

第5回「産科医療補償制度再発防止委員会」 会議録

日時：平成23年2月15日（火） 14時00分～16時00分

場所：日本医療機能評価機構 9階ホール

財団法人日本医療機能評価機構

○事務局

事務局です。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。

会議を開始いたします前に、資料の確認をさせて頂きたいと思います。まず、一番上にあるのが、本日の出欠一覧です。続いてクリップどめしている資料ですが、一番上が次第と本体資料になります。続いて資料1として、原因分析報告書【要約版】の概要（一覧）というA3物の資料を配付しています。続いて資料2として、テーマに沿った分析において必要な情報という、A31枚物の資料を配付しています。本日配付している資料は以上ですが、落丁等ございませんか。

それでは、定刻となりましたので、只今から、第5回再発防止委員会を開催させて頂きます。

本日、藤森委員におかれましては、ご欠席を連絡を頂いています。また、隈本委員は少し遅れて到着されるというご連絡を頂いています。また本日、厚生労働省のほうから、1名オブザーバーとしてご参加頂いています。なお、申しわけございませんが、写真撮影はここまでとさせて頂きますので、よろしくお願いします。

それでは、進行を池ノ上委員長にお願いします。池ノ上委員長、よろしくお願いします。

○池ノ上委員長

今日は、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。一応4時までの予定で、再発防止委員会を開催させて頂きます。どうぞよろしくお願いします。

それでは、早速議事に入らせて頂きます。本日の議事は、次第に挙げております通りです。まず最初は、第4回再発防止委員会の主な意見について、事務局から説明をお願いします。

○後技監

それでは、本日の資料本体を開いて頂いて、1ページ目をお願いします。この1ページでご説明をさせて頂きます。1)の第4回再発防止委員会の主な意見についてです。2つに分けています。まず(1)テーマに沿った分析についてのご意見です。1つ目の○ですが、分析対象となる事例の数は多くないため、共通している問題や、一般的によく行われ、気を付ける必要がある診療行為等を、まずテーマとして取り上げたほうがよいというご意見です。それから、次の○で、オキシトシン投与、人工破膜、メトロイリントル挿入、吸引分娩等、人工的な処置を実施するときには、それによる効果があるかを考える必要があるということで、医療介入に関するテーマを取り上げてはどうかというご意見です。次の○

が、診療録の記載が不十分な事例は早目に取り上げてはどうかというご意見です。そしてその次が、様々な切り口で産科医療の質の向上に役立つ情報を提示していくべきというご意見がございました。

それから、(2) その他ですが、1つ目が、分析機関等から自発的に十分な情報を提供してもらうことが重要であるというご意見です。そして次と、そのもう一つ次の○ですが、議論はマスキング版を使ってできるのではないかと。情報が限定されては適切な分析ができない。多くの情報を集め、臨場感を持って議論すべきではないかというご意見がありました。

次の4つ目の○ですが、オリジナル版を使って議論を行うべきではないか。それから、その次の○で、机上にはオリジナル版を置いてほしい。個人情報の問題があれば、マスキング版を使ってよいので、公開で議論したいというご意見があつて、その次の○ですが、一方で、公開することで、当事者の心情を慨する恐れがある。自由闊達な議論を行うため、また事例について非公開で審議している原因分析委員会同様、非公開で行うべきではないかというご意見もありました。

それから、次の○で、原因分析委員会では、事例の状況がわからない状態で議論を行うため非公開ですが、再発防止委員会はある程度議論する内容がわかっているため、公開、非公開の個別判断ができるのではないかと。一方、原因分析委員会は非公開に対して、再発防止委員会はケースによって公開で行うとなると、分娩機関の協力や理解が得られないのではないかとというご意見もありました。そして最後に次の○ですが、これまで3回の委員会において、公開、非公開について議論して、概ねその議論も尽くされたということで、委員会の公開、非公開の判断を委員長に一任してよいのではないかとというご意見がありました。

その他次の○で、テーマに沿った分析を早く進めていくべき。それから、最後の○で、脳性麻痺の発症を防ぐため、報告書をどこでどのように活用するかまで議論すべきではないかというご意見がありました。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。只今テーマに沿った分析について、これまでご議論頂いた点を、事務局のほうから説明して頂きました。只今の説明について、何かご質問、あるいはご意見はありますか。これまで何回か議論して頂いた点です。よろしいですか。

それでは、続いて、2)の「テーマに沿った分析」についてです。これも事務局のほう

から説明をお願いします。

○事務局（原）

それでは、本体資料の2ページになります。2)「テーマに沿った分析」について、(1)「テーマに沿った分析」の候補です。テーマについては、前回の委員会において、候補を選定頂きました。選定頂きましたテーマは、1つ目が新生児蘇生に関するもの。2つ目が、胎児心拍数モニタリングに関するもの。3つ目が、人工的な処置の前後の対応に関するものとして、分娩誘発・促進の際に薬剤を使用した事例。メトロイリーゼ法を行った事例。人工破膜を行った事例となっています。本日はこのうち、蘇生とモニタリングの2つのテーマについて、後ほどご議論を頂く予定になっています。

続いて、(2)「テーマに沿った分析」において必要な情報です。前回の委員会では、11事例の要約版をもとに、テーマの候補を選定頂きました。併せて、テーマ分析に当たって、要約版では不足する情報、詳細な情報が必要な部分について、ご意見を頂戴しました。そしてその後、最終的に平成22年の原因分析報告書の公表件数は15件で確定しましたので、追加の4件についても、先般ご意見をお伺いしました。

まず、資料1ですが、A3の横の11ページの資料です。こちらは要約版を一覧にしたものです。前回の委員会資料では、11件、9ページまででしたけれども、今回4件を追加しまして、15件の一覧になっています。こちらは参考資料です。

そして、続いて資料2です。A3の縦の資料です。こちらが先生方から頂きましたご意見を一覧にしたものです。この表の赤枠の中は、前回の委員会の資料と全く同じです。赤枠の下の12番から15番まで、この4つが今回新たにご意見をお伺いして追加した部分です。多数のご意見を頂きましてありがとうございます。ご意見としては、主に事例の詳細な経過ですとか、診療体制などが必要な情報であるとして、ご意見を頂いています。そして、表の右側になりますが、先生方が必要とされている情報が、原因分析報告書のオリジナルにあるかどうかということを示しています。ここに○がついているかと思いますが、必要な情報の大部分は、オリジナルの報告書に記載をされています。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございました。資料2にご覧頂けますように、各委員の先生方に、このテーマに沿った分析において必要な項目を、それぞれお目通し頂いて挙げて頂きました。大変お忙しい中に作業して頂きまして、ありがとうございます。

ここで示されておりますように、こういったテーマに沿った分析を細かく、さらに深く

掘り下げて、自由闊達にご議論を頂くということで、この詳細な情報を先生方が必要とされているということがよくお分かり頂けると思います。今回、このテーマに沿った分析をして頂くために、テーマとしては、先ほど事務局からもちよつと説明がありましたが、大きく分けて新生児蘇生に関するテーマと、それから、分娩中の胎児心拍数のモニタリング、CTGに関するテーマ、それから、もう一つは、医療介入・処置に関するものの3つに大きくテーマを絞りたいと思います。

この中で、今3番目に挙げた医療介入が行われたものの中で、分娩誘発・促進の際の薬剤の使用、あるいはその時の患者さんの監視・観察といった状況などを、まず検討するという事です。それから、メトロイリーゼが使われているケースがあります。メトロイリーゼを使った事例を、そのテーマに沿って分析して頂いて、その際必要な注意事項ですとか、あるいは、守るべき事柄などを、さらにテーマに沿って分析をして頂く。それから、人工破膜が行われているケースがありました。これについても、人工破膜を行う際、あるいは人工破膜を行った後の対応等についての分析を、再発防止という観点から、委員の先生方をお願いできればと思っています。

こういうケースを分析して頂くと、先生方から色々なご意見を頂きながら、再発防止という観点で、例えば、教科書的な内容をしっかり守るとか、あるいは、自己の研鑽にそれを反映できるとか、そういったことを考慮しながらやっていきたいと思っています。それから、特に新生児蘇生については、田村委員が中心になって全国的に新生児蘇生のプログラムを展開しておられますので、そういった田村委員のご意見も頂きながら、再発防止という観点で、新生児蘇生の点についてもやっていきたいと考えています。

また、モニタリングについては、色々な議論がありますけれども、ここではまずは、何らかの形で心拍数の確認をやらなければいけないというようなレベルから、モニタリングのパターンの高度な分析までと、非常に幅が広いわけですがけれども、まずは明らかな分娩監視上の胎児心拍数モニタリングで、これはやらないといけないとか、これは非常に基本的であるとか、そういった観点で、まずは再発防止につながるご議論を頂ければと思っています。まだまだモニタリングの細かい点に関しては、学術的な研究が進んでいない部分もありますので、あまりそこまでいきますと、なかなか着地点が見えないということにもなりかねませんので、脳障害等々の再発防止という観点からのモニタリングのあり方といったことについて、テーマに沿ってご議論を頂ければと思っています。

このような観点でやっていきたいと思いますが、只今の事務局からのご説明も含めて、

何かこれについてご発言はありますか。よろしいですか。

前回先生方のご意見を頂いて、それをまとめたのが只今のようなことになろうかと思いますが、よろしいですか。ありがとうございます。

それでは、続いて、3)の今後のスケジュールについてお願いします。

○事務局（原）

スケジュールについては、本体資料の3ページになります。4ページに掲載していますが、第1回の委員会資料の際には、ここにあるように、年度内に最初の報告書を公表するスケジュールにしていました。しかしその後、具体的なテーマに入るのが予定より遅くなりましたので、第1回の報告書は8月の公表を目指したいと考えています。併せて記者会見も行いたいと思います。その公表までに、4月、5月、6月の3回、報告書の完成に向けてご審議を頂くスケジュールにしています。なお、2回目以降の報告書については、定期的に毎年3月に公表していきたくいと考えています。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。スケジュールに関しては、以上です。よろしいですか。どうぞ。

○勝村委員

現段階ではこの予定でいいと思いますが、色々な議論の可能性があり、特にまだ第1回目なので、これで確定してしまうのではなくて、5回、6回とやっていく中で、さらに必要だと感じたときには柔軟に対応して頂くことも必要かと思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それは当然、柔軟にやっていって、非常に重要な問題があったらそれをきちっとやるというようなことでやっていきたいと思っています。ありがとうございます。

他にご発言はありませんか。ありがとうございます。それでは、只今のようなことで、柔軟性を含めながら、スケジュールを進めていきたいと思っています。

それでは、次の議事に入りますが、次の議事から、先ほどご説明いたしましたテーマに沿って、実際の分析に移って参りたいと思います。先生方からお寄せ頂いたそれぞれの事例のさらに分析点などのご意見を参考にさせて頂いて、事務局のほうでオリジナル版の情報に基づいた、テーマに沿った分析の資料を作成してもらいました。これから先生方に議論して頂く中で、分娩機関であるとか所在地、あるいはそういう施設の診療体制など、細かい情報が含まれる可能性がありますし、また、委員の先生方から、非常に自由なご議論

を頂くという意味でも、そういった必要が生じてくると思いますので、これから後は委員長判断で非公開とさせて頂きたいと思います。

これから行います議事の内容については、会議が終わりました後、議事録を公表したいと考えていますので、ご了承頂きたいと思います。また、当然のことではありますが、非公開の会議で使用した資料の公表は控えたいと思っていますので、この点についてもご了承頂きたいと思います。どうぞよろしくお願ひします。

それでは、事務局のほうからお願ひします。

○事務局

事務局です。それでは、これより先は非公開とさせて頂きたいと思いますので、傍聴席の皆様はご退出下さいますようよろしくお願ひします。

(傍聴者退席)

○事務局

事務局です。それでは、追加で配付した資料の確認をさせていただきます。まず、資料一覧と書かれた本体資料が■■■■■あります。続いて■■■■■として、「テーマに沿った分析」(■■■■■)の構成についてというA4の資料があります。続いて、■■■■■として、分析対象事例の概要(新生児蘇生について)、表の資料があります。続いて■■■■■として、新生児蘇生について(案)。続いて■■■■■として、分析対象事例の概要(分娩中の胎児心拍数聴取について)。続いて■■■■■として、分娩中の胎児心拍数聴取についてという資料を配付しています。落丁等はないですか。

