



## 医療維新

2008年11月06日

▶トップに戻る

### レポート

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 ◆Vol.1

#### 医学界、行政の“縦割り”解消がカギ

厚生省が妊婦搬送問題を受け懇談会設置、12月末までに結論

橋本佳子 (m3.com編集長)

▲このニュースについての掲示板

厚生労働省で11月5日、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」の第1回会議が開催された。同懇談会は10月、東京都内で発生した妊婦の搬送問題を受けて発足したものだ(『「受け入れ困難」はNICUなどの満床が理由』を参照)。

会議の冒頭、舛添要一・厚生労働大臣は、「都立墨東病院のほか、杏林大でも妊婦の搬送問題が生じた。既に10月27日に都道府県に対して、周産期救急医療体制について実態を把握するように指示した。根本には医師不足があり、これは『安心と希望の確保ビジョン』で対策を打ち出した。この懇談会では、周産期医療と救急医療に焦点を当て、12月末までに集中的に審議していただき、いい連携体制を作りたいと考えている」と挨拶した。

さらに、「この懇談会には2つの局が関係している。われわれは、国民のニーズに合った組織に変えるために、厚生省改革を進めており、その一環としてこの2つの局をいかに連携させるかが重要。この点も含め、タブーのない形で、国民のために何をやるべきかを議論してもらいたい」と述べ、周産期医療と救急医療の連携には、とかく“縦割り”の厚生省組織の連携も必要だとした。

懇談会の座長には岡井崇・昭和大学産婦人科教授、副座長には杉本壽・大阪大学救急医学教授が選任された。メンバーは救急医療、産婦人科、新生児医療など多岐にわたるため、今日の議論も都立墨東病院の検証のほか、総合周産期母子医療センターの基準、産婦人科医と脳神経外科など他科との連携のあり方、医師不足、NICU不足といった現状の問題提起から、大阪府の救急ネットワークの概要紹介など、多岐にわたった。



会議は午後6時から1時間半強。舛添要一・厚生労働大臣は、最初から最後まで参加。

舛添大臣は会議の最後に、以下の通り、「4つの問題点に整理できる」と締めくくった。

#### 1. 総合周産期母子医療センターの基準のあり方

センターがなくても周産期医療に問題はない地域がある一方で、センターがあっても問題が生じている地域も見られ、“箱モノ”を整備しても意味がないという意見もある。現在、センターの基準は「当直は1人もしくは2人が望ましい」となっている。これを義務にするなど基準を厳しくするのか、あるいはその反対のどちらがいいのか。

#### 2. 地域のネットワークの確立

大阪などでは、地域でネットワークの核になるような組織を作り、うまく機能している。その際、行政あるいは医師の“縦割り”の問題がある。どのようにしたら、ネットワークを作ることができるのか。事例を基に検討したい。

#### 3. NICUのあり方

都立墨東病院ではNIUCは15ユニットがあるが、看護師不足で12ユニットしか稼働していない。また新生児医療に携わる医師も不足している。NICUという“箱モノ”だけを増やしても、人がいなければ意味がない。いかに人を確保するかが重要。

#### 4. 搬送システムなどでのITの活用

医療技術でなく、医療情報の分野ではIT(情報技術)の活用が遅れている。経済産業省から厚労省に出向している人材などもあるので、携帯電話などを使って搬送先を探すシステムを作るなど、IT活用の可能性はあるのか。

#### 医学界の“縦割り”が問題の根底に

この日の議論のキーワードは、「連携」と「地域」。「連携」はこの懇談会のテーマでもあるが、裏を返せば、舛添大臣も言及した通り、周産期医療と救急医療の連携がこれまで十分ではなかったことを意味する。

「母体救急や救急医療の問題が解決できなかったのは、われわれの心の中にある“縦割り”が一番の原因。これは国、都道府県、医学界、医療機関などにある。次が医師不足、過酷な労働という現実。周産期医療体制の整備はそれなりに進んできたが、そうした中で今回の事件が起きたのは残念」(北里大学産婦人科教授の海野信也氏)

今回の都立墨東病院では、搬送先探しに、救急医療情報システムではなく、周産期救急情報システムだけを使ったことと関連して、以下の質問が出た。

「われわれは“縦社会”でやってきたところがあるので、何科の当直医が搬送先を探したのかなどが分からないと、議論できない。新聞報道ではなく、われわれは専門家なので、詳しい経過を知りたい」(山形大学医学部長の嘉山孝正氏)

「もし妊娠後期の女性が、足を折ったとする。その時にも、まず周産期救急で探すのか。(墨東での)本当のことを知りたい。つまり、なぜ脳神経外科と産婦人科で、両方同時に搬送先を探さなかったのか」(昭和大学救急医学教授の有賀徹氏)

これらの質問に対し、岡井氏は、「今回は周産期医療体制の中で対応した。母体と胎児を助けるのは基本的な考え方であり、かかりつけの産婦人科医は高次の医療機関に送る必要があると判断、都立墨東病院に連絡した。しかし、墨東は医師不足で対応できず、他を探さざるを得なかった。だが、帝王切開手術ができ、NIUCも空いているなど他に受け入れ可能施設がなく、探している間に病態が進行して、最終的に墨東が受けざるを得なかった。墨東では搬送後にはすぐに脳神経外科医も来て対応した」などと説明。

海野氏も、「初期症状で頭(に問題がある)と分かれば、産婦人科と脳神経外科の両方で動くが、墨東のケースでは通常の周産期医療の範囲内であると判断して搬送先を探した。途中で状態がどんどん変わっていき、『そういう症状では受けられない』という状況になった」などと付け加えた。

