

な分娩を目指していく必要があります。

日本で有名な妊産婦死亡の防止に関する研究というのがあります。これはだいぶ昔の研究なのですが、平成3年、ほぼ13年ぐらい前のデータですけれども、妊産婦死亡した症例230名を調査しています。その原因が何があったかということ調べてますけれども、230名中62名がうまくいけば死ななくてすんだのではないかというふうにこの研究では結論づけています。そして、どういう原因かという、欧米と比較すると出血に関係する死亡が日本では非常に多い。これは今でもあまり変わりません。1施設当たりの医師数が少ない。つまりマンパワー不足がこの出血に関係する死亡を助けられなかったのではないかと結論しています。そして、この研究の結果、日本ではオープンシステムだとかセミオープンシステムだとかいうものの導入がいいのではないかというふうに、ここで非常に大きく提言がされたわけです。

その研究内容をちょっと見てみますと、スライド左は医師の数です。人口1万人当たりの医師の数。産科医師数は日本では結構それなりに多いのですが、向かって右側のグラフを見ていただきますと、1産科施設当たりの医師の数、産科医は日本は黄色ですけれども非常に少ないことがわかります。これは1.3人です。右側の麻酔医の数を見ていただきますと、日本では1産科施設当たりの麻酔医の数はどうしようもないほど少ない。産科の場合の出血というのは急に起こりますし、また急変します。たくさんの方がばたばたと働いて、そして全身管理のできる麻酔科の医師たちが適切な処置をしないと助からないということがあったことは確かかと思われまます。

システムの定義についてお話をします。セミオープンシステムというものの定義は、妊産婦健診を9カ月ぐらいまで診療所で行って、そのあとは提携病院へ妊婦さんを紹介するというのが、簡単にいうとセミオープンシステム。オープンシステムというのは分娩のときは医者も一緒に妊婦さんとともに病院に行くというのがそのシステムであります。

最近この1年間程度ぐらいオープンについての社会的な議論が高まっております。それをまとめてみますと、まず中林先生たちがおやりになっている研究の中で、16年の12月ですけどもシンポジウム安全で快適なお産のために、いま何をなすべきかというシンポジウムの中で、よい産院の10か条の中に、産科オープンシステムと提携していることということが論じられました。それを受けてでしょうか平成15年12月25日に、厚生労働大臣が医療事故を減らすための方策の一つとして、産科オープンシステムのモデル研究を推進した。そして、16年の1月15日には朝日新聞の朝刊に、健診は医院で出産は大病院でという報道がされて、大きな話題になりました。

16年の4月、日本産婦人科学会の中で厚生労働省の岩尾医政局局長が講演されて、産科オープンシステムを進めたいという意向を示しております。こういうふうな中で16年の9月11日には、日本産婦人科医会の理事会で、産科セミあるいはオープンシステムに対する日本産婦人科医会の考え方を発表しました。それを最後にお示ししたいと思います。

まず、産科セミ、括弧してあるのはセミオープンあるいはオープンシステムという意味です。このシステムについては、地域医療レベルの向上や医療事故防止、周産期医療の安全性の観点から、日本産婦人科医会は順次推進するとの考えであります。つまりこれはあった方がいいと認識しております。ただ、若手医師の少ない現在、これを完全に構築するためには、恐らく10年以上と長い年月が必要であろうと考えています。これはあくまでの都市型のシステムであって、このシステムを構築できるような地域では、徐々に努力していくことが必要です。それから、オープンシステムというのは、本来アメリカ型のシステムでありますので、日本とは診療形態が違います。ですから、セミオープンシステムなんかのほうがより現実的であるので、地域によっては考えてほしいということであります。それから、全国的に見ると、医療機関の配置状況だとか、受け入れに施設内容等、地域差が大きい。その地域に沿って、どのようなシステムが適しているか、このシステムを一つのシステムのオプションとしてとらえて、そのほかの地域性にあったさまざまな周産期医療システムを考えて推進して行ってほしいと述べております。つまり、いろんな周産期システムがあります。お示しましたけれども、セミオープンシステム、オープンシステムだけではなく、現在ある周産期センターを中心としたシステム、それから病院と病院との連携、病診連携、それから診療所と診療所の連携など、その中の一つのオプションとしてとらえてほしいということであります。それから、複数医師のいる診療所や1人医師の診療所であっても、高次医療施設とかセミあるいはオープンシステムとの連携を密にして、分娩のリスク評価を適正に行って、ローリスク妊娠の分娩管理を積極的に行う。ハイリスク妊娠ではできるだけ診療所では取り扱わずに、周産期母子医療センターと高次医療施設へと分娩を集約するべきであると述べております。

ここで平成13年に行いました私たちのアンケート調査で、産科のセミオープンあるいはオープンシステムを実施していますかという質問を、病院勤務医に対して現実的に質問した調査があります。この調査では、オープンシステムを実施している、あるいはセミオープンシステムを実施しているというのが、ほぼ14%でしかありませんでした。また、診療所の医師に対しては、近くに産科のセミオープンシステム

