

事例番号:330020

## 原因分析報告書要約版

産科医療補償制度  
原因分析委員会第七部会

### 1. 事例の概要

#### 1) 妊産婦等に関する情報

初産婦

#### 2) 今回の妊娠経過

特記事項なし

#### 3) 分娩のための入院時の状況

妊娠 40 週 4 日

3:45 破水のため入院

#### 4) 分娩経過

妊娠 40 週 4 日

15:00 陣痛開始

妊娠 40 週 5 日

2:45 児頭下降不良、分娩遷延、児頭骨盤不均衡・回旋異常疑い吸引開始

2:45 頃- 胎児心拍数陣痛図で変動一過性徐脈を認める

3:11 吸引 5 回実施するが児頭下降せず、鉗子実施

3:11 頃- 胎児心拍数陣痛図で基線細変動の消失を伴う胎児心拍数基線 60 拍/分台の徐脈を認める

3:49 分娩第Ⅱ期分娩停止、胎児機能不全の診断で帝王切開により児娩出、回旋異常あり

胎児付属物所見 胎盤病理組織学検査で臍帯血管の一部で血管壁の肥厚あり、血管の狭窄性病変の可能性あり

## 5) 新生児期の経過

- (1) 在胎週数:40 週 5 日
- (2) 出生時体重:3400g 台
- (3) 臍帯動脈血ガス分析:実施なし
- (4) アプガースコア:生後 1 分 1 点、生後 5 分 4 点
- (5) 新生児蘇生:人工呼吸(バッグ・マスク、チューブ・バッグ)、気管挿管
- (6) 診断等:  
出生当日 重症新生児仮死
- (7) 頭部画像所見:  
生後 21 日 頭部 MRI で大脳基底核・視床に信号異常を認め低酸素性虚血性脳症の所見

## 6) 診療体制等に関する情報

- (1) 施設区分:病院
- (2) 関わった医療スタッフの数  
医師:産科医 2 名、小児科医 1 名  
看護スタッフ:助産師 4 名

## 2. 脳性麻痺発症の原因

- (1) 脳性麻痺発症の原因は、分娩経過中に生じた胎児低酸素・酸血症により、低酸素性虚血性脳症を発症したことであると考える。
- (2) 胎児低酸素・酸血症の原因は、児頭下降に伴う臍帯圧迫により生じた臍帯血流障害によって胎児が低酸素の状態となり、さらに吸引分娩および鉗子分娩によって低酸素の状態が進行したことであると考える。

## 3. 臨床経過に関する医学的評価(2020 年 4 月改定の表現を使用)

### 1) 妊娠経過

妊娠中の管理は一般的である。

### 2) 分娩経過

- (1) 入院時の対応(破水の診断、分娩監視装置装着)、および経過観察したことは一般的である。

- (2) 妊娠 40 週 5 日 2 時 30 分子宮口全開大後、児頭下降が不良、分娩が遷延、CPD(児頭骨盤不均衡)や回旋異常を念頭に置きながら妊産婦と家族に同意を得て吸引分娩の方針としたことは一般的である。しかし、2 時 45 分吸引分娩開始時の児頭の下降度、および児の回旋について診療録に記載がないため吸引分娩の要約が満たされているか否かについては評価できない。また、それらについて診療録に記載がないことは一般的ではない。
- (3) 実施された吸引分娩の実施方法(吸引術 5 回、総牽引時間 20 分)については一般的である。
- (4) 吸引術 5 回施行するも児の娩出に至らず、鉗子分娩に切り替えたことは選択肢のひとつである。
- (5) 鉗子分娩開始時の児頭の下降度、および児の回旋について診療録に記載がないため、鉗子分娩の要約が満たされているか否かについては評価できない。また、それらについて診療録に記載がないことは一般的ではない。
- (6) 3 時 15 分(「原因分析に係る質問事項および回答書」による)に分娩第Ⅱ期分娩停止、胎児機能不全と診断し、帝王切開を決定したことは一般的である。
- (7) 帝王切開決定(「原因分析に係る質問事項および回答書」による)から 34 分後に児を娩出したことは一般的である。
- (8) 胎盤病理組織学検査を実施したことは適確である。

### 3) 新生児経過

- (1) 新生児蘇生(バッグ・マスクによる人工呼吸、気管挿管、チューブ・バッグによる人工呼吸)は一般的である。
- (2) 高次医療機関 NICU に新生児搬送したことは一般的である。

## 4. 今後の産科医療の質の向上のために検討すべき事項

### 1) 当該分娩機関における診療行為について検討すべき事項

- (1) 吸引分娩・鉗子分娩を実施した場合には、「産婦人科診療ガイドライン-産科編 2020」に則して、開始時の児頭下降度あるいは児頭最大周囲径の高さおよび回旋の状態を診療録に記載することが望まれる。
- (2) 臍帯動脈血ガス分析を実施することが望まれる。

【解説】「原因分析に係る質問事項および回答書」によれば新生児蘇生

の対応で人員が不足し検査できなかつたとされており、やむを得ない状況であったことが推測されるが、採血後冷蔵して後に検査することで児の状態を把握するのに役立つ可能性がある。

## 2) 当該分娩機関における設備や診療体制について検討すべき事項

本事例では事例検討および再発防止に向けた対策の検討が行われているが、策定された対策について継続して取り組むことが望まれる。

## 3) わが国における産科医療について検討すべき事項

### (1) 学会・職能団体に対して

なし。

### (2) 国・地方自治体に対して

なし。