

チームをつくっていただいて、産科ベッド数が全然足りませんので、もう一つ新しい病棟を立ち上げます。そこでゆっくりアメニティを高めたところ、そこの当直に入ってください。リサイクルしようというのを今、計画中です。そうすると、僕たちも少し楽になるかなと。

● A 先生： 今まで私もオープンシステムというのは非常に興味を持ってきたんですけど、先生のところで非常にうまくいっているお話を伺いまして感心したのですが、いろいろな先生方の話を聞いていると、初めは個人的にオープンしている病院の先生と開業の先生とが非常にうまくコンタクトを持っておられるうちに、何年かたつと、だんだんしんどくなってきて病院に参加してくださらなくなる。あるいは、そのドクターとの個人関係が、10年もたつてくるとだんだん希薄になってきて、患者を送るだけでいいと。私は、診療所のレベルが上がるといこと、外来のレベルが上がるといことは非常にいいことだと思うのですが、そういう部分を果たしてセミオープンとかオープンとかいうのかなというのが小児科の立場としてはちょっと疑問に思っているわけです。

先生のところが非常にうまくいっておられるのは、先生の指導性で成功しておられると思うんですが、各病院がみんな同じ形でやり出してきたというような形ですね。そうすると、私は先生のところがオープンで、浜松でうまく開業の先生たちが利用しておられるのは、8万円から9万円の分娩料の半分か返ってくるという、あそこが非常にある意味では正直言って魅力があるのかなと思っていました。先生のところで

は、県がある程度お金を補てんしてくれるけれども、病院はそうではないだろうと思うんですね。そうすると、医療保険外のものでもそれでやっていけるのかなと。ちょっと見に来た先生にお金を払うことで、果たして日本全国でやっていけるかどうか、そのあたりの見通しを教えていただければと思うんですが。

●前田 真先生（県西部浜松医療センター）：ここに具体的な数字を出すほど経済学者ではありませんので、ただ、分娩を年間800件を超えたところから、市の事務方が出した採算分岐点をクリアしました。先ほどの中林先生の数字とはちょっと違うんです。800件オーダー、その紹介率がいかに病院に有利か。紹介率が80%を超えると、地方の自治体病院は地域医療支援病院となって紹介患者加算が400点認められます。紹介率を上げること、それからお産を紹介患者とすれば持ち出しがあっても、17日という入院日数をクリアできる。お金の数字は出てこないけれども、病院にとってのメリットが非常に大きい。なおかつ、分娩を、私どもでは40万円弱なんですけれども、そのうちの4万円、5万円は診療所の先生に労働としてお支払いしても、非常勤医師一人雇うもしくは常勤医師一人雇うよりもはるかに安いというのが出ています。

●B先生： そうすると、それは地域支援病院という形であって、普通の病院はそうはならないわけですね。紹介率80%というのは、そこまでなかなかクリアができないだろうと思うんですけども、そういうところでもある程度オープンにされたということは、ほかの病院もメリットがあるというふうに考えておられるのでしょうか。

●前田 真先生： 赤字筆頭の自治体病院に勤務していてそういう感覚が僕はあるほうかも知れませんが、聖霊浜松病院の先生たちはすごく診療レベルも高いけれども、経済に関してもトップレベルで計算される。そこがオープン化に踏み切ったということがすべてを物語っているし、うちと違ってペイバックがないわけですけれども、それでも十分採算がとれるというのが実際証明されていると思います。それプラスアルファまで入れるときりがありませんが、すくなくとも経済的にも分娩だけ来ていただければ十分やれる。逆にそれで設備投資も厳しいというのは間違いない。きちんと計算したわけではないんですけれども、そのときに院内の計算は800が分岐点になっていると聞いています。

●A先生： 先生は患者さんの選択肢が増えるということをおっしゃいましたけれども、それは非常にいいことだと思っています。今はどこかの病院の門をくぐると、そこに全部おまかせしないとイケない。本当はそうではなくて、車を買うにしても家を買うにしても、もっともっとあちこちで話を聞いて一番いいと思うものを選ぶと思うんです。そのときに、ある先生は「自分はこの病院がいい」と勧めても、患者さんのほうで「いや、私はこちらのほうに行きたい」という、ドクターと患者さんの間でその辺の違いがあります。反対に一人の先生が幾つもの病院に患者を送ると、回診するのにちょっと手が回らなくなるのではないかなと思います。

前田 真先生： 一つは物理的な処理ですね。オープンシステムでやっていらっしゃる診療所と自宅の間に病院がある先生と、

帰り道に歩いて病院に寄れる先生もいれば、車でくるっと回らなければいけない先生もいる。比較的若い先生ほど、数が多いようです。診療所の先生によっては、5つ、6つすべてを選択肢として持っていらっしゃる。

選択肢という意味では、患者さんが診療所の外来を受診した際に、どういうふうになっているということを知らせるために、ドクターマップができています。浜松市がつくっていて、それを見ていただくと、ある程度わかるようになっています。今はホームページを若いお母さんたちはよく見ていらっしゃると思いますので、そこで選択する。我々サイドもホームページで「おたくはどうなっていますか」と患者さんからどんどん質問が来るんですね。そういうものにいちいち答えるようには努力しています。

●N先生： 非常に示唆に富むお話をいただきました。先生のところのオープンシステムで、医師は先生を含めて10名と言われましたけれども、それは当直体制は2人ですか。

●前田 真先生： 私どもは総合じゃなくて地域ですので、産科が1、NICUは24時間制にしておりますので1名当直、自宅待機が1名です。

●N先生： 分娩は年々増えていますね。それで10名というのはほぼ変わっていないんですね。35歳のスタッフの先生は体力もあって8、9回当直でも元気なんですね。

●前田 真先生： 今もうまく回っていませんけれども、先ほど申し上げた2次計画で、次は4名増員を一応書類の中に要求しています。市長が変わればまた変わりますし、

一応2次計画のほうで周産期の常勤15人体制を掲げています。

● K 先生： オープンシステムに入っている妊婦は、原則的にノーリスクと理解してよいわけですね。それでそのグループで分娩時にひやりとしたという症例の頻度は大体どれくらいなのでしょう。

