

第21回「産科医療補償制度再発防止委員会」 会議録

日時：平成25年2月4日（月） 16時00分～18時30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

○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、資料の確認をお願いしたいと思います。まず一番上にございますのが、本日の出欠の一覧、それから、次第と本体資料となっております。続きまして、資料1と致しまして、「臍帯脱出について(案)」という資料がございます。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)」という資料がございます。続いて、資料3と致しまして、「常位胎盤早期剥離について(案)」という資料がございます。続いて、資料4と致しまして、「子宮収縮薬について(案)」という資料がございます。続いて、資料5と致しまして、「分析対象事例の概要(子宮収縮薬について)」という資料がございます。続いて資料6と致しまして、「新生児蘇生について(案)」、資料7と致しまして、「分娩中の胎児心拍数聴取について(案)」、資料8と致しまして、「 の集計結果について(案)」、それから、資料9と致しまして、「産科医療補償制度の補償対象事例における脳性麻痺発症の主たる原因について(案)」という資料がございます。資料に乱丁、落丁等ございましたら事務局までお申しつけ下さい。

それから、委員の皆様の卓上には、クリアファイルに入れて、「産科医療補償制度の補償申請期限は満5歳の誕生日までです」と記載したチラシを配付させて頂いております。こちらは、本制度の補償申請期限が児の満5歳の誕生日まででありますので、本制度が開始した平成21年生まれの児につきましては、平成26年に順次補償申請期限を迎えることとなります。制度や補償申請期限のことが認知されてないことによって、補償申請が行われないといった事態を防ぐために積極的な対応が必要と考え、こういった周知のチラシを作成させて頂きました。こちらのチラシは小児科医、小児神経医、リハビリテーション医などの脳性麻痺児に関わる機会の多い医療関係者、それから、入通所施設、リハビリ施設などの福祉施設、障害者手帳申請窓口などの行政機関に配布しております。

それから、拡大したポスターも、ちょっと遠くて見づらいんですが、向こうの時計の下のあたりに同じ内容でポスター版も作成しまして配布しております。資料については以上でございます。

それでは、本日の進行を池ノ上委員長をお願いしたいと思います。よろしく願い致します。

○池ノ上委員長

それでは、委員の先生方、お忙しい中お集まり頂きまして、ありがとうございます。

本日は、前回も申しました通り6時半までを一応予定させて頂いております。それから、今回で3順目の議論を頂くということになりますので、できましたら、今日大まかな基本的な骨子については、コンセンサスがこの委員会として得られるような、そういった方向にまでご議論頂ければと、こう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、議事に入らせて頂きます。本日の議事は、次第に挙げてあります通りでございます。

まず「臍帯脱出について」、事務局から説明をお願い致します。

○事務局（御子柴）

事務局でございます。臍帯脱出をはじめ、その他全5テーマにつきまして、本体資料の、これまで頂戴したご意見について主なものを記載させて頂いております。そういったところもあわせてご覧頂きながらご説明させて頂ければと思いますので、お願い致します。

まず、1. 臍帯脱出についてでございますが、こちらは、今回新たにメトロと人工破膜についてのフローチャートを事前にお送りしました資料に添付しておりました。この点について主に議論して頂きたいとお願い致します。

まず1ページ目でございますが、分析対象の背景ということで、今回の██████に見られた背景及び危険因子を一覧表にしております。こちらに関しましては、以前、脳性麻痺を発症したものの臍帯脱出を発症しなかった群をコントロール群として掲載するというご意見も頂戴致しました。そちらに関しましては、小林委員のほうからも、純粋なコントロール群ということではないというご指摘がございましたので、まずは今回の分析対象のパーセンテージを表の中にお示しして、傾向として記載しておりますので、この点についてもご検討頂ければと思います。

3ページにおめぐり頂きまして、こちらにメトロイリントルを使用した事例の概況をお示しております。以前、一覧表でお示しております。本日も資料2ということで██████の概況をお示しております。一覧表にしてお示することで見える全体像もありますけれども、逆に焦点が絞りにくく伝わりにくいといった面もあります。4ページに表2と致しまして、メトロイリントルを使用した事例の経過として、一覧表の中から、メトロに着目した点を抜き出した表を掲載しております。さらに、メトロイリントル使用前、使用時、脱出後ということで、時間経過に沿って臍帯下垂脱出の確認をしたかどうかも含めた表として作成しております。

同じく4ページから、人工破膜を実施した事例の概況をお示ししております、これも同じく資料6ページに、表3ということで人工破膜を実施した事例の経過をお示しております。こちら破膜前、破膜時、破膜後ということで、人工破膜につきましては胎児先進部の固定ということが大前提となりますので、適応も含めた形で、また、臍帯下垂・脱出の確認が前後で行われていたかどうかも含めての経過をお示した表となっております。

また、ページは戻りますけれども、2ページに、発症時の状況ということで、分析対象のうちこれらの分娩誘発・促進を行わず、自宅で発症した事例というのが■■■■ございましたので、その状況を文章でこちらにお示しております。こういった形でいくつかに分けたパラグラフにはなりますけれども、■■■■を概観する記載を変更しておりますので、こちらについてもご意見が頂戴できればと思います。

また、併せて臍帯脱出が発症した後の対応ということで、先進部の挙上や骨盤高位、臍帯還納などの実施状況について、一覧表の中に記載していたものを、文章及び小さな表にまとめたものが6ページから7ページの記載となっております。資料が前後致しまして申し訳ございません。

前回頂いた主なご意見としては、人工破膜を実施する前の臍帯下垂がないことの確認にあたって、経膈超音波の実施ということがなかなか現場では難しいのではないかとご意見も頂戴致しましたので、記載の方法を文章全体を通して緩めておまして、提言のほうでも同じく「望ましい」といった語尾に変えておりますので、こちらも変更した点となります。

あと、以前からお示しておりますが、臍脱に関する現況ということで、21ページをご覧いただきたいのですが、こちらに臍帯下垂脱出の図をお示しております。図1と、次の22ページに先進部の挙上ということで、母体の胸膝位と先進部の挙上を示した図を再発防止委員会としてオリジナルで作成しておりますので、こちらに関しましても、もし解剖学的なものですとか、何か気になる点等ございましたらご意見を頂戴できればと思います。

最後に、27ページからが提言に向けた記載となっております。以前、概況と現況等で示した数字や記載などが、こちらを読むだけで一見できるようにと、記載を充実させるというご指摘がございました。少々長くはなっておりますけれども、一応こちらを読んで頂ければ、今回の分析対象の経過等が分かるような形に取りまとめております。こちらに関してもご覧頂ければと思います。

29ページからが提言になりますけれども、前回お示し致しました資料よりも少し言葉

を絞りまして、今回の分析対象事例で見られたもの、あるいは今回の分析対象事例から抽出された提言ということを主に記載しております。全体像としては「ガイドラインに沿って使用する」という言葉でまとめて、下への四角囲みに、「フローチャートを参考に適正使用する」という形にし、文章をできるだけコンパクトにした形にしております。また、32、33ページのフローチャートで使用にあたっての手順をお示しできればと事務局案として考えておりますので、こちらをご検討頂ければと思います。

メトロにつきましては、挿入前に臍帯下垂がないことを確認するというので、確認方法については様々かと思えますけれども、できれば経膈超音波を行って頂く、あるいは内診をする。32ページのフローチャートをご覧頂きたいのですが、こちらの記載は、太字がガイドラインの記載になるんですけども、メトロイリントは容量によってモニタリングの実施方法の原則が異なりますので、ガイドライン上ですと41ミリリットル以上の場合は連続、40ミリリットル以下の場合は連続あるいは間欠といったところでフローチャートが分かれております。メトロイリント脱出時には、臍帯下垂・脱出の確認をするということで、こちらにあたりましては、内診、超音波に加えてモニタリングということで、オリジナルで記載を加えております。

以降、下の2つの四角に関しましては、産婦人科診療ガイドラインでは、アンサーのところではなく、解説部分に記載がありまして、臍脱後の対応として、臍帯圧迫が軽度となるように、用手経膈的に児頭を上方に圧排する、骨盤高位をとらせるということで記載がございますので、白丸2つで先進部の挙上、骨盤高位と記載しています。こちらのエビデンスとしては、その前にも示しておりますRCOGのガイドラインのほうからも引用しております。

33ページの人工破膜の実施におけるフローチャートにつきましては、先ほど申し上げました先進部の固定が一番重要になりますので、ガイドラインの記載を引用しております。未固定だった場合、あるいは下垂がある場合は実施しないという流れになります。固定していた場合、かつ臍帯下垂がない場合は実施致しますが、実施にあたっては、実施後に臍帯脱出がないことをきちんと確認するという流れです。臍脱後の対応としては、メトロイリントと同じ対応になります。両方に共通して、今回、臍帯下垂がないこと、脱出がないことを確認した後に妊産婦が移動しているという事例がかなり多くありまして、移動によって臍帯の位置ですとか児頭の位置が変化して臍脱を発症していると考えられるような事例がいくつかございました。双方のフローチャートの下から2つ目の四角に、移動にあ

たっては、再度、下垂がないことを確認するということをオリジナルで記載しておりますので、こういった記載あるいは文言について先生方のご意見が頂戴できればと思います。

以上です。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。臍帯脱出というテーマについて、これまでの議論を踏まえてまとめて頂きましたが、何かご発言ございますでしょうか。

○上田理事

1 ページの分析対象にみられた背景については、前回、臍脱群と非臍脱群でいわゆる比較分析することのご提案を頂きましたが、小林委員からご発言がありましたように、やはり本来のコントロール群との比較が必要であります。実は私ども、この制度では、脳性麻痺になった児のデータでありますので、そうでない一般の分娩いわゆるコントロール群については、産科婦人科学会とも相談しながら、いわゆるコントロール群のデータがとれるように、早急にこれから進めていきたいと思っております。今回については臍脱群にみられた背景の状況をこういった数字で示しておりますが、このようなことで進めることに皆様にご理解頂ければと思っております。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。いかがでしょうか。

○川端委員

私、ちょっとまだ十分に理解できてないんですが、32 ページの一番下のところでしょうか、ガイドラインの解説から持ってきて白丸で書いてあるというのがあったと思うんですけども、ガイドラインでテーマを挙げて皆さんに提案する場合には、アンサーに書き切れない、アンサーとして書くのにはちょっときつ過ぎるとか、そういう場合に、解説の中に埋もれさせているんですね。アンサーでないのはそれなりの意味があるんです。ですから、それを解説に書いてあるので、持ってきてここに入れましたということ、ちょっと乱暴なんですよね。で、私は、このところについては、そんなにまだ咀嚼できてないので、うまいこと話せないんですけども、そういう重みづけがあるということを理解して引っ張ってきてほしいということです。あとはちょっと考えさせて下さい。

○池ノ上委員長

分かりました。ガイドラインの解説のところの取り扱いですね。

○川端委員

ええ。解説にあるからガイドラインがこうであるということとはちょっと違うということとです。

○池ノ上委員長

アンサーのほうが重いという考え方でよろしいでしょうか。

○川端委員

ええ。アンサーで書いてあって、それでABCのランクづけがあると。それは非常に重みを持って提示しているんです。ですけど、それ以外にこういうことも言っておきたい、こんな場合もあるよね。だけど、本当はこうやったほうがいいけど、それはまだ臨床上難しいとか、色々な臨床上、正しい、正しくないと言い切れないことっていうのは臨床ではたくさんあるので、それを色々な形でちりばめてあるということなんです。

○事務局（御子柴）

ありがとうございます。ガイドラインをお手元のほうにご用意させて頂いておりますので、206ページをご覧頂きたいんですけども、分娩誘発促進にあたっての注意事項がCQ412に記載されております。本日ご用意しましたフローチャートの中で、32ページがメトロイリントルのフローチャートになりますが、太字のところについては、アンサーの中の文章を引用しております。ただし、フローチャートの上から2段目の囲みの2つ目の※「入院時あるいは入院後に実施する」はアンサーにあるんですけども、その右隣に「緊急帝王切開が可能な施設あるいは可能な状況にあることを確認し使用する」、この文章に関しては、208ページの解説に記載されている内容になります。

ただし、アンサーの中、41ミリリットル以上に限ったところ、6の10)番に「緊急帝王切開が行われることを確認しておく」という記載がございます。こちらがメトロイリントルの容量を限った形でのアンサーになっていたもので、そちらと解説の部分を両方あわせて引用しております。ガイドラインとしてはこうですけども、再発防止委員会として、メトロを使用するときには確認をしておいて頂きたいということであれば、そちらのほうを引用して、41ミリリットル以上の場合という条件づけをとってもいいのかというところが、1点ご検討頂きたいところです。

次に、フローチャートのほうの一番下の四角のところ、先ほど申しあげました対応について、「もしも、臍帯脱出を確認したら？」の中、※で「一旦臍帯脱出を確認したら急速遂娩を行うが」の下り、こちらの2行については、確かにアンサーではなく解説部分からの引用になります。こちらも208ページのところに記載があるものです。こちらについ

て、やはりガイドラインでは重みづけとしてはまだ提言しにくいものであっても、例えば今回の事例を見て頂いて、再発防止委員会として推奨してよいということであれば、こちらに記載させて頂ければと思います。今後、ガイドラインの改定にあたって、臍脱後の対応について、どういうお考えで進まれているかによって、方向性に相違がなければ、こちらに記載するのも1つかと思いますので、こちらもご意見を頂ければと思います。

以上です。

○池ノ上委員長

箕浦委員、どうですか。

○箕浦委員

私、川端委員とは少し違うんですが、ガイドラインの範囲内でしかいけないということであれば、ガイドラインを見ればよくなってしまうので、私は、再発予防、再発防止という観点から多少踏み込んでもいいのかなと思っています。ここに書いてあることは、自分の経験からいうと非常に有効だと思うんですね。ですから、その辺までは書いてもいいのではないかというのは僕の考えです。

それから、もう一つ、いつもこのデータは非常にわくわくするんですが、さっきの移動は、本当にすごいなと思います。移動を提言のところで、ただ注意すると書いてあるだけなんですが、「十分に注意する」とか、そういう何か入れたほうがいいんじゃないかと思うんですね。28ページの2行目も「注意する必要がある」のですが、「十分に注意する必要がある」と、そういった強目のようなことですね。

それから28ページ、29ページも、移動後には「注意する」とありますが、「十分に注意する」と。この移動というのは、僕はこれを見てびっくりしましたが、ちょっと知らなかったことだものですから。

