

『3年間のまとめと提言』

「周産期医療をめぐる諸問題に関する研究」班

全体班会議記録

日 時：平成元年2月11日（土・祝）

場 所：ルビーホール（東京）

1. はじめに

多田（司会）それではまず最初に、竹村班長にごあいさつを、お願いいたします。

竹村 本日はお忙しい中、連休のところお出いただきまして、まことにありがとうございます。

この研究班もあと1月半ほどを残すのみとなり、いよいよ最終の報告書を出さなければならぬ時期になりました。ご案内申し上げましたとおり、この3年間の成果を踏まえ、厚生省へ提言をさせていただく段取りでございます。本日はいままで何回か討議をいただいたものを、総まとめをしていただくようお願いしたいと思います。

本日の司会は各班長の多田先生、中野先生、小川先生をお願いをいたしまして、総まとめをしていただいたあと、皆さん方とのお別れ会という程ではございませんが、ささやかな懇親会を用意致しております。

本日は厚生省からも、お見えいただいております。お休みのところを本当にありがとうございます。

いまでもそうでございますけれど、本年度は9月に九州大学中野班長に大変お世話になりました。ついこの間、1月早々には埼玉医大の、小川班長に本当にお世話さまになりました。両

先生に厚くお礼申し上げます。

本日はまた、設営に当たりまして、全部多田班長にお願い申し上げました。ご3人の先生方、本当にありがとうございました。

お陰をもちまして、ここまで何とか、3年間やっけてまいりました。本日は有終の美を飾っていただくために、これから先ほど来の各分担班の成果をおまとめいただきました要旨を主にいたしまして、皆さん方からの活発な、ご発言をお待ちいたします。

本日の会が爽り多いものになりますことを、お祈りいたしますとともに、皆さまの活発なご発言をお願いいたしまして、ごあいさつに代えたいと存じます。

本日はどうもありがとうございました。

多田 それでは続きまして、厚生省母子衛生課の松本先生に、ごあいさついただきたいと思います。

松本 厚生省児童家庭局母子衛生課の課長補佐をしております松本でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

皆さんにはお忙しい中を、遠路集まっていたいただきましてありがとうございました。私は小川先生の班のほうの班会議に出席したのですけれども、小さい部屋に熱気がこもるぐらい討議いただきましたが、全体会議でも活発な意見が沢山出るものと期待しております。

あいさつは短か目にしまして、先生方の討議の時間をたっぷり取っていただいたほうがいいと思いますので、よろしく願いいたします。

関 同じく厚生省母子衛生課で主査をしています関と申します。どうぞよろしく願いいたします。

私が厚生省にまいりましたのは、去年の9月からでございますが、まだ見習い中というような立場でございますけれど、この周産期の班を埼玉医大でやりましたときには、出席をさせていただきまして、非常に感銘深かったのを覚えております。

厚生省の心身障害研究の班の一環としてやられているわけですけれど、ご研究の結果明らかになってきたいろいろな問題点を私達にお教えいただける場というものは、非常に貴重な場と思っておりますし、特に周産期医療の問題というものは、私どもも非常に重要な問題と考えておりますので、この班が終了とともに、また班の構成を変えていかなければいけないことがあるのですけれど、またこのような場を設けまして、行政に対する要望をいただき、そしていろいろ教えていただくというような機会を、これからもぜひとも確保していきたいというふうに考えている次第でございます。

母子衛生課の直接所管する業務という観点からは限界もありますが、私達も母子の医療ということに関しても、第一線で活躍されている方々のご研究の成果を行政に反映していく1つの窓口として機能できればと考えております。

その中でも特に周産期医療という問題は、大きな課題でございますが、このような班を通じて、私どもに取っては非常に手厳しいご意見もあるかと思いますが、そういったことも含めて大いに論じていただきたいというふうに考えております。

そういったわけで、私ども非常に重要視している会議でございますので、具体的なご提言をいただきたいと思っておりますので、今後ともどうぞよろしくお願いいたします。

2. 「母性胎児医療システム」班のまとめ

多田 松本先生、関先生ありがとうございました。

それでは最初に中野先生にご司会いただきまして、中野先生、小川先生と、約1時間前後を目標にさせていただいて、あと残りの時間の総括のほうでまとめるということにさせていただきたいと思っております。

それでは、中野先生お願いいたします。

中野 前置きを省略させていただいて、実質討議に入ります。

ご覧いただきます資料は、A4版4枚綴りのもの、ただいまお配りした分でございます。これをご覧いただきながら、討論のほどをお願いしたいと思います。

ご報告申し上げますことの位置付けです。

母性、胎児医療システムに関する研究班のほうで、3年間の研究実績を、1つはその結果ということでまとめました。そして、それを踏まえての考案と、今後への必要な事項という、大きく3つぐらいの分け方をして、そのたたき台を実は先生方にいまお配りしているわけでございます。

午前中の討論を経まして、若干の追加、あるいは修正が加わりました分は、口頭で申し上げることにいたしますので、取りあえずは口頭で申し上げる分のアイテムだけを、番号としてお書き込みいただければよろしいのではないかと考えております。

そして、最終的な形ですが、これはまた竹村班長からご指示を得まして、肉付けをするなり、文章化をする手続きなり、あるいは共同での提言事項として、抜粋項目を検討するなりという手続きが次に残っているものと、こう理解してのことだと、どうかご承知置きいただきたいと思っております。

それでは資料であります、1頁目に書いております目的、方法、そして結果とまいります。結果を3つにくくりました。1つは患者の搬送、2頁目に行きまして、下のほうに医療情報の伝送、そして3頁目にまいります、医療システムの設計、そして考案、最後の頁が問題点と、こう続いてまいります。順番に読み上げてまいります。

まず、研究目的であります。これは当初研究目的をそのまま踏襲したものであります。すなわち、1. 患者の搬送、2. 医療情報の伝送、3. 地域での医療システムの設計、この3つの観点から調査、研究を行った、これを明らかにする意味で、行ったということであります。方法といたしましては、研究協力者の所属する地域や施設における、母性、胎児医療の現状調査、問題点の抽出、それから、これに関連したアンケート調査、そして3番目、公開討論による意見の交換、そして集約ということ、研究方法を取ってまいりました。

そして、研究の結果ですが。まず最初患者の搬送です。その1. 母性、胎児医療での病院・診療所、病院・病院間での患者の搬送の主要な形態が母体搬送である。第2. 母体搬送という用語は産婦人科医療機関では広く知られている。3. 母体搬送は母児の救命を目的に、救命のために必要な人員、設備を持つ医療機関への、母体、胎児の搬送を意味し、緊急時のみではなく、非緊急時の搬送をも含んだ概念である。4. 母体搬送の対象疾患、搬送の時期については、完全に意見が一致しているわけではないが、全国調査では、対象疾患として、以下の疾患が多く搬送される。これは例数の多い順番です。

胎児要因として、前期破水、切迫早産、胎児奇形、切迫流産、そして、ここには胎児と書いてありますが、子宮内が正確です。子宮内発育遅延症、胎児仮死。母体要因としては、妊娠中毒症、分娩異常、前置胎盤、上位胎盤早期剝離、ここに産後出血が次につながります。そして、他科合併症。これは合併症妊娠ということです。

以上が、対象疾患で多い順番であります。

次、5番目、母体搬送の効果の判定に、非搬送群を対象とした統計学的手法は困難であるが、a. 切迫早産例では、搬送後かなりの例数で、長期の妊娠継続が成功しており、b. 24、あるいは48時間以上の胎児管理が受け入れられる医療機関で行われた例では、それ未満で出産した例に比べ、児の予後が良好であったとの報告が得られており、母体搬送の有効性を具体的に示したものと言える。

6. 母体搬送の時期については、個々の疾患で異なるが、上記切迫早産の例からも推測されるように、搬送後一定の期間、受け入れ医療機関での、母体、胎児管理が行える状態での搬送が望ましい。

ここに7番目加わります。7番目は母体搬送のうち、約10%が母児のリスクを評価、軽減したのち、搬送元に送り返されている。母体搬送のシステムをより円滑に運営するには、搬送元と搬送先の密接な連携を必要とする。こういう搬送のルート、方向、バック・トランスポートという部分をこの中に取りあげてはどうかということでございます。

以上7項で、母体搬送を中心とした、患者の搬送に関するわれわれが調べた結果として、まとめてみました。

次は医療情報の伝送です。

その1. 伝送されるべき情報は、医療機関の空床数、設備等の状況に関する情報と、医学、医療情報とがあり、医療情報はさらに患者自身に関する医療情報と、一般的医療情報、言うなれば、教育、学習に区分される。

その2で、医療機関の空床数等に関する情報は東京都、愛知県、大阪府等では、情報センターを中心に、供給されているが、他の多くの地区では、送る側と受ける側の個々の連絡で情報の伝送が行われている。こういう事実が確認されました。

その3. 患者自身に関する医療情報は、多くは電話と依頼用紙を用いて行われているが、統一した紹介用紙を用いるのは、調査医療機関の半数未満であった。

その4. 一般的医療情報の伝送に関しては、多くの医療機関で公開の症例検討会や、カンファレンスが持たれており、周産期医療の生涯教育において、地域の基幹病院は積極的な役割を果たしている。

以上4項目で医療情報の伝送ということをもまとめました。

次でありますけれども、3番目の地域の母性、胎児医療システムの設計ということに関してです。

その1. 地域での医療システムを見ると、愛知県、静岡県、神奈川県、大阪府などの地域として医療システムを確立している地域と、主に個々の医療機関の努力によって対応している地域に分けることができ、全国的に見ると後者に属する地域が多く見られ、行政を巻き込んで、というのは非常に言葉が悪いので、美しい言葉による表現で、地域での母性、胎児医療システムを確立した地域は、少数であった。

その2. 今後の医療システムを考えると、わが国の医療体制の特徴である開業医の存在と、その役割を生かしたシステムが必要である。そのためこれまで開業医を中心に行われてきた。これらの妊婦、胎児の分散管理を基礎に、集中医療の必要なハイリスク妊婦、胎児の集中管理が、地域として行われる体制が必要であろう。

こういった2項目をとりあえず挙げたわけです。そこで、結果を踏まえての考案であります。

今後の方向という視点から、その1. 地域における母性、胎児医療システムは、現在の医療体制の中での、病院、診療所間の機能分化を暫時はかりつつ、妊婦、胎児の居住区近傍での分散管理を基礎としつつ、一方でハイリスク妊婦、胎児への高度医療の供給を中心に行える医療機関の充実が必要である。その分化した機能を地域として統合したものにしていく上で、母体搬送および情報の伝送は必須の要素である。

その2. 母体搬送をより効果的にする上では、患者の疾患を考慮し目的に応じて、適切な医療機関への母体搬送が行われるようにすることが必要である。

このあとに、新しい文章が次のように入ります。

現行の一次、二次、三次の概念にしたがった病院の特色付けを基にした、搬送の現実がどうであるかと言えば、母体搬送後の、たとえば新生児救命率の上で格差があるなど、必ずしも有効な搬送効果は上がっていない。

それで、その次の文章になります。

そのためには、地域のシステムの中での病院の位置付けは、その病院の持つ特徴、すなわち

人員、設備によってなされるべきであり機能的な区分が新たに考えられるべきである。またかかる搬送先においては、いつでも必ず収容できるという、規模を考える必要がある。

こういうことであります。要点は、一般医療と同じアナロジーと考えて周産期医療を動かすことは無理があるのではないか。一次、二次、三次という分類を踏襲した現行の搬送というのは、必ずしも期待に答えているのではないのではないか。したがってその病院、病院の特徴、これが特徴がというものを明確した機能分担というのを、もう1つ考えていいのではないか。周産期医療の特徴はそのへんにありはしないか。そういったことを文章として、もう少しはっきりさせようというのが、ただいまの挿入文章でございます。

次にまいります。最後の4頁です。その3. 母児に対する救命救急的対応においては、患者の搬送という概念にとらわれることなく、医師の現場への搬送も含めた、多様な対応が考慮される必要がある。リスクを軽減させるというのを、優先させるべきであるということである。

以上、考案を若干加えましたのちに、それでは今後解決すべき問題点ということになるわけです。

その1として、現在の1を取って、その前にこういうことが入ります。

今後の問題の1は、未受診妊婦がまだ存在し、周産期医療の上で、特に妊産婦死亡率に影響するところ大である。言うなれば医療の場に上らない事例に対処するには、妊婦の啓発など、行政的、社会的対応がさらに必要である。

つまり、われわれが調査した範囲内での医療効果ということ以外に、それぞれの地域で実は医療の場に上らない集団がいて、それがひとしくハイリスクであるという結果を踏まえまして、このようなことを入れたわけです。

それで、現在の1が2になりまして、2として、母性、胎児医療システムの具体像を得るためには、さらに次の点で検討を要する。すなわち実数を入れて、具体的な像をつくるためには、ということなんですが、1、母体搬送の発生数

の推測、ニーズです。2番目、母体搬送を受け入れる医療機関に必要な人員、設備。これは規模ですね。3番目、母体搬送の目的を達成するのに、もっとも有効な搬送時期、方法。ルートですね。4番目は、医療情報の伝送に関して、伝送されるべき情報の種類と手段について、さらに検討を加える必要があるというのが、ここに入ります。

そして、新しい3番として、次のことが入ります。ちょっとこれは文章が間に合っていないのですが、母性胎児医療における経済性を考えなければいけないということです。胎児医療といったものの中身を伴う、その確立が必要ではなからうかということをも3番目として挙げたい。

