

「これからの周産期医療を考える」

平成6年1月29日 於：後樂園会館

多田：それでは、はじめさせていただきます。

今日は東京では稀な雪で、足の悪いところを、またお忙しいところをありがとうございました。厚生省からは清水先生と正林先生にお越しいただいております。国会もいよいよこれから大変になる時期で、母子保健法もあって、お忙しいことだと思いますが、今日はフォーラムの議論を聞いていただけるということで、非常に幸いだと思います。

それでは最初に小川班長よりごあいさつをいただきます。

小川（主任研究者）：ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究の、主任研究者を仰せつかっております小川でございます。この私どもの班には五つの班がございますが、その中で今日主催されます多田先生の地域周産期医療の評価に関する研究というのは、いちばんの目玉の班でございます。昨年度からフォーラムという形で、班員以外の方にもディスカッションに加わっていただいております。

今日午前中に多田班の班会議がありましたが、ここでは現場の生の声をお聞きして、その上でまた多田班で練って、厚生省のほうに報告書として出したいということで、今年も昨年を引き続いて、ここでフォーラムをやっていただくということになりました。

きょうはゆっくりとディスカッションをしていただいて、どうか立派な成果を上げていただき、いい報告ができるようにご協力をお願いしたいと思います。

多田：どうもありがとうございました。それで

は厚生省のほうからごあいさつをいただきます。

清水先生お願いいたします。

清水（厚生省母子衛生課）：厚生省母子衛生課の清水でございます。日々厚生行政につきまして、先生方には大変なご協力、ご尽力を賜りまして、心からお礼申し上げます。

今日は周産期医療に関する多田先生を中心とした研究班ということで、現状の周産期医療に関する、特に具体的で建設的なご意見がいろいろと先生の中から出していただけるものと期待をしております。国会も一応今日で終わりということで、国全体がまた新しい方向に向かって一步を踏み出していくときではないかと思っておりますが、そのような折りに周産期医療につきましても、ぜひ先生方のお力添え、お知恵を集めていただいて、また新しい段階のステップアップできるような方向を示していただけるよう、今日のご協議、あるいはご意見を心より期待しております。

簡単ではございますが、これでごあいさつに代えさせていただきます。（拍手）

多田：ありがとうございました。

では、正林先生からも一言お願いいたします。

正林（厚生省母子衛生課）：母子衛生課の正林でございます。この班はもう2年目に入りますが、各都道府県の特に母子保健を担当している方々は、この周産期の分野をかなり重要な問題だというふうに認識しておられるようです。われわれも同じ認識でいるのですが、いまのままの周産期の医療体制がこのまま続いていったら、果して10年、20年後どうなるのかという、そう

↓ **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

フォーラム

「これからの周産期医療を考える」

いう問題意識ですね。

そういう問題をこれからクリアしていくために、何らかの指針を出していかないといけない。そのたたき台として、この研究班から報告書を出していただければということです。その報告書を出すに当たって、今日は皆さま方から率直なるご意見をいただければと考えております。私もできれば議論に参加していきたいと思っております。よろしく願いいたします。(拍手)
多田：ありがとうございました。議論に参加していただくというのは大歓迎でございます、厚生省としての立場もちろんあると思いますが、正林先生、清水先生ご自身の立場というのと、両方の立場で議論に参加していただければ幸いです。

このフォーラムは討論次第に従って進めたいと思っております。本分担研究班としてはこれからの周産期医療状況(案)を作成しましたので、これを基に討論していただきたいのです。

現状の問題点として、いまいちはんだ大きな問題になって表面に現れてきているのがNICUの状況ということで、今日午前中も分担研究班で討論しましたので、その中から最初に話題を提供していただきたいと思っております。

1. 現状の問題点－NICUの状況

この問題に関しましては、われわれの班では大都市の問題を三科先生、地方の問題を小泉先生、千葉先生に主に検討していただいております。そのほかに産科の医療体制も関係してきますし、人員の点にも関係して来るのですが、最初はこのNICUの状況でいま何が問題かを整理したいと思います。

I. 施設の種類と数

- (1) 人口100万人を周産期医療の一つの診療圏とする。
- (2) 1診療圏に1つの3次周産期センターを整備する。

- (3) 1診療圏に数カ所の2次的な周産期センターを整備する。
- (4) 2次、3次の周産期センターと診療圏内の分娩施設が協力して地域の周産期医療システムを構成し、質の高い産科、新生児医療を提供する。

II. 地域周産期医療システムの機能

- (1) 3次センター
 - 1) 産科的重症患者と出生後NICUでの治療が予測される母体とその出生児が主な診療対象
 - 2) 診療の他、教育、研究のセンターとしての機能と診療圏全体の地域情報センターとしての役割も果たす。
 - 3) 診療科としては産科(ICU)、新生児科(NICU)、内科その他関係各科が必要
- (2) 2次(地域)センター
 - 1) 医学的ならびに社会的なハイリスクを持つ産科患者とその出生児が主な診療対象
 - 2) 診療の他、教育や臨床的研究、地域の情報センターとしての役割がある。
 - 3) 診療科としては産科、新生児科(少数のNICU)が必要で、内科その他関連各科があることが望ましいが、特殊例は3次センターと協力して対処する。

(3) 分娩施設

その他の分娩施設は、産科的に異常が予測される症例は、2次、3次施設と連携して診療を行い、比較的风险の少ない妊産婦および出生した新生児を主な対象として、適切な医学的管理を提供する。

III. 地域医療施設整備のために必要な対策

- (1) 周産期医療システムで必要になる要員の確保
- (2) 周産期センター運営のための費用の公的援助

- (3) 産婦人科および小児科の卒後教育カリキュラムでの周産期医療の重要性の確立

IV. 各周産期施設に必要な設備、機材

V. 各周産期施設に必要な要員

- (1) 要員数（産科医師、新生児科・小児科医師、看護婦、助産婦、その他）
(2) 要員の確保のための対策（卒前、卒後教育、資格認定）

産科の医療体制も関係してきますし、人員の点にも関係してくるのですが、最初はこのNICUの状況でいま何が問題かを整理したいと思います。三科（都立築地産院）：東京都の問題を中心に述べさせていただきたいと思います。

東京都は17の新生児救急を担当する病院が作っている新生児医療協議会が、主に新生児医療を担当しているのですが、それ以外にももちろん院内出生とか、時に院外出生を受け入れる施設もございますが、いまその中でいちばん問題になっているのは、1992年後半からNICUの満床の状況が慢性的に続き、順調に増えてきた母体搬送の受け入れができない場合が起こってきているということです。

自分の施設に受け入れられなくても、東京都は東京都母子保健サービスセンターがサポートして、リアルタイムで診療能力情報をコンピューターの末端機で入力しておりますので、17施設が連絡を取り合って、空床があるところにその患者さんを紹介して、入れております。どこにも空床がない場合には、依頼された施設が頑張るということが現実なのですが、そういうふうに頑張らなければならない日が多くなっているということです。

私は東京都の中でも地区南東部、南西部、北部と区部を三つに分けて、あと多摩地区と、その四つの満床状況を検討したのですが、地区によって多少の差はありますが、区部の中はほとんどが92年の6月以降は、満床状況が慢性的に続いています。

その原因としては、極小未熟児、超未熟児の生存率が改善されて、入院日数が非常に長くなっているということと、非常に手がかかる重症な子が生存可能になって、増えてきているということ、それともう一つは慢性の呼吸管理をする子供が増えているということです。あと母体搬送が増えて、いわゆる入院予約的なベッドが確保されなくてはならないということ、それから東京都の場合には、近隣県からの母体搬送も増加していることもあります。

東京都としてはその四つの地区に大きく分けて、その中で現在の周産期センターをさらに充実させ将来は、規模の大きなものにして二次三次相互間の連携を取りながら進めていくのが今後の方向としてはいいのではないかと考えております。

多田：ありがとうございました。

NICUが、リミティングファクターになって、新生児の医療体系が問題になってきているということですが、大阪地区でもそういうご報告がありました。そこで、母体搬送という問題がありますので、末原先生に大阪で問題になっている点について、話題を提供していただきたいと思います。

末原（大阪府立母子保健総合医療センター）：大阪での実情をお話いたします。いま東京のお話がありましたが、まったく同じです。母子センターの例を取りますと1992年から依頼が多くなっているのに対して、受け入れの割合が減ってきています。現在ですと3割から4割ぐらい受けられるという状態なのです。

大阪府の医師会の産科救急推進委員会で、大阪の産科救急がどのくらいあるかということ、平成元年から調査しているのですが、だいたい分娩数2.5%ぐらいということで、実数は府の総分娩の約半分を取り扱っている病院群で、だいたい800から900ぐらいの二次救急が発生しております。それに対して母体搬送を依頼したけれども、受け入れができなかった症例がそのうちの54%は何らかの医療機関に母体搬送して、

受けていただいているのですが、8%ぐらいは母体搬送として依頼されながら、新生児搬送になっている。それから33%、その日のうちには受け入れができていない実情です。

その原因がどこにあるかはいろいろと分析しないといけないと思うのですけれども、たとえば500g未満の超未熟児でNICUに入る数が、それまでは年間1~2例であったのが、1992年からは10件に近い数字になってきており、22週というのがやはり大きな影響を与えているのではないかと思います。母体搬送の場合でも22週、23週が最近非常に増えているということが、一つの問題になってきております。

多田：ありがとうございます。大都会がそういう傾向にあるほか、地方でもいろいろ問題があると思います。地方と言っではいけないのかもしれませんが、小泉先生のほうからその全体の流れなどについてご説明をいただきたいと思っております。

小泉（群馬県立こども病院）：地方型のNICU、あるいは周産期医療システム全体について話させていただきます。

私のほうは平成3年の、衛生統計と、日母のA会員全員と、小児科で新生児を扱っている施設へのアンケート調査で、全部の突き合わせ調査をやりました。分娩数は減ってきておりましたが、極小未熟児や超未熟児の出生は、出生1000に対する率は実に増えておりました。昭和60年には極小未熟児が出生1000対4.98であったのに対して、平成3年では5.34という比率になっておりますし、超未熟児に関しても昭和60年には出生1000対1.57であったのが、平成3年には1.86と明らかに増えております。超未熟児に関しては、比率だけではなくて実数も増えているというのが現状であります。

私たちのところは子供専門病院ですので、産科はありませんけれども、出生前診断にもかかわっておりますので、先天異常の数も増えてきております。

NICUベッドの不足については、群馬県に関し

てはやくりくしてぎりぎりのところでは何とか、足りているのではないかとと思われます。そういうものからベッド数を試算しますと、今回多田先生が資料で配られました。

狭義のNICU、呼吸管理ベッドが20床というのは、ある程度妥当な線ではないかというふうに考えられます。100万の人口にたいして一つのセンター、またはそれを幾つかに分けた、地域の中心になる病院として3、4か所というのは、地方に関しても適合しているのではないかというのが、簡単なまとめです。

多田：ありがとうございます。我々の班でいまままで検討したところは、そんなところが中心になると思っています。このNICUをどう整備するかという問題は、のちほど2番目の各地の産科医療の現状と、どうシステム化するか、というところで議論をいただきたいと思いますが、NICUの現状でいまこれが困っているのだとか、いまの3人の先生に対するご質問がございましたらお願いをしたいと思います。

志村（静岡県立こども病院）：いま先生方のお話の一つもなかったのですけれども、多胎がかなり増えてきていて、私たちの施設にまでかなり流れ込んで来るような状況なので、それがやはり極小未熟児、超未熟児にかなりかかわっていると思いますので、そのへんの現状がもしありましたら、お教えいただきたいのですが。

多田：多胎は大きな問題で、いま小川先生の班でもいろいろ調査をしてくださっておりますが、どなたかご意見がございませうか。

武田（東京女子医大）：実は産婦人科学会のほうで、昨年来問題にしておりまして、多胎に対する調査をして、長期予後も含めて、妊娠期間、児の予後、出生体重等が妊娠の数によってどう違うかということをやいま検討中でございます。概略はもちろんわかっていますが、正確な報告は来年に出る予定です。今日いらっしやっているとありますが、佐藤章先生が小委員長でやっております。

小川：このハイリスク児の総合的ケアシステム

に関する研究の中で、ハイリスク児の予後に関する研究という班がございまして、そこで多胎の問題の調査を今年度からはじめていただいております。それともう一つはハイリスク児のケアに関する研究では、ハイリスク児のケアはどうあるべきかということ、退院後の問題も含めて、今年度から研究がはじまりました。もう一つは、ハイリスク児の調査に関する研究で、中村肇教授が分担研究者でやられておられますが、そこでも多胎児の現状を、NICUに入院したというケースについて調査をしていただいております。

そういうことを踏まえて多胎に関することについては、またこの研究班として提言をさせていただきたいと思っております。2月の16日の研究班の班総会のいちばん最後のところで、多胎をめぐる諸問題ということで、ディスカッションの時間を計画しております。そのときにまた多胎のことは討議していただければと思います。

多田：じゃ、多胎はそちらのほうに譲ることにいたしまして、あまり深く入り込みませんけれども、たしかに多胎は早産になるという問題もあるのですが、NICUに急に沢山入るという問題もあり、今後大きな問題になると思っております。

佐藤先生、何か一言ございましたらお願いします。

佐藤（福島医大）：日本産婦人科学会、ここで言う二次病院が中心となって、268施設でいま調べています。簡単に申しますと、その二次病院の分娩数を3年間調べたのですが32万で、双胎以上が5000ほどあります。双胎は別としても、いちばん問題になる品胎以上がだいたい500ぐらいで、これがほとんど体外受精、それから排卵誘発というところがございますので、その実態を調査をして、われわれとしては排卵誘発剤の使用の仕方も含めて、今後検討していかなければいけないのではないかと考えています。

来月中には簡単な調査結果をまず出していこうと思っております。

予後については、ここに参加している先生方

が関与していらっしゃいますので、どうか調査にご協力のほどをお願い申し上げます。

多田：ありがとうございます。500ということだと、新生児の三次センターが100とすると、各施設で五つずつ扱わなければいけないということになり、かなりシビアな状況になっているということ、産科の先生もぜひご理解いただいた上で、NICUにも応援をしていただかないと、やっていけないということになると思っております。

末原：大阪のほうで多胎の資料がありますので、報告させてもらいます。

だいたい1%ぐらいだと思っておりますが、母子センターではだいたい2%が多胎なのです。大阪全体では二次救急の中で多胎の占める割合は10%でした。それからもう一つは先ほど言いました。受け入れができなかった例で、多胎がどのくらいあったかという15%で、逆に多胎が故に受け入れがてきないというのが増えているということです。

