

図8 若手医師 ならみの方向

員会、医会の勤務医部会、そして厚労省研究班の活動がある。2002年4月からスタートした鴨下班は坂口厚労大臣の肝煎りで小児科医師・産婦人科医師の不足を前提とした若手医師の確保ならびに育成に関する研究班である。これを表の動きとして産婦人科の医師が少ないという社会認知につなげる意義は大きい。具体の行動として、解析に耐えるデータベースを構築すること。これにはたとえば学会・医会ジョイントで評価情報開発室などの設置はいかがであろうか。有効でかつ、縮小均衡に終わらない即効薬が見つかるとは思えず、戦略的には短期バージョンとともに中期目標・中期計画を少なくとも5年のスパンを有するものとして講じる必要がある。その結実とはいえば、必修化研修、専門医研修が終了する5年以上の期間を経てのことなのである。以下、表に示すような行動を必要とする。どれもご理解いただける事柄であろう。若手医師を確保するための戦術として、彼らのならみの方向を窺うなら、たしかに前述のような多要素多面にわたる環境の整備は重要なことである。それは短期的効果が期待できる即効型処方箋ということもできよう。しかし、真に有為の若者が心を動かすかということそこには一抹の不安を拭えない。それは学問への関心である。駆り

立てる情熱の方向付けである。これこそが免れ得ぬ学会の責務というべきである。ヘルスケア医科学、基礎医科学、基礎臨床結合型医科学、文理融合型医科学創設、そしてサブスペシャルティの基盤化とさらに尽くすべき努力が控えている。かくして、他の医学学術領域と競い合う真の実力を発信し、新たな魅力に満ちた学術団体に育て上げる努力が従前以上に振る舞われる必要がある(図8)。

締めくくるにあたって思いつくままにさらなる提案をしたい。

「学会は、研究者が集団を為し、自由競争の原理により、志高く自己啓発を行う場である。その目標はユニバーサル・スタンダードにあり、その動機は科学への限りない礼賛にある」とすると、「産婦人科医会の事業として、医療の標準化、医師の生涯教育、社会へのアカウントビリティ、そして行政政策活動が実施される」との条件のもとで学会が進むことのできるオプションとして、「均質等価の構成員による、資金と事業規模が厳選縮小された、研ぎ澄まされた高度の学術研究集団」へと変革する道が見えてくるのではないか。無論のこと、その是非は別問題である。しかし、単純化モデルとして作業仮説に据える程度の意義を見出

すものではある。

文 献

1. 母子保健の主なる統計—平成13年度刊行—厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課監修
 2. 母子保健の主なる統計—平成14年度刊行—財団法人母子衛生研究会編集
 3. 「学会のあり方検討委員会」報告(我が国の産婦人科医療に関する検討). 日産婦誌 1995; 47: 677—684
 4. 社団法人日本産科婦人科学会理事会内委員会学会のあり方検討委員会平成14年度活動報告(案). 日産婦誌(印刷中)
 5. 産婦人科新入局医局員増加のためのアンケート調査報告. 日本産婦人科医会. 平成14年3月
 6. わが国の母子保健 平成13年度. 厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課監修
 7. わが国の母子保健 平成15年. 財団法人母子衛生研究会編集
-

特集 胎児・新生児医療をめぐる諸問題

[座談会]

胎児・新生児医療の展望と課題

武田 佳彦 中野 仁雄 岡村 州博
種村 光代 田村 正徳

別刷

日本医師会雑誌

第132巻・第5号

平成16(2004)年9月1日

[座談会]

胎児・新生児医療の展望と課題

武田 佳彦 東女医大名譽教授=司会
中野 仁雄 九大・産科婦人科
岡村 州博 東北大・周産期医学
種村 光代 名市大・産科婦人科
田村 正徳 埼玉医大総合医療センター・小児科
(発言順)



平成16年5月19日(水)収録

武田(司会) 少産少子の社会が到来し、胎児・新生児医療の重要性はこれまでに高く高まってきています。

胎児あるいは新生児医療の進歩の現状は目を見張るものがありますが、それらを紹介すると同時に、特に周産期医療をめぐる医師不足、あるいは訴訟などの社会的な問題についても解説していただきたいと思います。

周産期医療のシステム化

武田 周産期医療のシステム化という問題がこの10年来続いています。NICU (neonatal intensive care unit; 新生児集中治療室) を中心とした新生児医療が胎児医療と一体化して機能し、周産期の救急医療が大きなターゲットになっています。産婦人科と小児科との診療協力はどのようにして進んできたのか、その経緯を中野先生、ご説明いただけますか。

先生が会長をなさっている国際胎児病学会も、ずいぶん大きな学会として広がってきていますね。

中野 周産期医療は学問的背景が先に実現

してきたと思います。およそ30年前、NICUが先行して、新生児の医療は大きく進みました。その実績を横目で見ながら、20年前、厚生省の研究班として、竹村班(「周産期医療をめぐる諸問題に関する研究」主任研究者: 竹村 喬)、続けて多田班(「周産期医療システムの改善・評価に関する研究」主任研究者: 多田 裕)が、今の基本の仕組みを提案したのです。

平成元年に文部省は周産母子センターを作っていますが、平成8年に厚生省が「周産期医療対策整備事業の実施について」(平成8年5月10日児発第488号厚生省児童家庭局長通知)を通知しました。

日本小児科学会と日本産科婦人科学会の専門領域が融合して、周産期領域を作ってきたという結果は、根拠のある流れでした。

しかし、竹村班、多田班が報告した人口100万人に1か所、総合周産期母子医療センターを設立するというような必要条件は、財政的にも歯止めがかかり、全国に行き渡っていない状況がいまだに続いています。

現状の話は岡村先生が詳しいと思います。



武田佳彦（たけだ・よしひこ）：東京女子医科大学名誉教授、岡山学院大学専任教授。昭和32年九州大学医学部卒業。昭和54年高知医科大学教授。昭和60年東京女子医科大学主任教授（産婦人科）。平成3年同大学母子総合医療センター所長。平成9年同大学附属病院長。平成10年同大学名誉教授。倉敷成人病センター学術顧問。平成14年岡山学院大学専任教授。主研究領域／産婦人科学、周産期医学。

岡村 私は東北地方、特に宮城県のことを中心にお話しします。周産期医療は行政単位で国の事業として行ってきたので、ここまで出来上がってきたともいえます。

人口100万人に1つの総合周産期母子医療センターが必要であるということについては、これが適正かどうかは、今後、検討していかねばなりません。いちばんの問題点は、都市型と郡部型とで全く異なることです。

