

第13回「産科医療補償制度再発防止委員会」 会議録

日時：平成24年1月23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

○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、資料の確認をさせて頂きたいと思います。

まず、一番上にございますのが、本日の出欠の一覧でございます。

続きまして、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、「脳性麻痺発症の主たる原因について（案）」がございます。

続きまして、資料2と致しまして、「 の集計結果（案）」がございます。

続きまして、資料3と致しまして、「常位胎盤早期剥離についての保健指導（案）」がございます。

続きまして、参考1と致しまして、「吸引分娩について（案）」がございます。

続きまして、参考2と致しまして、「診療録等の記載について（案）」がございます。

それから、委員の皆様には別途A3の資料で、「脳性麻痺の発症の原因の分類（全事例）」という資料をお配りしております。審議の中でご参照頂ければと思います。

1. 開会

○事務局 それでは、定刻となりましたので、只今から第13回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

板橋委員から、少し遅れて到着される旨の連絡を頂いております。

それでは、進行を池ノ上委員長にお願い致します。よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

先生方、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。

早速、議事に入らせて頂きたいと思います。

まず、「脳性麻痺発症の主たる原因について」ということで、事務局からの説明をお願い致します。

2. 議 事

1) 「数量的・疫学的分析」について

○事務局（森脇） ご説明させていただきます。

本体資料1ページ目をご参照下さい。

1) 「数量的・疫学的分析」についてでございます。(1)脳性麻痺発症の主たる原因についてをご説明をさせていただきます。

まず、第12回、前回委員会におきまして、ご意見を頂きました。その主な意見につきましては、①番の記載の通りでございます。意見のほうは割愛させていただきます。

②番です。「主たる原因」の考え方についてでございます。この考え方につきましては、委員の先生方より死亡診断書の直接死因の考え方を参考にしてはどうかというご意見を頂きました。そこで、死亡診断書の記入マニュアルを確認させていただきました。そこに記載されております作成に当たっての留意事項では、「死亡の原因」については以下の通りの記載となっております。こちらのほうを説明させていただきます。

点線の四角の中ですが※の部分です。死亡診断書（死体検案書）記入マニュアルによると、厚労省の大臣官房統計情報部では、「死亡の原因」の欄をWHOの原死因選択ルールにしたがって、「原死因」を確定し、死因統計を作成致しております。

次のページをおめくり下さい。続きまして、※の2番目です。WHOでは「原死因」を、「直接に死亡を引き起こした一連の事象の起因となった疾病もしくは損傷」又は「致命傷を負わせた事故もしくは暴力の状況」と定義されております。

※の3つ目です。死亡診断書の「死亡の原因」については、(ア)直接死因、(イ)アの原因、(ウ)イの原因、(エ)ウの原因、の記載欄があり、最も死亡に影響を与えた傷病名を医学的因果関係の順に記載することとなっております。

続きまして、1つ目の○の説明をさせていただきます。

死亡診断書記入マニュアルにある、「原死因」の考え方を参考に、「脳性麻痺の主たる原因」とは「最も脳性麻痺発症に影響を与えたと考えられる疾病等」と整理を致しており

ます。分析の結果に大きく変更はございません。

2つ目の○です。前回委員会において、脳性麻痺発症の主たる原因となった疾病等の原因や要因の分析については、今後の課題となっております。

それでは、資料1をご覧ください。資料1の修正をさせていただきましたので、これについてのご説明をさせていただきます。

前回委員会で大きく3つの点についての修正等のご指摘を頂いており、変更を行っております。

まず、1点目は、脳性麻痺の発症の原因は、分娩周辺期に発生する要因以外にもあることを文献的に示したほうがよいのではないかというご意見を頂きまして、それにつきまして、2段落目の3行目からの文章で追加致しております。

文献につきましては、石渡委員長代理よりご提供頂きました『日母医報』の中に色々と文献がございまして、それを引用し、主に杉本先生の研究論文等を引用するような形で記載致しました。

次に、文章の構成を変更致しております。先生方のご意見から、まず、最初の段落にわが国の分娩数、そして次の段落に脳性麻痺全体の原因に関する文献的内容。

それから、次の段落で10行目になりますけれども、今回取り扱っております分析対象集団の特性についてを記載するような形となっております。

次の段落で、今回の分析対象についてのことを載せてはどうかということで、そのように構成を変えております。

3点目です。3点目の修正は次のページをおめくり下さい。集計表の結果になりますけれども、表1の複数の要因が主たる原因と記載してあるところ、今、 になっております。前回、お示ししました事例の件数は でございました。その といたしますのは複数の要因で、「その他の臍帯因子」と「吸引分娩とクリステレル児圧出法の併用」としてございまして、これが「複数の要因」ということで、 カウントしてございました。

委員会のご指摘を受けまして、もう1度原因分析報告書のほうを確認致しましたところ、

吸引分娩とクリステレル児圧出法の併用は第1の要因でありました臍帯圧迫による徐脈の増悪因子であるということから、委員会のご指摘に従いまして、この事例は主たる原因を「その他の臍帯因子」ということに致しまして、ここでは「複数の要因」が主たる原因の件数を■と致しております。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。

只今、脳性麻痺発症の主たる原因につきまして説明をして頂きましたが、この主たる原因の分析というのは、再発防止委員会として取り扱う大変重要なものでありますので、毎回こういった議論はテーマと申しますか、取り上げて分析をしていくということで、前回もご議論を頂きまして、幾つかのご意見のもとに修正をして頂いたのを、今、説明して頂いたわけではありますが、いかがでしょうか。

○箕浦委員 この文章、標題なんですが、これはやはり「脳性麻痺の発症の主たる原因」というよりは、そこに頭をつけて、この補償が分娩に関連したとかそういったようなものが対象なものですから、そういったものをつけたほうが、ぱっと見たときに誤解が生じにくいのではないかと思います。

○池ノ上委員長 そうですね。やっぱり全体のポピュレーションを扱っているわけじゃなくて、産科医療補償制度で取り上げられた脳性麻痺のお子さん方が対象ですから、おっしゃるように、全体像の誤解を与えてしまうと、また誤った情報が独り歩きをしてしまうという可能性もありますが、この点いかがでしょうか。

○田村委員 別の観点からですけれども、ちょっと杉本先生がどういう基準でこの脳性麻痺というものを集計されたか、原本に当たらないと分からないと思うんですが、これで見ると、いわゆる未熟性によるものがゼロですよね。杉本先生の文献では、もともとこの産科医療補償制度の最初の専門委員会の際に、我々新生児グループは、対象をこの34週とか35週とか2,000g以上とか、そういうふうに限定することに非常に強い危惧を示しております、「たとえ低出生体重児とか早産児であっても、脳性麻痺の事例を全部検討に上げるべきだ」ということを申し上げておりましたのに、「そうすると脳性麻痺の患者さんが非

常に増えてしまって、この産科医療補償制度がうまく機能しないかもしれない」という理由で却下された経緯があります。それがこの資料によればそういう危惧は全くないということになります。この杉本先生の資料を採用するのであれば、もともとこの産科医療補償制度の対象を比較的成熟度の高い体重の大きい子どもの脳性麻痺に限定することに意味がないという根本的な問題に立ち返ることになりますから、もう少しこの内容をきちんと検討して頂きたいと思います。

○石渡委員長代理 今、「未熟性」という、そういう言葉が出てまいりましたけれども、この杉本先生の分類の中で言うと、胎生初期から中期までに発生したこの辺のところが無熟性と大いに関係する部分ではないかというふうに思われます。「未熟性」という言葉を使っていないんですけれども、杉本先生は、日本文の論文もありますし、また外国の文献もありますけれども、書かれた内容は、ほぼ同じ内容が書かれておまして、この遺伝的要因とその後の胎生初期から中期まで発生したと考えられる脳構造の発達障害、この辺が無熟性に絡んでいる内容だというふうに思います。「未熟性」という言葉そのものを使っていないんです。杉本先生の論文の中には。

○田村委員 医学的には、胎生初期から中期までの発生ということよりは、あくまでこれは胎生でありまして、この産科医療補償制度の最初に記載するとき、私は未熟児を対象にしないのはおかしいということを行いましたときの一番大きな理由は、未熟な子どもは呼吸障害とか後天性の理由でもって障害が起きるからということなので、この胎生初期から中期までの発生というものに分類されると、とても思えないんですけれども。

○池ノ上委員長 この杉本先生の論文は、放射線学的な画像診断からミエリネーションの時期がどこであるかというのをレトロスペクティブに見られて、未熟性によって脳の形成障害を推定してまとめておられるんですね。先生がおっしゃるように、ミエリネーション以外の未熟性による様々な後障害ということについては、あまり細かいところを見ておられない。ですから、あくまでこれは放射線新生児の所見といいますかね。ですから、問題となるとすれば、そういう画像診断だけで、もちろん幾つかの臨床症状とか臨床も入って

いるんですけれども、画像診断だけを取り上げてそれで分類するということが、いわゆる新生児・未熟児の一般療法、一般的な医療の反映となり得るかというところが議論されるんじゃないかというふうに思っております、ですから脳障害というのに未熟性という、それがそういうメカニズムだけの問題でいいのかどうかというところをちょっと議論して頂かないといけないんじゃないかと思っておりますけれども。

○上田理事 参考でよろしいですか。文献について、国際的なものも含めてこれまで調べました。わが国においても他にないのか調べましたけれども、他にありませんので今回、石渡委員長代理から頂いた文献を記載しています。

○池ノ上委員長 これはMRIでしたかね、MRIでみて、それを未熟性による脳性麻痺発症に直接つけていいのかというのが田村委員のご指摘だと思うんですね。ですから、未熟児の脳障害、画像以外の部分でも、やはり未熟性、様々な未熟性が総合的に反映されて結果的には神経学的な異常を起こしているというような場合もあり得るというところはどうでしょうか。僕はちょっとそこが引っかかっていまして、私自身もあんまりこの杉本先生の文献だけで全てをカバーしているとは思っていないんですけれども、ただ、わが国で比較的多く引用される、頻度の多い論文であるということは事実だと思うんですが。

○石渡委員長代理 論文がないですよ。脳性麻痺の原因についての国際的な論文も含めて。

杉本先生のご主張は、要するに、16歳、18歳ぐらいになってのその画像診断をすることによって、胎生期の、子宮内のいつの時期にそういうイベントが起きているか、起きていたかということについて推定することはできると、こういう趣旨の論文なんですね。一般に脳性麻痺の場合、分娩のときだけが色々問題視されているけれども、実はそうではなくて、画像診断によって、例えば8カ月ごろ起きたものであるとか、どこの部位がどういうふうに変化しているかということによって診断がつくという、そういう論文なんだと思います。

○田村委員 いや、私自身は、これは小児神経の専門家の意見を広く聞けば、これと違う

頻度のデータが出ている可能性は十分あると思います。この論文だけを取り上げて、この再発防止委員会の見解とするのには私は反対です。

○池ノ上委員長 板橋委員、いかがですか。

○板橋委員 私も田村委員と同意見です。この辺、やっぱり未熟性という意味のとらえ方が、いわゆる形成異常としてとらえることに違和感をすごく感じてしまいます。だから、様々な後天的なファクターがそこに加わる可能性があるのも、やはりもう少し文献を精査して、小児神経科医のコメントを含めて考えていく必要はある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。他はいかがですか。