よろしければ、進行を池ノ上委員長のほうによろしくお願いします。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それでは、議事4)の「テーマに沿った分析」について、これから進めていきたいと思えます。それでは、まず事務局のほうから説明をお願いします。

○事務局(森脇)

事務局です。■■■■■をご覧ください。■■■■■は、この後ご説明します■■■■■、「テーマに沿った分析」の「新生児蘇生について」と、■■■■■、「分娩中の胎児心拍数について」の構成をお示したものです。表の左2列目から、1番で新生児蘇生について。真ん中の列に、2番、分娩中の胎児心拍数聴取についてがあります。その目次を書き出しています。表のタイトルの下、2行目に、一番最初に1. 分析対象事例の概況として、ここに分析対象事例となった事例の内訳など、概況を記載しています。その下の2番目です。2列目、表の3行目、2. 事例の概要です。分析対象事例の幾つかの事例の中から、概要を作成しています。概要作成に当たっては、テーマに関する部分を中心に記載しています。次の欄の3番目、分析対象事例における新生児蘇生の問題、隣が分析対象事例における胎児心拍数聴取の問題です。これらは、原因分析報告書の「脳性麻痺発症の原因」及び「医学的評価」で指摘した内容を取りまとめて記載しています。4番目です。今後の産科医療向上のために分娩機関が検討すべき事項です。その下に5番目、「学会・職能団体への要望」、6番目、「国・地方自治体への要望」と3つがありますが、これは原因分析報告書の、「今後の産科医療向上のために検討すべき事項」に記載されているものを、分娩機関、それから学会・職能団体、国・地方自治体ごとに分けて取りまとめているものです。

以上、1番から6番までが、テーマに関する原因分析報告書に記載されているものを取りまとめたものです。

その下、7番に移ります。7番は、テーマに関する概況を記載しています。蘇生についてと、胎児心拍数聴取についてです。いわゆる一般的なことを、ここで記載しています。最後に8番目です。8番目、水色の枠でお示ししているところがまとめです。これは再発防止委員会として発信していく内容を記載するところになっています。次の議事で、新生児蘇生についてと胎児心拍数聴取について、それぞれ委員会で発信していく内容をご議論して頂きたいと考えています。

併せて「テーマに沿った分析」の構成ですが、この報告書を受け取った分娩機関にとって、わかりやすい構成になっているかどうかについてもご意見等頂ければと思っています。なお、再発防止に関する報告書（仮称）には、報告書の構成の説明を別章で設ける予定にしています。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。只今事務局から説明して頂きましたように、テーマとしては、「新生児蘇生」、それから、「胎児心拍数モニタリング」、それから、「人工的な処置の前後の対応」と3つを挙げていますが、時間の関係もありますので、今日は「新生児蘇生」と「胎児心拍数モニタリングについて」集中的にご議論を頂きたいと思っています。

只今説明頂きました新生児蘇生について、それでは、引き続き事務局のほうから説明をお願いします。

○事務局（森脇）

それでは、 をご覧ください。1つ目のテーマ、新生児蘇生についてです。新生児蘇生については、公表した15事例のうち、出生時の新生児蘇生について改善が望まれるものが ありました。こちらを分析対象としています。詳細については、この後ご説明させていただきます。 の構成は、原因分析報告書に記載されている脳性麻痺発症の原因、それから、医学的評価、今後の産科医療向上のために検討すべき事項の、新生児蘇生に関連した部分を抜粋してきています。その中でも、特にこの分析に必要だと思われるものを赤字でお示ししています。

それでは、 をご覧ください。 については、澤田客員研究員よりご説明させていただきます。なお、新生児蘇生については、田村委員からもご指導頂きながら取りまとめをさせて頂いています。それでは、お願いいたします。

○池ノ上委員長

それでは、澤田先生、お願いします。

○澤田客員研究員

少し詳しい内容について説明をさせていただきます。まず1番、分析対象事例の概況についてです。先ほども申しましたが、[]で教訓となるものがあつたために、それらを分析対象としたことが書かれています。その中でも[]が、出生後も低酸素状態が持続したために、その状態がさらに悪化したと考えられたものです。また、[]が、脳性麻痺の症状を助長した可能性が否定できないというものがありました。それ以外の[]は、脳性麻痺の原因とはならなかったが、改善点が認められたものです。

次の段落に、誰が立ち会いをしたか、誰が蘇生をしたか、あと分娩場所について書かれています。小児科医が蘇生したものが[]、産婦人科医が蘇生したものが[]、助産師が蘇生した事例が[]、救急隊員が蘇生した事例が[]です。

2番、事例の概要です。この分析対象事例[]のうち、[]を挙げています。原因分析報告書の「事例の概要」、「脳性麻痺発症の原因」、「医学的評価」、「今後の産科医療向上のために分娩機関が検討すべき事項」をもとに、新生児蘇生に関する部分を中心に記載しています。

まず、[]ですが、これは助産所で自然分娩に至りましたが、生後1分後のアプガーが1点で重症の新生児仮死であった事例です。[]

[]その後、[]この事例では、まずバッグ&マスクによる陽圧換気、あるいは酸素投与を行っていないこと。あとは必要な器具が常備されていなかったことなどが検討すべき事項として書かれています。

[]です。これは診療所の事例ですが、吸引分娩2回後に分娩に至らず、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開になっています。1分後のアプガースコアが3点で、産科医が帝王切開を中断して新生児蘇生に当たり、バッグ&マスクを施行しています。出生21分後に小児科医が到着し、その後の蘇生は小児科医が行っています。この事例では、新生児蘇生は一定の効果があつたが、産科医が帝王切開を中断して蘇生に当たるといことがよくないと、評価されています。よって、検討すべき事項として、医師以外の職種も、新生児蘇生に関与する環境を整えることが望まれるという事例です。

3番です。分析対象事例における新生児蘇生の問題点です。原因分析報告書で指摘されたもの[]の事例において、項目を分けてそれぞれを挙げています。まず1番目として、新生児蘇生の必要性の認識不足です。

2番目として、不十分な新生児蘇生法の手技に関する改善点が書かれています。

3番目として、新生児蘇生ができる産科医療関係者がいないことによって、診療行為が遅れたこと。小児科医の到着を待って帝王切開を行ったこと、あと[]でありましたように、帝王切開を中断して蘇生措置を行ったことが挙げられています。

4番目、分娩機関外での児の娩出への対応。これは墜落分娩の事例のことが書かれていますが、被膜児の状態であったことを改善できなかったのも、低酸素性虚血性脳症を発症したと考えられること。あとは救急救命士が立ち会っていなかった場合には、分娩児の破膜、新生児の蘇生等の処置について、電話で連絡をとった際、当該分娩機関の医師から、夫または救急隊へ直接指示される処置以外はできなかったということが書かれています。

4です。今後の産科医療向上のために分娩機関が検討すべき事項です。これも原因分析報告書に書かれたものを分類して載せています。1) 新生児蘇生の必要性の周知。1つ目として、新生児の蘇生に必要な器具や100%酸素を常備し、その使用法を熟知する必要がある。蘇生は児の出生直後から行うことが重要であるなど、基本的なことを挙げています。

2) 新生児蘇生法の習得。医師以外の職種、看護師、助産師も新生児蘇生法の講習会に参加することが必要であるということと、あと蘇生は児の出生直後から行うことが重要であり、挿管のチューブの固定法なども、日頃から機会を設けて習得する必要があるということが書かれています。

次、5番です。学会・職能団体への要望です。これは3つ書かれています。まず、分娩に立ち会う者全てが新生児蘇生法講習会を受けるということを義務付けるように強く要望する。新生児蘇生法について、今後、医師以外の職種がどの範囲の蘇生を行うことが許容されるのか、また望ましいのかについて議論を進めることが望まれる。分娩取り扱い機関に対して、妊産婦との緊急連絡対応、連絡方法の確認のさらなる徹底を図るように指導することが望まれるなどの3点です。

6番、国・地方自治体への要望です。新生児蘇生法講習会の開催に適切な資金援助を行い、医療関係者の蘇生法の習得を支援することが望まれる。2番目が、救急救命士が蘇生できるように、教育の徹底が望まれる。3番目に、公立病院の小児科医が比較的迅速に到着して蘇生処置を行うことができるように、公立病院医師の診療所等への診療支援は、兼業禁止の範囲外であることを明確にすることが望まれるということが書かれています。ここまでが、原因分析報告書から全て抜粋したことをまとめたものです。

次に7番目です。新生児蘇生について、我が国の現状と、あとアメリカのことが書かれています。

そして3番目として、新生児蘇生の重要性です。全新生児の約10%は、出生時呼吸を開始するのに何らかの助けを必要とする。さらに全新生児の1%が、救命するために本格的な蘇生手段を必要とすることが書かれています。2段落目に、我が国でも新しい蘇生法の日本版ガイドラインを作成していることが書かれています。そしてさらに、それが2010年に改訂されています。

図1としては、出生時仮死を主因とする早期新生児死亡率の表が載っていますが、2007年から下降が認められていることがわかります。7ページに、図2として、新生児蘇生法のアルゴリズムを載せています。

次に、新生児蘇生に関するテキストです。学会が推奨しているものを載せています。また、新生児蘇生法講習会について、どれぐらいの人数が認定されているかということが載っています。

8番、まとめです。まず、産科医療関係者に対する提言という欄で、基本的な考え方としては、分娩に立ち会う医師、助産師、看護師等の産科医療関係者は、新生児蘇生法の習得に努める必要があります。その中でも、(1)、(2)、(3)は必ずやって頂きたいこととして載せています。①番、設備について。必要な器具(保温に必要なもの、吸引器具、バッグ&マスク、パルスオキシメーター)を常備すること。②分娩する場所で酸素投与ができるように整備すること。(2)新生児蘇生の実施。①早産児であるか、弱い啼泣であるか、筋緊張低下がないかについて確認する。②①のいずれかを認める場合、保温、体位保持、気道開通、皮膚の乾燥と刺激を行う。③呼吸と心拍を確認する。これはアルゴリズムの一番最初の一番大事なところを、最低限どんな人でもできるようにしていきたいということが書かれています。(3)新生児の蘇生法アルゴリズムの周知。蘇生法アルゴリズムのポスターを分娩室に貼付するということです。

緑の四角で囲ってあるのが、今後事例件数を見て提言していく内容です。(4)新生児蘇生に関する手技。バッグ&マスクの実施方法、気管挿管のやり方についてなど。(5)新生児蘇生法の習得について。(6)新生児蘇生に関する分娩機関の体制について。(7)連携についてになっています。

2)学会・職能団体に対する要望として、日本看護協会、日本助産師会などに対する「新生児蘇生法講習会」の受講の義務付け。医師以外の職種が行う新生児蘇生法の範囲に関す

る検討。

3) 救急隊関係・団体に対する要望。新生児蘇生に関する設備について、必要な器具を常備する体制を構築及びその周知。新生児蘇生に関する教育の実施。上記に対する支援。

4) 国・地方自治体に対する要望。新生児蘇生法講習会の開催に必要な資金援助などによる新生児蘇生法習得の支援という内容になっています。以上です。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。只今澤田研究員のほうから、新生児蘇生に関する事例、あるいはそのポイントなどをまとめて頂きました。委員の先生方から、それぞれの新生児蘇生にかかわる幾つかの検討すべき項目を頂いていますが、なるべくそれに沿った形で今、まとめて頂いたと思いますが、何かご発言、あるいは、もう少しこのところを知りたいというようなことがありましたら、ご発言頂きたいと思います。いかがですか。■■■■に沿って、あるいはその前、■■■■も説明頂きましたので、■■■■についてご発言頂ければと思います。

■■■■、■■■■を今、挙げて頂きましたが、事例についてはいかがですか。事例に基づいて、あと問題点を幾つかリストアップしてもらいました。問題点を一つ一つご検討頂きながら、また事例に戻る、さらに必要であれば、オリジナル版に戻るということでこれから進めたいと思いますが、よろしいですか。

それでは、まず、新生児蘇生の必要性の認識不足という、1)の項目が挙がっていますが、これについてはいかがですか。具体的には機械、器具がそろっていないとか、そういう準備がされていないとかということなんだと思いますが、いかがですか。田村委員、どうですか。

