

## これからの周産期医療を考える

平成5年2月1日（月曜）

多田：今日はお忙しいところをお集まりいただきましてありがとうございます。「これからの周産期医療を考える」というフォーラムを聞かせていただきご案内を申し上げましたところ、多数の先生方のご参加をいただきましたことを、感謝しております。

今日の会は小川先生の研究班と、私どもの地域の周産期医療システムを考える班と、中村先生の極小未熟児の医療を考える班との共同で、開催するという形になっております。将来産科あるいは新生児の医療がどうなるかということ、議論していただきたいと思えます。細かいことは今後煮詰めていかなければいけないと思えますが、最初のビジョンがありませんと、今後の計画をしていけない、特に私どものように地域医療システムを考えるという命題をちょうだいしておりますと、将来どうなっていくかということを考えないと話になりませんので、本日はそういう意味で、忌憚のないご意見を聞かせていただければ幸いです。

それでは最初に班長の小川先生のほうからごあいさつをいただきます。なお、厚生省やそのほかの先生方には、最後にコメントをいただきたいと思っております。

それでは、小川先生お願いいたします。

小川：ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究の主任研究者を務めております、埼玉医科大学総合医療センター小児科の小川でございます。今日は班員の先生だけではなく、班員ではない先生も多数お集まりと存じますが、班員であるなしにかかわらず、私どもの研究班に

多大のご協力をたまわりましてありがとうございます。私どもの研究班は今年度から、3年間の予定で研究を進めることになっておりますが、この3年間班員外の先生方もよろしくご協力をたまわるようお願い申し上げます。

いま多田先生からお話ございましたように、このハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究は地域周産期医療システムの評価に関する研究、これは多田先生が分担研究者でございます、ハイリスク児の予後に関する研究、これは新潟大学の田中教授が分担研究者でございます。それからハイリスク児の調査に関する研究、これは神戸大学の中村教授が分担研究者でございます。ハイリスク児の地域ケアのあり方に関する研究、これは東京慈恵医科大学の前川教授が分担研究者です、そしてハイリスク児の管理に関する研究、これは私が分担研究者ですが、この五つの分担研究班から成っております。これは調査とか、いろいろいたしますが、今日は数字で出ないところを含めてお話をいただいて、その上で、それが基礎になって私どもの研究が進みますようにということをお願いしている次第でございます。

どうか時間のある限り、十分に議論をしていただきまして、私どもの班にいろいろとお教えいただけますように、よろしく願いいたします。

多田：ありがとうございました。

それでは、さっそくははじめさせていただきます。

では、最初の部門として、「10年後の産科医療を考える」ということで、今後どうということが

予想されて、10年後にはどうなっていないかといけないうこと、話題を提供していただく予定になっております。それでは九州大学周産母子センターの小柳先生よりよろしくお願いいたします。

## I 10年後の産科医療を考える

### 1) 予測される今後の産科医療

九州大学周産母子センター

小柳孝司

多田先生から10年後の予測される産科医療についてお話するようにとのことですが、難しい課題でありますので、私のできる範囲で話題を提供させていただきます。

平成元年5月29日に国立大学として、はじめて、九州大学付属病院に周産母子センターが設立されました。それは、従来、胎児と新生児の二つに区分されてきた医療体制に代って生命は一つであるとの概念から胎児期から新生児期に至る諸種の事象を連続して診ることを目的とし、ここでは、これまで小児科、産科、あるいは小児科に分かれて営まれていた医療を、それぞれがそれぞれの専門性を保持しながら、児が胎内にあっては妊婦と胎児を、児が出席した後においては褥婦と新生児を対象とした区分、医療の双方も体系付けることを意味します。理念どおりに運用するというのは、大変難しいことですが発足以来3年の歳月がたって、良かったことと、力が足りないと感じたことなどをご紹介します、そのために今後何か考えるべき課題が見つければ幸いです。

はじめに、我々の記録の2時間の概略を申し上げます。先天性形態異常児の推移をみてみますと、1970年ごろは年間500出産に対して5例とか云った症例数でありました。それが最近では分娩数そのものは殆ど変化していないにもかかわらず、50例近くに達しております。この形態異常児の比率は、全出産数の7から7.5%ぐらいに相当します。この他は先天性形態異常児の報告されている一般生存度の7.5倍ぐらいになると

いうことになります。1988年に周産母子センターができましたが、設立後も値はずっと変わっておりません。したがって、我々の施設のおかれている現状と云うものがこのような背景を担っていると御理解下さい。

今度はセンターができた前後について述べます。発足前の3年と後の3年とを対比してみますと、周産母子センターへ入院を要するハイリスク妊婦総数、および児の入院総数は殆ど変わりありませんが、新生児期に治療を必要とする症例とか、あるいは出生前に検査や治療をするとかといったケースの比率が、急激に増してきています。そして、その比率は全体の2割ぐらいになってきております。

つぎは、入院の仕方の問題です。母体運送にもいろいろな運送の様式があります。そのなかでいわゆる即日入院というのが、いちばんリスクな形の入院であろうと思われるので、それを目安にいたします。1986年ぐらいまでは入院数は、年間延べ1000例ぐらいありましたが、その後減ってきております。それから分娩数も徐々に減っています。しかし、即日入院を要する患者数は、総体的には200例近くありますので、全症例の200/600で、すなわち1/3は緊急の入院であるという状況が生じております。

話が前後しますが、我々の施設では、旧分娩部に当たる部門を母性胎児部門、旧未熟児室に属していたものを新生児内科部門、もう一つを新生児外科部門と呼んで、その三つを合わせて、周産母子センターの全体の機構というふうにご理解いただきたいと思います。いままでお話ししてきたなかで、緊急の入院の達成について考えますと、胎児側の要因が255例、母体側の要因が180例です。このように、最近では胎児の要因による緊急入院というのが増えてきて、60%近くに達するようになってきております。その内訳は切迫流早産、圧倒的多数を占めております。ついで、先天性形態異常児が第二の要因です。胎児仮死がこれにつぎます。この三者で全体の約6割に達します。母体側の、たとえば

中毒症などで、予め予測が付く病名については、送るタイミングが選べるようなものは全体の4割ぐらいです。

切迫早産と胎児仮死症例は、いつ送られてくかわからないと典型例ですが、これらが全体のやく半数を占めているのが現状です。これらの症例は開業の先生から大学病院に直接というのが大半で、8割に達しています。

福岡市ならびに近郊の国公立病院は本来ならば、このなかの一部は管理できてしかるべきかもしれないかもしれませんが、そういう病院も結構な数、大学病院に依存している一面があります。

いまひとつの問題は、多田先生が先ほどおっしゃっていましたように、一つの医療施設というのには、いろんな意味での限界と云うものがあります。そのなかのひとつには、病院のおかれている地理的な条件というのが当然あるのだと思います。われわれの施設があるのは福岡市ですから、福岡市を中心として運べる距離、福岡市とその近郊ですが、たとえば胎児仮死は15分とか30分を競う急を要する対象ですから、物理的な距離を考えると、必ずしもわれわれのところへ搬送することがいいのかわからないところもあります。そういうものも含めて、現在我々の施設には半径100キロの範囲の症例が診介されているようです。

つぎに、先ほど申しました、新生児内科部門の実情を少しご紹介いたします。周産母子センターができて、総入院患者数はかえって減っております。しかしながら、センター内でお産した症例が大半を占めるようになりました。そして、死亡率は逆に上がる結果を招いてまいります。この数字をみると非常に奇異な感じを持たれるかと思いますが、とにかく周産母子センターができたことによって、母体搬送によってきわめて重症な症例が集中して、院内搬送でほとんど占められてしまったことに基づくものです。これは主として早産、その結果前よりも未熟児の死亡率が上がってしまったこととなります。未熟児によってそうなってまいります。こ

れは過渡期の現象ではないかと考えてまいります。このような実情をみましても、やはり地域化とかといったようなことを、もう一ぺん考え直す必要があると思われます。

超未熟児についてはどうかというと、このデータは先ほどのスライドのフォローをすることになりますけれども、やはり超未熟児が増えています。そして、人工換気を要する症例がほとんど全例になってしまうという、こういう現実が、センターができたことによる大きな変化です。

結局、いまみたいなことで、先ほどは形態異常児を取り上げて申し上げたように、重症のハイリスク胎児、新生児が一般頻度の7.5倍ぐらいに濃縮されることになりますので、何とか出産をさせるところまで行っても、新生児を十分に管理することがなかなか難しいという問題に直面します。それをもとに、新生児内科部門では全症例を収容仕切れなくなってしまう事態が発生します。それで、これは大阪でもデータをお示しになっておりましたが、我々の施設でも大学病院で産ませて、それを院外の他の病院に逆搬送という症例が、増えてきました。この場合は症例の重症度に依って福岡市立こども病院、国立福岡中央病院、浜の名町病院という三施設に逆搬送する結果になってきております。

センター設立の趣旨とは別に、現実にもそういう問題が新たに起こっております。しかし、そういう問題が事実としてある以上は、その地域の基幹となるべき病院と連携を図り、医療を含むという考え、すなわち周産期医療の地域化というのが、当然考えられるべき課題としてクローズ・アップされております。

このようなことならば、市中一般の開業の先生、あるいは公立病院から、周産母子センターに送院され、そして出席させて、また新生児を送るのであるならば、たとえば国立病院の産婦人科に搬送して、そこで産ませて、そこで管理したらいいではないかという論理になるのですが、つぎのような好ましいデータが認められており

ます。送手は、開業医から出産直後、こども病院に直接搬送をした症例が多々ありましたが、それよりも周産母子センターで出産させ、新生児の処置をしてから逆搬送した症例の方が救命率が高いという救護ができております。

そういうようにわざわざ手間をかけるような感じで、大学で産ませた新生児をこども病院に送るということは、当初われわれも非常に不合理な面があるなと思っていたのですが、長期予後等自身のデータをみて非常に嬉しく思いました。そういうことで、生まれた直後に適切な処置をして、そしてそういうNICUの施設に送るほうがやはりいいということがわかって、地域化の一つの解決の道ではないかなと思いました。地域化と云うことで少しだけ、触れます。われわれの施設には福岡市からの紹介例が全体の40%福岡市周辺の地域からまで含めると90%位になります。県外から約10%程度です。先ほど申し上げましたように交通網、あるいは情報網等を考えて、だいたい100キロぐらいの範囲がセンターの守備できる領域と考えます。

最後に周産母子センター内における機構上のやり取りというのも、少しご紹介しておきたいと思えます。まず、母性胎児部門で母体（胎児）の入院を受け入れます。そして、緊急で入院した症例のなかで、軽症の合併症のない新生児は、母性胎児部門で管理しますが、緊急を要し、重症な未熟児、新生児は、そのまま新生児内科部門で診ております。また、外科的処置を要する例は送室、新生児外科部門に転科させます。また、先ほど申し上げたように、こども病院に逆転送をする場合等に備えて、専用の情報網、あるいは判断等々の連携が円滑に運用できるように努めております。

今日は厚生省の班会議と云うこともありまして、主として医療ということを中心に申し上げましたけれども、周産母子センターという形で営みをつづけることによって研究、教育の面でも、評価できる部分もできております。たとえば、出生前に既に服機能障害を起こしている

ような胎児の存在が最近注目されているのは、ご存じかと思えます。そのような症例が診断された場合、果して児が出産後どのような経過をたどっていくのか、このような事象に対する、長期的なフォロー等々もできるようになってきました。やはりそれぞれ機構が違っていても、共有できる部分をいっしょにしてやっていけば、いままでできなかったことが、少しはできるようになってゆくのではないかと、最近では多少の期待が持てるようになりました。

以上でございます。

多田：ありがとうございました。ご質問、ご討論はのちほどまとめてもしたいと思いますのですが、いま小柳先生にご発表いただきましたデータを中心に、何かご質問がありましたらお願いいたします。

柴田（順天堂大学）：大変にいい成績をお上げになり、また私の意見に大変近いご発表をいただきまして、ありがたいと思えました。私どもが新生児医療のリージョナリゼーションということをして15年ほどやっておりますことは、皆さんご承知のとおりでございます。私は新生児医療のリージョナリゼーションというのは、セカンドベストであるということの前から言っております。母体からの一貫した管理が非常に重要であると思えます。

そこで最近、周産期センターということで、やられておるところが大変多くなって嬉しく思っていますが、こういう班会議にまいりますと、ハイリスクの妊婦さんをNICUのほうが逆に搬送をストップしているというお話があるわけです。そのときには、産まれた子供を逆にNICUに、その病院からトランスファーすればいいのではないかと考えておりました。先生のところはどのようにやっておられるわけで、九大の母子センターからこども病院のNICUに搬送されているということは、私は非常に嬉しく思うのです。

先生は出生時から完全なケアとおっしゃいますが、周産期センターでやれば、胎内からの完

全な管理ができるわけです。私も新生児センターでやっている、多くの産科の先生のところにもまいりまして、分娩から立ち会うケースがほとんどですけれども、なかなか母体の管理についてはわからないし、おうかがいできない点もあるわけです。しかし、今度こども病院にトランスファーされるときの方法論がいちばんの問題だと思うのです。そのときにそこで何か起こっては決してならないと思うわけです。だから完全なトランスポートしなければいけないと思うのです。私どものように働くNICUと言われるような救急車でやればいいのかと思って、そういう意見を言おうと思うのですが、なかなか言えなくて困っていたのですが、先生のところは実際にそれを実施されているわけで、嬉しく思うわけです。

いろいろ言いたいことがいっぱいあるものですから、ちょっと言葉が長くなってしまいましたが、またちょっとうまく表現ができないかもしれませんが、その搬送をどうしておられるのかです。私は動くNICUで運ぶのが理想だと思うのです。それであればそういうことも許されるのではないかなと思うのですが、先生のところはいかがですか。

小柳：おっしゃることが理想ですし、私共はそれに近い状況でやっている、と思っています。分娩には産科の専門医が付きましますし、当然新生児の専門医も立ち会います。そこで、NICUで管理するのが必要な処置をして、そして救急車で送っています。その昔、大学病院から救急車を送り出すというのは、非常に抵抗がありましたが、いまはそのようなこともありません。

柴田：その場合、家族のほうからの問題はないですか、そういうことをやって。せっかく九大に入ったのに、私の子供はこども病院に行っちゃったということで。

小柳：それは医者の方の意識の問題ではないかと思えますし、家族には説明すれば理解してもらえることです。もうひとつは大学がそういう気分であれば、リージョナリゼーションの抵抗

になるのではないかと思います。やはり、大学病院も地域の施設と考えて行動することが医療の地域化を浸透させる最大の理由だと思います。末原（大阪府立母子センター産科）：先生がいまご発表になられた、新生児をほかのところに搬送するということですが、それは僕に取っては画期的なことなので、私どもでは、いま現状からするとそういうことはせずに、NICUがいっぱいでも、NICUのスタッフを臨時にちょっと増やしてもらってでも、うちで収容していただいているのです。もし本当にそういうことができるのであれば、NICUがいっぱいで母体搬送が取れないというようなことは解決して、母体、胎児の管理を行って、いちばんいいときに、いい方法で出生させて、新生児の初期の処置をしてから、搬送するということになるわけですね。しかしその場合に、リスクが高くなればなるほど、新生児搬送ができにくくて、たとえば胎児水腫であるとか、あるいは500、600ということになると、なかなか運びにくくなる。順調に行っている場合は転送できますが、ちょっと調子が悪いと、たとえばHFOに乗っていると運びにくいということが生じてくると思うのですが、そのへんはいかがですか。

小柳：まったくそのとおりです。だから、いまおっしゃった胎児水腫とか、そういう重症のものは逆に大学で診ています。いわゆる未熟児で呼吸管理等々をして、精度のいい管理をするというケースを送っているのです。だから、先ほども申し上げたように、周産母子センターができて死亡率がぐっと上がっているのは、最重症の症例は我々の施設で診ているからです。

友田（大阪市大）：即日入院数の頻度が増加して、それは切迫早産が多い、それも開業医から送られてくるケースが多いということですが、入院してから産まれるまでの時間がもしわかったら、教えていただきたいのですが。

小柳：具体的にはわかりませんが、バイフェシクであると思います。ニトドリンが効かなくて、1日とか2日で出産してしまう症例と、早産

を防止できて1か月延ばせたとかという、二群のものがあるようです。

多田：先ほど入院数、分娩数が減ったというお話がありましたが、そこらへんが入院期間が延びたり、重症が増えているということなのでしょう。

小柳：それはあまり関係はないようです。

多田：ということはハイリスクが入ってきているので、分娩数が減ってきているのか、そこらへんはどうなのですか。

小柳：そうではなくて、これは私の印象ですけども、大学病院は、そういう患者さんを取り扱うところだというイメージが定着してきたからではないかと、思います。だから、まったく正常の妊婦さんが、なかなか大学病院に来にくいという形があるのではないかと気がします。

