

奈良県地域医療等対策協議会
第2回産婦人科・周産期医療部会
議 事 概 要

日時：平成20年7月11日（金）
午後5時～
場所：奈良県医師会館
2階 会議室

事務局： 会議開催に対しての配布資料の確認等

部会長： それでは皆さん、非常に猛暑の中、しかも5時からの会議ということで大変御迷惑をおかけいたしますけれども、ただいまより第2回の産婦人科周産期医療部会を開催させていただきます。

それでは、座って説明させていただきます。

本日、できれば2時間以内には終わりたいと思いますので、ぜひ御協力をお願いしたいと思います。

前回いろいろ不手際ございまして、なかなか結論じみたところまで到達できませんでした。本日は産婦人科の救急体制と周産期医療体制の整備というのを分けて考えたいと思います。産婦人科の先生方は産婦人科医会の中の話とこちらの部会の話というのを整理していただいて、議事進行に御協力いただきたいと思います。

それでは、まず、資料の説明の方を事務局からよろしく願いいたします。

事務局： 資料説明

部会長： どうもありがとうございました。

何か、この資料に関する御質問はございますでしょうか。

追加の資料ですが、今回の議論とはあまり関係ないんですが、産婦人科一次輪番実態報告という資料を配布しています。

これは、きょうディスカッションするための資料ではなくて、前回、一次輪番を2月から5月まで実施したときの実態報告で、一体どのぐらい患者さんが一次輪番を利用しているのか、救急車を利用しているか、あるいは入院したのが何名程度かということをもめたものですので、本題に入る前に簡単に説明をさせていただきます。産婦人科一次救急患者の状況調査結果によりますと、2月から5月までに一次輪番受診患者は全部で149名ございました。その中で、救急車を利用された方が41名、全体の28%です。この41名の

うち救急車で来院されましたけども入院しなかったというのが31人。41人中10人は入院いたしました。さらに救急車を利用せずに一次輪番を介して入院した方が11名。ですから、入院患者は全部で21名とこういう内訳になっております。

以上より、産婦人科救急体制の中間結果によりますと、奈良県全体では約100日間のうち一次輪番から入院になった患者が21人ですから、単純に計算しますと5日に1人、入院しているということがわかりました。そうしますと、二次、いわゆる夜間に対応する救急二次病院がどのぐらい必要かということもおのずとこの資料から見えてくるのではないかと思います。これはまた、次回以降で話していきたいと考えております。

それでは、本日の議題といたしましては、主に4つの検討事項を考えております。

まず、1点目が新生児搬送用のドクターカーについてということです。それから、2番目がNICU長期入院患者の対応について、3番目が母体搬送の状況、4番目が産婦人科周産期の研修についての4点につきまして委員の先生方の御意見を伺いたいと考えております。

まず1番目の新生児搬送用ドクターカーについてということでございますが、これは先ほどの資料2を見ていただければ概略わかると思います。これが全国のドクターカーの運用状況なんですけれども、稼働件数を見ますと年間100件というのを見ると、すごく動いてるのかなというイメージがあるんですが、これは地域によってすごい幅があるということですね。ゼロから400幾つまで幅があるということですね。例えば、東京や大阪っていうのは、ものすごい多く稼働しているわけですね。そうすると、中央値はどうなんでしょう。かなり低いんでしょうか。大都市圏で非常に多く稼働しているところがこの平均値を上げているという解釈でよろしいでしょうか。

事務局： そうですね。ちょっとまだ全体の分布図のところまでは分析ができてないんで、確かにほかに東京ですとか埼玉、あと大阪や広島は、300件200件と多くの回数がありますけど、逆にゼロ件というところもある、3件しか動いていない、11件しか動いてないというふうな県もありますので、中央値がどのあたりになるのかということまでは把握できないですけども、おおむね100件くらいが、ほぼ真ん中あたりにはなるのかなという印象はあります。

部会長： わかりました。

末原委員： 大阪の末原です。この新生児搬送車が議題になってるということは、

設置するかどうかということをご議論することですか。僕の感覚では、総合周産期センターが整備されて国の助成が出れば、もちろん国からも補助金の中に入っていますが、それ以前でもそうしたいという所は新生児搬送車が当然あるものというふうに僕は解釈してるんです。そういう意味ではないんですか。ただ、その場合に現状のドクターの数でいけるかどうかというのが非常に問題になって、ドクター及びナースをやっぱりある程度ふやさないといかんということで、やっぱり運転手をどうするかというのは非常に大きな問題で、それを委託するか、いろんな方法があると思うんです。総合周産期となると、国のいろんな要項を見ても搬送業務というのは1つの大きな柱になると思うんですけど、そういう意味ではないですか。というのは、余り運用されてないところがあるから、必ずしも必要じゃないということではないんですね。

事務局：先生、こちらの資料を出させていただいたのは、全国でもこのぐらい運用を始めておられるという実態をお示しすることと、運用をしておられないところも実際にはあるということを知っていただきかけた。末原先生のおっしゃるとおり、母子総合周産期母子医療センターにつきましては、基本的にはドクターカーを、特に新生児用のドクターカーを配置し、新生児搬送を行うというのが基本のところになっておりますので、こちら導入を働きかけていくという中で、どういった形で運用していくのがいいのかというのを、周産期の部会の方で御議論をいただいて、その後詳細を詰めていきたいと思っています。しかし、結局一番懸念しますのは、配置をしてもそのゼロ件や10件、3件というようなところの都道府県さんもございますので、いかにしてどういうふうな形をやることによってたくさん利用できるのか、利用の仕方がいろいろあるのかということをご議論をいただくということでもちょっと出させていただいているような資料でございます。

部会長：つまり、奈良県においても導入の必要性があるということをご確認していただくということですね。

末原委員：今、周産期死亡がかなりよくなっているというのは、主としてやっぱり早産、低体重児ですね。母体搬送もそういう胎児診断されたり、あるいは早産しそうなものが母体搬送されてるんですけども、やっぱりそういうふうな合併症がなくて妊娠結果異常がなくても1%ぐらいはやっぱりしっかりした蘇生が必要な子どもが産まれますし、今大阪でも非常に問題になっているのは、一般の産科の先生方で当然母子ともに経過は元気で10カ月で元気に生まれるだろうというところに、

やっぱり新生児の仮死があったりします。そういうときには、やっぱり新生児の先生が、駆けつけていただかないといけません。もう一つこの後で研修の問題で新生児蘇生から取り込まれるということですが、ぜひ産科の先生に新生児の先生が到着するまで10分、20分持ちこたえられるそういう新生児蘇生っていうのを研修していただきたい。

また、府県によって非常に大きな車をフル装備で整備されるところもあるんですが、やはりちょっとガードの下とかいろんなこと、分娩施設のところの実情も考えていただきたいと思います。母子センターはちょっと小さな車を動かしてるんですけども、その辺もぜひ検討いただいたらと思うんですけど。

部会長： はい、ありがとうございます。

委員の先生方に、これは確認という意味なんですけれども、やはり周産期母子センターとしてそのドクターカーを設置するというのは、これは必要条件であるというふうに認識していったほうがいいでしょうか、まず。

はい、どうぞ。

箕輪委員： 今言われたとおりなんですけど、新生児搬送について整理させていただきます。

まず、新生児搬送と言われるものには基本的には3通りある。1つ目はNICUを持たない病院もしくは産院ですね、開業の先生のところで出生したベビーに呼吸状態が悪いとか、仮死で産まれたとか、そういう病的新生児で産まれた子どもたちをNICUのある病院に新生児搬送するというパターンですね。今は産婦人科の先生が頑張ってNICUまで連れてこられてます。現状はですね。

2つ目は、NICUに入院したあとに、例えば検査で心（新）疾患が見つかった、小児外科疾患が見つかったという場合にそれを治療できる施設に搬送するというパターンと、NICUで入院の経過中に、例えば動脈管開存症であるとか、壊死性腸炎であるとか、未熟なゆえに合併してくる外科疾患や外科治療が必要なベビーを外科手術ができる施設に搬送するというパターン。これが2つ目ですね。具体的には、この資料4をもう一度見ていただいたらいいんですけども、この資料4にある県立医大から県立奈良病院に3例、1、2とかで3例移って来ますが、これは奈良市にお住まいなので落ちついてから来たという子どもたちになります。県立奈良病院から奈良医大に行った2例っていうのも、奈良医大のすぐ近所に住んでおられるので、御家族の

都合で転院した。

実際に、今僕が言いましたNICUの急性期に治療が必要という子どもたちは皆近畿大学奈良病院に6名搬送しております。この2例、4例と書いてある子どもたちが先天性心疾患であったり、小児外科疾患が見つかって送った子どもたちと、あと1,000グラム未満で生まれた子どもたちの動脈管開存症という病態の手術をしてもらいに搬送する、結局ここが一番問題になってくるわけですけど、この子どもたちを搬送したというのが6例になります。ただ、実際に一番危ない状況で搬送しているのがうちの県立奈良病院。実際に僕自身も搬送していますし、このあたりが一番問題になってくる子どもたちですね。