国立循環器病センター周産期科部長の池田智明氏は、大阪府で周産期医療連携の体制を構築した経緯を踏まえ、「産婦人科と救急では、羊水塞栓や出血を例にとってもターミノロジーが大きく違う」との認識を示した。同じく大阪府の現状を踏まえ、杉本氏は、「産婦人科のことは産婦人科医が診る。これを行っている限り、問題解決は難しい。医学会は本当に“縦割り”。これが交わり、ディスカッションしていく必要がある」と指摘した。

「県ではなく、首都圏という単位で整備を」

次に「地域」だが、同じく5日に開催された東京都周産期医療協議会の議論でも、一口に東京と言っても、都内で周産期医療の現状には差があることが浮き彫りになった(『受け入れ困難』はNICUなどの満床が理由)を参照)。

東京都以上に周産期医療の問題が深刻なのが埼玉県。人口は約700万人だが、総合周産期母子医療センターは1カ所のみ。埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター長の田村正徳氏は、「都立墨東病院の話はショックだった。総合周産期母子医療センターが9カ所ある東京ですら、『受け入れ困難』が起きた。埼玉県ではNIUCが不足しているため、約3割は東京の施設に頼っている。今後、東京都で受け入れてもらえないケースが増える恐れがある」との危機感を述べた。その上で、「この問題は県のみでは解決できない。国は、周産期救急情報システムと救急医療情報システムの整備、連携などを考えているようだが、センターは国の補助を受けているのだから、東京都のシステムができて、それを埼玉県で使えるのか。他の都道府県でも使える形にしてほしい」と田村氏は訴えた。

海野氏も、「神奈川も埼玉と同じで、約10%を東京にお願いしている。首都圏は一つの

医療圏として考えないと、高次の周産期医療には対応できない。情報システムは広域のものを考えてほしい」と続いた。

その一方で、嘉山氏は山形県内の事例を紹介、医療機関がネットワークを組むことにより、県内完結型で各科の救急医療に対応している現状を紹介した。

「地域によって事情は大きく異なる。大阪のシステムを東京に持ってきても機能はしない。山形でも地域の医療資源をどう活用するかという視点でネットワークを構築している」（杉本氏）。換言すれば、周産期医療や救急医療など全科をそろえた大規模センターの設置、あるいは情報システムの統合など、「全国一律」の対策を実施しても問題は解決せず、かえって現在有機的に周産期医療と救急医療が連携している地域の混乱を来しかねない。

## 【周産期センター、「母体救急は難しい」】

2008年11月06日21時33分 / 提供: 医療・介護情報CBニュース **CBニュース**

先月に都内で妊婦が8つの救急医療機関に受け入れを断られた後に死亡した問題などを受けて11月5日に開かれた、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」(座長=岡井崇・昭和大学医学部産婦人科学教室主任教授)。会合では、総合周産期母子医療センターはそもそも母体を助ける体制になっていないことや、地域によって違う周産期医療連携の問題、医師不足など、あらゆる問題が噴出した。過熱報道のあおりを受けて急に開催されたとも取れるこの会合。来月末までに3-4回程度開催して提言をまとめる予定だが、こうした問題をどう収束させるのだろうか。(熊田梨恵)

懇談会の開催が公表されたのは、開催前日の11月4日の夕方。5日には、東京・調布市で入院中の妊婦が脳内出血を起こし、杏林大学病院などの病院から受け入れを断られて現在は意識不明になっているとの報道が流れたこともあり、懇談会は報道関係者の注目を集めた。

岡井座長は「墨東病院の問題は、医師不足で対応できなかったというのが根本的な問題で、産科と救急の連携がメインの問題ではない。だが、一般の救急と産科の連携の必要性が浮かび上がった問題ではある。今日の懇談会は両者の連携が必要ということで議題にしている」と、会合開催の趣旨を整理。その上で、今回は周産期と救急医療について委員が日ごろ感じている問題などをフリーディスカッションし、次回はそれに対する対策を考えていくとの方向性

を示した。

会合は、最初に事務局が用意した資料説明から始まった。まず、日本産科婦人科学会が先月末に厚生労働相に提出した緊急提言の内容が説明された。次に、墨東病院の問題について厚労省が報道内容を基にまとめた資料や、10月27日に厚労省医政局課長と雇用均等児童家庭局課長の連名で都道府県の担当部局に出された、周産期救急医療体制の確保を求める内容の通知が紹介された。

#### ■女性医師の労働環境の改善を

次に、委員が提出した資料を各自で説明した。杉本壽座長代理(大阪大医学部救急医学教授)は、医師数の推移などを示した資料を提出。小児科医の数は増えている一方で、14歳以下の人口は減っているため、小児科医一人当たりの子どもの数は年々減少していること、産婦人科医一人が担当するお産の数は1990年から一定であること、麻酔科医は2006年には10年前に比べて約1000人増えていることなどを示した。その上で、小児科や産婦人科、麻酔科には女性医師が多いとするデータを示し、「単に医師数を増やしても駄目ということ。女性医師が増えているということが大きな問題。今、医学部の定員を増やしても一人前になるには15年はかかる。まずは女性医師が妊娠や出産をしても働き続けられる環境が必要」と述べた。

また、医師の事務作業を補助するスタッフの増員など、喫緊の対策を求めた。

資料説明が終わった後はフリーディスカッションに入った。

#### ■ハイリスク新生児が増

田村正徳委員(埼玉医大総合医療センター総合周産期母子医療センター長)は、「小児救急や新生児医療などハードワークをする医師が足りない。お産の数は減っているが、小さい赤ちゃんが右肩上がりで増えている。NICUに入るハイリスク新生児は絶対数として以前の1.5倍」と述べ、単にお産の数だけを見ても状況は分からないとした。

#### ■母体が助からない周産期センター

海野信也委員(北里大医学部産婦人科学教授)は、そもそも周産期母子医療センター自体が母体を助ける機能を有していないとして、周産期医療対策整備事業の整備指針の問題点を次のように指摘した。

