

平成 2 1 年度第 1 回 東京都周産期医療協議会

平成 2 1 年 5 月 2 1 日(木)

東京都福祉保健局医療政策部救急災害医療課

(開会 午後6時32分)

飯田課長 大変長らくお待たせいたしました。平成21年度第1回東京都周産期医療協議会を開催いたします。

委員の先生方におきましては診療の終わった後のお疲れのところ、またインフルエンザ等々で大変お忙しいところをお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

私、福祉保健局で周産期担当をしております事業推進担当の飯田でございます。議事に入るまで進行を務めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、開催に当たりまして、福祉保健局長、安藤より、ごあいさつを申し上げます。

安藤局長 本年度、第1回目の周産期医療協議会に当たりまして、一言ごあいさつを申し上げます。

まずは、お忙しい中を、協議会委員をお引き受けいただきましたことに対しまして、厚く御礼を申し上げます。

平成20年度は、妊婦さんの搬送事案を受けまして周産期医療の緊急対策を相次いで行いましたが、中でも母体救命対応の総合周産期センターの設置やミドルリスク妊婦の緊急対応を行います周産期連携病院の指定は、この協議会の提案を受けて実現の運びとなったものでございます。こうしたもろもろの取り組みは、リスクを伴います出産が増加する中で妊婦さんの不安を和らげる効果を目指したものと考えております。平成21年度におきましても、引き続き周産期医療体制の充実に努めてまいります。

本日は、この4月に取りまとめました東京都周産期医療体制整備PTの報告をさせていただきます。PT報告内容の中には、周産期コーディネーターの運用やNICUの整備促進に関する国への緊急要望に加えまして、セミオープンシステムの普及、さらに周産期医療体制の運用に係る情報収集の検証など、多様な内容となっているところであります。当局といたしましては、この報告と当周産期医療協議会におけます検討とご示唆をいただきまして、緊急医療との連携によります救命体制の確保、さらには地域における安心なお産のネットワーク、NICUからの円滑な退院に向けた必要な支援のあり方などの問題に対応していきたいというふうに考えております。

また、20年度に打ち出しました施策につきましても、科学的・実証的な検証をいただければ幸いです。

多々申し上げましたが、どうかよろしくお願い申し上げます。

なお、一言、申し添えますと、昨日、都内で新型インフルエンザの患者さんが発生をいたしました。報道等で十分ご存じのことだとは存じますが、私どもが患者さんの足取り等を確認いたしますと、接触は極めて限定的あるということで、それを踏まえて都内では学校、社会福祉施設等、あるいはイベント自粛等については要請をしないという判断をさせていただきました。ただ、今後とも、この問題に対しては十分なサーベイランスと対応をしていこうと思っております。私どもの健康安全研究センター等では学校等

のサーベイランスの強化をいたしておりますので、こうしたことも踏まえて、この問題にしっかり対応していきたいと思っております。この面では、先生方にも、またお世話になる場面が多々あるかと思っておりますが、どうぞよろしくお願いいたします。

本年度も、どうかよろしくお願いいたします。

飯田課長 委員の任期が2年ということで、今回から新しいメンバーで第1回の協議会になります。お手元の委員名簿、資料1でございますけれども、これに基づきまして、本日まで出席の委員をご紹介します。

まず、東邦大学、田中委員でございます。

東京都医師会、大橋委員でございます。

東京産婦人科医会、町田委員でございます。

日本助産師会東京都支部、山村委員でございます。

日本重症心身障害学会の有馬委員でございます。

次に、昭和大学、岡井委員でございます。

愛育病院、中林委員でございます。

杏林大学、杉浦委員でございます。

順天堂大学、竹田委員でございます。

日本医科大学、竹下委員でございます。

讀賣新聞社、本田委員でございます。

特別区保健所長会（大田区保健所）、永井委員でございます。

都保健所長会（町田保健所）、宮本委員でございます。

都立墨東病院、渡邊委員でございます。

都立府中病院、桑江委員でございます。

東京消防庁、伊藤委員でございます。

福祉保健局医療政策部、吉井委員でございます。

また、各部会の代表といたしまして、産科部会から日赤医療センターの杉本先生。新生児部会から東邦大学、宇賀先生。救命部門から日大板橋の丹正先生の代理といたしまして守谷先生にご出席をいただいております。

また、病院経営本部から経営戦略担当課長の谷田がオブザーバーとして参加しております。

事務局の方を、ご紹介させていただきます。まず、先ほどごあいさつ申し上げました局長の安藤でございます。

続いて、福祉保健局次長、杉村でございます。

技監、桜山です。

医療政策部医療改革推進担当、大久保でございます。

医療政策部医療政策担当参事、中川原でございます。

医療政策部医療調整担当副参事、田口でございます。

救急災害医療課長の越阪部でございます。

私は事業推進担当の飯田でございます。

(事務局紹介) このスタッフが事務局を勤めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

次に、配付資料の確認をさせていただきたいと思います。

ただいまご覧いただいた資料1の次に、資料番号はございませんが緑の冊子。

資料2、「周産期医療体制の充実に向けて」というPTの報告の冊子がございます。

次に資料3、PTによる提言と周産期医療協議会における今後の検討事項というものが1枚ございます。

次に資料4、母体救命搬送システム概要とあって、ホッチキスでとめております2枚でございます。

次、資料5でございます。周産期連携病院の状況について、5枚のつづりがございません。

次、資料6、1枚でございますが、都立府中病院の移転に伴う産科診療の調整についてというもの。

次に参考資料に移らせていただきますけれども、本協議会の設置要綱でございます。

次に、参考資料2でございますが、これは昨年の妊婦搬送事案を受けて本協議会並びに医師会、東京都でのさまざまな取り組みを行ってまいりましたので、そのフロー図を示したものでございます。

参考資料3でございます。昨年の第5回東京都周産期医療協議会の議論のまとめと、参考資料4には、その議事録を提示させていただいたものです。

参考資料5といたしまして東京都周産期医療の現状として各種データがございます。

最後に参考資料6、これは国の周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会報告書というものがございます。

以上の資料につきまして、不足しているものがございましたら、ご連絡いただきたいと思いますが、よろしいでございませうか。

なお、本日の会議は、周産期医療の先ほどの協議会設置要綱第8に基づきまして、会議及び会議に関する資料、会議録は原則として公開となっておりますが、ご了承いただきたいと思いますが、よろしいでございませうか。

(異議なし)

飯田課長 ありがとうございます。

続きまして、協議会会長の選任を行います。本協議会の会長は要綱第5の1により委員の互選となっております。どなたか推薦等がございましたらお願いいたします。

町田委員 昨年に引き続きまして、岡井先生にお願いしたらいかがでしょうか。岡井先生を、ご推薦申し上げます。

飯田課長 岡井委員の推薦がございましたけれども、ほかにございませうでしょうか。

よろしいでしょうか。岡井先生でよろしいということでしょうか、皆様。

(異議なし)

飯田課長 岡井先生、よろしいでしょうか。

では、岡井委員につきましては会長の席にお移りいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

なお、会長代理は要綱第5の3により会長からご指名いただくことになっておりますが、岡井会長、どなたかご指名いただけますでしょうか。

岡井会長 前年度から引き続きまして、楠田先生をお願いしたいと思います。今日はご出席ではないのですけれども。

飯田課長 楠田委員からは、先ほど紹介申し上げませんでした、申しわけございません。本日、所用により欠席というご連絡を賜っておりまして、会長及び会長代理についてはお任せするという意向をいただいておりますので、楠田委員に会長代理をお願いすることになります。

では、引き続きまして、議事に移らせていただきます。進行は会長の方にマイクをお渡しいたします。

なお、テレビ撮影につきましては、ここまでとさせていただきますので、申しわけございません。

では、岡井会長、どうぞよろしく願いいたします。

岡井会長 昨年度から引き続きまして、会長を務めさせていただきます。どうぞよろしく願いいたします。

この協議会は都民の皆さんに質の高い周産期医療を提供して、安心して出産してもらえるように東京都の周産期医療体制を整備・充実させる、それを目的としております。東京都におきまして、現在、周産期医療が抱えているさまざまな問題の、その背景には日本全体が抱えている医療の問題、根本的な問題が存在するわけですが、私たちは、私たちの力の及ぶ限り、それらの問題の解決に最大の努力をしていかなければいけないと、そのように思っております。

しかし、そこで、ひとつ、私自身が注意しなければいけないと思っていることがございまして、それは、その場の場当たりの対応とか、その場しのぎのような対策で済ませてしまえばいけない。長期的な視野に立って、都の周産期医療体制をどういう方向に持っていくのが正しいのかということをお忘れしないで、そちらの方向に進むようにやっていきたいと、そういうふうに、今日も、ここに来る前に自分自身に言い聞かせてきたところでございます。

どうぞ、委員の皆様方、よろしくご協力をお願いしたいと思います。

まず、今日の議題の最初は、東京都周産期医療体制整備のPT、プロジェクトチームの報告についてということでございますので、この件を事務局の方からご説明いただきたいと思います。

越阪部課長 資料の2及び3によりまして、ご説明をさせていただきます。

昨年発生をいたしました2件の母体搬送事案以降、東京都周産期医療協議会や各部会におきまして精力的に議論をいただき、再発防止に向けた改善策や今後の周産期医療体制の強化についてご検討いただき、誠にありがとうございました。その結果、スーパー総合周産期母子医療センターの創設や全都的な搬送調整を行うコーディネーターを配置することなどの対応を図ってきたところでございます。

一方、PTの設置でございますが、専門家の先生によって構成する本協議会の検討に加えまして、都民、利用者の視点から現在の周産期医療システムの制度を検証するため、猪瀬副知事をトップとする庁内の横断的な組織による周産期医療体制整備PTを設置し、改善策について検討を進めてきたところでございます。

