

第29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1月20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。お時間になりましたので、まず資料の確認をさせて頂きたいと思
います。お手元のほうにまず次第と本体資料のほう、ありますでしょうか。続きまして、
資料1、「分析対象事例[]の集計結果」になります。続きまして、資料2、こちらが
日本産科婦人科学会データベースとの比較のものになります。続いて、資料3が「子宮内
感染」の原稿。申し訳ございません。資料2につきましては、資料2の②というものが1
枚ものがございますので、あわせてご確認をお願い致します。資料3が「子宮内感染」の
原稿。資料4が子宮内感染の事例の一覧になります。こちらが①と②と2種類ございます。
資料5が「搬送体制について」の原稿。資料6が搬送事例の一覧になります。続きまして、
資料7がインフォームドコンセントについての提言（産科医療関係者向け）になります。
続きまして、資料8が（妊産婦向け）。資料9がインフォームドコンセントについての説明
文書・同意書の例になります。資料10・11がメトロイリントと人工破膜実施のフロ
ーチャートの（案）になります。落丁等ございましたら、事務局までお申しつけ下さい。

では、何名かの先生、遅れられているようなんですけれども、お時間になりましたので、
開始させて頂きたいと思います。

では、池ノ上委員長、よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長

今日はいくつかの会議が重なっているようで、ご欠席の委員もいらっしゃいますし、ま
だ寒さも厳しい折から色々なこともありまして、まだおそろいでない方もいらっしゃいま
すが、時間が参りましたので、始めさせて頂きます。

それでは、議事の1)であります。集計結果について、まず報告を頂いて、ご議論を
頂きたいと思います。

では、事務局、お願いします。

○事務局（御子柴）

事務局でございます。まず資料1と2をご覧頂きながらご審議をお願い致します。資料
2は「資料2-2」と書かれておりますので、ご注意下さい。

まず本体資料をご覧頂きたいのですが、本体資料、議事次第をめぐって頂きまして、1
ページ目です。議事の1)「数量的・疫学的分析」についてとして、これまでの報告書同様
に第3章の部分に集計表を載せております。第4回においては[]が対象となってお

ります。こちら、今回から日本産科婦人科学会の協力により、周産期登録事業データベースのデータの提供を受けまして、参考として、巻末に本制度の分析対象事例と周産期登録データベースの事例を対比する集計表を作成致しました。前回ご報告の通りです。

作成に当たりましては、①本制度の補償対象が在胎週数28週以降であること。②周産期登録事業データベースの対象施設が主として二次施設以上であるということ considering、両者のデータについて、28週以降、かつ施設区分が病院の事例に整理を致しまして、集計致しました。

こちらの周産期登録事業の事例においては、本制度の補償対象の除外基準に該当する事例などもございますが、そういった事例を除く、また、その他の条件をそろえるなどといった詳細なマッチングについては、今後の課題とし、今回、単純に対比する表を作成致しました。

周産期登録事業の概要につきましては、※の通りでございます。

まず資料1として、これまでの集計表と同様に、前回お示しした資料の修正した部分につきまして、客員研究員よりご説明させていただきます。

○市塚客員研究員

そうしましたら、資料1をお願いします。資料1の最初、「再発防止分析対象事例の内容」ということで、1)分娩の状況というのが表3-2-1から表3-2-5までございます。

前回と変わりましたところは、ページめくりまして、表3-2-3のところ、「不明」と、週数不明というものが新たに加わりましたが、産科医療補償制度は33週以降、もしくは28週で該当するものということで、週数が必要条件になりますが、この「不明」につきましては、注2)にございますように、母児の状態から在胎週数が■■■■以上とされたものが不明という内訳になっています。

次は、2)妊産婦に関する基本情報ですね。3-2-6から3-2-14までございます。これで前回と変わりましたものは、表3-2-6のところですね。年齢の分布ですけども、新たに「50～59歳」という欄が増えております。また「不明」というのも増えてございます。今後このような表のところに件数が0.0%というものも数カ所出てくると思うのですが、これは資料2にございます日本産科婦人科学会の登録データベースとの比較ということで、日本産科婦人科学会の登録事業にあるところの分布を加えたために、このような「0.0」というものが表3-2-6にあるというふうにご理解下さい。

続きまして、表3-2-10、妊娠中の体重の増減。これは第3回までの報告書との違いですけれども、「+5kg~+10kg」のところを「+5kg~+7kg」、「+7kg~+10kg」ということ。「+10kg~+15kg」のところを「+10kg~+12kg」、「+12kg~+15kg」というふうに少し細かく記載させて頂いております。

次ですけれども、表3-2-13、6ページになりますが、「回数不明」、「0.0」というのも、先ほどと同じように日本産科婦人科学会の登録データベースと整合性をとるために載せてさせて頂いております。

次、3) 妊娠経過。これは表3-2-15から表3-2-20まで妊娠経過を載せております。表3-2-17の胎児数のところ。今回、新たに要胎というものを加えさせて頂いております。

次、4)、3-2-21から3-2-42まで、これは結構分量ありますけれども、これも基本的には第3回報告書と同じですが、そこと違うところに関しましては、15ページですね。表3-2-35、クリステレル胎児圧出法のところ(注)をつけまして、クリステレルの圧出法の内容について注釈をつけさせて頂いております。

次、17ページになりますが、表3-2-40、表3-2-41、これにつきましては、第3回報告書までは新生児期の経過中というところに分類されて掲載しておりましたが、今回から臍帯につきましては、4)の分娩経過の中に組み込ませてさせて頂いております。表3-2-40・41、内容に関しましては同じです。

18ページ、表3-2-42、臍帯異常というものを今回から新たに設けさせて頂きまして、臍帯の異常ですね。過短臍帯、過長臍帯等々、今までわりと臍帯因子というものが多く傾向がありましたので、新たに新設させて頂いております。

次、5) 新生児期の経過。表3-2-43から表3-2-50まで掲載させて頂いております。以前と違うところは、表3-2-43でいえば「1,000未満」というところのレンジをつけさせて頂いたのと、「4,500以上」というところをつけ加えさせて頂きましたが、いずれも「0.0」ですが、これも日本産科婦人科学会の登録データベースと合わせたためにこのような記載になっております。

次、22ページに移りまして、「2. 再発防止分析対象事例における診療体制」ですが、これは表2-1-1から表2-1-10まであります。ずっとこれは同じなんですけれども、25ページ、表2-1-9、分娩に関わる常勤職員数というものを新たに新設させて頂い

て、第4回報告書から掲載させて頂くことになっております。これは委員からの要望もございまして、表2-1-7に分娩に関わる常勤職員数（医師）というものがありますが、これに対応する看護職の常勤職員数というものが今までありませんでしたので、表2-1-7（医師）に対する形で、（看護職員総数）という形でこの表を付けさせて頂いております。

それ以降の表2-1-10、「3. 再発防止分析対象事例の概況」、都道府県別ですね。これは以前と同じという形になります。これが資料1、「数量的・疫学的分析」の表という形になります。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。いくつか新しい項目が加えられておりますが、全体としていかがでしょうか。何かご質問ございますでしょうか。

新しく、例えば「50～59歳」の妊産婦に関する年齢を入れた。それは日本産科婦人科学会の委員会に合わせた。産科婦人科学会は何でそうしたわけですか。それは分かりませんか。

○市塚客員研究員

これはやはりこの年齢の登録があったからと。

○池ノ上委員長

あったからということですね。

○市塚客員研究員

はい。

○池ノ上委員長

分かりました。

他にいかがでしょうか。よろしいですか。大体今までのパターンに沿った形で集計をして頂いておりますが。ただ、日本産科婦人科学会の委員会の情報が共有できるということで、共同作業が今始まっておりますので、次の資料でまたその説明がありますが、若干そういったところは影響が出てきていると思います。

よろしければ、じゃ、次の……。はい。どうぞ。

○藤森委員

ちょっと細かいことですが、他にもあるかもしれないんですけど、18ページのさっ

きの臍帯異常で、こういうふうに重複ありとなったときに、臍帯異常の対象になった数、その[REDACTED]中、重複がいくつあるか分かりませんが、いくつの事例が対象になったのかというのを、これは書いておいたほうがいいんじゃないかなという気がしたんですけど。それぞれの頻度はいいんですけど、いかがでしょうか。これは多分、「重複あり」というのは、他のも見ただんですけど、ちょっと他は分からなかったんですけど、件数を書いてもらったほうがいいような気がします。

○池ノ上委員長

よろしいですか。

○事務局（御子柴）

はい。そうしましたら、臍帯異常も「あり」、「なし」で、「あり」の件数の内訳として「重複あり」で示すという形に確認致します。

○池ノ上委員長

いいですね。はい。

他はいかがですか。はい、どうぞ。

○勝村委員

子宮収縮剤なんですけど、第3回とかテーマになっているときは、その組み合わせが分かるような表が別のページにわりとコンパクトになっていたと思うんですけど、これも重複の話なんですけど、その誘発・促進のときのいくつかがどういう組み合わせかという表に、例えば第3回だったら109ページにあるような形というものを、もしスタンダードにできるのならしてもらったほうが比較はしやすいかなと思うんですけども、どうでしょうか。

○池ノ上委員長

どうですか。作業は。

ちょっと1点、今日の資料だと何ページになりますかね。

○市塚客員研究員

13ページになると思います。

○池ノ上委員長

はい。13ページ。

○勝村委員

今日の13ページの上の「重複あり」の資料を、第3回の報告書でいうところの109ページのような表に。

○池ノ上委員長

第3回の……。

○勝村委員

109ページ。

○池ノ上委員長

109ページですね。

○勝村委員

はい。

○池ノ上委員長

これですね。いかがですか。そが、勝村委員おっしゃるように各、ずっと比較ができるという、そういう趣旨ですよ。

○勝村委員

そうですね。テーマになっているときだけじゃなしに、またこれで代用できてしまうので、もし可能ならばと思うんですけど。

○池ノ上委員長

もしものすごい作業でなければ。

○事務局（御子柴）

はい。作業することは可能ですけれども、前回、188分の56で、今回■■■■分の何件かというときに、この重複なしにした形でどの程度の大きさの表になるのかというのを作業してみないと分からないところがありますので、そちらも確認致しまして、他の表との平仄も含めて検討し、次回までにご相談させて頂きたいと思います。

○池ノ上委員長

そうですね。ありがとうございます。やはり年度ごとにどういう流れになってきているか、実態が見えるというのは非常に重要なことであろうと思いますので、あまり膨大なデータになって、まとめようもないような状況でなければ少し工夫をして頂いてということでもよろしいでしょうか。

○事務局（御子柴）

その際に1点ご検討頂きたいのが、第3回報告書の際はテーマで丁寧に説明を加えておりますので、必ずしも同時に行ったわけではないということですか、同時に併用したわけではないということですか、日にちや時間の経過がずれているものがありますので、基本的には1妊産婦さんに実施されたか否かということになります。そういった実施の状況が丁寧に記載できないということがあるので、一覧表にすると、同時にそれらを全部行ったかのように見えてしまうので、記載にも注意が必要かと思えます。作業の上、またご相談させていただきます。

○池ノ上委員長

はい。それは検討して、ミスリードのデータのもとにならないような、そういうふうなことを検討して頂きたいと思えますが。

よろしいでしょうか。他にはいかがですか。よろしいですかね。

それでは、ありがとうございました。では、次に移りたいと思えます。次は、周産期登録事業データベースの集計結果についてであります。これも事務局から説明をお願い致します。

○事務局（御子柴）

資料2と資料2-②という資料、こちら2つをご覧頂きながらご審議をお願い致します。

先ほどご説明させて頂きましたように、今回、データ提供を受けまして、このような集計表を作成致しました。本日ご欠席されております小林委員からご意見を頂いておりまして、先ほどご説明致しましたように、第3章の「数量的・疫学的分析」の中の一作業として、今回集計してまいりましたが、データのクリーニングですとかマッチングなどが十分にでないのではないかというご指摘がございまして、今回、もし掲載するのであれば、報告書の巻末に人口動態統計等の付録資料とあわせて参考という形で集計表を載せたほうがいいのかというご意見を頂いております。

また、そのマッチングやクリーニングにつきましては、周産期委員会の佐藤昌司先生にもご相談させて頂いておりまして、やはり自動的に電子カルテ等から取り込んでいたりする施設があるという状況で、不明データですとかエラー値などがかなり多く含まれておりました。そういった作業をするに当たりまして、今回いくつか後ほどご質問に合わせてご説明させて頂きますが、そういったところを含めてご検討頂きたいということと、今回制度の28週以降の病院のデータというものを集計して、白い枠になっているところが本

制度のデータ、黒塗りになっているところが周産期のデータと横に並べて資料を作成致しましたが、このように並べることでミスリードをされる恐れがないかということもご意見頂いておりますので、この集計結果をご覧頂きながら、そういった掲載の方向性についてもご意見を頂きたいと思えます。

周産期データの概要につきましては、資料2-②の裏面に文章になっておりますけれども、登録施設数の推移ですとか、出産数の登録数、また、大学病院等の内訳、センターの内訳等を記載しております。この文書につきましては、もしご指摘等ありましたら後日ご連絡頂ければと思えます。このような説明書きを加えて、第3章に載せるということで予定をして作業してまいりましたが、集計結果等もご覧頂いて、集計結果を収載する場所及び方法、また本制度のデータ等を並べて掲載することの可否についてご意見頂ければと思えます。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。これは日本産科婦人科学会のメンバーの先生方と、それから、機構のメンバーの先生方との合同ワーキンググループというのができていて、その委員長はどなたでしたかね。ワーキンググループの。

○事務局（御子柴）

ワーキングは、設置を検討しております。

○池ノ上委員長

まだ動いているわけじゃない。

○事務局（御子柴）

はい。メンバー等について検討している段階になります。

○池ノ上委員長

そうですか。

○事務局（御子柴）

はい。今回は報告書への掲載にあたりましては、メール等でご相談させて頂いて、必要時、開催するかどうかを検討するということと致しておりましたが。

○池ノ上委員長

そうすると、實際上、このデータをワーキンググループのメンバーがディスカッション

したという経緯は今のところないということですね。

○事務局（御子柴）

はい。今回の審議によって……。

○池ノ上委員長

頂いだけで、そのままのデータがここに出ているという、そういう理解でよろしいですか。

○事務局（御子柴）

左様です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。

あと、今日は小林委員がちょっとご都合でおいでになられませんでしたので、准教授の豊川客員研究員においで頂いております。豊川客員研究員にも入って頂きまして、データの色々な、どのように取り扱うのが適正であるかということについて、少しご議論を頂きたいと思います。どうぞよろしくお願い致します。いかがでしょうか。

