

しかし、病床数そのものは6,400から6,900と増加はしているのですが、必ずしもこの入院数の増加に比べると、ベッド数は増えていないという現実がございます。保険認可のNICUの施設病床数も同様に25%の増加率ですが、入院数の増加に比べると少ないという現実です。新生児の専任医師数は722という数字になっておりました。これも増加はしておりますが、施設数がかなり増えているというところで、一つの施設の専任医師というよりも、分散した形での新生児専任医師が増えているという現実があります。こういった面をいろいろと課題が残されているように思います。このいちばん最後に、必要病少数というのは大野先生に計算していただいたのですが、9年には74床という計算でしたが、12年の入院数などを用いますと、出生1万当たりに96床と、以前に比べますと30%増のベッド数が必要であるという数字になっております。

(スライド2) 今の話をまとめたのが、このスライドですが、平成9年に比べて12年は病床数、スタッフも増加はしております。病床数は7.2ポイント、新生児専任医師数は31ポイントとかなりの増加でございますが、一方でハイリスク新生児の発生率が増えているといったところから、施設整備や人員の確保というのは一層必要になっているという現実です。新生児医療施設の現状を見ますと、病床数や人員の増加は主として小規模施設での増加であって、総合あるいは地域周産期母子医療施設を含めた3次施設での入院数の増加に見合った、医師数の増加というのは必ずしも確保されておらず、むしろ深刻な事態になっている施設も少なからず見られたという結果でございます。必要病床数は出生1万当た

り96.7床と算出され、現状では57.9床と必要病床数の60%しか存在していないという現実があります。以上が13年度のまとめです。

それで、先ほど話にございましたわが国における総合周産期医療センターの設置されている都道府県です。この青がすでに設置済みで、今現在、16ではないかと思うのですが、設置予定の都道府県が八つで、これがグリーンです。ですから、紫色とグリーンが設置されている所で、あとはこの3月の時点の調査で予定なしという所です。その予定なしの中を三つに分けてみました。A1、A2、B1というのは施設の規模ですが、A1というのは現在の総合周産期母子医療センターに匹敵する施設として、運営実績から見ますと、人工換気が年間50例以上、超低出生体重児を20例以上扱う施設です。A2というのは、人工換気が年間20例以上、超低出生体重児を10例以上、こういった症例を扱っている施設です。B1というのは、A1の基準のどちらかという組み合わせでございます。ですから、A1、A2というのは十分、総合周産期医療センターとして機能しうる病院で、B1が少してこ入れをすれば、現在の基準に合うだろうというところでは、元へ戻ります。

それで、予定なしの中でも、A1、A2、B1と三つに分けてみますと、A1というのは水色のところですので、こういったところは少し行政のほう頑張れば、すぐに認定できる都道府県ということができると思います。A2がピンクのところですが、赤のところはB1のみということになりますから、かなり小規模の施設しかない都道府県ということになります。今日お見えの先生方の中で、この

辺の都道府県の先生がおられたらまたご意見をいただきたいと思いますが、こういったところでは現在の基準でやるというのは非常に難しい。ピンクのところはそのボーダーというふうに考えればいいと思うのですが、そういったものをあわせると 13 の都道府県になります。

これは、私がすべて新生児側から見た数字でございますので、産科の側から見るとまた若干違ってくるかと思えます。あとでまた一括して討論できればと思えます。このセッションは私と岡井先生と 2 人で司会をさせていただきます。よろしくお願いいたします。よろしくお願いいたします。

岡井 昭和大学の岡井でございます。司会を仰せつかりましたのでやらさせていただきます。今の中村先生のお話で昨年をおまとめいただいた結果、産科側からも少しいろいろとディスカッションに参加させていただきたいところもあると思えますが、お話のようにあとでまとめてということですので、早速今日の第 1 部「周産期医療の評価と課題」ということで、予定していただいている先生方から現状に関するお話、あるいは問題点に関するお話をさせていただいて、そのあと、まとめてディスカッションということにしたいと思えます。

それでは最初、「全国の総合周産期母子医療センターの現状」で東京女子医大の松田先生にお話をお伺いします。よろしくお願いいたします。

わが国における総合周産期母子医療センターの現状と問題点

東京女子医大母子総合医療センター

松田義雄

松田 日本産婦人科学会が 4 月にありまして、その時この演題で発表させていただいたのですが、その時にいくつか注目を浴びまして、新聞記者の人も来られました。今、お手元にありますレジュメは、今日のスライドの内容に「厚生福祉」という厚生労働省の週刊誌が何かでしょうか、それに記事が抜粋されているのを一緒に配らせていただきました。それでは、早速スライドを始めさせていただきます。

(スライド 1) 目的であります。平成 8 年度から、先ほどから話がありますように、総合周産期母子医療センター設置事業というのが開始され、平成 14 年 1 月現在、1 都 2 府 13 県の計 25 施設、先ほど中村教授からも言われましたけれども、16 都道府県に設置されています。4 月で宮城県ともう 1 か所どこかであったという話を聞いているのですが、こういった 16 都道府県しか指定を受けていないということです。その現状と問題点ということの見直しがまだされていなかったため、この当時の 25 施設全施設にアンケートをお願いしまして、その結果をまとめてみました。

(スライド 2) 北は岩手から九州は福岡までこのように全国にあります。この施設すべてにアンケート調査を依頼いたしました。

(スライド 3) 認可にあたって、定められた整備指針というのがありまして、これは実際、平成 11 年に一部変更されているのですけれども、これに照らしました設備・人員・情報システム・研修の現状に加え、現在抱えている問題点というのを自由に記載する質問用紙を各施設にお配りしました。回収率は 100% です。しかしながら、その施設のトップの人にのみお聞きしましたので、実際に働いてい

る先生の生の声というのは抽出できておりませんので、もっと生の声が出てきたら良かったと今、少し思っています。その 25 施設の内訳ですが、大学病院が 10 施設、公立病院が 8 施設、その他が 7 施設となっております。

(スライド 4) かつては M・F・I・C・U というのは 9 床であったのですが、11 年から 6 床に下がりました。現在、大学病院の 10 施設の内訳を見ても、ベッド数 6～8 が 1、9～11 床が 6、12 床以上が 3、以下公立病院が 3、5、0、その他が 2、2、3 というふうな分布になっております。それで、設置基準が最低 6 床ですけれども、これでも足りないということを訴えておられる施設が、内訳でありますけれども、M・F・I・C・U そのものが足りないという施設が 5 施設、全体の 20%。後方ベッドは 2 倍以上という大ざっぱな数しかなかったのですが、それが足りないと言われたところは 11 施設ありました。全体で見ても、約 80% の施設で設備は何とか足りているというふうに報告されました。

(スライド 5) 今日おそらく話題になりますでしょう、いちばんの問題ですが、スタッフの充足度です。整備指針を見ても、「医師は 24 時間体制で産科を担当する複数医師が勤務していること。看護師は常時 3 床に 1 名が勤務していること」となっております。それで、産科を担当できる医師数というのを median で表してみたのですが、日勤帯では 7 名、当直帯と休日で 2 名ずつであり、医師が十分足りていると答えたのはわずか 2 施設、8% のみでありました。一方、看護師・助産師ですけれども、足りないと回答されたのは 4 施設のみでありました。

