

平成8年2月16日

周産期の医療システムと情報管理に関する研究班 フォーラム記録

多田（東邦大学新生児） 今日はお忙しいところをお集まりいただきありがとうございました。

最初に一言ご挨拶させていただきます。「周産期医療システムと情報管理に関する研究」ということで、私どもの研究班はスタートさせていただきました。厚生省のほうでも来年度から周産期医療システムについて、いろいろご考慮いただいております。実は今日フォーラムをいたしましたのは、具体的なことを少しディスカッションをしておいたほうがいだろうということからです。私どもの研究班は、私がシステムのことを担当させていただき、後藤先生に病名そのほかの細かい共通コードの問題など情報管理のことを検討していただき、極小未熟児、そのほかハイリスク児の登録のようなことが、将来日本でも必要になるだろうということで、そこらの問題を中村教授に担当していただくという、三つの班で構成されております。

そこで、周産期医療システムが発足するというところで、お互いの情報をどういうふうにするかとか、あるいはシステムとしてどのように産科の先生方と新生児を担当している先生方が協力して、地域の医療を担当していくかということ、議論をしていきたいと思っております。

なお、厚生省の整備案というのは、あくまでも大枠であって、その中の実質的なところは、各地で実際に診療を担当する医師が今後、検討していつてつくるべきシステムであろうと考えております。したがって私どもの研究班としても、鋭意検討して報告書をつくっていききたいと思っておりますが、詳細は各地でつくられる周産期医療協議会の中で検討されるべきことだと思っております。しかし、その中で議論をする場合、検討する都道府県の関係者が中心となって医療協議会をつくって検討することになりますので、実際の周産期医療をご存じない方もかなり関係なさると考えられます。そこで今日のフォーラムでは、検討するときにはここは必ず考慮してもらいたいという項目をお出しいただき、ご発言いただいたことを速記録に残して、私の研究班の報告書に載せさせていただきたいと思っております。研究班としてまとめた意見は3年後にまとめさせていただきたいと思いますが、その前に生の声として議論をした記録を残したいということが、本日のフォーラムの意図でございます。

したがって、今日は私どもの研究班の、三つの分担研究班を合わせました班員と、いままでこのシステム案の作成に関係していただきました先生方にご案内申し上げて、本日の会を開かせていただくことになりました。

1. これからの周産期医療システム

最初に私から簡単に、これから示されますこの周産期医療システムの厚生省の要綱が、どういものになっているかをご紹介します。この案は周産期医療に関する検討委員会で検討されており、その委員である先生方もお越しいただいておりますので、足りない部分は追加をお願いしたいと思います。

最初にご紹介しておきますと、周産期医療システムと非常に関係が深い母子保健事業のかなりの部分が平成9年度から市町村に移管になり、市町村の役割りと都道府県の役割りが、だいぶ変わってきます。そこで厚生省では母子保健事業マニュアルを作成し、都道府県や保健所の役割りと、市町村の役割りを細かく書いております。また、それに対する実務マニュアルを、いま作成中です。これは周産期医療と密接な関係があるので、ぜひ先生方にもご理解をいただきたいと思います。

母子保健事業マニュアルは母子衛生研究会が発行しておりますので、ぜひお買い求めいただきたいと思います。

それではスライドをお願いいたします。

(表1)

周産期医療対策事業

- 1) 都道府県は周産期医療協議会の設置
- 2) 周産期医療情報ネットワーク事業
- 3) 周産期医療関係者研修事業
- 4) 周産期医療調査・研究事業

最初にこの周産期医療システムについて議論

をしていただくわけですが、厚生省の要綱が間もなく、都道府県に示されます。都道府県の周産期医療システムをつくるということで、第1の事業が周産期医療協議会の設置です。そこで何をするかというと、周産期医療情報ネットワーク事業というので、情報のネットワークと、病院のシステムをどういうふうにつくるかということ、それから周産期医療関係者の研修事業ということをする。また周産期医療についての調査研究事業をする。

これについて要綱に書かれている具体的な項目をご紹介します。

スライド(表2)

周産期医療協議会

1) 構成

- ①保健医療関係期間・団体の代表
- ②地域の中核の周産期医療施設で周産期の診療に携わる医師
- ③学識経験者
- ④都道府県・市町村の代表など

2) 総合周産期医療センターの指定

(人工約100万人、3次医療圏に1カ所)

3) 地域周産期医療センターの認定

(2次医療圏に1カ所以上)

4) 周産期医療システムの整備にかかる調査分析

周産期医療システムの整備としては、周産期医療協議会をまずつくる。この構成は表2の通りです。そこで協議をして総合周産期母子医療センターというものを設定する。それは人口約

100万、三次医療圏に1か所というのをとおよその見当につくっていく。そして、それを補完するものとして地域周産期医療センターを認定する。これは二次医療圏に1か所ぐらいつくるということになっています。

それから、周産期医療システムの確立のための調査、分析をするということも、この周産期医医療協議会の事業の中に入っています。

このような周産医療事業の実施要綱が出されるわけですが、その目的として書かれているのは次の通りです。

「この事業は診療体制の整備された分娩環境や、未熟児に対する最善の対応など、充実した周産期医療に対する需要の増加に応えるため、地域において妊娠、出産から新生児にいたる、高度、専門的な医療を効果的に提供する総合的な周産期医療体制を整備し、安心して子供を産み、育てることができる環境づくりの推進をはかるものである」というのが目的で、「この事業の実施主体は都道府県とする」として、都道府県に周産期医療の整備の、ある意味では義務付けがされているということになります。

「都道府県における周産期医療システムの整備に当たっては、周産期医療システム整備指針に基づき、周産期医療供給体制の現状、今後の周産期医療需要の推移等、地域の実情を十分勘案しつつ、関係者の意見を十分踏まえた上で行うものとする」とあります。つまり周産期医療に関係する人たちの意見を十分踏まえた上で地域のシステムをつくるようにということが書いてあります。

その周産期医療協議会には、いまお話ししま

したように都道府県や市町村の代表、学識経験者、実際に周産期医療にたずさわっている医師が入ってつくることになっておりますが、それが周産期医療システムを確定して、厚生省に提出をする。そして「総合周産期母子医療センターを指定し、地域周産期母子医療センターを認定する。しかもおおむね5年後をメドとして検討を加え、必要と認める場合には周産期医療体制の変更等、所要の措置を講ずるものとする」ということになっていて、必ずしも、1回つくったらそれまでということではなくて、地域の実情、あるいは施設の現状等を考慮しながら、また変更をする。しかも、これを都道府県が作成し厚生省に届け出ることになっていま

す。また、周産期医療システムの確立のためには、調査、分析や、関係者の研修をするということになっており、調査、分析では周産期医療にかかる医療施設はどんなものがあるか、マンパワーがどうなっているか、医療機関の連携状態、周産期救急医療体制の実施状況、周産期搬送体制の問題点の検討と、搬送体制の確立、周産期ネットワークの確立、周産期医療従事者に対する効果的な研修体制、その他審査基準に対し必要な調査研究、検討事項を検討することになっていて、協議会に出される資料として、都道府県はかなり実態的なことを調査しなければいけないということになっています。したがって、地域の医療全体のレベルが把握され、しかも問題点を検討すれば、5年後の見直しのときに、どんどん良くなった形になる。そういったことになればいいなというのが夢であります。

総合周産期医療センター

I. 診療科目構成

- 1) 産科(周産期集中強化治療室を有する)
- 2) 小児科(新生児集中治療管理室を有する)
- 3) 麻酔科、関連各診療科

II. 病床数

1) 産科:

周産期集中強化治療室

9床 (12床が望ましい)

後方病床 (産科)

2倍以上が望ましい

分娩室が独立していることが原則

(周産期集中強化治療室との兼務は可)

2) 小児科:

新生児集中治療管理室 (人工換気病床)

9床 (12床が望ましい)

後方病床 (新生児病棟)

2倍以上が望ましい

総合周産期医療センターというのはこのごろ話題になっていますので、ここでは細かいことは申し上げませんが、施設数としては原則として三次医療圏1ヶ所となっています。しかし人口、地勢、交通事情、周産期需要状態などで複数設置することができるとされています。

システムとしては母体、胎児集中治療管理室と、新生児集中治療管理室を有すると同時に、

関連各科を持ったところを三次のというか、総合周産期母子医療センターと考えるということになっています。

その病床数としては、産科の母体胎児集中治療室として9床。12床が望ましいとなっていますが、これは分娩室が独立していることが原則であって、同等の機能を有する陣痛室のベッドを含めて数えてもいいということになっています。それから産科の後方病床としては、ICU的部分の2倍以上が望ましい。それから小児科は新生児集中治療管理室が9床。12床以上が望ましいのですが、9床以上あるということ。それから後方病床もそのほかに2倍以上の新生児病棟が望ましいということになっています。

産科のほうは複数当直、それから看護婦、助産婦は母体、胎児集中治療室に3人に1名、この場合分娩室が独立しているときは、その勤務を兼ねることは可能であるということになっています。それから小児科はいまのNICUの基準であって、新生児医療担当医師が常時当直をしていて、看護婦は新生児集中治療管理室には3床に1名、後方病床には8名に1名勤務しているという縛りが付いています。

スライド (表4)

地域周産期医療センター

1) 産科:

24時間体制を確保するために必要な職員の確保

帝王切開で30分以内に児の娩出が可能

2) 新生児病棟:

新生児集中治療管理室を設けることが望

ましい

24時間体制で小児科医師が当直している
こと

看護婦

新生児集中治療管理室 3床に1人

後方病床（新生児病棟） 8床に1人

それに対して地域の周産期母子医療センターというものはどういうものかという、産科および小児科を備え、周産期にかかわる比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を言うということになっています。地域周産期母子医療センターは地域における周産期医療施設と連携をはかり、入院、分娩に関する連携、調整を行うことが望ましい。施設数としては二次の医療圏に一つないし必要に応じてそれ以上設けることが望ましいということになっています。診療科としては産科と、新生児を担当する小児科、あるいは新生児担当科、それから麻酔その他関連科があることが望ましいということになっていて、産科のほうでは24時間体制を確保するために、必要な職員の確保、帝王切開で30分以内に児の娩出が可能なことを一つの目標にしています。新生児病棟では24時間体制で小児科医師が当直していること。ここで先ほどの総合と違うところは、総合では24時間体制で常時新生児室に当直がいて、ほかの業務を兼ねないということでしたが、二次では小児科医師が当直していれば、必ずしもNICUに専属でなくてもいいということになっています。看護婦は、新生児集中治療管理室を設けることが望ましいのですが、その場合には3床に1名と、いまの保

