

第69回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：2019年4月22日（月） 16時00分～18時00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

○事務局

本日はご多忙の中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。

会議を開始致します前に、資料の確認をお願い致します。

次第、本体資料、出欠一覧の他、資料1と致しまして、「第10回再発防止に関する報告書」のテーマ選定にあたっての資料を机上に準備してございます。また、委員の皆様には、参考資料と致しまして、厚生労働省より発出された「第10回再発防止に関する報告書」の公表に関する通知文書の写し等をお手元のiPad内にご用意してございますので、ご確認下さい。なお、iPadは、カバーをするとロックがかかってしまいますので、ご注意ください。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第69回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

本日の委員の皆様のご出席状況につきましては、委員の皆様のお手元の出欠一覧の通りでございます。

なお、岡本委員より、ご到着が遅れる旨のご連絡を頂いております。

それでは、会議に先立ちまして、昨年度をもちまして板橋委員がご退任されましたので、新たにご就任頂きました委員の先生をご紹介します。

昭和大学医学部小児科学講座主任教授、水野克己委員でいらっしゃいます。

○水野委員

昭和大学の小児科の水野と申します。板橋委員に引き続きまして、この会で新生児側の意見をなるべく申しまして、今後の日本の新生児医療の発展にまた力を尽くしていければと思っております。

今回初めてですので、どのような状況で進んでいくのかということ把握しておりませんので、どの程度すぐにお役に立てるか分かりませんが、しっかりと頑張って、この会がまた赤ちゃんとお母様の安心した産婦人科につなげていけるように頑張っていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願い致します。（拍手）

○事務局

水野委員、ありがとうございました。

新たな委員のご紹介につきましては、以上でございます。

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。

○木村委員長

委員の先生方におかれましては、大変お忙しい中、再発防止委員会、平成31年度で、平成で最初で、おそらく平成で最後の委員会ということになりますが、ご参加頂きましてありがとうございます。

先生方には、昨年度1年間活発なご議論を頂きまして、机上でございます「第9回産科医療補償制度再発防止に関する報告書」を、おかげさまで取りまとめることができました。先生方のご尽力に、心より感謝申し上げます。

それでは、座って挨拶させて頂きます。

この第9回の再発防止報告書に関しましては、3月29日に、私が代表と致しまして記者会見をさせて頂きました。

また、先週、4月11日から14日に、第71回の日本産科婦人科学会学術講演会が開催されまして、そのときに、日本産婦人科医会との合同プログラムで、この「再発防止報告書」を取り上げさせて頂き、この中で特に「胎児機能不全を見逃さないために」というふうな講演をさせて頂いております。

この講演は、学会では最近ポイント制度というのが非常ににぎやかになっていまして、ポイントのないところはガラガラになるのが結構通例なんですけど、今回の学会におきまして、このセッション、ポイントはつかなかったんですけど、非常にたくさんの方々のご講演を聞いて頂きまして、やはりこの問題に対する関心の深さが改めて浮き彫りになったと思っております。

それでは、本年度もまた引き続き、どうぞよろしくお願い致します。ありがとうございました。

○事務局

木村委員長、ありがとうございました。

なお、申しわけございませんが、写真撮影はここまでとさせて頂きますので、よろしくお願い致します。

それでは、ここからの進行を、木村委員長、お願い致します。

○木村委員長

ありがとうございます。それでは、議事を進行させて頂きます。レジュメに沿いまして議事を始めたいと思います。

まず1つ目の議題であります。再発防止および産科医療の質の向上に関する取り組み状況についてということでございます。

第9回の再発防止に関する報告書につきましては、先ほど申しました通り、関係学会・各団体で取組みをして頂いていると思います。また、本制度による効果等についても、委員の先生方からコメントを頂きたいと思っております。

なお、配付資料とは別に、委員の皆様方には、iPadのところに「参考1」という文書がございます。これをタップして頂きますと、「再発防止および産科医療の質の向上に向けた関係団体の取組みの状況」という文書が入っておりますので、ご参照頂きたいと思っております。

最初に、私の日本産科婦人科学会のほうから、石渡委員長代理がまだですので、お話をさせていただきますと、iPadの3ページ目をご覧ください。

特に補償申請に関する期限等の情報をやはり会員に周知しないといけないということでありまして、学会ホームページ、あるいは、産科医療補償制度ニュースをはじめとする各種情報も含めて、ホームページで学会に周知をしているというところでございます。

また、先ほど申しましたように、第71回の学術集会におきまして、「胎児機能不全を見逃さないために」というタイトルで4演題、90分の講演を頂きました。その中身と致しまして、常位胎盤早期剥離との鑑別が必要であった切迫早産、そして、切迫早産に潜んでいた絨毛膜羊膜炎、胎児心拍数陣痛図の判読に関する教訓、遷延分娩を経て脳性麻痺に至った事例の留意点という4つのテーマでお話を頂いております。

日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会と合同で編集を行い、また、3年ごとに改訂をしております診療ガイドライン2017におきまして、再発防止委員会の再発防止報告書をエビデンスとして採用するということを明文化致しております。その中で、2つの質問に関しまして、再発防止に関する報告書の中身が引用されてございます。また、第71回学術集会におきまして、今度は2020年に改訂ということですが、現在、その改訂作業でコンセンサスマーティングまで進んでおります。そのコンセンサスマーティングで、このガイドラインについて、また議論しているところでございます。

私からは、以上でございます。

続きまして、日本周産期・新生児医学会等での取組みにつきましては、田村委員のほうからご報告をお願い致します。

○田村委員

4ページにあります。日本周産期・新生児医学会が中心になりまして、5学会と団体で、第6回の再発防止委員会の報告書で問題になりました。「生後5分までに新生児蘇生

処置が不要であった事例で、母児同室中に急変した事例報告が少なくないということで、関係諸学会・団体に、「母児同室の管理に対するガイドラインを作成する」ということが要望されました。それを受けまして、日本周産期・新生児医学会が中心になって日本産婦人科学会、産婦人科医会、日本新生児成育医学会、日本助産師会に呼びかけて小生が委員長になって、母児同室の留意点の検討ワーキンググループが発足しております。このガイドラインを作るということに関しましては、関係学会の中で、ガイドラインという名称では少し強過ぎるのではないかという意見がでて、「母児同室の留意点」ということで検討してまいりました。

一次調査で約213万症例ぐらいの分娩を対象とした調査を集計致しまして、そこで起きていた104例のSIDS、もしくは、ALTEと思われる事例に関する症例の詳細な二次アンケートによる分析の結果、当ワーキンググループの原案が決まりました。

ただ今、それについて、日本周産期・新生児医学会の通信理事会で各理事の意見を聴取しております。これで問題なければ、5月いっぱいまで周産期・新生児医学会の学会員のパブリックコメントを募集して、その上で、確定した案を他の学会・団体にも理事会で検討して頂いて確定するという予定になっております。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。よろしいでしょうか。

続きまして、日本看護協会の取組みについて、井本委員からお願い致します。

○井本委員

井本でございます。同じページの4ページをご覧ください。ご説明させていただきます。

日本看護協会では、大きく2つの視点で、この再発防止に関する報告書を活用したり、制度の普及、そして、再発防止報告書の普及啓発を行っております。

再発防止報告書の提言の活用としては、全国47都道府県で行われる看護協会の研修等で、対面でまず活用させて頂いている他、オンデマンド研修、対面に参加できない助産師も標準的な知識や内容を習得できるよう、周産期における医療安全として助産記録、子宮収縮薬使用時の助産ケアのポイントに関して、毎年ブラッシュアップをしながら内容を更新して、配信をしております。

また、2015年に創設されたCLoCMiPレベルⅢ認証制度において、認証・更新に必要な研修として位置づけながら、普及啓発、活用をしております。

具体的には、アドバンス助産師の認証の際に試験を行います。その際の出題範囲に、この再発防止報告書を位置づけて、より多くの助産師が学んで知識を取得できるようにしております。

2点目としては、産科医療補償制度および再発防止報告書の普及啓発ということですが、日本看護協会は、全国の助産師を集めて交流集会や、また、産科管理者の交流集会などを行っております。その際にこの再発防止報告書を配布し、また、こちらから発出されますリーフレットについても、具体的に説明を行っております。

以上でございます。

○木村委員長

ありがとうございました。何か本件に関しまして、よろしゅうございますでしょうか。

日本助産師会の取組みにつきまして、岡本委員が到着すぐで申しわけないんですけども、大丈夫ですか。順番変えましょうか。大丈夫ですか。

では、岡本委員からお願い致します。

○岡本委員

日本助産師会の取組みについて申し上げたいと思います。

日本助産師会では、母児の安全な分娩と再発防止に向けた日本助産師会の取組みということで、母児の安全な分娩と再発防止に向けた取組み。

1番目に、「助産業務ガイドライン2019」というのが、この4月に発刊されることになりました。

日本助産師会では、助産業務ガイドライン2014の作成から5年が経過し、その間、産婦人科診療ガイドラインの改訂もあったため、2018年度に有識者を含めて検討を行い、今春改訂版の発行をする予定です。

改訂内容は、産婦人科診療ガイドライン2017と内容に乖離がないように整えたこと、新生児の管理について詳細に内容を追加したこと、産後ケアなどを想定して、産後1カ月間を見据えた母児の管理の視点を加えました。

また、医療法の改正による妊産婦への説明と同意が義務化したこと、医療事故の予防とケアの質の向上のために、助産記録の記載の重要性とその方策について詳しく内容を追加致しました。

2番目としましては、2018年度厚生労働省と協働で作成した「助産所における連携医療機関確保推進の手引き」を昨年配布致しまして、周知しております。

3番目に、日本助産評価機構助産実践能力習熟度段階C L o C M i PレベルⅢの認証制度を活用した助産ケアの質の維持向上のために取り組んでいます。認証のためには、実践の他にNCPRは必須の研修であり、JCME LSなどの研修も積極的に参加して、研鑽を積んでいるところです。

4番目、全国助産所分娩基本データ収集システムの活用。

2013年から全国助産所分娩基本データ収集システムを導入し、助産所の安全管理の傾向を把握しております。2018年度からは、委員会を設置し（助産所部会委員会、安全対策委員会の合同委員会）、データの分析を定期的に行っていて、その内容を全国連携集会や機関紙等で公表し、事故防止のための啓発活動を行い、今年度も活動を継続していく予定です。

5番目に、再発防止委員会からの提言で、重要な資料であり個々で業務に向けた反映と助産師判断と予防と対策に一考を投じて頂くよう推進して、安全に向けて取組みをして頂けるよう推進していきたいと存じております。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。何かコメント等ございませんでしょうか。

