

第2回新生児医療フォーラム

「周産期医療整備対策事業の推進に向けて」

司会 中村 肇、多田 裕

- 1) 全国実態調査結果から 大野 勉 先生
- 2) 大都市型の周産期医療システム 楠田 聡 先生
渡辺とよ子先生
- 3) 地方型の周産期医療システム 近藤 裕一先生
- 4) 母体・胎児集中治療室の機能と必要病床数末原 則幸先生

日時：平成12年2月7日(月)午後15時

場所：アルカディア市ケ谷

出席者：中村肇(上谷良行, 横山直樹, 溝淵雅巳), 多田裕, 三科潤, 大野勉(細野茂春), 山懸然太郎, 服部司, 塚武男, 千葉力, 小泉武宣, 安藤一人, 宇賀直樹, 猪谷泰史, 小田良彦(永山善久), 田村正徳, 側島久典, 犬飼和久(大木茂, 田中敏弘), 楠田聡, 末原則幸, 青谷裕文, 北島博之, 中尾秀人, 田中吾郎, 國方徹也, 亀山順治, 山崎武美, 梶原真人, 近藤乾, 小川雄之亮, 藤村正哲, 渡辺とよ子, 近藤裕一
厚生省母子保健課：武田康久

大都市型の周産期医療システム(大阪府)
研究協力者 楠田 聡 大阪市立総合医療センター
新生児科部長
研究報告書参照

司会(中村) ありがとうございます。大阪のNMCSという組織は、全国にさきがけてできた組織で、現在でも日本でいちばん活発に動いている組織ではないかと思えます。どなたかご質問がございますか。

小川(埼玉医大) 大都市圏の代表として面白い話題を提供されたのですが、私も大都市圏の隣の埼玉でございまして、東京に非常にお世話になるわけです。そういう意味で、先生のデータで1,500g未満の赤ちゃんの場合には、実際の数よりも多いということは、一つは里帰り分娩なのか、あるいはその周辺の県から、大阪でお取りになっているのが多いのか、どちらかと思うのです。

埼玉の場合、われわれのほうから問い合わせして、埼玉の児が東京でお世話になったというのはある程

度わかるのですが、東京都のデータはなかなかないので。先生のところはそういうデータを出しておられますか。大阪がたとえば京都とか、奈良とか、和歌山とか、兵庫も入るかもしれませんけれども、そのへんをどの程度カバーしておられますか。それは大都市圏としては一つの特徴だと思うのですが、そういうデータはございませんでしょうか。

楠田 今日奈良県の先生が来られていますが、実際には奈良県からはかなりの数が入ってきているのです。昔は大阪から兵庫県にお願いしていた例があったのですが、近年では奈良県から、県外で生まれて入ってくる方のほとんどです。前に養育医療の提出元の都道府県名を調査したことがあるのですが、大阪だと2割から3割ぐらいが他府県の方がいらっしゃるのです。ですから、なかなか衛生統計と合わない部分があるので、そのへんをもうちょっと合わさないと駄目だと思うのですが、そこまではまだちょっと調査してないのです。

小川 逆に大都市圏の施設としては、周辺の府県を助ける必要があると思うのです。病院が集まって

いるわけですからね。大阪だけというふうにお考えにならないで、ちょっと広げて考えていただいたほうが、うまくいくのじゃないかということもあるものですから、ちょっとお尋ねしたのです。

司会 末原先生はたぶん、産科のほうでこの数字をつかまえておられると思うのですが。

末原 MMC Sは大阪で年に数例とおっしゃっていましたが、母体搬送のほうは、やっぱりフルに揃ってないとなかなか受け入れられない。特に多胎なんかは難しいことがありますので、むしろ大阪から他府県に依存している。その特徴は奈良県の場合はやっぱり、悪口を言うわけじゃないですけれども、絶対数が足りないから、それと交通事情で、2本の高速道路ができましたので、直ぐこちらに来ますので。

それからもう一つは、兵庫県でも阪神間は大阪に近く、京都府の南も大阪に近いところにあります。和歌山北部は大阪に隣接したところにあります。母体搬送としては、むしろそちらのほうにかなりお願いしているというか、相互乗り入れしていますので、そのへんは一つの大きな診療圏として、これから考えでいかなければと思っています。

