

## 第42回「産科医療補償制度再発防止委員会」会議録

日時：平成27年5月25日（月） 16時00分～18時20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 本日は、ご多忙の中、お集まり頂きまして、誠にありがとうございます。会議を開始致します前に、資料の確認をお願い致します。

次第と本体資料をホチキス止めしております。

別紙で出欠一覧をお配りしております。

クリップの中ですけれども、資料1、出生時の蘇生処置が不要とされた事例について(案)。32ページまであります。

資料2、出生時の蘇生処置が不要とされた事例一覧。データのホチキス止めを2つ折りにしております。

資料3、これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向について。12ページまでございます。

資料4、母児間輸血症候群について(案)。19ページまでございます。

資料5、母児間輸血症候群事例一覧。A3資料1枚を2つ折りにしております。

参考資料1、平成25年に実施しました再発防止に関するアンケート資料でございます。

最後に、参考資料2、再発防止ワーキンググループにおける[REDACTED]。A4、1枚でございます。

不足・乱丁などございませんでしょうか。

## 1. 開会

○事務局 それでは、定刻になりましたので、ただいまから第42回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

それでは、池ノ上委員長に進行をお願い致します。

○池ノ上委員長 本日は、先生方、お集まり頂きまして、ありがとうございます。ご連絡によりますと、今日は、委員の皆様全員出席して頂くことになっています。ただ、石渡委員長代理が電車が遅れているということで、不測の事態が起こっているようでございま

す。もう間もなくお見えになると思いますけれども、どうぞよろしくお願ひ致します。

○上田理事 勝村さんもそうですね。新幹線がちょっと遅れているようです。

○池ノ上委員長 勝村さんもそうですね。ちょっとやっぱり電車かもしれません。では、どうぞよろしくお願ひ致します。

それでは、今日は、前回の委員会でご意見を頂きました。それを基に第6回の再発防止に関する報告書のテーマに沿った分析を取り上げていきたいというふうに思っております。

議事に入らせて頂きますが、第41回の委員会、これは前回の委員会ですが、そのことに取りまとめを事務局のほうから説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひします。

## 2. 議事

### 1) 「テーマに沿った分析」について

○事務局 では、本体資料の1ページをおめくり下さい。

### 1) 「テーマに沿った分析」について、(1)第41回委員会の主な意見。

前回の委員会ではテーマ選定に関しましてご審議頂きました主なご意見でございます。前回のテーマ選定に関する審議においては、委員の先生方々から多くの意見を頂戴致しました。本日は審議事項が多くなっておりますので、資料をひとつずつ読み上げず、ポイントのみご説明したいと思います。

テーマ候補としましては、新生児蘇生以外の新生児因子、早期母子接触、母児間輸血症候群、常位胎盤早期剥離、妊産婦の主訴、妊娠中のBMI・妊娠中の体重増加、妊娠中の喫煙、早産、胎児発育不全がご意見としてあがりました。また、「胎児心拍数聴取」、「新生児蘇生」、「子宮収縮薬」、「診療録の記載」につきましては、産科医療の質の向上のために継続的に分析すべきというご意見がございました。なお、多胎、臍帯脱出につきましては、事例数が少ないため、他のテーマを優先させたいとのご意見がござい

た。前回の審議では、「出生時の蘇生処置が不要とされた事例」「これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向について」をテーマとして取り上げる方向性となりました。他のテーマにつきましては、委員長および委員長代理に一任することとされました。

2ページにまいります。(2)テーマに沿った分析。

第41回委員会でのご意見をふまえ、池ノ上委員長と石渡委員長代理が検討した結果、以下の4つのテーマが候補とされました。1つ目としまして「出生時の蘇生処置が不要とされた事例」。2つ目としまして「母児間輸血症候群」。3つ目としまして「常位胎盤早期剥離」。常位胎盤早期剥離につきましては、妊産婦の主訴、妊娠中の喫煙、非妊娠時BMI、妊娠中の体重増加、胎児発育不全、早産、診療体制などを検討要素とし、多角的な視点で分析を行なう。4つ目としましては「これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向について」となっております。これらのテーマのうち今回は、「出生時の蘇生処置が不要とされた事例について」と「これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向について」のご審議をお願い致します。「母児間輸血症候群」につきましては、テーマとして取り上げるかも含めてご審議をお願い致します。なお、「常位胎盤早期剥離」につきましては、次回、7月の委員会でご審議をお願いしたいと考えております。

今回の資料は、第5回報告書の分析対象事例534件をもとに分析しておりますが、最終的には本年12月末までに公表された事例、約800件程度をもとに分析する予定です。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

それでは、ただいま説明頂きましたが、その点について何かご質問等ございますでしょうか。

前回、出生時の蘇生が必要でなかったケースというのと、それからこれまで取り上げたテーマの分析対象事例の動向、検証結果といったところについては決定しておりましたので、今回はその資料を後で出して頂きますが、その他に母児間輸血症候群とか、あるいは

そういったものについても検討頂くということにしたいと思っております。

そして、先ほどお話がございましたように、常位胎盤早期剥離を取り上げようと。これは体制的なことも少し踏み込まなければいけないかなと思っておりますけれども、そこら辺のご議論をもして頂ければと思いますが、よろしゅうございましょうか。

そうしたら、今日は、事務局のほうで準備をして頂きました出生時の蘇生処置が不要とされた事例で脳性麻痺になった事例というところから、説明をまずお願いしたいと思えます。よろしくお願ひします。

○事務局 出生時の蘇生処置が不要とされた事例についてご説明致します。

資料につきましては、資料1が報告書案、資料2が全事例一覧、GBS事例一覧、原因不明事例一覧となっております。

資料1をご参照下さい。前回の審議結果より、対象については、原因分析報告書において、生後30分以内に人工呼吸、胸骨圧迫、気管挿管、アドレナリン投与のいずれの処置も不要とされた事例とし、ご報告は534件中の■■■■件での分析結果です。なお、第5回の報告書では81件でしたが、CPAPのみが実施された事例を加えて■■■■件としました。

2ページ1)分析対象事例にみられた背景です。534件全体の背景につきましては、第5回報告書119ページに掲載しておりますので、併せてご参照下さい。出生時までの背景では、早産であった率やLFDであった率は534件全体の割合と比較して高くありませんでした。

4ページ、出生後の背景では、生後1分のアプガースコアでは7点未満が■■■■%ですが、5分では■■■■%となっており、約■■■■割の児が生後5分の時点では仮死から回復していたという結果でした。新生児搬送は■■■■%と、534件全体の率である■■■■%と比較しても同等の水準でした。生後30分以内の酸素投与ありが■■■■%、生後30分以降24時間未満に新生児蘇生処置を要した事例が■■■■%であったことから、出生後の経過についてまとめました。

2) 出生後の経過です。5 ページ上段の表をご参照下さい。小児科入院の有無、小児科入院までの経過、出生時の異常徴候の有無の3点により経過を分類しました。出生時に臍帯血ガス分析値やアプガースコア、呼吸状態等の何らかの異常徴候が認められ、小児科に入院となった事例が最も多く、■■■■%でした。経過毎の代表的な事例を5 ページ下段の表に記載しております。また、7 ページ以降に3 事例を教訓となる事例として掲載しております。

11ページ(2) 新生児搬送です。新生児搬送の率が高率であったことから詳細をまとめました。生後24時間未満に搬送先医療機関に入院となった事例が■■■■%であり、12ページ搬送理由では呼吸状態が最も多く、■■■■%でした。

13ページ(1) 脳性麻痺発症の主たる原因として記載された病態です。原因については、「明らかではない、または特定困難」とされた事例が■■■■%と最も多く、次いで、単一の病態の感染でした。14ページに経過ごとでの内訳をまとめた表を掲載しております。

脳性麻痺発症の主たる原因が「明らかではない、または特定困難」とされた事例が最も多かったことから、15ページ以降に(2) 主たる原因が「明らかではない、または特定困難」とされた事例の詳細を掲載しています。15ページ上段の表で、脳性麻痺に関与する事象が発生したと推定された時期をまとめています。複数の時期が記載された事例があるため、重複があります。15ページ下段の表から17ページの表において、推定時期毎に可能性があるとして記載された事象をまとめています。詳細につきましては、資料2の一覧表をご参照下さい。

17ページ3) 分析対象事例における「臨床経過に関する医学的評価」です。早期母子接触の実施、血糖管理、診療録の記載等がありました。

19ページ4) 分析対象事例における「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」です。(1) 分娩機関への提言では、早期母子接触における院内の体制、新生児蘇生法講習会の受講と処置の訓練、小児科依頼、搬送決定・依頼等がありました。

21ページ(2)学会・職能団体への提言については、脳性麻痺発症の主たる原因が「明らかではない、または特定困難」とされた事例が最も多かったことから、病態・疾患についての調査・研究に関連する事項を追加したため、事前にご送付した内容を変更しています。脳性麻痺発症の原因となるような疾患・病態の調査・研究、周知等がありました。

23ページ(3)国・地方自治体への提言では、搬送体制の構築等がありました。

25ページからの新生児管理に関する現況では、産婦人科診療ガイドラインー産科編2014、助産業務ガイドライン2014、「早期母子接触」実施の留意点の抜粋を掲載しています。

30ページからの再発防止および産科医療の質の向上に向けてでは、1)産科医療関係者に対する提言の(1)新生児管理として、ア．分娩に携わる医療関係者だけではなく、新生児管理を行う全ての産科医療関係者の「新生児蘇生法講習会」受講と研鑽、イ．新生児の異常徴候が認められた場合の看護スタッフから医師への報告、観察間隔、小児科医への診察依頼、高次医療機関への搬送依頼等、各施設での基準作成、(2)早期母子接触実施時の管理では、「早期母子接触」実施の留意点に従った実施、31ページの(3)母子同室時の管理では、ア．妊産婦へ新生児の異常徴候等の説明および異常徴候の訴えがあった場合の医療者による観察・判断、イ．無呼吸モニタ等の使用の検討について提言しております。

なお、GBS感染の率が■%と■でありましたため、GBS感染について何らかの提言を行うかどうかご検討頂きますようお願い致します。

学会・職能団体に対する要望では、出生後に重篤な状態に至る疾患・事象の調査・研究・周知、新生児経過において異常がみられる場合の診断、初期対応、新生児搬送等のガイドライン、および母子同室のガイドライン作成を要望しています。

国・地方自治体に対する要望では、新生児の危機的状況に際してNICU医師の応援、往診体制の充実、救急搬送体制の構築、正常新生児の管理体制整備を要望しています。

ご説明は以上となります。ご審議お願い致します。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。

このテーマは、今回、初めて取り上げるテーマでありますし、内容自体も再発防止委員会としてはかなり趣の異なったテーマになろうかと思えます。

そういう意味で、事務局のほうで、大体こういう形で全体を作り上げて基本的な原案を作って頂きました。色々なところをご覧頂き、またお聞き頂いて、こういったところをもう少し細かく掘り下げたほうがいいのか、こういったところは外してもいいのではないかなど、あるいはこういったことをつけ加えたほうがいいのかという、そういうご意見を頂きたいなと思えます。事務局で作って頂いたこれをひな形にしながら、最終的な報告書作りにつながればいいのかというふうに思っております。どうぞよろしくお願い致します。いかがでしょうか。

○小林委員 最初に、細かなことなんですが、以前の会で、私、児の要因については、年齢とか分娩歴という話をしたのですが、性別も加えて頂けますか。この蘇生処置が不要とされた事例だけではなくて、基本的な分析項目として、胎児数の後ぐらいに性別の人数を入れて頂ければと思います。ちょっと大変だと思いますが、お願いします。

○池ノ上委員長 いかがですか。事務局。

○事務局 はい。大丈夫ですので、つけ加えます。

○池ノ上委員長 では、今後、それをよろしくお願い致します。

○木村委員 大変よくまとめて頂いて、ありがとうございます。

1つ、蘇生がいらないということを30分で切ったという理由は、何になりますでしょうか。

○事務局 新生児蘇生法のテキストで、蘇生の中止の基準がございまして、正しく蘇生をしても20分以上、心拍が回復しない場合は蘇生を中断しても差し支えないということがございまして、それに少し幅を持たせて生後30分までにはいずれかの処置が行われるだろうという判断で、過去第1回から数量的分析で基準を引いておりまして、それに今回従