中野（九州大学）：いま小柳君がさりげなく答えています。それは診療科長としては大変切実な問題であって、国立大学として経営のこともいま非常に重要な要素になっているわけです。たしかに病床のほうは長期入院、ハイリスクが増えているお陰で、占床率はまあまあなのですが、回転がとても悪くて収入が落ちています。そのいちばん大きな原因は正常分娩の減少にあります。これは収入の問題だけではなくて、正常分娩が200ぐらいしかないとなると、医学生100対して約300の確保が必要な教材としては、これは絶対に不足です。さらに看護科、あるいは専攻科の学生に対してとなると、これはもはやできません。そこで教育上は他の関連病院に学生を出すということをやって、ようやくつないでいるのです。収入上も減っています。

それは何でだろうかと考えると、自然分娩数減というのにたしかに合って減っていますが、それよりも少し強く減っている部分は、私は最近思うのですが、これはナーシングケア等々を中心としたサービスが大変落ちているからだと思うのです。生きるか死ぬかの管理でもって、見はじめめるものですから、死にもしない、どう

もしないという、普通の元気な方に対しては手が延びていないというのが、とても大きな問題だと思うのです。これは不人気と不評判が集中して来ますので、経営というか、教材確保というか、いろんな目的からも、サービス等々のクオリティの向上というのを同時にしていけないので、ハイリスクセンターだということだけで威張っていちゃ駄目だと思っています。

多田：それは大変大事な問題だと思います。先ほど小柳先生がご発表いただいた中にも、地域のほかの病院が依存して、ハイリスクは先生のところでということがありましたが、将来どういう産科医療体制になっていくかという点で、大事なお指摘でしたが、中野先生のいまのお話も、その部分をどういうふうにしていくかというので、一般の病院、いわゆる二次病院との関係とか、いろいろな整備の方向が出てくるのだと思います。これはあとでもう一度ディスカッションに戻らせていただきたいと思います。

では、小柳先生に対する直接の討論はこれまでにさせていただきます。小柳先生ありがとうございました。

次に樋口先生にお話をいただきます。樋口先生をご紹介いたしますと、東京の江東区で開業しておられます。慶応大学をご卒業になりまして、その後周産期医療を非常に熱心にやっておられます。東京母性保護医協会のほうでいろいろご活躍で、データも沢山お待ちでございます。そのデータを細かく分析して、ここで話をさせていただくようお願いをいたしました。

では、樋口先生よろしくをお願いいたします。

## 2) 産科医の年齢構成から見た 今後の予測される産科医療体制

樋口産婦人科医院

樋口 正 俊

樋口です、かなり細かくといま、多田先生に注文を付けられましたが、アバウトな話になりそうなことと、話がへたですし、多田先生に10分と言われ、10分ということで原稿を用意してま

いましたので、それを読み上げさせていただきますことを、ご了解いただきたいと思ひます。

スライドをお願いいたします。(図1)

これは産科医療を支える3大要素であります。コンピューター用語にならひましてハードと、ソフトと、マンパワーの三つに分類しました。そしてこの3大要素を調達するための第4番目の資金が、最終的には最大の要素かもしれません。この3大要素のうち1番目のハードについては、極端に言えばお金さえあれば、直ぐにでも整えることのできる問題であると思ひます。また2番目のソフトに関しましては、ある程度はお金だけでは解決されない要素であると思ひます。さらに3番目のマンパワーの問題は、お金だけでは解決しないし、またお金をつぎ込んでも、直ぐには効果が出ない要素であるかと思ひます。

次のスライドをお願いいたします。(図2)

この3大要素のバランスがうまく取れなければ、他の要素がいかに高くできていても、周産期医療成績はもっとも低い要素までしか良くすることはできないという、最少率の法則にしたがうわけであります。

次のスライドをお願いいたします。(図3)

これは昭和25年以來の出生場所を示す表の抜き書きであります。

昭和25年には施設内での分娩が全国でわずか4.6%しかなかったわけです。昭和40年になりますと、施設内分娩が84%となりまして、その内訳は病院が36.8%、診療所が34.3%、すなわちだいたい病院と診療所の割合が約半分ずつであります。平成3年になりますと、出生の99.9%が施設内で行われ、そのうち病院が55.7%、診療所が43.3%で、助産所はわずか0.9%と激減して、その分だけ病院が増えた結果となっております。

次のスライドをお願いいたします。(図4)

本日の私のテーマであります、産科医の数と年齢構成であります。ご承知のとおり現在の標榜科目には産科、婦人科、産婦人科の3種類があつて、ここに示しましたように、昭和63年、

産科だけの標榜はわずか46人だけで、大多数は産婦人科を標榜しておりますので、これからの話は産婦人科医ということで進めさせていただきます。

次のスライドをお願いいたします。(図5)

産婦人科医の数を日本産科婦人科学会の会員の数から見てみますと、昭和25年は5882人、昭和40年は1万4444人、平成3年は1万6084人でありました。

次のスライドをお願いいたします。(図6)

日本産科婦人科学会の会員には臨床医でない方もいますので、ほとんどが産婦人科の臨床医で構成されております日本母性保護医協会の会員数を示したものであります。平成3年度の日本母性保護医協会の会員数は1万3772人でした。

次のスライドをお願いいたします。(図7)

この日母会員を医学部卒業年度より年齢を推測して、年齢階級別の分布を示したものがこのスライドであります。

次のスライドをお願いいたします。(図8)

前のスライドが細かくてわかりにくいので、右半分を拡大したものであります。このデータは昭和63年の日母会員の名簿を基準にしておりますので、それを5年ずらせて、平成5年の目安年齢に変えて集計してあります。すなわち今年60歳以上の会員の割合は44.4%であり、また55歳以上は53.7%ということであります。

次のスライドをお願いいたします。(図9)

これは一昨年の東京母性保護医協会が行いました調査結果であります。61歳以上が72%、56歳以上となると83.9%ということになります。

次のスライドをお願いいたします。(図10)

東母の調査では大学を除くA会員の約90%が診療所の開設者でありました。

次のスライドをお願いいたします。(図11)

日母の調査では勤務医の場合は60から64歳ぐらいが、ご自分で定年と考えている方が多いのであります。

次のスライドをお願いいたします。(図12)

開業医の場合には65歳ぐらいが理想的な定年というふうに意識している方が多いという調査結果がありました。

次のスライドをお願いします。(図13)

先ほどの東母の調査で61歳以上が72%というのをお示しいたしましたが、開業年数から見ますと、74%の会員が開業21年以上でありましたので、21年以上の会員のほとんどが61歳以上と言ってもいいと思われます。50歳台以下はわずか24%で、大都市での開業が大変難しいということをお願いします。

次のスライドをお願いします。(図6)

先程の図6を見ますと、主として開業医が多いA会員の数が次第に減少し、主として勤務医で構成されているB、Cの会員数が年を追って増えているのがわかります。

次のスライドをお願いします。(図14)

この同じ期間での日本産科婦人科学会の会員数の推移を見ますと、総会員数はほとんど変化しておりません。これらの二つのスライドから、高齢化および新しい開業が困難となったために、産婦人科の診療所が次第に減少していると思えます。

次のスライドをお願いします。(図15)

いまから10年後には日母の会員の50%前後は65歳以上となります。

また東母会員の場合には約80%が65歳以上になると推定されます。

これらのデータから大胆にかつ大雑把に10年後の産科医療の中の分娩場所について予測するならば、全国平均では80%前後が病院分娩となり、診療所での分娩が約20%前後と推移されます。特に東京のような大都市においては90%が病院分娩で、10%ぐらいが現在規模の診療所で分娩が取り扱われると推移されます。

次のスライドをお願いします。(図16)

将来の産科医療を左右する要因としまして、ここにお示した事柄が考えられます。すなわち出生数の変化、周産期医学の進歩発展、労働基準法の施行強化、開業医の高齢化、新規開業

の困難、受診者の要求の増大、医療訴訟の増加、第三次医療法の改正に伴う有床診療所の存廃の問題などであります。

次のスライドをお願いします。(図17)

先ほどの要因を考慮した場合に、10年後の産科医療施設別の将来像を列記してみました。すなわち助産所はほとんどなくなるであろう。一次産科施設は無床化するか、病連連携診療でいくか、グループ診療で存続するか、または実質的には病院レベルまでレベルアップして存続するか、最終的には医療法の改正によって、一次施設は病院に格上げとなるであろう。二次施設すなわち中小病院は二次、三次間の、先ほどもお話がありましたけれど、病々連携診療によって、10年後の産科医療の中心的存在となるであろう。最後に三次施設はさらなる10年後、すなわち21世紀の周産期医療の主役としての準備を進めつつあって、来るべき21世紀には大部分の分娩は、三次施設に集約されるように思われます。それは先ほど中野先生のお話がありましたように、経済的なことも入ってくると思いますが。

周産期医療の各種の診療成績は、このように三次施設に集約すれば、目を見張るような改善がなされるのではないかと期待しているところであります。

私の話はこれで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。

多田：大変詳細なデータをありがとうございました。特に最後の二、三のところなどは議論がいろいろあるところだと思います。樋口先生にいろいろご質問があると思いますが、これに関連して本多先生に話題を提供していただくことと、竹村先生にお願いして同じような問題を論じていただくことになっておりますので、そのあといっしょにディスカッションさせていただきたいと思えます。

樋口先生ありがとうございました。

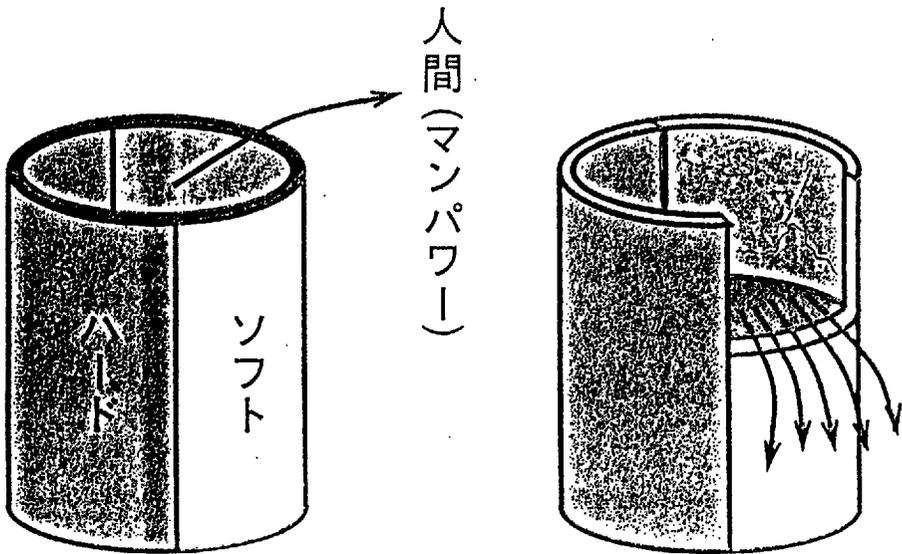
それでは、本多先生お願いいたします。

表1 産科医療を支える三大要素

- I ハード：施設、設備、医療機器・機材、薬品など
- II ソフト：産科医学の進歩・発展・普及、診療方針、法律、規則など
- III ヒューマンウェア（マンパワー）：産科医、新生児科医、麻酔科医、助産婦、看護婦、その他の医療スタッフ
- (IV 資金：産科医療経済＝産科医業)

表2 産科医療という桶

(中に汲める量が医療の実績＝最小律の法則)



桶板が低くて漏れる部分が

- ① 妊産婦死亡、
- ② 周産期死亡
- ③ 医療事故など

表3 出生の場所別,出生数及び割合(昭和25年~平成3年)

Live Births by Place of Birth, Urban and Rural, 1950~1991

百分比 Percentage

		年次	1950 昭和25	1965 昭和40	1975 昭和50	1991 平成3
全 国 Total	総数 Total		100.0	100.0	100.0	100.0
	施設内 計 Hospitalized Total		4.6	84.0	98.8	99.9
	病院 Hospital		2.9	36.8	47.4	55.7
	診療所 Clinic		1.1	34.3	44.2	43.3
	助産所 Maternity home		0.5	12.9	7.2	0.9
	自宅・その他 Nonhosp.		95.4	16.0	1.2	0.1

表4 産婦人科・産科・婦人科診療医師数

昭和63年12月31日現在(厚生省調べ)

年令	科	産婦人科	産科	婦人科	合計	%
24才以下		21	—	—	21	0.2
25~29		1,016	3	11	1,030	11.0
30~34		1,208	12	25	1,245	13.3
35~39		1,171	8	33	1,212	12.9
40~44		951	6	26	983	10.5
45~49		607	3	21	631	6.7
50~54		765	6	21	792	8.4
55~59		1,013	3	39	1,055	11.2
60~64		1,243	3	51	1,297	13.8
65~69		520	2	41	563	6.0
70~74		199	—	28	227	2.4
75~79		162	—	21	183	1.9
80~84		97	—	11	108	1.2
85~		42	—	3	45	0.5
合計		9,015	46	331	9,392	100.0
平均年令		47.8	43.3	56.1	49.1	

表5 日本産科婦人科学会会員数の推移

年度	入会者数	退会者数	除名者数	年度末会員数
昭和 25				5,882
昭和 40	502	274	33	14,444
昭和 50	399	274	54	14,967
平成 3	471	442	29	16,084

表6 年度別日母会員数種別一覧（昭和54年度～平成3年度）

各年度「事業報告」より抜粋集計）

報告書年度		会員数計	A会員	B会員	C会員
昭和	54 (1979)	12,917	10,534	1,904	479
	55 (1980)	12,924	10,453	1,922	549
	56 (1981)	13,053	10,217	2,031	805
	57 (1982)	13,036	10,048	2,048	940
	58 (1983)	13,047	9,855	2,178	1,014
	59 (1984)	13,058	9,798	2,195	1,065
	60 (1985)	13,040	9,600	2,235	1,205
	61 (1986)	13,191	9,476	2,314	1,401
	62 (1987)	13,473	9,399	2,463	1,611
	63 (1988)	13,758	9,250	2,632	1,876
平成	1 (1989)	13,797	9,065	2,753	1,979
	2 (1990)	13,801	8,944	2,814	2,043
	3 (1991)	13,772	8,752	3,117	1,903 (準会員制施行)

表7 “日産婦・日母合同会員名簿”〔1988.12版〕「日母会員数」卒業年度別一覧表・図

卒業年度	計		(小数点第3位以下四捨五入)				年齢階級	%
	会員数	%	1%	2%	3%	4%		
大正	43	0.31					目安	
2	16	0.12						
3	23	0.17					85~	1.55
4	22	0.16						
5	23	0.17						
6	38	0.28						
7	47	0.34						
8	55	0.40					80-84	2.59
9	70	0.51						
10	69	0.50						
11	79	0.57						
12	84	0.61						
13	104	0.76					75-79	4.76
14	78	0.57						
15	106	0.77						
16	204	1.48						
17	162	1.18						
18	190	1.38					70-74	7.11
19	180	1.31						
20	256	1.86						
21	115	0.84						
22	237	1.72						
23	407	2.96					65-69	17.88
24	586	4.26						
25	702	5.10						
26	473	3.44						
27	292	2.12						
28	244	1.77					60-64	10.53
29	321	2.33						
30	353	2.56						
31	264	1.92						
32	268	1.95						
33	306	2.22					55-59	9.30
34	254	1.85						
35	232	1.69						
36	259	1.88						
37	229	1.66						
38	243	1.77					50-54	7.61
39	223	1.62						
40	227	1.65						
41	191	1.39						
42	162	1.18						
43	178	1.29					45-49	7.21
44	191	1.39						
45	186	1.35						
46	205	1.49						
47	233	1.69						
48	236	1.71					40-44	8.27
49	227	1.65						
50	229	1.66						
51	221	1.61						
52	226	1.64						
53	238	1.73					35-39	7.71
54	226	1.64						
55	181	1.32						
56	211	1.53						
57	205	1.49						
58	202	1.47					30-34	6.54
59	192	1.39						
60	167	1.21						
61	174	1.26						
62	167	1.21						
63	121	0.88						
不明	1,111	8.07						
不合計	13,764	100.0						

表8 日母会員年齢階級別分布率（93現在）

（1988年版、卒業年度別分布より推定）

目安年齢階級	%	%	%
85～	1.55	44.42	53.72
80～84	2.59		
75～79	4.76		
70～74	7.11		
65～69	17.88		
60～64	10.53		
55～59	9.30	47.52	38.27
50～54	7.61		
45～49	7.21		
40～44	8.27		
35～39	7.71		
30～34	6.54		
～29	0.88		
不明	8.07	8.07	8.07

表9 東京都母性保護医協会A会員の年代別頻度

年代	回答数	%	25	50	70	100
30-40才	10	1.5				
41-50才	50	7.3				
51-55才	43	6.4				
56-60才	81	11.9				
61-65才	230	33.7				83.9%
65-70才	150	21.9				
71才以上	112	16.4				
無回答	7	1.02				
計	683	100				

