

は数からいってまぎれも無い事実でございますので、全くの総論的なことでございます。しかし、今は個々よりも総論を見極めて医療施策に反映させることが非常に大事であるように思います。後者のことは先生のおっしゃる通りでございます。

中野 セッション2の恐らくこれは中心課題だと思いますので、その辺りでまたご意見が出ると思いますが、先ず勤務状況の現状ということで確認をお互い共有したいと思うのですが、どうぞ。

市川 すばらしいプレゼンテーションをありがとうございます。個人的意見を申し上げますと、産科の問題と小児科の問題は別個だと思うのです。アメリカのギャロップ調査では1万2000何人に基づく非常に正確なデータを出しましたが、医師の満足度の点で小児科は一番上の方で産科は最下位なのです。ですから万国共通な産科の問題と（仲間割れするつもりは無いのですが）我が国特有な小児科の問題というものは別個なものであると思います。

ある一点、恐らく桃井先生は指摘したかったけれどあえてしなかった点。それは患者さんが自分のかかりつけにかかりたい。これは非常に大きな問題の一面を持っていると思います。これは患者さんの効率的な流れという問題で、実を申しますと私は30年前に日本に失望して米国に行って25年修行した経緯があるのですが、その面から申しますと小児科医を使うやり方が、国民が大変へたくそだというのがあります。桃井先生が言われた、自分のかかりつけのお医者さんにかかりたい、自分が選びたいというのは、今の米国で申しますとHMO制度の中でも最も保険料の高い保険、自由度が高い保険に入るという事です。こういったものはほとんどの人が入らない保険なのです。つまり我が国の場合それだけ高価な保険を全国民に与えようとしている姿勢であって、こういった姿勢自体が、政治的な問題となって解決しにくい状態になっているのではないのでしょうか。

1975年に私が日本を出るきっかけになったのは、研修医として当直中にCPRをしている間、つまり入院患者の心臓が止まって心臓マッサージをしている時に、外来からかぜをひいたお子さんのお父さんが病棟に上がって来て、「先生どうして1時間も待たせるのですか」というようなことを言われました。その直後に神奈川県で知事選挙がありまして、その知事がうたい文句の一つに「ゼロ歳児無料」ということを掲げたのです。そこで要するに小児科医を受診する上での敷居が全く無くなったので、非常に簡単な病気も小児科医が診ざるを得なくなったということなのです。そういう政治的思惑の中で、簡単な病気でも何でも小児科医が診なくてはいけないという認識が、あるいは行政、政治家の中には有る

のではないのでしょうか。どれくらいの規模で非医学的問題が小児科医療の状況を惨めにしているか。それも一つの研究の対象だと思うのですが、そういう一面 一桃井先生は恐らくお話しできなかった面一 も考える必要があるのではないかと思います。

中野 ありがとうございます。どうですか？

桃井 その通りです。

中野 一番司会をしながら恐れるのは、発散ではなくて大きく包もうという討論でございます。草の根運動的展開から入口を作ろうというベクトルと、もう一つは皆さんせっかく来られたのだから血判状を作ってむしろ旗揚げようか。いろいろな方略がありましようが、とりあえずチマチマしたお話ももっと伺いたいものであります。

先ほど岡井先生のお話から訴訟が出ましたが、訴訟というのは赤ちゃんがらみは大変多いですね。赤ちゃんに対して我々どこまで手を伸ばせるかといった、残念ながらお腹の赤ちゃんといったら human right というのは無いのです。したがって医療保険、医療の個別の対象になっていない。その中で我々は訴訟を受ける。非常に細々した話なのですが、そういうお話を求めたいと思います。ほかにございませんか。どうぞ。

高山 カリフォルニア大学の高山です。小児科をもっと増やすというための方法で、アイデアがいくつかあります。アメリカのカリフォルニア州では、過去プライマリケアに進む medical student が少数でした。ある政治家は medical school に責任をとっていただく事を提案しました。各 medical school の卒業生の 50%以上がプライマリケアに進まない場合、その medical school に tax (税金をかけられる) がかかる事です。州立の medical school は州から援助されているので、その援助が少なくなります。次に農村医療 (rural medicine) に進む医師を増やすために、国で loan repayment program を行っています。 medical student の平均ローン金額は十万ドルですので、ローンの金利が安くなる事は学生にとってはとても重要視されます。このように政治的に小児科を増やす対策はいかがでしょうか？最後にポイント・システムの改善で、小児医療の重要性を示すことはいかがでしょうか？

中野 どなたに。

高山 桃井先生がおっしゃったと思うのですが、ポイントシステムが、小児科がやる仕事にポイントがすごく少ないということで。

桃井 前者のことは先ほど市川先生がおっしゃったことと呼応しますが、私も賛成でございます。小児科専門医が全部コンビニ医療をやるのかという医療施策は、やはりきちっ

と考え直さなければいけないと思います。マイクの具合が悪いせいか、後者のご質問が聞き取れなかったのですが。

市川 2番目のご質問の中のいわゆるローン(借入金)。医学部の学生、米国では4年間の授業料が日本の私立大学くらい高いということで、借金をして卒業して行くのです。卒業する時に平均にして15万ドルという借金をかかえている。それは育英資金みたいなもので返済が必要です。彼らは「返済が免除される卒後の勤務先を選んで就職する」とかいうことになりますけれど、日本の場合はそういうものは直接あまり関係ないことだと思います。国立大学の卒業生はほとんどそういうものはありませんし、借金で医学部へ行くというよりも親の金で私学へ行く、というのがほとんどです。

