

第45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9月7日（月） 16時00分～18時07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。

資料、本体資料、出欠一覧。

資料1、常位胎盤早期剥離について（案）。

資料2、常位胎盤早期剥離事例一覧。A3留めになります。

資料3、常位胎盤早期剥離について（案）意見シート。

資料4、母児間輸血症候群について（案）。

資料5、母児間輸血症候群事例一覧。A3、1枚です。

資料6、 件の集計結果について。

資料7、再発防止分析対象事例における脳性麻痺発症の主たる原因について。

また、クリアファイルに次回委員会の開催案内及び出欠連絡表がございます。不足・落丁などございませんでしょうか。

なお、事例データに関する資料につきましては審議中でございますので、お取り扱いにはご注意下さいますようお願い致します。

1. 開会

○事務局 それでは、一部委員の方がおみえになっていませんけれども、定刻になりましたので、ただいまから第45回産科医療補償制度再発防止委員会を開催致します。

池ノ上委員長、ご進行をお願い致します。

○池ノ上委員長 委員の先生方、お忙しいところ、お集まり頂きましてありがとうございます。

それでは、本日は、第6回の再発防止に関する報告書のテーマのうちで、常位胎盤早期剥離及び母児間輸血症候群、この2つのテーマと、それから数量的・疫学的分析についてのご議論をお願いしたいと思います。

それでは、まず、常位胎盤早期剥離について、大体50分、16時55分ごろまでを予定しております。よろしくお願い致します。では、事務局、お願い致します。

2. 議事

1) 「テーマに沿った分析」について

①常位胎盤早期剥離（案）について

○事務局 常位胎盤早期剥離（案）について、前回からの修正点を中心にご説明致します。

資料についてですが、資料1として報告書案、資料2として1～3ページが事例一覧、4ページが発症場所毎の診療体制・急速遂娩状況、5～7ページが早産事例における子宮収縮抑制薬投与状況で、こちらは、通番順ではなく出生時在胎週数順でご提示しております。8～9ページが管理入院中に常位胎盤早期剥離を発症した事例です。資料3として前回のご意見と修正点をまとめています。

それでは、資料1の報告書案をご説明致します。今回は、 件での分析結果となります。2ページの表、分析対象事例にみられた背景（妊産婦）に経産回数・早産歴を追加しました。

6ページに新規表として分析対象事例における分娩時の診療体制に母体搬送、小児科医立ち会い、新生児搬送の集計を追加しました。

7ページ、妊産婦主訴に腹痛・性器出血のいずれもなかった件数は 件（ %）でした。新規表として9ページに主訴の具体例を追加しました。

10ページ、表、分娩のための入院時の胎児心拍数所見についてですが、前は胎児心拍数陣痛図所見のみでしたが、胎児心拍数陣痛図がない事例が約 割であったため、ドップラ・超音波断層法所見の項目を追加しました。

12ページ、(5)分析対象事例のうち、早産に至った事例については、常位胎盤早期剥離発症時に子宮収縮抑制薬が投与された事例について、切迫早産治療中であったか否かに分

けて集計しました。

13ページ、表、早産事例における常位胎盤早期剥離発症時の子宮収縮抑制薬使用状況も併せて修正しています。

17ページ、表、常位胎盤早期剥離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評価事項に硫酸マグネシウムの評価について追加しました。また、胎児蘇生法の評価は削除しています。

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 はい。ありがとうございます。これまでの委員の先生方からのご質問を踏まえて、事務局でさらにこのようにまとめて頂きました。全体をご覧になっていかがでしょうか。■件ですね、トータルで。何かご発言ございませんか。

○石渡委員長代理 8ページのところですけれども、妊娠週数別に37週未満と、37週以降40週未満と、40週以降42週未満の3つにお分けになっておりますけれども、かなり事例数も多くなってきておりますので、特に早剥の場合は33週ぐらいから起きてきますし、37週の前をもう少し週数を細かく分析することは可能でしょうか。

○池ノ上委員長 いかがでしょう。

○事務局 細かくすることは可能ですので、修正致します。

○石渡委員長代理 多分、週数が早いものほど切迫早産ということで入院管理あるいは注意されていると思うんですけれども、実際にそういう事例の中から胎盤早期剥離が結構出ていると思うので、もし可能であれば、もう少し週数を細かにして頂ければと思います。

○池ノ上委員長 よろしいですか。どのぐらい行きましょうか。2週ぐらいずつでしょうか。

○石渡委員長代理 1週間ごとにとって下さい。

○事務局 1週間ごとですと、表の大きさだけの問題ですが、細かく刻むとちょっと表が入り切らなくなってしまう可能性もあるので、少し作成してみても事務局で検討致しますが、

それでよろしいでしょうか。

○石渡委員長代理 はい。結構です。お願いします。

○池ノ上委員長 今回の石渡委員長代理の質問の趣旨に沿うような、そういう形でまとめて頂くということでお願い致します。他にいかがでしょうか。川端委員。

○川端委員 ここだけに限らないことだと思うのですが、新生児脳性麻痺の予後というのでしょうか。どの程度の新生児脳性麻痺であるかという、そういう分類というのはあるのでしょうか。もしあれば、それをどんどん入れていかなくちやいけないかなと思ったのですけれども。

○池ノ上委員長 いかがですか。これは1級とか2級の人たちだけを対象でやっていますので、それよりも軽い人たちのことは入っていないというふうに理解していますが、それでよろしいですか。

○川端委員 そうすると、今回、 例ありましたが、これを等級別に何級のが何例あってという分類は可能なわけですね。とすれば、それは、今後、こういう分類をするうえでは必ず入れていかなくちやいけない項目になってくるだろうと思います。

○池ノ上委員長 それは最初の申請の段階で出ているんじゃないですか。事務局、いかがですか。

○事務局 例年ですけれども、テーマ分析のところではなくて、脳性麻痺発症の主たる原因についてで、例えば第5回ですと、41ページになります。分析対象事例の概要の3つ目のパラグラフに、534件における身体障害者障害等級の内訳は1級相当が509件、2級相当が25件ということで、その年の分析対象事例の割合は、こちらに記載しております。今までにテーマの分析対象事例の中で、このような脳性麻痺の統計の内訳は示したことはありませんが、これもやったほうがいいというご趣旨のご意見でしょうか。

○木村委員 ほとんど1級ですね。ここの分布で言うと、ちょっと分けるのは難しいんです。

○池ノ上委員長 1級・2級しか集まってきていないんですね。

○板橋委員 もう十分に重症の脳性麻痺がそこに含まれているので、それをさらに分けてもあまり有用なデータが出るとは思えないと思います。

○池ノ上委員長 むしろ軽症の人たちがどうなっているかということが今後の問題としてクローズアップされてくるんじゃないかなと思いますけれども。軽症はもうどうしようもないんですね。今の制度ではですね。

○木村委員 3ページの表で母体搬送が■%、■例、これはやっぱり脳性麻痺が発症されたところで非常に頑張って処置をしておられていると、私が思っているよりかなり少ない数字ですので、起こった現場で頑張っておられているなという、すごく印象を受けました。

もう1つは、こういう早剥に関しては、本来、この趣旨とは外れますけれども、母の事後の合併症、例えば透析に入るとか、輸血はしょうがないとしても後で腎不全を起こしているとか、そういうような事例というのはどの程度あるんでしょう。母の早剥による後の後遺症ですね。ハイポボレミックショックが起こっていますので、腎不全、あるいは低酸素性脳症、挿管管理、そういったことは分かりますか。

○池ノ上委員長 いかがですか。

○事務局 産褥期の経過は原因分析報告書にほとんど記載がないので、いくつかの事例はたどれるかもしれないのですが、ちょっと全ての事例となると難しいです。

○木村委員 システマティックに難しいわけですね。それだったら、ちょっと書いてもよろしくないですね。結局、ここでも搬送例と、それから自院発生例の時間的な経過も書いてくれているので、非常によく分かるのですが、その母がどうなっているのかなというのが割に分からないので、ちょっとどうかなと思って、ご質問しました。母に関する情報が一部だけしか分からないのだったら書き直すことはミスリードになると思いますので、やめたほうがいい。

○藤森委員 今の木村委員への回答ではないですが、私が[]例のときに見たときに、子宮全摘しているのは[]例だけでした。[]事例というか、[]母体で子宮全摘、常位胎盤早期剥離で全摘しているのは[]例だけでした。腎不全とかになっているものはなかったと記憶しています。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にいかがですか。

○田村委員 6ページの表ですけれども、前回の議論を受けて、今回、「小児科医の立ち会いあり・なし」、それから「新生児搬送」、「母体搬送」と、分けて頂いて非常にありがとうございます。

これを見ますと、児の娩出時に「小児科医の立ち会いがない」場合は、ほとんどの事例が新生児搬送に移行ということになっています。それに対して児の娩出時に「小児科医の立ち会いがある」場合には、新生児搬送なしが半分以上ですので、こういう事例に関しては、小児科医の立ち会いが本当はあるべきなんだろうと考えられます。

だけど、実際問題としては、ここではほとんど立ち会いがないところは、クリニックの先生のところですので、小児科医の立ち会いがないというのは、ある意味当然のことなんです。場合によっては、そういう事例のときに近くにある小児科医が分娩に立ち会う体制を作るといったようなことも将来的な1つの支援策として、ここから提言するということがあってもいいんじゃないかと思います。

一方で、ちょっと気になったのは、19ページのところの事例の[]ですけれども、「生後[]分に新生児搬送を依頼したことは一般的ではない」という書かれ方をしてあって、これ、かなり酷なことだと思うのです。産科のクリニックの先生で、自分のところにこういう早剥の患者さんが来て、緊急帝王切開をして、それでお母さんの処置でも相当追っかけられている状況で、赤ちゃんの搬送依頼をしたのが[]分というのは、それなりに頑張っているんじゃないかなと思います。何でここでこの[]分が遅いとして、こういうやり玉に挙げられなきゃいけないのかなと思います。

一方で、そういうことを避けるためには、合理的な搬送ネットワークの構築が必要です。こういう事例も含めて、先ほどの小児科医が立ち会うというようなことも含めて考えると、今の都道府県単位の緊急搬送体制というのは、こういう本当に緊急を要する患者さんのときには対応出来ません。都道府県を越えた広域搬送体制の必要性を強調すべきです。広域搬送体制の必要性は本当は現在の周産期医療整備指針の中にうたわれてはいるのですが、実際問題としては、県境を越えて患者さんを運ぶということに対してはかなりの抵抗が多く都県であります。そこで、緊急の事態を避けるためには広域搬送体制の構築を考えるべきだということを強調して頂きたいです。例えば30ページの国・地方自治体に対する要望のところに、「高次医療機関より一層の整備を要望する」と書かれていますが、こういう抽象的な言い方だけでなく、こういう事例に関しては地域の搬送システムだけでなく、広域搬送、都道府県を越えた広域搬送を積極的に国や地方自治体も検討するというのを、ここから要望で出すということが必要だと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。石渡委員長代理、医会のほうでもそういう動きは。