そして、さらに新しく4番目として、地域の保健所活動について、あるべき姿を考えていかなければ周産期という部分が取り残されるのではないかというのを挙げたい。文章化はのちほどということでもあります。

解決すべき問題点として繰り返しますと、未受診妊婦等医療の場に上らないというのを、これをどうするか、2番目の母性、胎児医療システムの具体像をどうつくるかという実数を入れようという作業、その折り、同時に搬送だけではなくて、情報についても考えようということ、それが2番目になって、3番目は、いま申し上げたように経済性、ことに胎児の医療ということを表裏化するにはどうすればいいか。4番目が保健所活動です。こういった4項をもって、今後の問題として解決すべき点といたしました。

さらにこれに討論事項として、三角搬送というのでしょうか、それでよろしいのですか。これは俗称ですが、先生方はおわかりだと思っておりますので、いずれ正確な言葉を考えますが、その三角搬送というのが、ことに小児医療の中で、新生児医療の中では、重大な問題だというのが、相い次いで報告されました。われわれの班では、それを集計したデータとして持っているわけではありません。ですけれど、討論の中では、母性、胎児医療でも、そういうことがあるんだということが確認されております。そこで、われ

われとして出すには、少し根拠が足りないかもしれないので、できれば多田班のほうにお願いしたいのですが、そういう三角搬送を避ける。

これは2つの問題点があるのではなからうか。1つは、施設の規模の問題があります。受け入れることができない。それはベッドがないからという、単純な理由かもしれませんが。もう1つは、情報の伝送が密に行われることで、それを避けることができないかということである。この2つの視点から、三角搬送を避けるというのを、多田班のほうでお取り上げいただければ、あるいは小川班でしょうか、でお取り上げいただければいちばんありがたいという、こういう要望も問題点の中で、付されました。

以上が、たたき台に対しまして、先ほどから母性、胎児医療班の中で検討して、追加いただきました部分であります。

そこで、この場ではどういたしましょう。最終的にまとめる形はのちほどまた、竹村先生におうかがいしながら、つくり上げることにいたしまして、こういう項目建て、構成、項目の内容でよろしいかどうかについて、あるいは追加部分があるかどうかについて、ご討論いただければ大変ありがたいと思います。

以上、こういったことを3年間確認したんだ、についてはこういうことをお願いしてはどうかということのご説明になります。

いかがでしょうか。まず母性、胎児医療班のほうから、こういうことでよかったかどうか、追加説明を少しお願いできればと思いますが。

保健所のお話をお出しになったのは、どなたでしたかね。

神保先生ですか。では、お願いします。

神保 私ども四国母性衛生学会というのを8日に、四国全県でやりました。これは公衆衛生のほうと、四国四県の環境保健部、それから助産婦、看護婦、そういった方が集まってやったわけです。そこで、各保健所活動のいろんな問題点が、指摘されたわけです。

ところが、いろんな事例を見てまいりますと、保健所活動における母子保健の実際の活動のパーセントは、かつては30%、40%あったのです

が、これは家庭訪問だとか、いろんな母子衛生の統計で見てもおわかりだと思いますけれど、どんどん減りまして、各県とも1桁に落ちていきます。

しかも、今度の新しい保健所活動の指導ですか、それが総務庁から出ていますけれど、老健法に対処しろ、精神衛生にもつとアクティビティを上げろというような、新しい保健所の在り方ということを行っています。

そうなりますと、ますますこの問題が、保健所における母子保健というものが、見捨てられていくのではないかと。そういう危機感が各グループから出されたわけです。それにどう地方は対処したらいいのかということです。

なぜ、四国のこの問題を、私がきょう申し上げたかと言いますと、たまたまきょう、どなたかの班から出ている全国の都道府県新生児死亡率の推移、これはご覧になってわかるとおりで、柴田先生ですか、お出しなされたのは、高知県がワースト・ワンをこのところ続けているのです。これが非常に大きな問題なんです。それで、各環境保健部は、これをどうしようかということ、非常に頭を悩ましてる。

上から来るのは精神衛生と老健法だということ、どうしてもここが上がらない。

ついでに言いますと、徳島県がワースト・スリーに入っているのです。したがって、保健所の活動を今後どういうふうに加えていくべきかということが、大きな問題であろうと思います。これは再整理する必要があるのではないかと、私は感じております。

それは保健所単独の事業でやろうとすると、ますます衰退の一途をたどるので、病診連携と同じように、行政側の関与という意味で、保健所活動というのを、システムの中で見直す必要が出てくるだろうということを、私はつくづく感じたということです。

それから、もう1つ、別の項目建てで、先ほど中野教授が言いました、いちばん大事な未受診妊婦ですが、これは母体死亡、新生児死亡の大きなパーセントを握っている。これも保健所活動というか、保健、衛生活動の重要なポイン

トになるのではないかと、特に保健所活動というのを、もう一回見直して欲しいということ、私は今後の問題点として、提起させていただいたという次第です。

中野 ありがとうございました。

ただいま、私の言葉足らずの新しい修正部分についてだけ、主たる発言者から、追加補足説明をお願いしているわけですが、次は、ただいま言葉に出ました、未受診妊婦の問題について、これは野口先生、少し事情説明をお願いできますか。

野口 愛知県の妊婦死亡の登録調査で、59年で半分以上が産婦人科と関係なく、60年は2分の1が、母子健康手帳を持ってない妊婦の死亡なんです。結局医療の場の上ってこない者が、周産期の医療の問題に対して、非常に影響を及ぼしているのだということですので、これを昨年報告に入れていただきました。

だから、医療の場の上ってくるだけのもので、新生児の問題をご調査を願ったり、あるいは妊婦死亡の問題をいろいろご討論になります他にも、もっと別のところにも問題があるということです。

中野 ありがとうございました。

いずれも4頁目の今後の問題としてのお話をいま続けているわけですが、もう一点は、保健所活動、次いで未受診妊婦、そして経済性についてのお話ですが、これは神保教授、それから千葉先生でしたね、お二方から続けて、趣旨説明をお願いいたします。

神保 ことしのテーマが医療経済ということで、福岡でこのディスカッションがあったわけですが、私どもその後いろいろ調査させていただきました。結局、いまの健康保険の給付の対象に、胎児医療というのがなじまないということがずっと続いてきているわけです。それは胎児は健康保険の被保険者名に入っておりませんので、これはどうしても駄目なんだということです。従来も胎児医療というのは、保険給付外でした。

しかし、現実には胎児医学がものすごく発展して、千葉先生のところでも、非常にいいお仕事

をなさっている。しかし、これはすべて研究費で行われている、そういう実情なわけです。

産まれてから新生児になって、名前が付いて、給付対象というのでは、胎児をヒトとして扱っていないことを意味します。それから、こういった胎児医療を給付にした場合、これは健康保険の話をしてはいけないのですが、実際に三次医療センターで母体搬送が行われて、そこで非常に特殊な患者について、インテンシブケアを行うという、そのことを一般の保険給付の概念と同じように扱ってもらっては困るのです。ここにはかなり大きな投資をしても、結局はその治療の効果が新生児における医療リスクの増大を、軽減しているわけです。そこに対しては国家的な見地で投資をしてもらわなければいけない。そのことが今後の胎児、周産期医療を支えていく上で、大きな基盤になるということを、まず申し上げたいと思います。

中野 ありがとうございます。

同じような提案を少し違うような観点から、たしか千葉先生がお話しになったと思いますので、続けてください。

千葉 ほとんど神保先生がおっしゃいましたが、1つには、そういうふうなことを一生懸命やっている、人々の人件費にしても医療給付の対象にならないところで働いているわけですから非常に算定しにくいということが1つあります。設備面に関しても、同じことが言えるわけです。

それともう1つは、たとえそういうふうなことを医療給付以外の何らかの補助金とかが各病院に給付されたとしても、各病院はそういうハイリスクの患者さんを扱おうが、ローリスクの患者さんを扱おうが、同じ医療費しかもらえないとすると、どこでも独立採算というのは、だいたい取られるわけですから、病院としては、経営的には正常妊婦が高率になる方が良い事になる。そうするとハイリスクをそういう病院へ送り込む余裕が実際にはなくなってしまふ。そういう矛盾点を出てくる。

いま NICU というのは、特殊な医療加算がなされていますけれど、それと同じような、周

産期 ICU とでも、仮に呼びましようか、そういうふうなものの考え方というのは、必ず将来的には必要になってくるのではないかと考えています。

中野 ありがとうございます。

主に修正をすることになりました、今後解決すべき問題点についての、趣旨説明をいま何人かの先生方に続けて行っていただいたわけです。そこで先生方に問いかけます。これでいいですか。こういう問いかけがよいのか、ご意見くださいのほうがいいのか、いずれも同じことを言いたいわけですが、構成と、項目建て、その内容は、こういう扱いでよろしいかどうかご意見をいただきたいのですが。

どうぞ、本多先生。

本多 最後のところの今後解決すべき問題点の中で、いま神保先生のほうから、地域の保健所活動ということにも考慮しなければいけないという項目を入れろという、お話があったわけですけれど、地域内で保健所以外に、こういう周産期医療にかかわっている施設という、助産所がございまして。ですから、地域内でいわゆるパラメジカル、あるいはコメジカルの人達と、連絡を取り、より密接な提携を取らなければいけないということの中に、保健所プラス助産所、あるいはその他母子健康センターなども含めて、お入れいただくようお願いしたい。

中野 ありがとうございます。

柴田先生どうぞ。

柴田 3の項目ですが地域の母性、胎児医療システムの設計のところ、システムの完成、確立しておる地域として、私どもの静岡県を取り上げていただきまして、大変嬉しく思います。私も静岡県におりますが、西と東ではまったく県が違うような状態でございます。

先生の研究班には、寺尾先生がお見えになりますので、母性、胎児の医療システムが、おそらく浜松医大を中心にしたものができているのではないかと推定をしておりますが、実際情報を掴んでおりません。

中部地域と東部地域に関してはだいたい知っておりますが、この両地域では、NICU 側が早

期産の分娩に立ち合いに行く頻度は非常に高くなって来ています。それも含めて、胎児医療システムとご解釈いただければ、それでもよいかと思います。私は静岡県西部地域とされても、よいかと思います。

と申しますのは、静岡県西部地域では、昭和62年の出生数が1万4,000人ございます。1万4,000人の出生があれば、おそらく、いまの記憶では、1つの県で1万4,000人に満たないところが、半数以上あると思います。静岡県西部地域として1つの県単位並として取り上げていただくことでもいいと思います。

それからもう1つは、大変細かい点ですが、いま神保先生からご提案のございました、保健所活動であります。最近では伊豆長岡町という、大変小さな町におりまして、町の衛生行政にいろいろかかわっておりますと、各役場の保健婦さんというのは、非常に熱心にそういう活動をされておられます。

私どもは沼津保健所という管内でありますから、沼津保健所から保健婦さんが一人来られるのですが、町内の様子をつかめない。そのためか熱心さが不足しているように思えます。町の保健婦さんは、事情をよく理解した上で、非常に熱心に母子衛生のことをやっておられます。こういう方との連携も1つお加えいただければ、大変ありがたいと考えております。

中野 ありがとうございます。最初のほうは寺尾先生あたりにご発言いただくとして、あとのほうですが、いま直ぐでも修正が効くと思います。たとえば地域保健活動というふうな項目に変えまして、その中で人的要因として、保健婦ということで挙げ、もう1つは構成として保健所ということで挙げる、こういうふうにいたしますと、先生のご意見は入れ込めます。ありがとうございます。

そうすると寺尾先生、お名前が出ましたが、このまま西部地域を入れなければいけないかどうかという、具体的な一点ですけれど。そして、もう1つ加えてご説明いただきたいのは、先ほど同じく3頁の考案の第2で、必要であるとして、送ったけれどもうまくいかないのだ

というお話をなさいましたが、それも少し加えてご説明いただけますか。

寺尾 柴田先生がちょっと皮肉っぽくおっしゃいましたが、静岡県西部地区における、まず母体搬送というものを考えてみるときに、母体搬送という概念には、たとえば産科出血が起こって、ということは赤ちゃんがもう産まれた後に、お母さんが問題となって、母体搬送されるというものもありますし、それから胎児を送るために母体搬送するという場合と、二点あると思うのです。

その前者のほうの、産科側の救急医療というのは、浜松医大や西部医療センターを中心に、まずその医療システムは、うまく確立されていると思うのです。一方、胎児を搬送するという側に立って見ますと、まず診療所から二次病院に母体搬送されるということが多いわけですが、現実にはその二次病院における新生児医療というものがうまく確立されていない。したがって母体搬送しても、結局は究極の目的である胎児の救命という点からいきますと、その二次病院への母体搬送が必ずしも生かされていない。そういう現実を踏まえて、診療所では自分達の施設で赤ちゃんを産ませて、そして三次病院である聖隷浜松病院のNICUへ、新生児搬送を行っている。そして、その聖隷浜松病院に搬送された児の救命率のほうが、母体搬送された、ということは二次病院の産科へ搬送されたわけですが、その児の救命率より、高いわけです。