もう一つは、母子センターの例ですけれども、三つ子の出産の平均の週数は34週、四つ子では32週、五つ子では30週というふうに、1人増えると2週間短くなっているというのが出ています。

それから大阪府の人口動態統計を調べますと、1980年を1としますと、双子は1992年には1.2倍、三つ子以上を調べますとちょうど10倍になっています。

多田：ありがとうございます。NICUとして対応しなければいけないという数が増えていることは、いまのご発表でも確実のようでございます。そうなったときに3人、4人、5人がいっぺんに入ってくるという大変大きな問題です。今日も午前中の議論であったのですが、何か所も頼んで結局どうなっているかということ、自分のところではいっぱいだけれども、最後には無理して入れている。看護婦さんたちに交渉して、ほかはみんないっぱいなんだからしょうがないからと言って入院させているというのが現状です。

その他に、NICUの現状でもしございましたらお願いします。

小田（新潟市民病院小児科）：いま話題提供ということで、三科先生、末原先生、あるいは小泉先生から、ご発表があったのですが、そのいちばん大きな問題は、ベッドが慢性的に不足しているという状態のようですね、全例をセンターのほうに入院させないと駄目なんですかということなのです。もっと小児科のほうに回してもいいのではないかと。特に都会のほうでは、病院の小児科が患者が少なくなって潰されたとか、縮小されたとかという現状ですので、もっと小児科と有機的につながって、そちらのほうに入院させることができないかと思うのです。

たとえば、私のところは一般病院ですので、小児科のほうにどんどん引き取って、それでセンターのほうはなるべく空けるようにしていますし、都会と違いましたうちの地区のほうでは、ほかの施設はありませんので、とにかく満床でも何でもかんでも全部入れざるを得ないような状態なので、NICUに入院が長くなった子供たちは小児科転床ということに務めているのですが。

多田：その問題は大変大事な問題だと思います。出産前と生まれた後の児の取扱いで異なると思いますが、まず生まれる前は大阪のほうではどうなっているか、二次にどんどん回せる状態にあるのかどうかということを、末原先生ご発言いただけますか。

末原：大阪の医師会のほうで産科救急を調査していますが、70ぐらいの病院で協力をいただいて、880ぐらいの二次救急があったのですが、そのうち60%が6施設に収容され、10施設を数えると76%ぐらいですか、そういうふうに非常に集中化しております。やはり一般的な傾向を見ましても、最初のころは病院と診療所から送られる割合が、半々であったのですが、このころはむしろ病院から、いわゆる二次病院的なところから搬送される症例が増えて、本来はある程度の二次病院的な機能を果たすべきところが、そういう患者さんを送る側になっているという問題が生じてきていますので、三次病院の機能を

うまく運用するために、そういう二次病院の機能をいかに保つかということが、今後の課題だと思います。

新津（山梨県）：周産期医療をどうするかということですが、私は山梨にあってちょうど5年たちました。そこで山梨の例を紹介させていただきます。

山梨医大に産科と小児科があります。それから県立中立病院は産科救急はやっているのだけれどもNICUがないのです。国立甲府病院は小児科がNICUをとっておりますが、産科救急がない。そして現状でやはりNICUのベッドが足りなくなってきた。そして山梨医大が多胎の問題などで、満床です。国立甲府病院も満床なのです。ですから、山梨県でも周産期医療センターを知事に要望できる段階になってきたわけです。

多田：小田先生がいまご指摘になりましたのは、先ほどのような二次的な新生児医療で少しやったらいいという問題と、小児科の普通の病棟にもっと移したらいいのではないかとというご意見の、二つの取り上げようがあると思うのですが、その両方でございますか。

小田（新潟市民病院小児科）：うちのNICUと小児科はくっ付いている。そしてNICUがだんだん混んできますので、小児科のほうに移している。そして親を付けて哺乳の練習とかいろいろ、ケアの仕方を教えたりしている。

多田：新生児と未熟児と乳児とをどういうふうに分けるかという問題も一つあると思うのですが、そこらへんについて小川先生お願いします。

小川：これは昨年井村先生にご報告いただいたのですが、都立大塚病院では小児病棟を改造しているのです。それも一つの方法です。

慢性でNICUに入院している数が少なからずありますが、それより新規の入院の依頼のほうが大都会近辺では多いのです。母体搬送が増えて、ベッド不足になっているのがいちばんの問題のような気がいたします。

多田：小川先生のご発言になりましたのは、この班としては、後方ベッドの問題も検討するよ

うにということ厚生省からご命令いただいているのですが、そのことでございます。

武田（東京女子医大）：いまの問題は二つの大きな問題があると思うのです。一つはいま小川先生がおっしゃったように、NICU対象児が増えているのだということです。産婦人科学会の周産期委員会で毎年統計を取っていますが、実数が年間分娩数14万ぐらいを対象にしていますので、全体の14%ぐらいを占めていますが、それで見ましても超未熟児は直線的に伸びています。そして大変面白いのは新生児死亡率、胎児死亡率は横ばいなのです。ということは生存例が実数としてどんどん増えてきているわけです。それに対する対応が一つ必要だということなのです。それを一つお考えいただきたい。特にNICUの運営という点ですね。

もう一点は、いまの小児科への転床の問題です。これも大きな問題だと思うのです。これをスムーズにやらないと、やはり溜まってくる。intermediate careをどう持っていくのかということ、小児科サイドでお考えいただかないといけない。後方の整備をして、NICUでの溜まりをなくすということも、ぜひお考えいただきたい。

多田：年間出てくる子供は1人か2人であっても、溜まってくるという問題がありますので、そのことは武田先生も小田先生もご指摘のように、今後一つの方向として検討していきたいと思えます。ただ、現に新しい患児が増えているのは確実でございますので、今回の議論は主にそちらのほうをしていきたいと思えます。というのは合併症があるのに対して、そういう小児病棟が急性期をすぎたものをどこまでやってくれるかという問題がありますし、かなり感染率が高くなるので、NICUのほうがよくという問題があるので、現状はそうなっているのだと思いますが、それはそれとして解決すべき問題だと思っています。

中林（東京女子医大）：いま確かに極小未熟児は増えているのですが、これは明らかなものと同

時に、ラテントな潜在性のもも考えるべきなのです。というのはNICUがないところで、助かるかどうかわからないけれども送りたい、しかしいっばいなので、まあ、やむを得ず二次で診る、そして結局死亡しているというケースもかなりあると思うのです。実際にそういう例があるからNICUのない病院でより死亡が高かったりするわけです。そういう潜在的なケースもまだまだあるのだということ認識していただくことも必要だろうと思います。

多田：ありがとうございます。したがっていまの忙しさよりもさらに忙しくなるという前提の下に、今後システムを考えていくということだと思います。

藤村（大阪府立母子保健総合医療センター）：いま主にこの議論ではベッド不足、そしてその現状ということでしたが、NICUの現状というのを、もし市場原理で考えましたら、患者さんが増えたら、それをちゃんと受け入れるように、だんだん広がっていくわけです。それが当然だと思えます。売れるからつくるということで、ところがNICUはどうして、そういう市場原理がうまくいってないのだろうか。これは一つのは公立病院の問題があると思うのです。ベッドというのは公的に規制されていて、ニードと無関係に定員が決まっている場合対応できない。どうしても遅れるという問題があると思うのです。

大阪は実は基幹病院のベッドのうち半数以上は民間病院です。ですから大阪では市場原理が働いていていいはずなのです。ところが高槻病院が、これは基幹病院の一つなのですが、試算をされると、だいたいNICUの1床当たり毎日1万5000円の赤字が昨年出たそうです。NICU全体としては、5000円の赤字だそうです。つまり私どもの大阪では、民間病院依存型のNICUシステムとなっているのですが、高槻病院、愛染橋病院、淀川キリスト教病院という、皆さんご存じの病院はすべて民間でして、正直言ってこれ以上何もすることができないということなのです。そして看護婦はだいたい月に16日夜勤です。

30床のNICUに43入れたことがあるというのが、大都市大阪で先々月も起こっております。そこは当然これでは病院の職員の支持が得られないから、これ以上のことはできないということで、入院が減っていくのです。

これは一つの例なのですけれども、ベッド不足に対して、それに見合うような変化を私たちが遂げていけない原因の一つは、明らかに医療機関はいまの診療報酬体系ではやっていけない現状で、NICU診療をしているということなのです。だからニーズが増えてきても、それに対応するというモチーフもないし、元気も出ないということを、大阪でははっきり部長クラス、院長クラスが申されています。これ以上いくら言われても私たちはできないと。

多田：ありがとうございます。何か結論が出てしまったような感じですが、一つのステップを締めるには非常にいい御意見だと思います。

こういう現状であるということの一つ踏まえていただき、さらに労働の時間数オーバー、いまのお話のように16回夜勤ということになっているという問題が出てきている。そういうことでそろそろ放置ができない状態になっているということ、このまとめにさせていただき、次の段階に進みたいと思います。

2. 各地の産科医療の現状

これまでお話のありましたのはNICUだったのですが、母体搬送の問題とかいろいろな問題で、産科の医療がだんだん変わってきているということが現実だと思います。私どもの班の研究でも、これまで検討していただきました問題に、一次、二次、三次の医療分担の問題とか、相互の協力関係とか、そういう問題がある一方で、医療面から母体搬送という形で三次なり二次に集中してきている、あるいは二次もなくなって、三次に集中してきているというのが、明らかになっています。

したがって、これはNICUだけではなしに、産

科の医療をからめて、周産期の医療としてどう考えるかという視点がぜひ必要だということです。そこで、今後各地の産科医療の現状ということで、議論をいただければ幸いです。

なお、池の上先生にお手伝いをいただいて、進めていきたいと思います。末原先生に大都市の問題はもうすでにある程度出していただいたので、おわかりだと思いますので、池ノ上先生に宮崎地区を踏まえて、全体的なお話をさせていただき、それから討論に入っていきたいと思います。

池ノ上（宮崎医科大学）：ではたたき台ということで、宮崎の現状を少しご紹介いたしまして、あと先生方のご討論をいただきたいと思います。

宮崎県はだいたい年間分娩数が1万2000ぐらいの地域でございます。そこで35週未満で産まれております未熟児が259名です。これは平成3年度です。その中で在胎27週未満の数が1年間で29名というのが現状でございます。それを31週まで上げますと、48名それにプラスされます。

その中で宮崎県の地理的な条件があります。ご承知のとおり宮崎県は北部から南へ細長い地域であって、そこには高速道路が通っておりません。一般道路で周産期救急搬送が行われるわけです。北部の中心都市であります延岡市から宮崎市まで、約3時間半の搬送時間を要します。そうしますと、北部の延岡市周辺では、年間2700から2800人の出生があって、31週までの未熟児が年間に15名から16名の範囲で産まれていますが、北部の地域の患者さんを中央部へ搬送するということは、地理的な状況でなかなか困難であるということがあります。

ただ、宮崎県の中央部から南部、西部にかけては、産婦人科の第一線の声としては、受け入れられてもらっている、現状で満足しているというのが、地域の日母の会員の先生方を中心としたアンケート調査に対するご返事でございます。

しかし、受け取る側の施設、宮崎の県立病院、あるいは国立病院、あるいは医師会病院などの

実情を見ますと、小児科、産婦人科、あるいは看護人員など、人的な要員は決して、量的にも、クオリティの面から考えてもまだまだではないかと思われまます。

そういったことを前提にして、宮崎県のここ数年間の周産期死亡率の推移を見てまいりますと、全体として周産期死亡率は低下してまいりまして、ほぼ全国的な平均の周産期死亡率になっております。全国のだいたい25、6位ぐらいに位置しております。その中で後期死産が年々減少しているのに比べて、新生児死亡率が横ばいからむしろここ1、2年、増加の傾向が出ております。

このことはいろんなファクターがからんでいると思いますが、やはりこれまで胎内死亡に終わっていたようなハイリスク妊娠、あるいは未熟児、超未熟児などの出生に対して、現場の医療担当者が積極的な胎児管理、あるいは産科管理を行うようになってきている。それに対してこれまで死産となっていた未熟児たちが、新生児治療を受けるか、あるいは十分な治療が受けられないままに、結果的には新生児死亡になっておるといふところの現状が出ていのではないかと思います。

またこういったところが先ほどから議論が出ておりますNICUでのベッドの回転を悪くしている。すなわち超未熟児の出生数自身も宮崎県下では増えておりますし、そういったことは単に宮崎ばかりではなくて、全国の各地方都市を中心とする医療圏でも起こっているのではないかなと考えております。

ただ、こういった問題が、私の前任地であります鹿児島県の場合では、卒後教育の中に新生児、あるいは胎児、母体管理というものをしっかり導入して、そういった各地の国公立の施設に若いドクターたちが配置されるということで、幾分なりとも改善されておりますので、こういった施設の面のgradingは別として、配置にプラス卒後教育の充実ということがぜひ必要なことであろうと考えております。

一応簡単ですが、このように考えております。
多田：ありがとうございました。樋口先生に去年いろいろ分析していただきましたので、いわゆる一次的な分娩施設とか、各病院での産科の問題についてご意見をいただきたいと思っておりますが、とりあえず二次とか三次の地方のシステムみたいなことで、どなたかご意見がございませうか。お願いします。

新津：先週の土曜日に「小児領域から見た周産期医療」というテーマで、山梨県で会があったのですが、そのときに各施設のNICUの先生のお話をうかがうと、確かにNICUのベッドが不足している、未熟児が増えているのです。5年前に山梨県の新生児死亡率が、日本でいちばんいいというデータが出ました。最近になって未熟児が増えたり、あるいはリスクのある赤ちゃんが搬送されることになってきた。これから山梨県の死亡率がいちばん悪くなってくる、それでいいんじゃないのかということをお話させていただいたのです。

いま地域の現状は、大都会は別として、池ノ上先生がおっしゃられたとおりで思っております。

中林：池ノ上先生が卒後教育に関しておっしゃったことに、私は大変賛成です。東京都でも、二次病院にしても産科ベッドが大変足りないということは、あまりないのではないかと思います。私どもで足りないのは、NICUがいっぱいだから、母体搬送が受け入れられないということであって、ベッド自体は何とかなるのです。

しかし、二次病院で周産期管理を、たとえば一つの例が、子宮内の感染とか、早胎、多胎の早期の入院とかについて、もっと管理を早くすれば、NICUが必要なセンターにまで送らなくてもいいような例はかなりあるのです。しかし、現状ではどうやっていいかわからないので、二次の先生でも、それじゃ三次のほうに送ろうということが、かなりあるのだと思うのです。ですから、このへんは三次はこのように管理しているとか、そういった現時点での管理を二次のほ