○池ノ上委員長

先生がびっくりされたというのは、移動させているということをびっくりされたんですね。

○箕浦委員

そうです。

○池ノ上委員長

藤森委員、いかがですか。

○藤森委員

僕もどちらかと言えば、箕浦委員の話に近いと思います。やっぱり提言なので、ガイドラインからというのを分かるようにしておけばいいのかなという。川端委員がおっしゃったように、A、B、Cのランクづけ以外で、D、Eとかはないですけども、言っておきたいことというのは解説の中に入っている。それは事実で、そこまではいかないけれども、やはり知っておくべきこととして解説の中に入っていると思うんですね。僕もそこまで踏み込んで書いていいと思う項目もあるんですけども、まあ、ちょっとはつきり分かるようにしておいたほうがいいのかもしれないと思います。

それから、移動に関しても、やはり破水後には、例えばトイレも分娩台で介助するというような施設もあるというふうに聞いていますので、それは破水後というか、そういうものはやっぱり大切なインフォメーションだと僕も思いますので、ぜひ強調して頂きたいと思います。

○池ノ上委員長

藤森委員、もし臍帯脱出を確認したら、骨盤高位にするとか、先進部を挙上するとか、手で上げるとか、やっぱり委員はされますか。やはりこれはいい処置だと思われますか。

○藤森委員

児頭を上げることはすると思うんですけど、体位をとるということは、特別我々はしてはいないです。

○池ノ上委員長

箕浦委員はいかがですか。

○箕浦委員

うちは、オバタメトロを使っていたころ、時々臍脱がありまして、そのとき見つけた人間が押し上げたまま、そのままオペ室に行ってカイザーをして事なきを得たというのが何例かありました。骨盤高位をとっている暇は、そういうケースではないですね、実際には。

○藤森委員

すみません。私どものところは原則、生きている赤ちゃんにはメトロは使わないという方針なので、双胎の2児目に臍脱したとかというときには、押し上げたまま、そのまま帝王切開したことも、数例ですけど、ありますけど、体位をとったりというのは指導はしていません。

○池ノ上委員長

でも、これ、メトロ以外でも臍脱は起こっているんですよね。

○藤森委員

そうです。

○池ノ上委員長

ですから、頭位の自然経膣分娩のトライアルの中で臍脱が起こっている。そういったときには、押し上げながらオペ室に運んでいくとかいうことを一般にはよくされるんじゃないかなと思うんですが、箕浦委員。

○箕浦委員

さっきのは、骨盤高位はとるんですが、胸膝位はとる間がないということです。

○池ノ上委員長

骨盤高位をしながら押し上げて、オペ室の準備をしてやるということですね。胸膝位はどうでしょうね。岩下委員、どうぞ。

○岩下委員

マイナーなことなんですけど、32ページと33ページのフローチャートの一番下の囲みの「臍帯圧迫が経度となる」というのは、「経」という字が違いますので、訂正をお願いしたいと思います。

○池ノ上委員長

分かりました？

○事務局（御子柴）

はい。訂正致します。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。隈本委員、どうぞ。

○隈本委員

このフローチャートを見て思ったんですけども、これはメトロイリンテルが脱出していて、それから臍帯脱出が起こるまで30分とか1時間とかかかっているケースが結構多いんですよね。これは事例分析が積み重なっていった1つの発見ではないかというふうに前々から思っていて、意外と時間がたってから臍帯脱出が見つかるというケースがあると思います。何となくイメージとしては、抜け落ちたら直後に起きそうなものなんですけど、30分とか1時間とか経って起きていて、これは事例の分析としては相当いい知見なのではないかなと思っていたので、それがこのフローチャートには盛り込まれていないので、もしあれでしたら、追加なんですけれども、結構時間がたって、油断したころ

に臍帯脱出が起こっているというケースが、これ、多分、ほとんどそうだと思うんですけど、僕の記憶では。その様子を少し提言のほうに、これと言えば時間が30分や1時間経ってから臍帯脱出が起こるとか、心拍の低下が起こることがあるよみたいなことはどうでしょうかね。

○池ノ上委員長

メトロが脱出した直後はないというのを確認されていて、かつその後1時間とかで脱出したというのも何例かあるんですよ。

○隈本委員

そうなんです。僕が原因分析で見たものの中に、結構多いなというか、ほとんどそうだなという。だから、直後に脱出しているケースはほぼ皆無なんじゃないかな。

○池ノ上委員長

いや、何とかなっているのかもしれない。

○隈本委員

すぐ気がついて、この事例に上がってこない可能性がありますよね。

○池ノ上委員長

前に箕浦委員はそうおっしゃっていましたよね、脱出直後だけじゃなくて、しばらくたってから脱出するのは、先生も経験がありますよとおっしゃっていましたね。やっぱりそういうのはあるんですね。

○隈本委員

逆にいうと、直後にすぐ出ちゃったようなやつは、すぐ対処して事なきを得ているのかもしれない。

○事務局（御子柴）

資料1の3ページに、メトロイリントルを使用した事例の概況をお示ししていますが、最後から5行目のところに、「移動については、 においてメトロイリントル脱出後にトイレや分娩室への移動があった」と。移動からの時間としては記載しておりまして、移動直後に臍帯を発症した事例が 、移動から1時間以内が 、細かいですが、1時間15分後が ということで一応お示ししておりますので、移動まではさらにもうちょっと時間があつた事例が多いかと思えます。

○隈本委員

要するに移動直後なら気がつくけど、時間が経ったらつい監視が緩くなるので、こうい

うときに気をつけましようねというようなメッセージがもしあるとしたら、時間が経ってから出ている例もあるので、気を抜かないように的を提言して頂ければいいと思います。

○上田理事

時間を確認して、そういう傾向があれば、検討します。

○隈本委員

だから、少なくとも30分以上経っていると思うんです。腔内に出ていることが見つかってから実際に何か事が起きるまで30分以上経っているケースが多いと思います。

○池ノ上委員長

移動だけが問題か、移動がなくても脱出が起こっているのもあるんですかね。必ずみんな移動しているという訳でもないですよ。そうすると、今、隈本委員がおっしゃるような、そういうケースもあると。

○事務局（御子柴）

メトロに関しては、メトロを使用したとも、メトロが脱出した後に移動があります。

○池ノ上委員長

移動して、その後脱出が発見されたと。

○事務局（御子柴）

左様です。

○池ノ上委員長

分かりました。そこら辺をまとめて分かりやすいようにして頂ければいいと思います。

先ほど川端委員からもご指摘のありました、先進部の挙上と骨盤高位をしながらオペ室に行くまでの処置について、どのレベルの提言にするかということ、ガイドラインとの間をどうとるかということをおっしゃって先生方にご議論頂きたいと思うんです。確かに我々も現実にはそういうことをやっているんだと思うんですけれども、それをきちっとしたスタディーで証明されているというところまでまだ行ってないと思います。ただ、実際にはそういうスタディーがされて、エビデンスをきちっと出されているというのは、なかなかこういう状況では出てこない。ですから、オーソリティーの意見とか、これまでの経験とかで方向づけがされているということなんだと思うんですけれども、産科婦人科学会としてのそういう提言といいますか、ガイドラインの出し方と、この再発防止委員会としてこういうことが行われているというようなことを皆さんにご案内する。例えば私は今、お聞

きして、自分たちもそうしていますよとか、岩下委員はどうですかね、先進部を上げながらオペ室に行くという。

○岩下委員

よくやりますね。やりますけれども、エビデンスがどうなのかというと、ただ圧迫がとれるだろうという。ただ、そのときはもう陣痛が強くて、実際にはどの程度圧迫がとれているか分からないですね。

○池ノ上委員長

実際には心臓が動いているかどうか見たり聞いたりしながら、早く早くとオペ室に連れて行くという、そういう現状ですよ。

○岩下委員

そうですね。気持ちとしてはやっぱり押し上げたいと。

○池ノ上委員長

ですから、そこら辺があらわれるような書き方で、何も全てガイドラインがこういう解説を書いているから、ここに出しましたというような直結はしない形で、再発防止委員会としては、こういうのをここに書いて、少しでも皆さんの参考にしてもらうというような——これ、やったらいかんというような反対の意見はおそらくないんじゃないかと思うんです。そういうことをやったら危ないよという意見にはならないと思いますので、それはよろしいですよ、藤森委員、いかがですか。

○藤森委員

いいと思います。

○池ノ上委員長

であれば、そういったことを再発防止委員会として書いて、ガイドラインでは解説にあるというような、そういう感じでいかがでしょうか。

どうもありがとうございました。他にいかがでしょうか。

○村上委員

先ほど来、産婦さんの移動の件でご議論されているんですが、十分に注意するというふうなところだったんですけども、移送等を担当するのは助産師がとて多いものですから、そういう意味で、注意するってどう注意したらいいのかなって思いまして、例えばメトロの脱出後は、産婦は独歩では歩行をさせないとか、あるいは車椅子移送にするのか、排せつ時には床上排せつにするとか、何かしらの行動がイメージできるような注意喚起が

あるとより参考になるのかなと思ってお聞きしていたんですが。

○池ノ上委員長

いかがでしょう。

○市塚客員研究員

ただ、妊婦さんを「車椅子で移送する」とか、「独歩をさせない」というような強い形で提示するまでのエビデンスはない状況ですので、ここでそのように書いてしまうと、それこそ臨床現場が混乱してしまう可能性があると思うんですね。ただ、やはり注意するというのは、今までずっとここに記載してあるように、胎児心音をはかっているか、はかってみるとか、そういった現場の判断で注意して、臍脱が起きてないかどうか見て頂ければいいのかと考えています。

○池ノ上委員長

よろしいでしょうか。臍帯脱出のことを十分考慮して対応しなさいと。だから、心音をしょっちゅう聞くとか、そういうパターンじゃないでしょうかね。

○村上委員

そうしますと、歩行前後の「観察を強化する」というような、そういうイメージでよろしいということですね。

○池ノ上委員長

それを入れて頂ければよろしいかと思えます。

○事務局（御子柴）

提言には「注意する」という記載になっているのですが、フローチャートの中では、「移動後に再度臍帯下垂、脱出がないことを確認する」という記載にしておりますので、両方分かるような形に記載をそろえます。

○池ノ上委員長

ちょっと僕は気になったのは、22ページに絵がありまして、胸膝位での胎児先進部の挙上、今、委員の先生方のお話を聞くと、オペ室に行くので胸膝位でということとはほとんど現実にはやられていないということになりましたが、骨盤高位の格好でストレッチャーに乗せたりしながらオペ室に運ぶんだと思うんですね。だから、少しこの絵は違うかもしれませんね。

それともう一つは、これ、右手で押し上げているんですが、皆さん、右手ですかね、内診したり、赤ちゃんを見るのは。それは施設によって異なるのかな。右手だったり左手だ

ったりしますね。箕浦委員のところは、右手？ 左手？

○箕浦委員

我々は左手です。

○池ノ上委員長

岩下委員のところは？

○岩下委員

うちは左ですね。

○池ノ上委員長

じゃあ、右でも左でもいいですね。

○藤森委員

僕が聞いた話だと、昔は右手で書いて左手で内診して。所見を書くために、昔の先生なんて言ったら大変失礼ですけど、そのように教えられて、僕が入局したころはどちらでもいいですよということでした。前任の佐藤教授は左手で内診していましたが、私は、右手は所見を書くために残しておくというふうに指導されました。

○池ノ上委員長

右手で？

○藤森委員

左手で診察するのは、右手をあけておいて、所見が書けるように、みんな昔は左手でやるように教えたんだと。

○池ノ上委員長

先生の時代になったら？

○藤森委員

君たちは好きなようにやりなさいと言って、ほとんどの先生は右でやっている。そういうふうに教育されましたけど、正しいかどうか分かりませんが。

○池ノ上委員長

川端委員はいかがですか。

○川端委員

左手です。

○池ノ上委員長

内診は左手ですね。私も左手なんですけど。ですから、こういうふうに右手の絵が出て

くるとちょっと違和感があるんですが。じゃあ、そういうことであればこれはいい。ただ、胸膝位をここで強調するのはちょっとあれかもしれませんので。よろしいでしょうか。

○事務局（御子柴）

骨盤高位の絵にかえて先進部の挙上を記載するということですね。

○池ノ上委員長

はい。

○箕浦委員

もう一つ、このデータを改めて見てみますと、臍脱が起こったのは、みんな80ミリリットル以上入れているということで、一旦臍脱が起こってしまうと必ずしもうまくいくとは限らないので、むしろこのデータから見る感想としては、例えば80ミリ以上は使わないとか、そのほうが現実的な提言かなと。これは非常に反論が多いと思うのであれなんですけど、そんな感じを私自身は持っているんですが、川端委員、いかがでしょうか。これを見るとそのような感じになるんですけど。

○藤森委員

よろしいですか。ここで言っている話かどうか分かりませんが、僕、この間、まだ1年は経たないと思いますが、ある大学からのレビューが回ってきて、まさにこのスタディーだったんです。もうパブリッシュされているかどうか分かりませんが、やはり量にディペンデントで臍脱するというデータで一応アクセプトはしたんですけど、いずれそういうデータがそろってきたときじゃないと、なかなかやっぱり出せないのかなという気は、私は個人的にはしております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。ここで、ドーズディペンデントの可能性みたいなのは、やわらかくは触れてありますので、150以上はだめですよというのは言っているんですけど、41ミリリットル超えるとドーズディペンデントですよということは触れてあるから、今、藤森委員が言われたように、きちっとペーパーが出てきて、それがエビデンスとして使えるようになると、もっと厳しいステートメントをこちらが出していいんじゃないかなと思います。それでよろしいですか。

○川端委員

先ほど隈本委員がおっしゃった時間の件なんですけど、私もこの会で分かったのはそれだと思うんですね。ずっとディスカッションされたことは、自分の経験であったり、他で

得た情報であったりして、ここで得られたのは、時間がすぐじゃないですよとか、また1時間たっても臍脱する危険性があるから注意しましょうとか、そういうことじゃないかと思うんですね。ですから、そこらあたりを強調して提言するような形に持っていったらいいんじゃないかと思えますけど。

○池ノ上委員長

じゃあ、もう少しステートメントを、しっかりそこを伝わるように文章に出して頂くと言うことですね。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

僕もこの原因分析の結果から分かった情報をより多く出していくということでこの再発防止委員会の価値が高まると思うので、ぜひそういう方向にと思います。それから、1つ、今さらの質問でちょっと十分に読み込めてないんですけど、事例の中にはメトロを使ったこと自体が適切だったのか、必要があったのかという事例もあったと思うんですけど、この提言の中に、どちらかという、メトロ自体を少し抑制的に使うべきではないかみたいな、そういう趣旨の言葉とか、ガイドラインにも「使う際には、」という感じの記述しかない、そういう使う際の適応の方向性みたいなのは要らないのかなというのが1つ気になります。どういう感じなんでしょうか。