「総合周産期母子医療センターは『最後のとりで』というような表現で報道されるが、実際にセンターが作られてきた経緯は全くそう

いうものではない。実際の事業は、胎児や新生児への救急に対応できるシステムを作るとのこと。産科の方からは『母体救急は大きい問題』と言い続けてきたが、指針には、脳外科などが必要とは書かれていない。産科、新生児、麻酔科の医師を置くなどの限られた基準で、麻酔科は常勤である必要もない。そういう限定的な条件の施設基準で整備されてきた。総合周産期母子医療センターの当直数についての報道もあったが、総合周産期母子医療センターの半分以上は当直医は1人だ。平成8年に事業がスタートした時は2人という規定だったが、『それでは大学病院ならできるが、一般病院はできない』と現場から言われた。そこで、平成15年4月に出された（厚労省）雇用均等児童家庭局からの通知で、MFICUが6床以下のセンターはオンコールを置けば当直は1人でもよいとなった。『それならできる』と整備は進んだが、産婦人科医を増やそうとする努力をしてこなかった。こうした周産期センターの数を増やそうと努力するあまり、母体救急対応という配慮が抜けている

さらに周産期救急情報システムについて、「整備指針には『作って下さい』とあるが、実際は作っていないところが多い。地域によっては作ってもしょうがないということもあり、電話した方が早いという、山形県のようにやっているのが普通では」と述べ、地域によって実情が違っていると指摘した。

これについて、池田智明委員（国立循環器病センター周産期科部長）は、厚生労働科学研究費で実施された総合周産期母子医療センターに対するアンケート結果を踏まえ、「すべてのセンターが、『母体救急に対応できるようにするのは非現実的。近くの救急医療機関と連携を取ってやりたい。現場の医師がどう協力してやるかと考えている』と答えている」と述べた。

大野レディースクリニック院長の大野泰正委員は、自ら診ていた妊婦が、特に問題ないと思われていたのに急にけいれん発作を起こしたという事例を紹介。「地域の周産期センターに電話したが、何と断られるかという、『産科病棟がいっぱい』『全館満床』『NICU満床』『脳外科対応ができない』など。われわれ開業医は何か危ないことがあったら総合センターか地域センターが助けてくれると思う。だが、愛知県内の地域周産期母子医療センターは、『脳出血や、それが疑われるものは全く受け入れられない』という。センターの成り立ちを考えると脳外科はないが、先ほどの（周産期医療対策整備事業）整備指針のようなものを開業医は知らない。断られたとなると、次にお願ひするところがないのでとても切実な思いだ」と訴えた。

#### ■産科・救急連携は地域で違う

田村正徳委員（埼玉医大総合医療センター総合周産期母子医療



【社会】

妊婦、脳障害で年10人死亡 厚労省調査、1万人に  
1—2人発症

2008年11月16日 朝刊

妊娠、出産に関連して脳出血などの脳血管障害を起こした女性は、2006年の1年間で少なくとも184人おり、うち10人が死亡したことが、厚生労働省研究班(主任研究者・池田智明国立循環器病センター周産期科部長)の全国調査で分かった。妊産婦の脳血管障害に関し、国内の発生実態が明らかになったのは初めて。出産は年間約100万件あるため、1万人に1—2人が発症する計算だ。



脳出血の場合、発症から診断までが3時間を超えると死亡率が上昇することも判明。研究班は「産科と脳神経外科の連携の重要性が明らかになった」と話している。

調査は全国の1582施設が対象。回答した1107施設(回答率70%)のうち115施設で、06年に妊産婦184人が何らかの脳血管障害を起こしていた。

症状の内訳は、脳出血39人、くも膜下出血18人、脳梗塞(こうそく)25人など。このうち脳出血の死亡率は、3時間以内に診断された場合は8%だったのに対し、それを越えた場合は36%だった。

ただ、寝たきりになるなど重度障害の割合は3時間以内に診断された人の方が多く15人(60%)。3時間以上の人では1人(7%)で「早く診断されたからといって必ず後遺症が軽くなるというわけではない」と、池田部長。

脳出血を起こした妊婦の約半数は、脳出血との関連が指摘される妊娠高血圧症候群(妊娠中毒症)や何らかの血管異常がみられたが、残りは原因が分からなかった。また脳出血やくも膜下出血を

起こした妊婦の80%余りが最終的には脳神経外科で治療を受けたものの、多くは最初に産婦人科を受診していた。

研究班は06年に奈良県で脳出血を起こした妊婦が次々と受け入れを断られ、出産後に死亡した問題を受け実態を調査。2年後の今年10月には、リスクが高い妊娠に24時間態勢で対応する施設として東京都の「総合周産期母子医療センター」に指定されている都立墨東病院からも受け入れを一時断られた妊婦が脳出血で死亡する問題が起きている。

## なぜ幼児の死亡率が高いのか 救急医療機関が足りない (1/3ページ)

2008.11.29 07:38

このニュースのトピックス：救急搬送受け入れ問題

国内の幼児(1~4歳)死亡率が先進各国に比べ高い背景に、小児科常勤医が重症児に対応する小児専門の救命救急機関の不足があることが、厚生労働省研究班がまとめた調査結果で明らかになった。身の回りに潜む事故に見舞われたり、容体が急変したりする、予測不可能な幼い命を守る医療体制の整備が急がれる。(中島幸恵)



厚生省研究班(主任研究者・池田智明国立循環器病センター周産期科部長)によると、日本の幼児死亡率は先進13カ国に比べると、特に高い傾向が見られるという。これまで原因の分析や対策が進んでいなかったため、研究班は平成17、18年に死亡した全国の1~4歳児の死亡小票(こひょう)を集めて分析。今月、中間結果を報告した。死亡小票は厚生省が行う人口動態調査のため、死亡診断書をもとに自治体が死亡者の住所や死因などを記録したもの。

