

**第3回奈良県地域医療等対策協議会**  
**産婦人科・周産期医療部会**  
**議 事 概 要**

平成20年10月23日（木）

午後5時00分～8時42分

事務局：定刻となりましたので、ただいまから「奈良県地域医療等対策協議会」の第3回産婦人科・周産期医療部会を開催いたします。

先生方におかれましては、大変お忙しいところ本日の会議にご出席をいただきまして、ありがとうございます。

お手元に配付しております資料の確認をさせていただきます。

会議次第でございます。

出欠表でございます。本日は末原先生と堀江先生は急用につき欠席の連絡をいただいています。

まず、資料一式のとじでございます。

参考資料でございます。内容は、三重県における新生児医療の現況と書いたペーパーと県立奈良病院のNICU改築工事に伴うお知らせです。最後に天理大学さんで主催されます、お産に関するシンポジウムのご案内を参考資料としておつけしております。以上、ご確認をお願いいたします。

なお、改めまして、本日の会議は、奈良県の審議会等の会議の公開の会に関する指針によりまして、公開で行われます。ご協力をお願いします。傍聴いただく皆様、報道機関の皆様につきましては、先にお渡ししてありました注意事項をお守りいただきますようお願いいたします。

それでは、部会長の小林先生に議事をお願いいたします。よろしくをお願いいたします。

小林部会長：奈良医大の小林でございます。

先生方、日程変更していただきまして、大変申しわけございませんでした。

3度目になりますので、前回ある程度まとまった中期的・短期的なビジョンのなかで、今回は2つの件にポイントを絞って審議をしていきたいと考えております。

ご存じのように、先般、東京で報道された事件がございました。ある意味で私たちは既に約1年早く検証会、委員会を開いております。このなかで奈良県特有のいろいろな問題が浮かび上がってきました。先生方のご努力のみならず、行政としても頑張っている姿勢を感じます。今の状況をより進めて、もう奈良では絶対起こさないというような覚悟で、私たちは頑張っていくつもりでございます。しかし、今現実的にやれることと、もう少し努力が必要なこと、それは医療サイドだけではなくて、行政面からもサポートが必要なこともあるのは事実です。ハード・ソフト・ヒューマンと三拍子そろわないと周産期のシステムは構築していけないということを、前々から申し上げておりますが、少しずつではあります。確かに改善した点が多く前進しております。大学の若い先生方もこの進歩というものは身にしみ感じてると思います。少なくとも一次輪番が始まり、産婦人科の一次救急に関しては非常に全身してると思います。さらに周産期ネットワークに関しましても、現時点でよりいいものを目指して構築していこうという姿勢がありありと感じておりますので、ぜひ短期的なビジョンに関しましては、次回くらいまでに決定していただきたいと思っておりますので、ぜひ先生方の忌憚のないご意見をいただきながら、部会としての意見をまとめていきたいと考えております。よろしく願いいたします。

それでは、次第に従いまして進めていきたいと思っておりますが、検討事項といたしまして本日、新生児搬送用のドクターカーの件、それから奈良県の産科医療体制の件の2つの大きなポイントがございます。

前回の話し合いの中で、ドクターカーにつきましては、ワーキンググループをつくって、そこでいろいろ、もんでいただこうという話が前回まとまりましたので、新生児搬送用ドクターカーの作業部会の検討結果を西久保先生から説明していただきたいと思っております。

西久保委員： 奈良県立医科大学の総合周産期母子医療センターの准教授の西久保でございます。

今回、先に行わさせていただきました、新生児搬送用のドクターカー作業部会での検討内容につきましてご報告させていただきます。座らせていただきます。

お手持ちの資料の1をご覧くださいと思います。まず最初に作業部会といたしましては、ドクターカーを運用するという前提のもとに、実際のドクターカーとしてのニーズがどれぐらいあるのかということの検証が、まずやはり重要というお話がございました。それで、各先生方のご意見をお伺いしますと、以下のような結果になりました。

必要なニーズの内訳でございますけれども、内訳の1といたしましては、これまでの奈良県内における新生児搬送の実績としては80件ございます。

次に、このドクターカーというのは、必ずしも新生児を搬送するということが目的ではなくて、生まれてくる児が安全に生まれられるように、産婦人科の先生方と協力して、児の健やかな分娩、安全な分娩を確保しようということになりますと、最も産婦人科・産科領域で重篤な胎盤早期剥離について、その症例の多くはかなり母児にとりまして重篤な状況でございますので、この症例につきましても可能な限り、産科の先生方と協力しあうことが好ましいであろうということで、これもやはりドクターカーの出動件数として含めるべきではないかというお話がございました。

これは委員の先生方から、特に産科の先生からは、教科書的には約1%から1.5%の件数があるというご発表がございまして、私ども作業部会に開業の先生がおられまして、開業の先生に過去2年間のこの胎盤早期剥離の総分娩数に占める割合について、この内容を検証していただいた結果、その医院におきましては約1.5%から2%ということで、この胎盤早期剥離の発症の割合というのが1%というのは、決して実態と違わない値であろうということで、奈良県下における出生数が約1万2,000というところからいたしまして、約120件の胎盤早期剥離の数があるであろうと考えました。

次に患者転送分という、この10から15件と申しますのは、主として県立奈良病院と近畿大学医学部奈良病院との間の移送でございます。ご存じのように県立奈良病院におきましては、新生児集中治療室はございますが、内科的疾患に対する対応は十分できるわけでございますけれども、外科的疾患、循環器、小児皮下疾患につきましても外科的対応、また内科的な循環器疾患に対する対応につきましては、近畿大学に依

頼するという症例が、年間どれぐらいあるのかということを検討していただきましたところが、年により若干のばらつきはございますけれども、そこに記載していただいているような、10から15件、年間あるということです。

次に奈良県から母体搬送で県外へ移送した患者様の、県内へのバックトランスファー、これにつきましても、やはり奈良県の患者様でございますので、奈良県のドクターカーでお迎えに行くべきではないかということで、この実績につきましては約5件ぐらいあるだろうということです。

そして3番目は対象体重児を2,300グラムまでに拡大したときの増加数ということで、この対象体重児を2,300グラムまでにした根拠でございますけれども、これは大阪の新生児搬送のネットワーク、NMCSがございまして、その絶対的搬送の適用と、相対的搬送の適用というものが記載がございまして、その相対的搬送の適用、必ずしも必要とするわけではないけれども、症例に応じて搬送が必要であるというのが2,300グラムという記載が明記されておりましたので、奈良県におきましても、この2,300グラムまでの児をドクターカーで搬送すると推定した場合に、ここに記載してありますように過去の出生数、出生体重から算出いたしました値が2,000グラムまでの件数としては80件、2,300グラムまで入れますと180件の患者様方がおられるということになってはいますが、2,000～2,300グラムまで方々のすべてが搬送されるというわけではないかと思いますのでその部分は出生数の半数を見込みました。しかし、実際運用したときのばらつきは予想されるわけですが、総合的に考えますと、必要なニーズの下のところに記載させていただいてますが、年間295件から400件、約300から400件の搬送の依頼がある可能性が高いという結果が出ております。

なお、平日昼間のみ運用の場合、要はその依頼が日勤帯で依頼があるのか、準夜・深夜帯で依頼があるのかということにつきましては、約50%が日勤帯で、準夜・深夜帯での依頼というのが約50%あるということです。これは県立奈良病院、奈良県立医科大学そして他の文献等におきましても、大体若干の差はございますけれども、約半分が日勤帯で、それ

以外の時間帯に約半数が搬送されているという形でございます。

それと奈良県の特殊性といたしまして、県立奈良病院並びに近畿大学奈良病院等は、北和地区でございますが、奈良県立医科大学は中南和地区でございます。一方、総合周産期母子医療センターが奈良県立医科大学に設置されたわけでございますけれども、搬送元である産科医療機関の数だけで見させていただけますと3分の2は北部に所在しているということも、奈良県のドクターカーを置くに当たっての一つの特性として考慮しないといけないのではないかとということがございました。

以上の点を踏まえまして、まとめますと、年間約300から400件が予測されると。そのうちの約50%が平日の昼間、ところが北部地区に3分の2の産科施設が集中しているというのが、今回のまず第1点でございます。

そういう点から踏まえまして、2番目の配置するドクターカーの台数ですが、繰り返しになりますが、地域的な人口構成の偏在などを考えると北和と中南和に各一台設置することが望ましいと考えました。

必要な装備・規格につきましては、これは他府県のドクターカーに準じて、そこに記載させていただいている内容のドクターカーが好ましいであろうという結果でございます。

次のページ、お願いいたします。

2ページ、4の配置場所ですが、先ほどの繰り返しになりますが、中南和におきましては、奈良県立医科大学の総合周産期母子医療センターに設置することがやはり好ましいであろうということです。一方、先ほどの人口の偏在、産科医の偏在等を考えますと、北和地区の拠点周産期医療機関にも一台設置する、配備することがやはり望ましいと考えられないかということです。

なお、現状の、皆様方はよくご存じのように、ドクターそして看護師の勤務体制、人員等の確保をかんがみて、これにつきましては、私どもといたしましては、配置病院と別途協議するということで、私たちの部会としてはこれ以上の検討については行っておりません。

運用体制でございますけれども、原則として医師が1名そし

て看護師1名の2名で運用することが望ましいと思われます。なお、症例によっては大阪府が医師1名でというふうに書かせていただいているんですけども、誤解がないように、少し補足ですが、いつも1名でいってるというわけではなく、これは論文にもございますけれども、大阪府も患者様の要求・依頼の状況に応じて、2名、3名で対応しているということでございます。

6番の運用開始時期と運用時間帯ということにつきましてですが、中南和におきましては総合周産期母子医療センターが現在フルオープンができていない状況ですので、フルオープンをした上で、ドクター、医師・看護師の充足がされた後にこのドクターカーを運用を開始することが望ましいであろうということです。運用時間につきましても、24時間運用できるような体制が望ましいです。

なお、この件につきましても私たちとしての提言でございまして、実際的な内容につきましては、医大病院と別途協議する必要があるだろうと思われます。北和地区におきましても、先ほどお示ししましたように、拠点病院にドクターカーの必要性というものがあるということにつきましては、今回の作業部会でも皆様方の一致した意見でございました。その点につきましても、拠点周産期医療機関と別途協議する必要があると考えます。

次に、奈良県立医科大学の総合周産期母子医療センターにこのドクターカーを配置した場合の問題点でございます。そこに記載させていただいたとおりでございますが、現在、繰り返しになって申しわけありませんが、総合周産期母子医療センターは看護師不足によりフルオープンできない状況にございます。一方、病床利用率はほぼ100%という状況が続いておりますし、本来ならば軽症の方の対応と考えられる後方床にも重症の方が入院しておられる状況で、現状においてドクターカーに看護師が同乗することは困難であろうということでございます。ドクターカー配置に伴い、医師においては昼間の運用には1名の定員、24時間の運用の場合は当直の関係から2名の定員増が望ましいと考えます。

また、看護師でございますけれども、このドクターカーに乗務できる看護師というのは、当然その1年目・2年目の看

看護師が同乗するという事は、経験上困難が伴うことが多いだろうと、そういう点でNICU経験が豊かな看護師が同乗していただく必要があるであろうというふうに思われます。このため、看護師については昼間の運用時については2名の増員が、24時間の運用時には5から6名の増員が望ましいのではないかとということが、この作業部会に参加していただいておりました奈良医大の副看護部長よりのご意見でございます。

なお、医師、看護師の増員ですが、これについては、経営面についても検討をする必要があるであろうということです。やはり実際的なドクターカーを運用ということを考えてときに、理想だけではなかなかいけないであろうということで、この運用をするために必要な人数については、配置病院と実際に必要な人数及びその運用方法についてはさらに検討を行う必要があると、私どもとしてはまとめさせていただきました。

搬送基準でございますけれども、今回資料には載せさせていただいておりませんが、先ほど少しお話しさせていただきました、大阪府が作りました新生児搬送の基準を参考に、今後、県が関係機関と調整し作成する予定です。

運用マニュアルにつきましては、これはまだまだ、今回の部会ではそこまでのところは討議の中心では、できるところではございませんので、配置病院が運用する場合には、原則として配置病院が中心になって県及び関係機関と協議し、配置病院において作成するとさせていただきます。

次のページ、3ページをお願いいたします。新生児搬送が今回は部会の主な内容でしたけれども、やはり母体搬送につきましても、今後運用について、やはり検討される必要があるであろうということです。やはり母体の適切な搬送なくして、新生児の、母体から出生する児がよりよい状況で出生するということは困難ですので、母体が安全に収容施設に搬送されるということが、やはり重要であろうということでございます。

10番でございますが、運用コストの負担につきましては、これにつきましては、そこに記載させていただいたとおりでございます。診療所における長時間の往診時の費用負担につ

いては別途検討する必要があるということです。

ドクターカーの購入経費については県が全額費用負担を行うべきではないかということとなりました。

運用経費は、総合周産期母子医療センターに配置する場合については、ドクターカー導入に伴う収支見込みを十分に精査するとともに、他府県の状況、総合周産期母子医療センター及び医科大学の経営状況、現状の補助金額及び運営交付金額を勘案し、県が支援を行う必要があるか、また上位の部会、この部会等を含めましてご検討いただければと考えました。

また、その他の施設に配置する場合につきましても、北和地区に配置する場合につきましても、同様の調査を行う必要があるであろうと考えられます。

それで、参考資料としてつけさせていただいていますのが、三重県における新生児医療の現況という論文です。これは皆様方はドクターカーが配置されることにより、イメージとしては、児が安全に搬送されるのではないかという、予想はされるわけですが、それについて、三重県における新生児医療の現況といたしましての論文の中に、ドクターカーの優良性というものが論文としてあったため、参考資料としました。ポイントでございますけれども、用紙の真ん中でございます。少し読まさせていただきますが、すくすく号、これは新生児搬送用、三重県の救急車の名前ですが、「すくすく号で搬送された児は、一般救急車で搬送された児よりアフガースコアが低くより重篤であったが、搬送後の血液ガス所見には差がなく、ドクターカーによる搬送中の治療が奏功したと思われ」ということで、患者様、児をです、搬送用一般の救急車で搬送した場合と、ドクターカーで搬送した場合につきましても、ドクターカーを依頼するケースは、より重症な症例が多いわけですが、ドクターカーの中で搬送中に各種の治療をすることによって、施設についたときの児の状況につきましても、一般救急車で搬送された軽症の児の状況にまで、ドクターカーで搬送することによって搬送中に治療を施すことができ、よい結果を招いたということです。

次、参考資料2ページですが、新生児救急車による新生児搬送という、左の行と右の行とがございますが、その右の行の一番最後から5行目近くからの文章を読ませてもらいたい



と思います。「搬送中、4割近くの症例で、人工呼吸や気管内挿管などの呼吸管理を要した。さらに14%の症例では、強心剤投与が必要であり、重篤な状態での搬送例が多数であったことが伺え、ドクターカーでなければ救命し得なかったものと推察される」ということで、従来の一一般の搬送の救急車では、先ほどからも申してますように、搬送中に治療をするということが不可能でございますけれども、ドクターカーにつきましては、専任の医師・看護師が児の状況を見て、適切な治療をすることによって児の状況を好転させるような治療を搬送中に行っているということで、4割の症例がこのようないろいろな治療を搬送中に行うことによって、先ほど記載させていただいたように、搬送終了時点においては、児の状況がかなり好転しているということで、やはり新生児搬送用ドクターカーというものの有益性が示された論文かと思えます。

今回は、この参考資料を一つつけさせていただきただけでございますけれども、同様のご発表は多数ございますので、つけ加えさせていただきます。以上でございます。

小林部会長： どうも、西久保先生、ありがとうございます。

詳細に検討させていただいて、非常に助かります。ただいまのご説明に関しまして、委員の先生方、何かご質問・ご意見ございますでしょうか。資料の確認でも結構です。

平岡委員： 搬送件数が私は多いと思います。早期剥離が120件というのは何を根拠にうたっておるんですか。先ほど言われましたけどね、それほど多くないと思いますけども。

西久保委員： ありがとうございます。

この120件という症例は、奈良県全体で発生する胎盤早期剥離の総症例数でございます。これは教科書的にも出ている数値だと思いますが。

平岡委員： いやいや教科書的には結構です。実数ですか、本当にこれ。

西久保委員： 先ほど少し述べさせていただきましたが、私どもといたしましては、これが実数かということで、一つのモデル開業医院をモデル医院とし検討しました。

平岡委員： それは困ります。早期剥離の場合は大抵、大学ないし県立奈良病院へ搬送されますのでね、そこでの症例を全部合計するとか、そういうふうにやっていただきたいと思えます。

西久保委員： わかりました。

平岡委員： 個人の医院からの立場で見れば、それは統計が異なりますのでね、それでは危ないと思います。

西久保委員： それにつきましては、また、確かに先生がおっしゃいますように、これが120件なのか、今後それにつきまして、現時点におきまして、この私どものドクターカーのこの作業部会といたしましては、その各産婦人科施設様から正確な胎盤早期剥離の症例数について集計すべきであったかというふうに思います。

平岡委員： 当然そうすべきであったと思います。

小林部会長： 確かにこれ以上に、400以上になるということではまずないだろうということは、大体概算わかりまして、例えば年間365件あったとしますね、そうすると1日1件、そうしますと例えば2ページの資料で、1日1件の新生児搬送用のために、固定した医師がさらに1人欲しいんですか。

