことを記憶しております。ただ逆に言いますと、この中で、子宮内感染・絨毛膜羊膜炎として、両方含んで、ただダブルカウントしないように気を付けないといけないのですが、そういったことにするほうが、飛彈委員がおっしゃるように、ここの合併症としての意義を強調して、また、そこで、うち病理学的診断は何件

と書くことで診断が、病理学が大事ですよということを強調することはできるのではないかとこの気はいたします。その辺、事務局どうですか。そういうまとめ方できますか。

○事務局

データ内容も含めて検討させていただければと思います。

○木村委員長

1回見てみてください。子宮内感染というキーワードが、絨毛膜羊膜炎なし……、金山委員、何かございますか。

○金山委員

金山ですが、以前その件で検討したときに、臍帯炎のありなしも大事ではないかということで、絨毛膜羊膜炎の中に臍帯炎を含めたのかどうかというのは私も忘れたのですが、臍帯炎があるかどうかというのは一つ大事だと思いますし、また、臨床的絨毛膜羊膜炎の白血球とか母体の頻脈とか胎児頻脈とか、それも非常に大事な所見だと思いますけれども、臍帯炎と臨床的な絨毛膜羊膜炎をどういうふうに入れ込んでいくかというのは検討されたらいいと思います。

○木村委員長

分かりました。ありがとうございます。一度データベースに戻っていただいて、子宮内感染・絨毛膜羊膜炎・臍帯炎ぐらいでソートして見ていただいて、それが増えるのかどうかとか、それぞれが重なっていないものがどれぐらいなのか教えていただいて、その上で検討しましょうか。そのデータがないと多分、概念的なことを言っても始まらないので、そのデータをまずいただけますでしょうか。またメールに載せていただくなり、次の回でも結構ですので、一度それをお調べください。

ほかいかがでしょうか。勝村委員お願いします。

○勝村委員

また違う話なのですが、今さらなのですが、表Ⅰ－6とⅠ－13の違いなのですが、妊娠前と妊娠中と分娩中と分娩後という4つのタイミングがあるとしたら、表Ⅰ－6は妊娠前に分かっていた病気ということでいいのですか。表Ⅰ－13は、妊娠中、分娩中、分娩後の全部の中で診断されたものということなのか。それとも、先ほどのお話を聞くと、表Ⅰ－13のほうはその4つ全て入っているということなのか。事務局の方々が数えていただいたのがどういう範囲のことなのかをもう一回教えてもらえたらと思うのです。

○事務局

事務局より失礼いたします。表Ⅰ－６は妊娠の診断より前に診断されたものでして、表Ⅰ－１３は妊娠の診断より後、妊娠中、産褥期に診断されたものを集計しております。

○木村委員長

要は、表Ⅰ－１３には、例えば糖尿病と診断されていたら、妊娠中も糖尿病なのだけど、ここには妊娠糖尿病という名前しか入っていないから糖尿病は入れてないと。

○事務局

はい。入れておりません。

○木村委員長

そうですね。妊娠前に心疾患の既往があれば、そのまま妊娠中も心疾患の既往がある人と見て入っていますが、このカテゴリーには入っていないということになります。だから、子宮筋腫とかがややこしくて、子宮筋腫は非常にややこしいのです、そうすると。消えないはずだった人と、妊娠中に新たに分かった、今まで子宮筋腫とか一回も言われたことがない人が妊娠して超音波で見たら、「あなた、子宮筋腫がありますね」って言われたらここに入ってくるということがございますので。だから、ここを真面目に考えると話がややこしくなるというものがいくつかある。逆に言うと、回旋異常とか臍帯脱出とか性感染症なんていうのは妊娠してからの検査で分かる、分娩中のことで分かるということで、これはすっきりしていると思うのです。だからざっくり言うと、妊娠前のリスクと妊娠中、出産、あるいは分娩後に起こったイベントと分けて考えていただくと、ざっくりと合っていると思います。なので、ここのキャプションの産科合併症というのが少しまづいかなってしまうので、その辺りが分かりやすいような言葉を考えてみてください。よろしいでしょうか。