中間報告によると、交通事故や転落といった不慮の事故で死亡する割合が最も多く、全体の4割に上る。さらにウイルス感染による肺炎、脳症など一刻を争う急病が続く。

## なぜ幼児の死亡率が高いのか 救急医療機関が足りない (2/3ページ)

2008.11.29 07:38

このニュースのトピックス：救急搬送受け入れ問題

これらの事故や急病と死亡場所の関係を分析すると、小児科医だけでなく各科の応援を受けた緊急の救命措置が必要でありながら、こうした態勢が整った中核病院(大学病院や小児専門病院)に搬送されないまま死亡したとみられる子供が、非常に多いことが浮き上がった。



死亡率上位の愛媛、秋田、山口など7県には重症患者を受け入れる小児集中治療室が整備されていないことから、地域格差も心配される。

調査に当たった大阪府立母子保健総合医療センターの藤村正哲総長は「重症の幼児を迅速かつ専門的に治療できる救急医療体制が、日本は遅れており、これが高い幼児死亡率につながる事が証明された。大学病院や小児専門病院を中心に、重症患者を集約して優先的に使用できる集中治療センターを全国に整備し、幼児に精通した医師を常勤させることが急務」と指摘する。

今回の調査では、虐待が原因とみられる死亡例の死亡小票の多くが不明であることから、死亡診断書の不備といった問題点も浮き彫りになった。

班員の一人で東大大学院医学系研究科の渡辺博講師は「調査した死亡小票では、死因が空欄だった事例が100以上もあった。虐待で命を落とした子供は、実際は公表されている倍以上いるのではないかと指摘。死因を「病死」とした中には、傷害などの外的要因が疑われる事例があっても、死亡との因果関係を明らかにする調査まで行われていないのが実情という。

渡辺講師は「子供の死、親の悲しみを無駄にしないよう、病院、警察といった関連機関は死因の背景を公表し、社会全体で悲惨な幼児死亡を少しでも減らすようにしたい」と話している。

## 妊婦の死は防げなかったか

脳出血になった東京都江東区の妊婦が10月、複数の病院に受け入れられながら死した。産科と他科診療科が連携する態勢が備わって浮かびがなかった。

(大塚ゆり、阿久谷悦子、編纂委員・出向推薦)

## 急激に容体悪化 受け入れ後手に

体調を崩した妊婦の受け入れを求められた都内の病院に改めて取材したところ、受け入れ態勢に余裕がなかった。根深い問題が浮きあがり、妊婦の容体という重要な情報を受け止める一方、早い時間帯に電話を受けた病院と遅い時間帯に要請された病院とで連携がとれなかったことが浮きあがった。



脳出血の妊婦の搬送の経緯 (10月4日午後)

- 6時ころ 自宅で嘔吐、下痢
- 6時45分ころ 頭痛を訴え始める
- 7時前 救急車で五の橋産婦人科 (以下、五の橋)へ
- 7時ころ 五の橋が都立區東病院に受け入れを求めたが、断られる
- 7時5分ころ 五の橋が東京慈恵会医科大学附属東病院に受け入れを要請。慈恵側はNICUが満床のため断る
- 7時ころ-7時45分ころ 五の橋が都立區東病院に受け入れを要請。東大病院はNICUが満床で断る
- 7時半前-7時50分ころ 五の橋が慶応大など5病院に受け入れを求めたが、いずれも断られた。五の橋は慈恵会医科大学附属東病院に2度目の要請をし、慈恵側は受け入れを快諾
- 7時45分ころ 五の橋が慶応大に2度目の電話。慶応は受け入れを快諾
- 7時50分ころ 五の橋が東京女子医科大学大東医療センターに受け入れを要請。同センターは受け入れを快諾
- 8時ころ 慶応が五の橋に受け入れ可能と連絡
- 8時18分 妊婦が慶応に到着。直後に一時、呼吸停止
- 9時41分 帝王切開で男児出産
- 10時24分 母親の頭部の手術開始 (7日に死亡)

7時半前に要請された慶応大病院 (新宿区) によると、電話に出た当直医は五の橋から「下痢と嘔吐、腹痛がある。血圧などは問題ない」と説明を受けた。直後に症状はとどめて初め、五の橋は腹痛を訴えたという。慶応側は感傷を覚えた。東大病院は「妊婦の容体悪化は急激なもので、対応はできない」と断った。五の橋は「妊婦の容体悪化は急激なもので、対応はできない」と断った。五の橋は「妊婦の容体悪化は急激なもので、対応はできない」と断った。

## 産科の救急医療 他科と連携急務

産科と他の診療科にまたがった妊婦の受け入れ態勢を整えるには、連携が不可欠だと、産科医が指摘している。東京都立区東病院に搬送された妊婦は、産科医が受け入れを断った後、他科医が受け入れを断った。産科医は「産科と他科の連携が不可欠」と指摘している。



産科と他科の連携が不可欠だと、産科医が指摘している。東京都立区東病院に搬送された妊婦は、産科医が受け入れを断った後、他科医が受け入れを断った。産科医は「産科と他科の連携が不可欠」と指摘している。

産科と他科の連携が不可欠だと、産科医が指摘している。東京都立区東病院に搬送された妊婦は、産科医が受け入れを断った後、他科医が受け入れを断った。産科医は「産科と他科の連携が不可欠」と指摘している。

産科と他科の連携が不可欠だと、産科医が指摘している。東京都立区東病院に搬送された妊婦は、産科医が受け入れを断った後、他科医が受け入れを断った。産科医は「産科と他科の連携が不可欠」と指摘している。