険の規定が適用になります。後方病床では8床に1名ということで、ある程度の看護婦の確保が必要になっています。

以上のような周産期医療対策事業が来年度から発足します。私がお聞きしているところでは、周産期医療の協議会が出来て、県のシステムを作り申請をする。厚生省母子保健課がこの管轄をされることになるとと思いますが、そこに報告をして、認可を受けると、8年度は5か所に運営補助金が付く。それ以外のところは整備されても付かないけれど、順次整備をしていくという考えのようです。しかしこれは三次の周産期医療施設だけで、いわゆる地域の二次圏に一つというような、二次の問題に関しては、いまのところ国の事業はありません。したがって、周産期医療に関係しておられる各先生方が議論をされ、地域の周産期医療協議会で計画される協議の中で、二次をどういうふうに整備をしていくか、そこに対してどのような形で環境条件を整えるかということは、各都道府県にまかされているということになるのだと思います。

スライド（表5）

都道府県（保健所）等で行う母子健康事業

I. 母子健康医療体制の整備

- 1) 母子健康協議会の設置
- 2) 広域的母子健康システムの確立
- 3) 企画及び調整機能の強化
- 4) 母子健康施策の評価

II. 専門的業務の実施

- 1) 未熟児への訪問、相談事業
- 2) 身体障害や慢性疾患を有する子どもの

- 療育、健康管理及び住宅看護並びに介護に関する相談
- 3) 心身の発達に問題を抱える子どものフォローアップ
- 4) 母子や思春期のこころの健康に関する相談
- 5) 児童相談所等との連携による児童虐待の防止効果
- 6) 小児期からの成人病予防や性に関する健康教育、相談の普及等学校保健との連携
- 7) 地域の実情に応じた先駆的モデル事業
- Ⅲ. 情報の収集、整理及び活用並びに調査及び研究の推進
- Ⅳ. 人材の確保及び資質の向上
 - 1) 市町村に対する支援、研修の実施

それからもう一つの母子保健事業では、母子保健連絡協議会というものをつくって、地域で母子保健計画を、つくることになっております。母子保健医療体制の整備というのも、この母子保健事業の中に入っています。したがって、周産期医療協議会で整備しますけれど、それを全面的に都道府県はサポートをして、地域の母子保健医療体制を整備をするということが、今回の母子保健法の改正で義務付けられております。

新しい母子保健法では身体障害や、慢性疾患を有する子供や未熟児のために、市町村の枠を離れた広域的な支援システムの策定、構築は都道府県の仕事です。未熟児については「保護者の育児不安に対応するため、保健所は退院前から保健婦等がかかわる体制を整備し、医療機関

の協力を得て、退院前後のケアに結び付ける母子の地域ケアシステムの構築を進める」ということがうたわれていますので、周産期医療施設とは、この母子保健事業も関連があるとお考えいただきたいと思います。

心身の発達に問題を抱える子供のフォローアップというのも、市町村、保健所、都道府県の仕事になっておりますので、ここらへんも未熟児、それから妊婦でも問題があるような人が退院した後の追跡にも、かなり関係があるだろうと思います。

また、都道府県も情報を集めることになっております。情報の収集の項目として、妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率、死因、それから齲齒、ここはあまりわれわれは関係ないかもしれませんが、有病率などの健康指標を集める、それから市町村の母子保健事業とか、保健所の母子保健事業の実績、各疾患の発生動向、低出生体重児のフォローアップ状況、こういうものを調べることになっております。スライド(表6)

周産期医療に関する予算

1. 小児医療施設整備事業
2. 小児医療施設設備整備事業
3. 周産期医療施設(母体・胎児集中治療管理室)整備事業
4. 周産医療施設(母体・胎児集中治療管理室)設備整備事業(ドクターズカーを含む)
5. 周産医療対策事業(周産医療施設運営費: 総合周産期母子医療センター運営補助金)

周産期医療に関して、どういう予算があるかということを見みたものですが、周産期医療対策事業としては5番目のところで書いてありますが、新しい総合周産期母子医療センターの運営補助金ということがあげられております。この他に、もともと小児医療施設整備事業と、小児医療施設設備整備事業というのがあります。これはすでに先生方もご存じのように、NICUの施設とか、あるいは設備を補助金を出して整備をするというもので、かなり前からやったださっています。

それから3番目に周産期医療施設、今度は母体・胎児集中治療管理室というように名前が変わるようですが、昔PICUと言った部分の整備事業と、施設整備事業というの、すでにある制度であって、これは今回の事業とは直接関係がありません。こういう設備については整備する方向がもうすでに出されておりましたけれども、それに今回周産期医療対策事業ということで、それに対する運営補助金が出るということが一つと、それをまとめて地域で周産期医療協議会をつくって、医療計画の中で地域の医療を把握していく。これは必ずしも総合周産期母子医療センターを運営するという問題だけではなくて、地域全体の周産期医療の整備、あるいは実情の把握というようなことを踏まえた上での、都道府県がどういうふう考えていくかということの規定していただいておりますので、この五つの事業をうまくドッキングして整備されていくと、各周産期医療施設、あるいはその間のシステムが整備をされていくものと考えられます。

以上一応ご紹介を申し上げまして、そのことを踏まえて、これからディスカッションをしていただければと思います。

いま私から前座的に現状のご紹介を申し上げましたが、ここで厚生省の母子保健課長の松谷先生にお越しいただきましたので、ご挨拶をいただければ幸いです。

II. 周産期医療の整備（母子保健課長挨拶）

松谷母子保健課長 周産期の医療システムの情報化に関する研究班の、各班の総合的な班会議ということでお招きいただきました厚生省の母子保健課長の松谷でございます。何回もお会いしている方も沢山いらっしゃいますけれども、はじめての方もいらっしゃるかと思います。よろしく願い申し上げます。

多田先生を主任研究者とする、この周産期に関するシステムと情報管理に関する研究班は、周産期医療のわが国における体制、特に情報、システムを中心に、ハードの部分も含めて、ご研究を重ねていただいております。私どもも周産期の医療につきましては大いに関心を持って、また母子保健の中で、今後大きな分野になると考えておりますので、その点でも大変研究が進められて、嬉しく思っている次第であります。

いま多田先生から若干国のほうの来年度の予算を含めて、いまの国の考え方についても、ご紹介をいただいたところで、本当にありがとうございます。いまご紹介がありましたように、周産期につきましては、いままでの研究の積み重ねを踏まえまして、平成8年度、この4月からですが、従前の医療施設の整備、あるいは設

備の整備に加えまして、各都道府県ごとにおける、具体的には三次医療圏にしたいと思っておりますが、それごとの周産期の医療体制、医療のシステムをつくっていく。その中では中核となる総合周産期母子医療センター、あるいはそれを支えます地域の周産期母子医療センター、そういう体系、更にその間における情報の伝達のシステム、あるいは搬送のシステム、それに必要な研究や従事者の研修といったこと、また、そういうことを踏まえて総括的に、都道府県単位において周産期のあるべき姿を描いていただく協議会の設置、そういうことを来年度からはじめていただきたいというふうに考えております。

そのための費用の予算、それからその中心となる総合周産期母子医療センターにつきましては、運営費についても予算の確保をしたところであります。来年度5か所、五つの県に分であります。ぜひこれは全国に普及をしてみたいと、私どもは考えている次第であります。

なお、これと合わせまして、診療報酬のほうで、従前から新生児の特定集中治療管理料、いわゆるNICUの管理料というのを設定しておりますが、保険局のほうともご相談申し上げまして、この周産期の体制に見合った形での、診療報酬というのでも設定していただくように交渉してきたわけでありまして、一部報道等もあつてご存じかもしれませんが、先日中央社会保険医療協議会に諮問がございまして、本日答申でございまして、

従前5800点でありましたNICUの管理料は7000点になる予定であります。それから新たに、

この周産期母子医療センターに相当いたしますところにつきましては、その管理料といたしまして、新生児部分はいま申し上げた7000点、それから母体・胎児集中治療管理室、これは名称も、従前の周産期というのを、全体の周産期と、母体のほうも周産期と言っていて、いままで混乱していたのですが、お母さんのほうは母体・胎児集中治療管理室ということで、用語を今回から統一することにいたしました。保険のほうでもその用語を用いまして、そちらの管理料は6000点、これは1日につきということで設定いたしました。これらについては定額で、それぞれ母体・胎児集中治療管理室の6000点については14日を限度として、NICUのほうについては従前と同じですけれども、新生児に対して21日、1000g未満、または1000g以上1500g未満の場合には、それぞれ90日または60日ということを限度として算定をするということで、幾つかの、入院料その他の検査の一部と手技の一部がこの中に包含されるということでございます。

その施設基準その他につきましては、いずれまた保険局から通知があると思っておりますが、こういう形で、従前の新生児の大幅な加算に加えて、周産期全体の治療室管理料というのを、今回創設することになったわけでありまして。

いまの動きはそういうことであつて、今度の4月にこれは施行になります。私どもの課の新しい体制に関する補助金、それから診療報酬における保険制度上の手当てと合わせまして、周産期については今後新しいわが国としての歩み、行政としてというか、各都道府県、地域ごとのシステムというのものも、本格的にやっていく時

代に入ってきたという、そういう認識でおるわけでございます。

したがって、この研究班の仕事というの、そういうのを踏まえまして、またさらにその具体的な中身等について、いろいろ問題点等もあろうかと思いますが、ご研究を深めていただければというふうに考えておる次第でございます。

ちょっとお時間を取りましたが、ありがとうございました。

Ⅲ．総合周産期母子医療センターと地域周産母子医療センター

多田 いま課長にご挨拶をいただきましたが、富沢先生もお越しいただいておりますので、皆さんご存じだと思いますが、よろしく願いたします。

それではディスカッションに入っていきたいと思っております。今日はキーノート・スピーカーと言いますか、少し話題を提供していただきたいと思っております。2、3の方に最初に発言をしていただくように、お願いをしております。最初に地方大都会での周産期医療システムと、地域周産期医療センター、二次病院の役割りみたいなことを、どうせいっしょになってしまうと思っておりますので、ミックスしながら議論を進めていただきたいと思っております。

いま私がお紹介をした、また課長からもご紹介いただきました、このシステムを利用して、徐々に各地で整備の動きがございます。まだ細かい二次的な部分に関してはディスカッションが十分いっておりませんが、三次のところは少

し姿が見えております。したがってその問題点なり、あるいは大都市、あるいは地方で検討されているところを、各先生方のご意見を交えて、最初に話題を提供していただきたいと思っております。

最初に末原先生から大阪のことを次に佐藤先生に栃木県のことをお話しいただいて、議論をしたいと思っておりますが、先に柴田先生から全体のお話があるようですので……。

柴田（順天堂大学） いや、そうじゃないのです。ちょっと私は理解が十分できてないかもわからないのです。法律的な言葉などはよく知りませんので。そこで、ちょっと確認だけさせていただきます。