あともう１個、表がありましたね。

○事務局

続きまして、表Ⅰ－４６「新生児期の診断の有無」についてでございます。資料８の１５ページおよび資料８－参考が１６ページでございます。こちらにつきましても、１７番のご意見を踏まえまして、これまで「その他の診断名」として集計しておりました低二酸化炭素血症を項目化した上で集計いたしました。また、これまで当該表では頭部画像所見も含めて集計しておりましたが、頭部画像所見につきましては、１７ページ、表Ⅲ－１、原因分析報告書に記載された脳性麻痺発症の原因においても集計することとなりました。

それぞれの表においては、診断時期や診断方法等の条件が異なり、その違いを読み取り

にくい可能性がございますので、当該表では集計しないこととしてはいかがかと整理いたしました。なお、表Ⅲ－１の集計対象外である２００９年から２０１４年出生事例の頭部画像所見につきましては、本制度ホームページに掲載しております出生年別統計にて提示することではいかがかと考えております。資料９、１ページにて掲載案をご提示しておりますので、併せてご確認いただければと思います。ご審議よろしくをお願いいたします。

○木村委員長

ありがとうございます。最後は資料何番ですか。

○事務局

資料９の１ページでございます。

○木村委員長

資料９の１。これはホームページに載るものですか。

○事務局

はい。ホームページに掲載予定でございます。

○木村委員長

資料９の１ページの表は、これは実は資料８のⅢ、１７ページですか、大きい、紙ベースではＡ３になってしまう表がございます。そこと一部重なっている、一部は少し違うということですね。ただ、今までは資料９の表Ⅰ－４６「新生児期の診断の有無」というところで一括して載せていたので、統計方法が変わるとよくないので、こちらはホームページでずっと継続して載せていくという方向でございます。

資料８に戻りまして、表Ⅰ－４６は一応頭以外、それから、１７ページの表Ⅲ－１というのが頭の所見。これは出生後の頭の所見ですね。むしろ表Ⅰ－４６は出生直後、比較的早期に発見された疾患ということなのですが、この中で、「その他」に高ビリルビン血症を入れていますよね。これ、脳性麻痺になったような事例はなかった……。脳性麻痺の主たる原因と解釈されたのはなかったですか。昔は核黄疸って大事だと。

○事務局

事務局より失礼いたします。「その他の診断名」で高ビリルビン血症があり、かつ原因として記載されている事例もあるかとは思います。

○木村委員長

削らないほうがいいのではないですか。高ビリルビン血症の立ち位置というのは今でも重要な状態ではないのですかね。削ってしまうのも少し抵抗が私にはあるのですが。

飛彈委員お願いします。

○飛彈委員

飛彈でございます。また、細野委員や水野委員からもご意見を頂戴したいところなのですけれども、高ビリルビン血症という病名单体で評価するのは難しいかなと思っております。木村委員長が言われるように、ビリルビンが高いことがビリルビン脳症の原因にはなるのですけれども、併せてやはりアンバウンドビリルビンを、アルブミンとバインドしてないビリルビンをきちんと測られているとか、それから、そのときの患者さんの状況によっても、血液脳関門をビリルビンが通る程度が変わってくるので、高ビリルビン血症にどれぐらい重きを置いてここで見るかというのはなかなか難しいかもしないです。ただ、もちろん分けていただくと、ビリルビンが高いことに注意をしないといけないということの改めての注意喚起にはなると思うのですが、ビリルビン脳症って必ずしもビリルビンが高いからなるわけではなく、ビリルビンが低くてもビリルビン脳症になってしまう人はいるので、そこをどこまで分けるかというのは少し難しいような気がします。どれぐらいの重きを置いて、経過の中で取り上げられているかということにもなるかなと思うのですけれども。細野委員、水野委員、いかがでしょうか。