3番目の点に関しては保険点数ということで、日本の場合はこの点数の動向に医師会がかかわっているということで、医師会の中での小児科医の声が小さいということが常に問題になっている、ということですね。

中野 ありがとうございます。鴨下先生のお目つきが段々鋭くなってきたので、そろそろ持ち時間が来たのかなと思って、そろそろクーリングダウンしましょう。産科の先生、今日は残念ながらお見えではなかったようで、ご質問が無いようですね。

質問者 医療のあまり大きな部分は私ども把握できないのですが、現場の人間としてどのように産科の若い先生に魅力ある職場というのを提供できるか、ということでいつも悩んでいるのです。一つの体験として、やはりレジデントの先生方を非常に温かく、そして熱心に指導させていただきますと、例えば他科の志望で、内科や外科の志望だけれど、産科医療、周産期医療を研修したいという方たちが来た後、実はそのままうちの医局に行ってしまう。一方また先ほどありましたように、産科をやろう、あるいは産婦人科をやろうと思った人が、また病理へ行ったり。そういうような意味で、始めから周産期を志望しよう、あるいはそういった人は非常に少数であります。むしろレジデントの時に現場を学生とは違う見方でもう一度見て、そしてやろうという方のほうが、私たちにとっては有用な方たちであります。そういった面で今後臨床研修が数年後に必修になる際に、特に周産期でありますけれど、そういった研修をやはりある程度義務化するといえますか、現在ではちょっと周産期を救急の中に入れるという点ではまだ不明確な部分があるというふうにお聞きしていますけれど、そういうような制度の中から現場でほんとうにやろうと。それでNICUのほうも、やろうという方たちが増えてくるのではないかなとは思っています。

中野 ありがとうございます。

岡井 ありがとうございます。おっしゃられたことは私も全く同感に感じております。やはり私たちとしてはいろいろな改善策があるとは思いますが、現場でやれる努力、やはり学生あるいは研修医に、周産期の医療がいかにも社会的に重要で、また医師としてやりがいのある仕事かということをお分かしてもらおう。それも大変なこと、大事なことなのですね。そういうことで考えると、今度の臨床研修の必修化に産婦人科は入らないということは大変な問題だろうと思います。絶対に入れてもらわないと。そこで皆で一生懸命その医療の現場を見てもらって、一緒にやってその価値を認めてもらおう。それは絶対必要だと思っています。

中野 ありがとうございます。今のは医政局のお話ではありますけれど、構造は景気で、日本の経済と全く同じ取り組み方があると思うのです。ただ今のお話など考えてみますと、このまま産科医がぜんぜん進まない状況が続いたら、誰がお産を manage、induce し、さらに子宮頸がんを誰が切るのかという話。一番近いのは外科医であり、内科医であろうから、その人達はせめてプライマリの対応ぐらいできる、必修教育をしておくべきである。これは構造改革につながる話です。しかしそんなことは言ってられません。すなわちこの 10 年間も欠損して、使命感だけで持ってきているという景気対策も、一方ですぐ手を打たなければいけません。この二つの問題側面がありますので、賢く整理しながら行くということでしょうか。先生方には今日はその入口を、データベースと言いましょるか、グッと並べていただいたので後は吟味しながら加工していく。鴨下先生これでよろしゅうございませうか。セッション 1 を終わりますけれど。ありがとうございます。(拍手)

大澤 どうもありがとうございます。第 2 のセッションは岡山大学大学院研究科長の清野佳紀先生にお願いいたします。

セッション 2

今後の医療体制を考える

座長 清野 佳紀 (岡山大学大学院
医歯学総合研究科長)

産科リスクを軽減する体制
朝倉 啓文 (日本医科大学 助教授)

地域小児医療の連携体制
桑原 正彦 (広島県地域保健対策協議会救急医療
体制専門員会小児救急支援部会長)

清野 それでは、班が発足したところですので小児科、産科の今後の医療体制を考えるとということになるわけですが、今のお二人の先生のお話を聞いても何をやるかということは決まっているわけです。あれを聞いただけで分かるのに、結局何十年間行政が悪いのか、政治が悪いのか、現場が悪いのか知りません。恐らく皆悪いのでしょうけれど、いつもどうにもならないようになって、やっと始まるというのが現状ではないでしょうか。

それでもそういうことにすでに取り組みまれておられました産科側からお一人、小児科側からお一人のシンポジスト、班の分担研究者にも入っていただいて、その案というものを皆で討議していきたいと思います。初めに「産科リスクを軽減する体制」朝倉啓文先生に、日本医科大学の助教授で現在日本産婦人科医学会の常務理事をなさっておられます。先生よろしくお願いたします。