今週を含めたこの1週間のうちに5例の新生児搬送をしています。うちの総務課長も1度乗っていただきましたんで、また来週搬送がありますので、また乗っていただいたら、どれほど大変かはわかると思うんですけど。

3通り目に出てくるのが、急性期を過ぎて集中治療が要らなくなって、安定したベビーをバックトランスファーという形で近所の最寄りの病院に搬送するというパターン、この3つがありますね。

その際に、新生児搬送の際、問題点として今考えられるものとしては4つあります。

1つ目は、だれが搬送するのか。要は、今は生まれたベビーを搬送するのは産科の先生たちが頑張らせてはいますが、理想はやっぱり新生児科医が救急車に乗って連れて行くっていうのが本当は理想だと思うんですけど。静岡とかでやってきたものですけども。このマンパワーの問題ですね。けど、今は夜間、新生児科医が出て行って（新生児科出て）、搬送対応するのに出ていくと、NICU（新生児科）に新生児の命を守る人間がいまないので、それでマンパワーの問題が出てきます。

2つ目には、救急車をどこに設置するのかですね。新生児の搬送用の救急車を。実際に急性期に搬送していくのが一番多いのは県立奈良病院なわけですね。ただ、総合周産期になると、奈良医大に置いたからといって、その救急車を我々が使えるかどうかとか、その辺の検討も必要になってきます。

3つ目が、その救急車を、新生児搬送車をどこまで整備するのかですね。今は消防の救急車を借りてますので、ストレッチャーをおろして下の金具のところに搬送用のベースをくくりつけて、大人4人で押さえて、1人が呼吸器のバギング（バーンニング）をしながら運ぶという非常に危ない状況で搬送していますので、その保育器を足場で固定するだ

けの搬送車が必要です。奈良県もこれは持っています。足場の固定だけをするものです。

現在も使っておられますか？

高橋委員： 今は使っていません。

箕輪委員： 今は使っていないですか。以前は1台ありましたね。近大もこれ1台だけですね。2台ありますか。実際はあります。

樋口委員： ストレッチは上半分が多い。ストレッチャーを乗つけるような形ですね。

箕輪委員： 一応、足場の固定のもあるのはあるんですよ、はい。2台搬送用の保育器が固定できるようにはなってるので、だから、今母子が使ってるやつとか、静岡こども病院にあるような呼吸器もあり、血ガスの機械やモニターもつき、ボンベもちゃんとあってっていうそこまでの装備のものは奈良県にはありません。だから、どこまで整備するかですね。

あと、4つ目は、搬送中に起こり得るトラブルの問題をだれが対応するのかですね。具体的には、搬送されてる際に、救急車はかなり揺れますので、ベビーがバウンドする。もう600グラム、700グラムの子どもが揺れてるわけですね。その際に、例えば頭の出血を起こしたとか、そういうトラブルをだれが責任を持つとかですね、あるいは搬送用の保育器に乗ってるボンベで、通常のブレンダーを使って酸素と空気のミキシングを使いながら、例えば30%であるとか、40%酸素でベビーを連れていきますけれども、満タンであったボンベが搬送中からになります。今回、2例、先週、今週含めて2例、近畿大学奈良病院にお願いしてはいますが、20分から30分の搬送でボンベをかえなきゃいけないんですね。そういうトラブルも実際に起こってくる。そういう問題をどう対応するかという問題も含まれています。

以上が今の問題点だと思うんです。整理しますと。

部会長： 箕輪先生、ありがとうございます。頭の中が非常に簡潔明瞭に整理されました。

先生が言われた新生児搬送の大きな問題点としては具体的に4つあるんですね。これに対する奈良県版をつくらなきゃいかんわけですね。これらの抽出された問題点以外に解決すべきことはありますか。奈良県の地域性といいますか、土地性も加味してこういう問題も問題点としてリストアップしたいということがあれば、ぜひ提案していただきたいと思います。

高橋委員： 今回、県が全国的に調べていただいたのは、調べてほしいということで調べていただいて、本当に奈良県がこれを導入するということに関しては、恐らく全員必要性は感じてると思うんですけど、具体的に、私たちが開業医の先生方の思いを聞いて、各病院のどういうときに必要があるかというのをもう少し具体的に整理する必要がある。また、実際に動かすとなった場合に、人の問題もありますし、どういうときに動かすかっていうのは、今、箕輪委員が言ったことを含めて、この場で議論をするというのは非常に大変なんで、ワーキング的にして、実際どういう問題があるかっていうこと、どういう患者さんを、お子さんを運ぶかということすべてできたらいいと思いますし、何らかの方向性を出したいなと。この会で最終的には結論を出すという方向に持っていければと思うんですけど、少なくとも方向性だけを持っていきたいと思います。その場合は、かなり県としても協力をお願いしたいなということ。

あと、全国の状況は個々には聞いているんですけど、全国の状況っていうのをしっかりつかんでおきたい。例えば、医療裁判になった際の賠償の問題とかもありますし、そういうことなしにスタートしてる県もあると思うので、その辺もやっぱり今後検討していかなければならない。ちゃんと奈良県ではある程度の安全な体制でやりたいなというのが希望なんですけど。

部会長： ありがとうございます。

この資料2の6の医師賠償保険加入団体数というのは、いま提案された4番目の問題の解決のためでしょうか。トラブルが起こったときの対応のための保険なのか、我々が個人で加入している以外に新生児専用ドクターカーに乗るための保険が必要という意味ですか。

事務局： 2団体の名前につきましては、公表すると、確認していませんので、このような件数をお示しした資料にさせていただきます。

これは、新生児搬送を行うために、自動車保険以外の保険に別途加入しているということがありますかという問いかけに対し、2つの機関につきましては、新生児搬送に関わる際に医師賠償保険をかけてるといようなことを聞いております。

部会長： 私、この辺ちょっとよく知らないんですが、潮田先生、何か医師会の方でこういう場合の保険というのがあるんですか。新生児搬送するときにはこういう保険に入ってくださいっていうのは。

潮田委員： すみません、加入されてる産科の先生は医師賠償保険に入っておら

れます。他の科でも少なくとも医師会に入っておられる会員のほとんどがその賠償保険に、A会員（開業医）に入ります。ただ、病院勤務の先生の場合は、病院が細かい条件でいろいろ附帯条件、その今の新生児搬送のこともそうですが、それは各保険会社との交渉ですので、それは医師会はノータッチだと思います。それであるとは、開業医の先生も別に医師賠償保険に入っておられる方もあるようです。学会で、例えば麻酔科学会とか学会独自でそういう賠償保険を独立に設定しておられるところもあると思います。だから、新生児の蘇生に関して、麻酔科が関与してくる場合、何か問題ありましたら、場合によったらその全員加入していると思います。

部会長： ありがとうございます。

平岡先生、何かございますか、今の件に関して。

平岡委員： 病院の中の勤務の保障に対しては、個人的にあるいは病院で保険に入ってますので、それはもう問題ないと思いますが、病院を出て搬送中というようなときにはどういう解釈になっておりますかと。調べられましたか。

事務局： まだ、実際この保険の商品について個別にどういう内容になってるかというところまではまだ調べておりませんし、個別具体的には聞いておりません。

平岡委員： 一般には保険会社は支払わないということを言ってきますね。調べられていますか、ちゃんと。

事務局： ですから、まだ個別のこの3種類ある商品、どういう商品の内容で加入しているかというところまではまだ調べておりません。

平岡委員： しっかり調べていただきたいと思います。

部会長： では、この辺はちょっともう少し事務的に調べていただきましょう。この表に書いてある「それ以外」というのは保険に入っていないということですよ。

事務局： 新生児の搬送に関して別途他の保険に入っているということはないという回答になっています。

部会長： わかりました。ありがとうございます。新生児搬送には3種類のパターンがあるということ、その具体的問題点が4つ明らかにされたということですが、それを受けて奈良県でどのように運用していくかということに関して協議していただきたいと思います。この資料にもございますように、いつからいつまでやるのか、24時間対応していくのか、スタッフの確保をどうするのか、奈良県の場合にはどのぐらい利用される可能性があるのか。将来的にどのぐらい新生児

搬送車を利用し得るのかということも含めて、やはりワーキングをつくって、そちらである程度たたき台を出したところで、この部会にそのデータをもって説明していただくというほうが、皆さんの考え方がもっとクリアになるんじゃないかと思えますけれども、そういう方向性でよろしいでしょうか。

はい赤崎先生どうぞ。

赤崎委員： 1番のタイプの搬送が多いと今おっしゃってました、新生児科の先生にお世話になってる1つの診療所としてですが、理想的には箕輪先生がおっしゃいましたようにされるのがいいと思えますが、小児科もしくは産婦人科の院長さんが問題にすごくされてるということはいいでしょう、これは恐らくわかると思えますし、そうしますと、実際に分娩を扱ってる産科の医者がその姿勢を持ち続けるために、それに関しましてスキルアップが必要だということで、今、産婦人科医会で新生児蘇生のインストラクター養成の講座がありますし、今産婦人科医会が主導でやっておりますけども、これを県がもう少しアピールされて、もう少し大きいものにしていただければ、開業医の先生方のいわゆるスキルアップが図れるんじゃないかということをおもいます。