○藤森委員 田村委員のご意見に賛成で、むしろ僕が理解している限り、杉本先生の論文は分娩時の仮死というのが大きく取り上げられていて、これが通常10%ぐらいと言われてはいますけれども、それが諸外国のデータと同じだと言ってよく引かれることが多いというふうに、僕はこのペーパーは理解していました。時期というよりは、分娩時が原因のCPというのが大体日本も10%ぐらいだったよと出ているというふうに理解していました。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。他にご意見は、いかがでしょうか。

これはもうちょっと整理させて頂いて、田村委員、板橋委員のご意見をもうちょっとまとめて頂いて、また、最終的にどういう書きぶりにするかというところをご議論頂くということに致しましょうか。よろしいですか。はい。ありがとうございます。ここの部分はそういうふうに再検討したいと思います。

他にはいかがでしょうか。

先ほど、箕浦委員からのご指摘のありましたこのタイトルを、本当に「脳性麻痺発症の主たる原因」ということ、これだけになって、全てをカバーした検討の結果のような誤解を生じると。当然、これはよくよくこの本文を読めば、どういう対象をどういうふうに分析したということがちゃんと本文中には書いてあるんですが、この表だけを見たりすると、どうもそういうことがあるというので、例えばどういうふうなタイトルがよろしいですかね。

○箕浦委員 産科医療補償制度は分娩に関連して発症した重度脳性麻痺ということですから、まあそのようなことで分娩に関連して発症したとか、分娩周辺。

○池ノ上委員長 表1は「分析対象における脳性麻痺発症の主たる原因」としているんですが、だけど、この一番最初の本文のタイトルはそうじゃないんですが、いかがですか。表1の「分析対象における」というのも、もうちょっと「本制度における」とか、何かそんなもうちょっと産科医療補償制度ということをきちっと分かるようにちりばめたほうがいいだろうということですよ。

他にいかがですか。

○隈本委員 「本報告書における」と頭に入れて、「脳性麻痺の主たる原因について」にかぎ括弧をつけるといいのではないのでしょうか。

○池ノ上委員長 今、隈本委員からのご提案、本報告書に。

○隈本委員 この再発防止委員会の報告書の原因分析、「本報告書における」と書いて、「脳性麻痺の主たる原因」にかぎ括弧閉じ、この本報告書で使われる脳性麻痺発症の主たる原因というのはこういうものですよというふうになりませんか。

○池ノ上委員長 それがストレートに皆さんに伝わるかどうかというところを危惧しておられる。つまり、本報告書が何たるかということじゃないかと思うんですが。

○板橋委員 前回の委員会するときにも議論が出たように、原因なのか、誘因なのか、背景なのか混在している中で、原因というふうに書いて本当にいいんでしょうかという話ですよ。そこはやっぱりきちんとしておかないと、混乱が生じる可能性はないかということです。早剥があつて、例えば結果が仮死になったとしても、早剥が原因なのか、その後の何が、逆にもっと別のファクターがある可能性もあるわけで、逆に色々な混乱を生じてしまう可能性が懸念されると思うので、もちろん、直接に原因がある場合もあるし、背景であった可能性もあるかもしれない。それで、NICUへの搬送が遅れたことが間接的に影響しているかもしれない。そういった色々なファクターをこういう1つのワードで言い切っちゃっていいのかというのは、特に産科の先生方にとっては逆に非常に不利になるんじ

やないかというか、不利という言い方は変ですけども、誤解を招くんじゃないかというのがちょっと気になるところです。

○池ノ上委員長 前回は議論して頂いたように、この複数の要因というところにどういうものを落とし込むかと。明らかにはっきりした原因の部分と幾つかの要因が重なり合っている、あるいはある原因と思われるものがあるってさらに別のものが加わって早剥因子として働いているとか、色々な関わり方をしているということがずいぶんはっきりしてきたと。ですから、今の段階では、そういったところをきちっと伝えるような報告書でなければならないんじゃないかと思っております。

○勝村委員 まず、箕浦委員のおっしゃった意見に関しては、「本制度が対象とする」というふうに前につけておくことで、素直な表現になるのではないかと思うんですけども。

それから、今、板橋委員のおっしゃったように、僕も、原因と書いてしまうんじゃなくて、例えば原因・誘因とかですね、やはりこの再発防止の観点からすると、原因なのか、誘因なのか、背景なのか、複合なのか、ということこそが再発防止にとって一番大事な論点なので、安易に「原因」という言葉で一括りにしてしまうというのは、分析としてはすごく粗く見えてしまうと思うのです。だけど、今すぐにそれは整理できるというふうにも思えないので、ピックアップしていることも意味があると思いますので、原因・誘因か、または、もうちょっといい言葉があるかもしれませんが、丁寧にそういう書き方であったほうがいいのかと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。他にこの点に関しては、ご意見はいかがでしょう。

○鮎澤委員 私は、先ほど来から出ている、全体として丁寧に書いていこうという基本的な考え方でいくべきだと思っています。

まず、1つ。スマートさには若干欠けるかもしれませんが、「本報告書」ではなくて、「産科医療補償制度における」というように、具体的に書いていくことを繰り返し繰り返しやっていかないと、色々なところで混乱を招きやすい構造になっているので、ぜひその

あたりを丁寧に書いて頂くことをお願いしたいと思います。

それに関連してなのですが、今の議論についても、もし必要であるならば、「この項における主たる原因の考え方」というようなコメント欄を作って、そこに説明を加えるような形をしていくほうが、読み手にとって丁寧になるのではないかと思います。案で頂いているようなことだっただけ書いて頂ければ、そういう趣旨で使っているということが分かると思います。・の使い方云々で議論するよりも分かりにくいことは書いて頂くことをご検討頂ければと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。産科医療補償制度という、制度そのものをしつこくといいますか、何回も出しながら、我々の制度の中のこの委員会はこの仕事をしているんですよということが分かるようにという、そういうご趣旨だと思いますけれども。やはり先生が「スマートさに欠ける」とおっしゃったけれども、そういうことがあっても本当に正しいことが、我々が伝えたいことは正しく伝わるという方法を選択して、繰り返し繰り返し行っていくほうが、やはりあるべき姿ではないかなというふうに私も考えますが、いかがでしょうか。よろしゅうございますか、この点、大変重要な点だと思いますけれども。

そうしますと、例えば「本制度」なのか、あるいは「産科医療補償制度」なのかというようにことで取り扱った事例を対象としたということが分かるような、そういうタイトルにすると。

それから、「主たる原因」とか「要因」の考え方、とらえ方というのを、これはやはりどこかに入れて解説して、この委員会がまとめるに当たっては、今回はこういう観点でまとめましたというものがやっぱりあったほうが分かりやすい方向になるんじゃないかなという気もしますが、そういう方向でもう一遍、事務局は大変でしょうけれども、まとめて頂いてよろしいですか。はい。ありがとうございます。

他にはいかがでしょうか。

○岩下委員 今のご議論を聞いていますと、文言で、「原因」という言葉に対して委員の

先生方はかなり抵抗があるので、先ほど板橋委員が言われたように、原因なのか誘因なのかということで、その表現の仕方を「原因」の代わりに例えば「因子」という言葉を使ったり、何か文言の工夫ができないかなと思ったんですが。事務局でお考え頂ければと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

これは原因分析委員会のほうでもそこら辺の表現の仕方というのは結構検討しておられるみたいで、関わり合いの強さによって色々と表現が分けて使われているという部分がありますので、また、原因分析委員会での言葉の使い方と、それからそれを検討する我々のまとめ方の言葉の使い方と整合性をもたせながら、今、岩下委員からもご指摘あったようなことも併せて少し検討する必要があるかもしれません。

○上田理事 お手元に■の事例についてそれぞれ発症の原因をまとめたものがありますが、この原因については、原因分析報告書で、例えば本事例の発症の原因はこれこれであるとか、こういうことの可能性があるとか記載されていますが、No.1の場合には常位胎盤早期剥離の発症の原因の可能性が高いと書かれていましたので、そのように整理しました。このような方法で、「主たる原因」について整理させて頂きました。

一方、前回、発症の原因だけではなく誘因や要因についてもご意見があり、また、只今の鮎澤委員のご指摘を受けて、原因の考え方について、前回の資料をこの中に記載したいと思います。次回の委員会に提案して、そこで審議して頂こうと思っております。

○池ノ上委員長 基本的には、正しく正確に伝わるということが大前提ですので、一般の方々が読まれても、再発防止委員会から発信している報告内容がきちっと伝わるという大前提で今のようなことを作業して頂くと。そして、誤解が生じてしまう、色々な立場の人が色々な立場でその委員会報告は読まれると思いますので、そういった立場の違いによる誤解みたいなのが起こらないような、そういったことを言葉にきちっと、さっき鮎澤委員がおっしゃったように、ちょっとスマートさに欠けてもいいので書いて頂くということが大事ではないかと思えます。よろしゅうございましょうか。

○村上委員 表1のところの表現の下のほうなんですけれども、「複数の要因が主たる原因」というところが若干やっぱり混乱を招くかなと。「主たる」というところが、先ほどの点線で囲んで頂いたところの最後の※の説明では、直接死因が一番上に来て、その後にアの原因、イの原因、ウの原因というふうに、何か段階的に説明をして下さっているんですが、それが特定できないのであれば、「主たる原因」というものが複数あるとしたら、「主たる原因」じゃなくてもいいのかなと。表現上の問題なのかなとも思いますが、ちょっと工夫して頂ければと思いました。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。そうですね。「複数」と言っておいて、「主たる」と言うと、ちょっと整合性が取れない表現になっちゃいますので、またそれはよろしく願います。よろしいでしょうか。

それでは、一応、この脳性麻痺発症の原因、あるいは要因等々については、只今委員の先生方からご指摘がありましたような点を考慮して頂いて、もう一度事務局でまとめて頂きたいと思います。

それでは、■■■■の集計結果について、事務局のほうからご説明をお願い致します。

○事務局(原) それでは、資料2のほうをご覧下さい。

こちらの■■■■の集計結果になります。こちらにつきましては、前回の審議を受けまして、2点ご説明を申し上げます。

1点目が、まず、7ページをご覧下さい。7ページの表1-3-6の産科合併症の集計になります。こちらの表につきましては、分類につきまして、「上記に該当なし」を追加を致しました。前回のご意見で、全ての事例に産科合併症があるように見えてしまうので、なかった事例について示すべきではないかというご意見を頂きまして、このようにさせて頂きました。

なお、カルテに記載のないものにつきましては「上記に該当なし」というふうに整理を致しましたので、注4)にその旨を記載しております。

また、前回ご承認を頂きました妊娠中に発生した産科合併症と分娩進行中に発生した産

科合併症の2つの表を統合したことにつきましては、この下の点線の囲みの中に説明を記載しております。これが、まず1点目でございます。

続いて、2点目が18ページになります。18ページの上段の表1-5-8の出生時に実施した蘇生処置の集計です。こちらにつきましては、前回、分類の中の人工呼吸について、さらに細分化してバッグ&マスクなどの具体的な人工呼吸の方法を分類してはどうかというご意見を頂きました。そこで、事務局でこの人工呼吸の方法について確認作業を行いました。その結果、その記載のないものが多数ございまして、正確に分類を示すには不十分な状況でございましたので、こちらにつきましては従来通りの表とさせて頂いております。この人工呼吸につきましては、今後、改めて蘇生をテーマとして取り上げる際に新たな切り口として分析してはどうかというふうに考えております。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。■■■■の集計結果についての、前回ご議論頂いた部分の修正の部分をご説明頂きましたが、いかがでしょうか。

