

第58回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：平成29年7月12日（水） 16時00分～18時45分

場所：日本医療機能評価機構 9F ホール

○事務局

皆様、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。

委員会を開始致します前に、資料のご確認をお願い致します。次第、本体資料、出席一覧、資料1、2、3、4とございまして、続きまして、青いお手元のファイル内の資料S-1、資料S-2、資料T-1、資料T-2でございます。その他に、机上に次回委員会の開催案内及び出欠連絡票を入れたクリアファイルを置いてございます。不足、落丁などはございませんでしょうか。

今回より机上に青色のファイルをご用意しておりますが、こちらについてご説明致します。これまで、事例一覧など、前回委員会時から内容変更のない資料についても委員会ごとに配付しておりましたが、紙とコピーの削減及び情報管理の観点から、委員ごとにファイルにとじ、事務局にて保管することと致しました。また、ファイルにとじていない資料につきましては、委員会後、机上にございましたら、事務局にて処分をさせていただきます。恐れ入りますが、ご理解とご協力のほど、よろしくお願い致します。

なお、本日の資料を事前にお送りしておりますが、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すようお願い申し上げます。

それでは、定刻になりましたので、ただいまから、第58回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

本日の委員の皆様の出席状況については、お手元の出欠一覧の通りでございます。なお、田村委員より、到着が遅れる旨のご連絡を頂いております。

さて、会に先立ちまして、本年5月の再発防止委員会後に福井委員がご退任され、新たにお一人の方に委員にご就任頂きましたので、ご紹介申し上げます。

福井委員の後任で、公益社団法人日本看護協会常任理事の吉川久美子委員でいらっしゃいます。

○吉川委員

よろしくお願い致します。

○事務局

ありがとうございます。委員のご就任につきましては、以上でございます。

それでは、議事進行をこれより池ノ上委員長にお願い申し上げます。

○池ノ上委員長

大変暑くなりましたけれども、お忙しい中、お集まり頂きまして、ありがとうございます。

それでは、第8回の再発防止に関する報告書の「テーマに沿った分析」に取り上げるそれぞれのテーマについて、具体的に議論を進めて頂きたいと思います。

まず、遷延分娩についてであります。約70分ほどを想定致しております。どうぞよろしくお願い致します。それでは、事務局から説明をお願い致します。

#### ○事務局

遷延分娩についてご説明致します。

まず、資料2の遷延分娩についての意見シートをご覧頂きながら、資料の説明をさせて頂きます。

まず、「経産婦」の定義についてですけれども、前回抽出した事例で、経産婦のうち既往分娩歴が帝王切開のみの事例は、予定帝王切開であったのか、分娩進行した後に帝王切開が決定されたかなどの、帝王切開に至った詳細が不明であるので、「初産婦」「経産婦」どちらに分類することが正しいかが難しいと考えまして、今回の分析対象からは除外することと致しました。資料1の13行目に、「経産婦については既往分娩歴が帝王切開のみの事例は削除した」と追記しております。

次に、青いファイルの資料S-1をご覧下さい。前回の委員会でご意見を頂いたものをできるだけ反映させて頂きました。

まず最初に、事例の色分けですけれども、白いものが、遷延分娩の定義に当てはまる事例、黄色い事例が、遷延分娩の定義に当てはまり、かつ、子宮口全開大から2時間以上かかった事例、青いものが、子宮口全開大から2時間以上かかった事例となります。白いものと黄色いものについては、分娩所要時間が短い順に上から並べ替えをし、青い事例は、子宮口全開大から児娩出までの時間の短い順に並べ替えをしております。

また、分娩の転機が帝王切開となった事例については、分娩所要時間の欄が前回空欄のものがございましたので、陣痛開始から帝王切開決定までの時間を分娩所要時間の欄に記載しております。

次に、6の破水のタイミングについてですけれども、最初の破水時の直前か直後の子宮口の開大度を追記しております。

#### ○上田専務理事

資料2もあわせて見て頂くのですね。皆さん、今、どこのご説明かお分かりでしょうか。

## ○事務局

資料2の6ですね。破水のタイミングについてのご意見に沿って、最初の破水の直前か直後の子宮口の開大度を追記しています。前期破水で入院された事例については、入院時の子宮口の開大度を記載しました。

次に、意見シートの7から9までの分娩誘発と促進についてのご意見ですけれども、誘発と促進に使用された薬剤は分けて記載したほうがよいというご意見でしたので、それぞれ分けて記載しております。

分娩促進の赤い字になっているものが、子宮口全開大以降に投与された薬剤です。人工破膜の後ろの括弧の数字ですが、破膜時の子宮口の開大と児頭の位置が分かれば記載しております。

次、意見シートの10番、羊水異常についてですが、羊水混濁ありの事例については、羊水混濁が最初に見られた時刻から児娩出までの時間を追記しています。資料S-1の在胎週数の左隣の欄が、羊水混濁が認められてから児娩出までの時間となっております。

分娩の3要素についてですが、新生児の頭囲について追記しました。出生児体重の右隣、アプガースコアの左隣の欄に頭囲は記載しています。

意見シート12から15までのご意見ですけれども、分娩経過を詳細に示したほうがよいというようなご意見だったと思われましたので、資料S-1の3ページと5ページの、左肩に「分娩経過」と書いてある資料になりますが、経産婦は全例、初産婦については、黄色い事例、分娩遷延の定義に当てはまり、かつ、子宮口開大から2時間以上かかった事例のみ、分娩経過を全体に示しました。

こちらの図の説明をさせていただきますが、まず真ん中あたりの緑色の帯が子宮口全開大を示していて、左側が子宮口全開大までにかかった時間、右側が子宮口全開大以降にかかった時間となります。左肩に、記号の説明をしております。ピンク色の帯が、分娩監視装置をつけていた時間になっていまして、少し分かりにくいのですが、例えば、初産婦の15番の事例を見て頂きますと、子宮口全開大の左横に、ピンク色の帯の中に①という字がありますが、これが胎児心拍数異常が出現したとされた時刻を表わしています。この①の説明が、事例の番号15の横に、「遅発一過性徐脈」と書いてあり、この番号の胎児心拍数異常の説明をしています。オレンジ色の帯が、オキシトシンを使用していた期間、青色の帯が、ジノプロストを使用していた期間となります。

初産婦につきましては、全例このようにまとめられなかったので、「陣痛開始から分娩促

進までの時間」、「分娩促進から見娩出までの時間」、「胎児心拍数異常出現から見娩出までの時間」を、資料S-1の分娩所要時間から右側の列に追記しています。

次に、S-2の資料ですが、こちらは、脳性麻痺発症の原因と産科医療の質の向上を図るための評価についてまとめた資料で、前回お示しできなかったものですので、全ての事例についてまとめました。

資料の説明は以上です。ご審議をお願い致します。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

膨大な資料をまとめて頂きましたけれども、ちょっと分かりにくいところもあるかもしれませんので、どうぞ、確認のご質問も含めてご発言頂きたいと思いますが、いかがでしょうか。

○石渡委員長代理

時系列の表を作って頂きましたけれども、これを見ますと、分娩監視装置は、ほとんどの陣痛促進薬が使われている間は分娩監視装置が全部装着されているということで、かなり注意がよく守られているのではないかなと思います。直接関係はないんですけども。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。というふうに見ていいんですね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

他にはいかがでしょうか。

○金山委員

早期破水は記載にないようですが、分類されていますか。破水時に子宮口開大5cmでしたら早期破水とか、そのように見ればよいのですか。

前期破水は隣の欄にあるので分かるのですが、早期破水に関しては、どのようにみるかはっきりしません、子宮口の全開大前は早期破水という判断でよろしいのでしょうか。

○事務局

子宮口全開大前の破水が早期破水。

○金山委員

前期破水は、陣痛発来前ですよね。

○事務局

前です。

○金山委員

早期破水がどのくらいあったかというのは、これで計算を見ていかないと分からないと思います。早期破水は陣痛が来てから、全開大前に破水したものということですね。

○事務局

今回は数は出していませんが集計は可能です。

○金山委員

経過を見ると、早期破水は経産婦は多いような気がしたんですけども、そのデータはないんですね。これ、一々見ていかないと、データは出ないということですね。分かりました。

○事務局

はい。

○石渡委員長代理

ちょっとよろしいですか、委員長。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○石渡委員長代理

金山委員、教えて欲しいんですけども、人工破膜した場合の考え方は、やっぱり同じですか。全開大になる前に人工破膜した場合も、いわゆる早期破水。

○金山委員

そういうふうに考えていますけど。

○石渡委員長代理

そうですか。ありがとうございます。

○池ノ上委員長

他に、いかがですか。

○金山委員

じゃ、追加で。事前に見させて頂きましたけど、混濁羊水とか、羊水異常が非常に多いということと、あと、早期破水と前期破水が経産婦では非常に多いということが分かりま

す。

○池ノ上委員長

他には、いかがでしょうか。

○竹田委員

3ページの分娩経過表なんですけど、これ、①とか②と書いてあるところから、心拍がその時間で落ちているということなんですね。

○事務局

はい、そうです。

○竹田委員

そうしたら、その右に、児心拍の異常から児娩出までの時間が黄色のところを書いてある、一番右のところは、例えば、一番上が■■■時間■■■分ということ？ これは、①となっているところからそんなにはないと思うんですけど。この数字はちょっと分からないんですけど。

児娩出からの時間だとすると、例えば、16の事例だと、①から児心拍が悪くなって、産まれているということだから、これは■■■時間■■■分というのは分かるんだけど、その上のところとか、その下のところとか違っている事例がある気がするんですがいかがでしょうか。やけに時間が長いんですが・・・。

○事務局

そうですね。申しわけありません。時間が間違っていて、図のほう合っていますので、15の事例は約■■■時間半ぐらいだと思います。

○池ノ上委員長

15が？

○事務局

はい。

○竹田委員

大体が、心拍が落ちてから産まれるまで短いんですね。この長い事例は、それだけ頑張っていることなんですか？そんな事例があるとは思えないんですが・・・。

○池ノ上委員長

じゃ、15番は、一番右のFHR異常出現～児娩出のところが■■■時間ぐらいですか。

○事務局

そうです。

○池ノ上委員長

■時間でいいんですね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

■時間。

○竹田委員

でも、下のほうのすごく多い時間の事例は、これでいいんですか。

○藤森委員

それは合っているんじゃないですか。先生がおっしゃったのは18番ですか。

○竹田委員

そうです。

○藤森委員

18番は■時間で、多分、1番が■時間。

○竹田委員

ずっと前のほうからずっと落ちているんですね。

○藤森委員

そういうことです。

○竹田委員

そんなに頑張っている事例があるんですね。そんな施設があるんですね。

○石渡委員長代理

落ちっぱなしと考えるんですか、それとも、軽くしているんでしょう。出現した時間だけですよ。その後は、また回復して。

○事務局

はい。

最初に異常が出たとされた時間から計算しています。

○池ノ上委員長

原因分析委員会で、最初にここが異常心拍パターンですよと指摘されたところから起算して、児娩出までということですね。



○事務局

はい。

○竹田委員

心拍が回復したときは、記載できないのですか？また回復した時は、この辺が落ちていて、この辺が開腹している、と表現できないのですか？心拍がずっと落ちているとは普通思えないです。それは難しい？

○事務局

事務局の判断が入らないほうがいいかと思いましたが、とりあえずは一番最初からというふうにしました。

○竹田委員

分かりました。やっぱりその辺がすごく大事になるかもしれないですね。落ちてから出るまでの時間は大体どのぐらいで悪くなるというのは分かっているので、ちよろちよろと出始めてから、後半のところは、程度が軽くても悪くなるということもあるだろうし。だから、その前側がどんな感じかというのはわりと大事かなという気はするんですけどね。回復したりするから難しいとは思うんだけど。

○池ノ上委員長

この15番に、例えば、15番の医学的評価とかいうようなところはないんですか。

○事務局

15番の医学的評価は、S-2の5ページの2番目です。

○池ノ上委員長

上から2番目ですね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

■週■日で頸管熟化不良の妊産婦に対して、分娩誘発した。

■週■日■時■分頃から、胎児頻脈を認め、高度遅発一過性徐脈が繰り返し出現している。これは最初の指摘になるんですかね。

○事務局

こちらは評価なので、原因とは別です。

○池ノ上委員長

いや、原因じゃなくて、原因分析委員会が評価した、異常心拍パターンが出現しているという、その評価の最初はここですかという。■時■分頃。

○石渡委員長代理

その説明に使ってないから、これ、違いますよ、委員長。これは評価と違うと思います。出現時間じゃないですね。

○事務局

異常心拍パターンは、原因分析報告書の脳性麻痺の原因の根拠から拾っているのだから、原因分析の根拠に記載されている異常心拍パターンが必ずしも評価されているわけではありません。