○池ノ上委員長

これはどうですかね。石渡委員長代理がいらっしゃった時の世間の動きみたいなのは、メトロの使用頻度がどんどん減ってきているとか、そういうことがはっきりすれば、従来に比べて使用される機会はぐんと減っているが、しかし、まだ使われているとか、でも、その中でこういう事案が出てくるというような実態は分かってくるんじゃないかと思うんですけど。

○勝村委員

事例の中には、原因分析の報告書では、メトロを使う必要があったのかどうか検討の余地があるみたいな事例もあるので、そういうことも踏まえた内容を提言の中に何か1行でも入れられないか、そういう本当の必要性みたいなものをきっちり確認すべきだみたいなことに関する記述もあってもいいのかなと思うんです。

○池ノ上委員長

そうですね。メトロの適応については、慎重に適応を選ぶというようなことは、当然それはハイリスク手技を行う訳ですから、それは書き込んでいいと思います。今、勝村委員

がおっしゃったようなことを。

○事務局（御子柴）

今回の事例で、資料1の4ページ、表2のメトロイリンテルの事例の経過のには、ビショップスコアをお示しして、頸管の熟化の状態をお示ししているんですけども、この中で、1件5点というのがありますが、分析対象事例の原因分析報告書においては、「頸管は熟化していると考えられ、使用についてはまだ医学的妥当性がない」というような指摘があった例もございました。適応については、32ページのフローチャートに、上から2つ目の囲みに「適応・方法などをインフォームド・コンセントをとった上」というような形に含めてしまっております。よって、先ほどのご指摘を受けて、29ページの提言(1)の①のところは「ガイドラインに沿って使用する」という記載にしておりますが、「適応を適正に判断し、ガイドラインに沿って使用する」という形で文言を加えるということでしょうか。

○勝村委員

今の議論をお聞きしていたら、生きている子どもには使わないと決めている大学病院もあるということですね。ということを見ると、もう少し抑制的に、使わなくても産科医療ができていく病院があるということであれば、それはすぐに一般化できないのかもしれませんが、そういう方向もちょっとにじむように書いてもらったほうがいいのかなと思ったんですが。

○池ノ上委員長

石渡委員長代理が調査しておられた医会でのメトロの使用頻度の移り変わりといいますか、たしかそれを今、見ておられたんじゃないですかね。

○上田理事

そうです。

○池ノ上委員長

あのデータが出てくると、こんなに使う頻度が減っているよということは、そういうメッセージになるんじゃないかなと思いますね。

○勝村委員

じゃあ、それはそんな形ででもお願いします。この資料2に載っている表5というのは、34ページにこれが入ることなんですか。

○事務局（御子柴）

はい。もとは第1回の報告書に3事例分を同じように巻末に載せているので、そちらに挿入する予定でございました。先ほどちょっと説明が不足しておりましたが、表を1から4に分けて、冒頭から7ページまでのところに各該当箇所にそれぞれ分割して掲載しております。それで網羅できるということであれば、資料2の一覧表はカットするというのも1つだと思いますし、やはり出生体重とか、へその長さとかも含めて全体を概観するほうが有用だということであれば、重複する部分はかなりありますけれども、最後に一覧表として掲載するのも1つだと思いますので、ご意見を頂ければと思います。

○池ノ上委員長

いかがですか。

○勝村委員

僕は、やっぱりこの原因分析の結果である、一個一個の事例をすごく大事にして再発防止につながっていったらいいと思いますので、報告書には、載せられるだけ客観的なデータは載せてほうがいいと思うんです。例えば8ページの一番上に「分析対象■■■■のうち」と書いている、その後ろに、何ページの表がそこで見られるみたいな形があっているのかなと思ったんです。その■■■■の表は巻末に書いてあって、特に■■■■の事例があるという構造みたいに、どんどん事例を見てもらったほうがいいと思うんですけど。

○池ノ上委員長

どうですか、藤森委員。これ、結局、今、話があったように少し重複するんですけど、個々の事案、例えばメトロとか人工破膜とかというので、各個別の表が作られていると。それを全部まとめたのがこの資料2になるということのようですが、今、勝村委員の話のように、全体が見えたほうが皆さんの情報としては有用だ、あるいは、これは重複しているから、あまりコンプリケーティッドで分かりにくいなという、そういう観点からいかがですかね。

○藤森委員

僕は、資料2の表〇―〇―5は、逆に引っ張り過ぎてちょっと分かりづらいなという気はするんですけど、むしろ分けて頂いたほうが、僕とすると見やすいかなという気はしますが、結局同じことを書いてあるんですよね。

○池ノ上委員長

少しポイントを絞り込んだ形で書いたほうがいいと。

○藤森委員

という気はしますが。

○池ノ上委員長

箕浦委員はいかがですかね。

○箕浦委員

こっちのほうだけでもいいのかなという感じがしますが。

○池ノ上委員長

ある程度フィルターされた形のほうが情報の伝達としてはいいのかもしれませんが、限本委員、いかがですかね。今の情報のことを、まとめた表なのか、全体像の表なのかということ。

○限本委員

詳しい資料的な価値があるので、なるべく細かいほうがいいと思いますけど。

○池ノ上委員長

細かいほうが？

○限本委員

なるべく情報量が多いほうがいい。これを真剣に見る人というのは、ここから何かを読み取ろうという人でしょうから、概略とか、そういうところを見るでしょうけれども、この資料を読み込んでいいことを見つけようという人に便利なほうがいいと思います。

○池ノ上委員長

いかがでしょうね、その他にご意見は。ほとんどが産科の資料なんですけど、これ、板橋委員とか、これをご覧になっていかがですか。

○板橋委員

まとめるということになると、ある程度メッセージを限定する部分はありますね。というのは、ピックアップした項目は何らかの関連性があるよというメッセージがそこに含まれると思うんですね。一方、全体の表であると、事象を羅列していることではあるんですが、詳しく知りたければ、やっぱりこの資料2があったほうが良いのですが。ここから何を読み取るかということが、見る側の意思によるのかもしれませんが。なので、まとまっているほうが、僕らが見るときには見やすいです。ただ、この表については、詳しいことを見たいときにこれがあればいいなというのはあります。後のほうに付録でつけるというやり方もあるんじゃないかとは思いますが。

○池ノ上委員長

事務局としては、資料2は見ようと思ったらどこかにあるんですか。つまり、外からアクセスできるような状況にはなっていないんでしょう、今のところは。

○事務局（御子柴）

はい。報告書に掲載しなければ資料にアクセスできませんので、もし一覧にして掲載するほうが宜しいということであれば、現在の表はかなり細かいですので、確認する・しないなどの項目をもうちょっと簡略化するなどできるかと思います。また、危険因子とか、プラス子どもの体重とかをあわせて、事例の傾向と言えないかもしれませんが、一覧表として見れるような形でコンパクトにしたものを掲載することはできるかと思います。

○池ノ上委員長

なるほど。小林委員のご意見はいかがですか、こういう情報の取り扱いですけれども。

○小林委員

私も出したほうが読む人にとって便利だと思いますね。そうしたら、先ほどの臍帯脱出を発見した時期も入れることが重要だと思います。つまり、必要なものをなるべく入れ込むということをしたほうがいいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今回、 のまとめですけど、まだ全体像を見て、それなりに分かる範囲ですが、これがもっとたくさんになってきますと、何を見ているか分からなくなるので、ある程度専門的な分類といいますか、フィルターをかけることは必要だと思いますが、鮎澤委員、いかがですかね。

○鮎澤委員

私も載せて頂きたいと思っています。この資料2から何かが見られるというよりは、この報告書を読んでいて、えっ、そうなの？、というときに、ああ、 なんだ、何%なんだ、あるんだ、ないんだと見ていける資料として分かりやすいのではないかと考えています。ですので、今の事案も入れて頂きたいと思っています。

○池ノ上委員長

そうですね。じゃあ、大体皆様のご意見が出そろいましたので、一応今回までは入れて頂いて、膨大な量になってきたら、そこには分類をしながらということで。はい、どうもありがとうございました。

○隈本委員

1つだけ。これは前の表もそうなんですけど、ありとなしが平仮名なんですけど、漢字

のほうが一覧性があるって、私は古い人間なのかもしれませんが、ありなしを漢字にしてもらったほうが一瞬でぱっと見えるような気がしますけど、気のせいですかね。

○池ノ上委員長

何かルールがあるんですか、それは。

○上田理事

原因分析報告書では、ありなしは平仮名で記載していますが。

○隈本委員

そうですか、平仮名ですか。

○池ノ上委員長

じゃ、機構のルールにのっとして。

○隈本委員

臍帯脱出の対応、有、無、有、無と、ふっと見ると漢字のほうが分かりやすい。ごめんなさい。ルールならしょうがないですが。

○池ノ上委員長

それは基本的なルールにのっとしてやって頂いていいんじゃないかと思います。ありがとうございます。

それでは、次へ行きたいと思います。「常位胎盤早期剥離について」であります。事務局、よろしくお願いします。

○事務局（御子柴）

常位胎盤早期剥離についてですが、本体資料のほうもあわせてご覧下さい。今までの議論の中で頂きましたご意見としては、いわゆるガイドライン等にありますが危険因子に該当しない事例が多い印象ということで、その点について提言をしたほうがよいということが主な論点だったかと思います。

あとは切迫早産の時期に発症している事例も多くありますので、早剥の鑑別が困難な場合には超音波だけでなくモニタリングをしっかりと実施するようというご意見がございましたので、それらについて記載をしております。

資料3ですけれども、まず2ページからご覧頂きまして、こちらの表1につきましては、発症した週数の傾向をお示ししております。表2に、分析対象に見られた背景ということで、パーセンテージと件数を示しておりますが、一応、こちらについては、以前、早産と正期産に分けた内訳を記載してはどうかというご意見がありましたので、 の中で早

産と正期産の割合を分けて示しております。こちらに関しては、何かのメッセージ性があるのか、あるいはあまり傾向がないということであれば、臍帯脱出と同じように単純に背景の件数とパーセンテージでお示しするという方法もあります。まず、そちらについてご検討頂ければと思います。

4ページに移りまして、表3ですが、こちらについては、以前、硬膜外麻酔を実施した事例の中で、無痛分娩から移行したものがあるのではないかとのご指摘がございまして、そのうち■■■■が無痛分娩施行後に帝王切開となった事例がありましたので、注釈で加えております。

5ページに移ります。表4に分析対象に見られた初発症状として、事前にお送りしました資料のには円グラフでお示ししておりましたものを記載しております。初発症状という定義がなかなか難しく、原因分析報告書を読んでいく中で分類しているんですけども、単純に腹痛だけだった、あるいは胎動減少だけだったと明確に分けられるものと、そうでないものとございました。円グラフにして割合をお示しすることが正確ではないような点もございましたので、「重複あり」として単純に症状の件数を表にしております。かつ、下にお示ししているのは仮の図ですけども、代表的な症状だけで発症したものが何件だったかというところ■■■■、■■■■程度です。代表的な症状以外の胎動減少とか腰痛だけが初発症状として認識された事例が■■■■で、■■■■。それらが混在して両方、色々な症状で発症したものが■■■■程度ありました。それを上に文章でお示ししているんですけども、この点についてどのように記載するか、あるいは特に傾向がある・傾向がないといったことについても、先生方のご意見を頂戴したく、こちらの図ほうを仮にお示ししております。

6ページ、7ページについては、初発症状に限らず、分析対象に見られた症状や臨床所見をお示ししておりますので、こちらもご検討頂ければと思います。

8ページに、表が分かれて申し訳ございませんが、臨床所見をお示ししております、いわゆる腹部板状硬ですとか、胎盤肥厚像などが見られた事例も■■■■程度ありましたが、やはり胎児心拍数異常で診断がついた事例も多くあったということが1つあるかなと思いますので、先ほど先生方から頂いたモニタリングも重要視するというご意見に結びつく点かと考えております。

資料3ですが、29ページ以降が提言へ向けての記載になっております。現況については、以前お示したものと大きくは変わりませんが、29ページ以降が先ほどの臍帯脱出と同じように、こちらの部分を読むだけでも今回の事例の傾向が分かるように、丁

寧に記載しておりますので、ご検討頂ければと思います。

先ほどお伝え致しました以前のご意見で、超音波の実施についての提言については、(2)の②に、超音波断層所見や分娩監視装置による胎児心拍数モニタリングなどから総合的に診断するという事で、どちらか一方では確実ではないというか、網羅的ではないので、両方で総合的に診断するという提言にしております。

胎盤病理の実施について、概況にも件数の割合をお示ししてはいたしましたが、胎盤病理は直接的な診断とならなくても今後の原因究明のために実施することが望まれるということで、31ページの(3)に記載しております。この病理についての提言も専門家の先生のご意見が頂戴できればと思います。主なところは以上です。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。いかがでしょうか、常位胎盤早期剥離についてであります。岩下委員。

○岩下委員

この統計の中で常位胎盤早期剥離と診断してから緊急帝王切開に着手するまでの時間というのは、データはございますか。

○事務局（御子柴）

こちらの提言全体の記載の方向性として、時間についての提案、提言としておりませんでしたので、現在はデータを持ち合わせておりませんが、確認することは可能です。ただ、決定した時間や診断した時間というのがなかなか明確に報告書に記載されていない事例もございますので、ある一定数は不明の事例が含まれてしまうのが現状かと思えます。

○岩下委員

原因分析委員会の提言では、急速遂娩が原則で、高次医療機関に搬送するという事も書かれているんですが、よく我々のところに送られてくる事例なんかは、そちらで帝王切開してからむしろこっちへ母体だけ送って頂くとか、新生児を送って頂くほうが、児のCPの発生のことを考えるとそのほうがいいんじゃないかと思うんですね。同じように、臍脱のときも、高次医療機関に母体を搬送するのではなくて、大抵、自施設で、その場でこれは大変だということで帝王切開していると思うので、やっぱり時間が全てではないかと思うので、一次施設であってもその場で帝王切開ができる施設ですから、やはりこのことも考慮されたほうがいいんじゃないかと思えます。

