

仙台社会保険病院産婦人科	遠藤 敦
仙台赤十字病院長	桃野 哲
仙台赤十字病院産婦人科	谷川原 真吾
仙台逋信病院長	高坂 知節
仙台逋信病院産婦人科	大橋 一夫
仙台徳洲会病院長	佐藤 清春
仙台徳洲会病院産婦人科	酒井 安子
J R 仙台病院長	松井 邦昭
東北公済病院長	小野寺 亮
東北公済病院産婦人科	上原 茂樹
東北公済病院産婦人科	田野口 孝二
東北厚生年金病院長	藤村 重文
東北厚生年金病産婦人科	小林 正臣
東北労災病院長	豊田 隆謙
東北労災病院産婦人科	五十嵐 司
光が丘スペルマン病院長	志村 早苗
光が丘スペルマン病院産婦人科	小野寺 弘
宮城社会保険病院長	三浦 幸雄
宮城社会保険病院産婦人科	門脇 正裕
宮城県保健福祉医療部医療整備課	山田 剛史
宮城県保健福祉医療部医療整備課	石川 拓
宮城県医師会	佐藤 博信
仙台市医師会	鬼怒川 博久
日本産婦人科医会宮城支部	永井 宏

1. 開会の挨拶

岡村州博主任研究者より、東北、北海道地区の産科施設・産婦人科医師不足の現状について簡単に説明があった。本課題は、厚生労働省からの班研究にも採択されており、より良いシステムの実現にむけての議論をしたいとの意図の挨拶であった。

2. 産科医療の現状と対策について

引き続き、会を持つにあたった経緯と将来に向けての構想に関して、以下のようにスライドも使用しながら説明を行った。(岡村教授)

まず、配付資料を用いた説明があった。

●女性医師の労働条件の問題についての紹介があった。このことについては別

の厚生労働省の班研究でも取り上げられている。

●新聞のコピーについての説明がなされた。東北、北海道の産婦人科医師不足に伴う医療過疎の問題が生じており、医師の集約化についてのアイデアがでて

いる。
以後はスライドを用いて、なぜ産科施設の連携が必要かについて説明がなされた。

スライド1

産科医の不足は全国的な問題であるが、東北では特に深刻である。これは、産科の特性上、常に緊急に対応しなくてはならず、複数の医師による対応が望まれる事態が多い（分娩リスク）こと、医療訴訟が増加していること、さらに女性医師が増加していることなどが一因となっている。

さらに臨床研修の必修化によりここ2年間の新入医局員は望めないことも重なり、東北大学関連病院でも医局からの医師派遣に破綻を来していることから、将来構想を模索する必要がある。

スライド2

日本産科婦人科学会と東北連合地方部会の会員数の推移を示した。平成9年以降の東北連合地方部会会員数の減少が著しい。

スライド3

東北大学産婦人科入局と去局をみると、勤務医を辞める医師が過去10年間で増加しており、集計すると、過去10年間で11人のマイナスとなる。このため、関連病院を減らさないとやっていけなくなっている。

スライド4

女性医師の勤務実態。東北では東京、九州に比べ平均労働時間、平均当直日数、ともに他を凌駕しており、休日が月4日以下のものが78%を占めるなど、劣悪な女性医師の労働条件が明らかである。

スライド5

地方産科施設の現状、患者の投書を含めて紹介。患者を置き去りにして関連病院から引き上げるのは心苦しいながらも、実情としては引き上げざるを得ないほど医師不足は深刻である。

スライド6-8

東北大学関連病院の現状を、病床数、医師数、スタッフの数、分娩数、手術数、などで紹介。産科の労働条件は厳しく、分娩を医師一人で取り扱うのはもう無理であろう。今後は限られた人員を効率的に配置する必要がある。

スライド9

新しい医療提携の概念図を紹介。産科の拠点病院（二次病院）をつくって、病病連携図るしかないと思われる

スライド 10

産科二次医療圏の検討。多人数の医師で対応することでリスクを軽減できる。産婦人科医が互いに行き来することでマンパワーが有効利用できる。産科医療圏を設定することによって医療レベルを維持向上することができる。症例が集中することで研修医が十分に研鑽を積むことができるようになる。ただし、拠点病院、一般病院、診療所の連携においては、一般病院、診療所が経済的損失を被らないようなシステムを構築する必要がある。二次医療圏を設定するためにはオープンシステムを導入することも必要であろう。さらには、助産師の work force との連携により、医師の負担の軽減を図ることも考えられる。

スライド 11

オープンシステムとオープンベッドについて。医師が行き来することで、病院の資源を共有した効率の良い診療ができるという概念。

スライド 12

仙台市における分娩施設の連携に関する検討ワーキンググループを設置し、オープンシステムの導入と病病、病診連携をはじめ、産婦人科医師の集中化と女性医師、医療経済上の保証、助産師の活用等を検討する。ネットワーク化によるデータの共有と診療レベルの保証なども検討されるべき課題であろう。厚生労働省ではオープン化を推進することが決まっている（オープン病院化連絡協議会）。それを予算化して8つの地区をモデル地区として取り上げることになり、その中に仙台市、宮城県も入ることになった。以上を踏まえてよい産科医療の実現に向けて討論をしていきたいと締めくくった。

3. 質疑応答

仙台医療センター産婦人科の和田先生の司会によるディスカッションが行われた。

まず、和田先生より、産婦人科医会宮城県支部でも妊婦検診の標準化などについても検討を開始していることが説明され、以下自由討議に移った。

藤村厚生年金病院長：資料によれば一般病院において産科医をゼロにすることだが、産科がなくなれば病院経営上存続の危機に瀕するのではないか。開業のドクターにアンケートを行った結果や、実際に分娩をする人たちの意識調査の結果はどうなっているのか、どう考えるのかについてはいかがか。