○田村委員

その点に関してですが、私たちは藤村班の中で、国際的な標準に従った新生児蘇生法を普及させるための分担研究を担当しております。5年ごとに調査をしておりまして、対象はNICUのあるようないわゆる専門施設です。これが2010年度の調査対象、270施設あります。それから、日本産婦人科医会の、従来定点施設と呼んでおられたようですが、こういう調査をするときに協力してくれる施設が約507カ所あります。それから、日本助産師会の開業助産施設が全国約465施設ありまして、そこに対してアンケート調査を2005年と2010年にやっております。

2010年の結果については、今、集計中なんですけれども、それを見ますと、今、委員長のおっしゃいました設備ということでいきますと、赤ちゃん用のバッグ&マスク用のマスクが備えていないというのが、2005年度には実は助産施設では約40%ありました。ですから、40%のところでは、バッグ&マスクをしようと思ってもできない。それが2010年の調査では、「ない」という施設は約17%、ですから、半分以下になってきております。これはこういう講習会事業とかガイドラインで、赤ちゃんの仮死の9割までは、バッグ&マスクまでで蘇生できるということがかなり周知された結果だと思いますが、それでもまだ2割近くの施設では、赤ちゃんを扱っていながらバッグ&マスクも置いていないというのが、現状です。そういったところには、バッグ&マスクはそんな高価なものではありませんので、助産所でも僕は十分購入することはできるだろうと思いますから、場合によっては赤ちゃんを扱うところでは、必ず赤ちゃん用のバッグ&マスクを備えるということは必須ということ、国で決めるのか、それとも何らかのところで強く推奨するということ、をされるだけでも、赤ちゃんの蘇生は物理的な面でバッグ&マスクにより助産所でも、十分できるようになると思います。

それから、今、実は大きな問題が生じています。この2005年版の国際標準のときには必須ということになっていなかったのですが、今度2010年国際標準版では、仮死の赤ちゃんを蘇生するときにはパルスオキシメーターを右手につけて、その値を見ながら酸素を投与するかどうかを決めていまいしょうとなって、日本版の2010年版の新生児蘇生法のガイドラインでもそれがはっきり明記されています。それを作成するときは、小児科側の委員だけではなくて、産科婦人科学会の推薦委員3名の方にも入って頂いて、その上でそれは妥当だろうということになりました。

ところが、少なくとも2010年、年末に調査したもので、まだ新しいガイドラインが広められる前ですけれども、パルスオキシメーターは、助産所では4割の施設しかまだありません。つまり、6割にありません。それから、産科施設の定点施設でも、あるのは90%と、10%の施設はない。それから、実は、専門施設でさえも、これはちょっと意外だったんですけれども、7%ぐらいは、少なくとも新生児用、つまり、赤ちゃん用は分娩室に置いていない。お母さん用は置いているけれども、赤ちゃん用は置いていないというようなことが判明しました。これは専門施設に関しては、プローベだけ買ってもらえばいいことなので、新しいガイドラインでこうなりましたということ、を周知するだけで、すぐ100%になるとは思います、やっぱり助産施設となりますと、6割がパルスオキシメー

ターそのものがお母さん用にもないという状況です。このあたりを助産所の自己努力で設置してもらえれば一番いいんですけども、これは10万とか20万とかという単位でお金がかかることですし、そのあたりについて、場合によっては何らかの補助制度みたいなものも考えてあげたほうが、実際にこのガイドラインが守られやすくなるではないかと思っています。以上です。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。かなり細かい現実のデータも、今、ご紹介頂きました。ありがとうございます。やはり機械をそろえる、あるいは道具をそろえるというのは、その人が、それを知らないといけない。それを知ってもらうための情報伝達のルートというか、そこが例えば助産所の皆さんたちに、今のパルスオキシメーターの話をどうやって伝えていくかとかいう、そういう問題が非常に大きな問題だと思います。どうぞ。

○石渡委員長代理

助産所に色々設備等々が備わっていないというのは、大体予測はある程度ついているわけですが、今現在、嘱託医がいて、そして協力医療機関がある現状においては、やはりこういう施設に対しては、嘱託医、あるいは協力医療機関のほうから、教育的というか、指導的なことをして頂くということが当然必要になってくるのではないかと思います。現実、この産科医療補償制度に加入していない助産所もあるわけなので、そういうところの嘱託医がどのようにお考えになっているかということも含めて、やはり指導は必要ではないかと思っています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。そうですね、各助産所は必ず嘱託医の先生が決まっているはずなので、そこを介した情報の伝達というのが非常に有効だということですね。ありがとうございます。いいポイントだと思います。

○板橋委員

施設の自助努力はもちろん準備のために重要ですが、患者さんサイドから見ると、自分がお産する予定の施設において蘇生のための準備が十分に備わっているのかどうかは分かりません。妊婦さんたちが分娩施設を選ぶ際の判断基準となるように、このような情報を発信すること重要と思います。そうなれば、当然それをアピールできない施設は頑張ろうと思うという、前向きな方向になるのではないかと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。田村委員、新生児蘇生のコースを受けた人が、コースを受けましたというあれは診療所とかに出せるんですか。

○田村委員

出せるというか、少なくともそれは発行しています。一応合格をして、それで認定手続をした方には認定証と、あとプラスチックの認定カードをお送りしていますので、病院なんかでもそれを首から下げて、それから、認定証のほうは、場合によっては待合室あたりに掲示したりすることは、別に少なくとも法律に触れるようなことはないと思いますけれども。

○池ノ上委員長

違法ではないですか。

○田村委員

と思っております。どう活用されておられるかはわかりませんが、学会としては、認定証はちゃんと額縁で飾れるようなのをお送りしております。

○池ノ上委員長

それは個人にはきているんですか。

○田村委員

そうです。

○池ノ上委員長

板橋委員の言われるような、私は講習会を受けた人ですというのがそこでわかると。

○板橋委員

そういうことが特に違法でなければ、あと自施設にこれだけこういう蘇生のための設備をちゃんと整えていますとか、講習会を受けているということがわかれば、患者さんもある意味安心して受診できるということにも、もちろん助産所も同じだと思うんですけれども、そういうふうにしてアピールすべき部分もあるのではないかと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。どうぞ。

○石渡委員長代理

病院で表示しなければいけないというものが、医師の数であるとか、幾つかあります。例えば、産科医療補償制度の場合には、この補償制度に加入しているということを出さなければいけないという義務付けがあるわけです。ただ、新生児の蘇生の講習会を受けたか

受けないかというのは、個人的なところに認定証というのは来ているわけで、病院そのものには来ていないので、貼り出すのは自由ではないかと思えますけれども、むしろ貼り出すことを推奨したほうがいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長

僕もよくわかりませんが、時々こんなものを出してはいけないというのがあるので、そういうルールがなければ、講習に行ったというサーフィティケートを頂ければ、それを出すというようなことは、むしろ問題がなければ推奨するようなことを報告書の中に盛り込むということも、1ついいアイデアだと思います。ありがとうございます。

他にいかがですか。蘇生に関しては、どうぞ、川端委員。

○川端委員

産婦人科医会では、来年度の会員研修テーマが「新生児管理のすべて」というものです。毎年2つテーマを決めて研修をしているのですが、来年度はそれをテーマにしています。新生児蘇生の部分も大きくとって、多分ここは、田村委員に色々書いて頂くことになると思いますが、後半は新生児室での管理とか、退院後の管理とか、そういうのを一緒にしたものを産婦人科の全会員に送って、研修を進めていく予定にしていますので、少なくとも産婦人科医は、この件に関しては、徹底的に広報はなされます。既にほとんどの産婦人科の医者は知っていますけれども、そういうことを企画しております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。かなり具体的に新生児蘇生法というのが浸透していくと。さらに医会のプログラムとしてそれを進められていくと、末端——末端までという変な表現ですが、これまではあまり関心を持って頂けなかった先生方にも、それが入っていくということになるんだろうと思います。

勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

ここまで色々ご尽力頂いていることとか、それから、今、出されていたご意見とかも全てその方向だと思いますが、例えば、色々学会が認定したりしたときに、認定した人が一覧になっているページとかは、普通あるんですか、ないですか。

○池ノ上委員長

よろしいですか、田村委員。

○田村委員

個人情報のことがあるので、今のところは全ての人を公開するというのはいしていません。ただ、インストラクターの資格をとった方は、それぞれの地域で講習会を開くときに、インストラクターの方を教えて下さいというような問い合わせがあるので、インストラクターの方に関しては、認定証を発行するときに、名前をこちらのほうで教えていかどうかという許可を頂いて、許可を頂いている方に関してはお教えするということになっております。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。この蘇生のプログラムを広めるために、インストラクターと言われるような、各地域の指導者をまず作って、その指導者にはかなりトレーニングと申しますか、講習を受けるデューティーがヘビーなんですけれども、大体色々な周産期センターの先生たちがその中心になっておられて、その人たちが地域の助産師さんとか、産婦人科の開業医の先生たちにどんどん枝分かれするような形で、今広まっていると。ですから、インストラクターに関しては公表されているということです。

どうぞ、鮎澤委員。

○鮎澤委員

すみません、3点ほど。今、助産所というところに結構絞り込んで議論が進んでいるように思うのですが、新生児の蘇生に関して、助産所が何か底上げのために、そのクオリティを上げていくために必要なことのあるのだったら、もしかしたら「助産所」というパートを1つ作って議論することも、将来的には必要なのかもしれないと思いながら伺っていました。

絡んでですけれども、助産所の開設のときの何か基準のようなものがあるのではないですか。例えば、そういうようなものの中に、今回議論したような内容を織り込んでいくことができれば、現状どうしていくかとともに、これからのところが、あるボトムラインをきちっとクリアして開設されていく仕組みにつながっていくように思いました。

それからもう1点、田村委員にお伺いしたいのですが、先ほど大変おもしろいデータを見せて頂きました。ただ、設備を持っている話と、持っているものを使える話は違う話で、パルスオキシメーターを持っていないところが減ってはきているものの、ちゃんと使える人たちがどのぐらいの割合いるのかという数字もおありになりますか。もしあったら聞かせて下さい。

○田村委員

それについてはありません。それをうまく使いこなすために、我々の講習会をやっているわけなので、そこで講習を受けられた方はそういうものを使えるようになったということとは言えると思います。講習会を受けていないけれども、知っている方というのはもちろんおられると思いますが、それについての調査は、今回はそういう基本的なものをそろえていますかという内容の調査しかしておりません。

○鮎澤委員

ありがとうございました。それから、最後になりますけれども、私も先ほどからの「利用者がわかる仕組みを作っていく」というのはとても大事なことだと思っています。そういったものを色々な仕掛けの中に織り込んでいくことは、物事を進めていく1つの大きなインセンティブにもなっていくものと思います。是非そのあたりについても、この中で議論ができるといいと思いました。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。先生、パルスオキシメーターについては、新生児蘇生、いわゆる仮死の蘇生ばかりではなくて、その後の観察期間、数時間にわたって、もし何か突然無呼吸が起こるとか、突然赤ちゃんの容体に変化するというのをモニターするためにも、パルスオキシメーターは使いましょうという方向はありますよね。ですから、仮死のことだけではないと。

○田村委員

はい。

○池ノ上委員長

仮死だったらあまり数が多くないので、そのためにそんな高価な機械をそろえるのは大変だというインプレッションが何となく起こると思いますが、それではなく、生まれた赤ちゃんは、出生後数時間にわたって、酸素飽和度のモニターをしましょうと。その間に突然悪くなる赤ちゃんもいるかもしれないから、そういう幅広い対応の中の一部として、パルスオキシメーターの普及ということを考えると、皆さん受け入れやすくなってくのではないかと思います。いかがですか、田村委員。

○田村委員

まさに先生のおっしゃる通りで、そういう観点から色々アピールすれば、赤ちゃんの安全性のためには、決してそんなに1人当たりにお金をかけずに済む方法だということで、助産師さんたちにもよく理解して頂けるのではないかと思います。

○池ノ上委員長

あと、助産所開設のときの基準というお話がありましたけれども、どなたかおわかりになりますか。先生、お願いします。

○村上委員

私は、開業助産師が多く加盟している日本助産師会の安全対策委員もやっているものですから、ちょっとその辺の情報をと思います。日本助産師会では、毎年リスクマネジメントの研修会等で、蘇生等もやったりとか、あるいは、事故事例等の分析などをやったりしていますが、田村委員等にもご指導頂いて、蘇生の研修会は別枠でかなり広めるということで行っております。インストラクターも、日本助産師会の中からかなり出しているかなという状況です。