そういう意味からいきますと、母体搬送というものは生かされていかなければいけないのではないか。そういうことを、柴田先生が皮肉っぽく言われたと思うのです。

柴田 そういう意味ではございません。それはデータは知りませんので。

寺尾 そうですか。そういう点で、われわれ産科医としても、どうしたらいいかという問題があるわけです。現状で新生児搬送で、かなりいい救命率を得ているので、診療所としては、新生児搬送をしていったほうが現実的ではないか。一方また二次病院の新生児医療にたずさわっておられる先生方も、より高度な三次医療へ

送る勇気というか、そういう謙虚さみたいなものが、やはり必要ではないかと思っております。

中野 ありがとうございます。

後半の部分は、私がお願いいたしました、第3頁今後の方向の第2番の、追加いたしました文章の趣旨説明でございました。

柴田先生、そのへんを踏まえまして……。

柴田 誤解があってはいけませんので、申し上げるのですが、そのような意味でお尋ねしたわけでは決してございません。寺尾先生を中心に西部地域は、産科医会も非常にしっかりしておられるということは、私も一時期西部地域におりましたので、わかっております。ですから母体搬送は非常にうまくいっているのではないかと。中部とか東部では受け入れ産科施設の大規模の施設がないものですから。東部地域で比較的受け入れの多い病院の産科と、私どものNICUとは、非常に緊密な連絡の下に行っておりますし、またその病院の小児科とも連絡がうまくいっている。このような意味におきまして、母性、胎児医療システムというところへお加えいただいても——お加えいただくことは、私は非常に名誉に思っております。

ただ、そこで、寺尾先生に少しおうかがいしたいのでありますが、二次病院へ母体搬送されるわけでありますが、そこで、たとえば24週で入院した例が、26週まで管理出来たということは、私は非常に嬉しいとは思いますが。そこで、もうひとつお考えいただくならば、そこへNICUから救急車を呼ぶというのは、二重手間だと思うのです。本当のシステムをお考えいただくのであれば、そのあたりのところを、西部地域のご事情はおありになるとは思いますが、ちょっと奥歯に物のはさまった言い方になりましたけれど、ひとつ有機的な連携の下に行ってくださいますと非常にありがたいと思います。

と言いますのは、いまNICU側の救命率が非常によろしいとお褒めの言葉は頂戴はしました。しかし、本当の母子センターと言いますか、周産期センターで、胎児期から管理された超未熟児、極小未熟児の予後は、その施設におきます成績は、非常にいい成績であります。

それはこの班員の中におられる先生の施設ですが、具体的には申し上げませんが、非常にいいわけです。私どものようにNICUのみで行った場合は、1つの限界があると前々から考えておりましたが、個人的にはよくそのようにお話しすることがございます。またのちほど発言の機会があれば、発言させていただきたいと思っておりますが、多少の資料をまとめておりましたが、そんなことを感じております。先生そのあたりのところは、これは皮肉も何もございませんので、ひとつご理解をいただいて、理想的なすばらしいシステムをつくっていただければ、非常に嬉しいと考えております。

中野 柴田先生、寺尾先生、大変ありがとうございました。

歯に衣をきせぬということで、お許しをいただければ、母体搬送というのを、限定して行った場合、その効果はすばらしいということは、この班で再三お認めいただいたのだと思います。そこにどう移行させていくかという苦労を、やはり現実の問題でありますので、文章として書き残そうというのが、ただいまの……。

たとえば、場合によって新生児搬送をあえてしたほうがよい時期と場所もありましょうし、あるいは一足飛びに行くのがよい時期と場所がありましょうし、そういうふうにも両方とも考えなければいけないよということをおそらく、寺尾先生はおっしゃりたかったのだと思います。そのへんを少し柔らかい形で表現させていただいたのが、先ほどの私の修正文書でございます。

そういたしますと問題が残っておりますが、この西部地域というのは、はずしてよろしいですか。

柴田 静岡県とされるということですか。

中野 そうです。

柴田 ありがとうございます。

中野 何かと都道府県単位のほうが、皆さんにはご理解いただきやすいかと思っておりますので、そういうふうに取り扱いさせていただきます。

どうぞ増本先生

増本 いまの問題の繰り返しになるようで、まことに申し訳ないように思うのですけれど、

ちょっとこれは矛盾していると思うのです。第1頁ですか、先生がいまおっしゃった研究結果の1の5番、母体搬送の有効性を具体的に示したものと言える、ということで私は非常にこちらあたり、3、4、5のあたりは、よく産科側からこれだけ出てきたと、非常に高く評価しているのですが、ただそれとは非常に矛盾する。先生のおっしゃったことで、少し納得がいきましたけれど。そういう意味合いであっても、やはり新生児搬送は目ざすというのは、これは逆行である。そう言わざるを得ないと思うのです。これを盛り込まれるのは、私は抵抗が非常に強い。

中野 新生児搬送を目指すという文章ではございません。先ほど申し上げましたように、受け入れるほうの病院の、クォーリフィケーションというのをやると同時に、現実には質を上げるということが必要なんだというのを、実は表現しているわけです。ですから、新生児搬送を目指すという文章は、おそらくないと思います。討論の過程でもしかしたらそういうムードがありましたら、それは私はお詫び申し上げます。

増本 二次搬送をしても、新生児医療の確立がなければ搬送の効果はよく上がってないのだというふうな表現があれば、それはよく理解できます。

中野 そういうことです。

千葉 いまの回答になるかと思いますが、3頁のいちばん最後の考案、今後の方向の2のところ、先ほど中野先生は文章を付け加えられました、そのいちばん最後のところ、「その病院の持つ特徴は、人員、設備によって、個別に位置付けられるべきである」。という文章で解決をはかろうという考えではないかと思います。この中に新生児のレベルであるとか、いろんなことも含めての話で、単に公立病院だから送りましたという考え方はやめましょうという、そういう考え方です。

中野 増本先生、さらに補足しますと、それを受けまして、今後の問題点の、新しく申し上げた2番目の、つまり母性、胎児医療システム

の具体像というヤツですけれど、この中の実数的な部分が入らないことには、受け入れ規模とかという話になっていかないだろうという、これがそれを受けての提言みたいなことになると思います。

ただいまの問題について、少し討論を深めていただきましたが、その問題についてでもいいのですが、ほかにございませんでしょうか。

そういたしますと、お配りいたしましたものに、ただいまのご議論の部分を加えまして、それをもってきょうここでご提示いたします報告書の完成ということに、とりあえずさせていただきます。このあとどう項建てし、その中で重要なものをどうピックアップするかというのは、のちほどまた竹村先生にご指示いただきたいと、こういうふうに考えております。

いただきました時間より、10分ぐらい早いですけれど、あとに時間を取る意味で、とりあえずこれで私の部分を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

3. 「新生児救急医療システム」班 のまとめ

多田 ただいまの問題は、私どもの総括班でも少し出ておりましたので、のちほどまたディスカッションを、NICUのほうをお聞きして、加えていただく項目やなんかを、全体のところで、討論していただければと思っておりますので、よろしく願います。

では、小川先生お願いします。

小川 それでは引き続きまして、新生児救急医療システムに関する研究のまとめと、提言に入りたいと思います。申し訳ございませんが、私どもの班の資料はございません。すべて私が口頭で申し上げます。

大まかに第1はNICU、新生児医療施設の現状、第2がNICU収容対象についての問題、第3が慢性集中治療、クロニックインテンシブケア例の問題、第4がNICUの人的、物質的問題、第5がNICUの経済性に関する問題、第6が新生児搬送に関する問題、とこの6つに

まとめさせていただきました。

ご承知のように、わが国の新生児死亡は年々減少してまいりまして、すでに3.0を切っております。それで、もう新生児の救急医療システムは出来上がったものだというようなお考えのある方もいらっしゃるようですが、実はそうではないので、まだまだ問題は多いのだということで、私どもの班ではまず、新生児の医療施設、新生児の救急医療システムの現状をもう一度とらえ直して、問題点を挙げてまいりました。

いわゆる新生児のICU、NICUは現在二極化しつつあります。1つは大学付属病院など、あるいは母子医療センターを中心とした母子センター化でございます。産科と小児科とが手を組んで、一貫医療というところでの、母子センター化が進み、そのうちのNICUということです。これが1つ。

もう1つは、小児医療センター、あるいは子供病院を中心とする、従来のNICUでございます。

この2つに二極化しております。

最初の母子センター化したNICUにおいては、いわゆる院内出生の重症の新生児の入院が増えております。そして、後者の従来の小児医療センターを中心としたNICUは、もちろんすべてが院外出生児でございます。両者に大きな差が出ますのは、院内出生児をよく扱う母子センター化されたNICUでは、極小未熟児、超未熟児の占める割合がどんどん増えているということが1つです。そして、小児病院、小児医療センターを中心としたNICUにおいては、それ以外の仮死だとか、奇形だとか、さらに重症な予後不良な入院の患者の率が増えつつあるということで、少しずつ二極化しているということは、明らかにされつつあります。

ところで、私どもがNICUと馴れ親しんでいる、この呼称についてでございますが、その定義がまだはっきりいたしません。と申しますのは、厚生省の保険のほうで、新生児のICUの施設の基準がございます。これは現実と非常

に離れたものでございます。それからわれわれが重症の新生児を取り扱っているNICUと、それとさらに、新生児病棟全体を含めてNICUという呼び方をするところがありますので、三通りの解釈があるわけです。ですから、NICUと呼称する場合に、いったい何を指すのかということ、絶えず明らかにしないとイケない。明確にしなければいけないという問題が、出てまいりました。

そういう意味では、健保上のNICUは、たとえば重症新生児集中治療加算ベッドと呼ぶとか、そういうような区別をしないと、話が混同してしまいます。そこでこれから呼称する場合の定義をはっきりさせていかなければいけないのではないかということが、問題点として出てまいりました。

ところで、この呼称、すなわち定義をしていく場合、先ほどから問題になっております、クオリティ・オブ・ケアということが問題になります。これを一度決定して、その上でいわゆるNICUはどんなものかということ、定義していけばいいのではないかという意見が出てまいりました。それでこのクオリティ・オブ・ケアをいかに評価するかということ、これからさらに研究する必要があるということが、ディスカッションとして出てまいりました。

それともう1つは、これは全体の班としてのアンケート調査をしましたときに明らかになったデータであります。この班に属していらっしゃる先生方は、少なくとも周産期医療、新生児医療に非常に力を持っていらっしゃる先生方ばかりでございますが、その先生方の属しておられる施設のNICUのベッドに大きなアンバランス、格差がございます。これが日本の現状ではなかろうかと思えます。

要するに、人と施設とのアンバランスがある。これをこれからいかに是正していくか。たとえば、周産期医療に著名な先生がいらっしゃるころには、NICUのベッドが非常に少ないとか、逆に立派なNICUのある施設の産科が貧弱であるとか、そういうアンバランスが現状では存

在する。これらがこの間のアンケートで非常に明らかになってまいりました。

この差をこれからいかに詰めていくかということが、NICU だけの問題ではなくて、いわゆる周産期医療全体としての、大きな問題だと思います。その中の1つとして、NICU を考えていく必要があるということが、母子センター化していく中で大きな問題であろうと思われま

す。第2のNICUの収容対象についての問題は、先ほど申し上げましたように、低出生体重児の出生比率は、年々少しずつ低下してきておりますが、残念ながら低体重出生児の中に占める超未熟児の比率が年々増加しつつあります。したがって、極小未熟児、超未熟児の数はさほど減ってはいない。おそらくはこれら少しずつ増加するのではなかろうかというのが、われわれ班員の見方でございます。

NICUの収容対象で超未熟児が増加してまいりますと、入院患者の入院時期の長期化ということが問題になってまいります。

そういたしますと、もう1つ、先ほどに戻るのですが、いわゆる健保上のNICUの基準というのは、あまりにも厳し過ぎて現状とまったく合っていない。たとえば、超未熟児ですと、少なくとも1ヵ月を超えて、器械的な人工換気が必要なケースもございましょうし、あるいは酸素投与が必要なケースが多いのですが、いまのところはすべてが30日で切られてしまうという問題がございます。

そういう意味でNICUの収容対象が、より重症化して、より超未熟児が増えてきたというところが非常に大きな問題でございます。

先ほど母性のほうの問題で、妊娠中のまったく管理のできていない、医療の手からこぼれている方々の問題が出ましたが、NICUに収容される新生児の中にも、もちろんそういうケースが多いのですが、さらに大都市周辺では、いわゆるジャパユキさんの問題が出てまいりました。日本の国籍のない方で、重症の子供が産まれる。これは特に千葉県、埼玉県ではどんどん増えつつあります。こういう問題を、日本の国民でな

いから知らないというわけにはいかないわけで、人道上どうするかという問題が、経済的な問題もございまして、出てきている。そういう意味でNICUの収容対象が、少しずつ変わってきたということも、考えなければいけない問題であろうと思います。

その翌年度に行いました研究でNICUの実情を調査いたしましたところ、長期のインテンシブのケアを必要とする例が多いということが出てまいりました。そこで、全国的な調査を行いました。幸い私どもの班は、10の道県の出身の先生方がいらっしゃいますので、10の道県について、それぞれの道県における、いわゆるクローニック・インテンシブ・ケア例、すなわち90日以上NICUに入院したケースについて、1年間の調査をしていただきました。そして、1986年1年間のデータが出てまいりました。それから推計いたしますと、1年間にわが国で3,700余名の、正式には3,734名と計算されるのですが、3,734名の長期入院例がいる。これは対出生比にいたしますと、0.27%である。おそらくこれからまだどんどん増えていく可能性がある、ということで、NICUの様変わりでございます。このベッドをどうするかという問題があります。