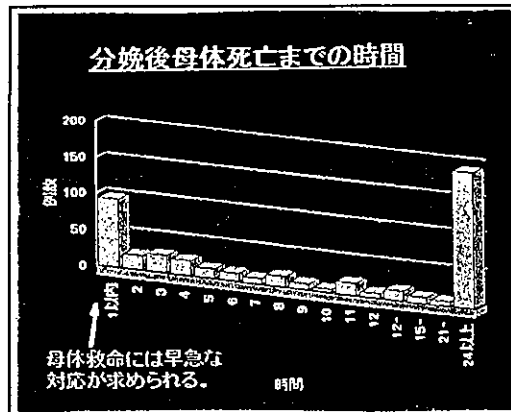
朝倉 それでは早速スライドをお願いいたします。私に課せられました課題は「産科リスクを軽減する体制」であります。まだ具体的などころまではいっておりませんが、現在考えている一端をお話ししたいと思っております。「産科・小児科若手医師を確保育成する研究」の中で、その産科医療体制をより良き環境として、多くの若い医師が産科医療を目指すようになるということが、本研究の目的ということになるかと思えます。

日本の産科の現状を考えてみますと、先ほどの岡井先生のご発表にもございましたように、周産期死亡率は世界一低率の国です。これは妊産婦死亡率であります。世界の先進国と同様に、この50年間にどんどんと減少しております。日本の地位はここにありまして、これは1999年のデータですが10万人の出生に対して6.1人の妊産婦死亡であります。悪くはございませんが「健やか親子21」運動では妊産婦死亡、これを半減させようという計画に立っております。若手医師たちに対して、妊産婦死亡のリスクの減少したシステムというのは、妊産婦死亡の無い医療環境、そういうものを提供することではないかと考えているところであります。

日本の出生場所の施設別割合をスライドに示してあります。日本の特徴は病院と共に診療所の分娩が非常に多いこと。そして助産所における分娩が非常に少ないことであります。したがって日本の妊産婦死亡を減少させるためには、病院と共に診療所における分娩の安全性を先ず整えなければならないという理屈になります。

日本産婦人科医学会の妊産婦死亡調査というものがあります。この妊産婦死亡の中にはかなり古いデータも含まれていますが、妊産婦死亡が起きた場所を検討してみます。やはり妊産婦死亡の原因が発生した場所は診療所が多いという日本の特徴を反映して、診療所で

の死亡件数が多い傾向がみられています。



<分娩後母胎死亡までの時間>

このデータも同じ調査結果ですけれども、妊産婦死亡が起きる時間を見ると、分娩直後に非常に多いということが分かります。つまり安全であるべき分娩は、突如産婦にとり非常に危険性の高いものに変化することを意味しています。産科リスクを軽減する体制とは、産婦にとって突如リスクが高くなる分娩をより安全に終了させうるシステム、ということになるかと考えます。例えば診療所で分娩直後に産婦死亡に至るケース。そういう事例が発生した場合、ほとんどは高次の病院へ搬送されるわけですが、そこで妊産婦がどのような状態で搬送されているかということが問題になります。それを見てみます。

妊産婦死亡例は救命しえたか

厚生省研究班(平成8年)
「妊産婦死亡の原因の究明に関する研究」

転院が必要と判断してから30分以内に約60%、
1時間以内に殆ど搬送。——搬送先で心肺停止。

1)平成2,3年の母体死亡197例
2)出血による死亡が74例(37.6%)の内
46例(62%)が救命可能
3)マンパワーの不足、搬送タイミング、診断の
遅れを指摘

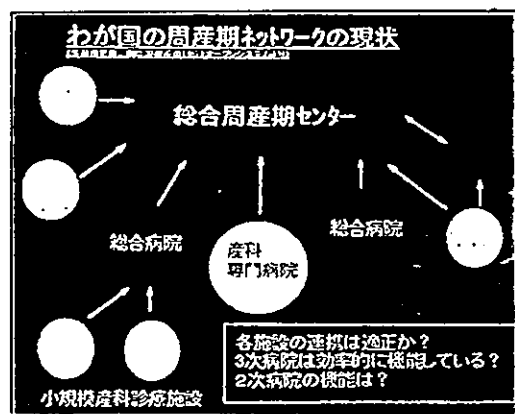
<妊産婦死亡例は救命しえたか>

厚生科学研究

これは平成7年に行われました厚生科学研究でありまして、妊産婦死亡を検討しています。実際に妊産婦死亡を起こしたケースを追跡してみますが、ほとんどの症例は死に至る

症状が出現してから30分以内に高次の病院に到着しています。しかしほとんどがDOA、死に至る直前の状態で到着していた現状が判明しました。この研究者長屋先生という方ですが、この方の指摘によれば「緊急時にはマンパワーが非常に少ないという日本の現状に問題が有る」というように指摘しています。そして妊産婦死亡を防ぐことができるシステムとしては、高次病院のオープン化システムなどが具体的であろうと提唱しています。この調査は平成2年、3年の母体死亡例を対象としたものですが、現在でも日本の産科施設では、1産科施設当たり産科医は平均1.2人程度にしかありません。救急時のマンパワーが貧弱である現状に変わりはありません。

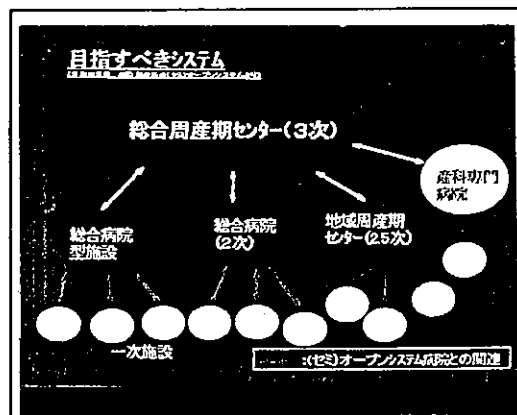
「健やか親子21」運動検討会でも日本の産科医療をより安全にするためには、周産期センターを中心としたシステム作り、また高次病院のオープン化システム化などが指摘されています。それ以外のもので黄色が付いているのは、ほかの場所、ほかの研究班が研究を行っている場所であります。そのためこれらの成果が、他班による研究成果が待たれるところであり、一方病院のオープンシステム化については今まで研究されたことがありません。