もう一つ、搬送の手段としまして、開業医で新生児の搬送用の保育器を持ってられるところっていうのはほとんどないと思えます。従いまして、そういうことに対しましても、設置義務を課していただく、個数の問題がありますから、1台250万ぐらいはすると思えますけども、ある、なしでは新生児の危険度が大分違いますし、そういうところから、できる部分からスタートしていただいて、お願いしたいなと思えます。

部会長： それは、産婦人科で新生児搬送用の保育器をそろえるっていうことですね。診療所にそろえていただくということでしょうか。

その辺のデータはありますか。

事務局： 申しわけありません。今、診療所の方に搬送用保育器がどの程度設置されているというデータの方はございませんので、もし必要であれば、確認をさせていただいて、ワーキンググループの際の資料としてご提示したいと思えますが。

赤崎委員： 恐らく病院も含めまして、県内では数台しかないと思えます。

部会長： 新生児科の先生から見ると、搬送用保育器の設置は必要ですか。

箕輪委員： いいですか。すごいやる気満々だなと思うんですけど、その実際に数そのものは奈良県のNICUに入院してる新生児搬送とか、そういうものが実際に必要な、僕がさっき言った1番というものの数になる

と思うんですね。実際に、産科の先生がベビーを救急車で、おかもちと呼んでいるかごに乗せて連れてこられる、あるいは、そうですね、大体そういう状況で連れてこられますけど、その間、お母さんどうされてるのかなってということがいつも心配なんです。やっぱり、産まれて難産なり帝王切開なりで産まれたあとの赤ちゃんの状態が悪いからってという理由で、赤ちゃんを産科の先生が付き添ってこられるんですけど、その間のお母さんの管理っていうのが大丈夫かっていうのがいつも心配になってて、だから、理想はやっぱり蘇生で、その産院で頑張っていたいでいる間に、NICUの医者がベビーを引き取りに行くというのが本来の形だと思うんですね。

だから、産科の先生のところに搬送用ベースを置いて、産科の先生が自分で連れてこられるっていう状況を考えるよりは、NICUの医者をできればふやして、夜間でもベビーを連れていけるという体制づくりの方が大事だとは思いますが、実際人が少ないので、僕自身も月8回当直するような状況ですから、人が少ないのでなかなか難しいのは難しいんですけど、その方が現実的じゃないかなと思うんですけど、いかがでしょうか。

部会長： はい、どうぞ。

赤崎委員： 診療所の赤崎ですけど、1人で開業している先生方が多いと思うんです。複数で開業されている方もおりますので、私のところは必ずもう1人おりますから、非番待機をしておりますし、必ず搬送のときは同乗するというふうにしておりますし、搬送のときは、軽症であっても同乗する形で搬送させていただいています。

部会長： はい、ありがとうございます。

余り私も経験はないんですが、静岡にいまして、1人で開業されているドクターから新生児搬送カー（宝くじで寄附された）が来る場合は、ほとんどが看護師さんか助産師が付いてきます。2人以上複数で開業されている開業の先生のところは、ドクターが来るケースが多いと思います。その場合にも、先生が言われましたように、新生児科の先生に病院に来ていただくというシステムです。開業の先生で、いわゆるそういう立派なクベースを持ってる先生は余りないと思います。いろいろその辺も含めて、ワーキングをつくりたいと思います。この件に関しまして賛同いただければ、主に新生児科の先生を中心に、あるいは行政の方に入ってきて、運用時間とかスタッフの体制、利用率がどのぐらいあるかということシミュレーションしないと実際どのぐらい動くのかということがわかりませんの

で、それらを含めて諮りたいと考えますが、いかがでしょうか。

はい、どうぞ。

平岡委員：産婦人科の立場から言えば、NICUの先生にお願いしたいんですけど、新生児搬送をほとんどしていただけませんね。例えば、話がつながってるようなんですけども、その理由は新生児搬送車がないからというふうにはっきり言われて。その代わり、産科の方で母体搬送という負担が大きくなっております。その分についてNICUの先生がしっかり考えていただきたいと思います。

部会長：はい、わかりました。

それでは、最初の新生児搬送カーについてはワーキングをつくるということでもよろしいでしょうか。

はい、ありがとうございます。

事務局：できましたら、ワーキングに入っていただく先生方を決めていただきたいのですが。もし今無理であれば、部会長と高橋先生を中心に選んでいただいて構わないというような構成員選定についての一任をしていただきたいのですが。

部会長：そうですね。お互いに相談しながら。

事務局：先生のところを中心に僕らも相談させていただきたいと思います。

部会長：では一任していただくということで。

事務局：部会長に選任していただくということでよろしいでしょうか。

部会長：はい、ありがとうございます。じゃ、そのようにさせていただきます。

それでは、2番目ですけれども、これも非常に重要な問題ですけれども、NICU長期入院患者の対応についてです。

これは、資料の3を見ていただければいいと思うのですが、私が正直にこの資料を見たときに90日を超えてる患者は予想外に少ないのかなっていうふうに見えるのですが、実際の現場としてはどうでしょう。この数字はこのとおりでよろしいんですか。

高橋委員：具体的に今回、この流れを見まして、この統計を取るときに、NICUに入院している期間で取らせていただいたんですけども、それは、小児科にも、実は後方的にほとんどお願いしているということがあります。だから、NICUで完結して退院してるっていうことはまずできないぐらいに、NICUの状況は奈良県では切迫していますので、いろいろ病棟の中で、病院の中で工夫して、できるだけ回転率を早くしてたくさんの患者を受入っているんで、かなり逆にまた産科の方にもいわゆる小さくても、状態が安定しているお子さんも見ていただ

いている。どのようにしてでも母体搬送をできるだけ受入しようという
ことで、努力してくれています。

もう少し、どの程度でいけるかっていうのは、小児科に移ってどの程度
で退院していくというデータも入れて、産科の方でも、子どもさんが現
実に正常産以外にみていただいているデータも入れて、もう少しこの数
字をできるだけ生かしていきたいと。このぐらいの体制で動いていま
すので、実際ここでNICU的な患者さんの動きと考えていただいた
方がいいかと思います。

部会長： ありがとうございます。

確かに産科病棟でも小さい子をみてますよね。それを後方病床とは
言わないですね。だから、ある意味では、今の御発言はNICU後方病床
ではなくて、例えば小児科のベッドでみている、産科の方でみてるとい
うそういう患者も足し算するともっとふえるんじゃないかということ
ですね。県立奈良のデータはいかがですか。

箕輪委員： うちで、やっぱり長期に入院になる患者さんの多くは1,000グラ
ム未満のベビーとあと心疾患、外科疾患から奇形症候群、染色体異常、
その方たちがメインになるので、この資料の5を見ていただいたらよ
くわかると思うんですけど、ほとんどが近畿大学奈良病院に新生児搬
送をお願いしているっていう現実。僕自身が奈良医大、近大奈良等で
NICUを担当していましたので、長期になって、なかなか小児科に
移ってから退院できない。かなり重症で在宅になるのか、重心児病棟
としての東大寺光明園や奈良医療センターとかにいけるかどうかって
いう子どもたちの多くは、近大奈良の方にいると思うんですね。僕
が近大奈良病院に勤務しているときもそうでした。実際に重症度が非
常に高いので、重心児病棟の方でもとれない子どもさんたちが非常に
多いですね。具体的に言いますと呼吸器の設定が非常に高いとか、中
心静脈栄養をしてるとか、そういうレベルで重心児病棟にいけないと
かですね、その子どもたちが近畿大学奈良病院の重症室でずっと頑張
ってみてるっていう状況があると思います。

だから、県立奈良病院の方ではせいぜい送られて数名の常時呼吸管理の
子どもがいてますけれども、実際その子どもたちが1人入院されるだ
けでも看護度がやっぱりかなり高いので、その子どもたちをどうする
かっていう問題もかなり大きいと思うんですね。だから、近畿大学奈
良病院の方の状況を並べてやっぱり考える必要はあると思うんですけ
ど。

部会長： わかりました。ありがとうございます。

それでは、今の現状を踏まえて、重心施設との関係というのはいかがでしょうか。

はい。

末原委員： やはり本人さん、先生方の指摘のとおり、やっぱりそういう先天、以前は外科疾患でも非常に治療して治るというパターンだけだったのですが、最近は重複奇形があったり、奇形症候群とか、なかなか直りきらないとか、ずっと医療が必要ということで、結局、福祉の領域でも医療が必要な福祉の施設ということで、その辺を何とか大阪でも行政の壁っていうんですか、担当の違いによる壁が非常に大きいので、福祉と医療が共に話し合う場というのをぜひどこかであつたいて、議論していただきたらと思います。そうでないと、なかなか医療の中だけで、在宅の方へもっていっても、ある一定の割合で在宅にもなかなか帰れないというのがあるので、大阪では医師会が中心になって、医療の方と福祉の方とが一緒に席に着いていただくというそういう場をぜひつくっていただきたいと思いますけど。