○松田委員

よろしいですか。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○松田委員

これは全く生のデータをその順番にずっと並べたものですよね。だから、今後、どのようにこれをもとに解析していこうかという、今日はアイデアを出す場と思っているんですけど。

そうすると、例えば、資料S-1の一番右側のほうに、脳性麻痺の主たる原因とありますよね。これを、例えば、今話題になっている黄色の15番とか、その下も、原因が明らかではないまたは特定困難というのとか、それから、胎児機能不全とか、いくつかのグループに分けられると思います。そのグループに分けたところで、また新たに我々も考えていく。あまりにも詳細に分析されたので、かえって混乱しちゃっている。何に焦点を当ててすればいいんだろうかというところが、今ざっと見て思うんですけども。それをそのようにグループ分けをして、また、その次のグループは、今度は感染がありとかなしとか、それでも、結局、原因が何も分からないというのは、遷延分娩そのものが原因という可能性は高いわけですよね。というふうにして、だんだんと絞り込んでいかないと、なかなか次の提言というか、難しいと思うんですね。だから、この次のステップはどうするかというところでの意見でした。

○池ノ上委員長

そうですね。これ、例えば、3ページの初産婦の分娩経過、これをご覧頂くと、やっぱ

り全体像を見て、1つは、子宮口全開大という縦のグリーンのラインが入っていますね。それより左側にいくとマイナスで、-4時間、8時間、12時間というふうに、ずっと全開大前の情報がここに並べてある。その後、子宮口全開大後は、右側に、0.5時間、1時間、1.5時間というふうに並べてあって、そこに色々なイベントというのが、原因分析委員会で指摘されたイベントが出ていると。

これは、必ずしも原因分析委員会が原因だというふうに分析したものばかりではなくて、質の向上という視点から、原因分析委員会で指摘されているというものも、この中に入っているんですよ。ということでよろしいですかね。ここの中に入っているのは。それとも、ただ単に淡々と事実だけが書いてあるんですかね。子宮底圧迫法とか、排臨発露とか。

例えば、遅発一過性徐脈があるというのは、それは原因分析委員会で、この時点で遅発一過性徐脈が見られるというふうに指摘されている、あるいは、変動一過性徐脈があるとかされているという、そういう見方をしていけばいいわけですよ。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

ですから、今、松田委員言われたように、これ全体をご覧頂いて、そして、こういうことがここから見える、これこれが見えるというようなことを、それぞれの委員の皆さんからコメント頂ければ、次のステップに行けるのではないかと思います。

遷延分娩ということ自体が非常に取り扱いにくいものだろうということは、前回の委員会でも予測されている項目であるわけですがけれども、しかし、何となくこれを見ると、やっぱり子宮口全開大の前後から色々なことが起こってきている。特に3ページを見ると、起こってきているのではないかなというような雰囲気も何となくある。その-28時間とか32時間という頃には、あまり色々なことが起こっていないといいますか、そう原因分析委員会でも指摘されるようなものはここではなかったというような、何となくそういう動きがこの全体像から見えるのではないかなと思います。

金山委員、どうぞ。

○金山委員

経過表ですけれども、経産婦は全例出ているので、経産婦の分娩経過というところで、ざっと見てみますと、5cm未満の破水、あるいは、前期破水が、私は個人的には非常に問題だと思います。見てみますと、5cm未満の破水というのは、破水の記載があるもの

のうち、多いと思われます。また羊水混濁も多いと思われます。

初産に関しても、全例ではないので分かりませんが、ここに挙がっているうち、5 cm未満の破水が多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。今、金山委員からあった破水のタイミング、時期というのと、この予後とにつながるような、破水そのものというよりも、破水に伴って経過がずっと色々変化していく、そのことで予後不良にという結果になっているようなものが見えるのではないかというご意見だと思いますが。

他には。

○松田委員

もう一度よろしいですか。初産婦の経過を見て欲しいんですけど、例えば、20番の人は、■■■■、FGRとか、かなりもともとのリスクがあって、それから、この人は自然破水して、それから、途中で、全開大の前からもう発熱が■■■■度■■■■分というふうに出ていて、それから、最後はもう羊混著明とかというところがあるから、こういう事例は、逆に、再発防止の観点からすると、こういったことが起こる前に手を打てるのではないかということが言えるんですけど、それと対比的に、例えば、25ですけど、下から3つですけど、これはずっと分娩中も何も、最後は羊混があったんですけど、結果的にはpHが7.3で、心拍の異常も見られていないという、こういう事例は、実は、次の再発に向けてどう提言するかというのは非常に難しいんですよ。だから、破水とか羊混、それから、発熱といったものを絞る、関与しているグループと、そうでないグループというふうに分けて考えたら、考えやすいんじゃないかなと思いました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

今、金山委員からは破水のタイミング、松田委員からは発熱、あるいは、子宮内感染…

○松田委員

羊混。

○池ノ上委員長

感染は言えるかどうかあれですけど、発熱という事実が分娩の経過の途中で出てきている。これ、FGRもあるんですよ。そういったリスクのある方でという、そういうもの

が気づかれるということだと思います。

他にいかがですか。これ、ずっと見て頂いたら、少しずつ慣れて頂いたんじゃないかと思うんですけども。この図の見方。

○隈本委員

素人考えなんですけど、原因が明らかでないまたは特定困難とされているものの中に、明らかに、どこも悪いことはないのに脳性麻痺になっちゃったねという人が入っているんですよね。それで、脳のCT、MRIを調べてみると、やはり分娩よりも大分以前に脳がだめになっていますねというケースがある、多々ありました。

これはやはり分娩そのものとは関係ないと思われるので、そういうものを除外したり、あるいは、出生した時点で全然呼吸停止とかも何もないものも、それは少しそういう素養はあるかもしれないけど、むしろ産まれた後の対応の問題だろうから、それも除外し、そういう意味では、純粹に分娩に関わったと思われるものだけを、この特定困難の中にも3種類ぐらいあるので、そこは、例えば、生まれたときのpHとか、あるいは、脳画像の問題とかを使ってうまく除外して、明らかに分娩に何か関わって脳性麻痺になったケースだけを抽出した後、全体像を見られたほうがいいのかというふうに感じます。

○池ノ上委員長

今の隈本委員のお話、かなり除外しているんですかね。

○隈本委員

既に行っているんですか。

○池ノ上委員長

それはこの中に入っていないんですか。要素として全部入れてあるということですね。

○事務局

はい。

○隈本委員

あと、主たる原因のところでも、原因分析をしている立場から言うと、明確な臍脱とかなければ、やはり臍帯因子とか色々、どちらかというところ、よく分からないけど蓋然性の高いところに分類しているものもあるので、ある意味、脳性麻痺の主たる原因というところだけにあんまりこだわらないほうがいいのかというふうな気がします。

あと、もう一つ、これも素人考えなんですけど、再発防止という点では、こういうふうになったときに、何か徴候が見えるかどうかという点が1つ。波形とか、あるいは、発熱

とか、よく分かりませんが、いずれにしても、徴候が見えるかどうかの問題と、あと、人工的な介入をした場合のアウトカムというか、そこがやっぱり大事で、例えば、破膜の時期にしても、自然破水の人と、人工破膜をしたことをやっぱり別に検討して、もし人工破膜のタイミングが早いんだったら、それは再発防止策としては、もっとよく待ちましょうねという話になるだろうし、いずれにしても、この脳性麻痺の事例から学ぶとすると、やっぱり人為的な介入をした部分と最終的な結果との関係というのをちゃんと調べるといふ、そういう視点を持ったほうがいいと思いますね。

もちろん、自然破水した人のそういう傾向を見つけて、早く対処するという対応の仕方が1点あると思うんですが、一方で、人工破膜した場合には、その人為的な介入がどうだったかという。だから、これを2つを分けて、同じ早いなという点だとしても、2つに分ける必要があると思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

遷延分娩といいますか、分娩がなかなか進まないというものをまず取り上げましょうということで、今、議論を頂いているんですけども。その中で、事務局としては、30時間以上かかったものをまず取り上げて、一番最初の資料S-1の1ページですけども、そして、30時間以上かかったんですけども、その中で全開後2時間以上かかってしまったというもの、これが黄色の枠にあるわけですね。全体が長い、そして、全開後2時間以上、これも長いというのがあって、もう一つは、全体は30時間はかかっていない、長さは全体はそうでもないんだけど、全開後の分娩第2期だけを見ると、これは2時間以上かかって長いですよという、そういう分娩の全経過時間からいくと、3つのパターンに分けてこれは提示してあるわけですね。

そこで、その中に、今、委員の皆様から色々ご意見、コメント頂いているように、どういうイベントがそこに関わっているかとか、あるいは、最終的に原因分析委員会の意見としては、こういったことが、例えば、先ほどの脳の画像の意見ではこうだとかということがその後で出てくるのではないかと思います。

ですから、分娩がなかなか進まないというものの中に、大きく分けてこの3つがあるんだということで、そこで、どこでどういうイベントが起こって、どこでどういう介入がされてというようなことの議論を少しして頂ければ、分娩がなかなか進まないというケースに対して、実際に直面している医療者の皆さんへの何らかの役に立つ提言につながるん

じゃないかと思っております。

これは、こういうふうに分けて頂くと、順調にずっと進んでいって、全開後、なかなか難渋している、その中で色々なことが起こっているというのがやっぱりある、かなりの部分にあるというのがここから分かるのではないかと思っているところですけども。大体そういうふうな目でご覧頂いていけると思いますが。

それを見て頂くと、初産婦のほうの3ページの図が、ケースが全部は挙げられていないので、これ、大変な作業ですから行われていませんけれども、全体の見方といいますか、どういうふうに見て頂ければということでご覧頂ければと思うんですけども。

他に、いいですかね。こんな進め方でいいのかどうか、私も、これ、初めてのことで、ちょっと右往左往しているところがありますが。勝村委員、どうぞ。

#### ○勝村委員

主たる原因というものの多くが、よく分からないとなってしまうと、いつも再発防止の議論をするときには、僕はあんまり役に立たないと思っているわけです。報告として出しておくに関しては、そういう形で出しておこうということならいいと思うんですけど、再発防止をここで考えるという場に主たる原因を持ってきても、結局、主たる原因というのが特定できなかったというだけのことをもとにして、僕らがどんな議論できるかってあんまり意味がないと思っています。早期母子接触のときなんかもそうだったんですけど、今回も後ろにまとめてもらっていますが、こういうこととか、こういうこととか、こういうこととかが原因として考えられるけれども、主たるものは何かというのは特定できないという書き方がされている場合の、こういうこと、こういうこと、こういうことというものを全部並べることで何か共通点がないかを見ていくようなことが必要なんだろうと思っているんです。

特にそのことだけに対して強く言おうとは思っている主旨ではないですけど、オキシトシンとかの使い方がひどいなと思う事例に関して、そのことが主たる原因ではないかというようには原因分析報告書には書かれないんですよね。素人的に見ても、この使い方はよくないのではないかと思うような事例に関して、それが主たる原因とは書かないんですけど、そういう可能性があるというようにニュアンスとして書かれているものはあるとは思っていますよね。

例えば、後ろのほうに主たる原因をいっぱいまとめてもらっているじゃないですか。脳性麻痺発症の原因が左側で、右側が評価というところがあるんですけど、例えば、今言っ

ている15番とか27番とかは、子宮収縮薬の使い方がどうのこうのと評価されているんだけど、例えば、S-2の5ページの15番のところは、原因に関しては、本当にこの1行しか載っていないんですか。何々何々が考えられるけれども、結局、最後の一文がこれだったから、これだけを書いているのか、本当に原因に関しては、子宮収縮薬の使い方に関しては色々問題があると書いているんですけれども、原因に関しては、この30文字ぐらいしか書いていなかったんですか。

○事務局

はい、そうです。

○勝村委員

そうなんですか。27番にしても。

○事務局

要約版に載っているものです。

○勝村委員

要約版で？

○事務局

要約版にも載る部分です。

○勝村委員

だから、早期母子接触のときにも同じようなことを言ったら、結構、原因分析委員会としては、こんなのか、こんなのか、こんなのが原因として考えられるけれども、というようなものを書き出してもらっていて、さ一っと、原因分析委員会の人がどんなことを考えたか分かりやすいなというように僕は思ったんですけど、全くこの1行だと、何も分からないので。何も分からないというか、だけど、なぜ右側で子宮収縮薬の使い方がよくないと言っていて、実際、そうすると脳性麻痺になるかもしれないのに、脳性麻痺になっているのに、全くこの1行しか書いていないんですか。全文版でも、原因分析に関しては、これしか原因について分析していないんだったら、一切原因を分析しようとしているようには思えないぐらいの書き方ですよ。