先ほど、バッグ&マスクとか、あるいは、パルスオキシメーターの問題ですけれども、やはり2010年の新しいガイドラインに沿った蘇生法になりますと、やはり必須ということになりますので、年に1回大きなリスクマネジメント研修会等をやったときには、必ず各支部長さんとか、あるいは、支部の安全対策委員の方が参加されますので、そこで全国的に広く整備するよというように働かせることは可能かなと考えています。今月も末にありますので、是非その辺は広く周知したいと考えます。

先ほど、鮎澤委員のほうからご指摘があった助産所の開設に関してですが、今、保健所のほうで規制されている開設条件というのは、主にハード面です。広さであるとか、あるいは、設備であるとか、そういうようなところが主になっていて、助産師がどのような資格を有しているかというようなところは、あまり問題にはなっていません。しかしながら、日本助産師会のほうでは、やはり開設条件を少し規定していったほうがいいのではないかという検討も、現在始まっておりますので、是非その中に、今回の蘇生の講習会を受けているとか、それ以外のリスクマネジメントに関するソフト面の能力的な部分も、織り込んで頂けるような働きかけが必要かなと考えています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今、村上委員からご説明頂きましたことは、助産師さんばかりではなくて、数は少ないかもしれませんが、診療所でも当てはまる部分もあるわけですので、診療所のクオリティーを上げるという意味でも、同じような問題点がこれから解決されていかなければいけないと思います。

先ほどから、2)の新生児蘇生法が不十分な場合、つまり、うまく蘇生できなかったと

いう問題も、澤田先生のほうから取り上げて頂きました。この点について、先ほどからもやはり新生児蘇生講習会、あるいは蘇生の色々なテキストが配付されたり、色々なことが今努力されていますけれども、それと絡めながら、少し蘇生をうまくやるためにはという事で、例えば、どういう人がそれに取り組むべきかといったことも含めてご議論頂きたいと思います。勝村委員、お願いします。

○勝村委員

9ページの赤で囲まれているところが、もちろん助産所、診療所、病院のそれぞれの形態で、それぞれ進め方とか、再発防止の対策も違うとは思いますが、この赤で囲まれているのは、必ずどこであろうとも必須だ、最低限だという理解でいいのでしょうか。

○田村委員

これは少なくともお産を扱う施設では最低限の条件だと、私は認識しています。

○勝村委員

その緑のところ、新生児蘇生法講習会は下のところに入っていますけれども、これを赤のところに入れてしまう必要も、今のお話を聞いていると、必須にしていかないとだめなんじゃないかと思うのと、それを必須にして、その必須を今、鮎澤委員からもありましたように、助産所でどう広めるのか。村上委員のほうから、こういうようなやり方があると言われました。診療所は同じように助産所でできるのではないか。

病院に関しては、例えば、具体的に施設、設備とか書いてあることに関しては、本当に例えばこういう異常な事態がきたときには、診療報酬なんかでもものすごく細かな規定をしているわけで、実際、産科医療補償制度を導入する際も、産科医療補償制度に入っている分娩機関じゃないとその条件を満たせないとかやって、その代わりにそれに入らなければ、しっかり診療報酬を支払いましょうという形があるわけなので、これが必須なんだったら、僕はすぐにでもそこにこういう設備が入っていると、例えば、分娩室にこれを貼りつけるとか、そういうふうなことまで、先ほどありましたけれども、そういう診療報酬マターでなくても、入口に貼るとか、書き出すことにこういうものを条件として入れていくとか、この場は一番、嫌われようと何と言われようと、最低限必要だと思うものは絶対やるべきだと強く言っていかなければいけないと思います。そういうところに、すぐに働きかけていくとかということもできるのではないかと思います。僕はそうしたいし、そうできるような形というのを、ここからすぐに発信をやってもらいたいなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。おそらく皆さん受けてほしいというお気持ちは強いんだと思います。田村委員なんかは特にこれを一生懸命推し進めておられますし、周産期関係の産婦人科系の医師たちも皆そうだと思いますが、そこら辺のスタンスは、今、どこら辺にありますか。

○田村委員

今の時点で、大体毎月1,000名ぐらいの方が受講されていますので、僕らが一応目標としているのは、4万人から5万人ぐらいが周産期医療の関係者と見込んでいます。今、大体2万5,000人ぐらいが受けられていますから、あと2年ほどすれば、今のペースでいけば、1回は講習会を受けるというような状況にはなるだろうと思います。ただ、我々の別の調査では、1回講習会を受けても、実際に蘇生そのものを現場でやったことがない方は、3ヶ月経つと実は3分の1を忘れてしまう、1年たつとほとんど全て——全てというか、いわゆる合格点に達しないようになってしまうというデータも出ていますので、1回受けたからそれでいいというわけではありません。それに対しては、日本周産期・新生児医学会としては、実際の講習会をそんなにやり続けるわけにはいきませんので、学会の事業としてeラーニングで学会のホームページにアクセスして復習するというeラーニングシステムを今、導入するためのワーキンググループを立ち上げています。これが実現するには1年ぐらいはかかるだろうと思われていますが、そうすれば講習会を受けた方が、その後継続的に復習することができると思います。

ただ、1つ申し上げたいのは、もちろん全ての方が講習会を受けることは大事なんですが、アメリカとの比較ということでは、報告書のどこかにアメリカのAHAの推奨が出ていたと思いますが、アメリカが1987年からこういう講習会事業を始めているんですが、そのときの彼らの目標は、全てのお産に赤ちゃんの蘇生ができる人が、赤ちゃんの専任としてつくというのが、最終目標です。つまり、先ほどもありましたけれども、産科の先生が帝王切開していて、その方が赤ちゃんの蘇生ができて、お母さんのほうに専念しなければいけないのに、赤ちゃんが仮死で生まれたときに、帝王切開をやめて赤ちゃんの蘇生をやらなきゃいけないというのでは不十分です。そうした事態を防ぐためには、ドクターだけじゃなくても、看護師さん、助産師さんも全て蘇生をできるようになることが大切です。更に、ノウハウを身につけるということの重要性とともに、お産のときのマンパワーが、今のように限られた、主としてお母さんのほうの対応だけをするというマンパワーでは不十分だということもよく認識して頂きたいと思います。そのあたりのマンパ

ワーをいかに増やすかということが、これはまだ時間がかかるとは思いますけれども、本当の全ての仮死の赤ちゃんに対応するためには大事だということもご認識頂きたいと思いません。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。4ページの大きな5番、学会・職能団体への要望というところの最初の○のところ、そういった受講を義務付けるとか、そういったことも事務局のまとめの中には意識として入っているわけです。

○上田理事

これは原因分析報告書の中に記載されています。

○池ノ上委員長

報告書の中に、そうですか。

○上田理事

原因分析報告書に記載された要望を事務局で整理しています。それで、この委員会としてどう発信するかは、後ろのまとめで議論して頂きたいと思えます。

○池ノ上委員長

ですから、今、勝村委員から指摘して頂いた最初の9ページの部分は、今後の数を見ながらというのが書いてあるので、数を見なくても、そういうことは積極的にやってもらうほうがいいのではないかといいことだと思えます。どうぞ。

○勝村委員

色々な論点があると思えますので、全部議論しなければいけないと思えます。1つ、まとめてもらえるならまとめて頂きたいと思えるのは、この9ページの赤で囲まれている部分に、今、田村委員の意見もありましたけれども、講習会に絡める、現段階で物理的にも可能な範囲で、絶対これは最低限だと強く再発防止委員会としてははっきりと言ってしまうところに、講習会のあり方をどの辺までこの瞬間、そして未来はもう少しさらにバージョンアップしなければいけないとわかっていることについても書けるかどうか議論してもらった上で、その赤の部分が固まれば、僕はその赤の部分に関しては、少なくともすぐここから厚労省に対して、この内容が広がるように、厚労省としてできるだけの手立てをするように、要望をすぐ出してほしいです。

その要望を出した結果、国がどう動いたかということも、8月の報告書にとりあえず書くべきだと思えます。何も動いてもらえなかったのなら継続だし、申し込んだらそういう

ふうにすぐに最低限だと言った結果、例えば、その条件の中に、前に産科医療補償制度に入っていることが診療報酬の条件だというのを入れて急に普及したように、バッグ&マスクとパルスオキシメーターが入っていることが条件なんだと書いて、ほとんどどうせ入っているにしても、そういう意識づけみたいなものにつながりますので、まず最低限なんだということを、再発防止委員会として国に働きかけることがこの場で一致できるのだったら、それはすぐに要望を出してでもやってほしいし、そこから国が動くことになると思います。

先ほど、石渡委員長代理からもありましたけれども、診療報酬だけじゃなくて、掲示をするところに何か盛り込めるところがあるかもしれません。そういうことも厚労省に知恵を絞って頂いたらいいので、これが全医療機関に、お産を扱う全ての医療施設でこれができるように、できるだけ努力をしてほしいということ、要望を出してもらおうということとはできないですか。

○池ノ上委員長

ちょっとそれは厚労省のはわかりませんが、例えば、各都道府県の産婦人科医会の中に、相当数のインストラクターが生まれているわけです。ですから、きちっと指導できるインストラクターが、いわゆる本部といいますか、田村委員が開催された指導者を作るところの講習をきちっと受けて、相当できる人たちが各都道府県にいるというメカニズムを普及させていく。

○勝村委員

この講習会は、赤のところに入るか入らないかは、ちょっとまだ僕は微妙だと思っています。今は入っていませんよね。

○池ノ上委員長

はい、そうです。

○勝村委員

入っていない。でも、入ってなくても、入っていないこの3つでも、僕はすぐにやってほしいと思っているわけです。つまり、施設基準みたいな形でやるのか、診療報酬の条件にするのか、色々な国としてやり方があると思うので、少なくともこの赤の1、2、3は、本当にお産を扱うのだったら最低限だとこの委員会の皆さんが思われるのであったら、それはそうだということ、きちんとして伝えて、厚労省としてしっかりやれることをやってほしいと思います。そこに蘇生法の講習会も入れるか入れないかは、ちょっと専門家の方に

議論して頂くとして、少なくとも赤枠をすぐに動いて、その結果、国がどこまでやってくれたか、何が課題かということまで、8月の報告書に盛り込むというふうにするべきだと思います。そうしないと、逆に言うと、8月の報告書でこういうことが進むといいなというので終わってしまうのでは、ちょっとスピード感がないと思います。再発防止というのは急がれると思いますので、要望です。

○池ノ上委員長

わかりました。今のご意見はいかがですか。どうぞ、岩下委員。

○岩下委員

勝村委員の言われたことは理想だと思いますが、この2つの事例を見る限り、設備は当然必要でしょうけれども、むしろマンパワーとか、システムのことを考えないとうまく稼働しないのではないかと思います。最終目標は、こういったふうに生まれてきた新生児仮死の児をいかにレスキューしていくかということですが、先ほど、田村委員も言いましたように、僕も蘇生法の講習会を受けましたが、普段そういう児に接して、絶えず蘇生手技をやっているわけではないので、それこそ半年たてば忘れるというのは事実です。

助産所でこういう講習会を受けて普及しても、年に10、20分娩をやるぐらいのところだと、果たしてそれが年に1回だとか2年に1回でうまく機能するかどうか疑問です。絶えずそういうことをやっている救急隊の方だとか、実際に我々の東京都多摩では、生まれるところに新生児の先生が来て頂いて、帝王切開に立ち会ったりといったりというシステムをやるのですが、初めからそういうプロフェッショナルの方が、絶えず分娩に立ち会える、または何か起こったときにすぐ対応できるような連携システムを構築していくということも、僕は重要だと思います。

今までの意見は、どちらかというとな分娩したところの関係者が、いかに新生児仮死にに対応するかということだと思いますけれども、もう少しシステムのこと、考えたほうがいいと思いますので、ちょっと言わせて頂きました。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。やはりこれは後方の周産期センター、2次、3次の周産期センターと、1次の施設の間の連携を全国にきちっと作らないといけないというのは、大前提にあると思います。それとあわせて蘇生の問題、それから、後から出てきますモニタリングの問題も同じようなことだと思いますけれども、少なくともこういったことが問題であって、今、勝村委員が言われた赤の部分の(3)に、新生児の蘇生アルゴリズムの周知と