(スライド 6) これを少し具体的に見てみ

ますと、勤務帯別に赤が大学病院、それからブルーが公立病院、黄緑がその他、黄色が全体を示しております。日勤帯は先ほど言いましたように、8 人、5.6 人となっていて、全体で見ますと、大体 7 人となっています。ところが何と 2 名から 14 名という幅広い回答でありました。当直帯、すなわち平日の午後 5 時もしくは 6 時以降ですが、大学病院が 3 人、公立病院・その他が 2 人、1 人体制が実は 3 施設に行われていたということが明らかになりました。これは厚生労働省とその都道府県の折衝でその 3 施設が認可されたことをあとでお聞きしました。実際には 1 人から 4 人というところで、同様に休祭日にしましても、2.5 人、2 人、2 人となっておりまして、本当に救急のときに、人が必要な時間帯に十分な人がいないということが、これではっきりしてきたと思います。

(スライド 7) これをもう少し詳しく検討してみました。施設別勤務時間帯別に見た、常勤のほうがいいかもしれませんが、日勤帯は十分いますので、当直帯と休祭日に分けて検討してみますと、当直帯が 1 人であるというのが公立病院で合計 3 施設です。大体 2 人以上がこういうふうな分布を示していて、赤で示している大学病院のほうは、マンパワーは何とか足りているであろうということが分かりました。同様に休祭日も公立病院、その他が 1 人でせざるをえないという回答が出てきました。

(スライド 8) 主な問題点は、自由に記載してもらった問題点の中なのですが、休日や夜間帯での 2 人当直体制が困難になっているというのが 7 施設 28% です。その内訳を見ても、先ほど大学病院はまあまあいいだろうと思ったのですが、実際は 3 施

設でかなり困難になっているということを訴えられておりました。公立病院が1施設、その他の施設で3施設というふうになっていきます。そして、NICUのベッド不足というのも、本当は母体搬送を受け入れたいのだけれども、受け入れが制限されているといったことが6施設、24%ありまして、このうちの5施設が大学病院でありました。

(スライド 9) 続きまして、情報システムの整備ですが、この整備指針としましては、「周産期医療情報センターを設置し、情報提供を行い、必要と思われる情報を公表する。そして、周産期救急情報システムは必ず置く」というふうになっています。同様に周産期医療情報システムです。さらには「周産期医療関係者への研修を行う」ということが整備指針で決められておりました。ところが、これらがまだ整備されていないという施設が、救急情報システムで2施設、医療情報システムで11施設、情報提供は2、情報の公表というのは7施設、さらには研修というのも2施設にいたっては、まだ十分にその地域に行われていないということが分かりました。

(スライド 10) さらに問題点が続きましてけれども、産褥期疾患やICU管理を要する疾患が管理料として算定されていない。これは埼玉県のほうが問題提起があったのですが、埼玉県を含む4施設で算定されていないということが言われていました。そして驚くべきことに緊急帝王切開ができない。「30分以内で帝王切開をできる施設」というのが明記されているのですが、これも3施設12%で、何と2施設は大学病院からの回答でありました。補助金の運用が不明というのが、2施設から答えが返ってきてまして、運営補助金の大半が人件費に費やされ、医療機器の購入に余

裕なしという生々しい意見もございました。

(スライド 11) 実際に産褥期疾患やICU管理を要する疾患に対する管理料算定の現状でありますけれども、請求可能な疾患というのが、現在のところ合併症妊娠、妊娠中毒症、多胎妊娠、胎盤の位置異常、切迫流産、胎児異常です。これ以外で実際に請求すべきだと思われる疾患、すなわち分娩後の子癩でありますとか、出血性ショック、あるいは産褥熱といったものが請求可能と答えられたのが、1府4県で岩手、神奈川、山梨、大阪、岡山です。限定請求可能は1都1府2県で、東京、静岡、京都、広島です。請求がだめであるというのが、先ほども言いましたが、栃木と埼玉、愛知、福岡です。最初から削られるから請求していないというふうに答えられたのが、長野、富山、兵庫というふうになっておりました。

(スライド 12) その他分類されなかったいろいろな問題点を抱えていまして、面積が広すぎる、清潔区域の設定が不要である、地域周産期センターとの連携がうまくいかず、治療の適切なチャンスが逃されている症例がある、累積赤字が大きい、子供病院に付属しているため、母体合併症の対応に非常に苦勞する、実態当局はあくまで看板だけの認識である、すなわちスタッフ整備や管理料請求の意思は全くないといったこともありました。また、正常分娩のニーズにも応える努力をしなければいけないということを言っているところもありました。

(スライド 13) 結論ですが、各施設とも医師不足が深刻になりつつあることが明らかにされ、適切な運営にあたって今後、支障をきたす恐れがあることが判明した。人材の恒久的な確保に加え、周産期医療加算の対象とな

る疾患の見直しも早急に求められるということでもあります。

あとレジメに間に合わなかったので、一つ追加をさせていただきます。当直体制の実例というのをいくつかの施設に聞いてみました。一応この二つが医者は足りているという回答を得た施設、それからこの二つが非常に足りないと言った施設で、このデータをいただいた先生には、この会で発表するという了解は得ています。一応病院名は伏せさせていただきます。例えばある大学病院は、M・FICUが9床あり、分娩数が650、スタッフ、研修医が分かるところと分からないところがありましたので、かなり一定していませんが、この大学病院はスタッフが4人、研修医が5人。当直回数が、第1当直が5回、第2当直が7回、常勤医師が8、3、3となっております。ある県立病院ですが、M・FICUが9床で、分娩数が約400でありまして、ここは研修医がおらずにスタッフが6人です。そして、第1当直が5～7で、実際には第2当直をアルバイトでまかなっているということで、結果的に数を合計して、かろうじて6、2、2というふうになっています。ある県立病院です。これはM・FICUが6床です。分娩数が150、医師数はスタッフだけで5人でありまして、1人が部長です。部長は第1当直をしておりませんで、第2当直が15回となっています。この病院の第1はM・FICU内に拘束されている。第2は病院施設内の官舎に拘束されているということをおいわれ、部長以外の4名の先生は第1が7～8回、第2は3～5というところで、全体的には5名、2名、2名という数です。

そしてこの二つがかなり厳しいところなのですけれども、ある県立病院ですが、M・F

I C Uが9床、分娩数が850であります。ここも研修医がおらずに、スタッフが5名です。すみません。少し間違えました。第1、第2を3～5と7～8という意味ですけれども、これもやはり第1がM・FICU内に拘束、第2が病院内の敷地官舎に拘束ということで、この病院はオンコールということなので、8、1、1というふうに答えておられました。いちばん厳しいと思ったのですが、ある私立病院ですが、M・FICUが6床、分娩数が900、医師数はスタッフが9名いるのですけれども、第1が4～5回、第2が4～5回。この病院も第1が院内当直で、第2が院外なのですが、病院まで10分で来られるという限定がされているとのことでありました。結果的には、2名、1名、1名という生々しい数でした。

