

## 2007年8月奈良県妊婦救急搬送事案調査委員会（第2回）の概要

日 時 平成19年9月21日（金）午後3時～5時40分  
場 所 議会棟第1委員会室  
出席者等 別添のとおり  
概 要

### 1 知事挨拶

- ・多忙なところご参集いただいたことへの謝意
- ・前回の委員会を受けて改めて調査した内容を今回報告させていただく
- ・この委員会は原因を究明し再発防止のための事案の把握を的確に捉え、実施できるところから行う。しかし、行政だけでは不可能である、いろんな知恵を借りて、再発防止に向けよろしくお願ひしたい。

### 2 委員紹介

全員の紹介は名簿で省略

新たに委員に委嘱した県立医大 小林教授、生駒消防 有地消防長、宇陀広域 山本消防長で、和歌山県からの参加は申し出により今回から1名となった事

〔報道退室〕

### 3 配布資料の確認（事務局）

### 4 事務局から配布資料の内容説明（～午後3時40分）

- ・配布資料
- ・問題点と課題
- ・奈良県の対応策の提示

### 5 配布資料について事前に報道機関に発表することについての了解

〇〇委員：資料1については個人情報がかかり含まれているため公表しないほうが良いのでは

知 事：大阪の部分を除いて前回公表した。

〇〇委員：今回の部分は公表しないということでもいいのではないか。

知 事：資料1を公表しないということで、他の委員はどう考えるか

――資料1については未配布とすることで確認――

### 6 審議

〇〇委員：昼間に対応可であるが、休日、夜間の対応ができるのは、医大と県立奈良のみ。もともと産科の勤務医が50名弱と少ないため、救急医療情報システムと周産期システムを統合したとしても、現在の状況と結果は同じではないか危惧する。

知 事：産科の診療は実質2病院しかできないことは把握している。

その上で、今後出来る方策を何かないかと模索しているものである。

なかなかすぐに出来ないということも理解している。

〇〇委員：当院で妊婦を受け入れない理由は、NICU満床が約65%、30%弱は相談

で緊急を要しない、残り8%程度が産科の手術中やベッドがないという理由で断る割合が多い。必要NICUベッド数は人口1万人あたり0.2の基準は、大阪も満たし、奈良県もNICU自体は基準を充分満たしているが、奈良県のNICU稼働率を見ると非常に高いが、本来のNICU加算の期間なのか、後方ベッドがないために、NICUを占有する新生児がいるからということなのか。

〇〇委員：後者の患者についても含んだ上で稼働率90%程度になっている。

〇〇委員：今現在の基準は、出生数1,000に対し2であったが、急性期をすぎたが、後方ベットがないためにNICUで治療するしかないことや、未熟児の生存率が上がったことや不妊治療により多胎妊娠が2倍増えて早産等未熟児が増えている、母体搬送が多くなっているので保育機能がセットで必要となるため、余裕を見て、出生数1,000に対し3~3.5が望ましいと考える。決してNICUが足りているということはない、NICUも必要数を検討する必要がある。

〇〇委員：近畿広域周産期ネットワークは、1対1の責任の持てる体制にしたいため、OGCSへの接続窓口は1つにしてほしい

知事：NICUの率は充足しているようだが、後方病床がないためということを知っている。後方のみでよいのかNICU自体が足りないのか、また、総合周産期母子医療センターの場所についても医大のみでよいのか、北和等へ分散させる方がよいのかを資料12の周産期医療体制の基本構想で検討しようとしている。コーディネーターは、窓口一本化の点も含め医大と調整したい。