あと、石渡委員長代理がまだ到着なさっておられないので、事務局のほうから、石渡委員長代理の分のご解説をお願い致します。1ページからですかね。よろしく申し上げます。

○事務局

事務局より代読させていただきます。日本産婦人科医会の取組み状況についてです。

1つ目に、産科医療の安全および質の向上に向けての関係団体との協働

1) 日産婦学会と連携、その他の関係団体・学会とも連携

日産婦学会とは学術調査、医会と学会の共同企画による学術集会などの開催にあたり協力している。また、「早期母子接触マニュアル」作成などには学会、医会、周産期・新生児医学会、助産師会と協働し、近日中に発刊できる状況である。

2) 医会の周産期医療に関するデータベースの利用

本制度では脳性麻痺症例が集積されていくものの、適切な分析を行うためには、正常分娩などのコントロールを設定する必要がある。また、地域の周産期医療提供体制等を検討する資料として医会の周産期医療に関するデータベースを利用している。本制度に係る各種アンケート調査を実施するときも利用している。無痛分娩に関する項目を追加した。

3) 再発防止委員会からの調査依頼への対応

既に、分娩誘発におけるメトロイリントルおよび胎児娩出における子宮底圧迫法の実態調査を依頼され、実態調査を行った。第8回再発防止に関する報告書発刊後には調査依頼は来ていないものの、産科医療の質の改善に関する調査を実施した。2,331分娩機関に送付し、1,354機関からの回答を得た。母体救命関連、新生児救命関連、子宮破裂関連、臍帯脱出関連、メンタルヘルス関連である。さらに、前回の子宮破裂関連、臍帯脱出関連の実態調査から約5年経過したが、今年度再調査の予定であり、どのように改善されたか、検討したい。

2 周産期医療向上に向けての取組み

都道府県ごとに周産期医療の向上を目的に周産期医療協議会、MC協議会が設置されている。日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）の事業展開のために、協力を呼びかける予定である。

3 医療安全・医療の質の向上に向けての会員への啓発

1) 新生児蘇生法の普及啓発

日本周産期・新生児医学会を中心に、医師・助産師・看護師等、周産期医療に携わる医療従事者に対し、全国レベルで研修会・講習会が実施されている。医会も協働してこの事業を推進している。医会本部あるいは学術集会等で講習会を開催している。

2) CTG判読と対応に関する普及啓発

毎年学術集会におけるコ・メディカル生涯教育で医療推進部が研修会を開催している。本制度の胎児心拍数モニターに関するワーキンググループが作成した「脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図、波形パターンの判読と留意点」から6～8症例選別し、医会医療安全部でアレンジして解説付きの教材を作成している。全国的に普及させるため、全国医会支部が主催する研修会でも研修に利用している。また、医会は、“産婦人科診療ガイドライン産科編2017”にあわせて、小冊子「胎児心拍数陣痛図の評価法と対応」改訂版を発刊し、全ての分娩に携わる医療者の胸のポケットに入れて頂き、分娩症例ごとのCTGの判読に利用している。また、eラーニングにおける啓発、ビデオコンテンツを提供している。

3) 生涯研修プログラムの企画とレクチャー

日本産科婦人科学会・医会との共催で開催された第71回日産婦学会学術講演会では、産科医療補償制度再発防止に関する報告書からをテーマに、①常位胎盤早期剥離との鑑別が必要であった切迫早産、②切迫早産に潜んでいた絨毛膜羊膜炎、③胎児心拍数陣痛図の

判読に関する教訓、④遷延分娩を経て脳性麻痺に至った事例の留意点について、周産期医療専門医の先生方に解説して頂いた。この学術集会での脳性麻痺に関する勉強会は、毎年開催している。

4) 妊産婦死亡事例評価・再発防止への提言

妊産婦死亡報告事業を行っている。全国の会員から医療安全部に届けられた報告書の個人情報 を消去し、症例検討評価委員会に送付し、35名ほどの委員で分析、評価、再発防止策をまとめ、原因分析報告書を作成し、当該医療機関と所属する都道府県産婦人科医会に送付している。また、症例を集大成し、毎年テーマを5～7選別し、「母体安全への提言2018」をまとめつつある。ガイドラインの見直し・新規作成にも反映させている。また、日本産科婦人科学会・医会との共催で開催された第71回日産婦学会学術講演会では、「母体安全への提言から」をテーマに、①妊産婦死亡の変遷、②妊娠中の敗血症、③妊娠高血圧症候群関連死を防ぐためには？、④羊水塞栓症管理指針について、周産期医療専門医の先生方に解説して頂いた。

5) 母体救命法の普及啓発

娩出前の母体急変は、母体死亡、胎児死亡、脳性麻痺等新生児後遺症になりかねず、医会は関連6団体と共同で日本母体救命システム普及協議会を立ち上げ、全国レベルの講習会を展開している。

平成31年3月末現在、ベーシックコース講習会開催数(563)、受講者数(1万772)、インストラクターコース講習会開催数(71)、受講者数(1,496)、アドバンスコース講習会開催数(29)、受講者数(297)、Advanceインストラクターコース講習会開催数、受講者数は割愛します。硬膜外鎮痛急変対応コースをJ-C I M E L Sの構成団体である日本麻酔科学会の支援を受け実施、開催数(11)、受講者数(156)であった。

6) 医療安全への会員支援事業

会員からの要請あるいは医療安全部から早急な対応が必要な医師に注意を喚起し、医療安全・再発防止のための支援をしている。妊産婦死亡防止のための支援を行った。今のところ、脳性麻痺予防のための支援要請はない。

以上となっております。

○木村委員長

ありがとうございました。かなり多彩な活動をして頂いているようでございますが、何

かコメント等ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

ありがとうございます。

それでは、あと、事務局から引き続いて、各自治体等との関係をよろしくお願いします。

○事務局

事務局よりご報告致します。

まず、厚生労働省から、各都道府県、保健所設置市および特別区、ならびに関係機関に対し、これまで同様に第9回再発防止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。委員の皆様には、「参考2」としてiPadにございますので、ご参照頂ければと存じます。

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組みをお願いする文書を、理事の鈴木と木村委員長の連名で、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、日本看護協会の計8団体に発出しております。

また、昨年度に続き今年度も、第9回再発防止報告書の「テーマに沿った分析について」で取り上げました「胎児心拍数陣痛図について」の教訓事例を、リーフレットとして発行する予定です。委員の皆様は、お手元のiPadにございます「参考3」をご参照頂ければと存じます。こちらの事務局案に基づいて、次回の委員会で詳細をご審議頂ければと存じます。

事務局からは、以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。このリーフレット案は、また次回に議論するということですね。またこれは次回にちゃんと打ち出したものを見て、議論して頂くことになると思います。よろしゅうございますでしょうか。

特に、ここまでのところでご発言等ないようでしたら、次の議題であります「第10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に移りたいと思います。第10回報告書の取りまとめに向けて、報告書の更なる充実と再発防止および産科医療の質の向上につながるような議論をお願いしたいと思います。

まず、その根本となる資料を事務局のほうから一度ご説明頂けますでしょうか。机上配付で資料1があると思いますが、よろしいでしょうか。皆様のところに資料1が回っていますでしょうか。では、まず、ここからお願い致します。

○事務局

本件資料とあわせてご説明させて頂ければと思います。本体資料と資料1をご審議頂ければと存じます。

まず、本体資料よりご説明させて頂きます。

1つ目の丸です。「第10回再発防止に関する報告書」の分析対象は、本年9月末までに送付される原因分析報告書となります。先月、3月末時点で2,300件の原因分析報告書を送付しておりますので、概ね2,500件程度が分析対象となる見通しでございます。

次に、2つ目の丸に移ります。「第10回再発防止に関する報告書」については、来年の3月末頃を目途に公表し、公表に際しましては、これまでと同様に、加入分娩機関、関係団体等に配布し、本制度のホームページに掲載することと致します。

最後に、3つ目の丸です。この「第10回再発防止に関する報告書」のテーマ選定については、昨年度に実施したアンケートの中から、テーマとして取り上げて欲しい要望の多かった項目から選定することとしたいと考えております。こちらについては、クリップどめにあります資料1をご覧ください。こちらについてご説明させて頂きます。

「第10回再発防止に関する報告書」のテーマ選定にあたってです。

まず、四角囲みの1つ目の丸になりますが、昨年度、今後の再発防止に関する取組みに役立てていくために、本制度加入分娩機関の中から無作為に抽出した約1,600の分娩機関を対象に「産科医療補償制度再発防止に関するアンケート」を実施しました。

2つ目の丸です。昨年度までは、事前に委員より取り上げたいテーマに関するご意見を頂戴し、委員会審議を経て選定していましたが、今年度は、今後の再発防止に関する取組みに役立てていくためといった主旨を踏まえて、アンケート結果の中から、テーマとして取り上げて欲しいという回答の多かった「胎児心拍数陣痛図」と「出生後の新生児管理」、この2つのテーマを選定していきたいと考えております。

以下、そのアンケート結果を踏まえて、ご説明させて頂きます。

1ページのグラフをご覧ください。「妊娠・分娩管理」、「産科疾患」、「新生児管理」、「その他」の4つのカテゴリー別に、取り上げて欲しいテーマをアンケート調査した結果になります。アンケート調査対象者別に集計しております。グラフにありますように、どの調査対象者においても最も多かったのは「妊娠・分娩管理」です。2番目に多かったのは、病院の産科責任者・院長が「産科疾患」であるのに対し、病院の師長、診療所の産科

責任者・院長、診療所の師長、助産所は全て「新生児管理」となっています。

おめくり頂きまして、2ページをご覧ください。こちらに掲載のグラフは、先ほどの「妊娠・分娩管理」と「新生児管理」の取り上げて欲しいテーマの具体的内容をお示ししています。なお、「妊娠・分娩管理」と「産科疾患」は重複する回答が多かったので、双方合わせての集計としております。これらのグラフからは、「胎児心拍数陣痛図」と「出生後の呼吸管理」が多い結果となっております。

続いて、3ページに、回答が多かった「胎児心拍数陣痛図」と「出生後の呼吸管理」について記載しております。3ページをご覧ください。

まず、1つ目の丸の「胎児心拍数陣痛図」です。2ページの「胎児心拍数陣痛図」、回答の143件のうち、「胎児心拍数陣痛図の判読」という回答が110件ありましたが、疾患や波形などといった、どういった場合に判読を要望するかといったような具体的な内容は回答はございませんでした。なお、「胎児心拍数陣痛図の判読」の他には、記載してございますように、胎児心拍数陣痛図の評価、モニター管理、NSTといった回答がございました。

そこで、審議事項①として挙げておりますが、どのような「胎児心拍数陣痛図」を取り上げるかについて、具体的な内容をご審議頂ければと存じます。

続きまして、2つ目の丸でございます。「出生後の呼吸管理、新生児管理」です。こちらについては、記載しておりますように、出生直後～生後3日位までの対応、小児科を併設していないので、小児科管理依頼のタイミング、異常の早期発見のポイント、呼吸管理、血糖といった回答がございました。