色々、こういうことも、ああいうことも考えられるけど、何が主たる原因かは特定できないというような文面で書かれている報告書はもうないんですか。

○事務局

根拠にはおそらく書いてあると思います。



○勝村委員

だから、そこに書いてあることを箇条書きで、こんなのか、こんなのかということはやっばりないんですか。僕は全文版が読めないのです。

○池ノ上委員長

おそらく、これ、分娩が遷延している、時間が長くかかっている、それだけでは脳障害にはならないんですね。その中に、そういう経過の中に何かぼんぼんとしてきて、そして、それが結果として脳障害につながるとか、あるいは、少なくとも医療の質からいくと、あんまりそういうことはよくない介入だろうとかいうようなことは見えてくるんだと思うんですね。そして、最終的には、脳障害が起こったお子さんであるという事実は変わらないということですね。

ですから、低酸素がここであった、だから脳障害というふうな、今までの原因に対するまとめ方とは少し視点が変わって、長くかかっていますよと、本来ならばもう産まれるはずのお子さんが、なかなか産まれてませんね、そのときにどういうことがあったということが結果に直接つながるか、間接につながるかははっきりしない部分もあっても、やはりこういう事実というのは、産科学的に見ると、あるいは、新生児学的に見ると、あまりよいことではないですよというふうなところが見えてくるのではないかと思います。

ですから、少し今までのまとめ方といいますか、見方とちょっと視点が変わってくるのではないかと思います。そして、原因はこれだというふうなのは、例えば、長くかかっている、その中で低酸素状態がどんどん、late decelerationが何回も何回も起こっていて、variabilityもなくなって、tachycardiaになってというのが、結局は最後はそうなりますよ、それをもうちょっと早く見つけましょうよとか、そういうふうなところにつながるのではないかと思います。僕には僕には思っていたんですけども、そういう視点でいかがでしょう。金山委員、どうぞ。

○金山委員

今の池ノ上委員長のおっしゃる通りで、子宮内感染がありというのが圧倒的に多いと思うので、やはり分娩経過中に、経過が長いだけじゃなくて、子宮内感染が発生しているような事例が、初産のケースは非常に多いと思います。中段の子宮内感染ありというのが非常に多いですね。ですから、こういう事例の、例えば、CTGがどうなっているのかとか、ぜひ見てみたいと思いますけれども。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

松田委員もさっき言っていましたけど、ただ遷延しているだけじゃなくて、そこに感染が絡んでいて、そして、そこにもう1つ、2つか3つぐらい、色々なものが絡んだらこうなりますよというようなのが、今回、この全体像として見えてくれば、非常にいいオブザベーションになるのではないかなと思っています。

○板橋委員

今の池ノ上委員長の説明でよく理解できました。結局、遷延分娩というのをキーワードに、原因となるものもあれば、単なる関連要因として挙げられるものもあるというニュアンスの理解でいいんですね。

○池ノ上委員長

そうですね。

○板橋委員

あと、僕は新生児なのでよく分からないんですが、ベビーにもう既に脳性麻痺になるぐらいのダメージが子宮内で起きていた場合に、遷延分娩になる可能性はあるのでしょうか。

○池ノ上委員長

いや、おそらく今の我々の常識では、それはないと言い切れないですけども、まずつながるとするのは難しいのではないのでしょうか。だから、限りなくないと言えるのではないかなと思います。

○板橋委員

例えば、早産児ですと、腸管のフローラの問題、そこは感染と絡めて言えば、ディスバイオーシスの状態になるわけですから、高サイトカイン血症でさらされいわゆるgut-brain axisにより脳に障害がおこるというメカニズムが、子宮内での感染症があれば十分考えられるのではないかなと思います。そうすると、もう既に、例えば、子宮内でそういう状態になっている児が結果として遷延分娩になるというシチュエーションもあってもいいのかなと想像したんですが。全くこれはもう素人の想像かもしれません。

○池ノ上委員長

松田委員、何かありますか。

○松田委員

動物実験のレベルでは、胎児が陣痛のシグナルを出すということがあるから、そうなってくると、胎児のほうの脳がもうぐちゃぐちゃであれば、シグナルがうまくハーモナイズ

しないということは考えられるんですけど、そのような事例がこの中にあるんだろうかというところが、産科側の疑問だと思います。

○板橋委員

分かりました。

○池ノ上委員長

一般的に考えますと、時間の要素は分かりませんが、遷延していて、例えば、破水がもう前期破水とかがあって、入ってきて、そして分娩になって、ずっと時間が経って、なかなか進まないとか、なかなか産まれないとか、そのうちに感染が起こってきて、そして、その感染が、今先生がおっしゃったような gut-brain axis が動き始めて、出生前にある程度の脳障害ができ上がって、そして、その結果として、新生児予後が悪くなるというのが、今のところ我々の持っている常識ではないかと思うんですけども。

しかし、色々な研究その他からいくと、当然、今、松田委員のような考え方もないわけではないし、そこに今度は副腎が絡んでくると、また副腎のホルモンの動きが変わってくるという、そういうものは十分考えられるのではないかと思います。ですから、それを全く外して、ネグレクトしてこの議論はできないとは思いますが、今のところ、産科的な我々の常識からすると、そうかなと思います。

勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

本当に色々な要素が遷延分娩のくくりで入っていて、これから整理していくんですけども。一番気になるのは、遷延分娩という形になってきたから、その後どうしていくべきかという話と、先に何か医療介入をしていて、それで結果として遷延になっているということは、やっぱりちょっと違うと思うんですよね。■つか■つぐらい、15、20、27とかの場合は、医療介入が先に入って後に遷延という結果になっているので、その医療介入の仕方がどうだったのかという見方をすべき、そういう見方で検討してみるべき。医療介入した後に遷延になっているということで、医療介入の仕方がどうだったんだろうかと、再発防止に向けて検討してみるべき事例と、遷延になってきた後で何か医療介入しているんだけど、そのタイミングがよかったのかとか、その後何とか脳性麻痺を回避できなかったのかという検討すべきこととは、ちょっと違うのではないかなと思って見ているんですけど。

そういう意味で、オキシトシンというのが遷延分娩だから使われることが多いと言いつ

つ、中には、先にオキシトシンとかを使ったり、先に破膜を人工的にしていたりということのケースなんかはまず分けていくとかいうことはできないのかなと思うんですけども。

○池ノ上委員長

おそらくそれは必要なことだろうと思いますね。介入というと、破水とか、人工破膜のこととか、あるいは、最終的に吸引分娩だとか、産科的な手術だとか、そういうことが入ってくると思うんですけども、やっぱりインダクション、誘発ということについても、それは介入ということで、その介入が適用がどうであったかとか、そういったことも含めて考えて、結果、介入が遷延につながっているかもしれないというようなものは浮かび上がってくるのではないかとと思われると思いますね。

ですから、そこら辺の、先ほどから話が出ていますように、介入によって何かが起こるか、あるいは、そういうことが事実多いのか、もしそういうことがはっきり浮かび上がってくれば、介入した、あるいは、介入による分娩が進行している、あるいは、進行しないというときには、よりインテンシブな管理といいますか、集中的な治療を要しますよというような、そういうところにつなげるのではないかと思います。通常の分娩とは違いますよということは、当然出てくるのではないかと思いますね。

金山委員、どうぞ。

○金山委員

うちの医局でCRPに注目して、分娩時のCRPを自然分娩と誘発分娩において多数例で見たことがあります、やはりCRPの上昇率は誘発分娩のほうが高いんですね。ただ、それはCRPが上昇することが悪いということに必ずしもつながらないですけども。ですから、誘発したオキシトシンの付加とかプロスタグランジンの付加の事例が、子宮内感染とかにつながっているのかどうかとか、その辺はぜひ今後解析して頂きたいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。色々なご意見を今頂いております。

藤森委員、どうぞ。

○藤森委員

遷延分娩のときに、先ほどもちょっとお話出ましたけど、どういう提言をしていくのかなというのを考えたときに、今、原因別という話があったんですけど、例えば、遷延分娩の理由とあって、子宮内感染であったり、羊水過多だとか、巨大児とか、回旋異常とか、そういうことを、分娩が遷延していたら確実にチェックしなさいというような、そういう

提言ができるのかどうかというのを、この事例から出せたらいいのではないのかなと思っているんですが。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。そういうのがデータとして出てくれば、いくつかの要素につながってくるんだと思います。

松田委員、どうぞ。

○松田委員

最初、私は脳性麻痺の主たる原因のほうからと言ったんですけど、今、皆さんの意見を色々聞いて、逆に、介入の有無、それから、その下に、今度は子宮内感染の有無とすると、4つのグループが出てくるわけですね。そうすると、そこで何か特徴が出てこないかなと今思っています。要するに、大きな分ける項目を決めたほうが取っかかりやすいんじゃないかなと思いました。

○池ノ上委員長

おそらくもうちょっと議論が進んだら、今のその項目が出てくるんだと思うんです。私自身のイメージとしては、分娩というのは、分娩が進んでいきますよ、そして、子宮は、だんだん子宮口が開いていって、赤ちゃんが産まれてきますという、ある一定の数時間から10時間、十数時間とあるわけですがけれども、その進むということと、その間、胎児がよい状態を保ち続けるかということ、両方を天秤にかけて、バランスをとって医療者は見ているわけですね。そのどちらかが崩れても、これは分娩は完了しないということなわけです。

特に我々のこの再発防止委員会の立場からしますと、分娩が遷延しているということ、そのことだけでは障害にはならない。一方の胎児の安全が脅かされているような状況があると、これは脳障害につながる可能性がありますよというものをピックアップしていって、その中に、先ほどから委員の皆様からありますように、介入の問題であるとか、あるいは、破水がいつ起こったかとか、あるいは、そこに合併症としてFGRが入っているとか、そういったことがだんだん表に出てくると、さっき松田委員が言ったように、いくつかのグループ分けをして、具体的な分析ができて、ある程度根拠のある提言になるのではないかなと思っている——私の、これは今のところの、まだプレリミナリーなイメージですがけれども、遷延分娩、お産が進まないということについて、どういうふうにまとめていくかというところが、今のレベルでの皆さん方に共有して頂ければ、議論が少しまとまるので

はないかなという気がしておるところです。

鮎澤委員、お願いします。

#### ○鮎澤委員

産科の専門ではないので、本当に素朴なコメントというか、感想で恐縮なのですが。医療安全に関する指標の1つに「手術の予定時間の延長」があります。手術の予定時間を大きく延長している事案というのは、やはり合併症等々の発生率が高いということで、それを調べていこうという動きがあります。手術の予定時間を大きく延長している、そのことが悪いわけではないけれども、そういったことは決していいことではない。そういう事例を見ていくと、術前のカンファレンスが十分できておらずに手術にどのくらいの時間がかかるのかというのがきちんと読み切れていなかったり、手術中に色々なことが起きていてそのことに対処が少しずつ遅れてしまったり、といくつかのパターンがある。実は、今のお話はこれに近いところがあって、そういうような整理の仕方をする、私、今ようやくこの表に慣れてきたところで、まだ十分分かり切っていないんですけど、遷延分娩が切り口であるのなら、事前にその遷延分娩を防ぐことができるようなことが何かしらあったのかどうかの話と、分娩が進行している中で原因となるようなことが何かしらあったのかどうか、防ぐことができるきっかけがあったのかどうか、そんなようなことも再発防止の提言にはつながっていくお話になるのかなと思いついていました。

#### ○池ノ上委員長

ありがとうございます。まさにおっしゃった通り、時間の要素というのが、これにはものすごく大きく絡んでいると思うんですね。時間が長くなってどうしようもないときに、方法としては、帝王切開にいつ踏み切るか、児がまだ元気なうちにという方法はあるわけですが、それをどの時点で、そういう意味での介入をするかというところが、なかなかこの論理がまとまらない。だから、そこで、何とかまだまだこの分娩は経膈的にうまくいくのではないかなというところが、あるところからだだだだっとなぜかしてしまって結果脳障害につながっているという、そういう部分もあるんだと思うんです。

どうぞ。

#### ○藤森委員

まさに今池ノ上委員長がおっしゃったように、見ると驚くのが、やっぱり帝王切開が少ないんですね。吸引から帝王切開になっているのを除くと、帝王切開で産まれているというのは、初産婦で例しかないんですね。ですから、みんな経膈分娩で産まれていると

ということです。

ですから、もう一つ、提言としてできるのは、じゃ、どこで遷延分娩の人たちに、もうこれ以上いかないで帝王切開をするのかとか、何かポイントがあるのかどうかというのも、非常に重要なことだと思います。

