

第70回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：2019年6月17日（月） 16時00分～18時30分
場所：日本医療機能評価機構 9Fホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

○事務局

本日はご多忙の中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。

会議を始めます前に、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、「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例」における脳性麻痺発症の主たる原因について、資料2、「新生児管理について」分析対象事例について、資料3、「新生児管理について」背景表、資料4、胎児心拍数陣痛図の判読に関して産科医療の質の向上を図るための評価がされた項目、資料5、集計表の見直し（案）について、資料6、第9回再発防止に関する報告書「胎児心拍数陣痛図について」に関するリーフレット案について、資料7、リーフレット「胎児心拍数陣痛図について（案）」、資料T、胎児心拍数陣痛図の判読についての事例一覧につきましては、お手元の青いファイル内にご覧いただけます。また、参考資料「新生児管理について」、こちらにつきましては、お手元のiPad内にご用意しておりますので、そちらをご確認ください。iPadは、カバーを致しますとロックがかかってしまいますので、ご注意ください。また、クリアファイルに次回委員会の開催案内及び出欠連絡票がございます。不足等はないでしょうか。

なお、事例に関する資料につきましては、審議中がございますので、お取り扱いにはご注意くださいようお願い申し上げます。

なお、石渡委員長代理、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、定刻になりましたので、ただいまから、第70回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

ここからは、木村委員長に進行をお願い致します。

○木村委員長

それでは、お忙しい中、お集まり頂きまして、ありがとうございました。本日は、「第10回再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析」で取り上げるそれぞれのテーマ等について、具体的に議論を行いたいと思います。委員の皆様方のご活発な意見を、あるいは、ご審議をよろしくお願い申し上げます。

本日お配りした資料は今の通りでございますが、資料が非常に薄いということは、それだけ事務局の苦勞が大きいということの反映だろうと思っておりますので、一生懸命色々審議をして頂ければと思います。

それでは、最初の審議でございます。「テーマに沿った分析」の1つ目は、新生児管理についてということでございます。「テーマに沿った分析」新生児管理につきまして、事務局からご説明をお願い致します。

○事務局

新生児管理についてご説明致します。本体資料と資料1から3と、「第6回再発防止に関する報告書」、それから、タブレットをご用意下さい。

まず本体資料の(1)第70回委員会テーマ選定時の主な意見の〈出生後の新生児管理について〉をご覧ください。

まず1つ目の丸、蘇生が必要なときにどうすべきかという指針や教育についてはガイドラインも整備され、確立している一方、出生直後は問題なく、その後状態が悪化した場合、小児科がない施設ではいつ相談したらいいのか判断がつかず、悩んでいることがあるのではないか、ということがアンケートの結果から察することができる。

2つ目の丸、新生児蘇生についてはガイドラインができており、その遵守状況については第3回と第5回の報告書で取り上げたが、その後の状況も知りたい。

3つ目、助産業務ガイドラインでは早産児や低出生体重児は搬送するとされており、推定体重が小さい場合も早めに転院することを徹底するよう働きかけているため、出生後の管理については取り上げて欲しい。

4つ目、「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例について」のテーマ分析の分析の対象と同じように事例を抽出し、その中で深めていく項目を決めることでどうか。

5つ目、過去にテーマに取り上げ分析したことを再度検証することも重要ではあるが、新たなものを取り上げることも重要だと考える。「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例について」の分析結果が「母児同室の留意点」の作成につながったように、今回の分析により新生児管理の新たな問題点が浮き彫りになり、関係団体・学会への働きかけにつながればよいと思う。現場のニーズを生かすということと過去に出した提言等の効果をチェックすることと、両方に応える形にできればよいのではないか、とのご意見を頂いております。

こちらのご意見を踏まえまして、第6回報告書において分析した「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例について」の分析対象事例と同様に事例を抽出致しました。第6回報告書の118ページをご覧ください。

こちらの「はじめに」の5行目にございます、生後5分までに新生児蘇生処置（人工呼

吸、胸骨圧迫、気管挿管、アドレナリン投与) が実施されず、生後5分以内のアップガースコアが7点以上であり、かつ原因分析報告書において生後5分までに新生児蘇生処置の必要性が指摘されなかった事例と同様に事例を抽出したところ、これに該当するものは、昨年9月末までに原因分析報告書を送付した2,113件のうち■■■■件ございました。

続きまして、資料1と、今開いて頂いております第6回報告書の119ページをご覧ください。資料1は、こちらの■■■■件について、第6回報告書119ページと同様に、脳性麻痺発症の原因を集計したものです。

また、資料3をご用意頂きまして、こちらが事例の背景について集計したものでございまして、生後5分まで新生児蘇生処置不要と書いてあります一番左の表が、この対象事例の背景となります。

次に、資料2をご覧ください。今回のテーマは、アンケートの集計結果を参考に決定することと致しました。また、本体資料にございますテーマ選定時のご意見に、新たなものを取り上げることも重要であるとの内容もございましたことから、分析対象事例について、アンケート結果を参考に検討頂きたく、資料を作成致しました。

資料2は、前回の委員会でお示ししたアンケートで、「出生後の新生児管理」と分類した■■■■件について、具体的な意見の詳細と回答した施設についてまとめたものです。

まず、アンケートの記載内容の詳細については、1つの施設が複数の回答をしているものもございしますが、似た回答ごとにまとめております。

資料2の裏面をご覧ください。アンケートの回答者のグラフは、表面の「出生後の新生児管理」と分類した■■■■件と、「新生児蘇生」と回答した■■■■件について、回答者を施設別に示したものです。グレーの薄い順に、助産所、診療所、周産期指定のない病院、地域周産期母子医療センターと積み上げてございます。小児科の所属の有無についてのグラフも、参考までに作成致しました。こちらはグレーの薄いほうがあり、濃いものがなしでございます。

こちらのアンケートの結果と委員会でのご意見を踏まえ、新生児管理についてのテーマ分析における分析対象を、グラフの下に記載がございましたような視点でご検討頂ければと考えました。

まず1つ目に、アンケートの回答者のグラフをご覧くださいと、新生児に関連したテーマを取り上げて欲しいと回答した施設の8割以上が1次施設であることが考えられます。

1次施設が新生児室で管理するということを想定すると、正期産であるということが挙げ

られるのではないかと考えました。

次の呼吸管理、血糖管理の要否や、小児科管理の要否につきましては、資料2の表面の意見の詳細に、呼吸管理、血糖管理や、NICU搬送の見極め、小児科管理依頼のタイミング等のご意見がございます。

また、第6回の報告書の155ページをご覧頂きたいと思います。こちらの産科関係者に対する提言という四角囲みの中の下から2段落目、原因分析報告書の「臨床経過に関する医学的評価」においてという段なんですけれども、こちらで、新生児管理に関して産科医療の質の向上を図るための評価がされた事例は49件であり、小児科依頼・新生児搬送が6件、呼吸管理が6件、血糖管理が9件あったとあります。アンケートの回答と原因分析での指摘が一致している部分があるのではと考えました。

出生後に呼吸、血糖の管理が必要な状況としては、正期産児においては、新生児仮死で出生した場合が挙げられ、小児科管理の要否の判断につきましては、データベースで集計している項目としては、小児科入院時刻が基準になると考えました。

資料3をご覧下さい。冒頭でも少しご覧頂いておりますが、こちらは事例の背景をまとめたものです。右の列のものが、ただいまご説明した視点で抽出した事例で、正期産で生後1分のアプガースコアが7点未満、かつ出生から小児科入院までの時間が2時間以降という条件で事例を抽出したものです。左は、冒頭ご説明したように、生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例■■■■件、中央は、この■■■■件のうち正期産の事例で■■■■件の背景となります。

また、正期産で生後1分のアプガースコアが7点未満、かつ出生から小児科入院まで2時間以降の事例につきましては、参考資料として全文版をご用意致しました。こちらはタブレットで2事例ご確認頂けますので、ご覧頂ければと思います。

最後に、集計上のお断りになりますが、小児科入院の有無と小児科入院時刻については、第7回報告書の分析対象事例から集計することとなりましたので、6回までの分析対象事例793件については、これらのデータはございません。したがって、資料3の正期産で生後1分のアプガースコアが7点未満、かつ出生から小児科入院まで2時間以降の事例は、第7回から9回までの分析対象事例■■■■件のうちの■■■■件ということになります。

説明は以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

この新生児管理につきまして、それでは、どのような視点でまずまとめましょうかということで、まず全容をまとめて頂きました。単一の病態が記載されているもの、主たる病因として複数の病態が記載されているもの、原因が明らかではないものという、いつもの3つの切り分けでして頂きまして、原因が明らかでないものが■%、■分の■が原因が明らかでないということが分かってきたわけでございます。

引き続きまして、アンケートでいきますと、これは多いもの順ではなくて、むしろ類似の事象をある程度取りまとめて頂いたということではありますが。だから、大体似たような番号のところ、例えば、呼吸に関して、ずっと呼吸ということが17番から22番まで続いておりまして、血糖に関して23、24、25ぐらいにあって、その後がまた搬送基準云々というふうな、大体そういうたてつけで、似たようなものがまとめられていると。こういうニーズがあるということで、それぞれの頻度に関しては、あまりここでは気にしないで頂きたいということではありますが。

回答者におきましては、裏面で、どちらかというところ、ご回答頂いた、特に出生後の新生児管理という上の段で、やはりご要望が多いのは、周産センターというところからのご要望が少なく、それ以外のところからのご要望が多いということで、小児科医・新生児科医の所属ということであっても、なしというところからのご要望が多いというふうな結果であります。

資料3に行きますと、そういったことも考えて、正期産で、一番右のカラムに、正期産で、アプガースコア1分値7点未満で、小児科、だけど、何らかの理由で立ち上がったとか、色々な理由で小児科入院が2時間以降になったと。これまた、小児科と新生児科の差もなかなか難しく、小児科入院の中に、これまた難しいのは、小児科のトレーニングコースに新生児が入っていないということもあり、小児科があるから新生児を全部みることができるとするのは、むしろ医療関係者の皆様ではない方のほうがかえって意外に思いかもしれませんが、小児科のトレーニングコースは、たしか新生児科は入っていないですよ。今でも小児科専門医というのは、新生児科は全く取らなくて小児科専門医を取っちゃいますから。だから、小児科がいらっしゃるということが、新生児に詳しい先生がいるとかは何の関係もないという状況のもとで、小児科入院ということでもいいのかどうかということもありますが、とりあえず子供さんの専門家にタッチしたのが2時間以降になったというふうな事例と、5分後まで蘇生不要と、それから、正期産という枠をかけたのと、

アプガースコア1分値7点未満という、出生時はちょっと悪かったという枠をかけたものという3つの群に分けて頂きました。3つ目の群は、第7回以降しかこの群は取っていないので、この程度の数しか出てこない。■■■■件のうちの■■■■件ですから、■■%ぐらい、そんなものしか出てこないということでもあります。

ここでずっと見ていきますと、どの段でも、資料3の表面のところを見ていきますと、やっぱり診療所、助産所というところがかなりその割合は高いと。特にアプガースコア1分値7点未満で小児科にタッチが2時間以降にしかならなかったという事例は、やっぱり診療所ではどうしても多くなってくるということでもあります。

そのわりには、アプガースコア1分値が7点未満ということで、一番右のカラムは切ってありますが、5分値でも7点未満の事例が■■割以上あるんですね。だから、結構新生児蘇生、それなりにすぐ皮膚色がピンクアップしていない事例もこういうカテゴリーに入ってくるとか、最初の臍帯動脈血ガス分析値のpHが7未満のものが■■分の■■あるとか、そういったようなところはちょっと問題になるのかもしれないと思います。

また、急遂分娩なんかも、生後5分まで新生児蘇生不要とか、正期産で5分まで新生児蘇生不要とか、■■分の■■以下なんですね。裏面に行きますと、■■%ぐらいしか急遂分娩されていないんですけども。裏面の3つ目のカテゴリーですね。それから、帝王切開率も■■%、■■%であるのが、正期産でアプガースコア1分値7点未満となると、やっぱり帝王切開率が半分を超え、急遂分娩■■割なので、何かまずいことが起こっているというのは多分認識した結果のこのグループ、だけど、何となく新生児搬送するというか、小児科にタッチして頂くのが遅れたと、遅くなっているというふうな事例なんだろうと考えます。

なので、この3つのグループに端的に分けて頂きましたが、どのグループにフォーカスを当てるかとか、そのあたりが議論の中心になってくると思います。

また、参考事例もちょっと見て頂きますと、事例1というのがございまして、これ、ずっとめくって頂きますと、7ページぐらいになりますと、新生児の経過というのが出てきます。■■週■■日で■■■■グラムで産まれて、臍帯動脈血ガス分析値のpHは■■あって、ベースエクセスが■■で、アプガースコア1分値が■■点・5分値が■■点。何となく立ち上がった感じはするんですがという事例で、後で結局、新生児呼吸障害というふうな診断がついています。

こういう事例が1つと、もう一つの参考事例2というのは、これまたずっとページをめ

くって頂くと思いますと、6ページに産まれたときの経過が書かれていまして、■■■週で■■■■■グラムのお子さんを、アプガースコア1分値■■点■■5分値■■点で産んでいらっしゃるんですが、臍帯動脈血ガス分析値のpHが■■■■■で、ベースエクセスが■■■■■と、結構ストレスはかかっているというお子さんでありまして、その方は結局脳性麻痺になっておられるというふうな事例でございます。

この2つの事例の妥当性も含めて、まず一つ一つ議論をしていきたいと思うのですが。全体を通じて、こういう取りまとめの仕方では何かメッセージを出していくという方向でいいものかどうかというあたりから、まずご意見を頂きたいと思います。いかがでございましょうか。

