

第33回「産科医療補償制度再発防止委員会」会議録

日時：平成26年6月23日（月） 16時00分～18時21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 まだお見えでない先生もいらっしゃるのですけれども、時間となりましたので、始めさせて頂きたいと思います。

本日はお忙しい中、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お願い致します。

本日、資料が多くなっておりまして、資料1～12まで、それから委員の先生方には参考文献と致しまして、未受診妊婦に関する文献を全部で6点ほどお配りさせて頂いております。1つ1つの読み上げは割愛させて頂きませんが、もし、乱丁・落丁等ございましたら、事務局までお申しつけ下さい。

それでは、ただいまから第33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、池ノ上委員長に進行をお願い致します。よろしく申し上げます。

2. 議事

1) 「テーマに沿った分析」について

○池ノ上委員長 委員の先生方、お忙しいところをお集まり頂きましてありがとうございます。第33回の再発防止委員会を始めさせて頂きます。

前回の委員会で色々なご意見を頂きまして、第5回のこの次にまとめる報告書のテーマに沿った議論を頂くということで、今回は、その一部の中身の議論を行いたいというふうに思っておりますので、どうぞよろしくお願い致します。

それでは、32回の委員会の主な意見について、事務局から説明をお願いしたいと思います。お願い致します。

○事務局(竹田) では、本体資料の1ページになります。1) 「テーマに沿った分析」について、(1)第32回委員会の主な意見。前回の委員会でテーマ等としてご審議頂きました4つの事項に関する主なご意見でございます。

①新生児蘇生について。

1つ目のご意見よりご説明いたします。2015年版蘇生法ガイドライン作成に当たり、再発防止委員会の分析や提言を考慮したいと考えている。ガイドラインは5年ごとに改訂されるため、時期的に今回再度取り上げて再発防止策を検討したい。

N CPR講習会の受講者数や合格者数等は月ごとに把握しており、データを提供することは可能である。

新生児蘇生は、全ての脳性麻痺発症事例に関係すると思われるため、テーマとして継続的に取り上げたい。

②臍帯脱出以外の臍帯因子について。

脳性麻痺発症の主たる原因として、「その他の臍帯因子」の割合が多いため、臍帯異常に対する分娩前の診断の可否や是非を検証し、再発防止策の提言につなげたい。

「その他の臍帯因子」には前置血管や臍帯卵膜付着などが含まれると推測される。臍帯付着部の確認を早目に行うよう提言できれば、再発防止につながると考えられる。

3つ目のご意見です。分娩前の診断法が確立されていないと再発防止委員会からは提言できない。熟練者のみが診断できるレベルであれば、一般の産科医に向けて提言するのは困難なため、提言に当たってはその点にも配慮が必要である。

③受診回数不足について。

妊婦健診について、4回再発防止報告書の分析対象事例319件中、未受診および受診回数不足の事例が19件（6%）と割合として多いことから、詳細に検証して社会に向けて啓発する必要があるのではないかと。

再発防止報告書の主な配布先は分娩機関や関係団体等であるため、このテーマを取り上げた場合、対象となり得る妊産婦に提言を発信することは困難ではないかと。

3つ目の○です。妊娠高血圧症候群等と併せて、ハイリスク妊婦の管理や妊産婦の自覚といった視点から総合的に提言してはどうか。

④分析対象事例の動向について。

これまでの提言を受けて、産科医療の現場がどのように改善されたのか、5回目を機に振り返ることが重要である。

報告書の効果検証に当たっては、第1回報告書の提言に沿った改善が行われているか否かを検証してはどうか。

第1回報告書公表後の出生事例が■件程度では、効果検証は困難ではないか。

2ページ目にまいります。

現時点ではいわゆる効果検証は難しいが、毎年の報告書に件数の動向だけでも掲載してはどうか。第1回報告書が公表されたのは2011年であるが、2009年に制度が開始したことも医療の質の向上に影響を与えていると思われるため、2009年も1つの区切りにしてはどうか。

2つ目のご意見です。診療録等の記載については2回報告書で取り上げたが、分析対象事例が少ない中での分析であった。分析対象事例が増えてきたため、改めて現在の状況を確認したい。

第2回報告書における診療録等の記載についての提言の効果検証については、分析対象事例から得られる情報によって分析や提言の重みづけを検討したい。

次のご意見です。統計的な分析は困難でも、5回目という節目を機に、何らかの形で件数の動向などを掲載したい。

以上が主なご意見ですが、①新生児蘇生と②「その他の臍帯因子」につきましては、テーマとして取り上げさせて頂きたいと思います。臍帯因子につきましては本日、新生児蘇生については次回8月の委員会でご審議をお願いしたいと考えております。

また、3番目の受診回数不足、4番目の分析対象事例の動向については、改めて本日も議論を頂きたいと思います。以上です。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。

ただいま前回の委員会の要点で、このテーマとしてどれを取り上げるか。2つだけはどう決定して頂いておられますけれども、そのことも含めて何かご質問はありますでしょうか。

次回の8月に新生児蘇生のほうをテーマとして議論して頂くとして、今日は、臍帯脱出以外の臍帯因子ということのテーマでご議論頂く予定にしております。よろしいでしょうか。特にご発言なければ、次に移らせて頂きます。

それでは、次のご説明を事務局、お願い致します。次は、この受診回数不足についてということ。これをテーマとしてどのように扱うかということについてのご議論を頂くということで、まずは説明をお願い致します。

○事務局(加藤) 受診回数不足のテーマについてご説明させていただきます。資料1をご覧ください。

1)経緯と致しまして、前回、第32回の再発防止委員会において、第5回再発防止に関する報告書のテーマ選定を行った際、飛び込み出産および受診回数の極端に少ない妊婦についてというのが候補に挙げられておりました。

平成25年12月末までに公表した319事例のうちに、妊婦健診未受診ないし受診回数不足の事例が19事例(6%)ございましたので、第5回報告書のテーマとして取り上げるか否か、各事例の詳細を踏まえて改めて検討するということが前回になりました。

2)未受診および受診回数不足の定義と致しまして、(1)再発防止に関する報告書における定義。①初診が妊娠16週以降のもの、②母性・乳幼児に対する健康診査および保健指導の実施についてによる以下の推奨間隔よりも受診間隔があいている者、この2点を再発防止の報告書では受診回数不足というふうに定義させて頂いております。

(2)と致しまして、大阪府未受診妊娠調査報告における定義ということで、前回、参考資料でお示しさせて頂いた資料でございます。こちらによりますと、定義は①3カ月以上妊婦健診を受けていない、それから3回以下の妊婦健診しかを受けていない、こういったものを未受診と定義して調査しております。

3) 未受診妊婦に関する文献の記載と致しまして、資料2を併せてご覧下さい。

A4縦の資料でございますけれども、文献検索による未受診妊婦・飛び込み分娩における特徴と致しまして、左の列に分析の項目、背景、理由、母体事象、新生児事象と分けて記載させて頂いております。それから、右の列に文献の①～⑥までございまして、具体的な文献の名前は資料の一番下に①～⑥で示させて頂いております。

①～⑥の文献の中では、ここに書かれているような背景、理由、母体事象、新生児事象というものについて検討がされておまして、それぞれの項目について、原因分析報告書に記載がある事項という欄で、原因分析報告書に書かれるものには「○」、本制度で収集しない項目には「×」、診療録または保護者からの情報等に記載されている場合に、報告書に記載することがある項目というのを「△」で示させて頂いております。

母体事象や新生児事象などの診療情報については比較的「○」が多くなっているのですが、背景や理由といったところについてはこの制度では収集しない情報も多くなっておりまして、分析するには少し情報が足りないのかなと思っております。

続きまして、資料3のほうをご覧下さい。A3横の資料でございます。

こちらが受診回数不足とされた19事例の一覧でございます。初診が早い順に並べておりまして、一番下のほうの15～19番については受診回数不足というよりは詳細を確認したところ、不明としたほうがいいのではないかということで、網かけにしている事例でございます。

この中で、先ほどの大阪府の調査のように、いわゆる未受診と言える事例は13番の未受診の1件、それから■番の■回しか受けていない■件、この■件がいわゆる未受診というものなのかなと。他の事例については、初診が少し遅かったものの、以後は定期的に受けているとか、1～2回回数が少ないものの概ね定期的に受けているとみなしていい事例というのを、再発防止の定義に従って受診回数不足と定義しているような状況でございます。

資料1のほうに戻って頂きたいと思っております。2ページ目のところでございます。

4) 対応（事務局案）と致しまして、再発防止委員会においては初診の時期、受診回数などから受診回数不足と判断しておりますが、分析対象事例の中には初診が遅れたものの、その後は定期的に受診している事例や健診の間隔が推奨よりもややあいたものの、概ね一般的な間隔で受診している事例も含まれております。大阪府の調査のような、いわゆる未受診という事例は■事例程度で、分析対象事例における共通点、それから新たな知見というものも今のところ得られていないように思われます。このため、受診回数不足を単独したテーマとして取り上げるのは難しいのではないかと事務局では考えております。

また、文献によりますと、未受診の理由には意識の低さや家庭事情といったものを含まれておりますが、本制度では収集できない事例も多く、未受診妊婦について十分な分析を行うには限界があるのではないかという状況でございます。

一方で、母性・乳幼児に対する健康診査および保健指導についてにおきましては、母子の健康増進には専門的知識を有する者に積極的に相談し、保健指導を受け、これを日常生活に生かして健康的な生活の実践をすることが重要であるとされておりますので、事務局案と致しましては、前回の委員会において取り上げたいテーマの中に挙げられた中から、ハイリスク妊娠の管理という観点で妊娠高血圧症候群をテーマとして取り上げまして、その中で妊娠初期から妊婦健診を受診することの必要性というものを提言してはどうかと考えております。いったんここで切らせて頂きたいと思えます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

前回の32回の委員会の際に、この受診回数が不足している妊婦というのも重要な問題ではないかということから、実態がどうであるかということ、一応、事務局で調べて頂いて、今、その説明をしていただいたところですが、いかがでしょうか。

○石渡委員長代理 どうもありがとうございます。

実は、この受診回数不足あるいは未受診という方が一番問題になってくるのは、いわゆる要保護児童といえますか、児対策協議会、要対協ですね。そこで児童虐待のことが色々

検討されていますけれども、全くどこにもかからずに生まれたその日に手をかけている、ほとんど母親ですけれども、そういう事例が社会的問題になっていることと、それからもう1つは、いわゆる母体搬送、胎児適応というのは結構多いのですけれども、そのときにNICUが、十分にベッドがないときに、この飛び込み出産というのでNICUは結構利用されるというか、NICUに収容されるそういう子どもが多くて、NICUとしても非常に困っている事例も出てきている、そういうようなこと。それから、あとハイリスク妊婦であるとか、あるいは分娩である新生児の状態であるとか、そういうことを加味しますと、テーマとしてはやはり必要ではないかと思うのですけれども、実は、脳性麻痺という1つのくくりだけでみた場合には、あまりにも事例が少ないということと、その未受診、どういふのを未受診の定義にするかとか、回数とか等々を含めると、今回、テーマとして取り上げることにはちょっと無理があるのではないかというふうに思います。

そこで、ハイリスク妊娠等の絡みでこの未受診を検討するということについては、私は賛成です。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

ただいま事務局から説明頂きましたけれども、本当の意味のこの未受診といいますか、全く受けていないという方は、19例中1例しかいらっしゃらないのです。回数が少ないという方を入れても、その回数が少ないことが脳性麻痺発症に直接つながっているというような状況ではない。しかし、今、石渡委員長代理がおっしゃったように、全体のこの医療体制としては非常に重要な問題を認めているということは明らかである、そういうところあたりが浮かび上がってきたというふうに思いますが、そちらのほうでどなたか手を挙げられた方がいらっしゃるのではなかったですかね。よろしいですか。

そうしたら、これをどう致しましょうか。もう少しハイリスク妊娠ということを含めて、その中の1つに受診回数が不足しているものもあるというふうに考えるというような方向で、いったんこれで進めさせて頂くということで、委員の先生方はよろしゅうございませ

ようか。はい。ありがとうございます。

それでは、実は、前回、テーマを色々出していただいた際に、箕浦委員から何か妊娠高血圧症候群とか、ああいったものも重要ではないかというご指摘を頂いておりました、そういったことも含めてハイリスク妊娠というもののクライテリアの中といたしますか、範囲の中に入れて今後検討していくということも必要ではないかなというふうに考えております。また、その点については、後ほど説明頂けますかね。今、やられますか。

○上田理事 では、今。

○池ノ上委員長 では、資料に基づいてお願い致します。

○事務局(城島) ハイリスク妊娠として妊娠高血圧症候群に焦点をあて、検討を行いました。

なお、今回、ご提示させて頂く資料4、5は、テーマ決定のための資料のため、報告書のスタイルではなく、データや項目を中心に記載しております。

資料4をご覧ください。1ページの「2. 対象」に記載の通り、公表した事例319件中、妊娠高血圧症候群を発症していたとされた事例は24事例でした。

24事例の対象属性については2ページの表1をご参照下さい。

次に、妊娠高血圧症候群発症群の脳性麻痺発症の主たる原因についてご説明致します。3ページの表2でお示ししています通り、単独では常位胎盤早期剥離が最も多く 〇件、次に胎盤機能不全・胎盤循環不全が 〇件、複数の要因が主たる原因となった事例中にも常位胎盤早期剥離ありが 〇件、胎盤機能不全ありが 〇件でした。