○池ノ上委員長

実は常位胎盤早期剥離を取り上げようとしたときに、これに対応するシステムの運用はどうなっているかということ、やはりあわせてやらなければいけないんじゃないかなという議論もちょっとして頂いたんですが、またそれをしっかり調査するには、もうちょっと時間的に必要だろうと。次のテーマか、あるいはその次のテーマに、周産期救急に対するシステムがどう動いているか、それは個々の病院単位のシステム、それから、地域単位のシステム、あるいは国としての色々な制度上の問題点というのも絡んでくるので、一応それはこの次に、今、岩下委員がおっしゃったように、何分でどうしたらどうなっているというようなことから提言に結びつけていくようなことができればなというふうに対応していると思います。

ですから、データとしては事務局のほうでそれはファイリングして頂いていると思いますけれども、今おっしゃったような方向性で次か次のテーマあたりでそれに取り組むことができれば、取り組んでもらえばなと思っております。

○藤森委員

よろしいでしょうか。私は、 のときに、常位胎盤早期剥離 で分析したデータだと、帝王切開決定から娩出まで だと平均 、中央値は というデータでした。今、先生がおっしゃられた診断して早く出すのがいいのはもちろん分かっているんだけど、母体のことを心配して、その後、DICになってしまったりするかもしれないから高次に搬送するというのが本当に正しいかどうかということに関しては、今、周産期委員会のほうで女子医大の松田義雄先生が、周産期のデータベースを使って、すみません、何例か忘れちゃったけれども、 ぐらいのデータで、方針として、今、池ノ上委員長がおっしゃった母体救命ということで、今年の5月の日本産婦人科学会総会で、産婦人科医との共同企画のところで話をするということになっています。

私は、ここでの産科医療補償制度のデータをまとめてくれと言って、今お話しした のデータを松田義雄先生のほうに渡していて、その話も多分出てくると思います。この ではありませんけれども、もう少し少ない例で出てくると思います。おそらくその場面でそういう話で、ただ、やはり実際、子宮摘出している事例なんかも1例あったり、DICの治療なんかも30%ぐらいされているので、やはり診療所の先生とすると、お子さんのことよりも、その後の母体のこと、自分のところで帝王切開して母親がおかしくなってしまうと、ということ非常に心配されているという感じは受けるので、その提言というのは非常に難しいと思うんですけども、ある程度のお話は、多分5月のときに出

てくると思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今のように、産科医療補償制度の原因分析委員会や再発防止委員会からデータがだんだんそうやって、いろんな見方をして頂いて、今のシステムとかいう観点で、今の日本はこういう状況だからこうしようかと、こういうところが大事だからこうしようかというところへつながっていくと、これが本来あるべき姿だろうと思います。そういう意味では、医会の先生方とか、あるいは日産婦の色々な関連の委員会の先生方がそういう方向で動いて頂いているというのは非常にありがたいことだと思っております。委員会としては、次か次ぐらいのテーマとしてそれをぜひ取り上げる時期が来るんじゃないかと思います。他にいかがでしょうか。

○隈本委員

その点についてちょっと。その原因分析でもいつもそこは悩みでして、これを運ばないほうがよかったという評価をすべきかどうかということで、実際には、お母さんのことを心配したら、当然、児施設だけではできないのでということで、そういう意味では原因分析の、搬送したことに対する評価というのは必ずあるんですけども、それは大現場の状況がよく分からないが、そういう現場で判断があったのは、それはやむを得ない選択だったろうという、大体そういう結論になっています。

それから、帝王切開を決心してから実際に分娩までの時間というのは、これも実は難しく、一番重要なのは、帝王切開をすべきだという判断をするのが遅れた場合、結果的によい数字になってしまうという情けないこと、本当はもっと早く決断すべきだった場合でも、ぎりぎりになって決断して、そして30分後に出ていけばよシミたいになってしまうということがあって、必ずしも決定の時間から出産の時間までだけ进行评估すればいいという訳ではないというところが若干あります。いいか悪いかという話ではなくて、再発防止の面で。いつも日医総研のデータですか、昔のデータを基準に、診療所だったら、これぐらいだったらよかろうとか、総合周産期なのにどうしてこんなに遅いんだみたいな形で実は評価をしまして、原因分析委員会では、そこが大学病院なのか、総合周産期なのか、地域周産期なのかということ、あるいはものすごく田舎の開業医なのかということをやんと加味して判断しているので、そういう意味では非常に理にかなった評価ではあるけれども、その数字を全部一緒くたにして統計をとろうとすると、色々な問題が起きるということだけ、一応念頭に置いて分析して頂かないと、すごく甘く評価していたり、すごく厳

しく評価している場合があります、同じ時間でも、同じ数字でも。

○池ノ上委員長

おそらくそこら辺が臨床データをどう取り扱って、どういう結論というか、対応策を導くかというところが、今、隈本委員がおっしゃったような一番難しいところだと思うんですね。しかし、ただ、現状がこうだから、それはしょうがないよねというのでは進歩にはつながらないので、問題点をはっきり出して行って、その問題点を解決するにはシステムをどう変えるとかいったところにつながっていくんだろうと思います。他にいかがでしょうか。

○勝村委員

この早期剥離で前回議論したときに、資料5だったと思うんですけど、やっぱり一覧表みたいなのがあって、こういう表が出てきて、こういう表をもとに議論ができるようになったことが、再発防止委員会としての本当に価値がでてくるというか、事例の集積をもとにした良い議論ができていくという思いをちょっと発言させてもらったんですが、あの表を何らかの形で巻末に同じように載せるか、そうじゃないんだったら、機構のホームページに載せるとか、元のデータ、こういう表をもとに議論したというデータを広く一般に見せておくとか、見たい人には見れるという状況にしておくほうがいいんじゃないかなと思うんですが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長

2回目の報告書には、それに似たようなものが出ているんですかね。

○上田理事

第2回報告書の62ページの、妊産婦が自宅で認識した変調ですか。

○勝村委員

前回の資料5ですよ。

○池ノ上委員長

委員会の？

○勝村委員

はい。

○池ノ上委員長

ただ、 とかなってくると、かなり複雑になってきますよね。

○勝村委員

いや、そうじゃなくて、1枚のやつです。

○事務局（御子柴）

危険因子に関してのレビューの資料でしょうか。

○勝村委員

僕がすばらしいと発言した表です。こんな表が作られてそれを見ながら議論できるようになることでは、本当に再発防止委員会って意味があるんじゃないかと言った表なんですけど。

○池ノ上委員長

それぞれの事例ごとに、どういったリスクが背景にあったということが一覧になっている表ですかね。他のところの色々な文献に上がっている危険因子を挙げて、それに相当するものを……、いや、ちょっと違うかもしれないな。

○勝村委員

印象に残っているのは、今まで全く言われてなかった肺疾患、ぜんそくの人が高かったという結果があったものです。まだまだ数が少ないからエビデンスとは言い切れなし、そういうところにはまでは報告書の本文では今回は言及しないということに対しては同意するんですけど、データとしてそういうデータが出てきているということを示しておくことはすごく大事だと思うんです。

○池ノ上委員長

この表ですかね、資料5。

○勝村委員

そうですね。このこれですね、呼吸器疾患ですね。印象として、僕も数少ないですけど、早期剥離になった人が、小児ぜんそくの既往だったという人を偶然複数知っていることと一致しているようにも見えて、そういうことなんかちょっと感じたし、そのことに言及したいからではないですけど、情報公開という意味で考えるなら、こういうデータをもとに議論したという元データというのが何らかの形で見たい人に見られる形にしておくことは大事だと思うんです。

○池ノ上委員長

資料5ですね。

○上田理事

はい。

○池ノ上委員長

大体先生方はご覧頂いていますか。いかがでしょうか、今の勝村委員のご発言ですが、どなたかご発言ございますか。

○石渡委員長代理

この常位胎盤早期剥離の危険因子というのは、委員会の原因分析のときの定文みたいな形で、これはもう少し大ざっぱなものについては言及していると思うんですよね。これはあまりにも複雑過ぎて、オッズ比とか、そういうのは書いてありますけれども、これを全部入れる必要があるかどうかということはどうなんでしょうか。

○勝村委員

イメージとしては、先ほどの議論と同じように、本文の報告書に書いていく提言の論理の中にこれを入れてしまうんじゃなくて、巻末の付録として、元データとして入れるか、もし紙幅の都合で、報告書のページ数で量が多くて無理だというんだったら、何らかの形でホームページに載せておくとか、そういう報告書の本文の中に関連づけるという意味ではなしにです。この再発防止委員会の議論は情報公開されてないだけに、こういうデータは公開しておいたほうが良いような気がするということです。

○池ノ上委員長

これは先生方、今、ご覧になっていますかね。確かにすごく色々な新しいデータとしての要素が上がってきているとは思いますが、ただ、件数が少な過ぎるというのもちょっと……、多いのもありますけれども、こういう情報が皆さんに見て頂いたほうが良い情報なのか、あるいはもう少し、こういう方向で作業をしているという、そういう情報が必要なのか、そういったあたりではいかがでしょう。勝村委員がおっしゃる通り、こういうことがされているということはすばらしいとおっしゃって頂いた。非常にいいことがされているということで、事務局で大変な努力をして頂いているんですが、これが000とか、0とかいうのが多いですね。項目は随分上がっているんですけども。

○勝村委員

この表から何か結論を出すとかということじゃなしに、こういう資料も作り、こういう資料が現に原因分析の結果を集めたらできてきていて、そんなデータを見ながら議論をして報告書を作っていますということが大事で、やはり同じようにすごく興味を持って、この再発防止の方と同じようなレベルで色々見ていきたいと思う人は、元データにもアクセスしたいと思う人がいてもいい訳ですね、医学生でも研究者でも誰でも。だから、そう

いう元データというものも提示しつつ、でも、このことで色々な言及ができる段階ではないというものに関しては本文中では触れていない訳ですから、このデータをもとにこれだけの提言をしているということが大事で、その元データを消してしまうということをするべきじゃないと思うんですよね。何から引用したかと、引用文献を論文でも分かりやすく書くことになっています。最後に引用文献というのを色々書いても、その一個一個の引用文献が読んでも非常に難しいから、もう引用文献は書かないでおこうというような発想は、一般にはないですよね。特にこのデータは、ここだけのオリジナルな引用文献があるということですから。

○池ノ上委員長

先生、これはあれじゃないですか、例えば常位胎盤早期剥離の危険因子や背景については、こういった方向で検索を進めていて、まだ事例としては不十分だけれども、方向としてはこういうことをやっているということを本文で1行か2行か入れて、もう少し事例が集まったら、しかるべき形としてそういったものも公表するとか、あるいは見られるようにするとか、アクセスするようにするとかというようなことで、本文にこういう作業を行っているということを入れるということはどうですか。この表をそのまま出すんじゃなくて。

○勝村委員

データは出さないのですか。

○池ノ上委員長

このデータを載せるんじゃなくて、こういうことをやっていますということ。これ、出すにしても、えらいまた0とか1とか2とかいうのがたくさん出ているなど。僕たちの感覚からいくと、このような状況で出しているのかなという感じがちょっとするんです。ただ、今こういうトライアルをしていて、将来的には、今、勝村委員がおっしゃるようなことがここから引き出されてきますよというようなことはお知らせしてもいいんじゃないかなという気がしますがけれども。

○小林委員

私は出しても構わないかなと思います。これは、結構労作ですし、少なくともこの黒く塗られているところの列は、かなり権威ある雑誌の結果を丹念に調べているので、事務局でせっかく作ってくれたので出してもいいかなと思います。ただ、一番右側のCP非早剥例群を並べてしまうと、例えば下から6、7行目の喫煙のところは、非早剥のほうが喫煙

率が高くて早剥のほうが喫煙率が低いと、要するにこれが何かのメッセージを与えてしまうことになるので、出すのであれば早剥群だけの割合を出すぐらいにしておかないといけないかなと思います。

それから、パーセントもコンマ以下は有効数字ではないので、1例とか、59分の1とか2ですから、整数までで、小数点以下のパーセントはむしろないほうがいいかなと思います。そのぐらいのアバウトな数字であるという表示のほうがいいかなと思います、もしパーセントを出すのであればですね。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にご意見いかがでしょうか。

○石渡委員長代理

1つは例数がまだ少ないということ、それから、ここに上がってくる事例は脳性麻痺の事例であって、いわゆる母体死亡とか、そういう事例は上がってきていないですね。それから、他の論文からの検索のほうは、これは全ての常位胎盤早期剥離が対象になっている。そういうまとめ方をしていると思うので、ちょっとまとめ方の対象が違うんじゃないかということが1つと、やはり XXXXXXXXXX という例数で物を言えるのかなという気もするんです。ですから、こういうことを加味しながら再発防止について色々検討したというような意味合いで出すんだったらいいと思うんだけど、これ、今回の分析対象を、CP非早剥群、CP早剥群と、この表はちょっとまだ出すのは早いような気もするんですけど、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。いかがでしょうか。箕浦委員、いかがですかね、今の議論のこの表をどうするかという取り扱いですが。

○箕浦委員

そうですね。割と複雑な表なんですね。これ、真ん中辺にいろんな文献がずっと入っていて、実際、我々の事例ではないような黒色人種があったりして、もう少し整理してもいいのかなという感じはします。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。藤森委員、いかがですか。

○藤森委員

確かにこの文献に出てくる事例は、子宮内胎児死亡になっている事例とかもちろん入

っている。オッズ比とか、Relative risk とかは、多分そういう全ての早剥の事例が入っているので、今回のCPの事例というのは、ある意味、重症度からいったらそこまでいていない事例と比べているというはあるかもしれませんが。僕、思うんですけど、確かに非常に項目が多いので、もし記載するのであれば、ここの左側に星印がついている報告書に記載予定のものと書いてあるぐらいでいいんじゃないかなと思うんです。例えばコカイン使用とか、高ホモシステイン血症なんていうのは、ない訳ではないかもしれませんが、極めてレアの話で、アメリカなんかではコカインで早剥になった人はたくさんいますけど、日本には比較的少ないようなものは、また出てきたら掲載するということでもいいかもしれませんが、あまりたくさんのメッセージでも困るような気がするので、もし記載するのであれば、左側の印がついているものぐらいでもいいような気がしますけど、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にご意見いかがですか。田村委員、いかがですか。

○田村委員

せっかくこれだけ詳細に事務局で分析して頂いたんですから、やっぱり出さないのはもったいないなという気はします。でも、小林委員のおっしゃる通り、非早剥群との比較というのはあんまり意味がないかもしれないので、早剥についてのみということで、将来またこれを蓄積して出す予定の暫定的な結果ということで、出すことに私は反対しません。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にいかがですかね。板橋委員、何かございますか。