PTでは都内の総合周産期母子医療センターや札幌市などの取り組みの視察、あるいは制度の検証を行いまして、第一次提言といたしまして2月にコーディネーターの運用等について周産期医療協議会に、第二次提言といたしまして3月にNICU整備に向けた診療報酬の引き上げ等について厚生労働大臣に、それぞれ緊急要望が出されました。そして、4月24日に第三次提言を含めPTの検討した事項について東京都周産期医療協議会や国等に対する提言として報告書が取りまとめられました。本日は、この提言内容を報告いたしまして、今後、協議会において先生方に専門家の視点から検討を進めていただければと考えております。

それでは、まず第一次提言についてでございますが、恐れ入りますが、資料2の報告書の10ページをお開きいただきたいと思います。10ページの中ほどにあります6の「周産期医療充実に向けての提言」でございます。

第一次提言につきましては周産期コーディネーターの運用等に関連する事項であり、協議会の専門部会による検討が進められている状況があったことなどから、先行して提言が行われました。第一次提言は2月10日に、岡井会長とコーディネーター専門部会の会長でもある楠田副会長に対して2点の提言をまとめ、手交されました。

1点目は、11ページにあります(1)の「診療可否情報の簡素化」でございます。提言内容は枠内にありますように、周産期コーディネーターが搬送調整を行う際には、現在の周産期医療情報システムによらず、産科NICUの受け入れ可否状況を電話で把握した上で、それに基づいて行うべきというものでございます。PTでは、この提言に先立ち札幌市のコーディネーターを視察しております。これは資料編になるのですが、半ば以降の資料編の9ページ、10ページに、その記載がございます。札幌市では助産師がコーディネーターを行っており、あらかじめ二次、三次病院に当日の空床情報を紹介し情報収集を行う、いわゆる吸い上げ方式を採用しているものでございます。都においてコーディネーターを設置する際は、札幌方式を参考として導入すべきであるというものでございます。

それでは、もとに戻りまして資料の12ページをお開きいただきたいと思います。

2点目になりますが「患者情報連絡票の簡素化」でございます。一次医療機関がコーディネーターに搬送調整を依頼する際には、迅速かつ正確な患者情報の伝達が不可欠である。このため連絡票の活用を図るとともに、緊急性が高い場合には連絡票の記載に時間を要してはならないというようなことから、必要最低限の情報伝達とすべきというものでございます。

中ほどにあります第二次提言はNICUの整備促進を図るため国への緊急要望を行ったことでございます。その内容は要望内容にありますように、(1)のNICUの診療報酬の大幅な引き上げ、(2)の国庫補助制度の充実でございます。2件の母体搬送事案によりましてNICU病床がほぼ満床状態である現状を踏まえ検証を行ってきたところではありますが、3月4日に出された、これも岡井先生が会長をされている国の懇談会報告において「出生1万人対20床」という、これまでのNICUの整備目標を見直すことといたしまして、都道府県は出生1万人対25から30床を当面の目標として、地域の実情に応じたNICUの整備を進めるという方向が示されました。都内におけるNICU数は現在、周産期母子医療センターで207床、これは出生1万人対比でおおむね20床ということになっているわけですが、今後さらなる整備を進めていくことが急務であるということでございます。

しかしながら、国庫補助制度である周産期の運営補助については、M-FICUのみが対象となっており、NICUは対象となっていないのが現状でございます。NICUの診療報酬の大幅な引き上げと国庫補助制度の充実について3月17日に、国に対し緊急要望が行われたところです。猪瀬副知事より舛添厚生労働大臣へ要望書を手交する際、周産期医療体制の充実に向け国と都がより一層連携しながら取り組んでいくことが確認されております。

14ページをお開きいただきたいと思います。第三次提言につきましては周産期医療全般にわたって検討を行った事項について10項目の提言を行っておりますが、その幾つかのポイントの提言について報告をさせていただきます。

まず、(1)の「セミオープンシステムのさらなる普及」でございます。周産期センターへ正常分娩を含む分娩が集中し、これに伴う過剰な負担により高度医療の確保が困難となっている状況から、一次から三次の医療機能に応じた役割分担を一層進める必要があるということでございます。この役割分担を進める取り組みとして、右側15ページにイメージ図がございますが、地域と中核病院との妊婦健診と、分娩など医療機能に応じた役割分担を進める取り組みの一つとしてセミオープンシステムがあり、この取り組みをさらに普及させる必要があるというふうにされております。

既に、本協議会におきましても、周産期医療機関連携ガイドラインにおいて、こうしたシステムの普及に努めているところではありますが、普及の促進、これについて周産期医療協議会でご検討いただき、東京都医師会などと連携し、さらなる普及に努める必要があるというふうにされております。また、東京都医師会には猪瀬副知事より会長に対

し要請を行っております。医師会長からは協力いただける旨のお話をいただいているということでございます。

次に、16ページをご覧いただきたいと思います。(2)「医師の確保」でございます。事案発生の要因といたしまして産科、産婦人科、小児科医の減少があり、特に、産科や新生児科医につきましては緊急の母体搬送等に常時対応できるだけの余力がない状況にあります。こうしたことを踏まえまして提言に盛り込まれております。提言要旨にありますとおり、不足が顕著な産科、小児科、救急医の医師確保や過剰な労働負担を軽減する勤務環境改善に向け、診療報酬の改善が必要であることから総合的な対策を国に求めております。特に、病院勤務医におきましては36時間勤務というようなことが言われているわけですが、この長時間労働の実態解消に向けて、交代勤務制や短時間勤務制の導入など病院勤務医師の勤務環境を改善する施策の推進及び診療報酬の一層の充実が必要であり、より実効性のある総合的な対策を講じる必要があるとされております。

また、あわせて、都におきましては独自に平成20年度から医師勤務環境改善事業、あるいは平成21年度から地域医療医師奨学金制度を実施しておりますが、周産期医療などに従事する医師を確保するために、病院勤務医の負担軽減や次代の医師育成、さらには病院内での院内助産や助産師外来など、医師の負担軽減策を含めた医師確保対策について効果を踏まえながら着実に推進していく必要があるというふうにされております。

次に、18ページには(3)で「女性医師の勤務環境改善」がございしますが、(2)と同様に医師の確保の観点から提言に盛り込まれております。

飛びますが、21ページをご覧いただきたいと思います。(7)「周産期母子医療センターに対する補助制度の充実」でございます。これについては第二次提言におきまして国に対し緊急要望が行われております。都においてはNICUの病床運営の実態を踏まえ、引き続き国に要望を行うとともに、国が改善を図るまでの間、周産期母子医療センターに対する運営費補助金の充実に向けた対応を検討する必要があるとされております。

22ページをお開きいただきたいと思います。中ほどの(9)「周産期医療体制の運用にかかる情報収集・検証及び公表」でございます。都におきましては周産期医療体制の運用状況、スーパー総合周産期センターの患者受入状況や母体・新生児搬送受入コーディネーターの活動状況等について日ごろから情報収集・検証を行い、定期的に公表するルールを定めるなど、透明性を高めていく必要があるというふうにされております。そのため、周産期母子医療センターの協力はもとより地域の産科医療機関の協力が不可欠であり、都は医療機関同士が日ごろから情報交換し合えるような、いわゆる顔の見える関係の構築に努める必要があるとされております。

右側23ページですが、(10)「レセプト並みの支払明細書発行の取組」でございます。情報の透明性を確保する観点から、また患者さんにわかりやすい医療を実現する観点からも、各医療機関で個別の診療報酬点数の算定項目のわかるレセプト並みの明細

書を即時に発行できることが重要であることから、まず、都立病院におけるレセプト並みの支払明細書の発行について平成21年秋までにモデル的に実施し、導入する必要があるとされております。

以上、周産期医療体制整備PTの報告につきましては、お手元の資料3になりますが、A3版の資料3の上の段の表に第一次から第三次提言に区分いたしまして整理をさせていただきます。

次に、下段の「周産期医療協議会における今後の検討事項」でございます。検討事項としまして、協議会において今後検討をお願いしたい内容をまとめております。検討内容欄のゴシック体については、PTの提言にも盛り込まれている内容でございます。

まず、項目の一番上ですが、東京都母体救命搬送システム（スーパー母体救命）に関しましては、先ほど3月25日より稼動した母体搬送システムの運用状況を踏まえまして、引き続きシステムの検証をお願いするものでございます。

次の周産期母子医療センターに関しましては、ただいまの提言にもありましたとおり、国の懇談会方向の趣旨を踏まえましてNICUの整備目標の策定、また周産期母子医療センターの指定基準の見直しについては、こちらも国の報告書の中で触れられておりますが、今後周産期医療システム整備指針が改正された場合には、それを受けた対応を図っていく必要があるというふうに考えております。

次に、周産期コーディネーターに関しましては運用方法、マニュアル作成、人材確保、研修など、事業開始に向けた検討や運用後の搬送困難事例などの情報収集・検証などについて、ご検討をお願いするものでございます。

NICUからの円滑な退院に向けた取り組みへの支援に関しましては、在宅への移行を含めた円滑な退院に向けての支援体制を検討する検討会の立ち上げ、退院支援のためのニーズ調査の内容について、ご検討をお願いするものでございます。

ネットワークグループの構築に関しましては提言に盛り込んでありましたが、オープン、セミオープンシステムの各地区の取り組みの拡充について、これもご検討をお願いするものでございます。

