

第11回「産科医療補償制度再発防止委員会」 会議録

日時：平成23年10月31日（月） 16時00分～18時00分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

## 1. 開会

○事務局 事務局でございます。本日はお忙しい中、お集まり頂きましてありがとうございます。会議を開始致します前に、資料の確認をお願いしたいと思います。

まず、初めに、一番上でございますのが本日の出欠の一覧でございます。

次に、本日の次第と本体資料がございます。

続きまして資料1と致しまして、分析対象事例の概要（常位胎盤早期剥離の事例）、A3の資料がございます。

続きまして資料2と致しまして、常位胎盤早期剥離についての保健指導（案）という資料がございます。

続きまして資料3と致しまして、分析対象事例の概要（緊急帝王切開術を実施した事例）というA3の資料がございます。

続きまして資料4と致しまして、緊急帝王切開術決定から児娩出までの時間と診療体制について（案）という資料がございます。

ここから先が全て参考資料となりますが、参考1と致しまして、子宮内感染に関するデータというA4の1枚ものの資料がございます。

続きまして参考2と致しまして、10分後アプガースコアに関するデータという、左上ホチキスどめの資料がございます。

続きまして参考3と致しまして、数量的・疫学的分析（中間報告）をお配りしております。こちらはA4で両面の資料になっております。

続きまして参考4と致しまして、第1回報告書で取り上げたテーマに沿った分析に関するその後の事例件数という資料をお配りしております。

資料番号は付けておりませんが、9月22日の日経新聞の夕刊に制度に関する記事が掲載されましたので、こちらも参考としてお配りしております。

また、皆様の卓上にはこれまでに公表された事例を青いファイルに入れてお配りしておりますので、ぜひご参照下さい。

資料は以上となりますけれども、乱丁・落丁等ございましたら、お申しつけ下さい。

○事務局 それでは、定刻となりましたので、只今から第11回再発防止委員会を開催致します。

本日、福井委員はご欠席の連絡を頂いております。

それでは、会議の進行を池ノ上委員長にお願いしたいと思います。よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 それでは、お忙しいところお集まり頂きましてありがとうございます。只今から議事に入らせて頂きたいと思っております。

第9回の8月に行いました委員会で議論しました中で、委員の先生方からのご意見が多かった4つのテーマのうち、前2つのテーマについて、テーマに沿った分析として事務局に案を作って頂きましたので、本日は残りの2つのテーマについてご審議を頂きたいと思っております。

まず、その1つ、常位胎盤早期剥離の事例について、事務局から説明をお願い致します。

## 2. 議事

### 1) 「テーマに沿った分析」

○事務局（森脇） 事務局でございます。

まず、資料1をご参照下さい。

資料1で分析対象事例の概要をお示し致しております。これは常位胎盤早期剥離の事例            分のものでございます。

事例番号の右横に初産・経産の別、それから在胎週数、発症場所を記載致しております。

その隣に、脳性麻痺の原因をお示ししております。

その隣、真ん中のあたりですけれども、4つの列には医学的評価、隣に分娩機関が検討すべき事項、その隣に学会・職能団体が検討すべき事項、その隣に国・地方自治体が検討すべき事項を記載致しております、これは全て常位胎盤早期剥離に関するものを掲載致しております。

資料2につきましては、澤田客員研究員よりご説明させていただきます。

○池ノ上委員長 それでは、お願い致します。

○澤田客員研究員 では、資料2です。よろしく申し上げます。

今回、58件のうち常位胎盤早期剥離を認めた事例が■■■■ありまして、結構多かったものでそれを対象と致しました。その中で■■■■が自宅で腹痛や性器出血の症状を自覚し、入院した時点で常位胎盤早期剥離と診断されております。その他の■■■■は入院中に診断をされております。

自宅で発症した■■■■のうち、妊産婦が変調を認識してから分娩機関へ連絡するまで■■■■以上経過した事例が■■■■ありましたので、その人たちに対する保健指導ということで、今回のことをまとめております。

表1が、妊産婦が自宅で変調を来してからの連絡までの時間です。3時間以上待つてしまった人が■■■■、1時間以上待つてしまった人が合わせて■■■■というような表になっております。

表2としては、リスク因子のことを載せております。

事例の概要です。

事例1として載せておりますのは、切迫早産の診断でリトドリンが処方されておりまして、妊産婦が■■■■と■■■■に下腹痛があつて、お薬を飲んでしばらく様子を見てしまったという事例です。結局、下腹痛発症から■■■■後、性器出血が見られてから■■■■後、時間が経過してから病院に行きまして、常位胎盤早期剥離と診断した事例を載せております。

検討すべき事項の最後ですけれども、          で腹痛のため外来受診をしていて、この時期の腹痛で最も危惧されるのが常位胎盤早期剥離であることから、子宮収縮抑制薬の処方の際し、よりきめ細かい個別指導が重要であり、その充実を検討することが望まれるというようなまとめで終わっている事例です。

事例2は、まだ検討中になっております。

医学的評価です。

保健指導については4つ書かれておりますが、上の3つは直ちに受診するように指示した病院の対応が妥当と考えられているということが載っておりまして、最後の4つ目が禁煙を指導することが記載されていなくて不明であるため評価できないという、4項目になっております。

分娩機関が検討すべき事項や学会・職能団体への要望は、3ページと4ページの通りになっております。

次に、5ページ目ですが、常位胎盤早期剥離と保健指導に関する現況について述べておりまして、1)常位胎盤早期剥離についてですが、一般的な教科書的なことが書いてあることと、周産期死亡率が全体の周産期死亡率に対して10倍以上高いという重症な病気であるということが説明されております。

4段落目、妊産婦の自覚症状が記載されております。また、四角の中にリスク因子といわれているものが記載されております。

2)として、わが国における保健指導について述べております。厚生労働省の児童家庭局から出ている実施要綱が6ページに載せておりまして、妊娠時の保健指導と分娩時の保健指導について書かれております。常位胎盤早期剥離に関することは③と⑤に書かれております。

8ページに行きまして3番です。再発防止および産科医療の質の向上に向けてですが、今回は1)として妊産婦に対する提言を入れております。

(1)常位胎盤早期剥離の代表的な初期症状は、異常な腹痛と大量性器出血であり、

発症すると母児共に急速に状態が悪化することを知る。

(2) 常位胎盤早期剥離を疑う症状が現れた場合には、早急に分娩機関に連絡すること。その下に症状が書かれております。ここはちょっと言葉を検討して頂ければと思います。

(3) として、安全に妊娠を継続し、異常を早期発見するために、適切な時期・間隔で妊婦健診を受けるということの3つを妊産婦に対する提言と致しました。

2) として、産科医療関係者に対する提言です。

先ほど申したような常位胎盤早期剥離の症状を妊産婦に保健指導することが(1)。

(2) としては、リスク因子に該当する妊産婦に関してはより注意を促すよう十分な保健指導を行うこと。

(3) として、妊婦健診をきちんと受診するよう保健指導を行うことと致しております。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。それでは、只今説明がありましたことについて、何かご質問あるいはご発言がありましたらお願いしたいと思います。ですが、いかがでしょうか。

○藤森委員 事例1の確認ですけれども、緊急帝王切開での分娩が[ ]の児と書いてあるんですけれども、すごい小さいなと思って今確認したら、[ ]は子どもは[ ]というふうになっています。ちょっとシビアな胎児発育遅延だったら早剥になるリスクとしてIUGRとかってあり得るのかなと思って今見たら、体重が違うみたいなんですけれども。ちょっと気になったので。

○池ノ上委員長 そうですね。体重は、これはどこに書いてありましたっけ。資料1ですか。資料2の2ページ。

○藤森委員 事例1が[ ]だと思っんですけれども、それを今確認したところ、体重がちょっと。子宮内胎児発育遅延先行型の妊娠高血圧症候群とかあって、ちょっとリスクーなのかなと思ってみたら、体重が異なっていたので、児の体重をちゃ

んと確認したいと思います。

○池ノ上委員長 [REDACTED]と書いてあるのはどこですか。

○澤田客員研究員 [REDACTED]です。

○藤森委員 [REDACTED]。

○上田理事 出生時 [REDACTED]です。

○藤森委員 [REDACTED]ですね。赤ちゃんのグロースはよさそうだったので、小さくなるとやっぱり早剥のそれなりのリスクがあるのかなと思って、少し慢性の常位胎盤早期剥離とかがあるのかなと思ったんですけれども、体重が。確認です。

○澤田客員研究員 そうですね。申し訳ありません。

○池ノ上委員長 [REDACTED]が正確ということですね。どうも先生、ありがとうございました。

○事務局（森脇） すみません。失礼致しました。

○池ノ上委員長 では、そこを [REDACTED]。資料2のほうの事例1の四角の中ですね。ご指摘頂きましてありがとうございました。

他にいかがでしょうか。

○箕浦委員 今回のこれを読んで、我々これまで常位胎盤早期剥離が起こったときの診断とか管理とかについて検討したものはわんさかあるんですけども、保健指導という視点から、家で起こったときに妊婦さんがどうしたらいいかというのを書いてあるのはあんまりなかったもので、これはなかなか大事なことだなというような感想を持ちました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。確かに、そういうことはあまりないですね。

○川端委員 気がついたところをばらばらと言いますけれども、喫煙のリスク、喫煙は常位胎盤早期剥離のリスクであるという表現が何カ所かに見えているんですが、その具体的な数字を挙げて頂いて、どの程度吸う人と吸わない人とでリスクに差が

あるかというのを何か示して頂けると、それこそ指導しやすくなるのではないかと  
思いました。

それから、今のお話にあった保健指導の件ですけれども、ここのパートは常位胎  
盤早期剥離を取り上げているので、その視点からの感じが非常に強く出ていまして、  
ところが、保健指導というのは妊婦の妊娠してから産褥に至るまでの間のバランス  
のいい保健指導というのがあると思うので、ここだけでなく、他のものまで配慮  
した項目なり内容に踏み込んでいかなければいけないんじゃないかという印象を強  
くしました。

それから、6ページの妊娠時の保健指導の③と⑮という、この2つが関連がある  
というご説明でしたけれども、これもちょっとその関連づけが弱いというか、やは  
り保健指導をもうちょっと具体的に、これは厚労省の通知なんでしょうか。それを  
もうちょっと踏み込んだ形でやらないと、実際的には役に立たないだろうという気  
が致しました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。常位胎盤早期剥離を取り上げたのは、や  
はりそれが重要だからという委員の先生方からのご意見で取り上げて頂いて、今、  
議論しているということですので、一般論としての保健指導というよりは、常位胎  
盤早期剥離が児の予後ということから考えて非常に重要であるという意味で、もっ  
と個別的なといいますか、そういう指導が必要だというご意見だと思います。「保  
健指導」という言葉が何となく少しマイルド過ぎるような気が致しまして、常位胎  
盤早期剥離は大変なんだというようなことです。

○川端委員 どういう症状が出たときに早くいらっしゃいというような、母親学級  
での指導を言っているんだろうということだとは思いますが。

もう1つ、常位胎盤早期剥離で、どうしてもこれは赤ちゃんが主体になっている  
んですけれども、実際の臨床では母体の管理と赤ちゃんの管理と両方が同時並行で  
進むという、管理上非常に気を使う難しい事例だと思うので、そのあたりもちょっ

