

スライド12

周産期医療フォーラム：周産期医療の向上を目指して

DRG/PPSによる医療費の決定方法

- ・「相対係数」はどうやって計算するのか？

DRG別部門別費用表

部門別運営費、人件費、資本コストの計算

部門別単価（病院ごとに異なる）

患者データ（診断・治療コード、在院日数）



日本ではすぐには作れない！

細かい治療行為別単価が不明

資本コストが不明確

人件費が不明確

Aiiku Hospital Dept. of Neonatology

スライド13

周産期医療フォーラム：周産期医療の向上を目指して

DRG/PPSによる医療費の決定方法

- ・ベースレート

DRG毎の「平均コスト」

病院毎固有に設定

第二次医療圏毎に設定

都道府県別に設定

全国一律に設定

ベースレートは政策的に決定される

Aiiku Hospital Dept. of Neonatology

スライド14

周産期医療フォーラム：周産期医療の向上を目指して

DRG/PPSによる医療費の決定方法

- ・「例外」患者の扱い：アウトライアー
入院期間アウトライアー
平均入院期間よりもはるかに短期or長期間で退院



メディケアの方法

一定の値（ロー/ハイトリムポイント：平均在院日数から算出）から逸脱した部分に対し、日数割りで限界コストを設定。

Aiiku Hospital Dept. of Neonatology

スライド15

周産期医療フォーラム：周産期医療の向上を目指して

DRG/PPSの導入

— 諸外国の状況

- ・ DRGを病院マネジメントのツールとして利用している国は多いが、PPSと連動させている国はまだ少ない。連動している国でも評価は様々
- ・ DRG導入国でもどのDRGを採用しているかはまちまち
ex. スウェーデン、ポルトガル：HCFA-DRG
イギリス、ドイツ：独自に開発
フランス：HCFA-DRGを改変

日本はどうする？

Aiiku Hospital Dept. of Neonatology

スライド16

周産期医療フォーラム：周産期医療の向上を目指して

DRG/PPS導入に際しての課題

- ・データの正確性：病名コーディングはほとんど行われていない
- ・どのDRGを使うのか？：アメリカのDRGを導入することの妥当性は？日本版DRGの完成度は？
- ・相対係数の計算方法は？
- ・ベースレートをどうするか
- ・アウトライアーの取り扱い
- ・PPSへの無理のない移行方法はあるか？

Aiiku Hospital Dept. of Neonatology

スライド17

周産期医療フォーラム：周産期医療の向上を目指して

新生児医療とDRG/PPS

- ・不確定要素が多すぎる
- ・日本の実状に関する調査検討が不十分



しかし、DRG/PPSへ向かう流れは確実

- # 新生児医療に関する臨床データの蓄積
： Clinical Database Networkの整備
- # ICD-10 codingの普及
- # 「支払い」に関する情報の蓄積と交換

Aiiku Hospital Dept. of Neonatology

周産期医療フォーラム II

「周産期医療の向上を目指して」

日時：平成15年2月10日（月）午後1時～5時

場所：アルカディア市ヶ谷

出席者：中村肇（上谷良行，横山直樹），多田裕，三科潤（河野由美），大野勉（清水正樹），岡井崇，中林正雄，橋本武夫，堺武男，千葉力，田村正徳，後藤彰子（猪谷泰史），小泉武宣，山崎明，松田義雄，戸苅創，大木茂，楠田聡，末原則幸，青谷裕文，北島博之，森 巍，服部司，山崎武美，前田真，西島光茂，本間洋子，桃井真理子，星順，佐藤伊知朗，光藤伸人，中田好則，久木田稷次，小濱守安，福島明宗，武山陽一，佐藤章，藤森敬也，渡辺博，多田和美，松原茂樹，栃木明人，正岡直樹，岩下光利，鬼頭修，辻本大治，高橋晃，河野勝一，嘉村敏治，堀大蔵，山中美智子，池之上克，楠元和美，川越靖之

厚生労働省母子保健課：宮本哲也

●座長（中村教授）： 本年度は産科医療のほうにターゲットをあてまして、特に今問題になっておりますMFICUの運用のあり方といったところに焦点を当てて、このフォーラムを組んでみました。ですから、きょうは主として産科サイドの先生方にスピーカーとして話題を提供していただきまして、その中でディスカッションできればと思っております。

現在、そのための調査としまして、松田先生を中心に産科部門の調査をお願いしております。それと一方で、ずっと以前からやっておりました周産期医療体制全般的な調査を大野先生に継続してお願いしておりますので、最初、周産期医療全般的な調査結果に基づいて、中間報告ということになるかと思いますが、「周産期医療調査に関する実態調査から」をお願いしたいと思います。

1 周産期医療体制に関する実態調査より

埼玉県立小児医療センター 大野勉

（分担研究報告書参照）

●座長（中村教授）： ありがとうございます。

まだ全部の最終集計ではございませんので、中間報告ということになるかと思えます。大野先生、三次医療施設の中で将来総合になる可能性のある施設と地域型と二通りあるということですが、このうち、今の基準に合わせて総合型になれるというのはどれぐらいの数でしょうか。

●大野 勉先生（埼玉県立小児医療センター）： 総合になれるのは、大体80ぐらいはありそうです。

●座長（中村教授）： 一番ネックになっているのは、「人（マンパワー）」の問題…

●大野 勉先生： そうですね。

●座長（中村教授）： 社会保険上のNICUのことについては触れていないですけれども、それとの絡みというわけではない……。

●大野 勉先生： そのほうの解析はしていないので詳しいことは言えないので、むしろこの後の松田先生を含めたお話の中に出てくると思います。

● A 先生： 表28の新生児病床数は足りているかというところで、「今のままでよい」が半分ぐらいで、「少なすぎる」が半分ぐらいというのはどういうことなんでしょうか。

●大野 勉先生： 多分地域差があるんだと思います。地域によって随分事情が違うということです。例えば、大都市圏及びその回りは「非常に不足している」という回答があって、そうでない地域は「何とかもっている」という認識を持っている。三次の場合も、いろんなレベルが入ってきます。というのは、人工換気が10例ぐらいのところもあれば、超低出生体重児を50例以上扱っているようなところもあれば、その辺の認識の違いです。例えば、余りそういう患者さんをたくさんとっていないところだと、自分のところでとりあえず回していけば何とかなるとい認識を持っているだろうし、総合ではないにしても、その地域の核としてそういう依頼をされているところでは、足りない、足りないという認識を持っているところもあります。