主たる原因に常位胎盤早期剥離が関連している事例は計 〇件であり、全ての事例で妊娠高血圧症候群が常位胎盤早期剥離の関連因子と分析されております。

4ページ目に移ります。原因の詳細として、まず、最も多かった常位胎盤早期剥離について集計致しました。

(2)①の3つ目の○に記載しております通り、公表した319件での常位胎盤早期剥離発症

群での妊娠高血圧症候群合併率は■■■■%と高くありませんでした。一方、妊娠高血圧症候群発症群中の常位胎盤早期剥離発症率は■■■■%と高く、表4にお示ししております通り、他のリスク因子と比較しても高率でした。また、今回の集計では、妊娠高血圧症候群に切迫早産が合併した例では、合併しなかった例に比べ常位胎盤早期剥離発症率が高かったという結果がございました。

なお、妊娠高血圧症候群発症者24件の詳細は、資料5の別表1にお示ししております。上段の■■■■件が常位胎盤早期剥離発症者です。

資料4に戻りまして、5ページ目に移ります。常位胎盤早期剥離に次いで件数が多かった胎盤機能不全・胎盤循環不全群の集計を行いました。主たる原因とされた事例■■■■件に加え、主たる原因とはされませんでした。妊娠高血圧症候群が影響を与えた可能性は否定できないとされた事例が■■■■件あり、何らかの影響を与えたとされた事例は計■■■■件で、常位胎盤早期剥離と同程度の割合でみられました。原因の詳細につきましては資料5の別表2をご参照下さい。資料5の2ページ目となります。また、資料4、6ページ目の表7でこの■■■■件の背景等について詳細をお示ししております。

表7にお示ししております通り、非妊娠時BMI 25以上、推奨値を上回る体重増加のいずれかが認められた事例が■■■■件、児がLFDで出生した事例が■■■■件と多くみられました。このことから、妊産婦を対象に含め、体重管理、定期的な妊婦健診受診の提言、分娩機関に対し、児がLFD出生となる可能性が高いことを認識し、症状が増悪した際の高次医療機関の紹介、母体搬送を念頭に置いた母体管理、より慎重な胎児推定体重の推移の観察、胎児の健常性の評価について提言が可能と考えます。

原因分析報告書において指摘された診療行為につきましては、資料4の7ページ目の表8、今後の産科医療向上のために検討すべき事項につきましては8ページの6でお示ししております。

原因分析報告書において提言された今後の産科医療向上のために検討すべき事項では、

(1)分娩機関に対し、表8で指摘された事項に加えて、胎盤病理組織学検査の実施、体重管理に関する保健指導等がございました。(2)学会に対しては、ガイドラインの周知、外来管理指針作成、母体搬送時の胎児管理について指針作成等がございました。

以上の内容から、8ページの8.再発防止委員会からの提言案として、(1)妊産婦に対し、妊娠中の体重の自己管理、妊婦健診の定期的な受診、妊娠高血圧症候群は常位胎盤早期剥離のリスク因子であることの周知、(2)分娩機関に対し、分娩時期の判断や他院紹介、管理入院の判断、尿蛋白精査、降圧剤等について、ガイドラインの改定事項も併せての確認、胎盤病理組織学検査提出の検討、常位胎盤早期剥離や胎盤機能不全のリスク因子であることを踏まえた保健指導等、(3)学会に対し、原因分析報告書で記載されていた6の(2)の提言が可能と考えます。

ご説明は以上となります。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。妊娠高血圧症候群についてまとめていただいたのを、今、説明して頂きましたが、いかがでしょう。ご意見はございますでしょうか。

○木村委員 ちょっと個別的なことになるのですが、気になりましたのは、体重が重い人というのがリスクだというふうな、ちょっとそういうニュアンスを感じたのですが、実は、ここを見ていると、■■人が■■人が体重が重いんですね。これ、網かけをしておられるところが体重増加が。重いのですが、実際には、8kg未満の体重が増えない人のほうが多いのです。体重増が8kgを割っている人たちのほうが多くて。

ですから、これ、全般に毎回、毎回、体重、体重と言っちゃうと、こういう人たちがもっとリスペクトしてよろしくない状況になるという可能性もあるので、この中で体重の極端な、例えば15kg以上増加している人はほとんどいない、■■■■しかいないですね。海外のデータなんか見ると、15kgで線を引いているところが多いので。ですから、余り体重、体重、と言わないほうがいいのではないかなと、個人的には思っております。

あとは一般的に、妊娠高血圧症候群のリスクを評価するのは、むしろ妊娠初期から中期

の間に既往歴とかを基にリスクベースでちゃんと評価しないさいと。起こってしまったら基本的には出しに行く、そのタイミングを図ることが中心だと思いますので、妊娠中の妊婦健診の回数に関してどこまでやりなさいということの提言がここから出せるかという、ちょっと難しいような気もするのですけれども、ちょっとこれは私の私見でございますし、またご検討頂けたらと思います。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今、木村委員ご指摘の通り、個々の疾患を取り上げて再発防止という観点から議論するというのは、あまり今までやっていなくて、今までは総論で、例えば臍帯脱出でありますとか、胎児心拍数の観察をしっかりしましょうとか、吸引をするときにはどうしましょうとか、そういうテーマでやってきたのですけれども、疾患を個別化してやる、それを取り上げるというのは、ここまであまりやっていないのです。ですから、少し今のような議論を深めて頂きながら、この再発防止委員会としての取るべき対応というのを進めていきたいというふうに思いますが、いかがでしょうか。

○岩下委員 本体資料の8ページの8で再発防止委員会からの提言の案がございますけれども、この中の(2)の分娩機関の②ですか、常位胎盤早期剥離やLFDがみられた際の胎盤病理組織学的検査提出の検討。これは原因分析委員会のほうで指摘されていることですが、これが再発防止にどういうふうに役立つのか、ちょっと見えてこないのですが、どういう趣旨でお書きになったのか、説明頂ければと思います。

○池ノ上委員長 事務局、何か資料がありましたか。

○事務局(城島) 原因分析報告書に記載されていたので転記をしたというところですので、そちらの報告書を基に記載したというところですよ。

○岩下委員 胎盤病理を出すのは、もちろん結構なことだと思うのですが、それが再発防止に結びつくかどうか、出てしまった後の胎盤を評価するわけですよね。だから、原因分析委員会からの提言ではわかるのですけれども、再発防止という観点でどれだけ意味があるのかなと疑問に思ったので、ちょっと指摘してみました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

○石渡委員長代理 今、岩下委員が言われた通りだと思いますけれども、確かに、再発防止にはつながらないので、原因分析委員会のほうでは胎盤病理に出した場合に適確であると、かなり高い評価をして、これからどんどん原因分析するためにも胎盤病理を出して下さいという、そういう意図があるわけなので、確かに、再発防止委員会から提出するようなものではないのかもしれませんが。

○板橋委員 2つあります。

1つは、LFDという言葉ですが、子宮内のことを問題にしているのであればFGRのほうが適切で、生まれた結果としては確かにLFDになるのかもしれませんが、もし対応を先に考えるということであれば、むしろFGRという言葉を使ったほうがいいのではないかとということが1点です。

それからもう1点は、常位胎盤早期剥離を合併していれば、恐らく、脳性麻痺の確率は高いと思うのですが、一般的にこれまでの統計的には、新生児側ですのでSGAという言葉を使いますけれども、SGAのケースでは発達遅滞のほうが多くて、むしろ脳性麻痺はあまり多くないということを指摘される文献もありますので、やはり妊娠高血圧症候群単独でこの話を脳性麻痺と結びつけてもっていくには多少無理があろうというふうに思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。今、非常に基本的なところをご指摘いただいたと思います。再発防止という我々の使命からいって、どういうふうに妊娠高血圧症後群をくくっていくかというのは非常に重要なことで、恐らく、何らかの新しい切り口を工夫してクリエイトしないといけないというようなことだろうと思います。そういう意味で少しご議論頂ければと思いますが、いかがでしょうか。

○市塚客員研究員 事務局からですけれども、先ほどのLFDではなくてFGRのほうがというご意見ですが、原因分析報告書全てにその推定体重が出ているわけではなくて、あ

とデータベース上にも推定体重というデータベースの項目がないのです。

一方、出生体重はほぼ全てありますので、出生体重からLFDだったものという意味で、このような数にさせて頂いている現状はあります。

○板橋委員 もし、そうせざるを得ないとすれば、例えば母親の体格とかそういった情報を併せて入れないと、いわゆるノーマルスモールがそこに含まれている可能性はかなり出てくると思うので、そこは注意が必要ではないでしょうか。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。事務局のほうで、また今後文章をつくられるときに、その視点をしっかりどこに置くかと、それからそれに伴う様々な情報、参考になる情報も併せてまとめるという方向をお考え頂ければと思います。

他にいかがですか。

○勝村委員 胎盤早期剥離の事例で、以前のように、医療機関の外で早剥になって医療機関に救急等で運ばれたと考えられるものと、早剥にはなっていない状況で医療機関に入院したけれども、その後早剥になったと考えられるものとを分けて、今後集計を続けて欲しいとお願いをしていたと思うのですが、この場合、そのあたりはどうなっているのでしょうか。

○事務局(城島) 今回は、常位胎盤早期剥離あり・なしだけです。そういった検討は行っておりませんので、もし今後PIHがテーマとなる場合には、そういった視点も取り入れていければと思っております。

○池ノ上委員長 それは可能ですよね。調べようと思えばね。

他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。

この再発防止の立場からPIHをハイリスク妊娠の1つとして何か浮かび上がらなければ、この表を見ながら気づいたのですけれども、一般的には妊娠高血圧症候群があって常位胎盤早期剥離が起こって急性低酸素虚血が起こって脳障害というのが大方の実地医家が描いているイメージだと思うのですが、これで見ると胎盤機能不全というのが、

3ページの表2ですけれども、やはり胎盤機能不全が、胎児胎盤循環不全、こういったものが中に介在しながら予後不良になっているというこのフローもありそうだということになると、やはり妊娠高血圧症候群が明らかになったときは、常位胎盤早期剥離を通る、カスケイドと申しますか、そういうものと、胎盤機能不全で胎児に、あるいは新生児にそういう予後不良をもたらすといえますか、そういうことがあるのだということが少し見えてきたかなと思います。しっかりしたデータとか、他のケースコントロールができるような、そういう情報ではありませんけれども、少なくとも数少ない、この24例の中から見えてくる、早剥がなくても胎児胎盤機能不全というのがまだ待っていますよとか、そこを気をつけて下さいとかいうような提言は、少なくともこれからできるのではないかというふうな気が致します。この点についてはいかがでしょうか。私もこれをちょっと見せて頂きながら、そういうふうに思ったのですが。

○藤森委員 妊娠高血圧症候群で今お話がありましたように予防できるとしたら、早剥という話、それはいいと思うのですが、じゃあ、FGR、LFDの子たち、例えば対象になっているのは皆さん、原則33週の2,000g以上の子たちの胎児機能不全と診断されている方々、ちょっと僕の理解では、その方々に何があると脳性麻痺になるのかという、すごく小さくて早期に起こるシビアな早発型のpreeclampsiaだったら、600gとか500gの子が出てくるのでそれはわかるのですが、37週で2,000gの子たちの、通常であれば脳性麻痺にはならないことが多いと思うのですけれども、そこにやはり例えばモニタリングで何か異常が出ていて、それを見逃してしまったから脳性麻痺になったとか、そういうもうワンクッション入っていると思うのです、そこを提言するぐらいしかないのではないかと思うのです。常位胎盤早期剥離はハイリスクだから見逃さないようにと、これはいいと思います。

ですので、じゃあ、もう1つの話は、FGRが診断できていたのかということもあります、そういうところで提言できるかということになってくるのではないかなと思います、ちょっとどうしてもpreeclampsia、妊娠高血圧症候群単独で早剥を除いた事例に関しては

どういう提言ができるのかな、というのが少し私とすると疑問というか、できるのかなと、ちょっと心配はあります。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。どちらかという、タームに近いPIHの場合は、preeclampsiaの場合は、母体サイドのリスクが肺水腫でありますとか、もちろんeclampsiaとか、そういうものについてはかなり注意は行くと思うのですが、その児についての注意がどのぐらい行くかという、特にタームに近い場合ですね。

○藤森委員 肺水腫とかeclampsiaという事例は、この中にあるのでしょうか。母体の酸素化が悪くなったおかげで脳性麻痺になったという事例は入っているのですか。

○池ノ上委員長 健診状況とかこれを見るとここにはありませんけれども、eclampsiaというようなケースは入っていましたか。入っていないのではないですか。この24例の中には。