○石渡委員長代理 医会のほうでは、今、周産期の都道府県ごとに協議会というのが作られると思うのですが、色々名称も違うのですが、今、実際に医会でこれから調査をする予定になってはいます。

確かに、今、田村委員が言われたように、胎盤早期剥離というのは、一番私たち臨床現場では悩ましい、いつも困るので、例えば、1つは在胎週数の問題もありますし、それから母体の状況によっては母体救命と胎児救命と両方やらなきゃいけないこともありますし、それからその病院が置かれている地域性ということもあるので、一概にどれがいいということは言えないんですけども、一応、1つの方向性だけつけて、あとは各医療機関で胎盤早期剥離が起きたときの病院として対応をどうするかということ、今後ですね、きちんとシミュレーションといたしますか、そういう計画を立てることが必要ではないかという

ふうに思いますけれども。

○田村委員 ちょっとつけ加えますと、11ページのところの表で見ますと、常位胎盤早期剥離診断から児娩出までの時間のところで、上から5のところの母体搬送した場合ですけれども、診療所から病院へ母体搬送した場合は、診断がついてから児の娩出までに \blacksquare 分分かかっております。それに対してその2つ下の常位胎盤早期剥離発症後母体搬送なしで、その同じ診療所で、一番下の診療所ですと \blacksquare 分となっています。むしろ診断をつけてから児の娩出までは、やっぱりその診療所でやるほうが \blacksquare 分も短縮できる。だから、それをちゃんとサポートするようなシステムを作ってあげることのほうが、本当は恐らくお母さんにとってはいいことなんじゃないかということが、ここから言えるんじゃないかなと思います。

○岩下委員 先生がご存じの東京都の場合は、胎児救急搬送システムがあり、そのほとんどの適応は常位胎盤早期剥離だと思うのですが、あのデータを見ると、必ずしも搬送したほうがいいとは限らないんですね。

時間が問題なので、今、石渡委員長代理が言われたように、色々な状況があるのですけれども、むしろ帝王切開して児を出して頂いた後に新生児の先生が駆けつけた場合のほうが、新生児に関しては予後がいいという場合があるので、一元的に常位胎盤早期剥離診断がついて搬送を早くするというだけの提言でいいのかどうかというのは、施設によって違うので、ちょっと慎重に言い回したほうがいいんじゃないかと思います。

○木村委員 私も同意見で、今回、非常に中小の先生が頑張っておられるなと思うのは、搬送の少なさなんですね。この \blacksquare 分の差というのは母体にとってクリティカルな差、子宮を失うか、失わないか、大量輸血がいるか、後で腎不全で透析を回さないといけないかどうかという、非常に大きな差であって、ここはやはり母体が優先されてこのような結果になったのであれば、僕はそれが正しい、産科としては正しい立場じゃないかなと思います。

申し訳ないけれども、ベビーがそこでうまくいかなかったということに関しては、これ

は小児科に来て頂くか、そこから運ぶか何かしないとと思います。現状ではしょうがなく、やはり母体優先であるということは、我々としてはきちっと主張しないと、やはりよろしくない。脳性麻痺は不幸な結果ですけれども、しかし、そこで母体を優先できないような医療は、やはりよろしくない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。石渡委員長代理、前、母体適応か胎児適応か、それによって搬送をどう考えるかとかいうことを先生方のほうで何か検討しておられるようなお話をちょっとしておられましたね。

○石渡委員長代理 まだ十分できていないのですが、この前、私の病院でも実はあったので、朝の8時にすごい出血を起こして飛び込んだ方、34週だったのですけれども、私一人で他にドクターがいなかったのですけれども、超音波で見ても明らかに胎盤早期剥離で、胎児心拍80に落っこったんですね。もう送る時間もないので、NICUの先生にすぐその場で来て頂いて、輸血もファクスだけで頼んで来てもらって、二千いくつ出血したんですけれども、一応、2000輸血をして凍結血漿を入れて、新生児はNICUでそのまま行って頂いて、母児ともに大丈夫だったことがありますけれども、たまたま私の病院は、どこからどう見ても20分以内で全てできちゃう病院で、開業したのは、私が行ったのは52年ですけれども、まだ母体死亡1例もないし、脳性麻痺も1例も出ていないんですけれども、そういう恵まれた地域にあればとにかく一人でも何とかなるんですけれども、地域差つてもすごく多いんですよ。1時間半かからなきゃ搬送できないところもあるし、そういうことも踏まえて提言の中に書き込んでいかなきゃいけないのではないかというふうに思っていますけれども。

○板橋委員 6ページです。分析対象事例における分娩時の診療体制について、前回も申し上げたかもしれませんが、この新生児搬送というのは、NICUを持っている施設の場合には、NICUに転棟したことも含まれていますか。

結局、病院によって様々に、小児科医が立ち会える状況、立ち会うことができない状況、

様々あるわけで、新生児搬送っていう場合に、同じ病院のNICUに転棟したことはここは含まれていないのですね。

そうすると、この表をどういうふうに解釈すればいいのかがよく分からなくなってしまう。小児科医が常に立ち会える病院での早剥の場合と、そうじゃない施設のものでおのずと解析の仕方も変えないと、この表から何を読み取ればいいのかと思うのですが。

○池ノ上委員長 今の板橋委員のご意見は、小児科の新生児を扱う先生が診療所に出向いてそこで対処されたのか、病院の中で小児科の先生が産科のほうに出向いてそこでやったのかという、その見分けがつきにくいという、そういう話ですね。いかがですか。それはこの表からは。

○事務局 まず、小児科医の立ち会いは、自院であろうが他院であろうが立ち会っていれば全てありにしてカウントしております。新生児搬送に関しましては、自院の小児科に入院した場合は集計をしております。他院に送られた場合のみ集計をしておりますので、小児科入院ありというような形での再集計をしたほうがよいとなれば、再集計致します。

○板橋委員 三次施設で例えば早剥を扱ってNICUに送りますよね。状態が悪ければ。ほとんど送られると思うんですが。それを新生児搬送なしという対応で評価されるというのは、ちょっといかがなものかなと思うんですけど。

○池ノ上委員長 そうですよね。それは新生児を担当して頂いた小児科の先生のコントリビューションというのが見えなくなりますね。

○市塚客員研究員 今の質問の回答になるか分かりませんが、6ページの常位胎盤早期剥離発症後母体搬送なし（対象数=■）の中の病院というのがあるのですけれども、恐らくこの病院の■の中に板橋委員がおっしゃったように、院内の小児科の中に入院した事例が入っていると思いますので、この中からチェックすれば、その数字は出てくると思いますので、それは可能だと思いますので、その部分集計してみます。

○池ノ上委員長 はい。よろしく申し上げます。他にいかがでしょうか。

これ、搬送体制の問題も常に絡んでくる。受ける施設も送る施設も、第一線で主として診療所でやっておられるところの機能といいますか、そういうところで非常に多因子が総合的に絡んで初めてうまくいくというような意味。しかも、そこに今度は母体適応か胎児適応かという、またその色分けが出てくるということで。

ただ、最近の搬送に関しては、ドクターヘリとかドクターカーとかいった、ああいうのがかなり各都道府県普及して、恐らく、動いていない県はあまりないんじゃないかなと思うのですが、意外と周産期搬送というのはドクターヘリコプターとかドクターカーとの連携があまりないような私はニュアンスがあるんです。

というのは、周産期だけの搬送をずっと昔からやってきておりますので、そこにそういったドクヘリ体制との今度のジョイントをどう考えていくかということも少し考えないとならないと思います。

例えば、保育器が積み込めるかとか、あるいは救急のドクターだけで新生児蘇生をしながら運べるかとか、そういった問題も今後出てくるんじゃないかなと思います。田村委員、いかがですか。

○田村委員 まさに先生のおっしゃる通りです。それだからこそ、特にここで脳性麻痺になってしまったようなお子さんはできれば低体温療法ができる施設に6時間以内にちゃんと届けて、そこで低体温療法を受けておけば、ひょっとすると脳性麻痺にならずにすんだかもしれないわけです。そういったことを確実にするためには、先ほども言いましたけれども、基本的に都道府県単位の中での搬送しか救急隊が認めないというようなことは、特にこの早期胎盤剥離というような緊急事態に関しては不合理です。これはあくまで国民の命を守るということで都道府県を越えて、そこからすぐ近ければ隣の都県であっても一番近い低体温療法をできる施設に送るとかいうようなことを考えるべきです。そのためにぜひこういう事例においては広域搬送ということ国がちゃんと指導して、都道府県がそういう広域搬送を行うということをしっかりお互い協定を結び合うことを推進すべきだとい

うことを、ここから提言し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。そういう救急搬送の世界の中では、隣県への搬送だとか一番近いセンターへの搬送など、救急の体制の中で定期的な協議会みたいなのを開いて実現をしようという動きは、かなり活発にあるように思うんですね。

しかし、ただその中の議題として、こういった周産期搬送が入っているかどうか。常位胎盤早期剥離だとか分娩後の出血の多量だとか、あるいは新生児の重症仮死だとかというようなものが入っているかどうか分からないので、ぜひそれに乗り遅れないような、そういう搬送体制の整備の中にヘリコプターとかドクターカーとかの利用も早い時期から入っておいたほうが、今、先生が言われる広域搬送という意味ではスムーズじゃないかなと思いますので、またそのことも併せて少し提言のこと等に、あまり激しく言わない程度に言いたいなと思います。

○石渡委員長代理 実例ですけれども、茨城県、面積で言うと全国で10番目の県なんですけれども、非常に広域なんですね。それで、どこにも人は住んでいる。一番高い山が1,000メートルですから、鹿行とって鹿島灘のほうなんですけれども、そこは土浦に来るにしても水戸に来るにしても1時間半かかるんです。ドクターヘリは北総、旭、亀田、ありまして、2例は子癇出血なんですけれども、2例とも救ってもらいました。これは北総と亀田に行った事例ですけれども。

あと、中央には、昔の国立水戸病院と済生会が2つペアになってヘリコプターの基地になっているんですけれども、そこは茨城県半径50kmをカバーするわけで、多分、福島のごく一部も入っていると思うんですけれども、その出動回数が年間800あります。その中で母体搬送が2例ありました。