大きい子でもみんな経膈分娩しているということですよ。遷延分娩していても。ということが、この表を見て、あまりにも帝王切開の数が少ないというので、ちょっとびっくりしたというのがもう一つあります。

#### ○池ノ上委員長

今の藤森委員の指摘ですけど、やはり分娩に対する考え方が、例えば、30時間以上かかったのは遷延とか、経産婦で15時間、初産婦で30時間というような数値というのは、僕の感覚では、これは赤ちゃんが出てくればいいというレベルの感覚だと思うんですね。つまり、昔の分娩というのは、母体の死亡をどうやって防ぐかという分娩をやっていたわけですね。これ以上長くかかったら、もうお母さんが亡くなるよというようなことが大きな要素であって、それはやっぱり気をつけましょうというところから、だんだん胎児の情報分かるようになってきて、胎児が今どういう状況にあるかということの情報が、分娩監視装置にしる、超音波にしる、あるいは、感染の指標にしる、色々なものが生化学的なものも分かるようになってきて、じゃ、単に赤ちゃんが出るだけじゃなくて、いい状態で赤ちゃんが出るようなお産をしなければなりませんよというところになってきて、色々な要素がはっきり分かってきた。先ほどから委員の先生方から色々な提言を頂いているのは、ここでこういうことをするとこうなるぞとか、ここでこういう所見がとられていないと後が分からなくなるよとか、そういったものが、今の産科学、今の周産期医学だからこそ分かる。これが、何年前か知りませんが、50年ぐらい前には、およそこういう議論はできない、そういう方法論を我々は持たなかったわけですね。だけど、今はそれがかなりできるのではないかというところで、この遷延分娩に対するアプローチも少し変わってくるのではないかと思います。

金山委員、どうぞ。

#### ○金山委員

入院時のリスクアセスメントというのが、非常にその後の経過に違ってくるのではないかと思うんですね。例えば、41週の陣発なのか、肥満の方なのか、高齢の方なのかという、もともと入院したとき、陣発したときのリスクが全くないのか、中ぐらいあるのか、

かなり高度にあるのか、その後、陣痛の付加が加わってくるわけですから、そういうことで、実際、脳障害に、もともと入院時にリスクがある方が、子宮内感染とか、そういうものが起こりやすいリスクになっているかもしれませんので、入院時のリスクアセスメントというのは、ある程度事例検討から可能と思います。大変かもしれませんが、是非やられたらいいと思うんですけれども（参考資料後日送ります）。

○池ノ上委員長

これは、事務局、どうでしょうか。情報として、例えば、当該施設からのカルテなどを見ると、その患者さんを、どの程度ハイリスクの妊娠かとか、ハイリスク要因があるかということをつかまえていたというのは分かりますか。

○金山委員

ここにあるだけでも、リスクとして年齢と、陣発の週数とか、身長・体重はありますけど。

○池ノ上委員長

DMが入っていたりとか、FGRが入っていたりとかということはあると思うんですけれども、それが入院時のアセスメントとして、どのような項目かというのを少し挙げて頂ければ、事務局のほうで、それがピックアップできるかどうかということをお互に見て頂ければと思いますけれど、よろしいですかね。それはまた金山委員、今の先生のアイデアをお教え頂ければ。

○金山委員

分かりました。

○池ノ上委員長

隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

その遷延分娩に対する帝王切開というので、もっとどこの段階でというのを提言するとしたら、おそらくお産全体の遷延分娩の率とかと比較しなければいけませんよね。コントロール群として、遷延分娩で健康に産まれている子供の数もやっぱり知っておかないと、遷延分娩で帝王切開率が低いから、もっと早めに判断しなさいという提言をするためには、やっぱり元気に産まれるお子さんはこれぐらいいるけれども、このケースではというふうな言い方をしないといけないと思うので、そのコントロール群が必要になるような気がします。



○池ノ上委員長

じゃ、竹田委員、どうぞ。

○竹田委員

金山委員の質問の続きです。入院時のリスクという意味では、2期だけ長いのは除くと、やっぱり週数が意外と40週とか41週が多いですよ。下の青に比べると。だから、やっぱり頸管が未熟であって、破水していたりとか、陣痛がつかないから、さらに人工破膜をしなければいけないとか、すごく複合的な問題、リスクがありますよね。だから、最初のリスク、頸管がどれぐらい開いていて、週数が結構いつているのにも関わらず、陣痛がつかないという、リスクが1つあります。そこに介入するものだから、意外とpHがいいやつは、感染絡みです。もう一つは、破膜もして陣痛を強めようとしているから、羊水が減ってくる。その結果モニターがすごく悪くなるものです。感染絡みでは、わりとモニター変化は軽くて脳性麻痺になっているもの、つまりpHはそんなに悪くはないのだけどCPになっているものと、モニターは非常に悪くてpHは6台になっているというものと、ふたつに大きくわかれるのではないのでしょうか？ このような処置や頸管の状態、感染などいくつかの因子が複合的に関わっているのではないかと思います。

だから、予定日超過や頸管未熟など最初から陣痛がつきづらいという状況が前からあるということが1つの特徴だろうと思うんです。そこに介入するから、ますます羊水が減って、心拍が悪くなりやすく、pHも悪いパターンと、感染が起こっていて長くなっているから、pHはいいんだけどCPになっているものと2つに大きく分かれるんじゃないかと思います。

○池ノ上委員長

そうですね。やはり全体を見ると、そういう要因が2つ3つ重なるとか、そういうことが分かってくると思うんですね。

隈本委員がおっしゃった、いわゆる遷延分娩だけで、他の要因が何もなくて、時間だけの問題で産まれるというお子さんは、そんなに理論的には悪いことはないだろうと思っている。あとは、ひょっとしたら、新生児期で突然呼吸が止まったりとか、色々な胎内から胎外にアダプテーションをしていくときに、あまりにも時間がかかり過ぎて、分娩で胎児が新生児に——言葉は変ですけど——なり切れないというようなものがあるのかもしれないんですけども。

■例だけ、産まれたときは非常にpHもよくて、7.28ぐらいで、その後、突然呼吸が

止まって、ALTE（乳幼児突発性危急事態）ではないかというふうに原因分析委員会がしているケースがあるんですね。それは遷延分娩なんです。低酸素とか、p hが悪いとか、そういう状況はないというのがたしか含まれていたと思うんです。

ですから、そういうものまで含んで考えると、遷延分娩が本当にただ時間だけでも悪いのかもしれないし、あるいは、全然問題ないのかもしれないし、でも、現在の我々の産科学の研究フロンティアも入れて考えると、やっぱり何かが複合的に重なって悪い結果につながっているというものからまず押えていこうということが、提言につながるのではないかなと思って、先生方のお話を聞いておりました。

勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

その分類の仕方なんですけど、今、色々原因のところから考える、なるほどなと思ってお聞きしているんですけど。先ほど、遷延分娩も何も、分娩の始まる第1期の最初の頃から介入をしていて結果として遷延になっているものと、遷延のようになってきたので医療行為をしているということをまず分けるという話をすべきではないかと言ったんですけど、後者のほうでも、結構遷延的になってきているからといって、本当に急速遂娩をしなければいけないという状況になっている場合となっていない場合というのは違うと思うんですよ。

例えば、感染のリスクが高まっているとか、実際、心拍数陣痛図で異常が出ているとか、色々な意味で、これは急速遂娩しなければいけないという状況なのに進まない。その場合でも、今お話があったように、帝王切開をするのか、オキシトシンとか急速分娩していくのかという判断もあると思いますけど、そういうたぐいの、ほとんどやっぱり医療行為が入っているので、ということがどうだったのかということと、実は、時間とか、子宮口全開大ぐらいになってきたからということで、あまり何もなければオキシトシンを使って、その結果、悪くなっているということではないのかと思えるようなものもやっぱりあるんですよ。だから、子宮口全開になったけども、何か時間がかかっているしといって、オキシトシンを使ったが結果が良くなかったというように、遷延分娩というものがお産としてどういうものなのかという見方ができたらいいんですけど、あまりにも医療介入がされて、薬とか使われているので、その使い方とか、使うべきだったのかとか、その判断とか、本当に急速遂娩をすべきということならば、別の、例えば、帝王切開とどちらの方が時間がとかいうこともあるわけで、その辺の、まずは医療というものをどういうふう

に入口でとか、または遷延的になってきたなと思われるときに、どういうふうに医療をしていくのがいいのか、どういう判断をしていくのがいいのかという視点で整理できたほうがいいんじゃないかなと思うんですけども。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

おそらく今の勝村委員のお話に絡むと思うんですけど、例えば、分娩が順調に進んでいるのか、あるいは、進まないで止まっているのかという、そういったチェックがきちっとやられているか、あるいは、そういうのがないままに、何となく弱そうだとか、何となく陣痛がもう一つだなというところで、何となく陣痛促進が行われているかとか、そういったことが見えてくる可能性もあると思うんですね。ですから、オキシトシンを使うなら、オキシトシンを使うにしても、そのインディケーションがきちっととられているかどうかということも重要になってくるだろうと思います。そういった意味では、診療録の記載とか、診察の結果がちゃんと書かれているとかということにも絡んでくることも十分考えられると思います。

どうぞ。

○藤森委員

すみません、ちょっと確認なんですけど、原因分析委員会のほうでは、遷延分娩ということを描かれている事例というのはあるんですか。この事例は分娩が遷延している。例えば、オキシトシンの使用は適切であるとか、そういう表現というのはあるんですか。そういうのというのは見れないんですかね。

つまり、この事例のエントリーが時間だけですよね。先ほどから医療介入として、分娩が遷延しているからオキシトシンを使うというのは、もちろんいいと思うんですけど、ではなくて、全部再発防止委員会のほうで解析というのは、もう基本的には無理だと思うので、指摘されている事例がありますか。単純な質問で申しわけないんですけど、いかがですか、あるんですか。

○池ノ上委員長

むしろ、僕の記憶では、逆に、この時期でこの状態でオキシトシンが投与されるのは標準的であるというような表現は、僕、見ていたような気がするんですけども。

○藤森委員

つまり、それは前期破水であつたりとか。

○池ノ上委員長

とか、あるいは、全開以降、なかなか陣痛が来ないというときに、オキシトシンを使ってさらに進めようということがされていたと。それについて、それは標準的だというふうな表現はあると思うんですけど。

○隈本委員

原因分析を僕がしていた時代の話ですと、遷延分娩というのは、脳性麻痺の原因となることはないので、基本的に原因分析で評価をするのは、脳性麻痺の原因になったことについて評価をしているので、唯一、促進剤については、原因分析委員会委員長の指摘もあって、必ず言及しなさいと。それはガイドラインに沿った使い方をされているかどうかを基本的に評価の対象として、この時期に使ったことについて、いい悪いみたいなことを書く事例はほとんどないです。それが原因につながった場合には評価をしているんですけど、原因につながらないものなので、これを今後の産科医療の向上のために評価したほうがいいというのは、あくまでガイドラインに沿った使い方をしているかどうかだけだと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

色々なご意見を頂きましたので、少し今まで曖昧模糊として何も見えないような状態でしたけれども、少し見えてきたかなという気が致します。基本的には、先ほど私が申しましたように、最終的に時間が何時間というのではなくて、その経過の中でちゃんとしかるべき分娩進行があるかどうかということが1つと、もう一つは、それに胎児が耐えているかどうかということが最終的には必要であって、その胎児が耐えているかどうか、分娩がちゃんと進むかどうかということに、どういった項目、どういった要素が関与しているのかということがここで分かってきて、そして、そういう全体の最終的なアウトカムとして脳障害が起こっていますよということを考慮しながら考えていくということになるかと思えます。

ですから、必ずしもこれが直接つながると、1対1でつながるというものはおそらく出てこないのではないかと思いますけれども、分娩が遷延してなかなか産まれないと、現場の医療者は色々な方から言われて、まだ産まれないんですか、どうしたんですかと言われてながらも耐えて、何とか普通にやりたいなと思ながらも、赤ちゃんの状態を心配したのかしないのかという状態で流れてしまったというようなものが結局は多いんじゃないかと

いうふうな気が見ると致しますが、その中で、いやいや、こういうポイントがありますと、こういう事例からいくと、こういうポイントがありますから、ここを気をつけて下さい、このことについては真剣に考えて下さいというような提言につながっていけばいいのではないかと今は思っています。

今日先生方から頂いたコメントを、また事務局でまとめて頂いて、今後の次の議論のときに、それをどういうふうに前へ進めるかということをしていきたいと思えます。色々なご意見を頂きまして、ありがとうございました。