部会長： はい、貴重な提案をありがとうございます。資料6の重心施設のデータに関して、先ほどの事務局の話ですと、全国では人口千人あたり0.089と。それに対して奈良は0.188という数字ですね。

箕輪委員： ちょっと整理させていただいていいですか。すみません。

樋口先生が、なかなか言われないんで、ちょっと僕が。まず、長期になる子どもさんたちってというのは、今、末原先生言われたように、先天性の心疾患であるとか外科疾患を合併している子どもたちであるとか、あるいは染色体異常、奇形症候群と言われる子どもたちがかなり占めてくるというところにあります。

その子たちが長期になってしまう理由というのは、要はその子どもたちが退院して行く先が二通りあります。在宅に頑張って進んでいくか、重心施設に転院していくかっていうパターンの二通りしか現状ではないですね。

その際の問題点としては、2つあります。その在宅に向けて頑張るにあたって、もっともっと支援を強化する必要がある。具体的には、やっぱり在宅でケアしていくっていうときには近所の医療機関とうまいことつながる必要がある。ちょっと風邪引いたときに、すぐ治療できるとか、状態が悪くなった時にすぐに診てもらえる医療機関を確保するであるとか、あるいは訪問看護とか保健師さん、ヘルパーさんとか、いろいろな事業所でのかかわりをもってもらうとか、あるいは療育訓練、教員の問題が当然出てきますので、その方との連携も必要になり

ますし、行政のいろんな療育手帳や身障手帳とかそういう交付についても、もっと窓口をわかりやすくしていくとか、そういう支援を強化して初めて在宅に向かっていけるっていう問題があります。ただ、残念ながら奈良県ではそこまでできてるっていうところはないと思うんです。

2つ目には、受ける側の重心施設の問題があります。具体的には重複の障害を持つてるということから、看護度が非常に高いので、実際に先ほどの資料7ですかね、いろんな施設での一番ちっちゃい子どもが3歳っていう状況。要は3歳になったら重心施設に行けるぐらいに安定すると考えていただければ、逆に言うと3歳まで管理できないっていうことになるんですね。それまでは障害を持った子どもたちっていうのは在宅で親が必至でケアしている。本当に人生すべて子どもにかけて生きてるっていう状況が、実際には、在宅の今の現状になってます。だから、そういう重心施設のレベルをどこまで上げれるのかっていう問題もあるんですけど、本来重心施設っていうのは、そういう施設としてつくられてきてませんので、基本的には、今肢体不自由の子どもを対象につくられているので、呼吸器をつけた1歳、2歳の子どもをみるっていう対応が実際のところは、まだできてないんですね。それはドクターの医療レベルとかナースの医療レベルもありますけれども、そういうものを全体に上げていかなことにはなかなか難しい。具体的なその改善の案としては、2つあると思います。

要は、入院中からもっともっとケースワークを充実していく。今、末原先生言われたように、入院中から保健師や訪問看護や、その子が地域に帰ったときにサポートしていく支援体制を強化するために、何度も何度も話し合いを持ちながら、在宅に向けて頑張る。それには、できたらお父さん、お母さんも参加して具体的なイメージをつくる。相互の救急搬送の体制も整えるとか、それが在宅に向いていくという意味です。

それで、もう一つは以前からこれは僕の持論ですけども、NICUと重心施設の間の中間病棟をつくるっていうのがやっぱり理想だと僕は思っています。要は、NICUから飛んで在宅、飛んで重心施設ではなしに、NICU長期の子を中間施設としてみていける施設が1つあれば、そこで在宅に向けた動きであるとか、入院が1年、2年になると、その子どもたちというのは療育も訓練もせんならん。そういうものも入った施設。あるいは県も含めて福祉も含めたそういう施設をつくっていくというのが理想じゃないかって考えてますけど、なかなか

そこまで日本の中でできてるところというのは少ないので、テーマの1つかなとは思いますが。だから、この資料にあるようなベッド数がいくつあるから子どもたちが在宅できるんだよとか、長期入院の問題が解決するっていうことではありませんので、その辺、数字的にどうのこうの振り回されることはないようにお願いします。

部会長： ありがとうございます。どうぞ、先に。

樋口委員： 今の補足になるんですけど、NICUから長期入院されてる方の場合、大きく2つ分かれると思うんですね。

1つは、医療度が濃い、医療の必要性が高いんだけど、病状としては進んでない、そういう方。けどもう一方では病状が進むというか、変化、例えば、心臓の病気が多いんですけど、手術がやっぱり何回か必要になるんですね。例えば、半年経過したらもう1回必要になるとか。そういうことをしていると結局長期になっちゃうとか、そういう方もおられます。そういった方に関しては、今、箕輪先生言われたような、ちょっと中間病棟的なことはちょっと難しいだろうと思うんです。ただ、数の上では絶対的に、医療的には重症なんだけども状態は安定しているっていう方、これの方が圧倒的に多いんですね。当院では、4つの間、中間施設的なもの、施設によっては例えば慢性NICUっていう概念なのか、そういう施設を1つ作って対応されてる施設があるということですから、そういうのがあれば大分違うんだろうとは思いますが。

ここに出てる重心施設が3、4歳からしか受けられない。これはもうある意味重心施設のケアの体制から何ぼぐらいになる話なんで、確かに間をとるというのは重要と思うんです。だから、それこそ県内で10床5床か10床のところは1つ病棟あれば、大分違うと思うんです。

部会長： ありがとうございます。

今、NICUに長期入院するパターンは2つあるとおっしゃいましたが、1つは医療的にかなり手がかかるけど病状は安定している子どもですね。もう一つはどういうケースですか。

樋口委員： 外科手術だとかをどうしても何回か繰り返す子が最近はやっぱ多いです。1回手術して、はい終わりっていう子は長期入院ならない。長期入院しちゃう子はやっぱり何回か繰り返して手術が必要だとか、あるいは病状が安定してなくて、すぐ悪くなっちゃって、出すに出せないっていうそういう子です。だから、そういったことに対してはある程度やむを得ないことかなと。個別性が強過ぎて、病棟1つ作って済む問題じゃないです。

ただ、数の上では本当に呼吸器つけて、色々つけてっていう形で安定している人が多いのかなど。うちの場合なんかは、資料に入れた中で多いのは、意外と病状変化する、繰り返し手術される方たちが多くいで、うちのデータは、いまいちあてにならないです、そういう意味では。

部会長：なるほど、後者の方が多いわけですね。

樋口委員：はい、それはもうちょっと、施設の特殊化によっちゃいますので、それはやむを得ない。だから、そういう意味では県奈良とか医大のデータから大体の長期入院者がどれぐらいで対応したらいいんだろうっていうふうに考えたらいいとは思いますが。

部会長：なるほど。ありがとうございます。
どうぞ。

高橋委員：恐らくその箕輪委員が言ってるのが実際そうですけど、例えば急性期でもそうなんですけど、要は医大にしかできない治療っていうのがあるわけですね。そのうえで長期になっているという患者さんで、普通に施設にいついけるかどうかっていうのは非常に大きなこと。もう1点は、別にそういう医大でなくても、そういう子どもを転院させることができる、ある程度みていけるかつ重度の子をみていける施設っていうのを、確かに樋口先生が言ったとおりなんです。奈良県のNICUをどうしていくかっていうことについては、数の上ではそれほど足りないということは、実際にはそれほどないとは思いますが。だから、それはやはり後方の充実というか実態を今後調査して、どの程度のものをどこにつくったらいいのか、そういうことも含めて検討していく必要があると思うんです。実質的にみて末原先生がおられるので、大阪なんかすごいそういう環境の方がおられるので、大阪でどうされてるのかっていうのはちょっとお聞きしたいなと。

末原委員：大阪でも結局そこは行き詰まってるんですね、現実問題。だから、ずっと在宅の方にどんどん押して行って、そのためにはやっぱり家族のサポート、家族そのもののサポートをしてあげないと、一時的に入院させるそういう体制というのは難しいと思うんですけど、ただこれは福祉医療が必要な子どもをそういう収容する福祉の施設ということで幾つかつくってもすぐいっぱいになるということになって、ここは周産期でこれ議論するのは非常に大きな問題だと思いますので、ぜひ県の方でそういう福祉と医療と両方のメンバーが行政の人も両方入って医療の方も両方の先生方がいろんな関係の医療従事者も入ったところで、別に議論していただかないと、なかなか周産期だけでいくと、なかなか頭打ちというか、ぜひそういう場を。大阪では医師会の

中にそういう長期、NICU長期入院児の検討する場を設けて、今作業、進めてますけども、なかなか福祉の人がそこになかなか入ってきていただくのが非常に難しいんですけど、無理やりちょっと入ってきていただけてますけども、そういう場をぜひつくっていただきたいと思います。