・回答：一番目の指摘についてはその資料は勇み足であった。これから検討することである。市民の声を聞く機会についてはこれから開くことを予定している。これは同時に我々の事情も理解していただく機会でもある。

矢嶋N T T東北病院長：オープンシステムの導入と宮城県がすすめる地域周産期総合母子医療センターの構想とどう関連するのかをもう少し明らかにした方がよいのではないか。

・回答：動き出してはいるが、国で示している地域周産期総合母子医療センターの基準を満たす要件をとっても満たすことができない。それは人が少ないからで、危機感がある。現状では凍結せざるを得ないのではないかと考えている。

仙台市医師会鬼怒川先生：仙台市医師会がオープン化を取り入れる動きになった。その理由は産婦人科医療が危機的な状況にあるからである。浜松に習って仙台でも推進して行ってほしいと思う。ただ、新生児についてはどうなっているのか質問したい。

・回答：NICU のスタッフが不足していることは間違いない。小児科の教授とも話し合いながら準備を進めたいが、数年後には産婦人科からも新生児のスタッフを出せるようにしたい。

ここで、濃沼東北大学病院管理学教授から、医療経済のモデルの考察について、説明がなされた。

具体的には、二施設から一施設に産科機能を集約したらどうなるのかという経済的シミュレーションが報告された。まず、レセプトデータの分析から、二施設でかなり産科機能が異なることがわかった。分娩にかかる物品のコスト、人件費、設備の消却その他考えるコストを考慮に入れて、どちらかの病院に分娩をそっくり移してしまったときに収益がどうなるのかを試算した。その結果 A 病院に産科機能を集約した場合には、両方の病院で収益増が見込めるが、逆に B 病院に集約すると7%程度の収益減になってしまうという結果が得られた。従って A 病院に集約することにより、医療経済上の効率化を図ることができるということが言える。

その他のコメント

N T T東北病院小沢先生：浜松でのオープンシステムでは、開業、診療所のドクターは分娩を行うセンターに行って分娩に立ち会えば分娩費用の半分がもらえるシステムになっているので、年々分娩がセンターに集まっている。人口50万の都市で6件の病院（医師5名以上3件、3名以上3件）でオープンシステムを運営している。この場合、NICU や麻酔科がしっかりバックアップできる体制でないとセンターに分娩が集まってこない。

和田先生より、今後に向けてワーキンググループの設置することが、提案され、拍手をもって承認され、岡村教授より、仙台市にぜひよいシステムを立ち上げたいとの意向が示された。

厚生労働科学研究費補助金
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」

資料3. 公開市民フォーラム、お産 安全性と快適性を求めて
—これからの医療システムを考える— 会議録

日時：平成16年10月31日（日） 午後2時～午後6時

場所：長陵会館

講演者：岡村 州博 (東北大学病院)
中林 正雄 (母子愛育会総合母子保健センター愛育病院長)
佐々木真紀 (未熟児と家族の会こぼんだ組)
堀籠 一恵 (仙台市太白区)
桃野 哲 (仙台赤十字病院長)
和田 裕一 (仙台医療センター産婦人科医長)
朝倉 啓文 (日本産婦人科医会常務理事)
金山 尚裕 (浜松医科大学産婦人科教授)
佐藤 喜根子 (東北大学医学部保健学科教授)
苗村 光廣 (厚生労働省母子保健課課長)

岡村：ただ今より公開市民フォーラム、「お産 安全性と快適性を求めて」を、始めたいと思います。副題には—これからの医療システムを考える—がついております。この市民フォーラムの主催は厚生労働省科学研究「地域における分娩施設の適正化に関する研究」班ということになっておりますけれども、私はその主任研究員で東北大学の産婦人科の岡村と申します。私のお隣が、スライドの下にございます共催と書いてありますが、厚生労働省科学研究「産科領域における安全対策に関する研究」班の主任研究員でいらっしゃいます、東京の愛育病院の院長の中林正雄先生でございます。2人で座長をさせていただきたいと存じますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。本日は市民フォーラムでございますので、もちろん市民の方々並びに医療関係者、それから後ろにもマスコミの方も来ていただいておりますので、これから活発な議論をいただきたいと思いますと思ひしております。受付でお渡ししましたプログラムがお手元にあると思ひますけれども、最初に私のほうから少しこ

のフォーラムの目的並びにその他につき簡単にお話を申し上げたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。それではちょっと場所を移させていただきます。

岡村：このフォーラムの目的でございますけれども、お産といいますととにかく最終目的は、誰もが安心してより心豊かにお産する。そして、育児へ向かうことができるということが、皆さんの究極的な幸せにつながるわけですが、そういうようなことに対して現在の、特に仙台市内、宮城県、そういう現在の産科システムで大丈夫か？本当に大丈夫なのかというようなことを、みんなで考えてみましょうというのが、このフォーラムの目的でございます。まず、お産といいますと、一番大事なのは安全ということが最も基本的なものでありまして、安全にお産する。その中で安全ということが担保された中で、快適性というものも一緒に備わっているということで初めて満足というようなお産ができるのではないかと思うわけです。

今まで私たち産婦人科の医者も含めまして、助産師さん、看護師さんまた行政で、たくさん今まで周産期に関しましては、いろんな改善をいろいろやってまいりました。そして、できあがったものとしては、まず日本の周産期死亡率は世界で一番というような、すばらしい結果を出してきたわけでありまして。これを見てもみると、早期新生児死亡率、妊娠 28 週以降の死産比、こういうものも、これはアメリカ・イギリス・スウェーデン・ドイツですけども、どのものを見ましても日本はすばらしい結果です。これは皆さん今日お集まりの方々も含めて、日本のそういう周産期医療にかかわっている方々のたゆまぬ努力の結果であろうと思っているわけでありまして。