西久保委員： 病院におけるNICU内診療のためのスタッフというものが、この規定された、その総合周産期母子医療センターにおける医師数と考えております。先生がおっしゃいますように、どれぐらい搬送の依頼があるのかということや、実際的に行って帰ってくるだけなのか、行って分娩立ち会いでどれぐらい時間がかかるのか、そういったことも症例に応じて若干の違いはあるかと思いますが、今の医師の配置数というのは、あくまでも院内で入院している婦・児の治療のために必要な医師の数ということですので、そこにプラスアルファこの新生児搬送をするという形になりますと、これを例えば24時間体制でいたしますと、現在奈良県立医科大学のNICUは2人で当直体制を組んでいます、ここにもう一つ、ドクターカーによる新生児搬送の依頼が来た場合に、その2名のうちの1名が抜けるということになると、院内で見ている児の安全性が確保できにくいと判断しました。そのためにもう1名、やはり増員していただくことが、入院している児と、そして搬送をされる児の両者の安全性を考えますと、やはりそういった体制が好ましいのではないかと、部会では考えさせていただきました。

小林部会長： わかりました。そのほかいかがですか。

いろいろ、経営面のことまでについて検討されてますが、経営面

のことは県が考えていただくということにして、とにかく部会としてはこれは必要なんだという根拠を示さないといけないと思います。それから例えばこの三重県における論文、これもちよっとまだ見てないんですが、これではマンパワーのことは何か記載がありますか。新たに新生児カーを整備することによって、人口が、例えば150万とか200万くらいの地域で、どのくら

いのマンパワーがかかっているのか、あるいは先ほど先生が言われましたように、出かけて行って、どのくらいの時間的な制約があるのか、もちろんこれは地域性、道路事情によると思うのですが、そういう資料があると、非常に参考にはなるんですが。

小林部会長： わかりました。そのほかいかがですか。

いろいろ、経営面のことまでについていろいろ研究されてますが、経営面のことは県が考えていただくということにして、とにかく部会としてはこれは必要なんだという、やっぱり根拠を示さないといけないと思いますし、それから例えばこの三重県における論文、これもちよっとまだ見てないんですが、これではマンパワーのことは何か記載がありますか。あるいはこういう資料に、新たに新生児カーを整備することによって、例えば比較はできないんですが、人口が、例えば150万とか200万くらいの地域で、どのくらいのマンパワーがかかっているのか、あるいは先ほど先生が言われましたように、行って出かけて行って、どのくらいその時間的な制約があるのか、もちろんこれは地域性、道路事情によると思うんですけども、何かそういう資料があると、非常に参考にはなるんですが。

西久保委員： 今回は、参考資料としては出させていただいておりませんが、大阪並びに兵庫の施設でございますけれども、大阪府立母子保健センターでございますけれども、ここが大阪の新生児搬送の基幹病院として、大阪市立総合医療センター、そして大阪府立母子医療センターがその基幹病院として動いております。この施設で、年間の搬送が258件ございまして、その際の新生児科の医師でございますけれども、11名の医師が働いております。

兵庫でございますけれども、兵庫県立こども病院におきま

しては、年間の搬送数が88件、平成16年ということでございますけれども、ございます。この兵庫県立こども病院におきましては、常勤の医師が7名で働いております。

それからこの、奈良県立医科大学というところの一つの特性といたしまして、今現状におきまして全員の医師が諸般の事情から、24時間ですね、病院で勤務できていないという諸般の事情がございます。そういう点を考えますと、この大阪府立母子保健センターが11名、兵庫県立こども病院が7名というところから推察させていただきますと、奈良県立医科大学におきましても1名の増がやはり昼間であれば、24時間であればやはり2名というのがやはり、決して過剰な数でもなく、過小な数でもないだろうというふうには考えております。

小林部会長： ありがとうございます。大阪とか兵庫県はどのくらいの人口のエリアを対象にして258件と88件なんですかね、それはどのくらいのエリアなんですか。

西久保委員： 兵庫につきましては正確ではございませんけれども、大阪につきましては、大阪を2つの、大阪府立と大阪市立が二分いたしましたして、ほとんど収容されているかと思えます。

正確なそのところにつきまして、検討ご報告するだけの情報が、用意していません、おおよそのことは言えるんですけども、正確な資料がございませんので、またそれについては、追って先生にご報告させていただくということをお願いできませんでしょうか。

小林部会長： わかりました。先ほどの、2,000グラム、2,300グラムというのは、大阪の搬送する基準の一つにあるわけですね。そうするとその基準と、奈良県でやろうとする基準をあわせても、同じくらいの患者の搬送が必要だということですかね。

西久保委員： そうですね。ただこれはあくまでも、大阪府立母子保健センターの数でございますので、大阪市立総合医療センターも相当数出ておりますし、また大阪には高槻病院がございますので、高槻病院もドクターカーを持っておりますし、幾つかの施設がドクターカーを持っておりますので、これはあくまでも母子センターとしての実数でございますので、大阪全体の数というふうに考えていただきますと奈良県の数がいかに

も多いように思えるかとは思いますが、これはあくまでも大阪府立母子保健センター単独の資料というふうにお考えいただければというふうに思います。

小林部会長： わかりました。確かに大阪と聞くと、あの人口で258人なら奈良県はもっと少なくてもいいのかなというイメージ、先ほど平岡先生が言われたようなことをちょっと感じましたので、今確認させていただきました。

平岡委員： よろしいですか。

小林部会長： はい、どうぞ。

平岡委員： もっと少ないですよ。しっかり調べていただきたいと思います。大阪府立母子センター、市総合医療センターの出動数とか、全部調べたら数字出てますのでね、それをちゃんと提供して、それを議論していただきたいと思います。過大な数と私思っておりますので。本当に必要な数はどれだけかという、実数をしっかり調べた上で、そのために先生はこの作業部会されたんじゃないでしょうか。各委員にもっとどんどん調べさせたらいいと思います。

事務局： 事務局から補足させていただきます。大阪の状況につきましては、6つの病院でドクターカーを有しておられまして、先ほどおっしゃいました府立母子センター262件、あと市立総合医療センター194件、関西医大の枚方病院が73件、高槻病院が153件と、淀川キリスト教病院が62件、あと愛染橋病院が21件という、平成19年度の搬送実績としていただいております。それをもとに、人数につきましては過去にそういう調査をしたものがございましたので、それを参考にご提出させていただいたというものでございますので、補足させていただきます。

小林部会長： 全部合計すると800件ぐらいですか。逆に単純にそれと人口と比較すると。

事務局： 今、大阪の分を単純に合計させていただくと、765件、大阪の人口は大体800万。

平岡委員： 大阪の分娩数から計算したらいいと思います。

事務局： 分娩数は、ちょっと今手元に資料がございませんので。

平岡委員： 6万ぐらいだと思います。

事務局： 奈良県の6倍ぐらいですね。単純に割ると130、奈良県であるのではないかというふうな数字は出てきますね。

小林部会長： お産が6万だから、6分の1でいいわけね。そうすると大体100件 ちょっと。

事務局： 130前後になると思います。

小林部会長： 早剥があっても例えば軽傷の場合は、あまり利用されないかもしれないですね。緊急で頼むわ、というときには、ドクターカーがあると便利ですが、重症軽症の比率がちょっとわからないので何とも言えないんですね。

赤崎委員： 赤崎でございます。この実数といいますのは、搬送されたということで、出動回数ではないですね。ということは、恐らく現場ではですね、出動されても搬送はなかったという症例がたくさんあると思います。そこでもう治療を終えて、それではどうぞというような件数がありますので、本来はそれも含めるべきだと思います。これは結果論の数字というんですかね。難しいですけども、予測結果論というのは難しいんですけども、本来はもっと出動回数が多くて、いわゆる搬送目的で依頼されたんですけども、搬送しなくてもよかったという症例がたくさんあると思います。

小林部会長： 現場に到達して処置することによって回復したので、そこで帰ってもらったという意味ですね。

赤崎委員： はい。

小林部会長： なるほど。大阪のデータは、あれはそういうのも全部含めてるんですか。それとも収容した数ですか。

事務局： 調査の段階で明確に提示してなかった部分もありますが、こちらからの問い合わせでは、稼働させた数は何件ですかという問い合わせを、各都道府県にさせていただいて、先ほどの数字の回答を得たところです。

小林部会長： わかりました。ということは、そういう症例も入っていて、奈良県に換算すると百二、三十人という数ですか。西久保先生いかがですか、その辺のことはワーキングの中では話がありましたか。

西久保委員： はい、ございました。やはり今回のドクターカーの搬送というイメージがですね、従来はその病的新生児を産院から新生児集中治療室に搬送するというのが従来のドクターカーのなしていた役割の重要な部分の一つであったとは思いうんですね。ですけれども、これはあくまでも人的な問題等の問題が解決されないといけないわけでございますけれども、ある意

味産婦人科の先生方にとりまして、非常にその重篤な疾患の代表的な、この胎盤早期剥離が疑われた症例につきまして、その疑った段階でドクターカーが出動し、そしてその場に早急に立ち会うと。分娩に間に合えれば間に合うと。その上で産科の先生方が産科としてのお母様の容体の確認・確保、適切な処置に集中していた。私どもといたしましては、新生児の病状の評価、適切な治療をそこでさせていただいた。そういったことも、やはり今後の、特に新生児医療のさらなる改善いうことを考えますと、従来その、重症だから迎えに行くというだけではなくて、より積極的な母体、産科側への介入が、新生児、結果といたしましてお母様もかと思えますけれども、新生児母体の病的な状況からの快復・改善をより早期にさせると考えております。ですから、この出させていだきました年間の必要な人数という意味では、ある意味確かにやっぱりMAXというふうにとらえていただいていた方がいいかもしれません。

平岡委員： わかりました。ちょっと聞きますけどね、胎盤早期剥離と判断した場合は、センターに送っていただいた方がいいわけですね。新生児のドクターカーが出動するという余地は、余り私ないと思います、実際に。臨床の現場においては。母体の方が危ないわけですね。そうしたら大きい病院に運んで、その結果、そこで帝王切開するなり、する方がベターですね。ドクターカーが出動して、個人の医院行って、早剥の症例ベビーは引き取ってくるって、そんなことは現実的にはないと思います。そこまでおわかりなんですか。

西久保委員： すべての症例につきまして、確かに先生がお話しになりましたように、立ち会わないといけないのかと、立ち会うことができるのかというご意見に関しましては、確かにそうかと思えます。ただ、今回の作業部会の中でありました意見の中に、産科施設では生存をしていましたが、センターに来たときには児は既に死亡していたという症例がございます。こういった症例につきましては、お母様が産科施設に自分の児の状況等を訴えてこられた段階で、お母様の情報からかんがみて、経験のある産婦人科の先生ですと、これは胎盤早期剥離が疑われるというような症例につきまして、もしも産科施設におきまして治療を、適切に行うことによって、救命でき得

た症例もあるのではないかというふうには考えております。

平岡委員： 違います。早期剥離は個人の医院で扱うべきじゃありません。全部送ってください。その方が、結果母体のあるいは新生児の予後はよろしいです。明らかです。ですからそのように新生児のドクターカーが出動して何とかしようという、早期剥離を個人の医院で帝王切開する、そんな度胸のある先生おりますか。私はいないと思いますよ。

赤崎委員： 現場の方からちょっとお話させていただきます。さっき西久保先生おっしゃいましたように、現実には胎盤早期剥離と診断を、現場の診療医療機関でされて、それから搬送依頼で搬送先の大学並びに県奈良等々の病院に到着されて、それから処置をされる、それが理想的なことはよくわかりますけども、ただ実際に診断がついてから、いわゆる胎児が出て、終了するまでの時間を考えますと、軽症、いろいろな条件はあると思うんですけども、間に合いません。これ経験上ですけども、大学に搬送、私のところは大学まで10分15分で到着しますけども、そこからですね、ドクターが麻酔科、中央手術場に連絡をして、それから準備をする、それから手術場に運んで、それから手術ですから、一般的に言われてる、30分間ルールという、全然適用にはならない。

平岡委員： 違います。今はそのように30分ルールをやっております。術前検査も全部省略して。

赤崎委員： ただ、現実としましては、それをおっしゃいましたように、搬送依頼をされてから胎児が出てくるまでの間に、胎児が亡くなってるという症例がある以上ですね、やはり直ちにそこで処置を受けられて、ベビーも対象、処置の対象を受けていただくということがベストじゃないかと。

平岡委員： 違います。

赤崎委員： 私個人的にですね。私のところはそれを実施しております、どちらも100%救命しております。輸血したのは十何件中1例だけでした。以上です。

平岡委員： そうですか。考えが全然異なっております。早期剥離の場合でほとんどの、本当に早期剥離だったら大層出血しますので、輸血をするとかいうのは、それなりの準備ができるような施設へ早急に送って、今はもう早期剥離と診断ついたら、麻酔科とか輸血部の方の了解得ておりますので、ご心配なく



すぐ手術に入れます。そういうふうにもう体制は整っておりますので、そこのところはご理解ください。

中島委員： 僕は小児科の医者ですので、早期胎盤剥離を送るか送らないとか、そういうこと全然わからないんですが、今回の議論はそういうことではなくて、ドクターカーの必要性があるかどうかということの、僕は議論じゃないかと。そうしたときに、これなら奈良県で200例でも400例でも余り変わらないんじゃないかと。むしろ1台必要性はあると、1台なのか2台なのかの、むしろ地政学的な、時間とかそういう問題になるので、余り今ここでそういう、インディケーションだとか、どこでやるべきかと言う議論は、ちょっと別なところでやっていただいた方がよろしいのかなと思います。

小林部会長： ありがとうございます。それぞれケースバイケースというのものもあるでしょう。例えば産科医の立場からしてみれば、早く胎児を出してあげれば母体がDICにもならず済むだろうし、輸血もしなくても済むであろうと考えるし、その方が後手に回ることはないのではないかとこの気持ちもある。かといってそこでもし、DICが起こったとすれば、責任問題などいろいろなことが発生してくるので、それも大きな問題だと思う。もう一方、実際の症例数がどのくらいあるのか、本当に大阪の比率で割り算して130でいいのか、いややっぱり奈良県の場合にはもっと手厚くやるために搬送の回数がふえた方がいいと、もし判断するんだったら、今度はドクターカーが整備されたって医者が不足するわけですよ。看護師もしかり。運転する人を雇っても、同乗する医師がいなかったらなんにもならない。やはり、奈良県バージョンというのは是非つくらないといけない。大阪と同じ割り算で見切り発車をして、じゃあいつから動くのか、それがわからないと予算請求したとしても本当に動くのかなという不安があります。今本当の数がどのくらい必要なのかということも、大事だと考えました。

何かご意見ございますか。

平岡委員： 失礼しました。中島先生のおっしゃるとおりです。これは作業部会で徹底的に議論していただきたいことで、今日の会議では、ドクターカーが1台あるいは2台必要なのか、それをしっかり決めていただけたらというふうに思います。それだ

けです。

高橋委員： 今の、胎盤早期剥離の事態、先生の、平岡先生言わはるような状態では、恐らく多くは実際母体搬送で送っていただいているんですけども、いろいろな状況があると思うんですけども、今、中島先生言われたように、いわゆるドクターカーというのは、本当に奈良県で全く要らないのか、それとも導入するかということ、部会に検討していただいたので、現実的に今奈良県で動いてるわけじゃないんですけど、過去の事例の搬送や、いろいろなデータを集めても、必要性を僕は示していただいたかなという印象を受けてるんですけど、ただ小林教授の言われるように、すぐにこれを現実に行えるかどうかというのは、まだ詰めないといけないところはたくさんあると思うんですね。実際にどこにどうするかとか、受け入れられるか、そういう問題もありますので、必要性はやっぱり出たと思うんですね。そういう印象を受けたんですが。

樋口委員： もうちょっと詳しく言うと、搬送実績が80件、それから患者転送の方15件、これ十分の実績です。実際搬送されるときに、大人用のストレッチャーの上に保育器を乗っけて搬送してるような県は今どきありません。それだけでも十分必要性はあると思います。

運用をどうするかですけど、その件に関しては、今高橋先生も言われたとおりだと思います。

小林部会長： いろいろご意見、先生から伺いましたけれども、必要であるということに関しては、これはもう先生方の意見は意思統一されているというふうに考えてよろしいですか。さらにご意見ある先生はおりますでしょうか。

そうしますと、ドクターカーは奈良県に最低1台は必要であろうと、あるいは北和と中南和に各1台ずつ配置することが望ましいというのが結論だとすれば、恐らくそれに見合う経費というのは出てくると思います。人件費がどうだとか、経営面についても、ここで余り心配することではないのかもしれないけれども、これに関する資料とかデータとか、実際に他府県で確認したということはあるですか。

私として個人的に気になるのは、他の都道府県を見ると必ずしも行政が全部財政的にカバーしているわけではないですよ。例えば、パチンコ協会とか宝くじとかそういうところ

にアプローチして、行政も頑張る、全体で周産期を盛り上げていこうという機運も必要だと思います。奈良では行政が財政的に全部負担するのでしょうか。

事務局：これは前回、2回目の資料になるんですけども、全国の新生児搬送用ドクターカーの導入状況を調査いたしましたときの結果の際に申し上げたんですけども、ほとんどの都道府県の場合ですね、ドクターカーの購入、1台目は県で買っておられるというところが多くてですね、複数台、2台目以降につきまして、部会長がおっしゃいましたように、宝くじやパチンコ屋さんの団体等から寄贈を受けてやっておられると状況もあるようです。

奈良県におきまして、もし導入するといたしましても、1台目、これはいきなり遊技協等はないかもしれませんが。宝くじ等が使えるのであれば、それは充てていきたいと考えています。もし充たらなかったとしても、自主財源で購入するという意向でございます。ただ、運用につきましては、他の都道府県の状況を見ますと、総合周産期母子医療センターもしくはその病院で独自に運営をされておられて、運用の基準を持っておられるというところが多いですね。基本はそちらだと思っておりますけども、それは病院の状況によって、今後進めていかなければならないことだと思っております。