うにできるだけ吸収していただく、また一次のほうに吸収していただくということによって、産科のベッド自身はもう少し有効に、三次にかたまらずに使えるようにな気がするのです。

そのためには卒後教育が大変ポイントであるということは、まったく同感です。

池ノ上：先ほどの新津先生のご指摘の件ですけれども、宮崎県のこれまでの数年間の周産期統計を見てまいりますと、後期死産と早期新生児死亡の占める割合は2対1でずーっと進んできていたのですが、ここ2、3年それがほぼ1対1に近づいてきているのです。それは後期死産が下がってきたのと、早期新生児死亡が上がってきたのと、その両者が相まって、その割合が1対1に近づいてきているのですが、周産期死亡率としては全体は下がってきています。

ですから、新生児死亡率だけを見ますと先生のご指摘のとおり、一時的に悪くなる時期が地方の都市にはこれから来るのではないかと思います。そこで、その次にそれを改善する、本当のクォリティが確保できるようにするということが、ここ数年間われわれが目指さなければいけないところではないかと、私自身はそう思っているのです。

新津：5年前から見ると、周産期死亡率はすごく悪いのです、山梨県は。

池ノ上：全体の流れとしてずーっと下がってきているということですか。

多田：周産期死亡率としては全体として下がってきているけれども、新生児死亡率が低かったのが、だんだん上がってきたということですね。

一つはそういう問題があるということで、ますます問題が顕在化するのかもしれない。それに対して中林先生が言われたように、二次でもかなりケアを良くしていけば、そこらへんを吸収できる可能性があるのではないかという問題があるかと思います。

昨年度のフォーラムでもかなり問題にしましたが、産科の先生方が少なくなり、診療所がだんだん減ってくる。また、二次で先生のおっし

やるような仕事が多くなっていくということで、システムを考える上では大事なことだと思います。

そこで、一次的な施設の傾向とか、そういうことを含めて、樋口先生にご発言をいただけますか。

樋口（樋口産婦人科）：私は下町で開業しております樋口産婦人科の樋口と申します。去年のフォーラムではちょっとしゃべるように言われたのですが、今日は聞いていただければいいということので出てきたものですから、まとまったお話はできませんけれども、お手元に今日資料としてお配りしていただいている中の、平成4年度フォーラム記録の219頁をご覧をいただきたいと思えます。

先ほど、どなたからかお話がありましたように、表1のところの産科医療を支える3大要素とありますが、最終的にはハードとかソフトみたいなものは、割りと早急に改善できる可能性があると思うのですが、3番目のマンパワーが問題だと思うのです。たとえばNICUでも、コンスタントにあるかどうかわかりませんから、急にある場合とかにも十分対応できるようにすると、どうしても赤字になるということがあるわけです。そこで、4番目ですが、それを解決する最後の要は学問というよりも、資金というか、お金の問題になるわけです。本日厚生省の先生がいらしていますが、これはNICUとかそういうことではなく、産科全体として非採算医療なわけです。先ほどお話がありましたように、市場原理を働かせれば、

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 |

衰退するのは目に見えている構造的な不況業種というか、産業として見ればそういう業種であるということを、根本的に認識しなければいけない状態ではないかと思うのです。

なお、産科の医師が減っているとか、小児科の医師もだんだん減っているという話を聞くのですが、そういうところでは市場原理みたいのが働いて、マンパワーが減っているように思われるわけです。

そこで、根本的な解決としては、やはり国のレベルなり、地方行政のレベルで十分な予算をとっていただいて、赤字は当たり前だということで、警察とか消防と同じようなレベルでの防衛と言いますかね、社会防衛のための方策をとっていただかなければ、10年、20年後の対策は立てられないのではないかと、私は思っています。

去年の11月に日母関東ブロック協議会というのが千葉であって、そのとき私も出たのですが、関東周辺ではNICUは足りないから東京に運べという話が、地方の先生方から出ていたわけです。エイズの問題でも同じことが言われているのです。地方で見つかっても、診療する機関がないから、とにかく東京に送り込めばいいという、そういう意見が現場では出ております。

いままでは病診連携と言われましたけれども、先ほどから出ていますように、病診のレベルがすでに、われわれのところでは通り越して、二次、三次と言いますが、病々連携が大事ということになってきてる。その場合、病々連携である以上は、診療形態だけではなくて、完全に地域的な、地理的な連携というものが必要ですし、そこにおいては情報の交換と言いますか、十分な情報がないといけない。たとえば山梨県とか宮崎県というような、そういう県のレベルでは、周辺のボーダーラインのところはあっちに行ったりこっちに行ったりしますし、関東ブロックという1都9県の間ではもうすでに患者さんがあちこち流れているわけで、お互いにババの押しつけ合いみたいなことが起こっていますので、ブロックという単位でいろいろ情報を交換して対

策を立てなければ駄目だと思います。もっと大きく言えば国のレベルで対策を立てないと、本日やっているような問題は解決できないのではないかと。私が診療所レベルから見ても、そう思うわけございます。

多田：ありがとうございました。国のレベルで考えていただくということは、最後にご意見をいただくとして、ブロック化ということは、たしか必要だと思いますし、搬送についても非常に狭い地域で分かれてしまうと、その枠外、たとえば東京から埼玉県に子供を連れにいけないとか、いろんな問題が出てくることは確かです。もうこういう時代になりましたので、ある意味ではボーダーラインを越えて、いい医療ができるように、ぜひ考えていただきたいと思います。

そういう面もありますし、また遠くまで赤ちゃんを運ぶとか、お母さんを運ぶのも大変ですし、地元でお産ができれば、非常にいいことも確かなので、その両面を兼ね備える必要があるのだと思います。

それから、分娩施設はいまお話があったように、マンパワーの問題からどう変わっていくのか、そんなに赤字でいいのかということもあるわけですが、去年もフォーラムで悲観的なことばかり言うと言って、仁志田先生に叱られたわけです、産科医療というものは明るい医療でなければならないのだということです。私もそう思いますし、そこで、こうすればどんどん人が増えてくるし、みんなお産を楽しくできるし、働く方も楽しくなるしのだという方向に周産期医療のシステムを持って行っていただきたいと思います。赤字だから、もちろん公的に援助していただかなければならない面もありますが、それだけでは困るわけです。

そんなところで一般の分娩施設や病院も含めてですけれども、それがどうなっていくかということについて、野口先生からも一言コメントをいただきたいと思います。先生は班でもいろいろご発言をいただいておりますので、今後の傾向とか、産科というものを将来どういうふう

整備していったらいいかとか、そこらへんの見通しをお話いただければ幸いです。

野口（野口産婦人科）：私は産婦人科をやっているのですが、実は愛知大で理事を10数年やっていて、周産期施設をつくろうと思っているのですが、ぜんぜんできないのです。結論から言いますと、これはお産の費用が安過ぎるということです。日本では。それはどうしてかという、公的医療機関が安いのです。市民病院だとか、公立病院が非常に安いのです。それで、ここに行政の方もおられますが、市民病院にしても、大学病院にしても、ものすごい赤字なのです。そして公費が、われわれの税金がそこに何億と毎年助成されている。そういうものが行ってはいじめて、公的医療機関はその医療が成り立っているのです。そのしわ寄せでもってお産が安い。厚生省のご努力で助産費と分娩費が30万になると思います。しかしとにかく安い。それが一つです。

第2番目に、今度は新生児施設が1ベッド当たり1万5000円ずつマイナスだということです。それでNICUをやりたいと言っても駄目だと言われる。私は愛知医大の理事なものですから、そういう周産期施設をつくろうと思っても、赤字だ赤字だと言われてしまうのです。そこで赤字にならんように、NICUに入った患者さんに対して、1万5000円くらいの上乗せをしていただきたいと思っているのです。とにかくいまはNICUをつくろうと思ってもできない。

それが一つです。

その次に、産婦人科医療としては、妊娠中に何がわかるかという、いろいろ沢山わかる。そのわかるものを全部やりたい。そこで、たとえば中期までにやらなければならないスクリーニング、それをひとつ決めてください。たとえば血液の不完全抗体を含めて、ここに沢山書いてあります、超音波とかいろいろあります。ところがそういうものをやりますと高くつく。われわれが一生懸命やって高くつく、それがみんな公的医療機関へ逃げちゃうのです。公的医療

機関は超音波をやろうが何をやろうが、みんなサービスでやってる。検査になりますとお金を取るだろうと思いますけれども。

この前私は研究班の終わりのほうで書きましたけれども、とにかく中期までにホルモンだとか、心臓だとか、いろいろあると思いますが、そういうものを含めて、スクリーニングをやりたいと思うので、そういうシステムのために何か考えてもらいたいわけです。

そして、後期になってからもう一べん、ここに書いてあるような、武田先生がお書きになったようなことをやって、妊娠中にいろいろなことを発見したい。そうすれば早く送れると思うのです。

それからNICUが足りない足りないと言っていますが、名古屋市では、少なくともNICUは余っているのです。ですからNICUの施設はどうか送ってください、送ってください、いつでも出かけますと言って、われわれのところにみんな来てくれているのです。ここに戸荻先生がおられるので、その状況はわかっていると思いますが、とにかく余っている。

ここに行政の方がいますが、施設はつくればできるのです。金を出せばいくらでもできる。ところがそれに対するマンパワーがない。できないのです。なぜできないかという、講座がないのです。愛知医大でもって、周産期のプロフェッサーにひとつ担当してやってもらおうと思っても、ほかの教授連中が押さえちゃうのです。拒否反応です。だから各公的医療機関、少なくとも大学には、周産期の講座は少なくとも、プロフェッサーをつくらないといけない。

愛知医大でもって偉いプロフェッサーを連れてきて、スタッフを集めて、小川先生がおやりになっていましたような、ああいう施設をつくろうと思ってほうぼうのアドバイスを受けているのですが、結局どうなるかという、ほかのプロフェッサーが拒否反応を起こす。文部省もそれに対してあまりうんと言わない。だから、周産期のプロフェッサーをつくるということ、こ

の班でもって強硬にやってもらいたい。それをお願いします。そんなことができたらうまくいくと思います。

多田：ありがとうございます。これは一言武田先生にお話をいただかないといけないと思います。教育面のこと、システムのこと、それから検査のこと、医療費のことと、あまり広いので、全部お答えいただかなくても結構ですが、これからの議論の一つのテーマになると思いますので、お願いをいたします。

武田：いまの野口先生のおっしゃったことは、産婦人科、特に産科を一生懸命やっている者の願いだと思うのです。それはどういうふうにしてアピールしていくかということは、研究班の機能を超えてでも本当はやらないといけないのではないかと思うのです。

ただ、この班もそうですが、私どもの班もそうですが、この数年積み上げてきたことは、行政が、ここにお2人いらっしゃいますが、大変サポートと言いますか、推進していただいているのです。去年も中期のスクリーニング、産科のスクリーニングに対して、検査の助成が認められましたが、なかなかぐっと階段を越して上がるということがまだないのです。それで、場合によっては政治家も巻き込まなければということまで、われわれは考えなければいかんのかと想ったりすることがあるわけです。だから、行政の立場を超えていただいて、もっと大きい福祉の立場で、最近厚生大臣も申されていますが、ああいった中で産科医療、あるいは周産期医療を考えるということに、何とかつなげていただければ、非常にありがたいと思います。

それから、教育の面ですが、講座数の増加というのは、実は大学のシステムの中で大変難しい現状にあります。それで、講座の数はそう増やすわけにはいかないと思うのですが、講座の改変は可能なのです。

もう一つ、教育面で最近非常に大きく変わっていますのは、診療部門というものと、講座の使い分けです。この使い分けをわれわれはもう

少しくまくやらないといけないのではないかと。国立大学でも周産母子部というのが、特殊診療施設から中央診療施設に格上げされて、母子センターの形態を持っているところがあるのです。九大等々ですね。そういう点へのわれわれ自身のアプローチが必要ではないかと思えます。

多田：ありがとうございます。それではいまのことから、次にシステムのほうに進みたいのですが、その前に名古屋の地区ではNICUが余っているという話があったのですが、これには一般的には異論もあるのではないかと思うので、戸蒔先生から一言コメントをいただきたいと思えます。

戸蒔先生(名古屋市立大学)：野口先生は200万都市の真ん中でお仕事をされておられます。そして名古屋市はご存じのように、比較的新生児医療に興味を持っている中間施設が多いので有名な地域だと理解しています。勢い、一般小児でスタートしている施設もぜひとも新生児をやりたいという希望が非常に強いわけです。これは歴史的に柴田先生、小川先生、種々の大先輩たちが築かれた、いわゆる特性がそのまま引き継がれて、いまに至っているというふうに理解しています。

たしかに野口先生ご指摘のように、近郊まで入れますと、だいたい300万ぐらいカバーするあたりに5施設ぐらいの三次救急をやれる施設があるわけです。これは時期によりましては、確かに波がありますが、できるだけ早期に搬送をするという目的で、かなり密接なリンクができていのも事実であります。しかし、時にはどこの施設も満床ということも起こっています。幸い横のつながりが、これは自負しているわけですが、非常に強くて、たとえわが施設が満床であっても、直ぐその場で紹介する、あるいはお願いするシステムが出来上がっていますので、この面ではあまり心配をしていないのは事実です。ただしこれもシステムがあつての話であつて、一度その枠の外に出ますと、すな

わち700万県民という立場になりすと、ぜんぜん様子が違うので、枠の外のところをいかにうまく円滑にやるかというのは、いまでも課題になっているわけです。

多田：ありがとうございます。先ほど池ノ上先生やほかの先生もご指摘になりました、卒後教育をきちんとしていくと、その卒後教育の間に新生児を学んでおられる先生の数も多くなるし、小児科の中でそれをできる先生も多くなって、二次病院と言っていいかどうかわかりませんが、必ずしも三次でないところでも新生児がみられる先生が増えるという、非常に理想的な形を、名古屋が取っておられる結果、いま野口先生がご指摘になったように、比較的パワーはまだあるということだと思います。

したがって、これはほかの地域でもそういう形で、卒後教育にうまく組み込まれていくということが、施設を生かす一つのモデルになっていくのではないかと思います。

そういうところでも、いまの野口先生のお話ですと、周産期施設をつくらうということになると、いろいろ問題があるということなわけですね。

それでは、これからシステムをどう考えていくかということについて、池ノ上先生に司会をしていただいて、進めていきたいと思います。池の上：これから少しシステムとしてどのように、それをつくり上げていくか、そのためにはどんなことが必要かという点についての議論を進めさせていただきたいと思います。

