

第49回「産科医療補償制度再発防止委員会」会議録

日時：平成28年4月18日（月） 16時00分～18時10分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

○事務局

本日は、ご多忙の中、集まり頂きまして、誠にありがとうございます。会議を開始致します前に、資料のご確認をお願い致します。

次第、本体、出欠一覧、資料1、「テーマに沿った分析」に関する意見シート、A3縦の資料でございます。参考資料1、2015年9月実施 産科医療補償制度 再発防止に関するアンケート集計結果概要、参考資料2、産科医療補償制度 再発防止ワーキンググループにおける「脳性麻痺発症および再発防止に関する研究」について（和文簡略版）でございます。

なお、委員の皆様には、参考資料一式として、3月28日に行われた第6回報告書公表に関する報道記事一覧及び厚生労働省より発出された報告書の公表に関する通知文の写し等を机上に置かせて頂いております。

また1つ事務連絡がございます。今回マイクの機種が少々変わっております。今まで通り、下のトークボタンを押して発言をお願い致します。終わられましたら、またトークボタンを押すことによってマイクは消えますので、よろしくお願い致します。

それでは、一部の委員の方がお見えになっていませんけれども、ただいまから第49回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

なお、今回から新しく委員に就任頂いた先生がいらっしゃいますので、ご紹介申し上げます。

順天堂大学医学部産婦人科学講座主任教授の竹田省委員でいらっしゃいます。どうぞよろしくお願い致します。

続きまして、国際医療福祉大学病院産婦人科周産期センター教授の松田義雄委員でいらっしゃいます。

○松田委員

よろしくお願い致します。

○事務局

よろしくお願い致します。

また、本日はご欠席でございますが、浜松医科大学副学長・理事の金山尚裕委員に新たにご就任頂いております。

それではここで、委員長より一言ご挨拶を頂きたいと思っております。委員長、よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長

先生方、今日はお忙しいところ、また年度初めの大変な時期にお集まり頂きまして、ありがとうございます。おかげさまで1年間活発なご議論を頂きました結果、第6回の「産科医療補償制度再発防止に関する報告書」をこの3月に出させて頂きました。先生方のご協力に心から感謝を申し上げます。

3月28日に委員会を代表致しまして私が出席して記者会見を行いました。そのことについてご報告をさせていただきます。座らせて頂きます。

報告書の内容につきましては、記者の方から、主に常位胎盤早期剥離についてと、生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例について集中的なご質問がありました。常位胎盤早期剥離につきましては、再発防止として、リスク要因を念頭に置いた産科管理あるいは早期娩出に関わる体制の整備、あるいは搬送体制の整備などが挙げられるということをかいつまんでお話を申し上げます。

また、生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例については、今回の再発防止委員会での分析で、生後3時間ごろまでは新生児蘇生処置及び小児科入院を要する事象が出現した事例が特に多いこと、加えて、生後2日までも新生児蘇生処置及び小児科への入院を要する事象が出現していたという事例が多く見られたという再発防止委員会でのデータの分析から、早期母子接触及び母子同室実施時などの管理も含めた新生児管理における提言を紹介しながらお話を致しました。

また、4月21日から24日にかけて、このたび第68回日本産科婦人科学会の学術講演会が開催されます。4月24日の産婦人科医会の共同プログラムでの事例の「事例からみた脳性麻痺発症の原因と予防対策：再発防止に関する報告書から」というこのプログラムで、岡井原因分析委員会委員長と私とで座長を務めさせて頂きながら、本制度に関係しておられる先生方に再発防止に関する報告あるいはそれに関連する講演を行って頂くこととしております。

このようなことで、これまでの第6回の報告書の発行についてのご報告をさせて頂きました。今後とも引き続きどうぞよろしくお願い致します。

では、引き続きまして、再発防止及び産科医療の質の向上に関する取り組み状況ということで、それぞれの担当の委員の方々からご説明、ご発表あるいはコメントを頂きたいと思っております。まず最初、日本産婦人科医会での取り組みです。

○事務局

委員長、すみません。その前に事務連絡1つだけ、申し訳ございません。

○池ノ上委員長

そうですか。お願いします。

○事務局

写真撮影のほうはここまでとさせていただきますので、ご協力のほどよろしくお願い致します。

以上でございます。失礼致しました。

○池ノ上委員長

どうも失礼しました。よろしいですか。

それでは、日本産婦人科医会での取り組みについて、石渡委員長代理のほうからお願いします。

○石渡委員長代理

日本産婦人科医会は、本制度に関して色々な委員を出させて頂いたりして全面的に協力しております。また、日本産科婦人科学会と連携し、あるいはその他の団体、学会とも連携をとりまして、事業を展開しております。あと、医会には、周産期医療に関するデータベースがございますが、これ、2年に1回更新しております。そういうものも基礎データとして利用させて頂いています。それから、医療安全、医療の質の向上に向けてということで会員への啓発を行い、そして、特に再発防止委員会から、このような調査をして欲しいという依頼があった場合には、それに対して対応しております。また、産婦人科診療ガイドライン作成の要望とか、あるいは妊産婦死亡事例の評価あるいは再発防止についても提言を行い、新生児蘇生法の普及啓発、あるいはCTG判読と対応に関する普及啓発を行っております。また、昨年からは、母体救命法の普及啓発についても力を入れているところであります。

具体的に学会会員のほうへの要請があったものについては、例えばメトロイリントルと人工破膜と臍帯脱出の関連性についてということで、会員の先生方のご協力を得まして、膨大な資料をもとに報告書を作成しております。ただ、胎児心拍数図の解読あるいは子宮収縮薬使用についての留意点、そういうものにつきましても、学術集会のときに同時に、午前3時間ぐらい使いまして、特に助産師、看護師を中心とした生涯教育を行っております。そのときの教材は全て産婦人科医会の支部のほうに送らせて頂いて、また支部がその各地域地域においてCTGの判読等の研修会を実施しているわけであります。それから、

新生児蘇生法につきましては、周産期新生児学会とともにに行っている状況であります。

それから、先ほどお話ありましたように、学術講演の学会と医会の共同ということでの事業につきましては、今年4月も合同で発表させていただきます。

それから、あとは、上がってきたデータから英文も4編ほど出させて頂きました。

以上が医会のほうの活動でございます。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

それでは、続きまして、日本産科婦人科学会での取り組みについて、木村委員、いかがでしょうか。

○木村委員

ご報告申し上げます。資料にあります通り、理事、監事、幹事に再発防止委員会の最新情報を配布致しました。また、これは会員に申請依頼に関しても期限があるということ、5歳の誕生日までであることをホームページ等で常々周知を致しております。先ほど石渡委員長代理のほうからもご報告ございましたように、今年4月、今週ございます第68回学術集会におきまして、妊産婦医会と合同プログラムを設けまして、事例から見た脳性麻痺発症の原因と予防対策ということで7演題、2時間20分の講演を行います。

そのテーマと致しまして、診療記録の留意点、それから、妊娠高血症候群と常位胎盤早期剥離、いわゆる早剥の発症予知、それから、妊娠高血圧症候群と胎盤機能低下、臍帯異常、切迫早産に隠れている子宮内感染、そして、臨床的絨毛膜羊膜炎が疑われる分娩の管理、出生後早期の新生児急変への対応というようなテーマでお話を頂くことになっております。本会は、常に妊産婦の予後向上のための様々な研究の発表の場として皆さんが活発に新しい、よりよい管理方法を開発しているということをご理解頂ければと思います。以上です。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

それでは続きまして、日本周産期・新生児医学会等での取り組みについて、田村委員、お願い致します。

○田村委員

日本周産期・新生児医学会では、NCPR事業を行っておりますけれども、今年3月末時点で公式の講習会の受講生が9万6,000人を超えたということで、今年中に多分1

0万人を超えenると思ひます。インストラクター養成の講習会におきましては、この再発防止委員会が作られました第1回、第3回、第5回で蘇生法に問題ありとされた事例を挙げまして、それで、そういった事例が繰り返されないようにという指導をお願いしております。

それから、第5回の再発防止報告書の中で、新生児蘇生中に日本で使用されることのあるアドレナリンの唯一の製剤でありますボスミンを用いますと、どうしても赤ちゃんでは過量投与が起こりやすいということから、それを10倍に希釈した0.01%のアドレナリンのプレフィルドシリンジの発売を要望するということを出して頂きましたので、それを受けまして、日本小児科学会、日本新生児成育医学会、日本周産期・新生児医学会、日本小児救急医学会の4学会で厚生労働省と日本製薬工業協会に0.01%アドレナリンのプレフィルドシリンジの発売の要望書を提出致しました。

これはかなり前向きに検討されまして、プレフィルドシリンジは難しいけれども、アンプル、バイアルの形であれば出してもいいというような話があるんですけども、ただ、それだと赤ちゃんよりももっと大きな子供を取り扱っている日本小児緊急医学会のメンバーの中には、むしろ従来のものと取り違えるという事故が起こり得るんじゃないかということで、ぜひ出すんだならば、アンプル、バイアルではなくてプレフィルドシリンジにして欲しいということで、ちょっと今足踏みしているところでございます。

それから、日本新生児成育医学会の産科医療補償制度担当理事としまして、今回の第6回の報告書の中で母児同室中に心肺停止もしくはそれに近い事態が起きたという報告がありますので、母児同室を安全に施行するための留意点を作成するワーキンググループを発足させることを、5月に札幌で開かれます日本小児科学会のとこに行われます日本新生児成育医学会の理事会で提案する予定になっております。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。色々な点で迅速に学会等との橋渡しをして頂き、ありがとうございました。今後ともどうぞよろしくお願ひ致します。

では続きまして、日本看護協会、日本助産学会での取り組みについて、福井委員、お願ひ致します。

○福井委員

日本看護協会です。5点ほどございます。1点目が、再発防止報告書で提言された事項に対する研修受講支援です。再発防止報告書で提言された必要な研修等について、都道府

県看護協会でも実施ができるように研修費用等の支援を行いました。子宮収縮薬の使用や陣痛促進剤使用時のケア、注意点などにつきましては、インターネット配信でオンデマンドで研修が受講できるような体制を整えました。

2点目が、助産師の実践能力強化です。助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）というものを作りまして、ラダーをステップアップできるようにしました。再発防止報告書で提言されている内容は必ず学習しなければならない仕組みにして、研修受講支援を行いました。

3点目が、助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢに到達していると認証された助産師の呼称をアドバンス助産師といますが、このアドバンス助産師として認証を受けるために必要な研修として、再発防止報告書の提言を反映させました。今後は、常位胎盤早期剥離について研修が受けられるようにしていきます。

4点目が、再発防止報告書の普及啓発です。本会で開催しております産科管理者の交流集会や各研修会等でこの報告書を配布しています。また、再発防止報告書の概要版を作成して、本会のホームページに掲載し、周知をしています。

5点目が、産科医療補償制度の普及です。平成28年3月に本会の全国助産師職能委員長会、47名が集まりましたけれども、そこで日本医療機能評価機構の事務局から「産科医療補償制度について 47都道府県のアンケート結果」と題し講演をして頂きました。

47都道府県で、この再発防止報告書をどのように活用していくかということの共有ができたところです。以上が日本看護協会の取り組みです。

次に、日本助産学会の取り組みについて報告をさせていただきます。本年3月に第30回日本助産学会学術集会が京都大学で開催されました。ここでは、産科医療補償制度再発防止における取り組みと題して、本委員会の委員及び産科医療補償制度の運営部から、シンポジウムに参加して下さった150名に対して、第1回から第6回の再発防止報告書のテーマによる分析結果に基づきまして注意事項等を説明し、参加者との意見交換を行いました。以上でございます。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。看護協会、助産学会でも積極的に取り組んで頂くということで、大変感謝致しております。ありがとうございました。