いう項目があります。ここがまさにこの講習会を受けて下さいということに重なるわけです。ですから、これをここに持ってきても、別に問題はないのではないかと。問題はないというのは、講習会を受けなさいということ、(3)のところに、講習会を活用して、分娩にかかわる全ての人がそういう技術を磨くといいますか、それをここに持っていくと。そういうまとめをしていくということについては、おそらく皆さん、ご異論はないのではないかと思います、今すぐ厚労省にパッと出すということについてはどうかという、それはちょっと皆さんのご意見を伺わないと……。

○勝村委員

それで全てだと思っているわけではなくて、岩下委員がおっしゃる通り、そっこのほうも、より大事だと思いますが、色々な論点がいっぱい出てきます。そういうのを今、列挙しているフリートキングになっているんだと思いますが、学会や、助産師の学会、それぞれの地域の産科医療のリーダーシップをとっている人たちと行政とのかかわりの問題なり、色々あると思います。例えば、バッグ&マスク、パルスオキシメーターを常備するということが絶対最低限必要なんだと確信し、ほとんどの医療機関で常備できているけれども、もう少しできていないところがあるんだという状況なのであれば、そういう方法もあるのではないかと思うわけですし、僕はそういうことで、1つきちんと要望を出してしまうということをして、フットワークをどんどん軽くしていかないと、次から次へと色々な議論や論点が出てくると思いますので、一旦投げ入れるべきところがあれば、それは学会に投げるべき、国に投げるべき、どこであっても、投げるべきものはポンと投げていかないと進んでいかないのではないかと思いますので、それはそれで1つずつやってもらってもいいのではないかなと思っているということです。

○池ノ上委員長

ちょっと川端委員、先に、今度ガイドラインが変わりますよね。あの中で、このパルスオキシメーターはどう扱われますか。

○川端委員

このガイドラインは、新生児蘇生法はそこまで詳しくないです。

○池ノ上委員長

そうすると、これは田村委員の講習会のほうから、パルスオキシメーターの設置をしましょうという動きを広めていくということになりますか。

○川端委員

私、今お話を聞いていて、日本周産期・新生児医学会と日本産科婦人科学会と医会と助産師会と共同声明みたいな形ですね。というのは、この形ですと、日本医療機能評価機構の報告書の中に埋まってしまうのではないかという気がします。ですから、このことは非常に重要ですので、共同で何か発信できるようなことを考えて頂くということです。

○池ノ上委員長

そうすると、我々のこの機構の産科医療補償制度のほうから、今、先生が挙げられたような関連の職能団体にこの問題を提起するというような手続をしていく。その中で、特に新しい新生児蘇生法のガイドラインの変化、改訂に伴って、パルスオキシメーターの占める位置付けが非常に重くなりましたというようなことで周知するというのを、報告書の中に入れていき、そしてそこに出す。それは形として可能ですね。ありがとうございます。どうぞ。

○川端委員

今、先生からガイドラインの改訂の話が出ましたので。これから色々進めていく上で重要になると思いますので一応お話ししますと、「陣痛促進剤使用上の留意点」という小冊子が、2006年ごろに第1版が出ましたが、それが改訂されまして、本年度の3月に、医会と学会の両全会員に配付されることになりました。それから、ここに出ております『産婦人科診療ガイドライン—産科編2008年』というのがありますけれども、これが改訂になって、2011年度版という形で4月に新しいのが出ます。またその中には、非常に重要な問題を含んでいる追加項目がありまして、例えば、「分娩監視の方法は?」、「分娩監視装置、モニターの読み方、対応は?」、「分娩誘発の方法は?」など、新しい項目が24項目、さらに、2008年に出ました内容を改訂といいますが、より詳しい内容になったものが4月に出ますので、また今後、こちらの会でもそれを中心に動くことになると思います。

○池ノ上委員長

ご紹介頂いてありがとうございました。隈本委員、先ほど手を挙げておられましたので。

○隈本委員

すみません、大学の仕事で遅れてしまいまして申しわけありません。これを申し上げようと思って、ご質問と新しいアイデアの提案ですけれども、日本医療機能評価機構がやっている病院の機能評価の項目の中に、ここに出ている新生児蘇生に関する施設の問題と、あと講習を受けたかということが評価項目に入っているのか?というのが質問です。アイ

デアというのは、もし入っていないのであれば、新たにこれを入れてもらうのがどうか、ということです。同じ日本医療機能評価機構なのですから、これを病院評価ポイントに入れていただくということはどうなのでしょう。つまり、施設がちゃんと整っているかどうか、あるいは、スタッフが新生児蘇生の講習を受けているかどうかを評価ポイントにするというのはいかがですか。どなたか事務局の方でご存じの方はいらっしゃいますか。

○池ノ上委員長

誰かおわかりですか。

○隈本委員

膨大な評価ポイントがあるということは存じ上げてはいますが、その中に入れると、実は、その評価ポイントをもらいたい病院は体制整備を推進するということになりませんか。

○上田理事

実は昨年、バージョン6の改訂が行われています。改定の機会に、関係団体等からの提言は議論されると思います。

○隈本委員

例えば、この再発防止委員会の報告書の要望先関係機関のところに、産科婦人科学会とか周産期・新生児医学会だけではなく、日本医療機能評価機構の病院評価の項目に是非入れてほしいみたいなことを入れたらどうですか。もし現在の評価項目に入っていないなら、入っているかどうか、ご存じの方はどなたかいらっしゃいますか。

○福井委員

私は、日本医療機能評価機構の評価委員会の委員をさせていただいております。付加機能として緩和ケアと救急がありますが、周産期や分娩施設に関するところは、付加機能ではありません。かつて付加機能として入れていただけないかと、利用者の方々と一緒に陳情に伺ったことがあります。お産の場だけを特別に取り上げると、じゃあ整形外科だって、手術部だってと、色々なことが出てくるから、それは無理でしょうと言われました。

産科病棟の混合病棟の問題とか、マンパワーの問題を考えると、周産期関連を付加機能としてきちんと位置付けてもらって、評価してもらうような仕組みに、是非して頂きたいと思います。そうすると、岩下委員が言われたことや、鮎澤委員が言われたようなことも、おのずと解決していくと思います。病院機能評価の認定を受けているのは34%ですから、病院機能評価で全部フォローできる訳ではありませんが、病院機能評価に位置付けてもら

うことは、前に進むことになると思います。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○勝村委員

今日、ここまで色々なご意見を聞かせて頂きましたが、全て大事なことだと思います。どれをやる、やらないではなくて、事務局は大変ですけれども、全部これは絶対やらないといけないと思います。思いつきで言っているのではなくて、長年にわたりずっとたまっていた、皆さんが思われていた課題をここでようやく形にする機会ができたということがこの委員会の意味だと思いますので、やはりそれは、急ぎ全部やって頂きたいです。評価機構に関しては、ここに赤で書いてあることに関しては、僕はやはり最低限なんですから、評価するというよりも、絶対やらなければいけないと思います。

先ほどの田村委員のお話をお聞きしていると、講習会で、かつ産科医以外のスタッフまで講習を受けているというレベルになってくると、ようやく機能評価で評価してもいいとかそういう形になっていくと思いますし、そういうフットワークの軽さは、そこでどんどん思い切って事務局の方にやって頂かないと、そういうのをしんどいと思うのではなくて、そういう改革をしていくことが楽しいというぐらいにならないと、仕事は楽しくならないと思うので、どんどん動かして行って頂きたいなと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。これは我々、周産期をやっている人間は、病院の中では極めてマイナーなグループです。病院にたくさん色々な動きがある中で、病院の機能評価で、周産期の部分はどうなっていますかとくると、病院の中での我々のステータスが上がって行って、色々なそういう分野のインセンティブにそれがつながっていきます。ですから、ある意味では、今、福井委員がおっしゃったように、病院全体の中で、周産期医療をやっているところは、その周産期医療に対して、病院の中でどういう位置付けにそこが処遇されていますかというようなところは、大きな問題としてポジティブに動いていくと思います。

○勝村委員

そうですね。だから、そういうふうに後技監らに、項目として周産期の欄を急いで作って頂かなきゃいけないと思います。あとでもっときっちりお話ししようと思っけていますけれども、僕が思っていることは、報告書の形が、今、そういうふうに議論しているのをまとめるような報告書では、僕はぬるいと思います。それではだめで、今言っていることを、

どんどんすぐに動いていってもらって、その結果まで報告書に書き込まないといけないと思います。そうして、医療機能評価機構では、今こんな議論が始まったとか、これは実現したとか、ここではそういう検討が始まっているとか、こういうことは要請したけどどうなった、とか色々なところに要請しないと、ここだけでは何も動かさないわけですから、色々なところにボールを投げて、その投げた結果がどうなってきたかまでを報告書に書いていかないと、報告書がただの、まとめで終わってしまい必要な改善ができないと思います。だから、是非そういうフットワークの軽さで進めていってもらいたいと思うので、できるところからどんどんやってほしいということです。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。では、どうぞ。

○隈本委員

追加で申し上げます。要するに、もし現在の医療機能評価機構の評価ポイントに入っていないんだとすると、それはやっぱりこれまでこの新生児蘇生の重要性に関するデータがなくて、色々な病院がやらなければいけないことの中の1つとして埋もれてきた部分があると思いますが、「まさに何人かのお子さんが不幸な結果になっている、新生児蘇生がもうちょっとよかったらと思うようなものが産科医療補償制度の発足で見つかったので、是非とも医療機能評価機構の評価ポイントにしてほしい」というこの要望をするということは、色々な科のお医者さんの意見がある程度抑えていけるといって、そういう意味でもポイントが上がると思うので、是非ともここをやって頂きたいなと私は思います。以上です。

○池ノ上委員長

どうぞ。

○上田理事

只今の勝村委員と隈本委員のご指摘ですけれども、確かに新生児蘇生の問題を改善するためには、診療報酬の問題などがあります。今後色々なことを考えなくてはならないと思います。ただ、私どもは今回は、これまでずっと議論していますように、この年報をきちんと出していくことが大切だと思います。原因分析報告書の中に記載されている教訓となるものを、できるだけ拾って整理をします。田村委員や各委員からお話がありました、新生児蘇生の問題に関して、実際の臨床の色々な状況などもこの機会にきちんと整理をして、産科医療に携わっている関係者に、蘇生を改善するために提言していきます。そのようなものを、まず年報としてまとめていきます。対象は、9ページのまとめにあります。産

科医療関係者に対する提言と、それから、学会や国に対して要望をまとめます。先ほど岩下委員から、システムの問題のお話があり、色々な角度からの議論もありました。それを産科医療関係者にどのように提言するのか、学会、あるいは、国・自治体にどう要望するのか、是非できるだけ早くまとめて頂きたいというのが1点です。

同時に、先ほど、勝村委員がおっしゃられたように、年報を取りまとめるだけでなく、随時色々な情報発信が必要です。ですから、年報の取りまとめを行いながら、何が緊急的な情報発信かなどの議論をしますけれども、まず年報を早くまとめていきたいと思います。それで、今日のご意見を整理して、できるだけ早く報告書を出したいと思います。そして、色々な課題が見えてきましたら、さらに議論を続けたいと思っています。

○勝村委員

いいですか。そう思っておられるのではないかと感じているから、あえて意見を言っているわけで、報告書を作ることがこの会の目的ではないので、再発防止をすることが目的なので、報告書を先にまとめたい、まとめたいということではなしに、今、再発防止に向けて動けること、例えば、産科婦人科学会のガイドラインとか、小児科のガイドラインなんかも、ここで学会に色々要望を、学会にはこうしてほしい、ああしてほしいと言っているけれども、それに対してかなり早い対応で、こういう仕事をしている、こういうガイドラインになろうとしている、こういうことを今進めているというような話が返されてきているわけです。提言を出して、8月に提言が出されているのをまとめるだけよりも、こういうふうな提言を出したけれども、それに対してこれだけ対応が出されているというような、ある程度回答も出揃ってきて、でもさらにこんな課題が残っているというふうにまとめた報告書にしてほしいです。