それでは、次に移りたいと思えます。次は、胎児心拍数陣痛図の判読についてであります。これについても、事務局から説明をお願いします。

#### ○事務局

胎児心拍数陣痛図の判読についてご説明致します。資料3と4と、青ファイルに挟んでございます資料T-1、T-2をご用意下さい。資料T-1が事例一覧、資料T-2が医学的評価一覧となっております。

それでは、資料3と資料4の意見シートに沿ってご説明致します。

まず資料4の意見シートの1番と2番において、分析対象について全体像を明確にしたほうがよいとのご意見を頂戴致しましたので、資料3の1ページに詳細を記載致しました。別添のフロー図もあわせてご参照下さい。

2月末までに公表した事例■■■■件のうち、胎児心拍数聴取実施事例が■■■■件、胎児心拍数聴取について、産科医療の質の向上を図るための評価がされた事例が■■■■件、そのうち、胎児心拍数陣痛図の判読と対応について、産科医療の質の向上を図るための評価がされた事例が■■■■件、その中で、胎児心拍数陣痛図の判読について、産科医療の質の向上を図るための評価がされた事例■■■■件となっております。その■■■■件は、資料3の18行目から記載していますように、診療録に胎児心拍数陣痛図の判読所見の記載がなく、分娩機関における判読が明らかでなかった■■■■件を除外して、■■■■件となっております。

続きまして、意見シートの3番で、「病院」と「診療所」の両方で評価された事例についてご確認したいとの意見を頂戴致しましたので、資料T-1とT-2に搬送元分娩機関と当該分娩機関の分類が分かるように修正致しました。該当事例は、14番の■■■■件となっております。

続きまして、意見シートの4番で、記録紙の印字速度や評価対象者の集計についてご意見がありました。記録紙の印字速度が3cm/分であった事例が■■■■件(■■■■%)、3

cm/分でなかった事例が 〇件 ( 〇%) でした。評価対象者については、実数のみ集計しまして、資料T-2の2ページに集計をまとめております。

続きまして、意見シートの5番から13番です。頂いた意見をもとに、資料3の3ページと資料T-1の1ページの項目で、再度事例を分類致しました。Aグループは、診療録に波形パターンの判読所見の記載があり、判読誤りの内容ごとに分類できる 〇件です。Bグループは、診療録に「胎児心拍数良好」や「リアシュアリング」、「胎児心拍数低下あるも回復良好」などの記載はありますが、波形パターンの判読所見の記載がなく、分類できなかったグループであり、 〇件です。1つの事例でAとBに重複している事例が 〇件ありました。また、原因分析報告書において、子宮収縮波形が正確に記録されていなかったと記載があった事例が 〇件あり、資料3の2ページ5行目以降に記載しております。

意見シートの14番で、「遅発一過性徐脈や変動一過性徐脈が出現しているが基線細変動や一過性頻脈が認められるため胎児心拍数良好」とした事例は 〇件ありました。10番 〇番 18番となっております。

今回は、判読を誤りやすい代表的な事例を事前に藤森委員にご確認頂いておりますので、その代表的な事例を実際に見ながらご審議頂きたいと思っております。

○藤森委員

その前に、よろしいですか。

○池ノ上委員長

どうぞお願いします。

○藤森委員

〇例見させて頂きました。まず私の感想なんですけど、胎児心拍数と子宮収縮、陣痛がやっぱりきちんと記録されていないというのが多いなというのが印象としてありました。もちろん、皆さんご存じのように、モニタリングの判読はパターン認識が中心ですから、子宮収縮や陣痛、それから、胎児心拍数がきちんと記録されていなければ判断できないというのはもちろんのことだと思います。なので、1つ、きちんと記録する重要性というのはやっぱり1つ言ってもいいのではないかなと思えました。

それから、記録の速度なんですけど、1分1cmの記録というのものもあるんですけど、これは、逆にきれいに取れているんですけど、きちんと読めていないという印象があります。なので、1分1cmの判読がいかにか悪い状態を把握できないかというのは、やっぱり例を出して見せておく必要性があると思っております。

それから、もう一つなんですが、モニタリングが、徐脈が出ているとか読めないというわけではなくて、その徐脈の出現している臨床的意味、つまり、解釈が分かっていないのではないかという印象がありました。つまり、どんな徐脈でも回復すればいいと思っているという、そういう節があると思います。解説とか読んでいて、例えば、先程もちょっと出ていましたけど、徐脈回復良好とかですね。回復良好なことがいいわけではなくて、その徐脈が何で出ているのかということをおまわり分からないで分娩経過を見ているのではないかなと思う節があります。というのが全体を見た私の感想です。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

じゃ、お願いします。

○事務局

資料3の3ページの項目の上から順に代表的な事例をご紹介します。資料T-2の医学的評価を合わせてご参照下さい。

まず、39番です。資料T-2の10ページに医学的評価の記載がありまして、この事例におきましては、今画面でご覧頂いている波形パターンについて、診療録には「軽度変動一過性徐脈で回復がみられる」といった記載がありまして、遅発一過性徐脈を変動一過性徐脈と誤って判読しているというような事例でございます。

続きまして、遅発一過性徐脈を早発一過性徐脈、遷延一過性徐脈を変動一過性徐脈と判読したのが、27番です。27番は資料T-2の7ページです。

今ご覧頂いています画面で、高度遅発一過性徐脈は……。

○藤森委員

これ、1分1cmということをお言わないと。これは1分1cmの悪い例ですので。悪い例と言うとあれですけど、1分1cmであるがために読めていない例だと思います。

○事務局

実際には、高度遅発一過性徐脈が出ていますが、1分1cmの記録ということで、早発一過性徐脈と判読していますのと、こちらの高度遷延一過性徐脈を「変動一過性徐脈、酸素投与で回復」と記載がありました。

続きまして、17番の変動一過性徐脈を早発一過性徐脈とした事例です。こちらは1分3cmの送り速度にはなっておりますが、変動一過性徐脈を早発一過性徐脈と判読してい

まして、今出ています時間が■■■時■■■分からのモニターで、変動一過性徐脈が出ていると思われませんが、■■■時半に「早発一過性徐脈」と判読した記録がございました。

○池ノ上委員長

■■■時半というのは、ここのこのときですか。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

このとき、これを早発一過性徐脈と読んでいるということ？

○藤森委員

はい、そうです。

○事務局

続きまして、71番のサイナソイダル所見を一過性頻脈とした事例です。この所見の判読としては、診療録に「胎児心拍数140拍/分、基線細変動あり、一過性頻脈あり、一過性徐脈なし、遅発一過性徐脈なし、リアクティブ」と記載がありました。

○池ノ上委員長

これ、右下のスタンプは、この病院のスタンプですか。ですよね。

○事務局

これはこの医療機関で使用しているものです。

○池ノ上委員長

病院で作っているスタンプ、当該病院の。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

ここまではすごくいいですね。

○藤森委員

やっていること自体ですか。

○池ノ上委員長

やっていること。ただ、読めていないという。だから、システムとしては非常にいい。

○藤森委員

システムとしてはいいと思いますけど。



画面を1つ前に戻して頂けますか。こういうのを一過性頻脈と呼んでいるということで  
すよね。

○事務局

そうです。

○藤森委員

そうですね。

○事務局

続きまして、23番の基線細変動減少例です。

○藤森委員

すみません、もう一つ、今回の対象となった事例は、胎児心拍数陣痛図の判読に関する  
評価というふうなことが行われているところだけみたいなんです。私のところに来た、  
これもそうなんですけど、遅発一過性徐脈が出ているんですけど、それを読めているかど  
うかがちょっと分からないんです。

○池ノ上委員長

診療録に記載がない。

○藤森委員

診療録に記載がなくて、実際出ている、もうそこでも出ていますが、ですけど、それ  
が読めているかどうかということが、原因分析委員会の報告書では分からないんですよね。

○事務局

はい。

原因分析報告書には、基線細変動減少と一過性徐脈があることは記載がありますが、診  
療録に一過性徐脈についての判読の記載がないため、判読していたか分からず、評価して  
おりません。

○藤森委員

原因分析委員会では、これは遅発一過性徐脈と読んでいるんですか。一過性徐脈と書い  
てあるだけ。ここには一過性徐脈と書いてありますけど。

○事務局

一過性徐脈と書いてあるだけです。

○藤森委員

そうなんですか。

○池ノ上委員長

これはこれで終わりですか。もうないの？

○藤森委員

いや、まだある。これです。

○事務局

それがこの事例です。

13番の遅発一過性徐脈です。今ご覧頂いている画面のこのあたりです。

このモニター所見に対しまして、「発作に遅れて30秒程度かけて10拍程度下がり、回復するものあり、10拍以内なので遅発一過性徐脈ではないが、心音注意」といったような記載がございました。

○池ノ上委員長

ごめんなさい。今の10拍/分以内なのだというのは、何かそういうのがあるんですかね。

○上田専務理事

診療録に書いてあります。

○池ノ上委員長

いや、診療録に書いてあるけど、そういう判断の仕方は何かにあるんですかね。ガイドラインか何かに。ないんでしょう。ないでしょうね。これは立派な遅発一過性徐脈。

○藤森委員

よろしいですか。ただ、この事例、この後、リアシュアリングになっています。

○池ノ上委員長

ああ、そうですか。

○藤森委員

ええ。その後に高度の遷延一過性徐脈になっていて。なので、この遅発一過性徐脈自体が脳性麻痺と関係しているかどうかは、分かりません。

ちょっと子宮収縮が長いので、そのせいで遅発一過性徐脈が出ている可能性があるかなと思って、その後は、一応リアシュアリングと取れるかなと思って、その後に遷延一過性徐脈になっていて、それが脳性麻痺と関係しているかもしれないんで、これ、読めていないという例ではいいんですけど、脳性麻痺の原因となっているかどうかはちょっと疑問かなと思って見ました。

○池ノ上委員長

でも、これ、ほとんどモニターできていないんで。

○藤森委員

そうです。結構こういうのも多いです。最初にお話ししましたように、子宮収縮がきちんと取れていないと、モニターも取れていない。

○池ノ上委員長

でも、これがずっと続いていて、どこかでどーんと落ちるんですか。

○藤森委員

そうでしたね、多分。

○事務局

それがここです。

○池ノ上委員長

これは臍帯の付着部位とか、そういうのは分かるんですか。

○藤森委員

何も書いていないので、ちょっと分からないです。

○池ノ上委員長

これが続く？

○藤森委員

いや、もうどんでなくなっちゃう。

○池ノ上委員長

基線細変動はなくなって。助産録には書いてないんですか。辺縁とか、卵膜とか。

○藤森委員

僕のところには、この資料しか来ていない。

○池ノ上委員長

それはないですか。

○事務局

はい。先ほどの高度遷延一過性徐脈のところには、「変動一過性徐脈が出現し、回復までに3分を要する」というような記載でした。

○池ノ上委員長

いや、お産の後の胎盤の所見では。

○事務局

情報としてはございますので、次回提示致します。

○池ノ上委員長

ありますよね。ちょっとそこを。こんなに突然、いいパターンからどんと悪くなるのは、やっぱり臍帯の卵膜付着だとか、辺縁付着だとか、何かそこも見て頂ければ。

○事務局

では、次の事例が74番になっております。74番は、遅発一過性徐脈、こちらも記録紙の送り速度は1cm/分になっています。

○藤森委員

そうですね。これも1分1cmの悪い例としていいと思うんですけど。遅発一過性徐脈が読めていない例として。

○事務局

続いて、Bのパターンの33番に移ります。こちらの33番は、基線細変動消失し、サイナソイダル様のパターンと軽度または高度遅発一過性徐脈が出ている状況で、■■■■時に、「概ね良好であり、やや一過性徐脈がみられるが基線が120拍/分である」と記載がありました。

最後に、45番です。最後の45番は、双胎の事例になりまして、Ⅱ児の太線、こちらが対象事例になっております。ここで遅発一過性徐脈があると思われませんが、「リアシュアリング」といった判読所見でした。

今回ご選定頂いた事例は、以上です。

○池ノ上委員長

このケースは、双子ですね。1人が脳障害。

○事務局

1人が対象になっています。

○鈴木理事

MD、分からない？

○事務局

それは、今分からないので、次回提示致します。

○池ノ上委員長

以上ですか。

○事務局

はい、以上です。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。

藤森委員、何か付け足して。

○藤森委員

もう一言、すみません。以前の第4回の報告書作成時に、子宮内感染例として出た事例があって、そのモニタリングが、一過性頻脈と一過性徐脈の区別が困難な例と言って出てきたんですけど、それに関して、いいサンプルじゃないですかとお聞きしたら、その事例は、モニタリングの評価がされていないので今回出てきていませんという。僕、ちょっと記憶があったので、これはあったんじゃないんですかとお聞きしたら、さっき■■■■例という選定の中に、基本的には、原因分析委員会で指摘されているものしか出てきていないということですよね。なので、もっといい事例はもしかするとあるのかもしれないと思って。子宮内感染のときは、遅発一過性徐脈で毎回出ているのが一過性頻脈というふうに読まれている例があったので、それを出せないんですかとお聞きしたら、指摘されていないので出せませんというお返事を頂いたので。例としてはいいんじゃないのかなと思ったんですけど、そういうことでした。