これは妊産婦死亡でございますけれども、1950 年には 4000 人も死んでおりましたのが、今はもう 100 人を切るぐらいというふうになっております。これは日本におきます妊産婦死亡の実数ですけども、1990 年ごろに 85 名、2000 年には 78 名、2001 年には 76 名というふうになっておるわけです。もちろんものすごい率で減少はしているわけですが、お母さんが亡くなるということは、それは大変なことでございます。やはり、がんでお年寄りが亡くなるというものとは、また全く趣を異にして一家がそれで崩れてしまうというような、大変重大な問題をはらんでいるわけです。減っているといえどもこのくらいの人数の妊産婦死亡があるということは、大変重い現実であるわけです。その中身を見てもみると、2001 年の死因では、子宮外妊娠が 1.3%、中毒症が 10.5%、胎盤早期剥離などによる出血です。分娩後の出血、それから産科的な塞栓、こういうような分娩時における急激な変化といい

ますか予測できないような変化によって亡くなっている。妊婦さんが、お母さんが亡くなっているということが言えるのではないかなと思うわけです。ぜひこれを何とかしていかなくてはいけないというのが、われわれ周産期医療に携わっている者の一つの大きな目的であるわけです。

ここに、かわいいお母さんになるべき方がいるとしますと、今まで申し上げたような小さな危険があったのではないかというふうに、私ども考えているわけですが、最近になりますとどうもそんなものではなくて、もっと危険が大きくなっているのではないか。こういうふうに考えざるを得ません。原因は何かというふうに考えてみますと、妊産婦死亡以外に、死亡には至らないようないろいろなインシデント、アクシデント、そういうものもこれは日本産婦人科医会の調査によるものですが、やはりいろいろ起きています。危険度レベル4、5と、母体に障害が残ったり死亡する可能性があるもの、こういうものも1.7%ぐらい起きていますというように、決して完全に安心な状態になったということは、なかなかいえないというふうに思っているわけです。それでは、こういうものに対して、危険が大きくならないように、どういうふうなことが必要かといいますと、やはり余裕のある医療体制、こういうインシデント、アクシデント、そういうものを抑えるためには、やはりダブルチェックができる人員が必要であろうというふうに考えております。お産の安全を脅かすものとしては、母体死亡・母体の障害・周産期死亡・胎児・新生児の障害、胎児・新生児の障害の中には感染とか低酸素症、いろいろなものがあると思います。こういうものに対していま大きな不安要因は何かといいますと、産科の医師数の不足。特に病院の産婦人科医が足りない。それからもう一つは、新生児の専門医がいない。いないとはいいません。足りないです、やはり。麻酔科医が病院によってはいないところもある。これも足りない。そして、助産師・看護師の数が足りないというような、先ほど言いましたようなダブルチェックできるような医療の資源が、非常に不足している。特に、この青で書きました産科の医師数、病院での産婦人科医が足りないということが大きな危険な因子としてクローズアップしてきているというふうに思うわけです。

そこで、これは日本産婦人科学会と東北連合地方部会の会員数です。この青いほうが東北地方の産婦人科、これは東北地方のほうですけれども、全国的にはそんなに数としては減っているようには見えません。しかしながら、最近が高齢化が顕著でありまして、若い産婦人科の医者が増えないということが述べられております。特に東北地方におきましては、平成9年からこのように数としては急激に産婦人科医が減っております。これはいろいろな原因があると思いますが、もうその

原因については推測ですのでなかなか今のところはわかりません。今日のお話でもいろいろ先生方、シンポジストの方々からいろいろなことが出てくると思います。

私ども東北大学の関連病院のことを少しだけお話ししたいと思いますけれども、実は青いほうは新入医局員で赤いほうが産婦人科勤務医です。そしてこれが勤務医を辞めた人数であります。定年・開業・その他です。私どものところは、別に東北大学の卒業生ばかりではございませんで、全国からいろいろな方が産婦人科を志してきています。比較的東北の中では、産婦人科に入る人数が東北6県の中では多いほうだと思っておるわけではありますが、この12年ごろから急激に辞める方がもうどんどんどんどん増えている。要するにこれは関連病院の状態ですので、勤務医を辞める方が多くなってきておるわけです。そして、総数としてみますと、約10年間の間に11名の勤務医が停年・開業、その他行政とか、そういうような産婦人科としての勤務を辞めてしまったというような状況にあるわけです。今日はそういうようなことで、医療の安全という、それから快適性ということを皆さんでこの場で議論していただく。そして、特に仙台市はどういうシステムをもっていったらいいか。仙台市の現状を踏まえて、どういう医療システムを作り上げていったらいいかと。もちろん現状のままでいいという議論もあろうかと思えます。もっと新しいシステムが必要だということもあろうかと思えます。

しかし、今までの医療システムというのは、産科のシステムというのは戦後ずっと変わってきていない。本当にこれでいいのかどうか。いま産婦人科の医者が少ない、いろいろなマンパワーが少ないというときに、ぜひシステムを考えて安全性というものを向上させなければいけないというふうに、私どもは考えておるわけです。その中で一つ本日の討論のキーワードといたしまして、分娩のための医療ネットワークという項目では、病院・病院間のネットワーク、あるいは病院・診療所との連携と、この中ではオープンシステムというような言葉が出てくると思います。それから、もう一つは議論の中に、今日は助産師さん、看護師さんもたくさん参加していただいておりますけれども、院内助産施設というようなキーワードもありますので、このことについても議論していただきたいと思えます。

さて、オープンシステムと申しますと、どういうものを考えるかといいますと、産科医1人病院、診療所などでは、産科領域については、分娩はオープンシステムを利用したらいいかというようなことであります。提言でありますけれども、こういう病院で妊婦さんがいて看護師さんがいて医者がある。そういう場合にこちらでは大きな病院があって院長がいて、ほかのいろいろな病院のスタッフが、やはり産婦人科の医者もいますし、おっかなそうな怖い看護師長さんも中にはいますし、