あるいはオープンシステムを採用している病院がありますかという問いをしたところ、「はい」と答えたのは12.9%です。つまり、3年前にはこのようにまだまだ医師の間でも認識の低いシステムでありますし、またどれほどの実効性があるかもまだよくはわかっていません。ただよく考えれば、システムとしては安全性を増すであろうということが非常に期待されるシステムでありますので、決して急ぐことはなくじっくりと調査をしながら、調べながら進めていきたいものだと思います。また、このシステム以外にもいろんなシステムがあることはお話ししましたが、そういう現在行っているシステムをグレードアップしながらセミオープンあるいはオープンシステムを取るべきかどうかということ、みんなで考え合うべきだと思います。そして、最後にそういうふうな状況でありますので、病院側、診療側ともにメリットを延ばしてデメリットを克服し、産科オープンあるいはセミオープンシステムが普及すれば、さらなる安全で快適な分娩を提供することが期待できる。ただこれには妊産婦の立場や離島だとか僻地医療なども含めて、行政医療従事者あるいは国民が一体となって、今後検討していく必要があると述べております。要するに、私たちはともかく分娩に対して、安全なシステムが欲しいわけでありまして、今より以上に安全なシステムが欲しく、妊産婦が1人でも2人でも死ななくなるようなシステム、それを目指してみんなで考えていきたいというふうに思っております。以上です。

岡村：朝倉先生ありがとうございました。日本産婦人科医会の考え方の中にもお話がありましたけれども、静岡県ではオープンシステムに関しましては先進県でございまして、そういうお話を浜松医科大学の産婦人科の教授でいらっしゃいます金山先生からお伺いしたいと思います。静岡県のオープンシステム、実施地域と非実施地域における産科医療の現状、この2つを比較したお話だと思います。金山先生お願いします。

金山：浜松医大の金山でございます。岡村先生、中林先生ありがとうございます。いま岡村先生が静岡県のオープンシステムとおっしゃいましたが、オープンシステムを導入しているのは浜松地域でありまして、他の地域はオープンシステムを導入していないのです。その結果と思われませんが、非常に最近産科医療において顕著な差が見えてきたということで、対比が非常に明瞭ですので、今日このオープンシステムを導入している地域と非導入地域について、現状をお話ししたいと思います。まず、導入している浜松地域ですが、静岡県は380万の人口がありまして、西部地

域・中部地域・東部と約 120 万ずつ人口があります。浜松地域は昭和 49 年、1974 年からオープンシステムの導入を開始しました。青の十字架が、周産期センター、20 週代の未熟児を扱う周産期センターが 4 つあります。診療所はこの 10 年間のデータですが、注目していただきたいのは新規の開業です。新規分娩取り扱い開業はこの赤の十字、分娩を取り扱わない新規開業はピンクの十字で示してあります。ピンクの十字の診療所はオープンシステムをほとんど利用しています。すなわち分娩を扱う開業及びオープンシステムを利用した新規開業は、非常にこの地域で多いということがわかります。一方、静岡県の中西部ですが、黒の十字が分娩取り扱いを中止した公的総合病院です。3 つあります。それから、閉院あるいは分娩取り扱いを中止した診療所が 4 つあります。この地域はあとでお話ししますが、年間分娩 2300 ぐらいあるのですが、その地域が分娩施設の空白地域になってしまいました。本当に隣り合わせの地域ですが、浜松地域は非常に産科診療が充実している地域で、中西部は非常に不足している地域ということでもあります。

話の内容は浜松市のオープンシステムのご説明、それからいま非常に非オープンシステムで産科医がなくなってしまうと、社会的に問題になっている地域のお話をしたいと思います。先ほどから話題になっていますが、オープンシステムは診療所医師が分娩に立ち会い、診療報酬が決定となります。診療所の先生が病院に入り込んで、共同診療を行うというシステムで、浜松の診療所の先生はかなりこれを利用しています。病院は全部の総合病院がオープンシステムを現在採用しています。セミオープンシステムは先ほど朝倉先生のお話にありましたように、分娩は診療所の先生は立ち会わないで、病院の先生が主にやる。これを利用している病院は私たち大学病院だけです。オープンシステムは妊婦さんが診療所で妊婦健診を受けます。そして、36 週、37 週になりますと紹介して、それ以降は病院で健診を行う。分娩は総合病院で行うわけですが、診療所の先生が分娩に立ち会うこともできますし、事情によっては立ち会わない場合もあります。分娩が終わって 1 カ月健診以降は逆紹介し診療所の先生のところをお願いするということでもあります。浜松市は昭和 49 年に西部医療センターで初めてオープンシステム病院が開院しました。なぜこの病院かといいますと、この病院は医師会病院が前身であったこと、そしてアメリカで研修した先生がたくさんいらしたことから、オープンシステムを真っ先に導入したわけです。現在では 6 つの総合病院がオープンシステムを導入しているという現状です。オープンシステムでどのような診療体系になっているかということですが、病院はオープンシステムを導入しますと、開放型の共同診療料が取れます。これはある病院の例です。例えば正常妊娠で診療所の先生が分娩時に立ち会った場