司会 東京と埼玉の関係とは違い、いまの話ですと、むしろ大阪の周辺に出て行くほうが多いというふうにお考えですか。

末原 そうです。最初は割りとかうちに流れてきていたのですが、最近は京都も兵庫も和歌山もかなり整備されて、外に出る割合が少し高い。

司会 そうすると、東京と埼玉の関係とはまったく逆なわけですね。大阪府も知事が変わりましたので、また状況が変わるかもしれませんが。(笑い)

田村(長野) 1県に一つしかないようなところに、基幹病院だけに掻き集めるといのは、幾つも成功例があると思うのです。大阪のすばらしいところは、あれだけあくの強い先生方がいっぱいおられながら、(笑い)基幹病院だけでなく、いわゆる協力病院が非常に協力しておられるように見える、それが成

功しているいちばんの独自性じゃないかなと思うのです。そこで、基幹病院だけでなく、協力病院の方に対しては、公的補助というか、そういったものはどういう形で配分されておられるのでしょうか。

楠田 お金のお話をすると、大阪府と大阪市から3000万ずつ6000万出ていて、3000万が産科、3000万が新生児科となっているのです。あと必要経費を除いたら、協力病院と基幹病院の差というのは50%ぐらいの差です。だから、一応協力病院も入院数にかかわらず、参加施設ということで施設割りで補助金は出ています。ただ数が多いので、1施設当たりになるとかなり減ります。

田村 そうすると数百万程度ですか。

楠田 そんなにならないです。4、50万ぐらいじゃないですか。

末原 いまお金のことをおっしゃいましたが、それ以外にシステムのためにファックスを設置したりとかして、だいたい同じようにしていますので、そういう意味で協力病院もかなり潤っていると言ったらあれですけども、メリットがあるじゃないかという気はします。

近藤(熊本) 二つ教えていただきたいのですが。一つはいま、各病院にお金の裏付けが少しあるようなお話でしたけれども、今度の厚生省の周産期医療整備事業で、たとえば地域周産期母子医療センターに、いまのままの状態でなり得る施設が、その中でどのくらいあるのでしょうか。たとえば、小児科の医者の当直がいるとか。

楠田 いま実は再編成が必要だということで、アンケート調査を実施しているところで、ちょっとまだそのデータが出てないのですけれども、先生が言われるように、いま32施設あります。やっぱり下のほうは地域には残念ながらならないですね。ですから、たぶん下の5施設なり、10施設近くは、いわゆる本当の意味での協力病院になると思うのです。いま一応どのぐらいのことをやれますかというような、

再編成も含めて、アンケート調査を実施して、それで先生の言われるような総合と地域に色分けできればというふうに考えておりますが、ちょっとまだわからないです。

近藤 たとえば熊本みたいなところは、絶対有り得ないですね、地域型のあの設置基準を満たすようなところは、そうすると 20 か所ぐらいはあるのですか。

楠田 そうですね、難しいところだと思うのです。

近藤 もう一つは、超未熟児がかなり、90 何%集まっているというお話だったのですが、里帰りがあって難しいのですけれども、新生児死亡に占める NMC S のパーセントというのはどのぐらいありますか。

楠田 それは新生児死亡登録を毎年報告させていただいているのですが、一応登録されるのが 7 割 5 分ぐらいですね。少し上がってきたのですけれども、7 割 5 分ぐらいで、抜けているのはどういう方かという、正期産児で、しかも生後早期に亡くなっている人たちの登録が MMC S では抜けているということで、残念ながら MMC S に来れずに亡くなっている方がかなりあると考えています。

近藤 一次施設で亡くなっているのですね。

楠田 そうです。

司会 さっきのことにちょっと関連するのですが、地域型もさることながら、いま六つ核になるのがありますね。総合はこれからどういうふうにお考えですか。

楠田 もし 100 万当たりということで、東京都などを参考にすれば、やはり 6 ヶ所じゃなくて、8 か所ぐらいは、本来はいるのだと思うのです。いま施設基準という意味で厳密に言えば、これも調査中なのですが、施設基準を満たせる施設というのは、基幹病院の中でも 2 施設か 3 施設ぐらいしかないだろうと思います。

司会 どうも先生、ありがとうございました。ま

たあとでディスカッションをしたいと思います。それでは次に、東京都の実情ということで、渡辺とよ子先生にお願いしたいと思います。

大都市型の周産期医療システム ー東京都の実情ー
東京都立墨東病院周産期センター 渡辺とよ子先生
報告書参照

司会 どうありがとうございました。

東京都の実情ということでお話しいただきましたが、どなたかご質問がございますか。もしなければ、時間も押し迫っていますので、また最後のところを一括して、お話しできればと思います。

