

第71回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：2019年7月31日（水） 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。

会議を開始致します前に、資料の確認をお願い致します。

まず次第、本体資料、出欠一覧、続きまして、資料1、「新生児管理について」意見シート、資料2、「新生児管理について」背景表、資料3から8は、胎児心拍数陣痛図に関する資料となっております。資料3が意見シート、資料4が「胎児心拍数陣痛図について」、資料5が医学的評価分類（案）、資料6、掲載事例、委員からのご意見、資料7、掲載例イメージ図、資料8、紙送り速度1cm/分の事例比較、資料9、今後の「再発防止に関する報告書」の方向性について、資料10、集計表見直し(案)について、資料11、リーフレット「胎児心拍数陣痛図について」（案）、資料12、リーフレット「胎児心拍数陣痛図について」（案）意見シート、それから、参考資料、脳性麻痺発症の原因がGBSの事例について、資料Sと資料T-2につきましては、お手元の青いファイルにございます。資料S、新生児管理について、資料T-2、「胎児心拍数陣痛図について」事例一覧、掲載事例検討用でございます。また、別途、CTGはiPad内にご用意してございますので、そちらをご確認下さい。iPadは、カバーをする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・落丁等はありませんでしょうか。

なお、事例データに関する資料につきましては、審議中でございますので、お取り扱いには注意下さいますようお願い申し上げます。

なお、金山委員からは、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71回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

ここで、審議の内容の順番の変更をご案内致します。先に新生児管理についてご説明申し上げる予定でしたが、胎児心拍数陣痛図のほうを先にご審議をお願い致します。

では、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

ありがとうございます。

それでは、本日、「第10回再発防止に関する報告書」のテーマに沿った分析ということで、それらのテーマについての具体的な審議を始めたいと思います。

ちょっと順番を入れかえさせて頂きまして、「胎児心拍数陣痛図について」という議事1の2番目、1)の(2)のほうを先にしたいと思います。資料がずっと飛びまして、資料3からをご覧ください。まず資料3をご覧ください、資料3、4、5、6、7、8、このあたりまでの資料が主な案件になってくると思いますので、まずこの説明をお願いできますでしょうか。よろしく申し上げます。

○事務局

では、テーマに沿った分析、胎児心拍数陣痛図についてご説明致します。

まずは資料3ですけれども、こちらは前回の主なご意見のシートになります。そちらのご意見を踏まえてまとめたものが資料4となります。資料4の1から順に沿ってご説明致します。

まずは1)ですが、専用診断書作成年齢が0歳および1歳で、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ている事例について、前回一覧を第8回の報告書に倣ってお示したんですけれども、そちらのほうの基線細変動の評価と遅発一過性徐脈の判読についてまとめたものを改めて作成するというので、今回、抜粋したものを作成致しました。

どのような分類になったかというのを、資料5のところで見て頂きたい、一番左側が、第8回の前回お示した分類になるんですけれども、それをさらに今回、詳細な内訳として、その内容をさらに細かくして、その中で遅発一過性徐脈について書かれているものを抽出したものと、基線細変動について書かれているものを抽出したものを下にまとめてございます。そちらの表を抜き出したものが、資料4の一覧表になっております。

こちら、表の一番上の原因分析委員会において、基線細変動減少あるいは消失と共に、遅発一過性徐脈が認められると判読された事例については、分娩機関の判読とは関係なく、原因分析委員会で判読されたものになりますので、今回の抽出のものとは別になるんですけれども、その下の遅発一過性徐脈の波形パターンについて、原因分析委員会の判読と相違のあった事例をまとめたものが、2番目の表になっておりまして、その次の基線細変動について、原因分析委員会の判読と相違のあった事例が、3番目の表になっております。

ですので、前回のご意見の中で、遅発一過性徐脈と基線細変動の判読についてまとめたものをというのは、この3つある中の2番目と3番目の表になっております。ちょっと分かりにくくなっておりまして、申しわけございません。

こちらと、次、2)について説明させて頂きます。2ページの2)ですけれども、こち

らは胎児心拍数陣痛図の掲載事例をどれにするかということで、事前に産科委員並びに助産師委員にCTGと青いファイルのT-2の表についてご確認頂きまして、その中でどれを掲載事例として載せたらよいかというご意見を資料6で頂いております。

こちらの資料6ですけれども、まずは色がついている枠のところは、ご意見のあった委員の意見が、どちらも掲載を推奨するとして出されたものになっておりまして、こちらが■例でございます。また、色が薄くなってしまって分かりにくくなってしまっているんですけれども、No. 67と77と86につきましては、片方が○、片方が△ということで、どちらも推奨あるいは参考としてあってもよいというご意見でしたので、こちらの■例を加えて、今のところ■■■例を同意書取得の事例として考えております。また、それ以外の事例についても、今回ご審議頂いて、これもあわせて同意書を取っていったらどうかというものがございましたら、ご意見頂ければと思います。

引き続きまして、3ページに参りまして、今度は資料7の説明をさせていただきます。今回、資料7として、実際に報告書に記載するイメージとしての図を作成してみました。今回紹介事例として載せる内容としては、事例の概要に書かれている内容並びに脳性麻痺発症の原因、そして、出生した新生児の情報等々について記載する方向で考えております。こちらについても、ご確認頂ければと思います。

3) ですが、こちらは前回のご意見の中で、胎児心拍数陣痛図の記録速度について、3cm以外の速度で測定されたものについて、検討すべき事項のほうで、3cmでの記録を推奨されている事案について抽出したものを年次別に並べたものになります。こちらもご参考の上、ご意見を頂ければと思います。

以上が資料の説明となります。ご審議のほど、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。

先に胎児心拍数陣痛図のほうから議論をさせて頂きたいと思います。

前回の議論の中で、胎児心拍数陣痛図の一番の問題は、要は、遅発一過性徐脈と基線細変動の減少であるというふうに非常にクリアにまとめて頂きました。それで、資料4がちょっと分かりにくいんですが、この資料4にあります表の左のカラム、2009-13年出生が■■■、2014-16年出生が■■■とありますが、これは0-1歳で原因分析にかかった事例ということでもあります。

その中で、原因分析委員会で基線細変動の減少あるいは消失と、それから、遅発一過性

徐脈が両方あると言われたのは、■■■■例、■■■■例。これはももとのカルテ、現場の先生がどのように判断されたか関係なしです。ここは関係なし。なので、この表は、実は私、事前にちょっと打ち合わせていたんですが、この表は別に抜いて下に置くような表でありまして、横の行の2つ目と3つ目が大事で、要は、2つ目は遅発一過性徐脈の波形パターンについて、原因分析委員会と齟齬があったと。要は、担当されたドクターの読み方と原因分析委員会の判読が違っていたというのが、■■■■%、■■■■%。

それから、そのもう一つ下は、基線細変動について、担当された先生と原因分析委員会の判読に齟齬があったものが、■■■■例、■■■■例、■■■■%、■■■■%という意味でございます。

なので、一番上の行は無視して頂いて、2行目、3行目が、担当の先生とお話の間で齟齬があったという数がこのようなことになっているというものでございます。

それを細かく分けたのが資料5で、細かく分けると余計わけが分からなくなったような気もするんですが、その詳細がこちらであるということのようであります。

こういったことから、何を載せたらいいでしょうかというふうなご質問をさせて頂きまして、委員の先生方からお答えを頂いたものの中で、ご意見がある程度そろっているやつを中心に載せて、例えば、今度、この資料6の番号は、実は、iPadのCTGに全部対応してございまして、例えば、資料6であります67番というのは、教訓となるということで、どの程度教訓になりますかというふうなことで、○と△、○○は、産科側のご意見と助産側のご意見が一致したものであって、それはもう網かけにしてありますが、例えば、67番は、片一方の委員の先生は△とおっしゃいましたが、iPadの中の上のほうにスクロールして頂きまして、上から2番目、67というのをタップして頂きますと出てまいります、特に■■■■■■■■■■日の■■■■時■■■■分、これ、一番最後のほうですね。一番最後のほうのCTGなどはちょっと意味があるんじゃないですかというふうなご意見を頂いているということでもあります。

こういったものが、67と77と、それから、裏面に行って頂いて、86の■■■■つぐらいがあわせて、この網かけの■■■■つと一緒に、飛びますが、形式的には、資料7の形で載せてはいかがかというのが今回のご提案ということでもいいですかね。そういう意味でよろしいですか。

○事務局

はい。同意書を取っていく候補となっています。

○木村委員長

同意書を取れたものを掲載するというので、今回の取りまとめをしたいと。

このテーマは、やはり遅発一過性徐脈の鑑別と、基線細変動の減少の鑑別についての注意に関しての実例という形で提示するというふうな建付けにしたいという提案でございますけれども、いかがでしょうか。ご意見頂ければ幸いです。

○藤森委員

すみません、1つ確認させて頂けますか。

○木村委員長

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

資料4の最初の表は、一部載せるという方向でよろしいんですか。

委員長の説明ですと、一番上の……。もし載せるのであれば、例えば、2番目も、早発・変動・遷延を遅発一過性徐脈と読んでいるのと、徐脈なしと判読、実は遅発一過性徐脈があったのに、徐脈なしと判読したのは、これは別に分けてもらって、数がいくつあるのか知りたいなというのがあります。

同様に、下の基線細変動も、消失を減少、減少を正常というのと、正常を減少、減少を消失と読んでいるのは、ちょっと違うので、過小評価と過大評価なので、これも分けて出して欲しいなと思うんです。もし出すのであればです。

○木村委員長

いかがでしょうか。これはできますか。

○事務局

もし出すのであれば、また藤森委員のほうに相談して、分類については細かく確認していきたいと思います。

過小評価と過大評価のほうは、資料5の真ん中の詳細な内訳のところになるんですけども、遅発一過性徐脈、一番上から2番目と3番目のところは、変動とか早発とかと読まれていて、その次の7番目あたりが、遅発一過性徐脈はあるんですけども、一過性徐脈なしと判読されているもので、基線細変動の過小評価、過大評価につきましては、真ん中ちょっと下ぐらいのところですか、「消失」を「減少」と判読しているのと、逆に「減少」を「消失」、あるいは「正常」を「乏しい」と判読しているものというところで分かれたものを、こちら、今回は全部まとめてしまったものになるので、また改めてご相談させて頂きたいと思います。

○木村委員長

今の資料5なんですが、例えば、基線細変動に関して、ないものをありと言うと、いわゆるアンダートリアージですか、過小評価であって、本当は危ないけど危なくないと言っているわけですね。逆に、危なくないものを危ないと読んで、間違ってますよと言われたやつは入っているんですか。要は、基線細変動がちゃんとあるものをないと評価していて、それは違いますよと言われたやつはないんですか。

○事務局

「減少」を「消失」と判読しているものと、「正常」を「乏しい」と判読しているものについて、XXXXXXXXXXそれぞれ今回確認した中ではありました。

○木村委員長

「消失」を「減少」と判読、あるいは「減少」を「消失」と判読、あるいは「正常」を「乏しい」と判断は難しいね。

難しいですが、だから、多数で言うと、むしろアンダートリアージで、本当は危ないものを危なくないと言っているもののほうが多いという形ですね。

○事務局

はい。

○木村委員長

それから、遅発一過性徐脈に関しては、他の胎児心拍数パターンを、あるいは、あんまり危なくないと言えば、早発一過性徐脈を遅発一過性徐脈と読んでいるという事例はないんですか。

○事務局

今回評価されている中では、早発一過性徐脈を遅発一過性徐脈と読んでいるものはなかったです。

○木村委員長

だから、ここに関しては、オーバートリアージはないということでもいいわけですかね。

○事務局

最後の遅発一過性徐脈を遷延一過性徐脈と判読しているところの評価はどちらになるのかが私では判断できなかつたので、こちらのほう、またご相談させて頂きたいと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

ということで、基本的には、どちらかという、過小評価というか、アンダートリアージを受けているほうが多いというのが、この資料5からは見てとれる表かなと思います。

ということで、こういった点に関して注意喚起をするというふうな建付けの構成にしたい。それも、前の議論では、なるべく事例をたくさん載せて、どちらかという、事例主義で提示をしたいということでありましたが、いかがでしょうか。

どれも最終的には脳性麻痺になった事例なので、シビアな事例であることは間違いないのですが。

ただ、私も1つ、この胎児心拍数パターンを見た中で、脳性麻痺の原因が、この胎児心拍数パターンを起こすようなものではないと。すなわち、出生時のアプガースコアがよくて、原因不明になっているというふうなものはないんですか。

