

第16回「産科医療補償制度再発防止委員会」 会議録

日時：平成24年8月6日（月） 16時00分～18時00分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

公益財団法人日本医療機能評価機構

1. 開会

○事務局 事務局でございます。

本日は、ご多忙の中お集まり頂きまして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させて頂きたいと思っております。

まず、一番上でございますのが、本日の出欠一覧と次第と本体資料でございます。

続いて資料1と致しまして、臍帯脱出について（案）でございます。

続いて資料2と致しまして、分析対象事例の概要（臍帯脱出について）でございます。

続いて資料3と致しまして、臍帯脱出の危険因子比較表というA3の資料でございます。

続いて資料4と致しまして、常位胎盤早期剥離について（案）でございます。

続いて資料5と致しまして、分析対象事例の概要（常位胎盤早期剥離のうち、切迫早産発症事例）でございます。

続いて資料6と致しまして、常位胎盤早期剥離の危険因子比較表でございます。

続いて資料7と致しまして、分析対象事例の概要（常位胎盤早期剥離事例の診療体制について）でございます。

続いて資料8と致しまして、子宮収縮薬について（案）でございます。

最後に資料9と致しまして、分析対象事例の概要（子宮収縮薬について）でございます。

この他、参考資料と致しまして、5月14日に公表しました第2回再発防止に関する報告書についての報道記事を配付しておりますので、ご参照して頂ければと思います。

それでは、定刻となりましたので、ただいまから第16回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。それでは、進行を池ノ上委員長にお願いしたいと思います。よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 それでは、委員の先生方、お忙しい中、また天候も余りよくない中お集まり頂きまして、本当にありがとうございます。どうぞよろしくお願い致します。

最初に、議題に入ります前に、5月14日の報告書公表後の動きと致しまして、7月8日に田村委員が会長でおやりになりました第48回日本周産期・新生児医学会学術集会で「産

科医療補償制度一再発防止委員会から」と題した講演を行いましたので、それについて簡単にご報告させて頂きたいと思えます。

全体と致しましては、500人以上の方が会場にお集まりになりまして、また事務局から第2回目の再発防止の報告書を200部持ってきて頂きましたが、会場の入口のところでこれも全部なくなってしまうという、そういう関心の高さでございました。

内容については、第2回の報告書の内容に沿って再発防止委員会の取り組みの話をさせて頂きました。数量的・疫学的分析については、集計表や脳性麻痺発症の主たる原因について幾つかの表を取り上げて紹介致しました。

また、テーマに沿った分析につきましては、吸引分娩について、常位胎盤早期剥離の保健指導について、そして診療録の記載についてなど、3つのテーマについてそれぞれ再発防止委員会からの提言を中心に紹介致しました。

今回の講演を通じまして、改めてこの産科医療補償制度、あるいは再発防止委員会の取り組み等に対する関心が、産科・新生児関係の皆様非常に高いということが伺えました。これから具体的な検討に入りまして、次回第3回の再発防止委員会からの報告の完成といえますか、それを目指して、今後、先生方に様々活発なご議論を頂きたいと思っております。どうぞよろしくお願いを致します。

2. 議事

1) 「テーマに沿った分析」について

○池ノ上委員長 それでは、第3回の報告書のテーマに沿った分析を行いたいと思えます。

では、事務局のほうから説明をお願い致します。

○事務局 (原) それでは、次第のついております本体資料の1ページをご覧下さい。第3回報告書で取り上げますテーマにつきましては、前回の委員会でご審議を頂きまして、選定をして頂きました。その際の主なご意見については、こちら1ページに記載の通りでございます。読み上げについては割愛させて頂きますが、ご意見と致しましては、1度取

り上げたテーマについても継続的に分析していく必要があるということで、第1回報告書の4つのテーマと第2回報告書で取り上げました早剥について、全体の中でやはり数が最も多いということで、前回とは別の切り口でもう1度取り上げるということになりました。

2ページの第3回報告書で取り上げるテーマでございますが、こちらに記載してます5つ、分娩中の胎児心拍数聴取について、新生児蘇生について、子宮収縮薬について、臍帯脱出について、それと常位胎盤早期剥離について、この5つをテーマとして進めてまいりたいと思います。

本日は、この中から臍帯脱出について、常位胎盤早期剥離について、子宮収縮薬についての3つを準備しております。

なお、本日のこの3つの資料につきましては、今年■■■■末までに公表となった■■■■を基に分析しております。最終的には、これまでと同様に本年12月末までに公表された事例を分析の対象と致します。件数としましては、恐らく■■■■ほどになる見込みでございます。

それでは、早速、資料1の臍帯脱出についてからご説明をさせていただきます。

○池ノ上委員長 では、どうぞよろしくお願い致します。

○事務局（御子柴） まず、資料1と致しまして、臍帯脱出についての報告書案として取りまとめております。

1. 原因分析報告書の取りまとめ、1)分析対象事例の概況と致しまして、■■■■のうち■■■■に臍帯脱出が発生しておりましたので、これらを分析対象として取りまとめております。

主な概況と致しましては、記載の通りでございます。

表〇-〇-1と致しまして、分析対象にみられた背景ということで、■■■■の事例の背景をお示ししております。こちらの作成にあたりましては、資料3と致しましてA3判のカラーの資料をご用意しております。こちらのほうは池ノ上委員長のからご助言頂きまして、幾つかの文献を参考に臍帯脱出の危険因子と言われるものを比較して記載しております。

まず、日本産科婦人科学会のガイドライン、2、3と致しまして臍帯脱出に関する危険因子の記載がある論文を2つ掲載しております。④と致しまして、RCOGのガイドラインを引用しております。

なお、この2と3につきましては、①の日産婦のガイドライン及び④のRCOGのガイドラインに参考文献として記載されている論文を引用致しました。これにつきましては、1と4のところにオッズ比などの比率などの記載がございませんでしたので、参考文献として引用されているものから詳細の記載を引用しております。

⑤と致しまして、Williamsを引用しておりますが、こちらに関しては臍帯脱出という項が特に項立てでございませんでしたので、項目としては少ないのですが、記載の状況をお示ししております。

なお、一番右端に分析対象における件数ということで、 のうちにこれらの危険因子と言われているものに対してどういう件数であったかという実数をお示ししております。赤く示しておりますものは、事例 のうち半数以上に見られたものに色づけをしております。資料1のほうに戻らせて頂きます。

表1の下のほうに、○-○-2と致しまして、分析対象事例の概要（臍帯脱出について）（資料2）に記載しております。こちらがご用意しました資料2の挿入する位置となります。

別紙の資料2のほうをご覧頂きたいのですが、こちらに関しては、臍帯脱出が発生した事例 についての実際の状況を詳細に記載しております。第1回の報告書の「臍帯脱出について」の際には3件について取りまとめたものを文末に記載致しまして、今回は の概況をできれば文頭に挿入致しまして、事例の概観を把握して頂けるような文章の流れとする予定でございます。

次に2)事例の概要です。資料1に戻ります。2ページに事例の概要ということで、教訓となる事例を3つお示ししております。

事例1につきましては、巨大児であったりですか、人工破膜を実施し、またこちらに

関しては経膈分娩を試みた事例ということで教訓となる事例1としてお示ししています。

また、3ページのほうには事例2、こちらは自然破水かつ自宅で臍脱を発症した事例をお示しております。

事例3につきましては、メトロを使用した事例ということで掲載しております。

次、資料1、4ページをご覧ください。3)と致しまして分析対象事例における臍帯脱出の原因および関連要因でございます。第1回の報告書の際には事例が3件ございましたので、全ての3件に共通する共通点ということで取りまとめました。今回の[]にしましては、全く同じ共通点というものが特にございませんでしたので、主にカテゴリー分けをして(1)からまとめております。

まず(1)臍帯脱出とメトロイリントルの使用との関連。

次、5ページに移りまして、(2)臍帯脱出と人工破膜の実施との関連。

(3)臍帯脱出と分娩誘発の実施との関連。

(4)臍帯脱出と破水との関連。

6ページに移りまして、(5)臍帯脱出と臍帯過長との関連。

(6)その他の要因との関連ということで記載しております。

なお、その下の4)にしましては、医学的評価の報告書の記載をまとめているものでございまして、こちらも先ほどの共通点、関連要因というところと同じような形で項立てをして取りまとめております。割愛してご説明させていただきます。

7ページ、下のほうになります。3)と致しまして、臍帯脱出後の対応についてということで、こちらは先ほどの共通点、関連要因というところにはございませんでしたが、臍帯脱出の対応についての医学的評価を記載しております。アと致しまして、臍帯還納、イ. 児頭先進部の挙上、ウ. 急速遂娩の方法などを記載しております。こちらにしましては、臍帯脱出後の対応ということで、色々な行為がございますので、後ほどご審議頂いて、今後の提言に結びつけて頂くような内容として検討して頂ければと思います。

次、8ページの下5)と致しまして、これらについて検討すべき事項として記載されてい

るものを主に挙げております。こちらも説明を割愛させていただきます。

資料の内容について、まず、11ページまでは以上になりますので、この後、客員研究員の市塚よりご説明させていただきます。

○市塚客員研究員 それでは、引き続きまして資料12ページ、2. 臍帯脱出に関する現況ということで、まず、簡単に臍帯脱出について文章が書いてあります。この中で一般的には3行目にありますように、横位、顔位ですとか、そういった胎位異常に起きることが多いということで、またメトロイリンテルの脱出後にも起こりやすく、児が骨盤に嵌入する以前の人工破膜でも起こり得ると書いてありまして、これについては、先ほど御子柴のほうからお話がありましたように、資料3のほうにそれぞれオッズレシオを提示して、リスクが高いということを書いております。今回は、胎位については横位がオッズレシオ5.1と一番多いのですが、今回のケースの場合は[REDACTED]が頭位であったということがCPになりやすい体位というふうに言えると思います。

また、臍帯脱出が診断された場合は、速やかな対処が必要とされるということになっておりまして、まず、これについては資料1、12ページ中程にもありますけれども、診断された場合は速やかな対応が必要になってくる。そして、速やかな対応に対しては経膈分娩が可能であれば経膈をトライすることもあります。多くの場合は緊急帝王切開を行う。ただ、帝王切開を行う間、準備している間は児頭を押し上げる等の対応も必要でしょうということも1)に書いてあります。

これら臍帯脱出に対する診断対応についてのガイドラインというのは、探してみたところ、日本でもなく、欧米諸国で唯一ありますのが資料3にもありますRCOG、英国におけるガイドラインということが策定されていますので、それについての記載を13ページのほうに記してあります。

この13ページに白丸で羅列してありますけれども、この文言の後に(B)、(V)、(D)と色々ありますが、これはそれぞれの項目に対するエビデンスレベル、これは総説みたいなものですけれども、エビデンスレベルを示しております。Aが一番エビデンスが高く、

B・C・D順にエビデンスが下がっていくと。レ点については、権威者の先生方のご意見となっております。このように系統立てて臍帯脱出についてガイドラインが示されているものがこれしかありませんでしたので、RCOGのガイドラインを載せております。

続きまして、今回■■■■分析した中で■■■■において臍帯脱出が起こる前にメトロイリントール、もしくは人工破膜が行われておりましたので、メトロイリントールと人工破膜について14ページ、2)、3)で詳しく述べさせて頂いております。

メトロイリントールというのは、本体資料にもある通り、単独使用でも24時間以内に90%で分娩に至るということで、妊産婦への負担も少なく有効というふうに言われ、日本では、特に我が国ではよく用いられている手法ですが、短所としましては①～⑤のようにリスクも伴うということがあります。とくに②臍帯の下垂・脱出ということがかねてから言われていることでもあります。そうしました背景もありますので、産婦人科ガイドラインの2011年版を一部抜粋してありますが、この分娩誘発の方法というところ、点線で次のページまであります。つまり、メトロイリントールを使う分娩誘発するときには臍脱の可能性も含めたICを取りましょうということと、あと臍帯脱出というのは脱出する前に必ず先進部に臍帯が存在すると、破水する前に臍帯が存在していますので、破水したときに臍脱が起こらないということを知ることが大切でしょう。ですので、予知するには経膈超音波を用いて臍帯が卵膜の向こう側にないかどうか見ることも確認しましょう。

もう1つは、モニターを装着することによりまして、臍帯下垂がある段階でも、やはり心拍モニター異常が出る可能性もありますので、分娩誘発のときにはモニターをすること。

あとは、これまでの例でも、超音波を用いて事前になかったことを確認した例ですとか、児固定後に破膜をしても臍脱が起きている例もありますので、こういった分娩誘発、特にメトロイリントールを使うときには臍脱が起きると、リスク因子がなくても起きてしまうということがありますので、起きたときに対応できるような、緊急帝王切開ができるというような対応も事前におきましょうということがガイドラインに書いてあります。

次、3)人工破膜につきましては、これも、大切なところをピックアップさせていただきます、やはり事前に経膈超音波で臍帯下垂の有無を確認すること、また、児頭が固定したことを確認してから人工破膜をしましょうということを書いてあります。以上が概況です。