医療機能評価機構の認定の中の条件に入れるべきだということを働きかけるんだったら、この委員会からすぐ働きかけて、その結果、条件に入ったのか入らないのか、課題になったのか、検討がされたのか、検討に乗ったのか乗らなかったのかということが、再発防止委員会としての国民に対する報告だと僕は思います。逆に、ただそういうことが課題として挙げられましたというだけの報告書だったら、実際、いつどこで誰がその課題を議論に乗せてくれて本当に動くようになっているのかわからないので、そういうことはすぐここから言っていくということが大事だと思います。過去の議論の経過でも、そういうイメージというのは、僕は何度もお願いしていたので、動けることは是非、上田理事からでもどんどんあちこち電話するなどして、医療機関に対して色々と原因分析委員会から提言が出

されていることに関しても、その医療機関が、例えば今後こういうふうにすることが望ましいと書かれていることに関して、実際にそういう改善策をしたのかしなかったのかというようなことなんかも報告書には確認をして書いていくべきだと、僕はそこまでする必要があると思っています。実現するかどうかわかりませんが。

原因分析報告書で書かれた提言が、どんなふうに再発防止に生かされてきたかということの答えまで、原因分析の結果を一覧表にまとめるだけの報告書にならないようにということを強くお願いしたいので、上田理事、よろしくお願いします。

○池ノ上委員長

小林委員から先ほど手が挙がっています。お願いします。

○小林委員

提言に関する検討事項を1点追加ですが、原因分析の中で、例えば4ページの上のほうですが、医師ができるだけ手術に専念できる環境、その2つ下の○で、蘇生は児の出生直後から行うことが重要であるというような記載がありますので、提言あるいは報告書のほうに、マンパワーの話も具体的に入れたほうがいいのではないかなと思います。他ではバック&マスクとか、かなり具体的な器具の話もありますので。これは具体的にいうと、少なくとも児がちょうど生まれる瞬間には、医療者が2人いたほうが望ましいということです。

○福井委員

いなければなりません。

○小林委員

だから、それを明確に書いたほうが、必ずしも今のルールではそうではないので、そういうこともマンパワーの人数についても、この提言なり報告書に、項目立てで入れたほうがいいかと思います。

○池ノ上委員長

田村委員、蘇生は助産師さんとか看護師さんとか、そういう方たちにもきちっとトレーニングして、そういう方たちができるという、そういうスタッフにいてもらうということが、今行われていることですね。

○田村委員

そうです。ですから、我々の最低限というか、一番大きな目標は、バック&マスクと、必要があれば心臓マッサージの組み合わせができると。それができれば、90%以上の赤

ちゃんはそれで仮死蘇生ができるのですから、挿管までしなければいけない子どもは非常にわずかだということです。特に新しい2010年版のガイドラインの中で、従来は羊水混濁があって赤ちゃんに活気がなければ、挿管して気管内吸引しようとなっていました。それが一応外されましたので、ある意味では助産師さんや、あまり挿管になれておられない方でもどんどん蘇生に参加できるというガイドラインになりましたから、むしろ医者以外のスタッフにも、是非やって頂きたいです。それができれば、必ず仮死で生まれた赤ちゃんの場合には、その蘇生に専念できる人が確保できるようになると考えています。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。では、そういう新しい蘇生の動きというのを、コンセンサスなるべく広げるといった意味では、先ほどの色々な職能団体に、早くそれを浸透させていく。その中の1つとして、病院機能評価のほうにも、これを少しでも取り上げてもらえるようなアクションをとってもらえればという、そういう動きが同時にあればいいなということだろうと思います。

少し時間が押してきましたけれども、あと学会・職能団体のところは、大体今、お話頂いたと思いますが、国や地方自治体の要望ということがちょっと残っておりますが、これについてはいかがですか。例えば、地方自治体の公務員の兼業禁止を理由になかなか蘇生に行けないとか、そういったところを何とかしてほしいと。県立病院の先生が開業医の先生のところに蘇生に行けないとか、結局、マンパワーにつながっているわけです。こちら辺も何か提言して……、田村委員、どうぞ。

○田村委員

その点に関して、先ほど岩下委員のおっしゃった、ハイリスク分娩の場合に、そういうことになれている周産期センターの、特に小児科のグループがお産の施設に出かけて行って、赤ちゃんを蘇生して連れて帰ってきたり、自分のところがいっぱいであれば、よその病院に搬送する、これはほとんどボランティア活動です。これについては、保険改訂の旅に毎回、日本未熟児新生児学会では、それだけのマンパワーと、それだけ運転士さんも待機させて、高価なNICU車を運営するということで経費がかかるので、保険点数を上げることがを要望しています。しかし、なかなか保険点数が上がらなくて、ほとんど持ち出しでそういうボランティア活動をしています。是非そこに対しても、それ相応の保険点数をつけるということ、国に要望してもいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。今日の蘇生に関しても、やっぱり分娩の現場でのマンパワーの問題というのはずっとつきまとっている問題で、それを現時点でやることには何があるのか。そうすると、せっかくその地域の周産期システムができていても、そこにいる人がルールで動けないと。実質は動けるんだけど、ルールで動けないというようなことは非常にもったいないことなので、今、田村委員がおっしゃったようなことも、何とかフレキシブルな対応ができるような提言も必要だろうと思います。

一応蘇生に関しては、随分先生方には……、ありますか、どうぞ。

○福井委員

戻って頂きたいんですけども、学会・職能団体への要望のところ、日本看護協会、日本助産師会云々の団体については、何々などの受講を義務付けるよう強く要望すると書かれています。書き方の問題なのかもしれませんが、受講を義務付けるというのをどうとれば良いのか分かりません。普及啓発することはできると思います。けれども、義務付けられたときに、職能団体としての権限はないので、限界があります。義務付けられるのは、多分医療機関だろうと思います。従いまして、文章を整理して頂きたいと思います。日本看護協会としては、普及啓発を担当しますし、受講を推進するための対策も考えます。よろしくをお願いします。

○池ノ上委員長

わかりました。はい、どうぞ。

○鮎澤委員

報告書の作り、今の福井委員のお話とも絡むのですが、今お話が出ていた「4. 今後の産科医療向上のために検討すべき事項」、「5. 学会・職能団体への要望」、「6. 国・地方自治体への要望」は、原因分析報告書の中に書かれたそれぞれの文章を引っ張りだしてきているので、全体としての整合性があるわけではないですよ。団体や国にこれを望むのだったら、医療機関に望むべきではないか、またその言葉の使い方も、こっちは「要望する」で、こっちは「望まれる」でいいのかとか、そういう思いが読み手に残ります。そのあたりの整理が必要だと思います。

また、そのために、「4.」には、「原因分析報告書において記載された内容を以下に示す」という形でただし書きが入っているのだと思いますが、「7. 胎児心拍数聴取について」は、それらの報告を踏まえてこの委員会が検討したことになるわけですから、「以上のような報告を踏まえて、当委員会ではかくかくしかじかのことを提言したい」とか、使い分けがわ

かるような書きぶりにして頂くほうが、読み手に混乱がないのではないかと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。まさに今、鮎澤委員がおっしゃった通り、今日はある程度事務局でまとめて頂いた項目ごとに、皆さんにフリーにディスカッションして頂きました。これをもとにまた事務局でもう一遍まとめて頂いて、最終的なまとめのところでは、今の重みづけ、言葉のセレクションみたいなのも含めてきちっと検討したいと思っております。はい、どうぞ。

○隈本委員

しつこいようですが、病院評価をやっぱりやってほしいです。それを再発防止委員会として提案するんだったら、例えば、今の原因分析報告書の2)、3)、4)みたいに学会、救急団体、国、それがないと要望する先がないことになってしまうので、むしろあまり項目別に分けなくても、再発防止委員会の提言として、何々に対してはこうしてほしい、何々に対してはこうしてほしいみたいな感じで、別にこの項目は、原因分析報告書と同じ項目だてになっていますが、それにこだわらず、どこでも提案できるようにしたほうがいいと思います。形式としては、あまり原因分析報告書の書式にこだわらないほうがいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長

項目というと、例えば、蘇生とかモニターという項目……。

○隈本委員

そういう意味ではなくて、要望先です。学会・職能団体、今の書式は全部、原因分析報告書の定型に基づいています。それにこだわらなくて、もっとここにも言いたいとか、あそこにも言いたいとかいうものがあると思いますので。

○池ノ上委員長

それはまた再発防止という観点から、もっと幅広く考える必要があるということですね。わかりました。

○隈本委員

つまり、項目をいちいち片括弧で分ける必要はなく、再発防止委員会の結論としてこうすべきであるということで、要望先は自由に書けるようにしたほうがいいと思います。

○池ノ上委員長

わかりました。

○上田理事

まとめ方も含めて、先ほどの勝村委員のご指摘も1つの論点です。この報告書の位置付けをどう考えるか、ただ今の医療機能評価に取り上げることについてはこういう考えで取り上げる、あるいはこういう考え方で取り上げないとか、その辺は論点として整理させて頂きます。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。それでは、とりあえず、まず蘇生のところはひとまず終わらせて頂いて、分娩中の胎児心拍数聴取についてご議論を頂きたいと思います。それでは、説明をお願いします。

○事務局（森脇）

ご説明します。■■■■■をご覧ください。2つ目のテーマ、「胎児心拍数聴取について」です。公表した事例のうち、分娩中に胎児心拍数聴取が行われた■■■■■についてを分析対象としています。この■■■■■のうち、胎児心拍数聴取の間隔不足、それから装着時間の不足と評価されたものが■■■■■ありました。この■■■■■について、原因分析報告書に記載されております脳性麻痺発症の原因、医学的評価、今後の産科医療向上のために検討すべき事項の胎児心拍数聴取の間隔について、テーマ分析に必要な内容を抜粋して取りまとめているものが■■■■■です。

先ほど蘇生の部分でですが、■■■■■として、新生児蘇生についての表、分析に当たって必要な資料を作成、ご提示させて頂きました。■■■■■についても、似たような形で資料を提示させて頂きました。蘇生については、原因分析報告書の内容を変えずに作成しています。今回の胎児心拍数聴取に関しては、テーマに沿った分析の視点で、必要な情報を抽出し、若干加工したような形で資料を提示しています。今後の分析に当たりまして、先生方に見て頂く際におきましても、どちらのような形が分析しやすいかについても併せてご検討頂ければと考えています。

それでは、続いて■■■■■を、澤田客員研究員のほうからご説明させて頂きます。

○池ノ上委員長

では、澤田先生、お願いします。

○澤田客員研究員

先ほどの新生児蘇生についてと同じような作りになっています。まず概況です。先ほども申しましたように、■■■■■の分娩中の胎児心拍数聴取の事例についての検討がされてい

ます。最後の3行です。CTGの装着時間が不足と評価された事例が、間欠的胎児心拍数聴取の間隔が不足と評価されたものがありました。

2です。事例の概要で、今回はの事例を載せています。まずですが、診療所の事例です。これはで、されていましたが、です。医学的評価としては、子宮内感染が疑われたときには、CTG、あるいは頻回の間欠的胎児心拍数聴取が必要であるということで、本事例では施行されておらず、配慮に欠けるということが書かれています。

です。これは助産所の分娩です。間欠的心拍数聴取だけで全て分娩に至った事例で、聴取をした時間が書かれていますが、最大で、間があいていたということが妥当性に欠けるという事例です。

です。これは診療所の事例で、分娩誘発に当たり、CTGが行われていなかったこと。また、無痛分娩を施行しているときにCTGが行われていなかったことが標準的でないという事例です。

3です。分析対象事例における胎児心拍数聴取の問題点。これも原因分析報告書で指摘されたものを項目に分けて挙げています。まず1) 原因分析に必要な胎児心拍数に関する記録不足です。、連続的な監視記録がないために判断できなかったという事例が書かれています。

2) CTGの必要性の認識不足。これは子宮内感染があるときや、分娩誘発中、胎動感消失などがあるときにCTGが施行されていなかったということが書かれています。

3) 間欠的胎児心拍数聴取の必要性の認識不足。分娩第I期であっても、3時間心拍数聴取を行っていなかったこと。また、分娩第II期において、胎児心拍数を一度も聴取してなかったことが書かれています。

4) 間欠的胎児心拍数聴取とCTGの選択についてです。ドップラにより胎児徐脈の所見を判断していた事例がありました。2番目は、子宮内感染が疑われている状況で、間欠的な心拍数聴取はしていましたが、CTGが行われていなかったということが書かれています。

4番、今後の産科医療向上のために分娩機関が検討すべき事項です。1として、CTGが必要とされる時期です。メトロイリントル挿入前、入院時や破水直後、分娩第II期など、状況が変化した際。陣痛促進剤を使用した分娩誘発時。子宮内感染が疑われるとき。硬膜