小林部会長：わかりました。そうしますと、この部会で決めることは、ドクターカーの必要性だけでいいんですか。それとも具体的な台数も要求に上げるんですか。例えば前回の一次輪番のときにも、生駒の消防の方から話が出たと思うんですけども、1台じゃ困るというようなこともあると思うんですね。その辺はどうなんでしょう、実際に運用するにあたって1台でもやれるのかどうか。

事務局：1台でも運用できるかどうかというのは、当然大学になるのか他の施設になるのかわからないんですけども、病院側の人員の配置がどうできるかとかいうあたりをまず詰めていかないと、まず2台要りますねとなったところで、2台を県で買って運用できる人がいなければ進まないということですので、そのあたりは今後病院と検討、また詰めていきたいとは思っております。

小林部会長： でもそれじゃあ動かないでしょう。2台欲しいんだということを決めないと、予算がつかないのではないか。医者がいないから車だけ買って、車庫に入れておくのですか。

事務局： 最低2台欲しいんだということを決めないと、予算がつかないのではないか。しかし、医者がいないから車だけ買って、車庫に入れておくのはまずい。

小林部会長： つまり必要だという提案をするわけですか。

事務局： 必要性があるかないかということで、提案を部会の方からいただければ、それに向かって県内の病院側とそれに向かって努力していくというスタンスになると思います。

小林部会長： ドクターカーがない県はあるのですか。ないところもあるのかもしれないですが、必要だからみんな使うんじゃないのですか。

事務局： 実際、導入してない県も、これも2回目の資料で提出させていただいてるんですけども、回収率が70%で、33都道府県からの回答ですけども、うち13都道府県は未配置ということの結果も出ております。ただその未配置の都道府県においても、配置の必要性があるのかないのかということではなく、恐らくその配置できるドクター・運用できるドクターがいなかったか、奈良県と同じような状況なのではないかとは思いますが。

小林部会長： 常識的に考えれば欲しいですよ。あるに越したことはないですね。

事務局： はい。

小林部会長： しかし、それが運用できなくて車庫に入ってたんじゃ、それは何の活用にもならないでしょう。そのために奈良県では、今の地域性を考えたら2台必要だ。そのために出動回数を考えたら医者はこれぐらい必要だ、看護師はこれぐらい必要だという大体の案が今回出ましたよね。そうしたらこれをどういうふうに持っていくんですか。看護師部会にまたこちらから提案するんですか。看護師をスキルアップし、人員を配置するための努力をしろとか。どういう形でこの提案を、現実味を持たせるんでしょうか。ただ提案して、ドクターカーが欲しいと言うだけなら、2回目よきの議論でも欲しいと言う結論ですよ。欲しいけど一応ワーキンググループでもんでみましょうということになったわけです。

事務局： 必要性があるかどうかについて、ワーキンググループで検討していただいて、今回必要がありますねという提案をいただいたところですので、それに向かって努めていくということになると考えてます。

小林部会長： 私としては中途半端なんですよ。いつからやるのか。具体的に何が変わるのかというビジョンはちょっと見えないんですよ。それは提言として2台必要です、北和と中南和に1台ずつ置いてください。そうすると、医者がこれだけ必要です、看護婦がこれだけ必要です、毎日1台ずつ稼働してるでしょうという見通しは大体出ました。それで終わりですか。

武末委員： 2台望ましいということはいいただきましたし、それに向けて目指していかないといけないというご提言をいただくことは、この部会としてですが、じゃあ実際2台運用できるかというところのハードルについては、小児科医の確保とか、看護師の確保とかいう問題がありますので、それが今時点で、じゃあこの部会でそこまで踏み込んで提言できるかということ、ちょっと難しいと思いますので、まずは2台は必要である。あとどの程度実現性があるかというのは、やはり県と関連する医療機関で協議をしながら、1台なのか2台なのか、とりあえず来年の話なんですけども、そこは具体的には県と医療機関との協議に委ねていただければと思います。もちろん、2台を目指すというところは明確に受けとめさせていただきます。

小林部会長： それならば、去年の11月に、既に9項目の対応策というのが出てますよね。あれはやるべきことなんですよ。ドクターカーの整備というのは既にやるべきことというふうになってますよね。だから当然、ドクターカーは配備するという前提でもう1年もたってるわけですよ。具体的にどうやって運用できるのですか。

武末委員： もちろんそうなんですけれども、ここで言えばこの1年間何を議論してきたかということなんです。皆さんの中で、必要であるというコンセンサスはあったんでしょうけども、それが行政的に言いますと残念ながら予算要求できるほど十分な説明になってなかったということで、部会でももんでいただきましたし、この1年間十分な議論をしました。別に異論を申し上げるわけでは全くございませんけれども、一部、例

えば行政的に、ある方に聞くとそこまで要らないよと方もおられたりとか、本当に行政としては、部会として必要だと言われてもですね、実際いろいろなご意見もありましたので、やっぱりそこはきちんと、ここではもう一回1年間検討していただいて、再度結論をいただくというのが、この1年間の取り組みだったと思います。

小林部会長： わかりました。ただ去年の9月に始まった検証会は11月に報告書が出ましたね。あれは行政として検証会を通して奈良県で何を変えていかなければいけないか、代表的な9つの項目を提案したわけですね。あれはもうやるべきというスタンスで、外部へアピールしたわけですよ。だからやらないといけないんですよ。それはもう決まっていることじゃないんですか。ここでやるのは、奈良独自のビジョンを示すことです。大阪がこうだから奈良もこうでいいと、それじゃいけないと思います。やっぱり地域性というのは大事です。ドクターカーを配備するという事は、提言の項目として、9つのうちの1つに上がってるので、当然それは県としてやるべきことであるというスタンスでスタートしてるはずですよ。ここはもっと現実味を帯びて、こうやったら奈良県ではできるということを提案しないと、事務的な話で終わってしまうような気がするんで

すよ。心配なのは、次に話をする周産期の体制にしても、文章で書いたことが現実味を帯びなかつたら、これは絶対改善しませんよ。今までどおり、今までの繰り返しをするだけ。何の進歩もない。言葉ではいいことを書いてもね。全く進歩しないですよ。そのためにどうするかということを、ここでやっぱり提案しないといけない。そうしないと奈良県は進歩しない。

1年間でこれだけ進歩したんだから。ほかの都道府県が奈良県をまねするようにすればいい。ほかのまねをしちゃいかんですよ。

武末委員： 具体的に導入するに当たっての問題点、具体的には多分ドクターカーに乗る小児科医の確保をどうするのかとか、周産期母子センターにおける看護師確保をどうするのかというのを、この部会を出していただけるということでしょうか。

小林部会長： それは看護師部会、医師確保部会でやるべきでしょう、こ

こじゃなくて。そのために次長がいるわけですよ。横のつながりをちゃんと透明にするために。

武末委員： では、看護師部会に持っていくとして、では1台導入するに当たっては、看護師が何名で小児科医が何名で、望ましい2台を導入するに当たっては、小児科医が何名で、看護師が何名必要ですという。

小林部会長： 望ましいよりも、最低限これだけは欲しい。

武末委員： 具体的な数字を上げていただいて。

小林部会長： これだけないと動きませんと、ドクターカーを整備しても動きませんと言う正確な情報を提供しましょう。

武末委員： それに、その数字に向けて、小児科の部会であるとか、看護師長部会の方に、その確保をするためにはどうすればいいのかというのを、じゃあそちらの部会の方に持っていくというのではいかがでしょうか。

小林部会長： ぜひそうしてください。そこで検討してもらって、我々がまたその意見を聞いて、これが現実可能なことなのかどうか、その辺をやっぱり判断をしないといけない。

武末委員： 具体的な数字を、必要な人員の数字を出してもらおうというのは、むしろこの部会を出していただければと思いますが、私がちょっと勘違いしたというのは、それをいかにして確保するのかという議論までここでされるのかなと思ったので、そこはちょっと違うのかなと思っておりましたので。そこは先生と私の認識は共通だということで、確認できたと思います。

小林部会長： それと、どれだけ需要があるか、本当に早剥と診断したらみんな出かけていくのかどうか。今までは高次病院へ救急車で搬送し、ドクターがついてくる場合もあるし、看護師がついてくる場合もあるし、助産師がついてくる場合などいろいろなケースがあると思います。しかし、今までこちらから出かけて行って処置するということは、奈良県では多分なかったんですね。

赤崎委員： 大昔ですけども、NICUの先生がみずからの判断で蘇生の道具を持って蘇生に行かれたことがあります。

小林部会長： 例外的な場合ですか。産科の医師なんですか。産婦人科の医者が行くことはまずないですよ。

潮田委員： もう今その制度なくなったかわからないんですけど

ど、名古屋でそういうことが、新生児科の先生が1人ないし2人にとって、出産のある場所に行って新生児の方のケアをされたと、しているというシステムは聞いたことがあります。

高橋委員： 実際にはですね、これまで僕二十何年やってるんですけど、そういう、本当ににっちもさっちもいかん状態でのことだと思います。救急車呼んで蘇生道具持って飛んでいったことがあります。だけど実際には搬送車がなくてですね、非常に困ったことも多々あります。それは救急車を呼んでも救急車の管轄などで、そこに行けない場合もありました。いろいろな諸事情があってですね、難しいこともありますので、やはり県内にそういう新生児専用のものがあればですね、非常に助かるというのは間違いのないところだと思います。ただ、先生の言われるように、現在そのNICUも満床なので、行って連れて帰ってきて時に自分のところに収容できるキャパシティがない。NICUの余力ではないですけど、ベッドの確保がまず一番と考えます。もちろん非常に重症の場合はすべて受け入れています。どんな場合でも無理してでも受け入れています。やはりそのベッドの余力をまずつけるためにも、看護師の増員ですね、まずそれは最初に優先されるべき内容かとは考えてますよね。みんな少しでも改善するために、必要性に関してはそういう認識で、それなりの数字をくれると思っております。

小林部会長： そのほか、いかがですか。委員の先生方。

潮田委員： 2台必要、そのとおりでと思うんですけど、実は何年か前にですね、SARSがはやったときに、奈良県感染症、大学の中に感染症センターできましたね。そのときSARSの、患者運搬用の車を導入されたはずですけども、あれ実際動いていますか。動いてなかったもそれがあるということが、周産期のために必要なことなので、財政的なこともあるでしょうけども、奈良県の地域的なこと考えたら、北と南に1台ずつ必要だということは、私もその線で検討していただきたいと思えます。以上です。

小林部会長： ありがとうございます。よろしいですか。

方向性としては、少なくとも行政としてもドクターカーやドクターヘリの整備はもう対応策の一つとして挙げているわけですから、やはり必要であると。我々も、運用面に関しては、



これはもう早く解決といいますか、整備していかないと、本当にドクターカーはあっても動かないという状況になってしまいますので、それだけは極力避けなきゃいけないと思います。恐らく県民には、ドクターカーが整備できました。また安全・安心の医療が提供されますよということをアピールするでしょう。それに向けてもやっぱり、我々は情報を正確に公開して、ちゃんと人員確保もしないといけない、そういう運用の面で多少不安は残りますけども、反対の先生はいないということなので、委員が意見を一致させて、ドクターカーの整備に向け、部会として県に要望するという形でまとめさせていただきたいというように思います。

1時間以上たってしまいましたので、次の議題に移りたいと思いますけれどもよろしいでしょうか。

次はですね、またこれもいろいろ問題もあるんですけども、奈良県の産科医療体制についてということでございます。もう一つの大きなテーマで、今まで2回周産期医療部会を開催いたしまして、いろいろな問題が出てきまして、前回も、中期的なビジョン、すぐにやらなければいけないものに分けて話をしてきましたので、その辺も含めて、事務局から説明をお願いします。

事務局： お配りさせていただいております資料2をお開きいただきますようお願いいたします。

今年の8月に県内の各分娩を取り扱っておられます医療機関さんに調査をさせていただきました。平成19年の施設別分娩件数を記入した上で、施設別の適正の月間分娩数と、最大月間分娩数をお伺いしております。なぜ2つを聞いたかと申し上げますと。施設として適正な分娩数が幾らあるのか、あと、頑張ればどこまでできるのかというご意見等もありません。前回その位置づけがはっきりしていなかったということで、適正分娩数と最大分娩数という2種類の聞き方をさせていただいております。

縦の資料なんですけども、病院・診療所別に、各奈良県内の医療圏、奈良医療圏・東和医療圏・西和医療圏と、中和医療圏・南和医療圏がありますが、南和医療圏には診療所が1つしかございませんので、中南和という形でまとめさせていただきました。

それに対し、平成19年度のそれぞれ分娩件数と、月間適正分娩件数、月間最大分娩件数に、単純に1.2を乗じた数値を年間適正分娩件数、年間最大分娩件数としております。その上で、一番直近の出生数である平成18年の出生数との差を出しております。それぞれの医療圏ごと見ていただきますと、奈良で申し上げますと、平成18年度の出生数2,845に対しまして、施設別の適正の年間分娩数3,012、最大の分娩数3,312というような形で、それぞれ出生数の差が167、467となっております。ただ最大の年間分娩数というのはあくまで、その施設で最大可能な、長くは続かない一時的に可能な数値というのでありましょいか、一般的な数ではないと思っておりますので、適正分娩数というので比較いたしますと、それぞれ医療圏ごとに、奈良の医療圏で167、東和の医療圏で362、西和の医療圏で368の余裕がございますが、中南和の医療圏では545件不足しているというような形になっております。特に南和の医療圏では出生数が492ございますので、南和には1つの診療所しかなく、ほぼ賄い切れてないため、中南和で545の出生数との差があるということになっております。奈良県全体としては、352の余裕はあるんですが、やはり地域的な問題もございしますので、それぞれのエリアごとというような形で表記をさせていただきました。

続きまして、資料3ですが、これは先日行われました、第3回の看護師等確保部会の資料の、検討の方向性のデータでございます。この中で下線を引いております、助産師職能の有効活用と県内の周産期医療体制の整備のため、助産師に対し検査技術等の向上のための研修を実施する必要がある。というところが出ておまして、今後分娩におきましては、医師だけではなくて、やはり助産師の活用も視野に入れた検討が必要なのではないかという提言が出ておりますので、それもあわせて資料とさせていただきます。

資料の説明は以上でございます。

小林部会長： ありがとうございます。資料、まず2の方からいきましょうか。これは地域別出生数及び施設別分娩数の調査ということで、各エリアを4つに分けたときのお産の数と、実際にそれをカバーしている分娩数がどのくらいあるかと、その差

を見てるものですね。これは前回の調べた資料と比べて、大きなずれはありますか。

事務局： 前回の資料と比べましても大きなずれはございません。やはり前回も南和地域におきまして、足りないというような結果が出ていましたが、今回もやはり同じような形で、中南和地域におきまして出生数の差が出ておるといというような結果でございます。

小林部会長： わかりました。前回、平岡先生の方からもいろいろなご質問ございましたけども、その点は平岡先生、いかがですかね。

平岡委員： この中で、東和及び西和の方につきましては、平成21年の見込みというのはどのぐらい予測されておられますでしょうか。もっとはっきり具体的に言いますと、ちょっと病院の名前挙げて失礼ですけど、済生会中和はお産もう扱っておられませんし、県立三室病院も報道のとおりであれば、4月以降お産は扱わないということです。さらにこれから減るわけですね。この362とか368というのは、私は大き過ぎる数字だと思っておりますのでね。

事務局： 8月時点で先ほどの調査したということで申し上げましたとおりですが、8月の時点で済生会中和病院につきましては、分娩を中止しておられますので、平成19年度の分娩実績としては含まれておりますが、施設別の適正年間分娩数の数値には入っておりません。あと、県立三室病院については、今も決定してるということではないため、数値として含んでいますが、具体的には約200という数が出ておきまして、こちらの200を引きましても、奈良医療圏と同じぐらいの168程度の余裕があるというような結果になっておりますので、補足をさせていただきます。

小林部会長： わかりました。より具体的な数字が出てきたようですけども、ここで見るのはやはり最大月間分娩数というのはちょっと置いておいて、やっぱり適正年間分娩数ですね。これ以上医者に頑張ってもらってどのくらいできるかということはこちらちょっと置いておきます。適正年間分娩数で見ますと、中南和が500人以上足りない。ベッドが足りないといえますか、お産されている方が中南和からほかの施設へ移動してるという実態ですね。中南和といっても確かにそのエリアが広いですよ。一律に北和と比較するというのは非常に難しいんで

すが、少なくともこういう実態があると、やはり何とかしないといけないというのは、委員の各先生方、皆さん共通した認識だと思うんですが。

平岡委員： 武末次長さんにお伺いしたいんですけど、奈良県のこの各地域、4つに今一応分けておられますけど、各地域の妊婦さんの需要を満たすため、県としてどのように全体をお考えか、それを教えていただきたいんです。私たちは一医療機関の立場からは意見はありますが、全体からは眺めてるわけではありませんので、お願いいたします。

武末委員： 分娩の可能な能力ですが、これは非常にギリギリのところであると思っております。ですから、もう少しゆとりを持った分娩能力を、県全体としてはつくっていかないといけないのではないかなと考えています。

平岡委員： 具体的に言えば、この中南和はマイナスが出てるわけですね。この地域の妊婦さんに対しては、県としてはどういうふうにしてあげるといような、方策はあるんでしょうか。

武末委員： そうですね。南和で何をするかということではなくて、県ですので、県全体としてきちんと底上げをして、その中でカバーしていくというのが一つあります。

平岡委員： 具体的に言えば、この中南和の住所がある方でも、奈良市なんかに実家とかある方は、私たち北和圏の方に通院されている妊婦さんは現実にたくさんいらっしゃいます。そのように、それは個人的に、自分でやってるわけです。そうでなくて、行政の方から何らかの対策を講じていただけないでしょうか。