では、続きまして、日本助産師会での取り組みについて、村上委員、お願い致します。

○村上委員

よろしくお願い致します。日本助産師会では、都道府県助産師会を含め、再発防止に関する報告書に基づいて、毎年複数回のリスクマネジメント研修会を実施しております。胎児心拍数陣痛図の判読と対応、母体の大量出血、子宮収縮薬使用時の母体管理、常位胎盤早期剥離等の助産師の対応に関して研修も広く実施されているところでございます。研修会では、原因分析報告書の要約版や再発防止に関する報告書の中に示された事例を参加者とともに共有して一緒に分析をして、助産師として何ができるのかというような、自己の実践を考察する機会も設けております。

また、2014年に改定されました、助産所と書いてありますが、助産業務ガイドラインですが、それにおいても、再発防止に関する報告書を参考にしてガイドラインを示しております。医師、助産師、妊産婦の3者が共有する助産師の行動指針として活用されているところでございます。

また、新しいところでは、本年5月に発行予定の「助産録 記録と助産師の責務」というものを今、冊子にしております。そこでは、助産師の標準的な様式を示すとともに、記録の重要性について、再発防止委員会からの報告書をもとにしながら解説を加えているところでございます。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。再発防止委員会の取り組みが効果を上げていくためには、それぞれの関係学会あるいは団体の皆様方のご協力がぜひとも必要であります。今後もこのような活動をぜひ積極的に取り組んで頂いて、産科医療の質の向上に向けた取り組みを続けてまいりたいと思います。引き続き、どうぞ、よろしくお願い致します。

○石渡委員長代理

医会のほうなんですけれども、3つほど報告するのが抜けてしまいました。

1つは、医会のほうでは、eラーニングにおける啓発を行っております。現在はCTGの読み方と児頭下降度の評価と内診というのをeラーニングでやっております。

それから、ポケット版なんですけれども、小冊子の「胎児心拍数図の評価と対応」ということで、これは全ての分娩に携わる看護師、助産師の胸のポケットに入れて頂きまして、日々の色々な事例の検討を行うために利用してもらっております。

それから、もう1つ、医会は記者懇談会を毎月プレスセンターで開催しております。その時々話題というようなことをやっております。その中に必ず毎年、妊産婦死亡に関する予防対策とございますか、それともう1つは、脳性麻痺の再発予防に関する報告を行い

ながらプレスの人たちと意見を交換している、そういう会を催しております。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それでは、どうぞ引き続きよろしくお願い致します。

事務局からは何かありますか。

○事務局

はい。厚生労働省のほうからは、各都道府県、保健所設置市及び特別区並びに関係機関に対し、これまで同様に報告書が公表された旨の通知文書を発出して頂きました。

また、「テーマに沿った分析」に記載している学会・職能団体に対する要望について取り組みをお願いする文書を理事の上田と池ノ上委員長の連名で日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会、日本助産師会、日本助産学会、日本周産期・新生児医学会、日本新生児成育医学会、日本医師会、日本看護協会の8団体に発出しております。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

それでは、続きまして、2015年9月に実施しました再発防止に関するアンケートの集計結果、再発防止ワーキンググループにおける「脳性麻痺発症および再発防止に関する研究」について、説明をお願い致します。

○事務局

参考資料1をご覧ください。2015年9月に、再発防止に関する報告書等の利用状況や再発防止に関する取り組み状況について確認するため、病院、診療所、助産所計1,642施設を対象に再発防止に関するアンケートを実施致しました。主な結果としまして、再発防止委員会からの提言に対しての産科医療関係者の取り組み状況については、「既に取り組んでいる」または「一部取り組んでいる」との回答が、病院及び診療所では約70%、助産所では約80%という結果でした。これは2013年に実施したアンケートと比較しまして、それぞれ約5%増加していました。詳細は、本制度のホームページにも掲載しておりますので、ご覧下さいますようお願い致します。

続きまして、参考資料2をご覧ください。再発防止ワーキンググループにおける「脳性麻痺発症および再発防止に関する研究」についてご報告致します。再発防止ワーキングにおいて、産科婦人科学会から提出された周産期登録事業による周産期登録データベースと、本制度の補償対象となった事例と比較研究を行って取りまとめた研究論文が、本年1月にオープンアクセスジャーナル「PLOS ONE」に掲載されました。その論文の和文簡略版を参

考資料2として配付していますので、ご覧下さい。

事務局からは以上となります。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

何かここまでのところでご発言はございませんでしょうか。よろしゅうございますか。

それでは、次の議題、第7回再発防止に関する報告書のテーマの選定についての審議をしたいと思えます。第7回報告書の取りまとめに向けての報告書のさらなる充実と、再発防止及び産科医療の質の向上につながるよう、委員の皆様、活発なご議論をお願いしたいと思います。それでは、まず事務局から説明をお願いします。

○事務局

それでは、本体資料の1ページをお開き下さい。2枚物の紙です。2)「第7回再発防止に関する報告書」のテーマの選定について、1つ目の○よりご説明させていただきます。

1つ目の○、第7回報告書の分析対象は、本年12月末までに公表される原因分析報告書となります。3月末時点で872件の原因分析報告書を公表しており、概ね1,100件程度が分析対象となる見通しです。

2つ目の○、第7回報告書については、来年の3月末ごろをめどに公表することとし、公表に際しては、これまで同様に、加入分娩機関、関係団体等に配布するとともに、本制度ホームページに掲載することとしております。

3つ目の○です。テーマの選定に際しては、取り上げたテーマやその理由などについて、事前に委員よりご意見を伺っています。

続きまして、資料1、「テーマに沿った分析」に関する意見シートをご覧下さい。A3の縦の資料でございます。表の見方ですけれども、左端から、①取り上げたいテーマ、②でテーマ分析の中で取り扱いたい項目、①②の理由について記載をしております。また、右端の備考欄につきましては、同種・同質のテーマをまとめてお示しし、テーマとして分析可能かどうか判断する上で参考となるような情報を記載しております。なお、A4横書きの「別紙」と右端に書いてあるものですが、これまでに報告書で取り上げたテーマについて載せております。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

ただいまの委員の皆様方からお寄せ頂いた、テーマに沿った分析を行うに際してどのよ

うなテーマがよいかということについてのご意見をまとめて頂いたものがこの資料1でございますが、それぞれご意見を頂きたいと思っております。

それでは、これ、順番に簡単にお考えを述べて頂ければ、その後の議論がしやすくなるんじゃないかと思っておりますので、1番の多胎妊娠の取り扱いについてというところで、石渡委員長代理、ご発言下さい。

○石渡委員長代理

多胎妊娠は公表された793例の中で51例、6.4%にあったということでもありますけれども、今まで多胎妊娠についてはテーマとして取り上げておりません。今後、やはり体外受精等の生殖補助医療の普及とともに多胎妊娠はふえてくる可能性は十分あると思えますし、現在ARTのほうでも単一胚の移植ということが推奨されておりますが、それでも1卵生の双胎が生まれていることも多くなってきております。そこで、双胎・品胎の妊娠管理、これは主に膜性によって妊娠管理が違うわけではありますが、discordant twinとか、TTTSとか、あるいは1児の胎内死亡が起きたときの対応についてとか、そういうことについてある程度の数そろってきたので、テーマとして取り上げていいのではないかと考えてここに書きました。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

それでは、類似のテーマとして、木村委員からも双胎分娩のマネジメントということも挙げて頂きましたが、木村委員、何かありますか。

○木村委員

多胎に関しましては、ここで51例の内訳が備考で書かれております。なるほどなど思うのは、60数%がモノコリオン、37%がダイコリオンということで、教科書通りやっぱりモノコリオンは予後が悪いんだなということを非常に感じております。そのような取り扱いに関して注意喚起ができるかなというような気が致します。

不妊治療との関連におきましては、日本で不妊治療の影響で多いというふうなご意見もあるんですけども、実は日本の不妊治療における多胎の発生は世界で一番少ないわけでございます。単一胚移植を行ったことで、ART、体外受精絡みの技術から生まれてくる多胎児は5%を割っております。これは世界で一番少ない数でございます。クロミフェンを単剤で使っているのと同じぐらいの率になります。したがって、そちらのほうは多分これ以上下がらない、下げることができないんですね。なので、今のレベルは続くだろ

うという想定のもとにこのような扱いを進めていって頂ければいいかなと思います。私の意見は以上です。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

田村委員からもご意見頂いています。

○田村委員

産科委員とほぼ同じ理由でございますけれども、我々周産期センターで診ている側から見ますと、特に埼玉県の場合、総合周産期センターは当院1カ所ということで、双子ちゃん、三つ子ちゃん生まれるというときには、一遍に多胎児の出産に対応できるところが少ないということで、入院している患者さんの大体10%から20%が多胎絡みの患者さんです。それから見ると、比較的その割にはCPだけ、脳性麻痺だけに関しますと全体の6.4%ということで、意外と少ないので僕は驚いています。でも、いずれにしても多胎のお子さんのほうが単胎に比べると脳性麻痺の発生率が高いわけですので、その誘因、どういふ場合に多胎では気をつけなければいけないのかというようなことを分析することによって、多胎の娩出時期の決定とか、出生後の対応とかについて新しい知見が得られるんじゃないかということで挙げた次第でございます。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

勝村委員からも多胎ということで頂いているんですが、勝村委員、お願いします。

○勝村委員

僕からはあえて言っておくとすれば、全体を通してもお願いしたいと思っていることで、すけれども、多胎とかであれば、随分色々な、もちろん過去に論文もあるでしょうし、皆さんも色々なご経験があると思うんですけれども、やっぱりあくまでもこの場合だと、この産科医療補償制度で原因分析された51事例から新たに検討して何かを再発防止に生かしていくという姿勢でお願いしたい。他の論文、過去にある論文や過去にあるガイドラインを改めて掲載するような報告書ではなくて、この51例を改めてこのメンバーの専門家の先生方にも見て頂いて、新たな視点でそれぞれの結果を再発防止につなげて欲しい。これはこのテーマだけじゃなく全てのテーマで報告書の論調をそういう論調に変えていって欲しいと思っているんですけれども、そういう形で進めてもらえたらいいのかなと思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。確かに先ほどからお話が出ておりますように、日本でのARTの現状、それから、NICUを含めた周産期医療の現状というのは、世界にあんまり類を見ないような、ある意味ではいい特殊な状況にあるという点があろうかと思えます。それらの中で、しかし、まだこういった脳性麻痺の事例があるということは何が問題なのかということ、見えるものがあれば、この再発防止委員会のデータを分析して、勝村委員の言われたような実際の事例の分析に基づく報告書につながるような議論がこれから出ていけばいいなと思っております。そういう意味では、今4人の委員からご提案頂いているわけですけれども、多胎に関する議論というのは時宜を得ているものじゃないかなと思っております。これからも少しまだ色々なテーマも頂いておりますので、ご説明頂いて、最後に全体でまとめたいなと思っております。

それでは続きまして、内科合併症妊婦の管理ということで、これも石渡委員長代理から出して頂いておりますけれども、いかがですか。

○石渡委員長代理

備考のほうにも書かれておりますように、かなりの産科合併症が報告されております。特に妊娠糖尿病とか、こういうことが話題になっております。今までに合併症妊娠についてはテーマとして取り上げられておりませんので、ぜひ今回は取り上げて頂ければと思っております。やはり妊婦さんが高齢化してくるとともに、産科合併症も多くなってきます。妊産婦死亡については、医会と厚労省の研究班で一緒にやっておりますが、やはり色々合併症が問題になってきておりますので、ぜひ取り上げて頂きたいと思えます。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。母体合併症のマネジメント、これも木村委員から出されておりますけれども、木村委員、お願いします。