部会長： ありがとうございます。貴重な御意見でした。

この奈良県の地域医療等協議会にはそういうセクションはありますか。

武末次長： 健康安全局の武末ですけれども、この協議会自体が保険と医療と福祉の連携を念頭に置いた議論をやっていくということですので、具体的な連携が必要な、特に医療との連携が必要な福祉のテーマ、そういうような保険のテーマというのがあれば、個別具体的に議論も必要かと思えますし、この周産期医療部会でそこをやるということも、ちょっと検討はしてみたいと思います。

ちょっと、私マイクいただいたついでに言うんですが、ちょっとNICUの方が重症で安定していて、3歳ぐらいまでにならないと重心施設に行けないので、それまで逆に家族がみておられるというパターンが1つと、ちょっと2番目の方のパターンがわからないので、具体的な名前と言うと困るんですけど、段階的に手術をしていかないといけないので、その間ずっと入院する必要があるみたいなパターンの人は別だということですけども。

ちょっとここの医師との連携が必要ですね。重心とNICUの間が本当にある意味で、ちょっとまだ正直どのように何が抜けてるのかっていうイメージがわからないので、ちょっとまたそこはより具体的にやる必要があると思いますが、ちょっとそれはまた別途での課題を設定してやりたいと思います。

部会長： そうですね、ここだけで議論する内容ではないような気もいたします。

資料6の数字だけしかわかりませんが、奈良県では、いわゆる在宅でケアをされている子どもさんと、重症心身障害児施設に入られる子どもさんの実態はわかるんですか。

武末委員： 多分わかってないということですので、むしろここは県がするというよりは、その関係者の方々に具体的な少し事例なりを出していただいて、それを集めてみたいというふうに。

箕輪委員： 小児科学会が調査をしていますので、奈良県のデータは吉岡先生が中心になられて、すべての重心の子どもたちの在宅の状況と施設に入

ってる状況はデータとして把握されてます。

武末委員： データとしてというのは、多分この数字になってる理由まで、きちんとした議論していない可能性がありますので。

箕輪委員： 数字はちゃんとあるので。

武末委員： 小児科学会がまとめた本ですので、多分小児科の専門科の方が見ればわかるものですが、普通、例えば行政が見て本当に理解できるかっていうのはちょっと疑問がありますので、そこはまた別途のところで議論させていただくように思います。

高橋委員： 小児科学会として調べたものでは、ここで先ほど箕輪委員が言われましたが、福祉の中で、それに対してどう対応するかはという視点はないですね。患児の全国調査しただけですので、奈良県の結構この間にこのデータはありますので、それと先ほど言いましたように福祉の問題は、福祉の関係者を入れてどうするかっていうようなあたりを、こういった問題の一つを上げてるんだなっていうイメージをします。例えばベッドをこういう風にする必要がある。ちょっと新生児も含めてですけども、検討していただければと思います。

武末次長： ちょっとこここのぐらいで、この話は別の機会に。

部会長： 確かに、この資料6だけを見ますと、奈良県は結構重心施設もあって、しかも利用率が100%ってないので、なんかまだまだ余裕があるというふうに逆に一般の方がみられてはちょっと困るなという気がするんですけども。この利用率が例えば、東大寺光明園では定員に満たないのはリクエストがないんですか。そういう意味ではないんですか。

箕輪委員： これは心病棟が建ったばかりなんですね。この4月、5月でしたか。5月、6月、5月の終わりから重心の子どもたちを受け入れ始めたところなので、満床にはなっていないという状況です。

部会長： すぐにもう埋まってしまうのですね。

箕輪委員： 予約はいっぱいです。

部会長： 予約というのは、在宅にいる方が、入院待ちをしてるっていうことですか。

箕輪委員： 要するに病棟の体制を整えてる最中っていうことで

高橋委員： やはりうちの病院も同じなんですけども、そこで看護師さんが全然足らなくて、結局、全国的に特に重心施設での看護師不足がやっぱり響いているようです。特に東大寺なんかはもろにきてるみたいですね。そちらの方に看護師が行かなければ回転できない。そういったことでした。富田先生が来ないとちょっとこれは細かな情報はお答えできない

い。

部会長： 確かに、もしかすると定数が50ではなくて、現時点では40なのかもしれないですね。その40を今満たしているっていうことかもしれないですね。

それでは、これは個々に検討するにしても、先ほどの新生児カーのワーキングとは別ですね。

福祉のこととも絡んできますし、医師会も入るんでしょうか。行政の方とも相談させていただいて、どのような形で検討していくのがいいのか、こちらでも検討させていただきたいと思います。

よろしいでしょうか。

では、その次に移りたいと思います。

3番目が、母体搬送の状況についてということでございます。先ほどの資料9、10、あるいは11ですか、その病名を含めまして。これが実際の平成19年の奈良県の母体搬送の状況であるということですよ。

母体搬送の中に22週未満が5人います。資料10を見ますとこの患者はすべて奈良医大に収容されているということですね。しかし、22週、23週あたりでも県外搬送がまだあるということですね。これに関して、末原先生、何か御意見ございますでしょうか。

よろしくをお願いします。

末原委員： 母体搬送の状況というのは、大阪も余り改善してないんですね、受け入れに対する。どっかには収容されるんですけども、最初に依頼したところで受けるというのはなかなかそうスムーズではないです。特に23週になると比較的もう受けられる施設が限られますので、それほど探すことはないんですけど、それでもやっぱりちょっとどうしても探すということが起こってます。

ただ、県外に出る件数は、年次的には減っています。そんなには大きな変化でふえてるっていうことはないですね。この水準でどうしたらいいかっていうのは、ちょっとすぐにはちょっとコメント出ないですけど。

部会長： はい、ありがとうございます。

確か、私の記憶ですと県外搬送は3年前が40数%、去年は25%ぐらいですか。ですから、これは総合周産期ができたから減ったのではなくて、院内でも産科医がかなり頑張っているということだと思います。この25%を何とかゼロに近づけないといけないということでございますけども。

それでは、県奈良の方から、平岡先生、何かこれに関して御意見ございますでしょうか。

平岡委員： 私は県の方にお伺いしたいんですけど、県外に母体搬送をもっと少なくするという見通しは、どういうふうに。

このような状況をいつまで置いておくのかということです。

武末次長： いつまでというのは、なんせ医師不足ですから、受け入れ体制ができない間は、解決はすぐにはまずできないんですね。

平岡委員： そんなことを言っていたら解決はまずできないですね。大阪から末原先生がいらっしゃいますが当分大阪にお世話になるということですか。

武末次長： 当分というか、まず、基本的には2つの問題があり、県内の医師が不足しているのを解消しないと問題の解決にはならないんですけど、それをこれはまた別のところで、医師確保の部会でもやっていますけども、当たり前のことですがもうひとつは、看護師をふやしていかないと、今の状態っていうのは解決できないと思うのですが。

母体搬送という意味で、何か特別な問題がございますか、逆にいうと。

平岡委員： そうしたら、ちょっと質問かえます。奈良医大に総合周産期センターを整備したときに、どれぐらい母体搬送が解決されるであろうかという見通しを県立奈良病院の改装の方が結構進んでおりますが、それでどれぐらい解決されるだろうかという、見通しですね。それを教えていただきたいと思います。

武末次長： 県としての見通しといいますと、何をお聞きになりたいのかよくわかんないですけど。

平岡委員： 43件を送ること自体が異常だと申し上げてるんです。

ほかの他府県はそんなに大きくないんです。

武末次長： 例えば具体的にどのぐらいに。

平岡委員： 末原先生にお答えいただく方がいいかと思います。

末原委員： 大阪の方は、今までは母子センターが救急搬送の当直がやりくりしてたんですけど、今年の11月から緊急搬送のコーディネーターというのを第3当直として確保して対応しています。

それで、始めてから7カ月経ったのですが、つい7月の始めまでの間に、340件ぐらいのそういう依頼があったんですけども、その中で奈良県から14件、それから京都から4件、兵庫から10件、和歌山から1件。和歌山へ行ったのが1件あります。

大体そのぐらいの数で、1年通したら大阪に40件入ってるっていうこ

とですけど、我々の施設を経由しないのももちろんあるでしょうから、ただまあ、小林先生おっしゃったように、3年、4年前に比べればかなり減ってきてると思います。ただ、大阪の中でもすぐ病院が見つかるというか、なかなかそこまでは難しい、今考えてるのは、各大阪での出生が7万6,000ぐらいありますけども、1つあるいは2つの日常件、出生数が5,000ぐらいから1万ぐらいの単位で、できれば30週以上の出産はすべてその地域内でしょうということで、地域周産期医療センターを昨年指定しておりますけども、余りそういう24週とかあるいは外科疾患というのはやっぱり、全大阪的に搬送しないといかんこともありますけども、30週以降はできるだけその地域でしようということで、むしろそういう23週、4週になればある程度、大阪に行く事態も発生してもやむを得ないんじゃないかと僕は考えますけど、やっぱり28週とか30週以内になれば奈良の方でしていただく。そういう意味でどういう症例を奈良医大で中心に扱って、各施設がどういうところを受け持ち、そのほかの地域周産期センターをどういうふうな位置づけをするかということも奈良の方で考えていただいたらよろしいということになるのでは。