○鈴木理事 [REDACTED]。

○池ノ上委員長 ああ、[REDACTED]番が[REDACTED]というので入っていますね。それとこの中に未受診とか、あるいは受診回数が非常に足りないとかというケースは入っていますか。

○上田理事 はい。定期的で。

○池ノ上委員長 ほとんど定期的。未受診が1例。24番が。

先ほどの藤森委員からの質問がありました胎盤機能不全というのは、見逃していたとか、ずっとモニタリングの所見の異常が放置されていたとか、そういったことがわかっていますか。あるいはそうではなくて急に起こったとか。

○事務局(城島) 今回、そこまでの胎児心拍数の評価と対応というところについてはまでは検討はしていないのですが、近いものが7ページの表8になりまして、原因①、②、③、胎盤機能不全が原因②のところですが、そこで医学的評価で指摘をされたものがこちらの表となっております、妊娠中の胎児心拍数監視ですとか分娩中の胎児心拍数監視というところの評価を拾っております。

胎盤機能不全に関しましては、分娩管理中と胎児心拍数調査については、特に指摘はございませんでした。

○上田理事 医学的評価ですが、指摘がないということですね。7ページの表8ですね。

○事務局(城島) はい。胎盤機能不全が原因のものは、指摘はありませんでした。

○箕浦委員 ちょっと確認ですが、このPIHは、重症・軽症で分けると、ちょっとその項がないと思うのですが、どのようになっているのでしょうか。重症はみな要注意ですけれども、軽症になるとちょっと手を抜いてこうなるのかなと。その辺はどうなっているのでしょうか。

○池ノ上委員長 わかりますか。

○事務局(城島) 申し訳ございません。今回は重症・軽症での分類は集計しておりません。

○池ノ上委員長 では、それも併せて調査して頂くということで。

それから、特に胎児胎盤機能の場合の分娩中の胎児心拍数陣痛図も経時的にずっと見て頂くということをお願いしたいと思います。

○岩下委員 資料5を拝見致しますと、臍帯動脈血のpHが低いものが多いですね。7.1未満のものが割以上を占めているということで、一般的には胎盤機能不全というのは、慢性の低酸素症と、それから胎児に栄養が行かないためにFGRが来ると。FGRのほうは頻度からすると少ないですけれども、低酸素症でpHが7.1以下と定義した場合に、この中にあるものは分娩時のエピソードで臍帯血のpHが低くなったのか、何もそういうイベントがないのに臍帯血を測ったら低いのかというのは、事務局のほうでわかりますか。

○事務局(城島) そこまでは不明ですので、そちらも併せて検討は致します。

○岩下委員 となると、臍帯血のpHというのは非常に重要な因子だということになるわけですね。

○池ノ上委員長 これは1つ1つやっぱり分娩経過をきちっと追うということを見て、PIHがあるという背景は、今、重症、軽症と、それも分けたほうが理解しやすいと思うの

ですけれども、そしてかつその中での分娩中の経過で胎児機能不全というのがどういう状況だったかというのは、もうちょっと具体的に浮かび上がらせて頂くということに致しましょうか。そういうことでよろしいですか。

○勝村委員 これ、今、テーマの選定の議論ですよ。今、このテーマは、どの委員の先生からのご提案でしたか。

○池ノ上委員長 P I Hですか。主として箕浦委員と。

○勝村委員 前回の議事では大体どんな方向性になっていたのでしょうか。簡単に結構です。申し訳ないです。

○池ノ上委員長 ハイリスク妊娠というくくりで石渡委員長代理とか箕浦委員とかから提案して頂いて、その具体的な例として、受診回数が足りないとか、あるいは妊娠高血圧症候群とか、そういったものがあるので、それがどのぐらいの状況だろうかと。データとして集まっているのはというところから始まった議論だったように覚えています。それでよろしいですか。

ですから、今、色々ご質問頂いている、妊娠高血圧症候群をハイリスク妊娠の1つとして取り上げる、あるいは受診回数が足りないというものを取り上げるということで、脳性麻痺発症予防と、再発の予防という立場からそれが1つのテーマになり得るか、独立したテーマとして議論できるかという点で、今、ご議論頂いていると、そういうふうに思いますが。

だから、受診回数だけだとちょっと苦しいかなと、集まっている状況がというところなので、ハイリスク妊娠という枠を広げてという、そういう、今、議論の流れだというふうに考えていますが。

○小林委員 私は取り上げることに賛成です。今、手元のこの与えられた資料で簡単に計算すると、オッズが■ぐらい、妊娠高血圧症候群がある妊婦のほうが早剥を起こすオッズが■倍ぐらいなので、先ほど、多分、箕浦委員だと思いますけれども、どういうふう

に管理したかということを組み合わせて検討していけば、かなり有用な提言ができるのではないかと思いますけれども。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。1つのテーマの中のサブテーマと申しますか、そういう意味でこれを取り上げる、あるいは、今、小林委員からご提案がありましたように、きちっとした解析ができるのではないかというようなことで。他に事務局でこういう面からデータをピックアップして欲しいと、あるいはこれはどうだということが委員の方からあれば、少し挙げて頂きたいと思いますが。

○勝村委員 事務局の方に必要以上のご無理は言えないとは思っていますけれども、あくまでも原因分析報告書を一生懸命見てみて、その結果の再発防止報告書ということが基本なので、一般に色々なところで色々な方が色々な論点で色々議論をしてもらうことはどんどんしてもらっていいと思うのですけれども、一般の観点や印象とかのように、つまり、この制度の原因分析をするまでの経験から、こういうことをやっていけばいいのではないかという形にあまり流れてほしくない。つまり、今までに、言われてきたことと全く違う事実が現れてきているかもしれないので、あくまでもこの再発防止委員会は、初めて原因分析というのを全例やっているわけですがけれども、あくまでも原因分析報告書から全て議論をスタートさせているという形でやって欲しいと思いますので、前回も藤森委員から出ていましたけれども、できるだけ僕らに見やすいデータベースみたいなものを作ってもらって、そのデータベースをじっくり専門の先生方に見る時間を持ってもらって、そこから、というふうにおねがいしたい。そういう議論の方向性になりつつあると思うのですけれども、そういう前提で、そういう論理展開でやっぱりやって欲しいので、先にこれをやりたい、あれをやりたい、という決め方よりは、過去に一度やっているやつというのは議論を立てやすいと思うのですけれども、初めてやるというようなことにおいても原因分析報告書からにじみ出てきているというような形もあると思いますから、じっくりとテーマを考えて欲しいというふうに思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今のようなご指摘を頂いて、事務局のほうとしてはいっぱい資料がありますので、それをどういうふうに掘り起こすかといいますか、再発防止委員会としての立場で掘り起こすかというのは非常に重要なことだと思います。ありがとうございました。

○勝村委員 言い方が悪いので、まとめてもう一度言いますと、こんな論文が出ているとか、こういうことが話題になっているからこういうテーマにしようというのでは、やっぱり違う。もっとアカデミックに原因分析報告書から議論をして欲しいということです。

○池ノ上委員長 それは川端委員に、前、指摘されたことで、教科書と同じことをここで確認するということだけではだめで、やはり我が国の産科医療の中での脳性麻痺発生防止という立場での何かを生み出していこうと、それが重要なことですよおっしゃって、まさに同じようなことだと思うのですけれども、事務局としてもそういう方向性を見失わないでデータを出して頂ければというふうに思います。

他にいかがでしょうか。一応、ハイリスク妊娠としてはこの2つぐらいを掘り下げるといいます。他にはよろしいですか。恐らく、ハイリスク妊娠の中の2つぐらいをまとめて脳性麻痺、そこから見えてくるものを議論して頂いて何かの提言につないでいくと。大体大きな流れとしては、そういう方向でよろしいですか。

○勝村委員 2つというのは。

○池ノ上委員長 ハイリスク妊娠というテーマの中に取り上げるハイリスク妊娠の具体的な病態と、あるいはその妊婦健診の問題点といったことを、今回は少し議論を深めて、データを積み重ねるといって、そういう意味でいかがでしょうか。

○勝村委員 今、石渡委員もおっしゃったと思うのですけれども、未受診の問題がこの原因分析報告書から出てきているという感じであれば、ぜひやって頂けたらいいと思うのですけれども、今の段階では、それほど顕著ではない。だけど、一般として非常に問題だということはあるので、もちろん、産婦人科医会・産科婦人科学会など色々なところでその

ことについては啓蒙して頂くことをお願いしたいと思うのですけれども、再発防止委員会が原因分析報告書を縦に見て、再発防止委員会がまとめるというタイミングではまだないのではないかと思うということで、前回は今回もまとまりつつあるのかなと思うのですけれども。

僕はそういう方向のほうが良いと思います。非常に未受診のことも気にしながら原因分析報告書を縦に見ていくことを今後も続けていかなきゃいけないと思いますけれども、今現在、この原因分析の脳性麻痺の事例を診療回数と無理やり結びつける報告書を出すというのは、少し素直ではないのではないかという気がしているということなのですけれども。

○池ノ上委員長 今のご指摘の通りでして、未受診のことだけでなくずっと深めていくことは、ちょっと今は不可能だろうということで、重みづけは自ずと変わってくると思うのですけれども、しかし、受診回数が少ない、あるいは足りない、ない、というような状況は、これは母親にとっても大きな問題もあることで、そしてその結果を受けて胎児が子宮内低酸素症に曝露されるというリスクもあるわけです。

それからもう1つは、こういう妊婦さんというのは、全国的に見ればそんなに多くはないわけですね。全く未受診で、そして何かイベントに曝露されて結果が脳障害になったという例。あるいは、母親が非常にリスクが高かった。その結果、脳障害だというのはあまり多くないので、むしろ統計的な観察というよりも、descriptiveに、こういうことがあった、こういうことがあった、ということがもし何例か挙げられれば、むしろそのレベルあたりでの情報発信で、それを積み重ねていくという、第1回の報告書がそうでしたように、そういった何らかの情報発信にはつなげていくというようなことで、きちっとしたテーマとしてのまとめ方というのは、もう少し時期を置いてからでないと無理かなというふうに思います。大体そんな感じだと思いますが。

○石渡委員長代理 未受診のことではなくて、いわゆる受診の回数のことと、それからその健診のときにどのように妊娠が管理されたかと、小林委員のお話がありましたように、

それを組み合わせていけば、多分、この再発防止委員会として何かの提言に持って行けるのではないかというように思うので、いわゆる大阪とか色々なところへ行って、未受診ということにこだわる必要は全然ないと思うので、受診回数ということによろしいのではないのでしょうか。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

○木村委員 受診回数になりますと、日本の受診回数は非常に多く設定されていまして、WHOなんかでは大体4回あれば基本的なことはわかるというふうな考え方でいっているので、回数とこの脳性麻痺ということだけで行っちゃうと、非常にミスリードする可能性もあって、やはりちょっとそのあたり、未受診・受診回数とか、勝村委員のお話もちよつとありますけれども、勝村委員のお話とちよつとこう違うというか、この場で結びつけるのはちよつと難しい。もっと一般のもっと幅広い色々な事象での問題点を出していくほうがいいような中身ではないかなと思います。ちよつと難しいような気が致します。

○池ノ上委員長 この報告書をまとめる際には、1つは、当然、脳性麻痺発症防止ということがありますが、もう1つは、産科医療の質の向上を目指してという、そういう論点もありますので、今、お話のように、日本の我が国の産科医療の向上を目指して受診についてはこういうことがありますというようなことは、やはり視点としてはとらえておく必要があるだろうというふうに思います。それが直接脳性麻痺云々というところまで深められるかどうかということは、まだまだそうはいかないのではないかとというのが先ほどのデータのご説明ではなかったかと思います。

○勝村委員 短い時間でわからないので、色々調べていくことで何かわかるかもしれないというご意見は、そうかなとは思いますが、だとしたら、先にそのテーマがあるというよりは、テーマの中に入れられるかもしれないぐらいの整理でよいのではないのでしょうか。無理に入れると決めてしまうということには、ちよつと僕は、今、違和感を感じるので、特に受診回数とかそういう感じの保護者の方の問題というのは、経済格差の問題とか地域

のそういうまた問題とかということがあるのではないかということもやっぱり言われているわけで、そういうデータはここには多分ないですね。

なので、やっぱりここで無理にそのことと脳性麻痺に関連がないかと必要以上に先走った結論を想像しながらやっていくというのは、大事な問題であるだけに、エビデンスが必要。もっと素直に地道に原因分析報告書の言葉をいっぱい積み上げて行って再発防止報告書を出すというスタンスに重心を置いたほうがいいとは思うのですけれども。

○池ノ上委員長 基本的にはそうだと思います。出すに足るきちっとしたデータが議論できれば出しますけれども、そうでない場合は、そういう中途半端な出し方は恐らくできないし、この報告書そのものにも書けないと思いますので、そこは今後の議論を深めて頂いて、その結果だということになるかと思います。よろしいでしょうか。