鹿児島県のように一極集中型のものもあれば、仕方がなく分散してやっているところもあります。その中心となるべきは総合周産期母子医療センターではなく、地域周産期母子医療センターの充実であると思うのです。ところが宮城県もそうですが、名前は地域周産期母子医療センターですが、厚生労働省から出ているガイドラインの必要条件に沿ったものにするのはなかなか難しいのが現状です。特にマンパワーに関する問題点は大きいと思います。

地域周産期母子医療センターをある程度きちんと動かしていかなければ、きめ細かい周産期医療はできないと思います。

しかし、総合周産期母子医療センターができて、そこで地域の周産期医療をどうするかということが実際に動き始めたことは大きな成果だと思います。

また、地域周産期医療センターは子ども病院型、総合病院型、併設型など、いろいろな病院の形態があるので、それが宮城県では問題になっています。

武田 種村先生、名古屋市立大学ではいかがですか。

種村 総合周産期母子医療センターではありませんが、ほぼ同じ役割をしています。NICUも充実していますので、母体搬送も多く、大学病院特有の関連施設からの難症例の紹介も非常に多いうえ、救急部経由の症例も含め、複雑なルートのものもあります。

周産期母子医療センターというと、切迫早産あるいは前期破水などといった主に低出生体重児が対象であるイメージが強く、愛知県のセンターでもそのような母児が収容されることが多いのです。しかし、周産期母子医療センターがあっても先天異常などの疾患をもった胎児は、それぞれの専門分野ごとに搬送先が変わってしまうので、まだ十分なセンター化とはいえないと思います。

おそらく日本では、国立成育医療センター以外に完全な総合周産期母子医療センターというのはまだ存在しないのではと思います。

しかし、NICUの先生方が連携をとってベッドをうまくやり繰りしてくださっていますし、品胎の赤ちゃんが出生した際に1人ずつ別々の施設に送られてしまうといったことも比較的東海地区では少ないのではないのでしょうか。現状では、それなりにうまく各施設が役割分担を果たしているのではないかと思います。

岡村 いちばんの問題はネットワークの情

報です。インターネット経由でネットワークが出来上がっている地域もありますし、これから作る地域もあると思います。

宮城県でもその予算が県でようやく認められ、これからできるのですが、ほかの県の現状をみても、NICUなどは常に満床になっていることも多くて、だれが責任をもってoperationをするのかも重要な課題となっています。

せっかく作ったいろいろな施設が、つながっていないのでは、どうしようもないわけです。ですから、ソフト面での改善ということも、これから大きな課題になるのではないかと思います。

生殖医療と周産期医療

武田 生殖医療と周産期医療との関わりについてですが、生殖補助技術の進歩に関しては目を見張るものがあります。今や顕微授精法などは、ほとんど全国的に普及していますし、最近では多胎妊娠を防ぐための単一排卵法の追究も行われています。

非常に治療が難しいと言われていた未熟精子についても、その成熟の方法がずいぶん進んでいますし、卵の凍結に至っては、受精卵だけではなく、未受精卵の凍結も行われるようになりました。それらを踏まえて行政的な支援として最近、不妊センターが設立されています。

そうした進歩とは逆に、多胎妊娠の増加や、それに伴う低出生体重児の成育の問題、収容能力などが大きな問題となっているのはご存じのとおりです。

この生殖医療の象徴的な問題である多胎妊娠の診療の改善と効果などについて種村先生、お話しいただけますか。

種村 生殖補助医療技術の進展は著しく、



中野仁雄 (なかの・ひとお)：九州大学理事・副学長、九州大学大学院医学研究院教授(生殖病態生理学)、昭和41年九州大学医学部卒業、昭和54年佐賀医科大学医学部助教授(産婦人科)、昭和57年九州大学医学部教授、平成11年同大医学部附属病院長、平成14年九州大学副学長(平成16年組織変更のため理事・副学長)、主研究領域/胎児医学、周産期医学、産科学婦人科学。

目を見張るものがあります。

しかし、日本における大きな問題点は、諸外国と比べて、条件の整った施設が少ないにもかかわらず、実際には非常に多くの施設が不妊治療を手掛けているというところです。

日本産科婦人科学会は施設登録という形で問題の改善を進めてはいますが、はたしてきちんとしたガイドラインの下に診療が行われているかどうか、曖昧な部分が多かったと思います。しかし不妊センターという発想が出てきて、徐々に改善しはじめているのではないのでしょうか。

ただし、日本産科婦人科学会の会告では体外受精の移植胚数は原則3個以内としています。児を管理する周産期医療側の私たちからみると、品胎以上の赤ちゃんはまだ少なくないので、多胎妊娠予防に対する対策は、不十分であると思います。

双胎ならまだしも、品胎以上の赤ちゃんの同時受け入れとなると、全国的にどの周産期センターでも同じレベルで診療に対応できるという現状にはありません。生殖医療の発展に比べて周産期医療の診療体制の改善はまだ



岡村州博（おかむら・くにひろ）：東北大学大学院医学系研究科教授（周産期医学）。昭和47年東北大学医学部卒業。昭和54年米国オハイオ州立大学産婦人科（Research Fellow）。昭和60年東北大学医学部講師（産婦人科）。平成6年同助教授。平成11年現職。東北大学病院周産母子センター長併任。主研究領域／周産期医学。

追いつかないというのが個人的な感想です。

多胎妊娠に対する診療の改善については、表立ってディスカッションされることは少なく、今後は、減胎術にどう対応していくかという問題もあります。諸外国と日本では、宗教的、文化的な背景、法的な体制、母体保護法の問題など、いろいろと違いがあります。できる限り多胎妊娠とならないように不妊治療の診療も改善を行っていかねばなりません。今現在、目前で困っているお母さんたちに、周産期医療側としてどのように対応していかねばならないかということが早急の課題です。

今後は、生殖医療、産科医療、新生児医療の医師間で、あるいは行政、国も交えて話し合いをオープンにしていかなないと、なかなか改善していきません。

武田 岡村先生、体外受精というのは不妊治療の1つの大きな柱ですが、排卵誘発剤の使用でも多胎妊娠がずいぶん増えていますね。最近の実態はいかがでしょう。

岡村 統計はないのですが、最近、不妊治療関係の方々は一卵一胎に関して一生懸命努

力なさっている途中で。しかし、今少し時間がかかると思います。

先ほどの種村先生のお話に共感したのですが、不妊症の女性にとって妊娠したということは、非常な恩恵なわけです。それが本当に赤ちゃんを抱くということにつながらなければいけないのですが、そのためには生殖医療と周産期医療を行っている方々のコミュニケーションが非常に大事なことだと思います。