優しそうな方もいるというような大きな病院です。大病院という中で、妊婦さんはお産をするに対しては、外来はこちらのほうで診ますけれども、お産をする際にはこちらのほうでお産をしましょう。その際には医者も一緒に行って、こちらのメディカルスタッフと一緒にこのケアをしよう。そして、できれば助産師さんも一緒にこの病院に行って、継続したケアをしていただく。ここでいうオープンシステムとは、こういうような考え方だと思います。経済的な問題に関しましては、今日はいろいろ浜松ですとかいろいろなところでいろいろなシステムを考えているようですが、今日はこの事に関する大きな議論は、今後の検討課題というふうに申し上げたいと思います。ただ、お産した後にその後のいろいろなケアというものはこちらのほうに戻って、いろいろな形でやるというのがここで議論するオープンシステムというものであります。

本日はこういうこと、オープンシステムというものを初めてお聞きになる方々もいらっしゃると思いますので、少し私のほうから説明させていただきました。本日は私のキックオフの後に中林先生、愛育病院の院長の中林先生に産科領域における安全対策に関するお話をしていただきます。その後に、これは市民の代表のお二人の方に、お産は大変だ。安全なお産に向かって、お二人の体験からお話をさせていただいて、その後に仙台赤十字病院の院長、仙台赤十字病院といいますと、宮城県における母子総合周産期センターが仙台赤十字病院でやりますけれども、その院長の桃野先生に仙台市における周産期システムの現状と仙台赤十字病院の役割というお話をしていただきます。その後、仙台医療センター、国立仙台病院です。旧国立仙台病院の和田裕一先生に、仙台市における現在の産科診療の状態、実際にもかなり大変なお忙しい状況にあるわけですが、産婦人科医の立場からお話ししていただきたいと思います。その後に保健学科、東北大学医学部の保健学科の教授でいらっしゃいます佐藤喜根子先生に、助産師の仕事と妊産婦のニーズというような形で、これは妊産婦の立場、助産師の立場から、どういうことが改善につながるかというお話をしていただきます。朝倉先生、日本産婦人科医会という組織がごございますけれども、日本産婦人科医会では、やはり産科オープンシステムということに関して、全国的にいろいろ検討しております。その現状並びに考え方です。将来に向けた考え方というものを、朝倉先生にお話ししていただくということになっております。

その次に浜松、浜松医科大学の金山教授には、静岡県といいますとオープンシステムが実際に稼働している、動いている先進地域でございます。その利点と、現在の問題点、そういうようなこととお話ししていただければと思います。私が少し仙台市におけるオープンシステムの考え方をもう一回復習する形でお話しした後に、

厚生労働省の母子保健課課長の苗村課長に行政の立場から周産期支援にどのような考え方、国としての考え方ということでご講演をいただくというような段取りになっております。

以上私のほうから最初のスターティングをさせていただきました。続きまして、質問とかその他はないと思いますので、この後、中林先生その他の先生方のご講演を聞きながら、皆さんと一緒に考えていきたいというふうに思っておりますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思ひます。なお、質問事項その他皆さんのお手元に書くことになっておりますけれども、それ以外にもしその場で質問がございましたら、何なりとマイクの前でお話ししていただきたいというふうに思ひます。それから、これは録音を取っておりますので、ご質問なさるときには、所属とお名前を簡単に、その後にご質問していただければありがたいと思ひます。それでは、中林先生、次にということで、よろしくどうぞお願ひいたします。

中林：皆さん、こんにちは。ただ今ご紹介いただきました愛育病院の中林です。今日は私の研究班でございます「産科領域における安全対策に関する研究」ということの昨年度の概略と、それから今年度こんなことをしますというお話を簡単にさせていただきます。昨年度の概略としましては日本の周産期医療の問題点、ただ今の先生と少し重なるかもしれませんが、産科領域では医療訴訟が多くて、賠償額が高額である。億を越えることが多いわけです。それから、業務内容が厳しくて、ドクターのQOLが保てないために産科医の人的不足が深刻である。特に若い先生方は夜も寝ないで働くということにだんだん嫌になってきて、産科を目指す人が少なくなっている。それから、日本の特徴でありますけれども中小施設での分娩が高率であり、マンパワー不足による母児の安全性に問題がある。つまりお産というのは急速に変化することがあって、赤ちゃんとお母さんと両方が危険に瀕することがあり、そのとき1人のお医者さんでは十分適応できないことがある。それから、周産期医療システム及び医師の生涯研修システムの整備が不十分だろう。何かことがあるときには大病院に送らなければいけないのですけれども、送るシステムが不十分であったりお医者さんが長い間1人で開業していた場合の生涯研修が十分にできないこともあるといった意味でございます。

さて、こういった内容を少し改善するためには、将来的にはどのような医療システムがいいだろうかということで、一つはやはり1次医療施設の役割と、それから周産期センターの役割を分けたほうがよいでしょう。1次施設では妊婦健診やローリスク妊婦の妊娠の分娩管理、それからハイリスクに関してはオープンシステムを

利用する。それから、オープンシステム病院に関しては、現在中核病院としてやっていることが多いわけですが、中核病院の勤務医がハイリスクがたくさん来る割りに人数が少なく、仕事量も多く、また給料も安いということで減少しております。これを再編成することは大事で、さらにそこに開業の先生からのオープンを受け入れるとなると、一層の充実が必要になるわけです。

それから、いま全国に周産期母子医療センターを1県に1つはということで進めておりますけれども、まだ半分ぐらいしかできておりません。しかし、こういうところにはハイリスク妊娠の分娩を集約化したり、母体搬送・新生児搬送をいつも受け入れることができたり、それから1次医療施設の先生方の教育や指導をする役割があるかと思えます。それから、うっかりミスを防ぐためには、余裕のある医療体制に、ダブルチェックが可能な人員の確保が必要でございます。

