

89万、相談事業費7県でやっています、1県あたり767万円ということでもあります。ということで総合周産期では、この施設も含めて、例えば1県1施設ですと大体合わせて1億円近い金が下りるということになります。ところが、地域周産期母子医療センターへの補助金ということになりますと、極めて寂しい状態で運営補助費があるのは4県、福島、埼玉、千葉、東京の施設であります。平均補助費が1施設あたり624万円です。そのほかの補助としては、埼玉の場合には、総合地域以外の2次施設といいますか、ネットワークを組んでいる施設の運営費が出ますので、これが3,082万出ています。富山では搬送費として200万ちょっと、京都でも200万出ていくということで、地域に関してはかなりお寒い状態が相変わらず続いているということになります。

都道府県で周産期医療にかかっている経費すべてを出してみました。出生1万あたりです。そうしますと北海道、青森辺りは0ですが、すごいのは長野が出生1万あたり6億8,257万円も使っている。あと富山が1億3,000万。滋賀も1億4,000万というところもあります。こういうところ特に四国、九州あたりは何か非常にお寒い状態になっているということでもあります。

それで、その行政担当者に今後の周産期医療整備に対してどういう問題を抱えているかということはいちばん多いのが、医者をはじめとしたスタッフの確保が非常に厳しい、あとは搬送システム、それから周産期医療体制をさらに強化しなければいけないということもあるのですが、やはり地域周産期センターを含めて、運営費だとか診療報酬が十分でないということが行政のほうからも挙がってき

ている。それからあと、例えば和歌山だとか山口県のようなところだと、横に長かったり、縦に長かったりする関係で、1カ所に集めるということが非常に難しい。もう一つは総合の指定条件が非常に厳しいという問題があって、なかなか踏み切れないという問題があります。

以上のことから、行政の立場からしますと、やはり非常に地域格差が激しいということがあって、今後の整備にあたっては、そういう地域性も非常に検討しなければいけないということが重要になってくるだろうというふうに思います。

ということで、ここにもう一つプリントを用意させていただきました。これは、周産期医療水準の評価と向上のための環境整備に関する研究ということで、医師・看護婦数の試算と強化治療室加算新設に伴う予算の概要というプリントであります。この最初のページをめくっていただいて、これは2000年調査に基づいてデータを出させていただきました。このデータを少し改変しましたけれども、大筋は去年、中村先生と楠田先生と3人で厚労省に行って、このデータは保険局で示しているデータなのですが、表1は2000年調査で施設ランクA1からEまで分けた場合に、A1ランクの施設が37施設、A2が63、B1が127、B2が58とこれを全部足して、Eが0なので、総計しますと351施設あります。この施設を対象にして、とにかく人工換気のできる施設ということ最低条件にして、ランク分けした上で、この351施設がどういう施設かというのを表2に示しました。そうすると、1,000グラム以下の超低出生体重児は、この351施設で全出生の96.7%を収容され、そこでケアを受けたということでもあります。

そのうちさらに、351のうち209施設はNICU加算を取っている施設になります。そのNICU加算を取っている209施設に入院した1,000グラム以下が2307床ということで、その351施設の中からNICU加算を取っている施設での正味の入院率というのが83.3%であるということをご理解いただきたい。

表3は総合ないし総合に匹敵する施設の、少し急いでいた関係で、東邦大学と兵庫こどもと埼玉小児と自治医大のデータをそこにピックアップさせていただきました。それを見て注目していただきたいのは、NICUの入院期間です。1,000グラム以下で見ますと、東邦大学は75.4日、兵庫こどもが41.6日、埼玉小児が37.2日、自治医大が58.5日ということで、NICU加算が取れる90日に比べて圧倒的に少ないわけです。大体平均すると、自治医大あたりのデータが真ん中あたりになるということで、実際NICUで患者さんを多く受けている施設だと、NICUに実際入っている日数は、90日ではなくて60日程度で押し出されて後方病床のほうに行ってしまうということになるわけです。トータルの入院数も東邦大学で121日、兵庫で90日、埼玉小児で76.5日、自治医大で84.5日ということで、平均でも大体90日前後で退院になってしまう。場合によってはバックトランスファーなどを行っていることもあるということになります。

表4は看護師数と医師数の試算であります。今、この351施設のうちNICUの認可施設がその表のいちばん上の施設数を見ていただきますと、NICU認可施設が209、そのNICU認可の7床以上認可されているところが74。6床以下が135施設。NICU非認可の施設が142、合計351施設というこ

とになります。その施設で認可病床数、つまりNICU加算が取れているか、または人工換気が可能な病床がどれくらいあるかということ、NICU認可施設の合計が1,457床、それからNICU非認可施設で775床、合計2,232床ということになります。それらの施設の後方病床の合計は3,378。強化治療室相当の病床数は、どういうふうに定義するかというと、NICU認可施設の後方病床、NICU非認可施設においては人工換気可能病床と定義していきますと、強化治療室相当の病床数は、NICU認可施設の後方病床にあたる2,779。それからNICU非認可施設では、人工換気可能病床である775合わせて3,557床あるということになります。ここから医者の数ですが、こういった施設で一般の小児科担当の医者が2,985人います。そして新生児専任担当の医師数が707人、それからNICU担当の看護婦さんは3,885人、強化治療室に相当する病床に実際にいる看護婦さんの数は2,843人です。そうすると、強化治療室を6床に1人というふうに配属した場合には、4,738人必要になりますので、現存の2,843を引きますと1,895人が看護婦さんとして不足しているだろうということになります。この351施設を今度、人口100万に1カ所ということで100施設を総合に仮定します。残りの251施設を地域に指定したとした場合には、必要な新生児の医者を総合の場合には7名、地域の場合には3名と仮定しますと、1,453人、ところが実際には707人しかいませんので、差し引き746人が医者の不足な数ということになるわけです。これをどういうふうにしていくかというのは、これはいろいろな新生児ないし周産期の医者の教育の問題であったり、それからシステムの問題であっ

たり、いろいろあるわけですが、その中で診療報酬ということが一つ重要になってくるだろうと思います。現在、例えばNICUの認可施設にあっては、本来90日取れるところがほとんど取れていないのが現状です。実際には、試算しますと半分ぐらいしか取れていないのが実情であります。

それでこの表5を見ていただきたいのですが、いちばん上の表は、現在のNICU加算で行なった場合に、例えば1,000グラム以下の子が、この351施設のうちNICU加算を取っている209の施設では2,307人収容されているわけです。現在、新生児特定集中治療室管理料の加算が取れるのは90日ということで、それを掛けますと20万7,630という延べ日数になります。それに対して加算点数8,500点が加算されますと、各体重分1,000から1,500の場合には60日、1,500以上だと21日になりますので、それらを合計しますと、本来ですと107億4,000万点に達するわけです。しかしながら、その真ん中の表を見ていきますと、実際、先ほどの東北から自治医大、兵庫、埼玉小児のデータを見ますと、NICUに実際入っていた日数というのは60日が平均であります。それから1,000から1,500だと30日程度、1,500以上だと大体10日くらいしか入院していないのが今のNICUの実情です。そうしますとそれらを合計していきますと、本来なら107億4,000万点取れるところが、実際は54億9,000万点しか取れていないというのが解ります。後方病床に強化治療室加算を取ったと仮にしますと、そこに5,300点。これは5,300点を楠田先生が細かくいろいろ算定の根拠を出していますので、ここでは今回は省きますが、5,300点を掛けていきますと、32億7,000万点は拾