また、どこのNICUに品胎、多胎の患者さんがいるのかという情報がすべて分かるという登録（registration）が地域で行われないと、突然運ばれてきて、NICUがいっぱいでどうしようもないということが結構あるのです。

ですから、里帰り出産などもそうですが、地域の不妊センターがあれば、連携して多胎妊娠に関するすべてを周産期医療側でも把握しているというシステムが必要であると思います。

武田 つまり、地域でsuper twinなどといわれる多胎妊娠がどのような分布で生まれる予定なのかということ調べ、登録しなければいけないということですね。

私も東京にいたとき、少しずつシステム作りを始めていたのですが、田村先生、実態はいかがでしょうか。

田村 私どもの施設では年間のNICU入院患者の25%が多胎で、そのうちの8割ぐらいは不妊治療が絡んでいるのが実態です。

多胎の出生率としては、双胎が大部分なので、分娩100人中2%ぐらいだと思います。ですから多胎の場合は10倍ぐらいのハイリスクでNICUに入ってきていることになります。

多胎の場合、いちどきに2人、場合によっては3人がNICUに入ってきます。私どもの

ところでは2人当直制でやっているの、何とか対応は可能ですが、一般のNICUで、1人で当直しているようなところに2人、3人まとめて入ると大変で、単にベッドが足りないだけではなくて、夜間などはとてもすぐに対応できません。

また、一般のお母さん方、場合によってはクリニックの先生方も、多胎がハイリスクであるという認識が薄いのではないかと思います。さすがに三つ子や四つ子になりますと家族も尋常ではないということを理解しておられますが、双胎は単に「おめでたいことだ」という感覚が一般的です。出産時や出産後に、赤ちゃんとお母さんに非常に大きな負担がかかるということをも十分認識しないで、突然、現実が身に振りかかって慌てる人が多いようです。

NICUに入院するような赤ちゃんの身体的なリスクももちろんですが、家に帰ってからもお母さんには身体的にも精神的にも大きな負担になります。赤ちゃんが身体的なハンディキャップをもってしまう率も相当高いので、結果的にマスコミをにぎわせている幼児虐待 (battered child) の犠牲者になる率も単胎の場合の5~10倍であるという統計が出ています。

多胎の子どもは、言葉の発達が遅れがちであるとか、思春期の自我の芽生えや、自立などに障害が起こりやすいという育児上の特殊な問題についても、一般の方には十分知られていません。医療従事者ですら十分認識していないのです。

ですから、多胎が母児を含めた家族全体にとってハイリスクであるということも認識していただくことも含めて、多胎を防止するための社会的なキャンペーン活動を行うべきではないかと考えています。



種村光代 (たねむら・みつよ) : 名古屋市立大学大学院医学研究科講師 (生殖・遺伝医学)、平成7年名古屋市立大学大学院修了、平成9年名古屋市立大学医学部助手 (産婦人科)、平成14年現職、平成16年名古屋市立大学病院臨床遺伝医療部副部長 (兼任)、主研究領域/胎児医療、周産期感染症、臨床遺伝医療。

武田 たしか田村先生の施設だったと思うのですが、昔、品胎が何組か重なってしまって、1人は千葉県に、1人は東京都に、もう1人は神奈川県にと分散して搬送せざるをえなかったことがありますよね。そういうときはやはり母親の負担というのは大変なものだろうと思います。今はそのような事態は解消されているのでしょうか。

田村 さすがにそこまでの状態ではありませんが、それに近い状況は今も続いています。昔、伊豆長岡まで患者さんの受け入れをお願いしたこともあり、当時センター長だった柴田 隆先生 (順天堂大学名誉教授) に日本周産期学会などで「埼玉県はなっていない」というお叱りを受けました。

実は埼玉県の場合は、NICUに入院する患者さんの4割が県外 (ほとんどが東京都) にお世話になっています。NICUベッドが絶対的に不足している状況は今も続いています。

武田 中野先生、妊産婦のメンタルな負荷についてだいたい研究なさっていましたが、今のような多胎妊娠のbattered childなどへの関与というのはどうなのでしょう。



田村正徳 (たむら・まさのり)：埼玉医科大学総合医療センター小児科教授。昭和49年東京大学医学部卒業。平成元年東京大学医学部講師(小児科)。平成5年長野県立こども病院新生児科部長。平成12年同総合周産期母子医療センター長。平成14年同副院長。平成14年現職。主研究領域/周産期医学、新生児医学、呼吸生理学。

中野 多胎の場合の虐待に関する直接のデータは私たちの研究班では出していません。しかし間違いなく恐れているものの1つです。

私は以前から生殖医療と周産期医療の情報の関係に疑問をもっています。つまり産婦人科という specialty があって、生殖医療がその subspecialty を形成した周産期医学、生殖・内分泌医学、婦人腫瘍学という3つのうちの1つであるというのは理解できますが、あたかも産婦人科という specialty から離れて分業化しているような気がして仕方がないのです。

理想を言いますと、生殖医療の責任者がそのまま周産期医療の責任者であるべきだと思います。このなかで autoregulation などの役割分担があるのではないかと思います。

周産期医療は救急という時間的要素と質が高いという高度性があります。この2つに関して、20年近くかけていろいろ皆で努力して、行政も一生懸命やってくれて、そこで作り上げたものが、一般救急のインフラというものの整備をベースにしたうえでの MFICU

(maternal and fetal intensive care unit ; 母体・胎児集中治療室) ないしは NICU の機能です。そこに結果としての「こうありき」からの話として今まで動かしてきたものが、この場合は医療政策的グランドデザインなのです。ですから「これだけの救急ボリュームが増やせません」というような取り上げ方をし、そして社会資本を投下するならするという話にもっていかないと、「一般の方々の理解」を得ることもできないと思います。

武田 先ほど中野先生が触れられた、周産期医療と不妊治療との関わりですが、ちょうど時期を同じくして、周産期センターと不妊センターの行政的なサポートも始まりました。そのへんの関わり合いは、今どうなっているのでしょうか。各地域によってずいぶん違うのですか。