っております。

○木村委員 逆に、産科側の要因ではない、つまり、この中でもちょっと気になったのは、原因が分からないけれども、分娩時に原因があるらしいというふうに書かれていた事例が■%か何かあるというふうな表がございましたけれども、例えば10分たって大体回復しているものは、いわゆる分娩時のハイポキシックイベントが原因ではないというふうなことが大体のコンセンサスだろうと思うのですが、そのあたりが、分娩中の因子を完全に外すことができるのかどうか。今回のこの事例の中に、分娩中の因子を外した形での議論ができるかどうかというところは、大変おもしろいところでもありますし、その中には、やっぱり分娩時の問題があるんだという結論でもいいのですけれども、それをどちらに取るかということは1回ご議論頂きたいなというふうに思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今の30分の件について、田村委員、いかがですか。今、事務局のほうはそういう見解ですが。

○田村委員 30分というのは、実はどちらかという倫理的な問題で、30分たっても心拍ゼロが続くような患者さんの場合は、そこで蘇生処置をやめても倫理的には許されるんじゃないかということです。これはILCORのコンセンサス2010でそういう推奨が出ているものですから、それを取り入れたので、必ずしも30分に拘る必要はないかもしれません。今回蘇生を必要としなかったというか、蘇生が主な原因じゃなさそうだという事例を挙げるということであれば、30分で切る必要はないかと思います。でも、逆に言うと、これで見ますと、5分後のところで4点未満の事例は■になっていますし、10分後で6点未満の事例は■になっていますから、我々が目的とした蘇生は比較的速やかに行われて、仮死が原因らしくはないという事例がきれいに選び抜かれてはいると思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

恐らく、今、木村委員もおっしゃった、生まれてすぐに仮死蘇生術をやらなければいけないそうでもないなど。だけど、しばらく様子を見ているうちに、やっぱり何らかそういう

状況になってしまったというようなものと、全然そういうことなしにずうっといっちゃって、最終的に神経学的な異常が指摘されて、出生直後から蘇生ということが関わっていないようなケースも含まれている。

その最初のころのやつに、原因分析委員会から、例えば臍帯因子がどうも絡んでいて、そしてそれが出生直後にはそれほどではないんだけど、その間にだんだん状態が悪くなって脳障害になってしまったのではないかと原因分析委員会が推論しているというグループもあるという、ちょっと色々な多種類のグループがここの中に入ってきていると思うんです。

しかしながら、やっぱり我々は産科医療補償制度という視点から見てはいるんですけども、新生児期の様々な経過、あるいはそこに新生児がちゃんとアダプテーションしながらいくのか、あるいはもっともっと子宮内で既に何かが起こっていて、たまたま出生直後はいい状況だったんだけど、後が悪くなったとかと、非常にヘテロジニアスなグループが含まれていると思われま。

そういう意味では、どういうふうにこれをまとめていくかということも非常に重要ですし、ある一定のポリシーを作っていないとまとまらない可能性もあるかなと思っています。今、先生がおっしゃったようなところをご議論頂ければと思います。

○板橋委員 確かに、アグレッシブな蘇生を必要としないというグループを、今回、抽出しているわけですが、実際には、出生直後から酸素を投与していたり、そういったものまでここには含まれていて、その後の監視なりが、悪かったために見逃した可能性がある事例もそこに含まれてくる可能性が出てくるんだろうと思うのです。

先生もおっしゃったように、かなりヘテロジニアスなグループがここに入ってきていますので、率直に言うと、議論が非常にしづらいと思います。

○池ノ上委員長 そうですね。

○板橋委員 むしろ、全く最初から酸素も必要なく、アップガスコアも非常によかった事

例だけを集めて検討するグループと、それから徐々に悪くなっていったグループといいですか、アプガースコアは少なくとも悪くない、臍帯血のpHも悪くない、そういった中で脳性麻痺を来しているグループというものと分けないと、議論しづらいなというのが率直な感想です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。非常にポイントをご指摘頂いたと思います。やはり、そういったところが、最初のスタートで含めてもいいと思うのですが、最初の観察、新生児が安定化されるまでの観察も大事ですよという部分は、そこから出てくるかもしれませんけれども、実際に我々が一番知りたいのは、そうでない、板橋委員がおっしゃったように、生まれてすぐは何の問題もなさそうなグループとか、あるいは、少なくともその時点で分娩担当者がオーケーだろうと思ったようなグループが、あと時間の経過でどうなるかという、やっぱりそれを分けて議論したほうがよさそうな気がします、先生方、いかがでしょう。箕浦委員、いかがですか。

○箕浦委員 私も同じようなことを考えていまして、pH6台が何人かあって、これは普通だと本格的に蘇生をしないといけないケースなので、それが混じってきちちゃっていますから、板橋委員が言われたように、本当に正常というか、元気というか、そういう子で脳性麻痺になったというのは、とりあえず最初に分けて議論したほうがいいのかという感じがしました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にご意見はいかがでしょう。

○岩下委員 今、板橋委員が言われましたように、これは色々な原因が混ざっていて、原因分析委員会の報告でも、ほとんどが確たる原因が分からないというのが多いわけです。

ということで、再発防止の観点からすれば、やはり経過観察を十分にすることが重要だろうということと、あと1つ、事務局にお伺いしたいのは、医師がどのぐらいの時点でこれは新生児搬送が必要というふうに考えたか、生後1時間なのか、12時間なのか。そういうふうに見ると、また少しその原因がいくつかに分類できるんじゃないかと思うの

ですが、それはいかがでしょうか。

○池ノ上委員長 いかがですか。いわゆる異常に気づいたのは何時間後かというご質問ですが。

○事務局 12ページに搬送理由は掲載しておりますけれども、現在、24時間でしか区切っていないので、もう少し細分化することは可能と考えます。

○池ノ上委員長 それは、例えば2時間ぐらいで区切るとか、何かそういう作業が可能ということですか。

○事務局 可能と思います。

○池ノ上委員長 どのぐらいがいいですか。

○岩下委員 少なくとも2時間というか、分娩直後の状態と、それから生後1日ぐらいたってからおかしくなった事例がどのぐらいの割合であったかというのが分かれば教えて頂きたいのですが。

○池ノ上委員長 週の単位ぐらい。半日ぐらいの単位がいいですか。12時間おきぐらいで。いかがでしょう。板橋委員、12時間おきぐらいに新生児の病態、どうでしょう。

○板橋委員 出生直後なので、むしろもっとドラマチックに変わっていくんじゃないかと思うのです。12時間という、かなり時間がたっていると、新生児を管理受け手側はそういうふうに思うので、やはり例えばせめて1時間とか数時間以内とかぐらいのところのほうがいいんじゃないかなと思うんですが、田村委員、いかがですか。

○田村委員 もし、できたら、横軸を1時間ごとにプロットして頂けないでしょうか？1時間ごとの棒グラフはちょっと大変だと思いますけれども、事例が■とかいうぐらいであれば、それを見るとピークがどの辺にあるとか、2峰性に分かれているとか、1時間以内におかしくなった事例とかいうようなことが分かるんじゃないかなと思います。

○池ノ上委員長 では、■の線を引いて頂く。■以上になりますかね。ドットで。どうですか。

○事務局 すみません。確認ですけれども、児が何か変化した時期なのか、それか搬送の時間で区切るのか、全事例を区切るのか、搬送時間で区切るのか、ご指示頂ければと思います。

○池ノ上委員長 いかがでしょう。板橋委員。

○板橋委員 正直言えば、両方重要だと思うのです。やっぱり、どのタイミングで蘇生したのか、それでもだめで、結局、搬送を決定したのはいつかという、その2つの時間軸が子どもの予後には非常に影響しますので、上手にプロットして頂ければいいんじゃないかと思います。

○池ノ上委員長 大変大事なことなので、ではよろしくお願ひします。他にいかがですか。

○勝村委員 ちょっと教えて頂きたいのですけれども、田村委員から、先ほど30分以上は倫理的にやらなくてもいいかもしれないという、倫理的な基準の数字だというお話しだったんですけれども、もし必要だった場合は、普通、遅くとも何分後からやっているはずなのではないでしょうか。逆に蘇生がですね。というのが、1つお聞きしたいのと、それから、早期母子接触とは、今、多くの医療機関でやられていると思いますが、早ければ出生後何分ぐらいでやっているのでしょうか。

○田村委員 蘇生に関しては、生まれたときに、3つの異常をチェックして、その中の1つでも異常があれば、すぐ蘇生を始めるということになっていますから、仮死の赤ちゃんの場合の蘇生の開始は30秒以内です。

それから、早期母子接触は施設によっても違うと思いますけれども、大体落ち着いていれば15分とか20分後ぐらい、お母さんが疲れなければ「そこで抱っこして」ということで始めているところが多いのではないかと思いますけれども、それは施設によって、方針が違うと思います。

○池ノ上委員長 今の最初のどの時点で仮死蘇生に入るかという話。アルゴリズムに合っ

ているか合っていないかということ拾っていけばきれいに分かれてくると思うんですけども、そうすると、全例やらなくちゃいけない。500例の中でしかるべきところでやられていたかどうかということは、相当な仕事量になるというので、ちょっと躊躇していただんですけども、いかがですか。

○田村委員 異常に気がつかれたというのが、例えば生まれて15分以内であれば、やっぱりちゃんとそこまでの15分間の経過は分析しなきゃいけないと思いますけれども、別に全てそのところまでやらなきゃいけないとは思いません。

○勝村委員 その30分だったら■例という抽出なんですけれども、これ、もし20分とか10分だったらどれぐらいの事例になるとかというのは、分かるのでしょうか。出生後、少なくとも30分間蘇生していなかったという事例が■例ですね。それが最初20分過ぎてから蘇生が始まっているとか、10分とかの場合です。

○池ノ上委員長 僕の理解が間違っているかもしれないですけども、30分以内に蘇生が始まったということでしょう。だから、生まれてですね。

○勝村委員 今の私の質問は、■例挙がっているのは、出生後30分以内には蘇生処置が不要とされた事例ですね。それが30分じゃなくて、例えば出生後25分から蘇生を始めたという事例がもしあったとすると、それは出生後20分間は不要とされたけれども、20分過ぎてから蘇生が必要になったことになりますよね。

つまり、今、それを30分で切っているけれども、最初の20分間は不要だったけれども、25分ぐらいから蘇生が始まったとか、最初の10分か15分ぐらいは不要だったけれどもその後蘇生が始まったという事例なんかももし入れていくと、■例よりちょっと増えるかもしれないと思うんですけども、どれぐらい増えそうなのか、あまり変わらないのか、もし分かればと思うんですけども。

○事務局 データとしては取っていませんので、数量的分析は生後30分以内で、先ほどご説明した通り線を引いていますので、増えるかもしれないですけども、ちょっと事務局

で全件確認になりますので、今はお答えできません。

○池ノ上委員長 15分で蘇生を始めた……増えるんですかね。5分で始めた、30秒で始めたというのもありますよね。

○勝村委員 この例の中には、出生後は蘇生処置をしていないけれども、例えば28分たってから蘇生を始めたという事例は入っていないわけですよね。入っているんですか。

○上田理事 入っていないですね。30分間は不要ですから。

○勝村委員 だから、つまり、28、27、26、25分とか、そういう事例が。

○池ノ上委員長 不要なやつは入っていない……。

○市塚客員研究員 今回は、あくまでもデータベースから件拾い上げたので、もし勝村委員がおっしゃるようなデータを取ろうとすると、原因分析報告書1つ1つを見て、この事例は何分後からやったとかやらないとかというのを全部見れば、できることはできますが、ただ、記載されていないものもありますので、何分後から始めたということが。なので、それが全部きれいに平等に拾い上げられるかどうかというのは、分からないと思います。

○勝村委員 なるほど。この30分というのは、新たに原因分析報告書を見て拾われたというわけではなく、30分というのはもともとデータベースに全て入っているから拾いやすかったということで、パッとみつかるところからすぐに数えられるということなんですね。

だから、それを、もし20分だったらとか10分だったらという話をすると、すごく一から拾い上げる作業が必要だということですね。原因分析報告書を一通りチェックして30分を選んだというわけではないということですね。

○市塚客員研究員 30分の理由というのは、先ほど冒頭で木村委員の質問にあったようなところから、30分というものでデータベースを拾い上げていると。

○木村委員 理由としては、ちょっとどういうことなのかなというのを聞かせて頂いて分かったんですが、現場の感覚として、30分たって何もしなかった赤ちゃんというのは、ま

あ、大丈夫だろうという、ホッとした雰囲気が出る時間という意味では感覚的には合っているのかなという気はするんですね。そこまで何もなくて、そこから先に何かイベントが起こったというのは、通常ではあまりないというか、そういう時間帯ではあると思います。

ですから、そういう感覚で30分で切っておられるので、先ほどの蘇生がいるかはちょっと別の次元だと思うので、ちょっと違うかなと思ったんですけども。現場の感覚として30分というのは、ほぼこれで大丈夫だなと思える時間かなと思います。