えるということになります。

最後の表は、NICUの認可が取れなくても6床に1人看護婦さんがいたとして、人工換気の期間、NICU強化治療室加算が取れた場合に1,000で60日、1,000から1,500で30日、1,500以上で10日と仮定しますと、14億3,000万点ということになります。そうしますと、現行でこの209施設でもらっている総額の予算が1,074億円になるのですが、強化治療室の加算を総額して、すべてのNICUを実際やっても1,019億円ということで、マイナス55ということで、決してこの加算をやったからといって、そう大幅に増えないだろう。ということで、総合だとかあるいは実際に地域でやっている施設でこういう予算をつけることによって、少しでも実際の身入りを良くするというので、経済的な改善を図れるのではないかというふうに思っております。以上です。

中村 どうもありがとうございました。あとでまとめてディスカッションしたいと思いますので、ここでぜひお聞きしたいという点がございましたら。

藤村 NICU加算という言葉で、前にも少し申し上げたと思いますが、新生児加入加算というのは別にあるから、加算、加算と言うと皆さん初めて聞いた人はこんがらがるので、前者は管理料という形で印刷していただいたほうがいいのではないのでしょうか？ それと最後にご説明いただいた強化治療室の点数5,300点というのは、基本的な考え方で今後でもいいのですけれど、実は今日、午前中に会議がありまして、一応あさって中医協で多分、新生児入院医療管理加算が現行の約3倍とち

らっと言ってくれました。ですから、250 点が 750 点になる。だから、5,300 はもちろん流れている。それは皆さんも大体覚悟しておられたと思うのですけれども、そういうことでした。

中村 加算という形になるわけですね。まるめではなしに。

A 少し理解が悪かったのですけれども、何年か前の都道府県の日本の地図で何年か前が良くて、今回NICUの病床数だと思いますけれども、悪くなったというのは、地域が周産期医療をやめたということなのか、それともハイリスク新生児あたりの数が減ったという意味だったのか。

大野 大きく影響しているのは、都道府県に分けますとかなり数が減ってきますので、ある施設で患者が来ないとその影響が少し出てしまう可能性が当然あります。むしろ、そちらのほうがあるのではないかという気がします。もちろん、その理由にやめてしまったということも当然入ってくるだろうと思います。

多田 確か、最初の平成 10 年の時は 533 施設、あれはかなり新生児医療連絡会のネットを通じて、かなり細かく出していたデータではないかと思うのですが、今度は 233 になっていますね。全体のある規模を分けて。

大野 533 は 1,000 施設に出しているのです。当時、小児科または産科あるいは小児医療施設ということでやって、533 が少しでも新生児を診ているという施設で、実質やはり同じなのです。インテリシブにやっているところ

はもう 200 くらいのものですから。

多田 特にハイリスクなどはその部分でかなり拾われている部分があるのではないかと私は少し思ったのですが。したがって、この完全に減ったというふうに考えるべきなのかどうかというのは、東京都などは施設がむしろ増えているのですけれども、減ったほうに入っていますので、各地でそこを議論し始めると、それはそれで議論したほうが良いと思うのです。

中村 それでは引き続きまして、松田先生のほうから、MFICUの問題につきましてお願いしたいと思います。

2. 総合周産期母子医療センターの現状について—全国調査より MFICUの立場から 東京女子医科大学 松田義雄 (分担研究報告書岡井分参照)

松田 東京女子医大の松田です。先ほどの大野先生ほどきれいにはまとめられなかったので、非常に未熟な内容なのですが、母体胎児集中治療MFICUの観点から、同じ調査用紙の中に組み入れていただきまして、MFICUのほうの現状というところをお話しさせていただこうと思います。

まず、施設整備の状況についてでありますけれども、病床数、病床面積、それから医療機器の整備状況といったところであります。6から8床、それから9から11床、12床以上というふうに分けますと、それぞれ7施設、12施設、3施設というふうになりました。全体でMFICUと後方ベッドのベッド数を、

1施設あたりの平均で見ると、MFI
CUは7.9床、後方ベッドは25.3というこ
とになります。約3倍を後方ベッドが占めて
いるということになりました。整備状況とし
て必須なものは、分娩監視装置、超音波診断
装置、母体胎児監視装置でありますけれど、
それぞれ1施設あたり11.7、2.7、4.6とい
うことであります。お手元の一応、表にしてあ
りますので、それをあとで見ただけなら
よろしいかと思えます。

続きまして、医師の勤務体制について質問
しました。勤務体制がMFI CU専任である
か、産科病棟と兼務であるか、産婦人科病棟
と兼務であるかと、主に考えられる形態が三
つありましたので、このようにしました。そ
して、常勤・非常勤の定義は先ほどのNIC
Uと同様であります。その三つに分けて、
医師数ですとか担当医とか、あるいは勤務時
間ということを知ってまいりました。勤務医
師数でありますけれども、以下左側が総合周
産期センター、右のほうに書いてあるのが、
すなわち3次医療施設で、ここには地域周産
期センターも入っております。それぞれ総合
周産期センターでは、常勤のみが13.6人、
非常勤が常勤の半分とした数が1.8人であ
ります。一方、3次医療施設ではそれぞれ7.9、
1.3人です。勤務時間がMFI CU専
任、それから一般病棟の勤務、そして外来、
それから当直、そして土曜日、日曜日とい
うふうにそれぞれ左から図示してあるのです
けれども、総合周産期センターでは、MFI
CUに勤務する時間が3.5から6時間、一般病
棟が3.8から4.2時間、そして外来勤務が4.7
から4.9時間。これは当直とありますのは、
ウィークデーの当直であります。10.3から
15.8になっておりました。なお、これ以外に

も外勤ということを知っているのですけれど
も、外勤ができない施設もありましたので、
今回の中には割愛させていただきました。右側
のほうで、同様に3次医療施設でありますと、
MFI CUが2.6から6時間、一般病棟が3.9
から4.6、外来勤務が4.2から4.6、当直が11.3
から11.9となっております。

そして、当直体制でありますけれども、こ
れはMFI CU専任、それから産科と兼務、
産婦人科と兼務、そしてオンコール、時間
によっては対応できないというこの五つの場合
を考えました。MFI CUのほうではオンコ
ールとか時間によって対応できないという施
設はなかったので、先ほど同様に三つの分類
でそれぞれ当直医師数別の施設数とか、救急
外来の兼務の数、あるいは1カ月の当直回数
や当直明けの勤務形態なども聞きました。結
局、今回の調査で、全体では先ほど大野先生
がありましたように、相当の施設に送ってい
るのですけれども、回答が虫食い状態であり
まして、かなり現状をつかむというには、や
や回収率が悪かったような印象であります。
日勤の勤務体制を聞いたのが、総合で20施
設、3次で109施設、当直はそれぞれ22、151
となっております。まず総合のほうでありま
すけれども、左側が日勤帯、右側が当直帯に
おける勤務体制、青がMFI CU専任で、赤
が産科専任、白が産婦人科兼任としますと、
日勤帯ではこういうふうになっています。そ
して、当直帯も大体同じような勤務体制の割
合になっています。同様にこれを3次医療施
設で分けて見ますと、この場合にはオンコ
ール体制でありますとか、当直時間によって対
応できないという施設がでてきました。当直
時間です。それぞれMFI CU専任の施設が
7施設、産科の兼任が48、産婦人科の兼任