●座長（中村教授）： 都会のほうが「足りない」……。

●大野 勉先生： はい。

●座長（中村教授）： 収支については、多田先生いかがでしょうか。

●多田先生： 私どもは不完全ながら今回

の調査票を書いたものですから、読んでいただく読み方があるんです。私どものところは、加算をいただくためのものですから、どういうふう to 本当の人数を出すか、あるいはお金を出すかというのは非常に難しいんです。看護師さんとか医者の方々が勤務しているところは簡単に出るんですけども、レントゲンとか、そのほかの部門をどのように計算するか、補助金はマイナスに対していただくことになっていますので、補助金をいただけるぐらいの額を見積り、それに対して補助金をいただくと大体こんなことになるということです。本当は補助金をもらわなければ何千万円が少なくなっているということですので、私はこの制度をつくっていただいているのが非常にありがたい。ただ、実際に本当に計算すると、もうちょっと赤字が出るんだと思うんですけども、そこは本当はわかりません。衛生費の問題とか、償却費とかいうのになると全然わからないので、一応事務が作文してくれて形をつくって出しましたけれども、これが実態だろうと思います。

●大野 勉先生： 人の問題とか、それから収支の問題については、電話等で問い合わせ確認したほうがいいなという回答もあるものですから、もう一度確かめて正確なものにしたいと思います。

●座長（中村教授）： なかなか公立病院の現状を見ましても、事務がはっきり収支を出すというのはほとんど不可能に近いです。そういうソフトが現在はないですから、本当に正確にいうと、どうなるのか。新生児だけではなくて、ほかの領域でもはっきりしていない部分が非常に多いですから、この数字を出すときは、注意が必要です。

かえって誤解を招く可能性もありますし、また問題点をご指摘いただければありがたいかと思えます。

● B 先生： ちょっと興味を持ったのは、総合周産期センターになっているのと、今は総合に指定されていない三次医療施設との勤務時間のところですか。総合周産期センターの新生児の先生方はものすごくお忙しいと思うんですが、それよりもさらに総合に指定されていない三次医療施設の新生児専任医師のほうがものすごく当直が多いし、合計すると勤務時間が長くなるということですが、それについては専門医が少ないということが一番大きな原因と考えていいのでしょうか。

●大野 勉先生： 総合の場合は、新生児専任常勤が7.5人プラス非常勤医師0.5人の8.0人となっていますけれども、三次医療施設の場合は非常に少ない状況で当直を回さなくてはならないという結果がかなり出てきています。ただ、逆に小児科一般と兼務になっているところがむしろ少なすぎるので、これはもう一度確認をとらないと何ともいえません。いずれにしてもこの辺は非常に大事なところだと思いますので、正確なところをもう一度確認しながら、最終の段階ではきちっと理由づけもしてまたご回答したいと思います。

● B 先生： 産科はとにかく当直が多くなってしまうので、そこに勤務している産科の医師数というものを考えた規模とか、施設の規模がこれから大変重要かと思っております。新生児のほうでも同じようなことが言えると思いますので、ぜひこのデータをしっかり解析していただければありがたいと思います。

● C 先生： 三次医療の表10と表12ですが、夜間救急外来を兼務しているところが91あるのに、新生児専任の当直医が毎日いるところが40%あるというのは、新生児専任と救急外来をしている人が重なっていることになるのですが。

●大野 勉先生： そうだと思います。

● C 先生： そうすると、その救急外来というのは一般小児をみているということなんでしょうね。そうすると、新生児専任当直医が一般救急外来をみているというのは兼務だということじゃないんでしょう。

●大野 勉先生： そうなんですよね。その辺の解釈をどうされたのかというのがちょっとよくわからないものですから、これは宿題にさせておいてください。

●多田先生： 兼務の先生がいらっしゃるけれども、多分これが現実なんだと私は思います。ですから、むしろ正直に出していただいて。というのは、NICU加算をとっているのが64施設あって、新生児専任の当直が毎日いるというのが39施設ですから、3分の1は要するに小児科と兼ねて当直をしている。それから、この間の大阪での未熟児新生児学会では、産科の先生も当直に入って維持している施設もありましたし、やはりこの班で、きょうこれから産科の先生にもご議論いただいて、この班の結論といいますか、班の方向としては、NICUは厳格にNICUへシフトしていく、それから、新生児入院医療管理料的なものととるところはとるとはっきりしていくというのが班としてもやって行くべきところなのだと思います。後ほどディスカッションしようと思っていたんですけども、むしろこのような実態を出していただいたものを読

んで、その上でこの班としてどう考えていくかという方向を出していただきたいというふうに思いました。

●大野 勉先生： 総合でさえ新生児の入院管理加算が半分しかとれていないし、三次医療施設で3分の1。ということは、相当厳しい実態であろう。総合でさえ小児科兼務で当直しなくちゃならないような施設も8のうち2施設あるということは、そういうことのあらわれなのかなと思います。

●座長（中村教授）： NICUの保健の認可について余り厳密に言うと問題になってくることにはなりますが、そこを現場では何とかやりくりしながらやっている事情もあるかと思しますので、改善の方向に向けてやっていただくようお願いしたいと思します。

では大野先生の報告はこれで終わらせていただきたいと思します。

●座長（中村教授）： 厚生労働省の母子保健課長補佐でいらっしゃいます宮本先生がお見えでございますので、ごあいさついただきたいと思します。

●宮本厚生労働省母子保健課長補佐：

周産期医療につきましては、皆様方にご努力いただいておりますことは、感謝申し上げます。

この1年間の間に一番大きな項目としてありましたのは、もともとそういった状況にあったということは認識しておりますが、小児科医療、産科医療全般の体制をどうするのかということが大きな関心を持たれるということでございます。

その中でも、特に小児科の医師が減っているのではないかとされておりまして、

皆様方もご承知のように、ニーズだけを見ていると、新しく小児医療をめざそうという方は徐々に増えておりまして、少なくとも数の問題だけではないというのが最近見えるところであります。

一方、夜間の救急が忙しい、それからNICUを中心とします周産期医療の現場では非常に忙しいということも言われており、このあたりの体制をどう考えていくかというのが全般的な課題になっているところで

す。国民の要望としましては、24時間、小児医療（周産期医療も含めたもの）を全国をカバーする形で受けたいというのが要望だと思しますが、ただ、例えば、2次医療圏という単位で考えますと、24時間を小児科だけでカバーしていくというのは、人数の点から見て現実として不可能であるというのはもちろん見えているところでありまして、その中でどう体制を組んでいくかということが課題になっています。