●前田 真先生： その数字は持っていないのですけれども、ちょっとしたリスク全部を除くとするならば、NICUに入った赤ちゃんたちの数でいくと3%弱じゃないですかね。要するに、これはすぐに帝切しなければいけない、突然の心音低下、予想もしなかった早剥などを含めるとですよ。

● B 先生： 結局、外来で一回紹介を持ってこられて、それから分娩の前にもう一回という、2回の健診で先生は十分と考えておられるのかどうか。

●前田 真先生（県西部浜松医療センター）： 先ほど池之上先生としゃべっていたのですけれども、今年のキーワードは「IUGRの出血」で、妊娠前期の健診でちょっとの出血があればハイリスクというふうに、去年までは実はIUGRの出血でうまくいかなかった症例が数例あります。今年はそれを改めて、回りの先生たちをお願いしてそこら辺をハイリスクという、ハイリスクの判定基準の変更がだんだんなされている。ゼロにはならないのですけれども、問題になる分娩の頻度はそれで下がっていくのかなと思っています。その3%の頻度がですね。

●K先生： オープンシステムの病院のエコノミカルな側面から成り立つということが大変よくわかったんですけれども、これは生涯研修という面からはどのようにされ

ていますか？

●前田 真先生： 先生の答えからちょっと外れるかもしれませんが、私どもの病院内にこの部屋よりもうちょっと広い講堂があります。そこで毎週木曜日に医師会の先生方による診療研究会をやっています。診療所の先生がその勉強会、講演会に来られて、そして回診していただく。ですから、産科に限らず内科、外科を問わずいろんな科の先生たちがしょっちゅう出入りしているわけです。そういう意味では、生涯研修、生涯学習というのは病院の講堂を使うのが的確であると。

今度、産科に限って見ると、我々は新潟大学出身の先生や東京の大学出身の先生と他流試合を地元の病院で行える。大学病院ではそんなことはできなかった。先ほどスタンダード化というのが出ましたけれども、わが国では大学の垣根があって当分無理であると思います。大学でこんなに手術の仕方が違うわけですから。当然産科に関してはある程度標準化できるでしょうけれども、そういう他流試合が私にとってはすごい生涯学習になっています。診療所の先生にとっても、講演会で病院に来られるのは大きなメリットになると思います。

● K 先生： ハイリスクの症例カンファレンスみたいなことは……。

● 前田 真先生： それはなかなか。

● K 先生： いわゆる問題症例などはフィードバックするんですね。

●前田 真先生： それは産婦人科の先生を必ずNICUに連れて行く。この子がこうなったというのをきちんとお見せします。それが一番答えになっている。それで、今浜松市内の診療所の先生は、これ日々実践

になってきたのは、そのおかげかなという気がします。それでも、22、23週の破水とかまだまだ発生するんですけども。

● K先生： 先生のところがモデルになって、日本全国にオープンシステムが広がるときに、生涯研修という面からのモデルみたいなものが需要であると感じましたものですから質問させていただきました。どうもありがとうございます。

● 前田 真先生： 先生、それははき違えで、そんなにレベル高くやっているわけではありません。モデルにはなれないけれども、先駆者といいますか様子を探る一番手の取り組みと理解していただければありがたい。うまくいくかどうかは歴史が評価してくれますので。

● S先生： 先ほど松田先生がご質問されたように入院のときは2回目の受診だということですので、我々も地域の先生方とその妊娠中の情報をいかに共有するということをテスト的に大阪のある地区の開業医の先生にパソコンを配って、20施設ぐらいですけれども、そこでいざ紹介とか分娩とかいうときには、必要最小限の情報だけを全部自動的に吸い上げるというシステムを試験的にやっているのです。

今後の方向として、IT化というか、オープンシステムの中で電子カルテの共有化が非常に有用かなという思いがあるんですが、方向性はいかがでしょうか。

● 前田 真先生： 今は医師会の先生たちとEメールによってダイレクトにつながってしまっていて、それでやりとりはありますが、実際は支払基金のレセプト管理が遅々として進まないように、カルテの電子化というのは世代がもう一つ変わらないと難しい。

● S先生： というのは院内で管理していても分娩室に入って分娩が始まる時、もう一度助産師さんが外来の情報をチェックするんです。そのときに結構時間がかかるもので、今後は院内の電子化で時間はかなり節約できると思うんですが、それがしかも2回目となると、1回目でチェックできたといってもそれ以降に発生した合併症などの情報がうまく伝わるようなシステムができたらと思っています。

● 前田 真先生： そうですね。

● K先生： 先生の浜松市での後遺症を残すような成熟新生児の仮死の発生率の減少がみられますでしょうか。

● 前田 真先生： これは大木先生に答えていただければと思いますが。

● 大木先生： 全体的なペースの数はわからないので印象なのですが、重症仮死を集めてみたのですけれども、症例がほとんどないのです。重症化するの1年間で1例、2例です。減っていると思います。