多田先生がいまおっしゃった周産期医療対策協議会、それは国の厚生省のものですが、あの通達はいづれ都道府県のほうに流れてくるのかということがまず一点です。それからもう一点は、平成7年4月、去年の4月に、厚生省児童家庭局長の通達により、各都道府県で周産期医療対策協議会をつくって一ぺん協議しなさい、と。今日その書類は僕は持っていないので、それは細かい法律的な文書で、ちょっと違うかもわかりませんが、そういう指示がございまして、私どもではその対策協議会を行い、平成7年12月に衛生部長あてへ答申をした書類が、たまたま鞆の中に入っておりましたが、あるわけです。それとの整合性はどうなっているのか。このことをうかがっておいてから、議論をしていただきたい。

それから立ちましたついでに、課長に御礼を申し上げたいと思っております。これは余分なことではございますが、中村会長の未熟児新生児医学会

のとき私は、シンポジウムで立ちまして、運営助成金を付けてください、しかも救命救急センター並にと言いましたところ、早速付けていただきました、ありがとうございました。

それと同時にもう一つ。多田先生のスライドの中で、1から5項目までございました。1から4項目まではいままでございました。ところが、これに対して助成金の出ている病院のリストも、県を通じて入手いたしております。しかし、その中に周産期という助成金をいただきながら、現在でも、産科も小児科も標榜されていない病院がございます。こういうもののぜひチェックをお願いしたい。運営費を出されるときに、これも前にお願いしましたが、必ずやっていただきたい。

多田 それではタイムスケジュールとか、そのほかいままでの通達などのことにことに関して、まずお答えをいただきたいと思います。

なお、先生のおっしゃった最後のところ、いままでけしからんのもあるというお話は、最後のシステムの評価方法というところで、議論をしたいと思いますので、厚生省の先生方には聞いておいていただくだけにいたしたいと思います。

では松谷課長をお願いいたします。

松谷 先ほどの来年度からの運営費その他のシステムの要綱、最終的な国としてお示しする要綱がいつ出るかということですが、これはいま国会で政府案に入ったところですので、これが国会で承認されませんと予算としては正式なものにならないわけです。3月いっぱいだとたぶん予算委員会、本会議を通ると思いますが、う

っかりすると年度をまたいで暫定予算ということも、時によつたらあるかもしれませんが、いまはよくわかりません。いずれにしても成立してから出しますので、4月早いうちに出したいと思っております。

しかしながら4月に出したのでは、これは満年度予算で4月から使える予算で政府案に入れましたので、間に合いません。したがっていまの考え方を、内部的なことを言いますと、これは大蔵省と協議をしなければなりませんけれど、いま協議をしはじめているところで、3月中には、できるだけ早い機会に、協議を終えたい。それで都道府県に要綱案という形でお示しをして、4月になりましたら正式なものが出ますが、たぶんその案はそのままになるものと、私どもは考えております。

それが第一点です。

柴田 案はもう示されておるわけですね。

松谷 まだです。

柴田 これから示されるのですね。

松谷 これから示される。その前の段階のものはいろいろな機会にお見せをしておりますが、そのものからそれほど大きく変わっておりません。多田先生も入っていただいた検討会がございますが、そこでお示ししたものとほとんど大綱は変わらない内容にしたいと思っております。それはオープンになっておりますので、それをご覧いただければ、だいたい概要はつかんでいただけたと思います。

それから、二点目の平成7年4月に児童家庭局長の通達であったものとの整合性についてですが、昨年4月に出したのは、これは毎年

出しますが、施設整備および設備整備の要綱であって、システムの要綱はたぶん出てないと思います。それから例の医療法に基づく地域医療計画というのを各県で策定いたしますが、その中で周産期に触れて、策定しているところも幾つかの県でございます。今回の周産期の協議会はそういうものを踏まえてやっていただければ、もちろん結構ですし、もうすでに十分なものができていれば、それをもって代えることも可能だというふうに考えております。

松谷 それから、施設整備、設備整備と運営費のことはのちほどご議論をいただくということですが、予算の考え方は、周産期の地域の協議会をはじめとした体制を整備していただいて、その中で総合周産期母子医療センターというのを位置付けていただく、そのところについては5か所だけですけれども、運営費を補助するという、そういう体制で、それは連動をしております。ただ、施設整備と設備整備は必ずしも連動はしておりませんので、これは従前からある補助ですので、もう少し幅広い範囲で施設整備の補助はできるものと思っています。いま施設整備は20億ほどあります。それから設備整備のほうは非常に足りなくて、お断りしたところもあったのですが、今度1億1000万ほど増やしたので、少しは良くなったかと思えます。

いまの先生のお話ですと、それをもらいながら産科も小児科もやってない医療機関があるということですが、とんでもない話でして、それは監査の対象になるかどうかわかりませんが、何らかの適正な措置をする必要があるのかもしれない。

運営費のほうはそういうことで、非常に厳しい条件がございますので、それはいま先生がおっしゃったようなことにはならないというふうに、私どもは考えております。

多田 ありがとうございます。

それでは、議論にいきたいと思います。今度は周産期医療協議会でシステムをつくっていただいて、その中でいま課長がおっしゃいましたような設備とか施設の整備も同時にやっていただくという形になると無駄な整備、無駄ではないのだろうと思いますけれども、以後やらなくなってしまふ施設が、整備を受けるということはないのじゃないかという気がいたしますので、ぜひ良い施設整備ができるように、各地で整備をしていただきたいと思えます。

周産期医療関係者の意見が反映されたいいシステムができることを期待していますし、ぜひそうなることをお願いしたいと思っております。

それでは最初に末原先生から大阪の現状でどうなるだろうかということと、佐藤先生から栃木県のほうの現状についてご発言いただいて、それからほかの先生から、あまり人口の大きくない地域のことをお話をいただきたいと思えます。

IV. 大都市の周産期医療の現状

末原（大阪府立母子センター産科） 大阪の実情を少しお話しさせていただきます。私のところは昭和49年の大阪の衛生_____審議会の答申に基づいて、56年にオープンしております。大阪ではその3年前に大阪市立の母子センターというのがオープンしていて、さらにそれ以前

に大阪市立の小児保健センターがオープンしておりますが、その二つは平成5年に総合医療センターとして再スタートしております。大阪ではこの大阪府立、大阪市立の二つの病院と、あと四つの私立の病院、合計六つの基幹病院が多田班で言う総合周産期センターに相当するものというふうに考えております。

設備や要員の面で総合周産期センターとしては十分ではないのですが、府立は府のほうに、大阪市立は大阪市のほうに頑張ってもらって、現在は3番目の病院をできるだけ整備する方向で、将来的には六つとも総合周産期センターに匹敵するものにしたいと考えております。

だいたい8万の出生ですので、六つではちょっと足りないとも言えるのですが、そういう六つの受け皿をつくって、さらに情報のセンター、あるいは教育などについては、そう沢山はいらなと思いますので、一つがプランニングをしてお互いに協力してやっていくという形で、運営できるのではないかと思います。

要員の面では府立母子センターは2人当直で、情報のやり取りもしているわけですが、できればほかの病院もそれに近い形での要員の確保ができればと期待しております。

8万の中で、各々一つの地域を周産期センターが受け持つという形でなくて、非常に接近しておりますので、そういう総合センター間で、お互いにある程度の機能分化をしていく、循環器が専門であるとか、あるいは小児外科、脳外科なども専門性として取り入れていくという形で、都市部ではそういう機能分化した総合周産期センターが有機的に結び付くのがいいのでは

ないかと思っています。

もう一つ地域については、センターの直ぐ隣接した地域については、二次的な機能もどうしても持たざるを得ないのではないかというふうに考えております。

二次センターというか、地域センターで何を扱うかということですが、三次は一応何でも扱うというふうになると思いますが、二次センターの場合は、それよりもややリスクの低い低体重児や、病的新生児、産科の場合には一応30分以内に児を娩出できる、しかも24時間内に帝王切開可能であるという体制をつくっていくことになります。

大阪での医療資源の調査をしても、なかなかそこまでできるというのはいまはありませんが、担当の先生方からアンケートを取りますと、現在はそうでないけれども、近い将来には地域センターとして活躍したいという意見が多く見られます。

母体搬送、三角搬送の中でも、少し遠くても総合センターに搬送したら、いい症例もありますが、急を要するもの、胎盤早期剥離であるとか、子癇であるとか、出血であるとか、そういうものはやはり直ぐ近くの地域センターで対応するというように、ある程度内容的にも区分分けをするということが重要で、地域センターにもそれぞれに独立性というのを持たせていったほうがいいのではないかと考えます。総合周産期センターからの受け皿となるというのも、一つの役割りだと考えられます。

大阪での実際の母体搬送、三角救急の症例から見てみますと、だいたい産科救急というのは

出生の9%ぐらいで、そのうち二次救急に相当するのは2.5%ぐらいです。出生1万の地域としますと、そういう救急事態に対応するべきものが900件余り、その中の特にひどいものが200件ぐらいということで、だいたい20床から30床ぐらいが必要ではないかと考えております。その中で三次センターとしてはだいたい6割ぐらいの部分を受け持って、あとの部分は二次センターに受け持っていた方がいいけないと考えております。

実際に発生したそういう母体搬送、三角搬送のだいたい60%は、いまお話ししました六つの基幹病院に收容されております。この基幹病院は、母体搬送でも新生児のほうでも基幹病院となっておりますので、そういう意味でその六つがいわゆる周産期センターとして、十分見込みがあるのではないかと考えます。

母子センターに情報が入っても收容できなかった例が年間380ほどあるのですが、その43%は残りの五つの基幹病院にお願いしておりますし、半分ほどは30ほどの他のOGCSの病院に受け取ってもらっています。もちろん、週数22週、3週、4週というところの9割方は基幹病院ですし、30週以降になると、半分以上はその他の受け入れ病院に行っております。

要員が何人ないと、二次病院として認められないということにすると、実態調査からすると、それに該当する病院が少ないと思いますけれど、一応機能的にそういう二次というのを位置付けたらどうかというのが、いま大阪で見ている中で考えているところです。

多田 ありがとうございます。それでは続

いて佐藤先生、栃木県についてご紹介いただけますか。

V. 栃木県の周産期医療の整備計画

佐藤（自治医科大学） 私は本年度から多田先生の研究班に入らせていただき、周産期センターの適正な配置と内容の基準に関する研究という部門の中の一部を、担当させていただいておりますが、私がここで多田先生からご命令を受けましたのは、たまたま栃木県の周産期センターと周産期の医療というものが、この4月からかなり具体性を帯びてきたということもあって、そのへんの事例について話をするようにということです。