この中で、超未熟児、極小未熟児の占める割合は多いのですが、幸いなことに超未熟児、極小未熟児は長期のケアを必要といたしましても、無事退院できるケースが多ございます。しかし問題になるのは、重症仮死例、あるいは奇形の例、内臓奇形を含めた奇形例ですが、そのようなケースでは、さらに長期にわたって、年余にわたって人工換気をはじめとする、いわゆるインテンシブ・ケアを続けなければいけない例がございます。そのような例が現在は多くの場合、NICUのベッドの何%かを占めています。

したがって、そのような気の毒な方々を収容できるような施設を早急につくるべきであろう。その場合にいわゆるクローニック・インテンシブ・ケア・ユニットをつくるべきであろう。その1つの案として、たとえば地域の中で例を挙げれば、子供病院とか、小児医療センタ

ーなどに、そういうクローニック・インテンシブ・ケア・ユニットができれば、その地域のそういうケースを収容できるのではなからうかという意見が出ております。

もう1つは、そういうふう長期に入院するケースがありますと、その後の子供達のフォローアップということが問題になってまいります。大きな障害でなくても、長期にフォローアップして診ていかなければいけない子供達を、どのように診ていくかというフォローアップ・システムをこれからつくっていかなければいけないと存じます。

それと、もう1つは、仮に超未熟児で酸素を投与しながら、家へ帰すという場合、ホーム・オキシジェン・セラピーをできるようなケースの場合には、あるいは酸素を必要としないケースでも、家庭で何とかケアをするようなケースが出てくるかもしれませんが、そういう場合にはいまの老人対策で、デーケア・センターがございしますが、それに似たような、たとえば、短時間そのようなお子さんを預かれるような施設とか、そういうものが必要になってくるのではなからうか。心身障害のもう1つの班のほうで、ホーム・ケアのシステムの研究班がございしますので、そちらのほうとドッキングする問題であろうかと思われまます。

第4番目。新生児の集中医療、新生児の救急医療というのは、もともとが不採算の医療でございすけれど、現行のNICUの保険のシステムですと、不採算が強くなってくるわけです。1つの意見として、今年度の経済性の問題の中で、分娩と新生児と両方合わせて採算が取ればいいじゃないかという意見がございました。しかしそれは本質ではなくて、当然これは独立して、両方が採算が取れなければいけない問題であろう。新生児の医療のほうも採算が取れなければいけないということで、新生児の医療の経済的な抜本的な見直しが必要であろうということでございます。

そのためにはどうするか。やはりこれはほかの疾患の場合と比べて、医療の質の差ということを現わさなければいけない。たとえば、こと

しの報告で幾らぐらいかかって、どうだということが、欧米諸国との比較が出ましたけれど、これは円高、円安でずいぶん変わってまいります。円高の時代であっても、欧米諸国と比べたら、日本の新生児の医療がいかに安いということが言われております。それだけではなくて、新生児以外の医療と、新生児の医療とを比べてどうかということ、見ていかなければいけないだろうと思います。これから検討されるべきであろうということになっております。

もう1つは、経済性からみまして、現在のNICUのほとんどが小児の医療のごく一部でございす。したがって、人的な資源としては、小児科の医師のごく一部が割り当てられているに過ぎない。たとえば、多くの病院では、予算も小児科の予算のごく一部に過ぎないということになっております。そういう意味でNICUの人的、物的問題を考える場合には、やはり新生児病科の科の独立ということも、抜きにしては考えられないという意見が出ております。

さて、最後に搬送に関する問題です。新生児の医療の経済性の中で、搬送の問題が出てまいりました。これは母体搬送とまったく違っておりまして、新生児の搬送は、従来からやられているわけですが、実は経済的な裏付けがまったくなしに、新生児の搬送は現在までやられています。ほとんどが無報酬でされているわけです。

しかも、この搬送に関しましては、同じ地方自治体の救急車を使用する場合にも、大きな地域差がございす。ある地域では事故発生地主義ですから、事故が発生しない限りは、救急車発動が許されないということで、分娩立ち会いに、新生児の専門医が出勤する場合に、新生児専門医はタクシーに乗って、産科の施設に赴き、新生児が出生して、そこではじめて事故発生ということで救急車が使えるという事例も報告されています。その間のタクシー代は、新生児の専門医のポケットマネーでなされている。そういうことまであるわけです。ですから、まった

く慈善事業のような格好で搬送がなされているという問題がありますので、地域に応じた新生児の搬送のシステム化がぜひ必要であろうと思われれます。

もちろん、この新生児の搬送は、決してベリー・ベストものではなく、セカンド・ベストのものでしょうけれど、現在の産科の医療の体制が続く限り、新生児搬送は絶対にゼロにはならない。したがって、仮に産科の施設で、重症な新生児が産まれた場合であれば、できれば産まれる前に到着して、分娩に立ち会って、それから新生児専門医が同乗して目的の施設に搬送するということとなります。ここが母体搬送とちょっと違うところなんです。われわれが搬送と申しますのは、医師が同乗してケアをしながら搬送するというところが、母体搬送と違うところですよ。

ですから、いわゆるドクターズ・カーという感じになるのですが、これは必ずしも施設の車ではなくて、有機的に地域の救急車を使ってできるわけですが、それぞれの地域に合った、そういう搬送に関するシステム化が当然促進されるべきであります。

なお、先ほど、中野教授から出ました慣用語で三角搬送などと私どもが申しておりますが、それは医師が出勤しましても、出勤した施設に入院させるのではなくて、産科の施設に赴きましたら、そこでベビーのケアをしながら、第3の施設に運ぶという、まったくのサービス業の搬送でございます。これを三角搬送と申します。

これは情報だけではすまない問題がございます。と申しますのは、医師が同乗して、医師がケアをしながらということでございますので、入院ベッドがどうのこうのということだけで、解決する問題ではありません。これから続く可能性がございますので、この三角搬送ということも考慮に入れた上での、システム化が必要であろうということになってくるわけでございます。

文章として、提言化されておきませんが、3年間の研究の大まかなまとめと、そして問

題点として、提言をさせていただこうということで、こういうことが意見に出てまいりました。

どなたかご意見がございましたら、お願いしたいと思います。

柴田 クローニックの入院例が、予想として3,700名ほどあるということですが、このうち超極小未熟児は、それ程問題はなからうということですね、普通に退院できるから。

小川 長期にわたりますが、退院できるケースが多い。

柴田 そうすると、そのうちで超極小未熟児は何%ぐらいですか。

小川 1,500g未満を極小未熟児という格好で見ますと、69.2%です。

柴田 約70%は超極小未熟児であると。

小川 1,000g未満で見ますと、36.3%です。

柴田 1,000g未満を含めて70%ということですね。

小川 はい。ですから、残りの30%が問題になります。

柴田 それから、トランスポート・システムについて、ちょっと私見を述べさせていただきたいと思います。

トランスポートについては、昭和61年の6月現在で、全国のアンケート調査をさせていただいたことがありまして、「小児科臨床」に発表しております。たしかに多くの施設で大変ご苦労してトランスポートを行っておられます。私はそれには大変に敬意を表する者ではありますが、その中には、トランスポートには昼間のみ行っているとか、医師の都合がつかないから行かないとか、そのようなところがあります。

それと同時に、約60%の症例が、人工換気、酸素投与を受けながらトランスポートされています。非常にご苦労されております。このような症例をトランスポートする場合には、少なくともtcPO₂はみながらトランスポートしていただきたい。本来は血液pH/ガス分析も必要ですが、事情もおありだと思います。やはりそれだけの努力をして、ぜひ行っていただけるような

方向に、ひとつお進めいただければ、大変にありがたいと思います。皆さんのご苦労は大変よくわかります。

それと同時に、地域の中心となる大きなセンターと思われるところであっても、トランスポートの回数がそれほど多くないところも、見受けられました。そこは産科の先生方からの要請がないのか、あるいは NICU 側での対応に問題があるのかというようなことも、そのときに感じましたものですから、一言だけ付け加えさせていただきます。

小川 ありがとうございます。しかし、搬送は強制できません。みんな慈善事業でやっているわけですから。だから、システムが必要なわけでございます。

柴田 ですから、何時でも、直ちに対応するシステムをまた、理想的にトランスポートする体制を完備していただきたいと言う私の意見を申し上げたわけです。

小川 いまの柴田先生のご意見にいかがでしょうか。どなたかございませんか。

神保 非常にご熱心な NICU の苦労というのを、私どもかねがね承って、敬意を表する次第です。私自身は国立の大学にいるわけですが、国立とそれ以外の自治体、あるいは民間の NICU の格差というものが、あまりにもひど過ぎる。国立大学は身動きできない、文部省管轄になっていますから。制約が非常に多い。これを何とかしてもらいたいというのが私の第一の希望です。

たとえば、いまのネオネーター・トランスポートもうちの大学も要請されるのですけれど、ドクターズ・カーという形で、国立大学が用意することは不可能です。かと言って民間の車を、あるいは高松日赤とか、子供病院の車に乗るというか、使うというのですか、そういうシステムはまったく不可能です。これはできない。

じゃ、国立で新たに1台と言っても、NICU はせいぜい、人数の関係で5床とか、ある程度制限されていますために、動かす人がいない。

それから、もう1つ香川の例では、高松日赤

にある企業から、新生児救急車が寄付されているのですけれど、今度その病院でそれを動かす要員がいないということで、みすみすそれが眠っているという問題があります。

したがって、資源の有効利用ということは、もう少しいろんなところで考えていただければありがたいと思います。

小川 資源の有効利用ですが、先ほどちょっと申しましたように、熱心な、一生懸命やっておられるところは必ずしもベッド数が多いという問題と同じなんです。それぞれのところが苦勞してやっておられるということに、尽きるわけです。

野口 ちょっと関連しているのですけれど、いまは結局お金の問題がからんでいると思います。NICU も保険適用の問題は非常に難しい。それは九州のときにいろいろ討論されましたが、保険でもってそれをいろいろ改善したりすることは、非常に難しいと思います。ですから、母子救急として、別途助成してもらったらいと思うのです。厚生省の母子保健課のほうで、ぜひそれをお願いしたい。

その理由は、これは一般の救急から出ているのです。救急の中から母子保健のために若干かすめているというのが現状です。だから健康保健の点数を上げて、そして何とかしようというよりも、母子救急というものを一項起こして、母子救急の助成または補助金でもって、その施設、施設に適切にさし上げたらいいなと思っています。

ところが、それを上げるのに、1件につき幾らとするとか、あるいは実績によってやるということ、決めていただきたい。少なくとも NICU のある病院が、母体搬送をしようと思ったときに、分娩部が弱体では何にもならないのです。分娩部が弱体であるということは、スタッフが弱体ということもありますし、ベッドが一般のお産でもって満床になってベッドがないという弱体もあります。そこで、できたら NICU のある病院は、ノーマルなお産をやめて、いつでもハイリスクなものだけをあつかう、あるいは紹介分娩だけを受け取るという、システムを

確立して、その施設に対して、産科母子救急としての、何か助成を考えたらいと思います。救急のお金というのは、ものすごく出ます。ですからして、母子救急を大いに考慮したらいと思います。

私は1月たった1回だけ、休日に第二次救急を産婦人科としてやっています。名古屋から年間150万円程もらえます。たった1月に1回ですよ。それはいわゆる救急から出るので。母子からは出ていません。

ですから、ここに行政の方がおい出になりますので、母子救急の助成補助を新たに考えていただきたいと思っています。

小川 非常にいいご意見をいただきました。これはぜひ提言に入れさせていただきたいですね。

中野 それは先ほど少し申し上げるべきだったですね。野口先生からのご提案で、午前中の会合で、そのことについても討論をいたしました。その引き金になりましたのは、搬送を考えるときの設備とか、人員とかいったことからめてでした。

それで、先ほど私がお配り申し上げた資料の第4頁に、今後解決すべき問題点の、母性、胎児医療システムの具体像というのがございます。新しく2番という番号を付さしていただいたものです。これの第2番目の、受け入れ医療機関に必要な人員、設備というのがありますが、これにからめてのことで、内容としては、その1つとして、母子救急としての助成をお考えいただきたいというのを、これを先ほど申し上げるべきだったと思います。したがって、いまの先生のご意見に、セカンドするということでの、発言にさせていただきたいと思います。

続けてよろしいですか。

実は先ほどのご報告の中で、少し申し上げたことでありますが、三角搬送の件です。いまそのことに言及していただいたわけですが、ただいまのご説明では、やはり必要なこととして、しばらくは残るであろうという、こういうふうな位置付けであったらと思います。残るのはやむを得ないこととしても、物量を伴い、

エネルギーを伴うものですから、だんだん少なくしていくということができないものかと、こう考えるのです。

なお、先ほど2つ申し上げまして、1つはただいまのような助成等による、受け入れの規模とか、あるいは機能の向上とかということがあるかもしれません。もう1つは情報です。調査の中でも情報については、あまりきちんとした像が出てこなかったのです。母性胎児のほうから、情報交換ということについては、先ほど申し上げましたみたいに、比較的軽い扱いになってしまいました。先生のほうも同様ではなかったかというふうに承ったのですが、情報の伝送というのを、事前に行うとか、患者の搬送と共に行うとか、いろいろな場面があると思うのです。それで、予めの情報システムなどというのは、もうひとつ腹帯を締め直して取り組むべき、あるいは一項を立てて考えるべき問題ではなからうかと思えます。