武末委員： それを講じるためにこの委員会を設けて、皆さんの意見を賜ってるというふうに思っています。

小林部会長： 確かに、ここでその方向性をやはり提案しないことには、行政も動きにくいんじゃないかと思えます。

もう一度、先生方の記憶といいますかそれを明確にするために、第2回目で現状と問題点が出ました。それに対する施策及び対応策の方向ということで

中期的な方向、胆略的な方向というものが出ました。もう一度確認のために読ませていただきます。

現状と問題点に関しましては、県内の分娩取り扱い病院が、平成16年の16医療機関から、ことし10医療機関に減っ

たという事実があります。16から10になった。

ハイリスク妊婦に対応できる医療機関が実質的に2箇所しかない。総合周産期母子医療センターを開設したが、看護師不足のためNICU部門がフルオープンできていない。

県外への母体搬送が依然として存在する。145名受け入れ、42名県外搬出。

安全な新生児搬送を行うためのドクターカーが未整備である。

NICU及び小児病棟に長期入院患者が入院しているが、受け皿の一つとなる重症心身障害児施設のこれも看護師が不足しており、受け入れが困難となっている。

産婦人科一次救急を2箇所で実施する予定であるが、1日平均患者は1箇所当たり1.1人。

ハイリスク妊婦搬送コーディネーターの配置が進まない。  
というのが現在の問題点です。

これを受けて、周産期医療提供体制をどうやったら構築できるのか。中期的なビジョンは、去年の8月に、先ほどの検証会の報告書が出ました。更に、今年2月に策定した周産期医療体制の整備基本構想に基づいて検討を進めている。その進行の方向を考えるためにこの部会が設置された。さらに中長期的な方向としては、先ほどのNICUから在宅や重症心身障害児施設との連携ですが、これを確立しないといけない。それから産婦人科及びNICU担当の医師確保、誘導を行う。これは医師確保部会と連携するということですが、これに関しては、かなり、初期研修医・後期研修医の指導、あるいは学生に対する教育を充実するという、ある程度具体的な意見が医師確保部会から出ていますので、私たちはそれに向けて努力をするということで、医師確保を確実にしていきたいというふうに思っています。あくまでもこれは中長期的なビジョンです。

短期的な方法、これは5つありました。

総合周産期母子医療センターの看護師確保を行い、フルオープンを目指すというのが1番目です。

2番目には先ほどの、NICUの後方病床の確立。そのためには看護師不足の解消を目指す。看護師確保部会と連携するという内容です。

3番目は、産婦人科一次救急の実施個所及びコーディネーターは、もう一度再検討を要する。

4番目は、きょう、先ほどお話ししたドクターカーの整備。

5番目は、周産期医療提供体制の拡充に向けて、研修をやっぱり体系的に行っていこうという、この5つが前回のまとめです。

ですからそれに向けて、今実際にわかったことは、中南和ではやはり500人以上お産、ある意味ではお産難民という言葉は使うべきではないとは思いますが、足りないということも事実です。それに向けてどうするか。今、5つの提案が整備されないと、なかなかこの問題は解決しないだろうと思います。医師が増えないといけない、看護師も増えないといけない、提供体制がうまくいかないとうまく流れない。それは総論的にはわかりました。じゃあそれに向けて、どうしたらいいということで、一番のキーワードはやはり看護師なんです。看護師がやはり補充されないことには、NICUも動かない、重心施設までの連携もできない。いろいろな問題が起こる。

ということで今回資料として、看護師部会の方からの提案が、資料の3ですね、これのポイントを説明していただけないですか、資料3をもうちょっと具体的にお願いします。

事務局：資料3のポイントについて、具体的にさせていただきます。

まず認定看護師ということで書いてありますが、認定看護師等の資格の取得のために要する経費や助成制度を検討すればいいと考えています。また、それによって、看護師のスキルアップ、あと県への定着が必要だということ、資格を取得した後の職場におけるキャリアアップの方法について整備しないといけない。あと、研修に送り出すために、病院に対する、資格に対する支援の必要があるという提起があります。それにより、キャリアアップに対する支援、あとその辺の負担についてです。それと職能と書いてありますが、看護師の中の、助産師の職能ということですが、助産師職能の有効活用とまた県内の周産期体制の整備のため、助産師に対して検査技術等の向上のための研修を実施する必要がある。あとは在宅です、訪問看護師、専門分野の看護師を養成するためのプログラムの実施ということで、看護師の定着とともに、助

産師の活用を行う必要があると。医師の養成というのはかなり時間を要しますが、今現在助産師として働いておられる方のスキルアップ、キャリアアップを行うことにより、今より以上の医師のサポートができるのではないかとというような考え方で、今、助産師職能の有効活用、今現在助産師として働いておられる方の、検査技術等の向上のための研修を行い、その方達を周産期の現場に、第一線で働いていただくことによって、ある程度の不足をカバーできるのではないかとというような方向性が出ております。

小林部会長： ちょっとよろしいですか。この検査技術等の向上というのは、具体的にはどういうことを想定してるんですか。

事務局： 部会で出ておりましたところでは、今現在の助産師というのは、病院の勤務の助産師ということにまず限らせていただきたいと思うんですけども。まずお産の対応というのは当然やっておられると思うんですが、いわゆる院内助産所、助産師外来等できちんと対応できるような、スキルを持った助産師さんというのは、まだまだ少ないと。その辺をですね、スキルアップすることによりまして、院内助産所もしくは助産師外来等を推進していくことにより、医師の負担を軽減するとともに、助産師のモチベーションを高めていく必要があるというようなことの方角性が出ております。

小林部会長： そうしますと、現在助産師として働いている方がいますね、その方を増やすのではなくて、その方々のまずスキルアップを第一段目にしましょうということですね。第二段としてその数をふやしましょうということになるんですね。

事務局： そうですね、まず今いておられる方のモチベーションを上げる必要がある。それを見ておられる看護師さんが、また助産師資格をとりたいなど考える。産婦人科もしくは周産期の方で働いておられる看護師さんが助産師を目指したいというような形で、さらに輪が広がって行って、人材の確保さらにキャリアアップの方が望めるのではないかと、検討の方角性となっております。

小林部会長： はい、ありがとうございます。少し、現場の先生から意見を伺いたいんですけども。スキルアップをすることが、看護師の数をふやすということと相関するんでしょうか。よくわからないんですけども。例えば、赤崎先生いかがですか。その辺

現場で。

赤崎委員： 他の病院で就職されてる助産師が、その産科病棟閉鎖のために他科の病棟勤務になってしばらくして、やめられて、私のところに再就職されるような方がいらっしゃいました。それで何が問題かと言いますと、一旦分娩を扱う業務から離れてるので、怖い。もうベテランですけども、そういうことをおっしゃいます。したがって今スキルアップというのは、直接ちよっとつながらないかもわからないですけども、技術といえますか、その環境を維持するという、離職された方においても再就職しやすいということに対しては母集団が広がるということにつながると思います。

小林部会長： ではそうすると、女性医師で一度現場を離れた先生が、もう一度復帰しようとしたときにもやはり同じ問題ありますね。それをいわゆるトレーニングセンターではないですけども、そういう形で提供していくということがやっぱり一番大事なことです。継続するには何が足りないんでしょう。スキルアップした方がいいですか。

赤崎委員： これはちよっと難しいと思いますけど、私感じる場所は、本人のモチベーションだと思います。

小林部会長： 本人のモチベーションが上がる施設と、上がらない施設、そこでモチベーションを持ってやっていきたいといいますが、この地域で根づいていればやめないような気がするんですけど、大勢やめてしまうというのはどういうことなのでしょうか。

赤崎委員： こういう公な会議で、すごく現実的な話で申しわけないんですけども、それぞれの人生観があります。結婚されて出産されると、家のマネジメントがあります。やはり家に重点的になるとかですね、そういうようなこととかですね、やはり独身でいつもフリーな時間で仕事に燃えてるといような助産師に比べますと、やはりちよっとしんどいからというようなこととかですね、気持ちが進まないということで続かないということがやっぱり原因としてあります。スキルアップということが母集団を広げるという直接にはつながらないですけども、やはり母集団をですね、まず広げていただく、採用される助産師ですね、やはり集めていただかないと次進まないと思いますので、それとプラススキルアップを同時並



行していただければいいかと思います。

小林部会長： 同時に進行しないといけないという問題もたくさんあると思います。

どうぞ先生方もご意見お願いします。

岡橋委員： やる気のある助産婦はたくさんいるんですけども、その選んだ病院によっては、最後のところまでずっとお産を担当していても、最後のところでは、ドクターがストップをかけて、あとはドクターに引き継いで、もう全然助産婦が手を出せないというような施設もあるのはあるんですね。だからそういうところでは、ある程度の経験を積むと助産師はもう引き上げてしまうというようなところもあるんですね。私の考えるところでは、現在いる助産師のスキルアップが、今先生おっしゃいました、数をふやすこととつながると思いました。しかし一部そういうこともあるかなとは思いますが、大きくそれがイコールになるのかなというところの疑問は持っております。今現在助産師会の方でも勤務助産師がおりますので、あともうちょっと第一線へ出ていきたいというようなものに対しても、医大の方の先生から蘇生のお誘いを受けたりとかして、助産師会でもスキルアップの講習会とかはいっぱいやってはいるんですけども、中にいる者のスキルアップにはなるんですけども、潜在でいる人たちをどう拾い上げていくかということは、知り合いの者に声をかけていくという、本当に消極的なやり方しか今のところできていないというのが現状です。

小林部会長： その潜在、いわゆる現場を離れている、資格があっても離れている方というのは、何があれば復帰していただけるという、条件というのは何なのか、情報お持ちですか。

岡橋委員： でもやっぱり家庭がありますので、子どもたちが見れるかどうかという、その辺のこと、それは女医さんも同じかなと思うんですけど、あとやっぱり大きなところでは、お産というのはずっとやってなくて、長いキャリアを持ってても、やり始めるのはとっても怖いので、そこでさっきおっしゃいましたような、そこでスキルアップというのはとても大きいことだとは思いますが、長く離れてると怖いというのは、大いにありますね。

小林部会長： やはりスキルアップをできる場を提供する。それから、勤

務場所ですねやっぱり提供するというのと、と同時に例えば24時間保育や病児保育を確立しておいて、いつでも受け入れられますよというようなシステムを構築して、それを両方でバックアップしないと、やはり数がふえていくことは難しい。

岡橋委員： それと、あと本部の方でも何年か前は潜在助産師の名前を、各県何名いるというのをくれたことがあるんですけど、今は情報公開、いろいろプライバシーのこととかもありますので、なかなかそういうのは上がってこない状況というのがあります。

赤崎委員： 私のところには、あるところから場所を移らないかという、直接電話がかかってきたりします。ちょっと、今度かかってきたら公表をしようかと思います。

小林部会長： その方は非常に素晴らしい能力をお持ちの方なのでしょうね。

赤崎委員： これは明らかに、名簿を見られて、勤務してるところを押さえて、その相手に直接話をして、そこをやめて来ないかと、そういう電話です。母集団が変わらないのに、そういうことをやっていっても、同じことが別の場所で起こるだけです。

小林部会長： 場所が変わるだけならいいんですが、県外に出てしまうと困るんです。非常に心配するのは、例えば、確かに資料の2を見ますと、中南和地区が500人以上足りない。そこで潜在助産師をやっぱりトレーニングする場を提供する。そういう場所ができれば、ドクターなりナースなり助産師が指導できます。しかし、認定看護師でも専門看護師で助産師でも、奈良県で育ててもらってスキルアップしたら、じゃあありがとうございましたと県外へ行かれたら、これどうしようもないですよ。やっぱりそこへ定着してもらわないと、幾らスキルアップしても、もっといい環境のところへ、流れてしまう。そのスキルアップだけさせて流れていったら困ります。ですから、やはりその全体の数をふやす、スキルアップする、そのためのバックアップも同時に行う。そのバックアップの中には、そこに定着して、長く働いていただける環境をやはり提供しないといけないと思います。やはりそれはここだけではなくて、看護師確保部会である程度の具体的なビジョンを出してもらいたい。確かに今回の資料を見ますと、それに

沿った内容は若干あると思うんですが、まだ総論的な内容で、例えば2番目には院内保育、病児保育、24時間保育、学童保育等の体制整備も必要というふうに書いてあります。具体的にじゃあどうやってこれをつくってきたらいいのかということは、その方向性は出てるんですが、具体的なことが書いていない。さらに最後のところでは、医療において福祉施設の果たす役割の重要性や人材確保が困難であることを踏まえ、看護師等確保対策の検討の中で、福祉施設における看護師確保方策を反映させることが必要であるとあります。確かにそうなんです、だから、NICUの問題にしても周産期の問題にしても重心の問題にしても、やはり行き着くところは、看護師とか助産師不足ということになってしまう。近い将来、中南和地区で安心・安全なお産を提供します。そのために助産師のトレーニングする場を提供しました。県は一生懸命やっています、県民の皆さん安心してくださいということになる。そのためには先ほどのスキルアップをし、奈良県へ定着して安心して仕事をしていただける環境をやっぱりつくらなければならない。そうしないと、先ほどのドクターカーの問題にしても、ハードができて動かないということになってしまうので、それを真剣に我々が中期ビジョンではなくて短期ビジョンとして出さないと話が進まないような気がします。余りここでは看護師部会の話をしていけません、中南和地区ではお産できる施設が減ってるということは紛れもない事実です。

赤崎委員： いつも、その看護師・助産師確保のためにですね、具体的な話を、私自身なりの経験でいいますといつも怒られるんですけども、看護大学にしましても、大体の方は卒業されたら実家に帰られます。県費を使って、なおかつ実習は、大学もそうですけども、我々のところに来られまして、コストもなしにそれを受け入れて、結局終わったら就職は実家にとか、他府県に流れて行かれるということがもうほとんどですから、養成時に足かせを履かせていただくということが一番だと思います。そうやって、県内就職であれば、例えば学費を少々安くするとか、何年間働けば学費免除とか、そういうことをしていただくのが、短期的に見て素早い補充につながるのではないかと思います。私立の助産学科の、講義行ったり実習

を受け入れたりしてますけども、そこをお願いしても、結局卒業すれば皆大阪に行くと言っておりました。卒業して私のところに1人来ておりますけども、やはり皆大阪に出ていってしまっているということをおっしゃいます。

小林部会長： 何が違うんですか、大阪に行くというのは。

赤崎委員： 給料でしょうか。

小林部会長： 給料ですか。

赤崎委員： 少なくとも私のところでは、常勤ですと1月11日休めますので、休みは十分です。コスト平均から、年間の支給額からしますと、これも別に決して少なくはないですし、よくわかりません。

小林部会長： もしそれが本当にベースにあるとすると、スキルアップしたら大阪へ行っちゃうんじゃないんですか。

岡橋委員： 今の看護師部全体に言えるんですけど、二、三年でみんな変わっている傾向にあるようです。

小林部会長： 働く場所が変わってるんですか。

岡橋委員： はい。

小林部会長： どのくらい変わるんですか。半分くらい変わっちゃうんですか。

岡橋委員： 変わると思います。もう十何人いても二、三年たったら数人しか残っていないとかいう、大きな病院でもそういう状態です。大阪の大きな病院でもそんな状態ですね。

高橋委員： 私も奈良医大の短大のころから、助産学科ずっと教えてきたんですが、実際今のお話を聞いていても、助産師が奈良県内で一旦就職されてから退職している数とかの現在のベースラインがわからないので、今のお話でどの程度、例えば五百程度お産をするのに、助産師が実際あとどのくらい必要とかがつかめないのが、医師は確かに不足してるんですけど、その辺のデータというののどこか把握されてるんですか。

何故かというのと、私が助産師たちを毎年15人教育してても、大学に残ってくれるのは1人ないし、いいときは2人で、場合によっては最初はいたのが退職している。その多くは研修いわゆる実習が出来ないということです。実際に奈良医大は大学でありながら奈良医大附属病院で実習できない。多くは外の病院で実習されてる。そのうちにいろいろな、郷里が大阪にあって行かれるかもしれないが、やはりその研修施設

で残っていきこうという環境づくりも大事だし、それを受け入れられるだけのキャパシティが、やはり必要かなと思います。新生児科医で予算書のことどうこう言えないんですけど、実際教えていた子どもたち、そのときの学生達が大学にふと見ると残ってないという、非常に悲しい思いをするものですから、実際その子たちはどこで何をしてるかというのも把握できてないんですけど、どのぐらい奈良県におられるのかというのもわからない、今の話聞いてて感じたんですけど、実際産科の先生方とか助産師会では把握されてるかもわからない。

小林部会長： その辺は看護師部会でデータはあると思いますが。出入りといえますか、卒業した人がどこへ行ってるかとかわからないのですか。

事務局： 助産師さんのデータというのは、ちょっときょうは手元に持ってきてないんですけども、看護師さんのデータで言いますと、平成19年に卒業された、看護師養成、県内の看護師養成所を卒業された学生さんの県内への就職率というのは、大体57%で、県外へ18%の方が就職をされてます。残りは、25%は進学等その他ということで、上位の学校行かれたりということはあるんですけど、県内と県外の比率、看護師さんだけに限っても57対18ということで、相当の比率の方が県外に就職されているというのは事実でございます。

小林部会長： 思った以上に残ってますよね。6割でしょう、6割残るんですね。新たに戦力になる数というのは何人くらいですか。

事務局： 済みません、ちょっと学生数は手元にございませぬ。申しわけありません。

小林部会長： 6割、かなりの数になるような気がするんですけども。しかし、今の先生方のご議論を聞いても、スキルアップと同時にやはり数をふやす。数をふやすためにどうすればいいのか。どう提案していったらいいのか。