私は少し愚問をしたのですが、当直の翌日の勤務はと聞いたら、当然のことながら全施設が勤務ですというふうに答えられました。以上です。

岡井 松田先生、ありがとうございます。何かご質問等ありましたら、どうぞお願いいたします。

末原 先生の報告の中で、当直が1名でも総合周産期センターの指定を受けているという所が、県と国との相談ということでした。僕の受け取っているのは、現時点では1名だけけれども、あと2、3年すれば2人になるという条件で認定されたように僕の知っている所はお聞きしているのですが、1人でいいのかどうかというのはこれから議論になるかと思うのですが、今はあくまでも2名を前提として認可されたというふうに。

松田 そうなのですが、実際には生々しいやり取りがあって、ある所は国からお願いをして、ある県は逆に県から「頼むからこれをお願いします。でないとなんとも無理だ。」ということで、折衝の結果というのがありました。将来的に、複数というのはその含みがあったかどうかは分かりませんが。

末原 けれども、実際は2年、3年経ってみても、なかなか県というか、府県で人が増えない、あるいは大学からの人の補充というか、送ってもらえないといういろいろな事情があって、なかなかそれが2人になっていないというのが現状ではないかと思えます。もう一つは健康保険のところで、いわゆる健康保険上の解釈は六つの疾患などとなっていますので、大阪のうちでは「など」の中に産褥の子癩なども含めて請求しているのですが、健康保険の専門の方にお聞きしますと、具体的な提示のない「など」はないに等しいということで、現実的に突き詰めれば今の時点ではだめということで、その辺も今後、要求していかないといけません。

岡井 保険の運用というのは確か、それぞれの県で違ってしまっているんですね。僕もあまり詳しくはないのですが。

スエハラ 県で審査するのと、しかし保険者のほうへ行きますので、そこから戻ってくるのが時々あって、近畿の場合は近畿で一応そういう基準があるのですが、結局そこで認めても、保険者のほうで返ってきますので、今後また保険者と直接の認める道が開けたようで、難しい問題で、もともとを直さないとな

かなか難しいです。

岡井 少なくともこういう会での提言を基に全国的にきちんとやっていただくということができればいいということになります。ほかに、どうぞ。佐藤先生お願いします。

佐藤 学問的ではないのですが、今、保険の話が出ましたが、私が今聞いたところによると、M・FICUに入院すると、子供のほうはNICUに入院する。そのときには都道府県、国からも援助が出ているので、家庭的なお金の負担はないけれども、今度は母体になると、入院して特別ないい治療をするけれども保険料がかなり高くなる。1ヵ月の限度は決まっているから、それ程とは思わないけれども、入院している母体の人にとっては、今まではこういうふうにあくやってきたのに、なぜ急に高くなるのだという意識があって、そういうようなトラブルをこの全国調査の時にやられたのかどうか、そういう患者サイドの意見というのも調べる必要もあるというふうに思うのですけれども、施設でトラブルとしてそういうことは起こっていませんでしょうか？

松田 まだそこまで調べておりません。幸いこの来月の新生児学会にも周産期のシステムのところで、また発表する機会がありますので、そこまでに今のを宿題としまして整理してみたいと思います。

服部 産科の先生の数が出ていたのですけれども、病院によっては婦人科・産婦人科兼務でやっておられるという方がたくさんいるのですが、今、調べられて発表された総合周産

期の産科の先生というのは、産科だけをやっている先生として計算されているのか、あるいはガンなども一緒にやってということなのでしょうか？

松田 婦人科を含めてという施設もたくさんありましたので、婦人科のデューティーも含めてどうですかという重複の回答も用意しまして、それも少し入っております。当然、大学病院などは産婦人科ですので、婦人科のドクターも入れてということです。だから結果的には大学病院といえども、医師が足りないというのが婦人科の当直に取られているというような回答もありました。いろいろなパターンの施設がありますので、なかなかこういったのが取りにくいといったのが現状です。

田村 産科のドクターが足りないということですけど、その中身は定員が付けてもらえなくて足りないのか、定員があるけれど今の産科のドクターの応募がなくて足りないのか、それによっておそらく対策もだいぶ変わってくると思うのですが、その点はどうか？

松田 どちらもです。むしろ供給が足りないというのが、特に県立病院で深刻になりつつあると思います。

岡井 定員はあるのだけれども、そこに勤めてくれる先生が集まらないとか、いないというのが多いらしいです。

次は総合周産期母子医療センター整備のための問題点です。これは地方型ということで、特に今の調査は東京等も入っているわけですが、地方ではどういう問題があるのかという

ことを県立広島病院総合周産期母子医療センターの上田先生にお願いいたします。

### 総合周産期母子医療センター整備のための問題点（地方型）

#### 広島県立病院総合周産期母子医療センター 上田克憲

上田 県立広島病院産科の上田と申します。それでは、地方型の代表といたしまして広島県の実情をお話させていただきたいと思えます。

（スライド 1）広島県では平成 10 年に周産期医療協議会ができて、県内に私たちの病院、これが総合周産期母子医療センターですけれども、その他に九つの地域周産期母子医療センターが指定されて、われわれの病院は実質平成 12 年 7 月から総合周産期センターとして活動しております。広島県は人口が 285 万、1 年間の出生が 2 万 7,000 という県でありますけれども、人口が沿岸部に集中しておりますので、どうしてもセンターはほとんどが沿岸部に所在しているという実情であります。

（スライド 2）広島県の周産期死亡率を見てみたのですが、以前は全国平均とほとんど変わらず、可もなく不可もなくという県であったわけですが、この当時は特に広島市で NICU が非常に不足しておりました、広島市の患者さんがほかの市の NICU を利用させていただくという現状がありました。その後、NICU がかなり数的にも改善されてまいりまして、そのこともあってか周産期死亡率もかなり全国平均よりは良くなって、全国でも上位の水準に現在至っております。

（スライド 3）私どもの病院の平成 13 年 1

年間の状況を簡単にご紹介させていただきます。分娩数は 564 例で、これを新生児のほうから見ますと、999 グラムまでの赤ちゃんが 20 人。1,000～1,499 グラムまでが 28 人で、1 年ちょっと違うのですが、平成 12 年の広島県全体の値と比較いたしますと、こちらでは約 20%、999 グラムまでだと約 40% が当院で出生しているということになります。

それから救急車、あるいはヘリコプターで緊急母体搬送された数—これは産褥の症例は除いておりますけれども、1 年間で 128 例です。受け入れの要請があったけれども、受け入れできなかったものが、昨年 1 年間に 20 例ありまして、受け入れ率というものを出してみますと 86.5% でした。これは主に NICU、あるいは産科の病床が満床であったためということでありまして。

それから先ほどから話題になっております母体胎児集中治療室—われわれは OICU と呼んでおりますけれども、9 床認可していただいております。1 日平均では 3.5 人ということなので、これは将来減算の対象になってしまうのかと危惧しております。

それから帝王切開、もちろんこれは搬送以外も含めて 230 例で、全体の帝切率はお恥ずかしいのですが、40.8% という効率であります。母体搬送が約 3 分の 1 で、母体搬送例に限れば、母体搬送例の約 6 割が結果的に帝王切開となっているということでありまして。これは病院の手術部のほうからみますと、緊急手術の半数以上が産科だということで、非常に白い目で見られてしまうわけでありまして、現在のところ非常に協力していただいております。今日は中林先生がいらっしゃるのですが、平成 10 年の東京都の母体搬送が 800 だということをご存知ですか。