さて、しかしこのようなことを総論的に申し上げても、日本は大変広いということと、それから地域の密集している大都会と、それから過疎地においては、それぞれ条件が違いますので、安全な妊娠出産への工程表というものは、それぞれの地区別に形成されなければいけないだろうと思えます。そのため都道府県の自治体を中心となって、周産期医療協議会を作って、地域の実情に応じた周産期医療システム整備の中長期計画を作成する必要があるというようなことが昨年度の私どもの提案でございまして、それを実現するためにはお産を扱う病院の良い産院の10箇条というもの、これは開業の先生であれ総合の病院であっても、これらの10箇条はぜひ満たすように努力をしていただきたいという項目を作りました。それは自分の病院の内容が患者さんにわかるように情報を公開してほしい。それから、複数の産婦人科のお医者さんがいるか？ もし、1人の場合は、高次医療施設やオープンシステム病院との連携が密接である。それから、母体死亡やそれから新生児の障害につながるのは、帝王切開や輸血が遅れたりすることですので、それらがいつでも速やかにできる。それから、お医者さんが生涯研修や自己研修に熱心で、現在の医療について知っている。それから、助産師さん看護師さんなどの医療スタッフが充実している。それから、産科のサポートをする小児科医・新生児会との協力が密接である。さらに、安全なお産のための母児モニターが十分に行われている。

それから、妊婦さんの意向を尊重して、快適な分娩を心がけている。私どもの病院ではバースプランといって、患者さんのどういう希望があるかをお聞きしたうえで、安全が確保される限り、可能な限り尊重する体制を取っております。それから、検査とか処置に関する説明が十分に行われている。例えば赤ちゃんの心拍を聞いていて、心音が下がったら連絡するようにとかいうことがありますと、もし医師と看

護婦さんが見逃しても、患者さんがそれを気が付いたり、あなたにはこういう薬がこれから点滴されますということを説明してあれば、もし名前が違っていたり薬の名前が違っていればわかるということで、私なんかは年中間違うものですから、医師というのは 100 回に 1 回ぐらいは間違えることがあります。それをチェックしてくれるのが助産師さん、看護師さんで、両方でチェックすると 100 の 100 倍ですから 1 万分の 1 のミスですみますが、それに患者さんが加わりますと 100 万分の 1 のミスですむということで、患者さんに十分な説明をすることは医療事故を防ぐ意味でも大変大切です。

それから、医療安全システムというの難しいのですが、これは院内が清潔で整理整頓とんされていれば、何か事故があったときにすぐものが出てくるとか、医者がすぐに駆けつけられるというようなこういったシステムが整備されている。これは規模の大小にかかわらず、どの病院でもこのようなことはこれからの産院としては必要な項目だろうというふうに思っております。さて、このような 1 年間の経過を昨年 12 月の始めに、私どもでやはりシンポジウムとして発表させていただきました。その後一つ共同で 12 月 24 日に、厚生労働大臣医療事故対策緊急アピールということで周産期としては取り上げていただきまして、地域の中核となっている周産期医療施設のオープン病院化の研究を進めるということがモデル事業として出されました。これは実施するところは都道府県・市町村でございます。全国で取りあえず 8 カ所を考えており、補助率は国と都道府県で 2 分の 1 ずつ出しましょうと。概算要求としては平成 17 年度 4900 万円ということで、これを 3 年間実施しようということが概算要求として出され、大臣の緊急アピールですので恐らく要求が通るだろうというふうに考えております。

さて、オープン病院化のモデル事業というのはどういうことかと申しますと、産科オープンシステム病院を中心とした病診連携システムを構築するということで、中小診療所では妊婦健診やローリスク妊娠の分娩を行い、ハイリスク妊娠の分娩はオープン病院で行う。それから、中小診療所の医師はオープンシステム病院の登録医師と、それから、オープンシステム病院に運営事務局を設置し、診療所との連絡・調整・普及啓発・妊婦教育等を行うということになっております。それから、連絡協議会、これは自治体とオープン病院診療所の連絡協議会を組織して、問題点の改善やネットワーク化の促進を行うということで、私どもの考えているオープン病院化というもので、モデル事業として行おうではないかということになってきました。

しかし、これを行うに当たって、妊婦さんをハイリスクとローリスクと、どういうふうに分けるのかということになりますが、それが今年の私どもの仕事の一つで

現在行っておりますが、まず妊娠前に基本情報として年齢・経産・身長・妊娠前体重など、例えば年齢が40歳ですと、それだけでかなり高得点になってしまいますし、慎重が150センチ未満ですと高得点になったり、妊娠前の体重が80キロ以上ですと高得点になるというような得点性を取っているわけです。それから、既往歴で内科・外科疾患、糖尿病だとか自己免疫疾患だとか血液疾患とかいろいろな病気があるかと思えます。それから、産科既往歴、つまり前回の分娩で出血多量があったり難産といわれたとか、早産だったり新生児死亡・帝王切開、それから妊娠中毒症や胎盤早期剥離があったとかいうようなものがリスクになりますが、これにはそれぞれ1点、2点、5点というような点数が現在付けられておまして、運転免許の免許停止の点数と同じようで、例えば5点ということが1つ付きますと、それで免許停止というか、ハイリスクになる。それから、駐車禁止のような1点のようなものが幾つか重なりますと、ハイリスクになるといったようなスコアリングシステムを現在検討中でございます。それから、今の基本情報等は妊娠前にわかることですが、同時に妊娠初期・中期でわかることもあります。例えば、多胎妊娠。赤ちゃんが1人でなしに2人、3人だったとか、それから児の異常が考えられる。または妊娠初期とか中期に出血とか切迫早産症兆候、または破水とか中毒症の症状があった場合です。それから、胎盤の位置が違った場合というような比較的早い時期にわかる異常がありますので、こういった疾患に関してもスコアリングをして高い点数であれば、早い時期にハイリスクとして大きな病院に行っていただくというようなことを考え、これを一般の病院に当てはめると、どれぐらいの率でどうなるかということも現在検討中で、大体ある一定の2割ぐらいの数のものをハイリスクに移行するであろうし、ローリスクは半分ぐらいがローリスクになるのではないかと。ローリスクは一般の診療所でもよろしいでしょうし、ハイリスクは先ほど申し上げましたような周産期センターに行ってもらおうということになります。

