

第72回 産科医療補償制度 再発防止委員会

日時：2019年9月25日（水） 16時00分～18時25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、次に、資料1、「新生児管理について」（原稿案）、資料2、第10回再発防止に関する報告書「産科医療の質の向上への取組みへの動向」（原稿案）、資料3、第11回再発防止に関する報告書「第4章 産科医療の質の向上への取組みの動向」の「診療録等の記載について」に関する集計案について、青いファイル内に資料S-2、新生児管理について事例一覧がございます。続きまして、参考資料です。参考資料1、リーフレット「産科医療関係者の皆様へ 胎児心拍数陣痛図について」、参考資料2、母子同室実施の留意点、参考資料3、再発防止WG論文「生後5分以降に新生児蘇生を要する新生児急変を認め重度脳性麻痺に至った事例の検討」について、参考資料4、産科医療補償制度ニュース第7号、参考資料5、脳性麻痺児の看護・介護の実施把握に関する調査報告書。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。不足等はありませんでしょうか。

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

なお、金山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72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、どうもありがとうございます。本日は、「第10回再発防止に関する報告書」で取り上げるそれぞれのテーマ等について、具体的な議論を進めてまいりたいと思います。

本日もまた先生方の活発なご議論をよろしくお願い申し上げます。

それでは、まず議事に沿って進めたいと思うのですが、「テーマに沿った分析」についてということでございまして、まず「第10回の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につきまして、事務局から、資料に基づいてご説明をお願い致します。

○事務局

では、「新生児管理について」、ご説明致します。資料は、本体資料1ページ目と資料

1の原稿案をご用意下さい。

本体資料2、前回の委員会でのご意見をまとめてございます。こちらのご意見を踏まえて、資料1の原稿案を作成しております。

まず、正期産で生後1分のアプガースコア7点未満、出生から2時間以降に小児科入院となった事例について、ご説明致します。資料1の2ページから5ページが、こちらのテーマの分析結果と考察でございます。あわせて、本体資料1ページの第71回委員会の主なご意見をご覧下さい。

1)の1つ目の丸は、人工呼吸と血糖測定については概ね実施されており、新たな提言は難しいとのご意見。

2つ目の丸が、パルスオキシメータの装着について、確認が必要とのご意見でした。

こちらを踏まえまして、資料1の2ページ、(1)に新生児蘇生と蘇生後の対応について、表3-IV-1から3を作成しております。表3-IV-1は、新生児蘇生の実施状況で、パルスオキシメータが装着された事例については、こちらに掲載しております。

3ページの表3-IV-2が、出生時に自発呼吸なし、または心拍100拍/分未満の事例において、生後1分以内の人工呼吸の有無、表3-IV-3が、出生から新生児搬送までの間に実施された血糖測定の有無についての表でございます。

これらの結果から、本体資料のご意見にあります通り、新生児蘇生や蘇生後の血糖測定は概ね実施されていると致しました。

続きまして、本体資料の第71回委員会の主なご意見、1)の4つ目の丸をご覧下さい。臍帯動脈血ガス分析値と頭部画像所見をクロスすることで、分娩時の低酸素のみが低酸素性虚血性脳症の原因ではないことが分かるのではないかとのご意見がございました。

資料1の4ページをご覧下さい。表3-IV-4が、生後1分のアプガースコア0～3点と4～6点の事例において、臍帯血ガス分析pHが7.1未満と7.1以上に分けて、出生から新生児搬送までの時間と搬送の理由、頭部画像所見、CTGについてクロスしたものでございます。

これらの結果から、CTGで胎児心拍数の制御機能が障害された際に生じる胎児心拍数波形を認めた事例には、新生児仮死を認めても臍帯血ガス分析pHが7.1以上の事例もあるため、新生児蘇生や搬送の準備を行うことがすすめられると致しました。

本体資料3つ目の丸に戻って頂きまして、胎児心拍数異常について、レベル分類などで具体的にどのような異常があったのか示す必要があるとのご意見がございましたので、資

料1の5ページに、表3-IV-5として、胎児心拍数異常についてまとめております。また、青いファイル内の資料S-2で、胎児心拍数異常については、事例ごとご確認頂けます。

次に、脳性麻痺の主たる原因がGBS感染症の事例について、ご説明致します。資料1の6ページが、こちらのテーマの分析結果と考察でございます。本体資料、第71回委員会の主なご意見2)をあわせてご覧下さい。

1つ目の丸、抗菌薬投与の有無と早発型と遅発型についてクロス集計を行って、スクリーニングが陰性の事例でもGBS感染症を発症していることについて提言しては、とのご意見です。

資料1の6ページ、表3-IV-6をご覧下さい。早発型GBS感染症と遅発型GBS感染症について、分娩転帰別にスクリーニングの有無とその結果、抗菌薬投与の有無についての表でございます。

こちらの結果から、スクリーニングが陰性でもGBS感染症は発症しているとしていきます。

続きまして、本体資料の2)、2つ目の丸、遅発型GBS感染症はほとんどの事例がスクリーニングは陰性であるため、退院後、児に異常を認めた際には、受診を促すよう保健指導を行う必要があるのではとのご意見でした。

同じく、資料1の6ページ、表3-IV-7をご覧下さい。こちらは、脳性麻痺発症の原因が児の感染症である事例のうち、退院後に異常が認められた事例において、受診のきっかけとなった症状についてまとめた表でございます。

こちらの結果から、表に掲載されているような症状が認められた場合には受診するよう保健指導を行い、また、このような症状を主訴に受診された場合には精査をすすめると致しました。

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。

今回、全く違う2つのテーマを扱っているということでございます。すなわち、1つ目が、正期産で生後1分のアプガーが7点未満でありましたが、比較的立ち上がりがよかったのでしょうか。出生から小児科入院になるまでの時間は2時間以上かかっていたという事例であります。こちらが1つ目。

2つ目は、アプガースコアとかそういったことは全部忘れて頂いて、脳性麻痺の主たる原因がGBS感染症の事例であったものという。

ですから、今回、主たるテーマが実際3つになったみたいなものなのですが、一応2つのテーマ、1つ目のテーマ、新生児の管理というタイトルで、これで進めていきたいと思っています。

まず、1つ目の正期産で生後1分のアプガーが7点未満、出生から2時間以降に小児科入院になった事例についてということで、ここについて何かご意見頂けますでしょうか。

いかがでしょう。まず表3-IV-1ですね。2ページ目になりますが、この表に対する説明が、3の1)の(1)新生児蘇生と蘇生後の対応についての、おそらく前半部分の段落に相当しておりまして、新生児蘇生に関しては、■■■■%は何らかの蘇生措置を行っているということ。パルスオキシメータについては、■■■■%がつけていると。それから、心電図モニターまでは少ないですけども、酸素投与等はしっかりされていて、おそらく表3-IV-2、3ページの一番上ではありますが、この一番上も蘇生に関する問題でありますけれども、1分以内に人工呼吸は■■割以上がなされているということで、ファーストエイドとしては比較的必要なことはやっているという印象かと思いますが、いかがでございましょうか。

では、岡本委員、お願い致します。どうぞ。

○岡本委員

この中に、私たち助産師が経過を見ていることが多いかなと思うのですが、例えば、基線細変動の減少・消失というのが上に書いてあるのですが、ページは「新生児管理について」の4ページでございしますが、この上にこのように書いてあるのですが、こういう場合に、例えば、波形パターンに異常があるなというふうに予測した場合は、おおよそ医師であるとか、新生児科、小児科に連絡をして、こういう事例があるんだけどということを一応まず連絡を入れたり、それから、蘇生をした赤ちゃんを2時間様子を見たりするというのが、クリニックであるとか、施設であるとか、そういうところはどうかかな。もっと予測できることがあれば、早目に連絡をし、搬送するというふうなことが必要ではないかなということは、この事例を見て、そういうふうに思ったのですが、いかがでしょうか。

○木村委員長

ありがとうございます。

今のポイントなのですが、これで見ていると、実際にNICUへ入った方は、2時間以降というくりなのですが、例えば、同じ表3-IV-4、4ページの上から4つ目のコラム、出生から新生児搬送依頼までの時間という項目がございます。1分のアプガースコア、血液ガス分析、項目の次のところですね。これで見ますと、1時間未満でこれは送らないといけないなと思った事例というのは、最初の1分のアプガースコアが低い事例、0～3点のものでいきますと、これは全体の■■■■以上、特にpHが7.1未満の低いところになります。全体の■■■■以上が、1時間以内には、まずアクションはしないといけないだろうなというふうには一応思っているわけなのですね。何らかのアクションは必要だと言って、依頼をかけているという実情はございます。

ただ、実際に入るまでなぜ2時間以上かかったのかということで、色々調べて頂いたのですが、その調べた中に、新生児の先生が搬送依頼によって現着をされて、現着をされて蘇生を開始している時間というのは、実は、搬送依頼から収容までの時間に入っているんです。それで、ちょっとバイアスがかかってしまうので、その時間も一応取ったことは取ったのですが。

要は、搬送依頼から収容までの時間というのは取ったことは取ったのですが、それが何らかの理由で、応援する先生方が現着をされなかった場合と、既に現着をして、そこで何らかのことを色々されてから収容先まで戻られたのと、両方がごっちゃになってしまって、一定の結論を出すのが、バイアスがかかるというか、現場の先生がご努力なさっていることを評価できないということに少し気がつきまして、それで、その数字は出しにくいなということになってしまったわけでございます。

したがいまして、もちろん、見切りを早くしましよなという意味では、1分のアプガースコアが3点とかいう点数だと、やっぱり運ばれたらどうですかという提言はできることはできるのですが、実は、かなり早くにそういう方々は運ぶ方向に決断はしておられるということは見てとれます。何らかの応援は求めておられるという事情。

ですから、そういうメッセージはもちろん入ったらいとおもいますし、4ページの上から2行目ぐらいですか、胎児心拍数陣痛図において基線細変動の減少・消失云々の場合は考慮し、新生児蘇生や新生児搬送の準備を行うことがすすめられるというふうな文言で一応表現はしているところではありますが、この書きぶりでいかがでしょうか。もう少し書いてもいいかなという感じでしょうか。どうでしょう。

水野委員、お願いします。

○水野委員

先ほど委員長もおっしゃったように、実際には、これ、蘇生、NICU入院が必要だという場合も、私もあるクリニックにときどき行っているのですが、実際に救急要請してから、保育器を積まなければいけないというので、来るまで1時間近くかかることもあるんですよね。ですから、そういうのは全部除いて計算は入れているのでしょうか。

救急要請してから、実際に入院するまでというのは、当然、救急隊、救急車が来るまでの時間と、それからまた、そこで色々積むまで時間があるって、積んでから後も、また出るまでに時間がかかります。私もよく救急車に乗って搬送へ行くのですが、実際NICUへ入るまでには、1時間ぐらいは平均してかかるように思っているんですけども。そうすると、もう必要があるという判断が1時間ぐらいになると、もうどうやってもNICUへ入院するのはすぐ2時間以上超えてしまいますので、そのあたり、救急隊にこれ以上要求するのは難しいかもしれませんから、やっぱり早く判断をするということは必要かなと思います。

あとは、現場の産科の先生、もちろん、色々な産科の先生がいらっしゃると思うのですが、やっぱりなかなか送りたくない先生が多い。送りたくないと言うと失礼なのですが。例えば、血糖に関しても、19、21という、まだ飲ませて飲ませてというので頑張っている先生とかもいらっしゃるって、ある程度基準を決めてあげたほうがいいのかなと思います。アプガースコアは、先生おっしゃったように、3点未満であったら、すぐに搬送するようにする。結果としてよければ、また戻ってきてもらえばいいわけですから。そういうこと、搬送する敷居はできるだけ低く、決めてあげたほうが搬送できると思います。

どうしても産科の先生は、お母さんと赤ちゃんを離すのを避けたいと思われるのだと思いますけれども、やっぱりこういう基準を超えたらもう搬送して、よかったらすぐ戻ってきてもらうというような方向でいったほうが、良いのかなと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

石渡委員長代理、そのあたりどうでしょう。具体的な基準というか、じゃ、アプガースコア3点で産まれたら絶対送れというのがいいのかどうかというところあたりは、診療所のお立場としていかがでしょうか。

○石渡委員長代理

その医療機関の置かれている状況にもよると思います。例えば、 の場合には、NI

CUの先生がもう来てくれるわけです。NICU車で。それで、病院の中である程度対応して、それで搬送してくれているという状況もあるので。そうでないところもたくさんあるわけなのですが。

ですから、ここでは、新生児搬送依頼までの時間というふうにまとめてあるので、実際に搬送された時間が書いてあるわけではないのですが、こういうまとめ方で。

ただ、医療機関によって、なるべく自分の病院で長く診ていこうというところは、最近では少なくなってきているので、後でちょっとお話ししますけれども、昔と今とは随分変わってきたのではないかなと思って。一次医療機関も、手放すのがすごく早くなりました。