○板橋委員

僕も田村委員と同じ意見です。小林委員のおっしゃったように、分析対象のCP非早剥分は除いて、ここに数字を足していくようなプロセスが今後あってもいいんじゃないかと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。岩下委員、いかがですか。

○岩下委員

皆さんの言われた通りで、一部のデータだから、CP早剥群のうちの星印という意見もありますし、それから、目立って多いものだけを取り上げて、こういう事例だったということで、コメントなしで出すならいいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。大体皆さん、少し意見があれしていますけれども、せっかくこういうデータが今から生まれようとしているというようなことも含めて、そういった意味のメッセージ性も含めて、これを、今挙がりました非早剥群は外すと。そして、※だけにするか全部にするかは、ページ数の関係なども含めて、原則的にはこういったメッセージを出していくという方向で事務局に作業を少し進めて頂きますかね。よろしいですか。

○上田理事

はい。

○勝村委員

僕は、報告書だけにするのであっても、見る人は本文を読むので、やっぱり報告書以外の本文が引用している元のデータに触れられてないこと——この会議は情報公開されてないということで、この会議はきちんと健全に議論しているのかという説明責任においても、こういう資料を原因分析の結果をもとにして作っていて、こういう資料をもとに議論をして再発防止の報告書を書いているんだよと知らしめるべき。こんな資料があるんだったら、こういうことにも触れるべきじゃないかと、見た人からもしかしたら言われるかもしれないけれども、多分言われることのないようにと思ってやっている訳ですけど、元のデータを見せるというのは責任としてあると思うんですよね。

○池ノ上委員長

分かりました。じゃあ、何とかページ数を確保して、これも入れ込んで頂くというふうに致しましょう。ありがとうございました。箕浦委員、どうぞ。

○箕浦委員

内容とは関係ないんですが、普通、論文ですと表とか図をきっちり分けるんですが、これは図も全部表になっているような気がするので、後のほうのテーマによっては分けてありますので、分けたほうがいいのかと思います。

それから、もう一つ、小林委員の言われた、喫煙が非早剥のほうが多いというようなことも、これもデータが間違っているというよりは、非常におもしろいなと思います。どうも喫煙というのは、早剥が起こっても起こらなくてもよろしくない影響が結構あるというようにも読み取れるので、必ずしもこれは間違っていないかなというふうに思っています。

○池ノ上委員長

今回は非早剥のほうは外すということはよろしいですね。もうちょっと事例が集まってからと。はい、ありがとうございます。

それと、僕はやっぱりこのメッセージ性として、常位胎盤早期剥離は今の医学でも原因とか予防対策はなかなか難しく分かってないんだと。それに対して、産科医療というのは一生懸命ストラグルしているんですよね。その中でこういうことを検討したりしているんですということのメッセージがまずあって、その後こういうのが出たほうがいいんじゃないかなと思いますので、例えば1ページあたり、一番最初のあたりはそこら辺をまず出して頂いて、しかし、児の死亡や脳性麻痺を発生するというリスクがあるから非常に大事だというふうな展開でイントロして頂いたほうが、一般の方にも与えるメッセージ性の誤りがなくなるのではないかと思うので、そういうふうにして頂きたいと思います。よろしいでしょうか。

○鮎澤委員

例えばこの表1つ載せるにも、ここのメンバーでこれだけの議論がある訳ですから、それをどういうふうな趣旨で載せたのか、ここをどういうふう読み解くべきなのかというようなことを、できれば丁寧に書いて頂いて、誤解のないように、それから、分かりやすいようにして頂ければと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それでは、事務局で、今、鮎澤委員のご提案をよろしくお願ひします。

○上田理事

分かりました。

○小林委員

資料3のほうで質問ですが、5ページ目の表〇-〇-4の下の楕円の図をもう一度説明してもらえますか。上の表と合わせてみると、ちょっと数字が理解できないところがあるんですが。

○事務局（御子柴）

表4は、重複ありでお示ししている初期症状でして、こちらは代表的な症状と、代表的ではないけれども今回見られた症状を分けて、その症状が何件あったかというのを重複ありで示した表になっております。下の楕円のほうは、概念として上に示したような代表的な症状を初発症状として始まった事例が XXXXXXXXXX ありまして、いわゆる代表的な症状ではな

い胎動減少とか、腰痛とか、例えば頭痛とか、そういったものを初発症状として始まった事例が右側にある■ということ。代表的な症状に加えて、おなかの張りとか胎動減少があったりとか、性器出血と腰痛があったりとかという、こういった代表的な症状と非代表的な症状が複合して症状として始まった事例が■ということになっています。これをもってして何かと言えるかどうかというのは難しいですが、代表的な症状でないものから始まるものがどのくらいあるかということをお示しするにあたって記載しております。その文章の根拠を単純に図として示したものになりますので、上にある■の状況になっております。

○小林委員

もしそうだとすると、例えば代表的ではない症状の表は、全部足しても■で、重複がないとしても■で、最大■ははずなのに、下のほうは足すと■になるので、計算が合わないんですが。

○上田理事

これ足すと。はい。

○石渡委員長代理

同じ大きさの楕円形になっているから。

○池ノ上委員長

ここで言いたいのは、初発症状というのは多様性があると。頭から早剥の代表的な症状だけを考えるとリスクがありますよということと言いたい訳ですよ、今のこれでは。それが言えるかどうかは別として、それをあらわす図なんですか、これは。

○小林委員

数字の計算はもう一度やって頂くことにして、ここは初発症状だということを強調するところですね。次の7ページは、初発ではなくて、その後続発してくる症状も加えた重複の図だと思うので、初発はやっぱり妊婦にとって一番大事な情報、伝えたい情報ですよ。続発はむしろ産科医のほうが、症状が重なってきてその状態を理解するのに重要で、だから、そこをちゃんと区別して数字を正確に出して頂きたいと思います。

○池ノ上委員長

よろしいですか。じゃあ、ちょっとまた事務局でそこを確認して。

○上田理事

はい。確認致します。

○池ノ上委員長

今、石渡委員長代理からちょこっとあったんですが、○の大きさもちょっと縮めたほうがいいのかもしいかなということですが。

○事務局（御子柴）

この図を載せるかどうかですが、上の文章が分かるようにと思い参考に記載しましたので、載せなくてよろしいかと思うんですが。

○池ノ上委員長

いや、あってもいいんじゃないかと思えますけどね、どうですか、先生、あると混乱しますかね。

○事務局（御子柴）

数字の確認も踏まえて、検討致します。

○小林委員

我々としては、最後のページにあるパンフレットを作った訳ですから、やはり腹痛と性器出血は強調しなければいけないと思うんです。

○上田理事

そうですね。

○池ノ上委員長

代表的な症状というところですね。で、非代表的な症状があって、それが絡んでいるところはかなり多いという、そういうところが主張できればいいという、そういうことでよろしいですか。

○上田理事

はい。整理します。

○池ノ上委員長

よろしく申し上げます。他にいかがでしょうか。常位胎盤早期剥離、よろしいですか。

○藤森委員

最初に事務局から、31ページの常位胎盤早期剥離（3）の③のご意見を頂きたいということがありましたけど、可能な限り胎盤病理の組織検査を行うことが望まれると、確かに原因分析報告書の中にそれぞれ書いてあるんですけど、僕自身も読んでいて、原因究明のために胎盤病理を行う意味というのは、僕自身、実は読んでいて、いっぱい書いてあるんですけど、子宮内胎児発育遅延になったり、妊娠高血圧症候群になった事例で胎盤のそ

ういうフィブリン沈着があるとか何とかって、それは分かるんですけど、それと常位胎盤早期剥離の原因究明のための検索というのは本当に必要なのかというのは、疑問を持って僕はいつも読んでいたんですけど、再発防止委員会として(3)の③を本当に書く必要があるのか、最初、事務局のほうからも説明がありましたけど、僕はちょっと、本当に必要なのかというのは分からないんですけど、むしろ原因分析委員会の方々はいつもこう書いてあるので、本当に必要なかと聞きたいぐらいなんですけど、それで何を言おうとしているのか、例えば絨毛膜羊膜炎があったりすると常位胎盤早期剥離になりやすいとか、そういうところまで知りたいから、胎盤病理の検索をなさいと言っているのか、どういう意味なのか具体的に書いてないので、本当に必要なのか、基本的には常位胎盤早期剥離というのは臨床症状で診断するものであるのか、本当に必要なのかというのは、読んでいていつも疑問だったんですけど、どうなんでしょうかと。

○市塚客員研究員

私もこれを見る前は藤森委員と同じ意見で、早剥は肉眼所見で硬血腫があれば診断すると思っておりました、胎盤病理を専門にしている成育の病院の先生に伺ったんですけど、やっぱり病理の先生は絶対に早剥が起きて、コアグラが付着しているところは、局所の虚血性変化が絨毛に見られるとおっしゃるんですね。ですので、胎盤を袋に入れて病理の先生にお願いしますという、病理の先生はどこを見ていいか分からないですし、大体病理の先生は胎盤に興味のある先生は少ないので、あまりインフォメーションの入った返答を頂けないのですけれども、ここを絞って、ここを切り出して、こういうところがないかどうかということを強く提示して返答を求めますと、結構、虚血性変化が見られるので、ぜひ出すべきですという返事を頂きました。

○藤森委員

それは原因究明と関係するんですか。

○市塚客員研究員

原因究明にはならないかもしれませんが、確定診断といいますか、本当に早剥があったという証拠にはなるのかなというふうには思います。

○藤森委員

原因究明等のために持って帰って、だから、分かります、コアグラがついていて、そこを証明すればというのは、確かに病的には言えるのかもしれません。我々ももちろん出すんですけども、積極的に推奨する必要があるのかというのは、僕自身は正直疑問か

などは思うんです。所見があるというのは否定はしませんけれども、ただ、原因究明のために、本当に今後全部出す必要があるのかなというのは……。出してないのを、出してないですねというふうに書いてあるんですよね、全部。出してないことは一般的ではないみたいなことを書いてあるので、本当に出さないことが悪いことなのかなというのは、読んでいて思うことがあるんですけど、僕は、原因分析委員会としてはちょっと言い過ぎなんじゃないかなというのを、いつも読んでいて思ったんですけど、どうなんでしょうか。

○隈本委員

原因分析委員会では、胎盤病理については評価せず、今後の改善事項に入れるとなっていて、今後の改善事項に入れるときには、要するにこういう異常な出産があった場合は胎盤病理に出したほうがいいよねという程度です。だから、少なくとも胎盤早期剥離が病理で分からない。それこそ、うまいことそこを切ってみないことには分からないということは前提としていて、原因分析のときには、肉眼的に見たとか、臨床的に見たもので評価をしていて、原因分析が、胎盤病理が全く兆候がなかったから、いや、早期剥離がないとは言わないという原則でやっております。

ただ、今後の改善事項はほとんど省力化のために定型文をはめ込むことになっていて、昔作った定型文がずっとそのまま残っているということで、決して病理を見なければ評価できないと思ってそう書いている訳ではなく、今後の産科医療の向上のためには、こういう変なことが起こった子は全部調べたほうがいいよね的な意味合いで入っていると。そういう意味では原因検索というのは書き過ぎです。少なくとも原因の検索のために早期剥離の胎盤病理を出せとは言っていないで、早期剥離以外の何か原因があるとしたら見つけ出してほしいからと。それで、実際、原因分析してみると、これは多分早期剥離だよ。でも、証拠がないねというのが多くて、その場合にはやっぱり胎盤病理を出しておいてくれれば他ののが否定できるのにみたいな、そういう思いが原因分析を書いた先生にはあると思っております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。おそらくここが常位胎盤早期剥離の我々にとっては一番厄介なところで、とにかく分からないと。何で早剥が起こって、しかも、児の予後も母体の予後も非常に悪くなる可能性があるということは分かるんだけど、なぜ起こるか。しかも、どうしたらいいのかということも分からない。分からない中で何とかしようと。じゃあ、母体搬送だとか、総合周産期センターとか、センターとか、地域の診療所の先生とか、ど

ういうふうにネットワークを張れば、こういったものの何%ぐらい少なくすることができるのかなんていう、周りをうろうろ、うろうろしているんですね。この胎盤病理もそうで、産科の施設のほうから、これは早剥と思われる胎盤ですと。だから、こういったことを、例えば、当たっているかどうか分かりませんが、虚血性変化がありますかとか、児へのガス交換を障害するような浮腫とか何とか、そんなものがありますかとか、もっとスペシファイした病理の先生への提言とかお願いをしないといけないということだろうと思います。

しかも、常位胎盤早期剥離はそんなにたくさん——ここだからこんなに議論がされるので、個々の施設からみるとそんなにたくさんある訳ではない。であれば、みんなでそれを協力し合いながらデータの集積をしましょうよ。で、将来的には何らかの抜け道なり、明るい兆しがこういう対応の仕方について出てくるのではないかという、そういう意味合いだと思っただけです。ですから、何も言わないでポンと胎盤を出したら、病理の先生は、何もありませんよと返ってくるのが今までのパターンですので、そういう意味で少し我々産科の医者も病理の先生と一生懸命お話をしましょうよというのが広まるということが大事なんじゃないかなと思います。今のお話は大体そういうことじゃないかなと思いますが、よろしいですか。

○石渡委員長代理

今の委員長の補足になりますけれども、実は母体死亡の場合は、ほとんど今、病理解剖をほとんどと言っても大体30%ぐらいなされているんですけれども、その中に子宮型の羊水塞栓症とか、そういうのも出てきて、これは子宮の病理検索をしないとなかなか分からないし、特殊染色も必要になってくるんです。それで、評価委員会のほうでは、いわゆる妊産婦死亡のときの剖検マニュアルというのを作って、それで法医と病理と周産期センター等々に送っているんですね。やっこのごろ、そういう子宮とか、あるいは胎盤とか、そういうことをきめ細かく見てくれるような、そういう状況ができ上がってきているんです。胎盤については、ほとんど病理の先生方はあんまり興味がない方が多いとみえて、あまり細かく病理報告してくれないんですけれども、やはりこれからは、啓発という意味もあって必要ではないかと思っただけですけれども、これから色々なことが事例を重ねてくれば分かってくるんじゃないかなと思っただけです。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。そういう意味で積極的にこちらからそういう働きかけをするというような表現にして頂いて。

○事務局（御子柴）

そうしましたら、資料3の30ページに、提言に向けての冒頭文がございまして、下から1)の上の段落のさらに1個上の段落になりますが、「分析対象における胎盤病理の実施率は」というところ、文章をこちらのほうが丁寧に書いておりますので、「このような形で肉眼的所見により診断されるものであるが、脳性麻痺発症の原因究明に向けて」として、記載を少し弱めた形で提言につなげたいと思います。