確かに、ドクターヘリは15分で行っちゃうんですね。基地がしっかりしていれば。だから、子宮の中に胎児がいる状況での搬送というのは今はちょっとしていないんですけれども、特に、産後出血に関しては非常に有効で、15分でとにかく行ってしまいますので、

ドクターヘリというのは今後非常に有効というか、そういう搬送手段になるのではないかとと思いますけれども。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。他にご意見いかがでしょうか。

○鮎澤委員 専門でもないのに恐縮なのですが、29ページの3)学会・職能団体に対する要望に「イ. 常位胎盤早期剥離を発症した場合に、自施設で急速遂娩するか、または母体搬送するか等に関する具体的な指針の作成を要望する」とあるのですが、この常位胎盤早期剥離というのが突発的に起きて、かつ起きる環境によって大きくその対応が異なるを得ないらしい中で、具体的な指針の作成というのがそもそもできるものなのかということをお話を伺いながら思うのです。

ここで言っている具体的というのがどういうイメージなのか。今まで言われていなくて、こういった指針ができることによって明らかにされるべきことというのはどういうことなのかということをお話を少し教えて頂ければというのが、1つ目。

それから2つ目なのですが、こういう具体的な指針が作成がされていくめどというのは、今の時点であるのでしょうか。これから始まるのか、それとも、実はそこそこ始まっているのか。このあたりのことを教えて頂ければ。2点目です。

○池ノ上委員長 これは事務局は何かありますか。

○事務局 こちらの提言は、原因分析報告書に記載の多かったものの中からの提言を集計して提言案として作成しておりますので、先生方にご教示頂ければと考えております。

○池ノ上委員長 ここで、今、鮎澤委員が指摘された具体的な、自施設で急速遂娩をするのか、あるいは他施設、地域のセンターに母体を搬送するかということは、先ほど、ちょっと議論頂きましたが、母体を優先するか児を優先するかとか、そういう判断の基準みたいなのは、現時点ではやっぱりその現場に居合わせた産科医の判断といたしますか、その判断もかなり一定したものではなくて、かなりキャリアによって温度差もある判断がされているというのが今の現状なんですね。

ここに集まってきたこういう事例[REDACTED]例を背景にすると、それが見えてくればいいんですが、なかなか見えてこない。これ、職能団体に問いかけても、議論すべき材料もなかなかそろわない可能性もあると思うんですね。

ですから、むしろ職能団体よりも、そういったことに対してここに集まったケース、そのケースに付随して集められた情報をワーキンググループみたいところで検討して、うまくいっている、うまくいっていないとか、ここはちょっとというような、そういったことが見えてくれば、提言につなぐことができるのではないかというふうに思います。

ですから、職能団体に丸投げすると、また、職能団体のほうから、何でも投げってくるなとおっしゃって怒られる可能性もありますので、むしろ持っているのはこちらのほうじゃないか。それに対してこの情報を分析するとき、例えば職能団体の専門家にも入って頂いて議論をするという、そういう方向に行くんじゃないかなというふうに思っています。

○木村委員 むしろそれであれば、各施設でのシミュレーションをお願いするほうがよいと思います。自分の施設での輸血能力はどうである、自分の施設で例えば新生児の先生を呼んで来てもらえる場所なのか、そういう環境を作っているのか、作っていないのかなどによって、自施設で出せるのか、送らないといけないのかというのは、かなりそれぞれ毎年毎年状況って変わると思うんですね。

ですから、やはりそれぞれの分娩を扱われる施設の責任者の先生は、やっぱりそういうシミュレーションを常々して頂く。こういう資料がせっかくあるわけですから、だから、自分たちはどうするんだというシミュレーションをして頂くという、今の話だと、そうしておかないと、ちょっと全体で全国でこういうときはこうしなさいというのには、あまりに事情が違い過ぎるように思います。

○藤森委員 お答えになっているかどうか分かりませんが、常位胎盤早期剥離の最重症形というのは子宮内胎児死亡になっているわけです。

何で母体搬送するかというと、母親の処置、先ほどの木村委員のご質問もありましたが、

母親の処置に困るものですから、母体搬送すると。子どものことというよりは、むしろ母親がDICになっておかしくなってしまうことを心配してほとんどの方は搬送されているんだと思うのです。

常位胎盤早期剥離と診断して、例えば赤ちゃんが活着していると、フィブリノーゲンといって血を固めるのりの部分がうんと下がっている100mg/dl以下になる率が、赤ちゃんが活着していると10%、赤ちゃんが死んじゃうと40%。だから、赤ちゃんが活着しているんだったら、そこで出して下さい。その後、お母さんがおかしくなる可能性は少ないですよ。赤ちゃんが死んじゃっているとDICになっている確率が高いので搬送して下さい。このようなことが極論ですが、提言できればいいんだと思います。それが本当に大丈夫なのかという検証はしなくちゃいけないと思いますが、赤ちゃんが活着していてそこで出してDICにお母さんがなってしまうと、お母さんがおかしくなってしまうと元も子もないので、じゃあ、それに何かをプラスして、時間とかそういうファクターとかを入れて赤ちゃんの亡くなった時間からどれぐらい以内だったら大丈夫かとか、徐脈になってからどれぐらいだったらお母さん大丈夫かとか、そういうデータを集められれば、職能団体とすると何かしらの提言できる可能性はあるかもしれません。

○石渡委員長代理 母体死亡のほうは、かなり細かくデータが集まってきて、今40例ぐらい年間集まってきますが、その中で国はさらに30%減らせと言っているので、40人を28人にするんですね。産婦人科だけでは手に負えないので、これは救急の人も麻酔の人も色々な職能団体の人に入って頂いて、チームとして対応する他ないと思うんですよ。

そのときに調査しているのは、いわゆる全国にある周産期医療協議会、ここに対してアンケートしようと思っているんですけども、実際、その協議会がうまく機能しているところとしていないところとあるので、産婦人科医会の支部のほうに全部アンケートをやることにしています。今年中にデータが集まるかどうか分かりませんが、今、そういう段階で、その他にも当然周産期の胎児のほうにも関係してくると思うので、データが出

たらまた皆さんにご紹介しようと思っておりますけれども、やはり、地域性がすごく強いものですから、その地域地域で、自分の病院はもちろんですけれどもシミュレーションすることと、やはり広域的な対応というのはどうしてもせざるを得ないので、その地域で考えて頂けるような、そういうデータを提示するということができないんじゃないかなというふうに思いますけれども。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

恐らく、現時点で少しでも役に立つ提言をすれば、常位胎盤早期剥離が起こったときに自分の病院はどうする、というマニュアルを少なくとも作っておいて欲しい。

今後、そのマニュアルをどういうふうにしていくかということ、方向性は色々な情報、資料等が整ったり、あるいは色々な職能団体でそういった検討はされる、あるいはこのワーキンググループで検討はされるということ、提言の中に少しずつ入れていけば、それぞれの施設のマニュアルが変わっていくだろう。

先ほどからたくさんご発言がありますけれども、全国一律にというのはなかなかいかない、今の現状ではそういうことではないかと思えます。でも、いざ起こったときに慌てるんじゃないで、日ごろからマニュアルをしっかりと職員の中で徹底しておくというようなことで、現時点ではそれに対応するという事ではないかなと思えますが、そんな感じでしょうか。

○勝村委員 先生方の今の議論に対してではないんですけれども、非常に数が多いので、もう少し細やかに分類をするというか、もちろん、あまり細かくし過ぎても結局分類にならないでしょうが、カテゴリーに分けることが大事かなと思うんですけれども、搬送するとか、胎児と、これは重度脳性麻痺事例が集まっているわけなんですけれども、母体死亡との関係云々とか、そういうことはちょっと僕も分からない面があるんですけれども、少なくとも分娩機関外でその徴候があつて来ている場合と、管理入院中、切迫早産とかで入院している最中と、本来、順調にお産に臨んでいた状況でなっているという3つぐらいは、僕

は分類して、提言に関してもその3つの分類ごとにそれぞれ何らかの提言ができないかというのを、ちょっと模索、検討してみたいと思うのです。

一番多いのは、一番多いからこそ重要なのは、皆さん議論して頂いているように、突然、早剥の徴候があつて緊急に来てどうしようかというようなケースだと思いますけれども、管理入院中の■件という切迫早産でなっている最中に、これだけの重度な事例が出ていることに関して、何かその部分だけで共通のものはないのか。なければならぬでまだ数が足りないということもあるかもしれないので続けてみていくことも必要。そして、何か提言できそうなことはないのかと、ものすごく気になっているのは、入院したときには全然そんな早剥も何もなくて順調にお産が始まるだろうと思っていたのに分娩が始まってから起きているという事例に何らかの共通点はないのかというケースです。それらは不明の分も合わせて■あると思うんですけれども、それと一般的な■を超えるものとは分けて提言をできないかなと思うんですけれども、それを検討してみたいと思います。

○池ノ上委員長 いかがですか。事務局。

○事務局 まず、資料と致しまして、資料2の4ページに、直接のお答えにはなっていないかもしれませんが、発症場所ごとの内訳を掲載しております。そして、8ページ、9ページに管理入院中に発症した事例を掲載しております。

提言に関しましては、事務局と致しましては、モニタリングですとか超音波断層法による診断ですとか、そういったものに関しましては分娩機関内であっても分娩機関外で発症していても、医療機関にアクセスした段階で特に変わりはないと考えましたので、今回、提言では細分化はしておりません。ご検討お願い致します。

○池ノ上委員長 資料2、これ一覧表なんですけれども、かなり今の勝村委員のご質問に答えられるような要素がここに入っているように見えるんですね。その中の5ページあたりに切迫早産治療がされていたとか、あるいは常位胎盤早期剥離発症時に切迫早産の診断がされて子宮収縮抑制薬が使われていたとか、それから患者さんが入院されたときの胎児

心拍数所見だとかがここにありまして、これをもうちょっと整理すれば、今の分娩前・分娩中にどういうところが実際の事例で異常が起こっていたかと言うようなところにまとめられるかもしれない。ちょっと作業をやってみないと分かりませんが、そういうふうに思います。

○勝村委員 今の段階で何かがさっと見えてくるというような簡単なものでないかもしれないんですけども、切迫早産の場合も、外で起こったものも、分析の仕方は同じでいいとは僕は思わない。やはり、外で突然起こると感じるのものと、切迫早産が何らかの治療をしている際にというそれぞれのカテゴリで、ちょっと違う提言ができる可能性があるのではないかというふうに分析・分類して集積して行って欲しいし、また、ごく普通にお産をしている最中に起こってしまうものも、やっぱり集まってきているわけなので、それらはそれらで何か違う提言ができる可能性があるという思いで、そういう形で分類をして事例を見ていくようにして欲しいと思うんです。