それでは、続きまして、次の臍帯脱出以外の臍帯因子についての説明を事務局からお願い致します。

○事務局(土屋) お手元の資料6と7をご用意下さい。

「臍帯脱出以外の臍帯因子」につきましては、資料6が報告書の原稿のたたきの案になっております。資料7につきましては、分析対象事例■件のテーマに関連する情報を事例ごとに示した資料で参考としてお示ししております。

では、資料6についてご説明致します。

2014年3月末までに公表した事例319件のうち、主たる原因として「臍帯脱出以外の臍帯因子」とした事例が合計■件ございました。

ページをめくりまして2ページ表1に分析対象事例に見られた背景をお示ししております。縦のほうから行きますけれども、分娩時妊娠週数、分娩歴、児娩出経路、新生児の状態として、臍帯血動脈ガス分析値、5分後アプガースコア、出生時の発育状態をお示ししております。

3ページに移りまして、表2に臍帯血流障害の要因をお示ししております。

臍帯異常として、ちょうど表の上の真ん中のほうに臍帯異常というふうに記載しておりますが、その臍帯異常の内訳としまして、上から行きます。卵膜付着が 〇件、辺縁付着が 〇件。過捻転または付着部の捻転が 〇件、前置血管が 〇件、臍帯血管の一部破綻、血栓が 〇件、過長臍帯が 〇件ございました。この表中、臍帯異常の下のほうに「参考」としまして臍帯の長さをお示ししております。臍帯巻絡が3回以上あった事例が 〇件ございました。表2に今お示する臍帯異常は「重複あり」となりますが、事例数としましては、 〇件中 〇件が臍帯異常を認めた事例となります。その内訳としまして、臍帯異常が単一であった事例が 〇件、重複があった事例が 〇件となっております。

次に、表の下のほうに進んでまいります。羊水に関する情報としましては、羊水過少が 〇件、羊水過多が 〇件、前期破水または羊水の減少が 〇件となっております。

娩出時の胎位は横位が 〇件、骨盤位が 〇件となっております。次に、双胎が 〇件、回旋異常が 〇件、メトロ、ラミナリア等の器械的頸管熟化処置が 〇件、子宮収縮薬の使用が 〇件、陣痛ありが 〇件、妊娠中の切迫早産があった事例が 〇件、絨毛膜羊膜炎または臍帯炎が 〇件となっております。遷延分娩については、分娩第Ⅱ期の遷延または停止が初産婦で 〇件、経産婦で 〇件となっております。

ページをめくりまして、4ページをご覧ください。こちら、前段の記載はただいまご説明した内容となりますので、割愛させていただきます。下から3行目、「(3)臍帯異常に関する診断」ですが、分析対象事例では、全て分娩後の診断となっております。

5ページに移りまして、(4)「臍帯異常のある」事例における入院時の胎児心拍数陣痛図所見を示しております。図2をご覧ください。

入院時「正常」が 〇件 (〇%)、「異常」が 〇件 (〇%) となっております。(5)以降、次の6ページの内容につきましては、7ページの表3、表4でご説明したいと思いますので、7ページをご覧ください。

表3は、「臍帯異常」のある事例のうち、入院時の胎児心拍数陣痛図が異常であった事

例■件について、臍帯異常の種類、陣痛の有無、心拍数所見、臍帯動脈血ガス分析値を事例ごとに示しております。胎児心拍数陣痛図所見として、基線細変動の減少または消失が■件全てに認められています。このうち■件が卵膜付着の事例で、臍帯血動脈血ガス分析値は、pH■以上となっております。

次に、表4は、「臍帯異常」のあるうち、入院時の胎児心拍数が「正常」であった事例■件について示しております。表中の胎児心拍数陣痛図の所見は、入院時の所見ではなく、その後の所見をお示ししています。この■件のうち、判読困難とされた事例■件を除いた■件全ての事例で波形の変化が認められております。陣痛がなかった事例の■件のうち■件は前置血管の断裂となっております。陣痛があった■件では、変動一過性徐脈が共通して認められ、加えて遅発一過性徐脈または遷延一過性徐脈が認められております。

次に、「(6)臍帯下垂であった事例■件の入院時の胎児心拍数陣痛図所見と臍帯動脈血ガス分析値について」記載しております。次に、ページをめくりまして8ページをご覧ください。

(7)「物理的圧迫」とされた事例における入院時の胎児心拍数陣痛図所見を示しております。この「物理的圧迫」とされた事例ですけれども、これは原因分析報告書において、臍帯下垂もなく、臍帯異常もなく、それ以外の事例で「物理的圧迫」であろうとされた事例の件数になっています。すみません、先ほどの表でご説明を忘れていましたが、この事例が■件ございます。「物理的圧迫」とされた■件のうち、図3に入院時の胎児心拍数陣痛図所見を示しております。

その内訳としましては、「正常」が■件(■%)、早発性一過性徐脈または変動性一過性徐脈が■件(■%)、「異常」が■件(■%)となっております。(8)以降、次の9ページの内容につきましては、10ページの表5～表7でご説明したいと思いますので、10ページをご覧ください。

表5は「物理的圧迫」とされた事例のうち、入院時の胎児心拍数陣痛図が既に「異常」

であった事例■件について、お示ししております。胎児心拍数陣痛図所見として、基線細変動の減少または消失が■件に認められ、そのうち臍帯動脈血ガス分析値が測定された■件のpHは■となっております。

次に、表6をご覧ください。入院時に早発性一過性徐脈または変動一過性徐脈が認められた■件について示しております。表中上の段、中ほどに記載しています胎児心拍数陣痛図の所見は、入院時の所見ではなく、その後の所見をお示ししています。■件全ての事例で、その後波形変化が認められています。

次に、表7をご覧ください。入院時の胎児心拍数陣痛図が「正常」であった事例■件についてお示しております。表6と同様、表中上段、中ほどの胎児心拍数陣痛図の所見は、入院後の所見をお示ししております。陣痛は■件全てにあり、入院後の波形変化が全ての事例で認められております。臍帯動脈血ガス分析値は、pH7.0以下が■件、不明が■件となっています。

以上が、分析対象事例の臍帯血流障害の要因や胎児心拍数陣痛図の所見となります。

次に、11ページに移らせて頂きます。「3. 臍帯異常に関する現況」につきましては時間の関係上、割愛させて頂きます。今後、先生方からご意見頂き、報告書の内容が固まっていくと同時に、こちらのほうも追記をしていきたいと考えております。

最後になりますが、再発防止および産科医療の質の向上に向けて。この部分は、委員の先生方にお送りしました資料から一部修正を加えております点、ご了承下さい。

ちょっとナンバリングがおかしいのですが、1)産科医療関係者に対する提言と致しまして、(1)陣痛発来後は、子宮収縮に伴い臍帯圧迫の危険性があることから、特に前期破水や羊水の減少が疑われる場合は、一定時間の分娩監視装置の装着または連続モニタリングによる胎児心拍数の確認を行う。

(2)臍帯異常が分娩前に診断されている場合、胎児の状態が急激に悪化することを念頭に注意深く観察し、緊急帝王切開がすぐに実施できる準備下で分娩管理を行う。

(3) 臍帯異常が分娩前に診断されていない場合においても、胎児心拍数陣痛図上、変動一過性徐脈が認められ、前期破水や羊水過少、回旋異常などの子宮内環境の変化が考えられる場合や、切迫早産や感染が疑われ子宮内が病的状態にさらされている場合には、臍帯血流障害により、胎児の脳に影響をおよぼす可能性が高くなることを認識し、連続モニタリングにより胎児心拍数パターンの経時的変化を注意深く観察し、対応を決定する。

また、胎児心拍数陣痛図の評価においては、その時点の所見ばかりでなく、数時間前からの記録を観察し評価すると致しました。

1) 学会・職能団体に対する要望としましては、(1) 臍帯異常の超音波診断を行うための研修会などを開催し、臨床に携わる産科医が研鑽を積む機会を作ることを要望する。

(2) 妊娠中に超音波検査で臍帯卵膜付着や臍帯の形態異常および前置血管の有無についても、妊娠中の超音波検査項目に付け加えることについて検討することを要望するということを案としてお示し致します。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。臍帯脱出以外の臍帯因子について、事務局でまとめていただいたのを、今、説明して頂きました。いかがでしょう。

○藤森委員 ちょっと確認させて顶きたいのですけれども、5ページの(4)入院時の胎児心拍数図所見、分娩監視装置が装着された事例12件と書いてありますが、これの分母は[]でいいのですか。

○事務局(土屋) すみません。「臍帯異常のある事例の」となっておりますので、臍帯異常があった事例が[]件。

○藤森委員 圧迫じゃなくてですね。物理的圧迫を除いたということですね。

○事務局(土屋) そうです。はい。

○藤森委員 []分の[]ということですね。

○事務局(土屋) そうです。一応、報告書の大きなつくりとしましては、臍帯異常のある事例の集団と物理的圧迫と分けて、一応、今回は胎児心拍数の変化を示した形になってお

ります。

○藤森委員 そうすると、入院時にモニタリングされていない事例が例ということですね。

○事務局(土屋) はい。そういうことになります。

○藤森委員 わかりました。

もう1つ、確認させて頂きたいのですが、11ページの真ん中下の「(2)臍帯異常が分娩前に診断されている場合」と書いてありますが、今回、検討した中では診断されているものはなかったですね。

○事務局(土屋) そうですね。

○藤森委員 なので、これは提言できないのではないかと思います。

○事務局(土屋) 現時点では。はい。

○藤森委員 ですから、これ、その後の卵膜付着や臍帯の形態の異常についてもそうなのですが、必ずしもこれは診断できるかどうか、非常に難しいというか、そこまで要求できるのかということもあると思いますので、むしろそういうものが診断されていないときであったとしても、モニタリングをして異常が出たときに、見るとパターンが最後は遷延一過性徐脈になって徐脈になるから脳性麻痺になっているというパターンだと思うのですが、臍帯異常の人たちは。なので、これはちょっと言いきれないのではないかと僕は思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがですか。

○岩下委員 この項目の中には2つの事柄が入っていて、1つは臍帯の構造の異常と、ここにあります「物理的圧迫」という言葉が書いてありますけれども、臍帯の構造自身は正常であっても、胎児と子宮壁の間で胎児が圧迫されるような、これを2つ一緒にすることがいいことかどうか。物理的圧迫の場合には、これは全部胎児心拍数陣痛図からの判定ですよね。原因分析委員会がそういうような原因ではないかということを通推した結果を書いてあって。

○事務局(土屋) はい。そうです。

○岩下委員 ところが、例えば一番最後の12ページ、学会・職能団体に対する要望を見ますと、これ両方とも臍帯の構造異常に対する要望事項ですか。臍帯の物理的圧迫については何も提言がないわけですね。

○事務局(土屋) この案では、今、産科婦人科学会に対しては、臍帯の構造異常の部分のみの提言となっております。物理的圧迫に関連する事項としては、一応、1)産科医療関係者に対する提言というところには、(1)などは含めているつもりではあります。

○岩下委員 だから、11ページの臍帯異常に関する現況の中に、臍帯異常という言葉が、普通に考えると構造的な異常かなと思うのですけれども、この大きなくくりの中には臍帯の物理的な圧迫も入って、それも例数としては■例ですか。結構多いですね。そうすると、もう少し分けるか、何かしらその2つに分けて、何か提言を出されたほうがすっきりするのではないかなと思ったのですけれども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。よろしいですか。

小林委員、お待たせしました。

○小林委員 今と同じ指摘です。この物理的圧迫というのは、産科の用語でなければやめたほうが。現時点では、原因不明ということだと思います。目で見ても何か物理的圧迫があったのだったら、そのことを書くべきかなと思いますが。

○池ノ上委員長 この「物理的圧迫」という言葉が原因分析委員会で使われているのは、胎児心拍数モニタリングで臍帯圧迫パターンが頻発していて、そして最終的に脳障害が起るようなパターンが生じたということから圧迫と推測しているのですね。

○事務局(土屋) そうです。羊水の減少であるとか、あとは胎児心拍数陣痛図所見とか、そのような背景等も含めて、物理的圧迫であると推測されるという。

○池ノ上委員長 という原因分析委員会の報告ですね。

○事務局(土屋) はい。そのようになります。

○池ノ上委員長 ですから、物理的圧迫ということも、それも推測ではあるのですよね。パターンからそういうことを考えていると。

○事務局(土屋) そうです。そのようになります。

ただ、■件のうちに■件という、数が多いものですから、とりあえずその辺を、■件の内訳を先生方にお示しをしまして、今後、どのような報告書をまとめて頂くかご審議頂ければと思っております。

○池ノ上委員長 いかがでしょうか。

○箕浦委員 今の話は、臨床的にはよくある話だと思います。

それとは別ですが、ちょっと用語で細かいことですが、4ページの臍帯下垂というところ。教科書的な定義でいきますと、臍帯脱出のところのこの報告書のイラストにもありましたけれども、臍帯脱出は破水した状態で、臍帯が脱出している。破水する前は、臍帯下垂というふうな絵がかいてあると思います。ほとんどの教科書がそうなっている。