続きまして17ページ、これがこれまでの[]を出させて頂いて、再発防止及び産科医療の質の向上に向けてという大切なところになると思うんですけれども、ここの文章、上から5行目、やはり緊急帝王切開等による急速遂娩が行われても、やはり臍帯脱出を一たび起こしてしまいますと脳性麻痺に至っているという現実があります。ですので、やはり臍帯脱出をできる限り減らすための周産期管理が必要ということです。ですので、臍帯脱出する事例をなるべく絞るとということです。

中段あたり、一方、ガイドラインに則した使用を実施していても、やはり臍帯脱出を起こすことがあるという現実も一方ではありますので、起こした際の緊急時の対応も踏まえたうえでメトロ、分娩誘発をしましょうということが質の向上に向けてといったところで言いたいことになります。

また、最後、中段より下のほうにありますけれども、児固定後にも人工破膜をした後に臍帯脱出を起こしている事例もあるということで、それに関しての原因分析での記載によると、やはり児がいったん固定した後も妊産婦の移動や何かでスキ間ができて、そこからへそが出てくることもありますので、なるべく移動は少なくしてそういった処置を行う必要があるのと、妊産婦の移動を伴わないで済むように経膈超音波を分娩室に置いて破膜前に行く、メトロを入れる前に行くということがいいのではないかとということになります。

そういうことを含めまして、1)産科医療関係者による提言と致しまして、まずメトロイリンテルの使用や人工破膜の実施にあたっては、幾ら内診や超音波で臍帯下垂がないことを確認しても、破膜した後に脱出を来した事例がありますということをまず念頭に入れて頂くということになります。

①は、そういった処置を行う場合は、経膈超音波、臍帯下垂がないことをまず事前に行う。行って、臍帯脱出がないと判断して人工破膜をした場合でも臍帯が起り得ることが

ありますので、異常時の対応を行うということ。あとは、分娩進行中及び処置前後、妊産婦の移動を少なくするために超音波を分娩室に置いておくのがいいのではないかとということになります。

分娩機関内で発症した臍脱の対応について、(2)になりますけれども、なるべく発症しないようにするのであれば、もし実際発症してしまった場合は、骨盤高位を取りましょう。あとは血管攣縮を避けるために、臍帯還納はなるべく行わないほうがいいという記載もあります。ですので、臍帯還納を行うのではなくて児頭先進部を上挙し帝王切開に移行するという。あとは、発症してしまった場合は緊急帝王切開が推奨されるということになります。

(3)、今回も事例がありましたけれども、分娩機関外で発症した臍脱の場合は、妊産婦から電話があった場合は、その場で骨盤高位・膝胸位をとらせるなど来院までの対処法を具体的に電話で指示しましょうというふうにさせて頂いております。

2)学会・職能団体に対する要望としましては、このようにメトロイリント使用例でも臍帯脱出が起きているのが現実であります。一方で、メトロイリントというのは我が国ではかねてから広く行われている医療処置でありますので、実際、どの程度本当にリスクが高いのかどうかということも含めて、メトロイリントの使用状況について学会等で現状把握して頂くことを要望させて頂いております。我が国にはありませんので、臍帯脱出の管理に対する具体的なガイドラインを策定する、児頭が固定した後でも人工破膜後に臍帯脱出が起きることもありますので、人工破膜の適応基準、こういったものも学会レベルで再検討して頂くことを要望させて頂くという形で本体資料の説明を終わらせて頂きます。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。今、説明頂きましたように、今回は3つのテーマを一応予定はしておりますが、それぞれ1つ1つ大変重い重要なことでありまして、場合によっては3つ目のテーマの子宮収縮薬については十分な時間が取れないかもしれませんので、その場合には次回に回させて頂きたいと思っております。

まず、最初のこの臍帯脱出について、今、ご説明頂きましたので、委員の先生方のご議

論をお願いしたいと思えます。よろしくお願ひします。

○箕浦委員 ちょっとお聞きしたいんですが、メトロの事例を見ると、比較的[]とか注
入量が多いんですが、前も質問したと思うんですが、メトロの種類、ああいうオバタメト
ロみたいに丸いものなのかディスク型のものなのか、そういうのって分かりますか。

○池ノ上委員長 いかがですか。情報、分かっていますか。メトロの種類は分かりますか。

○事務局（御子柴） 事務局です。今回メトロを使用した[]のうち、原因分析報告
書に記載があるものということになりますが、[]がオバタメトロを使用しており
まして、残りの[]は不明ということになっております。

○箕浦委員 オバタメトロについては、前に、私、ある裁判の意見書を求められたことが
あって、その文献を調べたら、割りかし、オバタメトロというものがやっぱり多いよう
ですね。

○池ノ上委員長 使用が。臍脱が。

○箕浦委員 ですから、臍帯脱出が多いのではないかなという印象です。自分自身も昔オ
バタメトロを使っていたころは、たまに臍帯脱出があつて、幸い見つけた人間が押し上げ
たまま手術室に運んで助かっておるんですけども、ですから、そこをもう少し調査して、
本当にオバタメトロが多いのであれば、そこは一応注意を喚起したほうが再発防止という
意味ではいいのではないかなというふうに思っております。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。種類別のインシデンスといったものも分かれば、
今後蓄積していくという方向で整理をお願いしたいと思います。他にいかがでしょうか。

○川端委員 資料No.1の1ページの表〇-〇-1ですが、ここに背景ということで一覧が
出ていますが、コントロールがありません。そこで、それをコントロールにした比較をし
て頂きたいと思うんです。

ただ、その例数が少ないので有意差とかそういうのは無理かもしれませんが、今後の進
展も考えますと、今回からもう入れて検討していったほうがいいと思えますので。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。原因分析が行われた[]全体をコントロール

にして、この臍脱を消すというか、そういうふうにしてということですね。それはいかがですか。分かりますか。

○市塚客員研究員 人工破膜とメトロということではなくて、臍脱と[]ということでしょうか。

○川端委員 []をコントロールとしていいかどうかは分かりませんが、要するに、これだけだと非常に視野が狭くて、何かちょっとした例数で誘導されてしまうようなところがありますよね。なるべくそういうバイアスがかからないようなコントロール的なものがほしいということなんですけれども。

○池ノ上委員長 この表、先生がおっしゃっているのは、1ページの表〇-〇-1についてでございますよね。

○川端委員 はい。そうです。

○池ノ上委員長 これについてこの頻度を[]で経産婦が何例、頭位が何例、低出生体重児が何例というような表ができますかというご質問だと思いますけれども。

○市塚客員研究員 それはできると思います。

○上田理事 以前から小林委員からもこの分析に当たって、脳性麻痺になった事例の分析ですので、いわゆるコントロール群との比較が大事であるのご意見をいただいておりますので、これは大きな課題であります。今、制度見直しの検討を行っておりますが、その点についてこれから十分検討していきたいと思っています。

そういった中で、今、川端委員がおっしゃいました、今回のデータの中で比較するという、そういった手法がいいのかどうか、それはデータとして出せますけれども、どこまで比較分析ができるかは、ご指導頂きたいと思っております。

○池ノ上委員長 恐らく、今、川端委員もおっしゃったように、数が少ないので、その表が出ただけで結論を出すということにはできないと思いますけれども、脳性麻痺が起こった患者さんという前提のもとに臍帯脱出が起こったグループと起こらないグループというのを、臍帯脱出の危険因子について比較しましたという、そういう見方はできるかもしれま

せん。

だけでも、本当にそれを産科学的に我々が提言として出すほどのパワーが出てくるかどうかは、ちょっとまだ分からないと思います。いずれにしろ、エビデンスが非常に少ない事象でありますので、何らかの形でそういう参考になるというようなことになるのではないかと思います。

小林委員、いかがですか。ご意見頂けますか。

○小林委員 恐らく、今は厳密なコントロールにはならないと思いますけど、臍帯脱出は脳性麻痺に至る経路の1つですので、基本的には、起こった事象、脳性麻痺、あるいは低酸素の状態と、それからそれが起こらなかった事例についてメトロの使用の頻度とか、そういうものを比較するのが、いわゆる疫学的な比較になると思います。

○池ノ上委員長 疫学的に厳密なコンクルージョンを出すとする、やっぱりそこまでコントロールをしっかりと集めないといえますか、観察しないと、川端委員がおっしゃる通り、しっかりした疫学としては出てこないと思いますけれども、ただ、例えば頭位が[REDACTED]ということになると、頭位に臍帯が多いのかというミスリードしてしまう可能性があるということ、川端委員はおっしゃっているんだと思います。もし出るんだったら出して頂いて、またそれを委員の皆さんで議論して頂ければと思います。

○川端委員 私もそれがこの報告書に載るような質のものかどうかということは別として、ちょっと全体を眺めてみたいというか。

○池ノ上委員長 そうですね。じゃあ、事務局、よろしくお願いします。

○事務局（御子柴） はい。次回、お出し致します。

○石渡委員長代理 実は、この前から色々出ておりますけれども、実際にメトロイリントルがどのぐらい使用されているかということの実数が分からないんですね。ここに挙がってくるのは脳性麻痺事例についてだけです。

そこで、この前もちょっとお話ししましたように、医会のほうでどのぐらい使われているかということについてアンケートを一応やることになっております。9月7日ごろまで

に集計したいというふうに思っているんですけども、その内容については、23年の分娩、これを対象としました。メトロは、今、4種類ほどありますけれども、フジメトロとそれからエムノハヤシダブルバルーンですか、あとミニメトロとネオメトロ、この4種類が一応出ているんですけども、どのぐらいの注入量を入れたかとか、それからどのメトロを使用したとか、あるいはさかのぼって過去5年間メトロを使用した症例の中の臍帯脱出数がどのぐらいあったかとか、そういうようなことについて一応アンケート調査を取ろうというふうに考えております。9月の終わりごろにはある程度のことがお話しできるのではないかなと思うんですけども、今、医会はそういうような動きをしておりますので、どうぞよろしくをお願いします。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございます。ぜひ先生それを進めて頂いて、またこの委員会でもお教え頂ければと思います。よろしくをお願いします。

他にはいかがでしょうか。

オバタメトロはその中には入るんですか。

○石渡委員長代理 オバタメトロは入っておりません。恐らく、フジメトロの中でフジメトロって500ぐらい入れられるんですね。150以上は入れられるので、そこの中で出てくるんじゃないかなと思うんです。オバタメトロを今使っているところはどのぐらいあるかわかりません。販売がされていないんですね。フジメトロということで出ております。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

○川端委員 18ページの(2)の②です。分娩機関内で発症した臍帯脱出の対応について、臍帯還納は行わないというふうに載っておりますが、この根拠と申しましょうか、エビデンスレベルと申しましょうか、それをはっきりさせないと、これは非常に断定的になっていきますので、ちょっと心配していますけれども。

○市塚客員研究員 事務局ですけども、やはり先生が危惧されているところは十分承知しております。臍帯還納につきましては、エビデンスレベルがないというところが行わないほうがよいだろうという根拠になっています。臍帯還納の成功率がいいですよというエ

ビデンスがないのが現状です。

一方、臍帯還納ではなくて、児頭を挙上することによって臍帯の圧迫を解除するということに関しては有効であるというエビデンスレベルがありますので、このRCOGのガイドラインのほうにも、そのような観点から臍帯還納は行わずに臍帯圧迫を取るために挙上しましょうというふうに記載されております。そののところ、これはRCOGのところからの引用に近い記載になっております。

○川端委員 このあたりの対応については、今後のこの委員会の方向性にも関わるんですが、エビデンスレベルをそこに付記するとか、ちゃんとした参考文献はあるのでしょうか。関連づけて書いていく必要があると思います。

○池ノ上委員長 今、市塚先生が言われたようなことがみんなに分かれれば、理解可能だと思うんです。ただ、行わないだけ来ると、えっという反応が十分予想されますし、やっぱりそこら辺はもう少しこれをブラッシュアップして、最終的な報告書の中では理解して頂けるような形にしていくということをお願いしたいと思います。

やはり、時代の流れとか歴史的な背景とか様々なものが変わってきておりますので、臍帯還納をしなければいけなかった時代とか、そういうのも過去にはやっぱりあるわけで、そういったところを、今、市塚先生がおっしゃったようなことをちゃんと説明して頂ければ、そこら辺は分かって頂けるんじゃないかと思いますので、文章にするときにはまたそこら辺よろしくをお願いしたいと思います。

他にはいかがでしょうか。

○村上委員 18ページの(3)の分娩機関外で発症した臍帯脱出の対応についてというところで、自宅等で妊産婦さんに多分判断を委ねなければいけない状況がそこに生じてくるのかなと思うんですけれども、具体的に電話で指示するといっても、私自身、もしその場になったときに、今、どういうことを伝えたらいいのかなというのが余りイメージできないし、骨盤高位を取りなさい、膝胸位を取りなさいと、その場で言って通じるかどうかというところもちょっと疑問なので、むしろこの辺の臍帯脱出を妊産婦さんがどう察知する