が 54 となりました。当直体制におきましては、M F I C U の専任のいる施設が 21、産科の兼任が 32、それから産婦人科の兼任が 71、オンコール体制が 25 施設にありました。それで、当直人数の分布を左側に総合周産期センター、右の下に 3 次医療施設と示してありますけれども、それぞれこういうふうになっております。当直回数も同様に左側のほうで総合を示して、右のほうで 3 次医療施設を示しております。これを見ても、当直の人数でありますけれども、大体、総合で 1.6 から 2.6 人、3 次医療施設で 2.0 人から 2.2 人となりました。当直回数でありますけれども、総合で 5 から 7.4 回、それから 3 次医療のほうで 6.5 から 6.8 で、大体先ほどの大野先生の示された数とほぼ同様の数、当直回数についてはそのようになりました。

次に看護体制でありますけれども、総合周産期センターで独立の認可をされているのが 11 施設で、実際の総数が 20.4 人、日勤帯が 6 人、準夜帯が 2.8、深夜帯が 2.8 となっております。独立ではなくて産科一般と共通の看護の場合には、それぞれ 27.9、日勤帯で 9、準夜が 3.6、深夜が 3.6 となっております。3 次医療施設でありますけれども、これが独立認可を受けているのが 4 施設、総数が 15.4 になりまして、日勤帯が 7.6 人、準夜、深夜が 3 人です。産科と共通の施設が 127 施設ありまして、19.3 人、日勤帯が 7.9、準夜帯が 2.7、深夜帯は 2.9 となります。入院以外の質問に対して回答があった施設でありますけれども、こういった数字であります。

入院以外の受け入れ状況でありますけれども、青が満床でも受け入れる、赤は満床では断る、白は状況により断るということを示しておりますけれども、総合におきましては満

床でも受け入れるのが約半数の 10 施設、満床なら断るのが 4 施設、状況により断るといのが 6 施設とありました。3 次医療施設におきましてはそれぞれ 66 施設、満床なら断るのが 51、少しこの比率が悪くなっていますけれども、そして状況により断るといのが 25 施設というふうになりました。そういった症例をどうするかということでもありますけれども、青は必ず紹介する、赤は時々紹介する、白は紹介しないということでありまして、総合の場合が、必ず紹介するのが約半数、そして時々紹介するのが 8、紹介しないのが 2 となっております。3 次におきましては、必ず紹介するのが約 3 分の 1、これはどの場合も大体約 3 分の 1 の比率を示しておりました。入院制限の実態を見ましたら、総合で入院制限があるというのが 35% からとなりました。その理由としましては、妊娠週数によっては入院に対する対応ができない。そして、ここが少し問題だと思うのですが、高度の I C U 専門医を必要とする疾患に対しては対応できない、すなわちこども病院に併設されている場合はこれが該当すると思います。同様に重度の精神病疾患、あるいは母体合併症という場合には断らざるを得ないという回答がありました。3 次医療施設に対しては、入院制限があるのが 45%、その理由としましては N I C U が満床、あるいは未熟児の出生が予想される、母体合併症といった理由であります。センターに指定された後に、どう変わったという質問をしたのですが、変化があったというのが 44%、変化がなかったというのが 56% であります。変化があった場合には、その具体的な内容としましては、多胎妊娠や胎児の奇形、胎児合併症を含む重症例や緊急例が増加するという回答があった

一方で、ハイリスク外来というのを作ったために、母体搬送というのは真に緊急を要するというのが減ってきた、紹介後の入院が増えたと回答した施設もありました。平成 13 年度の、これは総合が、大体 1 施設あたりの分娩数が 796 で、3 次が 531 でありまして、それを図示しますと、母体搬送が総合では 120 例、3 次では 60 例といった数字、1,000 グラム未満ではこういったようになっていきます。

運用状況であります。MFICU の病床利用率でありますけれども、60.5%、産科全体としましては 89.3% が運用されておりました。母体搬送の受け入れをそれぞれ総合周産期センター、3 次医療施設別に分けてみました。切迫早産、PROM、胎児仮死、感染、重症妊娠中毒症、早期剥離、失血性疾患、DIC、IUFD、前置胎盤、ショック、合併症、胎児救急、といったところでありまして、押しなべて大体、総合のほうが 3 次の施設の約倍ということが分かると思います。収容されなかった症例の転帰であります。1 施設あたりの依頼が総合では 228、そして 3 次医療施設では 81 あったのですけれども、実際、総合の場合には 34 例が断っている。25 例が他院に紹介している。3 次医療施設ではそれぞれ 23 例、12 例というのが症例の転帰であります。

受け入れができない理由でありますけれども、総合の場合、NICU が満床といった理由で断ったのが 1 施設あたり 49 例、NICU に空床があるけれども、人手不足で対応できないのが 36 床例、NICU に空床はあるけれども院内で重症児の出生が予想されというのが 8 例、一方、産科病棟が満床であるが 9 例、産科病床に空床はあるけれども、人手

が足りないというのが 30.8 というふうになっておりました。3 次医療施設の場合には順番をつけてもらいました。そうしますと、NICU が満床というのを第 1 位にあげた施設が 99 施設ありました。NICU に空床があるけれども、院内で重症児出生が予想されるというのを 2 番目、3 番目に答えた施設が多かったようです。そして産科のほうの問題として、空床があるけれども対応できないというのが、それぞれ 4 位、5 位にランクされておりました。ここは一夜に問題でありまして、手元では 71.2 としているのですけれども、収支比率を見ますと、73.5% の収支比率となりました。そして、その内訳を見ますと、黒字の病院がわずかに 4 分の 1 の 3 施設、赤字が 9 施設というふうになりました。

以上をまとめてみますと、やはりどちらも産科の医師の不足は明らかであります。それが勤務時間や当直回数に偏りにもつながっておりまして、母体搬送に十分に対応できない一因にもなっております。しかしながら、併設されております NICU の病院も関与しておりまして、収支率が 75% に満たないことも合わせて、総合周産期母子医療センターに対する人的・経済的支援が早急に必要されるということが分かりました。それから今回の調査は 24 施設の内訳が、大学病院が 9、私立病院が 8、公的病院がこども病院 3 を含む 7 でありました。全国をほぼ網羅している NICU 体制とは違いまして、まだまだ MFICU の認定施設が足りない上に、設立母体が一様でないために今回の調査でもまだ現状の正確な分析は難しいと言わざるを得ません。MFICU がさらに整備された後で、もう一度同様の検討を行うか、あるいは他の方法を考える必要があると検討を要すると思います。

以上です。

多田 それでは引き続き総合および地域周産期母子医療センターの連携はいかにあるべきか。ただいまのことで大野先生と松田先生から総合周産期と、3次という表現を中に入れていただきました地域的な部分との比較をしていただきました。今度は各地の実情といえますか、その話題を提供していただきたいと思えます。準備ができるまでの間、少し進めていきたいと思えますが、現在MFICUとして認められている施設ということで22、あるいはその中の21、20と回答をいただいた分についてが総合周産期母子医療センターということになっております。中村班で実施したアンケート調査は、総合周産期を既に指定されているところ、それから行政、都道府県単位で行政がどう把握していくかということを出していただいたのと、それ以外の大きい施設ということで出した集計結果とお考えいただきたいと思えます。したがって、「その他の部分」には今後、総合になるべき施設も含まれていると考えていただいていいと思えます。それでは本間先生お願いいたします。