と触れて頂きたいと思いました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今の川端委員のご指摘は大変重要で、私のような古い時代から産婦人科をやっている人間にとっては、常位胎盤早期剥離というのは母親の安全をどうやって確保するかということのほうはずっと頭の中にあって、最近こういうお子さんの予後のことが非常に取り上げられるようになってきて、やっぱり常位胎盤早期剥離は母児双方にリスクが高いということでもありますので、ともすると母親を忘れがちになってしまって、そちらのほうの手薄になるということもありますので、そこは産科の視点から言いますと、母児両方をしっかり見るという先生のご指摘は非常に重要だと思います。それも併せてまとめるように、まとめの中では文言を入れて頂きたいと思います。

他にいかがでしょうか。

○藤森委員 資料2の表2の症状の中に、意外と妊娠高血圧症候群は少ないんだなというのが印象なんですけれども、ぜひ全例、これは出血があったということではないんですか。出血と、あと前期破水と、先ほどもちらっとお話ししましたけれども、子宮内胎児発育遅延という子どもが出している症状という意味で、そういうものがリスク因子になっている可能性、よく子宮内胎児発育遅延が先行する、いずれ血圧が高くなってきてたんぱくが先行したりとかという、そういう妊娠高血圧症候群が早剥になってしまうんだというような、我々、認識があるんですけれども、そういうのがどれぐらい、今、言ったIUGRの程度とか、あるのかどうかというのもちよっと知りたいんですけれども。出血は全例でいいんですよね。

○澤田客員研究員 出血があるのは、入院していない[ ]のうちの[ ]です。

○藤森委員 その後は全く出血はなかったんですか。外出血なしですか。

○澤田客員研究員 最終的にはちょっと分からないですけれども、今回は自覚症状ですね。最初の自覚症状で病院に来るまでのところしかまだ拾っていないので、最終的にはあったかもしれないです。

○藤森委員 異常な子宮収縮、通常じゃない子宮収縮に性器出血を伴っていたら、先ほどの保健指導の話じゃないですけども、全例とにかく来なさいというようなことをお話しするのがいいんじゃないかなと僕は思うんですけども。それにもともと子どもが小さいとか、血圧が高いとか、たんぱく尿が出ているという人、それからあと年齢ですね。お母さんの年齢も、それから喫煙もありますけれども、そういうリスク因子が重なっている人は注意喚起するのが大切なんじゃないかと思えます。

○池ノ上委員長 よろしいですか。それは出ますか。

○澤田客員研究員 表にすることは、後々そういうことはできます。

○池ノ上委員長 今、■■■■ですけども、今年中にはもう少し増える可能性がありますよね。恐らく、常位胎盤早期剥離がどんどんこれから積み重なっていくんじゃないかと思えますけれども。

○事務局（森脇）■■■■ぐらいになる予定です。

○池ノ上委員長 ■■■■になる。今年いっぱいですね。ですから、かなり常位胎盤早期剥離というものがクローズアップされてくる方向にあるんじゃないかと思えます。

○隈本委員 僕も藤森委員のご意見に賛成です。まず、この常位胎盤早期剥離はなかなか見つからないということで、何か兆候はないかということは一生懸命若いお医者さんも考えていらっしゃると思うので、非常に重要なケースがどんどん積み重なって、かなり重い常位胎盤早期剥離になったケースのその前兆というのを、これは自覚症状だけにとどまらず、入院後の症状とか、特徴的な症状とか、いわゆる他覚的な症状も含めた症状のリストとか、そういうものも一覧表で一遍に見られるようなものを作って頂いたら、それを一読すると、こういう兆候に気づいたら何か急いさほうがいいみたいな感じのいい参考資料になると思うんですけども。せつかくですから、ぜひともこの際、時系列で、最初の本人の気づき、その後入院時の状況と

か症状とか、あるいは何か気になるデータとか、そういうものが一覧表で見られるようにして頂くといいかと思えます。

その関連なんですけれども、最終的に蘇生がよくなかったというのは、逆に言うと、症状がこれほどひどくなったのが、もし蘇生のまずさが関係しているとする、そこは少しマイナスして見なきゃいけないところもあるので、この一覧表には常位胎盤早期剥離についての医学的評価しかないんですけれども、その後の蘇生に対する医学的評価もちょっと入れて頂いたほうがいいと思えます。つまり、みんな脳性麻痺が重症になっているケースですけれども、その中から蘇生が悪かったとか出産後に出血してしまったケースとかもあるので、そこを除外できるように、新生児の処置、救急処置についての医学的評価も一覧表のどこかに加えて頂くとすごく参考になると思うんですが。

つまり、常位胎盤早期剥離そのものが非常に重要なものだけでなく、実はその後の新生児期に問題があったケースも混じっているかもしれないので、そこは除外できるようにということで、その情報も入れて頂くとありがたいんですけれども。

○池ノ上委員長 恐らく、臍帯血のガス分析とか、そういうものがあれば生まれる段階でどの程度のアシデミアになっていたかとかいうところは参考になるんじゃないか。恐らく、こういった常位胎盤早期剥離は、地域あるいは総合周産期センターに母体搬送されて対応されていることが多いんじゃないかと思うんですけれども、そうすると、そういった分娩周辺期の色々なデータも見ることもできるかもしれません。

○石渡委員長代理 今のご意見ですが、そうしますと、いわゆる焦点がぼけてくるんじゃないかと思うんですよね。蘇生がうまくいかなかったために重症化してしまう例も確かにあると思うんですけども、先ほど、隈本委員が言われた問題は、保健指導のところにはやはり重要なところがあると思うんですけども、そういう意味で初発症状がどのような症状が起きてというのを時系列的に少し検討することは重

要だと思っんですが、分娩後の蘇生がどうのこうのというところについて検討を加えていきますと、焦点がぼけてしまうと思うので、それはしなくていいんじゃないかなと思っんですけれども、いかがでしょうか。

○隈本委員 もちろん、焦点を絞るために。明らかに新生児後に問題があったケースを除外するためにです。

○石渡委員長代理 除外するという意味ですね。分かりました。

○隈本委員 除外するために。ここの一覧表の医学的評価は、常位胎盤早期剥離だけに限っていますけれども、もし蘇生後に問題があったケースがあれば、それを除外できるのでという意味です。

○池ノ上委員長 分娩の場所がどこかというのは、その■は周産期センターですよ。分かりますよね。正直、総合周産期センターであれば蘇生が全くということはありませんんじゃないかと思っしますので、だから、むしろガス分析でどこまで追い込まれていたかということが分かると、クリアになっていくんじゃないかと思っんですけれども。

○田村委員 例えば、埼玉なんかですと、逆に、常位胎盤早期剥離らしいという事例の場合には、県内唯一の総合周産期母子医療センターに連れてくるまでの間がリスクなので、そちらへ産科の先生を派遣しますから帝王切開をやって下さいというようなことも十分あり得ます。常位胎盤早期剥離の場合には、母体にとっても非常に危機であると同時に、赤ちゃんにとっても危機的状況なので、ちゃんと赤ちゃんの蘇生ができる人をお母さんの帝王切開担当者とは別に準備する体制設備が重要だと思っます。前にも緊急帝王切開で娩出してみたら赤ちゃんが仮死だったので、産科の先生が手を下ろして自分で蘇生せざるを得なかったという事例がこの会でも検討されました。そういう場合も、産科の先生がお母さんの処置に専念できるように、助産師さんや看護師さんがちゃんと赤ちゃんの蘇生ができるようにNCPR講習会をちゃんと受けておきましょうという形で触れて頂ければ、より前向きな提言

になると思います。蘇生のテクニックがどうのこうのだったというよりも、産科の先生はお母さんの命を助けることに専念して、助産師さんや看護師さんは生まれた赤ちゃんを小児科医が来るまでの間ちゃんと初期蘇生ができるようにする体制を作っておきましょうという提言にまとめて頂ければよいと思います。

○岩下委員 この再発防止委員会がするまとめは、主に妊婦さんに対するエデュケーションといいますか、啓発が中心になって、異常があったら早く医療機関にかかりなさいということが主体ですが、我々総合周産期センターだと、よく一次施設、二次施設から早剥で患者さんを送ってくるんですが、児心音がもう下降したときに、果たして送ってもらう時間を考えるとそちらで帝王切開して出して下さいと。そのほうが赤ちゃんのためには予後がいいわけですね。そこまで踏み込めるかどうか分からないですが、次の議題の帝王切開までの時間とも絡むと思うんですが、もう少し医療側の対応について何かしら提言できないかなと思ったんですが。

○池ノ上委員長 さっき僕ちょっと聞きかけたんですけど、実際の出生の場所が総合周産期センターとか地域センターとか、あるいは一次医療機関だとかというのも、後で結構ですけれども、リストは出ますか。

○澤田客員研究員 はい。あります。

○池ノ上委員長 それと出生までの時間的な経緯というところが。

○岩下委員 一次施設から二次、三次施設へ送るまでにどのぐらいかかったのか。それとも一次施設とか二次施設で送らないでそこで帝王切開した事例でどうだったのかという分析があると、何か助言できるんじゃないかと思いました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。小林委員、お待たせ致しました。

○小林委員 資料の2の8ページ目の妊産婦に対する提言のところの(1)ですが、初期症状として多量の性器出血とあるんですが、多量というのは、もしかしたら妊婦に対する説明としては限定し過ぎてよくないのかなと思います。これまでの報告で、1～2例ですが、妊婦が気がついた時点では少量で、後で診察をしたら多量だ

ったという例もありましたので。あと教科書をたまたま今日見てきたら、少量の場合もあるというふうに書いてありましたので、もう1度ここは検討されたらよいかなと思います。

むしろ、時期とかを逆に補ったらいかがでしょうか。どのぐらいの時期で生じる異常な腹痛と性器出血かをもう少し補ったらよいかなと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

○村上委員 保健指導というところで今回出ていますので、保健指導は日ごろ病院では助産師がかなり扱う部分なのかなと思うので、ちょっと発言をさせて頂きたいなと思うんですけども、妊産婦さんたちに早剥の症状を強調してお話ししたりすると、かなり脅かされるというか、恐怖をもってしまうので、その辺は先ほど川端委員が言われたみたいに、バランスが必要かなというふうに考えています。

妊産婦さんたちだけに提言するのではなくて、医療者の保健指導に携わるほうとしても、ただ異常時の対応だけを話すのではなくて、日ごろの日常生活を管理する中で正常性を維持しながら、かつ異常なときには適確に速やかな対応ができるようにという、何か指導能力とか、あるいは指導方法の工夫とかいうようなところの力もスキルアップして頂きたいなと思っています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。なかなか幅が広い話なので、今の助産師さんの指導のあり方とか、そういうところも少しは広げながらお話を進めていかないと、確かに全てがこういうことになるわけではないので、出血があつてちょっとお腹が痛いなどいっても普通であつたりすることも、むしろそっちのほうが多いわけですから、異常という言葉で何となく伝えているような気もするんですが、それはかえって曖昧になって、みんなが余計な心配をしてしまうということにもなるのかもしれないね。そこら辺、もうちょっと例えばこの委員会で議論ができればなと思います。

