

90年度第2回全体班会議記録

平成3年1月21日

於：きゅりあん

超未熟児・新生児仮死の実態調査結果と 我国の周産期医療システムの問題点の検討

多田 それでは午後の部をはじめさせていた
だきたいと思います。

最初に午前の部で各班で議論になった問題と、
ご調査の用紙をどうするかという点を、中野先
生、竹峰先生に少しお話をいただき、おまとめ
をいただいて、ディスカッションしていただき
たいと思います。

それでは、とりあえず中野先生のほうにマイ
クをお渡しいたしますので、よろしく願いま
します。

I. 超未熟児および新生児仮死出生 の実態調査集計報告

中野 それでは、討論の入り口をつくらせて
いただく意味で、年末の押し詰まった時期にお
願いいたしましたアンケートが寄せられました
ので、第一段階のきわめて単純な集計を、です
から個票はぜんぜんいじくっていないのですけ
れど、その部分につきまして、前田のほうから、
お手元にお配りしております資料についてのご
説明をまず申し上げてみたいと思います。そのあ
とで、竹峰先生のほうから、またご追加でもっ
て、調査に関連したご案内をいただきまして、
それから討論という、こういう手順でいきたい

と思いますので、よろしく願いたします。

それでは、前田先生お願いします。

前田 資料はB5版の資料1から19までです。
では、集計した結果を報告させていただきます。
ちょっと量が多いので、詳細はあとでみていた
だくとして、報告します。

まず、資料1(表1)です。これは1月15日
までに回答を寄せていただいた施設についての
集計です。18施設における病床数と総分娩数、
超未熟児数、新生児仮死数の集計です。

産科施設とNICU施設を有して、あとの4
項目で回答があった17施設では、総分娩数が
5,200になるのですけれど、そのうち超未熟児
が138で、これは約2.6%、新生児仮死が205例
で3.9%を取り扱っているということになって
おります。

調査表の回収数といたしましては、表のいち
ばん下に書いてありますが仮死が329例、超未
熟児が252例です。また、個々のデータの回収
率については回答があったりなかったりして、
まちまちでしたので、以後のデータに関しては、
Nつまり回答数を付して、各々の解析は百分
比で表わしています。

では、資料2(表2)を見ていただきたいと

表 1

	病床数		総分娩数	超未熟児	新生児仮死
	産科	NICU			
岩手医科大学	26	28	451	15	52
埼玉医科大学	16	9	419	14	8
東邦大学	50	27	832	21	16
名古屋市立大学	27	23	503	5	16
大阪大学	12	■	88	■	12
神戸大学	20	20	238	13	13
九州大学	22	16	589	14	20
大阪府立母子センター	100	60	■	39	10
国立循環器病センター	18	10	252	8	11
青森市民病院	50	20	594	5	13
松戸市立病院	20	60	484	27	36
都立大塚病院	40	30	■	20	27
県立宮崎病院	22	13	838	16	20
小坂産病院	54	0	1318	1	16
新潟市民病院新生児医療センター	0	30		12	5
群馬県立小児医療センター	0	30		7	19
神奈川県立こども医療センター	0	26		16	27
兵庫県立こども病院	0	42		19	8
計			6606	252	329

1989年1月～12月

■は記載用紙に記載なし

思います。これは母体背景というタイトルでまとめられています。まず新生児仮死のほうですけども、Nが329です。上から年齢、身長等々書いてありますが、お酒、たばこをやっている症例が、7ないし8%ぐらいです。それ以後学歴、職業というふうに書いてあります。

内科合併症、いちばん下の二つですが、これについては有りと答えたものが10%です。内訳は多いものから糖尿病、心疾患、てんかん、高血圧、膠原病などでした。薬物については、糖尿病に対してインスリンとか、膠原病に対してステロイドとか、抗てんかん薬、降圧剤という回答がありました。

それから、少し飛ばさせていただきますけれども、資料8(表3)を見ていただきたいと思えます。児のプロフィールと書いてあります。新生児仮死に関して申しますと、上から性別、これは男と女がほぼ半々です。出産週数は調査の対象が成熟児の新生児仮死ということですので、

平均39週0日です。42週以降いわゆる過期産で生まれた例は14例ありました。それから出産からNICUに入院までの時間ですが、これは平均6時間です。いちばん下は胎数ですが、単体が9割、多胎が1割という比率でした。

次の資料9(図1)ですが、これは新生児仮死症例における転帰ということでまとめています。症例数329例中生存例が約9割、死亡例が1割です。生存例の長期予後というのが左下(図2)に書いてあります。これは、回答をいただいた時期が生後1年ないし、1年半ぐらいの時期ですので、その時点で予後がわかったもの、わからないものということです。正常であるという回答をいただいたものが8割で、1割が異常、1割が不明ということでした。右側の図(図3)は、異常の1割の中身にはどういふものがあれかということで書いています。この図で、“け”と書いてあるのはけいれん、“小”と書いているのは小頭症のことです。このなか

表2 母体背景

	新生児仮死(N=329)		超未熟児(N=252)	
	データ	回答数	データ	回答数
年齢(才)	29.0(平均)	323	30.0(平均)	248
身長(cm)	156.6(平均)	249	155.0(平均)	180
非妊時体重(kg)	52.3(平均)	231	53.0(平均)	163
非妊時体重(kg)	52.8(平均)	180*	53.8(平均)	107*
分娩時体重(kg)	64.0(平均)	180*	58.4(平均)	107*
経産回数		283		227
0	153(54.0%)		98(43.2%)	
1	83(29.3%)		69(30.4%)	
2	35(12.4%)		37(16.3%)	
3	5(1.8%)		15(6.6%)	
4以上	7(2.4%)		8(3.5%)	
酒		262		225
なし	242(92.4%)		182(88.8%)	
あり	20(7.6%)		23(11.2%)	
タバコ		263		204
なし	242(92.0%)		186(91.2%)	
あり	21(8.0%)		18(8.8%)	
学歴		51		86
中卒	5(9.8%)		7(8.1%)	
高卒	18(35.3%)		48(55.8%)	
短大卒	20(39.2%)		25(29.1%)	
大卒	8(15.7%)		6(7.0%)	
職業		244		209
専門・技術	24(9.8%)		20(9.6%)	
事務・管理	31(12.7%)		21(10.0%)	
サービス・販売	8(3.3%)		13(6.2%)	
技能工・生産工程管理作業者	2(0.8%)		1(0.5%)	
パート	3(1.2%)		1(0.5%)	
なし	176(72.1%)		153(73.2%)	
内科合併症		281		225
なし	253(90.0%)		207(92.0%)	
あり	28(10.0%)		18(8.0%)	
薬物の常用		270		222
なし	258(95.6%)		220(99.1%)	
あり	12(4.4%)		2(0.1%)	

*両者記載があるもの

で、MR疑のように、疑いがついている例が約半数あるわけですが、やはりこういう時期での診断が非常に難しいことがうかがえます。しかし、図のようにしっかりこれだけの異常があると答えられた例が、異常例のうち約半数以上はあるわけです。

新生児仮死症例については、大雑把ですが以

上です。次は超未熟児です。資料10(表2)は母体背景ですが、これは先ほどと同じ表です。内科合併症としては、やはり糖尿病、膠原病、高血圧、心疾患、甲状腺機能亢進症などが多かったようです。大方先ほどの仮死症例の背景と違わないのではないかと思います。

次に資料の16(表3)を見ていただきたいと

表3 児のプロフィール

	新生児仮死 (N=329)		超未熟児 (N=252)	
	データ	回答数	データ	回答数
性別		323		245
男	184 (57.0%)		110 (44.9%)	
女	139 (43.0%)		135 (55.1%)	
出産週数	39週0日(平均)	329	26週5日(平均)	252
42週以降	14 (4.3%)			
体重(g)	2957(平均)	329	851(平均)	
出産から入院までの時間(時間)	6.0(平均)	282	1.0(平均)	229
胎数		295		252
単胎	268 (90.8%)		208 (82.5%)	
多胎	27 (9.2%)		44 (17.5%)	

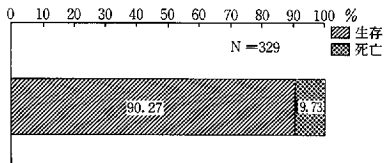


図1 新生児仮死症例における転帰

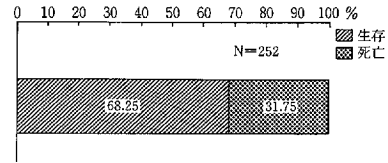


図4 超未熟児症例における転帰

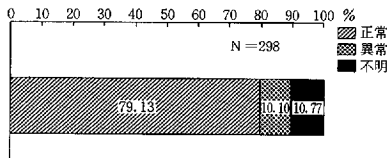


図2 新生児仮死症例における生存例の長期予後

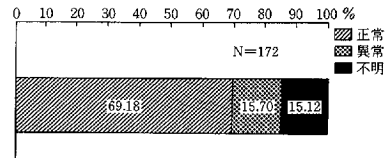


図5 超未熟児症例における生存例の長期予後

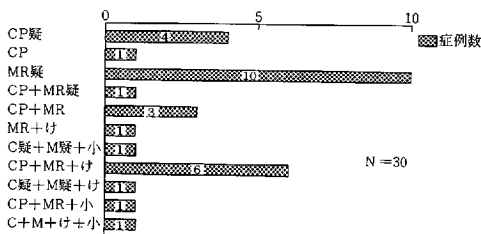


図3 新生児仮死症例における予後異常の内訳

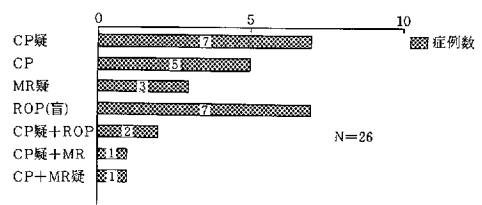


図6 超未熟児症例における予後異常の内訳

思います。これは生まれた児のプロフィールということで、先ほどと同じ表です。超未熟児について回答をいただいた252例中の集計です。男女比はほぼ半々です。出産週数は平均26週と5日、平均の体重が851g、出産から入院までの時間は1時間、胎数については単胎例が82%に

比べて多胎例は17%と多胎がかなりの割合を占めています。

最後に資料17(図4)ですが、これは超未熟児症例における転帰を示しています。生存例が約7割、死亡例が約3割です。生存例の長期予後についての回答では、左下の欄(図5)ですけれども、生存した172例中、約7割が正常と

回答をいただいています。異常、それから不明と答えられたのが、それぞれ15%ぐらいです。その異常である15%の内訳が右(図6)に示してあります。

簡単ですけど、以上が今回の調査の概略です。

中野 ありがとうございます。母性胎児班でも、この調査をなぜしたのかという反省とか、仮説が不明確な調査は一般に答えを見つけるのが難しいという正論だとか、いろいろな討論をいただきました。もれ承るところ、新生児班のほうでもそうだったということのようで、竹峰先生に少しご事情などをご披露いただいた上で、討論をしたらいかがかと思います。

竹峰 新生児班のほうは実は超未熟児に関する調査だけしかまとめさせてごさいませんでした。その超未熟児の調査ならびに、最初に発生事例ということで、大きなこういう調査表があったと思います。先ほどの前田先生の報告の中では、資料1枚目に属しているような数字もあるわけですが、それらについて討論をしまして、やはりいま中野教授がおっしゃられたようなことが、われわれ新生児班のほうでも、いろいろ問題になりました。

今回の調査は、これは超未熟児だけなのですが、出生前の管理の内容、そしてそれに続く治療施設、これは産科治療施設、続いて新生児の治療施設ですが、それがどういう流れの下で、赤ちゃんが運ばれ、治療され、そしてその流れの中で、周産期医療の問題点を突こうとしたわけですが、その意図と調査内容とが、うまく合致しないという、非常に痛烈なご指摘がございました。総論的にはそういうことですが、各論的に申し上げますと、生産数、死産数の問題で、プロスペクティブに調査をするならば、いわゆる死産数だけではなく、分娩室死亡というものも、当然入ってしかるべきではなからうかというようなことがありました。あるいは妊娠週数を21週未満、それ以下のことについては、設問が設けられてないわけです、特に妊娠週数の関係につきましては、そのあたりをはっきりと20週なら20週というように区切れればどうか、そ

うすればもっとデータが出やすいのではないかということ、19週、20週でも分娩室死亡というものが、有り得るのではないかというような、今後の調査としては、大きなサゼッションもいただいております。

それから、今回のこの調査というのは、いわゆるポピュレーションベースでの調査ではなく、研究室レベルでの調査ですので、次に行う調査は、どういう点が問題点になったかということが明確になるような調査でなければならないという、指摘がございました。それにはあまりにも今回の調査が繁雑過ぎたという問題もあります。そして超未熟児診療でどういう問題点があったのか、具体的にこの調査から拾い上げるには、問題が有り過ぎる。結局周産期医療、新生児医療を通じて問題を拾い上げようとしているわけですが、それが明確に拾えるような設問にしなければならないではないか。はっきり言って調査目的をもっと明確にすること、シンプルでまとめやすいような調査項目にせよということ、それから超未熟児医療に関しては、たとえば分娩施設と、それまでの診察医療施設の違い、そして分娩施設からNICUへの運びという問題点がいろいろあるわけですが、ケース、ケースによって、そのケースではどんなことがいちばん問題であったかということ、はっきりとそのケースごとにわかるような設問を設けなければならないであろう。今回の超未熟児調査からだいたい問題点がわかるであろうから、そこから具体例を拾い上げて、具体的な設問項目を作ってもらいたいなどの発言がいろいろございました。そういうことをまとめて、再検討をさせていただきたいと思っております。

新生児側からは、抽象的な表現もございましたが、そういうこととごさいます。

中野 私は別に総合司会ではございませんので困るのですが、いまから残りの時間20分を、10分ずつ竹峰先生と私に分けさせていただいて、最初に母性胎児班のほうの討論をお願いしたいと思います。そのほうの司会を務めさせていただきます。

先ほど班を開きました。振り返ってみますと

と、私達母性胎児班でお願いして、お許しいただいてきましたのは、周産期医療の場で、特に児のいろいろな異常があるのだが、その発生状況はどうだろうかというのが第1項目です。第2項目は地域医療システムというものをどういうふうにつくればよいかということです。第3は搬送の流れはどうあるべきかということです。第4項目はその搬送の受け入れ先ですが、言うなれば母子センターの機能はいったい何だろうかということです。この四つぐらいのことをはっきりさせたい、できればそれはこうあるべきだというご提言ができればよろしいということが、到達の目標でございます。

それと今回の調査が少しギャップが有り過ぎたというご指適を先ほどの母性胎児班で、ただいまのお話と同じように、受けたところですが、先ほど討論いたしましたのは、二つの項目に分かれます。一つは今後どうしようかという、調査に関連した活動です。もう一つは最終年度、来年度の最後をにらんで、提言事項の枠組みを頭に置きながら、その中で取り上げるべき問題は何かであろうかという、この2点で討論いただきました。

最初の今後の調査に対する態度は、プロスペクティブな調査というのが、当初から予定はされていた。しかし残り時間等を考えて、来年度末までに、それをまとめ上げるのは大変難しいことではなからうかというご意見をいただきまして、現在やっているレトロスペクティブな調査のもう少し詳しい調査をやってはどうだということで、それは2項あって、一つは仮死と死亡という個票がすでに集まっていますので、仮死と死亡になったものの個票だけを抽出して、その中の抜けの項目をさらにもう一度調査をお願いして、埋めていただく。埋めていただいたものに対して、仮死、あるいは死亡の発生、それに対する管理、流れ、あるいは転機といったものを記述するのはどうであろうかというのが一つです。

もう一つのご提案は、仮死の診断に関連したことなのですが、特に胎児仮死の診断と管理というものが、本当に受け入れ先の病院できちん

と行われているのか、これも見直す必要がある。場合によっては心拍数図までご提供いただいて、見直す必要があるのではないかと。ですから、個票に戻って、個票の判定委員会みたいなものをつくって、そこでわれわれの解釈に従った分類で、調査をしようではないかという、こういう提案がありました。

したがって、これまでやっていますこの調査をもう少し詰めるということで、来年度のプロスペクティブな代わりに、これをしてはどうかというのを、母性胎児班としては意見として出させていただくということです。それが調査に関連したことです。

もう一つは、このことについて、これからご討論いただきたいのですが、提言すべき事項を頭に置きながらの討論の中では、2点がピックアップされました。一つは、先ほど申しました到達目標に照らすと、地域の医療システムに関しては搬送元、搬送先というイメージで動いていくというのが、どうやら確認されていると思いますし、搬送の流れは母体搬送を前提として考えるという、このへんある程度ストーリーができています。ですが、発生の事例に関連した問題と、受け入れたところでの問題等は、もう少しあるのではないかとというのが、討論の2点目でありました。

すなわち一つは、先ほど前田からご説明申し上げました資料に加えて、その他ご説明をしませんでしたが、付け加えております資料を見ましたときに、ちゃんと受けているのかかわらず、そこでちゃんとやっているのかしらという心配がある。このへんを少し考えてみる必要があるのではないかと。できるのにしないというのではなくて、これ以上できないという事情がそこにありはしないかということ踏まえてのことです。

もう一つは、いやそうではないかもしれない。母体搬送というイメージで動かしてきましたが、その後内容がずいぶん変遷していて、胎児病といった、たとえば転帰を良くするということが最初から不可能かもしれないといった集団がずいぶん増えていて、それすらも入ってきたとい

う新しい事態が、発生事例として起こっているのではないかという討論がもう1点ございました。

したがって、この2点について少しご意見をいただいたわけですが、ただいまからの残りを、私が2、3分しゃべりましたので、7、8分ありますけれど、皆さまからただいまの2点について、ご討論いただいたら、大変ありがたいご示唆が得られるのではないかと思います。

そこで、さっそくですけれども、先ほど母性胎児班のほうでご討論いただきました二、三の先生方に呼び水のご発言をいただきたいと思うのですが、いかがでしょうか。

仁志田（東京女子医大）とにかく超未熟児と仮死のこういう研究では、超未熟児はたぶん日本全体のかなりの部分をカバーできるかもしれないけれど、仮死に関してはほんの一部ですね。ですからこういうデータが日本全体の仮死のあれを反映するとは思わないのですけれども。非常にバイアスのかかったセンターのデータですから、やはりポピュレーションベースできちっとしないといけない。それはこの班では非常に難しいというか、そういう指向ではないですかね。

私はたまたま小川班の中の一部で小さな地域ですけれども、ポピュレーションベースで3年間やっております。その中にたぶん仮死も含まれると思うのです。そうすると、人口はこのくらいで、このくらいの仮死があって、その仮死の何%が障害になるというのが出てくるかもしれません。もしも可能だったら3年ではなくて、9年くらいかかって出させてもらおうと思っ

ているところなのです。ただ、この班では先生がおっしゃいましたように、各事例の検討によってアンテナタードマネージにこんな問題があった、そしてそのアンテナタードマネージから今度は、いわゆるターシャリセンターに運ぶところにこんな隘路があったということが出てくると思うのです。ですから先生がおっしゃられましたように、個々の症例というのは、かなりのマスが集まっていますから、有意義な提言のできるデータが出ると

思いますので、私は先生のおっしゃった方向でなさってくださることを希望いたします。

中野 どうもありがとうございました。続けてご発言いただきたいと思います。

ポピュレーションがずいぶん変わっていると、先ほどご発言いただきましたのは、最初には岡井先生だったのでしょうか。受け入れ先のほうの問題がクローズアップされたなど、私がパラドックスを申し上げたら、いやそうじゃないよとおっしゃって、実はこういうことがあるよ、というふうにおっしゃったのだと思いますけれど。そのへんを少しお話しただけませんか。

岡井（東京大学）日本産婦人科学会のほうでも調査をやっているのですが、それでも調査の対象になるような二次施設以上の施設では、低出生体重児の出生が全体のあれの中で増加してきている。それは早い時期から母体搬送で送ってもらっている患者さんが増えているという、そういうことになっていたと思います。

中野 続けてお願いできますか。

千葉（循環器医療センター）先ほどの仁志田先生のお話しになったことに尽きるのですが、実はこのお配りした資料の9を見ていただくと、驚くべきことが書いてあるのです。これだけそうそうたる病院から集めた資料であるにもかかわらず、新生児仮死の10%が死亡して、さらに10%に障害を残しているのです。これを見てびっくりしました。本当？ われわれは何をしていたの、ということで先ほどの議論になっていたわけです。

一つには、母体搬送というのが一方にあって、一方で新生児搬送というシステムをつくり上げてきたわけですが、もしこれが事実ならば、われわれは何のためにやったのかということになる。なお、新生児仮死というのは、念のために申し上げますが、成熟児の新生児仮死なのです。それで、もう一度これを個別表に書いて、それぞれこの子供達に何があったのかということを見てみたい。ある者はさっき言ったように仕方がなかった。もともと死ぬ運命にあった子がこの中に入っているかもしれないし、ある者は新生児搬送が間に合わなかった結果かもしれない