○池ノ上委員長 事務局、分娩開始前・分娩中という分け方はできますか。分娩前というか、常位胎盤早期剥離が起こったと考えられるのは分娩が始まる前であったというような事例と、陣痛が起こってからの事例とか。

○事務局 資料2の3ページの中ほどをご覧頂きたいのですが、陣痛があった事例が1件でしたので、分娩開始前だとこの陣痛があったかなかったかで集計をしてよろしいということですか。

○池ノ上委員長 それをちゃんと、こういうのを分娩開始としましたと分かるように書いておいて頂ければ、それで判断できると思いますけれども。

○事務局 それは陣痛という線引きでよろしいですか。

○池ノ上委員長 ええ。

○事務局 であれば、可能と思われまして。

○池ノ上委員長 可能ですね。この表からですね。そうすると、今、おっしゃったような

方向に大きく分けて検討できるんじゃないかと思います。

○勝村委員　なので、最終的に、一番最後のほうのページの提言のところがそれぞれ違う提言になり得る可能性というか、なれたら、実際にこのためのデータが出るか出ないかは別にしても、やっぱりそこはその分類に応じて、また、■■■■個の事例も、今のお話を聞いていると、それぞれやっぱり細分化できて、ある程度カテゴリーに分けられて、それぞれの提言ができるという形を目指すのが、ちょっとたいへんかもしれないですけども、望ましいのではないかと考えています。

○池ノ上委員長　ありがとうございます。少なくとも、ここに現れているケースについては、そういうステートメントはできるんじゃないか。こうして下さいという提言にまではなかなかいかないと思いますけれども、現状がこうであってこういうことが起こっているというふうなステートメントはいけるのかなというふうに思いますが、何か事務局、ありますか。

○事務局　追加ですけども、先ほど、資料の3ページに、常位胎盤早期剥離発症時の陣痛ありが■■件、なし■■件、不明■■件と集計しております。陣痛開始前の発症と開始後の発症で分けるとなると、この内容で集計するのですけれども、具体的にどういった項目を集計するかについて。

○池ノ上委員長　何ページですか。

○事務局　資料2の3ページ中ほどです。

○勝村委員　色々と専門家の先生方の皆さんで色々と見て分析して頂けたらと思うわけですが、1つ、僕が思うのは、何らかの医療介入があったかなかったかは分けてやって欲しいと思います。ほとんどこれ、■■■■例はないと思うのです。医療介入がない中で自然に起こっている。だからこそ、非常にこれは難しい病態だと思うんですけど。

一方で、数は少ないですけども、早産の治療で抑制剤を使っている云々もあるかと思えますし、子宮収縮薬を使っている事例もありますし、何らかの医療介入をしている最中

に早剥が起こっているというような事例は、少なくとも分けて分析して欲しいと思うのです。

○池ノ上委員長 医療介入というと、分娩管理ということも入りますか。

○勝村委員 つまり、子宮収縮抑制剤みたいなものを使っているとしたら、やっぱりちょっと見ておきたいとか、例えば何らかの投薬があったりとか、まだお産が始まって何らかの薬じゃなくても陣痛を促進するような行為があつて早剥になっているとかいうことがあつたりする可能性はあると思うので、そこはちょっと分けて見ておくべきではないかということなんです。データ的には少ないかもしれませんが。

○池ノ上委員長 よろしいですか。この評価は出てきますね。

○事務局 はい。では、見てみます。

○池ノ上委員長 では、そのようにお願いしたいと思います。最後のほうに色つき、カラーがついてあるこのところでそういうところは、一応、事務局のほうでこれを出してもらっていますので、これをまとめて表にしてもらえばかなり分かるんじゃないかなと思います。

他にいかがでしょうか。よろしゅうございますか。

○藤森委員 28ページの5番の「再発防止および産科医療の質の向上に向けて」ですが、第2回・第3回の報告書で提言していて、今回も妊産婦に対する提言、それから産科医療関係者に対する提言というのが出ていますが、2回・3回と、じゃあ、どこの数が増えてどう変わったのか。切迫早産の中には常位胎盤早期剥離が隠れているかもしれないからモニタリングやりなさいねとか、これは2回・3回でも言っている話です。

なので、今回、新たに診療体制についても提言を加えている。じゃあ、事例数が増えて、先ほどから議論になっていますが、何かしら新しいことが見えたのかということや強調できるのかということをもう少し加えて欲しい。結局、数が増えて同じ傾向で何も変わらない、同じ提言でそのままでいいのかどうかということや、何かしら新しいことが言えるような

ことが出たのかというのを、この文章だけ読むと変わっていないので、ちょっと心配しました。いかがでしょうか。

○池ノ上委員長 いかがですか。なかなか難しいご質問かもしれませんが。

○木村委員 こういう1つの疾患を機軸として見ているときにやっぱり気をつけないといけないのは、この疾患によって、早期剥離によって脳性麻痺の重症が起こった事例だけがここに来ているわけで、実は、世の中には胎児が死んでしまってもうだめになった事例と、それから逆にもっと軽くて出てアプガーよくてよかったねと言っている事例がいっぱいあるはずです。なので、ここだけから何かを言うというのも、ちょっと実は難しいところはあると思います。やはりこの論調として、ここで早剥を全部普遍化してしまうような論調というのは非常にミスリードする可能性があるので、それはやっぱり気をつけておかないと、早剥という病態に関する理解を逆に阻害しますし、一番やっぱり地道に同じことでも悪くはないような気はするんですけども、全体を見ていないということは、やっぱりこの事業で常々意識しておかないといけないことだろうと思います。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

○藤森委員 結局、数が増えて、分布とかそのものがあまり変わらないから同じ提言、僕、それでももちろん構わないと思うのです。結局、先ほどもお話ししましたが、数が増えて何か新しいことが見えたのかということ、例えば先ほどの結構自施設でお産されて短くなっているということが見えませんでしたねとか、そういう新しく見えたことを、第2回・第3回では見えなかったことを第6回ではぜひ強調して頂きたいという意味でお話しさせていただきました。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。まとめるときに、前回の早剥で取り扱ったときには出していない表だとか、あるいはうんとこういうのが増えたとかいうようなことが少しはあると思うんですが、それはどうですか。

○事務局 まず、17ページからのですけども、医学的評価ですとか検討すべき事項は3

回まででは集計しておりませんでしたので、そこからまとめた際の印象でございますけれども、17ページにもありますけれども、モニターの判読と対応と、あと新生児蘇生に関する評価がやはり多かったので、ひとつここは新規表で集計した結果見えてきた内容だと考えております。

ただ、背景自体はそれほど大きく変わってはいない。妊産婦の年齢ですとか、そういった身体的な背景は特には変わりはないかなという印象でございました。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。そういったところをちょっとではありますけれども、一步あるいは半歩前に進んだような報告ができればよいと思います。

ただ、全てを見ているわけではないという木村委員のご指摘の通りでありまして、これはあくまで脳性麻痺が起こったお子さんを対象にして見ているという前提での提言と。そういうことをきちっとまた読んで下さる方にも理解をして頂きながら進めていくということだろうと思います。他によろしいでしょうか。

○石渡委員長代理 資料3なんですけれども、私、この前、説明するときにこれ間違っただけを言ってしまって申し訳ないのですが、2ページ目に、母体死亡は年間40～45例と書いてあります。5年間集積しておりますけれども、その中で8%が常位胎盤早期剥離による出血やDICによる死亡と書いてあるんですが、これはそうではなくて、産科救急的出血、これは大体全体の25%ぐらいですが、その中の8%が常位胎盤早期剥離による死亡なんです。すみません。訂正させて下さい。

○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。資料3が、前回、委員の先生方からコメント頂いたところに事務局が整理をしてくれた内容になっております。また、お目通し頂いて、何かお気づきの点があったら事務局のほうにご連絡頂ければと思います。

○田村委員 今、ちょっと補足説明があった中で、17ページの新生児管理のところ「蘇生の問題が多かった」というご指摘ですけれども、やっぱりこれだけお母さんを緊急で対

応しなきゃいけないので、しかるべき大病院には送れないままクリニックで娩出しなきゃいけなかったんで、それでそこにはそういう蘇生なりのCPRを受けているような方が少なかったりしたのかなと予想しました。しかしこれを見ると、ほとんどの「蘇生の問題あり」というふうになっているのは病院になっていますけれども、これはどういう問題なんですか？

○事務局 詳細までは今回お答えできませんので、次回お答えするという形でよろしいでしょうか。

○池ノ上委員長 では、それをお願いします。

○勝村委員 今さらなんですけれども、改めてお聞きするんですけれども、17ページの評価された項目というのは、原因分析報告書の中で、どちらかというたとえば厳しい言葉、「標準的でない」とか「劣っている」とか、そういう類のややネガティブな方向の評価の記述がされていた項目を網羅しているという理解でいいんですよね。

そうすると、早剥というのがなかなか防ぎ得ない大変な病態であることは僕も理解しているんですけれども、この原因分析報告書を見たところから再発防止の提言をするとしたら、それでも新生児の蘇生とか判読とかでもう少しやりようがあるんじゃないかということになっているという素直な感覚でいいんですよね。そういう感覚を素直に提言に出していくということで、分かりやすくしていくような形で、新たにどうなっているかという方向でやってもらうのはいいんですよね。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。今のような視点、田村委員のご指摘の視点で、新生児蘇生についていくつかのポイントが恐らく具体的に述べられていると思いますので、そのことにも少し触れることができればと思います。それはもう重症度に関わらず、普遍的なことだろうと思いますので、新生児仮死蘇生が早剥で起こった場合には、こういう処置が本来ならば必要だったのではないかとかいう、僕も見えていませんけれども、何かそういったことが原因分析委員会からまとめられているのではないかと思います。あ

りがとうございます。

それでは、大体常位胎盤早期剥離についてはたくさんご意見を頂きましたので、そのような方向で事務局にもう一遍まとめて頂いて、次回、まとめたやつを出してもらえるんですかね。そういうことでしたいと思います。

それでは続きまして、母児間輸血症候群について、事務局、説明をお願いします。

②母児間輸血症候群について

○事務局 母児間輸血症候群（案）について、前回からの修正点を中心にご説明致します。

資料についてですが、資料4として報告書案、資料5として事例一覧です。資料5には、来院時主訴の隣の欄に胎動減少自覚から児娩出までの日数、右側の欄に新生児初回血液検査結果（ヘモグロビン、ヘマトクリット、血小板）、妊産婦血液検査結果（ α フェトプロテイン、胎児ヘモグロビン）を追加しました。