○石渡委員長代理 7ページ目の表1-3-6の産科合併症のところの表のまとめ方についてなんですけれども、1つは、子宮内感染の注3)で、病理学的に診断されたものであるというのは、臨床的に診断されたものと病理学的に診断されたものと両方あるわけですか。それで、その中で、ここは病理学的に診断されたものを含むという意味なんですか。それとも全部が病理学的に診断されたものだけが■■■■あったということなんですか。

○澤田客員研究員 ここに記載されているのは、子宮内感染は病理学的に診断されたものだけにしております。

○石渡委員長代理 はい。分かりました。

それから、その次の注4)のところで、原因分析報告書に記載がないものを含むというのは、原因分析報告書に記載があったもので上記の合併症には入っていないものと、それから全く何も記載がないものと、その両方を含んでいるわけですね。

○事務局（森脇） はい。そうです。

○石渡委員長代理 そうすると、それを分けたほうがいいのではないかというような気が

するのですが、合併症が書かれているんだけど、上記のこの合併症には書いていないものと、それから全く何も記載がないものと、この2つに分類したほうが分かりやすいと思うのですが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

病理学的に診断されたものだけがこの[]ということで、よろしいですね。それは確認。

もう1つ、この「上記に該当なし」の一番下ですけれども、今の石渡委員長代理のご意見では、あるものはあるで「その他」で括って、記載なしは、「記載なし」という表現、あるいはないから記載していないというのか、あるいはあっても記載していないのか、そこら辺はわかりますか。

○事務局（森脇） すみません。何度も申し訳ないんですけども、どこまでを産科合併症で取るかというのが、まず、最初に、このデータベースを作るうえで非常に議論になって、色々たくさん拾い上げることもできるんですけども、そこが中々難しいところもありました。記載がカルテにないもの、それから脳性麻痺にどのぐらい関与しているかどうかも分からなくて、診療録から拾っていないものもありましたので、さすがにこれがあればこの合併症については原因分析報告書に記載されてあるだろうというものを拾って、この記載6項目については記載がある件数を示しております。前回、そのご意見を頂いた中では、ないものはどのくらいあるのかというようなご意見もありましたので、ないものは記載がないのか、合併症がないのかというのは、そこまではちょっと分からないという意味で、「上記に該当なし」という欄を作り、このような形になっていますので、今、ご意見を頂いた内容については、どこまでを拾うかというのは、ちょっと決めて頂いたうえで、データを取っていくということになるかと思えます。中々ちょっと難しい部分だと思われれます。

○池ノ上委員長 それは[]について検討して頂ければいいわけですね。現時点では、ですから、その[]をみて、色々な合併症として、産科合併症ですねと大方の人が考える、脳性麻痺と関係あるかなしかは別として、それと、全く記載がないし、そういう情報がな

いから分類のしようがないという事例等が、その[]がそう分かれるということではないんですか。

○事務局（森脇） 今回は、該当なしは[]になっていますけれども、今後、どんどん増えていきますので、常にnに対してどの産科合併症を取っていくかということになっていきます。今回は、必ず取れるものだけの件を拾い上げているという形になっていますので、今後どんどん増えれば、毎回事例を振り返るという意味では、5年、10年データベース、データを蓄積していくうえでは中々ちょっと現実的に難しく、簡単なものからということで触れております。

○板橋委員 病理診断がはっきりした子宮内感染だけ選んでいるんですけども、逆に、ルーチンワークで、子宮内感染があってもタームに近い子たちの病理診断を常に出している施設がどれだけあるかということを考えると、やっぱり病理診断確定しているものとクリニカルに疑っているものが入ってこない、後々の解析にずいぶん影響してくるんじゃないかなという懸念はあるんですが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

現実的に、臨床の現場では、どちらかというところクリニカルな臨床症状、検査所見等々で感染症という対応をされていて、その裏づけに病理診断があるというのが現実だと思うんですが、確かに、病理診断で確認されたものだけを拾っていると少なくなる可能性がある。板橋委員がおっしゃる通りだと思うんですが、その点はいかがですか。何か考えられていますか。

○澤田客員研究員 確かに、子宮内感染を疑わせるというような記載の事例はもっともっといっぱいあるんですね。ですけども、それが本当にそうなのかということはここに書いていいのかという。ただ、集計ですので、はっきりしているものだけを集計したほうがいいのではないかというようなことで、事務局ではこのように決めさせて頂いています。テーマで、今後、多分、数が多いので取り上げていくようになると思いますので、そこで議論されるといいのではないかと考えております。

○池ノ上委員長 さっき石渡委員長代理がちょっと触れられたように、臨床的な子宮内感染症と、病理で確認までされた子宮内感染症というのは、非常に分かりやすいですね。その臨床的なクリニカルな子宮内感染症というものの基準をどこで切るかというところを議論して頂ければ、大体こういうのは取りましようよとか、あるいは新生児の先生方が見られて、例えば感染症としてもものすごい治療がされているとかというようなことが明らかになるということになると、それを取り上げないわけにはいかないというふうな感じになると思いますけれども、どうでしょうか。

○箕浦委員 病理診断ということは、胎盤病理ということですか。

○池ノ上委員長 胎盤病理でしょう。

○箕浦委員 これは特に新生児搬送のケースでは、搬送元の開業の先生とかは胎盤病理を出していないこともありますので、やっぱり臨床的に、多分CRPが10で白血球が2万5,000だと、どう考えても子宮内感染ですけれども、みんな病理に出すと限らないものだから、その辺はやっぱり無視できない、と思います。

○池ノ上委員長 田村委員、いかがですか。その新生児の情報を頂けるかという部分も絡んでくるんじゃないかと思うんですけれども。

○田村委員 そういう点では、今の臍帯血の検査結果が出ていれば、臨床的には恐らく重篤な感染症があったんだろうという診断はつくわけですから、それはそれできちんと入れるべきだと思います。

○池ノ上委員長 特に、今、学会の議論の中に、研究テーマの中の1つとして、この感染症、いわゆる炎症絡みの脳障害のファクターがどんどん重みを増してきていますので、そういったところを考慮しながら、やはり再発防止という観点から見ていくということも必要になるかなと思います。学会のフロンティアだけのディスカッションではなくて、かなりな部分が裏づけるようなデータがそろいつつあるというところですので、早晚臨床的なレベルでの議論をしないといけなくなるのではないかと思いますけれども、いかがでしょうか。■をずうっと見ると、そういう子宮内感染が疑わしいとかということはかなり述べ

であるんですかね。その中から拾えますかね。あるいは新生児の臍帯血とか、あるいはNICUでの経過から、そういったことが考えられるというふうなケース。

○事務局（森脇） 情報の蓄積という点では、まず、熱発38℃以上しているものは疑いとして拾うように蓄積するうえでは取っております。それから、病理診断をされていて絨毛膜羊膜炎ですとか臍帯炎があるものも、一応、その感染という視点で取っております。臨床的な診断を入れるかどうかというので、事務局が困った点というのは、同じように絨毛膜羊膜炎とかそういった病理診断が出ているけれども、その原因分析報告書では子宮内感染というふうにとらえていない、判断基準がちょっと微妙に違う、事例によって違うものがありましたので、それも広く拾えるようにということで、一律に病理診断ということと、あと熱発とかという点で、疑いという点で、情報は広めに拾えるようには作っております。

○池ノ上委員長 ということは、そういう情報はデータベースにあるということですね。

どうでしょう。今回、この胎盤病理だけに括って報告書に記載してよいかどうかということですが、少し時代の流れとは離れているような気がしますね。かつてはそれだけで行った、あんまり子宮内感染に対する注意が向いていなかったんですけれども、今、特に新生児予後からいくと、子宮内感染というのはかなりフォーカスが当てられておりますので、いかがですかね。

○石渡委員長代理 まだ、学会レベルでもこういうような条件、例えば38℃、それから白血球数1万5,000、そしてCRP、それから羊水混濁とか、臨床的な所見から子宮内感染が疑わしいということが、学会レベルではっきりそれが出れば言っているのかという状況になっているのであれば、当然、分類しなきゃいけないと思うんですね。分けてね。

ところが、今、そこまで十分学会のほうでもコンセンサスが得られていないということであれば、今回、このまとめ方で、病理学的に診断されたもの、その後に注釈をつけて、臨床的には子宮内感染も疑わしいものもあったということを書いておけばいいんじゃないかというように思うんですけれどもね。

○池ノ上委員長 少なくともデータベースとしては残して頂いているので、必要であれば、

それは出てくると。

あとはこの再発防止という観点から、今、それをどこまでリリースするかという議論だ
と思うんですが、日産婦のガイドラインはどうですかね。子宮内感染は何か出ていました
っけ。分娩中の熱発はどうするかとか、何かそういうことで恐らくこれで、僕自身が読ん
でいないのは申し訳ないんですけども、恐らくそういうのはあったんじゃないですか。
色々な教科書、色々な諸外国の教科書も含めて、分娩中の診断基準はこうしますよと、何
時間置きに何℃以上とか、白血球数だとか、そういうことは出ていると思うんですけど
も、日産婦自身はどうか、ちょっと僕も。そこはちょっと調べて頂きましょうか。学会、
日産婦で子宮内感染症の診断基準というのがもうすでに出ているのであれば、もう一遍考
慮すると。それはまだ明記されていないようであれば、今、石渡委員長代理がおっしゃっ
たように、その分についてはデータベースとしてはずうっと残して頂いて、臨床的な子宮
内感染症というものについても注意を要するとかという、何かそういうことを現在ではち
よっと付記しておく。

○岩下委員 ガイドラインの新しいほうの100ページが前期破水の取り扱いで、ここに臨
床的絨毛膜羊膜炎の解説がついていますけれども、推奨レベルがCというのが2と3です
か。それから4番目がBでございますけれども、これ以上のことは言えていないんですね。

○池ノ上委員長 やっぱり、まだちょっと明確には示されていないのが現在、これが一番
新しい11年のガイドラインですので。

○隈本委員 私の思いなんですけれども、感染症と言っても、色々な菌とか、色々な仮に
ウイルスだとすると、白血球はまた変わるわけで、あんまり一般的なスクリーニングの基
準は決められないんじゃないですかね。様々な細菌や様々なウイルスに感染するだろうし、
感染する部位が、全身感染症なのか、それが一部子宮までというのか、それとも子宮だけ
の感染なのかということで全然違うだろうし、そういう意味ではどこかに基準を決めて一
覧表を作ったうえ、それについて詳しく突っ込むときにはそれに必要なデータはそろろう
というデータベースを作っておいて頂くというのがいいのではないかという気がします。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。今、岩下委員から示していたこのガイドラインの100ページのそれぞれの項目は、データベースとしては取って頂いているということだろうと思いますし、ウイルスはまたウイルスなりの色々な抗体価の基準とかがありますので、それを総合して前期破水の、これは前期破水の場合の子宮内感染の判断基準はこういうものを調べなさいということですが、これがタームだったり、そういった状態ではどう対処するかとかということも、日産婦でガイドラインが定まった時点で我々もオフィシャルには公表する。しかし、委員会内資料としては、それは蓄積を事務局にお願いしておくということでもよろしいでしょうかね。いかがですか。特にご発言はございますか。よろしいでしょうか。