1991年11月東京都母性保護医協会アンケート調査より

表10 東母調査(1991.11)

開業形態	回答数	%	25	50	75	100%
1. 病院	48	7.03				
2. 診療所	622	91.07				
無回答	13	1.90				
計	683	100.0				

表11 産婦人科勤務医師の理想的定年年令は何歳位が適当と思うか

(日母老後問題アンケート調査 昭58)

	1 55～59 歳	2 60～64 歳	3 65～69 歳	4 70～74	5 75歳 以上	無回答	計
勤務医師	138	228	112	30	3	8	519

表12 産婦人科開業医の定年は何歳位と考えるか

(日母調査 昭58)

	1 60歳位	2 65歳位	3 70歳位	4 75歳位	無回答	計
診療所医師	86	198	91	24	7	406

表 13 東母調査 (1991.11)

開業年数	回答数	%	25	50	75	100%
1. 5年以上	31	4.54				
2. 6～10年	26	3.81				
3. 11～15年	48	7.03				
4. 16～20年	60	8.78				
5. 21～25年	93	13.62				
6. 26～30年	94	13.76				
7. 31年以上	318	46.56				
無回答	13	1.90				
計	683	100.0				

表 14 日本産科婦人科学会、会員数の推移

年度	入会者数	退会者数(泉住所)	除名者数	年度末会員数
昭和 54	417	370	29	15,254
昭和 55	441	375	22	15,298
昭和 56	402	383	52	15,265
昭和 57	471	417	33	15,285
昭和 58	489	439	37	15,299
昭和 59	634	450	31	15,452
昭和 60	499	416	35	15,500
昭和 61	608	356	24	15,728
昭和 62	636	409	30	15,925
昭和 63	540	413	32	16,020
平成 元	537	434	38	16,085
平成 2	440	414	27	16,084
平成 3	471	442	29	16,084

表15 産科医の年齢構成からみた  
10年後の分娩場所（施設）別分娩率

分娩場所	分娩率 (%)	現 在 (全国) (%)	10年後 (%)	
			全国平均	大都市
病 院		55.7	80	90.0
診 療 所		43.3	19	9.9
助産所その他		1.0	1	0.1

表16 産科医療（医業）の将来を左右する要因

- (1) 出生数の増減
- (2) 医学の進歩 ⇒ 費用の増加
- (3) 労働基準法の施行強化 ⇒ 費用増
- (4) 診療所医師の高齢化 ⇒ 診療所減
- (5) 費用増による診療所新規開設の減少
- (6) 受診者の快適性に対する要求増 ⇒ 費用増
- (7) 周産期医療に対する医療訴訟の増加
- (8) 第3次医療法改正の結論 ⇒ 有床診療所問題の決着
- (9) その他

表17 現在の産科医療施設、10年後の将来像

- I 助産所：地方都市以外は殆んど廃業
- II 一次施設（診療所）
  - (1) 無床化
    - ① 外来・入院共に産科を中止（医療法改正、高齢化など）
    - ② 産科外来だけ行い、分娩は二次施設で行う（病診連携・オープンシステム診療）
  - (2) 小児科、麻酔科医と連携診療で産科を延命継続（グループ診療）
  - (3) 実質二次施設までレベルアップして診療所のまま存続
  - (4) 二次施設へ組織替えで存続（第3次医療法改正）
- III 二次施設（中小病院）：二次・三次施設間の病々連携診療で主役を務めている
- IV 三次施設（大病院・周産期医療センター）：10年後の次の主役としての地位を固めつつある

## 産科医の受給状況から見た今後の予測される産科医療体制

三井記念病院産婦人科

本 多 洋

マンパワーの問題がございましたが、私は産婦人科の医師がこれからどういう形で補充されていくかということをお話し申し上げたいとおもいます。

まず医師全体数ですが、これは医科大学の卒業生の数を見ても、昭和55年にいちばん多く出ておりますが、そのあとやや定員削減の傾向があり、だいたい年間7800名ぐらいが医学部を卒業しています。これが医師になる候補者であります。

この卒業生は、今後の定員削減の傾向が若干あるとしましても、平成12年、いまから7年後ということになりましょうが、医師数が28万2000人に達すると推定されております。昭和55年には16万5000人であったわけですから、数全体としてはかなり増えてまいります。

その中で産婦人科の医者になる、しかもその中で周産期医療にタッチする者の割合というのを調べるのは、非常に難しいのですが、産婦人科学会では幸いと言いますか、認定医制度を敷いて、臨床の産婦人科の医師はすべて認定医になるという形になっております。したがって現在、先ほど樋口先生がお示しになりましたような、日産婦学会の会員、あるいは日母の会員はほとんどがこの認定医を取るか、あるいはその認定医を取るための臨床研修をやっているということになりますので、その認定医のほうから年齢構成の変化、今後何人ぐらいずつ年間補充されていくかということを見ってみました。

これは樋口先生がお示しになりましたように、日産婦、日母の会員の年齢構成とももちろん共通しているわけですが、認定医の年齢構成としては、60歳台の者がいちばん多いということになります。

周産期医療に直接タッチする働き盛りと言えるような40代までの者と言いますと、それぞれの各5年階級ごとに、千数百ぐらいずつがいるわけですが、いちばん多い60歳台のグループでは、60歳から64歳のところが2千5、6百人、65歳から69歳の者が1600人ぐらいということで、若い人がしだいに少なくなっているということが言えるわけです。

認定医の制度のほうから、現在研修中で今後認定医になっていく者というのが登録されておりますので、その数字を挙げてみますと、昭和63年度に登録された者が、今年ちょうど認定医の試験を受ける資格がある人達ですけれども、376名おります。平成元年度か374名、平成2年度の登録研修開始者というのは、ここで減って303名、平成3年度が309名、平成4年度が313名ということですので、これから見てまいりますと、平成10年といった先はわかりませんが、だいたい1年間に300人ぐらいずつが、いわゆる認定医としての産婦人科の医師ということで、補充されていくと考えられるわけです。

単純な産婦人科医師数の推移としては、以上のように予測されますけれども、その中で周産期医療にどれだけの割合でたずさわようになるかということがいちばん問題であります。私個人としては、まず関心を持っていただくことだと思います。そこで実際にその方面への興味を教育、卒後研修ということではかっていかなければ日本の周産期医療は、質がだんだんと低下していく可能性を否定できないと感じております。

以上です。

多田：ありがとうございました。それでは続きまして竹村先生にお話をいただいて、そのあと議論をしたいと思っております。

竹村先生お願いいたします。

表1 設置主体別にみた医科大学・医学部数及び入学定員募集人員の推移

			昭和 25年度 (’50)	30 (’55)	35 (’60)	40 (’65)	45 (’70)	50 (’75)	55 (’80)	60 (’85)	平成 元年度 (’89)
大 学	国立	学校数	19	20	21	24	25	34	42	43	43
		入学定員	1,380	1,420	1,460	1,980	2,360	3,680	4,560	4,640	4,285
	公立	学校数	14	13	12	9	9	8	8	8	8
		入学定員	640	620	580	580	620	620	660	660	660
	私立	学校数	13	13	13	13	16	28	29	29	29
		入学定員	888	780	800	1,000	1,400	2,820	3,040	3,040	2,935
	計	学校数	46	46	46	46	50	70	79	80	80
		入学定員	2,900	2,820	2,840	3,560	4,380	7,120	8,620	8,340	7,880

表2 医師数の年次推移

	実 数 (千人)	人口10万対 (人)
昭和55年(1980)	165	141
58年(1983)	181	152
61年(1985)	191	157
平成2年(1990)	228	186
12年(2000)	282	220
37年(2025)	382	300
62年(2050)	411	340

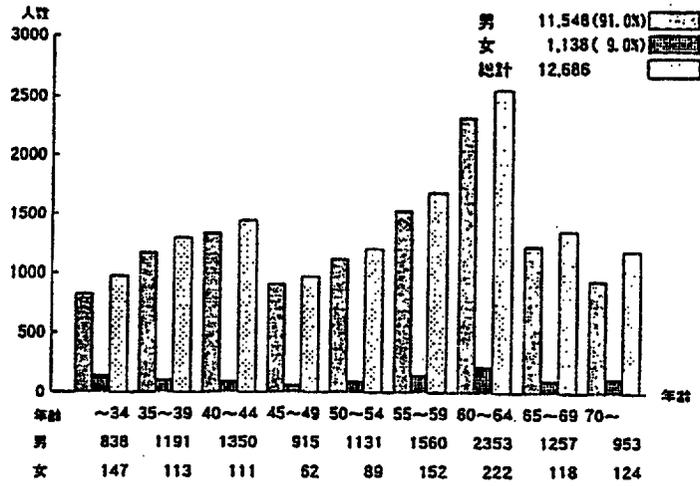


図1 認定医の年齢・男女数

表3 平成4年度卒後研修医地方部会別登録状況

平成4年10月1日現在(平成5年1月20日迄提出数)

地方委員会	平成4年 研修医登 録施設数	研修医登録数(人)				
		平成4年度	平成3年度	平成2年度	平成元年度	昭和63年度
北海道	6	14	17	11	18	18
青森	1	1	4	6	3	2
岩手	1	2	2	2	1	4
宮城	4	14	12	7	10	13
秋田	1	5	2	5	4	4
山形	1	2	0	3	4	3
福島	1	6	1	4	8	7
茨城	1	4	2	6	3	3
栃木	1	5	5	3	3	2
群馬	1	6	1	1	8	9
埼玉	3	6	5	6	4	11
千葉	1	3	4	7	10	3
東京	19	67	70	65	74	82
神奈川	8	17	11	17	21	24
山梨	1	4	1	3	5	5
長野	1	4	6	3	6	1
静岡	1	3	5	4	5	4
新潟	1	6	5	9	2	8
富山	3	5	6	6	2	2
石川	0	0	3	2	3	1
福井	1	1	3	5	3	4
岐阜	2	2	3	3	10	2
愛知	9	19	16	11	25	9
三重	0	0	2	2	5	5
滋賀	1	1	1	3	1	3
京都	2	7	21	10	19	16
大阪	4	23	22	13	25	26
兵庫	2	10	9	13	4	9
奈良	2	3	2	3	5	6
和歌山	1	1	1	2	2	1
鳥取	1	3	2	4	3	6
島根	1	1	3	0	3	2
岡山	1	4	6	6	13	7
広島	1	3	7	3	3	5
山口	1	5	2	4	7	2
徳島	1	8	3	5	3	9
香川	0	0	1	1	4	1
愛媛	1	3	3	4	3	5
高知	1	2	2	0	2	2
福岡	4	19	10	13	13	17
佐賀	1	1	5	2	2	4
長門	1	2	3	6	4	2
熊本	0	0	4	8	5	6
大分	2	4	2	5	2	4
宮崎	1	7	7	1	4	4
鹿児島	2	7	6	6	3	6
沖縄	1	3	1	1	7	7
合計	100	313	309	303	374	376

## 産科医療の年齢構成から見た

### 今後の予測される産科医療体制

大阪府立母子保健総合

医療センター（名誉顧問）

竹村 喬

私も以前に、産科医の年齢構成を調査したことがあります。今回大阪の状況を調査しましたので、この両者から、今後の10年先を想定し、その対策について私見を述べると共に、助産婦問題についてふれてみたいと思います。

スライドをお願いします

このスライド（図1）は、ちょっと古くて恐縮ですが、昭和50年日本産婦人科学会総会で、教育講演をしたときのもので、近畿地区の開業医の年齢を示したものであります。当時の産科医は32～82歳と広く分布し、ほとんどが40～60歳代にあり、50歳前（48～49歳）にピークがありました。

次のスライド（表1）は、平成5年1月現在の大阪産婦人科医会（会員1,351名）のうちA会員（718名：開業医と勤務医のうち、教授、助教授、部長、科長、医長、その他これに準ずる役職にあるもの）の年齢分布であります。図1に比べ、18年経過していますので、当然ピークが20歳近く右方に移動し、高齢化が目立っています。60歳代が340名（47.4%）70歳代が95名（13.2%）両者で60.6%（718名中435名）も含まれています。

一方、新入会者は、次のスライド（表2）のように、減少傾向が著しく、最近5年間で半減（昭和62年度87名、平成3年度39名）しています。そして、77歳以上の高齢者と退会者が毎年100名を越え、新入会者の約2.5倍（平成2、3、年度）に相当しています。

これらの状況から、10年後には、若年者は少なくなり、70歳以上が過半数を占めることは明白であります。開業医の分娩取扱年齢は個人差もありますが、その限界はやはり65～70歳と思われる。勤務医の定年を一応65歳とし、開業医もこれに準じ分娩を取扱わないと仮定する

と、現在55歳以上の550名（全会員の42.6%）が産科の第一線を引退することになります。そして、産科の希望者が少ない現状から、10年後の産科医療確保はなかなか難しくなり、その対策は今から真剣に考慮されねばならない課題でありましょう。

なお、人的資源の確保に関連して、助産婦問題にふれさせていただきます。助産婦もまた高齢化が進み、産科医のそれよりも急ピッチです。そして、求職数は卒業生数をはるかに上廻り、著しい受給アンバランスを生じています。そのため、助産婦の養成は急務であります。しかし、養成数（現在、助産婦学校卒業生約1600名）の増加は、実習分娩数（1学生宛10例）の壁があり、現状では、学校の増設、定員の増員は安易ではありません。

その上、折角、助産婦になっても、私の調査では、離職するものが多く、5～6年経つと助産婦としての就職者は1/3に減少します。これら多くの離職者に離職の理由をききますと、次のスライド（図2）のような回答が返ってきました。「結婚・育児」が最も多いのは適齢期ですので、止むを得ないかも知れませんが、「労働過度や夜勤」などの肉体的条件や、身分の保証、人間関係などをあげていました。

待遇改善、養成数の増加など、私たち当事者の努力だけでは如何ともし難いものばかりで、行政や企業を含めた一般社会の理解・協力がなければ到底目的とすることはできません。周産期医療に携わっておられる先生方に、深い関心をもっていただき度く思い、ちょっと時間をいただいた次第です。

多田：竹村先生ありがとうございました。

ただいまご3人の先生方からマンパワーの問題を中心にご議論いただいたわけですが、10年後ということで常々竹村先生からその話をうかがっておりました。そこで、そこらへんを考えないと、周産期医療というのは考えられないのではないかと考えていたのを、本日は非常にクリア

な形で出していただきました。

では、ご議論をいただきたいと思います。非常に大変だということはわかったように思うので、実際問題として、それが産科医療について、あるいは新生児にも関係してくると思うのですが、どのように影響してくるかということから入っていただいても結構ですし、あるいはただいまのことで各先生に対するご質問でも結構ですが、いかがでしょうか。友田（大阪市大）樋口先生にお聞きしたいのですが、先ほど開業している場合と、病院勤務の場合との、定年に対する考え方についてお話がありました。そのアンケートの意味ですけれども、それは実際にやめるという意味なのか、それとも産科であるから、お産をやるのがもういやなのか、あるいは病院勤務でしたら、夜の当直などがいやなのか、そのへんのところはどうか、教えていただきたいと思います。

樋口：意識調査なので、理想的なというのは先ほど申し上げたようなことなのですが、現実の場合については、もう一つ調査を同時にしていますが、実際にはどうかというと、だいたい5年のずれがありました。ですから勤務の先生は60歳ということでしたが65歳とか、開業医の場合は65歳でしたが、70歳までは生活のためとか、生き甲斐ということがあるので、働くというような結果でした。

友田：お聞きしたいのは実は当直のことなのですが、僕はまだ元気なのですが、年を取ってくると当直は少なくなってくる、また行きたくない、夜中のお産もいやになってくると。そこでどうしても若い者に働け働けということになってくるし、病院が増えてくると、現実問題として大学に当直を寄越してくれということになってきて、若い者がほとんど当直に行っているという現実があるわけです。それで何歳ぐらいまで当直をやるという意識がみんなにあるのかということなのですが。

樋口：ちょっと追加させていただきますが、先ほども条件に入れましたが、つい一昨日も労働

基準法のことを新聞に出ましたね、たとえば休日の場合は賃金を倍出せとか、夜間もというのが。そういうのが今度出ましたが、中高年の方などもそういういろんなしらがみがあるので、周産期医療というのは、これは武田先生から詳しくお話があると思いますけれども、エコノミカルなことが入ってくると、私は先ほど三つの要素を出しましたが、メジカルにいくら進んでも、ソシオエコノミカルなところに隘路があって、そこで問題が起こるのではないかと思うのです。ですからメジカルサイエンスがずーっと突っ走っているけれども、どこかそこらあたりがアンカーになって、ブレーキがかかるのではないかという気が最近非常にしています。

仁志田（東京女子医大）：何か大変暗い話ばかりなのですが、僕は産科の医療に関しては、少なくとも私どもがいっしょに仕事をしている先生の中には、どんどんどんどん大きくなっている先生方も沢山いらっしゃいます。それから産科の医療というのは、いまものすごく変わってきているのではないかと思うのです。産科の場合は、これは病気ではなくて、妊婦さんが自分で選ぶことができるのです。ですから非常に多様化しています。その多様化に対応している先生方のところは、どんどん大きくなっています。