○細野委員

細野ですが、今、飛彈委員が言われた通りなのですが、今、正期産児のいわゆるビリルビン脳症というのはほとんどいないのです。ただ、正期産児でビリルビン脳症になっている事例は、外科手術をしていて、低タンパク血症になっている例が一部あるのと、あと早産時のビリルビン脳症で、ただ、私も原因分析委員会に入っていて、そこに上がってくるのはやっぱりMR Iでビリルビン脳症の画像だということで、高ビリルビン血症による核黄疸で脳性麻痺というのと、あとは記載のところで、低緊張性の所見が書かれているかどうかというところで総合的に判断しているのが現状なので。

○木村委員長

では、高ビリルビン血症ということで取り立てて書く必要はないという感じでよろしいでしょうか。

○細野委員

ただ、高ビリルビン血症って従来からそういう言い方をしているので、それを残してもいいかと思いますが、細かく言うとそういうことになります。

○木村委員長

なるほど。水野委員いかがでしょうか。

○水野委員

ありがとうございます。水野でございます。お二人の先生方がおっしゃった通りだと思いますが、急性ビリルビン脳症という診断名ではあまり引っかかってこないのですかね、やっぱり。

○木村委員長

そういう書き方はなかったですか。

○事務局

そういった項目名でデータ抽出をしておりませんので、中身を見てみないと。

○木村委員長

では、少し1回、あるいはビリルビン脳症というような名前でもいいのですか。

○水野委員

いいと思います。そういったものがあると、それはかなり脳性麻痺に強く関係しているというのは言えると思うのですが、高ビリルビン血症だけですとかなり多くなってきて、先ほど細野委員がおっしゃるように、正期産の児でビリルビンが高いために脳性麻痺になっていくというのは最近ほとんどないと思いますので、ここら辺がどの程度だったのか。アルブミンの値なども分かれば、より高ビリルビン血症が脳性麻痺に関係してきたかって、MR I 所見を含めて言えるようになるのかなとは思いました。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。そうしたら、一度ビリルビン脳症という診断があるかどうかというのだけ調べていただいて、もしもなければ、逆に高ビリルビン血症というだけだったら、すごく幅広くて、結構たくさんの方が上がってくるかもしれない。

飛弾委員いかがでしょう。

○飛弾委員

ありがとうございます。今細野委員、水野委員がご説明いただいた通りかなと思います。多分高ビリルビン血症って光線療法をしていると、自動的にもしかしたら医事課のほうでどんどん割り付けてきてしまうかもしれないのです。なので、水野委員が言われたように、ビリルビン脳症もしくは核黄疸という病名で拾っていただくと、さっき細野委員が言われたように、MR I での診断がついたものが拾えるのかなと思うところでございます。

○木村委員長

ありがとうございます。では、一度キーワードを変えて拾ってみて、それで結果をまたご報告して、それで先生方に判断していただきたいと思います。よろしくお願いいたします。

○市塚委員

よろしいですか。

○木村委員長

市塚委員お願いします。

○市塚委員

市塚ですが、表Ⅰ－４６で新たに心疾患というのが加わったと思うのですが、新たに加わった割にかなり件数多くて、動脈管開存症９４１件というのがすごく目立っているのですが、これって本当に開存症なのか、それとも出生直後に具合が悪くなって、NICUに来たら心エコーすると思うので、そのときにまだ単に生理的に動脈管が開いているだけのものも入っていないと、開存症がこんなに多いというのは少しどうなのかなと思うのですが、その辺りはいかがでしょうか。

以上です。

○木村委員長

いかがでしょうか。

○水野委員

水野です。よろしいでしょうか。

○木村委員長

お願いします。

○水野委員

私も実はここでコメントしようかと思ったのですが、恐らくそういったのは入っていると思うのです。心エコーやったときに病名を付けるのに、動脈開存症とか入れているものもあるのかなと思います。これだけ数があるのは、まだ生理的に、日齢２とか日齢３でやれば、日齢２ぐらいですと見える児は一定数いらっしゃると思いますので、それがどの程度脳性麻痺に関係しているかという、なかなか難しいかなと思って見ておりました。