○勝村委員 今回、XXXXXXXXXXが自宅で発症しているという方は、第一発見が本人

だったり家族だったりするんだけど、それでもっと早く病院に行くべきだったと強く言われているのは何件になるのでしょうか。

○澤田客員研究員 原因分析報告書で、妊産婦に対して強くもっと早くという言葉は一切ないです。

○事務局（森脇） ないですね。

○勝村委員 その印象としてはどうなんですか。

○池ノ上委員長 資料2の表1で、妊婦さんが自宅で変調を認識してから分娩機関への連絡までの時間というのはありますね。それで■■■■以上を取ると、■■■■になっている。

○上田理事 ただ今の勝村委員のご質問については、資料1にそれぞれの事例ごとの医学的評価を記載しています。例えばNo.1については、診療所到着は下腹痛、出血が出現して3時間後であります。連絡に対して直ちに受診するよう指示したのは妥当と考えられると、医学的評価が行われており、特に問題はなかったと思います。他の事例についてももう1度確認します。

それから、先ほど澤田客員研究員がお話ししましたように、お母さんにもっと知って頂きたいという表現を、どのように原因分析報告書に記載するかは、大分議論になっておりますが、そんなに多くありません。

○勝村委員 この資料2の最後の8ページで、妊産婦に対する提言というところで、再発防止という観点で議論をしていて、妊産婦さんに何を伝えるかということをごこのことから考えるならば、やはり早剥が時間との戦いであるならば、先ほど、どなたからお話がありましたけれども、やっぱりどういう人に、かなり統計的に分かっているならば、リスク因子が、こういう場合はちょっとリスクが高くなりますよと。私の場合は、3つ、4つとあるから気をつけなくちゃなと思っているときに、さらさらと出血が来たから大急ぎで救急車を呼んだとか、そういう形になるような情報提供というのは、やはり必要で怖がらせないという配慮も必要かもしれません

けれども、何よりも再発防止を重視すべきなので、ここの妊産婦に対する提言のところ、これだけじゃなくてこれから工夫されていくんでしょうけれども、本当に時間との戦いなんだと。非常に危険なことになるかもしれないので、時間が遅れるとたいへんということがあって、まれなことではあるけれどもこういう人の場合にはよりリスクが高いということをしっかりうまく伝えられるような表現をするということ。

もちろん、医療関係者の方に、また保健指導をする方にということは、皆さんのおっしゃる通りでやって頂いていいと思うんですけども、僕からは妊産婦のほうにもやはり情報提供がきちんとされて、急がなきゃいけないということはもちろん、それはどういう人の場合に確率が高いかということなんかの情報提供も、妊産婦にとってはそうならないようにするための努力をするきっかけにもなるわけなので、喫煙をしない努力にもなるかもしれないわけなので、そのあたりの情報がきちんと妊産婦への提言の中で網羅されたらいいのかなということなんです。

もう一つですけども、■■■■が病院なんですけれども、陣痛促進剤とかウテメリンとか使っているのは、この■■■■のうち■■■■だけだったんでしょうか。質問です。  
○澤田客員研究員 分娩誘発中と促進中が■■■■です。■■■■中■■■■になっています。

○勝村委員 どれがですか。

○澤田客員研究員 ■■■■が破水の後、分娩誘発。

○勝村委員 アトニンでしたっけ。

○澤田客員研究員 ■■■■が、陣痛が発来して入院して分娩促進をしているになっている。

○勝村委員 これは何で促進しているんですか。

○澤田客員研究員 オキシトシンです。

○勝村委員 これもオキシトシンになっている。はい。分かりました。

○隈本委員 先ほどの、あまり妊婦を怖がらせてはいけないというお話は、僕もその通りだと思うんですが、やはりこの事例というのは100万分娩の中に■■■■という、こういう頻度ですよということを逆に正確に伝えて、今のところ、ここで報告がされているのは■■■■で、これが同じような症状なんですよということを説明する。つまり、そんなに怖がらなくてもいいが、怖がるべき症状はこれだということを具体的に正確に説明する、実感をもって説明するのに非常にいい材料だと思うので、それを分かりやすく保健師さんや助産師さんに伝えられるデータとして、きれいに整理して、しかも勝村委員がおっしゃるように、リスク因子もちゃんと書いて、とにかく怖いことになりたくなかったらこういうことですよということをお母さんたちに伝える、何かリーフレットみたいなものができるといいですね。

この制度で、いわゆる1枚紙の通知みたいなものがありますよね。何とか情報、名前はまだ決まっていなかった。その何とか情報の提供のときに、それがそのまま数字が使えるようなほうがいいんじゃないでしょうか。そうすると、この制度に対する、あるいは再発防止委員会のPRにもなるので、ぜひともこういう事例が起きていますよということを妊婦さん向けに伝える1枚紙を出すというのはどうでしょう。

○上田理事 妊産婦向けですね。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。資料2の表1、表2あたりがそこら辺の参考になるデータとして出して頂いて頂いて、表2では、例えば切迫早産と思われていたようなものが常位胎盤早期剥離だったのが、■■■■がそれだったとか、■■■■にたんぱく尿が見られていたとかですね。比較的最近たんぱく尿の意義というのはちょっと薄れつつあるんですけども、でも、こういうデータがどんどん積み重なってくると、やはりたんぱく尿も要注意だぞとかいうようなことになってくるし、非常に重要だと思うんですね。これはあくまで常位胎盤早期剥離で脳障害が起こったグループでのデータという大前提ですけども、そこら辺は非常に貴重ではない

かと思えます。

それから、喫煙も■■■■。この括弧の■■■■というのは何ですか。

○澤田客員研究員 妊娠中も喫煙されていた方が、そのうちの■■■■。

○池ノ上委員長 ■■■■は妊娠でやめた。そうですか。分かりました。というようなことも今回分かってくるのではないかなと思います。やはり、これは日本人の社会集団の中での特徴あることで、なかなか今までは見られていない部分じゃないかと思えますので、ご指摘のようなところはこれからも細かくやっていく必要があるだろうと思えます。

○鮎澤委員 3点あります。

実は、すでに皆さんから何回かご指摘があったように、「異常な」とか「多量な」というのが一体何なのか、普通の人を読んでそれをどういうふうに理解すればいいのかということ、分かりやすく書いて頂くことがとても大事なことだと思いながら拝見しておりました。資料の中には「さらさら」とか、少しあるのですけれども、改めて8ページのこの異常な腹痛と多量の出血であるということ、この(1)(2)あたりがこの表現でいいのかどうか。そのあたりをもう一度分かりやすい文章を検討して頂きたいと思いました。

そして併せて、2)のその後、「産科医療関係者に対する提言」の、わたって9ページの(1)には、代表的な初期症状が異常な腹痛と多量の性器出血であること、症状が悪化すること、その具体的な症状を分かりやすく説明すること、というようなことも併せて入れて頂いて、説明の仕方に工夫を促して頂くような文言が入ってくるとありがたいなと思いました。

重ねて、「学会・職能団体に関する要望」として、じゃあ何が具体的で分かりやすい、かつ科学的な説明の仕方になるのかということを考えて頂くことになるのだろうと思うのですが、そういった流れで書いて頂けるとありがたいと思っています。

それがもしここで提言できるのであるならば、具体的にそれを提言して、先ほど、

隈本委員がおっしゃったように、例えばこんなようなものはどうだろうかというふうに提言ができればいいのではないかと考えています。

そしてもう1点、ちょっとお伺いしたいのですが、資料2の5ページの1)の常位胎盤早期剥離についての四角の中、この四角はいわゆる「リスク因子」とその後書かれていくものと同じですか。

○澤田客員研究員 はい。

○鮎澤委員 同じですか。ここでは「背景要因」とか「誘因」という言葉で表現されていて、その後はその言葉が「リスク因子」という言葉に変わっていくんですね。多分、専門の皆さんは当然それを「リスク因子」というふうに読み替えていらっしゃると思うんですが、リスク因子はこれなんだ、起きる症状、注意しなければいけないのはこれなんだというふうに、普通の人を読んで分かりやすくしていくためには、多分、文言は統一して頂いて、ここのことを言っているのだということが分かるようにして頂くほうがいいのではないかと考えています。

それから、この四角の中はすごく大事な四角なので、この四角の①が始まる上のところに、「リスク因子」なり「背景要因」「誘因」なり、もう1行入れて頂いて、ここに何が書いてあるのか分かるようにして頂くと、この表の位置づけがしっかりとしてくるのではないかと思います。他のものは表のところにタイトルがあったり、表の中にタイトルがあったりするるので、そうして頂くと分かりやすくなるのではないかなと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。恐らく、今、ご指摘頂いたようなところは、リファレンスがあって、その文献を参考にして書いて頂いた状況だと思うんですね。この委員会はまだ一歩進んで、実際の事例があるわけです。ですから、例えば「異常な痛み」とかいうと、数量的でなくても、3+、1+とか、持続的だとか、何分置きとか、そういったところがもし分かれば、よりこの現実の事例に沿ったものをここに出して頂くとか、そういったほうがより臨場感のあふれる再発防止のため

めの提言につながるんだろうと思います。

もちろん、教科書的なものを踏まえただけで、教科書的にはこうだけれども、再発防止委員会で検討した[ ]なら[ ]の常位胎盤早期剥離を見るとこうであったというところで、今の日本の現状に沿ったものが出てくるんじゃないかと思うんですね。ひょっとしたら、例えば、日本だったら子宮内感染というのがぐっと上がってくるか全然出てこないかとかいうところは全く分からないことですし、あるいは喫煙の問題とか、今の日本の中でどうかというのもなかなか分からないというようなところがあると思いますので、今のご指摘は、そういうところを踏まえてちょっと突っ込んで頂ければ、よりよい提言につながるのではないかと思いますので、よろしくお願ひしたいと思います。

他にいかがでしょうか。

○藤森委員 この事例は全て脳性麻痺になった事例ですけれども、先ほど、委員長もおっしゃいましたけれども、今、日本産科婦人科学会の周産期委員会では、前にちょっとお話ししたかもしれないんですけれども、[ ]中心に登録されている常位胎盤早期剥離から、それは脳障害のない症例も含めてレトロで検討するということが始まっていますので、それも併せていずれ出てくると思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いわゆるニアミスで終わっている、そして母児ともに元気というケースも当然たくさんあるわけで、そちらのデータも併せながら、我々のほうは脳障害という視点から見ているということで、より幅広い視点で常位胎盤早期剥離に関するものがまた見えるようになるんじゃないかと思ひます。