○池ノ上委員長

それは、原因分析委員会で指摘されていないと。

○藤森委員

原因分析委員会で指摘されていないので、今回は上がってきていませんということです。

○池ノ上委員長

それは、判読についてという趣旨でこれを集めているから、判読の比べようがないということなんでしょうね。

○上田専務理事

評価が一定以下のものの事例が対象になります。ですから、評価がされていなければ対象となりません。

○藤森委員

そういうことです。評価されていないので、ここには上がってきていないということみたいです。

○池ノ上委員長

その評価が、例えば、ある診療所なり病院なりの評価が記録に残っている、その内容と原因分析委員会の評価の内容が異なっているというものを拾い上げたということでしょう。

○藤森委員

今回拾い上げたのはそうです。

○池ノ上委員長

ということで、そうすると、判読がちゃんとされているかされていないのかが分かる。一方がないと、ちゃんとした評価なのかどうなのかというのが分からないと。あるいは、全然読まれていないというの、気づかれていないというようなものもあるのかもしれないですけど、それも今回は入っていないわけですね。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

例えば、当該分娩機関で異常パターンがあったけれども、それに気づかれていない。読んだけど違っているんじゃないかと、全く気づかれていないというのも入っていないんですね。

○藤森委員

そういうことになります。

○池ノ上委員長

そういうのはどのくらいある、数は分かりますか。

○事務局

集計はしておりません。

○池ノ上委員長

でも、それは数としては出てきますよね。出てこない？ それも、ある意味では判読できていないわけですね。異常があるのに異常と気づいていないというのは、判読していないとも言えると思うんです。

○事務局

そこは分からないですね。異常波形パターンだと認識しているけど、診療録にただ書いていないのか、本当に異常と認識していないのか、そこが全て推測になってしまいますので、そこは実は難しいところなんです。

○池ノ上委員長

必ずしも気づいていないとは限らないということですか。

○事務局

はい。

○池ノ上委員長

なるほど。

○事務局

みなすには結構厳しいかなと思います。こちらの推測がかなり入るかと思います。

○池ノ上委員長

じゃ、それは、むしろ診療録の記載というところでピックアップしていくべきことですね。

○事務局

そうですね。

○池ノ上委員長

異常心拍パターンが診療録にちゃんと記載されていないと。それも記載しないといけな  
いですね。異常所見があったものは。それはまた別のところで。今回は、その両方がある  
中で違いがあるというものを挙げていったと。

これで何例見て頂いたんですかね、藤森委員。

○藤森委員

■です。

○池ノ上委員長

全部見てもらったんですよね。

○藤森委員

全部見ました。

○池ノ上委員長

ですよ。ありがとうございました。

○藤森委員

ですけど、先ほどもお話ししましたように、本当に子宮収縮がきちんと記録されてい  
なかったりとか、肝心なところで心拍数がなかったりとか、推測の部分もおそらく入ってい  
て、こういうふうに読まれている部分もあるのかもしれないと思って。もちろん、比較的

きれいなものを出しております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

いかがでしょうか、委員の皆様、ご意見を頂ければと思います。

○隈本委員

ぜひ、これは非常によい分析だと思いますので、この波形パターンを、プライバシーに配慮した上で、しっかり出して頂いて、読みごたえのある再発防止報告書になるのではないのでしょうか。大変いいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他に、いかがでしょうか。

○金山委員

資料T-1の中で、基線の読み誤りというのが■■■■例というんですけど、そんなにたくさんあったんですか。今の藤森委員の言われたチャートの中にはなかったですよ。

○藤森委員

先生、これ、事例の番号です。

○金山委員

事例番号か。基線の誤りというのはどのぐらいあったんですか。

○藤森委員

これ■■■■例だけですか。

○金山委員

■■■■例。すみません、間違えました。

○池ノ上委員長

他に、いかがでしょう。

○竹田委員

原因分析委員をやっているときに、分娩監視装置をつけたときから悪いという、すなわちつけたときから基線細変動がないというのを結構見えています。このようなケースは回復するかと思って見ていると思いますが、結局外来レベルから異常があるのを気づいてないという事例です。このような事例はどれくらいあるか分かりますか。結構分析のときにはあったように思うんですけど。

○池ノ上委員長



入院時異常。

○竹田委員

入院のときに、もう既に異常があつて、遅発一過性徐脈が出ているものを気づかず、結構ずっと見ているという事例ですが。

○藤森委員

あると思います。

○竹田委員

この中にも。

○池ノ上委員長

ありますか。

○藤森委員

あつたと思います。

○竹田委員

だから、基線細変動が出てくるかと思つて見ているのですが、それを読めていないのか、よく分かりませんが。最初から基線細変動消失がずっとあるという事例はありますか？最終的には途中から心拍が落ちてくるという事例です。

○池ノ上委員長

それは原因分析委員会でそう指摘しているものがある。入院当初からの。

○藤森委員

でも、多分、それは、そこで医療機関が読んでないと上がってきていないんですよ。

○竹田委員

入らないんですか？

○藤森委員

そうなんです。所見が書いていないと、この■■■■例には入ってきていないということなんです。なので、それが■■■■例から■■■■例になつたというところに、除かれちゃつているということですよ。

○池ノ上委員長

他には、いかがでしょうか。

○竹田委員

見の状態が悪いと記載していないわけだから、判読していないというか、悪いと取つて

いない事例も入れるべきでは？本当は、その[REDACTED]例の中に、もっと正確に判読すべき事例があるのでは？

○池ノ上委員長

だから、こちらは性善説でいっているんですね。

○事務局

一言でも「胎児心拍良好」と記載があればBパターンに分類しているのですが、その中で出ていた波形というのを見ることは可能ですが、何も記載がないと医療機関の判読は分かりません。

○池ノ上委員長

金山委員、どうぞ。

○金山委員

基線と遅発一過性徐脈との関係を知りたいんですけれども、ベースラインが高い、155拍/分とか160拍/分ぐらいある事例がわりと見誤りが多いのかどうかとか、その辺はどうですか。

○池ノ上委員長

藤森委員。

○藤森委員

私が見た中では、あまり気づきませんでした。ベースラインが高いのが気づきづらいか、そういうのはあまり気がつきませんでした。やっぱり1分1cmの遅発一過性徐脈が読めていないというのは、もう強烈に。

○池ノ上委員長

他に、いかがでしょうか。

○勝村委員

質問なんですけど、もう30年以上前からなかなかこれが読めていないという、つけるようになったけれどもということであるときに、看護記録には12・12・12と書いていたのが、急に6・6・7になっているとか、そういうドップラーみたいなのを、そっちらしか見ていないみたいな、監視装置はつけているだけみたいなのがたくさんあったんですけど、いまだに見れていないとか、良好だとか言っているのは、12・12・12とか看護記録に書いているんですか。そっちだけを見ているとか、監視装置をつけているけど全然見ていないと思うような事例もまだあるんでしょうか。

○事務局

事例の概要に心拍数の値だけあって、判読所見がないというものもありまして、それは対象にはなっていないです。どう判読していたか、そもそも記録がないので分からないものが一定数はあります。今回の対象には入れておりません。

○池ノ上委員長

村上委員、どうぞ。

○村上委員

私、再発防止委員じゃなくて、原因分析の部会委員もやっているんですが、私が見せて頂いている範疇では、12・12・12とかという、ドップラーの昔の書き方というのは、たまに■件くらいあるんですが、ドップラー聴取であっても、今は120台とか130台というような表現になっているので、そういう表記はほとんど見ないです。あと、ドップラーでずっと聴取しているような場合に、モニタリングも並行してずっとやっているというのはあまりないです。ドップラーだけで聴取をしていて、ある時間になったらモニタリングを30分なり1時間つけて連続モニター、またその後ドップラーで聴取するというようなことはあります。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○勝村委員

隈本委員もおっしゃっていましたが、もうすごく大事なことだと思うので、やっぱりこういう趣旨の啓蒙というのはすごく上手にうまく繰り返し、本当に読んでもらえるように、本当に理解してもらえるように、本当にモニタリングは大事なんだな、きちんとモニターすることは大事なんだ、ここで判断しなきゃいけないんだなというのが、繰り返し繰り返しできると思うんですよね。僕がたまたまもらって持っているものは、1974年のものがありますから、43年前に、こういう一過性徐脈が出たらということが書かれているんですけど、そこ頃から、グラフを読みましようとしているのがあるんですけど、今だにやっぱり読めていないので、すごく専門的なことでもあるし、もしかしたらなかなかいい教科書がなかったんじゃないかと思うので、分かりやすく、誰もがそこをちゃんと理解した上で、産科医療をしていきたいと思いますという、すごく分かりやすい教科書が作れる状況というのは、この制度が始まったからだということもあるかもしれませんので、ものすごく再発防止という意味で、意義があるというか、価値があるというか、それをうまく、

藤森委員が最初に言って頂いたことを、きちんと説得力を持って、かつ、みんなに理解してもらえるという形で、上手に出して欲しいなという気がします。

○池ノ上委員長

隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

私が以前原因分析委員会にいた頃、先生方が読んでいらっしゃるのを見ると、基線細変動がありと判断されているけど、実はこれはなしか、かなり減っているよねというのが結構数があったんですよ。もしかしたら、遅発一過性徐脈と一緒に出ている場合というのは、これ、どういうふうに分類されています？ つまり、遅発一過性徐脈も起きているんだけど、基線細変動も同時に減っているというのは、どういうふうに分類されています？

もっと多いような気がしたんですが。原因分析をやっていた経験からすると、これは消失かな、それとも、消失じゃないのかなとか。減少と消失の判断もすごく難しくて、結局、原因分析報告書のときには、どちらかというと緩く読むというか、やはりそこにいらっしゃるお歴々は、もう波形を読むのはプロだから、あまり厳しいことを言っちゃだめだよねと言って、実は消失だねと思うのも減少にしたり、そういうふうに配慮している場合が多かったですよね、実際。そういうことで言うと、報告書に減少と書いてあっても、実は見ただ目、本当は消失みたいなものもきっと含まれているはずだと思います。それが遅発一過性徐脈と同時にあるというのは結構あったんじゃないかなという印象を持っていたんですけど、この分類表では、言及があるものだけですか。

○事務局

判読を誤ったものとの重複があるものは、オレンジで塗っているというものが重複なので、遅発一過性徐脈が出ているものと、真ん中辺の基線細変動減少・消失している状況で間違えた事例は、38番と75番です。

○隈本委員

75番と38番が、両方あるものですかね。

○事務局

そうです。38番も遅発一過性徐脈が出ています。

○隈本委員

分かりました。僕の印象では、だから、原因分析報告書に言及されるときには、消失を減少と言ひ、減少もあるかなみたいな感じで、ちょっと緩くしているようなところがあっ

て、こっちのほうが意外と記述が少ないんじゃないかと思います。でも、これは、今回報告書では、再発防止のために、このパターンを見たら注意というのをできるだけたくさん載せて頂ければいいと思います。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。勝村委員。

○勝村委員

先ほど僕が言ったのは、日本母性保護医協会が、一過性徐脈というのは、こういう波形パターンが出た後に、下でこういう波形が出てきたときなんだよというのを会員向けに出して、それを見落としている事故が多いからと書いて会員に発行しているやつで一番古いのが74年だという記憶なんですけど。それでも、僕の子どもの事故のあった27年ほど前で、それから5年後くらいの、今から20年ほど前でも、本当に当時の大学の先生方でも、同じグラフを見てもらっても、全然違う判断がされたりしていました。早発性だ遅発性だとか、基線細変動があるとかないとか。だから、こんな状況では教科書ができないよなと思ったことがあります。先生によってこれだけグラフの見方が違うと。

だから、今はその辺、藤森委員とかが中心になって、このようにやってもらっているので、きちっとやるべきで、この再発防止報告書のときに、国への要求みたいなのを書くところがあるじゃないですか。僕は、このことに関しては、調べた内容が入っているのかもしれないけど、僕はもう看護学と医学のモデルコアカリキュラムに、この監視装置の読み方というのを絶対入れるべきだと思うんですよね。それぐらいきちんと再発防止委員会から、産科医療のスタンダードとして、脳性麻痺を回避するという意味で、このモニターの見方とか、モニターの使い方みたいなのをやるぐらいのことが提言ができたらいんじゃないかなと今思いましたので、忘れないうちに言っておきます。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。松田委員、どうぞ。