最後に、周産期医療体制の運用にかかる情報収集・検証に関しましては、こちらも提言に盛り込んでありましたが、日ごろからの情報収集に当たって、収集する情報の種類、内容、収集方法について、また、それにかかる検証、公表について検討をお願いするものでございます。

このように多岐にわたる検討内容でございますが、今後の協議会あるいは部会でご議論をいただきたいと考えております。少し長くなりましたが、説明は以上でございます。岡井会長 ありがとうございます。

大変有益なご提言をいただいておりますが、この中の一つ一つをどう実現していくかという、その道筋等の議論を将来的にはしていかななくてはいけないと思いますが、本日は全体について委員の先生方からご意見をいただければと思います。いかがでしょうか

か。

どれも大事なことだと思えますが、私たちとしては、やはり優先順位をつけて、実現させないといけないので、その道筋をきちんとさせたいと思えますが、いかがですか。何かございますか。

セミオープンシステムに関しては、今現在やっておられるのは愛育病院ですか。中林先生、何かコメントがありましたら。よろしいですか。

中林委員 セミオープンシステムに関しては、東京では私どもが初めまして、それから日本医大多摩永山病院もそれに引き続き、さらに拡大しておりますが、やはりまだまだ十分に広がっておりませんので、こういった意見が出たところで、さらに充実していくということが必要ではないかなというふうに思います。

岡井会長 ありがとうございます。

私、第二次の方を飛ばしました。第一次提言は、前年度に書類もしっかりいただきまして皆さんにお話ししていますので、それはいいと。次の第二次のNICUの診療報酬の引き上げに関しましては、これは日本周産期・新生児学会からも正式に要望書を提出しておるところでありまして、国の方も当然しっかり考えてくれるということでご返事をいただいております。実現したいというふうに思っていますが、これはこれで、あとは国の方の、中医協の方にいかに働きかけるかということだと思えます。

それから、また三次提言に戻りまして、医師の確保、それから女性医師の勤務環境の改善、これはもう昔から私たちがずっと声を大きくして言ってきたところでありまして、本当に少しずつでも改善していけるように鋭意努力したいと思えます。

この2つの件で、何かご意見はございますか。

杉本委員 日赤の杉本です。医師の確保に関しましては、特に公的病院の産科医、新生児科医が、医師が足りないことの一番中心であるということ、もう一度、認識していただく必要がある、これが第1点です。

そのためには、若い先生たちが入ってくる、魅力ある環境ということも必要なのですけれども、現在働いている医師のいわゆる立ち去りというようなことが起きないように勤務環境を整えていくということが今現状では非常に必要なことだと思うのです。つまり、それはどういうことかといいますと、1つは、労働基準監督署などからのご助言もあるのですけれども、勤務環境というものを、やはり交代勤務ができるような形態を周産期センターは当然とっていかなくてはいけない段階に入ったということです。私ども日赤も労働基準監督署のご助言もありましたけれども、これを機会に、この6月から変則2交代で、夜勤3人体制にしております。各周産期センターができるだけそういう形をとれるように、今後の方向性として考えたいということです。

それと、あと公的な病院の産科医、新生児科医に対する病院自体のいろいろな補助金、手当ということのほか、個人的な労働に対する報酬という面でも、地域の医療を支えている、これは救急医療もそうですけれども、そういう立場のところへの手当というこ

とも考えていただきたい。

この3点であります。

岡井会長 ありがとうございます。

桑江委員 都立府中病院の桑江と申します。

まずは医師の確保、今、杉本先生からもご提案いただきましたけれども、実際問題として、例えばオンコール体制というのを私たちが敷いておりまして、通常、1人で当直あるいは夜勤をしておりまして、救急手術が必要になったときは、だれか呼び出すというのが通常の動きになっておるわけでございますけれども、これが、オンコールに関しましては、県立病院の方では行っていますけれども、どうも労働とは認められておりませんので、実際問題は呼ばれたときだけにしか報酬が発生しないということが私としては大問題だというふうに認識しております。これは多分、産科だけではなくて救急手術を担わなくてはならない救命救急センターのドクターたちも、みな同じような悩みを抱えていると思うのですけれども、一体労働とは何かということが今問われておりまして、やはりそうでないということでありましたらば、常時、救急手術に対して、その場に医師を置かなければいけないということが発生してまいります。そういうときにまた、では第三の患者さんが来たときにどうするか。だれかを呼び出さなければいけない。

そういうことに関しての議論があまり今までなかったので、この問題が非常に大きな問題だと思うのと、あと病院の医師定数の問題がございまして、例えば都立墨東病院の産科の医師の定数は9人でございます。9人で、では2人でいつもいられる状況かということ、それは無理であるにもかかわらず、病院の医師定数というものはかなり昔に決めて、そのままほとんど変わっていないので、杉本先生がおっしゃっていただいたように公的病院の医師定数というものは、ほとんど実情にそぐわない状況で、そのまま参っております。ですので、私立の場合には実情に合わせてクリアするということができると思うのですけれども、公的公立病院の医師定数はとても実情にそぐわないし、では、それだけ確保できるかという問題ももちろんございますけれども、まず常勤というところで、きちんとした正規雇用をしていただくような定数を確保していただくということが、ぜひ必要で。これは、ある意味では、病院で補助金ではなくて本来やっている労働に対して、それで病院が成り立たなければならないということを考えますと、今の公立病院はほとんど無理でございますので、中医協全体の定数とも絡むと思うのですけれども、まず大きな問題はそこにあります。ということが意見でございます。以上です。

岡井会長 ありがとうございます。

杉浦委員 杏林大学の小児科の杉浦と申します。

この件は非常に大きな問題をはらんでいて、この場、すなわちこの協議会でどこまで解決できて、どこからが国の問題かというのは非常に大きいとは思いますが。しかし新生児科医が足りないという事が今最大の問題になっていて、NICU不足もそうですが、この問題を是非やらなければいけないと思います。このたび、NICUを約1.5倍に増

やそうという目標が打ち立てられました。ただ、実際に調査してみると、医師が足りなくて、これ以上増やすことができないという現実が大部分です。

医師が足りない理由は過重勤務です。過重勤務を解消するには医師が必要である、その医師がいないということで、この問題はなかなか簡単に出口が見えないというのが現状です。ただ大事なことは、産科の先生が足りないということに加えて、小児科で新生児を担当している医師はもっと危機的な状況にあるということだけは改めて確認していただきたいと思います。

岡井会長 ありがとうございます。

この件だけでも、本当にディスカッションし出すと会が終わってしまいますので、問題点はもうご指摘いただいたと思いますが、中林先生、何かありますか。

中林委員 この提言の中でひとつ足りないと思ったのが、現在の医師を確保するためにNICUの診療報酬等を上げていくということは、これは当然必要なことで、それによって現在の医師の待遇をよくするということは大前提ですが、今、杉浦先生もおっしゃったように、この中にはNICUの医師の養成というところが少し抜けているのです。NICUの医師が足りない、それではどうすればいいか。産科も、ようやく少しずつ入局者が増えておりますが、NICUというのは小児科のうちのごく一部です。産婦人科は産婦人科学会全体でいろいろ運動して少し増えておりますが、NICUというのは小児科の一部であるがために、学会全体として医師増加作戦をとることがなかなか難しい。そして、箱物ばかりできても、人材を養成するということまで国もいっていない。ようやく文科省も何とかしようという動きがありますが、これに関しては、やはり自治体を引っ張っていく東京都が、NICUの医師養成を進めようというようなところが提言に盛り込まれるとさらにいいのではないかとこのうふうに私は思います。

岡井会長 ありがとうございます。

よろしゅうございますかね、この提言は。女性医師の環境改善の方にいきたいのですけど。

竹下委員 今年度からこの会議に参画させていただいております日本医科大学の竹下でございます。

現在といたしますか、今年度から、私、日本産科・婦人科学会の方で男女共同参画委員会というのをやれというように命令を受けまして、そちらの方の委員会の運営をやっております。

男女共同参画といたしますとわかりにくいのですが、昨年度まで、ここにご出席の桑江先生が女性医師の継続的就労支援というようなことで中心的になって会を運営されておりましたけれども、それを引き継ぐような形の委員会でございます。

先日、男女共同参画の委員会を開きまして、雑談程度に出た話なのですが、やはり、今は産科・婦人科学会の会員の30歳以前では女性会員が7割を占めるということでございます。この状況があと10年続くと、恐らくまた産科医療の崩壊の第二次ブームが

来てしまうのではないかとされるほどの危機的な状況が予想されるわけなのですけれども。この中で出た話が、やはり、お産をして子どもを預かってくれる保育所が非常に足りない。足りないというよりも、例えば、私のところの医局でいきますと、1月にお産をしてくれると4月から保育所に預けられるということで、そういう人たちはいいのですけれども、今年の場合ですと、私のところの医局ですと4月に2人がお産をしているのです。そうしますと、来年の4月まで勤務に復帰できないというような、そういう問題が生じてきているのです。

そういう人たちが、本当に、例えば10月に、もう一回募集をしてくれるとか、あるいはできれば年に3回ぐらい募集していただけると、かなりの女性医師が勤務に復帰できるというような状況が来るのではないかとというようなことが意見として出まして、産婦人科医だとか、あるいは新生児科医だけ優遇しろとは言いませんけれども、もう少し広げて、例えば、公益性のある職種についている方のお子さんを優遇して、優先的に保育所にとっていただくというような少しフレキシブルに考えていただくと、かなりの勤務状況の改善になるのではないかとというふうな意見が出たもので。

ここには、ちょうど、今日は福祉保健局の方がたくさんいらっしゃいますので、ぜひ、その方向で考えていただければと思うわけです。

岡井会長 ありがとうございます。

この女性医師の勤務環境の問題は、私も保育所というのは相当大きなネックになっているというふうに思っています。優先的に女性医師の子どもを預かるというのではなくて、保育所全体の啓発をしなければいけないと思います。圧倒的に足りないと思いますので、追加で発言させていただきました。