<わが国の周産期ネットワークの現状>

現在日本では周産期ネットワークシステムを、総合周産期医療センターを中心として各地域で整備しようとしています。平成13年7月現在では15都道府県23施設が設置されているとはいえ、まだまだ全国全県に設置するには至っていません。現在の周産期ネットワークを分析しますと、スライドのようになります。つまり1次施設である小規模産科診療施設、2次施設である総合病院、3次施設の総合周産期センター。これが決して機能的に分類され連携を取っているとは言えないようであります。つまり1次診療所の中から中

等症の異常妊婦や新生児までが3次診療所に収容されたりします。このような状態ではとても本来の3次病院の機能を果たせません。産科医療を軽減することは有効な周産期ネットワークを形成することでもあります。このためには1次、2次、3次の医療施設の有機的な有効な関係が必要と考えられます。

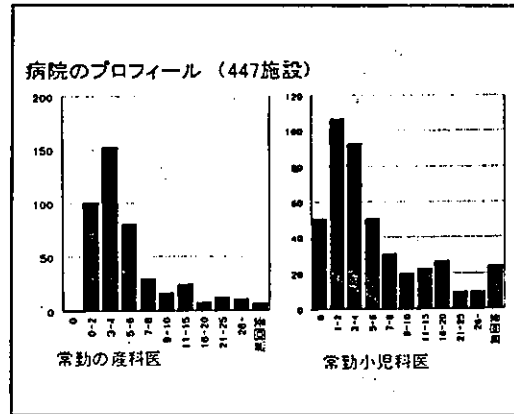


<目指すべきシステム>

目指すべきネットワークとしては、このスライドのように整備されたシステムが必要であると考えられます。そして1次施設と2次病院との間、この間の緑の線はそれぞれオープンシステムあるいはセミオープンシステムのような有機的つながりを求めたいというように考えています。もしそうであれば紹介する診療所と紹介される2次病院との両方の関係が構築されて、しかもお互いのメリットを生かすことが可能であるというように考えることができます。

日本産婦人科医会ではセミオープンシステム病院やオープンシステム病院に興味を持って、平成12年に産科医療におけるセミオープンシステム病院は可能かという調査をまとめました。この調査対象は産婦人科医会会員の定点モニター998人、および全国産婦人科教授や医師会立病院、周産期医療センターの責任者などを対象としてアンケートを行いました。この調査内容を見ながら、オープンシステムの病院とセミオープンシステムの病院について考えてみたいと思います。

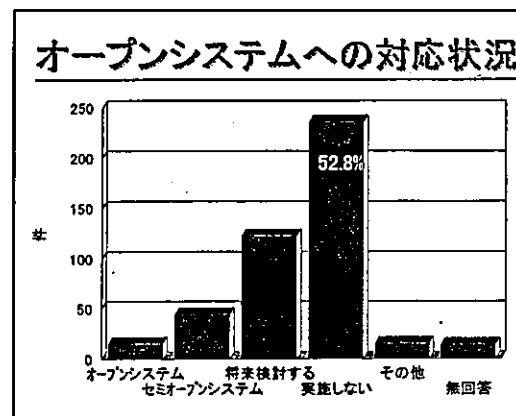
オープンシステムの病院とは開放型の病院であり、セミオープンシステムの病院というのは開放型病院ではありませんが、妊婦検診は診療所で行い病院との契約により分娩やハイリスク妊婦は病院に任せるというシステムです。



< 病院のプロフィール (447施設) >

調査した病院のプロフィールを産科側、小児科側で見たものです。常勤の産科医はほぼ3、4人が最も多く、小児科医は1人から4人という所が多い。そういう病院で行った調査であります。ある程度の規模を持った病院ということが言えます。また大規模ではない病院が中心の調査であります。

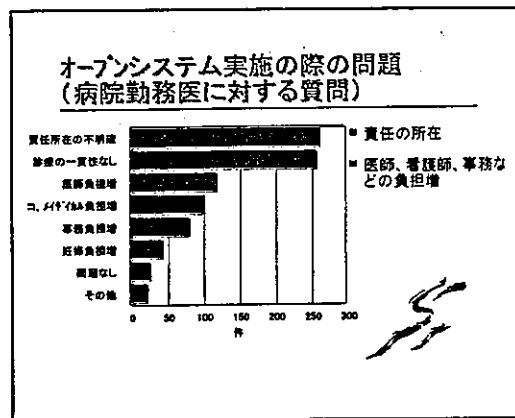
セミオープンシステムあるいはオープンシステム病院に必要な機能としては、当然産科医の当直、小児科医の当直、分娩を担当する助産婦、そしてまた麻酔科医の当直。そういうものを多くの医師が考えており、このような病院で分娩が行われれば、マンパワーの面から安全性の高い分娩が行われることになるだろうと期待することができます。