○木村委員長

もしもメッセージがあるとすれば、どこかでオーバートリアージ、すなわち、行ってみたら結局元気でよかったねということはオーケーであるというようなメッセージがどこかに入って、オーバートリアージでも構わないから相談をしましょうという文言は少し入ってもいいのかもしれないね。

その地域によって、こんな状態で頼んでいいのかなというような意識をなるべく払拭して頂くような文言は、ちょっとあってもいいのかもしれないね。

○石渡委員長代理

私もそれに賛成なので。オーバートリアージ、私は、それでもう一次医療機関でいいのではないかと思いますけれども。

○木村委員長

現実として、まとめてくれたデータを出さなくても僕はいいと思うのですが。それはちょっとミスリードしますので。しかし、現実には搬送依頼からNICU収容までは1時間以上かかる事例も結構ありと言うと漠然としているのかもしれないけど、それなりにあるので、早目の判断と、オーバートリアージに関しての許容を各地域で話し合い頂きたいというふうな、そういう感じでまとめたらよろしいですかね。

荻田委員、お願いします。

○荻田委員

もう一つ、4ページの文章のところ、表の最後のパラグラフなのですが、新生児仮死で出生した場合には高次機関での管理が必要となる云々と書いてあるんですけど。まさしくその通りなのですが、例えば、この表3-IV-4の一番右のカラムを見てみますと、1時間以上2時間未満、2時間以上かかったもので■■■■例。それでも■■■■~■■■■%ぐらいの

ポーションになっていて、いわゆる1度新生児仮死というのを仮死と覚知していない可能性もあるので、細かいことなのですが、新生児仮死の後にアプガースコア7点未満というのを、ここでもう一回入れておいたほうがいいのかという気がします。

もう一つは、搬送の理由で、呼吸障害というのが■例あるのですが、これもおそらくpHが7.1以上で、様子を見れるかなと思っていたところ、おそらく呼吸障害が出てきて搬送に至ったという事例なので、このあたりを重みづけするためには、出生後の管理を行う必要があるというところには、やっぱり1度仮死も仮死であるというふうに覚知するというような意味で、くどいようですが、新生児仮死の定義をもう一度ここに入れたほうが良いような気がします。

以上です。

○木村委員長

ありがとうございました。

この文章で、アプガースコア7点未満は、それなりに新生児仮死は新生児仮死ですよということはきちっと言って頂いて。

実は、表3-IV-5で、胎児心拍数異常というパターンがずらずらと並んでいるわけなのですが、この胎児心拍数異常ありというのは、■分の■、何か異常があったんだけど、明らかな異常でもないけど何となくおかしいというふうな話が多いんですね。波形分類に当てはまらないとか、基線細変動の減少・消失とか、そういったようなことになっているわけなのですが。

このうち、陣痛なしの事例が■例ぐらいあります。だから、■割強、■分の■ぐらいは、陣痛が来る前に、そういう心拍異常がもう既にあるということなので、おそらくこういった人は、多分、もっと早く出しても何も予後は変わらないというわけなのですが。

ただ、おそらくご家族とかお産された方に見れば、後から見ると、なぜこうなったのかというふうな、結果をご覧になると、そういうお気持ちになるのもよく分かりますので、そういったオーバートリアージでも構わないから、その時点としては、やるだけのことはなるべくやっておくというのは、やはり後のご理解を頂くという意味でも大事なポイントなのかなというふうな気が致します。

この中で浮き彫りになってくるのは、どうしようもないことって結構世の中にあるのだなというのが実感ですね。その数字を出すかどうかはご判断頂きたいわけではありますが。調べてもらいますと、そういったことでありましたので、やっぱりそういった陣痛開始前

にもう何かのイベントが多分あるのだらうと推測される事例は結構あるなというのが実感でございました。

じゃ、隈本委員、お願い致します。

○隈本委員

このアップガースコア7点以下で2時間以降になったという問題提起を先生方がされた理由というのは、アップガースコア7点以下だったら、もっと早く入れてもいいのにな、なぜ2時間以上になったんだらうなということを調べたいというのが多分動機だと思うんですが。

その中から、これは結果的に脳性麻痺になった事例ばかりなので、もしかしたら、脳性麻痺の数を1例でも減らすためには、何か教訓をくみ取ってここに書き込みたいわけですよ。この分析をするというのは、こうするというような基準を決めるなり、こうするというような気づきは何かというふうにお調べになったと思うのですが、それでよろしいんですかね。それほどでもない？

○木村委員長

必ずしもそうではないと思います。何とかこういうことを調べれば調べるほど、一定数はもうどうしようもないなということがよく分かるものが出てきていると。ですから、例えば、このアップガースコア4～6点の人たちが早く運ばれたらどうなったのかというのは、実は分からないのです。だから、分からないということが前提で、ただ、周囲の方から見たら何でこうなったのかとお思いになるのも、これまた当然なので。

○隈本委員

そういう説明責任というか、そんな感じ。

○木村委員長

そういう意味では、オーバートリアージをしてでも一旦専門家の方に診て頂いて、それで、よければ帰ってくる、悪くなっていくのであれば、そこで見続けるというスタンスでいいのではないかということが、これが医学的提言かと言われるとちょっと苦しいところはあるのですが、社会的にはそのほうが理解を得られるのかなという、今回はもうそれしか言えないかなと、ちょっとそういう気がしております。

○隈本委員

分かりました。そういうことであれば、つまり、説明責任というか、なぜそうなったのかということについて、標準的な治療は行ってもこういうことにはなりませんよということ

を説明するという意味では、このデータも確かに重要だと思うのですが。

一方で、3ページの表3-IV-2のように、1分以内に人工呼吸開始なしが■例、不明を入れると■例が、なぜ人工呼吸を開始できなかったのかというのは、それを、例えば、医学的な評価でどうされているかとか、それには何か深い理由があつてなのか、そういうところも……。

これ、どうしても現場で頑張っている先生たちに対して批判的になるかもしれないけど、もし1例でも減らすという観点から言うと、なぜこういうことになったかというのを、もう少し、例えば、医学的な評価でどう評価されているかとか、そういうことと関連づけて概観してみるとというのはどうなのかと思うのですが、いかがでしょうか。

○木村委員長

これは、事務局、いかがでしょうか。この1分以内に人工呼吸なし、あるいは、不明といったものに対して、原因分析報告書の中で医学的な評価が何かされていましたでしょうか。

○事務局

確認してみないと分からないので、お預かりします。

○木村委員長

でも、その観点はあつたほうがいいでしょうね。確かにね。この中で、■%はしていたわけですが、残りの■%はどうだったのかということに対して、当然、刺激だけで泣き出したのか、もう人工呼吸をちゃんとしないといけないというふうに周りは評価していたのかというところに関して。

新生児のところの評価も、ある程度統一された基準で書かれているのですね。蘇生のところに関しては、ですので、それはぜひ調べてもらって。

○隈本委員

よろしくお願いします。そういう意味では、アルゴリズムを習得するというのが、もうガイドラインのAかBだと思ったので。だから、そういう意味では、それが適切にされているかどうかの評価されたかというところを、概観として、全体として評価して頂くのがいいかと思います。

○木村委員長

そうですね。

それから、血糖に関しては、水野委員、いかがでしょう。血糖が■%ぐらい測られているということに関して、例えば、40mg/dL以下で、低血糖の事例で、ブドウ糖投与

は案外されていないのだけれど、こんな児が飲めるかという、こういうアプガースコアが悪かった児が、そんなにすぐ飲めるのかというふうな観点からして、そのあたりで何か提言ができますでしょうか。

○水野委員

これ、40mg/dLで切ったのは、何か理由はあるのですか。

○木村委員長

何かありますか。ちょっと高め、高めですよ。

○水野委員

一般的には、25mg/dLで切っているものが多いです。ですので、40mg/dL以下、例えば、生後2時間で38mg/dLとか、それを全部搬送すると、かなりこれは大変なことになってしまうと思います。

40mg/dL以下は、生後2時間では、25mg/dL未満であった場合には、すぐに哺乳をさせて1時間後にまた測って、続けて25mg/dL以下であればブドウ糖静注というのが、一応これは一般的な新生児の教科書に書いてあるものですので、40mg/dLというのはちょっときついなという気はしたのですが。

○木村委員長

どうでしょう。25mg/dLにできますか？

○事務局

できます。生後2時間以降というのも必要ですか。

○水野委員

そうですね。これはもっと後になってきたら、もちろん、24時間以降であれば40mg/dLでいいと思うのですが、これがどのタイミングで測られたものかというので変わってくると思います。

特に、高インスリン性の低血糖症は、生後早期の時間から低血糖を示しますので、その段階で低かったのかどうかということに、重要なのはそちらのほうかなと思います。

○木村委員長

これ、多分、最初の計測値ですよ。

○事務局

そうです。

○木村委員長

記載上、最初の計測値なので、時間は結構ばらばらですけども、少なくとも24時間とかではなくて、2時間とか、NICUに収容された後か先かは分からないけれども。ほとんど先ですかね。NICUに入る前ですね。

○事務局

NICU入院前です。

○木村委員長

NICU入院前ですね。

○水野委員

基本的に、生後1分のアプガースコア7点未満というお子さんで測った血糖ですよ、これ。

○事務局

はい。

○水野委員

とすると、やっぱり生後2時間以内には測っているべきだとは思っています。

あと、1点、違うことなのですが。表3-IV-4ですけども、アプガースコア4~6点のお子さんで、申しわけありません、私、今回からなので、ちょっと的外れなことをお聞きしているかもしれませんが。例えば、5分のアプガースコアが9点になっている児はどうなのでしょう。アプガースコア6~9点ぐらいの児というのは、ときどき元気にいく児がいるので、アプガースコア7点未満だから全部搬送というとなかなか難しい。5分のアプガースコアも、あまり改善がない場合には、それはよくないと思うんですけども。この中で2時間以降に搬送された児で、5分のアプガースコアは9点だったとかという児もやっぱり入るのですか。

○木村委員長

その辺どうでしょうか。アプガースコアが順調に立ち上がったけれども、やっぱり結果は悪かったという。それは数え……。

○事務局

青いファイルに入っている資料Sに、事例ごと縦にご覧いただくことになってしまうのですが、アプガースコア1分、5分、10分とあります。

○木村委員長

これで見ると、やっぱりアプガースコア6~9点なんていうのもありますね。

○事務局

はい、あります。

○木村委員長

6～9点、6～8点、5～9点。

だから、私も、1分値が1度仮死だったら全部搬送というのは言い過ぎだと思うのですが。それは言い過ぎだと思うのですが、確かにこういう事例もあるんですね。

○水野委員

難しいですね、ちょっと。

あと、もう1点だけよろしいでしょうか。これをこんなところで言ったら、また怒られるかもしれないですけど。アップガースコアのつけ方というのは非常にばらつきがあって、もうほとんど見ないで、生後2分ぐらいで9点、10点とかということもよくあるかと思うのですが。

このあたりも、もう少し厳密にやっていかないと、こういう評価をアップガースコアで、例えば、7点未満になったらこうしましょうとかいうときに、ばらつきがあると何を言っているのか分からなくなってしまうかと思imasるので、アップガースコアは正しくつけるようにしていかないと、判断基準がずれてしまうかなと思imas。

○木村委員長

それはもうおっしゃる通りで、これはもう現場でしっかりやっていくしかない。アップガースコアの表を載せるのも今さらかなあ。それもちょっと。

お願いします、勝村委員。

○勝村委員

ちょっと素人の質問ですけど。だから、アップガースコア6～9点とかの児が重度脳性麻痺になっているというのは、どういうふうに理解するのですか。

○木村委員長

多分、もともとあったのでしょ。多分、もう産まれる前から。だから、脳性麻痺の児、泣きますし、運動能力関係ないですから、と思imasけど。

神経学的な解釈としては、もうでき上がった脳性麻痺であれば、元気に産まれてきて、何の問題もなく産まれてきて、それで、発達の過程でおかしいということが分かってくる事例というのはいっぱいありますので、そういう部類じゃないかなと思imasけど。

○勝村委員

分かりました。

アップガーの話なのですが、やはりおかしいなと思う事例は、僕らも何度も見ていて。あくまでもアップガースコアは本当の検査値ではなしに、人が判断しているので、これを全部信じていいのかなというのはちょっと思うので。そういう声があるのであれば、いい格好する必要は別にないので、改めてアップガースコアはこうやってみて下さいということも書いておくと、医師だけではなくて、スタッフの皆さんにもこの報告書を見てもらったら、このアップガースコアの点数でいいのかということを見てもらえるし。