この4ページの臍帯下垂の前期破水が■例という記載についてですが、恐らく、ここで臍帯下垂というのはさっきの物理的圧迫と同じもので、破水していて何か恐らく臍帯が少し下垂していて、児頭と骨盤壁の間に臍帯が挟まっているようなニュアンスかなというように想像していたのですけれども、これは定義からいきますと、もともと産科婦人科学会の定義というか教科書の定義は、臍帯下垂というのは破水する前のものですから、あんまり当たらないと思います。

それともう1つ、おもしろいなと思ったのは、表3のこの下の卵膜付着の■例が、ガス分析は全く正常で、すごい脳性麻痺になっていると。要するに、これの意味するところは、恐らく、ガス分析は合っていると思うので、妊娠中に何かすごいエピソードが起こって、それが回復して生まれたという、こういうのがあると思われるので、卵膜付着というのは、やっぱりちゃんと見る努力をしましょうという提言は必要かなというふうに思いました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。先生、最初の4ページはどこら辺ですか。上のほうですか。真ん中ですか。

○箕浦委員 臍帯下垂。

○池ノ上委員長 イのところですね。イのところの最後のほうの前期破水、これですね。わかりました。

もう1つの先生のご指摘の表3の、この3、4ですね。これが産科医療泣かせの最たるものですね。

○上田理事 これは5ページの下から4行目に、今、先生がおっしゃったように、いったん回復したとか、原因分析報告書にもそのように記載されております。

○箕浦委員 ですので、やっぱり卵膜付着を見る努力はしたほうが。わかる、わからないは別として、努力をしましょうというのが必要かなと思います。

○池ノ上委員長 卵膜付着というのは、変動一過性徐脈が分娩中に何回か出てきたから一生懸命見たとか、そうではなくて、もともと卵膜付着だというのがわかっていて、分娩中には大したこともなくて、モニタリング異常もなくて生まれたという、どちらですか。

○事務局(土屋) この■事例ですか。この■事例に関しては、入院したときに分娩監視装置をつけたらすでに基線細変動の消失だと判断されて帝王切開で分娩となったということで、分娩後の臍帯・胎盤を見たところ、卵膜付着であったと。

○池ノ上委員長 そうすると、分娩というエピソードは、少なくともこの病院の中ではないのですね。陣痛は起こっていないですね。

○事務局(土屋) はい。

○木村委員 ちょっと全く私はこの■例、この■例、大体議論してもちろんいかならないと思うのですが、これは卵膜付着を見ても、これは無理なんだなと。脳性麻痺の予測には無理なんだなと思ったのは、じゃあ、これはいつ出せばいいのかという結論が絶対出ないですね。妊娠の中期ぐらいに脳にダメージがあったのかもしれないし、後期にあったか

もしれない。

ということは、あまりそういったものを見ても再発の防止にはならないのではないかと
いうことと、もう1つ、ちょっとコメントしておきたいのは、11ページの提言の(3)番の
一番下の行、CTGの評価はその時点の所見でなく数時間前からの記録を観察し評価する
ということですが、これはやっぱり現場の人間からすると、その場その場でずっと見てい
って、それでじゃあ何時間前にどういったことが起こって、今、回復しているからこの陣
痛は安全に継続している、分娩は継続していいというふうに見ていると思うのですね。良
心的に考えれば。

そう考えると、数時間前に何か例えばシビアバリエブルが起こって、それでまた回復し
て、そのまま基線細変動がある。これなら、もつんだと、これはもつんだと考えたときに、
では、それを振り返って何をしろというのかというのが、ちょっと僕にはわからない。こ
の文章の意味がわからないのです。

ですから、やっぱり非常に現場の先生方を混乱させてしまう文章ではないかなという気
が致しました。

○池ノ上委員長 何か原因分析、そこら辺、触れていますか。

恐らく、これは少しこの書き方といいますか、原因分析委員会の報告の書き方がちょっ
とまずくて、やっぱり経時的変化を十分に考慮しなさいというレベルだと思うのです。で、
振り返っているのではないと思います。

ですから、恐らく、我々が再発防止の立場から言うとすれば、経時的変化を十分考慮し
てという表現になるだろうと思います。

やはり、卵膜付着で、それも結果的に生まれた後わかったわけですね。卵膜付着とい
うのは。だから、妊婦さんが来られたときには、まだ陣痛は大して起こっていなかった。
モニタリングつけたら、基線細変動の消失があったので、そのまま陣痛は起こらなくて帝
王切開した。そうしたら脳障害だったというのと、もうこれは木村委員が言われたように、

いつ、いわゆるリパーフュージョンが起こったりしていて脳に血液が流れたり流れなかったりというような、そういう今の脳障害発症のメカニズムの一番よくわからない、なぜそういうことが起こるのかわからないというところがたまたま起こったケースという、そういう恐らく推測がされると思うのです。

ですから、逆に言うと、ワーキンググループとかそういうところではきちっとした学術的な検討が、果たしてこのケースでどこまでできるかといったところに持っていくようなことではないかなと思います。一般の診療レベルでこれに対応するための何かを提言するというのは、少し無理ではないかなと。今のレベルではですね。

そこで、箕浦委員が言われるように、臍帯の付着はしっかり見ましょうよということがどこまで役に立つかということになると、またそれもなかなかわからないということもあろうかと思うんですね。

ですから、変動一過性徐脈が分娩中に起こり始めました。じゃあ、臍帯はどうかと見ると。だから、これは巻絡がありますねとか、辺縁付着に近いですね、というのを確認して、じゃあもうこれ以上経膈分娩はやらないで、早目に帝王切開しましょうというようなストラテジーはあり得ると思うのですが、今のようなケースで、卵膜付着でいつそういうエピソードが、インサルトが起こったかというのがわからないのには、なかなか対応しにくいかなと思いますけれども。

○箕浦委員 先ほどのをちょっと訂正致します。単なる自分で興味もあつたものですから。

我々、昔から、卵膜付着に注意するように言われていたのは、やっぱり陣痛が来たときに色々なことが起きやすいので、ですから、事前に見つけておけというふうに習ったし、教えていたものですから、そういう話です。もう起こってしまったものは、ちょっとしょうがないです。

○池ノ上委員長 恐らく、そこら辺が、先ほど、岩下委員がおっしゃられた構造異常と機能的な異常、原因ですかね。それをやっぱり分けて分娩管理に我々は臨むというのは非常

に重要でしょうと思います。その構造異常がどこまで見られるかという、私もあまりそんなに超音波は詳しくないので、そういうのを一般化する提言に持って行けるかどうかということですが、いかがですか。市塚先生あたり、いかがですか。先生、超音波をいつもやっておられますね。

○市塚客員研究員 やはり卵膜付着は妊娠中にもインサルトを受けていてというケースは、やはり我々の内々のデータでもあるので、それをわかったからといって、すぐその分娩時の対応に生かすというのはできないのですけれども、今回の事例でも前置血管というのが例ありましたし、その卵膜付着だけをターゲットに臍帯付着部を見るだけではなく、臍帯付着部位に注目していくことで前置血管の診断につながったりとか、色々メリットはあると。

あとは、今回の中ではたまたま分娩時にインサルトを受けてCPになった、卵膜付着がないのですが、やはり箕浦委員がおっしゃったように、分娩時にやはり卵膜付着、特にその卵膜付着が子宮下部のほうにあって児頭で圧迫を頻回に受けるなんていう例でCPということも、やはり医学的には筋が通る話だと思いますので、やはり臍帯の付着部位、卵膜付着を診断しろというよりも、卵膜付着の場所だけは確認するぐらいはして頂く方向に持っていっても、産科の質の向上という意味ではいいのかなという意味で、産科婦人科学会への要望というところで提言させて頂いています。

今回のガイドライン、2014年版のガイドラインにも、超音波についての一定の指針が出ているのですけれども、その中で胎児項目はかなり、それこそ臍帯付着部を見るよりも、フォーチャンレビューですとか*****するまで、細かいことまで表1に出ている割には、その附属物という項目もあるのですけれども、その附属物は胎盤と羊水にとどまっているのですね。やっぱり臍帯というのは、やはりライフラインとよく言われますが、附属物で羊水、胎盤まであって、何で臍帯についてないかなというのはちょっとありますので、すぐ見てくれというのではなくて、載せるか載せないかという、学会レベルで検討する程度

にはとどめたいとは思いますが、そのぐらいは言ってもいいのかなというふうに事務局では思っている段階です。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。僕らが医者になった40年前ころは、臍帯が首の周りにあるかどうかという、そのレベルでも非常に問題になっておりましたね。ですから、臍帯にも少し注意を払う必要があると言えますね。卵膜付着であるかとか何とか、そういう細かいところまで観察をしっかりしなさいと言うよりも、もっと臍帯というものの存在が脳性麻痺と絡んでいますので、それについても注意を払って下さいというような、もっと大きな範囲で、その中でたまたま卵膜付着とか、あるいはそういう細かいところまで見ればそれはいいと思いますけれども、割と今まで分娩前の検査で臍帯はノーマークだったような雰囲気があるので、ここまで超音波診断が普及したとなれば、少しそこは前へ進めてもいいのかなと思いますが、これはいかがですか。川端委員、いかがですか。

○川端委員 私の超音波技術を考えても、ちょっと大変なことになってきたなと思ってびっくりしていますけれども、患者さんを診ていく順番から言うと、胎児心拍をまず取るというのが第一番目にあって、そこで異常が出たときに、じゃあ、これは臍帯因子なのか、その他のものであるか、というのを判断して、その次に超音波でサルベージするというか、付着部位まで臍帯因子が強く疑われる場合にはそういう手段も取るのはいいじゃないですかというぐらいのところまで止めておくほうが受け入れられるというか、理論ばかり先に行ってもという気がしました。

○池ノ上委員長 特に分娩中であれば、心拍パターンの異常がなぜ起こっているか、原因をまず検索しなさいと教育されます。その異常パターンの原因は何だろうというところに、臍帯パターンであれば、今、先生がおっしゃったように、臍帯の異常はないかというようなことで、段取りとしては非常に現場としてはやりやすい方向ではないかなと思います。分娩前にこれを持ち込むとおっしゃるとなると、なかなか難しいかなというふうな感じも。僕もちょっと揺れているところですけども、もう少し議論を頂ければと思います。

○箕浦委員 市塚先生にお聞きしたいのですが、自分の感じでは、妊娠末期に臍帯付着を見るよりも、中期のほうがはるかに見やすいと思っているのです。

○市塚客員研究員 おっしゃる通りで、分娩時には臍帯付着部位は、はっきり言ってもうわからなくなりますので、どうせだったら、この胎児のスクリーニング項目が今回のガイドラインにあるように、スクリーニング時期にまだ陣痛がない比較的羊水腔があるうちのほうが、圧倒的に臍帯の付着部は見やすいので、胎児のいわゆる通常の検査って、今回、日産婦の例で、通常検査のときに、羊水、胎盤、もう一声いって臍帯というのを今後の課題として載せて頂ければいいのかなというふうには思っているのですけれども。

○石渡委員長代理 色々書きぶりの問題だと思うのだけれども、確かに、超音波を見なれた、上達した先生たちはそういうところではできるのかもしれないけれども、一般の産科医にそこまで求めることは、ちょっとなかなか難しいのではないかなという気もしますから、やはりある程度書くことはいいと思いますが、書きぶりに気をつければいいんじゃないかなと思います。やはり重要な問題なので、やはり臍帯の付着部位についても確認していくような方向で提言を持っていったらいいのではないかな。書き方が色々あると思うのです。

○池ノ上委員長 たとえ臍帯の付着異常があっても、分娩中に胎児心拍数パターンに異常がなければ、まず脳障害はないと言えることですので、パルトムに血流が行ったり来たりしているような、先ほど紹介していただいたような非常に特殊な場合は、これはちょっとわかりませんが、ですから、分娩中のモニターをしっかりとしましょうということをもまず言って、そのときにわかる臍帯の異常、例えば首に回っていますよとかいうようなことぐらいは見まじょうと。そこら辺の書きぶりを少しこれから検討して頂くと、そこらあたりがいいところではないかなと思いますが、いかがですか。

○藤森委員 今、池ノ上委員長がおっしゃったことを僕もお話ししたかったのですけれども、構造異常あった事例を、きちんと対応という言い方は変ですが、モニタリングをきちんと評価できていれば防げたかどうかということが、物理的な圧迫というのもレトロに分

析して、恐らく、変動一過性徐脈があつてという話でしたが、構造異常の人たちは、例の方々は、きちんとモニタリングを評価できていれば助けられたのかということのをぜひ検証して欲しいと思うのです。