● 前田 真先生： 浜松市内ですよね。浜松市をちょっと出ると、やっぱり……。

● K先生： やっぱり如実にあらわしているのじゃないかと思って感心させられました。

● 前田 真先生： 一定頻度では出ているのでゼロではないと思うんですけども、少なくとも静岡県の中で中部、東部と比べると雲泥の差がはっきりしています。

● K先生： 大阪では全然減っていないのです。だから、総合周産期的にどこかに集中して分娩するという方向にしていかないと、減らないのではないかなと思っています。

● N先生： オープンシステムについて

いろいろ教えていただきましてどうもありがとうございました。私自身オープンシステムというのは、ノーリスクをターゲットにしたオープンシステムというふうにこれまで理解していたんですが、きょうの先生のお話ですと必ずしもノーリスクだけじゃなしに、ハイリスクも含めたような格好での取り扱いをしておられます。その場合新生児ですとハイリスクはハイリスクで集めたり、もう少しエリアを広げて数少ないほうが効率がいいのではないかという考えを持っているのですけれども、産科の立場から見て、今後、先生の病院自身をどういうステージで、今は地域型ということですが、将来は総合型としてやっていこうとお考えなのか、地域医療の中での役割をどういうふうに考えておられるのか、教えていただければと思います。

●前田 真先生： まず総合の称号と申しますか、保険の点数のとれる病院になるように努力は怠ってはいけないというのが自分の中にあります。確かに点数的に大きいものですから。聖霊浜松病院という大きな戦艦があるものですから、うちはイージス艦ぐらいのレベルで、性能はすごく高性能で小回りが利くというのもいいかなと、ちょうど今50対50で揺れているところです。保険の16年、17年の大改定を見てそれでも一度再判断しようというのが僕の個人的な判断で、院内でも比較的慎重です。地域というのは静岡県の中に十数カ所あるんですけれども、うちが一番聖霊浜松に近いことをやっていると思います。これからはだんだん淘汰されていく。総合の許認可を受けたいけれども、剥奪されるところも出てきて当然だと思うんです。そういうときに

うちは実績もございまして、オープンシステムをやる以上はやっぱり得意分野を何か持っていないとやってはいけない時代になるんじゃないですかね。それに正常分娩もたくさんやっていないと、若者が集まってくれませんし、そのうちに「あそこは大変だから」と言われるかもしれませんけれども、オープンシステムというのは一つの方策ですが中途半端なオープンシステムはかえって危険かなと僕自身は感じています。事実、浜松医療センターは、僕がいく前はすごく中途半端なオープンシステムで地域から全然信頼されていなかったのです。ですからつぶれていくべき病院の一つであったかもしれません。それがここまでこられたのは、オープンシステムもあれば、片一方で機能充実と技量のレベルアップをしてきたことだと思います。

ですから、先生のお答えになっているかどうかわかりませんが、総合だ、地域だというよりも、その地域の病院のレベルというときに、レベルDといわれぬように努力しなければオープン病院も淘汰されてくる。全国で今オープン病院は結構あるんですけれども、産科を充実させてやっているところは数限られています。

●座長（岡井教授）： 責任体制はどうなっているのですか。ものすごく簡単にいうと、帝王切開をすとかしないとかの最終判断はその開業している先生で、その受け持ちになっている先生がやって患者さんに対する最終的な責任はその先生がとるのか、病院なのか、そこのところだけを教えていただければと思います。

●前田 真先生（県西部浜松医療センター）： 最初はクライアントに権限があっ

たんですね。帝王切開するしないで、「すぐやろう」「いや、ちょっと待って」というのは数件ありました。今は一件もないです。僕たちが信頼されたのか、あるいは「任せるよ、手術なんかと違うから」という感じ……。

㊦座長（岡井教授）：　ということは先生方が実権をとっておられる、実績がある。

㊧前田　真先生：　公には言いませんけれども、実際には……。

㊨座長（岡井教授）：　それがあということですね。ありがとうございました。

ずいぶんといろいろ教えていただきまして、ありがとうございました。

5 今後の産科医療のあり方について

地域診療所からみた産科医療

西島産婦人科医院　西島光茂

【要約】

今後の産科医療のあり方について、地域診療所の立場から、9年間に行った

分娩と紹介・緊急搬送について後方視的に解析を試みて以下の結果を得た。

①1994年から2002年の9年間で2811例の分娩を取り扱った。

②非緊急紹介例と緊急搬送症例と当院分娩症例を母数として考えると、紹介・緊急搬送率は9.1%であり、緊急搬送率は1.3%であった。

③紹介・搬送先は、岩手県立中央病院には紹介163例、緊急搬送11例であり、岩手医科大学付属病院には紹介47例、緊急搬送13例（早産関連7例を含む）であった。

④早産児と外表奇形による紹介・搬送を除く新生児紹介・搬送例は帝王切開施行時期が

13例（1.6%）、帝王切開中止以降が24例（0.6%）であった。

⑤紹介・搬送日に曜日による偏りは認められなかった。

【研究目的】

地方における地域診療所（産婦人科）で開業当時から行っている産科医療を紹介・搬送とそれらの予後をキーワードにして後方視的に解析する事により、現在までに行ってきた産科医療の内容を検討し地域における周産期医療システムの整備の資料にする事。

【研究方法】

対象は1994年（平成6年）から2002年（平成14年）の9年間に、医療法人緑生会　西島産婦人科医院（以下当院と略す）で行った分娩と紹介・緊急搬送した妊婦・褥婦・新生児である。紹介・搬送症例は紹介・搬送先に照会して予後を確認した。

今回検討した項目を表1に示した。非緊急母体紹介、子宮収縮が有り・タクシー同乗症例、緊急母体搬送症例の3群に分類した。非緊急母体紹介は緊急性がないと判断した症例で、説明後紹介先に行っていたいただいた症例であり、陣痛有り・タクシー同乗症例は陣痛発来時や破水来院時に転院を決定した症例で、説明し搬送先と連絡後に助産師がタクシーに同乗して搬送した症例である。緊急母体搬送症例は当院で分娩可能と判断し分娩室や陣痛室で経過を観察中に搬送を決定した症例と3-4週以前の破水や進行性の早産の症例であり、医師と助産師が救急車に同乗している。