わけです。そのへんを明らかにしようというのを、今後の方向にすべきだと思っています。

神保（香川医大）いまの千葉先生の資料9のお話ですけれども、たしかに死亡10%、後遺症10%というのは、非常に大きな数字だと思います。それでさっき見直すきっかけになったわけですが、そもそもこの調査の資料1の表は、こういった数字がボンと出ると、非常に見た人が驚くので、やはり注と言いますか、説明が十分されていないと、誤解を招くということと、この資料1も出していいのかどうかわかりませんが、もうちょっと表のつくり方を考えていただければというふうな気がいたします。

これはやはり施設の特徴がありますので、この資料1の表はインボーン、アウトボーン、全部ひっくるめてあるのです。それから、最初からブックッド、予約されて来ている人と、搬送の人といっしょになっています。だから、この四つは少なくとも分けて考えないと、それぞれでやらないと、とんでもない数字が出てしまうのではないかと。たとえば、ノンブックッドでマタナスことであっても、そこで生まれた赤ちゃんに対しては、非常に予後がいいというケースが出てくるし、悪いケースも出ると思うのです。そして悪いケースが出る可能性としては、いま千葉先生がおっしゃったように、あるいは岡井先生が、あるいは中野先生がちょっとおっしゃったように、運ばれる患者さんの状況が違うのではないかと。その理由は、たとえばクローニックの胎児仮死が発見されて、赤ちゃんは無事に産まれないのではないかとという患者が、最初からわかっていて、診断されて運ばれるというケースが最近非常に増えているわけです。それだけある意味で、第一線によくスクリーニングされていると思うのです。それで、いろんな環境から、これは危ないから、あすこに行けば大丈夫ということで送られるケースと、もうどうしようもないから、向こうにあとはお願いしましょうというケースとがある。それがあるものですから、最終的に10%というすごい値が出てくる。

そういったことを、もう少し分析できるよう

にするためには、いま千葉先生がおっしゃったように、小表でこれは治せたのか、やむを得ないのかということ、個々に検討して行って、どこに問題があるかということ調べていくしかないのかと思っています。より細かい、何%をカバーするとかという話よりは、むしろ問題点が明らかになったほうが、最終的には役立つ提案というのができるのではないかと考えるわけです。

中野 ありがとうございます。いま取り扱ったことも少しセッションがございましたが、これはあくまでも中間出力で、きょうの討論のための資料でございますので、これはまたきちんとした格好で、ご報告しなければいけないものと思っています。

そろそろ、私のいただいた時間が過ぎますので、最後のご発言として野口先生が、システムでの搬送の中で、搬送先と搬送元に分けますと搬送元、送り出す側の問題として、一次とか、二次とか、三次とかという設定を仮に考えて、三次を受けるほうにしますと、一次、二次というあたりの問題がないかどうか。先生は前から何回かご発言をいただいていますので、できましたら最後に先生のご発言をいただいて、竹峰先生にバトンタッチをしたいと思いますが、いかがでございましょうか。

野口（野口病院）これはせっかく厚生省に提議をするわけですから、厚生省が予算化できるような、何か手の打てるような、具体的な提議をしてやらなければいかなと私は思っています。

いま私達が母体搬送をして、いつも感ずることは、産科側が非常に弱体であるということです。産科が一般のお産をしててんでこ舞いをしていっているところに、母体搬送をしても、なかなか手が回らない。バックにあるところのNICUは非常によくできているのですけれど、産科が手がぬるい。だからして、そこところをもっと充実せよというようなご提言をしていただけるとありがたいなと思っています。そんなことを私は感じました。

それから、個々の事例をもう少し検討してい

ただきたいというのは、先ほど神保先生が言われたのですかね。とにかくアウトボーンなのか、インボーンなのかとか、あるいは仮死になった理由はどうなのかとか、臍帯脱出だとか、高度トラブルだとか、そういう点が私達お産をやっている者にとっては、非常に問題だと思っていますので、そういう細かいところまで、ひとつ見ていただきたいなと思います。

だいたい以上ですが、申し上げたいことは、提言の内容をさっそく厚生省が予算化できるような提言にまで持って行っていただきたいということです。そういうふうに思っています。

中野 お聞きいただきましたでしょうか。ただいまのようなことが、先ほどの分担班の中の討論内容でございます。新たにここで討論を起こしていただく時間がなくなってしまいましたので、ここで竹峰先生にお渡しいたします。よろしく願いいたします。

竹峰 仮死の問題は以上のようなことにして、超未熟児に関する問題に私のほうは話の主題を移させていただきます。

今回の調査で超未熟児を調査するに当たりまして、いちばん問題になりましたのは、超未熟児を一人一人非常な努力でもって、先生方に調査していただいたということでございます。しかしながら、何を目として調査したのかははっきりわからないという、痛烈なご批判をいただいたことは、先ほどご紹介したとおりです。いわゆる超未熟児1例1例についてどういう点が問題であったかということも、もっともっと個々の事例を通じて、1点、1点具体的な問題点を設問としてまとめてみようということが、いちばん大きな問題だったろうと私自身は思っています。

ここで調査に関してもうちょっと具体的な、妊娠経過とか、分娩施設の内容とか、あるいは出生後の調査内容について、特に問題がありましたのは妊娠経過に関してです。これはどうも小児科側から見れば、たとえば調査項目として胎児計測、GSがどうの、CRMがどうの、BBDがどうのということで、まずこういう調査項目がわれわれの研究班でどの程度必要なのかとい

うことが一つ、それから、妊娠中に異常が起って、どういう流れで患者さんが動いているかということは、先ほど中野先生は母体搬送という一つの流れができていているということをおっしゃったわけでございますけれども、その母体搬送の中で、前もって余裕があつての母体搬送なのか、本当のぎりぎりになっての母体搬送なのか、いろいろその内容が違いますし、送るほうでどんな治療がなされたかということも問題になろうと思うのですけれど、もうちょっと設問を簡単に、その設問からどういう結果が導かれるか、わかりやすい内容に、まとめやすい内容にして裕いということの指摘がございました。

特に、新生児、小児科側からの超未熟児に関する調査表に関しては、妊娠経過についてちょっと設問が細か過ぎたということ、そしてまた若干振り返っての調査になりましたので、それを問い合わせるには非常に努力を要したということが問題点としてありました。われわれ小児科側としては、妊娠までの経過を調査するのは非常に難しいという点が挙げられておりました。

同様なことが産婦人科側から見れば産まれたあとの経過について、非常に記入しにくい面もあったのではなかろうかと思えます。やはり分担、分担によって調査のしにくさというものがあったのではなかろうかという意見でございます。

ここでそういう問題について、超未熟児に関していろいろご提言をいただいたのですが、最終的にはこの超未熟児の調査表のいちばん下のほうで、自由記入欄というところがありました。この点をもう少し有用にまとめられるようにして欲しいという提言がございましたが、その点についてご提言いただいた竹内先生、ちょっともう一度ご説明いただけましたらと思えますが。

竹内 (松戸市民病院) この表を使って、私個人の考えではなかなか大変な調査でありましたけれども、現実に振り返って見て、妊娠中の異常については、よく調べ上げることはできませんでした。しかしこういうことが調べられない、われわれがわからないままにいるということは、

今後あまりよろしいことではないと思いますので、これは意識して、特に超未熟児、ハイリスク児の入院にはこういうことを調べていく必要があるなということは、念頭に置いて今後やっていきたいと思います。しかし計測値をこのように細かく分けて記載することが妥当かどうかはわかりませんので、これについては毎月、たとえば産科を受診していたかとか、あるいは何らかの計測が行われていたかどうかというような調査でいいのではないかと思います。

それから、竹峰先生のところでまとめたいただきましたファイルのいちばん最後に、今後どうするかの問題点について書かれてありましたように、個々の表をよく読んでいくと、その症例がどういう流れであったかとか、あるいはどういう問題があったかということはわからなくはない。しかし、それを全体的にまとめるとなると、なかなか難しいという感想がありました。たしかにそのとおりだと思います。

われわれもこれを書いていて、この患者さんはお母さんがぜんぜん受診も何にもしてないのだ、お母さんがいけなひのだなとか、あるいは搬送が遅れたのかなとか、あるいは搬送先にNICUのぜんぜんないところに、産科救急だけを受けるところに行き、結果的にまたそこから新生児を運ばなければいけないというような、超未熟児というベビーが医療を受けるにすれば、あまりにも遠回りをしているのではないかとか、そういうように一人ひとりについては感じを多く持つことができましたので、この小表を竹峰先生に先ほど一人で読んでくださいと言ったのですが、何人かのグループで読んで、どういう問題があるのかといいことを幾つかピッスアップして、そういうものを最後の感想として、みんなが書けるような形にしていけば、かなりデータが出るのではないかと考えております。

話は先ほどのこととはちょっと違ってしましますが、産科のグループの先生方がいったんこれを振り返って、もう一度見直しをされたのですが、われわれのところではたぶん、見直しをしてもわからないのではないかなと思いますので、私の個人の意見としては、これからの検討

にそれを生かしていったほうがいいのではないかなと思っていますが、いかがでしょうか。

竹峰 超未熟児の調査に関してのそれ以外の問題というのは、幾つか指摘されたわけですが、新生児の研究班の中で、この調査に関してのそれ以外のご意見なり、ぜひこの場で言っておきたいということがありましたら、おしゃべりいただきたいと思います。

小川 (埼玉医大) 結局、母性班と新生児班とは同じものを使ってやりましたですね。おそらくいまの竹内先生のお話は、新生児側にとっては、これを埋めるためには、どうしても産科の先生とご協力を得ないと、自分達では書けないというところがあったと思うのです。それで、たまたまこの班で産科の先生と小児科の先生とが、どちらかの班に属しておられて、たとえば中野先生のところだったら、産科サイドは先生がお書きになって小児科サイドも記入していただけますね。そういうところはものすごくこれは立派にできると思うのです。ところが産科の先生だけおられて、小児科サイドの者がいないとか、あるいは小児科だけいて産科の先生がその班には入っていらっしやらないというところが問題になるのです。おそらくそれをどうするかということだと思うのです。

そうなりますと、これはレトロスペクティブなものだったし、しかも時間がなかったものですから、われわれとしては多くの先生方が産科の先生に詳しく調査をお願いできなかったという問題があると思うのです。これは時間をかけて産科の先生、あるいは先生方から、その施設の産科の先生にこういうふうに調べて欲しいということがいけば、あるいは詳しい小表ができるのではないかと、そのへんを考えていかなければいけないのではないかと考えております。

中野 いまの小川先生のご発言に関連してですが、先ほどちょっと早口でご紹介申し上げたので、もう一回繰り返させていただけますけれど、母性胎児班のほうでご提案いただきましたのは、とりあえずそういうことですから、集団をまずレトロスペクティブで見たいこうと決めたのです。いちばん困るのは死亡だし、そして仮死

だし、超未熟児だと。超未熟児の問題は先生ともご相談しなければいけませんので、とりあえず仮死の問題に関連して、死亡と仮死児というものを集団として取り上げよう、と。千葉先生から図9でしたか、ご紹介がありましたように、20%ぐらいあるかもしれない。そうすると300なにがしの20%ですから60ぐらいですか、この個票をピックアップして、その個票の中の空白はずいぶん、それはどのくらいあるか知りませんが、半分ぐらいあるかもしれません。そうすると、それをもう一度お願いして、それをいただいた上で、まとめようというふうなことを、先ほどご提案いただいていた。

小川 私もそれは大賛成なのです。小表を上手に使っていかないといけないと思うのですが、問題は最初にこの用紙をわれわれが受け取ったときに、受け取り方がそれぞれの施設で違うのです。これは神保先生がおっしゃったと思うのですが、ベッド数にしても、産婦人科という格好でありますね、その中で産科でいつも使うベッドを16床と書いているところもあれば、おそらく産婦人科として50床とお書きになったところもあるでしょう。分娩数は年間の分娩数をお書きになる。私どもは院内出生のケースだけを出したのですが、おそらく多くの施設ではそれプラス院外出生のヤツも全部含めてやった、と。ですから、土俵がずいぶん違うのです。小表も土俵でまず分けていただいて、それからやらなければいけないのではないかという気がするのですけれど、いかがでしょうか。

中野 おっしゃるとおりだと思います。少なくとも最終的な成果は分けた形でしか出ないと思いますが、どこまで分けて、隙間が残らずできるか、このへんのパフォーマンスですね。だから一応検討の過程では、おっしゃるみたいに分けた上で、必要な分だけお願いするということになるかもしれません。いまそこまでまだアイデアはありません。おそらく、院内であれ、院外であれ、かまわないという格好で、動き出すだろうと思います。

と言いますのは、仮死だとか、そういった病態に注目して、各個体を消してしまうという調

査ではございませんで、一個一個まで戻ったわけですから、この実態をレトロスペクティブで掴むというのが、いちばん効率的のような気がしますので、その人の生い立ちとか、ラベルというのは無視してもいいのではないかと、とりあえずは考えています。

小川 逆にそうなりますと、パースヒストリーがわからないケースがこんなにあるのだというようなことが出る可能性が大にあるのですね。こんなに掴まない状態でケアをしているのだということが出てくるかもしれませんから。

竹峰 結局竹内先生の提言がそのへんで生きてくるのではないのでしょうか。超未熟児医療にはそういうふうな問題を最終的には設問として設けて、個々の問題点を明らかにすることによって、それを集計すれば、野口先生の話ではございませんが、より具体性の帯びた問題点が浮かび上がるような可能性は残されていると思います。

ただ、仮死の問題でございますが、産婦人科側のほうはもっともっと精密に、おっしゃるとおりに調査しなければならないと言われた点もあるのですが、新生児側から見れば、受け取るほうでございますので、受け取ってからの問題点の整理としては、これで十分ではなからうかなと思うのですけれども、調査項目として千葉先生はもうちょっと詳しいものをおっしゃられたわけですが、詳しくすることについては、仮死の生まれた後でなしに、生まれるまでのほうを詳しくなさるのか、ちょっとそのへんが疑問に思ったのですけれども、問題を蒸し返して申し訳ございませんが、いかがなものでしょうか。

千葉 個々の新生児仮死に関する調査表というのを見ていて、これをもう一度掘り返すだけでずいぶん出てくるのではないかと考えています。患者さんの経路がこれはどうなるのか。仮死が発生してから、そこへ行って、最終的にどうなったか。もしないとするならばその経路ぐらいではないかと思っています。

竹峰 それでは超未熟児ならびに仮死に関する調査ということは、このへんでひとまず議論

を終えさせていただきまして、いまいろいろ各班でのご議論、そしてこの全体でのご議論を通じまして、再度調整したものをつくらせていただきました。できるだけ意にかなったような調査表にたく存じております。

では、この問題はこれで終えさせていただきたいと思えます。

多田 どうもありがとうございました。それではただいまのような点を踏まえて、中野先生、竹峰先生にご相談して新しい調査表をつくるのか、あるいは現在のをご面倒でございますが、申し訳ございませんが、もう一度書き入れていただくとか、一度集計してみませんか、こういう問題がわかりませんので、また正確な目的に合った数値を出すように再調査をさせていただくとか、あるいはこの班の特徴ですが、個別の研究をしていただくということよりは、こういう問題を出していただいて、そして作業班みたいなものをつくって、今後検討をして、続けていくというようなことも含めて、ご相談をしていきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。どうもありがとうございました。

それでは次に、石塚先生のほうから新生児医療の調査についてお話をいただければと思います。

II. わが国の主要医療施設における ハイリスク新生児医療の現状

石塚 私達は1980年の終わったところ、それから85年の終わったところで、厚生省の研究班の仕事として全国調査、300床以上の病院を対象とした新生児医療の調査をしてまいりまして、その都度報告してまいりました。そのうちに1990年が来てしまって、どうしようかということですが、結局やる人が特別にいなかったの、私が最後の仕事としてまとめ役になりました。そして、多田先生のこの多田班から、研究費をいただきましたので、これをまとめなければいけないわけです。

このプリントはできたのではなくて、これからやることなのです。ただ、準備はできていて、実は表1に書きまして、この班からも

5人の先生のご協力をいただくことになっております。そして発送するところは688で、87%の回収率だとしますと、一応600施設を知ることができると思っているわけです。その差し出す宛名シールの作成は全部すでに秋のうちにやって、イラクの米国空軍じゃありませんけれど、1月15日ではなくて、1月25日をもって一斉に諸先生のほうに調査票が行くという手はずになっています。

ここに表をいろいろ書きましたけれど、これからやろうという表の枠組みまではできています。この中の穴を埋めればいいということなんです。とりあえず考えた表がこんなものなんです。そこで、これから話を先生方に聞いていただきまして、もっとこれを調べるとかということがありましたら、お教えいただければ幸いです。

今回の目的は、この研究班と違って、これからどうしようかというのではなくて、いままで5年前、10年前やったのと比較して、いまどうなっているかということ調べたいわけです。したがって、今回の調査票で訊ねていることはちょっと古い。というのは、NICUの基準はどうあるべきかということ、ようやく今年になって、小児科学会で原案ができたところ。それは、これと違いましたかなり変わっています。たとえば、レスピレーターケアの数とか、未熟児の数とか、こういうのは時代に合わないというので、はずすようになっていますが、今回の調査では前回との比較という意味もありますので、同じようなことを書いています。新しいことというと、柴田先生ではありませんけれど、一次施設、二次施設、三次施設の区別で、日常その言葉はよく出ますけれど、はっきり実験は掴めていません。これは定義はないのですが、それぞれ自分でどう思っているか、それだけでも聞こうと思って、設問の中で聞きました。

次に、全新生児の出生体重区分別入院数・死亡数につき訊ねました。これは10年前、5年前と同様です。先ほどから話がありましたように、多田班のような小敷施設の研究班ですと、大変きめ細かいことをやれます。ただ、数が少ない。

表1 今回の全国調査の概要

ハイリスク新生児医療全国調査

1. 医療体制の現状(1991年1月1日現在)
2. 新生児期死亡率(1990, 1-12月分)

[対象]	688施設
[調査時期]	1991年1月25日-2月20日
[研究者]	*石塚 祐吾(全 般) 南部 春生(北海道) *千葉 力(東 北) 山南 貞夫(関 東) *仁志田博司(関 東) *後藤 彰子(関 東) 大木 徹郎(中 部) *柴田 隆(中 部) *竹峰 久雄(近 畿) 五十嵐郁子(中四国) 橋本 武夫(九 州)

注) *は本研究班班員

これに対して、このこれからやる全国調査は、数においてはすごく多いわけです。たとえば、全体は2,500g未満の数だけでも、昭和55年ですから80年ですか、80年は2万5,000人です、その次は3万人です。今回はどのくらいになりましょうか、少し減っています。でも2万5,000から3万の間だと思います。超未熟児は10年前が1,100人、その次が1,846人です。超未熟児は減ってはいないと思います。やはりそのくらいだと思います。

次は超未熟児の症例の調査で、前回と同じようなことなのですが、出生体重500g未満と、500以上1,000g未満の二つに一応聞きまして、さらにその部分を詳しく、またお聞きしたいと思います。詳しくと言いましても、このように300床以上の、いわゆる大病院とは言っても、ピンからキリまでありますので、本当に病名、死亡原因とか、あるいは長期予後とか、そういうことをお聞きしても果たして信頼できるかどうか分かりませんし、ただ返事が減るだけで、嫌われるだけなものですから、ごく簡単に何人かとか、生きたか、死んだかとか、それしかできないのです。しかし、できないとは言いましても、これは国勢調査並みに大変重要な基礎のデータとなると思いますので、まっやらない

ばなるまいということで、こうなります。

お訊ねしている項目は前回とほとんど同じことなのですが、一つだけちょっと急に出来心を起こして、これは時節柄調べなければと思ったのが、一つだけあります。一応これは班員と言いますか、協力者の先生に見ていただきまして、文句を言われなかったのですが、このままになっていますが、先ほど午前中のお話を聞いて、これはまずいなと思ったのが、母体搬送という項目です。これは小児科医者にわかるはずはない。産科に行って聞かなければならないということなのです。けれど、これはちょっと目をつぶりまして、1施設あたり数例乃至何十例かでございますが、超未熟児だけですから、ひとつこれはお調べ願ってということでございます。

あと、必然的にいろんなことがございますが、ここで元に戻ります。これはどんなことを調べるかという、いままでのことをちょっと調べたい。まず、新生児の現状、要するにNICUのことを、その数を聞くわけです。表2は「種々の観点から見たNICUの数」を示しますが、とにかく大雑把に言って、いままではNICUありと自認するところが300、それからわれわれが仮につくった基準によりますと160とか、そんなところがNICUと言えるのではないかと思われま。ところが保険で通っているのはたった61施設です。この間調べたのでは、ことしのはじめのほうで62施設しか通っていません。今度はどうなりますか。後日判ったところでは、1991年1月現在保険で通っているのは67施設です。そういうことを一応数字として出したいと思えます。