それから、もう一つだけ言わせていただくと、先ほどオンコールにお金が出ないという話がありましたが、今度スタートしたスーパー総合周産期センターのスーパー母体搬送事例のために待機するオンコールの医師には、お金を東京都から出してもらうという形になっています。これは、だから、ぜひいい方の突破口として続けていってもらいたい。東京都の方々をお願いしておきたいと思います。

桑江委員 すみません。都立府中病院の桑江と申します。

今、日医大の竹下先生の方からご紹介いただきましたので、一言。保育所は、先生方のおっしゃるとおりで徹底的にもちろん足りないのですけれども、私たちの調査でも、やはり病院というのは非常に女性が多く働いているところでございまして、看護師さん、あるいは薬剤の方とか、ある意味で、病床が大きなところでは院内保育所というものを持っているところが半数くらいございます。ただ、今お話にあったように、途中でもし増やすとすると、それに対応する保育士をまた増やさなければいけないということになりまして、その場合、国の基準でいいますと床面積がどうこうということではなくて、なかなか難しいところがございまして、院内保育所であれば、ある程度フレキシビリティがあるということで、私のところでは、都立病院では3つくらい保育所を持って

おりまして、24時間対応で府中と墨東とやってくれているおかげで、私のところでは1人、小さなお子さんがいるのに働けておりますので、おっしゃるとおり非常に大きな問題だとは思いますが。あとは、ご本人のモチベーションがありますので、やはり周囲の、どちらかというとな性は子どもを産んだらもう戦力としてはかなりダウンしてしまうので困るというような感じを、ある意味、冷たい厳しい目というのが向けられている部分がございます、そのことが少しネックになっているところもあるようでございます。

実際問題でも、42歳以下の産婦人科医では50%が女性という、そういった時代でございますので、あと10年、20年後には、こういう方たちが引っ張っていかなくては行けないわけですが、そういう方たちがずっと働けないという現実があったら、いつまでたっても足りない。おっしゃるとおりだと思います。

今、都立病院の方は経営本部の方が大分努力してくださいますので、3歳以下の方は週20時間で常勤にしてくださっているとか、さまざまな施策をしていただいた結果、都立大塚の方でも女性医師がかなり残っておりますし、府中の方でも残り始めておりますので、やはり手を打っていただければ、それに対して、必ずやる気のある女性医師は残っていくと思いますので、ぜひ、よろしく願いいたします。

岡井会長 ありがとうございます。

それで、今の点には、今日のところは終止符を打ちまして、次のご提言をいただいている在宅重症心身障害児の施策、これに関しまして有馬先生からご発言ございますか。有馬委員 後ほど項目をとっていただいているので、それは非常にありがたいことだと思っております。

今、NICUで、まず問題となっているのは、ほとんど重症心身障害で、お家に帰れない、家で引き取れないと、そういう方が多い。これはもう全国的にそうだと思います。それを、どうやってお家に帰すかということが、今問題になっているのだと思います。そういう重症心身障害であるというのは、重症心身障害の施設でそれを受けたらどうかという意見が出ております。それは私たちも前から考えてきたわけでございます。

私のところは、たまたま3年前にオープンして、NICUあるいは小児科病床でなかなか帰れない人を受け入れた経験がございます。一番、直接受けると、非常にNICUのそういう整備と重症児施設の整備体制という、看護のときには看護の問題がかなりの差があるということございまして、そういうことを、もし受けるとするならば、それなりの看護体制を、その病棟だけでもつくっていくという、そういうことが必要だろうと思っております。

一方で、医師も不足していますけれども看護も足りないということで、今ご議論のありましたような保育所、そういった問題が全部絡んでいると思います。重症心身障害の方たちを受けてNICUを開ける、風通しをよくするためには、それを引き受けられる在宅の援助と、それから、何かあったときに一時的にすぐ、家族の具合が悪いときに引

き受けられる緊急担当病床、そういうのが増えてくれるところが充実ということで、一番、現実の問題だと思います。よろしく願いいたしたいと思います。

岡井会長 ありがとうございます。

ほかに、このことに関して、ご意見等ございますか。1つずつ全部やっていきたいところなのですが時間もありません。議題はほかにもありますので、まとめて三次提言の(5)以下、産科医療補償制度、妊婦健診の問題、それから補助制度の充実、GCU、後方病床の充実の点、それから情報収集・検証、それから支払明細書発行の問題という提言、この6項目に関しまして、何かご意見や追加的なご発言等があればお伺いしておきたいと思います。いかがですか。

大橋委員 6項目以外の問題で追加発言をさせていただきますが、これは前にも発言させていただいたことがあるのですが、現在こういう状況ですので、産科に関しては集約化ということでやむを得ないと思うのですが、ただ、現実には集約化をする病院を周囲で支える、分娩を扱う診療所というのも非常に必要だと考えております。かなり診療所でやられている先生も、病院の先生と同じようにぎりぎりのところで頑張っておられますが、なかなか、今、目は病院の方に主に集まっておりますけれども、診療所で頑張っておられる先生方もどんどん、くしの歯が抜けるように少なくなりつつありますので、この辺も非常に重要だと思いますので。やはり自然界は安全を保つためには集約化と同時に分散化を図っておりますので、分散ということも目を向けていただくと、ありがたいかなというふうに考えております。以上です。

岡井会長 ありがとうございます。

ほかに、PTからいただいた提言、ご助言に対して、何かご意見等はございますか。よろしいですか。

本当に有益な提言をいただいておりますので、私たち周産期医療協議会としてできること、私たちの力で解決できる問題を少しずつ地道にやっていきたいと思いますが、できれば次の2回目ぐらいに、そのうちの重要なもの、それから早く解決に向かわせることができるもの等の順番を立てて具体的なやり方等を議論していきたいと思いますので、今日は、PTからの提言についての議論はこれで終わらせていただきます。

町田委員 23ページの支払明細書の発行に対する取組ということですが、これはもう当然のことだと思います。ただ、我々は、この「レセプト並み」というのが、こういった方向性でもって考えていらっしゃるのか。今、全く白紙で、これから取り組まれるのかどうか、その辺のところを。

岡井会長 これはご質問と受けとめますので、担当者の方からご回答いただければと思います。

谷田課長 病院経営本部の谷田と申します。

今、先生からお話があったところの、これは都立病院におけるということでございますけれども、今、都立病院におきましては、希望される方について、こうしたレセプト

並みの明細書の発行ということで取り組んでおります。それを、こちらについては、基本的にすべての方々に発行しようというところのお話でして、今、既に取り組んでいることを、そうしたベースに引き上げることを検討するというふうに思っております。

町田委員 そうしますと、これは支払明細書をだれでもわかるような形でもって発行する、そういったことで考えてよろしいのですか。「レセプト」という言葉が入りますと、お産とレセプトがどういう関係になるのかなというような感じで、馴染まないのではないかなという感じがいたします。

どこでも、今は、ほとんど明細書というのは発行していると思うのです。モデルですから、都立病院でやっていただくのは一向に構わないのですけれども、方向性というものを。レセプトを、つまり病気に対するというような形に、どういうふうに持ってくるか、その辺のことを今度は医師側にわかりやすく。患者さんにわかりやすく明細を出していただくのは構いませんけれども、医師側にもわかりやすくという形でモデルをつくっていただきたいと思います。

岡井会長 では、今のはご意見ということで。このディスカッションに時間を使いますと後の予定が進みませんので。またの機会に、問題点を整理をして、話を進めたいと思っております。

それでは次の議題で、本日の議題の(2)母体救命搬送システムの報告及び周産期連携病院の状況について。まず、前半は母体救命搬送システムについて、飯田課長の方から説明をお願いします。

飯田課長 資料4をご覧くださいと思います。母体救命搬送システムの概要でございます。

初めての委員の先生もいらっしゃると思いますので、若干の説明をさせていただきます。東京都母体搬送システムとは、脳卒中、ショックなどで緊急に母体救命処置を必要とする妊産褥婦に、近くの救急医療機関が受け入れられない場合に、右に書いてあります昭和大学、日赤医療センター、日大板橋病院の3カ所のスーパー総合周産期センターが必ず受け入れるというシステムで、前提時間をなるべく短くしようということでつくられたシステムでございます。

例えば、転院搬送でございますと、かかりつけ医の産科施設で妊産婦さんが母体救命が必要だと判断されますと、まず救命の観点から直近の救急医療機関にお電話するのですが、そこで受け入れられなかったとしますと、いろいろ探すのではなく消防本部指令室に電話をします。そうすると、指令室がスーパー総合周産期センターへ受け入れ要請をしますので、すぐにそちらの産科施設から救急車でスーパーに向かうと。一般通報の場合は、例えばご自宅などで具合が悪くなって119番通報がございまして、近くの救急隊が傷病者の方に向かいます。そこで母体救命が必要だと判断された場合は、まずは消防本部から直近の救急医療機関にお電話をしますけれども、そこで難しいと、緊急オペなどで受け入れられないというふうになりますと、このスーパー総合周産期センター

に受け入れを要請し、ご自宅から救急車でスーパー総合周産期センターに行くということです。

なお、スーパー総合周産期センターに向かいながらも、搬送距離が長いなどの理由がありますと、道中の救急医療機関にも電話をかけながら参りますので、途中下車も可能ということでございます。