先ほどの隈本委員の意見とかもよく似ているのですが、これからレイアウトとか、きちんとしていくのですが、これ、分かる人には分かるような内容になっていて、一般の人が読んで分かりやすい文章にはやっぱりなっていないなと思うんですよね。だから、何が目的でこれを対象にしているのかとか、ちょっと分かりにくいので。やはりアップガースコアが低い児というのはこういうことが考えられるのに、なぜ2時間以上になってしまったのかという、逆説的な言い方ではなくて、直接的にもうちょっとタイトルとか目的とかを書いてもらったほうが、読む人はずっと頭に入りやすいのかなと思うのと、そんなときに、このアップガースコアの1分の点数が低い、7未満であるときに、1時間、2時間置いているということは、やはり同じように、医学的評価でどういう評価をされているのかと。

僕たちの役割は、やはり原因分析の報告書の中で、医学的評価の比較的低く評価されているものにこういう傾向がある、こういうものが多い、なので、きちんと改めて啓発して行って、ちゃんとやって下さいというのが非常に素直な再発防止だと思うので、こういう点が浮かび上がってきていますとか、こういう点がちょっと気になりますという展開にしたら分かりやすいなと思うのですが。

アップガースコアの点数を根拠にしてかなりやっているのですが、それにも疑義があるなら、改めてアップガースコアとかも書いていってもらったほうが。

もっと言えば、僕は、この再発防止報告書は、母親側が見てもある程度分かるような内容にしてもいいのではないかなと思っているぐらいなので、一部の分かる人には分かるというような内容ではなしに、誰でも読んだら分かるような方向に近づけて欲しいなとは思っています。

○木村委員長

今のご意見に対しては、いかがでしょうか。最初にこの項立てをしたというところ自体が、アンケートをもとにということなので、そのことを少し明記して、こういう声があっ

たので、こういうことを調べたというふうな形にきちっとしたほうが、勝村委員おっしゃるように、分かりやすいということでございますし。アップガースコア、改めてきちっとつけましようとして書いておいても、全然構わないと思います。どこかにスペースがあれば、入れて頂いても、改めてきちっとしましようというのは、言っても全然問題ないと思いますし。

今さらではあります、ずっと臍帯血ガス分析のpHとベースエクセスとアップガースコアを見ていると、そんなにむちゃくちゃずれてはいないなという気は。ここで見てみると、そんなに大外れをしているやつはなくて、むしろ比較的アップガースコアが悪いのに臍帯血ガス分析値がいいと、要は、臍帯動脈血の酸素化とかが結構されているのにアップガースコアはよろしくないという見方はある程度いるのかなという印象は、この中からちょっと持ったわけではありますが。

しかし、確かに、アップガースコア、主観的と言え、非常に主観的ですので、改めてこういった解析の際に非常に重要な資料であるので、きちっとつけましようということで、それがどこかに載るということでもいいのではないかなと思います。それは、またレイアウトも考えてみて下さい。

それから、先ほどの血糖の問題と……。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

アップガースコアは、僕、自分の職場で最近続けて2人の同僚が1人目の子供を出産されたのですが、どちらも、「アップガースコアって何？」と、出産が終わった後も言っている。お産に関しては色々勉強されていたのですが、「アップガースコア何点だった？」と聞いたら、「何ですか、それ」という感じになっているので、もうちょっと色々な意味で、僕は、一般のこういう制度ができて、みんな加入してもらっているわけですから、色々なリテラシーが上がって行って、患者側との情報共有というのはどんどんされていくことも、質の向上とか、または納得感にもつながっていくと思うので、ぜひ、そういうのも意識してもらえたらいいのかなと思います。

今、木村委員長にまとめて頂いた件なのですが、アンケートをもとに今回こういうテーマを選びましたというような趣旨のことは、「はじめに」のところに書いてあるんですけど、その次、いきなり分析対象で1行書いてあるのですが、なぜこれが分析対象なのかというのは、やっぱり分かりにくい。何を目的として、これを分析対象にしているのか。

アンケートの結果、こういうカテゴリーでいこうということなのですが、そのカテゴリーの中で、なぜアプガースコア7点未満・2時間以降を選んだのかということが、もっと素直に。アプガースコア7点未満ということで心配な児なのに、入院が遅れていると書くと、因果関係が云々とすぐいくかもしれませんが、僕はもっと素直に、せつかく原因分析委員会の委員は、医学的評価を因果関係とは無関係にそれぞれある程度の形でしてくれているので、そういうものを根拠にして、そういうものが多くないんだったら、それはそれでよくないのですが。

そういう趣旨で書いてもらうと、その後の表もどういふふうに見ていけばいいのかとか、意外と、思っていた通り、狙いとか違う結果も出てきて、それはそれなりに、それぞれ委員の皆さんのなるほどと思える分析とかがさらに出てきて、色々深まっていくという形で、読みやすいかなと思うので、そういうふうにお願ひできたらなと思いますけど。

○木村委員長

ありがとうございます。

医学的評価で、NICUに入るまでの新生児管理に関する評価が、この■■■■例でどうであったかとかいうのは分かりますか？

○事務局

これから確認することになりますが、一応報告書を読めば分かります。

○木村委員長

報告書を見て、要は、管理全体に対する医学的評価がなされていたものがあるかどうかと、それから、先ほどちょっと話題になりました、生後1分以内の人工呼吸開始という記載がないというものに対する医学的評価があると、最初のイニシャルエイドに関する評価がどうであるかという全体像は浮かび上がってくると思いますので、そういったことを少し入れていけるかどうか、一回報告書を見て頂けますでしょうか。■■■■なので、ちょっと大変かもしれませんが。

あと、時間の関係で、もう一つのGBS感染症のほうを。

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

よろしいですか。2つありまして、1つは、表3-IV-4のこの表現なのですが。対象数が■■■■あって、1分後のアプガースコアとそれぞれのpHの事例数は、やっぱり書いて頂きたいと思います。

○木村委員長

全体数ですね。

○藤森委員

全体数ですね。分布という意味で。

○木村委員長

だから、アップガースコア0～3点が何人で、4～6点が何人でと。

○藤森委員

ええ。そのうちの臍帯血ガス分析pH7.1未満が何人で、7.1以上が何人というのは必要だと思います。

○木村委員長

はい。

○藤森委員

それから、新生児搬送までの時間と書いてあるのですが、もちろん、これを足すと全体の数にならないのは、自分の病院に新生児科がある、つまり、高次医療施設で産んでいる人たちがいるということですよ。そういうことですよ。

○木村委員長

これはどうですか。

○事務局

それもあるのですが、臍帯血ガスを取っていないとか、結果が不明のものがあるので、そこが抜けているのが大きいです。

○藤森委員

であれば、やっぱり臍帯血ガスpH不明というのも、本当はここにあるということですよ。

○事務局

はい、あります。

○藤森委員

ですから、この表からは、そういうのも分からないですよ。

なので、例えば、元気な児だったら、産まれたら産科で新生児を診るのが、自分のところに新生児科があるから、例えば、隣のNICUの先生を呼んできて蘇生してもらった、そのままNICUに行ったというのは、これは新生児搬送には入らないということですか。

入らないのですね。それはやっぱりちょっと違うのではないかなと思います。

○木村委員長

だから、小児科から新生児科付きの病院で扱っている事例と、診療所での取り扱いの事例とかが、ここで実は違います。病院と診療所と分けて集めてはもらったのですが、それもそんなに決定的な差がありません。色々な時間とかに関して。なので、分けると、余計分からなくなる。

○藤森委員

時間の差はないのですか。

○木村委員長

はい。

○藤森委員

つまり、自分のところに新生児科があっても、すぐ診てもらわなくて2時間以上経っている人たちも何人かはいるということなのですか。

○木村委員長

そうですね。搬送というか、依頼をすると、NICUに入るまでの時間というのはあんまり変わりません。

○藤森委員

であれば、あまり分ける意味がないということであれば、それは1つかもしれません。でも、それもこの表からは読み取れないですね。

○木村委員長

どうでしょうね。この表を一回見て頂いて、回しますので。私だけ持っていてもしょうがないので、見てみて頂いて、こっちのほうがいいのかどうか、私も判断に苦しむところがありましたので。

○藤森委員

それから、あと、この比率のパーセンテージの表現なのですが、これ、例えば、新生児搬送までの時間全体で100%になっているのですよね。これもちょっと分かりづらいので、目的が1分のアプガースコアで分けて、かつ、臍帯血pHでも分けるのであれば、それぞれで100%として表さないと、どれぐらいの比率なのかというのは分かりづらいと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

一回、何をもって100%にするかというのを。縦の1つの枠の中で100%にするほうが、多分分かりやすいということですよ。

○藤森委員

はい、そう思います。

○木村委員長

出生から新生児搬送依頼の前までの時間の■例から不明の■例まで合わせて、これが分母の100にして。

○藤森委員

そうですね。これ、母数が■になっていると思うのですが、ちょっと分かりづらいと思います。

それから、もう1点、先ほど木村委員長もおっしゃったのですが、4ページの文章のところで、胎児心拍数陣痛図において基線細変動の減少・消失、または波形分類にあてはまらない波形パターンを認めた場合は、可能性を考慮して、新生児搬送の準備を行うことがすすめられるというのは、僕は言い過ぎだと思います。

もちろん、オーバートリアージという、先ほども話ありましたけれど、モニタリングは偽陽性というか、こういう状態であっても、正常に産まれている児というのは、ここに出てきている事例のもう何倍もいるわけですから、これを書いてしまうと、モニタリングで何かしら異常が出たときに、産科出血でもそうなのですが、準備をしなかったというだけで、結果が悪くなったときに、訴訟を含めて、この文章があることによって、何かしら出てくる可能性はあるので、やっぱり僕は言い過ぎだと思います。

もちろん、準備することは重要ですけど、蘇生の準備はいいと思いますけど、搬送の準備までするかどうかというのは、ちょっとどうかなという気がします。

○木村委員長

ここはどうでしょうか。搬送という言葉は入れずに、新生児の重点的な観察をするべきであるかなんか、そういう感じですかね。

○藤森委員

そうですね。実際、モニタリングが悪くて、アプガースコアもよくて、臍帯血pHもよかったという児は、この事例のもう何十倍どころか、何百倍もあると思うので、蘇生の準備をするのはもちろんことだと思いますけど、搬送の準備までしてしまうのは、ちょっと

言い過ぎのような気がします。

○木村委員長

そのあたり、先ほどのオーバートリアージの問題と非常に難しいところなのですが。確かに、メディコリーガルなことも考える必要は確かにあるので、ここは新生児の慎重な観察が必要であるぐらいにしておけば、それで注意をして下さいということがイメージとして出ればいいかなと思います。

鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

実は今、私もそここのところをお伺いしようと思っていました。実は、それに関連して、3点ほどあって、この「行くことが勧められる」とか、「必要がある」とか、このあたりの文言というのは、この提言ではすごく大事になってくるので、先ほど来の議論より、私も、ここを「勧められる」で大丈夫かと。これ、提言のところにも書かれていらっしやるので、そここのところをもう一度きちっと確認をするべきではないかと、実は考えながら伺っていました。

「必要」なのか、「勧められる」なのか、そもそも、その「勧められる」そのものが少し言い過ぎなのかというお話もありましたけど。加えて、4ページの文章、6行の最後の3行、「また、このような事例では、正常であっても、こうこうこうなので、必要がある」、これは提言からは落ちていきますよね。この後の提言からは。その後ろのページにある提言のところが。

○木村委員長

7ページですね。7ページの、はい。

○鮎澤委員

「勧められる」のほうは書いてあるのですが、こちらのほうが落ちているのは、当たり前と言えども当たり前かもしれないからなのか。ただ、ここ、認めないこともあって、正常時であっても考えなさい。ただ、逆に、ここは「必要である」で大丈夫なのですか。

というあたりは、提言とつながるところなので、どこまで書くか、その語尾の使い方、もう一度ご検討頂く必要があるのではないかと考えていました。

○木村委員長

ありがとうございます。

確かに、そのあたりの、これは水野委員とか田村委員にアドバイスを頂きながら、やは

リエビデンスにないことまで要求するというのも、それも行き過ぎだろうと思いますので、そのあたり、新生児の専門の先生のご意見ももう少し伺うことでさせて頂きたいと思えます。

お願いします、藤森委員。

○藤森委員

今、表を配って頂いて、やはりこのように病院、診療所、■■■、■■■というように、表3-IV-4も書いて頂いて、比率の表示も、こちらのほうが分かりやすいと思えます。