今回は、前回より■件追加した■件での分析結果となります。

なお、胎児心拍数陣痛図は資料4、6ページからの表、入院から児娩出までの胎児心拍数陣痛図所見の次に掲載を想定しております。

なお、今回の対象事例全てでMCA-PSV計測は実施されておらず、母児間輸血症候群の診断についても児娩出前に診断された事例はありませんでした。

ご説明は以上となります。ご審議よろしくお願い致します。

○池ノ上委員長 これも前回少し議論頂いて指摘して頂いたところをさらに補足してまとめて頂いたということではありますが、ご指摘頂いた委員の先生方、いかがでしょうか。資料5ですか。一覧表にもまとめて頂いておりますので。

モニタリングは藤森委員、見て頂いているんですけどっけ。

○藤森委員 前回以降は見ていません。追加の■例は見てはいません。

○池ノ上委員長 まだ。それはどういうふうな段取りになっていますか。

○事務局 もう少し件数がたまった時点でお送りして、ご確認頂くことを考えております。

○藤森委員 もう少し増える可能性があるということですか。

○事務局 はい。

○池ノ上委員長 原因分析委員会から上がってくるともう少し増える。そういうことですか。じゃあ、そういうことになったら、よろしくお願いします。

○藤森委員 はい。分かりました。

○箕浦委員 一覧表なんですけれども、原因分析のあれをごちゃごちゃ言ってもしょうがないかもしれませんが、事例■とか、データがない状況でpHもいいしCTGも正常波形である。これ、恐らく、妊娠中に何か低酸素のエピソードが起こって、その後回復してきたというような状況で、どこか胎児から出血したエピソードもあったのかなという感じなんですけど、これ、どういう根拠で母児間輸血症候群というふうに診断されたのかなということとは分かりますか。

○事務局 先生、事例■でよろしいでしょうか。

○箕浦委員 ■です。

○事務局 詳細は、今、お答えできませんので、また、次回に、ご審議頂くときに提示致します。

ただ、こちらは複数の原因の1つとして母児間輸血症候群が挙げられておりますのと、新生児のヘモグロビンで■、ヘマトクリット■%でございました。

○板橋委員 同様に資料5ですが、この■番のケースについても、妊産婦の血液検査はされておらず、これはどこに診断の根拠があったんですか。やっぱり、ベビーのヘマトクリットなりヘモグロビンなりが低いということからの推測なのではないでしょうか。これを入れてまで、あえて入れて統計するのはどうかと思うんですけど。

○池ノ上委員長 どうでしょう。どこかに診断が。

○事務局 ちょっとお時間を下さい。確認致しますので。

○石渡委員長代理 全部で■■■件のうち、この母児間輸血症候群が■■■例あって、全体の■■■%になっているわけなんですね。やはりこれは非常に重要な疾患で、この表のヘモグロビンと、初回の新生児の血液検査と妊産婦の血液検査のところを見ても、平均してヘモグロビンが■■■であるとか、 α -フェトとか胎児ヘモグロビンが高い状況になっていて、これは生まれる前にこういうことは診断できないんでしょかねというのが私の疑問なんですけれども、例えば妊娠の何週には α -フェトプロテインとか胎児ヘモグロビンがどのぐらい血中にはあるとか、36週、37週、38週ぐらいのところですよ。そういうデータというものはあるのですか。

もし、これが母体血中にこのぐらい出現した場合には、早急に児を出さなきゃいけないとか、そういうことにつながっていけば予防できるんじゃないかと思うんですけれども、今は残念ながらこの■■■例全部生まれてから分かっていることなので、それ以前に診断なり予測がつくものであれば、これが今後大事な点じゃないかというように思いますけれども。

○池ノ上委員長 母体血での児娩出の決定予想というのは、ちょっとないんじゃないかと思いますね。むしろ超音波検査が少し役に立つかな、あるいはモニタリングの所見が少し役に立つかな、というようなところじゃないかと思いますが、どなたか。藤森委員、何かありますか。

○藤森委員 先生もご存じだと思いますが、胎児の赤血球を染める方法でクライハウエル・ベッキテストというので見た妊娠経過による頻度とボリュームに関しては、有名なデータがあります。ヘモグロビンFとか α -フェトプロテインの妊娠経過の正常値のデータはあると思います。例えばそれでどれぐらいの母児間輸血があったとか、そういうデータというのは、ちょっとすぐにはあるかどうか分からないんですが。

○石渡委員長代理 もしあれば。

○藤森委員 はい。

○池ノ上委員長 他にいかがでしょう。よろしいでしょうか。

この疾患そのものも注目されてそんなに歴史が経っているわけじゃないので、ただ、今、石渡委員長代理がおっしゃったように、約■%ぐらいを占めるということになると、こういうことも脳性麻痺という視点から見ればありますというような情報発信、恐らく、その範囲で。あとは様々な診断に資するような情報を提供するという事だろうと思います。よろしいでしょうか。

○板橋委員 やはり、委員長もおっしゃったように、やっぱり出生前に予測できないと、我々新生児科医にとっては突然高度の貧血の子が出てきて、それで対応しようにも後追いの状態になってしまいます。心機能も非常に悪い状況の中で。

ですから、脳性麻痺になったケース以上に亡くなっているケースのほうがもしかしたら多いのかもしれないですね。

そういった実態が明らかでないので、実際には、やはりどうやって脳性麻痺を予防していくかという点では、予知してどう介入するかというところに尽きるんじゃないかなと思うんですけども。

○池ノ上委員長 現段階では、この母児間輸血症候群については文献的な検索、現在、フロンティアがどこら辺にあるのかの紹介とか、初期のころの報告書はそういうのが多かったんですけども、自分たちのデータが少なかったものですから。

このケースもあまり極端な提言をするという時期ではまだないと思いますので、既にある程度確立しているような文献とか教科書とか、そういうようなものも参考にしながらステートメントをまとめていくということが大事ではないかなと思います。

少なくとも知って頂く。脳性麻痺になる事例もありますよ。重複したいくつかの重なった原因の1つとしてこれが起こっている場合もあるわけですけども、生まれたときの血液ヘモグロビン等が非常に少ないということで、そこから大慌てをするというような状況に恐らくなっているんだと思うのですが、そういったことを知って頂くということも大事であると思います。

○上田理事 資料5ですが、前回、確か胎動減少消失から分娩までの時間について、大まかな単位でよいので提示して頂きたいというご意見がありましたので、資料5でこういった形でまとめております。貴重なデータですので、できるだけ何らかの形で報告書に、もしよろしければ掲載したいと考えていますが、先生方から、こんな観点で考えたらどうだろうかとか、アドバイスがあればありがたいと思っております。

○木村委員 前から申し上げている通り、やはりなかなか10カウント法とか色々なことをして児の予後が上がるかということに関して難しく、この例全例事前に診断がついていないということになりますと、やっぱり現在では診断をつけるのは難しいということなので、委員長がおっしゃるように、こういう疾患があるということをもまず認識して頂くという線でないか、現場の先生に、みんな診断できなかったものを診断を今から指導というのは、それはちょっと無理なお願いだと思います。こういうことが分かってきましたというところで、まず、今回はとめておかざるを得ないんじゃないかなと思います。

我々も、胎児輸血とかした事例を聞いてみますと、結局、ささいなことで胎児心拍数の異常とかということが気づかれて入院して、それで精査していった中大脳動脈の血流速度とかそういうのを見て貧血があるということが分かって、それで対応するという一連のコースでたまたま見つかったということしか言えない。システムティックに何か見つかるというふうなものではまだないような気が致しますので、そのあたりは、やはり現場の過剰な負担にはならないように。

ただ、やはり知識としてこういうものがあるということを書いて頂くというのが、今回はいいと思います。確かに、これだけの事例は迫力あります。なかなかこれだけのものが集まるものではないですが、現実としては誰一人事前に診断できなかったというのも、やっぱり重い事実だと思いますので、そのような観点でおまとめ頂ければ幸いです。

○岩下委員 僕も同じといたしますか、先に進んでいいのかどうか分からないんですけども、18ページの学会・職能団体に対する要望は、例によってかなり難題を学会・職能団体

に言っているんですが、ウですかね。胎動カウント後の検討を行いと書いてある。確かに、この事例を見ると、胎動がなくなったというのはあるんですけども、事務局でこれに注目した理由というのはあるんですか。早剥のときは胎動はそれほど原因分析委員会の報告ではなくて、こちらの事例には多いというようなことはあるんですか。

○事務局 こちらの胎動カウント後を提言に入れた理由と致しまして、4ページの下の方の表ですけども、まず胎動減少消失で訴えてきた妊産婦さんが半分であったということと、14ページの学会・職能団体を対象に提言がされた事項で上から4段目ですけども、胎動の評価方法の検討について提言がなされたのが■%、■件ございましたので、こちらに提言案として作成致しました。

○岩下委員 もしこれが本当だったら非常に特徴的でおもしろいと思うんですけども、本当に胎動が消失することがこの疾患に特徴なのかどうかですよ。それをちょっと知りたいなと思ったんですけども。

○池ノ上委員長 どのぐらい集まりそうなんですか。来るとすれば、今年中にまとめに入らないといけないですよ。

○事務局 大体■%ぐらいで推移をしております、今年最終的な分析対象が■件ぐらいですので、■件ちょっと位になると思うんですけども。

○池ノ上委員長 そうすると、今のところそんなに増えるわけじゃないんですね。

○藤森委員 今、胎動の話で■%という話もありましたけれども、もう1つ、やはり胎動が減ってきたときに、5ページの胎児心拍数のモニタリングの所見で異常なしというのは■例しかなかったわけで、胎動減少で来院したときに、常位胎盤早期剥離もそうですが、必ずモニタリングをしてreassuringを確認して下さいということを強調することもやっぱり重要なんじゃないかと思います。そこでおかしいから、僕もモニタリングを見て典型的なサイナソイダルパターンというのはむしろなくて、variabilityが減ったり、一過性頻脈がないという、比較的一般的なnon-reassuringのモニタリングの所見であった事例が多

かった。これは多分、先ほども話がありましたが、助かって脳性麻痺になっている事例だけですので、そうなのかもしれないとは思ったのです。ですから、そのときに分かりませんが、さっきから出ている中大脳動脈の血流速度を測るとか、そういうことでもしかすると将来的には、数は■%かもしれませんが、新生児側の先生にそういう情報でもしかしたら貧血があるかもしれないということを事前に、分娩前にお教えできるような、そういうことができる可能性はあるかもしれないと思います。こういう病態があるということと、胎動が少ないときにはモニタリングをするということの重要性をやっぱり強調して欲しいなと思います。

○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。それでは、母児間輸血症候群については、ただいま頂きましたご意見を入れて最終案を作って頂くということにしたいと思います。