○木村委員

石渡委員長代理と観点は同じであります、私は妊娠高血圧症候群を入れてしまったので、これいいのか悪いのか。これはまたいわゆる産科合併症でございますので、母体の内科的合併症という意味ではちょっと違うカテゴリーになるのかもしれませんが。この数を見ますと、妊娠高血圧症候群が62件に対しまして、それ以外にここに挙げられているものは、重複があると思うんですけれども、60件ということで、ちょうど同じぐらいの数があれば、妊娠高血圧症候群はまた別の問題として、いわゆる純粹内科的な合併症ある

いは外科的な合併症がある方に対して、ちゃんとトリアージを受けて、そして、適切な態勢のもとで分娩がなされているかどうか、そして、その結果がこうなのか、それとも、何かもう少し役割分担等考えたほうがいいのかというようなことを解析できるのではないかなと感じております。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。メディカルコンプレクションということについての今、ご提案だというふうに承りました。

藤森委員からも妊娠糖尿病、ここに入れるかどうかは別としてお願いします。

○藤森委員

理由に書いてございますように、私、妊娠糖尿病だけを挙げたんですけれども、妊娠糖尿病自体が直接的に脳性麻痺につながっているわけではないと思うんですが、間接的に何かが起こっていてということが推測されるのかなと思っています。第5回の報告書では、妊娠高血圧症候群では、常位胎盤早期剥離というルートと、もう1つ、子宮内胎児発育遅延から、それが同定できなくて胎児機能不全を見逃していて脳性麻痺が起きているという、2つのパターンがあるということが大体分かって、それを提言してきたわけですけれども、じゃ、妊娠糖尿病ではどんなことが起きているのかと。

赤ちゃんが大きくなり過ぎて肩甲難産になって脳性麻痺になっているのか、もしくは生まれてから低血糖の検査が遅れてということで脳性麻痺になっているのか、もしくは重症の糖尿病合併妊娠があって、逆に大きくなるんじゃなくて、赤ちゃんが小さくなって胎児機能不全になって、それで脳性麻痺になっているのかというのを、どういう経路で脳性麻痺が起きているのかというのはそろそろ調べてもいいのかなと思って挙げさせて頂きました。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

今日は金山委員がお休みですけれども、金山委員から感染のことが出ております。これは後ですとして、母体合併症のマネジメント、妊娠糖尿病については、それぞれ今ご説明頂きましたが、先生方の中ではお互いに何か質問ございませんか。よろしいですか。また後で総合的に議論頂きたいと思います。

それでは、満期の子宮内感染ということで金山委員から、それから、竹田委員から、子宮内感染とサイトカイン血症と脳性麻痺ということで出ておりますが、竹田委員、ちょっ

とご説明頂けますか。

○竹田委員

昨年の9月まで原因分析委員会の第3部会におりましたけれども、その事例を見てきて、アシドーシスがないにも関わらずアップガーが非常に悪い事例が中にまざっていると。そういうものを分析してみると、胎盤に感染があるというような事例がいくつかありまして、ぜひ全体でこれを見て頂きたいなという感じが致します。

それから、臨床的な絨毛膜羊膜炎の診断基準はあるんですが、その範疇に入らないもので、胎盤に既に異常が、病理的な絨毛膜羊膜炎があるという事例がやはりあるというので、これ、ちょっと捕まえようがないので、ぜひこれもあわせて分析して頂きたいということがありまして、ここに書きました。

それから、もう1つは、こういうサイトカイン血症と絡んでいる事例もあるんですけれども、そうじゃないのもあるのかもしれませんが、胎内で既にイベントが起こっている事例があります。生まれたときはpHとかpO₂は全く異常がないのに児が既に異常があると。そういう事例も、これは特に訴訟絡みとかも関連しますので、胎内に既に異常が起こっているようなことがどのぐらいの頻度があるのかとか、それはここでしか、あまり分析されていませんので、ぜひ胎内で既にイベントが起こっているような事例の解析を頂きたいかなと。これは感染とはちょっと別になるかもしれないし、多少オーバーラップしていることがあるのかもしれませんが、この2点を提案致します。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。感染あるいは感染類似の病態との脳障害発生というのが、最近とくにこれが注目されているように思います。この委員会にもそういったデータが随分集積されてきているという現状ですので、やはりこれも非常に重要な情報じゃないかと思います。また後でご議論頂きたいと思います。

早産について、田村委員からも頂いて、それからあと、板橋委員からも頂いておりますので、まずは田村委員からお願いします。

○田村委員

早産につきましては、産科医療補償制度で対象としている患者さんに在胎週数の制限がありますから限られた部分ではありますけれども、早産の患者さん特有の脳性麻痺発症のリスク因子が明らかにできたら、その防止策を提言する根拠になるのではないかと。もう1つは、この産科医療補償制度の対象をもっとより早産の児にまで広げた

ほうがいいという根拠になるデータが出るかもしれないということで提案させて頂いた次第です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

板橋委員からは、SGAも含んでのご提案ですが、お願いします。

○板橋委員

早産児についてはLate pretermも結構多いので、やはり正期産とは違う背景があるのではないかと、新生児科としては気になるところです。それから、SGA含めた低出生体重児は、日本は約10%近く生まれるわけですから、やっぱりそういう日本特有の背景というか、低出生体重児の出生率が非常に高いことがどのように脳性麻痺の発生につながっていくかという視点もあればいいかなと思います。早産にすべきなのか、低出生体重児というカテゴリーにすべきなのかは、おそらく産科的なバックグラウンドとか色々なことに関わるとは思いますが、とりあえず早産あるいはand/or 低出生体重児ということで挙げました。これまでに分析の対象になっていなかったということもあります。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。早産と、それから、FGR、SGAといった、非常に似ているようで似てないといえますか、そういったグループが、脳性麻痺のハイリスクとしてやはりどうしてもこれは無視できないという現状が我が国の周産期医療の中ではだんだん明らかになってきているのではないかなと思います。そういった意味でこういったテーマをご提案頂いたと思いますが、また色々総合討論でやらせて頂こうと思います。

続いては、やせ妊婦と周産期ということで金山委員から頂いております。今日のご欠席ですが、やせの妊婦さんにおいて様々な周産期合併症がふえていると思われる。金山委員のところのデータでの検討ではそういうところが出ていないかというようなことをいってこれを提案して頂いているのですが、これについてはどなたか何かご発言ございますか。

藤森委員、何か。割と新しい見解のような。あ、板橋委員がいいのかな。

○板橋委員

妊婦のやせはどうしてもSGAの増加にももちろんつながると思うので興味深いところだと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

藤森委員、どうぞ。

○藤森委員

すみません、事務局に聞きたいんですけども、妊産婦のデータでBMI 18.5未満の事例というのは、ここに対象者のうちで14.2%と書いてあるんですけども、これって妊産婦のあちらの周産期データベースでもやっぱり同じぐらいの頻度なんですか。特別、脳性麻痺になった事例にやせが多いのかというのがちょっと気になったものですから、分かりますか。ちょっと時間かかる？

○池ノ上委員長

それは調べてもらって。ちょっと時間がかかるかもしれませんね。

○藤森委員

それは非常に大きな話かなと思います。

○池ノ上委員長

それ、おそらくそういったところを見ないと、インプレッションとしては、それから、理論的にはそういうことも考えられるんじゃないかと思いますが、ただ、日本の現在のやせのパターンと、諸外国で色々報告されているやせのパターンと妊婦さんというのが非常に特殊な関係があるかもしれないということの背景もありますので、きちっとしたデータが必要だと思います。

今何か簡単に分かりますか。お願いします。

○事務局

すみません、第4回報告書の付録で周産期登録データベースにおいて分析をしたことがあります。第4回の212ページ、今回から黄緑色のファイルに過去の再発防止報告書とじておりますので、各テーブルでご覧頂ければと思います。第4回の212ページの表の付録3-7という一番下の表です。BMIとありまして、やせ(18.5未満)が18.3%です。

○池ノ上委員長

藤森委員。

○藤森委員

見ました。

○池ノ上委員長

いやいや、よろしいですか、先生の疑問。

○藤森委員

特別高いわけではないということですが、やせていることがどういうことで、さっきも妊娠高血圧症候群が直接的にCPを起こしているわけではないと思うんですけれども、間に入るものが何かというのを、さっきの板橋委員のSGAという話がありましたけれども、そういうものが関連づけられれば非常に大きいかなとは思いますが。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

○松田委員

よろしいですか。

○池ノ上委員長

松田委員、どうぞ。

○松田委員

今の関連の話ですけれども、周産期データベースで、BMIと産科の合併症を検討しているんですけれども、やせの場合には早産が多い、逆に25以上の場合には妊娠高血圧症候群が多いということが、多変量解析の結果でもやはり出てきているというところで、それプラス、その後はまたここでする問題だと思います。

○池ノ上委員長

そうですね。児の予防に絡んでの検討というのはあんまりないんですね。ありがとうございました。

それでは続けて、妊婦健診について。今日は小林委員はいらっしやいませんけれども、妊婦健診で妊婦のBMI、体重増加ということで、今色々ご意見頂いたようなことでやはりこれも重要でないかというご提案であります。これも妊婦のやせの問題、体重の問題ということで非常に重要なテーマとして提案頂いたんだと思います。ありがとうございます。

続きまして、臍帯脱出について、石渡委員長代理、お願いします。

○石渡委員長代理

臍帯脱出は以前にもテーマとして取り上げて頂いたわけですが、そのときの分析は12件でございました。今回は29件まで集まってきております。医会のほうでは、このときの要請もございましたけれども、臍帯脱出とメトロ等のことについて、医会の会員の協力を得て全数の調査をかけました。そのデータがもう少し詳細に分かってきましたの

で、それも含めて今回テーマとして取り上げ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。このメトロイリーゼについては、本当に医会のメンバーの皆様に変なご協力を頂いて、しっかりとした報告をこの報告書に載せることができました。引き続きその分析作業が続いておられるということですので、これも今の日本の現状ということでは重要なテーマだと思っております。ありがとうございます。

それから、分娩誘発・促進と臍帯脱出という、これにつきまして勝村委員からも出ておりますが、いかがでしょうか。

○勝村委員

原因分析の報告書を色々見た上で、再発防止に生かしていけるという本来のテーマを考えると、分娩誘発や促進と関連して臍帯脱出になっているというものに関しては、やはり再発防止に関して非常に大切なポイントがたくさんあるんじゃないかと思っております。実際のこの制度が分析した事例を元に再発防止に生かすという論理でいくならば、やっぱり再発防止につながる可能性は高い事例が多いんじゃないかと思っておりますのでぜひお願いできればなと思っております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。前回限られた数の臍帯脱出の分析をしたときにも、メトロ脱出後数時間たってから臍帯脱出とかそういったケースも拾っていくと出てきたということから、やはり現実にしっかり一例一例を分析していくということで新たな気づきも出てくるんじゃないかと思っております。そういう意味で、分娩誘発・促進と臍帯脱出という項目も大事なことだろうと思っております。本当はふえてほしくはないんですけども、だんだんこうやって事例がふえていくということから、やはりそれに真摯に取り組んで、その原因を分析して頂いたデータをマスとして評価するという作業も必要になってくるだろうと思っております。ありがとうございます。