一番右ですけれども、母体救命搬送システムの対象になる症例というのは、このように緊急母体救命処置が必要なものということで、合併症なり産科の重症な疾患であったり重篤な症状ということで、何でもスーパーが受け入れるのではなく、母体救命が必要だというような妊産褥婦が対象で、かつ疾病観察カードという救急隊が使っております重症度を判断して対象をセレクトするということです。

一般通報の事例がございましたのでご紹介いたします。次のページでございます。

21年5月17日、日曜日の早朝5時37分ごろ、ご自宅に妊産婦が倒れているところをご家族が見つけまして、一般通報、119番通報をいたしまして救急車がご自宅に向かい、この妊産婦さんはスーパー母体救命対応だというふうにご判断いただきましたので、救急車が自宅から出発いたしまして日大板橋病院で受け入れたという事例でございます。この方は、意識がないということとか、ある程度、けいれんがあるということでスーパー母体救命と判断されました。直近の日大板橋に運ばれたということで、病名は重篤・けいれん重積発作ということでした。

昨日、お問い合わせしたところ、母体・新生児とも同院で加療中で、お子様は帝王切開で生まれたということをご報告いただいております。

スーパーについてのご報告は以上です。

岡井会長 ありがとうございます。

この報告症例は、救急車では「スーパー母体救命」という言葉をちゃんと使ったんですよ。その言葉を使うことで初めて対象症例になると思いますので。

伊藤委員 東京消防庁の伊藤でございます。この事例につきまして補足させていただきたいと思います。

先ほどの資料3の中で事務局からご説明がありました真ん中の一般通報、この流れに従った病院の選定ということで進めさせていただきました。

119番がありまして、救急隊が現場に行きました。観察カードを活用して観察した。結果、これは重症であると、救命対応であるという判断であります。

ここで、救急隊は警防本部の方に選定の依頼をしております。警防本部の方はまずは直近の救命を1カ所当たるといふ、このルールに従いまして、日大板橋病院さんに依頼をしました。そこで、日大板橋病院さんの方で受けていただけるということでしたので、最終的にスーパーの方には行かなかったものです。

日大板橋さんの方への搬送で、非常に早い段階で医療機関に収容できたということになります。

岡井会長 そのときに、救急隊から消防本部に行くときに、「この症例はスーパー母体救命の対象だ」という、そういう言葉をちゃんと使って話は進んだんですか。

伊藤委員 はい、そのとおりです。

岡井会長 それでは、よかったですね。ありがとうございます。

ほかに、この事例以外にも今のところ報告として挙がっているのではないんですよね。対象となるような重症の患者さんがいたんだと思うんですけど、例えば産科施設からのシステムで、直近がそのまま受けたということであれば、今のところそういう事例といえますか。症例は、報告義務とかがないので隠れてうずもれてしまう可能性があると思うのです。時間ないんですけど本日決めてしまいたいのは、何らかの形でそういう事例があったときにはこの周産期医療協議会の方に報告していただくという、そういうシステムをつくりたいんですね。

どうでしょう、受けられる施設はある程度限りがありますので、そういうところに依頼書を送って、産科施設から送られてきて、この母体救命搬送システムの対象になるような事例であった場合は報告していただきたいということをお願いする、そんなことでよろしいですか。

中林委員 いわゆるルーティーンとしてそういう報告をするということが必要でしょうか。つまりその時々、この年には大体どのくらいかということを知って組織をつくるためにパイロット的にやるのか、義務化して毎年こういう報告を出していくのかというのは、目的によって違うと思うのです。負担をかけるよりは、例えば班会議で半年間にこういう事例は何例あり、そのためにどのくらいの施設が必要だという調査をするというならそれはそれで意味があるかと思います。ただ、これを年中、そういった特殊な例を集めて東京都のデータとして持っていくということの意義が本当に今すぐ必要かなというのが疑問に思うんですけど。

岡井会長 このシステムそのものの有用性を検証していかなくてはいけないということももちろんありますが、それ以外に、やはり東京都の周産期医療体制に責任を持つこの協議会としては、そういう重篤な事例がどれくらい発生しているのか、毎年きちっと集計して、問題があれば問題を解決していくということは、ずっと半恒久的にやっていくべきことだろうと思います。

ですから、運ばれる施設は何らかの形で、総合にしても、地域にしても、連携病院にしても、東京都から補助も受けている施設ですし、それがそんなにたくさんあるわけじゃないので、あったときに報告してくださいよ。もちろん報告が漏れたときにペナルティを科すわけじゃないですけども、お願いしてやってもらうことが、そんな負担にはならないと思います。その患者さんを受けて診療することの方が100倍くらい大変なことであって、それを東京都に報告するということはそんな負担にはならないと思います。

桑江委員 そんな負担じゃないと言われるかもしれませんが、現場は多分かなり負担だ

と思われるので。実は私、東京都で母体の外傷がどれくらいあるのかと思って調べてみようと思いましたが、結局、消防庁さんの方の事例の集積がなかったんです。

要するに、送る側か取る側かどちらから報告をするということだと思わなければ、ある意味では、やはり消防庁さんの方で必ず救急車を使います。必ず救急車を使うのであれば、こういう方をここに送りましたということを消防庁の方で把握してやっていただくというのが、かなりきちんとできると思うんですが。やはり、現場の医者はばたばた、ばたばたしていますので、どなたかが1人、例えば医療秘書さんみたいな人がいて確実にやってくださるというのならいいんですが、多分、医者任せにするとかなり落ちるのではないかと心配です。

岡井会長 抜けちゃうということですか。

桑江委員 はい。

岡井会長 どうですか。

吉井委員 そういうような場合はセンターでの対応ということで、ドクター自身も計画をされているところで、なかなかフォローできるのかということでは当然ありますので。先ほどもPTのところでも、そのことの趣旨が、BCAとPHのところでもスーパーも含めた形で、いわゆる運用にかかる情報収集ということで、スーパーも含めた全体的な状況について情報収集や通常の基盤、岡井先生がおっしゃったように、全体的な周産期のそのシステムの運用状況については、やはり情報収集してそれで検証等に、その材料をもって検討するということが必要なのではないかということではあると思います。ただ、今言ったように、現状でどうやって情報を収集していくのが一番効率的であるかどうかというのは、消防庁に投げたからということではなくて、発生したときのところがどう抑えていくかというのがやっぱり必要だと思いますから、そのところはどのようなふうにするかはまた詰めていって、一番やり方として効率的なものとか、そういうようなこともやればというふうに思いますので、結局のところ認識を踏まえた上で、今後そこら辺のところについて詰めていく必要があるのではないかとこのように思います。

岡井会長 これは報告すること自体がそんな大変な労力じゃないと思います。私に書けばすぐ書きますから。ただし、そうは言っても医者は抜けちゃうから、抜けないようにしなくちゃいけないというのはわかります。だから、どうするか。今日、具体的に決めないのであれば、その必要性だけは今日皆さんに認識していただくことにしますか。何かもう決めてしまってもいいような気がするんだけど。

杉本委員 スーパー総合ができたときに、実際に運用が始まってからある期間がたつてから集まりましょうという話がありましたが、まだそれは開かれてはいません。やはりそういう事例の報告はそうした場であるはずで、受ける側と消防庁の指令室、両方の情報を集めることで全体像がある程度正確につかめてくるのではないかとこのように思います。

日赤の場合には指令室を通した症例ではなくて、従来の施設間搬送の形で、他の総合周産期センターからスーパーの当番の日に24週で血圧が190以上に上がって、処置

が難しいのでということで送られた症例がスーパー母体救命に該当するような症例としてありました。この場合には消防庁の方はそういう認識がなくて搬送されていたので、両方の情報を合わせることは必要だと思うのです。スーパー総合の集まりのときにそういう形で検証をしていくということの積み重ねを行い、それをまたこの協議会で報告していただければよろしいと思います。

岡井会長 わかりました。

渡邊委員 墨東病院ですけれども、墨東病院はスーパー総合ではありませんけれども、実際救命センター絡みの妊産婦さんの入院というのが何件もございます。スーパー総合に入院するような患者さんについては、周産期センターと救命センターがあるような施設では、もう既に積み重ねのデータをお持ちではないかと思います。実際、周産期医療クラークさんも入っていますので、登録手順を決めていただければ、事務的な作業はクラーク業務で可能です。現在登録している産科のデータベースからも把握可能だと思いますし、何か枠を決めていただいて登録するというのが必要だと思います。

中林委員 実はこれは、東京都の周産期センターになっている施設は分娩登録を全部しましようということだったのが実際にはそれはとても無理だったので、その当時は母体搬送された症例だけはできるだけみんな集めようという話になっていたんですけれども、それもなかなか十分にいかなかったんです。ですから、本来的にはこういう時期ですから、母体搬送された症例に関しては都が一括して、分娩台帳的なものは既に皆さん持っていますから、それをみんな集めるのです。その中で、いわゆる各総合センターで受けられずにスーパー総合になったのはどういう症例だったということまで検証しないと、現在の総合周産期センターからこぼれてしまってスーパー総合へ行った症例だけをチェックするというだけでは不十分な気がするのです。せっかく岡井先生がそういう意図でされるのであれば、東京都の母体搬送症例をまとめて、そのうち一部がスーパー総合へ行ったという報告の方が私はこの協議会としてはいいのではないかと思います。そういう意味では、少し大変かもしれないけれども、全例の報告ということではないので、母体搬送例の報告だけは集めるということがいいのではないかと思うんですけれども。

岡井会長 それは地域も総合も、周産期センターの方が受けた連携報告は全部出しているんですよ。

中林委員 それをまとめていただかないと。

岡井会長 そうなんですけれども。

中林委員 別のように。

岡井会長 連携病院の中に、地域じゃなくても、総合でもなくても受けているところがあるわけですよね。新生児の医療も少しされているのでしょうか、とにかく母体を救うために受入れた。そういう症例が抜けちゃうというのが気になります。