○松田委員

この■件は、モニターの読み方がよくなかったという例で、今、分かれたわけですね。もう一方は、私も原因分析をしばらくしていたんですけども、委員の皆が、これ、でも非常に厳しいよねという状況でも、実際の事例はそのままずっと見ていて、先ほど出したように、またリアシュアリングになってくる事例があつて、結果的には悪いというのがあ

ってしましてね。例えば、治療に要する、急速遂娩と書いてありますが、具体的に急速遂娩というのはどのぐらいの時間が必要なんだと。もちろん、ケースバイケースで全部違うとは思いますが、そういった全部時間があるわけですね。最初の初発の、日産婦のレベル分類でいけば、レベル4、5で、そこからベースまでの時間が分かるわけですね。そういったことのまとめというのは、この■例で可能なのではないのでしょうか。

要するに、その次は、もう早く手を打ちなさいというところのメッセージにつながると思って、今、お話を聞いているんですけども。なぜ出さないのというのは、実際にはあるんですよ。ずっと見ていたら、まだ待っていると言ったら、またよくなったと言って、経過を見たら、最後はやっぱり予後が厳しいという事例なので、時間的な経過をまとめて頂けないかなという質問です。

#### ○隈本委員

もう一つ、原因分析をしていく中で、結構娩出直前の心拍パターンがよくて、でも、何で脳性麻痺になったんだろうねといったときに、先生方がおっしゃっていたのは、これはもうかなり脳にダメージを受けてしまって、もう反応ができなくなっているから心拍パターンが遅発一過性徐脈とかになっていないんだろうなというふうに解釈をして、そこで話が落ち着いたというようなケースが何件かありました。

だから、分娩直前のパターンだけを見ると正常に見えるみたいなものがあると思うので、ぜひとも、大分経ってから回復したからいいというのではなくて、やっぱりこういうパターンが出たら注意というような注意を喚起するような報告書にして頂ければと思います。

#### ○池ノ上委員長

今の松田委員の質問はどうか。

#### ○事務局

資料3のほうにも書いてありますが、1ページの15行目、松田委員がおっしゃることはもちろん重要と考えていますが、今回は、産科医療関係者が胎児心拍数陣痛図の判読を誤りやすい波形パターンについて分析することとしているということで、波形パターンの認識を高めるというところに焦点を置いています。ですので、分析対象事例も、先ほど別表でお示したように、胎児心拍数陣痛図の判読と対応について、産科医療の質の向上を図るために評価がされた事例のうち、判読について指摘されたものというだけを抽出して、■件としています。

これまで胎児心拍数の聴取というところで、分娩監視装置を装着しましょう、こういう

ときには聴きましょうということを、まず第1回と第3回でやってきました。今回は、一歩踏み出して、判読というところのパターンをまず見てみましょう。将来的には、そちらの対応というところまでやっていく必要は出てくるかと思います。

ただ、その判読と対応の部分につきましては、テーマ分析のほうが、病態等とあわせて時間経過をもって胎児心拍数陣痛図も見ながら分析するという方法も1つかと思いますので、今回は、今まで胎児心拍数聴取というところから、1つステップアップした形で取り組んでいますので、まずはそこまでの分析で今回は検討したいと思っていますところです。

以上です。

○池ノ上委員長

よろしいですか。

○松田委員

■例では、かなり違うわけですね。もう少し分母をたくさんにしないと分からないということですね。

○池ノ上委員長

そうなんです、今回は、この3ページに、遅発一過性徐脈を変動一過性徐脈と判読していたとか、遅発一過性徐脈を早発一過性徐脈と判読していたとか、判読の違いというのが初めて出てきたんですね。前回は、こういうパターンがありました、こういうパターンがありました、で、脳障害になりましたという、アトラスみたいなのを出した。今回は、この■例を対象にして、具体的に何と何がどうなって、どこを読み間違ったかということが表になったと。それと、もう一つは、先ほども藤森委員が全部読んでもらったような、ああいうのがありますという具体的なケースがあると。

この■例が、■例、指摘されているんですね。原因分析委員会で、質の向上というところからいくと、■例、何らかのコメントが原因分析委員会で、胎児心拍数陣痛図について判読と対応についてされた。この中で、判読というところについて見ると、この■例やりましたと。この■例が■例を代表するか、■倍になるかというところなんです。■例で観察した、この頻度を■倍したら■例、そして、そのもとになるのは■件の総数の中で、この■件でできるかという、少しまだ足りないかもしれない。しかし、今回出た表にしてもらうように、変動一過性徐脈と読んでしまっているグループが意外と多い、本当は遅発一過性徐脈を読んでもらいたいし、それに基線細変動の消失・減少というのが乗っかっているやつをいち早く見てもらいたいんだけど、

それが変動一過性徐脈と読まれてしまっているという頻度がこのくらいありますよと。

そして、かつ、その原因となっているのが、紙送りの問題であったり、きれいな記録が取られていないとか、いくつかの問題がクローズアップされてきたというのが、今回、藤森委員が非常によく見て頂いたので分かったということで、この委員会の報告書としては、一步踏み込んだ報告書ができるのではないかと考えているところです。

もっともっと、先ほどの見逃したというようなのも含めて、この所見は見逃してはならない所見ですよということも含めて全体像が出てくれば、今の日本で教育としてもっと進めていくべきところがあるだろうと思っています。

分娩監視装置の読み方については、難しいという意見もあったりして、なかなかクリアにいかないよという部分もあるんですが、こうやって積み重ねていくと、悪い部分は悪いとはっきりしてくる。

産科の考え方として、脳障害は絶対起こしてはいけませんよと。その犠牲になるような人は出さないようにしましょう。分娩は必ず安全にやりましょう。そのために、様々な犠牲を強いるわけですね。帝王切開であったり、吸引分娩であったり、鉗子分娩であったり、色々なリスクを伴う処置をそこに持ってこなければいけない、あるいは、新生児蘇生が必要であったりということはあるわけですが、そういったリスクをミニマムにしながら、児の予後を最大限に維持して、いい結果に結びつけていくためには、分娩監視装置の判読をどのようにもっといい判読にできるように日本人に広げていくかと。

今の日本の産科医療の中で最も誤りやすい判読はこれですよというのが言えるか言えないか。今、ぎりぎりのところだと思うんですね。ですから、この $\blacksquare$ 例をもうちょっと、増えるというのはおかしいんですけども、幅が広がれば、今の日本の、これはさっきから勝村委員がおっしゃっているように、CTGの判読をする上で何が問題かという教育ができることにつながっていくと思うんです。今まではパターンを示して、これを読んで下さいと。これは遅発一過性徐脈です、これは変動一過性徐脈です、はい、皆さん読んで下さいと言って、当然、みんな読めると思っていたんですけども、なかなか読めない。その一部が、こういうふうに、ここに現われてきている。それを、藤森委員が分析してくれて、原因分析委員会で指摘されたことを総合すると、教育的な広がりをもっとやっていくという意味では、非常に貴重な情報がうまれてきたのではないかと考えております。

ですから、あとは、これの示し方をどうするかというところで、私、これはもう藤森委員に感謝しないといけません、事務局にもですけども、もうほぼできてきたといえます



か、胎児心拍数陣痛図の判読についてというテーマの基礎的なところはできてきたので、あとは、これをどのようにブラッシュアップして、示し方をどういうふうにするかという議論につながっていくのではないかと考えております。

○村上委員

委員長、よろしいですか。

○池ノ上委員長

村上委員、どうぞ。

○村上委員

私も、とても誤りやすい波形というのはすごく参考になりました。

言葉の使い方としてちょっと注意しないといけないなと思ったのは、紙送りが1cmだとか、モニターのつけ方が問題で誤りやすいのか、それとも、先ほど藤森委員の判読して頂いたパターンで、典型的なパターンだけれども誤って読んでいるのかというのは、区別が必要だと思います。両方とも判読を誤りやすいと言っていいのかどうかというのが、さっきからすごく気になっていて、典型的なのに読めないのと、分かりにくいから読めないというのは、少し区別をしないといけないのかなと思いました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。おそらく判読の評価の中に、今のようなグレード別も出てくるかもしれませんね。例えば、子宮収縮パターンが出ていないというのも、そういう分類では出てくるかもしれませんし。

藤森委員、いかがですか。

○藤森委員

もうおっしゃる通りで、それを読んでも何となく感じていました。実際の事例を忘れちゃっていますけど、僕のメモによると、さっき話題に出ていた38番なんかは、例としてはよさそうなんですけど、軽度遅発一過性徐脈とか基線細変動の減少というのを、これで悪いじゃないかというのがちょっと難しいんじゃないかなというような事例も、実は原因分析委員会では指摘されているんですけど、そういう事例もありました。

村上委員がおっしゃるように、典型的なただけで読めないのと、38番なんかは、これ、軽度遅発一過性徐脈とか基線細変動と判読すべきであること分かるんですけど、本当に全員がこれを読めないとまずいんですかというような感じのものもあったと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。田村委員、どうぞ。

○田村委員

ちょっと見当違いの発言になってしまうかもしれないんですけど、「ここに書いておられるような、その波形を誤って読んでいたという事例に対しては、これからは改めましょう」ということは指摘しやすいと思います。

ところが、これは素人の意見なので、見当違いのことを言っているかもしれないんですけど、産科の先生が本当に大変だと思うのは、例えば、NICUに入っている赤ちゃんなんかですとモニターしているのは、呼吸と心拍と場合によっては血圧ぐらいで、アーチファクトがときどきあるにしても、原則的にはアラームで警報が出ることができるモニターなわけです。ところが、こういうパターンで認識するモニターとなると、産科の先生がずっと見ていなければいけないわけですよ。夜も、たった一人しかいない産科の先生が。それを、先ほども、「異常所見を書いていなかったらそれを問わないのはおかしい。」といった発言がありましたけど、それは持続的に見ていなかったら異常所見に気づきようがないわけで、後で見てみたら確かに遅発一過性徐脈があったにしても、それを自分が起きてモニターを見ているときに見えなかったら、それについて気がつかないのは、それは人間として当たり前のことなのではないかと思います。読み方をきちんとするというのを教育することも大事ですけど、これは、きちんとその異常をモニターでアラームできるような装置を開発するというのを提言することが大事なのではないでしょうか？

、陣痛のピークのとくと徐脈のととがずれているかどうかを判定するだけだったら、組み合わせれば、そんなに難しいアラームではないはずなので、それをちゃんとこの委員会としても、再発防止のためには、ぜひ日本の医療技術をもってすればそれはそんなに難しくはないはずだから、そういうアラームがなるような装置を開発することを提言できないでしょうか？アラームが鳴っているにも関わらず、それを見なくて見落としていたとか、発見が遅れたというのであれば、それは責められてしかるべきですけど、それを一晩中ずっと見ていなかったためにその産科の先生が責められるというのは、僕は、これだけ今、それこそ過酷な時間外労働が社会問題化されているときに、一方では、産科の先生にそんな酷なことを強いるということは、それはそれで考えものだと思いますので、最終的な、この委員会としての社会的な推奨いうところには、ぜひそういうことも提言するべきではないかなと思います。

○池ノ上委員長

自動診断装置というのは、これもたくさんあちこちで研究され、開発されて、一部はもうコマーシャルベースでも売られたんですが、最大の問題点は、先ほどちょっと議論がありましたけれども、判読と対応で、判読まではいくんですが、それに対応までくっつけちゃうと、対応の仕方がものすごくバリエーションが出てきて、そこをまだ、私の知っている範囲では、コンピュータ制御できていない。施設の性格だとか、人員配置だとか、その施設の人々の色々な問題点とかがあって、これはアメリカでもそうですし、日本でもそうですし、世界中でなかなかそこがいかないというので、自動診断装置がもう一步、この胎児監視では進まないという理由があります。

それと、ずっと見ておかないといけないかという、決してそんなことはなくて、初期トレーニング、若いドクターが入局してきたときは、連続モニターとかいうと、モニターを連続モニターしなさいって、ずっと見せているんです。そうすると、元気なパターンと元気でないパターンは頭の中へ入ってしまう、もう網膜に焼きつけてしまうというトレーニングを、うちではまずやります。それは助産師さんもそう、看護師さんもそう。だから、産科の医療現場にいる人は、みんながそこまではいかないといけない。そして、その後、正常から外れたというときに、目がいくようになるわけです。