○松田委員

すみません。

○木村委員長

どうぞ、お願いします、松田委員。

○松田委員

資料3の見方ですけど、この3つの群分けは、重なっているんですかね。ちょっと聞き逃したんですけど。

○木村委員長

資料3ですか。

○松田委員

はい。

○木村委員長

資料3の一番左端、生後5分まで蘇生処置不要と、それから、正期産で生後5分まで処置不要と、これは重なっているんですね。だから、■■■■■件の中から■■■■■件は産まれています。

○松田委員

はい。

○木村委員長

ただ、一番右の■■■■■件は、これは、そのうちのごく一部ということですね。

○事務局

一部、はい、重なっているところもあると思います。

○木村委員長

ですから、新生児蘇生を一部していますので、■■■■件ともちょっと違いますし、■■■■件とも一部違うんです。だから、微妙にずれています。

○松田委員

産科側の観点から言うと、アプガースコア5分値で7点以上あったら、蘇生がうまくいった、後遺症は残さないだろうというのが我々の長い間の考え方で、それが実はそのグループでも脳性麻痺になるんだということですよ。

○木村委員長

この一番右端はアプガースコア1分値なので。

○松田委員

いや、真ん中はそうですね。生後5分はもう全部アプガースコアが7点以上だったら、産科側の医師としては、これで万々歳なんですよ。ところが、そのような事例が相当数あるということは、1つは、例えば、診療所の評価で一般的にアプガースコアが甘いと。本当は6点だったんだけど、それを7点にしちゃったのかもしれない。これはもう検証しようがないんですけれども。一般的に小児科の先生とかが立ち会うと厳しいというのは、大きな病院にいるとよく分かります。それに比べて、個人病院は少し甘くなるというのも、これもよく分かるんですけれども。

でも、それを差し引いても、こういう事例があるというときに、じゃ、私たちは何ができるんだろうかと。何を注意して、その後の新生児蘇生が不要という中からリスクのある事例を引っ張り出すんだろうかということを考えてみますと。その裏に行きますと、胎児心拍異常、これ、ありなしのラベルしかないんです。ところが、実際には、レベル分類でも、要するに、より重篤な事例が、この真ん中のカラムの■■■■件中は何件あったのかというのは分かるんですか。

○事務局

分かりません。事例を見てみないと分からないので。

○松田委員

でも、レベルとかで拾っちゃうと出てくるんじゃないですか。

○事務局

データベースにはしていないので、報告書を読まない限りは分かりません。

○松田委員

いや、極端な話、心拍異常なんて、全部の分娩の8割ぐらいは心拍異常がありますから、これだけだったら、私たちは手の打ちようがないわけですよ。

だから、確かに5分値のアップガースコアもよかった、その事例でも、でも、分娩中のモニターを見ると、かなり低酸素血症、アシドーシスが疑われるよというのがあれば、その赤ちゃんをより詳しくみるというサジェスションができるのではないかと思うんですけども。

このありなしの分が少し不十分であるし、あまり情報としては意味がないのではないかというのが、ざっと見た感触であります。

○木村委員長

なるほどね。この2つに関して、確かに、胎児心拍異常があるというだけであれば、これぐらいあるだろうということになりますね。そのレベルというか、どの程度ひどかったのかというようなことについての記載はないということでもあります。

今のポイントは重要なポイントの一つかと思いますが。逆に、臍帯動脈血ガス分析値はあまり悪くないですよ。確かに、■割以上が7.2以上。7.1で切るとしたら、■割ぐらいが7.1よりは上なので、本当にそんなに悪い状態が出ていないという印象はありますね。これで見る限りは。

○松田委員

それと、あとは、新生児の頭部画像所見ですね。この画像所見が、やはり低酸素性虚血性脳症がかなり予想以上に多いというのがあるんですね。そうすると、低酸素性虚血性脳症というのは分娩時のイベントと理解しているのですが、それはこんなに多いのかというのを、少し驚くような数字で。これがむしろ、例えば、梗塞とか、そういったことであれば、それは今の方法論では見つけられないなというところは理解できるんですけども、この低酸素性虚血性脳症の比率がすごく多いのは気になりました。

○木村委員長

ありがとうございます。

正期産で、あるいは、生後5分まで新生児蘇生処置が不要ということになってきますと、比較的分娩時の臍帯動脈血ガス分析値はよくて、胎児心拍異常はそれなりにあるけれども、その程度は今ちょっとブラックボックスで、頭部画像診断からすると、比較的分娩近くでインサルトがあったと思われる低酸素性虚血性脳症というカテゴリーが■ないし■%あるというご指摘でございます。

これだけを見ますと、色々なデータが違うほうを向いている感じがしますね。

いかがでございましょうか。じゃ、竹田委員、お願いします。

○竹田委員

この中に、胎盤の感染、絨毛膜羊膜炎の事例がどのくらい混ざっているか、あるいは破水から時間が経っている事例、炎症反応がどうなっているかなどの情報が入って調べられますか？臍帯動脈血ガス値が良くても炎症、感染があると予後が悪くなる印象があります。これらが分かれば、もっと詳しい分析ができるのではないかと思うんですけど。

○木村委員長

感染とか、炎症とか、そういうキーワードで何かカテゴライズできることはありますか。

○事務局

胎盤病理の結果で、絨毛膜羊膜炎とかは拾えます。

○木村委員長

胎盤病理を取っているやつでは非常に少数ですよ。この中で2割とかぐらいですかね。

○事務局

そうですね。

○木村委員長

それと、特に出産に問題はないと思っているので、ますますそういうところに出そうとするモチベーションは低いですよ。ただ、拾えることは拾える。

○事務局

はい。

○木村委員長

他、いかがでしょうか。

フォーカスを絞るという意味で、第6回のいわゆる早期母児接触に関する問題点をこの委員会で指摘して頂いた後からの分が、一番右のカラムに相当すると考えていいわけですかね。この■■■■件というのは、第7回以降の分析事例■■■■件の中で上がってきた、正期産であり、かつ、アプガースコア1分値が7点未満、それで小児科入院が2時間以降というところ、だから、比較的喫緊の課題にはなっているところではありますが。

確かに、■■■■件と■■■■件で、かなり数が多いので、魅力的なんですけど、見ていると、もう一つ分からんなど。松田委員の今おっしゃったご指摘のようところが、もう一つ分からないなという気はするのであります。

この数字だけでもやっぱり分からないのですが、ただ、左の2つのカラムから比べると、この一番右端のカラムは、明らかに臍帯動脈血ガス分析値のpHも悪いし、5分後のアプガースコアもあまりよろしくないし。これで言いますと、松田委員が先ほどご指摘の低酸素性虚血性脳症というのは■■■■%ですから、ここは、言ったら、良くなったと思わないほうがよかったような事例が集まっているのかもしれないですね。

すみません、水野委員、ここら辺で、みんながスタックしてしまうんですけども、何かいいサジェスションございませんでしょうか。こういう枠組の中で。

○水野委員

先ほど委員長おっしゃいましたように、小児科の専門医であっても、新生児のトレーニングをしっかりしたものを受けていない。

小児科学会、私、理事もしております、新生児委員会、新生児委員、担当理事もしておりますので、新生児の研修を、小児科専門医の研修コースに最低3カ月は入れようということで、今、学会に訴えかけております。

といいますのは、やはり小児科をやっている、委員長が先ほどおっしゃったように、新生児科を研修したことがない人は分からないというのと、あと、これ、非常に医学的ではないんですけども、新生児の Not doing well というのは、やっぱり新生児科の研修をした者でないと本能的に分からないところがあると思うんですよね。そこで、これはおかしいと思った段階で、私たちは、すぐにこれはNICUでみようというふうに判断しますけれども、それがいくら小児科医がいるところであっても、そのあたりの判断ができない場合には、どうしても後手後手になって、出生後2時間以上経って小児科施設へ入院するとか、そういったことも出てくるので、やはり新生児科の研修をしっかり義務づけることと、これ、かなり本題からずれて本当に申しわけないんですけども、今、厚労省が小児科医のシーリングというのを設けておまして、東京都でどれくらい小児科医が必要かというのを言っているんですけども、新生児科医の数は入っていないんですね。ですから、やはり新生児科医をしっかり確保しないと、こういったケースというのはなかなか減ってこないのではないかと。

ちょっと本題から外れるんですけど、そういうところも、今後、新生児をしっかりみるトレーニングを持った小児科医を増やすという点では、やっぱりやっていかなければいけない点だとは思いますが。

○木村委員長

ありがとうございます。それは私も非常に想ってまして、■■■の■■■で新生児を診ないという小児科がいるところからお産を引くぞと今交渉をしているのですが。お産をやめてもらうと言っているところがあるんですけども、実際、そういう小児科のところもあることはあるんですね。なので、そのあたりは、やはりそういう社会的背景が少しこの数字に……。

例えば、小児科の先生が立ち会って頂いているのは、■■分の■■ぐらいいは立ち会って頂いているということなんだけれども、本格的なタッチは2時間以降になっているというふうなあたりが、少しずれがあるなという。立ち会ったから分かるというものでもないとは思いますが、何となくちょっとずれているのかなという気はするところでございます。ありがとうございます。

他に何か。じゃ、先に荻田委員、お願いします。

○荻田委員

資料を拝見していますと、先ほど松田委員がおっしゃったような、産まれるとき、いわゆる胎児期から生後直後ぐらいまでの時期のパラメータというのと、skin to skin contact の提言を出したときのように、新生児の神経学的予後は比較的安定すると言われている生後5分、10分以降の管理、そこから悪くなった子という、2つのフェーズに分かれちゃうと思っています。

そういう、もし同様の提言を出す、あるいは、我々、何か提言として教訓を入れて出すとすれば、例えば、アプガースコアがどうだったのかとか、そういう部分と、それから、産まれてしばらく経ってからの赤ちゃんの管理、マネジメントというところ、2カ所に、それをどちらもみるのかどうかというのがかなりかかってくると思います。

小児科の先生、我々のところもあるんですけど、立ち会って頂いて、安定しているというんですけども、アプガースコアに呼吸数なんか入っていませんので、TTNなんかのお子様なんかは、その後に呻吟が始まって、もう一度コールをして処置をするなんていうこともあると思うので、産まれたときのアプガースコアと、あるいは、そのときの臍帯動脈血ガス分析値のpHと、それから、いわゆる産後のマネジメント、出生後のマネジメント、新生児としてのマネジメントというのを少し峻別して考えたほうが分かりやすいのではないかなと感じたものですから。

○木村委員長

ありがとうございます。

特に、この右の2つですかね。正期産、生後5分まで新生児蘇生処置不要と、一番右の正期産、アプガースコア1分値7点未満というのは、ちょっと重なりはありますか？

○事務局

あります。正期産の生後5分まで新生児蘇生処置不要の中の、生後1分のアプガースコアが7点未満の事例が■■■■件ありますので、その中で、小児科入院まで2時間かかったものは入っています。

○木村委員長

二重に集計されているということですね。ありがとうございます。

石渡委員長代理、すみませんでした。お願いします。

○石渡委員長代理

この一番右のカラムの正期産、アプガースコアの、ここは非常に色々なファクターが入ってきていると思うんですけども、今後、改善のための提言をしていくためには、このカラムというのは非常に重要なのではないかと考えてはいるんです。

それで、施設区分のところを見ると、いわゆる診療所が■■■■%を占めているということで、実際の分娩の状況を見れば、おそらく診療所は今■■■■%ぐらいではないかと思うんです。分娩数の。そうすると、やはりこのところに少し何か改善、改良していかなければいけない部分が出てくるのではないかと思うんですけども。

診療所では、新生児を診る方はおられませんから、産科医が診ておりますし、もちろん、NICUの先生もおられないわけですけども。ここが総合周産期センターとか、そういうところと大きな差が出てくるのではないかなと思っていますけど。

ただ、色々なファクターがこの3つ目のカラムのところに入ってきますので。例えば、異常があったんだけど、なかなかそれを重要視しなかったとか、見過ごしてしまったとか、経過を見ているうちに悪くなってきたとか、そういうグループも入っていると思いますけども。また、新生児搬送したくても搬送がなかなかできなかった、そういうグループもこの中へ入ってくると思うんです。ですから、もう少し細かいところを分析していかないと、分かりにくい部分が多いのではないかと思いますけど。

ただ、非常に魅力のある、そういうグループではないかなと思っています。分析は難しいですが。

○木村委員長

ありがとうございます。

今の石渡委員長代理のご意見では、この一番右のカラムをもう少し深く掘って行って、先ほど水野委員のご指摘頂きました社会的な要因も含めて、どういう状況であったかと。

そういう観点って分かりますか？ 搬送困難みたいなのは分かるんですか。送ろうと思ったけど送れなかったみたいな、なかなか受け取ってもらえそうにないみたいな、そういう。

○事務局

記録があればですが。

○木村委員長

記録にある範囲でいいけれども、拾うことはできるんですかね。新生児の経過かなんか見たら。

○石渡委員長代理

全体の分娩数は分かりますよね。今、総合周産期はどのぐらい分娩やっているとか、地域はどのぐらいとか。そうすると、これ、ただの全体の割合だけではなくて、分娩数との比較からも分かってくると思うんですけれども。やっぱり診療所のところは、もう少し底上げといたしますか、レベルを上げていく必要が今後あるのではないかなと思ってはいるんですけど。