産科というのは24時間、365日、いつ何が起こるかわからない仕事を、いままで1人の先生がやってきたわけです。それを受けるお母さん方も、まあ駄目なら駄目で仕方がないという時代でしたから、それでよかったと思うのですが、いまのお母さん方はいい子供を産みたいし、産むときもクラシックを聞きながらいいところで産みたいとかいうふうに変ってきてる。そうになると、商売と言うと変ですけども、そういう新しい需要というものがあるし、それから産科の医療の深みというものがこの5年、少なくとも10年で、ものすごく深くなったと思います。

ですから、私がもしもまた医学部を卒業して選ぶのだったら、産科を選ぼうというも思っています。ですからその深みと、需要者と言った

らおかしいのですが、そういう人達を受け入れれば、産科というのはもっともっとすばらしいもので、実地の先生方でもできるのではないかと、いつも思っているのです。実は羨ましいと思っ

多田：私どももそのとおりなのですが、ただいまのマンパワーの問題などで、そういうクオリティの高い医療に持っていけるかどうかというのが、いちばん問題だと思うのです。本多先生、そこらへんはいかがでしょうか。

本多：仁志田先生が応援演説的なことをおっしゃっていただいたのですけれども、先ほど私が申し上げたのも、一つはそういう点があるわけです。ですから卒前教育、卒後教育という点を通じて、人間の生命を誕生するということにタッチするすばらしさというものを、医学教育の上で生かしたい。それが数を増やすことにもつながるわけです。そのへんは実際医学教育にたずさわってくださっている班の諸先生たちに、今後ともよろしくお願いしたいと思うわけです。

多田：これは大変大事な問題だと思いますし、まさにポイントになると思います。もし人がただ

いまのお話のように少ないのだったら、何とか多くするような方法を考えていただかなければいけないわけで、それは一つは医学教育であると思います。またいろんな経済的な問題もあると思います。当直の数の問題もあると思います。今後そこらへんがリミティングファクターになって、だんだんいろんな問題が出てくるような気がいたします。いまの面は、マンパワーのことのほかに金銭的なこともある程度からんでくると思いますので、武田先生にそこらへんのことをお話しただいて、それから「地域医療としての」というところで中村先生にごいっしょにご討論いただくことにしたいと思います。

では、ここで司会を小川先生にお願いいたします。

小川：「母子医療の経費を社会がどう負担するか」ですが、これは先ほど中野教授からもお話がありましたように、国立大学ですらお金のことを考えなければいけない時代でございますので、そういうことも踏まえて武田先生に、武田先生のところは私学ですけれども、そういうことに限らず、全体として大きなことをお話いただきたいと思います。

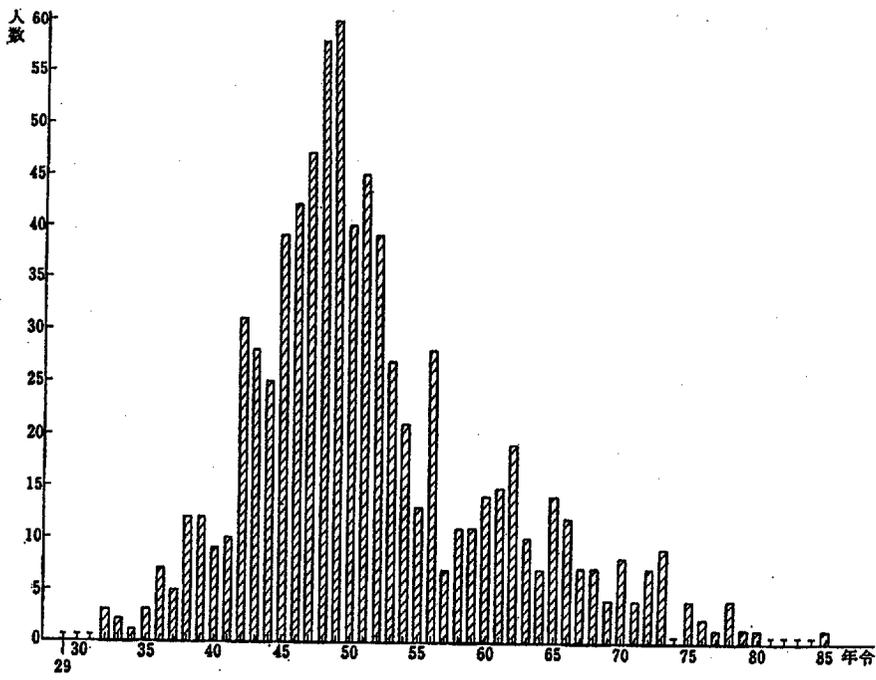


図1 開業医の年齢 (近畿)

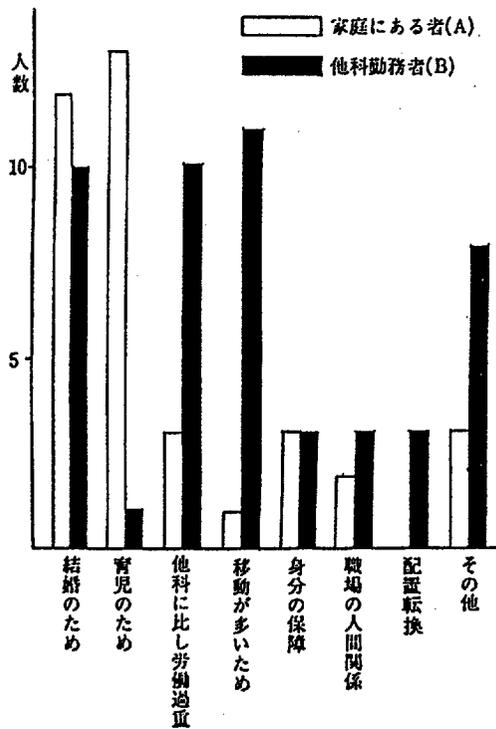


図2 助産勤務をはなれた理由

表1 大阪産婦人科医会 A会員の年齢 (1993)

〈A会員：開業医+勤務医のうち責任者〉

年齢 (歳)	数	%
～ 39	47	2.4
40～44	48	6.7
45～49	54	7.5
50～54	49	6.8
55～59	92	12.8
60～64	135	18.8
65～69	205	28.6
70～74	69	9.6
75～79	26	3.6
80～	18	2.5
不 明	5	0.7
計	718	100.0

表2 大阪産婦人科医会における入会者

	会員数 (A会員)	入 会 者	退 会 者	高齢者※
昭和62年度	1325 (761)	87	71	32
63	1324 (747)	55	56	37
平成元年	1331 (740)	77	70	46
2	1313 (732)	43	61	44
3	1292 (702)	39	60	40

※ 77才以上

## II 母子医療の経費を社会がどう負担するか

東京女子医科大学産婦人科

武田佳彦

先ほど暗い話も沢山出ましたが、産科医療が非常に変わってきているということは、皆さんご認識だと思います。だいたいこんな話が厚生省の班研究でまともに通ること自体が、厚生省が変わったのか、われわれが変わったのかよく知りませんが、ずいぶん変化してきていると思います。

その変化の要点はいったいどこにあるのかということ、自分なりに考えてみますと、三つぐらい大きな要因があるのではないかと思います。その一つは、医学も含めてですが、医療の非常に大きな進歩です。私や坂元先生が産科、新生児、胎児などとはじめましたときは、これは分娩のことだけでした。先ほども仁志田先生が質が変わってきた、深くなってきたと言われましたが、一つは、妊娠中の医療に対して非常に大きな関与ができるようになったというのが、ものすごく変わった点です。これは診療できる時間が非常に長いわけです。したがって、強化度は施設によってずいぶん違ってきているのも事実です。先ほど小柳先生のお話を聞いていて、小柳先生のところの成績は必ずしも良くないなと思って、スライドを見ていたのです。それはたぶん送られて来る患者さんの質が違うからだと思います。その質が最後まで響いているから、ああいう結果になって出ているわけです。

厚生省の班研究で、母体搬送をやったほうがいいか悪いかということが、課題になりましたとき、母体搬送は非常に悪いという結果が出たのはご承知のとおりです。同じようなことがいまの小柳先生のところに出ている。しかし、この10年間でずいぶん質が変わってきています。さらに、胎児に対するインターベンションが非常に増えてきたというのも、最近の非常に大きな特徴です。そして胎児外科がはじまるとかと

いう話は、もう皆さんよくご存じのとおりです。前回の医学会総会でも、随分大きな課題として取り上げられ、それは医学の進歩の一つのシンボルだというふうにさえ見られています。そういう大きな変革点が医療の自身の進歩にあるということの一つ、われわれは知らないといけないのではないかと思います。

もう一つは社会の要望です。社会のニーズがずいぶん変わってきています。おいしいものを食べて、安全にお産ができてというところならばということで、だから開業医のところにも行くのではないかと、仁志田先生はおっしゃいましたけれども、単純にそれだけのことではなくても、非常に大きなことから申しますと、出生率が極端に低下しているということがあります。昨年のご承知のように123万です。特殊性率は1・53ですか。ほとんど女の人は子供を産まなくなってしまうと言ってもいいくらい、お産に対する若い方々の認識がずいぶん変わってきています。これが社会にどういう影響を及ぼすかというのは、何もわれわれ医学にたずさわっている者でなくても、沢山の方々が危機感を表明されています。つい先だって朝日新聞には、2017年にはどんなになるかという人口構成の話まで出ておりました。そういった人口構成に対応するために、産科がいったいどうあるべきかということは、これはわれわれの課題として考えなければいけない。

そこで、そこに社会保証という概念が、分娩、育児というところに取り入れられないと、自然の趨勢にまかせれば、いまのような状態がどんどん進んでしまう。最終的に変曲点に来たときには、ちょっと遅過ぎる。だいたい変曲点に自然に来るとするのはドライブがかかりますから、数年遅れるのが常識です。そういうものを待っていたのでは、とても日本の将来的な人口問題に対応できないということが一つあります。

同時にお産というのは、自然だという考え方があることも事実です。だからお産で何かあったら、これはおかしいのではないのという認識

を一般の方が持つ。たとえば30週で赤ちゃんが産まれるとしても、癌の患者ほどにはその危険性を家族の方は考えていないのではないか。癌なら死ぬぞという考え方が大変強いですが、28週、30週だったら、まゝ生きて産まれてよかったなぐらいにしか思っていない。それで、それに何か異常が起こってきたときの反作用と言いますか、一般の方の受け取り方が非常に厳しいものがある。そういったことが一つ、産科で訴訟が多いということにもつながってきているように思います。

そういった面を明確にクリアすることは難しいでしょうが、われわれがこういった会でしょっちゅう議論し、医療の質を上げようというのは、そういう意味では大変大きな努力が必要と思うわけです。

第3点は、先ほど樋口先生がおっしゃった医療経済の問題です。樋口先生も入っていらっしゃいますが、東京母性保護協会というのが、日本母性保護協会の下部組織としてありますが、昨年の11月12日に「第三次医療法改正に伴う産婦人科有床診療所について」というパンフレットをお書きになっていらっしゃいます。この中の例で、日野市の例だと思いますが、現在人口が16万あるのですが、にもかかわらず診療所数が激減して、いま8診療所しかないのです。その中でお産を取り扱っているのはわずかに5診療所です。そして公立病院は3カ所含まれている。それしかない。

何でこんなになっているかということですが。分娩監視装置一つ取り上げてみてもいいと思いますが、これは一台300万です。いま保険で対応されている分娩監視装置の紙代ですか、これが3600円です。その程度です。そういった分娩監視装置がペイするのにいったい何年かかるか。3000円だとすると1000人分娩しないとペイできない。

先ほど出ましたように1診療所当たり月に五つや六つお産していてペイできるはずがない。分娩監視装置は基本的な産科診療だと先生方は

思っているんじゃないかという考え方が、大きな病院におればおるほど、中に残ります。

ところが、実際有床診療所がそれをペイしようと思えば、実に10年かかる。10年かかってもペイできないかもしれません。あんな器械は5年もたつと古くなってどうにもなりません。

そういった産婦人科診療の実態だから、産婦人科の将来は樋口先生が予測されたあんなみじめな数字になるのだらうと思います。

数から申しますと確かに減っています。従来全国で500人ぐらい新入医局員がいましたが、いまはその2/3、300ちょっとです。減ってしまった。いっとう多いときは、私どもが入局しました昭和30年ごろで、ものすごく多かった。あのころは人工妊娠中絶がものすごく多かったのです。だから産婦人科医はペイしました。ところがいまはそんな状態ではぜんぜんありません。ペイできないところで、そういうふうには減ってきた。ただ、300人がそれでは危機的数字かということ、私はそうは思いません。先ほど本多先生がお話になりましたが、60歳から70歳までの10年間をあわせてみると、死んだ人もいるでしょうが、3200人ぐらいいます。10年間で割ると320人ぐらいです。それをそういった診療ができる立場に置いていただければ、それは十分、いまの有床診療所を維持する道もあるかと思えます。

だから、これからシステムを考える場合には、やはり医療経済を基本に置いたシステムを考えないといけない。医療経済の中でもう一つ大事なものは、先ほど言った社会的ニーズということから考えましても、どの程度保障すべきかという点だと思います。分娩監視装置が買えないから、じゃ保険の点数を上げなさいでは、とても対応できない。やはり十分なケアができるような状態をまずつくって、そのケアの中ではずれた人をキュアする。ケアとキュアということも、われわれはもう一度考え直す時期に来ているの

ではないでしょうか。

スライドをお願いします。

母子医療における社会保障ですが、これはずいぶん前からあります。未熟児養育医療からはじまって妊産婦の養療給付、それから妊娠中毒症は昭和39年にできるようになっています。妊産婦の糖尿病は43年に、53年になると貧血とか、産科出血とかというところまで、実はカバーされるようになっていくのです。

ところがこれには、非常に大きな制限があります。それは所得制限です。税金を払っていないか、あるいは生活保護であるか、そういう人に限ってそういうことができる。ただ、育成医療についてはずいぶん変わりました。これははじめ所得制限がありましたが、だんだんその撤廃が行われてきています。

ところが、それを規定している基本的な法律というのは児童福祉法なのです。これはずいぶん昔からあります。戦前からあります。昭和22年に大幅に保障は改定されました。23年にはご承知のように優性保護法が制定されました。これは27年に改定されています。40年には母子保護法が制定されました。こういう法律の下で、いまのようなことが行われているわけです。

ただ、公的援助も少しずつではあるけれど、進んできていることはたしかです。昭和44年に妊産婦の健康診査が行われるようになりました。これは一部負担です。45年には精密検査が行われるようになりました。そして48年には、これは乳児検査もそうですが、所得制限が撤廃されました。そして全妊婦、全乳児を対象にした健康診査が行われるようになりました。これは画期的なことです。

現在、たいいていのところで統計をお取りになると、妊婦が妊婦検診に来るのは10回から10数回です。世界でこんな国はありません。ほとんどの人がインテンシブに來ています。ところが、実際の公費負担は2回だけです。ですから、その波及効果がいかに大きいかということです。

表1はわれわれのところで、年齢付加要因とい

うことで、いろいろな検査で何がわかるかというのを調べたものです。

これは問診で何とかわかる、ひっかかってくるもので、Yと書いてあるのは、わかりますよということです。

この組み合わせ要因というのは、われわれが従来厚生省の班研究などで、母体死亡のニアミスというふうに取り上げたものなのです。出血が1500以上、子宮破裂、分娩ショック、輸血羊水栓塞、こういう非常に重篤な産科合併症が認められたものを、この1にしています。それから日本人に多い血圧が退院時に140以上あって将来慢性高血圧に結び付くもの、緊急帝王切、それから新生児側では死産、新生児死亡、未熟児出産、新生児仮死というのを取りますと、大変面白いのは、既往症でこういうところに該当しているものは、案外にこういった新生児の異常をよく包括しているということです。

だから、問診も馬鹿にならないわけで、問診といったことも、今後の産科医療の中で考えていくべき点だろうと思います。

妊娠中の異常でいったい何がわかるか。先ほどの横の組み合わせは同じです。妊娠中に検査しますとほとんどのものが全部引っかかってしまう。だからこれをうまく使いますと、妊娠中の管理が嚴重にでき得る一つの大きな指標になると思います。

ここの1というのは、現在公費検診で行われている検査です。血型、血算、HB抗原抗体、ワッサーマン、血圧、体重、子宮底長、蛋白、尿糖というものです。それでわかるというのは、こんなに重症のものが沢山ある中で、よくいって3疾患までです。重症貧血、重症中毒症、無力症ですか。そのくらいしかありません。ところが、もし超音波検査を実施しますと、これは妊娠初期、中期、末期と実施しますとどのくらい引っかかってくるかということ、切迫流産も、胎盤機能不全もわかります。妊娠中毒症も、これは胎盤機能不全、胎児異常、胎児発育ということになります。これもわかります。多胎妊娠も当