そしてこのNICUの認可されている数は、3月になると社会保険委員会がありますので、そのときに一つの資料として、もっと頑張って増やすように請求する材料としたいと思えます。

次に、ここでは省略しますが一応一次、二次、三次に分けた分類とか搬送体制とか、地域システムのことを調べます。これはもうすでに表がございまして、いくらでも詳しくできますが、柴田先生もさらにここから次の調査を計画してやられると思えますが、だいたいいままでお話

表2 種々の観点から見た「NICUのある施設」の数の年次変遷

○ NICU ごとりと自認する施設の数

地方名	北海道	東北	関東	中部	近畿	中四国	九州	計
1986年1月	17	21	76	73	51	32	33	303
1989年1月	20	25	74	68	47	34	36	304

○ 厳格な基準による NICU を持つ施設の数

1986年1月	5	7	27	23	18	11	13	104
1989年1月	10	12	48	33	23	15	19	160

○ 保険で認可されている施設の数

1986年1月	1	0	12	3	6	4	3	29
1989年1月	2	3	18	12	13	7	6	61

表3 低出生体重児の新生児期死亡率(%)

昭和60年 全国648施設

出生体重(g)	入院数	新生児期死亡 (0—27日)		新生児期死亡 (0—27日)		
		死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	
500未満	57	52	91.2	49	85.1	
500—900	1,846	761	41.2	607	32.9	
1,000—1,499	4,180	485	11.6	350	8.4	
1,500—1,999	7,968	355	4.5	272	3.4	
2,000—2,499	16,470	299	1.8	228	1.4	
2,500ちょうど	413	5	1.2	4	4.9	
計	500—2,499	30,464	1,900	6.2	1,506	4.9
	500—2,500	30,877	1,905	6.2	1,510	4.9

したようなことです。

次は、まず通例のやり方として、表3のように体重500g刻みの低出生体重児の入院数、死亡数、こういうことを調べ、また表4のように地方別に見ます。

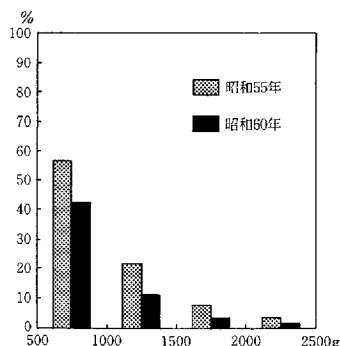
次は年次別のものです。図1はすでにご覧いただきましたように、とてもきれいな図表があります。このままそっとしておきたいような感じですね。この次調べて足したら右に上がっちゃったら困るなと思うような感じです。しかしこれは運命でして、先生方どうぞよろしくと言っても……、これから、果たしてどうなるかということが、大変興味がございます。図2はNICUの有無による比較ですが、これも今回どんな結果が出るか、気になります。

次には、この中で特に超未熟児だけについて調べてみた結果を集計します。本日の午前中お話をした超未熟児のとはまた別に、ああいう細かいことではなくて、ただ数字を見るわけです。図3は1980年、10年前、それから5年前、そして2年前です。これは間隔を同じに書くのはちょっとおかしいのですが、くっ付いてますからお許し願います。こういうことで500未満と、500以上とで調べましても大変きれいです。これもそっとしておきたいような図ですが、今回も調べます。図4 NICU有無別の図で、このあと今回どうなるか知りたいところです。

次に表5で、院内、院外出生別比較です。この院内、院外の超未熟児の死亡の死亡率というのは、かつては院外が圧倒的に良かったので

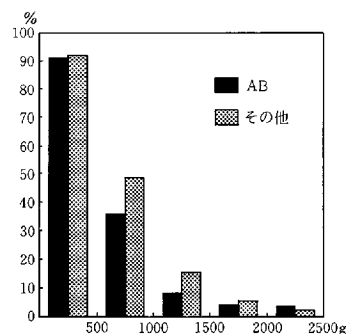
表4 地方別に比較した新生児期死亡率(%), 同上

出生体重		九州	中四国	近畿	中部	関東	東北	北海道
500— 999 g	入院数	266	195	294	346	505	107	123
	死亡数	100	82	149	160	197	30	43
	死亡率(%)	37.6	42.1	50.7	46.2	39.0	28.0	35.0
1,000— 1,499 g	入院数	642	471	628	815	1,099	327	198
	死亡数	75	57	65	109	116	48	15
	死亡率(%)	11.7	12.1	10.4	13.4	10.6	14.7	7.6
1,500— 1,999 g	入院数	1,168	875	1,268	1,487	2,241	543	386
	死亡数	50	41	67	66	94	20	17
	死亡率(%)	4.3	5.0	5.3	4.4	4.2	3.7	4.4
2,000— 2,499 g	入院数	2,191	1,885	2,818	3,310	4,169	1,174	924
	死亡数	40	32	53	73	70	18	13
	死亡率(%)	1.8	1.7	1.9	2.2	1.7	1.5	1.4



昭和55	入院数	1,102	3,319	6,760	13,813
	死亡数	609	686	515	378
	率(%)	55.3	20.7	7.7	2.7
昭和60	入院数	1,846	4,180	7,968	16,470
	死亡数	761	485	355	299
	率(%)	41.2	11.6	4.5	1.8

図1 昭和55年と60年との新生児期死亡率の年次の比較



A B 群	入院数	33	1,197	2,490	4,362	5,878
	死亡数	30	435	241	188	177
	率(%)	90.9	36.3	9.7	4.3	3.0
そ の 他	入院数	24	641	1,696	3,606	10,592
	死亡数	22	326	244	167	122
	率(%)	91.7	50.2	14.5	4.6	1.1

図2 NICUを持つ施設と他の施設の新生児期死亡率の比較 (昭和60年 全国648施設)

す。つまりセレクションを受けてからですから。しかし、このごろになりますと変わってきています。そうかと言っても、どっちかとパッと云えないのです。たとえば、前回の2年前のを見ると、500未満は院外のほうが死亡率が高いが、他をみるとこういうふうな一定の決まりはございません。全体としては院内のほうがまだ高いのでありますが、細かく見ますと、あるいは地方別に見ますと、さまざまです。ただそれだけではなくて、院外の死亡率に影響を及ぼすのは

何かというと、母体搬送のことを検討しなければならないと思って、今回はその母体搬送のことを入れたわけですが、とにかく集計してどうということになるか、ご報告したいと思います。

それから、死亡率の地方別比較ですが、これは表6のとおりで良し、悪しは簡単に言えないわけです。記憶で言うと、これは入院の数は書いていないのですが、東北地方では前回は入院率は低かったのですが、死亡率もとても良かった。それで、あのときいろいろ考えたわけです。

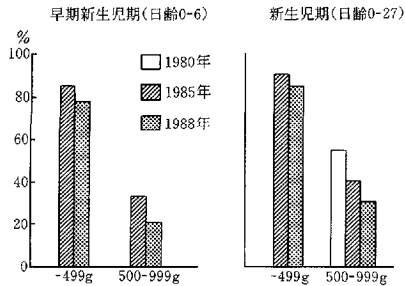


図3 体重区分ごとの年度別死亡率の比較

つまり入院が少ないのは、かなりセレクトされていいのが入ってくるから、それで死亡率もいいのではないかと、ちょっと邪推をしたこともあります。果たしてことはどうということになりますか。東北はかなり整備されましたので、数も増えているのではないかと思います。それに伴って死亡率が増えないで、そのままになっているかどうか、大変興味を持っています。これは東北と決まったわけではないですが、そういうようなことです。

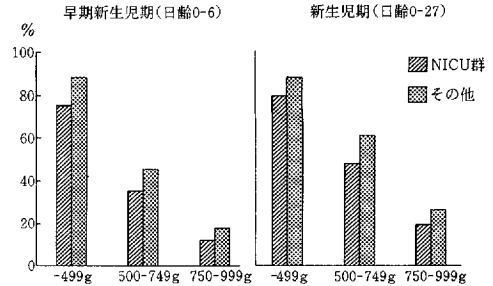


図4 NICUの有無による体重区分別死亡率の比較(1988)

それから次に入院と死亡数の問題です。これはいつも困っているのは、ある程度わからないのです。国の人口動態統計においてわからないのがあります。たとえば、いつも知りたいと思うのが、超未熟児の収容率です。幾ら生まれて、そのうち何人引き取ったかということです。幾ら生まれたかというのは出ますが、それが果たして正しいかどうかはしょうがないとして、たとえば前は東京などは、100何%になっている

表5 出生場所(院内外)別の死亡率(1988年1月-12月)

出生体重(g)		-499		500-749		750-999		計	
		院内	院外	院内	院外	院内	院外	院内	院外
出生場所									
入院数		50	10	397	186	740	427	1,187	624
早期 新生児期 (0-6日)	死亡数	38	9	161	56	102	56	301	121
	死亡率%	76.0	90.0	40.6	30.1	13.8	13.1	25.4	19.4
新生児期 (0-27日)	死亡数	42	9	217	81	159	87	418	177
	死亡率%	84.0	90.0	54.7	43.5	21.5	47.1	35.2	28.4

表6 新生児期の死亡率の体重別地方別比較(1988)

	地方名 体重	北海道	東北	関東	中部	近畿	中四国	九州	計
		早期 死亡 新生児 率%	-499g	100	71.4	75.0	75.0	85.7	66.7
	500-745g	30.8	39.0	33.8	37.7	49.4	37.5	34.8	33.9
	750-999g	6.1	13.6	10.4	14.8	13.0	22.5	15.5	13.2
全死 新生 児率 %	-499g	100	71.4	90.0	91.7	85.7	66.7	100	85.0
	500-745g	40.0	46.3	42.9	50.0	68.4	59.4	59.6	51.1
	750-745g	17.0	24.3	17.3	22.2	17.4	31.4	25.8	21.1

表7 500g未満または24週未満で出生し28日以上生存した超未熟児の地方別例数(1986—88)

	北海道	東北	関東	中部	近畿	中四国	九州	全国
500g未満	0	2	9	4	2	4	3	24
24週未満	7	0	25	13	9	4	9	67

注) ()内は後障害が認められない症例の数

のです。全国で数箇所は100%以上になっている、つまり生まれる以上に収容されてしまうということがあります。これは入院したところが東京で、生まれたのがほかの県からも来ているということです。これは東京に限らず、大阪でも、福岡でもそういうことがあります。そこで、これは生まれた施設から選ぶのか、あるいは患者さんの住所から選ぶのか。これは里帰り分娩があるものですから、大変こんがらがってしまって、本当のことはよくわからないわけです。ですからおおまかな傾向しかわかりません。

もう一つは、死亡したのが、その地域の死亡の何割に当たるかということをも出すわけです。これも本当のこと言うと、正しい数字はわからない。でも、少しはそのことを検討しないと進歩にならないと思いますので、超未熟児のみについてこのことをやりたいと思います。たとえば、図はここでは省略しますが、横軸に施設のある県、そして縦軸に親の住所を並べた図を作ります。たとえば鹿児島県の人があるばる青森県に行ってお産をした。そのときどうしたか。死ねば青森で死亡しても、鹿児島の死亡に入ってしまう。そういうことで、この図は案外面白いのです。こうやって見ますと、やはり東京、千葉、神奈川、それから大阪、名古屋、愛知、神戸、兵庫、福岡が、こういうふうになっていて、あとほかの県はだいたい、施設所在地で見たのと、親の住所で見たのとほとんど同じに考えていいのではないかと考えています。

最後に前回から問題になっている、24週未満、および500g未満の児のことでありますが、これはやはり引き続き調査表から特別にピックアップしたいと思います。実を言うと昨年度の数字がちょっと抜けてしまうわけです。これは1988年までは出ていますが、1989年がちょっと抜けてし

まいます。これは別途考えたいと思います。

たとえば、24週未満の長期生存児は前回の調査では表7のように67名でしたが、このうち、22週の子は7名いるのですが、いまのところインタクトサバイバルはいません。この間電話があって、広島県立病院で22週の子がインタクトサバイバルになるかもしれないという話を聞いて、期待しているところです。

ざっと、これから調べてみたいということを書きました。先生方として、もっとこれを調べろということがありましたら、ひとつやってみたいと思いますので、よろしく願いいたします。

多田 ありがとうございます。どなたか石塚先生にこういうことをお願いしたいということがありましたら、どうぞ。

こういうふうにはずをつけて、頭の中を整理してから調査をすると非常にすっきり書けるのですけれど、あれもこれもというので、われわれの調査票はいささか欲張ったところもごさいます。

何かございませんか。

藤村(大阪府立母子保健総合医療センター) いい結果が出れば大変楽しみにしています。こうして約10数年間、3回か4回にわたって、まとめてこられたということで、今後も当然長期的にお考えになるお仕事だと思います。それで、いままで実はこういうことがあったらなど、ちょっと思っていたのですが、今回も印刷をされておりますし、なかなか難しいかもしれないのですが、私は新生児医療で働く人の状況がうまく数字に出るような、それは苦しいのか、楽しいのかわかりませんが、そういう働く人のワークロードが、パー何人とか、パー・ベッドとか、そういうふうなのでスット、先生のデータはい

ろんな指標になってきていますから、そういうシンプルな指標で、特にインテンシブケアベッドの数などは、型準できちっと押さえられますから、それに看護婦さんとか、医師とかが、いったい何人配置されていることになるのかとか、そういった働く人の面を加えていただけないものかということが一つです。それで、10年間で進んできたのかどうかも、これからやればわかるのではないかと思うのです。

それと、ご説明がなかったのですが、搬送については、過去のご報告では車はどうやとか、いろいろありましたですね。誰が乗るかというのがあったと思うのです。そのへんも、人との関係なんです、過去10年以上新生児搬送がドクターカーとして、動いてきているのに、なお国とか、保険とか、あるいは各病院とかで、その搬送に関する規則の1行もないのではないかと思うのです。そういう意味では搬送というものをもう少しオーソライズしたものとして、その下地というか、そういうデータを、たとえば収入とかですね、こういう調査に収入をやるべきかどうかわかりませんが、搬送の向上のためのデータに使えるようなものをお願いしたいと思います。

それから、これは午前中のところでも申し上げたのですが、22週未満に変わったということで、そのインパクトをある程度はっきりと示すためには、NICUに入院しなかったけれども、産科では出生であったという、そういう微妙な判断のズレが問題になってくるわけです。死産届けではあっても、出生であったとか、NICUに入らないということは、結局死亡しているわけでしょう。つまり分娩室死亡の24週未満児、これを数字として明らかにしていただけたら、今後ずっと分娩室死亡の24週未満児が減っていくのか、変わらず続くのか、そのへんが追えるのではないかと。いまのところそのデータがないように思うのです。

石塚 お答えと言いますか、この調査は先ほども言いましたように、大病院と言ってもピンからキリまであるので、すべての共通の話題でないかもしれないと思うのです。いまのご発言

は。しかも、あんまりいろいろ詳しいと嫌われる。まずこれでいちばん大事なことは回収率で、答えてくるということですよ。

実はこの間の24週未満とか、500未満のデータは、あれはいきなりでなくて、まず1回ざっと症例の有無をお聞きして、それからその該当するところに、改めて聞いたわけです。ですから、藤村先生のお話は、たとえばインテンシブケアを本当にやっているところは、今回の600の中の全部ではないので、第二次にインテンシブケアをやっているところに、聞ければ聞きたいなと思います。

それから、搬送のことは、これはあとで柴田先生に聞かないといけません、柴田先生が必ずもっと詳しくいろいろお聞きになると思います。しかもこういう調査票というのは、搬送ばかりを詳しく書かれるのもちょっとどうかということで、バランスもいろいろ考えているのです。このB4版1枚の調査票にきれいに入れようと思うと、そういうつまらない苦労があるのです。

私はいまお話をうかがいましたが、ただし私は今回をもって最後としますので、ひとつ竹峰先生なりどなたか、私の後継者に、よろしくお願ひしたいなと思っています。一応やり方のシステムはできていますし、ここには経験の深い方が沢山いらっしゃるの、どなたにもできますので、先ほどのお話を申し伝えたいと思います。

武田 (東京女子医大) 先生の統計は私どもも大変参考にさせてもらっておりますし、こういった統計をおはじめになって続けられたのは、本当に大変なご苦労だったろうなと思っております。

一つだけお願いしておきたいのは、最後におっしゃいました、妊娠週数の確定なんですけれども、方法をお書きになっていただくか、あるいは二つ以上の方法で妊娠週数を確定したものはどれかというような、アスターディスクか何か付けていただいて、ご集計いただくと大変ありがたいと思いますので、よろしくお願ひいたします。

石塚 実は内部資料としては、前回の88年の、数項目について改めて聞いていることはいるのです。これは小児科の医者に聞いてもわからないことですが、内部資料的にはあるのです。

柴田（順天堂大学）搬送の話はのちほど、一昨日多田教授に言われましたので、話題を出させていただきますが、いまの人員の件ですけれど、これは先生方にもご協力をいただいたのですが、石塚先生の前回の調査で600もありますから、病的新生児あるいは未熟児として独立病棟になっているという施設だけを取り上げて、人員のことをお尋ねしたことがあるのです。ところが各病院それぞれのご事情がお有りになって、判断が大変に難しいですし、設問項目も大変難しいのです。看護婦さんが足りないのではないかという発想から、それをお願いしてみたのですが、設問が難しいのです。ですから、どういふふうにしたらいいのか、いい案があったら私も教えていただきたいのです。石塚先生の調査でそれをやるということは不可能だと思います。ですから、その返ってまいりましたお答えの中から、独立病棟になっているところだけでいいと思うのです。おそらく先生もあとでわかかと思うのですが、A、Bとか、NICU有りとかという、そういう立派にやっておられるところだけの調査で、私はいいのではないかとと思うのです。そういうものをひとつまたやられたらいいのではないかと考えております。

前回の資料は原本はございますけれども、まとめきれませんでした。ですから、どなたかがおやりになるということで、必要であれば、そのデータはいつでも提供させていただきます。

多田 産科のほうは周産期登録委員会とか、いろいろお持ちでございますけれども、われわれのほうは石塚先生にお願いしている、この資料がいちばんの資料でございますので、ぜひことしのお教えいただければと思っております。また出ましたらこの班にも資料をいただければ幸いだと思っておりますので、よろしく願いたします。

石塚先生、全体として何かございますでしょうか。

石塚 いろいろご意見ありがとうございます。本日はこういうことでございますが、この報告書ができるときには、この表が埋まって、先生のところに差し上げられると思います。

多田 ありがとうございます。それを期待したいと思います。また藤村先生がおっしゃったような問題についても、やはり考えていくべきだと思いますので、さらにご意見をいただければと思っております。

それでは順番がございまして、昨年の引き続き東京都の人口動態統計における超未熟児の解析を中村先生にご説明いただいたらと思っておりますので、よろしく願いたします。

III. 超未熟児出生の予測

中村 大変現実離れしたのが出てまいりました、申し訳ございません。私は最近臨床を離れているものですから、数字のお遊びをしております、その中で検討しましたものを、ご紹介させていただきたいと思っております。

何をやったかということですが、これはどういうタイトルを付けたらいいかわからなかったものですから、タイトルは付けてございません。要するに、ポピュレーションベース、すなわち人口動態統計レベルのデータにセンター施設の成績を当てはめたときに、生産数がどのくらい増えるのかな、あるいは妊娠週数別に見た生存率というのがどのくらい増えてくるかなというのを、数字的に検討したものでございます。

最初に（1）と番号を振ってあるのを見ていただきたいと思っております。これは人口動態統計で妊娠週数を2週ステップで切って、31週までのそれぞれの死産率を出してあります。それと黒いバーで書いてありますのは、私どもの母性医療ネットワーク18施設、産科のセンター施設になりますけれど、そこのデータのまとめを、やはり、2週ステップごとに出しました死産率です。ですから人口動態統計の自然死産率、それから産科センター施設の死産率の比較ということになります。