こちら審議事項②として挙げてございますが、これまでの選定されたテーマやアンケートの回答を踏まえると、1つの案としまして、診療所、助産所、産科病棟で、NICU管理を要さないような新生児室で管理されていたといったような事例を対象とし、分析するのはいかがかと考えております。こちらについて、ご検討頂ければと存じます。

ご参考としまして、助産業務ガイドラインの正常分娩急変時のガイドラインの例を掲載してございます。机上にも準備してございますので、ご参照下さい。

本体資料3ページ、最後の丸です。これまでご紹介したアンケート結果では、これらに付随して、実際の事例を紹介して欲しいという回答が27件ございました。分娩機関、保護者に同意を得られた場合、これらのご要望にお応えしたいと考えております。

なお、先ほどのクリップ留めとあわせて、テーマに沿った分析の視点を参考資料として

お付けしておりますので、こちらをあわせてご参照頂ければと存じます。

事務局からは、以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

今まで委員の先生方に、今年は何をしましょうというアンケートを取って、その結果からテーマをずっと決めてきたわけなんですけど、今回、一度、世のアンケートに反応してみませんかという提案であるというふうに解釈して頂きたいと思うんですけど、このあたり、いかがでしょうか。

委員の先生方、まず大きく分けて、この筋でいかどうかということが1つ目と、それから、2つ目は、この筋で沿った場合、どういったことを具体的にやっていくかという2つの視点があると思いますが、まず、この筋よりも、他のことも入れて欲しいというふうなご意見は何かありますでしょうか。

では、勝村委員、お願いします。

○勝村委員

まず、今までは、委員が最初にとりあえず、全委員が複数のテーマ案の意見を出していたが、今回は事務方から出てきているという、その違いだけではなくに、今までのやり方は、あくまでも1,500件、2,000件という件数をもとに、何のテーマが大事かを考えるという、本当の柱というか、この制度の再発防止委員会の形というのが、一応僕は形になっていたと思うのですが、今回はそういう形が全くなくなっているということが、ちょっとどうかと思います。

原因分析委員会のほうは、それぞれの事例で、それぞれの医療機関に再発防止につながるかもしれない原因分析報告書を出してもらっていますが、再発防止委員会は、それを統計的にというか、疫学的に見て、そして、医療界全体に返していくというコンセプトだと思います。そうすると、今まで委員がテーマ案の意見を出したときには、必ず事務方のほうから、そういう事例を抽出するには、こういうケースで、こういう場合ということでクロス集計してみると何件中何件ありますと。ちょっと数が足りないねとか、確かにそれは非常に一定の件数が蓄積されているので、だとしたら、確かにしっかりと、原因分析委員会は一個一個しか分析しないわけですから、それだけ30、40集まっているんだったら、共通点を探るという作業はここしかできないわけですから、そういうことをしてみる価値があるかもしれないですねというのが、毎年1回目の議論の場だったと思うので、そう

いう非常に大変ではあると思いますが、ある意味非常にやりがいのある、非常に大きなビッグデータになっている原因分析の報告書を、どうクロス集計して、どう数字を出してきて、どんなふうになっているのかというのを、委員と事務方でキャッチボールをしていくという、本当の統計を見ていくという形が1回目の会議であったと思うので、今回、アンケートはアンケートで取るのは大事だと思いますので、今回はそういう回にするにしても、次回以降は、やっぱり本来の形に戻して欲しいと思います。

本来の一つ一つの事例が2,000、3,000と集まってきている事例から、本当に統計的に分析していくという役割は、原因分析委員会のほうではしていないはずですので、それを再発防止委員会のほうでやっていくという形というのに戻して欲しいし、アンケートも、医療機関だけではなくて、保護者側、ということは、国民の側というのもあると思いますので、今回はこのアンケートを生かすということがありだとしても、形としては、そういう形が基本形で再発防止委員会としてはあって欲しいなと思います。

○木村委員長

ありがとうございました。他に何か。じゃ、隈本委員からお願いします。

○隈本委員

私も同じような意見なんです。1つ、これまでのテーマ選定のときに念頭にあったのは、やはり過去8回、今回で9回ですけれども、それぞれ9年にわたって分析してきたものが、その経年、数年後にどうなっているかという視点が常にあったと思うんです。テーマ選定の段階で、これは3年か4年前にやったよねという、それからどうなったかねみたいな議論が、過去にはあったと思うんですね。

この再発防止のために再発防止報告書を出し続けることが我々の仕事ではなくて、再発防止が仕事だとすると、出したものがどう影響しているのか、減っているのか、増えているのか、逆に、新しい視点はないのかというふうにも探し続けなければいけないので、そういう意味では、もらう側のほうからのご意見はちゃんと受けて、もっとういことを分析して欲しいというのは受けたほうが良いと思うんですけど、でも、それだけだったら、我々の主体性というか、ここ9年にわたってこの問題を考え続けてきたこの委員会の意味というのが失われる危険性があると思います。

ですから、今回、テーマ選定をするにあたって、3年前、4年前に分析をして、ある程度こういうふうにするべきというものを出したものについてもちゃんとフォローするという、その発想は絶対忘れないで頂きたいというのが私の希望です。

○木村委員長

はい。他に何かご意見いかがでしょうか。

これは、確かに、今までの数的なところということを、このテーマ、アンケートのご意見を聞くとしても、これが大体どれぐらいこういったものがあるのか、あるいは、胎児心拍図、いわゆるCTGの判読というものは、今まで何回か取り上げられているので、せめてそこで問題を指摘されていたものの頻度とか、そういったものが変わってきているのかどうかというふうな視点は、やっぱりある程度入れることが逆にできる話なのかなとも思いついて、今、勝村委員と隈本委員のご意見を伺っていたんですが。

他に何か、このテーマ自身が、ちょっと他のこともやったほうがいいんじゃないかというふうなご意見はありますか。

姿勢としては、あくまでやはり今までのトレンドでありますとか、それから、どれぐらいの数でこういったことがあったということも、胎児心拍図の判読というふうなことで、一度サプリメントといいますか、補充版的にA3判ででっかいやつで、色々なCTGのパターンをとにかくひたすら見て学んでもらうというスタイルで一回出したことがたしか何年前にあったように記憶しておりますが、あれはあれで非常に印象的なものであったわけですけども、それと同じ切り口でいいのかどうかというのは、ちょっと考えないといけないかなとは思いますが。

お願いします、隈本委員。

○隈本委員

それを考える意味でも、僕、記憶力があまりないのであれなんですけど、この第1回の再発防止報告書から、それぞれ、せめて目次ぐらい資料があるといいなと。つまり、「テーマに沿った分析」って、1年目は何をやって、2年目は何をやったのかというのを踏まえて、10年目は何をやるという、そういう必要があるかなと思って、もし配付資料で間に合えば、全再発防止報告書はあれですけど、目次ぐらいもらえませんか。

○木村委員長

過去の目次ってありますか。

○隈本委員

過去の目次。特に一番知りたいのは、「テーマに沿った分析」が、何年周期で何が出てきているかという。それは見たほうが、先生方もよくないですか。

○木村委員長

もしよければ、ちょっとコピーを作ってもらえませんかね。

○事務局

今、事務局でコピーしてお配りします。

○木村委員長

お願いします。過去のやつは、一回。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

そういうお願いが可能ならば、このアンケートに基づいて今日は議論する形かなと思うので、アンケート自体がどんなアンケートだったのか、一度見せてもらっているかもしれないんですけど、もし配付が可能ならお願いしたい。

○木村委員長

アンケートの原文もありますか。

○事務局

はい。

○木村委員長

それも、できれば配付をして頂いて。

○藤森委員

よろしいですか。

○木村委員長

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

今回、アンケートに応じて、CTGの判読と新生児蘇生が入るということですね。そう言えばアンケート来ないなと思っていたんです。

僕は、色々なところで再発防止の話をするとき、CTGの判読と新生児蘇生、それから、オキシトシンの使用、この3つが永遠のテーマで、この3つをきちんとできるようになることによって、再発が減るのではないかということはずっと色々なところで話をしているんです。

今回、そのCTGの判読と新生児蘇生がどういう内容になるかということにもよるんですが、ちょうど今、2020年の産科診療ガイドラインの改訂をしているんですが、その中でいくつか、先ほどもちょっと説明ありましたが、この再発防止委員会のお話とかもち

よっと出てきているので、逆に、その事例の中に、ガイドラインの遵守ということがどの程度出てきているのかというのを、私、個人的には知りたいなど。

つまり、どういう内容を守って下さいとかですね。直接関係あることと直接関係ないことがあると思うんですね。例えば、直接関係あることと言うと、例えば、吸引分娩の回数とか、胎児圧出法の使用とか、そういうものというのは、おそらく直接関係している内容だと思うんですね。それに対して、例えば、直接関係ないようなことも、多分、ガイドラインに則っていないみたいなことを書いてあると思うんです。例えば、B群溶連菌のスクリーニングとか、そういうものは、きちんと、ガイドラインでは何週から何週でやりなさいと書いてあるけれども、適切に行われていないみたいなことが書いてあると思うんです。

直接関係あることと直接関係ないこと、ガイドラインがどのように各事例の中で引用と
いうか、使われていて、その遵守をうたわれているかというのを、個人的には知りたいと。
CTGと新生児蘇生も絡んでくるかもしれないんですけど、私の意見として。

今回、どういうテーマの選定をするかというアンケートがなかったなので、私、個人的な意見として上げさせていただきます。

○木村委員長

今、藤森委員からのご指摘がありました。ガイドラインで、例えば、ガイドラインの遵守に関して何か指摘があった事例をカウントすることと、その中身を表に出すことってできますか。それは難しいですか。年次推移ですね。

○藤森委員

中に出てくる言葉として。

○木村委員長

キーワード検索的にして。

○藤森委員

ガイドラインと言って引くと、出てきませんか。そうすると、例えば、CQの何番とか出てこないですかね。

○事務局

それは。

○藤森委員

できるでしょう。

○事務局

できないです。

○藤森委員

できないですか。

○木村委員長

単純にガイドラインに関する指摘があったというものは、それはできます？

○事務局

はい、分かります。

○木村委員長

じゃ、それが出たら、そこをさかのぼって、これがCTGに関するものなのか、吸引分娩に関するものなのかというのは出る。そこをさかのぼれば、はかることはできる？

○藤森委員

今、2020年のガイドラインをやっているんですが、ほぼできていて、今、評価委員会で私も入っていてやっているんですけど、3年後の2023年に次のが来ると思うんですね。そのときに、そういう分析をしておく、次のガイドラインの改訂のときに役に立たないかと思っているものですから、どうかなと思って、ちょっとご提案させていただきました。

