

第102回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：2025年1月10日（金） 16時00分～18時30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102回 産科医療補償制度 再発防止委員会

2025年1月10日

### ○事務局

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。

会場にてご出席いただいている委員の方々にご連絡します。本日配付しております資料には未公開のデータが含まれますため、委員会終了後、持ち帰らず、机の上に置いたままにさせていただきますよう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(案)」、資料2「『子宮収縮薬について』に関する委員ご意見一覧」、資料3「『子宮収縮薬について』(案)」、資料3-参考「表20 子宮収縮薬使用の有無に関して有意差が認められた項目における事例の背景(案)」、資料4「2025年度の再発防止委員会の開催および審議事項等について(案)」、資料5「『Ⅲ.脳性麻痺発症の原因について』に関する委員ご意見一覧」、資料6「『Ⅲ.脳性麻痺発症の原因について』改訂案」、資料6-参考1「第14回再発防止報告書『資料 分析対象事例の概況』」、資料6-参考2「原因分析報告書作成にあたっての考え方」、参考資料1「子宮収縮薬使用に関する製薬企業の取り組みについて」、参考資料2「公益社団法人日本助産師会機関誌『助産師』11月号」。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、お取扱いにはご注意くださいようお願い申し上げます。

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。

それでは定刻になりましたので、ただいまより第102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、勝村委員よりご参加が遅れる旨、水野委員より途中退席である旨のご連絡

をいただいております。

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

皆様、新年明けましておめでとうございます。本年もどうぞよろしくをお願いいたします。

本日はなるべく現地でということで、ご都合がつかなかった北田委員、水野委員以外の委員におかれましてはご足労いただき、ありがとうございました。本日、久しぶりにございますか、コロナ前はこのような形で委員会を開催していたなと思い出すような記憶でございます。水野委員におかれましてはまたぜひ活発なご意見をいただきたいと思います。どうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、本日は前回までの委員会の意見を踏まえまして、事務局で「第15回再発防止に関する報告書」のドラフトを作っていました。このドラフトについての承認審議が主になるということでございます。原稿の内容については前回までの審議で、概ね固まってまいりましたが、最後、子宮収縮薬のところをまた今回の資料につけてございます。またお気づきの点がありましたらご指摘いただきますようよろしくお願いいたします。

それでは、まず議事1) (1) 「第15回再発防止に関する報告書」についてということで、第1章、第2章、第3章についての説明ということで議事に入らせていただきたいと思います。それではこの主なスケジュールについての説明を事務局からお願いいたします。

#### ○事務局

初めに「第15回再発防止に関する報告書」の公表までのスケジュールについてご案内いたします。本体資料の1ページをご覧ください。「第3章 子宮収縮薬について」以外のパートにつきましては、本日の委員会を最終の審議とし、■月末の公表に向け、順次、印刷等の準備を進めさせていただきます。本日の審議を受けて修正した原稿につきましては、■月■日、■曜日から■月■日、■曜日にかけて委員の皆様にご確認をお願いする予定です。つきましては、原稿についてお気づきの点がございましたら、■月■日、■曜日までに事務局へご連絡くださいますようお願いいたします。「第3章 子宮収縮薬について」につきましては、本日の委員会にて原稿案をご審議いただき、審議内容をもとに事務局にて修正を行ったのち、■月下旬までにメール審議にてドラフト原稿のご確認およびご承認をいただきたく存じます。メール審議の具体的な日程につきましては、改めてご連絡させていただきます。報告書の発行は■月■日、■曜日、公表記

者会見は■月■日、■曜日を予定しております。

公表までのスケジュールについては以上となります。

#### ○木村委員長

ありがとうございました。このようなスケジュールで、子宮収縮薬についての箇所だけが少し遅れるということでありまして、その分、約2か月後ろ倒しになりまして、■月末に報告書を発行し、普段は報告書発行の後すぐに記者会見をしていましたが、少し間を空けて■月に記者会見をするような予定でございます。よろしいでしょうか。

では続きまして、次のところの説明をお願いします。

#### ○事務局

「第15回産科医療補償制度 再発防止に関する報告書（案）」をご覧ください。お送りしたPDFの資料1では7枚目からが1ページとなりますので、ここからはページ下部に記載しているページ番号に沿って説明いたします。報告書全体の構成につきましては、前回の第14回報告書を踏襲しておりますが、第3章の構成につきまして変更がございます。こちらの変更内容につきましては、後ほどご説明させていただきます。

報告書の1ページ目から「はじめに」や「報告書の取りまとめにあたって」「再発防止の取組みについて」とご挨拶文を掲載しております。次に7ページ目に再発防止委員会委員一覧を掲載しております。こちらにつきまして、2025年3月時点の委員の皆様のお名前・ご所属として当ページをご確認いただき、修正等がございましたら、事務局までご連絡いただきたくお願い申し上げます。ページをおめくりいただきまして8ページ第1章から第2章の15ページまでについては、例年同様、産科医療補償制度および再発防止の取組みの概要について記載しております。第1章および第2章につきましては平仄を揃えるため、修正を行いました。修正点といたしましては、15ページ第2章「再発防止」の「IV. 分析にあたって」につきまして、前回の第14回報告書までは正常分娩の統計との比較を行っていない旨の記載がございましたが、今回のテーマに沿った分析のうち、子宮収縮薬について周産期登録データを用い分析を行ったことから、該当箇所を削除しております。続いて16ページをご覧ください。冒頭で少し触れました第3章の構成の変更について説明いたします。今回と同じくテーマを2つ取り上げた第12回報告書では、各テーマの総括を続けて掲載し、その後に各テーマの本文を掲載しておりました。第15回報告書からは読みやすさの観点から、各テーマを一つの括りとするように掲載順を1つ目のテーマの総括、本文、2つ目のテーマの総括、本文と変更しております。続いて、16ペー

ジの「第3章 テーマに沿った分析 I. テーマに沿った分析の概要」について説明いたします。こちらにつきましては、現在、内容の修正を行っておりますため、「第3章 子宮収縮薬について」のメール審議の際に併せてご確認いただきたく存じます。

ページが飛びまして84ページからの報告書後段について説明いたします。

84ページには「再発防止に関する審議状況」として今年度の報告書についての審議内容を掲載しております。85ページからは「再発防止ワーキンググループの取組み」を掲載しております。86ページから87ページの「3. 本ワーキンググループにおける主な取組み」にはこれまでの研究成果一覧を掲載しております。なお、2024年12月に「在胎34週以降出生事例における脳性麻痺サブタイプと分娩時CTGパターンおよび脳MRI所見の関連性」の研究が医学誌の「American Journal of Obstetrics and Gynecology」にオンライン掲載されましたので、追加で掲載する予定でございます。こちらの追加内容のご確認につきましては、先ほど申し上げました「第3章 子宮収縮薬について」のメール審議の際に併せてご確認いただきたく存じます。

続きまして、88ページの「関係学会・団体等の動き」をご覧ください。ページ中ほどからの「3. 関係学会・団体等の主な動き」では、第60回日本周産期・新生児学会学術集会において取り上げられた、本制度に関連する講演等について記載しております。また、昨年12月に製薬会社から、子宮収縮薬の適正使用に関するお願いが改めて発出されたことについても記載いたしました。なお、こちらは本日の資料の参考資料1として実際の文書をお付けしております。

また、1月15日に日本助産師会より「助産業務ガイドライン2024」が発刊されますため、内容の確認を行った上で、改訂の要点等を追記予定でございます。こちらにつきましても、先ほど申し上げました「第3章 子宮収縮薬について」のメール審議の際に併せてご確認いただきたく存じます。

以上が報告書の前段および後段の概要でございます。報告書全体を通しまして表や注釈がページをまたいでいる箇所など、レイアウトにつきましては、今後、印刷会社へ見やすくなるよう調整を依頼する予定でございます。

説明は以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。本文というよりもイントロですね。最初の第1章、第2章、

これは毎年ほぼ同じような内容で、制度のあり方についての記載がございます。それで、分析のところまで、通常の脳性麻痺の補償対象以外は解析していないというふうな文言があったのを削ったのが大きな変更であったと思います。それは15ページですね。

それからあとは、後半は84ページ、85ページからということですが、「再発防止に関する審議状況」「再発防止ワーキンググループの取組み」ということで、ワーキンググループはまた活動していただいておりまして、活動内容でまた一つ、87ページにあります一覧表にもう一つ加えることができたという成果が上がっておるところでございます。これも大変すばらしい成果だと思います。「関係学会・団体等」ということでは、「助産業務ガイドライン」が昨年末に刊行されたということございまして、それを少し引用するような変更があるというところでございます。

これらの変更がございますが、概ね毎年行っている部分と同じというような報告でありましたが、何かご意見とか問題点とかございますでしょうか。例年通りということありますのでそう大きく変更はしないつもりでおります。特に問題はないようございまして、ここはこれで承認させていただくということで、もし微細な文言等の変更等のお気づきがありましたら、事務局へご指摘いただきたいと思います。

ということで、次の議題のほうが大きいので、こちらを見ていきたいと思っております。第15回の報告書に関しまして、テーマに沿った分析、第3章ですね、その中の3番「子宮収縮薬および吸引分娩について『産科医療の質の向上への取組みの動向』を踏まえて」ということですが、説明をお願いいたします。

#### ○事務局

ご説明いたします。本体資料および資料1をお手元にご準備ください。

1つ目の丸でございます。前回委員会後に事務局にて、報告書全体との統一性の観点から、構成の修正を行っております。この他、前回委員会にて頂戴したご意見の反映を行っております。具体的に申し上げますと、吸引娩出術に関する記載につきまして、「Ⅱ.子宮収縮薬について」で集計した周産期登録データ事例群の結果も併せてご提示してはいかかかというご意見、また、吸引分娩術について利点等の肯定的な内容も記載してはいかかかというご意見を頂戴いたしましたので、資料1の36ページでございますが、こちらの考察の箇所におきまして周産期登録データ事例群の集計結果および吸引分娩術についての肯定的な内容を記載いたしました。総括につきましては、今後レイアウト等を、「Ⅱ.子宮収縮薬について」の記載と揃えるため、変更する可能性がございますので、ご了承いただけ

ますと幸いです。

ご説明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。ここにつきましては35ページから考察がありまして、子宮収縮薬についてというところと、ここは主に説明と同意の推移等について取り上げていただいているということでございます。それから36ページに行きまして、吸引娩出術についてというところがございまして、ここは吸引分娩に関してその有効性というものも少し書いてはどうかという意見が前にございましたところ、2)の最初の3行ですね、状況が適していれば急速遂娩として非常に有効な手段であると言われているという記載が入ったところでございます。この辺りにつきまして何かご意見等はございますでしょうか。

この意見を出したのは私ですので、私からなのですが。周産期登録データと産科医療補償制度の事例では集計の仕方が違っていきまして、産科医療補償制度のほうは吸引分娩をやって、吸引で娩出できずに帝王切開になっている事例が入っているということなんですけれども、周産期登録データは入っていないので、ちょっとそれを2つに書き込むことは難しかろうということで、ここで夾雑的な記載になったということなんです。

ただ、引用文献7番、39ページに7番があるんですけども、この論文がどうこうというのではなくて、もうちょっと何か他に何か良い参考文献はないかと。今掲載されているものではさみしいなという感覚を持ちますので、少しこれは一度ご検討いただいて、あるいはガイドラインでもいいと思うんですけども、ガイドラインは実は帝王切開と比べてというふうな書き方では無いようでございますが、この文章そのもので、侵襲についても書いてありますので、ガイドラインを引用してもいいのかなというふうな気もいたします。何か適切な文献があれば。むしろ、有用性があることが当たり前過ぎてなかなかそういう文献がないということもあるのですが、その有効性を示したような文献が何かあればというふうに思いましたので、また委員の先生方からも頂戴したいと思っております。

他に何かお気づきの点はございますでしょうか。お願いいたします。勝村委員。

○勝村委員

どうもありがとうございます。全体的に見かえしてみても少し今気づいたのでございますけれども、35ページの下3分の1ぐらいのところ、ガイドラインのところオキシトシン、それからプロスタグランジンのF<sub>2</sub>とE<sub>2</sub>の3つが出てきていて、これまでだといいいのでございますけれども、適正使用のお願いのところではプロウペスも同じように、PMDAとかからは指摘

されているところなので、少し底上げの意味で、事故を減らす意味で非常に大事なところかと思えます。また適正使用に関するお願いみたいなものも子宮収縮薬に関しては出されていて、そこにはプロウペスも足されましたので、入れていただくのがよいのかなと思えました。それが一つです。

もう一つ、子宮収縮薬と吸引娩出術となって、大昔に、二、三十年前ですけれども、僕は当時、■■■■さんという人から日本には子宮収縮薬と吸引分娩と一緒に入ってきたというふうに教えてもらったのですが、彼の考え方かどうか分からないですけれども。ということは、それまでは鉗子分娩か、帝王切開しかなかったということなので。今、鉗子分娩はどの程度あるのかわかりませんし、今だとクリステレルということも一緒に考えるべきなのは気になっていたのだけれども、その辺を絡ませておく必要はないのでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。大事なお指摘をいただきましてありがとうございます。