杉本委員 第一次照会先ですよね。だから、今回の第1回の照会先というのは22施設

だと思っんですけれども・・・。

飯田課長 23です。町田がありますので。

杉本委員 23になりましたか。じゃあ、23施設にこの1年間報告を求めていくことでいいのではないかと思います。

岡井会長 だから、事例があったときに、忙しい患者さんの診療をしている最中に何か連絡しろとか、そういう話じゃないので。それを1年か半年か、早くいろいろデータほしいというのがある。症例数なり、もうちょっと細かく何か具体的な症状等も書いてほしいですが、それほど複雑ではない問題でしょう、集計したいと思っんですけれども。

杉浦委員 よろしいでしょうか。この制度が始まって、やはり新生児、NICUに負担がかかるのではないかとというのが、我々が一番危惧したことでございます。そういう点ではこの制度がちゃんと動いているかを始めた後に評価することは必要で、その点では恒久的な、理想の形ではないかもしれないけれども、とりあえず調査されるというのは、僕はいいのではないかなと思います。

ただ、最終的には東京都下で搬送がどういうふうに行われていて、どこにひずみが出ているかというのが常時わかるような仕組みをやっぱり作るべきで、それが、ただ、すぐには無理だから時間をかけて考えるという、そのような2段階の作業をするというのはどうかと思っんですが、いかがでしょうか。

岡井会長 ありがとうございます。

竹田委員 救命のシステムの効率を評価するというのはすごく大事な話で、順天堂などでも、ベッドがあいていれば母体搬送は、母体の救命に関しては必ず受けていますので。そうすると、つい最近も、僕はもともと埼玉にいましたので、埼玉で何か起こって、埼玉の総合でとれなければ、みんな僕らがとっていますので。かなりそういう重症な症例が東京都内だけではなくて他府県からとっているということがありますので、ぜひ効率というか効果を見られたらいいので、そういう症例を集めていただければいいと思います。

岡井会長 そうしますと、杉本委員が言われたようにスーパー総合の施設で1回会合をやろうという計画がありますので、そのときに症例の集計に関する議論をしてもらって、案を出していただいて、もう一回ここで、それでいいかということを検討するということでよろしいですか。そういうことで、いかにして抜け落ちないようにするかということですね。後で有益な分析ができるような必要なデータをとってもらおう。よろしいですか。

これは単なる感想ですけど、このシステムを樹立するに当たって、いろんなところにお願ひしたり議論をしたりしていたことが影響したんだと思っんですけれども、スーパーに来るような症例を、その前のファーストステップの病院で相当頑張っって受けてくれているんだと思っんです。今、それは、もちろんいいことではありますけど、年月がたつていくと、またストレートも疲れてきて受けられないということで、本当にスーパー総

合が頑張らなくちゃいけないときが来るんだろうと。しかし、実際の数字等に関しては、これから集めていかないとわからないということだというふうに考えています。今は感想ですけれども。

ここまでのことで、ほかに、ございますか。スーパー総合周産期センターと、システムそのものについても。

守谷講師 スーパー周産期の目的は、必ず患者を受けるというだけであって、二次医療圏の中、例えば板橋で患者が発生すれば地域の担当病院である日大板橋病院が対応して完結してしまうわけですが、ただ、そうしたシステムでは補えないものに対して何とか対応しようとする事なのです。重症だからスーパーということではないのです。そこを勘違いしないようにしていただきたいと思います。

岡井会長 あとは、このシステムをスタートさせる前に本当は決めておくべき、もう少し議論しておくべきことで積み残した事柄があるんですね。それをスタートしてからもやりましょうと言っていたんですが、何かと言いますと、1つはNICUの問題なんです。NICUが満床でもスーパー総合は患者を受け入れると。そうすると、新生児だけ後から二次的に搬送する必要が生じる場合がある。そのシステムをきちっとしておきましょうということと、また、NICUがもしもオーバーベッド、いっぱいなんだけれども、余っている保育器を持ってきて人工呼吸つないで、そこで見たというときに、じゃあオーバーしたからお金返せと、これをやられた病院があるんです、かつて。その後、1カ月後ぐらいまとめて返還しろみたいなこと、そういう意地悪をされた施設もあるので、現実にもそれに対してもきちっとしておいてほしいという意見がありました。

それから、患者さんの側で、スーパー総合の意味を誤解している人がいて、そのたびに「なぜ、スーパーに行ってくれなかったのか」と、そういうようなことでトラブルが起きたりすることがあるといけないから、患者さんの側によく説明するようなパンフレットをつくりましょうというような話も残っています。

それから、今、竹田先生の話で思い出したんですけれども、県外の症例をどうするかというの、これも積み残しなんです。当面は東京都の症例に対してのみ3つの施設は絶対に受けるということなんです、埼玉で困っている症例を一体どうするか。

それから、最後に申し上げるのが一番難しい問題なんです、そういう症例を無理して受ける事態になったときに、結果がうまくいかなくて訴訟とかというような話があると。それを現場の若手で当直して実際に頑張っている先生方、そういう若手の医師が心配していたというようなことがあるので、それも実はきちっと解決をしたい点なんです。

その点について、そういうのが残っているということだけ、今日はお話しさせていただいて、改めてまたスーパー総合の作業部会の方で検討するという事でよろしいですか。案なり提言なりを出していただいて、それでここで最終的にお認めいただくというようなやり方でよろしいですかね。じゃあ、そういうことも忘れずに、ちゃんときちんとしたいと思いますので、よろしくをお願いします。

そうすると、スーパー総合周産期センターに関して、あるいはシステムに関してご意見、ご発言等ございませんか。よろしいですか。

中林委員 コーディネーターシステムはどのくらい進んでいるんですか。

岡井会長 コーディネーターについては後でやりますので。

じゃあ、ありがとうございました。

次に、周産期連携病院の状況についてお願いできますか。

飯田課長 資料5をご覧くださいと思います。周産期連携病院の状況でございます。周産期連携病院とはミドルリスクの妊産婦を24時間受け入れるということで、そういうことによりまして周産期母子医療センターの重症患者の受け入れを支援するということです。

機能といたしましては、一次からの照会や三次からの逆照会を受けるということで、二次救急指定医療機関またはそれに準ずる診療体制があるということです。産科医師の24時間態勢、それから小児科、麻酔科の当直またはオンコール態勢があるということです。NICUは持っていないですが、ある程度ミドルの新生児の診療が可能ということと、あと周産期医療情報システムの適正な入力、それから三次と一次の間で二次としてネットワークグループへの参加をするということの態勢がとれるということを経験して、現在のところ、4月1日現在ですけれども、区部で4カ所、多摩部で4カ所、合計8カ所が連携病院として指定されております。

この連携病院に指定されますと、先ほどのシステムにありますけれども、3ページをご覧ください、今までのシステムに加えまして左のセルの上から3番目、印刷と書いてある上に、周産期連携最新情報というところをクリックいたしますと、4ページの画面に移ります。NICUの載っている表と、地域と周産期とちょっと違う画面ですけれども、周産期連携病院の画面イメージということで、連携病院の産科並びに小児科の診療の情報がこちらの方で見られますので、これを参考に三次医療施設からの逆搬送などを受けていただくというシステムになります。

なお、この連携病院のシステムの設置が5月中旬にかけて設置いたしましたので、今稼働し始めたという状況でございます。今後ミドルリスクの照会をする場合に活用していただけるようお願いしたいと思います。以上です。

岡井会長 ありがとうございました。周産期連携病院の現況についてご説明いただきましたが、ご質問等ございますでしょうか。よろしいですか。

この連携病院ではNICUがなくてもよろしいということなんですね。しかし、一般の新生児診療ぐらいは可能であるということをお願いしている病院ですが。救急はしっかりしているところをお願いしていますので、スーパー母体救命の症例では活躍してもらおうことになるだろうと思います。

あとは、情報システムの画面の改良というか、機能の追加があったんですね。その点もよろしいですか。

ありがとうございました。それでは、今日の議題の中では、その他に入っているつもりなのですが、さっき中林先生からお話があった搬送コーディネーターのことですが、実はそのコーディネーターの作業部会の部会長が楠田先生で、今日はいらっしゃらない。代わりにそっちの話をしていただけるのは。

飯田課長 じゃあ、その他をまとめて幾つかお話しいたしましょうか。まず、搬送コーディネーターから。

岡井会長 搬送コーディネーターから先をお願いします。

飯田課長 では、参考資料3をご覧いただきたいと思います。参考資料の3の左側に搬送コーディネーターの専門部会の報告がございますけれども、これは第5回の協議会で報告したものでございますが、全都域を対象といたしますコーディネーターを設置することについて原則を重ねております。現状まではコーディネートの対象は従来の周産期医療システムの対象である母体搬送並びに新生児搬送を対象といたしまして、搬送の流れといたしましては総合周産期母子医療センターがそのブロック内で調整をいたしますけれども、その搬送ブロック内での受け入れが困難な場合にコーディネーターが搬送先を調整するという事です。職種といたしましては、原則助産師さんまたは同等の知識を有する者として考えております。

設置場所は東京都消防庁が望ましいということで、現在、東京都消防庁と調整しているところでございます。また、PTの提案なども受けとめながら、現在マニュアルづくりなどについて検討している状況でございます。以上です。

岡井会長 ありがとうございました。参考資料3という横に長いA3の紙に議論のまとめが出ていますが、ご質問等ございますでしょうか。

それで、実際に今コーディネーターをしていただく方を募集しているという段階に行っているんですね。公募には行ってない？

飯田課長 まだ公募には至っていないんですが、今後、特に総合なり地域の助産師さん、またはOBの方などを中心にお願いととも、助産師さんをお願いするという事で営業開始している、またはしていこうという状況でございます。