○木村委員長

どうぞ、お願いします。

○松田委員

一番右のカラムの生後5分のアプガースコアの件数を合計すると■■■■件にならないのは、これはいいんですかね。

○木村委員長

■■■、■■■の、■■■の……。不明も含めると、確かに少ないですね。■■■、■■■、■■■、■■■だったら、■■■。■■■ぐらいないですね、これ。

○松田委員

足りない。

○事務局

お待ち下さい。

○松田委員

それを調べてもらっている間に、要するに、この右のほうを何とかうまく利用するとい

う観点から見てみますと、1分値のアプガースコアが7点未満の事例の中で、半数がやはりアプガースコア5分値も7点未満であったと。ということは、ここがやはり、これを新生児蘇生がうまくいかなかった段階で、すぐ専門医のほうにコンタクトをすとか、そこはメッセージは出せそう。そこには新生児搬送の問題も絡んであるだろうし、あるいは、実際の産婦人科も、NCPRを中心とした、もう少し新生児蘇生のほうに研修、勉強しましょうというメッセージは出せるのではないかと思うんですけども。

○木村委員長

ありがとうございます。確かに、このところは、あんまり立ち上がっていないのが案外見られているという感じがありますね。

○藤森委員

よろしいですか。

○木村委員長

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

参考事例2で見ていたんですけど、どちらも臍帯動脈血ガス分析値のpHが■■■■～■■■■■■■■■■ぐらいで、それなりに新生児蘇生されて、次におかしいと思うところまで抜けているんですよ。

例えば、どちらも、感染が少し絡んでいるような記載もあって、先ほども話がありましたけど、アプガースコアがいいと産科医は目を離しがちなところがあるので。アプガースコアも良くなったんだけど、感染も疑われていたりとか、それから、産まれたときの臍帯動脈血ガス分析値のpHが、たとえアプガースコアが5分値でよくなっていたとしても、悪い新生児は、例えば、呼吸管理とか循環管理は目を離さないように、空白の時間ができないようにみなさいみたいな、そんなメッセージが出せるのではないかなという気がして見ていたんですけど。

なので、アプガースコアだけ5分で見終わるのではなくて、何らかの感染とか、分娩時の臍帯動脈血ガス分析値のpHが悪いとか、それから、アプガースコア1分値もそうですけど、産まれたとき、新生児蘇生はうまくいっているんだけど、最初のスタートが悪い事例みたいなものというのは、その後、呼吸障害とかが出てきていて、おかしいと言って後手後手に回って搬送しているみたいな感じをちょっと受けるので、そういうようなメッセージを出せないかどうかと感じました。

○木村委員長

ありがとうございます。立ち上がると、それなりにほっとして、その後は、あんまり集中的にみているところは確かにないですね。

○藤森委員

例えば、そのときにサチュレーションモニターを付けているだけでもちょっと違うのかなど。保育器へ入れて、裸にして呼吸とかをみているだけでもちょっとは違うのかなという。言えるかどうか分かりませんが、新生児科の先生方に聞いてみないと分からないかもしれませんけど。特に産まれてからそういう何らかの所見があった子たちは、アプガースコアがよくても、2時間ぐらいいは、6時間かもしれませんけど、きちんとみなさいみたいな、そんなメッセージが出せればいいのかないかなというふうな気がしますけど。

○木村委員長

ありがとうございます。

あと、このアンケートの中に血糖管理というのが出ているのですが、これは私も全くうろ覚えなんですけれども、結構、蘇生が要るような新生児というのは、もう2時間ぐらいから血糖を測りなさいというのは、何となく昔言われていて、やっていたような気がするんですけど、水野委員、いかがですか。そのあたりはわりに普通……。ここで見て、全然血糖とかがないんですね。最初のところで、記載の中に。

○水野委員

先生がおっしゃる通りで、新生児仮死があると、やっぱりインスリンが上がって、それで、高インスリン性の低血糖症になることもありますので、高インスリン性の低酸素性は比較的早い時間から血糖が下がってきます。

また、比較的最近、私たちのNICUでも経験があったんですけど、近ごろのところ、低血糖があったんですけど、その後の管理が全然うまくできてなくて、結局、日齢1になって、翌日になってから、けいれんを起こして搬送になったという。どうしてこういう管理がいまだに行われているのかなというのは、やっぱり実際あります。

ですので、どういった場合には血糖をちゃんとみななければいけないか、特にSGAの場合などは、やはりグリコーゲンの枯渇など、あとは、脂肪が少ないということもありますので、比較の日齢の2～3ぐらいまでしっかりみていかなければいけない。それに対して、高インスリン性の因子があるような場合には、やはり最初の時期にかなり低血糖が来ますので、そのあたり新生児の病態生理をしっかりと把握して、血糖もただ機械的に測るので

はなくて、どういう因子が背景、バックグラウンドにあるのかということを理解した上で測っていかないといけないのかなとは思いますが。

○木村委員長

ありがとうございます。ちょっとそれも気になる場所なんですけど。

例えば、この中で、搬送されたらもちろん測っていると思うんですけども、出生後、搬送を決めるまでに血糖とかの評価がされている率とかというのは、見たら分かるよね。

○事務局

はい。見なければ分からないので。

○木村委員長

見たら分かる。■■■■件ぐらいです、今回。

○事務局

はい。

○木村委員長

このグループにすると、ちょっと気が楽なのは、■■■■件になるので、■■■■件だったら、ちょっと見てもらっても悪くはないかなという。■■■■件を見ろというのは、ちょっと厳しいような気もするんですけども。

そのあたり、このところは、確かにもうちょっと何とかならないかという印象は、石渡委員長代理がおっしゃったように、色々な角度で切ることができるような気は致しますし、むしろ、せっかく第6回のもので早期母児接触に関するコーションが出された後ですので、それに続くものとしては、ここ、それから、後で起こっている……。この中で、例えば、早期母児接触がなされた事例がどれぐらいあるのかとかいうことももちろん見れるでしょうし、色々な切り口があると思います。

いかがでしょうか。委員の先生方で、ある程度、今回フォーカスをどこに置くべきかというところぐらいまでまず決めておかないと、次へ進めないで。ひとまず、この正期産——前回の議論の中で、レートプレタームをどうするんだというようなお話もありましたが、そこを広げていくと、また色々な違う因子もあるので、とりあえず今回、正期産でアプガースコア1分値7未満で、小児科に2時間以降に入院管理になったという事例を中心に見ていくという形で、委員の先生方、いかがでしょうか。

そうしますと、これ、第6回の刊行以降ということになりますと、それでも、■■■■件、この期間の半分ぐらいの事例が母数で、その中で■■■■件あったということであり

ますが。もちろん、これより以前のことも、色々な問題は多分あったとは思いますが、一回、そのコーションを出してからの事例で、ある程度、一番改善点を申し上げやすいという意味では、ここのフォーカスがいいのではないかというご意見を持たれた先生方が多いような気がするんですけども、いかがでしょうか。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

そういう方向でまとめようということで、あえてなんですけれども。もちろん私も賛成で、このあたりのところでの再発防止策みたいなものが提言されることはすごく大事なと思いますので、ぜひお願いしたいと思うんですが。

今回、1回目だということかどうか、次へ向けて、ちょっと知っておきたいことは、前回と同じ生後5分のところが、ちょっと僕は心配しているのは、早期母子接触のところで、前回から今回、数が、母数が増えている中で、一気に前の提言を出したところから、その反映みたいなのは、時間的にまだ出ないと思うんですけど、前回から今回にかけて、より母数に対する率が上がっていないかなというのがちょっと不安で気になっています。

もし上がっていたら、再度何かできないのかなと思ってしまい、前回の母数に対する比率と同じぐらいであれば、前回の効果をもう少し待つということになると思うんですけども。前回、ALTEとか、鼻口圧迫の可能性とか、そういうキーワードを使っていたものが母数に対してどれぐらいの数になっているかというのは、この前の会議で、できれば数字を確認しておきたいと言ったと思いますが、それが前回の効果が出ているタイミングではもちろんないんですけど、色々な流行とか、そういうものもあって、母数が増えて、どういう率になっているのかなという、それを、次の会議まででもいいですけど、教えて欲しいなと思うんですけど。

○木村委員長

ありがとうございます。これも、ちょっと頑張って読んだら分かりますよね。早期母児接触がこの■■■■件の中でどれぐらい行われていて、それは、前回の第6回の報告書の、そのときの報告書の数でいいですよ。第6回のときの報告書のいくつかのパラメータと、今回の■■■■件の中での同じようなパラメータがどうなっているかというふうな、そういう比較があれば、この報告書で医療者の行動の変容とか、そういったことがちょっと分かるかもしれませんね。確かに。

○勝村委員

できれば全体から。つまり、前回の母数で、定義して対象にしたものの中で、ALTEだとか、鼻口圧迫だとか、窒息の可能性みたいに書かれたようなものの率が、今回母数が増えて、同じ定義で率がどうなっているかと。それがさらに率として増えているという傾向がなければいいんですけど。なければ、安心して右端のカラムに今回は集中して議論もできるなど。あれば、そっちも一定分析してもらう必要が緊急的にあるのかなと少し思っているということなんですけど。

○木村委員長

第6回までの数が出ていますよね。今回のこの■■■■■件の分母は、第6回が刊行されてから後のグループなので。

○勝村委員

ああ、そうか。なるほど。

○木村委員長

だから、今回のこの■■■■■件の背景には■■■■■件ぐらいありますので。だから、その■■■■■件の中の、こういう比較的状況がよかった群の中でどれぐらいあったかというのは、1つの、先生のおっしゃる、前より増えていないかというご懸念にはお応えできることにならんかなと思うんですけども。

○勝村委員

なるほど。ちょっと遅れてきて申しわけないんですが、右端のカラムは、生後5分間まで蘇生が不要のケース……。

○木村委員長

ちょっと前とニュアンスは違うんですが、アプガースコア1分値が7点未満で、それなりに悪く出ただけけれども、5分で立ち上がったか何らかの事情で、生後2時間以降にならないと本格的に小児科の介入がなかった事例なんです。

その母数としては、第7回以降の分析事例■■■■■件が母数です。その中で、こういうカテゴリーにすると■■■■■件ありましたという話ですので、前の第6回の話と微妙に違うところは確かにあるんですが。ただ、相当時間、小児科の集中的な介入なしでもいけるというふうに当事者が判断したという意味では、この数はある程度意味がある数かなと思います。

これ以外に、もう少しこれを広げるとしたら、もうアプガースコア1分値7点未満を捨てて、小児科が2時間以降に介入したというところになってくると思うんですけど、そう

なると、やっぱり大分話が違ってきますか。数的には。

もうアップガースコア1分値7点以下はなしにして。ただ、そうすると、今度は次の提言はちょっとしにくい。どこに注意したらいいかという提言はしにくくなるような気はするんです。

○事務局

2時間以降 فقطですと、■■■■件です。

○木村委員長

■■■■件。倍からあるわけですね。

じゃ、もしも、そのあたりで早期母児接触とか、そういったことの医療者の行動が変わったかどうかということが見れたら、勝村委員のご心配は確かにその通りだと思いますので、せっかくそういう提言が出た後でどうなっているのかということは、ちょっと見ておきたいかなと思いますし。

小林委員、お願い致します。

○小林委員

私も事務局にちょっとお願いなんです。この■■■■件に限るか、あるいは、少しまた別の分類でいくかで、また変わってきますけど。例えば、一番右の欄の■■■■件のうち、新生児蘇生処置が■■■■件にされているので、これの最初の新生児蘇生が入ったところがどこにあるのかという分布の図を出してもらえますか。横軸に時間か日にちで、縦軸に新生児蘇生処置が入った件数が、例えば、1日目に入ったのか、2日目に入ったのか。そういうような図があると、どこでエピソードがあったかというのを理解しやすいので。

○木村委員長

おそらく、この■■■■件になっちゃいますと、アップガースコア1分値7点未満なので、最初に入っていると思うんです。1分の段階では何らかのことが行われていて。ただ、それで一旦安定してしまったので、2時間以降。だから、先ほどの2時間以降の■■■■件と、ちょっと意味が違ってしまおうと思います。2時間以降の小児科がインテンシブにケアした■■■■件にしますと、そうしますと、その2時間より前で、どこかの時点で具合が悪くなって、これは小児科だというイベントがあってそうなった方が増えてきますので。ですから、0分から2時間までの間のどこかにイベントに気がついたポイントが出てくると思いますが。このグループにすると、多分、ほとんどの事例が、生後1分以内に何らかのアクションが始まっていると推定されるグループになると思います。だから、どちらにするか

で結構。

○小林委員

そうすると、左側のほうで見たほうがいいのかもわからない。

○木村委員長

そうだとすると、左側で見るべき数値になるかもしれません。

石渡委員長代理、お願いします。

○石渡委員長代理

この表を見てちょっと感じるのは、既に補償が全部終わったのは、2012年までですか。

○木村委員長

13ですかね。

○石渡委員長代理

2013まで。全部終わったのが。

○事務局

2010年までです。

○石渡委員長代理

2010年までですか。今、2019年。

○木村委員長

原因分析が終わった。

○石渡委員長代理

そうか、そうか。

○事務局

原因分析が終わったものは、2010年の。

○石渡委員長代理

じゃ、たった2年では比較できないね。分かりました。すみません。

○木村委員長

じゃ、水野委員、お願いします。

○水野委員

この■■■■件の中で、酸素投与をしていたケースとかというのは分かるんですか。どれくらいの濃度を使って。例えば、この参考事例2というのは、40%酸素をかなり長期間

使って、これだけ酸素が必要な事例を送らないというのは、私から見るとちょっと考えられないんですが。呼吸数も多いですし。ですから、どれくらい酸素だけあげていて、酸素飽和度が保っていたとしても、それで、逆に言えば、酸素が必要な状態であるという事例がどれくらいあったのかというのが。もう一つのケースは、1リットルと書いて、酸素濃度が何%か分からないんですけれども。