ちよつと、また事務局に宿題が増えるばかりで申し訳ないですけれども、よろしいでしょうか。はい。じゃあ、ありがとうございます。そのように。

それから、新生児のあれがございましたね、何ページだったですか。仮死蘇生、18ページでしたか。18ページは、先ほどそういう理由で中々バギングだけか、気管挿管かとかという、細かいところの情報は取りにくいということでしたけれども、これは表1-5-8を見ますと、人工呼吸という項目、対象数が■■■■で、人工呼吸が■■■■で、そして、胸骨圧迫、気管挿管、アドレナリン投与と来ているんですが、これをみますと気管挿管が■■■■ということで、■■■■は気管挿管にまで行っているという、結果的にはそういうことになるんじゃないかと思うんですけれども、ここで人工呼吸という項目が72例と出ておりますが、これは人工呼吸でよろしいですかね。

○田村委員 それについては、前回、CPAPとかバッグ・マスク人工呼吸とか、具体的な内容で分類できないかということで、議論して頂きましたが、そのような詳細なデータがないということで、それは仕方ないと思います。むしろ気になりますのは、アプガースコアの1分後の点数からいけば、ほとんどの事例が5点以下で、通常であれば人工呼吸まではほとんど全例しておかしくないにもかかわらず、■■■■しかやっていない。逆に言えばですね。あとの■■■■はなぜやらなかったのか。つまり、人がいなくてやらなかったのか、それ

ともそういう設備がないために人工呼吸ができなかったのかとかという分析、理由のほう
が大事かなというふうに思うのと、それと、人工呼吸は確かに■■■■で開始されているんで
すけれども、第1回の報告書の中にも具体的な例として出ていたのは、他のところから、
地域周産期センターの小児科医が来るまで■■■■ぐらい、そこで初めて人工呼吸が開始され
たという事例も出ていました。可能であれば、人工呼吸をしたという場合には生後何分後
から開始したのかということ調べて、人工呼吸の開始が例えば5分10分かかっている場
合には、そんなに遅れた理由が、先ほど言いました、スタッフがいなかったせいなのか、
道具がなかったのか、そういう理由も含めて書いてもらうというふうにするれば、再発防止
という観点からは非常に有用な情報が得られると思います。できればそういう方向で今後
は、人工呼吸をしたというところに○をつけてくれる場合には、それは大体生後何分ごろ
から始めたのか、もしそれが遅れている場合にはなぜ遅れたのか、その理由を書いてもら
うというふうにしておくのが、この再発防止委員会の検討のためには必要ではないかなと
思います。

○池ノ上委員長 ちょっと確認したいんですけども、この人工呼吸というのは、メカニ
カルベンチレーションに患者さんをオンしたということが入っているんですか、それとも
出生直後に自発呼吸がなくて何らかのこのマニュアルなり何かを要したというのが人工呼
吸という表現になっているのか、どっちですか。

○事務局（森脇） 機械も入っております。両方入っております。

○池ノ上委員長 例えば、バギングだけで終わったと。一応、呼吸は出ただけでもと
いうのも入っているんですか。

○事務局（森脇） 入っています。

○池ノ上委員長 それから、NICUに收容されて、そこで機械的人工呼吸が開始された
というのも入っているんですか。

○事務局（森脇） 入っています。

○池ノ上委員長 田村委員の今のお話は、機械的人工呼吸が始められたということですか。

じゃないんですか。

○田村委員 いや、機械的人工呼吸のことではありません。バッグ・マスク人工呼吸のことです。NCPRで強調されているのは、バッグ・マスク人工呼吸で仮死の赤ちゃんの90%は蘇生ができるということです。ですから、バッグ・マスクで人工呼吸をちゃんと開始できていたかどうかということが、その施設の仮死に対する対応として順当であったかどうかの指標になると思います。別に人工呼吸器をつけた、つけなかったということよりも、バッグ・マスク人工呼吸をどのくらいで開始できたのかということが大事なポイントになると思います。

○池ノ上委員長 分かりました。そうすると、この人工呼吸という言葉は、そういう意味でここに残して表現してもおかしくないということですね。

○田村委員 そうです。

○池ノ上委員長 それと、胸骨圧迫と気管挿管の順序は、胸骨圧迫が上に来て、気管挿管が下に来ていますけれども、これはこれでよろしいですか。

○田村委員 これもNCPRの流れに合致しています。マニュアルバギングと胸骨圧迫を全ての周産期医療の関係者にマスターして頂くことがNCPRの1番重要な目標です。

だから、気管挿管はドクターしかできないことですし、それから、絶対気管挿管でないと人工呼吸できないという患者さんは、数が少ない。サーファクタントを入れたいとか、先天性横隔膜ヘルニアがあるとか、そういう方に限られますので、気管挿管のほうが後になってやるというのは、NCPRの流れに沿った記述の仕方だと思います。

○池ノ上委員長 という考え方でよろしいですね。バギングと胸骨圧迫をコンビネーションでやっていくという、プロシーチャーがまず先に来るという、そういう考え方でこういう表現に。はい。ありがとうございます。

よろしいですか。他にいかがでしょうか。この[]の分析についてということについては、よろしゅうございますか。

○小林委員 6ページの表1-3-1不妊治療の有無というところなんですけど、この割合

が多いか少ないかは分からないんですが。ただ、推移としては■■■■■というのはい多い数字で、恐らく、これは不妊治療の経験の有無ですよね。不妊治療の結果、妊娠したかどうかはまた別ということですか。もし、そうであれば、この「あり」のところに注で、自然妊娠も含むとかというような、もう少し説明が。丁寧に説明するという方針でしたので、もう少し説明をしたほうが、不妊治療に対する恐れを、このまま数字が増えてくるともたせるような数字かもしれないなと思いました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがですか。今の小林委員のご指摘は。分かりますか。

○事務局（森脇） これにつきましては、今回の妊娠についての不妊治療で集計を取っております。既往は入っていません。

○小林委員 治療しても、治療の結果妊娠したのかどうかというのは、また別問題ですよ。治療中に、特にそれとは関係なく妊娠する人も多分いるでしょうし、それからあと、不妊治療でも色々程度が、内容がありますので。

○池ノ上委員長 そこはもう一遍、この■■■■■ですか、当たって頂いて、今の小林委員のご指摘の点がどうなっているかを見て頂いて。

○事務局（森脇） ■■■■に関しましては、今回の妊娠は不妊治療の結果妊娠したということに原因分析報告書ではなっている事例です。

○池ノ上委員長 ああそうですか。■■■■■の中にも過去に。

○事務局（森脇） それはあるかもしれないです。過去に不妊治療の。

○池ノ上委員長 だから、そこら辺がもう少しはつきり分かるような、不妊治療との関係というのを。我々はそう関係ないかなとは思っているんですけども、やっぱり一般的な情報としては、不妊治療と予後の関係とか、妊娠合併症との関係とか、まだ色々考えて心配しておられる方もあるかもしれませんし、そこら辺がはつきり出てくると、より情報になるような。

○田村委員 不妊治療を受けておられる方はNICUの入院患者に多いです。その理由と

しては、多胎妊娠になりやすいとか、高齢になってから不妊治療を受けるとか、そういう背景があるわけで、別に不妊治療そのものが脳性麻痺を増やしているとか仮死を増やしているということに直接は関係ないと思います。不妊治療せざるを得なかった原因であるとか、不妊治療に伴う多胎というようなことが理由だろうと思っていますから、別にこういう数字が出てても不自然と思いませんし、これだから不妊治療がだめだということにはならないと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今、田村委員もおっしゃったように、まさにそれが丁寧な説明で、そういったところの誤解が生じないようなきちっとしたものにここを少し整理して頂くということをお願いしたいと思います。よろしゅうございましょうか。

○上田理事 先ほどの田村委員のご提案は、非常に大事な課題だと思います。

ただ、一律にこのデータを出すのは難しいです。蘇生についてのテーマに沿った分析は、今後も行いますので、先ほど田村委員がおっしゃられたことについては、そのテーマに沿った分析の中で取り上げたいと思います。

○池ノ上委員長 他にはよろしゅうございませうか。

○村上委員 21ページと22ページなんですけれども、表2-1-7と表2-1-8なんですけれども、看護職の職種が書いてあるんですが、原因分析報告などを見ると、看護師以外に准看護師というような記述もありまして、ここには看護師の中に准看護師が含まれているのか、それとも看護師という資格の人がこの数なのかは、いかがでしょうか。

○事務局（森脇） これは原因分析、黄色い冊子の診療体制に関する情報ということで、本制度で黄色い冊子で取っております。そこに書いてある看護師を入力しております。看護師です。ですから、准看護師は入っていないです。

○村上委員 准看護師さんが分娩に関わったりするのは報告書なんかでも明らかなんですけれども、それはあえて入れない何かあるんですか。

○事務局（森脇） 職種が複数ありましたので、まずは出しやすいものから表に致しました。それは意図的に外したというわけではないです。

○村上委員 可能であれば、出産状況の体制等をきちんと分析するときには必要な情報なのかなというふうに考えますので、入れて頂けるといいかなと思います。

○池ノ上委員長 これは看護師という数の中には、看護師さんだけ入れたんですか。黄色い冊子というのは、この産科医療補償制度の診療体制等に関する情報というので、これに書いて下さいと。

○事務局（森脇） はい。そこで准看護師さんは入っていないです。

○池ノ上委員長 いいえ、入っていますよ。

○事務局（森脇） 入っているというか、この看護師の数字の中に准看護師は丸めていないですし、別々にデータとして取っています。

○上田理事 加えることはできますよね。

○事務局（森脇） できます。

○池ノ上委員長 数としてある。加えて困ることはないですね。

○事務局（森脇） ないです。まずは、看護師、助産師からということで、最初入れたというだけです。

○池ノ上委員長 それはデータはあるんですね。

○事務局（森脇） データはあります。

○池ノ上委員長 そうしたら、ここにもちゃんと入れるように致しましょうか。委員の皆さん、よろしいですか。それは当然データを取っているわけですから、別に問題はないと思います。はい。ありがとうございます。

他には何か。

○隈本委員 看護師と准看護師を丸めるのではなくて、准看護師というのを1行加えるということですよ。

○池ノ上委員長 ええ。データの取り方も、そういうふうな情報を頂いていますので、そのようにできると思います。

○事務局（森脇） 今回の数字の中に准看護師さんは入っていないという意味です。

○藤森委員 別な項目なんですけれども、表の1-2-7の妊産婦の既往のところ、産科合併症のところと同じ考え方にすると、これは対象数が■■■■で、既往なしが■■■■ということなんですけれども、既往というのは合併症妊娠ということだと思っんですけれども、■■■■ですよね。そうすると、残りはどうなっているんですか。拡大させてちょっと申し訳ないんですけども。