〇〇委員：長期入院については医療の面と福祉の面があるので、急には収まらない。

〇〇委員：療育の問題もある。医療保険の制約もあり、やればやるほど大変、看護師等のコメディカルもどんどん退職する現実がある。

診療報酬の問題及び長期化NICUの問題があるため、県がこのような児の受け入れに必要な体制を立てることが必要。

知事：医療保険の話のため、ご意見があれば

〇〇委員：診療報酬が大変ということは知っているが、診療報酬は別の担当のため詳しく把握はしていない。今後担当と話をしていきたい。

知事：福祉の分野にまたがる長期入院についても周産期母子医療センターの基本構想でまとめていきたい。

報告書では、奈良県も行うが、国にもこの部分についてはお願いしたいという項目を入れる。

〇〇委員：周産期母子医療センターの設置には地の利、不利が影響される。

今回の事案については周産期医療の負の部分である未検診、未婚等が重なって起きた事案である、昔は考えられなかったことが起こっている。

すべての人に安心して産科医療を提供したいが出来ない状況になっている。

奈良県には周産期を扱う産婦人科医は74人しかいない。医大もかなりがんばっているが限界である。少ない産婦人科医でも住み分けが出来れば出来ないことはない。

奈良県の問題は一次、二次、三次の住み分けがない。すべて医大で受けるのは無理、住み分けがないと。総合周産期母子医療センターができて忙しくなるだけという懸念がある。1996年に周産期ネットワークが出来たと聞いているが機能はしていない。

また、コーディネーターは電話番をしているだけでは無理である。医師とセットでないと解決はしない。コーディネーターがいることでより多くの一次救急患者がやってきても、二次救急・三次救急患者を受け入れられない事態が生じる恐れがある。

コーディネーターの前に一次、2次の住み分けが先で、逆では下手をすると悪化する。奈良の医療をどうするべきかを考えないと、せっかく奈良でお金を使い学生を育てても若い医者が現実を見て逃げてしまう。医療ゾーンを作り、医療と研究を一括して行う場所があれば若手医師や研究者は大阪から呼べるのでビジョンを示していく発信する必要がある。

目の前のことだけを考えた提案だと逆効果になる。全体を見据えるべきである。

知事：今の現状は資料7のとおりで医大がだめなら県外へ行かざるを得ない。資料2の救急情報システムを見ても夜間の一次救急は、県内で医大しかない、診療所も夜間はどこもやっていない。そこをいろんな方から指摘されている。役割分担が大事なのはわかるがすぐには出来ないし、現実には医大しか診療してないので、そこが無理ならば県外へとはいえない。しかし、現実には救急はだめであるが、資料3で、他病院で夜間に初診受け入れをしている実態もある。救急から聞かれた時にどこに行けば診察できるかもしれないというのを把握する必要がある。すぐできることと継続することがある。

また、同じような事例が起こることを一番避けたいといけなくて、まず何か出来ることをする。

それが、一次救急の産科専門コーディネーターであり、OGCSを含めた周産期ネットワークのコーディネーターである。

これは、出来るだけ早くやりたいので委員会と現場の了解を受けないといけなくて9月議会で補正提案する予定であるが、医大が一次救急のコーディネーターはだめということであればそのようにしないといけなくて、今回、コーディネーター1人分の予算要求をしたい。ただ、職種については医師しか無理か、経験のある看護師で可能か検討する必要がある。

10月～11月に開始したい。

実行していくのが大事である。

〇〇委員：大阪には専任のコーディネーターはいない。

2人の当直医で行っているが、きりきり舞いであるので是非設置してほしいがやはりDrが必要である。十分確保できるかという問題はある。

OGCS連携があると1事例で1時間くらい手を取られる。

OGCSといっても近畿の連携がスタートしていると捉えていない。

全部OGCSで受け入れできる状態にはない。

〇〇委員：県に協力する姿勢は変わらない。ただ、全くの一次に対してどうするか考えな

いといけない。コーディネーターを医大に設置するのは構わないが、医大にみんな一次が集まるというのはまずい。Drの絶対数が足りない。一次の責任は県内の74人の産科医が均等に負担することが産科医の責務なのではないか。二次以降ならば医大でがんばれといえるが、腹痛か妊婦かわからない状態の患者は74人の産科の責務として均等に分担してほしい。大学で診察しても診療所で診察してもかまわないが、医大で一次をすべて見るという方向には無理がある。

〇〇委員：以前は奈良県からOGCSにいろんな病院から問い合わせがあったが、最近ほとんど医大からの問い合わせである。拠点病院があるというのはよいことではある。コーディネーターがあつてうまくいくというもではない。