○事務局 委員長、先ほどの事例の資料5の事例■番、どのように母児間輸血症候群の根拠となったのかという事例を、原因分析報告書を確認しましたところ、読み上げますと、生後2日の網状赤血球が■%であることから、貧血は急性に起こったものと推定され、妊産婦のヘモグロビンFが測定されていないものの母児間輸血症候群が急性に発症した可能性もあるとして、ただ、これだけでは母児間輸血症候群だけでは脳性麻痺を発症するほど重度ではないということで、最後は、特定できないとしております。

○池ノ上委員長 網状赤血球が。

○事務局 生後■日の網状赤血球が■%であることから、これを基に貧血は急性に起こったものであると推定し、それは。

○池ノ上委員長 じわじわと来ているんじゃないですかね。

○板橋委員 急性貧血で網状赤血球が急激に上がるということはあまりないんじゃないかなと逆に思います。

○池ノ上委員長 急性か慢性かは別として、あったことを疑わせる所見としては、それは

○石渡委員長代理 そうしたら、■■■つ外しちゃったらどうですかね。単一疾患として診断できているものだけにして、■■■例。

○池ノ上委員長 複数の原因というものです。■の内容も同じような感じですか。同じような感じって、非常に具体的ではありませんけど。■番。

○上田理事 先ほどの複数の原因。

○事務局 すみません。■は手元に報告書がないので、確認致します。

○池ノ上委員長 では、今みたいな点をピックアップして頂いて、次回でもまだ間に合いますかね。

○事務局 メールもしくはそれでこの2点に関してはご報告という形で。

○池ノ上委員長 そうして頂けますか。特に板橋委員のご意見を聞いて頂いて。

○事務局 先に残りの数量的分析のご審議を頂いている間に事例を準備致しますので、その後でもよろしいですか。

○池ノ上委員長 そうして頂ければ。では、次に行きましょう。主たる原因ですかね。どうぞ、お願いします。

2) 「数量的・疫学的分析」について

(1) ■■■件の集計結果について

○事務局 資料6についてご説明致します。資料6、■■■件の集計結果についてをご覧下さい。

こちらは毎回報告書に掲載しております第3章の数量的・疫学的分析の集計表となっております。今回は2015年6月末までに原因分析報告書を公表した■■■件について集計致しました。基本的に今までの報告書の表と同じでして、件数を更新した形となっておりますので、1つ1つの表についての説明は割愛させていただきます。

1 ページ目が分娩の状況ということで、曜日別や出生時間別に集計しております。

3ページからが妊産婦等に関する基本情報ということで、妊産婦の年齢や身長・体重等について集計しております。

6ページの表3-2-12 妊産婦の既往ですが、第5回から呼吸器疾患につきましては件数が多いことから、さらに内訳をお示ししております。また、婦人科疾患につきましてもやや件数が多いことから、注釈2として内訳を記載しております。

7ページからは妊娠経過となっております。

8ページの下の方から分娩経過ということで、児の娩出経路や胎位、娩出分娩所要時間等を記載しております。

飛びまして14ページの表3-2-34 急速遂娩決定から児娩出までの時間ということで、娩出経路として今回新たに一番端の吸引分娩、鉗子分娩をして最後に吸引分娩をしたという事例が1件加わっております。

次に、17ページからが新生児期の経過となっております。表3-2-43の出生体重ですが、注釈1として体重の最少値を記載しております。こちらは現時点では第5回報告書から変わらず1,004gでございました。

21ページからが再発防止分析対象事例における診療体制の集計表となっております。こちらに関しましては、26ページ、一番最後のページですけれども、【新】と致しまして表3-4-2 出生年別再発防止分析対象事例ということで、各出生年の分析対象事例の内訳を示しております。こちらの見方と致しましては、2009年の補償対象事例は419件と確定しておりますが、原因分析が終わりまして公表されている事例は、6月末時点では1件というような見方となっております。

その他の表につきましては、中身をご覧頂きまして、項目を細分化、あるいは追加すべき表などがございましたら、ご意見を頂きたく思います。

続いて資料7につきましてもご説明致します。

(2)再発防止分析対象事例における脳性麻痺発症の主たる原因について

○事務局 再発防止分析対象事例における脳性麻痺発症の主たる原因についてでございます。

分析対象は、こちらと同じ6月末までに原因分析報告書を公表した〇〇件について集計しております。先ほど、最初のほうにもお話がありましたが、1ページ目の下から3行目です。今回の分析対象は、1歳未満に診断された児の事例が〇〇件、〇〇%でした。また、分析対象事例〇〇件における身体障害者障害程度等級の内訳は、1級相当が〇〇件、2級相当が〇〇件ございました。

2ページが主たる原因の表となっております、原因分析報告書において主たる原因として単一の病態が記載されているものが〇〇件ございました。複数の病態が記されているものが〇〇件ございました。一番下の原因が明らかではない、または特定困難とされているものが〇〇件ございまして、合計〇〇件となっております。

単一の病態として多いものが、常位胎盤早期剥離の〇〇件、続いて臍帯因子で、臍帯脱出の〇〇件と、その他の臍帯因子〇〇件を足しまして、〇〇件となっております。

母児間輸血症候群につきましては、これまでは胎児母体間輸血症候群と記載しておりましたが、テーマ分析と合わせまして母児間輸血症候群に修正しております。

また、第5回から修正しております点は、双胎間輸血症候群と双胎における血流の不均衡を今まで分けておりましたが、それらを1つにしております。

色塗りをしております児の未熟性、高インスリン血症による児の低血糖症、高カリウム血症につきましては、今回、新たに追加した項目となっております。

なお、児の未熟性につきましては、池ノ上委員長に該当する原因分析報告書をご確認頂きまして、集計し直す予定でございます。

第4回と第5回の再発防止報告書では、この表の続きと致しまして、臍帯動脈血pH7.0以上の事例と出生5分後アプガースコア7点以上の事例の主たる原因について表を掲載

しておりましたが、今回、第6回のテーマとして出生5分まで蘇生が不要であった事例としてさらに詳しく分析しておりますことから、こちらの表は今回は削除させて頂きたいと思っております。説明は以上です。よろしくお願いいたします。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございました。今、説明のありました表1ですが、表1の真ん中あたりに児の未熟性というのが原因として例ほど挙げられております。

これ、私、原因分析委員会からの報告書を見せてもらいましたが、そのうちの例は早産ですけれど、常位胎盤早期剥離があつて、その分娩中、胎児モニタリングもvariabilityの減少であるとか変動一過性徐脈というふうな読み方で、かなり心拍パターンが乱れているということで、PVLを発症したとされています。PVLを発症したというその背景に未熟性があるのではないかというふうな書きようでありましたので、これは未熟性というよりも、むしろそういった常位胎盤早期剥離がメインであつて、他のものは「未熟性」という言葉も原因分析報告書の中にはあるんですけども、その順位から行くと、むしろ常位胎盤早期剥離というほうが先に出てくるようなものではないかなということで、そのようにさせてもらいたいと先ほど事務局にお話をしました。

あと、例は、出生直後の超音波所見で、既にPVLの所見がある。それから、その後に行われた、もう例はMRI等の画像診断で両方とも26~28週ごろでしたかに、胎内で何らかの原因によってPVLが起こったのではないかという書き方がされております。そうしますと、いわゆる児の未熟性というので出生後に生じたPVLとは少し異なる。様々な原因がまだはっきりしていない胎内でのイベントがPVL発症につながったのではないかということ、この報告書の中でもPVLの所見があることはきちっと書いてあるんですけども、その発症の時期が、胎内の胎児の26~28週、30週前後だと思いますけれども、ちょっとはつきり覚えていませんが、胎内発症のPVLだということですので、ここも原因がはっきりしないという、出生前に起こったものであるというふうな分類にさせて頂いて、児の未熟性というところは、この例とも外して表1を作成してはかがかかと思つて

おります。

児の未熟性というのが出てまいりますと、不明確な点が出てきますので、少なくともはっきりした病態がいくつか書いてあれば、その中で有意と思うものを入れると。それから、まだまだはっきり原因がしていない学問的にまだ未知である部分が多いものは、不明というほうに入れたいと思っております。そのことも含めてご議論頂きたいと思えます。どうぞ。

○岩下委員 質問なんですけれども、資料6の7ページ、胎児数でございます。これは双胎とありますけれども、双胎の場合には、双胎1例を1件と数えたんですか。

○事務局 双胎でCPとしてこちらに挙がってきたものを1件として数えておりますので、双胎2人ともCPの場合はそれを2として数えています。

○岩下委員 2として数えているわけですか。

○事務局 はい。

○岩下委員 じゃあ、同じく資料7の2ページの双胎における血流の不均衡、これがという件数がありますけれども、これは双胎の中の例ということですか。

○事務局 はい。1胎児1例で集計しております。

○岩下委員 資料6の件数というのは、1例の双胎を1と数えてはないということですか。

○事務局 そうですね。胎児1例なので。

○岩下委員 じゃあ、双胎においてCPの主な原因としては、資料7にあるように、双胎における血流の不均衡というのが非常に多いという、そういうことでよろしいですか。

○事務局 はい。

○板橋委員 資料6の20ページですが、例えば新生児搬送の件なんです、新生児搬送の有無のところ、注1)に、「なし」の件のうち例はと書いてあるんですが、数字が何か合わないように思うのですが。

○事務局 失礼しました。こちらの注1)の「なし」が「あり」です。「あり」の件の

うち■件。

○板橋委員 逆ですね。

○事務局 はい。失礼しました。修正致します。

○板橋委員 あと、もう1点、今度は資料7ですが、高カリウム血症にシャドウが入っている2ページです。これって具体的には何があったのですか。

○事務局 記憶レベルで申し訳ないんですけども、双胎の事例。

○板橋委員 ■人。

○事務局 それだけではないですけども、違う事例のMD双胎という事例も含まれています。

○板橋委員 高カリウム血症によって脳性麻痺になるというんじゃなくて、高カリウム血症があって、例えば心室性頻拍症を起こしたとか、そういったことで脳性麻痺というふうに解釈すればいいのですか？少し解説があったほうがいいんじゃないかと思いますが。

○事務局 はい。分かりました。

○事務局 次回、その事例をお示し致します。

○木村委員 1つは、資料7で、前もちょっと議論があったわけですけども、こういう活動がどういう影響を社会というか、我々医療界に与えているのかということが分かると思います。前のときも、5年でまだ締めていない事例があるのでということだったんですけども、例えば子宮破裂によってCPが起こったというふうな事例が生年ごとに下がっているのかどうかというのはどこかでまとめて頂けるといいと思います。今回、1年だけですか、クローズされたのは。2年分クローズしたんですか。