○隈本委員

そうですね。だから、31ページ③の「常位胎盤早期剥離の原因究明のためにも」というのはちょっと書き過ぎで、むしろそれはほとんど原因が分からないので、それよりも脳性麻痺発症の原因分析のレベルを向上させるためにという意味で書いて頂ければいいんじゃないでしょうか。

○藤森委員

別に僕は否定している訳じゃなくて、我々も早剥のときは病理はもちろん出しますが、ちょっと言い過ぎなんじゃないかなという、いかにも出してない人が結構責められているような文章で書かれているものもあつたりしたので。

○隈本委員

初期のころは、やっぱり何か書き過ぎているところがあると思います。

○藤森委員

そう思って僕も読んだので、もう少しソフトなほうがいいかなと思って。丁寧に書いて頂ければいいと思います。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。それでは、続きまして、「子宮収縮薬について」に移りたいと思います。事務局より説明をお願い致します。

○事務局（御子柴）

本体資料の2ページをご覧ください。(3)子宮収縮薬についてということで、これまで頂戴したご意見をお示ししております。

子宮収縮薬使用および分娩誘発・促進にあたっては、きちんとモニタリングをすることが大事だということ、学会に対して子宮収縮薬使用中の陣痛の評価基準の作成などについて提言したほうがよいのではないかと。第1回の報告書について引き続き提言することについて及び学会等の動きがあれば記載をするということ。参考資料としてお示しした一覧表

については、全件で示してほしいというご意見がございましたので、今回、資料5として一覧表を作成しております。

資料4になりますけれども、こちらに今回新たに加えたのが3ページの表1でございます。こちらは資料5の一覧表をもとに、オキシトシン、F2 α 、PGE2の各薬剤ごとに分けた形で、用法、用量についての使用状況をお示しした表になっております。また、用量のうち初期投与量が多かったもの、増加量が多かったもの、増加量は増加の量と間隔の両方です。あとは最大投与量です。プラスアルファは、モニタリングの実施状況ということで、それぞれの薬剤に対して連続的だったのか、間欠的聴取だったのか。下の2つについては、原因分析報告書の記載から数えた事例件数ベースになっておりますので、上の収縮薬に関する診療録への記載には、指摘があったものの件数、下の説明と同意についても、実施したという記載があった件数の表になっております。

資料5ですとかなりの件数になりまして、報告書の大きさから考えますとかなりのページ数になりますので、この表から何を伝えるかということにあたって、こちらの表1のようなものと、あとは5ページのほうにあります分娩誘発の実施状況、こちらをあわせて見て頂くことで実際の事例の状況がつかめるのではないかと思います。

あと主な変更点と致しまして、提言のになりますけれども、25ページ以降からの記載になります。先ほど申し上げました促進中のモニタリングということについては、26ページの(1)の②、収縮薬の使用にあたっては、分娩監視装置による子宮就職や胎児の健全性及び陣痛の評価を常に行うということを記載しております。かつ異常パターンが出現したときには、投与継続の可否について検討するという記載をつけ加えております。さらに先ほどの陣痛の評価というところに関して、27ページの2)学会に対する要望のところで、(2)のほうに子宮収縮薬の評価については、適切な管理がなされるよう過強陣痛を含めた具体的な評価基準を検討することを要望するという内容を記載しております。

主な変更点は以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。いかがでしょうか、子宮収縮薬についてまとめて頂きましたが、ご発言ございますか。

○勝村委員

報告書についてはあれなんですけれども、前にも発言しましたが僕はやっぱり本来は資料5を報告書に全部載せてほしいという意向で、紙幅の都合、ページ数の都合ということ

で載せられないということでしたら別の形で見られるようにと。とにかく僕は、この再発防止委員会というのは、疫学的に見ているということがとても価値があるんだと思っています。ただ一般的に言われてきたことを再確認するんじゃなくて、疫学的に新たに検証したものを元に、原因分析から再発防止をしているということなんですから、だからこそ資料5のようなものをベースにして議論しているということではなければならないし、実際そうしているわけなんですよね。だから、議論のもとが資料5であるというふうに僕は思うので、この資料5を何らかの形で、ホームページでも何でもいいですから、蓄積していくということが大事で、このデータを載せるということのほうが、この再発防止委員会としてフェアじゃないかと思うわけです。一般の人だけではなくて、いろんな人が蓄積してきた疫学のデータを見る可能性がある。こういうふうに疫学的にたまってきたデータをもとに、こういう議論をして、こういう報告書を出していますということであれば、元データに戻れるわけです。

ほとんどこういうふうに抜粋してくれているので、情報の多くは一緒といえば一緒なんですけど、だけど、僕はこういう資料みたいなものを一旦作ってもらっているんですから。ホームページに載せるという条件で、報告書に載せないことを了解したという記憶があるので、是非載せてほしいというのが1つです。

2点あって、もう一つは、26ページの(1)の①ですけど、説明と同意を得た上で使用するというところなんですけれども、これ、色々な文書でと書いていますけど、色々な文書って病院ごとなのか、学会ごとなのか、インフォームド・コンセントの文書って、結構定型化されているじゃないですか。子宮収縮薬について、文書で同意と書いていますけど、学会としてとか、大学でとか、定型化されたものがあるのか。あれば、こういう文書をもっと普及させるとか、なければ、そういう文書を定型化するように学会に作って頂くとか、もしここにおられる大学の先生方とかで、子宮収縮薬を使うときは、うちはこういう文書でやっているんだということであれば、そういうものなんかも例示して見せていくとか、何かそういうところを具体的に、単に文書でというだけではなくて、文書自体の見本みたいなものがどんな現状なのか、よりそれを進めていくために何か良いものはないかなと思っているんですけど。

○池ノ上委員長

これは、機構のほうでは産科医療補償制度ではそういうのは作っていませんよね。医会のほうでは、先生、これはどうしておられるんですか。

○石渡委員長代理

医会のほうでは、インフォームド・コンセントを川端委員がまとめたものがありますよね。その中に、参考としては書いてあると思うんですけど、各医療機関で色々モディファイして、実際は使っていると思うんですね。こうしなさいというようなものはできてはいませんが、参考になるものはできています。

○川端委員

子宮収縮薬の使い方については、それぞれの施設で、もうちょっとはっきり言うと、それぞれの大学のやり方によって多少その使い方に差があるし、それから、インフォームド・コンセントの取り方にも差があるというふうに私は理解しております。ですから、あくまでも参考として挙げられているものはあっても、それを使いなさいということにはならないと思います。

○池ノ上委員長

こういうモデルがありますよというのは、たしか僕、医会のものを見たような気がするんですけどね。それと、僕らの大学の場合だと、インフォームド・コンセントというのは、収縮薬だけではなくて、色々なものがある訳ですね。それの中の統一性をある程度持つてしようと、今、作業をしているところなんですね。ですから、それぞれの施設で一定のフォームを作ろうよという流れがあると思います。例えば静脈中心ラインを入れるときのインフォームド・コンセントは、項目はこれこれですよというのと大体合わせて子宮収縮薬はというような作業をしています。あと、診療所の先生方はおそらく医会のほうのモデルか何かあるんじゃないかと思います。産婦人科学会のほうとしては、先生、何かございますかね。

○板橋委員

フォームに関しては、医会のほうが作っているのがメインで、それを遵守するというようなことになっていますね。

○池ノ上委員長

ですから、医会のほうからの情報は、産婦人科医療に関わるものは全部、大学も含めて来ますので。

○勝村委員

その医会のフォームというのは、公開されているんですか、僕らが見られるんですか。

○藤森委員

ちょっと最近現場に出てないからあれなんですけど、医会から配布されていたと思います。それをもとに、今、川端委員がおっしゃったように、自分たちのフォームでモディファイして使用しているというのが現状だと思います。それは、子宮収縮薬に限らず、他のものも全て大体はこういうものでやりなさいという感じだと思います。

○勝村委員

こういうガイドラインのところには載ってないですよ。ホームページとかに載っていたりするんですか。もしなければ、それが割とこの場でも、こういうものが普及すればいいじゃないかという内容のものならば、この報告書にも載せ込んでもいいと思うんですよ、具体的に。僕はそう思うんですけど、やっぱり「文書で」と書いている限り、どんな文書なのか、実際文書で同意を取っていないところがあるということが分かっている訳なので。ですから。

○池ノ上委員長

それは大学でも医会からのモデルとひな形の文書をもとにモディファイして、大学それぞれの、また横も調整しながらやっているということですので、一応それを確認して頂いて、例えば医会から知らされているこういうモデルをもとにするとか、何かそういう文書を入れてインフォームド・コンセントという話を書き込めばどうでしょうかね。そうすると具体的にどうしたらいいかと分かってくる。

○勝村委員

はい。だから、実際は同意をとってないところがあるということが分かってきていることを受けての提言なので、こういう同意書みたいなものを使用するのが基本なんですよと改めて書いてもらうということで、しかも、それが再発防止につながる良いモデルがあれば、こういうものを基本にしてやって下さいというものがあるんだったら、是非載せておいてもらったほうがいいと思うんですよ。

○川端委員

2年か3年前の研修ノートのテーマがインフォームド・コンセントなんですよ。インフォームド・コンセントを集めた冊子ができ上がっています。これは、産婦人科の診療で使えそうなものが、1冊、多分百何十ページにわたってあります。それは、ワードで提供されていて、施設名だけ変えればそのまますぐ使えるようになっているし、あとは自分の施設に合った形で改編して下さいという形で全会員に配布しております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。そういったことを参考にしながら、では、ちょっと御子柴さん。

○事務局（御子柴）

他のテーマと同じく、学会等の動きという項が特にこのテーマにはないので、では24ページの下に学会等の動きというところを設けて、そういった医会のインフォームド・コンセントに関する取り組みですとか、ホームページ等での紹介があるということに記載させていただきます。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。川端委員。

○川端委員

すみません。この子宮収縮薬について、結局、子宮収縮薬が原因となってCPを起こしたのはどうだという結論がこれには載っているのでしょうか。どこを見たらそれが出ているのか分からなくて、結局、そういう書き方はしてなくて、これをずっと読んでいくと、何かそのところを避けているのでしょうかね。私、ちょっと分からなくて。

○事務局（御子柴）

説明が悪くて申し訳ございません。資料4の9ページの下のところの原因分析報告書における「脳性麻痺発症の原因」の記載を10ページの冒頭のほうから文章にした記載プラス、抜粋を記載しております。■■■■のうちに、オキシトシンによる過強陣痛が考えられるということで、子宮収縮薬等による過強陣痛が脳性麻痺の主な原因と考えられた事例は■■■■ありました。その他には、主な原因ではなかったものの、それらに関連するような可能性があるとか、影響を与えた可能性が否定できないとか、記載の程度は様々ですけれども、多少なりとも関連の記載があるものが■■■■あったということで、こちらに件数はお示ししております、その主なものを抜粋して記載しております。

○川端委員

予防のための色々提言は結構なんですけど、実際どういう状況であるかというのをまず提示しないことには先に進まないんじゃないでしょうか。

○事務局（御子柴）

直接原因になったものというのは、今お伝え致しました■■■■ですけれども、3ページのほうで使用状況などをお示ししていても、この使用状況が必ずしも本当に必要とされる量よりも多かったのか、少なかったのかというのは明確ではなく、まだ学会でも、留意点などの改定などで検証されていくとは思いますが、実際の件数の内訳のデータをま

ずお示ししております。10ページ以降からが医学的評価、個々の事例の評価の記載ですが、やはり使用方法とか適応とか、心拍パターンが異常なものが出現したときの対応ですか、あとはその他の分娩誘発の併用の仕方などが、ある意味問題点というか、指摘があったものを引用でお示ししておりますので、それらの事例の状況がもう少し伝わりやすいような提言の冒頭の文章に、少し工夫させていただきます。

○池ノ上委員長

よろしいですか。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

今の件なんですけれども、そこをどういうふうに訂正するのかはあれなんですけれども、僕はあえてそこに触れて、そんなにきつく言おうとは思ってないですけど、これはオフレコの場合だからあれですけど、従来の僕がよく知っている確定した裁判の判例からすると、やっぱり非常に因果関係があると考えられる事例、原因分析の委員会がそこに触れていなくても、こういうケースであれば因果関係が認められるだろうなというケースはかなりある。この制度があったから裁判にならずに済んでいるという感じのケースが、僕の印象としてはかなりある。別にそういう議論はここでするつもりはないし、そういうふうにあれするつもりもないんですけど、今後に向けてしっかりやっていくということだと思っておりますけれども。

定型の、今出してもらおうというものなんですけど、話をもとに戻しますけれども、インフォームド・コンセントのところ、今回、添付文書の改定とか、母子健康手帳の改定とかで、副作用についての説明をするというのはインフォームド・コンセントでは当たり前なんですけど、合併症ね。それと、必要性についても説明しなきゃいけないというふうに書いている訳ですね。これが必要だということと、副作用があるということを説明した上で使ってもらおうということなので、できれば、やっぱりいくつか色々な見本を見比べてきちんとしたい。だけど、医療機関ごとにモディファイできるというもので、どういうものが今一番いいのかなというのも、やっぱりちょっとこの場でも確認させてもらえたらいいなと思っておりますけど。

○池ノ上委員長

この場って、今ここですか。この委員会ということですか。

○勝村委員

今日というんではなくて、この委員会で、何かちょっとそういう定型化したものを掲載

するんだったら、どういう内容のものの掲載がいいのかということのも、実際、研修ノートでも配られているというものがあれば、多分それはそのままでいいんじゃないかなとも思ったんですが、やっぱり中身を見てみたいという気がするので、お願いできればと思います。

○池ノ上委員長

おそらくこの子宮収縮薬については、これからもずっと続けていかなければいけない。そして、再発防止のみならず産科医療補償制度の全体で日本の中で使われている子宮収縮薬の現状というのはずっとモニタリングしていますよと。ですから、皆さんうんと子宮収縮薬の使用にあたっては、より注意深くやって下さいよというようなメッセージを發し続けなければいけないことなんだと思うんですね。そうすることによって、極端にはずれた事案がなくなるようにしていく。そういう意味で今のインフォームド・コンセントの具体的な形とかというのは、また今後のテーマということで取り上げる必要が出てくるんじゃないかと思しますので、今回の報告書の中には、このレベルのインフォームド・コンセントは必要ですよということ、そして医会から出ているものをひな形にして下さいということとを述べて、実際に、じゃあ、インフォームド・コンセントの実情はどうかということがだんだん分かってきますので、それに対してより具体的な対応をしていくというようなことではいかがでしょうかね。そんなふうにやりたいと思いますけれども、よろしいでしょうか。