2. 総合及び地域周産期母子医療センターの連携はいかにあるべきか
栃木県の周産期医療の現状と課題
自治医大総合周産期母子医療センター
本間洋子

<はじめに>

栃木県においては、周産期医療整備として2つの総合周産期母子医療センターが開設された。それぞれのセンターは地域の需要に応じて、中核施設としての機能を十分

に果たしてきたことは、2年前の本フォーラムで松原が発表した。しかしながら、センターに全てが集中する傾向が強くなり、NICUの慢性的な病床不足が明らかになってきた。そこで、総合周産期センター開設前後で地域の周産期医療に起きた変化、総合周産期医センターに起きた変化を調査し、明らかになった問題点を提起し、さらに一層深刻となったその後の状況を報告し、その打開策の糸口を提起したい。

<開設前後の変化>

全国でも最下位に近かった周産期死亡率は、変動しながらも低下し、2001年、02年と全国平均を下回った。

栃木県内の周産期医療の変化については、一次産科、地域の中核病院の産科、小児科へアンケート票を送付し、開設前(1994、95年)と開設後(2001、02年)のハイリスクの分娩数、入院数などの変化を質問した。一次産科は開業産科と新生児入院施設を持たない病院産科からなり、60施設、地域産科は地域周産期センター産科、小児科各9施設ではあるが、いずれも規模は小さく10床未満が7施設、18床の2施設もNICU加算ベッドは無い。

一次産科の開設前後の変化は、分娩1000例あたりの症例数でみると、母体搬送は2倍に増加、そのうちセンターへの搬送はそれを上回って約3倍の増加、双胎(25%)、35週未満(40%)、2000g未満の出生数(38%)は著明に減少した。新生児搬送数は130%の増加であったが、地域小児科への搬送は変化がなかったため増加分はセンターへ搬送されたことになる。

地域産科側の変化は、分娩数はほぼ同じで、帝王切開は微増、35週未満の出生数

(77%)、死産数(57%)が減少した。

地域小児科の変化を入院症例数 100 に対する症例数で見ると、院外出生の入院、低出生体重児の入院、双胎、人工呼吸例、外科症例、死亡例はすべて減少した。特に 30 週未満入院例(24%)、VLBW(26%)、外科のハイリスク症例(12%)の減少が著明であった。

以上、まとめると、1)一次産科からの母体、新生児両者の増加例はセンターに送られ、2)地域産科は死産、<35 週出生が減少し、地域産科で取り扱うハイリスク例が減少、3)地域小児科では、30 週未満・VLBW・外科症例が著明に減少、30~34 週児の入院、人工呼吸例、死亡例が 50%前後に減少し、院外出生、比較的大きな児の入院も減少した。つまり、一次産科施設はハイリスクな母体、新生児ともに 2 次以上の施設へ搬送しており、2 次の地域施設はよりハイリスク妊娠をセンターに搬送し、センターとの役割分担がされていると見ることが出来る。問題点としては、1)一次産科施設からの母体、新生児搬送がそのハイリスク度に見合った施設に搬送されたか否かは不明、2)地域の小児科においては、地域が担当可能と考えられる比較的大きな児の入院が減少しており、重症児とともに軽症児のセンターへの集中化が進んでいることが明らかとなった。

総合周産期センター側の変化は、整備により産科病床数が 67 床(MFICU0)から 87 床(同 21)へ、NICU 病床が 42 床(NICU 認可病床 18)から 71 床(同 21)に増加した。

産科側の変化は、分娩数(134%)、帝切数(145%)、母体搬送(214%)、双胎出生数(147%)、出生した児の NICU 入院数(186%)全てが増加し、母体搬送の受け入れ率が 60%から 85%

へと改善した。センター産科の出生体重別出生数は、1000g 未満の 182%の増加に比し、極低出生体重児の増加は 130%とそれほど著明ではなかったが、1500g~1999g は 192%と著明に増加した。全分娩に占める 1500g 未満の出生数は、6%から 6.8%へと微増であった。

NICU の入院数は 1000g 未満が 170%の増加、1500g 未満は 125%の増加であった。1500g 以上の入院は<前>は 200 例前後であったが、出生体重が大きくなるにつれて増加し、2500g 以上の増加は 245%と著明であった。これら入院児の出生体重別入院経路は、<後>では、全ての体重群で産科外来へ紹介される例が増加した。VLBW 群では圧倒的に母体搬送例が多かったが、1500g~2000g 未満では、母体紹介例の割合が増加していた。ハイリスクとして早い時期に紹介され、大きな問題を呈さずに比較的成熟して出生したことがわかる。2500g 以上は母体紹介例も多かったが、院外出生例が大幅に増加した。

NICU への総入院数が増えたので、入院に多胎の占める割合は 25%から 18%、40%から 28%と両センターともに減少したが、多胎の入院の絶対数は増加していた。このうち約半数が母体紹介例であり、多胎のため妊娠早期にセンターに紹介された。

センター側の変化をまとめると、1)センター産科では、母体搬送受諾率が改善し、分娩・帝切・母体搬送・双胎・NICU 入院数全てが増加し、ELBW 出生増加とともに、1500~1999 g 群の増加率が高かった。2)センターNICU の入院例に占める多胎・母体紹介例・1500g 以上の入院例が著明に増加した。3)<後>では、全体重量群で母体紹介

例が増加した。4) 県内の ELBW の 83% はセンター NICU に収容された。これらから、ハイリスク妊娠が早期に認識されて、センターに送られ、センターで集中的に管理され、分娩に至ったことが明らかとなり、また収容されるべきハイリスク新生児もセンターに集中してきており、センターとしての役割を十分に果たしていることがわかった。その反面、問題点としては地域周産期で管理可能と思われる軽症例も全てセンターに集中してしまい、センターの高度医療ベッドの有効利用の低下、慢性的なベッド不足を来しつつあり、地域周産期との密な連携が必要となった。

< 現在 (2003 年) の問題点 >

2001、2002 年の調査後、2003 年はさらに NICU の状況は悪化した。例年 50 例/年の ELBW 入院数が 72 例/年と 1.5 倍に増加、さらに 21 床の NICU ベッドのうち 9 床 (43%) が 1 年以上の長期人工呼吸管理児 (仮死 4 例、先天奇形症候群 3 例、髄膜瘤・呼吸不全 1 例、先天性間質性肺炎 1 例) によって占有され、慢性的なベッド不足により、母体搬送 99 例、新生児搬送 56 例をお断りせざるを得ない状況であった。これにより、以前は全例センターに収容されていた超低出生体重児が、6 例地域小児科に入院し、役割の逆転化が生じてきた。これらを少しでも改善するために、センター B では 2003 年の NICU 入院 373 例中 143 例を産科新生児室へ、6 例を送り元の産科へ、17 例を地域小児科へ back transfer して、入院を受け入れる努力をおこなってきた。しかしながら、NICU ベッドを長期間にわたって占有する抜管の見込みがない人工呼吸管理児の問題の解決なくしては、NICU の展望

はなく、センター B における長期入院児に関して調査を行った。NICU、小児病棟を含めて 1 年以上長期に入院していて、現在小児病棟に入院しているのは 6 名で、先天奇形症候群 2 名、新生児仮死 2 名、HIE 1 名、短腸症候群 1 名で、1 年 5 か月～11 年の入院期間であり、比較的入院期間の短い 4 名は、在宅 IVH、在宅人工呼吸に向けて退院の準備中であった。小児科外来で在宅人工呼吸を現在行っているのは 7 名で、そのうち NICU 卒業生は 4 名である。最近 5 年間に出生した児は在宅移行まで 1 年 4 か月～2 年 9 ヶ月であり、現在準備中の 4 名ともども、在宅人工呼吸管理に対して家族も周囲も積極的であると思われる。