1つ確認ですけど、この病院というのは、新生児蘇生ができる小児科の先生がいる病院という理解でよろしいですか。そこは重要ですよ。

○事務局

そうじゃないものが入っています。

○藤森委員

そうじゃないものもある。つまり、そうすると、病院からNICUのほうに転送されているのもあるということですよ。

○事務局

はい。

○藤森委員

そうすると、そこは多分、診療所という言い方はいいかどうか分かりませんが、書き方だと思えますけど、NICUがある病院か、それ以外か。

○木村委員長

多分、その分類はできないでしょうね。小児科の診療能力に関する評価というか、世の中には、小児科の先生でも、「私は新生児を診ない」と宣言される先生はたくさんいらっしゃるんで、そういう先生の小児科であるという組織かどうかというのは、これ、実は、このもので多分評価されていないのではないかと思います。だから、そこはもうブラックボックスです。はっきり言って。

よろしいでしょうか。金山委員、お願いします。

○金山委員

戻って恐縮ですが、2ページのところで、血糖値は40mg/dL以下であった事例が■■■件とか書いてありますが、パルスオキシメータは、値としてはカルテにあると思うのですが、パルスオキシメータ、装着すればいいというものではなくて、その値が低ければ、

色々積極的に管理しなければいけないと思います。そのパルスオキシメータの値というのはデータとして得られるのでしょうか。

○木村委員長

それはいかがでしょう。

○事務局

つけた直後の値は、一応集計はしているのですけれども。

○金山委員

出生時は大体40～50mg/dL ぐらいだと思うのですが、だんだん上がってきますよね。最終的には70mg/dL とか。その上がりが悪い方がやっぱり予後が悪いとかいうことの解析も、ある意味では大事ではないかなと思うのですが。

○木村委員長

経時的なデータはないですね。

○事務局

はい。どのようにすればいいかを教えて頂ければ。

○木村委員長

おそらくカルテ上でポツポツと記載されているだけなので、経時的なデータとしては、なかなかちゃんとはないだろうと思います。

今頂いたようなコメントをもとに、もう少しここを練り直させて頂いて、あと、GBS感染症のほうもちょっと。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

数字の質問ですけど、今、新たに配ってもらった資料の病院の左上の合計が■になるのは、もう一つ、■は何なんですか。

○事務局

すみません、もう一度ご質問をお願いしていいですか。

○勝村委員

今、新たに配ってもらった資料の病院の一番上の出生から新生児搬送依頼までの時間の合計が■だと思うのですが、残りの■がもし何か分かっているならば。

それと、もう一つは、先ほど藤森委員からあったのですが、表3-IV-4では、時間が不明のものが合計■とありますが、同様に、pHの不明も■あるということですかね。

この■とは違うけれども、たまたま同じ■件あるという理解でいいですか。

○木村委員長

多分、これ、表の2で、pHを測っていない、pHのところ为空欄である事例が、時間が不明とは限らないのですよね。

○事務局

はい、そうです。

○木村委員長

時間が書いてあるものもあれば、書いてないものも、もちろんあります。両方ありますが、それは重なっているわけではないと思います。

○勝村委員

重なっているわけではない。やっぱりクロス集計しているので、時間のほうが不明はあるけど、pHのほうにも不明が■件あるのに、書いていないというのは、ちょっと分かりにくいかなと。

その不明がどちらも■割近くあるという事実——色々不明だと、どうしても関心がなくなっていくのかと思うのですが、事実として不明というのが存在しているということは出しておいて、そこで、どうしていきべきなのかという議論にしてもらったらいいと思うので、やっぱり不明も確かに書いて欲しいなと思いました。

○木村委員長

不明のところの数は出せますかね。それは出せますね。ありがとうございます。

あと、もう一つ、GBS感染症の話もしておかないといけないので、こちらのほうはいかがでしょうか。

松田委員、お願いします。

○松田委員

先生、すみません。7ページのところで、GBSの前のところの(1)なんですけれども、「正期産云々であって、臍帯血ガス分析pH7.1以上の事例があり、これらの事例では」とありますけれども、「これらの事例では」の次に、低酸素症からくるものではなく」という文言を入れたほうが、理解ができると思います。pHはいいのだけれども、こういった制御機能が障害された際に生じるというのが、その前に、「低酸素症からきたものではなく」というのを入れたほうが分かりやすいのではないかなと思って、その場合には、この「制御機能が障害された際に生じる胎児心拍数波形」という参考文献はやはり要

ると思います。これはもうフリーマンのテキストでもちゃんと書いてあるから、そういったことはちゃんと言われているよということ。

これ、問題は、pHがいいのにも拘わらず、心拍波形がおかしいということですよ。それは低酸素症によるものではないという、それ以外ということを入れたほうが、誤解が少ないのではないかと思います。

○木村委員長

そうですね。じゃ、そこは文言と、参考文献に関しては、一回確認して頂いて、それで記載をしていくようにしましょうか。確かに、この文章、ちょっと分かりにくいところがある。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

もう一回、すみません。同じところなのですが、ここにはpH 7.1以上と、基線細変動の減少とかというのが一つの文章になっているのですが、5ページの表3-IV-5は、pHがなく、基線細変動の変化しかなくて、最後にこの提言をするのであれば、その根拠が、そのままその根拠となるような表があったほうが良いと思うので。例えば、これをpHとのクロスにするとか、クロスにしなくても、それだけを選ぶのか、分からないですけど、文章と実際のデータが分かりやすく一致していないという感じがするので、その辺も。

○木村委員長

おそらく、勝村委員のご指摘のところは、前のページの4ページの一番下のところにあるのですが、この項目立てが分かりにくくて、基線細変動減少または波形分類にあてはまらない波形パターン、これ全部を指しているのですが、これがpH 7.1以上で、アプガースコア0～3点であれ、4～6点であれ、それなりにいるというところで示しているので、その細かいパターンをここで再掲しちゃっているんで、そこはもうまとめないと仕方がないということで、まとめられたのだと思うのですが、そういう解釈でよろしいでしょうか。はい。

あと、GBS感染症のほうはいかがでしょう。なかなかこれも厳しいので。

松田委員、お願いします。

○松田委員

表3-IV-6の解釈なのですが、まず早発型GBS ■■■例の中で、これは全部スクリー

ニングがあったのが■例、スクリーニングなしからは起こっていなかったということですね。それで、陽性が■例で、陰性が■例。

この陰性の■例というのは、適切な採取方法ではなかったという可能性もあるわけですね。そうなってくると、ガイドラインにも、必ず膣及び肛門のほうから採取するというのが書いてありますので、陰性だったということは、やった施設は、もうこれはGBSがないと思って管理した、でもGBSだったということだから、これ、すごく大事な数だと思います。

そうなりますと、この表3-IV-6を受けますと、その次の7ページの提言のほうですけれども、2番目で、「GBS感染症により脳性麻痺を発症した事例の中には、スクリーニングが陰性の事例があった」ということで、ここで終わるのではなくて、その採取方法も再検討する必要があるとか、そういった文言を入れたほうが提言につながるのではないかと思います。

一方、遅発型のほうは、これは非常に興味深くて、分娩様式に関わらず起こっていると。それで、遅発型のGBSは、産道感染というよりも、水平感染とか、母乳感染とか、まだよく分かっていないことが多いとは思いますが。これ、経膣分娩■例の中で、陽性だった■例から、抗菌剤投与があったのが■例、すなわち、■例は抗菌剤投与をしなかったということですね。

この■例というのは、抗菌薬投与しても起こったということも、これも非常に大事なところでありまして、陰性のほうの■例は、これは先ほどと同じ議論で、完全に分娩時の予防ができていなかった可能性があるというふうに私は解釈しました。

よって、提言のところ、陰性の事例があったと止めるよりも、その後に、「その採取方法をもう一度検討したい」とか、そういったことを入れると、より提言としてよくなるのではないかと思います。

○木村委員長

いかがでしょうか。

採取方法に関しましては、これは、どうでしょう、例えば、ここにアスタリスク等をつけて、カラムでGBSの採取方法についてと、再確認という形で掲載するというふうな掲載の仕方もあると思います。逆に、ここでどのように取ったかという記載までは分からないわけですね。推察なので。

○松田委員

採取方法も掲載して欲しいというぐらいの感じでないと、どっちを取っても陰性だった可能性もありますし、実際に臨床しておりますと、前回の子供さんのときには陰性だったと、今回したら陽性だった。そうすると、妊婦さんに説明すると、「なぜ？」というふうな質問が当然来て、「それは多分、昔は今ほど徹底していなくて、膣の中をさっとしちゃった可能性がありますよね」と言うしか説明できないですよ。前回マイナスで、今回陽性だったというときには。

だから、そういったことも、情報提供としては、採取場所はやはりしっかり、それもガイドラインにちゃんと記載されているわけですから、何も新しい提言をしているのではなくて、これをもう一遍注意しましょうというぐらいの感じの文言を入れたほうがよろしいかと思います。

○木村委員長

では、ここの提言の後に何かコラムみたいなのを作って、取り方というので、ガイドラインの記載をもう一回再掲するというふうな感じで、注意喚起をするということでもいいでしょうかね。

GBS自体は、同じ人で同じ取り方をしているも、マイナスになったり、プラスになったり結構しますので、なかなかそこは一般の方には分かりにくいのですが、常在菌と言いながら、消えたり出たりするというのは、ある程度あるだろうとは思いますが。

隈本委員、お願いします。

○隈本委員

そういう改訂をされることについては賛成なのですが、この話ぐらいになると、それを対象にしたワーキンググループなり研究をしたほうがいいのではないですかね。

というか、この早発型は産道で、遅発型はそれ以降の母児感染ないしは院内感染というのも、本当にそうだろうと考えられているとしても、本当にそうかどうかよく分からない部分もあると思います。菌には菌株による特性なんかもあるかもしれないし。まさに、こういうのは、これの専門の先生にこの■■■■例を見て頂いて、何かの提言がないか調べて頂くのに意味のあるふさわしいというか、■■■■人の児に関するデータって、そういう意味では、実際脳性麻痺になってしまった事例というのを■■■■例詳細に分析できるチャンスなのではないかと思うのですが、どうでしょうかね。

○木村委員長

竹田委員、お願いします。

○竹田委員

自院でも、同じ人が培養とPCR検査を行うと、■%ぐらい感度が異なります。要するに、培養は感度が悪いのです。だから、検査法を今後開発するなどしないと、今のガイドラインだと、陰性がかなり出るのは仕方がないと思います。

○隈本委員

よろしいですか。もちろん、検査法にはそれなりの感度、特異度があり、さらに、手技の問題もあるとは思いますが、やっぱりガイドライン通りにしっかりちゃんとやって、陰性の■例が早発型になっているとかいうのは、逆に、若い産婦人科の先生からすると脅威なのではないか。

要するに、非常にまれな事例なのだけれども、ガイドライン通りしっかりやったのに、お子さんが脳性麻痺になるというのを経験したら結構ショックで、何を信じればいいのかということにならないかというのが私の思いなのですが。

○松田委員

いや、ガイドライン通りに取ったかどうか分からないと思います。だから、もう一遍注意喚起をしたほうがいいのではないかとというのが私の意見です。

○隈本委員

それが、その先生の手技が悪くて取れなかったのか、あるいは、検査法自体に限界があるというのが■%ないしは■%だったとしても、■例もあっていいのかとかいうことですね。そういう意味では、これ、まさに専門家に検討して頂く材料になりませんかというのが私の提案です。

○木村委員長

ありがとうございます。いかがでしょうか。

金山委員、お願いします。

○金山委員

やはり肛門の細菌叢と膣内の細菌叢は全く違うんだという検討、そういう研究は必要かもしれませんね。

ですから、例えば、肛門にGBSがいるけれども、膣内にはいないとかいうのを若い先生方に周知するのもいいかもしれませんね。

○木村委員長

水野委員、お願いします。

○水野委員

結構、後天性のGBSは海外でも論文が出ているのですが、大体母乳感染なのですが、これ、母乳の培養って取られていないですよ。

だから、もしやるのであれば、やっぱり母乳なのだろうとは思いますが。

○木村委員長

おそらく隈本委員がおっしゃられたことは非常に重要なポイントなのですが、これは、やっぱりプロスペクティブに、検体がないと、感染源が何かということを検討していく術がないわけですね。状況証拠としても、これは非常に弱い。もう文章だけなので。

やるとしたら、むしろこういう研究が望まれるというか、提言をするというふうなスタンスじゃないと、過去を振り返って何か分かるかという、検体がないと感染源は難しいですし、それから、検査の感度というのは、細菌学的に言いますと、細菌って数がないと病原性はないので、非常に感度が高くなって、とことん鋭敏にしたら、そうしたら、1個の菌でも病気が起こるかという、多分、起こらないけど、1個の菌はPCRでかかるというふうな、そういう問題もあるので、やっぱり細菌学は結構難しい。これ、すごく奥の深い問題なので、ぜひ、そういう研究のテーマにして下さいというような。