確かにこの周産期登録事業というのは限られた施設、二次以上の周産期センターからが主として大きな施設からの登録事業が来ていると。こちらの再発防止に来ている事例は、全国の施設、それは診療所も含めた施設から来ているので、そこをマッチングさせるのは、作業されたんですね。

○市塚客員研究員

それにつきましては、資料2-②の裏面ですね。周産期登録事業の内訳が第2パラグラフぐらいにあるんですけども、当機構に来る事例に関しましては、一次施設、中には助産所もありますので、当機構に来た事例から施設区分が病院というものと周産期登録事業とマッチさせ、なおかつ、28週以上という形で、今回のマッチングはそんな厳しいマッチングがされていませんで、そこを今後どのようなマッチングまで攻めていくかですとか、そういうのをご議論頂きたいというふうにも思います。

○池ノ上委員長

はい。ありがとうございます。よろしいでしょうか。大体、現状がお分かり頂けましたですかね。何か箕浦委員。

○箕浦委員

これはあれでしたかね。一応コメントなしにこれだけ載せるということになるんでしょうか。

○池ノ上委員長

今、それをどうしようかという。ここまで作業が進みましたけれども、どの程度の情報を今ここで我々が取り扱えるのか、あるいは報告書に関連のことを触れられるかという、そういうことだと思います。一つは、大きな成果としては、日本産科婦人科学会とこの再発防止委員会からのメンバーとが共有できるデータが出てきたということも非常に大きなことだと思うんですね。ですから、今後これをさらにきちとしたフェアな意見として我々が提言していけるような方向に持っていく。これも当然なんですけども、その前段階として今どの程度の情報の発信をしていいかということは今、事務局としても探っているという、そういう状況だと。ちょっと私の発言が正しい意見かあれですけど。

○事務局(御子柴)

はい。左様です。今回、細かな分析ですとか、分析結果を文章化したものなどを記載するということになりますと、かなり詳細な作業や、検討を重ねる時間が必要になりますので、今回、データ提供頂いた共同の取り組みの一步として、既存の第3章にある集計表の中で、周産期のデータで同じ集計できるものについて、表をいくつか選択させて頂きまして、作業したということになります。その結果の中身については、やはり統計学的にいいますと、データをもう少しマッチングさせないとなかなか結論が言えないですとか、そういった懸念もありますので、文章は掲載せずに、掲載が可能なものだけを今回提示するというような形でまとめたいと事務局としては考えております。

○池ノ上委員長

はい。石渡委員長代理、どうぞ。

○石渡委員長代理

要するに、周産期登録事例というのは、二次施設以上の事例なので、正常産もやっておりますけども、かなり全体的に見ると、やはり事例が偏っているということもありますし、脳性麻痺の場合は、脳性麻痺の事例だけ集まったものですから、両方ともマッチングしないので、並列にするとミスリードを起こすんじゃないかというようなことで、やはりその項目ごとに、これはきちんと比較できるかどうかということを検証しながら作業を進めていかないと、全部並べてもなかなか分かりにくいことがあります。

それからもう一つ、病院という一つのくくりをしますと、20床以上が病院で、産婦人科、単科でやっている病院もあるし、それから、総合病院みたいな色々な科が集合しているところもあるし、その辺も個人の病院と、それから、いわゆる公的な病院とまた違うし、そういうことをどんどん細かく区切っていくと何にもできなくなっちゃう、そういう心配もあるので。ただ、並列して検討する場合には、項目によって色々検証していく必要があるのではないかというふうに考えます。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。勝村委員、何か。

○勝村委員

ちょっとごめん。資料2-②の裏側を読んだんですけど、僕からすると少し分かりにくいかと思って。結局この[REDACTED]の周産期登録事例というのは、2009年から2011年までの3年間の、今のお話だと、二次、何件何件と。つまり、この登録事例だと何々だというのを、バシッとしたものを一言で完璧に言って頂くとどうなるんですか。それをまず書く必要があるんじゃないかと思えますけど。どの医療機関で何年から何年までのどんな内容を合計したものというふうな言い方をしてもらったら、どうなるんですか。

○池ノ上委員長

では、市塚客員研究員、いかがですか。

○市塚客員研究員

済みません。この日本産科婦人科学会の周産期登録データベースは、基本は参加型といえますか、施設で年間の分娩についての統計。個表なんですけども、1出生児に対して、一つの出生体重ですとか色々なデータがあります。それを全部、産科婦人科学会に上げる形になりまして、この2-②の裏に書いてありますように、例えば2011年に限って見れば、大学病院が192施設で、大学病院が79、国立病院機構が17、赤十字が14、その他の病院が82という形で、ほとんどが二次施設以上の分娩を扱っている機関が産科婦人科学会に、その施設のデータを集計して、登録しているという形になります。

今後は日本産科婦人科学会研修医修練施設という資格みたいなものがあるんですけども、その研修医の修練施設になるに当たっては、この日本産科婦人科学会の周産期登録事業に人員データを登録しないと、その修練施設になれないという縛りが出てまいりますので、

今後はそういった修練施設の程度の規模に当たる病院のデータというふうに考えて頂ければいいのかと思います。

○池ノ上委員長

おそらく、今、勝村委員がご質問になったことからいきますと、この再発防止委員会が原因分析委員会から報告を受けて、色々マスとして見ているけれども、日本全体のお産の実情の中において、どこにこれは位置づけられるのだと。すなわち、我々が今検討しているのは日本のお産のコントロールではないと。じゃ、そのコントロールをどこから持ってくればいいのかと。日本中のお産を全部持ってきて、100万人生まれて、そのうち脳性麻痺になったお子さんが何人いて、その背景がどうでというのができればいいんですけど、なかなかそういうデータを手にすることができない現状では、この日本産科婦人科学会が行っている周産期登録事業の登録施設というのは比較的大きな病院なんですけど、全ての分娩をそこでは登録しているんですね。ですから、脳性麻痺のお子さんだけではなくて、全く正常なお子さんも登録しているし、当然その中にハイリスクの妊娠、妊婦から生まれたお子さんのことも入っていると。そういう比較的ラージスケールの日本全体を網羅した分娩が、データの取り扱いによっては、コントロールとして使える可能性があるのではないかというところで、この作業を今行っている。今ここに出して頂いているのは、全体で何年間で何例ぐらい集まっています。それを構成している施設はこういう施設ですということが今ここに述べられている。その中で、じゃ、どういうグループとどういうグループを比べれば、我々が今、欲しているものがフェアな形で出てくるかというのが、先ほどちょっとお話が出ましたワーキンググループで作業を進めて頂こうと、そういうふうじゃないかと思うんですけど、先生のご質問からすると。

○勝村委員

その方向でいいと思うんですけども、僕が言っているのは、そういうこの周産期登録事例というものが何か一般の人に分かりにくいということで、特に僕なんか知りたいのは、今のお聞きしてまた分かったんですけど、参加している医療機関の出生に関してはもう100%登録されているということですね。その医療機関の中では。

○市場客員研究員

そうです。

○勝村委員

そうですね。そういうこともやっぱりこの裏の文面だけでは、色々限られた事例を持っていっているのかも、ハイリスクの事例だけ持っている。全部そういうのは、やっぱり説明としては、この[]の数字が全ての出生の中のどのピックアップなのかというのが分かりにくいので、そこを分かりやすくして欲しいと思うわけです。それで、ああいう表現が、もう一つ前の段階であったほうがいいんじゃないかなということで、この数が全体の中の、結局、大学病院とか国立病院機構とかは全部入っているというふうにも言えないんですよ。

○市塚客員研究員

そうですね。

○勝村委員

言えないんですよ。今、全ての出生数が病院と診療所と助産所とその他に分かれましたら、そのうちの病院の中であることは間違いないけど、その病院の中のさらに結果として、分娩で生まれた出生数のうちの何%の、しかも、わりと高度な、だから、ある種、ハイリスクを扱っている部分だということなのかもちょっと分かるように書いてもらったらイメージできるのかなと思って。この裏を読むと、一般、僕らなんかはちょっとイメージが、そういうイメージがしやすいような説明をして頂けたらと思って。

○池ノ上委員長

はい。ありがとうございます。鮎澤委員、どうぞ。

○鮎澤委員

済みません。今の勝村委員のお話と重なるかもしれませんが、私もこういうことが、例えば合同ワーキングのようなものができ上がっていかうとしていること。こういったような、他のデータと比べながら見ていこうとすることができるようになったことというのは、とても大きな次なるステップだと思うので、ぜひ進めていって頂きたいと思って。ただ、私も同じように位置づけがよく分からなかったんです。先ほどの委員長のお話を伺うと、とても素直に、なるほどなということが分かるので、現時点で比べるものもない。限定的ではあるけれど、こういうものをやってみようということを丁寧に書いて頂くと、色々な限界を踏まえての試みという位置づけが分かると思うので、そこをもう少し丁寧に書いて頂ければと思います。

その上で、ちょっとお伺いしたいんですが、済みません。専門の先生方にお伺いしたい

んですが、先ほど市塚客員研究員が、どこまで攻めるかというとても分かりやすい表現をして下さったんですけど、現時点で攻めどころと言うんですかね。こういうものを淡々と比べる中で、出てくるものというのがこれからの課題になると思うんですが、今の時点でここを攻めると何かとてもおもしろい、おもしろいというのは失礼かもしれませんが、意義あるものが見つかりそうだというあたりというのはおありになるんでしょうか。先生方ご覧になられて、教えて頂ければと思います。仮説というような話ではなくて、このあたりが実はとても大事。そうすると、データの収集事業にももう少しお願いをして、こういうふうに集めて頂くという、次なることがまた見えてくるようにも思うのですが、もし今の段階であれば教えて下さい。

○池ノ上委員長

いかがでしょうか。かなり難しいご質問を頂いたのかもしれませんが、藤森委員、どうですか。

○藤森委員

難しいですね。

○池ノ上委員長

田村委員。

○田村委員

ちょっと僕は子供に関してのところだけ拝見しますと、例えば当然、新生児の性別とか、それから、臍帯動脈血のデータが、色々、非常に似ているところと似てないところが当然あって、だけど、それをきちんと整理すれば、たしか出生体重とか、それと意外なことに在胎週数も意外と僕は周産期登録事業が非常に大きな施設なので、ハイリスクの子供たちが、赤ちゃんが非常に多いのかと思ったら、必ずしもそうとは限らずに、わりと今回の再発防止分析対象の事例と周産期の登録事例がわりと似た数字だったので、逆に驚いているんですけど、そういう意味では、比較の対象として、僕はめちゃくちゃ外れてはないと。ただ、事柄によっては、例えば帝王切開の率なんかは、当然この再発防止委員会の対象になるような事例は圧倒的に数が多いですし、ですから、そういったことをどこが共通点で、どこのところが違うんだということをしっかり認識して比較すれば、やっぱり比較の対象には僕は十分なり得るんじゃないかと。そういう意味で、この両方のデータを比較しながらこの再発防止委員会にかかってくるような事例については、こういうところでやっぱり

偏りがあるんじゃないかというようなことを分析するには、非常にいい参考になるんじゃないかと私は思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にいかがですか。はい、どうぞ。

○藤森委員

今の話とはちょっと違うんですけど、これは一応確認ですけど、条件を合わせたという話だったんですけど、そうすると、この再発防止委員会の分析対象事例というのは、周産期登録のこの中の事例からのピックアップになっている可能性はありますよね。まるっきり重複している可能性が。つまり、脳性麻痺に。ちょっとそれは調べてみないと分からないと思いますけど、お子さんを [REDACTED] から [REDACTED] 抽出している可能性がありますよね。その確認だけ。

○池ノ上委員長

そういった具体的な細かな作業を進められるとき。鮎澤委員がおっしゃったことは、これは私の全く個人的な考えなんですけど、これは再発防止の具体的なターゲットになりそうだとこののと、今の日本の、みんなは一生懸命やってもなかなか再発というか、防止困難なあたりにある病態とかですね。そういったことがぼんやりとでも出てくるのではないかなと。これはもう概念的な域を脱しませんけども、この脳性麻痺になったお子さん方の背景とか病態とかを調べているうちに、やはり同じようなことは、こういう大きな病院、大学病院でも起こっています。その中ではある程度それは努力していて、脳性麻痺になっていないお子さんもおられるけども、なった状態のお子さんもおられるというところが出てくれば、その中で、かつ、今度は産科学的、あるいは新生児学的に攻めどころがはっきり出ると。今の日本の医療制度の中ではここまではできるでしょうか、あるいはここら辺はもう少し色々な人員配置だとか、設備の配置だとか色々なことにもっと強く提言をしていけば、これは避けられる可能性が出てきますよねというような具体的な作業につながる、その比較ができればいいなと。ただ、その比較をする際に、本当にそれが比較になっているかどうかというのは非常に問題で、今日、豊川客員研究員において頂いているんですけど、それで、この議論を今までしてきましたが、大体お分かり頂けたと。我々が何を悩み、何をしようかと思っている。先生のお立場からいかがでしょう。何かちょっとコメント頂ければと思うんですけど。

○豊川客員研究員

やはり同じような悩みを分析していても抱えていまして、どこまで、先ほどの話で攻めるかという話でしたけども、攻め過ぎてもみんながそろっちゃって、同じものを拾ってきちゃうという恐れもあると。こういうとき、まず無難な線から進めていくというのがよくとられる一つの方針だと思います。そのときに週数とか性別とか、それほど問題のないところでまずは始めていこうかなというふうには思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。おそらく今回この報告書にまとめるとすれば、この枠組みが、こういうものが手に入りましたと。あと、それをどのように扱うかということについては一つ一つ丁寧な作業をするための特別な合同の調査委員会みたいなのを作るということで、具体的にそういうことを言うかは別として、文言を少し。むしろ説明の文書をやっぱり丁寧に書いておかないと、この表だけがひとり歩きしてしまうと非常に危険なことになると思うので、これだけの材料は、我々が研究をしていく素材はあるんですと。それについて、それをどういうふうに押していくかということについては今後やっていきますというような、おそらくそういうような表現が今回は精いっぱいなんじゃないかと思うんですが、隈本委員、いかがですか。