一方、県内の重症心身障害児 (者) 施設は 3 施設で約 130 床の病床を持ち、レスピレーター装着可能病床は 12 床であった。そのうち 4 年前に開園した施設 A は 50 床の病床中 47 名が入院しており、うち 30 名 64% が NICU の卒業生であった。しかもその 2/3 は 3～4 年入院しており、重症心身障害児施設への転院もすぐに限界が来るのは明らかである。

2003 年の現状をまとめると、1) ELBW 児の増加、長期入院児の増加で NICU ベッドが恒常的に不足し、2) そのためにかろうじて保ってきたセンターと地域小児科の役割分担が破綻して、十分な態勢のない地域の小児科にハイリスク児を収容せざるを得ない状況が起きてきた。3) ベッドの有効利用を図るべく Back transfer を心がけ、長期人工呼吸児の在宅呼吸管理への方向性を見いだそうとしているのが現状である。

< 打開策は? >

周産期医療が広く県民、医療関係者に周

知され、ハイリスク妊娠・新生児が増加してきており、現在の21床のNICUベッドは絶対的に不足している。1)それぞれのセンターのNICU3床の増床と、2)周産期医療協議会、研修会等を活用して役割分担の徹底化と、back transferの現在以上の推進、3)在宅医療の推進が当面の打開策かと思われる。在宅医療の推進に関しては、小児の在宅医療を受け入れる家庭医の発掘、緊急入院先の確保、老人医療にみられるようなshort stay施設の確保、公的援助の充実など環境整備が不可欠である。

多田 ありがとうございます。この最後の打開策はというこの各項目について、これから議論していただくことになるのだと思います。ご質問があればお受けしたいと思いますが、どなたかございますか？

A さっきの2002年までのところで総合で2,500グラム以上の子供が増えたというのは、先生のおっしゃる軽症例が増えたということになるのか、それとも外科疾患とか。

本間 軽症例です。双胎、それからあとはちょっとした呼吸障害、あとは外から運ばれてくる新生児搬送でもちょっとした発熱ですとかそういうものです。

A その軽症例の場合は受け入れる段階でback transferの承諾を得ればいいのか？

本間 以前はback transferをしなくても大丈夫そうだったので、一応受けていましたけれども、それをせざるを得なくなっていて、今は少しずつ地域のほうに送っていますが、

ただ、それらの地域が先ほどの状況ですので、すぐに満杯になってしまって、やはり。それともう一つは、実際にセンターに申し込みがあつてそれで地域にふつて、状態が悪くてまたセンターへということがあつて、なかなかそのトリアージをするのが、一般の産科の開業の先生では無理な場合もあるように思いました。その辺は少し問題だと思います。

多田 それから先生、あのデータは院外で生まれてきたのものと、院内出生と両方一緒になっていますか？

本間 両方一緒です。

多田 そうすると、我々のところでも、早産になりそうだからどんどん送ってしまう、超低出生体重児や極低出生体重児というのだけでなしに、34週などになって早産なのだから送ってくるのが多いのではないかと思うのですが、それも生まれてから区別するより、母体搬送でその中にIUGRがあつたり、奇形があつたりするので、どうしても増えてしまうのがあるのかとお聞きしたのですが。

本間 紹介で送られてきて、それがずっとうちで長く、それでお産して、ちょっと呼吸が悪くて2、3日入院という例がけっこう多いです。

多田 比較的早く来てもうまく持ってくれて、けっこう体重が大きいところで生まれてしまったというのがありますし、両方のケースですね。それでは中村先生よろしく願います。

2. 総合及び地域周産期母子医療センターの連携はいかにあるべきか

2) 長野県周産期医療システムの現状と課題

長野県立こども病院総合周産期母子医療センター 新生児科 中村友彦

長野県は全国で4番目に広い県であるが、南北東西に高速道が整備されており迅速な母体搬送、新生児搬送が可能である。人口は200万人、年間の分娩数は約2万人で、この10年間大きな変化はなく、極低出生体重児出生数は年間130-140人、超低出生体重児の出生数は年間40-50人である。長野県の周産期医療システムは、高速道に沿って分布する各都市の高度周産期医療機関と、県内4地区にある地域周産期センター、長野県の真ん中に位置する総合周産期母子センターであるこども病院によって構築されている。長野県は、閉鎖した地域なので地域のシステム化が容易で成果が目に見やすい。

こども病院は、20の診療科よりなり、今年で11年目を迎え、周産期センターは平成12年にスタートしてことしで4年目を迎える。総合周産期母子医療センターの規模は、産科、MFICU 6床、後方病室18床、医師6名、看護師30名、新生児病棟 NICU 15床、GCU 19床、医師11名、看護師50名である。地域周産期母子医療センターは、長野赤十字病院（NICU 9床、小児科医師7人）、信州大学（NICU 6床、小児科医師5人）、国立長野病院（NICU 3床、小児科医師4人）、飯田市立病院（NICU 3床、小児科医師4人）である。

総合周産期母子医療センターの主要事業として以下の3点を重点的に行ってきた。

- 1) 周産期センター機能として、産科は主に早産管理と胎児診断に力を入れている。新生児科に入院する超低出生体重児は全県下の約70%、極低出生体重児は50%である。残りの超低出生体重児は、地域周産期センターに入院している。こども病院新生児科では県内すべての新生児期発症の循環器疾患、外科疾患、脳外科疾患を受け入れている。新生児科に入院する児は院内出生と院外出生がそれぞれ約50%で、総数年間約300人である。入院児の約50%の児が、県内の地元小児科へ逆搬送により転院し、その後退院となっている。この「重症児または急性な時期は総合周産期センターで、その後の落ち着いた時期は、逆搬送・転院によって地域の小児科新生児室で管理」という総合周産期センターと地域周産期センターまたは高度周産期医療施設との連携システムを支えるのは、こども病院開院時より継続している、県内小児科医師の新生児研修と、看護師研修事業による県内各地域の小児科施設の新生児医療の底上げによるところが大きい。また、こども病院の新生児搬送用救急車で、搬送依頼元の産科施設に医師、看護師が出向き、児の状態に応じて収容先を決定する三角搬送システムの確立も大きい。
- 2) 情報センター機能として、定期的に重症母体発症状況ならびに極低出生体重児フォローアップ調査を行っている。

- 3) 研修センター機能として、こども病院開院以来毎月開催し今月で 130 回を迎える周産期医療従事者対象の長野県周産期カンファランス、産科、新生児科における年間 60 人の看護実技研修、年 4 回の新生児看護セミナー、年 1 回の保健師研修、年 4 回の出生前診断研修会をおこなって、県内周産期医療従事者の知識と技術の向上に寄与してきた。

その結果、長野県の乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率はこども病院開院後劇的に低下して、周産期システム開始後さらに低下し 2002 年には乳児死亡率 1.8、新生児死亡率 0.7 といずれも全国最低となり、周産期死亡率も 3.8 と全国で 2 番目に低い値となった。

長野県の周産期医療システムの今後の課題は以下の 4 点である。

- 1) 出生前診断の精度と頻度を向上させるための総合周産期母子センターの出生前診断センター機能の確立
- 2) 妊産婦死亡を減少させるための母体救急システムの確立
- 3) 新生児病棟長期入院患者に対する、在宅医療、療育医療への援助
- 4) ハイリスク新生児をもれなくフォローアップするための長野版ハイリスク新生児フォローアップシステムの構築。実際には県内で出生した極低出生体重児は、その台帳を県・総合周産期母子医療センターが管理し、1 才半、3 才の新版 K 式の発達検査を地域保健所で保健師が行い、その結果を医療施設