これ、小児科学会とか周産期・新生児医学会で何か行われていますでしょうか。

○水野委員

いえ、行われていないと思います。ただ、先ほどお話ししましたように、母乳で同じ菌株が出てくることは、海外では報告されているのですが。それを言い出すと、結局、こういう症状があつて初めて後天性のGBSと分かって、母乳だったということが振り返って分かるわけで、もしそれを言い出すと、もう母乳の人は全部母乳培養をやつて、GBSが……。でも、GBSが出ていても症状は感染しない児もいますので、そうすると、もう単純にお母様方を惑わせてしまって、もう母乳なんかみんなやめてしまえということになってしまうのではないかと思うので、これ、持っていく方はすごく難しいと思います。もし研究をするとなった場合には。

○木村委員長

そうですね。ですから、やるとしても、かなりデザインをちゃんとした、サイエンティフィックなデザインにしてやっておかないと、先ほど申しましたように、1個の菌では病気は多分起こらないので、それなりの濃度が要るとか、色々なことが多分出てくるので、なかなかそこは……。そういうことに関する検討が望まれるぐらいは言ってもいいですか

ね。確かに、ここはですね。

だから、私は、これは、GBSに関してはスクリーニングだと思っています。スクリーニングは絶対に病気を100%なくすことが目的ではなく、それが目的では診断ですから、それはスクリーニングとは呼ばないわけで、スクリーニングはあくまでスクリーニングで、病気を減らすだけで、ゼロにするということは全然スクリーニングの目的でもないし、ゴールでもないということも、医学的にはそう考えています。そうなら検査もしたのにと
いう印象とちょっと違うところだと思いますが、がんでも何でもそうですけど、スクリーニングという限りは、100%はないというのが原則で。

金山委員、お願いします。

○金山委員

委員長と松田委員のお話、全く同感なのですが。イラストで示したらいいのではないですかね。正しい採取の仕方というのを。

○木村委員長

こうかいて、ぐるぐるぐると取ってきて下さいというのは。そうすると、標準的になる
と思います。それを誰か専門の先生から、教科書的なところをちょっと取ってきて頂いた
らいいかなと思います。

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

もう大体僕がお話ししたいことはお話しされて。やっぱりスクリーニングをきちんとす
るということがまず第一歩だと思うので、隈本委員おっしゃることもよく分かりますし、
僕も非常に興味があるところで、GBSは、再発防止を含めて、予防できるものの大きな
ところだと思っています。

その中で、スクリーニングの時期ですね。いつしているかというのも重要で、表3-IV
-6の中で、スクリーニングの時期がきちんとされているのかというのも、1つ。201
4年では33~37週だったと思うのですが、それが2017年では35~37週で、一
応5週間以内というようなことが決まっていたと思うのですが、それに則っていない培養
が行われていないかとかですね。

やっぱり今回はこういう事例を出して、スクリーニングをきちんとやりましょう。週数
と採取の仕方ということがまず第一歩だと思うので、採取法もそうですけど、時期も重要
だと思うので、時期については、分かる範囲でいいので。

○木村委員長

これは、時期は分かりますか。

○事務局

前回の委員会の資料で、参考として提出したGBSの事例の一覧があるのですが、そこに一応最終スクリーニングの時期と、そのスクリーニングから分娩までの週数を書いております。

○木村委員長

ほとんどは5週間以内？

○事務局

そうでもないです。

○木村委員長

そうでもない。だから、これはまだ古い事例も混ざっていますので、GBSを取るということ自体が、妊娠初期に取ったらそれでいいみたいな、妊娠初期に取って陽性だったら、そのときに抗生物質出したらそれでいいみたいな理解があった時代も多分含まれていると思いますので、そういったことも、先ほどのコラムの中にきちっと、今こうですということをもう一回ちゃんと表示をするというふうなことでいいですかね。時期的なもの。

○藤森委員

時期と期間というか、最終採取から分娩までの期間が外れているものだけでもどれぐらいあるのかというのは、出したらやっぱりまずいですか。

○木村委員長

それは出せます？

○事務局

はい。

○木村委員長

そうしたら、その数は何例中何例か、適切でない時期に取られていたというふうな記載は。

水野委員、お願いします。

○水野委員

早発型は、やっぱりスクリーニングは大事であるということで決まったと思うのですが。遅発型に関しては、スクリーニングでは防げないということは、もう出ていますので。

その下に、表3-IV-7で、受診のきっかけとなった症状、つまり、こういった症状があったら早く受診をするようにということを持っていくしかないかと思うのですが。実際、哺乳不良ですとか、活気不良に気づいて、どれくらいして受診したかというデータはありますでしょうか。

つまり、これが2日ぐらい経ってからではやっぱり遅いので、こういう症状が出たらすぐに病院に行くようにということが言えると思うのですが、この症状が出て、すぐに皆さんが病院に行っているとしたら、それを気づいて行くのは大事なのですが、気づいた時点では遅いということになるのかもしれないので、どれくらいして病院に行かれたかというのが分かると、参考になるかと思いました。

○木村委員長

それは分かりますか。

○事務局

診療録にもし書いてあれば。昨日からおかしいみたいな記述はあったりはしますけれども、全部が全部そうではないですね。

○水野委員

大体は診療録には書いてあると思うのですが。それで、昨日からであれば、やっぱりその時点で、特にこういう新生児期であれば、ぜひ受診を指定するようにということが出せると思います。もうそういうのに気がいたら早目に行くという。

○木村委員長

どれぐらいのところ、この記載があるから、一回見て頂けたらと思います。

松田委員、お願いします。

○松田委員

今の遅発型のほうに話題を持っていくのですが、今の表3-IV-7ですけれども、これは対象が■なので、早発型も含まれているわけですね。

○事務局

含まれていないです。すみません、分かりづらくて。これは脳性麻痺発症の原因が、児の感染症である事例のうちなので、これはGBSだけではなくて、一度退院してから何かおかしいと言って受診した結果、何らかの感染症だったという人たちですね。

○松田委員

そうか。でも、このつながりで考えると、これ、遅発型GBSの■に限定してもよろ

しいのではないですか。そうすると、より遅発型のほう……。

○木村委員長

今回は、そのほうがいいかもしれませんね。全部感染症と入れると、他のヘルペス脳炎とか、そんなのもきっと入っているわけですね。だから、それは話がややこしくなるので、スタート■■■■でいけますかね。じゃ、スタート■■■■にしてみてください。

色々なご意見が出たので、これをもとに……。

石渡委員長代理、お願いします。

○石渡委員長代理

今、GBSが脳性麻痺の原因となる感染症の中のかなりの部分を占めているので、しかも、防げる脳性麻痺ですから、非常に重要なところだと思います。今、色々先生方から出たご意見等々は、この「質の向上に向けて」というところに書いて、特にガイドラインももう一回ここに書いてもいいのではないかなと思います。注意喚起をする意味において。

確かに、今、腔だけ取っているところも結構あると思います。ガイドラインに載ってはいてもね。だから、そういうところでまとめるということしかないのではないのでしょうかね。

○木村委員長

ですから、改めて提言ということで、先ほど出ました、非常に初歩的ではありますが、アプガースコアの問題と、それから、GBSの採取のやり方と時期というふうなことを、もう一回基本に振り返って、カラムか何かで注意喚起をするというふうなたてつけにさせて頂きたいと思います。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

今、ガイドラインを見ているのですが、遅発性の場合のガイドラインというのはあるのですか。

○木村委員長

ないでしょうね。遅発性の、少なくとも予防はないですね。予防もできないと思います。

○勝村委員

やはりガイドラインに基づいて原因分析を書いてもらっているし、どういう状況なのかということが分かりやすいようなデータをもとに、だから、例で、素直な展開でガイドラインを改めて周知してもらおうとか、遅発のように、ガイドラインがないけれども、どうす

るのかというようなことなんかも、やはりまたそれはそれで議論して書いてもらうというか。

○木村委員長

そこは、書きぶりに関しては要注意でありまして、もしも母乳がほとんどの原因であるという論文を引用して書いた場合に、おそらく母乳保育をしておられるお母さん方はパニックになると思います。それを、この間、6年か7年ぐらいですか、このGBSの集積をしたのは、おそらく700万～800万分娩の中の■■■■例に対して、そういうメッセージを出していいのかという問題はあると思います。

○勝村委員

前回出してもらっていたということなのですが、やっぱりデータを見て、この事例から何が言えるという形を、できるだけ原則をとるべきだと思うので、お願いします。

○木村委員長

ですが、まず、やはり早発型に対する、一般的なGBSスクリーニングの基本にもう一回立ち返った議論というか、ちゃんとやりましょうという提言は非常に重要なと思います。また、そのあたりでたてつけをさせて頂きたいと思います。

まだもう一つ議論しないといけないことがありまして、もう一つは、産科医療の質の向上への取組みの動向ということで、「第10回再発防止に関する報告書」について、「産科医療の質の向上への取組みの動向」というところがございます。いつものずっと経時的に見ているところですね。そこのところの記載につきましては、事務局のほうから説明をお願い致します。

○事務局

ご説明させて頂きます。皆さん、お手元の資料2をご覧下さい。

今回、第10回の再発防止報告書に掲載する第4章、産科医療の質の向上への取組みの動向の原稿案について、イメージして頂きやすいように、一通り原稿の形でご提示させて頂きました。

なお、この原稿案の集計表の値につきましては、現在、最終の確認中でございます。

一番初めに、Iとして、「はじめに」として、本章の趣旨が記載してございますが、簡単に申し上げますと、これまでテーマに沿った分析にて取り上げた5つのテーマについて、その動向を出生年別に把握するといったような内容を記載してございます。

続きまして、横に行って頂きまして、IIとして、分析対象がでございます。第9回報告書

では、2013年までとなっておりましたが、第10回では、2014年の専用診断書作成時年齢が0歳および1歳であった事例を追加した分析対象事例■■■■件が、今回の分析対象となっております。

めくって頂きまして、3ページ目の分析対象事例にみられた背景がございますが、こちらは背景表が後段のほうに載せておりますというご案内です。

IV、産科医療の質の向上への取組みの動向というところがございまして、こちらが本章のメインの部分となっております。5つのテーマについて、それぞれ、第9回と同様に、2014年のものを集計した表をお付けしております。今回、本委員会では、3)の分析対象における集計結果の部分の、下線を引いてございますコメント部分が第9回より記載することになりましたので、こちらについて、主にコメント部分の内容をご審議頂ければと思っております。

下線部のコメントにつきましては、4ページが胎児心拍数聴取についてのコメントです。

続きまして、10ページにございます、新生児蘇生についてのコメント、また、13ページにございます、診療録等の記載についてのコメント、16ページにございます、吸引分娩についてのコメントは、前回の第9回報告書と同様の記載ぶりとなっております。

また、8ページの子宮収縮薬についての説明と同意のコメントについては、前回、9回報告書と同様でございますが、7ページの子宮収縮薬についての用法・用量、心拍数聴取の集計につきましては、前回の9回報告書では、コメント部分、増加しているといった趣旨のコメントでございましたが、集計結果より、今回は書きぶりを変更しております。

初めの下線部の用法・用量のコメントは、診療録の記載についてのコメントを参考に、2つ目の下線部の胎児心拍数聴取方法のコメントについては、新生児蘇生についてのコメントを参考に、原案を記載致しております。

また、同ページの「なお、PGE₂を使用した事例」というパラグラフがございますが、こちらについては、委員長よりご意見がございまして、今回、付記した案を作成させて頂きました。

最後に、それぞれのテーマの集計結果の後に記載がございます4)、それぞれの状況に関する現況につきましては、現在の原稿案では第9回報告書のままととなっておりますが、今後、昨年度と同様に、現状について、各団体・学会の委員の皆様にお伺いさせて頂きたいと考えておりますので、ご多忙中恐れ入りますが、ご協力のほど、よろしくお願い致します。

資料のご説明は、以上です。下線部についてのコメントについて、主に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

よろしいでしょうか。今の説明がございましたが、ご意見等、いかがでしょう。

数値は、まだ確定版ではないのであれですけど、書きぶりですね。

松田委員、お願いします。

○松田委員

全体のページ数のことを考えてみて、第4章をこれ以上ボリュームアップすることは難しいのでしょうか。

と言いますのは、5つのテーマでずっと書かれていまして、じゃ、この再発防止委員会は何をしたかというところを見てもみますと、提言をしたということで書いてあるので、それは、この第10回の本の中の第4章で完結させるためであれば、提言のポイントをそれぞれ加えるというのは難しい作業なのではないでしょうか。

○木村委員長

いかがでしょうか。

1つの考え方として、せっかくWeb版になっているので、過去の提言の載っているページが必ずWebのどこかにあるのですよね。ですから、そのWebサイト、http何とかかんとかというところを載せておくと。

第何回提言、括弧して、どここのサイトということが現実的かな。見開きいっぱいになりますので、それを全部載せちゃうとかなりなボリュームになってくるという気はちょっとするのですが。