できるかできないかというのを聞きたいんです。

○木村委員長

松田委員、お願いします。

○松田委員

今年度のテーマがこの2つになるということメールで頂いて、確かにCTG、じゃ、今回していくのかなというのをずっと考えて、やはりメインテーマであることには、これは間違いないだろうと。そうすると、これまでの報告をもう一回繰り返し、繰り返し繰り返しやっていくのか、あるいは、事例が2,500ですか、それまで増えたために、新たに分かったことにフォーカスを当てるのか。というところで、どこか切り口を変える必要があるのか、あるいは、もう一遍繰り返し繰り返しするのかというところが、非常に悩ましい問題だなと思ったんです。

前回、遅発を早発と読んだり、遅発を変動と読んだりされた事例が、全部で2割ぐらいありましたよね。それは読み方の本当のベーシックな問題で、2割もあるということをもっともっとアピールしたほうがいいのかということ個人的には思っているんですよ。

といいますのは、レベル分類というのは、あれはもうあくまでもレベルのことであって、

それからどう対応していったらいいのか、何も書いていないですよ。それはおそらく2020年のガイドラインにも出ないと思うし、その理由として、施設が全部違うから画一的にはできないということはもちろん分かるんですけども、実際に、この再発防止で出てきたエビデンスをそこに入れて、ゆくゆくは2023年のガイドラインには、30分の対応が望ましいとか、そういった文言を想定しての分析がいいのかということをおもっています。

○木村委員長

ありがとうございました。CTGをすることとしても、切り口をどうするかという問題であるかと思いますが。

○鮎澤委員

それについて、いいですか。

○木村委員長

じゃ、鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

専門ではない者が、申しわけない発言なのかもしれないのですが。このテーマがとても大事なテーマだということは、もうみんな異存がない。何が根拠であれなんですが。ただ、アンケートだから、ではなくて、この再発防止委員会として、どういう掘り下げ方をするのかというところが、実はここから先、私たちに問われていることのように思います。

先ほど松田委員もおっしゃって下さったのですが、これまでのものを大きくレビューするのか、今までのものをちょっとつなげてみるのか、改めてこういう切り口でやりましょうということ、ここの再発防止委員会が提言して進めていくのか、ここをしっかりと議論していくことが大事だと思っています。

ちょっとお伺いしたいのですが、今、ワーキンググループで、いくつか胎児心拍数陣痛図に関連して動いていらっしゃるのがありますよね。このあたりは実際どんなふうになっているのか、私、ちょっと存じ上げないのですが、そういったものをつなげながら、何か再発防止委員会での議論を深めるような材料というものはあるのでしょうか。

○木村委員長

今、ワーキンググループで、胎児心拍に関する問題はいくつか走っていませんでしたっけね。

○事務局

皆様の iPadの中には、参考資料4として、再発防止ワーキンググループにおける取り組み状況という資料を簡単にお示しさせて頂いております。

それぞれ早剥ですとか、臍帯異常とか、そういったテーマはございますけれども、CTGを見ているものはやはり多くございまして、ちょうどこの中でも通番の1番から5番は、ある程度研究がもう進んで、論文の取りまとめにかかっているようなものですが、6番や7番は、まだ現在研究中のものでして、こちらはまさにどちらもCTGを分析しているようなものになっております。

ただ、これが形になってというのは、まだ先のことにはなってしまうかもしれないので、こちらを委員会に戻すといえますか、それができるのはまだ先になってしまうかもしれませんが、現在の状況と致しましては、こちらの通りです。

○木村委員長

鮎澤委員、いかがでしょうか。このあたりの話の中から出してこれるというものは何か。

○鮎澤委員

最終的に論文になってというところまで待つというのではなくて、そのあたりのものから何か取り上げられるものがあつたら、それを見ていきましょうということをやっていくのが、この再発防止委員会なのだと思うのです。そのあたりを、逆に、産科の領域の専門の先生方、リサーチクエスチョンみたいな形にしながら、この再発防止委員会で検討していくディスカッションの途につけるかどうかあたり、ぜひご意見頂ければと思うのですが、いかがでしょうか。

○木村委員長

どうでしょうか。ある程度数があつてというような話になってくるので、数と、それから、カテゴリ別に、再発防止の資料の中で、どれだけ取っていけるのかということにも多分なると思うんですね。この中で出てきますと、やはり常位胎盤早期剥離とか臍帯異常というふうなキーワードとCTGのパターンというふうなものは、ある程度こういうまとめた観点と、数はそれなりにはあるかというふうなところになってまいりますし、ガイドラインの遵守率ということになりますと、他の色々な因子に関しては、今回の中から離れますが、CTGの読み方に関して、ガイドラインとは書いていないかもしれませんが、標準から逸脱しているというふうな書き方をされている事例というのは多分あるでしょうね。だから、そういったものの推移を、ある程度以下の評価しかなかったものの推移を年度別

にずっとどうなっていますかと。

全部まとまっていなくて、年度的に難しいと思うのですが、新しいやつは全部出ていないということで。それから、古いやつになると、かなり後で申請されてきたものというのは、今までの議論の中でも、分娩中のイベントがあんまりないようなものが後で申請されてきているというふうな傾向がありましたので、そういったものはいってくと非常に薄まっていくということになる可能性がありますので、小林委員が前にお示し頂きましたように、例えば、生後1歳——小林委員のやつは1歳まででしたっけ、2歳まででしたっけ。

○小林委員

2歳までと。

○木村委員長

2歳までに提言されたものの中で、多分、CTGに関して、よろしくない指摘があったものの頻度とそのパターンというふうな形にすると、今までのこういう提言が、先ほどお配り頂きましたテーマ一覧というところでも、やっぱり胎児心拍数聴取って、ずっと、藤森委員おっしゃるように、もう永遠の課題のように出ているわけですね。そうすると、それが何回か出ている過程において、ちょっとよくなってきているのかどうかというようなことを見ながら、具体的なパターンで、やっぱり今でもこういったものが指摘されていますというふうな書き方はできるかもしれないですね。

竹田委員、お願いします。

○竹田委員

子宮破裂にしても、早剥にしても、提言もして、それが、その後、どれだけよくなったかというのは本当に知りたいところですね。モニターもそうなんですけど、今、委員長のお話にありましたけど、どういうふうに判定した、その提言後どうなったかというのが、やっぱりこれをやっている意味で一番知りたいところです。どれだけ良くなったかという切り口でやるのはすごく新しいし、いいんじゃないかなと思います。

○木村委員長

どうでしょうか。事務局のほうで、いわゆるコメントがあった、指摘があったもので、ある一定のレベル以上のものをずっと集めてくる、年次別に見てくるということは、それは可能ですか。

この提言が出た前と後とか、ここでずっと取り上げられているわけですから。その中で、

それで、今でも、その提言が何回かあっても、やはりこういう指摘がありますというふうなもの、おそらく先生方にとって読みづらい、分かりづらいものだろうと思うので、今度はそういったもの、ある程度提言されて、例えば、2010年代の何年かから切って、そこから先でまた提言がされているようなもののCTGをずっと列挙していくというふうな組み立ては、竹田委員がおっしゃるような観点になると思いますが、まず、その基礎データがあるかどうかと、取れるかどうかです。それはいかがでしょう。

○藤森委員

よろしいですか。動向は見ていますよね。

○事務局

はい。

○藤森委員

モニタリング、子宮収縮薬の使用、新生児蘇生と見ているので。実際、僕もこの表を使って話すんですけど。心拍数聴取で評価されている項目、つまり、今、委員長おっしゃったように、適切に判読されていないとか、そういうもの、監視の方法の頻度とか、そういうものだと思うんですけど、そういうものがきちんとされていない、指摘されている項目というのは、一応経年的には減ってきているというふうに。ですから、提言してから、先ほどもありましたけど、2歳までの子たちを対象にして動向を見ていると思うので、一応オキシトシンを使うときにも、基準値を守って連続モニタリングしているという数字もちゃんと増えてきていると、色々なところで効果はありますよと私は一応、話しているんです。

○木村委員長

一応、今おっしゃられたようなことの基礎的な数字は、机上にございます第9回の再発防止報告書でいきますと、69ページ、あるいは、子宮収縮薬に関しては71ページから、それから、新生児蘇生に関しては75ページからに、ある程度のトレンドは出ているということですが、このトレンドをもとに、もうちょっと深掘りをするということではできるのかもしれないですね。例えば、最近になっても、まだ読みにくいと。

田村委員、お願いします。

○田村委員

私自身、実は、新生児蘇生に関しましては、もうガイドラインができていまして、しかも、それが5年ごとに変わってきているので、それが実際に過去の事例で、どのくらいが

ガイドラインが遵守されていなかったかということ、第2回と第5回で報告して頂いて、その後も毎年、私からは、新生児蘇生法の遵守状況を取り上げて欲しいと要望し続けて来ました。それは、過去の再発防止報告書の中で警告されたものが、どこまで現場で守られているのかということを確認したいということと、それと、実際に毎年行っております新生児蘇生の講習会のインストラクターの養成事業のときには、必ずこの再発防止委員会から出ている問題提起をインストラクターの方に理解して頂いて、こういうところが間違いやすいので、インストラクターとしては、きちんとそこを踏まえて教えて欲しいということ伝えてフィードバックしてきているものですから、それで毎年ずっとお願いして来ました。残念ながら、ずっと取り上げられずに来ましたので、今回、藤森委員や隈本委員が、過去のそういうガイドラインみたいなものを、再発防止報告書で警告したものがどの程度きちんと守られているかを見て欲しいというご意見を言って頂いて非常にありがたいと思います。

ただ、もう一方では、そうかといって、「今までここで議論したことをまた議論することが正しいのかどうか？」ということに関して言いますと、先ほど申し上げました第6回の再発防止委員会の報告書の中に、「生後5分までで赤ちゃんの蘇生処置が必要でなかった事例で、ここに上がってきているような脳性麻痺になっているような事例の分析というところから、母児同室で急変している事例が少なくない」ということが明らかになって、それがこの第6回の再発防止報告書で、関連団体あるいは学会が、ぜひそういったことに対してきちんとガイドラインを作るべきではないかということを提言して頂いて、先ほど言いましたような5学会・団体が、そういう母児同室の留意点を今やっと完成するところまで至ったわけです。

この第6回の再発防止報告書での分析がなければ、そういう留意点を作るというような動きも生まれなかっただろうと思います。そういう意味では、過去に捉われずに、ここで新しい課題をチェックする事も大事だと思います。その際に、実際にこの再発防止報告書を見ている人たちがどういったことを本当は分析して欲しいと言っている、そのニーズに応えるというのは、僕は、この委員会としても大事な任務だと思います。そういうことをやることによって、新生児のケアの仕方に関する問題点が浮き彫りになれば、それについて、また改めて関係学会なり関係団体で、そういうことを防ぐための指針を作るという動きにつながる問題提起ができれば、それはそれで僕は意味があると思います。やっぱり両方、隈本委員や藤森委員がおっしゃっているように、「過去せつかく出したものがどれだ