○勝村委員

はい。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にはいかがでしょうか。どうぞ。

○箕浦委員

私、このデータに興味を持ったのは、モニタリングの方法で意外と間欠的モニタリングがいまだに多いなというような感じでした。それで、さっきのガイドラインと、最初に言った提言との関係なんですけど、ガイドラインを見ますと、原則的に——日本で原則的にという場合は例外があるんですね。この下のガイドラインを見ますと、医師の裁量で外すことができると書いてある。その点、この提言を見ますと、26ページで、モニターをつけて、常に児の状態と陣痛の評価を行うと書いてあって、例外はトイレに行くとき以外は認めないというぐらいの書き方がしてあって、やっぱりこのくらい書いてもいいのではない

かなというふうに思いました。ちょっとガイドラインを読んだら、少し踏み込んでいるなというような感じですね。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。私の気持ちとしては、そういう気持ちをぜひ再発防止委員会からは提言し続ける必要があるだろうと思っています。実際に我々は、そういったケースを分析されたものを見ながらやっている訳ですから、そういったことをより少なくしていくためには、ガイドラインはこうだと。もちろんそれはやらなくてははいけませんけれども、それにプラス何か色々なものが出てきたときには、当然すべきですよというようなことで、今のようなことでちょっと踏み込んだ表現というのは、私はさせてもらいたいなという気がしております。よろしいでしょうか。

○隈本委員

ガイドラインも、トイレ、歩行時など医師が必要と認めたときには外すことは可能という言い方で、子宮収縮薬使用中は連続モニタリングとなって、2011年の195ページですね。だから、大体同じトーンじゃないですか。原因分析のときの評価でもそういう評価でしたね。やはり原因分析に限界がありまして、例えば陣痛がちゃんととれてないというモニターが出てきて、これは過強陣痛かどうかさっぱり分からないよみたいものがある、それを考えると、少なくとも原因に可能性があると、増悪因子と言われるような■というの、最低■というふうに考えたほうがいいと思いますね。おそらく関係しているだろうし、ただ、過強陣痛は、今の基準でいうと過強陣痛にはなっていないねというしか、概測だから分からないねというふうな判断結果でオキシトシンの関連性を原因のところあまり書いていないという例が多分、複数例あると思います。この■というの最低ですね。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございます。よろしいでしょうか。では、最後に一言。

○勝村委員

はい。もう時間ですね。箕浦委員の話をお聞きすると、連続モニタリングについて、つまり、25ページから26ページに書いてあるのが今回の疫学的な最大のまとめであって、それを受けて26ページの下半分が提言になる訳ですよ。そこの部分に連続的監視と書いているのが、26ページの上から4行目のところだけなんです。連続的監視の状況についてまとめているのは。

○事務局（御子柴）

提言の冒頭部の中ではということですか。

○勝村委員

25から26のところ、連続的監視ということに触れているのは、26ページの上から4行目だけですよね。

○事務局（御子柴）

はい。25ページからの提言にあたっての冒頭文の中ではということですね。

○勝村委員

はい。やっぱり資料5を見てみると、連続的監視に関しても、もうちょっとこのあたりで状況を広く表現しておいてもいいんじゃないかなと思うんですけど。だから、連続的監視に子宮収縮薬を使うときの。

○事務局（御子柴）

あと、事例の状況と致しましては、1ページの(1)の一番下から、子宮収縮薬を使用した[]の延べ投与数[]のうち、投与量が1つでも基準以上であったものが[]ありまして、そのうち連続モニタリングが行われていなかったものが[]、[]あったという記載はしております。かつデータとしては、3ページのほうに資料5をまとめた件数として、下から3番目のところに、モニタリングの方法ということで、連続的モニタリングと間欠的心拍数聴取の件数の内訳等をお示ししております、今ご指摘頂きました25ページの一文につなげているというような形です。26ページの文章は件数等が入っておりませんので、こちらをもう少し具体的に記載するという事で対応させて頂きたいと思います。

提言の中では、先ほどご指摘頂きました(1)の②のところに加えて、④のところには、陣痛及び心拍数を正しく測定するというような意味での分娩監視ということを記載しております。

○勝村委員

だから、最初のほうはずっと24ページの実事とか経過を書いていて、25、26ページに提言に向けたそこからのまとめをして、だから、こういう提言となっているところのあたりで、この事例は、オキシトシン投与中に人工破膜を行ったけれどもという1つの事例を書いていますけど、この表を見たら連続監視のもっと一般的なこともこの部分では触れてもいいんじゃないかと思ったんですけど。ちょっと時間もないので……。

○事務局（御子柴）

26ページの提言の中に、(1)の②「分娩監視による」としか書いておりませんので、そこを「連続的モニタリング」と強調させて頂きたいと思います。

○池ノ上委員長

オキシトシン使用時にかかわらず、子宮収縮薬使用時の連続モニタリングというのをもう少し主に出してもらって、表現してもらったほうがいいと思います。

○事務局（御子柴）

分かりました。

○藤森委員

今後もテーマになると委員長が今おっしゃったので、ちょっと僕からのお願いなんですけど、今回はよろしいんですけど、今後、オキシトシンとかプロスタグランジン使用量が総合的に基準よりも多いというのは、それは確かにそうなんですけど、それ以外、ガイドラインの中では、例えばメトロを入れたら、外してから1時間後から分娩誘発しなさいとか、プロスタグランジンのE2を飲ませたら1時間以上たってから、オキシトシンもしくはF2 α を使いなさいというふうに書いてあるので、単なる併用しましたというのではなくて、その中で、きちんとしたガイドラインが守られないで併用されていたのがどれぐらいあるのかという事例が何例あったのかというのを今後もテーマになるということであれば、ぜひ、ありましたというだけではなくて、数字をちょっと教えて頂けると、色々ところで話をするときには使えると思うので、ぜひお願いしたと思うんですけど。

○事務局（御子柴）

はい。4ページの概況のところ追記致します。件数を確認して。

○藤森委員

件数を教えてもらえるとうれしいです。

○事務局（御子柴）

はい。分かる範囲で記載します。

○池ノ上委員長

それは今回出ればいいけど、もし出なければ次回でもいいですね。

○藤森委員

今回じゃなくても、今後もテーマになるのであれば、これだけ数をきちんと、量のアップの仕方ではなくて、他の併用薬もしくは間隔が守られてないのもどれぐらいあるのかと

いうのをちょっと知りたいので。

○鮎澤委員

時間がないところを申し訳ないです。実は今回のテーマ、前回以前に報告書で既に提言したようなことを、今回どういうふうに織り込んでいくのかということを中心にしながら読んでいました。前回出たものについての提言は、改めてここに書くのではなくて、前回の報告書を参照して下さいという書き方で編集されているということはよく分かるのですが、その分、例えば勝村さんが今おっしゃったあたり、前回は「子宮収縮薬を使用する前から必ず分娩装置を装着し、連続的に記録し厳重に監視する」というふうに、割と明確に書いてあったようなことが、今回は割と薄くなってしまっているんですね。「厳重」も「十分」になってしまっているし。

そもそも前回は、子宮収縮薬の使用について記録するという、そんなことも書いてあったのですが、今回は、そういったことは前回書いたので省いてありますよね。そのあたり、改めてこうやってテーマをシリーズとしていくときに、後ろに、前回の提言としておくだけでいいのかどうか。学会・職能団体に関する要望も前回の提言が既にクリアされた訳ではなくて、引き続き要望していかなければいけないことであるならば、「前回に引き続き以下のようなことも」というふうにここに書いて頂くほうが親切なものになるのかもしれないと思いながら読んでいました。

これは、子宮収縮薬だけのことではなくて、常位胎盤早期剥離のことでも同じことなのですけれども、そのあたりの整理の仕方、前回書いたものは今回はということで書かれているのだということで読んで来たのですが、今お話も出たので、改めて申し上げました。

○池ノ上委員長

そうですね。そこら辺は意図的にそうしている部分ではなくて、ついついそういう文章になったというところもなきにしもあらずと思うんですね。そこら辺も、前回のことを参考にしながら、今、鮎澤委員がおっしゃったようなところをチェックして頂けますか。当然、前回、十分と言ったのを、今回はそれよりもレベルを下げるという、そういう論理はないはずなので。

○事務局（御子柴）

同じ内容を提言するところについては、踏襲したいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にはよろしいでしょうか。

それでは、もう時間がなくなって申し訳ありませんが、「新生児蘇生について」お願い致します。

○事務局（御子柴）

本体資料2ページの（4）新生児蘇生についてもあわせてご覧下さい。資料6になりますけれども、まず、前回ご指摘頂きましたのが、2ページにあります分析対象事例における出生時の臍帯血ガス分析値をお示しするにあたって引用しておりましたACOGの脳性麻痺の判定基準のpH7.0未満という記載と本制度の個別審査基準のpH7.1とで整合性を持って記載したほうが良いというご指摘がございました。今回お示ししております資料に関しましては、2ページには分析対象事例における数値を単純にお示ししております。これに対し資料の24ページに（5）新生児蘇生における児の評価という項目を新たに設けて、そこに一般的な定義として記載を移しております。前回、臍帯血ガス分析をできるだけ行って頂くような提言、あるいは自施設で測定ができない場合、搬送先で測定してもらうような提言をすべきというご意見もございましたので、それにつながるような記載を今回加えておりますので、ご検討頂ければと思います。

あとは、前回、「小児科医を呼び寄せる」という記載の表現についてご指摘がございましたので、これに関しては、できるだけ小児科医を応援要請して頂くということが本来の記載の目的でございますので、文章を通してそれに合わせるような形に修正しております。

また、学会の動きということで、新生児蘇生法講習会のeラーニングやインストラクターフォローアップコースなどの紹介ということで、できるだけ記載をということでございましたので、25ページからの新生児蘇生法の記載に加えて、27ページ6）新生児蘇生に関する関係学会・団体の取り組みについて、ここに詳しく記載しております。また、あわせて、低体温療法についての登録事業の紹介をというご指摘がございましたので、ホームページのURLを、周産期・新生児医学会のURLとあわせて記載しております。こちらについても、記載の方法ですとか程度についてご議論頂ければと思います。

あとは、提言の中で気管挿管にあたっての挿管の確認方法についてですけれども、身体的評価ではなく、客観的な評価のほうが有用ではないかというご意見がございましたので、30ページのところに、前回と大きく記載の変更はないですが、下線を引いたり、客観的な確認も重要であるというような言葉を加えております。ここについても記載の方法をご検討頂ければと思います。

前回、国に対する要望ということで、第1回的时候には、蘇生に必要な器具・機材を整

備するように提言致しましたので、それを国に支援して頂くような提言を記載してほしいというご意見がございましたので、31ページの3)の(2)にそういった記載を加えております。主な変更点は以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。新生児蘇生についてでございますが、田村委員、何かお気づきの点ございますか。

○田村委員

では、いくつかありますので、すみません。13ページからいかせて頂きますと、挿管の効果の評価のところですけど、ここの丸の3番目の片肺挿管を臨床的に見抜けなかったことをかなり厳しい評価で書いてありますが、正直言って、我々自身こういったことは珍しくないで、レントゲン写真を撮るまで片肺挿管が見抜けなかったことを批判するような書き方は、現場に厳し過ぎるんじゃないかなと思います。むしろ、レントゲン撮影もせずにその後の処置をどんどん進めているというような事例があれば、それに対しては、挿管した後はレントゲン撮影をするべきだということを述べる程度でよろしいと思います。

続けて、全部言っているんですか。

○池ノ上委員長

どうぞ、お願いします。

○田村委員

それから、17ページのところなんですけど、後のほうではeラーニングシステムについて書いて頂いていますが、17ページの(2)で、継続的な学習をここでうたって頂いておりますので、このところで、日本周産期・新生児医学会が今、受講生のために行っているeラーニングシステムについて触れて頂いて、URLなどを出して頂いたほうがいいんじゃないかと思います。

それから、細かなことでいきますと、23ページのところの下から10行目の②のところで「常に新しい注射器に分注した薬剤を使用し、使用後の注射器も保存しておく」ということの、この後半のところの意味がよく分からないので、「使用後の注射器も保存しておく」というのは、どのくらい使ったかということをきちんと記録するためかと思いますので、そういう表現だけでよろしいんじゃないかなと思います。

それから、24ページの(6)なんですけど、新生児蘇生における新しい推奨のところでは低体温療法のことをうたって頂いているんですけど、このところは、低体温療法をもう少し

し明確にするために、(6)のタイトルを、新生児蘇生後の対応における新しい推奨として「低体温療法」というふうに明記して頂いたほうがいいんじゃないかなと思います。それで、引用文献のところが1だけになっていますが、できましたらここに2として、あとで27ページのところに出ている新生児低体温療法の登録事業のURLを書いて頂きたいです。そのURLを見ると全国の低体温療法実施可能施設の一覧表が出ていますので、そういうふうにしてあげたほうが、実際にそういう患者さんを紹介したいクリニックの先生たちに対して親切じゃないかなと思います。

それから、最後に、国・地方自治体に対する要望のところ、(2)で必要な器具を常備する体制を支援することを要望して頂けないでしょうか。現在の表現ではあまりに具体性を欠いておりますので、今回、再挿管しなければいけなかった事例が少なくないことを詳しく分析されておりますので、その防止策として、具体的にはパルスオキシメーターの新生児用のプローブとか、呼気のCO₂の検出キットとかの保険適用とかの提言をして頂いたほうが、厚生労働省としてもどうすればいいのかというのが分かりやすいんじゃないかなと思います。挿管の確認時に必要な器具としてSpO₂のプローブとか、呼気のCO₂キットとかを明記して、「それを常備する体制を支援する」といったほうがより具体的です。前はどちらかというと、「バッグ・マスクをきちんと装備するようにしなさい。」ということでしたけど、もう一步踏み込んで、必要機材を明記して頂いたほうが、実際にクリニックとか助産所などでもガイドラインで推奨する体制の整備が進むと思いますので、ご検討頂ければと思います。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。板橋委員、何か追加のご意見ございますか。

○板橋委員

特に追加はございませんが、3ページの臍帯血のpHの分布なんですけど、こんなに細かく刻む必要が本当にあるのかというのがちょっと気になりました。片一方を7.1にするのであれば、もう少し粗くてもいいと思いますし、pHが7.3以上を超えているんだったら、それを一くくりでもいいと思います。こんなに細かくしても大して情報はないんじゃないかと思いました。それだけです。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。いかがでしょうか、今いくつか指摘頂きましたが、他に委