○木村委員長

ありがとうございます。ここの疾患は、必ずしも脳性麻痺の主たる原因とかいうふうに

評価された疾患名ではないことはご承知おきいただきたいと思います。その上でどうでしょう。例えば動脈管開存とかいうことですかね。

○水野委員

それなりに出ると思うのですよね、エコーをやると。先ほどの高ビリルビン血症と同じぐらい、エコーをやると、まだ開いているねというので、そこで病名を付けてしまうと、それがずっと残っている可能性もあるのかなというのは思いました。

○木村委員長

なるほど。それは難しいですね。どう見分けるか。何かアイデアありますか、見てもらって。

○事務局

事務局より失礼いたします。こちらにつきましても、個々の事例を確認してデータ抽出はしているのですが、それが病的なものかどうかを判断してデータ抽出することが難しいので、現状の通り、記載があれば、ありとして抽出せざるを得ない状況でございます。

○木村委員長

では、日齢何日で診断されたかも分からないのでしょうか。

○事務局

はい。データ上は診断時期は抽出しておりません。

○木村委員長

そうすると、実は動脈管開存状態だけだったかもしれないということですね。だから、「症」って付けてしまうと病名になるから、どうなのでしょう。そうしたら、ここは検討事項で、その他の心疾患のほうが大事そうですね、きっと。逆に言うと。ここで「その他」でくくられているデータは何なのかって分かりますか。あまり分からないのでしょうか。

○事務局

こちらでも入院したときのエコー所見で、三尖弁閉鎖不全症ですとか僧房増幅弁閉鎖不全症ですとか。

○木村委員長

循環に負荷がかかったら起きますね。そもそも、ここが疾患かどうか分からない。

飛弾委員いかがでしょうか。

○飛弾委員

ありがとうございます。飛弾でございます。先ほど水野委員が言われたように、症候性

なのかどうかというのが効いてくるところだと思います。動脈管開存もやはり症候性であれば脳性麻痺の原因になり得ますので、例えばそれに対して、早産の児であれば治療が、薬理的な治療的介入が行われたかどうかということは、多分カルテを子細に見れば分かると思うのです。ただ、それを全部拾い上げることができるかというと、少し難しいところかなと思います。動脈管開存の状態がどこまで、ここに病的に働いたかというのは、先ほどの議論と同じで、検査のために病名を付けたけど、その後閉じれば、その病名を治癒にしているかどうかという先生のマメさにもかかってくる場所ですので、どの児も、生まれてすぐ急性期にエコーをやれば動脈管は開いているので、そういう意味では拾われてくる病名として最頻になってしまうのは仕方がないと思うのです。

なので、そのこのところをキャプション、そういう説明を付けてこのデータを出すかどうかというところかだと思います。拡張期の血流が落ちてしまうので、そういう意味では、症候性の動脈管開存が末梢臓器である脳に対してダメージを大きく与えるのは確かなのです。ですから、その中に症候性ではないものも入っていますということは説明として付ける必要は、この数字を出すなら必要かなと思います。

○木村委員長

では、これはもう注釈として、どんな注釈がいいか、新生児の先生方に意見をまた後で聞いていただいて、その意見で、この動脈管開存症というのが、全部が病気ではないし、でもその中では、あるいは新生児の状況を悪くしているものもあるということをどのように記載するのかということを少し考えましょうか。先生方のお知恵を拝借いたしまして、ここは修正というか、注釈を付けたいと思います。よろしくお願いいたします。

あともう一つありましたね。

○事務局

続きまして、資料7、13番から16番でして、診療体制に関するご意見でございます。資料8－参考、18ページから19ページ、「2. 診療体制」の各表をご覧ください。診療体制の各表につきましては、これまで分析対象事例の合計数を集計しておりましたが、従来の方法を継続するにあたり複数の懸念点がございましたので、対応欄に記載しております。こちらの懸念点を踏まえまして、再発防止報告書に掲載しておりました分析対象事例全体のデータは今後集計せず、出生年別統計にて集計し、本制度ホームページに掲載することではいかがかと整理しましたので、方向性についてご審議いただきたく存じます。なお、出生年別統計の掲載イメージを資料9、2ページから3ページに作成しましたので、併せ

