

第53回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：平成28年10月5日（水） 16時00分～18時35分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

○事務局

本日は、ご多用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、資料1「早産について(案)」、資料2「早産補足資料」、資料3「早産について(案)意見シート」、資料4「これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向(案)」、資料5「これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向(案)意見シート」、資料6「『診療録等の記載について』補足資料」、資料7「 件の集計結果について」、資料8「脳性麻痺発症の主たる原因について」、参考1「第7回再発防止報告書の付録における周産期登録データベース掲載表(案)」、参考2「機構および周産期登録データベース項目対比表」。

その他、当日配付資料が3点ございます。当日資料1、松田委員ご意見、当日資料2、早産で常位胎盤早期剥離事例の子宮収縮抑制薬投与状況案(変更案)、最後、当日資料3、教訓となる事例CTGでございます。CTGは委員の皆様のみ配付していますが、審議後は回収させていただきますので、ご協力をお願い致します。

最後に、クリアファイルに次回委員会の開催案内及び出欠連絡表がございます。

不足、落丁などございませんでしょうか。大変失礼しました。不足、落丁などございませんでしょうか。

また、「産科医療補償制度ニュース第3号」を各委員の皆様に3部ずつお配りしております。10月1日発行のものでございまして、委員の皆様の周りの方々にもぜひご案内して頂きたい、よろしくお願い致します。

なお、事例データに関する資料につきましては、審議中でございますので、お取り扱いにはご注意下さいませよう、お願い致します。

また、小林委員、及び、松田委員は少し遅れてのご出席になる旨のご連絡を頂いております。

それでは、少し定刻を過ぎましたけれども、ただいまから第53回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

それでは、池ノ上委員長に進行をお願い致します。

○池ノ上委員長

委員の皆様、お忙しい中、お集まり頂きまして、ありがとうございます。

台風がちょっと、特に宮崎は狙われておりましたけれども、うまいぐあいにそれてくれ

まして、飛行機に乗ることができました。今日は、第53回ということで、どうぞよろしくご議論をお願い致します。

それでは、本日の議事は次第の通りに進めさせていただきます。

最初に、報告事項について、事務局、お願い致します。

○事務局

報告事項としまして、再発防止ワーキンググループの取り組み状況をご報告致します。

今年度のワーキンググループのテーマとして、新たに、XXXXXXXXXXについてを取り上げることとなりました。ワーキンググループでは、本制度の補償対象となった脳性麻痺事例と、日本産科婦人科学会周産期登録データベースとの比較研究を行っていきます。

これまで再発防止に関する報告書において、XXXXXXXXXX

非常に重要なテーマであり、今後の進捗については適宜ご報告させていただきます。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

これにつきまして、何かご発言ございますか、あるいは、ご質問等。よろしいでしょうか。

ということで、報告であります。ありがとうございました。

続きまして、前回の委員会で頂いたご意見をもとに、第7回再発防止に関する報告書のテーマに沿った分析の一つであります早産について、具体的なご議論を頂きたいと思えます。

それでは、これにつきまして、事務局から説明をお願いします。

○事務局

早産について、まず、資料からご説明致します。

資料1が報告書案、資料2の1ページからが全事例の背景、脳性麻痺発症の原因をまとめた事例一覧、6ページからは切迫流産、切迫早産の管理一覧、12ページからが常位胎盤早期剥離事例における子宮収縮抑制薬使用状況、15ページからは分娩管理詳細です。

資料3が、前回審議のご意見と修正案をまとめた意見シート、当日資料1として、松田

委員より事前に頂いたご意見、当日資料2、3は、修正案のご説明の際にあわせてご案内致します。

それでは、資料1「早産について(案)」及び資料3の意見シートに沿って、前回からの主な修正点をご説明致します。

意見シート2から5番より、妊産婦の背景表に「前期破水」の項目を設け、32ページ8行以降に「前期破水となった事例」の項目を設けました。前期破水があった事例は、一般審査、個別審査を並列とした記載にしました。

意見シート6番から8番より、3ページ8行以降に、早期早産・後期早産などから週数分類をしたことについて追記しました。また、参考情報として掲載している正期産の分類についても記載しています。

意見シート10、11より、13ページ10行以降、26ページ6行以降に「常位胎盤早期剥離発症事例における子宮収縮抑制薬投与状況」の項目を設けました。掲載表について、松田委員より事前のご意見として、意見シート26、「異常胎児心拍パターンが出現している場合でも投与された事例の頻度が知りたい」とのご意見を頂きましたので、当日資料2の差しかえ案を作成しました。

差しかえ案では、常位胎盤早期剥離発症時に切迫早産として子宮収縮抑制薬が投与開始・増量された事例のうち、投与開始・増量時に胎児心拍数波形異常があったと原因分析委員会で判断された事例の件数を追加しています。

○事務局

すみません、今、差しかえ案といたしますのは、当日資料2のこの資料になります。

○事務局

意見シート16から19より、資料1、14ページ5行から、切迫早産と常位胎盤早期剥離の鑑別診断についての教訓となる事例を追加しました。クリアファイルの当日資料3は、この事例の、1つ目のCTGですけれども、この事例の胎児心拍数陣痛図です。

切迫早産と常位胎盤早期剥離の鑑別診断については第6回報告書でも掲載していること、鑑別診断では胎児心拍数陣痛図の判読と対応が重要であることから、教訓となる事例とあわせて、胎児心拍数陣痛図を掲載することをご提案致しますので、掲載の可否についてご検討下さい。

また、36ページ1行以降の脳性麻痺発症の主たる原因が「感染」とされた事例を差しかえています。本事例のCTGは、クリアファイル内2つ目のものです。

意見シート24、松田委員より事前のご意見として、9ページの産科合併症の中に「絨毛膜羊膜炎（子宮内感染）の項目を入れるべき」とのご意見を頂いています。現在、機構の集計では、「子宮内感染」については集計していますが、分娩中の所見のみからの「子宮内感染」の集計ではなく、分娩後の所見や新生児所見から原因分析委員会で、後方視的に、「子宮内感染があった」と判断された事例が含まれた集計です。また、背景表については、「ガイドライン等でコンセンサスが得られた事項を記載することを原則とする」と委員会決定されています。子宮内感染について項目を設け、詳細説明を追記するか否かについてご検討下さい。

意見シート25、松田委員より事前のご意見として、13、26ページの子宮頸管長短縮事例、フィブロネクチン陽性、エラスターゼ陽性の件数を知りたいとのご意見を頂いています。子宮頸管長の測定はガイドライン2014で推奨レベルCであること、およびフィブロネクチン、エラスターゼの基準値はガイドライン2014に記載がなかったことから、これまで掲載していませんでした。追加についてご検討下さい。

この他のご意見は、意見シートの修正案にかえさせていただきます。

ご説明は以上となります。ご審議お願い致します。

○池ノ上委員長

ちょっと膨大な資料になっておりますけれども、前回もご議論頂いておりますので、それぞれご発言頂いた委員の先生方のところはまずご覧頂いて、こういう対応でいいかどうかということを含めて、ご発言頂ければと思いますが、よろしくお願い致します。

まず、最初は、どこを検討すればいいですかね。

○事務局

まず、掲載表1の妊産婦の背景表に、子宮内感染という項目を入れるか否かということについて、ご議論頂ければと思います。

○池ノ上委員長

表の。

○事務局

はい、背景表の。

○池ノ上委員長

5ページの表ですか。

○事務局

9ページのところの一般審査です。

○池ノ上委員長

9ページのこの表。

○事務局

はい。10ページの最後の段のところ、胎盤病理組織学所見で「絨毛膜羊膜炎あり」と記載はされているけれども、子宮内感染という項目がないので、追加をしてはいかがでしょうかというご意見を松田委員から頂いておりますので、この点について、まず、ご議論頂ければと思います。

○池ノ上委員長

臨床的な目で監察された子宮内感染という項目がここに上げられるかどうかという、そういうことですね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

いかがでしょうか、まず、その1つについて。木村委員、何か。

○木村委員

どの程度それは原因分析報告書に記載、あるいは、カルテから読み取れているのでしょうか。要は、その担当医が子宮内感染と認識したかどうかどの程度書かれているかというのは、ちょっとそこが分からないと、例えば、全体の早産の、これだけの早産の中で多分10件であったとしても、みんながそれに着目してちゃんと書いているかどうかということがちょっとどうなのかなと思います。

○石渡委員長代理

つまり、診断基準のところですね。

○木村委員

はい。診断基準をちゃんと、あるいは、もしもカルテとかに記載がなくても、その他のところから読み取って、その診断基準から、これは完全にあったんじゃないかというふうみんなが評価されているかどうかだと思っんですが。

○事務局

意見シート4ページの番号24の修正案のところ、アスタリスクで、ご参考として、原因分析報告書に子宮内感染があったと判断された事例の件数をこちらに掲載しております

す。一般審査は■■■■件、個別審査は■■■■件です。

○木村委員

だから、やっぱりちゃんと見ておられるということですね、これに関しては。

○事務局

こちらの件数に関しましては、分娩中の所見だけではなくて、出生後に、新生児に感染があったので、子宮内感染があったですとか、あとは、胎盤病理で絨毛膜羊膜炎や臍帯炎があったので、後方視的に見て、子宮内感染であったと判断されている内容の事例が含まれておりますので、全て分娩中の所見からという集計は行っていません。

○池ノ上委員長

他にはいかがでしょうか。はい、どうぞ。竹田委員、どうぞ。

○竹田委員

胎盤病理がないような事例で明らかに感染があるようなものを入れたいわけですね。入れたほうが分かりやすいと思います。胎盤病理がない中に感染しているもの、すなわち臨床的に熱発しているとか、何か炎症反応が上がっているとか、何かこういう臨床的絨毛羊膜炎のある事例も入れれば、もうちょっと分かりやすくなると思います。

○池ノ上委員長

そこら辺の報告書の書きぶりがどのくらいきちっと、そういうつもりで書かれていればいいんですけど、そうかというところですよ。

はい、どうぞ。

○木村委員

あと、もしこれを入れることがここ、これだけの数があれば賛成なんですが、胎盤病理で感染、絨毛膜羊膜炎ありというのと何か重複して、この数字、プラス、胎盤病理の数字が全体の数だと思われないように、多分この中でですよ、絨毛膜羊膜炎があったというのは、ここに入れると、24番のアスタリスクに書いてある数の中に絨毛膜羊膜炎があったということになるんでしょうから、それ、この例えば■■■■%と胎盤病理があった何%を足してというふうに読まれないような工夫はちょっと要るのかなと。そうしないと、ちょっと幅が広がってしまいますので。

○池ノ上委員長

他に。金山委員、どうぞ。

○金山委員

いわゆる臨床的な絨毛膜羊膜炎って診断基準がありますよね。それに該当するものやっぱりこの中から拾っていけば、一般的に受け入れやすい基準になるんじゃないかと思います。母体体温 38 度以上、胎児心拍数の頻脈等々ありますよね。その基準に沿ったものをその中から選別して取り上げるというのは大事になると思います。

○池ノ上委員長

そういうのは拾えますか、その報告書の中で。

○事務局

現在は、集計をしていないので、もし集計表に載せるということだと、事例を一つずつ確認して、回答するかどうかという作業が必要になってまいります。

ということと、あと、松田委員からご意見を頂いているんですけども、絨毛膜羊膜炎の診断、おそらく臨床的絨毛膜羊膜炎のことと思われまじけれども、現時点では統一されていないということがありまして、この背景表には、ガイドラインなどでコンセンサスを得られた内容を掲載するということが委員会で決定されていますので、その統一されていない事項を載せてもよろしいかどうかということについてもご検討頂ければと思います。

○池ノ上委員長

はい、藤森委員。

○藤森委員

すみません。原因分析委員会では、この1つずつの事例について、臨床的絨毛膜羊膜炎があったとか、推測されるとか、そういう記載はないですか。今お話があったように、例えば採血なんかも何回もしているとか、熱なんかも何回もはかっている、なかなか今の皆さんが調べるってなかなか難しいと思うんですが、原因分析委員会として、結論みたいなのはその報告書には書いてないんですか、疑われるとか、診断できるとか。

組織学的にやっていたら、組織学的絨毛膜羊膜炎と診断しているかもしれないですが、臨床症状だけで、疑われるとか、そういうのは書いてないんですか。

○事務局

臨床的絨毛膜羊膜炎という用語を使っているものに関しては、あるものとないものがありますので、データベースで子宮内感染と統合して集計はしています。

この中から、臨床的絨毛膜羊膜炎というワードで拾い出すことは可能ですけれども、全ての事例において必ずその臨床的絨毛膜羊膜炎という用語が使われているわけではないと存じます。

○藤森委員

子宮内感染という言葉は使われているんですか。

○事務局

使われています。あと、「感染があった」ですとか、そういった内容です。

○藤森委員

同じとするかは難しいですね。

○池ノ上委員長

最近、ここ数年は、この子宮内感染と脳性麻痺の関連というのがすごく注目を浴びるようになったんで、おそらく皆さん、それにかかなり注意しながら管理をしておられるということで、かなり前の場合は、子宮内感染がそういう臨床的なレベルでありますよという概念で、臨床症状を報告書というか、カルテの段階ですね、カルテの段階できちっと書かれているかとか、あんまりない。

結局、胎盤病理があれば感染でしょうとか、あるいは、よっぽどはっきりした高熱だとか、血液学的な異常だとかというのがあれば、そういうことがあるかもしれませんがけれども、積極的にはおそらく拾いに行っていない時代の影響がかかなり出てくるんじゃないかなという気がちょっとするんですけどね。

おそらく、最近だと、この子宮内感染、特に臨床的な絨毛膜羊膜炎という捉え方を多くの現場の産婦人科医がするようになってきていると思いますので、そのちょうど変化も少しあるかなという気が、少し怖いというか、そういうところがあると思うんですけど、どうでしょうかね。

○竹田委員

原因分析委員会のグループによって多少スタンスが違っていると、全部拾い出すのは難しくなります。グループによっては臨床的絨毛膜羊膜炎とつけていますが、つけないグループもあります。子宮内感染は病理があれば確定ですが、ない場合は、難しいです。どう分析するかは、臨床的な定義を決めて、これらの事例を分析に入れ込んだほうが僕はいいと思います。分析に臨床的絨毛羊膜炎を入れて、いいんじゃないかなと思います。そのほうが子宮内感染の重要性が出るんじゃないかと思うんです。しかし、調べるのが大変になると、ちょっとどうかなと思いますけど。