拝見して、私は驚いたのですが、私自身も 128 という数はやはりあまりにも多いのではないかと感じております。以下、その辺を中心に母体搬送について、分析させていただきたいと思っております。

(スライド 4) 広島県は七つの 2 次医療圏に分かれておりますけれども、それぞれの母体搬送がどの地域から来たものかというのを見たものがこの図でありまして、丸の下はそれぞれの医療圏の人口であります。当然のことながら、いちばん多いのが広島市およびその近郊を含む医療圏で、ちょうど全体の半分がそちらからの搬送で、うち広島市に限れば人口 115 万で 51 例という数になっております。

その次に多いのが、広島市の西部あるいは東部で、こちらの辺はどんどん人口が住宅地として急増しているところで、人口の割に若い方が多い。しかし、医療設備としてはそれに追いついていないということで、比較的人口に比べて搬送数が多くなっています。それから、こちらは呉市ですが、呉市は逆に以前人口が多くて、非常に医療も充実しております。以前は広島市のほうから NICU を利用させていただいたわけですが、最近には特に NICU の運営にいろいろな問題があるようで、従来はなかったのですが、こちらのほうからの搬送も昨年は見られるようになりました。

こちらの県北のほうはほとんどヘリコプターで搬送したり、あるいは新生児もヘリコプターで迎えに行き、連れて帰ったりというふうにしております。それから広島県の東部のほうですが、去年 1 年間全く搬送がありません。これはそれぞれの地域でもある程度独立して医療をやられている、あるいはもっと遠



くになりますとお隣の岡山県の設備が整ったところがありますので、地理的な問題でそちらのほうに搬送されているということで、決してわれわれのところは広島県全部をカバーしているわけではありません。特に東部については、母体搬送という面ではあまり結び付きがなくなっています。こういった現状です。

(スライド 5) こういった往時情報は、平成 9 年に広島県が先駆けてインターネットを使った周産期医療情報システムというのを構築いたしまして、その中で各病院の往時情報を入れるようにしております。NICU のほうはどうか、産科のほうはどうかということを丸、三角、バツと、抽象的といえば抽象的なのですけれども、三段階で分類して、一応毎日朝と夕方にこの情報を更新し、これを見て利用していただくということにしておりますが、なかなかわれわれが期待したほどには使っていただけていないのではないかとというのが現状であります。

(スライド 6) 母体搬送の症例がどういう病名か、どういう理由かというのを一つに絞るとするのは難しいのですけれども、あえて 1 例 1 例こういう理由だということで、1 例 1 疾患ということで分類してみました。いちばん多かったのは、破水を伴わない切迫流産と破水を伴うものがちょうど同数で、これを合わせて半数以上です。そのほか妊娠中毒症、胎児仮死およびその疑い、胎児異常その他というふうな疾患になっております。こちらのほうがどちらかというと NICU を必要とするからという理由、こちらのほうはどちらかというと母体管理ということになるかと思うのですけれども、結果的に搬送例のうち生まれた新生児が NICU に入床したという率は 60% 強です。

(スライド 7) 週数で、特に小さい赤ちゃんが生まれる危険性があるという切迫流産前期破水例について、搬送時の週数を破水があるものとないものとに分けて分析してみたのですが、21 週までですから、切迫流産の週数です。破水なしという搬送症例も比較的多くあります。週数が増えてまいりますと増えてまいりまして、32 週～35 週、あるいは 36 週で破水してというふうな症例の搬送も時にはあります。したがって比較的軽症といえますか、少なくともその児の未熟性というふうなことが問題にならないような地域センターや病院でも引き受けていただけるのではないかとこのふうな搬送が少なからずあるというのが、当院への母体搬送を多くしている一つの要因かというふうに思っております。

(スライド 8) では一体どういう施設から搬送されているかということなのですが、私たちの病院がセンターになった時に、県の職員の方が、総合センターというのは 3 次センターだから診療所からの搬送というのではないのではないですかと言われて、そんなことはありません、診療所からの搬送も今後もたくさんあると思いますという話はしました。地域センター 6 施設から延べ 16 で、センターではない総合病院 13 施設から延べ 29 例ですが、こちらは約 3 分の 1、残りは圧倒的に診療所から直接われわれのところに搬送された症例ということです。本来の 1 次、2 次、3 次というふうな考え方からすると、理想とは程遠い状況なのかも分かりませんが、これが現状であります。

(スライド 9) それではなぜ、ここの搬送がこんなに多いのかということなのですが、診療所からの搬送は 32 施設から計 83 例ですから、単純に計算すると 1 施設当たり、

年間3例弱くらいになるはずです。事実、ほとんどの症例は年間1例、あるいは2例という症例数なのですけれども、こちらにルーレットのように数字が書いてありますのは、ある1施設からの搬送の症例が1年間で19例あったということです。ベスト6で1年間5例までになるのですけれども、この六つの施設からの搬送は、診療所からの搬送の半分以上を占めているという非常にわれわれの所をごひいきにさせていただいてありがたいわけですが、こういう施設からの搬送というのは、結果的にかなり圧迫しているというのが事実です。実は、この施設は一人でやっておられまして、年間の分娩数は800弱なのですけれども、われわれの所だけに搬送しておられるのではなく、われわれの所に搬送されているのとはほぼ同数を他の施設に搬送されているということで、搬送率は圧倒的に多いということでもあります。

(スライド 10) それから、以下少し総合母子センターの説明、基準面について述べたいと思います。まず、施設のほうですけれども、「母体胎児集中治療室 15 平米以上必要。個室が望ましい」というふうに書いてあるのですけれども、われわれの所の個室は、この個室はいちばん広い個室で、20 平米弱ぐらいあります。最初はこんなに広いのが本当に必要なのかと思ったのですが、工事が終わり初めてここに重症の中毒症の方が入室された時なのですけれども、確かにいろいろなモニターを持ち込んだりすると、このくらいの広さはやはり必要なのかなということを感じました。ただ、われわれの所は、既存の所をそのまま改修して、母体胎児集中治療室9床を作ったわけですから、結局病床数が減ってしまうということになりました。以前は分娩も年

間 800 くらい取り扱っていたのですけれども、病床が減り、重症が増えたということで、どんどん分娩数を減ったというか、減らしまして現在 560 くらいになっております。そのため、結局しわ寄せを受けるのは、たまたま私たちの病院がいちばん近いから来られたという患者さんになります。そういう方の分娩申し込みは、1ヵ月 35 までで受付を終了させていただいているのですけれども、35 例ということになりますと、大体妊娠7週くらいで、もう予約が終わってしまいます。つい先週は、ついに6週の方がいっぱいだと言われました。こうなると優先といっても限度があるのではないかと私は少しショックを受けて、どうしたらいいのかということで非常に悩んでしまいました。そういう一般分娩のほうの取扱いが非常に不自由になっているということでもあります。

(スライド 11) このことはもう松田先生もおっしゃいましたので、次のスライドお願いいたします。

(スライド 12) 医師の体制なのですけれども、われわれの所は研修医以外の常勤の医師が8名おりまして、これが私なのですけれども、さらにセンター長もおられまして、この2人の年寄りを除く若い先生方が当直に入っておられます。研修医を除いてちょうど6人いますので、この6人を2人1組でチームを作っておりまして、この6人が当直をする。そうすると、当直をする先生にとっては、6日に1日当直をして、6日に1日待機一待機というのは一応病院まで30分以内の所で、休日であっても、といっても広島市内であればほとんど30分で駆けつけられるわけなのですけれども。では、もう1人の人はどうしているのかというのが、研修医のまさに犠牲的な