皆さんもご存じのように栃木県の周産期医療というのは、日本の中でもワーストワンとかツートンとかというところで、関東でも群を抜いて悪い県でございました。そういうこともございまして、小川先生、多田先生がこれまでにすでにご発表になっております、厚生省の班研究で出ております周産期の医療システムの評価という点から100万に一つぐらいの三次医療施設というものが望ましいという指針がにしがって1年半ぐらい前から、県といろいろ協議をしてまいりました。ところがこの1週間ほど前に県のほうから正式にこちらに連絡があって、だいたい多田先生が試算されたような形で、人口200万に対して、自治医科大学と独協医科大学に対してトータルでNICUを24床、未熟児ベッドを43床、それから産科集中管理治療、これが23床、これは自治が12、独協が11という形で、おおよそこれまでに厚生省に答申してきたような形で

出てまいりました。

今回こういうふうなシステムをつくるに当たって、具体的に自治医科大学の場合ですと、新生児の医者が4人、産科の場合ですと集中管理を必要とするようなドクターが3人、独協の場合ですと新生児2人、産科が2人、それから看護婦さん、助産婦さんが数十名の人数が必要なわけです。それに対して県としては、この両大学の周産期医療システムの運営の上で、当然考えられるマイナスの赤字に対しては、ランニングコストを含めて来年度以降、それに対して供給をしようということになりました。そのへんのところは予算面で非常に難航いたしました。単年度の予算というものは非常に出しやすいけれども、人件費的な問題については大変なご苦勞をいただいたわけです。このへんのことについてもランニングコスト、また人件費につきましても、来年度以降赤字分に対しては補填をしようという形になったわけです。

栃木県は周産期死亡率、新生児死亡率が悪かったために、そして、先ほど課長さんがお話しになりましたように、たまたま国がこういう形で総合周産期センター、地域周産期センターシステムというものをつくっていただいたお陰で、それに便乗するような形で、県でもトータルの考え方をしていたわけです。

現実の問題としては、この8月からこれが本格的に作動するわけで、人件費等については、この4月以降前倒的にその費用も出してくださいという形です。私たちとしてもこれで何とか、ほかの県並みのレベルに達することができるのではないかと考えております。

その場合、これまで二次、もしくは二・五次的な働きをしてきたいわゆる周産期の医療のシステムに対しても、これは非公式なのですが、県当局としては、そのような施設に対しても、応分の負担というものを出さなくてはいけないのではないかと、大変前向きな発言があつて、われわれはこれから協議会というようなものの中で、三次、二次、一次というものの連携を積極的につくっていく必要があると考えております。

多田 ありがとうございます。このシステムをつくってくださった厚生省の今回の意図が非常に反映したのではないかとと思うのですが、そういうところで、地域全体を考えたときに二次のほうにまで配慮が必要ではないかという動きが出ているというふうにお話を承りました。

そういうようにうまく進んでおられる県ばかりではないと思うのですが、いまのお話にありましたような三次的な部分がある程度整備されていくと、次に二次にも必ず医療計画の中では、話が及んでいくと思いますので、その部分を含めてどういうふうにしていったらいいか、また二次としてはどういうことを考えるべきかというのが、いまのシステムの中で非常に大事になってくると思います。いまのお2人の先生の発言に対して、ご意見をいただければ幸いです。

末原 話の中で基幹病院という言葉が出てきましたが、いま言われているのは周産期医療協議会という公式の会議ができて、そこでシステムを考えなさいということなのですが、基幹病院という言葉が出てきたのはそういうものではなくて、新生児医療の相互援助システムが52年に

でき、産婦人科のほうが62年にでき、そういう NMCS、OGCS という組織の中で、自分たち受け入れ病院の中で、お互いに24時間対応できるとか、NICUがあるとかという、いろんな条件を考えて、大阪であればだいたいこのぐらいのが基幹病院になるだろうというのがあり、その基幹病院の候補としての準基幹病院が四つあるわけですが、お互いに機能分化していった、それがたまたま NMCS の基幹病院と OGCS の基幹病院が一致し、これからの総合周産期センターと考える場合に、非常に考えやすいという、そういう構図が出てきたわけです。

府の医師会を通じて、府の医師会の中の新生児医療の推進委員会、あるいは産科医療推進委員会というのが、われわれがつくったそういう相互援助システムに2年、あるいは3年遅れてついてきて、それが主として情報のシステムの整備、あるいは教育とか、研修とか、いろいろな調査、実際の救急の症例、医療所見の調査などをしていただき、いろんな数字が出てきたということで、それが実際の受け皿になってるわけです。協議会の中にも実際に担当する新生児、あるいは産科の医師を入れていただいていますけれども、そういう受け皿になる先生方の意見というのが非常に大事で、その中でシステムというものを考えていくべきだと思っております

多田 佐藤先生どうぞ。

佐藤(章)(福島医大産婦人科) この厚生省からの要綱には書いてはいませんが、100万人に一つという、その目安というのはいいのですが、100万人に1か所という、われわれ地方の人間としては非常に困るのですが我々にとっ

ては、地域性というのが非常に大きい。たとえば、福島県の場合には250万です。そうすると2か所というふうに切られる。ところがわれわれのところには三つの地域がある。浜通りと、中通りと、会津です。そうすると患者さんを搬送する点からいうと、3か所必要になってくる。このことは福島県だけではないと思う。逆に言うと、申し訳ありませんけれど、東京や大阪に100万に一つと言ったら、10何か所もつくらなければいけない。そんな必要はないと思う。

ですから、私は地域性のことをよく勘案してからやってもらいたい。そういう指導をやってもらいたいというのが一つです。

もう一つは、これは誰に言っているのかわからないのですが、この要綱を見ますとすばらしいのですが、もしお金があったとしても、いちばん大変なのは医者的人数です。要綱どおりにやるようにするのであるならば、現在のところいくら100万人に一つと言ったって医師の確保することはまずできません。

そうなる、ということが考えられるかという、いま既存の NICU を中心としたところに、医者が派遣できるような、簡単に言えば大学病院の中に総合周産期センターをつくるような格好にしかならないと思う。

福島県で一つの総合医療センターをつくりなさいと言ったときに、別個に建物を建てて、それから看護婦、その他のスタッフ、医者を集めようとたつて、まず無理です。じゃ、福島県につくるからということで、ほかの県から呼んだらいいじゃないかと言われるかもしれませんが、ほかの県だってみんな同じ状況だと思うの

です。

そういうときに、特定機能病院と連携してということになると、一つ心配しているのは、その施設に併設してはいけないのじゃないかという感じもあります。その点は先ほど佐藤郁夫先生がおっしゃったように、大学にNICUのベッド数を増やした、それから人数を増やすように援助をする。そして、将来それが総合医療センターになり得るのかどうかというところを、皆さんの意見を聞いてみたいのですがどうなのでしょうか。

多田 これはディスカッションかをしていただく問題で、誰かが答える問題ではないかもしれないのですが、地域性の問題は、人口、地勢、周産期受診状況等を考慮して、複数つくことはできるというふうに書いていただいておりますので、県で考えて、2か所より3か所のほうがいいところは、3か所にしていただいているのだろうと、私は解釈しております。別に厚生省がお縛りになるということではないと思います。

藤村先生どうぞ。

藤村 (大阪府立母子医療センター) いま佐藤章先生がおっしゃったことは非常に重要な問題だと思います。結論から言うと、地域性は非常に重要だと思うのですが、人口の少ないところに、地域性があるからと言って、本来1か所であるべきところに3か所つくと、そこに規定どおりの医師を配置すれば、当然暇になります。これは誰が見ても許されないと思う。ここで考えないといけない。つまり、地域性を守りながら、少なくとも2人当直できるような施設

をその地域でどうつくるかを、われわれに投げかけられた問題というふうに受け止めないと、いけないわけです。

次に医者不足の点ですが、小児科も入ってこない。産婦人科も入局してこない。おっしゃるところですが、なぜ医者が来ないのかということから考えないといけないわけです。

これは2年、3年でできるものじゃないと思います。地域の周産期医療活動が非常にはつきりとしてきて、新入局の人たちが増えてくる時代というのを創り上げないといけない。現状でできないという発想では、今日の状況は打開できませんし、現在提案されている新しいシステムは、医師不足という周産期の積年の問題を少しでも解決する糸口になると考えられるわけです。

多田 中村先生どうぞ。

中村 (神戸大小児科) 私は藤村先生に大賛成でございます。やはり将来を見据えた格好で、マンパワーの面での現状把握が必要です。全国的に100万に対し産科医を2人ずつ付けること自体無理じゃないかと思うのです。新生児のほうは1プラス・オンコールという格好になっていますから、何とかいけるかと思えます。あまり現実離れた数字を前面に出すと、各都道府県では、こんなものできないじゃないかということになっては困ります。

私は小児科なので、あまり大きな口は聞けません。産科の先生が100万に1か所の、センターをもつときに、産科医1人であとオンコールでいいというご意見であるなら、その旨早く厚生省のほうにお話ししておく必要があるのじ

やないかなと思うのですが、そのあたりはいかがでしょうか。

多田 佐藤先生いかがですか。

佐藤(章) 私は現実と将来性のことを考えますと、婦人科はそんなに暗くないのです。暗いのは小児科のほうではないかと思っているのです。小児科自体が減ると僕は言っているではありません。小児科の中でNICUというか、新生児を専門に一生懸命やろうという先生たちが、だんだん現実と、自分が若いときに考えていた理想の間にディスクレパンシーが大きくなり、将来のことを考えると、NICU専門でその先何になろうかと考えたときに、それで一生メシを食っていけるかという、食っていきません。そうするとみんなどっかに行くようになるのです。幸いにして、年を取ったときに新生児はできませんから、それでいいのかというのかもしれないけれど。

いま僕が直面しているというか、周りの人のことを聞いても、いちばん心配なのは、産婦人科の医師の数よりも、NICUをやってくれる小児科の先生が少ないということです。だから、周産期センターをつくる時の問題は産婦人科の数ではありません、産婦人科の数はかなり確保できますが、NICUをやる、新生児をやる小児科の先生の数が少なくなるのじゃないか。僕はそれを言っているのです。産婦人科としては努力しているつもりですが。

多田 新生児のほうはいろいろ問題があるのですが、私から一言コメントにコメントさせていただきます。

新生児のほうは先生のおっしゃるように、ど

こでもNICUをやるというのでは、人が足りなくなる。先生に老後のことを心配していただきましたが、老後のほうは、母子保健制度も利用して、小児科医というのがフォローアップとか、地域の小児医療とか、そういうものに関係していくということで、むしろ若いときにNICUをバリバリをやった人たちが進む道は、私はあると思っているのです。ですけれども、まだ魅力がありませんから入ってこない。先生のご心配のとおりです。いまの人数、あるいはこれから増える人数を考えても、藤村先生が発言していただきましたように、やはりセンター化をしていかないと医者数が足りないので、このシステムを進めることにNICUは踏み切ったと解釈をしていただきたい。