他にご意見はいかがでしょうか。

○勝村委員 5ページの今指摘があった①～⑧には、出血のことは書いていないわけですね。だから、これは背景要因ですね。8ページの妊産婦に関するところ

では、異常な腹痛や出血を感じたらと書いているわけですね。僕も先生方ほど色々な事例を知っているわけではありませんが、ものすごい出血量だったんだけど、どんどん出血したのは胎盤が半分剥がれた傷口が子宮口に近かったので、すぐ子宮口から外に血液が出ていったからで、すごい出血がどんどん外へ出ていった。だから、まだ剥がれていなかった残りの半分の胎盤をはがす圧力がかからなかった。外へ外へ血が出ていったので全部はがれてしまわなかった。全く子どもも母親も無事だったという事例がありました。出血量はすごい量だったんだけど、大丈夫だった事例です。つまり、あんまり外に出血がなくても、中でのすごい出血をしていて胎盤が全部はがれてしまって赤ちゃんが亡くなることがある一方で、ものすごい出血量だったけれども、外にどんどん出血してしまうから、胎盤の一部は最後まで剥がれずについたままだったので赤ちゃんは大丈夫だったという事例があるわけですね。だから、やっぱり難しいですね。出血量。事故を減らすということで、今回の■■■のうちの■■■の事例が、もっと早く医療機関にかかったらよかったかもしれないという反省ならば、こういう状況だったらこういう因子のある人で、過去にこんな要因がある人でこういう出血を感じたら救急車を呼んで下さい、というような書き方をすればいいんじゃないかなと漠然と思っているわけなんです。

そのあたり、だから、今、これも研究されている最中ということですがけれども、何かそういうものがあるんだったらいいなと思うんですけども。難しい面もあるのかなと思いますけれども、どちらかという、迷うところだったら過ぎるくらいでもいいから、命を助ける方向で書けばいいんじゃないかなと。こういう場合は救急車を一応呼んで下さい、と言ってしまってもいいんじゃないかなと思うんですけども、何かそういう書き方が妊産婦からして分かりやすいし、特に1回早剥になっている人はすごく気をつけなきゃいけないわけですね。ちょっと出血があったら、切迫早産で何回かちょろとした出血を経験しているからと思っちゃうということ

なのか、非常に難しいのかなと思うんですけれども。そういうところででもうまく表現して、再発防止につながるような提言をしてもらえたらいいのかなと思いました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。先ほど、鮎澤委員がちょっとおっしゃったんですけれども、もうちょっと具体的に数値化できれば、例えば陣痛始まりかけ、今から陣痛が起こるからというようなときに、やたらと間欠が短過ぎるとか、そういったようなこととか、それから切迫早産みたいな緩やかな間隔で、ゆっくりした間隔で陣痛が起こっているんですけども、胎児心拍パターンでは遅発一過性徐脈がちらほら見られるとか、恐らくそういったところが明らかになってくれば、具体的な手がかりにつながるということになるんじゃないかと思うんですね。

○勝村委員 医療関係者の人からしたら、この人は健診の際からちょっとそういうリスク要因がある人だなと気をつけていたり、実際入院中に感じるときには、そういうひょっとしたらと思う色々なケースがあると思うんですけれども、まさに今回は[ ]が自宅なので、自宅ですぐ救急車を呼んで急いで病院へ行くべきというのがどういうところなのかというのがはっきり、もしある程度の範囲で、完璧じゃないにしてもある程度まとまってくるんだったら、こういう場合は救急車を呼びましょうみたいな感じで挙げてしまえるようなものがもしあればいいのかなと思います。

○石渡委員長代理 勝村委員の言われることはよく分かるんですけども、実際にいわゆる切迫早産の症状を見たのが多いわけで、それを救急車でというのはちょっと問題があると思うんですけれども。

確かに、この表にリスク因子というのはある程度書いてありますよね。そういうリスク因子を持った人で、例えば出血があるとかそういう場合には病院に早く行くようにというような指導は必要だと思うんですね。とにかく早く気づくことが大事で、病院に来られて診断がつけば、その後の処置は割と早いと思うんですけども、そうでない事例が今回は多かったわけです。自宅でほとんど症状が出て、時間が遅

れて病院に来ているわけですね。そこを改善することが必要ではないかと思えますし、一次医療機関は、私は一次医療機関なんですけれども、その立場から言うと、出血があつてお腹が痛くて、じゃあみんな救急車でというのはその地域の救急医療が成り立たなくなっちゃいますから、そこはちょっと書くことは難しいと思います。

○勝村委員 まさにそのリスク要因と一緒に書いて、こういうリスク要因、こういうリスク因子がある人がこういう状況だったら急いで下さいねというふうに書けるんだったら書くべきじゃないかという意見なのです。今のお話だと、僕はほぼそれで、そのリスク要因も全部情報開示したほうが良いと思うんですよね。だから、お医者さん、医療関係者の中で共有されている、こういう人は早剥に気がつけたほうが良いよと共有されている情報というのは一応妊産婦側にも出して、そのうえでこういう事例の場合はという、そういう形で。

○石渡委員長代理 それで、今回、センターで処理されている方が多いですね。■■■中■■■。ということは、かなり一次医療機関からは早い時期にリスクの高い人は送られているんじゃないかな。紹介して。そういう要因が働いているから、一般の医療機関で起きている事例は今回は少なかったということだと思うんですけれども。

○池ノ上委員長 ですから、やっぱり最初の自宅から医療機関までの時間をいかに短縮するかというところに今回フォーカスが当たっているわけですし、そこでやっぱり母親学級なり色々なときに、早剥ということのある程度念頭に置いた指導をもう少し上手に我々がやる、そういう提言につながっていけばいい。それになるような資料が今回のここに集まった常位胎盤早期剥離事例から得られれば、より具体的な提言ができるということになるんだらうと思うんですけれども、よろしいでしょうか。はい。ありがとうございました。

それでは、まだ色々ご意見があろうかと思いますが、次の緊急帝王切開に関わる時間に関する事ということなので、事務局からの説明をお願い致します。

○事務局（森脇） 資料3をご参照下さい。分析対象事例の概要でございます。緊急帝王切開を実施致しました事例の一覧をこちらに載せております。事例番号の隣から母体搬送の有無を記載しております。母体搬送があった事例につきましては、搬送先と搬送元の分娩機関の区分、診療所、病院の別を示しております。その隣が周産期指定、総合か、なしか、地域かを入れております。

その隣が児娩出時間帯です。これは夜間に生まれたか、日中に生まれたかを、おおよそ想像して頂くために目安になるかと思ひまして入れております。

その隣が、帝王切開決定から児娩出までの時間でございます。

その隣です。帝王切開決定医師。搬送ありの[ ]のみ記載しております。[ ]のうち[ ]が当該分娩機関の医師が帝王切開を決定しておりますが、[ ]につきまして最終決定が搬送元の医師になっておりますので、それを記載しております。

その隣が脳性麻痺の発症の原因です。これは主なもの、はっきりしたものを記載致しております。

真ん中の列に移りまして医学的評価、それから分娩機関が検討すべき事項、国・学会が検討すべき事項につきましては、帝王切開の主に時間に関することをピックアップして一覧にしております。

それでは、資料4のほうをご覧下さい。緊急帝王切開術決定から児娩出までの時間と診療体制についてということで取りまとめております。

先に補足させていただきますが、帝王切開につきましてはその判断というのが大事であるというのは言うまでもございませんが、その判断につきましては、今回は触れておらず、まず帝王切開を決めたらなるべく早くやりましょうというところに視点を置いて取りまとめております。

1)分析対象事例の概況でございます。公表致しております[ ]のうち、帝王切開術を行ったのが[ ]でございます。これのうち全てが緊急帝王切開でございました。母体搬送された事例はこのうちの[ ]でございます。勤務帯別に見ますと、平日日

中体制が■、休日夜間体制が■でございました。

■につきまして、診療体制を中心に分析しておりますが、帝王切開術決定から児娩出までの時間別施設件数を表1に示しております。決定から児娩出までの時間が■以内であった事例は■のうち■でございました。また、搬送された■のうち帝王切開決定から児娩出までの時間が■以内の事例は■でございました。この4件は状態が悪い妊産婦さんが来院するということが分かっている、■以内に娩出できている件数を示しております。

多くの事例が帝王切開術につきまして迅速にかつ適確に行われておりますが、その一方で、時間を要していると評価された事例や、スタッフの到着を待った事例、それから搬送先を探すのに時間を要した事例などもありましたので、まとめております。

次のページをおめくり下さい。事例の概要でございませう。

事例1です。この事例は総合病院の事例です。早剥のため帝王切開を決定して、産科医の応援、それから手術室ナース、放射線技師などを要請しております。帝王切開決定から約80分後に児を娩出致しております。

医学的評価では、応援のドクターやスタッフの到着時刻を考慮しても、帝王切開決定から児娩出までの時間を要していると評価されております。

当該分娩機関が検討すべき事項と致しましては、緊急性の高い帝王切開が必要な場合の対応について、院内の体制を整備することが必要と示されております。

事例2につきましては、12月までに公表される事例が■ほどありますので、そこから拾っていきたいと考えております。

次のページをおめくり下さい。3ページ目でございます。

分析対象事例における緊急帝王切開術決定から児娩出までの時間に関する評価でございます。

医学的評価におきまして、その時間についてと、それから診療体制について記載

があったものをお示し致しております。具体的な改善策につながることから、よかった事例もこのな中かに盛り込むように致しております。ここの取りまとめは、院内の体制と、それから他施設との連携に分けて取りまとめております。

それでは、(1)でございます。院内の診療体制について。①周産期母子医療センターの事例です。いくつかご紹介するような形で進めさせていただきます。

1つ目の○に記載されているのは、院内の連携がよく、素早く児を娩出できた事例の評価です。

最後の○になりますが、決定から手術開始に時間を要していると。それが一般的ではないと評価されているものがあります。

②周産期母子医療センター指定なしの病院及び診療所の評価です。上から4つ目の○につきましては、決定から児娩出までの時間が早く対応できていると評価されている事例でございます。

次のページ、4ページをおめくり下さい。2つ目の○です。2つ目の○につきましては、術前検査の実施と児娩出までの時間短縮のための検査省略について問題提起されている評価がされております。

続きまして(2)です。他施設との連携についてでございます。①が周産期母子医療センターの事例。ここでは受け入れ決定後の一連の処置が優れているという評価がされている事例です。

2番目は、それ以外の病院と診療所の事例でございます。

5ページ目をおめくり下さい。

ここの評価につきましては、高次医療機関への搬送を行った事例の評価が主にまとめられております。主なものとしましては、3つ目の○になりますが、分娩機関医師と適切な連携を図ったために、迅速な搬送、手術が可能となったと判断されている。母体搬送の選択は、最良の判断であったと考えられると評価されているものがあります。

4) 今後の産科医療向上のために分娩機関が検討すべき事項でございます。

(1)の院内の体制につきましては、周産期母子医療センターにつきましては、主に記載されているのは、1つ目の○です。院内で可能な限り時間を短縮することが望まれる。それから、それに必要な人員配置が必要であるということが2つ目の○に記載されております。

②の周産期母子医療センター指定なしの病院と診療所につきましても、似たようなことが書いてありますが、5つ目の○のところでは、速やかに搬送する体制を作ることが肝要ということが示されております。