胎児心拍数パターンが悪くても、別に産まれて泣く子はいっぱいいるわけで、そういうのはあまり載せると、それもどうかなという気はするんですが。

松田委員、お願いします。

○松田委員

今の委員長のコメントと同じなんですけれども。我々は、この原因分析委員会並びに再発防止委員会で多くのことを学びました。要するに、モニタリングをなぜするかというと、出生直前のアシデミアの有無を知ることなんですよね。そうすると、pHが正常であった。産科医療補償制度では7.1と切っていますけれども、それ以上の事例でも、たくさんの事例が脳性麻痺になっていると。ということは、7.1未満に限定して、これはもう十分アシデミアは予測されるんですよ、それを皆さんに警告の意味で出すのが然るべきだと思うんですけれども。

一方では、もう一つ我々が学んだのは、例えば、CAMとか子宮内感染があった事例では、pHがそれほど悪くなくても起こるという事例もあるわけですよ。そうすると、例えば、基線細変動はまだ減少程度なんですけれども、遅発一過性徐脈がかなり出ていると。大体pHが7.15とか、その辺を予測している、でも、やはり背景に熱発とか感染があれば早く出すようにという、教育的な事例も当然含まれてくるわけでありまして。そう考えてみますと、ここの資料4の3ページ目の事例掲載のイメージを、どうなんでしょうか、判読が困難、あるいは判読を間違えやすい事例だけに限定するのか、あるいは、色々なパターンがあって、もちろん、アシデミアを予測する事例は当然、数例出したほうがよろしいんですけれども、それ以外の事例というのにも含まれるんでしょうか。ちょっと質問が長く

りましたが。

○木村委員長

要は、今、CTGで両方○がついているような、あるいは、○と△になった合計■例ですね。その中で、産まれたときの状況が、これは案外いいのか、非常に悪いのかというのはどうでしょう。児の臍帯血ガス値とかですね。アップガスコアはまた後に述べますけど、色々アップガスコアがどうかという話は出てくるんですけども。

ここはとりあえず判読の話で今回走ってしまっていますが、それはそれでいいと思うんですけども、こんな波形パターンでも、こんないいけど、やっぱり脳性麻痺になったみたいなお話っていっぱいあるんですよ。要は。

○事務局

原因から今度探していくということで、これとは別の事例は、また別にたくさんあります。

○木村委員長

ありますし、逆に、この判読が難しかった事例の中で、そういうpHが案外いいとかですね。だから、比較的いいのでこういう間違いが起こったというふうな考え方になるようなものは、そういう観点はまだ見ていない？

○事務局

青ファイルに入っている資料T-2のところに、アップガスコアと臍帯血ガス値と、あと、脳性麻痺の原因について、また、それぞれナンバーが。

○木村委員長

それ、対応する番号ですね。

○事務局

対応する番号で一覧がございます。

○木村委員長

66、67、68は情報がない。69。

大体臍帯血ガス値は悪そうなもののほうが多いですね。78、79。

○松田委員

委員長、もう一回よろしいですか。

○木村委員長

お願いします、松田委員。

○松田委員

すなわち、先ほど藤森委員からも指摘されたようなアンダートリアージ、遅発一過性徐脈なのに早発一過性徐脈とした、ところが、臍帯血ガス値も悪かったというのが、一番これが教育的な事例ですよ。だから、それを中心にして、そこだけに特化してするのか、それ以外の教育的なやつも出すのかという質問の趣旨なんですけれども。

○木村委員長

なるほど。まさに資料7は、それ以外なんですよ。資料7が、T-2で言いますと、事例73なんですけど、結構派手に遅発一過性徐脈が出ていて、基線細変動もあまりないというような状況なんですけど、小さい子なんですけれども、pH7.1あるんですよ、これは。この資料7のやつは、まさにそういう、なかなか判別が難しいなと思うような事例なので。

明らかにpHが低い事例を先に並べて頂いて、その次に、章を分けるというか、こういう事案もありましたと。例えば、出生体重の小さい児で、こういう波形パターンが出ると、例えば、この資料7の児なんか、出生体重の小さい児というのはもう一つのリスク因子なので、そういう他のリスク因子があって、やっぱりこういう事例がありますということの教育的な事例として、ちょっと分けて頂くといいかもしれないですよ。明らかに臍帯血ガス値のpHが6台のようなものの事例と、今度、具体的にこういったコピーの形で出して頂いたらいいと思うんですけれども、ちょっと普通じゃないなと。もう一つ他の因子が絡んで、CTGだけじゃないけれども、こういった事例もありますということを知っておくというのは、産科に携わる全ての先生方にとって有用な情報だと思いますので。そういった形で二群に分けたほうがいいかもしれないですね。この網かけのところは。

○事務局

網かけ、今、67などは、児の出生体重が小さいのでということで、今、候補には挙がっているんですけれども、薄色というか、薄色にもなっていないで申しわけないんですが、それ以外で何か、もしこれも追加して載せられそうなら、候補として同意書を取っていきたいというものがございましたら、追加でご意見を頂ければと思います。

○木村委員長

あとは、先ほど言いました、網がかかっているやつと、それから、67、77、86以外で、ここでざっと見て、何かこういうのはどうだろうか。

鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

私は産科の領域の専門ではないので、ここで語られることの専門的な難しき等々が分からないのですが。ですので、医療安全管理の観点からこれを拝見して、これらの判読が正しくなかったと言っていいのかどうか分からないのですが、そういった判読の判断が異なったのはなぜなのかということまで踏み込むことができるのでしょうか。

つまり、そもそもこれはもうちゃんと判読しなきゃだめよというようなレベルの話から、何か他にそう判読するに至るバイアスのようなものがあって、そのところに注意ができなかったためにそういった判断に至るとか、そういったようなものがいくつか見えてくると、次なる再発防止につながる教訓になっていくように思うのです。それがデータとして出てくるほどではないけれども、その中で特徴的なものがあつたらば、それを出して頂くと、そこにつながる教訓を記載して頂くことで、「あ、そういうことに注意していかなくちゃいけないんだ」ということにつながっていく仕事になるのではないかと思ひながら伺っています。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。

今、非常に貴重なご意見で、いつもここは耳が痛いというか、そこがなぜ間違ったのかと言われると、そう読んじゃったとしか言いようがないところが実際ございますが、そのあたりは、藤森委員とか、いかがでしょうかね。

○藤森委員

よろしいですか。例えば、ここに出ている資料7の73番だと、実際読まれているのは、一過性頻脈消失を一過性頻脈（+）と判読、それから、反復する高度遅発一過性徐脈を一過性徐脈（-）判読と書いてあるんですが。

この73番、これ、ちょうどサンプル出ていますが、これは基線の位置の取り方なんです。下に取っちゃうと、例えば、2番目の陣痛のところなんかのちょっと頻脈になっているのを、これが一過性頻脈だというふうに多分読んだんだと思うんですね。実際の基線は、これは上のほうで■■■■ぐらいのところになっているはずなんです。なので、その基線の取り方、判読のとき一番注意しなさいということは、この事例だと、おそらく基線の取り方が違って、徐脈の出ているところを基線と読んで、それ以外のところを頻脈というふうに読んでるので、一過性頻脈ありで、徐脈を読めていないということだと思ひんで

すね。

そういう、たくさん見ていけば、逆なんだなというのが分かると思うんですけど、これはそういう意味で、こういう例は非常にいい例だと思います。

○木村委員長

金山委員、お願いします。

○金山委員

まさに私も同感なんですけど。基線、ベースラインを判断するのが非常に大事で、1つのポイントとしては、ベースライン（基線）が短時間で変動している、例えば、30分後には基線がベースラインが変わっているというのは、かなり注意しなければいけない所見だと思います。ベースラインが安定していればそれでよいのですけれども、この事例なんか、ベースラインの変動という観点から見ていきますと、かなり動いていますよね。胎児の状態の判断に間違いが起りやすいチャートになりますので、基線を正確に読む習慣というのが基本的に大事ではないかなと思いますね。

○木村委員長

ありがとうございます。

そうしましたら、ここはもう少し議論を深めないといけないところではありますが、まず実例を、先ほど言いましたように、pHが下がっている群と下がっていない群で同意が取れた事例をまず委員の皆さんに見て頂いて、その上で、先ほど鮎澤委員がおっしゃって頂いたように、どの、どこが間違いやすかったのかという解説を付けることができるかどうかということをし検討して、それで、付けることができるものに関しては、それを付けていくということが。例えば、こういうところは間違いやすいと。

もちろん、その先生に直接聞かないと、なぜこれはこう解釈されたんですかというのは、本当はその先生に聞き取りをするべきですけれども、そこはこの委員会の建付けにはなっていないので、まずは、そのレベルの、我々としてここはよく間違われるポイントであるということ、解説を付けていくというような方向性でよろしいでしょうか。

○鮎澤委員

すみません、委員長。今、委員長がおっしゃって頂いたように、私たちは、本当のところ、そこでどうして読み間違いが起きたのかということは分からないですよね。今、色々なことから推察して、多分そうではないかということを考えて、みんなに汎用化できる防止のヒントみたいなものを考えていこうという、その限界の中での検討だということも大

事なポイントなので、そういうことも確認して書いておくことが大事かもしれないと思います。

○木村委員長

だから、このような可能性があるとか、こう思われるというふうな書き方で、断定はできないと思うので、そういうところが書き込まれると、またそれは新しい機軸としておもしろいかなと思いますので、またご協力を先生方をお願いします。

荻田委員、お願いします。

○荻田委員

もう一つ、総論的な話になるんですけど、先ほど委員長のほうからアンダートリアージの話が出てきましたが、資料5を見てみますと、上記以外の事項というところに、非典型的な波形をサイナソイダルパターンと判読、その2つ下の基線細変動「減少」を「消失」と判読と。これはどちらかという、オーバートリアージなんですよ。これ、レベル分類で言うと、どちらも4か5ということになって、何でそういうふうにしたのに、この児が脳性麻痺になったのかというのは、少し違うかもしれませんが、おそらくこの委員会としては、オーバートリアージでもいいんじゃないですかという方向でしっかり読みましようということにしてもいいのかなと僕自身は思っていて、これがどういうふうな……。要するに、読んだけどアクションを起こさなかったのか、時間がかかったのかというのは、もしよければ、また教えて頂ければと思います。

それから、もう一つは、先ほどの実際に現場がどう判断したのかというのに関しても、その下に波形パターンの記載がないというのが■例と■例という。これもおそらく総論的には、何でこういうアクションを起こしたのかとか、起こさなかったのかということについては、やっぱりきちんと記述しておかないとだめだよというの、これを読む人には啓蒙したほうがいいと思われまますので、言及してはいかがと思う次第です。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

じゃ、そういったところも一回言及をするという形で。具体的な事例を出せるかどうかはまた別だと思いますが、コメントしておくことは大事かと思えます。

あと、もう一つ、資料8であります。資料8は、これはむしろ数字なので話は簡単で、紙送り速度3センチ以下で指摘を受けた事例なんです。2017年は■例中■例件でし

たので、これはあまり意味をなさない数字なので、ここはもう取って、2016年までのところでちょっとは減ってきているけど、こういう形でまだ残っていますので、しっかりここはガイドラインでも……。

これ、絶対かと言われると、国によってこのガイドラインは違いますので、100%世界のコンセンサスは3センチではないとは思いますが、一応、日本のコンセンサスとしては3センチということで、なるべくこれに沿った形でやりましょうということは書いて頂いたらいいかなと思います。17年の■■■■件というのは、これはミスリードしますので、ここは外して頂くような形でお願いしたいと思います。

では、勝村委員、お願いします。

○勝村委員

資料6の真ん中側の「○」「△」「×」の「×」の記号というのは、資料として記録が良くないという趣旨でいいんでしょうか。記録がきれいに取れていないからということですよ。

それで、これ、ちょっと気になるのは、きれいに記録が取れていないと本来思うものを、これでよいと現場が思っているからそのまま記録になっているという、そのようなことがある。どんな資料だったらだめなのかとか、こういうふうな記録がきちんと取れていないものを並べるのもあると思いますが、その中でも、こんなものではやはり大事なことが見れないというようなものも、再発防止の観点からは、こういうのではだめなんだよというのがもしあれば、こういうのはだめだし、こういうふうになったらこういうふう判断すべきだしみたいところで、こういう事例がある、「×」がこれだけあるのであれば、その「×」に関しても、「×」がなくなるというような手立ても何か少しできたらいいのかなと思うんですけど。

○木村委員長

ありがとうございます。

例えば、76番とか今見てみますと、確かに記録の悪いところといいところがあって、決定的にどれがどうというわけではないんですが、記録が悪いんですね。だから、こういう記録ではだめですよということを出すというのも、1つ有意義なことかもしれないですね。