1つ目のPGE<sub>2</sub>誘導体の腔用剤ですね。あれに関してはちょっと書きようにもよりまずけれども、例えば先ほどご指摘のありましたガイドラインには書いていない、これは定期的に書かれていないということなので、ちょっとこれはご検討いただきたいと思いますが、プロウペスについても同様の指摘がPMDAから出ているというふうな一文が少しあってもいい。確かにあつてしかなるべきところだと思いますので、何かそんなことを少し考察に書いていただいている5)の次のところに少し記載いただいたらと思います。

それから二つ目の吸引分娩と鉗子分娩の関係については、これは結構東西差があつて、関東の先生は鉗子分娩が上手で、関西はそのトレーニングはやっていないというのがありまして、鉗子分娩がうまい先生に聞くと、鉗子分娩をマニュアルの自動車で吸引分娩をオートマチックの自動車というふうな説明を受けたことがあるんです。田中委員、いかがでしょう。多分、田中委員のほうが鉗子分娩は非常に詳しいのではないのでしょうか。

○田中委員

いやいや、うちはもう全然、全く鉗子分娩は40年前から使っていないくて、ずっと吸引を、■■■■系は吸引ばかり使っているんで、特に違和感はありません。ただ結局、器械分娩という面では同じ扱いではありますが、ただ今回、多分、吸引分娩のほうのデータを調べていらっしゃるので、ここで鉗子分娩も入れてしまうとまた少し、そこから始めるのは少し時間的にどうかなというきらいはございますが。

○木村委員長



ありがとうございます。たしか鉗子分娩は非常に少なかったですよ。事務局、いかがでしょうか。

○事務局

おっしゃる通りでございます。鉗子分娩はその事例数がかなり少なかったということもありまして、今回は吸引娩出術にフォーカスを当てております。

○木村委員長

いかがでしょう。鉗子分娩をここは中心として。市塚委員のところはいかがでしょう。

○市塚委員

うちはご存じだと思いますけれども、■■■■の流れがございますので、鉗子分娩のほうが多からかというところが多いので、関連施設は大体そういう感じですね。

ちょっと外れますけれども、もし鉗子分娩の実態を調べるのであれば、周産期登録データで調べれば実数が分かりますので、そういう意味で、今回の事例が本当に鉗子分娩が少なくして吸引分娩が多いのであれば、別の話にはなりますけれども、鉗子分娩のほうで脳性麻痺が少ないのか、など別の議論になる可能性もなくはないのかなとちょっと思ってしまったんですけれども。鉗子のほうが多い現状ではあります。

○木村委員長

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

○石渡委員長代理

石渡です。

プロウペスのことについてなんです、私がPMDAの時にこの委員になっていたものですから、私も関係はしているのですけれども。やっぱり何かしらここに、35ページのところのガイドラインには書いておりませんが、少し文言を入れたほうがいいのではないかなと私は思いますので、検討していただければと思います。

○木村委員長

よろしく願いいたします。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

ありがとうございます。もちろん今回ここまで来ての最後の文面なのですが、吸引分娩の冒頭の例えば3行とかも、単に読みやすく導入というか、まとめるようなお話とかが入っているとしたら、子宮収縮薬との関連でいうと少し、もし吸引分娩とクリステレルというのが一緒になっていることが多いとか、そういうことなんかも含めて現状がもし書ける

のであれば、この辺りに、最初にちょっとプロローグ的なところにそういう整理をした上で、今回の子宮収縮薬と吸引分娩の話でということに関しては大きな方向性を変えるべきとは全然思っていないんです。全体をまとめる上において今回は子宮収縮薬と吸引分娩だけれども、実は鉗子分娩もあつたり、クリステレルとの関係もあつたりということ、僕は、一応意識しておきたいと思っているとしたら、そういうことを何か表現しておけないかなというニュアンスなんです。

○木村委員長

ありがとうございます。実は子宮底圧迫法とあとクリステレルに関しましては、これも結構施設によって差がございまして、■■■■、■■■■のところではもう禁忌なんですね。これは色々な意見があつて、いやそんなことを言っても、するしかないのではないかという意見ももちろんありますし、様々なご意見があると思います。

なので、先ほど引用文献の7番を引っ張り出したのは、ここに実は「吸引・鉗子分娩術、子宮底圧迫法の適応と要約」というものが入っている。ここに子宮底圧迫法はむしろ入ってほしくないなと個人的には思っていて、それでももう少し他のものはないかという話をしていたところでございます。

ですので、勝村委員がおっしゃることはよく分かるのですが、ガイドラインを踏み越えるようなことを書いてしまうのもまた色々な語弊などを生むと思うので、今はこのガイドラインの範囲内で、問題意識があるというか、問題意識を持っているところがあるということ、これはよくご理解いただきながら、これはむしろアカデミア等できちんと議論していくべきところではないかなと思っています。

なので、荻田委員、この表現はこの程度に今回はさせていただくのが無難じゃないか。むしろ引用文献7番を見ますと、子宮底圧迫法に適応でよくあるというふうな、もちろん適応があれば安全にできるわけなのですけれども、それを推奨するようなことにならないようなニュアンスがあるといいかなという気は少しいたしましたので。もちろんおっしゃるところというか、押すことは私も若い頃はやっていましたから、クリステレルはやっていましたので、なしにしたらどうなるかということは非常に興味があるのですけれども。なしにするときも大分、教室員で確か先代教授がなしにしようと言ってなしにしたのですが、内輪話をしますと、なしにしたときかなり多くの反発、現場の方で反発していました。ですので何か思い出、多分、先生の時に……。

○荻田委員

今日は思い出を語る会ではないのですけれども。うちは一応、コ克蘭にはfundamental pressureという名前で禁忌ではないという書き方がしてあるので、たまに我々はやることもございます。確かに勝村委員がおっしゃるように、急速遂娩、経膈の急速遂娩、経腹の帝王切開で、そのやり方は色々と多分あるだろうと思うのですが。僕自身の考えとしては、吸引分娩が非常にもう圧倒的に多くてドミナントであることを書いた上で鉗子分娩についても触れる程度にした方がいいのかもしれませんが。うちは実は最近、■■■■からの先生のご指導を受けて、かなり鉗子分娩でトライしているので、少し違和感がある読者がいるのかもしれないです。これは本当に施設によっていて、クリステレルを本当に僕は禁忌という状況で下の者に教えてきたのもあるのですが、触れないでいたほうがいいのか。もう少しきちんとした形でデータが出てから、改めて明記したほうがよろしいのではないかと思う次第です。

以上です。

○木村委員長

鉗子に比べて吸引が圧倒的に多く使われていることは事実でしょう。周産期登録データからでも吸引分娩と鉗子分娩の比率はある程度出ると思いますので、その辺りの記載を少しした上で、この章ぐらいでとりあえず落とさせていただいてよろしいでしょうか。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

ありがとうございます。僕も率直な、自分の立場なりの思い出話をすると、やっぱり昔、私たちが裁判していた頃は、子宮収縮薬を使った後のクリステレルはもう何回もやっているということが、やはり母親たちにとっては非常に苦痛だったし、それがやはりよくなかったんじゃないかということがありまして、子宮収縮薬、吸引分娩、クリステレルがセットになってどうなんだろうという問題意識が僕にはあったので。そういう意味でこの委員会の場に来させてもらって、やるにしても1回だとか、せめて2回だというようなお話を聞いていて、やっぱりそういう方向に行くのは僕としても腑に落ちる手法だと思っているという前提、認識の下で、こういうちょっとまとまった文章を書くときに、この急速遂娩的なところにそういう整理みたいなことも徐々にまとめていけたらいいのかなという思いで発言させていただいています。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。ではそういう形で取りまとめをさせていただきたいと思います。

よろしく願いいたします。

このところはとりあえずそれぐらいですかね。産科医療の質の向上についてというところはこれぐらいで、あとは引用文献については調べますし、それから後半のところのワーキンググループ等の記載に関しても特に問題はなさそうでしょうか。はい、ありがとうございます。

そういたしましたら一応この形で、ちょっと文章の、吸引分娩がやっぱり頻度は高いので、そっちのほうをある程度フォーカスしているんだというふうなことが分かるような文章にさせていただいて、クリステレルもなかなか書き出すと色々な意見が百出してしまって收拾がつかなくなる可能性はあって、肩甲難産などのときの恥骨上圧迫とまた違うところもありますので、実は学会でもまともにその是非についてきちんと議論されていない気はいたしますが、大事な点だと思いますので、引き続きこれは検討していきたいと思えます。よろしく願いいたします。

一応この部分はこういった形で刊行化していただく。あとは吸引の考察の記載方法について少し追記することと、先ほど石渡委員長代理からもおっしゃっていただきましたようなプロウペスに関しての注意事項について、改めて違う区別が要るんだというような点を修正させていただきたいと思えます。

続きまして第4章ですね、「産科医療の質の向上への取組みの動向」というところ、これも内容についてご審議いただかなければなりません。ここについての説明を事務局からお願いいたします。

#### ○事務局

「産科医療の質の向上への取組みへの動向」についてご説明いたします。本体資料、資料1をお手元にご準備ください。本体資料2ページ指示1)の(3)第4章「産科医療の質の向上への取組みの動向について」をご覧ください。前回の委員会では、本章において文章全体の平仄を整えた修正案およびホームページへ掲載予定である各テーマに関する集計表案をご確認いただきました。前回委員会から変更した箇所についてご説明いたします。

資料1の59ページ、付録、再発防止委員会および各関係学会・団体等の動きの「1)子宮収縮薬について」をご覧ください。表の下から2段目、2024年12月に製薬会社より「適正使用に関するお願い」が発出されましたため、発出内容を反映いたしました。今回より子宮収縮薬の腔用剤が新たに加わり、記載内容が点滴注射剤および経口剤と腔用剤で異なっているため、それぞれ文章を分けて記載しております。また、60ページ、2)

新生児蘇生、61ページ、4) 胎児心拍数聴取、62ページ、5) 診療録等の記載におきまして、2024年12月に日本助産師会発行の「助産業務ガイドライン2024」発刊と記載しておりますが、こちらは1月15日に発刊されますため、年月を2025年1月に修正予定でございます。また現在、内容の確認を行っておりますので、大きな変更がございましたらご連絡させていただきたく存じます。なお、今回のドラフト原稿では業者に図や表を前回報告書と同様の体裁に整えていただいたものから、一部事務局で修正を行っております。そのため、レイアウトが揃っていない箇所がございますが、今後校正する予定でございます。

以上でございます。

○木村委員長

ありがとうございました。42ページからですかね。この「産科医療の質の向上への取り組みの動向」、これは2回ぐらい前からこのレイアウトが大分変わってまいりまして、グラフ化されたり、それから言葉の定義をはっきり45ページ等で書いていただいたり、理解が進むような形にしているということでございますし、先ほどちょうど勝村委員からご指摘いただきましたプロウペス、腔用剤の使用に関しましては59ページでPMDAからの文書が出ていることも記載していただいております。これについては、先ほどここで出したガイドラインをテキストでも記載したいということでございます。それから「助産業務ガイドライン2024」が2025年1月になったということでございますので、それに合わせて。それに関して、布施委員、何か助産業務ガイドラインで特に大きく変わったようなところで、今、齟齬が出そうなところってありましたか。

○布施委員

大きく変更したというより、細かい内容を記したというところで。例えば小児の部分でしたら、観察の時点で何を観察したらいいんだという具体的なところを書いているところで、大きな変更というよりは具体的にしたところが多いと思います。「産婦人科診療ガイドライン—産科編」に沿って少し修正したところが大きな修正点だと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。そうしますと、こちらの報告書に大きく関わらないということですが、齟齬が出ないかという点を確認していただきまして、変更しなければいけない点がありましたら、またメールで審議していただきたいと思います。

この章に関しても、基本的には大きな変更をした後、グラフ化したという形でございます。

す。何かございますでしょうか。

全体的に見まして何年に何%というものがざっと並ぶという文章が大分減りましたので、読みやすくなっているのではないかと思ひまして、トレンドは基本、グラフで見えていただくというふうな方針で記載をされていると思ひますので、全体として何かございましたら、また事務局までご指摘いただければ、基本的にはこの形によろしいでしょうか。

そうしましたら一応この形で、また何か微細な変更等が必要なところがございましたら、どうぞご指摘いただきたいと思ひます。

それで、次が再発防止報告書の「分析対象事例の概況」ですね。こちらのほうは表がたくさん出てきているところがございますので、こちらのほうも事務局からご説明をお願いいたします。