続きまして、羊水塞栓症について金山委員から出して頂いております。これは胎児機能不全を初発症状とする羊水塞栓症があるということでご提案のようです。

○石渡委員長代理

16番、胎児発育不全。

○池ノ上委員長

16番？ あ、胎児発育。失礼しました。これは別のマークをしていました。ごめんな

さい。16番に戻ります。胎児計測について、これは松田委員からですね。説明をお願いします。

○松田委員

昨年の12月まで原因分析の委員をしていたんですけど、国内外に関わらず文献的には胎児発育不全が脳性麻痺の1つの重要な因子とされているのですが、なかなか上がってこなかった。ひょっとしたら見逃されているのではないかとということもあって。ただ、胎内で胎児発育不全とする場合と、出生後のSGAとはまたちょっと違うということも注意しながら、胎児計測を妊娠のいつ頃に必ずちゃんとしなければいけないかといったような提言につながってくるのではないかと考えておりました、このテーマを挙げさせてもらいました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。先ほど板橋委員からのご提言がありましたSGAの問題、それから、このFGRの問題、そういったところで新たなテーマとしてこれも重要だろうと考えます。ありがとうございました。

それから、もう1つ松田委員から、その次の入院前に生じた中枢神経障害ということで提案があります。これも説明をお願いします。

○松田委員

これもここ数年非常に注目されている概念でありまして、入院時、オンアドミッションの段階でもう既に脳がやられているという事例。ただ、これにはパターンが2つありまして、それをひきずりながら分娩をしたときのモニターが悪いという事例と、そうではないという事例が、事例がかなりふえてきたので二分化すると思います。

一方、臍帯動脈血pHという観点からしますと、先ほど竹田委員が言われたような7.2以上の事例がこのグループに入ってきていますので、一緒に考えると新たな提言ができるのではないかと考えております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

続きまして、羊水塞栓症の件です。金山委員からの提案で、胎児機能不全が突然起こって、その後、母体ショック、DICという経過をとるものがあるということで、これについてはどうだろうかというふうにあります。児の予後という面から見て、これも重要なものだと思います。

それから、子宮破裂が19番目に、これも勝村委員からでありますけれども、何かご発言ございますか。

○勝村委員

これも子宮収縮薬との関連で見ると必要があると思っていたことなんですが、以前ここをテーマに挙げたときには、子宮収縮剤以外にも色々原因があることも分かってきたりしていて、特にやはり医療介入をした後に監視をしていくという観点とは別に、医療介入をした上で何らかの良くない結果が出てしまっているということについては、より早急に再発防止策を提言し徹底できればいいのかなと思ひ挙げさせて頂きました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。医療介入が行われたということと、子宮破裂に伴う脳性麻痺ということで、そういう観点で見てはどうかという、そういうご提言ですね。ありがとうございます。

それから、妊産婦の主訴ということで、これ、藤森委員から挙げているんですけども。

○藤森委員

今まではどちらかというと、主たる原因のほうから脳性麻痺の分析ということだったんですが、今度は妊産婦さんたちがどういうことを訴えて入院されてくると赤ちゃんが脳性麻痺になっているのかという、主訴の、組み合わせでもいいんですけども、そういうものがどんな原因につながっていくのかという面で見たらいかがかなと思ひ挙げさせて頂きました。

常位胎盤早期剥離でも胎動減少があるとか、あまり教科書に載っていないようなことが本分析でも分かっていますし、第6回での報告でも母児間輸血症候群でも胎動減少（消失）というのが大きな1つの主訴だということが分かりましたので、今度はぜひ妊産婦さんの主訴のほうから、どういう訴えがどんなことにつながっているのかという、ちょっと目線を変えてみたらいかがかと思ひ挙げさせて頂きました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今の藤森委員からのご提言は、我々再発防止委員会ではレトロスペクティブな検討をしておりますので、教科書的に分類をされた疾患あるいは病態が分かっている、その中でどのようなことが起こったかということのを再発防止に役に立つような報告書にまとめているんですけども、プロスペクティブに見ている現場の医療者の方たちというのは、今お話し頂いたような主訴とか症状とか、まだ疾患が分からない、どう

いう病態が背後にあるか分からないような状態で医療者の前にあらわれておられるという、そこから実際の医療は始まっているわけですので、そういう切り口からのレビューといたしますか、そういったことも非常に臨場感が伴う、非常にいい切り口になるのかなと思います。

ただ、そのキーワードをどうやって集めていくとかいう、かなり大変な労力を要するかもしれませんが、でも、ある意味では、特にこういうプロスペクティブな見方でやっていくというのを今後はしっかりした計画を立てて、情報を漏れなく集めるとか、そういうことができれば可能かなと思いますし、非常に重要なインフォメーションとして活用できるんじゃないかと思います。非常に興味ある見方といたしますか、そういったことを提言して頂きまして、ありがとうございました。

もう1つ、帝王切開も、これ、藤森委員から。

○藤森委員

これは私が挙げたというよりは、アンケートの中で取り上げて欲しいテーマで帝王切開が挙がっていたものですから、事務局に、理由のところ①、②、③、④と書いてありますけれども、どういうことを皆さん、帝王切開の中のテーマとして挙げて欲しいのかというのを聞いたつもりで出したんです。

○池ノ上委員長

そうですか。

○藤森委員

そしたら、備考のところ②、③、④についてはこう書いてあるということだったので。ただ、実際のアンケートでは挙げて欲しいと書いてあるので、皆さん、帝王切開についてはやはり期待されていることが多いのかなという気は致しましたので、挙げさせて頂きました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。産科医療の質の向上という意味で、現在の日本の帝王切開が全国的にどのように行われているかということをお明らかにすると、そういう意味と捉えていいんですかね。

○藤森委員

僕が挙げて欲しいというよりは、テーマとして挙げて欲しいと書いてあったので、どういう内容を期待しているのかというのを聞いたかったです。

○池ノ上委員長

なるほど、分かりました。

次は、周産期搬送ということで田村委員から挙げて頂いております。

○田村委員

搬送体制に関しては第4回報告書でも取り上げられていますが、その時点ではまだまだ事例が少なかったということで、今回、母体搬送が100件、それから、新生児搬送については480件ということですので、その搬送のタイミングとか、それから、特に低体温療法に関しましては、適用がある場合には6時間以内に低体温療法を実施、開始すべきであるというようなことがちゃんとできるタイミングで送られたのかどうかというようなことについて分析できれば、搬送時間を短縮するための努力を関係者に周知するという意味があると思います提案させて頂きました。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。日本の周産期医療体制も、地域周産期母子医療センターとか、あるいは総合周産期母子医療センターとかが全国津々浦々にできて、その中での設備の充実とか人員の整備といいますか充実ということが徐々に進んで、十分とは言えませんが、進みつつあるという、そういう時代の背景がありますので、体制整備ということは予後においては非常に重要なことだと思います。

ただ、空振りになってしまうような、ただかけ声だけでできているセンターなのか、あるいは実際に実働して実績が上がっているそういう体制なのかということは、これ、常にモニターしていく必要があるだろうと思います。これをこの脳性麻痺の再発防止という観点からどういうふうにアプローチできるかということが1つのテーマになるのではないかと思います。しかし、常位胎盤早期剥離にしる、あるいは臍帯脱出などにしる、突発的に起こってなかなか対応困難なものというときの周産期医療システムということを見ると、やはりこれに対する考え方もしっかりフォローアップしていかないといけないというふうに思っています。

もう1つ、先生、ハイリスク分娩における新生児担当医立ち会いの有無ということで田村委員からご提言、これもお願いします。

○田村委員

本来、NCPR事業の目標は、全てのお産に赤ちゃんの蘇生ができる人が赤ちゃんの担当者としてつくという、そういう体制を作るということを最終目標として開始されて、そ

れで、先ほど言いましたように、おそらく今年中に10万人以上の方が公式の講習会を受けるといようなことになりますので、それが果たして目標通り達成されているのか、それとも、そういう方が分娩立ち会いしてない場合にこういう事例が多いのかといようなことが明らかにできればと思ったんです。

この備考のところを見ますと、NCPR資格の有無については不明であるということですが、以前、蘇生法に問題ありとされた事例に関しましては、できるだけ追跡調査で分娩立ち会いした人たちがちゃんとNCPRの認定者かどうかを追跡調査して頂きたいということ私に私が申し上げた記憶がありますので、今までの無理であれば、これからはそういうことを徹底して頂ければ、将来の分析対象になるかと思えます。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。やはり脳性麻痺とか脳障害の発生予防について、新生児仮死蘇生術の重要性と申しますか、その位置づけは非常に重いと申しますか、重要であろうと思えますので、新生児仮死蘇生はこれからもずっと続けていくべきテーマだろうと思えます。色々な見るべき側面は変わってくると思えますけれども。そういう意味で、誰が立ち会ってどういうことをやったかということは、今後かなり我が国のこういうレベルが上がっていけばいくほど重要になってくると思っております。

続きまして、24番目……。

○藤森委員

先生、ちょっと確認させて頂いてよろしいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○藤森委員

原因分析報告書において全ての報告書でNCPRの認定資格の有無が記載されているわけではなくって、前にもお話が出たときに、追加して書いて頂くようにしたほうがいいんじゃないかという話が出ましたよね。現在どうなっているのでしょうか。

○池ノ上委員長

それは分かりますか。今までは無理だけでも、今後はその項目も入れられないかということでお話があつて……。

○藤森委員

昔、話が出たと思いました。

○池ノ上委員長

ですよね。それで、いつからそれを入れられるかというような予定がありますか。

○藤森委員

今入っているのでしょうか。

○池ノ上委員長

どこか入っている？

○藤森委員

分かってないんです。ちょっと確認なんですけれども。

○池ノ上委員長

まだ分からないですかね。調査書の中にはまだ改定がされてないですよ。

○藤森委員

すぐじゃなくてもいいんですけれども、ちょっと後で。

○池ノ上委員長

どこを見たらいいか分からないですけど。

○事務局

改定はしております。ただ、今、田村委員が言われたもの全ての項目だったかどうか確認します。実際に今、補償申請をされている方は、その新しい診療体制の情報という項目で提出はしています。

○池ノ上委員長

その新しい情報の中に、NCPRの受講者であるかどうかというのが項目として追加されましたかという意見ですよ。

○藤森委員

そうです。

○事務局

NCPRの受講関係で何かしら追加していることは確かですけども、どこまで細かくしたかというのが今手元にありません。ちょっとお待ち下さい。

○池ノ上委員長

それは後で分かったところで教えて下さい。

それでは、福井委員から診療体制について提言されている。お願いします。

○福井委員

ただいま田村委員の発言にもございました、新生児の立ち会い者のありなしも含めてですが、分娩管理や、新生児管理に関する人の配置について。それから、産科単科病棟なのか、混合病棟なのか。いくつかの調査によりますと、産科混合病棟がふえてきているということもありますので、通常の看護業務を行いながら分娩管理もしなければならぬという状況が起きています。このような状況下では、何が起きているのかということを見ていく必要があるのではないかと考えています。

原因分析委員会では、体制とクロスさせておりません。プロセスに焦点を当てざるを得ないということは分かりますが、CTGを見ましようといっても、観察を継続するためには、何人の配置がどこにどのように必要なのか。それから、第6回で議論がありましたが、早期母子接触や母子同室に関しても、どういう体制の中であれば、必要なケアができるのかどうかということは、体制と合わせて検討していくことが必要だと思えます。

体制に関することは、まだデータが少ないのでという理由で据え置きになっていたかと思えますが、そろそろクロスさせて頂いて、不足しているデータは、調査票を見直すなどして、必要な情報収集をするような仕組みを作っていく必要があるのではないかと考えています。体制も踏まえた提言を行い、産科マネジメントの質全体を上げていくことが必要だと思えます。構造を変化させるために、体制に関する検討を始めて頂きたいと思えます。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。やはり体制の問題というのは、色々な施設があると思うんですけども、つまり、診療所とか総合病院とか大学病院とか色々な病院がそれぞれあると思うんですけども、その中でどういう体制になっているかということが、トータルとしては我が国の周産期医療のアウトカムにつながっていくということですので、やはり体制に関する情報というのは、これは救急搬送ばかりじゃなくて、受け入れる側の病院の体制の問題、そこら辺に少しずつ本質的なものが存在するかもしれないというデータが少しずつ出てきているように思いますので、やはり体制についても正面から取り組んでいくべきことであろう、そろそろそういう時期が来ているのかもしれないと思えます。