産科と他科の連携が不可欠だと、産科医が指摘している。東京都立区東病院に搬送された妊婦は、産科医が受け入れを断った後、他科医が受け入れを断った。産科医は「産科と他科の連携が不可欠」と指摘している。

産科と他科の連携が不可欠だと、産科医が指摘している。東京都立区東病院に搬送された妊婦は、産科医が受け入れを断った後、他科医が受け入れを断った。産科医は「産科と他科の連携が不可欠」と指摘している。

あしたを考える

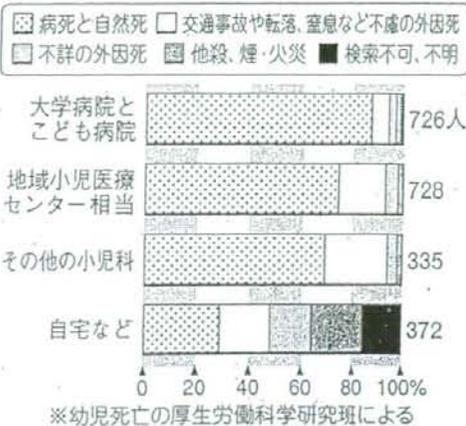
1-4歳児の死亡率高い日本

小児救命救急  
整備を提言

厚労研究班

日本は、新生児や一歳未満の乳児の死亡率が低く、世界のトップレベルだが、1-4歳の幼児死亡率は先進国の中で高い方だ。その原因を分析した厚生労働科学研究班の藤村正哲・大阪府立母子保健総合医療センター総長らが小児救命救急体制整備を提言している。田中西郎・長野県立こども病院副院長らの研究によると、日本の全死因の年齢別死亡率は1-4歳だけが

幼児(1~4歳)の死亡場所と死因(2005,06年)



先進13カ国の死亡率の平均を100として日本の死亡率と比較した。田中西郎・長野県立こども病院副院長のコメント

センターに運ばれずに、自宅や診療所で亡くなっている子どもが少なくなかった。大学病院やこども病院で治療を受けた比率は、幼児死亡全体で全国平均32%だが、基礎疾患のない急性の病気で死亡する場合、18%にとどまっていた。幼児死亡率が高い県ほど大学病院やこども病院への搬送が少ない傾向にあり、重症者の受け皿になる小児集中治療室がない県が大半だった。幼児が死亡した医療機関を調べると、二年で一人死亡という病院が半分近くを占め、小児医療の経験が十分でない病院で治療を受けている可能性がうかがえた。研究班の藤村総長は「医療を尽くせば防げる死はある。重症の子を治療する病院は集約化した方がよい。搬送先が分かるよう、地域に小児救命救急の旗が立っているのが望ましい」と話している。

徳島新聞 2008. 12. 14

# 医療維新

2008年12月19日

## レポート

周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 ◆ Vol.6

救急担当医への「ドクターフィー」を提案

報告書(案)が公表、救急拠点のセンター化には異論が続出

橋本佳子(m3.com編集長)

▲このニュースについての掲示板

12月18日に厚生労働省の「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」の第5回会議が開催され、「報告書」(案)が公表された(文末に「概要」を掲載)。

報告書は現状の問題点を指摘した上で、国、県、医療者それぞれの責務や役割を示した上で、具体的施策を提示する構成。周産期母子医療センターやNICUなどの施設の充実や情報システムの整備、地域の医療機関間など様々な場面での連携の重要性を打ち出すと同時に、医師への手当(ドクターフィー)を設けるなど、救急医療に携わる「ヒト」にも配慮した内容になっている。

もともと、当初は今年内に報告書をまとめる予定だったが、「報告書」(案)(A4判15ページ)が委員に提示されたのはこの日が初めてであり、半分も議論が進まなかった。年内に電子メール等で委員の意見を集約し、来年早々に1回または2回会議を開催し、1月中旬をメドに報告書をまとめることになった。

舛添要一・厚生労働大臣は、次のように語り、この日の会議を締めくくった。「誰が見てもこれが正しい、という提案をすることが政治を動かすことにつながる。医療は財政の負担ではなく、夢と希望に対する投資であり、人間の価値を高めるもの。一家の大黒柱が失業、あるいは病気になったときにどれだけ暗くなるか。雇用や医療に対してきちんと投資することにより、世の中が明るくなり、社会の価値を高めることにもなる。こうした観点から医療制度改革を実施することが、将来の日本の活力につながる。ぜひこの熱心な議論の内容を、省を挙げて実現したい」。



会議は午後6時から午後8時20分近くまで開催。外添要一・厚生労働大臣は20分程度遅れて参加し、最後まで議論に加わった。

### 「公務員の兼業規定禁止規定の見直し」も評価

報告書の骨格自体には異論が出なかったものの、各論には委員から賛否、様々な意見が出た。

委員に支持された一つが、産科医に限らず、救急にかかわる医師を対象とした「ドクターフィー」という形での評価。具体的には下記の形で盛り込まれたが、座長で昭和大学産婦人科主任教授の岡井崇氏は、「具体的な項目については、『別添』という形で項目を挙げ、診療報酬での点数化などを要望する予定」と語った。

国立循環器病センター周産期科部長の池田智明氏は、「ドクターフィーを入れてもらったことに、実際には削られるかもしれないものの、現場の医師としては非常に感激している。われわれはやっていないことに対して、お金をもらおうとは思っていないが、やったことに対しては報酬があるべきと考える。それがモチベーションになる」との感想を述べた。

さらに、「現状では、隣の病院が困っているときに、われわれ公務員は助けに行けない、もどかしさがある。兼業禁止規定の見直しが入ったことにも感激している」と池田氏は付け加えた。周産期救急では医療機関間の転送が多く、妊婦を搬送するよりも、医師が搬送元医療機関に向いた方が現実的なケースもあるが、公務員の場合は兼業禁止規定がネックになっていた。