そうしますと図2を見ていただきたいのですが、この死産率の差の部分というのが、場合

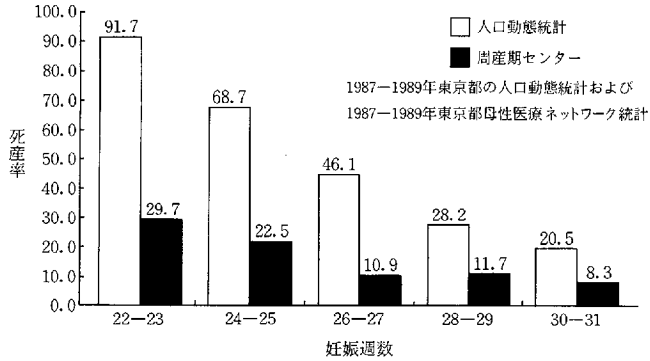


図1 人口動態統計と産科センター施設における死産率の比較

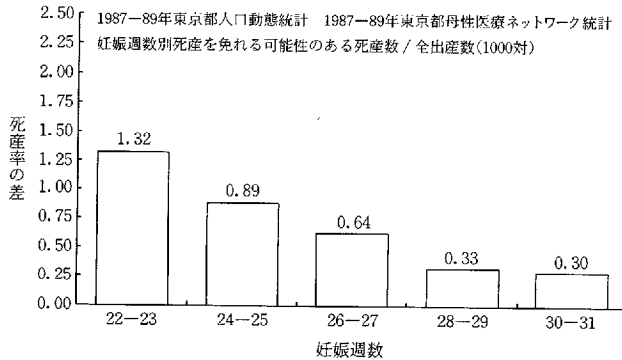


図2 一般人口における生産する可能性（死産を免れる可能性）のある死産率

によっては生産してくる可能性があるということになってまいります。これは人口動態統計の妊娠週数別の死産数に産科センター施設の死産率を掛けて、この差の部分の数を出しました。その出したものを今度は、妊娠週数全体の出生数で割って、出生1,000に対する割合で算出してあります。これが図2でございます。これが将来生産してくる可能性のある部分で、それを出生数全体に対する比率で出したということになります。

図3を見ていただきたいと思います。これは先ほど図2でご説明しました、生産する可能性のある部分を左のバーで示してあります。もう一つは、もし生産するとした場合に、産科センター施設に送られ、当然その週数で産まれるわけではなくて、妊娠が継続されてあとの週数

に送られてくるということがございますので、1987年から1989年の産科センター施設のデータの中から、22週以上28週未満で入院した子供の数を出して、それがどの時点で、どの妊娠週数で分娩したかというクロス集計表をつくって、比率を出して人口動態統計から得られたデータを補正したものです。この黒い棒で書いてありますが、その補正後の値になってまいります。要するに、生産として増加が予想される数ということになってまいります。

次に図4を見ていただきたいと思います。いままでは全体の出生数をベースに計算したのですが、今度は出生に対して見てみます。出生数を分母にして見てみますと左側のものは現在人口動態統計で得られる妊娠週数別の出生率そのものです。右側のものは、図3でお見せし

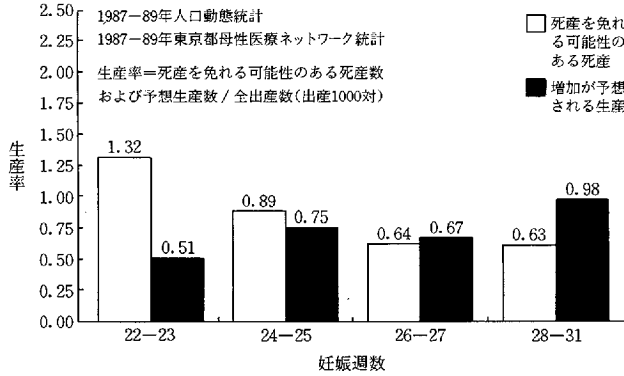


図3 一般人口における増加が予想される生産率

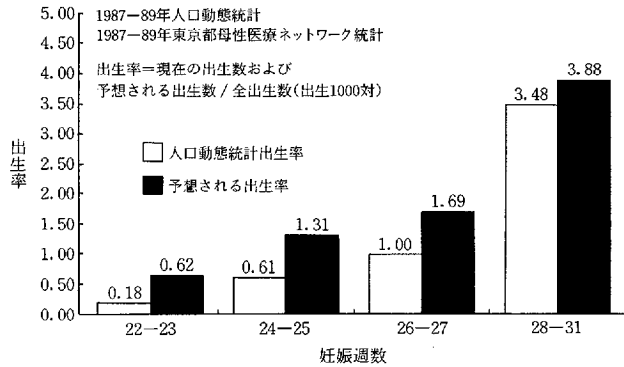


図4 一般人口における予想される妊娠週数別出生率

ましたデータを、これに上乘せしたものです。そうしますと、出生率で見ますと、人口動態統計と産科センター施設の死産の差というものももし生産するとすると、これだけの差が出てこようということです。

図5をご覧くださいと思います。これは私どもの17NICU、私どものネットワークですけれども、その中で妊娠週数別に院内の出生と、院外の出生での死亡率を見たものです。真ん中の点線で書いてありますのは、両方の平均です。先ほどの出生率はこのデータの中の院内出生の死亡率と言いますか、その裏側の生存率を掛けてまして、つくりましたのが図6になります。

現在の人口動態統計からは妊娠週数別の死亡率はわかりませんので、次のようにしてみまし

た。左側の棒は現在人口動態統計の中で妊娠週数別に産まれている子供達が私どものネットワークの17NICUでの、妊娠週数別の全体の死亡率に当てはめたとしたら、どのくらい生存しているのかなというのを試してみたものです。要するに、一般人口ベースでの生存率を掛けたものではありませんので、生存率としては最大値になるだろうと思います。右側の黒いほうの棒は、先ほどの増加した出生数というものを現在の人口動態統計でわかっている妊娠週数別の生産数に乗せしてやって、それに院内出生での生存率というものを掛けてやったときに、どうなるかというものを出したものです。

ですから、いずれも最大値になると思いますけれども、もし死産をまぬがれるケースが多くなるとすれば、このくらい増えてくるのではな

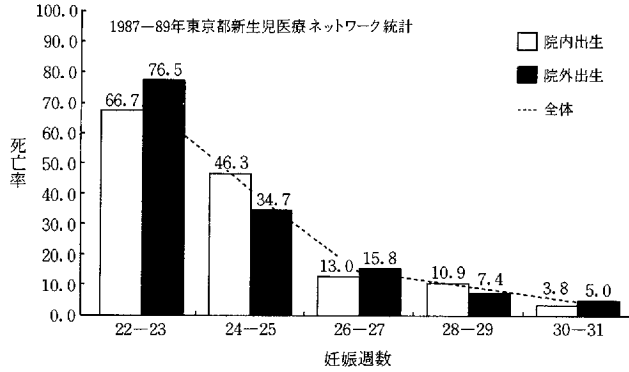


図5 出生場所別妊娠週数別 NICU 死亡率

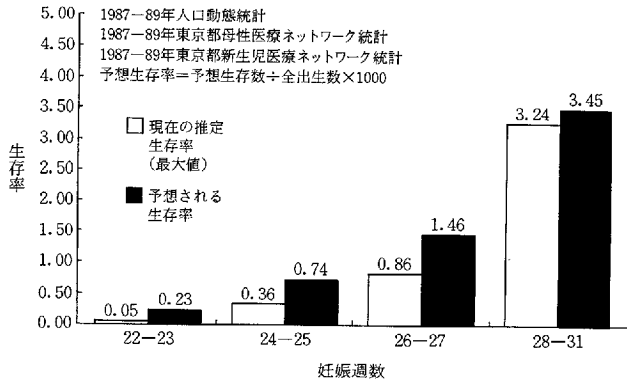


図6 一般人口における予想される妊娠週数別生存率

いかという数でございます。ちょっとややこしくて申し訳ございませんが、単なる数字のお遊びでございますけれど、何かのご参考にしていただければと思います。

多田 ありがとうございます。中村先生、こういうことによって実際は何人ぐらい全国で増えそうな感じですか。今度全国の出生数をかけると、何らかの形でそれが出てくるのではないかと思います。あるいは何倍ぐらいになりますか。たとえば、ここで言えば0.05が0.23になるという形なんでしょうか。

中村 すいません。そこまでちょっとまだ計算してないのですが、来年もしそういうことでよろしければ、ちょっと全国についても、どの程度データがあるのかわからないのですけれど、やらせていただこうと思っています。

仁志田 たぶん難しいと思うのですが、ほかの先生方にもご意見を、もしあったらお聞きしたいと思うのは、結局22週に変わったことで、先生が試算なされたように、22週と23週がある確率で助かるようだ、と。それは0.23とおっしゃいましたですね。ただ、この前の竹峰先生が会長のときの未熟児、新生児のインフォーマルで、鹿児島島の鮫島先生でしたか、あの先生が人口動態からの、そのままの数で、22週と23週で各々3,000人ずつだったですね。6,000人の流産がある。各々22週が1,500アーティフィシャル、1,500スポンタン、23週も1,500、1,500なんです。その子供達がいまの先生の計算のようなパイアビリティをもって助かるということ、大変な数になるのですが、それはどういうふうになるのでしょうか。何か先生方のスペキュレ

ーションがあったらば、ちょっとだけ教えていただきたいのですが。

中村 人工死産をどう扱うかというのは大変難しいので、私は今回はそのへんはわからないものですから、人工死産はいっさい省いてあります。ですから、もし規定が変わってきますと、その人工死産の部分がどう動くかというのは、わからないものですから織り込んでいません。現在の自然死産として、届けられている中で、計算したものがこういうことですので、もし人工死産の部分がそこに織り込まれるようになると、もう少し数が大きくなるということになるのだと思うのですが、ちょっとよくわかりません。

多田 現在の全国統計と、それから東京都の17施設でしたか、NICUをやっている施設の率を掛けて変えるとどうなるかというのを、先生はきょうお出しいただいたということですね。

中村 これは東京都の人口動態統計です。と申しますのは、全国のですと2週ごとに切ったデータとか、それから生産の部分で妊娠週数で切ったデータがないのです。4週ですと荒過ぎて結果が出てこないものですから、全国のはちょっといまは出せないということなのです。

武田 この表の見方ですけど、たとえば6図で予想される生存率というのは、これは1,000分娩に対してですね。22週から23週の赤ちゃんが1,000生まれたとして、助かるということですか。

中村 これは全体の出生数1,000に対して出したものです。

多田 これは全部の出生1,000に対してですか。その在胎群の1,000人のうち何人助かるというわけですね。

中村 図7は全出生に対してです。

武田 全出生に対してですか。

中村 全出生1,000に対して22週、23週の子供が0.23助かるということになるわけです。

多田 10万人だからという計算でやると、だいたい200~230人とか、そういうことですか。全国のをそういう形で同じだとすれば、東京都と同じならばとすれば、そういうことですね。

ただいまのと、先ほどの仁志田先生のご質問とちょっと違いますので、その人工中絶の部分がどうなるのだろうかということに関しては、産科の先生のご意見もあると思うのですが、そこらへんどうなつたか、コメントをいただけるでしょうか。また、現にどういうふうになりつつあるという傾向をお感じになっている方がいらっしゃるほうがいいと思います。単純に中絶がそのまま未熟で産まれるというふうにはならんだらうと、私は思っているのですが。まだわからなくて、今後の調査に待つというか、傾向に待つのでしょうか。

仁志田先生いかがですか。

仁志田 私はまったくわからないのですけれど、中村先生のあの単純計算だと230人ですね。そして藤村先生方のところの一昨年でしたか、その統計だと、23週が7割ぐらい助かっているのですね。その前はゼロなのです。前の数年間はゼロで、じゃ助けようと言ったらば、7割ぐらい助かっている。という、もしかしたらば、この22週、23週に変わったことによって、浮かびあがってくる数はかなりの数になる可能性はあると思うのです。そうすると、新生児側のキャパシティが変わらないで、こういうことになってくるから、大変な混乱が起こるのではないかということは、誰でもみんな思っているのです。

中野 それはこの班のすべての理解だと思えます。そして母性胎児班でもそれをいちばん重要な問題とっております。そこで、超未熟児等を含めた発生事例の今後の見通しですが、いま表に上がっていますのは、死産を含めた出産数のデータはいろいろあるのです。ただ裏側の、つまり出生数が当てにならないのです、24週未満の分が。いつぞや予備データを討論したときも、そうでしたね。ずーっとアナログというか、つながってないのです。ガクッと落ちる。だから、一つはエクストラポレートが簡単にできるかなという発想なのです。エクストラポレートしましても相当数が入るだろうと思うのです。おそらくいま生まれている生産数よりも、倍ぐらゐの数に上がるだろうと、このくらいに思っ

ています。

仁志田 中村先生が去年の春、発表なさいましたね。先生がおっしゃったように、まさに人為的に数が変わっているということが出ているのです。それは法的に24になっているから変わっているのだ、と。そして中村先生がエクストラポレートした数をお出しになりましたね。それがこちにずれる可能性が十分にあるわけです。それで何か少しは想像できませんか。何人ぐらい出てきそうとか。去年の報告書にありましたね。

中村 今日はちょっとデータを持ってこなかったのですが、回帰曲線を取って、予測値を立てましたが、今回は1987年から1989年までの3年間のデータをまとめて、新たに算出したものです。前回は数はずいぶん、データを持ってこなかったものですからわからないのですが、両方出してあります。

仁志田 このプリントよりも多いですね。

中村 3年間でまるめるとほぼ同じで、変わりません。

中野 出生に関しての実態調査というのは、正直言って母性胎児班では手付かずであるのです。きょう拝見していて、こういったデータから推計値でも出てくる可能性が十分感じられましたので、これをぜひ続けていきたいと思えます。決して数字の遊びではありません。どんなテクニックをやるにしても、結局推計だけしか手がないので、ここはぜひお願いしたいと思えます。

神保 いまの推計の問題なのですけれども、これは本当に推計どおりにいくかどうかというのは、22週というのは行政的というか、政治的なあれがどうしても入りますので、私はあまり期待してないのです。それよりもむしろ、もう少し古いデータを見ていただくとわかるのですが、たとえば、28週から24週になったときにどういう現象がおこったか、それが今回の現象におそらくシフトするだろうと思うのです。その意味は、いま私どもがいろんな周産期管理登録で武田教授以下がやっていたいている統計を見ても、たとえば、23週より前の死産は多いの

です。ところが24週以降の死産も生産も少ないのです。そこに極端に差がある。だから、果たして22週になったときに21週以前と、22週のところでは、今度は逆にいまの24週の現象が、22週に行くのでははいかと、私は想像するわけです。

けれども、その22週、23週がどのぐらい今度生きてくるかという問題よりは、むしろそういったことに対する意識改革、22週でも生きられるよということになれば、逆に24週、25週、26週、その数がガーンと増えてくると思うのです、従来より。そういったことを総合的に判断してNICUのことを、運用数を考えていただければ宜しいのではないかと思います。

多田 かなりそこらへんもタイトになってきているところなんだろうと思うのです。そこで先ほど藤村先生がおっしゃったような人のことを含めた施設というのがかなり厳しくなっていますし、それからもう一つは、私が感じますのは、従来それこそ好きでやっていたと言われたようなものではすまなくなって、システムとしてどうつくるかということがないといけない時代になってきたものですから、また助かるのが多いということが、だんだん徹底してきていることから、各地域で受けなければいけない、そういう医療をしなければいけない形になってきていますので、そこらへんを広げるために、ぜひこのシステム班としても考えていかなければならないと思えます。

そんなことがございますけれども、次からのこともございますので、今度仁志田先生にご発表いただくことにいたしまして、そのスライドを用意いたします間、ここで5分か10分、一息入れていただきたいと思えます。

IV. 超未熟児医療と生命倫理

多田 それでは仁志田先生のお話をいただいてから、救急の搬送の問題について議論を少ししていただくことにしたいと思います。

まず、仁志田先生にお話をいただきたいと思いますので、よろしく願いいたします。

仁志田 先生方の手元にある資料の話は、あ

とでちょっと見ていただければわかるようなものですが、その前に先生方の頭が、長い discussion で大部疲れたと思うので、あまり学門的でないことを10分ぐらい話させてもらおうと思います。頭の体操ではないですけれども、気楽に聞いていただきたいと思います。

スライドをお願いします。

さきほど話が出ましたように、スライドに見るような超未熟児を本当に治療するかしらないか、生きるか生きないかという事が論議されて優性保護法の成育限界が22週に変わったと思います。坂元先生の日母医報の解説を読むと、やはり医者がかようなことに対して何か自分の考えを持って、治療したほうがいいのかどうかを決めなければいけないのではないかと思うのです。

スライドをお願いします(表1)。

もともと世の中というのは、全部連続だと思えます。時間、空間、物質、これらが全部連続だと言うと、何か青くさい思想ですけど、僕らはこういう連続の中で、生きていく知恵として、それを区切って認識しているわけです。1年を切るから、お正月は何かお正月らしい気分がするし、1日を24時間というのも切るから、僕らはスムーズに生きていられるのです。すなわち連続ということを知りながらも、不連続を認めているわけです。不連続を認めると、今度は長い・短い、重い・軽い、大きい・小さい、さらには差別が出てくる。これは必要というのではなくて、これがやはりものの考え方だと思ふのです。

次のスライドをお願いします(表2)。

その次は、すべて連続なのだけれど、やはり人間というのは、特別だというふうなことを認めないと、物事は進まないと思うのです。じゃ、人間がなぜ特別かというのは、つきつめれば理由がないと思うのですが、私達が人間だから、仲間のこの人を人間と認めるからということだと思ふのです。また、いまの最新の分子生物学の知識をもってすれば、生命と物質の間だったぶん連続だと思いますが、でもやはり生命というのは、何か特殊なものだということをも認めなければいけない。生きている生命というのもの

表1 生命の誕生をめぐる倫理の基本的思想「1」
「連続と不連続の認識」

時間：年一月一日—時間一分一秒
空間：宇宙—銀河系—太陽系—地球—日本—
物質：物質—分子—原子—原子核(中性子・陽子)
—クォーク—

表2 生命の誕生をめぐる倫理の基本的思想「2」
「人間原理・生命原理」

生命：生物—臓器—組織—細胞—DNA—物質
アミノ酸—分子
「生命と物質の連続を知りながら、生命の特殊性を認める」
生物：人間—猿—哺乳類—爬虫類—原生動物：物質
物—タパコモザイクビールス
「人間と他の生物の連続を知りながら、人間の特殊性を認める」
「生きている人間の特殊性を認める」

特殊だし、人間というのも特殊だ。だから生きている人間というのは、これは特別な価値観を持って扱わなければいけないということで、われわれは医療を行っていかねばならない。この超未熟児のケアに関しても、同じではないかと思うのです。

次のスライドをお願いします(表3)。

前に述べた二つの事柄は、誰が何と言っても、私の考えは変えられないとしても、その考えをアプライする人間とは何んだということに関しては、いろんな人のいろんな意見を聞かないとわからないし、やはり科学的なデータも必要なのではないかと思ふ。それは社会がどこからわれわれの仲間として、人間として認めるか、認められるかと言う事です。

これはちょっと余談ですけど、死ということに関しても、やはりどこから死と認めるかというのが、いま大きな話題になっていますが、これも考え方として同じような流れだと思ふます。

次のスライドをお願いします(表4)。

今回の優生保護法の改訂というのは、人工妊娠中絶の適用ということに関したことでありますが、しかしこれには、いつから人間と認める

表3 生命の誕生をめぐる倫理の基本的思想「3」
「人間とは」

人間の誕生：精子—授精卵—胎芽—胎児—新生児—小児—
「いつから人間と認めるか, how small is too small」
人間：正常な人間—心身障害者—植物人間—上位中枢障害者—全脳死者—死者
(人間の死：人の死—個体の死—臓器の死—組織の死—細胞の死—代謝系の死)
「どのような状態を人間と認めるか, how damage is too damage」

表4 人工妊娠中絶の適応—いつから人間と認めるか

Viable(成育限界以上)
Capable of alive(生育限界以上)
werdendes Leben(生成中の生命)

かということが、考えの背景にあると思います。

Werdendes Leven という、生成中の生命という言葉があるのですけれども、これはドイツの優生保護法を変えるときには大変な debate があって、その優生保護法が成立するその前夜に最高裁からその取り消しがあって、もう一回やり直したいという、そういう歴史があるのです。その論文の中にこの言葉があって、生成中の生命、これを尊重しなければいけないのではないかという議論が出ているのです。

実はここまで言ってしまうと、いわゆる受精卵まで人間として扱わなければいけないのではないかということになると思うのです。

それから、Capable of alive や Viable という言葉があります。イギリスの abortion law では Capable of Alive という言葉を使っているのですが、その週数よりも後のものを、terminate してはいけないという、そういう条文があります。僕は成育限界という言葉を使っているのですが、これはちょっとあとでご説明します。alive というのは、ただ生きているという意味だけなので、これは僕は問題があると思うのです。WHO の ICD9 また ICD10 もそうだと思いますけれども、live birth の定義は、any

evidence of life, すなわち、少しでも生活徴候があれば、gaspung とか、heart beat とかという言葉を使ってありますので、とにかく生きている徴候があれば、これを alive と言うというふうに書いてあります。そうするとたぶん16週、もしかすると14週の胎児でも、生まれたあと数分間とか30分ぐらいは heart beat があるとすると、それは WHO の定義からは生まれたということにならないとおかしいと思うのです。