72番ですかね。72番は、もう最初から、ぱっと見る限り、結構記録が良くない感じがするんですけど。これならあってもいいのかもしれないですし、そのあたりは、同意書

がこのあたりも取れたら取って、特に記録が良くないと書かれているものに関して、同意書が取れたら皆さんに見て頂いて、鮎澤委員の先ほどの話に戻りますが、何が良くないということを見て頂くというのは、これまた有意義なことだと思いますので、これが取れるようにというふうな……。取れないときもあるんですけど、現場的には、もうどうしようもないときはあるんですが、特に焦っているときは、そういったときはあるとは思いますが、そういった事例も出しておくのはいいかなと思います。

一回、ここで×の理由が、記録が良くない、レコードが良くないとされているものについて、それも収集できるようにして頂けないでしょうか。

○事務局

66番、72番、76番でよろしいでしょうか。

○木村委員長

その3つぐらいでちょっと一回。

○事務局

この3つでさせていただきます。

○木村委員長

記録が不鮮明というところを一回対応してみte頂いてと思います。

○事務局

はい。

○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

先ほどのpHの観点から、資料6の候補者の中で、本当にpHが悪いのは、今ざっと見てもみますと、69と78と86なんですね。その3つを図表にして掲載するのに、今、勝村委員が言われたように、その記録が、逆にこれは鮮明であるのにアンダートリアージをしたというのを実際にここで出してもらったら、少し議論が煮詰まるのではないかと思いますけれども。

だから、典型例として、pHが悪い事例を今ざっと見たら■例あったので、この■例を中心にレビューしてもらおうというふうにしたらいかがでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。

そういった感じで、先ほどのpHが悪い例、それから、pHが良くてもこうなった例、そして、記録がよろしくない例というふうな3つぐらいのパターンで問題点を指摘するということがいいと思います。

勝村委員、よろしいですか。

○勝村委員

はい。

○木村委員長

お願いします。

○勝村委員

やっぱりおっしゃる通り、最終的にアシドーシスというか、アップガースコアも低いということの事例のほうが説得力もあると思ひまして、実際に大事な事例だと思います。

一方、鮎澤委員おっしゃるように、分かりやすいという面も、読んでもらう方に、なるほどというような分かりやすさとか、質の底上げとか、基本的なところがちゃんと伝わるという面も必要だと思いますので、その両面で、結果がこれが原因になっているというふうなものに加えて、それを超えて、教育的に分かりやすいというものと、両面がうまく提示できたらいいのかなと思います。

特に僕は、この制度ができる前の同じような話を何度もしているかもしれませんが、訴訟の段階でこういうグラフを見て、色々な先生、1つの裁判に5人も6人も鑑定の先生が色々見解を話されるというのが、高裁までいくと一般的なんですけれども、このグラフの、特に先ほどから話がありましたけれども、基線細変動の消失は、僕はもう本当に見解が割れているというふうに思っていました。あるという人とならないという人が。

それから、先生方からすると、こんなグラフが残っているのがおかしいとか、こんなのとっくに帝王切開していなきゃいけないのに、しないからいつまでも高度徐脈の波形パターンが残っているみたいなのもかなりあるんですけれども、そういう場合に、ダブルカウントになっているんだというふうに見る人と、逆なんだと。だから、基線が高いのがハーフカウントになっているのか、頻脈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徐脈が普通の脈に見えるのかという、それも非常に先生方によって見解が大きく分かれるという訴訟をいくつか見てきていますので、僕としては、現場では意外と先

生方からすると、質の底上げの話になってくるので、アカデミックな話ではないかもしれませんが、基線細変動の消失であるとか、何を基線と見るべきなのかということは、非常に基本的に分かりやすい事例を提示することが今回の事例の中でできるのであれば、再発防止に非常に生かせるのではないかなというふうに期待しているところです。

○木村委員長

ありがとうございます。

竹田委員、お願いします。

○竹田委員

先ほどからありましたけど、基線細変動をアンダートリージするというのは、いくつか理由が先ほど指摘されましたよね。それをやっぱりちゃんと書いておいたほうがいいと思います。

それと、最初から分娩監視装置をつけたときから減少しているものは、ここにも入っていますけど、分かりにくい。だから、入院したときから細変動がないものは正確に読まれていなくて、以前の外来のものとか比べると、明らかに異常が分かることになります。今のモニターは、以前の外来のモニターと比べられるセントラルモニターもありますが、比べられないのは機械もありますので、はっきり診断できない理由を入れておいたほうが良い。前モニターと比べて下さいとか、いくつか入れておいたほうがいいと思いますけどね。

○木村委員長

分かりました。それは、分かる事例があれば、そういった注意点もまた入れさせて頂きたいと思います。

基線細変動の検者による再現性のなさというのは、これはCTGの永遠の課題というか、もう機械の限界のところもありますので、なるべくそれを分かりやすく、できるところはここまでするというような形で示せたらいいと思います。またそのあたり、色々アドバイス頂きながらやっていきたいと思います。

ありがとうございます。ちょっと時間もありますので、もう一つのほうの話題の……。

○藤森委員

すみません。資料8の確認だけさせて頂きたいんです。

検討すべき事項の指摘で、「1 cm」「3 cm」で抽出というのは、これは、この数字というのは、3センチ以外のモニタリングの数字と考えてよろしいんですか。

○事務局

はい。

○藤森委員

そうですか。

それから、この総数は増える予定なんですか。左側の。

○事務局

こちらの総数に関してなんですが、2009年と2010年はもう決まっただけなんですけれども、現在書かれている総数が、CTGが取れていなかった事例は抜かしていないので、この後総数が、この2年分については減っていく予定で、あと、2011年以降については、これからもう少し総数のほうは増えていく。

○藤森委員

増える。であれば、先ほど委員長が、2017年の総数■例を削ってもという話があったんですけど、やっぱりこの検討すべき、つまり、3センチ以外で取っているのが■件になっているというのは、これは我々がずっと3センチでお願いしますということをしてきた1つの成果だと思うので。分かりませんが、増えて、同じように■%ぐらいになるかもしれませんが、■件というのは非常に大きな再発防止委員会の提言してきた成果だと思いますので、ぜひ載せて欲しいなと思うんです。

○木村委員長

ただ、これ、■になると■%になりますので。

○藤森委員

そうですね。ですから、僕……。

○木村委員長

大逆転で、ぼーんとグラフが上がってしまうので、なかなかそれも。総数が少ないから。

○藤森委員

それで、何例になるのかなというのがちょっと。ですから、どれが■例増えるのかなということもあるんです。

○木村委員長

■になったら、すぐ■%になるから、あまりによろしくないと思いますので。

○藤森委員

その通りなんです。100例ぐらいね。

○木村委員長

もうちょっと数が……。もちろん、経時的に減っているというのは、これ、アピールの効果だと思しますので、またこれはウォッチしていきたいと思えます。

小林委員、お願いします。

○小林委員

資料8は私も気になったんですが、この下のほうに抽出文章例が3つあるんですが、1番目と3番目は、推奨の3センチになっていないという表現なんですが、2番目は、1センチであることが判読に影響したというようなニュアンスになっているんですが、レベル感が1、3と2番目は違うので、もし推奨された3センチになっていないということであれば、原因分析報告書を見なくても、胎児心拍数陣痛図が出ていれば分かると思うんですが。そこら辺のところを、できればもう少しレベル感を分けたほうが参考になるのではないかなと思えますが、いかがでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。

それはできますか。もう純粹に数だけですぱっと割り切ったほうが。

○事務局

そうですね。今回抽出したのが、3センチというだけで抽出して、これだけの数ですので、もし判読しにくい……。

○木村委員長

じゃ、この抽出文章例の意味が違うわけですね。抽出文章例の中に、判読に有利な3センチに改めることが望まれるというのも、これは、要は、1センチであったということですね。

○事務局

はい。2番目についても、1センチで記録されているので、3センチに改めることが望まれるというところで書かれている事例ではあるので。

○木村委員長

だったら、逆に、3センチ以外の事例と書いちゃったほうが早いんですね。全部そうであれば。

○藤森委員

よろしいですか。小林委員がおっしゃっているのは、判読に影響したかという意味だと思うんです。多分、抽出しているのは、単純に3センチ以外ということで抽出してきてい

るんですよ。

○事務局

はい。抽出したのはそれなので。

○藤森委員

なので、判読に影響したのがどれぐらいあるのかというのを出したほうがいいんじゃないかという話だと思います。

○事務局

となると、実際には、今回判読のところで指摘をされた例は、今挙がっている事例になるので、そこに1センチのものがどれぐらいあるかで、また確認はしていきたいと思いますが、そんなに数はない予定です。

○木村委員長

要は、判読云々のことではなくて、3センチでやってねと書いてある事例の数ですね、ここは。

○事務局

これは単純に提出されたものが1センチか、あるいは、3センチ以外のものだったので、3センチで取ることをお勧めしますということで原因分析報告書に記載されているものになるので、実際に判読に影響が出た場合には、同じく原因分析報告書の医学的評価のほうで判読について記載されていると思いますので、そちらのほうで確認致します。

○木村委員長

ですから、ここは純粹に数でいったほうが、話が分かるかもしれませんし、ここの注釈の文章がかえって皆さんを混乱させているかもしれないので。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

これ、もし1センチだったら、必ず書かれるんですか。1センチだけでも、書かれていない、スルーされていることはあるわけですか。

○事務局

基本的には、陣痛発生した後に3センチで取っていなかった場合には、記載する方針ではございます。

○木村委員長

石渡委員、お願いします。

○石渡委員長代理

以前、この制度が始まってどのくらい改善されているかという、その指標として、分監を1分間3センチでやっているかどうかということ进行调查したことがありますよね。単なる数だけ。

今までありませんでしたっけ。こちらに挙がってくる事例の中で、胎児心拍数陣痛図を3センチできちんと正しく取っているか、あるいは、1センチでやっているかという数、どのくらい是正されてきたかという。今までやりませんでしたっけ。

○事務局

再発防止委員会のほうですかね。

○石渡委員長代理

はい。

○木村委員長

それは一回過去の事例を見て。その事例が少なくなっているのは、これはいいことなので、それで、もう一回出させて頂いてもいいかなと思います。

そうしたら、こちらの議論は、また次回、もう少し実例が出てから次のステップへ行きたいと思います。

もう一つの議論が、こっちがまたややこしくて、「新生児管理について」というテーマなんです。それで、資料1と2を用いて、まず事務局から説明して頂いて、それから、議論させて頂きたいと思います。よろしくお願い致します。

○事務局

新生児管理についてご説明致します。先ほど委員長からご案内ありましたように、資料は1と2、それから、青いファイルに入っております資料Sと、資料2にクリップどめしであるかと思いますが、参考と書いてある資料をご用意下さい。

まず、分析対象事例についてご報告致します。前回は、正規産で生後1分のアプガースコア7点未満、出生から小児科入院まで2時間以上の事例は■■■■件とご報告しておりましたが、今回の資料を作成する過程で事例を確認致しましたところ、出生直後から手術が必要であったために入院までに時間がかかったという事例が■■例と、生後5日程度で母子ともに退院して数日後に入院したという事例が■■例、それから、データベースの入力が間違っていたという事例が■■例ございましたので、こちらの■■件を除いた■■■■件で資料を作成しております。

それでは、資料1の意見シートに沿ってご説明致します。

意見シートの1番から8番までのご意見は、分娩経過中から小児科入院までの経過についてのご意見です。

青いファイル内の資料Sをご覧ください。こちらは事例の一覧でございまして、意見シートにございますように、破水から児娩出までの時間と、胎盤病理組織学検査の結果、血糖測定のと値、出生から小児科依頼までの時間、新生児搬送までの時間と、2施設以上搬送依頼の有無、出生から酸素投与開始までの時間と投与量と投与方法、早期母子接触が実施されている場合は、出生から実施されるまでの時間について、一覧にしております。この一覧をもとに、資料2の1から3ページに背景表としてまとめてございます。

意見シートへ戻って頂きまして、9番のご意見で、新生児蘇生が開始された時間の分布を見てはどうかのご意見でしたので、こちらにつきましては、資料2の4ページ、一番後ろのほうに、出生から人工呼吸開始までの時間について、グラフを作成しております。

意見シート10番と11番は、今回の分析対象中■件には直接関連しないものでしたので、ご意見を分けさせて頂いております。

まず10番のご意見ですが、早期母子接触やALTEなどについて、第6回報告書の「生後5分まで新生児蘇生処置が不要であった事例」での分析と比較して、割合が増えているかを確認して欲しいとのご意見でした。