岡井会長 実際には公募もするのでしょうか、公募してもなかなか来なければ個別にいろんなどころでお願いして推薦してもらおうというようなことにもなるわけですか。

飯田課長 そのように考えておりますので、先生方のところに、もしOBなりご紹介いただければというふうにお願ひにお伺いすることもあるかと思いますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

岡井会長 いかがですか。一応助産師さんを考えているわけですね。あと、さっきのお話で、最初はこういう形でスタートするんですけれども、この要旨の左下の搬送調整の流れで、「原則として、総合周産期母子医療センターの調整により搬送ブロック内での受け入れが困難な場合にコーディネーターが搬送先選定を依頼する」という話になっているんですが、そこを私の希望では、できるだけ、最初はコーディネーターの人も仕

事に慣れていないというようなこともあると思いますが、慣れてきてやれるようになると、その総合周産期センターの調整の部分を最初からコーディネーターにお願いするという方向に行ければと思うんですけども、その辺どうですか。

吉井委員 今、岡井先生がおっしゃったところの右側の中ほどに出ていたことを承知しております。コーディネート部会が本年3月やって、その確認のところは、先行きの話として置いておきましたのが、今、ここにありますような形の原則の方を、まずそういう形でやっていこうと。それから、もう一つは、総合周産期のところで搬送調整を行うというようなところにつきましては、非常に協議が困難な時期であるというところはあるんですけども、いわゆる地域の中での基本的なところの対応ということで、総合周産期センターの機能として、役割としてそこは基本的に確認しておく必要があるんだろうという雰囲気も部会の中では出されておりますので、やはりそこを踏まえながらのコーディネートというような位置づけに今のところ検討の方向になっております。

岡井会長 ありがとうございます。ほかにこのコーディネーターのあり方、また、スタートさせようと考えているシステムについてご意見とかご質問とかありませんか。よろしいですか。お願いします。

杉本委員 質問ですが、岩下先生が今日いらっしゃらないので、杉浦先生にお伺いしようかと思えます。杏林大学でブロック内部の搬送のコーディネートを助産師さんにやっていただくことを試みにされていると聞いています。現在の状況で助産師さんたちの調整能力はどうか、うまく行っているのかどうか、その辺の現状を教えていただきたいなと思えます。

杉浦委員 まだ始まったばかりで評価するところまで行っていないと理解していますが、普通に勤務されている助産師さんの中からさらに1人増員して、その人が杏林大学に連絡があった依頼を調整するという業務をしています。私はNICUにいますのでNICUとの関係について説明すると、夜勤帯の始まりで吸い上げ方式で情報収集し、そこでいろいろなコンピュータの×では出にくいようなファジーな部分の情報を吸い上げる、そういう対応をさせていただいております。NICUに関しては非常に順調に動いております。

一番懸念されたのが、多摩地区にあるほかの病院の先生方に対し助産師さんが対応することで、その部分の対策として説明を行い、今のところ一応問題はないと理解しています。以上から、産科医の負担は確実に軽くなった（個人的なコミュニケーションですが）、そういうふう感じております。

岡井会長 今の吸い上げの話は、具体的にはどういうふうにやっておられるんですか。

杉浦委員 NICUの当直に空床のあるなしだけではなく、こういう患者さんの場合は可能か、例えば母体の救命症例の場合には対応できるか、そういう直接話さないと通じない細かいニュアンスを吸い上げています。

岡井会長 院内の助産師さんがやっておられるんですね。

杉浦委員 そうです。

岡井会長 どのぐらいの時間間隔でというのは決まっているんですか。

杉浦委員 夜勤の入り口で1回やって、そこから先はお互いに何が起きているかがわかります。ですので、夕方の始まりそのようにしています。

岡井会長 当直の態勢に入るときにそういうことを確認し合うわけですね。ありがとうございます。

桑江委員 岩下先生いらっしゃらないので、代わりにお話しさせていただきます。多摩は、多摩だけで周産期の部会といますか集まりを持ちまして、その席でコーディネーターのところをご紹介いただきました。それで、その助産師さんは、その場に3人いらしているのです、24時間、夜も対応していただくということで、それで結果的に、例えば一次施設からいつもお願いするところと連携して、そこがもし受けとれない場合には全部杏林の方に電話をくださいと。そこで全部調整してくださって、じゃあ、この病院どうぞということやってくれるということで、私たちは非常に安心しております。

それで、何がいいかと言いますと、そこに助産師さん、そのときに3人いらしたんですけれども、ドクターと相談できるということが非常にいいということで、例えば一次施設からかかって、あるいは二次でもいいんですけれども、かかってきたときに、「先生、こういう人はどこへ送ったらいいですかね」ということを、そこにいるドクターに相談できるということを非常に強調されていたので、私はこれを見たときに、消防庁に助産師さんなりがいらしたときに、かなりベテランの方でないというふうな症例をどこに照会したらいいのかというのが迷われるのではないかなというふうに心配して。責任の重い仕事ですので、そういうことが後で、どこにどういうふうにしたらどうだとか、急患に対してどうかということより臆病になってしまわれることが懸念されましたので、杏林大学さんのところでは、やはり産科一体となってやっていらっしゃるので、こちらからも電話をして、説明したときにすぐツーカーになるという、非常に利点があると思いますし、うまく行っているのではないかと思います。

岡井会長 ありがとうございます。杏林の場合は、その地域で完結できるからいいんですよね。杏林がだめなときという話になると東京都全体を探さないといけないことになる。

桑江委員 そうではなくて、何度も電話をしなくてはいけないんですよ。例えば、私は府中病院なんですが、搬送先を決めるときに2人も電話に張りついて、もう午前中からかけまくるわけですね、全部×がついているのに。その代わりにしてくださいと。杏林が受けるということではないです。そちらで探してくださいと。

岡井会長 杏林でブロック外の施設を探すのまで全部やると。それだと、完璧にやれば消防庁にコーディネーターを置く必要がなくなっちゃうんですよ。それが大変だからコーディネーターを持ってということになっているのです。各ブロックの総合周産期が全

部やりますよということになれば話が違ってきます。

どうということかと言うと、搬送先を探す人が必要であることは確かなので、それぞれの病院にそこでお金を払って、給与を払って1人プラスの助産師を雇うのか、それを都が消防庁に雇っておくのかの違いになるんです、結局は。ただし、各病院にいた方がその病院のことはわかっているから、その地域から受ける話は受けられるんですよ。しかし、よそを探すという話は、これは同じなんです。

飯田課長 杏林の助産師コーディネーターにつきましては、4月からベテラン助産師、7年以上の経験者ということで、院内もガイドも調整できる助産師さんが24時間態勢で調整をしていると。杏林大学は多摩地域の、現在のところ唯一の総合周産期センターでございますので、そのブロック内の調整というのを第一義の目的として杏林内でやっているということです。

搬送調整のための看護師の増配置等についても補助金もございますので、それも活用していただいて、現在24時間態勢、7名ぐらいで24時間、夜間も含めて輪番で。

岡井会長 交代でね。

飯田課長 交代でやっているということで、先日の母性衛生学会でも紹介されておりましたが、ドクターの軽減にもつながっているという報告もございました。それから、ぜひとも、多摩地域で完結しない場合は、その助産師コーディネーターが多摩当番を初め、区部の病院にも搬送調整をお願いするということでございますので、助産師さんの方から電話があるということでご承知いただくとともに、それについてもよろしくご協力いただきたいと思います。

岡井会長 それはわかります。それは大変いいですよ。消防庁の全体のコーディネーターも7人ぐらい考えているわけでしょう、3交代で。休みもとってということで24時間対応する。

中林委員 そうすると東と西というか、消防庁と多摩と2つに分けてセンター的なものをつくるということになるんですか。今、もちろん多摩は大きいからそれで1つのセンターがそうしましょう、ほかのところは8つあるから、そこにそれほど7人をその一つ一つのセンターに置くのは意味がないから、多摩だけは別にしましょうと。

岡井会長 このストーリーは勝手に杏林がやっていることなんです。ストーリーとしては。

中林委員 そうなんですか。東京都がある程度すすめているのですか。

吉井委員 よろしいですか。定義だけさせてください。基本的に去年の前半までの基本的なところのスタンスは総合周産期センターというのがブロックを決めて、その地域のブロック内については、例えば日赤医療センターなどもそうですけれども、転院搬送という母体搬送については受け入れをして、変な言い方ですけど、自区内処理といいますか、そういうことをやると。そこでは、それぞれ総合周産期がその地域の中のハイリスク分娩に対しては責任を持ってやりますよという、その仕組みがまずあるわけです。

これは杏林大学さんには申しわけないんですけども、多摩で唯一の総合周産期センターというような形のところで、そういう、いわゆる診療所からそういうケースがあったときに、なかなかそういうことで受け切れない事例があって、依頼をした医療機関が言われたことでみずから探してみたいな事例があったんです。そういったようなところについては杏林大学が今回そういうことを改めて、できないからできないということではなくて助産師等を配置して、例えば一緒になって探すとか、ブロックの中でなかなかいわけなんですけれども、そういう形の調整をしようということで杏林大学さんが取り組みを始めたということですから、これは言葉に語弊があったら謝りますけれども、例えば昭和においても日赤病院でも愛育においても、いろいろやられているコーディネート機能というんですか、センターの持っているコーディネート機能を今果たしていただいているということだと思います。