○池ノ上委員長 5ページの表1-2-7ですね。

○藤森委員 他に細かいものが合併ですか。

○事務局(森脇) 産科合併症とか産科に関するものは、結構きちんと特化して書いてあります。それ以外のいわゆるぜんそくですとかそういったものが、既往として、ここを取っております。

○藤森委員 ですから、これを足し算すると■■■■にならないのは、入っていないものがあるということですか。

○事務局(森脇) そうです。どれにも該当しないものが。

○藤森委員 例えば、ぜんそくとか、精神疾患に入っているかもしれないんですけども、てんかんとかそういうものというのは、多分、妊娠合併症でも非常に大切ですよ。例えば、ぜんそくなんかでも、発作を起こせばCPになるかもしれないので、どうなんですかね。実際のこれはぜんそく、恐らく僕も他の病気があってと思って、呼吸器疾患とかが入っていないので、ぜんそくとかが抜けているのかなと思ったんですけども。

○事務局(森脇) 原因分析報告書の中で書いてあるので、今のところをその他で取るようにはしているんですけども、必ずしも全部が書いてあるわけではありません。

○藤森委員 そうすると、既往なしというのは「既往なし」とはつきり書いてあるという意味ですか。何も書いていないものが■■■■。

○事務局(森脇) そうですね。はい。そうです。

○藤森委員 そうすると、■■■■は何かしら書いてあるということですか。

○事務局(森脇) そうです。

○藤森委員 そうすると、もう一度言いますけれども、ここに書いていないものの合併症があるということですか。

○事務局（森脇） 合併症というか、既往がある。

○藤森委員 既往ですか。

○事務局（森脇） はい。

○藤森委員 合併症ではなくて。

○事務局（森脇） 1-2-7ですね。既往です。

○藤森委員 既往ですね。

○事務局（森脇） はい。

○藤森委員 合併症ではなくてね。

○事務局（森脇） 既往です。

○藤森委員 どうなんでしょうか。この分類の仕方。普通、妊娠合併症と合併症妊娠。既往と言うと、もう今は治っているという人も入るということですね。そうですね。治っているというか、例えば小児ぜんそくとかがあったんだけど、今はもう内服はしないで発作は20年間起きていないとか、そういう人も入っているということですね。

○事務局（森脇） そうです。入っています。

○藤森委員 現在妊娠しているときの合併症ではなくてね。

○事務局（森脇） そうですね。

○藤森委員 どうなんでしょうか。既往というよりは、通常、我々、今、妊婦さんが来ているときに、「あなたは今お薬を飲んでいますか」「ぜんそくのお薬を飲んでいますか」「抗てんかん薬を飲んでいますか」と、今の状態を聞きますよね。合併症妊娠として。

○池ノ上委員長 今の合併症というもののデータはないんですか。呼吸器疾患とか心疾患とか、そういう情報は得ていないんですか。

○澤田客員研究員 もちろん、記載がされているものはあるんですけども、小児ぜんそくとかあったときに、それをどこに分類するかとかは、決めて頂ければもちろんできます。

○藤森委員 それは既往ですよ。現在じゃなくてね。小児ぜんそくというのは。

○澤田客員研究員 そうですね。はい。そういうのもこの中には入ってしまっていると。その他としてカウントはされちゃっている。

○藤森委員 でも、入っていない事例が■■■■あるということですよ。

○澤田客員研究員 はい。

○池ノ上委員長 それはまた他の、例えば血小板減少症とか何かそういうのがそういうところに入っているとかいうことですか。

○澤田客員研究員 そうです。あとは虫垂炎の手術の既往とか、そういうのも入ってくるので。

○池ノ上委員長 それは、上記以外のその他という項目に入れば入るんですか。

○藤森委員 あまり虫垂炎の既往とかは問題になることはないので、今現在の合併症のほうずっと大切なんじゃないでしょうか。

○池ノ上委員長 だから、現在の合併症、だから当該妊娠時に例えば特発性の血小板減少症があるとか、あるいは膠原病の何とかがあるとか、そういう情報は得ているわけですよ。聞いてある。

○澤田客員研究員 情報はあります。

○池ノ上委員長 ありますね。だけど、今回はそれはなかった。そういうことにまとめるようなものは。

○事務局（森脇） 今回はまとめておりません。一応、そのデータの取り方として、この既往というのは、妊産婦さんの年齢とかと同じような形で、分娩に関せず、どっちかという妊産婦さんの属性という形です。そういう形で既往を取っております。

それから、産科合併症については、そのように書いている。合併症妊娠というのは、中々そこが難しかったものですから、事例としては取っていないんですけども、妊娠中に発症している病気について取ったほうが良いということですか。

○池ノ上委員長 それは出さないといかんでしょう。

○藤森委員 さっきお話ししたように、例えばぜんそくも抗てんかん薬もそうですけれども、きちんとケアしないと、そこで発作を起こすと子どもの脳性麻痺を起こしますよということを、教科書にもちゃんと書いてあるわけですね。ぜんそくも、甘く見ると発作を起こして、その低酸素が子どもに影響しますよと。てんかん発作も、きちんと薬を内服をしないと、それが子どもの低酸素脳症を作りますよと書いてあるわけですから、やっぱり今の合併症をきちんと把握しておくということは大切なんじゃないかと思えますけれども。

○池ノ上委員長 それはできますよね。

○事務局（森脇） 網羅的にできるのかちょっと、原因分析報告書に書いてあるものについては捨てることは可能です。

○池ノ上委員長 それでいいんじゃないですか。■で、原因分析委員会の中に、何歳の方で、例えば従来高血圧があって降圧剤を服用中であった方が今回妊娠はどうなったということが書いてあれば、それをちゃんとリストアップすると。

○藤森委員 既往よりも、やっぱり当該妊娠なのか。

○池ノ上委員長 産科合併症があるので、内科あるいは他科合併症というのがあっていいんじゃないかというふうに僕もちょっと思いながら、どこにあるのかなと思って探していたところがあったんですけども、今の報告で、ちょっとそれがクリアになりましたが。

だから、どういう疾患を入れるかというのは、原因分析委員会でピックアップされたものを入れて頂ければ、それは全ていいと思います。原因分析委員会が。そして、そこで何も触れていなければ、例えば現症のところ、今回の妊娠には特に合併症なしということ、「特になし」と書いてあれば、それはなしでいいと思えますけれども、今回何々の合併妊娠で経過中とかいうようなのがあれば、それは今のような他科の合併症に入れるというような対応が可能じゃないかと思えますけれども。

○事務局（森脇） もともとこれは項目としては取っていないので、もう一度事例を振り返る必要がございます。なので、ちょっと確認させて頂きたいと思えます。

○藤森委員 でも、重要だと僕は思いますので。

○事務局（森脇） その結果、値として出すのが適切かどうかということも踏まえて、ちょっと確認頂ければと思います。とりあえずちょっと確認する作業をさせていただきます。

○池ノ上委員長 それはまたはっきり出てきたら、また委員の先生方に教えて頂いて、どう取り扱うかというのを、特に藤森委員のご意見などを頂きながら、この報告書の中にどう位置づけするかということを決めていくということで。

○勝村委員 前回、1回目のときは、まだ数が少ないのでというエクスキューズがあったので、あまり意見を言うことも差し控えるという空気だったわけですがけれども、もう2回目、今後のことがあるわけですから、やっぱり意味のあるというか、みんなが納得できる表にしてもらいたいなと思います。今、出されている意見も全てもっともだと思うので、その段階での合併している病気と産科合併症と、また既往のものも。

既往でも、この表でも合計して ■ になるように作られていないので、例えばその他を入れるとか、そういうふうにしないと、やっぱり何かなってしまうわけなので、ケアレスミスではないかとか、数字が合わないのはなぜかなとってしまうわけだし、そういうふうにしてほしい。

僕は、子宮収縮剤を投与された人の中で、子どもの頃に小児ぜんそくがあつて、しばらくぜんそくがなかったけれども、促進剤の投与によってぜんそく症状になったという人を複数知っているので、やっぱり既往との関係とかも、そういうぜんそくとかももしあるのだったらあげるべきだと思うし、やっぱり色々なところに可能性が出てくると思うので。

僕は、以前からずっとお願いしているんですけど、【重複あり】と書いてあるところは、どんな重複か分かるような表にするのは簡単だと思うので、そうしてもらわないと、見る者にとって意味のあるもの、納得できるものにならないと思うんですよね。重複がない場合でも、合計の数が合うような表にしてもらったり、今、出ているような細かなところも、今はまだ最初の段階ですからお願いするのですが、そうじゃなかったら、あまり言うのは控えますけれども、あんまりデータをそのまま出しても意味がない場合もあるかも

しれませんけれども、出すべきものについては、出していることに意味があるものにして欲しい。今、厚労省のデータベースも全部ネットで完全に見られるようになって、それらをクロスして色々な集計をして分析するような、大学生なんかでもそういう授業とかがあるわけですがけれども、そういうレポートとかの感じにしても、こういう重複の中身が分からない表とか、合計が合わないという形のままでの発表というのは、やっぱりちょっと意味が分かりにくいところがある。ちょっときつい言い方になってしまっているかも知れず申し訳ないのですが、今は最初の段階であるだけにそういうふうな表現になるようお願いしたいなと思います。表を見る人にとっては、まずはやっぱり文章で読むけれども、文章を読んだ以外にみずから何か見つけられるかもしれないという興味・関心でデータベースとかこういう数字を見ることになると思うので、そこをそういうふうな形にもしてもらえればいいなと、お願いしておきたいと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

確かに、この複数の要因が考えられるという場合の取り扱いというのは、非常に難しいものが出てくると思うんです。ですから、恐らく、さっき死亡原因の要因のウが何とか、ここに書いてあるようなそういう考え方ということが必要になってくるんじゃないかなと思いますが、複数の要因というのは、原因分析委員会で、これが考えられるけれども、これも二次的には関与しているだろう、これも関与しているだろう、というような原因分析委員会があるわけですね。だから、それを上手にここに分かるようなことが書き表されれば、重要な情報になるということですね。

○勝村委員 そうですね。だから、あくまでも原因分析報告書から拾って頂いているんだと思うんですけれども、そのときに、1つのところに重複している場合と重複していない場合とが分かるような表にしてもらっても、そのプライバシー云々という問題には全然いかないと思いますし、それで初めて数字が合って、みんな納得してその表が見られるということだと思うので、できるだけ重複ありというところの重複の中身が分かるような表にしてほしいと思います。

○池ノ上委員長 ちょっとそこら辺の工夫をしないと。単に重複だけだと、逆に余計な心配を皆さんがするような、誤った情報が出てしまう可能性もありますし、きちっとした重複のあり方、どういうふうに重複しているか、どういうことになっているか、その順位がどうなっているか、というようなことが分かるほうが関係者の理解が得られやすいということもあると思いますので、やはり丁寧により正確に、分かることはより詳細にというような基本原則で、その重複の問題も考えながらやっていくと。取り扱いは非常に難しいので、今回、■■■■が今挙がっていますが、これをもう一遍そういう目で見えて頂いて、今回の報告書にまとめられれば、今、勝村委員がおっしゃったような趣旨で、複数の要因の順列、順位みたいなものを考えると、もうちょっとたくさんあったほうが誤解を生じないかなと。もう少したくさん事例で、要因の複数あるものはこういう傾向になりますよというようなものが分かるまで待たないと、また誤解を生じるかもしれませんので、そこら辺も併せてご検討を事務局でして頂けますか。中々難しい大変な仕事だと思いますけれども、よろしくお願い致します。