潮田委員： 現在はお産やっておられない先生がいらっしゃるんですけど、その助産師さんがずっと非常に長く続いているので、一度理由をお聞きしたことがあるんですよ。奈良県内の先生ですけども、どうして先生とこの人、みんな長く続いていますねと言ったら、彼はよく知らなかったんですけども、どうもうちの給与水準が非常に高いらしい、だからやめないんだと。逆に、やっぱり給与水準のことがあると思います。それともう一つ

は、先ほどおっしゃいましたけど、57%の看護師さんが奈良県に残る。例えば奈良医大の医師も今のデータは知りませんが、以前は約奈良県の出身者が10%以下であっても、卒業時に奈良医大に研修生で残るのは新研修制度以前の時60%から65%だったんです。だからやっぱり一つは給与と、もう一つは働きやすい環境、確かに助産師さんとか看護師さんみんなおっしゃいます。それから女医さんも言いますが、別にそんなにお金をめっちゃくちゃ、非常に高く、高いにこしたことはないけど、本当は結婚して出産してもいろいろなことを気を使わないで働ける環境があれば、別にそんなに給料は、高いにこしたことはないけれども、非常に高額にならなくてもいいという、皆さんそうおっしゃいますけども。ドクターにしても産婦人科の医師にしても、看護師さんも、本当は、私は確保できるできないというのは、理由は同じようなことだと思います。例えば、県の人を前にして悪いんですけども、やはり公立病院の医師であっても、今の給与水準続けるならば、私は特例でアルバイト認めてもいいんじゃないかと。そうすると産婦人科関係でもかなり、小児科でもそうでしょうけども、かなり研修医の間が楽になるんじゃないかなと、その病院にとっても楽になるんじゃないかなと思いますけども。以上です。

小林部会長： ありがとうございます。実際に、中南和地域でお産できない妊婦が五百四、五十人でしたね。この方々を助産師にお産をとっていただく。この五百四、五十人というのは、いわゆる正常分娩がかなりを占めるわけですから、その規模で今、ちょっと浮かんだのが、社会保険病院が今550くらいのお産で、助産師が31人いるんですよ。非常に多いです。それでも助産師外来をできるのが月5人と言っていました。つまり助産師外来をやると24時間拘束になるので呼び出しがある。そうすると、外来で見た妊婦さんを、自分がお産をとるというのには、複数の人間が必要になってくるということで、お話を聞いた限りでは1割くらいしかできない、それでもスキルアップなりそういう、自分で妊婦の管理をして分娩まで立ち会ってということを考えると、やはり30人規模の助産師が最低必要になってくるんじゃないかと思います。それだけ人数がかかる話なので、かなりの助産師の数をトレーニン

グしないと、なかなか現実味を帯びないような気がします、ただそこでとまっていたら、この問題進みません。やはり実数が出てきたということ、看護師部会からそのスキルアップの話と、それからそれをバックアップするために24時間保育、病児保育、学童保育、院内保育ということが2番目のテーマとして出てきて、これはそういう意味では離職しないようなバックアップは少しは確保できる、少しは前進する方向にいくのではないかと考えると、やはりそういう場所の提供、人材の提供、教育する指導者の提供というのを、どこかが責任を持ってやらないといけない。それがないと助産師・看護師も集まらない。集まらなければ物事が進んでいかないという構図が、私の頭には見えてきました。周産期医療で我々が話をしてきた中で、やはり役割分担というのも非常に重要であって、少なくとも産婦人科に関しては、できるだけ小児科の先生と連携しながら、例えばこの病院は産科だけがあります、この病院は小児科だけありますというのは、できるだけ避けなきゃいけない。そのために、やはり産科と小児科、周産期科は連携しないと、なかなかいい方向に向かっていくことが難しいんじゃないかと思えます。やはりそのために、周産期センターとしての基幹病院と、協力型病院の医師、看護師、助産師を含めて、やはり連携しないといけないということが、一つ大きなテーマになります。そのために、やはり今、産婦人科医会の方でもやはりローリスクを扱う病院それからハイリスクを扱う病院というのは、おのずと役割分担というのが大分整備されてきています。一方大学では、できるだけ大学の若手医師をふやす。ふやしたところで基幹病院から協力型の病院へのバックアップをする、そうしないと常勤の勤務医の先生が疲弊してしまいます。それを我々は目指しています。ですからそういう意味では、それをサポートしてくれている一次輪番体制が進みました。まだ1年たっていませんので、実数はわかりませんが、例えばうちのスタッフの生の声を聞いてもですね、きょうは一次輪番はここですから、どうぞそちらに行ってくださいと言うと、患者さんはそちらへ行ってくれます。そうするとその分だけ負担が軽減したことは事実なんです。その分ハイリスクに集中できるということは事実だと思います。もちろん中南和地区ではまだ5

0%しか動いていませんから、その分一次輪番がない日は、やはり大学へ来るとは思いますが、やはり負担軽減はそれなりの成果があったというふうに考えます。こういう整備を進めていくと同時に、今度は専門職といいますか、やはりこのシステムで、ここは正常分娩を扱う場所、そのために、現場を離れた助産師を掘り起こして、そこでトレーニングをして、1人でお産がとれるような、そういう自信を持って、アクティブに動いてくれる人が増えていったら、これはその方が例えば近隣の地域へ行ったとしても、奈良県で働いていてくれれば、それはもう一つの母集団の中の一員として活躍できるわけですから、非常に有効な動き方ができるんじゃないかと思えます。スキルアップすることで本当に定着・増員するかという問題がまた別にあるとしても、その定着・増員するためのバックアップですね、それをだれが、どこで、いつするか。これも大きな問題になります。病児保育や学童保育をするためにも、すべて公的な、例えば行政が全部それを面倒見るというのも、それも大変だろうし、かといってじゃあこの病院でやってくださいと指定されても大変だろうし、何かそこは知恵を出し合って、うまくバックアップできるようなシステムを構築していくプランを短期ビジョンとしてこちらから出していかないと、恐らくこれは後手後手に回ってしまうんじゃないかという気がします。

かなり、時間も経ってしまい申し訳ないのですが、周産期医療の問題というのは、いろいろな場所が連携しないといけないし、今、医師確保部会や看護師確保部会からもいろいろな意見、提案が出てきました。これを読んでいくと、確かにそれに向けての予算請求みたいな、関連情報というところですね、どのくらいの費用がかかってという、比較的短期的にできそうなビジョンもあるだろうし、ある程度腰を据えていかないとできないようなものも入れてきていますが、少なくとも私が感じる印象としては、1年前に比べれば大分進んでるような気がします。あとは、いつ、どこで、だれがやるかということ、ここでは恐らく結論は出ませんが、方向性としては、今提案できるような、そういう、3つくらいのキーワードに分けて提案していくのが一番いいのかなというような気がいたしますけども。



きょうご発言なかった施設の先生方、いかがでしょう。大変大きな問題ですけれども、どこか一步進まないといけないと思います。悪い言い方をしますと、3年前ならばやっぱりこれはできないよと、行政に言われてました。しかし、できないよじゃなくて、どこまでならできるのという発想が、少しずつ周産期部会にも見えてきて、ああいう形で提案が出たので、それに向けてやはり、ここまではできるという、ここまでというのを少しずつ積み重ねていくと、比較的大きなパワーになるんじゃないかという気がします。

林先生はいかがですか。

林委員： 我々の病院は、ドクターにしましても看護婦、助産師にしましても、奈良県出身でない人が結構多いんですね。奈良医大出身でない人の割合が非常に多い。だけでも地方、いろいろな大学から研修医の希望者が殺到してきております。ですから産婦人科を初め、非常に奈良県として、疲弊あるいは非常に貧弱な部門のドクターを特に重点的に採用して、近々レジデントの定員をふやすこととか、あるいは産婦人科・小児科・麻酔科とかそういう部門を、手厚く合格させることとかいうようなことを、今検討しているところです。助産師とか看護師につきましては、当然院内での看護学院もありますし、助産師課程も5年前に発足しまして、毎年10人ずつ卒業していきますので、我々の病院としては、ドクターについても看護師についても、徐々に充実しつつある状態というふうなところなんです。ただ、周産期を本当に県内でリードして皆さんにご協力できるような体制になるには、小児科、産婦人科、いろいろな科のすべての部門が充実しなければ事故のようになりますので、今その部門を整備しつつある状態というふうなところなんです。ですから、もう少し待っていただければ、もっと我々の病院としてもこういう問題、周産期を初めこういう問題について、もっと、もっと協力できるというふうに考えています。以上です。

小林部会長： ありがとうございます。もうちょっとというのはどのくらいの期間なんでしょう。

林委員： 例えば、医師につきましてもですね、産婦人科志望はほぼ毎年1人ずつは採用しておりますので。ところが、これはこちらの話ですけど、院内のレジデントが産婦人科に上がって

きますと、その分また京都大学から1人減らされたりというようなことがありますて、なかなか充実しにくいというところなんです。けども、それでも頑張っ、恐らく二、三年すればかなりご協力、尽力できるのではないかというふうに考えています。

小林部会長： わかりました。前向きで、非常にありがとうございます。

この部会、恐らくあと1、2回だと思しますので、もし、時間があれですけども、一方ずつちょっとご発言いただけないでしょうか。本日のドクターカーのことにしましては、これは整備する方向でということで意見の一致を見たんですけども、周産期、提供体制、特に医師確保、助産師確保、看護師確保、それから短期的なビジョンで、こういう形ではどうだろうかという、何か経験もあつたらぜひ、部会の意見としてまとめたいと思うんですけれども。

平岡先生、いかがですか。一言ずつ。

平岡委員： これは県庁の方から指導していただきたいんですけど、分娩する場所がないという妊婦さんに対しては、やはり指導をしていただけてほしい。この辺ならまだ何とか奈良県内で出産できますよとか、そういうふうな何か案内みたいなものをしていただかないとどうにもならないと思います。看護師、助産師につきましては、県立病院の立場から言うと、待遇が悪いです。はっきり言うと、給料上げないとさっぱりだと思います。明らかですので、それは次長さん、医療管理課とも話し合いして、強力に主張していただかないと、これもどうにもなりません。私どもの立場から言いますと、来年4月から看護師さんがもし減れば、二次、三次救急から撤退させていただくこともあり得ますことを今述べておきます。

小林部会長： そうならないように何とかしましょう。

中島委員： やはり、座長がおっしゃられたように、一つだけ行っても全体がならないと、医者だけ集まっても看護師がいなければ成り立たないし、これもすべて医療というのはそういうものだと思います。ですから連携と分担ですね。それでやっていくしかないのかなと思います。

秋吉委員： 私、消防の方ですので、医者とは違いますけど、きのうのように東京で医療事故あって、こういうことのないように、この部会を通じてですね、産科医療体制整備してもらえたら

消防の方でも助かるなと思ってます。

岡橋委員： 助産師の数ということで、これは直接的に数にふえることにはならないんですけど、幾つか閉めておられますよね、三室とかはこれから閉めていかれる方向なのかどうかわかりませんが、もし閉められたら次に再稼働のためにとということで置いておられるとかということになるんですけど、閉められたところでもやっぱり、大淀などでも助産師は残ってるんですね。その人たちはとてももったいないなと思ったりもしますので、県であれば異動とかということも可能になるのかなと思うんですけど、三室なんかにも結構腕のいい助産師たちがたくさんおられますので、その人たちを異動して働いていただけたら、力出していただけたらところへ動かしていただけたらという方法もあるのかなと思います。

赤崎委員： 助産師に関してですけども、教育、助産師教育現場と、学生ですね。それと実際に就職した初期教育に、先輩助産師が指導していただくのはいいんですけども、もっとドクターがしっかり介入をしてあげるべきだと思います。きめ細かく、正常はだれでもとれますので、異常に対して、何かはこうだと、最終的に責任もそれは医者ですけども、その早期の察知であるとか、異常に対する情報発信でも早く、的確にできるよというのやはり、我々が助産師をきっちり教育していけば、若い助産師はそれなりについてくると思いますし、私のところの施設においては、奈良医大の助産専攻科の1期生から順番にずっと10人ぐらいおまして、ときには怒ったり、褒めたりという、そういう繰り返しでやってまして、けどもやはり、共通の認識を持って妊婦を、分娩を見てということで、事故発生がない、結果が丸くおさまるとい、そういうことでまた喜びがあって、仕事にも意欲をあおるというような、ちょっと努力をしてるんですけども、したがって私が申し上げたいのは、初期助産師教育に対して、医師がもっと尽力すべきではないかというふうに思います。以上です。

小林部会長： そうすると今のご提案の中で、各施設がそれをやってくれと言っても無理ですね。そうするとやっぱりそういう、トレーニングするような、指導できるようなその場所を確保することですか。

赤崎委員： 設けていただければいいと思います。先ほどおっしゃって

ましたけども、出産、いわゆる出産のときに医者がそれこそすべてを取り扱って助産師は補欠周りになるとか、そういうことは一切ないと。異常であればこれは仕方がないですけども。

それでもう一つなんですけども、院内で上がってる言葉は、勉強したいということで、例えば看護学科のですね、大学の講義にも聞きに行きたいとということを書いてます。そういうことが、フリーな、オープンな場になっていただければ、もっと彼女たちの意識レベルを高めることにつながり、仕事に対しての意欲も出てくると思いますので、そういうオープンな講義を聞けるようなシステムをつくっていただければありがたいなと思います。

潮田委員： 医師会の立場からお話しさせていただきますと、余りいいニュースではないんですけど、私何人か、現在県内でお産をやっておられる先生でも、近い将来やめたいという先生を何人か聞いてます。やめられるとまたこれ大変だなと思って、慰留はしたいんですけども、私自身そんな権利がないですし、何も約束できない。それから新しく県内で産婦人科をやりたいという方も何人かお会いして話してるところ、某病院なんかは就職に来られた方に、いろいろ話してますと、奈良県でいろいろな、先ほど消防さんがまた、医療事故とおっしゃってた案件、あれは医療事故では私はないとは思ってますけども、事例のようなことがあったので、安全性が担保されていない。安全性が担保されていない県では大病院で勤務も、開業もしたくないという意見をおっしゃった産婦人科のドクターが何人かいました。だから開業するのは、比較的安全なところ、私自身東京は非常に安全だと思ってたのに、ああいうことが起こったんですけども、やはり彼らに評価してもらええるような医療と、周産期の医療体制をつくるのが、これから奈良県で開業して、産婦人科開業してもらったり、あるいは奈良県で産婦人科医として働いていただいたり、あるいは周産期、小児科、新生児も含めてですね、働いてもらうドクターをふやすための、一つの、それが非常に重要だと思いますので、この会の成果に期待してますし、私もできるだけ協力を惜しまないつもりでおります。以上でございます。

高橋委員： 小林教授はあと2回、2回という言葉があるわけですけど、

やはりすぐにこれは解決しない問題も多々あるので、やはりこれは今後もですね。やはり継続していただきたいと。やはりやったことが検証されなかったらいかんで、この部会があと2回で終わるんじゃないんですね、やはりやった行為が検証されるまでは、やっぱり続けていただければと。これらの具体的な数字ができたいうのもすごい画期的なことですので、それを考えていただきたいと、検討して考えていただきたい。これだけです。

小畑委員： 近畿大学の方では、女医もいるんですけども、実は9月で1人急にやめました。今4人で私も含めて回しておりますので、そういうのも踏まえて、とにかく女医さん、助産師さんなり、スタッフもそうなんですけども、やはり女性の職場の環境というのを、やっぱり真剣に考えていく必要があるんだらうと思いますね。それを契機に大学、病院側にも労働環境を整えるようにして、今強く要望してるんですけども、1月から産休明けで1人復帰するんですけども、やっぱり保育所がないと無理だといわれています。近畿大学の院内保育所でも、日勤は見てくれるんですけども、夜間は見てくれない。そうなるとうちでも夜間は勤務できないということで、やはり勤務条件が悪くなり、残されたスタッフの勤務条件も悪くなって、仕事量がふえてくるというので、今以上の医療を提供する余力がないということになってきます。ここでもいろいろ議論されてますけれども、ドクターカーにしる、この医療体制にしる、看護師、助産師、医師という、人材がないと全く進まない状態ですので、そういうスタッフの人材を確保する労働環境というのを早急に、どの施設でも整えてくるのが急務ではないかと思います。

箕輪委員： 県立奈良病院の方から3点申し上げます。

一つは今、小畑先生言われたように労働の環境のことですが、今県立奈良病院のNICUは、部長の僕を含めて4名の定員と研修医の先生1名の5名でやってますけれども、夜間の当直が多いというのがNICUの、新生児科医の一番の問題点です。うちのスタッフの若い先生で、大体9回から10回、夜間の当直をしてもらってます。やっぱりそれだけ夜間当直で拘束されると、若手の先生たちが新生児を目指そうと考えなくなり、新規入局者がなかなか入ってきてくれないの

が現状です。新生児の医療というのはすごく楽しい医療で、お母さんをバックアップし、子どもの生まれたすぐのところを育てていく、発達を見ていくという意味で、すべてがすごくおもしろい医療ではあるんですけど、やっぱりマンパワーとして底が広がっていかないというのは、こういうところに問題があるのかなというふうに考えてます。

2つ目は、新生児搬送のことですけれど、主に北和の方で、恐らく県立奈良病院の僕たちが担当することになるんだろうと思うんですけど、後でまた述べますが、NICUの改築工事が来年の7月に終わった後、定数を5名に増やしていただける。その5名がフルに動けるようになれば、当直回数は7回前後でかなり厳しいんですけど、平日の日勤帯に関しては、我々スタッフのモチベーションとして、新生児搬送は我々がやるものだという意識がありますので、これは奈良県の北部に関しては、我々が何とかしようと考えております。