第6回報告書、お手元にご用意しておりますので、140ページをご覧ください。こちらによりますと、早期母子接触開始の判断についてが2件と、早期母子接触実施時の観察についてが2件、産科医療の質の向上を図るための評価がされております。

続きまして、10番のご意見の対応の部分を見て頂きまして、同様に、第7回の報告書から9回の報告書のうちの早期母子接触について、産科医療の質の向上を図るための評価がされた事例を見ましたところ、■件ございました。割合は括弧内に記載してございます通り、6回までの報告書の事例では0.5%で、7回から9回まででは■%でございます。

次に、ALTEの可能性があるとされた事例につきまして、6回報告書の124ページにALTEの事例の件数がございます。こちらで見ますと、21件ございまして、資料10には、7回から9回の分析報告書の事例のALTEの可能性があるとされた件数を記載してございますが、こちらは■件でございます。割合は、早期母子接触と同様、括弧内に記載してございます。第6回報告書の事例では2.6%、7回から9回まででは■

■%でございます。

最後に、11番のご意見は、脳性麻痺の主たる原因がGBS感染症である事例につきまして、抗生剤の投与の有無や発症時期について見てみたいとのものでした。

右肩に参考と書かれた資料をご覧ください。脳性麻痺発症の主たる原因がGBS感染症である■件につきまして、在胎週数と、スクリーニングの結果と、陽性だった場合は、その週数、最終スクリーニングの週数と、出生までの期間、抗生剤投与の有無、分娩様式、発症時期、早発型か遅発型かの別についてまとめたものでございます。網かけしている事例は、スクリーニングで陽性とされた事例です。2ページの下に、前回お示したように、発症時期を集計した表も作成しております。

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。

なかなか新生児のところは難しいなと思いながら伺っていたのでありますが、このあたりの論点をどうしていったらいいのか、ご意見をまず頂きたいと思います。いかがでしょうか。

むしろ、ご意見を頂きながら、資料2並びに資料Sを作って頂いたわけなのですが、なかなか一定の傾向が出てこないという感じが致しました。

1つは、例えば、血糖の問題に関しまして、資料Sの右から4つ目のカラムのところには血糖測定というのがありまして、何時間目にと、それから、値というのが出ております。これを見ますと、低血糖があったのは■件のうち■件が40mg/dl未満の値が出ていたということでありまして、その中でほとんどのやつが非常に早くに血糖を測っておられまして、24時間以上経ってから低血糖に気づかれた事例というのは、ほとんどないんです。実は、24時間以上経ってから低血糖に気づかれたという事例は、最初のページの28番が生後■日というだけなんです。ですから、わりに早くに血糖は測られていて、その後、確かにシビアな低血糖として何例かございます。そういった形で、血糖に関して何か決定的なことが言えるかということ、なかなか難しいということでありまして。

感染の観点で言いますと、破水からかなり時間が経ったものがないかということで、これも見てみたのですが、24時間経ったものは■例しかいないとか、胎盤病理組織学検査は約半数、■例に出されておりますが、所見ありは■例しかいないとか、どれも決め手に欠けるといえるのか、何かを言うのは難しい。

それから、小児科の先生の立ち会いは、■■■人に立ち会いがなされております。ですから、■■■分の■■■ですから、■■■分の1ぐらいの立ち会いなんですね。

というようなことで、資料2を見ましても、あまりぱっとしないという感じで、1つ言えるのは、これは正期産ですので、正期産で体重2,500グラム未満の方が■■■名、これが■■■%というのは、正期産の中ではもう少し低いですね。たしか2,500グラム以下の正期産の割合って、もう少し低いと思っておりますが、それも調べて下さいというお願いをしておりますが。しかし、そんなに高いわけでもないということで、どうまとめるかということがちょっと頭が痛いところです。

もう一つ、参考のところでGBSの話が出ておりましたが、参考のGBSのところ、これ、ちゃんとまとめられていないんですが、ぱっと見た感じ、抗菌剤投与ありの方で早発型の発症が非常に少ない。これも、何となく我々そうかなと思っていましたが、抗菌剤投与ありの方は、ほとんどが遅発型であるというふうなことは、これ、またまとめて下さいとお願いをしているところではありますが、それは何か言えるかなというぐらい。これも新生児の先生方におかれましては、おそらくわりに当たり前、それはそうだということだろうと思いますが。

ということで、見て、頭が痛いなと思っております。こういうところは取り上げたらどうかというようなご意見頂けましたら幸いです。

お願いします、石渡委員長代理。

○石渡委員長代理

小児科入院2時間以降と書いてある、この入院というのは、何か異常な症状が出てからの時間なのか、それとも、小児科に入院させる、あるいは搬送させると決めてからの時間なのか、どうなんでしょうか、2時間というのは。

○事務局

NICUに入室した時間です。小児科の管理が始まった。

○木村委員長

ですから、自院で入った場合もありますし、搬送された場合も。

○石渡委員長代理

全然条件が違いますよね。この時間は、搬送した場合でも、搬送したほうが良いという判断をしてからの時間なんですか。それとも、色々症状が出てから。

○木村委員長

出生からだと思います。

○石渡委員長代理

出生からですか。分かりました。

○木村委員長

出生から搬送依頼なので、実は、イベントが起こってから搬送までの時間というのは、ここでは調べられていないと思います。なので、搬送困難とか、そういう事案があるかということ、この資料からは分からない。

○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

資料2の2ページ目で、胎児心拍数異常とあるんですけども、これは原因分析の報告で、心拍異常があれば全部チェックされていると思うので、結果的にこれはあまり意味がないというか、ほとんどの事例で心拍数異常は起こるので、これを出すんだったら、もう少しレベル4、5といった絞り込んでの表現がよろしいかと思います。

それと、臍帯動脈血ガス分析の値で、やはり7.2以上の事例も少なからずある、■割ぐらいあると。これと頭部画像所見のクロス集計というのは今後されたら、より分娩時の低酸素とは違うグループがあるということが分かるのではないのでしょうか。

○木村委員長

それはできますかね。pHの7.1あるいは7.2以上の人たちと、頭部のいわゆる低酸素性の脳障害の画像とそれ以外のものというふうな分け方でもいいと思います。一回それをやってみて頂いたら。貴重なご提案ありがとうございます。

金山委員、お願いします。

○金山委員

新生児蘇生法のガイドラインで、パルスオキシメーターの装着が、流れによって必須になっていましたよね。そのサチュレーションのデータはぜひ追加して、検討してみたいと思いますので、パルスオキシメーターのサチュレーションのデータはぜひ出して頂ければと思います。

○木村委員長

いかがでしょうか。それは出ますか。初期の頃はあまり付けていないと思いますが、最近の事例はそれなりにありますか。

○事務局

診療録にあるものは。

○木村委員長

はい。

田村委員、お願いします。

○田村委員

拝見させて頂きましたが、木村委員長がおっしゃる通り、血糖の問題についても、ちゃんと測るべきタイミングで、ほとんどの事例がちゃんとチェックしている。

それから、アプガースコアが5分後に3点以下であった事例で、搬送を検討するまでにかかっている時間が1時間以上というのは、■カ所ぐらひは診療所であります。あとは病院で、病院なので、むしろそういう児もある程度診れると思って診たけれどいたのだ、手に負えないというふうに分かって、搬送を色々相談したのではないかと思うので、これもやっぱりそれなりにやむを得ないと思います。先ほど言いました■カ所の診療所で、アプガースコアが5分で3点未満であったにも拘わらず、搬送について検討を始めのが1時間以上というのはちょっと問題かもしれませんが、これだけの事例の中ではそのぐらいしかないということであれば、それなりにきちんと対応できているのではないかと思います。

それから、出生から人工呼吸開始までの時間についても、一番新しいアルゴリズムでも、「人工呼吸が必要な患者は生後1分以内に始めるようにしましょう。」ということになっています。この4ページのところを見ますと、初期に人工呼吸を開始するような子は全て1分以内にはほぼ開始出来ていて、5分以降に人工呼吸を開始したようなお子さんは、これはまた5分以後にトラブルが起きた事例ではないかと考えられるので、そういう意味では、新生児蘇生についてのアルゴリズムに関しても、随分守られるようになってきているのではないかなと思います。

そういう意味では、委員長がおっしゃる通り、ここから新しく警告を発するという事は難しいと思います。ただ、意外だったのは、参考の所のデータですが、GBSのスクリーニングは陰性で、しかも、帝王切開であったにも拘わらずGBS感染になっている事例が逆に言うと、遅発型がほとんどだからということもありますけどこれだけ示されています。これに関しては、お母さんがGBS陰性で帝王切開であれば、新生児がGBSにはか

からないと思っておられる方は多いと思うので、そこに対して、たとえそうであっても新生児が急変したときには、必ずGBSの septic shock も鑑別診断の中に入れましょうという警告を発するという意味では、この参考のところのデータは使えるのではないかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

その観点も1つ、GBSスクリーニング（一）で帝王切開の事例から、早発型は多分ないと思いますので、何例の遅発型のGBS脳炎が出たというような記載と、先ほどちょっとお願いしました、予防的抗生剤ありの人が、どのような形でGBS脳炎を起こしたときにはどうなっているかと。

もちろん、起こしていない人のほうがはるかに多いはずなので、これはごく一部の事例であるということは、もちろんそれは書かないといけないと思いますが、そういったことの注意も喚起するというスタンスはあってもいいかなと思います。

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

GBSに関して、前回のときにちょっとお願いしてしまいました。今、田村委員からお話があったフォールスネガティブの話で、前の感染の話が出たときに、培養場所を調べられるかという話をちょっと聞いたと思うんです。第何回か忘れましたが。一応ガイドラインでは、肛門も一緒にやりなさいということは言っているんです。おそらく、このフォールスネガティブは、直腸にいるGBSをスクリーニングできていないんだというふうに僕は思うんです。あれ以降、培養場所をできれば聞いて欲しいということを書いたと思いますが、最近の事例で培養場所まで確認することはできるのかというのを教えて欲しいんです。

○木村委員長

いかがでしょうか。

○事務局

原因分析報告書にはほとんど書いていないので。

○藤森委員

培養場所は書いていない。

○事務局

はい。

○藤森委員

ヘルペスとかは予防するのはなかなか難しいと思うんですけど、GBSは、やっぱり対応する処置、つまり、抗生物質投与とか、そういうものがあるので、僕は、予防できる1つの大きなカテゴリーだと思っているんですね。なので、可能な限り、GBS感染による脳性麻痺、それから、この陰にはもっと亡くなっている子もいると思うので、減らすことができるんじゃないかと思っている病態の一つなので、できれば、次から、検体の採取部位も、どこを取っているのかというのを多分聞けば、他の患者さんでも、その先生は同じように取っているはずですから、調べることはできるんじゃないかなと思うので、やっぱり採取部位というのは重要だと思いますから、ぜひ聞いて欲しいなと思います。

○木村委員長

普通、臨床検査の検体としては、採取部位を膣と出すかと思うので、ano-genital、膣・肛門ということはなかなか広まっていないのかどうかということをどう調べるのかというと、こういうところでそのときに聞いて頂く。これはむしろ原因分析の段階ですかね。原因分析の段階で聞かないと、ここになってからそれを集計するのは非常に難しいので、そういったことはちょっと聞いて頂けないかということは、また運営委員会とかで諮らなといけないですかね。

○松田委員

よろしいですか。実際に検体を2つ出すところは、ほとんどないんですよ。それで、それをやっている施設は、どうやって検査費用を取っているんだろうかというのはちょっと分からないんですけども、普通は1つなんですね。

それから、今の話は非常に大事なところで、直腸・肛門にもっと注意しなさいというのは、これは医会とかも巻き込んだ、実際どうされていますかというのは、むしろこの委員会ではなくて、別のところではないのかなと思うんですけども。

このフォールスネガティブというのは、ほとんど採取部位が、もう多くの先生は、スメアと同じような感じで、そこで奥のほうを取っちゃうんですよ。じゃなくて、手前のほうを取らないといけないというところは、今、これ、ガイドラインを見ても、Cのレベルですから、実際やられている先生には真剣味が少ないと思うんですよ。これを、できればBぐらいにならないと、なかなか減っていかないと思います。

○石渡委員長代理

よろしいですか。何かの方法で毎年、施設調査ってやっているんですよね。ですから、そこの中の項目に、母親のGBSの検体をどこから採取しているかとか、産まれた児のGBSの検体をどこから採取しているかということ質問すれば、回答は得られると思うんですよ。

ただ、医療機関の中で、全部同じにしているかどうかまでは判断できないんですね。看護師、助産師によっては、別にやっているかもしれないし。多分、医療機関の中で統一されていると思うんですけども、それは調査することは可能だと思います。