○事務局 2009年生まれ以外は補償対象者数は確定しておりません。

○木村委員 まだ1年だけなんですね。確定しているのはね。

○事務局 ただ、再発防止は原因分析が完了して公表したものが対象となりますので、その数字に関しては、先ほど、集計表に新たに追加した通り、2009年生まれの原因分析完了

事案は■%というような状況になっております。

○木村委員 だから、来年度版に載せるかどうかは先生方のご決断とご議論なんですが、この事例からすると、常位胎盤早期剥離で、例えば、今、3歳ぐらいまでになった人たちでいいので、下がってきている傾向が見られるのかどうかですね。各年生まれで件数が下がってきているのかあまり変わっていないのかということで、我々がやってきたことの影響が推定できるかもしれません。特に、まだ生年が確定していないのに増えているような要件がもし見つければ、これはその要件に関してはもっと強調する必要があると。減っていないということに関しては、ちょっとなかなか言えないし、減っていてもそれがいいことがどうか言えませんが、増えているようなことがもしあれば、ちょっとこれはそこにもう少しフォーカスをしたらいいんじゃないかという情報にはならないかなと思いつつ、この表を見ておりました。もしそういったものが出せるのであれば、ちょっとお考え頂ければどうかと思います。

○池ノ上委員長 ありがとうございます。原因分析委員会での指摘事項の指摘頻度と申しますか、そういうのも少しずつやっぱり変わっていくのではないかなと思うんですね。それも参考になるんじゃないかなと思います。

○勝村委員 産科医療の質の向上を図るための評価がされた項目というものを、例えば■
■例全部で数えているというようなことは、これまでしていなかったんでしたっけ。

○事務局 第5回の報告書の分析対象事例の動向というところで、分娩中の胎児心拍数聴取と子宮収縮薬と診療録の記載につきましては、評価がされた項目というふうに出生年別に集計をしております、第5回ときは新生児蘇生はテーマとして取り上げたので割愛はしましたが、今回は新生児蘇生も入れて評価がされた項目を集計する予定です。

○勝村委員 胎盤早期剥離も非常に難しい課題で、今、お聞きしていると、母児間輸血というのも原因があるということなんですけれども、やっぱりどちらも原因分析報告書では胎児心拍陣痛図の判読と対応をもう少しきちんとやれなかったのかということになっちゃ

っているわけですね。これはこの結果として。

なので、一度、今、木村委員の話もありましたけれども、XXXXXXXXXX例全部で一覧を出してみても、どこがやっぱり指摘されているのか。原因が全く違っていても指摘されている中身が同じみたいなことはあると思うので、それが2009年、2010年、2011年、2012年と、どこが改善され、どこが改善されないままなのかみたいなものが見えてくるというほうが、再発防止委員会としてはやるべきことであるような気がするんですけども。

○池ノ上委員長 事務局、いかがですか。いいですか。

○上田理事 第5回の161ページですね。

○池ノ上委員長 毎年のが、十分出たのは、2009年のものはフルの数字が出ているんですけど、その後はまだ完了していないので、フルは出ていない。

ただ、頻度として見るということは可能で、それがずっとここに。

○石渡委員長代理 改善されてきているんですよ。

○池ノ上委員長 ですよ。出ていまして、少しずつ減っているというようなことが。

○上田理事 161ページ以降。

○勝村委員 資料6とか、ざくっと全体のとりあえず数を数えているのがあるじゃないですか。そういうところで、やっぱりざくっと指摘されているところをパンと全部出してみても、例えば、僕は子宮収縮薬なんかはじゃっかん改善されているような印象があったりしていたんですけども、例えば心拍の監視とか、今、新生児蘇生なんかもずいぶん頑張ってもらって、それはどう改善しているのか。原因が違っていても新生児蘇生とか心拍数の判読とかは、共通の部分がありますよね。どうせざくっと大きく資料6のように全体の数字を出してみるんだったら、そういう出し方の方がよいのではないのでしょうか。主な原因よりはそっちのほうがより重要なような気がするんですけども。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。

恐らく、2009年、2010年と、全部がそろってくると、これも疫学的・数量的検討項目の

中に、脳性麻痺の事例の中で入れていける可能性も出てくると思うんです。今までは、これはテーマ別の項目のところで年度別推移というのを割合で出しているんですけども、終わっていくと、その年度年度での頻度がずっと指摘頻度が変わっているとかいうことが出てくると思うので、その取り扱いを数量的・疫学的のところは何年度から入れていくかとか、何年度まで入れるかということ、今年度は恐らくこれでいいと思いますけれども、次年度あたりになったら、各テーマじゃなくて、もっとトータルとしての項目にそれを入れていくというような取り扱いはどうでしょう。

○事務局 次回の委員会で、分娩中の胎児心拍数聴取についての指摘がどれくらい減っていったとか増えていったとかはお示しする予定です。

先ほど、申し上げた分娩時の胎児心拍数聴取と新生児蘇生、こちらはアルゴリズムに沿った蘇生について評価がされた項目について件数を出す予定です。子宮収縮薬も、第5回と同じように、用法・用量、心拍数聴取方法について動向を見ていきます。診療録の記載についても、同じように見ていく予定です。次回の委員会でお示しする予定です。

○勝村委員 大体今の項目で網羅されている気がするんですけども、ちょっと、今日、気になった早剥と母子間輸血で、共通してトップに記載されている胎児心拍数陣痛図の判読と対応というのは、今の中にあっただんですか。

○事務局 判読と対応というのは、第5回では集計しておりません。除外しております。

○勝村委員 できれば、次回の委員会で、これを[■]からピックアップしてどれくらいあってみたいなのもやったらどうかなと思うんですけども。

○岩下委員 同じ意見で、そろそろ例のワーキングで対象例ができたので、ガイドラインに載っている波形分類とその対応が適切かどうかをそろそろ判定できませんか。もうちょい時間がかかりますか。

○池ノ上委員長 モニタリングのワーキンググループですね。

○岩下委員 ガイドラインに載っている対応と波形分類との関係で、この対応が適切かど

うかの評価はそろそろできるのかなと思うんですけども、例のワーキンググループのほうでは、話はまだそこまで行っていないですか。

○池ノ上委員長 その件については、まだ具体的には動いていないですね。今のところやっているのは、全体での脳性麻痺発症のケースの頻度を見たらというところで。先生がおっしゃる通り、前からそういうことも入っています。

○岩下委員 もうそろそろ着手して頂けると、ありがたいんですけども。

○池ノ上委員長 レベル分類の対応が適正かどうかというのを、コントロールとケース群とで調べてみたらどうかというご提案ですね。ありがとうございます。非常に貴重なテーマだと思いますので、そのことも検討したいと思います。また新たなワーキンググループを立てるか、今のワーキンググループの中の作業の中に入れるかは、またこちらのほうで検討させて頂きたいと思います。

○上田理事 第5回の161ページに、分娩中の胎児心拍数聴取について、こういった項目についての評価はカウントしています。

今のご指摘は、モニターの判読についての評価について集計してはとのご意見かと思えます。検討させて下さい。

○池ノ上委員長 勝村委員がおっしゃったのは今のようなことで、モニターしてあるかしていないかということについての年次別の変化はやろうとしているんですが、その中に、判読が不適切であるとか、判読すべきであったとかいうようなことは、今まで触れられていないようですね。で、それも入れたらどうか、できますか、というのが勝村委員からのご質問です。

岩下委員のご質問は、モニタリングの所見で、レベル1とかレベル2とかレベル3とかという評価がされていて、それにどういう対応がされているのか。

日産婦データベースのほうは、脳性麻痺になっていないケースがある、こっちは脳性麻痺になっているケースがあると。そのモニタリングの所見との対応・対比といいますか、

それも見てみたらどうか。それはワーキンググループの中でやることではないかというご指摘。それで正しいですか。そういうふうなことですか。

○岩下委員　そうです。もうガイドラインに載っていますからね。これが正しいかどうかは、やっぱりこの会じゃないとその検証ができないんじゃないかと思うんですね。

○池ノ上委員長　ですから、2つ、今、ご提案を頂いたということだと思います。

ワーキンググループのほうは、だからそういうふうにして、もうちょっとしっかり腰を据えてやると。

勝村委員からのご指摘の点は、拾い上げられますか。原因分析報告書の中から。

○事務局　定義を決めて判読と対応として集計することは可能ですので、こちらで作業してみます。

○池ノ上委員長　はい。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

○石渡委員長代理　CTGの保存の問題なんですけれども、一応、この制度は5年の誕生日をめどにということになっていますので、そこまでCTGの分娩監視の用紙は判読できないのが結構あるんです。一応、調査をしてみたんですけれども、ズロが結構出ているんです。

この用紙の一番問題になるのは湿度なんですね。要するに、水をかけるとかなりそれでだめになることと、もう1つはアルコールなんです。水もアルコールも医療現場ではみんな使っていますので、あと糊なんですよ。そういうような注意をしても、もちろん注意するような通知を出すわけですけれども、もともとのズロというのがあって、それを使うと、どうしても5年間なんか耐えられないような状況があるんですね。

原因分析委員会でもいいんですけれども、再発防止委員会のほうでもいいんですけれども、それを一応、医会に投げかけて頂いて、医会のほうから会員に注意喚起しようというふうに思っているんです。具体的にどこがズロだとか、そんなことは書けませんけれども、用紙の中にはかなり粗雑なものがあって、3年4年たつと判読できなくなる事例が

個々見られるのです。そういう注意喚起はしたほうがいいんじゃないかと思うので、再発防止委員会から出すのが一番いいんじゃないかと思うんだけど、医会のほうにぜひ。

○池ノ上委員長 その記録用紙が不良だというような指摘もあるんですね。

○事務局 今までは、紙の指定とかその辺は原因分析報告書で指摘されたものはありませんので、記録スピードですとか保管に関して大まかなことを挙げたことはありますけれども。

ですので、再発防止委員会から原因分析報告書に記載されていないことをダイレクトに伝えるというのは、ちょっと厳しいかなと思います。

○池ノ上委員長 いやいや、そうじゃなくて、モニターを下さいと言って、原因分析委員の部会でもらったら、何だか線がよく分からないとか、水がかぶっていてごちゃごちゃになっているとか、だから読めませんというような指摘はありましたかという、そういうことですね。

○事務局 そういう場合は、提出ができないと回答が来ることが多いのではないかと思います。

○池ノ上委員長 じゃあ、その提出ができないというのが、記録が読めないとか、原形を残していないとかという理由で、提出されていないのですか。

○事務局 印字が薄くて再度、印刷モードを濃くして再提出を依頼することはありますけれども、例えば波形がアルコールとかで濡れてちょっと見えなくなったようなものはあまりないように思います。