よく non-viable という言葉で、生活薄弱とかという言葉で、死因の原因になっているのですが、この Viable という言葉は、ウェブスターの辞書を引くと、これは capable of live とは違うのです。これは生きてその組織や臓器が正常な発育を保って成長することができるという意味が入っているのだそうです。ですから、生育ではなく成育という言葉を使ったのです。言葉の遊びみたいに生育と成育というのを書きましたが、これは実は今度の優生保護法の改定の中の公式な言葉の中にも混乱して使っているのです。よくご覧になればわかりますけれども、事務次官通達のいちばん大切な文章中には、成育と書いてある。ところが日産婦と日母からの答申には、「体外でその生命を保続（生育）」と書いてあるのです。ですから両方の言葉が定義されずに使われているのですが、僕は生育と成育というのは、使いわけるべきだと思っているのです（表5、表6）。

生育と言うのは、体外で生きることができる限界であって、さっきの WHO の live birth の定義によれば5分でも、10分でも、1年でも、これは期間には関係ないのです。それから quality of life にもぜんぜん関係なく、まったく身動きもしないで生まれて heart beat だけ、10分間あっても、これは生育となると思います。ですから、人工妊娠中絶の優生保護法第2条第2項の生命の保続、これをカッコして生育というふうに書いてありますけれども、そうだとすれば、これはわれわれが、少なくとも僕が考えている Viable という言葉には当てはまらないのです。

表5 生育限界

胎外で生きることが出来る限界(生きる期間・生命の質に無関係)
優性保護法第二条第2項(人工中絶の定義):母体外に於て生命の保続
Section 5(1) of Abortion Act(1967, England): capable of being born alive WHO definition of WHO definition of a live birth(ICD9, 1979): any evience of life

表6 成育限界

胎外で正常に成長することの出来る限界
Viability(Webster's Dictionary): Capable of living; born alive and with such form and development of organs as to be normally capable of living
Eubiotic member(Encyclopedia of Bioethics): individuals equipped to function biologically and socially as purposeful human beings

先ほどちょっと言いましたように、イギリスの abortion law のところにも capable being born alive と書いてありますが、これもやはり、生育の意味のようです。

連続を認めながら不連続として線引きして、われわれの仲間の人間として認めるのは、成育という、いわゆる胎外で正常に成長することのできる可能性を持っている限界(成育限界)を考えたほうがいいと思います。

Viability というのは、born alive and with such form of developments of organs to be normally capable of living ですから、これは単に、born alive とは違って、もうちょっとわれわれと同じような人間になり得るという、その能力を意味しております。

それから、この eubiotic member という言葉は、これはあまり僕も使ったことがないのですが、有名な「Encyclopedia of bioethics」という、ジョージタウン大学から10年ぐらい前に出た、バイオシックスのバイブルみたいな本がありますが、それにはこういう言葉が書いてあるのです。これには purposeful human being なんて書いてあります。もうちょっと社会的な人

表7 新生児医療の経済効率(超未熟児)

年間超未熟児出生数: 2000 例, (必要医療費: 500 万円症例)
生存率: 80%, 年間生存数: 1600
障害児発生率: 15%
年間障害者数: 240, 健康生存者数: 1360
年間必要医療費: 2000×500=100 億円
障害者医療費(生涯): 240×2.5 億=600 億円
健康生存者の経済価値: 1360×1 億=1360 億円
差引経済効率(年間): 1360-(100+600)=660 億円

間を、われわれと同じ仲間として認めるような言葉が使っております。ともあれ、私は今回の優性保護法の変更に関してはこんなことを考えております。

以上のようにわれわれは、医学的な観点から社会に判断の材料として、このぐらいは Viable (成育限界) であるということを示す義務があると思うのですが、もう一つ別な観点からその経済効率についても考えなければなりません。いくら医学的に助かると言っても、日本の国家予算の半分を使ってしまうというのでは困ると思うのです。そこで、この新生児医療の中で、特にもっとも手間暇・金のかかる超未熟児だけを取り上げて、その経済効率というのを、ちょっと独断と偏見で計算してみたのです(表7)。当たらずと言えども、遠からずだと思えますけれど、あとでご批判をいただければと思います。

年間の超未熟児の出生は多田班の統計から見ても約2,000例です。これも去年の報告を見ると、その生存例1例あたりの医療費に500万円かかっています。死んだ子供も入れるともっと安いのですが、約500万円です。すべての2,000例に500万円使えば、たぶん80%ぐらい助かるのではないかと思うのです。これは甘いと言われるかもしれませんが。そして障害児の発生率は15%ぐらいだと思います。そうすると80%で1,600人が助かって、障害数が240人で、いわゆる intact survivals が1,360人です。そして1人の人間が一生に社会に貢献するというのは、いまから10何年前で1億円でしたから、いまならもっとだと思うのですが、ともあれ1人の人

間の社会への経済付加価値というのは、最低で1億円だとすると、1,360億円のプラスを社会にするわけです。

それからマイナスの面ですが、その2,000人にかかる費用が年間の計算で100億円です。それから240人の障害者1人あたり生涯にかかるお金がだいたい2.5億円だそうです。これも計算の根拠は幾つかあります。いろんな施設の先生から資料をいただいて、計算したのですけれども、これが2億か、3億円か、そのくらいの範囲だと思います。それでこれが600億円。そうすると、超未熟児というもっとも金のかかる医療でも、国としては年間660億円のプラスになる。こんなことを計算して、われわれはどのへんからの子供に治療するべきかということ、社会の人に啓蒙というか、判断の情報を与えるべきだと思っています。

余談みたいになりましたが、以上です。

多田 では、ご意見のある方、ご自由にお願ひします。そしてあと、先生のプリントのほうの説明に行っていたらと思います。

千葉 先生のいまのお話ですが、非常に混乱をしています、頭の中が。先生はずーっと正常の未熟児を中心に物事を考えられた結果、そういうふうにおっしゃったのはいいかと思うのです。どの子から人間と認めるかという話なんです、ひとつ対比してください。1週間後に心臓病で死ぬとわかっている患者さんは人ですか、人ではないのですか。そうしますと、それと同じような病気を持って生まれてくる子供達は、先生の定義ではどこに入りますか。

仁志田 その1週間は人ですね、たぶん。その人は無脳児ではないですね。

千葉 無脳児ではないと思います。だから、これはわかっているらっしゃると思うのですが、成育するというのが、正常に成育するという言い方をしてしまうと、そのあたりで非常に誤解を生むようなことが起こりはしないかというのが心配です。

仁志田 先生のおっしゃるとおりなのです。いわゆるタイトロープを渡るような言葉であることは重々承知なのですけれど、ただいちばん

最初に言いましたように、連続、不連続という、これは何かきざっぽい言葉ですが、そういう赤ちゃん方に関して、僕らがある判断をするときにも、連続性を考えた上でやるわけです。文学的な表現ですけれども、いつも痛みとか、悲しみを考えながらやる。同胞としてのつながりを感じながらも、でも医学的、科学的データという言いわけと言われようがどうしようか、よりどころに立って線引きをしなければいけないと考えています。

たとえば、非常に具体的な例なのですけれども、ダウン症候群は僕のところでは、みんなとディスカッションしますが、ありとあらゆる治療をします。たとえ大変な心臓の病気があっても、家族に説得して。もちろん家族の意見というのがあります。ただ、18トリソミーはしない理由は、18トリソミーに関して、僕らの仲間うちですけれども、できる範囲のありとあらゆる文献的なことを見ました。そうしたら、5歳になってつかまり立ちしたという症例が見つかりました。それを見てつかまり立ちしたという事例をどう考えるか、という話が出ました。でも、その子供は5歳でつかまり立ちしたというだけで、ソーシャル・コミュニケーションはまったくできていないし、その程度でもいままで何10万人と生まれた18トリソミーの例外的な事例であるということです。私達はそういうディスカッションから18トリソミーとダウンは同等には考えられないと結論しました。ですけれども、その18トリソミーが生まれたときは、やはりみんな可哀そうだと言ったり、いろんなことを言いながら、対応しています。というのは、いま言った連続を知りながら不連続という、何かきざっぽいようですけれども、そういうことなのです。

多田 これは議論をうんとしていただきたいのですが、あまり時間がないので一言だけ言わしてください。私も先生のおっしゃるように、連続、不連続というのがあると思うのです。たとえば18トリソミーでも、死ぬまでは人間ですね。ですから、死の問題が、臓器移植と死というのが混乱していますが、われわれのところも

生命にいつなるかということと、いつ医療をするかということは別だと思えます。先ほど先生がおっしゃった生きているか、死んでいるかという問題は人工中絶の問題とは、別にしないと非常に混乱をするので、これから先生のような影響力の強い方がおっしゃるときには、ぜひそこを区別していただきたいと思うのです。

生まれてきた子供を、その子供が死ぬまで一生懸命われわれが医療をする、その一生懸命という医療には、質はいろいろあると思うのです、先生がおっしゃるようにすべてをやるのか、すべてをやらなくて、苦痛を小さくするような医療をやるのかとか、いろんなことがあると思うのですが、それはみんな生命だろうという気がするのです。Viableというか、さっき心臓が動いている間は、10分後に死ぬかもしれないけれど、やはり生命と考えるべきだと言われましたが、そういう考えかたが一方にあるという気がするのです。そして、それが20週なのか、21週なのか、22週で区切るかということで、先生がおっしゃったように連続の問題がそこにある。その問題と人工中絶をしていいかどうかという問題をからめてしまうと、非常に混乱をするので、むしろ社会の人達に、そこところで議論されたくない気が私はしているのです。

仁志田 誰がそういうディスカッションをする時に、いわゆる科学的データーというか、あるハードデータを提供できるか、そこところが大切な時代になっていると思えます。

多田 そこは先生、ぜひしていただきたいのです。ただ、人工中絶のときの生命を保続するのですか、生命を保続するという問題は、お腹の中に入れておけば生命ではなくて、お腹の中から出てきたから生命になるかという問題では私はない気がするものですから、先生のおっしゃる受卵卵からかどうかは別として、そういうデータはぜひ出していただきたいのですが、現実には、いつ中絶していいかどうかという問題に直ぐからめられちゃうという気がするのです、そのことを承知しておいていただきたいと思うのです。

仁志田 先生のおっしゃるとおりで、人工中

絶の線引きを、ドイツのように生成中の生命まで認めるか、あるいは、とにかく生きて生まれればいいのかというのは、社会が決めることなのですけれども、もしも社会が Viable ということで決めようと言った場合、じゃ Viable とはいつからかと言ったら、一般の人はわからないと思うのです。それを提供するのには僕らだと思えるのですけれど。

V. わが国の新生児医療の問題点

仁志田 どうも、前座みたいのが長くなっちゃいましたが、先生方のお手元にあるのは、これは中野先生が委員の厚生省の母子衛生課が主宰している、「これからの母子保健を考える会」で、「出産後1ヵ月間の母親の育児不安への対応」ということで話題提供しました。要するに産まれてから1ヵ月の間というのは、いまの日本の医療の現状だと、お母さん方はエアポケットみたいなところに置かれているということから、こういう問題が出てきたのだと思います。

そうかなと考えてみますと、やはりそうだと思うのです。小児科がその1ヵ月にタッチしているところは非常に少ないし、産科の先生方もすべての先生が新生児に非常に詳しいわけではない。それでお母さん方は、たとえば本当につまらない、赤ちゃんがシャククリするとか何とかということで、どこに聞いたらいいかというのがわからない。そうすると、お母さんにとっては、これからはじまる母親としての長い育児の第一歩が、大変不安なうちに始まるということは、大変マイナスであろうと思います。子供にとっても人生のいちばん最初の1ヵ月が、不安に思っているお母さんに育てられるのは、やはりマイナスなのではないか。そういうところからこれは何とかしなければいけないのではないかということで、こういうテーマのヒアリングが行われたのだと思います。

表8は、1ヵ月検診時の母親の訴えです。女子医大の小児保健部門で取っていただいたデータなのです。先生方ご覧になりますように、「何だこんなこと」ということなんです。ゲップだとか、鼻づまりだとか、目やにだとか。で

表8 一ヵ月健診時の母親の訴え

(東京女子医科大学小児保健外来, 1985, 4~1989, 6, 577名)	
特に訴え無し	: 194(33.6%)
哺乳・栄養	: 31(5.4%)
量・間隔など(24), 体重増加(7)	
消化器系	: 62(10.7%)
ゲップ・むせる・嘔吐(20), がこうそう(4)便の回数・性状(25), 肛門・ヘルニア・陰嚢水腫(3)	
皮膚所見	: 151(26.2%)
湿疹(149), おむつかぶれ(15), あざ(6)	
呼吸器症状	: 37(6.4%)
鼻づまり(12), しゃっくり・くしゃみ・咳など(25)	
目の所見	: 22(3.8%)
目やに(18), 斜視・明視(4)	
へその所見	: 24(4.2%)
肉芽腫(22), ヘルニア(2)	
整形学的所見	: 8(1.4%)
斜頸(5), 先股脱(2), 内反足(1)	
アトピー・アレルギー	: 11(1.9%)
生活習慣に関する訴え	: 25(4.3%)
姿勢(11), 泣く(6), いきむ(5), 睡眠(3)	
その他(小奇形・小外傷・熱など)	: 12(2.1%)

もこれはお母さん方にとっては、大変大きな不安であるわけです。ですから、ちょっとしたアドバイスがいい結果になるのではないかと思います。

ここで見ていただきたいのは、女子医大の場合には、特に訴えなしというのが1/3あるのです。女子医大の場合には、産まれたあとも、母児同室で助産婦さんがお母さんの訴えに答えているし、小児科医が毎日検診をして何かあったらそのお母さんになんだかんだと説明しているということがあります。

表9は開業の某産婦人科です。数は50名だけですが、ここでは86%の人が何らかの訴えを1ヵ月検診に持ってきている。これは開業の先生のところなので、小児科医は1ヵ月検診のときに、交替で誰かが行くというだけで、あとは病気のときだけ呼ばれて行くというところなんです。あとはほとんど助産婦さんと産科の先生だけなのです。66%と86%が差があるかどうかは、数が違うので別として、どうも後者の

表9 1ヵ月健診時の母親の訴え

(開業産婦人科医院外来受診時, 1989, 初産婦各50名)		
	初産婦	経産婦
特に訴えなし	: 7名(14%)	7名(14%)
訴えの項目総数	: 106	61
哺乳栄養	: 17(16%)	10(16%)
消化器系	: 16(15%)	10(16%)
皮膚所見	: 24(23%)	16(26%)
呼吸器系	: 18(17%)	5(8%)
生活習慣(育児)	: 19(18%)	6(10%)
その他	: 12(11%)	14(23%)

ほうが多いのではないかと思います。また、経産婦でもこれだけ訴えがあるということです。

こういうお母さんの出産後1ヵ月間の育児不安に、どういふふうに対応したらいいかというところで、日本の新生児に関する教育ですけれど、新生児は小児科と産科が両方タッチする分野なので、全国の小児科と産婦人科の大学の教授、教室の主任の先生に、ちょっと簡単な質問をした結果が表10, 11, 12です。

まず、いちばん最初に、「大学における新生児の卒後の教育カリキュラムは」というのは、特にない、あるいは3ヵ月以内といったようにあるのですが、3ヵ月以内はちょっと不十分であると考え、小児科でも半分近く、産婦人科だと7割ぐらひは、大学における新生児の教育はカリキュラムに含まれていない、あるいは不十分であるという結果であります。

次の大学の新生児の卒後教育の施設はどうかということですが、こんな質問をしたら怒られるかなと思ったのですが、みんなゼントルマンで怒りもしないで、ないと答えてくれた先生が小児科で1/3、産婦人科で、これは解答数がちょっと違うのですけれども、やはり1/3ぐらひあるのです。

それから、新生児用病床10床以下というのは、教育には不十分かもしれないですね。そうすると、半分ぐらひの大学では新生児の卒後教育というのは、実際に十分行われていないというのが、日本の現状ではないでしょうか。

表 10 大学における新生児の卒後教育カリキュラム

	小児科	産婦人科
特に定めていない	12(17%)	25(42%)
< 3ヵ月	19(27%)	19(32%)
3~ 6ヵ月	21(30%)	13(22%)
6~12ヵ月	12(17%)	1(2%)
>12ヵ月	6(9%)	2(3%)

表 11 大学における新生児の卒後教育の施設

	小児科	産婦人科
教育に足りる施設が無い	21(30%)	23(38%)
新生児用病床 10 以下	12(17%)	4(7%)
11~19	10(14%)	5(8%)
20 以上	15(21%)	15(25%)
無記載	12(17%)	13(22%)

そこで、前に戻って、1ヵ月のお母さんの育児不安に対応すると言っても、小児科側も、産科側も、もしかしたら助産婦さん以上には対応できないのではないかと思います。そういうところに日本のこの分野の、これから何を考えなければいけないのかという問題があるのではないかと思います。

表 12 は、卒後教育の場所なんですけれども、関連病院とか、その他の母子センター、新生児センターというのがあるので、今後の方針としては、大学というのは、特に国立、官立の場合は、機構上新生児室とか、NICU というのはなかなかつくりにくい環境だとすると、実際にはそういう新生児などをやっているところが大学以外のところ、2/3は大学以外のところだと思うのですが、そういうところは大学とある程度のアクセスはあるはずですから、そういうところとの有機的につながりが、この二つの問題を

表 12 大学教員の新児卒後教育の場所

	小児科(58)：産婦人科(35)	
大学内	(51)	(32)
小児科	48	13
産婦人科	1	11
母子センター	2	8
大学外	(33)	(12)
関連病院	23	8
他の母子・新生児センター	10	4

解決する鍵になるのではないかと考えております。

それから、もう一つの話は American Academy of Pediatrics の小児科医向けのガイドラインがあるのですが、その中には、すでに1970年ぐらいから、出生前小児科指導 (Prenatal Pediatric visit) と言って、産まれる前から小児科の先生が産科の先生といっしょに妊婦さんに会って、産まれたらあなたの主治医はこの先生になるので、何か心配事あったら相談しなさいと言って、産まれる前から何だかんだと、いろんな相談をするのだそうです。

そして、幾つかの文献が出ていて、そういうふうになると、出生体重が大きいとか、未熟児が少ないとか、事故が少ないとか、産まれたあとのお母さんの子供へのアタッチメントが良いとか、いろんなデータが出ています。資料1は厚生省の母子衛生課の方が、日本語に訳して、「これからの母子医療に関する検討会」の資料として提供してくれたものです。米国は一步進んでと言うかこういうふうになっているという、そういう程度に受け取っていただければ結構だと思います。

資料 1

出生前小児科指導 (プレネイタル・ビジット) について

プレネイタル・ビジットは、多くの場合妊娠後期に行われているが、妊娠中いつなされても良い。しかし、できれば両親が共に参加できる時が望ましい。

プレネイタル・ビジットは、妊娠したすべての家庭、中でも特に初産婦、小児科を受診したことのない親、片親、ハイリスクや合併症を持つ妊婦、あるいは多産の妊婦、以前に流産を経験したことのある場合に勧めることができる。

プレネイタル・ビジットの主な目的は、両親に知識を与えることにある。指導は、両親

がどの小児科医を選んだらよいかの手がかりを与える。また、小児科医と会うことにより、その後、両親と小児科医の間に、長期間にわたる支援関係が築かれるきっかけにもなりうる。

プレネイタル・ビジットは、医師にとっては、自分と自分の診療とを紹介する機会となる一方で、両親には医師に質問することのできるよい機会となる。小児科医は両親が、妊娠や仕事、出産、そして、新しく生まれてくる子どもについての興味関心や、心配、あるいは期待が表現できるように、両親の気持ちを和らげることができる。また、小児科医が、両親の質問に注意深く対応することにより、個々の小児科的ケアを行うに当たっての相互評価と正しい理解を得ることができる。

<情報の収集>

■すぐに自ら質問をしてくる親がいる一方で、必要で基礎的な情報は与えてもらえるものと認識している親もいる。

一般的に両親がしてくる質問；

—母乳と人工乳のそれぞれの利点は？

—母乳を与えることができないとどうなのか？

—家や病院で、母乳の授乳を助けてくれる人がいるだろうか？

—どんなやり方をするのが最もよいのか？

—男の子であれば、割礼をすべきか？

—どのようにして、医者と連絡を取るのか？

—どのような時期に、どのくらいの頻度で来院すればよいのか。診療時間は、電話を受け付ける時間は、費用は、緊急電話相談体制はどうか？

(こうした情報の多くは、診察案内のパンフレットに載っているだろう)

■小児科医によって問われる質問。家族からなされた質問によって、家族の様子が窺えるが、より多くの情報を得るために、医師の方から質問を行う。

—今回の妊娠はあなたにとってどんな調子ですか？

—妊娠したことはあなたにとって好都合でしたか？

—子どもを持つとあなたの生活は変わると感じますか？

—あなたは、自分が育てられたように子どもを育てると感じますか、それともいっぴりか違った育て方になるのでしょうか？

—赤ちゃんの世話についてこれまでにどんなことを学びましたか？

—あなたは、母親学級に出席していますか？

—あなたは、仕事にもどるつもりはありますか？

—子どもが、男の子だったら、割礼をどうするかは決めておられますか？

—特に何か心配事や悩みはありますか？(一般的に、言葉には出さないが子どもが奇形や障害を持っていたら、という心配は多くの母親が持っている。)