てご確認ください。ご審議よろしくお願いいたします。

○木村委員長

資料9が分かりやすいと思います。資料9の2ページ、3ページ、Ⅱのところであります。今まで、例えば阪大病院で過去に3例脳性麻痺があったとしたら、ここの表Ⅱ－5の総合周産期医療センターは3増えるのです。それで、前の情報では、総合周産期医療センターが日本で800から900あるようなことになってしまっていて、これはおかしいだろうという。これ、一事が万事全部そうでありまして、オープンシステムでありますとか産科単科病棟と産婦人科病棟と混合病棟みたいな、この集計全部そうだったので、それではあまりに実態とかけ離れている。さりとて、では、1年の中で2件あったら、この表でも実は総合周産期母子医療センターが2に増えるのです、同じ施設で2件あったら。ただ、そういうのはさすがに少ないだろうということで、一応1年ごとの集計にしようというのが今回の一番のご提案ですよ。方向性です。だから、今まで実はとんでもない数の施設があったのは、要は1件1件積み重ねたからということで、これは委員長をやっていた私の責任でもあるのですが、あまり深く考えていなかったのも、そういうことがだんだん分かってまいりまして、少なくとも年次体制で今年起こったところはどんなところでしたかということしか分からんなど。

同じところを積み重ねても、これはどうしようもないので。ただ、ホームページには今までと同じ表は載るのです。だから、ホームページも累積であるということのをうまく分かってもらわないと、そこはミスリードすると思うのですけれども、阪大総合周産期センターで今まで3件この補償を受けていたら、それは総合周産期センターが3件あると計算されている。だから、起こった施設の延べ数であるということ、ホームページでもきちんと書いておいたほうがいいかなという気はしますが。

○事務局

事務局より失礼いたします。失礼いたしました。延べ数につきましては、今後冊子から除外する場合はホームページには掲載しない方向にしております。

○木村委員長

ホームページには今後掲載しない。

○事務局

はい。ご提案としましては、出生年別統計で1年ごとの集計値を掲載してはいいかがかと考えております。

○木村委員長

毎年のもを出すということですね。今まで2014、13、12と出していく。それはホームページなら可能ですね。それでも、その年内には2件起こったところは2件と書かれてしまう。1つの施設でも2件となるという建付けでございます。これは集計上仕方がないとか、名寄せがどうもできないみたいで、この形で行かせていただくしか今ないかなという感じでございますが、よろしいでしょうか。そういう計算であるということうまく記載をしていただけたらと思います。表に関しては以上ですかね。資料8、9に関しては以上でございますが、何か全体を通してございますか。表、なかなか難しいところがありますが、なるべく過去のものとなんか逸脱しない形で分かりやすいようにということで、新生児のことにしましては、確かにここに上げる様態として適当なのかどうか、あるいはなぜ上げているのかとか少し注釈で新生児の先生方とご相談いただけたらと思います。よろしくお願いいたします。よろしいでしょうか。

小林委員をお願いします。

○小林委員

小林です。戻って申し訳ないのですが、先ほどの資料8の表I-46、新生児期の診断なのですが、今回の改訂で、頭部画像所見のあるものが集計から結果的には除かれてしまっているのですが、それでいいか少し疑問があります。この表だけを見ると、誤解をしてしまう読者が出てくるかもしれないという気がします。今までのものだと、一番上に低酸素性の虚血性脳症が来て、40%ぐらいそれが来るのですが、頭部画像所見は別の表に記載するという形で全く抜けているのですけれども、新生児期の診断は画像所見がなくてもかなりついているものもあると思うのです。そうすると、これを見ると誤って解釈してしまう人もいるので、何らかの形でもう少し、脳の障害が分かるような記載をどこかに入れたほうがいいと思うのですが。注2の小さい注釈だけだと、表現としては少ないような気がいたしますけれども。

○木村委員長

なるほど。難しいのは、脳の画像所見に関しては、新生児期以降に撮ったものも結構あるのでしたっけ。

○事務局

事務局より失礼いたします。頭部画像所見につきましては、新生児期、生後29日以降に撮られている所見もございますので、今回、こちらの表からは除く整理といたしました。

○木村委員長

そうしたら、逆に新生児期に既に脳性麻痺というふうな診断は無理ですね。診断は無理だから、どう言ったらいいでしょうか。逆に言うと、画像でいくと全てではなくなるということですね。新生児期に画像を撮った事例の数は分かかりますか。