【結果】

今回詳細に資料を検討し得た平成10年から平成14年の5年間の非緊急母体紹介の内容を表2に示した。今回は岩手県立中央病院と岩手医科大学付属病院、MFICUへの紹介・

搬送を対象とした。

表2に示したごとく岩手県立中央病院に112例、岩手医大に30例紹介していた。骨盤位は帝王切開中止後は37週で初産・経産にかかわらず37週の時点で紹介している。岩手県立中央病院に紹介した胎児ジストレス疑いの症例は、頸部臍帯巻絡2回、40週2日の妊婦で破水に気づかず来院、羊水量が少なく、陣痛なく、NST: reactive を確認後、紹介先に連絡して紹介しましたが約6時間後に高度変動性徐脈にて帝王切開になった症例である。

表3に子宮収縮が有り来院した時点で紹介した症例を示した。県立中央病院が40例、岩手医大が4例であった。

県立中央病院に紹介したその他の症例中、前回帝切症例は、前回の適応が頸管が硬いとの事であったが今回も硬く紹介状が書いてあった症例で、受診予定当日に破水で当院を受診、病院開院時間まで当院で管理し紹介した症例であり受診当日に帝王切開になっている。この群では岩手医大紹介例は全例が頸膈分娩になっていたが、県立中央病院紹介例では帝王切開例がCPD 疑い(児頭の下降が不十分と判断した例)では8例中6例、過期妊娠では5例中2例、胎児ジストレス疑いでは10例中4例、破水+切迫早産では8例中6例が帝王切開になっていた。またその他の症例では8例中5例が帝王切開になっていた。

胎児ジストレス疑い症例は全例5%グルコース500mlに塩酸リトドリン50mgを加え子宮収縮を抑制した状態で紹介している。

表4に緊急母体搬送の症例を示した。県立中央病院に11例、岩手医大に14例搬送していた。出血で搬送した症例は分娩後、後膈円蓋までの裂傷の縫合止血が不十分でプレシ

ヨックで搬送し県立中央病院の分娩室で縫合した症例です。辺縁前置胎盤の症例は、辺縁前置胎盤の診断で緊急搬送し、部分前置胎盤の診断で帝王切開、癒着胎盤、DIC となり腹式子宮全摘を行った症例です。

県立中央病院に搬送した症例中、回旋異常・遷延分娩症例では5例中4例が、胎児ジストレスの症例では3例中1例が帝王切開になっており、同様に岩手医大に搬送した症例では回旋異常・遷延分娩症例では2例中1例が、出血症例では2例中2例が、胎児ジストレス症例では全例、PROM+早産症例では7例中4例が帝王切開になっていた。

表5に新生児の紹介と緊急搬送例を示した。奇形の項目は外表奇形と兔唇・口蓋裂を示している。これらの症例は出産当日または翌日に家族と共に助産師が付き添って岩手医大の形成外科を受診している。2002年の仮死の症例は嘔吐の誤飲と記載してありますが、その症例は、分娩直後のインファント・ウオーマーで新生児の嘔吐が有り助産師が気が動転しているうちにチアノーゼが進行し状態が悪くなって、縫合中の私に報告があり、蘇生中に岩手医大 NICU 医師に来ていただき蘇生後に搬送になった症例です。現在は通常の外来で経過を見ております。最近の5年間で救急車で搬送した新生児はこの1例のみである。

早産児と外表奇形による新生児紹介・搬送例は帝王切開施行時期が13例(1.6%)であり、帝切中止時期が24例(0.6%)であり、発生率が1/3に減少していた。紹介・搬送日に関して、曜日による分布に差は認められなかった。

【考察】

地域の特徴

岩手県は四国4県に相当する広さを持ち、年間出生数が約12,000人、私の住んでおります盛岡市の出生数が2,700人、周囲の5町村の出生数が1100人、出生数では3800人の医療圏と考えられます。図1に平成14年の当院と盛岡市における4病院の分娩数と当院からの距離を示している。ほとんどの紹介・搬送は県立中央病院と岩手医大にお願いしており、手術中や急患等で多忙などの特別な理由がある時にはネットワークを使用して岩手医大から盛岡日赤病院や盛岡市立病院に受け入れ確認の連絡があり、その後当院から該当する病院へ搬送している。

図2に1994年から2002年までの紹介・搬送数と取り扱った総てを総数とした紹介・搬送率を示した。平成9年(1997年)に父が亡くなり、産婦人科医師が1名になったので当院における帝王切開は中止した。1年前から病床に伏せていたので平成8年(1996年)から早めの紹介症例(早めの紹介とタクシー搬送が含まれる)が急増していた。しかし早めの紹介、タクシー搬送と緊急母体搬送を母数とした紹介搬送率は9%前後で大きな変化は認められなかった。また緊急母体搬送もここ5年間は大きな変化を認めなかった。

新生児管理に関しては酸素飽和度モニターが有効であった。肺動脈閉鎖が2名早期に発見されている。臍帯動脈血のガス分析、血液一般検査やCRP検査も重要で、ヘマトクリット値からの過粘度症候群の可能性や、特に前期破水の症例には臍帯血のCRP値は新生児の管理上極めて重要な情報と考えている。

図3に、当院で行われている産婦の入院から分娩、新生児管理の概要を示した。当院は開設当時は父：西島喜輝が1名で行ってい

たが、その後私の妻：浅香が昭和63年に西島こどもクリニックを併設開業しその後私が平成4年に改築開業しており、医療法人緑生会を設立しました。私が開業して以来、毎日新生児の回診が有り、2週間検診、一ヶ月検診は新生児については小児科が行っている。