ただ、色々調査のときも、倫理委員会が慎重なので、一応そこを通さなくてはいけないということも実際あるので、約束はできないんですが、可能だと思います。

○木村委員長

むしろ日常診療の習慣的なことなので、こういうことが起こった事例だけで集めるよりは、全体として、松田委員がおっしゃるように、そういう、どうしていらっしゃるのかということ調査して、逆に言うと、あんまりできていない事例では、まずそこで広報して、皆さんにまず周知すると。GBSのスクリーニング自体が、むしろ20年前にはやっていなかったぐらいのことなので、そういったステップがいいですかね。そういったステップで、またご協力を石渡委員長代理にお願いしたいと思います。

○石渡委員長代理

はい。

○木村委員長

ありがとうございます。

なかなかこれに関しては、どうしようという話が出にくいなと思うわけでございまして、GBSの事例のほうがかえって受けてしまったというか、ここは何か言えるなという形になるんですが、なかなかその他のところで決め手がないですね。

水野委員、お願い致します。

○水野委員

委員長おっしゃいましたように、色々な切り口といいますか、低血糖、感染、それから、出生時の蘇生、小児科医立ち会い■■■■例ではありなんですけれども、全体的に言いまして、この立ち会いありの■■■■例でも、新生児研修をどれくらい受けているのかとか、NCPRの資格などは持っているのかとか、そういうのは分かるんでしょうか。

要は、全く新生児研修をやっていない時代、今でこそ専攻医のプログラムの中に取り入

れているところは、今でも100%ではもちろんないわけで、ほとんど新生児はやっていない小児科医というのも現存していますので、そういう人がたまたまいたから蘇生に行っても、あまり有効な蘇生ができるかどうかというのは分からないので、これは前回も申し上げましたけれども、やはりこのあたりをなくしていくためには、低血糖の問題、感染の問題、蘇生の問題、すべからく新生児研修をある程度一定期間やらなければ、ガイドラインだけで動けるかというのは、かなり難しい問題もあるかと思えます。

ですので、この原因分析と直接つなげていくとしたら、どの程度、この小児科医立ち会いがあった■例の、その小児科医のバックグラウンドを見て頂いて、これは全てもう新生児研修をかなりやっているというのであれば、あとはもう立ち会いなしの■例を、立ち会いができるようなシステムを作っていくということになっていくのかなと思えますし、■例の立ち会いがあった方でも、実は新生児研修はあまりやっていないというのであれば、小児科研修の中に新生児研修をもっと取り入れていくというところが見れるのかなと思えます。

○木村委員長

ありがとうございます。

そのあたりの背景は、直接はなかなか難しいとは思いますが、逆に、小児科の先生の立ち会いありで、搬送された事例というのはどれぐらいあるんでしょうね。

そこは、専門性がないから搬送するわけだと思いますので、小児科が……。正期産ですから、ある程度自施設でそこそこのところまでご覧になると思うんですけども。

お願いします、荻田委員。

○荻田委員

僕もさっきまさしくそれを思って、ブルーのファイルを見たんですけど。地域周産期センターから、脳低温療法のために高次施設、おそらく総合周産期に送っている事例は結構この中に入っているんで、一くくりに新生児搬送にしまうと、ちょっと味わいが違ってくると思うんですが、いかがでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。

そこは確かに専門性というのは、それは確かに送って当然というか。なんですけど、なかなかこのときに立ち会われた小児科の先生の練度ということを具体的に調べる方法は、今の資料、例えば、原因分析委員会のもとに戻っても難しいですかね。

水野委員、お願いします。

○水野委員

あと、一応今のとは外れるんですけども、実際にNICUに入るまでの時間というのは、自施設で救急車を持っていけば別ですけども、救急車を要請した場合、実は私もつい先日経験したんですが、救急車を呼んでから30～40分、東京都内ですら来なかったんですよ。呼吸障害があつて。それで、そうすると、それだけ遅れますので、そうすると、保育器が積めるような救急車をどう確保するのかというの。しかも、昼間だったんですけども、まだ来ないのかというようなこともありましたので、結局、それだけ色々な治療なども、検査も遅れてしまうということもあるのかなとは思います。

ちょっと脱線になりまして、申し訳ございません。

○木村委員長

いえ、ありがとうございます。

非常に重要な問題で、新生児のトラブルに関して、私、小児科の先生が第一義的にはタッチして頂ければありがたいなといつも思っておるわけではありますが、小児科の先生も、新生児に関してはよく分からないとおっしゃる先生もやはり一定数おられて、研修プログラムのことも、これは社会的なお願いということで、関係団体のお願いみたいなところがあつて、そういったところで、小児科の先生が新生児に関して広く知識を得て頂きたいというようなことは、やはり一言。

そのあたりの書きぶりは、田村委員、水野委員にアドバイス頂いて。医療界全体として、やっぱり母と子を守るということは、少子化の時代といいますが、この時代には絶対必要なことだろうと思いますので、そういうトーンで、関係団体のお願いというようなことで返して頂ければと思いますが、それはよろしいですかね。

田村委員、お願いします。

○田村委員

ここでそういう話が上がるのは、我々にとっては非常にありがたい話です。日本の新生児医療のレベルは非常に高いんですけど、小児科学会の中で新生児医療がどこまで評価されているのかということは懐疑的な部分があります。一番分かりやすいのは、水野委員が言っているような、小児科の専門医の研修制度の中で、新生児の部分はどこまでウエートが大きいかというところでは、これは北米とは違います。新生児医療研修を非常に積極的に取り入れているのはごく一部の大学関係しかありません。それから、小児科学会するとき

に新生児関係の演題がどれだけあるかという点でも、北米に比べると、日本の新生児関係の演題は非常に少ないです。特に新生児の心肺蘇生とか緊急対応という点では、そういうことではいけないということを再発防止委員会のほうから学会に対する提言ということで出して頂けるのであれば、それは我々としては非常に喜ばしいことだと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

よろしいでしょうか。このことは、やはり一言あってもいいのかなとは思いますがね。

松田委員、お願いします。

○松田委員

GBSの関連ですけれども、今ずっと見てみますと、遅発型の事例は、ほとんどもうGBSスクリーニング陰性なんですよね。そうなってくると、メッセージとしては、今、産後ケアは、むしろ母親のほうのメンタルのことを考えて、2週間が大事だということを言っているんですけれども。そうすると、遅発型がかなり早期発見も難しいことであるかもしれませんが、何か児に異常があれば、すぐ小児科の先生、あるいは、担当医にという連絡は、せっかく2週間後のチェックが少しずつ進んできていますので、そこに入れ込むことは可能なのではないのでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。

いかがでしょうか。今、2週間健診は、基本は母親だけですよね。児のほうは特に……。

○石渡委員長代理

児もやっています。

○木村委員長

一応みておられますか。

ただ、健診でたまたまオンセットのときだったらいいですけど、なかなかそうではないので、そこは難しいですが、そういう意識ですよね。

○松田委員

そうです。

○石渡委員長代理

ですから、入院中の人でも退院した人もそうなんだけれども原因が分からないような児が元気がないとか、熱があるとか、そういうときは、もうスクリーニング的に全部調べる、

そういうふうな方向に持っていったほうがいいんじゃないかなと思いますけど。

○木村委員長

田村委員、お願いします。

○田村委員

まさにさっき僕がちらっと言ったことがそうですけど。小児科医でさえも、先ほど言いましたように、母体がGBSスクリーニングが陰性で、それで帝王切開で出産をしたのであれば、児はGBS感染にはならないんだと思っている方は、少なくありません。

最近、児が退院してから septic shock になって当院に搬送されてきて、その間に一度もGBSに関する問診すらもしていなかったというような事例なんかもありました。そういう意味では、これだけGBSのスクリーニング陰性の患者さんから赤ちゃんのGBSが実際に発症しているということは、再発防止委員会のほうから、産科医だけではなくて、小児科医に対しても警告として発する意義があると私は思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

事務局、新生児管理の対象事例よりも、むしろGBSのほうがメッセージとしてははっきり出たような感じですね。ここも一つすることと、それから、先ほどご意見とかを伺いながら、立ち会いとか様々な問題点、もう一回まとめて頂いて、それをまた次回、もう一度もませて頂いて、方向性、最終的なところを定めたいと思います。よろしいでしょうか。

あともう少し議題が残っておりますので、すみませんが、先に進めさせて頂きたいと思います。

今度、順番を戻しまして、議事の3番目と致しまして、集計表の見直しということを考えておりますので、集計表見直し（案）につきまして、資料9ですかね。

○事務局

委員長、ごめんなさい、議事の2で。

○木村委員長

2ですか、ごめんなさい。議事の2のほうが先ですね。2のほうからお願いします。報告書の方向性ですね。これが資料9でしたね。お願いします。

○事務局

今後の再発防止に関する報告書の方向性について、ご説明させていただきます。資料9、「今後の『再発防止に関する報告書』の方向性について」をご覧ください。

今回取りまとめます2020年3月発行の再発防止報告書で、もう第10回という段階に入ってきますので、今後の方向性についてご審議頂きたいと思います。

まず1として、再発防止報告書の現在の構成と今後の構成案を記載しています。表左側の列は、現在の構成です。こちらにつきまして、右側の列に、今後の構成案を記載しています。今回、4章（取組みの動向）、また、5章（単年分析）について、今後の方針について検討したいと思います。

資料の2の部分には、方針案検討の参考に、3章（テーマに沿った分析）と4章（取組みの動向）の位置づけを記載しております。3章（テーマに沿った分析）では、できるだけ最新の事例まで分析をした上で、再発防止策等の提言を取りまとめています。

一方の4章（取組みの動向）につきましては、振り返って、うまく機能しているか、効果が出ているかの確認として、疫学的な妥当性が確保できた形での出生年別の比較を行っています。

3と致しまして、4章（取組みの動向）の今後の方針案を記載しております。

1) 分析対象変更案です。こちらの資料9、ホチキス留めをしております、2枚目の資料に、A3でカラー、右肩に分析対象案と記載しておりますものもございますので、こちらをあわせてご覧下さい。

従来4章では、案①で分析をしておりました。こちらは分析対象が、出生年およびその出生年の専用診断書作成時年齢における補償対象事例の全ての原因分析報告書が送付されている事例について、出生年毎に集計しておりました。

これまでこのような形としていた経緯としては、もともと原因分析が全て終了している出生年がほとんどなかったため、背景をそろえるために採用した分析方法でした。しかし、こちらには、同一年に出生した補償対象事例全件ではないため、集計結果をもって評価はできず、断定的に傾向を示すことはできないというデメリットがございました。

そこで、案②というものもご紹介させていただきます。こちらは、原因分析が全て終了した出生年について、出生年毎に集計するというものです。

同一年の補償対象事例の全てのデータがそろっているので、提言を出した後、それがどうなったか、うまく機能しているか、効果は出ているのかを、集計結果をもって評価、傾向を示すことができると考えています。

ただ、デメリットとしては、案①以上に古いデータになってしまうということですが、できるだけ最新の事例まで分析をして提言していくということは、3章のテーマ

分析で行っておりますし、制度の性質上、直近状況の分析ができないことは致し方ない点ではございます。

今、案①、案②のご説明をさせて頂きましたが、A3カラーの資料で、分析対象案に4つ掲載しておりますが、この4つの分析対象で今回集計を行ってみました。その集計結果につきまして、主な集計表の結果をグラフでお示したものを、同じホチキス留めの最後の資料におつけしております。右肩に資料：集計結果と記載しているものです。

こちらをご覧頂きますと、全体として結果に大きな傾向の差はございませんでした。これらの結果を踏まえまして、今後の分析対象を、先ほど2枚目の資料で案③とすることでどうかと考えます。案③は、補償対象者数が確定している年までの全数を分析対象とするというものです。

案③がよいのではと考える理由としましては、1つは、案①と案②の折衷案であるということ、それから、案③では、2012年と2013年は、原因分析報告書未送付事例はあるのですが、補償対象者数は既に確定しておりますので、分析対象がその出生年のうちのどの程度の割合なのかが示せると考えるためです。

なお、今回集計結果をお出し致しましたが、「診療録等の記載」の部分につきましては、現在データベースがなく、該当事例全ての原因分析報告書の医学的評価を一つ一つ読み、分類分けする必要があるため、本日は集計結果をお出しできておりません。また、集計要領につきまして、別途見直しを検討したく、次回以降の委員会でご審議させて頂きたいと考えております。

現在ご説明させて頂きました分析対象変更につきまして、1枚目の資料の裏面に記載してございますが、分析対象変更時期も今回ご審議頂きたいと考えております。こちらにつきましては、新しい集計要領等に沿ったデータ抽出のため、第11回報告書、2021年3月に発行予定のものです。こちらからとすることでどうかと考えております。具体的には、第10回、これから発行するものについては、今までのやり方で積み上げて、第11回から変更するのはどうでしょうかと考えております。