○事務局

データとしては抽出しておりませんので。

○木村委員長

今までは新生児期であれ、画像所見ありとしていたのは、新生児期など関係なしに撮っていた。

○事務局

こちらにつきましては、表Ⅰ－４６で集計していたものは、エコー所見、MRⅠ、CTをもとに診断されたものを抽出しておりました。

○木村委員長

それは新生児期以降でも入っていますか。

○事務局

表Ⅰ－４６では、新生児期以降のデータは集計しておりません。

○木村委員長

低酸素性脳症の画像所見はなるべく早く撮りましょうというのは、一応コンセンサスだと思うので、逆に新生児期にそれがないというのも、少し問題と言えは問題ですし、分からなかった事例もあるのかなということなので、そこはまず、どれぐらいあるのか参考として見せていただいて、それをこの表に入れるかどうか、もう一回小林委員、ご検討いただいてよろしいですか。

小林委員お願いします。

○小林委員

小林です。ここは表Ⅰ－４６のタイトルが「新生児期の診断」ということであれば、画像所見の有無に関わらず、診断がついたものは書けばいいのかなと思います。別の表に関しては、補償申請のために新生児期以降に撮った画像も入っていると思うので、それはそれで別に集計すればいいかなと思います。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。資料８－参考の１６ページ、これがこれまでのまとめ方でありまして、この中には、多嚢胞性脳軟化症とか脳室周囲白質軟化症とか、そういったいくつかの疾患名が書かれているという、脳梗塞も入っていますね、ので、それを生かすのか、あるいは中枢系の疾患診断としてまとめるのか、その辺りを一度具体的に出していただいて、それで一度検討、それを入れるべきということであれば、この表の中のどこに入れるか。中枢系疾患という形で１つ、心疾患の上にカテゴリーをつくって入れるという形が一番すっきりするのかなと思います。それ、一度試案をつくっていただけますでしょうか。小林委員がおっしゃること、確かに重要な点なので、それをするか、逆に、脳中枢神経系以外の新生児の疾患とするかなのですが、このキャプションを、タイトルをそうするかなのですが、そうすると、確かに中枢神経系はどうなのだということになりますので、一度小林委員のご意見を入れた形での表がどうなるかというのを見せていただけますでしょうか。お願いいたします。

そういたしましたら、もう一つが第１７回の第３章のテーマということで、先の話なのですが、少し考えておかないといけないということでもありますので、ご説明をお願いいたします。

○事務局

事務局より失礼いたします。「第３章 テーマに沿った分析」につきまして、次年度の第１７回再発防止報告書におきましては、また、改めて日本産科婦人科学会周産期登録データを使用した分析を行う予定とさせていただいております。今後、今年度中に倫理委員会等に申請の必要がございますため、メール審議等にて審議をお願いすることとなりますので、スケジュールを載せさせていただいておりますので、ご参考までにご確認をお願いいたします。

以上となります。

○木村委員長

本体資料にありますような、９月頃に事務局から提案をしていただいて、分析テーマをどうするかというようなことを先生方にご提案いただくということでもありますので、また、そのときに様々なご意見を頂戴したいと思います。よろしくお願いいたします。

それでは、次が「２０２５年度の再発防止に関する発行物の周知活動およびアンケート実施」ということで、こちら事務局からお願いいたします。

○事務局

周知活動およびアンケート実施についてご報告いたします。本体資料３ページおよび資料１０をお手元にご準備ください。

４月の第１０３回委員会にて、２０２５年度は２０２４年度に引き続き、助産師・看護師を主な対象とした再発防止に関する発行物の周知活動を実施すること、その効果検証を目的としたアンケートを実施することについてご承認いただきました。前回委員会後に行った周知活動およびアンケートの実施についてご報告いたします。