以上の事から地域診療所においても、リスク評価と管理の徹底が有れば周産期医療のレベルを保つ事は可能であり、地域の要望に答える事はできると考えられた。しかし、討論の中から得た情報と実情から考えると、診療所における周産期医療の向上を得るためには、受取り側の周産期センター等における周産期医療の向上を目指すための基本である産婦人科医師と小児科医師のマンパワーの増加とわれわれ医師同士の意志の交流をはかる事が必須であり、ネットワークの構築のみにとらわれず、医師の就労状態の改善等を含めた環境整備をより積極的にすすめる事が重要であると考えられた。

●座長(中村教授)： 西島先生、どうも大変貴重なご経験をありがとうございます。

大きい病院等いろいろバックグラウンドは違うわけですが、先生と地域の中心病院の連携ということでは大変スムーズにしているケースではないかと思いますが、どなたかご質問ございますでしょうか。

●S先生： 私は昔から先生をよく知っています、非常にうまくいっているのじゃないかと思いました。すなわち、県立中央病院をいわゆる地域医療センター、そして岩手医大を総合としたときに、単なる力だけじゃなくて疾患のすみ分けを非常にうまくしておられ、先生のリスクアセスメント

が非常にしっかりされているのだなと思いました。

一つ質問ですけれども、例えば私たちにとっては先生のところが非常にいいシステムだと思うんですけれども、帝王切開を数年されていないということを例えば妊婦さんの側が、盛岡市内の中でどのように評価されているのでしょうか。

●西島光茂先生（西島産婦人科医院）： その件に関しては、実は「帝王切開しないんだそうですね」と言われたことがあります。問題は、一人のところ帝王切開をするのは私は無理だと思っています。グループでやっている方もいらっしゃるし、何回かその何人かでやったこともあるのですが、昼の1時からやるという、決まっている時間にやる帝王切開というのもどんなものかなと疑問がありまして、回りの皆様は「ここでだめだと言われたら、だめだ」とむしる思っただけのように聞いております。

ですから、帝王切開はしないからというのではなくて、「送ってくれる病院だ」というふうに考えてもらっているというように思っております。

●多田先生： ご紹介いたしますと私たちのこの研究班の初めから西島先生に入ってくださいまして、現在の周産期医療のシステムの構築といいますか、考え方を固めていくのには、西島先生に非常にいろいろなサゼスチョンをいただいたのですが、そういう立場で、きょうは大変細かいデータをお示しいただきましてありがとうございます。

一つ私から質問させていただきたいのは、先生のような周産期医療に非常にたけてお

られる先生が開業してくださるというのは、これは非常に経験豊かで成績がよくなることと思うんですが、その先生の立場から見て、開業の先生方のお産というのは、ある程度数があると忙しくなってしまうし、ある程度数がないと今度はまた非常にレベルも下がってしまうという気がするんですが、今の300というのが先生のところでは適切だと思うんですが、これが今後、先生でないような一般の開業の先生がお産をやっついていかれるというのは、先ほどの中林先生がおっしゃったような、ある程度大きくして何人かでやっついていくという考え方と、それから前田先生がおっしゃったようなオープンでやるという考え方と、それから従来どおりベテランの先生が、非常にいい働きをされながらあるいは学問的なことでも高いレベルの技術を駆使しながらいかれる先生、これはだんだん少なくなる可能性があると思うんですが、先生のお考えでは、非常にたくさんで何人かでやっついていくのと、今後日本の診療所の医療というのはどういう方向に進むとお考えなのか、教えてくださいたいと思うんですが。

●西島光茂先生： 私がお聞きしたいことでありますが、個人的な意見ということで申し上げます。一人でする時代が終わりつつあるのではないかと思います。私はやっておりますが、非常に辛いです。

●多田先生： それともう一つは、先生のところが非常にいいのは、5分なり15分なり行くと、そういう病院がありますね。ところが、例えば青森県は、30分、1時間いってもそういう病院がないという先生方も大勢いらっしゃると思うんです。先生、回りで聞いておられて、そういう問題という

のは今、実際にはかなり問題になっているのかどうか教えていただければと思うんです。

●西島光茂先生： その辺は、岩手医科大学の福島先生が来られていますので、岩手県ということであれば、そちらのほうにお聞きになったほうが最新のことをお答えいただけると思うんですけれども、個人的な意見として言えば、いろんなことを駆使しながらやることは可能だろうと思うんですが、何しろ岩手県は広くて少なからずお産があちこちにございますので、沿岸部に北と南に1カ所ずつレベル2の病院の医師が集まって、何とかしようというふうにやっているのが現実だと思います。

もし福島先生がおられれば、少し何か言っていただけませんか。

●福島先生（岩手医科大学）： うちがMFICUをつくったのは2年前になりますけれども、先ほど西島先生がお示しになった帝王切開率77%というのは、多分1年目のデータだと思います。今はちょっと落ち着いています。きょうは具体的な数字はお示しできないんですけれども……。

地域性の問題ということですが、盛岡市というのは小規模都市です。ですから、この演題名からすると、「小規模都市における産科医療の現状」ということになるのですが、県土が非常に広くて、人口が120万人しかなくて、お産の数は1万2,000人。今、西島先生もおっしゃったのですけれども、冬場が特に母体搬送するケースにおいて、救急車でひどいところでは3時間かかります。本当に緊急の場合3時間というのは致命的で、これはどうしようもない。電話をいただいて、伺いますと言ってから3