へ連絡し、地域の育児支援、療育施設と連携したフォローアップを行うことが、平成 16 年度の県の新規プロジェクトとして行うことが決定した。

多田 ありがとうございます。最後に非常にきれいなデータをいただいたので、これからディスカッションにいきたいと思います。

今日のこの四つの演題を聞かせていただきまして感じたことだけを話させていただきますと、東京都の場合は人口から言うと、人口 1,000 万ちょっとです。したがって 100 万に一つということを考えますと、大体 10 個でいいわけです。したがって総合周産期はいいわけなのですが、それが地域と両方で 20 近くある。おそらく大阪や名古屋もそういうことになるのだと思いますが、規制されている、されていないは別として、そういう施設があります。今お話ししていただいた栃木県と長野県の場合は、ある集中した非常に立派な施設ができて、そこにハイリスク児が集中をす。ところが中間のものまで集中してしまったということで、問題点が出てきているというご指摘が本間先生のところだろうと思います。それから長野県の場合は、まだそこまで集中が進んでいないのか、今後、地域が非常に整備されているのか、これは地域の整備の問題もあると思いますが、非常にうまく運営してくださっている。これは先生方のご努力のこともあると思います。東京はどうかと言いますと、東京の場合はある一つずつの施設がある意味では完結をしているという形になっています。したがって、大野先生のご発表のように、非常に集中するからNICUから後方に出る、後方から自宅に早く帰したり、搬送元の病院に戻さなければいけないという

ことよりは、東京の総合周産期と地域の役割分担というのは、おのおのの施設が先ほど示しましたように、NICUとしては独立している。ただ、制度的に母体胎児集中治療室が整備されたり、要員が整備されているかどうかということで分かれているという性格になっております。したがって、大野先生がお示くださったデータでは、東邦のNICUが割合長くいて、入院期間が長くなるというのは原則としてバクトランスファーは非常に軽い子供が送られてきたのが、異常がなかったら出生病院に戻すということをしませんが、原則としてそこに入ったものがよその病院に戻ってから帰るとするのは極めて少ない。東京都の場合はそういう傾向があると思います。したがって比較的長く入院をして、そしてNICUに入りきらなければ、よそのNICU、あるいは地域にお願いをするという形で最初から管理をしているということだろうと思います。したがって母体搬送は非常に多くなりますけれども、これは必ずしも超低出生体重児だけではない、極低出生体重児だけではなくて、先ほども少しお話をしましたが、比較的大きくても自分のところで扱えないから、早産になるからもうお願いしますという形で地域の産科から送られてくるという傾向になってきております。これが集中すれば、本間先生のような問題になると思いますが、東京都の場合は、先ほどもお話ししましたように、今でもいくつか総合に手を挙げたいという施設がだんだんできてくるような傾向にむしろあるぐらいというので、比較的そういう点では恵まれております。しかし、これが後ほどディスカッションしていただきたいと思いますが、藤村先生が小児科学会のほうで検討してくださっている小児救急との兼ね合いにな

ってくる。地域の問題がまた変わってくると思います。本間先生がおっしゃったように、だんだん重症は預けてしまうという傾向になってまいりますと、今度は今まで軽いものは扱っていたというところも新生児はほとんど扱えない。むしろ小児救急のほうに人を取られるという問題も今後出てくるのではないかと、そこら辺も含めて議論をいただきたいところだと思います。この平成8年に厚生省にお願いして整備していただいた地域周産期整備事業では、人口100万のうちのハイリスクを50%受けるという、50%は残りの施設の地域で受けるという構想でスタートいたしました。それが今日お話しいただいた長野県、あるいは実例としての栃木県は非常にその形がうまくいって、スタートの時点では人口100万に対するそれぐらいのカバーでございますが、だんだん整備されてきたところでは栃木県では、5、60%ぐらいであったものが80%から90%に集中してきた。したがって、本来、地域でカバーするべきであるとわれわれが考えていたものが思ったよりも早急に整備が進んでいるというのが問題ではないかと思えます。そんなことを含めまして、質問と同時に各施設の実情あるいは問題点などについてご議論いただければ幸いです。

中村 厚生労働省のほうから谷口課長にお見えていただいておりますが、最後に総括をいただくということでございますので、このまま討論を進めていきたいと思えます。今、多田先生のほうからご説明がございましたが、今日のご発表の順を追って少しディスカッションしていきたいと思えますので、まずは大野先生、松田先生から総合周産期母子医療センターの現状、まだできていない都道府県の間

題等のご発表がございましたが、かなり地域差があるというところが問題で、現時点では17 県 29 施設で既に指定され、今後予定のところは 22 県、指定の予定の全くないところが5 県ということになっておりますが、今日いろいろな地域の方がいらっしゃると思いますので、特にまだ進んでいない地域の先生からご意見をいただければ非常にありがたいと思うのですが。

大野 これは19 県の31 です。

多田 これからかなり、大野先生も少しご発表になりましたけれども、都道府県のほうで行政が把握しているのはかなり整備が進むというふうに考えておまして、これは非常にありがたいことだと思うのですが、先ほども少しご指摘にありましたように、要員の確保が困難であるということが行政のお答えの中にもかなりありました。各地で今後、整備が進んでいく時に、要員の確保というのがかなり難しいのではないかという気がいたします。今まではその要員の確保ができたところが総合なり、あるいは地域のセンター的な施設に指定されてきておりますけれども、行政のほうで都道府県が補助金を出せないという問題も一部あったと思いますが、人が足りないので、整備が十分できないというところもかなり大きな理由があったと思います。それについて各先生方のほうから何かご意見があればいただきたいと思います。今後のNICUおよび母体胎児集中治療室の問題はそこがいはん大きいという気がしております。いかがでしょうか？

大野 整備が進まないところは、例えば和歌

山県の非常に縦に長い県だとか、それから先ほども言いましたけれど、山口だとか、人口的にもそれほど多くないところで、いくつかそういう候補があるのです。横並び状態でどうするかということで、特に人口が100 万とか150 万ぐらいのところだと思うのです。そういうところに対しては、MFI C Uの基準を1 年前に下げましたね。そういうことでだいぶ変わってくるかという感じは受けています。ちょうど調査したのが、それが決まる、まだはっきりしない時期だったものですから、その辺の影響は今後出てくるかというふうに思っています。

多田 ご意見ありますか？

A 確か香川県が国立香川病院を総合に認定されたのですね。それが確か全国で最初の国が国を指定するということがあって、独立法人とも関係するのですけれども、従来の国立の施設が地域の総合になっていくのか、そうするともう少し整備が進んでくるのではないかと思います。

多田 かなりそのお答えの中に、候補はあるのだけれどもというお答えがきております。それは逆にひっくり返しますと、分散してしまっているのが集中できない、要員を分散していて集中できないという問題がかなりあるのだと思います。先ほどから私が指摘しました小児救急との兼ね合いでというお話が出てくると、ますます問題になると思うので、今後の問題点の一つとして考慮すべきだと思うので、藤村先生からそこら辺を少しご紹介いただけますか？ 地域の小児センター的な部分と周産期センターとの役割というものを