現在の日本では、ローリスクもハイリスクも、妊婦さんの自覚がなかったり、また医師もこのぐらいはできるでしょうということで、十分な施設がないところでもハイリスクを行うことがあったりすることが問題ですし、ハイリスクを扱うべきところがあまりローリスクをたくさんやるのもこれまた問題になります。やはりそれぞれ施設の設備の機能によって、ローリスク・ハイリスクを分けていく必要があるかというふうに考えております。それから、これは現在の妊娠・分娩を考えるためには、医療費というのは大変切実な問題でございます。まず、一つ例えば妊婦健診に必要な医療費というのは、昔は1人の人に本当に2～3分で十分でありましたけれども、今は1人の妊婦さんを診るのに10分以上かかる。つまり3倍以上のこと

がかかるわけですが、そのために地方自治体が支援してくださる無料診療券というものは、大変安かったり回数が少なかったりします。妊娠というのは、いわゆる事故が起こる前とか分娩する前にチェックをするという機構が大変重要で、そのために日本の周産期医療の成績が大変良いわけですので、妊婦健診を充実させるということは大変大事で、これは地域の先生方の大変重要な項目だろうと思います。これが十分に行われていれば安全な分娩は、かなり担保されるというふうになるわけです。それから、安全な分娩のために必要な医療費とはどのぐらいか。つまり産科医とか、看護師が労働基準法を守って働けるような労働条件です。つまり何日も不眠不休で働くお医者さんが事故を起こしやすいのは誰が考えても当然なことです。私なんて1日寝なかったら翌日はもうミスだらけになってしまうかもしれませんが、そういった安全な医療を行うのに必要な適切な医療費というのがあります。それから、逆に1、2と前の2つは少しお金がかかるという話でございますけれども、これらを産科医療事故防止することによる経済的効果というのが実は大変多くて、現在1000人に2人ぐらいの脳性麻痺児が出ておりまして、1人の脳性麻痺が出るたびに約数億円の医療費とか損害賠償がかかるわけでございますけれども、そういったものが「健やか21」でいわれているように、10年間で半分にすれば、これらの医療費は大変な節約になるわけです。そういったものを妊婦健診や安全な分娩のためにかけるということは、皆さんの安全性から見ても、それから医者の方の医療経済から見ても良い方向だろうというふうに考えております。

さて、オープンシステムは先ほど岡村先生からお話ございましたけれども、幾つかステップがございます。例えば、妊婦健診は診療所が行い、分娩は病院のお医者さんが行う、つまり送ってしまうようなセミオープンシステムと、それから連携分娩といって妊婦健診は診療所が行って、分娩は病院が行って、その次かその次の日には診療所にまたお返しすると、病院のベッドが有効利用できて、産褥のQOLが良い診療所で有効利用できるというような方法もあります。これは神奈川等が行っているシステムですし、私ども愛育病院が行っているシステムはステップ3と申しまして、医師が病院で予定された一定の医療行為を行う。例えば予定手術です。それから、週に1回ぐらいの外来・当直、それから時間の許す限り分娩を行うといったシステムです。それから、ステップ4としてはアメリカ的なオープンシステムで、診療所の医師が病院に必要なすべての医療行為を行う。つまり分娩とか救急とかを行います。入院中の主治医権は診療所の医師が有するというところで、一部日本の医師会病院のようなところが、こういった運営をしているかと思っておりますけれども、なかなか日本では難しいところがあります。

さて、そんなことで実際的に私どもが行っているオープンシステムをご紹介しますと、私どもは登録医制でございます。そして、私がよく力量を知っている方、性格を知っている方十数名が登録しておりますけれども、妊婦健診はそこで行って、妊娠 30 週までには 1 回受診して、分娩予約やカルテを作って、愛育病院を見学していただき、妊娠 37 週で再度チェックをいたします。これが診療所と病院とのダブルチェックになっているわけです。それから、血液検査等は全部統一して送られます。それから、分娩手術を登録医が行う場合には、登録医や愛育病院の方針に従って医療を行い、病院は応援医師に手当てを支給する。5 万円とか 7 万円とか適宜決まるわけです。それから、登録医には外来勤務とか当直制度があり、できるだけ当直をしていただいたり、外来は週 1 回ぐらい、せめて半日やっただくようなことをしております。

それから、登録医は周産期カンファレンス。小児科と産科医が重症例に関してカンファレンスする会ですけれども、これを週 1 回夕方から行っておりますが、これにはできるだけ出ていただくということを取り決めております。さて、このようなオープンシステムというのは、運営するのはなかなか難しいそうですけれども、実際の基本姿勢としては、私は妊娠・分娩のストレスそれから業務、これをできるだけ診療所と病院の医師で均等な分散をしようではないか。施設による機能分化をして分散していきたい。それから、収益も適正な分配をしたい。特に基幹病院の医師だけが非常に過労働で安い給料でということも大変困ったものだと思います。それから、産科医と妊婦の双方のメリットを目指すということで、産科医にとってもまた妊婦にとっても選択肢が拡大される。つまり一つは診療所で健診し分娩する方がローリスクであればいてもよろしいわけですし、またオープンシステム病院で健診をして分娩をする方がいてもよろしいわけです。