時間かかると、これは到着するまでに死んでしまうかもしれない。そういった状況がありますので、今の我々の一番のキーポイントは、総合周産期もいいんですけども、地域の周産期センターをいかに充実させるかという非常に大きな命題があります。そこを充実させないと、ヘリコプターの問題もあるんですけれども、夜間はもちろん、冬期間は風が強くて飛べないんです。そういったことで、実際に運用するには致命的な問題があります。だから、うんと緊急の場合は、率からすると非常に少ないと思いますが、起こってしまうとそれで終わりという医療をやっていますので、そこら辺のジレンマに非常に苦労しています。結局、地域周産期センターをいかに充実させるか。

もう一つの大きな命題は、岩手県は、産科医が非常に少ないんです。総合の私どもでさえ3人でやっています、毎日当直しているんですけれども、増えないんですね。地域性もありますけれども、医学生は研修の間はどんどん外に出てしまう。研修医はもっと来ない。在宅する医者の数もどんどん減っていくという、泣き言を言っていますけれども、小児科医の数以上に岩手県では産婦人科医の数が少ないというのが今の致命的な問題です。

●座長（中村教授）： この後、全般的なディスカッションに移りたいと思いますので、はじめに池之上先生、ヒューマンリソースの問題について、大学の立場から今後スタートする卒後研修制度について……。

●池之上先生（宮崎医大）： 先ほど出ましたように、前田先生はやっぱり都会型なんです。我々から言わせると、我々はおも

っと地方でして、本来このシステムの最初のアイデアは、いわゆるメトロポリタンタイプと地方タイプ両方をパラレルにそれを構築していこうと。そうでないと日本全体の周産期医療のシステムは構築できないというところからスタートしたと思うんですね。すべてが100万単位で割り切れないのが日本の現状だということからスタートしたんですけれども、実際にそれが動き出すときには総合周産期のほうにだけ予算がついたり、いろんなことが起こった。そうすると、各地の人たち、あるいは地方の我々は、総合にはなかなかいけないから、地方のほうから充実していくんだと。それで、地方タイプの充実からまず始めたという地域が次々出てきている。

ですから、今の西島先生のプレゼンテーションはまさにそうでした、私はもし岩手県立中央病院とか岩手医大が病院をオープンにしてくれれば、まさに前田先生と開業医の先生との関係が全く同じ関係が、西島先生と岩手県立中央病院との間にできると思うんです。ですから、地方が充実していくためには、ソフトを考えなければいけないし、最初のスタンスにこの班会議での議論が戻る時期が本当に来たのだと思います。

●末原先生： 新生児の先生方は搬送の基準というものを非常に明確にされていますけれども、産科の場合、いわゆる周産期をシステム化する場合、ハイリスクをスクリーニングするというのが非常に大事なんですが、それが今のところなかなかうまく動いていない。逆に周産期センターからスクリーニング基準を出すと、それに適合しても入院を受けられないときにどうするか、あるいはそういうトラブルのときにそれを

搬送しなかったらどうするかということになって、なかなか基準を出せないのです。それがオープン化すると、搬送とか、ハイリスクをスクリーニングする基準をセンター病院が出すということで非常にいいと思うのですが、産科の側で搬送基準、ハイリスクのスクリーニングの基準の作成、チェック作業をこれからどう進めていくかということが我々の課題じゃないかなと思って、ちょっと付け加えさせていただきます。

●多田先生： ありがとうございます。池之上先生がおっしゃいましたように、この班で周産期医療システムを考えていく上で地方版というものも、大都市型と同様に検討してまいりました。スタートして数年たって、やはりその問題がはっきりしてきたために、二つに分けてそれぞれに整備を考えていかなければならない方向になりましたし、それから、末原先生がおっしゃったような基準を作るに際して、何が核になるかというのがわかってきた段階だと思いますので、この中村先生の研究班ではっきりしていきたいと思っております。

私のほうから一言加えさせていただきますと、新生児のほうでは、先ほどのような新生児のいわゆる集中治療と、それから新生児入院医療管理料という制度ができました。これを私どもとしてはもっと充実させて、地域で皆さん頑張ってくださいることに対しては、いわゆる準集中治療的なものに考えて、施設が維持できるような医療費で整備されるべき性質のものであろう。総合に関しては、国からの補助金をいただいていくのがいいのじゃないか。これは、先ほど宮本先生がおっしゃった、小児科の

救急も同じもだだと思えますし、産科も同じ問題だと思うので、そこを絡めて、産科、新生児、小児科というものを同時に整備を考えていく。そうしますと、先ほどのようなNICUと小児救急を両方兼ねるということは当然できなくなってくる。ただ、新生児の準NICU的な部分では、小児救急の問題ともある意味では協力しながらやっていくという面が地域ではあってもいいのじゃないか。その点医療費を含めてデータを整理して、厚生労働省のほうにもお願いをするし、我々も主張をしていきたいと思っております。産科のほうもぜひそういう形の整備をきちんとする。そうしたときに、例えば、今の制度でいいのか、地域版は少し軽くしたほうがいいのか、軽くしたときに、どういう医療費で、どういう整備をきっちりしていくかというふうなことをこの班としても検討していきたいと思っております。

また、このフォーラムの機会あるいは研究班の活動を通じてその整理をしていきたいと思っておりますので、大野先生、松田先生の調査もそういう形で読み直していろいろ報告書をつくっていききたいと思っておりますので、よろしくご協力のほどをお願いしたいと思います。

●座長（中村教授）： 多田先生、どうもありがとうございました。

今、多田先生からお話いただきましたように、この班の目的としましては、これまで大都市中心型のプランニングが先行しておりましたけれども、全国的にこれをやっていく場合に、いろいろ地域による特性等をどういう形で組み込んでいくか、新生児のほうはかなりいろんなパターンというのをつくっておりますが、きょうのお話の中

で、産科の側でもいろいろ問題点が明らかになってきておりますので、そういったものをもう少し具体的な各論部分もこれから調査結果を中心に組み立てていければというふうを考えております。