○石渡委員長代理

調べるのは大変だと思うんですよね。そのクライテリアを全部チェックしているわけじ

やないので、ただ、熱があったとか、それから、白血球がいくつであるとか、そういうことは個々には書いてあるかもしれないけど、これを果たして臨床的な絨毛膜炎と診断していいのかどうかということも含めて、今回は難しいんじゃないかなと思うんですよね。

○池ノ上委員長

この胎盤病理があるものというのはこれ、何例なんですかね。

○上田理事

■例です。

○池ノ上委員長

■例ですか。新生児、田村委員、新生児の臨床経過とか、あるいは、予後から見て、絨毛膜羊膜炎の存在の有無というのは、最近ではかなり注目されていると思うんですけど、ここを歴史的に見て、いかがでしょうかね。昔の産科から送られてくるケースをレビューしたような感じで、先生のご意見はどうかなと思ってお聞きしたんですが。

○田村委員

もちろん、我々新生児科医も絨毛膜羊膜炎だというふうに言われたという引き継ぎがあった場合には、感染症は当然チェックして、I g Mもチェック致しますし、でも、どちらかという、絨毛膜羊膜炎の場合、感染症もですけど、早産の児を扱っている新生児科医としては、慢性肺障害が非常に起こりやすいということに関することのほうがより重要な臨床的な問題ということで扱っている場合が多いのではないかと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

○木村委員

よろしいでしょうか。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○木村委員

妥協案なのかもしれませんが、ここで今とりあえず修正案に載せて頂いているこの数というのは、おそらく最小限なんだろうね。もっと他にもあるかもしれない。

ただ、全ての事例でいわゆる臨床的絨毛膜炎に関して評価されているわけではないがというふうな何かクレジットをつけて、その上でこういう数を出しておかれると、誤解がないと思いますし、あるいは、この表じゃなくて、その表の下に欄外としてそういうクレジ

ットのもとでこの数を出しておかれて、今後注意していきたいというふうな文言を入れるということであれば、こういう数が出てもいいと思いますけど、それ、池ノ上委員長ご懸念のように、本当に拾えているのかということに関しては、なかなか書きようがないんですよね。それ、調べようもないし、調べるのは、多分カルテに書いてあって多分分からないものが多いと思いますので。

これ、せっかく調べて頂いて、確かに気をつけましょうねということは大事ですけども、ただ、やはり田村委員がおっしゃったように、やっぱり 子宮内感染に関しては、慢性肺疾患のほうがやっぱりイメージが強いので、こっちにも気をつけましょうという意味で、数として出ているのは悪くないんじゃないかなという気は致します。ただ、ちょっと注意が要ると思います。

○池ノ上委員長

原因報告書の中に、臨床的絨毛膜羊膜炎という言葉があるかどうかというのは拾えますか、そんなにたくさんの作業ではなくても。

○事務局

それは可能です。

○池ノ上委員長

可能ですね。そうすると、原因分析報告書の中に、臨床的絨毛膜羊膜炎の存在が記載されているものはこのぐらいだと。他にも、木村委員がまさにおっしゃったようなことなんですけど、他にもまだ、記載されてないのもあるかもしれないというようなことも含めて、注意を喚起するという、田村委員のあれもありますし、やっぱり感染というのはこれから重要な要素になってくる、ますます、さらっとここら辺で触れておいてもいいのかなという気も致しますけれども、必ずしも、これ、十分なデータではありませんよというところをちょっとどこかに記載をつけ加えておいて。

その作業が拾えるんだっつたらば、原因分析委員会からの報告には、こういうものだと、ある程度ここにちょっとここに付け加えるか、あるいは、注のところに脚注でそれを入れてもいいかもしれませんね。

脚注ぐらいでやるほうが、今の段階ではいいかもしれないですね、あんまりかちっと入れ込むよりは。

○石渡委員長代理

そうですね。

○池ノ上委員長

じゃあ、そういうふうには、先生方、よろしいですか。皆さん、ご意見としては。

○石渡委員長代理

はい、結構です。

○池ノ上委員長

じゃあ、事務局、ちょっと仕事が増えて申しわけないけど、それをよろしく願います。

あとは何でしたっけ、もう一つは。

○事務局

あとは、意見シート4ページの25番で、子宮頸管長短縮、フィブロネクチン、エラターゼ陽性の件数を入れてはいかがかというご意見についてご審議をお願い致します。

○池ノ上委員長

僕はもうこれはいいんじゃないかと思えますけどね、入れなくて、あえて。まだまだ施設による温度差みたいな、どれ、うちの施設はこれでやってますとか、これがいいですとかいうようなところがあると思えますので、そこの中に入れなくていいと。それでよろしいですか、先生方。

ありがとうございます。

他には。モニターの何かですか。

○事務局

はい。教訓となる事例のモニターの掲載の可否について、ご検討をお願い致します。

○池ノ上委員長

そのモニターはどれですかね。これですか。

○事務局

1ページから始めて、当日、資料3と四角囲みで上のほうに書いてあるものでございます。資料1ですと、14ページ5行目以降の教訓となる事例のCTGでございます。

○池ノ上委員長

この教訓は何の教訓ですか。

○事務局

常位胎盤早期剥離と切迫早産の鑑別診断の事例でございます。

○池ノ上委員長

鑑別をする、はい。という教訓を発信しようという。このケースはいかがでしょうかということですが。

全部を出すわけにはいかないと思うんですけども。

○事務局

なので、事務局からのご提案としては、まず、入院時のリトドリン塩酸塩の点滴を開始したばかりの時点ですとか、あとは、7ページ、CTG 7ページで、■時■分にリトドリンの点滴を増量していますので、この箇所と、あと、14ページでもまた再度増量しておりますので、この箇所。

○池ノ上委員長

いや、そんな、もうたくさん要らないと思いますよ。

リトドリンを開始するかどうかのときの判断にそのパターンを見て、これ、やるべきではないと判断すべきだという、と思うんですけども、むしろ、トコライシスしないで、これはせめて経過を見るか、もう他の様子で決めてしまう。

○木村委員

よろしいでしょうか。

○池ノ上委員長

どうぞ、どうぞ。

○木村委員

多分おそらく、この陣痛計のほうがとてもきっちりとれていて、持続するとかいうふうなイメージがないので、それが難しい、松田委員が評価されるときに難しかったのかと思うんですけども、このCTGのパターンはもう最初から出てるので、そのときにいきなりどのように行くのかどうかというふうな、そういう議論でいいかなと思います、この事例は。

○池ノ上委員長

ですね。だから、最初のリトドリン開始から1枚目、せめて2枚目ぐらいまで、毎回レートが繰り返し、繰り返し出ていますよということを示して、こういうのにはリトドリン開始は控えて下さいというようなメッセージが出せればいいんじゃないかと思いますけど。

どうでしょう、藤森委員、いかがですか。

○藤森委員

すみません、この1例目の紹介のときに15ページの■時■分分娩監視装置装着と書

いてあって、その後、変動一過性徐脈を認めるためと、こう書いてあるんですけど、これ、あくまでも機関が読んだこととか、何か注釈を入れないと、これだけ読むと、あれっど、どこに変動一過性徐脈が出ているのかなと思って見ちゃうので、これはあくまでも、その分娩機関、該当機関の読みですみたいなちょっと注釈を入れて頂かないと。

後ろを読めば分かるんですけど、医学的評価のところにはちゃんと評価されて、ちゃんと一過性徐脈だと書いてあるんですけど、ちょっと注意の何かコメントを入れて頂いたほうがいいと思います。

○池ノ上委員長

これはできますか。

○事務局

はい。追加致します。

○藤森委員

これでリトドリン入れちゃいけませんよという意味でも、これでまたこんなに見ていることがあるということ自体をお見せするというのはいいいと思います。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○隈本委員

その場合、括弧、カルテによるというふう書き加えるのが原因分析報告書では結構普通に。

○池ノ上委員長

なるほど。

○隈本委員

カルテじゃなければあれなんですけれども、カルテに書いてあれば。

○池ノ上委員長

要するに、その当該施設でそういう所見としていたんですよということがはっきりすればいいということですね。

じゃあ、よろしいでしょうか。これを、出し方は色々なまた出し方というか、印刷の仕方はあるんでしょうけれども、それはこちらで編集をさせて頂くということで。ありがとうございます。

他には何かありましたっけ、ここでご議論頂くことは。

○事務局

意見シート5ページ26番で、子宮収縮、常位胎盤早期剥離の事例で、異常胎児心拍数パターンがあった場合にも、子宮収縮抑制薬が増量ですとか開始されていた事例が分かるようにという表にしたほうが良いということでしたので、当日の資料2のこのカラー刷りのものですが、こちらに差しかえをしようかというご提案ですが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長

26番。

○事務局

意見シート5ページの26番のご意見。

○池ノ上委員長

に対する、これですね。

○木村委員

すみません。これは文章はつくんですか、この後に。何かこの表だけを見ると、ここで議論していた人間には多分分かると思うんですが、これに書いた解説文はどこか何か解説文がありましたよね、たしか、この。

○事務局

資料1でいきますと、13ページあたりから始まっている14ページの表の差しかえ案がこの当日資料2のカラー刷りです。

○木村委員

14ページの表の差しかえですね。

○事務局

はい。

○木村委員

何かよっぽど何か文章を書かないと、何が教訓なのかが多分この表からなかなか読み取れないと思いますので、ちょっと文章が、この14ページの表に対する文章が、いきなり教訓となる事例で、さっき、CTGを入れる文章になっていましたよね。その後に、じゃあ、何なのというのがなかなか出てこないの、何かこの表に対する解説が要るんじゃないかなというふうに思ったんですけど。

すごく大事な情報だと思いますが、この表の直後に何か解説をして、その後でそういう

事例の実際の事例でCTGを見てもらったら、なるほどと思っ頂けると思いますが、ちょっとそこら辺の工夫が必要かなと感じました。

○池ノ上委員長

この表の説明ですよね。これを、この表をぱっと見て頂いて、何を言っているのかなどというのが分かるような文章をちょっと入れて頂いて。よろしいでしょうか。

○木村委員

具体的な教訓という意味で。

○池ノ上委員長

教訓として。実際にはこういうふうに……。

○木村委員

この事例が出てくると。

○池ノ上委員長

現状があるということで、この開始の時点のこれを見て頂ければ、一目瞭然という、そういう感じで並べていけばいいんじゃないかということですね。

よろしいですか。金山委員。

○金山委員

当日資料2ですけれども、子宮収縮薬投与中に常位胎盤早期剥離発症となっていますが、実際は発生初期から早剥であったのを切迫早産と勘違いしてトコライシスした事例がすごく多いと思います。常位胎盤早期剥離が発症後に切迫早産として点滴開始という事例はどのくらいあったのでしょうか。切迫早産中に常位胎盤早期剥離が発生した事例はそれほど多くないと思います。

私は常位胎盤早期剥離だった事例を切迫早産と判断してトコライシスしたものが圧倒的に多いと思います。

○事務局

黄色のセルが常位胎盤早期剥離を発症している状況で切迫早産と診断して治療を開始している事例でございます。その下にもございまして、当日資料2と振ってあるページですと、合計で■件ございます。そのうち、点滴を増量ですとか開始した時点で異常心拍パターンがあった事例が緑の欄にして、合計で■件という表の構成になっております。

上段と下段で子宮収縮抑制薬投与中に常位胎盤早期剥離を発症という上から2つ目の太字の欄のところは、切迫早産の治療中であった事例という意味でございます。

○金山委員

その切迫早産の診断って正しいんですかね。

○事務局

この常位胎盤早期剥離発症という判断は、原因分析委員会の判断に基づいて起点を設けていますので、それ以前は切迫早産であったというふうに分類をして集計をしています。

○金山委員

早剥の初期とその切迫早産って全く鑑別が難しいことが多いと思うんですけど、ただ、CTGの胎児心拍の違いで初めて判断つくということが多いと思いますけれども。

だから、警鐘としては、やっぱり切迫早産と思っても実は早剥で、そういう事例にリトドリンとかトコライシスしてはいけませんよというその啓発ですね。そういうふうになると思ったんですけど、これですと、切迫早産の管理中に早剥が発生することがありますよというのが強調されていますよね。

○池ノ上委員長

僕自身もこの表は、あんまりよく分からないですけど、何か複雑に細かく分類がされているものだから、シンプルに情報が伝わりにくいかんと思っていますんですけど。

切迫早産の治療をしている間に早剥が起こりますと。それはあり得るかもしれませんが、こんなにたくさんあるかどうかというようなことについてはまだよく分からないと思うんですよね、そこら辺の頻度とか実際の発症というのは。

だから、今のここで僕たちが強調すべきことは、早剥と早産とをなるべく早く見分けましょうと。として、早産だったら、とめにいきましょう、早剥だったら、とめるのはやめて分娩管理、それは経膈分娩か経腹分娩か、どちらかに行きましょうと。そういうタイミングを逃さないで下さいよということが最も大事なインフォメーションだと思うんですね。

今、金山委員が言われたように、反対のイメージが先に出ちゃうと、少し混乱してしまうことになるんじゃないかと。

○事務局

意見シート2ページの10番で、前回からのご意見で、常位胎盤早期剥離の事例について、子宮収縮抑制薬を使用している間に早剥を発症したのか、または、最初から早剥を発症している状態で子宮収縮抑制薬を使用されたのかを分類して欲しいというご意見があったので、分けた表にしたという経緯がございます。

○池ノ上委員長

そういう疑問はいいと思うんですけども、そういう疑問をしっかりと、この手持ちのデータでクリアにしていこうというのはいいと思うんですけども、現実……。どうぞ。

○藤森委員

いいですか。すみません。以前、常位胎盤早期剥離のときには、常位胎盤早期剥離から見て、その中に切迫早産から出ているものがあるから注意しましょうというメッセージだったんですけど、今度は早産のほうから見ていますから、早産の中でどれぐらい、金山委員がおっしゃるように、切迫早産と早剥というのは基本的に最初は診断できないわけですから、結局は経過を見ていくしかないわけですから、その経過を見ているというのがこの子宮収縮抑制剤投与しているということだと思えますね。