もう1点、同じ資料の4として、5章（単年分析）の発展解消について記載しております。

1) 方針案ですが、現在5章にて行っている出生年分析は、これまで行ってきた2009年、2010年の分析結果が同様の傾向にあること、また、他の章と重複する部分もあり、報告書のページ数も減らしたいことから、単独の章として立てることはやめることと

し、今後も引き続き制度ホームページに出生年別統計を公表すること、また、引き続き4章に出生年別の背景表を参考資料として掲載することでどうかと考えております。

本日のこちらの審議では、4章の分析対象と変更時期、5章の方針と変更時期に関しましてご検討頂ければと存じます。

ご説明は以上です。ご審議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。

まず簡単なほうから、5章ですね。単年度の、例えば、第9回の報告書を見て頂きますと、第5章、原因分析が全て終了したものの2010年というのが、88ページからずっと続きまして107ページまで、約20ページにわたって一年分のデータがずっと出ているわけですが、これはもうさすがに、こうなりますと、どんどん再発防止報告書が分厚くなりますので。それから、ホームページにこういったものを掲載すると。毎年毎年のものを、まとめてではなくて、分けてですね。2009年、2010年という形で、経時的に分けて掲載していくというふうな方向性で、これはよろしいでしょうか。

ここに関しては、もう来年の分からやめる？

○事務局

よろしければ。

○木村委員長

よろしいですかね。ここはホームページに移行させて頂くということで。皆さんに対する、医療関係者、あるいは、この問題に関心のある方々全ての方々については、ホームページでアクセスができるということで、アクセシビリティに関しては変わらないということですので、では、まず4ポツの5章は、発展的解消という形で、第10回の報告書からやめるということにさせて頂きたいと思います。

次は、第4章であります。第4章というのは経年変化を見るというところでございます。大変うまくまとめて頂いておりますが、1枚めくって頂いたA3の紙の青のバーの中に①と書いてあります。ピンク色のバーに書いてあるのが案②であります。オレンジ色のバーが案③、それから、参考として、黄色の案④という、4つのバーをそれぞれグラフ化したのが次のページでありまして、要は、青線とオレンジ線の違いということになるかと思っております。青線とオレンジ線が大体平行になっているので、それであれば事例が多いということで、オレンジにしてはどうかというのが、今回の大きな提案の要素でありま

すが、このあたりいかがでしょうか。

小林委員、お願い致します。

○小林委員

私のほうから追加の説明を致します。

4章は、産科医療の質の向上への取組みの動向ということで、例えば、この制度が始まってから、新生児蘇生とか、あるいは、インフォームドコンセントの実施数が増えたかどうかというところを今まで見てきたわけですが、それが増えている。ただ、対象が本制度の補償対象児なので、日本全国の傾向そのものではないですが、この再発防止報告書が役立っている一つの証左になると思うんですが。

ただ、問題は、産科医療補償制度の補償対象者数というのは、5年経たないと確定しないので、まずそこで5年の時差があると。さらに原因分析報告書は、今、平均1年ですが、早くまとまるのと時間がかかるのがあって、長いのだと2～3年かかると。そうすると、それを全部待っていると、この傾向の分析がどうしても古いものしかできないということで、従来は、資料の2枚目の案①で、背景をそろえて、0歳と1歳までで申請をした児について、なるべく長く見ようということで。それでも5年ぐらいしか見れていないです。

ただ、原因分析も大分早くなりましたし、年数も経ったので、全数で見るとということもそろそろ可能で、それが案②です。ピンクのほうで。ただ、その場合だと、2011年か、あるいは、2012年ぐらいまでしか追えない。さすがにそこまで古いのだと、やっぱりタイムリーさが欠けるということで、折衷案なんです。折衷案と言うとよくない感じがしますが、むしろ①と②は、要するに、欠点が大き過ぎるということですね。①は対象の一部しか見ていませんし、②はあまりにも古いところまでしか追えていないので、③でいけば、かなり新しいところまで追えて、しかも、数も多いということで、③がいいのではないかと私も思います。

少し背景がそろっていないものに関しては、3枚目のところである程度の傾向は分かりますので、それでもう一回、もし大きな変化があれば、そこで見直せばいいのではないかなと思います。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございます。

おそらく、例えば2013年のグラフのドットは、その次の年になるとちょっと変わる可能性があるということですね。まだ全数が確定しておりませんので、可能性があるけれども、こういうイベントが起こるかどうかが誰も事前には分からないで医療をやっているわけですから、そのときの比較的平均的なプラクティスの状態、臨床実践の状態をパーセントで表せば、大体そんな大きな変わりはないのではないかとこの考え方で、まだ確定していない分も入れて、全体像をなるべく近いところまで見ましようというのが、小林委員の今回のご提案というか、ご解説であったと私は理解致しましたが、いかがでしょうか。

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

案③で賛成なんですけど。どうして0歳と1歳になったのかと思って、少し古いのをめくってみたときに、記憶が定かではないんですけど、その中の文章に、確定次第分析対象に加えていく予定であるという文章が多分入っていたと思うんですよね。なので、僕は案③でよろしいのではないかと。確定したら加えるということが書いてあったと思いますので。

○木村委員長

最初に0歳と1歳にしたのは、多分、一番シビアな状態の児だけをまず見ましようということで、たしか小林委員のご指導で、こういった形になったのではないかなというふうな記憶が私もございますので。そのときにも、ある程度貯まってきたら、確定した分を足していましようというスタンスであったと思います。

こんな感じで一応よろしいですかね。案③ということで、よろしゅうございますでしょうか。

あと、いつからするんだということで、これはプラクティカルな問題なんですけど、一部数えないといけないものもあるんですね。機械的にソートするやつではなくて、全部数えないといけないものも入ってきました。来年の3月版では、おそらく今年の10月とか11月にはもう原稿をフィックスしないといけないので、ちょっと苦しいということで、切りもいいことですし、第10回までは今の形で行って、それで、11回からこのような形でさせて頂くということの、今回頭出しということではありますが、それでよろしいでしょうか。

どっちからでもいいようなものでありますが、プラクティカルに、事務的に苦しいということも踏まえますと、10回までは、こっちが出した原稿でいくと。ただ、第5章に関

しては、10回は抜きますけれども、これもホームページに移ってもらおうと、今までと同じ形になっているということで、お認め頂けますでしょうか。

よろしいでしょうか。では、そういう方向性で冊子をまた作っていきたいと思います。また資料の収集等、よろしくお願ひ致します。ありがとうございました。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

こういう議題なので、質問しておこうかなと思うんですけど。医療現場にこの報告書はどういうルールで配布されて。例えば、大きな病院も、スタッフの多いところも少ないところもありますし。それで、ここにおられる先生方とか、実際どこに置かれて、どんな感じになっているのかみたいなのを少し教えて頂けたらと思うんです。

○木村委員長

まず送付先については、事務局から。

○事務局

送付先と致しましては、加入分娩機関には全て送らせて頂いていて、病院と診療所と助産所で冊数を分けています。とは言いましても、病院にも3冊ですので、そんなに多くは送れておりません。

あとは、関係学会・団体のほうにも送らせて頂いていて、関係団体のほうには、毎回冊数をご相談させて頂いてお送りしているので、かなり多く送らせて頂いているところもございます。その先、どういった形で、どういう場でお配り頂いているかは、各団体にお任せしているという状況です。

○木村委員長

ホームページのアクセス数はどれぐらい。年間とか、月間とか、それは分かりませんか。

○事務局

データは取っているんですけども、申し訳ございません、今、手元にございませぬ。

○木村委員長

それがあれば、一般の方、あるいは、医療関係者でも、見ている方は分かりますね。

うちの大学なんかでは、産科の詰め所に置いているという感じなのですが、皆様方、いかがでしょうか。

置いていて、気がついて、見てもらっているというふうな感じのところが多いのではないかなと思いますし、むしろ個人の先生なんかは、わりにきちっとそれを使って勉強会を

したりしていらっしやる……。

○石渡委員長代理

ナースセンターに何冊か置いてあって、ときどきそういう症例にぶつかったときには、説明したりはしていますけれども。

○木村委員長

確かに、勝村委員ご懸念のように、大きい組織ほど分散してしまうところがどうしてもあるかもしれませんが、現場には置いているというところではないかなと思います。

井本委員、お願いします。

○井本委員

このたび、問い合わせもあって現場に確認しましたところ、大きな病院ですと、病院に報告書が送られてから、医療安全室や産科部長、看護部に置くそうです。看護部では、報告書を部署の看護管理者に渡し、先ほど来ご意見があったように、ナースセンターに置いて勉強会等のときに活用しているという報告を受けています。

○木村委員長

ありがとうございます。

何かありますか。大丈夫ですか。

○事務局

今、少しデータを持ってきてもらいました。

再発防止に関する報告書ですと、これ、手元にございますのは、第8回までのデータなんですけれども、1年間で■■■■件近いアクセス、これはPDFを開いた数になりますので、第1～8回の報告書を昨年度、2018年度1年間でクリックされた回数が、■■■■件とか、そのような形です。

昨年度は、アンケートやリーフレットをお送りしたりしている場面がございますので、そういう場面で、少しアクセス件数が上がったりしているので、アンケートやリーフレットに記載されたURLをご覧いただいて、アクセスして下さった方もいらっしやるという状況かと思います。

○木村委員長

分かりました。今回、また後で述べますけれども、リーフレットにQRコードを入れて、そういったところからもアクセスをできるように、ちょっと変えさせて頂いています。今の時代ですので、なるべくそういった形でも、特に若い皆さんが気楽にアクセスできるよ

うなスタイルは、引き続き工夫してまいりたいと思いますので。

そういった感じで、まあまあ使われているというふうにご理解頂いたらいいかなと思います。ありがとうございます。

あと、もう一つ、この体裁の変化と致しまして、議題3でございます集計表の見直しについてということで、これは資料10でございますが、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10をご覧ください。

前回の委員会におきまして、集計表の具体的な見直し案について説明させて頂きましたので、実際の掲載イメージ案を作成致しました。今回は、最も大きく変更となる産科合併症と、新たに追加となる新生児の身長、頭囲、胎盤重量の表について、また、脳性麻痺発症の主たる原因についての表をご提示しております。

まず、産科合併症について説明させて頂きます。資料とあわせまして、「第9回再発防止に関する報告書」113ページの表I-20をご覧ください。

今までの集計表に、表I-17から19の多胎、前置胎盤、低置胎盤、羊水過多、羊水過少を追加致しました。また、これらの他に、データベース上で集計しておりました産科合併症に該当すると考えられる疾患と、脳性麻痺発症の主たる原因に挙げられている疾患を追加致しました。

なお、前回説明させて頂きました通り、該当の疾患を増やしましたため、産科合併症あり・なしの数は変化しております。

ここに挙げた疾患につきましては、注記2)に、「産科合併症あり」の詳細は、妊娠・分娩管理上重要と考えられる主なもの、脳性麻痺発症の原因に関連しているものを提示していると記載しておりますが、これら以外に産科合併症として掲載する必要がある疾患はあるか、もしくは、これらの中で掲載不要な疾患はあるかにつき、ご審議頂きたいと思えます。

なお、今回提示致しました表以外につきましても、注記などの細かい部分の修正が必要なことから、本章の改訂時期につきましても、4章とあわせまして、第11回の報告書からにしたいと考えております。

続きましては、新たに追加となる新生児の身長、頭囲、胎盤重量の表をご提示しております。こちらにつきましては、グラムやセンチなどの区切りが適切であるかなどにつきまして、ご審議頂きたいと思えます。

なお、前回は説明させて頂きました通り、身長と胎盤重量につきましては、「第10回報告書」掲載事例以降のデータ集計となります。

最後に、「第9回報告書」126ページの表Ⅲ-1脳性麻痺発症の主たる原因について、でございます。

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ため、前回の委員会にはA B群・C D群を分けて掲載したものをご提示致しましたが、4分類で掲載してはいかがかとご意見を頂戴致しましたので、提示の資料の通り改訂致しました。