きょうは本当に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した。また、厚生労働省のほうから宮本課長お見えいただきましてどうもありがとうございました。

きょうのディスカッションが今後の周産期医療のレベルアップにつながるよう私も努力したいと思いますのでよろしくお願いたします。それでは、これをもちまして終了したいと思います。

産科診療所の内訳 平成10年 平成14年

入院分娩有り 17 11

入院分娩取り止め 8 8

無床オープンシステム 3 7

総 計 28 26

(新規 3、閉院 5)

市内病院について

病床数 特色 NICUの有無 オープンシステム(H10-H13)

A	616床	自治体病院	○	○	○
B	744床	民間病院	○	○	○
C	758床	民間病院	○	○	× ↑ ○
D	402床	厚生連病院	—	—	× ↑ ○
E	400床	労災系病院	—	—	× ↑ ○
F	394床	日赤系病院	—	—	× ↑ ○
G	222床	社保系病院	—	—	× ×
H	602床	大学病院	△	—	×

外来紹介率

H12年度

H13年度

H14年

79.9%

86.8%

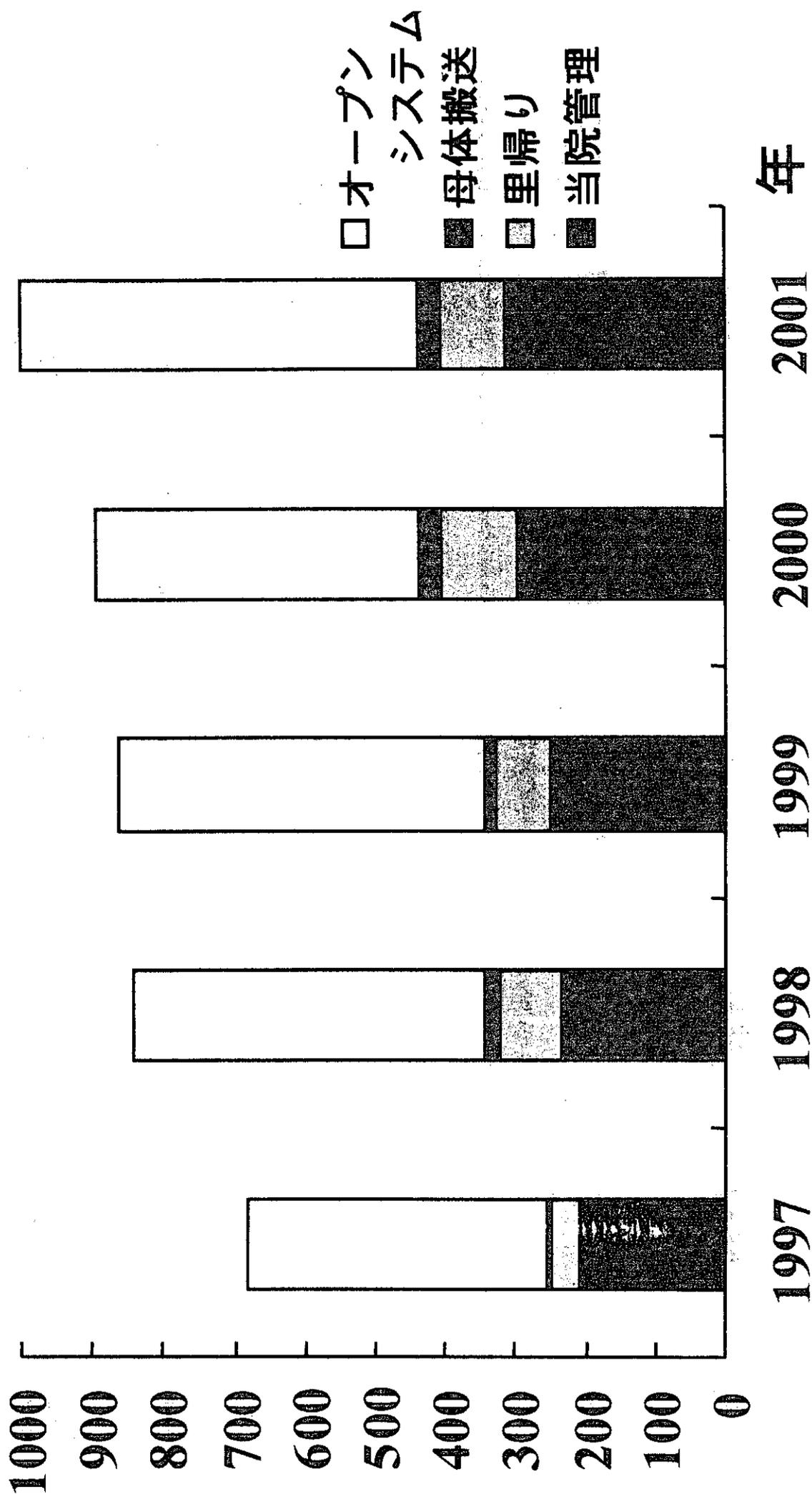
90.3%

入院紹介率（産科）

80.2%

当院における分娩数の推移

例



NICU入院症例の内訳—出生体重例—

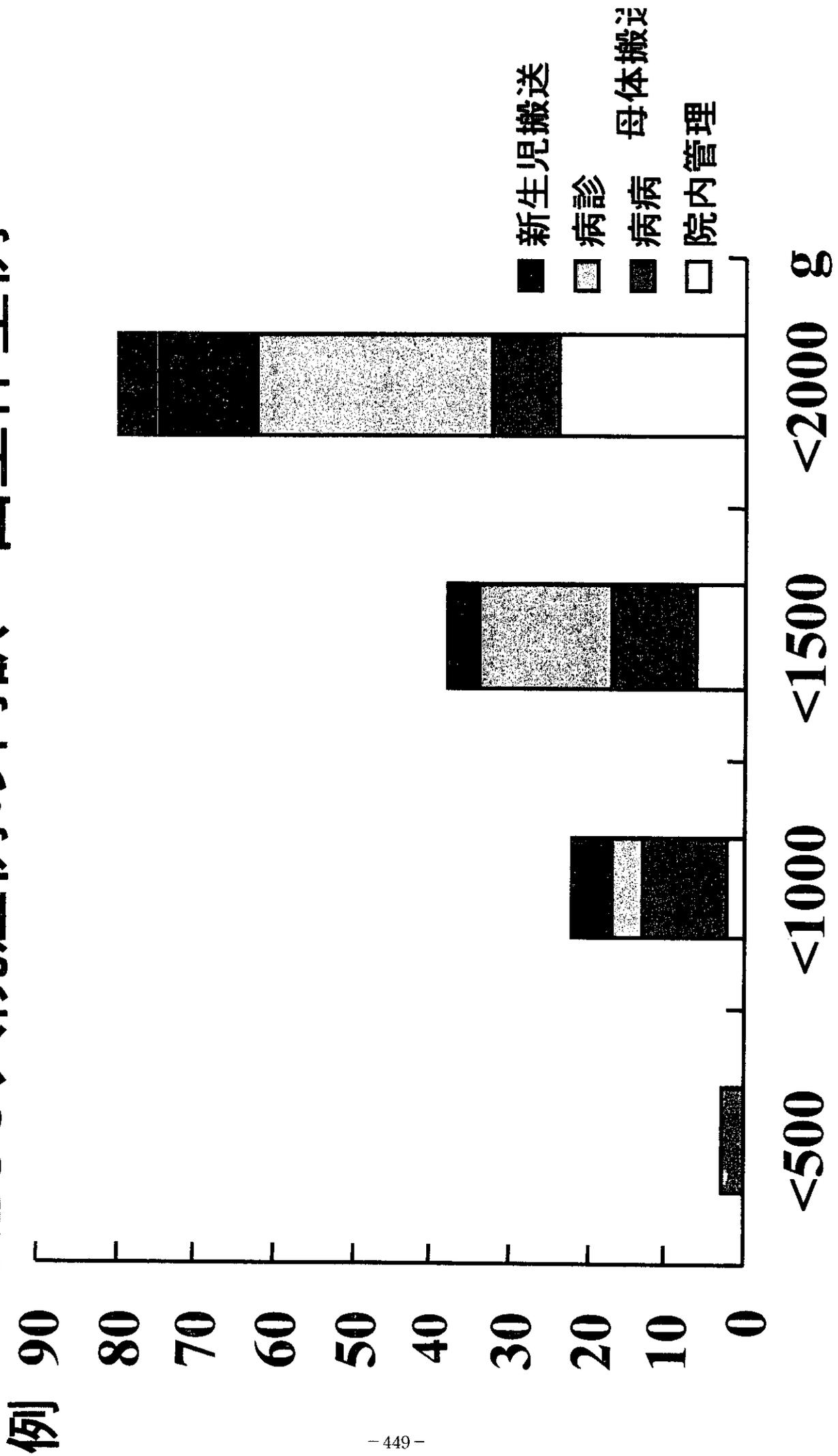


表1 今回の発表にあたり検討した項目