したがって、今後仲間を増やして、このシステムの中でのドクターはぜひ確保していきたい。整理をして言いますと、小児化に関しては、三次的ないわゆる総合周産期母子医療センターに関しては、将来は複数が望ましいと思いますが、とりあえず1名のNICU当直がいるということが最低限で、そしてオンコールで2人の体制が組めるということです。

それから地域では必ずお産がありますので、地域のお産のある施設、ある程度センター的な施設に対しては、小児科医が必ず当直にいる。NICUでなくてもいいから、小児科医がいるということです。

小児科に関しては、だんだん小児科医が少なくなっていますので、当直をして入院できる施設というのが、少なくなる可能性があるので、二次圏に中心的な病院があって、そこに小児科

の入院もできる、そしてある程度産科がある病院に、そういうのがくつ付けば、産まれたきた子供たちもケアできる。それが両方できるような小児科医を育てていけば、そこに1人なり、2人の新生児専門家がいれば、小児科の先生たちといっしょに仕事が出来ると考えております。

それに対して産科の三次なり二次が、いま佐藤先生は大丈夫だとおっしゃったけれど、二次のところでもそういう体制の病院が、できていくかどうか。そこらへんを二次の機能ということで、今日は議論をしていただきたいのです。

というのは、産科のほうである程度の機能ははっきりすると、そこに小児科が何人ぐらい必要かという計算ができるのですが、産科の二次の概念ははっきりしないと、小児科はそれにどう対応したらいいのかと人数までの細かい計算はできないのです。

それからもう一つ、特定機能病院という問題が出ましたが、今度の厚生省の案とは別に、私どもの班としては、大学病院というのはやはり特殊な患者さんが来ますし、地域のセンター的な病院を目指す病院も一部あっていいと思いますけれども、大学病院が全部やるというわけにはいかない。というのは新生児専門でもないし、病床も多くない、あるいは看護婦さんなども十分NICUに確保してくれません。したがって特定機能病院としての大学の性格というのがありますし、ある程度おやりになる施設はあってもいいけれども、それがイコール地域のセンターになるというふうには、私どもは考えておりません。大部分の大学は、若いドクターを研修のためにセンターに派遣するという医師のソ

ースとしての大学を、私どもは考えたいと思っております。

小川（埼玉医大総合医療センター小児科）
新しいこういう構想が出てまいりますと、すべて新しい建物を建てて、新しいものをつくらないといけないという考え方をする方が多いのですが、これは大間違いだと思うのです。そうではなくて、この構想の基になっておりますのは、名前のとおり周産期の地域医療の整備計画ですから、現状を踏まえて、現在あるものをいかに活用してつくるかというところにあるわけです。ですから、まったく新しいものをつくるというわけではありませんので、まずそれをみんなで確認しなければいけません。

われわれが検討委員会でやらせていただいたのは、そういうことでございます。現在あるものに、たとえばもう少し人を増やせば、いわゆる総合周産期母子医療センターになるところがあるかもしれない。それを地域、地域でいろいろ考えて、整備計画をつくっていただきたいというのが、このプロジェクトのいちばんのポイントだと思います。まったく新しい建物を建てて、新しい施設をつくるのではないということだけを確認していただきたいと思います。

もう一つは、先ほど人の問題が出ましたけれども、NICUのほうは、いままで健保で認定されているNICUはおよそ100か所あるのです。健保の認定施設であるということは、それだけメンバーがいるということです。それを考えますと、要員に関しては新生児のほうは比較的にやりやすいのですが、逆に産科のほうは心配だという、そういうディスカッションが出ており

ました。

梶原（大分県立病院新生児科） 産婦人科のほうの2人当直の問題ですけれども、私どもの病院に持ち帰りまして、産婦人科のメンバー、それから院長に、院長も産婦人科の人間ですけれども、検討してもらったのですけれども、私の言葉でなくて、産婦人科の人間の言葉として、とにかく2人当直は必要ない、1人はオンコールでいいのだということなのです。

私どもの病院の規模というのは、人口100万に一つの三次施設です。昨年も時間外の帝切を調べましたら40数件なのです。たしか44件だったと思います。昼間から入院していて予定というか、ある程度見込めている分は当然昼間から残ってやれるし、母体搬送があつてのときには、もうその時点で複数というか、オンコールで呼んで、複数になっていて、とにかく直ぐに2人確保できればいいのだから、当直を2人という形で制限されると困る。大学病院は人間が沢山いるだろうけれど、基幹病院、いわゆる県立病院といったところで、複数の当直が賄えるほど、10数人も産婦人科を抱えることはできないというのが、私どもの産婦人科のメンバーの意見でしたので、検討委員の先生方はそのへんはもう一度、ご検討いただければと思っております。

多田 神保先生どうぞ。

神保（香川医科大学） いまの産科のほうと小児科のほうと、どちらがうまくいきそうかという話なのですが、小児科のほうは大丈夫だということで、非常に心強く思っております。産科のについて言いますと、前にも何回か申し上げたのですが、新生児を中心に考えた一次、二

次、三次という概念が、産科の医療ではなかなかじゃないということが、一つの大きな問題です。

搬送により高次の難しい症例だけ来るということを想定して、三次というふうなことは、新生児のほうでは十分可能です。産科の場合には高次の医療が必要となる件数がだいたい、先ほど末原先生が言われたように人口100万で約9000の分院数中、1000件ぐらいだと考えからます。総合ないし地域周産期センターがその1000件だけに対応すればいいのかというと、そうではなくて、高次医療が必要となる予測のつかない産科医療というのも多いわけですので、やはり一次も、二次も、三次もやる医療センターでなければ、いまお話しになったように、たとえば12人とか20人の産科医がいて、救急だけを対象として、母体搬送による1000件に対応すると言ったって難しい。とてもじゃないけれど病院を運営できない。どんなに赤字を補填しても無理だと思えます。

それで、日本産婦人科学会周産期委員会では、一次、二次、三次をすべてやる病院、それから一次、二次をやる病院、それから一次をやる病院と、施設をA、B、Cと分けているわけです。そうしないと、それに付随するNICU、例えば二次センターに、新生児医が1人必ずいることになった場合もしお産が非常に少ないと、200ぐらいの分娩数のところに、新生児医を含めた小児科の先生を7～8人かかえることになり、小児科の先生方が暇をもてあますのではないかと、逆に心配なのです。やはり、いま小川先生がおっしゃったように、産婦人科の規模、それ

からどういう性格、それに合わせて小児科の配置、人数というのは決まってくるのだと思います。

それからもう一つ、いまのご討議の中で、産科の二次病院というのが、実はいちばん大きな問題で、これは総合病院で産婦人科の先生が4、5人いれば二次病院かという、決してそうじゃなくて、その病院は内分泌もやれば、また体外受精も最近はやりはじめていますし、腫瘍もやるしということになると、産科の専門医というのは1人か2人しかいない。総合病院によっては腫瘍の専門医が産科をやっているような病院もある。それが小児科の先生からいつもお叱りを受ける、いちばん大きな原因になるわけです。そういうふうには産婦人科の医療の在り方そのもの、二次病院としての在り方そのものを、やはり考えなければいけない時期にきているのではないかと考えているわけです。

学会の中では、将来のそういう産婦人科の在り方をちょっと検討しているわけです。産婦人科医というのは、先ほどの二次レベルをやるにしても、やはり10人ぐらいの単位で、その中で腫瘍もやりますけれど、婦人科は一通りのレベルに達しているとして、3人か4人産科専門の者と、それからプライマリーケアの産婦人科を終わったドクターと、合わせて10人ぐらいで二次病院をやっていくしかないんじゃないか。

そうすると現在の、たとえば大阪のケースであっても、二次病院に相当するところというのがあるだろうかということですね。ですから、ここをどう強化するかが、三次をうまく運営する、あるいは一次レベルを向上させる鍵がある。

すなわち、二次病院をいかに構築するかにあると考えています。

これをどういうふうにしたらいいかということについては、この研究班とか、いろんな機会にディスカッションをしていただいで、私どもにご意見を寄せていただければ、そのへんも日産婦のほうで考えたいと思っています。

末原 神保先生のおっしゃるとおりです。大阪で六つの基幹病院があっても、みんなそこに集中して、むしろ二次病院と呼ばなければならぬところが一次化というか、普通の開業の個人の先生と同じようなレベルで診療しているというのが現実です。大きな病院の近くであればあるほど、そこに依存しているというのが現実で、むしろ遠いところ、あるいは私立では、最近ですと母子センターに電話しても半分以上断られるという状況ですから、ちょっと大きい子であれば未熟児も扱おうかということで、対応してきている。公的な病院や総合病院がもう少し、自分の位置付けを認識していただかないといかんと思うのです。

その中で、どういうところを分担していただくかということ、ディスカッションしていかないと、ただ三次よりちょっと軽いのをするというだけでは、その産科の先生も魅力に乏しいと思うのです。

もう一つ、当直の件ですけれども、うちでの経験ですと、1400の分娩で400ぐらいの帝王切で、2/3は緊急で、その半分は夜ですし、2人当直ですけれども、1人がちょっとどっかへ留守しているときに心音が落ち、手術場に飛び込むということもしばしば起こります。分娩、出産

というのは、何か異常があってからドクターが対応するのではなくて、ドクターがいつも管理するとか、分娩室の直ぐそばにはいつも誰かおるといふ体制にしなければならないと思います。そのためには2人で対応しなければと思うのです。だから、30分以内に子供を出すというのは、まあまあの緊急の場合は、それでいいですけども、臍脱とか、心音が途切れた場合には、数分が出さないといけませんし、それも救わないと、いけない時代になっていると思うのです。

もう一つは、いま大阪で困っているのは、受け入れ病院を探すという、そういう情報のやり取りで、これが非常に大きな仕事になっています。2人当直しても、1人は分娩、それから夜間の入院患者さんを診て、1人はほかの病院と情報のやり取りをしているという状況で、うちも9人で、非常勤の当直を入れて、回しているのですが、センター的なところは、やはり2人はぜひ確保したいということを考えております。

多田 これについてはまだいろいろ議論があると思うのですが、私は大都市の二次病院と、地方の二次病院というのは、少し違いがあるのではないかと考えています。佐藤郁夫先生からご提案のあった地域性とか、佐藤章先生もおっしゃいましたが、大都会であれば、三次が充実すれば、三次だけあって二次はなくてもいいのかもしれませんが、地方に関しては佐藤先生のおっしゃった、地域性から言って三つ必要だというのは、全部三次で認定されなくても、二・五次的なところで、それなりの整備ができていけばいいのかもしれないという考え方もあると思