#### 【ドクターフィー関連の項目(抜粋)】

- ・ 医師に対しては、産科医・新生児担当医だけでなく、麻酔科、救急科、脳神経外科、循環器内科等、関連診療科医師の周産期医療に関わる活動、救命救急センターにおける医師の活動に対し、ドクターフィーのあり方を検討する。
- ・ 医師が必要に応じて、複数の医療機関で医療行為を行うことができる環境を整備するため、公務員の兼業禁止規定や就業規定を見直すとともに、その活動が適切に評価される財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。
- ・ 産婦人科医に限らず、新生児担当医、麻酔科医、救急医等、実際に診療を行う医師

を

含め、時間外勤務、時間外の救急呼び出し対応（オンコール対応）等について、十分な実態把握調査を行い、適切に処遇するため、医師への手当が直接支給される方策について財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。

#### 「大規模センター化で、今より体制が悪くなる懸念」

一方、委員の反対が最も強かったのは、下記のように最後の砦（とりで）をイメージした形で、周産期救急と一般救急の集約・センター化を示唆するような記載になっていた部分だ。

#### 【医療機関の受け入れ体制（抜粋）】

地域の医療ニーズに応じて、産科、小児科（新生児）、麻酔科、救急科等の関連診療科を有し、救命救急センターを併設する医療機関等、すべての救急患者に対応できる設備及び人員を揃えた大規模施設を整備・設置する。この場合、24時間患者を受け入れる体制を確保するためには、病院の運営上は不採算となるため、財政支援や診療報酬上の措置等を検討する。

- ・都道府県は、救命救急センター及び総合周産期母子医療センターについては、地域の医療需要に応じて、地理的不均衡等がないよう適切な配置計画を立てる。
- ・医療資源を有効に活用するため、小規模救急医療施設の乱立を避け、重点化を図る。

以上の内容を考慮し、地域のニーズに沿うよう幅を持たせつつ、周産期母子医療センターの指定基準を見直す。なお、現在指定を受けている総合周産期母子医療センターは、それぞれが提供可能な診療機能を明示すべきである。

具体的には以下のように問題視する意見が相次いだ。

「絶対的な医師不足の上で、何とかしなければならず、今、機能している体制を壊さないことが重要。それなのになぜ、規模が小さいから 大規模センターを作るという話になるのか。今回の妊婦搬送の問題は、医師不足と連絡体制の不備。センター化したら、他の施設は救急から撤退する危険があり、今より体制が悪化する危険があるので、この辺りは慎重に検討すべき」「施設などという“ハコ”やその規模ではなく、実際にやっている医療に着目して、それを評価する仕組みにすべき」（山形大学医学部長の嘉山孝正氏）

「これは全国版の報告書なので、大都市圏での対応策であるなら、その点を明記すべき」「現在の総合周産期センターは規模が小さく、一人当直で実施しているところが半分以上ある。今の地域の実態を踏まえて次の対策を打つ必要があり、施設の規模の話は中長期議論。総合周産期センターの規模については一定の結論を得ているわけではなく、現時点ではあくまで地域の実情に応じる、という理解になるのでは」（北里大学産婦人科教授の海野信也氏）

「周産期だけでなく、一般の救急医療も含めて、大規模施設を作るとなると、長年やってきた1次、2次、3次という体制をどう考えるかという話にまで発展してしまう。周産期救急医療の観点からまとめないと問題」「大規模施設というと、大きな“ハコ”というイメージ。し

かし、たとえNICUが小規模でも、地域の医療ニーズに応じて、プロセスとして一定の水準の救急医療を行う可能であり、それを整備していくという話なのではないか。それを実践しているところを評価すべき」(昭和大学救急医学教授の有賀徹氏)

「小規模救急医療施設の乱立を避ける、とあるが、これは何を言っているのか。『産科の小規模の施設は、救急をやめ、大きな施設に搬送せよ』とも解釈できる。実際には、小規模の施設でも、8-9割は一般診療をやっている中で急患が入ってきた場合にいかに対応するかに苦慮しているが、『それなら、救急をやりません』となりかねない」(市立堺病院副院長の横田順一朗氏)

本懇談会も含め、様々な場で、救急・周産期救急医療は地域により事情が異なることは繰り返し指摘されている。委員の意見は、地域の現状を踏まえ、「今、何とか維持されている、“ガラス”を壊さない」(有賀氏)ために、今、何ができるかを考えるべき、という趣旨だ。

なお、情報システムについては、本懇談会の結論を待たずに、既に12月17日に厚生労働省の研究班が発足している(「救急でのIT活用に向けて厚生労働省が研究班発足」を参照)。また民主党の周産期医療再建ワーキングチームは12月18日、報告書をまとめている。

#### 周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会 報告書概要(案) ～周産期救急医療における「安心」と「安全」の確保に向けて～

- 1 厚生労働省の組織の連携強化による縦割り解消
  - ・厚生労働省の救急医療担当部局と周産期医療担当部局の連携の更なる強化
- 2 周産期医療対策事業の見直し
  - ・周産期母子医療センターの指定基準について、地域のニーズに沿うよう幅を持たせつつ見直すこととし、平成20年度末を目途に研究班等において体制整備の詳細を検討
  - ・総合周産期母子医療センターの診療機能を明示
- 3 救急医療・周産期医療に対する財政支援とドクターフィー
  - ・ドクターフィーのあり方を検討
  - ・出産育児一時金の引き上げを検討
  - ・公務員の兼業禁止規定や就業規定を見直し
- 4 地域におけるネットワークの構築
  - ・搬送元医療機関等に転送するシステム(戻り搬送)を推進
  - ・平成20年度末までに周産期救急医療体制の整備方針を策定
  - ・公表し、都道府県に通知
- 5 医療機関等におけるリソースの維持・増強
  - ・出生1万人対25～30床を当面の目標として、地域の実情に応じたNICUを整備
  - ・後方病床拡充によるNICU病床の有効利用 GCUや一般小児科病床等の手厚い看護職員配置と診療報酬上の措置等を検討
  - ・全国の重症心身障害児施設の整備や短期入所病床を整備
  - ・人的リソースの維持・拡充