員の方々から何かございますか。蘇生に関してですが。

○鮎澤委員

27ページの文章なのですが、上から「このように講習会が普及・促進されている。しかしながら」とずっとあって、「冷静に処置を遂行できるためには、単なる知識の習得だけでは不十分である」というこの文章を読むと、何だか新生児蘇生講習会が知識の習得だけの講習会のように思えてしまいます。ここで議論するのは、1回の講習会だけではだめで、日々訓練することが大事なのであると。で、次の文脈でeラーニングもあるよということでしょうから、単に1回講習会に出ただけではだめでというようなニュアンスで書いて頂くほうが分かりやすくなるのではないのでしょうか。私、新生児講習会の中身が分からないので、もしかしたら技術の習得だけなのかもしれない。だとするならば、この文章はそれはそれで正しいことになるのかもしれないですけど。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。よろしいですね、今のは。確かにおっしゃる通りですね。

○田村委員

実際の我々の公式の講習会は、知識と技術とシミュレーションを使った蘇生の実演ということをやっていますので、鮎澤委員のおっしゃって頂いた通りだと思います。

○池ノ上委員長

じゃあ、そのようにお願い致します。よろしいですか。

○事務局（御子柴）

はい。

○池ノ上委員長

他にはいかがでしょうか。13ページで、この片肺挿管に気づかなかったというのは、先生、これは原因分析委員会がこのように分析しているんですね。だけど、再発のほうでは、これについてはあまり提言の中には入れてないですよ。

○上田理事

そうですね。これは削除してもいいですね。誤解されるようでしたら。原因分析報告書でこのように記載されていますが、これを取り上げるかどうかはこの委員会でご判断して頂くことになります。

○池ノ上委員長

そうですね。じゃ、ここは削除しましょうか。

○上田理事

そうですね。

○事務局（御子柴）

実際の事例を確認致しまして、全事例が分かるように記載ができれば、そういった形で引用致します。誤解があるようでしたら削除致します。

○田村委員

ここでもし触れるとすれば、挿管した後は、原則としてレントゲン撮影をして、片肺挿管じゃないかどうかを確認するというようなことのほうが前向きの提言になろうかと思えます。

○池ノ上委員長

なかなか蘇生されずにどんどん悪くなっていったのを、漫然とやっていたとか、そういう前後関係があるんだっただらばあれですけども、普通にやられていて、写真を撮ってみたら、ああ、何だ、片肺だというのであれば、ちょっと酷かもしれないですね。他には。

○事務局（御子柴）

あと、eラーニングに関して、先ほど17ページのご指摘がございましたが、こちらでも原因分析報告書の記載になります。27ページに記載しておりますので、そちらをもう少し充実させるなどで対応させて頂きたいと思えます。

○池ノ上委員長

よろしいですかね。はい、ありがとうございます。他はよろしいですか。

31ページの国や地方自治体に対する要望の3)の(2)のところですけども、先生がおっしゃったように、もうちょっとそういう器具の具体名を挙げたほうがいいですか。挙げられますか、そういうのを。

○事務局（御子柴）

35ページに第1回の報告書の提言を参考でお示ししております。その際には、(保温に必要なものを、吸引器具、バッグ・マスク、SpO₂モニター)と記載しておりましたので、それに加えて、今回のCO₂検知器についても、記載の方法を検討して修正致します。

○池ノ上委員長

はい。具体的に書いて頂きたいと思えます。

○事務局（御子柴）

あとすみません、もう1点、26ページのほうに図3と致しまして、新生児蘇生法普及

事業の取り組み状況ということで記載をしております。こちらは田村委員から、学会を通してデータをご提供頂きまして、ありがとうございます。こちらに12月末の最新データをお示ししております。上の表及び下の円グラフについては、ホームページにもほぼ同様のものが掲載されております。ただ、右側に診療科目別の受講者の状況というのを、前回のご意見を受けて新たにデータを頂戴致しまして、こちらについてはホームページで実際公開されていないデータでございます。ただ、有用であればぜひということで田村委員のほうからご提供頂いておりますので、こういった記載について、診療科別に受講の状況をお示しすることの是非をご検討頂ければと思います。

○池ノ上委員長

いかがでしょうか、今の診療科別という。特に反対のご意見がなければ、そのほうがよろしいかと思います。よろしいですか。事務局、何かございますか。

○隈本委員

29ページの1)の(1)で、ここの(1)がとても大事なんですね。要するに無理して挿管しようとせずに、バッグ・マスクをとりあえず頑張ってやれというのが本当はこれ、再発防止のメッセージで、実は原因分析委員会の報告書もほとんどそういうトーンで書かれているはず。だから、挿管の間違いのところをよく見つけたと思うんですよ。逆にほとんど挿管のミスについて指摘しているのはないですよ。やっているとしたら、おそらく小児科医がやった場合です、これ。原因分析報告書の中で、当該施設の小児科医がやった場合は、挿管がうまくいってない場合は厳しく評価しているけれども、実際に産婦人科の先生が頑張ってやったときには、ほとんど評価していない。厳しい評価もしてないです。ただ、バッグ・マスクをちゃんとやれということは繰り返し書いているはずで、とりあえず、無理して挿管なんかしようとせずに、バッグ・マスクをやる原則に戻ってくれということ、ひたすら、多分、原因分析報告書の再発防止のための提言では言っているはずなので、ここは小さく書いているんですけど、これ、わざとポイントを落として小さく書かずに、むしろ大きい字で、ここを点線で囲んだところがありますよね。気管挿管が考慮されている事例というのは、ほとんどこれ、産科の先生が頑張ってやった話ではないと思います、僕の記憶が正しければ。

だから、要するに無理して挿管せずに、アルゴリズムにちゃんと従ってバッグ・マスクをしっかりやって下さいということ、むしろこの提言で強調してほしいので、これはほとんどの事例が全部そうだと思います。新生児蘇生がうまくいかなかったケースについての

提言というのは、ほとんどバッグ・マスクをとりあえずやれという内容になっていると思いますので、もう一度それを確認して頂いて、これは小さくしないで大きくしてほしい。

○事務局（御子柴）

提言については、きちんと伝わるように、ちょっと重複している内容もございますので、まとめて大きな字で記載するような形で修正致します。

診療科については、特に実施した医師の診療科が記載してない報告書もございますので、必ずしも小児科とは限りませんので、今回引用しているのが12ページの（2）気管挿管についてということで、有効でない気管挿管というような形での医学的評価の指摘などについては引用しておりますけれども、そちらには診療科とは特に出てきておりませんので、提言にはちょっと診療科を結びつけるのは難しいかと存じますが。

○池ノ上委員長

バッグ・マスクがプライオリティーがあるんだということを十分伝えてもらえればいいですね。

○隈本委員

そうそう。それをぜひ言ってほしい。現実問題として、かなり悪い状態で生まれた子どもは、どんなに頑張ってもそんなに蘇生しないもんだと。だから、蘇生しなかったという結果をもってその医療行為を評価してはいけないんだということで、もう一回、原因分析委員会の場合には、結果が悪かった、つまり、全然酸素濃度が上がってこないとか、呼吸が返ってこないということで医学的評価をしてはいかん。アルゴリズムに沿ったことをやったかどうかだけを評価しよう、前向きに評価しようということで、むしろ気管挿管がうまくいかなかったことが後で分かったとしても、多分、それをあまり評価してないと思います。気管挿管をした後、何の評価もせずに、バッグ・マスクのほうがいいのに、それをしないでずっとほうっておいたということだけは評価していると思いますけれども、おそらく結果が悪かったから評価はしてないと思います。

○池ノ上委員長

よろしいですね。他に何かございますか。

○福井委員

31ページの国・地方自治体に対する要望の1つ目ですが、「可能となるよう適切な支援を要望する」とありますが、もう少し具体的に踏み込んだ要望をしたほうがいいのではないかと思います。具体的には、自治体が計画を出している周産期医療計画の中に新生児蘇

生法を位置づけて普及することを要望するというふうにされたいかがでしょうか。

○池ノ上委員長

自治体の周産期医療計画に取り上げるなど。

○事務局（御子柴）

はい。例示してということですね。

○池ノ上委員長

それはおそらく皆さん、そんなに反対意見はないと思いますので、よろしいんじゃないですかね。

○事務局（御子柴）

27ページに看護協会とか助産師会で蘇生法の講習会が開催されていて、インストラクターなどが少ないということ等のご意見がございましたので、事務局で記載案として掲載致しておりますので、またこの書き方についてもご教示頂ければと思います。

○池ノ上委員長

27ページの、これ、田村委員、蘇生のホームページがありますよね。これが色々な、例えば小児科学会とか、新生児学会とか、産婦人科学会、産婦人科医会などとの連携とかリンクみたいなものはできているんですかね。

○田村委員

それは、うちの学会のほうからは積極的にはアプローチしてないかと思いますけど。

○池ノ上委員長

いかがでしょう、石渡委員長代理、そういうリンクできたほうが会員の皆さんには使いやすいんだと思いますよね。

○石渡委員長代理

ええ。

○池ノ上委員長

少しそこら辺も、先生のほうで、もしやって頂ければ。

○田村委員

分かりました。じゃあ、学会の事務局のほうから、ぜひそちらの学会でもご紹介頂きたいという依頼状を理事長あてに出すという形でいきたいと思います。

○池ノ上委員長

そうですね。ありがとうございます。どうぞ。

○岩下委員

ちょっとあんまり時間がないので。今の学会に対する要望なんですが、職能団体・学会に関する要望というのはたくさんこの中に盛り込まれて、特にガイドラインも書いているのがありますが、これはこの報告書を出すときに、要望をまとめて書くだけではなくて、池ノ上委員長のほうから、関係団体の学会、それから、職能団体に要望書を提出しないとなかなか認知されない。例えばここに書いてある産科婦人科学会のほうに、ガイドライン委員会のほうに色々要望がありましたけれども、ガイドラインの作成の委員長がそれを知らなかったこともあったということ、それから、先ほどの早剥の問題なんかは研究的な事項がだいたい学会に要望をなされたんですけども、それは専門委員会の中の周産期委員会に、公募の演題といいますか、研究課題を公募しているんですが、そういったところに応募して頂くと初めて組上に上がって、これを周産期委員会として取り上げるかどうかというのを専門委員会の運営評価委員会で討議して、やるとなると予算がついてメンバーが決まってというようなこともありますので、ぜひそういう個々の団体の先生からのアプローチをお願いしたいと思います。

○池ノ上委員長

アドバイス頂き、ありがとうございました。具体的にそういったことを進めていきたいと思えます。

他に何かございませんでしょうか。鮎澤委員、お願いします。

○鮎澤委員

29ページにある提言のところなのですが、今回、1)産科医療関係者に対する提言(1)のところ、(再提言)という言葉が出てくるんですね。「新生児蘇生については、アルゴリズムに従って実施する。(再提言)」と。この「(再提言)」というものがどういうものなのかということを読んでいる方にはなかなか分かりにくいので、先ほどの、前回提言したものについては書くのか書かないのか、それから、これはどうして再提言になって、他のはどうして再提言にならないのかとか、そのあたりをちょっと分かりやすく。もし頭のほうに必要だったら「こういうものについては、前回に重ねて再提言にした」と書くなり、何か工夫をして頂ければと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。他にはいかがでしょうか。よろしゅうございませうか。ちょっともう時間も過ぎました。本当はもう一つ議題がございまして、「分娩中の胎児心拍数

聴取について」というところまでは今日はどうしてもいきたいと思っていたのですが、私の不手際でもう時間切れになってしまいました。「分娩中の胎児心拍数聴取について」というのは、次回は3月4日が予定されていますので、そこでもう一度今のような議論を頂きたいと思います。

今まで議論頂きました残りの4つのテーマについては、事務局で作業を進めさせて頂いて、できれば早い時期に、4月の頭か4月中ぐらいには報告書を出せるような準備をしたいと思っております。心拍数の聴取のテーマと、それから、数量的・疫学的分析、それを次回にやらせて頂きたい。心拍数についても、また数量的なテーマについても、一応今日の資料にありますので、先生方それぞれご覧頂いて、特に数量的なところについては、事務局のほうにご意見を頂ければ、事務局もそれに沿って作業を進めたいと思います。できれば、第1回の報告書が8月でしたか、第2回目が5月ときていますので、今回は、記録更新ということで4月中には出せたらと思っております。そういうことで、お忙しいところをまことに申し訳ございませんが、次回3月4日にもう一度、1つのテーマと、あと数量的なところについて確認を頂くような、そういったことをやらせて頂きたいと思います。

○石渡委員長代理

すみません。ちょっと今日外妊があって、手術があったために遅れました。メトロのことなんですけれども、お話があったかもしれないんですが、実はメトロをどのくらい使われているかということで調査しました。23年度分についてはかなり細かく調べているんですけれども、全部で54万7,000件のお産を網羅しています。臍帯脱出が60例ありまして、その中でメトロを使ったのが10例、メトロを使わなかったのは50例です。そうすると、頻度を見ていきますと、メトロ非使用は0.01%、メトロ使用は0.03%という有意差がございます。

それから、どういうメトロかといいますと、その10例の中で、フジメトロが6例、それから、ネオメトロが4例です。いずれも全部100以上入れていまして、ガイドラインに載っている41未満のものは1例も臍脱がございません。それから、考案としましては、メトロイリーゼの使用は臍帯脱出のリスクを上げる。臍帯脱出のリスクを上げるメトロはフジメトロとネオメトロである。ただ、メトロを使用しても、3,000例に1例の臍帯脱出の発生頻度であるから、そのベネフィットを考慮すると一概に悪いとは言えない。臍帯脱出例の多くは100ミリリットル以上注入している。このような考案を一応してあるんですが、もうちょっとまとめて、次回、せつかく調査したものですから、なるべく提言の

中に盛り込める範囲で盛り込み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。先ほどもメトロについては委員の先生方から色々議論が生まれ、リスクはリスクとしてちゃんとしたエビデンスが出てくればというような議論でしたので、またそのリスクとベネフィットについても、次回また先生、もう少し煮詰めたところでお話し頂ければと思います。

次回の3月4日はテーマについてご議論頂くというのが1つ残っておりますので、これも非公開ということでさせて頂きたいと思いますが、よろしゅうございますでしょうか。

それでは、どうもありがとうございました。不手際で30分余計頂いていたんですけれども、オーバーしました。申し訳ありません。ありがとうございました。

— 了 —