3つ目として、県立奈良病院の特徴として、心臓手術や外科手術ができませんので、西久保先生からいただいたように、年間10から15例、近畿大学の方に新生児を搬送しています。その中にはかなり重症の心疾患であったり外科疾患あるいは一番ひどいのは、1,000グラム未満のベビーの搬送が、年間1、2例含まれてきます。このため非常に状態が悪くて、それを搬送用の救急車というのがない状態で、バウンドしながらベビーを連れていく、事務局の方たちもみんな乗っていただいて経験していただいたので、わかっていると思うんですけど、そういう危険な状況での搬送というのはやっぱりなくしたい。だからできれば奈良県の医療、その新生児・周産期の医療の集約化というあたりも進めていただきたい。具体的には、総合周産期になった奈良医大と、心臓や外科が強い近畿大学と、心臓ができる天理よろづと、新生児搬送を含めたある程度の医療ができる県立奈良病院の役割分担をやっぱりはっきりしていきたいというところが我々の望みです。

もう一つ、工事の件は後で述べた方がよろしいのでしょうか。もうここで言っていていいですか。後の方がいいですか。その3点だけです。

小林部会長： ちょっと確認させてください。今新生児搬送のスタッフは

4人ですね。

箕輪委員： 今は4人で、そのメンバーでは到底できない話ですけど、工事が来年の5月から7月で行う予定なのですが、終わった後は後方病床を含めて15床になりますので、県からは5人の定数をいただける予定です。定数が1人増えるので平日日勤帯の新生児搬送は可能になります。

小林部会長： 1人ふえるので、平日昼間の新生児搬送は大丈夫ということですか。

箕輪委員： 奈良県の北部に関しては何とか我々で対応していきたいという、みんなモチベーションを持ってこられてますので、そこは何とかしたいという希望をもってます。

小林部会長： よくわかりました。もう1点はですね、周産期のネットワークに関するのですが、あれが平成18年の3月でしたか、ピンク色の表紙の冊子が出ましたね。あれでは不十分なんですね。

箕輪委員： 今の新生児学会でのテーマでもありますが、やっぱり1,000グラム未満のベビーは大きな施設でしっかり管理するという方向に持っていくというのが今の動きだと思んですけど、うちで大体5例から、多いときで10例弱ぐらい、1,000グラム未満を扱っていますが、その児たちの一人二人はやっぱり手術が必要になって、動脈管開存症のライゲーション（結紮術）を近畿大学の方にお問い合わせするという状況になるんですね。その児たちを、やっぱり搬送していくというリスクが非常に高いので。県立奈良病院は、平岡先生あるいは小児科の平部長とも話をしていますけど、小児救急を中心にした、北部の小児医療の中心センターになっていくので、やっぱりその小児科とNICUを分けてやってる医療というんじゃないで、全体の、小児科医全体で新生児の医療も救急もやっていくという方向に、できたらつなげたい。そこに1,000グラム未満も扱いながら小児救急もやっていくという体制がちょっと無理があるんじゃないかという話をしています。

小林部会長： なるほど。そうすると周産期医療提供体制は一応形としては生きています中で、どこに取り込まれるかということですね。

箕輪委員： そうです。役割分担をもうちょっとはっきりさせたいということ。まだ今の体制でできるとは思いませんが。

小林部会長： それから、年間心臓の、ベビーが五、六例ですか。それは

出生前診断はされてないんですか。

箕輪委員： 胎児診断がついてる症例は、最初から近大奈良病院の方で小児科なり小児外科なりの方に母体搬送あるいは紹介の形で移ってますけど、実際にうちで大体、2年9カ月のデータで30例弱心臓と小児外科疾患で入院した当日に搬送するという症例も含めて、診断がつかずに運ばれてくる子どもたちがいます。

小林部会長： 新生児搬送としてですか。

箕輪委員： そうですね。

小林部会長： それをまずなくさないといけないですよ。我々産科のトレーニングの一つに、日本超音波医学会に入って専門医をとるという教育をしています。超音波指導医が1人育ちましたので、あとは専門医を育てていますので、妊娠20週、30週でスクリーニングということで、各病院で問題があるといわれた人は診断のために紹介していただいています。大学でもNICUの先生、小児外科の先生、循環器の先生、麻酔科の先生など集まっていたいて、事前にプレゼンテーションをして、こういう症例がいますのでこうやっていきましょうカンファレンスを行っています。我々産科としては、奈良県はそういう方向でいくような体制をとりますので、医師のスキルアップも教育しております。それも先生方の協力があればできることです。

箕輪委員： 多くは近隣の産院の先生方から新生児で搬送されてきたベビーに心臓に疾患のある子どもたちがいてる。やっぱりそこも出産前診断を頑張っていたきたいなとは思っています。

樋口委員： 今の話ですが、やっぱり心疾患とか外科疾患で出生前診断やっぱりしてほしかったなという例は結構ございますね。それがされていけば、各一線病院の負担は大分変わるであろうという点は、やっぱり思います。中にはやっぱり、箕輪先生なんかが一番大変だったと思うんですが、状態が悪くなって来られるという例も、やっぱり年間数例はあり、もうちょっと早く出生前わかってたらバタバタしなくて済んだなという方はおられますので、そういう点は、ボトムアップというか、そういったところでできるだけ早いアプローチをかけてった方が、今の各病院の戦力は、どこもそんな、足りないところばかりですから。先ほど言われたように分担と連携という



のは、大事だろうと思います。

小林部会長： できるだけそういう方向で産科医の方も努力して、お産のできる施設って確かに十幾つですから、それぞれの先生がある程度スキルアップしていただければ、大きな見逃しはないようなところまでつくりたいとは思っています。よくわかりました。

富田委員： 東大寺光明園ですけれども、重症心身障害児施設のなので、特に今の話には直接結びつかないんですけれども、看護師不足のために病棟が一つ閉鎖されているということを申し上げて、そのために重症心身障害児施設が現在満杯状態であるということをこの前お話ししたと思うんですけれども、今のところこの月末で42名の重症心身障害児がおりますので、看護師が集まれば、退院者もいるということを考えれば、4月に改善できれば多少は受け入れができるかなとは思っていますけれども。看護師の方はあと数名のところまでいってるんですけれども、その他の介護職、介護福祉士とかが集まらないために現実には開いても患者を受け入れられないというふうな状況があるかなとも思っております。

あと、患者数はふえないのに看護師だけを集めておりますので、かなり深刻な経営難になっておりまして、例えばスタッフが全部そろったとしても重心の病棟を早急に埋めなければ経営が成り立たないということで、大人を無理やりというか、大人を先に入れてしまうということになれば、今度はスペースがなくなって、NICUからの子どもさんを受け入れられる余裕がなくなるというようなことが起こり得るのではないかという危惧を持っております。現状の報告ですが。

小林部会長： 施設として認可するために、いわゆる介護福祉士というのが必要なんですか。看護師だけではだめなんですか。

富田委員： それはないです。現実には動かない。看護師はいっぱいになるという、それを2つの病棟に今度分けますから、看護師がごそっと半分になる。今はちょっとたくさんいて、介護士の仕事を看護師もやってるみたいな感じなんです。看護師が今度はいなくなるから、その穴埋めというか、介護をする専門の職と、看護師とが両方いて施設ができますけれども、介護をする部分がなくなると看護師の手が足りなくなってしまう。うちの場合、医療だけをやってるわけじゃなく、医大だった

ら付き添いのお母さんたちがやってるようなことを、全部看護師がやってるわけですが、その部分の仕事をする介護職というのが確実にいなければいけない。今は経営上の問題もありまして、看護師をストックしておくことで精いっぱい、介護職の募集は後からやってますので、集まってないということで。別に法的な問題はないんですけれども、現実問題として厳しいです。

小林部会長： ありがとうございます。

向井委員： 奈良市の行政の立場として、先ほどからいろいろ現場のご努力とか問題点をお聞きしております。最近、最近と言ったら怒られますが、奈良県がこういう体制をつくって、医療について非常に力を入れておられるということ、ひしひしと感じているところです。地域医療連携課の方もそうだと思いますが、結局行政がバックアップするということになれば、具体的には予算をどのようにしてとるかということになるんだと思います。非常に財政状況は厳しいわけですから、政策の優先性というか、選択と集中をどうするかということが、いつも私どもでも問題になってるわけです。その中で医療について、結局は首長さん、県であれば知事、市であれば市長であるとか、議会であるとか、そういうところの理解をどのようにして得るのかということが、最終的には予算を獲得できるのかということが課題になってくるんだと思います。先ほどのドクターカーでも、ハードは一時ですけども、ソフトは非常に続くわけですから、そういうことの意味を得るためには、やはりこういう場での議論をどれだけうまく上げていって、これらの施策が選択と集中の中の集中の方であると理解してもらえように努力することが行政の役割になるんだと思います。市町村といたしましては、県と医療体制の役割分担ということの中で、どういう一定の役割を果たしていけるのかを考えなければならないと感じています。産婦人科の一次救急については、今県の方から具体的な提案もされておりますので私どもとしましては、今後も県と連携しながら、果たすべき役割は果たしていきたいと考えております。

小林部会長： ぜひバックアップをしていただかないと続かないと思いますのでお願いします。

武末委員： 看護師確保部会のところからこの部会に投げかけが少し明

確ではないので、もう一度明らかにしていただきたいんですが、先ほどのキャリアアップ支援ということについてはですね、ここで議論していただくことも重要なんですが、看護師確保部会としてはキャリアアップをしてほしいと、それがすなわち数をふやすことでもあり、県内定着をすることであるという結論が出ているんです。この看護師確保にかかわるところについては、職能の有効活用と県内の周産期医療体制の整備のために、助産師に対して検査技術等の向上のための研修を実施してほしいということで、具体的にもう少し周産期部会でどういうことなのかを明確にしていきたいということだったんですね。どうやったらこういうことができるのかと。

2つ助産師という軸になってますども、一つは先ほど委員から出ました、離職とか復職する際に助産師が分娩をするのが怖いというのに対して、分娩をきちんと、助産師さんですからできるようにしたらどうかというお話が一つあります。もう一つは助産師さんというのはある意味で、妊娠してから分娩するまで一貫して診るというのを認められた国家資格であるんですけども、分娩はちゃんとできるんだけれども、妊娠してからその間の検査ですね、要は何のために検査をするかという、異常か正常かを診る、当然正常であれば分娩まで、最後まで見ていいんだけども、異常であれば嘱託医ですかね、産科との連携で紹介してくださいというような形になっているということです。ただ、よく産科の先生からご指摘があるのは、分娩の段になって多胎ですとって紹介されて、それはさすがに出生前診断ついてだろうとか、もう少しきちんと、正常か異常かを助産師さんが見分けられるといいねという話の一つありますし、また院内助産所の取り組みにおいてはですね、例えば産科医の先生が、正常分娩の妊婦さんを見るのではなくて、助産師さんがきちんと見ていただければですね、例えば産科医が14回診ないといけないところを、節目節目のチェックで3回ぐらい診て、残りの11回は助産師さんが助産師外来で診ていただければ、結果的にその産科医の負担が減るのではないかという投げかけなんですね。そうするとある程度、助産師さんが自分でいろいろ判断をしながらやれるというところで、助産師という仕事が非常

に魅力的になっていけるのではないかなというような意味での、キャリアアップだったわけです。ちょっとキャリアアップという話が、何か少し話がずれちゃったような気がするんですけども、その点についてはちょっとご意見を承れればと思いますが、いかがでしょうか。

小林部会長： 具体的にどういうふうにずれてます。キャリアアップの文章を見ますと、提案のところは認定看護師でしょう。だからオンコロジ-ナースとか、救命センターで使えるナースをキャリアアップするためにその方法を整備しましょうということですよ。そういう意味じゃないんですか、キャリアアップとは。

武末委員： 違います。認定看護師は上のポツのところでございます、ここのポツは助産師自体が看護職の上位の職としてキャリアアップであるというふうに整理をしております。

小林部会長： それは真ん中の段でしょう。検討の方向性でしょう。アンダーラインが引いてあるところ。

武末委員： はい、そうです。

小林部会長： それが提案にはなされてないんじゃないんですか。提案は、認定看護師というのは、僕のイメージだとそういう学会認定とか認定看護師ととらえかねません。

武末委員： 提案はキャリアアップの方向について整備しないとイケないという提案であって、具体的に検討してほしいことが、職能の有効性という、こっちの項目を検討していただきたいことであって、左の方はもう結論がついてるところです。

小林部会長： いわゆる、助産師として一人前になるような、トレーニングができる、ハード、ソフト、あと人ですか、人材を養成することをこちらから提案してほしいということですか。

武末委員： 今問題となっているのは、助産師さんが正常分娩であれば医師がいなくてもちゃんと一人でお産をできるわけですね。ところがそこが例えば、先ほどちょっとお話あったように、最後の分娩のところは産科医さんが出てきて助産師ができないと、ちょっと、せっかくここまで一緒にやってきたのに最後の出産のところができないという不満があるというのが、看護師部会から一つ、この周産期部会の産科医の先生たちに投げかけられてる検討の方向性です。そのもう一つが、ただ逆に産科医の方からよく言われるのは、助産師さんが妊娠し

てから分娩の間、出生前診断が適当でないために、分娩のときになって初めて異常であったということがわかって、いきなり回されるのをできるだけ減らすために、この検査技術等の向上をきちんとやっていただきたいということです。それができれば正常分娩は助産師が主にやって、異常の分娩についてこの少ない産科医さんが集中すれば、結果的に県としては分娩能力が上がるのではないかと、看護師等確保部会での議論だったわけです。それを周産期部会で具体的に本当にそうよろしいかというのを検討していただきたいというのがこの検討の方向性でございます。

小林部会長： 例えば双子だったものを見逃していて、送られてきたのが困ると、それはいわゆる開業助産所の話ですか。

岡橋委員： そうであろうと思います。あったかどうかは知りませんけど。

武末委員： 助産所はわかりやすいですが、例えば院内助産所をもう少し増やして行って、できる限りその院内助産所の中で正常分娩は助産師さんに任せていくというような環境をどんどんつくっていったらどうかであるとか、助産師外来をやることで、産科医の外来の負担をなくすことで、ハイリスク分娩に産科医の方が集中していただくということが可能になって、結果的に県全体としては分娩能力というかハイリスクに対する産科医の集中と、正常分娩に対する助産師の集中で、役割分担をしていけばいいのではないかと考えます。そうすると看護職も奈良県で助産師をやればある程度妊娠から分娩まで一貫してできるということが理解されれば、県外から奈良に来て、助産師を目指そうという方もおられるかもしれませんし、助産師の資格を持つての方が奈良に来られて働こうということがあるかもしれないと。それは本当によろしいかという投げかけです。

小林部会長： 趣旨はよくわかるんですが、現実とちょっと離れてるような気がするんですよ。普通は例えば助産師外来あるいは院内助産所にしても、全くドクターが関与せずに、1回もチェックせずにですね、最初から最後まで全部助産師がやるということは、普通は余りないんじゃないですか。

武末委員： そこはおっしゃるとおりで、例えば14回の検診が必要であれば、

小林部会長： 例えば3回医者が見て、20週、30週には必ず見て、それで異常がないので助産師にお願いしますというのが普通ですよ。

武末委員： そういうのをきちんと、県でルール化をちゃんとしてですね、そうすると産科、妊婦さんも安心ですが、今なかなか進まない助産所や院内助産所が少しふえていくのではないかと考えます。なかなか助産師の活用というところが進まないで、やっぱり一つは、先ほどキャリアアップと言ったのは、そういうふうなことがどんどんできるということであれば、やめない人も多いのではないかとということが、看護師の立場からはそういうことですよという結論なんです。

小林部会長： わかりました。世の中で一般的に言われている、院内助産所あるいは助産師外来をできる能力のある助産師を養成するということですよ。そうしますとね。それから最初に言われたことが、2番目に言った役割分担の充実というという中で、産科医と助産師、新生児科医と専門看護師のチーム医療という中で、研修や専門職として資質向上、スキルアップという表現をしましたが、それといわゆるここで言うキャリアアップというのは、僕のイメージの中では同じだったんですよ。別にそのキャリアアップ、出世するという意味じゃなくて、技術を持っていればよいということなのではないのですか。

武末委員： そこはキャリアアップなんです。そこは先ほど平岡先生からもご提案あったように、助産師であっても看護師であっても給料が同じだったら、それはスキルアップでは困りますということになります。キャリアアップにしてほしいと望まれる。ある程度の技術を持った助産師を、例えば奈良認定助産師みたいな形にして、その助産師についてはそれなりの処遇をするというようなことを考えていただけたら、奈良県に定着をするのではないかとというのが、看護師等確保部会からの提言でございます。

小林部会長： ですからそれに関しては、先ほど皆さん賛同あって得られたんじゃないですか。しかし、いつ、どこで、だれがやるかということ、それは今決められないですよ。

武末委員： 確かにそうなんですけど、何かちょっと漫然としてたので。一般論ですけども、よく助産師さんの話をするとき、やは

り何かですね、こんな場で言うのも何ですけど、助産師と産科医さんは同じお産を扱っていながら言葉が違うみたいによく対立しているといわれる。それは産科医の方の立場からすると、いきなり異常分娩ばかり押しつけられるみたいな意見もあるわけですね。ただそこは、結局正常分娩か異常分娩かをきちんと見分ける能力が、昔に比べると今の助産師さんにはなかなかやる機会がないからということと、正常分娩ばかり見てても異常分娩はわかりませんので、どこかで異常分娩を見ながら研修する場が必要なんだけども、なかなかそれができない。もちろん助産師ですから、分娩はきちんと、通常であればできる。先に言われた、復職とか、離職をしたときには、その分娩すら怖くてできないという側面もありますけれども、ちょっとここは誤解しないでいただきたいのは、分娩は助産師さんはできます。ただ、今もっと充実するべきは、正常か異常かをその妊娠の間にずっとチェックする、そこでは検査技術等の向上というふうに書いてあるわけなんですけれども、そこさえ十分できれば、産科医さんも安心して助産師に正常分娩を任せられるし、妊婦さんもちろん助産師さんに外来を受けることもできるということだったと思うんですが。以上です。