〇〇委員：天理市立病院の産婦人科常勤医は1名しかおらず、奈良県内の公的病院では唯一である。非常勤医は1名で勤務は週2回体制である。資料3にあるように、産婦人科一次救急を年間136例とかなりの症例を受けている。当院の資料では平成18年度の分娩数は139例、内帝王切開25例。時間外外来は年間253例、時間外入院110例と産婦人科医は大変無理をしている。将来産婦人科医の負担を減らすため、産科を縮小し、婦人科にシフトし、一次救急から撤退しようという意見もある。また奈良県の公的病院の医師年俸は全国的に見て低い。お産料金もかなり低い。

〇〇委員：一次救急はOGCSに入るものではない。一次救急はまず地域で行うもの。

奈良医大で一次から3次までなんてやるべきではない。

大阪の状況であるが、総合周産期センターは今大阪に5箇所あるが、地域周産期センターはない。今後地域周産期を2次医療圏ごとに作って行きたいがここでは、開業医も巻き込んで一次救急を担ってほしいと考えている。

大阪では、一次救急体制はない。たまたま少ない地域にたくさんの産婦人科医がいるため対応できているだけ。

大阪がよい状況とはとてもいえない。

未受診妊婦の問題には数の調査も大事かもしれないが、なぜ未受診妊婦になったのかを調べる必要がある。経済的な問題や家族間の問題等さまざまな問題がある。厚労省は県に対して5回以上妊婦検診の公費負担を行いなさいという通知を出したが奈良県ではおそらく行われていない、10回以上行っている団体もある。市町村等に対し5回以上の妊婦検診の公費負担の実現を要望、補助をしてほしい。

知 事：コーディネーターを産科に設置し、その費用負担を行うもの。

まず、OGCSとの連携の窓口一本化、一般救急の窓口になることで、救急窓口と、産科の対応を分けて産科専門に行くこと大事である。産科には一次か2次か3次かわからない患者が来るがその振り分けをコーディネーターが行い症状を確認した上で、県内でやっている病院を探すものだが、実際はどこもやっていないがとりあえず県としてできることはこのくらいとして提示するつもりである。これのポイントは1名増員、産科専門、OGCS連携である。

〇〇委員：コーディネーターの定義をはっきりしてほしい

知 事：①はOGCSとの連携の手続、②産科救急の窓口で、②の業務を付加できるかというのを確認したい。①は良くて②はだめというならばそれを前提に話をしなければならぬかを確認したい。

県の提案としては一次救急の窓口がないからどこにもいけない。救急は医大へ行ってだめなら県外へ行くそのような状況、コーディネータはだめだがすぐに出来るいいアイデアはないですかというのを逆に聞きたい。

医師が良いなら、コーディネーターの輪番が出来るのかの可能性も聞きたい。

〇〇委員：すでに輪番体制に協力している医療機関にも補助があるのか。

知 事：行う

〇〇委員：一次救急にかかりつけ妊婦のない、22週以降のいわゆる飛び込み出産というのは受け入れることが難しい。昼間でも、NICUがないので週数もわからない妊婦は断るしかない。飛び込み出産についてはきちんと整理してほしい。第一回目の会議の周産期施設の5の中にNICUのない施設が入っていて非常に不安である、われわれの病院では産科医師が夜中も麻酔も行っている。このまま平成20年5月以降も周産期の医療機関に入るという場合は担保をしてもらわないと不安である。

知 事：周産期システムは県が関与しているシステムではない。

即時性がないことや、休止しているというようなことはシステム運営者が説明するものである。

〇〇委員 奈良からOGCSシステムを公開してほしいという話もあったがそれはできない。

知 事：実際のところ前回の説明でも、周産期のシステムがあるのは間違いなし、その後の取材等で周産期システムを隠すことも出来なかったので出ただけである。そこを個別に取材しただけのこと。現在は奈良のシステムも救急隊は見ることは出来ない。

そこで、コーディネーターを置いて、救急と周産期、OGCSの振り分けをマニュアルを使って行う。医者が割り振る必要があればそのコーディネーターについても検討したらよい。奈良県で出来るのはその人件費を出すのみ。