け守られて効果があったのか、なかったのかということをチェックする」という流れと、「新たに現場の方々がどういうことを知りたがっているのか」と、その両方に応えていくというのは、この委員会がテーマを決めるときには考えなければいけないのではないかと思います。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。そういう意味では、むしろ田村委員をはじめ、新生児の先生方のご尽力によって、蘇生が要するときの状況にどう対応するかというのは、かなりスタンダードが確立していて、それに対する教育・広報活動もかなり進んでいるので、その遵守率というのはそれなりに高いものが、今回の75ページの表4-IV-6を見ても、100とはなかなかいかないですけれども、それなりに高い数字が保たれているということに対して、実は、今回のアンケートのご回答でも、要は、特に小児科がいらっしやらない施設で、いつ相談したらいいんだとか、結構そういった、あるいは、まだ血糖の問題、例えば先進国で、低血糖でCPになるなんていうのはちょっと信じられないんですが、そういったことがやっぱり起こっているわけで、それは何となくひたすら粘れば何とかなるみたいなアイデアでいくと、そうなってしまっているというふうな、現在でも一方ではあるということが、やはりこのあたりのニーズとといいますか、アンケートの回答で皆さんが迷っていらっしやるというか、はっきりしたことが分からんなと思っていらっしやる中身なのかなというふうにも解釈はできたところでございます。

いかがでしょうか。藤森委員のおっしゃったガイドラインとの整合性というのは非常に大事なことで、いくつものガイドラインでも、CTGの5段階分類もそうですけど、とりあえずエイヤと決めているところっていっぱいありますよね。ちゃんとした根拠なしに。もうCTGなんて、完全にあれはエイヤと決めているだけで、あの5段階を使っている国なんて、多分、日本以外どこもないわけですから。だから、それがいいのかというか、そのときに、いいのかと言い出すと、今度はコントロールがないのが非常に難しい。要は、正常にいった事例がないと難しいと思いますけど。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

今の委員長おっしゃった意見、藤森委員の意見と同じなんですけど。この診療ガイドラインというのは、やっぱり産科医療の質とかいう感じではすごく大事だと思うので。現に、

やはり診療ガイドラインを守っていたら、随分再発防止できるんじゃないかというような事例もあるし、そこは1つの目標だと思っていますし。

何度も同じことを言うようですけど、やっぱり2,000件を超えたとしても、一件一件が非常に重い事例ですし、かつ、一件一件にすごい時間をかけて原因分析をしてくれているわけですから、それらをやっぱり生かしていくという形で。一番いいのは、最終的には、僕は診療ガイドラインに反映できたということであれば、それぞれ事例を、脳性麻痺の子供を育てている親御さんにとっても、原因分析された方にとっても、非常にいい形になると思うので、診療ガイドラインがほぼ守られたという形になったときには、次には、これらの事例を改めてよく見てみると、ガイドラインのこのBはAにしたほうがいいのかとか、Cでいいけれども、色々新たにこういう文言も要るんじゃないかというふうに、やっぱりこれらの事例をもとにというのは、そういうことではないか。

コントロール群という、学会などでは大事なこともかもしれませんが、再発防止という意味では、こういう事例があったからこうする、ここをきちんとやってもらえば事故が減るかもしれないというのは、もうシンプルに、患者の側、国民の側からはすごく納得できることなので、そういう形で、そういう事例をもとにガイドラインが素直に動くべきは動くという形で、修正すべきは修正してくれているというのは、国民の側から、患者側からすると、非常にありがたいというか、安心できるというか、そういう形なので。そういうふうに、この産科医療補償制度というのが、そういう循環を作っていくという意味で、僕はやっぱりガイドラインへの反映とか、ガイドラインをもとに原因分析もされていると思いますから、そこのキャッチボールというか、そのあたりはすごく重視していけたらいいなと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。ガイドラインとのつながりというか、そういったものは、ガイドラインがここの結果というか、提言を少しずつ取り入れている現状で、逆に、こちらのほうが、ガイドラインに書いてあることの守れていない、守りにくいところは何とかか、あるいは、守っていてもうまくいかないことがあるのかとかいうようなことを見ていくというのは、これは大事な視点ではないかなという、そういうご意見だったと思いますが。

そうしますと、まず1つ目のポイントとして、大枠として、この2つのテーマでいいでしょうかということ、まずそこを、過去の事例とかを今お配り致しまして、アンケートの問いかけ方というのもお配り致したわけでありまして、まずそこだけを今日の段階であ

る程度フィックスしておきたいなと思いますので。この2つを、今年は一回趣向が変わることになりますが、アンケートからというような形の……。

ただ、これ、毎年のアンケートの結果だけ見ていたら、多分、毎年CTGになって、毎年同じことになるので、それはよくないと思いますので、今回に限りということではありますが、今回はそういった形で一度さわってみる、テーマを決めてみるというふうな形はいかがでしょうか。そこに関しては、ご異論、この2つの……。

じゃ、隈本委員、お願いします。

○隈本委員

それについては、私も概ね賛成なんですけど。今、今回の再発防止報告書で言うところの第4章の出生年別の変化を見る質の向上への取組みの動向というのは、これは今回もあるということによろしいんでしょうか。

○木村委員長

ここのセクションに関しては、あるという形で、これはまた経時的にずっと見ていくということで、なおかつ、特にいわゆるCTGの読み方に関しては、ここを深掘りするというような形でもいけるかなというふうな気は、委員方のご議論を頂いたところでは、いけるかなという気も致しますが。ここの章は一応残すということは合意でございます。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

その動向のところも、僕らも限られた時間だし、ではあるんですけど、ただ、同じ形式で数字を入れて載せていくというだけではなくて、やはりここの部分だけで一回の会議は開かれて、ここの部分に関しては、こういうデータになっているけど、新たにどういう文言を載せていくかということ、データを見て、実際にデータをみんなで分析した形をとって、新たに文言とか回答を。やっぱりこれは数字だけ載せていきましょうだけじゃなくて、これらは永遠のテーマなので、常に見ていく必要があるということがあったと思うので、そういう観点も——実質あまり変わらないかもしれませんが、思いとしては、そういう部分を共有しておいて欲しいなと思います。

○木村委員長

ここの章がモニターとしては非常に重要であるということだろうと思います。これは是非ともそういった議論をちゃんとしておかないといけないかなと。

隈本委員、お願いします。

○隈本委員

ついでにご指摘をさせて頂くと、この経年変化を見るとときに、我々の場合もすごいタイムラグがあって、それも悩みなんですけど、2009年からこの制度が始まって、実際に原因分析の報告書がお手元に届き始めたのがいつで、そして、再発防止の報告書がお手元に届き始めたのがいつでというところ以降の変化が見たいので、そういう意味では、来年3月にまとまるものぐらいから、ようやくその報告書が各分娩機関に戻ったり、記者会見が行われたり、あるいは、再発防止報告書の記者会見が行われたことの効果がようやく見られる時期になるのではないかと思いますので、その時期の前後みたいな、そういう集計もして欲しいなと思います。

もちろん、記者会見したら、それが伝わるという話ではないとは分かるんですけど、この再発防止報告書、たくさん配って、それを活用して頂いている先生方もいらっしゃる中で、それがどこまで質を上げたかということが読み取れるような、そろそろそれができるといえるか、まだ入り口ぐらいだと思いますけれども、それも、時間的な問題も分析対象にして頂きたいなと思います。

○木村委員長

再発防止の報告書が10回目ということは、平成21年ぐらいから配っていることなんですかね。平成20年から？

○事務局

2011年8月に第1回再発防止報告書が発行になっております。

○木村委員長

だから、2011年というのが、何となく1つ目の分水嶺になるんですかね。そのあたりは、私も、この委員会へ入る前で、ちゃんと歴史が分かっていないのであれなんですけど。

○隈本委員

ちなみに、僕もその頃からいたんですけど、2011年は、分析対象が15例だったんですよ。何も傾向的には言えないけど、こういう、ちょっと気がついたことは言いましょうぐらいのレベルだったんですよ。

そういう意味では、本当に本格的に何か統計的な意味がありそうなのは、第3回ぐらいからかという感じはします。そうすると、2013年。だから、2013年以降のご出産のケースが読めて、初めて効果の出始めが分かるぐらいの感じだと思います。

だから、制度が始まって、2009年の分娩から見ているわけですけど、最初の3～4年間は、再発防止の呼びかけはなかったという前提で、それ以降、再発防止の科学的な分析に基づく何らかの見解が出始めたのは2013年以降という、そういう感じだと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。歴史的に見ると、そういった感じなのかもしれません。また、こういう制度が始まったということ自体も、いわゆる医療行為に対して、他人の目が入るということ。裁判の場合だけに限って、今まで他人の目が入っていたわけですが、裁判にならなくても他人の目が入るということに関しては、かなり医療界に対して大きなインパクトを与えた、この制度自身が非常に大きなインパクトを与えているような気は致します。

なので、いくつかの分水嶺といたしますか、きっかけの変わっていくポイントはあるかなと思いますが、それを含めて、そういう経時的に見ていくというのは非常に大事なことであり、また、このテーマが出たら、そのテーマがするっとよくなるかというのは、そんなものでもないかもしれませんが、しかし、例えば、クリステレルなんか第4回に出ていて、その後どうなっているかというふうなことは見ていきたい話であるかもしれません。

松田委員、お願いします。

○松田委員

ワーキンググループで出した大きなあれは何年でした？

○藤森委員

2014年の1月だったと。

○松田委員

あれ、相当インパクトがありましたよね。だから、あそこは1つの大きな分水嶺。今、隈本委員が言われる分水嶺という意味では、2014年が1つの大きなものになるというふうには。

○木村委員長

あのでかい冊子。

○松田委員

でかいやつです。

○木村委員長

あれは、みんな、産科の関係者は見ていましたね。結局、あれは非常にインパクトが強いので、やっぱりこういうアンケート結果になるんだと思うんです。あれはすごく参考になったということですね。

隈本委員、お願いします。

○隈本委員

その点で言いますと、第9回の経年変化の分析の最新が、2013年分娩なんですよ。だから、今回、第10回で初めて2014年の分娩のケースが、今回の経年変化を見るので出てくるとしたら、もしかしたら、我々にとって希望の持てる数字が出るかもしれないし、そうでもなかったかもしれないという。

○木村委員長

その年は難しいかもしれません。翌年ぐらいですかね。

○隈本委員

その年は難しい。

○木村委員長

あれも、2014年の1月ではなかったかな。8月ですか。1月ですか。そうしたら、一番見て頂いた年かもしれないですね。

鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

私、改めて、今、取り上げた例の一覧を拝見して、実は私、第1回から入れて頂いているのですけれど、15件を議論していたときのことを振り返ると、まあ、よくぞここまで来たものだという、ある種の感慨にふけります。