のかとか、妊娠期間中にどのように妊産婦指導をしたらいいのかというようなところは、むしろ、学会や職能団体に対する要望のところで具体的に考えて下さいというふうな内容を入れて頂いたほうがいいのかなと思って聞いていました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。そうですね。イメージが中々一般の方には分からないかもしれませんね。学会・職能団体に対する要望には、その部分は触れていないんですよ。いわゆる保健指導の含みの中に。それは、やっぱり入れたほうが親切ですね。そこをまた先生、考えて頂けますか。

○岩下委員 今、職能団体のお話が出ましたが、再発防止委員会としては、学会とか職能団体のほうに色々調査してほしいと要望されますが、石渡委員長代理のほうでも医会のほうで調査するということですが、臍帯脱出した妊産婦さん自身がどういう感覚のときに医療機関に連絡を取るとか、文献にもないようなことは結論が出ない要望が非常に多いです。

それから、産科婦人科学会に関しましては、母集団の大きな分娩数を扱いますけれども、学会・職能団体に対する要望を全て解析する、何か有意差を出すようなことは中々難しいんじゃないかと思います。石渡委員長代理が先ほどアンケートを取ると言った対象は、どのような施設でしょうか。

○石渡委員長代理 全ての分娩を扱っている医療機関に対して取ります。

○岩下委員 回収率がどのぐらいかというようなこと、個人で開業でお産を扱っているところの回答が主体になるのか、総合周産期センターからの回答があれになるのかによっても、かなりバイアスがかかったデータになるんじゃないかなということを懸念しております。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。当然、今の段階で学会としての学術的な見解を示して頂くということは中々難しい問題がたくさんあるかと思いますが、例えば今のような先生のご提言で、妊産婦さんが自分の家から臍帯脱出を医療機関に言ってきたときにどういう表現になっているのかとか、そういうのは我々も知りたい情報だろうと思

うんですね。必ずしもそれが学術的に有意差があるとかないとかという議論ばかりでなくて、実際の言葉としては、何例中何例はこんなことを訴えておられましたとかというのは我々のほうでもまとめられるだろうと。そういったことを参考に、医会とか学会とかでも教育の一端にそういうことを入れて頂ければと。学術研究とはまたちょっとニュアンスの違ったことではないかと思うので、そういったことをご検討頂いて、いや、これはまだ難しいとか、これはまだまだとかいうようなことをまた返して頂ければ、また我々のほうでもそれに対する例えば原因分析委員会への希望だとか、我々の再発防止委員会でさらにこういうことを委員の先生方と議論して頂きたいとかいうような方向に進むことができるのではないかと思います。あくまで産婦人科学会は学術集団としてのそのご意見を出して頂ければいいんじゃないかというふうに思います。

○隈本委員 私、前からの持論なんですけれども、こういうまれに発生する事例というのは、例えば大規模に調査をしても数は少ないとか、あるいはこういう患者にとってよくない出来事というのは、前向きに研究計画を立てることができないわけですから、我々の持っている脳性麻痺事例がまさにその情報の宝庫でして、これはやっぱり原因分析のために最低限必要な情報しか頂いていないわけですよ。ただ、先ほどメトロの大きさがどうだとかメトロの形がどうだということについては、余り原因分析に関係なさそうというか、直接原因ではなかろうからということで、それ以上の情報は貰っていないと。それは制度上もそうだと思うんですが。

先ほどおっしゃったような、例えば臍帯脱出がある直前の妊産婦さんの自覚症状ってどうなんだろうとか、何か特徴的なものがあるんだろうかみたいな調査というのは、むしろこっち側から能動的に、つまりこの産科医療補償制度のよさというのは全例把握ですから、臍帯脱出が起こった人があと2～3年でこれで行くと10例とか15例とか出てくる可能性があるわけですが、その人たちにもう一度調査をすると。どういう状況の中で生まれたのかとか、それから分娩機関に対してもどういう状況でメトロイリントルを入れて脱出したのかと調査してみてもいいかでしょう。原因分析委員会では、カルテに書いてある分につい

ては一応分析しているんですけども、カルテに書いていないところは分からないんですよ。分からないから評価できないみたいに書いてあるところもあるんです。我々としては原因分析というところと切り離して、再発防止という面でこの委員会がその事例を基に調査するという、そういうことを今後やって頂きたいなと思っているんです。

先ほど、メトロイリントルの全国調査が行われているということで非常に前向きだと思うんですけども、同時にこういう臍帯脱出の直前の状況とか、メトロイリントル脱出から臍帯脱出までの時間とか、そういうものは具体的な事例を我々が持っているわけですから、そこに調査チームを作っていくという、そういう発想が再発防止のためには絶対必要だと思うんですが、将来的にぜひ考えて頂きたいと思っています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。実は、さっき出して頂いたRCOGのリコメンデーション、エビデンスレベルに基づくリコメンデーションの中に、A・B・C・Dというレベル1から挙げているんですけども、一番最後に、エビデンスはないんだけどもオーソリティの意見、あるいはベテランの意見、こういう意見があるというのは、やっぱり載せざるを得ないようなところがあるんですね。実際の産科医療の中でしっかりエビデンス・ベースドまで到達している事柄はそんなに多くないという現状もあると。そうすると、キャリアがたくさんあって経験がたくさんある人たちはこんなことを言っているというようなことを英国のリコメンデーションには載せているというところを見ると、中々サイエンティフィックな分析ばかりでは追いつかない現状があるというところもあろうかと思うわけです。そういったところも、この委員会とか、あるいは原因分析委員会とかができる限りのことをして、少なくともミスリードしないようなところはしっかり担保しながらいかないといけないと思いますけれども、ある情報は出していくということは必要なことだろうと思います。

○隈本委員 おっしゃる通りで、すでにあるエビデンスからは、とてもこういうふうに見えるかどうか分からないみたいなものもあると思うんですが、それは、恐らく、こういうまれに起こる有害事象みたいなものは、大規模調査をしてもだめだし、ましてや倫理的に

考えて前向きに介入調査をやってみるようなことは不可能ですよ。でっかいオバタメトロがいいのか小さいものがあるのか、でっかいのと小さいのと両方入れてやりましょうみたいな調査はやっぱりできないわけで、しかもその中で1万例に1例ぐらいしか臍帯脱出が起らないとすると、これは有意差を取るのは無理なので、やっぱりそういう研究計画はできないですよ。

ですから、実際に起こった出来事から振り返って、ずうっと色々なそのときの入れ方とか感覚とか、そのときの目を離した時間とか、そういうものを全部統計を取っていけば、その少ない例からでも何か言えることが出てくる可能性があります。そういう意味で「発生した事故から振りかえる」というこの委員会の性質上、やはり追跡調査は欠かせないと思うんです。要するに、せつかくこれだけの具体例を持っているのは世界中にこの委員会しかないと思うんですよ。この委員会の先生方が、何らかの方向をもって追跡調査して分析していくという、そういう方向性をぜひやっていただきたい。こういう事例なんかはまさにそうだと思うので、統計的に扱えないこういうもの、エビデンスレベルを高めることが原理的に不可能なものというものをぜひ追跡調査ではつきりさせて頂きたいというふうに思います。上田先生、ぜひお願いします。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。確かにエビデンスを世界中の色々な論文に当たってもそんなに出てこないんですね、臍帯脱出というのは。ですから、そうすると、今、隈本委員がおっしゃった通り、ここにある情報をいかに我々がきちっと対応するかということもある種やらなければいけないデューティの1つなのかもしれないというふうに思います。

他にいかがですか。

○石渡委員長代理 医会でアンケート調査をするということなんですけれども、やはりアンケートをやる以上は回収率を上げなきゃいけないということで、余り細かい情報まで求めると、恐らく回収率は悪くなっていくと思うんですよ。医会は最低今このことを考えています。23年度のメトロの使用症例の数。それから過去5年間のメトロ使用症例におけ

る臍帯脱出数、これは5年間です。それから平成23年度のメトロ使用以外の脱出数。脱出が恐らく0.1～0.8%の頻度で起きるということですから、全体には年間1,000ぐらいあるわけですよ。だけど、脳性麻痺に至らずに回避できた症例は、数から言えばはるかに多いわけです。それで、過去5年間のメトロ使用以外での臍帯脱出、臍帯脱出についてもその数だけはきちんと把握しようという、そういうデータの取り方をしようと考えています。そこが何時間たってとか、どういう印象があったとか、そういうことまで細かく書いていくと、恐らく回収できなくなってくると思うので、今回はそういう実際の実数についてだけきちんと把握したいというふうに思っています。

○鮎澤委員 産科の領域の専門ではないので失礼な質問になってしまうかもしれませんが、2点基本的なことを教えて下さい。

12ページで、今回、RCOGのガイドラインの紹介がされていて、「諸外国においては」という文章があるのになぜイギリスのガイドラインだけが引用されているんだろうと思いつつ読んできたのですが、先ほど、これしかないというお話を伺って、なるほど改めてそれがこの問題の難しさなのだろうなとも思いつつ拝見していました。

ただ、ここに載せる以上、これしかないから載せるのではなくて、特に後半、18ページで、学会・職能団体に対する要望として「(2)具体的なガイドラインの策定」を要望するわけですから、このRCOGのガイドラインがそれなりにこの委員会の中でポジティブに評価されていると思ってよろしいのでしょうか。ここで言おうとしている、ガイドラインの策定を要望としているということの具体的なイメージが、このRCOGのガイドラインなのであるということをご紹介ということになるのでしょうか。先ほど、川端委員のご質問にも「ここにあるエビデンスが」というご返答だったので、これが評価されているらしいことは理解をしているのですけれども、そこを教えてください。

それからもう1点、同じく18ページの学会・職能団体に対する要望の「(3)人工破膜の適応基準について学会レベルで再検討する」と書いてある、この再検討というのは、具体的には、15～16ページにある今のガイドライン2011の「児頭の固定確認後に行う」という

ところに、何らかの形で確認後にも起こり得るということを書くということなのでしょうか。この2点を、すみません。

○市塚客員研究員 まず、1点目ですけれども、やはり系統立ててメタアナリシスを行ったガイドラインというのは、事務局で探したところRCOGしかなかったということが1つです。

あともう1つは、やはり我が国特有といいましょうか、このリスクファクターのところを見て頂いて分かると思うんですけれども、メトロ挿入というこの手法ですね。これは割と我が国で独特といいましょうか、我が国では割と広く用いられていて、欧米ではそれほど使われていない手法なんですね。なので、このRCOGである程度エビデンスレベルが全て示されて記載されていますので、そのエビデンスレベルが高いところに関しては、やはりそれなりのポジティブな評価をしていいと思うのと、あとは先ほど池ノ上委員長がおっしゃったように、それほど多いものではないので、到底RCTなんか倫理的にもできませんから、どうしても権威者の意見というのも尊重しなきゃいけないということがありますので、RCOGは基本的にはポジティブに考えて、あと我が国特有のメトロ等々も含めた新たなガイドラインということを目指していったらいいのかなというふうに考えているところです。

現状のガイドラインでは児頭確認後に行うということと文章は縮めてありますけれども、やはり児頭確認後にも起こることがあり得るということを明記して頂けるといいかなというふうに考えています。

○池ノ上委員長 よろしいでしょうか。このRCOGの13ページのこれですけれども、これはRCOGが出している文章を事務局のほうで日本語にして頂いておりまして、私も一応目を通したんですけれども、先生方にこれを、今、事務局から説明があったような視点でもう一度これをご覧頂きたいというふうに思います。それで、色々な表現がしてありますが、これについてちょっと違うんじゃないのか、日本的に言うとこれは無理だなとかいうようなところがありましたら、またご指摘を頂ければというふうに思っておりますの

で、よろしくお願ひ致します。他に。藤森委員。

○藤森委員 確認させて頂いてよろしいですか。資料2ですけれども、人工破膜のところで、実施前の母体移動と書いてあるんですけれども、これは実施後の母体移動ではなかったでしたっけ。外来で破膜して動かしてというんじゃないなかったでしたっけ。私の記憶だとそうだったんですけれども。

それから、自宅で破水している人たちというのは、そういった意味では人工破膜じゃないですけれども、自然破膜というか自然破水した後に動いたという、自宅ですから動くと思うので、そういった意味で、例えば、我々も破水したら余り動かないようにしてきなさいとか指導することはあると思うので、特に早産期にある人が破水した場合、もしくは超音波で骨盤位、体位異常が疑われていたときに破水したといった場合には、とにかくすぐ来なさいということは言うわけですよ。なので、多分、僕の記憶によると、実施後の母体移動だったような記憶があるんですけれども。そうすると、そのくくりからすると、破水後はなるべくお母さんは動かさないほうがいいという、動かないでなるべく早く受診しなさいという保健指導にはなると思うんですけれども、いかがでしょうか。

○事務局（御子柴） 事務局です。本日、第1回と第2回の報告書を資料としてガイドラインの上に準備させて頂いております。第1回の報告書のときにテーマに沿った分析の一部として臍帯脱出を取りまとめておりまして、その記載の61ページに、こちらと同様というか、似たような形の表を記載しております。こちらのほうにも、人工破膜という欄の中に人工破膜前の母体移動ということで3個の共通点としてお示ししております、この人工破膜前の母体移動というものが示す意味と致しましては、超音波などで臍帯下垂の有無を確認したりですとか、内診をした後に母体移動してその間に、臍帯下垂がなかったかもしれない後に母体移動によって児頭が浮動したり臍帯が移動したりとかということで下垂して、その後に人工破膜が行われて脱出したということが前回共通点ということで取り上げておりまして、それと同じ観点で8件についての状況をお示したという経緯でございますので、自宅で発症した場合のその母体移動というのは、もちろん別の観点ではデータ