まず最初に現在そういった分野でのお仕事をなさっております末原先生に、周産期センターとしての性格でお仕事をしておられます現在での問題点、あるいは先生が現在考えておられます問題点、あるいはお悩みの点などで、少しディスカッションの基調になるようなことがございましたら、お話しいただければと思います。

末原：大阪ではOGCSという38病院が相互援助システムを組んでいます、6病院で全体の6割を収容するという形で、基幹病院と言われる6施

設が中心的に働いていますが、残りの30幾つかの病院の中の多くは、二次病院と言いながら、送る立場に立っているのが最近の状況です。それで、準基幹病院として4施設を何とか二次としての形を整えていって欲しいということで、そのシステムの中で考えております。

最近妊婦さんのニーズが多様化しておりますので、それに対応するために、一次の病院としてはどういうことを狙っていくか、あるいは二次の施設はどういうことを担うか、あるいは三次は何を担うかということを経験していただいて、何か異常があればとにかく三次に送り付けられればいいということではなくて、ある急性期には三次が担う、あるいはそれが急性期を過ぎれば、二次で診ていただくこともあるし、あるいは一次で診ていただくこともありましょうし、そのへんはもう一度考え直さないといけないのではないかと考えております。

それと、三次にどうしても集中化している中で、非常に早い週数での母体搬送と多胎の他に三つ目の問題として胎児診断、超音波などの普及に伴う胎児診断による症例が非常に増えております。そういう部分についても、十分診断したのちに、一次あるいは二次でも対応できる部分是对応していただくという形を取って、少しでも三次の有効的な利用というのを考えていただけたらいいかなと思っています。

池の上：ありがとうございます。これまで子供病院の立場でNICUを運営しておられて、そこに産科を併設して、いろいろな新たな問題点をご検討だと思いますが、後藤先生いかがでしょうか。先生のところでの最近の問題点、その他をご紹介いただいて、皆さんの討論の基調にさせていただきたいと思うのですが。

後藤（神奈川こども医療センター）：去年のフォーラムで「産科施設を併設して」というデータを簡単に下させていただいたのですが、一年数か月やってみて、神奈川県周産期医療システムのデータと、うちの周産期センターの、たとえば母体搬送で送られてくる患者さんの特徴

などを比較しますと、分娩前の搬送を比較すると、だいたい切迫早産とかPROMとかは同じですが、多胎とあとは前の子供が異常だったというのがとても多いのが、うちの施設の特徴みたいなことで出まして、それが2割ぐらいも占めるようになりました。

私どものこども病院は子供が減っているにもかかわらず、ベッドが常に満床なのです。新生児のベッドが満床なのと同じように、重度化した子供、高度医療の、特に最近では血液腫瘍科の子供がとても増えてベッドが慢性的に満床で、入約をしても、小児病院のほうは、年齢にもよりますが、2週間待ってもベッドがあかないという状況なのです。そういう状況があって、障害児を沢山抱えているのです。

前児がこのような異常だったからうちで分娩したいと言われるのです。その理由はいろいろで、遺伝病もありますし、超未熟児あるいは、いろんな先天異常もあります。それは妊娠中に評価されなくても、結局産まれてみると、もちろん妊娠中に評価されたのもあるのですが、半分ぐらいは異常だという、高リスクという結果を生んでいる事実が、去年申し上げた中にはなかったことだと思います。

あと、周産期になって、それ以前の実績と比較すると、極小未熟児とか、多胎とかの母体搬送は定着してきました。

最初は蓋をあけたときは、収容は5割はお断りしていたのですが、いまは7割ぐらいは収容できています。ベッドも倍までにはいきませんが、倍近くに増えたのですが、いつもNICUが満床で、産科が多くて8割満床という形です。

それと子供だけの場合と違って母親だと、少し区域が遠くから運ばれてくるという特徴が出てまいりました。だいたい横浜地区という40万をカバーしているシステムなのですが、産科の先生のいろんな出身関係ということかもあるのでしょうかけれども、川崎だとか、そういうところからも来るようになったというのが特徴です。

そういうことで、ベッドのやりくりで苦労し

ていて、情報システムがないということもあって、静岡県まで行ってしまい、それが医師会で問題になって、医師会長からの提案で、緊急に衛生部長に提案されて、システムの確立というのがいま3年計画で進んでおります。

そんなところでNICUベッドは、足りないですし、新生児医療をやってくれる人もなかなかないのですが、私どもの希望としては、神奈川県に大学が四つありますので、卒後研修の先生方に、1年といった機関でもいいので、うちで研修して下さるようなという形で、小児科の教授の先生などにも理解していただいて、少しずつ人数の枠を増やしていただくようお願いをしております。

池の上 入院が5割が7割まで増えたということですね、ベッドを増やされたということ。それは具体的には幾つから幾つになったのですか。後藤：前は25床で運用していましたが、いまは40床です。

池の上：いまお二方の先生にお発言いただきましたが、周産期センターとしての機能を発揮する上で、具体的な問題点が幾つか浮かび上がったと思います。このことに関して、先生方からさらに続けてご検討をお願いしたいと思います。佐藤（小田原市立病院）：いま神奈川県の新児の実情をお話しいただいたわけですが、それは実はいまここで話しようとしている周産期医療システムというものの、一つとして考えているわけです。もともと周産期救急というのは、産科の側からしますと、前置胎盤であるとか、早期剥離とか、そういったものが中心になっていました。出血ですね、それが主体になっていたわけです。それがたしかに大事なことだったのです。子供のほうを中心に考えれば、未熟児であるとか、そういった問題であるわけです。

しかしながら周産期医療というものの幅はちょっと広がって、子供病院に最近収容されるものの20%ぐらいが、先天異常の診療であるとか、遺伝のための相談であるとか、そういったものが多くなったというお話がいまも出ました。ま

きにそれがこれからわれわれが指向する、周産期医療が包括するべき内容であると、私は思っているのです。

神奈川県は遅々として進みませんが、ポツポツとそういった形で進んでいるわけです。いままたまたその姿を見させていただいて、うん、まあ非常にいいですねと、私は思っているのですが、特に二次センターにもそういった機能を持たせるといところが、これから必要になってくると思います。これは教育の問題でもあるわけです。二次センターにもそういう胎内診断であるとか、遺伝の問題であるとか、そういった問題についての研究とか、検討をさせるというのが、実はわれわれの指向する方向なのです。三次病院は当然やるべきだと考えております。

そういった方向に高められて、その中でどういう人員が必要かということが、検討されれば、私は非常にありがたいと思います。

池ノ上：ありがとうございます。周産期センターの二次、三次の問題についていまご発言いただきました。二次センターの果たすべき役割り、あるいは三次センターが果たす役割りということでのご発言ですが、末原先生のご発言では二次センターのほうがどちらかというと、従来よりは後退してきたようなニュアンスのご発言がありました。いまの佐藤先生のご発言とちょっと、方向が違っているような感じがしますが、先生何かご発言はございませんか。

末原：現実の流れとして、二次病院が周産期システムの中で占めるウエイトは低くなっていると思います。ただ二次病院がこのシステムを支える上で、やはり鍵になるではないかと考えております。三次センターとしては、かなりのイメージが出来上がっていて、機能も持ってきていると思うのですが、二次センターがどのような機能になって、どのくらいのことを担ってくれるのかということが、かなりこれからの課題になると思います。

それで逆に言うと、二次センターの立場から

周産期システムを考えた場合に、本当にもっとハイリスクになれば、三次に送らないといけない。そういう救急の事態は自分たちが引き受けなければいけないということで、いちばんしんどいところだけを担っているということになりはしないかという心配があります。

そこで一つの方法としては、いま佐藤先生がおっしゃったように、二次病院の中にある特色を持たせて、胎児診断の部分であれば、そういうところである程度担っていただく。あるいは遺伝性疾患の部分についても、担っていただくような先生がおれば、そういう部分があるでしょうし、逆に言えば三次病院としても、ある狭い地域については二次的なことも担わないといかんでしょうが、三次病院にはなっていないけれども、大阪では胎児の循環器疾患、あるいは母体の循環器疾患については、もう三次病院の機能をしておりますし、そういうようなある程度の機能分け、特に都市部ではそういう幾つかの二次病院を含めた施設の中で、お互いに機能分化と言いますか、特色を出していくことが、二次病院のこれからの道の一つではかというふうに考えます。

池ノ上：そうすると三次周産期センターが機能するためにも、二次センターの充実というのがきわめて重要であるということで、佐藤先生と同じようなお考えと理解してよろしいでしょうか。

末原：はい。

池ノ上：ありがとうございます。藤村先生何かございませんか。

藤村：いまの議論で私自身わからないことは、新生児の専門医療で言う一次、二次、三次というこの言葉と、産科の診療で言う一次、二次、三次という言葉と、果してequivalentに使っているものかどうか、少なくともいつかどっかでディスカッションしておかないといけないと思うのです。つまり新生児の二次施設に付いているのは二次の産科なのか、そういうのが本当に望ましい姿なのかということ。現実にはそう

だと思えます。

私自身の意見を言いましたら、大阪の現状でも二次施設を新生児の立場から言いますと、レスピレーターは2、3日だったらできるけれども、長期とか、そういうものはもうやめておこう、しかし急性期には必ずやりましょうとか、無呼吸発作ぐらひはきちっと管理できますというのを、二次施設と一応新生児では考えたします。産科の二次施設、そこにある病院は、前置胎盤の大出血はそこで必ず処置できないとおそらくいけないはずで。ところが胎児の問題ですと、とてもその小児科にずっと依頼できないような問題がほとんどなのです。ということは産科医療で言う緊急性という意味では、かなり二次も相当やっておられるのではないかと思うのですけれども、実際産まれた子供の管理では三次に送らないといけないようなのが沢山あると思うのです。

そういう意味で大阪のOGCSの基幹病院と二次病院という群の役割りと、MMCSという新生児側の二次と三次の役割りは大きなdyscrepancyがあるわけです。

そういう意味で、どうしても末原先生がいみじくもおっしゃったように、OGCSの病院に送らないとけないという現象が出ているという、そういうケースは、まさに胎児と新生児のために送らざるを得ないケースが多いからだと思うのです。特殊な妊婦の生命危機は別として。

そのへんをもう少し整理してセンター構想というのを考えていくべきだと思います。

池ノ上：佐藤先生、いまのことに関して、ご発言いただきます。

佐藤：そのdyscrepancyがあるということも、もちろん承知しているわけです。私たちは56年から新生児救急をはじめて、60年に産科救急をはじめました。そのときに周産期救急という名前にしたわけです。それでいま約10年やってまいりました。基幹病院というものをつくって、それを第三次施設と一応位置付けたわけです。その下に協力病院というのがある。要するにトー

タルで40施設あって、8施設が基幹病院です。残りが協力病院になるわけで、それは二次病院に位置付けてあるわけです。それははじめ皆さんに手を上げていただいて、やってただけですかという形でやったのです。基幹病院は主として大学が中心です。

現在10年たって、そのそれぞれが基幹病院としての意味合いで仕事をしているか、二次病院としての仕事をしているかということ、いま再評価しております。これは産科の医者と新生児の医者といっしょになって一つのグループをつくっていまやっております。そのデータを見てまいりますと、もともと自分たちが基幹病院として、または第三次施設としていいと思って手を挙げた施設もほとんど何にもしてないという現状もよくわかってきたわけです。したがって新しい基準づくりをいましなくてはいけないということで、懸命に仕事をしているところです。それが出ないと、何とも言えないのではないかと考えています。

池ノ上：ありがとうございました。まさにいまの周産期医療、あるいは周産期医療システムということを考えてときに、産科と新生児のそれぞれの立場のちょっとしたと申しますか、dyscrepancyというのが、いみじくも出てまいりました。これがまさにシステムを考えるという意味では、非常に大切な問題になろうかと思えます。

このことに関して、もう少し議論していただきたいと思えます。

武田：この議論の最後に申し上げようと思っていたのですが、それは藤村先生が言ったことなのです。産科の診療施設と、新生児の診療施設のフェイズ分け、いったいどこで対応が取れるのかということ、周産期医療をやる場合にいちばん考えないといけない問題点なのです。

いまの大阪の実情で言いましても、救命救急というのは6割三次救急に行っているという現状でしょう。もっと強くなってきますと、極端な議論をすることになると、産科で二次救急とい

うのはいったい何だというようなところまで行ってしまう可能性があるのです。これはわれわれ産科医が危惧しているところなのです。産科のスクリーニングという点と、二次救急としての役割りという点と、それから救急ですね。これは三次は話は別で、非常にはっきりしていると思いますが、一次、二次の差をいったいどういうふうに付けていくのかということ、もう少しわれわれは真剣にディスカッションしないといけないと思います。機能別に分けるということも、その一つの方策だと思います。

産科というのはそんなに長いものではないのです。一つの分娩というのは40週しかないのです。だから内科の疾患から言いますと、ぜんぜん急性の疾患なのです。その中で役割り分担をどう果たすかという点を、人的な面と、予後の面と、施設の面とで分けて考える必要がある。これはわれわれは早急にはじめなくてはいけない問題点だろうと思います。

池ノ上： どうもありがとうございます。

樋口（樋口産婦人科）： 日母が昭和55年に、周産期医療の地域化構想というパンフレットを出しました。私はそれを踏まえてこの前フォーラムで話させていただきましたが、表2、3にあげたようないろいろな条件があり、一次というのは先細りの可能性があります。たぶん10年後は全国平均でも診療所の分娩数というのは、いまの診療所の規模でそのまま行くとしても2割程度で、東京などは1割以下に減ると思いますし、第3次医療法が改正になると潰滅的に一次産科施設というのはなくなる可能性があります。マンパワーの点から言いましても、地価などの経済的な要件が入っても、大都市や、大都市でなくても地方でも、いままでのような産科施設は、新規のところはほとんどできなくなる現状があり、

表2 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) 労働基準法の施工強化 ⇒ 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解説の現象
- (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控訴の増加
- (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3 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て存続（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

産科に限って言いますと、一次というのはかなりなくなるのではないかと思います。

前の昭和55年の地域化構想のパンフレットに一次、二次、三次の内容が一応書いてあるわけですが、小児科あるいは、新生児科との関係で、一次、二次、三次の内容の定義をきちっと決めておかないと、話が通じなくなる可能性があるもので、産科とか新生児とか言うのではなく、周産期という一つの枠でいかないといけないと思うのです。先ほど野口先生がおっしゃいましたように、周産期科あるいは新生児科というのが、ち