実は、次は第10回なんですよ。10回というのは、やっぱりそれなりに、あまり意識してもいけないですけど、10回というときに、こうやって皆さんからアンケートを頂いて、そのアンケートの中で多かったテーマを取り上げましたというのは、それはそれで1つのありようで、逆に、それをどういうふうに深掘りしていくかというのは、さっきから議論があるように、ここの再発防止委員会に実は問われているところなんだと思います。

もちろん、ここの再発防止委員会が主体的に動いていかなければいけない、それは全く同じで、多分、委員の皆様、全く同じだと思うのですが、今回、そうやって選んで頂いたこの2つを、改めてこの再発防止委員会できちんと、じゃ、どう斬り込んでいこうか、ど

う深掘りしようか、そこを議論して進めていくというのに賛成です。

その上で、その他ってありますよね。ちょっと戻って恐縮なのですが、資料1で頂いたアンケートの結果の妊娠・分娩管理と産科疾患って、胎児心拍数の陣痛図が一番多いというのは、もうその通りなのなのですが、その他がこれだけある。どんなものがあるのを構成しているのでしょうか。143件の胎児心拍数の陣痛図以降、これだけの項目がありながら、そこに入らずに、その他で6分の1というのは……。

○木村委員長

2ページ目の図ですね。2枚目の図のところ、その他が結構あると。

○鮎澤委員

自由記載なので、分類することができないようなものがあるのかもしれないのですが、これ、どんなものが67件もあるのでしょうか。

○木村委員長

その他は、取りまとめました？

○鮎澤委員

この隣に入れることができないということですよ。

これ、先生方は、その他と聞けば、大体あんなものが出てくるからまとまらないんだろうなという感じなんですか。

○木村委員長

あまりそういう意味で読まなかったから、あまり想像がつかないですけども。

○勝村委員

ちょっとコメントさせて下さい。

○木村委員長

お願いします、勝村委員。

○勝村委員

これ、今新たに配ってもらった3枚のアンケート用紙がありますが、結局、3ページの間2だけです。でいいんですかね。3ページの間2が今回の元ですよ。この3ページの間2の結果が、今日の資料1の2ページの2つのグラフになっているんですよ。

ということは、この3ページの間2を答えるという感じだと、本当に自由記載なので、4つからまず1つを絶対選ばなければいけないから、複数書けないし、1つ選んだ場合に、内容を自由で書くということになると、その他もそうですけど、例えば、新生児管

理のところ、出生後の管理というのが48件になっていますけど、これも結局自由記載だから、色々な書き方があるけれども、出生後の管理に入るだろうという判断を集計する側がされていかないと、まとまらないですよ。

そうすると、例えば、出生後の管理48となっていますけど、どんな記載、出生後の管理に関して、こういうことを書いてある、ああいうことが書いてある、結局、これは出生後の管理だよという感じになる何か特徴的な表現があったのか。上のほうでも、胎児心拍数陣痛図があまりに多いので、ただ、これは記載例の見本になっちゃっているから、それで同じように書きちゃっているのかもしれないけれども、下の出生後の管理に関しては、見本にもなっていないので、この出生後の管理の特徴的な自由記載の表現とかがもしあったら、そういうのも知りたいなという感じがします。

○木村委員長

何かありましたか。

○事務局

お手元の資料1の3ページに例を記載してございます。中ほどですが、出生後の管理については、以下のような回答があったとしまして、出生直後～3日位までの対応、小児科併設していないので、小児科管理依頼のタイミング、異常早期発見のポイント、呼吸管理、血糖。

CTGの判読以外のものというのは、その上に書いてございまして、CTGの評価、モニター管理、NSTといったような書きぶりでございます。

○事務局

それから、先ほどご質問頂きました、妊娠・分娩管理と産科疾患のところのその他、こちらのグラフですと67件となっておりますが、こちらは本当に様々なものを頂いておりますけれども、例えば、肩甲難産ですとか、不妊治療、TOLAC、習慣流産、そういったものなどございますが、かなりそれぞれ、それこそ自由記載で記載頂いておりますので、細かく頂いているといった状況でございます。

○木村委員長

それぞれの得票といいますか、1とか2とか、あまり多くないということですかね。

○事務局

はい。多くないものは、その他に入っております。3件以上のものは、こちらに記載させて頂いているという状況です。

○木村委員長

肩甲難産なんかも、大きな問題ではありますが、1人か2人しかお挙げにならなかったというのが実情であろうと思います。

それから、出生後の新生児管理、非常にばくっとしたお話で、あまり特徴的な話はないんですけど、このアンケートの回答から見る限り、むしろ生後5分までの蘇生の段階というのは、ある程度もう指針があるから、それはそれでいいんだけども、そこから先にじわじわ崩れていった子をどうみたらいいんだというところが、現場の先生方は結構苦しんでいらっしゃるというか、そのあたりが何かもやもやしているというふうなアンケートの結果ではないかと。

わりに決まっちゃったことは、わりにみんな守るといふか、そういったところはあるんですよ。実は、色々なガイドラインがありまして、ガイドラインというのは非常にややこしいもので、医療医学の発展を止めてしまうような危険性もあるので、どうなんですかと、皆さんどうお考えですかというアンケートを、実は、日本産科婦人科学会で取らせて頂いたんですね。もっと薄く、もうペラペラにして、本当に必要最小限のことを書いたらいいという意見なのか、もっとしっかり書いてくれという意見なのかということをお聞きすると、やはりもっとしっかり書いてくれ、あるいは、今程度がいいという意見のほうが圧倒的に多かったわけですね。必要最小限のことだけということに対する支持は、私はもっとあるかと思ったんですけど、実は非常に少なかったということがございまして。だから、わりにスタンダードが決まっちゃうと、そこには異議がつくことはほとんどない。だから、それがベストかどうかは、誰も何も考えていないというのが、現場としての現状かなという気がします。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

どういふのをやって欲しいかというのと、本来はクロス集計して、どういふのが役に立ったかと。以前、過去に色々なテーマを何回も、第1回から2回とやってきたけれども、どれが役に立ちましたかみたいな、どれをよく読みましたかみたいなアンケートもしてもらって、その結果も非常に興味深いなと思っていましたし、それで何が興味深いと思っていた人が、さらに何を求めているみたいな、そういうクロス集計的なことをしてもらったほうが、よりニーズというののはっきりしてくるので、できれば、もうちょっとサイエンティフィックにやりたいなという感じはするんですけど。

あと、今教えて頂いた出生後の新生児管理で、以下のような回答があったという4つは、これは上から順番に多かったみたいに。48件のうち、例えば、一番上の3日位までの対応という感じのことを自由記載で書いている人が十何件とか、そんな感じになっているんですか。それとも、数とは無関係に、例えば、4つなんですか。これ、数の多い順ですか。

○事務局

数は関係ありません。概ねこのような意見に集約されるだろうというものをまとめて書いておりますが、こちらの記載自体は、このように書いて頂いた通りに記載しています。

○木村委員長

この4つの中でどれが一番多いかというのは分からないわけですね。

○事務局

そうですね。

○木村委員長

いかがでしょうか。今までの議論を伺っておりまして、まず基本的に、この2つの話で持っていくということに関しては、今回アンケートが出だしということではありますが、そういったことの声が多いということと、今まで何回か取り上げられているようなこともあるので、この2つを大きく分けるテーマとしては、これでいいというご意見が多かったように思いますが、その点はいかがでしょう。これ以外のテーマを今回是非ともというふうなことがありましたら、今、お知らせ頂きたいと思うのですが、これ以外で。

水野委員、お願いします。

○水野委員

それ以外ということではないんですけども、この出生直後～生後3日位までの対応というところに、呼吸管理ですとか、低血糖の管理、異常早期発見のポイント、小児科管理依頼のタイミングというのは全部含まれてくると思いますので、この一番上のものをテーマに取り上げれば、必然的に下の3つは入ってくると思います。

私、1点だけ懸念しているのは、私の知っている産婦人科、小児科医が常勤でないところでも、早発黄疸でも頑張ってみてしまうとか、呼吸障害があってもある程度頑張って、頑張り切れなくなって送るというのがあるんですが、その送れるNICUが近くにあるか、どれくらい受け取ってもらえるのがということも関係は出てくるのかと思いますので、もう全部一律に決めても、NICU側のキャパシティなども。ごめんなさい、私、今日初めてなので、このあたりのことを言っているものかどうか分からないんですが。色々な地

域的な問題もありますので、そのあたりほどの程度強く言っているのかというのは、非常に難しい。もちろん、赤ちゃんの健康に育つことが一番ではあるんですけども、どの程度、どこでも東京のようにできるのかというと、そうでもないこともあるのかなと思って、お伺いしておりました。

○木村委員長

ありがとうございます。今、搬送距離の問題を厭わなければ、各府県でNICUがもう大幅に足りなくて、いわゆる新生児搬送を片っ端から断って困っているという県は、あまり聞かなくなったようには思っております。

田村委員、いかがでしょう、全国のNICU協議会かなんかで、いわゆる病床稼働率を出しておられるのではないかなと思うんですが、その辺いかがでしょうか。

○田村委員

墨東病院事件があって、厚労省のほうでNICUを1.5倍に増やさなければいけないということを積極的に支援活動して、もう既に平成26年の段階で、目標の1.5倍、1,000の出生あたり3床というのは超えていますので、全国的には、埼玉県と、それこそ石渡委員長代理の茨城県が一番分娩数あたりのNICUの数が少なかったところですけど、そこでさえも、一応今は何とかあまり東京にお世話にならずに済みつつありますので、そういう意味では、各都道府県で、県内で多くのところがカバーできるようにはなっていると思います。

○木村委員長

むしろ、はたから見ていると、NICUに勤務してくれる医者がどれだけいるのかというほうが、はるかに今は問題であって、NICUのベッド自体は何とかなっているような感じですね。NICUに勤務する医師のトレーニングの問題がかなり、NICUの有効的な活用という意味では、レートリミッティングになっていて、そのあたりに気を使って、ぎりぎりまで粘るのか。

分娩施設をご自身で保有しておられるような世代の先生方は、大体、昭和の先生方が多いので、その世代、私もそうでしたけれども、何でもできることがプライドだったところがございまして、少々のごことは全部やっちゃうと。それこそ私も、気管挿管して、レスピレーターを回したこともありますし、そういうことが起こったときに、できなければ恥だというふうな教育を受けている世代の方々と、今のように、リスクはちゃんと分担して、専門は、その専門家のところに移していこうというふうな発想とは、ちょっと世代間の差

があるように思うのです。すみません、これは個人的な感じなんですけれども、そういう医師の世代間差というのは結構あるなという、私は個人的には思っておりまして、やっぱり昭和の人と大分違うなど。私も昭和ですのであれですけど、そういう気はちょっとしてございます。