あともう1つ、ちょっと気になっているのは、XXXXXXXXXXが酸素を投与したり、だから、何となくおかしいということをおっしゃられるわけですね。

なので、池ノ上委員長とか田村委員のお話を聞かせて頂いて、酸素がいった群と酸素なしの群か何かでちょっと解析を別にとか、同じ解析でこの2群に関してははずうっと分けながら解析されてもいいのかもしれないし、そのところで、そういうような子どもに対しては、普通の蘇生が得られなかった子よりはもう少し気をつけましょうというふうな議論が出るのかもしれないなと思いつつ聞いていました。

切り出したら、本当は例えば10分で、勝村委員がおっしゃるように10分でいらなかった人が、あとどうなったかということも非常に重要なポイントなんですけれども、今回は、最初のテーマが出生時の蘇生処置が不要、出生時に一応問題がないと判断されたという意味で30分であれば、リーズナブルな線かなという気は致します。

○勝村委員 僕も先生方がおっしゃるように、全く出生直後に何も子どもに対して処置がなかった事例と、何らかの処置が直後から必要があったケースというものは、できれば少し分けて、でも、消してしまうんじゃなくて、少し分けて議論をまとめて欲しいなと思うんですけれども、無理のない範囲で、直後は必要なかったケースを。原因分析報告書に触れられていないものまでもカルテにさかのぼって探してもらおうというのは、あまりにもたいへんかもしれませんので、原因分析報告書に出生直後は蘇生が不要だったけれども、10



分後、15分後、20分後、25分後に急に蘇生処置が必要になったというケースがあるもの  
もし分かれば、僕は30分にこだわらずにここで一緒に議論できたらいいなと思うので、  
それが可能であれば、原因分析報告書を見て分かる範囲であれば付け足してもらえたらな  
と、お願いしておきます。

○池ノ上委員長 何かこう拾い上げるようなインデックス。

○小林委員 出生時のアプガーが何点未満のものとか、あるいは5分後が少ないものとか  
をプログラムで拾い上げれば、少し容易になるんじゃないかと思えますけれども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。何か考えてみて頂いて、少しそこら辺があいま  
いなままでポーンと行っちゃうと、せっかくのデータが死んでしまう可能性もあります。

本当の病態、産科医療補償制度という立場を少し離れて、出生直後の新生児の病態をこ  
こから見ようとすると、これはワーキンググループのリサーチグループか何かで1例1例  
きちっと医学的な検証をしながらデータを分析していくという、恐らく、そういう作業が  
必要になってくるだろうと思えますけれども、今の我々の委員会からいくと、今のよう  
な手法で、今、小林委員がおっしゃって頂いたようなピックアップの仕方ができれば、ま  
た、後日、そういう資料を見せて頂ければ、ちょっと具体的な議論も出てくるかなとい  
ふふうに思いますが。大変かもしれませんが、もしできたらやってみて下さい。でき  
たらやってみて下さいって、できなければいいというわけでもないんですけれども。他に  
いかがでしょうか。

○隈本委員 この調査というか、これを項目とする目的が何かということで、ずいぶん違  
うんじゃないかと思っているのです。■というのは、30分で機械的に切ったものではな  
ども、この調査で知りたいことは、生まれたとき何ともなかったのにすごく悪くなった子  
は一体何だろうというのが目的だとすると、むしろ30分で、その時点で異常徴候のありの  
人はもう外して、最初に出生時に異常徴候なしのこの■例だけ分析してもいいぐらいだと  
思うのです。

要するに、何かがあったために脳性麻痺になっているわけですがけれども、生まれたときは何ともなくて全然産科的にも何もすることがないと思っていたのになってしまったケースだけ調べるんだったら、それでいいと思うのです。

むしろ、そうやって二十何分とか18分とかで始めていることも全部含めると、出生直後に30分間、お子さんの様子をずっと見ていることが再発防止につながるのか、それともそうじゃなくて、そんなことはあまり気にしなくていいのかということ調べるための調査になると思うんですね。

だから、自ずから目的が違って、■件ないと調査できない話じゃなくて、■のうち、出生時異常徴候ありの■を調べるのか、それとも出生時異常兆候なしの■だけに焦点を絞ってしまうのか、どっちかにしたほうが良いような、あるいは本当にもしあれだったらどっちか、両方やるとか、いずれにしてもこの報告書を読んだ産婦人科の先生方が、これを気をつけようと思ってもらえるようなメッセージを送るためには、そのどっちかに絞らないとだめなんじゃないかというふうに僕は感じています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。先生がおっしゃった通り、半分の出生直後から酸素をやったりとか色々なことをしなければいけなかったグループというのは、恐らく、これまでの原因分析委員会がはっきり原因として出したり、あるいは少し関連するぞと出したり、恐らくそのサブグループみたいな感じにあるんじゃないかなと、今、パッと見て思うのです。

もう1つのいわゆる何もないという人のほうは、みんなどうして？という大きな疑問を持っているグループだと思うのです。さっき木村委員がおっしゃったように、30分もたてば、よかったなど、みんなホッとしているところに、それから先何か起こったという。じゃあ、それをちゃんとしたデータをここで再発防止として収集して議論するという、そういうポリシーがこの先生方の中であり、そちらに行こうかと。

もちろん、最初のグループも全く外すわけではなくて、それはそれで出しておいて、恐

らく、原因分析委員会のレポートを見ると、そこに臍帯因子が絡んでいて何と何と何が複合的にこういうことになったとか、そういった書きぶりがちらほら見られるんですね。

ですから、従来の原因分析委員会、あるいは再発防止委員会を出していたものに、さらにちょっと幅が広がったと。こっちは全く新しいグループなので、そこにエネルギーをある程度費やしたほうが、より有効な報告書になるんじゃないかと思っています。いかがでしょうか。

○隈本委員 補足しますと、その原因分析をやっている立場から言いますと、本当に何かかなり早い時期に脳が大きなダメージを受けていたんだが、呼吸中枢は大丈夫で、生まれたときはちゃんと息をしているんだけど、脳性麻痺になってしまうケースみたいなものは、ここに出生直後はアプガーはそんなに悪くないんだけど、すごく重度の脳性麻痺になってしまったという事例に入っちゃっているんじゃないかなと思うのです。

つまり、原因分析報告書は、当時、最初のころは、原因分析委員会の本委員会で脳の画像についてあまりやっていなかったもので、そういう意味では、多分、お腹の中にいる間に何かあったんでしょうねというような書きぶりの報告書が多いと思うんですね。大分後になってみると、脳の画像と色々突き合わせて、この時期までにあったとみられるみたいな、ちょっと断定的な書き方になっていますが、いずれにしても、可能性はあるとしか書けないようなものが、だから、よく分からないけれどもこの可能性があるとしたら書けないようなものが、出生直後、呼吸はいいんだが何か変だというのは入っていると思うのです。

だから、そういう意味では、ある意味、30分全然何ともなかった子が、その後脳性麻痺になったのは何かというのを調べるという方向に、まず1つ焦点を絞り、それ以外のことは補足的なというか、付属的なものにしていくということにしてはいかがかと思います。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。

○板橋委員 先ほど、冒頭でもお話ししたように、やはり何もなかったケースをきちんと調べるということなのですが、30分の蘇生とかという時間でのポイントを作るよりは、アップガースコアが5分後例えば8点以上きちんとあったケースをピックアップして、その子どもたちがどういうふうになったかというのを調べてくれば、ある程度分かりやすいのではないかなというふうに思うのです。

それから、先ほど勝村委員がおっしゃったような、20分以上は何名とかというところも、それは含まれてくると思いますけれども、少なくとも当事者が新生児仮死がないと判断したケースがどうなったかということを確認にして、そこからもしかしたらまた細分化されるのかもしれませんが、30分という時間軸を抜きにして、むしろ新生児仮死がなかったケースというふうに限定されたほうが、受け取るほうが分かりやすいかなというふうに思います。

○池ノ上委員長 そうすると、今の先生のお話ですと、5分後アップガースコアを7点ぐらいでひっかけるという。7ぐらいですか。

○板橋委員 7か8かでひっかける。

○池ノ上委員長 7ぐらいですか。そうすると、かなりな数になりますか。そうでもない。

○上田理事 ■件。

○木村委員 その際に、蘇生処置をしないでですね。蘇生処置なしで7、8。そこはどこで切るかはあれですけども、そういう点数がついたグループでという観点でいくと、そんなに多くはならないんじゃないかなと思います。

○池ノ上委員長 ということですね。

○市塚客員研究員 ■件。

○勝村委員 質問ばかりになりますけれども、やっぱり出生直後に蘇生が必要だった場合は、そんなに普通は、早期母子接触とかはしてられないということではないんでしょう

か。

○板橋委員 通常は、子どもが安定するまでは少なくとも待ちますので、通常、無理にはやりません。

○勝村委員 アプガーのほうが、僕も30分よりは目的からしてありがたいと思うんですけども、早期母子接触のような類の表現があったものは、僕はできれば全部入れて欲しい。こういう出生時の蘇生処置が不要とされる事例というものを見ていくことで、先生方の目で見ると色々なことが新たに浮かび上がってくる可能性の大切さもあるんですけども、その中でも僕は、とにかく早期母子接触のやり方で注意喚起すべきことがあるのではないかと考えているので、早期母子接触をしているけれども、30分以内じゃないから除外というよりは、早期母子接触をして、それで重度脳性麻痺になっている子の共通点というものを見て、やり方とかに問題がないかを確認したいのです。

村上委員とかもおっしゃっていたように、早期母子接触はだめだとか、そういう結論に僕もしたくないですけども、そのやり方に関して注意喚起する必要があるんだっとなすべきだという主旨です。

僕はそれを去年ぐらいからお話しさせて頂いている理由は、原因分析報告書の保護者の意見を見ると、早期母子接触が原因なのではないかとか、早期母子接触が必要であったのかとか、そういう保護者の意見というのがいくつか出てきていたので、それに対してやはり再発防止委員会としても何かする必要があるのではないかと。実際、産科医会や学会からも早期母子接触についてはいくつか注意喚起は出されているので、この制度の実際の事例をもとに、どういう状況か、共通の再発防止に向けた課題が浮かび上がるのか浮かび上がらないのか分からないけれども、テーマとして取り上げて欲しいと思うのです。

○勝村委員 早期母子接触のケースは何例でしたっけ。■例ですか。

○事務局 早期母子接触に関しましては、原因分析報告書を作成する際に必須の聴取項目にはなっておりませんので、診療録に早期母子接触が行われたと書いてあればデータは拾

えるのですけれども、書いていない場合であっても実際は実施していたという可能性もございまして、そういった事例は拾えないのが現状ですので、全ての事例で早期母子接触の実施の有無というのは、はっきりとは分からないのが現状です。

○隈本委員 先ほどの勝村委員のご意見に半分ぐらい賛成なんです。要するに、アプガーで切ると、恐らく、私が記憶にある1つの例が落ちると思うのですけれども、顔色がほとんど土気色なんだけど、早期母子接触させているという事例が1件ありました。私自身が部会に行った事例で、これどうなんだろうと先生方もおっしゃっていたというのがありまして、これが落ちるから、やっぱりそういう意味では、もちろん、アプガーで切って頂いてもいいのですけれども、プラス早期母子接触をしたものは探索的に調べたほうがいいのかという感じがしました。

○池ノ上委員長 早期母子接触という言葉があつて、そして脳性麻痺になっているというお子さんがこのデータの中で、今、■■■例だということですか。そういうことですね。であれば、それは、今、事務局のほうからお話があつたように、それがあつてもいいかもしれないと。脳性麻痺になったただけれども、早期母子接触を経験しているお子さんもその中にいたかもしれないけれども、それは分からない。でも、それは何らかの参考にはなるデータになるだろうと思いますけれどもね。

それをどのように報告書に盛り込めるかと。この内容はどうなるかということはまたご議論頂いて、少なくとも何らかの提言とか、注意を喚起するとか、こういうことは注意して頂きたいというようなところに結びつくようなものがあれば、報告書のどこかに少し行を追加してそれを書き込むとか、そういうことは可能だろうと思いますが、ひとまず、やっぱりそれは■■■例であればちょっと検討して頂くと。

○事務局 ■■■例というのは、どこから来ている■■■例なのでしょうか。

○池ノ上委員長 今、藤森委員から■■■例と聞いたので、■■■例と、僕、言っちゃったんですけれども。どこかに母子接触のありましたよね。そんなに多くはない。

○隈本委員 20ページの上から3行目のところ。

○池ノ上委員長 ああ、ここですね。

○上田理事 これで例、合計例ですね。

○事務局 18ページの言葉があまり正しくなかったかもしれないのですけれども、早期母子接触（実施）というのは、実施する際にあたって何がしか指摘されたということで、代表例を19ページの早期母子接触（実施）という具体例で挙げておりまして、この事例ですと、低出生体重児で分娩直前に持続性の徐脈を認めていたこと、酸素投与が必要であり、児の状態が安定しないうちに実施したことは一般的ではないですとか、実施に何がしかの問題があったことを指摘された事例が例という意味でございます。