なので、切迫早産の診断で子宮収縮薬投与中に常位胎盤早期剥離が発症したのか、明らかになったのか、どちらか分かりませんが、ちょっと僕もその切迫早産のほうから見て、じゃあ、早剥がどれぐらい起きているのかというのはそれなりの数として知りたいという気持ちはあります。

なので、そこをもっとはっきり、切迫早産のほうから早剥がどれぐらい起きているのかというのを分かるような表に、もっと簡素化して書いたほうがいいんじゃないかというふうに思いますけど。

いいですか。すみません。

○池ノ上委員長

大分すっきりしましたね。

分ければいいんですかね。分かれていた、ブランチを作って。

○勝村委員

質問していいですか。この当日資料2なんですけど、結局、2つ、下のほう、大きく上と下に分けて、下のほうは、されていない状況といっても、その前にしていることがあるわけですから、これは表現としては、「子宮収縮抑制剤投与中ではない」というほうがいいでしょうね。されていないといたって、「投与中ではない状況で」ということですよ。

その投与中ではない状況の中には、一般審査と個別審査がまた裏表になっていて余計ややこしいんですけど、投与前にも投与後にも一切投与してないというのが一般審査だったら■、個別だと■%あるんですかね。それ以外は全て子宮収縮抑制剤をどこかで投与しているわけですよ。

この投与を全くしてないということは、切迫早産という診断との兼ね合いは、切迫早産と診断していたけれども、投与してなかったという意味なんですか。それとも、投与を全くしてないのは切迫早産だとは思っていなかったんですか。そのあたりはどうなんでしょうか。

○池ノ上委員長

これは早産を捉えているんでしょう、切迫早産も含めて。結果的に早産であった事例を拾っているということですね。

○勝村委員

なるほど。ちょっとそういうようなことをお聞きしたいんですけど、結果として切迫早産だったと。

○池ノ上委員長

それはある。

○勝村委員

だけど、早剥も発症しているんですね、これ。

○池ノ上委員長

そういうのも中にはある。

○勝村委員

いれ、これ、全部早剥を発症しているんじゃないんですか。

○事務局

こちらに提示している事例は全て常位胎盤早期剥離を発症している事例です。

○勝村委員

早剥でしょう。早剥を発症している事例が全てで、その中で結果として早産もあったのがこれだけあるということですか。だけど、早産だなと思ったけど、軽かったということですか。子宮収縮抑制薬を投与していない、要は入院してみたいな、そんな事例はこれぐらい普通あるんですか。何かその辺がちょっと、早産との関係というのを表にするときに、何かやっぱり分かりにくいなと思うんですね。

○藤森委員

いいですか。このくくりが早産ですよ。早産の中に、やっぱり切迫早産の中にも、子宮内感染があって早剥になってしまって、早産、結果として早剥になって早産になったものと、いきなり早剥がぼんと起こって早産になってしまったものと、というふうにあると

思うので、そこをもっと分かりやすく書けばいいんじゃないかというふうに思うのですが。

ですから、最初のスタートは、出血とかおなか痛いといって来たんだが、切迫早産と思っていたら実は早剥で、何も治療を開始する前に、モニターをとったらもう遅発一過性徐脈が出ていたから、そのまま帝王切開しました、もしくは、徐脈になっていたから、そのまま行っちゃいました。でも、結局、34週だったら早産でしたというのと、切迫早産でおなかの痛みも出血も少しだったから、塩酸リトドリンをとりあえずやったが、だんだん早剥の所見が明らかになってきて、早産になったというのがあるわけですから。

そこをはっきり分かるように、子宮収縮薬投与と最初に書いちゃうので、切迫早産と診断されて子宮収縮薬、抑制薬を投与して、早剥が明らかになったものという意味だというふうに思うんですが。

途中で発症しているというわけではないと思うんですが、やっぱり切迫早産の中に早剥が含まれているということに注意して下さいということをこの委員会からやっぱりメッセージとして出すべきだというふうに思います。

○池ノ上委員長

金山委員、どうぞ。

○金山委員

ですので、発症時に切迫早産と診断されたものでその後常位胎盤早期剥離が発生したというものをカテゴリーとして設定すればいいんじゃないですか。

○池ノ上委員長

木村委員。

○木村委員

結局、ここの全部の■■■■というのは全員早剥は起こしているわけですね。それで早産の時期の早剥が■■■■例と。それが3つに分かれると。

1つ目は、トコライシスを先に行っていて、この切迫早産という診断かどうかは別にして、トコライシスを先に行っていて、早剥という診断がついたというのが1つ目ですね。それから、2つ目は、本当は早剥が起こっていたけれども、それを切迫早産と考えて、その段階でトコライシスを始めた、増量を始めたというのが2つ目ですね。3つ目は、何もしないで、そのまま早剥であったという、その3群という考えで。

ここですごく細分化されて、内服をしているとか、点滴を増量しているか、していないかということももう一くるめにした情報で先に出して、その中で細分化して、例えば内服と

か点滴増量とかと書くほうが、こういきなり出てくると、確かにどこがポイントなのかってちょっと分かりにくいので、3群として、だから、トコライシス中に早産と判断できたと、2つ目は早産……、ごめんなさい、早剥が判断できたとしたものの。それから、2つ目は、早剥と判断できずにトコライシスを始めたもの。3つ目が、トコライシスはしないで、そのまま早剥と判断したものであるというその3群に分けて、それで、経口と点滴はもう一緒にして、とりあえずそういう判断をした。

だから、結局、医療行為以降で判断なので、そういう判断をしたということを強調して、もう少し単純化したほうが、ちょっとこの表は確かに見ていると、大事な表、すごく大事な問題なんですけれども、本質はそこの判断にあるんじゃないかなという気がしました、してきました。

なので、そうやって分けられると、もう少しすっきりした表になるんじゃないかなという気がします。

○池ノ上委員長

勝村委員。

○勝村委員

議論するに当たって、こういう詳しい表を作るということは非常に興味深くて、これも色々、初めてそれであるほどと分かったり、なかなか消化するのに僕も時間がかかるんですけれども、時間も足りなくて消化し切れない面もあるんですけれども、議論をするための資料としてはこういう表がやっぱりあった方が良くて、より実情が分かるということだと思うんですけど。

再発防止の報告というときには、自分たちが言いたいことを一番分かるようにと思うとしたら、この今回の件は、先生方がおっしゃるように、どうも早産と早剥は初期症状が一緒で、けども、早産と思いつまらずに、早剥ではないかということも気をつけておかなきゃいけないですよというのが1つ目だと思いますけど。

より大事なものは、そのうち、こんなようなグラフとかがモニタリングされておれば、早剥ですよと。にも関わらず、続けてただただ早産の対処をしていたらだめですよという、その2つ目みたいなところが再発防止としてやっぱり生かされたら一番いいと思うので、そういう構成につながるような形にしていければいいのかなと思うんですけど。

木村委員のご意見と同じようなところで。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

私もそう思います。それで、この表を載せることについては、専門家の皆さんの判断でいいと思うんですけども、この表が、表の前に、あるいは後、今言ったような普通に分かりやすい日本語で説明を書いて頂くというのが一番いいかと思います。

そこに数字が入っていればいいので、その数字は、例えば■例中■例とか、そういう言い方で、そこに数字が入っていれば、どこを読めばいいかということが分かるんじゃないでしょうか。

○事務局

事務局からよろしいでしょうか。先ほどの3群に分けるということで、子宮収縮抑制をしている中で早剥を発症という1群目なんですけれども、この群の中にも、点滴投与中、何週間も前から切迫早産で管理入院をしていて、ある日、早剥を発症していて、その早剥を発症したときには、早剥を発症していると思わないで、子宮収縮の増悪だと思ってどんどん点滴を上げていったみたいな事例があるんですけれども、そこも分かるようにしたほうが、結局②番と同じ問題を含んでいるので。

ということで、内訳表、①の中に、内訳項目を入れるような形式でもよろしいでしょうか。

○木村委員

よろしいですか。多分、結局、最後に気がついたのはモニター、胎児心拍数モニターで胎児心拍の異常で気がついているはずなんです。だから、勝村委員がおっしゃったように、ちゃんとモニターしてちゃんとそれを解釈しましょうねということに最後は尽きると思うんです。

確かにトコライシスの長期間のトコライシスの中で早剥のリスクが上がるというのはこれは知られた事実なので、それはそれでいいと思いますので、早剥と分からずに上げたことはちょっと置いて、それはもう細分化なので、ただ、その全ての早剥と気がついたことは、胎児心拍の異常によって最終的に気がつかれていると。その胎児心拍の異常が気がつくのがおそい事例があるということは勝村委員がご指摘の通りの教訓だと思うんです。

だから、まず、大枠をちょっと作って、その中で細分化したことはちょっと、隈本委員がおっしゃるように、ちょっと文章で書くような方法のほうが、最初から細分化しちゃう

とすごく分かりにくくなって、メッセージが伝わりにくいような気が致します。

なので、その3つの枠を分けて、その中で具体的にこういう事例がありましたと。ただ、強調して欲しいのは、最終的にはやっぱり心拍がおかしいのに、もっと張ってきているから、そっちだけを見て、増量するとかいう事例もあったというようなことを、あと、注意として書いていかれたら、分かって頂ける、分かって頂きやすいんじゃないかなという気が致します。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

色々なご意見を頂きました。やはりここらは、発信したい情報というのは、早産と常位胎盤早期剥離とは非常に似ているようなものだけでも、やっぱりだんだん分かってくる部分もあるし、最初から早剥だというものもあるしという、そこら辺の流れをこの我々の手元にある■例を中心に、フローみたいなことが頭にイメージとして浮かぶような表現の仕方と。

この表は、どうでしょう。この表は、ゆっくり見れば、追いついてこれるのかもしれないし。

○木村委員

だから、その後に、もう一回この表があってもいいわけです。

○池ノ上委員長

そうですね。

○木村委員

そういう大枠があって、それで、この表が詳しく見ると、こうですというんだったら分かる。

○池ノ上委員長

これで振り返りながら文章を読んでいけば、分かるというようなものであれば。

おそらく、こういった表は今まであまり出てないんじゃないかと思うんですよね。

隈本委員。

○隈本委員

ちょっとよろしいですか。これはやはりこの再発防止委員会は僕も長いこといまして、ある種のちょっと宿命的な問題点だと思うんですけど、要するに、ここの文章を普通になら、切迫早産と常位胎盤早期剥離の初期症状は非常によく似ているので、間違えない

ようにしましょうというふうに言いたいわけですよ。

しかし、それをこの今、原因分析報告書って、再発防止報告書ってそういう書き方はしてなくて、いつも、それは何かというと、やっぱり事務方の人たちとかは、やっぱりもしたら委員長に遠慮しているんじゃないかと。要するに、そんな上から目線の書き方はないだろうみたいな、そんなのは勘違いするよう、勘違いしたと言うのかみたいな感じですよ。

要するに、いや、ほんと、この心拍パターンを見たら、多分判断の遅れが何かあったんでしょうねと。しかし、それを言うと、何か先生たちを責めているような感じになるので、原因分析報告書の書き方は、その13ページの17行目から18行目のように、非常に客観的に、早剥と分析された時期に、切迫早産として子宮収縮薬投与開始・増量された事例は■件であったと書くわけですよ。

これ、客観的で、全然どこにも突っ込みどころはないけど、じゃあ、これから何を読み取って欲しいのというのは、専門家は皆さん分かるのかもしれませんが、これ、報告書を普通に読んだ人は、やっぱり切迫早産と勘違いしていったらいかんねというようなことが書いてないわけです。

つまり、これはあくまで客観的事実だけど、この客観的事実がものを必ず伝えるわけではない。どこからも突っ込みどころ、ないですよ。でも、この文章を読んだら、要するに、切迫早産と思ってそのまま投与開始したり増量した事例で、その後、実は常位胎盤早期剥離だったということが分かったというものはこんなにあるんですよ、皆さん、気をつけましょうねという文章になっていけば、全然この文章で伝わるんだけど、そこを、皆さん、気をつけましょうねとか、あるいは、こういう事例は、でも、この時点では本当は判断なんかできなかったはずだとかで、必ず突っ込まれるだろうと思って、事務方がこういうふうに書いているんだと思うんですよ。

だから、どなたかやっぱりかなり産婦人科の専門の方がちょっと文章指南してあげたほうがいいんじゃないか。ここまで書いても、別に先生方はみんな怒らないよというぐらいのことを教えてあげて欲しい。

もういつも、いつも私はそう思うんです。この客観的事実が必ずしも教訓を伝えるわけではないと、失敗学で有名な先生がおっしゃっていますけど、すごくどこから突っ込みどころのないように客観的に書いてあるんで、どこを読み取ればいいのかはその人しか分からないということになりかねないので、ぜひともちょっと藤森委員がちょっと文章を指南し

てあげて欲しいんですけど。どうですか、木村委員。

○池ノ上委員長

いや、今おっしゃる通りで、もうここから発信したいのは、早産と思って早剥につかまるなということを知りたいので、それは今、先ほど木村委員からおっしゃって頂いたように、カスケードがどういうふうになっていました、大体3つぐらい行っていますよねというようなことを、この図表を示しながら書いてもらえれば。そのカスケードを書くときに、数をちょこっと入れていってもらえれば、今のことが分かって、そして、その数をずっとフォローして行って、最後に、早産は早剥が怖いですよ、より注意しましょうという文章を入れてもらえばいいんだと思いますけどね。

どうでしょう。入れにくいときは、今、リクエストがありました藤森委員がやって頂くと。

いや、もうその通りなんで……。はい、どうぞ。

○勝村委員

科学的にやらないと、客観性がないと信頼されないので、やっていくということは分かるんですけど、あまりに引用集みたいになってしまっていて、何か自分の言葉が、再発防止委員会としてのオリジナルな言葉とか表現がやっぱり最後のところとか最初のところで分かりやすくできたほうが、よりここでの議論がメッセージとして伝わりやすいと思うので、そういう意味では、そういう言葉というのをすごく大事にできたらいいなと思います。

○池ノ上委員長

そういうこの表とその説明の文書と典型的なモニターの所見とがセットになって出ていけば、かなり情報は伝わるんじゃないかというふうに思いますので。よろしいですか。

だから、表は表のまま、これはこのままで取り扱って出して頂いて、木村委員がおっしゃったその流れみたいな文章、これはまた書いて頂いて、木村委員にちょっと見て頂いて、ここはこうのほうがいいのか、この文章は要らないよとかというのをちょっと、木村委員、お忙しいですけど、見て頂いて。全体的にはそういう方向で、モニターの入れどころとかというのはまた藤森委員と相談しながら、やってもらえばと思います。いいですか。