然わかります。頸管無力症も最近では診断基準ができてわかります。前置胎盤もわかります。重症貧血除いて、こういったものが超音波検査でほぼスクリーニングできる。さらに肝機能検査でスペシフィックなもの、重症妊娠中毒症とかがわかります。あるいは腎機能検査、肥満、高脂血症、凝固系の検査を加えると、現在ニアミスの中に含まれるものは、ほとんど妊娠中にかかる。妊娠中にわからないものもあるのですが、羊水栓塞などはわかりませんが、半分以上はそういったものがディテクトできると思います。ですから新生、未熟児出産については、相当程度予防できるのではないかと思います。

これらの表は私どもの班として報告いたしますけれども、公費検診はたった2回で、先ほども言ったように非常にわずかな項目の、お金もあまり出さないものでも、10回以上の妊婦検診を受ける機会を与えてくれたという点では大変感謝しているわけです。そこで、これはたとえばの話ですが、超音波を公費検診に加えていただくと、その波及効果はすばらしいものがあると思います。

超音波をご承知のように、いい物は700万も800万もします。それをペイするのは大変です。それでも妊婦検診での公費負担という一つの枠の中に、これを取り込んでいただきますと、その波及効果は非常に大きいものがあります。それは、産婦人科医療を側面から支える大きな道になるのではないかと思います。

小川：ありがとうございます。武田先生は最終的には公費負担のお話をさせていただいたと思うのですが、どなたかコメントはございませんか。

中野（九州大学）：厚生省の先生がお見えになっているから言うわけではございませんが、母子保健医療に関する中長期プランを厚生省でおまとめになっておられて、その中に先ほどからご討論がありました産科、小児科両医師の人材確保のために、格別のことを考えなければいけな

いとか、あるいは先生がいまお触れになった、医療経営そのものをバランスが取れるように、やはり給付を考えていかなければいけないというのは、すでにうたっていらっしゃいます。さらには母体死亡の減少ということで、いま最後にお示しになったような、種々なパラメーターをどうかしなければいけないということで、行政は大変熱心に前向きに取り組んでおられると私は確信をしております。

ところで、武田先生と討論したいのですが、先生は主としてニーズとサプライの両面から話を起こされたと思います。その上でフーベイズという話を最後にまとめましたけれども、それは誘い水による波及効果で自己負担というお話を今日は中心になさいましたね。それも一つの方法ではありますが、フーベイズと、それからホアット・シュピ・ベイズというのでしょうか、何に対して払うかという、二つの観点があると思うのですが、先生におうかがいするという形で討論をしたいのは、何に対してという話なのです。

今日お挙げになった種々の検査項目等はもちろんそうでしょうが、もっと一般化した話を考えてみますと、保健と医療と二つに区分することができる。いま25年になります母子保健法がカバーするというのは、幹は沢山枝分かれしましたし、葉っぱが隣の屋敷にまで入っているようなので、いかにも保健、医療を覆っているように見えますが、根を探したらやはり向こうの屋敷にあるのですね。保健というところから出てはなかなかこれない。母子医療法というのは日本にはないのです。

そういう意味で言いますと、医療と保健というのが、やはり現実にはあるのだろうと、こう思わざるを得ない。そうすると医療対象というのは、どれぐらいか知りませんが、おそらく一部でしょう、1割か1割5分かの。そして残りのものは保健対象だというふうには、プロスペクティブに分けられないからわれわれは悩んでいるだけであって、結果からみたら分かれるのです。

そういうようにどちらに対して何を払うかということについて、あまり今日はお触れにならなかったもので、そのことを一つおうかがいしたい。

たとえば、先ほど仁志田教授がおっしゃったのですが、ローリスク・ローケアの集団に対しては、分娩そのものに対する付加価値を付けてでも、いろいろとパラ色の世界がつかれるというお話もありました。なるほどそれもそうかなと思います。それには、そうじゃいけないという考えもあると思います。そこで、何に払うかというので、保健と医療に分けて、少しお考えをおうかがいしたいと思います。

武田：実はもう少しドラスティックなことを申そうかと思っていたのを、やめていたというのが一つあるのです。いまいみじくも、中野先生が触れられたのはその点なのです。もっとおおまかな話をしますと、いま120万しか産まれていません。一つの産院で分娩費を40万とすると、だいたい産婦人科医は納得するのではないですか。そうすると全部でいくらかかるか。4800億しかかからないのです。もうすでに保険組合によっては25万負担していますが、平均20万でしょう。国保は10万しか出していない。

え、24万になりましたか。

それが幾らになるかということ3000億になるのです。あと厚生省が1800億踏ん張ったら全部ただになります。これは、先生がいみじくもおっしゃった、何に対して払うべきかということを端的に言っていると思うのです。

私はある政治家に、それはお爺ちゃん政治家ですが、あなた方は一生懸命自民党で何かやっているけれども、有権者の評判を取ろうと思ったら、お産を全部ただにしてご覧なさい。たったの1800億でそれができますよと、冗談みたいに言ったことがあるのです。

さっきも申しましたように疾病でない部分が、われわれのところには沢山あるのです。ところがその疾病でない部分は、社会の構成と言いますか、日本の民族の将来を左右するような、非常に大きな問題を含んでいるのです。そういうと

ころにも行政は目を向けるべきです。そうなるはずから、それはケアに対して支出すべきだと私は思います。ケアに対して支出することをいまの健康保険法で対応するのかということ、それはしません。健康保険法はパイの分け取りです。たとえ全部が保険に入ったとしても、健康保険法の中でわれわれが望んでいる医療が、あるいは国民が必要としている医療が、円滑に行われるとは、私は必ずしも言えないと思っています。だから、これは別の法律でやるべきだというのが、その基本的な考えです。母子保健法というのがありますが、あれとは違った、先生がいま保障のことを言われましたが、あるいは母子基本法でもいいですが、別の法律の体系の中で、社会保障の枠を妊産婦、あるいは新生児に対して与えるべきです。

いま、われわれの、このレベルの先生方の大きな問題点は何かということ、先天異常であるとか、非常に重篤な異常まで、インタクト・サバイバルさせようという方向になってきているのではないですか。そういう子供が一生使うお金がいったい幾らになりますか。そういうところまで考えて私は、行政に対して提案をすべきだろうと思います。

小川：ちょっと座長として申し上げますが、先生がおっしゃるのは、ヘルスケアという方面でお金を出せということですね。医療ではなくて。

武田：ヘルスケアも含めた保障制度をつくるべきだと言っているのです。

小川：キュアも含めてですね。

武田：キュアも含めてです。

小川：先ほどの中野教授のご提案の、母子医療法という仮に名前が付けられたとして、それはどういうものができるでしょうか。そのへんもしありましたら、ディスカッションしていただきたいのですが。

中野：武田先生ありがとうございました。先生のお考えは少し私も想像していましたので、そのコメントを引き出すために申し上げただけなのです。でも、保健と医療というのは分けるべ

きであろうと思います。武田先生は分けて考えたにしても、種族保存という大行事に対する独立した法律をもって考えて、それでもって動けばどうか、そうすれば一つにまとめてしまうことができる、こういうふうにお答えになったわけで、私は満足であります。ありがとうございました。

前川（滋恵医大）：本来でしたら大学教授がこういう発言をするのは、好ましくないことだとは思いますが、これから入局する産婦人科、小児科の若い人達が希望を持って、小児医療、母子医療をやっていくためにあえて、今日の話聞いて発言させていただきます。

いくらここで医療が必要なおことをおっしゃっても、現実の保険診療とか、法律がどうやって変わるかということ、まず考えていただきたいのです。そうしますと、おそらく正林先生にしろ、上家先生にしろ、そういう意思があっても、それを援助するようなシステムをつくらない限りどうにもならないと思うのです。それで、私がここで申し上げたいのは、産婦人科学会と小児科学会とが仲良くして、一大連合の力を持つということ、それがいかにこれから必要かということ、私はあえて提案したいのです。と申しますのは、現在の診療科の評価が、大学では外来数とか、診療点数とか、ベッド利用率でなされているのです。それで、いくら私達がそういうことを申し上げても、結局は医師会の力というのは数です、そういうことでやられてしまうということが、非常にあるのではないかと思うからです。

ところが、現実非常に悲しいことは、乳児検診にしろ、出生前のプレネータルビジットにしても、そんなことで産婦人科学会と小児科学会が争ってはいないのですけれども、パイを取りっこしているのです。これは本来から言ったら、小児科がいわゆる妊産婦検診をするようなものなのです。ですから、そういうことはお互いの立場を認めて、うんと仲良くして、むしろ産婦人科学会と小児科学会をいっしょにして、そし

ていまおっしゃったような先生の母子保健法でも、何でもいいと思うのですが、そういうことについて、厚生省のここにいらしている上家先生、正林先生が、政策がやりやすいようなことをするというのが、いちばん大切なことではないかと思うのですが、いかがでございましょうか。

武田：大賛成です。

小川：非常にわかりいいお言葉をいただきましたが、中村先生はいかがですか。

中村（神戸大学）：いま武田先生、前川先生から心強い発言があって、私も大変喜んでいるのですが、産科の先生も、今日話を聞きまして、これほどまでに深刻に考えておられるとは、実は思っておりませんでした。私は小児科におりますが、小児医療の存在というものが、昔とずいぶん変わってきております。保健的な色彩が非常に強くなってきています。しかし、われわれが保健ということを実践した場合に、それだけでは食っていけないというのが、いまの日本の医療制度だと思います。

若い人達も産科、小児科というものに対して、魅力を持ちます。しかし、自分の将来を考えると、とても進めないというのが、現実です。ですから、そういった面で、いま先生がおっしゃった、いわゆる保健、ケアに対するペイだけで、若い人を引きつけられるかどうかということ、です。

そして、一つ疑問があるのは、若い人達というのは、自分の生活を守ると意識が非常に強い。NICUもそうですが、産科医療もいかにケアと言え、24時間ケアしなければなりません。ですから単にお金だけではなしに、やはり働く環境というものをどうするかということ、産科の先生もちょっと考えていただいたほうがいいのではないかなと思います。

先生は個人の診療所をある程度維持する方向性で話をされましたが、果して若い人達はそういう格好で自分で診療所を持つとするかです。よっぽど儲かるなら話は別ですけれども、そう

でなければそういう意識に乏しくなるのではないかなと思います。そのへんは先生と若干考えが違いますのですが、いかがでしょうか。

武田：それもよくわかります。われわれの労働環境を変えていくということも、一つの大きな道ではないかと思えます。私はそういったことを否定しているわけではないのです。もちろん社会のニーズという大儀名分はありますが、開業したらはやらないと、これは開業にはなりません。やはり儲からないといけません。

私の娘婿が開業をしているのですが、儲かっています。私とはぜんぜん違います。やはり開業というのはいいなと思えます。ところが産婦人科にはそういう考え方が、もうなくなってきたという点が問題だと言っているのです。内科も儲からない、外科も儲からないというのは、これはまあいいでしょう。しかし、婦人科と小児科がどうして儲からないのですか。それがおかしいと私は言っているのです。

池の上（宮崎医科大学）：ちょっと話題を変えさせていただきたいと思えます。先生は医学の進歩のシンボルとして、胎児外科のことにちょっとお触れになりました。私どものいままでの過去を振り返ってみますと、私は昭和45年の卒業であります。その当時はRDSの子供達がメカニカルベンチレーションで見事に救命できそうだと、あるいは救命できているということ、卒業と同時に見せていただいた時代であります。おそらくそういったことがきっかけで、新生児医療に入っていった人達が、昭和40年代の卒業のゼネレーションには多かったと思うのです。

われわれはいま、胎児外科の魅力について若い人達にどれだけアピールすることができるかということです。日本の現状で胎児外科がどのように見られているか、あるいはどういったコンセンサスがいまから確率されるのか。そして若い医学部の学生であるとか、卒業したての小児科、産婦人科、周産期をやるという、いろんな科の人達に、胎児外科というのは、こんなにすばらしいものだぞということを見せていく

ためには、やはりある程度われわれがそれを行わないといけないし、胎児外科でサバイバルできるケースをどンドンアピールしないといけないと思うのです。

先ほどの小柳先生のお話で、何をやってきたのだろうかというコメントがありましたが、それは先生がおっしゃったように、やはりホクレーションの問題だと思えます。これから治療学、あるいは管理学というものが、九州大学の先生方がお示しになった、あの診断学を基にして、おそらく築いていける時代が来るだろうと思えます。そういう意味で、胎児外科というものについて、果してわれわれはどれだけコンセンサスを、これから日本の中に打ち立てることができるのであろうかということを考えているのですが、先生のご意見はいかがですか。

武田：これは学問的な話になりますが、ソマティックグロースとマチュレーションということが1点と、もう一つはエムアルメンタルな、つまり胎生環境の制御がどこまでできるかということが、非常に大きなリミティックファクターに、現状ではなっていると思えます。

私は10年後には、その両方ともほぼ解決するのではないかと思います。つまりコレクティブサージャリーというのがやはり、胎児外科では非常に大きな範疇を占めることはまず間違いのないと思います。そのコレクティブサージャリーを行ってコレクトできる時期はいつい何時なのかということ、われわれはもう少し詰めないといけません。いまやっている胎児外科というのは、これはほとんどが根治手術ではないのです。ほとんどがテンポラリーなものに過ぎないと思っています。だからネオネタルサージャリーとどこまで違うのかということ、わずかに廃絶するのを止めるための外科だというのが現状だろうと思えます。そこで、これから10年先はもっと積極的にそれをカバーできるようなベーシックなナレッジもできますし、あるいはクリニカルなアートのほうも進んでくるだろうと、私は大変希望を持って見えています。

小川：ありがとうございます。いずれにしましても、社会的にも弱者は女性と子供と言われていますが、大学の講座においても産婦人科と小児科は弱者でございます。また医療においても小児科と産婦人科にたずさわる者が弱いという大きな問題がございますので、それに対して産婦人科と小児科とがもっと協力してぶつかるということで、内科、外科に負けるなというご意

見がございましたので、それを踏まえて、また皆さんといろいろご相談して、運動を盛り上げていきたいと思っております。

それで、私のセクションは終わりにまして、また多田先生にお願いをいたします。

多田：ここで中村先生に「母子統計から見た産科医療の変化」ということでお話をいただきましたと思います。

表1 問診により明らかとなるハイリスク因子

既往歴	母体側要因			児側要因		
	母体側組み合せ要因	退院時BP>140	緊急帝王切	死産、新生児死亡	未熟児出産	新生児仮死
早産				Y	Y	Y
死産					Y	Y
中絶	Y				Y	Y
LBW児分娩	Y			Y	Y	Y
新生児死亡	Y		Y	Y	Y	Y
頸管無力症			Y	Y	Y	Y
中毒症		Y	Y			
前置胎盤	Y					
肝炎	Y					
その他泌尿						
DM	Y	Y		Y		
子宮筋腫	Y					

\*母体側組み合せ要因：出血量1500ml以上、子宮破裂、分娩時ショック、輸血、羊水塞栓の何れかを認めたもの。

母体搬送、併診などの recommendation の基準の作成。例えば前回帝王切、腎炎既往、心疾患合併などのリスク因子を持ちながら診療所で管理されていた妊婦が常位胎盤早期剥離を発症した後に母体搬送される例が母体死亡ニアミス例に多い。

表2 妊娠中の異常と予後

妊娠異常	母体側要因			児側要因			異常の診断 に必要と思 われる検査
	母体側組 み合せ要 因	退院時 BP>140	緊急帝王 切	死産、新 生児死亡	未熟児 出産	新生児 仮死	
切迫流産				Y			2
重症貧血	Y			Y	Y		1
重症中毒症	Y	Y	Y	Y	Y	Y	1, 4-1,2,3
胎盤機能不全	Y		Y	Y	Y	Y	2
妊娠DM		Y					3,(1)
多胎妊娠	Y		Y	Y	Y	Y	2
頸管無力症			Y	Y	Y	Y	1, (2)
前置胎盤	Y		Y	Y	Y	Y	2

1. 現在、公費検診で施行されている検査（血型、血算、HB抗原、抗体、ワ氏検査、血圧、  
体重測定、子宮底長測定、尿蛋白、尿糖、浮腫）  
公費検診として施行されることが望ましい検査
2. 超音波断層検査（妊娠初期、中期、末期）
3. 糖尿病スクリーニング（GTT?）
4. 血液生化学
  - 4-1. 肝機能：TP, Alb., GOT, GPT, LDH,  $\gamma$ -GTP, ChE,
  - 4-2. 腎機能：Na, K, Cl, BUN, Cr, UA
  - 4-3. 肥満、高脂血症：Chol, TG
  - 4-4. 凝固系：APTT
5. genetic amniocentesis, AFP測定