○木村委員 徐脈が続いたということですね。

○事務局 そうです。

○勝村委員 この例というのは、早期母子接触のやり方に対して何らかの指摘が原因分析報告書でされていたのが例だということであれば、そうじゃない母子接触、早期母子接触という言葉はちょっと僕、分からないのですけれども、例えばカンガルーケアという言葉に代わっているとか、そんなこととかはあるのですか。基本的に早期、全て同じ言葉は同じ言葉なんですか。違う表現になっている可能性というのはあるのですか。

○板橋委員 両者が同じように使われている可能性も十分あると思います。

例えば、カンガルーケアというのは、例えばNICUで低出生体重児を対象に生後2週間、3週間たって皮膚接触するのもカンガルーケアと一般的には言います。あえて早期母子接触というのは、基本的には分娩室内でのことであって、カンガルーケアとはあまり一般的には呼ばないと思いますが、ただ、そういう表現がある可能性はあると思います。

○勝村委員 板橋委員がおっしゃったようなのが本来の、今、特にそういうふうにしていこうとしている早期母子接触とカンガルーケアの言葉の使い分けだと思うのですけれども、出生直後に元気なうちから早期母子接触することもカンガルーケアと呼んでいたと

か、呼んでしまっているところも若干あるかもしれないということとかも、報告書を見ていてどうなんですか。そんなのはあるのですか。

○事務局 まず、診療録の記載にカンガルーケアと記載されている事例は複数ございますが、原因分析報告書では、そちらは全て早期母子接触という言葉に代えられておりますので、抽出は間違いなくしております。

○池ノ上委員長 ですから、原因分析委員会で早期母子接触で問題があったのはこれこれこれというようなところをピックアップして、報告書の中のどこかにそれをサマライズすると。そして皆さんにこういうことを気をつけて頂きたいというようなことは、原因分析委員会がそれをやってくれているわけですから、そういう対応を皆さんにもう一遍ここで議論して頂いて、その文言をどのように組み込むかという作業は、そんなに大変な作業ではないだろうというふうに思いますけれども。原因分析委員会で早期母子接触のやり方のここに問題があるということを書いている、それを拾い上げるという作業ですね。それは可能でしょう。

○事務局 その早期母子接触に関して何がしか提言なり指摘があったことに関しては、今は生後30分で切っていますけれども、全件534件でやるということでしょうか。

この■件の場合は、18ページの表で集計しておりますので、■件全ての結果が18ページの表となっております。

○池ノ上委員長 なるほど。ちょっと鋭いところが来ました。

○田村委員 僕もそのところは気になったんですけれども、先ほどのアプガースコア5分後が7点以上の事例をピックアップしようということであれば、それは30分以内に蘇生を始めた事例でも、もっとあるはずですよ。

だから、あくまで■件の中では7点以上の事例は■件しかないということですが、もしも生まれたときには蘇生が必要ないだろうと判定されたということで区切れば、多分、もっと膨大な事例になるのではないのでしょうか？



○上田理事 130です。第5回報告書ので34ページにpH値が載っていますが、pH7以上が大体130です。

○池ノ上委員長 蘇生がなくてアップガースコア7以上ですね。というグループが130。アップガースコアだけで見た場合、130例。

○事務局 蘇生が必要はなくて、5分後アップガースコア7点以上は、4ページの表のところに記載しております通り、7点以上が■件で、不明が■件ございますけれども、■件は1分後のアップガースコアが■点、もう■件は1分後のアップガースコアは■点ですので、恐らく、■件が対象になるかと思われま。

○勝村委員 再発防止委員会の役割としてそこまでうまく出るかどうか分からないんですけど、原因分析委員会だと、1つ1つの事例を見たらちょっと確定できなくて不明と書かざるを得ないものも、再発防止委員会は縦覧できるわけですから、例えばこれをしていて不明と書かれているものがこう集まってくると、もしかしたら縦覧することによってその原因がはっきりするとまでは言わなくても、何らかの関係があるんじゃないかというようなことが見えてくるものがあるかもしれないと。そういうものに対してちょっと注意書きする云々というのは、疫学的な役割も担っている委員会としては必要だと思うので。

だから、原因がはっきり原因分析報告書に書いてあるものだけを、もちろんそれはピックアップすべきですけども、それだけで議論するんじゃなくて、原因が不明と書いてあるものの中に何らかの共通点はないかということを見ていくという意味でも、何をピックアップして疫学的に見るかということはずごく大事だと思うので、目的からすると、生まれたときは元気だったけれども、僕は、早期母子接触をしていることによって何らかが起きているというものが疫学的に見えてくるか、見えてこないかというのを見てみる必要があるんじゃないかということ、原因分析報告書に書いてある保護者の声なんかを見ていて思っているということなので、その目的に合致した感じのデータの取り方を、色々な

先生が色々工夫して頂いていますが、お願いしたいと思うのですけれども。

○池ノ上委員長 原因不明というグループの中に、恐らく、今のようなものも少し変わった形で含まれている可能性もありますね。今のところ、まだそこを掘り下げていないので、原因分析委員会で原因不明と、あるいは特定困難とされているグループが、今、先生がまさにおっしゃった通り、こう並べてみるとそこら辺が少し浮かび上がってくるという。そして、分類がまたできるということもできるかもしれませんね。

いずれにしても、それはターゲットになるグループですから、作業としてはやっていくことになるだろうと思います。

○隈本委員 事務局への1つアドバイスなんですけれども、要するに、原因分析報告書に何らかの形で早期母子接触と書いてあるものは、検索すれば件数は分かりますよね。これを1つ。

それから、医学的評価のところ、早期母子接触という言葉が出てくるもの。これは脳性麻痺に何らかの関係があった、かなり原因に近いものであった場合、必ず医学的評価をすることになっているので、これに出てくるものが何件、そして、今後の改善事項のところに出てくるものは何件、それをそれぞれ調べればいだけだと思います。恐らく。

だって、今後の改善事項のほうは、本質的に脳性麻痺に直接関係ないかもしれないけれども、やはりルール違反とか、新しくできたガイドラインとか留意事項に反しているというのが入っているのですが、これはあまり脳性麻痺に関係ないかもしれないと。

しかし、脳性麻痺に関係あって、何らかの問題がありそうな場合は、医学的評価をされているので、ここに何件入っているのかということだけでも相当再発防止に役立つ情報なんじゃないかなと思います。

ですから、そうやって場所別に件数を見るだけでも、それである程度いける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。少し今のような技術的なところを。

○事務局 事務局から失礼致します。今のご意見に直接のご回答ではないのですが、5ページの上段表、小児科入院の有無と小児科入院までの経過に、経過②-2と経過③-1に、母子同室中に異常徴候が出現した群を内訳で掲載しております。

○池ノ上委員長 これはどういうふうに見るのですか。母児同室中に異常徴候出現が[ ]ということですか。

○事務局 ②-2は母子同室中に異常徴候出現した児ではなくて、③-1出生時に異常徴候がなく、産科入院中に異常徴候が出現して、小児科入院になった事例[ ]件のうち[ ]件が母子同室中に何がしかの異常徴候が出現したという結果でございます。

○板橋委員 当初の議論がだんだん母子同室中の議論に変わって行って、結局、どういうふうに切り口を進めていくかというのが、逆に今度は混沌としてきています。まず、early skin-to-skin contactを別のテーマとして取り上げるという議論をするのか、最初の今回の冒頭である元気だった子どもたちが脳性麻痺になったという議論とは別にするのか、そこのところをはっきりさせないと、議論がなかなかしづらいように思うのですが、いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 先生、おっしゃる通り、私自身も混沌としていたのですが、やはり母子早期接触については、原因不明だとか、あるいは原因がはっきりしているものとかというところのグループに、恐らく、入ってくるだろうと思うのです。

つまり、出生時に仮死蘇生を必要としなかった。その後、新生児期に何らかのイベントがあって、それが脳障害につながったというグループではっきりしているもの、例えば新生児期の感染症であるとか、そういうものが、新生児の感染症も適当な例でなかったかもしれないけれども、そういう対応の仕方として、今回は母子接触は恐らく対処していくと。

母子接触そのものを深く掘り下げてやると、それはまた別の独立させたテーマで、出生直後に仮死蘇生が必要でなかったグループとして見ていくグループではない別のプロジェ

クトといえますか、テーマに私はなるだろうと思うのです。

今回は、一番は生まれたときに病態的には安定してみんながよかったねと思っていたのにも関わらず、おかしくなったと。しかも、その原因がよく分からないと言われる部分が半分近くあって、あとの半分近くは出生時のところを何か引きずっているだろうと。その中にまた少し何らかの新生児期のイベントがある。そのイベントの中に母子接触が入ってくるという、大体そういうふうな流れになるんじゃないかなと思いつつ、今、お話を聞いていたのですけれども。よろしゅうございますか。他に何か。

○藤森委員 ちょっと話題を変えてよろしいでしょうか。

14ページで、今、板橋委員がおっしゃったように、結局、どういう理由か分からないという話がありましたが、僕とすると、やはり教訓となる事例というのは3例挙がっていて、その中に先ほどの早期母子接触も入っていますが、教訓ではなくて、GBS感染とか臍帯脱出とか、先ほど、特定困難の話もありましたが、典型的な事例というのはぜひ見せて欲しいと思うのです。

これを読むと、実際、臨床医はこういうことに注意しなくちゃいけないという、特に、特定困難というのはどれが典型かと言われると難しいかもしれませんが、何も蘇生とかいかなかったんだけど、じゃあどういうふうなところでおかしくなっていくのかとか、それからGBSもそうなんです、じゃあどれぐらいのときに呼吸障害とか出てきて、アーリーオンセットのGBSが原因か分かりませんが、脳性麻痺になるのかとか、そういう教訓とはならなくてもいいのですが、典型的な事例みたいなのをぜひ探してもらって、ぜひ挙げて頂きたいというのが、僕の意見です。

臍帯脱出以外の臍帯因子も同じで、恐らく、例えば分娩時のモニタリングが全然平らになっちゃってとか、恐らく、分娩前の何らかの臍帯因子しか考えられないみたいなのが多分入っているんじゃないかと思うのですが、そういうものをちょっと典型的なものを見せて欲しいというのが、僕の意見なんです。

それから、先ほど、GBSをどうするかという話がありましたが、このGBS例は全部スクリーニングされていて、分娩中の抗生物質を投与されているとか、そういうのももちろん全部分かるわけですね。なので、そういう予防したけれどもだめだったのか、それとも予防しなかったのかとか、そういうところまで、今回、多分、GBSの話を出すとすると、初めてかもしれませんので、そういうことをちゃんとスクリーニング、35週から37週でやりなさいとか、分娩時の抗生物質をちゃんと投与しなさいとか、そういう基本的なことを提言するということが重要なんじゃないかと思うので、GBSどうしますかと後ろに書いてありましたが、ぜひやって頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。今回のこれは、事務局のほうでたたき台として案として作って頂いたので、教訓となるケースがこのままいくかどうかということは、まだ議論して頂かないといけないし、その教訓として何を出すかということも、何回かお話し合いをしないと、スッと出してしまったら、これ、どこが教訓なのということになりかねないので、もうちょっと議論をして頂いて出していきたいなと思います。

今、臍帯脱出以外の臍帯因子で生まれて仮死蘇生が必要がなくて、しかし、結果的に脳障害というケースがありますよというようなところは、みんなびっくりするわけですね。だから、そういうのが現実にありますということを出すだけでも非常に重要だし、それに対して事務局のほうは、提言とか対応策をどう考えようかというところで、じゃあ、GBSは妊婦管理の部分に入るので、ちょっと違うかなというような考え方も、恐らくちょっとあったのではないかと思うのですけれども、しかし、そういうことがあるということを出すと、産科医、あるいは分娩に関わる人たちが知っておく、そのデータが集まってきているということを出すということが意義があるというふうに思いますので。

○藤森委員 特に、GBSは予防できる大きなものの1つですので、ぜひ早目に提言したほうがいいんじゃないかと思います。

○池ノ上委員長 基本的には、先ほどからご議論頂いていますように、生まれたときは本

当に元気そうでみんなホッとしたというのは、木村委員の言葉ですけれども、ホッとしたにも関わらず予後不良というのがどういうグループなのかと。それがもう例近くここにあるわけですね。だから、それについてみんな知りたいというのが大きな気持ちだろうと思いますから、そこに答えるような方向でポリシーをもっていければというふうに思いますが、勝村委員、どうぞ。