部会長： ありがとうございます。平岡先生、よろしいですか。

平岡委員： 結局奈良医大で受けていただけないという現状がありますので、やむをえず、産科は大阪方面へ搬送せざるを得ない状況になっている。NICUや後方病床の活用をどのように考えていただけるのかを聞いたかった。

高橋委員： 奈良医大の周産期でお話ししましたように、ほとんどフルで活動して呼吸器が十数台動いています。突然、例えば22週の双子が来るといような例があるわけですね。現実には、今の能力的には、いわゆるドクター、看護師の能力的にはとれない、実際収容できないので大阪にお願いしているというのが実情でして、やはり今一足飛びに、それがとれないのはなぜかと言われても、なかなか難しいと思うんです。それでも、今ベッド数の回転を効果的に行って、今フルで動いているのが実情でしたので、それはちょっと待っていただかないといけません。

部会長： はい、ありがとうございます。

私も現場にいる人間として、やはり我々産科と小児科、NICU、あるいは循環器とか小児外科を含めて、かなりコミュニケーションをとるようになってきました。そうしますと、いつごろこの三つ子が産まれるとか、双子が産まれるかもしれない、あるいは妊娠中に異常のある

子がいそいだというときに、じゃあ手術をしないといかん。じゃあ、麻酔科どうしよう、外科の先生どうしようかと、それをコンスタントにミーティングをやるようなシステムができておりますので、突発的な事例は徐々に減ってはきていると思います。

しかし、突然三つ子が産まれたら、1カ所しか周産期センターがなかったら、リスクマネジメントが全くできないわけですね。ですから、どこかにそういう場所をキープしないとイケないということで、やはり総合周産期と地域周産期の連携は奈良県では特に必要になってくるだろうと思います。医大の中でも各方面の努力によって、ベッド数がふえなくても、現実に母体搬送が40数%が20数%に、半分になったわけです。総合周産期母子医療センターが動き出して、まだ数カ月ですので、もう少し、半年あるいは1年ぐらいですかね、経過をみた上で実数を把握していくということが必要でしょう。おそらくいい方向に私はくるんじゃないかと思えますし、若手のドクターの数も間違いなく増えていきます。ですから、ドクターの数もふえる可能性は非常に高いと思います。我々産科とNICUと本当に一心同体ですから、ある程度産科の先生が増えれば、そちらからNICUを勉強しに行くこともあるし、お互いにそういう双方向的にコミュニケーションとれば、もう少し、もっと効率よく動いていくことができるんじゃないかと思えます。半分期待を込めた意見なんですけれど。

末原委員： 僕自身は、やはりNICUは足りないと思います。NICUは総合周産期センターが整備しようという方針を出した、平成8年には出生数1,000に対して2というのを出してますけど、行政の方では主としてそれが整備されればオーケーということですが、負担が多胎が過去に比べて増えているということ、それから胎児診断が良くなって、それから、小さい子が助かるということで、やはり1,000件に対して2.9から3ぐらいの数はいると。

やはり、それとNICUが十分回転できないのは、先ほどからずっと話していた長期入院児、それから多胎がどんどん出てくるということで、その辺を何とかしないといかんということで、大阪では排卵誘発でない体外受精も1つにしてほしいということ周産期の医療委員会の方から発信して、受ける方も大切ですけど、やっぱりそれをふやさないということもやっぱりしていただきたいということで、やはりそういうことと、もう一つはバックトランスファーをうまくする。特に、ある程度急性期を過ぎた場合には、そういう地域の先生方、地域の病院

できるだけとっていただくということで本来のそういう周産期センターの急性期に使えるベッドをふやすということで、何とかやりくりできるんじゃないかというふうには考えてますけど。

部会長： 先ほどのバックトランスファー、新生児搬送の3つ目の問題も今回同じように浮上してまいりますので、ぜひドクターあるいは医療サイドだけの努力だけで物事が進めるのは限界がありますので、それにプラスアルファの行政等のサポートを期待しながら進めていきたいというふうに考えております。この点に関しまして、何か御意見ございますでしょうか。はい。

武末次長： 今の認識としては、まずNICUが大きな要因になってるでしよつていうことですね。1つの取り方としては医大周産期のフル稼働をまずいたしましょう、そこのネックが看護師というふうに認識をしてるところなんで、そこの看護師をちゃんと確保しましょうということですね。

2つ目は、県立奈良の後方病床の整備を春にかけて行う予定ですので、そこで県立奈良の方にNICUができるということで、またさらに整備について考える。

ただ、ちょっとすみません。私もまだ不勉強なのかもしれませんが、NICUの整備ができてないから母体搬送が県外に行くという理解でよろしいですね。

平岡委員： そうです。

武末次長： 先生の御指摘は、早くNICUの整備をするべきであるという御提案というふうに理解してよろしいですか。

平岡委員： 後方病床の整備と、看護師の動員をしっかりとやっていただきたい。これは看護師さんがないとどうにもなりませんので、

武末次長： 全くそのとおりだと思います。

部会長： 看護師の問題は、本当に切実な問題だと思いますので、ほかの検討部会の方でもぜひよろしくお願ひしたいと思います。

平岡委員： それから35週以降が本来ないのは、大阪は受けてくれない。送るとは何事だといって、受けてくれないからであり、ないのはそのためです。

県内で受けざるを得ないのです。

部会長： 医療圏という問題もあります。例えば、河内地区の八尾市立病院にも、母体搬送をお願いしているんです。それは記録上は母体搬送になってしまうんですね。しかし、奈良医大の先生が産科も小児科も担当していますので、ある意味では奈良の医療圏なんなんです。医療圏別にデータ

を見てもらいたいという気もいたします。

武末次長： 行政の圏域で考えていいのかっていうのも、奈良県の場合はありまして、奈良県が県外の医療機関にお世話になってるっていうところもあるんですけども、ある意味、奈良県立医大の出身者が県外に行って働いているというところもあったりもしますので、ここは、個別を見ていきますと、どこが産科のグループという風になってしまいますけれども、やはりある意味で広域である程度やっていくっていうことも考えていかないといけないのかなと思っています。

逆にあまり奈良の中では議論になりませんが、やはりちょっと別に県立大学をあげるわけではないんですけど、医大の出身者が県外に行って、その地域で頑張ってるっていう事実もありますので、そういったところもちゃんと評価していく必要もあるかと思えますし、そこは逆に県と県とで、今後きちんと話し合っていかなきゃいけないそういう部分なんですけども。

部会長： はい、わかりました。ありがとうございます。

母体搬送の状況がかなり細かく症例ごと追跡できるようになっておりますので、このような症例の病名別、週数別搬送状況を考えますと、奈良県の場合は60何%がいわゆる早産絡みでNICUの先生方にお世話になる状態になっていることも事実です。医療圏という概念で実数が把握できるようでしたら、お願いしたいと思います。

末原委員： 資料の11にありますように、切迫早産とか前期破水っていうのはやっぱりこれは母体搬送で、少し離れたところへ一時的に行くのはやむを得ないと思うんですけど、例えば、胎盤早期剥離であるとか、母体の出血とかいうのも、遠いところへ運ぶというのはやっぱりそれはちょっとかなりお母さんの救命点から問題があるので、その辺がどれぐらい外へ動いているかいないかっていうことを、ちょっと奈良県として検討していただいて、できるだけそういうのは、大阪の場合にはそういうのは少なくとも二次医療圏1つあるいは2つぐらいの二次医療圏の中で、胎盤早期剥離だとか何とかみようということで、余りそういうのは、どんどん起こらない。もちろん、妊婦の非常に重症な脳出血とかそういうのはまた別の患者さんいきますけども、今この中でとりあえず、地域で見ないかんのはどれであって、ほかのところへ搬送するのはどれかっていうことなどです。それは、近畿の広域連携の検討会議もありますので、その中でどういうのが動いているかって、また数字が出てきますし、そういう中で、本当に胎児診断なんかはやっぱりそういう振動とかそういうのはやっぱりそういう専門的なとこ

ろで健康を挟んで、搬送しても僕は構わないと思いますので、ただ、我々考えているのは、そういう出血やったら、お母さんとっさの出血とかそういう胎盤早期剥離なんかはできるだけ地域で30分あるいは1時間以内のところで何とか対応したいという、そういう大阪もそういう考えであると。

部会長： ありがとうございます。まさにそのとおりだと思います。

やはり、その週数別や病名別ですね、そういうのを実態をもう少し克明に出していただいて、短中期的な規模で洗い出しをしていきたいと考えております。

平岡委員： それから、末原先生にちょっとお伺いしますが、奈良県でも胎盤早期剥離や前置胎盤などは、ほぼ、医大と県立奈良で収容しておりまして、NICUには相当無理してもらって母体の救命のために、NICUの都合は無視して受け入れてもらっています。