#### ○事務局

「分析対象事例の概況」についてご説明いたします。資料は本体資料および資料1の64ページから83ページをご覧ください。

本体資料に概要を記載しておりますので、まずは本体資料にて、中段2つ目の丸をご覧ください。「資料 分析対象事例の概況」につきましては、前回委員会後に、集計結果の精査を行った上で、一部数値の修正および平仄の統一等、軽微な修正を行いました。なお、3つ目の丸に記載してございますが、今回の委員会にてご提示予定としておりました、出生年別統計のホームページ掲載案につきましては、現在集計中ですので、次回委員会にてご確認いただきたく存じます。

それでは資料1に沿って、前回委員会資料からの具体的な修正点についてご説明いたします。それぞれの修正箇所につきましてはグレーの網かけをしておりますので、併せてご参照ください。

まず66ページ、表I-6「妊産婦の既往・現病歴の有無」につきまして、こちらは表の体裁を整えた上で、婦人科疾患および呼吸器疾患の内訳の数値を修正しました。続きましてその下の表I-7「初産婦・経産婦の別」につきまして、経産婦で既往分娩回数不明の事例の集計が漏れておりましたので、追加いたしました。

68ページに進み、表I-14「分娩経過における母体搬送の有無」の表につきまして、病院・診療所の件数を修正いたしました。続きまして74ページでございます。表I-34「胎児心拍数聴取あり事例における胎児心拍数異常の有無」につきまして、各区分の件数を修正いたしました。次ページの75ページをご覧ください。表I-35「臍帯巻絡の

有無」につきまして、臍帯巻絡回数および臍帯巻絡なしの件数を修正しました。

続きまして78ページに進んでいただきまして、表I-43「臍帯動脈血ガス分析実施の有無」の表でございます。臍帯動脈血ガス分析値pHの一部の件数を修正いたしました。

最後に83ページ、表III-1「原因分析報告書において脳性麻痺発症の主たる原因として記載された病態」につきまして、原因分析報告書において主たる原因として単一の病態が記されているものの内訳のうち、一番下の項目「その他」の件数を修正いたしました。

前回委員会からの修正箇所につきましては以上でございます。なお、全ての修正箇所におきまして、傾向に影響するほどの大きな変更は生じていないことを併せてご報告申し上げます。

ご説明は以上です。よろしくお願ひいたします。

○木村委員長

ありがとうございました。いかがでしょうか。これは数字がどんどん並んでくるというものでありまして、これは色々見ていくと、ああなるほどなと思うところであるとか、ちょっと不思議に思うところもあるわけでありますが、何かご意見はございますでしょうか。金山委員、お願いします。

○金山委員

特にこれはこれでいいと思うんですけども、個人的にいつも知りたいと思うのは、          の件数が多い気がする。これを、10万人単位で出してもらおうと、各都道府県の行政レベルで色々強調できるようになるんじゃないかなと思ひまして。これは載せなくてもいいんですけども、人口10万人単位の件数が分かれば、また教えていただければ幸いです。

以上です。

○木村委員長

これは小林委員、いかがでしょう。どういう出し方。確かに数だけでいうとちょっと東京が多いのは当たり前みたいになるところですが。数の出し方はいかがですか。

○小林委員

人口10万というよりも、出生1,000あたりとかのほうが良いかと思ひます。ただ、これは分娩機関所在地なので里帰りも入っていて、そうすると分母を出生にしてしまうと正確ではないと思ひます。でも、これは事務局と相談して、出した方がよければ一番分母として近い数字を出して、しかもその場合にもやっぱり注が必要かなと。里帰り分娩を区別で

きるように。

○金山委員

もし出れば、■■■■なんかはかなり危機意識を持つんじゃないかなと。ぜひやってもらいたいです。

○木村委員長

ちょっと一度それもまず出してもらおう。内輪でまず出してみても、それであまりミスリードしてしまうようであれば、ちょっとまた考えるというようなことぐらいでいかがでしょうか。最初から全部公表してしまうと混乱の種にもなりかねない。この県危ないぞみたいなことは非常によろしくないところも出てくると思いますので。これ、一度出してみても、出生数当たりで出してみてもどうなっているのかということ、内部で参考にするぐらいをまず出してみても、それで議論してみてもいかがでしょうかね。ちょっとどこかの時点で一回まとめてみていただいてもいいかもしれない。ある程度、数が。前みたいに1とか2ということではなくなってきましたので、それなりの数になってきていると思うんです。

それを出してみても参考にしていただいたら良いと思います。

○事務局

報告書に掲載されています事例には、補償対象事例が確定していない年の事例も含まれております。今回の場合は、確認いたしますが、出生年で締まっていない事例がございますので、もしその10万当たりですとか出生数ベースで見るとは、補償対象件数が確定しているもので見るのがよりよろしいかと思われまますので。また次年度ご審議していただければと思います。

○木村委員長

各年の出生数も劇的に、大体毎年5%減っていますから、その減り方も激しいところを考えると、計算も考えた方がいいかもしれませんね。各年別に分けるのはちょっと苦しいというか、難しくなるので、ざっくりまとめて、それで出生数の各年を足してみてもどうなるかぐらいを一度見ておくのはいいかなと思います。

他いかがでしょうか。これを出したのは、やはり目的と色々なものが出てくるかなと思いますし。私も少し見ていて、例えば不妊治療の有無とかが67ページにあるのですが、これで見ますと体外受精が■■%ぐらいということになっているのですが、実は今はもう10%の子が体外受精で生まれていますので、これもここ10何年ですかね、全部平均して均すとちょっと多いかなという気がするのですが、今の数からするとむしろ少なく見える



というようなことで、ちょっとこの辺りもどう見せていくかということとはまた。

出生数も今、毎年ドラスティックに変わっていますが、体外受精の出生率を出す場合には、かなりの月日がかかっていますので、また少し、どう見せるんだろうというのはなかなか難しいなと思いつつ見せておりました。

またもう一つ、これも感想なんですけれども、78ページで臍帯動脈血ガス分析の実施というところで、表I-43ですね、実施している症例の中で半分がpHを超過しているんですね。これって補正值ではなく、生データですね、この値というのは基本。

○事務局

はい。基本的には生データです。

○木村委員長

ですから、大体これよりも少し上がるので、実際、までだったりしているところが多いので、その後、今、ある意味頑張らなくて酸血症、アシドーシスにならないような状態で半分ぐらいはしているんだなというような見え方もするなという気がいたします。ですので、やはりこの辺りもまた色々な形で追跡していただけたらいいかなとは感じた次第でございます。

色々コメントすることはたくさんありますが、言い出したら切りがない。何かほかございますでしょうか。石渡委員長代理、お願いいたします。

○石渡委員長代理

今、木村委員長からお話があった67ページの不妊治療の有無のところですが、やはり体外受精等々での妊娠・分娩が多くなってきていることは間違いないです。ただ、日本の場合は凍結胚のホルモン補充療法、要するに排卵を起こしてやるのではなくて、ホルモン補充療法で凍結胚を胚移植してと、こういうケースが多いですね。割と妊産婦死亡とか偶発事例は産婦人科医会で集めていますが、その中で非常に弛緩出血も多いですし、自然妊娠に比べると。データが少しずつ産婦人科医会のほうでも母体については出てきているので、多分新生児のほうにもかなり影響が起きているんじゃないかなと見て。将来のことなんですけれども。

あと、無痛分娩も急激に増えてきていると、色々影響してくるのではないかなと思います。その辺りも少し注意して見ていきたいと思っています。

○木村委員長

ありがとうございます。気になりますのは、特に体外受精とかの方の新生児で、なかなか

か統計を出すのは難しいですけれども、飛彈委員、印象とか何かありますか。

○飛彈委員

ありがとうございます。飛彈でございます。

体外受精で妊娠された方のアウトカムがそうではない方と違うという印象はあまり実はないです。ただ、今いる分娩機関、■■■■はやっぱり多くの方がART（生殖補助医療技術）で妊娠成立されているので、自然妊娠の方がちょっと少ないなという印象ではあります。自分が以前に勤めていた医療機関でもそんなに違うというような印象ではないです。

○木村委員長

ありがとうございます。水野委員、いかがでしょう。何か体外受精が増えてきたことによって、というか、そういう妊娠から生まれたお子さんということで、何か雰囲気、これは何とも根拠はなかなかおっしゃるのは難しいと思いますので、雰囲気的に何かお感じのことはございますでしょうか。

○水野委員

ありがとうございます。私も飛彈委員と同じように、あまりそれで何か増えているという印象はないのですけれども。そういったデータを調べたことがないのではっきりしたことは言えませんが、印象的にはあまり持っておりません。そういう点を注意して見ていきたいと思います。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。実際のところ国の統計で見ても、結局年齢でも、こういった治療をお受けになるのは年齢が高いので、そこはあまり変わらないということは、赤ちゃんの側では結構出ているような気はいたしますが。また引き続き、これも日本で急速に変わっている、妊娠・出産シーンの中で変わっていている因子の一つだと思いますので、しっかり見ていくべき項目かなと思っています。何か事務局でもお気づきのことがあったらご指摘いただきたいと思います。ほか、よろしいでしょうか。お願いします。

○鮎澤委員

今、木村委員長が言われるように、日本の妊娠・出産において急速に変わっていることが、今の統計の出し方でどんなに反映されていくのか、そこは注意深く見ていく必要があると思います。

○木村委員長

ありがとうございます。年次でいきますと300、400のことなので、なかなかその

中で傾向をみるということにも限りがあるし、それもありまして、それこそまた後ほど出てきます周産期データベースのところできちんと出てくるようなトレンドを日本はちょっと追えていないのがやっぱり大きな課題になってくるかと思えますし。田中委員、お願いいたします。

○田中委員

先ほど事務局からご説明があったように、一応、最近で2016年ぐらいだと、もう既に8年ぐらい前のデータなので、そうするとそこら辺が今までのディスカッションと今回のデータは少しミスマッチしているところがあるので、多分、実際に何年から何年の報告例と最初のところにでも書いておいていただけると、実際このデータはどれぐらいにお産をされた方だというところが認識できるので、最近のトレンドとのミスマッチに対する疑問が解消できるかなと思いました。

○木村委員長

ありがとうございます。最初のところに、結局、2023年12月まで、原因分析報告書を送付した事例としか書いていないので、それは何年の出生までかということが、何年からの全例になっているかということが少し分からない。この委員会の中では時々そういう話も出てくるのですが、そこが読者の皆さんになかなか分かりにくいところでありますので。64ページの最初のイントロの2行目ですかね、事例3,796件であるところの後に、括弧書きで何年までの全例と。それで何年から以降は一部の事例であると書いておいていただくと、大体どこまでは網羅しているなということが分かるかもしれませんね。少しそこは記載のご検討をお願いいたします。

確かに出産における色々なシーンが急速に変わっているという現在、そもそも数が毎年5%減という大きなことが起きているというイメージは皆さん持っておられると思う。その辺りも踏まえて、色々なことが変わってきているという記載をまた、今のこういったところでまた表記したいと思います。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

今回の議論はなるほどと思い聞いてきましたので、全く異存ありません。ささいなことなのですが、さきほどの81ページの都道府県別の数字の分母の話なんですけれども、これ、産科医療補償制度に一応全員が登録していて、最初に。それで登録から実際にこの原因分析という形になるというステージじゃないですか。それは同じ分娩機関だとしたら、

それを都道府県ごとに集計するというので、これは合わないのですか、分母として。

○木村委員長

その施設の分娩取扱数、全部の分娩取扱数を集計するのはなかなか難しい。

○勝村委員

産科医療補償制度に対して。

○木村委員長

ああ、掛金ね。

○勝村委員

掛金で登録している数字が分母にならないのかなど。

○木村委員長

なるほど。掛金でやはりできるかもしれません。少し一度それは、確かにおっしゃる通り掛金分で出せる可能性はあると。一回ご検討いただいてということをお願いいたします。確かに分母をどうするかということは非常に大きい問題になると思います。それをやって、またどこどこの何々県の分娩機関は危ないぞみたいな、そういうのも良くないので、少しその辺りをどうするか。一回見て、そういうちょっとこれは他と比べて高いですよみたいなコーションが出せると、また金山委員がおっしゃったような意義も出てくると思いますので、また一度検討してみてください。確かに分母の一つとして掛金というのは大事になる。掛金を掛けた人数ですね。というのは出せる可能性があるのかなと思いました。ありがとうございます。

そうしましたら、ここはそういったことを少し、先ほどの割合というのは後の課題といたしまして、今述べたようなことの少し修正をお願いいたします。

ほかはここではよろしいですかね。

○市塚委員

よろしいですか。

○木村委員長

お願いいたします。

○市塚委員

細かいことなんですけれども。64ページなのですが、ちょっと読み直してみまして、64ページの2行目ですね。12月末までに原因分析報告書を送付した三千何件であるということ。何年から二千何年までの出生児ということが注意書きだと思うんですけど