としてまとめることはできるかと思うんですが、こちらの表の意味と致しましては、その通りとなっております。

○藤森委員 確かにその通りでしたね。でも、どれも破水した後も動いていますよね。破膜した後も動いていますよね。それは事実ですよ。私もこの第1回の報告書の表をちょっと忘れていたというか、覚えがなかったんですけども。

○上田理事 61ページです。第1回報告書の。

○藤森委員 見ました。見ました。なんですけれども、破水後も動いていますよね。人工破膜後も動いていたと思うので、今、事務局がおっしゃったように、確認した後に人工破膜前に動いたから臍帯の位置が変わっているというのは確かにそうかもしれませんが、もう1つの観点から言うと、破水した後に動いて臍帯が脱出した可能性もあるということですね。特に体位異常の時なんかは、我々、そう言いますので。指導しますので。

○市塚客員研究員 そうしますと、分析の一カラムで前後で、後のほうもカラムを加えることは可能ですので、そういった見方も検討して記載させて頂きたいと思います。

○箕浦委員 事務局にお聞きしたいんですが、不勉強で申し訳ありません。メトロイリーゼとかメトロイリントルとか、いかにもドイツ語的なあれで、もともとドイツ語じゃないかと思うんですけども、ドイツではこういうものってどうなっているか分かりますか。

○事務局（御子柴） ドイツにおいてということに関しましては、知識不足でございましてご返答が難しいですが、今回とりまとめるに当たりまして、日本の教科書を幾つか引用させて頂いております。そちらにはメトロイリーゼ法ですとか、方法についての総論としてはメトロイリーゼという言葉が引用されておまして、そのメトロイリーゼにおいて使う物品に関しては、メトロイリントルということで使われていることが多かったかと思えます。ただ、メトロイリーゼとメトロイリントルの使い分けというのが、それで正しいかどうかというのに関しては、この後可能な限りで調べさせて頂きたいと思えます。

○池ノ上委員長 よろしいですか。何かそこが僕もちょっと気になってはいたんですけども、非常にあいまいに使われているんですね。「メトロイリントルを挿入」とかという

のがあったりとか、「メトロイリーゼを行う」とかいうような表現もあったり、日本語の教科書の中も余り統一はされていないようですね。

○市塚客員研究員 事務局のほうでその辺のターミノロジーを正確に調べさせていただきます。

○池ノ上委員長 お願いします。藤森委員、記憶しておられるあれは、それこそメトロイリンテルを入れて、その後動いたんじゃないかなかったですかね。そして臍帯脱出が起こったというケースがあったんじゃないかなかったですかね。

○藤森委員 ええ、メトロが滑脱して、その後。

○池ノ上委員長 入れて動いて滑脱して脱出。その後何時間かして。

○藤森委員 破膜してじゃなかったでしたっけ。不確かなところがあるので、ちょっと確認して頂いて。ただ、破水後にも動いたという確かに項目をつけて頂けると、自宅破水した人たちもある意味くくって指導できるかなという気はしたものですから。

○池ノ上委員長 ただ、破水後には絶対動かないというのがいいかどうかという、エビデンスレベルがまた問題になってくるんですよ。

○藤森委員 確かに、そうかもしれないですけども。でも、破水後に早く来なさいというか、分娩施設を早く受診しなさいということは間違いはないと思います。

○池ノ上委員長 それは間違いないと思います。

○藤森委員 動くことがいけないかどうかというのは、またエビデンスと言われると、ちょっと難しいかもしれません。

○池ノ上委員長 ちょっとそこはまた微妙なところがあるかもしれません。他にはいかがでしょうか。ちょっと時間がずいぶんたちやいましたが。

○勝村委員 幾つか質問させていただきたいんですけども、メトロのその種類についてですが、ここで注入量とかは書いてあるけれども、先ほどもお話がありましたけど、分からないんでしょうか。例えば、メトロって、異常分娩ということで保険請求とか、そっちで分かったり、社会保険診療行為別調査とかで出ていたり、そこでは商品名で記載されていたりとか、そんなことはないんですか。どなたかがおっしゃっていましたが、もしこ

のメトロの種類というものも分かるなら追いかけていく方が、何かそういう形のことをやっているほうが純粹に事例から再発防止策を探っているという意味でも、ここはもしかしたら世界的にも非常に意味のあることをしているかもしれないわけなので、何かそういうのが分からないのかなということが1つです。

もう1つは、分娩誘発の有無で■■■■と書いてあるんですけども、この分娩誘発というのはどういうことを指して分娩誘発と言っているのかを教えてくださいたいと思うんですけども。

○事務局（御子柴） 事務局でございます。

まず、1点目ですが、メトロイリンテルの種類に関しましては、原因分析報告書に記載があるものに関しては可能な限りデータを蓄積しておりますので、それに関して今後事例が蓄積していった段階でどういった種類のものを使っているという傾向を取りまとめることは可能でございます。

今回の■■■■■につきましては、先ほどのオバタメトロ■■■■と不明が■■■■ということになりますので、その■■■■の内訳を今回のこちらの一覧表に記載することがどうかということに関しては、先生方のご意見を頂戴したいと思います。

保険との兼ね合いに関しましては、申し訳ありません。今回は知識不足でご返答ができませんけれども、診療録に記載があるものに関しましては原因分析報告書に記載されているという整理をしております。記載があるものについてはこちら再発防止におけるデータとして蓄積しておりますので、今後も追って行っていきます。

先ほどもお話がありました通り、追跡調査ということに関しては制度全体のことにもなりますので、また検討させていただきますが、可能な範囲で分かるそういったデータに関しては、メトロの注入量も使用方法の1つかと思いますので、分かるものに関してはデータを蓄積しておりますので、必要があればこちらの表に加えていくことは可能でございます。今回注入量に関しては実際のこちらの表にも記載しております。

あと、まとめてご返答させていただきますと、先ほど、自宅における発症の状況というこ

とでご質問・ご意見等頂いております、資料1の3ページのほうに、教訓となる事例ということで、まず事例2というところに、自宅で発症した事例を具体的に記載させて頂いております。こちらのほうに妊産婦さんの主訴として、へその緒のようなものが3cmぐらい輪っか状に臍から出ていることを分娩機関に連絡しということで、実際にこのように報告されておりました。先ほどの資料2の一覧表に自宅で発症したものが今回[]でございますので、妊産婦の主訴ということで新たにセルを設けまして、そちらに具体的に記載することで対応ができるかと思っておりますので、そちらも次回の資料に反映させて頂きたいと思っております。

前回第2回の報告書では、早剥を発症した妊産婦さんの実際の訴えなどを一覧表でまとめました。再発防止としては具体的な記載内容を示していくということがまず第一段階ですので、そのような形で対応致しましたので、今後、臍脱に関しても事例が蓄積していった段階でそのような事例を多く記載することも可能になるかと思っております。

話が二転三転致しましたが、臍脱の分娩誘発の[]の内訳でございますが、分娩誘発は再発防止におきまして、メトロイリンテルの使用、ラミナリアなどの吸湿性の経管拡張剤の使用、子宮収縮薬の使用、人工破膜の実施などを、陣痛が起こる前に行ったものを分娩誘発としておりますので、それが何件あったかというのが[]という数になっております。

○勝村委員 この資料2を見ると、メトロの使用がありが[]、[]であって、人工破膜が[]であって、分娩誘発が[]であるわけですね。これがメトロも人工破膜と子宮収縮薬と、その3つですか。

○事務局（御子柴） 分娩誘発の種類ということですか。人工破膜とメトロイリンテルの使用、吸湿性経管拡張剤、ラミナリアなどと言われるものの使用、あとは収縮薬の使用と人工破膜ということになります。

○勝村委員 人工破膜の他、全部で5つ。4つ。もう1回、すみません。

○事務局（御子柴） 人工破膜、メトロイリンテルの使用、ラミナリアの使用、収縮薬の

使用。

○勝村委員 4つでしたね。人工破膜を2回言いましたよね。4つですね。そうしたら、それを分娩誘発の有無という欄を2つに割って、ラミナリアと子宮収縮薬に分けてほしいですね。そういう意味なら。

○上田理事 4つですので、ここに2つあるので、こっちをラミナリアと。

○勝村委員 ラミナリアと子宮収縮薬。子宮収縮薬が使われているのは[]のうちどれで、ラミナリアが使われているのが[]のどれなのかと。そうじゃないと、分娩誘発の意味がこの表では読めない、分からないですよ。

○事務局（御子柴） そうしましたら、分娩誘発の実施の有無というセルの中に、何の手段が行われたかというのが分かるように明記した形の表にするということによろしいでしょうか。

○勝村委員 メトロや人工破膜も含めて言っているんだったら、分娩誘発という言葉はいらないんじゃないですかね。ラミナリアと子宮収縮薬という欄を2つずつ設けるで、それらをひっくるめて分娩誘発という、上にもう1個大きなカテゴリーを作ってもらって。

○事務局（御子柴） はい。そのように致します。

○勝村委員 そうすると今すぐには、それぞれが幾つかは分からないですか。どれがラミナリアで、どれが子宮収縮薬か。

○事務局（御子柴） この[]の中でラミナリアを使用したものは[]になりまして、子宮収縮薬を使用したものは[]になります。

○勝村委員 どれですか。

○池ノ上委員長 そのような表を作って頂いて、またご議論頂ければいいですね。

○小林委員 勝村委員の最初のほうの質問ですが、私も以前そのことを重要だと思いましたが、まず、メトロの出荷数を厚労省にお伺いして、一応の数を以前の会議で報告しましたがけれども、その後、委員の先生方に聞いたら、メトロという商品以外のメトロに相当するものもかなりあって、そのメトロという商品名で数えても正確な数は把握できないと。

それからあと、出荷されていても結局使われないものがかかなりあるということで、その出荷数では正確な推定ができないと。

それから、勝村委員が話をした社会医療診療行為別調査は、保険診療をした出産だけなので、自由診療のほうがそれで把握できないのと、ある1年間の1カ月分なので数が非常に少なくなってしまうけれども、それからある程度推計はできると思うので、もし必要があれば、事務局のほうから厚労省のほうにお願いをすれば、データはもらえると思います。その場合は、メトロというよりは、そういうものを挿入した手技というものの件数を調べればいいんだと思います。

それからあと、疫学調査のほうは、石渡委員のされている調査が一番確実だと思います。調査としては前向きじゃなくて後ろ向きだということになると思います。記憶に基づいて総数を推計して。やっぱり重要なのは、メトロを挿入して臍帯脱出に至ったのがどのぐらいの割合があるかというのを出して頂くのがいいんじゃないかと思います。メトロで臍帯脱出になった場合、メトロを使っているということが1つの条件になりますので、産科医はその分注意力が増しますので、早期発見して低酸素に至らないというか、早めに防止できることもありえますが、まずは、メトロと臍帯脱出がどのぐらい関連しているかというのを出すのが一番いいのかなと思います。

○石渡委員長代理 それは出す予定になっていますので、後でご報告します。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。臍帯脱出については、ずいぶんたくさんお話を伺いました。今日、お手元にお渡しできたこの臍帯脱出に関する資料はまだ最初のファーストドラフトでありますので、先生方またこれをご覧頂きまして、また事務局のほうにご意見をお寄せ頂きたいと思います。

○勝村委員 1つだけいいですか。これの2～4ページに、事例1、2、3がありますよね。以前、子宮収縮剤を使っている事例ならば、この事例の中に淡々と一言、子宮収縮剤の何々をこのために使用したという事実を必ず書いて欲しい、使用しているけれども書かないということは、子宮収縮薬に関してはないようお願いしたいと言って、それは了解

を頂いたんですけれども、これ、事例1にはジノプロストと書いてあって、事例2は使用されていないかなと思うんですけれども、事例3は子宮収縮薬という言葉がないけれども、この事例3は子宮収縮薬を使っていないですか。使っているんだったら、やっぱり子宮収縮薬を使っているということを事例の中に書いておいてほしいと思うのですが。たった5文字なので。僕としては子宮収縮薬という5文字がない場合は使っていないと思いたいですけれども、使っているけれども、その子宮収縮薬という5文字が書かれずに飛ぶ場合があるというのを避けてほしいとお願いしていたんですけれども、ちょっとこの事例3は使用してないのかなという気がするんですけれども。もしあれば、子宮収縮薬を使ったということをどこかに書いておいてほしいと思います。

○事務局（御子柴） 先ほど頂いたご意見と一緒に、どの事例が子宮収縮薬を使用しているかというのを表の中に組み込むとともに、確認して使用があれば記載致します。基本的には、使用している記載があれば要約版などにも記載しておりますので、それと同じスタンスで簡略化したものを今こちらに記載しています。