■質問用紙で行う質問。以下に掲げる質問は、簡単な紙に印刷しておき、問診の前に待合室で親に書いてもらうことができるぐらいの短い質問である。

—家族構成

—家族の健康状態

—結婚の態様、教育的な背景、両親の職業

—家族の既往歴(例えば、高血圧、鎌状赤血球病、冠動脈性心疾患、精神疾患等)

—過去の妊娠の結果

—家族にとって、こうした支援を受けることの容易さ、自然さ。

<想定される指導内容について>

(下記の事項のいくつかはパンフレットに掲載することができる。)

■親に、病院で行われる処置について心の準備をさせること。

(出産後、子どもから離されることや、子どもに目薬を注すこと、足の裏から血を採取すること等)

■親に、赤ちゃんの扱いについてアドバイスをすること。

—おむつなどの用品やベッドなどの準備は出来ているか確認する。

- ベビーベッドの安全性について話し合う。
 - 張り板の間は8~11 cm 以下
 - 心地よくフィットしたマットレス
 - 上の子どもに対する必要な準備について点検しておくこと。
 - 2人目の赤ちゃんの世話をする間、上の子をどうするかについて話し合う。
 - 母親が入院したときの上の子の面倒をどうするかを確認する。母親と離れる時のために、上の子を世話するための準備をしておくことを勧める。
 - 上の子は、トイレのしつけに当たって退行を示すことがあることを指摘する。
 - 上の子が訪ねてきたときの病院でのきまりについて話し合う。
 - 子どもの誕生によって変わるであろう実族内の人間関係に対して準備をしておくこと。夫や妻としての役割と父親、母親としての役割の間でのバランスを取っていく必要について話し合う。
 - 妊娠中の薬の服用や薬物治療が与える影響について話し合うこと。
 - 妊娠中にはたばこ、薬、酒をやめることを強く促す。
 - 家族内の他の大人にもたばこをやめるよう促す。他人の吸ったたばこの煙で起こり得る呼吸器の問題について注意する。
 - 妊娠に対するその他の薬物治療が及ぼす影響を点検する。
 - 割礼についての賛成、反対を確かめておくこと。この方法に伴う危険と利益とについて話し合い、家庭内で意見統一をしておく必要がある。
 - 食餌のさせ方について話し合うこと。母乳で育てるのか哺乳ビンで育てるのかの決定は出産の直後ではなく、出産前にしておくことが最も望ましい。
 - 2つの方法について論じあい、母親の選択を尊重すること。母親が母乳による方法を選択するならば、乳房の準について話をする必要がある。
 - (アメリカ小児科学会の母乳保育についてのパンフレット、「愛の贈り物」を参照)
 - その地域で母親教室があれば、それへの参加を勧めること。
 - もし可能ならば、一緒に部屋に住むことについて話すこと。
 - 自宅へ帰るための準備を整えること。母親が家へ帰ったときの家事や上の子の世話の分担について計画を立てること。
 - 車の安全固定器具の重要性を強調すること。退院の際には安全な座席を用意しておく。(アメリカ小児科学会の資料、「いつでも安全な運転」を参照)
 - 家の中の安全を確保すること。煙探知機や消化器を備えることの重要性を両親に徹底する。
- <最後に>
- ほかに疑問点や聞いておきたいことがないかどうか確認する。
 - 出産時に、小児科医に状況を報告することを頼む。
 - 祈りと、心からの祝福を送る。

出典 Guidelines for Health Supervision II
Committee on Psychosocial Aspect of
Child and Family Health, 1985~1988
American Academy of Pediatrics

多田 いま仁志田先生からいろいろなお話しいただきましたことについて、どなたかご質問なり、コメントなりがございませうでしょうか。

小川 母親の不安に関することですが、これはご承知のように、私が主任研究をさせていただいています、乳児、新生児の生活管理の在り方に関する総合的研究の中の大西班でこれを取

り上げてもらってしまっていて、乳児から新生児のほうに向かっていってしまっているのです。その中で同じように問題になっているのです。たとえば、黄疸が続いている場合に、果たしてどういう不安があるのかどうかとか、あるいは母乳栄養の場合に、母親が風邪を引いたときに、薬剤を飲みたいけれども、それは誰に相談に行

っているのかとか、そういうことをいまちょっと分析してもらっているのです。

それから、いま巡回している助産婦さんが市町村にあります、その人の役割りの問題とか、あるいは保健所に果たしてそういう母親の訴えが行っているかどうかとかです。これは不思議なことに、母乳栄養の母親が薬剤を飲んでいいかどうかというのは、小児科医には質問がほとんどないのです。いちばん答えられそうな小児科へは相談がない。これをいかにすべきかということも考えてもらっています。

これはおそらく、来年の最後に多少の指針が出るのではないかと考えています。それをちょっと追加させていただきます。

それから、あとのほうのプレネイタルピジットですけれども、これは私の子供が20何年前にアメリカで産まれておりますが、そのときから、たしか産まれる前に、これはお金があって、プライベート・ペイシエントの場合ですが、この場合には産まれる前から、小児科医を決めて、そして産まれたら当然、その小児科医が直ぐにニューボーン・チェックをやる。ということは昔からやっていました。

それはプライベート・ペイシエントで、そういうことのできる余裕のある人はいいでしょうけれども、アメリカでいまいちばん問題なのは、プライベート・ペイシエントになれないような方が大勢いることで、それで、アメリカの新生児の全体としての医療が悪いのだろう、日本より落ちているのだろうと思っています。

藤村 一つだけ先生のお考えをお聞きしたいのですが、いまの患者のことなのですが、1ヵ月検診まで誰が診るかという発想ですが、そのあとはどうなのでしょう。日本のお産というのはいろんな場所でやりますね、総合病院とか、産婦人科とか、普通の産科の専門の開業のところとか、それから母子医療センターとかです。特殊なところはちょっとはずして、たとえば小児科医も、産婦人科医もあるということになると、総合病院になると思うのです。そういうところで産まれた正常な赤ちゃんは、先生として、これからの母子医療はどうあるべきかという視

点から考えて、誰が診たらいいのでしょうか。

仁志田 現実には、1ヵ月検診はほとんど、お母さんといっしょに産科の先生のところに行って診てもらっています。最近のデータは知りませんが、61年の白書だと正常の新生児の8割は1ヵ月検診は産科の先生です。お母さんが1ヵ月検診に行くから、そのときに診てもらおう。2ヵ月になるとそれが逆転して、8割ぐらいが小児科になる。

現実とはそうなのですが、私は小児科の立場ですから、小児科の専門というのは発育、発達です。あれだけ急激に発達していく新生児・乳児は誰が専門かと言えば、小児科ですので、小児科が診たほうがいいと思います。

ただ、私がいま申しましたように、日本の現状で、小児科の先生方で、新生児を周産期として診ている産科の先生方からの、「専門医として診てくれ」というリクエストに応えることができる人がどのぐらいいるかです。理想としては、プレネイタルピジットからはじまって、産まれる前から各々の専門家が、人生のいちばん大切な、母親になる、子供になるところを、いちばんいいスタートをさせてやるのがいいと思うのです。その次はそこまでいかなかったならば、産まれたあとの1ヵ月後、あるいは新生児期からいっしょに診るのがいいと思いますし、どっかでバトンタッチするにも、いっしょに診るのがいいと思います。

ただ、いまの現実では、先ほど言いましたように、日本の大学の半分が新生児を教育してないわけですから、産科の先生が診ても、小児科の先生が診ても変わらないと言われれば、僕も反論できないと思うのです。

藤村 このことで時間をとるつもりはないのですが、ちょっとすれ違っているのです。私の発想では、小児科医が勤めている総合病院の小児医療というのは、GPの小児医療と違うのではないかというのが、やはりあると思うのです。その位置付けを少ししてかからないといけないと思います。

僕はGP、ペリナトリクションという人が、正常児を乳児期からちゃんと診るということに

して、1ヵ月検診をバトンタッチのつなぎとして位置付けるというのが必要だと思うのです。ですから、公的な総合病院における小児医療の在り方、つまり育児相談をやっていますね、その病院で産まれた子だということで、そして風邪を引いたのを診て、たまには肺炎を起こしたヤツを入院させてという、そういう在り方を今後も続けていくのか。つまり日本的な、病院と開業の先生がまったく任務分担なしの医療を続けていくのか。それとも正常児の育児相談は保健所なり GP に病院から移して、病院の外来には乳幼児疾病という形で診てもらおうほうがいいのか。そのへんは直接関係ないのですが、これからの母子医療でうちも悩んでいるし、位置付けしないといけない点なので、よろしく申し上げます。

仁志田 手前味噌みたいですがけれども、僕のところには山口規容子先生がチームをつくって、フォローアップの専門をしています。そういうフォローアップの専門家が絶対出てくるべきだと思うのです。

それから、次の理想は、いま藤村先生がおっしゃいましたように、日本の小児科というのは、オルガン・スペシャリストが多いのです。ですから賢臓、心臓、内分泌なんかの専門家が多いのですが、GP としてのトレーニングが非常に貧弱なのです。アメリカの小児科医は GP です。ですからアメリカでファミリー・フィジシャンの中心は小児科医なのです。その小児科医もだんだんオルガン・スペシャリストになってきたので、いまファミリー・フィジシャンというのが、もう一つできたところなのです。

ですから、先生がおっしゃられたように、いま子供が大きな病院に行っても、育児相談のためだったらいいケアを受けているとは思いません。心臓が悪くて行けばいいケアを受けていますけれども、1ヵ月検診では心臓の専門家が忙しくてたまらないのに、嫌だ嫌だと言いながら、義務だから週に1回、育児相談をほんの1分か2分で1人を診るわけです。その程度の質しか提供してないと思うのです。それからそういうトレーニングができてないから、提供できてな

いと思います。

多田 中野先生続いてお願いします。

中野 いまの議論は少し置いておきまして、私は先生のおっしゃったことに関連して、二つだけ申し上げたいなと思って立ち上がったのです。

一つは、プライマリーケアの欠如だという言葉に置き換えて、先生はおっしゃるべきであると思うのです。つまり、小児科の医師がいいのか、産科の医師がいいのかというクエッションが、いま目の前にあって、その選択を議論するという舞台では決してないのです。ファンクションが必要であって、それは人かもしれないし、物かもしれないし、機構かもしれない。そして、じゃ何を支援するかという具体的問題も沢山上がると思います。先生もおっしゃるように、この8割、9割までは、医療の対象ではないのであって、指導とか、保健の対象なのです。そうするとどういうふうのリファランスするのがそれぞれもっとも都合がいいのか、これが欠損しているという、こういう問題と置き換えて議論していただくというのが、もっとも落ち着いた議論になるだろうと思います。

私は藤村先生がおっしゃったプライマリーケア、あるいは GP というのは、同じような視点だろうと思います。私はそれは大事な点だろうと、まず最初に思います。

それからもう一つは、委員会の場でいろいろ話がありましたので、そのことについては申し上げませんが、育児不安等を考えますと、お母さんを対象とするというのも結構ですし、何か問題を持っている児を対象にするというのでも結構ですが、産まれてからあとですと、医療なり、保健なりというイメージを伴った対象がそこにあるわけです。ところがプレネイタルビジットの場合に誰が何に対して、働きかけるかということになりますと、これは混沌といたします。すなわち、保健の対象は存在していると思います。少なくとも母は。では児は保健の対象とたり得るかということ、ここでもうあいまいとしています。まして医療の対象の児はいない。それから母でも特定な病的な状態というふ

うに認定されましたら、その時間だけ必要な医療というボリュームに対して、医療の対象としての認知が行われる。こう理解しております。

ですから、対象の認知をわれわれがしないまままで、プレネイタルビジットはまずないのだと思います。それから手を付けるべきことがもう一つありはしないか。

以上、2点だけ申し上げます。

仁志田 中野先生のおっしゃった最初の部分は、いまディスカッションがあったとおりですし、あとのほうの部分は、本当に胎児とか正常新生児に関してはカルテもないし、医学管理をしても正当に評価してもらえないわけですね。ですから、プレネイタルビジットという、そういうケアをプロバイトする場合も、医療側も含めて何も今のところは手がかりとなるものがないということをもまず考えないといけないということです。

多田 藤村先生が提起してくださいましたような問題は、仁志田先生がおっしゃいましたように、特殊なところで、特殊な先生がやってくださる部門はぜひ必要なんですけれども、全部の子供が対象になる、その部分をどうしなければいけないか、という部分としての議論をしていったときには、ものすごく大事な問題だと思うのです。周産期のシステムを考えるときにはいちばん欠けているところなんで、重症なNICUでの治療をやるというのは、比較的ある意味では整理しやすいのですけれども、そのディスカッションができるところというのは、この場しかない。先生方、産科と小児科とが協力して何をするかという問題をやる上での、この場しかない気がするのです、いま仁志田先生からご提案をいただいた、あるいはこれだけブアなのをどう直していこうかということを考えながら、システムを変えていくというのを、引き続きぜひ検討していただきたいと思います。きょうは時間の都合のおありの方もありますので、一応これでこの問題は、今回の仁志田先生の問題提起ということで、終わらせていただきたいと思います。

仁志田先生どうもありがとうございました。

この問題はぜひ次からもまた、先生方ともご相談してある方向を出して、直ぐには決まらない問題だとは思いますが、検討していただきたいと思います。

VI. 周産期医療システムとしての搬送の現状と問題点

多田 それでは、きょうの最後のテーマになります、新生児を含めた搬送の問題に入らせていただきます。これは新生児ではなくて、母体も問題になると思いますが、資料にございますのは、柴田先生の新生児、未熟児の問題であったので、未熟児、新生児の搬送として資料をお配りしてございます。搬送について、先ほど野口先生からちょっとご指摘がありましたように、具体的に厚生省に何をしてもらおうかということを含めた議論を時間がある間、十分ありませんけれど、させていただきたいと思います。

柴田先生の論文を配らせていただきましたので、一言柴田先生にこれについてご解説というか、ちょっとご説明をいただければ幸いです。皆さんの共通の基盤として頭に置く基礎にさせていただければと思います。よろしくお願いたします。

柴田 これは、先ほどの石塚先生が調査されました資料を基に、搬送しておるという施設に対しましての、5年前の成績でございます。このデータをお取り上げいただきましたことを感謝しておりますけれども、ちょっと古いわけです。それと同時に新生児だけということです。この研究班の先代の研究班のときには、何回も何回も私はトランスポートのことにつきまして、お話をさせていただきました。しかしそのときは、私自身の行っておるものだけをお示したわけですから、その当時もこれは持っておりましたが、それについてはお話しはできませんでした。そういうようなものをこれはまとめてございますが、ちょっと古いものですから、もう忘れかかっておるところもございます。

表1はハイリスクの新生児の搬送はどの時代からなされておるのであるかということ、いろいろ調べてみたものでありますが、古くか

表1 ハイリスク児の搬送開始年代(数字は、施設数を示す)

	新生児救急車	病院救急車	病院一般車	消防署救急車	ヘリコプター	計
昭和34~41年(8年間)	1	2	1		1	5
昭和42~51年(10年間)	3	8	1	7	1	20
昭和52~56年(5年間)	9	14	2	35	1	61
昭和57~61年(5年間)	10	16	8	36		70
合計	23	40	12	78	3	156

表2 ハイリスク児の搬送可能な時間帯(数字は、施設数を示す)

	新生児救急車	病院救急車	病院一般車	小計	消防署救急車	合計
24時間常時	22	18	3	43(57.3%)	56(71.8%)	99(64.7%)
24時間常時 (休日・時間外は、 消防署救急車)	1	5	2	8(10.7%)		8(5.2%)
条件付(医療サイド)		2	1	3(4.0%)	11(14.1%)	14(9.2%)
24時間(運転車)		2	2	4(5.3%)		4(2.6%)
条件付					3(3.8%)	3(2.0%)
24時間(消防署)						
通常の日勤帯		13	3	16(21.3%)	7(9.0%)	23(15.0%)
その他			1	1(1.3%)	1(1.3%)	2(0.7%)
合計	23	40	12	75(100%)	78(100%)	153(100%)

らおやりになって見えます、聖マリアの橋本先生なんかにおうかがいしたのですが、橋本先生のところは文献がないのです、いちばん最初のころのものは、ペーパーになっていないものですから、それを探すことはできませんし、個人的にはおうかがいはしておりますけれど、ここには載せてごさいません。

そういたしますと、昭和34年にヘリコプターではじめて運ばれているのが第1例のようです、わが国では。それでこういう年代ではじまってきた、と。この研究班の曾祖父の時代に当たるような研究班、それは昭和50年から51年ごろだと思いますが、そのころからいろいろな施設で行われるのが増えてまいりまして、昭和57年からはまたさらに増えてきている。それで、昭和52年から56年の5年間、それからその次の5年間、そしてその前は10年間、その前は8年間というように区切ってみたのですが、そうするとそのような動きになっています。表2で問題

になりますのは、新生児救急車でやっておられるところは、常に24時間搬送ができるわけですが、病院救急車とか、病院一般車の場合を見ていただきますと、いろんな条件付けでもって24時間搬送はできないというところがあるわけです。せっかくおやりいただくのであれば、常にやっていただくということが、必要ではないかと思ひます。

そして、合計で156の施設です。153になって3つ違ってきますね、計算が間違っているのか。ちょっと記憶がごさいません。

これらの搬送をしておられるところで、誰が搬送に当たられるかということが問題です。それは表3に書いてあります。総体的に眺めてみますと、看護婦さんがなかなか乗ってくれない。これは看護婦の数が足りないからだろうと思ひますが、しかしそこに書いてありますように、23施設は必ず乗っておられます。そのくらい努力をしておられるところもあるようです。

表3 ハイリスク児の搬送にあたる医療職

	新生児救急車	病院救急車	病院一般車	消防署救急車	ヘリコプター	計
必ず Dr. & Nr.	8	7	1	6	1	23(14.7%)
原則 DR. & Nr. 時に Dr. のみ	5	12	4	18	1	40(25.6%)
原則 Dr. のみ時に Dr. & Nr.	6	8	2	16		32(20.5%)
Dr. のみ	3	5	3	32	1	44(28.2%)
Dr. or Nr.		3		2		5(3.2%)
原則 NR. のみ必要時 Dr. & Nr.	1	3	1			5(3.2%)
原則 Dr. & Nr. 時に Nr. のみ		1	1	4		6(3.8%)
Nr. のみ		1				1(0.6%)
合計	23	40	12	78	3	156(100%)

表4 ハイリスク児の搬送中に行い得る治療・検査(数字は、施設数を示す)

搬送中に行い得る治療・検査	新生児救急車	病院救急車	病院一般車	消防署救急車	計
治療(保温・人工換気など) tcPO ₂ Monitoring 血液 pH/ガス分析	3	1			4(2.6%)
治療(保温・人工換気など) tcPO ₂ Monitoring	9	2		3	14(9.2%)
治療(保温・酸素のみによる人工換気) tcPO ₂ Monitoring		1	2	3	6(3.9%)
治療(保温・人工換気など)	10	7		3	20(13.1%)
治療(保温・酸素のみによる人工換気)	1	29	10	69	109(71.2%)
合計	23	40	12	78	153(100%)

表5 ハイリスク児の搬送に関する調査結果(数字は、施設数を示す)

	新生児救急車	病院救急車	病院一般車	消防署救急車	ヘリコプター	計
昭和60年に、搬送例 有	21	35	11	74	2	143
昭和60年に、搬送例 無*		3 (1)	1 (1)	2	1	7 (2)
昭和61年に、搬送 開始	2	2		2		6
搬送実施施設	3	40	12	78	3	156

* ()内、昭和60年には、搬送中止としてよい施設

それから、表4にハイリスクの新生児の搬送中に、どんなことが行えるだろうかというふうにまとめてございますが、これは搬送中に使用できる医療機器にどんなものがあるかという問い合わせから、判断をしたものであります。いちばん上が、我田引水かもわかりませんが、

要するにモーバブル NICU というのは4台です。それから tcPO₂ のモニタリングが行うことができるというものですが、そういう場合には、その結果でもって投与酸素濃度が十分に管理できるというところであります。その次は tcPO₂ のモニタリングが行えますけれども、

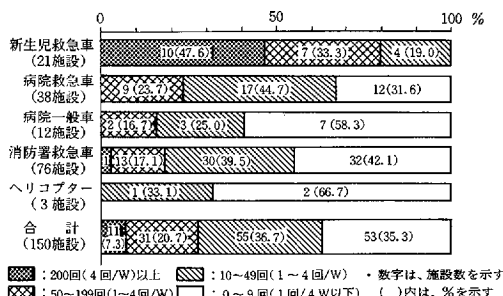


図1 ハイリスク児の搬送回数と施設数 (昭和60年)