ご紹介いただければと思います。

藤村 確か昨年の夏ぐらいに、新生児医療連絡会で多少考え方をご紹介させていただいていると思うのですが、小児科学会理事会では昨年の特に秋に、小児医療体制それから小児救急そして新生児医療、これの小児医療提供の体制の構造改革。簡単に言いますと、先生方の地域を考えていただきましたら、都道府県は3次医療と言いますが、その中に2次医療圏がいくつかあると思います。その2次医療圏で核となる小児科を設定しているのではないかと。その周辺で現在もちろん病院の小児科がたくさんあると思うのですが、ある意味で集約化を行って、例えば今、議論されています総合周産期母子や地域周産期母子を小児科の中でも、地域小児科センター病院という名前を付けているのですが、今、既存の小児科の中で調査しますと、中村班大野先生らの調査を採用させていただいているのですが、現在の日本の小児科医の定数が5人未満というのが大多数なのです。小児科の常勤です。それを5人未満では病院医療ができない。ですから、せめて7人ぐらいにかさあげしないとイケない。5人以上の小児科も100ぐらいあるのですが、そこだけではもちろん日本の地域小児科のセンター病院ができませんので、それを200、300に増やしていくためには、どうしても今ある病院小児科の先生方が一部縮小して、そしてセンター病院小児科の入っている夜間に移って行って、そして今、多田先生が最後に問題提示されています小児救急、そして新生児医療これを夜勤体制で翌日勤務を休むという環境に持っていけないといけないということなのです。それによって、提供する医療の質と

いうのは当然より専門が深まり、そして広域化し、今たまたま中村先生が長野のすばらしい展望を実際これからだと思えるのですが、展望を示されましたような一定医療計画として、地域の患者さんをきちんと押さえた上で、どういう医療を提供するのか、すなわちその場合に医療機関の役割というものを規定していきたい。簡単に言いますと、そういうことになるかと思えます。そこへ、去年たまたま中村班の時にご相談させていただいて、小児救急と新生児医療とそういう概念的な調整をある程度させていただいて、理事会のプランに採用させていただいたのです。簡単に申し上げますと、実は今度の岡山の小児科学会の時に、各地方会から代表の方に集まっていただいてこの構想をご説明して、平成16年度に日本小児科学会としては1年間かけて、それぞれの都道府県で、これは別に具体的にどうするということではないのですが、そういうモデルプランがそれぞれの地方会の先生方に作っていただけるかどうかを4月の小児科学会で相談させていただくと思えます。そういう意味で、ぜひ今度は新生児の先生方は、各都道府県では新生児研究会としてまとまっておられるので、地方会との関係が少し少ないと思えます。ぜひ平成16年度はそういう地方会でそういう作業をされますので、少しその辺の目配りをお願いしたいと思えます。以上です。

多田 ありがとうございます。NICUの、今、問題がございましたけれども、地域全体として考えるとかなりそういうのが進むと、それで、今これから議論ということでございますが、将来構想でその方向で進んでいくというのは私どもも思えますので、今日は各地

の総合周産期あるいは地域的なセンターになってくださっている先生方がお越しいただいておりますが、今後そういう施設ができていった時に、総合周産期は中心になっていかないといけないと思うのですが、新生児として独立していかないといけないと思うのですが、その役割もかなり今の地域の施設が担っていかなければならない部分もある。すると新生児と両方やるのがなかなか大変になってくると、今以上に小児を診られないのではないかというのになってくる恐れがあると思うのですが、本間先生、そこら辺、現状と今後どういふふうになっていくというふうにご考えられますか？ あるいは何がいいとお考えか。

本間 栃木県はご説明しましたように、地域としては、いわゆる多田先生がおっしゃったような地域の要件を備えた地域なのですが、栃木の場合は私はたまたま地域というお話をしましたけれども、地域というには少し足りない、そういう施設がほとんどなのです。なので、その中でも小児救急や役割を担っている病院がありますので、栃木県の場合は、今の小児科に、ここで言う地域を求めるのは少し無理だと思うので、少なくとも周産期の総合センターが本当に核になって、高次のものとは何か何でも周産期に、あとは比較的手のかからないものを地域に、それで小児の救急などには、小児科の医療と役割分担をするしかないのではないかというふうに思ってお聞きしていました。

多田 その地域、あるいは中村先生のほうもそうだと思うのですが、センター以外の施設は、先ほどフジムラ先生がおっしゃった5人なり7人なりの医師の確保ができていないのか、

そちらも今後集中していかないとできないのではないかと思います。そこで先生がおっしゃったように軽いものは受けていく、あるいは院内で出生したようなものは自分のところでやっていただくということができれば、非常にいいと思うのですが、それまで集中してくるとなると、総合センターが例えば、先生のところで言えば、ベッドを倍にしないとやっていけなくなるのかどうかという問題になると思いますが、そこら辺、本間先生と中村先生が実情から言って、どうなのでしょう？ 見通しですが。

本間 ベッドは増えれば増えただけやはり集まってきてしまうと思うので、もちろん今は足りないので増やしてほしいですけれども、倍増まではもう多分いらぬと思うのです。実際にもう少し効率よく周産期のシステムとしてできていれば、総合周産期センターではなくても本当にすむような子どもたちがけっこう入っていますので、地域には戻せると思うのです。その時に地域が例えば、今、栃木県の現状を申しますと、10施設がいわば地域の小児科の病院としてリストアップされていますけれども、その中で小児科がだんだん撤退しています。最終的には多分県北に一つ、県央に二つ、東のほうに一つ、県南に一つ、県西に一つぐらいに集約されていって、そこで今藤村先生がお話しされたように、少なくとも5人ぐらいの小児科を確保するというのを栃木としては目指していると思うのですけれども、そういうぐらいのマンパワーがあれば、今、私がお話ししたような周産期である程度重症の急性の時期を診て、それでその後はそちらにというのは可能ではないかというふうに思うのですけれども、可能ですし、実際に

小児の救急と両立するのではないかと思います。今そういう施設が、関連病院の一つですけど、一つあって、少しずつそういう方向に持っていきたいと思っていますが、ただ、やはりいちばんのネックは看護婦さんです。

中村 医師よりもむしろナースの数のほうが問題になるわけですか？

本間 今、ドクターよりもむしろナースです。

中村 今日の朝の新聞にも出ていましたけれど、いわゆるこの地域のレベルの病院というのはだんだんと撤退して、医師の引き上げなどという問題が出ていますね。栃木の場合、その五つのところに集約すれば今、存在しているマンパワーをうまく集約できるのか、数は減らしたけれど、医者がいなくなるというふうな事態にならないのか、その辺りは。

本間 それは多分、私がお答えする立場ではないと思うのですが、少なくとも現実問題として取捨選択はされつつありますので、やはりそういう方向にいくでしょうし、実際に人が集約した時に、五つなら五つ、六つなら六つの施設に人が集約した時に、人が足りるかというのは私も分かりません。

渡部 すみません、よろしいでしょうか？ 倉敷中央病院の渡部と言います。この4月に前任者の亀山から受け継いだばかりで、まだ分からないところもあるのですが、一つお聞きしたいのは、前の方々に特にお聞きしたいのですが、ベッドのコントロールやそういうことで、スライドのほうでも周産期の医療の協議会などで、県のほうで、その名前がいくつか何回か出てきているのですが、私を知る

限り、実情を言いますと、岡山県で総合周産期の指定があった以降、そういう会が開かれたことはないということなのですが、各県の方々に現状を県なり、施設なりに討議するような場が実際今、開かれているのでしょうか。少しお聞きしたいのですが。