小林委員が、25番目ですけども、妊婦健診のお話を提案されております。妊婦健診の頻度とか回数ということについて、意外と未受診妊婦の数が最近ふえつつあるというような報告もあちこちで聞かれておりますので、まさかというようなことが今の日本の中で起こっているというようなことも重要だろうと思えます。

それから、26番目の妊娠中の生活習慣についても、小林委員から提言を頂いています。妊娠中の生活習慣の指導、これについてもご提案を頂いております。

健診の頻度だとか妊娠中の生活の指導とかいうのは、これ、村上委員、いかがですかね。こういったことを、助産の立場あるいは母親に対する教育ということで、今、具体的な何か取り組みが、こういうことが行われる可能性があるとか、こういうところが再発防止の観点から展開される時期がもうそろそろ来ているとか、そういったところ何か感じられますか。

○村上委員

いつの時期にどういう内容がというのはなかなか難しいのかなとは思いますが、助産師自身が妊産婦さんに接するとき、どのような内容で保健指導とか生活指導等を行っているのかとか、行われていないのかというようなところは健診に関しては興味深いところかなとは思いますが。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今、村上委員からお話があったような、施設における妊婦健診時の指導内容の項目みたいなものは今のところ入っていないんですね。調査といいますか、報告してもらおうところに入っていますかね。小林委員が指摘して頂いているような、極めてこれ基本的で、みんながきちっとやらなければいけないというようなところが意外と抜けているとか、あまり高度なことじゃなくてということも非常に重要だろうと思います。その点については、これから少し検討しながら、事務局のほうで、もし不足しているのであれば、そのような作業も、今すぐ入れるわけじゃないんですけども、今後の調査の項目として、やはり時代の流れとともにそういったところが必要だと、よりクローズアップされてきているという問題があるかと思っておりますので、やっていきたいと思っております。

分娩誘発と促進と胎盤早期剥離ということで、これは勝村委員からご提案ですけれども、少し説明頂けますか。

○勝村委員

胎盤早期剥離というのは非常に大事なテーマなんですけれども、何らかの医療介入をした後の早剥ということは、一般的にこれまであまり検討されてこなかったんじゃないかと思っております。一方でこの制度で原因分析をしていく中で、そういう形になっているのが非常に多いのではないかと感じます。早剥になったケースでは、いつからなっていたか分からないという表現になっている原因分析報告書も中にはありますけれども、要するに、何ら

かの医療介入をした後に早剥であるということに気づいたという事例だけを見ると相当多いということに関して、何らかの方法で再発防止はできないのか。そもそも、医療機関の外部で早剥になったときは非常に大変な状況なんです、何らかの医療介入をした後に気づくということは、医療機関の中で起こっていることなので、早剥が起こる原因だけじゃなくて、院内での対処法に関することも含めて、これは非常に緊急性も高いと思いますし、僕としては今回特に強くお願いをしたいテーマだと思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。分娩施設の中にいながら早剥が起こったと。そのときに、例えば分娩誘発・促進などの介入が行われていたというケースが意外にあるんじゃないかという観点からのご提案だと思います。これにつきましては、またかなり色々な議論しないといけないこと、あるいは研究的な背景があろうかと思えますけれども、頭に入れながら進めていくべきことであろうと思えますし、もしそういったことが明らかになってくれば、それは急いで提言として出していかないといけないということだと思っております。先ほどおっしゃった子宮破裂についても、病態は違いますけれども、同じような位置づけでの観察ということも必要だろうかと思います。

それから、母子接触について、これも勝村委員からご提案ですけれども、ちょっと説明をお願いします。

○勝村委員

これも前回のテーマの1つであった、生後5分までに蘇生措置が必要なかった事例というもので見ていく中で、早期母子接触とか母子同室という言葉で表現されている事例の中に、自分としては何か問題があるんじゃないかというふうに気づき始めたんですけども、前はそういう観点では検討できなかったの、母子の接触の方法について急ぎきちんと検討する必要があるのではないかと思います。

スキンシップ、母子接触というのは非常に重要なことであるだけに、そのやり方、特に自然と本能的にやっているのではなくて、医療者側が医療介入をするような形で早期に接触をさせている事例に関して、前回のテーマをきっかけに原因分析報告書を色々読むと、母親の言葉の中にも、こういうことは必要があったのかという思いが多い。つまり、不要なことをして、ある種不自然な接触の仕方を強制されたことによって、例えば、赤ちゃんの顔が見えない状況での接触を強いられているような状況の中で起こってしまっているような事例とかです。母子接触については色々な論文やガイドラインも出てきているところ

だという話なんですけれども、それだけでいいのか。つまり、やっぱりあくまでも原因分析の報告書をもとに、どういう事例が上がってきているのか、一つ一つの事例を大事に再発防止につなげなきゃいけない立場ですから、母親たちの経験をもとに提言できることをしっかりとやって、よりよい母子接触の方法などについてすぐに提言していく必要があると思っています。なので、これももうぜひお願いしたいなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

先ほど田村委員からの各関連学会との取り組みというところでお話を頂きましたけれども、今度の札幌の小児科学会でそういったワーキンググループが立ち上がるというお話でした。産科医療補償制度、機構の中にあるデータ、そういったものを、ワーキンググループを作って小児科学会の委員の方が参加して頂いて、機構の中にある産科医療補償制度のデータを見て頂く。もちろんこちら側、機構のほうからも、先生とか、板橋委員とか、こちらの委員もそれに参加して頂いて、そして、きちっとしたデータを分析して頂いて、今、勝村委員のおっしゃるような早い提言につなげるものはつなげる、あるいは学術的な研究としてしっかりやるべき部分はこうだというような作業はおそらく可能だと思うんですけれども、これ、鈴木理事、そういうふうな方向性で可能と考えてよろしいですよ。どうですかね、今の産科のほうのワーキンググループでやっているということですね、手続的には。

○鈴木理事

はい。

○池ノ上委員長

手続的にはきっと可能だと思いますので、そういうふうにして頂ければ、今、勝村委員がおっしゃったようなことが非常に迅速に展開されて、きちっとしたエビデンスのもとにそれが提言につながるということが可能だと思うんですけれども、その点はいかがですかね。

○田村委員

基本的に可能だと思うんですが、ただ、日本小児科学会ではなくて、日本小児科学会の際に開催される日本新生児成育医学会の理事会ですので、一応、ワーキンググループができるとすれば日本新生児成育医学会です。

○池ノ上委員長

成育医学会ですね。

○田村委員

その分だけ逆にお産の問題には非常に敏感な人たちですので、そういうデータを頂ければ、ワーキンググループの成果を出すのが早くできるんじゃないかとは思いますが。

○池ノ上委員長

そうですね。ありがとうございます。このワーキンググループを、成育医学会も小児科学会につながっている会ですよ。

○田村委員

そうです。日本小児科学会の分科会です。

○池ノ上委員長

産科のほうのワーキンググループも日本産科婦人科学会の周産期グループの先生方が参加して頂いておりますので、そういうワーキンググループを作りながら、機構の中に今ある貴重なデータをしっかり見て頂いて、勝村委員がおっしゃる、なるべく早く出せるものは出したほうがよろしいと、しっかり研究すべきものは研究するというので、その作業を始めて頂ければ、勝村委員のおっしゃるようなことで動くんじゃないかと思うんですけども、それでよろしいんじゃないかと。

板橋委員、どうぞ。

○板橋委員

今、勝村委員がおっしゃった不必要なというのは多分、不適切という意味ですよ。結果として脳性麻痺になって、お母さん方は、どうしてあのスキンシップが必要だったのかというふうにお思いになるのは当然だと思うんですけども、多分やる側が適応をきちんと見ていないとか、リスクを予知していないとか、不適切なポジションで行った結果として起こった可能性があるかもしれないという視点で、「不適切」と理解していいですか。

○勝村委員

皆さんも前回までに読まれていると思うんですけども、保護者は原因分析の委員会に対して自分たちの意見をかなりたくさんこの件では書いていると思います。書いているものは、1つは、生まれてからすぐに自分の胸の上うつ伏せに赤ちゃんを置かれたと。顔が見えない状態で不安だったけれども、それを我慢してじっとしとかなきゃいけないんだと思ってじっと耐えていたら、低酸素状態になっていたというような話があったり、または、側臥位で母子同室のときに、助産師さんに赤ちゃんの顔の側を自分の体に押しつけら

れて、タオルなりで巻かれて顔が見えない状態で接触を強いられたけれども、そうやってじっとしとかなきゃいけないんだと思って我慢していて、気がついたら低酸素状態になっていたと。

つまり、みんな、スキンシップはしたいけれども、顔が見たい、顔をさわりたい、起き上がってやりたい、疲れが取れてからやりたいとか、色々なタイミングでスキンシップを自然な形でやれたらいいんだけど、医療介入という形で不自然な介入がなされて事故が起こった。それをある種強要された。もっと自然なスキンシップがしたかったのに、ということ。そういう事例がかなりたくさんたまっているということ。再発防止に生かす取り組みを至急にやらないと、またそういう事例が上がってくるということ。止める責任というのが僕らに課せられていると思っています。

そういうふうに同じことを繰り返しているようなことを、簡単にとめられるものをとめないままに放置して、他のことを色々と悠長にやっているわけにはいかないと思いますので、早くそういうものをとめてしまって、皆さんがおっしゃるようなテーマも非常に大事なことだと思うので、そっちに集中できればいいと思うんです。何度も言っていますけれども、子宮収縮剤でガイドラインを大幅に逸脱して脳性麻痺になっている事例とか、同じように、母親としては本能的にスキンシップしたいけれども、そんなスキンシップじゃないというものを強要されている状況というもの、これ、一部の問題かも知れないけれども、1つ2つじゃないというものですから、早く注意喚起すべきだし、僕はそういう意味ではもう大急ぎだと思っているのです。

今のお話しの中の、ワーキンググループという言葉、ちょっと意味が分からないんですけど、ここの全てのデータをそこに渡すということだったら、やっぱり患者の視点も入れていかなきゃいけないので、並行してここでもぜひやってもらうことが必要だと思います。専門家がやればよいということだけになったら、この再発防止委員会という形が要らなくなってしまうので、専門家の皆さんも入った再発防止委員会として、このメンバーで原因分析の結果を受けて、きちんと再発防止に向けて出せるものを出して、それを補完するかのよう。医会や学会でも色々とやってもらうというのがこれまでの筋だったと思うので、医会、学会でやるからここでやらなくていいということにはならないと思うんです。なので、今、池ノ上委員長のおっしゃった意味がちょっとよく分からなかったんですけども。

○池ノ上委員長

基本的にはスキンシップを大切にしましょうという、そのためのガイドラインというのはもう現に既にあるわけですね。色々な学会から出ている。それが必ずしもちゃんとやられていない、板橋委員が言われる、不適切なものというのがありますよと。そのデータがここに今集まってきていると。これについては、おそらくワーキンググループでは、これはだめですというのはポンと出てくるんだらうと思うんです、こういうことは。

○勝村委員

いや、なぜここでもテーマにしないんですか。ここでも取り上げるべき。ワーキンググループでもやってもらっていいですけども。

○池ノ上委員長

それはもうガイドラインにちゃんと出ている、ガイドラインでこういうふうに決めていますからというところで現時点では言われているので、今のところはカバーしているわけです。それをさらにもう一度追い打ちをかけるというか、こうですよというのをこの再発防止委員会で何らかの形で出すかと。