○隈本委員

例えばメトロイリントルを入れた事例で、臍帯脱出が多いという印象はあるが、バックグラウンドデータがないので比較できないという事例がありました。そこでやっぱりこんなデータがあったほうが良いというようなところから、この試みは始まったんだと思うんですね。とすると、今、病院の事例で比んでいるのですが、例えば曜日だとか時間帯だとかそういうことは、同じクラスの病院で比較するというに意味があるんでしょうけども、例えば妊産婦の体重だとか、あるいは合併症の問題とか、そういうのは別に病院と診療所、助産所、関係ないので別にこれは病院に限定する必要なくて、そういったところは別にその全データと比較すべきなんじゃないでしょうかね。病院だけに限定して、わざと数字を少なくする必要はここにはないような気がします。

逆に言うと、例えば、やはりこれを明確に、もう当然脳性麻痺になってしまったという結果から見て、そういう経過をたどるケースが多いと思うんですけど、例えば切迫早産が非常に多いと。それはおそらくこのデータを積み重ねていくと、切迫早産と、例えば常位

胎盤早期剥離が見分けにくいというような問題を何らかのメッセージとして我々が再発防止提言をするときに、例えばこの切迫早産と診断される率が、この脳性麻痺事例では一般事例に比べて何倍高くなっています。だから、見間違いが多いんですよみたいな感じで、ある意味、我々が提言するときの材料になると思うんですね。だから、そういう意味では、こういうデータをまとめて頂くことは意味があるし、この数字そのものが何か特別に、即、意味があるわけではないけども、例えば我々が何かの提言を出すにあたって、その数的な根拠が何かと言われたときに、周産期データベースに比べて、こんなに率が高いんですよみたいなね。そういうエビデンスとして、どの程度のエビデンスか分かりませんが、エビデンスとして使えると、そういう認識でやったらどうでしょうか。

僕の提案としては、こういう病院の体制とか監視とかそういうところは病院にして、妊産婦とか合併症とかそういうところは全数字にしたほうがいいと思います。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にいかがでしょう。はい、どうぞ。

○勝村委員

今の隈本委員の意見、なるほどと思って賛成です。

もう一つなんですけど、これは比較したときに、そういう背景だとよく理解した上で比較したときに、だとしたら、背景が違うんだから、こことここは違って当たり前だとか、ああ、だから、ここは一緒なんだとか思いつつ、今の田村委員みたいに、だからこそ違うかと思うと、意外と一緒だとかいうことを比較していくとしたら、もうこういう母数が違うんだから、もうパーセントの数字を見比べるしかないわけで、だけど、これは3つぐらいの表がパーセント載っていない。件数だけになっているので、それはもう全く、それを見ようと思ったら一々電卓で打たなきゃいけないだけの話なので、これは全部パーセントにすべきじゃないかと思えますけど。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。いかがですか。他には。あとはよろしいですかね。箕浦委員、どうですかね。大体今のような委員の皆さんのご意見を頂いて。私としては、具体的に言うと、あんまり突っ込んだステートメントを出すのはちょっと早過ぎると思うので、先ほどもちょっと申しましたが、これだけの材料が日本産科婦人科学会の協力で得られま

した。今後さらにそれを進めていきますという方向性がある程度示すというところで、それを説明するために必要な数値というのが、どういうのが何件、どういうのが何件というのが我々これから作業ができますというようなところをつけるという。

どうですかね。事務局はそんな感じでできますか。

○事務局（御子柴）

そうしましたら、先ほどお伝え致しました小林委員のご意見もありますので、今回は巻末に参考という形で、今回データを頂いたことと、そのデータについてもどういう性質のデータで、これまでコントロール群に準ずるような我が国の分娩を示すようなデータがないため、その第一歩として、限界はあるものの、こういうデータを集計して、概観してみたということを記載し、その後今回の取りまとめに当たって、先ほど記載致しましたような事項に加えて、勝村委員からご指摘ありましたように、この■■■■分娩がどういう合計値であるのかなどをもう少し丁寧に記載致しまして、巻末に掲載するというように致します。

また集計するデータについては、先ほどのご意見等も踏まえて、病院事例で区切るかどうかということも含めて、再度検討致しまして、改めてご相談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。やはりこのフレームがどういうフレームかというのをきちっと出して頂かないと、みんな僕たちはそれの中にバーッと入っちゃうので、お互いの先入観で話をしていますけども、やはりこの報告書を読まれる一般の色々な立場の方にすれば、ここはどこから出てきたもので、どういう枠組みのものの中に整理されているものかという、そういったところを極めて総論的なところをある程度しっかり書いて頂いた上で、今のようなことを少し入れて頂くというのでいかがでしょうかね。はい、どうぞ。

○鮎澤委員

ちょっと教えて下さい。8ページの産科の合併症、表3-2-20なんですが、私たちは臍帯脱出を統計としてとっていますよね。データベースは、項目がそもそもないですよ。これは何か意味がある。意味があるとか、意味がないというか、どっちなのか分からないんですが、どうしてこれはこんなに違うんでしょう。違うというか、項目のあり、なしが生まれているんでしょう。

○豊川客員研究員

入力する欄がなく、テキストからの抽出を試みました。そうしたら、[redacted]の中で[redacted]とか[redacted]しか、そのコメントが見つからなかったんですね。なので今回は集計、ここにこう掲載するというふうに考えています。

○鮎澤委員

はい。多分データベースもそれはこちらにも書いていないのでとあるんですけど、この感じでいくと、おそらく結構な数字になるんですよ。

○市塚客員研究員

そうですね。おそらく数は相当あると思うんですが、最初のこのデータベースの項目を作ったときに、当時の委員がその項目を作らなかった。

○鮎澤委員

それほど重要ではないと。

○市塚客員研究員

なぜ作らなかったかについてはちょっと僕も分からないんですが、その欄がなかったということです。

○池ノ上委員長

新生児仮死の欄にもなかったですかね。

○市塚客員研究員

「臍帯脱出」という項目自体がないので。

○池ノ上委員長

ない。新生児仮死の原因のところにも。

○市塚客員研究員

表の中にもありません。

○池ノ上委員長

低酸素とかそういうのがあっても。

○市塚客員研究員

ただし、フリーテキストの欄がありますので、明らかに臍帯脱出だったときは、そのフリーのコメントのところに、先ほど豊川客員研究員がおっしゃったように、書いてあるので、それはピックアップしたんですが、それは[redacted]しかなかったということですね。

○池ノ上委員長

藤森委員、何か。

○藤森委員

ちょっとよろしいですか。不確かなんですけど、依頼があって、2013年からメトロと臍帯脱出の項目が多分加わったと思います。私も去年まで周産期登録の仕事をやっていたんですけど、ちょっと不確かですけど、多分入ったと思います。そういう依頼があって。

○市塚客員研究員

これが今回は2011年のデータなので、おそらく鮎澤委員がおっしゃったようにそういうお話がやっぱり話題になって、新しく付加されたものと思われませんか。今後は変わってくると思います。

○藤森委員

2011年でしたっけ。その後から。

○池ノ上委員長

それはまさに成果が出ているというようなことでして、もともとの登録は昔、僕の若いころ、この委員になっていたころは合併症だとか、母親の背景だとか、妊産婦の状態だとか、どちらかというところちが中心で、脳性麻痺ということについてはそれほどクローズアップされてなかった時代にこのデータベースができていますね。けども、時代とともに、特にこれは今の時代はそういうことが非常に重要になってきて、今、藤森委員が言われたような作業の変化が来たということだろうと思います。それでよろしいですよ。

○藤森委員

それで結構なんですけど、もともとは、もっと前の話をすれば、これは全数登録ではなくて、周産期死亡登録だったんですね。それも少ない施設だけで、周産期委員会に属しているような施設だけの周産期死亡登録だったんですね。それを10年ぐらい前でしょうか。全数登録に広げたというそういう経緯がございます。

○池ノ上委員長

もう少し前ですかね。

○藤森委員

20年ぐらい前ですかね。

○池ノ上委員長

20年ぐらい。はい。よろしいでしょうか。他にご意見ございますか。じゃ、事務局、よろしいですか。

豊川客員研究員、何かご発言ございますか。

○豊川客員研究員

これは並列してしまうと、背景が異なる、まだそろい切れていない分析をそのまま載せることになるので、かなりミスリーディングのリスクが高いというふうに思っています。将来的には多変量解析等、全ての要因を調整したようなことをしていかなければいけないと思うんですけど、まだ現実にはそこまで行けていません。巻末で、これを載せるときに、やっぱり横に並べるといのはかなりリスクイかなというふうに思いますので、現在の日本の動態統計の参考資料もそれを単体で載せていることを考えると、今回は周産期登録事例のみを巻末に載せる方向で、特に皆さんから異存は、異論、ご意見ありますでしょうか。

○池ノ上委員長

周産期登録事例のみをこのような分類で載せるということになりますか。

○豊川客員研究員

この網かけの部分だけ掲載ですね。機構とのデータを併記しないということです。

○池ノ上委員長

ええ、これをですね。

○豊川客員研究員

はい。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○田村委員

一般に公開するところは、それでいいと僕は思うんですけど、僕らが再発防止委員会として検討するときには、さっき勝村委員がパーセントで表示してくれないとおっしゃいましたけど、多分それだけでも、パッと見ただけじゃ分からないので、度数分布みたいな形で片方を青色、片方を赤色とかいうようにやって頂くと、ああ、ここの部分はほぼ同じ重なって、ここはこんなに違うんだということが分かって、そこから僕らが再発防止という観点からこういった問題を突っ込んで検討しなきゃいけないんじゃないかというようなことが分かるかもしれないので、一般に報告するときには、あんまり逆に言うと、それで

早とちりをして、間違っただインプリンティングをしちゃいけないですから、そこまでは必要はないんですけど、僕らが検討するときには、できればそうして頂いたほうが、何か再発防止の観点からのヒントが見出されるんじゃないかなと思うので、事務局の方、大変だと思いますけど、できれば、僕らの内部資料としてはそういう資料の作成も検討して頂ければと思います。

○池ノ上委員長

おそらくワーキンググループが作業を始めると、その部会、その部分、ワーキンググループはそういう作業をしていくんだと思うんですよね。そのこのポイント、ポイント、この委員会にも出して頂けるようなそういう仕組みになっていけば、有意義なものになるんじゃないかと。今回、もし出すとすれば、先生がおっしゃったように、バイアスもかからない、ミスリードしないようなデータですね。出生体重だとか何とか、男女だとか、豊川客員研究員などがご覧になって、そういったもので今回使えるというのなら出して頂いてもいいと思うんですけど、少し背景だとか、あるいは産科学的、あるいは新生児学的な検討を必要とするようなデータというのは、やっぱりしっかり研究してからじゃないと、ひとり歩きしてしまうと、この再発防止委員会の、何やっているんだと問われる可能性も出てきますので、やっぱりそこら辺は慎重にきちっとしたことをやっていくということになるかと思います。はい、どうぞ。

○勝村委員

ちょっと僕のうがったあれかもしれないですが、ひとり歩きとかミスリードとか心配しているのは、結局そういうふうにメディアに報道されてしまうという意味ですか。その報告書を読む人たちが本当に勘違いするとかいうことですか。僕はきちんと書けば、つまり、メディアが間違ったら、これはメディアとしては大変な失態だということになるような文言をきちんと最初書いておいたら、そんなミスリードにはならないと思うし、結局、もし一般国民がという意味だとしたら、ミスリードするから出さないほうがいいというのは、あらゆる情報公開を否定していたときの論理なので、僕はきちんと書いた上で、やっぱり必要だと思って議論しているんだしたら、できるだけ上手にきちっと説明をして、伝えていくという説明責任をできるだけ国民として果たしていくという形をとって欲しいので、安易にミスリードがされるから、ミスリードがされるからといって削っていくという方向に関しては、ちょっとどうかなという立場です。

○池ノ上委員長

ええ。今、私が言いましたことは勝村委員と同じことを言っていると思うんですけど、例えば産婦人科の医師でもこのデータを読んで、どういうふう結論を導くかというときに右と左に分かれる可能性のまだある未成熟なデータの場合は、それは同じそういうプロの集団でもミスアンダースタンドといいますかね、そういう情報になるような状況はあり得るわけですね。そこである程度の議論がされて、これはもう大丈夫ですよというようなのが今度はオープンになっていって、メディアの皆さんたちがそれをご覧になるということになるだろうと思うんです。今言いましたように、体重だとか性別だとかいうのは、あんまりミスリードになりにくい情報というものはあるわけで、そういったものはある程度のチェックが済んだらどんどん出していくということになるだろうと思うんです。

例えば常位胎盤早期剥離と早産との関係をどうしますかというような、隈本委員のおっしゃっているようなことで、いや、もう産婦人科医自身もそこら辺に気づいたら、今度は早産なのに常位胎盤早期剥離と間違ってしまうと、どんどん常位胎盤早期剥離の対応をしてしまう。つまり、どんどん帝王切開をしてしまうというようなことにもなりかねない。そういう意味でのミスリードがプロの世界にも起こり得る。だから、そこで、じゃ、常位胎盤早期剥離と切迫早産オンリーというのをどういうところで見分けられるか、見分けられないかというところをしっかりとこのデータが出るんだったら出していくと。それでも、いや、やっぱり常位胎盤早期剥離はとんでもなく危険ですよ。そうしたら、少々ミス、ダイアグノーシスですかね。先手先手で勝負をして下さいよというようなインフォメーションも出せるだろうし、50%の確率で勝負して下さいよということを言わざるを得ない、今の脳性麻痺の発生の現状ですよというようなところまでしっかりと出すと。それがミスリード。

メディアに対しては、今度は、まさに先生おっしゃったように、我々が説明の努力をすると。そして、これはこうです、これはこうですということをはっきりした事実ではないことが伝わらないように、事実は事実としてしっかりと伝わるような努力を我々がしていくということになるだろうと。おそらく今、委員の中でミスリードという言葉が出てきたのは、前者のミスリード、そういうふうに私は理解しておりますし、おそらく皆さんそういうふうな意味で使っておられると思います。

はい、どうぞ。

○豊川客員研究員

僕の言っているミスリードというのは隠す意味ではなく、疫学的な分析において、交絡因子を調整できていない分析結果は見せかけ上、表面上の関係性を示しているだけにすぎないというふうなことでありますので、その分析においてというような感じで。