何か事務局から。

○事務局

この13ページの文章にここにさらに再発防止委員会としてのメッセージを発信すると

というのが今のご議論の趣旨だったと思われるんですけども、そのメッセージの内容をどういった内容にするかということで、モニターの判読と対応とか、あとは切迫早産と常位胎盤早期剥離の初期症状がよく似ているといった内容に、今のご議論からすると思うんですけども、その他に。

○上田理事

発信したいメッセージを整理して、それにふさわしい表を作成することになるのでは。

○事務局

表の件数を入れるんですけども。

○上田理事

まず、データを分析して。

○隈本委員

つまり、メッセージ性を込めた説明文にするというのは、例えば先ほど例に挙げた13ページの17行目、18行目みたいな書き方を、これは客観的にその通りなんですけれども、逆に、同じことを書くにも、「切迫早産と診断して子宮収縮抑制薬の投与開始、点滴増量した後、常位胎盤早期剥離であることが分かった事例は■件であった」と書くだけでも、全然メッセージは伝わりますよね。

要するに、こうだと思ってやっていたら、その前の文章のガイドラインの引用のところも、こんな全文を必ず引用しなきゃいけないわけではなくて、このガイドラインによると、切迫早産と、こういう文章を使ってもいいんですけども、切迫早産と初期症状は似ていると疑われる場合には鑑別をなさいと書いているよねと。次に、原因分析報告書でこういうふうな事例で、切迫早産と書いていたら、その後、常位胎盤早期剥離と分かった事例が■%ありましたよというように書くだけで、別に意見はメッセージとかいうふうに新たな文章じゃなくても、同じことを書くにも、こういう順番で書くだけで、全然伝え方が違うんじゃないですかというふうに私は思います。

○池ノ上委員長

だから、2行、3行か、そのぐらい入れれば、今のここの議論が伝わるんじゃないかと思うんですけども。書いてみて、また木村委員に送ってみて下さい。お願いします。

○勝村委員

ちょっとこの件で1つ、1件だけ、すみません。

ちょっと先生方のご意見を教えて頂きたいんですが、これ、例えばこの今、今日、後ほ

ど回収ということで配られているグラフの資料1の1と2、当日資料3と書いた21ページから始まるやつのほうの一番最後のほうは、これ、もうずっとダブルカウントだということなんでしょうかね。これ、どういうふうに考えるんですか、先生方は。

○上田理事

63ページのところです。

○勝村委員

そうです。63、65のこれは頻脈なんですか。これはダブルカウント。差がそれ以前より大きいのですが。ちょっと、分からないんですが。

○事務局

こちらの事例は、36ページの教訓となる事例でございます、前期破水等があつて、脳性麻痺発症の原因が感染とされた事例でございます。

○池ノ上委員長

これですか。

○勝村委員

はい。別途、胎児心拍が例えば2例目の先ほどのやつ、もう一例の探索をやつて、ページ数を振つたやつ、66とか65とか書いて、これ、確かに不思議な。2冊目です。

○金山委員

よろしいですか。

○事務局

委員長、金山委員から。

○池ノ上委員長

ごめんなさい、どうぞ。

○金山委員

今の勝村委員の事例は、60ページですが、徐脈になって、最後はまたサイナソイダルパターンが出ています。脳性麻痺事例で私は、こういうパターンはよくあると思います。

○勝村委員

これ、これがダブルカウントじゃないというのはどういう根拠で見たら分かるんですか。ちょっと教えてもらえれば。

○金山委員

ダブルカウントというのは何ページですか。その徐脈になっている事例ですか。

○木村委員

徐脈の場合を数えてないですけど。

○金山委員

60ページですか。

○勝村委員

66、64。

○金山委員

それは59ページに継続的にずっと落ちているからじゃないですか。59ページ。

○勝村委員

で1回落ちますよね。

○金山委員

連続性はありますよね。

○勝村委員

それで、62ページで何か一瞬途切れてますよね、62ページで。

○金山委員

ここはたまたま計測できなかったということだと思うんですけど。

○勝村委員

途切れた以降が、もしかしたら、ずっとダブルカウントという可能性もあるんじゃないかと考えることはできないですか。

○金山委員

これは最後に非常に悪いパターンで、もうこれはサイナソイダルパターンでもう非常にとんでも悪い、何か悪いパターンですね、これは。

○勝村委員

はい、悪い、悪いから、結局この先生は。心拍数その半分である可能性はないんですか。

○金山委員

最後はサイナソイダルパターンということで僕はいいと思いますけど。

○池ノ上委員長

ダブルカウントの場合はもう完璧に上位中枢と心臓との制御機構がもう外れてしまって、心拍が間隔が長くなって、その間に入ってくる情報を勝手にとって2倍にカウントしてい

ると、ダブルカウントというのは。

そうすると、そうすると、こういうふうな中枢のコントロールを、これはもうコントロールがおかしくなっているんですけれども、こういう続いた連続的なパターンにはならなくて、とととつ、とととつ、とととつ、とととつ、こんなパターンになってくる。

○勝村委員

だと思っんですけど、先生方の作って頂いた冊子、あるじゃないですか。この読み取りのテキストブック。その事例36の最後のほうで、ダブルカウントですよと示しているところがずっとダブルカウントが続いているところがあるんですよ。

ところが、それ、一番最後に正常にやっぱり戻っているんですよ。基線細変動が消失しているんですけど、あそこもダブルカウントかもしれないんじゃないかなと思って、なぜ言い切れるのかということがちょっと分かりにくくて、今ちょっと今日この場のテーマじゃないので、時間が申しわけないんですけど、もし教えてもらえるんだったら、事例36ですが……。

○池ノ上委員長

ありますか。

○勝村委員

事例36の最後のほうの、先生方がつけられた解説がちょっと素人目には分かりにくくて。

○池ノ上委員長

普通のダブルカウントは、このケースを見ると、こういう、心拍数は180から200ぐらいの間を移動していますよね、これは、連続的に。

○勝村委員

いや、そういうものが多いんですけど……。

○池ノ上委員長

そうですか。

○勝村委員

持続的にダブルカウントだと書かれているのもあるんですよ。ちょっとその辺が分からないのですが、今、ここで時間をとるのはすみません、余計なことを言って。ありがとうございました。

○池ノ上委員長

これは何でしたっけ。

○事務局

一応、勝村委員のご相談ということで、今、資料は取りに行っていますけれども、先に本日の議事を進めて、後半のほうにこのお話をするのもよろしいでしょうか。

○勝村委員

後日でもいいぐらいです。すみません。

○事務局

ということです。お願いします。

○池ノ上委員長

あと、まだ、この早産で決めないといけないことは何ですか。

○事務局

それで、このまさにこの教訓となる事例を差しかえて、前回の事例はあまり適切ではないというご意見でしたので、今回新たに差しかえているんですけれども、こちらを教訓となる事例として掲載してもよろしいでしょうか。

○池ノ上委員長

何ページ？

○事務局

36ページの教訓となる事例、前期破水と感染の事例です。

○竹田委員

いいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○竹田委員

2番目のこの事例は、第3部会であった事例です。この事例の児心拍モニターは典型的じゃないです。サイナソイダルじゃないですし、今まで報告されてないパターンなので、判断が難しいです。

オーソライズされてないもので、初めて分かったような事例なので、ここには載せない方がいいです。要するに、頻脈があって、これはもちろん感染があった事例ですけど、このパターンは本当に報告もされてないし、非定型的なパターンなのでここに出すような事例ではないです。

○池ノ上委員長

藤森委員、何か。

○藤森委員

よろしいですか。すみません。これ、途中は頻脈になっていて、バリアビリティ、若干減っていてというところがあって、途中から何か、今、竹田委員がおっしゃったように、変なパターンとおっしゃって、遅発一過性徐脈も出ていますけど。やっぱり徐脈になってから、僕、思うには、何かいわゆるチェックマークパターンのバリエーションと言われているパターンなんじゃないかなという感じがして、サイナソイダルではないような気がするんです。

なので、ちょっとこれ、これが感染の典型的なパターンだよと言われて出すのはやっぱり、竹田委員がおっしゃるように、ちょっと不適切な感じはします。途中は頻脈になっていて、途中まではいいと思うんですけど、徐脈になった後のパターンとすると、ちょっとどうかなという感じがして。結果的にそうなったと言ってお見せするのも、ちょっと何かこれが典型例ですと言って出すのは、途中まではいいと思うんですが、最後まで見せるとすると、ちょっと。

○池ノ上委員長

特にこれは早産の項目ですよ。子宮内感染という項目で、もっとタームの子供たちも一緒にした検討だといんですけど、これで出るとすれば、最初のほうは全然問題ない。それで、タヒカルディアになって、熱も出てきて、このくらいたって、何とかなるんじゃないのと思っていたら、どーんと徐脈が来た。というケースなんですよ。

だから、子宮内感染があるやつの中で、この早産に限らず、タームの胎児でも、感染かな、大丈夫かなと思っていると、途中でどんと来ちゃって予後が悪いというやつが結構あちこちで出てき始めているので、それは全くまだフロンティア、リサーチのフロンティアだと思うんです。状態もよく分かってないんで。だから。

○藤森委員

以前、子宮内感染のときに、頻脈になっていてバリアビリティなくなっているやつ、ありましたよね。同じのを出していいかはちょっとあれですけど。

○池ノ上委員長

だから、早産としては。

○藤森委員

そうか、あれは早産じゃないな。

○池ノ上委員長

早産としては、このケースはもう、おっしゃる通り、ちょっとふさわしくない。今ここに一緒に出すの、というふうに私も思います。

はい、どうぞ。

○木村委員

私も、ちょっとこれ、別の観点から。これ、出た赤ちゃんがこれ、何かおかしいところで出して、結局pH■■■■でBEがマイナス■■■■でアプガー■■点、■■点ということだったですね。これはいわゆるイントラパルタムではないということになります。分娩中のことではないと、イベントではないというふうに考える事例がここに出ると、じゃあ、僕たち、こんなのを見たら、どうしたらいいのという質問がどうしても出てくると思います。

その最初に頻脈になった時点で切っていたら、この事例は何も起こらなかったのかと。多分そうでもないかもしれないので、そうなってしまうと、ちょっとこれは確かにあまりに、後、読んだ人が、というか、私もこれ、じゃあ、どうすればいいのというのが思ってしまうまして、ちょっと難しい事例だなという気が致しました。

○池ノ上委員長

他にはいかがですか。

これ、モニターを出さないでだったら、もっと分からなくなりますよね。情報がなくなるんで。しかも、これ、あれですよ、どっか書いてありましたかね。PVLになっているんですね、脳性麻痺の原因が。ですから、なおコンプリというか、複雑な、今の議論でどこまでちゃんと確認されているのということになっていきそうな、そういうケースだと思いますね。

そうすると、このモニターを出さないとなると、前の事例は何で生じる、悪かったんでしたっけ。

○事務局

前もPVLで、もうどうしようもないというか、現在の産科医療ではどうすればいいのという疑問には答えられないと。

ただ、この事例に関しましては、学会の提言が出ております。一般へのというより、学会ですとか職能団体のほうに向けての事例で研究を進めて下さいというメッセージがあるのと、前の事例よりは感染の所見も強かったので、今回選んできた次第でございます。

○池ノ上委員長

ここで感染が何もなくて、モニタリング異常もなくて、脳障害となると、学会、お願いしますと言えるのかもしれないんだけど、後がちょっと、徐脈の後が色々なことが起こっていますから、なかなか難しいんじゃないかと思えますけどね。

これ、2例出さないといけないんですか。最初のこの早剥が。

○事務局

いえ、落とせということであれば、削除します。

○池ノ上委員長

なかなか難しい、感染が絡むと難しい。

○藤森委員

やっぱりないんですか。すみません、やっぱり早産の中で、先ほどもお話ししましたが、やっぱり早剥と、切迫早産から早産と、切迫早産の中の感染とってやっぱり2つ大きなところがあるので、やっぱり何かしらモニタリング見せておいたほうが僕はいいんじゃないかと思うんですが。

教訓となる事例というのはやっぱり早産の中には切迫早産から常位胎盤早期剥離と感染の早産がありますよというのをやっぱり見せておくのは非常に重要だと思うんです。

○池ノ上委員長

その感染の早産は、感染の早産の。

○藤森委員

ええ。感染、バックグラウンドに感染がある切迫早産、それから、バックグラウンドに早剥が考えられる早産と。

○池ノ上委員長

その感染の可能性のある早産をどうしましょうかと、どうして下さいということになると……。

○藤森委員

そのテーマが早産というくくりですから、早産の中には、そういう2つの大きな、人工早産というか、何かしら理由での人工早産は別ですけど、分娩に関係した早産の中にはその大きな2つがあるのでという意味で事例を見せるというのは重要なことだと思います。

先生がおっしゃるように、じゃあ、感染があったらどうするのかという話もあるかもしれませんが、子宮内感染の話のときには、感染が疑われたときに、早目に分娩させましょ

うねと。

○池ノ上委員長

早目に処方を。

○藤森委員

セカンドヒットがないように、どん、どんと予備能力下がっているから、徐脈になってしまったら、もうなかなか大変ですよというお話にまとまっていたと思うんですが、今回もそういう話にするしかないのかもしれませんが。

○池ノ上委員長

理想的に言えば、理想的に言えば、子宮内感染のある早産例で、こんなふうなモニタリングがあって、しかも、もうちょっとバリアビリティとかもあって、モニターだけではそんなに脳障害というほどではないんだけど、これだけ感染がかぶっていると、脳障害に実際になりましたと。これは非常に多くの臨床医が困っている事例です。ですから、学会のほうで頑張っって色々検討して下さいというメッセージになるという。

だから、早産例で感染があって、あんまりひどくない、悪くないモニター所見があって、pHもそんなに悪くないというようなのがあれば、今先生のリクエストに応じて、より注意をして、ちょっとでもモニタリングがあったら、もう分娩の機会を狙いましょうよと、ここに行くんじゃないかなと思うんですけどね。

松田委員。

○松田委員

早産期のその心拍パターン異常に対する、今、どうしたらいいかというのは出てないんですよ、学会のほうでは。でも、教科書的には、今、藤森委員が言ったように、猶予期間が少ないので、早くアクションをしましょうとは教科書的には書いてあるんですよ。だから、その方向で何かこう、という意見もあるというぐらいの感じでまとめたら、感染というのは本当に我々、プラスアルファの因子だということのコメントが出れば、よろしいかと思うんですけども。