○勝村委員

ガイドラインがあろうとなかろうと、結果としてこういう事例が上がっているということが大事なので、例えば陣痛促進剤のガイドラインも、今はすごく僕はよくなっていると思うんです。25年前とかは筋肉注射でもよかったわけですけども、今はすごくいいガイドラインが先生方のご尽力ででき上がっているわけです。しかし、だからもう議論しなくていいという状態にはなっていないのです。この制度が始まってもう6回も報告書を出してもまだガイドラインの逸脱があるにも関わらず、悠長に色々な他のことをやられてないと、僕、非常に焦りを感じているわけです。ガイドラインの改善、ガイドラインの逸脱への警告が重要だったわけです。

そういう意味で、ガイドラインがあるにも関わらず、これだけ防げるはずのものが起こってきているということに関して、再発防止委員会は緊急に何らかの動きをする必要があるということで僕はテーマに挙げているので、これは本当に池ノ上委員長に、通常のテーマでやるんじゃないかと、二、三カ月たってポンと出していいと、1年かけずに警告や提言をしてもいい話かもしれませんが、それぐらいの気持ちで僕はぜひすぐにやって欲しいなと思っているんです。

○田村委員

いいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○田村委員

ただ、前回問題点有りとして検討された出生直後の早期母子接触中に問題が発生した事例に関しては、全て「早期母子接触を実施するに当たっての留意点」が公表される前の事例だということだったと思います。勝村委員もおっしゃるような問題点は、「早期母子接触を実施するに当たっての留意点」という形で既に我々を出していますけれども、問題点有りとして検討された事例では、その「早期母子接触を実施するに当たっての留意点」では、こうすべきだということを守っていなかった。しかも、それは、「早期母子接触を実施するに当たっての留意点」が発表される前の時点で発生した事例だったはずです。

ですから、我々も「早期母子接触を実施するに当たっての留意点」に関しては改めてワーキンググループを立ち上げるつもりはありません。我々が今提案しようとしているのは、“出生直後の早期母子接触”ではなくて、「母児同室中の母子接触を安全に行うための留意点」の作成です。我々はできるだけ、幼児虐待とかそういう母子関係の障害を起こさないために母児同室を積極的に推進しているんですけども、それにも関わらず、母児同室で脳性麻痺が起きたような事例があるということで、ワーキンググループを作って、「母児同室中の母子接触を安全に行うための留意点」を作成することを検討しようとしているわけです。

“出生直後の早期母子接触”については、既に学会として、留意点を明確にしていますので、それをもっと徹底しましょうというキャンペーンはすべきだと思います。けれども、改めてワーキンググループとして我々が考えているのは、あくまで「母児同室中の母子接触を安全に行うための留意点」のようなものを作りましょうということです。誤解のないようにして下さい。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○勝村委員

時間もあまりないかと思うんですけども、田村委員からそういうふうにお聞きしていたのは僕も理解しています。早期母子接触に関しては一応ガイドラインはできているけれども、母子同室中の接触時でもこういうことが起こっているというのはちょっと気づいてなかったし必要だと思うと田村委員がおっしゃってくれていたことに関して僕は期待して

いましたし、それをやって頂けるということで、それはそれで大切だと思うんです。

田村委員の意見も踏まえてやるとしたら、今回は793だったのが1,000ぐらいになるわけなので、条件つきで見ていって、初めて出されたばかりのガイドライン以降も事故が出てきているということが1つでもあれば、やはり喫緊の課題だと思います。皆さんはお医者さんの立場で一生懸命皆さんが日ごろの業務の中で気になられていることをテーマに挙げておられるんだと思いますけれども、やっぱり僕は、患者側の母親の声というのが原因分析をするときには原因分析委員会に上がってきているわけで、そういうのを見ていくと、やっぱりこの問題は非常に再発防止に向けた期待が高いと僕は思うんです。

なので、確かにガイドライン以降、陣痛促進剤もガイドラインは段階的に非常によくなってきていますから、今、事故がとまっていればよかったですけれども、やっぱり早期母子接触の仕方についても、ガイドライン以降は確かにそういう事例がなくなってきたと言える状態ではない。しかも、母子同室に関しても、田村委員が急ぎいいガイドラインを作ってもらえるということで、何とかかなりそうだと期待していますし、それらから、ここはもう提言する必要がないんだという実感につながればいいですけども、とりあえず今は件数がふえるので、ガイドラインを待つということをするというのならば、もし1例でも出てくればテーマに挙げるという形でまとめてもらえればと思います。

○池ノ上委員長

いわゆる早期母子接触、5分以降に新生児蘇生の処置が必要だったというものについては、第6回の報告書を審議する間に出てきた問題であるわけです。そして、そのことについては、6回目の報告書の151ページから、助産業務ガイドラインのことと、それから、留意点の抜粋を151、152ページ、それから、153ページにかけてこの報告書の中に盛り込んでいるわけです。

今、勝村委員のおっしゃるのは、例えば常位胎盤早期剥離について、過去に常位胎盤早期剥離ってこんなものとか、常位胎盤早期剥離が疑われたらこうするという、いわゆるチラシのようなものを作って、それを出したことがあるわけです。ですから、勝村委員がおっしゃっているのは、ああいったアクションをこの再発防止委員会の行動として、こんなものの早期接触というものの作業をやるかどうかということを検討したほうがいいんじゃないかという、そういう受けとめ方でいいですかね。

○勝村委員

それもぜひお願いしたいと思いましたがけれども。前回の報告書の中で、この問題に集

中したデータが掲載されなかったので、やっぱりこの問題に集中した議論は僕はまだされていないと思っています。でも、ガイドラインをこれから作っていくし、少し前に作られたところなんだから様子を見るという話もあるのならば、今回事例が700から1,000ぐらいにふえるわけなので、そこでガイドライン以降のものが出来たら、何らかの形でやっぱり触れていって欲しいという思いがまず1つあります。

それとは別に、非常にやっぱり、池ノ上委員長もご存じだと思いますが、これ、日本中ですごく流行していることなので。僕も最近、教え子で子供を産んだ子たちに聞きましたけれども、皆、胸の上に置かれて、赤ちゃんが上に上がってきそうというのを押さえて、顔が見えない状態でじっとしとかなあかんと思ひこみ、本当に顔が見られない状態で早期母子接触するというようなやり方が大阪でもこんなにも流行しているのかと改めて思ったわけです。それが自然な、本当に母子や皆さんが望む母子接触なのかということも含めて、やっぱりガイドラインを守るということとはちょっと違うと思うので、本当のガイドラインを目指していく必要があると思います。

今、池ノ上委員長がおっしゃって頂いたような、早剥のようにやってもらうということは僕はすごく大事なことだと思っているので、ぜひそういう視点でも改めて、この間に起こっているこの種の事例の母親の意見なんかも改めて委員全員の皆さん読んで頂いたら、これ、何か提言する必要があるんじゃないかと思ひ頂けるんじゃないかと思うので、ぜひそういうものを作って頂けたら非常にありがたいです。

○池ノ上委員長

本来もともとこの産科医療補償制度が始まった段階で、何度か申し上げたこともありますがけれども、非常に緊急を要する、そして、非常に重要であるというものは、その都度どんどんこれを提言を出していくと。出し方は色々な出し方があると思うんですけども、やっていくということでこれはスタートしております。こういうことを検討して、常位胎盤早期剥離に対するこういうチラシを出したりしたことと同じように、早期母子接触についてのチラシのようなものを作る作業に入ることについて、あんまり時間ありませんけれども、先生方のご意見を、特に小児科の先生方から少し賜ればと思うんですが。

○板橋委員

いわゆる出産直後の母子接触に関しては、確かに医療者のパターンリズム的な行動が、多分勝村委員がおっしゃったように感じられるのかもしれないですね。それは目的などをちゃんと説明して理解した方にきちんとすべきでしょうし、それから、この前の報告書に

も出たような留意点をもう一度インフォメーションするという意味では、やっぱりチラシを作るということは大事な事かなと思います。

○池ノ上委員長

田村委員、いかがですか。

○田村委員

ただ一方では、基本的に早期母児接触も、母児同室も、母児の愛着形成や幼児虐待防止などのメリットがあるということは、忘れてはなりません。あたかもそれ自体が悪いのかのような、実は前回の記者会見の後、某新聞社の方が非常にそれをオーバーに取り上げて、早期母児接触そのものを否定するかのよう報道をされたということに関しては、我々新生児医療関係者の中には非常に大きな批判があります。そうじゃなくて、それを安全に行うために、それこそガイドラインとか留意点ということで明らかにすることが大切なことです。早期母児接触そのものや母児同室そのものを否定するかのようキャンペーンということになると、本末転倒です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。この間……。

○村上委員

すみません。

○池ノ上委員長

ああ、どうぞ。

○村上委員

早期母子接触は助産師が観察することがすごく多いので、母親の基準のところにも、本人が希望しているとか、疲労こんぱいしていないとか、バイタルサインが安定しているということが書いてあるんですけども、産後のお母さんは、すごく大きなイベントが終わった後なので、産後2時間の間にすごく眠気が襲ってきたりとか、やっぱり変化があると思うんです。その間をいかに医療者がきちんと観察をして、この時期は適切なんだとか、児の健康状態がきちんと担保されているんだというようなことを確認していく責任があるんだと思うんです。私も早期母子接触は絶対賛成派なんですけれども、それはメリットが大きいからですが、でも、それを安全にできるように医療者がどういうふうにしたらいいのかというようなところを少しチラシとか何かで強化できるとよろしいのかなと感じます。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

板橋委員。

○板橋委員

僕も今、チラシを作るというのは賛成というのはそういった意味です。やはり間近にそういったものがあることで、医療者は少しまた襟を正す部分もあるのではないかなと思います。

○池ノ上委員長

前回の記者会見のときにもこの早期母子接触とか母児同室の問題は随分たくさん質問が出たことなので、早くこの委員会でも行動をとるということは非常に重要なことだと思います。この中に、例えば助産業務ガイドライン、2014年のガイドライン、それから、早期母子接触実施の留意点、こういったものがここに載っているんです。載っているんですけども、これではきっと不十分だということなので、こういったガイドラインと留意点と、それから、今、田村委員がおっしゃった、あるいは村上委員がおっしゃった早期接触のメリットをあわせて、そして、安全に行うためのチラシのようなものの作業を早急にするというような方向に持っていきたいなと思いますけれども、ご意見どうぞ。

○勝村委員

そういうふうにまとめて頂くことでいいと思うんですけども、もうそんな議論をするのはもったいないと思うのは、僕はもうずっと早期のスキンシップは大事だからこそやらないといけないと言っているわけなので、それが大事か大事じゃないかというようなそんな議論ではないということが1つです。

もう1つは、ここの事例でどんなことが起こっているのかということ伝える役割が僕らにはあるので、この七百何十の中で、その中でこんなことが起こっている、それは再発防止につながれるんじゃないかと、議論していく役割です。他から持ってきた一般論を僕らが再掲するんじゃなくて、僕らの役割は、原因分析の報告書を700なり縦覧すると、こんなことが1つや2つじゃなくて起こっていると。これはやっぱりとめなさいいけないですねということやる役割があると思っている責任感が僕は焦りになっているので、やっぱりそういう視点は大事にして欲しいなと思うんです。