○勝村委員 その簡略化するとき、元のものには書いてあるけれども関係ないからといって、その5文字を飛ばさないようにお願いしたいということです。

○事務局（御子柴） はい。了解致しました。

○勝村委員 もう1つ、ジノプロストという表現についてですが、今回出ている資料の子宮収縮薬のところにはそういう表現をしていないですね。PGE2、PGF2 α 、オキシトシンの3つにそろっていますよね。もともとのカルテがそういう書き方なのかもしれないけれども、括弧付けか何かをするなどして表現としてそろえてもらう方がいいんじゃないかなと思います。

○事務局（御子柴） はい。そのように致します。

○池ノ上委員長 そうですね。お願いします。ありがとうございました。

他によろしいでしょうか。

○上田理事 先ほどの隈本委員の追跡調査のご提案は非常に大事ですが、一方、色々課題

も大きいですので、今日は隈本委員からご意見があったということで賜りたいと思います。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。

それでは、引き続きまして、常位胎盤早期剥離について説明をお願い致します。

○事務局（御子柴） 資料4をご覧ください。常位胎盤早期剥離についての報告書案として取りまとめております。今回は、仮のサブタイトルと致しまして、切迫早産との関連についてということで付けております。

1. 原因分析報告書の取りまとめ

1) 分析対象（常位胎盤早期剥離発症）事例の概況ということで、今回[]に常位胎盤早期剥離が発症しておりましたので、その[]に見られた背景として、表〇-〇-1ということで取りまとめております。こちらの表の取りまとめに当たりましても、先ほどの臍帯脱出と同じように危険因子についてレビューをしております。そちらを取りまとめたものが資料6になっておりますので、ご覧ください。

こちらのほうに関しましては、日産婦のガイドラインとWilliamsと同じくRCOGのガイドライン、早剥に関してはかなりたくさん論文がございまして、ガイドラインなどの掲載論文も数多くなっておりますので、それを網羅するという観点で④と⑤というところにレビュー文献を記載しております。こちらのほうに関しまして、④は99件ほどの文献、論文をレビューしたのになっておりまして、各リスク因子ごとのオッズレシオをまとめられたものになっております。⑤に関しましては、アップ・トゥー・デイトというもので取りまとめているレビューになりまして、こちらは前回第2回の報告書の取りまとめに当たりまして小林委員のほうからご提供、ご提案頂きましたレビュー文献になっております。右端のほうに、同じく今回の[]に見られた件数を実数値でお示ししております。こちらに関しましては、半数ということではないんですが、多く見られたと思われるものに赤い印を付けておりますので、そちらも後ほどご検討下さい。

資料4に戻らせて頂きます。今回の実際の[]におきましては、切迫早産が[]、早産が[]、経産婦が[]といったような傾向が見られております。

次、2ページ目に移らせて頂きます。2ページ目には、 に見られた主な症状や訴え、臨床所見などを表〇-〇-2としてお示ししております。こちらは の中で妊産婦が訴えたものに関しまして主に左側で、分娩機関等で他覚的に確認した症状や所見については右側にまとめております。

このように、やはり分娩徴候ですとか切迫早産徴候と類似したような症状ですとか所見ということが多くありますので、これらが早剥において判断とか鑑別が困難な原因と思われるので、着目しております。

今回、早剥発症事例のうち、切迫早産があった事例が ございました。またこの のうち妊娠中にリトドリン塩酸塩を使用していた事例は 全てでございました。かつ、この のうち、早剥発症の 以内でリトドリン塩酸塩を使用していたと考えられた事例が ございましたので、これらを分析対象としております。

次、3ページに移ります。

3ページ、2)事例の概要と致しまして、教訓となる事例をお示ししております。

まず、事例1につきましては、妊娠35週に下痢と出血等の症状で受診された後にリトドリンを処方されて自宅安静で様子を見ていて、またその後症状が再燃して受診をしたということで、その後、早剥が診断されて分娩となったというケースになります。こちらは医師の指示でリトドリンを内服していて、それに当たっての診断ですとか鑑別診断というものについて、医学的評価ですとか検討すべき事項を3ページ、4ページにわたって記載しております。

次、5ページに移らせて頂きます。

事例2と致しまして、切迫早産で入院中に早剥を発症した事例ということで、こちらに関しては、早産期のそういった症状に対してリトドリンが点滴で投与されておまして、その症状が早剥の症状なのか切迫早産の症状なのかといったところの判別が難しい中で点滴が増量されていたという事例でございます。

次、6ページに移らせて頂きます。6ページには、医学的評価について取りまとめてお

りまして、こちらにも主に先ほどの7件を分析対象と致しましたので、それらにおいて切迫早産ですとかウテメリンなどの使用について、あとは早剥の診断や症状、そういったものについて評価されているものを抜粋しております。

7ページのほうに移りまして、検討すべき事項と致しまして、4)に記載しております。こちらは分娩機関、また5)には学会等への要望ということでまとめておりまして、8ページの記載でございますが、今回、国・地方自治体への要望等はございませんでした。次、9ページから、また早剥に関する現況について取りまとめました。

○市塚客員研究員 引き続きまして、2番、9ページになりますが、1)常位胎盤早期剥離についてということで、早剥についての一般的な内容を記載しております。この中で第2パラグラフのところに、先ほど、御子柴から話がありましたように、常位胎盤早期剥離の危険因子としてという形で、資料6をもう一度先生方に見て頂きたいと思うんですけれども、一番右に今回分析対象における[]がそれぞれレビューのリスク因子に当てはまっているかどうかを割り振った表になります。この中でピンク色で示したところ、[]という数字がありますが、これは切迫早産事例が[]あったという形になります。結果的に早産に至ったものが[]、その他分娩歴で経産婦が[]、これはやはりオッズレシオが高い他の文献とも大体一致しております。

この中で、やはり強調したいところは、分析してみますと、他のレビュー文献では切迫早産もしくは早産といったところは教科書的には、あえてオッズレシオを出したりですとか、危険因子として余りうたっているところがなかったんですが、今回、CPに至った事例につきましてはこのような[]という数が出ております。ですので、今回はここに着目しているという形になります。

次、資料4、9ページに戻りまして、2)常位胎盤早期剥離の診断と対応ということで、これも、やはり常位胎盤早期剥離の診断というのはすごく難しく、結局、切迫早産と産徴、いわゆる分娩徴候との判別が難しいということがあると思います。特に、早産期において切迫早産との鑑別診断が重要となるということを2)で強調させて頂いています。

次のページに移りまして、産婦人科臨床ガイドライン2011年版の一部抜粋ですが、これにも2番、PIH、これもリスク因子ですけれども、妊娠高血圧症候群に切迫徴候が出た場合、と同時に異常心拍パターンを認めた場合は早剥を疑い、さらに細かい検査を行うですとか、4番、早剥と診断した場合は、母児の状況を考慮し、原則、急速遂娩を図るですとか、それぞれ対応が示されております。いずれも早剥を念頭に入れた切迫早産管理をするのが大事ということと、早剥というのは最終的には生まれた後、胎盤に後血腫があるのを見つけて初めて早剥というふうに診断がつこうかと思うんですけれども、やはり妊娠中に早剥を疑うことは大事で、その際はモニターをつけるということが全て前提でガイドラインも書かれておりますので、モニターをつけましょうということを委員会としても強調していきたいというふうに思います。

次に、切迫早産の取り扱いはガイドラインでも、やはり切迫早産におきまして異常胎児心拍パターンが認められる場合は早剥と鑑別を行いましようということの記載があります。やはり切迫早産と診断したときに、後でもお話ししますが、モニターをつけていない事例も結構あります。切迫早産を診断する際には、常位胎盤早期剥離をモニターをつけてしっかり鑑別するということが大切ということになります。そのことを次の文章のところに書いてあります。常位胎盤早期剥離の診断に当たっては、超音波だけではなく胎児心拍モニタリング所見が重要ですということを、次に記載してあります。

そして、常位胎盤早期剥離の初期には、次の11ページですけれども、急速なハイポキシアに対する反応として、モニター上頻脈ですとか遅発一過性徐脈、基線細変動などの消失が出現するというふうに記載をしております。

そのような観点から12ページ、3番、再発防止及び産科医療の質の向上に向けてと致しまして、本文中でこちらに示したように、常位胎盤早期剥離発症事例のうち、切迫早産があったものが[]、うち常位胎盤早期剥離発症の[]以内に切迫早産治療薬でありますリトドリン塩酸塩を使用していた事例が[]ありました。

資料5にも、見て頂くと分かりますが、この[]のうち実際モニターをつけていたのは

だけで、他はいずれもモニターをつけていなかったということになっております。

資料4、12ページ、第2パラグラフですけれども、常位胎盤早期剥離の症状は、繰り返しになりますけれども、切迫早産徴候と類似しております、鑑別が難しいですが、切迫早産を見たときは早剥を念頭に入れて臨床症状、種々の検査結果から総合的に早剥を診断する必要がありますということです。その際には、胎児心拍モニターが重要でありまして、胎児心拍モニターで異常があれば、現在、日本産婦人科学会の周産期委員会では、心拍数波形の分類に基づく分娩時胎児管理の指針というのがありますので、決して早剥の診断がつかなくとも胎児心拍モニタリング異常でグレード4ですとか、そういった診断がつけば、もうそれでNRFSで胎児を娩出するという行動に移ることができますので、やはりモニターは大事ですということをこの中に盛り込んであります。

そういった具合で、1)産科医療関係者に対する提言としまして、(1)番、常位胎盤早期剥離の診断にあたっては、妊産婦の訴えを丁寧に聴取し、エコーだけではなく胎児心拍モニタリング、凝固系の血液検査などを行い、分娩徴候や切迫早産徴候と鑑別して総合的にまず診断するという形が大事だということです。

(2)で、常位胎盤早期剥離の初期症状として、切迫早産と同様の子宮収縮を呈することがありますので、切迫早産症状に加えて異常心拍パターンを認めた場合は、まず早剥を疑い、ガイドラインに沿って鑑別診断を行っていきましょうということです。

あとは、(3)ですが、早期産の腹痛で最も危惧される鑑別診断が必要な疾患として早剥がありますので、切迫早産と早期剥離は本当に似ている症状でありますし、切迫管理中に早剥になることもありますし、早剥の初期症状を切迫というふうに誤認することもあります。妊産婦にも安易に収縮剤を飲んで様子を見ましょうということではなくて、やはり早剥を疑うような症状があったら、飲むのも大事ですけれども、まず病院に連絡するなどのよりきめ細かい服薬指導を行っていきましょうというふうに指導することが大事かなというふうに考えております。

また、(4)で妊娠各期に異常な症状、徴候についての指導、出血ですとか腹痛ですとか、

こういうことの指導を行うという形として、妊産婦が理解が得られたのかを確認を行いながら、より細かい保健指導を行う。不安な点については、いつでも電話相談できるシステムを充実させましょうということです。

2) 学会・職能団体に対する要望は、早剥というのは原因究明、病態の予知が難しく、また現在分かっていないことも多いですので、この事例を集積して検討・研究の推進を要望したいということ。あとは、早剥の初期症状として、やはり腹痛、性器出血などがありますので、適切な鑑別診断及び症状への対応、指導のための研究を推進することを要望させて頂いております。また、ガイドラインにおける常位胎盤早期剥離、切迫早産などについて周知徹底を図ることを要望するという、観察項目の記載の充実や助産師・看護師による医師への報告、妊産婦への対応を具体的にガイドラインに取りまとめることを要望するというふうにさせて頂いております。

3) 国・地方自治体に対する要望は、今回のところは特になしとさせて頂いております。以上です。

○事務局（原） もう1点、資料7についてもご覧を頂きたいと思います。

資料7の早剥事例における診療体制についてということで、こちらについては本体資料、先ほどの資料4には反映をしてございませんが、前回のご意見で早剥の切り口の1つとして診療体制を検討してはどうかとのご意見がございましたので、時間的な経過を中心に一覧を作成致しました。

表の左のほうから病院や診療所などの施設区分、妊産婦が変調を認識した時刻、分娩機関の受診時刻、帝王切開の決定時刻、児が娩出した時刻、分娩時に小児科医が立ち会っていたか否か、などを並べてございます。

また、縦の並び順につきましては、網かけ部分の帝王切開決定から児娩出までの時間について、時間が長くかかっているものから順番に並べております。■中、最初の受診をベースとしますと、病院の事例が■、診療所の事例が■、助産所はございません。これらのうち、■が母体搬送されております。

また、分娩時に小児科医、あるいは新生児科医の立ち会いがあったものが [] となっております。

また、帝王切開決定から児娩出までの時間については、この中に経膈分娩のものが [] ありますので、それを除いた [] 中 [] 以上要したものが []、 [] 以内のものが []、その間の [] 未満のものが [] などとなっております。

なお、こちらの資料につきましては、事務局としましては、あくまでこれらの情報は、診療録等を基に作成した原因分析報告書の記載内容を並べたものでございますので、背景まではよく分からない限られた情報ということで、統計的に何か特色を見出すというのはまだ難しいと考えまして、今回は先ほどご説明しました切迫早産を切り口としてまとめさせて頂きました。以上でございます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。ただいま常位胎盤早期剥離について説明して頂きましたけれども、ご議論をお願いしたいと思います。