なお、こちらにつきましては、前回のテーマ分析からの流れで、第10回の報告書から掲載したいと考えております。

ご説明は以上です。ご審議のほど、お願い致します。

○木村委員長

ありがとうございました。

資料10であります。まず1枚目の産科合併症というところで、産科合併症は何ぞやということで、今までこれは表が2つぐらいに割れておまして、分娩時のトラブルと母体の様々な問題というところが割れていたのですが、そうしますと、一番大事なのは、私は、この一つ一つの分類もさることながら、合併症が何もないという方は非常に大事かなと思っておまして、その合併症がないという方が計算できないということがございました。それで、2つの表を1つにまとめさせて頂いて。ですから、上のほうに関しては重複がありますので、切迫早産から回旋異常までを足しますと、当然[]よりも増えるのですが、逆に、なしという[]は揺るがない数字になってきますので、そっちのほうを大事というか、きっちり出すために、このような形にしてはどうかというご提案でございます。

あるいは、もう少し他に合併症を入れたほうが良いということなんかございましたら、ご提案をお願いします。

松田委員、お願いします。

○松田委員

まず、この用語ですけれども、妊娠糖尿病ってありますけど、これは妊娠糖尿病（GDM）に限っていないと思うんです。そうすると、妊娠糖尿病／糖尿病合併妊娠というふうにかかれたらよろしいかと思えます。

あと、この順番は、上から下まで並べている順番の規則性が何かあるんですか。

○事務局

今のところは、特にはございません。今まであった「産科合併症あり」の表の下に、順番に足していったという感じなので、今のところでは、そこまでこだわっている順番ではないので、逆に、こうしたほうが良いというのがあれば、ご意見頂戴できればと思います。

○松田委員

もしするのであれば、妊娠中と分娩中というので大ざっぱに分けたら分かりやすいと思いますけれども。

それと、先ほど委員長が言われました産科合併症なしというのは、当然大事なんですけれども、確認ですけど、胎児発育不全（FGR）というのは、前から私、その重要性を指摘しているんですけど、この産科合併症の中に入れてしかるべきであって、それが産科合併症なしのほうに入っていないかということを確認したいんですけれども。

○木村委員長

そこはどうでしょうか。前の表の結合だから、これは入っていないですね。胎児発育不全は入っていないですね。

○事務局

FGRは集計していません。

○松田委員

それはぜひ入れてもらいたいと思いますけれども。

○木村委員長

それは……。

○事務局

例えば、それは、出生時のSDですとか、そういうところでしょうか。

○松田委員

ではなくて、経過で書いてあるんじゃないですか。胎児発育不全というのを検索すれば、出てくるんじゃないですか。それに注目していない事例はもちろんありますよ。だけど、注目している事例もあるんじゃないですか。

○木村委員長

全部の妊娠週数とSDを出すと、これは非常に厳しい話になるので、経過の中で胎児発育不全、あるいはFGR、あるいはIUGR等の同様の言葉が出ているものをソートして

頂いて、その件数を出すということは可能ですかね。そういう方向性でよろしいですか。

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

多分、第5回の妊娠高血圧症候群のときに、40何例かある中で、FGRが10何例ありますよという、そういう評価はあったと思うんですけど。

なので、全て含まれているかどうか分かりませんが、産まれたときに light for date、もしくは、妊娠中にFGRみたいな、そういう指摘があるものだけでもいいと思うので、多分拾えるのではないかと思います、いかがでしょうか。

○木村委員長

要は、出てびっくり、小さい子が出てきたというのは、これはしょうがないとして、そういうふうなことが病的であるというふうに認識された事例という形で、まず集計して頂いて。それだったら何とかなるかな。文章上の中で記載があるものという形にしてもらったらいいかなと思います。全部計算するのは、これは無理があると思いますので、そういう方向性で一回出してみたい。

○松田委員

産科合併症の中に掲載する必要性というのは、やはり必要ではないかと思うんです。日本の産科診療所ほど、超音波を毎回毎回やっているところはないわりに、十分な発育のことに対して評価されていないとか、伝えられていないところが多分にあるんですね。それはもうFGRが脳性麻痺の重要な原因であるというのは、昔から書いてあることですから、それが逆にこの中にないと、すごく違和感があると思います。

○木村委員長

じゃ、その出し方をちょっと。検索の仕方は一回考えて頂いて。

もうある定義で決めないと仕方がないので、定義に外れた出生体重からのFGRはちょっと置いて、とりあえずある定義で拾えるものとか、定義でやって頂いたらいいかなと思います。

金山委員、お願いします。

○金山委員

産科合併症なしの中に、例えば、内科の合併症とか外科疾患の合併症というのは入ってきてしまうのですか。

この産科合併症の中に、下から4段目か5段目の子宮筋腫、卵巣腫瘍というのは、これ、

婦人科合併症ですよ。そういう見方からいくと、内科疾患合併症とか、外科的な疾患合併症、例えば、SLEとか、どこに入ってくるのかというのが気になりますけど。

○事務局

特に書いてはいないのですが、この「産科合併症あり」のほうに、内科の疾患も入っております。

○木村委員長

具体的な一つ一つの疾患は入っていないけれども。だから、このリストの中のものが全部ではなくて、それ以外のものは、注2) にありますが、これは内科的・外科的合併症を含むという意味でよろしいんですか。

○事務局

この注1) にございます「産科合併症」は、原因分析報告書に診断名があるものを集計しているということになっておりますので。

○木村委員長

ということは、何らかの診断名があれば、ここにリストアップされていなくても入っているということよろしいですか。

○事務局

リストアップされているものはこれだよというのが、注2) に書いてあるものになります。

○木村委員長

いやいや、このリストアップされているもの以外の病気も入っているということよろしいんですか。

○事務局

はい。

○木村委員長

分かりました。じゃ、一応数は少ないSLEとか、心疾患とか、そういったものは入っていると考えていいわけですね。ありがとうございます。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

この表I-20は、第9回だと妊娠中のカテゴリーの中に入っていて、先ほどご意見もありましたけど、資料、妊娠中と分娩中と分かれていますけど。例えば、常位胎盤早

期剥離も、妊娠中は、常に医療機関にいるわけではないですから、妊婦が色々気をつけなければいけない一方で、分娩中に起こっている事例もあるので、僕は、この常位胎盤早期剥離は、妊娠中と分娩中と分けて再発防止を考えるべきだと思っていますし、真ん中あたりに微弱陣痛とか過強陣痛とか書いてありますけど、これは、先ほどもご意見ありましたけれども、妊娠中・分娩中という意味で、どういう整理をしたらいいのでしょうか。

○木村委員長

おそらく過強陣痛、微弱陣痛とも分娩中ですね。もう陣痛が始まっているわけですから。

常位胎盤早期剥離は、確かに勝村委員のおっしゃる、そのカテゴリーは非常に大事で、これはむしろ、この中で一回そのテーマにちゃんとしないといけないような事例かなと思います。これはむしろ単に数というよりは、深掘りをして、きっちりテーマとして、そのときの対応でありますとか。

要は、前も一回リーフレットを出していたと思いますが、妊婦さんご本人に対する啓発的な面と、それから医療機関に対する啓発的な面と、また別のものですので、ぜひ、一回これはちゃんとした形で。大変大切なことです。数がこれだけあるというボリューム感だけまず見て頂いて、その次は、やはりこういう深掘りを一回しておくべきことかなと思いますので。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

ありがとうございます。

今、この表 I - 20 は妊娠中のカテゴリーの中に入っているんですけど、そうすると、妊娠中・分娩中という資料が分かれているところを超えた場所に置くとか、または、できれば、今まで通り、そこの項目は増えるけれども、それぞれの中の、妊娠中の数字だけに、また妊娠中の項目だけにして、妊娠中の合併症というか、分娩が始まって以降ではないところに整理するのかという点はどうなのかなと思いますけど。

○木村委員長

これはいかがでしょうか。どうぞ、お願いします。

○事務局

失礼します。前回もちょっと申し上げたかと思うんですけど、第1回の報告書では、妊娠中のものと分娩中のものを分けて合併症を集計していたんですが、その後、はっきりと分けることが難しいのではないかということになって、1つに表がまとまったという経

緯がございまして、それが多分、妊娠中のところに表が残ったということだと思います。

今回の改訂で、表の掲載の順番ですとか、注記等を含めて、全体的に検討していきたいと思いますので、今の勝村委員のご意見も入れて検討したいと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

例えば、第9回の報告書で見ますと、今回の表が111ページと113ページに分かれているんですね。それで、どちらかというところ、大事なことは、こういったものがあまりないという人が一定数あるということも、それはそれで大事な情報だということで、そこで合体したらどうかということなので、どこに置くかということに関しては、また全体のバランスを見て検討させて頂きたいと思います。

FGRに関しては、ここは大事だと思いますので、ぜひお願いしたいということと、妊娠糖尿病と糖尿病合併妊娠は、両方多分混ざったカテゴリーだと思いますので、それはスラッシュで病名を足して頂きたいと思います。

竹田委員、お願いします。

○竹田委員

性感染症って、これは何まで入っているのですか。GBS陽性とか、外陰ヘルペスとか、色々あると思うのだけど。GBS陽性は、性感染症ではないけど、原因分析の原因のところにはあるけど、ヘルペス脳炎とか。GBS陽性というのも入れておいてもいいと思うのですが。

○木村委員長

どうぞ。

○事務局

性感染症にGBSは入っていません。クラミジアですとか、コンジローマですとか、ヘルペスなどです。

○竹田委員

どこまで入れたかというのが、これだとちょっと分からない。

○事務局

カンジダは入っていません。

○木村委員長

カンジダ入らず。難しいですね。なかなかそこは、色々な見方があるので、難しいとこ

ろだと思います。

○竹田委員

性感染症でも、全然関係なさそうな性感染症状いっぱいあるから、書くなら具体的に。

○木村委員長

逆に、梅毒とかは、そういうものにどうかという。でも、入っていますよね、多分。

○竹田委員

それよりも、GBSを入れたほうがいいような気がするけど。

○木村委員長

GBSは入りますか。

○事務局

ここには入っていません。

○木村委員長

ここには入っていないわけね。陰性であれだけ出ているので、またそこも難しいところなので、とりあえずは母体の側でということなので、性感染症で、5群でしたっけ、何か群がありますが、そこにある感染症というような形でいいかなと思いますが。

あと、次の1枚めくって頂きまして、裏面、胎盤重量、身長、頭囲に関しまして、刻みがこれぐらいの刻みでよろしいかという。大体こんな感じですかね。

松田委員、お願いします。

○松田委員

胎盤が、出生体重みたいに、2,500という明快な線引きはないんですよ。男女でも違うし、初産・経産でも違うから。大ざっぱな分は、これでとりあえず出しておいてよろしいかと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

他、いかがでしょうか。何か他に。

これも本当は週数別ということになるんでしょうが、そうなると、また細かくなり過ぎるので、一応まず全体をとということで出させて頂いて、その上で、また色々傾向が出てきたら、また次考えるというふうなことでよろしいでしょうか。

特に、田村委員、水野委員、新生児側のパラメータは、こんな感じでよろしいですか。

田村委員、お願いします。

○田村委員

私はいいと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

じゃ、こういった感じで一応まとめさせて頂きたいと思います。

またその次の表、ちょっと字が小さいですが、表Ⅲ-1で、原因が単一の病態とされているもの、複数の病態とされているものの次に、明らかではないというもので、大きく3つに分けて、その明らかでないものは、前回の報告書に沿って、推測される時期が妊娠期なのか、新生児期なのか、破壊性病変または産科的事象なしで原因不明である、あるいは、先天性の可能性があるというふうな、この4つのカテゴリー、前の報告書で使ったカテゴリーをそのまま書かせて頂くということで。

1つだけ、私から。これ、A群、B群、C群、D群と書いてある、これだけ書いてあると何のことか分からないので、第何回参照かなんかいうのをつけておいて頂くと。

○事務局

事務局より失礼致します。現在、資料としては、一応分かりやすいようにA B C Dを振ってありますが、報告書として出すときは、このA B C Dは取ろうと思っております。

○木村委員長

そのほうが。取るか、逆に、第何回参照とするか、どっちかにしないと何のことか分からないので。

こんな感じの取りまとめでいかがでしょうか。

ここもやはり、先ほど勝村委員おっしゃったように、常位胎盤早期剥離は出てまいりますので、これを見ても、■■■■、■■■■という結構な数になっております。ここはきちっと一度深掘りをするような十分な数になっていると思いますので、またこれは回を変えてでもさせて頂きたいなと思っております。

松田委員、お願いします。

○松田委員

やはりここでも胎児発育不全というのが入っていないのが、どうしても引かかるんですね。単一の病態ではないにしても、複数の病態の中の一つだと思いますので、胎児発育不全、今ずっと見ても、どこにも書いていないんですよ。