ちゃんとテリトリーを確立していかないといけないと思いますので、産科とか新生児科とかという考え方でなくて、今日議論されていらっしゃるような、周産期という一つの枠で、産科とか小児科をひっくるめた定義をきちっと、一次、二次、三次について決めておいていただければありがたいと思います。

池ノ上：ありがとうございます。いまご議論いただいていることは、産科の診療の在り方の将来にかかわる問題でもありますし、医療の形態にもかかわる問題も含んでいる問題もあろうかと思えます。ただ、三次の周産期センターを地域につくるということは、非常に差し迫った大切な問題であるということについては、もう議論の余地がないところで、それをさらに充実するためには、いまわれわれが二次と呼んでいる、そういった性格の施設を、地域の中にどのように今後考えていくかということで、ご議論いただいているわけです。

新津先生どうぞ。

新津：新生児医療の中にも、一次、二次、三次があるし、救急医療の中でも一次、二次、三次があるし、救急医療の中でも一次、二次、三次があるのです。今日はこういうことになるとは思わなかったのですが、持ってこなかったのですが、いわゆる未熟児センターというのは、一次、二次、三次の後方的なものであるということを書いている、大変すばらしい文献があって、それがいつも頭の中にあるのです。

産科の先生方にも、お産をやっていらっしゃる先生と、産科をやっていらっしゃる先生がいます。いま山梨県で周産期センターを考えようとしている段階ですが、あまり産科をやらない先生方で理事になっている先生方が周産期センターができると、またどんどん患者を取られちゃうよというようなことを言うことがあるのです。それはそうじゃないのです。埼玉の小児医療センターができたときに、地域の医師会の先生方から、こんなものが出たらわれわれのところは、スーパーマーケットが出てきちゃう

のだから、患者を取られてしまうのではないかということで、相当反対があったらしいのです。それで、われわれがつくるときには、われわれはお手伝いをするのですというので、やっとご理解をいただいたのです。

周産期センターというのは、ハイリスク妊娠、分娩の管理ということで、産科の先生方の中で、日常診療をやっている先生方が本当に困ったときに、そこに母体搬送をして、産まれてくる赤ちゃんも診てもらうのです。ですから一次、二次、三次じゃなしに、むしろこの際、後方的というか、違う位置にあるのだということをつくっていただきたいという感じがするのです。

池ノ上：ありがとうございます。

末原先生どうぞ。

末原：一次、二次、三次という議論がちょっと噛み合わないところがあると思うのですが、いまここで議論しているのは、先ほど樋口先生がおっしゃったように周産期の部分について、どういうふうなシステムを組んだらいいかということだと思うのです。大阪のOGCSでも、産後のこと、妊娠中の母体のことについては、二次病院は十分機能していますし、受け入れの実数から見ても、機能していただいています。ただ、機能できていないのは、新生児関連の母体搬送などの部分において、二次病院が機能していないということであって、お願いは、もちろん三次をちゃんとして欲しいのですが、二次の部分の新生児関連の部分を、何とか充実させて欲しいということです。

池ノ上：そろそろこの議論を一応締めたいと思うのですが、もう一方どなたかいらっしゃいますか。

仁志田（東京女子医大）：周産期センターというのが、もしも独立して新しくできるとすれば、いま言ったように新生児と産科だけではとても駄目だということは、先生方はご存じですね。子供病院が周産期センターをつくりはじめたのですが、あれは子供にとってもものすごくすばらしいところなのです。あらゆる専門家がいて。た

たとえば僕のところでも、国立小児に送った症例があるのですが、麻酔科、呼吸科、耳鼻科で赤ちゃんをやる人が全部そろっているのは子供病院なのです。

いま産科の先生方が胎内診断ができますから、その病院ができたらいいのですが、先ほどお話が出ましたように、ハイリスクのお母さんは、ハイリスクマザーになりますね。胎児の病気でしたら子供病院ですけれども、お母さんが病気だった場合、子供病院でいいのかどうか。内分泌、腎臓、それからDICになった場合ですね。そういう内科の専門家がそろっているところを、子供病院に新しくつくるといのは大変なことだと思います。藤村先生のところはまさに理想ですけれども、そういう周産期センターをつくるのか、それから大学につくるのか、子供病院の周産期センターをつくるのか、各々問題があると思うのです。そのところをちょっと先生方にお聞きしようと思うのです。

池ノ上：では、末原先生にご意見をうかがいたいと思います。周産期センターの問題で胎児、新生児の視点からのご発言、母体の視点からのご発言とが、両方から出てきましたが、いまの仁志田先生のご発言では母体側の問題ですが、それに関してをお願いします。

末原：仁志田先生のご意見はごもっともです。われわれはいちばんそこを充実して欲しいところなのです。大阪母子センターでついこの1か月前に、母体のDICから出血して、腎不全になって1か月間ICUでに入ったために、ほかの機能がみんな麻痺したということが起こっています。願わくば、そういうおとなの総合病院と直ぐ接したところに、周産期センターをつくらたいのです。それは子供の新生児と子供病院との関係だって同じだと思います。少なくともそういうものもつくって欲しいし、いま二次、三次と考えているのは、そういう部分もできたらなお願わしいのですが、現在の周産期の関係の三次、二次というのを、整備して欲しいということです。母体のそういうのがなくてもいいという

ことではなくて、われわれはそれを非常に熱望しております。

池ノ上：メジカルセンターという概念の中での周産期というのが理想的であろうというご発言だと思います。

では、佐藤先生お願いします。

佐藤（自治医科大学）：私のところは栃木県で、全国の中でも周産期センターとか、子供病院がないということで、大変悪名が高い県の一つなのです。しかし県としては、栃木県には癌センターというのがあるのですが、それが1日戸を開けますと大変な赤字だということで、周産期センターとか、子供病院というものはつくらないで、県には自治医科大学と独協医科大学があるものですから、そこに周産期センター的な形のを考えているのです。先ほど仁志田先生がご指摘なさいましたように、最近のハイリスクのマザーという立場から考えますと、人口200万ぐらいの栃木県ですと、どうしても後方支援のしっかりしたところでないと、そういうふうなリスクの高いお母さんを収容できないということで、県としては自治とか、独協あたりに、そのところの産科とNICUというものを周産期センター的な形で、県が援助をして拡充したいという方向付けを出しているのです。

池ノ上：ありがとうございます。

それでは最後に野口先生お願いします。

野口：この前のときに私申し上げたのですが、システム化の抜本改正ということで、一次、二次、三次の問題にいまなっていますが、妊産婦というのは母子健康手帳をもらうのです。それを一次医療機関でやればいい。母子健康手帳の交付の手続きをするところが、一次医療機関であると、こういうふうには私は解釈しております。そしてそれは中期までにいろいろあります、合併症妊娠から、貧血だとか、梅毒だとか。そういうものをスクリーニングする。それをきっちりスクリーニングして、それを今度送る。それが二次だと思うのです。そして、末期になってDICを起こすような中毒症だとか、胎盤機能不全だ

とか、あるいは羊水過多だとか、いろいろ沢山ありますが、そういうようなものが二次から送られてきたのを取り扱う、それが三次だと思うのです。生まれる児が小さいのは周産期センターの新生児のほうの三次医療機関ですか、そういうものがあるところに送る。そういうふうに分けたい。

いちばん大事なことは、まず一次を決めちゃうことだと思います。母子健康手帳というものがあるのだから、それをうまくやればいい。イギリスではやっているのですから。そういうふうにしたらいいと思います。

池の上 どうもありがとうございました。

3. これからの周産期医療システム

多田：いま議論がいろいろあったのですが、私がということではないのですが、議論の方向を一つ決めないといけないと思うのです。これは、藤村先生がご指摘になりました、NICU側の一次、二次、三次というのは違うのではないかと思うのです。私はこの班の案としては、そういう形で進めていきたいと考えております。

と申しますのは、日本では自由診療なものですから、必ずしもそういうふうに規定ができるかどうかの問題は別として、人的なマンパワーの確保の問題を考えると、開業の先生が昔のように夜中もおやりになるかということ、やはり週休2日制があって、夜は休めなければ、産科に來てくださる方は少ないだろうと思います。

そんなことで私が盲蛇におじずということで、あえてここで案として書かせていただきました。これはこれからご批判いただければいいのですが、やはり人並みの仕事でなければ、産科や新生児に來る人はいなくなると思うのです。労働基準法には従えないと思いますが、今後の医療としては、そういう方向ではいけないのではないかとことです。

そこで、ちょっと新生児ははずして、産科のほうから検討していただきたいと思います。た

だいま野口先生もおっしゃったような、クォーリティが高いものとか、あるいはそこでチェックをして、産科の分娩施設でどんどご覧になったらいいと思うのですが、そこに要求されることはトラブルがあっては困るということだと思うのです。そうしますと、表3に樋口先生が書いてくださいましたように、外来だけやるとか、あまりハイリスクでないものはおやりになるけれども、ハイリスクは送るということになっていく。私はこれを前提に考えました。これがいけないと言われれば、それまでなんですけれども、私はそういうことで、その診療所の先生なり、あるいは病院の先生は、ハイリスクがあればご自分でおやりになるのか、センターに送って、そこにアフィリエイトしておやりになるのかが、表3の一次診療の2番目、3番目に入るのだと思います。私は病院であっても、診療所であっても、産科的には一次だと考えています。

そのときに、少しリスクがあって送るとか、あるいは手がかかる、時間がかかる、人手がいるということで、送るものを受け取る受け皿の病院がないといけないというのが前提であります。その病院は一次からいつでも送っていただいたのを受けたり、病院で診ていたのに対処するので24時間体制を確保しなければいけない。そういうことになると当直医が必ずいなければいけないという前提がありますし、その当直医はこれだけ厳しい世の中になってきますと、大学やよその病院からアルバイトに來るとことは、実質上考えられないだろうと思います。と言いますのは、大学のドクターだってそんなに大勢いないわけですから、大学の当直も忙しいので外には來てくれない。そうすると、その受け入れる側の病院はやはりマンパワーを持っていないといけない。それを私は二次と考えました。

この二次の病院は、その中で特殊疾患で大変な妊婦で新生児が重症になることがあらかじめ明らかになったものは三次に送るであろう。一次の病院からでも明らかになったのは直接三次に送るであろう。二次を地域病院という言葉で

書いてあるところもあります。輸送に4時間もかからないで処置できるのでないと、夜中のお産が分娩停止したから直ぐ帝王切開するという例は、送るわけにはいきませんので、やはり地域にしなければいけない。それは数としてそんなに沢山は、人的なことから無理だと思いますので、だいたい100万に数個あれば十分なのではないかと考えたわけです。

100万だと診療圏が幾つになるかという、小田原の佐藤先生がご指摘になった神奈川県40の病院というのは、5個から8個ぐらいの診療圏になるとすると、そういう地元の受け入れが40個ですので、先生がおっしゃるような病院が24時間機能してくれればいいのだと思います。

その中で28週以下や心奇形があるといった症例は、場合によってはヘリコプターを使って送ったっていいわけです。それが神奈川県だと数個ということになります。これからどんどん看護婦、助産婦が得にくくなるし、ドクターも少なくなってくる。しかも休日も取りたいという時代になってきたときには、いまの二次とされる施設がもうちょっと違う意味で機能しなければいけない。そうしてある程度の規模があると必ずそこにはNICUの機能が必要になる。ここが持つ機能という、藤村先生がおっしゃったように、たまにはレスピレーターを2,3日かけるけれども、それで治ってしまうとか、仮死であったり地域のあまり重くない低出生体重児はそこに送っていただくというので、自ずから二次の産科の施設に付いたNICUの二次の役割が規定されていく。最初にNICUの機能があって、そこに産科をくっ付けるということではなくて、産科が変わっていくのではないかと考えています。

循環器疾患、神経疾患、結核その他の母親の感染症とか、いろんな問題があるのだというお話がありましたが、それは全部三次が担当しなくてもいいと思います。二次の病院なり、あるいは特殊な病院が、その部分を担当してもかまわないと思うのです。はじめから三次にそれを全部やれる機能を持てとか言うのと難しくなると

思います。

先ほどの大学の話もありましたが、この中で大学は二次と研究と教育を担うとお考えになるところもあると思いますし、三次をやろうというところは、三次の機能をもち看護婦さんもかなり多く持っていたかなければならないし、一次で研究だけやって、教育は三次の病院に依頼するというのを大学が考えてもいい。各大学が周産期センターを作る必要はないと思いますが、やれるところはぜひ作っていただきたい。ケルンになるところがあって、これが日本の教育の上では必要だというのをぜひ出していかねばいけないと考えて案を作りました。

子供病院も時間があればこれから議論していただきたいと思いますが、これも先ほどの産科の特殊病院みたいに、例えばある地域全部循環器疾患をカバーするために、100万にとらわれずに、診療するのが役割になると思います。仁志田先生のおっしゃるように、いろいろな科がありますし、便利な点もありますし、とてもいい点がありますので、そういうのを利用することだとも思います。もちろんいまの機能で三次を持っていただくのもよいのですが、産科としては三次に求めるものは必ずしもこれのみではないと思います。この案についてご意見をいただければと思います。

正林（厚生省母子衛生課）：一次、二次、三次の考え方について、これは厚生省全体の意見ではなくて、私的な私個人の意見として、ちょっと述べさせていただきます。

アメリカのほうでも、NICUとか、ああいうものを1、2、3と3段階に分けていたと思います。それが成功したとは私はあまり聞いてないのです。そこで先生方にお聞きしたいのは、今日ここにおられる方々はおそらく周産期医療については、かなり一生懸命なさっておられる方々だと思います。もしある程度1、2、3とやるという答申が出されたときに、役所というのはかなり思い切りで、ここは1、ここは2、ここは3というふうにやりますので、先生方の施設は二次

です。先生方は正常な分娩だけ、あるいは正常な新生児だけ扱ってください、ちょっとでもハイリスクなのは、三次に送ってくださいと言われたら、先生方は納得されるでしょうか。一次、二次、三次という分け方は、たとえばおとなの救命救急も、一応一次、二次、三次と分かれています。あれは厚生省が本当に思い切っていて、ああやって分けてしまったのですけれども、あれもかなりいま問題が出てきています。本当に3段階で良かったのかどうかということ。

私自身もかつて救命救急センターに勤務したことがあるのですが、その時歯がゆかったのは、本当に重症で一刻も争って助けないといけない患者さんが、二次でもたもたしているうちに、そこで10分、20分という時間が経過して、これは手が負えないと言って、三次に送られたきた段階では、もう止まっているのです、DOAになっちゃっているのです。そういうことを何度も経験して、救命救急というものが一次、二次、三次という3段階で本当にいいのかどうかということ、いま疑問に思っています。