多田 大野先生からアンケート調査の結果から。

大野 すごく熱心にやっている、例えば年に4回、5回やっている県もあれば、もう実際、総合周産期ができた後、全然ほとんど機能していないところまでばらばらです。ちなみに埼玉県の場合には、大体年に1回だけになっています。本来であればもう少しやって、まだまだ協議しなくてはいけないことがあるのですが、だいぶ指定からたってきて、少しいろいろなことでマンネリ化してきていると思います。総合に指定されている19県の中でも、事情が随分違っていますので、先生のところもいろいろ問い合わせたほうがいいのではないかと思います。

多田 東京都は年に多分3回か4回やっていると思います。5年間ごとに、これは厚生省が作っていただいた規定によりますと、5年間ごとにシステムそのものも見直せというのが入っているのです。それから地域の周産期のいろいろなデータ、長野県が非常に熱心なことを今日、お示しいただきましたけれども、ああいうものを都道府県として把握するよいうというのも規定になっております。したがって、地域周産期整備事業のあの規定をぜひ見直していただいて、それを手に入れていただいて、そのとおりにやってくれるようにいる

いろいろな機会に県にプッシュしていただくとい
いのだと思います。

渡部 ありがとうございます。それともう1
点、総合周産期が例えば、私が存じているの
は大阪や神奈川など、例えば産科なり新生児
なりの情報を1回集めて、そこから空いてい
るベッドに振り分けるネットワークのような
ものができている県は、今、実際に何県ぐら
い国内であるのでしょうか？

大野 今、47のうち、大体半分ぐらいはい
ろいろな形でできています。例えばファック
スでやり取りするところも含めると、もう少
しあると思います。

溝辺 山梨の溝辺と申します。総合周産期の
認可を受けているところなのです。先ほど藤
村先生が小児救急の関係で、小児科のポスト
を5名では厳しいと、7名ぐらいほしいとい
うことをおっしゃっていて、時代の流れから
言って、スクラップ・アンド・ビルドでそう
いうふうに行くだろうと思うのですが、
総合周産期をとることは非常に大事だろうと
思っています。現実的に僕らが今どうなっ
ているかと言いますと、4人、1人。ですから、
常勤1人と研修医1人で新生児科、それから
産科も同じ状況です。現実的にはそのまま動
いて、流れは小児救急に流れています。そう
しますと小児科のほうも3人プラス1で、全
部入れて結局9人という小児科ということに
なりますと、結局9人もいる、山梨県の方
に非常に小さな県ですと、9人も1科でい
る病院というのは県立中央病院でもないの
です。ですから、その新生児の救急と小児救急を同
時に9人で診なさいという現状が起こりうる

のではないかと。先ほど大野先生のデータを見
たときに、総合周産期の基準の中に、看護婦
というのは法律である程度引っ掛けられたた
めに、それなりに補充されています。逆に今
度、小児科病棟は、今、本間先生がおっしゃ
ったように、地域の病院の小児科の看護婦さ
んたちは惨めな状況の中で現実をやらされて
いる。そうすると、医者も結局それなりの法
律で引っ掛けるまではいかないにしても、少
なくとも総合周産期というのは、これぐら
いの医師の数が必要ですよというふうな現状を症
例のような形で挙げていただきたい。しかも、
そうすることによって、現実的に今、大学の
六年生と、常にポリクリで話をしても、皆小
児科にはなってみたい、なってみたいけれど、
勉強すればするほど、これほど小児科が激務
で惨めな思いをする職業。小児科に入った人
たちは、新生児は勉強したいけれど、10年
経っても当直を8回、9回と言われると、や
はり普通の小児科になりたいという状況にな
ってくる。結果的には人数が少ないから悪循
環に入ってくる。現実には同じことをやりなが
ら首をしめていくという危険性があるのでは
ないか。ですから、小児救急を、先ほど藤村
先生がおっしゃったように各地域の実情とい
うのも非常に大事だろうと思いますけれど、
小児科に非常に造詣がある県ですといいい
ですけど、そういう県でなかった場合というの
はやはり、総合周産期はこれくらいの規模の
小児科医がいる、基幹の小児救急の病院がこ
れくらいの規模の医者がいるというところを
ある程度だしていただきたい、そうすること
によって学生もやはり小児科に入ってこよう
という気もおきるのではないかと思います。僕
は現実的にあと何年できるか、僕が当直をや
めれば残りの4人で当直をやらなければいけ

ないというもっと悲惨な状況が起こるもの
すから、僕が当直できなくなれば自分が席を
はずすということしか、多分、山梨県は維持
できないだろうというふうに思っています。

多田 現実には、先生のおっしゃるのは非常
によく分かる現実だと思います。先ほどの規
定ということで、藤村先生に少し付け加えさ
せていただきますと、周産期の総合周産期的
な3次周産期をやる施設は、当然小児科と両
方なければいけないという規定から、厚生労
働省のほうにはお願いして、当直を小児科の
ほうと兼ねてはいけないというのにしていた
だいたのは、要員確保のためです。したがっ
て今後、それが中心的な病院であるならば、
おそらくまだ整備されておられませんけれど、
小児救急としてのほうもセンター病院とし
ては、そこで当直をしなくてはいけないとい
う形になるだろうと私は思いますし、それに対
して将来補助金なり何なりを付けていただ
いて、施設整備していかないととてもできな
いだろうと思っています。それから、本間先生
が五つぐらいの病院がというお話をされたの
で、これはわれわれの地域周産期というのが
総合周産期1つに対して3ないし、4、5だ
ということを言っている。それにちょうど合
うわけです。その地域は何をするかとい
うと、それは小児科としての当直をおいて、当
直をおくということは、現在のように7回8
回当直して当然ということではなくて、これ
から労働基準法の問題もあると思いますし、
研修医が週何時間かしか勤務しないのに、そ
の上の先生たちがその3倍も4倍もしている
というのは、やはりおかしいことになると思
うので、やはり小児科として当直をおいて
いただく。そして、それに対して何人かが新生

児を診るという形がきちんと保てれば、地域
周産期として小児科と新生児をやっている
のではないかと。

その収入の問題を今、看護婦さんという
問題がありましたが、これがきちんとやはり
医療費がもらえれば、医者はなかなか確保で
きないですけど、看護婦さんは病院がそれ
だけのペイをするのだったら、付けてくれる
ということで先生がおっしゃるような人員に
ついては、地域周産期というのが新生児入院
医療管理料を取っていただく。NICUを無
理して、そこだけの小児科医で新生児専門の
当直をして、一般外来の小児科はもぐりでや
るようなことはもうやめていこうという考え
で、地域周産期というのは看護婦さんを確保
するという、先ほどありました6人の1人の
看護婦さんと、そうでない部分との構成の新
生児室にさせていただいて、看護婦さんを確保
する。それに対してドクターは小児科として
の当直がいるだけの7人、8人いて、その中
の1人、2人が新生児を専門にやってくさ
る。当直の夜は小児科の当直と一緒に診てく
ださるという形ができる。それに見合うだけ
のお金をぜひいただきたいというので、残念
ながら5,300点にまだっていないのですけ
れど、5,300点になるとそれができるのでは
ないかというのがわれわれの推進してきた理
由なのです。ただ、ドクター側の問題でそこ
ができるかどうかというのが、私は非常に藤
村先生がおっしゃったような構想と同時にす
るには、小児科のパイをもう少し広げないと
集中化しても無理ではないかと、ただ先生が
おっしゃるような9人のところ一つだけとい
うのでは山梨県全体はできっこない。特に小
児の医療をやっていく時にはできっこないの
で、それは6人なり7人の病院があと一つ二