当直によって、われわれの所はセンターになったからというわけではないのですけれども、以前から1年目の研修医は1年間病院に泊まりなさいという方針でやっておりまして、非人道的だと言われるかも知りませんが、ただ幸い、このローテーションというのは、普通のローテーションと、あとは自治体病院ですので、自治医大の先生がいらっしゃいまして、年間を通じて必ずどなたかいらっしゃるわけではないのですけれども、そういう先生がいらっしゃるので、こちらでカバーしていただくという体制でやっています。ただ実際、第2当直の医師というのは、ほとんど呼ばれることはありません。と言いますのは、私がほとんど駆けつけておりますので、第2当直の医師を呼ばないで、例えば夜に帝王切開をする、休日に帝王切開をするという、あるいは研修医もよく寝ていれば、起こさなくても2人でやるというふうにしていますので、比較的われわれの病院は、当直をする医師から見れば恵まれているのかも分かりません。ただご覧のように、今いちばんいい年齢構成で何とかやっているのですけれども、だんだんこの人たちが歳をとるとどうなるのだろうかということ、将来の問題として危惧しております。

(スライド 13) 今日は地方型ということなので、何が地方型なのかと先ほどらいのディスカッションで少し出てまいったのですけれども、こういう広島市の旧市内ですが、地図を作ってみました。少し見苦しい点があるかも知りませんが、ここにあるのが私たちの病院で、この緑色が地域センターであります。それから、三角がいわゆる総合病院で、赤い丸が分娩を扱っておられる産科施設ということです。ほとんど最近、分娩を扱う施設が

広島市内から減っておりまして、開業されてもクリニックで分娩は扱っておられないということなので、この周りにはたくさんあるのですけれども、いわゆる広島市内はそういう分娩を扱っておられる、特に個人の病院の先生が減っております。この黒いのがこの枠内に収まるわれわれ産科医師の住んでいる場所です。私はここなのですけれども、これで見ると結局、休日や夜間に今から母体搬送がありますとあって、病院に駆けつける場合、私の家から病院に行くまでに、ほとんど産科施設がないわけです。つまり私のほうが確実にほとんど早く着きます。圧倒的にこの辺から来るわけですから、間に合わないということは現実にはありません。休みの日に野球を観に行ってもこの辺ですし、釣りに行ってもこの辺ですし、これがまさに東京や大阪と違う地方型という、病院の近くにも住んでおりますし、だから当直は1人でいいとは言にくいのですけれども、私の家の前を救急車が通っていったと思って追いかけても、十分に確かに間に合います。というのが実情でありまして、私は3年前から現在の病院に勤務しているのですけれども、この3年間に母体搬送が間に合わなかったというのは、次の1例だけあります。

(スライド 14) これは皮肉にも、病院からいちばん近い医院からの胎児仮死の搬送例だったので、7時49分に徐脈がきて、酸素投与して一端回復して、その後また徐脈が続くので、このあたりで救急隊に搬送の要請をされていまして、これが当院に到着してではなくて、当院に到着して、この時点では手術の用意をしていたのですが、手術室の前でIUFDを確認した時間が、20時27分。結局この間17分ですけれども、これは

複雑な胎児の臍帯巻絡でしたけれども、こういった例は母体搬送の限界ということを考えさせられる例でありますけれども、この1例だけです。あと麻酔科につきましては、当院では、麻酔科の先生は院内ではなくてオンコールなのですけれども、ただ救命センターに麻酔の先生がおられますので、緊急の場合にはそちらの先生にとりあえず麻酔をかけていただくというシステムになっております。したがって、帝王切開をお願いした場合に待つということとはほとんどなく、30分以内ということもクリアできております。

(スライド 15) ということで、私なりにまとめてみたのですが、現在は広島県におけるシステムは整備されて、いい状態ではありますけれども、これも先ほどらい話が出ておりますように、今後に関してはいろいろな問題があり、同様な運営が続けられるかどうかということについては疑問であります。当院は今年からは1名定員が削減され、枠があるのですけれども人がいないので、大学に取られてしまったという厳しい状況であります。このためには、やはり負担を減らすというか、システムをもっと効率化して、地域センターやそうでない所にも助けていただいて、本当に必要な症例をできるだけ総合センターで診るというふうなことを効率的にやらないと破綻してしまうのではないかとことを危惧しております。

(スライド 16) それから、人員のことも今申しあげましたように、特に地方都市では、当直複数性の問題やそういうことも再考慮していただければありがたいのではないかとことを個人的には考えておりますけれども、具体的にどういうふうに規準を作ればいいのかということについては私もよく分かりませ

ん。以上とりとめもない話ですけれども、どうもありがとうございました。

岡井 ありがとうございました。

末原 県の搬送の何%というのを大体推定するので、大阪ですと大体9万出生で、1,200から多いときは2,000くらいという出生の1%~2%くらいなのですけれども、これだと0.7%なので、ほかの2次センターですか、そこでも何例か取られて先生の所で8割くらい取られているとか大ざっぱにその辺が分かれば。

上田 申し訳なのですけれども、県全体のことについては把握しておりません。

末原 必ず先生の所に集まるというふうに理解して。

上田 もちろん先ほども言いましたように、広島県の東部はそこでの搬送数がどのくらいあるのかということとは分からないのですが、広島市への搬送ということで考えますと、私たちの病院と同規模の広島市民病院という病院がございまして、そちらが母体搬送を150というふうに言っておられます。ただこれは、すべてが緊急かどうかよく分かりません。ですので、広島市への母体搬送はほぼ二分しているという格好になるかと思えます。また機会がありましたら、そういう調査もしてみたいと思います。

岡井 ありがとうございました。それではコメンテーターとして予定させていただいている中林先生は愛育病院、東京の代表というこ

とです。

## 総合周産期母子医療センター整備のための問題点（大都市型）

愛育病院 中林正雄

中林 東京というのは、周産期システムとしては比較的恵まれている所だろうと思います。大変散らばっているという困った点もあるのですが、行政が大変熱心であるということと、行政と実地の現場での意向がかなりうまくいっているという点が、東京型としてはいいものだと思います。この東京都周産期医療対策事業としては、この母子センターの整備に関する事、特に整備基準や指定の認定、また母体搬送もそういった整備の範ちゅうに入っております。それから、先ほどの運営補助と整備補助といったことがそれぞれございます。それから、研修に関する事もやられておりますし、これらが医療協議会というものを開いて、今、多田先生がその委員長でございますが、そういったシステムが比較的整備されていると思います。

それでは、東京都でどのくらいの母子センターがあるのかといいますと、総合が今年の4月現在で8施設、地域が12で合わせて20施設ございます。それからNICUの数は病床数として171、当初は約10万分娩が東京都でございますので、200ぐらいをめぐりに作っているということですが、現在171です。それから、MFICUは総合だけでこの8施設で64ということで、1施設平均しますと8床ぐらい持っているということになります。