中野 そうだと思います。私は最初から「健やか親子21」のグランドデザインのなかに不妊について入れることに、委員の1人としては反対でした。

武田 不妊センターの設立は手上げ方式で行ったために、ずいぶん遅れているように思います。岡村先生の所もそうですか。

岡村 遅れています。実は、先日、宮城県から「話し合いをもちたい」と申し出をもらったばかりです。

不妊相談は事業として4月から始めましたが、不妊センターに関してはまだまだというのが現状です。

武田 考え方としては大変良いと思います。が、運用の実態がうまくかみ合わないというのが今の大きな問題点ですね。今後、改善され、広がることを期待したいと思います。

中野 総合周産期母子医療センターという母子対策事業が、平成8年に通知され、設置が始まりました。しかし、まだ各都道府県の

なかの多くは整備が終了していません。

成育医療という大きな概念は、円弧を描いてゼロから次の世代に提示するというものです。ところが実際にサービスできるのはそのどこかの segment でしかないのです。ですからロードマップ的整理をしながらやっつけていかなければなりません。

武田 行政の指導性が重要だと思います。同時に、われわれ医療側の対応についても、真剣に考えなければいけないですね。

岡村 中野先生、成育医療として、受精から新生児まで、極端な話、思春期までという考え方で学問なり医療の流れというものをつくっていかないと、今、先生のおっしゃった問題点は、いつまでも解消できないのではないかと思いますけれども。

中野 おっしゃるとおりです。ひとりひとりの個の保全と種の保全と言いましょか、それが成育医療センター構想というもののモチーフなのです。言うなれば人間の生殖環に対する保健や医療の取り組みが必要であるというのが、成育医療センター構想が持ち上がった大ビジョンだったと思います。そこでご存じのような、第一世代から第二世代へと続く輪が出来上がったのです。

ところが先ほども言いましたが円弧の一部にしか学問的背景と医療サービスがないから隙間だらけなのです。それを今われわれが悩んでいるのだと思います。

岡村 たとえば不妊の段階、受精の段階から周産期に関わることがありますから、実際にはこれらの、リンクを外すということは絶対にできませんね。

武田 濃淡を埋めていくことは、われわれの大きな責務です。

■ 先天異常への対応と周産期医療

武田 さて、先天異常の早期発見がずいぶん進んで、最近では受精卵の一部を使って診断可能になってきています。同時に社会的、倫理的な問題も発生してきています。問題は多いですが、福祉という意味では大変重要なところですよ。

種村先生、この先天異常の診断の技術が実際にどの程度進んでいるのか、お話ししていただけますか。

種村 先天異常の早期診断に対応するには、技術面の問題と倫理的な課題があると思います。

出生前の診断技術では、受精卵診断と胎児診断という領域で、分子生物学的な手法を使えば技術的にはかなり正確に診断が可能になってきました。画像診断についても、超音波診断装置あるいは胎児 MRI 検査などを駆使すれば、非常に早い段階で胎児の疾患を診断できる時代になっています。ただし、それは明らかにハイリスクな妊婦さんや胎児を対象として正確な診断をするという技術の話です。

むしろ現在の日本で問題となっているのは、たとえば母体血清マーカー検査、超音波による妊娠初期の胎児のスクリーニングなどです。技術が安定した形で全国的に広まっていない状態で、妊婦さんに十分な情報が与えられないままに個々の施設でスクリーニングが実施されています。

非常に曖昧なシステムやプロトコル、診断技術でスクリーニングが行われ、突然「この赤ちゃんは異常ですよ」と言われては妊婦さんが翻弄されてしまいます。単なるスクリーニングにすぎないにもかかわらずです。ですから、最近ではむしろインフォームド・

表① 国際胎児病学会(The Fetus as a Patient)宣言

医師、医療に携わる人々、および社会は、患者である胎児に対して、適正な診断と治療を提供する真摯な義務を有する。

胎児に対する新しい治療、管理方法の科学的検証、社会的認知の手続きは、小児、成人に対するそれと同等の扱いを受けなければならない。

胎児に対する診断、治療に際して、母親の人権と判断は十分に尊重されるべきである。

2004年4月24日 福岡

コンセントや遺伝カウンセリングなどのソフトの充実が問題であると思います。

2004年4月、福岡で第20回国際胎児病学会(中野仁雄会長)が開催された際に、胎児医療のあり方について、「The Fetus as a Patient(国際胎児病学会)2004福岡宣言」(表①)として、胎児は出生した以後の小児あるいは成人と同じような取り扱いで診断や治療、科学研究と検証を受ける権利があり、また、医療が提供される対象として認知されなければならないと宣言されました。

日本では、受精卵、胎児についてどこからが生命の始まりであるのか、どこから人として取り扱い、臨床的に患者さんであるという見方をして医療を施していくかということについてのディスカッションがされていません。まだ胎児ですら曖昧な医療対象である日本で、はたして受精卵診断を推進する方向性にどんどん向かっていってよいのかどうか非常に難しいところであり、倫理的にも検討課題の多いところ です。

武田 先天異常にもいろいろ種類がありますが、具体的にはどの程度、出生前診断が可能なのでしょうか。

種村 疾患の内容にもよりますし、突然変異や遺伝学的にも特殊な病態などがありますので、詳しい病状や重症度については100%

の精度の保証はできません。しかし、原因遺伝子の特定された単一遺伝病の場合で、発端者の十分な遺伝学的解析が実施可能ならば、かなりの精度(90%台)で診断可能と言ってもよいのではないのでしょうか。

画像診断で見つかる胎児の先天異常に関しても、疾患や発症時期によって異なりますが、最近のさまざまな技術を導入すれば、かなりの信頼度で胎児の情報を早期診断することが可能になっています。

ただ、疾患の診断と胎児の予後は必ずしも一致しません。胎児期発症のものと新生児期に見つかるものでは、経過や予後が大きく異なる場合もしばしば見受けられます。また、多くの胎児の疾患や先天異常は多因子であるものが多いので、診断や機能的な評価、予後の判断はまだ不十分であると思います。