そういう、ただ漫然と酸素投与だけを器内に流しながらみているというのは、やはりある程度線を引いて、これだけの濃度がこれだけの時間必要であれば、やっぱり新生児搬送しなければいけないというものを出していったほうが、送る目安にはなるのかなとは思ってますけど。

○木村委員長

それも、この事例から読めますかね。

そうしたら、次の話題もありますので、一度整理させていただきますと、ご興味をお持ち頂けたのは、右のカラムの■■■■件が一番強いご興味を頂けたと思います。その中で、さらにいくつかのパラメータを調べるべきだというご意見を頂きました。例えば、血糖でありますとか、早期母児接触の頻度でありますとか、酸素投与の時間でありますとか、そういった因子ですね。

それで、あと、生後2時間以降の小児科のタッチということになりますと、このアプガースコア1分値7点未満ということになりますと、ちょっと事例が広がって、■■■■件ということになってまいります。小林委員のご指摘で、そのあたりで、大体どれぐらいの時間でイベントが起こったか。これは前も一回調べていると思いますが。そういったことも参考データとして出せて、その■■■■件の中で、早期母児接触と2時間以内でいつイベントがあったかというようなことを一緒に出せたら、大体のご意見に対しての調査ができるのではないかと思いますので、そのあたりで、今度もう一回それをお出しして、まとめ方というか、提言点を探っていきたいと思います。

鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

専門的な先生方のお話で素人の言葉で確認させて頂くのも恐縮なんですが。これまで私たちの提言というのは、こうしましょう、こうしましょう、こうしましょうと比較的言えたわけですが、今回ははいよいよ、一見大丈夫そうに見えるのだけれど、こんなところに大変なことがある、そのところを注意して下さいということを、かなり複合的なある種の

バランスの中で提言していく形になる。

例えば、さっきも Not doing well という話がありましたけど、Not doing well ってどうということなのということを、みんなに分かりやすく説明をしていくような提言になればというのが今回のイメージでよろしいのでしょうか。

○木村委員長

そうですね。少し色々な解説、この事例の解説と同時に、その状態、特に、やはり産婦人科医、これは石渡委員長代理のように、産科も小児科も両方、新生児もみておられる先生と、だんだん世代が下がってきますと、どうしてもどちらかに特化するというふうな感じになってきて、少しジェネレーションギャップもあるような気も致しますが。やはり見方として、案外、常識的なところが大丈夫かなと思うところは、教えていてもありまして、そういったことを再確認——Not doing well なんて、私らの世代は、もうこんなのは見たら分かるだろうと言って教えられたわけですが、そうも言っていない時代になってきていると思いますので、やはりそういったところの留意点のようなものも記載の中に入ってもいいのかなと、鮎澤委員のご意見からも思いました。また、そういった観点も、これは誰かにお願いして書いてもらおうということになると思いますが。そういった観点もあっていいのかなと思います。よろしゅうございますでしょうか。

○事務局

松田委員から先ほどご指摘ありました、生後5分のアプガースコアですが、お待たせしました。0～3点が■■■■件で■■■■%、4～6点が■■■■件で■■■■%でございます。

○木村委員長

■■■■件と■■■■件ですね。分かりました。

では、次のもう一つのテーマがございまして、もう一つのテーマが、〈胎児心拍数陣痛図について〉というところでございます。こちらも、もう少しテーマを絞っていきたいと思いますので、今までの時点で取りまとめたことの説明を事務局からお願い致します。

○事務局

お願いします。〈胎児心拍数陣痛図について〉に関し、ご説明致します。先ほどの本体資料の「テーマに沿った分析について」と資料4をお手元にご用意下さい。

まずは、テーマに沿った分析のほうの〈胎児心拍数陣痛図について〉のご意見になります。

1つ目の丸から、原因分析報告書は原則非公開であり、CTGは原因分析報告書には掲

載されないことから、再発防止報告書でCTGを紹介することはとても意味のあることだ
と思う。

2つ目の丸、感染が関連している事例のCTGを掲載できるとよい。

3つ目の丸、2014年に発刊された「脳性麻痺事例に胎児心拍数陣痛図」という事例
集は多くの産科医療関係者の目に触れたと思うので、事例集発刊前後で事例を比較するこ
とはどうか。出生年が最近の事例でCTGの判読についてどのような指摘がされやすいか
などが分かるとよいと考える。

4つ目の丸です。第8回報告書でCTGの判読について評価された事例と同様に抽出し、
事例集発刊前後で比較することはどうか、というご意見を頂きました。

資料4ですけれども、こちらの脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図が発行された2014
年前後で、判読の評価の傾向に変化が見られるかどうかというところについての表を作成
しております。2009～2013年、2014～2016年で、判読について指摘され
ている項目を抽出致しました。なお、今回抽出したのは、2018年9月末までに保護者
に原因分析報告書を送付した事例になります。

表の内容ですけれども、まずは全事例のうち、専用診断書作成年齢が0歳・1歳の事例
が■■■■件でした。うち2009～2013年出生の事例が■■■■件、2014～2
016年出生の事例が■■■■件です。

2009～2013年出生の事例の中で、判読について、産科医療の質の向上を図るた
めの評価がされている事例は■■■■件で、一番左側の濃いグレーの項目の箇所になります。
こちらの(B)件数と書かれているものが、それぞれの評価項目の数で、重複ありとなっ
ています。隣の%は、■■■■件のうちの何%にその評価がなされているかという数値を出し
ております。また、その隣のAに占める割合というのは、2009～2013年出生の総
数■■■■件のうちの何%に当たるかで算出しております。

そのとなりの(D)2014～2016年出生についても、同様に算出したものになり
ます。

なお、その隣の2009年出生と2014年出生については、単純に単年の件数をお示
ししたものになります。

また、今回抽出した事例の評価の抜粋については、青いファイルに全事例の判読の評価、
原因分析委員会の判読所見、CTG判読者や施設についての情報の一覧がございますので、
ご参照頂けますと幸いです。

今後どのような分析を行い、どのような胎児心拍数陣痛図を紹介するのか等をご審議頂ければと思います。よろしくお願い致します。

○木村委員長

ありがとうございました。

またこれも結構困った問題なんです。一応、0歳ないし1歳に診断書が出てきたということは、それなりに症状が強く、それはおそらく分娩時のインサルトもすごかったであろうということで、小林委員からご指導頂いて、前回からああいう横並びの表を作ったところがございます。それで、一応CTGの事例集を出したという年限をキーに、2014年からの分と2013年までの分で分けたということになります。

そう致しますと、2013年までに■■■■件の出生があり、その中でCTGの判読についての指摘があったものが■■■■件で、これは率にしますと■■■■%であります。それから、2014～2016年までの出生でそういう問題点の指摘があった事例は■■■■件、■■■■%。大した差はないということがございます。

この次に、何々を何々と判読して、これが問題ではないかと指摘されていたようなところ、それぞれそれなりの数がございます、そう大きな差はないかな。あっても、■■■■件とか■■■■件のパーセントになりますと、あんまりこれで差と言えるものではなく、やはり間違いやすいところは間違いやすいんだろうなというふうな結果が、この波形パターンの記載がある事例というところはずっと見てとれます。

次に、診療録に波形パターンの記載、具体的にどのパターンで問題ですと指摘されていないけれども、何か問題が言われたというのは、両方とも■■■■%、■■■■%。

今度は、胎児心拍数陣痛図が正確に記録されていない事例というのは、一応これは■■■■%ぐらいがなくなっていたと。

それから、印字速度が3cm/分、これはもういい悪いではなくて約束ですので、約束とは違うことをしておられたというのは、■■■■%から■■■■%。このあたりがちょっと色々よくなっているのかな。プリミティブなところと言えば、プリミティブなところなんですけど、ちょっとはよくなっているかと思われるところでございます。

ということで、これをどのようにして報告書にするかというか、そこが一番の問題なんです、何かご意見を頂けないでしょうか。

○松田委員

よろしいですか。

○木村委員長

松田委員、お願いします。

○松田委員

かねてより我々がずっと主張してきた遅発一過性徐脈の重要性を、ぱっと見た限りではかなり減少しているの、判読者もよくなったのかなと思う一方、上記以外の事項が■件と■件ですけど、これ、分かります？ 上記以外の事項というのは、具体的には何だったのかというのは。

○木村委員長

波形パターンの判読の誤りの細分の一番下ですね。レベル分類、重症度分類の下です。これは中身は何でした？

○松田委員

もし時間が必要だったら、また後でよろしいんですけど。■件と■件だから、そんなに。

○木村委員長

これ、ここの青いのに入ってます？

○事務局

入ってないです。

○木村委員長

入ってない。

○松田委員

あとは、数が少ないから何とも言えませんが、一応下がっているような感じがするので、ここだけ何か。ということは、新しいのが出てきたのかなと。上記以外の事項というのは、この上のほうに分類できないという意味ですよ。

○木村委員長

あとは、松田委員が一番長く原因分析に関わって頂いたかと思うのですが、トレンドとしてはどうなのでしょう。これはひどいなというのは、やっぱり減っているのでしょうか。

○松田委員

大分減っているような印象がありますね。ただ、最初は、本当に遅発一過性徐脈が読めなかった事例がたくさんあったんだけど、後半になってくると、だんだん、ああ読んでいるなという。そうすると、ここ、チェックマークとかですかね。

○木村委員長

これ、ちょっと難しいのは、もう一つは、やはりこういう分類上のデータベースからすると、じゃ、これを読んだからどうしたという、その行為に関する評価というのは出てこないんですよね、多分。出てこないというか、なかなかうまくはまとまってこないんですね。こう読んでいたけれども、本当はこれをここでこうするほうがよかったというふうなことは言っていないわけですね。原因分析の経過報告書では、なかなかそこまで読み取れない。

○事務局

実際の原因分析報告書のほうでは、判読と、あと対応も読まれている事例もあります。

○木村委員長

でも、全部通した形で、データベースのような形では解説されていないということですね。

○事務局

データベースの。

○木村委員長

データベース化されて、データベース化するためには類型化が要りますので、その対応に関しては非常に多岐にわたるので、なかなか類型化されていないというのが、今の現状なんでしょうね。

○事務局

そうですね。一件一件また見ていく形にはなります。

○木村委員長

荻田委員、お願いします。

○荻田委員

これも、もし可能であればなんですけど、今のお話に関連してですが。もし、これ、例えば、レベル分類、重症度分類というのは改善しているのか、あまり変わらないのかは何とも言えないところなんですけど。胎児蘇生をする、それから、急速遂娩をするという対応が、それに従って読めて行われたかというのが、おそらくはアウトカムとしてすごく重要になってくると思うんですけど、それは調べるのというのはデータベースとしては難しいということなんじゃないでしょうか。

○事務局

判読についてどのように対応がされたというのは、見ていけば見ることは可能です。

○荻田委員

可能ですか。

○事務局

はい。

○藤森委員

よろしいですか。

○木村委員長

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

第6回的时候は、結局は判読だけということで、対応まで見ると数が多いからという話が1つあって。判読と書いてありますけど、実際は誤読というか、読めなかったものというのが結局対象になっているんですね。

私もこの話を色々なところですが、これらの事例というのは全て脳性麻痺の事例ですから、結局は遅発一過性徐脈が読めないというのと、それから、variability、基線細変動の評価ができていないという、この2点なんですよね。

2014年からの事例を見ると、まさに今言ったところが残っているんですよね。一過性徐脈が出現する状況で、一過性徐脈なしと判読（うち遅発一過性徐脈）と書いてある、これが■%。それから、基線細変動がありと判読しているのが■%。この2つで■以上になっているんですね。結局は、これ全てが脳性麻痺なので、たとえ変動一過性徐脈を早発一過性徐脈と誤読しても、これは直接的にはつながってなくて、その後に何かイベントが起こっているわけで。だから、結局は、その2つをきちんと読みなさいという。サンプルを出すという話もありましたけど、そういうものを中心に出すということ。それが、他のものは比較的よくなってきたけど、やっぱり徐脈をないと読んでしまっている。それから、基線細変動の評価がきちんとできていないというところを強調することが、この結果から、やっぱり重要なのではないかと思います。

それから、もう一つ、先ほど木村委員長おっしゃいましたけど、やっぱり1分1センチがこれだけなくなっているというのは、評価されていいことだと私は思います。

○木村委員長

なので、そこに関しては、もう一回、メッセージとしては、やっぱりこれを守って下さいというメッセージを出して、そして、遅発一過性徐脈がなかなか判読ができなかった例

を何例かと、それから、基線細変動の評価がうまくできなかった事例を何例か、こういうのに気をつけましょう集を作るというのは、教育的というか、我々の教訓としてもいいことではないかというふうなご意見だと思いますが、いかがでしょうか。

これ、早産、正期産、両方入っているんですね。この■■■■件と■■■■件には。

○事務局

はい、特に分けてはいません。

○木村委員長

分けてないわけですね。

藤森委員、その辺、先生のご見解で、早産と満期産で、そういう読み方というか、いわゆる気をつけないと、早産だから variability が少ないとか、色々なことを言われますが、そのあたりのポイントの差というのは何か表せるものなんでしょうか。

○藤森委員

2014年までは対象が、基本的には33週、2,000グラムなので、そこまで変えなくてもいいかもしれませんが、それ以降、それから、あと個別審査だと28週になっちゃうので、その評価は難しいと思うんですけど。週数との関連というのは、どういう分布になっているか見てみないと分からないところがあると思いますが、ほとんどは、これ、おそらく遅発一過性徐脈とか変動一過性徐脈とか言っているので、子宮収縮がある状況ですから、切迫早産というよりは、やっぱり満期に近い事例がほとんどなのではないかなというふうに、推測ですけど致しますが。