も、原因分析報告書は誰にというのを入れたほうがいいかなと思ったんですけども。何でしょう、第3章のところには分娩機関と保護者にで完結という意味だと思いますので、これ、送付した誰にというのをここにも入れてあげたほうが親切かなと思いました。ご検討ください。

○木村委員長

ありがとうございます。ぜひこれは簡単なことですので入れていただきたいと思います。よろしく願いいたします。ありがとうございました。

そういたしましたら、次がこれも審議事項でございます、3章の「テーマに沿った分析」のここで空白になっております「子宮収縮薬について」のところでございます。こちらのほうは様々な統計的なことも入ってまいりますので、小林委員から■■■■の統計がご専門の■■■■にご相談して、統計学的手法を変更した内容を含めた原稿案の審議という形になることをご了承ください。それでは資料についての説明をお願いいたします。

○事務局

失礼いたします。「第3章 テーマに沿った分析」の子宮収縮薬についてご説明いたします。本体資料、資料2、資料3、資料3－参考をお手元にご準備ください。

本体資料2ページ下段の(5)をご覧ください。前回の委員会では構成案や提言案についてご審議いただきまして、その結果を踏まえて原稿案を修正いたしました。委員会後には適合度検定の具体的方法、結果の記載について小林委員に相談し、分析結果を修正しています。今回の委員会では、分析結果、原稿案全体の書きぶり、および「6. 産科医療の質の向上に向けて(案)」についてご審議をお願いします。

資料3－参考には表20の案を付けておりますが、こちらにつきましては今回のご審議のご意見を踏まえて考察を修正する予定ですので、後程詳細をご説明いたします。

今後のスケジュールにつきましては、本体資料1ページでございますように、委員会後のメール審議にてドラフト原稿をご確認いただき、■■月■■日に第15回再発防止報告書の発行を予定しております。

続きまして、資料2、資料3および資料3－参考をご覧ください。資料2のご意見番号に沿って資料3をご説明いたします。

資料2の1番から5番と、資料3の1ページは「はじめに」に関するご意見および修正案でございます。修正前は、子宮収縮薬と脳性麻痺に関する文献をもとに記載しておりましたが、前回いただいたご意見を踏まえまして、再発防止報告書やご審議内容をもとにし

た記載へ修正しております。また無痛分娩に関する情報は周産期登録データにございませんので、今回は子宮収縮薬使用の有無について検討させていただきました。

○木村委員長

1から5までのご意見に対してのご意見を組み入れた形でこの「はじめに」のところが書かれております。このところでの書きぶりにつきまして何かご意見はありますでしょうか。大体、この「はじめに」のところの25行目までが今までの歴史的なことを書いてあって、26行目以降が今回の姿勢といたしますか、比べたということを書いて、比べた中身までは書かずに、比べましたということが書かれているイントロでございます。このところは特にご意見ございませんでしょうか。お願いします。

○市塚委員

市塚です。冒頭の3行目のところに「アップデートが必要と考えられる観点」、また「周知が必要と考えられる観点」と、観点、観点とかなり続くので、最初の観点は「および」にして、2つの観点からみたいな書き方をしたほうがいいかなと少し思いましたけれども、ご検討いただければなど。

○木村委員長

ちょっとこれは口語的に修文ですね。アップデートが必要と考えられる点あるいは重篤であり周知が必要となる点の両面からとか、何かそういうようなちょっと修文をお願いいたします。

他いかがでしょうか。全然関係ないですけども、英語で論文を書くときには3行以内に同じ言葉を出すなということによく習いましたので、確かにその通りだなと思っておりますので、同じ言葉が続いてこないような感じで修文をお願いしたいと思っております。よろしいでしょうか。大体、ここはイントロでの書きぶりですので、よろしいかと思っております。

次のところは6、7ですかね。6、7のところをお願いいたします。

○事務局

資料2の6番、7番についてのご意見ですが、こちら、子宮収縮薬使用の有無で集計した結果で、何かを分析したように見えるとのご意見を踏まえまして、資料3の4ページから5ページで「3. 分析方法」における見出し名と見出しレベルを整理しております。結果についても同様の整理としております。1)では分析対象事例における概況として集計結果をまとめ、2)では、補償対象事例群に関する分析として統計を使用した分析と、その結果からさらに背景を集計した結果を記載する構成としております。

○木村委員長

サブタイトルで「検討」という言葉が入ると、ちょっと何を検討したのかということが実はなくて、結論がないというか、これは事実を述べているということですので、むしろその言葉は外して修文していただいて、概況とか分析とかという言葉にしたということでございます。これは鮎澤委員からご意見をいただいたと思います。こんな書き方でいかがでしょう。

○鮎澤委員

ありがとうございます。このところについては、こういう考え方でこの分析をしていくということでしたし、差し障りなく書いていただいていると思います。

あと、同じことなのですけれども、他のところで「検討」という言葉を使っていることに同じような使い方がされているかどうかの確認は事務局でしていただければと思って拝見していました。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。他で少し検討という言葉が出てきたところの使い方ですね。ここを確認しておいてください。

他よろしいでしょうか。では次の8から11ですかね。そのところの、これは本体のほうですが、お願いいたします。

○事務局

失礼いたします。資料2の8番から11番のご意見につきましては、統計手法について小林委員にご相談したうえで、適合度検定を用いた結果を記載しております。適合度検定につきましては資料3の5ページに簡単なご説明の文章を掲載する案としました。分析結果は資料3の16ページから18ページに記載しております。前回までのカイ二乗検定の結果と概ね変わらない結果でしたが、周産期登録データ事例群との差を見るという観点で結果を再確認したところ、前回の解釈と異なる項目がございました。こちらにつきましては資料3の18ページにございますように、新生児蘇生処置実施なしにおきまして、補償対象事例群で子宮収縮薬使用ありの割合が多いという結果となりましたため、改めて結果を掲載しています。ここでは出生後の項目を子宮収縮薬の有無で比較することで良いか、ご審議をお願いいたします。

続いて資料2の12番から14番のご意見ですが、脳性麻痺の主たる原因の集計に関し

てご意見を頂きました。資料3の18ページ下段にもございますように、なぜこの集計を行ったのか、何を集計しているのかが分かるよう、見出しレベルや見出し名、文章を修正しております。表20の集計表につきましては、資料3—参考にすべての集計結果を表にしております。先ほどの適合度検定のご審議を踏まえ、こちらをご確認いただきながら、掲載すべき項目についてご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した。まず適合度検定の方法ですね、5ページにあります適合度検定という書かれ方がしておりますが、小林委員、この記載ぶりに関してはこんな形でよろしいかどうか。

○小林委員

いいと思います。

○木村委員長

考え方としては周産期登録データにあるようなものの頻度が大体世の中の普通……、これが普通かどうかはとりあえず置いておいて、今我々が当てにすることができる世の中の普通であって、それに対してこの脳性麻痺の補償対象事例群がその普通からずれているかどうか、そういう見方ということでもよろしいわけですね。

○小林委員

はい、そういう見方なんです。今までの、従来の分析は周産期登録データのほうも母集団を仮定して、母集団からこの20万件以上を抜き出したときにどのくらい誤差があるかということも検討した上でカイ二乗検定をしていたので、その必要はないだろうと。これだけ数が大きければ、こちらがもう真の値で、それとどれくらいずれているかを検定すればいいというのが■■■■のご意見です。

○木村委員長

この考え方についてはいかがでしょうか。確かに周産期登録データをレジスターしている、登録している集団が日本を全て代表しているのかというと、少しこれはずれている可能性はあるのですが、それはそれで今回はとにかく置いておいて、これを真の値として、それから脳性麻痺補償対象事例群がどれだけずれているかというような観点で見てみると。統計はどこかで結論というか、推論のよりどころだったりとか、こういうよりどころになったということになりました。ここではもうこれ以上どうしようもないところも、これしかないということで、その結果が出たのが16ページ以降のものでございます。



表19がずっと並ぶわけではありますが。大体のところが子宮収縮薬使用は補償対象事例群のほうが少ないというもの、あるいは同等。カイ二乗検定でも0.1とか、あとP値が0.2とかのデータで、今もほぼ一緒と、逆に言えるようなところになっているのですが。一番最後の新生児蘇生は18ページですね、新生児蘇生処置有無の実施をしていない分が、なぜか子宮収縮薬を使っているほうが多くて、実施をしている分は、今度はむしろ周産期登録データのほうで子宮収縮薬を使っているという結論というか、統計的な値が出てまいりました。

それを解釈はどうしようもない、全てのものに対して解釈はどうしようもないわけではありますが、皆さんのお手元に資料3-参考というA3の横長の大きな表がありますが、これは、補償対象事例における割合が多かった項目といたしまして、大項目の中で子宮収縮薬使用なしが多かった項目、これが初産・経産の別、胎児心拍異常あり、緊急帝王切開、産科合併症、1分後アプガースコア、血液ガス7.1未満、新生児蘇生実施ありまでのところが子宮収縮薬使用なしのほうが多い。それに対して、新生児蘇生実施なしのほうは子宮収縮薬使用ありが多いという結論になっておりまして、そのバックグラウンドですね。何が起こっていたのかということ、この下に「単一の病態が記載されているもの」というふうにずっと書いているわけがあります。

例えば、これはある意味当たり前といえれば当たり前なのですが、真ん中辺りの1分後アプガースコア3点以下のところで、やっぱり一番多いのは常位胎盤早期剥離に見舞われていると。それから臍帯脱出以外の臍帯因子に見舞われている。こういったものが、子宮収縮薬が使われていない群のほうが多かった。もちろん、勝村委員がいつもおっしゃいますように、どういうシチュエーションで使ったかとか、どういう段階で使ったかとか、どういう量で使ったか。これは、今回はもう出しようがないので、本当に頻度だけで論議しておりますが、そういったものがあると。ただ、そういう解釈は今回すべきではないのかなという気もいたします。

今度、子宮収縮薬使用ありが新生児処置の実施がないという、一番右端のカラムですね。ところがここで特徴的なのは、その背景にある状態として原因分析が述べたものは感染と児の脳梗塞、児の頭蓋内出血、3つなんですね。それ以外は報告書として原因分析報告書には病態が明らかでないので特定は困難とされているということは、これも安直に解釈はできないのですけれども、非常に子宮収縮薬使用なしに書かれている背景の病態あるいは原因不明が多いというようなところからすると、少し傾向が違うという中身でございます。

これは若い先生方に少し深掘りをしていただきたいような中身でありますし、逆に単変量解析でこういうことをしている以上、こういう飛び値が出てくるのもありなのかなと。これは多変量解析をしないと分からないのかなとか、色々な考え方があるのですが。

少し限界があるなということと、やはり、明らかに集団が違うように見えます。そういう印象をつくる意味でも、この表20はこの後で事務局より説明がありますが、いいですかね、資料2の18ページ(2)の子宮収縮薬の使用で云々、事例の背景というところでこの表を載せてもいいんじゃないかなというふうな気がいたしております。

この点に関して委員の方のご意見、いかがでしょうか。この全体ですね、子宮収縮薬使用なしというところが多い分と、ありがたい分ときれいに分かれています。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

どうもありがとうございます。今、見始めたところなので、勘違いをしているかもしれませんが、新生児蘇生実施なしということはあまり褒められたことではないという理解でいいんですよね。

○木村委員長

これがですね……。

○勝村委員

分からない？

○木村委員長

アップガー……、新生児蘇生って結局、その時のデシジョンメイキングはアップガースコアですよ、出たときのアップガースコアでデシジョンするわけですが。そのデシジョンメイキングの根拠がここに実は書いていないので、それとクロス集計するか、それと一緒に解析しないとイケない。この時のマネジメントが不適切であったのかどうかは実は分からない。

○勝村委員

やはりそもそも論として、こういう母体の解析をするに当たって一定のクロス集計とか複雑系が色々見ていかないと分からないのだろうとは思ってはいたんですけども。

○木村委員長

そうです。それをしないと全体の数って分からない。ただ、ある意味で感染なんかは、指標とかそんなもうぐちゃぐちゃになっていなくても、出て、後で何日かたってからこれ

はおかしいぞとなることは確かにあるわけで。だからそういう意味で要らんのですね。

#### ○勝村委員

主たる原因ということは、僕は個人的にあまりこだわらずにやりたいと思っていて、そうやってはっきり書けるのは、まあ半分くらいだったり、書いているレベルもそれぞれ違うし、逆に、書けるから書いているのであって、書けないところのほうが圧倒的でしょうというふうに思ったりもするので。

僕、かなり前ですけれども、母体死亡とかの研究の論文を読んだときなんか、やはり子宮収縮薬の使用法に問題があるような事例においては、出産した後の適切な処置ということをしていくことができていない医療機関が半数くらいある。子宮収縮薬の使用法の問題が原因で結果が悪かったのではないかと思われる事例が何例かあったとしたら、そのうちの半数は、そうだったとしてもそれ以降の処置をきちんとできていたら母体死亡にならなかったかもしれないと思われるものもそのうち半数あったというような論文のことを僕は今思い出して。