○勝村委員

そうだと思うんですけど、その分析において間違わない人もいるのに、間違う人もいるという前提なので、ミスリードという言葉はそうですよね。だから、僕は国民をあんまりばかにしてほしくなくて、国民はばかだから、間違う人がおるから、間違わない人たちは使うけど、間違うかもしれないばかな人には見せないというんじゃなくて、間違うかもしれないばかな人にもきちっと教えていくという努力をやっぱりできるだけして、そのバランスがありますけど、もう切り捨ててしまわないで、できるだけ同じように理解してもらおうという努力をすべきが情報公開だと。情報公開の究極は教育だと思っているので、そういうことを安易に諦めてほしくないという思いが根本的にあるということです。

でも、おっしゃることも若干分かるとしても、このデータはあくまでもそういう条件の [REDACTED] だけで、同じパーセントでこうなりますと。重度脳性麻痺になった [REDACTED] で、パーセントはこうなっていると。このこと、このことを全くすぐに比較できることではないということだけでも、そういうのをやっぱり見比べてみるということは、再発防止という観点で疫学的な見方ができるかもしれないということで、そういうことを始めていますというだけのことですよね。とりあえず始めてみた。何らかのそういうことがあるかもしれないから始めているのであって、だけど、それを全く一つだけ載せるというデータにどんな、それをどう使うのかというのを、僕らはやっぱりそれしか、それだけ載せるということで色々なことをやっぱり考えてみようとかいうことを多くの人に提示できないと思うんですよね。

だから、専門家はここだけじゃないので、色々なところに専門家はいるわけで、やっぱりそれだけで自分たちは検討できるかもしれないけど、他の専門家は検討できないじゃないかということになりかねないですよね。できるだけ、やっぱり安易にもう諦めてしまうというよりは、それほどミスリードが怖いという想像がこの件ではあんまり僕は感じないです。

○池ノ上委員長

勝村委員がおっしゃることはよく、前からそういうことをずっとおっしゃっていたので、よく理解できる。鮎澤委員がおっしゃったように、こういう資料とといいますか、我々の目の前に出てきたということはもう大変な収穫といたしますかね。進歩だと思っただけですね。そういったことをこの報告書の中に載せて、我々の作業もしっかり進んでいますということアピールしたいということもある。それはこんないいことにつながるんですというような……。

○勝村委員

ちょっと僕が誤解していたのは、これは並べないだけで、ページをこっちとこっちと振り分けたら見比べることができるというやり方をするということですか。ああ、それならばまだ理解できますが。

○池ノ上委員長

そういうことです。ですから、今のその並べるようになるための作業というのは、そのワーキンググループ等がやってくれるだろうと。

○勝村委員

分かりました。

○池ノ上委員長

よろしいですかね。どうもありがとうございました。じゃ、そういう方向で作業を進めて頂くということで、どうもありがとうございました。

では、続きまして、次は子宮内感染についてですかね。じゃ、お願い致します。

豊川客員研究員、どうもありがとうございました。

○事務局（御子柴）

続きまして、「テーマに沿った分析」の1つ目、「子宮内感染について」、資料3と資料4、

①、②をご覧頂きながらご審議をお願い致します。

これまでにお示した部分から変わりました点についてご説明させて頂きます。

まず資料3の1ページ目、下に空欄を作っておりますが、こちらに上段に書いてございます文章で、今回、子宮内感染というものを分析対象としたその対象が分かるように、子宮内感染及び周産期における感染というものを簡単にイラスト化したものを載せたいと思っております。

今回、作業が間に合いませんでしたので、大変恐縮ですが、今後またご連絡させて頂き

まして、ご相談致します。次回の委員会の時点でお示ししたいと考えております。

頁をめくって頂きまして2ページ目に、表1として載せております病理組織学検査の結果を、そのステージについて詳細を前回は別の表でお示ししておりましたが、診断があった、かつ、絨毛膜羊膜炎と診断された事例の内訳として、今回このように並べてお示ししております。

次、3ページです。今回、集計して新たに加えたものにつきまして、妊娠中の培養検査の結果の実施のあり、なしの下のところに、前回ご質問がありましたカンジダ陽性事例について、 以降に絞った形で集計したものがこちらの件数となっております。

それから、前回、胎児頻脈については、重要な所見とご指摘頂きましたので、羊水混濁の上のあたりに「胎児頻脈（160拍/分以上）あり」と集計したものをお示ししております。

抗菌薬の投与、あり、なしというものの内訳として、注釈に、注4)でこういった系統の抗菌薬を投与したのかを記載致しました。また、前回ご指摘頂きましたガイドラインに沿った投与、あるいはそういった種類のものが選択されていたかどうかについて、4ページのところにGBSの陽性の事例が ございまして、これらの紹介の中に原因分析報告書の記載を追記致しております。また、これらGBSが陰性であった事例 の中にも早発型GBSを発症した事例がございましたので、その事例の経過についても少し追記致しました。

4ページの下に、CRP陽性、羊水混濁等、今回追記したものを含めて、母体所見のいわゆる診断基準とされているもの以外のものについて、原因分析報告書の実際の事例の中で記載された文書を追記致しております。

羊水混濁の事例については、以前ご指摘頂いて加えた項目でございますが、割合が とかなり高い比率ではございましたが、羊水混濁というものがこの文書にあります通り、感染の徴候を示す羊水混濁であったのかどうかということがなかなか難しいということもあります。また、どういう性状であったかというものを確認するということでご指摘頂いていたのですけれども、やはり原因分析報告書の中で、羊水混濁の程度が2プラス、3プラスといったような記載はございますが、性状とかそういったものについて必ずしも記載を拾えるという状況ではございませんでしたので、今回このような形で取りまとめております。

続きまして、5ページに出生時の臍帯血の結果をお示ししております。前回までは表でお示ししておりましたが、今回、早産、正期産で分けた形のグラフでお示しております。やはりこの事例から見えてきたものとしましては、pH値7.0以上が■■■■、7.1以上としても■■■■というような結果ですので、絨毛膜羊膜炎の事例についてはこのような結果となっておりますので、どのように分析あるいは記載していくか、ご意見頂ければと思います。

加えて6ページに図3と致しまして、アプガースコアの分布を図でお示しております。やはり5分後のアプガースコアを見て頂きますと、他の疾患の分類に比べますと、4点以上といったものが多かったかと思われま。

続きまして7ページに、新生児の状況ということでお示ししております。新生児の培養検査について以前からいくつかご指摘頂いておまして、現状このような形で、可能な限りで分類して集計しておりますので、こういった示し方あるいは記載、追記する文章などをご指摘頂ければと思います。

続いて8ページをご覧ください。こちらが分析対象事例の胎児心拍数陣痛図の状況ということで、以前からお示ししているものに少し記載を加えております。前回ご指摘頂きました胎児頻脈については、固有の基線からどの程度の基線になった頻脈なのかということが分かるように、第2段落のところに記載しておりますけれども、こういった形で文章化するとなかなか分かりにくいので、よりよい示し方、例えば何BPMから何BPMへの上昇といったような形で書くほうが分かりやすいか、あるいはどの程度、何拍以上がどうというふうな記載にするべきとか、そういった記載の方法についてもご教示頂ければと思います。

頻脈の事例の中に、3段落目のところにその後遷延徐脈が引き続いた事例というものがあるがいくつか件数がございます、藤森委員に実際の心拍数陣痛図をご確認頂いて、こういったご指摘等も頂きました。件数を数えましたところ、■■■■ということで、事務局で集計しております。このうち■■■■については、発熱ですとか血液検査などで可能な所見なども疑われた事例ということになっておりました。こういった徐脈、頻脈の後に高度の徐脈が引き続いた事例ということで、図4にお示ししております。

現状ですと、まだ作業が十分でなく、申し訳ございませんが、何時何分という記載にしておりますけれども、娩出からどのぐらい前の時点だったのかというような形で、遡った

形の時刻経過で追記するよというご指導も頂いておりますので、そういった形でまた作業は進めてまいります。

次、9ページの文章の下をご覧ください。こちらは前回からお示ししておりますけれども、頻脈の事例のうち、基線の上昇が一過性頻脈と判断されて、実際の徐脈が基線と誤解された可能性がある事例ということが何件か見られておりましたので、そういった事例について、めくって頂きました10ページから実際の波形をお示ししております。

あと、今回の事例から見られたものとして、11ページの下に2行で分かれておりますが、文章で記載しております通り、正常とは言えないものの、直ちに急速遂娩を行うような重度の異常所見がなく、分娩に至って、結果として、本制度の対象の重度の脳性麻痺になったと考えられた事例というものもございました。そういったものについて図6にお示ししておりますが、明らかな異常ではないような波形ということで、徐脈ではないですけれども、一過性頻脈が消失した事例というものがいくつか見られていました。

また、一過性頻脈の消失または減少が見られた事例の中で、その後、基線細変動の消失・減少も見られた事例、あるいは前後で見られた事例というものがうち[REDACTED]だったということで、これが有用なデータか、こういったまとめ方、示し方がいいかどうかということもご検討頂きたいのですが、やはりレベル分類などで、レベル5、レベル4とされるようなものでなくても、明らかに正常とは言えず、重度の異常ではないというようなところで経過観察されたのではないかと考えられたような事例がございました。そういった事例の記載については、12ページの真ん中ほどに文章で説明しているところです。

モニタリングについて変更した点は以上になります。

次ですね。16ページから、事例の紹介の中で、前回、事例が教訓となる事例として適切か、適切ではないのではないかとというご指摘等も頂きまして、事例2は新しい事例に差しかえております。こちらの事例は、子宮内感染がいくつかの原因の一つとされた事例で、前期破水があつて、ただ、臨床的な所見が特になく、抗菌薬の投与もなく、分娩に至った事例になりまして、病理の実施はありましたが、こちらの所見もありませんでした。ただ、臍培でGBSが陽性だったという事例になっております。CTGにおいては、一過性頻脈の消失が見られたという事例になっております。

今回、教訓となる事例をお示しするに当たりまして、CTGについては、いくつか件数が集積されてきた中で、先ほどお伝えしたような傾向と言えるかどうかはあれですけど

も、結果となりましたので、教訓となる事例については、教訓性が見出せるような事例というところに焦点を当てて紹介するような形と致しております。

それ以降の抜き出しの部分については大きな変更はございませんので、説明は割愛させていただきます。

最後、提言の部分をご確認頂きたいので、38ページをご覧ください。

後ほどまたご議論頂きたいと思いますが、事務局で作業していく中で、委員長にご相談させて頂いて、いくつか考えられる提言を記載しております。

1) 産科医療関係者に対する提言として、今回仮置きでタイトルをつけておりますけれども、まず(1)として、前期破水や母体発熱がみられる場合、「子宮内感染を考慮し、血液検査を実施するとともに、胎児の well-being に注意する」と致しました。

次、(2) 子宮内感染、臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準に該当する場合。また、この診断基準というところの定義づけも丁寧な記載が必要かと思っておりますけれども、まず、「定期的な検査の継続によりデータの推移に十分に注意し、慎重に管理するとともに、状態の悪化がみられた場合は速やかに早期の分娩を目指す」と致しました。

次、(3) 臨床的絨毛膜羊膜炎の診断基準を満たさないが疑わしい所見がある場合。なかなか Lencki の分類というものを全て満たすのが報告書から確認できない点もありますし、実際、診療録に記載されていない、あるいは観察されていないということもありまして、なかなか満たさない場合であっても、その中のいくつか疑わしい所見がある場合ということで、前置きを致しております。

①として、連続的モニタリングを行う。

②低酸素に対する胎児の予備能力の低下を引き起こすことから胎児頻脈がある場合などは特に注意し、その後の遷延徐脈の出現など胎児の低酸素を示す異常所見が見られた際に、迅速に対応できるよう急速遂娩の準備、小児科医の連絡など、体制を整えるということを検討するような提言と致しました。

③として、先ほどのモニタリングなどから見られた状況として、明らかな一過性頻脈がない状態が持続した後に高度の徐脈が出現した事例がみられたことから、明らかな一過性頻脈がない状態が持続する場合にも、上記と同様に、異常所見出現時に迅速に対応できるよう急速遂娩の準備、小児科医への連絡などを検討するとしております。

(4) について、グレーに網かけをしておりますが、ここはなかなかモニターの所見だ

けからというのが難しいかという懸念もございますが、特に今回、胎児頻脈が見られた事例がかなりございましたので、「胎児頻脈がみられる場合 絨毛膜羊膜炎の診断基準に該当しない場合であっても、胎児心拍数陣痛図で胎児頻脈がみられる場合には、母体のバイタルサイン・血液検査等の所見を確認し、感染の鑑別診断を行う」という記載をしております。

(5)、ここも以前から記載しております病理検査についてです。

次、2)学会・職能団体に対してですが、(1)は、以前から書いております事例の集積と機序などについての研究推進。

(2)として、今回、モニタリングでやはり今、ガイドライン等で提示されているレベル分類ではなかなか判断に困るような事例があったと考えられましたことから、こういった反復する一過性頻脈が持続する場合、明らかな一過性頻脈がない状態が持続する場合などについて、こういった感染をはじめとした状態悪化の関連性との検証・研究を検討することを要望すると致しております。こちらについてもなかなか記載が難しい点だと思いますので、ご意見頂ければと思います。

(3)としては、明らかな異常を示さない場合においても重度の脳性麻痺を発症したと考えられた事例があったということがございましたので、疑わしい所見がある場合の判読と対応についての指針を検討することを要望すると致しました。

(4)は、以前から記載しております病理についての周知の提言です。

以上でございます。

○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。

なかなかこれは子宮内感染というのは扱いが難しいテーマだと思います。ちょっと気づいたんですけど、これは子宮内感染が疑われる、あるいはそれがあった新生児の観察のポイントみたいな、あるいはその赤ちゃんはどうして下さいというようなことをどこかで書いてましたっけ。これは例えばEarly-onsetのGBSみたいなのがその中に入ってくる可能性があるわけですね。それに対しては、新生児観察の体制というのはこういうことというのがガイドラインにありますかね。ガイドラインはなかったかな。

○事務局(御子柴)

GBSの欄にそういった新生児の観察についての記載がございません。

○池ノ上委員長

ないんですよ。田村委員、やっぱり生まれた後も大切ですよ。

○田村委員

そうですね。当然、各種の検査も必要ですし、モニターも必要ですから、確かにその項目は非常に大事だと思います。

○池ノ上委員長

例えばもう新生児の専門医にコンサルトするということの積極的な提言とかね。

○石渡委員長代理

それは書いたほうがいいですね。

○事務局（御子柴）

GBSに関してはブルーの11年版のガイドラインですと、239ページで、B群溶血性レンサ球菌の保健指導の取り扱いについて書いてあります。Answerの中には特に新生児のフォローの方法ですとかそういった指針の記載はございません。解説の中にも感染症に有効であるということで、検査のスクリーニングについての記載はありますけれども、その後のフォローなどについては記載がなく、発症率については、241ページの上段に記載がございます。