(2)他施設との連携についてでございます。

1つ目の○は、帝王切開に必要な情報を確実に伝えて、連携を密にするということが記載されております。

2つ目の○につきましては、緊急を要する場合の地域全体の体制についての内容が記載されております。

5)の学会・職能団体への要望につきましては、そういった搬送のシステムづくりや産科医の労働環境の調査に関する要望が記載されております。

6)国・地方自治体への要望も、同種の内容が記載してありますので、省略させていただきます。

8ページに移ります。

2番目、帝王切開に必要な情報に関する現況でございます。先ほども申し上げましたが、帝王切開の実施にあたっては判断がとても大事ですけれども、今回は時間の短縮に視点を向けているということを前段で述べております。

1)につきましては、帝王切開を実施する施設と帝王切開率について。

2)は帝王切開術に関する時間につきまして、日医総研のワーキングペーパーの調査結果がございますので、それをご紹介致しております。

3)周産期医療の体制について簡単にご説明させて頂いております、9ページ目

の最後の四角ですが、こちらに総合周産期母子医療センターと地域周産期医療センターはどのような施設なのかとを説明するような内容をお示ししております。

10ページでございます。

3. 再発防止および産科医療の質の向上に向けてでございます。上から3段落目までは、これまでの内容をサマライズしたような形で記載致しております。最後の段落でございますが、帝王切開決定から児娩出までの時間をもって診療体制について特定のことは言えませんが、分娩機関を初め、学会・職能団体、国・地方自治体へ向けての産科医療の体制の改善に資するということから取りまとめております。

1)は施設管理者および産科医療関係者に対する提言でございます。今回は診療体制の提言をしておりますので、施設管理者を加えております。

①周産期母子医療センターです。こちらには帝王切開術が必要な場合に迅速に手術が行えるような人員配置について記載しております。

②は、妊産婦の搬送を受け入れる場合は、搬送元の分娩機関からあらかじめ必要な情報を収集し、帝王切開が必要な場合は、可能な限り時間を短縮できるように準備を行うということを記載しております。

(2)病院・診療所でございます。これも時間短縮のために院内の体制を見直しましょうということが①でございます。

②にスムーズに搬送が行えるように体制を見直しましょうということを記載致しております。

2)学会・職能団体に対する要望につきましては、妊産婦が高次の医療機関にスムーズに確実に搬送されるようなシステムを作り、それから高次医療機関、一次医療機関と行政との間に検討を要望するということを記載致しております。

3)国・地方自治体に対する要望です。これは先ほどの内容を要望するような形で記載致しております。以上でございます。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。それでは、只今の説明につきまして質問、あるいはご意見がありましたらどうぞお願い致します。

○勝村委員 8ページの帝王切開率のデータですけれども、これは何をもとに、社会保険ですか、医療施設調査ですか。

○事務局（森脇） 医療施設調査です。

○勝村委員 医療施設調査、自己申告のほうですか。

○事務局（森脇） 自己申告というか、厚労省で出している。

○勝村委員 厚労省が社会保険の診療行為別調査と医療施設調査で2種類もっていて、全く違う率が出ていて、厚労省の人に聞くと、片一方は自己申告だし、片一方はサンプル数が少ないので、どっちが正しいかよく分からないと言われたことがあるんですけれども、何かまたそれとは別の正確なデータであるわけではないわけですね。

○事務局（森脇） そうですね。はい。医療施設調査です。

○勝村委員 医療施設調査だと、緊急帝王切開率がこのうちのどれぐらいなのかは分からないんですよ。

○事務局（森脇） 分からないですね。

○勝村委員 診療行為別調査のほうは、少し前から緊急帝王切開率を出し始めて、それは分からないんですか。今、帝王切開のうちの緊急帝王切開はどれぐらいあるか。ちょっと前までは4割だったんですけれども、そういう率は医会とか学会で分かるんでしょうか。なかなか率がはっきり分からないんですよ。帝王切開率とか、さらにその中の緊急帝王切開率がどれぐらいかというのが、厚労省にどれだけ聞いても。医療施設調査なんていうのは、無床の診療所が1カ月に30件帝王切開したとかいうデータが入り込んだりもしたことがあるらしくて、何でそんな間違いが入ってくるのかと聞いたら、自己申告だから、書く場所を間違えたんだらうとか。もし何か正確なこういうデータがあるんだよというのがあれば、また教えてほしいな

と思ったんですけれども。

○池ノ上委員長 どなたかあれですか。施設の帝王切開率は結構出ているんですけれども、全体としてというのはどうなんでしょう。

○藤森委員 周産期登録システムの日産婦の中のデータであれば、あそこには緊急と予定で帝王切開を分けて登録していましたから。

ただ、一般診療所に関しては入っていませんので、いわゆる総合周産期母子医療センター、それから地域周産期母子医療センターのデータであれば、緊急と予定の帝王切開は分けて登録されていますので、出すことは可能だと思います。

○石渡委員長代理 医会のほうは、全部の分娩機関から情報は集まってくるけれども、分娩数とそれから帝王切開数、率は分かりますが、その中で緊急か非緊急かは、それはちょっと分けていないので分からないと思います。

○勝村委員 医会が把握している帝王切開率というのは、この医療施設調査とほぼ一致しているんですか。

○石渡委員長代理 ちょっとこれは見てみないと。今は分かりません。

○池ノ上委員長 学会のほうは高いですね。センターがほとんどですからね。

○藤森委員 そうですね。30%後半ぐらいだったと思います。

○池ノ上委員長 そうですね。ですから、恐らく、医会の診療所はかなりもっと低いんじゃないかと思います。取り扱っている患者さんのリスクが違うということもあるのです。

他には。

○岩下委員 再発防止ということで、10ページにありますけれども、周産期母子医療センターで帝王切開術が必要な場合には、概ね■、迅速に手術や対応が可能となると書いてありますが、これは先ほど来出ていますように、緊急、準緊急、それから予定、いくつかシチュエーションがあるので、よく言われるグレードA、超緊急、帝王切開の場合は■ですけれども、そうでない場合、今日中の帝王切開、数

時間以内での帝王切開など、大抵の施設が帝王切開の緊急性についてA・B・Cなり1・2・3なり、分けていらっしゃると思うんですね。だから、非常に緊急性の高い帝王切開のときは■というのはいいと思うんですが、何でもかんでも■というのは、なかなか手術室との関係もあって難しいんじゃないかと思います。

それから、学会・職能団体に対する要望で、高次医療機関にスムーズに確実に搬送されるようなシステムづくりとあるんですが、むしろ、これは行政主体じゃないと難しいと思います。三次施設とその近隣の二次、一次施設との間の連携ということは施設の努力で可能ですが、より広いところとなると、行政が中心になって、東京都の場合はそういうのをやっていますけれども、そこに各医療機関が入っていつてシステムづくりをするということで、学会とか職能団体といってもなかなか難しいんじゃないかと思いました。意見を述べさせていただきました。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。今、国・地方自治体と、そういうところと、それから実際に仕事をする学会・医会のメンバーとで総合的に作っていくということで、やはり行政が全く動かないとどうしようもない。特に、地方だとそういうことが、都道府県、県あたりが対応することになるであろうと。

○田村委員 今ご説明がありました国・地方自治体に対する要望のところ、できましたら入れて頂きたいことがあります。救急搬送は原則的には都道府県単位で行われていますけれども、こういう緊急の帝王切開が必要というような患者さんに関しては、県をまたがる広域搬送を国も支援するし、それぞれの地方自治体もそれに協力するというのを3番目の要望としてぜひ入れて頂きたいと思います。例えば東京都は12カ所の総合周産期センターがありますが、埼玉県は東京の人口の約半分に対して総合周産期センターは埼玉医科大学総合医療センター1箇所だけです。だから、東京都に近いあたりの患者さんは、埼玉医科大学総合医療センターへ搬送するよりは東京都内の総合周産期母子医療センターに運んだほうがずっと早く搬送出来ます。都道府県を超える搬送、広域搬送について国も指導するし各都道府県もお

互い連携するというのを、ぜひこの再発防止委員会からも提言して頂きたいと思っています。

○石渡委員長代理 今のご意見に全く賛成です。

茨城県も6%は県外に搬送されているんですね。今はヘリで搬送される事例はそう多くはないですけども、本当に数えるほどしかないですけども、やはり行政が一番弱いところは、自分の管轄区域だけはものすごく一生懸命やるんですけども、それを越えてしまうと関心がなくなってしまって、都道府県の間での交流というのは必要だと思いますし、やっぱり広域的な対応が先生が言われたように必要だと思います。特に県境に住んでいる方とかね。

○板橋委員 先ほど言えばよかったのかもしれませんが、いわゆるスーパーハイリスク救急のような具体例をもし挙げるならば、こういう提言の中に「などのような」みたいなのが入るほうが、より具体的に見えてくるのではないかなと思いました。

それから、8ページの周産期医療の体制のところの「未熟児出生の増加に伴い」ということはちょっと抵抗があるというか、何を指しているのかがよく分からないので、「早産児」ないしは「低出生体重児」なりの言葉のほうがよろしいんじゃないかなと思いました。

○池ノ上委員長 早産児。

○板橋委員 早産児でよろしいでしょうか。

○田村委員 早産児というより、やっぱり低出生体重児でしょうかね。厳密に言えば。

○板橋委員 FGRも入れるのであれば、もしかしたら低出生体重児のほうがよろしいかと思います。

○上田理事 8ページは、厚労省の通知から引用していますので、改めてもう一度チェックします。

○事務局（森脇） 厚労省の通知といたしますか、事業要綱から抜粋してきているんですけれども、もっと適切な表現があったら、そっちのほうがよろしいかと思えます。

○池ノ上委員長 本当は、ハイリスク新生児が出生するチャンスが増えてきたということなんですよね。胎内死亡じゃなくて、新生児サバイバルを目指してそういうハイリスクのお子さん方の出産が増えてきている。だから、そういうお子さんが増えているというのが実態だろうと思うんです。

広域搬送は、地方に行きますと道路の整備状況とか、山とか海とか色々なものがありまして、行政範囲だけでは到底対応できないんですね。ですから、隣の都道府県の周産期センターに運ぶというようなことが頻繁に行われております。でも、行政の担当者の方たちは、いつも心苦しい思いをしながら他府県にお願いをするということが続いているので、せめてこういった医療の体制の中で、必ずしも行政区域にとらわれない医療区域みたいな概念がもっと広がると非常に助かるということになるんじゃないかと思えます。

他にいかがでしょうか。

○岩下委員 今の広域搬送の件は、学会の周産期委員会の海野委員長が前から広域搬送ということを書いていて、今、東京・埼玉、それから東京・神奈川間、実際行政間のタイアップが始まったと聞いております。他の他府県は分からないですけれども。だから、学会としても必要性を認めて、それを行政と交渉しているという段階だと思えます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。色々なところでそういうことが広がっていったら、より具体的な動きが出てくるといいと思います。鹿児島県の離島の南のほうは、よっぽど沖縄に近いですね。ですから、沖縄のほうに運んで頂いているという現実もありますし、そういったところがフリーに動けばいいと思います。