小児科側のほう、救急医療だけのほうから話を聞きますと、やはり一つの施設あたり3人ぐらいいないと、軽いぜんそくや肺炎程度の患者さんでも入院させる体制をとるのは難しい。夜勤が一人しかいない施設をたくさん置くというのは、逆に小児科医の無駄遣いだと言われております。それから、ある程度高いレベルで維持できる救急医療の実施を目指しますと、15人程度はいないと回らないというふうに言われていま

す。そうやってまいりますと、単に数が足りないというだけではなくて、その医療のあり方そのものをどう再構成していくかというのが課題になっているというのが、今、

関係します方々で話し合っている内容であり、方向性になっています。

もう一つ、NICUというのも小児科医療のかなり大きな事業になっていて、そこで勤めていらっしゃる方々も、小児医療と完全に分離している施設もございますけれども、かなり一緒の部分があるというふうに聞いております。

小児医療、それからNICUを中心とする周産期医療、それから産科側も含めて全体としてどういう体制を組んでいくのかということを考える、そういう宿題が出ているのかなと思います。この研究班の中でいろいろと取り組んでいただいている課題について成果が上がっていることは十分承知しておりますけれども、ぜひそういった全般的なところにつきましても、答えにつながるようなものを出していただければと思います。

本日は、勉強させていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

● 座長（中村教授）： どうもありがとうございました。

● 座長（岡井教授）： ただいま厚生労働省の宮本課長からお話がありましたように、周産期の医療体制を日本はまた本気で考え直さなくてはいけない時期が来ていると、出席している先生方は感じておられるかと思えます。

先ほども医師が不足の話が出ましたが、厚生労働省の、この班と並行して、もう一つ「小児科・産科医師、若手医師の確保と規制に関する研究班」というのがございます。私はそちらのほうも参加させていただいているのですが、小児科医師の足りない現状は、お話いただきましたNICU、それ

から救急医療というのがあります。産婦人科のほうも実は非常に少ない状況がもう逼迫しているというか、私はそっこのほうの研究班で研究させてもらったことから、簡単に話させていただきますと、昭和45年ごろから日本は医師の数が大学でどんどん増えているんです。そのときに上昇のカーブと一緒に上ったのは内科医なんです。小児科と産科はものすごく似たトレンドをとってしまっていて、ちょうどそこから恐らく少子化に向かうだろうということで、需要が減るというような考えがあったんだと思います。小児科も産科も全然増えてなくて、比率が減ってきている。ほかの例えば整形外科、外科は少しずつ増えているのです。そういう状況の中で、結局、子どもが少なくなればなるほどお母さんも心配だし、一人一人の子どもにかかる医療の密度も濃くなる。子どもさんも全く同じで足りなくなってきている。

産科の現状をいいますと、一番問題なのは今でも足りないんですが、この後どんどん減っていくという状況が目に見えているのです。と申しますのは、産婦人科の2002年の統計では41%が60歳以上である。ですから、これからどんどん減っていきますので、よほど若い先生方をたくさん入れていかないと、おぼつかないという現状です。それから、産婦人科への入局者が女性医師が平成9年でしたか、10年でしたか、男性医師を追い抜きました。女性医師はもちろん頑張ってくれていますけれども、産婦人科の中でも女性内科といえますか、更年期の問題とか、思春期の問題とかをを目指す人がどうしても数としては多くなります。従って当直の多い産科をやっているという

人が減ってきている。そういうことがあります。まして、私は外国の産婦人科の医師の数も調査したのですが、先進国の中で、人口あたり、あるいは出生数あたりで見ると産婦人科の医師が一番少ないのはイギリスでした。現状では日本がその次に少ないのです。イギリスは、妊婦健診をいわゆるGPという一般医がやって、産婦人科の専門医はハイリスクは別ですけれども、8カ月以後はやらない。助産師が正常なお産は会陰切開を入れて縫合までやっている。産婦人科の医師はハイリスクしかやらない。ですから、本当に日本はこれから考えていかないと、イギリスみたいな方向に持っていかななくてはいけないかもしれないし、よほど体制を、効率よく、安全に快適にお産をしてもらうためのいいシステムを構築していかないと、今の周産期死亡率が世界一低いという状況は保てなくなってくるおそれがあるのではないかと、そちらのほうの研究班では話し合っております。

ではまず最初に「MFICUの現状と問題点」ということで、総合周産期医療センターでは人手不足のことがあって、最初に考えたほどうまくいっていないような問題点があり、その辺を松田先生からお話していただきます。

その後、医療体制に関しましては、日本の場合、地方と都市部でかなり状況が違う。こういうセンターの施設がカバーする地理的な領域の広さが全然違ってきますので、それぞれに応じた将来の理想的な形というものをお考えなくてはならないということで、大都市と中規模都市と分けてお話をさせていただきます。

最後に、実際の診療の現場、地域の診療

所、これからそういう施設と大きな病院あるいはセンターとのつながり、その辺もまたとても重要なことになりますので、そのことをお話しいただく予定になっております。

そういうことで、産科のほうのスタートをさせていただきたいと思っております。

最初は、女子医大の松田先生、お願いいたします。

2 MFICUの現状と問題点

東京女子医科大学 松田義雄

(分担研究報告書岡井分参照)

●座長(岡井教授): 多方面から検討していただいた結果をお話しいただきましたが、ご質問、コメント等をお願いいたします。

●渡辺先生: 設置基準のことですが、獨協医大は97年1月から総合周産期センターとして、先程の基準どおり認定されました。厚生省が認めて、県に届けるといって、全くその基準を全うしておりましたが、その時点で本当に設置基準を厳密に適応すれば、確かにバイオクリーンでなければいけないとか、いろいろ細かいところはあるのですが、栃木県としてもNICUが足りない、周産期のベッドも足りないということで、全国に先がけて設置したのです。その結果、一般の病床をそのまま融通して入院依頼を引き受けるということで、最近では茨城県、群馬県、埼玉県あたりからも患者さんが来ているようです。そういう状態で順調に運営しているはずだったんですが、去年の11月の厚生労働省の監査で、これは設置基準を満たしていないので、保険に関しての認