共同で竹村先生のところでおまとめいただく段階で、そのことをお触れいただいたら、おそらくありがたいことになりはしないかと思いますが、いかがでございましょうか。

小川 たしか班全体でやりましたアンケートの中で、情報の問題を出しましたね。それぞれ沢山の意見がございましたので、それを取りまとめていただきたいと思います。

ただ、いまの三角搬送で、情報だけで駄目だと申しますのは、新生児の施設が大きい施設と小さい施設がありまして、ドクターの多い施設と、少ない施設とありますと、多い施設が現在は、その小さい施設をカバーするという意味で、多い施設が搬送に従事しているという格好になるわけです。だから、これはどつちかというところ、トランスポート・システムをつくった場合、トランスポートのチームというのをつくれば、ひとつ解決するのではないかと思うのですけどね。

藤村（大阪府立母子保健総合医療センター）私は新生児搬送も、次の時代に入りつつあると思っているのです。特に大都市圏では。いまおっしゃった搬送チームが、専任的に搬送を行う。ど

この病院に誰が運ぶというような問題ではなく、なってきた。大阪では各病院が救急車を持って、自分のところに入る患者を迎えに行くという形は超えつつあるのです。つまり、第三次搬送がわれわれ母子医療センターでは半数です。全搬送の半分は他に運ぶわけです。

大阪では、小児保健センターでもそういうことになってきている。大都市では第三者搬送をいかに制度として、システム化するかという問題として、とらえるべきなので、これを中途半端な途切れたものとして、解消していくというのは、方向ではないと思います。

小川 たしかにおっしゃるとおりで、システムとして組まなければいけないというのは、そこにあるわけです。そして、それをやる場合には、さらに詳しい検討が必要ですので、この3年間では結論は付きません。これからの問題だろうと思います。いかにやっていくかということを決めるのは。

ほかにございませんか。

4. 「周産期医療に関する総合的研究」 班のまとめ

多田 あとのフリーのディカッションの時間を多く取って、もう一度戻っていただいたほうがいいと思いますので、次に総括班の報告をさせていただきます。

最初に資料のご説明をいたしますと、1枚になっておりますのは、前回私が川越のときにお配りした、昨年までのいろいろな報告書、そのほかの中にある項目を、一応ピックアップしたものでございます。これについて議論していただければということで、今回も刷ってまいりました。

ただ、後ろのほうに資料を付けましたのは、これはわれわれの研究班では、初年度にいろいろ各先生から文献を出していただきましたので、その中でこの母子の要因、そのほか経済性の問題、あるいは定員と申しますか、人員の問題、そのほか問題になるようなシステムの部分の一部を、抜き書きをさせていただいて、資料とし

て添えさせていただきました。と申しますのは、これを参考資料にもし付けるようになりましたとき、これは古過ぎるから駄目だとか、これは考え方がおかしいということがあれば、議論をしていただく必要があると思ったからです。

中身をご紹介しますと、1番目はちょっと消えてしまいましたが、これが資料1に書いてある日母の新しい母子救急センターの構想と、中央産院の位置と施設の項目を書きましたが、そういう構想をお持ちで、これはたしか本多先生からいただいた資料にあったものだと思います。

それから、2番目が日本母性保護協会における地方母子救急センターの構想ということで、これは中央産院型と地方型とをもって、やはり本多先生の文献を写させていただきました。

3番目は、以前竹村先生が分担されましたもので、ハイリスク母児の管理班のところ、妊産婦死亡予防のための具体的な対策ということで、一次、二次、三次というのが、一応希望を含めて書いてございましたので、ここに写させていただきました。

それから、6番目の資料で、右側にありますのが、いっしょにくっ付いてしまいましたけれど、これは先ほどの健康保険上NICUがどうなっているかということで、一応参考のために付けておきました。

それから、資料4です。これは村田先生がおまとめになりました。資料1, 2は産科側でまとめた母子救急センターで、少し古いと思います。40年代の終わりにおまとめになったお考えだと思います。そのころはNICUの概念があまり強くございませんので、残念ながら新生児から見ますと、新生児の医者なんかはものすごく少なくて、当直は外から来ればいいみたいな感じに読み取れる部分もあります。ちょっといまの医療と違う。この資料4は、これは小宮先生、小川先生、柴田先生もお入りだと思いますが、皆さんお入りになって、新生児の大きい大都市型と中都市型のNICUの施設とか、要員を検討されたものです。それをまとめられたも

のなので、一応参考に付けました。これも時代的にはかなり変わっていると思います。52年ですが、いまこういうものが現実になりつつあるのだらうと思います。

それから、その実態を示すものが、資料5でございます。これが61年1月に NICU 側から、全国の現状を調査したものでございます。626頁に NICU の施設として、石塚先生なりに A 群と B 群というのをおまとめにくださったのが出ております。それが全国にどのくらいあるかということを書いてありますので、ご参考にしていただければと思います。

それから、資料6が先ほどの NICU の保健所の規定でございまして、資料7に、新生児はどういうのを送るかという問題を、ちょっと書く必要があるかと思いましたので、これは分担研究者である小川先生が、61年に報告されたものを、一応報告書にございますが、コピーしてまいりました。

これが資料でございます。

それから、死亡率のこの小さい B5版のものは、柴田先生がおまとめくださいましたもので、あとでちょっとご説明いただければと思います。柴田先生が非常にご苦労なさって、資料を寄せてくださっています。

私どもの班でやりましたきょうの議論は、最初に、先ほど中野先生から、母体搬送がいい、あるいは新生児搬送はセカンド・ベターであるかという問題がございましたが、1つは、母体搬送がいい、いい、と言うことはわかるのだけれど、新生児仮死などのように、当然母体搬送があっても、やはりやらなければいけない新生児搬送というものは必ず残るといふ問題、それから、母体搬送に関しては、中野先生もおっしゃいました項目にいろいろ上がっていましたが、早産とか、プロムとかという問題で、母体搬送がいい部分もあるけれども、そこにも載せてございますが、母体合併症のようなもので、DM のコーマとか、精神科そのほかの合併症という問題があつて、資料1に出ているのがそうだと思いますが、いわゆる産科的なセンターというものでは対応できないような部分がある。その

部分も母体搬送十把ひとからげにすると、そこらへん超未熟児のケアするみたいの母体搬送といっしょにならないという部分があるのだということ指摘しておくことが必要だらう。それは今後の具体的なものは問題にしても、ということになります。

それが先ほどのクオリティ・オブ・ケアの問題で、そうやってきたときに、早産なんかを沢山扱う施設がいいのか、あるいは NICU に母体があるという施設だけでいいのか、総合病院的な要素がないといけなかつたかということも、今後議論を進めていく1つの大事な問題で、この班では煮詰め切れなかつたかもしれませんが、周産期のシステムとしては、非常に大事な問題ではないかという問題が1つ出ました。

それから、次には、早産、流産児の統計上はどういうのがいいかというのが、先ほどから問題になりましたけれども、非常に熱心な地域ほど24週未満のような子供が入ってきて死亡率を上げているという問題が起りますので、これほど死亡率が下がってきた時点では、やはり統計上の取り方、そのほかのそういう基礎的なことを統一して検討していかないと、統計的に何がいいのかということが出てこないのではないのか。かえってやればやるほどそこは悪いというような問題も起こってくる。そういう問題を今後詰めていかなければいけないのではないかという問題がある。

それから、第3点は、二次施設、三次施設というのを、ここにも書きましたけれども、新生児側の施設では、ある程度のことのできるけれども、完全なことができないという施設で、いま医療が行われるという問題があります。先ほど寺尾先生がご指摘になった問題もそのところだと思います。そこらへんをどのようにして、規制していくと言いますか、どう考えていくべきかということに、議論が煮詰まりました。

そのときに藤村先生から出された問題ですが、やはり地域の医療をどういふふうにしていくかということ、実際にやっている、先進的な施設と申しますか、医師会の肩書とか、そういう問題ではなしに、そういう人達が検討してい

て、どういうシステムをつくっていくかということをもとめていく、そしてそれを実現するのにどうしていくかということが、ある程度オーソライズされていて、やっていかないと、いままでのようなポイントだけで、熱心な施設だけが自分のところでやっているということでは、地域の医療を良くすることはもうできないのではないか。いまの搬送の問題も同じことだと思います。各施設のクォリティを上げるということだけではなく、地域全体の医療を上げるという意味の見方で、ここをもう一度見直さないといけないのではないか。

その上で議論になりましたのは、NICUの規定、NICUをどう定義するかということで、そういう問題もここに入ってくると思います。

それから、そういうものを医療費問題である程度縛っていくのか、施設の質をですね。それとも、そういうことはなかなか難しいだろうから、先ほど野口先生からご指摘があったように、施設にどういう形で援助をしていって、施設をつくってもらおうと言いますか、そういうふうに進めていくかという問題があるだろう。

そして、現実には、神保先生がご指摘になりましたように、ある施設では非常に熱心にどんどん入れるということができそうですが、国立、公立をはじめとして、労務管理的な問題でいま、新生児の医療が制限を受けてしまうという問題が出てきています。

したがって、この問題を解決する方法としては、1つは、フルに働くと言いますか、そのベッドをフルに使っているのではなくて、ある程度余力を持ちながら、いざ来たときには対応できるという、余力を残す医療というのが、母子の医療では必要だと思うのですが、その分を何とか厚生省と言いますか、公的に認めていただく。いまですと、フルに患者さんが入って、ワーワーみんな働いていれば、病院のほうではいい顔をしますし、あいているといい顔をされない。しかし、いっぱい入れておいたら、重症のが来たときに入れられないという、こういう問題が出ておりますので、ここらへんをどう考えていくか、どう規定していくかということ、

盛り込んでいかないといけないのではないか。

それを含めて、不採算であるということは、そういうような意味で、お金が儲からないということだけではなくに、その地域の医療を良くするためにはという、そういう地域医療的な発想から、そういう問題を考えていかなければいけないのではなからうかということなのです。

そして、新生児の搬送については、いまも議論がありましたし、藤村先生からもご指摘がありましたけれども、いま熱心な施設が、私的な熱心さでカバーをしているという問題だけでありまして、これは何ら公的とか、あるいは表面に出た形での、正式の問題にはなっておりません。それで、すべてある意味で、地域ごとに解決を一見されたかのようになっている。したがって問題があるのだということが、いまのところ表面に出ないで、ドクターの熱心さだけでカバーをしてしまっている。これは大変大きい問題で、これを公的に医療として認めてもらうという方向に持っていくかといけないということが、議論をされました。

それから、最後に、ここに出ております、こういう、いわゆる日母の方でおつくりくださいました、中心的な施設に病気の妊婦さんなり、母体を送るという、母体搬送の施設と、それから救命的な問題をする、あるいは開業の先生とか、二次病院と、そういうセンターとの関連というものには、今後の医療の変わり方、あと10年、15年後に産科医療なり、新生児医療がどう変わっていくかということを見詰めながら、そういう形の医療を、先ほど中野先生からも、小川先生からもございました、そういうものを、どういうふうに整備していくかということについて、考えていかなければいけないのではないかとのございます。

議論いたしましたところは、だいたいそんなところでございまして、あとは各先生に、いま中野先生、小川先生がご提案になったことも含めて、今度は具体的に提言の中にこれも盛っておけとか、この部分をどうという問題がございましたら、自由にご討論いただければと思います。

5. 討 論

多田 では最初に柴田先生、ちょっと資料のご説明をお願いいたします。

柴田 こんなわかりにくい表をどうして持ってきたのか、その経緯をまずご説明します。

これらの図表は、各個研究報告書として提出しておりますので、参照して下さい。

新生児医療システムを、いまから約10年ぐらい前にはじめまして、新生児死亡率が非常に下がりましたということを、自慢気に話しました。しかし、最近では、小児科の先生方の中から地域の新生児死亡率のみでは、種々と問題もあり、比較はもうやめてはという、お声も聞いております。それはたしかにそうです。これだけ死亡率も下がりましたし、出生人口も減ってまいりますと、出生1万人の地域で、1人の超未熟児の死亡が増えますと、新生児死亡率は0.1プロミリ増加します。たとえば五つ子が生れて、たまたま運が悪く、22週ぐらいに出生し、全部亡くなってしまったとなります。その地域では、新生児死亡率が0.5プロミリ上がってしまいます。全国の都道府県別に新生児死亡率の推移を見ておきますと、人口の少ない県が、最低値の県になられます。次の年どうかと思って、気を付けて見ますと、上がってしまっている。最初の表に（各個研究の表1）1971年から87年までの新生児死亡率の推移が示してあります。そして、下の方の欄を見ていただきますと、最高値を示した県と、最低値を示した県が取りあげてあります。最高値のほうは下がってもらえば結構でありますけれど、最低値のほうを見てみますと、山梨とか、岡山とか、鳥取とか、福井とか、佐賀とか、香川とか大分とかであり毎年変わっております。これらの県が次にどうなっているかを見てみますと、岡山を除き必ずしも好成績が続いていません。

そこで、統計的手法である3年移動平均を取って見たらどうか考えたわけです。次の2枚目を見て下さい（各個研究の表2）。3年移動平均でみますと岡山県が、この15年間トップであります。最後の1986年だけ長崎県が出てま