○石渡委員長代理 原因分析委員をやっていると、結構あるんです。それで実際に判読できないという事例もあるので、せつかく記録を取ってもらっているんですから、それはゼロの書類を使ったためにせつかく取っているのに3～4年たつと見えなくなっちゃうとか。具体的にどのぐらいの数があるかということは調べていないですけども、具体的にはできない事例があるんです。

ですから、それを会員のほうに注意を喚起するんだけど、医会はそのデータを持っていないんですよ。例えば、湿度がよくないとか、それからアルコールがよくないとか、あるいは糊がよくないとか、そういうことは注意できるんだけど、要するに、ゾロのようない紙を使っていない事例についてはどうしようもできない部分があるので、そういうことに注意をして下さいというような喚起はできるんだけど、どこの製品が悪いというのは分かっていますけれども、そこは具体的にはお示しできませんけれども。

○池ノ上委員長 だから、原因分析委員会の報告の中に、記録はされたんだけど、そのされた記録が原因分析委員会で使えないと。それは先生がおっしゃるゾロだからというような、保管が不十分でというようなことが、記録なりあるいは資料なり残っていますかということ。それがあれば、我々のほうで何件中何件こういうのがあるので保管とかアルコールとか水とかに注意をして下さいということが出来る、それがなくなかなかできない、一般論しか言えないんじゃないかというご質問であります。

○石渡委員長代理 ちょっと調べてみてくださいか。

○事務局 そちらは原因分析とも相談しながら、実態の整理をしたいと思います。

○石渡委員長代理 お願いします。

○村上委員 すみません。CTGの判読のところで原因分析報告書などを拝見していると、看護スタッフを含めて判読をできるというような記載が何点か目につくのですけれども、もしどのような人たちに向けてその言葉が発せられているのかというのが分かるようでしたら、一緒に書いて頂くと誰に向けてどのような啓蒙ができるのかなというのが分かりやすいのかなと思いますので。

○事務局 はい。その点も含めて集計致します。

○池ノ上委員長 分かりましたか。勉強会を一緒にしなさいとか、そういうことですね。

○村上委員 そうです。看護スタッフが判読していても、それを医師に報告した段階で、医師がそれをそのまま経過観察したのか、看護スタッフのほうに十分に報告ができなかつ

たのかとか、様々なケースがあるようなので、その辺がもし分かるようだったら、知りたいなと思ったんです。

○池ノ上委員長 それは現実的には非常に大切なことで、これはまた記録に残るとあれですけれども、恐らく、村上委員は控えられたんだと思う。看護スタッフは気づいているんだけど、そこの診療所の院長先生のほうで、これはいいやって言われて、1時間、2時間経過したというのがないことはないんですね。宮崎県でもそういうのはあるので、同じようにみんなで見られるように、同じようなモニターを見たら、同じように医師も看護師も助産師も見られるような勉強会をやって行って欲しい。そのための資料がありますかというような、そういう意味だと思います。

○石渡委員長代理 それで、医会のほうはポケット版を作って、分娩に携わる全ての看護師、助産師、医師のポケットに入れておいて、その日に生まれた事例については全部検討して下さいということを言っているんですけども、朝礼のときに。どのぐらい浸透しているか分からないんですけども。

○池ノ上委員長 それは非常にその浸透度が高ければ、我々のこの活動の評価にもつながるのかもしれない。もちろん、医会の活動の評価にもつながりますね。

○石渡委員長代理 どのぐらい医会に注文があるかということは大体分かっているんですけども、結構注文は来ています。1冊200円なんですよね。

○池ノ上委員長 はい。ありがとうございます。他にいかがでしょうか。

○鮎澤委員 資料7の表1の病態、単一・複数のこの項目なのですが、先ほど、高インスリン血症による低血糖症は今回新しく追加したものだというお話がありましたよね。第4回には項目があって、第5回にはなくなっています。車中分娩みたいなものはその他にまとめるとか、数の少ないものについてはその他にまとめるということが注のところに書いてあるのですが、記載のあるものないものの整理がちょっとばらばらな感じがするので、ちょっともう一度見て頂けますか。

例えば、第4回の44ページには、高インスリン血症の低血糖症が1例入っています。第5回にはなくなっているのですけれども、なくなっているときに、その他のところに入れましたというような整理がされていない。他にもあるような感じが見受けられますから、そのあたり整合性を取って下さい。

○池ノ上委員長 はい。よろしいでしょうか。

それでは、事務局から何か追加はございますか。

○事務局 先ほどの資料5の[]番ですけれども、まず、原因と致しましては、こちらの脳性麻痺発症原因は胎児低酸素症、胎児貧血、子宮内感染による高サイトカイン血症が複合的に作用し、不可逆性の脳障害を引き起こした可能性が考えられるとされておりまして、胎児貧血の原因としては、母児間輸血症候群の可能性が考えられると記載されております。

そして、胎児貧血の原因としては、胎児ヘモグロビンや母胎血液中の α -フェトプロテインが測定されていないため断定はできないが、前置血管の破綻などの疾患が否定的であり、母児間輸血症候群の可能性が考えられるとして記載されております。

○池ノ上委員長 ヘモグロビンは幾らと書いてありますか。

○事務局 ヘモグロビンは、こちらの分析報告書の根拠としては、臍帯動脈血ヘモグロビン[]/dlと書いてあります。

○池ノ上委員長 じゃあ、それは低酸素ですね。

最初のさわりのところを、もう一遍読んで下さい。

○事務局 胎児貧血の原因としては、臍帯動脈血ヘモグロビン[]g/dlですけれども、胎児ヘモグロビンや母胎血液中の α -フェトプロテインが測定されていないため断定はできないが、前置血管の破綻などの疾患が否定的であり、母児間輸血症候群の可能性が考えられると記載されています。

○池ノ上委員長 いや、いや、その前のほうです。一番最初のほう。

○事務局 一番最初のほうは、脳性麻痺発症の原因は、胎児低酸素症、胎児貧血、子宮内

感染によるサイトカイン血症が複合的に作用し、不可逆性の脳障害を引き起こした可能性が考えられるとされております。

○板橋委員 少なくとも母児間輸血症候群の事例にするには、本当にいくつか大まかに捨てて可能性としてこのあたりがあるだろうぐらいのニュアンスですから、むしろ僕は省いたほうが良いと思います。

○池ノ上委員長 じゃあ、省くことに致しましょうか。よろしいですか。特にご意見がなければ。はい。ありがとうございます。そうしましょう。

それでは、事務局から何か。

○事務局 事務連絡3点ほどございます。

先生方の机の上に、第6回再発防止に関する報告書審議スケジュールというもの、横書きになっているものがあるかと思えます。本年度の審議スケジュール、残り少なくなってきましたので、今後のスケジュールをお示ししたいと思えます。この表の網かけになっているものは、審議終了しているものになっております。

9月7日のところを見て頂きたいのですけれども、審議時間のほうに■とありますが、これはまだ今回まで120分ですので、こちらは120の誤りです。

審議内容のほうに、母児間輸血症候群と真ん中にありますけれども、そこに②という審議回数を示す数字ですけれども、こちらは③と訂正をお願い致します。

そうしますと、この報告書取りまとめに残り■月■日（次回）、その次に■月■日、こちらで全件審議を予定しております。■月■日の全件審議を終えて、印刷原稿を入稿したいと考えております。■月■日は、一応、最終審議を目標としておりまして、ドラフト原稿での審議を行う予定でおります。

ただ、少しタイトなスケジュールになりますので、■月■日、先生方にスケジュール調整頂いていますが、一応、予備として設けております。

例年より1カ月ほど審議の終了が早い状況ではございますが、今年度は1カ月前倒しで、

いつもテーマ審議を5月にやっておりますが、4月から開始したということで、前倒しということでご協力頂ければと思います。

続きまして2点目です。こちらは機構の案内ですけれども、先生方のお手もとにクリアファイルにカラーのチラシが入っているかと思います。こちらのほうなんですけれども、来年10月に当機構と国際医療の質学会ISQuaとの協賛で第33回ISQua国際学術総会を開催致します。病院機能評価、Q Iや患者安全等、医療の質、安全に関する幅広いテーマを扱います。

日程は、2016年10月16日（日）～19日（水）。

場所は、東京国際フォーラムです。

メインテーマは、「未来への挑戦：良質な医療を求めて更なる変革と持続可能性」です。例年約70カ国から1,200名の医療者・研究者が来場する学会です。10月7日より演題登録受け付け開始。参加登録は3月ごろを予定しております。皆様のご参加をお待ちしております。ISQuaの詳細は、お配りしたチラシをご覧くださいということです。

最後に、次回の委員会ですけれども、●月●日（月）●時からの開催で、審議予定としては●を予定しております。机上に開催案内文書と出欠連絡表を配付させて頂いておりますので、ご出欠の可否についてご記入頂きますよう、よろしくお願い申し上げます。

を
○池ノ上委員長 はい。どうもありがとうございました。どうぞよろしくお願い致します。

○藤森委員 確認よろしいですか。この日程であっても、対象となる事例は12月末までということですね。

○事務局 はい。そうです。

○藤森委員 ですから、最終的な数字が見られるのは、最後の●月●日しか見られないということですね。

○事務局 ●月●日に確定数はお出しできます。

○藤森委員 でも、対象は12月末までなんですよね。

○事務局 12月末公表分となっておりますので、件数としてはお出しできます。

○藤森委員 日にちのずれが。

○事務局 厳密に言いますと、原因分析委員会が終了して機構内の決定が■月■日の直前に出ますので、あとはWebに掲載するというタイムラグが数日生じるということで、こちらは事務局総出で件数を積み上げる予定です。

○藤森委員 ちょっと分からない。じゃあ、12月末までじゃないということですね。ではないんですか。

○上田理事 公表が12月末までの報告書ですが、今、お話ししましたように、実際に原因分析委員会で確定するのが■月■日の前にです。公表の時期と実際の確定の時期は少しタイムラグがありますので。

○事務局 公表も毎日毎日やっているわけではなくて、月に1回とか2回とかというふうな公表の仕方をしていきますので、こちらでは分析対象数、確定した数字がお出しできます。

○池ノ上委員長 よろしいですか。僕もちょっとフォローできていない。よろしいですか。藤森委員、また後で確認して下さい。

○石渡委員長代理 12末日までに公表されたという、公表というのが入ってくるんですよ。この言葉がね。

○上田理事 そうです。

3. 閉会

○池ノ上委員長 他にいかがでしょうか。もしご発言がなければ、これで終わりたいと思います。ちょっと時間を過ぎてしまいましたけれども、活発なご議論を頂きまして、ありがとうございました。

○上田理事 ありがとうございました。