○池ノ上委員長

いかがですか。

モニタリングのそのあんまり悪くない早産感染例というような、ないですか。モニタリングはそんなに悪くないんだけど、感染がはっきりしている早産例というのはないですか。

○事務局

ちょっと今はそこまで確認してないので、今の時点でお答えできないですけども。

○池ノ上委員長

そういうのがあったら、また、気にしてもらえれば。

○事務局

それか、差し当たっては、現在載せているこの事例はあまり掲載にはふさわしくないということで削除して。

○池ノ上委員長

これは一応やめて、もう少しいいのを探そうと。もう一遍やりましょうということでよろしいですかね、これ。

これはどうだろうかというのはまた見せて頂ければ。

じゃあ、差し当たって、これはこのぐらいですかね、早産例は。

ありがとうございました。熱心な議論を頂きまして、ちょっと時間がオーバーしましたけれども。

それでは、続きまして、次は、これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向ですね。お願いします。

○鮎澤委員

すみません、委員長。

○池ノ上委員長

何かある？ すみません。

○鮎澤委員

ここで早産の議論がもう全部終わりますか。

○池ノ上委員長

一応終わろうかと思ったんですけど、ありましたら、どうぞ。

○鮎澤委員

すみません。もう既にこの中で尽くされているかもしれないのですが、何点か。

案のほうの「早産について(案)」の資料1、14ページなのですが、教訓となる事例、今、その選択についても出てきましたけれども、この教訓となる事例がこういうふうに丁寧に書かれて、その合間、合間に解説という項目がつけ加えられるようになってきたのは、この再発防止委員会のメッセージが出てくるとも重要なところだと思っています。

今回も随所、随所にこの解説が丁寧についてきていて、例えば16ページのこの解説、分娩経過の後に解説がついているのですが、この解説というのは、確認させて下さい、この再発防止委員会がつけ加えるもの。

○事務局

いえ、そうではなくて、原因分析報告書に記載してあるものをそのまま載せています。

○鮎澤委員

報告書の中についてきているもの。

そうすると、例えば原因分析報告書の中に、ごめんなさい、解説の中に、同じ事案でも、2011年をもとにしたたり、2014年をもとにしたたり、解説しますよね。当時の、この[REDACTED]についての解説の根拠が、2011だったり、2014だったりすることは特段問題がないのですか。

○事務局

まず、2011のほうは医学的評価なので、この児の出生当時、2014が引用されているところは提言ですので、これからの改善事項という意味で使い分けを原因分析委員会でされています。

もし、これが初見の方で、そこが混乱を招くというようでしたら、後ろのほうには、評価と提言のことにに関して基準を記載しているので、こちらにも記載を、注釈として入れますが、いかがでしょうか。

○鮎澤委員

あくまでもこの解説は、ごめんなさい、私のほうでもつけ合わせてこなかったのですけれども、原因分析報告書の原文通りの文章が書かれているということですね。

○事務局

そうです。

○鮎澤委員

ありがとうございます。それはもう確認させて頂ければ結構です。

それから、もう一点、すみません。40ページの分析対象事例における医学的評価の記載、この選択なのですが、基本的には、前のページの39ページの表に書かれている多い順というこれまでのパターンで来ているのだと思うのですが、例えばこの妊娠管理の中で、一番多いのが妊娠高血圧症候群の管理だというのは分かるのですけれども、その次と言われたら、必ずしも切迫早産ではないですよ。

○事務局

はい。

○鮎澤委員

ただ、さっきもお話があったように、これは早産のくくりなので、必ずしも多いもの順じゃなくてもいいという理屈もあると思うので、なぜこういう順番で選ばれているのか。そのあたりの選択の基準を伺いたいと思ったのです。

そして、この妊娠管理のところで言うならば、■件、ある意味、■件、3番目の切迫早産も、ここが早産のくくりだったら、取り上げられることができる、取り上げるべきなのかもしれない。■件しかないけれども、切迫早産中に異常出現した際の対応、こんなところにも、今回のテーマに必要な記載事項があるのじゃないだろうかと思ったりするのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

○事務局

ご指摘の通り、原則としてはまず多いものを選んできて、ただ、そこまで件数が変わらないようですと、より今回のテーマの教訓としてふさわしいと思われるほうを選択しているので、選択の基準としては確かに見づらいですけれども、そのような方針では選んでいます。

○鮎澤委員

そうすると、切迫早産中に異常出現した際の対応にここに書くべきものがなかったという事なんでしょうか。

○事務局

いえ、2つか3つぐらいということで、この項目を追加したほうがよろしいということであれば、追加致します。

○鮎澤委員

もし書くべき価値のあるものがあるならば、多いもの順の縛りはなくなっているとのことですので、一度、もう一度見て頂ければと思いました。

それから、最後、すみません、この再発防止委員会からメッセージが出るような書き方をと、私も本当にそれをかねがね思ってきています。このところ、報告書がもうテンプレートのようになっていて、数字と対象だけを入れかえると、何かそのまま報告書が書き上げられるような感じすらする場所があって、その中に血を通わせて頂く文章をぜひ書いて頂きたいととても思います。

ただ、これまで、原因分析委員会からの抜粋ということを大事にしてきたので、その話と、ここからのメッセージの区別がつくように書いて頂くことはまた一つ大事なことで、ぜひそれをご検討頂きたいと思っています。

加えて、これは委員長にお願いなのですが、いつも報告書の「発行にあたって」のところで、なぜこれを取り上げたのか、そこからどういうことをくみ取ってもらいたいかということそれぞれのテーマについて数行ずつ書いて頂いていますよね。

あそこはある意味、とても大事なところだと思っていて、ぜひ今日ここであった議論のようなことも書いて頂ければと、数行といわず、あその場所を大事にして頂ければと、読みながら、聞きながら思っていました。ぜひお願いをしたいと思います。

すみません、ありがとうございます。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。じゃあ、この次の報告書にも少しそういったところを心にとめながら、書かせて頂きます。

よろしいですか。

先ほどの、さっきのテーマのことですか、さっき鮎澤委員がおっしゃった多い順番とか少ない順番とか。

○鮎澤委員

40ページ、毎回、原因分析、例えば38ページから始まる原因分析報告書の取りまとめ、で、表があって、39ページに一覧表があって。

○池ノ上委員長

これですね。

○鮎澤委員

はい。その多い順を取り上げるような形で、40ページに医学的評価の記載が取り上げられているのですね。

この四角の中で取り上げられている項目が、基本的には前のページの表の中の多いもの順に取り上げられているのですが、必ずしもそういうわけでもなくて、その基準について、お伺いした次第です。その上で、早産のくくりであるならば、■件しかない切迫早産中に異常出現した際の対応、ここにも何かしら書いて頂けるものがないか、もう一度見て頂きたいという。

○池ノ上委員長

分かりました。ありがとうございました。

他にはよろしいでしょうか。

それでは、続きまして、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、説明をお願いします。

○事務局

「これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向（案）」について、ご説明致します。

今回は、6月末までに公表した■■■■件のうち、■■■■件を分析対象としております。資料5の意見シートに沿って、前回審議より変更した点をご説明申し上げます。

まず、番号1です。分析対象事例が2009年から2011年までに出生した児の事例のうち、専用診断書作成時年齢0歳及び1歳の事例は、全公表事例のうち、どの部分を占めるかを読み手にすぐ理解して頂くことが重要であるとのご意見を踏まえまして、資料、審議資料2ページに、全分析対象事例■■■■件に占める今回の分析対象事例■■■■件がどの部分に該当するかを簡易に可視化できる棒グラフの図を作成致しました。資料は白黒となっていますけれども、分析対象事例■■■■件の囲い部分はカラーとし、その他はグレー色としております。

なお、第7回報告書で、今年12月末までに公表予定の約■■■■件のうち、今回の分析対象事例は■■■■件であることは確定しており、最終的には、おおよそ■■割が本章の分析対象事例ということになります。

つまり、12月末までに■■件しか分析対象事例は増えませんので、今後、集計内容はほとんど変わりません。原稿案につきましては、この審議でおおよそ確定させて頂ければなどというように考えております。

意見シートに戻りまして、番号3から5でございます。産科医療の質の向上という結果とその原因が明確でない表は削除することが望ましいと考える。外形的に医療の質の向上が図られたかどうかを見るには、確かに表や項目は絞ったほうがよろしい等のご意見を踏まえまして、臍帯動脈血ガス分析値のpHの分布表やアプガースコアの内訳表を削除し、新生児の背景表に実施の有無等を追加しました。表は6ページでございます。

意見シート裏面に移りまして、番号6から8です。新生児蘇生処置の実施状況において、「新生児蘇生が必要であったにも関わらず実施しなかった事例」が減少しているかどうか分かるインパクトがあるのではないかと等のご意見を踏まえまして、資料では21ページ

ですね。生後1分以内に新生児蘇生処置が必要であった事例を集計対象としました。

この新生児蘇生処置のうち、人工呼吸については、NCPRのアルゴリズムにおいて、生後60秒以内の実施が定められていることから、人工呼吸は特出しをして21ページの上の表に、生後1分以内の人工呼吸開始状況の表としてまとめました。

人工呼吸以外のアルゴリズムに関する項目については、同じく21ページの下表にて、これまで通り、アルゴリズムに関連する項目に関して、産科医療の質の向上を図るための評価について集計しております。

最後、意見シート番号9でございます。低い評価の項目と記載がないため評価できない項目は分けて集計する必要があるのだろうか。両項目とも、診療録の記載について評価を行えばよろしいのではないかと。もし、両項目の間に表現の仕方の問題があれば、確認して欲しいとのご意見がございました。

両項目の内容を確認したところ、表現の違いはありますけれども、同様のことを指摘、評価していました。資料でいうと、26ページになります。

こちらの補足のご説明を致しますので、資料6、A4資料をお手元にご覧下さい。代表的な事例としまして、同じような評価項目について、評価の記載が異なる事例を3例、掲載しております。

右側と左側とは違う事例でございます。左側は、原因分析報告書の公表時期が比較的新しい事例であり、診療録等の記載に関して、産科医療の質の向上を図るための評価がされております、低い評価がされております。

一方、右側は、公表時期が比較的古い事例であり、診療録に記載がないため、評価できないとの評価がされております。

それでは、真ん中の吸引分娩の事例をご覧下さい。左側の診療録等の記載に関して低い評価がされた事例を読み上げます。「吸引分娩開始前の内診所見に関して診療録に記載がないことは一般的ではない」です。続きまして、右側、診療録に記載がないため、評価できないとされた事例を読み上げます。「最終内診所見、胎児所見が記載されていないため、吸引分娩を実施したことの妥当性は評価できない」でございます。

同じ吸引分娩の内診所見の記載不備に対する評価ですが、過去の原因分析報告書で記載がなく、評価できないとしていたものが、最近の原因分析報告書では、診療録に記載がないことは一般的ではないという表現に変わっております。

他の事例についても同様の傾向が見られたことから、過去に診療録に記載がないため評

価できないとされた事例は、低い評価と同類の表現と判断し、先ほど申しましたように、26ページの通り、一つの表にまとめて集計致しました。

なお、両項目をあわせて集計する方法につきましては、前回の第6回報告書までと同じでございます。

その他、検討シートに記載以外の修正点につきまして、要点を絞ってご説明申し上げます。

資料4の11ページでございますね。18行目。2.胎児心拍数聴取に関する原因分析報告書の一部抜粋でございます。

これまでに対応するガイドラインの記載がある場合は、あわせて示しておりましたけれども、今回から削除しております。本章の分析対象事例は、2009年から2011年出生のため、対応するガイドラインが古いこと、また、今回から産科医療の質の向上のために検討すべき事項を掲載しなくなったためでございます。したがって、テーマに沿った分析と同様、例文を掲載するのみと致します。なお、後述の子宮収縮についてでも同じでございます。

続きまして、14ページをご覧ください。胎児心拍数聴取に関する現況につきましては、4月の公開委員会で、各学会、団体に関する先生方にご紹介頂いた内容や、昨年実施した再発防止に関するアンケート等を中心に記載しています。後述の新生児蘇生に関する現況や診療録等の記載についてでも同様でございます。

各テーマの概況につきまして、補足、追加がございましたら、ぜひ先生方からご発言をお願いしたいと思います。

ご説明は以上となります。ご審議をよろしくお願い致します。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

これまでに取り上げたテーマの分析を行いながら、どういう動きになっているかということと、そろそろ作業をして頂くかということで、こういうふうな事務局からまとめて頂きました。

前回も色々なご意見を頂いておりますので、くわえて、今日のこの説明について、ご議論頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。

最初、この2ページのこの表ですね、図ですね。こういうふうになるということに、具体的な事例数が上げられておりますが、これについて、よろしいでしょうか。これで当面

やってくるといふことで、あと、追加がどんどん入ってくると思いますけど。

他にはいかがでしょう。

○木村委員

ちょっとよろしいですか。この文章を読ませて頂いて、この「はじめに」のところにもう少し、こういうことをやっている背景を書いて頂いたほうがいいのではないかという感じが致しました。

と申しますのは、この中に取り上げられている事項、まず、1つは、この評価がされた事例数というのはよく文言で書かれています、これはよろしくない評価がされた事例数ということですね。

○事務局

はい、そうです。

○木村委員

だから、ちょっとそれがまずこの表を見ていて、もう一つよく分からないです。評価がどういう評価がされているのか、よろしくない評価がされているということが書かれているべきだと思うんですが、その後、ずっと原因分析報告書の一部抜粋ということがずっと続いているんですけども、これは必ずしも脳性麻痺の原因と判断されているものではないですね。

ほとんどが実はあんまり関係なくて、関係ないところもいっぱい出ているわけで、なので、何かこれを読んでいて、何かすごく叱られているような気がしてきて、ずっと読んでいます。なので、この章は、脳性麻痺の再発防止に対する提言の章ではなくて、今までの事例のサマリーとして、このようによくない評価が下されたパーセントがこのように変化していることを示すためのものであるというふうな文言がやっぱり「はじめに」か何かないと、このもともと、この冊子、再発防止に関する報告書というものは、やっぱりそれに対する提言だというふうに皆さんお読みになるので、この章は非常に特殊な章なんです。今までと全然違う立ち位置で書かれているものなので、ちょっとそれをどこかに明記して頂くというほうがいいのではないかというふうに感じております。