武田 そうしますと、最近では胎児に異常があるかないかと心配されている妊婦さんに、どのような手順で先生方はコンサルテーションされていますか。

種村 スクリーニングでピックアップされて、確定診断のために紹介されてくる症例と、すでにある程度の診断をされた症例の取り扱いは異なります。私たちの施設では、すでに前医である程度の診断と説明を受けて受診される患者さんが多いのですが、たとえば中枢神経系の診断に関しては、診断自体が間違っている場合も少なくありません。中枢神経系の先天異常の予後はかなり厳しいものが多いのですが、最初の施設での診断が違っていた場合、ご両親がもつマイナスなイメージを是正するのは非常に困難です。

日本ではスクリーニングと診断が曖昧です。欧米のシステムが良いか悪いかは別ですが、第一次、第二次、高次施設と、きちんと役割分担をして、最初の段階で曖昧な情報を

伝えないシステムであってほしいと思います。

特に、最近非常に多く経験するのは、NT (nuchal translucency; 胎児項部浮腫) などの症例です。

NTそのものは疾患ではないのですが「この赤ちゃんはかなりの確率でダウン症ですよ」などと情報提供されたご両親が、私どもの外来に來ます。その診断が正確な場合がありますが、本来はNTの定義には入らないような正常範囲の場合、正確な情報を伝えて、母親の気持ちを前向きにさせていくということは非常に困難なことです。いくらお話をしても、最終的に次のステップとなる、羊水染色体検査などを導入せざるをえないこともしばしばあります。どの段階でどこまでの情報を患者さんに伝えていくか、知りえた情報のすべてを患者さんにお話しすべきか、非常に難しい問題です。

私どもの施設では、妊娠初期から診ている妊婦さんには、どういう情報を、どこまで知りたいのかも含めて、妊娠に対してどういう気持ちで臨んでいるのか、赤ちゃんの異常を積極的に知りたいかどうかといったことをある程度お伺いしています。

具体的には、実際に超音波検査で赤ちゃんに異常が見つかった場合にどのように対応してほしいかなどのお話をしています。一般のすべての施設でそれを実行するのは難しいと思いますが、曖昧な情報を安易に伝えるということの怖さを感じます。

武田 スクリーニングと診断の違いを一般の方に十分理解してもらうことは大変大事だと思います。もう少し組織的に啓蒙する必要があるのではないのでしょうか。

岡村 先ほどの「The Fetus as a Patient」(表①)に関連しますが、出生前診断にしても、

スクリーニングにしても、日本の医療制度のなかで、胎児は patient (患者) になっていないことが大きな問題だと考えます。同じ 1,000g の赤ちゃんでも、お腹のなかにいれば patient ではなく、生まれてしまえば patient である。こういう矛盾にジレンマを感じるのです。

種村先生がおっしゃったように、どういう赤ちゃんが生まれるかというスクリーニングを、今は産婦人科のサービスでやっているような状況です。まず社会的に医療として確立することが認められないとスタートできないのではないかと感じています。

中野 先生方の発言に関連して「国際胎児病学会宣言」について説明します。1993年に富士吉田で行われた、第9回国際胎児病学会の折に初めて胎児病の宣言をしました。日本は特殊な国で、民法上も医療法上も胎児の存在が認知されていないという国なのです。

しかし、胎児に対するサービスをしなければいけない。それを曲がりなりにもやっているというおかしな国なので是正しようというものだったのですが、はかばかしい進歩がないので、第20回国際胎児病学会でもう一度強調しようというのが趣旨でした。

中身は前回と大きく変わっていませんが、母親の人権と判断の尊重などを入れ、いろいろな問題を上手に表現した文章だと思います。社会的認知を何かの形でつくる努力が1つの道であると思います。

システム的な意味では、比較的遅い段階の胎児に対しては、「The Fetus as a Patient」の宣言のような趣旨で対応し、比較的早い時期の胎児と分けて考える必要があります。

また、母親を情緒的な側の代表としますと、一方で対峙しているのがスキルを中心とした医師でしょう。両者は赤ちゃんに対してそれ

ぞれ密接な関係であるため、間にカウンセリングというプロセスが入らなければいけないと思っています。

日本産科婦人科学会や日本人類遺伝学会などで取り組んでいる生殖遺伝カウンセリングの機能をもう少し強化して、患者と医師の間に人を介在させるサービスの提供をシステム化することが当面必要ではないかと思えます。

武田 周産期医療だけではなく、カウンセリングの重要性は、これからの医療を進めるうえで非常に重要なポイントだと思います。

それに関連して、実は田村先生から素晴らしいガイドラインのパンフレットをいただきました。この労作「重篤な疾患を持つ新生児の医療をめぐる話し合いのガイドライン」(厚生労働省・成育医療研究委託事業「重症障害新生児医療のガイドライン及びハイリスク新生児の診断システムに関する総合的研究」主任研究者：田村正徳)についてお話しいただけますか。

田村 今の中野先生のお話は、母親の感情が非常に揺れていて、スキルを中心とする医師とはどうしても隙間が生じるので、その間を埋める存在が必要だということでしたが、実はこのガイドラインの中核を占める考えもそこにあります。

産科の先生方からそうおっしゃっていただけるのは大変嬉しいことです。このガイドラインの形がある程度できてきたころ、関連学会でいくつかのシンポジウムやワークショップを組ませていただきました。そのなかで二通りの批判がありました。1つは医療関係者以外の方からの「君たちはこれを、障害をもっている子どもを切り捨てるために作っているのだろう」という批判でした。

一方で、医療関係者の方からは「親族の意

見に従い、医師が自分の判断で医療を中止するなどの選択ができないのでは、障害児を増やすことになるのではないか。新生児医療をやっている人たちはNICUのなかのことだけを考えていればよいが、そういう障害をもっている子どもが実際に大きくなって、在宅で看なければいけない状況での家族の悲惨さを君たちは知っているのか」という批判でした。特に、療育に携わる小児神経のグループの先生方からずいぶん厳しいご批判を受けました。

小児神経分野の先生方は従来、障害児の領域などに深く携わっておられるので、むしろ「切り捨てる医療をしてはいけない」とおっしゃるのかと思っていたので大変意外でした。

このガイドラインのなかでわれわれが強調したかったのは、自分では全く発言できない存在であっても、どのような障害をもっている、赤ちゃんこそが患者さんなのであって、その患者さんを中心に何がいちばん良いのかを考えるべきだということです。医療者側のベネフィットや家族のベネフィットよりも、まず赤ちゃんにとって何がいちばん大事かを考えて、医療を選択すべきだというのが1つのポイントです。