○事務局（森脇） 調べたところだと、広域搬送について行っている都道府県は、

近畿のほうにありまして、近畿は近畿とそれからその周辺の福井県とかまで含めた広域搬送を行っている行政があります。

それから、九州のほうは、沖縄を含めた広域搬送があります。

○池ノ上委員長 そういったところも併せてこの緊急帝王切開とか母体救急とか、それからさっき板橋委員がおっしゃいました、スーパーハイリスクの患者さんに対する対応とかもあります。全国の大学の周産母子センター長会議というのがあるんですけども、どうもこの周産期医療になると大学が置いてけぼりを食っていてあまりいい目に遭っていない。しかし、本当の意味のスーパーハイリスクは、その地域、地域で、やっぱり大学が重要な役割を果たしているんで、そこにも何らかの温かい支援があつていいんじゃないかというのが周産母子センター長会議で出ておまして、それもまた今後の問題だと思うんですね。例えばものすごいハイリスクの患者さんを色々な科が連動してやらなければいけないような母体のハイリスク、それから新生児のハイリスクについては、また次のステージが大きな問題になってくるんじゃないかと思います。

他にはいかがでしょうか。

○川端委員 6～7ページあたりに、マンパワーの確保について少し述べられていますけれども、内容を見ますと、例えば6ページの5)の四角の枠の中の下に、「産科診療所医師の労働環境について調査を行い、その実態を明らかにすることが望まれる」とか、それからその次の7ページの上も「配置するように努めることが望まれる」。それから、その下の四角のところの一番下のところですね。「具体的な方策を検討することが望まれる」。これは実施と結びつかないんですね。何か、調べる、調べろと言っているだけで、要するに、そういうのを検討して、例えばちょっと小児科医を持ち上げますと、分娩に立ち会うような小児科医がいるような、そういう体制を作ったら点数なり何かちょっと上げるよというようなこととか、何か具体的な政策・施策に結びつくような表現の方法にして頂きたいという要望です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。我々は、こういう周産期分野のことしかよく分からないんですけれども、他領域は結構そういうところが積極的に働きかけられていて、医療行政の中で、保険行政の中で高い点数が取られているところもあるように思うんですね。今、まさに川端委員がおっしゃったような、人員配置ということに絡む、結局はそこにまた色々な財政的な問題が絡んでいると。じゃあ、それをどう担保して持ってくるか、それで体制を作るか、そこがもう1つ十分成熟していないところが問題なので、マンパワーの確保オールモーストイコール財源の確保ということにつながる。そういったところがより具体的な提言ができていかないと。思います。

○川端委員 今、おっしゃったことの追加ですけれども、要するに、人がいるということが診療のスピードアップにつながるんですね。それが、やる気が出るということに繋がります。というところで、ぜひ具体的な表現に変えて頂きたいと思えます。

○田村委員 川端委員のほうから小児科側にエールを送って頂きましたので、一言追加させて下さい。我々新生児医は日常的に行っていることですが、地域の産科施設で赤ちゃんが仮死で生まれたという場合には、周産期センターの小児科医が駆け付けたうえで蘇生してから搬送して連れて帰ります。要請されれば、周産期センターの小児科医が初めから地域の産科施設に出かけてハイリスク分娩の立ち会いをする。それに対する診療報酬というのは非常に低くて、どこの新生児科も全部持ち出しです。ですから、自分のところでNICU車を持っているような周産期センターは、搬送出動1件当たりに換算して、10万円ぐらいの持ち出しになります。人件費だけでも医者と看護師と運転手さんだけでも大変な持ち出しですけれども、いまだにそれに対する診療報酬は非常に低くて、経営の立場からはどこも積極的にはやりたくない。だけど、実際は、こういう緊急時には全国の周産期センターの新生児科医がボランティアベースで分娩立ち会いに行き、仮死の場合はそこで蘇生

して病院に連れて帰るということをやっているわけです。ぜひそういう時には、それに見合うだけの診療報酬をちゃんとつけるべきだということを、積極的に提言して頂けると、厚労省のほうも前向きに検討して頂けるんじゃないかと思いますので、よろしくをお願いします。

○勝村委員 ちょっと前まで中医協の委員をしていたので、私は3回の改定に関わりましたけれども、全てハイリスクの産科と新生児は3回の改定ともその範囲の全体の合計量としてはプラスになっていきましたし、それを一生懸命言ったのは僕ら患者側で、医療側ではなかったから、僕は非常に頑張ったという印象を持っています。

それでも、その際には色々な医師の先生方のお話も聞いて、だけど、全然よくなったように感じられないのももっともだと思っていて、もっと僕らはドラスティックにハイリスクの産科や新生児科へ回すべきだということだけれども、やっぱりその分どこか別の診療報酬が減らなきゃいけないので、ドラスティックにできなかったから焼け石に水のように感じられる面もあるかと思うんですけれども、方向性はそういう方向になっていると思います。特にこの産科医療補償制度が始まる時に、この制度に加入しないと診療報酬で損をしますよみたいなことを中医協でやったわけですね。それでこの制度の加入率がさらにぐんと上がったのかもしれない。他の要因もあるかもしれない。だから、中医協に対して、ここの機構が働きかけたことは事実あったんだし、実際、提供体制というのはすごく大事なことです。こういう事故の原因分析をしていて、再発防止のためにこれが大事なんだとここの機構から中医協に言っていくということは、すごく大事だと思います。僕は本当に言っていてほしいなと思います。国への要望という抽象的なものじゃなくて、具体的にこういう場合にこういう診療報酬が上がるような手立てが必要だという書き方はすべきだと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。保険診療上の管理加算料とかが算定され

るようになると、病院長初め事務部長さんたちはそっちに目が行って、一生懸命何とかその体制を病院の中に作ろうという、ものすごいモチベーションになるんですね。ですから、やはり保険診療上の位置づけというのは非常に重要ですし、ある意味ではそれがものすごく大きなパワーになるんだろうと思われま。色々な特定加算が保険診療の中でこれまで行われて、どんどんそういうのが広がっていますけれども、やはりその中で病院そのものが注目を浴びると、今、田村委員がおっしゃったように、ハイリスク新生児の収容に行ったときの加算とか、そういったことができれば病院の中での体制も整いやすいということにつながっていくんだと思うんですね。

○上田理事 只今の色々なご指摘については、国に対する要望ということで、11ページにどのように記載するかが課題と思います。

もう1つの課題は、10ページにありますように、産科医療関係者に帝王切開術決定から児の娩出までの時間を短縮することについて、どのように提言するかです。今回は、医療関係者だけではなくて、施設管理者に対して提言することが重要でありますので、施設管理者および産科医療関係者に対する提言として、10ページの1)に記載しております。

この記載については、事務局としてはこの程度でいいのか、もう少し具体的な記載が必要ではないのかと思いつつながら、やや総論的になっております。ですから、各委員から、もう少し具体的な提言についてご意見を頂くとありがたいと思っております。

○勝村委員 まさに今思ったんですけれども、この中でその医療機関が同じような帝王切開をもう1回やられたら困るなど。すごく時間がかかり過ぎているというところがもしあったら、一方で非常に熱心にやられている先生ほど、帝王切開の時間を短縮するとか、早剥にどう対処するかというところは、かなりハイレベルですごく先生方気にかけているだけに、ついついそういう問題に行ってしまうと思うんで

すけれども、一番簡単に再発防止できるのは、そのレベルに達していないのではないかと。もうちょっときちっと努力して下さいよという部分があると思うので、そのことは一生懸命やってもどうしてもあり得るという話とは一線を引いて、余りに時間がかかっているということが今後の事例の中にだんだん出てこなくなるような、そういう書き方というものを適切に指摘しておいてほしいなという気がします。

○田村委員 上田理事のおっしゃることに関してですけど、3番のところ、具体的に先ほどの分娩立ち会いということに関して言いますと、実際問題、緊急帝王切開をやると思ったのに、他院から立ち会う小児科医が来るまで待っていて帝王切開が遅れたという事例まで具体的にあるわけですから。

それからもう1つ、ここで行政の方に申し上げておきたいのは、普通の救急車による搬送は救急隊員がやっているわけですね。ドクターヘリだけはドクターも同乗していますけれども。赤ちゃんの分娩立ち会いというのは、自分の病院じゃない施設に他の病院の医者が看護師さんを連れて、多くの場合は自分のところのお抱えの運転手さんに救急車を運転させてそこまで行って、それでお産に立ち会ったり、もしくはそこで生まれた仮死の赤ちゃんを蘇生して連れて帰ってくるわけですよ。こんなサービスをやっている部分というのは、今の医療の中ではほとんどないです。ですから、普通の救急搬送とは違うわけなので、そういう意味で、例えば3)国・地方自治体に対する要望のところの、さっき広域搬送を(3)でお願いしましたから、(4)として緊急帝王切開などのハイリスク分娩に対する小児科医の立ち会いや新生児搬送に対する積極的な支援を国や地方自治体が検討すべきだというふうに書いて頂ければ、この再発防止委員会の提言として妥当ではないかなと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。まさにそれが色々な保険診療上に付加されてくるというところに行くと、非常にその体制が急速に広がるんじゃないかというふうに思われるところが多いと思います。保険診療は保険診療、中医協の

委員をしておられた勝村委員なんかはよくお分かりだと思いますけれども、なかなかそれがうまくいかないという部分もあるかもしれませんけれども、でも、この再発防止委員会としてはそういったことをぜひ検討してほしいというような意見は提言として出していく必要があるだろうと思います。

それから、さっき岩下委員がおっしゃったこの帝王切開術が必要な場合というのは、緊急帝王切開術ということをきちっと言っておかないと混乱が起こるということで、ここはそうですね。

他にはどなたか。

○隈本委員 これは統計のマジックというか、もちろん分かりやすくするために、決定から娩出までに絞ったのは、それはそれで理解できるんですけど、ただ、そうすると、決定が遅れば遅れるほど時間が短くなるというか、そういう逆の効果もあるので、これは一緒に、例えば脳性麻痺の原因が何であって、その原因となる異常が発生した時間から娩出までというのも参考数字として入れておくべきだと思います。

例えば、資料3の2番目のNo.2の[ ]なんかは、これは非常に私の印象に残っているんですけど、この診療所では1年間全然帝王切開の経験がなかったんです。結局、搬送後にすぐ生まれているので、決定から娩出まで[ ]しかかかっていないケースになっているんですけども、実際には、臍帯脱出が起こってからすごい時間がかかっているんですよ。その家族からの感想のところに、「帝王切開できないんだったら早めに教えてほしかった」というふうに書いてあった事例です。

こういうこともやはり、総合的に産科医療をレベルアップするという観点からいうと、これを[ ]の事例にしてしまうと再発防止に繋がらない気がするので、もちろん、統計処理するために決定から娩出までというふうに絞ったことについては、僕は賛成ですけども、同時にこのケースとか、あと下の7番、[ ]のケースなんかは[ ]となっているんだけど、救急車を呼ぶまでに[ ]かかっている

るというようなケースは、それでは不十分なのです。

異常が起こってからというものも参考に入れて、その異常も色々ありますよね。胎児心拍の低下というようなケースと、臍帯脱出というとんでもないというケースと、別の考え方も必要なので、異常が起こった時間から娩出までの時間も、参考までに入れたほうが、再発防止という観点からはいいと思います。誰かをとっちめるとかそういう意味じゃなくて、純粹に再発防止の考え方として。