おそらくNICUでも、正常呼吸音かどうかというのは、看護師さんからみんな聴いていると思うんです。それで、正常な音だったらいいんですが、これ、変な、ぐちゅぐちゅといっているなとか、ぶちぶちといってるなといったら、そこからちゃんとした診察をもってするというような、そういう感じがおそらくモニタリングの世界には今あるんだろうと思います。そこがどこまで実際に展開されているかというところが、バリエーションがまだ日本中にあるというふうに私は思っています。

これについて、どうぞ。

#### ○勝村委員

ずっと僕らはこれを見てやってきているんですけど、実質、やっぱり1つの検査結果のデータが1枚の紙になっているというのと変わらないと思うんですよね。普通の医師なら、この検査結果の、色々な検査が医療にはあるわけですが、その検査結果というのが紙で出ていて、それを見たらそう判断して欲しいと思うところが、全くその検査結果のデータの見方が分かっていないと。患者からすると、まさかと思うわけですよね。そんなつけているのにと。

だから、僕は、今、村上委員の話とかありましたけど、この制度では、本当に一つ一つ

の事例が非常に大変なことであるから、次に生かすということがすごく大事だと思うので、今回のここに挙がっている事例の中で、これを見誤るなんていうのは今後はやめて下さいと。そんなややこしい話じゃなくて、これを見誤るといのは今後やめて下さいねということ素直に出して行って、今後はやめてもらうということをしてもらうということが一番大事なことなので、あんまり色々考え過ぎずに、そういう展開の基本形をやって行って欲しいと思います。

もう一つ、田村委員とか、心肺蘇生法とか、現役の人たちに色々講習されているじゃないですか。これからのモデルコアカリキュラムといっても、先々何十年もかかるので、今の医療者の人たちにこれを講習していくみたいなのって、医会とか学会とかやってくれているんですけど。もしそうでなかったら、そういうことも提言に入れるぐらいの緊急性があると思うんですよ。

#### ○池ノ上委員長

石渡委員長代理は帰られましたけれども、医会は一所懸命やっています。小さなマニュアルを、ポケットに入るようなものを配ったりして、それから、しょっちゅう講習会もやっていますので、以前に比べたら随分広がっていると思います。そういうレベルとしては。

やはり分娩をする際に、それに携わる人たちがモニターをしっかりと駆使するということの重要性をもっともっと理解してもらわないといけないと思います。そのためには、今の藤森委員が出してくれたようなパターン、それから、その中に、今、勝村委員言われたように、これはだめですよ、これは何とか見て下さいというのは絶対出てくると思います。それは、前のアトラスのときもそれは出していますけれども。ですから、そういう段階のモニターと、これはよくよく見たらこうですよとか、先ほど村上委員から言われたように、なぜそうなったかというところが今後ブラッシュアップされて行って、最終報告にはそれが出てくるというふうには持っていったらなと思っています。

他に、竹田委員、どうぞ。

#### ○竹田委員

これだけは見誤っては困るものの中の1つは、軽く落ちている遅発一過性徐脈があります。それは、多分、この■■■■よりも、■■■■の中に、見てないというのももちろんあるかもしれないけれども、見ている判読できなくて診療録にも書いてないというものは、重要ですし、この中に結構あるんじゃないかなと思います。今回はこの■■■■例でいいんですけど、次の機会には、判読できていないもので、基線細変動が悪いものと、そこに軽く落

ちている遅発一過性徐脈がどれぐらいこの[ ]の中にあるか見て欲しいです。このような事例は結構多いんじゃないかと思います。大事なモニターとして今回入れるかどうか検討して欲しいです。

○藤森委員

それ、数だけは分かるんじゃないですか。分からないんですか。原因分析委員会で読んでいけど、基線細変動がなくて、遅発一過性徐脈が出ているのを、何も所見がないというので引けば、出てくるんじゃないですか。

○池ノ上委員長

何も所見がないということすらも書いていないやつですか。

○藤森委員

そういうことです。

○竹田委員

所見が書いていない、判読していない、できていないけど、実際は悪いパターンだという事例です。

○藤森委員

この3ページの表の遅発一過性徐脈とか、こういうのを判読って書いてありますけど、書いていないというのを出せばいいわけですよ。

○竹田委員

異常パターンがずっと出ているのに何も診療録にも書かれていない、つまりこれはずっと見ているということ自体がおかしい事例です。それを本当は解析に入れて欲しいのですが。その中知っておくべき非常に重要なパターンがあると思います。

○池ノ上委員長

金山委員。

○金山委員

違う話ですけど、よろしいですか。

○池ノ上委員長

じゃ、今の話で、隈本委員。

○隈本委員

今の話に関連しますと、だから、一番困る、これはもう再発防止のために、こういうことはしないでねというので一番いけないのは、モニターをしないということ。本来、ガイ

ライン上、する必要があったり、あるいは、したほうがいいのにしていないというケースが一番よくないので、していないがよくない。取れたものが読めないというか、実は、ほとんど陣痛が取れていないとか、そういうのもよくない。それから、記録がないとか言って、記録がされていませんでしたと言って提出されなかったものもありました。そういうのが一番悪いのであって、たまたま読み間違えたことが書いてある人だけ責められたら、やっぱりかわいそうだと、僕は本当にそう思います。

だから、むしろ書いてなくて、何にも処置していないから、おそらく読んでいないんでしょうねと、読んでいないから見つけられないんでしょうねというケースもちゃんと押えておかないと、たまたま読んで、たまたま間違っただけをカルテに書いてしまった人だけ責められるのは、それはやっぱりかわいそうな感じがします。全体像から言うと、明らかに。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

金山委員、どうぞ。

○金山委員

別の視点の話ですけど、先ほど田村委員が、パターン認識が難しいと、産科医が大変だという。確かに、パターンは難しいと思うんですけども、基線細変動だけ、あれは自動解析できるんじゃないかと思っていますので、あれをぜひ自動解析できるようにとの提言を出してもいいんじゃないかなと。波形パターン、遅発一過性徐脈とかはある意味認識は難しいと思うんですけども、基線細変動が消失しているのか、減っているのか、そういうのが可能ではないかなと個人的には思います。

○池ノ上委員長

そうですね。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

今の話も、田村委員もおっしゃっていましたが、AIの時代だから、これから人の仕事はAIに変わっていくとかいって、どういうことが起こっていくかも分からないので、そういうのも大事かなと思うんですけど。

今さらなんですけど、1つ、申しわけないんですけど、■■■■と■■■■の違いを、僕、説明があつて聞き逃したのかもしれないんですけど、■■■■から■■■■抜けている■■■■というのは、つけ方が悪いとか、そういう話なんですか。どういうものが抜けているんですか。

○事務局

ご理解の通りで、監視方法について評価がされた事例がその中に含まれています。

○勝村委員

例えば。

○事務局

例えば、聴取間隔ですとか。

○勝村委員

1分、3分。聴取間隔？

○事務局

何分ごとに、これだけの期間、CTGを装着しましょうですとか、入院したときには、一定時間CTGをつけましょうですとか、聴取間隔ですとか、正確につけましょう、といった指摘をされたものは抜いています。

○勝村委員

分かりました。すみません。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。どうぞ。

○鮎澤委員

すみません、ちょっと勘違いかもしれないのですが、1点教えて下さい。

藤森委員が出して下さったサンプルありますよね。全部で■例。この■例のうち、判読者というところを引っ張り出すと、看護スタッフと書かれているもの、医師と書かれているもの、不明と書かれているもの、■対■対■で、看護スタッフが判読されている事例が多いように思うのです。このあたりっていかがですか。

もちろん、間違いやすいものであることはもちろんなのですが、この■対■対■というところに、判読の体制とか、何かしら課題もあるのではないかと思ったりして拝見しているのですが。

○藤森委員

おそらく、推測するに、診療所とか病院のシステムとして、夜勤帯だったりすると、まず助産師さんとかが判読して、異常があった場合に医師に報告するというパターンが多いんじゃないかなと思います。昼間であれば、同時に今だとモニターをお医者さんも見ますので、ですから、時間帯というか、そういうことも少しあるかもしれません。

私も最初に誰が読んでいるかというのが重要なのかなと思って、それも書いて下さいということをお願いしたんですけど、意外とお医者さんも多いのかなというのは、僕の感想です。

○隈本委員

1つだけ。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○隈本委員

看護師さんはよく記録するというバイアスがかかっているので、今回のケースは全て記録をされていた読みが間違っていたケースなので、そこも見てください。

○鮎澤委員

それから、もう1点、すみません。

今回は、私たちは脳性麻痺のお子さんを前提にしたデータを見ていますよね。その中で起きていた胎児心拍数の判読の難しさというお話と、それ以外に、広く胎児心拍数の判読の難しさというものを考えたときの、判読が難しいものとして出てくるものの典型例の違いみたいなものはあるのですか。

○藤森委員

どうですかね。

○池ノ上委員長

すみません、今の質問をもう一遍。

○鮎澤委員

今回は、脳性麻痺のお子さんであることを前提にして出てきているもののパターンを見ているわけですけど、もちろん、胎児心拍数を測らなければいけない事例というのは、脳性麻痺のお子さん以外のものにもあって、中には残念ながら死産になられたということもあると思うのですが、そういう中で出てくる胎児心拍数の波形の異常、今回のように注意していかなければいけないものというのは、脳性麻痺のお子さんだからその典型例になるのですか、それとも、一般論としての典型例ですか。

○藤森委員

基本的には、違いがあるわけではないと思います。ただ、今回出てきている事例も、例えば、所見が出ているときに早めに対応したら結果が変わったかどうかというのは、これ



はまた難しい話だと思います。

なので、先ほども■例、遅発一過性徐脈が読めていないけど、その後、元気な所見が出てきて、その後に遷延一過性徐脈がぼんぼんと出て、それでもしかすると脳性麻痺になっているかもしれないというのはあると思うんですね。

今回は判読という話でしたけど、その判読が本当にきちんとできたら、完全にといい方は正しいかどうか分かりませんが、脳性麻痺が何%ぐらいで予防できるのかとか、そういうのは難しい判断かなと思います。実際、色々な事例があって、早めに対応したおかげで脳性麻痺が防げているとか、そういう事例はあるのは事実だと思いますけど、今回の事例が出ている段階で全て対応したら、全部脳性麻痺にならなかったかというのは、それは難しい判断だと思います。

○池ノ上委員長

これ、モニタリングなんですね。モニタリングというのは、大丈夫だということをここで示している。例えば、手術中に、患者さんが手術を受けていて、まだ大丈夫ですよ、血圧もいいですよ、心拍数も何とかという色々なモニターをしていて、外科医がどんどん手術していいですよというモニタリング。ですから、基本的には、これは分娩中の胎児が安全ですよという情報を僕たちは確認している。そっこのほうでいくと、90数%まず問題ない。だけど、このパターンでこういくと、予後は悪いですよ、脳性麻痺になりますよとか、死産になりますよとかということについては、せいぜい半分ちょっとぐらいしかないというのが、今のこのモニタリングの大まかな分布なんです。

ですから、異常パターンが起こってきたら、少なくともイエローカードか、あるいは、もうレッドカードか、そういう非常状態に入ったというつもりでやって下さい。ファイナルデシジョンは、もっと色々なものを絡めて、分娩管理はモニターだけで決めるのではありませんという教育を広げていかないと、モニターさえしていれば分娩は全部安全に行えるというのは、いいパターンのときはいいんですけども、悪いパターンのときには、ですから、半分近くは元気な赤ちゃんが産まれることもあるんです。だからこそ、なかなか広まらないんですね。あんなパターンがあったって元気な赤ちゃんが産まれたじゃないかという産科の先生はいっぱいいるんですよ。

ですから、そこに論理性が必要だと。そうすると、少なくとも今日の藤森委員の出してくれたようなデータとか、そういったもので、少なくともスタンバイして下さいとか、これは異常の入り口にいますよとかいうような情報は発し続けたいといけないだろうと。そ

こが、診断をするというのと、安全を確認しているというとのちょっとした違いがあつて、そこが医療の特殊性、産科医療の特殊性だと思いますけど。

よろしいでしょうか。今日もたくさんご議論頂きまして、これもまた事務局のほうでまとめてもらいたいと思います。

じゃ、あとは事務局、お願いします。

○事務局

次回開催日についてのご案内を申し上げます。今回は●月●日●曜日の●時からの開催となっております。終了時間は●時半の予定です。机上に開催案内文書と出欠連絡票を配付させて頂いておりますので、ご出欠の可否についてご記入頂きますよう、よろしくお願い致します。

また、次回の審議は、主に「テーマに沿った分析」について、「2009年出生児の集計方法」についてを予定しております。事前に資料をお送り致しますので、お目通し頂きたくお願い申し上げます。

以上です。

○池ノ上委員長

それでは、本日はどうもありがとうございました。

— 了 —