可はやめたということを言われました。そこで県といろいろ相談したのですが、実際やめてしまうと県が困るということで、いろいろ対応したところ、要は、ハードを整備するという向こうからの提案がひとつあったのと、整備するのはいいんですけども、今までの個室をかなりフレキシブルにMFICUの病床としていたのが、その病床は管理を一定にして、そこにほかの患者さんを入れてはいけないという決まりがあったのです。要するに、ベッドは空けておかなければいけない。それはあんまりだということで従来通りやっていたら、今度は、入れてもいいけれども個室料金は取ってはいけないとか、設置基準に書いていないことをかなり言われる。基本的には保険のお金をなるべく払うのを減らそうということではないかと思うんですが。その点は今はまだ交渉中なんですけど、同じ厚生労働省の中で、片方はそうやって推進しようとしていて片方は足を引っ張るというか、そのようにされるのが非常に愕然としています。ですから、全国的に広めようというところで、もちろん人の点は何とかクリアしたとしても、設備というところで、私どもの場合には設置基準ができる前に病棟をつくって、県としてもやろうということで運営しているのですけれども、それが余りにも厳密にされると水を差されるのじゃないかと思いました。その辺も行政のサイドでよく考えていただければと思います。

●座長（岡井教授）： それじゃ、宮本課長補佐、何かあればお願いします。

●宮本厚生労働省母子保健課長補佐： この基準については、総合周産期母子医療センターと連動して設定されているもので、

実は保険診療のほうから見て非常に特殊な成り立ちであるとは思いますが。そうはいいまして保険診療上の設置基準に合致していないというのはそうだと思いますので、いろいろ教えていただいて、今後検討したいと思います。

一方で産科とNICUを合わせて今後どのようにしていくかというのは、依然として解いていかなければいけない課題だと思うのですが、その中でどういうものを認可していくかというのは状況によって変わっていくかと思うので、これもあわせて検討していく必要があると思います。

●座長（岡井教授）： ありがとうございます。これは、やっぱり行政の側からすると、ルールが決まっておれば、それを守らないわけには絶対にはいかないですね。ですから、決まっていること自体を今の現状に合わなければ何とか変えてもらって、こういうふうなルールにしてくれということをお願いしないと、何かルールがあるのだけれども、その適用を少し甘くしろとか、そういうのは我々が厚生労働省なりに訴えていくのはちょっと違うのかなと思います。本当に今決まっている制度をこっちのほうに変えてほしいというほうがいいと私は思います。今、問題になっている人の問題にしても、地方で周産期をなくしてはいけない、でもその地域は過疎の地域なので、2人が専任で毎日当直することはできないというところには、それなりにルールとして「こういうところは、こういうものでもいいですよ」というのを認めてもらう、そのほうがいいような気がします。

●松田義雄先生： 実は100万人に総合周産期医療センター一つとしていますが、100

万人に足りない県はどうするのかとか、同じ県でも数カ所あっても、例えば産科合併症も全部診られる施設もあれば、診られないところもあるから、それぞれの地域の特殊性をもう一度考えないといけないと思います。それは、今、岡井先生も言われましたように、医師が2人というのはほぼ難しくなっているのが現状であって、その設置基準の見直しは、いつごろ、何をもってするのかということ逆を私としてはお尋ねしたいんです。

●宮本厚生労働省母子保健課長補佐： そういうことも課題であるというのは承知していますので、いろいろ皆さん方とも相談しながら進めていきたいと思っています。

それで、また繰り返しになってしまうんですけども、確かに全都道府県に設置するということが挙げておりますので、そのとおり進めているつもりではおりますが、一方では、やはり技術レベルというものがあるというのは今の現状では事実なんだろうと思うんです。この点についてどうしていくつもりなのかということもむしろ皆様方に投げられている宿題であるかと思うので、それをあわせてどうするのかということをお答えとしていただきたいと思っています。

もう少しかみ砕いて申し上げますと、どの医療分野においてもそうだと思いますが、集約をしていくほうがレベルは恐らく上がりやすくなるだろう。一方で、集約していくと、遠隔地においてはアクセスが困難ということで、それをどういうバランスで考えていくのかということがいつも問題であろうということです。

もう一つは分散すればするほど医療経済的な観点からいうと効率は落ちていって、

勤めている人にとってみても収益が余り上がらない割に忙しいというような、そういうこともあわせて効率的なものも、もちろんその地域や状況によって全然違うとは思いますが、そういうものもあわせて答えとして提示いただければというふうに思います。

●末原先生： もともと多田先生の研究班で出生1万の周産期医療診療圏というものを想定したときは、周産期センターをこれからつくる場合は大体このように考えてということで、いろんな数字を出してきたと思うんです。ただ、それに行き着く前には、まずは周産期のニーズを調査して、周産期の医療資源を調査して、それをいかに有効に配置するかということがもともとの基本だと思うのです。だから、今MFICU病床9床を6床にするとか、2人当直にするとかいうことは、それは各地域で異なっても当然であり、うちの地域としてはこれが一番ベストなんだと言うものがあるはずなんです。我々の大阪の事情から言いますと、2人当直では足りないと思うんです。だから、私は2人当直を削るのは絶対反対ですけれども、地域によってはそれがオンコールで、対応できるのであれば、それでいい地域もあるでしょうし、その医療機関の特殊性、あるいは地域によって変わってくると思います。ある地域では非常に大きな病院が全県をカバーすることもあるでしょうし、あるいは分散するところもあるでしょうし、それはその地域の周産期ニーズと、今から施設を配置するわけじゃありませんから、既存の施設をどう役割分担するかという事になる。またそこに情報のネットワークも要りますので、それぞれ各府県でプランを出して行政のほうに提示したときに、行政は、だけでもこれは国

でこう決まっているからこうなんだとって、各地域の実情を理解しないで「できない」とか言われてしまうと、逆にシステム全体を緩和しろとかいうふうな動きになってマイナスである。むしろ多分今、全国10都府県で動いているのが40前後になるには、ある程度自分のところの県では今はこうだけでも将来的にはこういうビジョンがあって、このように整備するという事を各府県の行政担当者がそれを納得して、我々自身利用サイドもそれを行政を説得する資料をつけて、そこで一致点を見出していかないといけないのだと思います。一律に2人当直を1人にするとか、そういう話はなかなか進まないと思うので、ある程度その辺を各府県の行政担当の方も、もう少し頭を柔らかくして柔軟に対応していけば、もう少し進むのではないのでしょうか。