次に近藤先生、地域というか、大都市と比べて、地方ではどういう取り組みがよかろうかという話をお願いしたいと思います。

地方型の周産期医療システム ー熊本県の実情についてー
熊本市市民病院新生児科部長 近藤 裕一 先生

熊本県は年間出生数がだいたい 1 万 8000 人で、実際新生児をやっている施設は、ほとんど私たちの施設だけで、大変集中化の進んだところの例だろうと思います。

最初は 80 床からスタートをしたのです。現在 NICU の基準を 15 床取って、そういう関係もあって、現在の定床の 60 床まで減っています。そのかわり、人工呼吸器をしている患者さんとか、そういうふうな患者さんが増えています。入院数はだいたい 600 人です。

1980 年、昭和 55 年から救急車で搬送をはじめました。救急車で運んだ患者さんの数は、最初の 10 年ぐらいは救急車でどンドンどンドン運んで、沢山増えまして、その中でいちばん多いころは、昭和 60 年ころは、1 年間に 382 回救急車で運んだことがありますけれども、最近は母体搬送が増えています。現在

約入院患者の 2/3 が母体搬送です。

ちなみにうちの産科の分娩数も年間約 600 台でして、正常分娩は約 1/3 で、非緊急の母体搬送が 1/3、緊急の母体搬送が 1/3 で、年間 250 件ぐらいが救急車で来ています。全体の帝王切開率が 45% ぐらいです。ですから、うちの病院の産科で産まれた患者さんの 2/3 がNICUに入院しますし、逆にNICUで入院する患者さんも 2/3 は院内出生というところ です。

毎年だいたい 50 人ぐらい超未熟児の入院があります。熊本県全体の超未熟児の出生数の、だいたい 90% ぐらい、100% にほぼ近いような超未熟児の収容率になっています。超未熟児がほとんどうちに入っていますので、新生児は私たちのところでしか死なないと思っていましたら、実際は 5 割 5 分から 70% ぐらいということで、ぜんぜん 100% 近くになっていない。地域化と言っても、超未熟児の収容率で見ますと、ほとんど 95% 以上入っているのですが、死亡でみると、まだ 2/3 ぐらいしかカバーしていないということを知って、びっくりしました。

そういう新生児が亡くなる理由です。これはちょっと昔調べたのですけれども、救急車で 1 年間に 300 人くらい運んでいたときに、新生児に挿管しないといけない人が 68 人いたわけです。68 例中 32 例はお産があった施設の産科とか、小児科の医者ではなくて、私たちが駆けつけて、はじめて挿管したということで、実際分娩を行っている施設でも、蘇生ができないところがかなり多いというのが現実です。

熊本県は出生数 1 万当たりの人工呼吸器の台数ワースト 3 位ですね、それも水俣の 3 台が入っていますので、おそらくそれを除くと、ワースト 1 位じゃないかと思うのです。それとNICUに勤務する小児科の医者と新生児科の医者を合わせた人数もワースト 4 であって、大変少ない人工呼吸器と医者の数です。しかし、新生児死亡率とか周産期死亡率は、この年はそれぞれ 6 位で、このところ 5 位から 15 位の間であって、結構いい成績を取っています。やは

り集中させると、ある程度の成績は保てるということを意味していると思いますけれど、大野先生も 7% ぐらいのハイリスク児とおっしゃいますけれども、うちに収容されたのは 600 人で、熊本にはだいたい 1200 から 1300 ぐらい、そういう子が産まれているはずで、実際は半分しかカバーできてない、しかも新生児死亡の中のやはり 2/3 ぐらいしかカバーできてないということを考えますと、もっともっと足りてない。

ところが、私たちもこうやって 20 年くらいやっていますけれど、あるとき新生児を一生懸命やり出しますと、それまでやっていた病院が全部手を引いてしまったのです、全部お前のところにまかせる、まかせるということで。私も一生懸命頑張って、どんどんどんどん集めていたら、気が付くと今度はみんな誰もやってないということで、もっとより質のいい医療をしようというときに、大変困ったということです。