## I 10年後の産科医療を考える

### 3) 母子統計から見た産科医療の変化

東京都母子保健サービスセンター

中村 敬

私どもが持っておりますいろんな統計データを主にして、最近の問題点、それからたぶんこれから続くだろうというような問題点について、2、3お話をさせていただきたいと思います。私は多田先生の分担研究班で、周産期医療のエバリュエーションができるような方法はないかということをお聞きして、実際に手に入る範囲のデータで検討したいと、いま考えているわけです。乳児死亡率を見てまいりますと、日本の場合には世界でNo.1であるということが言われているわけですが、一方では死産率があまり減っていない。死亡のかなりの部分がそっちに入っているから、乳児死亡率は偽りのデータではないという疑いも持たれているわけです。そんなわけで、乳児死亡率が下がってきているということを手放しで喜んでみられそうもありませんので、中身を検討してみる必要があると考えております。

それから、実際に統計を見てまいりますと、低出生体重児の出生率が上がっています。これも、一時下がってきていたのですが、また上がってきているわけです。これは良いことか、悪いことかという点で、その中身を検討してみる必要があらうかと思えます。

また高年出産が増加しています。年齢に関しては年齢の若い方、高い方の、両端が増加してきているという現象が出てきているわけです。

図1は東京のデータです。死産率、新生児死亡率、早期新生児死亡率を1900年からトレンドでみたものです。これによりますと死産率の下がり方があまり良くないことがわかります。このあたりが本来は死亡なのだけれど、死産に入っているのではないかという疑いを持たれるのだらうと思えます。

図2は死亡率を、積み上げグラフでみたものです。これで見ますと、7日から27日の死亡は、大

体1982、3年だと思いますが、このあたりからはほとんど変化はありません。それから28日以降の死亡も1980年くらいからほとんど、変化していません。ただ最近、1990年あたりになりますと、幅が少し広がってきております。というのは、早期新生児死亡率はどんどん下がっているのですが、そのあとの死亡については、比率として少し広がりつつあるという、現象が出てきています。ということは、生後1週間以内の死亡はまぬがれたが、そのあとの時期に死亡しているというケースが多少増えているということになるのかもしれない。これは死亡の中身を検討しませんとよくわかりません。

図3は乳児死亡率、新生児死亡率、早期新生児死亡率を対数を取ってみたものです。なぜ対数を取ったかといいますと、たとえば死亡率が100だったのが50に下がると、半分減ったことになります。10だったものが5になるとやはり同じ半分減ったことになります。ところが等間隔のグラフにプロットしますと、10が5になってもほとんど誤差範囲になってしまいます。そんなことがありますので、対数を取って直線にしてみたわけです。

これで見ていきますと、やはり最近では早期新生児死亡率は下がっていますが、乳児死亡率はやや離れてきています。新生児死亡率も離れかけています。

次の問題として低出生体重児の出生率が上昇しております。図4の点線が東京のデータで、この実線が全国のデータです。いずれにしても1975年の前後までは下がってきたのですが、ここから上がってきています。ちょうどNICUが普及してきたころと、時期的には一致しているということになります。

低出生体重児と言っても、中身にはいろいろあります(図5)。特に体重の小さいところ、妊娠週数の若いところが問題になりますので、体重グループごとに分けてみました。

図5は超未熟児、出生体重1000g未満の子供です。棒グラフで示したのが出生数で、線グラ

フが全体の出生に対する1000g未満の子供の出生率です。これによりますと、出生数全体は減っているのですが、超未熟児の出生数はほぼ横這いで、1990年には増加してきています。91年がどうなるか、まだデータが入手できなかったものですから、まだ入れておりません。超未熟児では出生率も上がっていますが、実数としても増加してきています。

図6は1000から1499gの範囲のもので、同じように棒グラフは出生数で、線グラフが出生率です。実数としては全体の出生数の目減りの影響もあって、少し減ってきており、最近では横這いになっています。しかし、出生率としては増加しているということが言えます。

低出生体重児出生率が上がっている場合に、サンプルサイズが問題になります。したがって、比較的体重が大きくて、サンプルサイズの大きいところが増加していないと上がってこないだろうということが考えられます。そこで、2000～2500グラムの間、比較的体重の大きい低出生体重児、がどうなっているのかを見たものが図7です。棒グラフは実数です。もちろん出生数全体が下がっていますから年々低下しています。率で見ますと上昇してきています。この体重群が増加しているために低出生体重児出生率という指標で見ますと、上昇してきているということなろうかと思えます。

そうしますと、体重の小さいところに関しては、死産が減少し、生産が増加してきているということが考えられます。図8は妊娠週数、4週のステップごとに自然死産と、出生数を足したものを出産数として、それに対しての自然死産の率を年次別に見たものです。

そうしますと、24～27週のグループで、死産率の低下が著しいということがわかります。死産率と生産率は裏表になりますので、これを引っくり返していただきますと、生産率ということになってまいります。

図9は超未熟児全体を取って、その妊娠週数の分布を見たものです。1979年と、1990年を

比較しますと、妊娠週数の若い、未熟な部分というのは、過去に比べて最近のカーブのほうが上側に来ています。また、妊娠週数の進んでいる部分も過去のカーブに比べて、上側に来ています。ということは、大変未熟なグループとか、胎内発育不全、(奇形もこのなかに入っているのかもしれませんが)の比率が上がってきているということが言えるかと思えます。もともとは死産になりやすかったグループが、生産に変わっているということの裏付けになろうかと思えます。

図10は出生全体の妊娠週数の分布を見たものです。これによりますと過去に比べて、妊娠週数の若いほうに分布が移動してきています。特に36週とか7週とか、このあたりの出生割合が上昇しています。先ほど2000から2500gの体重の子供が増えているとお話したのですが、この体重群が増えている理由というのは、このように比較的妊娠週数の大きい部分での早産が増えてきているということが一つの理由になります。

もう一つ、妊娠週数を取って、週数ごとの平均体重と、標準偏差をみたものが図11ですが、1981年と1990年を比較しますと、1990年でわずかに下に下がってきています。ということは胎内の発育も過去に比べると少し落ちてきている。SFDが増えたとか、そういうことではないのですが、相対的に胎内発育が小さいほうに傾いてきている。これも一つの低出生体重児が増えてきている理由のようです。

図12は出産年齢と周産期死亡との関係を取ったものです。人口動態統計のデータで、1歳刻みで率を出したものです。これによりますと年齢の若いところ、高いところで上がってくるというのがわかります。

極小未熟児と年齢の関係を見てまいりますと、(図13)35歳を過ぎますと、やはり率として上がってまいります。これは合併症で補正しない場合には、1.9倍高くなります。それから合併症で補正して、年齢だけの要因にしてみましても、

1.5倍ぐらいになります。今後高年化がさらに進むとすれば、それによってこういった極小未熟児などもさらに増加してくることが考えられます。

多田：ありがとうございました。

低出生体重児も増える傾向にある、高年の妊婦さんもだんだん増えてくる、それにつれて合併症も多くなるだろうということで、われわれ

の領域の医療がますます必要になってくるというお話だったと思います。

それではⅢの部門を中村先生にご司会いただきたいと思います。

中村：それでは時間がありませんので、続けてやりたいと思います。これまで産科医療を中心に話が進んできましたが、今度は新生児科医の立場から、後藤先生にお願いをしたいと思いません。