○板橋委員 早産例が多い、それから切迫早産と徴候が非常に似ているということなんです。1つは、生まれた子どもの週数の分布がどうなのか、それから、後で早剥と診断されたケースもあるんでしょうけれども、切迫早産の状況になってから生まれるまでの期間はどうなっているのかということが1点です。

もう1点は、早産が多いというのに新生児科医の立ち会いがこんなに少ないのかと思ってしまうのですが、レイトプリタムはもう新生児科医は立ち会わなくていいという感覚で要請していないのか、そのあたりがちょっとよく分からないのです。速やかな蘇生を行うという視点からも、少なくとも早産であれば新生児科医が立ち会うのは当たり前ではないかと思うので、それを少し対応のところに入れてもらえればと思いましたが。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いいですか、事務局。

○事務局（御子柴） 失礼致しました。先ほど説明が漏れましたが、資料5というものををご用意しております、そちらに今回の分析対象事例の概況をお示しております。こちらが分析対象と致しました [] を含む切迫早産を発症した [] の概要というものをまと

めております。先ほどのご質問にありました分娩時の妊娠週数に関しましては、左側の通し番号の横に分娩時妊娠週数ということで実際の週数の内訳をお示ししております。

○板橋委員 要するに、小児科医がいない施設で緊急的に対応せざるを得なくて間に合わなかったという場合と、あとは、当然、いて予知されているにも関わらず新生児科医なり小児科医が立ち会っていないというケースもあるのではないかと思いますので、そこをはっきりさせておいてほしいと思ったものですから。

○池ノ上委員長 それは分かりますか。

○市塚客員研究員 それは、先ほど事務局の原のほうからも説明がありましたが、資料7のほうを見て頂くと分かるんですけども、診療所分娩は、小児科医立ち会いがなしが[]でありが[]だけで、これは小児科医を要請して小児科の先生が立ち会って頂いたのが[]だけでした。病院のほうは、小児科医立ち会いが[]、小児科医立ち会いなしが[]ということで、板橋委員のおっしゃるように、病院ですら立ち会いがないほうが多いという、うち地域が[]、総合が[]ということもあります。

ただ、これはあくまで原因分析報告から拾ってきましたので、なぜ小児科医が立ち会っていないのかという背景につきましては、先ほど原のほうから話があったように、そこまでは原因追及はできないです。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他には何かございますでしょうか。

僕、今、気づいたんですけども、早産を一応取り上げるということであれしたんですけども、正期産の早剥というのものもあるんですよ。正期産は少ないというわけでもないんですよ。正期産と早産との違いはどうか。

○事務局（御子柴） 今回の早剥を発症した[]のうち早産であったものが[]で、正期産だったものが[]ということになっております。

○池ノ上委員長 陣痛とか子宮収縮が起こったときには、常位胎盤早期剥離が疑われることが多いということ。早産だからということで話がいいのかなと、ちょっと、今、心配に思ったんですけども、それはどうですか。

○市塚客員研究員　そうですね。ですので、この中には本当の切迫早産がずうっと管理されていて、いつのまにか早剥になっていた群と、あとは切迫早産ではないんだけど、真に早剥だったものが切迫早産と思われて分娩に至ったという、2つの群が今回の対象の中に入っております。

○池ノ上委員長　正期産の場合だったら、早く来て下さいということで、すぐモニターも始めるだろうし、色々な処置も始めるので、割と医療者側の対応は早くなるんでしょうけれども、早産の場合はそういうことは考えないで、早産のことにばかり目が向いてしまって早剥が見逃される可能性があるという意味では、早産にフォーカスを当てて注意を喚起するということですかね。

○事務局（御子柴）　資料5のほうをご覧くださいでしょうか。先ほど説明不足でしたが、切迫早産が妊娠経過中に診断されていた■のうち、■が早産になっております。残りの■は正期産で生まれておりまして、その正期産期に早剥を発症しているということになります。

こちらの表の左側のほうには分娩時の妊娠週数をお示ししておりまして、中ほど、色がついたセルのあたりの横に、リトドリンを最終処方とか、あるいは指示をした週数ということで、切迫早産が最後に判断されたであろう時期を週数でお示ししております。

よって、後半のグレーに網かけをしております■におきましては、かつて切迫早産という診断はありましたけれども、その後、ある程度軽快した、あるいは内服をやめていた状態で、結果、早剥を正期産期に発症したというものになっております。

○池ノ上委員長　はい、分かりました。他にいかがでしょう。

○藤森委員　何点かあるんですけども、よろしいですか。

今、切迫早産の話がありましたけれども、僕も実はこの■、今、見ているんですけども、実際、本当の切迫早産じゃないのも入っていますよね。つまり、切迫早産の診断基準というか、例えば頸管長の変化がないとかとってリトドリンだけ内服薬を出して帰しちゃったりとかというのがございますよね。ですから、切迫早産と言っていいかどうか

というのが、僕とするとちょっと疑問かなと思って。

僕が考えていたのは、内服薬を処方したという人が■■■■でしたっけ、いたんだと思いましたがけれども、なので、半分は結局タームでお産になっているという話だったので、僕が読み返していた間では、頸管長も十分あって変化がなくてって、これ本当に……切迫早産の診断と書いてあるのは、その診療所の先生たちが勝手にという言い方は変ですけども、診断して投与しているのであって、本当の切迫早産ではない事例が結構入っていますよね。まず、それをきちんとしてもらったほうがいいかなと。切迫早産の定義という意味ですね。

○市塚客員研究員 そうですね。今回は、やはり原因分析の報告書を基にしておりますので、当該分娩機関で切迫早産というふうに診断がついたものを切迫早産というふうに入れていきます。こちらの判断でこれは違うだろうということで除いていることは、もちろんありません。

また、切迫早産というふうには明記されていないんですが、ウテメリン、リトドリンが処方されたものを切迫早産というふうに扱って、この数字にしています。

○藤森委員 そこは明確にしてもらったほうがいいかな。

○池ノ上委員長 先生、どうしたらいいですかね。

○藤森委員 僕は、くくりとして、内服薬を処方した人というふうにしたほうがいいのかなというふうに思ったのですが。

○池ノ上委員長 切迫早産治療群。治療を試みられた群。

○藤森委員 ええ、ですねと思ったんですけども、でも、実際、読むと、これは切迫早産じゃないと思ったのが結構入っているんですよ。あくまでも報告書の中に、切迫早産と診断し内服薬を処方したと書いてあるだけですよね。頸管長も40mmもありましたみたいに書いてあって、子宮収縮があったから出しましたというふうに、自宅安静を指示しましたみたいに書いてありますよね。

○事務局（御子柴） 今回、資料4の1ページのところに、分析対象事例に見られた背景

ということで表をお示しして、そちらに切迫早産と記載しておりまして、そこに注釈をつけております。

注釈1、臨床的に診断されたもの及びリトドリン塩酸塩が処方されたものとしたということで、第2回の報告書のときの常位胎盤早期剥離の背景を取りまとめたときと同じ条件で抽出したデータになります。例えばこちらの注釈に臨床的に当該分娩機関など、分娩機関で診断されたものということが分かるように、もう少し言葉を工夫させて頂きたいと思っております。

実際、今回のに関しましては、切迫早産という診断がついていたものと、かつ全てにリトドリンが処方されていたということになっておりますので、リトドリン塩酸塩が処方されたものというところだけでも注釈は間違いではないかと思うんですが、一応、再発防止のデータとしてはその条件で蓄積しておりますので、このように記載しております。

○藤森委員 切迫早産は、じゃあそのように原因分析のほうでの記載通りとか何とか書いたほうがいいのかもしいかなと思います。

それから、もう1つ、僕見ていて非常に大切なインフォメーションは、胎動の減少。これは結構ありましたよね。僕も読んでいて驚いたんですけども、僕が調べた感じだと、我々の知識の中には子宮収縮があつて出血があると常位胎盤早期剥離というイメージですけども、実は、出血より胎動減少のほうが先に来ている人が結構たくさんいるんですよ。なので、僕は見ていて思ったのは、下腹部痛、子宮収縮があつて胎動減少を伴っていたときには、これはもう早剥を疑ったほうが良いと言えるぐらい、
、もっとあつたかもしれないですけども、結構入っていましたよね。僕、読んでいてちょっと驚いたんですけども、なので、これは非常に大切なインフォメーションだと思うので、ぜひ数値化して出してほしいなと思うんですけども。

○池ノ上委員長 それは、確かに胎児生理学的にはリーズナブルだと思うんですけども、恐らく、まだ臨床研究をしないといけないんじゃないかと思うんです。今、ここにこれか

ら集まろうとしている常位胎盤早期剥離の事例をマスキング版としては臨床研究に使える
んですよね。福島で先生、やって頂ければ。

○藤森委員 僕、ですから、実はやっています。というか、周産期委員会からの松田委員
の要請で、やってくれというので、実は今調べているんですけれども。

○池ノ上委員長 このデータを使ってですか。

○藤森委員 はい。なので、僕が言ってもいいんですけれども、ぜひせつかくなので、や
ってもらったほうがいいかなと。僕が読んでいて気づいたことなんですけれども。

○池ノ上委員長 でも、それはデータが、論文が出てからのほうがよくないですか。早剥
と胎動減少というテーマで、いわゆるエビデンスレベルは高いですか。

○藤森委員 いや、余り僕たちの常識の中にはないと思うんですけど、僕も1例1例見て
いて、ほとんどターム近い人たちだったと思いますけれども、子宮収縮に胎動がないとい
ったときには、出血より先に来ているので、これって結構大切なインフォメーションかな
と思って、多分、[REDACTED] あったと思いました。

○事務局（御子柴） そうしますと、資料4の2ページには、今回の[REDACTED]の主な症状や所
見ということで、単純に羅列したものを掲載しておりますので、例えばこちらに胎動減少
とか、先生方のほうにピックアップして頂いた症状について、件数ですとか割合とか比率
みたいなものを、円グラフですとかそういったものでお示しするという事で傾向を見せ
ることは可能です。

○池ノ上委員長 これもさっき一番最初に川端委員がおっしゃったように、他の例でも胎
動が減っている場合もあり得るわけですね。正期産の人が正期に近づいてくるとだんだん
減ってくる。昔は動かなくなってから陣痛が起こるとか言われて、僕らそう教わった時代
があるぐらいなので、そういうコントロールみたいなのが先生の観察で出てくるわけす
よね。

○藤森委員 コントロールはないんですけれども、でも、ほとんどの胎動減少の人たちは下
腹部痛があつて、何か動かないって言ってきている人が多かった。



○池ノ上委員長 アディショナルなそういう臨床症状があつて、かつ胎動減少ということ
で。

○藤森委員 そうです。動かなくなった、少なくなったという意味じゃなくて、お腹が痛
くて下腹部痛があつて、かつ胎動減少が出血の前に来ているとかという。

○市塚客員研究員 この組み合わせのパターンが浮き出てきたりする可能性もありますの
で、数字は出せると思いますから、検討させて頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 特には早産例ですか。

○藤森委員 満期が多いです。満期産が多いです。ほとんど満期だった記憶がありますけ
れども。

○事務局 (御子柴) 資料4、2ページですと、こちらの表2に関しましては、に絞
る前の全例に対する症状の内訳になっておりますので、その絞り込む前の段階での症
状の傾向ということで、割合ですとか件数をお示しします。

○藤森委員 もう1つ、いいですか。すみません、もう1件だけ。

資料4の5ページの事例2なんですけれども、僕、これを読んでいて非常に気になった
んですけれども、原因分析のほうの話なのかもしれないんですけれども、医学的評価の真
ん中よりちょっと下のところに、妊娠36週以降も子宮収縮抑制剤の投与を継続したことは
選択肢の1つであるとして書いてあるんですけれども、確かにレイトプリタームの問題もあつ
てそのなのかもしれませんが、この事例は、僕が記憶している限り、どんどんどんウ
テムリンの量を増やしてきましたね。ここは詳しく書いていないんですけれども、どんどん
どん増やして行って、最後には、抑制不能だからといってオフにしたら早剥で生まれ
たという事例だったと思うんですけれども、僕、36週以降のある程度抑制が利かないとい
うか、現状維持の量で子宮収縮が増えてきたときに増やして行って対応していったことが
果たして選択肢の1つとして正しいかどうかというのは、僕自身は少し疑問に思って、こ
の文章を事例の1つとして挙げるのは僕はどうかなとちょっと思ったので、これは皆さん
の意見を聞いてからだと思うんですけれども、ちょっと不適切じゃないかなという気が、

不適切だと思う人もいるんじゃないかなというほうが正しいかもしれないですけども。
とと思いましたので、ちょっと。

○池ノ上委員長 事例2ですか。

○藤森委員 事例2ですけども、真ん中よりちょっと下のところに、36週2日の多分夜だったと思うんですけども、夜から3日の朝にかけてどんどんどん増やしていつているんですよね、なので、これの事例って、僕はどうかかと。あるということはいいんですけども、事例として載せることが果たしていいのかなというのが、少し疑問。この文章があること自体がどうかとと思ったものですから。