○池ノ上委員長

例えば妊娠中にGBSが診断されていて、分娩中にきちっと対応が、抗生剤が投与されて大丈夫だろうと思っていたけども、GBSで悪くなったというケースもありますよね。ですから、そういうものに対する、やっぱり何か、あるいは新生児期の観察が重要であるとか、早期の新生児専門医との協働の作業が必要であるとか、新生児の何かそういうテキストブックとか、あるいは小児科での。

○田村委員

積極的には、少なくともGBSだけに限ったガイドラインみたいなものはまだできていないと思いますね。

○池ノ上委員長

ない。子宮内感染で生まれた新生児の一般的な観察、項目ということですね。

○田村委員

そうですね。

○池ノ上委員長

その新生児、または全例、新生児専門医に相談となると大変なことになりますよね。

○石渡委員長代理

ええ。産科医としての基本的なポイントぐらいはどこかに書いておいたほうがいいと。

○池ノ上委員長

うん。書いておいたほうが、not doing well というようなことをよく言いがたいことを何とか、例えば飲みが悪いとか、体温が不安定だとか、低血糖だとか、何かそんなことがどこかで出てくれば、より具体的な指針として産婦人科医とか、あるいは助産師さんたちの観察のポイントになるんだと思うんですね。どうもそこが何となく足りないなという感じがしますね。出生前は詳細に調べても、結果は出生後。

○事務局（御子柴）

そうですね。今回の事例からですと、まず4ページに記載しておりますGBSの状況でございますが、陽性だった[]のうちに、実際、今回の分析対象事例の中で、早発型のGBS感染症を発症した事例というのは[]でした。それが原因に関連したということで。この[]については、陽性とはしてございますが、妊娠[]に実施された時点では陰性と診断されておりましたので、その後、[]とも抗菌薬を投与して、入院時の検査を行って、その結果が出たのが分娩後ということで、分娩後に陽性だったということが判明したということになりますので、そういった点で陰性という扱いをされていたので、抗菌薬の選択がこのような状況だった可能性もあります。

次の[]については、やはり同じく[]に陰性とされて、出生後の[]後から症状が出始めて、新生児の培養検査の結果からは陽性ということが分かって、かつ、セプティック・ショックになったというような事例になっております。

ガイドラインの検討、妊産婦の中のガイドラインの審議の中でもありましたように、現在ですと、そういった採取する時期とか、あとは採取する場所をどうするかということで、疑陰性をどうしていくかというところが論点になっているのかなと思います。2014年版のコンセンサスメETINGの（案）でも現状は新生児に関する提言というものは特に記載されておりません。ただ、採取部分については、膣入口部並びに肛門内から採取するというふうな形で、Cというレベルですけれども、追記されている点が変更点。また、その他、今回、妊娠中の尿培養でGBSが検出。GBS保菌が不明であっても、いくつかの

条件を満たす場合は抗菌薬を投与するなどというような形で対応されているという状況でして、新生児のことについての新たな何か記載というのは特になさそうな状況です。

○池ノ上委員長

どうでしょうかね。新生児期に観察が必要であるという。何か言っても言わなくても同じような気も。当然でしょうといえば当然ですけど。どうですかね。

○田村委員

マニュアル的なものしか、今のところはないと思いますね。本当にコンセンサスを得られたガイドラインという形では、日本では比較的頻繁にCRPをチェックしていますけど、海外じゃあんまりCRP、欧米は診断していませんし、そういう意味ではなかなかこれがガイドラインだといって出すのは、今の時点ではかなり難しいけど、マニュアル的なものであれば、それぞれの施設は持っていると思いますので。

○池ノ上委員長

やっぱりそういう子宮内感染があって生まれた児への新生児期の観察は、より詳細に目を離さないで行うというように1行をどこか入れておいたほうが。いわゆる通常の赤ちゃんと同じような扱いではないというようなことですね。それは入りますかね。

○事務局（御子柴）

そうしましたら、提言に、妊娠中に下部のような母体所見があった疑わしい場合とか、あとはGBSが疑陰性が多いということのを考慮して、その新生児早期のそういった観察等で何か変化があった場合にはというような記載ということですか。

○藤森委員

絨毛膜羊膜炎が疑われた場合は多分問題がなくて、ここに書いてあるように、この事例のように、やはり何でもなくて、その後、早発型のGBS感染症を発症した場合にこういうふうになるということですから、破水して何時間もたって、絨毛膜羊膜炎を疑って、赤ちゃんも頻脈になって、帝王切開したというのは、これはもうきちんとフォローアップされるはずなので、いいと思うんですけど、やはり僕がこの一例のことがこれだけ詳細に書いてあるので、これは十分、読んで頂けるかどうかはまた別として、ここの項目というのは結構しっかり書いてあるので、こういうことがあるんだよということで、これでも十分教訓にはなっているんじゃないかというふうに思いますが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長

非常に教訓的で、ある意味、これは落とし穴なんですね。■■■■で、その後ちゃんと対応しているわけですね。結果が生まれた後に分かってきたという。

○藤森委員

そういうのがあるということ、実際あるということが、我々もよく言われていることですけど。

○事務局（御子柴）

分かりました。そうしましたら、GBSでこういう疑陰性というか、妊娠■■■■に、あるいはガイドラインで示せるような週数に検査をしても、陰性とされて、実際に脳性麻痺になって、早発を発症したということ認識するというような提言ということで。

○池ノ上委員長

そうですね。疑陰性という言葉を使うよりも事実をちゃんと、何週に調べて、何週で所見が入ってどうのという事実を淡々と述べて、それが注目してもらえるような書き方に、書き場所といたしますかね、それがいいと思う。市塚客員研究員、何か発言。

○市塚客員研究員

いや、今の事例について、提言のところに特出しするのがいいかなと。

○池ノ上委員長

そうですね。はい、どうぞ。

○鮎澤委員

専門外なのに申しわけない。今の議論されておられることは、原因分析報告書の提言には書かれていないんですよね。今まで私たちは提言を比較的、原因分析報告書の中に書かれているものをピックアップして、その中から持ち出すようなスキームで作りに上げてくるんですけど、今、特出しという言葉がありましたけど、今回はその原因分析報告書に書いていないけれど、私たちがこの観点から提言として書きたいという、そういうスキームの提言になると思うんですが、今までそれはあまりないですよ。

○池ノ上委員長

海外の文献などを引っ張ってきて、載せているというのはあるんですね。

○鮎澤委員

そうですね。そういう書き方を否定するのではなくて、そういうことができると、それはそれでまた一つの新しい形なので、どういうふうにも出てくるときに、書き上

げていくかということをあわせて検討して頂けると。

○池ノ上委員長

GBSとか、あるいは子宮内感染のマスで出てきますよね。マスで出てきたときに、個々に出てきたのをマスとして見たときに、今のような新生児期の注意が必要ですよということここでまとめるのがいいんだと思うんですよね。それぞれの原因分析委員会がこれは子宮内感染による新生児脳障害であるということ、何例で、しかも、その中でGBSが何例というのが出てきました。それはここで初めて統計的に分かることですのでね。だから、そこから流れてくる議論としてまとめるのがいいのかなという気がするんですよね。

○鮎澤委員

はい。逆に、今まで比較的、原因分析委員会で書かれていたものの編集のようなイメージがあったんですけど、いやいや、そうじゃなくて、ここだからこそ分かることをオリジナルでつけていくのが、これから色々機会が出てくるんだと思うんです。ぜひそういうようなことを一つの形として作って頂いて。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。やっぱりたくさん集めてみると、今こういうのがあるし、それから、ちゃんと決まりどおりやってもやっぱり落ちたというのもあり得ますよということも非常に大事な情報だと思うんですね。

じゃ、よろしいですかね。そういうようなこと、皆さん、ご意見頂きましたので。はい、どうぞ。

○勝村委員

いいですか。この鮎澤委員と同じようなことかもしれないですけど、この原因分析報告書にはもちろんこういうグラフをこういう形で書いてやってはいない。でも、グラフのことについて触れているけど、グラフは提示していないですよ。このグラフを提示しているけれども、これは例えば一般の現場の助産師さんと看護師さんが見たときに、ここで頻脈が何とかで、何とかでという文章を読み比べたときに、そのグラフの中の書いている、どの場所なのかというのが分かりにくいと僕は思うんですよね。何かそういうことがはっきりしているのならば、例えば一過性頻脈と、しばしば基線の上昇があるのを一過性頻脈で判断し、実際の徐脈が基線と誤解した可能性もある事例が分かったというのは、それはどの場所のことなのか。グラフの中のどこを見て、その文章を見ていかなきゃいけないの

かというようなことこそ、産科医療者への提言というところの再発防止の報告書としては、やっぱり読んだら分かるようにしないと、現場の助産師さんや看護師さんが読むのは、読んで分からないと諦めてしまうより、分かりやすいなという形にできればいいなと思うんですけど。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。前回ちょっと見て頂きましたかね。モニタリングのワーキンググループが作った。これですか。

○事務局（御子柴）

ワーキングの資料は特にご提示しておりません。

○池ノ上委員長

してないですかね。

○事務局（御子柴）

はい。本日はご用意しておりませんので、本日はその原本をご用意しております。

○池ノ上委員長

そうですか。ここにそういう色々なケースで、だけど、このワーキンググループをまとめてくれたんですけど。

○事務局（御子柴）

いえ、こちらの事務局が作業したものです。

○池ノ上委員長

ああ、そうですか。済みません。あれじゃないんですか。

○事務局（御子柴）

はい。ワーキングはご用意しておりません。

○池ノ上委員長

これはこのやつでしたね。鮫島委員長がやったやつはここには提示していない？

○事務局（御子柴）

前回、（案）の段階でご紹介をさせて頂いたんですけども、ご提示は特に。

○池ノ上委員長

内容はまだ先生方には見て頂いていないんですかね。あの本を。

○事務局（御子柴）

前ははまだ作業途中のものをご覧頂いているというものです。

○池ノ上委員長

いや、作業途中のものは、だから、先生が言ったのはああいう感じですよ。

○勝村委員

はい。素晴らしいことだと思っていて、再発防止ということで現場の看護師さんや助産師さんに本当に読んでもらうものとして最高のものができつつあると思っているんですけど、同様にこうやってグラフを見せて、かつ、グラフについてコメントしているなら、そのグラフの中にちょっと上書きで、もともと書いていたんじゃなくて、いかにも上書きをしているということが分かるように上書きをして、図の中のAの場所、Iの場所という感じでやれば、僕は一般の看護師さんが非常に読みやすいものになって、そういう形というのをぜひやってもらえたらありがたいなと思って。

○池ノ上委員長

そうですね。それは必要な部分は注釈を入れるというようなことでやったほうがよろしいと思いますけど、いかがですか。事務局、大変だと思いますけど。

○事務局（御子柴）

はい。図のタイトル、表題で、ある程度お示しできている部分については、見にくい、見にくくないという観点で整理して。

○池ノ上委員長

分かりやすければそれでいいと思うので。

○事務局（御子柴）

そうですね。あと、こちらについては、基線の位置ですとか目盛りについてはもう少し分かりやすく示しますので、まずはその表題の示し方を検討して頂いてと思います。

藤森委員からもしあれば。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○藤森委員

よろしいですか。表題である程度分かるものもあると思うんですけど、結構、表題で典型的なのが出ているかなというふうな感じは、私の目からするんですけど、判読する上で、先ほどもちょっと御子柴さんおっしゃいましたけど、ぜひスケールをもっと大きく、

特に頻脈の診断しているわけですから、1目盛りが30なのか、20なのかというので全然違うので、もう少しはっきり。ここが160だよというのを分かるようにして頂きたいというのが私からの意見と、それから、8ページ、9ページ、お願いした事例で、非常に典型的ない事例を見つけて頂いたというふうに。これは先ほどどのようにまとめたいですかというお話がございましたが、これぐらいの事例のときはやはり実際のモニタリングを見て頂くのが一番いいんじゃないかと私は思っていますので、非常にタイトルのつけ方を少し工夫されるということだったので、僕はこの提示の仕方で非常に分かりやすいんじゃないかというふうに思います。

それから、済みません。ついでにもう一件言っちゃってよろしいですか。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○藤森委員

先ほど提言のところがちょっと出たんですけど、これも僕、実はどういう提言が出てくるのかというのを非常に気にしていたんですけど、これも非常によくまとめて頂いて、特に胎児頻脈が見られる場合ということのこの提言も、これが精いっぱいかなという気が致します。

1点だけ、(3)の①の連続的モニタリングの、このモニタリングに関してなんですけど、胎児心拍陣痛図なのか、それとも感染のモニタリングなのか、どっちももちろん必要だとは思いますが、それについてもう少しモニタリングというわけじゃなくて、具体的に書いて頂ければというふうに思います。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。他に何かご発言ございますか。

○勝村委員

僕のさっきの意見の補足なんですけど、特に基線細変動の消失というのは、まだ僕も分かるような気がするんですけど、減少と書いているのが、このグラフの中のどこのポイントなのかというのをやっぱり後方視的に見て、ここで減少なんだということで、分かっている、皆さん一致しているのならば、書いてあげるということは、今の看護師さんや助産師さんに読んでもらうという意味ですごく大事だと思うので、そんなこともぜひお願いしたい。

○池ノ上委員長

この所見として出ているところはよろしいですね。はい、どうぞ。

○石渡委員長代理

13ページのT a c h y s y s t o l eなんですけども、頻収縮ですよ。今まで過強陣痛という言葉が、言葉としてはなれ親しんでいるんですけども、結局、過強であるかどうかというのは、陣痛の強さだけでは、内測法、外測法は違いますので、分かりにくいので、この回数でやっていっているわけですね。この頻収縮というのは、すなわちこれは過強陣痛というような判断でよろしいんですか。周産期委員会ではどうなんでしょうか。

○藤森委員

はっきりとした用語の定義はないと思います。なので、今ある定義というのは、先生おっしゃったようなこのT a c h y s y s t o l eという一つしかないと思います。圧とかも教科書的には出ていますが、やはり日本になかなかないところがあって、はっきりとした定義の確定というのはなされていないというふうに思います。