また、周産期センターは本来分娩に特化してもらいたいところですが、とはいっても私どものところでも 7～8 割は健診は周産期センターで行うことも多いので、そこで健診がなくなり分娩を行うということがあってもいいわけですが、このようリスクに応じて、また自分の好みに応じて選ぶ選択肢が広がっていくというふうにお考えいただきたいと思います。それから、このシステムは若手の産科医の増加、つまり若くてお産をしたいのだけれども、とても産科の病院を開くだけの資金がないとか、それから自分の特長を生かした産科医をやりたいという方の増加につながります。中堅のお医者さんは 1 人で行っておりますと、30 年、40 年たつ内にだんだんやはり燃え尽きてしまいますので、そういう方が燃え尽きないように、そのセンターで適宜技術とか知識をリニューアルして、そしてまた若い先生に助け

られながら長く医療を続けられるということで、若いお医者さんも年配のお医者さんもこういうシステムを利用すれば、より医師生命が長くなるのではないかというふうなことを考えております。

以上で私のお話を終えさせていただきますが、今年度も今お話ししたような医療経済とそれから少ない医師をどのように有効に活躍していただくか、そして妊婦さん方がいかに自分の好みにあった施設を選んでいただけるかといった両方の方面から産科医の在り方を検討していきたいと思っております。以上でございます。

岡村：はい、ありがとうございました。基調講演として中林先生にお話をさせていただきました。質問は後でお受けしたいと思うのですが、一つだけ私のほうから先生のところの産婦人科の医師の数と助産師さんの数を教えてください。

中林：私のところの産婦人科の医師は 10 名でございます、助産師の数は 105 名でございます。年間の分娩数は 1600~1700 ぐらいです。

岡村：はい、ありがとうございました。いま中林先生の基調講演、私のお話で既に 20 分プログラムより超過してしまいました。まず、次にお産を経験なさった方からお二人お話をいただきたいというふうに思っております。そこでお一人目佐々木真紀さんをご紹介しますと思います。未熟児と家族の会「こぼんだ組」というのを主催でよろしいのですか？ 主催している方でして、今日はお産は大変だ。「こぼんだ組」の経験からということで少し体験談をお話ししていただきたいと思います。佐々木さんよろしくどうぞお願いします。

佐々木：未熟児と家族の会「こぼんだ組」の佐々木と申します。まずはこういった大きなフォーラムに少人数の私たちのような小さな親の会の意見を聞いていただけるという機会を与えられましたことを皆様にお礼申し上げます。初めに「こぼんだ組」とはどんな会なのか紹介させてください。メンバーは妊娠周数に関係なく未熟児で誕生した子どもたちと、その家族のために活動している会です。同じ経験をした仲間と情報交換をしたり、癒やしの会として NICU 退院後の支え合い活動を目的に、月 1 回県立こども病院で定例会を行っています。そのほか勉強会や季節ごとのイベントや情報誌の発行をしています。現在家族メンバーは 20 組になりました。賛助メンバーは 13 名。小児科医・歯科医、助産師・臨床心理士・医療ソーシャルワーカーの協力を得ています。残念ながら「こぼんだ組」には産科の先生はいらっしゃ

いません。生まれてしまったらもう関係ないといわずに、ハイリスク妊娠・出産した私達の次のお産のことも視野に入れてもらって、どうぞこの機会に賛同していただける産科の先生を募集いたします。

未熟児で出産してしまった経緯としては、皆さんご承知の通り母親側の妊娠期間もしくは出産時に何らかのリスクや胎児側の異常があって生まれてしまったこととなります。メンバーのほとんどがハイリスク妊娠経験者です。重度の妊娠中毒症・切迫早産・習慣流産や死産の経験者・合併症妊娠、がんを克服した方もいらっしゃいます。中には全く順調な妊娠期間だったのに、突然大出血を起こして生死をさまよったという方もいらっしゃいます。とてもつらい経験をしたメンバーばかりですが、どうしても話題は未熟児の子育ての悩みとか、背負ってしまった障害のことが中心ですが、時折お産の話になるとみんな言葉に詰まったり、涙を流しながらの会話になってしまいます。私たちにとってもお産というのは希望と絶望、いろいろな思いが交錯する忘れることができないキーワードになっています。

今日はメンバー2人のお産体験の話をしたと思います。まずはAさんです。妊娠期間に卵巣嚢腫の手術を受けました。その後順調に28週目を迎えた朝、突然の腹痛で目が覚めました。出血でした。慌ててかかりつけの病院で診察してもらった結果、子宮内に巨大な血腫があり胎児を圧迫し早急に赤ちゃんを取り出す必要があるといわれました。県内の保育器のある病院に問い合わせてもどこにも空きがなく、やっと見つかった病院が山形でした。受入先が決まり、ヘリコプターで搬送される予定でしたが、その日は仙台でくしくも大雪が降り飛べないという報告を受けました。私は絶望の中でとても歯がゆい思いをしていました。その後救急車で搬送されましたが、あの長い不安な気持ちは今でも忘れることができません。到着後無事帝王切開で男の子を出産しましたが、なぜあんなに大きな血腫が見落とされたのか、今でも疑問が残ります。出産後はうれしいはずなのに、これからのことを考えると不安ばかり。普通に産した母子と同室で、授乳室でも1人で搾乳する寂しさ。おっぱいマッサージも後回し、退院後も仙台から電車に乗り、往復3時間たくさんのことを考えたけれども、自責の念しか出てこない、とても長い時間でした。その後3カ月間冷凍母乳を届ける日々が始まりました。いま思うことは、早産した母親にはもっと入院中に心のケアが大切ではないかと思っています。