この特に解説がずっと続くところは、何となく、全然関係ないのにとと思われる先生が増えると、何かかえって変に思われたり、何でこんなこと言われるんだというふうに思われる方が出てくるほうをむしろ危惧致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

そもそもあれですよ、この作業をやろう、やったほうがいいよという話が出てきたのは、きっと効果が出てきているんじゃないのかと。どっかいいところがありそうだから。でも、まだ年月が少ないので、十分な対象がそろってないから、無理かなというところを、小林委員からアドバイス頂いて、最初のほうのこのある程度のグループをがちつつかまえばいいんじゃないかということで作業が始まったと思います。だから、それ以外、ちょっと出てきてないですね。

○木村委員

なので、その後半の特にこの色々な一部抜粋というところがずっと続くところで、何かずっと叱られるばかりみたいな感じがするので、ちょっとその書き方がもう少し何とかなるかなという気が致します。

○池ノ上委員長

隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

その点に関しては、本制度の、産科医療補償制度の目的が再発防止と産科医療の向上という2つの項目があり、再発防止の、原因分析報告書は基本的に原因に直接関わっているか、間接的に関わっているところを評価しようと。それ以外のところは今後の改善事項に入れていこうということがもうかなり徹底しているので、評価がされているということは、何らかの形で原因分析に、要するに、脳性麻痺の発症に何らか、寄与の度合いは違いこそすれ、少し関係があっただろうと思われるものであると。だから、どちらかというとな枝葉末節というよりは、より本質に近いところが、医学的評価として書かれている分にはそういうことですよと。

今後の改善事項は、それに関係なく、産科医療の向上を目指した一般的なものも入っていますよということをちゃんとこの初めに書いておき、そこでそれに対して、医学的評価のところでも一般的である以下の、より未満の低い評価をされたものについて、その動向を見るんだということをしっかりここに書いておいたほうがいいと思いますね。

そうして読めば、もちろん、産科医療、脳性麻痺の発症に関わったところでどうなのか、それから、それに関係ないけど、産科医療のレベル向上の点でどうなのかという読み、読む人が分けて考えることができると思うんで、そこをちゃんと始めのところに書いておいたほうがいいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

よろしいですか。これ、議事録、録音が残っているんですかね、録音。速記。

○事務局

速記がいらっしゃる。

○池ノ上委員長

今、隈本委員が文章を言って下さったので、あれをもう一遍起こして、それをここにうまいぐあいにもうちよつとはめこんでいってもらえれば、今の委員の先生方からのご意見が反映されると思います。

はい、どうぞ。

○勝村委員

木村委員のご意見に対してなんですけれども、ちょっと叱られているみたいな文面になっているということで、この今の段階で、僕もまだ十分にまだこのデータで、こういう形でとっていくということが大事だというスタートラインだと思うので、まだこの間のこの再発防止委員会の効果というのがまだちょっとあれかなと思うんですけど、あと3年ぐらいいてきたら、やっぱり特に今、このここで取り上げられているのは、質の向上というよりは、底上げ的なところなんですよね。

一番、僕は、患者サイドからすると、やっぱりちょっとこの中には叱りたくなるようなものが一番まざっている部分だと思うので、これをやっぱりなくするという事は、象徴として産科医療のすごく大事なことだと思うので、ここからやっぱり目をそむけるんじゃないくて、ここはやっぱり3年後ぐらいにはかなりきちんと子宮収縮剤の使用法が逸脱しているとかいうのも目に見えて減ってきている、診療録の記録が不備だということも目に見えて減ってきているというのがやっぱり出てきて欲しいし、そこに向けては本当に何かぜひ、木村委員なり、石渡委員長代理なりに色々ご尽力頂いていると思うんですけど、この報告書を出して、出しましたよというだけで、なかなか減らないかもしれない。

これをきっかけにして、きちんとしてもらいたいというか、まだ、今の段階では、もっと画期的に向上して欲しい数字が、1%ずつ向上していつている。子宮収縮薬の部分なんかも、基準内できちんとやっているというのが、1%ずつぐらい増えて、ましになっていつているようには見えるんですけど、1%ずつだったら、80年かかるわけですよ、100%になるまでに。やっぱりそれを少なくとも5%、10%ずつというふうにと

こかでしっかり改善させていかなきゃいけないということだと思っんです。

ぜひ何かすごくそういう意味では、先生方、なぜこんなことがと、先生方からしたら思われることかもしれませんけど、これ、患者サイドからしたら、ここをもっと画期的に減らせないのかと僕なんかはすごく思うところなので、そういう数字として、ご尽力頂きたいなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

初めてこういう対象がピックアップされて、そして、3年ですか、3年分だけはちゃんと我々の手の内で見ることができますよという、そういう最初のステップだと思いますので、勝村委員がおっしゃったように、3年後ぐらいを楽しみにしながら、あと、この検討のやり方、内容をどういうふうにやっていくかというところももう少しご議論頂ければと思いますが、いかがでしょうか。

はい、鮎澤委員。

○鮎澤委員

先ほど委員長におっしゃって頂いたように、この再発防止委員会、この産科医療補償制度の取り組みの成果のようなものが見えることはもちろん是非とも願いなのですけれど、そう簡単に劇的な改善が見られるほど、私たちは、すみません、失礼な言い方で、でたらめなことをやっているわけではなくて、そこのところをデータで見っていくというのは実はすごく難しい作業なのだと思います。

ただ、こういうものが出てくることによって長いレンジで見えていくことができるようになったし、そして、もう一つ、やはり1例1例にこういうことが起きているということを知るような仕組みができ上がった。

そういう意味では、ここに書かれている原因分析報告書からピックアップされてきているということは、それなりにとても意義あることだと思っています。

1点、色つけで頂いた番号名と起きた年度というのは消されて出ていくのですよね、発行のときには。

○事務局

はい。事例番号は消します。

○鮎澤委員

年度は残されますか。

○事務局

残しません。

○鮎澤委員

残されないのですよね。これだけそれなりに長いことやっていると、再掲というのも出てきて、やはりあのときはまだこういうことが起きていたよね、なのか、いまなおこんなことが起きているのね、なのか分かりませんが、いつ起きていたのかということが結構大事なような気がします。そのとき、そのときの評価になるので。

せめて、発生の年ぐらいは書いて頂けないでしょうか。番号はともかく。ただ、そうやってつき合わせていくと何となく分かってしまうような事例もあるので、難しいのかもしれませんが、ここの一部抜粋の起きた事象が何年に起きたことなのかということを書いて頂くと、場合によったら、ある誤解も解ける、持たなくて済むような気もするので、ちょっとご検討頂ければと思いました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

はい、田村委員、どうぞ。

○田村委員

その点に関して、私のほうもぜひそのことをお願いしたいと思います。

というのは、今回の蘇生のところについては、5年毎に、我々は国際蘇生協議会（ILCOR）の Consensus に基づいて、蘇生のガイドラインを、変えているもので、その事例がどの年だったのかというのは蘇生処置を評価する上で非常に大事なことなので、ぜひお願いしたいと思います。

それと、21ページのところの新生児蘇生のところで、「1分以内に蘇生が必要であったにも関わらず、やってない。」という事例数をきちんと今回出して頂いた事は、非常にありがたいと思います。

特に今回のこの分け方が、前半の上のほうの表は生後1分以内に人工呼吸を開始していない事例を挙げて頂いて、その下のほうには、それ以外の処置をしていない事例を分けて頂いた。これは非常に意味があると思っています。

というのは、特に今回の新しい2015年版NCPRでは、呼吸をしていないような子に関しては、60秒以内に必ず人工呼吸開始しましょうということを非常に強調してあります。この下のほうに書いてある例の中のアドレナリンの投与とかいうあたりに関しましては、

量が過量であったとか、投与した時期がちょっと遅過ぎたとか、それから、心腔内投与とか、ある意味、その施設の状況によっては、やむを得なかったようなことも、原因分析委員会のほうでは問題ありというふうにされていて少し融通が効いていないように感じます。

今回、2015年版の蘇生のガイドラインの中では、まず、人工呼吸と、次いで胸骨圧迫が大事なことであって、アドレナリンの投与を人工呼吸や胸骨圧迫を中断してまでやるというのは本末転倒だということがはっきり強調されています。やっぱりこの呼吸をしていないにも関わらず、人工呼吸を60秒以内にやってないという事例のほうが、我々から見ると、より大きな問題だと思っておりますので、この分け方は非常に適切だと思います。

少し欲を言えば、前から繰り返して言っているんですけど、この「蘇生に問題あり」とされた事例のときに、蘇生をしていた人が、NCPRの認定資格者であったかどうかということは、多分まだ、2009、10、11のあたりでは、分からなかったと思うんですけど、それが分かると、我々としては大変有用な情報となります。そういう人は講習会を受けてないから、きちんとした蘇生ができないのか、それとも、受講して、認定資格を持っているにも関わらず、できてないとすれば、我々の講習会のあり方、もしくは、その後のフォローアップのあり方に問題ありということで、我々が反省しなきゃいけない非常に大事な情報になりますので、ぜひそれをつけ加えて頂きたいと思います。

それから、あと、年度ごとの効果という意味では、この再発防止委員会が報告書の中で蘇生の問題点を取り上げて下さっているということももちろん大事な、このような問題ある事例を減らすために大事な情報だと思うんですが、もう一方では、講習会をどのくらいの人が受けて認定資格を持っているにも関わらず、こういうことが減ってないのか否かということそれはそれでまた大きな問題だと思います。

そういう観点からいくと、実は、今回も24ページのところに、蘇生の講習会事業推移と、過去5年というふうに書いて、出して頂いています。これは、過去5年で新生児蘇生法普及事業事務局が公表しているのは、認定期間が今まで5年だったので、こういうふうに5年間をさかのぼって公表するという出し方になっています。この2009年とか10年とか11年のところで、生後1分以内に人工呼吸開始なしという事例が■%、■%、■%、■%、ほとんどあまり改善していないというふうに見えるあたりに関しては、やはり2008年から10年までの間に講習会を受けて認定資格を取った人がどのくらいいるかという情報も大事だと思うので、私が調べさせて頂きましたので、後で事務局のほうにお送りしますので、24ページの図の下のほうを、それと置きかえて頂ければと思い

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。

今の田村委員のご発言、よろしいですか。

他にはいかがでしょうか。

○石渡委員長代理

よろしいでしょうか。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。お願いします。

○石渡委員長代理

医療がよくなってきたということの色々な見方があるかと思うんですけれども、1つは、紛争、訴訟、裁判が減ってきたということも一つの指標になると思うんですよね。この10年を見ていきますと、やはり全ての診療科の中で裁判は減ってきてはおりますけれども、産婦人科領域においてはその減り方というのはもう著明に減っているんですね。

その中で、どういうことが要因になっているかというふうに振り返って見てみますと、1つは、ガイドラインがよく読まれるようになった、特に若い先生を中心として、ガイドラインが非常に浸透してきたということがあります。それから、この産科医療補償制度のこの制度もやはりその要因になっていると思いますけれども、もう一つは、インフォームドコンセントをかなりしっかりするようになってきて、医療というのが患者側と医療側が共同で行うという、そういう認識が芽生えてきているのではないかとというふうに思うんですね。

この産科医療補償制度の最終的な成果は、CPが減ることだというふうに思うんですね、最終的には。だけど、それにはやっぱり5年、10年という長い年月がかかるわけで、その中の医療が改善されてきたことの一つの指標としては、例えばオキシトシンの使い方であるとか、あるいは、診療録の書き方であるとか、そういう一つ一つの項目が改善されてきたということを見ていくことなんだと思うんですけれども、先ほど勝村委員が言われたように、すぐこれが成果として評価できるほどよくなってきたかということ、実はなかなかそうはいかなくて、やはり継続的なそういう啓発が必要になってくるんだと思うんですけれども。

やはりガイドラインというのは非常に重要で、この産科医療補償制度の中からの提言もガイドラインの中になんか反映されてきているというふうにするので、そういう意味で、長い目でやっぱり見ていく必要があるんじゃないかというふうには思っています。

この制度そのものがかなり医療をよくしているということについては間違いないことだと思いますけれども、脳性麻痺が減少したということまで、はっきり目に見えるような形の、国民が理解できるところまではまだまだ道がほど遠いというふうには、そんな印象を持っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

もうおっしゃる通りです。

ちょっとこの16ページの子宮収縮薬のオキシトシン使用のところのをご覧頂きたいんですけども、基準範囲内、かつ、連続監視、つまり、ガイドラインを守っているというパーセンテージが■■■%、オキシトシンを使ったとき、■■■%と、こういう結果になっている事例ですから、そうなんですけど、しかも、この再発防止の報告書を最初に出したのは11年なんですけど、この9、10、11というのはまだまだ効果、12年以降の話だと思うんですけど。

やはり、連続的に聴取していても、その見方が分かっていないではないかというレベルで報告書を出しているわけなんですけど、それ以前に、連続的に監視することができていないんじゃないかということで、その改善のパーセントがやっぱり上がらないということであれば、非常に患者側から見ると、重苦しいわけです。だから、先生方が読まれても、この部分は非常に重苦しく感じられると思うんですけど。

なので、ここをやっぱり、かなり低い評価というのがされているという事実がこのあたりにあると思うので、そこに関しては、もう大分前からお願いしているんですけど、それこそ、この評価機構制度と医会とか学会が色々な意味で連携をしてもらっていると思いますので、僕たちにはここの病院名とか分からないわけなんですけど。

何かうまく、例えば2回同じことをしたら、文書を出してもらっているということなんかはすごく僕は大事な再発防止だと思っていて、それ2回目を待つんじゃなくて、あまりにもその医療の評価が低いところに対しては、医会、学会のほうからも、制度のほうから

もうまく注意喚起してもらおうということが、こういう数字をすごく劇的に変えていく可能性があると思いますので、そういう努力をぜひお願いしたいということ、木村委員、石渡委員長代理にも、先ほどはメッセージとして発言させて頂いたという趣旨です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。本当に、私は日本産科婦人科学会とか日本産婦人科医会とかを少し、会員ではありますけれども、離れたほうから見ていますけれども、ものすごくよく色々な反応、対応をして頂いていると思います。