つまり、分娩中の管理が不適切だったかどうかという表現があるのかどうかというのをちょっと確認して欲しいと思うのです。

○池ノ上委員長 原因分析委員会の分析の中に。

○藤森委員 そうですね。

○池ノ上委員長 では、それをお願いしたいと思います。よろしいでしょうか。

○市塚客員研究員 1つ確認ですけれども、今回、臍帯異常ということで、主たる要因という分類表があつたと思います。そこからこの臍帯異常の中で臍脱以外を今回取り上げたので、物理的圧迫といわゆる臍帯の形態異常併せて今回取り上げたのですけれども、その方向性はそれで、最初に、岩下委員からお話があつたように、分けたほうがよければ分けますし、それとも臍帯異常ということで物理的圧迫、形態異常、両方今回一緒といいますか、1つのテーマの中で分けるにしても、両方を議論していったほうがよろしいかだけ、ちょっと確認させて頂ければなと思うのですけれども。

○池ノ上委員長 いかがでしょうか。やっぱり分けたほうがいいのではないですか。原因分析委員会は、1つ1つを細かく分析して頂いていますので、それがたくさん出てきて、どういうふうにそれを再発防止という立場でまとめているかということになると、今、そういう分類がそこに必要になってくるということになれば、提言がありましたように、分けて考えるということではないかと思います。

○勝村委員 前回の議論で、臍帯脱出以外の臍帯因子についてちょっとテーマを絞ってみようじゃないかということになって、こう出てきたことによって、その臍帯異常がで、物理的要因で臍帯因子だとかがだということがわかっただけでも、僕はすごく意味があると思うので、それぞれ、今のお話だと中期ぐらいにちゃんと超音波で見るというの

と、あと、分娩が始まってからの胎児心拍をしっかりと見るというのと、ちょっと違う話なので、そこはやっぱりきちっと分けて、わかりやすく分析なり提言なりする必要があると思いますけれども、今回、こうやって両方を提言していくという方向で僕はいいのではないかと思います。

○藤森委員 僕のさっきの発言の追加ですけれども、つまり、超音波で中期に見ていなかったとしても、分娩中のモニタリングをすることによって防げたのかどうかという目で見て欲しいと思うのです。先ほどからお話が出ていますけれども、じゃあもうみんな全員、中期の臍帯付着部を全員確認して、じゃあ、異常があった人たちは全部帝王切開するのとかという話になるのも、ちょっと心配な感じがしますので、やはり検討することとすると、全員にそこまでリクエストするのはなかなか難しいと思うので、実際、構造異常がある方でも正常に生まれている方々はたくさんいるはずですから、そういうことが妊娠中期もしくは分娩前にわかっていなかったとしても、この方々、モニタリングをきちんと評価することによって防げたかどうかという目で、ぜひ検討して欲しいと思うのです。

○木村委員 そういう意味では、藤森委員のおっしゃる通りだと思いますし、教科書的なことから離れなさいという話ではありましたが、本当に今のところ有用であるとされているのは前置血管だけです。前置血管は、確かに、それが見つかって、それで帝王切開すれば助かるけれども、それ以外のやつに関しては、何も一般的な根拠はないと思うのです。

そうすると、やはり藤森委員のおっしゃったような今後はそれが日本中の産科に広がって、今後はどんどんどんどん切ってしまうということもやっぱり懸念されることだろうと思います。やっぱり、石渡委員長代理がおっしゃるように、この情報の出し方というのは非常に重要なと思います。

それからもう1点だけ。「物理的圧迫」という言葉は医学的用語にはないので、例えば変動一過性徐脈から推定される臍帯圧迫とかいうふうな言葉に書き換えておかれたほうが、

皆さんの受けがいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長 今のはよろしいですね。どうもありがとうございました。

○鮎澤委員 提言のところで何点かコメントと質問をさせて下さい。

まず、11ページの(1)ですが、「一定時間の分娩監視装置」について。この「一定時間」ですが、これまでもテーマに沿った分析の中で、胎児心拍数については議論してきたのですが、その中ではできるだけこの「一定時間」というようなものの目処を書けるものなら書いていこうとしてきたと思います。このあたりのところはケース・バイ・ケースだし、ガイドラインを視野に入れたり、現場の実情を視野に入れたりして、なかなか難しいところだとは思いますが、もし何かしらここで提言できるような目処があるのならば、そういった数字も書き込んで頂ければと思います。

2点目、同じような趣旨ですが、11ページの(3)下から3行目「経時的変化を注意深く観察し」とあるのですが、何を注意深く観察すると防ぐことができるのかということが、もしこれまでの再発防止委員会の様々な検討の中で何かしら言えるものがあるならば、なかなかそれも難しいとは思いますが、そのあたりのことを具体的に書いていけることをぜひご検討頂きたいと思います。

具体的に書けるのか、必ずしも言いきれないけれどもご注意頂きたいというような書き方になるのか、ちょっとわかりませんが、もし可能であれば、そういったこともこの再発防止委員会の検討があったからこそそのポイントとして書いて頂ければと思いながら拝見しました。

それから3点目ですが、同じく(3)の変動一過性徐脈。ここは徐脈が認められてからどうするのかということが書かれていることはわかるのですが、これまで変動一過性徐脈を見つけるためには紙送り速度を3cmにしようとか、を見つけるための提言も色々としてきていると思うのです。これもどういう書き方にするか、議論が必要かもしれませんが、改めてここでそれを見つけるために、これまでにこういうようなことを提言しているかという

ようなことも書いておいて頂くと、いちいちさかのぼって読むのは大変ですから、これを読んだときに同時にもう一度振り返って頂けるのではないかと考えています。

4点目ですが、今の紙送り速度3cmと同様に、これまで1回と3回で胎児心拍数のことはかなり色々書き込んでいます。そのあたりのことをもう一度振り返って頂くようなまとめ方をして頂いても、復習というのでしょうか、いいのかもしれないと思いました。

記憶が定かでなくて、今探していたのですけれども、先ほど、木村委員からご指摘あった最後の行、「胎児心拍数陣痛図の評価においては、その時点の所見ばかりでなく」振り返ってというのは、これまでどこかに書いた文章ではなかったでしょうか。

その時点で書いたことと今の時点で書くべきことは違っているかもしれないので、それをそのまま書いて下さいというお願いではなくて、今回のテーマに沿った提言にきちんと合うような形にきちんと直して頂くことも大事なことだということを含めて、お願いしたいと思います。

最後、ちょっとこれは質問ですが、(1)に「分娩監視装置の装着または連続モニタリング」という言葉が書かれているのですが、これまでの提言の多くは「分娩監視装置による連続モニタリング」という文章になっているのです。この違いは何ですか。

○事務局(土屋) そこまで意識していなかったのです。

○鮎澤委員 実務についていらっしゃる皆さんのイメージは、大体同じだと思うのですが、文章だけ読むと、「分娩監視装置の装着または連続モニタリング」と「分娩監視装置による連続モニタリング」とでは、対象とする範囲が違いますよね。2つあるか1つあるかの違いですよね。ちょっとその点、すみません、整合性も含めてちょっと書きぶりをご検討下さい。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。恐らく、1つ1つ対応可能なご指摘だと思いますので、もう一遍事務局のほうでしっかりそれをお願いしたいと思います。

他によろしいでしょうか。

それでは、続きまして、分娩対象事例の動向についてに移りたいと思います。事務局、説明をお願いします。

○事務局(浅野) 資料8をご覧ください。分析対象事例の動向についてご説明致します。

まず、目的と致しまして、これまで取りまとめた4回の再発防止報告書において取り上げたテーマのうち、今後も継続的に分析する必要のあるテーマについて分析対象事例の動向を概観することとしております。

2番目に、方法と致しまして、下記の表にお示ししておりますが、各テーマの定義に従って分析対象事例の動向を概観することと致しております。

下の表に移りまして、テーマ名は今後も継続的に分析する必要のあるテーマと致しまして、分娩中の胎児心拍数聴取について、新生児蘇生について、臍帯脱出について、子宮収縮薬について、診療録等の記載について、の5つをテーマとして取り上げる予定でございます。

1つずつ定義についてご説明致しますが、まず、最初の分娩中の胎児心拍数聴取については、常位胎盤早期剥離等の疾患により陣痛発来前に緊急帝王切開となった事例および墜落産を除いた事例のうち、分娩監視の方法について原因分析報告書の「臨床経過に関する医学的評価」において、「賛否両論」以下の評価が記載されている事例、もしくは2番目、「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」において指摘がある事例としております。

注釈と致しまして、ここでの「分娩監視の方法」とは、分娩監視装置装着及び間欠的胎児心拍数聴取のタイミングや聴取間隔、正確な胎児心拍数聴取および陣痛計測などを指しております。関連する事項が、「産婦人科診療ガイドライン2014」のCQ410にも記載されておりますので、ご参照下さい。

続きまして、新生児蘇生についての定義と致しましては、新生児蘇生について、原因分析報告書の医学的評価において「賛否両論」以下の評価が記載されている事例、もしくは

「今後の産科医療の向上のために検討すべき事項」において指摘がされている事例としております。

3番目の臍帯脱出については、臍帯脱出が発生した事例を定義としております。

4番目の子宮収縮薬については、オキシトシン、PGF 2α 、PGE 2 の使用状況について動向を概観致します。詳しくは2ページの表でご説明致します。

最後の診療録等の記載については、原因分析報告書の医学的評価において、異常出現の記録、分娩誘発・促進、急速遂娩等の処置の理由や内診所見の記録、新生児蘇生に関する記録の不足が指摘されている事例を分析対象とすることを検討しております。

おめくり頂きまして、2ページ目の表の説明に移らせて頂きます。

縦軸を先ほど説明致しましたテーマの項目、横軸を出生年月として、本制度が始まりました2009年1月から半年ごとに区切ってお示ししております。

この分析対象事例数は、2014年4月末までに公表された原因分析報告書 〇〇件を対象としております。

分析対象事例数と致しまして、2009年1月～6月に出生した事例は 〇〇件、7月～12月に出生した事例は 〇〇件というように、表をご覧になって頂ければと存じます。

続きまして、分娩中の胎児心拍数聴取についてと新生児蘇生につきましては、原因分析報告書の記載を確認する必要があるため、現在集計中でございます。空欄のままで失礼致します。

臍帯脱出につきましては、2009年1月～6月に出生した 〇〇件のうち 〇〇件が該当致しました。約 〇〇%となります。同じく2009年7月～12月に出生した 〇〇件のうち 〇〇件が臍帯脱出でございました。

続きまして、子宮収縮薬につきましては、用法・用量がガイドライン等に記載された基準より多いか、それとも基準内であるか。それから心拍数聴取方法については連続的であったか間欠的であったかということを、使用状況としてお示しさせて頂きます。

見方と致しまして、2009年1月～6月に生まれた[]件のうち[]件にオキシトシンが使用されており、そのうち用法・用量の基準がより多かったものが[]件、基準内であったものが[]件、心拍数聴取方法が連続的であったのが[]件中[]件、間欠的であったものが[]件となっております。

このテーマについてですが、それぞれ不明の件数は除いております、また重複となっている場合もございますので、臍帯脱出があった事例にオキシトシンが使われているといった事例や、オキシトシンとPGF 2α を両方使っていた事例などがございます。

最後、診療録等の記載につきましては、資料9のほうでご説明させていただきます。

○事務局(加藤) 資料9のほうをご覧ください。診療録等の記載についてという資料でございます。

前回の第32回の委員会において、改めて診療録等の記載について件数等の動向を確認したいというご意見がございましたので、取り急ぎ直近の事例について原因分析報告書の記載を確認させていただきました。原因分析報告書の臨床経過に関する医学的評価の部分で診療録等の記載に関する指摘がある事例を抽出させて頂いております。

分析の対象は、2013年の1月から12月に原因分析報告書を公表しました131例について、取り急ぎ確認させていただいたところでございます。

原因分析報告書における指摘の状況と致しまして、表のほうでお示ししております。今回確認を致しました131件の中で医学的評価において指摘があった事例が[]件、およそ[]%となっております。第2回報告書で取り上げた際は79分の[]と、パーセントで言うと[]%となっております。

原因分析報告書のほうで主にどのような記載がされているかというのをページの下のように示しております。

1つ目の○は、妊産婦の基本情報などについて指摘されているものでございます。

2つ目は、パルトグラムに記載に関する指摘。

3つ目の○は、感染があったときの体温測定等について記載がなかったという指摘。

4つ目の○は、クリステレルや吸引分娩の際の内診所見に関する指摘。

一番最後の○が、新生児の状態に関する記載がないという指摘でございました。

確認した中で指摘があった件の中で、特に新生児の経過ですとか新生児蘇生に関する指摘が件ということで、約割ございまして、件数としては一番多いような状況になってございます。以上でございます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがでしょう。前回、それぞれのテーマに対する動きといいますか、そういったものはどうかということですが、それで一応まとめて頂きましたが、何かご覧頂いて、ご発言ございますか。

○岩下委員 今度の産婦人科ガイドライン産科編で、子宮収縮薬の使用について、この前、指導者の講習会があって、そこでやっぱりこの事例というか、CQが取り上げられたときに、高用量の使用についてというのがかなりディスカッションがあって、このガイドラインに書いてありますけれども、初めから初期投与量から順次上げていく方法でなくても、初めから高用量を使っている場合があるという、その場合はインフォームド・コンセントを取ってということになっておりますので、これからそういう事例もあるかとも思うので、そういう事例のあった場合には、それはちょっとまた分けて、サブグループとして解析して頂けるとありがたいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。それは可能ですね。どういうドーズがやられているかということが、原因分析委員会への報告書には出ていますよね。はい。ありがとうございます。