他にいかがでしょうか。よろしいですか。

○箕浦委員 やはり、この表を完成しないとよくないと思います。

○池ノ上委員長 数値の。

○箕浦委員 そうですね。

○池ノ上委員長 そうですね。何となくしり切れトンボみたいな感じですよ。

○板橋委員 確認なんですけれども、18ページの新生児搬送の有無のこの新生児搬送というのは、NICUへの搬送という意味ですよ。

○事務局（森脇） 他院に搬送された場合です。例えば、自施設でNICUに入院というか、病棟を。

○板橋委員 まあ、移動すると。

○事務局（森脇） 移動は入っていないです。

○板橋委員 入っていないんですか。それだと、いわゆる高度施設に、高度というか二次

でも三次でもいいんですが、移動したというのが入っていないと。

○事務局（森脇） 移動したものだけが入っている。

○板橋委員 だから、自分のところで、例えば昭和で生まれて産科からNICUに入ったのは入っているんですか。

○事務局（森脇） 入っていないです。

○板橋委員 それはおかしい。

○事務局（森脇） 入っていないです。この取り方は。

○池ノ上委員長 NICU入院の有無とか何か、あるいは小児科管理の有無とか、何かそういうこと。

○板橋委員 適切な専門家にどれだけ移されているのかというのが把握できないと、これはちょっとこの数字がおかしくなっちゃうと思います。

○藤森委員 全例NICUに行っているんじゃないですか。100%じゃないんですか。

○澤田客員研究員 そうです。もう1度確認しますけれども、基本的にはNICUに全例入院していると思っていいと思います。

○板橋委員 ですから、このタイトルのところに注釈をつけておかないと、ということですよ。

○池ノ上委員長 僕らがやっぱりほしいのは、NICUの集中管理を必要としたかどうかということが必要な情報じゃないですか。そうでもないですか。

○事務局（森脇） 今後、児のアプガースコアが高くて、NICUに搬送されていなくて脳性麻痺になった児も補償対象になってくることも考えられますので、そういうことも踏まえて、ちょっと書き方というか、整理させていただきます。

○池ノ上委員長 なるほど。そうですね。もちろん、そういうこともありますね。今は特に重症例がどんどん上がってきていますので、出生直後に重症、必ずしも重症でないにも関わらずそういうことが起こったお子さんというのもこれから出てくる可能性がありますので。はい。よろしいでしょうか。どうもありがとうございました。

それでは、次へ進ませて頂きたいと思います。次は、テーマに沿った分析の審議の前に、ちょっと委員の先生方にご説明といえますか、お断りしたいと思いますが、実は、緊急帝王切開の決定から児娩出までの時間ということで、これが非常に重要だという意味でご議論をこれまで頂いておりました。

ただ、色々議論して頂く間に、緊急帝王切開を行うということには様々な要因が重なっている。

例えば、施設の体制でありますとか、あるいは地域の母体搬送に対するシステムの形成がうまくいっているかとか、あるいはそのときの母児の状態の緊急性のレベルとか、そういったことを総合的に考えますと、現時点ではこういう母体搬送、つまり緊急帝王切開に絡む母体搬送の例というのは■が対象になるということで、あまり多くないということと、これについて先ほど申しましたようなネットワークとか、当該地域の地域性とか、そのネットワーク形成上の色々な問題点とかということも十分吟味してこの議論を進めていかなければならないというふうに思われます。

それから、同じ帝王切開、緊急と言われても、その病状によっては、本当に緊急なのか、まあまあやっぱり帝王切開かなというようなものもあるだろうという、そういう細かいところを、もう少し実際に委員の先生方に議論して頂くような、そういったステップを踏んでこの報告をすべきではないだろうかと思えます。

この制度では、原因分析委員会からのこの報告書を作成して頂いて、そしてその中に院内の診療体制についても、先ほど助産師さんと看護師さんと准看護師さんの体制とかの議論が出ましたけれども、そういったことがありますので、単に時間だけで切るのではなくて、それに関わる様々なことを、もうちょっと先生方のご意見を踏まえたいうえで、このテーマとしてまとめたいというふうに考えております。現時点での時間だけをどう取るかということが独り歩きすると、まだ少し混乱を生じる可能性がある。

しかし、これは非常に重要なテーマでありますし、特に地域における周産期救急のシステム運用ということは、国でありますとか地方自治体でありますとか、こういったところ

にも提言をしていく必要のあることでありますので、より丁寧にしっかりと再発防止委員会で議論をして頂いて、それを報告として出していきたいというふうに考えております。

このテーマについては、もう少しお時間を頂きたいというふうに思っております。よろしうございませうか。そういうことで基本的にやりたいと思います。

それで、常位胎盤早期剥離については、これまでお手元にあります脳性麻痺発症の原因の分類というのが、常位胎盤早期剥離がかなりリストアップされております。現時点では、常位胎盤早期剥離をどうするかとか、あるいはどういう発症原因のメカニズムがあるのかというのにも分からない状況で、これにどう対処するかということも、医学的には正解、これがやるべき対応の仕方だというのは中々出てこないと思いますけれども、しかし、こういう脳性麻痺発症の原因として数多く出てきておりますので、色々な保健指導とか、妊婦さんたち、あるいは家族の方へも含めてどういう情報を知って頂いて、そして常位胎盤早期剥離でなるべく早くアクションが取れるような、そういったことがこの救命あるいは脳性麻痺発症の防止に少しでもつながるような意味でのご議論を頂ければと考えております。それについてのまとめたところを、資料について澤田先生のほうからご説明頂ければと思いますが、よろしいでしょうか。

○澤田客員研究員 では、お願いします。

前回の議論で変わったところを主にお話ししたいと思います。

まず、常位胎盤早期剥離を認めた事例が [] ありまして、その背景を表1にまとめております。前回、前期破水や子宮内感染やLight for datesを入れたほうがいいのかということで付け足されております。

そのうちに、妊産婦さんが自宅で腹痛や性器出血などの変調を認識した事例が [] ありまして、その人たちが分娩機関へ連絡するまでに時間を要した事例が [] あったと。 [] 時間を要した事例が [] あったということで、その時間についてその後でまとめております。それが表2になっております。

続きまして、2～5ページに関しては、特に変更点はありますが、基本的に妊産婦へ

の保健指導についてというところでまとめております。

6 ページです。常位胎盤早期剥離の現況についてですけれども、ここで前回のときは「誘因」という言葉を使いまして、点線で四角く囲って幾つかの誘因を書いておりますが、今回、変えたのは、ガイドラインに書かれている4つのみにしまして、危険因子として書いております。第4段落目です。言葉だけに変更しております。妊娠高血圧症候群と常位胎盤早期剥離の既往、切迫早産、外傷が危険因子として記されているということと、その後の行で、どれぐらいの発症率が増えるのかというようなことを記載しております。喫煙に関しては、4つの論文を記載しております。

続きまして、9 ページ目になります。再発防止および産科医療の質の向上に向けてですが、妊産婦の自覚症状を分かりやすく記載したほうがいいのではないかというような指摘がありましたので、それを表4に取りまとめております。一番最後の段落に表4に取りまとめたという文が入っております。

12ページになりますが、 の妊産婦さんの自宅で認識した変調を羅列しております。

1) 妊産婦に対する提言を3つにまとめておまして、まず、1つ目は、常位胎盤早期剥離がどのようなものかを知ること。2つ目としては、その初期症状を知ること。危険因子とされる4つに該当する場合は、早急に分娩機関に連絡し、受診することが書かれております。(3)として妊婦健診をきちんと受けましょうということが記載されております。

2) です。産科医療関係者に対する提言です。2つ記載しておりますが、妊産婦への保健指導を常位胎盤早期剥離についてのものを徹底するという。また、(2)として、妊婦健診を受診するように伝えるということにしております。

3) 学会・職能団体に対する要望ですが、これも2つにしております。1つ目が、常位胎盤早期剥離に関する保健指導について、具体的で分かりやすい内容を取りまとめること。2つ目としては、常位胎盤早期剥離も含めた具体的な保健指導のあり方について取りまとめることというようになっております。以上です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。常位胎盤早期剥離をテーマとして取り上げて、このようなまとめ方をして頂いて報告書に盛り込もうということでもありますけれども、いかがでしょうか。

○箕浦委員 恐らく、前も申し上げましたが、非常に意義深いことだと思います。このデータから見ますと、常位胎盤早期剥離と脳性麻痺はかなり関係がありそうですし、さらに病院外で発症するのが結構あって、それぞれ自覚症状がかなりはっきりしているものが多いんですね。ですから、そういったものをちゃんと啓蒙することによって相当減らせる可能性があるなというのが私の印象でしたので、非常にいいことだと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。こういったことを一歩踏み出して常位胎盤早期剥離を何とかしようという、全体での動きというのは今まで中々起こらなかった動きでして、どっちかというと、常位胎盤早期剥離という、もうこれはしょうがないかなという感じで、産婦人科医も諦めていた部分があるんですが、こういった産科医療補償制度の中で上がってくる実際の常位胎盤早期剥離のケースを原因分析委員会で分析して頂いて、我々見せて頂くと、もう少し何とかできる部分もあるんじゃないかなというところが見えてきましたので、今、箕浦委員がおっしゃったように、非常に意義深いことだと思います。片方では、常位胎盤早期剥離も何とかなるんだよという誤解もまた与えないようにしないといけないので、その両方のバランスをしっかりとって報告すべきことだろうと思います。

他にいかがでしょうか。

○鮎澤委員 ちょっとすみません。数字のことをちょっと確認させて下さい。とんちんかんなことかもしれないのですが、■■■■のうち認めたものが■■■■というふうにこちらは頂いているのですが、資料1のもうすでに見た部分なのですが、脳性麻痺の主たる原因のところに出てくる常位胎盤早期剥離のところは、主たる原因が■■■■、複数のところが■■■■で、足すと■■■■ですね。この■■■■はどこに紛れ込むことになるのですか。

○事務局（森脇） 早剥を発症している事例が■■■■、その中に主たる原因となっていないものが■■■■あります。部分早剥とかですね。

○鮎澤委員 それが資料1の「複数の要因が」というところにも入っていないということですね。

○事務局（森脇） 入っていないです。

○鮎澤委員 はい。分かりました。

○上田理事 資料1の1ページの下から3分の1のところに記載していますように、発症の原因について、原因はこれこれであると判断されることが明らかだとされているものを主たる原因として整理しています。主たる原因として記載されていなければ、それが取り上げられないこととなります。原因については誘因ですとか、分析する際には、そういった事例も出てくると思います。

○鮎澤委員 認めたものと、主たる原因だったかどうかの狭間のところに■があるということですね。分かりました。

○池ノ上委員長 それはどこかで伝えなくても分かりますかね。難しいような気がしますね。

○鮎澤委員 ここだけではなくて、狭間に入ってしまったって、どこに入っているのだろうというのが結構数字の中に出てくるので、これを全体としてどういうふうに解決して頂くといいのかなど、私も考えていました。