○市塚客員研究員 意図とすると、やはり切迫早産管理中に早剥になることがあるので、切迫早産で入院管理している患者、特にリトドリンを使っている患者に対しては、常に早剥を念頭に入れながら管理しましょうねという警告も、この事例を提示することによって喚起することができるかなと思って、選択したんですが。逆に……。

○藤森委員 なるほど。分かりました。

でも、原因分析委員会が選択肢の1つとして認めたということは、僕だったら、適切かどうかというのはちょっと疑問かなというふうに、マスキング版ですけども読んでいて思ったんですよね。医学的評価も読んだんですけども、どうかと思いつながり読ませて頂いたので。

まあ、意味は分かりました。切迫早産の中に早剥が隠れているからという意味で載せるというのは、確かに理解はできますけれども、じゃあ、1つの選択肢と言っているのかなというのが、ちょっと。分析された先生たちのメンバーも見たんですけども、僕の気持ちの中では少しどうなのかなという、XXXXXXXXXXぐらいある子に対してどうかという気がちょっとしたので。

○隈本委員 僕もその場にいたんですけども、大体こういう場合、何か報告書で厳しく指摘するためには「ガイドラインと比較してこうだ」というふうに、誰がどう見てもそうだねと言ってもらえるようになるべくガイドライン等を使って評価するというのがあって、

ガイドラインがない場合、ついつい「賛否両論がある」とか「選択肢の1つである」という表現になりがちなんですよね。僕の記憶では、このときの議論としては、やっぱりレイトプリタームの問題はあるので一概にダメとは言えないけれども、普通はこういうことはしないよねというような雰囲気ではあったんです。ただ、その表現が、しちやいかんとは誰も言えないしな、というのが、この「選択肢の1つである」という表現になったわけです。大体そうですよね。そういう表現が出てくるときというのは。

○藤森委員 確かに、マスキング版にはそのように書いてありました。レイトプリタームのこともあるから、選択肢の1つと。それはこの文章には抜けていますけれども。なので、選択肢の1つと書いてもいいのかどうかって、ちょっと皆さんの意見聞いてからのほうがいいんじゃないかなという気が。これは出るわけですよ、全部に。なので、確かにマスキング版の本文のほうには書いてありました。レイトプリタームの問題があるから選択肢の1つであると書いてあったと記憶しています。

○池ノ上委員長 他にご意見はいかがでしょうか。

○板橋委員 レイトプリターム、昨今話題になっていますけれども、あくまでもやはりターミネーションするときには何が優先されるかという判断が当然あってしかるべきで、レイトプリタームはタームに比べればアウトカムは悪いですが、でも、例えば、32週未満の子どもに比べればはるかにアウトカムはいいわけで、そういった視点から考えるべきだと新生児科医の立場からは思います。

○勝村委員 この5ページの医学的評価というのは、もとの原因分析委員会の報告書からさらに概要としてまとめているものですよ。

それで、例えば、5ページの医学的評価の3行目のところは「治療は一般的である」と書いてあって、その4行ぐらい下のところは「一般的ではない」と書いてあって、その間の今なっているところが「選択肢の1つである」ですよ。一般的であるとか、一般的ではないと書いてあるところはそのまま引用していいけれども、選択肢の1つであるというようにあいまいな、どちらとも言えないような表現は、あえて抜き出す必要ないんじゃないかな

いかと思うんですね。

だから、例えばそこだったら、「妊娠36週以降も子宮収縮抑制剤の投与を継続した。」
でいいんじゃないですかね。僕は、そういうふうにしてもらったほうがいいんじゃないか
なと思うんですけども。

○事務局（原） そのような選択もあると思いますし、まだ分母が[REDACTED]をベースに拾い
出していますので、今後事例が増えたらもっとふさわしい事例も出てくるかと思いま
すので、そういった事例との入れ替えもまだ可能か思います。

○勝村委員 原因分析委員会の報告書を変更するようなことは、ここではやっただけな
いと思うんですけども、どの部分を抜き出すかということに関してはここがやっていい
と思うので、今の藤森委員のご意見なんかをお伺いすると、その抜き出し方としては
そこで区切るような形で、「継続した。」で区切っておいてもらったほうが、この委員
会としてはいいんじゃないかなと思います。

○池ノ上委員長 抜いた理由は何かあるんですか。「レイトプリタームのことを考えれば
選択肢の1つである」と原因分析委員会は書いているというんでしょう。その「レイトプ
リタームのことを考えれば」というのをこの文章から外した理由というのは何かあったん
ですか。

○事務局（御子柴） こちらの文章を作るに当たっては、全文が書いてあるものから主に
要約版に沿った形で概略を示すようなスタンスでまとめております。かつ、こういった医
学的評価とかに関しましては、各論に触れるべきところもございますので、早剥や切迫早
産というところに関して、主に関連したところを抜き出した形になりますので、勝村委員
からのご提案の通りに、こちらの一文に関して記載するかどうかということに関しては、
今後、もしさらによりよい事例が出ましたら、この事例自体を新たに差し替えるというこ
とも検討致します。もしも、よりよい事例が出なかった場合に関しましては、こちらの事
例を掲載することをご検討頂くとともに、こちらの一文を削除するということもできるか
と思います。

○池ノ上委員長 いやいや、「レイトプリタームのことを考えれば選択肢の1つである」というふうに書けば、今の議論は板橋委員の議論のところだけに集約してくるわけですね。今のこの状況ではレイトプリタームどころではないだろうというご意見もあると。

藤森委員のほうは、ただ単に、ここで「選択肢の1つである」ということを書けば、この委員会もこれは選択肢の1つであろうということで、それが本として公表されるというのは、ちょっと我々としてはそれは忍びがたいなところなので、原因分析委員会のその文章をきちっとここに入れて頂いて、あと、いや、レイトプリタームに関しては色々なご意見があって、原因分析委員会ではそう思ったと、だけでも、ここの中では、いや、そうでもないかもしれないよね、むしろ、これはデリバリーですよという意見がありますと。そのことは書かなくてもいいと思うんですけども、でも、そういう非常にコントラバーシャルなところといたしますか、そういう微妙なところはちゃんと原因分析委員会の意見を残して記載して頂いたほうが誤解がないんじゃないかというふうに思いますけれども、いかがでしょうか。

○事務局（御子柴） そうしましたら、まず、この事例を取り上げるという前提であれば、記載の通りに正しく追記致します。

○池ノ上委員長 そうですね。それでいいんだと思いますけれども、よろしいですか、藤森委員。板橋委員も今のようなことでよろしいですか。新生児のお立場からすると、原因分析委員会のこの点に関してはちょっと問題があるかもしれないけれども、その原因分析委員会でも新生児の視点からでの議論も恐らくあったんだと思いますけれども、結果的にこうであったということでもよろしいんじゃないかと思いますが。

では、そのように対応して頂くということをお願い致します。

他はいかがでしょうか。

○岩下委員 資料4と6なんですけれども、特に資料6でブルーの枠のところはリスクファクターとして挙げられていないけれども、事例の内訳として記載予定の項目と書いてありますが、これはオッズレシオも何も有意差は出ていないんですね。臍帯過短と早産と、

それから特にBMIが資料4では27以上としたというんですが、これもなぜ27という何か根拠があるのかもはっきりしないんですが、これが28とか29とか30ではいけないのか。データとして数が多かったから載つけたというだけだと、かなりミスリードするような可能性がないのかなと思うんですけれども、これは事務局はいかがですか。

○事務局（御子柴） 事務局でございます。まず、臍帯過短に関しましては、こちらに引用しました1～5の文献には記載がございませんでした。日本の教科書、今回資料4の文末に記載しておりますような日本の教科書に関しましては、多くに臍帯過短という危険因子が挙げられており、分析対象においては ████████ ございましたので、一応記載したということになります。こちらを資料4の背景のほうに含めるか含めないかということに関しましては、先生方のご意見を反映したいと考えております。

BMIに関しましては、今回、申し訳ございません。その根拠とした記載の基になる文献をリファレンスとして挙げていないんですけれども、妊娠時のBMIということで肥満度に関して、1、2、3、4というふうに、非妊時と別の分類がございますので、妊娠時のBMIの判断基準で肥満度1に相当するものが27以上として、27以上を分娩時のBMI高値ということで1つのラインとして引きました。こちらに関してもその根拠が妥当でないということでございましたら、掲載することを削除したいと思います。

○池ノ上委員長 いやいや、そういうわけじゃなくて、この1ページですね。常位胎盤早期剥離の1ページの分析対象の表〇―〇―1がありますよね。ここに挙げてあるこのファクターが、どこから来たんですかとか、これ自身が何でこういうものが出てくるんですかというときに、それをサポートするデータとして色々なところにしかるべき論文、あるいはリコメンデーションとしてこういうのが出ていますよと、それと対比しましたというようなことなので、これで例えばこの表〇―〇―1を何らかの有意差があるとかないとかというようなことで結論づけて何かをするというには、まだまだ時期尚早である。

ただ、表〇―〇―1の説明をするときに、例えば幾つかの論文の中で挙げてあるリスクファクターと、今回の限られたこの中でたまたま挙げてきた数字とが極めて乖離してい

るとか、大体そっちの方向に行っているとかというようにこれを使うという考え方で、ですからこっちのほう、参考資料6というほうはあえて出す必要はないものであるかもしれない。ご議論頂ければですね。

ただ、この表〇-〇-1をどういうふうに、もうそろそろこれだけの数になったので、現時点ではこの委員会でこれに対してどういう意見を持っているかということは何らかの記載をする必要があると。前はまだ数少なかったもので、これだけですよということだったんですけれども、そのときの文章なりにこういったものをリファレンスとしてつけるというような使い方になろうかというふうに思っています。

○岩下委員 BMIにちょっとこだわるんですけども、非妊時のBMIは25以上が
そんなに多くなくて、分娩時のBMIが高いというのを拾っていますけれども、先ほど言われたように、むしろ妊娠中の体重増加に注目すべきなのかなと思うんですが、そういう目では検討されておりますか。つまり、妊娠中の体重増加だけのデータというのはございますか。

○事務局（御子柴） 申し訳ございません。本日、
値などに関しては準備できておりませんので、次回お示し致します。

○岩下委員 そうですね。お願い致します。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがですか。

○鮎澤委員 ちょっと話が戻って恐縮なのですが、先ほど、藤森委員がおっしゃった切迫早産の定義についてのご指摘は、私はとても重大なご指摘だと思って、ドキドキしながら伺っていました。ドキドキというのは、だとすると、妊産婦さんの中には、もしかしたらあなたは切迫早産でしたと聞かされていながら、実は基準に従って判断していくと切迫早産じゃない人がいるのかもしれないという、そういう話にもつながっていくかもしれないということですね。

先ほどの議論の中では、私たちは原因分析委員会の報告書を基に議論しているので、私たちの報告書における切迫早産の定義はこうしますということをどう書くか検討するとい

うことで議論が収まったと思うのですけれども、そもそも切迫早産ではない人が切迫早産と書かれてきているということをどこかできちんと指摘するべきじゃないでしょうか。それを原因分析委員会の報告書を基に議論している私たちにできるかどうか分からない。だとするならば、少なくとも原因分析委員会に戻して、そのあたりのことについてもきちんと検討頂きたいということをお願いするというようなことはできないでしょうか。

そもそも切迫早産というものの判断というのはどういうふうに行われているのかというところが、とても心配になりました。

○藤森委員 これはお答えするのが非常に難しいことなんですけれども、切迫早産の治療というのは、ある意味オーバートリートメントが許される病態でありまして、本当に早産するかどうかというのは、色々なマーカーとか色々今やられていますけれども、生まれてしまうかもしれないから治療するというので、生まれてしまったら大変だからといって治療を開始するわけなんですけれども、本当にこの人が生まれるかどうかというのは分からないわけですね。

なので、よく外来なんかではウテメリンなんか処方されることが多いわけですね。それは患者さんというか妊産婦さんたちの「お腹が張ります」というような申告によって処方されて、保険病名は切迫早産とついちゃうわけですね。だから、原因分析委員会のほうでも、子宮頸管長は十分あるんだけど、子宮収縮を訴えたので、切迫早産の診断の下にリトドリン塩酸塩内服薬を処方したというふうな記載になっているわけですよ。

なので、非常に難しい質問で、答えようがちょっとないと思うんですけれども、多分、池ノ上委員長もお答えに。

○池ノ上委員長 今、鮎澤委員がおっしゃるのは、まさにそこがポイントでして、切迫早産をもっと慎重に対応して下さいと言うことです。いわゆる臨床医が臨床診断で切迫早産として対応しているものの中に、実際はそうではなくて常位胎盤早期剥離の最初のころだったりするようなのが入っていますよと。そこを気をつけて下さいというのを提言に何らかの形で出していくのがこの役割だと思うんです。

ですから、今後、議論を何回もして頂いて、そしてメッセージとして渡すのは、今、藤森委員がお話しになったように、切迫早産というのは非常に分かりにくいので、何となく治療しているという部分が現状にはあるわけです。だけど、その中に細かくストリクトに見ていけば、こういうのが混じっていますから、それは本当は切迫早産じゃなかったんですよねということも情報の中に入っているのだと思うんです。そこを、産科臨床の現場には少し提言として出していければ、再発防止ということにつながるのではないかというふうなストーリーなんだと思います。