○池ノ上委員長

極めて重要な事例、代表的な教訓的な事例というものはこれからも出し続けていかないといけないと思います。そういう意味で、これ、ちょっと事務局に負担がかかってしまい

ますけれども、今のような議論を踏まえて、再発の委員の先生方のご意見がこれでまとまるようであれば、作業に入って頂くと。

一言？ はい、どうぞ。

○隈本委員

遅くなったのに申しわけないです。この話は私もずっと資料読んでおまして、それから、前回の委員会の議論でも。今回そういうふうに提案を、チラシを作って警告を発するということについては大賛成です。

気をつけなきゃいけないのは、先ほど田村委員おっしゃった、ガイドライン以前のものがあるのでということでしたけれども、再発防止は基本的に振り返りでいいと。つまり、医学的評価とか、それから、今後の再発防止のための当該医療機関への勧告とかそういうものは当然ガイドライン前のものについては仕方がないねでいいと思うんですけども、今、新しい産科医療を作ろうとしている再発防止に関しては、ガイドライン以前のものちゃんとそのことを指摘したほうがよくて。

つまり、やったこと自体はガイドラインの前なので問題ないんだけど、というか、その先生を責めるわけではないし、その医療機関を責めるわけではないが、こういうことが起こって脳性麻痺になっているというのは、まさにそれをやめればもしかしたら防げるという発想のもとに留意点が作られているわけですから、だから、別に留意点以前か以前でないかということは問題なく、その留意点に照らしていいことと悪いことがどういうふうに行われたかというふうに事後的に分析をして、そして、警告を発するというのは全然あっていいことです。後出しじゃんけんでは決してない。つまり、その時点でも、今振り返ってみたらこうしたら防げたねという話だから、再発防止の考え方からいえば、絶対それでいいと思います。私は大賛成です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。そういう意味のメッセージもちゃんとこの留意点がいつ出された、どこどこが出された留意点とか、あるいは第6回で報告書に掲載したものを今度はチラシにしましたとか、そういうふうなことを加味しながらチラシを作って各施設に配るという作業をやりたいと思います。

板橋委員、田村委員、ちょっとまたご面倒かけますけれども、色々なアドバイスを頂きながら、事務局で少しご検討を頂ければと思います。どうぞよろしくお願ひします。どうもありがとうございました。

○事務局

委員長、先ほどの宿題を田村委員ご退出される前に、NCPRの認定の修了の有無に關しましては、2015年4月、ちょうど1年前の補償申請する方の提出資料から新しいものになっております。新しいものの追加項目としましては、今回の分娩に関わった、蘇生に関わった医療従事者についてお尋ねしますというところで、NCPR修了認定という項目をつけまして、そこに○とか不明とかという記入するようになっていきますので、審査、原因分析が終わるまで最短でも1年半から長い場合2年ぐらいかかりますので、今年度の途中から新しい書式のデータが集まってくるかという状況です。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

じゃ、そういうことで。

○田村委員

結構です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

では、母児間輸血症候群、これも勝村委員から挙げて頂いています。

○勝村委員

大変申しわけありませんが、これは僕は今回提案したつもりがないので。だけど、書かれているのは、僕がテーマ案を提出にあたってコピペとかをしていた中でちょっとミスで送ってしまったのかもしれない。失礼しました。

○池ノ上委員長

分かりました。

じゃ、藤森委員、CTGについて、それから、勝村委員もCTGについて。藤森委員からまず。

○藤森委員

これまで取り上げたテーマの分析対象事例の動向についてというところのCTGの中で、判読できていないというふうに書いてある項目があるんですけども、それが実際どういう項目なのかということですね。具体的には、子宮内感染のところでは遅発一過性徐脈が頻発しているのを、それを一過性頻脈と読み間違っていたりとか、そういう事例があったと思うんですが、実際どういうパターンをどういうふう読み間違っているというか、判読

で来ていないのかということ、そういうデータがそろそろCTGの教育をするときに非常に有用なんじゃないかということ、それがいつ起きているのかと。妊娠中なのか、入院時なのか、それから、分娩中なのかと。実際それを判読できていなかったのは、それも動向の中に書いてあるんですけども、医師なのか、助産師なのか、看護師なのかと、具体的にどういうパターンが、誰が読めていないのか、いつ読めていないのかということ調べておくのは今後の再発防止という意味では、教育という面でも非常に有用なんじゃないかなと思って、調べて欲しいと思って挙げました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

勝村委員のほうからもモニタリングについてご意見がありますか。

○勝村委員

非常に高度な徐脈になったりするときに、ダブルカウントとかトリプルカウントになる事例を何十年と僕は色々見てきているんですけども、最近、大阪地方裁判所の医療集中部の裁判官と医療問題に関わる弁護士とか、原因分析委員会部会の池田先生、木村先生なんかも入られていた勉強会の中でダブルカウントの指摘がされているんです。それを報告した人が、それは木村先生、池田先生ではないんですけども、ダブルカウントというのは、胎児じゃなくて母親の心拍をとってしまうことがダブルカウントだと書いてあって、実際ネットで調べてみると、そういうふうに書いているのもいくつもあって、本当のダブルカウントとかいうものが分かっていない。裁判官も分かっていなかったのも、そのまま、司法関係者に配られる原稿として広がってしまった、というような、そんなことが起こっていると。

つまり、心拍数の読み取りの中で、赤ちゃんが非常にしんどくなると、ダブル、トリプルで出てくるという状況はやっぱりあると思うんです。そのことがかなり知られていないという状況が専門家たちの中にもあるんじゃないかということ、ちょっと危惧したので、ダブルカウントというキーワードが出てくるような事例は原因分析の700の中にどれぐらいあるんだろうとかそういうふうに思ったり、またはキーワードは出てこないけれども、非常にダブルカウントを勘違いして頻脈だと思っているような事例とかはないのかなというのがちょっと気になったということです。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今のは、藤森委員が指摘しておられるパターン判読が正しくて

きていないというところの中に入ってくるのだと思います。ありがとうございました。

あと、効果検証、これも藤森委員のあれですけども。

○藤森委員

もうこれは別紙に挙げて頂いているので、継続的に予定していますということなので、結構です。

○池ノ上委員長

そうですね。あと、子宮収縮薬のガイドライン、33番の。

○松田委員

池ノ上委員長、ちょっとその前に、今の効果検証のことでいいですか。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○松田委員

これは藤森委員も書いておられますけれども、もう少し簡便化するというのもありますが、例えば3つの組み合わせとかで、そういったものも検証したのか。すなわち、子宮収縮剤を使っていてモニタリングがおかしくなって蘇生というのが、だんだん減ってくるということは、再発防止につながっているわけですね。今は一つ一つだから、因子の掛け合わせということを考えていいのかなと私は理解したんですけども。

○藤森委員

例えばオキシトシンの使用で出ているのは、ガイドラインの決められた量でやっている、かつ連続モニタリングしているというのがちゃんとふえていっているのを、実際ふえていっているんですけども、そういう形を見て、モニタリングとオキシトシンという意味では、僕はそれが一番いいんじゃないかと思うんですけど。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それはデータベースがずっと積み重ねられているので、合わせようとしたら合わせられるんじゃないかと。

はい、どうぞ。

○石渡委員長代理

数がものすごく多いですから、やはりこの効果検証というのは非常に重要だと思います。再発防止委員会がやるべき事業だと思います。

○池ノ上委員長

今は特に最初の2009年から始まって、その時期のケースが済んだのが290例ぐらいでしたかね。つい最近の5年目ぐらいになると、原因分析がまだ終わっていないんですね。ですから、そこら辺がもうちょっと上がってきて、全体のトレンドが見られるようになるためには、もうちょっと総合的に見るためには時間が要る。ただ、個別の現実的な数値だけはこの報告書に現在掲載しているということですので、この効果検証については、もう少しこういうスタイルで行くようにしたいと思います。

今、石渡委員長代理がおっしゃったように、これ、効果が上がっていますかというのは非常に重要なことなので、どういう視点での評価の指標といたしますか、それをやはり今後ずっと続けていくということが必要だろうと思います。指標のとり方も、今、松田委員から出たように3つ合わせたほうがいいんじゃないかとかいうような、そういう工夫もしながらやっていくべきだろうと思っておりますので、効果検証はそのようにしたいと思います。

あと、診療録の記録について、村上委員、福井委員、勝村委員から出ていますが、村上委員、お願いします。

○村上委員

そこに書かせて頂いたのは、原因分析委員会等で報告書を見せて頂くと、何々については記載がないので評価ができないというようなところもあつたりします。記載がないがために正当にやっているものがきちんと評価できないということや、あるいは記載がなくて、そこが適切だったのかどうか分からないというようなところを少し具体的に、どんな項目が書かれていないのかなというようなものを明らかにして、そこは医療関係者にきちんと記録を書くようにしましょうというふうに働きかけていくことが正当な評価をしてもらえるというふうに感じたので、書かせて頂きました。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

勝村委員、いかがですか。診療録の記載についてですけれども。

○勝村委員

診療録の記載と子宮収縮薬の問題、さっきも発言させていただきましたけれども、ほんとに基本に関わることなので、ずっと長くテーマに挙げ続けるのではなく、早く解決してしまいたいという焦りで毎回僕は出させてもらっています。やっぱりまだそれがきちんと、もう言わなくていいとい形になっていないと思います。そうすると、このテーマはいつま

でもゆっくり見ていくというような話ではないと思うので、やっぱりぜひやって欲しい。

先ほど子宮収縮剤に関する報告でちょっとありましたけれども、PMDAとかが取り上げてくれたやつが実はさかさまだったということがあったわけですよ、オキシトシンの用法・用量の。あれが非常に僕も、ほんとはちょっとよく見れば気づいたはずなのに気づかなくて申しわけなかったんですけれども、基準より多いというやつがやはり3分の2もまだあるわけですよ。

これはちょっとショックで、やっぱりこの状況は委員として焦りを感じてしまいます。第4回、第5回、第6回と同じような調子で第7回もそのままいいのかという思いがあって、結果として子宮収縮剤のガイドラインの逸脱とか診療録の記載の不備とかというのは一刻も早くどうしたらなくなるのかということで、ちょっと放置しておけないのでテーマに挙げさせてもらっているということです。

○池ノ上委員長

分かりました。これについては、やはり2012年とか2013年の原因分析終了ケースが少なく、より前の、2009年とかそのときのケースが多いものですから、なかなか効果があらわれにくいという側面もあるんだろうと思います。もう少しこういったところが、今のような書き方で数を出しながら、一方ではやはりオキシトシンの適正な使い方ということについての、色々な面での、学会だとか研修会だとかそういったところでのキャンペーンをしっかりとやっていくということできたいな思っております。ありがとうございました。

はい、どうぞ。

○藤森委員

福井委員から言づけを頼まれておりました。新生児の診療録記録に関してなんですけれども、現在、新生児の記録はカルテ上必須になっていないので、どの程度きちんと書いてあるのか調べて頂きたいということで挙げさせて頂きましたということでした。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。新生児記録ですね。

じゃ、隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

特に診療録の記載がないために評価できないというのが、ほんとに具体的に、経年的に2009年以降、原因分析の報告書の中の文言という形で減ってきているのかというのを、

やっぱりこれは効果検証というか、この制度の理解度の進展に関わると思うんですけども、2009年の事例に比べて今2015年の事例が本当に原因分析報告書の医学的評価のところに記載がないため評価できないという言葉がいつも決まり文句のように出てくるんですが、この決まり文句が本当に減っているのかというのはちゃんと検証したほうがいいと思います。すごく科学的なデータが出ると思います。その言葉を検索することによって、報告書の中、もちろん長さが違うんですけども、1件当たりの「評価できない」の数が減っているのかどうか。