○勝村委員　そういう方向でそういう議論も出てくるということが非常に大事だと思うのですが、ちょっと確認なんですけれども、データベースを使わずにピックアップしてくれなんていうのは、ちょっと無理だということで、それは避けるとしてですけれども、データベースを使える範囲で、ただ30分というものは使わずに、アップガスコアとかそういうことを使うことによって30分にはこだわらずに、出生直後には蘇生の必要がなかったけれども、何らかがあってその後蘇生が必要になったというケースを、30分という時間で区切るのとは別の方法によって抽出してもらうということと、それに加えて何らかの早期母子接触という言葉が表現されていて、そこに入らなかったものも一緒に入れてもらうことを、母数としてやっていくということによろしいのでしょうか。

○池ノ上委員長　それでよろしいと思います。結果的には脳性麻痺という厳然たる事実があるわけですから、そこに行くプロセスの中に、出生直後に蘇生は必要ないと判断されたグループというのがあって、その中に早期母子接触を行った、行わないというのが、全部は含まれていませんけれども、こういう事実がありますというような表現は、それは落とすわけにはいかないだろうと思います。

他の例えばGBSも、出生直後はいい状態だと判断したんだけど、その後、GBSインфекションがはっきりして、しかもそれが脳性麻痺になったというようなことも入れないといけないでしょうし、そういういくつかの事例が、原因は分娩のときから引き続き起こっていて、かつ新生児期の適応の時期におかしくなっちゃったというような事例がいくつかはっきりしたものが出てくるだろうと思いますから、そういうグループとしては

それもちゃんと入れていくという作業になるだろうと思いますが、よろしゅうございますか。他にどなたか。

○事務局 先ほど、GBSのお話でしたが、資料2の2ページにGBS感染が脳性麻痺発症の主たる原因とされた事例一覧と致しまして、スクリーニング、分娩時抗生剤ですとか、あとは発症型、発症時期等についてまとめておりますので、ご参照下さい。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

先ほど、隈本委員がおっしゃった妊娠中に何か問題があって、出生直後には蘇生が必要なかったけれども脳障害だったというのも、分娩開始前に原因があったんじゃないかということでもまとめてもらっている表があるんですね。資料2の3ページですか。ここら辺をまたご覧頂いて、また次の委員会で色々なご発言を頂ければと思います。

○事務局 すみません、確認ですけれども、対象群は生後アプガー5分値が7点以上で、かつ蘇生がそれまでに行われなかった事例という理解でよろしいでしょうか。

○池ノ上委員長 先生方、よろしいですか。

○箕浦委員 アプガーについては、非常に難しい問題も、僕はあると昔から思っているんです。裁判になっているのを見ている、本当にこれで正しいのかっていうのがあるんですよ。実際、書き直した跡があるのもあるので、今は電子カルテだからできないですけども、昔はそういうことも可能であって、そういうのもあるものですから、一体どこで切ったらいいのかというのは、もうちょっと議論が必要だと思うし、それこそ酸素しなかったケースだけとか、そういうほうが分かりやすいのかなという感じがしています。

それからもう1つ、非常にささいなことですが、17ページの3)の上から2行目のところ、妊娠高血圧症候群というのが唐突に出てくるのですけれども、これは間違っているんじゃないかと思うのですが。こういうのは気がついたときに直さないと、このまま出版されそうなので、これはぜひ直して頂きたいと思います。

○池ノ上委員長 よろしいですか。はい。どうもありがとうございました。

○勝村委員 対象群なんですけれども、かなり難しい議論だなということが僕も先生方の話を聞いて分かってきたので、出生直後に酸素をしなかったという事例も、ある種、それがデータとして出せるのだったら、そんなに多いものではない、■と比べて何百もあるものではないと思うので、その事例が、それぞれアプガーが何点なのかというのがもし見られるのだったら、その一覧表を見て、その関連性なんかも見てみるとか、そういう経過を経た上で、早期母子接触があった場合も含めたほうが、かなり再発防止に向けた検討もそれはそれでできるのではないかなという気もしているし、その群に加えて別途、早期母子接触というキーワードが入っているものも対象群にして欲しいなと思うのですけれども。

○池ノ上委員長 酸素放流だけというのは、蘇生に入っていないですか。

○事務局 集計には入れておりません。

○池ノ上委員長 入れていない。うん。でも、その後、酸素がずうっと流されていたというのは、入っているんですね。酸素放流が続けられたというのは。

○事務局 出生時に酸素投与をしたかどうかは、今回、原因分析報告書を見て判断しておりますので、酸素投与に関してデータベースでの集計は行っておりません。

○田村委員 酸素投与だけでいくと、2010年の新しいガイドラインでは100%の酸素投与はできるだけ控えましょうという方向になっていったのですけれども、その前の時点では、むしろ少しでも呼吸障害が心配なら酸素を100%投与しましょうと、そこで本当にガラッとガイドラインが変わったので、もしも酸素投与しているかどうかで分けるのであれば、それが2011年以降なのか前なのか、区別して考えないといけないと思います。

○池ノ上委員長 なるほど。

○田村委員 それ以前であれば、そんなたいしたことないような事例でも、ちょっと心配なら、少し顔色が悪いと思ったらパルスオキシメーターなんか着けずに酸素を流した可能性がありますから、そこは分けて考えたほうがいいのかと思います。

確かにアプガースコアに関しては箕浦委員のおっしゃる通り、僕らから見ても、これ本



当かなと思うような、入院してきたときの血液のデータなんかから見れば、やっぱりこれは何かあったんじゃないかなと思われるような事例があります。でも、アプガースコア8点と言われてしまったら、少なくともそこで診られた産科の先生や助産師さんはあんまり問題ないなと思っていたという意味では、やっぱりアプガースコアで分けるしかないんじゃないかなと思います。

○隈本委員 私もアプガースコアについては、相当な揺らぎがあるというのは分かっただけで、アプガースコアというのは、ある意味、お医者さんは大丈夫だと思ったという数字ですから、逆に甘くついている可能性のほうがあるわけだから、アプガースコアで切れば、見た目何ともなかったと臨床的に思っていた人が脳性麻痺になったケースを拾い上げるのにはいいんじゃないかなということで、若干のぶれはあるけれども、7で切るというのでいいんじゃないでしょうか。

○池ノ上委員長 なるほど。甘めにつけている可能性があるということですね。なるほど。そういう使い方はありますね。僕らは厳しいほうを見て、状態が悪いということのためにアプガースコアを使っていたので、あまりあてにならないなという見方をするのですが、逆に拾うためだったら、そうですね。ありがとうございます。

では、アプガースコアは30分蘇生を必要としなかったという議論は、もう完全に外しちゃっていいですか。両方かぶせる必要もない。外しちゃって、アプガースコアだけで、そこは5分のアプガースコア7点で。

○隈本委員 10分じゃなくて、5分。5分はつけていないですね。

○池ノ上委員長 そうですね。5分です。事務局、まだ何かありますか。

○事務局 アプガースコア5分値が7点以上、かつ生後30分以内に蘇生が不要とされた事案というくくりでよろしいですか。

○池ノ上委員長 いや、もう30分はいらないでしょう。先生方の今の。

○事務局 アプガースコア7点のみで、それから5分値までに蘇生がされていなかった事

例。

○池ノ上委員長 そうそう。蘇生はされていない事例で。

○勝村委員 細かくお願いをすると、5分後アプガースコア7点以上で、かつそれまでに蘇生処置がされていなくて、それに加えてキーワードで早期母子接触という言葉があるものを対象群にしてもらおう。

○上田理事 いや、勝村さん。

○勝村委員 違うんですか。

○上田理事 いや、ですから、7点以上で、かつ蘇生をしなかった事例を対象にして、その分析の中で早期母子接触を取り上げることでいかがでしょうか。

○勝村委員 いや、僕が心配しているのは、その中に早期母子接触というキーワードが記載されたものが入っていない場合があったら入れて欲しいということです。

○池ノ上委員長 漏れるんじゃないかということですね。

○勝村委員 漏れていないかを確認して欲しい。漏れていなかったら、全くそれでいいんですけれども。

○石渡委員長代理 多分、それは漏れないんじゃないですか。

○勝村委員 それならば、それで結構ですけれども。

○石渡委員長代理 その中に早期接触も全部入ってきちゃうと思うんですよ。

○勝村委員 漏れなかったらいいんですけれども、ちょっとキーワードで簡単に確認できるんでしたら、確認してもらえればと思います。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。よろしいですか。

○板橋委員 カンガルーケアと早期母子接触、言葉の使い分けとか定義付けを明確にしておかないと、色々な混乱が生じると思いますので、この事例もそうなんですけれども、分娩室でカンガルーケアとか、その後の言葉で母子早期接触とかという言葉が出てきたりするので、そのあたりをきちんと定義づけして使い分けるようにして頂かないと、混

乱が生じると思いますので、よろしく願います。

○池ノ上委員長 そうですね。そこはちゃんと書くと。そのチャプターですね。項目のところ。

○鮎澤委員 今出てきた早期母子接触ですが、27ページには「早期母子接触実施の留意点では早期母子接触と呼んでいる」と説明があるのですが、それはあくまでも留意点でこう使っているという話であって、ここで私たちがデータとしているものについて、この整理で使われているかどうかは担保されていないわけですね。そのあたりのことを整理して書いておいて頂くことが、読み手にとって、今、お話のあった混乱を防いでいくことにもなると思うので、お願いしておきたいと思います。

それから、もう1点、先ほどアップガースコアは少し甘めにつけているのではないかというお話がありましたけれども、やはりそれはここでそれを前提にするべきではない。アップガースコアで判断していくことの難しさはあつたうえで、厳しくつけている方もおられるでしょうし甘くつけている方もおられるでしょう。少なくともそのところはここでのコンセンサスになり得ないのではないのでしょうか。意図は分かるのですが。

○隈本委員 言った趣旨は、要するに、今、我々が見つけたいのは、お医者さんが、これは元気そうだなと思ったのに、その後脳性麻痺になった事例についてその理由調べていたら何か見えてこないかというものだから、そのときのお医者さんがものすごく厳しいと思っていたら、アップガースコアは低くつけているはずだから、そのケースは漏れないんじゃないですかということです。

甘くつけているケースが中に散見されるわけだけでも、それもちょうとアップガーを7点にしておけば拾えるのではないのでしょうかという、そういう趣旨です。

○池ノ上委員長 ですから、この委員会のオフィシャルなステイトメントとしては、アップガール7ですと。そこに色々なディスカッションが出てきて、それってあてになりますかというような議論に対しては、いやいや、甘めにつけていても趣旨には反しませんという

ようなステイトメントをそこにくっつけていくというふうな、恐らく書きぶりになるだろうと思います。よろしゅうございますか。

たくさん議論頂きましてありがとうございました。ちょっと事務局も混乱しているところもあるかもしれませんが、もう一遍整理してもらいまして、初めてのこういう分析ですので、ぜひしっかりしたものに持っていきたいと思います。ありがとうございました。

それでは、続きまして、これまで取り上げたテーマの分析対象事例の動向について、事務局、お願い致します。

○事務局 資料3「これまでに取り上げた分析対象事例の動向について」ご説明致します。

こちらは第5回報告書から掲載しておりますが、前回の再発防止委員会で、今後も継続的に分析すべきというご意見を頂いておりましたので、今回も取り上げております。

また、ご意見として、今後の効果検証につながる明確な指標が必要であるとのご意見も頂いておりましたので、一部、第5回より変更したところがございます。そちらを中心に本日はご説明させていただきますので、第5回報告書の160ページ以降を併せてご覧頂きながら、ご審議をお願い致します。

まず「1. はじめに」の部分につきましては、件数動向を取り上げた理由と対象となる4つのテーマ、「分娩中の胎児心拍数聴取について」、「新生児蘇生について」、「子宮収縮薬について」、それから「診療録等の記載について」を取り上げるということを記載しております。

なお、新生児蘇生につきましては、第5回ではテーマとして取り上げておりましたので、件数動向では省略しておりましたが、今回は分析対象テーマのひとつとして取り上げることであります。

「2. 構成」のところにつきましては、表1の項立て、「1) テーマに関する事例の概況

の記載する内容」の部分につきまして、第5回では分析対象事例数やテーマに関する事例の概況を出生年ごとに記載しているという内容に留めておりましたが、今回は、「分析対象は、産科医療の質の向上を図るための評価・提言がされた事例である。」との記載を追加致しました。その注釈と致しまして、表の下のほうに、「原因分析報告書の「臨床経過に関する医学的評価」において、「選択されることは少ない」、「一般的ではない」、「基準から逸脱している」、「医学的妥当性がない」、「劣っている」、「誤っている」等と記載された事例、および分娩機関に対する「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」において、テーマに関する提言が記載された事例である。」と記載しております。