いりました。長崎県の新生児死亡率はこの間着実に下がっていますから、このような結果になっていると考えています。この成績を見まして、なるほどなと思ったわけです。

このように縦の線として、見ていけば、その地域全体としての新生児医療の1つのレベルと申しますか体制というものが、私はわかるのだろうと考えるわけです。

そして、その次を見てください（各個研究の図1）。これには我田引水で、私のおりました地域を加えておきました。静岡県西部地域で、多少、上下をしまして困ったな今年は、ということはありませんが全体としましては、着実に減少して来ています。ですから、このような新生児医療の地域化が非常に大切なことだろうと思います。しかも、私は先ほどトランスポートが大切だと申しました。立派なNICUで、立派ないろいろなご研究を発表して見える施設も、沢山ございますが、ほとんどのNICUがある特定の地域を定めて、その地域全体をカバーして全例のトランスポートをすると言うシステムをとっておられませんか成果としてこのような成績が出ないわけです。私どものように一定の地域を定めまして、1つの縄張りをして行きますと、このような結果になる。やはり1つの体制として、整えていけば、確実に改善されるのではないかと最近、この数字を見て感じております。

次を見てください（各個研究の図2）。これは以前から少しばかり気付いていましたが、岡山県は最初からは良くはなかったのです。昭和26年、1951年にまで、岡山県の新生児死亡率をさかのぼりますと、この図のようです。

これには、東京都、神奈川県、静岡県が取り上げてあります。10年前になりますが、厚生省の心身障害研究班で、小川次郎先生が、「わが国の新生児死亡の年次推移から見た新生児医療の現状と問題点」という報告書の中で、各都道府県をグループ別に分けておられます。Aグループとして、昭和47年以後昭和52年の6年間新生児死亡率が、全国平均値以下であった都道府県を分けておられます。この分類で、昭和62

年まで延長してみますと、この4都県が残りしました。その説明をちょっと忘れましたので、いたします。

Aグループとした都県は当初沢山ありましたが、それから除外された県があります。すなわち、全国平均値を上回る年があるようになった府県であります。ここには書かしていただきました。このようにAグループから除外された府県は全体としてのシステムがはっきりしていなかったために、このような結果になったのであろうと思います。先ほどは群雄割拠という表現もいたしました。二次施設の小児科で、最重症児のインテンシブ・ケアが行われるということも、1つの原因ではあろうと思います。それだけとは申しませんが。

昭和46年から昭和52年の17年間新生児死亡率が、全国平均以下であったのは、4都県のみでありました。

そこで、岡山県が全体としてそのシステムをつくってこられたことを、私は個人的なお話として、山内先生あるいは、女子医大に移られた武田教授が岡山におられた当時のこと等をうかがいましたが、そのような努力が実って、このような結果になったのだということに、いまさらながら改めて、敬意を評したいと思っております。

議論が多少はずれましたが、やはり全県下を通じての体制、あるいは地域全体としての体制をつくれれば、まだまだ新生児医療の地域化のみでも、このあたりまでの改善は出来るのではなからうかと思えます。

先年の大阪でのこの研究班で、私どもの行っています新生児医療の地域化のシステムはセカンド・ベストですね、そうですねと、小川雄之亮教授が念を押されましたが、私もそのとおりだと考えておりますが、このあたりまでは改善し得るのではなからうかと、感じております。そこで、各県の先生方はお帰りになりまして、この細かい数字を見ていただきますと、なるほどどうなづいていただける点もあるのではなからうかと思ひ、ご参考までに、この資料を提出させていただきました。

多田 どうもありがとうございました。

ただいまの柴田先生の資料についてでも結構ですし、それ以外でも結構ですが、ご質問なり、あるいはご意見がございませうか。

増本 最後のところに長崎がいちばん上に書いてありまして、まことに気恥ずかしい感じですが、厚生省の統計を見ていただくとわかるのですが、周産期死亡が下から3番目かにかがっております。そのあたりの医療事情というのは、私はだいたい推定はついてはいるのですが、新生児死亡は非常に低いのですけれど、周産期死亡はまだまだ高い。もう1つ言うならば、人工流産も、自然流産もかなり高いという、そういう問題があります。

先生が新生児死亡を挙げられた意図がよくわからなかったのですが、周産期医療と言いますか、母子医療の質のアセスメントは何でやるかというのは、非常に難しいですけれど、新生児死亡よりも周産期死亡のほうがいいし、さらに20週以降の全死亡のアセスメントが妥当であろうというふうに、私は考えております。

多田 柴田先生何かありますか。

柴田 最初のスタートは、静岡県西部地域で、新生児医療の地域化をはじめたときです。周産期医療が現在程は言われていない時代でした。そこで新生児死亡率を取り上げて、地域化を整えた成果の1つをみてみました。成果がなければ、これは先生困りますでしょう。地域化を整えたら新生児死亡率の急速な減少がみられていた。そこでこの事を続けているわけです。

それと、もう1つ深い意味があると思うのです。静岡県の東部地域というのは、先ほども申し上げましたように、周産期医療システムとして取り上げてはいただきましたが、まだまだという点がございませう。西部地域はそうではなくて、周産期医療を非常にご熱心に行っておられます。このあたりから、差が開いてくるのではなからうかなというふうなことも、推定しております。

と申しますのは、1987年のデータ、これは3年移動平均が出来ませんので、このように、欄外に書いてございませうけれど、このあたりに差

が現われているのではないかと考えております。

それから、東部地域は1982年にスタートしてありますが、平均値以上でありました。この年9ヵ月しか活動しなかったことと、早期産の場合でも産科からのご連絡も、出生後がほとんどでした。ところが1983年以後になりますと、早期産の場合、出生前に連絡をいただく例が増加して来ています。産科との連携が良くなったということがありますので、改善がみられていると思っております。

多田 この問題は、先ほど私もちょっと指摘しました産科側の評価の問題で、死亡率だけで見ていると、うんと小さいところを、生存のほうに入れるか、入れないか、もう駄目だから、あきらめちゃえということになると、死産にも入ってこないという問題が、いまでは出てくると思うのですが、産科的にはそこらへん、中野先生何かございますか。

中野 それにつきましては、初年度のデータがいちばん近いのだと思います。寺尾先生と神保先生のところからの報告で、たしか母体搬送ということを念頭に置いての調査でしたので、早産、未熟児防止対象としての、超ないしは極小未熟児がどのくらい生まれているのか、増えるのかというのに、1年間ぐらい取り組んでみたのです。そのときは、ひょっとすると減っているのではないかとという討論が、どちらかというが強かったと思いますけれど、ご記憶のように前回の川越での会議の折りに、そうではないということに修正されました。

そのへんで、何を参考にしたら、いまのご質問に答えられるかということなのですが、たしか1,500が1,000かちょっと忘れましたが、以下の届け出の比率というのを、死産と生産とで分けてみますと、相い半ばするぐらいのようなんです。0.2%前後の生産届けと、0.2%より若干多いぐらいの死産届けである。これにも5年前、10年前の同じ体重、場合によってはもっと大きな、いまでありますと、1,000gぐらいの体重について、10年間ぐらい生産、死産率というのが、データとして出ますと、推移していく傾向というのが出ますので、死産数とい

うものを、いまの柴田先生、増本先生の討論の中に、何かの形で盛り込めるなら、周産期死亡率を類推して、新生児死亡率からものを言うことができるかもしれません。

ですけど、小さい子がそう減ってはいないというデータになってしまいましたので、それから先の調査というのは実はしていません。ですから、明快な回答はしかねますけれど、皆さんがお考えのことは、実は裏で動いているだろうと思っております。

寺尾 産科側の評価と言いますか、産科側がどれだけ向上したかという問題を、未熟児出生率という立場から考えてみますと、たとえばスウェーデンでは、 β_2 刺激剤のようなものが非常に早く発売されて、日本よりも1,500から2,000までの児が減ってきているのです。それから1,000から1,500の児もどんどん減ってきている。現在日本ではどういう状態かというところ、それから5年ぐらい遅れていて、1,500から2,000までの児が減ってきて、それが2,000以上になって生まれている。ところが1,000から1,500の未熟児はいぜんとして増えている。そういう点で、スウェーデンと5年の差がある。しかしながら β_2 刺激剤が定着してきた昭和58年からは1,000から1,500の児も静岡県では減ってきております。これは全国的にもそういう傾向は出ている。ところが1,000未満までは非常に増えてきている。

その理由としては、そういう β_2 刺激剤がより大きな児を出生するよう助けているわけですが、一方非常に小さい児について見ますと、これは増えてきている。その増えてきている理由は、新生児医療の向上によって、何とか出しても、助けてもらえるのではないかと意識が働いているということもあるでしょうし、それからまた、1,000以下ぐらいの時期のときには、われわれ産科医としては、それをもう少し延ばすことができない。産科管理、胎児管理の向上が、まだまだいま一步であるという評価かもしれません。そのいずれかではありますが、いずれにしても、小さい超未熟児、極小未熟児はまだ増えてきつつあるけれども、幸いにして日本で

も、1,500から2,000のは減ってきている。これがわれわれ産科医の自負できる唯一の点ではないかというふうに思っております。

竹峰 先程来の増本先生、柴田先生の討論でございますが、最近のように新生児死亡率が減少してきて、新生児死亡の大半を超未熟児が占めるような現状になってきますと、統計的資料としては、新生児死亡率というのは、データのにはこれだけバラつくのは当然のことだと思います。

そこで、死産を加えたパラメーターとして周産期死亡率というのが出されております。ただし、それにも欠点がございます。と言いますのは、28週以降の死産と限定されております。しかしながら超未熟児のバックグラウンドは28週未満なのです。だから、生産のみを拾い上げて、死産を超未熟児のバックグラウンドとしては一切拾い上げていない。2年前のこの会合、あるいは学会のときに発表させていただきました修正周産期死亡率というのはどうでしょうか。24週以降の死産も28週以降の死産に加えさせていただく。そうしますと修正周産期死亡率のほうはまだ、新生児医療、あるいは周産期医療の実状を、反映するのではなからうかと思うのでございます。しかしながらこれは、新生児死亡率ほどバラつきはいたしませんかやはり、そう明確に一定の傾向を都道府県別に調べましても、示すものではなかったと、記憶しております。

しかしながら、24週から28週の生産と死産もぼちぼち統計データの中に加えたいのではないかと思います。ただ、先ほど増本先生が言われたように、20週前後のものまで加えての討論となりますと、これは生産を拾い上げるのに、現在の医療では問題点も多く、少なくとも24週以降のものはすべて拾い上げて、データを取ればということで、修正周産期死亡率という概念を、私が提唱させていただいたのですが、少なくともいまのパラメーターでは、現在の新生児医療、周産期医療を正しく反映するものは何にもないと、そう思っております。

五十嵐 いまの竹峰先生のお発言に、私も賛成する者でございますが、先ほどの柴田先生の

お話にちょっと、岡山県の事情を付け加えさせていただきますと、新生児死亡率はずっと最低に近いところに来てはいますが、周産期死亡率も非常に低いところにおりますので、私は岡山県の産科の先生は、大変優秀だと信じておりますし死産にする率は非常に少ない、ほとんどが生産として扱われていると思っております。

そのことをちょっと付け加えさせていただきます。

柴田 新生児死亡率の比較のみではいけないということは、私も十分承知しております。しかし、先ほど申し上げましたように、新生児学としての立場からは1つの——これがすべてを律するものではありませんが——1つの指標となり得ると考えています。

それから、いま五十嵐先生からお発言がありましたように、このAグループの都府県の周産期死亡率を一応はチェックはしておりますけれど、だいたいパラレルに動いております。岡山県などは長期間に亘り好成績です。人口の少ない県にディスクレパンシーが多いと感じています。周産期死亡率についても、また検討してみまして報告させていただきます。

多田 ほかにいろいろ問題があるだろうと思うのですが、提言でございまして、すっかり煮詰まることはできないにしても、方向性をひとつ出さなければいけないと思うのです。

そこで、いちばん問題になるのは、小川先生も言われましたし、中野先生のところでも出ておりました、クオリティ・オブ・ケアと言いますか、その施設をどういうふうにしていくかということ、それから野口先生からも指摘がありましたように、どういう形である程度整備をしてもらったり、お金を援助してもらう方法を考えるかということ、これは結論は出ないと思いますけれど、少し議論をしていただきたいと思います。

もう1つ、先ほど胎児医療を中野先生のところで、やはり医療として位置付けなければいけないということになったと思いますが、これはまだ人間でない問題が入ってまいりますので、

非常に難しいと思うのですが、ただ方向的には、人間は人間ですけれど、生まれるまでは人口に入らないと言いますか、権利なんてことになると非常に難しいことになってくるだろうと思います。それから、もう1つは、胎児だけではなくて、新生児そのものも、病気をしないと一人前ではないなんてことは、ぜんぜん世間の人は認めてくれないことではないかと思うのです。未熟児だったり、病気の子供は一人前で、そうでないのは、いないのと同じことであるなんてことも、大変大きな問題だろうと思います。

それから、クォリティをどう維持するかということで、先ほどわれわれの班で議論になりましたのは、養育医療というものを少し考え直していただいて、これを変えろということでもいいのですけれど、そこらへんの中を少し使えないだろうか、考えていただけないだろうかという議論が、ちょっと出ておりました。