つまり、新生児蘇生実施がされるべきところがきちんとできていないということと、子宮収縮薬の使用法に問題があったということの関連性が大事で、子宮収縮薬を使ったか使わなかったかということだけを見ても仕方がないので、子宮収縮薬の使用法に問題があるということが多いということと関連している可能性を示唆しているかもしれないと思うと、木村委員長がおっしゃるように、もうちょっとクロス集計でしっかり見たいという気がしたという感想です。

#### ○木村委員長

ありがとうございます。ちょっと今回、またもう一つの問題は、ここで件数が■■■■件と、他に比べて非常に少ないので、これもまた難しくしているところなのかなと。■■■■件中、■■■■件が主たる原因が分からないと書かれていて、主たる原因が分からないというところが一番実は問題なんだろうと思うんですけども。本当のところを言うと、一例一例、主たる原因は分からないということだし、あるいは今回の感染とか脳梗塞とか頭蓋内出血と書かれているやつは、出生時のアプガーは何だったのかということも検討していないですが、ここまででもかなり事務局も手一杯ですので。

そういったことが浮かび上がっているということが分かるという意味では、この表は、僕はある程度出したほうが良いと。後ろに色々な問題があるんだということを示す意味ですね。きちんとこれはお示ししておいたほうが、変にここだけが取り上げられて、これ

だけ多くて、蘇生もやっていないんじゃないかみたいな話になるのではなく、その背景をもう少し解析しないといけないということを示す意味では、どちらかというこの表20は出したほうがいいんじゃないかと。ここまではやっても、多いのだけを出すとミスリードすると思うんです。それから逆に少ないのだけを出してもまたミスリードになって。この表20は、これをA4に落とし込むとかなりビジーになる恐れがあるんですけども。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

今回のこれを見ながら、木村委員長がおっしゃるようなまとめでいいかなと思うんですけども。やっぱりその分析をしている前提で、主たる原因が書いていないものはちょっと難しいから、書いているものだけの情報で議論していこうというのは、やっぱりちょっと再発防止の観点からはどうかなと思っています。逆に言うと、再発防止ができる可能性のあるものは、主たる原因が書いていないところのほうが多い可能性もあるし。かといって、主たる原因ということの、僕は言葉の意味自体にちょっと違和感が常にあるんですけども。

だから、主たる原因から考えるというのではなくて、こういうことになっているということをもうちょっと全体的に広げて、色々な意味での必要なクロス集計をやって、ともちろん、数自体が少ないのであれば、やる方が良いのかどうかということはあるんですけども。ちょっと大事な観点なのかなということ、検討を続けていただきたいテーマが一つ浮かび上がっているんじゃないかとちょっと思いました。

○木村委員長

ありがとうございます。この中でやはり、今、医療界あるいは医学的な論文の中で脳性麻痺の原因といいますか再発を追っているという観点から述べられていることは、やっぱり分娩中ではない、分娩前に起こった事象が結構あるということが言われているわけでありまして、それに少し近づくところがあるというのはこの画像所見なんですけれども。画像所見を本当は速やかに撮れというふうに書いてあるんですけども、MRIを48時間以内にMRIまでやれるというふうなことが結構、米国小児科学会なんかでは言われているのです。それはちょっと難しいというところがあるのですが。そういった方向をきちんとしないといけないということは示唆するような情報にはなっているかなと思いますし。

前のやつは、これは申し訳ないけれども、どうしようもないですね。その辺りをどう切り分けていくかということ、逆はこの制度が無過失ということ、逆を前提にしてい

るのは、そういったものがそもそもあるんだということが、過失の有無を問わないで補償しましょうというこの制度の精神にもなっているのだろーと思います。それが国際的にも受け入れられているのは、そういったことが結構世の中での常識になっているようなこういう制度が、後理事がすごく各国で講演なさって非常に高評価を得ていることの根底にもあるのかなと思います。

ですから、やっぱり防止できることは防止できると。それからできないものはできないということがはっきり分かれているのがこういう活動の大事なところであって、できることをしっかりやっていきましょうというものはやっぱり我々が出さないといけないところだと思います。それは全部できるというふうな幻想を持たれるのはやっぱりまずいかなと思いますし、まさにこういうことが大事かなと。どうぞ。

○勝村委員

ありがとうございます。だから僕らがこの場で原因分析報告書をもとに再発防止報告書を作っていくという中では、やっぱり一番シンプルに大事にしたいと思うのは、指摘されていること。つまり、子宮収縮薬を使用すること自体がいいのかどうかということではなくて、子宮収縮薬の使い方であらゆる指摘がされているということが、例えば新生児の蘇生をする必要があるのにしていないという指摘があると。そういうところの指摘に一定の関連性があるのかどうかということがちょっと示唆されているのかとか。ある意味、色々な意味で医会の先生方にもご苦労していただいて、随分そういう、何というか、僕らはリピーターというようなものをなくしていきたいと思っているし、ちょっとそういう指摘されることが繰り返されることをなくしていくことは、原因分析委員会のほうでも、何とかという……。

○木村委員長

複数事案でしょうか。

○勝村委員

同じことを2回した事例で、別紙対応でそういうのを出示してもらっているじゃないですか。だからそういう、僕としたら、ああいうシンプルに、子宮収縮薬の使い方とか新生児処置をすべきなのかどうかというようなことを原因分析の段階から指摘を受けて、それがなくなっていくということで、それで防げるものはもう防いでいくというのはこの再発防止委員会、産科医療補償制度の一つの大きな意義だと思って。そういう見方ができればいいなと。だから、つまり、子宮収縮薬自体がいいのかどうか悪いのかというような大き

な漠とした議論が社会でされてしまうようにはなってほしくない。そういう土俵にされたくない。ただし、いくつかの指摘されている部分ということができているから防げる事故は減ってくると思って。そういう観点で見るとこの数字の中身って、そういう意味でどうなっているのかなということを知りたいなと思ったという趣旨です。

そうすると、この主たる原因ということでそれを議論するよりは、どんな指摘がされている事例なのかということで議論するほうが僕は再発防止に関して意味があると思っていますので、そちらをここの表に書いてもらうぐらいのほうが僕はありがたい。

#### ○木村委員長

これは非常に大事なことで、どんな指摘がされていたのかということは、また、この指摘がフォーマット化される必要がちょっとあるところも多分あると思いますが、そのフォーマットに書かれた、最近フォーマット化されていますよね、色々な指摘に関して。ですので、そういったことの指摘点とかもまたこれからまとめていくような進め方が必要だと思いますし、それが再発を防ぐという意味と、それからできないもの、無理なものは無理なので、無理なものは無理であるというようなことをきちんと示していくことも、これは分娩というものをご理解いただくと、一般社会に対してご理解いただくということとしても大事な事かなと思っています。

あるいは子宮収縮薬もこんな話をすると、あなたの言っていることはカラシニコフと一緒にだと家人によく言われるのですが。カラシニコフという銃がありますね、機関銃。あれを作った人間が、おまえがこんなものを作ったからこんなにたくさん人間が死んだんだというふうに指摘されて、彼らが一言言い放ったのは、悪いのはカラシニコフではない、使う人が悪いと。そういった方向に色々な医療の安全というものが向かっていってくれたらいい。それはやっぱり必要だから色々なものが開発されて、必要だから使っているということと、それとまた、それをうまく使われていないということを反省することとまた別の次元であることですので、またその観点も含めながらその指摘をしっかり拾っていきたいと思います。

とりあえず今回はこの形で。これ以上今から何とかしてくれと言われても、多分事務局側も難しいと思いますので、この形で直させていただいて、また次、こういった観点が大事だということでもたししっかりやっていきたいと思っています。

#### ○飛弾委員

すいません、飛弾でございます。1個だけすごく基本的なことの質問で大変恐縮なんで

すけれども。新生児蘇生法の実施のありなしは、DPCとか件数上のありなしという評価ですかね。それともカルテを全部読み込んでいただいて、ここでこういう処置をしているからこれは新生児蘇生をやったという形。

○事務局

原因分析報告書に記載されているものが人工呼吸と気管挿管になりますので、こちらの2つのみを抽出して集計していることになります。

○飛弾委員

ありがとうございます。恐らく、DPCの件数上の新生児蘇生はアプガースコアとすごくリンクしているので、例えば蘇生初期処置とかをやって、それでアプガースコアが上がった場合は、現状ではもしかしたら蘇生処置しなかったという評価になるのかもしれない。だから、人工呼吸が確かに蘇生ではすごく大事なんですけども、それまでのきちんとした初期処置をやったことによってももしかしたら人工呼吸をしなくてもよかったということになるのかもしれないので、最初の1分のところの観察は、もしかしたらこういうデータにすごく載りにくいところなのかもしれない。

○木村委員長

ありがとうございます。新生児蘇生のところ、これは胸骨圧迫が入っていないということと、飛弾委員がおっしゃるのは刺激とか、そういったことですか。

○飛弾委員

そうですね。なので、最初もしかしてすごくぐったりした状態でいても、そこで吸引、刺激して、しっかりとした体位を取ったときに、もしかしたら1分値のアプガースコアが上がっていて、蘇生をしたということにならないかもしれないんですよ。あとは、自分たちの施設でも、例えば最初大丈夫そうだと思って見ている、後からちょっと崩れてきたときに、実はアプガースコアの評価をする時間を過ぎてから介入が必要になることもあるんですよ。なので、新生児蘇生を見ていただいたときに、やはりそういう限界もあるのかなと思っています。

○木村委員長

ありがとうございます。その辺りは結局原因分析報告書から拾っているということになりますよね、やったかどうかは。

○事務局

失礼いたします。そのデータとしましては、原因分析報告書で実施の新生児蘇生について

て生後20分のところまでデータがございますが、周産期登録データに基本的に合わせて今回集計しておりますので、そちらのほうでは何分に何を実施したのかといった情報がないため、集計できない状況です。

#### ○木村委員長

逆にデータベースに、それがために少し詳細なことがうまく出ていないというようなことでございますので、少しここは割り引いて考えなければいけない可能性はあります。なかなか統計というか、データベースが結局、いつも言っていますように、若い者が押し付けられて書いているという現状では、なかなかいいことがきっちりとした形で残らないという問題はどうしてもありますので、ある程度限界はあるのですが。

ですから、今回も全ての面で限界があることは少し記載して、特に集計等でもう少し色々な集計をしないと分からないことが多いようなことは、これは表の一番最後のところで少し記載しておいたほうがいいかなと。注でもいいですので、ずっとずらずらと表が並んでいまして、18ページの最後4行目ぐらいに少しblankがありますが、ここでこの表の限界が……、表の限界は「はじめに」のところでも書いているんですけども、表の最後のところにちょっと書かせていただいていたほうが、限界があることは述べたほうがいいのではないかと。この表全体にですね。そういったような形でよろしいでしょうか。

ちょっとこれは、確かにこれだけで絶対これだということはよろしくないと思いますので、そういう限界についても書いておくことが、先ほど勝村委員にご指摘いただいたようなご意見もありますので、そういうような形で記載いただければと思います。ただ、一回こういう形でやってみたというふうな方向でいきたいと思います。よろしいでしょうか。ありがとうございます。そうしたら次のところですね、15番からです。

#### ○事務局

資料2の15番、16番で、そこはご意見になりますが、周産期登録データの入力施設に関してご意見をいただきまして、資料3の20ページ5行目に、病院のみに限ったデータではないとして本文の表現を修正しております。

資料2の17番から20番は、産科医療関係者に対する提言についてご意見をいただきまして、結果に基づいた記載になりますよう、考察までの書きぶりや構成を整理したほか、今回の分析に沿った書きぶりへ修正しております。

さらに、21番から23番では、国や地方自治体に対する要望に関して修正を行いました。資料3の21ページから22ページに提言案を掲載しておりますのでご確認ください。



特に、国、地方自治体に対する要望では、再発防止報告書等における過去の提言案と表現を揃え、学会、職能団体への支援を要望するような書きぶりとさせていただきます。

○木村委員長

ありがとうございました。考察ですね、考察のところ色々細かく書いてくれているのと、それからこの提言ですね、提言は特に常位胎盤早期剥離が非常に前は目立ちまして、その時に、前の時、胎児母体間輸血症候群か何かそんなのが出てきていて、いきなりそれが出てきていたのはなぜなのかという感じがしたのですが、少しこの背景を列記していただいたというところがございます。何かご意見。金山委員、お願いします。

○金山委員

考察のところ2段目の表20、「子宮収縮薬を使用していない事例について検討した結果（表20）」とありますけれども、資料3-参考、表20として上げるのは非常に私も賛成なんですけれども、何かサマライズしたものをここにもちょっと入れて、その後に常位胎盤早期剥離や臍帯脱出となるという流れにしたほうが、せっかくの資料、表20で強調したい内容に気がつかないで終わってしまうような気がするので、この表の部分にしっかりしたものを入れたほうがいいと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。例えば、この項目が、初産婦・経産婦、胎児心拍異常あり、緊急帝王切開術、この表のところですか。