石渡委員長代理、何か今の勝村委員から頂いた。

○石渡委員長代理

ちょっとここ、この制度とは外れますけれども、やはり例えば死亡事例であるとか、色々なことが今話題になって、以前はマスメディアにたたかれてから、色々動き出すということが多かったというふうに思うんですけれども、今、日本医師会の中でも、いわゆる俗に言うリピーターですよね、それに関しては、医師賠償責任保険のほうから上がってきますので、リピーターというのはかなりもう確認されているんです。

そういう方に関しては、支部と連携して、本人直接に改善命令といいますか、指導したり、それから、場合によっては、委員を派遣して、その医療機関の調査をして、そこで改善点を指摘して、改善点がちゃんとできたかどうかまで検証する。そういうところまで今上がってきています。

日本医師会は、以前、リピーターを集めて、それで抗議みたいなことをしたことがあるんですけど、そうすると、何かそこにマスメディアが入ってくると、何だということになって、なかなか出てきて欲しい先生が出てこなかったりして、そういうことで、今、個別にそういう対応をとるようにしています。

産婦人科医会のほうも同様のことを始めているわけなんですけれども、なかなかコミュニケーションがとれている医療機関はいいんですけれども、そうでない医療機関が結構あるんですよね。医師賠償責任保険を使ってない先生もたくさんおられて、なかなかそのネットの網に引っかかってこない先生もおられるので、やはり地域、地域のそういう医会の会員の先生方、あるいは、支部のほうから上がってくる事例については、本部のほうとしても、まともに協働しながら、その問題がある先生に対して、直接改善するような方向を今模索している、そういうところなんです。

ですから、勝村委員、もう少々時間を頂いて、少しずつやっていることはやっているん

です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

木村委員、何かございますか。

○木村委員

学会として、この問題に直接学会の何かで議論するというのは、産婦人科学会の学術集会の中でということになるんだろうと思いますが、私、個人的には、先ほどの子宮収縮剤使用に関する問題というのは、やはりこの文書による同意というのがまだ■■■■%台であるというところ、こういう文書による同意をとるといとき、そのときに必ず行為を伴うコミットメントなんですね。だから、モニターをします、この薬を使います、モニターをしますというふうなコミットメントが入るはずなので、やはりそれは大きいのではないかな。ここの率をもう少し上げると、なかなか適当にということができなくなるのではないかなというふうに感じました。なので、そういったことをまた色々なところで訴えていきたいなと思います。

もちろん、緊急のときに、緊急で使いたいときに、どうしてもというときがあるんですが、それでも、やっぱり事後にでもとるといことはやっぱり必要ではないかなというふうに思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

小林委員、どうぞ。

○小林委員

事務局の人にかなり作業して頂いて、3年間の比較ができるような形で整理をして頂いて、私もこれで比較ができるんじゃないかというところなんですけど、ちょっとじくじたるところがありまして、完全に本当に比較できるかというところは、今後やっぱりこれを続けていかないと分からないし、5年分のが全部出てきたところでもう一回見直す必要があると思うんですけれども。

その上で、やはり先ほどどなたかが指摘した「はじめに」のところ、この章の一番の目的は、制度ができたことによって、分娩の現場にフィードバックがかかっているかどうかということを見たいんだということが書かれていないような感じがしますので、それをやはり書いたほうがいいということと。

もう一つは、逆に、じゃあ、年次推移ができないようなものまでまだ出ているんじゃないかなと私は思います。前回は、表が多くて解釈できないものがあると、意図が伝わらないという話をしたと思うんですが、具体的に言うと、10ページと11ページの表は、これは本当に年を越して比較できるものかどうかという疑問があります。

例えば、10ページの表だと、連続モニタリングが必要な状況で、ネガティブな指摘がされているものの数値が書いてありますけど、これは連続モニタリングが必要な状況という分母がないと、減っているのか、増えているのか分らないです。11ページの表でいうと、判読者が医師、看護師とありますが、これ、数字が上がればいいのか、下がればいいのかよく分かりません。そういう意味で、例えば、先ほど例に挙げた説明と同意はしているか、していないか、これはもう客観的な事実ですし、文書でされているかどうかも客観的な事実で、数字は上がればいいのか間違いないと思うんですけど、この10ページと11ページは数値がどうなったらいいのかよく分からないので、もう一回この内容、表の内容は吟味して、項目を減らすなり、あるいは、この章では今回は取り上げないとか、そのぐらいは考えたほうがいいかなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

これ、今回全てにわたってこういうことをまとめてしまわないといけないということではないんじゃないかと思うんですけどね。これは大丈夫、まさに小林委員がおっしゃって頂いたように、これはちゃんといけそうですよとか、ここをもう少し検討したほうがいいですよという項目もあろうかと思うんですけども、それはどうでしょう。ちょっと作業が大変ですかね。今、委員の先生方でお気づきの点、ありましたら。これ、表と図ですね、問題は。

○小林委員

問題にしたのは表、10ページと11ページの2つの表。

○池ノ上委員長

10ページと11ページ、この2つ。ここの、ですから、この9ページからの「胎児心拍数聴取について」という、ここからの。

○小林委員

そうですね。ここで、これはある意味で、原因分析委員会が評価、ネガティブな評価をした項目ということですが、全体に数が少ないですけども、その指摘の必要もない事項

に関しては、されないわけですね。

そうすると、一体この数字が何を意味しているかというのはよく分からない。これがゼロになればいいとは思いますが、ただ、原因分析委員会がこの項目について全てをチェックして、今までの[]例について、ネガティブかポジティブかと言っているのであれば、その数字は意味をなしますけれども、多分、おそらく触れてない報告書がほとんどだと思っうんですね。その中で、この数字だけを出しても、割合が上がっているのか、下がっているのかというのはよく分からないところがあります。

説明と同意は基本的には全例について原因分析報告書でおそらく触れられていて、それがされるか、されないかというのはもう事実ですので、その割合が上がってくることは望ましいと思っうんですが、この10ページと11ページの個々の項目は、数値が上がったらいいのか、下がったらいいのかとか、それから、原因分析報告書のスタンスも毎年変わってきますから。それから、あと、ネガティブの程度もほんのわずかなものから、重大なネガティブの程度まできつと入ってくるでしょうから、数値としてあらわすことはかえってミスリーディングな感じは致しますけれども。

○池ノ上委員長

ちょっと事務局にお聞きしますけど、この10ページの表で、胎児心拍、上から3行目の胎児心拍数聴取実施事例[]というの、[]例に指摘があったということなんですか。

○事務局

こちらは胎児心拍数聴取を実施、単に実施した事例ですので、実施に関して何らかの評価があったという件数ではなくて、実施したのが何件。

○池ノ上委員長

そうすると、分析対象事例が[]例。

○事務局

はい。のうち。

○池ノ上委員長

その[]例が実施されていた。

○事務局

実施されていた。何で[]件減っているかと申しますと、注釈1に書いておりますけれども、施設外での墜落産とか、災害下で医療機器がなかったなど、やむを得ず心拍数を聴取

できなかった事例というのを除いて実施した事例、それを分母にして割合を出しているんですね。

各項目は、原因分析報告書に分娩監視装置の装着について、低い評価がされた事例を項目化しておりますが、この項目の根拠としては、産婦人科診療ガイドラインのCQ410に定められている項目に従って作っているものとしていますので、結果としては、ガイドラインで定められている項目ですので、件数が減っていくのが見られれば、件数動向につながるのかなと思って記載はしております。

○小林委員

意図は分かりました。基本的には、こういうものはネガティブなので、ゼロにしたいということですね。ただ、この数字の中には、程度の非常に軽いものから程度の重いものが入っていて、それは、全て、でも、1としてカウントされるので、全体の状況の推移をあらわすとしてはあまり適当ではないような気がしますね。

○池ノ上委員長

分かりにくくなるということですね。

○小林委員

はい。ただ、心拍数とか陣痛図の指摘は重要ですので。ただし、この章に入れると、おかしくなってしまいます。年次推移を見るという。

○池ノ上委員長

この第5章としてはですね。

○小林委員

はい。他の章に、この胎児心拍数聴取や陣痛図の判読は非常に重要ですと、相変わらずまだこのくらいはありますよというのはいいかもかもしれませんけれども、年次比較を試みようとしている章に置いておくのは、その1件の重みがそれぞれ違うので、あまり適当でないような気がします。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

他のところについては、これは対象例集。この5ページは。5ページの表は、これも事実だけですね。だから、これはあったか、なかったかというような項目として取り扱える。

○隈本委員

1つ私も。先ほどの10ページ、11ページの件ですけど、そういう意味では、個別の連続モニタリングが必要な状況がそうされていなかったかどうかというところは、かなり個別の状況によるので、数字を単純に比較しちゃいかんのかもしれませんけれども、少なくとも、胎児心拍数聴取に関して、原因分析委員会が一般的ではないとか、そういう評価をしたという、この数字は推移を見る価値があるんじゃないですかね。

少なくとも、2008年にガイドラインが出て、それが2011年に改定されるまでの間、どのようにこの胎児心拍陣痛図の実施が、読み取りの実施がどのように普及したかというのを見るの、これはパーセンテージではなくて、実数で見ていきたいなというのは、これは知りたいなと思うし、次の11ページも、このスタッフとか医師とか、そんな細かいことは要らないけど、評価された事例がどう、もうこれはゼロなるのが目標なので、これ、全体をまるめた数字だけは残していいんじゃないですかね。少なくとも、そんな感じがします。

ただ、2011年からガイドラインがまた厳しくなるので、この指摘されるのが増えちゃうということがあって、実はこの2009、11以降、2012年になると、2011年のガイドラインをもとにいうと、例えば、連続聴取が必ず義務化されるので、そこから、陣痛促進剤使用時の連続聴取が乗ってくるのでまた厳しくなっちゃったりして、基準が変わる部分があるんですけども、脳性麻痺事例において、この指摘されるものが減ってくるというのを数字全体を見るのは意味があるんじゃないかという、感じるんですけど、いかがでしょうか。

○小林委員

私もそのように。だから、もう少し丸めて、あと、程度感も入るといいかなと思います。

○池ノ上委員長

おそらく、この分娩監視装置の読みとか、的確な使用とかというのは、かなり、何ていいますかね、グレードがあって、変化がある項目なので、一律にぱっと固められない。一つ一つの事案の評価がついていかないと、とんでもない結論になってしまう可能性があると思います。

ですから、そういうのを出さないで、先生がおっしゃった、丸めて、もっと大きなくくりで、この胎児心拍数聴取に関する項目を見るというのだったら、今のところは言える、これでもできるんじゃないかという、そういう趣旨ですよ。

○隈本委員

もちろん、いずれそういう程度別もデータが見られるといいなと思うんですが、往々にして、原因分析をやっている先生方は、本来ならやるべきこととこのを基準にして、それより以下のものはちょっと厳しく評価というので、そういう意味では、非常に厳しい状況で、そんなゆっくり判読なんかできないよというような状況であるというふうに、逆に、カルテで見て先生方が判断すると、評価は比較的緩くなっていますし、これはのんびりし過ぎだよねというときには厳しくなっているという点では、基準のほうも、先生方の臨床的な経験による判断で、上、上がり下がりしているわけですね。

だから、そういう意味では、世の中の標準というか求められる標準からどれほど低いものが何%あるかという点でいえば、この数字のこの評価をされた項目の数というのがまさに今の産科医療が求められているレベルにいかにか近づいているかということを示す数字、これがゼロに近づいていくということは、そういう数字なんじゃないかということで、パーセンテージよりも実数ですね。

○池ノ上委員長

実数、大きなくくりで。

金山委員、どうぞ。

○金山委員

心拍数モニタリングについて、ぜひ今から検討しておいたほうがいいと思うことは、CTGの擬陽性というのが50%あるんですね。擬陰性というのは1%あって、おそらく脳性麻痺で将来的にこれだけ一生懸命検討していると、擬陰性事例で脳性麻痺になるというのが結構問題になってくると思いますので、CTG全く正常、そういう中で脳性麻痺になった事例とか、そういうのをデータとして今から蓄積しておく必要があるんじゃないかと思いますけれども、将来そういうものがターゲットになって、例えば感染の問題なんかは多分クローズアップされてくると思いますけれども、そういう視点からのモニタリングの解析も大事だと思うし、あと、分娩というか、総合的に評価する評価、面もあると思いますので、羊水量が分娩時どうだったとか、そういうのも色々なパラメータとして、CTGだけのみならず、他の総合的な所見として何がこの脳性麻痺を減らすために大事かということ今から検討項目に上げておくことが大事かなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

かなり幅広く情報は集められていると思いますので、もう一回そこら辺は、今の金山委

員の、今回まとめるどころじゃなくて、情報としてそういうのが集まるようになっているかどうかということはチェックして頂ければと思います。

それから、この10ページの表については、この評価がされた、評価がされたっていい評価がされたように誤解しそうですけれども、何か指摘事項が、指摘事項項目数がどうであったというようなことを残して、それ以下の細かい具体的なことについては、もうちょっとこの数値が多くなるといいますか、具体的なことが見えるようになってから、分析をしてあらわしていくということで、というお話でどうですか。

○藤森委員

でも、これ、確認ですけど、事務局に。第5回、第6回と項目は同じですよ。同じ項目。

○事務局

6回でおそらく増やしたかと思います。

○藤森委員

増やした、6回で増やしたんでしたっけ。

○事務局

はい。

○藤森委員

5回まではここまで増えていませんでしたっけ。

○事務局

胎児心拍数陣痛図の判読と対応に関する評価がされた事例の中で、判読者の詳細ですか、そこは6回から足したと。

○藤森委員

6回から足した。

○事務局

はい。それも、何か、その内訳も見たいということもありまして、追加したんですけど、今回はより背景をあわせて、推移を見るということが主目的になってきましたので、それによって、今回の意見が出てきたかと思いますので。

○藤森委員

やっぱりこのうち判読できていないという表の、これ、やっぱり先ほどの金山委員の話もありますけど、やっぱりこれが減るように我々、教えていかなくちやいけないと思って

いるんですが、前にもお話ししたかもしれないんで、ぜひ僕はこのどういうものが判読できてないのか、さっきの事例でも出てきた遅発一過性徐脈は変動一過性徐脈として読んでしまうとか、そういうサンプル、1個出ていますけど、どういうパターンがやっぱり読めないのかというのをやっぱり我々とすると知りたいというのが、この[]例ですか、もっとありますか、[]例について、全部見たいぐらいの気持ちなんです。