そして、各府県1つの施設がそういうことをいつも考えていると、「さらにここはこうしよう」とかいうことが次々出てきます。総合周産期センターとしての見直しも大事ですけども、その地域としてどういうシステムを組んでいくかということも非常に大事だと思うので、余り一律にというのはなく、各地域の実情を加味して、それはむしろ我々がこういう資料を出して、行政と対応しないとイケない。平成8年から厚生労働省の本事業はスタートしましたが、大阪はスタートが結局13年までかかったのは、その辺の調整が非常に長引いたということもありました。今はやっと動き出していますが、大阪は大阪でまたいろんな問題を抱えています。松田先生のところは今、母体搬送を断るのが3割とおっしゃいましたけれども、うちはずっと多くて……。

●松田義雄先生： 全体です。一施設の

平均がそうであるということです。

●末原先生： 大阪はもっとたくさん施設があるために、一時的にはちょっと断っているということで、それは情報の集中化で対処できることなんでしょうけれども、それはそれで各地域の実情が出ていると思うので、ぜひ各府県の行政の方、頭を少し柔らかくしていただきたいと思います。

●多田先生： 松田先生がいつごろ見直していくかということがあったものですからお伝えしておきます。平成8年からこの事業が始まりましたが、その前からこの研究班で検討してきて、平成8年に末原先生がおっしゃったように、このシステムでいこうという形になったわけですが、たしか5年で見直すことになっていると思います。したがって、今後数年のところはどういうふうに変っていくかというのを、厚生労働省のほうもこの事業を見直していただく非常にいいタイミングなんだと思います。地域によって集中化をどうしていくかというのは、やっぱり前のときもこの班で結論を出してお願いをしたわけですし、この班でどのようにアレンジをしていくかということも是非今日の議論でもしていただいて、そして、これで中村班としての結論的なものを出して、厚生労働省のほうにも検討していただくというのが、さっき渡辺先生がおっしゃった施設の基準も含めてあるのではないかと。だから、ちょうどいいタイミングだというふうにお考えいただいているんじゃないかと思います。

●中村先生： 私も先生の意見と全く同じです。宮本課長補佐も多分同じ趣旨で先ほどお話しなされたと思います。この半年で

その線引き、ある程度の基準というものが
必要になってくると思いますので、地域は
ある程度のガイドライン的なものをできま
したらつくって提言できればというふうに
考えております。

もう一つ、先ほど渡辺先生からお話があ
りました、MFICUのサイズの問題です。
せっかく作ったけれども、8平方メートル
のものを置いておかなければいけないのか
いう声も最近よく聞きます。一方では、ベ
ッドが足りないというお話もありますし、
一方では、つくったけれども運用しにくい
というような、お金が取りにくいとか、そ
ういった問題を抱えておられるようなので、
後の演者の方もお話しなさるかもしれませ
んが、その辺を私自身どういうふうに解釈
したらいいのか困っておりますので、その
あたりも後で議論していただければありが
たいと思います。

●座長（岡井教授）： 今そういう話にち
よっとなってきましたが、「大都市におけ
る産科医療」と「中規模都市における産科
医療」ということで、2つお話をいただき
たいと思います。

3 今後の産科医療のあり方につ いて一大都市における産科医療—

愛育病院産婦人科 中林正雄

(分担研究報告書参照)

●座長（岡井教授）： 中林先生、どうも
ありがとうございました。幾つか示唆に富
むお話がございましたが、一つは訴訟が多
いということをお話しいただきました。こ
れは一つ恐ろしい数字があるんです。今、

日本は出生数が120万人ぐらいで、お産に
平均40万円ぐらいかかるとして、4,800億
円をお産のために患者さんが払っているの
ですけれども、一方、脳性麻痺（CP）発
生率が今0.2%ぐらいです。それが訴訟に
なると2億円ぐらいになっています。全部
負けると4,800億円全部飛んでしまう。お
産で入ってくる収入が全部訴訟のほうにい
ってしまうというか、脳性麻痺の患者さん
のケアをするその慰謝料のほうに回ってし
まう。こういう統計があるぐらい産科診療
においてはこの訴訟というのは重要な問題
です。何かその辺に対してご意見とかござ
いますか。

●末原先生： 訴訟じゃないんですが、ロ
ーリスク病院と周産期センターの関係、まさ
に私もそのとおりだと思うんですが、ただ、
周産期センターは東京に8カ所、大阪で大体
6カ所から8カ所ぐらいありますけれども、
地域の出産の10%ぐらいがある程度のリス
クを持ったものとして集まるとすると、それ
ぐらいの施設数でいいと思うんです。セン
ターのほうは、割と数が整ってきていると
思うのですが、ローリスク病院をもう少し
集中化して、ある程度人数を集めて、ある
程度の件数もこなして、医者がいても毎
日仕事があるというような事が出来ないか。
実際地域の先生方も高齢化に伴って、出
産をやめて外来をしたいということがある
ので、もう少しそういう地域の病院がも
っとセンター的になればいいのではない
かということ。

もう一つは、周産期センターの出産が
増えると、今でもとても大変なところに
さらに医者に負担がかかるということで、
私自身が考えているのは、周産期セン
ターに隣接したパースセンター的なもの
です。特に

最近「快適な出産」と言われますので、助産師中心の施設も含めて、周産期センターのすぐ隣に壁一つ隔てて、ドクターが参加されてもいいし、助産師だけにとどまってもいいし、バースセンター的なもので、より快適な出産を安全な環境で行えるようなものがないかなということ、ぜひそういうものも構想の中に入れていただいたらと思うんです。

●中林正雄先生（愛育病院産婦人科）： イギリスのハマー・スミスがまさにそうなんです。エルダー教授なんかも、イギリスは産婦人科医が大変少ないので、隣の助産院でほとんど分娩をやってもらわないといけません。しかし、一度プロトコルをつくっても、ハイリスクとローリスクをきっちり分けることがなかなかできない、それが今、イギリスの産婦人科医の困っているところだと言われています。突然発症する産科的異常の予防がまだまだできない。CTGに関して、突然の変動一過性徐脈のようなものはまだ防げないとか、その辺が今の限界だという受けとめがある。末原先生がおっしゃったことは、私は全く同感でして、今、東京の産婦人科医が年間300ぐらい平均して分娩していましたので、これを年間600から1,000という2倍から3倍ぐらいの規模にして、施設数がその3分の1になっていけばいいと思うのですが、これは生活がかかっていましてどのぐらいのスピードで進んでいくかという問題があります。

それから、今言ったように、隣にあるということと、近くにそういった、比較的どの病院でも、意外とその近くにローリスクをたくさんやっている開業の先生がいらしたりして、案外無理につくらなくても、