〇〇委員：一次救急は行政の責任。

システム、財政負担、トラブルに対する責任を持つということと思う。

医者への責任にはしない、行政が責任を持つということ。

知 事：大阪のシステムを見習おうと思っていたが

〇〇委員：奈良の一時救急をどうするかの話になるが、財政負担やトラブルが起きたときの県の立場をきちんとしなければならない。

知 事：財政負担はする必要があると考えるが、理屈が必要、他府県との比較も必要。

〇〇委員：一次のシステムは奈良で作らないといけない。

奈良は一次救急が綻びたので作り直さなければならない。大阪はまだ綻びるところまで入っていない。

〇〇委員：静岡県浜松市では、昭和48年ごろからセミオープンシステムを始めた。産科の夜間救急を市の保健所に産科医が訪問し診察を行っていた自治体があったが、

産科医が自分の診療所を閉めて出診しなければならないため、そのシステムは機能しなくなり、現在は診療所の輪番体制で行っている。広報手段としては、新聞に今日の当直医はどこと記事を掲載することにより周知している。

知 事：在宅で診療を行うということについても検討はしたが、とりあえず病院に来てもらったほうが負担が少ないという意見があり、このような提案にした。  
在宅がよいか、出診がよいかは今後具体的に検討する必要がある。

〇〇委員：中南和では一次輪番がないので、作るとすると、単純に平日夜間と土日昼夜で週1回きてもらっても9人も必要で、1ヶ月に1回であれば約40人必要となるが可能なのか。

知 事：今までは検討もしていなかったが、今後検討していき、無理であれば別の検討を再度行う。

〇〇委員：コーディネーターの定義を分けたほうがよいのでは。  
このままだと、より一層一次救急が医大に集中し、二次、三次が出来なくなりOGCSのお世話にならないといけなくなる。

知 事：①母体搬送のOGCSを含めた連携は産科に置くが、②一次連携をやってもらえる連携については一般救急に置くのか、産科を特別にするのか、出来ないのかという風に考えるということで補正予算を要求してよいか。

〇〇委員：どの程度の予算になるのか。

知 事：主に人件費である、1人で半期1,000万程度。

〇〇委員：当院では脳神経外科、循環器内科、心臓血管外科は毎日当直しているが、ほとんどボランティアの状態である。産婦人科も出来ないかと確認したところ、定員8名に対し4名で年間500件の婦人科手術（日本でも多い方）と500件の分娩を行っており今の現状で一次救急を受け入れるのは医者の確保ができれば行いたい。定員の8人くらい確保できれば協力はしたいのだが、産婦人科の医者が集まらない。

毎年研修医が12名枠に100名程度希望するが、産婦人科は5年間で2名のみで、そのうち1名はあまりの激務に途中退職した、この問題が根本的な問題。

知 事：奈良県に産科の一次救急は事実上ない。毎日できるのは医大のみであり、産科の一次救急をどうするのかは、大阪でも課題であると本日確認できた。  
努力して解決するシステム、財政負担、責任を明らかにして整理することが必要との示唆も受けた。

その上で今回の対策3については①の部分は実施に向けて検討、②の部分はコーディネーターに集中すること自体を考えないといけない、5、6とセットでという指摘をもらった。