通常は、医療を選択するにあたっては、お母さんやお父さんがその子どもの代理者としてふさわしい存在であると思います。しかし、新生児期は自分たちが予想もしていない大きな障害をもって産まれてきた赤ちゃんとの間に十分な親子関係が成立していない時期です。お母さんやお父さんが常にその子どもを中心に治療を選択してくださるとは限らないのではないかと思います。

特に日本の場合、胎児条項はありませんが、実際問題としては、胎児に大きな障害が

あるということが妊娠早期に分かれれば、人工流産するケースが多いのです。

そういうことが一方であるわけですから、障害をもった新生児が産まれて、「出生前にちゃんと診断されなかったばかりにこういう子どもを産まざるをえなかった自分たちは被害者なのだ」という気持ちをもつ親御さんがいても不思議ではありません。

こうした場合は、何が子どもにとっていちばん最善の利益かを考えるとき、親の希望をそのまま受け入れることが必ずしも正しいとは限りません。

けれども最終決定権は親にあるので、親がその子どもにとっての最善の利益に沿った治療を正しく選ぶことができるようにサポートするのが医療スタッフの役割だと思います。

医師は、スキルに関しては非常に高度なテクニックをもっていますし、知識ももっていますが、必ずしもトータルな家族のケアについてのプロであるとは限りません。

また、不幸にしてそういう親の希望と医師の勧めた医療とが一致しない場合、間に立って子どもにとっての最善の利益は何かを主張することができるのは、看護師ではないかと思うのです。

もちろん家族の気持ちを十分に引き出したリ、家族を支えるためには臨床心理士も非常に大きな役割を果たしますが、親からさえも見捨てられるような障害をもっている子どもに対して、オムツを換えたり、授乳したり、24時間ケアをし、ある意味では母親にいちばん近い役割を担っているのが看護師であると思います。

けれども、これまで倫理的な問題で親と医師の意見が対立したときに、倫理委員会に相談したり、第三者に相談するということがあっても、看護師の意見を最大限に尊重しよ

うという考えはなかったのではないかと思います。

チーム医療の一員であるだけでなく、いちばんその子どもの状態を知っている看護師こそ、自分の考えを述べる義務と権利があるのだということを強調したのがこのガイドラインの特色だと自負しています。

武田 大きな重荷を背負った子どもたちをどうするのかというのは大変な課題であり、それに対応するチーム医療の重要性を田村先生にお話しいただきましたが、種村先生、どう思われますか。

種村 このガイドラインを拝見して、「新生児」を「胎児」に置き換えれば産科医療にそのまま当てはまると思い、感銘を受けました。遺伝学的な問題に関して、このガイドラインの作成に玉井真理子先生（信州大学医学部助教授）が関与されているので、おそらく赤ちゃん、あるいはご家族に対する考え方、診療の進め方などがきめ細やかに入っているのではと思いました。

われわれが産科医療の現場で重篤な先天異常の胎児をもつご両親に遭遇したときにも、まさにこのような対応ができればと常々思っています。私どもの施設ではできるだけ積極的に小児科の先生方にも協力していただき、これから生まれてくる赤ちゃんについてお話ししていただく、いわゆるプレネイタル・ビジットのような形をとっています。

産科の場合は、看護師や助産師は障害をもったお子さんを直接成育することが少ないのですが、臨床心理士の方など、第三者の方にお母さんのメンタル面をサポートしていただくことは可能だと思います。私たちもできればご両親に決断を迫ることはしたくないのですが、何らかの話し合いを進めていかなければなりません。分娩時期をいつに設定して、

どのような分娩様式を採用するか、生命維持装置をどうするかなどの問題が期限限定の問題として上がってきます。ですから、胎児医療でも、このガイドラインを、コメディカルも含めたスタッフ全員で使わせていただきたいと思います。

武田 今、種村先生がおっしゃった玉井先生というのは、このガイドラインを作ったときの班員の方ですね。

種村 はい。臨床心理学がご専門の先生で、遺伝カウンセリングに精通されています。

武田 こういう方々に貴重な意見を述べていただいているというのは大変素晴らしいことだと思います。

18トリソミーのことをこのガイドラインのあとがきで述べていらっしゃるんですが、「18トリソミーだからもう治療はしない」というような短絡的な思考ではだめなのだとことを強調されていますね。大変重要なことだと思います。

岡村 現実に困っている問題がこういうガイドラインで解決できればよいと思っています。

武田 もう少し広い範囲で議論が起こってくることを期待したいと思います。患者さんに対する対応もずいぶん違ってくると思いますし、非常に重要なご研究をしていただいで感謝しています。

小児科、産科の医師不足に対する対策

武田 小児科、産科の医師不足についてはいかがでしょうか。

中野 東北、北海道地域は52.2%の産科医師の充足率であるという話を聞いたのですが、それで周産期センターはやっていけますか。

いちばんアクティブに働かなければいけない人たちがいちばん少なく、若手がいないので、日本産科婦人科学会が高齢社会になっています。そのなかで高次診療をやらなければいけない周産期センターというのは本当にありうるのでしょうか。

岡村 仙台はまだ良いほうで、総合周産期母子医療センターは1つで、仙台赤十字病院です。そこのNICUの医師は皆40歳以上です。産科の医師も、5人が常に当直態勢をとっていただければいけません。

中野 10年経ったら皆50歳以上ですね。

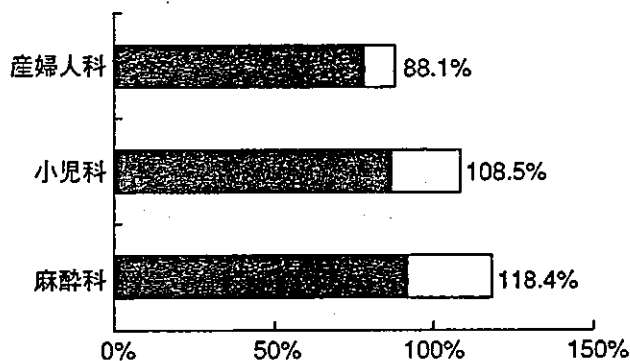
種村 東海地区も中堅クラスが少なく、当施設の産科やNICUは比較的年配の先生方と研修医ばかりで、いわゆる助手クラスの、実際に診療の中心となる世代は足りない状態です。NICUも場合によっては入室制限しなければならぬというときもあります。産科当直のローテーションは厳しくなる一方で、このままでは緊急帝王切開も難しくなるほどの人手不足です。