もしあれでしたら、今までの振り返りということで、どういう提言をしてきたかということが全体に分かるとすれば、そのようなサイトを載せておくというのは、簡単ではないけど、それはできますかね。事務局、いかがでしょう。

○事務局

こちらにそのURLを掲載するというのは可能です。

○木村委員長

URLのサイトを載せて、第何回の提言、こんな提言をしました、第何回提言という言葉が出たときに、そこをちゃんと引いて戻れるようにすると。

○事務局

Webの第何回のテーマに沿った分析のページに飛ぶというようなたてつけにすることは可能でございます。

○木村委員長

そういうたてつけにして頂けると。全部載せるのは結構ボリュームが大きくなり過ぎてというところはちょっとございます。

○松田委員

もちろん、その方向が望ましいのですが、やはりどうしても年輩の先生方は、紙、文字をずっと読むのに慣れていて、なかなかポンとするのが、簡単だけど面倒くさいというのが、どうしてもそこが抜けられない。そうすると、特に診療所の先生方もご年輩の方が多いと思いますので、その立場で考えてみると、あつたほうが親切かなと思って、提案させてもらった次第です。

○木村委員長

ありがとうございます。全体のボリュームを見て、少し考えさせて頂いて。今、再発防止委員会の報告書が毎年毎年どんどん分厚くなってきていて、そろそろボリュームダウンしないとキリがないなというところもあるので。

本当は、最終的には、バーコードみたいのでぱっと出てきたら一番いいのですが、なかなかそこまで一遍にいかないだろうから、まずはサイトを入れてみて。そういう二次元バーコードみたいなので、前もやって頂きましたけれども、追っていけるような形が将来的にできて。スマホかな。先生のご懸念の皆様には、スマホも難しいというか、お慣れになっていない。私も、二次元バーコードで何が出せと言われると、結構困ってしまいますので。その辺は、ITリテラシーの問題かと思いますが。先生、一回考えさせて下さい。お願いします。

他、よろしいでしょうか。

これはまだ最終版ではないので、もう少し文章を一回見て頂いて、また次回にもご意見を頂きたいと思えますし、増えているの、減っているの、横ばいだの、これぐらいで推移しているだのというふうな書きぶりがいくつかございますので、そのあたりをまたご指摘頂けましたら。

何かございますか。鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

診療録の記載のことなのですが、今回も8ページに子宮収縮薬のことを切り出して、そ

れから、13ページに全体を通してのことが書かれています。もう去年と全く同じ。■割程度で推移だし、あと、口頭で今なおあるとか、数字が変わっているだけで、文章はもう全くそのままの記載になっていて、残念というか、どうすればいいのかと思いつつも拝見しています。

ただ、今回、13ページなのですが、表4-IV-7のところの処置というところに、件数が■件でぼんと数字が上がっていますよね。全体としての件数はあまり変わらないのですが、あえて何か違うとすると……。

ただ、数字がかなり違うようなので、正確なのかどうか分からないのですが。この処置■というのは、どんなような感じなのでしょう。

○木村委員長

すみません、どこでしょうか。13ページ。

○鮎澤委員

13ページの表4-IV-7の中の、入院診療録の分娩記録の処置と書いてあるところの件数ですね。

○木村委員長

なるほど。2014年が■と、それまで9とか、11とか、14とかだったのが、ぼんと■に上がっていたということですね。

○鮎澤委員

ちょっと目立つと言えば目立つ。

○木村委員長

これは何かありますか。

○事務局

数値については、現在最終確認中ということもございますので、再度確認させていただきます。

○木村委員長

じゃ、これ、次回に、ここが何だったか、一回確認してみてください。お願いします。

隈本委員、お願いします。

○隈本委員

16ページです。これ、ホチキスのとめ方が難しいので、外してみると見やすいですね。

16ページの真ん中辺に、「一定の傾向はみられていない」という文章があります。こ

それを前回は僕が気がつかなかったのかもしれませんが、これ、一定の傾向がみられていないのではなく、変化がないじゃないですかね。一定の傾向がみられないというのではなくて、全然変動していませんよ。

○木村委員長

特に変化がないというね。

○隈本委員

特に変化がないと言ったほうが正しいと思います。

○木村委員長

ありがとうございます。

石渡委員長代理、お願いします。

○石渡委員長代理

診療録のところと、それから、吸引分娩のところ、13ページですか、ほとんど進歩がないというか、改善されていません。だから、こういうところはやっぱり強調しなければいけないことと、今度、第11回再発防止報告書のところで、この診療録のことをもう少し深く掘り下げることになっていますよね。

私、気になるのは、今、電子カルテが非常に多くなってきたと思うのですが、その影響というのは実際ありますでしょうか。記録を残すということと、電子カルテになったという。最近、若い先生は、ほとんどもう電子カルテで処理しますよね。

○木村委員長

どうでしょう、何か。

○事務局

原因分析報告書になっている時点では、電子カルテなのか、手書きのカルテなのかはちょっと分からないので、そのようなデータはございません。

○石渡委員長代理

色々訴訟等々、問題のときに、緊急性が出たときに、例えば、メモをしておいて後でカルテに書きなさいとか、若い先生たちにはそういうのを指導しているんですけども、やっぱりそこが電子カルテになると、後で書くということをしない結構先生が多くて、そうすると、結局、書いていないからやらなかったというような、そんな判断にされてしまうことがあるんで、電子カルテのことについては、そういう心配もしてはいるんです。

○木村委員長

確かに、逆に、同じことばかり書いていても、明らかにコピーばかりしているというふうなところも。ただ、そういったところに関しての指摘というのは、原因分析では、それがどうというのはなかなか難しいのだろうと思うのですが。

確かに、緊急事態なんかのときも、最悪はメモをスキャンしてでも置いておくと。スキャン機能を使って、それをスキャンしてでも取り込んでおくというのは、やっぱり必要だろうと思いますし、そのあたりの記載がもし目立つことがあれば、また教えて頂きたいと思います。

鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

今のお話ですが、電子カルテ、先生がまさにおっしゃったように、今、メモをそのままスキャンしてしまっていて、カルテの開示にそのまま出ていってしまうケースというのがあって、それが必ずしも診療録としての記録としては適切ではないようなものもあつたりするところが問題になっていたりします。逆に何でもかんでも取り込んでいていいのかという話も出てきているところも、今、注意のところのように思います。

○木村委員長

その辺のクオリティをどのように維持するかというのは、実は、電子カルテ、話を聞きながらブラインドタッチで入力することは、医師の素養では僕はないと思うので、それができなければ書けないような電子カルテは、本当はよくないと思っているのですが、現実には、そうでもしないと入らないというのが現実ですね。急いでいるときのカルテの記載というのは、後から振り返って書きなさいというしか今ないわけではありますが。

隈本委員、お願いします。

○隈本委員

記録をしっかり書こう、書かないとこの制度がだめだというのは、亡くなった岡井先生がいつも繰り返し言っておられたことで、私も心に残っているのですが。

何を目的にこの医療行為をしたのかということと、何をもちってそう判断したのかということが書かれていないため、原因分析委員会で判断に困り、そして、最終的には、評価のところで、記録にないため評価できない、そして、記録がないことは一般的でないという、そういう必ずそのセットになる理由というのは、大体客観的データはあるのだけれども、どういう目的でこの医療行為をしたのかということと、それに対してどう判断したかということが書いていないためなんですね。だから、本当は、それは追記でも書ける話であり

ます。

そして、これは私、別のところで医療事故原因分析をやっていますが、それでも、必ずいつも、なぜこうしたのかが分からない。

それは、分析をして評価をするときに、こういうことが、例えば、医療行為としてあまりちゃんとしたことができなかったという評価をするにしても、何をもってやろうとしたからそうなったのかとか、どうしてできなかったのかということまで書き込まなければいけないというふうに、今の医療事故分析はそうになっています。どういう意図でやられたのか、そして、何かできなかったとしたら、できない理由がどこにあったのかということをしつかり評価する。それは、もしかしたら個人の責任ではなくて、システムだとか、点数制度とかの問題かもしれないということをあぶり出すのが医療事故分析で。

そういう意味で言えば、書くことは自分を守ることでもあり、医療者全体を守ることでもあり、ということをより徹底して頂きたいということで、この数年間変わらないというのは、これはやっぱり改善しなければいけない何かのきっかけにもなりますので、再発防止委員会として、ずっとモニターしていると、5年間変わらないことが分かりましたので、引き続きではなくて、5年間変わらないことが分かりましたので、ここはぜひこうして頂きたいという提言にして頂きたいと思います。

○木村委員長

そうですね。13ページの3)のあたりですね。変わっていないということに関して、今後、こういったことに気をつけて頂きたいというふうな提言は少しあってもいいかなと思いますので。

○隈本委員

そうです。そういう意味では、16ページもそうです。「一定の傾向はみられていない」のではなく、全然「6回以上」と「不明」が減らない、だからどうしようみたいなことをぜひ、これはガイドラインですから、ぜひ入れて頂きたい。そういう気持ちを入れて頂きたい。変わっていないということは決していいことではないという、そういうニュアンスを入れて頂きたい。

○木村委員長

はい。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

僕はもう言葉がないほど、深刻な傾向になってきたのですが。

こういうのをまとめる目的は、減っていつているというのを確かめたかったということだったと思いますので、根底から減らないのであれば、何か変えなければいけない、この委員会とか提言の仕方自体も全部変えなければいけないというぐらい深刻に考えなければいけないと思うので、同じ調子でページを書いて、同じことを言ってもだめなので、特にここに出ていることで、改善の傾向がないものに関しては、同じ調子で書くのではなくて、何かインパクトのある形で、これをまとめたからこそ、今度こそ、これで減っていくだろうというようなたぐいのことを考えて欲しいし、考えていかなければいけないと思いますけど。

○木村委員長

変わっていないところを少しピックアップしてみるということでもいいかもしれませんし、そういうような形で。

竹田委員、お願いします。

○竹田委員

特に吸引分娩ですが、これは手術手技ですので手術記録が必要です。ですから、6回以上引くことも、それはあるかもしれないけど、それは理由をちゃんと書くべきだと思います。また、吸引回数が不明というのは、ありえないので、それはないようにして欲しいです。吸引分娩や鉗子分娩では、手術記録はちゃんと書いて下さいというぐらいは言ったほうがいいと思います。

○木村委員長

いくつか、この中で変化がないような項目に関して、それを書き出して、その注意書きを付けるという、これまた枠組みの中でそういったことを少し書くというのはありかなと思いますので。11回目からまた次の話題になりますけれども、11回目の記載の項目とかを、きちっと取れる項目に変えていこうという動きを今持っていますので、そのあたりもあって、10回で1つの節目ですから、この10回であまり変わっていない項目は、一回書き出してみても、それに対して少しコーションを出すという形にさせて頂きたいと思います。ありがとうございます。

藤森委員、お願いします。

○藤森委員

今回これで直して欲しいとかという意味ではないのですが、今後のこととして、前から少し思っていることを1つだけ。

7ページの子宮収縮薬の件なのですが、心拍数聴取方法で、間欠的と書いてあるのですが、解説を読むと、分娩監視装置を簡潔的につけているか、もしくは、ドプラなどにより間欠的胎児心拍数聴取であると書いてあります。

これ、非常に誤解されていますけど、間欠的胎児心拍数聴取をきちんとやるということは、ほとんど無理な話で、子宮収縮の1分後まできちんとドプラでカウントして、それで心拍数が減っていないとか、100まで低下していないかとかを確認する。それが正しい間欠的胎児心拍数聴取なわけで、それをきちんとやっているとは、とてもじゃないですけど思えないので、これを一くくりに行っていること自体は、本当は、僕はよろしくないと思います。正しい間欠的胎児心拍数聴取をやっていないはずですが。表現を今回ここで変えて欲しいと言っているわけではないのですが、連続的ではないものというふうに本当はしなくちゃいけないと僕は思います。

それから、もう1点、プロスタグランジンE₂の内服薬なのですが、オキシトシンに隠れているのですが、実は、これ、モニタリングしている人ってほとんどいなくて、実際、連続的モニタリングをしないことによって、プロスタグランジンE₂の内服だけで事故が起こっているのか、脳性麻痺が起こっているのかというのも、今後、もしそういう機会があったら、ぜひ調べて欲しいかなという気持ちがあります。

以上です。今回やって欲しいという意味ではありません。

○木村委員長

ありがとうございます。

PGE₂に関しましては、頸管熟化剤の上市が控えていますので、その注意も含めて、一度ちゃんと、間欠ではだめで——間欠と言っていいのかどうか、連続モニターをしないとだめですよという意味で、ちょっと挙げさせて頂きました。