います。私共の研究班に所属していただいている青森の千葉先生のところなども、そういう性格があると思うのですがいかがでしょうか。

千葉（青森市民病院小児科） 青森県の年間出生数は14,500です。地理的には、県の西側に弘前、中央に青森、東側に八戸、が位置しています。年間出生数は、青森と八戸が同じ位で3,000、弘前は約1,800です。既存の新生児医療施設の活動状況は、青森市民病院と、八戸市民病院が多く、その他は非常に少なくなっています。青森県の人口は約147万ですので、研究班が提言している人口100~150万に1カ所の総合周産期センターという考え方に沿って1カ所の総合周産期センターにする考えと、青森と八戸に2.5次的な施設を配置するという考え方もできます。

多田 NICU側では、ある程度整備されつつあるのですが、神保先生がおっしゃったほうは、そこらへんがまだないと思うのです。それから二次にある程度ドクターを整備してくると、当然その分娩数もある程度多くないといけない。そうすると産科そのものの診療の在り方として、将来どういうふうになっていくかということを見据えながら、徐々に整備をしていくということで、梶原先生のおっしゃったような問題も、いまのままでいいのかということにもなってくると思うのです。現状では無理かもしれませんが、三次的なところであって、病診連携で産科の先生がお送りになったり、そこにコミットされるような形になってくると、もっと分娩数が増えてくるとか、いろんな要素があるのではないかと思うのです。そこらへんも含めて、今後ディ

スカッションかをしていく、重要な問題ではないかと思います。

いまの千葉先生のおっしゃった青森県のことに関しては、産科があまり見えてこないのです。そういう施設が十分整備されるだけの産科のドクターがいるか、あるいは今後それが整備されていくかどうか、この周産期医療計画の中では非常に重要になってくると思うのですが、そこらへん各先生方いかがでしょうか。

神保 いまの産科の三次センターに、たとえば青森県の場合に産科医を集められるかということ、私は非常に難しいように思います。こんなことを言っただけでは申し訳ないのですが、いま千葉先生がおっしゃったように、やはり産科側も三次センターを目指すよりは、最初から地域を三つに分けて、八戸と青森と弘前と三つあるわけですから、むしろそこに二次センターを用意したほうがずっと効率がいいし、うまくいくのだと思うのです。

そうすると三次センターは青森にはいないのかということになるのですが、この三次をあまり細かく定義付けてしまって、運営費がどうのという形で、これは厚生省としては当然考えなければいけないでしょうけれど、香川県もそうですが、あの厚生省の基準に満足する総合周産期センターをつくるよりは、やはり二次医療圏に四つ地域周産期センターを置くとか、マンパワーも少し下げた段階で、たとえば7、8人の産婦人科医を4か所に配置したほうがはるかにレベルは上がるわけです。そのレベルアップをすれば、それが三次の機能に取って替わると思うのです。新生児医も当然そこに見合うだ

けのものを配置してくれたほうがずっといい。

そうすると、この医療計画の三次はいらぬという話も出ちゃうのですが、そのへんについては今後の運営のときに、三次というのをどうするかは各県にまかせた上で、二次を中心に回していくというのですか、そしてその根幹になる病院を一応三次と認定していただければ、県の全体の運営費が出ますので、いいのじゃないかということ、考えています。

どんなに広くても100万の県に、周産期センターが、三次と規定された規模でいるのかなということ、私は非常に危惧しているのです。

末原 いちばん最初に多田先生にスライドでお見せいただいたのですが、周産期センターというのはハイリスクの患者を受け入れるだけじゃなくて、もちろんそういう患者さんも受け入れなければいけません、やはり情報のこともしなければいけません、教育プログラムも組まないといかん、助産婦や、若い先生の養成もしなければいけません。大阪でいま問題になっているのは、母子センターにかかれぬ人はいまどうなっているのかということ、それが僕の頭の中にもいつもあるわけです。来る患者さんを診ているのは病院であっていいわけですが、センターというのは地域のセンターであって、センターに來れぬ人も考えてあげないといかんということで、各府県にそういう三次センターというのを必ず一つつくる。そして、ここは二・五でいいとか、あるいは三次センターがもう一つあるとか、あるいはセンターは情報とかそういうのを中心にやればいいのかというのは、それはそこで考えていっていた

だいたいいいので、一応何にもないところでは、いま厚生省の案や、班の報告のようなものを、一つのモデルにさせていただいたらいというふうに考えたかどうかと、僕自身は柔軟に考えているのですけれども。

小泉（群馬県立小児医療センター） 神保先生のおっしゃるのは非常によくわかるのですけれども、NICUを運営していく場合、われわれが絶えず求めてきたのは、やはりマンパワーの集中化なのです。そうしないとNICUそのものはうまく機能しないというのは、これは明らかにされてきたと思うのです。

その次の段階でと言いますか、先生のおっしゃるのは非常によくわかるし、二次センターを充実させるというのは重要なことだろうと思います。これを同時にやっていくために、一番参考になるいいモデルというのが、最近の「Pediatrics」に出てました。コクティカット州のシステムがちゃんとしているアメリカでのレポートで、年間出生数が2万5000ぐらいある地域、Hartford地域で、地域化がちゃんとされているながら、それでうまく運営されているように見えながら、やはり病院間のコンペティションが起こってきているという報告なのです。その内容をよく見てみますと、中でも、例えばJohn Dempseyとか、そういうところだとレベル3は27床で、レベル2が8床なのです。ところがHartfordですとレベル3が8床で、レベル2が18床なのです。後者はだいたいわれわれ多田班の報告と同じような構成なのですけれども、やはり地域全体で見て、どのような形の地域計画を立てるかによってレベル2とレベル3の

病床数が違ってきて、厚生省で言う総合周産期母子医療センター、100万の人口の中核になるところが、自己完結的な医療を本当にそこで行うのか、それともそこにハイリスクなものは集めて、なるべく早くに地域の病院へバックトランスファーをするような形で行うのか。それによっても三次、二次の在り方というのはかなり変わってくると思うのです。

実際この論文の中の、Hartford地域の中でも、John Dempseyの施設では、そこが一番NICUの規模が大きいところですが、2000g未満の人の52%はだいたいバックトランスファーされているというのです。ところが、Hartfordでは10%しかバックトランスファーされていない。そういうふうに、大きな総合周産期母子センターの在り方に関しても、ぜひともこれでなければいけないというものはない。

ただ、少なくともNICUに関しては、ある程度マンパワーの集中化が、維持していくためには必要である。それは最低限必要であって、あとのレベル2はどのくらいのベッドを付けるかというのは、ある程度融通性を持って考えて、基幹病院となるところの在り方によって、二次の施設がどういう規模で配置されていったらいいかというのを考えるのがいいのではないかなと私は思っています。

多田 小泉先生、いまの文献を皆さんにご紹介くださいますか

小泉 1995年の「Pediatrics」です。去年の9月号に載っております。

多田 ありがとうございます。

私どもの研究班としては、三次的な部分、総

合周産期医療センターというのは、少なくともNICUをかなり持っていて、産科をやっていく、規模としては1000ぐらいのお産になるのではないかと考えています。正常新生児というのも少しは扱うにしても、あまり多くない。一方二次の病院は、1500分娩と想定しましたが、ハイリスクをあまり扱わないで、産科のドクターがかなり勤務しているわけです。これは1500がいいかどうかは今後ディスカッションしていただくのですが、正常の地域の産科の、かなり大きい部分であり、地域のオープン的なものを今後取り入れていくとか、産科の先生方のコミットの仕方が色々あると思うのですが、開業の先生との連携が重要です。必ずしも三次のとは相反するものではなくて、二次と三次というのは、センター的であっても役割り分担が違うのではなかろうか、それに対して一次の分娩施設的なものがあるというふうなことを班としては議論をしてきました。

二次の部分に関しては今回の厚生省案のシステムの中では明らかでないので、今後地域の産科の先生方に検討していただきたい点です。ドクターの問題にしても、現状ではなかなか集まりにくいかもしれない。しかし5年ごとに見直すということもありますし、目標を決めて、それに到達した部分から、センター的なものを認可していただくのか、それが一つなのか、二つなのかという議論も含めて今後検討していきたいと思います。

ただ、今回のシステムでは、施設は、ネットワークとか情報管理に関しても、かなりキーの役割りをしなければいけない。この部分に関し

ては、いままでの検討があまりない部分ですので、保健所の役割りとか、あるいは地域にハイリスクの情報をどういうふうに戻すかという問題を議論しておかないといけないと思いますので、このあとの時間は、情報収集とネットワークの問題について検討を進めていただきたいと思いますので、中村先生に司会をお願いしたいと思います。

V. 周産期医療の情報の収集とネットワーク

中村（神戸大小児科） それでは地域での情報収集とネットワークということで、続けていきたいと思います。

一つは情報収集というところでは、データベースをつくるという作業があるわけです。いちばんの問題はそのデータベースを何のためにつくるかということです。それがいちばんの課題であります。一つは全国的に統一したデータベースで、それを厚生行政に反映さすという意味もありましょう。また周産期医療の向上といった面もあるかと思えます。それよりもハイリスク児が退院していった場合に、かなりの率で後障害を起こす子がおります。いろいろな問題を抱えている子がいる。そういった子供たちの退院後のフォローを続ける上でのデータベースといった、そういった意味合いもあるかと思えます。

基本的なデータベースのにつきましては、先ほども分担研究班の中で話し合ったのですが、医療機関内での問題と、医療機関から保健所への問題と、二つに分けて考えなければならないという考えで、ディスカッションしてきました。

今日は、このフォーラムでは、むしろその後

半の部分、医療機関と地域の社会資源と言いますか、医療機関、保健所、あるいは児童相談所、療育センター、そういったところとの関係の中で、これからどのような形で進めていくのが良いかについて、私どもの班の梶原先生にまずお話ししていただいて、あと楠田先生に保健所の問題をお願いしたいと思っております。

では、あまり時間がございませんが、梶原先生お願いします。

梶原 ハイリスク児出生の実態調査と追跡管理に関する研究班というのが、中村先生を班長とする班であります。極低出生体重児や先天異常児などのハイリスク児が、新生児期に管理を受けた医療機関における医療面のフォローアップだけでなく、日常のかかりつけ小児科医での医療、療育施設での訓練、保健婦の訪問指導、それから児童相談所などの福祉といった、多くの社会資本とのかかわりが必要となっているということがまずあります。それぞれの地域で現場では実情に合ったそういった他分野とのネットワークづくりがなされてきております。