次はBさんの経験です。妊娠初期から少量の出血が続いていましたが、そのほかはとても順調で何事もなく出産予定の個人病院に入院していました。ところが、29週に入り突然破水したために、大きな病院に転院手続きが始まりました。しかし、急を要することは私にもわかっていたのに、母子ともに受け入れてくれるところが

見つかりませんでした。運よく古川の病院で一時的に入院できることになり救急車で運ばれました。ほんの少しの振動でも血が流れ出るのがわかり、このまま生まれてしまうのではとても心配でした。結局落ち着いたら個人病院に戻るはずでしたが、30週でお産となりました。しかし、午後6時に生まれて、次の日の朝8時に私と子どもは、救急医療車に揺られ日赤に搬送されました。それから、すぐに私だけ個人病院に移りました。母子分離はとても悲しかったけれど、当初は子どもが古川に残り、私が仙台と離れることになっていたのので、同じ仙台市内にいるということだけで近くにいるようでほっとできました。私が退院してから子どもに会いに行ける日まで、ひたすら写真を見ながら搾乳をしていましたが、外科のICUに入院することになり、抱くことも触ることもできなかったことが、とてもつらい経験となりました。

ほかにも皆さん突然の出産を余儀なくされ、妊娠の中断となりました。

私にも6歳と4歳の子どもがいます。2人とも大学病院で出産しました。30週と31週の妊娠期間でした。衝撃的な始まりは子宮内膜症の手術を1週間前に控えたある日妊娠していることがわかりました。とても喜んだことを覚えています。しかし、妊娠期間は初めから順調とはいかず、ほとんどを寝たきりの状態のまま病院で過ごしました。出血やおなかの張りで切迫流産・早産を繰り返したからです。上の子のときはすべてが初めてでしたので、入院中さまざまな人がベッドを出たり入ったり、妊娠して初めて聞く病名もあり、安静のための入院だったはずが妊娠うつがひどく、精神状態も普通ではありませんでした。中でも流産してしまった人、死産して泣き崩れている人、子宮を全摘してしまった人と一緒の部屋だったときは、自分自身の出産はどうなってしまうのかと不安ばかりが頭をよぎり、医師とのコミュニケーションは、全く取れませんでした。治療もされるがまま、いわれるがままの状態、自分から自分の体のことをおなかの子どものことを聞く、説明を理解するということが全くできませんでした。唯一救われたのが、助産師の暖かい励ましでした。そして、突然私は母親になりました。現実を受け止めることで精一杯でした。

2年後、同じ思いはしたくないという気持ちから、自分でもこちらの意思をきちんと医療者に伝えなければと、積極的に治療に参加したいと思いました。しかし、大学病院ですから診察のたびに違う先生というのは当たり前で、1人の先生が出産までをつきっきりで診てくれるのとは違い信頼関係をつくるのはとても難しいです。しかし、第1子のときは、それがとても嫌なことでしたが、考え方を変えればとても安心できることだと感じたのです。誰かがもし見落とししたとしても、きっとほかの誰かが私の早産の原因に気付いてくれるに違いない。私自身が体の異変を伝えれ

ば即座に対応してくれるという信頼がわいてきました。自分が心を開いたら、先生や助産師、看護師がものすごく近くにいてくれたことに気付いたのです。すっかり安心してしまった雰囲気でしたが、大学病院で出産ができないかもしれないと、にわかに病室が不安一色に染まったのは、NICU が満床になり3カ月も入院していた妊婦さんが秋田県に搬送された時のことでした。詳しく聞けば、宮城県内のNICUを持つ病院自体がどこも保育器がいっぱいで受け入れをしていないというのです。にわかには信じがたい現実でした。この仙台でもそんなことがあるのだと、何も知らずに安心して入院していましたが、それからはまた張りつめた絶対安静の入院となりました。この間にも搬送先が決まらず、何日も待機入院している人や、緊急で担ぎ込まれてくる妊婦さんが後を絶たず、こんな大病院ですら安心して出産ができない。解決できない厳しい現実があることを知りました。

私がこの会に携わって間もないころ、ある場所でメンバーの悲痛な訴えをしたところ、こんなことをいわれました。「98%は正常なお産をしています。残りの2%の異常なお産患者を対象に医療体制や周産期医療システムがすぐに整備できるわけがない。そういうことはもう少し大きな会になってから行ってください」といわれました。1人の意見や声だけではなかなか実現できないことですが、どうぞこの少人数の小さな声に耳を傾けてください。メンバーの中には「健全な母親からは健全な子どもが生まれます。まずは生活習慣から早産の予防をしましょう」といわれ、言葉を失った方もいます。もちろん医療者・行政から多大な支援を受け励まされて今日まで頑張ってきたことに変わりはありません。

最後になりましたが、出産が快適だったかと聞かれると、実のところ私自身もメンバーみんなも心境は複雑です。医療の面では周産母子センターのあるとても恵まれた場所で、最先端の治療をしていただいた結果だと感謝しているし、突然のお産で搬送され出産した人も、成長してくれる子どもが近くにいてくれることでやっと実感できたことです。一人ひとりハイリスクであろうがなかろうが妊娠と出産にはたくさんのドラマがあると思います。98%は無事に妊娠・出産を経験しても、残りの2%は本当に少ない確率かもしれませんが、快適性はおろか安全性すら危ぶまれてしまう恐れがあり、いつどう母胎の安全が破られるかはわかりません。そういった人が今は増えていると聞いています。出産をする病院が安全であることはもちろんです。患者や家族は誰も病院は危ないところだと思って治療したり妊婦健診に行ったり出産をするわけではありません。快適性を求めるのであれば個人個人いろいろなとらえ方があって、システムや連携・設備など選ぶ基準はたくさんあります。緊急の場合を除いては、個人がどういう出産をしたいのか。その望みはかなえられ