○木村委員長

ただ、こっちは、主たる原因、あるいは、主たる原因として複数の病態というところに胎児発育不全というのは書かれていますか。

○鈴木理事

ないと思います。背景因子としては書かれていることがあります。

○松田委員

だからこそ、この再発防止から出さないといけないと思うんですけど。

○木村委員長

例えば、それは前に書くのはいいいんだけど、ここには、やはり主たる原因と書かれているので、原因と書かれるとちょっと苦しいかなと思います。逆に、そこで背景因子を書き出しますと、この表がもう成り立たなくなって、ぐちゃぐちゃになってしまうので、ちょっと難しいんじゃないですかね。

○松田委員

ということは、原因分析委員会のほうで、もう胎児発育不全は全然書いていないという意味ですか。

○木村委員長

そう、そういう。

○藤森委員

よろしいですか。多分、胎児機能不全または胎盤機能低下の中に入っている可能性はあるのではないかと思います。これ、主たる原因なので、原因報告書の中に主たる原因としては挙げられていないということなので。

○松田委員

原因分析のほうでしばらくいたんですけど、後半のほうになってくると、胎児発育不全というのはちょこちょこ出てきたような記憶はあるんですけど、そうではなかったですかね。

○鈴木理事

脳性麻痺の原因が低酸素・酸血症である。低酸素・酸血症の原因は、臍帯因子であるなり、胎盤機能不全なりというのはありますが、脳性麻痺の主たる原因として、そういったものが書かれるという形式にはなっていないと思います。原因分析報告書においては。

○松田委員

それを今後は改善していくような方向で、こちらのほうから逆に、これに載せるとは別

の話で、胎児発育不全というのを少し意識してもらえませんかというのは、再発から原因のほうには言えるのではないのでしょうか。これに載せるとは別ですよ。

○木村委員長

それは、運営委員会とか、そういったところで一回意見交換をさせて頂けたらと思います。運営委員会のときに、私もそういう意見交換を。来週ちょうどありますので、意見交換させて頂きたいと思います。ありがとうございます。

他。小林委員、お願いします。

○小林委員

用語の問題なんですけれども、Ⅲ－１の表の下段に出てくる破壊性病変というのが、少し強いというか、きつい感じがするので、注にある頭部画像所見ぐらいでもし小児科的に問題なければ、そのくらいの表現のほうがいいような気がするんですが、いかがでしょうか。

○木村委員長

そういう表現で、田村委員、水野委員、よろしいでしょうか。破壊性病変、確かにあまり聞かない言い方なので、脳性麻痺発症に関与すると推定される画像所見または産科的事象なしという。

○田村委員

頭部画像所見で良いと思います。

○木村委員長

頭部画像所見ですね。頭部画像所見という感じでよろしいですかね。

じゃ、ここは頭部画像所見という形に言葉を変えておいて下さい。

○鈴木理事

若干心配なのは、頭部画像所見だけですと、先天異常でも異常が出てきますし、破壊性病変と言えば、もうPVLなり、HIEなりということになるので、あえてここは破壊性病変にしてあるんですが。

要は、低酸素あるいは虚血のような形で脳に異常が起こっているということはどうやって表すかということかとは思いますが、一応そのために破壊性病変という言葉ここでは使っているし、前回の報告書でも使っている、そういうことです。

○木村委員長

いかがでしょうか。その辺のターミノロジーは……。

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

第9回では、僕もこういう言葉は使っていなかったんじゃないかなと思ったんですけど、今見て見ると、脳性麻痺発症への関与が推測される事象が認められない事例というふうに書いてあります。

○上田専務理事

破壊性病変は、解説の中にその記載があります。

分類では、関与が推測される事象が認められない事例と記載されています。

○事務局

注1) のところにも少し記載していますね。

○上田専務理事

前回の報告書の20ページですね。

○木村委員長

注1) の20ページのC群は、脳性麻痺への関与が、それこそ実証が認められていない事例ということで、注1) というキャプションの中には、事象とは、児の頭部画像所見からの診断では破壊性病変何々といういくつかの病変が書いてあるということですね。

注釈が、ここは注8) があって、注8) は、破壊性病変とは、頭部画像所見の診断による何々等であるという、これは建付けが逆になっているんですね。だから、もしあれだったら、もとの、前の第9回の20ページの建付けに戻して頂いたら、この言葉が逆に注に出てくるような感じで。

○上田専務理事

そうですね。

○木村委員長

注釈にこの破壊性病変という言葉が出てくるほうが、マイルドというか。いけます、大丈夫?では、そういう形で記載を変更して頂きたいと思います。

ここの表も、数の数え直しになるので、できれば11回からということですかね。これは10回から?

○事務局

このⅢ-1の表につきましては、前回のテーマ分析からの流れで、10回からと考えています。

○木村委員長

なるほど、10回からと。9回のをそのまま取り入れている形で、もう10回からこれでさせて頂くと。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

一応教えて頂けたらという程度で、これの意見ということではないんですけど。主たる原因というものが、原因分析委員会のほうで、どういう整理になっているのか。例えば、主たる原因として書くとしたら、こういうリストがあつて、ここから選ぶとか、選ばない場合には、その他のところで何かを書くという形になっているのか。

例えば、臍帯脱出をして、その後子宮破裂をして、その後羊水塞栓になったとかの事例はあるんじゃないかと思うんですけど、そんな場合、一連のどこかで低酸素状態になっているとかいうことはあると思うんですけど、そんな場合、臍帯脱出なのか、子宮破裂なのか、羊水塞栓なのか、どれを主たる原因と見るのかというのは、原因分析の委員会ごとに異なるのか、何らかのルールというか、一番低酸素になった時期のイベントと思うものを書くことになっているのか、何かと何か重なった場合は、何かを優先して書くというふうになっているのか。大体どんな感じなのか、少し教えて頂けたらと思うんですけど。

○木村委員長

そこは、松田委員が一番早いかな。やっぺらっぺら側からすると。要は、イベントが2つ、大きなインサルトが2つ3つ重なったときに、どうしておられるのかというのはどうですかね。

○松田委員

今、勝村委員が例として挙げられたような事例があつたかどうかというのは、ちょっと分かりませんが、どれも皆大事な要因ですよ。そこは、調べれば分かりますか。今言った三大要因が重なっているというような事例は、なかったような記憶があるんですけどね。

○木村委員長

そういった非常に大きなインサルトがあつた場合には、多分、複数の要因ということになっているんでしょうね。このたてつけで言うと、複数の要因でも、それは一応ありなので。

お願いします。

○鈴木理事

それぞれの一つ一つの事例によって異なるので、事例ごとに審議をしていると思うんですけれども。

何を優先するとかというものは、あらかじめ決まっていることは特にありません。それぞれの事例で主たる原因は何かということを決めるんですが、複数の要因があった場合は、何が一番原因として考えられるかということ、部会の中で審議して決定していくと。

だから、並列の場合もありますし、並列の場合は、複数の病態ということになりますし、あるものが強くて、もう一つが弱ければ、増悪因子というような形で書くとか、それぞれの事例に応じて書き方が異なります。

○木村委員長

よろしいでしょうか。ある程度医学的妥当性は持っているとは思いますが。

○勝村委員

そうですね。陣痛が強くなり過ぎて子宮破裂している事例なんかは、臍帯脱出している事例もあると思いますし、そういう形で子宮破裂した後に、羊水塞栓みたいになっているような事例もあると思うんですよね。

この中にあるかどうかは僕も確認したわけではないんですけど。やっぱり気になるのは、一定、主たる原因という言葉の意味が、こういう定義で原因分析のほうで統一されているということであったほうがいいのかと思うのと、それは報告書を見たら大体分かると思うんですけど。

ちょっと別な話かもしれませんが、今回、A群、B群と書いて頂いたところには、複数の、まさに主ではない、主が何か分からないけど複数の要因が書いてある事例が多いと思うんです。疑いというのが。それはいくつか実際に報告書を見た上でなんですけど、そのあたりをどう見ているかということで、安易にこれが主というふうに分けてしまうことの意味があまりよく分からないという気が僕はするんですけど。

○木村委員長

おそらく臨牀的に一番強いインサルト、要は、障害が起こった事象は何かということも考えて頂かないとしょうがなく、弱いやつがいっぱいあって、どれもこんなものでは普通はこうならないと思うような事例のときには、もう原因が分からないというふうにしかならないようなところは多分あると思うんですよね。

なので、そのあたり、書き方をなかなか統一するのはまた難しいし、統一すると、逆に、

無理矢理カテゴリーに入れてしまうというリスクもあるので、これも、勝村委員おっしゃる懸念はよく分かるのですが、両方かちっと全部どこかのカテゴリーに落ちるように制度設計をすると、またちょっとリスクがあるかなと。本当の原因がむしろ分からなくなってしまいういか、正しい臨床像を認められなくなってしまいうこともちょっとあるかなという気も致します。

そのあたり、また色々検討もさせて頂きたいと思います。ありがとうございます。

あと、もういくつか話をしておかないといけないことがあるので。一応この方向性で、それぞれの改変をそれぞれの時期から、産科合併症等に関しては11回からということで、表Ⅲ-1の最後の審議内容のものは10回目からということで変えさせて頂きたいと思います。ありがとうございます。

あと、リーフレットにつきまして、資料11のご説明をお願い致します。

○事務局

リーフレット（案）についてご報告致します。資料11と12をご用意下さい。

前回の委員会で頂きましたご意見を反映して修正したものを、今月■日～■日の間に確認のご依頼を致しました。ご確認頂きまして、ありがとうございました。この期間に頂きましたご意見は、資料12にまとめてございます。

まず1番ですが、木村委員長より、2次元コードのリンク先を文章でも記載したほうがよいという趣旨のご意見を頂きましたので、資料11の右下の2次元コードが書かれているところの一番下の行、右の2次元コードから報告書の内容をご覧頂けますという一文を追記致しました。

続きまして、2番と3番が金山委員から頂きましたご意見です。

2番は、事例1の右下の妊産婦の所見の内容に読点が抜けている部分がありましたので、追記致しました。

3番は、事例の内容につきまして、破水の時期を記載するようにとのご意見でしたが、帝王切開が実施されるまでの間に破水したとの記載がなかったので、9回報告書の本文にもそのような記載がございませんでした。

今後の予定につきましては、前回も申し上げました通り、このリーフレットは9月の一斉発送に同梱する予定ですので、このご報告をもって校了として、今週中に印刷依頼をしたいと考えております。

ご報告は以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

このような形で今年はお知らせして頂くということの報告でございます。よろしいでしょうか。ありがとうございます。

それでは、その他につきましては、事務局のほうからご説明をお願い致します。

○事務局

簡単をお願いをさせていただきます。

1点目は、先ほどもご案内させていただきました出欠連絡票についてです。次回■月■日■曜日の■時～■時■での開催案内文書とあわせて机の上に置かせて頂いておりますので、出欠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。

2点目なんですが、ご使用頂いた青いファイルですが、こちらはセンシティブ情報を多く含んでおります資料のため、机の上に置いたままのご退席をお願いできればと存じます。以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

時間の無い中で、1点お願いしようと思っていたんですけど。

資料1の10番の番号で調べて頂いて、ありがとうございました。これもリーフレットでやっていたところ、母子同室で母体を30度以上上げてから接触し、うつぶせに寝させるとか、そういうふうに見えさせることのないように、母体を30度以上上げて赤ちゃんの顔が見えるような形でというリーフレットでやった件なんですけど。

これ、そのときと同じ感じで、私が見たいと思うのは、この調べて頂いたものに、これはこの数字で置いておいてもらって、さらに加えて欲しいのは、第6回の124ページだったら、ALTEだけではなくて、気道閉塞というところの数字がどうなっているのかということ、それから、140ページだったら、早期母子接触というキーワードだけではなくて、授乳・母子同室実施時の管理というものと、その2つがそのときのリーフレットの該当だったと思いますので、ともに減っているということ、委員会としてリーフレットで出した内容ですから、確認していけたらと思いますので。

この段階で減っているというように一気に結果に出ることはまだないのかもしれませんが

けど、繰り返しますと、ALTEプラス気道閉塞という形のカテゴリーになっていた2つ、それから、早期母子接触というキーワードの他に、授乳・母子同室実施時の管理ということで、リーフレットの効果を経年的に追っていく必要があるのではないかなと思っていますので、今すぐということではないですけども、そういう形で追いかけてもらって、リーフレットの成果を見ていく必要があるのではないかと思いますので、お願いできたらと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

それはまたキーワードで検索していただいて、件数を見て頂けますでしょうか。前のリーフレットの形で追えたらという形で、件数をまた教えて頂けたらと思います。よろしいでしょうか。

あとは、特にございませんでしょうか。

それでは、時間でございますので、活発な意見、色々ありがとうございました。また引き続き検討してまいりたいので、どうぞよろしくお願い致します。

どうもありがとうございました。

— 了 —