そういったネットワークの中において、情報源としての総合周産期母子医療施設の、センターとしての役割りというものが、どういったものであるか、その情報源の内容、どこにどういった形で、どういった内容の医療情報を提供することが最善であるかといったことを、今回は初年度ですので、今後の検討課題として提示させていただこうと思います。プライバシーの問題、そういったハイリスクの範疇の問題、それから訪問する保健婦の教育、研修の問題、今度改正された母子保健事業マニュアルとの関連の

問題、そういったことを踏まえて、今後検討していくべきことがあると思います。

中村 いまお話のように、この総合周産期医療センターの役割りとして、多くのハイリスク児ではその後もフォローが必要です。小児医療の中で最近ではNICU卒業生と言いますか、新生児期から問題のあった子供たちの占める割合が非常に高くなってきております。このような背景から、今後この総合周産期医療センターが、小児患者のスタートを扱っているという認識にたって枠組みを決めていこうというご意見かと思えます。

続きまして楠田先生は、大阪における保健所との連携の実態をお話いただけますか。

楠田 (大阪市立総合医療センター新生児科)

中村先生の研究班でハイリスク児出生の実態把握と、追跡管理に関する研究ということで、今後ハイリスク児をどのように把握して、そしてどう追跡管理をしていくかが研究されています。いままでは母子保健法で未熟児養育医療給付と、訪問指導という格好で、ハイリスク児の出生の実態把握と、追跡管理が行われてきたと思うのですが、その大阪市における実態を調査して、今後の在り方に関して問題点を提起したいということで、今回報告させていただきます。

1994年の大阪市での未熟児訪問指導の実態を調査させていただきました。出生に関しましては2万5000名の出生があって、そのうち出生体重が2500g未満の児は1968名、そして低出生体重等で訪問指導の対象になりましたのは、1502名でありました。一方実績のほうなのですが、訪問指導が実施されたのは1323名です。したが

って両者の間には若干差があるわけです。追跡管理体制が取られるなかったことに関して、その問題点として次のようなことを考えてみました。

一つ目の問題としては、退院したという流れが、必ずしも保健所のほうに流れない。大阪府全体では医院の通知を出されておられる医療施設が実際には多いのですが、必ずしもすべての院について通知が保健所のほうに来ないということで、家庭訪問をする機会が失われたというのが、一つの原因だと思われます。

次に大阪府で養育医療の給付がなされた方たちの出生した病院を都道府県別に分類してみましたが、大阪府が全体の54%、大阪府が26%、大阪市、大阪府合わせて、だいたい3/4ぐらいが大阪府内で出産されているのですが、その他に関してはかなり遠隔地も含まれています。このような方たちは当然病院退院後も、しばらくそこに滞在されることもありますし、当然そのままその病院でフォローされる、さらに退院後も長く滞在されることがあるということで、現実的に訪問指導ができなかったという例があると思います。

それから、最後に養育医療の対象者の出生体重を検討しましたが、低出生体重児に関してはほとんど対象者になるのですけれども、そういう低出生体重児以外にも、体重の分布としてはかなり広い範囲に広がっていて、その訪問指導の対象者が必ずしも均一でないというようなことがあると思います。

今回は個々の事例に関しては、調査の対象にしておりません。今後どういうふうにして実態

を把握し、追跡管理をどうやっていくかということに関しては、もう少しシステム化した方法が必要じゃないかということで、話題として提供させていただきました。

中村 ありがとうございます。

大阪市の状況を、特に養育医療の申請リストからお話しいただいたわけですが、これまで総合周産期医療センターと言いますか、医療機関を中心にリストアップしていたわけですが、あとの追跡ということになりますと、やはり住民ベースと言いますか、地域ベースのデータベースということになってくるかと思います。たぶんほかの地域も、大阪市と同じではないかと思っています。1/4程度は管轄外の医療機関での治療を受けて、自分の居住地に戻ってくるという、このような母子をどういった形で情報ネットワークの中で把握していくかという、一つの問題提起がされたかと思っています。

養育医療そのものにあまり詳しく触れられませんでしたでしたが、現在の養育医療制度そのものが完全にハイリスク児全体をつかんでいるわけじゃありません。地域によって2500g以下、2000g以下と、かなりその対象者が違うということがあって、この申請のみでデータベースというわけにもいかない。非常に問題が複雑になっているわけです。

時間があればまたこの養育医療の問題について、ディスカッションできるかと思っております。

続きまして後藤先生お願いいたします。

後藤（神奈川県立こども医療センター） 私どもの班は疾病を登録してコード化するという

班なのですが、それと直接関係あるわけではないのですが、多田先生の先ほどのご説明のように母子保健事業のマニュアルの中で、都道府県の保健所の役割りがかなりフォローとか、登録とかというところに重点を置かれたマニュアルになっておりますので、それは非常に心強いものなのだなというふうに思いましたが、実際に周産期センターの情報センターができた場合に、どのように誰が資料を提供して、その提供されたものを誰が集めて、どうやって利用していくか、それを保健所にどうやってつなげていくかというあたりが、現状としてはとてもまだまだうまくいってない。地域的には周産期のネットワークが大阪（NMCS）、東京、神奈川などにはありますが、それが十分に円滑にいてない。その円滑にいてない部分を、政令市を除いた大阪府の状況ことに、保健所が活用する資料に周産期情報が非常に不足していて、NMCSの情報があつた活用されていないという現状などを、北島先生にお話しいただくことになっております。

北島（大阪府立母子医療センター） 資料集 NO. 1 「おおさかの母子健康」は、昭和63年3月発行分で、対象は昭和55年から58年の出生小票を基にして、4年間の31万5000出生のうち3864名が保健所その他で発達障害がみつられています。その3864名の履歴をそれぞれ調査して、周産期情報としてNMCSの病院に入院したかどうか、転送されたかどうか、それから死亡は死亡小票を使つてのデータが書かれています。表9と表10は1800g以下の子供たちのデータです。ただ、大阪市を除いており約1/3の

データは欠落しています。

これによるとNMCSにおける入院必要症例の把握率は、1000g以下で半数です。1800gから1500gになると1/4ぐらいの把握率しかありません。表10で病院別の死亡率そのものは、それぞれの体重群では、NMCS以外の病院でも同じぐらいの死亡率です。

表4は転送症例です。NMCS病院で出生しても、その他のNMCSに、実際には五つの基幹病院に転送される例がありますし、その他の病院からNMCSの病院へかなりの頻度で転送されています。診療所からもそうです。全体で約10%が転送されています。

NMCSにおける障害を持った子供たちの把握率は表5にあります。表5のNMCS病院を見ていただくと、上から重症心身障害、CP（脳性麻痺）、それからMR（精神発達遅滞）も重度から軽度、情緒障害とかそういうのがありますが、把握総数は3864名のうち609名で、18%です。重症心身障害でも33%程度です。ですからその他の病院の率がいかに高いかということがわかります。

それから表8は、それぞれの子供たちがいつの時点で療育を開始されたかということですが、重症であれば、3、40%は半年以内、しかしMRの軽症になってきますと3歳以降と、発見が遅くなり、周産期情報はどんどんどんどん遠くなっていくということになります。

NO. 2では昭和58年の出生児のみです。7万6000分娩のうちの1194名です。この場合は出生体重を2500g以下と以上とに分けて、表43と44に分けて書いています。その表の左側が転送例、

右側が非転送例です。この中での NMCS のそれぞれの把握率を見ても、表43は、これは2500g未満で、重症で転送例、非転送例を合わせて50%です。総数でだいたい40%です。表44の2500g以上になると、総数で把握率は10%です。重症心身障害のレベルでやっと40%ということになります。

ですから、大阪で地域化されていると言っても、たとえ NMCS 情報が全て調べられたとしても、周産期情報は非常に乏しいということになります。

これらの情報で何かわかるかといいますと、たとえば重症心身の子供たちでも、周産期の状況は異常なしが30%です。MRにいたっては60%はまったく異常なしです。それから、障害の原因に関しては先天性か後天性かという問われ方なので、後天性はほとんどありません。

CPの体重別の発症頻度を調べてみますと、3000gから3500gの出生数のいちばん多いところの発症頻度を1にして、それぞれの体重別の頻度を調べますと、1000gから1500gが100倍、1500gから2000gの子供たちで50倍という、非常に異常な倍率です。

ところが、そういう子供たちの周産期情報は、NMCSでのデータはあるにもかかわらず、把握はできないという状況です。ですから保健所のほうから医療機関への問い合わせがあれば、われわれのほうでは府の保健所とタイアップしていますから、情報は個別には伝達はできますけれども、行政でそれをストックすべきなのかです。

個人の情報還元に関しては、情報は必ず手に

入れられるべきだと私は思います。しかし、プライバシーのことがありまた周産期の管理内容を、2年、3年後に障害を負った子供たちにフィードバックしても、あまり意味がないと思います。実際にはこれからの子供たちの予防のためのデータということで、利用するほかないと思うのです。基本的にはその個々の情報を見に行けない、特にリスクが把握されてなかった子供たちの周産期情報を見に行けないというのが、非常に難しいところだと思います。

後藤 ありがとうございます。NMCSでしっかり周産期情報を伝達しているにもかかわらず、保健所で利用されていないということですが、ただNMCSだけが医療機関じゃなくて、その他多くの施設がかかっているというところに、このシステムの問題もあるのだと思います。

やはり、共通のコードで疾病の登録の必要性をすすめる観点から考えましても、一つの都道府県の保健所にとどまらず、里帰り分娩や、隣接の都道府県での分娩転勤などを考慮し、共通基盤のもとずいいて情報を提供することはとても大切なことではないかと思えます。

中村 情報をそれぞれ別個に持って、お互いのリンケージがないというお話でしたが、今日も朝話し合ったのですが、民生関係のほうでは、バタード・チャイルドにこういった、NICU出身児が非常に多い、しかしその子の詳細については、彼らは何にも知らない。われわれもそういうのを正確に把握をしていない。お互いのリンクがほとんどないというのが現状だと思うのです。

先ほどから保健所のお話が出ておりますが、今度母子保健事業の改正で、市町村へ委託する部分と、県の保健所がやる部分と、事業が二つに分かれます。その中で養育医療に関するものは、県の保健所がやるということになっているかと思えます。われわれが扱うのは、何も低出生体重児だけじゃなしに、大きなハイリスク児も扱いますし、かなり比率でその中から問題のある児が出てまいります。それが別々の形で行政単位で見ますと、違うところでフォローされているということに対して、送り出す側の新生児医療センターとしては、どういうふうな対応をするかといったことも今朝ディスカッションしたところでございます。