小林部会長： 多分同じことだと思うんですよ。助産師として、そういう場を提供することによって研修しました、それによってスキルアップしたことによってキャリアアップにつながると、そういう意味じゃないんですか。キャリアアップというのは収入もよくなるということを入れるとすればよいのでは。

武末委員： キャリアアップにこだわるわけではなくて、もう正常分娩は奈良県では、助産師さんがやりましょう。ハイリスクの分娩について産科医がやるという役割分担、選択と集中をしてはどうかという提言です。

岡橋委員： それは職能から出た言葉ですか。看護師さんたちの職能団体、助産師の方からそういう提言があったということですか。

武末委員： 看護師さんの方からですね。これは幾つかメニューがあって、認定看護師であるとか、助産師であるとか、保健師であるとか、いろいろ看護職にはキャリアアップの道はあるんだけど、今看護師にいろいろ、医療行為をある程度広げていくという流れがある中で、分娩とか助産というのはもう既

に国が国家資格として認めている資格でありながら、少し最近の助産師さんと看護師さんの区別がつきにくくなっているところがあって、もう少しその正常分娩をきちんと助産師さんでできるように、その妊娠の経過を見るところできちんとやってはどうかということです。

小林部会長：やっぱり話すと何となくわかるんですが、この文章見てもね、そういうニュアンスとれないんですよ。最初この検査技術等ってどういう意味だろうとまず思いました。それから認定看護師というのは、僕はもう助産師のことは全く考えずに、先ほど言った学会認定とかの看護師をキャリアアップするのをまず優先しましょうという提案なのかなと思ったんです。ところが検討の方向性のところにアンダーラインが引いてあって、ここに助産師ですね、という名指しできてますから、助産師が検査技術等の向上をする、というものは、今よく理解できたんですけども、結局、正常分娩だけやっても確かにわからないですね。ですからそういう、正常分娩も異常分娩も自分が体験できる、そしてスキルアップできる、そういう場を提供するのをこの検討部会に向こうが投げかけてきたわけですね。だからそれを我々が、ここの部会の意見として、じゃあその方向で進みましょうということを部会の結論として出すということですね。

確かにいろいろな方法論としてはあると思うんですけども、それだったら最初にそれを話をしないと、みんなの意識がなかなか統一されなかったというような気がします。ちょっと時間も大分押してきてますけれども。要点はよくわかりました。

まず中南和地区に550人くらいのお産をする施設が足りない、医師も足りない、ということは、助産師をもっと有効に活用しないと、医療資源という言葉ではよくないんですけども、やはりこのままではいかんということで、その一つとして、スキルアップというところからキャリアアップを目指しましょうというのは理解できます。そうすると、この部会で実際にその方向性を確認するためには奈良県に定着してほしいわけです。そのスキルアップ、キャリアアップした看護師・助産師が奈良県に定着してくれるための方策を逆に看護師部会に具体的に投げかけたいと思います。



武末委員： ですから、キャリアアップですから、その助産能力がある人の給料は当然上がるわけですし、看護職としてのやりがいとして、助産師というのは魅力的ですという結論です。そこはもう結論は出てて、もう投げかける必要は、逆はないのかなと思います。

小林部会長： そのかわりに24時間保育とか病児保育とかね、そういうシステムはどうなんですか、これは提案には出てますよ。

武末委員： そこはまた別の問題としてありますけど、それがなければならぬということではなくて、それもあればいいし、こちらもあればいいということで。病児保育をこの周産期部会には看護師等確保部会としては投げかけてはおりません。

潮田委員： 病後児でしょう。病児保育なんですか。

武末委員： 病児保育ですね。

小林部会長： 入院するほどでもないけど、熱があるのでお母さんが仕事してる間にちょっと見てくださいという意味ですよ、病児保育というのは。

武末委員： その下の枠のところにある、その実現のためには、院内保育、病児保育、24時間保育、学童保育等の体制整備が必要というのは、もうこれは看護師等確保部会でも、先生ご指摘のように結論が出ておまして、むしろこの周産期部会においては、この下線部を引いたところについて、そういう役割分担で産科医の先生としてよろしいかと、奈良県でそういうふうな方向性を打ち出してよろしいかという、お聞きしたいという趣旨でございます。

小林部会長： 今いろいろな委員の先生から出たように、給料だけではないということも出ましたね。個人のそういう背景もあると。キャリアアップというのも大事だと。しかし子どもがいるために仕事に出れない人も大勢いるんじゃないという話も。だからそういうものを総合的に取り組まないといけない。

武末委員： 総合的な部分は看護師等確保部会とか、医師確保部会で検討しておりますので、それは周産期部会でやっていただいてもいいんですが、特段周産期という切り口でご検討いただきたいのは、正常分娩については役割分担を、奈良県ではそういうふうにやりますよというふう大きく方向性を打ち出してよろしいかということでございます。

岡橋委員： 正常というか、妊娠中の経過を助産師が診て、正常かどうか

かを振り分けて、正常なものはずっと助産師が、ドクターには定期的に見せながら、正常なものは助産師がずっと診ていく、その中で異常なものはドクターにお任せしますということをきっちり、ドクター、医師仲間たちの方たちに認識していただきたいという、そういう提案ですか。

武末委員： 一つは認識していただきたいという提案もあったんですが、ただ認識していただくためには、ちゃんと助産師のレベルアップも必要で、そのための研修もやっていただきたい。ただその看護師の部会での議論は、一つは繰り返しになりますが、異常分娩をある程度見るためには、正常分娩だけという看護師、助産師の教育の枠組みでは難しいので、先ほどどなたかの委員が言われたように、そこはお医者さんがどんどんご指導いただいて、異常分娩も診ていかないと正常分娩が正常かどうかわからないというところで、そういう場をつくっていただけないかということでございます。

小林部会長： それはよくわかります。そういう経験をしなければ当然研修にはならないし、スキルアップにはならないわけですね。それが余り極端になってしまうと、ちょっといろいろな問題が出てくるかもしれませんので。例えば世の中で一般的にやってるように、例えば医師も初期と20週、30週くらいは必ずチェックする、あるいは分娩間にも必ずチェックをすると、しかし助産師がメインにやっていますよという、その流れを奈良県のバージョンとしてつくりたいということですよ。

武末委員： 産科医の方から助産師の方に要望としては、ずっと診るのではなくて、節目、節目は産科医に一度チェックをして、必要な検査であるとかは受けていただくみたいなことをルール化すれば、産科医としてもある程度安心して助産師さんに任せられますよというようなことですし、そもそもの異常分娩か正常分娩かを判断する検査能力というのを高めていくというところも取り組んでください。その2つだと思います。

小林部会長： わかりました。もう時間がないので、産科の現場の先生にちょっと意見、それぞれ聞いていいですか。

林委員： 天理よろづも、実は院内助産院を、今立ち上げようかどうかと、今検討中なんですけれども。先ほどおっしゃったように、ちょっと医療行為、例えばここに出てある検査技術などというのは、恐らく超音波であるとか、児心音のモニタであ

るとか、そういうふうな検査をする能力あるいはそれを判断する能力のことを言っておられるんじゃないかと思うんですが。やっぱりそれには一つ法的な壁があるということが一つありますね。医療行為は一応助産師にはどうかというような疑問点があるので、我々の病院でも今検討中です。

それからもう一つは、先ほどから聞いてますと、正常分娩・異常分娩で一言で片づけておられますけれども、正常分娩と異常分娩のクリア化というのはなかなか、区別できるものじゃないと。異常である・正常であることの定義がはっきりしないのであぶない。正常だったら助産師がしたらいい、異常だったら医者がやったらいいというふうな、そんな簡単な振り分けではない。正常と異常の境目なんていうのは刻一刻と変わりますし、定義もはっきりしないものに対してこれは助産師、これは医者というような分け方というのは非常に危なっかしいですから我々は、今病院で検討してるのは、とにかく密接に、助産師と医師とが常にディスカッションしながら勉強会を行う。今、院外の助産院で経過を見て、そして異常のお産になったときあるいは異常妊娠になったときに病院で見てほしいといわれる分については、今のところ我々の病院ではもう手いっぱいですので、お断りしているんですけども、院内につきましては今おっしゃったような、正常・異常の、そういう定義がちょっとどうかと思うんですけども、そういう方向で検討してるというところなんです。ただ単に正常だったら助産師が、異常だったら医者なり病院がとるというふうな、簡単な振り分けはちょっと誤解を招くんじゃないかと、あるいは事故のもとになるんじゃないかと、そういうふうに思います。以上です。

赤崎委員： 言葉の解釈がちょっと違うと思うんです。院内助産院を日本で開設されました佐野病院の先生がいつも怒ってらっしゃるのは、院内助産院が動いたからといって、産科医の負担が減るということではないということです。すなわち一緒に診てるということなんですね。そういう意識がないとうまくいかないということなのでいつも怒ってらっしゃいます。

それから2つ目としましては、今、林先生もおっしゃいましたけども、正常であっても異常であっても医者として助産師と一緒に診てるという認識がないと、これはもうやっぱり

うまくいかないんです。今言ったのは施設内のことですが、もう一つはいわゆる助産院の話ですね。そういう施設に関しましては、時々、私が聞いた話ですが、トラブルることがあるので、きちりと規定を決めていただく。3年前に日本産婦人科医会が嘱託医契約という文書をつくりましたが、明確にそれが履行されてるか否かによって、やっぱりきちりと決めていただいた上で、現状をですね、遂行していただければと思います。

岡橋委員： 正常と異常と、一口では言いできないとおっしゃいますけど、確かにそうなんです。その正常に関しては助産師が請け負っていくという、それはもう助産師会としては本当に、もうずっと願ってることではあるんですけど、法的に云々とおっしゃいました超音波に関しても、何も絶対助産師が、院内助産院をやる限りは超音波を診れる、診れるにこしたことはないんですけど、絶対医師と同じようにやらないといけないというふうには考えてはいないはずなんです。そこは院内助産院ですから、あれと思った分はドクターに超音波を見てもらったらいいわけで、CTGぐらいは読めることはもちろんしておかないといけないとは思いますが、その辺で、法的にあるからこれは助産師がやっていいものではないからという、そこら辺のことはちょっと、今おっしゃったことに関しては、助産師はあくまでミニドクターでは決してないとはもちろん皆、理解しておりますので、その辺は。勉強としては声をかけて、医師の方からも声をかけていただいて参加はさせていただいておりますけれども、ミニドクターではないということはもう肝に銘じております。

それから嘱託医に関しても、本部の方からもきちり言われておりますので、その辺はしっかりと話し合いの上で嘱託医との契約はしているはずでございます。時折といいますか、ご迷惑かけてることも、助産院としてはいっぱいあるんです。新生児のことでも箕輪先生にもご迷惑かけたりもいっぱいしてるんですけども、そのあたりのことはまた搬送のシステムのところでお願いとかご相談をさせていただきたいなと思ってるんですけども、そのあたり院内助産院ということに関して、超音波云々に関して、ちょっと一つ意見言わせていただきましたかったもので。済みません。

平岡委員： 正常分娩と異常分娩という考え方は、結果として正常分娩・異常分娩ということです。だから妊娠中は私たちはハイリスク妊娠とローリスク妊娠というふうに区分けするというところで、そのローリスク妊娠を助産師の方をお願いするというのは、それは基本的に賛成だと思います。そのときにある程度勉強していただいて、それはちゃんとあってるかどうかを、やはり詰めてやっておかないと、助産院となると一人でやりますのでね。嘱託医といいながら現実に嘱託医という名前があるだけで、実際に嘱託医の人が訪ねてきて指導まで、そういうのをするという事は現実にやっておりませんので。ですから結局ひとりよがりになってしまって、結果として実はそれは異常妊娠であることは気がつかないことが発生します。先ほどの双子が気がつかないというのは、僕はちょっとこれは論外で、今そういうことはないと思ってます。ですけど、分娩経過を見てて、正常と自分は思っているけど、私たちの目から見るとこれはもっと早く搬送してもらいたいという例は、やはり存在しますので。ですからその辺をやはりスキルアップということでお願いしたいと思うんですね。そのシステムはやっぱりつくっていただきたい。そうしますと、現在の助産師、さらに潜在の助産師もさらに動員して、そこに、スキルアップのシステムに乗せればさらに増えていくというふうに思います。

武末委員： 助産院というところまで飛んじやいましたけども、看護師部会ではそこまで飛んでなくて、院内助産所をメインに考えておりました。

小林部会長： そうなんですよ。その話の途中でね、全部が一人で見れるという話になると、どうしても頭の中に助産院というイメージが浮かんでしまって、そこは増やしましょうことには今の時点ではなりにくいと思います。

武末委員： そこまでは言っていませんで、院内助産所をまず増やすことでやったら、助産師さんの方と産科医さんの方と一緒に診るんだということであれば、余り意見の対立はないんだと、確かにそうするとかなり先生方の負担というか、かなりバックアップをしていただくという体制はあるんですが、外来の部分はかなり楽になるのかなというところはあって、奈良は本当に非常に産科医が大変な状況だからこそそういう形で助

産師さんに外来をやってもらえればいいのかという提言でございまして。済みません、助産所までは飛ぶつもりは全くございません。

平岡委員： 院内助産所と助産師外来のことを申しますと、さっき言いました佐野病院のことまで言うのであれば、佐野病院の院内助産所はつぶれましたね。ちゃんと調査されてますか。院内助産所をやることは、産科の医師の負担が減ることは決してないんです。そこのところ辺はちゃんと見分けてもらいたいと思います。東京でも提言しておりまして、院内助産所は産科医の負担を減らすことには決してなり得ないというのが結論です。

武末委員： であれば、残りは、あとは助産師さんのキャリアアップであるとか、奈良でそういう院内助産所を多くすれば、そこに助産師さんが集まってくるんじゃないかということです。

平岡委員： 県立奈良病院の立場から言えば、なぜ私どもは院内助産所に、準備はできてるんですけどなかなか踏み切れないかという、数なんですね。余裕がない。すなわち県庁として助産師さんを倍ぐらいにしてくれませんか。そうしたら一遍にやります。それぐらいのことをやらないとね。

武末委員： それは個別に相談するとして、県全体としてはどうでしょうか。

平岡委員： それぐらい余裕を持たせないとね、とてもやれません。今も私ども十四、五人おりますけど、それだけで院内助産所、助産師外来する余裕はとてもないんです。ですからやれといわれても出来ない。やったらいいということは皆わかっているんですけど、やれないという現実がある。

もう一つはさっきの、しつこいですけど給料の問題ですね。

小林部会長： ありがとうございます。確かに、いろいろ話を聞いたんですけども、医者が大変だからその分助産師にやってもらうというのは、ちょっとまずいんですね。実際に、我々大学ではお産がどんどん増えてきてるので、検査技師にエコーを協力してもらってるんですがもう医者よりもベテランになります。若手の研修医もトレーニングしてますので、スキルアップできます。やはり、先ほどお話が出たように、すべて助産師だけというスタンスじゃなくて、助産師と医師とが密接に連携すると、そしてお互いにいいお産を提供するシステムづ

くりのために部会として提案をする、そうすると、どこかで現実味をもたせないといけないということについて、今度は行政の方がいろいろ考えていただきたい。スキルアップとか、キャリアアップの方向に関しては、今の先生方の意見を集約しますと、決してネガティブな意見はないと思うんですが。よろしいですか、そういう結論ということ。

岡橋委員： 今、医師が不足しているから助産師さんたちの出番だねということは、もうよく聞かれるんですけど、助産師は皆、だからといって、医師が少ないからといって、すぐ助産師が出番で、医師のかわりに助産師がいろいろなことができるとは結びつかないよということは、もうみんな口を酸っぱくして言っておりますので、決してその辺、医師と同等に何でもやれるというふうに思ってるものではないということ、先生方におわかっておいていただきたいと思えます。

小林部会長： 興味があってエコーをやってる助産師は3か月で医者以上の能力になってます。スキルアップということは大事なことで、そういう何かビジョンがあると、絶対それに向かって同調する人もふえるはずですから。ぜひこの部会の方向性として、ドクターカーの整備、それから職能の有効活用に向けて周産期部会の方からも同じ意見として提案していきたいというふうに考えております。

大変時間が押してきてしまいました。最後にNICUの工事の話をするということでした。マイクありますか。

箕輪委員： ここでご報告をした方がいいのかどうか、ちょっとわからないんですけど、お話しします。

県立奈良病院のNICUが9床から後方病床を含め15床に増床することで、新生児の受け入れが年間40例前後ふえることが予想されます。それに加えて産科の方での母体搬送の受け入れがさらに、NICUに収容しない子どもたちも受け入れられるということで、奈良県の周産期の体制に少し寄与できるのではないかという工事を、来年5月1日から7月の終わりまで、予定をしております。その工事期間中に、院内で調整をしていますが、小児救急の兼ね合いがあって、小児科の病棟を有効に使えないという現状がありまして、工事期間中はNICUが全く稼働しない状況になりますので、5月1日の時点でNICUで呼吸管理をしてるベビーがいない状

況をつくらないと、工事が進められないという現状がありますので、入院制限をどうしてもしなきゃいけないということで、産科の平岡先生とも相談をしております。ご迷惑をおかけしますがよろしくお願ひします。以上です。