日本の場合は、自然とそういったこともできてきているところもあるのかなという気はいたします。

●座長（岡井教授）： 今の話の延長ですが、隣で助産師さんがお産して、何かあったときに、隣の病院、近いからいいんじゃないかという話ですよ。もうちょっと進めると、同じ建物とか病院の中で、助産師さんがこっちでやっていて、すぐそのままストレッチャーで連れて行くということができるとい、それは本当いうと理想なのかもしれませんね。

中林先生、オープンシステムはいいことはわかっているのですが、日本ではなかなか現実化してこないのはどうしてんですか。

●中林正雄先生： 今回、私は前田先生にお願いして、静岡のほうでオープンシステムを大変上手に運営しているということで、その辺をお聞きしたい。

それから、私どもは、セミオープンで、できるだけ内容とかカルテを統一して、送ってくるときに送りやすいようにと、そしてお互いに連絡を取り合った病院を幾つか周辺につくるとい、今やりつつあります。

●末原先生： セミオープンあるいはオープンシステムにしても、結局、日本の産科医療がスタンダード化されていない部分が非常に多いことが一番問題なんですね。だから、こっちへ行けばこうするけれども、こっちはこうだという、もちろん違ってもいいけれども、その提供する情報が共通のものになって、共通の基準でいろいろ考えていかなければならないのに、そこまでなかなかできていない。また、地域の助産師

さんあるいは病院の助産師さんなど、助産師さんのスタンダード化というものもぜひしたいと思って私も少し動いているので、またぜひその辺でも進めていただきたい。

●橋本先生： 今の標準化の件に関してちょっと問題があるのです。例えば、今実際にやられているのは、ほとんどが1人で開業して診療所でやっている産科医ですね。ですから、この標準化に向かうには、その意識改革はすごい問題があると思いますね。もう一つは、健やか親子21の第2課題の「安全性とアメニティ」という言葉が一緒についていますよね。この「アメニティ」という言葉が総合周産期にどこまで入ってくるかというのが、ものすごく大きな問題になってくるのです。医療側でこうやっても、患者さん側は逆にアメニティのほうに走っていった傾向さえある。しかも、第一線の産科の開業医の先生たちがそれをよく酌んで、もう自分の病院で例えば分娩室と同時に畳の分娩室をつくったり、そういうふうな流れに今、現実の流れで流れてきている面が多分にあると思うんですよね。だから、ここを改革していく、意識改革するにはものすごく大きな一つの壁といたしますか、力が必要になってくる。

さらに、助産師さんで開業しておられる方、この助産師さんの分娩をどうもってくるかというのも、これはアメニティの問題をここに一緒に明記してプランニングをしていかないと、なかなか難しい問題じゃないかとちょっと感じました。

●中林正雄先生： 「アメニティ」に関しては、総合センターに関しては、大学へはまだいろいろ難しいんでしょうが、日赤とか、愛育病院とか、本当に周産期センタ

ーを中心している病院はほとんど「アメニティ」の改善ということに関しては非常にこだわっていると思います。ですから、そういう点では、非常にハイリスクを扱う頻度の高い、50%、60%の大学病院と、10%ぐらいがハイリスクであるような周産期センターと多分違うんだらうという感じがいたします。

それから、もう一つは、私どもが一番心配しているのは、スタンダード化は、これは地域の先生と周産期センターの先生方の、送り、送られる同士の密接な話し合いを年じゅう持つということが大切であろうと思われます。これは助産師さんに関しても同じで、検査等大体取り決めて、異常があれば来ていただくとか、そのようなことで安全にできる範囲をお話しながらいくということで、より安全なアメニティを大切にする行き方と、最低限のリスクを抑えるということと、総合周産期でリスクなものを中心に集中的にみるということとは並立していけると思います。そのほうが、周産期医療の進歩は大変早いので、早いものに関して追いついていくものと、快適にやるといったお産とは十分すみ分けができるだろうというふうに思います。

●B先生： 今、橋本先生がおっしゃった課題は非常に切実に感じておまして、やっぱり周産期センターだからこそ、リスクを持っているからこそ、より快適な出産をそのできる範囲でしなければいけないということで、うちのセンターは、助産師にあちこちの助産所、あるいはアメニティの高い施設にどんどん見学に行かせて、そういうものを吸収しようということをしています。

もう一つは、助産所の助産師さんは非常にアメニティもあるし、そういう助産に取り組んでおられますが、センターの助産師さんは割とドクターに指示を受けてしています。それはだめだということで、勤務している助産師さんを組織して、お互いの中のレベルの格差をなくす意味で、地域の助産師とも連携をしてもらって、できるだけ病院の中に地域の助産師さんの意気込みというものを取り込んでいただこうとしています。助産師さんにいかに活躍していただくかが、これからの周産期の一つの課題じゃないかと考えております。

●座長（岡井教授）： 橋本先生の言われること、私もちょっとお話したいことがあるんです。大学病院とか大病院ですと、どうしても出産のそのアメニティが悪いという印象がありますが、最近は大分医師の、あるいは病院の運営者の意識が変わってきていまして、どうもアメニティを大事にする。ここ数年、10年ぐらいですか、そういう意味では、患者さんは、ただ安全だけを追求するお産ではなくて、いろんなことを考えたことをやってきてはいると思います。ただ、おいしいフランス料理を食べていただくとか、そういうところまではいきませんが、できるだけ個人の意思を尊重できるように、あるいは普通の分娩にするようにとか、それはかなり進んではきているかと思えます。

●E先生： 産科のことなので、素人が言ったほうがいいかなと思うんですが、先ほどの大学の問題なんですけれども、大学の産科では、先生がおっしゃったように、アメニティがこれからどんどん上がっていく方向にいくと思うんです。そのときに教育

という点では、ここから出ていく人がかなりいるわけですから、ここのアメニティはいいものだとか、そういうことを教えないといけないと思うんです。

そういう点では、要員不足を、私自身は新生児側から見ていると、開業の産科の先生から大分悪いのが結構来るのです。警察のほうから調査が入ってきたのもあります。このお産は果たして助産院でやってよかったのかどうかというので、警察から問い合わせが来たりしたこともあります。

したがって、ある施設の中でもうちょっとアメニティをよくして、助産師さんが活躍すると。別々の施設でというのも一つの考え方で僕はいいと思うんですけれども、そういうのは特殊であってもいいけれども、推進する方向としては産婦人科の先生にお願いしたいのは、ぜひとも施設の中でいかに妊婦さんが求めるそのアメニティを確保できるかということをご検討していただきたい。それは何も相手が日赤だけじゃなくて、大学病院でも、私立病院でもみんなできるような形で小児科側としてはぜひやっていただきたい。そうしないと、幾らやっても、たまに出てくる助産院から来る患者、これが訴訟になったら、数が少ないですから、それこそ0.2%の訴訟で全部持っていかれるどころじゃなくて、助産師さんたちがすごい負担になってしまうのも確かだと思いますので、小児科から見ると、NICUには結構いっぱい助産院から大変な患者が入ってきているということだけ認識をしておいていただきたいと思います。