○金山委員

先ほど先生が議論されたような新生児の蘇生のありなしを含めて、一、二行で、二、三行でもいいですので何か分かりやすくしたほうが、せっかくの表20の意味がなくならずに済むかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。ちょっとそうしたらそれは事務局で、要は常位胎盤早期剥離や臍帯脱出が多いということをどこから導き出したんだというふうなことがちょっと分かるような文言を表20の前か後かにちょっとつけていただいたら分かりやすいかなと思いますので、それを付けることによって表20をもう一回見直してもらえるとというふうな形がいいと思います。ありがとうございます。

○事務局

ありがとうございます。

○木村委員長

何かちょっと文章を考えてください。お願いします。

ほか、いかがでしょうか。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

改めて補足の最初の六、七行を読むんですけども、子宮収縮薬を使用することがいいのか悪いのかという土俵で議論を一般の社会でする人がいるのは避けられないかもですが、僕らは避けたほうがいいと思いますし、僕は避けたいと思っていて、こういう場では。

子宮収縮薬がいいのか悪いのかという議論の土俵にはそもそも乗りたくないの。子宮収縮薬を正しく使っていけるようにするために再発防止委員会があるし原因分析報告書も書いてくれていると思っていて、子宮収縮薬を正しく使う使わないという土俵はどうでもよくて、使用すること自体がどうなのかなんていう統計は、僕は意味がないと思っているから、そういう土俵には乗りたくないと思っていて。

書きたいその理由は、書こうとされていることを否定するわけじゃないんですけども、子宮収縮薬を使用すること自体がいいか悪いかということを検討したような形になるのは、僕はそんな検討の土俵には乗りたくないの。そこは科学的じゃないと思う。それはちょっと文面的に避けてほしいなという気がする。

子宮収縮薬の使い方を僕らは正しく使ってほしいという観点で原因分析委員会も指摘してくれているわけで、僕らはそれを再発防止につなげていき、そういう指摘がなくなっていくことが、年々進んでいくことがこの再発防止の意義だと思うので、子宮収縮薬自体を、使うか使わないかでどっちがいいかということ进行分析しました、みたいに読めてしまう感じがするので、そういう感じの論点自体に僕はちょっと乗りたくないという気がするの。そういうふうに読める感じがあるので、何か修正していただけるとありがたいなという気がいたします。

○木村委員長

ありがとうございます。とりあえず、一つ明らかなのは、子宮収縮薬の使用と脳性麻痺の補償対象事例になったこととの関係が基本ない。あくまで使い方であるということが一番大事なメッセージかなと思います。その中には頻収縮というのは一つの指標。おっしゃる通り、これは中身を見ていませんので、結論が出せるというものではなくて、指標の一つにしかならないということになります。

実は子宮収縮薬の使い方といっても、オキシトシンの使い方なんかを見ていると、ロー

ドーズとハイドーズでどちらがいいかなんていう議論は本当に度々されていて、異常時のオキシトシンの使用にも全面的に……、まあ製薬会社さんの文書で高容量を禁止しているわけですが。それが本当に正しいのかどうかということの検証すらしていないわけですね。実は最終的にはそれを検証している論文もたくさんあるんですけども。

そういったことも含めると、まずその第一歩としては、要は使い方の問題であると。使うとしたらですね。使うとしたら使い方の問題であることと、それから使う使わないということと結論とあまり関係ないということになる。勝村委員がおっしゃるところと多分一緒だと思うんですけども、使う使わないとその後が関係ないわけですね。使う使わないということよりも、使い方の問題であるということが一番の今回のメッセージになるのかなと思うわけです。ですからその辺りの、もう一度、多い少ないというだけではないというようなことをうまく一言入れてもらうぐらいでもいいのかなという気はいたしますし、その使う頻度が高いから脳性麻痺が起こっているんだということは絶対違うし。

○勝村委員

いいですか、すいません。

○木村委員長

どうぞ。

○勝村委員

やっぱりついつい、色々な人が子宮収縮薬がいいのか悪いのかみたいなことを言う人がいるので、そんな話ではないと僕はずっと言い続けてきているので、何か少しその土俵に乗ってしまっている感じが、特に、したがって、からの後のところから、僕らはそういう感じでは議論していないと思うし、子宮収縮薬はそもそもいいのか悪いのかみたいな、そんなのは、僕は全く意味がない議論だと思って。子宮収縮薬を正しく使っていない事例ということがちょっと事故に影響しているんじゃないかと思うと、原因分析で指摘されているようなことを減らしていこうということを行っているだけのことなので、それ以外のことを何か再発防止委員会で議論するのは、僕は逆に変だと思って。

色々なことが見えてこないかなんていうことで、今回データベースで比較しているわけで、こういうことをするための比較だとしたら、僕はそんな土俵は意味がないと思う。僕がそんな議論をしては駄目だと色々な人に言ってきた議論をここでしてしまっているような感じがして。全く意味がないと思うんですよ。子宮収縮薬自体がどうかなんていう議論は。

○木村委員長

いや、おっしゃる通りで、子宮収縮薬自体がどうこうじゃないです。要るから使うんです。要らなかつたら使わない。それだけの話。

○勝村委員

いや、僕らがここで子宮収縮薬のことをテーマに上げているのは、やっぱり正しく使えていること云々がどんなふうによりきちんとしていけるのかという観点で、使い方に問題があったり、さらに使い方何か示唆されているものが見えてきたりとかという観点で僕はデータベースを見ていると思っていたので。そういう視点で見えていますよということを表現できる文面にしてほしい。

○木村委員長

要は、補償対象事例になった事案が、子宮収縮薬そのものがリスク因子ではない。子宮収縮薬そのものがリスク因子ではなくて、その使い方の問題であることが今回フォーカスされたということであろうと思うんですね。

○勝村委員

いや、そのためにやっていたとしたら、僕はそんなことは当たり前なので。

○木村委員長

いやいや、それが当たり前じゃないんです。それは、当たり前じゃない。今の産科の現場がどれだけその議論でプレッシャーがかかっているか。帝王切開ばかりになりますよ。その世界でいいんだったらそれでいいですけども、今、本当にそういうメンタリティーになっているんですよ。

○勝村委員

だから、そういうことだとしたら、もうちょっとそのことを率直に書かれたらいいんじゃないですか。そのレベルの議論の必要性を現場で感じておられるということに関しては、それを否定するつもりはないし、その発言なり発信なりはなるほどと、非常に実感されておられるならされたらいいと思うんですけども。

再発防止委員会の仕事としては、僕は色々な分析をしていく意味では、やっぱり子宮収縮薬そのものが使いやすい使いにくいとかという議論から、より中身の議論とガイドラインになってきて、必要な時に使っても一部から必要ないという声があることをやっぱり整理していく場、この委員会までその土俵に乗ってしまうことが、もうちょっと何かどうなのかと思うんですけども。

○木村委員長

おっしゃる通りです。勝村委員がおっしゃってくださっていることはよく分かりますので、それを少し意思を出させてもらって良いのであれば出したいと思いますが。今、やはり現場の医師から聞くのは、それこそもうちょっと陣痛つけないと出ないよねというようなことで、子宮収縮薬を使いましょうといったときに拒否されるんですね。危ないから嫌だと、もう頭ごなしに拒否される現状は結構あります。僕が現場をやっていたときも既にそういったことで。申し訳ない、20年前ぐらいが最後で、ちょっと偉そうなことは言えないんですけども、現場をやっている頃も結構それはありました。

やっぱりその動きは一回それをリセットしないと、以前はどんどんいけみたいな感じで何でも使えた時代があったことも確かにそうなので、それから使い方も非常によろしくない使い方が横行していた時代があったこともまた事実でしょうし。それと今とはちょっと違うのに、その時代のメンタリティーが残っているんです。それは非常に残っています。だからそれを、こういったデータでやっぱりちょっと違いますよということで発信しないといけない。

○勝村委員

分かりました。木村委員長のお気持ちと木村委員長の現状認識はよく分かったんですけども、再発防止委員会の報告書に、そのことを書き込んでもらうのは困るとはもちろん思わないんですけども、木村委員長が最後おっしゃったことが、そのうまいことバランスというか、要は、僕らはやっぱり本来はこういう議論をしているんだけど、逆にそういう冷静な議論をしているだけでは社会に誤解されることがあるからこういうことも言っておきたいという趣旨で、書かれることを否定することではないですけども、あくまでも再発防止委員会としては子宮収縮薬そのものがどうということではなく、一つ一つ丁寧に見ていくということだけにすぎないと思うので、必要な時には使うわけだし、必要がなければ使わないということで、薬でも何でも全部そうだと思うので、そういうところを丁寧にやってきて、ガイドラインなり色々な原因分析報告書なりがたまってきた、一番ベストというか、いい形にまとめていくんだと思って。おっしゃるように木村委員長が逆に気にされる議論も僕はもちろん、僕にとってもそういう議論は嫌なので、誘発というのは嫌ですとか、子宮収縮薬というもの自体を使うのが嫌ですとか、僕はそんなつもりは全くないので、冷静な議論をしていきたいと思いますというこのリーダーシップを取っていきたいと思っているという部分もどこかに書き込んでほしいという思いです。

○木村委員長

ありがとうございます。それはおっしゃる通りなので、その辺りを少しうまくこの考察の最初の辺りにぜひ加えさせていただきたいと思います。この形で、頻度の高い低いだけの問題ではないですが、ただどこかで一回くびきは解かないといけないと。変なくびきがあるんですね。それだと解けそうだとということでの今回の結論だと思っています。もっと使えという気もないし、必要ないときに使えという気もないし。ただ、要るときには使っているという現状があるということは確かだろうと思いますし、そういう現状をきちんと知ってもらうことはこれからも必要かなとは思っています。

ということで、そこは少し文章をまた修正して、そしてまた委員の先生方に、これはメール審議になりますね。メール審議でまたメールを回させていただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。ありがとうございます。

他にこの考察あるいは提言のところで何かご意見はございますでしょうか。

○事務局

今の勝村委員のお話をお伺いすると、この考察を見ると、あたかも子宮収縮薬ありなしでこういう分析をした結果、子宮収縮薬と脳性麻痺は関係ないと言っているように見えるということでしょうか。過去の報告書では、子宮収縮薬を使用する際は適切な用法用量で使用しましょうねという提言をしましたが、脳性麻痺事例だけをみて提言をすることがミスリードにつながりかねないといったご意見も頂戴しました。それらを受けて、数も増えてきたので症例対照研究をしましょうといった経緯を「はじめに」には書いていますが、そのようなことを考察にも丁寧に記載させていただきますがいかがでしょうか。

○木村委員長

考察の対象にも、繰り返しにはなりますので、ちょっと入れて。

○事務局

はい。

○木村委員長

それを受けたということではいかがでしょうか。

○事務局

はい。またメール審議のほうでご確認をお願いします。

○木村委員長

よろしく申し上げます。少し一度、方針を考えてみましょう。

他に何か。提言も特にレジストリに関しては、本当にこれは何とかしたいのですが、何

ともならないというのが今の現状でもありますし、これは市塚委員どうしたらいいんでしょうね。このレジストリに関しては。

○市塚委員

レジストリというのは、この周産期登録データの。

○木村委員長

このデータベースですね。

○市塚委員

周産期登録データベースですね。

○木村委員長

周産期登録データ、こういう脳性麻痺が起こってしまった事例も含めて、何か統一されたデータがあって、何かそういう問題点みたいなものがきちんと浮き彫りになってくるようなシステムが日本にはないですよ。

○市塚委員

そうですね、なかなか難しいかなと思うんですよ。今度■■■■年からまた、ご存じだと思いますけれども、周産期登録データベースは若干変更が加えられるということがあります。それを拝見しましたけれども、先生が上げるような、課題が叶うような内容には■■■■年度もなっていない現状がありますので。やはりこちらのほうから、再発防止委員会から周産期委員会のほうにこういったところを比較できるようなレジストリ方法がないかどうかを少し申し入れるのはありなのかもしれないと思います。

○木村委員長

実際に、いつものことですが入れる手間の問題が非常にあって、これは恐らく新生児のレジストリでも一緒だと思うんですけども、レジストリを作れば作るほど、幾らでも細かいことは聞きたいことはいっぱいあるのですが、結局みんな記入するのが大変なんですよ。もうそれに誰が入力するんだという問題がいつも起こってしまうのがこの問題の一番難しいところで、公衆衛生の先生方が後で苦労されながら拾っていくというようなことが現実には起こってしまうということなので。

一回こういう提言はきちっとしておくのはいいことだと思いますし、この後でまた今回、ちょっと色々妊産婦側とは連絡は取っていただいているようではありますが、またこういったような情報が分かればもっといいものになることが今回分かりましたみたいな、この報告書が出た後でまたこちらも一回出していただいてもいいかなと思いますので、またそ