われわれの中で別に結論を出したわけじゃございませんので、今後のやり方について、ぜひともご意見をいただきたいというふうに思っております。

多田 いま未熟児の問題が出ましたが、未熟児で産まれた子供を見ておきますと、社会的なハイリスクの人が、かなりNICUに収容されるような子供を産んでいます。そのほかにも、産科の先生方が見て、産まれた子供は2500以上でも、育児上かなりハイリスクだと思われるような妊娠過程とか、あるいは分娩のあとの姿があると思うのですが、いままではその分があまりはっきりと把握できていません。プライバシーの関係があるかもしれませんが、小児科側にもその情報を流していただく必要がありますし、保健所などにも今後伝えていただきたい。それから、低出生体重児に関しては、今度の母子保健法の改正に当たっては、医療機関からも保健

所に情報を提供したり、あるいは情報を保健所のほうから求めてるということになっております。いまでもかなりの地域で、保健所との連絡票みたいなものをつくっておられる施設が多いと思うのですが、今後これが退院前からということになっております。

それから、仮死とか、そのほかのハイリスクも、これは未熟性から起こった異常だと解釈していただきますと、保健所のフォローアップの対象にしてもらえることになりましたので、低出生体重児ということにとらわれずに、家庭的なものとか、あるいはその後の育児その他でサポートしてあげなければいけない場合には、周産期センターのほうで把握して、地域の保健所や、そのほかの医療機関、あるいは福祉機関といっしょに対処することが大事になってくると考えられます。どこの病院が空いているかという情報管理、先ほど2人いても1人はそれに専任しなければいけないのだという、末原先生のお話がありましたけれど、その部分はなるべく上手な方法でやっていただいて、周産期センターはそういうような産科とか、あるいは小児科の情報を集めて、それを保健所にうまくつなげるような形に今後持っていければいいと考えております。

情報センターのその仕事は、これだけでもものすごく大きな一仕事になると思います。東京都の場合母子保健サービスセンターという機関を持っておられて、中村敬先生のところで担当しておられますが、いまはなかなか保健所的な部分と、医療機関の部分とのデータがうまくつなげられないという問題があると思いますので、

そこらへんを今後どうしたらいいか、中村先生に一言コメントをいただければと思います。

東京都の場合は空床状況は中村先生のところのコンピューターで、各病院の端末に出るような形になっております。

中村（東京都母子健康サービスセンター）

私どものところは8年ほど前から、多田先生からご紹介いただきましたようなことをやっておりますが、最初の計画としては、かなり壮大なものがありました。それは各医療機関から患者さん個々の情報をいただいて、それを地域の保健所にある程度つなげるという目標を持っていたのです。そのときに、これはちょっとまズったのかなという気がしないでもなかったのですが、その場合に地域の健診や何かで、子供の情報を根こそぎ拾ってしまおうというので、乳児検診のデータベースをつくったのです。これがうまくいかなくなっちゃって、個人情報の問題に発展して、現在われわれが医療機関から情報をいただいているのも、個人情報が入ってないという前提でいただいています。

今後どうするかということで、いまいろいろ考えてはいるのですが、思い切って各患者さんの情報をいただくときに、患者さん個人の承諾を得てしまう。そういう形で情報をいただければ、個人名が入ろうと扱っただけ気をつければ、地域に結び付けていくことは可能になるのです。そんなことがもしできればと考えてはいますけれど、それは単に私がそう考えているだけで、行政のほうではなかなかウンとは言ってくれないと思っているのです。

現状としてはそんなことになっています。

実際問題として医療機関から、保健機関に手渡しで情報が渡るのは、たぶん問題なしにいくと思います。そのあとデータベースにしようとして何しようか、それは勝手じゃないかという気がするのですけれども。ですから、どっか一元的にセンターをつくって、そこへ集めてというのは、個人情報の問題を考えますと、大変難しい問題があるということだと思います。

中村 医療機関から保健所側へ情報を流すというのはわかるのですが、逆にそのあとのこと、医療機関へのフィードバックというのは、どういう形になるのでしょうか。

中村(敬) 結局医療機関から保健所に行く流れと、地域から医療機関にフィードバックされる流れと、二つあると思うのです。医療機関から保健所に行く流れは、いま言った個人情報のところを除いて考えれば、うまくシステムをつくれれば、それは何とかなる部分だと思うのです。地域から上がってくる情報というのは、たとえば、これから市町村が保健事業を行うということになると、個々のケースの情報を逐一保健所に上げるというのは、ちょっと難しい話になると思うのです。ですから定期的に、場合によってはハイリスクで問題がある子はどのくらいいるかというような調査をして、それを医療機関側にフィードバックするというようなやり方をしないと、ちょっと難しいかなという気がしています。

何かいい方法があったら教えてください。私もいま大変困っているのです。

多田 フォローアップを医療機関でしているのか、保健所でしているのかをはっきりして、

どっかに行ってしまった、ということがないようにするようどうつなぐかというのが、いちばんの問題であると思います。

藤村 地域全体の障害の問題を対象に置けば、ほとんどは成熟児ですから、とても周産期医療機関だけで太刀打ちできるような問題じゃないわけです。誰を、何を対象にまず話をはじめのかということで、やはりこの場でしたら、周産期医療センターの卒業生と限定せざるを得ないと思うのです。立場を変えれば、もちろん課長などはぜんぜん別の立場であると思うので、地域全体の障害者、あるいは小児全体の、学童に行くまでの健康状態という、そういう立場が当然あっていいのですけれども、この場ではそれはできないと思うのです。

総合周産期、あるいは周産期グループの卒業生をどう跡づけるか、その子供たちのいいケアをどうするかという観点で話をしないといけない。

その場合、じゃどこがデータベースを持つか、どこがそういう中心になるかというのと、やはり私も大阪府立母子医療センターの経験ですと、医療機関にデータベースも置き、保健婦も置き、そしてそれをオーガナイズする医師も置くのが、いちばん保健所のほうからも頼りになると思います。まして来年から市町村に移行するわけですから、個別地域にそれを分散したら、とんでもないことになると思うのです。むしろ、いまこそ都道府県で、周産期のセンターに一つ情報を置き、どこの医療機関を退院しても、きちんと地域に通知できるような形にしていくしかないんじゃないかと思うのです。

多田 先ほど二・五次とか、三次とか、二次とか、いろんな問題がありましたね。そういう医療体制の中で、どこがどういうふうに、中心的にデータを集めるかということになると思うのですが。

藤村 大阪は25病院の全部の入院が1か所に集まっています。それは二次も含めて、NMCS全入院者のデータベースが集まっています。それをどう利用するかという観点では、まだほとんど触られてないわけです。それはこれから行政と、市町村と話し合う必要があると思います。

医療機関の責任としては、退院時に連絡票を保健所に出しています。すでにそのデータベースは地域へ渡っているわけです、退院したときに。子供のケアはスタートしているわけです。

多田 それもあるのですけれども、先生のおっしゃるように連絡票を出している施設というのが、やはり限られている施設なので、今後は全部把握しなければいけないので、少なくともこの情報に関しては、三次的役割をもつセンターを作ったほうが良いとこうご提案と考えてよろしいですか。

中村 センターとしては100万に一つということですが、大阪の場合は700万、800万いるわけですが、そこに幾つもないわけで、情報センターは1か所でいいのじゃないかと、私自身は思っているのです。

それから当初指摘された、障害児全部をつかまえるなどということはとんでもない話で、明らかに障害を持った段階では、それぞれの領域がありますから、紹介するというところで物事は解決するのですが、ボーダーの子供たちの数が

非常に多いというのが、現実の問題として非常に大きいのではないかと思います。そういった問題に対して、どういうふうな流れをつくり出していくかですが、それは医療機関だけではできない。保健所とのタイアップということも必要になってくると思うのです。

その場合に、新しい母子保健法によると、そういった対象児は全部保健所が対応するわけではないわけですね、必ずしも。そのあたりはどうなっているのですか。

多田 保健所が主管することにはなると思うのですが、それは医療機関と協力してと書いてありますから、医療機関がフォローして、きちんとしているという情報を、保健所が把握していればいいので、保健所がやらなければいかん、保健所にみんな来なさい、医療機関に行かないでいいですという問題ではないというふうに、私は解釈してる。

中村 いや、訪問指導です。

多田 訪問指導は今の制度でいうと、保健所が病院から情報をもらって、保健指導してもらうという形になると思います。

中村 その保健所というのは市町村に……。

多田 市町村ではなくて、未熟児とか障害児に関しては、保健所自らが訪問する。

いま成熟児はとても数が多くてということだったのですが、これは仮死とかいろんな問題があるし、それからセンター的なところでハイリスクを沢山扱うようになってくると、その中からかなりのハイリスクの成熟児も出てくると考えるのですが。ですから、センター的なものが中心になっていけば、たとえば一次的な診療所

などの先生でも、ちょっとおかしいと思う子供を、そういうセンター的なところにご紹介いただいて、あとのフォローをしてもらうとか、そういうように医療機関側も整備をしていけばいいと思います。周産期センターが現在でもかなりの部分はコミットしているのではないかと思っていますが、そういうデータがまだないということなのだろうと思います。そこで、今後そういうことも検討していただいて、なるべく早い時期から見つけるということになってくると、産科の先生方にハイリスクのものを把握していただくということも重要になります。

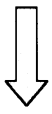
なお、システムの評価方法ということについては、時間の都合で議論が十分できなかったのですけれども、先ほど柴田先生も指摘されましたが、制度としていいのをつくっていただきましたし、今後整備をしていいのにしていかなければいけないのだと思いますが、それを整備した上で、ぜひ評価システムをきちんとして、5年ごとの見直しでよりいいものにしていく。従来の既得権というみたいなものではなく、本来にあらゆる地域の医療が整備されたようなシステムにぜひしていきたいと思います。それにはどういう項目が必要とか、そういうことは実際の地域の周産期の医療計画ができて、それからそういうシステムが発足した中で、また検討されていくことになると思いますが、ここではぜひ見直しをしながら、よりいい制度にしていきたいと希望します。

今日の議論にありましたことで、いま直ぐにはできないよというお話がありました。ちょっと飛び上がれば届く、ちょっとじゃなくてう

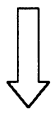
んと飛び上がらなければいけないかもしれませんが、ぜんぜん宇宙の先にある、見当もつかないようなものではないと思うのです。先ほど小川先生から、いままであるものをきちんと整備して、それをある程度充実することによって、いまの制度を生かしながら、整備ができるのではないかというご発言がありましたが、そういうものとしてやりながら、評価も同時にして、また新しいものにしていく。1回できたらそれで終わりということではないのだということにさせていただきたいと思いますし、ぜひ厚生省にもそういう制度をつくっていただきたい。われわれの研究班でも各地の現状などを調査するよという指示をいただいておりますので、その部分も含めて検討していきたいと思っております。

今後もこの班が意味があるように、先生方のご協力をお願いいたします。今日はどうもありがとうございました。（拍手）

（終わり）



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



周産期の医療システムと情報管理に関する研究班
フォーラム記録