# 小児救急の 整備を提言

高い幼児死亡率で研究班

日本は、新生児や一歳未満の乳児の死亡率が低く、世界のトップレベルだが一四歳の幼児死亡率は先進国の中で高い方だ。その原因を分析した厚生労働科学研究班の藤村正哲・大阪府立母子保健総合医療センター総長らが小児救命救急体制の整備を提言している。

田中哲郎・長野県立子ども病院副院長らの研究によると、日本の全死因の年齢別死亡率は一四歳だけが先進国平均より高い。ほかの年齢層は平均より低く、幼児死亡率の突出ぶりが際立つ。研究班はその原因を探った。

二〇〇五年と〇六年に全

全死因の年齢別死亡率の比較(2001年西暦)



先進13カ国の死亡率の平均を100として日本の死亡率と比較した。田中哲郎・長野県立子ども病院副院長らによる

国で亡くなったすべての幼児計約二千二百人の記録を分析した。慢性的病気による死亡は、大学病院と子ども病院に集中するが、事故などに遭って、大学病院や子ども病院、地域小児科センターに運ばれずに、自宅

や診療所で亡くなっている子どもが少なくなかった。

大学病院や子ども病院で治療を受けた比率は、幼児死亡全体で全国平均32%だが、基礎疾患のない急性の病気で死亡する場合、18%にとどまっていた。幼児死亡率が高い県ほど大学病院と子ども病院への搬送が少ない傾向にあり、重症者の受け皿になる小児集中治療室がない県が大半だった。

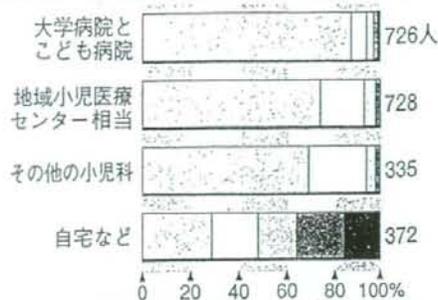
# 小児救命救急体制整備を

日本は、新生児や一歳未満の乳児の死亡率が低く、世界のトップレベルだが、一〜四歳の幼児死亡率は先進国の中で高い方だ。その原因を分析した厚生労働科学研究班の藤村正哲・大阪府立母子保健総合医療センター総長らが小児救命救急体制の整備を提言している。



幼児(1〜4歳)の死亡場所と死因(2005,06年)

- 病死と自然死 □ 交通事故や転落、窒息など不慮の外因死
- 不詳の外因死 □ 他殺、煙・火災 ■ 検索不可、不明



※幼児死亡の厚生労働科学研究班による

## 1-4歳死亡率突出

### 研究班指摘 重症患者の受け皿不足

田中哲郎・長野県立こども病院副院長らの研究によると、日本の全死因の年齢別死亡率は一〜四歳だけが先進国平均より高い。ほかの年齢層は平均より低く、幼児死亡率の突出ぶりが際立つ。研究

班はその原因を探究した。二〇〇五年と〇六年に全国で亡くなったすべての幼児計約二千二百人の記録を分析した。慢性の病気による死亡は、大学病院とこども病院に集中

している。研究班は、不明確な外因死も多く、幼児の死因究明に課題があった。研究班の藤村総長は「医療を尽くせば防げる死はある。重症の子を治療する病院は集約化した方がよい。搬送先が分かるよう、地域に小児救命救急の旗が立っているのが望ましい」と話している。

県ほど大学病院とこども病院への搬送が少ない傾向にあり、重症者の受け皿になる小児集中治療室がない県が大半だった。幼児が死亡した医療機関を調べると、二年で一人死亡という病院が半分近くを占め、小児医療の経験が十分でない病院で治療を受けている可能性がうかがえた。自宅での

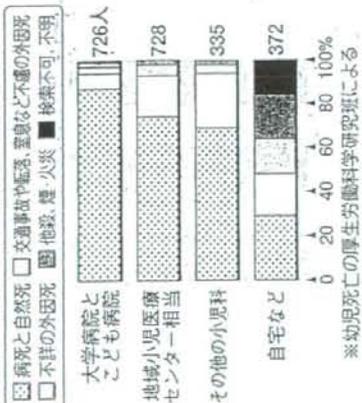
するが、事故などに遭って、大学病院やこども病院、地域小児科センターに運ばれずに、自宅や診療所で亡くなっている子どもが少なくなかった。大学病院やこども病院で治療を受けた比率は、幼児死亡全体で全国平均32%だが、基礎疾患のない急性の病気で死亡する場合は、18%にとどまっていた。幼児死亡率が高い

# なぜ高い日本の幼児死亡率 救命救急体制に不備

## 死因の究明にも課題

日本は、新生児や歳  
未喬の乳児の死亡率が低  
く、世界のトップレベル

幼児(1~4歳)の死亡場所と死因(2005、06年)



だが、一四歳の幼児死  
亡率は先進国の中で高い  
方だ。その原因を分析し  
た厚生労働科学研究班の  
藤村正哲・大阪府立母子  
保健総合医療センター総  
長らが小児救命救急体制  
の整備を提言している。

田中哲郎・長野県立こ  
ども病院副院長らの研究  
によると、日本の全死因  
の年齢別死亡率は一四  
歳だけが先進国平均より  
高い。ほかの年齢層は平  
均より低く、幼児死亡率  
の突出が際立つ。研  
究班はその原因を調べ  
た。