の時には一度先生方のお知恵も拝借いたしまして、どういった情報が要るかということもまたお聞きしたいと思います。

鮎澤委員、お願いいたします。

○鮎澤委員

私、この大規模データベース、決して今ないわけではなくて、周産期の大規模データベースはあるのだということもきちんと書いて、そういったものを視点に入れながら、さらに整備していきましょうという書きぶりにしていただいたのは、本当にもう納得できる文章にさせていただいたなと思っています。

その上で、3)の国・地方自治体に対する要望が、ここはこれまでの提言と整合したというふうにご説明がありましたけれども、学会・職能団体だけへの支援でよろしいですか。今、データを提供することに対するインセンティブがあるかどうかは分かりませんが、色々な可能性がある中で、学会・職能団体だけじゃなくても、色々な支援の仕方を検討していただきたいという思いもありまして。入力に対するインセンティブまで書かなくてもいいかと思ったりはするのですけれども、いかがでしょう。

○木村委員長

いかがでしょうか。一応それは一言入れていただいてもいいですよ。本当のことを言って、入れたらいつからかの話になるんだと思うんですけれども。やっぱり手弁当でということはちょっともう限界ですけれども、恐らく新生児はNICUなどの情報をデータベースとして持っていたと思いますが。

○飛弾委員

飛弾でございます。

新生児のほうのデータベースは基本的には新生児医療ネットワークのデータベースで多分、極低出生体重児に限られていまして、それに参加している施設も限られているんです。今の鮎澤委員の発言を受けて感じていることは、やはり今、木村委員長が言われたように、手弁当で入れるのは限界がありますので、電子カルテのレベルから抽出できるような、そういう本当にそれこそ国が力を出さなければできないような、そういうシステムをきちんとつくっていかないと本当のデータベースの構築は厳しいのではないかなと思っています。

電子カルテ自体がもう本当にベンダーさんによって全然違うので、例えば今、恐らく産科のほうは周産期の管理の部門システムを使っているところで、新生児のほうにおいては



集中治療の部門システムを使っているところで、電子カルテに入力をしたデータがうまく  
そういうところから、入力しているその元のところから抽出できるようなそういうものも  
ちょっと考えていただかないと、これ以上、医療をよくしていくための大規模なデータが  
得られていくのはちょっともう難しいんじゃないかなと感じているところです。

○木村委員長

ありがとうございました。おっしゃる通りだと思います。例えばここに、目指すに当た  
り、電子カルテからの情報収集、積極的な情報収集等とか、何か一言入れるといいのでは。  
うまくやっているのは北欧でしょう。

○鮎澤委員

こちらの参考文献のところに、スウェーデンでしたっけ。

○木村委員長

そうです。

○鮎澤委員

それは2011年ですよ。

○木村委員長

はい。

○鮎澤委員

私はこの論文を読んでないので分からないのですけれども。少なくともこんな昔からそ  
ういう実績があったと。ここでそれを記載されているということは、それなりの意義を持  
たせようとされているのだと思います。データの活用に関する議論を病院の中でもしてい  
るのですが、色々なことをやろうと思えばできる時代に、入力方法をどうするかというこ  
とを考えていかなければならないと改めて今思っています。ここからどのような提言をす  
るのがふさわしいのかといった検討は必要なのでしょうけれども、できればしていただき  
たいと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

○金山委員

金山です。

○木村委員長

お願いします。

○金山委員

国を動かすためには、やっぱり行政だけじゃなくて、国会議員を動かすのが一番早いと思いますので、そういうルートは非常に考えてもいいと思うんです。

○木村委員長

スウェーデンなんかは大阪府ぐらいなんです、人口が。ちょうど900万ぐらいなので、手頃といったら手頃。日本の10分の1ぐらいのスケールになるので手頃といったら手頃で、ただシステムチックですね。スウェーデン、ノルウェー、フィンランド。体外受精でもほとんどシステムチックなレベルでやられていると思うんです。もう少し踏み込んで、例えば3)の国・地方自治体に関する要望とちょっと書いていって。出生数がここまで減ってきますと、やっぱりかなり踏み込んでいかないと、顔向けできないというか、そういった将来に向けて少し思い切って言うようにしていかなきゃと思います。

田中委員、お願いいたします。

○田中委員

今の鮎澤委員のご意見も含めてですけれども、医者がこういうデータベースに入力する負担ということが今の時代働き方改革などにより、なおさらできない状況なので、何とか医師の負担軽減をするような人的な補償とかAIを利用したという、やっぱり医師の負担軽減についても少し具体的に書き込んでいただいたほうが、今後の発展性を考えると重要なことかと思いましたが、いかがでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。そういった内容も含めて、ここの最後のところはもうちょっと膨らませてみましょう。鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

よろしいですか。多分これは産科医療、ここのデータベースだけの話ではなくて、日本の医療のデータベースができるのかという話につながる話で、みんなで発言していくのがいい、恐らく機会あるごとに訴えていくことが大切ではないかと思えます。その第一歩をこの中でも目指していこうとするわけですね。

○木村委員長

これからも人の力に頼るようなことをしていたら多分世の中は回らないので、考えないといけないというようなニュアンスも。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

僕は患者側の団体から国に対して、医療DXと言っているけれどもあれはベンダーのためのものにしか見えない、本当に患者のためになるような医療DXを今こそきちんと医療でやってほしいという要望を書いて出したりしている。みなさんのご意見に賛成で、国に対してきちんと患者のために、言えば医療のためになるデータベースをきちんと出してほしいというのは、本当に社会の課題ですので、医療DXのタイミングでそこはどんどん社会が動いているタイミングで、患者のためという思いを反映してほしいと思います。

#### ○木村委員長

ありがとうございます。ぜひそういう形での文章を作っていきたいと思いますので、よろしく願いいたします。厚生労働省に直接流すと資金がないと返ってくるだけなので、国全体の動きとしてやはりやっていけるというか、何かそれによって、つまりデータベースが、変な話ですけども、いいようにつながることで、それをうまく回すためにはやっぱりちょっとお金につながるというふうな仕組みも考えないと多分うまくいかないだろうなど、この国ではうまくいかないだろうなどということは危惧しながら、色々な動きを拝見しています。少し今の意見などを踏まえて、もう少し最後のところに盛り込んでみましょう。よろしく願いいたします。

この項目に関して、子宮収縮薬のところに関しましては何か他にございますでしょうか。よろしいでしょうか。

#### ○市場委員

ちょっとよろしいでしょうか。すごく今の議論とは全然関連がないところですが、今回は単胎かつ分娩時妊娠週数■週以降■週未満の症例が今回の対象になっているという理解なんですけれども、9ページの分析対象事例における背景、表3なんですけれども、出生体重で、■週以降で1,000グラム未満が、周産期登録データ事例群で■例あるんですけれども、■週以降で1,000グラム未満だったのかなと。ちょっと単純に疑問に思ったので、これはどうなっているのかなという意見です。

#### ○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事務局内で定義をしたのですが、データとしてそこに存在してしまっているの、これをエラーデータとすべきかどうかといったところについて、ご相談させていただいたりもしたのですが、我々なかなか中まで見れませんので、ここは入れ込むこととさせていただきます。

○市塚委員

分かりました。ありがとうございます。

○木村委員長

病的ですよ。どうしても極端な事例をどう処理するのが難しいところ。

○市塚委員

極端なデータもエラーとして考えるのがエラーデータというか、そういうものもありなのかなと思っちゃいましたが。それを今から集計で見直すのは大変なことになるので、今回は理解いたしました。ありがとうございます。

○木村委員長

■■■万のうちの■■■ですので、まあまあ、割と大きな影響にはなっていないのですが、確かに表を一つ一つ丁寧に眺めると疑義がでてくるのは当然かなと思います。ちょっと今回はそういう形で、むしろ消さなかったというのが実情だそうでございます。よろしいでしょうか。

○市塚委員

もう一つだけよろしいでしょうか。すみません、細かくて。

○木村委員長

お願いします。

○市塚委員

考察のところには書いてあるのですが、これまでの委員の先生のご意見一覧にも度々出てきたことなのですが、今回、コントロールが周産期登録データで、そもそも、この周産期登録データベースに登録している施設の7割ぐらいが周産期センターとなっているので、入り口がちょっと異なることは委員会で度々出ていることだと思うんです。これまでもワーキンググループの中で周産期登録データベースを対照としてやった研究がずらっとありますよ。その中のリミテーションのところには必ず今のお話が載っているんで、今回せつかく20ページにデータの制約を書いているので、もうちょっと、周産期登録データベースの特性を、繰り返しにはなってしまうのですけれども、入れておいたほうがいいのかとちょっとここで思ったので、ご検討いただければと思います。

○木村委員長

なるほど。確かにこれはどの程度の施設が、確かに7割は大きい。先生、それはどこかにもう出ていますか。

## ○市塚委員

これはあります。日本産科婦人科学会のホームページを見ると、何年時点でこの登録施設……。

## ○木村委員長

その施設数がどれぐらいの割合というのが出ています。それを見ていただいて。それは出しましょう、ぜひ。それは日本産科婦人科学会のホームページを引用してもいいと思います。よろしくお願いいたします。

他よろしいでしょうか。ありがとうございます。ではまずこれで今いただいた意見を中心にして、一度また修文あるいは文章の確認を行いまして、それでまたメール審議をさせていただきたいと思います。色々ご意見をいただきましてありがとうございました。

それでは続きまして、再発防止に関する報告書の2025年度の再発防止委員会についての審議事項、来年度ですね、もう年が変わったというのもあると思いますので、では来年度のお話をお願いいたします。

## ○事務局

2025年度の再発防止委員会における審議事項についてご説明させていただきます。

本体資料、資料4をお手元にご準備ください。2025年度の再発防止委員会では、2024年度の委員会でご審議いただいた「第4章 産科医療の質の向上への取組みの動向」および「資料 分析対象事例の概況」の改訂内容の反映に加え、引き続き「資料 分析対象事例の概況」に保留とされた一部集計表および脳性発症の原因に関する表の改訂を予定しております。また、2025年■月には産科医療補償制度ネットワークシステムのリリースが予定されており、新しいシステムを利用した委員会の運用が開始となる予定です。

これらのことを踏まえまして、効果的な委員会審議を実現するため、2025年度の再発防止委員会の開催時期や審議内容等についてご審議いただきたく存じます。資料4「1. 2025年度の再発防止委員会における審議事項」について説明いたします。まず大分類として再発防止に関する報告書について説明いたします。「第3章 テーマに沿った分析」につきましても、2024年度の委員会審議にもとづき、吸引娩出術について、産科医療の質の向上を図るための指摘があった項目や診療録等の記載について産科医療の質の向上を図るための事例を分析する「吸引娩出術に関する分析、診療録等の記載を踏まえて」と2026年度発行の第17回再発防止に関する報告書に向けて、これまでの委員会審議にもとづき、分析テーマや分析内容を検討する案としております。「第4章 産科医療の質

の向上への取組みの動向」につきましては、冒頭にてご説明させていただきました、2024年度の委員会審議にもとづいた改訂内容の反映およびグラフや付録、章全体の構成等の改訂を検討しております。「資料 分析対象事例の概況」につきましては、2024年度の委員会審議で保留とされた一部集計表および、現在ご審議いただいております、脳性発症の原因に関する集計表の改訂内容について、引き続きご審議いただきたく存じます。委員会審議内容の案は以上でございます、続きまして、周知活動につきまして説明させていただきます。資料4の2ページ目、周知活動につきましては、2024年度の委員会でご承認いただきました周知活動を継続し、また2024年度でご意見をいただきました、臨床現場における再発防止に関する発行物の利活用等、これまでの周知活動に対する効果検証を検討しております。こちらの内容につきましては次回委員会にて活動内容案をご提示させていただきたく存じます。

2025年度の再発防止委員会の審議事項等の案は以上であり、ただいま説明いたしました審議事項等の案を踏まえた2025年度の委員会開催時期と審議概要案につきまして、資料4の2ページ目に記載いたしました。なお、今年度末に発行予定であった「第15回再発防止に関する報告書」の発行が■■■■年■■月、記者会見が■■月に後ろ倒しになったことから、例年4月に開催していた、テーマ設定の際の公開委員会を■■月の開催とさせていただきます。説明は以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。ちょっとそのテーマ設定を遅らせるということですね。そういう日程で進めたいということでございます。本体資料の4ページ、今後のスケジュールということでここに書かれておりますが。この■■月の第■■■■回の委員会は一応のテーマ設定のことをやるわけですかね。この本体資料の。