○木村委員長

ありがとうございます。

週数に関して言うのはちょっと難しいかもしれないということですね。そこまで書いても、なかなか専門的になりますか。

○藤森委員

32週未満の事例って、やっぱりいくつか入っていますか。多分、そこら辺は原因分析委員会でも、それは評価が難しいとかなんか書いてあるのではないかと思います。

○事務局

青いファイルの資料Tに分娩週数が書いてございますが、ざっと見たところ、■■■■週が一番小さい感じがします。

○木村委員長

青いファイルの左から3つ目のカラムが分娩週数ですので、確かに、ほとんどがターム。

○事務局

失礼しました。77番が■■■■週で、これが一番小さい週数になります。

○藤森委員

なので、集計上は、そこまであんまり気にしなくて。

○木村委員長

そうですね。逆に、1~2件で出たパターンを何か言ってしまうのは非常にミスリードするリスクがあるので、大体満期、あるいは、ニアタームでいいと思います。

松田委員、失礼しました。

○松田委員

同様の意見で、プレタームの心拍異常というのは、基礎疾患として、常位胎盤早期剥離がかなり大きな部分を占めているんですね。そうすると、それは常位胎盤早期剥離という括りでの議論になりますから、この件に関してはタームで絞ってよろしいと思います。

○木村委員長

満期の分娩中という形でいくのが一番条件は絞れますかね。

○松田委員

はい。

○木村委員長

では、満期の分娩中で……。

○藤森委員

すみません、よろしいですか。ただし、僕も見たときに、FGRで、胎児発育不全で、分娩じゃないときの遅発一過性徐脈が読めてないというのがあるんですね。なので、これも全部見ていないですけど、タームに限ってしまうと、FGRとか、いわゆる胎児機能不全になっているような子たちの遅発一過性徐脈が読めてないというのが出てこなくなっちゃうと思うので、そこはちょっと注意して頂いたほうがいいと思います。

○木村委員長

イメージとして、これ、何例ぐらいを載せるイメージなんですか。前みたいに、もうずっと一連そのCTG集みたいにするのか、10件ぐらいを……。そのボリューム感によって、藤森委員がおっしゃったような、どこまで広げるのかということが出てくると思うんですけども。

○事務局

今のところ、多分、追加で取れる件数が■件程度で、そのうち同意がどれくらい取れるかというところもあるので、そこまでとは限らない。

○木村委員長

これまでの前の事例集が刊行されてから後の事例として取れるものが■件ぐらいかというふうな、大体の当たりをつけているようで。

では、松田委員、お願いします。

○松田委員

最初の variability が十分良好な、保たれている遅発一過性徐脈は、これ、ほとんどリフレックスであろうというところで、それがだんだんと hypoxia が進行してくると、次は variability の減少を伴うというところで、そうなってくると、最後は不整脈というふうにつながるという、ハイポキシックカスケードという理論があるんですけども、それは結局、遅発一過性徐脈であれば、治療の介入の余地があるという前提の仕事なんですね。

そうすると、そういった事例集に載って来ると、ここではまだ variability は保たれております。だんだんと今度は variability が減少、消失してきたというような事例で、最終的に臍帯動脈血ガス分析値の pH が 6.9 とか 7.0 だったら、やはりこれはちょっと頑張りすぎだなというのは、1つの事例としてはいいと思うんです。今度は、先ほどからも議論にちょっと出ているような感染が関与した場合、タームで破水の妊婦さんがいて、それがだんだんと熱が出てきた。そうすると、産まれてくると臍帯動脈血ガス分析値の pH はそれほど悪くないけれどもというような2つのパターンが示されたら、非常に有用な事例集になるのではないかと今ちょっと思いました。

○木村委員長

ありがとうございます。

そうなってくると、とりあえずあるものを見せてもらいましょうか。そうしないと、何を出して下さいと言われても、なかなか分かりにくいので、もう刷ったら大変ですから、iPad でもいいから、とりあえず今のところこんなのがありますと言って見せて頂いて、その背景をそれぞれに対してつけておいて頂いて、そういったものの中から教訓的なもの——この表は結構有意義なので、それから、メッセージ性もあるので、資料4にある表を出した上で、次にちょっと、何だったら、事前に委員の皆様方に見て頂いて、これは教訓的だなと思うようなものをチェックして頂くというふうな作業を、特に産科関係の委員の

皆様、あるいは、助産師の皆様には特に見て頂いて、その上で、教育的というか、我々の教訓になるような事例を探していくという、そういうストラテジーでよろしいですかね。今、あんまり詰めていくと、そういうものはありませんという結論になってしまうと、何のために議論したか分からなくなるので、そういった形で、今、これぐらいものは出せませすというようなことを、まず委員に、電子媒体でいいと思いますので、PDFかなんかでして頂いて。

石渡委員長代理、お願いします。

○石渡委員長代理

事例集、非常にありがたいので。実は、あの事例集を使って、分娩監視のCTGの読み方というのを毎年全国でやっているんですね。それを資料を作って、全国の産婦人科の支部のほうに届けて、そこでまた研修をやっているんです。対象は助産師の方が多いですけれども。全国的にそういうことを展開していますから、ぜひ事例集を作って頂けると非常にありがたいと思っています。

それと、もう一つ気になるのが、どのぐらい改善されているかという、その評価をこの表から読み取るときに、1分間3センチというところが非常に少なくなっていく。これは非常にありがたいと思っていますけれども。もう一つ、診療録の波形パターンの記載がないというのは、分娩監視のCTGの記録用紙がないのか、あるいは、記録用紙はあるんだけど、そこをきちんと判断していない、その両方でしょうか。

○事務局

こちらの波形パターンがないというのは、reassuring と書かれているだけで、それ以降何も書いていない。あとは、心拍数が低下したと書かれているだけで、遅発なのか早発なのかとは書かれていないというものになります。

○石渡委員長代理

分かりました。

○木村委員長

じゃ、一応ものはあって、何かみているというところまでなんですね。

○事務局

はい。判読はしているけれども、詳しくは分からないというところになります。

すみません、遅くなりました。先ほど、上記以外のものになるんですけども、後半の■件のほうは、遅発一過性徐脈を指摘できていない、一過性なしとも書かれていないとい

うものが■件と、基線細変動消失を減少と読んでいるものと、あとは遅発一過性徐脈を遷延と読んでいるものの■件になります。

2009～13年のほうの■件については、同じく、基線細変動の消失を減少と読んでいるものと、あとは、15番の事例になるんですけども、非典型的な波形というような形のものになります。

○木村委員長

十何番ですか。

○事務局

15番の事例になります。

○木村委員長

15番。でも、波形じゃないと分からないね。

これ、波形がないから分からないから、とりあえず、こういうのを色々出して。やはり色々なものがあると、非常に先生方の参考になるということですし、研修の場にも使われているということですので。

○事務局

ちょっと確認でよろしいですか。今お手元にございます第8回の報告書で、以前、胎児心拍数陣痛図の判読についてをテーマで扱っておりまして、その際に、判読間違いのパターンとして12件の胎児心拍数陣痛図掲載したという経緯がございます。

これ以降のもので、今、判読に関して評価がされた事例というのが、現時点で■件ございまして、多分、これから次の報告書を発刊するまでに■件程度に積み上がる予定なんですけれども。その■件程度について、この場でご覧頂いて、こういったものを報告書に掲載するのがいいか見て頂くような形でよろしいですか。

○木村委員長

いかがでしょう、それでよろしいでしょうか。まず新しいのを見せて頂いて、この中にすごく典型的なものも確かに載っていますので、教訓的なものもあるので、そういったものが2回掲載されても、それは構わないと思いますが、まず、そこから後のものを見せて頂いて、適切な事例があるかということを検討させて頂くということでもよろしいですかね。じゃ、そういうご準備をお願い致します。

この件に関しまして、よろしゅうございますでしょうか。

○藤森委員

ちょっと確認ですけど、先ほどの上記以外の事項を聞かせて頂いたんですが。例えば、その■件と■件というのは、基線細変動減少・消失している状況で、ありと判読していますが、これ、消失している段階で過大評価して、減少と読んだということですよ。これって、上の分類に入らないんですか。上の分類には入れられない。つまり、過大評価したということですよ。Variability ないのに、減少と、ちょっとはあるよと。だから、きちんと基線細変動の評価ができていないということですね。それから、遅発一過性徐脈も読めていないということですよ、結局は。

○事務局

はい、指摘ができていないという。

○藤森委員

だから、それって、上記以外ではなくて、さっきから私が言っているように、結局は、遅発一過性徐脈が出ているのに読めていなくて、基線細変動の評価がきちんとできていないという、この■つですよ。

○事務局

はい。

○藤森委員

だから、上に入れるということで。

○事務局

合わせます。

○木村委員長

むしろ、上のいくつかの遅発一過性徐脈を○○と判断というのは、全部遅発一過性徐脈に関する読み方の問題、それから、変動一過性徐脈に関する読み方の問題、基線細変動に関する読み方の問題というふうに分けて、それぞれにカテゴライズしてしまったほうが、確かに、藤森委員おっしゃるように、細かく見るよりも、多分、その問題点が浮き彫りにされていいと思います。

○藤森委員

基線細変動を過大評価しているものと、それから、遅発一過性徐脈が読めていない、指摘できていないとかですね。第8回の分類と変えていいかは、ちょっと微妙かもしれません。

○木村委員長

しかし、大きく見ると、その問題が残ってきたということを、どこか本文で、テキストでちょっと解説をして、その問題がどれくらいありましたというふうな言い方のほうがインパクトは強いかもしれないですね。その辺のカテゴリーの分け方、藤森委員、またアドバイスをお願いできますでしょうか。それはまた事務局にアドバイスして頂いて、いくつかのカテゴリーに。これ、確かに細かく分かれて、■件が■件になって、それがどうしたみたいな話になりますので、もう少しざっくりまとめたほうがいいかもしれません。先生、その点、よろしくお願い致します。

他に何かコメントはございませんでしょうか。竹田委員、お願い致します。

○竹田委員

モニターの評価という話なのですが、その対応が原因分析をしてから変わってきたかどうか分かりませんか？急速遂娩から娩出までの時間が変化してきたかどうか、つまり吸引分娩をしてから何分で出たというのは毎回出ていますね。原因分析で評価した後で、それがどうなっているかというのは分からないですか。

例えば、急速遂娩を決めて帝王切開までの時間って、すごく幅があったでしょう。それがもう少し早くなってきているのか、吸引を決めてから児娩出までに、20分以上かかっているところは少なくなったとは思いますが、どれくらいになっているのか調べられないですか。前に指摘をしてからその後の事例で改善されてきているというのを知りたいと思います。

○木村委員長

いわゆるデシジョンデリバリータイムですね。

○竹田委員

そうです。トータルは対応の時間は出ていますが、その評価してその前後でどうなってきたかという調査は、簡単にできると思うのですが。

○木村委員長

それはどうでしょうか。このあたりでは、第9回の版では、例えば、118ページとかに、緊急帝王切開術決定から児娩出までの時間というような項目、表I-38、あるいは、表I-36で、急速遂娩決定から児娩出までの時間というふうな項目がありますが、これを、例えば、時系列で何年かごとに変えていくということはできますか。

改善という意味では、改善されているかどうかという意味では、そういうことがどうなっているかということにはなりますね。これ、多分、できそうはできそうだね。

○事務局

例えば、118ページの表Iの36や38について、この数を年次別に出すこと自体はまず可能なんですけれども、それとCTGを、判読のところを掛け合わせるということでしょうか。

○木村委員長

判読のところではないですね。全体のマネジメントという意味で、全体のマネジメントの改善がなされているかどうかという意味では、どこかでそういう表があってもいいのではないかとご指摘だと思うので。あるいは、ここはCTGの後のところに、そのCTGの中で最後に、デシジョンデリバリータイムが、急速遂婉、帝王切開で、何年から何年までは何分だったものが何分になっているというふうな、そういう一文があって、それはこの表参照みたいな形でもいいと思うんですけどね。要は、CTGを見て、最終的なアクションはもう急速遂婉ですから。

ここ、一回まとめ直してみて下さいな。これ、竹田委員のおっしゃった観点で。毎年でなくてもいいので、3年とか、ある一定のタームごとでいいと思います。毎年になると、数が少なくて飛び値が出てしまうので、ある程度何年間かでまとめて、あるいは、前半後半でもいいと思いますので、何年間かまとめてみて下さい。

よろしいでしょうか。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

議論に関しては意見はないです。

最後になってデータの確認なんですけど。この全部でn=■の中で、波形パターンの記載があるのが■件で、記載がないのが■件で、それで■件になるので、例えば、遅発一過性徐脈が出現する状況で、一過性徐脈なしと判読した■件とか、その下の基線細変動減少・消失している状況で、基線細変動ありと判読している事例とか、表の一番下から2つ目の一過性徐脈を認めるも回復良好と記載のあるものとかいうのは、事例として同じものを複数カウントしている可能性があるわけですね。だから、例えば、今、藤森委員がおっしゃっている■件と■件なんかは、どれほど、ほとんど重なっているんですか。■件と■件というのは、遅発一過性徐脈と基線細変動消失の判読の誤りのようなものと、下から2つ目の■件というのも。

○木村委員長

要は、一過性徐脈が読めない人は、基線細変動も読めないかということですね。この2

つが重なっているかどうかということなんです。

○藤森委員

よろしいですか。おそらく病態的には、勝村委員おっしゃったように、どちらも重なっている可能性は十分あります。

○木村委員長

片一方が分からなかったら、両方分からないという方が一定数いらっしゃるということになるんじゃないかなと推測は致します。それは重なりがあるかどうか、また調べてみて下さい。どうでしょうか。