○勝村委員 今、非常に色々まとめて頂いてご報告いただいたのですが、議論としては、これをどういう議論を今からすることになるのですか。

○池ノ上委員長 本当は、提言したことが効果的に実際の診療に現れているかということを見たかったのですが、それはまだ時間的に不十分な期間であるということから、少なく

ともこれが始まった後、こういったテーマがどういう動きになっているかということだけでも概観しておこうかというのが、前回のご議論だったと思います。

○勝村委員 前回もそういう方向で発言させてもらったと思うのですが、資料8の場合、以下のテーマについて概観することとすると書いてありますけれども、僕としては前回も発言したように、これまでテーマになったものを全て見続けていきたいと思っていますので、ちょっとデータベースにしていけば、皆様のご苦勞も、いったんデータベースにしていけばやっていけるのかなと思いますので。

あと、何でこれを選んでこれを選んでいないのかということの説明はやっぱり非常につきにくいと思いますので、今までのもの、クリステレルとか胎盤早期剥離とか入っていないのですが、吸引分娩とか、今までの提言の中で表になっていたものの表の中の数字を新たな事例数を足していって加えていくというコンセプトで新たな表をつくらなければいけないと思わずに、そういうふうによっぱり見ていくなかでどうなるのかなということを見たいということをお願いしたいのですが。

○池ノ上委員長 できますね。どうですか。

○事務局(加藤) ありがとうございます。前回も確かにそのご意見を頂きまして、少し委員会の中でも議論になったかと思うのですが、今、取り上げているこの4つのテーマとカルテ記載、4つのテーマというのは第1回の報告書で取り上げたテーマでして、前回の議論の中でも1回と3回で2回取り上げていることから、この4つについては永遠のテーマだというようなご意見もございまして、早剥とかそういう疾患名を追うのも大事ですが、1回目に取り上げたこのテーマについては、特に今後も継続的に取り上げていこうという話になりまして、この4つに絞らせていただいたというところでございます。

○池ノ上委員長 期間的に次々に増やしていこうと、いったんテーマとして取り上げられたものは。あと、どういう見方をするかということは、また議論して頂かないと、なかなかターゲットが絞りにくいと思うのですが、少なくともテーマとしてこれまで出さ

れた、重複しているものもありますが、そういったものは今後取り上げていくという方向性はそうですね。それでよろしいですか。

○事務局(加藤) ずっとこの4つだけということではなくて、また引き続きウォッチするのが必要な新しいテーマ等が出てきたら、それも加えていくというような形でいかがかなと思っています。

○池ノ上委員長 それでよろしいですか。

○勝村委員 はい。いいです。では、そういうことで。新しいテーマがというよりも、過去にいったんテーマにしたことはやっぱりどこかで見続けていくということで、1回目の報告書だからというよりも、例えばクリステレルや吸引分娩みたいなものは、僕はやっぱり見続けていく必要があると思っているので、その辺もやっぱり基本的な方向としては、一気じゃなくてもいいですけども、全体的にお願いしたいということです。

それと、次の話ですけども、資料9ですけども、この診療録等の記載について、私、前回、今回のテーマの1つにして欲しいとお願いをして、今日、来られていませんが、隈本委員もその方向だったと思うのですけれども、主なというのが5つありますけれども、僕としては、ここはやっぱり前回の第2回の報告書と同じように、表にして欲しい。何が抜けているのか、やっぱりその部分が抜けているという指摘が原因分析報告書が多いですよということを、現場にフィードバックするということは、僕はすごく今やって欲しいのです。

特に、第2回の報告書るとき、僕自身が体調を崩して休んでしまったのですけれども、あの当時原因分析報告書をかなり真剣に読みましたけれども、やはりインフォームド・コンセントをしたかどうかの記載がないという記述が原因分析のほうでもかなりあったのに、そのことを第2回の報告書では数えていないのですよね。

僕、ちょっと体調が悪くて欠席したりしてその当時に意見を言えていないのですけれども、やっぱりインフォームド・コンセントに関する記載なんかが必要だと原因分析委員の

人たちは思っておられるのに、そのことに関して記載がないという指摘があったので、そのこともぜひ改めて数えて頂いて、やっぱりそういう記載が大事だということを書いていくことでインフォームド・コンセントも進んでいくと思いますので、ここをもっと深めて議論できればよいなと思うのですけれども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。前回もずいぶん議論を頂いて、今回は、テーマ別分析事象とその動向という中の1つに入れて頂いてそれを深めようというところをや頂いておりますので、インフォームド・コンセントについても、この後、またちょっとお話があると思いますけれども、事務局からの動きがございますので、そういったことも含めてインフォームド・コンセントはやっぱりしっかりやっていく必要があるというように思っております。

○勝村委員 とにかくこの資料9に関しては、第2回報告書と同様の表を作って欲しいということをお願いします。これではちょっとよくわからないし、こんな大ざっぱなものでは、原因分析報告書……。

○池ノ上委員長 このままこれが報告書には載らないと思います。

○勝村委員 それを見ないと、ちょっと次の議論にならないので。

○池ノ上委員長 それはまた議論を深めて頂くということでいきたいと思います。

他にいかがでしょうか。動向の分析ということで。

こういったことが新たに始まったということも、非常に意義ある動きだろうというふうに思います。よろしいでしょうか。

それでは、続きましてその他、事務局、説明をお願い致します。

2) その他

○事務局(竹田) では、本体資料の2ページになります。下の2)その他(1)「再発防止委員会からの提言」の取り扱いについて。

再発防止に関する報告書のテーマに沿った分析では、「再発防止および産科医療の質の向上に向けて」として産科医療関係者に向けた提言を掲載しており、この提言をより多くの方々に知って頂くため、この中の「妊産婦に対する提言」「産科医療関係者に対する提言」をテーマ別に抜粋した資料を、「再発防止委員会からの提言」として報告書の巻末およびホームページに掲載しております。

また、「再発防止委員会からの提言」は、報告書の送付から半年後を目処に分娩機関や関係団体等に改めて送付することとしており、提言内容の周知徹底を図っております。

今回は第5回という節目を迎えること、改めて日々の診療等の確認にご活用頂くとともに適宜掲示・回覧して頂き、周知のためにご活用頂きたいことから、これまでの提言をいま一度報告書で紹介してはどうかと考えております。

資料10に、再発防止委員会からのこれまでの提言についてまとめてあります。こちらについて、第5回の報告書の巻末に掲示したいと考えております。

続きまして、(2)「診療体制に関する情報」について。資料11に改定案をおつけしております。この冊子につきましては、分娩機関が補償申請を行う際の必要書類の1つということで、今回、分娩機関でのわかりやすさとか簡素化の観点から改定を行っております。

本体資料の3ページの下から2つ目の○を見て頂きたいのですが、昨年8月の25回再発防止委員会において、診療体制のテーマについて議論を行った際に「診療体制等に関する情報」に追加したい項目等についてご意見を頂いており、その際のご意見につきましては、一部反映をさせて頂いております。資料12がそのときに委員の皆様よりいただいたご意見です。

そのご意見の中で、真ん中ぐらいに箕浦委員からいただいたご意見で、オンコール医師が到着するまでの時間、また一番最後にありますがこちらも箕浦委員からのご意見で、N CPR受講に関するバックアップということと、あとこの資料2には書いていないのですが、福井委員からいただいた産科病棟の区分について、付け加えてございます。こ

の診療体制に関する情報につきましては、今後原因分析委員会の審議を経まして、来年1月から使用するという予定になっております。以上でございます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがでしょうか。

○岩下委員 昨日、関東での産科婦人科学会というのがあって、そこで常位胎盤早期剥離のシンポジウムがありまして、その中でやはり常位胎盤早期剥離は妊婦さんへのそのインフォームが非常に重要だろうと。要するに、時間の短縮という意味ですね。僕は再発防止委員会でこういうチラシを作っているんだということを案内したのですけれども、まだ知らない先生方がたくさんいたみたいですが、一応、加盟している分娩機関には配布してあるわけですね。もう1回、もしそれを増やして送付できるならば送付して頂いて、妊婦さんの手に渡るようにして頂ければと思います。

○池ノ上委員長 それは可能ですね。検討して頂ければ。ありがとうございます。

○木村委員 手短に。資料11の一番最後のところで、今回の事例に対してのご意見というところをわざわざ消しておられるのですが、逆にこういう原因分析委員会なんかで担当医が自分の立場を表明できる場があれば、こういう項目はなしでその場に出席して表明したらいいのですが、今は1例もないと聞いております。それであれば、この事件に対してご本人がどう思っておられるかというこの項目は、やはりぜひ残しておかれたらいいのではないかなと思うのですが。

○事務局(加藤) 補足でございます。こちらは4番と5番が実は同じような趣旨になっておりまして、重複を削除する観点からの削除ですので、4番の聞き方を少し変える形で。

○木村委員 ご自身の見解というか、そういったことをお書き頂くようなところが必要かなと思いますので、ぜひ、これは一緒にして、そういう形でお書きいただいたらと思います。

○事務局(加藤) はい。修正させていただきます。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。それでは、そこは工夫して下さい。お願いしま

す。

○鮎澤委員 私も、今、木村委員のお話にあったそのところをぜひとも吸い上げることはとても大事なことだと思います。同じような意見をもった委員がいたということで、ぜひお願いしたいと思います。

それから、何カ所だったかちょっとわからないのですが、その他という項目があるところに、通常は、かぎ括弧付の欄を設けてその他の内容を記載できるようになっているのですが、それをわざわざ消してただの□その他になっているところがあったのです。例えば4ページの6番です。4ページの6番、妊産婦との関わりについてお伺いします。□集団・□個別・□ビデオやパンフレットの配布のみ・□その他。その他に何があるかと言われると、そう出てくるものではないのかもしれませんが、この手のアンケートは、選択できなければパッとどこかに書いて頂くことで、色々と、ああ、こういうこともあるのだ、ということを知ることができることがあります。スペースの問題かなと思いながら拝見していましたけれども、その他について記載して頂けるようにしておいて頂くほうがいいのではないかと思います。何かご事情があれば、また別ですけれども。

○池ノ上委員長 これはいかがですか。

○事務局(加藤) 一応、ちょっと補足だけさせていただきますと、このその他のところに記載される件数が結構少なく、また、書かれている内容が、マッサージをしましたとか、マタニティヨガをやりましたとか、少しこちらで聞きたい趣旨のものと違いましたので、もしあればその他のところにチェックを入れて頂くだけでよろしいかなということで落としましたのですが、ただ、今、鮎澤委員がおっしゃることもごもっともだと思いますので、こちらもまた復活させる方向で考えてもいいかなと思っております。

○木村委員 そういうご認識もその先生の認識の1つなので、それが教育だと思っておられるというのもその先生のご認識だと思いますから、あっていいのではないかなと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他に。

○勝村委員 ちょっと違う話でもいいですか。

資料10ですけれども、僕はあまりこれは良いようでよくないのではないかとちょっと失礼ながら思ってしまった、全部載せるというのは、方法としては、教育的な意味で情報をきちんと伝えたいという視点で考えると、あまりいい方法ではないと思います。 今回の第5回の報告書でも、独自の提言がまたあるわけですから、それが薄まってしまって、自分たちはこれだけ作ったぞということを見せる場としては、第5回の報告書というのはあまりなじまない。それが報告書の中のどこと関係があるんだと、やっぱり誤解を招くだろうし、今回の提言が薄まってしまわないかということと、先ほど、鮎澤委員が別のところでおっしゃいましたけれども、やっぱり過去の報告書も見てみようかなと思わせるということは非常に大事で、全部エッセンスを載せてしまうと、これを読んでおいたら過去の報告書を見なくてもだいたいわかったわ、となっちゃいかねないわけで、一覧表ぐらいは載せてもらっても良いと思いますが、第5回の報告書を読んだ人が、過去の第4回、第3回の報告書にはこういうテーマで同じようなことをやった結果がかかっているのか、じゃあ見てみようと思うような過去のタイトルだけの一覧表のページはあっていいと思うのですけれども、それを全部あらすじや結論まで出してしまったら、それをきっかけにかえて読まないということになってしまわないでしょうか。以前のものを読まないということもいけないので、リンク的なものは貼っておいてもらった方がよいと思うのですけれども、全部の内容や結論まで載せないほうがいいのではないかと僕は思います。

なので、今、岩下委員がおっしゃっていましたがけれども、5回報告書を出しましたと。これまでの提言は全部こんなのですと、そのまま医療機関の壁に張れるものを改めて医療機関に配ってもらうということは、僕はすごく意味があると思うのですけれども、報告書はなかなか読んでもらえていないとしたら、5回目の報告書を読まれた人が、4回目も3回目も手に取ってみようかなと思う形という方向で僕はお願いしたいなと思うのと、ちょ