●座長（岡井教授）： ありがとうございます。ありがとうございました。

●座長（中村教授）： 静岡県西部浜松医療センターの前田先生お願いいたします。

4 今後の産科医療のあり方について— 一中規模都市における産科医療—

静岡県西部浜松医療センター 前田 真
産科オープンシステム—浜松における現況と
周産期医療の将来像について—

[はじめに]

21世紀に入った今、各分野で構造改革が叫ばれ、変動そして世代交代の時代を迎えている。それに同調するかのように浜松市の周産期医療体制は大きく変化しつつあり、なかでも産科オープンシステムの普及が急速に進んでいる。そこで、最近の変遷を中心に浜松での現況を紹介し、これから目指すべき将来像についても触れてみたい。

[産科オープンシステムの意義]

地域の周産期医療水準の向上には、機能分担と病診連携を進め、医師と患者双方にメリットのあるシステム構築が必要である。その一つとして産科オープンシステムがあり、これを推進・成熟・定着させることが地域医療のレベルアップに繋がると考えている。

[浜松市内産科施設の変遷]

浜松市内（人口59万人）の産科診療所は最近大きく変動し26ヶ所となった（表1）。なかでも入院分娩を取り扱う診療所が11ヶ所に減り、「妊婦健診は診療所で、入院分娩は病院で。」という産科オープンシステムのスタイルに順ずる診療所の占める割合が、4年前の39%(11/28)から58%(15/26)に上昇しており、この傾向は今後も続くと思われ

る。また病院も（表2）、25年前に本邦で初

めて全床オープン病院となった浜松医療センター（A）のみが産科オープンシステムを取り入れていたが、平成10年にB病院が一部病床をオープン化させ、以後4年間に4病院が相次いで産科部門を中心に一部病床をオープン化させ、現在ではまさに市内病院のほとんどが歩調を合わせるかのようにオープン病院の揃い踏みといった状況になっている。そして、産科入院部門への設備投資を除いて外来部門だけを充実させて開業される先生方も前述のように倍増しており、浜松市内の周産期・産科医療の現場は機能分担を中心に急速に変化し始めている。

[なぜオープン化が必要なのか]

浜松市内の大部分の病院がオープン化された理由は、「病診連携・機能分担の推進」に基づき浜松市医師会が各病院に働きかけたことである。そして欧米先進国のスタイルを取り入れた産科オープンシステムが、当浜松医療センターの最近の実績をみて経済効率・医療効率の面から診療所にとって有益との医師会判断が下されたためでもある。一方、病院側にも積極的に取り組む必要性があった。それは、保険改正により病院外来診察料を外来紹介率によって変動させる方式が新たに設定され、今後は入院料も含め保険点数の病院格差はさらに拡大すると予想されることから、病院側も外来紹介率を上げることが至上命令となったと思われる。その方策の一つとして各病院がオープン化を選択したと考えられる。

幸いなことに、当院は以前から高い外来紹介率を維持してきており、平成12年度の79.9%の実績をもとに平成13年からは600床レベルの病院としては初めて地域医療支援病院の許認可を受けることが出来た。そして昨年の86.8%に続いて今年は90%以上と

なった(表3)。加えてこの許認可取得の結果、外来患者一人当たり4千円、入院一人当たり9千円の増額により設備投資無しで昨年1年間だけで1億3千万円の自然増収があった。そして外来患者紹介率に限らず、オープン病院特有の収入源である紹介入院患者一人につき一日1回220点を算定出来る共同指導料算定状況(診療所側は350点×日数分を算定)からみても周産期部門がその中心の一つになっており、別の意味での産科オープンシステムの恩恵といえる。お蔭で当院周産期センター入院患者における紹介率も80%に上昇した。しかし真の意味での病診連携・機能分担を構築成熟させるためにはまだまだ不十分で、外来入院共に当院での紹介率が100%になるよう、今後も努力を続ける必要がある。

[当院での方針と分娩内訳]

当院周産期センターでは紹介元の産科診療所の先生方を100%信用することを基本方針としており、ハイリスク例以外の妊婦健診は全て診療所で行っていただき、陣痛発来時に直接来院入院することとしている。但し、妊娠中期に一度だけ紹介受診していただき、カルテ作成から院内オリエンテーションのみは行っている。勿論、出産後の1ヶ月健診も診療所で行うことを原則として運用している。

最近5年間の当院における分娩数の推移と、その内訳を図1に示す。幸いなことに分娩総数は年々増加しその内訳をみると、5年間を通じてオープンシステムによる分娩数は微増している一方で、最近2年間は妊娠前期から当院で管理されている症例と緊急母体搬送症例数が増加している。それは、病診連携・機能分担の推進による成果か、腎臓や甲状腺専門内科クリニックなどからの内科疾患合併妊

娠紹介例の増加に加え、産科診療所の先生から妊娠前期に多胎や合併症妊娠などで、また中期に妊娠中毒症や切迫早産管理他で紹介される症例が年々増加していることが主たる理由である。他方、残り20%の紹介無しの妊婦の多くは院内職員や当院周辺在住の方々と飛び込み来院する外国人患者で占められている。現在の産科入院患者紹介率80%をさらに上昇させるための課題として、地域住民の方々への啓蒙にも力を注ぐ必要がある。

[当センターの特色とNICU入院症例の検討]

当院周産期センターは、母体部門18床とNICU12床の計30床で一つの病棟として独立しており、看護師41名(うち助産師24名)による単一看護単位で運営されている。また、そこで働く医師は産科医5名と新生児科医5名の計10名で、全員が浜松医科大学産婦人科教室に所属しており、そのなかで赤ちゃんが大好きなメンバーで固めている。小児科医は別に4名が常勤しており、別の小児科病棟で勤務している。その特色は、当院新生児科医は浜松医大産婦人科入局後に鹿児島市立病院茨聡先生と静岡県立こども病院臼倉幸宏先生のもとで修行研修を積み、さらに胎児診断から分娩・帝王切開までこなせるようになってから勤務している。すなわち、当院では胎児期から赤ちゃんの主治医を決めるようにしており、妊娠中から母児を一緒に治療することを基本方針にしている。