○事務局

重なっている事例も、今のところは■件ほどはあるんですけども、全例というわけではないです。

○木村委員長

だから、この表でややこしいのは、再掲がどれで、元数がどれかということがちょっと分かりにくいので、それも含めて、もう少しカテゴリーを簡単にすると、多分、そのあたりがすっきりするかなというふうに。

お願いします。

○勝村委員

今、先生方がおっしゃっている、しっかりこういうグラフの判読に意識してもらうためも含めて、1分間3センチの件なんですけど、これ、何かデータベースのキーワード検索とかで、この全体がどうなっているって分からないですか。全ての比率。

○木村委員長

この補償制度に上がってきた事例の中で、3センチにしている事例がいくつかというのは、それは分かりますか。

もしも1センチだったら、CTGの評価には、それだけで自動的にかかりますか。CTGの評価が正しくて、1センチでもここへ上がってくるかどうかなんですけど。

○藤森委員

それは、産科医療の向上に向けてと書いてあるはずですけど。1分1センチ、3センチ以外は必ず記載されていると思います。

○事務局

はい。検討事項に書いてあるものを拾えばよろしいかと思えます。

○木村委員長

じゃ、それも一回、そのトレンドも、例えば、2013年までと2016年以降で、報告書が上がってきたもので、全部で3センチを使っていないものが何例あったかというのは、これはこの表とはちょっと別系で、産科医療の質という意味で、その数を出してみたいと思います。ありがとうございます。よろしゅうございますでしょうか。

ありがとうございます。よろしゅうございますでしょうか。それでは、このような点を中心に、もう一度資料を次のステップに向かって見直しさせて頂きたいと思えます。また、多分、CTGは全部見てもらうことに。出せるものは全部出させて頂いて、その後ですね。ただ、これまた同意の問題がありまして、それがいいからということで、みんな冊子体に出せるとは限らなくなっていると、今の現状ではそうなっているところもご理解頂きながら、まず一回、委員の中では、教訓的なものはどれかということを見させて頂くということにしたいと思えます。ありがとうございます。

次に、まだいくつか議題がございまして、もう少しお付き合い下さい。1つは、集計表があります。この冊子の一番後ろのほうについているのですが、集計表について、いくつか見直しの提案が事務局からございます。それでは、説明をお願い致します。

○事務局

集計表の見直し（案）についてご説明致します。資料5をご覧ください。

再発防止に関する報告書には、補償対象事例の基本統計を示すこと、原因分析報告書の全体像を示すこと、産科医療の質の向上についての傾向をみることなどを目的として、各種集計表を掲載しております。

この集計表につきましては、報告書の発刊毎に審議を行い、表の内容や注記など部分的に変更してまいりましたが、このたび、第10回の報告書を発刊することを機に、全体と通して平仄を合わせる必要があるのではないかと考えました。

○木村委員長

すみません、この集計表というのは、一応第9回で言うと、108ページから後の部分と考えてよろしいですか。分析対象事例の概況と書かれているところですね。これがずっと年次推移がございまして、ここの部分のこととございます。よろしく申し上げます。

○事務局

ありがとうございます。具体的には、第9回再発防止に関する報告書で言いますと、今委員長からおっしゃって頂いた通り、108ページからの資料分析対象事例の概況にござ

いますⅠ.再発防止分析対象事例における事例の内容と、126ページのⅢ.脳性麻痺発症の主たる原因についての見直しに関し、ご審議頂きたいと思えます。

見直しの考え方ですが、現在の集計表は、ほとんどのものが第1回から掲載しているものであり、これにより経年変化を見ている読者もいると考えられることから、集計の方法を大きく変えて掲載することや、これまであった項目を削除することはしない方針とするのがよいのではないかと考えております。

具体的な見直し内容についてご説明致します。まずは、第9回報告書の108ページからご覧下さい。

1つ目と致しまして、注記の用語についてでございます。現在、注記の用語につきましては特に決まりを設けておりませんため、使用する用語について、再発防止に関する報告書発刊時点での最新の「産婦人科用語集・用語解説集」、「産婦人科診療ガイドラインー産科編」に掲載のあるものとし、出典を冒頭に明記することと致します。したがって、各集計表において、これらで解説している通りに使用している用語についての注記は不要とすることでどうかと考えております。

ただし、集計上の定義や、「産婦人科用語集・用語解説集」、「産婦人科診療ガイドラインー産科編」に掲載はありますが、それとは別の解釈で使用している用語（例えば、「分娩中」や「未受診」の解釈等）、出生時の発育状況等、算出の基準があるものについては注記することと致します。

2つ目と致しましては、集計表の内容とタイトルについてです。

まず、「〇〇の有無」というタイトルであるのに、「あり」の詳細まで記載しているもの、例えば、112ページの表I-15でございますが、こちらについては、タイトルと内容を合わせ修正したいと考えております。

次に、113ページの表I-20をご覧下さい。「産科合併症」には表I-17の双胎、三胎の多胎、表I-18の前置胎盤、低置胎盤、表I-19の羊水過多、羊水過少も含まれると考えられ、また、これらの他にも、データベースには産科合併症に該当すると考えられる疾患、例えば、前期破水、微弱陣痛、過強陣痛または子宮頻収縮、肩甲難産などがございます。したがって、これらの「産科合併症」に該当すると考えられる疾患を、表I-20の「産科合併症」に全て含める、もしくは、表I-20に記載の疾患を「産科合併症」とするなどと、定義を注記する必要があるかについても検討したいと考えております。

なお、該当疾患を含めた場合は、現在ございます産科合併症あり・なしの数字が変化してまいります。

また、これまでの委員会審議におきまして、集計表の追加の要望があった項目（新生児の身長・頭囲、胎盤重量）について追加することと致します。

なお、胎盤重量につきましては、第10回報告書以降のデータの集計となります。

続きまして、126ページの表Ⅲ-1、脳性麻痺発症の主たる原因についてをご覧下さい。

第9回報告書の「脳性麻痺発症の原因が明らかではない、または特定困難とされている事例について」のテーマ分析の結果を反映することで、本制度の補償対象事例全体を示すことにつながるのではないかと考えられるため、「脳性麻痺発症の原因が明らかではない、または特定困難とされている事例」は、第9回の「原因不明の事例について」の分類を参考にAB群／CD群を分けて掲載することと致します。

集計表見直しの結果を報告書に反映する時期につきましては、第10回までは区切りとして現行のままの集計とし、第11回から新しい集計表を掲載するか、もしくは、第10回から新しい集計表とするかにつきましてもご審議頂きたいと考えておりますが、126ページの表Ⅲ-1、脳性麻痺発症の主たる原因については、前回のテーマ分析からの流れで、今回から掲載してもよろしいのではないかと考えております。

ご説明は以上です。ご審議お願い致します。

○木村委員長

ありがとうございました。

いくつかの問題点の認識がございました。基本は、トレンドは非常に大事ですので、今まで載せていたものは、トレンドとしては載せるということの基本にした上で、例えば、第9回の報告書でいきますと、例えば、112ページの表I-15というのが、妊娠経過の中で不妊治療の有無と書いてありますが、これは非常に大事な情報で、この情報は全部欲しいと思いますが、これは有無ではないということなので、ここのキャプションとかをちょっと変えて頂くのはどうかとか、それから、その他、用語をそろえるとか、それから、113ページの表I-20、産科合併症というところがございますが、この産科合併症も、これ、難しいのは、分娩前に起こった合併症と分娩中に起こった合併症が分かれたほうがいいのかとか、色々な観点があります。

すなわち、分娩前に合併症があつて、このようなものでこれぐらい脳性麻痺になってい

るのであれば、最初から高次医療機関でみたほうがいいのではないかというふうな提言もできると思います。逆に、分娩中の合併症は、ちょっとそういう切り口ではまた難しいと。だから、それを全部まとめて何もなかった事例とするのか、そのあたりも一回、表のたてつけをしてみて頂いて、どちらがいいのかというのはちょっと考えてみて頂いたらいいかなと思います。

産科合併症という言葉自体が、分娩前に分かっているものと、分娩中に起こったものというのが混在しておりますし、例えば、双胎なんかは産科合併症ではないのかということになってきますと、それは分かっているリスク因子ではあるなというふうに思いまして。結局、なしという数は非常に重要で、この表I-20にあります産科合併症なしという人たちは、結局、あんまりリスク因子を予測されなくて、最終的にこのような結果になったという人たちなので、そういう方々の存在が一定数あるということも、やはりご存じ頂くべき実証ではないかというふうになりますと、このように表が分かれてしまいますと、例えば、前置胎盤はこのなしの中に入っているわけなので、そういったことがちょっと難しくなっているというふうなポイントの指摘もございました。

それから、新生児の身長・頭囲、胎盤重量についての追記、これも大事な情報だと思います。胎盤重量は、かなり最近しかないということは、最近の分から、集まった分から出していくということで、認めて頂こうということでもありますとか、126ページの表III-1で、一番最後の表であります。この一番最後に、原因分析報告書でも主たる原因が明らかでないという876例の再分類をちょうど9巻でしたところでもありますので、それに類して、そのグループ、ABCDの4つに分けるというよりは、どちらかという、何らかの低酸素侵襲があったかもしれないと推測されるAB群と、どちらかという、先天性なのか、全く本当に分からないという群であるCD群ぐらいは分けて記載してもいいかなというふうな、そういうようなご提案であります。

いかがでしょうか。この表は、一回できたものを見てみないとなかなかイメージが湧きにくいと思うんですけども、一度そういう観点で見直させて頂いてよろしゅうございますでしょうか。

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

原因不明のAB群とCD群なんですけど、AとBは一緒、CとDは一緒ということですか。

○木村委員長

どうでしょうか、一応……。

○藤森委員

せっかくなので、Aは妊娠中の出来事で、Bは新生児ですよ。Cは本当に分からなくて、Dは先天異常を否定できないという、そこまではっきり分けてやったので。言っていることは分かるんですけど、ABとCDは近いでしょうということで分かるんですけど、どうせ分けて頂くのだったら、AとBとCとDと分けてもらったほうがいいと思います。事務局、大変かもしれないですけど。

○木村委員長

前の分け方の基準でいったら、何となくどこかに落とし込めるだろうと思いますね。確かに、出生前に何かそれらしいことがあるけど決定的ではないというのと、出生後にそれらしいことがあったけれども決定的ではないというのは、ちょっと意味が違うかもしれませんので、もしできれば前のような。

○藤森委員

本当に原因不明なのはCだというふうに話をしています。なので、やっぱりCの数がどうなっているか、その割合というのも今後多分必要になってくるのではないかと思うので、できれば分けて記載して頂けると助かります。

○木村委員長

その流れを見ていけば。グレーなところは、最後、前のときでもそうでしたけど、エイヤと分類してしまっていたので、そこはもう統一した考えで、どちらかに入れて頂いたらいいと思います。そこは一回頑張ってもらって、4群に分けてというような感じでして頂いたらいいかなと思います。

そういった目で、一回雛形を作って頂いて、こういう感じになりますということを次回でもお見せ頂いて、それでまた、これは分かりにくいとか、余計分からなくなったとか、前のところと整合性がとれないとかいうことがありましたら、また指摘頂くという方向でいいですかね。

では、そういう方向性で一応進めさせて頂きたいと思います。ありがとうございました。

あと、もう一つ、これは全くプラクティカルな問題なんですけれども、第10回から、要は、今回の号からやるか、10回までは今までの通りにしておいて、それで、10冊出たから11冊目からするか。ちょっと出来を見て考えましょうか。

事務局からお願いします。

○事務局

失礼します。先ほど委員長がおっしゃいました産科合併症のことなんですけど、妊娠中のものと分娩中のものを分けてみてはというご提案があったかと思うんですが。これにつきましては、第1回の報告書では、そのように分類して提示していたんですけども、2回目以降から、どちらで発症したのかを区別するのが明確にはできないということで、今のようになりました。

○木村委員長

なるほど。確かに、常位胎盤早期剥離が分娩中か分娩前かというようなことが分からないわけですね。そうすると、もう全部まとめてにして頂きましょうか。ありがとうございます。分かりました。

よろしゅうございますでしょうか。そういう観点で、一回雛形をお見せ頂いて、それをもとに、また考えていきましょう。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、あともう一つの議題が、リーフレットであります。今回リーフレットは、胎児心拍数陣痛図におけるリーフレットをお出ししましょうという話になったと思いますが、そのリーフレットにつきまして、事務局からのご説明をお願い致します。

○事務局

リーフレットについてご説明致します。資料は6と7をご用意下さい。

前回の委員会でも申し上げましたように、昨年と同様に、■月の一斉発送に向けてリーフレットを作成致します。資料6、ご覧下さい。

リーフレットの作成の目的としては、産科医療関係者に「第9回再発防止に関する報告書」の「テーマに沿った分析について」の「胎児心拍数陣痛図について」の内容をリマインドし、当該テーマについて振り返る、あるいは新たに見てもらおうきっかけとする。併せて、産科医療補償制度のホームページやこれまでの報告書を見てもらおうきっかけとするということを目的としております。

配布先は、本制度加入分娩機関と関連する学会の学術集会等で、院内での回覧、執務室や休憩室等への配置や掲示、勉強会での資料として頂くことを想定しております。

参考と致しまして、昨年度の本制度ホームページの再発防止に関する報告書の閲覧状況をお示ししております。9月末に第8回再発防止に関する報告書のテーマに沿った分析、「胎児心拍数陣痛図の判読について」のリーフレットを発送しておりますが、その後、1

0月、11月とホームページの閲覧数が増加していることがお分かり頂けるかと思えます。
次に、今回のリーフレットの構成についてご説明致します。資料7もあわせてご覧下さい。