○石渡委員長代理

すなわちこの頻収縮と過強陣痛はイコールではないんですね。

○藤森委員

過強陣痛というと、子宮収縮の回数もちろん含みますけれど、その圧もありますので、過強陣痛というと、頻収縮もありますし、陣痛が、内圧が異常に高いということもあると思います。それから、ごめんなさい。回数もそうですけど、1回当たりの持続時間も入りますので、過強陣痛と言ってしまうと。今ある定義はこれだけだと思います。

○石渡委員長代理

分かりました。

○池ノ上委員長

これはあれですよ。ここに出ているのは、胎児に低酸素を来すような子宮収縮が起こっているということも入っているんですね。

○藤森委員

そうですね。

○池ノ上委員長

他によろしいですか。どうもありがとうございました。

続いて、議事の2ですね。搬送体制について、お願い致します。

○事務局（御子柴）

搬送体制について、(案)と致しまして資料5、事例の一覧として資料6をご用意しております。今回まず診療体制ということでご提示頂きまして、以前までご説明させて頂きました通り、かなり広いテーマでありますことから搬送体制というところに絞って取りまとめしております。「はじめに」と致しまして、搬送体制というものについて記載し、また、■■■■についてこの母体搬送の状況を概観したという記載にしております。また、以前から地域特性などについて検討することをご指摘頂いておりますが、やはり医療機関の所在地等の記載がないことから、地域特性について分析することは難しいのですけれども、今回の実際の事例から見えた搬送体制についての課題に関して、今後の課題ということと致しております。

公表した■■■■のうち、搬送された事例は■■■■で、■■■■ございましたので、その事例についてまとめております。各事例についての背景がどのような状況であったかを2ページの表1にお示ししております。早産ですとか出生体重等が児の管理にも関連致しますので、そういったもの。あるいは、結果としてどういう分娩経路だったか。また、「胎児数」以下の項目につきましては、そもそもどういったリスクを持った妊婦だったのかということが見えるか、集計しております。

表2に母体搬送の適応ということで、こちらは前回からお示ししておりますけれども、母体適応、母児の適応、胎児適応と様々でございますので、分類してお示ししております。

また、その他と致しまして、夜勤帯でスタッフが少なかったり、吸引分娩を行ったけれども、帝王切開術ができなかった事例などもございますので、その他としてお示ししております。

次、4ページには、前回からお示ししております施設区分ごとの搬送経路として、診療所から搬送された事例が多くございましたが、病院から病院へ搬送された事例などもございました。また、前回ご説明しました通り、うち新生児搬送、さらに高度な治療が必要ということになり新生児搬送も行った事例が■■■■あったという状況です。

前回からご提示しております時間についての検討でございますが、右の5ページの表4のところに各所要時間を記載しております。前回、搬送を決定してから搬送先が決定するまでの時間などを確認するようというご指摘頂きましたが、やはり原因分析報告

書を確認致しましたところ、そういった時間とか、時間がかかった理由などが確認できた事例というのが■■■■でございましたので、件数でお示しすることになりますと、不明の事例がかなり増えてしまいますので、表については前回のまま集計、分類しております。

ただ、記載を追加致しまして、4ページの下ですね。搬送決定から搬送元分娩機関を出発するまでの時間Bは■■■■が平均でして、また、Bに時間を要した事例の状況として、原因分析報告書においては、■■■■

■■■■事例が■■■■。その次が■■■■

■■■■などの記載がありましたので、件数でお示しすること、また、時間を計算するというのは難しかった状況ですが、こういった事例を紹介することで、教訓性が見出せるかと思い、記載しております。

5ページについては、前回お示しした通りでございますが、やはり搬送元に到着してから、児娩出までの時間というところが、括弧内で書いております■■■■というのが経過観察など、1回緊急度が下がった事例を除いたときの件数でございますけれども、やはりこの程度の時間がかかっているのが対象事例から見えた状況でございましたので、こういった事例について状況を確認しましたところ、到着から準備を進めた。搬送が決定されてから帝王切開の準備を進めていたことは適確であるといった記載をされた事例もあった一方で、事前に異常が確認されていたのであるから、まず手術室の手配などを行ったり、家族への説明など、できるだけ準備や体制を整えておくことが一般的だというふうに指摘されたような事例もございましたので、やはり到着する、受け入れる分娩機関等については、事前の情報収集ですとか受け入れるときまでの準備の体制などといったところが時間短縮につながるのかと考えられました。

めくって頂いて6ページからは、そういった事例の指摘や評価について記載しておりますので、別に割愛させていただきます。

11ページから現況として記載しておりまして、前回お示ししたものに少し記載を加えておりますので、中身についてご確認頂きまして、ご意見等あればご指摘頂きたいと思っております。

1) としては、母体搬送についての全体的な説明、(2) については、我が国の周産期医療体制ということで現況をお示ししております。

12 ページからは、各地域の搬送体制ということで、参考となる事例について、東京都、大阪府、宮崎県ということでお示ししております。東京都の特徴と致しましては、母体救命と胎児救急という大きな分類がございまして、プラスアルファでその他の周産期搬送ということで、状況に分かれてこういったルートが確立されているといったところがポイントになるかと思えます。大阪府については、OGCS、産科の体制と、NMCSの小児科の体制というのが連動されているということですか、あと、搬送コーディネーターが加盟病院の責任者の医師または退職者が担っているということで、トリアージがかなり適切にされていて、また、施設状況を細かく把握されている方がコーディネーターをやっているとといったところが円滑な理由かなといった点です。あとはネットワークが、情報システムですか連絡票などが整備されていますので、そういったところが円滑に進んでいる理由かなと考えられました。

15 ページでご紹介しています宮崎県については、宮崎大学を中心に三次施設から次に二次施設が広く分布しておりまして、一次施設で対応できないハイリスクをきちんとスクリーニングされて、受け入れるという体制がスムーズに行われているといったところになります。

あとは、産科医、小児科医がなかなか全施設に充実できない場合であっても、産科医が日ごろから新生児のトレーニングを行っているといったところで、小児科の新生児の対応が円滑に行われているといった点。あとは住民に対して、そういったスクリーニングによって適切な施設区分のところに紹介されるという体制について理解が得られているといったことが記載されていました。

17 ページにおいて、我が国における搬送体制の課題ということで今回追記しましたので、そちらもご確認頂ければと思います。やはり事例から見えたものとあわせて、現況と致しましても、各地域特性に合わせて、都市型か地方型かということではなく、各地域に合わせた体制を作る必要があるといったこと。あとはやはり事例からも見えましたけれども、受け入れ先となる新生児の医療体制の充実といったところも検討課題となっているかと思えます。あとは先ほどのようなトリアージですかコーディネーター等ネットワークの整備といったところが文献等から考えられたのかなということで記載致しております。

あとは加えて、人員配置といったところも体制整備にとっては必要とありますので、各職能団体で、近年報告されているのが散見されますので、そういったところを今回ちょっと、簡単にでございますが、記載しておりますので、追記できるような点がございましたらご教示頂ければと思います。

最後に提言のご確認を頂きたいのですが、20ページをご覧ください。20ページ、1) 産科医療関係者に対する提言と致しまして、妊産婦のスクリーニング及び各施設の役割・機能に合わせた対応ということで、各地域における実施施設の役割や機能を互いに認識し、ハイリスク妊娠や異常分娩を診断した場合、実施施設での対応が可能か、高次医療機関へ紹介や搬送すべきかを早期に判断し、必要時は速やかに搬送すると致しました。

(2) 速やかに搬送するための体制づくりということで、重篤な疾患の発症または異常の診断から、児娩出までの時間をできるだけ短くするよう、また、分娩後の母児の管理が円滑に進むよう、搬送の判断基準の明確化、緊急時連絡経路の確認やシミュレーション及び周辺施設との情報交換など、日ごろからの体制づくりに努めると致しました。こちらは搬送元に対する提言になるかと思えます。

(3) は搬送元と受け入れ先の情報連携ということで、やはり送る側は受け入れ先に十分に情報提供を行い、受け入れ側は到着後の治療のために積極的な情報把握に努め、連携を図ると致しました。

(4) は受け入れ先でございますが、事前の準備がやはり時間短縮につながるかと考えられましたので、できるだけ時間を短くするよう、受け入れが決定した後は各部門への事前連絡や検査等の準備を行い、到着後に速やかに治療が開始できるよう努めると致しました。

2) 学会等に対してでございますが、(1) は、早剥など、母児双方に関わる重篤疾患の特性に合わせて、搬送後も治療が円滑に行われるよう、重症度や緊急度など、搬送元と受け入れ先分娩機関が連携すべき必要な情報や対応等の指針を作成することを要望すると致しました。

(2) が搬送体制の整備に向けた調査・研究。(3) として、国・地方自治体に対してですが、やはり今回文献等を検討致しましても、日本全体の搬送体制等を把握するというのはなかなか難しい状況がございました。厚労省にも尋ねましたけれども、やはりそれを示すようなデータというのがなかなか今現状ないということの回答でございましたので、周

産期関連情報システムの整備とともに、地域特性に合わせた搬送体制の整備、人員配置、コーディネーターの充実なども含む周産期医療体制の整備、構築に向けた検討を要望するというので、かなり大きな提言にはなりますが、集約した形でひとつ提言をしております。

以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。搬送体制あるいは体制整備について、なかなかまとめるのが難しい問題で、不明確な部分もあり、記録があまり残っていないというような部分は、大変事務局としては苦勞してまとめて頂きましたが、いかがでしょうか。どうぞ。

○田村委員

いい例を出して頂くというのは非常にいいことだと思うんですけど、もう一方で、あまり悪い例を出すというのは、確かに色々社会的に問題あるかと思うんですけど、先ほどなかなか搬送先が見つからなかったような事例については、例えばそれが何県であるかとかいうぐらいの単位で出して頂くと、我々としては、やっぱりそういう問題を抱えているので、都道府県の行政にしっかり頑張ってもらいたいということを訴えたりするときには非常にそれはありがたいことになります。

それがもし差し支えがあるようでしたら、せめて最後の21ページの国・地方自治体に対する要望のところなんですけど、できましたらもう少し具体的に都道府県を超えた、都道府県の行政域にこだわらずに、都道府県を超えた広域搬送システムの検討の、特にこれは国がイニシアティブをとって、正直言いますと、やはり関東地区では東京は非常にひとり勝ちといいますか、東京は非常に充実しているんですけど、むしろその分だけ周辺県が遅れているとか、それから、関西ですと、大阪あたりは非常に充実しているかわりに、奈良が遅れていて、それぞれお母さんや赤ちゃんが危険な状態にあったりしたような事例が報告されていますので、そういったところまで踏み込んだ要望というのを出して頂ければと思うんですけど。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。これは都道府県別の脳性麻痺の発生率みたいなのが出ていますかね。厚労省では出ていないでしょうね。

○鈴木技監

出てないですね。

○池ノ上委員長

出てないですよ。そうすると、ここに登録されている数値しかないということですかね。

○田村委員

ただ、先ほどの搬送先がすぐ見つからなかったというような事例、実は別に脳性麻痺まで至らなくてもそういう事例は今、全国たくさんあって、挿管がいつ何どきこういう脳性麻痺に至ってしまうような原因になるかもしれないという状況なわけですから、それに対してやはり、基本的には同じ日本国民なので、できるだけ都道府県の単位にこだわらずに広域搬送。

○池ノ上委員長

広域搬送。

○田村委員

今本当に救急車の搬送に関しては、都道府県単位が一応原則ということになっていて、それが非常に、そのために困っている医療機関はたくさんあるわけですから、具体的にこういう搬送先が見つかるのに XXXXXXXXXX もかかって、脳性麻痺になったような子供が発生しているという例があれば、やはりぜひそれをそういったことを避けるためにも国・地方自治体に対しては、都道府県の枠にとらわれずに都道府県を超えた広域搬送システムの実現に向けて、真剣に関係者が協議すべきであるというような一文を入れて頂くことは大事なことじゃないかと思えますけど。

○池ノ上委員長

そうですね。

○石渡委員長代理

私もそれは常日ごろから思っているんですけども、やはり行政の仕事というのは、自分の医療圏だけは頑張るんだけど、他の県との連携は本当に悪いんですね。ですから、その地域の辺鄙なところに行く方は隣の県でやったほうがよっぽど早く対応ができるので、やはり広域的な対応というのは必要だと思うんですよ。それから、特に新生児搬送の場合はもっと地域差が色々あって、ドクターカーで来るところもあるし、あるいは救急車でもいわゆる保育器をちゃんと設置しているところもあるし、設置していないところは、そこ

から行って、用意して温めてくるなんて、ものすごい時間かかっちゃうんですね。やはりそういう地域の実情に合わせたベストを尽くすようなシステムを作っていかなきゃいけないというのは常日ごろ感じていることなのでね。

それとあと、もう一つは、これは先ほどの6ページのところですけれども、異常を発見してから搬送決定とか細かいところまで書いて頂いているので、非常によく分かりやすいんですが、出発から到着までというのは、これは平均して■■■■■かかっているんですね。通常は8分というのが平均なので、どうして母体搬送のときにはこんなに時間がかかるのかなというふうに思うんですけれども。総務省のあれでは平均が8分。ですから、東京都は非常に早いんだと思うんですけども。

○池ノ上委員長

8分というのは、それは東京都のデータですか。

○石渡委員長代理

8分というのは全国です。

○池ノ上委員長

全国の平均。

○石渡委員長代理

ええ。母体死亡のところでちょっと調べてみたんですけど、救急では、そういうデータが出てきているんですね。データについて確認する必要があるとは思いますが、ちょっと母体搬送、出発から到着まで、そこが一番分かるときなので、全部救急車はチェックしていますから、この時間のデータは正確かもしれません。