<p>非緊急母体紹介 骨盤位 CPD疑い 胎盤の位置異常 IUGR 双胎 羊水、胎児奇形 前回希切 高齢、筋腫、奇形 その他 妊婦中毒症疑 胎児ストレス疑</p>	<p>陣痛有り、タクシーCPD、胎盤異常 過期妊婦 胎児ストレス疑 その他 破水+切迫早産</p>	<p>緊急母体搬送 胎盤異常、遅延 出血 胎児ストレス疑 微弱陣痛 PROM+早産</p>
---	---	---

表2 非緊急母体紹介の内容と紹介先別の件数（1998年～2002年）

非緊急母体紹介	紹介先別の件数		その他の内容	
	県立中央病院	岩手医大病院	県立中央	岩手医大
骨盤位	28	3	Herpes*3	PPROM*2
CPD疑い	18	0	GDM*2	切迫早産
胎盤の位置異常	4	0	CIN2	抗D抗体
IUGR	9	4	卵巣腫瘍	HBeAg+
双胎	4	7		梅毒
羊水、胎児奇形	12	2		過期妊娠
前置帯切	12	1		コンジローム
高齢、筋腫、奇形	8	0		
その他	7	9		
妊娠中毒症疑	9	4		
胎児シストレス疑	1	0	二重巻絡、破水	

紹介先の決定にあたっては妊婦の希望、妊娠週数や内診所見などを総合的に判断している。

表3 子宮収縮が有り来院した時点で紹介した症例（助産師が同乗）

	県立中央病院 岩手医大病院		その他の症例の詳細	
	県立中央病院	岩手医大病院	県立中央病院	岩手医大
陣痛有り、タクシーCPD、回旋異常	9	0	骨盤位、Herpes	胎児不整脈
過期妊娠	5	0	微弱陣痛	妊娠中毒症
胎児ジストレス疑	10	1	羊水過少疑い	
その他	8	2	妊娠中毒症*3	
破水+切迫早産	8	1	前回帯切	
			PROM?	

- ・過期妊娠の症例は頸管が硬く成熟傾向がない症例。
2001年からは41週3日以降は入院して頸管の成熟をはかっている。
- ・県立中央病院に搬送した切迫早産例は妊娠35週以降で胎児推定体重が2200gm.以上の症例で頸管は3cm以下の開大。