部会長： ありがとうございます。

苦しい状況もよくわかりますので、何とぞよろしく願いいたします。それでは、最後の産科周産期研修ということでございますけれども、最後の資料は高橋先生がこれ全部つくっていただいておりますので、先生の方からちょっと御説明をお願いできますか。

高橋委員： こっちの資料で、見ていただいたと思うんですけど、先ほど、問題の蘇生講習会のインストラクターっていうのを、私どもの助教以上の医師はすべて取得しました。県立奈良病院の方も何人か取得してますし、産科についても取得が進んでいますし、その人たちを中心にインストラクターが育ってきていると思いますので、できれば、これは県内で定期的にある程度のものでいきたいと思っています。このことは小林先生ともお話しさせていただいてまして、もう少し具体的に進めていきたい。

県の方も協力していただけるし、医師会の方も助産師会も参画していただいて、ニュアンスを見てもらいたいと思っています。機は熟してきたかなと思います。これについては、年内に数回は実施していきたいと思っています。

もう一つは、むしろ先ほどから話題になってます在宅介護の問題があるわけですけど、できれば、奈良県内各地区に、子ども、ある程度コンスタントにみていただけるような場所、みていただける施設及びこれは底上げしていかないけないということで、養護学校も含めて、そういう講習会をどの程度できるかわかりませんが、奈良医大の小児科の教授も積極的に参加していきたいと言っていますので、これもど

の程度になるかわかりませんが、していきたいなと思っております。それから、周産期にかかわってる方々に集まっていただいて、症例検討会的なものをできるだけすれば、よりスキルアップできるんじゃないかということで、個別にやるようなフィードバックできる形で実施していきたいと。この中に今後の周産期の問題点も出てくるのではなからうかと考えておるんですね。

この3つは定期的にやっていくことが意義があるかなというふうに考えています。

以上です。

末原委員： 1番の新生児蘇生の講習会はぜひお願いしたいし、大阪でも、分娩施設の最低1人はこれを受けるということで、平成16年から行っています。これが昨年から日本周産期新生児学会の認定が受けられるようになっていて、ただ、有料なんですけど、大阪では、ぜひ全員に受けてほしいということで、今無料で受けられるように府の方からお金が出ていますので、ぜひ県の方もその辺は配慮していただいて、主体的にさせていただく。これは直接もう赤ちゃんの命にかかわりますので、ぜひその辺をお願いしたいと思います。

部会長： ありがとうございます。

今、御意見は求めませんので、積極的に実施するというので承っておきたいと思えます。

ところで、3番目に記載されている症例検討会っていうのは、クローズドでやるのと、報告のような形でオープンでやるのと、両方を含むというふうに考えてよろしいですか。

高橋委員： そういう形でやはりしていかないといけないと思えます。オープンでするものについては、ある程度、そのシンポジウム的なものでわかりやすい、難しいのではなくわかりやすい形でしていったら、一次救急の問題もあると思うんですけど、やはりそういうことを、オープンにしていければいいと思うんですけどね。

部会長： はい、わかりました。

ほかの施設の話をお聞きすると、いろんなトラブル・問題があったというんです。なぜこういうことが起こったかということの詳細に検討するのも必要ではないだろうかという御意見もたくさんございました。あくまでも、それはこういう状況を繰り返さないというためには必要なことだろうと思えますし、さらに、例えば産婦人科の医会の中でも、1年間でこういう症例がありまして、そのアウトカムがこうなりましたというような報告的なこともやはり必要になってくようかと思えます。

この4番目も非常に大事なことではないかと思いますが、実際に毎年産婦人科の医局にも、各地区の終戦期センターから非常に立派な年次報告書のようなものが届きますので、これを見ると、ああすばらしいなと思いつつながら、いつかはこういう冊子をつくりたいというふうに願っております。産科部門とNICUと合同で1冊の年報ができれば、財産・歴史になりますので、ぜひそういうものをつくっていきたくて考えております。

今、高橋先生の方からこの4点の提案がございましたけども、ほかに、こういう研修をしていってはどうだろうかという御提案がございましたら、ぜひこの場でよろしくお願ひしたいと思ひます。

よろしいでしょうか。

それでは、この案にそつて進めていきたくて考えております。周産期検討部会の意見として、研修を公的なものとして位置づけるというようないくつかの御墨付きをいただいたということによろしいですか。

それでは、講習にかかる費用とかそういう面についても、行政が前向きに取り組んでいっていただければと思ひます。

本日、こちら事務局の方から用意いたしました資料あるいは議題は以上ですけれども、先ほど平岡先生の方から、何か資料を一部いただいたようです。

その他の御意見ということで、よろしければ伺ひたいと思ひます。

平岡委員： 助産制度というものを御存じだと思ひますが、これをもう少し普及させていたきたい。助産制度の問題というのは、これらの助産制度には条件がありまして、経済的な事情のある妊婦さんに対して、公費を負担するという制度です。奈良県の問題点と言ひますのは、助産施設の数ですが、これは先ほど県庁の担当課からもらひまして、隣のページに載っておりますが、こういうところしかありません。この中で、中南和には施設が少ないので、医大にやっただけか。それから天理市立は1人しかいませんので、助産制度の対象である妊婦さんであっても受けられないこともある。それから、高田市立病院は堀江先生がいらっしゃるのですが高田市民に限定されるなどがあります。その結果、結局妊婦の通院の限度を超えて負担を考えずに県立奈良病院に來られてることになっております。未受診妊婦を減らすために助産制度の確立は必要であると思ひます。一応わかりやすくするために7番、8番に例を出させていただきました。1つは、桜井市の方で非常に何遍もどこかでお産されてますが、自宅での分娩の可能性があるので、県立奈良病院まで非常に遠いので、自家用車あるいは救急

車内で分娩になる可能性があるのですが、これは話しあいまして、医大で受けてもらいました。もう1例は奈良市の妊婦さんですが、超音波で胎児の心臓に異常があるということがわかりましたので、近畿大学奈良病院の方にお問い合わせしました。そうしますと、奈良市から近畿大学奈良病院は助産施設ではないので認められない。県立奈良病院で、分娩して新生児を搬送していただきたいというふうなことを言ってきました。

それは、そういうことはないだろうということで、説明して、結局近畿大学奈良病院で出産して、適切な手術を受けていただきました。

実際にこのような事例が存在します。結論としては、中南和に助産施設となる病院がないということで、奈良医大もこれに入っていたきたいということ、あと市中の診療所などについても、入院費用が高いんですが、それも対象として検討していただきたいと思っています。しかし、県庁の福祉の部門をお願いしているのですが動きが悪い。助産制度をもっと活用したいという現状があります。このために資料を用意させていただきました。

部会長： はい、ありがとうございます。

今回の第2回目のテーマではないんですけど、やはりいろんな意味で福祉、これは福祉の問題点もいろいろ話し合っていきたいと思います。

末原委員： ちょっと質問いいですか。

もともと助産制度を申請した場合は、市町村がそれを払うというふうに僕は理解してるんです。ただ、もちろんうちの病院のように産科的な異常が生じて、その後に助産を使うときは府が払うというように、我々理解しておりますけども。そういうシステムではないですか。

だから、奈良医大だってそういうのを受けてなくても、県の方に要請したらできるというように、僕は理解してるんですけど。

平岡委員： 市町村の方が、非常に、

末原委員： だから、市町村はもともとそういう申請した人じゃないとあかんという。妊娠中に何かそういう生じた場合は、僕は府の方に請求してるというふうに僕は理解してるんです。

平岡委員： あ、そうですか。市町村の方の担当に聞きましたけども、奈良県がすべて決定しておりまして、県の命令というふうに理解しておりまして、市町村の方が、その点は臨機応変といいますか、そういうことは全然できないという状況ですね。

部会長： わかりました。確認しましょう。

武末委員： 今御指摘のあったように、ここに書いてある解決方法が奈良医大が

増えればいいのかってというのが、1つの例示だと思っていますので、中和地区で助産制度の受け入れ施設があればいいのかなと思っています。具体的には、そのような方向で子ども家庭課の方も動いていくというふうに聞いていますし、ただ、どうしても奈良医大でなければいけないというのがわからない。

平岡委員： そういう意味ではありません。ただ、奈良医大ですと、一杯で受け入れる余地がないという現実が。そこは御理解いただきたい

武末委員： 今の時点ですすね。

平岡委員： そしたら、どの病院かは言っていただけますか。ないですすね。

武末委員： ですから、これを助産制度の問題というふうにしてとらえるよりは、これもともと奈良県自体でお産ができる医療機関が少なくなっているという問題の1つの症状が出てるということですので、そのために助産制度をどうにか変えるべきであるとかいうことではないんですよ。

平岡委員： 助産制度そのものを活用していただきたい。

武末委員： ですよ。

平岡委員： ですが、活用することがしにくくなってるということで

武末委員： 僕もね、やっぱりこの部会、1つの目的はやっぱり奈良県の産科体制を充実させようという話でやってると思っていますので、その方向でまずは踏み出していこうかなと思っていますが、そういう方向でもよろしいんでしょうか。