決して悪気があって送らないというよりは、意地になってとことんやってしまうという、たたき込まれた体質的なところがちょっとありまして。その先生は、こういったことがそれでいいのかということに対して、ちょっと悩んでいらっしゃる表れなのではないかなという気がして拝見しておりました。

お願いします、水野委員。

○水野委員

蛇足ですけども、以前、これは送ったほうがいいなというので、私、小児科医がいないところに往診に行ったときに、そこからNICUに送ろうとしたら、「いや、それだったら、うちはきついから、ここをもう少し待って、こうなったら、そうしたらもう一回電話くれ」とか、待たされるのが結構、これは■■■■県なんですけれども、そういうことが以前もありまして。今、そういうのがなくなってきていけばいいんですけども。すみません、そういうことで。

○木村委員長

確かに、NICUの側も、今はちょっとやめてくれというふうなお返事が来ることも、やはり状況によっては起こっているだろうと思いますので。

岡本委員、お願いします。

○岡本委員

助産所部会としてちょっと発言させて頂くんですが、助産所部会では、助産所では正常なお産を取り扱うというふうになっておりますけれども、ITのデータを見ますと、やはり36週での分娩を取り扱っているということもございます。

取り扱ってみて、赤ちゃんが元気である、確かに呼吸も正常であるというところから、助産所でみてしまうという傾向もあって、それは助産師会としては、やはり高次の医療機関に相談をすとか、搬送すとか、それから、推定体重が小さい場合には、早めに転院をさせるとか、そういうことを徹底するようにはしているんですが、いまだにまだあるということで、新生児の呼吸管理についてというところでは、ぜひ取り上げて頂きたいというのは、助産師会からもお願いしたいなと思っているところでございます。

○木村委員長

ありがとうございます。呼吸管理に限らず、レイトプレタームも含めて、様々な、要は、産まれてしまうときも多分あると思いますので、そのときに、どなたにどういうタイミングでどう相談すべきかということに関して、例えば、プレタームであれば、これはもうみんなそうだというふうな意見ももちろんおありでしょうし、様々な見解が出てくるだろうと思います。

他にいかがでしょうか。小林委員、お願いします。

○小林委員

アンケートの結果の胎児心拍数陣痛図というのは、私、現場ではありませんけど、非常によく分かる感じがします。原因分析報告書は原則非公開なので、これを現場の方が見に行くのは非常に大変ですし、胎児心拍数の図も載っていませんので、これをまとめる作業は非常に重要ではないかと思います。

先ほどの議論を聞いていましたら、2014年1月のこの胎児心拍数陣痛図が非常に有益だったという、私の勘違いでなければ、そういうことであれば……。

○木村委員長

その通りだと思います。

○小林委員

この第2版を、今年度とは言いませんけれども、考えていくのが、このアンケートに一番沿うような形ではないかなと思いますが。ちょっと大変な作業なので、躊躇するところもありますけれども。

○木村委員長

いかがでしょうか。あれの2つ目を出してみる。6年間経ったら、それなりに集まっていますかね。

○小林委員

私は作業に全く加わっていなかったのですが、そこら辺が躊躇する理由でございますが。

○木村委員長

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

新たな第2集とするのも大事かもしれませんが、または、別途、再発防止が目的なら、第1集のバージョンアップ版、さらにスタンダードの教科書として、どんどん新たなもの

も入れて仕上げていくみたいなの、時代に即してやれるということも意味があるのかなというように思います。藤森委員とかがご苦労されることになるのかもしれないですけど。

○木村委員長

ありがとうございます。

思いますに、今までの議論を伺ってしまして、やっぱり歴史的な推移というのはぜひ見るべきであるということが1点ですね。

それから、この2つのテーマの提言に関しては、受け入れることができるということが2点目ということになりますと、特に最初のテーマ、いわゆるCTGのテーマに関しては、まず今年、最近になっても、比較的近年になっても、その指摘をされている事例というものを中心に解析をするというふうなことは、いかがでしょうか。

そういったような観点で見ることによって、例えば、2014年版のこういったものが刊行されているにも関わらず、やはり今でもこれは判読が難しいんだなと。ただ、専門家が見ると、ある程度の問題を指摘できる範囲であるというふうなことを、ある程度、事務局のほうでこれを抽出していくことは可能でしょうか。

○市塚客員研究員

事務局なんですけれども、それにつきましては、第8回の再発防止報告書のテーマ別分析で、胎児心拍陣痛図の判読（86件）というのがございますが、これは原因分析のほうで判読に対して評価がされたものを中心にテーマ分析しておりますので、それに近い形になるのかなと思います。けれども、それのときと今回を比較するというのも1つの方法かと思いますが、いかがでしょう。

○木村委員長

2年しか経っていないので、その間の数というのはそんなに多くないのかもしれませんが、数の推移に関してと、それから、何が指摘されやすいかという観点、要は、指摘されたものの中で、最近になってもまだ指摘されているパターン、そういったものを取り上げてみると。昔はこんなのも指摘されていたけど、こんなのは減りましたよというのがあればもっといいんですけど、なかなかそれは具体的なパターンに関しては難しいかもしれませんが。今でも難しいというか、今でも指摘されているものというのは、ある程度出せますか。その辺、どうでしょう。

○事務局

最近というのは、出生年ですか。

○木村委員長

出生年と、それから、2歳以内に上がってきたというやつでは、ごく最近のやつも、2歳以内に上がってきたという括りだけであれば、頻度は出せませんが、こういったものは今でも上がってきていますよという、注意は出せますよね。

6カ月以降で出してこられるわけですから、6カ月以降で、2歳になるまでだから、5カ月から1歳の18カ月か、その間に上がってきた事例の中でだったら、今、2019年だから、2017年ぐらいのところまではある程度出ていますよね。それは全数が出ていないにしても、少なくとも1歳半になった時点で出たというのは、小林委員が前にまとめて頂いた観点からすると、それなりにシビアな事象であって、そこで今でもCTG上指摘されているものというのは、ある程度出せますよね。

そういった観点で、1つ、それで、なるべく——なるべくと言ったら、またどれだけのボリュームにしたらいいのか難しいところですが、その事例を出して頂いて、教訓的な事例を出してもらおうということは繰り返しあってもいいのではないかなという気が致します。

松田委員、お願いします。

○松田委員

2016年まで自分は原因分析のほうにいたんですけど、最初の頃の2009年、10年は、本当にとんでもない、非常に教科書的よりももっと厳しいモニターの所見があった事例が多かったんですけど、だんだんと年を経るにつれて、むしろ難しい、迷ってくるような事例も出てきたんですね。それがまさしく経年的な変化につながってくるということで、先ほどからワーキンググループが出した、大きな非常にいいやつを、その改訂版をするとき、やはり基礎編は、しっかり基礎編を出しておいて、事例が増えたために新たにでてきたパターンというのも当然ボリュームアップされるだろうし、それから、いつまで経っても分からなかったというところも、これも予後が悪かったですよということになると、その情報というか、かなりまた新しいことを学べるのではないかなと思いました。

○木村委員長

竹田委員、お願いします。

○竹田委員

ワーキンググループでも取り上げていますが、感染のことを取り上げたらと思います。診断が難しいとか、胎盤の病理の所見がないとか、あるいは、その評価は難しいというこ

ともありますが、あまり取り上げてこなかった経緯からです。モニターとしても、もうちょっとあっていいかなと思います。感染絡みのモニターですね。

ワーキンググループはどこまで進んでいますか？まだやっている最中ですか？

典型的な感染絡みのモニターは今まであまり出ていなかったの、いいかなと思います。

○木村委員長

今回、9回目のやつのところはGASの事例が何個かありましたけど、普通の、いわゆるちょっと熱が出て絨毛膜羊膜炎みたいなやつは、まだあまりまとめては出てきていないので。

それと、金山委員から、ちょうどそういったことも含めて、様々な背景因子があると。そういう影響を胎児心拍パターンは受けているはずであるということで、CTGでは同じようにチャートでは見れるんだけど、その背景が違うようなやつをいくつか出して、背景別の、例えば、感染があるなしとか、金山委員は、羊水量とか、臍帯長さ、過捻転、FGRとか、母体の状態とか、そういったことを挙げていらっしゃいましたが、そういったもので、ある程度同じようなチャートをそろえて、背景が色々ありますよということをしたらいいのではないかというふうなご提案も頂いております。

鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

資料1の3ページには、アンケートの結果ということで、今回テーマを2つ選びましょうという議論と、最後に、具体的な事例紹介を掲載するというのが出てきます。これが具体的にどういう意味で言っているのか。例えば、私たちも、再発防止報告書の中でできるだけ具体的にお示ししていきましょうということは心がけていると思うので、それを超えて、なおかつという、新しい形で掲載を議論しなければいけないのか、どうなのか。

なぜそれを言っているかという、今回の胎児心拍陣痛図、今回新たなバージョンでというときに、そこにこの3番目の具体的な事例を掲載してということを加味していけば、提示の仕方が、また新しい形で出せる工夫ができるのではないかと思うので。例えば、なぜこういうようなことが起きているのかということに対して、もう少し踏み込んで説明していくと、ここに応えたことになるのかどうか。そのあたりのことはどういう感じなのでしょう。

この3つ目というのは、独立して、何か違う取り上げ方を検討するのか、それとも、こ

のテーマ2つに対して考えていこうとしておられるのか。

○木村委員長

この丸ポツの3つ目はどうでしょうか。そのあたりの。

○事務局

第9回の再発防止報告書のように、CTGでしたら、この経過の部分ですとかも紹介するということと、あと、新生児の管理につきましても、原因不明の事例紹介のように、原因分析報告書の事例を紹介するというようなことを考えておりました。

○木村委員長

そういう感じで。

○鮎澤委員

じゃ、特段すごく新しく何かを変えていくということではなくて、引き続きそういったことをしていきたいと思いますという、そういうことでよろしいのですね。

○事務局

はい。

○木村委員長

ありがとうございます。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

診療ガイドライン2020では、心拍数のところに、今まで通り、グラフのページみたいなのは入らない、それとも、何か入れてみようみたいな感じになっている？

○藤森委員

2020年では、実際のものが出てきておりません。過去も。サンプルという意味ですよ。

○勝村委員

はい。

○藤森委員

そうですね。定義とか、先ほどお話あったレベル分類とか、そういうものですね。

○勝村委員

もしできるならば、診療ガイドラインのほうは、心拍図の読み取りは大事だけれども、基線細変動を読み取りましょうとか、遅発一過性徐脈を読み取りましょうという言葉しか

なくて、どういうグラフがそうかというのはここにはないので、実際は助産師さんや看護師さんが見られたりという場面もあるし、その教科書的なものが、この冊子かもしれないし、冊子も、実際の事例だと、ここで帝王切開すべきだったとか書きにくい、判断すべきだったとか書きにくい面もあって、パターンみたいなのもちょっとあったと思うんですけど。この産科医療補償制度の事例から、分かりやすい再発防止につながるようなものが出せたらいいなと思いますけど。