こちらは、第5回では、子宮収縮薬を除くそれぞれのテーマに記載していたものですが、表1に記載した理由は2点ございまして、1つは、それぞれの分析方法が明確であったほうがよいというご意見を昨年度の委員会から頂いていたことと、もう1つは、4つのテーマのうち子宮収縮薬以外はこちらの分析方法であることから、表1にまとめて記載させて頂いたことによります。

子宮収縮薬の分析対象の記載につきましては、「子宮収縮薬使用事例を分析対象とし、原因分析報告書の分娩経過に記載された用法・容量および心拍数聴取方法について、産婦人科診療ガイドライン等の記載に基づいて集計している。」とさせて頂きました。2ページ目をご覧ください。

こちらから「分娩中の胎児心拍数聴取について」でありまして、今回は第5回と変わらず、2014年12月末までに公表した事例534件を対象としております。

変更した点と致しましては、表2のタイトル、第5回では、「分娩中の胎児心拍数聴取に関する事例の概況」としておりましたが、何を集計したかが明確に分かるよう、「産科医療の質の向上を図るための評価・提言がされた項目」との記載に変更しております。

件数動向を概観するという観点で表の見方をご説明させて頂きますと、例えば「胎児心拍数の聴取間隔という項目」をご覧頂くと、2009年の分析対象数は203件ございまして、

そのうち胎児心拍数の聴取間隔について何らかの指摘があった事例が7件、割合で言うと12.3%ですが、そちらが2010年では17.5%、2011年では3.3%に減りまして、2012年では7.1%と、合計は■■■■%と、出生年ごとに件数動向を追っていくという趣旨でございます。

下の「2)分娩中の胎児心拍数聴取に関する原因分析報告書の記載」では、3ページ以降に原因分析報告書からの抜粋を記載しておりまして、こちらは2015年1月以降に公表された原因分析報告書の事例を随時更新していく予定でございます。

4ページ目の「3)分娩中の胎児心拍数聴取に関する現況」ですが、第5回では産婦人科診療ガイドラインの記載を抜粋しておりました。こちらについては、第6回でも同じようにガイドラインの記載を抜粋するか、それとも、胎児心拍数聴取に関する医会や学会などの関係団体の取り組みについて紹介するとするかなど、今後、検討してまいりたいと思います。

5ページ目からが「新生児蘇生について」でございます。件数動向では初めて取り上げるテーマですが、まず「1)新生児蘇生に関する事例の概況」ということで、2014年12月末までに公表した事例534件のうち、人工呼吸、胸骨圧迫、気管挿管、アドレナリン投与のいずれかの処置が生後30分以内に行われた事例は■■■■件ございました。このうち、これらの新生児蘇生処置、新生児蘇生の手順、器具といったアルゴリズムに関連する項目に関して、産科医療の質の向上を図るための評価・提言がされた事例は■■■■件ございました。

概況は表3の通りでございますが、これらの項目は第5回報告書128ページの表4-5-11、「新生児蘇生に関して産科医療の質の向上を図るための評価がされた項目」の「アルゴリズムに関連する評価」で取り上げている項目を参考に集計しております。

「2)新生児蘇生に関する原因分析報告書の記載」については、分娩中の胎児心拍数聴取方法と同様、原因分析報告書の記載を随時更新、抜粋していく予定でございます。

6ページ目に行きまして、下の「3)新生児蘇生に関する現況」では、昨年度から田村委

員よりご紹介頂いております今年の10月16日に公表される予定のNCPRガイドラインを抜粋させて頂きたいと思っております。

7ページからが「子宮収縮薬について」でございます、こちらは新たに表を作成致しました。「表4 子宮収縮薬の使用状況（種類別）」として、各薬剤を単独で使用した事例と、2種類以上の子宮収縮薬を使った事例がそれぞれ何件であったかを集計した表を追加致しました。こちらは、第3回報告書の「子宮収縮薬について」で取り上げた表を参考に作成しております。

「合計」のところを見て頂きますと、子宮収縮薬を使用した事例は、534件中146件でした。そのうちオキシトシンのみ、PGF2 $\alpha$ のみ、PGE2のみ、各薬剤が単独で使われた事例が[REDACTED]件。2種類以上の薬剤の使用された事例が下の4つを足して頂いて[REDACTED]件。こちらにつきましては、2種類以上の子宮収縮薬が同時に投与された事例はございません。

8ページに移りまして、「表5 子宮収縮薬の使用状況」となっております。こちらは第5回でも同様の表を掲載しておりますが、各薬剤に「基準内かつ連続的」という項目を今回新たに追加してございます。

9ページが「表6 子宮収縮薬使用についての説明と同意」でございます。こちらは特に変更はございません。下の「3)子宮収縮薬に関する現況」も、今後内容について検討していきたいと思っております。

10ページからが「診療録等の記載について」でございます。こちら第5回報告書に掲載しているものから変更はございません。

11ページの「診療録等の記載に関する原因分析報告書の記載」も、随時更新していく予定です。

12ページの現況に関しても内容について今後検討していく予定です。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。よろしゅうございます

か。

○隈本委員 8ページですけれども、今さら言うのも何なんですけど、「基準内」という言葉が原因分析報告書の評価の例の岡井先生のスケールに登場してくる言葉なので、何か言い換えてもらったほうがいいかなと。

岡井先生が言う医学的評価の岡井スケールが、それで言うと「基準内」というのは、何とかぎりぎり基準内なんだけれども、あまりよくない言いかたをするんですね。そういう評価のところに入っていて、何か、それちょっと僕がマニア過ぎるのかもしれませんが、でも、「基準内」と言われると、何かあまりいい評価をしていないように思われるのですが、これは基準を守っているということですよ。ガイドラインの規程を守っているということですよ。だから、基準を遵守して、基準より多いという言葉があるんだら、基準を遵守とか、そういうふうに直してくれたほうがいいかなと。

○池ノ上委員長 あのガイドラインの範囲の中で使われているということですよ。

○隈本委員 要するに、基準内というのが、何か意味がある言葉じゃなくて、基準が守られているという意味だとしたら、そう直したほうがいいというふうに私は思います。

○池ノ上委員長 いかがですか。

○市塚客員研究員 ガイドラインにもこれに似た言葉があるんですけど、ガイドラインの266ページのAnswer欄9番のところに「基準範囲内量」という言葉があるので、この用語を使ってよろしいでしょうか。

○隈本委員 はい。

○池ノ上委員長 それは産婦人科学会のガイドラインですね。隈本委員、いかがですか。

○隈本委員 はい。その言葉を使って頂ければいいと思います。

○池ノ上委員長 では、それで。はい。ありがとうございます。

○木村委員 恐らく、今年度の最後にはかなり増えると思うのですが、2009年から2011年まで各年の対象数が100例以上ある中で、2010年は37例だと、1人だけ違うとパーセント



が大きく変わっちゃうのです。なので、大体100例ぐらいになったところでこういう影響というのは見ていかれたほうが、ミスリードしないかなと思いました。多分、今年の年末になりますと、それと同じようになるので、これはこれで結構だと思います。今回のデータはあくまで参考ということで、ご理解頂いたほうがいいんじゃないかなというふうに思います。

○石渡委員長代理 ちょっとうれしいデータなんですけれども、2ページ目のいわゆる胎児心拍数聴取のことについて、2012年、数は少ないですけれども、ざっと見るとかなり胎児心拍数聴取についてはガイドラインが守られてきたんだなという、そういう印象を深く受けて、この事業の効果が出てきているのではないかなと思うのです。2012年は37例しかありませんので、何とも言えませんが、傾向としては、多分、年々年々よくなってきているんじゃないかなという印象を受けます。

○藤森委員 今のモニタリングのところ、表2ですけれども、事例数のところにパーセントが入っていない理由は、何かあるんですか。前回も、第5回的时候も入れないという話は聞いていたんですが、これのパーセントが減ってくるということが指摘されている事例が少なくなってきたという意味ですね。そうなるわけですね。

あと、もう1つ、石渡委員長代理の続きのお話をさせて頂ければ、オキシトシン使用のところで、基準内かつ連続的というのがどんどん増えてきているのも、これも1つ効果が出ているというふうなことだと思います。

○鮎澤委員 もちろん、事例がまだまだ少なくて確たることは言えないというのはわかるのですが、今、何点かご指摘があったように、それなりに色々なことが動き始めているぞという感触を、この行間から読み取ってよろしいわけですね。

実は、そのところをどのように伝えることができる書きぶりになるのかと思いながら拝見していたところです。ぜひそういうメッセージとして伝わるような形で書いて頂ければと思っています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。やっぱり、これはみんなが欲しがっていると言うとおかしいんですけども、1つの目標だったわけですね。その点は少しずつ出せるようになってきたと。

ただ、木村委員がおっしゃるように、ミスリード、つまり、悪い影響を与えるようなミスリードは絶対に避けなければいけないと思いますけれども、まあまあ大体の大きな流れからして、今、お二方がおっしゃったようなことを、あまり変な書き方じゃなくて、このぐらいのことは言ってもいいかなというぐらいのことを考えながら書くような努力をしていきたいなと思います。うまくできるかどうか分かりませんが、また、そこら辺は隈本委員あたりと相談させて頂いてと思います。

○勝村委員 質問ですけども、7ページの下注、2種類以上と書いて、2種類以上という2種類が入ると思うし、表の一番下はPGE2とPGF2 $\alpha$ を別としたら3種類にも見えるんですけども、この意味をもう一度お願いします。

○池ノ上委員長 分かりますか。今の勝村委員のご質問。7ページです。7ページの表の2種類以上。

○市塚客員研究員 これはオキシトシンとPGF2 $\alpha$ と一緒にミックスしていないということです。同じ人に時間はずれては使っているんだけど、同時投与していないということです。そういうものはなかったということです。

○勝村委員 重複と同時が違う言葉で使われているということですか。

○市塚客員研究員 ああ、そうです。

○鮎澤委員 「同時に」を頭に持ってくると分かりやすいのではないですか。同時に2種類以上使われていることはなかった。

○勝村委員 重複はあったが、と書いて欲しい。でも、分かりました。この趣旨は分かりました。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。こういったデータが少しずつ、そしてこれは第

6回報告書を書くころには、またかなりの数になっているだろうというふうに思いますので、より有意義な方向のデータサンプリングということできたいと思います。どうもありがとうございました。

○市塚客員研究員 1つよろしいですか。

○池ノ上委員長 はい、どうぞ。

○市塚客員研究員 藤森委員のご質問、2ページもそうなんですけれども、事例数でパーセントが横棒になってパーセントが示されていないというところ、表2です。2ページの表2。

例えば2009年ですと対象が203で、何らかの指摘があったのが50件ありまして、パーセントが横棒になっているのですが、このパーセントのところにつきましては次の詳細のところ、胎児心拍の聴取間隔が12.3%ですとか、以下15.8とありますが、胎児心拍数に関する事故を100としたときのその内訳のパーセントが下に書いてあるので、203に対する50件のパーセントをここに入れてしまうと、ちょっと混同してしまうかなということで、ここは横棒にしてあるんですが。

○藤森委員 第5回もそういう説明だったと思うのですが、やはりこの事例数が減っていくということが目標ですね。ゼロになるのが目標で、連続モニタリングの数が100になるのが目標ですね。それが効果ですから、やっぱり0になるのと100になるのが目標ですから、そこはしっかり書いてもらったほうがいいんじゃないかと思います。二重線でちゃんと引いてありますから、大丈夫だと思います。

○池ノ上委員長 よろしいですか。パッと見て、少しそこら辺が分かるような説明がもうちょっとあればいいと思うんですね。混同しないような。やはり、見る人は、どこをパッと見ていいかなというところだと思うので。ありがとうございました。

他にはいかがでしょうか。

それでは、母児間輸血症候群について、お願い致します。

○事務局 母児間輸血症候群がテーマとなった際の案を作成致しました。

資料につきましては、資料4が報告書案、資料5が事例一覧となっております。

資料4をご参照下さい。1ページ14行目からです。母児間輸血症候群を合併した事例は件( )であり、脳性麻痺発症の主たる原因としては、単一の病態では、常位胎盤早期剥離、臍帯脱出以外の臍帯因子、子宮破裂に次いでいます。