図-1：死産率、乳児死亡率、新生児死亡率、早期新生児死亡率の  
年次推移（東京都）

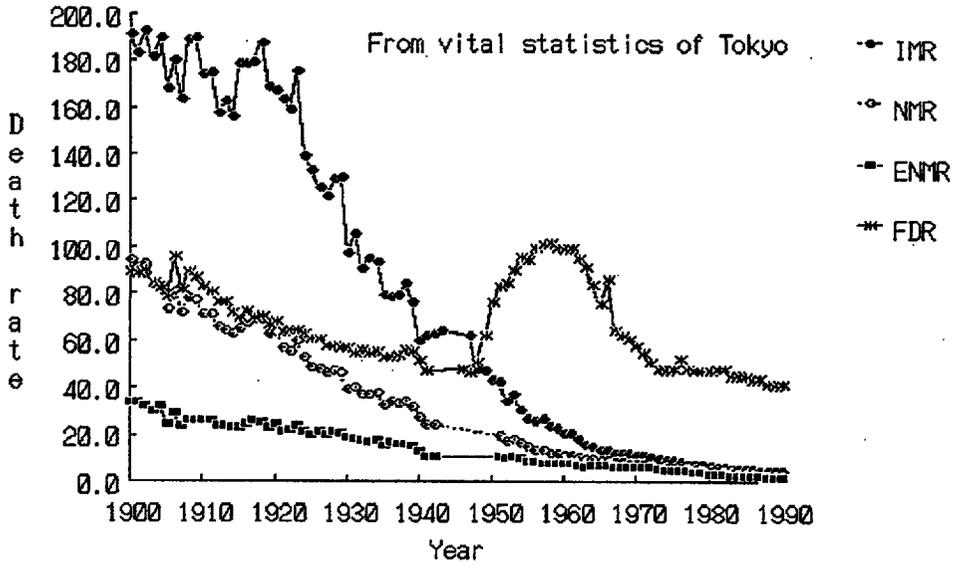


図-2：死亡時期別に見た乳児死亡率年次推移

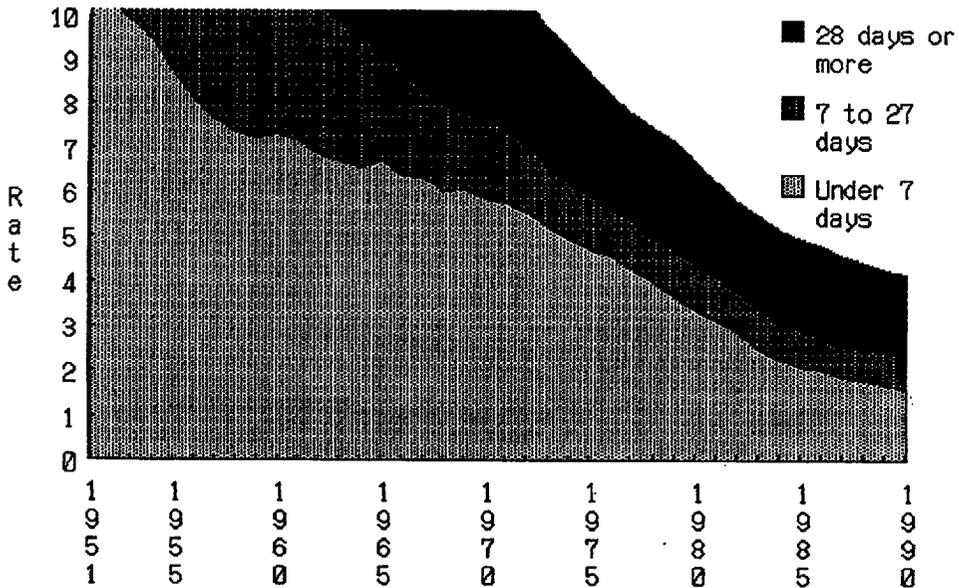


図-3：対数でみた乳児死亡率、新生児死亡率  
早期新生児死亡率の年次推移

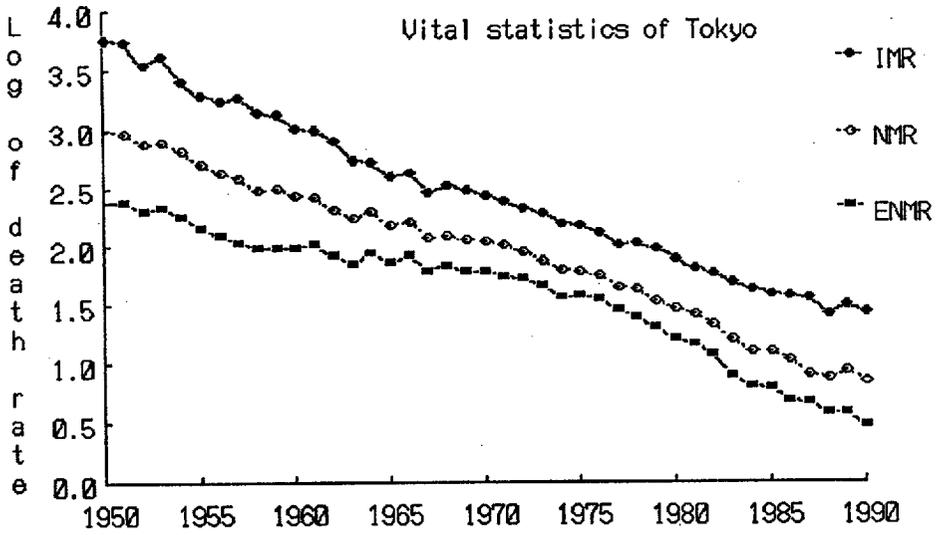


図-4：低出生体重児出生率の年次推移

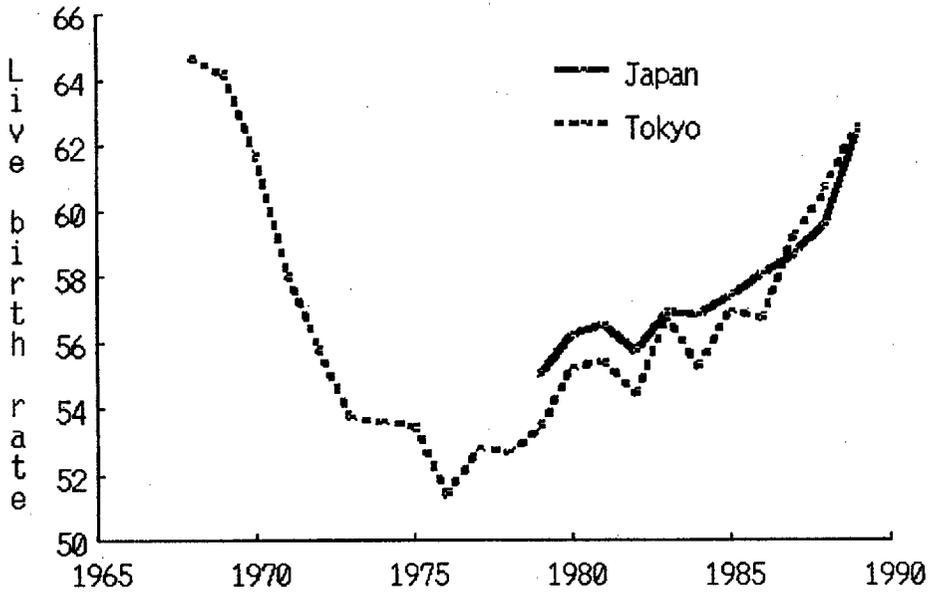


図-5： 出生体重1000グラム未満未熟児の出生数と出生率の年次推移（全国）

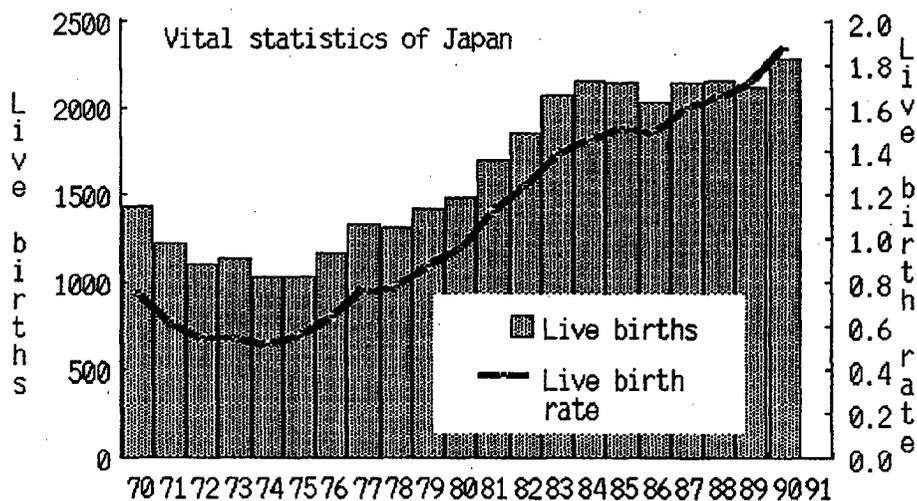


図-6： 出生体重1000～1499グラム未熟児の出生率および出生率の年次推移（全国）

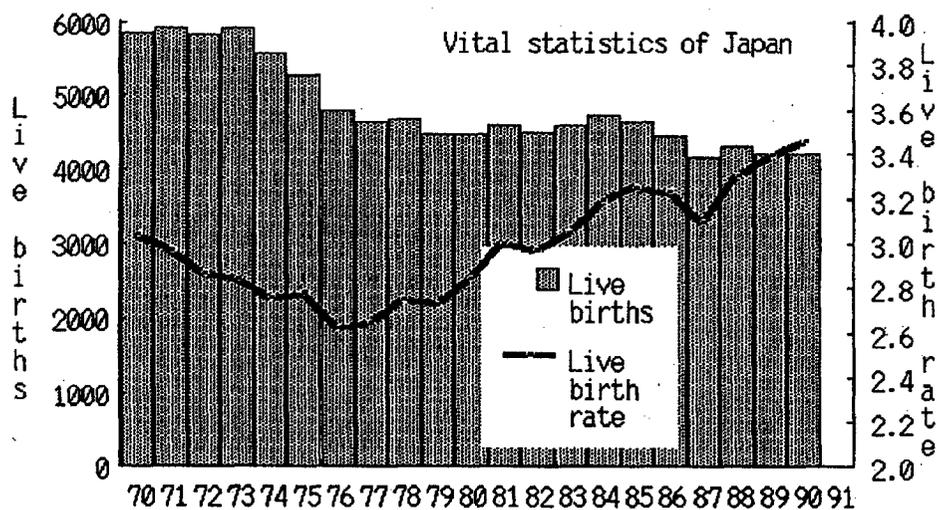


図-7： 出生体重2000～2499グラムの未熟児の  
出生数および出生率の年次推移（全国）

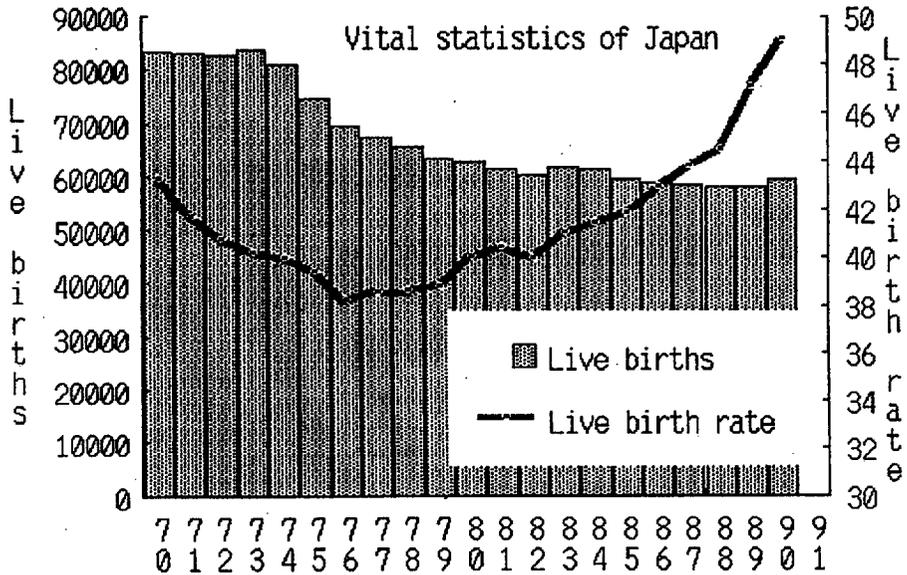


図-8： 妊娠週数別自然死産率の年次推移

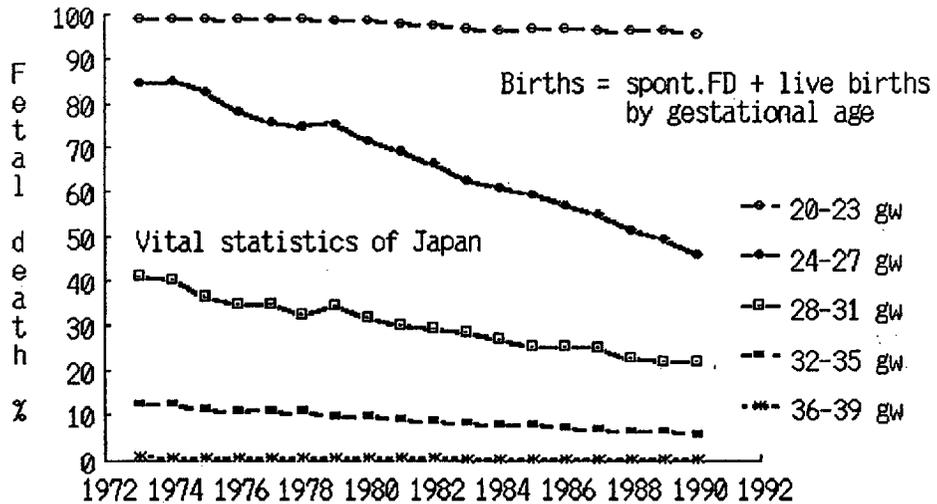
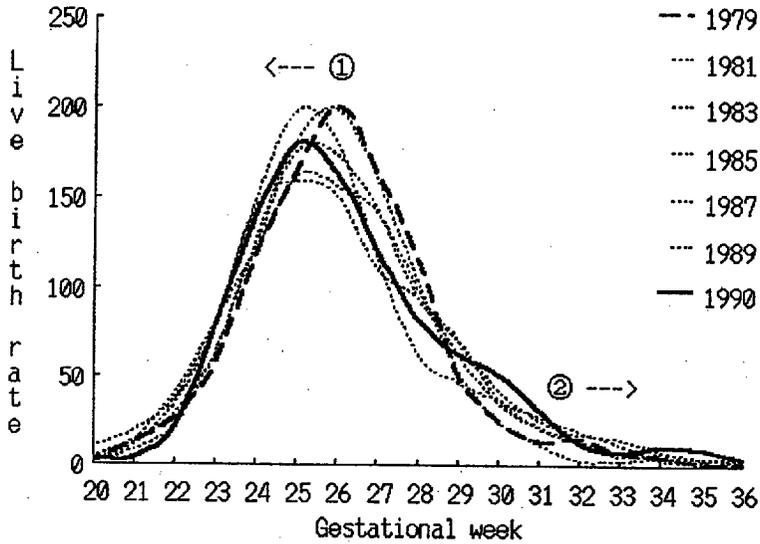
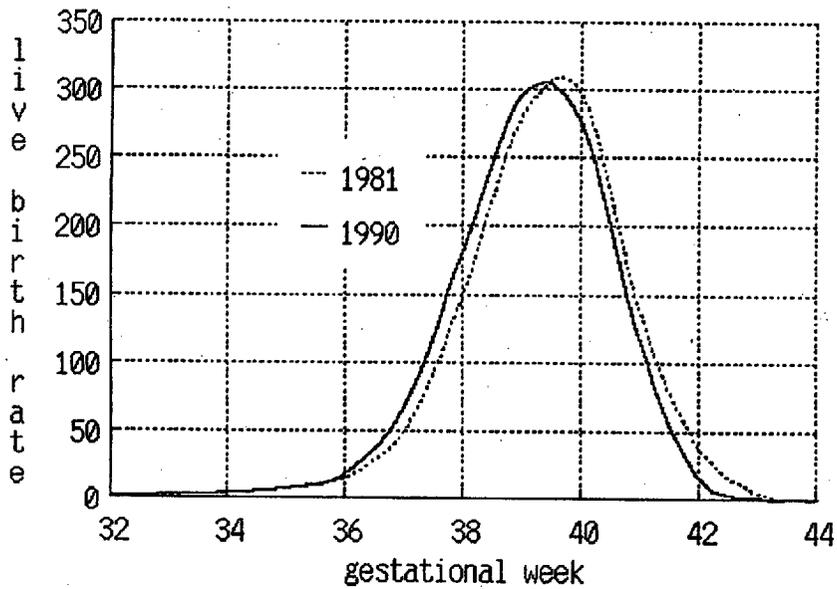


図-9：超未熟児の妊娠週数分布の年次推移  
(全体重出生数1000対)



東京都人口動態統計

図-10：妊娠週数別出生割合の年次比較  
(全週数出生数1000対)



東京都人口動態統計

図-11：妊娠週数別平均出生体重の年次比較

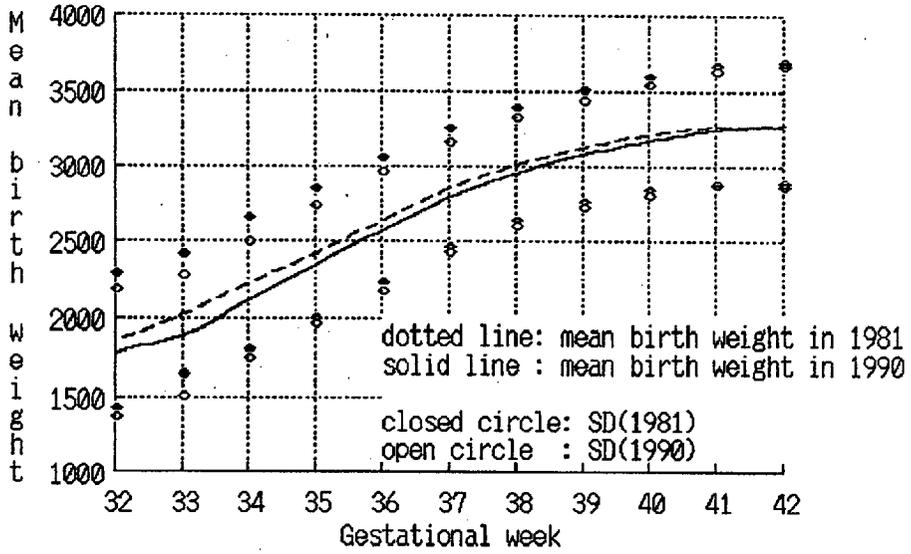
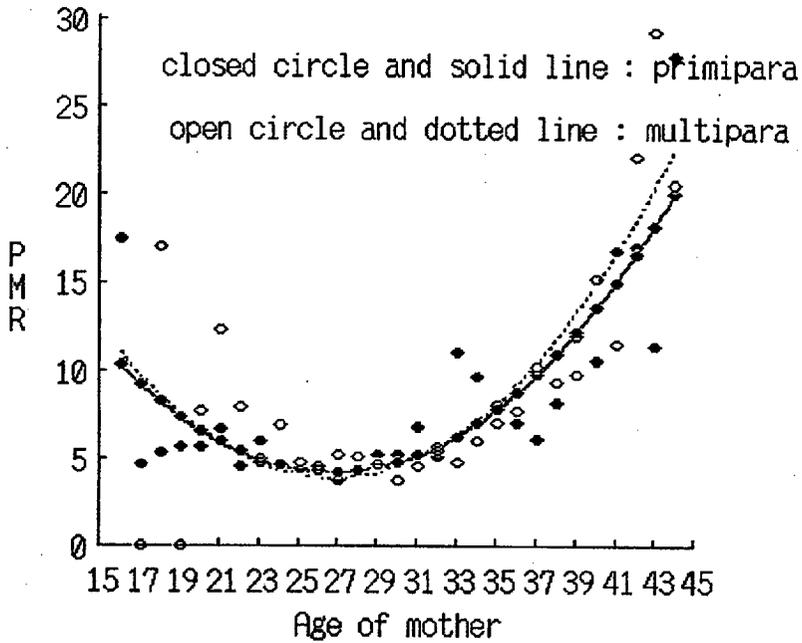
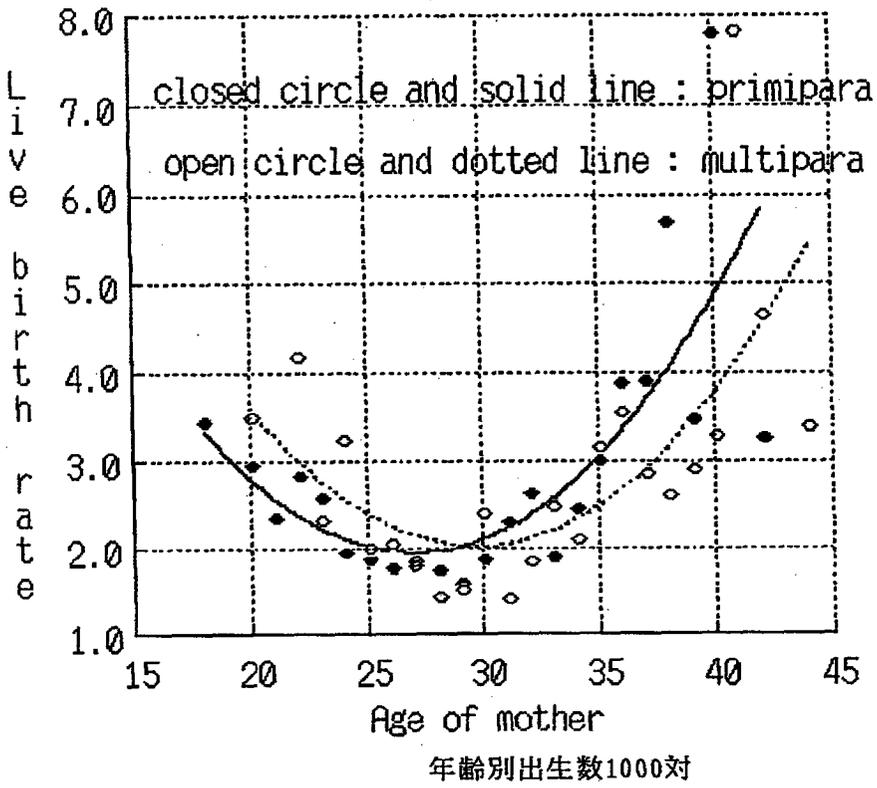


図-12：出産年齢別周産期死亡率  
 (東京都人口動態統計)



年齢別出生数 1000 対

図-13：出産年齢別極小未熟児出生率  
 (東京都母性医療ネットワークデータ)



### Ⅲ 地域医療としての周産期医療の将来

#### 1) 産科施設併設による小児病院NICUの変化

神奈川県立こども病院新生児科

後藤 彰子

いまのお話の流れからすると、私のは少し場違いな話題提供になるかなと思っているのですが、今日は多田先生から、私どもの歩きはじめばかりの周産期センターの、たった3か月の経験をお話するようにということなので、その3か月の経験を踏まえて、予測していたこと、これからどうわれわれの周産期センターを運用していったらいいかということ、10年後どういう姿をたどって行ったらいいのかというようなことが、お話できればいいのですが、それはなかなか難しいことをいっぱい含んでいると思います。

まず、私どもの周産期センター3か月のデータを、ざっとお話をさせていただきたいと思います。昨年1月から9月までの、従来どおりの私どもの新生児未熟児病棟と、10月から12月の周産期センターがはじまってからの新生児未熟児病棟を、比較しながら書いてみました。

10月1日からはじまりましたが、産科の病棟は看護婦が8割充足、新生児の病棟は看護婦が従来と同じで、定床49ということなのですが、6割充足で発足しました。医者数は産科の医者が3人という形でオープンしました。

神奈川県は新生児救急システム、産科救急システムをまとめた周産期救急システムがあります。新生児救急システムはシステム開始以来10年で、産科救急システムは5年ですが、産科救急システムができてから、母体搬送件数が非常に増えましたが、新生児のNICU収容施設がないために、二次救急に相当するところに母体搬送が流れてしまいました。県内の絶対的NICU不足から新生児三次救急のこども医療センターに周産期を併設する必要性が生じました。母体および新生児搬送依頼数が、昨年1月から9月までの262名でしたが、オープン10月から12月までの3か月で155名でした。その内訳は新生児55、母体100ということで、母体が倍という形にな

っています。そして多胎が多くて、双胎が9組、品胎が1組となっています。その中で収容できたのは、いままでの新生児収容率がだいたい毎年65%から70%ぐらいだったのですが、周産期センターがはじまってからは、わずか41%でした。

次に母体および新生児搬送依頼地域の変化ですが、私どものセンターは横浜地区、これは横浜、藤沢、鎌倉を含んでいて、神奈川県をカバーしています。横浜地区の依頼が72%から66.5%に減って、広域から依頼が来るようになったということです。これは予想していたことかなと思います。

3番目は分娩数ですが、3か月で49件です。分娩数49件のうち、母体搬送件数が40件で、そのうちNICU収容件数が35件です。超未熟児9、極小未熟児11、先天異常<sup>4</sup>>、思ったよりも胎児奇形が少ないというのが、蓋を開けたあとの印象です。

その母体搬送された40件の理由はPROM13、切迫早産12、中毒症5というような数字です。

5番目に母体搬送から分娩までの日数というのを挙げました。40件のうち27件(67.5%)24時間以内に帝王切開、ならびに分娩という形になってしまい、われわれNICU側では、母体搬送の依頼をうけにくくしています。このことが少し予想外だったかなということです。

6番目に極小未熟児の入院数の変化を挙げました。私どもで扱う極小未熟児は年々減っていました。だいたい平均年に40人前後で、40人を切ることもありました。その極小未熟児の入院の変化をみますと、1月から9月までの9か月と、周産期センターができてからの3か月とが、同数の23名となっています。極小未熟児の入院の割合は9月までが、未熟児病棟全入院数の13.6%、10月から12月までは35.9%でした。これも予測をしていたわけですが、これはベッドの長期占有化ということになりますし、これから苦労していく部分だろうと思います。

母体搬送されて少しでもながくお母さんのお

腹で管理できて、いい状態で蘇生して、RDSを防いで、仮死の少ない極小未熟児が産まれれば、それだけ人工換気率も少ないのかなというので、オープン前後で極小未熟児の人工換気施行例を比較しました。1~9月は73.9%の極小未熟児が人工換気をうけ、10~12月は47.8%でした。