○木村委員長

ガイドラインに具体的な図がないというのは、それがガイドラインなので、そんなものかなと思うんですね。あれは教科書では決してないので、基礎を覚えてもらうんだったら、ちゃんと教科書読めよという話で、それができない人はライセンスを持つ資格はないというほうが適切かなと思うんです。

なので、そこは切り分けるとして、こういったところで繰り返し、そういう勝村委員のおっしゃるような、色々な分かりやすく提示していく、具体例を提示していく。あるいは、特に、今でもやはり読みにくいというふうな、今でも何人かのプロが見たら指摘を受けるような事案というようなことをある程度抽出していくというのは、皆様のご意見からしても有意義ではないかなと思います。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

大分以前にこのテーマを何度もしていく中でも発言してきたんですけど、僕自身が、もう25年ほど前かもしれませんが、自分の訴訟をしている中で、胎児心拍図の読み取りの教科書的なものを、かなり専門店を回っていくんですけど、やっぱりなかったという印象で。そういうものを今作ろうと皆さんがご尽力頂いているということなので、教科書ですから、レベルの高いものもあれば、入門編もあればと思うんですけど。そういうためのものというのが、これだったらみんなに分かってもらえるというような。非常に複雑で難しく、簡単じゃないから作りにくいというのものもあるのかもしれませんが、やるんだったら、そういう形になればいいなと今回思いますけど。

○木村委員長

ありがとうございます。その辺、いかがですか。

そういったことも含めながら、先ほど言ったような方針でまとめてみると、どれぐらい出てくるかと、次回に、どういったような、大体のアウトラインが出てくるかということ

を1つお示し頂きたいことと、あと、もう一つ、出生後の新生児管理ということに関しても、先ほど水野委員が、出生直後～3日目までの対応というところで、もうこの話は全部まとまってしまうのではないかということ。そこに蘇生も入ってしまうと、非常にブロードになるので、蘇生以外で、3日目までの対応で、様々な問題点、それこそビリルビンもあれば、血糖もあれば、呼吸もあれば、それがなくても、この時点で専門家にコンサルトすべきであったというふうな事例もあればというふうな、様々な観点があると思うのですが、そういったものがまず何例ぐらいあって、どういう中身かということを出して頂くというふうな方向性で、まず具体的にどれぐらいあるかというふうなことを見せて頂くということから始めるという。

勝村委員、いかがですか。

○勝村委員

新生児管理というと、言葉としては、3年前にある意味工夫された言葉だったんですけど、「生後5分以内に蘇生が必要なかった事例」というのが、結局、新生児の管理につながるのではないかというのでやりましたけど、それからまだ3～4年しか経っていないので、それ以降のことは分かりにくいと思うんですけども。

あのときにリーフレットを出して、母親の角度、背もたれ30度以上にしましょうとか、赤ちゃんの顔が見えるようにして、接触しましょうみたいなものを出したんですけど。僕は、あのときの色々な母親の意見とかを読ませてもらって、それがすごく大事なことだなと思って。赤ちゃんの顔が見えるとか、完全に寝ている状態ではなくて、背もたれを上げていることとかがです。

まだ3年しか経っていないから、あまり分からないと思うんですけども、結局、そのあたりのことは、またこのテーマをやるんだったら、気になるなと思うんですけど、今、田村委員から最初に進捗状況とかも教えてもらったりしていたんですけど、そのあたりで、どうなっているかみたいなトピックとか情報とかはあるんでしょうか。その後どうなったか。

○木村委員長

そのあたりの、リーフレットの後で。ただ、原因分析のところを振り返って、あのリーフレットに関する遵守がどうかというふうな記載は、多分難しいですね。ですから、それに類するようなところで問題が今でも指摘されているかどうか、すなわち、母児接触のところで問題が指摘されているかどうか、あるいは、イベントが起こったというふうに認定

されているかどうかは、多分、その数は出せると思いますので、具体的な中身に関してどうということとはなかなか難しいと思いますけど、そのあたりの数は出して頂けるのではないかなと思います。まず、それも1つ、そういった観点で一回、これも、リーフレットが出たことでのインパクトがどうなっていますかということは、経年的にもある程度言えると思いますので、そういったこともちょっと見ていきたいなと思います。

隈本委員、お願いします。

○隈本委員

原因分析を長いことやっていた経験から言いますと、原因分析委員会は、基本的に産科医療補償制度が作った委員会だからということで、小児科の先生がやられたことについては、もう基本的に評価しないというルールで原因分析報告書を書いていました。だから、産科の先生が小児科に送るタイミングについて言及されて、評価がされることはあっても、小児科の先生が仮に院内の方であっても、小児科の先生がやったことについては、全く評価されていないと思います。

だから、その選び出しのときに、単純にある医療行為に対して評価されているというだけで、産科だけのときのように選び出すと、結構重要な事例が漏れるかもしれないというか、参考になる、本来なら……。つまり、分析している先生方は、ここはこうだよな思っているけど、それは報告書に書かれないという部分があるわけですね。一旦産科からパスされた後については、一切評価されていないので。

そういう意味では、なるべく幅広く拾うように気をつけて頂きたいなと。単に評価がされているものだけみたいな選び方だと、結構再発防止に役立つかもしれないけど漏れるということがあるので、ぜひ、それは小児科の先生のご意見を聞いて、なるべく幅広く取って、再発防止委員会にはなるべく幅広く出して頂いて、そこから小児科の先生目で評価して頂くというような、そういうプロセスをやったほうが多分漏れが少ないと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。田村委員、そのあたり、いかがでしょうか。

○田村委員

委員のおっしゃる通りだと思うんですけど。今回、4つの事項が挙げられていますけど、抜き出すとすれば、審議事項②の例として書いてある、正期産、出生体重2,500g以上、生後1分のアプガースコア4点以上というふうにすると、レイトプレタームのこの事例は抜けてしまいますし、それから、体重が2,200なんだけど、紹介せずに、色々後

で障害が判明したという事例も抜けてしまいますから、大きなところで、抜き出し方は、やはり前回のように、生後5分までに新生児蘇生処置が不要であった事例、かつ、出生前に明らかな異常があった事例は除くと、そういう形で絞り込んでも、この第6回の再発防止報告書のとき、793件のうち、5分までに新生児蘇生処置が不要であった事例というのは188ありますので、今だったら、おそらくこれの3倍ぐらい、そういう条件で絞り込んでいっても出てくると思います。

それを分析していってみると、結局、上に4つ書いてある、3日位までの体温が悪かった事例とか、小児科への依頼が遅すぎた事例とかいうようなものが分けて分類できるのではないかと思います。そうすると、それぞれに対して、ある程度、再発防止委員会としての推奨が出せるのではないかなと思いますので、できるだけそういう形で大きく拾って頂くのがいいのかなと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。それは可能ですかね。ここでいわゆる正期産ということを区切ってしまうと、新生児管理という面で齟齬が生じるというか、逆に、本来だったら新生児科の先生にみて頂くべき事例で、行っていなかったというふうな問題点が浮き上がってこないということなので、一応この事例に関わったやつで、とりあえず前の切り口の生後5分間は何も要らなかったというふうな事例で一回挙げてみて、その中で、次にもう一度、その中でももう少し網をかけるべき項目を見てみるというふうな考え方のほうがよろしいということですかね。

一応ちょっと増えるけれども、生後5分以内に、いわゆる蘇生処置がないと。だから、蘇生に関する問題は最初からないと。そこの判断がどうかということにはちょっとあれですけども、生後5分以内の蘇生処置がなかった事例というふうな切り口で、まず何例ぐらいあるかというのを教えて頂いて、そこで、次に、中身をどういうふうに見ていくかと。それは数えができるかどうかということ少し調査して頂くというふうな方針で、まずいってみることで大丈夫？ 渋い顔をしているけど、大丈夫ですか。

とりあえず、そういった感じで、一度、まずアウトラインを出して見て、その上で、次のステップに進むというふうな感じでいきたいと思います。

それでは、一応そういった取りまとめでまず進めてみて、また次回に大枠を出させて頂いて、その中から具体的にもう少し絞っていきましょうというふうな形でさせて頂きたいと思います。

どうもありがとうございました。様々なご議論頂きまして、ありがとうございました。
もう一つ、その他というところで、事務局のほうからご案内、説明をお願い致します。

○事務局

それでは、その他について、事務局より説明致します。

机上のほうに、産科医療補償制度ニュース第6号、水色の表紙のものを配付させて頂いております。こちらについて、簡単にご案内申し上げます。

木村委員長のご挨拶文ですとか、これまでに発行した再発防止に関する報告書等の活用状況についても掲載されておりますので、ぜひご覧頂ければと存じます。

また、次回の委員会につきましては、改めてご案内申し上げます。

事務局からは、以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

一応今日用意しました議題は以上でありまして、私も結構気合いを入れて、ここの文章は書かせて頂きましたので、ご一読頂ければと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

言おうかどうか迷ったんですけど、迷ったときはできるだけ言おうと思っているので、言っておきたいと思いますが。

今回の最初のレジュメのところの最後に、「要望が多かった項目から選定することとしたい」というふうに書いてあるんですけど、これは、僕は表現がきついなと思いました。今まであまり思ったことがなかったのですが。

僕はさておいて、この再発防止の委員の先生方、僕が思うに、非常に紳士的で科学的な良い先生方がたくさんおられるので、やはりテーマの選定についてというレジュメであって、今日の議論はテーマを選定することだけれども、これこれのテーマを「選定することとしたい」というふうに書かれてしまうと、もう決まっているかのようにになってしまうので、委員長に要望なんですけど、ここは、僕はせめて、過去に見たことがある表現としたら、「選定することとしてはどうか」ぐらいの表現でレジュメを取りまとめておいてもらうということが、自由に今まで通り意見が言えるという形かなと思うので、ちょっとお願いしたいなと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。ここは気をつけて、決まっているわけでは決してないので、色々な意見を求めるときに、これのたたき台にするというふうな意味でございましたので、この点は、もう少し表現をまた考えていきたいと思っております。

また、アンケートに関しても、アンケートだけを、毎年毎年その答えでいくというわけでは決してないということもご理解というか、今日の議論でも、そういうものでもないというふうな感じの議論でありましたので、今回はこういった形で進めさせて頂くということで、よろしくお願ひしたいと思ひます。よろしゅうございますでしょうか。

それでは、今回の委員会は閉会とさせて頂きまして、次回の日程につきましては、また事務局のほうからご連絡頂くということでございます。よろしくお願ひ致します。

各委員におかれましては、ご多忙の中、ご出席頂きまして、どうもありがとうございます。引き続き、今年度もよろしくお願ひ致します。

ありがとうございました。

— 了 —