周知活動に関しましては、第８１回日本助産師学会、第７７回日本産科婦人科学会学術講演会、第６２回日本分娩監視研究会にて、再発防止に関する発行物を資料１０の表の通り配付いたしました。

続きまして、アンケートに関しまして、こちらは再発防止報告書等の認知度や利用状況を調査し、２０２１年度のアンケート結果と比較することで、２０２４年度に実施した周知活動の効果を検証することなどを目的として実施しております。実施状況については、第８１回日本助産師学会、２０２５年度全国助産師交流集会、第６２回日本分娩監視研究会にてアンケートチラシを配付させていただきました。このほか、関係学会・団体の関係者の方に会員用メーリングリストを使用したアンケートの実施についてご相談をさせていただいております。また、今後のスケジュールでございますが、引き続きアンケートを実施させていただき、２月頃に結果をご報告させていただく予定でございます。

周知活動およびアンケートのご報告は以上となります。

○木村委員長

ありがとうございました。再発防止委員会としては、医療機関に対するアンケートを主にするというようなことで、事務局から追加ございますでしょうか。

○事務局

続きまして、事務局よりご報告申し上げます。再発防止に関する発行物の周知に関連した事項としまして、７月１１日に開催されました産科医療補償制度運営委員会の審議内容についても併せてご報告いたします。

本日、資料を準備できておらず恐縮ですが、運営委員会資料を画面投影させていただきます。こちらのほうでは、審議のほうで、今後の本制度の安定的な運営および本制度の充実に資する必要な情報を収集することを目的に実施いたしましたアンケート、こちらの結果を踏まえてのご審議をいただきました。こちらのほうで、再発防止に関する発行物が補償対象児の保護者や一般の妊産婦・保護者にあまり認知されていない結果を受けて、周知

に課題があるとされました。

この審議を踏まえまして事務局では、再発防止委員会におきましては、従前より実施しております産科医療関係者・小児科医療関係者への周知活動を引き続き実施しまして、今回課題提起されました補償対象児の保護者や一般の妊産婦・保護者への周知につきましては、まず本制度の課題として事務局内で検討していくことではいかがかと整理いたしました。検討結果につきましては改めてご報告申し上げますので、その際はどうぞよろしくお願いいたします。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。運営委員会で少し、一般の方々あるいは補償を受けた方々への周知という課題が議論されました。その結果も受けてまず、こちらのほうとしては、医療機関を通じて理解していただくということで、まず医療機関が知っていないといけないということでアンケートをするという方向でございます。いかがでしょうか。何かご意見ございますでしょうか。日本産科婦人科学会とかも、メーリングリストを使わせてもらえらると思います、多分言ってもらったらやってくれると思いますので、また言ってください。

ほかいかがでしょうか。よろしいでしょうか。ありがとうございます。そういった形でアンケートをしていくということでございます。

その他についての報告事項、次回委員会の開催日程等についてご説明をお願いいたします。

○事務局

ご報告申し上げます。次回の委員会につきましては、また改めてご案内申し上げます。

事務局より以上です。

○木村委員長

ほかよろしいでしょうか。

布施委員、お願いいたします。

○布施委員

木村委員長、すみません。布施でございます。最後に、日本助産師会の布施でございます。理事が8月に替わりますので、今回、私、6年間大変お世話になりましたが、最後の会議となります。毎回毎回、先生方のたくさんのご意見で学びがたくさんできました。再

発防止委員会で学んだことを今度は臨床の中で、再発防止に向けて歩んでいきたいと思
います。大変お世話になりました。ありがとうございました。

○木村委員長

どうも長い間お疲れさまでした。ありがとうございました。また、新しい委員、よろし
くお願いいたします。ありがとうございました。ご挨拶いただきまして、どうもありがと
うございます。ほか、よろしいでしょうか。

ありがとうございました。そういたしましたら、少し時間が早いですがけれども、第10
4回の産科医療補償制度再発防止委員会の議事を終了させていただきます。ご多忙の中ご
出席いただきまして、どうもありがとうございました。また次回、よろしくをお願いいたし
ます。ありがとうございます。

— 了 —