○池ノ上委員長

コントロールになりますよね。母体救急搬送の。そうはならない？

○石渡委員長代理

救急の場合ですか。

○池ノ上委員長

救急です。

○石渡委員長代理

母体救命。

○池ノ上委員長

母体救命の8分ですね。

○石渡委員長代理

ええ。

○池ノ上委員長

救急医学会の持っているデータ。

○石渡委員長代理

救急医学会が持っているデータですね。

○池ノ上委員長

ですよ。じゃ、日本産科婦人科学会からああいうデータを頂いたと思うので、救急医学会なり、救命救急センター何とか会議とか何かそういうところにもあるのかもしれませんがね。ちょっと当たってみて頂いたら。それと広域搬送というのは本当に大事なことで、単に制度が悪いだだけの広域搬送ではなくて、今どんどん医療が進歩してきたので、例えば我々の宮崎県では完結できないような重度の先天性疾患とか、重度の奇形のお子さんとかがいた場合には、福岡に運んだり、大阪にお願いしたりとか、もうあちこち、病態そのものでも広域化しているんですね。ですから、これは広域化というのはもう避けられない世の中の動き、進歩に合わせてですね。ですから、それはやっぱりこの提言の中に入れて頂いて、体制の整備とともに、そういう特殊な疾患に対する対応からも広域搬送というのは避けて通れない問題であるというようなことをやっぱり提言に入れるべきじゃないでしょうかね。それはそんなに非常識なことじゃないので。

○事務局（御子柴）

そうしましたら、分析対象事例から見えたというのではなかなか作業が難しいかと思えますので、現況のところには先ほどご提示頂いたような情報ですとか、少し追記させて頂いて、現状、今回の作業で見えてきたものということで記載を。

○池ノ上委員長

そういった作業で見えてきたものの中にそういったところがちらほらすれば、今後また。今回ちょっと時間的な記載というのがはっきりしないところがあって、不明なんていうのがあるので、少しそこら辺があやふやになっている部分はあるんですよ。ですから、今後色々な情報を収集する際にこういったところを、搬送に関わる時間の要素というのも気をつけて頂くようなことも今後提言していくということではいかがでしょうかね。

はい、どうぞ。箕浦委員。

○箕浦委員

(1)の提言なんですけど、ただ、1番の医療関係者に対する提言等の環境を確保し、非常にいいことが書いてあるんですけど、割合一般的な感じで、誰でも考えそうなことで、もうちょっと具体的に書いていいのかなと。例えばですけど、ちょっとあれですけど、例えば吸引やっていた中から搬送したとかいう、そういうのも一例も取りこぼしがないようにしようと思ったら、やっぱり分娩をやる場所はちゃんとバックアップを立てておいて、そこですぐできるようにするようにとかですね。例えばですけどね。石渡委員長代理、そういうのというのは、一般的には無理なんじゃないかな。

○池ノ上委員長

それはシステムの考えれば、例えばもう30分以内には必ず高次施設に運べるようなシステムを将来的には地域の中に作りましょうというようなのに連動させれば、ほとんどの場合、先生、吸引したら出るわけですよ。たまたま赤ちゃんが出てくれないというのがあって、そこからトラブルになってしまう。そのときにどこで決断して、どこで起こるかというときに、少なくとも30分あるいは15分ぐらいでしかるべきバックアップセンターに運ぶような、そういうものを作りましょうよというのはやっぱり言い過ぎじゃないんだけど、どのぐらい強いステートメントで言うかは別としてですね。

○箕浦委員

我々としては、1例も取りこぼしをしたくないということで、例えば本当にそこで誰か呼んで、すぐできればもっといいのかなと思ったんですけどね。

○石渡委員長代理

そういうバックアップシステムというのがありますね。

○池ノ上委員長

やっぱりそこら辺が地域の特性があって、今、ドクヘリがありますよね。ドクターヘリ。ドクターヘリは何をやるかという、現場に飛んで行って、そこで治療を始めると。救急の医者と救急のナースが、そこでもう血管確保したり、気道確保したり、気胸があれば、チェストドレーンをやったりして、それで治療しながら運びますよというようなことなんじゃないかな。というようなことを周産期の中で考慮をすれば、現場にドクターが行って、そこでできるのであれば、直ちにバックアップ体制をしていく。最後はその現場でできる

んだったら帝王切開をします。その救急の人たちも——これは速記に残してもらわなくてもいいんですけども、救急の人たち全部道具をリュックサックの中に二十数キロのものを持っていくんですよ。帝王切開のセットならそのくらい十分できるんじゃないかと思うんですけどね。

あと、麻酔と産科と新生児科が走っていくと。もう鹿児島の中はそれをやっているわけですよ。産科と新生児とで行って、離島に行き、離島で手術して、赤ちゃんだけ乗せて帰ってくるかですね。やっぱりそういうとんでもない発想をしないとだめなところ。厚生労働省の方は今日はいらっしゃらないんですかね。よかったです。厚生労働省の枠の中だけで何とかしようという、やっぱり今の日本の周産期死亡率の母体死亡率をさらによくするというはもうできないんじゃないかと思うんですね。おそらくサチュレーション状態になっている。新春放談になっちゃいましたけど。

○箕浦委員

私はこれを読んで、特に（１）は割合一般的なことかなと思ったものですから。

○池ノ上委員長

なかなかここが、さっき御子柴さんが言ったように、データから言えるというものがまだ少ないところなんです。体制を論ずるような情報収集には基本的にあんまりなっていなかった。ですから、特に時間のところなんか不明というのがいっぱい出てきたということですね。もうちょっと、その中でも何とかこういう淡々と事例を述べるというようなですね。集計じゃなくて、こういう事例が何例ありましたぐらいの、その統計学的な処置まではいなくても、事実としてこういうのがありましたというような言い方は、今の段階でも少しはできるかもしれませんね。ちょっとそういう視点で見て。ちょっとまた作業が大変かもしれない。典型的なやつは何例かピックアップして、今、箕浦委員がおっしゃったような、述べていくというようなことは可能かもしれませんね。やっぱりそういうことが実際に今の日本で起こっているんだということをみんなに知ってもらって、体制整備に少しでも前向きに行ってもらおうよという、そういう提言はやっぱり必要だと思いますし、別にあちこちに迷惑をかけるわけでもないんだと思うんですけどね。

○石渡委員長代理

よろしいですか。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○石渡委員長代理

日本の分娩はこれからも地域分散型だと思うんですよね。1カ所に集約するという、アメリカのああいうような状況はできないと思うんです。そうすると、やはり医療チームというか、そういう救急・救命も含めた医療チームというのはあって、何かあったときにパッとチームが飛んでいって、そこで対応して連れてくるとかね。そういうようなことをやっていかないと、もうある程度日本でも水準高いところまで行っちゃっていますから、それをさらによくするというのは、そういう発想で行かないと難しいんじゃないでしょうかね。

○池ノ上委員長

確かにそうですね。色々な医療が進歩するに連れて、色々なチームが一緒になって、センターとしてやる。放射線科の人だとか、麻酔だとか、ICUだとか、もちろん産科、新生児だという、そういう専門家たちがまとまってやるセンターみたいな、そういう機能が求められて。そうすると、そこがうまくいくと、かつては救命不可能だったと思われるような妊婦だとか新生児が救命につながっていった、インタクトサバイバルにつながるという、大体そういうのが見えてきているので、それをどうやって進めるかというところにつながっていけばいいんじゃないですかね。何となくそういうイメージを持ちながら、ここをまとめて頂いたらいかがでしょうかね。はい、どうぞ。

○勝村委員

皆様のご議論に特にあれなんですけど、この5ページの表4の搬送決定から出発までに時間がかかっているということがなかなか行き先が決まらないことと、出発が到着まで時間がかかっているということがあるんですけど、この外れ値のような表4のBの■■■■、■■■■とか、Cの■■■■とかというのは、全然有意差も何もないですけど、何県でどんな状態かというのは簡単に。分かるんでしょうか。

○御子柴部員

都道府県をお示しすることが現状できないですけれども、事例を確認したところ、やはりこういったところに、上に記載があります通り、準備に時間がかかるですとか、搬送先が見つからないために時間がかかったとかいうような記載が抽出できたというのが現状の作業でして、その他細かい、例えばスタッフの配置ですとか、何科医がいなかったとか、

そういったところまで記載が十分にあるものばかりではないというのが現状ですね。

出発から到着までに時間がかかったものの、[REDACTED]は注釈の2にある通り、自家用車で転院した事例ということになっております。

○田村委員

よろしいですか。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○田村委員

今の勝村委員のところに關係してなんですけど、そのBのところの[REDACTED]以上かかったというのは、これはさっき4ページの下のところの2つ、なかなか転院先が見つからなかったとありますけど、このどちらかなんでしょうか。他のところは事例を出しておられて、それで、読んだ方が非常に問題点が分かりやすくなっていると思うので、もしこの[REDACTED]もしくは[REDACTED]から[REDACTED]かかったような事例の中で、この搬送先がなかなか見つからなかったというようなものがあるようでしたら、それを事例として、少し詳しく書いて頂くと、読んだ人も分かりやすいし、やっぱりこういったことをなくすためには、さっき言いましたような広域搬送とかああいうようなことも考えなきゃいけないんだということ、分かりやすいことになるんじゃないかと思うんですけど。

○事務局（御子柴）

今ご指摘頂いた[REDACTED]の事例については、資料6でご覧頂きますと、[REDACTED]の事例になっておりまして、Bのところの搬送決定から出発までが[REDACTED]という事例になっております。こちらで再度確認させて頂きますが、現状、こちらに関連した記載を抜き出したものが評価と検討事項ということで、右に文章をお示ししております。この中で、この事例について指摘があるのは、搬送に要する時間などを考慮すると、こういう状態だったのでというふうな記載と、あとは同乗が看護師だったのが一般的ではないといったような評価。あとはその搬送決定以前の母児の状態の評価を行うものは経過観察にとどめたことといったことに関しては指摘がある事例になります。

○田村委員

ちなみに、その4ページのこの2つの事例は何番と何番になるんですか。

○事務局（御子柴）

Bの時間が■■■■だった事例が資料6ですと、■■■■と■■■■の事例がそれぞれ■■■■と■■■■という。

○田村委員

逆に4ページの事例というのは番号で分かりませんか？

○事務局（御子柴）

4ページの1件目の■■■■というのが■■■■の事例でございます。先ほどの事例ですね。■■■■という次の事例が■■■■の事例となっております。

○田村委員

そうしたら、この■■■■の事例はもう少し他のところで出てきておりますような事例の例として、もう少し詳しく書いて頂ければいいんじゃないかなと思うんですけど。

○事務局（御子柴）

そうしましたら、表4で、やはり時間が長くかかった。基準がないので、どこで区切るかというのがなかなか難しいところではありますが、おおよそ表の下に分布しているような事例について、記載の中身を紹介できるようなものが他にございましたら、これらに加えて追記したいと思います。ありがとうございます。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にいかがでしょうか。よろしいでしょうか。はい、どうぞ。

○村上委員

今日、福井委員が欠席なので、ちょっと事前に承ってきた内容がありますので、少し発言させていただきます。

○池ノ上委員長

はい、どうぞ。

○村上委員

21ページのところに、国・地方自治体に対する要望の中に、地域偏在を考慮した人員配置というような内容が書かれておまして、ここで直接的に何を上げてくれということではないんですが、今回、疫学的なデータのところに分娩に関わる看護職の数等も新しく入れて頂いていますので、今後の検討事項として助産師の地域偏在とか、あるいは施設の偏在的な配置がかなり今、職能団体でも問題になっていますので、その辺も考慮した中で、何らかのデータを今後検討して頂けるとありがたいですというようなことを承っています。

私からの意見としましては、NCPRのケース等は、緊急時に助産師あるいは看護師がどのように働くかというようなところもかなり研修等を受けて習得をしている部分ですけども、産科の救急のオールソートでも助産師はかなり受講して、産科救急に対応できるような状況も今、皆さん必死で研修をしているかなというふうに思いますので、やはり緊急時に看護職がどのように動くかというようなところも含めて、今後検討して頂けるとうれいなというふうに思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それはあれですね。チームとしてみんなで協働でやりましょうという、そういう趣旨ですね。

○村上委員

はい。

○池ノ上委員長

今、村上委員おっしゃったように、色々な立場の救急の人たちで、産科医以外の専門家の人たちも分娩に緊急体制に臨めるというようなトレーニングの期間、そういう研修期間というのが随分活発に行われていますよね。結構みんな真面目に一生懸命やっておられるようなので、そういったところの連携なんかもこれからは重要なことになると思うんですよね。ですから、多くの職種が協働して連携をとりながら妊産婦の対応ができるそういう体制づくりというのも重要であるという、何かそういったコメントですね。

○事務局（御子柴）

そうしましたら、17ページに職能団体、関係学会、団体の動きという項がございますので、現在こちらの記載が少し少ない分婉でございますので、例えばこちらに看護協会、助産師会でCPRの普及に努められていて、インストラクターの不足などで今色々と積極的に取り組まれているとか、あとは先ほどの紹介ですとか、そういったところで、チーム全体で職種を超えて救急体制を作っているの、それへの支援を国へ要望するといった形ということでもよろしいでしょうか。

○村上委員

はい。ぜひお願いします。

○池ノ上委員長

大変熱心な地方自治体もありますし、全く熱心でない地方自治体もありますので、そう

いったところを底上げをして頂ければいいんじゃないかと思います。ありがとうございます。

他に何かご意見ございますか。箕浦委員、どうぞ。

○箕浦委員

1点だけ確認なんですけど、これは助産所からの搬送というのは[]ですか。ああ、そうなんです。助産所からの全体では[]ぐらいあったと思うんですが、そうすると、[]、助産所からは新生児搬送なんですかね。

○事務局（御子柴）

済みません。今、個票が確認できていないですけども、今回、全[]の母体搬送があった事例ということで絞った[]の中に助産所が当該分娩機関であった事例は[]ということになりますので、新生児搬送がおそらくあった事例と考えられます。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。それじゃ、続いて……。はい、どうぞ。

○藤森委員

済みません。一つ、細かいところですけど、5ページの先ほどの表4なんですけど、DとEの平均の時間ですけど、括弧と変えてもらったほうがいいと僕は思います。なぜなら、Dは緊急帝王切開の開始までと書いてあるので、注4には緊急手術でないと判断したというふうに書いてあるので、括弧の中と、[]と書いてもらったほうが、入れかえたほうがいいと思いますけれども。緊急と判断しなかった事例を除いてと書いてもらったほうがよくて、入れて、括弧に書いてもらったほうがいいんじゃないかと思いますね。

○事務局（御子柴）

分かりました。

○池ノ上委員長

注4とEとを反対の表現にするんですね。

○藤森委員

そうですね。括弧の中と平均を変えてもらったほうが。上に緊急帝王切開と書いてあるので。

○池ノ上委員長

分かりました。よろしいですか。

○事務局（御子柴）

はい。表4の上の項目ですね。長時間（分）のところの右のDとEの項目について、下の平均（分）というところですが、 と が正值になっておりますので、下の括弧をこちらの集計結果として、括弧の中に入れかえた形でお示しして、注釈をつけると。