酸素しか持っておりませんというところ。そしてあとはそんなような分類になっております。

それから、昭和60年にどの程度搬送をされたかということ。何回搬送に出かけたかということが、表5と図1に書いてあります。年間搬送例が0から9回というところが、集計をしてみますと35.3%あります。こういうところも一応アンケート調査をいたしますと、搬送しておるといってございますから、こういうところになります。

どれ位搬送するのがいいのかということは問題がございましょうが、1週間に1回から4回、年間50から199回、および年間200例以上というところ、その両方を合わせてほしい1/3ぐらいです。

次は搬送例がどの程度あったかということですが、昭和60年1年間にわが国全体で表6に示したように8,353名が運ばれています。そして搬送中にどういった診療内容であったかということ、人工換気を中心にしておうかがいしたのですが、答えをちょうだいいたしましたのは、全体ではございませんが、8,353例のうちの7,387

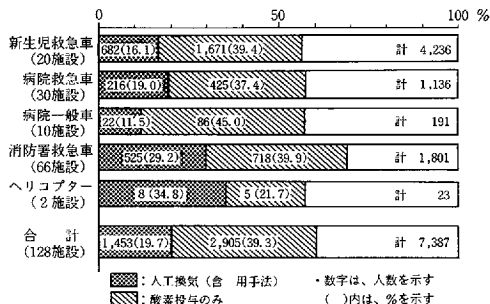


図2 搬送例の搬送中における診療内容 (昭和60年)

例について結果がわかっています。それが図2であります。搬送中に人工換気が行われておりましたが、合計で20%ぐらい、酸素投与が行われておりましたのが40%ぐらいであったということです。

そのようなことがここに出ておりますが、問題といたしましては、それぞれ搬送をしておられますけれども、運転要員の確保などの問題に、各病院ともご苦労されておることがアンケートの内容からわかっております。また搬送中に酸素投与とか、人工換気が行われましても、十分な管理ができない、あるいは体温などに非常に苦労するのだというようなお答えをちょうだいしております。

また、次の資料はこれを基にしまして、調査をしたものでございます。図3を見ていただきますと、これは搬送されておりました150施設のうちの、年間の搬送が104例以上というところ、52例以上というところ、両方に印をつけてあります。四角のマークをしてありますのが、年間搬送が104例以上です。というのは週に2回以上ということです。そういうところが取り出してございます。そしてそれぞれの救

表6 昭和60年(1年間)に搬送されたハイリスク児

	新生児救急車	病院救急車	病院一般車	消防署救急車	ヘリコプター	計
全搬送例数	4,747	1,252	266	2,065	23	8,353
施設数	21	35	11	74	2	143
搬送中の診療内容の判明した例	4,236	1,136	191	1,801	23	7,387
施設数	20	30	10	66	2	128

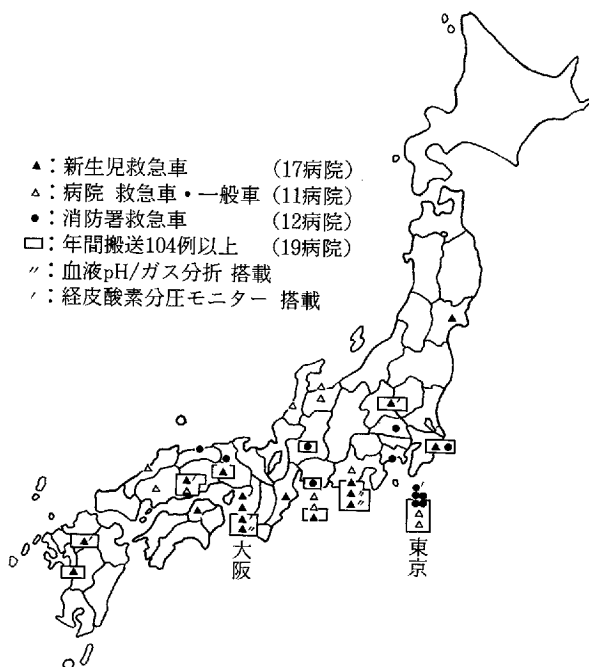


図3 1985年1年間の搬送52回(1回/W)以上の病院分布図

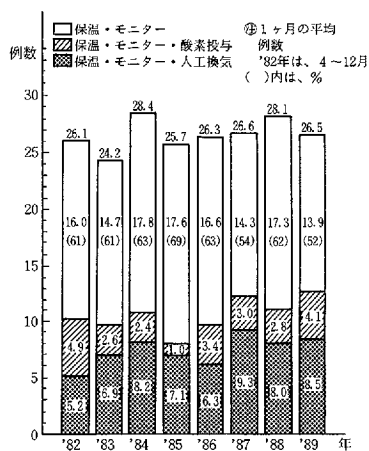


図4 新生児救急車で搬送した例の搬送中の診断内容と例数

急車がどんなふうかということです。これは検査技師のために短波での放送を頼まれたものですから、そのときにまとめを変えてみたものです。

図4を見ていただきますと、私どもも8年間だいたい地域を網羅しておりますが、これは

1ヵ月平均何例運ぶかということで、1982年から1989年まで書いてございますが、1ヵ月平均運ぶ数はほとんど変わっておりません。そして、そのうちいちばん下の斜線の部分が、人工換気が必要としたもの、その次が酸素投与を必要としたものにマークが入っております。約半分まではまいりません。1/3強にそういうことが必要であったというデータを示しております。

私どもの搬送はインキュベーターではやっておりません。すべてラジアント・ヒートベッドでやっておりますから、中での操作が非常にしやすいわけです。

図5は超未熟児と極小未熟児について体重が250gで区分してございます。そして分娩に立ち会った場合と、立ち会わない場合の、初診時の体温です。これを見ていただきますとわかりますように、分娩に立ち会ったものは、保温が十分になされております。ただ、生まれてから何時間後にそこに到着したかということが、全部は調べてありません。またそれをやりますと大変になってまいります。とにかく出生して

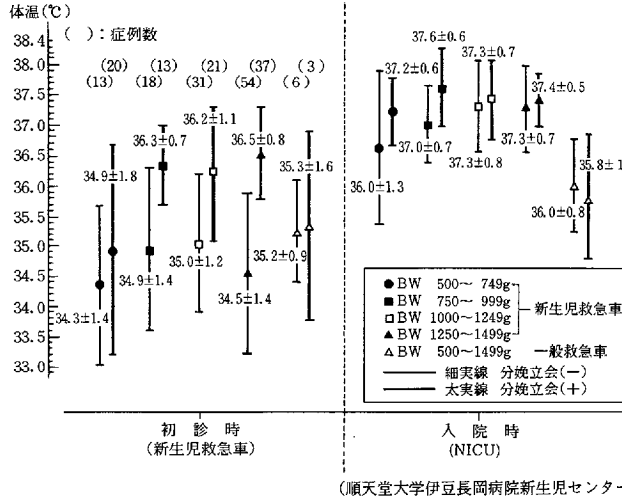


図5 超・極小未熟児の搬送による体温の改善 (全搬例, '82.4~'88.3)

新生児救急車での搬送例: 搬送中の保温は輻射熱利用のラジアントヒートベッド
 一般救急車での搬送例: 搬送中の保温は対流利用のダブルウォール搬送用保育器

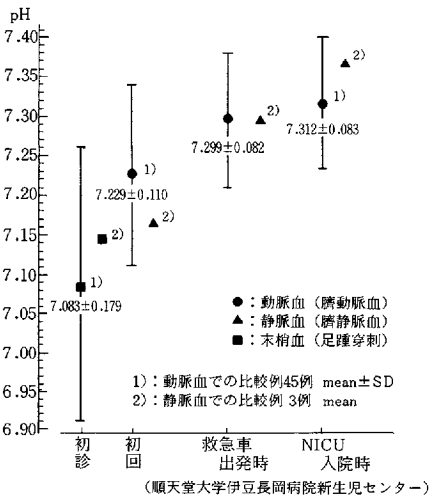


図6 胎便吸引症候群の搬送による pH の改善 (NICU 搬送入院例, '82.4~'88.3)

しまったあと初診したもの、こういうものは産科の先生方へお願いはしておりますが、低体温の子供が多いのです。ただ500gから749gの範囲、超々未熟児などという言葉を使っておりますけれど、そういう場合は分娩に立ち会いますが、やはり低体温になってる。こういうようなものがすべてNICUに入院してまいります

すとき、ラジアント・ヒートベッドで楽にやっています。もちろんトランスポート保育器でも、湯たんぽを使ったりなんか努力すれば結構だと思いますが、私どもはそういう努力はいたしておりません。それがすべてノーマルのレンジになっているということです。

それから、なぜガス分析が必要か。そんなものぜいたくだと、よく皆さんはおっしゃいます。しかし私どもには胎便吸引症候群と診断したものに付きましてまとめたのが図6でございます。初診と書いてありますのは、これはヒールパンクチャによる血液であります。pHの平均が7.083 ± 0.176で、大変な酸欠症です。初回と書いてありますのは、これは動脈血が得られたときです。そして徐々に、救急車を出発させるまでに、手当てをしておりますので、良くなってまいります。NICUに入ってまいりましたころには、大変良くなってまいります。こういうことを申し上げたかったわけです。ですから、そういうフル装備の救急車が非常に重要であろうと私は考えております。

最後の図7は、これは毎年私が出しております。皆さんから大変ご批判をいただくこともございますが、しかしせつかく下がった地域の

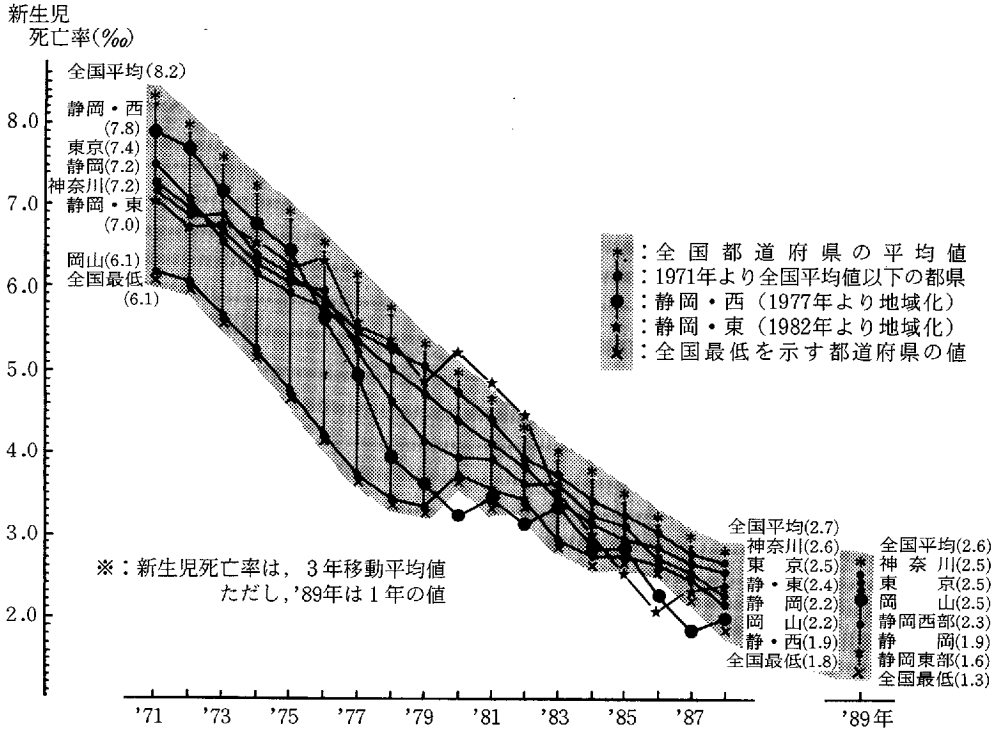


図7 都道府県別にみた新生児死亡率の改善

全国平均値、全国最低値および1971年より全国平均値以下を維持している都県（Aグループ）の成績とわれわれの搬送を含めた新生児医療体制の整えられた二地域の成績

新生児死亡率が翌年上がったのでは、大変私は心配をいたしますので、毎年、毎年、これはデータが出ますと、注意深く直ぐ計算をしております。静岡県としては直ぐ出てまいります、中部、西部、東部と分けてまいりますと、衛生統計には直ぐ出てまいりませんので、衛生部から特別にちょうだいいたしまして、見ておりますと、西部地域におきましても、東部地域におきましても、こういうふうに下がってきています。これは一つの事実でございます。

なお、このほかの細い線は、この研究班の曾祖父ぐらいの代に当たります先ほど申し上げました研究班で小川次郎先生が、各都道府県の新生児死亡率の推移をいろんなふうに分類されております。そのときにA群として、平均値以下を示す都道府県が沢山ございましたが現在では、それを以後ずっとつないでまいりますと、そこに書いてある都道府県のみになってしまう

たということは、非常に残念と言っていいのか、あるいは全国各地のレベルがむしろ逆にひっ付いてきたのではないかという気がしないではないのです。この研究班か、前の研究班に出しておきましたが、いいところと悪いところの開きが少なくなってきました。それは事実でありますから、全体のレベルは大変に良くなっているということでもあります。

以上でございます。

多田 ありがとうございます。ただいまのご説明に関して、何かご質問があればお願い致します。

よろしゅうございますか。

それではディスカッションのほうでまた、お願いしたいと思います。

だいたい新生児の現状というのは、こんなものだろうと思います。この5年間でまた新しくなったところを、柴田先生にご調査いただける

のだと思いますが、非常に重装備のきちんとした新生児救急車でやっておられる施設と、何とか工夫してやっておられる施設とがあるのだらうと思います。そこで、これを皆さんのディスカッションの基礎としていただきたいと思うのですが……。

柴田 一言だけ追加させてください。

私どもの救急車は3,500万円かかっておりました。しかし、8年間使ってまいりますと、大変くたびれてまいります、エンジンもアップアップしておりましたので、困ったな、来年あたりにはひとつ予算をもらって、買っていただくと思っておりましたところ、たまたま、これは私どもの病院とはまったく関係がございませんが、順天堂大学の総務局長さんがおられまして、その方がいろいろご尽力をされて、その方は救急車を1回も見ることがないのですが、助成金を宝くじ協会からちょうだいすることができたのです。それは私が直接訴えたわけではないのですが、そういうふうにして予算を取っていただきました。これは大変ありがたかったと思って、非常に感謝しております。そのことだけ付け加えさせていただきます。

多田 いいものをまた入れていただくということは、大変大事なことだと思うのです。しかし、できるところと、できないところがいろいろあるものですから、きょうはできないところも最低限どこまでやろうかということ、ご議論いただきたいと思います。

なお、母体搬送のことも、搬送の問題だと入れないといけないと思うのですが、母体搬送のためには何か特殊な道具とか、器具とか、施設とかは、どんなことが問題になるのかということ、産科の先生方にご意見があれば、コメントをいただきたいのですが。いまの体制でいいのか、あるいは何を整備したらいいのかということですね。

神保 母体搬送については、新生児搬送ほど綿密なシステムと、いろんな規格と言いますが、そういったものが整備されないままに、母体搬送がいいですよということを言ってきて、現在にいたったというのが、実情なんです。

たとえば、受ける側の施設そのものをまず考えても、どこに運ぶかと言っても、NICUの場合は、NICUはこういうものが規格ですよということで、非常によく規格と整備がされてきた。しかし母体搬送の場合、受け入れ先というのは、大学病院とか、三次センターと言っていますけれども、たしかに誰が見てもセンターであるところならいいのですが、たとえば香川県を見ても、2/3ぐらいの病院は、県立中央病院にまず母体搬送します。だけど県立中央病院には医師が4人しかいなくて、外来も手術も妊婦外来も全部やっているわけです。それが本当にセンターと言えるかです。そしてお産は1,000やっているわけです。だから、そういう人が来たら迷惑至極なわけです、受け入れ先としては、

だから、三次センターとはどういう病院を指すのかということが、PICUとか言っていますけれども、実際的にはその規格がされていないというのが、産科側の一つの大きな問題点だと思います。その結果母体搬送、母体搬送とこの6年くらい、私どもはいろんな集計をしてきたわけですけれども、奇しくも柴田先生が以前指摘されましたように、母体搬送とか、新生児の医療でもいちばん問題なのは、二次病院だということですね。要するに二次病院というのは、ほかにも出さないし、受けとりもしない。そしてその成績がいちばん悪い。そういう成績をいつかお出しになりました。産科の場合もまったく同じなのです。私どもも実際三次センターをやっている、送られてくるのは中級の病院より、二次病院よりはむしろ、診療所から送られてきます。

だから、そういったネットワークそのもの、あるいはそこに勤めている人達の意識、そういったものが母体搬送ではまだ不十分過ぎる。それがいちばん問題なので、母体搬送のシステムは救急車を呼んだり、タクシーを呼んだり、あるいはその産科の先生が看護婦を付けて送ったりして、それでもある程度間に合うことが多いものですから、それでいいのですけれども、むしろそういった概念というか、規格とか、そういったネットワークの意識ですね、むしろそ

れがいちばん遅れているのではないかと考えます。

もし、今後の方向で母体搬送のことをよりやろうとすれば、そのへんのことから、私どもがもう1回見直さなければいけないのかなというふうに感じている次第です。

多田 今回の調査でも母体搬送というのがものすごく多くなっておりまして、各先生のところはそれだけ努力しておられるので、そろそろシステムとしての整備を提案していかないといけないのではないかと思うのです。

柴田 私も新生児搬送、新生児搬送と言いますから、ちょっと誤解があるといけませんので、一つ付け加えさせていただきますのと、それから母体搬送にばかり頼ってしまうと、困るのではないかということの2点についてちょっと述べたいと思います。

きょうのペーパーを見ていただければわかりますように、私も早期産とか、他でも胎児管理がいちばん重要だと思っていますので、あくまでこういうシステムは、私どものようにそれこそ産科の十分な施設がないような地域では、開業の産科の先生も沢山おられるわけですから、そういうものを私どもが搬送しておるという立場で述べさせていただいております。

また、これだけやってまいりますと、早期産が相当助かるのだということ、そしてそういうものの母体搬送が必要だということで、最近では非常に若い26週以前ですと、胎児管理をお願いしますと、まず開業の先生のところに行くことはほとんどありません。あるレベルの産科のほうに行き、そこへほとんど集中的に運びに行っているというデータが、これは間もなく出ると思います。まだいまは持ち合わせておりません。そういうことを考えて、母体搬送は非常に重要だと思っています。

そして先生が言われるように、今度は受け取る側の病院が問題ですが、もう一つ私がいちばん心配いたしますことは、先日の未熟児新生児学会でも発表があったのですが、ある県で母体搬送を大変強く言われますと、母体搬送で引き受けたところ、産科のほうは十分引き受けられ

るけれど、引き受けて小さい子供が生まれると、その小児科で治療がなされてしまって、せっかくその地域には、立派な三次 NICU があるにもかかわらず、そこに行かないわけです。その先生のご発表は、これではいけないのだ、だからこれからは小さいものは三次に送りますという趣旨のご発表でしたから、私は食い付きませんでした。そういうことが今度逆になってくるのではないかと、懸念いたします。それを一言加えさせていただきます。

多田 そこらへんについて、どなたかご意見がございせんか。先ほどの神保先生のご意見も含めて。

末原 (大阪府立母子センター産科) 母体搬送というのは、総論的には未熟児出生に関連した母体搬送はかなり浸透してきて、むしろいまは新生児仮死の関連のところの問題であるというふうなことですけれども、母体搬送というのは、いろんなものが含まれています。その中であらかじめもう少しまくすれば、そういう救急でなくて一般の搬送車や、自家用車などを使って、あらかじめ搬送されるものもあるでしょう。あるいは突発的にどうしても、早産なり、そういうものが発生したときに、より理想的な形で搬送されるということがもっと追及されるべきでしょう。そういう母体搬送をしていても、突発的に非常に重症なもので、いま現在母体搬送と言われている形態が正しいとは思われない症例が幾つか出てきていると思うのです。

そのへんを分けて考えてみると、これからは産科の領域においても、やはりドクターカーというものが必ず必要になってくるでしょう。ただその場合に、いまの現状というか、いまの医療機関、産科のスタッフ、病院のスタッフ、あるいは母体の救急というのですか、新生児、母体が両方とも、救急という事態になった場合には、麻酔やほかの科の診療科の先生のスタッフの協力も得る必要があるのですけれども、それをいまの現状のまま、それを求めることが非常に難しいところがあると思うのです。

簡単に言いますと、早産で仮死になったときに、それを搬送していたのでは、やはり間に合

わない症例というのが、沢山出てくると思うのです。そういうものに対して、これからどういうふうな取り組みをしていったらいいかということが、問題ではないかというふうに考えています。