< オープンシステムへの対応状況 >

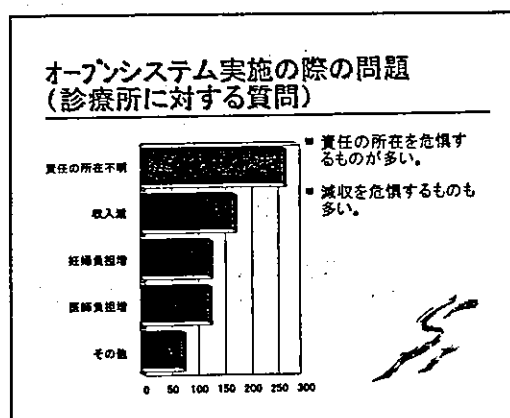
ここで調査対象である病院に対して、現在オープンシステムであるかどうかということを質問していますが、オープンシステムであるというのはわずか数パーセント程度。またセ

ミオープンシステムというのは10%程度。オープンシステム、セミオープンシステムというのを実施しないというのが半数以上になっています。将来検討するのは30%程度であります。これが現状であります。



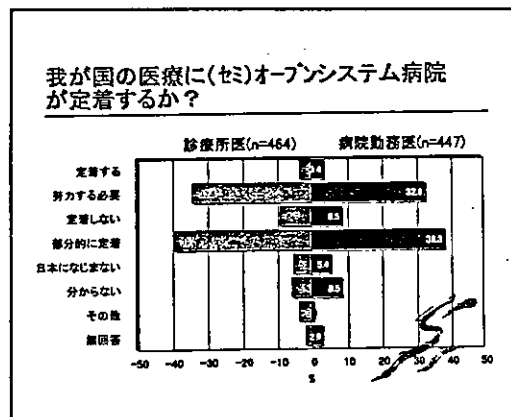
<オープンシステム実施の際の問題>
(病院勤務医に対する質問)

オープンシステム実施の際の問題点を病院の勤務医に尋ねてみたその結果であります。妊産婦に問題が生じた場合の責任の所在が不明確である。また診療の一貫性が崩れるという指摘が多いものでした。また医師の負担の増加やコメディカル、あるいは事務の負担が増すというような指摘もありました。これは実施をするとすれば乗り越えなければいけない問題点であります。



<オープンシステム実施の際の問題>
(診療所に対する質問)

今度は診療所側の医師側にオープンシステムの実施の際の問題点を尋ねると、やはり責任の所在が不明確になってくるというのが最も多い危惧でありますし、また収入減と答えられた方も多い、その点が特徴でした。



<わが国の医療に(セミ)オープンシステム病院が定着するか？>

診療所の医師および病院の勤務医に対する質問で、将来セミオープンシステムあるいはオープンシステム病院というのが我が国に定着するかどうかという質問を行っています。定着すると考えている医師は約3%程度と非常に少ないものであります。また努力する必要があると考えているのが3割程度、また部分的には定着していくであろうというのが38.9%ということで、半数以上は将来的には考えていかなければいけないであろうと予想しているように考えられました。

話題を変えまして、これは岡井先生からもご発表がありましたが、これからの産科医療を担う医師たちが大学にどれだけ入局しているかを調べてあります。これは1大学当たりの平均数で出しておりますけれど、ほぼ4人から5人というところが変化が無いようです。仕事量が確実に増加しているにもかかわらずこの人数が増えていないことは、産科医療の非常に将来的な不安をかきたてるものが有ります。また平成11年からは女性の数が男性を上回っているというのも、先ほどの岡井先生のご発表通りであります。

そのような状態で、やはり産婦人科医の当直というのが群を抜いてほかよりも多い。しかも産婦人科というのは先ほど言ったように、女性が多くなることで人数を保っております。女性は当然の事ながら、妊娠をし、子供を産むという能力がありますので、そういう能力を生かすといえますか、そういう能力と職場とを共存させられる新しいシステムというものも、今後は考えていかなければならない必要性があります。このためには妊婦検診

のみ行って分娩を紹介するというようなセミオープンシステムなども、子育て中の女性医師にとってはいいシステムの一つになるのではないかと、いうように予想することができます。

(セミ)オープンシステムの利点	
病院の利点	診療所の利点
妊婦健診など外来の負担が少ない	分娩のリスクからの解放
分娩数を計算できる (現在の2次施設)	安全な妊婦管理 (夜間や緊急時)
妊婦: 快適な妊娠管理と安全な分娩環境 医師: 産科リスクの軽減	
(助産所をも含めたシステムへと発展させることも可能)	

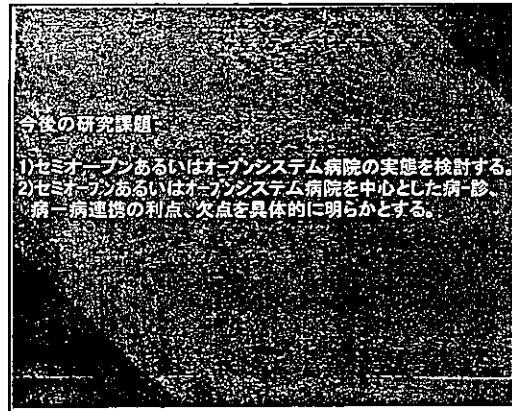
< (セミ) オープンシステムの利点 >

スライドが見にくくて申し訳ありませんが、セミオープンシステムあるいはオープンシステムの利点というものをまとめてみました。利点としては病院側では、特に第2次診療病院を考えると、妊婦検診は診療所に依頼するためにこの時間が節約されること。また契約で分娩が行われるため分娩数の調節をすることができる。現在のように急に分娩時に搬送されて来るよりも、時間的に余裕を持ったハイリスクの妊婦への対応が可能になってくること。また診療所側の利点としては、分娩のリスクから開放されるということ。また契約を結んであるのでエマージェンシーの場合、安心をした搬送をすることができるということがあります。