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

そういう話、僕も色々知りたいことはあるのですが。頸管熟化剤も、子宮収縮の作用があったりして、色々あれですけども、このPGE₂は、やはり子宮収縮剤というふうに考えるのに、頸管熟化剤のような説明で投与してきたという歴史も非常に問題があると思いますし、いまだに無痛分娩のときなんかではそういう言い方をしているので、PGE₂の連続監視のされていないさというのは、かなり深刻に捉える必要があるし、再発防止委員会がこういうところに寛容になってしまうと、もう本当に再発防止ができなくなってしまう

うと思うので、きちんと毅然と。

特に、今、グラフを見てということを一所懸命色々な先生方の努力でやっているのに、間欠的な聴取というのは全く話にならないので、やはり一回り、色々トーンとか何々を変えていかないと、今まで通りでも別にいいですよみたいにも取れるようなメッセージは、もう出すのをやめたほうが僕はいいと思うので、みんなのために、医療者側にとっても、きちんと深刻に捉えて、考えていかなければいけないなと思いました。

○木村委員長

今回、減少するべきところが減少していないようなところは、少し特出しをして、それから、先ほどのPGE₂も、今回は意識して、これは注意喚起をしないといけないところだと思いますので、少し特出しをする項目を考えて、4章の前か後に枠を作って、これが変化がないということが問題であるということに関して、少し書きたいというふうに。先生方のご意見をまとめますと、そうだと思いますので、一度注意喚起を。

○藤森委員

今回やるべきかどうか非常に微妙だと思うのは、プロスタグランジンE₂の内服薬だけでなっているのか、誘発がそれだけで過強陣痛がきて、それで、例えば、脳性麻痺になっているのかどうか、それはやっぱり調べないと話ができないのではないかと思います。ほとんどの場合、プロスタグランジンE₂内服の後に、F_{2α}とかオキシトシンを使っているのではないかなというふうに、これは推測です。

なので、プロスタグランジンE₂内服、もしかすると、それだけでは事故が起こってなくて、連続的モニタリングしなくてもいいという、分かりませんが、そういう結論にならないとは限らないので。ガイドライン上は、確かに連続的モニタリングしなさいということにはなっていますが、本当にしなくちゃいけないかどうかという検証は、ほとんどされていないと思います。これは私的な意見です。なので、そこはやっぱり調べてから言うべきだと。なので、僕は、今回は、そこまで言わなくてもいいのではないかなとは思っています。

○木村委員長

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

今の添付文書を僕たちは厚労省の中で、色々欧米とも比べて、きちんと書くべきではないかという議論をしていて、そこで、色々な訴訟等で確定しているようなものも含めて、

事例をPMDAに提出してやっているのですが。それも、製薬企業もかなりの情報を、現在の日々の事故例も、全部請求も把握してやっているのですが。

やはり今の添付文書で僕は全く十分でないと思っているのですが、今の添付文書の使い方監視が求められていて、それがやっぱりなされていないと。現にプロスタグランジンE₂のみという事故も、強すぎる陣痛の事故というのは、現に起こっているし、そういう本当の因果関係とか実験ができないとか、色々ありますけれども、少なくとも、今藤森委員おっしゃるような、こういうことにもっと、こういう再発防止の原因分析の事例もここにたくさん上がってきているので、研究をきっちりやって欲しいという思いは同じようにあるので、ぜひそういうふうにして欲しいと思いますし、今現在では、少なくとも欧米と比べて甘いと思っている添付文書の指示さえ守れていないというところに関しては、やっぱりきちんとやってもらわないと。きちんとやっているところはやってくれていて、何ら問題なくできていると思うので、それをしてもらうというふうな形で今はいいのではないかなと思いますけど。

○木村委員長

一応その注意喚起は添付文書に書いてあって、中にあることなので。

○藤森委員

僕、反対しているわけではないのですが、やっぱり調べる必要はあるのではないかと考えていて、例えば、プロスタグランジンE₂の内服のときに、例えば、ラミナリアを入れながらとか、例えば、メトロイリントルを入れながら飲ませているとか、そういうことが本当にないのか。今、過強陣痛という話がありましたけど、単独でプロスタグランジンE₂内服だけで、本当に過強な陣痛がくるのかというのは、本当に分かっていないところがあって、むしろ、そういう頸管熟化のものを、ラミナリアとかメトロイリントルを入れて併用することによって起きている可能性も十分あると思うので、そこは調べないと、本当にそうなのかというのは。確かに添付文書上はそうですけど、それは調べたほうが僕はいいと思います。

○木村委員長

これは一回調べるテーマに、また宿題として残しておきましょう。

あと、もう一つは、今度、今回の第10回再発防止報告書に関して、少しサマリーというか、やっぱり変わっていないところに関しての注意喚起をしたいということですが、第11回のまとめ方も、今色々、どのようにしたら定量的にできるかということ考

えて頂いていますので、11回のほうの報告書の書き方について、また事務局のほうから説明して頂けますでしょうか。

○事務局

それでは、第11回再発防止報告書の第4章、産科医療の質の向上への取組みの動向に関する「診療録等の記載について」に関する集計表についてご説明致します。資料3をご覧ください。

資料3の裏面、2ページ目をご覧くださいのですが、前回の委員会で、第11回再発防止に関する報告書より、分析対象を以下の通りに変更することが決定致しました。

具体的に申しますと、赤線の実践で囲っている部分が、第10回再発防止報告書までの分析対象事例で、専用診断書作成時年齢が0歳および1歳である事例のうち、原因分析報告書が全て送付された出生年の事例でございます。

第11回報告書からは、専用診断書作成時年齢に拘わらず、補償対象期限経過により補償対象者数が固まった出生年のうち、原因分析報告書が送付された全ての事例、図1のオレンジ色の点線の部分が分析対象事例となるということが、前回の委員会で決定致しました。

続きまして、表面、1ページ目をご覧ください。今回のご審議事項につきましては、前回委員会にて頭出しをさせて頂きました、第4章の「4. 診療録等の記載について」の集計表について、第11回報告書から、ホチキス留めしております別紙の②の集計表案とする案について、ご審議頂けましたらと存じます。

集計表を見直した場合、第11回報告書の分析対象事例の原因分析報告書を全て再度確認する必要があることから、来年度からのご審議では集計が間に合わない可能性があることから、今回のご審議事項とさせて頂きました。

それでは、今回の見直し検討の経緯についてご説明致します。

第10回再発防止報告書までの「診療録等の記載について」の集計表は、第2回の再発防止報告書でのテーマに沿った分析の集計表がもととなっております。原因分析報告書に記載されている「臨床経過に関する医学的評価」という項立ての部分において、「選択されることは少ない」、「一般的ではない」、「基準から逸脱している」、「医学的妥当性がない」、「劣っている」、「誤っている」などと記載された項目である「産科医療の質の向上を図るための評価がされた項目」のうち、「診療録等の記載」に関するものについて、集計表の項目に分類して集計しておりました。

その原因分析報告書の「臨床経過に関する医学的評価」の部分において、診療録等の記載については、これまでも個々の事例の内容を踏まえて医学的評価が行われてまいりましたが、2015年11月の原因分析委員会において、「診療録等の記載」について、「特定の項目」については必ず評価するということになりました。

つきましては、第11回再発防止報告書から本章の分析対象が変更となり、先ほど申し上げました原因分析委員会の決定後に作成された事例が分析対象に増えること、及び、今後も引き続き本章において産科医療の質の向上への取組みの動向を見ることを考慮し、「診療録等の記載」に関する集計表について、「特定の項目」に基づいた集計表案とするのはいかがかと考え、今回ご審議事項とさせて頂いたという経緯でございます。

続いて、下の部分でございます従来の集計表と新しい集計表の比較についてご説明致します。左側が従来の集計表、第10回再発防止報告書までの集計表、右側が新しい集計表案、第11回再発防止報告書からの集計表案です。

従来の集計表では、集計項目にある項目を、先ほど検討の経緯で申し上げたように集計しておりました。別紙①、上のほうでございます集計表です。

新しい集計表案では、1ページ目の新しい集計表案で、オレンジ色の点線で囲っている「特定の項目」、及び、診療録等の記載の項目について集計する案となっております、別紙②でございます。

新しい集計表案のメリットと致しましては、原因分析報告書の情報をもとに、再発防止報告書を作成しておりますので、情報のもととなる原因分析報告書を作成している原因分析委員会の決定を踏まえた集計表となり、今後、傾向や経年変化が捉えやすくなるのではないかと考えております。

また、従来の①の集計表では、分析対象事例に対する評価がされた事例の割合をパーセントでお示ししておりましたが、②の案ですと、項目が詳細になることで、分娩誘発や促進、急速遂娩、新生児蘇生の各医療行為が実施された事例数に対する評価された事例の割合を見ることができます。

なお、デメリットに、「特定の項目」を中心とした集計表になってしまうという旨を記載させて頂いておりますが、集計表等の記載について、産科医療の質の向上を図るための評価がされた全事例数として、従来の一番上でございます「診療録等の記載」の項目を、②の新しい集計表の案の上部に残すことで、全体の評価がされた事例数を見つつ、これまでの項目より詳細な「特定の項目」を見ることができるのではないかと考え、②の集計表

案を作成させて頂きました。

ご説明は、以上でございます。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す。

要は、カルテの書き方に関する評価という非常に大事な部分ではありますが、原因分析委員会のほうで、まとめ方というのを、ここは必ず書きましよう、それから、ここに関しては、書いているものもあり、書いていないものもありという項目が出てきたようで、後者の数を推計すると基準がぶれてしまうということがあって、それで、この新しい集計表案として、原因分析委員会では、必ず評価をしましようと言われている「特定の項目」とされるところ、分娩誘発・促進ありのところの適応、監視方法等々というような、急遂分娩に関しても、このようなどころというのが順番にあると。そこを評価していきましようということでもあります。

第10回再発防止報告書まではなるべく同じ形だと思っていたのですが、第11回再発防止報告書から、ぶれを避けるためにも、このような集計表でいかがかということではありますが、いかがでしょうか。

鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

先ほども少し議論になったのですが、実は、この記録のことについては、数字がなかなか改善されていないものの一つで、先ほども忸怩たるというようなお話をしましたが。そういう意味では、今回の「特定の項目」について評価をしていこうという流れは、これまで変わらなかったものを深掘りしていきましよう。それから、評価している項目について、一体どうなっているのかを見ていきましようということとあわせて、次のステージに入っていく感じがして、色々なことが見えてくるのではないかと期待しているところです。ぜひともこういう方向でと思うのですが、その上でなんですけれども、3点ほどあります。

これまで、子宮収縮薬が別扱いになっていたのですが、子宮収縮については、当初から動いていたので、そこだけ切り出して、子宮収縮薬のところ議論されていたのですが、そろそろ、これ、一緒にしてもいいのではないかと。例えば、新生児は新生児のところになくて、ここに記録のところにありますよね。このあたり、だんだん気持ち悪くなってくる度合いが強くなっていく感じがあるので、このあたり、ご検討頂いてもいいのではないかと思います。

それから、2点目、今度、説明・同意というのが、いわゆる大項目から、分娩誘発・促進に関する中項目に入ってくるのですが、この説明・同意については、まだまだ色々な不備な点があって、今度の新しい集計表案の分娩誘発・促進に関する記録に関して、産科医療の質の向上を図るための評価がなされた事例のところだけに説明・同意があって、これで全体の説明・同意の不備をカバーできるかどうかと、ちょっと心配しています。

それから、もう1点、その他がなくなっているのですが、その他というのは、これまで、まだまだ正確な用語での記載、時系列の記載、正確な事故の記載がないことを指摘する欄だったのですが、このその他の欄がなくなって大丈夫かという、やっぱりまだ必要なのではないかと思ったりするところです。

以上です。

○木村委員長

いかがでしょうか。今のご指摘は、少しそういうカラムを出せるかということで、1つは、子宮収縮薬に関しては、別カラムでもいいのではないかとということですかね。

○鮎澤委員

子宮収縮薬だけは別扱いになっていますよね。

○木村委員長

今まで別カラムでしたね。別表であったので、それを一緒にすることでいいかどうかということ。これは外出しにすること、あるいは、再掲にして、もう少し、例えば、先ほど特にPGE₂の問題が出ておりましたが、薬剤に関して少し分けておくというのでも、再掲にして分けるという考え方もありかなと思うのですが、その情報は取れますか。オキシトシン、PGE₂、PGF_{2α}に関しての。

○事務局

失礼致します。子宮収縮薬使用における説明と同意の有無については、先ほどの資料2で申し上げますと、8ページでございます。こちらは、同意ありについてと、文書での同意、口頭での同意、同意なし、同意不明といった項目になっておりまして、こちらの集計表について、現在の②の集計表案の説明と同意について、何かしら評価がされたということで、入れることは可能でございます。