佐藤（小田原市立）いまのような形で産科が地域の先生、それから病院という形で、分担しながらやっていると、いまはフィフティ、フィフティのような形でやっているのですが、病院に全部患者さんが来てしまえば、新生児医療も非常に効率が悪くなって、いいデータが出てくる。これは目に見えていますが、現状を肯定しながら、やるとすれば、母体搬送がいちばん大事な部分になっていることはたしかです。

神奈川県では母体搬送の中では、産科救急がいろんなレベルであって、いまおっしゃった早迫等の、突発的に起こってくる産科救急があるし、それから胎児を中心とした、胎児管理のための救急がありますが、この二つを分けて考えないといけない。いまおっしゃった伊豆長岡のほうのデータは、胎児管理のほうを中心とした救急の在り方ということであって、一般の開業の先生が非常に問題にしている部分は、突発的に起こってくる産科救急をどうするのだという問題で、それとからめてこれをやっているということなのです。

二次病院という言葉で言いましたけれども、レベル区分というのはできておりません。産科側には、実は地域設定もしながら、レベル区分もして、レージョナリゼーションをちゃんとやろうというふうな話は、前からあるのです。ですけれどもなかなかうまくいかないのは、やはりいろんな利害得失というのですか、経済的な問題があって、うまくできていないということですので、まあ当面は私自身は胎児の問題、それから、いわゆる産科救急の問題がいっしょになっておりますので、いまのような渾然とした姿の中で、ともかく新しいものを見出だしていくという姿がいちばんいいのではないかと考えているのです。

神奈川県ではそういう姿勢で実はやっているわけです。搬送も全部消防署の車を利用してや

る。それから産科救急という言葉を使わない。というのは婦人科救急が結構あるのです。それで産科と婦人科のクライテリアがはっきりしません。ですから、その点を考えますと、産科救急という言葉そのものもおかしいということになりまして、先ほど言いましたように、フィフティ、フィフティで開業の先生がやっている限りにおいては、それをいかにうまくコーディネートしながらやるかということがいちばん大事ですから、そういう点で救急という問題を考えなければいけないというふうに考えています。

ですから、母体搬送という言葉でもし言う場合には、こういう場合の母体搬送ですよというように、何か限ってやっていかないと、議論が分かれてしまうということになると思うのです。

多田 この問題はまだご意見をいただかなければいけないのですが、産科側としてはシステムとして、まず母体搬送のできる施設、先ほど神保先生の言われたように、一般のをやりながらどうやっていくかという問題として考えていく。そして必要であるから、今後検討していくが、搬送に関しては全体のシステムが大事ということをして、述べることにして、あまり具体的に救急車言々というのまで、触れる段階ではまだないというふうに解釈してよろしくごぞいますか。

一つ、先生もご指摘のように、特に早産の子供やなんかでは母体搬送が主になってきて、それができなかった場合あるいは、できない地域では新生児救急という、その両方がなければいけないと思いますが、逆に途中で悪くなる子も当然いるわけですから、この新生児救急を、ぜひ地域として、小児科側の責任というか、NICU側の責任でしょうか、責任という言葉は良くないかもしれませんが、それが新生児の救急の担当に当たるのだという前提にして、それに見合うような整備をしてもらうという形でまとめるのでよろしいかどうかご意見があればいただきたいと思います。

いままでは、われわれが自分達で勝手にやっているという形で、救急が認められています。事故があってもお前達が好きで病院の外に行っ

たのじゃないかという形になっているので、地域でぜひとも新生児の搬送を担当しなければいけないのだ、それを国なり地方自治体なりが、整備すべきであるという方向を打ち出していく。そのときに産科の先生が送るのがいいのか、われわれが受けるのがいいのかということではなくて、地域では新生児側が受けるべきである、と。そのシステムをどこにどうつくるかというのは、大阪のような三角搬送というシステムもありますし、何らかの形でつくっていくという方向でよろしいかどうか、そこらへんで何かご意見があれば、お出しただきたいと思います。

佐藤 それに関連して仁志田先生にちょっと聞きたいのですけれど、いちばん問題なのは、神奈川県でもシステムを動かしているのですが、最近新生児を受ける側の協力病院、基幹病院が協力病院になってるのですが、その基幹病院の新生児担当の医師が辞めたものですから、協力病院は返上するという形のところが二つ出てきたということなのです。そこで、仁志田先生が言われたビジットの問題も考えて言いますと、小児科側の中で新生児をどんどんやっていくという先生が、今後どういうふうな形で供給されるのかということは、非常に心配なのです。そういう意味ではわれわれはペリネイタルメジンという形のボードを、何かもらってやらなければいけないのかとも、考えざるを得ないという部分があるのです。それで、その部分をちょっと先生に、分析的にお願いしたいのですが。

多田 いま仁志田先生にお答えいただきますけれども、その前に、これは野口先生からもご指摘いただいている問題なのですが、逆にそういうのが必要であるというのが出てきて、そのために人を付けてくれるなり、金を付けてもらわない限りは、多くの問題が出てくるような気がします。

では、仁志田先生お願いします。

仁志田 昔からこういう問題はああるわけで、それがまだ残っているということではないでしょうか。結局小児科の先生が2人か3人ぐらいいて、そこで体を張って新生児をやっている。そういうところが協力病院になって、産科の先

生方とコミュニケーションしてる。ところが大学の都合でその先生がどっかに移ってしまって、次に来た先生は、そんなに忙しいことはやらないよと言われるわけですね。

先ほど僕が話しましたように、大学の小児科の中で新生児というのが、体系の中に入ってないということですね。これは名古屋系ではそういうことは絶対はない。教室全体がそういうところですから。ところが神奈川ではまだまだそういうところがある。北里系ではないはずですけど。ですから、これは古くて新しい問題で、それがまだ残っているということです。

では、将来はどうかですが、これは竹峰先生にお願いします。

竹峰 仁志田先生の討論からちょっとはずれるかもしれませんが、やはり新生児の救急の位置付けというのが、公にされてない、認可されてない。継子のままで、われわれが好き勝手に、ハイリスクのベビーをあっちに移したり、こっちに移したりしてるわけです。そういうことで、救急医療としての位置付けの乏しさというところに論点が来ようと思います。

兵庫県でもシステムを開始して数年たちますが、いま問題になっておりますのは、NICU 側の問題です。いままでは産婦人科の先生方からどういうふうにして送ってこられて、それを受けて、整備するということが問題でした。ただし、現在は受け手である NICU 側が、先ほどの神奈川ではないのですが、マンパワーの不足もございしますが、もうこれ以上やられたのでは、これはシステムを分解せざるを得ないというような、非常に強行論まで出るような状態になってきております。

実は2月中頃に、神奈川の先生方をお呼びいたしましたして、後藤先生をはじめとして、神奈川でのシステムを一べん勉強しようということで、兵庫県で勉強会を持つことになっているのですが、要するに救急医療としての位置付けをどういうふうにしていったらいいのか、それがいちばん問題だと思いますので、ぜひそのへの論議をしていただければと思っております。

野口 母体搬送をする場合には、緊急と非緊急

急に分けるということ、僕は盛んに言っているのです。そして新生児を対象として母体搬送をする場合は、救急として認められないのです。だからこれは救急医療にはならないのです。

もう一つは、われわれのところでお産をして、新生児を収容してもらいに来るという場合は、これは救急として認められる。そういうことがあります。

それから、もう一つ言いたいことは、今度は話を変えますが、母体搬送の場合はやはり、非緊急の場合があるのです。要するに前置胎盤だとか、お産中にフィータルディストレスが強くなったとかいうような場合は緊急ですが、小さい赤ちゃんが生まれるだろう、というようなものは、母体搬送は緊急じゃないのです。それをしっかり分けて考えていただきたい。そういうふうに思っています。

その次に、もっとはっきりクリアカットにうまくいこうと思えば、全国的に考えて、異常児というのは半分生まれるのですね、全出生の。そしてちょうどいま単科の病院と私的な医療機関が、半分のお産を現在やっているのです。それが必ずしもノーマルなお産をやっていない。だからノーマルなお産をやるようにしたらいい。ですから、すべての妊婦さんは、単科の医療機関でもってまずプライマリーに診る。そしてその中から、中期にまでに合併症妊娠を調べて、それを第二次医療機関に送る。それから最後に周産期の救急を二次、三次の医療機関に送る。そういうシステムを確立すれば、日本の母子医療、周産期医療というものは、非常に改善されると思います。そこまで踏み切った答申をしていただければ、非常にありがたいなと思っています。それが私の提案です。

石塚 多田先生の発言は大変重要でございます。私は関連するお話をいたします。

藤村先生からも先ほど話があったのですが、ちょっと保険の話に入りますけれど、お金の問題になると保険ということになります。もう一つは病院当局がそれだけメンバーを寄越すかどうかという、そういう問題もありますけれど、保険の話になりますと、現在の保険給付では、

このごろ救急システムができてるところは話が、少し出てきてます。しかし新生児救急なんてという言葉は、大人の人にはまったく頭の中にないから、そういう特殊なものは考えがない。

ですから、もし政治がらみというか、そういう面からみるならば、先生のいま言われたように、新生児救急という言葉では駄目です。危急新生児救急とかにしなれば、また先ほどの母体搬送なんていうのんびりしたもので駄目です。母体搬送という言葉はお母さんがただ来るだけだと、妊婦搬送とどう違うかということになる。それで言葉のこともなんですけれども、私達の思っているのは、NICUのあるところに搬送してくれということ、これは胎児搬送だと思っているのですが、そういう言葉がなくて、母体搬送という言葉になってる。昔は子宮内搬送という言葉がはやっていましたが、いまは母体搬送だけになりました。また胎児搬送だけはいけないので、オーバーに言うなら危急胎児搬送とか、項目は別にして、文章の中でそういうふうにして、保険の中に入れてもらうようにしないといけないと思うのです。

保険の点数がなければ、病院側もなかなかやらないでしょう。そのためには、この班あたりでそれを練っていただいて、それを小児科学会なりに出していただいて、厚生省なり、日本医師会に働きかけると、こういうことだと思います。

これは私の関係する保険だけの話ですけれど。

多田 野口先生のお話の件に関しては、時間がございませんので、最終的に産科とか、周産期のシステムを考える上でぜひ、中野先生方のグループでもお考えいただきたいと思います。とりあえず新生児の搬送のほうに限らせていただきますが、小田先生さっきご発言の要望があったようでした。

小田 (新潟市市民病院) 私達はやりはじめてから、まだ日が浅いのですが、前にもお話ししましたが、うちの病院の救急ドクターズカーは、新潟市の消防局が保守管理を全部やってくさっているのです。ですから、先ほど柴田先生から運転手が非常に問題だというお話がありまし

たが、やはりそのように行政が助けてくれないと、なかなかスムーズにいかないと思います。

それから、ドクターズカーが走って、たとえば事故が起きた場合、誰が責任を取るかということになるのですが、ドクターズカーに一応患者が収容されて、交通事故が起きて死んだとか、何かトラブルが起きた場合は、収容された段階で病院、市民病院ですけれども、入院したという格好になりますので、病院が責行を取ることになっています。

それから、消防署員が市外に出る場合には、時給 500 円かどうか忘れてましたが、そういう日当が出ることになっているのです。私達も市の職員ですので、市外に出る場合は、やはり 500 円かそこらが、はっきりした額は忘れてましたが、時給が出ることになっています。

そういうことで、ドクターズカーとか何かを運営するには、とても病院だけではやれないので、やはり地域の行政に全面的なバックアップをお願いしないとうまくいかないのではないかなと思っています。

多田 ただいまのようなことで、新生児側で責任を持って搬送に当たるべきだということ自体が、何となくいままでやられているけれども、厚生省のほうとか、どっかにきちんとした形で、言っているかどうかということなんですが、小児科学会には少なくとも言っていないだろうと思うのです。ですから、この形を一つ出したい。

それからもう一つは、石塚先生がおっしゃいましたように、それが保険的にペイするような形でいくかということですね。それと、もう一つお考えいただきたいことは、たとえば新潟県がやるのだったら、先生のところに看護婦と医者を張り付けておいて、一般診療をしても、新生児診療をしてもいいけれど、救急患児が出たら県の全体の搬送に当たるということが出てきてもよいのではないかと思います。新生児救急車を病院でもっているのがいちばんいいのですが、全部の病院が夜中まで搬送することはできないと思います。

実は柴田先生の「小児内科」の論文を参考にさせていただいたのは、問題点と書いてあると

ころで、問題を挙げてくださっているものですから、これについてきょうディスカッションしていけばいいと思って、これを参考にさせていただいたわけです。夜間に搬送するという問題は理想的にはこうなんだが、だけどもという形でやるよりしようがないと思うのですが、そこらへんはいかがでしょうか。

柴田 これを書きましたときは、そう思ってそんなようなことを書きましたが、みんな先生が言われますように、それぞれの地域に、それぞれの事情があるわけです。しかし、B 先生の方が A 先生の近くまで運びに来るとか、そういう馬鹿なことをやらないようにして、人口密度や、あるいは地域によって、いろんな事情がありますけれど、先生が言われたように、救急は新生児側が持つ。そして自治体のほうで救急車などは用意するようにする。

例は悪いかもしれませんが、僕は馬鹿なことを考えたことがあるのです。たとえば、東京都でしたら、3 台ぐらい新生児救急車を用意しておいて、人員は協力病院があるわけでしょう、それできょうはどこ、きょうはどこで、救急司令からパッと指令を出して、そこが待機する。もちろんその援助が出る。そういうところが救急搬送をされる。そして NICU のベッドはどこが空いているか調べてあれば、そこへ運んで行く。だから、トランスポートの間はその人が責任だというようなことをやれば、それで十分だと思うのです。

そんな馬鹿なことも考えておりました。ですから先生のご発言はものすごく賛成です。

一つ竹峰先生に聞きたいのですが、NICU のほうが満杯で困ってしまうようになっていると、兵庫県の実情をおっしゃいましたが、あまり沢山来るからということですか、運びだしたら、そうではなくてドクターが足りないということですか。

竹峰 現在のところ、兵庫県下におきましては、ベッド数が足りないという事情はございません。そうではなしに、結局それなりの評価がぜんぜんされていない、ただ働きに終始しているということ、新生児科医としての活動というも

のが、法的に認められているということがないということです。

たとえば、夜中に救急に出てもそれに対して見合うだけの、下品な話で恐縮ですが、よそのどっかの救急センターに行けば、1晩何万円お金をいただけるけれども……。

柴田 ああ、そういうことですか。

竹峰 子供病院にいる限りは1銭も金が出ない、また新生児科医としての地位も、身分保証もないじゃないかということです。そして、結果的には新生児医療を、自分達の首を自分達で締めているのではなからうか。それで、もっと社会的評価が欲しいというのが……。

多田 いまの竹峰先生のおっしゃることは、東京でも出てきているのです。ベッド数そのものが足りなくなっているかどうかはわからないのですけれども、いまの患者の質が変わってきたところから、看護婦と医者が増えない限り、結局ベッドをフルには稼働ができない。それはお金の面でもあると思うし、時間の面でもあると思うのですが、いままでだったら、夜中でもいつでも、また靴を何日間もぬがなかったという先生もいらっしたようですけれども、いまはそれではもう成り立たない。システムとしてつくらなければいけなくなってきている。

柴田先生のおっしゃるような意味では、相対的なベッドは不足になってきていると思うのです。実際にあっても入れられないところが出てきたり、いろんなことになってきてる。そこで、今回は行政側が、それはどこがやるかは別として、ぜひともそういう人と施備を付けるべきであるという形で、まとめさせていただければと思うのですけれど。

小川 いまの救急の搬送の問題ですが、昨年厚生省がドクターを乗せるということを今度はじめてやるのだということを、新聞で発表しています、現実の問題としては、新生児はもうすでにやっているのです。それが厚生省に届いていないということが一つあります。

それはどうしてかということ、一つは、われわれがあまりにも新生児救急車という特殊なことでやっていたものですから、内容がわからな

った。ですから、救急という格好のに乗せたほうがもっと通りがよかったのかもしれない。

そこで、方法として、新生児専用の救急車でいくか、あるいは市町村の、消防庁の救急車に保育器を乗せ、新生児用のレスピレーターを乗せていくような方向に持っていくかということです。厚生省はドクターズカーというのは、一般の救急車ということを頭に置いて、ドクターを乗せてもいいということを考えている。これは当然予算措置が付くわけです。そこで、それをわれわれがうまく利用できるかということ、考えなければいけないということが一つあります。それをどうするかということ、ぜひ来年は考えていただきたいと思います。

多田 いま私が申し上げましたのは、ベストとしては新生児救急車がいいのだけれど、いま行政で各都道府県みんな1台ずつということになってくると、さっき柴田先生がおっしゃったように、そこまでを新生児救急車という規定にすると、また議論をしていると、先に進まないのです、地域の救急車をいかにわれわれがうまく利用するかという形で、今回はこのグループとしては、せめてそこまで整備をして、有効に動くようにしたいということによろしいでしょうか。

小川 そのドクターズカーにいかにわれわれが乗れるかということ、ぜひ考えていただきたい。

多田 東京都にもその問題がありまして、消防庁の救急車用に1人ドクターがいるのです。そして、はじめは新生児の搬送とか、ヘリコプターにその人が乗ったのです。1回か2回乗ったところがその医師には何にもできないで、児は真っ黒になっちゃうというようなことがあって、その後われわれがまた乗るようになったという、そういう経緯があるのです。

ですから、そこらへんは、行政にきちんと上げておけば、大きな問題があるのだということはおわかりなのですが、いまはぜんぜんわかってないというのが、残念な点です。

小川 戦略、ストラテジとしては、保健や母子よりも、救急で行ったほうが、絶対これは

いいと思います。救急のほうはずいぶんお金があります。それは都道府県でもかなりある。それで救急ということではやはり行くということ、再確認というか、それを……。

多田 ありがとうございます。

小川 もう一つよろしいですか。先ほどマンパワーの問題がありましたが、それは教育機関にいるわれわれとして、責任があると思います。婦人科もそうでしょうが、産婦人科と小児科の志望者が非常に少ないのです。これは、お互いここにいらっしゃる先生方としては、共通の困った問題なのですね。

それで、新生児だけではなくて、産婦人科や小児科がいかにこれからの医師になる人に対して、3Kでなくて、バラ色のものであるかという、何かそれがないと、ますます問題になると思うのです。これは新生児だけの問題ではないと思いますね。

多田 若い人はみんな先生方を見て入ってきますので、ぜひバラ色にね。

小川 そういう意味では、お互いにこれは考えていかなければいけない。病院の新生児担当者がいなくなったというだけじゃなくて、今度は下手したら、小児科医がなくなった、産科がなくなったということになりかねない。それについては非常にわれわれは危機感を持っています。何とかしていかなければいけないと思います。

多田 それもぜひ議論を続けていかなければいけないと思います。

末原 NICUの施設が足りるか、足りないかということですが、これは藤村先生がおられたら、説明してもらったらいいのでしょうかけれど、大阪ではNMCS新生児の相互援助システムと産科のOGCSというシステムの両方があるのですが、NMCSでは過去に年に1回ほど、分

娩というか、出生のピークの波がありますので、どこも受け入れ施設がないという、満杯の状態が発生していたのです。ところがそれが昨年は、7月、8月、10月、12月というふうに、しょっちゅういっぱい状態が来ていますので、地域の差はあるでしょうけれども、大阪周辺はちょっと不足の状態なのです。その一つの理由は、22週、23週についても、かなり救命の方向に向かっているということだと思います。それと、お願いしたいのは、大阪の隣接の奈良、和歌山を含めて、そういう各府県の行政で、そちらのほうもNICUを含めて、充実していただきたいということです。そうしないと、つまりは母体搬送も取れないという状況になっているわけです。

多田 東京も同じでして、満杯になってきて、そろそろ問題が起こってくるようになってきています。各地がそういう現状なんだと思いますので、早くパンクしないうちに、手を打たないといけないというのが、そのシステム班の大事な点ではないかと思います。

そんなことを基にいたしまして、十分ではないと思いますが、ことしとりあえず総括班のまとめのところにそこらへんを書かせていただいて、まとめにさせていただきたいと思います。本日の議論は、そのまま速記録になりますので、それもご参考にいただくという形にしたいと思います。

最後に中野先生と竹峰先生のほうから何か一言ずつございましたら……。よろしゅうございましょうか。

それでは、大変遅くまで熱心にご検討いただきましてありがとうございました。私の不手際で少し予定時間を超過してしまい申し訳ありませんでした。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



90年第二回全体班会議記録

超未熟児・新生児仮死の実態調査結果とわが国の周産期医療システムの問題点の検討

- . 超未熟児および新生児仮死出生の実態調査集計報告
- . わが国の主要医療施設におけるハイリスク新生児医療の現状
- . 超未熟児出生の予測
- . 超未熟児医療と生命倫理
- . わが国の新生児医療の問題点
- . 周産期医療システムとしての搬送の現状と問題点