私たちは現状を見た研修医や医学部学生が周産期医療の現場にどれくらい残ってくれるのかなど心配しています。

岡村 図①は仙台市のデータですが、産婦人科と小児科と麻酔科の12の病院によって充足率を示しています。白は研修医も含めての数字で、黒が定員の充足率ですが、仙台市でもすでに産婦人科の充足率が70%です。

小児科は研修医が少し多いので100%を超えていますが、この研修医の部分がないとすれば90%弱、麻酔科も同様で、100%を切っています。仙台市でこの状況ですので、東北地方では医師そのものがどんどん減っている状況なのです。

そのなかでもさらに産婦人科医になる人は大体5%ぐらいですから、ますます少なく、



図① 仙台市の病院各科医師充足率の比較

【厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業「地域における分娩施設の適正化に関する研究」(主任研究者：岡村州博) 平成15年度研究報告書】

産科を選ぶ人はさらに少ないわけです。

こうした状況で、周産期センターや分娩を扱っている病院を行っていくには、システムを変える以外になく、逆に将来何か新しい良いシステムが出来上がれば、産科をやってみたいという医師が増えるかもしれません。思い切ってシステムを変えて、そこに「こんな良いことがある」とアピールして周産期医療を希望する医師を求めるとしかありません。

中野 そうなれば理想的ですが……。平成14年4月からスタートした鴨下班は(厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」主任研究者：鴨下重彦) 坂口厚労大臣がこのことの大事さに気付かれて、相当大きな研究費でスタートし、今年で3年目に入りました。

一方、日本はcafeteria分散方式で、施設が多すぎるといふ日本の特徴を忘れてはいけません。

現在の小児科・産科の医師数の状況は、高齢化と女性医師の増加が特徴です。今年度から新医師臨床研修が必修になりましたが、1年、2年経ってその方々が専門性を選ぶときに、従来よりも、もう少し成熟した視点で選んでもらえるだろうという楽観的な気持ちで

みた場合でも、平成21年末まで待たなければなりません。しかも、今から5年間をどのように過ごすのか、どれほど欠乏するかということを考えてみると目に余ります。

バリバリ働く中堅の方々がいちばん少ないので、場合によっては仕事を分散することも考えなければならないし、産婦人科医が癌の手術をするときは外科医に助手をもらうなど、リスクが低い場合は別の職種にカバーしてもらったりしないと、これからの5年間は乗り越えられないだろうと思います。この凄まじさを意識しなければなりません。

武田 その1つの解決方法として、先ほど岡村先生がおっしゃったのは医療システムも思い切って変えなければいけないという提案ですね。中野先生のお話で、今まで考えられなかった非常事態が起こっているということが分かりました。

小児科の医師の減少は産科よりも先に始まっていますが、田村先生いがかでしょう。

田村 小児科のなかでも新生児医療は労多くしてなかなか報われない分野です。「新生児医療が小児医療を減ぼす」などとおっしゃった有名な大学の教授もおられます。

埼玉県は実は小児人口当たりの小児科医の数が全国でいちばん少なく、われわれも小児科医確保で苦勞をしています。平成16年度から始まった、新医師臨床研修制度ではスーパーローテーション方式が取り入れられたことと、新生児の専門医制度が始まったことは、医師の分布にも大きな地殻変動を引き起こすはずで、これらを活用して、臨床優先の研修医を小児医療分野に引っぱり寄せる努力をしないと、教室としても生き残れないと考えています。

今回、スーパーローテーション方式で、研修医の

志向が臨床優先であることが明らかになりました。有名な大学病院を蹴ってほかの臨床研修病院に応募する方が非常に多かったのも、そういう臨床優先の若手医師が新生児医療のような労多いけれども臨床的には大変やりがいがある、夢多い分野にやってくるきっかけになるのではないかと期待しています。

ただ、研修医に、将来はそれなりに充実した家庭生活と両立できるということを示さないと、結局は未来がないと思って小児科に残ってくれないのではないかと思います。

また、厚労省の周産期医療ネットワーク事業により、多くの都道府県に総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターが認定されていますが、今年から始まった新生児専門医制度と組み合わせることにより、こうした周産期センターのマンパワーが充実して、名実ともに周産期医療の中核センターにふさわしいものになるのではないかと期待しています。何とかそういう流れを定着させ、臨床志向でやってくる若手医師たちが新生児医療を選んでくれる流れをつくる足がかりにしたいと思います。

武田 種村先生、若手医師がどのような不満をもっていて、それを解決するために一体どうしたらよいのか教えてください。

種村 産婦人科医師の減少は急に始まったわけではなく、私が入局したころから徐々にその傾向はありました。ちょうど、女性医師が増えてきた時期でもあったと思います。私が入局して以後、入局してくる人の数は減る一方で、仕事はどんどん増えるという厳しい状況がずっと続いてきました。

女性医師、あるいは年配の先生方が今後も診療を続けていくためには診療所の数を減らしてセンター化するだけではなくて、オープンシステムやセミオープンシステムがもっと

多く取り入れられる必要があります。こうしたセンターが実現すれば、少ない常勤医でも安全な周産期医療を提供していける可能性が出てきます。

分娩の取り扱いをやめた診療所の先生方にも分娩や手術のお手伝いに来ていただいたり、毎日フルタイムで診療することができなくても、限定された形で働く気持ちがある先生方を採用していくなど、さまざまな選択肢が提供されるべきです。逆にそういうシステムは今後、周産期医療を目指す先生方にも、新しい医療システムのあり方として、非常に魅力があるのではないかと感じています。

産婦人科学そのものが胎児という未知の患者を対象とすることや、生命を生み出す生殖医療など、学問的にも非常に興味深い分野であり、女性医師が増えてきている理由はそこにあります。ぜひとも産婦人科のデメリット側をみている男性医師や男子学生にも、このことを積極的にアピールしていくべきだと思います。

岡村 女性医師の話ですが、今、私どもの大学には20人以上女性医師がいます。彼女たちはとにかく産婦人科に興味があって、産婦人科医として働きたいのです。

女性はいちばん医師としてキャリアを積みなければいけない若いときに、結婚や出産で大変なときにぶつかります。これは看護師やほかの職業でも皆同じです。QOLを考えたら大変な仕事ですが、彼女たちは「給料は少なくても一向にかまわない。けれどもきちんと仕事ができるようなシステムがほしい」といっています。