NICU49床と、30床の産科の病棟がフルに活動できるのは、だいたいこの秋ぐらいと予測をしています。フルに活躍して救急と、そこそこに高度医療を満足できるようになるのは、発足してから1年ぐらいのところかなと一応考えています。

こども病院に周産期センターを併設する是非ということ、よくいろんな方から言われることがあるのですが、こども病院に周産期センターをつくる意味がどこにあるかということ、私なりにいろいろ考えてみましたが、高度医療とか、救急とかということは、どこの施設でもやっていかなければならないのですが、高度医療ということになれば、大学などのほうがずーっといい高度医療ができるのだと思います。救急も新生児、産科には付きものですから、やっていかなければいけないと思います。私どものこども病院は23年の歴史を持っていますが、こども病院ですから、障害児をたくさんかかえています。結局こども病院として周産期を併設したという意味合いの中には、そういう障害児や先天異常のこども達に対して、実体を把握し、介入方法を考え、予防につなげていくことだと思っています。病院の中だけではなくて、医療の場から地域へ、学校へ、社会へ働きかけをしていけるデータを、こども病院の中でつくり、疾病の予防とこどもの幸福につなげることです。今後、積極的に外に向けた目をもつことがこども病院で周産期センターが生き残っていく道なのかなと考えています。

この周産期センターができたときに、産科の病棟のお母さんが、「本当に日本一不幸なお母さんの集まりね」と言っていたのを聞きました。このようなお母さんと生まれてくる子を心から

ケアできる周産期センターに育てたいと思います。

中村：どうもありがとうございました。こども病院に新たに周産期部門をつくられて、動き出したところですが、そのこれからの方向性等について、最後にお話いただいたわけですが、現在動いているところ、あるいは近々新しいものを計画しているところもあると思いますので、何か後藤先生のいまのお話に対してご意見がございませうか。

馬場（東京大学）：先生のデータを見せていただきますと、PROMとか切迫早産で送られて来る方が結構多くて、24時間以内にお産になっているという症例が意外に多いので、びっくりしているのです。その原因として、たとえば送る側の先生方の認識が甘過ぎて、もうギリギリで送ってくる、もっと早く送ってくればよかったのというような状況なのか、それとも広域をカバーしていらっしゃるということで、どうしても母体搬送の時間がかかり過ぎてしまって、こういう結果になってしまうのか、あるいはもともとこども病院ということで、産科と小児科との関係で、とにかく母体から出して助けようという意識が強いために、切迫早産で来たとか、前期破水で来た方も、母体の中で頑張ろうと、ウテリンとか何かをやって頑張ろうというのではなくて、早く出して、あとは小児科にまかせてしまうというようなことで、こういう結果になったのか。

後藤：搬送に手間どってということではないと思います。広域と申しましても、神奈川県はそんなに広くないですし、搬送で手間どってということではなくて、やはり送院側の評価の甘さというのがいちばんのように、産科の先生から聞かされています。たとえば、双胎で外来で診てくれと送ってきた中で、一方が亡くなっていた例もあるようです。私どもNICU担当の医師も1日でも長く母体にいていただきたいと思っています。

中村：それでは、またディスカッションのときにいろいろ質問をしていただきまして、最後の時間をちょっといただきまして、私自身小児科として若い世代の卒後教育を担っておりますので、小児科医の観点から、これからの小児医療、新生児医療について、少し私の考えを話させていたいただきたいと思います。

時間がありませんので、簡潔に話たいと思います。産科医療の問題についてはすでに武田先生、樋口先生等からお話でしたが、産科医療に比べて、小児医療のほうがはるかに変化を遂げつつあります。一つには疾病構造の変化から、われわれ小児科医が何をすべきかというテーゼが変わってきたと思います。従来は生と死を扱う、ハードという言葉が適当かどうかわかりませんが、ハード医療から、最近では育児指導、いわゆる“母と子のQOL”を重視したものが、われわれ小児科医の重要な役割になってきています。(表1)。

第2に、子供を育てる人、従来はお母さんだったわけですが、人口の1/4が老人という時代が近いうちにまいります。そうすると必然的に女性の社会進出が現在以上に多くなり、誰が子供を育てるかが問題となります。あるいは、離婚の増加ということも出てまいります。エイズの問題もどういうふうに発展するかわかりませんが、エイズのお母さんから生まれた子供をどのように養育するか。そういう養育環境の変化に対応した小児科医の役割、小児医療の役割といったものを、是非考えなければいけないと思うのです。

表2の1番に「母と子のQOL」をあげましたが、それに対応するのは保健活動へのわれわれ小児科医の積極的参加であり、それに対する正当な社会的な評価、端的に言いますと報酬の問題であり、そういった活動で小児科医としての生活できる保障を与えることが、課題となります。プレネータルビジット、育児指導、養育指導、学校保健、地域保健等への参加においてです。

しかし、これらの活動に必要なのはマンパワーであり、それには小児科医自身のQOLの問題が関係してまいります。なぜ小児科に入らないか。子供の数が減ったからだというわけではありません。私が学生にいろいろ聞きますと、小児科は興味あると言います。そして、ポリクリも、他科以上に最も熱心にまいります。しかし先生方の仕事は、キツ過ぎて一生はできませんというのが、学生の返事です。小児科医の仕事には非常に興味を持っております。ですから、他科の医師と同様の医師自身のQOLも確保してやれば、もっともっと参加してくれます。これは産科も同じことではないかと思いません。

次のスライドをお願いします。

これは小児医療を私なりに分けたものです。ハードな小児医療とソフトな小児医療と分けました。それぞれの分野では基本的に異なる職場と考えております。ハードな小児医療としては、いわゆる救急医療、あるいはNICUというものがあると思います。これを実践していくにはチーム医療というものが、今後ますます必要になってきます。それには分散型の医療では無理で、集約型の医療へと持っていかなければいけないと思います。1週間毎日24時間体制を取るとするならば、一チーム当たりのスタッフ、どの程度必要かという計算が先ず大切になってくると思います。

先ほど産科医の高齢化の問題がありましたが、やはりチーム医療を実践していくのは若い世代でありますから、われわれに続いてくる世代を確保する上には、彼ら自身の生活を守ってやるという姿勢が、厚生行政の中にならざる限りは、今後NICUの医療というのは、先細りしていくのではないかと危惧しています。

小児医療のもう一方の役割りである保健指導の面について言いますなら、これには経験が非常に重要になってまいります。ある一定以上の年齢に達した場合には、同じ新生児医療の中でも、いわゆる母と子の健康を守るといった問題

を扱う保健指導の役割りが、重大な課せられた任務であります。それに対する評価、先ほど武田先生からは1件幾らというような恰好でのお話でしたが、そういった活動に積極的に取り組めるようなバックアップ体制をつくるということが、今後の人材確保の上において必要であり、かつ10年後の周産期医療というものに希望を与えてくれるものではないかと私自身は考えております。

以上です。

いろいろご意見があると思いますので、ぜひとも聞かせていただきたいと思います。

多田：ただいまの中村先生のお話で全体のまとめ的な部分をお示しいただいたと思います。新生児を産科に置き換えても、当てはまる場所が多いのではないかと思います。

最後にまとめさせていただきます。今日は司会の不手際で十分な議論にいきませんでした、いろいろな先生方から問題をご指摘いただいたと思います。

最初に小柳先生からは、非常に高度の医療が中心になっていくという問題と周産期センターで出生して、NICUが足りなくて、後方へ送るようになっていくという御指摘があったと思います。これに関してはもっと議論したいところで、その送られるほうのNICUがもうすでに足りなくなっているというご発言をご用意いただきました。時間がなくて省略させていただきました。システム全体として考えないといけないという問題であるように思います。

樋口先生、本多先生、竹村先生から大変危機的状態であることが示されましたが、仁志田先生が言われますように、それをうまく利用して、良い医療をやっていくための人的確保、あるいはそういう魅力ある仕事にしていくためにどうしたらいいかということ、現実を踏まえて検討することが必要かと思えます。また武田先生もこの点につなげていただきましたし、中野先生の貴重なご発言もありました。中村先生は、周産期医療のニードがますます高まる一方で、

人的なものとか、施設とかが問題である点を御指摘いただきました。

後藤先生からご発表いただきましたことは、新しい方向だと思いますが、産科的にも断らなければいけない状態が起ってきているようですし、地域のほかのいいNICUに送り戻すということが出来る状態ではないのだと思います。

そんなことで、一つ一つが大きなテーマでございますし、われわれが今後検討しなければいけない問題を、ここでとりあえず挙げていただいたということで、司会の不手際で十分な議論ができなかったことをお詫びいたしますが、この会の意義はあったのではないかと思います。

それでは最後に、お越しいただきました厚生省の upstream 先生からコメントをいただけますでしょうか。

上家（厚生省母子衛生課）：厚生省母子衛生課の上家でございます。今日は大変いろいろと勉強させていただきました、どうもありがとうございます。今日は午後からは研究班という形を離れて、坂元先生をはじめ、大勢の母子医療に関連する、あるいは母子保健に関連する先生方がお集まりくださりまして、いろいろお話しいただいたわけですが、研究班としましては、この周産期に関して三つ研究班がございます。今日中心になって開催されました小川先生の班、先ほどご発言になりました武田先生の班、それから中野先生の班です。中心となります研究班として、この三つの班で今後の周産期医療の方向、あるいは周産期の保健の方向をお示しいただきたいというふうに考えているわけです。

たとえばNICU、PICUが担うべきものと、そき適正な配置、あるいは数というものも含めた具体的な像、それからハイリスク群というものがどういうもので、どういうふうに分けて担当されていくべきか、そしてその対応というようなところを、具体的にお示しいただけるものとご期待しております。

そういう研究班を私どもがつくっているのですが、周産期医療というのは非常に広い医療だ

と思うのです。行政ベースで言いますと、中野先生からご指摘がありましたように、医療と保健が担当が別々で、いろいろ法律から何から別々になっている。医療はインシュアランスのほうの保険でカバーされていて、ヘルスのほうの保健は別の保障の制度を幾つか持っていますが、十分ではないという状況があるわけです。

分娩に関しましては、先ほど24万とちょっと申し上げましたが、最低24万の分娩給付という形で、インシュアランスの保険とは別に、財源は同じですけれども、別の制度でカバーしてる。このようなかぼこしたものでやっている。それをどういう方向に持っていくかというときに、研究班をはじめこのような産科と小児科の先生方が仲良く、いろいろお話をされる中で、具体的な方向付けをお示しいただけるものと考えております。

その上で社会的な要請、社会的にと言いますと、一般の人達の認識、それから地方自治体、地方公共団体の認識、そういうものが、この周産期の医療と言いますか、保健も含めた医療に向けての必要性を十分に認識し、大きな声が上がってきたところで、はじめて私達も何か形をつくることのできるのだろうと思っております。

国のレベルでの担当者だけが、絵にいろいろ書いてみましても、実際に形になることはまずないと思います。そういう意味で中野先生が途中でご発言なさいましたように、世の中全体からそういう要請が上がってこないといけないわけです。そのときにまず核になるのは、産科と小児科の先生方の連携であろうと思います。そういう意味で度々こういう機会がもしくられるならば、本当にいい方向に、10年後と言わず、向かっていくのではないかと考えております。どうもありがとうございました。

多田：ありがとうございました。それでは正林先生、コメントをいただければと思います。

正林（厚生省母子衛生課）：先週武田先生からいきなりお電話をいただきまして、今日こういう話をするけどいいかと言われました。どうぞど

うぞということで、今日うかがったのですが、もし武田先生のお考えが、子供の数を増やさなければいけないという観点で、いま行っている分娩給付24万に、さらに足りない16万を何とか公費で補填しないとイケないということであれば、若干違うかなと思っているのです。

なぜいま子供の数が減ってきているかということ、もう少し分析すると、ちょうど私ぐらいの世代になるのですが、それは一つは教育の問題ですが、もっと大きな問題としては、いままですべて子育ては女性がすべきだというような意識が強かったのですが、だんだん女性が社会進出するようになってきて、なかなか育児と仕事というのが両立しづらくなってきて、それで子供をつくりたくないという意識があるわけです。あるいは土地の問題がある。土地の値段が日本の場合非常に高く、子供を2人目、3人目を産んで、東京都内で暮らすということは、相当大変なことなわけです。そういった諸々の理由があって、いまだだんだん少子化に向かって行ってしまったのではないかなと、われわれは分析しております。

そこで、児童家庭局内にも児童環境づくり対策室という室があって、いま言ったような大きな問題点を建設省を交え、文部省も交えて、大きなディスカッションを通じて、これからどうしたらいいかということを考えているところでございます。

それから、先ほどお金だけ満たされていれば、産婦人科医師なり、小児科医が増えるかという議論があったのですが、私もだいたい同じぐらいの世代なのですけれども、仮に小児科、あるいは産婦人科をやっていればお金が儲かるという意識だけでは、なかなか産婦人科医になろう、小児科医になろうとは考えないと思います。やはり仕事の内容が楽しくて、さらに言えば、おそらくわれわれの世代というのは、自分自身のクォリティ・オブ・ライフというのを考える世代になりつつありますので、24時間完全に拘束された、病院漬けの生活というのを、われわれ

ぐらいの世代のドクターはしなくなってきたのではないかと思います。

そういった意味で、今日本当はディスカッションしていただきたかったのは、例のNICUの数です。先ほど中村先生のほうからハードな面の対策として、集散型から集約型へというようなことが出されておりました。もちろん多田班でこれから研究していただくとは思いますが、厚生省内でも、たとえば健康政策局指導課という課があって、そこは、NICU、PICUについて補助金を持っているのです。それで申請してきた県があると、NICUをどうぞおつくりくださいということで、その補助金を出しているのですが、向こうとしては、いったいつまでこの補助金を出し続けたいのだという問題意識を持っているわけです。

そこで地域医療計画ではありませんけれど、周産期医療の分野でも、もう少しはっきりと周産期医療の在り方を考えて、その上で、どの地域は、どのぐらい人口に対して、あるいは出生数に対して、どのぐらいの個数の周産期の施設をつくるべきだとか、あるいはその場合のマンパワーをどのぐらいにすべきだとか、そういった指針を母子衛生課でつくってくれないと困るということ、先々週も言われました。

そこでできれば、そういうことを、こういう場のディスカッション、あるいは多田班の中でしていただけたらと思います。

多田：ありがとうございます。十分にディスカッションの時間がなかったのですが、それも大変必要なことだと思っております。ただ、全

体の像が出てこない、そこらへんの十分な議論ができないと思いましたが、今回は議論できずでしたが、われわれのほうも検討していきたいと思っております。

今日はこの会に小児科と産婦人科から、奥山先生、坂元先生にお越しいただいておりますので、一言ずつコメントをいただきたいと思えます。最初に奥山先生お願いをいたします。

奥山（昭和大学）：大変勉強をさせていただきました。話をうかがっておまして、産科と小児科に共通した悩みというものが、本当に多いということを感じました。私のほうも学生を扱っているのですが、中村先生からお話がありましたように、学生は学問的には非常に面白いけれども、実際これから産科、あるいは小児科をやる気にはならないと言うわけです。正林先生はドクター自身のクオリティ・オブ・ライフを考える時代になってきていると言われましたが、まさにそのとおりでと思います。これを解決する具体的な方法というものはどうすればいいのか、これから十分考えていかなければいけないと思いますけれども、中村先生がお示しになった、ああいうような方法は非常に重要なことだと感じました。

私は病院では病院の管理者であり、あるいは大学の理事者であります。そういったことをこれから医師会、厚生省その他に、働きかけていかなければいけないのではないかとというような感じを持っております。

多田：ありがとうございます。

表1

10年後の周産期医療を考える

新生児医療 その課題と対応

ハードな小児医療への対応 NICU

チーム医療の確立 分散型医療から集約型医療へ  
適正規模と人員数の算出

ソフトな小児医療への対応 保健指導

新生児医療を通じて正しい母子関係の基礎づくり  
保健指導の社会的評価

表2

10年後の周産期医療を考える

小児医療 その課題と対応

1. 小児疾病構造の変化

「生と死」のハードな小児医療から  
「母と子のQOL」重視のソフトな小児医療へ

2. 養育環境の変化

女性の社会進出、離婚、AIDS

3. 保健活動への積極的参加とその社会的評価

Prenatal visit, 育児指導, 療育指導, 学校保健, 地域保健

4. マンパワーの確保

医療従事者自身のQOL



**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



. 10年後の産科医療を考える

- 1) 予測される今後の産科医療
- 2) 産科医の年齢構成からみた今後の予想される産科医療体制
- 3) 母子統計から見た産科医療の変化

. 母子医療の経費を社会がどう負担するか

. 地域医療としての周産期医療の将来

- 1) 産科施設併設による小児病院 NICU の変化