2ページに、分析対象事例の背景をまとめています。緊急帝王切開術、生後1分アプガースコア4点未満が高率で、母体搬送事例はありませんでした。

4ページから、分娩のための入院時の状況をまとめました。上段の表で来院時週数、下段の表で主訴をまとめています。胎動減少・消失が最も多い主訴でした。5ページの表では、入院時の胎児心拍数陣痛図所見をまとめています。基線細変動の減少・消失が最も高率でした。6ページの表で、分娩経過中の胎児心拍数陣痛図所見を掲載しています。この表の通番は資料5と一致していますので、資料5と併せてご参照下さい。入院時、分娩経過中を通じ、児娩出までにサイナソイダルパターンが出現した件数の率は%でした。

7ページの表で新生児・妊産婦の血液検査結果を掲載しております。

3. 原因分析報告書の取りまとめの1)事例の概要において、教訓となる事例として、胎動減少・消失があり、胎児心拍数陣痛図異常が出現した事例を掲載しています。

9ページで脳性麻痺発症の主たる原因、10ページで「臨床経過に関する医学的評価」、11ページで分娩機関に対する検討事項、13ページで学会・職能団体に対する検討事項の取りまとめ表を掲載しています。

17ページ、5. 再発防止および産科医療の質の向上に向けてでは、妊産婦・分娩機関に向けて、胎動減少時の対応、分娩機関に向けて、胎児心拍数陣痛図の判読と対応、サイナソイダルパターン、基線細変動の減少・消失時には循環血液量不足を想定に入れた急速遂娩・蘇生の準備、アルゴリズムに沿った蘇生、出生後の循環血液量不足時の対応等、18ページ学会・職能団体に向けて、母児間輸血症候群の研究、胎動カウント法の検討、児の重

症貧血に対する診療管理指針の策定について挙げています。

ご説明は以上となります。母児間輸血症候群のテーマ選定について、ご審議お願い致します。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。いかがでしょうか。

○小林委員 名称ですが、同じものが再発防止委員会の報告書では別の名称になっていたと思うのですが、胎児母体間輸血症候群。私、手持ちの教科書で調べたら経胎盤出血というようになっています、これは最終的に一般の人も見ますので、名称を並記するかとか、名称について議論したほうがいいかなと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。これは産科婦人科学会の用語委員会ではどうなっていますか。

○藤森委員 用語委員会は分かりませんが、英語がfetomaternal transfusionになっているので、胎児母体間になっていると思います。placental transfusionとも言いますが。

○池ノ上委員長 胎児母体間輸血症候群というのが。

○上田理事 今までの報告書ではそのように掲載しています。

○池ノ上委員長 これが第5回での報告書ですね。

○事務局 事務局から失礼致します。原因分析報告書では母児間輸血症候群に統一されておりますので、今回、母児間輸血症候群と致しました。

○池ノ上委員長 学会のガイドラインを見ましょう。ちょっと、それ、時間を頂くということで、検討させて下さい。他にはいかがでしょうか。

○藤森委員 採用するか、採用しないかは別としてですが、この中で分娩前に母児間輸血症候群を疑った事例というか、診断できた事例というのは何例あるかというのは分かるんですか。

○事務局 ございません。確認致しました。ゼロです。全て新生児の貧血から診断がついております。

○藤森委員　なので、僕はやっぱりこういう病態があるんだということを知って頂くということは、非常に重要だと思うんですね。僕も数例経験していますが、もちろん、助かっている事例もあるのですが、やっぱりこういうことが、多分、典型的な満期で、あと、胎動の減少で来てモニタリングしたら何かしら所見があつてということだと、やっぱりこういうことが起こるんだと。経胎盤出血、母児間輸血症候群という病態があるんだということ、やっぱり知って頂くことが重要だと思うのです。

○池ノ上委員長　ありがとうございます。これはやっぱり典型的なモニタリングの所見を同時に出して、こういうパターンが出てきたときには考えて下さい、というような出し方をするべきだろうと思います。

○藤森委員　それで、ぜひ、新生児の血液は平均じゃなくて、できれば全部というか、最大値・最小値。すみません、個人的な興味なんですけど、どういうときにどういうモニタリングが出るかというのは、非常に興味があるので、後から自分で調べてもいいんですが、ぜひ最大値・最小値みたいな形で出して頂くか、個別でヘモグロビンとか書いてあるんでしたか。

○事務局　今回は掲載しておりませんが、データはございますので。

○隈本委員　委員長と同じことを言っているかもしれませんが、波形を現実の事例からここに載せるのが一番参考になると思いますので、サイナソイダルというのとサイナソイダル様とか、ものすごく議論が多くて、これはそう読むんじゃないんじゃないかという議論も結構あるので、できれば本当の波形をごく一部加工して出すというような形で出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。これはやっぱり、藤森委員なんか実際にモニタリングを全例見て頂いて、そんなにたくさんは、          例でしょう。

○藤森委員　それはやらせて頂けるのであれば、非常に僕は興味があります。

○池ノ上委員長　それはもうワーキンググループの先生。

それで、variabilityがなかったりあったり、典型的なサイナソイダルになっていたりなかったり、でも、これは、現実はまだ脳性麻痺になっている赤ちゃんのモニタリングという前提で見えていくと、どのぐらいまでをちゃんとモニタリングでつかまえないといけな  
いかということの一步前といいますか、そこまで行く前に勝負しなさいというような提言  
というか論文になる可能性があるので、スポラディックにぽんぽんと、色々なものを1例  
1例見る人が多いと思うんですけれども、まとめて十数例を、しかもその予後がはっきり  
しているのを見るというはないと思うのです。そういう意味では、かなり重要な情報発信  
になるかと思います。

○木村委員 胎動のことについて提言というところでリストアップしておられて、確かに、この資料5の一覧表を拝見すると、ほとんどの方が胎動が少ないというふうに書いて  
おられるんですけれども、逆の立場からすると、もし全妊婦に例えば胎動カウント法をす  
るというふうなことを提言した場合、それによって起こるフォールスネガティブの医療へ  
の負荷というのは測り知れないものがある可能性があるんですね。ですから、そのあたり  
は冷静にお考え頂きたいというふうに思います。

この例を救うがために、全例にしているのかということは、やっぱりこの手の委員会  
でやると、気の毒な事例があると、これを救うためにということがフォーカスされますけ  
れども、しかし、100万人の分娩に対して全員にやるべきかということは、やっぱりよく  
考えてやって頂きたいことだと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にはいかがでしょう。よろしいですか。胎児  
母体間輸血症候群については、もう少し色々議論が、この表などをご覧頂きまして、事務  
局のほうでまとめて頂きましたから、これをどういうステイトメントをつけるかとか、そ  
れから、今、木村委員からご提案があったような胎動をどう取り扱うかといったこともお  
考え頂いて、また、ご意見を頂ければと思います。

○藤森委員 1つだけ確認ですが、胎動減少でいらっしゃった方々に、モニタリングをし

なかったという事例はあるのですか。ありますか。

○木村委員 ある。それは一般的ではない方です。

○事務局 資料5の、例えばですけれども、12番に胎動の訴えがありますけれども、妊娠中にはモニターがついていないという事例があります。

○藤森委員 1例だけです。ごめんなさい。

○木村委員 8ページのこっちのほうの、8ページの上から3つ目がそのように書かれているんですけど、基準から逸脱していると書いています。

○藤森委員 なので、やっぱり胎動減少で来た人にモニタリングしないで帰すとかというのは、やっぱりあり得ないというか、そういう提言をして欲しいと思います。

○池ノ上委員長 それとやっぱり胎動そのものをどう生理学的にとらえるかというところも、まだ不明なところがありますね。出ているのは、サフスキーらが言い出してから、胎児死亡の前3日ぐらいからドーンと落ちますよというようなところは、もうちゃんとした論文として出ているので、やっぱりそのレベルぐらいの話ですね。あまりセンシティブな話ではない。

しかし、今、先生が言われたように、次のステップ、バックアップデータを取るというような、そういったところについての提言というのは必要だろうと思います。

他にいかがでしょうか。このテーマはよろしいですよ。取り上げると。はい。ありがとうございます。

それでは、続きまして、効果検証です。お願いします。

## 2) 効果検証に関する調査について

○事務局 では、本体資料3ページになります。

## 2) 効果検証に関する調査について

第41回委員会の主な意見



1つ目の○ 効果検証の指標について議論する必要があるのではないか。

2つ目の○ 研修や教材が実際現場でどの程度活用されているか、どのくらいガイドラインが守られているのか検証が必要である。医会でも、本制度の取り組みが現場に与える影響などについて検証したいと考えているため、効果検証に関する調査などに協力することは可能である。

3つ目の○ 報告書や提言集の認知状況および提言の妥当性や実現可能性などについて、アンケート調査は可能ではないか。

以上のご意見をふまえ、本年度は、平成25年1月に実施したアンケート内容を改訂し、再度調査を実施してはどうかと考えております。この点につきましてもご審議をお願い致します。

参考資料としまして平成25年実施の「再発防止に関するアンケートの集計結果」をおつけしております。以上です。

○池ノ上委員長 いかがでしょうか。先ほどのデータもオキシトシンの使用状況であるとかモニタリングの装着の状況とかは少し効果が出てきているというような動きが見てとれましたが、ここでもそういった効果検証ということで、具体的なことよりもこの報告書に書いたようなことがどのくらい伝わっているかということのみよう。

○板橋委員 やっぱり、回収率をもっと上がるようにしないと。多分、書いている人は、割と前向きな人が書いている。どっちかというから見もしない人は書かないという可能性はあるので、その工夫をしないと、何となくこっちの自己満足で終わっちゃうようなところはあるかと思うんです。

ですので、ぜひWebで入力しやすくするとか、例えばアンケートを書くとき点数につながるのか、何らかの工夫をしないと、表向きの50%ぐらいだと、残りの50%がどうなっているか何も分からないので、せめて7割、8割ぐらいのところまで上げられるような工夫を、ぜひお願いしたいと思います。

○池ノ上委員長 これは機構のほうで頑張ってもらって、その回収率を上げるためにですね。

○隈本委員 調査項目で私自身もすごくずっと関心を持っているんですけども、脳性麻痺事例の年ごとの発生件数ですね。

これは僕の感触なんですけれども、2009年にこの制度がスタートした時点が初めて全数をキャッチできる最初のケースで、そこからどう動いているのかということとはとても興味があるので、もちろん、申請までのタイムラグというものが、どこをどう計算するか難しいところなんですけれども、少なくとも素数として2009年全分娩の中の発生率と、今の2015年とどう変わっていったのかというのを、もしかしたら本制度、運営委員会のほうのマターなのかもしれないけれども、再発防止委員会としてもその数字は知っておきたいなと思うのですが、どうでしょうか。今、分かっているんですよね。年度別の申請件数というのは。

○上田理事 そうですね。補償対象件数。

○隈本委員 補償申請件数。

○池ノ上委員長 ただ、漏れているのが。

○隈本委員 途中で基準が変わっているというのもあるんですけど、ただ、やはり、脳性麻痺事例を減らすのが目標だから、減っているのかというところはやっぱりあったほうがいいような気がします。

○池ノ上委員長 これは厚生労働省で出しているデータ、あるいは各都道府県の保健所とか県の福祉保健部とかというようなところのデータとの連携は難しいのですか。

○上田理事 国レベルも、脳性麻痺の発症率はデータはありません。

○隈本委員 そもそもこの制度がスタートするときにちゃんとした数字がなかったんで、一応、年間800みたいな目の子の数字を決めたんですよね。

○上田理事 目の子というか、沖縄のデータにより推計しました。

○隈本委員 失礼しました。沖縄の事例を全国に展開して計算したわけです。

ただ、本当に実数がとらえられるようになったのは、本制度で申請が上がっているケースとしてあるわけだから、その数字、色々な限定付きで、もちろん、これはあくまで申請数ですとか、申請までのタイムラグがありますとか、基準がこの年から変わっていますという、色々な条件は付けたうえで件数はやっぱりちゃんと出してグラフにして見たほうがいいんじゃないでしょうか。

○小林委員 申請期間5年なので、まだ、初年度のものの実数しか固まっていないので、将来はできると思いますけれども、まだ2年目が確定していません。

○隈本委員 で、減っていますか。

○小林委員 だから、2年目が無いので。

○隈本委員 でも、何となく減っているんですかね。それがすごい知りたいんですけど。

○小林委員 どうでしょうか。

○池ノ上委員長 よろしいですか。これは小林委員のところでプロジェクトが動いている、調査しておられるプロジェクトだと思うんですけども。

○隈本委員 私の直観的な感じだと、減っているのではないかと、1つは。それから、まずは全て全例原因分析をするんだという、この医療界の雰囲気では減っているんじゃないかと思っているんですけども。