特にぜひそれは統計の専門家に、今日は小林委員いらっしゃらないのであれなんですけれども、医学的評価が全般的に低いものと、記載がないというものとの関連性を調べて頂きたいなと。原因分析を今までやってきた経験からすると、やはり記載が不十分な事例というのは、例えばそれ以外の記載がある部分とか、胎児心拍陣痛図の読みとかで医学的評価が低い、先生方からすれば何とか叱咤激励したい医療機関がやはり記載が非常に薄いという傾向がやっぱりあると思うんです。

それは我々は何となく思っているけれども、今、再発防止の報告書にそこが指摘されたという点が少ないと思うんです。でも、やっぱりちゃんとしたことをやっていない人がちゃんと書いていないということは、多分先生方、経験上ご覧になっていらっしゃると思うんですが、ぜひこれをデータで、医学的評価の低い報告書の中に記載がないという表現がある率とか、そういうものもクロス集計して頂きたいなと思います。

○池ノ上委員長

そうですね。それはしかるべき統計のきちとしたアクセスをすれば、この委員会から出る論文としての意義がある。色々なパラメータとの相関というのを見ていくということですね。どうもありがとうございました。

以上で、大体全体の、テーマに沿った分析に関する頂いたご意見の議論をして頂きました。こういうふうになんか色々とお話を伺いながら、特に最初のほうに4人の委員の方から示して頂いた、双胎も含めてですけども、多胎というのはこれまで扱っていないということと、やはり脳性麻痺発症の大きな部分を占めるということ、それから、先ほどの日本の特殊なARTの状況、それから、周産期医療の状況などを鑑みて、どういう問題があるかということを検討する、そういう意義があろうかと思います。ですから、多胎についてはまずは1つテーマとして今日決めてはどうかと思います。

できれば2つか3つぐらい、今年1年かけて、多胎を含んであと2つあるいは1つ、ト

ータルで2つか、あるいは今までやってきてあるもののさらに重要だから、例えば先ほど話が出たCTGの問題とか、あるいは新生児蘇生の問題とか、あるいは極めて重要であって繰り返し検討すべき必要があるというものをそれにつけ加えて、トータルで3つぐらいのテーマにするか、そういったところを少し、あと残りの時間ってもうほんと5分もありませんけれども、ご意見があれば聞かせて頂きたいと思えますけれども、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

○板橋委員

私が新生児をやっているせいかもしれませんが、低出生体重児あるいはFGR、SGAあたりは、これまでに検討が十分されてこなかったこと、その後集積が随分ふえてきましたので、ある程度まとまって検討できる素地はできたかなと思っています。

○池ノ上委員長

この範囲の中の早産と、その全体の正期産まで含めたSGA……。

○板橋委員

あるいは早産を入れるかということですね。

○池ノ上委員長

なるほど、早産。

あと、多かったのは、合併症妊娠が3名の委員の方から頂いていて、あとは、今、板橋委員、それから、松田委員ですかね、FGRに関する……。

○松田委員

関連している。

○池ノ上委員長

同じようなことですよ。だから、そういう……。

○松田委員

発育がどうなのかというところの評価。

○池ノ上委員長

そうですね、発育と生まれたときの状態ということで。そういったものが挙がってきたのかなという感覚で話を聞いておりますが、先生方いかがでしょうか。

藤森委員、どうぞ。

○藤森委員

よろしいですか。どの程度数があるのか若干心配なところがあって。今日の参考資料2の、論文をコーディネートするときに、対象者がやっぱり33週の2,000グラム以上という、そういうくくりでデータ集積されているというところが、本当にシビアなFGRとかが入ってきて何か提言できるのかというのは若干心配しているんです。ですから、数がそろえられるのかなというのが少し。その後は2015年からは32週の1,400になっていますので、それなりの小さい子が入ってくると思うんですけども、今までは33週の2,000というくくりでやっていましたから。このペーパーを書くときもそういう話が少し出て問題になったというか、そういう経緯があったので、ちょっとですね。

○池ノ上委員長

ペーパーまでするかどうかは別として、現実にはその範囲の中で出てきたという条件下で得られた情報の中で何が見えるかという意味では、再発防止という目的からはそういう意義はあろうかと思いますが、それをサイエンティフィックなペーパーとしてまとめるには、色々なリミッティングファクターが出てくるんじゃないかと思います。

○木村委員

よろしいですか。

○池ノ上委員長

木村委員、どうぞ。

○木村委員

早産、FGRに関しましてはやはり数が結構あるんですね。これ見ていると200例以上がやっぱりそういったことに絡んできているので、解析する意義が出てくるのかなと。母体合併症が案外、僕が思っているより少なかったんですね。妊娠高血圧症候群を除くと60例ということで、割に少ないなという、まだもう少したまってからでもいいのかなという気は致しました。

特に確かに小さいシビアな1,000グラム以下の子の脳性麻痺というのは全く違う次元で、例えば三十四、五週で2,000グラムあって生まれたような子の中でこういったことがあるから、やはりそれに対してどういう注意が必要かというふうな切り口はできると思いますので、そういう切り口でもいいのかなという気がします。

○池ノ上委員長

早産ですね。

他にはご意見……、はい、竹田委員、お願いします。

○竹田委員

早産のことは産科が母体適用的にやっていることもあるので、やっぱりそれはぜひフィードバックして欲しいということがあります。それとあとは、松田委員とも話一緒なんですけれども、胎内で異常になっているやつと、それと、モニターは割といいんだけど、感染がかぶっていてやっぱり児が悪いという。やっぱり感染もこれだけ数が133例ありますので、子宮内感染をもう一遍見直したほうがいいかなという気は致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他に。

○松田委員

よろしいですか。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○松田委員

今、日本産婦人科学会用語委員会等が、一生懸命新しい用語を作ろうということで、周産期に関係するのは竹田委員長を中心とした周産期委員会でやっているんですけども、緊急に出す中の1つに絨毛膜羊膜炎が入っているんですね。でも、それでもう1年ぐらいかかっちゃうので、報告書にする場合には、先ほどのような指摘をされた場合に、典型的なクリニカル絨毛膜羊膜炎はこうであるという定義を一応して、そうではないグレーゾーンで出てくるということも大事な話ですから、レポートするときにはそこを注意しないといけないなということを思っています。そう考えると、これ、もう1年後のほうが、はっきりと定義が会員に周知徹底された後に出すほうが誤解が少ないのかなとも思うんです。ちょっと今、私の中で……。

○池ノ上委員長

妊産婦の絨毛膜羊膜炎の定義が今、議論されているというところでという、そういうことですか。

○松田委員

はい。だから、胎盤だけで絨毛膜羊膜炎とされている報告書もいっぱいあるので、それをそのまま十把一からげにすると、誤解、間違ったメッセージになるかもしれないと。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

多胎についてはよろしいですよ。これ、取り上げると。

あと、早産か母体合併症かというあたりかなと。そうすると、母体合併症はちょっと少ないかなというところがあると。

○石渡委員長代理

そうですね。私も母体合併症は、蓋を開けてみると少ないので、まだ分析には早いんじゃないかなという気がします。

○池ノ上委員長

そうすると、早産。早産を取り上げると、その背景に、少なくとも今の視点で見た感染あるいはその類似病態も上がってくると思いますし、一部はFGRも上がってくる。極端なFGRは入ってこないかもしれませんが、そういうところに行きますと、早産がやっぱり入ってくるかなというような感じですが、多胎プラス早産で今年1年行くということでもよろしいですか。そこにまた色々なものが横断的に入ってくる。例えばオキシトシンの問題とか、早産のときのオキシトシンとか早剥の問題とかも絡んでくると思うんですけども。

はい、どうぞ。

○勝村委員

報告書自体の構成とかも変わっていったいいと僕は思うんです。実際に効果検証というのを入れ始めたときも構成を大きく変えたのであって、あのときは1つの変化のタイミングだったし。それで、今、池ノ上委員長がおっしゃるように大きく2つにするということであれば、僕としてはお願いしたいのは、効果検証をしている3つがありますね。胎児モニタリングと、子宮収縮と新生児蘇生、これはもちろん続けてもらわなければならないんですけども、この続け方を、例年通りよりも少し何かプラスアルファするとか、より工夫するという形で今回の僕たちの思いを少し反映させてもらって、ある意味バージョンアップしていくと。

モニタリングという中に今回私とか藤森委員が別途モニタリングと言っているものもつけ加えてもらうとか、子宮収縮薬の中にも、早剥との関係、子宮破裂との関係、それから、臍帯脱出との関係みたいなところもデータしていくと。あくまでもこれはやっぱり効果検証をしたけれどもあんまり改善されていませんねとって済ませる話じゃないので、再発防止委員会なんですから、だから、それをしていく中で、やっぱり緊急の提言が必要だとなれば、すぐにできるような形もとってもらいつつ、今回入れきれないものをここの効果

検証の中に入れ込んで頂くような形であればと。

○池ノ上委員長

そうですね。

○勝村委員

さらにもう1つお願いするとしたら、効果検証という言葉にはなじまないかもしれないけれども、診療録の記載についても効果検証と同等にずっと見ていけるような形をうまくとってもらいつつ、メインは先生方中心に2つということであるとしたら、そういう形でやってもらえれば僕としてはありがたいです。

○池ノ上委員長

テーマとしてガッツと取り上げるのはしないけれども、疫学的あるいは統計学的調査の項目の中の少し形態を変えてつけ足す部分をつけ足すようなことができるような、そういう新たなことも考慮しながらいってはどうだろうかということだと思います。ありがとうございました。

はい、どうぞ、隈本委員。

○隈本委員

その意味では、効果検証とか、これまで取り上げたテーマについてのその後の分析みたいな項目を1つやっぱりちゃんと立てて頂いて、表がありますからこれ見ておいて下さいではなくて、主体的にこの再発防止委員会がこう分析しました、こういう提言できますねということを書いて頂くという。だから、もし多胎と早産がアカデミックな2つのテーマであるとする、より実務的な再発防止の効果検証という、それを入れた3つにして頂くというのが一番バランスがとれるんじゃないでしょうか。あんまり学問的にやっても、日本産科婦人科学会になってしまうわけで、再発防止委員会としては、学問的な探求したいもの、アカデミックな2つと、プラス大変実務的な再発防止がどこまで行っているかというテーマを3本目に立てるとい、それぐらいの流れでちょうど自然、我々と社会との関係のバランスがとれるんじゃないでしょうか。

○池ノ上委員長

そうですね。確かにこれ、我々は第7回の報告書を目指して作業をするときの総数は1,000件ぐらいになる予定なんですか。何件？

○事務局

はい、1,100件ぐらいです。

○池ノ上委員長

1,100件ぐらいをめぐりに。最近の事例もかなりふえてくるということを期待できるんですかね。最近ってここ3年か4年、2009年から始まって2011年とか12年あたりがふえる？

○事務局

そうですね、はい。

○池ノ上委員長

そうすると、今、隈本委員がおっしゃったようなことが少しまとめられるかもしれないということになってくるだろうと思います。

どうもありがとうございました。

他に何かご発言ございますか。

それでは、事務局何か。お願いします。

○事務局

1点お願いします。以前より再発防止委員会委員をはじめ、産科医療関係者の方々から、再発防止に関する報告書がより活用しやすくなるよう検討して欲しいというご要望がございました。このたび、ホームページで今まで報告書は一括ダウンロードの方式でしたが、テーマごとの検索あるいはエクセルの集計表を全てエクセルでホームページにアップしておりますので、先生方の資料等に使えるような、少し使い勝手がいいように改訂しております。ホームページには既に掲載しておりますので、ご活用頂ければと思います。以上です。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

全体を通して何かご質問はございますか。あるいは、ご発言ございますか。

それでは、時間がちょっと過ぎましたけれども、これで49回の再発防止委員会を終わらせて頂きます。どうもありがとうございました。

— 了 —