平岡委員： 未受診の妊婦を減らしていくのが1つのテーマであると思っています

武末次長： おっしゃるとおり、で、未受診の妊婦を減らすというか、これ両方の問題が入ってしまってるんですすね。悪循環で、産科施設が減ることによって未受診妊婦が発生してるということが、さらにその未受診妊婦が発生することだと思います。

末原委員： ちょっとそこは問題があると思うんですよ。産科施設がないから未受診がふえてるんじゃないですよ。社会の中で経済的な社会的ないろんな問題があって未受診がふえてるんですよ。未受診妊婦の問題は、妊婦だけが、妊娠経過だけが未受診だけじゃないんですよ。糖尿病、高血圧、内科合併症も管理されてない。だから、未受診妊婦が来たら、突然血圧が高くなり、倒れてそこで死んでしまうというようなことがあるから、みんな未受診妊婦を見たくないんですよ。もちろん、経済的なこともあります。それが、今社会の大きな問題なんですすよ。けども、それを何とかしてみんなでサポートしていこうというのが、流れで、産婦人科が減ってるから未受診がふえてるんじゃないと僕は思

いますよ。

武末次長： わかりました。よくわかりました。

平岡委員： 助産制度を活用して、未受診妊婦のおかれた環境を良くしていただきたいと思いますということと、もう一つはそれは産科の医療機関も減ってしまっているから、難しくなっているのは、確かにそうなんですけどね。

そこは混同しないでいただきたい。

部会長： うまくスムーズに流れるように運用の仕方も考えていきたいと思っています。実際に、今年の4月に奈良医大の未受診妊婦の問題点というのが、過去10年間のデータを、データベースを全部拾って4月に産婦人科学会でも話ししましたので、その資料は差し上げます。

きょう、御発言されなかった先生方、はい、どうぞ。

岡橋委員： ちょっと報告させていただきたいんですけど、助産師が、助産院分娩で、5月にちょっと問題がありまして、県立奈良の方に運ばせていただきまして、そこでちょっと運び方、搬送の仕方に問題があるということで、県立奈良の方からお叱りを受けまして、そのあと、助産師会の方で検討をいたしまして、それで搬送のシステムを、了承していただきました。そのあと県の方にも私から言ってみましたら、とりあえず、母体搬送の窓口は医大になっています。しかし緊急を要するようなものに関しては、助産院で主に北の方に多くありますので、近場の方で連絡をとらせていただくということで、それは県立奈良の方も了承いただいて、その件ももうそれでそのとおりでと思いますということでした。それで医大の方にとりあえず、ごあいさつにいけなかったのが、助産師会としてごあいさつに行かせていただいて、そのあたり、窓口は医大で、それで緊急を要するのは北の方で県立奈良ということではよろしいでしょうかといたら、そこでちょっとずれがございまして、医大の方は、北の方は県立奈良の方でというふうに認識していますみたいなことをおっしゃったんで、搬送用紙については御記入くださいというようなことをおっしゃっていただいたんで、この辺で、県ももうそれで認識していますというそのとおりですというふうにおっしゃっていただいたんですけど、医大とは大きくそのようにずれがあるんだなということで、県の方に御報告をしなきゃいけないなと思って、助産師会については、とりあえず、本当に緊急の場合は、今までも県立にお願いしておるとか多々あったんですけど、県立も周産期センターができて、私たちも窓口が、そこコーディネーターもそこにいるから、コーディネーターを通してそこっていうのに認識してたん

ですけど、ちょっとずれがあるんだなということを感じたので、そのあたり、また県の、もうちょっとお考えいただいてということで、よろしくこの辺のところを御報告させていただいて。

部会長： 例えばかかりつけがない場合、昼間はどうしましょう、休日はどうしましょうかって、一応整備したシステムあるんです。大学にもコーディネーターっていうシステムがあります。あるんですが、なかなか有効に動いていないっていう実態もあります。やはり我々としては、運用面でそういう問題をなくしたいと考えておりますので、ぜひその辺をもう一度行政の方と県立奈良、奈良医大と、同じテーブルで一度また話させていただきたいと思っております。ありがとうございました。

そのほか、いかがでしょうか。

富田先生。

富田委員： 東大寺光明園の富田と申します。遅れてまことに申しわけありませんが、資料の中に、重症心身障害児施設の利用率という欄の資料がございまして、東大寺光明園は定員50名で、今年5月1日に開設をしました。そのうちの、重症心身障害児は38名。それ以外のあと病床数12床がどうなっているのかということなのですが、その12床につきましては、これから予定されている4名ほど重症心身障害児が入る予定はされておりますけれども、現実には、余っているベッドに肢体不自由児が入っております。職員数の看護師25名というところなのですが、定員50名に対して重症心身障害児施設としては看護師25名ではそれは十分な数なんです。

ところが、この25という数は、重症心身障害児施設50床と肢体不自由児施設30床のこの両方の施設を合わせた看護師の数で、肢体不自由児施設では、今現在看護師が集まらないということで、閉鎖状態になっています。したがって、この25名というのは、両方の2つの施設を合わせた看護師の数です。それぞれ都合により重症心身障害児施設が3人夜勤と、肢体不自由児施設が2人夜勤という体制になっておりました。病棟の76%が東大寺光明園の重症心身障害児施設の方で利用しています。それ以外のところに、これから重症心身障害児がどんどん入るかということになりますと、肢体不自由児施設が開設されない限り、入れることができないということです。現実には、あと数名、重症心身障害児が入ります。一般病棟で、生活する場としてはとても難しいんですけれども、何人か肢体不自由の子を入れるということになっております。

重症心身障害児施設にせよ、肢体不自由児施設にせよ、どちらにしても

N I C Uの後方施設としてはどちらも使える施設なんですけれども、こちらが対応しきれないという状態だということ。その辺が問題であるわかっていただきたいと思います。

それから、バルツアゴードルについては、これも看護師の問題で、看護師確保分科会の方で話していただいたと思うんですけども、圧倒的に看護師が足りないために病棟が動かせない。

国立病院については看護師については、充足していると聞いています。それから、あとその下にあります通園事業の方ですけども、東大寺整肢園、4月から東大寺福祉療育病院と申しますけれども、華の明りという通園施設があります。定員が15名でありまして、これは去年の申告ですけども、今年の場合、現在4名が順番待ちという状況で、新たに今来ていただくということができない状態です。その中には、N I C U退院してきたあと、受け入れる通園施設というものが今すぐはないということです。

それから、もう一つはショートステイの問題があります。ショートステイは重症心身障害者施設等で受け入れてはいますが、先ほど言ったような理由で、うちの方では今のところ2名しか受け入れができない状態です。

奈良医療センターの方に伺ったら1名ということで、この3名のショートステイで、大人の方の重症心身障害者もそれから、子どもさん、超重症児の方も、家族の都合で一時的に預かる場合、その3つのベットを回転しながら入っていただかなければいけないので、ほとんど申し込んでも無理みたいな状況になっています。それが、今の重症心身障害児施設、N I C U後方施設の状況だということを知っておいていただきたいと思います。

部会長： はい、今の先生の御説明で非常によく理解できました。

確かに、この利用率だけ見ますとまだまだスペースがあるんだなというふうに感じてしまうので、ぜひこういう資料を用意される時も、できるだけ内情がわかるような形で資料を提供していただくと、もっと理解が委員の先生方の御理解が深まるんじゃないかというふうに感じました。

それでは、よろしいでしょうか。本日の各先生方のお話を聞きますと、やはり周産期部会として、すぐに取り組まないといけない問題と、それから、短中期的といいますか、しばらく時間をかけて取り組んでいく問題があるんだなということを感じました。例えば、新生児搬送の問題にしましても、問題点が幾つか浮上してまいりましたのでワーキンググループをつくって、すぐ取り組むべき問題に関

しましては、秋までには結論を出していただかないと、次年度の活動というところに影響してまいりますので、できるだけ早くワーキングを立ち上げてよく練ってから、先生方の御意見あるいはお考えを再度いただきたいと考えておりますので、ぜひその節はよろしくお願ひしたいと思ひます。

武末次長： 途中で少し議論が出ましたが、要は、重心とNICUの間に少し何かがあるのではないかということについては、ちょっともう少しすみません、よくわからないので、よく教えていただきたいということをお願いして、ここで取り扱うかどうかはまた別に、それこそ別の会を持つのかはそれを見たうえで、考えたい。ただ、今ちょっとお聞きしたように、重心に入れるのが3歳ぐらいからで、そこまで家で頑張らないといけないみたいなことがもし事実としてあるとすれば、やっぱり何かしないといけないんじゃないかというふうに感じますし、そこら辺の事実関係をまずは教えていただきたい。

部会長： はい、そうですね。

確かに、医療、福祉の方のサポートもかなり大きい問題になりますので、そういう部会と横断的に考えるということでしょうね。ありがとうございます。

もしなければ、これで、本日の第2回の部会を閉会したいと思います。

どうも、先生方、御協力ありがとうございました。ちょうど2時間で終わることができました。

以 上