先ほどありましたように、軽いのを入れておいても、援助が出るのだったら、そちらのほうが儲かることになっちゃうとか、いろんな問題が起こってくると思いますが。

そんなことも含めて、ご意見がありましたら、お願いいたします。

千葉 先ほど申し上げましたけれど、施設に対する援助のような格好になりますと、そういう問題が出てくるわけです。楽しんでお金をもらったほうが、得に決まっているわけです。ですから、出来高制を原則にせざるを得ない。健康保険じゃないかもしれませんが、患者さんにこれだけの医療をしましたから、これだけお金を請求しますというのが、いちばんまともなんです。そうしないと、ここにいらっしやるような、良心的な先生方ばかりではないということが問題になり得ると思います。

多田 そこらへんが具体的にどういうふうになっていくかというのが、難しいと思うのです。どなたかほかにございませぬか。

柴田 施設の問題ですが、施設基準としては、先ほど小川教授が言われましたように、自分の所で、NICUと呼んで医療を行っています。私のところのNICUは、25床と返事をしたり、

実際はインテンシブ・ケアを行なった例が、統計を取ると、毎日8人ぐらいであるから8床ぐらいではないかという返事をしたりしています。

先ほど、厚生技官の方にもお尋ねしたのですが、保険医療でのNICU施設基準をみてみますと原則としてバイオ・クリーン・ルームであることとしてありますが、原則としてですから、いいのかもわかりませんが、バイオ・クリーン・ルームの定義とかその基準はありません。NASAの基準はありますがこのようなあいまいなものを原則としてと、出されていることに疑問を憶えます。

それはさて置きまして、NICUの施設基準、人的なものを加えるかどうかも含めまして、非常に難しいとは思いますが、その規準をこのような研究班で決めるのか、学会で決めるのかわかりませんが、いずれにしろ、はっきりとしたものを、しかも納得のいけるものを、打ち出していきたい。保険診療での基準が決まったことには、いろいろと問題があったとはうかがってはおりますけれど。

真の意味において、私どもが襟を正して、正しく決めていかなければならないと思います。決めていただく方法はございませぬでしょうか。

ICUは、相当厳しくICU学会で検討されたと以前にうかがったことがございます。

多田 そこらへん、小川先生にお答えいただきたいのですが。

その前に柴田先生、ICUと未熟児ステージ医療とイコールではございませぬね。それをどういうふうを考えて、どっちをどう規定していくかという、先生のお考えはいかがですか。

というのは、狭義のNICUだけの、レスピレーターケア何とかという部分なのか、先生のおっしゃった7床とか何とかというのと、全体を含めた医療というのと、両方ありますね。

柴田 それは名前を決めたらいいと思います。たとえば、全体を含むものは新生児センターとか、未熟児新生児センターとか。新生児センターという、正常新生児も含まれますし、非常に難しいとは思いますが。として、NICUは狭義のものにしてしまうとか、そのようなことも、

決めていかないと、まったく勝手気ままなことを言っていると、取られかねないということもあると思うのです。

多田 提言としては、そういうことを決めろということしか、今回はできないのではないかと思うのです。ただ、方向として、ここで議論しておいていただく次に、それこそ厚生省にそういうのを、検討していただくものを、つくっていただくなり、何なりに、非常に役に立つと思いますので、ここではそういう議論をしていただければ幸いです。

千葉 正常新生児のお話がいま、チラッと出ましたけど、もともと産科の患者さんは、あれは病気ではなくて、正常であるという考え方がバックにあるわけです。したがってそれは医療ではない医療でなければわれわれは何をしているのかということですが、少なくとも医者のもりなんですけれどね。

そして、現在の低い新生児死亡率、低い周産期死亡率を確保するために、その正常と思われる人にもものすごいケアをしているわけです。心拍数を取ったり、超音波を見たり。そういうのは保険点数では一切認められてないわけです。だから、まずそのあたりの根本的考え方を直して、これよりもっと日本の周産期医療を良くするには、妊婦さんを診ることはすべて医療であるという概念をまず、確立していかないと、この問題は解決しないのです。もちろん、それが現在の保険制度とマッチングするかどうかは別としてですね。

僕は生命保険会社に友達がありますが、それに提案してやろうかと思うぐらい、いいテーマだと思うのです。

多田 いろんなお話が出てまいりましたが、そのほか何かご意見がございませんか。あと、残りの時間はそれほどございせんが、自由にご発言いただきたいと思います。

神保 小児科の医療と産科の医療と、ニュアンスがちょっと違うのです。いま千葉先生がおっしゃったけれど、実際にはなかなか難しい。妊婦を見ることが即医療であるとすれば、助産婦の立場というのは、医師ではないので、そう

いったものをどういうふうにするかということすら、問題になってくるわけです。それから、病院の中で助産婦に検診させておいて、医師は時々スクリーニングしてるというのを、それに対価をどういうふうに払うかというのも、問題になります。

ですから、いまの問題というのは、とてもここでは議論仕切れない複雑な問題があると思います。しかし、スクリーニングされた結果としてのものに対して、集中的な医療を行う、産科の場合もですね、それに対して代価は当然支払わなければいけない。そういう概念で整理するしか、結局方法はないと思います。

逆に助産婦学会のほうの立場から見れば、助産婦のほうも分娩監視装置の読み方を勉強しているわけです。超音波もやりたいと言ってる。助産婦学会の提言を見ると、職業の質の中にそれを加えようと言ってるわけです、勉強をして。そうなると、ますます医療体系、経済体系というのが、難しくなってしまう。しかし、その力は周産期医療全体としては、負うところかなりあるということも、認識しなければいけないということだと思います。

それから、さっきの問題に返ってちょっと恐縮なんですけど、パラメーターを何で見るかというお話でしたけれど、周産期死亡率で見ると、周産期死亡率は生後7日未満の死亡になっちゃうので、これはやはりアーリー・デスしか見えないのです。超未熟児の場合は特に、ほとんどが漏れてしまう。そのあとに死亡するものが漏れてしまいます。これは、いつかの国際小児科学会でも問題になったのです。要するに、周産期死亡率に入れている7日以内というのは、あれは変えるべきではないかということです、28日以内とかにですね。あるいは体重の少ないものについては、本日の多田先生のこの提言にあるように、体重が3kgに達するまでとかですね。そういう別の概念でやらないと、パラメーターとしては生きてこないだろうと思います。

それから、妊娠の先のほうの問題ですけど、いま厚生省の届け出は28週以降で出てますが、日産婦の周産期管理登録委員会で調べているの

は24週以降、それから500g以上で、二通りで全部調べています。全部というのは、日本全体ではなくて、登録病院270幾つかの病院について、10万でしたか、15万ですか、年間15万をベースにして調べているのですが、それでも明らかに減っています。これは間違いなく減っていることは事実です。

ただ、20週というふうにする場合、やはりいろいろ問題があるのは、自然排卵で多胎が生まれているケースなら別ですけど、体外授精、あるいは排卵誘発剤で、4胎、5胎というケースが、たとえば20週とか、22週をクリアしたとき、これはある県で1件やると、先ほど柴田先生が指摘したように、ガーンと死亡率が上がってしまいます。

ですから、最初のほうをどこに置くかです。極端にいったら、妊娠12週を過ぎたものは全部登録して、分娩費でやるかとか、いろんな議論が出てくると思うのですが、なかなかこれは国際的には、一致しないと思います。

日本の中で、ある登録機関が試行錯誤的にやっていて、その結果がどうであるかということで、最終的には、行政とかそういうものの改革に、それが反映されるのではないかなというふうな、私は見方をしています。そういう意味で、日本産婦人科学会の周産期管理登録委員会で行っている方法は、その1つの指針になると思います。

ただ、問題は新生児死亡が、7日未満であるという、その問題です。ここをどういうふうにするかということが大事だと思います。

最終的に何がいいパラメーターかということ調べるためには、死産届、それから死亡届、その3kg未満とか、いろんなものを個別に調査できる体制というのが、もう少しフリーハンドに与えてもらえないのかなあということ、私はいつも感ずるのです。

藤村（大阪母子医療センター）自前のデータをつくるということの必要性ということがいまも出ました。いま柴田先生からお示いただきましたデータは人口動態統計に基づいたものですがこの分析には大きな限界があります、例えば

都道府県別の表でなくしたら、何にも語らない。ただ全国の死亡率が下がっているということを示すだけなんです。それ以上に分析しようとすると、われわれには何の材料も与えられていません。

一方、こういう研究班は、今回で終わりということですが、自前のデータとして、こういうことを継続することはぜひ必要だと思います。先程からのような議論は3年前にもあったと思いますし、6年前にもあったわけです。そうではなくて去年の課題はこうで、ことしはどうかという形で、積み上げていくには、全国周産期医療実態調査というのを毎年やるべきです。その調査というのは、施設の職員数は何人ですかという、そういうことだけでなしに、たとえば、ある1週間に入院した子は全員とか、死んだ子も1ヵ月は全員とかやる。これはイギリスでは経験があります。イギリスはそれをやり遂げて、このような調査ではもう駄目だからというので、次の新しい深い調査に移りつつあります。われわれにはその経験がないので、まず全国実態調査を1週間ぐらいはやるべきだと思います。そういう調査が、1つの核になって、課題の積み上げというのが、進むのではないかと。つまり、この調査をやらなければいけないということ、われわれに課すことによって、問題が毎年深められていく。そのときに、当然自前のデータ、すなわち相関が取れるような詳しいデータが手に入るわけです。死亡率だけしか見ることのできない行政統計では、何の相関も取れないわけです。医療施策を検討するデータとしては、無きに等しいと思います。それ以上には、何の解析もできない。

われわれの大阪では、たとえば全入院新生児のデータ、1人について300項目以上集めていますが、これは解析はできます。ただ、入院してきた子しかできませんが、1年間ずっとできる。

それぞれ長短がありますが、こういう国としての、全体の先生方の集りで、せめて10年間毎年、少しずつモデファイしながら調査を続けていくべきです。そのために国にお金を出してい

ただく。それによって先ほどからの議論の、まず統計的な問題は、ある程度はきちんとした医学的な、科学的なものが言えるし、それからクオリティ・オブ・ケアというものがはっきりしてくると思います。いろんな症例を検討することで問題点が、より科学的に出せるのではないか。そう思うわけです。

柴田 いまのは藤村先生、どのような意味がよくわかりませんが、新生児死亡率をわれわれの手に入る範囲で比較して、それがまったく無であると言われてしまいますと、それでは反論したくなるのは、岡山で一生懸命努力されたらこのように改善しましたということ、それから私どもも地域化を行った結果、地域の新生児死亡率はよくなりました。ということも、医療機関とおっしゃったのかな、医療レベルと言われましたか、その成果にならないとおっしゃるわけですが、それなら、これらの事実をどのように解釈したらよるしいでしょうか。事実は事実として、一応の成績が出ましたが。

藤村 無と言うと語弊があるかもしれませんが、どういう理由で岡山が下がっているのか、その解析をしなければならない。それが例えば他の方法で測定値と相関するものとして、同時に起こった現象として、説明はできませんが、それは推定に過ぎない。実証ではないわけです。ですから、調査を行って、それをたしかに関連するものとして説明していく。たとえば、岡山と静岡は、同じように下がっているが、ぜんぜん違うファクターで下がっているということを証明するとか、そういう意味なんです。

柴田 より科学的にしようということですね。それは賛成であります。無という表現は、ないと思います。

小川 現在人口動態の調査を、毎年やっておられるのは、国がずいぶんお金をかけてやっておられるわけでしょう。それを有効に利用するほうに、何とか突破口をとというのも、1つの方法だと思ふのです。そちらを母子衛生課のほうで頑張ってください、目的外使用に使えるような糸口をつくっていただくとか、そちらのほうも、私は当然やるべきだろうと思ふのですが、

いかがでしょうね。せっかくの宝のあれが眠ってる。しかも、それがこれからの国の流れに使えるということになれば、こんなにもったいことはい。会計検査院が見たら、もったいないと言うのではないですか（笑い）。

中野 皆さんあまり論点は違わないと思ふます。何も私はなだめるつもりはありませんけれど、いらだっておられるということです。それで、私の思い出しますのは、前回ですか、1月に小川先生のところで討論いたしました折りに、たしか増本先生から、そのへんのお話が出たと思ふのです。目的外使用として使うだけの結構情報量はあるのだよというご紹介でありました。それをひもどいてみまして、なおかつ足りない部分がおそらく出るだろうと思ふます。

先ほど今後ということで申し上げた中に、何番目でしたか、母性胎児医療システムの具体像を得るということが必要だということまで、とりあえず提言申し上げました。そして、今後の作業としては、1, 2, 3項目に、中に数字を入れ込まないとうしようもないよと、こういうふうを書いて、実はいるわけです。その数字を入れる作業というのは、ここで神保先生なんかもおっしゃっていられるのですが、やはりこの班の仕事として、実際の作業グループをおつくりいただいている。そのうちの1つはおそらく、現在の、日本中でいろいろの形で蓄えられているデータの発掘でもありましようし、場合によっては新しいフォーマットにしたがう、今後の前方視的調査かもしれません。それを策定して、作業を進めるというのは、次のステップとしてお願いしたいわけです。

そういうふう具体的に書くということが、おそらく必要だったのかもしれませんが、先ほど申し上げました今後の解決すべき問題点としての提言事項は、実はそういうことであります。そのことが必要だということまでは、いま確実に提言申し上げるといふ、こういうことを皆さんはおっしゃっておいでではないかなと思ふますし、私もそう言いたいわけであります。