給与体系を変えて給与は安くてもよいから、9時から5時という時間で時間外は働かなくてもよいとか、ジョブシェアリングなど、女性医師が働くことができるフレキシブルな

システムを希望しています。今までのように男の世界の仕事に女性を当てはめようとしても、絶対にうまくいかないでしょうし、多様性をもたなければならないと思います。

武田 若い人は皆さんモチベーションをもっているのだから、それをうまく満足させられる時間的な面、フィジカルな面、メンタルな面を含めた、もう少し余裕のある医療体制を作らなければいけない。

そうすると、医療システム全体を見直す必要があるのでしょうかね。

中野 先ほどからの話は皆共通していますが、われわれは、国民に対する説明責任性、あるいは義務を負っているということなのかもしれません。何と言いましてもニーズの源泉はそこにあるわけです。

武田 そういう意味でも、この座談会は大変意義のあることだと思います。

周産期医療の医療訴訟を防ぐために

中野 以前、1988年ごろでしたか、米国の産科学会が調査をしたら、周産期医療は subspecialty をもち、かつプライマリ・ケアができると、非常に関心が高かったのです。ところが、5~6年のスパンでピークとなり、今は希望者が半減していて、現在は6%を割っているそうです。米国でも減ってきたのです。特に男子学生が志望しない。

理由は3つありまして、1つは長いこと待機しなければいけないといったことが若い人のライフスタイルに合わなくなってきたこと。2つ目は対訴訟に要する準備経費などが莫大で、とてもできないということ。3つ目は、産婦人科なので女性患者は女性医師を好む傾向が明らかになってきたということです。この3つによって特に男子学生は希望しなくなったということです。われわれも米国

に追い付いてしまいました(笑)。

種村 先ほどお話のありました鴨下先生の研究班の、村田雄二先生(大阪大学医学部教授)のグループが医学生にアンケートした結果によりますと、医療訴訟の多さが医学生にとっては大きな問題のようでした。周産期医療の医師を増やすという点でも、解決していかないといけませんね。

武田 周産期医療のなかで、高額の医療訴訟を恐れるあまり、学生が希望しなくなっている要因があるわけですね。

中野 私が提案をした、no-fault compensation system(無過失補償制度)を手短に紹介します。

受益者というような意味から妊婦さん、そしてその供給サイドの主治医、医師、そして行政の三者が一体になって基金を準備し、数年後、とりあえずCP(cerebral palsy; 脳性麻痺)、MR(mental retardation; 精神遅滞)辺りを入口として、該当症例があった場合に補償を積極的にしていこうというシステムです。米国や北欧で行われていて、有効な結果があります。これを試してみようというのが福岡県医師会の姿勢で、とりあえず練り上げたところでは。

それを何とかもっと大きくしていきたいので、日本医師会の問題として取り上げ、吟味していただければと思います。それが即解決ではなくても1つの整備の道になるだろうと思います。

武田 田村先生、いかがでしょうか。

田村 今の中野先生のお話に関連しますが、車の自賠償は事故、過失があるなしにかかわらず、加入していないと運転できません。医療もそういう時代になってきていると思います。ですから無過失補償制度を医療全体のシステムとして、日本医師会や厚生労働省に

きちんと取り上げてもらいたいと思います。それこそ訴訟を恐れるあまり、医療行為ができなくなってしまいます。

実は、私も以前ECMO (extracorporeal membrane oxygenation; 体外式膜型人工肺) でないと助からない患者さんの治療中に医療事故が発生して、危うく訴訟になりかけたことがあります。

ECMO 施行中は当直医師以外にも、ベッドサイドに1人以上の医者が不眠不休で24時間張り付いて、看護師も特別に1人専属で担当するというような態勢でやっとなやんでいるわけです。そのようにしていても医療事故が発生したときに現場スタッフの責任が問われるというのであれば、ECMOを回さなければ救命できないような重症な赤ちゃんは初めから手を出さないということになってしまいます。そのほうが現場スタッフは楽なわけですし安全なわけです。しかし、それでは年間何人かのECMOを施行すれば助かる患者さんが死んでしまうということになります。

それこそ心臓マッサージをして肋骨を折ってしまうことを恐れてしっかり心臓マッサージができないということにもなってしまいます。少なくとも特殊な医療、高度医療、もしくはリスクを伴う医療に関しては、結果責任は問わない、もしくはその場合の補償は社会的に行うという制度をぜひ導入していただきたいと思います。ただ、そうした制度が個々の医師の責任感の低下にならないためにはしっかりした医療評価システムの導入が必要だと思います。

武田 種村先生はいかがでしょう。

種村 医療訴訟を防ぐためには無過失補償制度と同時に、実際にそういった症例から学べるように情報をどんどん表に出していくことが必要だと思います。日本産婦人科医会の会

報にも「医事紛争」というシリーズがありますが、興味深い症例も多く、参考になります。それらの報告を読んでいて思うことですが、日本の医療にはコミュニケーション不足があると思います。

主治医がきちんと話をしていなかったから、結果として訴えられてしまうという部分があるのではないかと思います。もう少し患者さんといろいろな話ができて、コミュニケーションを十分にとれるように余裕をもった医療体制が構築されていかないと、医療訴訟については改善しないところもあるのではないのでしょうか。

武田 岡村先生いかがでしょう。

岡村 医療過誤を起こさないために、研鑽を積むことは当然のことだと思います。

それ以外のリスクに対する訴訟がこんなに多くなっていることで、田村先生がおっしゃったように、ディフェンシブになってしまっているわけですね。すべてにわたってディフェンシブな医療になってしまったら、いちばん損をするのは国民であると思います。医療そのものが信頼のできないような医療になってしまっていることをいちばん私は恐れています。

ですから、透明性を確保するということが非常に大事ですが、現時点ではやはりある程度のリスクというものが必ずあるということを知っていただきたいと思っています。このようないリスクを乗り越えて、最終的に良い医療につながることを望んでいます。

武田 大変貴重なお話をいただきありがとうございました。

胎児医療、新生児医療がある意味で成熟した証拠でもありますが、これらの新しい課題をひとつひとつ解決していくことが、今後課せられた重要な課題であろうと思います。

なぜ日本の産婦人科専門医が減少しているのか？

—九州大学の産婦人科医局に参加する医師の動向の変化—

福嶋恒太郎 平川 俊夫 江上 りか
月森 清巳 野崎 雅裕 中野 仁雄

別 刷

日本医師会雑誌

第132巻・第9号

平成16(2004)年11月1日