この班をつくったきっかけとか、この一次、二次、三次という考え方で、たとえば二次をより充実していけばいいのではないのかという、そういう考えの下にあると思うのですが、一つ欠けている視点は、いま果してそんなにマンパワーなり、設備なりを十分に二次に補填するだけの余力があるかどうかです。これはぜひ先生方に投げかけたい、役所からの諮問として聞いていただきたいのです。

役所というのは時々審議会というのをつくります。その審議会のペーパーというのは、だいたいはじめに現状、次に問題点、そして望ましい姿、それに向けての対策という、そんな論法で構成されているのです。

そこでいま現状を見ると、およそマンパワーが十分足りているという現状ではないと思います。そして、これからどんどん産科をやるとか、小児科、その先の新生児をどんどんやりたいという人が、いまうなぎのぼりで増えているとい

う現状でもないと思います。

私は産婦人科も経験しましたし、未熟児病棟というのも経験しました。そのときにどちらの科もかなりしんどかった。自分自身はそういうしんどい仕事というのは結構好きだったのですが、多くの大学を卒業したばかりの若いフレッシュマンというのは、あまりしんどいところを経験すると、それを一生続けていきたいと思う人は、最近の若手のドクターには少なくなってきたのではないかと思います。そういう、若手の医者への指向とかを考えると、いまのままほおっておいたら、将来ますます新生児あるいは産科に進む人というのは少なくなるのではないかと。

これからの議題としてマンパワーの話も出てくると思いますけれども、昨年のこのフォーラムの席でも私は申し上げましたが、これからはある程度、医者へのQOLというのを考えていかなければいけないのではないかと思います。

産科のある病院で、先ほど出てきたように、2人しか産科医がいない。当直を週に3回ぐらいやらないといけないという病院に、新しいフレッシュマンをそこに置こうと思っても、仮にそこに置いてドロドロの生活をさせたら、もう二度と産科はやりたくないということになると思う。新生児も同じような状況が出ると思うのです。一応厚生省は卒後の教育というのを、責任を持ってやらなければいけないので、やってあまりしんどいから将来やりたくないという状況は、あまりつくりたくない。そこである程度余裕を持ってそういう医学教育を行っていただきたいわけですね。そういう観点から考えると、この一次、二次、三次という分け方は本当にいいのかどうかです。

先ほどから議論を聞いていると、たとえば一次で母子健康手帳をもらって、二次に通って、ちょっとおかしいのがあったら、三次に送るとのことだと、一次と二次の違いというのがあまりはっきりしない。もし、一般の産科でいろいろ扱っていて、少しでも異常のあるのは三次に送るというシステムが仮にあったとしたら、私

はいまの妊産婦死亡率などはかなり減っていくのではないかなと考えるのです。途中で二次という中途半端なものがあると、これでまた死亡率を上げたりするのではないか。

ある県のデータで三次と二次で新生児の死亡率を比較したら、やはり圧倒的に二次の新生児の病棟のほうが、成績は悪いわけです。そんなのだったら最初から三次に送ってもらったほうが良かったのかではないか。とうしてそうなるかということ、二次と言われても、おそらくその先生方は、あまり二次という感覚は持ってなくて、どうしても抱えてしまうわけです。それでかえって予後が悪くしてしまう。そんなのがいま現状としてあるのではないかと考えております。

そういったマンパワーのこととか、あと病棟としての機能ということを考えてときに、果して二次というものがあるのかどうか。現状を肯定してしまうと、いまは一次、二次、三次と分かれているのかもしれませんが、20年、30年先のあるべき姿というものを考えたときに、果して二次という機能が必要なのかどうか、そのへんのところについてぜひともご意見をいただきたいと思います。

多田：大変大事なご指摘がありました。それではまず仁志田先生からご意見をいただきます。
仁志田（東京女子医大）：正林先生から非常に現実を見つめた貴重なご意見がありましたが、先生が最後に言われた長期的な展望から言えば、二次の施設をしっかりとつくっておかないといけないと思います。二次がいまなぜ大変かということ、アメリカと違って日本の場合は、新生児と小児科というのが少し離れてしまっているのです。いま二次というか、新生児を2、3人でやっているところの施設というのは、かなり大きな施設だと思います。小児科はたぶん5人とか6人とかいるはずです。ところが一般小児科と新生児と分かれてしまうから、二次でやっている人は大変な負担で、いま先生がおっしゃったように、若い人はここでは将来はないというふうに

思ってしまうわけです。

アメリカではたぶん二次と三次しかないと思うのです。アメリカだけがコミュニティをつくっているのです。そこで働いている小児科の先生は、小児科のトレーニングを受けた人は全部、新生児を扱うことができるわけです。ですから1人か2人の新生児をちゃんとトレーニングされた医師、あるいはボードを取った人がいれば、そこで多田先生がさっきおっしゃった、2、3日のレスピレーターケアとか、それからIUGRで点滴で何日か診るということは、たぶん三次と同じぐらいできるわけです。そしてその医学のケアというのは、患者さんに取ってはプラスなのです。なぜかというところも3時間もかかったところに赤ちゃんが交換輸血か、点滴を数日必要なくらいで送られる、そのマイナスよりも、自分の近くのところで同じレベルのケアができるわけですから、長期的に見れば、しっかりした二次の計画を立てるべきだと思います。

ただ現状では、同じことですけれども、一般小児科のサポートが非常に薄いので、苦しい時代が続くかもしれませんが、それを承知の上でやるんだったら、私は長期的展望ではしっかりした二次をつくるべきだと思います。

多田：そこでですが、正林先生のお話にお話のために、それを二次と言うのか、三次と言うのかということになると思うのですが、私はそれを三次と言ってもいいと思うのです。正林先生がおっしゃるように二次と三次の区別があるからおかしなことになるので、たとえば点滴ができて交換輸血が出来る。いま小児科というお話がありましたが、それは小児科の一般病棟の中でやるわけではなくて、やはり新生児室でやるわけですね。日本ではそれをNICUと言っているのです。したがって、それはNICUに小児科の先生も来ていただくけれども、その中の何人かが専属となり、もちろんチェンジするというようなことでマンパワーになる。正林先生の表現での二次がいらないのじゃないかということ、われわれのいっている二次は三次でなけ

ればいけないのじゃないかという御指摘と私は取ったのです。全部の二次は三次のレベルを持たなければいかんと。

仁志田：私の理解では三次というのは、NICUがあるだけではいけないのです。それプラス1000以下の子供を、たとえば1か月間レスピレーターをできるだけのチームがないといけませんし、外科もないといけません。ですから施設基準のNICUの基準というのは、人員のことまで言っていますけれども、ともかくNICUの三次というのは、超未熟児も診れるぐらいのチームがあって、それから外科とか、そういうものもできるといことです。

それから二次は、どなたかがさっきおっしゃったようなレベルでの医療ができる、すなわち救急の蘇生から、挿管ができて、レスピレーターのケアができるけれども、長期になる場合にはそれは三次に送る。外科の症例の場合には三次に送る。そうい分けができてはいけませんでしょうか。

多田：正林先生の質問にお答えする意味の新生児領域の二次は、二次に置いてから、予後が悪くなっちゃったという、救急の場合とは少し違うわけですね。救急で言えば、入院するかしないかというところからはじまりますが、われわれの言うのは入院するのは当たり前であって、救急で言えばかなり重症のところから上を二次だ三次だという議論をしているものですから、そこらへんが先生のおっしゃるのとちょっと違って来る、一次、二次、三次が。

仁志田：いままでの搬送も十分あっておかしくないと思いますけれども。

多田：岡村先生、そこらへんいかがですか。

岡村（秋田県由利組合病院小児科）：私は二次の病院にいる立場から申し上げます。僕はあまり二次、三次とはじめからこちら側で付けるものではないと思っているのです。患者さんのセレクトがあって、助けてもらいたいとなれば、どこの病院でも、基幹病院でできるでところに行くのが正しいでしょうね。そして二次のラベ

リング病院というのは、三次を目指して頑張っているわけです。ですから、いくいくは三次になるように皆さんは習練するわけです。

日本の医学教育では、大学で新生児というか、周産期医療をきちっと教えてくれるところは少ないのです。このへんが非常に問題で、マンパワーがとにかく足りない。さっき小田先生が言われたように、私の病院も小児科の医者が5人いますが、新生児専門というのは、曲がりなりにやってきているというだけで、それこそスタンダードというか、基準というか、そういうのは満たしていませんから、そこで曲がりなりに新生児を勉強しながら、大学から来る若い医者を下敷きにしたりしてやっているのが実情なのです。

だから、その地域と、進んでいるところと、進んでいないところを分けて考えていただきたいのですが、クラス分けというのは必要ないのではないかと考えています。

野口：先ほど厚生省の方からご質問があったのですが、母子健康手帳をまず一次の、おそらく単科の医療機関で出す。それはなぜかという、患者さんのニーズでもって、大きい建物の病院に行きたがるのです。それで結局は医療資源の無駄遣いが起こっている。そして二次、三次の病院がノーマルなお産でもってギブアップしてしまっているということがあります。だからして、まず母子健康手帳を単科の医療機関で出して、そして中期までに、主として合併症妊娠ですが、二次の病院の後部には内科もあるし、ホルモンをやっている人もいるし、心疾患もあるし、腎臓疾患だとか、糖尿病だとか、遺伝病だとか、そういうのがいろいろある。二次の病院というのはそういう総合病院でもって、お産をやっているところ。そして私の言う三次というのはそれこそ、周産期の妊娠後期の救急の産科と、新生児の救急だと、そういうふうな思っています。

二次というのはもう一ぺん言いますと、合併症妊娠が主なのです。合併症妊娠をセレクト

ンしちゃう。それを現在見ていると、私は医事紛争の担当をずーっとやっていたのですが、知らずに腎疾患をそのままほっぽってあったとか、心疾患をほっぽっておったとかいうのが沢山ありますので、これをやる。そして、一次の医療機関では主としてノーマルなお産だけをやる。そういうふうに医療資源をうまく配分をしたい。小田（新潟市民病院小児科）：産科のほうは非常に難しいのですが、新生児のほうでも一次、二次、三次という分け方には非常に問題があると思います。私も救命救急センターのほうに関係していますが、やはり二次救急だと言いつても、患者のほうは自分は三次のほうだと思っているのです。どんな軽傷でも。そこでトラブルが起こっているのです。やはり最初は最高の医療を受けさせてやるべきだと思います。そこで三次でやって、それから2、3日して安心だというときに、あるいは未熟児だったら、体重が増えるのを二次のほうにお願いするというふうにしたらい。最初一次で、それから二次で、それから三次というたらい回しのようなやり方はちょっとまずいのではないかと思います。

佐藤（小田原市民病院）：いま正林先生のおっしゃった話は非常に大事なことで、これは医療レベル区分という部分に入ります。このことを受けますかどうかということ、先ほど聞かれているわけです。しかし私個人からすれば、受けますか、受けませんかと言われたら、受けなくてはいけないのだと思うのです。現在の体系ですと。

そして、レベルはレベル1がどこで、レベル2がどこでというのは、医療という内容の中で、また救急という内容の中で、いろいろ違うと思うのですけれども、それは設定をしなければいけないと思うのです。日母も昔はつくっていますが、それが正しいかどうかはわかりませんが、それを設定して、その中でみんなで患者さんをしっかりとより良い治療のほうに持っていくという仕組みをつくるのがいちばんいいのではないかと思います。

たとえば脳外科の救急なんかを見ていると、頭が痛いというとき、それは脳梗塞の症状である場合があるわけで、直ぐ手術をしたら助かったかもしれない。じゃ、それを全部はじめから手術ができる病院で診て、頭が痛い患者を手術して救えるかと言ったら、そんなことはないのです。あらかじめ誰かが診て、スクリーニングして、それで手術のできる病院に送っているという仕組みがあるわけです。そうでなければ、たとえば脳血管専門の病院があったとしても、それはパンクをしてしまう。

ですから、私個人としては、これだけそれぞれの機能を持った病院、診療所があるわけですから、機能を分けて仕事をするというふうには、早くしていただくのがいいのではないかと思います。これが私の結論です。

小泉（群馬こども医療センター）：先ほどの一次、二次、三次という分け方が、日本ではたしかにあまり定着してないと思います。そこで多田先生の最初の資料に立ち返って、やはり周産期医療圏というのを、100万の人口、1万の出生に対してという、そこで周産期センターを1施設であるとか、これに出ていますように、地域の中心病院を3、4施設にする。もちろんこれに関しては、周産期センターであっても二次的医療を当然行えるわけです。先ほどもお話がありましたように、どういう医療はやってはいけないとか、そういう規制するものではないと思います。自然にそういうものはなってくるものであって、ここでシステムをつくるのに重要なことは、周産期医療圏がその単位でまずいいのかどうかです。100万なら100万の人口に周産期センターをつくって、3、4個の地域中心施設をつくるという、そういうことに関して、だいたい合意がいただけるかどうかということが重要なのではないかと思います。

田村（長野県立子供病院）：先ほどの正林先生のご指摘は、おそらく都会ではそういう形で十分対応できるのかもしれませんが。三次病院だけを幾つか充実させるということだけで、ある程度

カバーができるのではないかと思います。北海道であるとか、私がいま勤めています長野では、長野はいなかですが、日本全国の人口の4割はいなかに住んでいるわけですから、そういったところでは、たとえばいまのうちの病院で搬送をして回っていますが、佐久地方とか、木曾あたりには、片道3時間かかるのです。うちの専属のNICU車はかなりスピードが遅いせいもありますが。そして都会での3時間と、いなかでの3時間というのは、実はずいぶん違って、うちの場合は松本からさらに大糸線で1時間に1本しか2本しかないという電車で来なければならないものですから、家族がうちに面会に来るためには、自動車を持っていない家族の場合には、それこそ救急車の何倍も時間をかけて、面会に来なければいけないわけです。そういう家族サービスとか、それから母子の分離の問題などを含めて考えますと、少なくとも大都会以外の地域におきましてはやはり、それぞれの地域の二次病院で対応できる患者は対応するとういうふうに充足していただかないと、患者さんサービスという点では、非常に大きな問題になろうかと思えます。