外無痛分娩が実施されているとき。遅発一過性徐脈の胎児心拍数の異常を認めるとき。分娩第Ⅰ期であるが、既破水で羊水が赤色を呈しており、胎児心拍数に注意が必要だと判断したとき。胎動感消失を訴えた妊産婦を来院させたときです。

2)として、間欠的胎児心拍数聴取の間隔についてです。日本ではガイドラインがなく、FIGOやWHO、ACOGのガイドラインを参考に、原因分析がされています。低リスク分娩の場合の間欠的胎児心拍数聴取とCTGについて、CTGを実施しないのであれば、低リスクとそれ以外の妊産婦の明確な判断基準を設ける必要がある。間欠的心拍数聴取では、徐脈の波形までは判断できないことの認識を深める必要があるということが書かれています。

次に、5番です。学会・職能団体への要望です。分娩中の胎児監視をドップラ聴取で行う際の、具体的かつ詳細なガイドラインが早急に作成されることを要望する。4番目として、学会から推奨される標準的な方法が示されていないので、低リスク妊娠及び低リスク分娩の定義を明らかにし、低リスク分娩での監視方法のガイドラインを作成することが望まれる。5番目として、小規模な診療所でも実施可能な指針を示すことが望まれる。

6番です。国・地方自治体への要望です。専門家の職能団体がドップラ聴取に関するガイドラインを作成するという事です。

以上6までが、先ほどと同じように原因分析報告書に記載されたことをまとめたところです。次に7番目として、胎児心拍数聴取について。2011年にガイドラインが改訂されますので、その新しいガイドラインが載せてあります。

8、まとめです。原因分析報告書で書かれたことと、2011年に出されるガイドラインの内容がほぼ同じことが書かれておまして、基本的には適切な時期にCTG、またはドップラによる間欠的胎児心拍数聴取を行うことを、まず赤の中に書かれています。

次に、2)学会・職能団体に対する要望です。①我が国の分娩を取り扱う専門家の職能団体に、分娩中の胎児監視をドップラ聴取で行う際の具体的かつ詳細なガイドラインの早急な作成。②日本看護協会、日本助産師会等の団体における標準的な分娩管理について会員への啓発、情報提供のさらなる推進。③低リスク妊娠及び低リスク分娩の定義の明示、及び低リスク分娩での監視方法のガイドラインの作成。④分娩中の分娩監視装置またはドップラ法による胎児心拍数の確認方法について、小規模の診療所でも実施可能な指針の明示。以上です。

○池ノ上委員長

どうもありがとうございました。分娩中の胎児心拍数の監視についてですが、先ほどの蘇生と同じようなスタイルでまとめて頂きました。いかがですか。

○岩下委員

提言はよくわかりますが、学会・職能団体に対する要望というところで、ドップラ聴取で行う際の具体的、詳細なガイドラインの早急な作成というのは、我々としても求めたいところですが、できないというか、わからないというのが現状なわけです。世界的にコンセンサスが得られているような事象があつて、我々が提言できればいいのですが、なかなかそうではないということです。個々の事象から抽出したものだけでガイドラインを作ってしまうと、今度はそれがひとり歩きして裁判時の判定材料に使われるわけです。だから、よほどエビデンスがあつて、ここまではというもので、ドップラ聴取に関して作れるかというのは、非常に難しいところがあるのではないかと僕は思います。

○池ノ上委員長

確かにそこは難しいところで、例えば、この事例にあつたように、XXXXXXXXXX 1回も聞いていないとかいうのは、それはちょっと無理でしょうというようなことは、コンセンサスを得られると思います。ですから、余りにも外れているものと、非常に微妙にスタンダードから少し外れているというところあたりの取り扱いあたりから、再発防止という観点でいかないと、ずっと提言できないんじゃないかという気が、私はさっき聞きながらそういうふうに思いました。

○岩下委員

子宮口が何センチ開いたとか、陣痛間隔が何分になったら何分間隔で聞くとか、そういう細かい提言は難しいので、分娩進行中に、それは何分にするかわからないけれども、30分に1回聴取するとか、ごく大まかな提言しかできないと思います。分娩経過中に一回も児心音を聴取しないことは、産婦人科医にとっては非常識だと思いますが。

○池ノ上委員長

現実には起こっているわけですね。だから、現実には起こったら、これはまずいと言わないといけないのではないかと思います。

○岩下委員

その程度の勧告しかできないでしょうね。

○池ノ上委員長

鮎澤委員、どうぞ。

○鮎澤委員

すみません、お先に。頂いた原因分析報告書の中には、結構「ガイドラインを作成する」という文章が出てくるのですが、これはそんなに簡単なことではないだろうと思いながら、読んでいました。それを取りまとめれば、この委員会でも「ガイドラインを作成する」という話になるのでしょうか。原因分析委員会では作ることができるというふうに進んできているのでしょうか。原因分析委員会でも当然同じような議論があって、ガイドラインを提言として入れようということになっているのだと思いますが、実際に作っていかうということで報告書が書き上げられてくるのでしょうか。それが上がってきて、まとめてここで、ここでは無理よという話では少々酷だと思いますけれども。

○池ノ上委員長

ガイドラインにないので困っているよというような雰囲気だと思います。作るべきだというふうに、当然作れるはずだから作りなさいというニュアンスではないように僕は思います。

○鮎澤委員

皆さん、そういう思いで書いていると。

○池ノ上委員長

ではないかと思いますが、川端委員、いかがですか。

○川端委員

そうです。おっしゃる通りで、原因分析委員会の委員長は、今、岡井崇先生です。彼は、ガイドラインの作成、2008年のときに、評価委員長をやっていたと思います。ですから、まとめた先生は非常によく知っているはずですよ。ガイドラインの限度というか、臨床でのガイドラインの難しさをわかっていて、その上で、こういうのが随分出てきているので、私はこれを見ていて、ああ、あつたらいいなとは思っているという感じで見えていました。

○鮎澤委員

その難しさを踏まえて何らかの形で、今委員長がおっしゃったように、何かこうしていけばいいんだという、何という言葉を使えば正しいのかわかりませんが、何か判断基準になっていくようなものが発信できればいいというところになるのでしょうか。

○池ノ上委員長

ですから、きちっとした学問的な裏づけを待っていては、その間、指の間から漏れていく事象がたくさんあるのではないかと。それを何とかするとすれば、せめて何かの基準を、

テナティブにでもいいから応用したらどうか。それでFIGOだとかWHOだとか、色々なところがそれぞれの根拠に基づいて出しています。それが必ずしも、いわゆるサイエンスとしてのディスカッションに裏打ちされたものではない。その国の事情だとか、その社会の状況だとか、そういった社会的な状況からガイドラインが決められている部分があります。だけれども、せめてそういうことも考慮しながら、何か考えていったらどうですかというようなところが、今の現状ではないかと思います。どうぞ。

○隈本委員

今、私も原因分析委員会にいて、部会の審議にも参加しているので、まさに池ノ上委員長おっしゃったように、ここは本当は何らかの医学的評価をしたいんだけど、それについてのガイドラインがあるかという、ガイドラインがない。だから、原因分析委員の先生が「私ならこうするが」みたいな報告書を作成するときに、最後の「今後の改善事項」のところに、是非学会としてのガイドラインを作ってほしいと書き込むわけです。これが実は、現場の皆さんの本当の叫びだと思います。

それを受けて、ガイドラインを作ってほしいというふうに言うのも、この再発防止委員会の仕事ではないかなと思います。というのは、原因分析報告書は、それぞれ部会の先生が審議しながら作った一つ一つの現場の叫びなんですけど、この叫びを反映した原因分析報告書本文は当該分娩機関と当事者の方にしか行かない。インターネットで公表されるのは概略しかないわけです。非常に一生懸命審議して、例えば、心拍モニターを取る機械があるのに使わずに、ドップラで診断していましたという分娩機関もあるわけです。その分娩機関が、機械はあることはあるんだけど使っていなかったとかというときに、本当はその機械を使えよ、というのがその原因分析委員の心の叫びなわけです。でも、心拍モニターを使わなかったことが即絶対おかしいと書けないから、早くガイドライン作ってくれということになるわけです。もちろん医学的根拠を調べた上でガイドラインを作ってほしいと。こういうものをたくさん集めて、是非ガイドラインを頑張って作って下さいということ言うのも、我々の再発防止委員の仕事なのではないかと思います。

現に診療ガイドラインのうちの一部は、明確なエビデンスがなくても、専門家の意見の集約という形で、こうやったほうがいいに決まっているという合意だけで作られている部分もあります。だから、そういう項目に是非入れてほしいなという気持ちがある、この原因分析報告書に込められているわけですから、それを受け取って、再発防止の提言としてまとめていくのも、我々の仕事だと思っています。

○池ノ上委員長

石渡委員長代理、お待たせしました。

○石渡委員長代理

色々なレベルがありますけれども、例えば、先ほど岩下委員が言われた、2時間も全然児心音の聴取をしていないなんて、これは論外ですよ。それから、入院したときに何も聞いていないというのも全く論外な話で、そういう当たり前のことというのは、早くやったほうがいいということはどんどん提言すべきだと思います。それから、あとガイドラインの作成については、私は本当は再発防止委員会のほうで、学会等と調整しながら、ある程度作っていくものではないかなということも何となく思います。産婦人科の中では、こういうガイドラインができて、これもある程度会員のコンセンサスを得てでき上がっているものですが、これも完璧なものかというところと決してそうではありませんし、こういうガイドラインが、例えば訴訟等々の裁判で利用されることは当然あることなので、その辺のところは非常に悩ましいところなんですけれども、やはり再発防止委員会の中で少し先生、そういう方向性をつけたガイドラインみたいなものを考えていくことが、これはすぐにはできないことではありますけれども、それも重要なことではないかと思えます。まずはとにかく今やらなきゃいけないことを、すぐこうしましょうということは、先生、提言したほうがいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長

確かに個々のケースを原因分析委員会は分析していくわけです、XXXXXXXXXX
■と。そうすると、個々の事例上の重要なポイントとかが浮かび上がってくるわけです。それをマスとして見るという視点もあわせているのが、この再発防止委員会です。そうすると、そういうマスとして見たときに、先生言われるように、これは皆困っていて、どうしたらいいかわからないと。しかし、学問としての最終的な結論を待つにはちょっと時間がかかりそうだとするとき、それは学問の世界とは別に、あまり大きなミスを犯さない程度の方向性を、ある程度提言するといったことが、本当はやっぱり必要になってくるかもしれないです。そのリスクを冒しきれるかという、その度胸があるかというところもあることはありますけれども。勝村委員、どうぞ。

○勝村委員

ガイドラインの一般論としての議論は理解できますけれども、この問題に関しては、そんな話ではないと思います。というのは、日母の時代から、このレベルは全部だめだとガ

イドラインなどで言っています。にもかかわらずこうなっているので、だから、ずっと言ってきたとしてもこれだから、やりようがないから、ここに書いてある要望は逆を言っているわけです。こういう場合は監視をつけなさいと言っても聞かないから、ではドップラでいい場合というのはこういう場合だけだという言い方を、逆の言い方をしてみようかとか、ハイリスクの場合はこうすべきとっているのにやられていないから、低リスクというのはどういうものなのかというのを示そうと、僕はそういうふうには見えなくて、ガイドラインの議論はもちろんしていくべきだし、今、石渡委員長代理がおっしゃったように、ここで色々なガイドラインを出していくということも、もちろんすばらしいことだと思います。

残念ながら今出てきているこの事例の再発防止という意味では、僕はすごく関心があるのは、報告書に是非書いてほしいのは、それぞれの医療機関に関して提言しているわけなので、それぞれの医療機関がそれに対してどうするというふうに回答したかということが、再発防止には一番大事だと思うので、そこは是非報告書に載るような形にしてほしいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。さっき石渡委員長代理が言われたように、これは論外だよと。これは論外であるということをご本人たちが認識するような報告の仕方といいますか、表示の仕方が必要です。ひょっとしたら、マジョリティーはこうなのかもしれないと思っているかもしれないんです、この人たちは。他の人もこんなことをやっているかもしれないと思っているかもしれないです。だけど、あなたはたくさんいる産婦人科医の中のほんの一部ですよ、こんなことをやっているのはというようなことがそういう人たちに伝わっていくような、そういうところが再発防止委員会から出していけないといけない具体的なアクションだろうと思います。