最近のNICU入院患児のうち、出生体重2,000g未満について新生児搬送・病診並びに病病連携による母体搬送・院内管理例に分類し検討を加えてみた(図2)。500g未満症例は3例全て(100%)が、500~1,000g未満22例のうち半数の11例(50%)が病病連携

による緊急母体搬送例で占められていた。しかしその病病連携例は、1,000～1,500g 未満になると38例中11例(29%)となり、1,500～2,000g 未満では80例中8例(10%)にまで減少していた。一方、診療所からの病診連携による母体搬送例は、1,000g 未満群で4例(18%)のみ、1,500g 未満群で17例(45%)、2,000g 未満群で30例(38%)と逆転していた。そして、オープンシステムも含む妊娠前期からの紹介例を主体とする院内管理例は、1,000g 未満群で2例(9%)、1,500g 未満群で6例(16%)、2,000g 未満群で24例(30%)と順次増加しており、この解析からある種の傾向を得ることが出来た。すなわち、病病連携による母体搬送例は1,000g 未満の重症例で占める比率が高く、逆に予後の良い1,000g 以上では病診連携母体搬送例と院内管理例のほうが逆転増加する傾向にあった。多くの影響因子であろうが、極端な表現をするならば、浜松地区では病院よりも診療所のほうが危険予知能力に長けているとも言えよう。これはひとえに、産科オープンシステムにより地域の全施設の診療レベルがオープン化され、お互いの技量や得意分野を知り合うことがレベルアップに繋がっているという別の意味でのオープンシステムの副産物まで産み出したと思われる。

[将来像について]

今後、分娩数が増加することは期待出来ず、現状維持もしくはやや減少に傾くであろう。しかし一方では、外来診療部門における専門分野の細分化・高度化は促進され、保険診療機構の再構築も推進されることから、外来患者数は増加の一途を辿るであろう。そのため、将来はオープンシステムに参画した外来専門の診療所は益々増加していくであろうと予想

される。さらに病院側でも生残りを賭けた改革が進むであろうと予想され、病院数は逆に減少する可能性もある。今後、病院によっては療養型慢性期医療施設に様変わりするところもあれば、急性期医療施設としてパワーアップするところもあろう。その激動のなかで、地域をあげて産科オープンシステムを熟成していけば、産科医のストレスは開業医勤務医を問わず適切に分配され、さらに収益も適正に分配され、そしてより上質の周産期医療を提供していけるのではと期待もしている。

ここ数年間で浜松が大きく変化したように、これからの変遷はさらにスピードアップされると考えられる。そして医療に対する要望はさらに多様化し、それに同調するように提供すべき医療サービスも多様化させなくてはならない。さらに保険診療も含めて医療形態自体も変身していくであろう。また、診療技術精度の向上に加え、患者安心度満足度の上昇も求められており、目指すべき近未来像は見えつつある。つまり、現代21世紀の変遷に乗り遅れないように、病院と診療所が一体となれる産科オープンシステムを推進することが地域周産期医療の向上への近道の一つと考えている。を目指すべきであろう。そして地域内の産科入院ベッドは病院診療所を問わず、全てがオープン化されるべきであろう。

(文献)

- ・ 前田真：当院での産科オープンシステムの運用状況—最近2年間の実績を中心—産婦人科の実際 49(1),51-55,2000
- ・ 江口洋子：緊急帝王切開の決定から開始まで—県西部浜松医療センター周産期センターのケース—。ペリネイタル

●座長（岡井教授）： ありがとうございます
ました。

中規模都市のむしろいい面がたくさん出て
きたと思うんですが。

先生、オープンシステムということですが、
けれども、先生のお話を聞いていると、病
診連携が非常にうまくいっているという例
だと思いますが、実際に開業の先生が来て
手術をされるわけですね、先生の病院で。
あるいは、お産をされるということですね。
その割合がどの程度か、先程お話があった
診療報酬の違いとか、スタンダードはどう
とか、その辺の問題に関してはいかがでし
ょうか。

●前田 真先生（県西部浜松医療センタ
ー）： 1,000分娩のうち、オープンシス
テムでお産されているという方が600台、
6割近くあるわけです。正常の分娩です。
そのうち、診療所の先生が一から立ち会
われた比率は3割いかない。なぜこうな
ってきたかという、最初、例えば、若
くて40歳前後で開業された先生方は、最
初は夜間のお産も僕の患者だといって全
部行いますね。そうすると、外来診療レ
ベルが落ちてきます。やっぱり午前0時
には寝ていないといけない。そうすると、
いい外来ができる。先ほどのNICUのほ
うもそうなんですけれども。診療所の先
生にいい外来をしてほしいので、お産は
やめたらと。夜の8時までだったらいい
から、それ以降はもう酒を飲んで寝な
さいよというのが、あうんの呼吸でご理
解いただきました。それでも外来診療だ
けでも十分ペイできるようになったという

裏づけがあるんです。ですから、お産に
本当に立ち会われるのは2～3割になっ
てきました。逆に、お産でも最後の一針
かければというときにひょこっとあらわ
れる先生ももちろんいらっしゃいます。
もちろんそれはそれで事務方はわかりま
せんので、立ち会ったということにしま
す。

●座長（岡井教授）： そうすると、中林
先生のお話の中であったのは、産科、特
に分娩に携わる産科医師、産婦人科の中
で分娩をきちっとやっていくという医師
の数が減ってきている。そのことを、う
まく有効に人を使ってということでの
オープンシステムというものの有用性、
ほかにももちろんいい面はいっぱいあ
ると思うんですが、先生みたいなこと
でいくと、病診連携はいいですけれど
も、「なるべく僕がやりますから」みた
いな格好になってしまうと、実際に分
娩をやる人間は病院の医師に偏って
きて、大変な当直の回数ということが
解消できないというのもあるような気
がするんですけれども。

●前田 真先生： それについてもう少し
追加させてもらおうと、お産をしてい
らっしゃる診療所の先生もストレスを
減らすということで一生懸命やってい
ました。はっと気がつくと、診療所の
先生のアメニティが非常に高くなって
きています。僕たちのアメニティは、
僕もお正月は一日も休めませんでした
し、えっ！というときなんです。今
は実は第2期の計画を立ち上げて、3
年目をスタートさせるのですけれど
も、お産をやめられた先生たち、お
産は退屈しない程度でやりたいとい
う先生がたくさんいらっしゃいます。
その人たちで医師会の当直