先程ちょっと質問しましたけれど、地域周産期医療センターみたいなものにみんななって欲しいと言って、会議をするのですけれども、実際小児科の医者の数が 1 人から 3 人ぐらいしかいませんし、新生児の経験もありません。看護婦さんが、新生児専任の看護婦さんがいる病院は、水俣だけです。実際的には熊本県という地理的な分布の中で、一つの公立病院が受け持つ出生数というのはだいたい 500 から 1500 ぐらいなのです。そうすると、1500 ぐらいの出生数に対して、地域型をつくるというのはとても無理なんで、実際はやっぱりあの基準をすごく緩めてでも、経済的にある程度裏打ちされるような保険点数とかをお願いしたいと思います。

以上です。

司会（多田） 近藤先生、ありがとうございました。

地方で非常に頑張っておられる現状がよくわかりました。たしかに集中化によって非常に成績が上がっていることは、先生方の努力の賜物だと思うので

すが、逆に底辺の問題では、いろいろまた問題が出ているというご指摘でした。先生のところのスタッフの現状をご紹介いただけますか。

近藤 一応スタッフとして7名おります。名目的には新生児医療センターは2人、小児循環器2人、小児科3人なのですが、実際は小児科3人のうちの1人は去年まで大阪で勉強させてもらいました川瀬というのがおりまして、実は3人プラス研修医、レジデントという形でやっています。あと当直とかは小児科とか、小児循環器の人たちにも手伝ってもらって、9人くらいで回しています。でも、研修医、レジデントは6か月から1年の交代なのですから、こういう人たちにも職員並に、当直してもらっているような形なのです。

司会 では、最後に末原先生に母体胎児集中治療室に関して、その機能や必要病床数ということで、産科のほうからひとついろいろご紹介をいただきたいと思います。末原先生、お願いいたします。

母体胎児集中治療室（FMICU）の機能と必要病床数に関する研究

末原 則幸（大阪府立母子保健総合医療センター産科部長）

研究報告書参照

司会 ありがとうございます。産科の部分のデータというのが、非常に欠けていたと思うのですが、末原先生からこういう形で試算をしていただきました。

一つだけ先生、確認をさせていただきたいのですが、先生がこの計算をした基礎になるのは人口100万、出生約1万の中のハイリスクを計算していただいて、しかも周産期センターはだいたい1,800ぐらいのお産ということを考えて、その中にその地域のごく重症なハイリスクはみんな収容すると考えると、MFICUはだいたい6床、余裕を見ると7床ということによろしいわけですね。

末原 はい。

司会 そうすると、いまの現実とかなり合ったデータ、リーズナブルなデータだと思うのです。われわれが9床とか12床とか考えましたときも、末原先生にある程度基礎的なデータを出していただいたのですが、もう一度東京都のを利用していただいても同じような計算でいくのではないかというのを出示していただけたのだと思います。

これをぜひ各先生のところでも出していただいて、これが非常にリーズナブルなんだということを検証していただき、末原先生の出していただいた計算式が理に合うのだということを出していただければと思うのですが、どなたかご質問がございますでしょうか。

福田（新潟市民病院）先生、ちょっと医療保険のことをお尋ねしてもよろしいでしょうか。

いま総合周産期母子医療センターでは、いわゆる周産期科は6ベッド以上ということに、ちょっと緩和されたわけですね。去年の6月ぐらいでしたか。ところが、いわゆる青本を見ますと、6500点取れるベッド数というのは、9ベッド以上あることとなっているわけですね、施設基準では。

末原 グリーンの本ですね、保険の。

福田 ええ。私は新潟県ですので、その保険課のほうと話し合ったのですが、ここに書いてある限りは、いくら周産期母子医療センターを取っても、9ベッド以上ないとこの6500点、6500点だったと思いますけれど、これは取れませんよということになっているのです。それで、今度4月から改定になりますので、そこで整合性が取られるかと思えますけれども、そのへんの見通しというのは、どんなものなのでしょうか。

末原 一応母子保健課と保険課の合意で、6床で保険も両方いけると、いま理解しているのです。ただグリーンの本はちょっと修正が間に合っていないというふうに理解しているのですが。

それによろしいでしょうか、多田先生。

司会 僕は正確にはどっちかというのは、よくわからないのですが、いずれにしても正式には今度の改定では記載が変わるのだと思いますが。その見通しを小川先生、聞いておられますか。たぶん、その見通しは母子保健課のほうから行ってるので、正式に文書を直すのはそこだと思いますが。