対策4は数字の把握とその理由、市町村の補助の状況の調査であるがまず数字の把握をしたい。

対策5、6はセットで出診、在宅診察、コーディネーターとしての参画の形について議論が詰まっていけば補正で早急に行うため、今後検討部会で詰めていく。

対策7～14は当初予算対応のものなので、考え方やアイデア、現在進行中の

状況を提示した。

- 〇〇委員：対策8の処遇の改善は産婦人科に限定してしまうのは非常に危険。  
ハイリスク妊婦の治療は、麻酔や循環器等があって成り立つものである。  
例えば、5時以降に手術が必要な場合の手当て等その内容について、柔軟に検討してほしい。
- 知 事：産婦人科医師等にする。  
分娩の際や勤務の状況等に反映するアイデアを検討する。
- 〇〇委員：分娩の手当については全国で一割くらいの大学病院が採用している。山口、山形等
- 知 事：全体は考えていない。周産期にかかわるものとしたい。
- 〇〇委員：大淀の例は、産科だけでは対応はできなかった例である。産科だけの対応では中途半端である。外科系の医師はみんな悲鳴を上げている。
- 〇〇委員：産科だけでなく救急医療全体の問題である。産科のみであれば他の医師が納得しない。
- 知 事：当直時の働きの大小により考えたい。  
過酷さに応じて考えていきたい。その結果産科のみになるか他も対象になるかである。
- 〇〇委員：それをすると産婦人科の過酷さが報われず、産科医は増えないのではないか。  
本院でも過酷な部門である麻酔科と産科には手当てを出しているが、それでもなり手が少ない。現状では、麻酔科と産科だけでも考えないと、退職補充ができず、絶対数が減り、さらに過酷になる。
- 知 事：この待遇はこの委員会ではなく、広い面での待遇については運営交付金や繰り出し金などで検討し、どこに手当てを上乗せするかは、詳細に検討するという  
ことで提示したい。提示しないと検討も出来ないので提示させてもらった。  
今後救急全体や病院との連携も出てくる。
- 〇〇委員：今回の問題は、たまたま産科であったが救急全体の問題と考えている。  
今回の事象のうち現場対応と意思疎通についてはマニュアルで概ね解決できる。  
一次、二次の区別は、現状実施しているが、今後も救急救命士には概ね可能である。  
現状としては、一次が機能しておらず、特に産科の場合は、かかりつけ医のない妊婦の周期確認は、本人からの供述がない場合はおそらく救急救命士であっても外見上からの判断は無理である。  
現場では応急処置はできても医療行為はできない。特に女性の性器出血は妊娠かその他の病気かが非常にわかりづらく、また男性が多いこともあり難しい分野である。
- 〇〇委員：マニュアルを作ることができることから行うことが大切である。  
実際に腹痛で、産婦人科に搬送されて診察すると生理通や普通の腹痛という例は非常に多い。腹痛（下腹部痛）については特に整理が必要な症状である。
- 〇〇委員：一次の輪番システムであるが、一般的に救急に運ばれたとき、死産であっても関係者から批判を受けることが多いので慎重に行わなければならない。
- 〇〇委員：まず北和の輪番体制を作り県立奈良で2次救急を、あと中南和で救急体制を作

るのが解決方法なのでは。北和、中南和ごとにヒアリングを始めている。  
あと、中南和については、医大で開業医が出診とあるが、本当によいのか。  
住み分けが難しくなる懸念がある。  
診療所は夜やっていないとあるが、初診を受け付けていないだけで、産科の特徴でかかりつけについては夜間も診察している。  
産婦人科医の医療に係わる時間はともかく、拘束時間はとても長い。  
いろんな問題はあるが、一部の開業医は非常に前向きなため、不十分かもしれないが方向性は出せると思う。  
当院にも、毎年産婦人科医が働きたいと、相談しに来るものがあるが、現状を聞くと帰ってしまう。それは医大生の卒業生の進路にもいえる。  
奨学金もいいが、医大がもう少し県立医大としてのプライオリティを出せるようにできれば後期研修以降に産科に医者は帰ってくるかもしれない。  
県が、大学や、人材に対してお金を出していく必要がある。  
そうすると救急医療全体が発展するのではないか。

知 事： 医大生対策として対策9は奈良県全体の医療の向上のためのもので産婦人科にどの程度繋げることができるのかわからないが県の姿勢という点で書いた。  
対策10は大学5年以降の選考時や臨床研修医となった際の奨励金的な意味合いを持っている。

〇〇委員： 一次救急を2次救急のシステムで行ってほしいという依頼もあったが、病院の中には、一次も二次も受ける施設もあるが、OGCSという組織は二次救急のシステムで考える組織である。

大淀のような例はいつ起こるかもしれない。

大阪府では泉佐野と貝塚の市民病院の機能を集約化、再編成が進んでいる。  
脳出血等が絡むと三次救急や大学になるので、そのシステム化の検討を開始した。

一次だけは切り離しているだけという現状である。

知 事： 課題の整理は今回で概ねできたと思うが、対応策についてはこれから詰めて行きたい。

マニュアルは、医師、救急で検討する体制を作り詳細を検討したい。

委員会では経過を報告したい。

この委員会は原因と体系的な整備、対応策の検討と出来ることを進めるというところまでなので、あと3回程度2週間ごとに行い、11月2日で最終報告を作りたい。

その時点でまとめたことを厚労大臣にも要望していきたい。

その後、システム改善、提供体制の整備を行ないたい。出来た時点で報告したい。

〇〇委員： それなりの受益者負担を考えるのもひとつの方策と考える。

知 事： 少ない予算の中でも、必要な部分には使っていきたい。