(セミ)オープンシステムの欠点	
欠点	解決策
責任の所在	契約(妊婦健診と分娩の場所の明確な区分)
一貫した診療方針の欠如	契約(診療所一病院の診療方針の擦り合せ、病例検討会など)
減収入(診療所にとって)	?
病職員の負担増加	分娩予約制など
妊婦の負担増加	初診時よりの啓発

< (セミ) オープンシステムの欠点 >

欠点としましては、スライドのようなものが挙げられます。責任の所在が分からない。また一貫した診療方針が欠如する。また診療所にとってですが収入が減収する。というようなものが有りますが、そういうものは契約の内容によって何とか乗り越えることがひょっとして可能かもしれません。今後研究の対象になろうかと思えます。



<今後の研究課題>

このような観点からオープンシステム、セミオープンシステムの病院が産科リスクを軽減する体制作り役立つか否かを検討する予定であります。今後の研究課題といたしましてはここに書いてある通り、セミオープンシステムあるいはオープンシステム病院の実態を検討する。またセミオープンシステム、オープンシステム病院を中心とした病診連携、あるいは病院病院連携の利点、欠点というようなものを具体的に明らかにしていきたいと考えています。一つのアイデアをお示しいたしました。以上でございます。(拍手)

清野 どうもありがとうございました。それでは朝倉先生はお急ぎですので、このままディスカッションに入りたいと思います。特に産科の先生いかがですか。確かに出産の数時間の時だけが危険だという場合は、開業医の先生はマンパワーが足りませんから、一緒に行ってその病院でその一晩だけ乗り切れればいから、一緒に。そういうアイデアとしては良く分かりますがいかがでしょう。では、市川先生。アメリカの話をもたして下さい。オープンシステムでしょ、アメリカは。

市川 オープンシステムですね。レジデントもいわゆる我々アテンディングも実を言うと患者さんを触らせてもらえないくらい開業医のほうに力があるという状況です。我々の方はコンサルタントという役で開業医の方に相談を依頼していただいて初めて診療を通じて収入にありつけるというものです。言ってみるとそういう力の関係が我が国とは大きく

違う。それは一つには、結局HMOという経済効率上のシステムがあるために、一般小児科医の所へ一番初めに患者が流入する。そこから先のいわゆるコンサルタントとしての専門医というのは、どちらかと言うと保険会社が流入をコントロールしているのですね。そういう意味でむしろ一般小児科医と病院の専門医というものがそれぞれ、お客さんとホテルといった間柄になっています。そういう意味で我が国とはだいぶ違うのではないかと思います。

清野 と言うことだそうですね。ほかにいらっしゃいませんか。どうぞ。

質問者 先ほど入局が平均4人、5人というように平均数で出されていましたが、現実には産婦人科入局率ゼロという大学もたくさんございまして、その現実をぜひ知っていただきたい、ということが一つです。

それからオープンシステムの病院で、久留米市でもそういうような方向に向かおうという、これはある官公立の病院ですがあるのです。そうした場合に問題になりましたのが、やはり産婦人科医、小児科医はいいのですが、どうしても産科救急とかそういう話が前面に立ってまいりまして、オープンシステムで手術をしてもらってもいい、分娩もいいのだけれど、結局その際に突然手術が必要になるという救急性ということに対してどう対応できるか。そういうシステムをその病院がどのくらい提供できるか、というのが問題ではないか。一番大きな問題は麻酔だったのですが、オープンシステムを今後考えていただく時に、ぜひそこら辺も視野に入れて。小児科、産科だけではなくて、また麻酔というもう一つ別の分野の問題も入ってくるかと思えますから、よろしくご検討のほどをお願いしておきます。

清野 どうぞ。

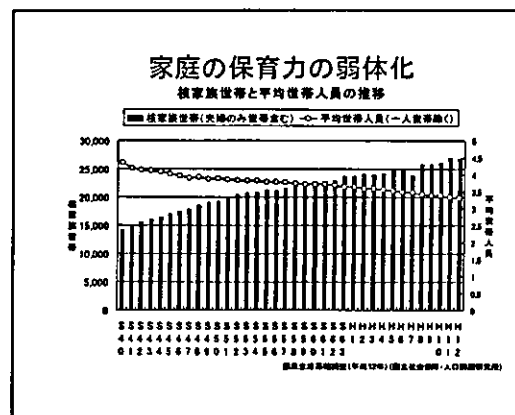
質問者 短く確認だけさせていただきます。先生がお示しになった総合周産期等のシステム化の話ですね。平成8年から当時の厚生省が始めた国策といえば国策なのですが、あの時以来いろいろお願いしてまいりましたのは、すでにそれなりのものを築いている医育機関がございましてね。特に42国立大学にあってはというお話を申し上げて、既存のネットワーク、搬送にしろあるいは情報にしろお使いくださいとお話ししましたが、それはだめだということで今日まで来ています。それは何かといいますと、当時の文部省と、厚生省というのは財務省、当時の大蔵省から出るお金がもう違うのだそうで、その袋の中の移し替えは原理的にできないという行政のルールに乗っかるものなのです。ナンセンスなことを繰り返す、システム構築など言いましても永遠に繰り返すということになると思うの