小川（埼玉医大） これは厚生省の母子保健課の周産期医療対策推進協議会で、われわれは6床というのを答申したのですが、これはあくまでも、先ほど申しましたように、各都道府県に1か所の運営費補助をもらう、国の指定する総合周産期母子医療センターの規模として、MFIICUが6床以上に緩和されたということなのです。それと保険とは本来は別なのです。現在は途中から保険というのは変わりませんので、そこで局長通達で6床でよろしいということになったわけですが、保険はこれからののです。おそらく4月から変わるであろうということですので、国の指定する総合周産期母子医療センターとしては6床でかまわないのですが、保険上は駄目という、ギャップがあることはたしかです。

司会 よろしうございますか。

では、ほかに末原先生にご質問がございますか。

猪谷（神奈川こども病院） うちも総合周産期ということでMFIICUを取っているのですが、現実にはその対象が少なく、いつもわいわい言われているのです。一つは個室にどうしても入れなければいけない患者が多くて、個室に出すと、MFIICUからはずれてしまう。いちばん重症なのは個室に入れるというと、MFIICUからはずれるのですが、この計算にはそういうことは入れてないのですか。

末原 入っていません。個室もかまわないというふうな6月の変更のときには、個室も含めて全体のエリアとして、そのスペースと人ですか、があればいいというふうに、僕は理解しているのですが。

司会 以前は個室は認められなかったのですけれ

ども、今度は個室が認められるようになりました。

それと、これは僕はあまりはっきりしてないのですけれども、小川先生にお答えいただいたほうがいいかもしれませんが、個室を含めたエリアで指定してしまえば、個室に入ってもそのままかまわない。以前東京都の場合は、国から地方自治体に派遣されている保険の人は、もしも個室に入れた場合には、そこで1人必要で、たとえば3床のうち個室一つと、大部屋5人で6床といった場合には、大部屋のほうに2人、個室のほうに1人で、3人置かなければいけないと言ったのですが、今度はそこまで要求しないことになったと思います。したがって今後はそういう指導になっていくのだらうと思います。

あまり離れたところだと、ちょっと具合が悪いのですけれども、隣かなんかの個室に入れるようにしていただければ、そのエリアまでMFIICUという名目にすれば、たぶんいいんだと思いますね、先生。

末原 たぶんそれで認可されると思います。

猪谷 はじめは個室もいいということで、個室を指定していたら、個室まかりならんと言われて、また別の部屋を指定して申請し直したら、また個室もいいというように、すごく振り回されているところがあるのです。

多田 そうなのですから、結局、個室はいけないというので、われわれの要求が非常に強かったので、それで個室も認めてもらうし、人数もそういう形で認めてもらう。ただ、あんまり離れたところに飛び地というのは、人の関係で保険上認められないということです。

それから、もう1点は6床になったのに含めて以前は、小川先生がおっしゃったように、あれは周産期医療施設の指定だったものですから、そういう意味で陣痛室も入っていたのですが、今度は保険のことも考慮したので、6床の中には陣痛室は含めないということに、はっきり明記されたんだと思います。それが小川先生のおっしゃるように、この4月から

はそちらにたぶん変わるのだらうと思います。

それでは、全体の議論の中でまた末原先生へのご質問があれば、ご質問を受けていきたいと思います。

全 体 討 論

司会（多田）それでは、全体を通じてご質疑をいただければと思います。

藤村（大阪府立母子医療センター） 個々のいろんな貴重なご発表を一つずつ議論していく時間がないのですが、これは皆さんが当然考えておられることだと思うのですけれど、周産期医療のシステムというのは、長い間議論されてきて、これから 21 世紀に私たちがいま残すべきことは、今日出たようなそれぞれの演者が、この指標が大事なのだというようなポイントを幾つかおっしゃっていますね。

その指標というのは何かというと、患者さんに対するサービスがどうだという視点もあるし、インテシブケアのクオリティから見て、非常に沢山効率よく助けているとか、予後がどうだとか、あるいは医療機関の人はハッピーに働いているかどうかとか、要するにいろんな切り口があるわけです。その上で指標になると思うのです。

私の提案は、今回のこのシステム班で今後取るべき指標というものを決めていただいて、毎年ぜひその指標を取って欲しいということです。そして年次推移をぜひこれから 5 年間、私たちの周産期医療システムが質、量、クオリティのいろんな見方、患者さんの立場からでも、働く者の立場からしても、行政の視点からしても、どの面から見ても、この指標でありますよというふうなものをですね。これはかなり明らかになってきたのではないかと思います。