こちらのリーフレットは、「第9回再発防止に関する報告書」のテーマに沿った分析「胎児心拍数陣痛図について」より、事例1と事例4を抜粋して両面に掲載しております。

この2つの事例をリーフレットとした理由は、資料6に記載の通り、事例1は、記録が鮮明であり、reassuring fetal statusから胎児徐脈に至るまでの記録があるためと、事例4は、記録は不鮮明なのですが、劇症型A群溶連菌については「母体安全の提言」にも記載があり、疾患の周知も含めて提示できるためです。

リーフレット案については、以下について明記してございます。資料7の右上の「産科医療関係者の皆様へ」と、右下の注記部分の内容となります。

まず1つ目、「院内での検討にご活用下さい」という主旨の文言と、リーフレット抜粋元の第9回報告書のページ数、それから、リーフレットは本制度のホームページに掲載されていること、最後に、掲載しているCTGは「第9回再発防止に関する報告書」より抜粋したものであり、報告書には事例1と事例4の詳細と事例2と3についても掲載があり、参照して欲しいこととなっております。また、この他の部分につきましては、全て報告書から抜粋して掲載しております。

最後に、今後の予定ですが、冒頭にも申し上げました通り、■月の一斉発送に同封して本制度加入分娩機関へ送付致します。したがって、本日の審議終了後、修正が必要となりました場合は、修正を行って、次回、■月■日の委員会で確定、校了し、■月に印刷を依頼する予定でございます。

説明は以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

この資料7の案を世に出したいということで、こういうのが出ると、本体へのホームページのアクセスも増えているということでございまして、第9回のページをそのまま抜粋してきたということでございますが、いかがでしょうか。

胎児心拍数陣痛図で極端な異常が突然起こったときに、母体の観察もぜひよろしくお願ひしますというテーマでまとめさせて頂いた2事例であります。また、これ以外の2事例は本文に記載されているということもあわせ記載されております。

何かここで校正をしておきたいこととか。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

すぐに具体的に浮かばないんですけど。1つは、報告書を見るきっかけになってもらえるというアイテムかもしれないし、もう一つは、これだけを見て、はっと分かるということだと思うんですけど、これを見て欲しい人、つまり、もう見なくても分かっているという人ではなくて、そういう見て欲しい人に、これは何かもっとストレートに分かりやすい形というのはできないんでしょうか。もうちょっと何かできないのかなとか思うんですが。色々な情報も入れないとだめかもしれませんが、一方で、今回は、詳しくは冊子を見てくれと言えるということもあるので、よりシンプルに。

これ、例えば、僕も分からないですけど、事例4なんかは、これが240拍/分でーフカウントにされている、なっている部分があるのか、実は120拍/分でダブルカウントになっているんじゃないとか、その違いは、こうやったら……。あまりこういうグラフをこれまできちんと見てこなかった人に、こういうことを見る重要性が分かるためには、そう見るのかとか。事例1でも、どの段階で過強陣痛、これ、特に、なぜ過強陣痛と言えるのか、variabilityはどうなのかとか、いや、僕も具体的にすぐに言えないんですけど、もう少し冊子への導入の役割と、見て、こういうのがこうというのがはっきりと、頑張っで文字の書き方も工夫して頂いて、すみません、ちょっと言いにくいことなんですけどお願いできれば。僕も具体的なデザインは分からないんですけど、何かないのかな、もうひと工夫できないのかなという、デザインの的に。

○木村委員長

いかがでしょうか。この中身で、ここの2つ事例の心は、母体も見てねと。胎児心拍がおかしいときに、母体のバイタルとか、母体の様子とか、そういったことも確認して下さいねというメッセージで出した再発防止報告書の一部であるということが……。テーマに沿った分析の一番最初のところに、胎児心拍数陣痛図についてとしか書いていなかったんですね。多分、この本の中では。

第9回の一番解説的に書いてあるのは、46ページのあたりに書かれているのは、胎児心拍数陣痛図についてなんですけど、今回は、母体の呼吸、循環不全とされている事例では、脳性麻痺発症の主たる原因であるという文言ですが、確かに、ここの「産科医療関係者の皆様へ」のところに入っているのですが、粛々と読めば入っているんですけど、何かハイライトか、ボールドか、大きい字かなんかで。強調したいのはこれなので、そこも見てねと

ということが分かってくれたら、それが分かってくれたら。

こういう240拍/分ぐらいのハートレートを見たときに、例えば、どうでしょう、超音波でちゃんと、これ、心房細動とか、色々な鑑別があるのかと思うんですけども。この委員会の建付けとして、あえて原因分析でこうしようと言っていないものを、こうしようと言っていないのですが、その辺はどうでしょうかね。こういうのを見たときに、何かそういうことでアクションを書くべきなのかなんのですが。

石渡委員長代理、お願いします。

○石渡委員長代理

再発防止委員会の目的は、医療の質の向上にあるわけなので。ですから、私は、原因分析のほうで言及していないことも、再発防止ではどんどんやるべきだと思っております。

このようなリーフレットというのは、これ、どこにでも置けるんですよ。貼ることもできるし。だから、本というのは貼るわけにいかないし、多分、コピーするとほとんどは白黒になっちゃうから。だから、こういうのもあったほうが、かえっていいんじゃないでしょうかね。

○木村委員長

例えば、藤森委員のところ、このような、例えば、240拍/分ぐらいの胎児心拍数である妊婦を急に診察というときに、病棟担当医に何をしなさいというふうな指示というのはいかがでしょうか。

○藤森委員

本来であれば超音波するのがいいのかもしれませんが、勝村委員がおっしゃる、この真ん中あたりで胎児心拍数がハーフカウントになっているのか、ダブルカウントになっているのかというのは、一番簡単なのは、実際の胎児の心拍音を聞くということだと思います。聞けば、240拍/分なのか、120拍/分なのかは、助産師さん、産科医だったら、すぐ分かる話なので。強いて書くとしたら、真ん中に、実際の胎児心拍音を聞くとか、確認するとか。

超音波までして、胎児の心房細動なのかとか、心室細動なのかというのは、そういう不整脈は頻度的にはかなり低いですから、ですから、一般的には、熱が出ていたら、実際の心拍音を聞くということが一番大切だと思いますので、強いて入れるとしたら、真ん中に、実際の心拍音を聞いて確認するとかというふうに入れたらいかがですかね。

○木村委員長

そういう、ここに一言。そっちにはないけど。

○事務局

書いてあります。

○木村委員長

書いてあるか。すばらしい。

○事務局

47ページに、胎児頻脈は、胎児心拍数陣痛図に明瞭に印字できない場合もある。胎児頻脈を診断する場合、CTGだけではなく、実際のドップラーを聞くことも大切であるという一文がありますので。

○木村委員長

それをここへ入れましょう。矢印して。

○事務局

はい。

○木村委員長

ありがとうございます。そうすると、よりクリアな。

他、いかがでしょうか。鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

確認なんですけど、事例1、事例4、いずれも再発防止委員会からの解説という形で、少しピンクのところにかかれていますが。第9回の報告書の46ページ、47ページにそれぞれの解説と書かれていることの文言をそのまま写しているわけではないですよ。その後続く64ページの羊水塞栓症だとか劇症型A群溶連菌感染症の中に書かれている文言も、この中に入ってきていますよね。

○木村委員長

そうですね。そのままではないですね。

○鮎澤委員

なぜかという、この再発防止委員会からの解説、先ほど石渡委員長代理おっしゃられたように、これは結構初めてのチャレンジで、あの報告書を書くときにも、分析報告書から上げられていること以外の、再発防止委員会としての解説を初めて書こうということになったところなので、この文言では、かなりどこまで書き込むかという議論をしていたと思うんです。それをそのまま書くのではなくて、後ろのほうからの文章も2~3行ずつで

すが入ってきていることが、これで大丈夫かどうかだけの確認を皆さんでしておいて頂きたいと思いました。

○木村委員長

ありがとうございます。この文章に関して、その整合性とか違和感がない……。今ざっと見た感じで、ご指摘は何か。小林委員。

○小林委員

事例4のほうは、ドップラーの文言を入れたほうが良いような気がしますけど。

○鮎澤委員

そうなんです。抜けているものもあるんです。

○木村委員長

じゃ、事例4のほうは、1つは、ドップラー聴取を薦めることですね。

鮎澤委員、すみません。

○鮎澤委員

いえ、今、同じことなんです。付け加えているだけではなくて、本来解説のところにあったものが抜けている。今、小林委員がおっしゃられた、そこが抜けているところもあるので、解説として私たちが書きたかったことが、どこがどういうふうに抜粋されて書かれているのかというところを一回確認して頂きたいと思いました。

○木村委員長

ありがとうございます。解説の文章の文言に、基本的には中身に従っているかどうかということ、ちょっとチェックをお願い致します。

松田委員、お願いします。

○松田委員

要するに、このリーフレットは、大もとの本がなくて、ひとり歩きしても構わないという誤解をされないためにはどうすればいいかという観点であれば、例えば、事例1も、診断は臨床的羊水塞栓として、これはもう確かに本文のほうにもちゃんと注釈をして、羊水塞栓とはこうだよというのをした上で書いているから、この報告書を読んでいる間は全然問題ないんですけど、このリーフレットだけだったら、臨床的って何というのは、周産期を専門的にやっている人間はすうっと入るけど、そうではない普通の開業の先生では、ここがちょっと疑問符をする場合もあると思うので、そうすると、その下のスペースを利用して、現在、羊水塞栓症は、これこれこれに分類されていて、この事例は臨床的羊水塞栓

症であると思われるということを書いたほうが、より親切であるということとは言えると思います。

○木村委員長

ありがとうございます。羊水塞栓症、完全に診断書でも剖検とか肺動脈血採取とか、そういうことになってしまいますので。ではなく、臨床的羊水塞栓症の要件というのは、たしか何か決めていましたね。周産期委員会か何かで。だから、それをちょっと書いておいてあげると親切かなと。剖検によらず、これだけの所見がそろえば、臨床的に羊水塞栓症と判断するという文言が1つあれば、分かりやすいかなと。その文章、どこかに多分あります。何かに出ていると思います。

それは一応オーケー？

○事務局

その診断の基準にあわせて、この診断の根拠というのは一応書いているので、それとは別に、一般的に。

○木村委員長

そうそう、一般論。一般論として、これを見たとき、だから、ここ、白いところがたくさんあるから、どこかへ書いておいたら。白いところ、もったいないし。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

その白いところの話を僕もしようと思ったんですけど。例えば、ちょっと言い過ぎかもしれないですけど、これ、貼り出すようなことがあるわけですよ。それで、そう言えば、分娩監視装置、もっときちんと読み取るようにやらなきゃいけないなど思っている人に見てもらえたらいいわけなので、例えば、白い余白のところに、これを見てどういうふうに判断したらいいんだろうと思ったあなたは、再発防止の報告書の何ページへ、みたいなことを大きくばーんと書きちゃうとかね。

例えば、僕ら、学校の感覚で言うと、本当にそうやって勉強して欲しいとか、そういうことを気になって欲しいと思ったら、そういう書き方をして、「あ、私はこれを見ておいたほうがいいのかも」と思う……。これをぱっと見て、「ああ、知ってる、知ってる」というんだったら、そこへ行かないし、確かに、これ見ただけで、「私、よく分からへんわ」と思う人は、しっかり本を見てみようかなとか思うとか、そういう意味合いで、このリーフレットが使われたらいいんじゃないかなとか思うんですけど。

○木村委員長

ありがとうございます。

一応報告書の46～65ページと書いてありますので、そこに……。本当は、今の時代で若い子だったら、四角いしわしわのマーク、あれ、何というんですか。

○勝村委員

QRコードです。

○木村委員長

QRコードでも付けて、それで、そこをぱしっと携帯で撮ったら、そのページに飛ぶぐらいのことをしてあげたら、一番親切は親切ですよ。

もしできそうだったら、本当に「詳しくはここをどうぞ」というのをぱしっと撮ったら、今そんなのできるんですよ。

○勝村委員

もう大賛成なんですけど。やっぱり初めて診療の場に来ている若手の人たちだっているわけで、何かいっぱい字が書いてあって、グラフがいっぱいあって難しそうだなと思うけれども勉強しなきゃと思っている人に、それこそ再発防止報告書の本も、そう言えばちゃんとその現場にあるかないか分からないので、再発防止報告書のPDFはここで見れます、みたいなQRコードがあったりとか、そういう、よく見れば書いてあるけどではなくて、何か難しそうなのが書いてあるけれども、よく分からない人はここを見て、というところだけ桁違いに大きな字で書いておくというのが、再発防止にはいいと思いますけどね。

○木村委員長

確かに、そういうった観点も含めて、世の中、そういう方にも進んでいますし、そういうのになじみがある方も、この委員会に集まっていらっしゃらない世代が多いと思いますので、そういう工夫を、せつかくですから、もしできたらQRコードで撮ったらこのページに飛ぶぐらいの、あるいは、スマホでそのページはしゅっと押してくるぐらいのサービスができれば、かなりこれはいいと思いますし、そこを強調するような形でできないか。ちょっと技術的に検討して頂けないでしょうか。その辺は、ぜひとも、せつかくですので、若い方が。そうしたら、このホームページへのアクセスもぱーんと上がるかもしれないし、そういうのを一回やってみて下さい。

じゃ、その点、よろしくお願いします。これ、次のときにはもう確定して印刷に出した

いということですので、次のときまでに一度このゲラをお送りして、ご意見を求めて、それで確定版を作って、それで次回は、もう承認をして出すというふうなスケジュールになりますので、その点、ご了承をお願い致します。今のご意見を色々出させて頂きたいと思っています。