で、この班の最終年度プロダクトを当たるには、厳しい言葉もやはり入れなければいけない。確認だけさせてください。以上です。

清野 それでは先生どうもありがとうございました。それでは次は小児科側から桑原正彦先生の「地域小児医療の連携体制」ということで、桑原先生は広島県の医師会副会長で、小児科医会会長です。この小児の救急の問題に以前から取り組んでおられまして、9月から早速このシステムが広島県で立ち上がる寸前のお話を聞きたいと思います。よろしくお願ひします。

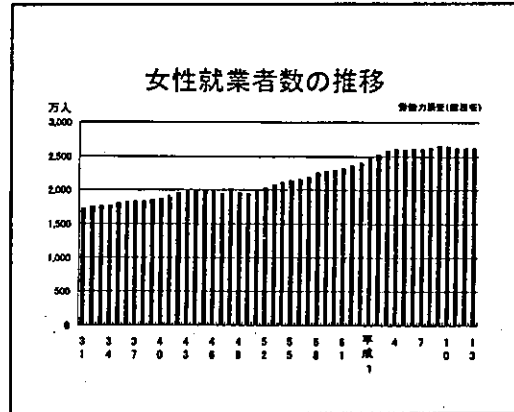
桑原 こんにちは。先ほど岩田局長のご挨拶の中では、小児科、産科は危機的状態であるというお話でしたが、いま始まったことではないと思うのです。先ほど座長さんがおっしゃったように、もうずっと以前からこういう傾向はあったわけでございます。したがって私たち医療提供者側は、その危機的状況を早く把握して対応しなければいけなかったわけです。それをできなかった罪はやはり私たちにも一部あるだろうと思います。その背景を少し最初にお話ししまして、そして広島県の地域における小児医療の対応についてお話しをさせていただき、ご批判をいただきたいと思います。どうぞ。

これは段々と人口が減ってくるという話でございますが、もうすでに年少人口も段々減ってきているわけですから、理解できます。



<家庭の保育力の弱体化>

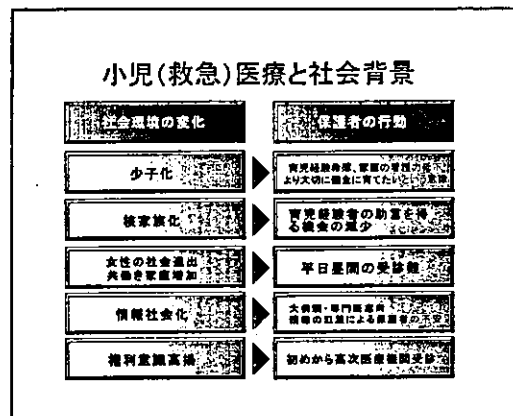
保育力につきましても例えば核家族の数がこんなに増えていく。一世帯の平均人数が3.5以下に下がっていく。これももう段々と見えてきたわけでありませう。



<女性就業者数の推移>

女性就業者の数につきましてはこのようにある時期から急に増えました。そして段々と増えてきたのですが、ここで問題なのは小児科、産科についての女性の医師の協力が得られるかどうかというところでございます。これは後で申し上げます。

家庭の介護力が落ちたということで、父親の家庭育児参加というのがまだ社会通念化されていないというところ、そして企業もそれをあまり認めてくれないというところ。例えば広島カープのアメリカから来た選手は、4番打者でしたけれども、奥さんのお産でアメリカへ帰ってしまった。そうしたらクビになってしまった、というようなこともあるわけでございます。それではなかなか家庭の介護力は持てない。



<小児(救急)医療と社会背景>

私たちは昨年、平成 13 年度に日本医師会の小児救急の対応委員会の中で議論をいたしました。今日の話はかなりこの話が入っております。今の社会背景というのは今お話ししたようなことのほかに、情報社会化して非常に保護者や患者さんたちがたくさんの情報を持っているけれど、さらに不安である、というところが一つあります。そして、専門医志

向であるというところに、一つ大きな問題があります。さらに先ほどの訴訟問題も出ましたように、権利意識が異常に高くなってきました。この部分につきましてはやはり国民のニーズであります。患者さんのニーズなのですから、我々医療提供者側はそれなりの対応をしてあげなければいけないわけです。ところがそれが今まで出来ていなかった。やっていたのでしょけれど、目に見えていなかったというところに問題がございます。

学会会員数(1/2)

	会員数			備考
	全国	広島県		
日本小児科学会	17,787	393		9月2日
日本小児外科学会	3,002	30		6月末
日本小児救急医学会	700	---		8月5日
日本小児内分泌学会	約1,000	---		6月末
日本新生児学会	5,220	112		7月31日
日本産科婦人科学会	15,939	332		8月2日
日本小児循環器学会	2,340	中国地区156		6月末
日本血液学会	約6,000	---		---
日本小児血液学会	1,296(海外37)	中国地区77		6月末

※医師以外の会員数を含む
ハイフンは不明

学会会員数(2/2)