さて、それらはどういう設立母体になっているかを調べてみますと、総合は私立大学が四つ、それから地域周産期のものが五つあり

まして、九つの私立大学が何らかの周産期センターを持っています。それから、都立病院は総合が一つで、地域センターが五つで合わせて六つ、それから日赤がそれぞれ日赤中央と葛飾ということで二つ。それから愛育病院のような総合センターが一つ、地域の私立病院が二つということで三つです。こう見ますとやはり、東京においては私立大学と都立病院がセンターをかなり担っているということが分かるかと思います。

さて、ここで東京都で4月現在、どのくらいの産科スタッフがいるかといいますと、比較的東京は先ほどのように大学病院が半分以上ということで、人員は恵まれているのですが、総合でいいますと日勤が大体7.7人、当直は2.5人、つまり2人から3人ということです。それから地域周産期が、日勤が大体6、7人、当直は1から3人。看護数にしては大体基準どおりに満たしています。逆に経済的に合わないから、自分たちは地域も総合も受けたくない、つまり、返って看護婦さんの給料のほうが高くなるので、やらないという所もいくつかあるわけで、こういった病院は逆に看護婦さんを増やしてでも、周産期センターをやらなければいけないという形で、人数だけは集まってくるということだろうと思います。

ただし、東京でも問題がありまして、いわゆる区部では大体出生数に対して、出生1,000に対するNICUの病床数は2.2なのですが、多摩地区は大変広いのですけれども、3施設の周産期センターしかなく、こちらに17施設が集まってきてしまっています。それで出生数は65対35%くらいなのですが、圧倒的に周産期センターと数が違う。そのために多摩地区では出生1,000当たりの

病床数が少ない。しかし、多摩地区の多くの病院、かなり大規模な病院もなかなかセンターになりたがらないといった事情がございます。

さて、それから東京都の問題としては、東京都のNICUに入院した子供の住所が56%は東京都なのですけれども、その他10%以上ずつ、埼玉、千葉、神奈川、その他と、つまり周辺から4割以上入ってきてしまいます。そして、各地区で徐々に周産期システムを立ち上げているのでしょうけれどもなかなか間に合わない。ですから、東京都が幾ら増やしても、どんどん流入してくるといったことが一つの問題で、これは行政の狭間というか、流通がうまくいかないと難しい問題になるかと思えます。

それから、東京都でわれわれが大変便利だと思うのは、20のそれぞれの周産期センターが産科ですと空床があるかどうか、ハイリスク患者を受け入れることができるか、手術ができるか、NICUですと、重症、中等症、人工呼吸、医師が添乗できるか、外科手術ができるか、心臓手術ができるか、この項目に関して12時間ずつ更新をして、何時に更新したということで画面上に出てきます。ある病院から受け入れの申し込みがありますと、自分の所で空きがあればいいのですが、もしない場合はどここのNICU、どこどの産科が空いていますという答えをすることができます。そしてその病院へ救急車で送っていただくことができます。これが診療能力情報を各20施設と東京都、それから救急隊が持っているということが大変便利な点ではないかと思えます。

そしてこれはたまたま、平成10年の1年間母体搬送に関して各診療所等がどのような

搬送をして、どういうところで困っているかを調査してみました。調査対象が956施設で、回収率が65.4%ということでした。そして、調査結果では分娩取扱い600近いうちに、分娩を取り扱っているというのは250で、分娩とか妊婦健診も行っていないのが27%、妊婦健診のみを行っているのが30%、そして分娩を取り扱っているというのが42%ということで、だんだん分娩を取り扱う施設が少なくなっているという現状です。それではその分娩を取り扱っている施設の年間の平均分娩数は267件ということで、年間100件以下の施設が100もあり、40%が100件以下と大変小さい規模です。こういう施設がだんだん辞めてきている状態ではあります。年間600以上というのが10%ということですから、比較的数の少ない施設が、年間かなり多くの分娩をしているということになります。

母体搬送の依頼は、この5月の医師会雑誌に載せていただいたと思えますけれども、年間約800件で全分娩数の1.2%ということで、それを依頼した施設は179施設で、一つの施設が大体年間4、5回母体搬送を依頼しています。そして、周産期センターへ依頼したものが搬送されたものが73%、周産期センター以外のものが26%。そして、30分以上母体搬送にかかった例は約37%あります。それから、結局どこも見つからなくて、自院で管理してしまったというのが8%くらいあるということがございます。

さて、母体搬送を断られた理由で、300施設近くが断られているわけですが、その半分以上がNICUのベッドが満床であるということで断られています。それから、産科ベッド満床はそれでも30%くらいあります。そ

れから、分娩や手術中で対応できない、重篤でこの施設では対応できないようなことがあります。しかし最終的には90%以上のものはどこかの施設に搬送されているということになるわけです。

それから新生児搬送の依頼は年間1,177件で、やはり全分娩数の1.8%くらいです。新生児搬送を依頼した施設は185、年間6.4回。周産期センターの依頼が圧倒的に多くて89.5%、1,000件です。それから、周産期センター以外では121件、10%。そして30分以上かかった件数は326件の27%ということで、ただし、新生児搬送できずに自院で管理したという例が3.5%ということになります。

新生児搬送を断られた理由が、当然このNICUのベッド満床というのが81.7%、あとは重篤で対応できない9%、医師の同乗ができないというのが4.8%という状態です。

これらの先生方から行政の要望として、やはりNICUの増床をしてほしいというのが圧倒的に多いです。それから、各センターが持っている空床情報のオープン化をして、各施設がその情報を持っていると、いちいち問い合わせ待つ時間、それから医師が一人しかいないときに、長い時間問い合わせしているということをできるだけ簡略化したいということで、オープン化ということの希望が多く出ていました。それから、母子センターへのこまごまとした意見、それから搬送システムを確立してほしい。特に最近、私どもは八つの総合周産期が各地域を分けて、地域ごとに、どこの施設も万一いっばいの場合には、自分のセンターがとりあえず責任を持って受けるか、どこか紹介先を無理を言って決めるかして、とにかくその施設に依頼があれば、必

ずどこかに収容するというようなことを産科部会という周産期医療システムの中の一つの部会で打ち合わせをして、それはおおむね守られているようです。それから添乗医師の確保はなかなか難しいですが、MFICUの増床が意外と少なく、MFに関しては比較的東京都の場合は何とかなっていて、NICUのほうがより少ないといった現状のようです。

というようなことで、東京都の場合、幸いにしていくつかいいシステムは出来ていますが、問題点も多いです。そういう問題点の中には、やはり分娩取扱い施設が次第に変わりつつあり、これの総合化というか、最周辺というか、こういうものがどのくらい進んでくるのだろうか、そして今後小規模な病院がどういう動向になっていくのだろうかということに対応して、産科の周産期センターもそれぞれかなり軽いリスクのものから重いリスクまで受け取らなければいけないでしょうし、地域と総合といっても実際には、やっていること自身はあまり差がないかもしれない。ただ医師の当直が2人いるかどうかというのが大きな差かもしれない。

しかし、住まいは地方の方も近いとおっしゃっていましたが、東京の人もそんなに遠くに住んでいる方はいらっしゃらないので、オンコールでも比較的できることが多いです。実際に私ども愛育病院では、第2当直は常勤がやることもあるのですが、かなりの部分は大学その他から、当直に来ていただくことも多いわけで、その方にあまり迷惑がからないように、私は大体月10回くらいオンコールをしています。私と上の者が3人で10日ずつやりますと、そのうち実際に呼ばれるのはそのうちの3分の1で、ひと月のうちに3、4回呼ばれるというくらいです。