松本 厚生省に関係ある問題を整理して、お答えしたいと思ふます。

周産期の定義のところで竹峰先生はじめご指摘があった点でございますけれども、従来 WHO のほうでは、周産期死亡のとらえ方といたしまして、特に開発途上国では妊娠週数が正確にわからないということで、体重500g以上を対象とするという国内統計のとり方についての勧告がありました。500gというと、だいたい22週相当ということになるわけです。現在 ICD の第10回修正に向けての作業がはじまっております。周産期死亡に関する検討もなされているようです。

詳細につきましては、最終案がまとめ次第に諮られると思います。

実際に統計に載ってくるのは、3年か4年先になりますから、それまでに各施設で22週と、28週とでは、どのくらい違いがあるか比較を試みることも、必要かと思えます。

人口動態統計の目的外使用の点でございますけれども、統計情報部にある貴重なデータをプライバシーに充分配慮した上で、活用したいことだと思います。必要があれば先生方から、目的外使用の申請を出していただきたいわけです。

それには、各先生方が地元の保健所で死亡小票を繰るとか、出生付表を繰るとかという作業をされる際に、申請のご経験がおありになると思いますが、どういう目的で、どういう地域で、どういう対象を調べたいかということ、プランを立てていただきたいわけです。

先ほど藤村先生のほうから、全国周産期医療実態調査の必要性ということを言われましたが、国が取り組んでそういうのをするという場合は、周産期医療を実施している施設をどこどこというふうに決めるのかとか、非常に細かい点の詰めが必要になってきます。そして、まとまった資料というのは、公的なものになりますから、かなり慎重に準備をする必要があると思います。学会サイドとか、あるいは研究班のサイドで、モデル的に調査をしていただいて、それを全国で広める形にしてはどうかと思います。その場合に衛生課がするのか、あるいは統計情報部等の実施する調査の項目に付加えるかなどのプランは私どものほうも検討します。具体案のほう

の提案をお願いします。

今回の報告書には間に合わないと思いますので、そういう調査の必要性というところを強調していただいて、その段階で終わるかと思えます。

それから、個々の県から要望があり、周産期医療が今後どちらのほうに進んで行くべきか、特に死産を減らすにはどうすればいいか、現在どういう理由の死産が多いかというのを、詳しく知りたいという要望がありましたので、人口動態統計で調べてみました。

死産票というのを見ますと、原因不明の死産というのが、本当に多いのです。原因不明が多いのでその中を調べてみたのですが、個々の調査票に当たっても、不明というのがかなり多いわけで、詳しく見ても出てこない部分というのが、たしかにあると思います。できるだけ推測でもいいから、現場の先生方が死亡診断書や死産証明書を書かされるときに、備考欄にも詳しい状況を書いていただく。死因以外のものでも、死亡票は沢山書ける欄がありますので、お願いしたいと思います。

多田 どうもありがとうございました。

そろそろ時間も迫ってまいりましたが、ほかにご意見がございますか。あとは具体的に提言をどういうふうにまとめていくかということが、1つ問題になると思いますが。

中野 いまの松本先生の話を受けまして、先ほど数人の中の議論が、具体的な着点を見出したような気がするのです。それは、要するにワーキング・グループをつくることだなということです。それが予算的な裏打ちがあるかないかは別にいたしまして、そういうことをしなければいけないことは、間違いのないと思います。

それから、これは違うことですが、よろございますか。

先生がおまとめになられた提言の右のほうに、上から2項目に、情報の伝達システムの確立、と書いてあります。これは内容は空欄になるのはやむを得ないと思いますが、総括班のほうでのご議論が深めておられましたら、ちょっとおうかがいしたいのです。

と申しますのは、先行する心身障害研究班ではなかったかと思いますが、その一部に、こういった周産期医療情報に関する班というのを、おつくりになったことがありました。その中で、同様な構成で周産期にたずさわる人達が集まりまして、主としてコンピューター・ネットワークの可能性を討論したわけです。それは入り口でしかなかったと思うのですが、その後展開していくものなのかどうかというのは、私自身も、そういうシステムを利用してという意味では、まだ疑問を持っております。ですけど、それで補える部分が結構あるのではないかと、一方思っていたのです。労力、時間、あるいは搬送というエネルギーそのものを、セーブできはしないかと、そういうふうな期待を持って、実はそのとき参加させていただいた覚えがあります。

そういうことで、その折り、情報の伝達システムというのを、取り上げてみたのですが、実態はまだついてきてないということは、はっきりしました。

もし、討論を深めておられましたら……。

多田 討論そのものはしておりませんが、むしろここで議論していただきたいと思います。先ほど藤村先生がおっしゃいましたように、輸送1つを取ってみても、各病院でやるというよりは、それをどういうふうにとまとめていくとか、あるいは小川先生の報告の、いちばん最後に載せましたところには、そういうのが、センターが受けたものと、実際にドクターが判断したのが、どのくらい違っていたかというのを、最初の年にお出しいただいておりますけれど、そういうことも含めて、システムとしてどう定着させていくかということについては、総括班はまだ十分に議論はしておりません。したがって、各先生のほうから、またここでご議論があれば、何を載せておいたらいいかということをご提案いただければと思います。

中野 まとめにくい問題に対する質問なんで、大変恐縮に思うのですが、いろんなレベルでの情報の行き来があると思うのです。たとえば、未熟児が生まれるという情報の開始は、極

端なことを言いますと、Aさんが妊娠したということからはじまるのです。それは無理にいたしましても、ハイリスクだよというぐらいからですね、先ほどどちらからでしたか、レジストリーに関するお話が少しございましたが、レジストリーというのは、一方ではプライバシーの話がありますので、難しいとは思いますが、部内チームという言葉を使ってよろしければ、そのレジストリーみたいなものは、仮に可能ならば、それはありがたいことだと思います。

目前にしましての話というのは、もっと具体的なことになります。仮死が発生するのではないかみたいなことがありました場合に——、これは池ノ上先生が、ずーっと昔の班でお出しになられたのではないかと思います、違いましたか、鹿児島でやっておられる、離島をモデルにした話ですが、これは誰にも説得力があるのです。そして、仮死の予防ということにつながる。搬送そのものでも、いつ、何が、どういうふうな格好で、状況はこうで、病態はこうでというのが、もう少し克明に伝わったら、もう少しいいかもしれません。

もっと大事なことは、これは先ほどの班の会議の中で、たしか竹村先生からのご指摘だと思うのですが、このケースがその後どういう転帰にいったよという、還元ですね、これがまた次を選ぶとき、重要なことになる。こう考えますと、相当の量の情報があるように思うのです。

そこで、せめて情報の交換用紙をつくりましょうぐらいの着手点でもいいし、あるいはもっと違う着手点でもいいのですけれど、これを置いて進んでいきますと、すごい経済効率の悪いみたいなシステムに、最終的になりはしないかという、心配がしてならないのです。

多田 たしかに、おっしゃるとおりで、先生が2頁に書いてくださっている、こちらへの情報の中身ということに関しては、まだ十分煮詰まっております。先生がここで書いてくださったように、われわれが3年間、各地でいろいろ見学をさせていただいたり、あるいはディスカッションしてきた中で、非常に必要であるということまでは来ていると思います。各地

でいろいろやっておられることは、議論したり、あるいは見せていただきましたけれども、今後それを具体的にどういう形で、実際面に応用していくかということになると、先ほどの三角搬送とかということも、みんなそこらへんに入ってくるのだと思うのですが、そこらへんをすることによって効率的にすることができるということぐらいしか、今回は指摘ができないのではないかと思うのですが。提言事項としては。

そこで、その必要性を述べさせていただくという以上に、何か具体的にこういうことをということがございましたら、ご提案いただければと思いますが。

これで提言をまとめさせていただきますが、具体的なことを十分僕らで整理できるかどうかわかりませんので、ご提案がありましたら、のちほばまたいただければと思います。

では、まとめる方向、あるいは最終的なまとめとして、竹村先生からちょっと、お話をいただきたいと思います。

6. お わ り に

竹村 先ほど来いろいろな先生方からご発言をいただきまして、本当にありがとうございました。3時間どうしてもたそうかなと、はじめ心配もしておったのですが、時間が足りないくらいに白熱した議論をいただきまして、本当にありがとうございました。いただきました議論につきまして、3人の分担研究者の各先生方と、私のほうで持ち寄りまして、もう1回きょうの討論を踏まえ最終的な結論を考えてみたいと思っております。

きょうお聞きいたしておまして、もうとも感じました1つは、周産期医療はほかの医療とはぜんぜん違うのだというPRが十分できていないために、これが1ついろいろな面に波及しているのではないかということです。

と言いますのは、周産期医療というのは、在院平均日数とか、病床利用率などから見まして、結核と精神科は別にですけれども、まった

くほかの一般の慢性疾患と同じように入れられております。

それで、たとえば、大阪府に府立の病院が5つございますが、そこで病床利用率を横並びにされますと、周産期医療の利用率が非常に悪いとよくいわれました。

こういう問題はいくらお話をしましても本当に理解していただけないのであります。これは私達、周産期医療をやっておる者に取りまして、非常に大事なことではないかと思えます。そういう意味も含めまして、今年度の1つのテーマとして、経営面を先生方にお考えいただきたいと考え、九州大学でのシンポジウムをお願いした次第です。埼玉のほうでも、実際の数字をいただきました。これを基に、そういう方面のPRを、考えなければならぬのではないかと思っています。

もう1つは、いまの医療の考え方というのはむしろ、企業に近い考え方を、各方面では持っておられるということです。この点をいくら、ほかの関係者に説明いたしましても、なかなか納得していただけません。

たとえば、空床の問題について、多田先生からお話がありましたが、毎日いくばくかの空床をあけておかないことには、到底周産期センターとしての意味はなさないのですけれど、それをあけておきますと、利用率が悪いと言われる。そういう理論でこられると、この周産期医療というものは、向上は有り得ないのではないか。これも、医療経済というものと密接に関係がございますが、周産期医療の現状のウイークポイントが、そういうところにあるのだということ、私は第2番目に感じた次第でございます。

第3番目の問題点としては、野口先生ほか、おっしゃっていただきましたように、救急医療の中に新たに母子救急を入れるという考え方です。これは先ほどの周産期医療の特質ということと関連があります。裏腹の問題であります。こういう面でもある特殊な扱いをしなくては、この周産期医療というものは成り立ち得ないわけです。

それからもう1つ、宿題としてどうしてもやりたかった問題は、労務問題でございます。この中には、公的な病院と、私的な病院あるいは、大学がございます。そして、それぞれで条件が全部違うかと思えます。労務対策をめぐりに、周産期医療は有り得ないという施設が、かなりあるかと思えます。この労務対策をいかに解決するか。これにつきまして、この3年間に取り組もうと思っていたのですけれど、時間が足りませんでしたので、そのまま先に送るということになりました。これも皆さん方で、ひとつお考えいただきたいと思っています。

あと、施設の格差とか、そういうようなことについては、これはやはりレベルアップということも含めて、私達受け入れ側の立場、送り元の立場、それが一体になりまして、いろいろ協議する場、あるいは行政などもいっしょに含めまして、協議会のようなものをつくってやるという、藤村先生からのご提案のようなものも、周産期医療の向上に、これからの将来に役立つのではないかと思います。

なお、この周産期医療を行うにつきましては、医師会対策というものが非常に重要でございます。この班に野口先生や、竹村秀雄先生にお入りいただいたのは、そういう意味で、ぜひともそのご意見をうかがいたいと思って、入っていたわけでございます。

これは先ほどの受け入れ側と、送り元の関係にもなりますけれど、医師会というのは診療所で実際に日本の周産期医療の大部分を支えておられる方々ですので、それとの融和、協力すなわち病診連携なくしては、周産期医療はありえないと思っております。

それから、もう1つは、10年後、あるいは20年後の医療体制というもの、あるいは医療に従事する者の年齢的な構成、レベルといったものが、変わってしまうのではないかと考えています。いま私達の年齢の医師が多ございます。こ

れは戦時中にもものすごく数を増やしたからで、現在の卒業生と同じだけの卒業生を、私達のころには持っておりました。産婦人科の教室に20人、30人と入局しました。昭和24年から28年ぐらいまでの間は、全部そうございました。それがもう10年もしますと、現役からはいなくなると思えます。そうしますと、日本の分娩は誰によって支えられるのか。そういうような問題も含めて、10年後の日本の母子保健、周産期医療をどのようにやっていくかという問題があります。

一方、学問的には非常な進歩で、それこそ私達の想像を絶するような勢いで、5年前のことは、一昔前以上ということで、ほとんど通じなくなるというような状況でございますので、そのへんのことを踏まえて、私達はここでひとつ考えなくてはならないのではないかと思います。

ということで、先ほどの調査も含めましていろいろ宿題を、この班で解決させていただいたのは、ほんのちょっとであるかもしれませんが、しかし、こういう問題が残されておるということだけでも、ここでご討議いただいて、浮き彫りにされてまいりました。この班はあと1月半ほどの運命で終わりになりますけれど、そして私は「老兵消える去るのみ」でございますけれど、ぜひともどなたかが引き続いて、この積み残した問題を解決していただきますように、お願いをいたしまして、きょうのまとめになるかどうか知りませんが、所感とさせていただきます。そういうことで、閉会のあいさつを兼ねまして、申し上げさせていただきました。

本日はどうもありがとうございました。(拍手)

多田 どうもご苦勞さまでございました。どうもありがとうございました。これでこの会を終わらせていただきます。

(おわり)