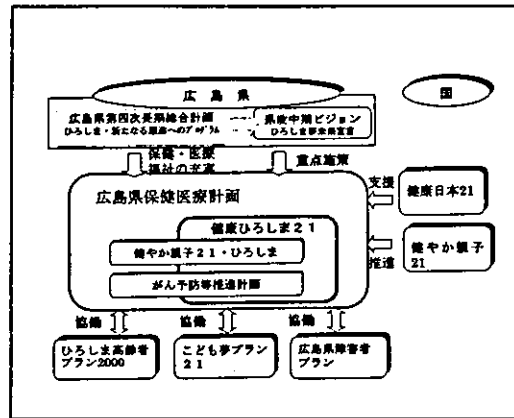
	会員数			備考
	全国	広島県		
日本小児アレルギー学会	2,498	63		7月31日
日本小児眼科学会	710	7		8月2日
日本小児耳鼻咽喉科研究会	639	中国地区40		6月末
日本小児精神神経学会	963(海外3)	中国地区56		6月末
日本小児神経学会	3,071	---		4月30日
日本思春期学会	2,001	62		8月2日
日本小児歯科学会	4,146	110		8月2日
日本小児科医会	6,940	292		8月31日

※医師以外の会員数を含む
ハイフンは不明

< 学会会員数 >

それで広島県の話に持って行きたいと思いますが、いま小児科関係の学会の会員数が、ここに並べてございまして、だいたいの数がございます。平成14年9月2日現在、小児科学会は17,787名、ところが広島県は393名。大体これを40倍していただきますと、全体の全国平均でございまして、広島県の小児科医は少ない。小児外科は30名程度でございまして。産婦人科の先生方は15,939名で、広島は332名しかおりません。

こんな調子で見えていきますと、290万人の県でありながら、小児科や産科の医療に携わるスタッフが少ない。医師が少ないということははっきり分かるわけでございまして。日本小児科医会は6,940名、広島の会員は292名でございまして。



<広島県保健医療計画>

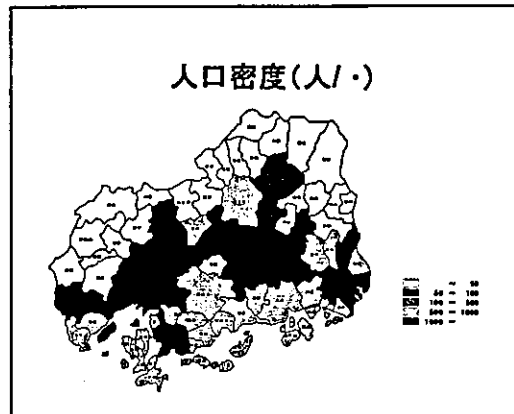
2000年に国の保健医療計画の方針が出まして、2001年に向けて今年の3月でございますが、広島県の新しい保健医療計画を作りました。そしてその中には先ほど局長さんもおっしゃっていたような「健やか親子21」も出ました。そして発進して行ったわけでございます。その中に盛り込んでいきました現実性のある取り込み、小児医療や産科医療に対する取り組みを少しご披露させていただきます。

健やか親子21・ひろしま

- ・「健やか親子21」の地方計画
- ・重点課題
- 1 母子保健水準の維持向上のための健康づくりの推進
- 2 安心して生活できる母子保健医療の推進
 - ①周産期医療②生殖医療・成育医療
 - ③心身障害児・者の医療④小児救急医療
 - ⑤精神保健福祉対策⑥感染症対策
 - ⑦難病対策

<健やか親子21・ひろしま>

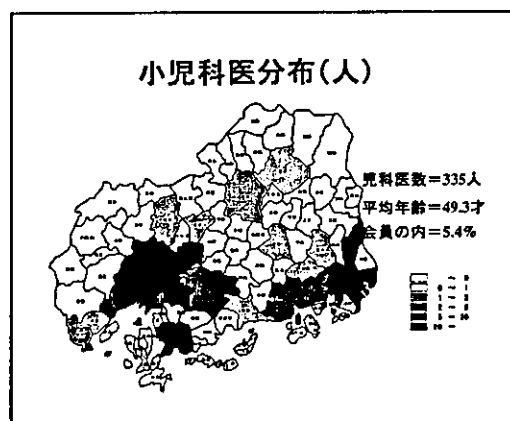
この中には母子保健水準の維持向上のために健康づくりを推進しようということの中で、周産期医療、生殖医療 成育医療そして障害児医療、小児救急医療、感染症対策、精神保健対策などを挙げておるわけでございます。



＜人口密度＞

今日は切り口を周産期医療と小児救急医療のところを持って行って、お話をさせていただきたいと思っております。これは広島県の地図でございますが人口密度でございます。広島県は290万の人口を持っておりますけれど、北海道に次いで無医地区が多い県でございます。この白い所は無医地区でございます。山間部はほとんど無医地区です。

つまり医師も人口に合わせて少なくなっているわけです。小児科の医師は少ないのですが他科の医師は比較的多い。地域偏在が非常に大きいわけでございます。そのところを何とか解決できないの难道うかと考えます。



＜小児科医分布(人)＞

小児科医の分布、これをご覧くださいますと、広島市、呉市、福山市以外はほんとうに少ないのでございます。このような地域偏在ということは、なぜ若い医師が田舎に行かな