○池ノ上委員長 さっき勝村委員もおっしゃった、その複数の要因があるときに、どういう重みづけでどういうふうにつながっているかというところと同じようだと思うんですね。ありがとうございました。

他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。常位胎盤早期剥離は。

あと、特にこれは先ほど申しましたように、今まであんまりアクションを取っていない部分で、最初の一步が出るという感じの部分でありますので、この報告書に盛り込む文章としてこれでいいかどうか、あるいはここら辺、ちょっと気をつけたほうがいいんじゃないとか、もう少しここはということ、委員の先生がもう一遍お読み頂いて、そういったところがありましたら、次回は、もうファイナルの案をまとめるということが次回の作

業でありますので、できるだけ早い時期にそういったことを事務局のほうへご意見をお寄せ頂ければと思います。

○石渡委員長代理 8ページの妊娠時及び分娩時の保健指導というところで、今回、保健指導という観点からみたというのは、非常に画期的なことだと思うんです。ここの6番目に妊娠中の口腔衛生のことについて書かれておりますが、これはいわゆる一般的な妊婦さんに対しての啓発のことであって、これは早剥に関係したものではないですよ。切迫早産であるとか、実際、早産児に結構妊婦さんの歯周病とかそういうのが影響していることが最近言われておまして、一般的なこととしてここに書かれているのではないかというふうに思うんです。

ここには、たばこのことが書かれていないんですけれども、たばこのことをさっき取り上げておりましたので、1行どこかに入れたほうがいいのかというふうに思いますけれども。

○澤田客員研究員 この記載は、7ページの一番上に書いてありますが、母性、乳幼児の健康診査及び保健指導に関する実施要領、厚生省が出しているものをそのまま引っ張ってきているんですね。だから、全体的な記載になっております。

○池ノ上委員長 だから、これは常位胎盤早期剥離に特化して書いてあるわけではないんですね。

○事務局（森脇） わが国の保健指導という視点で記載しておまして、その引用として、通知、実施要領のほうを引っ張ってきております。

○石渡委員長代理 ここにたばこを追加してもいいのではないのでしょうか。母子手帳の中には、たばことアルコールのことも書いてありますよね。

○上田理事 2)わが国における保健指導については、現状を記載しておまして、現状に関しては資料がありません。その中で、厚生省が出している実施要領は早剥に特化しているわけではありませんけれども、保健指導に関して、参考になると考えて記載しています。

ですから、再発防止および産科医療の質の向上に向けての取り組みについては9ページ

で書きますので、今おっしゃいましたように、たばこの問題を危険因子と考えて何か対応を考えるかどうかということは、ここで議論して頂きたいと思います。少なくとも2)わが国における保健指導についてに関しましては、現状をただ淡々と書いているだけであります。ですから、現状でたばこに関して資料等が何かありましたら、それを記載することは考えられます。

○小林委員 石渡委員長代理のおっしゃるように、たばこは日本の文献も新しいのが出てきていますので、例えば10ページの国・地方自治体に対する要望に具体的にこれを加えてほしいというようなことを書けば、まさに答えになると思いますけれども。

○池ノ上委員長 7ページのわが国における保健指導と、その次の表3及びその後の文章のところ、これはもう厚生労働省が何かが出している文章なんですね。これはあまり勝手にはいじられない。

　　だけど、この委員会としてたばこの問題をどこかで強調するためには、今、小林委員がおっしゃったような、そういうところに強調していくということで、我々の意思を發表するという方法で、先生、いかがですか。よろしいですか。

○小林委員 はい。結構です。

○池ノ上委員長 では、今、小林委員がおっしゃったような方向でよろしいですか。

○箕浦委員 7、8は非常に紛らわしいので、これは(参考)とかにしちゃったほうがいいかと思いますね。

○池ノ上委員長 そうですね。何か薄れる感じがしますね。先生方、いかがですか。今、箕浦委員が7ページと8ページですか。どこかで参考資料とか何か。

○上田理事 後ろに回しますか。参考資料として。

○池ノ上委員長 基本的には、やっぱり妊婦さんに対する保健指導というのは、何も早剥に限らず、こういうことをやらないといけないんですよ。その中で今回取り上げた常位胎盤早期剥離については、特にこういうことを注意をして保健指導しましょうよという、そういう趣旨は徹底するような気がしますね。

○勝村委員 この構成が、ちょっと僕も難しいと、分かりにくいと思うんですけども、5ページのところでは、原因分析報告書の中には禁煙の指導を推進する必要があるというのが出ていて書いてあって、それが1つ目にあって、2つ目の現況としてはそういうことは載っていないので、3つ目、今後に向けては、国・地方自治体とかでもそういうことも含めてやってほしいという論理構成でよいのではないかと思います。

それが、でも、確かに分量的にいつも最後が小さいので、何がメインなのか、パッと見て分かりにくい。これは仕方ないのかも知れませんが、そういう方向でどうでしょうか。

○池ノ上委員長 じゃあ、たばこについては、今、勝村委員がおっしゃったような論法でつないでいて、この再発防止委員会からの意見として出していくというのでいかがですか。よろしいですか。はい。ありがとうございます。

では、常位胎盤早期剥離については、そういうことで進めさせていただきます。

○藤森委員 表1の切迫早産の定義の確認だけ。産科合併症のところでは、臨床的に診断されたもの及びリトドリン塩酸塩が処方されたものと書いてあるんですけども、同じと考えてよろしいですか。

○事務局（森脇） 同じです。

○藤森委員 ちょっと比率が高いなと思ったものですから。

○上田理事 箕浦委員の提案の後ろに持っていくか、もう少しコンパクトにするか、検討させて下さい。それで各委員にご相談します。

○池ノ上委員長 それでは、よろしいですか。

じゃあ、次の資料については、今度は吸引分娩についてであります。事務局から説明をお願い致します。

○澤田客員研究員 これは3回目の確認になりますので、変更点だけ読ませて頂きます。

ページ1の4行目です。吸引の施行時間が20分を超えた事例と記載されていたと思うんですけども、総牽引時間という言葉に、ガイドラインに沿って直したというところが1

つ目です。

次が5ページ目になりまして、5ページ目の(2)の1つ目の○ですが、これも20分ルール、5分ルールという記載でしたので、20分以内ルール、5回以内ルールという記載に直しております。

次に、11ページ目ですが、11ページ目の(4)です。吸引分娩により出生した児は、一定時間、注意深く観察するの、その一定時間はどれぐらいなのか、具体的に記載したほうがいいというご指摘がありましたので、点線の四角の中に書いてありますが、■■■■ 出血性ショックがありまして、その■■■■ の診断時期を書いております。出生後■■■■、出生後■■■■ に出血性ショックが診断されているという具体的な時間を書いております。以上の3点です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。前回の先生方のご意見を踏まえて修正して頂いた点であります。いかがでしょうか。よろしいですか。

○事務局 (森脇) 前回、議論でクリステレル児圧出法に関して、オリジナルの論文はあるのかとかいうような議論がございました。石渡委員長代理のほうからこの論文を探すようにということでご提示頂きました論文を取り寄せましたので、先生方のほうにお配りします。

この論文は、ポーランドの雑誌でして、サマリーしか英語が載っていないんですけども、オリジナルバージョンということで紹介されている論文でございます。

○池ノ上委員長 サマリーのところが英文で、あとは僕もよく分かりませんが、ポーランド語なのか何語なのかよく分からないんですけども。

○隈本委員 2008年の論文ですか。この引用文献の中にクリステレルがあると。

○事務局 (森脇) 2008年の論文なんですけれども、その中でクリステレル児圧出法のオリジナルバージョンを紹介するという論文になっています。ちょっと英語じゃないから分かりにくいんですけど、恐らく、サマリーを読みますと、クリステレル児圧出法のテクニックですとか、方法ですとか、適応とかが記載されているというふうに書いてあります。こ

れは1867年にパブリッシュされたと書かれております。

○隈本委員 今、見たら、参考文献の5がそうですね。これはどうやらドイツ語ですね。

○勝村委員 これを森脇さんが理解されているのでしたら、日本語に訳して頂けないですか。ぜひお願いしたい。読みたいです。

○隈本委員 これは元文献がこの場所にあるということが分かったら、元文献を探したほうがいいですね。参考文献5を、ドイツ語の文献を持ってきたらどうでしょうか。

○池ノ上委員長 そうですね。後ろの文献No.5がクリステレルSと書いて出ていますね。

○藤森委員 至るところに5が引用されていますね。

○池ノ上委員長 これをドイツ語をどなたかが見て頂ければ。ドイツ語だったら。ポーランド語は中々。これは文献を当たって頂いて、本当によくここまで行き着いて頂きまして、ありがとうございます。

○藤森委員 50ページあります。

○隈本委員 せめてサマリーだけでも。

○池ノ上委員長 それはちょっと別建て予算を立てて頂いてでも、ぜひ。それは非常に全国的に必要な人が多いと思いますよ。クリステレルの原著が日本語訳で出るとなると。はい。よろしいでしょうか。

吸引に関しては、先生方からのご意見を頂いて、そういうことになっております。

ちょっとこのクリステレルについて、これがこっちのポーランド語が差し当たってお分かりになる先生って、いらっしゃいませんか。お知り合いとか。このクリステレルについての云々というのは、これはちょっと記載されておりますけれども、これについてはどうしましょうか。基準を決めてくれとか、そういうことを言っているんですよ。学会で何回しなさいとかということですね。

○上田理事 確か、前回は、クリステレルの安全性について提言してほしいとのご意見がありました。一方、学会に要望されても具体的な取組は中々難しいとか、あるいは介入研究が難しいとか、色々な課題もあるとのご意見でした。最終的に委員長からはクリステレ

ルの手技については今後検討すべき課題であるということです。

ですから、今回のこの記載でよろしいのか、もう少し加えたほうがいいのか、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 いずれにしろ、原著の評価は間に合わないですね。

○勝村委員 今後どういうスケジュールでやるかというのは、また委員長に聞かないといけないですけども、僕は、クリステレルというのは非常に再発防止のためにきちんと見直してほしいと思っていますから、非常にきちんとやってほしいと思っていますので、ぜひ予算なりつけて頂いて、ポーランド語もドイツ語も日本語に訳して頂いて、クリステレルのガイドラインというものを本当にきちんと示して頂きたいと思っていますので、結果的にそういう方向に別途進んでいって頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 今年度はこのステートメントはこのぐらいにしておいて、次年度あたりに今のような作業が、この委員会でやるべきことかどうかちょっと分かりませんが、でも、これだけ再発防止に絡んでいることであれば、やっぱりやらないといけないかなという気持ちもします。恐らく、そのニーズはかなり高いのではないかと思いますから、じゃあ、今回はこの表現といたしますか、こういう文言で。次回にはもう少し突っ込んだクリステレルについての提言といったものができるような方向に持っていくという、そういう考え方でよろしいですか。

○藤森委員 サマリーの中にもコントラバーシーって、入っていますよね。

○池ノ上委員長 そうですね。1800年代に出た当時の産科医療を背景にして考えられた、恐らく、生児を得るための帝王切開なんていうのがない時代の産科医療でしょうから、それも考えてやる。だけでもその中に、基本的にはこうなさいなんていうことが恐らく書いてあるんじゃないかと思うんですよね。子宮破裂を起こさないようにはこうなさいとか、それがあれば非常に我々としても提言しやすくなるんじゃないかと思います。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、他になければ、診療録の記載等について、事務局からお願い致します。