それを集める方法はまた別の議論があると思うのですが、せめてこの指標はいるというのを、ぜひよろしくをお願いします。

司会 末原先生お願いします。

末原 楠田先生の発表もそうですけれども、早産、低体重児というところは非常に進んで、母体搬送も進んできていますけれども、それはもちろんいいことなのですが、やはり子供の全体的な予後の改善からいくと、それ以外のところで、かなり成熟児で仮死があったり、あるいはIUGRの取り扱いであるとか、プロムの取り扱いというか、それから同じ合併症でもいままでは母体の合併症、お母さんを助けるために母体搬送、心臓が悪いとか言ってきたところがあるのですが、むしろいまはSLEであるとか、糖尿とか、赤ちゃんに非常に影響を与えるような、そういう観点で見ていただかないといかんと思うので、そういう面で各地域で産科の先生を引きずり込んでというか、そういうアプローチをぜひお願いしたいと思います。

司会 それでは、皆さんのご意見をいただいてから、まとめさせていただきたいと思います。

小泉（群馬県立小児医療センター） 今回のテーマは周産期医療整備対策事業の推進に向けてというのですけれども、ただいまご発表いただいたほとんどは、いわゆる現状がどうだということなのですね。最初主任研究者の中村先生がおっしゃったように、平成 8 年に出されても遅々として進まないという、その問題点をやはり考えなければいけないと思うのです。各地のシステムを考える場合には、やっぱり共通性と多様性という二つの側面がある。そして多田班の時期においては、その共通性のところで大きな枠をつくれればよかったと思うのですけれども、今回は地方型の場合も、割りとどちらかというところ、ある地域に一つの大きなセンターがあってというところを選ばれていますので、その地域の多様性の部分に対応するところが、まったく見えてこない。

藤村先生がおっしゃった指標をということ、それは何と何が必要かという、そこを重要視して、共通性の部分は多田班のときのでだいたいある程度システムとしては、いいのじゃないかと思うので、その多様性のところをもう少し、その一つ一つの指標を、

こういうところではこういう案が出ています、それが本当にこれからのその地域の周産期医療にとっていいのか悪いのかという、そういうような形のものを出していかなければいけないのじゃないかと思っております。

それで、藤崎課長がこの前のときも平成 16 年までに 47 都道府県全部整備してということと同時に、一応厚生省では全国で 83 か所を総合周産期センターとして考えている。地域で指定するのは別としてですね、83 というのを出していますので、やはりそういうこともひっくるめて、実際に平成 16 年までに実現するにはどういう方法がいいのかというのを、多様性の部分のパターンを幾つか、中村班で来年度には少なくとも示していただきたい。それには、藤村先生が言われた指標というものの、何と何と何がいちばん重要なのかということ、をはっきりさせておく必要があるのじゃないかと思っております。

司会 ありがとうございます。ただいまのご意見も、藤村先生のご意見も、そういう問題だと思うのです。それで、指標の問題はぜひ来年度もやりたいのですが、正直言いますと、来年ではもう間に合わない面があります。というのは、皆さんご存じだと思いますが、「健やか 21」という厚生省の討論が 10月に終結をします。この 3 月から 5 月ぐらいに、この周産期の母子医療システムについての討論がされます。たまたま私がそこに入れていただいているものですから、新エンゼルプランの国がつくったその文書を皆さんに冊子をつくってお配りしようと思っています。それを見ていただいて、またご意見をぜひいただきたいのです。そして、私が皆さんを少しでも代表して、その会議で厚生省にその案を入れてもらうように頼みたいと思います。

いろんな窓口があるのですけれども、この六つの大臣が合意した新エンゼルプランの中には、母子保健医療体制の整備というのがあって、「母子保健水準の改善を目指し、安心して妊娠、出産、育児ができる体制を整備する」ということで、1 が国立成育医療