それでは、最後にその他でございます。その他について、事務局からご説明をお願い致します。

○事務局

事務局より説明致します。委員の皆様にご報告が2点ございます。

まず1点目と致しまして、再発防止ワーキンググループの取り組みについてです。再発防止ワーキンググループにて、第4回再発防止に関する報告書のテーマに沿った分析を行いました、子宮破裂によって脳性麻痺になった児の周産期に関する検討のアブストラクトが、本年4月に電子ジャーナルサイト「Taylor & Francis Online」に掲載されましたので、ご報告致します。

今お配りしていますのは、ご参考までに、PubMedのものをお配りしておりますので、ご参照下さい。こちらのほうは、本制度のホームページにも和文概要を掲載しまして、広く周知していくこととしております。

こちらに関しましては、今後、医学誌の The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine に本文が掲載される予定でございます。

ここで、ワーキンググループの委員であります藤森委員からも、一言コメントを頂戴できればと存じます。

○藤森委員

それでは、簡単に報告させて頂きたいと思います。

本制度から抽出しました子宮破裂に関連する脳性麻痺の事例27件と、日本産婦人科学会で行っているデータベースを使って子宮破裂312件を比較検討しましたという、そういう論文です。

分娩誘発しているものが脳性麻痺群のほうで33%、日本産婦人科学会のほうの子宮破裂では8%、それから、出血量は脳性麻痺群に有意に多くて、妊娠週数、新生児の体重は有意に小さくて、アプガースコア、それから、臍帯動脈血ガス分析値のpHは有意に低かったという結果でございます。

27件中11件に、子宮に傷がある。つまり、既往帝切とか、子宮筋腫の核出術がある

とか、そういう既往があつて、そのうち7件は帝王切開後の経膣分娩をトライしていたと。残りの16件には、子宮には傷がなかったという結果で、5件は、クリステレル胎児圧出法を行っていて、4件は子宮の頻収縮、分娩誘発による頻収縮を認めたという結果です。

結論と致しますと、子宮破裂に伴った脳性麻痺の3分の2は、医学的なことが行われていたということで、そのようなマネジメントは避けるべきだという、論文です。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。非常に重要な立ち位置でございまして、やはりきちっとしたモニターをする、あるいは、外力を使うような分娩に関しては、なるべく……。行わないのはやっぱりリスクがある、それから、子宮壁にスカーがあるような分娩のトライのときには、やっぱり十分な注意が必要であるというふうなことが言える論文であります。国際誌にこのような形でこの事業の成果が出てくるのは、大変いいことだろうと思います。ありがとうございました。

もう一つありましたね。

○事務局

続けて、事務局より説明致しますが、また、同じく第6回の報告書のテーマ分析に沿って分析を行いました、早期母児接触中の新生児急変により重度脳性麻痺に至った10件も、7月の日本周産期・新生児医学会で演題発表されますので、あわせてご報告致します。

2点目と致しまして、本日、会議資料の他に、産科医療補償制度に関する英文資料を机上に配付しております。海外において本制度をよりアピールするためのツールとして、昨年発行しました産科医療補償制度ニュース10周年記念特別号をもとに作成したものととなります。この資料は、主に国際学会等で本制度に関する講演をされる際に使用頂くことを念頭に置いておりますが、このような資料を作成したことを委員の皆様方にもお知らせさせて頂きます。

なお、本資料は、本制度のホームページにも掲載しておりますので、ご活用のほど、よろしくお願い致します。

最後に、次回開催日程についてご案内申し上げます。次回は、■月■日■曜日■時からの開催で、終了時刻は■時■の予定でございます。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、ご出欠の可否につきましてご記入のほど、よろしくお願い致します。

あわせて、机上の青いファイルにつきましては、事務局にて保管致しますので、そのままでもよろしくお願ひ致します。

事務局からは、以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

全体を通しまして、ご意見。勝村委員、お願ひ致します。

○勝村委員

今の藤森委員から報告のあった件なんですけど、この産科医療補償制度も一応関係しているということで、再発防止のワーキンググループという名前になって、これ、学会で世界にということももちろんあれなんですけど、日本の現場に対して、今、ホームページに載せるとおっしゃったんですか。

どういうふうはこの結果を出していくのかということと、今、以前の議論、いつごろの議論かも忘れて、ちょっと思い出したんですけど、帝切既往者への経膈のトライに関して、ここの場でやっぱり危険じゃないかということをおある種、確認した、コンセンサスのようになったような気がするんですけど。今の、次のというか、診療ガイドラインとかで、今それはどういうふうになっているのかなとか、その辺をちょっと教えてもらえれば。

○木村委員長

それは、藤森委員、何か関わっていらっしゃいますでしょうか。

○藤森委員

帝王切開後の経膈分娩はやってはいけないというわけではなくて、帝王切開の準備をしてとか、色々な異常所見があったら早めに対応しなさいということで、このガイドライン、2017から、今度2020年に新しくなるんですけど、大きく変わっていないと思います。

○木村委員長

だめだとは言えないのですが、やるからには相当な注意を払ってやって下さいということで、その体制がとれないところは結構やめています。というので、今の現状だと思います。

○勝村委員

体制がとれているところって、実質、ほとんどないんじゃないかみたいなことが、この場で議論されたような気がします。

○木村委員長

ただ、むしろ、本当に10分とかで帝王切開ができるのは、ご開業の先生のところだと思います。それは、分娩室がそのままオペ場になっているようなご開業の先生のところはやりやすいわけで、総合病院というのは、日本の総合病院は産科に冷たいですから、産科のことは何も考えていない病院が多いですから、フロアを別にしたりするわけです。エレベーターに乗らないと患者はオペ場へ行けないというところがほとんどです。ワンフロアでオペ場があるところというのは、むしろ数えるほどしかないと思います。

ところが、それを解消しようと思って母子センターというのを作ったわけですが、母子センターは大人を診る内科や外科の医師はいませんから、産科医はいますけど、内科とか、そういう合併症が起こったら、いわゆるフィジシャンがいないわけです。だから、どこも中途半端です。だけど、その中でやれるところはあるので、全面的にやめろとはなかなか言えないというのが今の現状だろうと思います。

○勝村委員

そんな中で、この制度の実際にできてきている事例をよくよく見てみたときに、大分前だったかもしれませんが、やはりそのエビデンスみたいなものが出てきていたような気がするんですけども。今日、その議論をする日ではないのですが。

○石渡委員長代理

長谷川先生が臍帯脱出の論文を書いていますけれども、ゴールデンタイムは17分なんです。17分以下に出せば、まず問題ないんですけども、17分でできる場所はどのくらいあるかという、非常に疑問なんですよね。開業医だって、17分で、初めから用意していればできますけれども、難しいのではないかなと思うんですけどね。

ただ、やっているところがあるので、絶対やっちゃいけないなんていうことは、ガイドライン上は書けないんじゃないかな。

○木村委員長

やはりそれなりに気をつけて、気合いを入れてやってねというしか言いようがない。やっているところは減りましたね。大阪大学も、もうやめてしまいましたし、やっているところは非常に減ったように思います。

北米でも、実は一時、保険診療費を下げるということで、随分いわゆる帝切後の経膈分娩を薦めていましたが、大分トーンが変わっています。北米の産科のシステムでも、やっぱり色々なトラブルがゼロにはなかなかできないというのも、またこれ事実だろうと思

ます。

ただし、無事に産まれている人もたくさんいることも確かですので、なかなかそのあたりのバランスは難しいのではないかなと思います。ありがとうございます。

そうしたら、一応用意致しました議題は以上でございまして、また次回までに、リーフレットは皆様に校正して頂かないといけないと思いますので、お返し致します。またよろしくお願い致します。

○藤森委員

委員長、すみません。時間があったらお話ししようかなと思っていたんですが、時間が少しあるみたいなので。

また元に戻って申しわけないんですけど、資料1の中で僕が非常に気になっているのは、B群溶連菌感染症が■■■■件あって、ぱっと見ても、この中で一番多いのが目につくと思うんです。最近、スクリーニングをして、分娩中に抗生物質をやって、早発型、アーリーオンセットは予防しましょうと言って、おそらくかなり減ってきていると思うんですが。やはり特定困難・不明というのが■■■■件あって、これがいわゆる遅発型で、レートオンセットで、これが防げていないんだと思うんですね。実際これは脳性麻痺になっている事例で、実際、この陰には亡くなっている事例も相当な数があるんだと思うんです。

第6回のときですか、同じ5分後の新生児蘇生が必要なかった事例の中で、B群溶連菌の話が出ていたんですが、産科医の先生たちは、分娩中に陽性の人たちに抗生物質を使うとレートオンセットも防げると思っている人がたくさんいらっしゃると思うんですね。なので、さっき Not doing well という話が出ましたが、僕は、うちの先生たちに、ガイドラインとかにも書いていないんですけど、B群溶連菌陽性だったお母さんには、やっぱり赤ちゃんが何となくおかしいと思ったら早く連れてきなさいということをお願いなさいというふうに、帰るときに言わせているんですね。

それって非常に重要なことで、このレートオンセットの赤ちゃんたちを助けるという意味では、それを今回、分析できるかどうか分かりませんが、お話をどこかに入れて頂けないかなというのが、お願いとしてあるんですけど。

○木村委員長

そうしますと、B群溶連菌と思われた事例で、抗生剤がどれぐらい分娩中に入っていたかということを見ると、それが入っているにも関わらずこうなりましたということが言えますかね。

○藤森委員

前回、入っているのと、多分、僕の記憶だと■件ぐらいあって、半々ぐらいだったような気がするんですが。新生児科の先生方にもコメントが欲しいんですけど、多分、レートオンセットのGBSって、おそらく減っていないと思うんですよね。

○木村委員長

水野委員、そのあたりはいかがでしょうか。

○水野委員

もちろん、妊娠後期にあって、陰性であってもレートオンセットが起こることはありますので、そのあたりは非常に難しいとしか言えないかなと思います。実際に経母乳GBSの髄膜炎を起こしている子も私も何人か経験しておりますので、それは生後1カ月、2カ月ぐらいですけれども。

ですから、そのあたりはどこまでやっていくのがって。多分、レートオンセットのGBSは、現時点ではどうしようもないのかなとは思いますがけれども。

○藤森委員

すみません。僕の、帰るときに注意しなさいというのは言い過ぎなんですか、先生。

○水野委員

いやいや、それはGBSに関わらず。

○藤森委員

もちろんそうなんですけど、GBSの人たちは、特に、アーリーオンセットは抗生物質で防げるけど、レートオンセットは防げないことがあるので。それから、母乳感染もそうですし、常在菌だから、また出てくる可能性もあるよということで、話はしなさいというふうには言っているんです。

やっぱり数多いので、ここを少し少なくできるんじゃないかなというような気がして、再発防止なので、どうなのかなと思ったんです。

○水野委員

要は、再発防止ということで、例えば、子供に抗菌薬を使うということはやっぱり全部に使うということではできないので。注意して見るというのは、もちろんこれは大事なんですけれども。おそらくGBSに限らず、母親に、子供がどうなったら注意しなければいけないという、その全体的な教育というのは、特に今、子供が1人だけで、しかも、周りに子育てしているのを見たことがないお母様方が結構いらっしゃるの、やみくもに不安に

なってしまう方もいらっしゃるので、言い方は非常に難しいと思うんです。

何かあると、全部スマホを見て、どんどん悪いほうに行って、もううちの子は死んじゃうんじゃないかみたいな感じで、ノイローゼのようになっていらっしゃる方もいますので、非常に言い方は難しいんですけれども、一般的に、何か気になることがあったらすぐに連絡するようにというのは、やっぱり言って頂いたほうがもちろんいいと思います。

○木村委員長

そうですね。松田委員、お願いします。

○松田委員

この■件の中の、これを一回見てもらって、いつ起こったのかというのが明らかになれば、これ、比率は確かに少ないんですよ。昔、自分がやったときも、やっぱり全体のG B Sの■割もいかなかったと思うんです。

ということは、産科の先生に、レートオンセットという概念がまだ浸透していない可能性があるんです。それは、髄膜炎症状で起こることが多いんですよ。そうなってくると、髄膜炎症状はどんなサインをするかということ、まさしく水野委員が言われたように、Not doing well なんですよ。だから、Not doing well の中にレートオンセットG B Sがありますよということを強調してもらったら非常に助かると思いますけれども。

○木村委員長

ありがとうございます。

じゃ、その■件、G B S絡みのものも、どういった時期に起こったのかということ。資料1ですね。

○事務局

資料1が一応発症時期で分類しているのですが、それよりも詳しく。

○木村委員長

だから、もう全部が。分娩中よりも……。

○松田委員

ということは、ますますレートオンセットの比重が上がっているんですよ。

○木村委員長

特定困難・不明というほうが多いということですね。特定困難・不明であって、これは、だから、少なくとも分娩中ではないということですね。

○松田委員

そうです。だから、アーリーはガイドラインでかなり教育されてできているけど、ここは逃れちゃうんだよということ。

○木村委員長

ありがとうございます。

じゃ、そのあたりを一回。Not doing well という言葉が結構キーワードになるような気も致します。特定のGBS感染症というだけではなくて、様々な面でそういったことがキーワードになりそうな気も致しますので、またそのあたりも一度調べて頂いて、取りまとめたいと思います。

それでは、よろしゅうございますでしょうか。お願いします。

○岡本委員

助産所の岡本登美子と申します。

助産業務ガイドライン2019が、この6月発行されましたので、こちらのほうもお手元に届きますように連絡を差し上げたいと思っておりますので、よろしく願い致します。

以上でございます。

○木村委員長

ありがとうございます。ぜひとも、またそれも参照させて頂きたいと思います。よろしくお願いします。ありがとうございました。

それでは、どうもありがとうございました。また次回、よろしく願い致します。

では、これで散会とさせていただきます。ありがとうございました。

— 了 —