それから、昔私が勤めておりました国立小児病院とか、長崎の国立病院もそうですけれども、常勤というのは2人かせいぜい3人ぐらいで、それでレジデントを使って、当直体制という形でやっているわけです。そこで、たとえば新生児科で常勤医が5名、6名は当然だとういうふうに、厚生省で決めていただければ、逆に新生児医療をやろうという人は、もっと増える可能性があるわけですから、マンパワーの理由を基にして、二次病院は充足させずに、100万の地域に一つだけセンター病院をつくればいいのだとういうのは、厚生省の責任者としては、多少無責任ではないかと思うのです。

そして最後に、私が地域病院に勤めていた経験からいいますと、新生児医療というのは決して特殊な医療ではありませんから、白血病であるとか、心臓病のように、県の特設な施設だけ

ですべてを診ればいいというものじゃないと思うのです。そして地域の病院、たとえば人口10万か20万ぐらいの町の市民病院であったり、赤十字であったり、そういったところの病院の小児科の医療レベルというのは、新生児医療でずいぶん恩恵を受けることがあります。たとえば、うちで一応未熟児をやっていますが、たとえそれは1000g以下は診ないにしても、1500か1800gぐらいならうちで診ているからということを利用して、血液ガスの分析装置にしても、血液検査にしても微量の測定装置を買って下さいということと言えるわけです。それから人工呼吸器にしても、いまは新生児以外のところで人工呼吸器を使うチャンスというのは、小児科の患者さんは非常に稀だと思うのですが、そういう患者のためには、小児用、新生児用の人工呼吸器がないと困るわけで、新生児で仮死の赤ちゃんに1週間、2週間も付けて使わないにしても、2日、3日ならうちで頑張るから、人工呼吸器がいるのだということになっておれば、それはその地域の新生児だけではなくて、小児科の医療レベルのアップにもつながると思うのです。

もちろん三次病院を充足していただかなければいけないと思うし、いまほとんどの三次病院と言われるところも、マンパワーもお金もなく非常に苦労していますから、そこは当然充足していただかなければいけないのですけれども、それと同時に先ほどの仁志田先生のお話ではないのですか、二次病院に対する経済的、人力的なバックアップというものを、国の対策として当然考えていただかなければいけないのではないかと思います。

橋本（聖マリア病院新生児科）：いま田村先生がおっしゃいましたけれども、地域的な問題がある場合には、それは当然考慮されると思います。人口だけではなくて。それはしなくてはならない点だと思います。しかし、それと一次、二次との問題はまた別ではないかと思えます。いみじくもさっき小田先生がおっしゃいましたが、私

もこの一次、二次、三次に関して、一次、二次、三次を決めるのは、三次のほうからだと思えます。一次から二次、三次を決めるのではなくて、三次からこれが三次なのか、二次なのか、一次なのかを決めていくのが、本当の考え方ではないかと思えます。

たとえば、われわれのところに夜間小児救急で運ばれてきますが、統計をとってみますと、いま送られて来るべき症例というのは、だいたい20%以下です。しかしこれは医者側の見解です。家族にとって、あるいは送る側の小児科医にとっては、夜間送ってくるというのは、あくまでも三次を想定して送ってきていると思えます。ですから送る側はすべて三次に送りたいし、その必要もあると思えます。そこで三次か、二次か、一次かを決めるのは、受けた側の三次だと思うのです。

われわれの病院のNICU、新生児センターでは、すべてNICU、三次のベッドにまず入れます。そこでスクリーニングをして、これはレスピレーターがいる、これはいらぬ、あるいはこれはインターメディエートでいいと、そういうふうに振り分けをして、降ろしていくわけです。救急の一次、二次、三次の考え方というのは、これが本来の考え方ではないかと、私はいつも考えております。

そして、いま大事なことは、全国に地域の中心となるセンターをつくっていくということなんです。NICUにしる、周産期にしる。それをいちばん目標にしたいわけでありませぬけれども、この二次センターというものを、NICUと産科的なものとは二次に対する考え方はまだ違いますが、それをここでいま決めて持って行く余裕もおそらくないし、また二次センターというものを決めて、そこに人を当てるマンパワーも現実にはほとんどないと思えます。三次センターとか、中心センターでさえまだ人が足りない現状だと思います。

われわれの経験からしますと、いまわれわれのところは二次、三次をまとめた総合新生児セ

ンターとして動いております。そこから二次病院とは言いませんけれども、サブセンターとして、人を送っていくことはあります。しかし、地域でそういう大きな一つの中心センターをつくれれば、これはまず断れない、断ることがないという一つの大きないちばんの目標ができると思えます。それから、教育もそこでほとんどできると思えますし、そこで教育できた医師が、地域のサブセンターに散っていくと思えます。現実にはわれわれのところもそういうふうな形になっています。ですから、地域のサブセンターは、ここでは二次センターと言われるかもしれませんが、そういうところとの連携は、そういう意味で確立していきます。これは自然的にそういうものができてくると私は思います。

そして、収入もある程度のベッド数を持った中心センターをつくれれば、当然黒字になっていくと思えます。もちろんわれわれのところも黒字になっております。多田先生に言わせるとそれはマンパワーが少なくてやっているからだと、言われるかもしれませんが、少なくともスタッフの超勤の割合は、われわれの病院中では半分よりも下の状態でいまはやっております。10年から15年までは運び屋と言われていた状態でしたけれども、いまは超勤も病院の中で下のほうに位置するぐらいの、ある程度の余裕ができていくということが言えます。

そういう意味で、地域に散らばっているマンパワーを中心に集めていく。そしてまずその中心センターをつくって、それから二次センター的なものを考えていく。考えていくことはいまでもいいのしょうけれども、いまそれといっしょに持っていきこうとすることは、それは現実においてはちょっと無理があるのではないかと。そういうふうに思えます。

新津（山梨県）：橋本先生のお話を聞いて、なおかつ一言言いたいのですが、大学病院での周産期センターと、小児医療センターの中につくられる周産期センターというのは、まったく別個に考えてもらいたいです。それを第三次セン

ターと言われると、地域においては混乱が起きてしまう。そうではなくて、たとえばいま山梨医大で産科と小児科でハイリスクプレグナシーと分娩をやっています。ハイリスクインファントを扱っています。ところが、それは県立中央病院にも必要なのです。あるいは国立甲府病院にも周産期センターが必要なのです。いまいちばん困っているのは周産期センターがないことです。いわゆる産科の一部としてのオプステトリック・インテンシブケアユニットと小児科の一部としてのネオネータル・インテンシブケアユニット、これが車の両輪の輪のごとく前進していく。私はそれが周産期センターだと思うのです。そこで管理をされていて、なおかつ大変な重症な子は小児医療センターのNICUに送る。さらにそこで駄目の場合には、多くの科がある大学病院に送る。あるいはそこに母体を搬送して、そこで赤ちゃんが生まれる。それは三次医療となるかもわからないのですけれども。

多田：その定義の問題にちょっと入りますので、あと石塚先生にお願いをします。

石塚（北多摩病院小児科）：私が何回か全国調査をやったときに、試みにお宅は二次ですか、三次ですかという質問をしたのですけれども、その集計の結果はまとめてないのです。まとめてないというのは各自答えてもらったまったく、まったくと言ってはいけませんけれども、何割から相当確かでないのです。

もう一つは、そこで先生方が、この班でもいいのですか、あと最終的には厚生省に公的助成を求めることがあるわけです。そのときお宅は二次です、三次ですと、先ほどのお話ではないけれども言われた場合、自分自身もはっきりしないけれども、必ず不満が出てくるわけです。二次、三次というランク付けというのはですね。

ですから、いまの三次、二次というのを学問として考えるのはいいけれども、具体的に進めるには、その施設基準ということになるでしょう。そうすると、いまの保険で認めている施設基準と同じになっちゃうかもしれません。

結論を言うと、三次、二次という言い方はどうもなじまない、みんなそんなことを言われると嫌がる。ですから、先ほどの神奈川のような協力病院と基幹病院ですか。それとか先ほどのサブとか、何とかと言う、そういうぐらいの程度ですと、「ハイ、ハイ」ぐらい言えるけれども、お宅は二次だと言われちゃうと、ちょっとね。静岡県でもそうでしょう。（笑い）すいません。

多田：一次、二次、三次という名前については、そこらへんはよくわかります。先生のお考えのとおりだと思います。そこで、いまの二次とか三次というレッテルを貼るというお話はちょっと別に置きまして、それはそういう意味で何かいい名前を早急に決めたいということにして、マンパワーの問題ですけれど、これは教育のことをいかにここに組み込むかということだと思うのです。いまの橋本先生のお話にも、教育ということができてくると、サブセンターのようなものに降ろして云々ということがありましたけれども、いまの時点でどう考えるかという問題と、将来こういうものが整備されたときに、当然サブセンターというものにマンパワーがいるというお話もありましたし、決して反対しておられるのではないのだと思うのです。佐藤先生がおっしゃったように、やはり頭の痛いので全部三次でやるかという問題と、同じになると思うので、いまの時点でどうするかということよりは、ちょっと先のことを考えたほうがいいと私は思いますし、皆さんからいただいた意見も、だいたいまとまってきたのではないかと思います。

そういうことで、マンパワーというのが非常に大事になると思うし、大学とマンパワーの関係とか、教育の中にぜひ新生児の教育を、産科、小児科の中に周産期の教育というのを組み込まないといけないと思いますので、宇賀先生からご提案というか、考え方を整理していただきたいと思います。

宇賀（東邦大学医学部新生児科）：私は多田先生の班のほうで、大学でのNICUということで、主

に卒後研修についていまのうちの大学でどのようなことができているのかというのを、検証してみたいということで考えてみました。

第一にうちの施設の規模を大雑把にご紹介しますと、だいたい分娩が年間800例ぐらいあって、NICU加算がある狭義のNICUが9床、広義も含めると全部で27床あります。その中で産科の先生、小児科の先生はだいたい入局したら1年ないしは2年の間に、産科の先生が5名、小児科の先生が6名ローテーションしてくる。1人のローテーターがだいたい3ないし4か月の期間やってきます。産科の先生にしても、小児科の先生にしても、まず正常分娩の立ち会いができて、異常か正常かが区別できる、正常な子供が正常だとわかればそのケアができる。それして異常がわかっても、自分ができなければ、送ってもかまわないよというぐらいのものをプライマリーと考えて、それが3か月できちんとできるかどうかを、まず検証してみました。

そうすると、軽度の仮死ですとか、低出生体重児とか、低血糖症とか、軽度の呼吸障害とか、そういったものはだいたい3ないし5例経験できる。そして、正常分娩の立ち会いもできるし、軽度の仮死にも分娩の立ち会いができるということで、経験数としては十分ではないかと思うのですけれども、分娩で1秒2秒を争うような蘇生が確実にできるようになっているかというのと、どうも不安があるわけです。それから挿管もその人に完全にまかせられるまでに、できるのですけれども、ちょっと難しい症例だとか、あわてるような症例などでは厳しいのではないかと考えました。

それから、セカンダリーコースとして、だいたい4ないし8か月コースというふうに考えのですが、そのへんではRDSとか、超未熟児とか、重症仮死の子供ですとか、慢性呼吸疾患ですとか、そんなような症例が3ないし5例経験できるかどうかというのを考えてみたのです。そうなってくるとRDSとか超未熟児などではうちの施設で

すと3ないし4例ぐらい経験できると思うのですが、重症のMASとか、PFCになると、ちょっと症例数が足りないと思います。そしてさらに稀な疾患ですとか、小児外科の術後例の管理ですとか、複雑な先天性疾患とか、奇形を伴うような症例になると、うちの症例、だけでは当然無理だという結論になりました。

ですから教育という立場で見えますと、分娩直後のケアがきちんできるということに視点を置いた教育をまずしなければいけない。それから短期間の間にできるだけ多くの症例を受け持たせる必要があるだろうと思います。

あまり忙しくて小児科医が来なくなる、ないしは新生児科医が来なくなるというのは、僕の経験では逆で、きちんと教えて、沢山経験した人というのは、また新生児がやりたくなくなって戻ってくる。そして、どちらかという、新生児の症例数がちょっと少なかったなというときに回ってきた人たちは、何だ新生児というのはこんなものか、大したことはないねという印象を持ってしまう。ですから、きちんと短期間の間に教育できれば、非常に充実した教育期間が送れるというふうに私は思います。

そういうのをつくるためには教育機会というか、その研修医に合った研究期間と場所とを考え、教授の先生ないしは教育担当の先生が各人に合わせてローテーションを組んであげないといけないのではないかと思われました。

多田： いまご発表になりましたように、ある程度教育もきちんとした施設で、きちんとやらないと結局いけないわけです。そういうことで、教育される人たちにも満足していただけるし、施設側でのマンパワーにもなっていたくという意味で、両方のメリットにするためには、ある意味でセンター化をきちんとして、そこに教える要員もいなければいけないということだと思います。それで小児科学会も、産婦人科学会も、認定医の中には、新生児の領域をきちんと教育しなければいけないということになっておりますが、それでもいま宇賀先生がご指摘になった

ように、私どものところもかなり忙しくやっているつもりで、だいたい常時7、8台はレスピレーターが動いている施設ですが、それでもこの程度しか経験ができないということもありますので、かなりの期間とか、施設とかを考えないと、先ほどのようなマンパワーを確保していったる程度教育のできた人を育てていくということではできないのではないかと思います。ただ、そういうものが増えていけばセンター的なところ以外でもかなりての部分ができるようになると思います。

また一次の先生にもこうした経験をしていただくと、一次のレベルが高くなると思います。

ただ、この二次、三次という言葉があまり適当ではないというのは、現在皆さんお考えのことだと思います。しかし、佐藤先生や田村先生がご指摘になりました何時間もかけて運ばなければならない患者さんだけではないということ、この会の結論になるのではないかとするので、そういう部分も整備をしていただくことが必要なのだということが、正林先生に対するお返事として、皆さんから出たご意見ではないかと思います。

われわれの班では、大学病院についても検討はしましたが、九大では、重症妊娠の取扱が増え、正常産の経験が出来なくなるとの御指摘もあり、他の施設も利用して教育することが必要になっていると思われまます。

この他センターの持つ別の機能として、搬送そして情報の問題が入ってきますので、柴田先生が検討してくださっています。今日は時間がなくなってしまったので、そこまで行きませんが、新生児で外部からの入院を扱っている施設が、日本に600ぐらいあるそうです。そのうち搬送しているのが200ぐらいというのを今日ご発表いただきました。今回の私の試算では、100万に1個とますと、だいたい100診療圏になる。それに地方的なセンターが出来るとすると4~500になる。柴田先生のおっしゃる施設の数のだいたい600ということで、それがみん