○事務局（森脇） ご説明させていただきます。参考資料2でございます。これも吸引分娩と同様でして、これが3回目の議論になります。変更点のみご説明させていただきます。

変更は2点ほどございます。診療録につきましては、 のうち診療録の不足について を取りまとめております。前回の意見では、まず、9ページ目の2)の診療録等に関連する関連法規のところですが、療養担当規則の内容も付記したほうがいいのではないかというご意見を頂きましたので、これを追加致しております。

最後のページになります。提言のところなんですけれども、今回の提言は、まずは産科医療関係者に対する提言と致しまして、①にきちんと網羅的に診療録に記載しましょう、記録を記載しましょうということを踏まえたうえで、②で特に異常出現時の母児の状態、それから分娩誘発促進の処置や急速遂娩実施の判断と根拠や内診所見、新生児の蘇生処置については詳細に記載しましょうということを提言しております。

これに加えて今回つけ足したのが、2)の学会・職能団体に対する要望でございます。上記の内容について、普及・啓発することを要望するというのを学会に提案していいのではないかというご意見を頂きましたので、これを付記しております。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す。いかがでしょうか。これは原因分析委員会で診療録の記載が不十分であると記載されているものを取り上げたということですね。これは先ほどのように、考え方とかそういうのは書かなくても十分理解してもらえというふうな考え方でいいですね。

○事務局（森脇） 6ページをご参照頂けますでしょうか。もともと産科医療補償制度では、前後致しますけれども、7ページに書いてあるような記載事項に沿って情報収集をしておりますが、その記載事項というのは、6ページに記載されております医療法とか学会の研修ノートとかマニュアルとか、そういうところでもともとされているものを取りまとめておりますので、当然書いて頂けているものというふうに。

○池ノ上委員長 それを基準にして判断しているということですね。

○事務局（森脇） そうです。基準に致しております。

○池ノ上委員長 他にいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

○鮎澤委員 今、ご紹介があった、この制度を使うにあたって提出して頂く項目というのは、ちゃんと皆さん書かれていらっしゃるのですか。事例検討の際に、ここに書いてある7ページ、8ページの項目については、現場の医療機関からきちんと記載されて上がってきていますか。

○事務局（森脇） 記載されていて、記載されていないものについてはその指摘がされているということです。

○鮎澤委員 指摘されると、上がってきますか。

○上田理事 原因分析や医学的評価を行うに当たって、記載されていないために評価できないとの指摘はあります。この項目が全部記載されているかどうかのチェックはしておりませんので、その辺をもう少し記載する必要があるかもしれません。

○鮎澤委員 つまり、この制度を使うに当たってはこういうものをきちんと出すということは、参加の条件のひとつなのではないかと思うのです。この制度を使う医療機関の。もしまだそこに必要なことが書かれていないのであるならば、ここは、「まだ書かれていないことがある」「きちんと書いて下さい」ということをメッセージとして伝える大事な場所なのではないかと思います。そういった思いがちょっと薄い感じがして、現状がちょっとよく分からないのですが、何かもうちょっと書き込んで頂きたいという思いがあったので。

○池ノ上委員長 これは原因分析部会が原因分析を行うに当たって情報量があまりにも少な過ぎる、診療録での記載、あるいは記録等が少ないからというのが、ここに上がっているわけではないんですか。今、鮎澤委員がおっしゃったのは、もっと医療レベルを上げましょうとか、質を上げましょうと。

○隈本委員 実態から言いますと、要するに、原因分析委員会の部会で原因分析をしようとしたときに、カルテに全てのことが書かれているとありがたいのですが、全てのことが書かれていないものがあると。その場合に、全部項目を埋めて下さいというふうをお願い

するんじゃないくて、原因に関わりそうな部分について「問い合わせ」という形で1回問い合わせをするんです。それに対して十分な回答がなかったり、あるいは回答があっても本当かどうかよく分からないみたいなものもあるというのが現状ですね。

だから、この項目が全部埋まっていなければ受け付けないというわけでもなければ、このチェック表でチェックして、全部埋まっていないんだったら全部埋めて出して下さい、というふうに言っているわけではないです。

だから、現状は、原因分析の中で重要だと思われる、原因に深く関わっていると思われるところについては、原因分析委員会から大体1度だけですね、まれに2度問い合わせをします。それに対する答えをもらって原因分析をする、というのが現状です。

だから、原因分析報告書には「記述が不十分なのでよく分からなかったから、何とかしてくれ、しっかり記述してくれ」というようなことを書くわけです。でも、報告書は当該分娩機関にしか行かないのです。当該分娩機関以外のところにもメッセージを発するとしたら、この再発防止委員会の報告書しかない。もちろん、産婦人科医会だとか学会に向けての提言の中には記録をちゃんと書いて下さいという提言が入っているんですけど。でも、それは、当該分娩機関以外の人には直接メッセージとしては行っていない仕組みになっています。

○池ノ上委員長 一番最初の1ページに、診療録の記載不足を指摘された事例が■とい
うのは、原因分析委員会が必要とする情報が入っていない、あるいは情報すら入っていないといえますか、そういうのが■であって、カルテが全然書かれていないとか、全く書かれていないとか、そういうのが■ではないんですよね。

ですから、ここをもう少し原因分析に必要な記載がないと。それは本来診療録として書かれなければならない、あるいはここにあるリストの中にあげられているようなものだけでも、それが記載されていないというふうな意味が少し出たほうがいいのかと思いますけれども、不十分な記載ばかりがそんなに多いのかという印象が独り歩きするのも困るかなという気がするんですけども。今までの診療をやっている診療所の基準から

すると書いているつもりだけれども、産科医療補償制度の原因分析委員会から見ると、やっぱり足りませんよと、こういうこともちゃんと書いて下さいよ、ということを再発防止に絡めて我々が発信するというのが必要なんじゃないかなと思いますけれども、よろしいですか。

○川端委員 字が汚くて読めないというのは入っていないんですか。

○澤田客員研究員 実際にはいっぱいあるんですけども、それは原因分析報告書に書かれないですね。

○川端委員 記載不備とか、それには入ってこないんですか。今回の分析では。

○澤田客員研究員 今のところの原因分析報告書には、字が汚くて読めないというような記載はなかったと思います。

○隈本委員 やはり、カルテの書き方自体は千差万別で、ものすごく良く書かれているんだけども大事なところが1個抜けているという人もいれば、もう本当に真っ白という方もいらっしゃるのでも・・・、それは色々グレードがあります。

ただし、原因分析をしようというときに、ぜひ知りたいこと、例えば母体の熱が書いていないとか、どういう判断で帝王切開にしたかという判断理由が書いていないとか、そういったところで分析がつかづくことが多く、そうすると必ず原因分析報告書に、カルテの記載をちゃんとして下さいというふうに書かれるというわけです。

だから、全体がだめだとかいうわけでもなく、うっかり書いていないというレベルばかりでもないということで、ちょうどその中間なんだと思います。

○池ノ上委員長 よろしいでしょうか。石渡委員長代理、よろしいですか。そこら辺の記載については。

○石渡委員長代理 そうですね。だから、原因分析のために必要な情報がないということをも明記すればいい。

○池ノ上委員長 それを、最初のあたりにきちっと書いて頂いたほうがいいと思います。

○鮎澤委員 恐らく、次に記録について書かれるのは、当分先になると思うんです。今回

このタイミングで記録に関して必要なことを、これから次の原因分析に必要な情報を集めるためにも書いておくことが必要だと思っているので、もう少し将来的に、何が足りなくてどういうことが必要なのか、そういうようなことをこのタイミングで書けることをもうちょっと書き込みたいなという思いがありますので、ご検討下さい。

○上田理事 委員長がお話された最初の概況のところと、今、鮎澤委員がおっしゃいました今後に向けての項目に、原点に立って、診療録等の記載についてきちんと取り組んで頂きたいとするか、検討してみたいと思います。

○池ノ上委員長 診療録を適正にきちっと書いて頂くと、書いてもらうということも、勝村委員が最初からずうっとおっしゃっていたことで、色々後から振り返って分析をしてみると、あるいは再発防止に対応するという、その最初の段階の情報がないと、戦略的なことも中々立てられないということがありますので、それも含めて検討するというような情報発信の仕方が必要だと思います。

○板橋委員 むしろ、もう少し突っ込んだ形で、7ページにあるような検査データ等の記載事項をもっと積極的にきちんと書くべきだということまで踏み込んでいったほうが、診療録は病院によって診療所によってそれぞれ違うことはあっても、やっぱりミニマムリクワイアメントはここであるということをもう少し強く言ってもいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。特にこの産科医療補償制度がしっかりした制度として今後運用されていくためには、この最初の部分の情報が正確に正しくこちらに入っていないことには、その次のステップができないので、それについては、ちょっと時間をかけながらも、あまりかけてはいけませんけれども、やって頂くということも踏まえて、もう1つは原因分析をするにあたっての必要なことというのと両建てで進めていく。そういう考え方でいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

○勝村委員 今、鮎澤委員がおっしゃったような、このことに関してはちょっと厳し目の重みのこもった言葉があっただけいいと思うので、そういうことを何らかの形でご検討頂きた

いなということと、2ページの表でも、やはり重複ありということなのですが、個々には3～4ページで、こういうものがあつたということが書いてあるんですけども、重複の度合いで、やはり、今、お話があつたように、ほとんど白紙に近いようなものをこの制度が始まる以前にいくつかの医療事故に関して見てきていますけれども、この原因分析の中であつたのであれば、そういうものはより強くとがめて当然だと思ふんですよね。そういうことが2度と起こらないための再発防止の報告書なので、こういう報告書を出したけれども、また同じような不十分な記録の資料が出てきたということが結果として起こらないような思いなり何なりというのを表現しておいて頂きたいなと思います。会議もあと1回だと思ふんですけれども、ぜひお願い致します。

○池ノ上委員長 今、板橋委員がおっしゃつたことと恐らく重なると思ふんですけれども、全体のレベルを上げるということ、原因分析の部会のより具体的な活動ができるためにとということと両方があつて、そして、このカルテ、診療録の記載をしっかりと頂きたいと。基本的には、そういう考え方をお伝えすることになるだろうと思ふんですが、その点について、ぜひ少し書き込んで頂ければと思います。

他によろしいでしょうか。はい。では、どうもありがとうございました。

それでは、もう時間がまいっておりますので、これで第13回の再発防止委員会を終了します。

3. 閉会

○池ノ上委員長 次回は、報告書の公表時期などについてもご相談したいと考えております。報告書の最終的な原案をまとめる段階に入ろうかと思っております。それで、先ほども申しましたけれども、今日、少しお示しましたこの内容についても、もう1度先生方お目通し頂いて、次回までにご意見を聞かせて頂ければと思います。

次回は、そういうことで公開ということで開催させて頂く予定でございます。そういう意味で、ぜひそれまでにもう1度最終的な先生方のご意見をお寄せ頂ければと思っております。

ます。よろしいでしょうか。どうぞよろしくお願い致します。

それでは、どうも今日はありがとうございました。