小林部会長： どうもありがとうございます。3カ月ですか。大学のときもいろいろご迷惑をおかけしたしましたので、なるべくバックアップして頑張っていきたいと思ひますので、開設に向けてよろしくお願ひします。

それから本日、NICUの後方病床の話で、重症心身障害児施設の話ですけど、よろしいですか。先ほどちょっといろいろ理解したと思ひうんですけども。

富田委員： 重症心身障害児施設というのは、確かにポストNICUの大事な施設ですが、施設だけではなくて、同時に在宅支援もやらなければNICUからの退院はないだろうと思ひますので、在宅支援も考えてお話を続けていっていただきたいなということをお願ひしております。

とりあえずうちの病院としては、在宅支援としては、短期入所ショートステイですね、と日中一時支援、日帰りショートステイ、それと重症児通園、15床のA型重症児通園も同時に行っています。それらがうまく働いていて、お母さんたちが安心して障害のある子どもを連れて家に帰ろうかということが出来るわけで、いざとなったときに光明園に入れてもらう、あるいはお産のときに3カ月だけ入れてもらうということが可能になると思ひるので、NICUの後方施設としては、頑張っていかなければいけないなと思ひております。

先ほど施設入所の話は、施設についてはちょっとお話ししました。経営とか看護師の問題は別として、重症心身障害児施設50床ありますけれども、それをどうやって稼働させていくか、満杯になって動きがとれない状態になってしまっはいけないということはどうやって解決するかということと、ショートステイを十分行えるような状況や、通園がいつでもいけるようにする状態にするということが大事だろうと思ひています。ショートステイと、通園等在宅に向けて、うちの病院としては目いっぱい頑張っているつもりなんですけど、ショートステイの方は今2名入れるのがやっとやっとなので、それはどんなに頑張ってもこれ以上入れられない状態です。外泊



の子どものベットを使って何とかやっている状況なんです。私たちの施設の側からというか、東大寺福祉療育病院という施設の側からは、ショートステイは2名という数しか出せないわけなんです。重症児通園というのも、今15人で、満杯で、新たな子どもさんを受け入れるのができない状況、4月に就学の子どもさんが1人、2人いるかな、あるいはほかの施設に行かれる方がいるかなということで、その方が大変かなというぐらいで、満杯状態です。来年の4月に高校を卒業する方が打診してこられてるんですけども、多分無理ではないですかというふうな話になってしまっている。私たちの施設の側から見れば、もう数は限られた状況なんですけれども、現実一体どれだけの数があればいいかどうかということは、私たちの施設の方の都合だけから数を出してますので、現実に奈良県の中で必要なショートステイの数あるいは重症児通園の数というのが、あるいは入所施設の数というのがあるだろうと思うので、それをむしろ県の方で出していきたいなと思います。必要なものは必要なだけそろえなければいけないし。早急にやることとしては、重症児通園が、今リハビリセンターの方もうちの施設の方も満杯ですから、何らかの形でそれを拡大する方向に持ってきていただきたいなと思います。新しい施設をつくるなり、15人定員と枠を超えて通園児がふやせるように、何らかの措置ですね。経営できるような基盤として、何とかしてもらいたいなと思っております。

それからショートステイについては県の北の方にはあり、3つの重心施設がありまして、その中で細々とやっている状態なんですけれども、もっと拡大する方向に持っていけないと多分足りないと状況と思います。うちの施設も、上手に回転させていくためにはショートステイの拡大が必要だし、それができれば重症児が退院していただくだろうし、NICUからも退院していただくと思うんですけども、南の方にもつくっていただけたら都合がいいのではないかなと思っております。

それともう一つ、重症児がNICUから退院した後、再入院がとても多いんですね。その再入院の、再入院から重症患者になったりてんかん重積を起こしたりという方はとて多くて、ほとんど入退院を繰り返してるという状況なんですけ

ど、一つはうちの施設のようなところがもうちょっと力量アップすれば受け入れられる部分もあるだろうと思うけれども、そのためのいろいろな施設、県立病院とか大学病院とかの入院のときに、付き添いが必要であって、付き添いのために家庭が崩壊していくという例をたくさん見ておりますので、そこら辺の、入退院を繰り返している子どもさんについての付き添いの問題というのも考えていただきたいなと思います。

それと、NICUから退院してくるときに、いろいろお話はされてるし、なんですけれども、とりあえず訓練という形で東大寺の先生のところに行きなさいというふうに言われてくる子どもさんがあって、その子どもさんの親に初めて通園の話とかショートステイの話とか、いわゆる福祉サービスの話をするとということがとても多いです。出てからそういう知識を得るということではなく、出る前に十分、県の状況とかどんなサービスを受けられるかとか、あるいはそういう施設の見学とか、そういうものをちゃんとやらせてあげられる、コーディネーターみたいな人がいてくれたらスムーズにいくだろうし、その人たちが一体どれだけの必要があるのかということも県の方にわかってもらえるんじゃないかなと思います。その人たちがそういう実態を把握することによって。現実には私たちが、来た方に対してそういうサービスの説明をしますけれども、サービスの提供先が自分の病院しかよくわからないので、結局言ったり言わなかったりとか、かなりばらつきがあったりするので、受けられる人と受けられない人とあったりすると思います。そういうことのないように、県全体としてそういう施設がどんなふうに見えるか、あるいはどれだけの必要があるのかということをとらえていけるような人なり機関なりを持っておいてもらいたいなと考えます。

箕輪委員： 今のに関連してね、県の行政の方に考えていただきたいんですけど、木津川市とか京都の南ですね、もうほとんど生活圏は奈良県という地域の子どもたちが、東大寺療育病院の通園施設に制度上通えないんですね。そこを通えるような、行政の相乗りであるとか、そういうことも検討していただければ。子どもたちが行くところがない。東大寺療育病院は利用できないということになってるんですよ、今。そうですね。そこを何とかしていただきたいというのは家族からよく聞

く問題点です。

小林部会長： どうですか、今の何かコメントできます。

事務局： 今回の、木津川市から通園できないという話は、ちょっと余り認識ございませんでした。先ほど来、富田委員からお話あった看護師不足から経営難という、定員いっぱい受け入れられないということから経営悪化しているという状況は十分把握しておりますが、今言われたショートステイ、今は2名とか、重症通園15名とかいうお話でございますけども、実際に県全体で何名いるかとかいうのは、なかなか把握しづらい数字じゃないかなと、今実感しているところです。

そして先ほど言われたように、木津川市とか京都南部から東大寺療育病院に通園できないという、そのルールというのは、きちりと把握してませんで、ちょっと勉強させていただきたいと思います。

小林部会長： ぜひよろしくお願いします。僕の記憶があいまいなんですが、NICUあるいは後方病床に関する、そういうコーディネーターというのは設置すべきだという、国の何かなかったですか。予算きてるんじゃないですか。一つのプランに対して1,000万とか、何か予算もあったような気がするんですけど。

事務局： 補助金額まではちょっと手元に資料がないのでわからないんですけども、去年の補正か今年の新規事業でコーディネーターのメニューが新しくできまして、そのNICU退室をする児に対して、ふさわしい福祉施設なり、在宅サービスも含めてコーディネートする方の配置が望ましいということでのメニューは出ておりますので、そのあたりまた、関係機関とも詰めまして、今提案いただいたので、検討していきたいなとは考えております。

小林部会長： きょう富田先生が言われたような内容というのは、私たちもなかなか、頭の中に具体的な絵が描けないのです。確かに前回の中期ビジョンとして、重症心身障害児の医療と介護・福祉との連携について検討という、漠然とした表現で1行しか記載がないんですよ。今回そういう在宅支援とか付き添いの問題とか、コーディネーターの話が出ましたので、ある程度もう少しわかるキーワードでこの中期ビジョンの中に入れて込んだ方がいいんじゃないでしょうか。その短期ビジョンで

すぐにやれという意味じゃないので、そういう方向性で検討してほしいと。確かにこの医療の介護・福祉との連携と言われると、何となくはわかるんですけど、具体的にじゃあどこをどうやったらいいのかというのがよくわからないので、そういうものも、もしこういう、実際に方向性とかですね、関連情報というのがあれば、そういうところでまとめていってもいいのかなという思いはあります。

高橋委員： 今、小林先生がいわれたように、これ実は産科、NICU、その後のフォローというのは、これ一連の流れでしてスムーズに安心してということが言えると思うんですね。今、実際NICUにも3人、4人の長期入院の子どもたちがおられるわけですけど、やはりそれは後方があるからこそ医療が取り組めるわけで、やはりこの、もちろんその障害児達のそういう部会も当然必要でしょうけども、この中に文章化していただくと、やはりよりスムーズに行くかなという気はしました。具体的にどこまで入れるかは別としてですね、入れていただくという方向でお願いしたい。

小林部会長： ぜひそれも視野に入れてまた今回の課題ですかね、まとめをさせていただきたいと思いますが。政策及び対応策の方向として、今のは中期ビジョンでよろしいですか。何か短期といたしましてもどこから手をつけていいのかよくわからないので、ある程度方向性は書けると思いますので。よろしいでしょうか。

富田委員： まずコーディネーターをつくるということかなと思います。それによって実際の数が出てくると思うし、現実にとれだけ足りないかという部分もよくわかってくると思います。

平岡委員： 水差して悪いんですけど、小児科にそういう部会はないのですか。そういう検討するような部会というのは、小児科の方に。これ産婦人科と周産期の部会ですのですね。

高橋委員： 小児科は今、救急をメインにやっておられるんですけどね。もちろんこちらからもそういう提言を入れていただいて、そちらの方でも検討していただくというのは、やっぱりいいと思うんですね。ただ流れの中に、この中にもそういうものが入ってるという意味で、提言していただくのが一番いいと思うんですけどね。

平岡委員： 小児科の部会にないのであれば、これはもうこちらでやれ

ばいいと思いますけどね。小児科の中にもそういうことを検討してもらったら如何ですか。

武末委員： ちょっとですね、NICUという流れから出てきた話で、ただ小児科の話ではないかという先生のご提言だと思います。ちょっとここは私の方で引き取らせていただきまして、周産期のボトルネックになってることは間違いないんですね。でありますし、ただ小児科の方でやる方がいいのかどうか、ちょっとそこは、今、直近の問題ではないと言っていたので、ちょっとそこは整理します。

平岡委員： 問題は大きいんですけどね、周産期から外れますと言ってるわけで す。

富田委員： 周産期から外れる問題というのは、この短期入所とか重症児通園の問題は医療の問題ではなくて、障害児福祉の問題になりますので、直接医療部会の中では難しいかなと思うんですけども、どうやって退院させるかということに関しましては、直接関与するところではないかと思うので、そこはこちらで責任を持って解決しておいていただきたいなと思います。その短期入所の問題と重症児通園の問題は、この場で解決できればもちろんよろしいんですけども、とりあえずどういう実態かという把握のところまではやっていただきたいなと思うんです。どれだけの子が退院してきて、その子たちにどれだけのものが必要かというぐらいのところまではお願いしたいなと思います。

小林部会長： わかりました。確かに地域医療等対策協議会の小児医療部会の課題はですね、小児救急医療体制の維持・充実を検討するということになってますので、資料を見る限りは入っていない。やっぱり一次救急、二次救急、三次救急をどうするかということが主眼になっていきますので、ある程度はこちらで、そういう実態調査をしないと議論する場所がない。イメージがわからないんですが、何か資料を見ればそれはすぐに出る数字なんですか、それともかなりの施設にアンケート調査をとらないと、例えば分娩の件数を調べるとか、いろいろなそのハイリスクが何人いるかということ、結構大変な作業になるんですか。

富田委員： NICUとリハビリセンターと、あるいは近大とか。

樋口委員： 保健所さんなんかには保健師さんの訪問ですね、ハイリスク

児は、依頼することが多いので、保健所さんがどういうハイリスク児の訪問をどれぐらいやってるかというのは、一つの資料になると思います。

富田委員： 連絡してあれば保健師がやってると思います。

樋口委員： そうすると保健師さんたちは、実際の子を見てますから、どれぐらい重症だとかあるいは施設待ちをしてるかとか、もうちょっと突っ込めば家庭の状況がどうかということまでは把握してる方が多いんじゃないかなと思います。

小林部会長： わかりました。ありがとうございます。具体的に、もしこちらで調べるのに必要であれば、また先生方のご意見もちょっと伺いに行かせていただくかもしれません。ありがとうございます。

ほかにご意見ないでしょうか。本日は本当に遅くなりまして、いろいろご議論いただいたところをこちらの意見として、第3回目の部会の意見として集約させていただいて、また先生方に報告させていただきます。

武末委員： 周産期部会とは少し関係ないんですが、皆さんご存じのように東京での事故が発生しておることについて、実はここ2日間ぐらいですね、県庁の方はかなり問い合わせがきております。というのは、少し似ているようでいろいろ細かいことは違うようでございますけれども、今もし奈良で起きたときに、ちゃんと奈良で診れるんだらうかということ、まず1点聞かれます。それともう1点は、奈良の経験を踏まえてどういったことをしてきたのかということのをですね、いろいろ問い合わせがきておりまして、ちょっとそれについては皆さんの意見を聞けたらなと思っています。ちょっと私が今いろいろなところの窓口としてお答えはしているんですけども、私も4月から来た人間ですから、皆さんの、今のご見識というのを、この場で承ればと申しわけないんですが、どうかお願いいたします。

小林部会長： それぞれの先生方の意見ですか。

武末委員： 例えば、じゃあ私、ちょっとはっきり言いますと、例えばやっぱり妊婦さんが脳出血を起こされて来たというときに、医大でそれを必ず引き受けていただけるんだらうかということが、今、割と奈良県民及び全国の方々がどうなんだと思ってるんところなんです、そこはどうでしょうか。

平岡委員： 県庁の方では一昨年の大淀病院の件は、どこが検証されましたか。知事の見解はどうなんですか。

武末委員： 周産期の部会で検討していただいていると思っております。

平岡委員： 私どもは個人的には意見はありますけどね、それは東京の墨東病院のような件は、とにかく起こってはならないと思います。しかしその後、脳出血の妊婦さんは発生しております。しかし必ず対応するということで医大と私の方はやっておりますし、それは言えると思います。

武末委員： 私も一応はですね、まずあの事件が起こりまして、実は医大の病院長にお電話をしてですね、どうなんですかと、今受け入れただけのんでしょうかということを確認しましたところ、例えNICUが満杯であっても、何としてでもまず医大が必ず引き受けるからというお言葉をいただいたんですね。ただそれが本当に今、奈良でできるのかどうかということ。では、いろいろ例えばコーディネーターをつけたとか、先ほど先生言われたように、いろいろ検討して、確かに周産期コーディネーターをつくりましたとかいうふうな回答をするんですけれども、それが本当に、そういう事件がですね、起こることを防げるのに有効かという、何となくちょっと、それがあったとしても東京の場合は起きてるわけですよ。ですから、奈良でじゃあ今起きないのは何でなんだろうということ、もう一つ何かご意見があればですね、承れると思うのですが、いかがでしょう。

小林部会長： 私の顔を見て質問されてるので答えざるを得ないとは思いますが、病気そのものは一定の確率でどこでも起こり得ますよね。奈良であろうが東京であろうがどこでも起こり得る。それを今、奈良では総合周産期母子医療センターが完全に100%カバーできるようなシステムをつくっています。ですから気持ちとしては100%目指して患者を受け入れることは、もちろん院長とも話しました。いざとなれば救命救急センターに我々が出かけていくということも話をしています。ですから受け入れるつもりで、今我々は周産期センターを運営しています。その運営といいますか、取り組みがうまくいくためのバックアップを、やはりここで構築していかないと、先ほどの短期ビジョン・中期ビジョンというものが現実味を帯びない限りは、やはりドクターだけ、ハードだけで

はうまくいかない。気持ちとしては、先ほどの平岡先生と全く同じで、100%受け入れるように努力はしています。あとはそれがうまく起動するための方策を作りたい。実際に奈良県では1年でこれだけ変化しました。日本中の注目の的です。給与体系にしても、医師の、若手医師の入局にしても、これはみんな見えています。日本じゅうが見えています。奈良はやってるね、がんばってるね、というのが写るんですよ。いい方向に動かしていかないといけないので、それに向けて我々は全力で取り組んでいます。

武末委員： ちょっと県庁の側で言うのも何ですけれども、いろいろ先生方から、こんなことやってたらまた起きるぞってよく怒られるんですね。本当にそういう事件が起きなかった、この半年起きなかった、1年間起きなかったことは、非常にありがたいことだなと思ってはいますけれども、ただちょっと行政の方として、前回の検討会で出した結論の具体的なハードの方ですね、そんなに有効かなと思う中で事件が起きなかったのは、今先生たちが言っていたような、100%引き受けるんだというお気持ちがあつてのことかなと思ってはいますので、それについては今後、やはり県としては、その気力がなえないように、なえるどころかもっとやるというところで先生たちに頑張ってもらえるような体制をちゃんとしないといけないとは思っております。本当にその点についてはですね、この場をおかりしまして、この1年間頑張ってもらったことについては、深く感謝をいたします。以上です。どうもありがとうございました。

小林部会長： ぜひバックアップをよろしくお願ひしたいと思ひます。いつも若手の医者にも言うんですけども、やっぱりハード・ソフト・ヒューマン、この3つがうまくいかないと絶対物事うまくいきませんので。我々はソフトと人は何とか確保します。ハード面でもぜひ行政と連携していきたいと思ひます。新しいアイデア出しましょう。日本じゅうが奈良を見て、ああ、このシステムをまねてみようというような、そういうシステムを奈良県で立ち上げれば必ず医師も看護師も入ってきますし、増えます。そういう夢を現実にすることが大事です。この第3回目の検討部会を終わりたいと思ひます。

本当に皆さんご苦労さまでした。ありがとうございます。