二〇〇五年と〇六年に  
全国でとらえたすべて  
の幼児計約三千二百人の  
記録を分析した。慢性の  
病気による死亡は、大学  
病院とこども病院に集中

するが、事故などに遭つ  
て、大学病院やこども病  
院、地域小児科センタ  
ーに運ばれず、自宅や診  
察所で亡くなっている子  
どもが少なくなかった。

大学病院やこども病院  
で治療を受けた比率は、  
幼児死亡全体で全国平均  
32%だが、基礎疾患のな  
い急性の病気で死亡する  
場合、18割にとどまると  
いう。幼児死亡率が高い  
県ほど大学病院とこども  
病院への搬送が少ない傾  
向があり、重症者の受け  
皿になる小児集中治療室  
がない県が大半だった。

幼児が死した医療機  
関を調べると、二年で一  
人死という病院が半分  
近くを占め、小児医療の  
経験が十分でない病院で  
治療を受けている可能性  
がうかがえた。自宅での  
幼児死亡例では、不明確  
な外因死も多く、幼児の  
死因究明に課題があつ  
た。

研究班の藤村総長は  
「医療を尽くせば防げる  
死はある。重症の子を治  
療する病院は集約化した  
方がよい。搬送先が分か  
るよう地域に小児救命  
救急の旗が立っているの  
が望ましい」と話してい  
る。



2月10日(火)

2009年(平成21年)

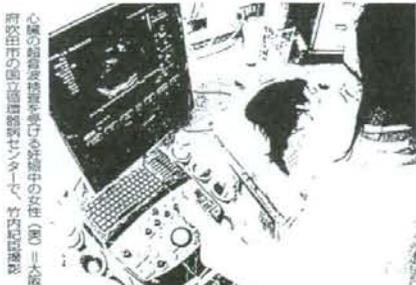
発行所：大崎市北区南田3丁目4番5号  
〒530-8251 電話(06)5345-1561  
毎日新聞大阪本社

毎日新聞

2009年(平成21年)2月10日(火) 田 くらナビ 12

## くらナビ 医療 Medical

kenko@mbx.mainichi.co.jp



心臓の超音波検査を受ける妊婦中の女性(奥)。川崎医科大学の川崎野田病院で撮影。写真提供：川崎医科大学

### NAVIGATOR 周産期心筋症

妊婦中や出産後に発症する動悸、息切れ、むくみ…。重症化すると死に至ることも。

#### 心臓が拡大し機能低下

## 対症療法で回復待つ

妊婦中や出産後に、動悸や息切れを訴える人がいる。全身がだるく、むくみが出てくることもある。他の病気で表れる症状のため、軽視されやすいが、「周産期心筋症」の可能性がある。注意が必要だ。

#### 原因は不明

妊婦する心臓には大きな負担がかかる。胎児に栄養を送るため、体内を流れる血液の量が1.5倍になる。心臓が送り出す血液も1.3〜1.5倍に増え、心拍数も増える。発症には妊娠の影響があるとみられるが、実際に心筋症になる女性はごく一部で、詳しい理由は不明だ。欧米のデータによる

と、患者の約半数は半年程度で正常に戻るが、残りは長期間、心臓の働きが低下したまま。数年の間病後、死亡する場合もある。回復した人も、再び妊婦する再発する可能性がある。国立循環器病センター(大阪府吹田市)の池田留明・周産期診療科部長は「重症になると命にかかわるため、非常に重要な疾患」と訴える。

見逃す例多く 妊婦中は心筋症でなくとも動悸や息切れが起こる。まれに病気が原因で医師も気づきにくい。そんなことを診察治療を受けたが長くなり、救急搬送された例もあるという。病院に行く目安は、安静時に症状が起きたり、1週間で3〜4回も体重が増えた場合、「かかりつづける産科医に相談するか、総合病院の内科を受診してほしい」とセンターの神谷千穂子医師は話す。

心臓の超音波検査などをして▽発症が妊娠中か、出産後5カ月以内▽心臓の収縮力や、血液を送り出す機能が基準以下▽妊娠の他に原因がない▽などの条件を満たした場合には、周産期心筋症と診断する。心臓が伸び、心臓全体が大きくなるのを特徴だ。治療では体内の余分な水分を取り除いたり、心臓の働きを助ける薬を使うなど、一般的に心筋症と同様の、対症療法が中心になる。体の負担をなげ妊婦を早めに終わらせるため、予定日よりも早く帝王切開で出産させる場合もある。

#### 日本は統計なく

日本では、周産期心筋症の患者数や死者数のデータがほとんどない。学会で個別の事例報告があるだけで、米国の調査によると、アジア系人種では妊婦2675人に入で発症している。日本に当てはめると年間約400人の患者がいる計算になる。

### 体重急増したら受診を

新設するよう厚労省に提言している。初めの全国調査

昨年12月、池田部長らは全国調査に着手した。インターネットを通じ、産科や循環器内科のある病院、救急病院など約240施設から、07年1月〜08年12月に治療した周産期心筋症の患者データを集める。妊娠の経過や妊婦中の合併症、心筋症の発症時期や心臓の機能の変化、治療に使った薬、回復の程度などを調べている。2月中にデータを集め終え、分析する。神谷医師は「早く治療を始めるために、多くの人がこの病気を知ってほしい」と話している。

【記者千穂】

一年以上たつての死亡もあるが、これは同調査では分からない。それに加え池田部長は「1年未満の死亡でも、調査で妊産婦死として扱われない例があるのではないか」と指摘する。

海外のデータでは、間接産科的死(妊産婦死亡)の約4割に達する。後発妊産婦死(日本よりかなり多い。日本では産科以外の医師が死亡診断書を書く)と、妊娠について記述せず、統計からみられているためと考えられている。