それでも十分対応は可能だと思います。しかし、突発した事故に関しては、確かに人数が多いほうがいいので、私の意見としては、できるだけ医師がいろいろな施設に1人ずついるよりは、分娩を扱わない施設と、かなりたくさん分娩を扱う施設を分けていったほうがよりいいのではないかと思います。それから搬送も、たくさん搬送する病院はそれはそれで大変軽症のうちに搬送するという徹底した哲学を持っている病院であれば、返って今の日本での小規模の病院での事故を防ぐという意味での、一つの方針かと私は思います。

では、日本全体としてどういった方向へ行くかということ、行政または東京都を含めて、今後われわれが考えなければいけないことではないかというふうに思っております。以上です。

岡井 ありがとうございます。中林先生に東京都全体ということでまとめてお話いただきましたが、そこから幾つかご提言いただきました。いいでしょうか。

末原 先生は東京都に住んでいる人が56%とおっしゃいました。大阪でも同じような傾向があるのですが、ただ住所地は奈良とかほかであっても、その人が大阪の病院に関わっていて、そこで出産するというので、出生届けによる出生数と、大阪の医療機関が取り扱う分娩数と少し差があって、その施設からするともう少し東京都の施設の割合が多いというふうに理解してよろしいのでしょうか。

中林 大体7割くらいだと思います。そこにかかっている、川崎だけれども実際には東京のほうの病院に通っているという方を、正確

には大変難しいのですけれども、そういう方が7割で、ほかの病院例えば北里などそういう所にかかっている、救急で東京に来るとというのが大体3割くらいだろうと思います。

A 医師 2点だけすみませんが、確認させていただきたいのですが、産婦人科の医師は先ほど最初ではけっこう足りているというか充足しているとお聞きしたのですが、そのバックグラウンドでということ解釈していいのでしょうか。

中林 足りている地方の先生方のお話に比べると、大学その他が多くあるという程度で、本当にこれで足りていて、当直がそれをしなくていいほど人員がいるかという、それだけの人員をおそらく雇うと病院が皆つぶれてしまうわけです。ですから、各病院とも医師数はあまり大学病院のような所以外は。

A 医師 減少傾向はなくて、同じような流れで。

中林 減少はあまりはっきりわれわれは感じません。

A 医師 もう1点は、多摩のほうの地区は、NICUのセンターになりたがらないというのは、その補足だけ一言。こういう先ほどの地区的な問題点を抱えているわけでしょうか。

中林 おそらく多摩の地区は人口がどんどん急増している、正常お産を扱うことが多いと思うのですが、人数が決まっていますので、それで見ている正常お産だけでいっぱいであるということです。それ以上ハイリスク



が来たり、看護婦さんを増やしたりするだけの、むしろそうすると、返って病院側としてはあまりペイしないというふうを考えていらっしゃるようです。

岡井 多摩のことはNICUのほうの関係はないですか？ 多田先生は、東京都周産期医療協議会の委員長ですが。

多田 多摩地区のことは今、中林先生がご説明なさったとおりで、一つは今の制度だと看護婦や医者を増やすことが財政的にも非常に困難ですし、要員確保のところで、特にドクターを増やすということは非常に困難なので、その負担をしてまで増やしたくない。これはNICUも同じでございます。事実上はかなりのお産をやっているのですけれども、さらにそれを増やして整備してまでやると、先ほど広島の上田先生もおっしゃっていましたが、正常のお産をやめて病的なものを扱うのを多くすれば、むしろもうからなくなってしまうというのが、産科的な要素もあったり、いろいろな点で、すべての施設を整備してまで、やるだけの動機にはならないし、人も確保できない。それから先ほど中林先生もおっしゃいましたけれど、東京が人に恵まれているというのは大学がいっぱいあるので、たまたまその大学が要員を抱えているので、同じNICUや産科医療をやっている総合周産期に上がった、国からは1回しか来ませんが、都から補助金が出ますので、それを当てにしてある程度手を挙げているということがかなり多いので、実際の医者数は、そんなに東京は恵まれているというふうにも私は思いません。

岡井 そうですか。東京と地方で医師の充足度がどうかというのは、あとでディスカッションしていただければと思います。それでは、少し順序を入れ替えさせていただいて、先発施設と書いてありますが、自治医大の周産期医療センターはいちばん早くからものすごく活発にやってこられたセンターということで、そこでも何か問題点もあろうかということで、佐藤郁夫先生の代わりに松原先生よろしくお願いたします。

総合周産期母子医療センター整備のための問題点（先発施設として）

自治医大産婦人科 松原茂樹

松原 自治の松原です。大学病院があたかも充足しているということに対して一つ。あとは皆さんの結論とほぼ同じでございます。

私たちの施設は96年に出来たのですが、その前と後で変わった点、良くなった点を三つ、良くなっていない点を三つご説明いたします。

現在、主に自治医大の産科のことをお話いたしますが、MFICUが12床、後方ベッドが40、合計36が52になったということで、大体全部あわせると2倍くらいの力です。栃木県には自治医大と独協医大二つの大学がありまして、それぞれにセンターが4ヵ月遅れで出来ております。大体2倍くらいのパワーになったというふうにお考えください。

まず良くなった点は、症例数が増加しているということで、分娩数が大体6,700で推移していましたが、自治のセンターが開設されまして、800,900、去年は1,080というふうにご急増してきております。双胎妊娠の取扱い数で、50前後で推移していましたが、

去年は 91 まで上がってきております。非常に症例数が上がっているということが分かります。この症例数を近隣の産婦人科開業医の先生、あるいは 1 次 2 次施設と取り合っていたのでは意味がないわけです。

ほとんどが紹介状を持って自治にお願いしますという方や、救急搬送が非常に多いです。内科の重篤な病気を持っている方、自治医大の看護婦さんや先生もおりますので、ローリスクの人も 3 割ほどいますけれど、ほとんどはハイリスクである。周りの病院と奪い合いをしているわけではないということになります。

3 番目の改善点はとても大事なのですが、開設前には全母体搬送・救急搬送が大体 80 前後でしたが、その後 200~250 と非常に数が多いです。自治医大のセンター 1 個だけで 200~250、ほぼ毎日一件救急車が来るわけですが、受け入れることができるようになりました。しかも、昔は自治に電話しても受けてくれるのは半分だといった状態が、自治に電話をすれば 9 割は受けてくれるという状態になってきたわけですが、これは非常に近隣施設に安心感を与えるものでございます。以上三つの改善点を認めたわけでございます。

その結果というか、三つの改善点を流しまして、栃木は昔から周産期死亡が悪いので有名だったのですが、びりから 2 番目で「やばい」ということで、自治が出来たら一気に 25 番抜きを演じまして、「やったー」ということだったのです。