○上田理事 最初、説明の際にお話ししたんですけれども、10ページの第3フレーズ、迅速かつ適確に緊急帝王切開術を施行するためには、決定の判断、決定から実施までの迅速性、それから適切な手技等が重要でありますので、それら全てについて評価が必要です。

ただ、今、ご指摘がありましたように、決定の判断を評価するにあたっては、モニターの判断とかその辺の整理を行う必要があります。モニターの判断の評価は難しいですが、一方、決定から実施に関してはデータがありますので、後半の部分から取り組みました。確かに決定のところが重要ですので、その評価は今後の重要な課題だと思います。

ですから、誤解がないように、その辺の考え方をきちんと整理しなくてはいけないと思って、今回まとめました。

○隈本委員 それについてはその通りだと思います。例えば、原因分析報告書で言うと、ここで本当はやるべきかどうか、これはレベル3か4か5かみたいなことで、賛否両論に分かれるみたいなものがたくさんありますので、これは統計的にどうか、数量的な分析は不可能だと思います。

ただし、余りに硬直的に、決定から何とかだけという数字だと、本当に本質を見誤る危険性があるのです。もちろん、ある一面から整理するという考え方は賛成です。それプラス、同じ一覧表の中に、異常の性質と、それが起きてから娩出までの時間というデータをつけ加えておくといいのではないのでしょうか。そうすると、実

際、本当は速くないよというものが速そうに見える。まさにこの2番なんていうのは、■■■■で娩出して、すごい短時間のようなんだけど、実際には臍帯脱出してからすごい時間がかかっていますよね。だから、そういうことだと思うんですよね。再発防止のためには、そういう情報を入れて頂ければいいんです。要するに、整理の仕方は間違っているとは思いません。決定から娩出までの時間で整理する。そしてこれをもっと早めようという方向に持っていくということについては大賛成です。しかし、同時に、異常の性質と異常が発生してから娩出までの時間も、参考資料としてぜひこの中に入れておいて頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 恐らく、臍帯脱出みたいに、急がないといけないというのがはっきりしているというのは、はっきりできると思うんですね。

あと、今、上田理事が言われたように、モニターの所見どうかなと、一生懸命考えていた間に1時間たっちゃったとかというのは、それはそのようにちゃんと取り扱おうと。

○隈本委員 あと、経膈分娩をずっとトライした後、最後断念して帝王切開というようなケース、それなんかは、断念した瞬間がその決定時期になってしまいます。実際には経膈分娩を目指して時間をかけ過ぎたんじゃないかみたいな医学的評価をされているのもあるので、数字を整理することについては、決定からでいいんだけど、それ以外の要素もちゃんと入れた、もっと重層的な統計にして頂いたほうが本質が見えてくるんじゃないでしょうか。

○池ノ上委員長 よろしいですか。あまりきちっとしたものでなくて、そこに医師の判断、医療的に判断がなかなか難しかったんじゃないかなと思われるものは、それはそういうふうにする。

○隈本委員 外して頂きたい。

○池ノ上委員長 明らかに臍帯脱出とかいうようなものは、もうそれでできるという、そういうことじゃないですか。

○事務局（森脇） はっきりと分かったものについてはお調べして、一応提示させて頂いて、また委員長のほうでご覧頂いて、そこで判断頂けると。

○池ノ上委員長 そうですね。そこら辺、分類をしながらやっていくということで。

○隈本委員 せいぜい [REDACTED] ですから、そんな難しいことではないと思うんですよね。だから、曖昧なものは外しておいて、例えばこの番号で言えば2番と7番は明らかに全然すばやく分娩できたという感じでもないのです、その辺何かうまく、一覧表を見ても分かるようにして頂いたほうがいいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

○鮎澤委員 今の隈本委員の意見に対してなんですけれども、中には本当に難しく、判断に悩ましい事例があって、そういうものには時間がかかるのだということを知ることもこの報告書の1つの意義なのだと思います。どういうまとめ方になるのか分かりませんが、そういう時間がかかったものを抜くのではなくて、そういうものがあるのならば、そういうものがお産なのだとすることを分かるような書き方も工夫して頂いていいのではないかと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他はいかがでしょう。

○岩下委員 今、先生が言われたことなんですけれども、発生から帝王切開で娩出するまでの時間というのは、常位胎盤早期剥離ではなかなか難しいと思うので、一次施設でドクターが、これは帝王切開ということでは高次施設に送っているわけです。そこで帝王切開という判断はされていると思うので、そういう例について、搬送の問題も含めて、発生というよりドクターが診断、帝王切開と決めた時点から搬送も含めて最終的に児が娩出した時間までというほうが、より分かりやすいデータとなるので、そここのところも時間を出して頂ければと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。なるべくそういうところは具体的にみんながイメージできるような、そういう情報が発信できればいいと思います。ありがとうございました。

○勝村委員 診療所から転送するという事とか、何よりも過去にあった事例から色々と思うことは、帝王切開の決断の遅れの問題です。特に子宮破裂が決断のきっかけだとしたら、やっぱり決断が遅いんじゃないかということになりますので、決断してから何分でしたという形だけでは、ちょっと足りない。その足りない部分はどこかでやっぱりこの委員会としてはフォローしなきゃいけないし、必ずフォローできると思います。

ただ、今回は、決断から帝切までということなんですけれども、そこで運ばれてからというよりも、運ぶと決めてからのことなんかはこっちのカテゴリーに入れて考えるべきじゃないでしょうか。

それから、またちょっと違う話ですけれども、お願いですけれども、この表に、やっぱりさっきと一緒に、子宮収縮薬を使っているか使っていないかを書いてほしいなと思うんですけれども。それが最終的なこの報告書に載る載らないは別にして、緊急帝王切開との関係で、いちいち元に戻れば分かるのかもしれませんが、できればちょっと出してほしい。

つまり、緊急帝王切開で終わる子宮収縮薬の使用というのはできるだけなくなったほうがいいと思っているということと、さっきの話ですけれども、イギリスの添付文書なんかでは、子宮収縮薬の副作用に早剥も書いてあるとかということもあつたりするので、やっぱり早剥のリスク要因の高い人には慎重に投与なのかもしれない面もあると思うので、子宮収縮薬も今回一応テーマになっているので、それもできたらお願いしたいと思います。

○石渡委員長代理 その取り扱いは非常に難しい面があると思うんですけれども、逆に言うと、子宮収縮薬を使ったことが原因になってというふうな受け取られ方もするんですよ。目に入ってくる瞬間的な印象というのは。実際、子宮収縮薬が例えば過強陣痛を起こしてなってきたとかそういうことが分かっているのならいいけれども、ただ使ったか使わないかということを入れることは、私は意味がないと思

うし、それはかえって誤解を招くことにつながるのではないかと思いますけれども。

○勝村委員 誤解を招いてはいけないと僕も思うんですけども、この資料3みたいなやつは、一応報告書にすぐそのまま載る予定ではないですよ。

○事務局（森脇） 予定ではないです。

○勝村委員 ここの非公開の会議の資料ですよ。

○事務局（森脇） 勝村委員のご要望は、この[ ]についてオキシトンを使った事例があったら教えてほしいということですね。

○勝村委員 報告書に載せる載せないは別にして、僕なりに安心できるなという結果になるかもしれないし、ちょっと危ないんじゃないかと思うかもしれないし、そういうことはまだわかりませんから、それをそのまますぐに公開するという話ではなしに、やっぱり公開するか否かはきちんと皆さんの合意の下でと思います。なので、データとしていちいち自分で抜き出せばいいことなのかもしれないんですけども。

○池ノ上委員長 まずは、ここで検討するための基礎資料として出して頂くというように、それが非常に関わっているか関わっていないかということは、また議論頂くということに致しましょうか。よろしいですか。

○鮎澤委員 2点あって、まず1点目。

私、ちょっとこの資料で歯がゆかったのは、なぜここで時間がかかったのか、もしくはかからなかったのかという、それぞれの個々の事情が必ずしもこの中から読みきれないことだったんですね。

もちろん、いくつかのものについてはそういった記載を意識的に多分満たしてくださっているところがあると思うんですが、できればそれぞれの分析報告書からの引用のところに、そういったことが分かるようなところを意識して入れて頂くと、その後の提言に、委員長が何度も言ってくださっているように、臨場感あふれる提言につながっていけるのではないかと思うので、ぜひお願いしたいと思います。詳

しく書き過ぎると個別具体的になってしまうものがあるのかもしれませんが、読むほうとしては、じゃあどこをどうすると短くすることができるのか、具体的に現場で、それから広い視点で考えていくことができるので、そのところをお願いをしたいと思いました。

それからちょっと確認させて頂きたいのですが、2点目になるのですが、日医総研ワーキングペーパーで、いま議論になっている時間の起点はどこになっているんですか。

○事務局（森脇） 起点は8ページに記載しておりますが、ああ、書いていないですね。すみません。すみません。書いていませんでした。申し訳ありません。

○鮎澤委員 参考にするのであればどこを起点にしているのかを書いて頂かないと、ちょっと誤解を招くところがあると思うので、そのあたりを書いて頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。もう大分色々なご意見を頂きましたけれども、他にはいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

もしよければ、その他で、参考資料について説明をお願い致します。

## 2) その他

○事務局（原） 参考資料1～4につきましては、これまで委員の先生方からご要望のありましたデータをまとめたものになります。

まず、参考1の資料になります。子宮内感染に関するデータでございます。こちらにつきましては、以前、岩下委員より子宮内感染の事例が一定数あるということで、いずれ分析できるようにデータを蓄積してはどうかというご意見がございました。

これまでの[ ]の中から、子宮内感染の事例[ ]について一覧化しております。データの項目につきましては、この上段の臍帯動脈血のpH値まで15項目について

て拾い出しをしております。

続きまして、次の参考2になります。こちらにつきましては、以前、田村委員からご意見を頂きました10分後アプガースコアに関するデータになります。これまでの[ ]の原因分析報告書で、10分後のスコアが記載されているものはこちらの資料の通り[ ]となります。

ただし、これまで原因分析報告書では、基本的に1分後と5分後についてカルテから拾い出しをしておりますので、この[ ]の中に念のためカルテに10分後の記載がないかどうか、現在、確認をしているところでございます。

なお、今後は10分後の記録がある場合については、原因分析報告書に必ず記載をしていくようにしたいと考えております。

続いて、添付している資料をご覧ください。2枚目の資料は、田村委員からご提供頂きました資料になります。低体温療法が行える施設のリストを参考資料としてご提供頂きました。田村委員から何かございますか。

○田村委員 これは、前に川端委員のほうからご要望があった脳低温療法を実施出来る施設の一覧表です。新しい日本版の新生児蘇生法のガイドラインでは、重症の仮死に対して低体温療法を標準治療として推奨することになりました。それに対してじゃあ一体どこができるのかということが分からないと、開業の産科の先生方が仮死の赤ちゃんが適応になっても送れなくて困るということで全国調査をしました。今度の11月12日に我々の厚生労働省科研班会議で新生児仮死の脳低温療法の実施症例を登録するための研修会を行います。そこで全国のNICUに呼びかけまして、脳低温療法を実際にできる施設と、そのうちでそのお名前を公表していいという施設をチェックさせて頂いて、とりあえず9月27日の時点で公表に同意して頂いた施設がこの67施設です。その後も登録事業に参加希望の施設が増えておりまして、今回の研修会には100施設以上の施設が参加されますので、改めてまた未回答の施設にも呼びかけて、名前を公表することに同意して頂ければ早めにお知らせして、こ