○藤森委員

そうですね。ですから、上も度数分布のところも緊急と判断しなかった事例を除いてもらって書いたほうがいいと思うんですけど。

○事務局（御子柴）

除いて。はい。

○藤森委員

それで括弧で書いてもらったほうがいいと思いますけど。

○池ノ上委員長

よろしいですか。

○事務局（御子柴）

はい。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。

それでは、続いて、インフォームドコンセントにおける留意点のところ、この説明をお願いします。

○事務局（御子柴）

本日、資料7から資料9までご用意しております。以前からメール等でもご連絡させて頂きまして、ご相談させて頂いた結果を集約しております。時間が限られておりますので、変更点をお伝え致します。

資料7、めくって頂きまして、裏面ですね。「説明する内容は？」と記載しております。そちらと資料8をあわせてご覧頂きたいと思います。多くご意見頂きました、あるいは今までご審議でいくつか変更になったところが、こちらの説明する内容、またはされる内容の項目の分け方あるいは示し方でございます。前回お示ししたのものから変わった点として、こちらの項目名が変わっております。

1つ目として、「治療の必要性や効果」としてまとめました。医療者側にしてみますと、

「適応」という言葉で示せられるかと思いますが、現在の状態での治療の必要性等を適応として一つ。あとは期待される効果、逆に、実施しない場合に考えられる結果ということで、こちら一つのまとまりとしてお示ししております。

次に、「治療の方法」と致しまして、治療の種類と具体的な方法や順序。医療者向けについては、分娩誘発・促進時のものになりますので、段階的に必要となる処置やその順序と記載しております。また、以前からご意見あります、考えられる代替方法と致しまして、3つ目の丸として記載しております。妊産婦向けについては、考えられる別の方法と記載提示し、少し分かりやすくお示しして、括弧書きで記載を致しました。

3つ目と致しまして、副作用・有害事象ということで、医療者向けにも注釈をつけまして、これらの起こる可能性のある副作用や有害事象と発生頻度ということで、一つのまとまりに致しました。

4つ目として、安全確保という名称にしておりますが、これは有害事象や副作用に対するもの。あるいは緊急時の対応ということで、通称として安全確保と致しまして、安全確保のための方法やそれによる制限ということで明示をしながら記載しております。緊急時の対応ということでご意見頂きましたので、こちらに追記しております。

文面としてはこのような形にしておりますので、これでよろしいかどうかというご意見を頂きたいと思います。

また、資料8については、インフォームドコンセントという言葉自体が、なかなか妊産婦で分からない場合もあるのではないかというご意見がございましたので、※で表題の下に、「インフォームドコンセント：十分な説明と理解した上での同意のこと」というような記載にしております。これもなかなか色々な文書によって定義が、ばらつきがあるというのが事務局で確認した印象でございました。医師会等の定義を参考に致しましてこのような文言に致しておりますので、こちらについてよろしいかというご意見を頂きたいと思います。

続けてご説明させていただきますが、資料9に、今回の提言に当たりまして、ホームページで掲載させて頂く説明書、同意書の例ということで、こちらを、以前からご意見頂いておりますものを集約しております。大きな変更等はございませんが、文言等で多少記載を変更している点もございます。こちらはなかなか事前にご提示できなかつた点もありますので、今後お気づきの点がございましたら、資料9については事務局にご連絡を頂ければと

思います。

いくつか確認して頂きたい点と致しまして、要望の取り扱いなんですけれども、現在、公募上のところですか、そういったところについては記載をそろえたいと思います。

1点は、ご質問がございましたのが、陣痛というものが起こるものなのか、来るものなのかということで、今現状ですと、うまく起こらなかったりという表現をしております。黒い四角の2段落目の2行目ですね。「しかし、うまく陣痛が起こらなかったり」という文言になっておりますので、こういった文言についても何かご意見があればと思います。

あと、全体を通して、「赤ちゃん」とか「児」とかいう言葉の統一がまだ図れておりませんので、こういったところは事務局でも確認致します。

変更した点と致しましては、母体の疾患や赤ちゃんの状態という記載が2ページ目の4番にございまして、こちらに、以前ですと、表題では修正がし切れておりませんので、母体の疾患ということになっていたんですが、疾患とか病気とかという言葉についてどうなのかというご指摘もございましたので、こちらは「お母さんの状態」ということで文書を直しております。あわせて表題も「母体」あるいは「お母さんの状態」というふうな形で統一できればよろしいかと思っておりますので、こちらについてもご意見頂ければと思います。

あとはメトロイリントで、2ページの黒い四角の番号が振ってありますところですね。1、メトロイリントといったところの記載がありますが、これの説明について、子宮の出口や入り口、子宮口ということで言葉がいくつかありましたので、現状ですと、「子宮の出口を広げる処置」としてありますが、こういったところについても言葉の分かりやすさの点から、ご意見があればご指導頂きたいと思っております。

続けて、文言の記載の間違い等、いくつかご指摘頂いておりますが、そういったところは修正しております。あと、変更点と致しましては、薬の種類について説明しておりますが、以前ですと、経口内服薬、点滴静脈注射となっていたところを全部統一致しまして、「点滴静脈注射薬」、「経口内服薬」といった形で文言でそろえた作業を致しました。

あともう一点ですね。ご指摘頂きましたのが、モニタリングについてなんですけれども、プロスタグランジンE₂とオキシトシン等のそれぞれの黒丸の中で、ガイドラインに合わせて記載しているところなんですけど、E₂については、モニタリングが原則モニタリングを行うとなっておりますので、上から4行目のところで、「また、原則として」という記載にしております。

2つ目のオキシトシンについては、基本的な条件というところに連続モニタリングが記載されておりますので、投与当初から分娩装置をお腹につけてというふうな記載にしておりますので、この「原則として」という言葉については、ガイドラインに合わせて記載の違いがあるということをご了承頂ければと思います。

変更点については以上ですので、こちらにご意見を頂ければと。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。いかがでしょう。これも随分ご議論頂いてまいりましたが、はい、どうぞ。

○箕浦委員

1個だけなんですけど、「起こり得る有害事象」というところが、こちらは「副作用・有害事象」になっていますので、それに合わせて、「副作用・有害事象」にされたほうがいいかなと思うんですけど。

○事務局（御子柴）

はい。提言と合わせて、同意書の例についても言葉を統一致します。

○池ノ上委員長

他にいかがでしょうか。よろしいですか。

僕は前回、運営委員会の際に鈴木委員がこういうことについて発言されていたのを、僕はちょっとフォローできなかったんですけど、あれはどうなりましたか。どうなりましたというのもあるんですけど、何か確認できましたか？

○事務局（御子柴）

はい。前回、本制度の運営委員会で、弁護士の鈴木利廣委員からご意見を頂戴しておりました。先ほどご説明したその説明する内容、される内容といったところの項目の分類の仕方が現状でいいのかということで、これより一つ前の状態でご確認頂いている中でございますが、1つ目としては、現在の状況と治療の内容や必要性について。2つ目として、治療の効果。3つ目として、副作用や有害事象と安全確保。4つ目として、代替方法について特出しするような分類をご提案頂いております。

以前、当委員会でもこういった議論を何度か重ねてまいりまして、あちらに移ったり、こちらに移ったりということで、項目が何度も行き来をしているような状況でございます。ただ、ご指摘頂いた点については、全てこちらに記載はできているかと思っておりますので、こ

の4つの項目で分類がよろしいかというところについて、先生方のご意見でこちらは決めさせていただきますと思います。

○池ノ上委員長

分かりました。あのおときのご指摘頂いたことについては議論はしているんですね。分かりました。ありがとうございました。

○勝村委員

この説明書の2枚目、下の過強陣痛のところなんですけど、先ほど石渡委員長代理と藤森委員とのやりとりもお聞きしていると、俗に言う強直性子宮収縮、トーンズの上昇というか、圧が高くなるということ、それから継続時間が長くなるということ、もう一つ、頻回に起こるといふことの3つが過強陣痛にもし入るとするならば、この3行目の終わりに、「長くなり過ぎてしまうものがあります」というところに、「ものなどがあります」と、頻回ということが、「など」と入れておいたほうがいいのかというのと、その過強陣痛の一番最後のところに、「まれに」という言葉があるんですけど、「まれに」という言葉を入れるならば、その2つ上、下から3行目の「悪化すると」の次に「まれに」と入れたほうがいいんじゃないかと。悪化すると、まれに子宮破裂とか低酸素状態になると。子宮破裂や低酸素になるということはやっぱりちょっと危険な状態なので、「まれに」と入れるとしたら、もうちょっと上がいいんじゃないかと。

○事務局（御子柴）

はい。修正致します。

○池ノ上委員長

そうですね。ありがとうございます。そのほうがバランスとれますね。

よろしいでしょうか。ありがとうございます。それでは、インフォームドコンセントも委員の皆さんの大変なご努力でここまでまとまってまいりました。ありがとうございました。

では、続いては、何でしたっけ。

○事務局（御子柴）

資料10と11の。

○池ノ上委員長

10と11ですね。お願い致します。

○事務局（御子柴）

こちらは以前の提言でございますので、簡単に確認でございます。

第3回の再発のところで作成致しましたフローチャートを大きく掲示頂けるような形で、今回ポスターのようなものを作成しております。前回お伝え致しました通り、産婦人科医会、日本産科婦人科学会にもご確認頂きまして、ご意見を頂いております。当委員会で発行致しました報告書の段階に少し文言等が変更になっておりますので、そちらをご了承頂ければと思います。

1点ご相談ですが、メトロ、人工破膜ともに、メトロですと、1、2の下に臍帯下垂があった場合ですが、以前ですと、この後、メトロイリントルを使用しないというような形で完結していたのですが、頂いたご意見の中に下垂があった場合、しないということは当たり前で、その後どうするのかというところにつなげたほうがいいのではないかとご指摘を頂いて、矢印がぐっと下に伸びて下垂・脱出が確認した場合というところに続けている状況です。ただ、下垂した段階で、急速遂娩を行うというふうになりますと、なかなか表現が適切かどうか。あるいは矢印の示し方がこれでいいかといったところがありますので、このつながりについてご検討頂ければと思います。

ただ、こちらフローチャートになりますので、イエス、ノーのアルゴリズムに完璧になっているものではないので、下部に臍帯下垂・脱出がないことを再度確認するで、また矢印も下につながっていている状況なので、こういったところと合わせて、間違っただけをお示ししてなければ、全体の流れとして、下の方向に矢印が向いているというご理解で頂けるものなのか、ちょっとご検討頂ければと思います。

あわせて、人工破膜も1の下に、先進部が未固定、または下垂があるというような状況で、矢印が下に向いて、急速遂娩を行うというふうな形になっていて、こちらについては未固定で急速遂娩を行うというふうになるとちょっと難しいかと思っておりますので、黒い四角で人工破膜は胎児先進部の固定確認後に行うということで、少し補足の文言をガイドラインから記載しているのですけれども、こちらについて、例えば胎児先進部が未固定の場合どうする、臍帯下垂がある場合どうするというふうな形で分けるべきか、ガイドラインの記載と、あるいは前回の提言をもとに、このような形でよろしいかといったところをご確認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す。未固定か、臍帯下垂があったら、矢印がぐっと下に来ちゃうわけですね。これでいいですかね。

○箕浦委員

一つですけど、臍帯下垂・脱出と両方入っちゃっているのがちょっとややこしいんですが、臍帯下垂という定義でいきますと、卵膜かぶっている時期なので、そういうときに挙上しようとする、かえって破水させたりすることもあるので、この辺の書き方を少し、もうちょっと整理したほうがいいのかなと思いますが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長

ちょっと下につなげるのは難しいんじゃないですかね。何か他の方法を考えると、何かそういう、もうちょっと考えなさいと。下垂があったら、そのときの状況を色々な要素を総合的に考えてやらないといけないし、そのまま行くのはかなり難しいような気がしますが、おそらく未固定の場合だったら、もうちょっと固定するのを待つとか、あるいは待っても待っても固定しなければまた別の娩出方法を考えると、むしろそっちに行くと思うんですね。これは矢印は誤解を招く可能性があると思うので。

○事務局（御子柴）

そうしましたら、前回の提言の通り、こういう場合はしないという記載にしまして。

○池ノ上委員長

しないでいいと思います。

○事務局（御子柴）

あと、できることとすれば、例えば点線で薄く下に矢印を引っ張るとか、対応を検討するというような記載をする。

○池ノ上委員長

考えるということじゃないんですかね。これはそう簡単にはいかないし、もう帝王切開をなささいと言いたくなるようなところですから、もし許してもらえらば、帝王切開をちゅうちょしないというようなところまで行きたい。それに対して色々なご意見が出てくると思いますので、様々なチョイスがここでは出てくるということで。

○藤森委員

そうですね。確かに言われてみると、下につなげるのはやっぱり無理があると思うんで

すけど。

○池ノ上委員長

そうでしょうか。どうするんだと言われたら色々考えてもらおうと。1対1の対応はなかなか難しい。それがいいんじゃないですかね。

○事務局（御子柴）

もとのような形に戻して記載したいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。他にはいかがですか。よろしいでしょうか。

それでは、どうもありがとうございました。次回は[REDACTED]ということで、これまで審議致しました数量的・疫学的、それから、テーマに沿った分析を、全てを出してご議論頂きたいと思います。そして、日程の調整ですけども、[REDACTED]からでよろしいんですかね。[REDACTED]から[REDACTED]。事務局から次回の開催についてちょっと説明して頂けますか。

○事務局（原）

次回はこれまでのテーマを全て通しでご確認頂きたいと思いますので、予定よりも30分延長させて頂いて、[REDACTED]までお願いしたいと思っております。今回もお手元に次回の出欠表をお配りさせて頂いておりますので、可能であればご記入の上、お帰り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。他には何かご発言ございますか。よろしいでしょうか。

事務局もそれでよろしいですか。どうぞ。

○事務局（原）

先ほども話に出ましたが、CTGワーキングの資料につきましては、先週の金曜日に運営委員会で報告をしまして、先行して、本制度ホームページに公表しております。今後、製本した上で、2月上旬までには先生方にもお送りをさせて頂きたいと考えております。

以上でございます。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。それでは、予定を30分ほど過ぎましたけども、時間がオーバー致しました。申しわけございませんでした。

これで本日の再発防止委員会を終了させて頂きます。どうもありがとうございました。