○池ノ上委員長 恐らく、これも私の感覚ですけども、正期産、タームに関するお子さん方はできているんだと思うんですね。

ところが、プレタームとか、低出生体重児のところは、まだ上がってきている可能性はあると思うのです。そこのバランスが変わる。

だから、トータルとして見ていると変わっていないみたいに。例えば、かつて生存不可能だったようなお子さん方が生存限界から入ってきて、しかし、その一部が脳障害が残ってしまうというケースはまだあると思うので、トータルで見るとあまり変わらないかもしれませんが、正期産という大きなお子さんだけを取り上げていくと、恐らく、下が

っているというようなデータが期待できるんじゃないかなと思うんですけども、それは私自身が持っているわけじゃないですが。

○鮎澤委員 先ほど、これまでに取り上げたテーマの分析対象事例の動向について、少しずつ数字がというようなこと、メッセージとして伝わるような形で書いて頂ければというようなことを申し上げたのは、その先、それが本当に脳性麻痺を減らしていくことにつながっていくか、それが書けるのかということが、思いの中にありました。

今もこの議論になったので、これからの議論としてということになるのでしょうかけれども、少なくともパッとこれを読んだ方は、で、脳性麻痺は減ったの？とやっぱり思いますよね。そこのところをどこまでここが書き込めるのかというのが、最終報告書に書き上げるときのやはり大事なポイントの1つになるのではないかと思います。

これから先の話なのか、今の段階ではどこまでなのか。記載についても、いずれ最終報告書の段階でご議論頂ければと思っています。

○池ノ上委員長 なかなか難しいところがありまして、だから、対象グループをどこに絞るか。そこで、リーズナブルな観察ポイントとリーズナブルな評価が行われて、そして皆さんに認めてもらえるような論文なりになるかというところの工夫が、一工夫、二工夫いるんだと思うんですね。そうすると、あるところではきちっとした提言につながるだろうと思います。

○板橋委員 確かに、脳性麻痺の数については、恐らく、都道府県のポピュレーションベースでやっているところでは、あまり総数は変わらないですね。

ただ、分布では低出生体重児が相対的には増えているというか、多いということはあるかなと思うんですね。

早産に関して言うと、様々なファクターがそこに入ってくるので、やはり、37週以上のケースでどれぐらい減ったか。それがポピュレーションの大部分ですので、それをきちんと出せば、委員会の色々な提言の効果が評価できるのではないかなというふうに思いま

す。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。先生のおっしゃった通り、37週以上のほとんどのポピュレーションをきちっとつかむという、その方法論を真剣に考えて、どこをたたけば得られるのかとかいう、そういう制度上の問題が非常に深いところがあるので、この委員会の活動の線上に、そういった国全体の動きをとらえながらこの委員会活動をやっているという、そういったことも、もうそろそろ立ち上がらないといけないし、その準備も始めないといけないんじゃないかなというふうに思います。いかがでしょうか。

これはなかなか難しい、行政に関わることなので、行政の中のどこをたたいたらいいのかというのがよく分からないですね。医会が先のほうがかえって、民間ベースのほうが早く動くから。各都道府県の医会の先生方の組織のほうが、その地域の脳性麻痺につながらないでしょうか。

○板橋委員 恐らく、脳性麻痺と診断されれば、様々な助成とかが受けられますので、そういうのは、多分、保健所とかで上がってくると思うんですね。その数が都道府県単位で分かれば、おおよそ。出生年はばらばらでしょうけれども、それを出生年ごとに拾えば分かるのではないかなというふうに思うんですね。

○小林委員 それは運営委員会のほうで以前に調査をしたのですが、障害の手帳等をですね。ただ、その場合は、この制度以外の脳性麻痺の児がかなり多数入ってくるので、つまり、生まれた後、様々な理由で麻痺や障害が生じたとか、あるいは染色体異常の非常に重度な児とかですね。ですので、行政の現状の資料ではこの制度の対象者の動向は追えないし、それから分娩に係る脳性麻痺の児の動向も追えない。出産後の生まれた後もかなり様々な理由で障害が起こりますので。

○池ノ上委員長 医会のほうでは、妊産婦死亡のデータベースをずうっと作ってきておられますので、恐らく、その延長上に脳性麻痺のデータベースを各都道府県別にそろえなければいけないような時代にだんだん入っていくんじゃないかなと思うんですけども。半

分冗談で半分希望的な意見なんですけれども、やはり、恐らく、そこら辺が動かないとなかなか動きにくいと。行政的な立場ではですね。

○勝村委員　そういう議論に加え、つまり子宮収縮剤の使用基準が守られている率がどう上がっているかというような議論とともに、2年目の実数が来年の春ごろに確定するわけですね。そうしたら、それを受けてこの制度の中の対象者がどう減っているのかということと、それぞれのテーマ毎の率と全体の対象者自体が出生児全体の割合の中でどうなのかというのは、37週や何やらということも含めて見てみるということは、当然、やっていったらいいんじゃないかと思います。

このアンケートなんですけれども、どういうロードマップで進むのでしょうか。もう1回原案が出てくるんですか。色々な人たちと話をする中で、現場で働いている人たちが、この報告書をあまり知らないということを耳にします。全ての産科医療に関わっている人たちが何らかの形で見てくれているといいんですけれども、意外と知らないまま働いているという人も、見聞きするので、5年たって一区切りではありますから、報告書の配布の仕方自体も変えてみるということなんかも、アンケートの結果によってはやってもいいぐらいのタイミングだと思うのです。今まで通りの形式の報告書はホームページに上げるけれども、配布するものはもうちょっと薄くシンプルなもの、壁に張るほどシンプルなものとは別に、もうちょっと部数を増やして、個人的に読んでもらうように配るとか、例えばですけれどもね。何かそんなことまで検討できるようなアンケートにしてもらえばいいかなと思うんですけれども、大体どんなロードマップというか、どういう形でこれはいつごろやるつもりで、というあたりはどうなんですか。

○池ノ上委員長　いかがですか。

○事務局　アンケートを実施するということが本日決まりましたら、来月の委員会には、委員の先生方にアンケートの質問事項の案をご審議頂く予定としております。

○池ノ上委員長　これは前回の参考資料ですね。

○事務局 前回どういったものだったのかという記憶を呼び戻すという。多分、2回報告書を出した後の質問ですので、その後、報告書を出したことを考えますと、少し変えていけないといけないということもいくつかございますので、その辺、事務局で修正した内容で、あとは審議して頂ければと思います。

○池ノ上委員長 またこれをご覧頂いて追加すべきこととか、今では不必要だろうとかいうこと、お気づきのことがありましたら、事務局のほうにご連絡頂ければと思います。よろしいですね。はい。では、どうもありがとうございました。

次は、その他について、事務局からお願い致します。

### 3) その他

○事務局 本体資料と参考資料2をお手元にご用意お願い致します。

まず、本体資料3ページの「3) その他」と致しまして、再発防止ワーキンググループでは、昨年〇〇にわたって、本制度の補償対象事例と日本産科婦人科学会からご提供頂きました周産期登録データベース事例を用いた〇〇審議を行い、〇〇

〇〇しました。

参考資料2が、〇〇となります。

〇〇”という

タイトルで、〇〇再発防止ワーキンググループの先生方に取りまとめ頂きました。

まず、「目的」として、〇〇

〇〇致しました。

方法につきましては、〇〇

を用いました。

統計処理等は記載の通りでございます。

「Ⅲ. 結果」と致しまして、2行目の真ん中から、

となりました。

考察と致しましては、

としておりま

す。以上です。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。再発防止委員会のワーキンググループの先生方に何回か集まって頂きまして議論して頂いて、

頂きました。何かこれについて。どうぞ。

○木村委員 ありがとうございます。こういうことが発表されるのは大変いいことだと思いますので、ぜひ今後ともよろしくお願ひしたいと思います。

1つだけ、宣伝ではないのですが、新生児の低酸素脳症に関するACOGとかが定義を出しています。よくpH何未満とかの基準を満たさないと分娩時のイベントが低酸素脳症と関係しないというような定義なんですけれども、2014年に改訂版が出ました。その改訂版の大きな特徴は、生後24時間から96時間の間のMRIの所見が超音波やCTに比べてはるかに出生時のイベントをよく反映するということが言われている点です。それ以外のポイントはあまり変わっておりません。



なかなか日本のNICUの現状で、その時間にMRIを撮影するのは非常に難しいということをよく承知しているのではございますけれども、板橋委員、田村委員、専門家の先生いらっしゃいまして、またこういったことが日本でできるかどうかとか、もう少し推進できるかどうかなどについて、またご検討頂きたいと思います。

この書籍は、ドラフトの段階で産科婦人科学会のほうに来ておりまして、日本産科婦人科学会のほうでは周産期委員会の先生にお配りして、学会として組織としてエンドースしています。こういう経緯がございますので、ぜひこういった形で国際的な標準にどういふふうに適格させていくのかというのは、こういう委員会でもまたご検討頂ければありがたいと思います。ぜひよろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございます。先ほど、隈本委員がおっしゃったように、原因分析委員会のほうが、かなり画像を取り込んだ原因分析委員会をして頂いているようなので、そういう意味でも、我々の委員会でもそういうことを検討していく必要があると思います。どうもありがとうございます。

○木村委員 MRI、きっと難しいと思うんです。現場で時間かかりますし、挿管中であつたりかなりハードルは高いと思いますけれども、また、ぜひご検討をよろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございます。

○石渡委員長代理 おっしゃる通り、今、MRIの画像診断等では、原因分析委員会で早川先生が細かくその辺のところを講義して頂いているんです。

確かに、今、やっている大々的なこの制度は、ものすごい数が集まってきますから、あつという間に世界を席卷しちゃうんじゃないかというふうに思うぐらいのデータが集まってくると思うのです。ぜひやって頂きたい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す。

○箕浦委員 今まで英語って気にしたことがなかったんですが、この

■ というのは、この制度の英語版の訳なんですか。

○池ノ上委員長 いかがですか。

○鈴木理事 決まったものはございませんが、一応、仮訳です。

○箕浦委員 これを読んで分かるのかなという気がしたものですから。

○木村委員 確かに。もし、可能でしたら、公式の英語訳を作っておかれると、やはりいいと思います。

と申しますのは、これ、結構各国で産科医療補償制度が話題になっておりまして、私、国際産婦人科連合の理事会とかに出ますと、日本はどうなっているんだということを聞かれます。

それから、台湾が全く同じこの制度を、脳性麻痺だけではなくて母体死亡とかも含めて行っております。各国でやっぱりこういう動きが出てきつつありますので、ぜひ公式な英語名を作っておかれるといいんじゃないかと思います。

○石渡委員長代理 それをしておかないと、キーワードで引いたときにバーッと出てきますから、ぜひ、これ、統一した用語を決めておいたほうがよろしいかと思います。

○木村委員 これから論文が出たときに、検索して同じものが出てくるという形にしたほうが。

○池ノ上委員長 機構は、国際的な評価を受けたりするときに使う言葉としては、まだそこも決まっていないんですか。

○鈴木理事 まだオーソライズはされていません。

○上田理事 チラシとか胎児心拍数陣痛図の教材の英文訳では、確かこれで使われていると思いますけれども、もう1回、確認します。

○池ノ上委員長 そちら辺のやつを次回出して頂いて、先生方に読んで頂いて、ピンと来るか来ないかというのを見て頂くようにしましょうか。それも ■ にやってもらったおかげで一步また前に進むことですから、いいことだというふうに思います。

他にいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

○勝村委員 1つだけ質問なんですけれども、もし分かればなんですけれども、最初の出生時の件の18ページ、19ページのところですけれども、どうせまた対象群を書いてもらうという話をしている中で申し訳ないんですけれども、18ページは質の向上を図るために何か書かれたということ。20ページは、新生児の管理に関して何か書かれたということ。22ページは学会・職能団体を対象に提言がされたこととなっているんですけれども、それぞれ例えば母子接触のところだったら、                    みたいになっているんですけれども、やっぱり一番多い          ぐらい、これは重複があると思うんですけれども、どれか1つでも書いてあった数というのがすぐ分かれば教えて欲しいなと思ったんですけれども、分からないですか。

○事務局 延べ件数ではなくて、事例件数ですか。

○勝村委員 延べ。

○事務局 いずれかの項目があったというケース。今は申し訳ないんですけれども分かりかねますので、次回以降に。

○勝村委員 分かりました。どうせ対象群も書いてくれとお願いしていますので、大丈夫です。

○池ノ上委員長 どうもありがとうございました。

他に何かご発言はございますか。

○事務局 お手元に委員会・部会等の会議          の取扱いについての資料をご用意しております。

これは本委員会における          の取扱につきましてお問い合わせがありましたので、改めてご案内するものです。ご参照下さいますよう、お願い致します。以上です。

### 3. 閉会

○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でしょうか。よろしいですか。では、時間をちょっと超過しましたが、どうもありがとうございました。