の再発防止委員会やホームページでもオープンにして頂きますと、各地で低体温療法の適応のある重症の仮死の赤ちゃんが発生したときにクリニックの先生がすぐ送るところを見つけ出すのに役に立つと思いますので、お示しさせて頂きました。以上です。

○事務局（原） ありがとうございます。

続きまして、参考3になります。数量的・疫学的分析につきまして、これまでに公表した[ ]を当てはめた表になります。第1回の報告書と全く同じ表に件数情報だけを塗り替えたものになります。本日は、中間報告としてこれまでの[ ]をベースにしておりますが、最終的には12月末までに[ ]になる見込みでございます。こちらの資料については、中身の説明は割愛させて頂きます。

最後に、参考4になります。こちらについては、第1回報告書で取り上げました4つのテーマについて、今年、これまでに公表しました[ ]を当てはめた資料になります。数値についてはご覧の通りでございますけれども、最初の胎児心拍数モニタリングについては、第1回報告書では心拍を聴取すべき事例として、[ ]中[ ]で聴取間隔に関する指摘がございました。今回は、現在のところ[ ]中指摘があるのは[ ]ということになります。

隣的新生児蘇生につきましては、今までのところ、[ ]について蘇生についての指摘がございません。

3つ目の子宮収縮薬につきましては、今回もオキシトシンを使用した[ ]がガイドラインに則していないという指摘を受けております。

最後の臍帯脱出につきましては、今回の[ ]の中には今のところ臍帯脱出の事例は[ ]もございません。以上でございます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。確認のご質問とかございますでしょうか。

○勝村委員 最後の参考4は、これは子宮収縮薬についてと書いているけれども、

オキシトシンに限定している。これはオキシトシン以外の薬もありましたよね。

○事務局（森脇） 第1回目の報告書に倣って取ってはおりますけれども。第1回はオキシトシンを使用した事例で■■■■で分析を致しましたので、それに従って同じような取り方をした場合の23年の公表分ということになります。

○勝村委員 第1回するときにも、オキシトシン以外の薬について、子宮収縮薬についても出しておいてほしいとお願いをしたかと思うので、今後、これがプロスタグランディンであろうと書くべきではないでしょうか。子宮収縮薬についてという大きなタイトルになっているので。

○事務局（森脇） 一応、それのお答えと致しまして、集計表、資料3の11ページに、ご要望に十分にお応えできている出し方ではないかもしれませんが、表1-4-11という形で、オキシトシンを投与した、薬剤投与、これを載せさせて頂きました。

○池ノ上委員長 よろしいですか。他には特にございませんか。もしなければ、資料をまたご覧頂きまして、それぞれ先生方のご要望のあったところから出されておりますので、またゆっくりご覧頂きたいと思えます。

○箕浦委員 1つ確認なんですが、さっきに戻って隈本委員がおっしゃったような、例えばという、この■■■■というのは書き換えるべきだと僕は思うんですが、書き換えるということになるのでしょうか。これは、要するに、色々な裁判なんかでは、どの時点で急いで帝王切開すべきだったかがいつも争点になって、結局決着がつかないことが多いんですが、こういうものつまり臍帯脱出の場合は、診断がついた時点で緊急帝王切開が必要であると判断されるわけで、それについては議論の余地はないわけです。ですから、言われたように、ここからの、すなわち診断してからの時間を入れておかないと再発防止の点からは意味がないわけで、修正したほうが僕はいいんじゃないかと思えますが。

○池ノ上委員長 あそのの■■■■というのをですね。

○箕浦委員 この表自体をですね。あまり議論がないんですよ。ここのディスカッション。

○池ノ上委員長 臍帯脱出のケースですよ。現実的には意味のないことですし。

○事務局（森脇） この事例は、最終的な帝王切開決定の判断を下されたドクターが搬送元の医師だったということなので、この時間は、帝王切開決定時刻を当該分娩機関到着時刻ということで分析しております。

それは、今回は院内の帝王切開に向けての時間を短くしましょうというメッセージですので、そのような分析をしておりますが、今のお話ですと、その決定を下した搬送元のドクターの時間を分析時間にしたほうが良いということではよろしいですか。

○箕浦委員 ちょっと誤解しておりました。今回の表は、単に帝王切開を行った医療機関が手術を決定してから実施までの時間、それだけなんです。

○勝村委員 いや、だから、さっきも言ったんですけれども、この資料を書き直す云々も確かになるほどと思ったんですけれども、転送にかかる時間も今後考えていかなきゃいけない時間なので、このタイトル通りだと、タイトルは決定してからでしょう。決定してから、帝王切開すべきだと判断してから実際に帝王切開ができたまでの時間だということならば、やっぱり元の医師が帝王切開しなきゃいけないと思ってから搬送があって、という時間で考えるべきだと思います。元の医師がいる場合でも到着からだというのは、一応、そこはそこで出してもいいと思うんですよ。つまり、到着先の医療機関が遅れたわけではないので、その時間はその時間で、到着してからは■■■■だったというのを表示することも必要だと思うんですけれども、再発防止という観点からは、ある医師が帝王切開すべきだと判断してから結局、最終的に何分かかったのかというところが本来の数字だと思うので、僕はそういうことも踏まえて問題提起しておくべき大きな問題だと思います。簡単に解決しないかも知れませんが。

○池ノ上委員長 恐らく、コメントというか、そういう形で全体が見えるようにしておかないと。これは非常に特殊なケースなのかもしれませんね。

○勝村委員 転送する場合って、必ずそうなりますよね。

○池ノ上委員長 でも、■■■■以内で転送できて対応できるところもあるわけですよね。一次診療所から二次のところに。

○勝村委員 そうですね。電話をあらかじめしておいて。

○池ノ上委員長 はい。ですから、それはそれでそういう評価にもなるでしょうし。

○勝村委員 いや、でも、今のままの定義だと、今回のこの表は、転送前の人帝王切開だと判断して転送した場合は、病院に到着してからの時間しか書いていないということでしょう。

○事務局（森脇） いえ、違います。

○澤田客員研究員 総合周産期母子医療センターなどにほとんどの場合は搬送されていますよね。■■■■とかが搬送されて、前の病院が決定した時間からの時間にする■■■■以上はどうしてもなってしまうんです。だけど、総合母子医療センターはすごく頑張って■■■■以内でほとんどの病院がやっているという表をちょっと出したかったんです。

それとは別に、搬送した事例だけを集めた表を作れば、多分、全体的に見えてくると思います。■■■■をまた別にすればいいと思います。

○池ノ上委員長 そうですね。よろしいですか。

○事務局（森脇） あと、必ずしもすぐオペを行っているわけではなくて、当該分娩機関で様子を見て、帝王切開を決定しているものもありますので、一律に見るのはちょっと難しいと思います。

○池ノ上委員長 ですから、かなり実態がクリアに浮かび上がるようなまとめ方にしないと、どうしても無理が出てくる。見るほうがよく分からないということになるだろうと思います。だから、もう少しそこら辺の時間経緯というのが具体化する

ような、もう一作業して頂いたほうが。委員の先生方のイメージとしても、恐らくばらつきがあると思いますので。

○田村委員 池ノ上委員長のおっしゃる通りで、先ほど、先生は早剥のときに、先生のところは全部先生のところに集めて帝王切開されると仰いました。だけど、岩下委員や我々のところは、必ずしもそれはうまくできなくて、近くで帝王切開してもらってそれで我々が迎えに行ったりすることも少なくありません。どちらがいいのかということと比較したりするためにも、それぞれの施設で何分で帝王切開が出来たかということと、結局やるべきだと医学的には考えられたにも関わらず遅れた原因がどこの部分にあるのかということを確認にして、それが結果にどうつながったのかの基礎データを出す必要があると思います。そうすると、こういうときは総合周産期センターに運んだほうがいいんだよとか、こういった場合にはむしろ近くで帝王切開をしてから運ぶシステムをやったほうがいいんだよと根拠を持って示せるのではないかと思います。そのためにも、ぜひ両方含めたものと、それぞれのかかった中のどこでかかったのかということを確認したものと、両方作って頂いたほうがデータを生かせると思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。最初は、緊急帝王切開といったときにどのぐらい出てきているかというところが知りたいというところだったんですね。だけど、実際にデータを出して頂くと、もっと内容は複雑で、医療の地域化ということまでどうしても踏み込まざるを得ないということになるんだろうと思います。ありがとうございました。

他によろしいでしょうか。もしなければ、上田理事のほうから。

○上田理事 本日の資料に日経新聞9月22日の記事を配付させて頂いております。再発防止に関する報告書を紹介させて頂いて、新生児蘇生についての記事でございます。ご参考にして頂きたいと思います。

なお、この記事の中に、実は、外部に公表していない内容に関する記載がござい

ました。したがって、私ども、資料あるいは情報の取り扱いについては、今後とも十分注意を怠りたくないと思っております。また、委員の先生方におかれましても、この点についてのご協力をよろしくお願いしたいと思います。以上でございます。

○池ノ上委員長 違うところはどこですか。

○上田理事 「蘇生法講習会広がる」とタイトルがございます。その講習会の下に、「制度開始から1年半以内に重い脳性まひとなった2例の補償を申請した診療所に対して『蘇生法などに問題がある』」と記載されていますが、この点については公表していません。

○池ノ上委員長 はい。分かりました。ありがとうございます。

他に全体として。

○隈本委員 せっかく上田理事がいらっしゃるので、質問なんですけれども、これはどうなんですか。左側の重症0.44人の根拠のところですが、「補償対象者は年間約440人になると見込む」とありますが、この数字も公表しているんですか。

○上田理事 これは本年7月の運営委員会で公表しております。補償対象者数について大分議論がありましたので、運営委員会でこれに関し公表しております。

○隈本委員 この根拠は何なんですか。実際に440は受け付けていないですよ。

○上田理事 補償申請は生後6カ月から5歳の誕生日まで行うことができます。それで、これまで補償対象になった事例が仮に今後も同じ率で5歳まで補償対象になると推定しますと、約440名となると考えられます。

○隈本委員 それは運営委員会でオーソライズされたんですか。

○上田理事 いいえ、あくまでも事務局として推計したものです。しかしながら、今の時点では補償対象者は分からないと考えております。

それにしてもデータは何もないのかと、これまでご指摘があったものですから、単純にこれまでの補償対象者の誕生日1月ごとの率と同じ割合を使って計算してみ



てなかったということでしたね。何例目までに入っているのかというのを聞いたんですね。最初の15例に入っている。

○上田理事 運営委員会で2事例目の重複した事例がありましたと説明しております。ただ、その内容については、報告しておりません。そのことを申し上げています。

○隈本委員 はい。分かりました。

### 3. 閉会

○池ノ上委員長 ちょっと時間が遅れてしまいましたが、今日はどうも色々と活発なご議論を頂きまして、ありがとうございます。

事務局はよろしいですか。はい。じゃあ、どうもありがとうございました。