○藤森委員 追加のお話なんですけれども、やはり事例の中に塩酸リトドリンを処方されていて、前、処方されていたから、今回はお腹が痛かったけれども内服をして我慢していたという事例が入っているんですよ。だから、自分は、前と同じ、行ったら多分切迫早産と診断されるから薬を飲んで我慢していたというような事例も入っているので、こういうことは、指導の中に「いつもと違う子宮収縮のときには来なさいよ。薬は処方されていて、きちんと受診しなさいよ」というようなことを伝えてあげることが非常に大切なんじゃないかなと思います。なので、塩酸リトドリンを処方したかしないかというのは非常に大切な情報で、ぜひ記載すべきだというふうに思います。

○勝村委員 この■のうち■が塩酸リトドリンを使っている感じで、その残り■がそうじゃないということで、これを見ると、使っている事例は全部、前の場合でも、病院の中でそれが発症したのか自宅で発症したのかという分類がありましたけれども、それとクロスすると、その早産系の事例と満期産系の事例で分けるということはすごく大事なんだろうなどお話を聞いていて思いましたけれども。それと、病院の中に入ってからと自宅との関係というのも非常に前回も大事だなと思ったんですけれども、そこで数字を分けるとどうなるんですか。

○池ノ上委員長 要するに、病院の中で起こったのと自宅で起こったのとの数字ですか。

○勝村委員 数字を早産系と満期産系で、■の中身を。

○池ノ上委員長 外と中と。それ、今すぐ出ますか。出そうですか。

○勝村委員 縦2・横2のクロスで知りたいということなんです。

○事務局（御子柴） ■のうち、入院中に発症したと思われるものが ■ということになりまして、それ以外が自宅で発症ということになります。発症起点をどこ取るかというのが中々早剥の場合は難しく、自宅で発症していたと思われても、診断されたのが分娩機関に入院して分娩徴候だと認識されていた事例や、管理目的ということで入院した後に診断がついている事例など、その線引きを明確化するのには難しいのですが、大まかに入院していたか否かということで分けますと、入院中に発症したと思われるものは ■になります。

○勝村委員 早産と満期産で分けた場合の数は分からないですか。

○事務局（御子柴） 今回、 ■のうち入院中だったものは ■ということになりまして、それ以外が恐らく自宅で症状が出ていたと考えられるものになりますが、さらに早産と正期産という形では件数を分けてカウントしておりませんでしたので、次回、お示し致します。

○池ノ上委員長 次回、よろしく申し上げます。

○勝村委員 もう1つ、要望なんですけれども、資料4の1ページと2ページの表なんですけれども、やっぱりこういう表って、結局、本当の意味で意味を持たせにくいと思うんですよ。いつも何回も同じようなことをお願いしているんですが、「重複あり」と書いてあるだけでどういう重複か分からないというのは、すごく分かりにくいと思うんですよね。普通、こういうことをきちんと再発防止や原因分析で知りたいと思う人は、ああ、重複ありか、というだけで見ても学問的にもパシッとしないと思うんですよね。

だからといって、それをどういう重複かというのを全て網羅すると、大きな表になり過ぎてしんどいのもかもしれないんですけれども、そうだとしたら、僕としては大きな表でも資料に載せてもいいんじゃないかとも思うんですが、表が大きくなり過ぎて困るのであったら、重複の多い事例のベスト5ぐらいが載せられるとか、そういうものがあって初めてきちんとそれぞれの原因分析結果の報告書を横に並べて見ているということの意味が出て

くと思うんですね。どんな重複が多いかみたいなのが見えてくる。

2ページなんかも、僕としては、少なくとも早産系とそうじゃない系で分けてほしいし、それぞれで症状としてどんな重複が多いとか、そっちのほうが大事なんじゃないかなと思うので、そういうものをできるだけクロスして頂きたい。クロスするのも大変だし、大きな表を作るのも大変だと思うんだけど、そういうものをできるだけ出したい、出したいと思って頂いてできるだけ作ってもらえるほうがありがたいなと思うんですけれども。

○市塚客員研究員 そうですね。それは先ほど藤森委員がおっしゃった胎動減少というところと子宮収縮とか、そういう組み合わせにも関係してくると思うので。

ただ、全例を載せるとなると、この先どんどん事例が集積されていってしまいますので、全例を載せることは物理的には無理だと思いますから、多い組み合わせですとか、ベスト5とか、そういうのは検討させて頂きたいとは思います。

○勝村委員 前回の2回目の報告書のときもお願いしたんですけれども、今日のテーマとは直接関係しないんですけれども、早産例には使われていないと思うんですけれども、そうじゃない満期産の例で資料7のすごい大きな表を作ってもらっていますけれど、子宮収縮薬が使われている例があればどれか教えてほしい。調べたら分かるかもしれないんですけれども、一応、知っておきたいなと思うんですけれども。もしすぐが無理でしたら、次回でもいいんですけれども。

○池ノ上委員長 次回にさせてもらいましょうか。

○勝村委員 はい。前回もちょっとこれをお願いしていたので、何も関連がないということが分かればそれでいいのですけれども、ちょっと気になったので。

○池ノ上委員長 では、事務局、よろしくお願いします。

もう時間になりましたけれども、他に何かございますでしょうか。よろしいでしょうか。申し訳ないですけれども、子宮収縮薬については次回ということにさせて頂きたいと思えます。他に何かなければ。

次回は、テーマとしては子宮収縮薬と、それから新生児蘇生と、もし時間が許せば胎児

心拍数聴取ということについてご審議頂きたいというふうに思っております。どうぞよろしくお願い致します。

特にご発言なければ、これで終りたいと思いますけれども、よろしいでしょうか。

○隈本委員 次回、その話をしようと思うので、事前に申し上げておきたいと思うんですが、胎児心拍陣痛図を将来、再発防止委員会の報告書に載せるということについてご検討頂きたい。

今、原因分析委員会の運営見直しの中で、原因分析報告書に胎児心拍陣痛図を載せてはどうかという議論になっています。例えば「えっ、こんな心拍でこんな症状になるの」と驚くようなものをリストアップしたり、「こんな症状の典型的なパターンはこれだよ」というようなことが見えると医学や助産学の教育にすごく役に立つということで、今、原因分析委員会のほうで見直しをやって、あらかじめ資料をもらうときの約束の文章も変えなきゃいけないというようなことが議論されています。この再発防止委員会としては、原因分析報告書には載っていないけれども、こういうもののデータがありますということを出すというのは、かなり速効性のある再発防止に役立つのではないのでしょうか。しかも、今、産婦人科の先生方は我々の出す報告書にすごく注目して頂いているので、「ああ、そうか。すぐ役に立ちそうだな」と思わせるものとして、そういう胎児心拍陣痛図をお示しするというのはいいと思うんですね。ただ、具体的なデータを出そうとすると、それはかなりプライバシーとか、最初の約束事に反するとかいう話になると思うので、心電図の教科書なんかを見ると、典型的な図を示すやり方、例えば波形のここの間が長くなったらだめですよとか、そういうのがあるじゃないですか、そういうちよつとイラスト化したり、何か抽出をしたりした形で、再発防止のための報告書に、胎児心拍陣痛図も出ているということにして頂きたいと思います、こんなようなパターンの心拍図に気をつけるみたいな、そういうものが出ている報告書にして頂きたいなと考えています。

次回、いきなりそう言っても、また次までに検討ということになると思うので、ぜひとも次回までに、そういうことが可能かどうか。要するに、提出された心拍陣痛図をそのま

ま出すわけじゃないんだけど、その心拍陣痛図の中の特徴的な山とか谷とか、そういうものをイラスト化して出すことが可能かどうかということについて、事務局のほうも検討して頂きたいし、今後、再発防止報告書で、胎児心拍陣痛図の正しい見方みたいなものを提言するとしたら、当然、文章だけじゃないほうが良いと思うので、そこはぜひ次回までに事務局でも検討してほしいし、先生方のご意見もお伺いしたいと思っています。

○池ノ上委員長 イラストではちょっと無理じゃないかなと、私は思うんですね。ですから、実際の今臨床で広く使われているそのもので皆さんと共有するということを目指すべきじゃないかなと思う。あとは、そういう約束事がどういうふうに対応できるかと。

○隈本委員 もちろん、今後の検討によって数年後には原因分析報告書にチャートがついているという時代が来るんじゃないかなと僕も期待しているんですが、もし胎児心拍陣痛図の読み方とかいうことについて何らかのことを再発防止報告書で言うのであれば、レベル4がどうだとかレベル5がどうだと言うんですけども、その際、基線細変動が消失と減少ではレベルが違うわけなんですけど、同じ心拍図を基線細変動がなくなっていると見るのか減少しているとするのかというのは、人によって見方が違ったりするわけですね。そうすると、こういうのは減少、こういうのは消失だよとかいうような比較図はあってもいいんじゃないかなと思っているんですけども。

○石渡委員長代理 実は、胎児心拍数の読み取りについて、その判断については非常に重要なので、産婦人科医会も、今、新生児蘇生を全国的にやっていますよね。ああいう形のものを作っていきたいというふうに思っているんです。

それで、結局、原因分析をやっている中で、やはり今まで分かりにくかった心拍数図がずいぶん出てきているんですね。それを学問的に医学的評価をするために利用できないかということで、見直しの段階でお願いする予定になってはいるんですけども、現時点においては患者さんからも了解を取っておりませんし、そういう学術的な研究ということにおいても現段階ではできない状況ですけども、そういうのがどういうパターンというのがだんだん分かってきているから、あれはもしやれるということになれば、パーッと学会

等々のほうでも進められるんじゃないかと思うんですけども、その時点で私はいいのではないかと思うので、いたずらにイラストとやっていくと、中々それははっきりした表現としてできないんじゃないかと思うんですよね。

○隈本委員 私の提案ですが、イメージとしては心電図の教科書、心電図の読み方みたいな、ナース向けの教科書とかあるんですけども、そういうようなイメージです。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。これはまた事務局として色々ご検討頂くということで。

○勝村委員 次回に向けてお願いなんですけれども、原さんにご無理なお願いばかりし続けていて申し訳ないんですけども、早剥に関して今回作られた資料7みたいな資料を、子宮収縮薬でも議論の前提として作っておいてほしいです。それは第1回目の報告書で、子宮収縮薬使用の事例が全例、簡単な表になっていたんですけども。あの形式で、今まで全部の使用された事例を一覧で並べて見やすくしておいて頂きたいなと思います。

○事務局（御子柴） 診療体制についてということでございますか。

●勝村委員 1回目の報告書の40ページに当たるような形のを、今回の早剥で言うところの資料7のような形で、これを広げておいてほしいと思うんですけども。

○事務局（御子柴） 今回の資料9ということでご用意しております、そちらを1度ご覧頂けますでしょうか。

○勝村委員 資料9は全例入っていないですよ。

○事務局（御子柴） こちらは■■■■、全例です。

○勝村委員 ■■■■でしょう。早剥の場合は、資料7みたいに全例になっているじゃないですか。それをこれでやっておいてほしいと。そのうえで、確かにその■■■■をピックアップすることがよいということを確認したいということです。

○池ノ上委員長 大丈夫ですか。

○事務局（御子柴） はい。ご用意致します。

あと、先ほどの隈本委員から頂きましたご意見なんですけれども、一応、第1回の報告

書のテーマとしましては、分娩中の胎児心拍聴取ということで、聴取間隔ですとか聴取方法についてが、一応、テーマになっておりますので、その波形の読み方などについても踏み込むかどうかといったところから、委員の皆様のご意見を頂戴する形になるかと思うんですけれども。

○隈本委員 いやいや、その具体的な読み方なんですけれども、こういうのが出たらそれはもうだめでしょうみたいな、そういうことが大事なんですよね。レベル4だとかレベル5だという判断をする時期が大事なので、そういう意味では、いきなり急に悪くなるだけじゃなくて、徐々に悪くなったりするようなケースもあるので、そういう意味では波形を見たほうが議論は意味があるなと思っているだけです。

○池ノ上委員長 恐らく、産科医療保障制度が発足したころの世間の温度と今の温度も随分変わってきていますし、もっとよりよい産科医療補償制度の確立のためには、新たな約束事の見直しということもしないといけないということも分かってきましたし、そういうことに対する協力体制も、スタートのころに比べたら、産婦人科医会の先生方とかずいぶん変わってきているんじゃないかと思っておりますので、ぜひこれをしっかり議論して頂いて、事務局的にも話を進めて頂くような方向にして頂かないと、恐らく、そのうちこの委員会そのものが具体的な議論をするときに、動きをとれなくなってくるんじゃないかという、そういう可能性も出てきますから、ぜひ段階を踏まえて前へ前へと進んで頂ければというふうに思います。

3. 閉会

○池ノ上委員 他にはよろしいでしょうか。15分以上過ぎてしまいました。今日はお忙しいところ、遅くまでどうもありがとうございました。