な機能しているのか、いささか疑問になるような数が出ているようです。

今年は方向付けをしなければいけないということがありますので、最後にご意見をいただければと思います。二次、三次という言葉はやめにいたしますけれども、地域センターみたいな部分と、それからみ出す部分と言いますか、非常に優秀な部分と、その二つの二重構造にする。そして一次、二次、三次と分けて、その三次の部分と二次の部分というのは、将来差がなくなってもいいと思うのです。しかし現時点では橋本先生がおっしゃるように、三次的なものから先に手を付けるということでもいいと思います。しかし二次的な部分をかなり整備していく。将来は三次のような、超未熟児みたいのは予防ができるということになるかもしれませんので、そういうことも含めて、地域センターも少し整備をしていかなければいけない。

そういうことで今後の方向としては、そういう診療圏に、地域センターを含めた三次センター的なものが必要なんだという方向はよろしうございましょうか。その機能とか、産科的な役割りというのは、今後議論を進めていかなければならず、また公的な援助として何が必要かということ、厚生省にも今後検討していただきながら、こちらでも進めていきたいと思いますが、その方向自体がいいか悪いかということで、2、3ご意見がございましたら最後をお願いします。岡村：それは地域センターでも何でもいいと思うのです。

私はこの周産期医療というのは、大学で産婦人科と小児科と仲の悪いところ、ここを修復することが第一の問題だと私はいつも思っているのです。産科と小児科、この場合新生児ですけれども、このへんのコンタクトが悪いとマンパワーと言っても…。新しい大学は診療部門をメインにして、いろいろ医療のことも教えていますけれども、古い大学は医学ですからね。そこで実施の診療ということを考えて、重点的にマンパワーを供給するようなことがないと、セン

ターも育ちませんし、核になる新生児医療もできないのではないかと。だから産科の先生と新生児の先生がどういうふうになれば、仲が良くなるかということ、まず真剣に提言をしていただきたいと思います。

多田：もう仲の悪いところはないと私は思っているのですけれども、池ノ上先生いかがですか、そこらへんは。

池ノ上：非常に良くやっているのですが、人を出したいとき、たとえば1人1人しか採ってもらえないとか、そういうことがあるのです。ですからあるセンターをつくるならば、そのチームでボンと行けるというところがあれば、大学の中でそういう卒後教育をやって、そういうことをやりたいわけです。そういうことで大学のほうで人を出したいと言っても、出せない大学もあるのです。そこで、大学サイドばかりでなくて、受け入れ側の病院の人的構成というのが問題になってくる部分があるかと思うのです。そこらへんが、両方がうまく具合に回転していかないと、地域全体をカバーするマンパワーというのは、充実しないのではないかと思います。

岡村：受け入れ側はマーチャントベースに乗れば、絶対受け入れると思うのです。

多田：散らばるといふ点に関しては、地域センター的なものが、きちんとなれば、そこに大学が派遣し1人、2人で当直しているところには出さない、それに対して受け入れ側はちゃんと受け入れるポジションをつくっていただくという、その両面があるといいのではないかと、思うのです。

なお、その仲が悪いのをどうしたらいいかというので、武田先生いかがですか。

武田（東京女子医大）：いまの議論を聞いてみますと、10年前の議論を思い出します。昔はいろいろ概念的にもなかなか仲の悪いところがあったのかもしれませんが。ただ、産婦人科の診療分野も、小児科の診療分野も非常に広いわけです。たとえば、産婦人科で申しますと、腫瘍を専門

におやりの方もいらっしゃるし、産科専門の方もいらっしゃる。小児科だって感染症の方がいらっしゃる、免疫の方がいらっしゃるということで、教育の特性というのが一つあるのです。その教室の特性が一つの講座をつくっているところに実は、ご指摘のような問題が出てくる根源があるのではなからうかと思うのです。また、大学というものが、すべての医療をカバーしていないという歴史的な流れがあって、それが診療の食い違いになっただけなのが、一見仲が悪く映った可能性はあると思います。

われわれ、いまここに集まっている連中はみんな仲がいいのです。これは同じ分野を持っているからみんな仲がいいのです。だから、さっきもちょっと申しましたけれども、大学病院の中だって、診療体系として整備することは可能になってきておりますので、そういう意味で、ますます仲が良くなるように、努力していきたいと思っております。

中川（愛知県市立岡崎病院小児科）：先ほどからの話では三次という言葉は使ってはいけないみたいなことなのですが、私どもは人口30万の都市の唯一の市民病院ということで、その中で細々とNICUをやっているわけです。いまのところ市のほうの計画が進んでいて、平成10年度に病院が移転して大きくなって、周産期センターの計画を立てております。多田先生のほうの案ですと、人口100ぐらいのところ、三次が一つということになります。となりますと私どもの場合、隣接にやはり同じような規模のNICUがあるところの中心となるような形の周産期センターを、三次ですかね、そういうことをやりたいということをお考えおるのですが、先ほどからうかがいますと、大学だとか、小児病院という形が、主になっていると思うのです。私どもは総合病院ですから全科あって、人口100万の西三河全体の救命救急センターがいま存在するわけです。そこで、そこにまた新しく周産期センターをつくるという形が、この厚生省の形の中に組み入れられるのかどうかということが

ちょっとわからないのです。地域の中心としてのそういう形があってもいいのではないかと思うのですが。

多田：それは当然あっていいと思います。三次、二次という言葉が悪いのかもしれませんが、それをここで使いますと、2.5次的に三次が二つに分かれていたってかまわないと思いますし、それはその地域の特殊性で、地域センターは20万、30万でなければいけないということではないと思います。

ただ、ここで二次的、三次的という言葉を使いますと、そういう地域センターと中心のセンターのどっちのデザインを先生のところがなさるのかということです。100万全部をカバーするためだったら、そういう機能を持たなければいけないし、20万なり、30万なりのところで計画なさるのだったら、その地域センターとしてやるか、その地域センターの二次プラス三次的なものをくっ付けてやるかということを考えながらデザインしていただく一つのモデルとして、その形を考えていただければ、整備がしやすいのではないかと思います。もちろん、行政なり、何なりがサポートするときに、二次であるならばどのくらいの規模がいるよとか、三次だったらどのくらいのことを覚悟をしてくれよということになってくると思うので、それなら三次は無理だから、二・五次にしようとか、そういう話になってくれるといいなと、ひそかに思っているわけです。

では、奥先生。

奥（都立豊島病院）：いままで施設としてこういうものが必要であってということが検討されてきましたが、そういう集中治療施設のニーズと、その規模を誰が判断して、誰の責任でそういうものをオーガナイズしていくべきなのかということについても、システムとして有効にフィードバックして運営されていくような、そういうシステムという点から検討をお願いしたいと考えております。

と言いますのは、都立豊島病院というのは、都

立病院改築計画の中で、私どもの未熟児病棟が今年の3月で閉鎖になります。いま私どもは人口60万、出生数6000から8000ぐらいの中で生まれる、ハイリスクの新生児をカバーしているわけです。その閉鎖をしたあとの受け皿というのが、保証される計画がないままに、閉鎖計画というのが進んでしまったのです。それではとても困るわけです。

それで、私どもは隣接の川口市というところに市民病院がありますので、そこにNICUをつくってもらうことにいたしました。そこはももとの計画では、レスピレーターが1台程度の施設を考えていたのを、急遽レスピレーター10床で、トータルで30床程度のものをつくってもらうということで、9月にオープンする予定であります。非常に恨まれております。もう予算も決まっていたものを、何億かまた追加予算を出さないといけないものですから。それで、事務の人たちは私たちの顔を見ると、険しい目つきで見られるのです。

こういうものは個人の努力でやるものではないわけです。ですから、その点については、当然この班研究のテーマの一つであると思いますので、きちんとしたニーズを把握して、それがフィードバックされて、有効に運用されるためには、どういうふうなシステムを考え、具現していけばいいのかということについても、きちんとしたガイドラインを出していただきたいと思います。

多田：ありがとうございます。大変大事な問題だと思います。要するに先生のおっしゃるデザインというものをどこで、誰が考えたかということですが、人口100万にこのくらい必要があるとか、どういうニーズがあるかということが、公式にはいままで何にもなかったのです。それが正林先生のご指摘だと思うのです。

したがって、この班として考えが出せれば、それだけ必要があるのだということで、分娩6000のところには施設がなくなったら困るのだというのが、行政にわかると思うのです。

周産期医療を地域で、新規にどうデザインするか、それをどこが推進するか、行政のほうにどの部分を援助してもらい、どういう形で整備していただくかというのは、次の段階で、学会を挙げて取り組まないといけない問題であるわけです。もちろんこの班でも考えていきたいと思えます。その基本になるものとして、今日お考えいただきました地域周産期システムがあります。

本日の討論で、だいたいこの方向で進めさせていただいてよいようなので今後は、奥先生のおっしゃるような点もかなりはっきりしてくるのではないかと思います。

そのようなことで引き続きご協力をいただきたいと思えますが、時間もなくなりましたので、正林先生から一言コメントをいただいて終わりにしたいと思います。

正林：今日は本当にありがとうございました。いろんなご意見を聞かせていただいて大変参考になりました。

ただ、今日の全体の感想としては、先ほど私は一次、二次、三次というのはあまりよろしくないのではないかと、要するに二次というのはあまりいらぬのではないかとということを申し上げましたが、そのあといろんなご意見が出ましたけれども、どの意見を聞いていても、やはり最終的には何か二極化していくように聞き取れました。

二次を強化して三次に近づけるということは、真ん中にあるものがどんどん上がっていくということですし、また二次であっても異常があれば、それを三次にというような、そういう考えの二次というのは、おそらくそれは位置として一次に相当するのではないかなと考えました。

要するに普通の分娩なり、普通の新生児を扱えるのと、ある程度高度な医療を提供しながら、異常のあるものを扱っていくという、そういう何か二層構造にこれから進んでいくのではないかなという、そういう印象を今日の議論で持ちました。

それから、今日の議論の中で、低出生体重児が増えているという話が出たのですが、それは実はわれわれも問題にしているのですが、ぜひとも先生方に教えて欲しいのは、なぜ増えているのかということです。これはいろんなところに予算なり、診療報酬改善の要望を上げるときに、増えている、増えていると説明をするのですが、なぜ増えているのだということを必ず聞かれるのですが、それにわれわれはちょっと答えられずにいますので、その増えている理由というのを、役所のほうに手紙でも何でも結構ですが、教えていただけたらと思います。

あと、多胎の問題が盛んに出てきましたが、いまは小川全体班の中の、小川分担班の中と、それから田中班という班があるのですが、この中で一応、産科の目と小児科の目を見た多胎児の問題についていま研究していただいています。

以上です。

多田：ありがとうございました。

それではここまでにしますが、私は一次、二次、三次という言葉は、レットルを張るという意味では適当ではないと思ったのですが、本当にそれが一つになるかどうかというのには、私自身はいまの段階では機能的に、二次、三次というもの違いがあるような気はしています。そこらへんは今後この班で、皆さんのご意見を詰めていただきたいと思えます。ただ、現時点で上を目指すということは、たしかにありますので、そういう意味で三次が数個あるということでもいいと思えますし、その中で特殊性を持つという考え方であれば、いま正林先生がおっしゃったようなことになるかもしれません。ただ、二次は三次より低くていいという意味ではないというふうにご理解いただきたいと思えます。

周産期センターという言葉も、一次だって産科と両方いっしょに診ていただくのだから、周産期センターという言葉を使うべきだというようなお話と理解したのですが、両方ともいっしょに診ていくということが必要であることは当然のことですが、そういうことを除いて二次、三

次という役割り分担があるかどうかということ
はまた議論を進めていきたいと思ひます。

いづれにしても、地域センター的なものとい
うか、100万に1個あればいいのだということ
でないということは、ご理解をいただけると思
ひます。

それから、この班でも後方ベッドのことはい
ろいろ考へておりますが、先生がおっしゃるよ
うに整備していただきたいのですが、その場合
にも新生児のことがわかっているマンパワーを
つくっていかないとはいけない。現在そういう
ところが機能しないのは、そういうマンパワーが
確保できないからです。施設にそれだけ予算を
付けば、それですぐできるかという、やはり
新生児のことをよく知ってる人がいないとい
けない。NICUの中にいるので赤ちゃんが助かっ
ていますが、よそに出したとたん死んでしま
うということが現実にはいま沢山ある。そう
いう機能的なことも含めて、ぜひご検討をいた
だいて、いいシステムをわれわれも提言したい
と思ひますし、お考へいただきたいと思ひて
おります。

もう時間もなくなりましたが、遠く
からお越しいただきました竹村先生一言お願
いをします。長い間班長を務めていただいて、私
がその後を引き継がしていただいてありますが、
何かご感想をいただければと思ひます。

竹村(大阪府立母子医療センター)：今日のお話
を聞いておまして、私たちが数年前でございま
すが、こういう問題に取りかかりまして、特に
赤字経営の問題とか、いままで手につかなか
ったようなことを、フォーラム形式でやらして
いただきましたことを思い出しまして、まことに
感慨無量でござひます。

今日多田先生のほうでおまとめいただきまし

た数字につきましては、私が長年やっております
した数字とほぼ似通っているように思ひて
おります。一次、二次、三次という言葉は使
ってはいけないようござひますが、私の経験
をちょっと申し上げておきますと、大阪で一
次、二次、三次というような、そういうは
っきりした区別ではなしに、OGCSとい
うものをつくりました。私のところのセン
ターが三次という位置付けで、市民病院の
幾つかに入っていたらこうと思ひまして、
非常に苦勞をしましてOGCSというシ
ステムをつくったわけござひます。積極
的に参加してみようという機関はむしろ少
なくて、それを何とかして取りこもうとい
うことで、だいたい5年ほどかかってつ
くり上げました。

と言ひますのは、先ほど武田先生がおし
ゃったように、産婦人科という科に私
たちは属しておりますので、周産期、特
に産科だけをやるという研修生、学生
あるいはドクター、そういう人がどう
しても少数民族になってしまひます。
それを第二次のところ、思いどおり
お数を確保するということは、非常に
困難です。

なお、これは私の失敗談のようなこと
になりますが、私自身は一次、二次、三
次とピラミッド式に書いたのをいろ
んなところで報告し、発表させて
いただきましたが、現実にセンター
ができて見ると、ほとんどセン
ターに直送されている。そういう
ことから見ると、現実は二極とい
いますか、一次と三次だけで、一
・五次か、二・五次か、そのへん
が非常にあいまいなところが幾
つかあるというのが現状でござ
ひまして、立派なシステムをつ
くっていただきますようお願いを
いたします。

多田：ありがとうございました。

今日はこれで終わりにさせていただきます。
長い間どうもありがとうございました。(拍手)