あと、岡井先生がおっしゃったように、じゃあということで、当番日みたいなものを設けていますよね。「多摩当番」であるとかというような形でやっていますけれども、圏域を超えてどうしてもなかなか対応せざるを得ないというようなところで、そこをどうしようかということで、今イベント的な調整を行うという意味で東京消防庁が望ましいという言い方ですけども、コーディネーターの配置について楠田先生の部会で今検討しているという状況です。

中林委員 私も、そのコーディネーター委員会で楠田先生の副委員長をしておりましてので状況はよく存じ上げているのですが、その状況で実際的なシステムをつくるためには、多摩に1つあって、そのほかに、1つが大手町にあるという方が実践的なのか、それとも、いまのところ多摩は杏林がやっているけれども、今後は東京都が、これから大手町につくって杏林のものも全部まとめるのか。我々のコーディネーター委員会では全部1つにした方がいいんじゃないかという話でまとまっていたものですから、それが実態を反映しない、むしろ多摩は別にあった方がやりやすいんじゃないかなということは今思ったわけです。

私どもの施設では、そんなに7人も8人も、コーディネーターとして張りつけるほどの助産師もいないし、それほどの件数も来ないので、大手町で一緒にやってもらった方がいいだろうと私は考えます。ただ、多摩地区は多分そういう例が非常に多いから、その地区は地区である程度、地区完結型というのは基本的ですから、それをするために自然発生的に出てきたという理解をしたらいいいのかなというふうにお聞きしたわけです。

岡井会長 先生のお考えはわかりました。一応、体制としては、杏林は自分たちのところは広い領域を1つで見ている大変なのでやったということなんですよね。ブロック内完結のためならそれでいいのですが、でも、はっきり言って、ブロック外の施設を探すだけの余裕が各総合周産期センターにあれば、中央にコーディネーターを置かなくても、1つ選択がなくても多分済んじゃう話なんです。なかなかそれは大変なことなので。

杉本委員 助産師さんの調整能力ということで、参考になるので質問しました。

岡井会長 ありがとうございます。それでは、ほかの議題もありますので、これくらいで次に移りたいと思います。

飯田課長、ほかの話として、今日は愛育病院の話がありますね。それをお願いできますか。

飯田課長 幾つかありますので、全部まとめて申し上げます。

愛育病院につきましては資料がございませんけれども、本年1月に労働基準監督署の立入調査がありまして、3月の是正勧告を受けまして、愛育病院内では勧告や指導に対応すべく院内でご検討をいただいたということも聞いておりますし、東京都にも相談がございました。

4月の時点で結果的に非常勤の先生を含め、24時間態勢の複数の産科医師の確保ができたということも報告を受けておりまして、当時の会長、岡井会長にも相談した上で総合周産期母子医療センターの機能を継続していきたがっていることをお願い申し上げたという経緯がございます。

ほかのことも一緒に言ってしまう。資料6をご覧いただきたいと思います。府中病院の移転に伴う産科診療の調整でございます。府中病院は来年の2月末に移転をするという予定でございますので、移転の前後、2月から3月までの分娩予定者の方については他の医療機関に照会するなどの対応をしていくということで、周囲の医療機関のご協力をお願いしているというものです。

なお、影響を受ける妊産婦さんは例年の分娩数から考えますと100から130程度と想定しております。もう既に府中病院の方からご協力を依頼しているというふうに聞いております。

あとは、その他ですが、簡単に説明します。参考資料5につきましても周産期医療に関する各種データをまとめております。例えば3ページの5にありますように、出生数は若干割ったものの低出生体重児が増えているですとか、7ページの12にありますように晩産化が進んでいるとか、8ページの14にありますように、双胎の数、双子さんの数が増えているとか、12ページの21、22にありますように、先ほどの小児科、産婦人科の医師の男女比率におきましては、若いころは女性も多いんですけども、年を重ねるうちに、だんだん女性が少なくなっているとか。26、27につきましては患者取扱件数の実績などを載せさせていただきましたので、今後の協議会でのご検討にお役に立てばと思ひまして、こちらの方のデータとして提示させていただきました。

その他の件、愛育、府中ということで、ご報告申し上げます。

岡井会長 ありがとうございます。

まず、愛育病院の件ですけれども、中林先生から追加ございませんか。

中林委員 大変、皆様方にご心配をおかけいたしましたけれども、都及び厚労省その他の関係の皆様のおかげで、無事総合センターを続けさせていただくということになりました。また、それに当たっては、ある程度、当院の医師の勤務状況を過酷にならないよ

うにするために、週に1～2回、月に6～7回にわたり、非常勤の医師に夜勤をお願いせざるを得ないこととなります。2名体制が非常勤・非常勤というような体制になることに関して、院内で診療の責任者を初めとして、それでハイリスクの調整が果たして可能かどうかということで随分ディスカッションが行われましたけれども、実質的には当院にいた経験者及び総合センターでのそういった実績のある医師を4名ほど非常勤でお願いするので、それであれば部長としても診療の責任者として総合センターとしてやっていけるということに院内的にはなりました。同時に、労基署の方にこのような体制でよろしいかとお伺いしたところ、それで結構ですということになりましたので、おおむね各ご指導の意に沿った形で総合センターを運営することができるようになりました。

大変、皆様にご心配をおかけいたしました。また、ご協力いただきましてありがとうございました。以上です。

岡井会長 ありがとうございます。

杉浦委員 中林先生は非常勤の先生を確保されて、大変なご苦勞をされたと思いますが、この件については敬意を表したいと思います。

そこで、教えていただきたいのですが、NICU当直は労働基準法の基準を満たすのが難しい、しかも非常勤医師の確保を外からすることが非常に困難な特殊領域だと思えますが、先生のところではその問題をクリアすることができたでしょうか。

中林委員 これはとても難しい問題で、実は、労基署としては病院全体でそれをクリアするよとのことでしたが、産科に関しては今申し上げたような形でおおむねクリアすることができるんですけども、NICUに関してはどうしてもクリアできませんでした。ということで、やはり36協定を結び、年間の時間外がどうしても360時間を超えるということであり、当面は700何十時間というようなことで、さらに努力をすることになりました。今後もNICUの医師を努力して見つけていくということですが、労基署としても、すぐには無理であろうというようなことでご理解いただいているということでございます。

杉浦委員 どうもありがとうございました。

多分これは普遍的な問題で、1つの施設では解決できない問題だと思います。今の社会保険の制度は施設にお金がかかりますけれども、結局個人に対してはお金流れない仕組みになっていますので、そういうことを含めて協議会で解決していただければと思います。どうもありがとうございました。

杉本委員 先ほど日赤の事情をご紹介させていただきましたけれども、労基署からの36協定ということでは、いままでは医師だけ例外というような形の協定だったのですが、労基署自体は医師の過重労働を問題にして入っているのです、実際のところ36協定はまだ結ばれていないというのが現状です。時間外労働をするに当たっての労働基準法を満たしていないという現状の中で、今、各科の事情に応じた勤務態勢を調整しています。

それで、先ほど杉浦先生のお話がありましたけれども、日赤でも一番難しいのは新生

児です。新生児科医の過重労働をどう軽減するかというのが一番の難題です。うちの小児科がある程度協力をする体制があって、研修医もフルに使って何とか新生児科を支援する努力をしています。そういう形で各科の調整ができたところで36協定を改めて結んで、それで労基署に届け出るというような段取りで、院内の調整を進めております。

それが1点と、あと、別の話題になりますが、日赤医療センターも新病棟の建築が進んでおりまして、この12月の暮れに移転をすることになります。それで、お産の制限はいたしません。制限をするのは母体搬送の受け入れを1カ月、12月に入ったら制限をさせていただきたいと思います。NICUもすべて移転ということになりますので、少しでも負担を少なくするという意味で、12月に入りましたら母体搬送の受け入れをストップさせていただきます。スーパー母体搬送については、また改めて相談させていただきたいと思います。

岡井会長 ありがとうございます。ほかに、ただいまの件でございますでしょうか。

基本的に医師不足というのは、日本全体で抱える医療の問題の一番のポイントのところだと思っておりますが、医師の数をふやすという方針が、これまでの抑制から180度転回されましたので、将来的にはもう少しよくなっていくことは、これは間違いのないんです。

しかし、産科はこれからやめる年代の人が多いため、産科の入局者は増えてきているけれども、全体の実働部隊が増えるまでもうちょっと頑張らないといけない。増え始めたら多分増えてくると思います。

今、お話があったように新生児を担当する人が少ないというのは、今、一番の懸念の問題になっているんですが、学会等も本気で頑張ってやっています。新生児科の標榜の件が重要だと思います。これを実現すれば多分、きっかけになって、新生児を志す医師も増えてくるんじゃないかと、僕は割と楽観的に思っています。いや、今は大変ですよ、すぐ来年というわけにいかないかもしれないですけども、でも、本当に数年のうちに少しずつ増えてくるだろうというふうに思っていますので、ぜひみんなで頑張っていきたいと思います。

他に何かございますか、今の点で。

それでは、ちょうどいいぐらいの時間になりましたが、事務の方から追加のことがありましたらお願いします。

飯田課長 長い間の熱心なご議論ありがとうございます。今年度中は部会の報告などもございますので、何回かこの協議会を開催いたしたいと思います。日程につきましてはまた改めてご連絡いたします。

連絡事項ですけれども、お車でいらっしゃる方は駐車券の問題があります。私か、もしくは他の事務の者にお声をかけてくださいということで、連絡は以上です。

他にはございません。こんな遅くまで、どうもありがとうございました。

岡井会長 ありがとうございます。今日は総論的なことで話が終わりましたが、この

後、具体的に1つずつこの協議会で審議し、決定し、実行していくということを進めて
いきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

どうもありがとうございました。

(閉会 午後8時27分)