一体どれを見間違えるから、だから、それに注意しなさいというメッセージを出していくというのが、先ほどからモニタリングの判読という話が出ていますが、それをもっと細かく指摘していくことが重要なんじゃないかと思うんです。

○池ノ上委員長

その通りだと思いますね。おそらく、だから、それは胎児心拍数の聴取に関するテーマというのをまたもう一遍上げて、そのテーマのところまで突っ込んでいく。ここはあくまで疫学的な年次推移をきちっとフェアに見るためには、どういうことをしたらいいかということでこの作業が始まっているわけですので、小林委員がおっしゃったような、また隈本委員がおっしゃったような、そういうくくりで、特にこの胎児心拍数聴取というのは、その縦と横の、それから、何か要素というのが絡んでいるので、それをちゃんと整理して。胎児心拍数聴取に関しては、事実を淡々と述べるだけでもいいと思うんですけれども、このチャプターとしてはやっぱりそういった疫学的手法を導入して見るというチャプターとしてこれからは出していくということになるかと思います。

どうぞ、お願いします。

○小林委員

藤森委員のご意見は分かりますが、ある意味で、ここは事例数を全部使ってないわけですよ。2歳以上で診断した事例の[]例ぐらいが抜けているので、むしろ、それも入れて分析したほうが、藤森委員の趣旨にはかなうと思います。

○藤森委員

そうですね。いずれ、項目としては上げて頂いて。

○池ノ上委員長

この胎児心拍数についてはやっぱり繰り返しやっていかないといけないと思いますよ。時代とともに変わってきておる。おそらく、色々な原因分析委員会の先生方が求められているようなところにだんだん上がってきて、それでもまだここにありますというような、ある程度この評価の、何ていいますかね、スレッシュホールドや変わってくる、変わってきて

いいのではないかと、底上げができればできるほど。そういったところも含まれておりますので、今、藤森委員が言われたようなことは、そういうところで対応できるんじゃないかと思います。

他に何かございますか。はい、どうぞ。

○鮎澤委員

今の議論の中で、長いことこれを見ていくためには、こういうことも分かったほうがいいというご指摘も何点かあったと思います。それをぜひ30、31ページにあるような「産科医療補償制度の原因分析・再発防止に係る診療録・助産録および検査データ等の記載事項」、こういう中に織り込んで頂いて、これから、この委員会に上がってくるデータとして使っていけるようにして頂ければと思います。

そうすると、書いてないから分からないのか、分からなくて分からないのかといった議論も、少しずつ透明感が増してくるようになります。ぜひとも、今、何点かご指摘があったことをお願いをしておきたいと思います。

○池ノ上委員長

そうですね。じゃあ、また事務局のほうでもそのことを案としてとっておいて頂いて、またここでしかるべきときにそれを実現するというにしていきたいと思います。

他に何かご意見。はい、どうぞ。

○石渡委員長代理

胎児心拍数図の判読というのは非常に重要なことで、14ページのところに、胎児心拍聴取に関する現況ということで、各団体の取り組みというのがまとめられております。

日本産婦人科医会のほうも、ガイドラインに沿ってポケット版を作っておりまして、このポケット版は、分娩に携わる全ての助産師、看護師、あるいは、医師のポケットに入れて頂いて、毎日、毎日の事例をそれを照らしながら、ディスカッションするために使ってもらおうというものをやっています、1つは。

それから、もう一つは、ここから上がってくる胎児モニタリング数のワーキンググループが作成された資料ですね。そのいくつか典型的なものを選んで、日本産婦人科医会の学術集会のコ・メディカルの生涯教育で使っているんですね。

その使った教材は全て都道府県の産婦人科医会の事務局に流れていまして、各都道府県の産婦人科医会のほうで、その医療機関の助産師、看護師を集めて研修をするということに、もうそういう流れにつながっているわけなので、どのぐらいまだ実際それが行われて

いるかどうかという調査はしておりませんが、やはり心拍数図の読み方とその対応というのは非常に重要なので、医会としても、今後そういう取り組みをやっていきたいというふうに思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

○石渡委員長代理

それから、もう一ついいですか。それから、あと、この委員会から色々提言があつて、職能団体あるいは学会等々に、こういうふうなことをして欲しいという提言が出てくるわけですね。

実際にそれに応えていかなきゃいけないわけなんですけれども、今、早期母子接触、このことが裁判にもなつて、医療側は勝ちましたけれども、その中で、勝った理由というのは、まだ早期母子接触に対する方針、指針がまだ十分浸透していないということが1つ大きなことと、それから、いわゆる病室ですね。病室で母親と子供だけになったときに、どのような注意が必要だということについてのまだ提言とかそれができていないので、田村委員もその委員に入っておられると思うんですけれども。

今度、母子接触に関しては、母児同室の場合に、どういうふうにしたらいいかという、そういうガイドラインみたいなものを作るという方向で今動いてきているので、ここで出された提言というのが結構色々なところで、大変は大変なんだけれども、やっぱりそれに十分応えていく、いかなきゃいけないんじゃないかというふうに思っております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それは周産期・新生児、どこ。

○石渡委員長代理

周産期・新生児医学会が音頭をとって、前もガイドラインがそこから出ているわけですから、そこで今度、母児の部屋のほうのそのガイドラインを作るという。

○池ノ上委員長

やって頂く。

○石渡委員長代理

田村委員中心になって。

○田村委員

今回の母児同室に関してはこれは産科の先生の役割が非常に大きいということで、初め

は新生児成育医学会で提案したんですけど、基本的には、日本周産期・新生児医学会が音頭をとって、各関係学会に呼びかけて、構成メンバーを決めてやるということで、多分、今月中に第1回のワーキンググループ会合が開かれることになると思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。よろしくお願いします。

それでは、よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

○松田委員

よろしいですか。このタイトルが動向なんですよ。それで、これ、動向で、今ずっと読んでいたら、途中で、14ページの胎児心拍数聴取に関する現況とか、そういうの、あるいは、新生児の現況とかが入っているので、これ、非常に読みにくい。だから、中で構成を変えるということはできないんですかね。

動向を最初にどんと主なやつを、それを今までの議論のように丸めて示して、それから、それに付随したもので、今は現状はどうなっているかというふうに構成を変えたほうが、読むほうには理解しやすくなるのではないかと思いました。

○池ノ上委員長

この1ページの？

○松田委員

いや、全体、全体……。

○池ノ上委員長

全部、内容全部を。

○松田委員

全体が、動向を先に絞って、それから、その個々の現況とかは後のほうにずらすほうが、ずっと読んだら分かりやすいと思うんですけども。途中で現況とかが入っているから、それは動向を見るのとちょっと違いますよね。ちょっとざっと読んで、そう感じました。

○池ノ上委員長

分かります？

○事務局

4つのテーマがありまして、最初に概況ということで文章にしております、2.で、先ほどちょっと話をしましたけれども、原因分析報告書の抜粋で、最後は、その概況が来ているんですけど、そのテーマごとにこの3つの段階が入っているということが読みづらい

というご指摘ですかね。

○松田委員

はい、そうです。

○事務局

それについてはちょっと検討させて頂きたいと。

○松田委員

ちょっと検討して、どっちが読みやすいか、ちょっと検討してみてください。

○池ノ上委員長

並びかえてやって頂ければ、いずれにしろ、この1ページは少し手を入れてもらわないといけないので、そこでどこまでちゃんと伝えるかということとまた関連すると思いますから。そうすると、そこをバランスを考えてもらって、そうしたら、お任せしますので。

ありがとうございました。

それでは、続きの次の「数量的・疫学的分析」、お願いします。

○事務局

「数量的・疫学的分析」についてご説明致します。資料7と資料8について、ご説明を致します。

まず、資料7について、今回の分析対象は、今年の6月末までに原因分析報告書を公表した事例■■■■件となります。基本的には、これまでの報告書の集計表の件数の積み上げとなっておりますので、今回は網かけ部分の変更点を中心にご説明を致します。

まず、2ページ目の注釈は、記載ぶりを変更した点の網かけとなります。3ページの表の3-2-4は、分娩機関区分別件数及び母体搬送件数として、母体搬送の有無を項目として追加を致しました。

続いて、6ページの表3-2-11「妊産婦の既往」ですけれども、婦人科疾患の件数が増えてまいりましたので、こちら呼吸器疾患とあわせて、項目化して内訳を示しております。「上記の疾患なし」ということで、特出ししている項目以外はこちらに含めて注釈を記載しております。

続きまして、7ページの一番下の表3-2-16「胎児数」は、今回、品胎が■■■件ございましたので、入れております。

続きまして、8ページの表3-2-19「産科合併症」、こちら切迫流産と頸管無力症につきましては件数が一定数ございましたので、表の項目として追加をしております。

「上記の疾患なし」も集計をしておりますして、注釈3に書いてありますけれども、絨毛膜羊膜炎や血液型不適合妊娠などが含まれておりました。また、「不明」の項目も追加しておりますして、注釈4に記載の通りですけれども、原因分析報告書に診断名の記載はないが、妊娠中から産褥期までに降圧剤投与などが行われた事例を「不明」として集計をしております。

9ページは、「児娩出経路」の表ですが、これまで自然経膣という表現にしておりましたが、「吸引・鉗子いずれも実施なし」という表記に変更をしております。

続きまして、飛びまして、20ページ、表3-2-46「臍帯動脈血ガス分析値のpH」について、こちらも文言の変更と、「疑義」、「不明」の項目を追加しております。

隣ページの21ページ、「新生児搬送の有無」ですけれども、注釈1、これまで、生後30分以内にとすることで表記をしておりましたが、「生後28日未満」に変更を致しました。

表3-2-49「新生児期の診断名」ということで、これまでは重複なしの組み合わせで集計をしておりましたが、件数が増えてきたことにより、疾患別に重複ありで集計をしております。

資料7の変更点は以上となります。

続きまして、資料8「脳性麻痺発症の主たる原因について」、ご説明致します。

こちらも、 件を分母に集計をしておりますして、基本的に、網かけ部分は分析対象の増加に伴い、件数が積み上がった部分となります。

4ページの10行目の中ほどから15行目が、今回は件数動向の中でも、2009年から2011年までの診断時年齢0歳、1歳の事例については、ある程度背景がそろっていることから、別途、脳性麻痺発症の主たる原因を載せていますということをごちらに書いております。

5ページの表が今回の集計結果となります。単一の病態が記載されているものが 件、 %で、常位胎盤早期剥離、臍帯因子が多くみられます。複数の病態が記されているものが 件の %、一番下にいきまして、原因が明らかではない、特定困難とされているものが 件の %という結果でございました。

説明は以上となります。よろしく申し上げます。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

ただいまの説明、いかがでしょうか。何かご発言ございますか。はい、どうぞ。

○金山委員

資料7の3ページですけれども、ぜひ、年代別の分娩数って全国統計出ていると思いますので、ポピュレーションに対する比をぜひ出して見て下さい。

印象としましては、高齢出産はやはり色々なトラブルが多いと思いますので、多分、40から44歳が■%ということは、この世代の分娩ってかなり少ないので、相当な頻度になるんじゃないかと思いますので、ちょっと出して頂ければ、参考にしたいと思います。

○池ノ上委員長

それは、先生、この報告書に載せる。

○金山委員

載せるという、別に。

○池ノ上委員長

載せると別にですね。

○金山委員

別に。1つで。

○池ノ上委員長

そういうデータが手に入ればと。事務局で。

○事務局

そうですね、毎年、報告書の後ろに付録として、人口動態調査の結果とか、表を載せておきまして、例えば第6回報告書の196ページに人口動態調査の年齢別の結果を載せておりますので。

2014年ですと、百分率のところを見ると、40から44歳は4.9ですね。

例年通り、付録に載せるということでよろしいでしょうか。

○金山委員

いいです。参考にどうかなと思って。

○池ノ上委員長

他にはいかがでしょうか。よろしゅうございましょうか。

○木村委員

1つだけ。先ほどの新生児の搬送のあれを28日に変えたとおっしゃっていましたよね。それ、ちょっとカラムを一行足して、やっぱり前と同じやつも比較としては要ると思うの

で、24時間以内と28日というふうにされたほうがよくないですか。

これはあり、なしだから、もうあり、なしで年次数じゃないから、もう仕方ないですかね。この表3-2-48、21ページ。何か集計を途中で変えちゃうと、今までのやつと比較ができなくなるという懸念がちょっとあるんですが。資料7の21ページですかね。

○池ノ上委員長

21ページの表3-2-48ですね。これは出ているでしょう。

○木村委員

前、載ってる？ 載ってたらいいんですけど、どこかにあればいいんですけど、基準を変えちゃうと。

○事務局

先ほどの説明が間違っておりまして、これまでは、生後30分未満とかは記載はしておりませんが、今回、分かりやすさの観点から、生後28日未満というふうに注釈をただ追加しただけですので、失礼致しました。

○木村委員

統計は一緒ですね。

○事務局

はい。

○木村委員

統計としては一緒ですね。はい、分かりました。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

よろしいでしょうか。

それでは、続きまして、その他について、事務局から説明をお願いします。

○事務局

事務連絡、3点ございます。

まず、1点目です。今後のスケジュールについてですが、今年度の審議は残り
回となっております。本日、多くの意見を頂いておりますので、頂いたご意見、事務局で整理しまして、次回委員会までに委員の先生方にメール等でご意見頂くこともあるかと思いますが、ご協力のほど、よろしくお願い致します。

すみません、委員長、事務連絡の前に1つ参考資料の説明を落としておりましたので、

思います。

○池ノ上委員長

分かりました。いつかはやっぱりそういうことをやらないといけないんだろうと思っ
ているんですけども、本当に再発防止という意見からすると、今のこれは病態といいま
すか、最終的に原因が何だったかというところを見ている。そこに至る……。

○勝村委員

だから、それ、ばらばらなんですよ、原因のコンセプトが。

○池ノ上委員長

そこに至る、そうですね、至る、そうですね。ですから、そこら辺は色々なデータが
多く集まってくると、整理もできるようになるのではないかと思います。

他にはいかがでしょうか。

いよいよ最終コーナーを回ろうかというところでございますので、もう少しご協力をお
願いしたいと思います。

それでは、ちょっと時間を過ぎましたけれども、本日はこれで終わらせて頂きます。ど
うもありがとうございました。

— 了 —