○木村委員長

じゃ、もう一回外出しこともできる？ 外出しというのは、そのところをここでざっくり調べておいて、8ページの表のように、また別に再掲してもう少し詳しく書くことは、

このような項目で書くことはできますか。

○事務局

再掲として、こちらをやはり特出しするというような方向性のお話ですか。

○木村委員長

そうそう。

○事務局

鮎澤委員は、ここに特出ししているのは少し違和感があるので、まとめるといったようなご意見でしたか。

○鮎澤委員

特出しというのは、正確に特出しの意味は分かっていないかもしれませんが、要は、説明と同意についてであれば、子宮収縮薬のほうに入れるのではなくて、この記録のところにまとめるというまとめ方もあるのではないかということです。

○木村委員長

他の医療行為に対する説明と同意に関してはどうですかということを含めてですけれども。

○事務局

入れることはできなくないと思いますが、ごめんなさい、もしかしたら本日の議論と少しずれてしまうかもしれないのですが。今までお出ししていたIV-4という、これまでの表は、事実関係を記載していましたので……。

○木村委員長

評価ではないわけですね。

○事務局

医学的評価をされたかどうかではなく、原因分析報告書の「事例の概要」に関する記載に基づいて、集計しているものですので、もし今回の記載の表のところに入れるとなると、医学的評価ベースでということになると思いますけれども。

○木村委員長

逆ですね。じゃ、これはこれで残るわけですね。こっちの同意ありなしというのは。

○鮎澤委員

ただ、そういう説明は今あるのですが、これまでの表の説明では、子宮収縮薬に関する事例は表4-IV-4で集計しています、というふうに説明があつて、そもそも趣旨が違い

ますよというところまでは、説明がないですね。ですので、そういうことも含めて、一回整理をして頂くといい機会ではないかと思いますが。

○木村委員長

勝村委員、お願いします。

○勝村委員

子宮収縮薬の問題は少なくとも3つあって、1つは、説明と同意がきちんとされていないこと。これは、毎年、製薬企業は、説明と同意の上で使用して下さいというのは一所懸命やっていて、これは僕じゃなくても、説明をせずに、同意も取らずに陣痛促進剤、子宮収縮薬を使って事故に至るといのは、もはや事故ではないというか、犯罪だというぐらいのレベルなので、これは絶対にあってはならないことだと思っていて、製薬企業も必死になっているのですが、実現していない、説明と同意がされていないという話。

それから、第1回目の当初から原因分析で出てきているのは、子宮収縮薬が用法・用量とかを守られていないという。

3つ目は、そもそも子宮収縮薬を使ったのか、使っていないのか、どういうふうに使ったのかがちゃんと記載されていないという。

3つの問題なので、その3つの表は、僕は別々に見て行って、それぞれ、僕としては、ぜひ、大至急減っていくように、先生方のご尽力でして行って頂きたいと思っているので。全体の表が出ていないので、まだ議論しにくいかもしれませんが、今する議論とはちょっと違うのかなと思うんですけど。

○木村委員長

そうですね。全体の表の構成も、次また付けてもらって、こういう方向性としては、まずいいですか。特定の評価があったところの表を1つ作るということは、方向性としてよくて、他の表がどうなるかということも、また見せて頂きながら、全体の構成をまたお知らせ頂いて、これはまだ少し時間がありますので。

隈本委員、お願いします。

○隈本委員

この話の前提として、旧のものを新しいものに変えるという話ですか。それとも、旧の第10回再発防止報告書までの集計表と、第11回からの集計表を、両方載せるということですか。もう上は載らないということでしょうか。

○事務局

今回のご審議事項と挙げさせて頂いた経緯と致しましては、原因分析委員会で診療録等の記載について、特定の項目が必ず評価されるということになったので、本章では、出生年別に動向を見る部分でございますので、必ず評価される項目について見る集計表の形に変更するのはいかがでしょうかといったような提案の仕方をさせて頂いております。

○隈本委員

いや、そういう趣旨だったら、それはあまりよくないと思います。要するに、前の集計表もあり、それとは別に、評価基準が2015年以降変わったので、新しいのがあるのであれば、それも載せるのが当たり前で、今までの10回というのは、2009年から2015年までずっとやられていたものが消えるということになりますよね。比較対象がなくなるわけですよ。それはやっぱり困りますよね。

もしかしたら、この2015年以降増えたのは、これはこのせいかなというときに、見るときに、両方の表を見て比較して分かるのであって、つまり、2009年から2015年までの集計表が無意味になっちゃう。新しい集計表だけになるとね。だから、前の集計表があって、新しい集計表があって、これは産科医療の変化ではなく、単なる評価方法の基準の変更によるものかどうかというのを見るためには、これ、両方必要ですよ。

少なくとも、気象庁だって、いきなり観測点が変わりましたから、そこからしか集計は出しませんということは、基本的にありません。昔から集計しているものは、そのまま残した上で、それが新しい要素なのか判断するために、もう一つの表を付けるというのであればよいけど、前の表を出さなくなりますと言ったら、統計的な連続性はなくなるのではないですか。小林委員、どうですか。

○小林委員

私も隈本委員に賛成で、別紙の表の下の②は、おそらく2014年か2015年ぐらいから始めればよいと思います。つまり、原因分析委員会の記載の仕方が変わった年の前の年ぐらいからで、2009年からさかのぼって調べる必要はおそらくない。比較もできないし。逆に、①は、しばらく、もう2～3年は続けたほうがよいかなと思いますけれども。

○事務局

こちら、傾向を見ている項目としては、出生年の傾向を見ておまして、原因分析委員会で2015年からというのは、原因分析委員会では様々な出生年の原因分析報告書を承認して作成しておりますので、ここからここ以降というものは、この表できっぱり分けるというのは難しいです。

○木村委員長

という限界があるので。

じゃ、勝村委員、お願いします。

○勝村委員

すみません、そもそもの質問なのですが。これは、だから、新しくは、「診療録等の記載について」というタイトルの表だけの話であって、他の表も全部同じように書いていくというよりは、他の表は今まで通りで、この表だけをこういうふうに変えたいけれどもというふうな理解でいいのですか。

○事務局

はい、その前提でございます。

○勝村委員

だとしたら、本当に新しい表は、新しい原因分析委員会に合わせて、ぜひ作って頂きたいし、隈本委員おっしゃるように、今は特に過去とのあれも見たいので、この表だけならば、当面両方作ってもらえたら一番ありがたいのかと思いますけど。

○木村委員長

分かりました。そのあたりのご意見も踏まえて、もう少し事務局で練って頂いて、また次のときに、今度どのようにするかということをもう一回相談させて下さい。

時間の関係もありますので、大分押してしまって申しわけないのですが、その他のところで説明をお願いしますでしょうか。

○事務局

事務局より、刊行物等についてご説明させていただきます。

まず、参考資料1でございますが、こちらは完成致しましたリーフレットになります。4月からのご審議、ありがとうございました。この9月より加入分娩機関へ一斉発送しており、今後は関係団体等にも発送してまいりますので、ご報告申し上げます。

次に、参考資料2の「母子同室実施の留意点」です。こちらは、第6回報告書での提言を受けまして、後ろから2ページでございます、田村委員をはじめとするワーキンググループを中心に作成されたガイドラインとなっております。本日ご欠席の田村委員よりご案内頂きましたので、連携させていただきます。後ほどご参照頂ければと存じます。

また、参考資料3の「早期母子接触中の新生児急変による脳性麻痺事例について」ですが、こちら第6回報告書の提言を受けまして、このたび、再発防止ワーキンググループ

で取りまとめました論文です。昭和大学医学部小児科学講座の宮沢篤生先生を中心に取りまとめ、Acta Paediatrica 誌にアクセプトされた論文と、本制度ホームページにも掲載しております和文概要となります。こちらについても、後ほどご参照下さい。

続いては、参考資料4の産科医療補償制度ニュース第7号です。今回は、原因分析を特集した内容となっております。こちらについても、後ほどご参照下さい。

続きましては、参考資料5の「脳性麻痺児の看護・介護の実態把握に関する調査報告書」です。こちらは、機構に発足しましたプロジェクトチームで取りまとめました、補償対象児の看護・介護について調査した報告書となります。人工呼吸器を使用している児は、障害福祉サービスとなるようというような関連が見られていることですか、居宅介護やショートステイ利用の満足が母の介護負担感を軽減させること等が明らかとなっております。今後は、運営委員会をはじめとする各委員会の報告や、関係団体等にも広く周知させて頂く予定です。こちらについても、後ほどご参照頂ければと存じます。

最後となりましたが、2点、お願いがございます。

1点目が、出欠連絡票についてです。次回、■■■月■■■日■曜日■■■時から■■■時■に開催されます開催文書とあわせまして、出欠連絡票を机上に配付しておりますので、出欠可否をご記入頂くようお願い致します。

2点目は、いつものお願いで恐縮ですが、ご使用頂いた青いファイルは、机上に置いたままでのご退席をお願いできればと存じます。

以上、時間の兼ね合いで足早にご説明させて頂きましたが、ご不明な点等ございましたら、後ほどお声がけ頂きますと幸いです。

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。

あと、もう一つだけ。今お配りしておりますが、産科医療の質の改善に関する調査ということで、日本産婦人科医会のほうで調査頂きましたので、石渡委員長代理のほうからご説明をお願い致します。

○石渡委員長代理

実際に今、妊産婦死亡は減少してきました。今年はまだ■■■例ということで、おそらく■■■例ぐらいになるのではないかと思います。以前は■■■例、■■■例ありましたけれども、年間の死亡数が減ってきたということと、それから、脳性麻痺についても、初めはばんば

んと減ったのですが、少し下がり方は緩やかになりましたけれども、やはり減っています。

産科医療の質が改善されてきたというふうには思いたいのですが、そこで、2018年ですか、一応アンケート用紙を送付しまして、今、医会の会員の分娩機関に対して調査をしたものです。それで、めくって頂きまして、 施設から回答を得て、これは %になりますが、その分娩数が 万ぐらいです。

それで、どのように改善されてきたかということですが、母体救命に関係するもの、新生児救命に関係するもの、子宮破裂、臍帯脱出。この子宮破裂と臍帯脱出は、以前もアンケート調査させて頂いたので、比較をしています。あと、メンタルヘルスに関連するもの。

例えば、母体救命については、医師とかスタッフを救命講習などに参加させた。それから、院内シミュレーションを試行したとか、それから、新生児救命関係に関しては、胎児心拍数陣痛図の波形分類に準拠した管理方法を利用するようにした。それから、搬送を早くしたとか、こういうことが書いてあります。

メンタルヘルスについても、2年ぐらい前から医会が積極的に取り組んでいるところなのですが、その改善のきっかけとなった媒体ということですが、最も分娩機関のほうできっかけになっている媒体は、産婦人科診療ガイドラインの産科編、これは %近く。それから、母体安全の提言、これは妊産婦死亡のことですけれども。それから、産科医療補償制度の報告書、これも 数%、かなり改善のきっかけになっているというように、アンケートで答えられております。それから、産科医療補償制度の提言のチラシ、それから、母体救命プログラム等々書かれております。

母体救命講習会というのは、J-CIMELSでやっているのですが、常勤の医師の受講施設、受講医師が とか、それから、常勤スタッフの受講施設、このように書かれておりまして、少しずつ改善されているのではないかと思います。

この調査は、まだ完全にでき上がっているものではないので、今年中に全部完成させようと思っております。実際に医療の現場で、医会の会員の先生たちが必死に努力しているので、少しずつ効果が出てきているのではないかと思います。

先ほどの再発防止の今回の報告書も、非常に改善されていない部分がたくさんあるわけですけれども、それについても、引き続いて、医療現場のほうで改善できるような方向で頑張っていきたいと思っておりますので、この制度ができて、本当に脳性麻痺も少しずつ減ってきておりますし、それから、妊産婦の死亡についても少しずつ減っている、これが現状だと思っております。

どうもありがとうございました。

○木村委員長

ありがとうございました。

医会からの報告ということで、これは経膈分娩数が■■■■%で、帝王切開が■■■■%ですね。診療所と病院と、大体平均ぐらいですかね。日本の平均ぐらいだと思いますので、日本の全体をよく反映しているのかなと思います。

余談ですけども、先日、タイの人と話をしていると、タイのプライベートセクターの帝切率は80%だと言って豪語しておられまして、なぜかといったら、診療報酬が高いからだとはっきり言っていましたので、それからすると、非常にちゃんとやっぴらっしゃるなという、本当にきっちりやっぴらっしゃるという印象がありますが。

先ほどの色々な集計のところ、また、これは石渡委員長代理ともご相談しながら、あまり改善が見られていないポイントについて、少しまとめた特出しはさせて頂いた上で、また表とかは掲載していきたいと思います。

よろしいでしょうか。私の不手際で非常に延びてしまって、申しわけございません。今日はここまでとさせて頂いて、様々な表のつくりとか、次回また相談をさせて頂きたいと思いますので、どうもありがとうございました。

では、どうもありがとうございました。

— 了 —