ところが、今、言ったこととまるで逆のことなのですけれども、思ったほどには改善していないということが第一の課題でございます。「思ったほどに」の程度を示しますと、

2000 年、一昨年 6.5、この時の全国の平均は 5.8 ですから、0.8 悪く、全国 39 位ということで、思ったほどには改善していないということがあります。なぜでしょうか？種々要因が考えられると思いますが、一つの大きなポイントとして、一昨年栃木県では 125 人の周産期死亡を認めましたが、このうち自治医科大学で亡くなった方は 20 人だけです。すなわち、16%のみ自治医大で死亡しておりますして、私たちのあずかり知らない所で、周産期死亡が起こっているということが分かります。早期新生児死亡はほとんど自治・獨協でカバーしているのですけれども、22 週以降の死産が大学で死なないので。少し細かくなりますが、いずれにしても私どものあずかり知らない所で亡くなっている方が多いです。

課題の 2 は、大学にとっては人員が非常に苦しいわけです。開設前にはベッド数 36、看護婦さんが 24、医師数は 7~9、医師数というのはジュニアレジデントは 1 人で患者を持てませんので、一人前の医者が 4、5 人だということでございます。センター開設後、ベッドは 52 になり、看護婦さんは 2.5 倍、3 人夜勤から 7 人夜勤に増えています。これは決まりどおり増えます。ところが医師の数は現在数えてきましたら 6 でした。看護婦さんが 2.5 倍なのに、医者が 5 人から 6 人というのはひどいことでございます。しかも自治の場合、学生が 365 日、朝 9 時から夕方 5 時まで、常に 8 人がぴったりくっついてます。その教育がベッドサイドラーニングと称して、ぴったり脇にくっついておりますので、そのデューティーは非常に大変なものがございます。苦しみの局地にございます。しかし、大事な責務だと思います。 労

働力は限界である。33 時間勤務は当たり前ということになっており、マンパワーが非常に不足しているということが言えるかと存じます。

課題の 3 番。これも先ほど良くなった点と松原は違うことを言うではないかということなのですが、非常に良くなっていたのですが、少し頭打ち傾向に出てきております。それはなぜか。はい、どうぞ。

種々要因があるかと考えますが、前は自治に電話したら 5 割しか受けないというのが 9 割まで上がって良かったのですが、去年はまた 8 割ということで、8 割は少し厳しいです。8 割しか受けられないという形になってきております。この原因のほとんどはNICUのベッドが満床という状態でございます。ちなみに産科ベッドは 2001 年度病床占拠率 120%で回しております。違反なのですが。

その一つの原因といたしまして、これは本間先生が作ってくださったグラフですが、1,000、1,500、超あるいは極低出生体重児の取扱い数は 4、50 であまり変わっていません。ところが、このブルーの 1,500~2,000、そして 2,000 の比較的体重の重い子供たちが圧倒的に増えてきているということで、NICUベッドあるいはGCUも含めたベッドをオキュパイしてしまっていて受け入れることができないということが考えられるわけでございます。

小さいからローリスクとは申しませんが、場合によっては 2 次施設で受けられる患者さんがNICUベッドを圧迫し、その結果、母の転送は受け入れられないという大変問題が起こってきているわけです。

まとめますと、症例数は多く、それは取り合っているわけではなく、救急搬送がガツと

上がったけれども、それ程周産期死亡は良くなってこず、マンパワーは払底しており、比較的ローリスクが占拠をしまっているというような三つの事例が起こってきているわけです。

では、どうしたらいいか。課題を直せばいいわけです。まず 1 番は、さらに多くのハイリスクをセンターへ送っていただきたい。16%しか私の所では死なないので、私たちのあずかり知らない所で死なれているのでは、力の発揮のしようがないわけでございます。2 番目は産科医師に光と力をということで、個人の努力はほとんど限界で、いつ事故が起こってもおかしくないような状況で、現在は医師の善意と努力と上席医の叱責の声の三つによって何とか成り立っている医療でございます。それから 3 番目にはローリスクはそれなりの適切な施設に役割分担しなければ、破綻することはもう目に見えているわけでございます。以上 3 点を改善し、ひまわりのように立派な医療を栃木県に育ててまいりたいと存じます。

岡井 先生どうもありがとうございました。いろいろ大事なご指摘がありました。それでは、新生児のサイドから見たお話を大野先生にさせていただきます。

総合周産期母子医療センター整備のための問題点（全国調査から）

埼玉県立小児医療センター

大野 勉

大野 私はスライドを使いませんので、施設評価基準という表を使わせていただきます。それで、産科の先生たちが今まで言っていた

だいたことが、新生児の側から同じように言わせていただくということだけで、最初、この評価基準うんぬんはざっと見ていただいて、後ほどの基準の評価に少し使わせていただくということです。丸というのは総合周産期のさまざまな基準に一応適合するというふうに理解していただいて、三角は適合しないけれど、地域、周産期のレベルであれば適合するであろう、バツというのは周産期のセンターとしては、全く不十分であるということです。

次のページをちょっとめくっていただきたいと思うのですが、先ほどらいから出ている平成13年の1月現在、堀内先生の日本小児科学会新生児委員会の全国調査をした時に、ご回答いただいて、総合周産期母子医療センターとして認可されている施設、それから申請中の施設、それから地域周産期母子医療センターとして認可および申請中の施設、それからそれ以外の3次医療施設という形で、周産期センターおよび新生児の医療施設をこういうふうに分類しました。いちばん上の総合周産期母子医療センターの認可施設—先ほどから出ている25施設を見ていただいて、それぞれの項目、産科が併設されているというのは当然一応丸になっているのですが、それ以外の独立病床が、丸というのは一応後方も含めて27床以上という基準がありますから、それが達成されている施設、それからNICUとして9床以上、独立看護—ナースがNICUで3床に対して1人、それから当直が専任医師かどうかというところをチェックしますと、この総合周産期母子医療センターといえども、それぞれの項目を見ていただくと分かるように十分満たしていないというのが現状であります。さらに新設中の施設そのほかを見ていただいても、非常に厳しい状態です。

特に後ほども出てきますが、専任医師や看護婦の数といったところでは非常に厳しい状態にあるということが分かると思います。特に、総合周産期というレベルであっては、特に医者というのは少なくとも僕は7人以上必要だと思のですが、7人というのはどういう数字から出たかということ、週1回の当直ということになるわけですが、それも満たされない施設のほうはるかに多いのが現状です。

しかし、その次のページ以降は各都道府県で、総合ないし地域に相当する規模の、先ほど中村先生から私の実績評価でランクを付けているのですが、ここに挙げているのは、A1、A2、あるいはB1、B2、つまり総合ないし地域としての実績を持っている施設という所で、各都道府県で挙げてみました。いちばん左側に番号が書いてあるのですが、例えば北海道のいちばん上にS1と書いてあります。Sというのは一応総合として認定されているという意味で、そのあとの番号はあまり気にしないでいただいて、Pというのは地域という意味で、sは総合に申請中という意味で書いてありますが、こういった各都道府県で総合ないし地域としての実績を上げているにもかかわらず、ナースの数が非常に足りないとか、医者の数が足りないという問題を多く抱えて、この辺をまずクリアしなければならないだろうということです。

それが各都道府県47ですが、いちばん最後のプリントを見てください。これは平成12年に新生児医療連絡会に所属している各先生方にアンケートをしまして、そこで主に自由な記載でいろいろなご意見をいただいて、その中の主な現状と課題を各都道府県にまとめさせていただきました。いちばん右側に達成度というのが挙げています。これは何かとい