センター（仮称）の整備等で、「国立成育医療センター（仮称）の平成 13 年度開設の整備や、それを中核とする成育医療に関する政策、医療ネットワークの構築により、高度な小児、周産期、不妊等の医療提供、研究等を推進する」。2 が「総合周産期母子医療センターを中核とした周産期医療ネットワークの整備」、これが平成 11 年度が 10 都道府県、平成 16 年度が 47 都道府県で、この説明として、「リスクの高い妊産婦や新生児に適切な医療を提供するための一般の産科病院等と高次の医療機関との連携体制」。それから 3 番が「小児救急医療支援の推進、二次医療圏に小児専門の救急医療体制を整備」、これが平成 11 年が 118 地区、平成 13 年度は 360 地区です。それから 4 番目が不妊専門相談センターの整備で、「不妊に悩む夫婦に対し治療に関する情報提供や、精神面での相談を実施」、そして平成 11 年度に 24 か所、平成 16 年度 47 か所です。

この冊子は改めてお配りしますが、こういうことが書かれています。会議ではこの不妊症に関しては、もっともっと議論があって、そんな簡単にセンターをつくるのでいいのかどうかという議論がされました。この中で小児救急とのからみで、地域周産期の問題もぜひ考えていかなければいけないと思うのです。センター的な小児救急医療体制が整備されて、要員の確保の問題があったときに、ぜひともそこに地域周産期医療センターをくっ付けていくのも一つと思います。こういったものが 3 月にはかなり具体的な議論がされますし、資料があれば至急厚生省のほうに出すようにという文書も来ていますので、ぜひ参考になる資料があれば、提出していただきたいということです。

いまのキーワードみたいなことをここで議論をしたいのですけれども、時間があまりありませんので、ここにご出席いただいた方はぜひ、キーワードを中村先生のところにお出していただいて、それを中村先生のほうでまとめて頂き、何を要求していくかを検討したいと思います。

中村 5 時には必ず空けるようにと言われておりますので、ちょっと時間がございませぬが、どなたか最後に一言だけという方がいらっしゃれば。

() たとえば平成 13 年までに二次医療圏全部に小児救急施設をつくるということなのですが、都府県はわかりませぬけれども、地方には小児科の医師なんかいないのです。それを 13 年までにという限定をするのか。厚生省の方はもう帰られましたけれども、非常に不満なのです。そして、平成 16 年までにこれをつくるというのをぶち上げていますけれども、それ以降はもうタイムオーバーということでできないということになるのでしょうか。そのへんがちょっと非常に心配なのです。小児の二次救急はこれは絶対にできませんね。13 年までに 360 つくれなんて言ってもスタッフがいませんもの。

司会 先生のおっしゃるとおりだと思うのですが、これは目標値なので、絶対つくれと言っておいて、できなかったときになぜできなかったかという対策も立ててもらって、延ばすというのが。はじめからなんの対策も立てなかつたら、ぜんぜん望みがなくなっちゃうので、そこらへんが綱引きなんじゃないかと、僕は思っています。

先生のおっしゃるように小児科が少ないというのが非常に問題だということは、この間 1 回だけ会議があったのですが、その問題は小児科側からかなり出ておりました。しかし、それだからダメと言うのじゃなくて、もう絶対に必要なんだと言って、それでという作戦もあるのじゃないかと思ひます。厚生省もそう思っていると思ひます。そういう点では人員確保のためにどうしたらいいか、小児科医、産婦人科医を増やすためにどうしたらいいかという対策も同時にわれわれは提言していかないとはいけませんので、私にはアイデアがちょっと乏しいものですから、ぜひそこを先生方から意見をいただきたいと思ひます。

中村 最後の問題は、この周産期医療でもまったく同じことが言えるのじゃないかと思ひます。いち

ばんのリミッティング・ファクターになっているのは人の問題だと私自身も思ひます。救急もさることながら、周産期医療そのものに人がいない。総合周産期医療センターが 47 都道府県全部にできたとしたら、たぶん最後にできるところでは、よそから引き抜いてこない、できないことになるのじゃないかという気がします。

だからと言って、あきらめるというのじゃなしに、やはり一つのビジョンとして、せつかく国のほうでも政策的に、いまお話のような部分が出てきておりますので、われわれとしてはある程度理想に近いものを目標として提言していくほうが、いいんじゃないかと思ひます。その点、先生方はいろいろご意見をお持ちだと思ひます。ちょっと時間も限られておりますので、十分ディスカッションができなくて残念ですが、ぜひともご意見を電話でもメールでも結構でございます、お寄せいただければと思ひます。

それでは今日は先生方、お忙しいところをお集まりいただきましてありがとうございます。これをもちまして今日の会を終わりたいと思ひます。どうもありがとうございます。(拍手)(終わり)