○事務局

本体資料の4ページは、脳性麻痺の発症の原因についての今後のスケジュールで。

○木村委員長

原因についてのところなんですか。

○事務局

で、ございます。そうです。

○木村委員長

はい。では、テーマ設定はまた別のところでやる？

○事務局

第3章の。

○木村委員長

第3章で。

○事務局

そうです。テーマ設定自体は■月の非公開の委員会でご審議とさせていただき予定で。

○木村委員長

そこで一応やるということですか。

○事務局

そうです。

○木村委員長

分かりました。一応こういう計画でやろうということでございます。何かございませうでしょうか。あとはまた、ネットワークシステムが色々な資料をうまくファイル交換できるかというところ、楽しみにしておりますが、なかなかファイル交換は難しいかもしれません。一応予定はこういった形でよろしいでしょうか。ありがとうございます。

それから、次が再発防止に関する報告書の中で、「資料 分析対象事例の概況」のところ、Ⅲ番の脳性麻痺発症の原因についてということで、こちら事務局からご説明をお願いいたします。

○事務局

「資料 対象事例の概況 Ⅲ. 脳性麻痺発症の原因」についてご説明いたします。資料は本体資料、資料5、資料6、資料6－参考1、資料6－参考2をお手元にご準備ください。資料5は前回の委員会にていただいたご意見の一覧、資料6は「脳性麻痺発症の原因について」の改訂案でございます。

本体資料、3ページ下段、1つ目と2つ目の丸に概要を記載してございます。前回委員会では2025年度末に発行予定の第16回再発防止報告書における改訂に向けて整理いたしました、脳性麻痺発症の原因に関するデータの集計方法および報告書の掲載案についてご審議いただきました。また、前回委員会後には小児神経専門医の客員研究員からも頭部画像所見の分類に関する内容を中心とした意見をいただいております。前回委員会にて頂戴しましたご意見を踏まえ、改訂案を修正した上で、データの整理が完了しました事例■件の集計を行いましたので、ご確認の上、ご審議いただきたく存じます。なお、

前回委員会では、■■■■件の集計結果をご確認いただいておりますので、今回は■■■■件のデータを追加しております。

続きまして、今後のスケジュールについてご説明いたします。本体資料3つ目と4つ目の丸および4ページ、参考のスケジュール表をご覧ください。次回委員会では、本日の委員会にて頂戴したご意見を反映し、追加集計を行った掲載案をご確認いただいた上で、第16回再発防止報告書の掲載内容を決定いただければと考えております。第■■■■回委員会につきましては公開委員会となりますが、本項目はこれまで公表していない新しいデータとなりますので、審議は行わない予定としております。その後、第■■■■回委員会までの間に、本改訂の方向性について原因分析委員会へご報告することを予定しております。■■月頃を目途にメール審議にて改訂案の最終確認をお願いする予定としております。

では、資料5に沿って資料6での対応等についてご説明いたします。

1番は、改訂案の「産科的事象あり」は推測的なものも含んだ割合であることを説明したほうがよいとのご意見でございます。資料6、2ページ、注11をご覧ください。ご意見を踏まえ、「産科的事象」の注釈に、原因分析報告書において主たる原因とされているすべての項目を、脳性麻痺発症の原因としての関与のレベルにかかわらず集計している旨を追記いたしました。原因分析報告書における「脳性麻痺発症の主たる原因」につきましては資料6-参考2の表をご参照ください。

2番から9番は、頭部画像所見に関するご意見でございます。資料6、1ページ、注2を併せてご覧ください。分析対象事例における頭部画像データの有無や撮影時期が分かりにくいとのご意見をいただきましたので、全事例において頭部画像データが存在する旨、撮影時期は事例により異なる旨を追記いたしました。また、資料6、1ページの頭部画像所見の一番右の項目名につきまして、前回委員会資料では「なし」としていたものを「所見なし」へと修正いたしました。そちらに併せまして2ページ、注9をご覧ください。頭部画像所見の「所見なし」につきまして、重度の運動障害に関連すると考えられる所見がないものである旨を説明しております。

資料5、2ページに進んでいただきまして、10番は頭部画像データの撮影時期に関するご意見でございます。撮影時期により所見に影響が生じ得ることを考慮しなくてよいかといったご意見ですが、頭部画像所見につきまして、原因分析報告書には、原則として補償対象の審査時の所見が記載されており、各事例の撮影時期が異なります。そのため、そのため資料6の改訂案では、脳性麻痺発症の原因として記載された所見を集計している



他、重度運動障害への関与度合いを考慮し、1事例につき1項目を集計していますので、撮影時期の違いによる影響は考慮しなくてよいと整理しております。資料5、3ページ、参考の図も併せてご覧ください。こちらでは資料6の改訂案における頭部画像所見の整理を示しております、一番左、濃いグレーの項目が集計表における頭部画像所見の項目、その右の薄いグレーの項目はそれぞれの内訳でございます。同一事例において、複数の所見が記載されていた場合、こちらの矢印、関与度合いが最も高い1項目のみを集計しております。なお、こちらは小児神経専門医の客員研究員にご相談した上で整理いたしました。

続きまして、11番から14番につきまして、前回委員会にてご提示しておりました表タイトルの「脳性麻痺発症の主たる原因」の表現に関するご意見でございます。

頂戴したご意見を踏まえまして、表のタイトルを「脳性麻痺発症の原因」といたしました。また、改訂案では原則として原因分析報告書における整理に合わせた表現をしておりますため、先ほどもご説明いたしました通り、原因分析報告書において「脳性麻痺発症の主たる原因」に当たるものは全て集計している旨を資料6、2ページ、注11にて説明しております。

資料5、3ページに進んでいただきまして、15番、16番は、それぞれの産科的事象の合計数を示してほしいといった旨のご意見でございます。ご意見を踏まえまして、改訂案の一番右に合計列を設けました。先ほどご説明しました通り、頭部画像所見につきましては1事例につき1項目を集計する整理としましたので、頭部画像所見間において重複のない集計となっております。ご説明は以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。確認ですが、これは今度の第15回報告書にはならない。その次からですね。

○事務局

はい、次の報告書の第16回報告書の予定です。

○木村委員長

それから載せようということで、今までの脳性麻痺の主たる発症した原因についてというところを改変して、頭部画像所見を項目化させたということです。少し情報が詳しくなったということでございます。これは次の段階でまた2025年版に載せるとしたら、ちょっとまた事例数が増えたり、変わってくるんですね。ただ、大きな傾向としては変わらない。これ、小児の先生から、飛弾委員、これはリーズナブルですか。この分類とかそう

いうもの。

○飛彈委員

ありがとうございます。資料5の3ページ目の参考のところは非常によく分かるのでいいと思うんですけども、ただ、資料6の表の注の3、4、5、6を読むと、低酸素性虚血性脳症の中に包含されている病的な所見は結構広いんだということが分かり、イメージ的には低酸素性虚血性脳症とついている人は結構実は色々な所見が入っているだろうという感じになるんだと思うんですね。なので今、1事例につき1所見を書きますとおっしゃってくださったので、ああそういうことなんだとよく分かったんですけども、ちょっとこの注のところを私たちはよく読まないで若干誤解してしまうかもしれないなとは思いますが。

○木村委員長

むしろ、参考のこの図があったほうがいいという感じですか。

○飛彈委員

そうですね。これが多分あったほうが、この注のところの所見のところの注意書きですね、この文字で細かく書かれているよりも、この表、この参考の図がぱっと分かりやすい気はします。

○木村委員長

ありがとうございます。また少しそれは掲載の時に一度ご検討ください。確かにぐちゃぐちゃと書かれるよりも、こういう図が書かれたほうが分かりやすいかもしれません。ありがとうございます。

他にご意見はいかがでしょうか。これからちょっと間がありますので、またこれは色々なご意見をいただけるかと思えます。確かに勝村委員がいつもおっしゃる、主たる原因とは何かというところは問題にはなると思うんですけども、ただ、画像といいますと、画像の所見が、逆に所見なしということがどんなものなのか、ほぼ分かっていますので、どういった状態の記載だったのかということは分かってきます。これはこれも有意義なまとめ方かなというふうに思います。また、色々ご意見をいただきたいと思えます。ありがとうございます。

そうしたら、次が2024年度の再発防止に関する発行物の周知活動ということで、これは報告事項ではありますが、事務局から説明をお願いいたします。

○事務局

前回委員会後に行いました周知活動につきましてご報告申し上げます。本体資料の4ページをご覧ください。

まず、日本助産師会出版発行の「助産師」11月号に「第14回再発防止に関する報告書 別冊 脳性麻痺児事例の胎児心拍数陣痛図紹介集」より3事例を紹介いたしまして、胎児心拍数陣痛図紹介集の二次元コードを掲載いたしました。今後も胎児心拍数事例陣痛図紹介集に関する記事を掲載予定でございます。

この他、12月7日、14日に対面で開催されました東京都助産師会、東京都委託事業の助産師教育指導講習会にて、参加者に「第14回再発防止に関する報告書」を配付いたしました。また、この後■月■日にも開催されます同講習会におきましても配付予定がございます。

なお、日本助産師会出版発行に掲載されました「助産師」の掲載紙面につきましては参考資料2にお付けしておりますので、こちらをご確認いただきたく存じます。

ご報告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。布施委員、大変詳細な文章をお書きいただきましてどうもありがとうございました。何か反響とかございますか。

○布施委員

ありがとうございます。布施でございます。

手元にないとなかなか見れないということで、非常に「助産師」というものを自分の会員の皆様に直接お送りするので、こういう事例があったんだというところで、例示の中で気を付けるように、非常に参考資料になったということを伺っております。

以上でございます。

○木村委員長

ありがとうございました。また引き続き周知をよろしく願いいたします。ありがとうございます。

それではその他の報告事項でございます。よろしく願いいたします。

○事務局

ご審議ありがとうございました。事務局より2点ほどご連絡いたします。

1点目ですが、先ほどご審議いただきました子宮収縮薬のことで色々ご意見を頂戴しましたので、こちらを中心に■月下旬ほどにかけてメール審議をいただければと存じます。

こちらにつきましては、改めてご連絡いたしますので、引き続きよろしくお願いいたします。

あとは2点目でございますが、次年度の開催日程についてでございます。こちらは、■月末から■月をめぐりに日程調整表をお送りさせていただきます。■月中には次年度の委員会日程を確定させたいと思っておりますので、よろしくお願いいたします。

○木村委員長

ありがとうございました。それでは全体を通じまして何かご意見、ご質問等はございますでしょうか。よろしいでしょうか。

委員会の議題は以上となるのですが、委員の皆様方にご連絡がございます。この委員会、第1回の再発防止報告書発行から長きにわたって委員長代理をお務めいただきました、石渡委員長代理が本委員会をもちましてご退任ということになります。本当にありがとうございました。つきましては石渡委員長代理より一言ご挨拶をいただければと思います。よろしくお願いいたします。

○石渡委員長代理

石渡です。本当にお世話になりました。

実は今、産婦人科医会のほうの会長をさせていただいてまして、すごく多忙になってきたのが一つの大きな原因なんです。この産科医療補償制度が立ち上がってくるその前からずっと関わらせていただきまして、何とかここまでやってこられました。

特に初めは原因分析委員会の中にいたのですけれども、また再発防止委員会にもいて、あの時、私がちょっと口走ったことが、実は原因分析委員会に所属している委員と再発防止に所属している委員が、ちょっと同じ委員がやるのは良くないのではないかななんて少し言いまして、それで私は初めから開業医という立場でこの委員会に入らせていただきました。ほとんどの委員の先生方は実は勤務している先生だとか大学関係の先生が多いかと思えます。開業医はある意味では異色だったわけなんですけれども。逆に言えば、地域の現状のところをお話しできるのではないかと感じておりました。

それで、今後のことについて今話してよろしいでしょうか。

○木村委員長

よろしくお願いいたします。

○石渡委員長代理

私がお願いしたのは、実は再発防止委員会の中のワーキンググループにいる委員、■

■■■■ という方ですが、今、■■■■ を出られて、■■■■ でずっと■■■■ をされていたんですね。この周産期の分野においては非常にエキスパートで、実は日本周産期・新生児医学会も主宰されたりとか、それから、周産期登録データベースに特に関わっていたのではないかなと私は思うんですね。今、■■■■ は日本産婦人科医会の■■■■ をされておられて、日本産婦人科医会では毎年データベース、これは医療機関の施設情報として出していて、例えば分娩数がいくつであるとか、無痛分娩をいくつやっているとか、そういうデータが詳細に出てきます。ただ、日本産科婦人科学会で行っている周産期登録データベースと違って、細かいことまで言っていないんですね。データの数は分かるんですけども。

色々な意味において■■■■ はずっと周産期に関しては研究もされておりましたしエキスパートですので、この際、■■■■ に私が直接頼みまして、快諾を得て、それで機構のほうにお願いしたわけで、本当に長いことお世話になりました。木村委員長には大変お世話になりましたが、本当にどうもありがとうございました。

○木村委員長

どうも長い間ありがとうございました。

それではお時間になりました。以上をもちまして第102回産科医療補償制度再発防止委員会を終了させていただきます。各委員の皆様におかれましては、ご多用の中、ご参加いただきまして誠にありがとうございました。終了とさせていただきます。ありがとうございました。

— 了 —