ですから、そういう意味でのガイドラインみたいな、ちょっとレベルが低いと言えれば低いんですけれども、まずはそこら辺から、分娩監視装置に関してはやっていく。蘇生に関しては、先ほど色々かなりシステムティックなお話も出ましたけれども。

○勝村委員

今まとめて頂いたことは、すごく良いまとめをして頂いたと思いますが、でもやっぱりそこで被害が起こっています。皆さんからしたらどうなっているんだというところです。僕は、そういうところはずっとそうだったと思っているし、だから今もこうなっていると

思うので、やっぱりそこをとめにはいかななくてはいけなくて、気持ちとしてわかるのは、皆様のような人からすると、そういうレベルのことに真剣になるということが、なかなかそういう時間を割くことがなかったと思いますので、これは素直にそういう今おっしゃって頂いたような提言の仕方を是非してもらおうことが、全てに対する信頼とかそういうものに対して、一番大事なことだと思います。是非お願いしたいと思います。

○池ノ上委員長

ありがとうございます。どうぞ。

○隈本委員

今、2つのことが一緒に議論されていると思いますが、1つは、今、既に、例えばアトニンをやっているときは心拍モニターをつけましょうというような場合、これは既にガイドラインにもあるものであって、それに違反しているケースが幾つかあるから、それはちゃんとしましょうということですね。ガイドラインに既にあるものについては、ストレートに守りましょうと提言していくということだと思います。

ただ、今、ドップラ聴取の間隔をどうすべきかということについては、今のところ明確なガイドラインがないので、そこはどうしようかという議論になります。

この中の幾つかは、明らかにガイドラインにさえ違反しているのだから、これはちゃんとしようよ、ということを要望します。一方で、まだガイドラインがないために、この報告書の中でも評価できないものについては、ガイドラインを作ってくださいと提言するわけです。だって、2時間半放置していても「ガイドライン違反じゃないんだから問題ない」と開き直られたら困るでしょうということであって、だから、若干医学的に問題があることについては、もう医学的評価もしているし、再発防止をして下さいとも言っているので、そこはちゃんと書き、ガイドラインがないためにそれができないという部分は、新たに作ってほしいと、この委員会が言う、というのではどうですか。

○池ノ上委員長

そうですね。子宮内感染があるときにどうするかもそうなんです。本当にエビデンスがないし、きちっと打ち出せないのです。だから、注意深くやりましょうぐらいのところになってしまっています。だけど、限りなく注意深くってどんなことですか、何をどうしたらいいんですかというのは、現場の人たちはものすごく今、右往左往して迷っています。でも、やっぱり感染絡みの分娩中のイベントというのは、結構集まってきます。たくさんあります。これはもっと皆で真剣に考えましょうよ。意外とこの問題は重要ですよと気づ

くのが、この委員会だと思えます。ですから、そこら辺をきちっと拾いながらやるということ、石渡委員長代理がおっしゃったように、明らかにこれは論外ですというものはきちっと言っていくということだろうと思えます。

時間が随分押してしまいましたけれども、全体としていかがですか。どうぞ。

○鮎澤委員

すみません。今回の報告書の作りですが、前回の蘇生のところは、提言の文体が「整備すること」「確認すること」というふうに、何をすればいいのかということがかなり明確に示された文章になっていますが、今回のまとめのほうは、項目だけが挙げられていて、提言として、だからどうなのというのが具体的に見えない形になっています。このあたりはやはりこれから続いていくものですので、どのような書きぶりにしていくのかということについても、整理して頂くのがいいのではないかと思います。

○池ノ上委員長

まさにそこはおっしゃった、分娩監視と新生児蘇生の根本的に持っている問題点の違いがあるところで、分娩中の胎児の監視を適正に行うにはという問題と、産まれてきて、ここで呼吸、心拍、循環がおかしい赤ちゃんにどうするかという具体性のギャップだと、先生は感じておられているのはそこではないかと思います。ですから、先ほどから、ガイドラインになかなか近づききれないとか、クリアになれないという部分が、まさに今出てきています。でも、どこかよりどころになるようなステップというか、現場でやっている人がここにつかまればいい、ここをつかまればいいというようなものが出てくれば、何とかいいかなど。でも、先生がおっしゃるように、次回やって頂きますが、この後の医療介入も含めて、書きぶりとしては全体の整合性をとらないといけないとは思っています。

他にいかがですか。どうぞ。

○隈本委員

書きぶりで一言。1 ページ目の1の一番下の行は、「間隔が不足」というのは、日本語としては間隔が足りないということになってしまいます。実際には、間隔が長過ぎるということですね。だから、間隔が不足という表現はちょっとおかしいかなと思います。「間欠的胎児心拍数聴取の間隔が長過ぎる」のほうがいいのではないですか。

○池ノ上委員長

間隔が不足、はい。どうぞ。

○勝村委員

最初の議論だと思うので、強くもう一度最後をお願いしておきたいのですが、提言というのはあくまでも原因分析の報告書の段階で、僕は提言はされていると思います。その提言されたものを半年に一度まとめているということだけでは意味がないです。提言というのは、された瞬間に提言されていると僕は思うので、その結果がどうなった、どこまで進んだ、何ができた、何が課題で残っているという報告書に是非して頂きたいので、原因分析で出された提言をまとめるのが僕らの仕事ではなくて、それぞれがどこまでその提言を生かしていったかということ、半年に一度みずから振り返るようにまとめていくという形で、是非報告書をお願いしたいと、改めて要望します。

○池ノ上委員長

最初のスタートで少しスピードが乗らなかったのが、全体のスケジュールが少し押し気味で今きています。ですから、これから大体こんな雰囲気です。どんどんスピードアップしていけば、今、勝村委員がおっしゃったようなところまでいけるのではないかと。まず最初は、きちっとした報告書、それから、先ほどの論外ですよというのはまた別で取り扱うとして、報告書の形とか報告書の重みづけだとか、言葉のセレクションだとかといったことを、まず今の時点ではやらざるを得ないのではないかと思います。これがある程度ルートに乗って、ある程度スピードアップしたら、今、勝村委員が提言されるようなことにまで踏み込んでいけるのではないかと考えていますので、それも非常に重要なことだと受けとめています。

他にいかがですか。分娩時の胎児心拍数聴取についてのご議論にあまり時間をとれませんでしたけれども、場合によっては次回、今度は医学的介入をする前後の対応についてということを集散的に議論頂こうかと思っていますが、そのときに今回、どうしてもこれは議論しておきたかったという問題があったら、そのときにして頂いても結構ですので、そういう段取りでやらせて頂きたいと思いますが、よろしいですか。

○上田理事

これまでの議論は、私ども事務局で整理して、さらに審議を深めて頂けるように準備します。

○池ノ上委員長

そうですね。ですから、次回は、今日のこのテーマに沿った分析、いわゆる4)の続きということで、開かせて頂きたいと思います。よろしいですか。

○隈本委員

1つだけ。2011年のガイドラインに載った3センチの件は、この範囲に入りますか、胎児心拍モニターのチャートは一分間あたり3センチのほうがいいよというのは、これに入りますか。

○池ノ上委員長

これとといいますのは？

○隈本委員

胎児心拍数聴取についての項目に入りますか。

○池ノ上委員長

間隔ですか。

○隈本委員

間隔ではなくて、心拍モニターのチャートが一分間あたり3センチ、1センチの問題です。

○池ノ上委員長

それが何になるか……。

○隈本委員

今回のこの分娩中の胎児心拍数聴取についての検討項目の中に入りますか。

○池ノ上委員長

どうですか。それは原因分析委員会からはどうなっていますか。

○上田理事

今回の報告書に取りまとめるのは、胎児心拍数聴取が必要なときに行ことに関してです。今回は。

○隈本委員

今まで1センチ論者と3センチ論者がいて、ガイドラインには書き込めなかったところが、新しいガイドラインでは3センチになるという話を聞いたことがあります。

○福井委員

2011のサンプルに、3センチともう書かれています。

○上田理事

3センチ、Bです。

○福井委員

今回はAで書いてあります。

○池ノ上委員長

今、手元にあるこれではBと書いてあります。

○隈本委員

Bですか。これは検討する対象になりますか。

○池ノ上委員長

おそらく審議を伴う議論の1つだと思います。背景は、ヨーロッパのグループは、1センチというグループが結構います。アメリカのグループは3センチで、ヨーロッパの人とアメリカの人が一緒になりますと喧々諤々で、1センチだからわからないとか、3センチだからわかるとか、いや、おれは1センチでもわかるとか、そのレベルの議論が行われています。でも、実際に見て、ここでも見て頂いたと思いますけれども、僕は3センチでトレーニングを受けたからそうだとされるのですけれども、明らかに3センチのほうがわかりやすいということがありますが、まだきちっと出すほどのエビデンスの背景がないです。

○隈本委員

そうですね。ただ、今までの原因分析報告書は、全て1センチのケースについては、3センチにしたほうが良いというふうに、今後の提言のところにみんな書いてあります。

○池ノ上委員長

産科婦人科学会の周産期委員会では、3センチということを提言して、あれはまだそのまま残っていると思います。残っていますか。

○石渡委員長代理

残っています。

○隈本委員

そういう意味では、原因分析報告書の方向性は、議論の余地なく3センチがよろしいと提言しているので、この再発防止委員会も同じ方向でいいのではなかないと私は思っています。

○池ノ上委員長

なるほど。それでは、それも次回ご議論頂きながら、この委員会で、皆さんがやっぱり3センチのほうが良いよということであれば、そういうことを我々は言い続けるということでもいいのではないかと思います。

○事務局

3センチの件は今回のテーマと議論が異なりますので、今後、新たなテーマとして検討が必要だと考えております。

○勝村委員

1つ質問していいですか。先ほどの講習会の蘇生の話がありましたけれども、僕らが経験しているのは、僕らはとんでもない医療機関の情報ばかりしか入ってこないのですけれども、逆に言うとそこをなくしたいと思って活動していますが、監視装置をきちんとつけていない人たちというのは、記録があってもその見方が本当にわかっていないということが裁判の証人尋問で明らかになったりする。だから、つけても見方がわからないからつけていないのではないかという思いがあります。僕らはとんでもない事例を多く見てきているのですけれども、過去にはそういうケースが多くあります。そういう講習会とかそういうこととかは、学会でありますか。

○福井委員

あります。

○勝村委員

そっちも大事なかと、僕は今、思いましたけれども。

○池ノ上委員長

それは定期的に、またおそらく来年度、産科婦人科学会の研修、努力テーマに挙げられると聞いています。ですから、時代の流れとともに、ある程度ポイントが変わっていきまので、観察項目、これまでわからなかったことがわかるようになったとか、そういうことを定期的にやっていく。でも、やはりトレーニングとか教育というのは非常に重要なことなので、それは学会としても引き続きテーマに取り上げていくと聞いています。

○石渡委員長代理

よろしいですか。分娩機関においては、3つのポスターを貼るようになっています。1つは、分娩監視装置の使い方とその見方、もう一つは、今、新生児の蘇生アルゴリズム、もう一つは、産科出血に対する対応です。この3つが重要なので、ポスターを分娩室に貼るようにと。そうすると、多分色々な関係者の目につきますから、その都度刺激が入ってきていいのではないかとということでやっているわけです。それから、胎児心拍数の見方については、来年度の産婦人科医会の中で、実際の全ての医療機関で、医療従事者に対して見られるような方向のものを、今考えているところで、これから実際どういうふうにするかというのを決めていかなければいけないですけれども、一応テーマには入っています。

○隈本委員

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した。もう時間がオーバーしましたので、今日の委員会はこれでお開きにしたいと思いますが、事務局のほうで、あと何かありますか。

○事務局

事務局です。次回の開催については、先日ご案内させて頂きました通り、4月5日火曜日の16時から開催させて頂きますので、どうぞよろしくお願ひします。それ以降の開催日程については、大体半年分程度まとめて日程を調整させて頂きたくお願ひしますので、また改めてご予定を伺いますので、そのときはどうぞよろしくお願ひします。以上です。

○池ノ上委員長

先ほど申しましたように、今回はこの4)を引き続き行うということで、最初から非公開ということにさせて頂きます。よろしくお願ひします。今日はどうもありがとうございました。

— 了 —