っと僕が前回、今回の報告書にぜひ入れて欲しいと言っていたのは、インフォームド・コンセントのひな形なんですよ。チラシ2枚とひな形の合計3つが載っていないので、その3つは、やっぱり1回から5回、どれを見ても載っていないので、それは今回載せてもらいたいということをお願いしたのですけれども、全部網羅してしまうというのはどうなのかという気がちょっとするのですけれども。

○石渡委員長代理 網羅するということ、例えば新たに加入する医療機関がどんどん増えてくると思うのです。そういう方たちがわかる情報としてはこういうのを出したほうがいいと思いますし、それからこの委員会の一番の目的は、やはり再発防止、医療の質を高めるということが、これが一番この委員会の目的だと思うので、私は、重複していて構わないので、これは載せたらいいのではないですか。少し枚数が多くなったって構わないと思うのですが。

○勝村委員 載せてもそんなに悪いことではないと思うのですけれども、結論的なものを載せてしまうと、やっぱり心理学的に過去のことを直接見に行かない。そこを過去のことを読みたいと思わせる程度の情報にしておくということが大事なのではないのでしょうか。

○石渡委員長代理 しかしながら、これは非常に重要なところを、ポイントをまとめているわけだから、これは載せるべきだと私は思いますけれども。

○勝村委員 第5回の報告書としての提言が、その独自のやつが入りますよね。それとどう差別化をページでするのかなというのとか、やっぱりかなり量が多いですよ。読む側の心理でいくと、おなかがいっぱいになって頭に入りにくいというのが、ちょっと技術的な話ですから、そういう専門の先生に聞いてもらうのがよいのかなとは思いますが。

○箕浦委員 先ほどの岩下委員に関連しているのですが、そろそろこれがどういうふうに有効に使われているかとかいう調査をしたほうがいいかと思うのです。あまり使われていないという話もありますので。

○池ノ上委員長 それは動向ということで、その中にも入れていければと思いますが。

今、これを載せるか載せないか、出るまでにもちよつと時間がありますので。

○上田理事 検討して。

○勝村委員 それはいいのですけれども、少なくともひな形は載せてもらえるのですよね。インフォームド・コンセントのひな形。

○池ノ上委員長 前回抜けた分ですね。

○勝村委員 はい。僕が強く言いたいのはそっちの方です。これまでの全てのまとめ方について、今、発言した話は軽い意見です。

○上田理事 ひな形というのは、ホームページに載せたものですね。

○勝村委員 そうです。インフォームド・コンセントの2枚のチラシと、インフォームド・コンセントしてもらふ様式、用紙がないのであれば、こういうものを参考に作って下さいというひな形と、セットで報告書に載せて欲しいということです。

○池ノ上委員長 では、これはもうちょっと議論して頂くということによろしいですか。ひょっとしたら、これをもう少しスマートにした形にまとめてもらうということもあろうかと思います。

○上田理事 今の勝村委員のご意見も、全体的に検討させて頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。他に何かご発言は。

○福井委員 戻るんですが、診療体制等に関する情報の中で、病院全体の入院基本料、看護師配置が何対何になっているかということが問われていないのです。それは病院全体で何対何があればいいから、産科病棟は傾斜配置をして少なくするというのが今の病院の傾向です。ここでどういうふうになっているかということを知りたいので、3ページの貴院の設備についてで、病床数を明記してもらふと同時に、病院全体にどれぐらいの看護職がいて何対1 なんだけれども産科病棟は何対何になっているのかということは、ぜひ入れて頂きたいと思うんです。

それが入っていないと、日勤帯に何人がいて、夜何人いても、どれぐらいの数に対して

何人の看護職がいるのかということがわからないので、具体的な項目については私のほうから提案させて頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 それはよろしいですか。よろしいですね。今の福井委員の話。

○事務局(加藤) はい。ちょっと検討させていただきます。

○池ノ上委員長 また相談して頂いて、実態がちゃんとわかるような。

○勝村委員 これ、ちょっと僕、まだ目を通していませんけれども、病院の場合、混合病棟がどうかというのはわかるようになっているのですか。

○福井委員 これは項目が入っています。

○勝村委員 わかりました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。ちょっと時間が過ぎてしまいましたけれども、他に何かご発言ございますでしょうか。よろしいですか。

○事務局(竹田) 事務局からよろしいですか。

○池ノ上委員長 はい。お願いします。

○事務局(竹田) 本体資料には記載しておりませんが、第4回報告書における数量的・疫学的分析のデータについて、現状、PDFで情報を提供していますが、それをエクセルデータへ転換し、機構のホームページに掲載したいと考えております。7月中に掲載する予定であり、ご報告致します。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。エクセル版で公表するということですね。

○藤森委員 全く関係ない話をしてもよろしいですか。

○池ノ上委員長 どうぞ。

○藤森委員 ちょっと確認ですけれども、途中でも出てきましたが、心拍数の間欠的聴取の定義ですが、前からちょっと気になっていて、今、ガイドラインなんかもちょうと確認していたのですが、間欠的聴取でもよろしいということはこの再発防止委員会でも言っていますが、基本的には、子宮収縮の後1分間観察しなさいということだと思っております。

モニタリングと比べて脳性麻痺が減らなかった、間欠的聴取でもモニタリングでも減らなかったよというあのデザインは、ドップラを当てて心拍数をただ単にカウントするのではなくて、子宮収縮の後まで見て100bpm未満になっているかどうかというのをもって異常値とするというところまで、この間欠的聴取という人たちがやられているのかというのを、提言の中にもはっきり書いていないですよ。

僕とするとずっと気になっていて、ガイドラインでも、今、そこを確認していたのですが、はっきり書いていないのです。さっきの分析のところにも間欠的聴取というふうに書いてあるのですが、その間欠的聴取の定義をきちんと、多分、原因分析委員会の報告書の中にも間欠的聴取というのが、そういう言葉で書いてありますが、実は単にドップラーカウントしているだけなのではないかというふうに思うのです。

むしろ助産所のガイドライン、ここになくて確認できなかったのですけれども、多分、2009年の助産所ガイドラインのほうにはきちんと書いてあって、子宮収縮の後1分間見て評価しなさいね、というふうにむしろしっかり書いてあったような記憶なのですが、ここにはないのでちょっと助産所ガイドラインがなくて確認できないのですが、この間欠的聴取という言葉をきちんと、いわゆるドップラカウントなのか、あるいは子宮収縮の後までカウントして100bpm未満になっていないということを確認しているのかというところまで、本来ならばやっぱり見るべきなのではないかなというふうに思うのですが。

これ、全然案にも関係ないのですけれども、ずっと「間欠的聴取」という言葉が出てくるので、ちょっと気になっていたものですから。それは確認できるのでしょうか。

○村上委員 藤森委員おっしゃる通り、助産所業務ガイドラインのほうには収縮後1分間聴取するよというのがきちんと明記されていて、今回、助産業務ガイドライン2014というものが出たのですけれども、それにも胎児心拍聴取に関しましては、同じ文言が載っています。

それで、産科婦人科学会等で再発防止委員会のシンポジウムとかワークをやったりする

ときに、間欠的聴取をしている主に開業の助産院の先生方から、その方法でやることが、やっぱり1分間というところではかなり厳しいものがあるというような意見は出ます。

ただし、間欠的聴取をするのであれば、収縮後1分間を聞いて、それが間欠的聴取なのです。それができないのであれば、連続モニタリングをどうぞというふうな形で私はお話をさせて頂いています。

○藤森委員 原因分析委員会の報告書の中にも「間欠的聴取している」というふうに書いてあるんですけども、「145bpmでした」としか書いてありませんが、それが本当に子宮収縮の後の心拍数なのか、それとも単に当ててカウントしただけなのかという使い分けがきちんとされているのかというのを、ずっと少し思っていました。

○池ノ上委員長 再発防止では、そういう文言はなかったですか。1分後も。

○上田理事 提言にはありますね。ガイドラインに沿った形、助産所の2009年ですね。

○藤森委員 間欠的聴取の定義というか、きちんとそれをやっているのかというのを少し心配しているのです。いいですよとは言いつつ。

○池ノ上委員長 それは、今、村上委員おっしゃる通り、間欠的にドップラをやる際の基本的な情報であると。助産所ガイドラインのときには、そこをかなりしつこく盛り込んだのです。

だけど、ここの中では、あまりそこまで細かくといますか、しつこく言っていなかったというのは、事実ですね。

○藤森委員 すぐではなくていいのですけれども、きちんと原因分析委員会でも、そういうふうな間欠的聴取が行われていたかという目でも見て欲しいなというのが、ちょっとお願いです。

○勝村委員 藤森委員の趣旨がどこまでかわからないのですけれども、僕も聞いていてなるほどと思って、ぜひそれは池ノ上委員長からか上田理事からか、次回の原因分析委員会の冒頭で、再発防止委員会でこういうことの見解があったというか、そういう形で。

2種類あるわけですね。従来言っていた間欠型と、やっぱりちゃんと長くやろうというやつ、きちっと1分以上というのと。そのどっちかを原因分析委員会の人がちゃんとわかるかわからないかは別にして、やっぱり。

○上田理事 診療録に書かれていないですね。

○事務局(土屋) 原因分析委員会ではカルテの記載を基に審議しておりますので、診療録に間欠的聴取というふうに書かれれば、それを間欠的聴取というふうにみなして用語を使っております。

ですので、間欠的聴取が、今、お話のあった子宮収縮後60秒という原理原則通りにやっているか、ただのドップラカウントなのかというところまでは、診療録からは読み取れませんので、実態としては、ちょっとそこは厳しいかと思えます。

○藤森委員 もう一言、すみません。

この資料8で、子宮収縮のところでも連続的・間欠的と出ていますが、これが連続的な胎児心拍数モニタリングと間欠的心拍数の聴取ということになった場合、ですから、これはどっちでもいいとは言っていますが、診療録からは確認できないというのはわかるのですが、きちんとやれていない間欠的聴取であれば、これはあまり意味がないということになるわけですから、今後、そこをきちんと明らかにして頂かないと、提言という意味でも、ガイドラインに沿ってやりなさいと書いてありますが、心拍数聴取間欠的でもいいですよと言っていつつ、ちゃんときちんと子宮収縮の後まで聞きなさいよというところは言っていないというのは、少し心配だという話をしているのです。

○池ノ上委員長 これはちょっと僕自身の問題で、実は、助産所ガイドライン作成のときには私はそれをしつこく提言して、あそこは書き入れてもらったのです。こっちではそこまで言わなくてもいいかなと思ったわけです。間欠的聴取法というのは色々なやり方で行っている方はあると思うのですけれども、再発防止の立場、あるいは原因分析のときに、今のようなところを、あまり僕は言っていないのです。助産師ガイドラインのときにはか

なり言ったのです。それを皆さん受け入れていただいたので、あの報告書に載ったのですけれども、先生おっしゃるように、非常に重要なことだと思います。それを基にして連続モニタリングと間欠的聴取法とで差がないというデータに基づいて、間欠的聴取法でもオーケーですよと我々は言っているのです、その方法論は、やっぱり一遍確認をしないとイケないだろうというふうに思います。それはまた原因分析委員会のほうにもお話をしようというので。

○勝村委員 池ノ上委員長がやってくださったことなんだなと思いましたけれども、あの助産所ガイドラインが出たときには、僕らもずっと大事だ、大事だ、と言っていたことだったので、非常によかったのですけれども、あのガイドラインは、だから記載の仕方をどうすべきというところまでは書いていないのですか。やっぱりそこが大事で、何回もやるのだったら、記録していかなきゃいけないわけで、その記録が、変わっていなかったから書きませんじゃなく、やったら1回か何回なので、やっぱり看護記録の中で、それが何回か、見ているかどうか分かるような書き方まで提言していくことで、結局、連続が大事なんだなということになっていくと思うのです。だから、そういう観点までぜひお願いしたい。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。最後に、藤森委員から非常に大事なご提案が。

○鮎澤委員 申し訳ありません。終わりに。

さっきの資料10の取り扱いですけれども、実は、私自身は最後にパラパラパラッと見るものがまとめてあるのはいいなと思っているのですが、その議論はまた次回ということなので、お待ちすることにして。ただ、1点、拝見していると、ベースになっているガイドラインがかなり古いものだったりしますよね。今度新しく2014年になっていて、書かれている内容に現在のガイドラインと齟齬があるようなものはきちんと新しいものにしていかなければいけないので、ガイドラインの数字を変えるだけでいいのか、書かれている内容に準じて記載の内容まで変えなければいけないのか、そのあたり慎重に検討しなければい

けないものもあるのではないかと、気になっています。そのあたりの取り扱いについて、改めてまたちょっとご検討頂ければと思います。

○上田理事　そうですね。

○池ノ上委員長　はい。

3. 閉会

○池ノ上委員長　どうもありがとうございました。少し時間をオーバーしてしまいましたが、熱心なご議論を頂きまして、ありがとうございました。第5回の報告書作成に向けて頑張っていきたいと思いますので、どうぞよろしくお願ひ致します。今日は、どうもありがとうございました。