合は分娩料の50%、分娩立ち会いできずに24時間前後に診察に見えた場合は25%。立ち会いしなかった場合でも1回は診察に見えた場合は紹介料1万円と交通費用補填ということで、大体どのオープンシステムを採用している病院もこれに近い形で診療報酬体系を設定しています。

これはオープンシステムを導入しているS病院の病診連携の統計です。2003年度の病診連携の統計ですけれども、産科に関しては、手術の96.1%は紹介だったということになります。それから、逆紹介率が12.3%でした。これはオープンシステムの妊婦さんへのアンケート結果ですけれども、まずメリットとして距離的・心理的に身近な診療所の医療と、より安全性の高い中核病院の医療の双方を得ることができると。それから、分娩時の急変に対し、より高いレベルでの対応を受けることができ、安全性が高くて安心であることでした。また、患者さんの分娩手術などで開業の診察がストップすることがないので、スムーズな健診が受けられるということでありました。デメリットとしましては、分娩に立ち会えない場合がある。加えて36週以降になりますと、主に最低1回は受け入れ病院で診察を受けなければならないとか、場合によっては遠方に通わなければいけないとか、このようなことを指摘される妊婦さんもいました。

これはメリット・デメリットのまとめですけれども、診療所サイドのメリットといひまして、先ほどお話ししましたように、まず開業の先生が非常に増えたということです。先ほどのピンクの中では近畿圏とか首都圏から赴任病院に来て、浜松はこういうオープンシステムがあるから気に入ったということで、開業なさった先生もみえます。他県の出身の先生ですが、開業する先生が最近増えています。開業の先生は従来の分娩収入は期待できませんが、ある程度の収入が確保される。時間的に余裕ができたという声をよく聞きます。病院側も患者さんが増えますし、収入増です。母体搬送等が増えますので、どの病院も周産期センター化しているようです。それから、病院の医師サイドとしては症例が増加しますので、症例経験を踏むことができるというメリットがあります。

デメリットですけれどもクリニックの先生にはあまりありませんが、オープンシステムを導入している病院では患者を多くみても、医師の収入は増えないという不満があります。また診療所の先生とのコミュニケーション不足によりニアミスとか医療事故の増加は懸念があります。ですから、病院の先生方には非常にストレスの部分があるし、過重労働になっている面もあります。オープンシステムを導入するに当たっては、病院医師がある程度数が確保される状況が必要です。4人5人ではやや少ないかもしれないということが、今この地域オープンシステムを導入している

病院でいわれております。私たち大学病院は新しい形態のセミオープンシステムをやっていますので紹介したいと思います。

私たちのセミオープンシステムは先ほどの朝倉先生のお話の中で出てきましたけども、分娩したら翌日診療所に帰すというシステムを導入しています。大学病院でお産をし、翌日診療所で産褥のケアあるいは新生児ケアをしてもらうということです。当院で分娩して、正常ならば24時間以内で開業の先生のところに戻す。帝王切開は2日です。このシステムのメリットは診療所の先生にはオープンシステムと同様分娩、産褥のリスクを回避できる。産褥はゆっくりとした環境で、育児を開始したいという妊婦側のニーズに適合しています。診療所は一般にスペースを充分取ってありますし食事も充実しています。産褥、新生児管理に関しては、開業医の先生の環境が、優れていると考えられます。実際に妊婦さんの満足度も高いというデータがあります。私たちのセミオープンシステム診療所の先生方には新生児介助料とか、産褥の収益がありますので、オープンシステムよりは収入があります。今後このシステムも併用しながら浜松医大としては、フルオープンシステムも併用した形で考えていきたいと思っています。

次に非オープンシステム地域の厳しい状況をお話ししたいと思います。静岡県の中西部地域です。この新聞は中西部の榛原総合病院休診へという記事です。医師がいなくなってしまったということです。新聞で結構話題になりました。この記事は中西部のもうひとつの病院島田市民病院が今年の春から分娩中止となりました。島田市は悲惨でありまして、開業医で分娩されている先生もいないのです。ですから、人口8万で、診療所も総合病院も分娩するところがないという非常に厳しい状況に陥っています。これは静岡県は病院、医師1人当たりどのぐらいの人口の患者さん診てるかということですが、病院1人当たりの医師が非常にたくさんの患者さんを診ていて、また診療所が多いというのが静岡県の医療の特徴です。医師の過疎県です。産婦人科医師の欠員の率ですが、静岡の属する中部地区は多くなっています。東北・北海道も多いですけども、中部も他の地域に比べたら多い地域であります。セミオープン、オープンシステムを導入してない静岡県の中部地域、特に中西部地域は、こういう環境の直撃を受けた状況です。さらにこの地域で特に産科医が減少している理由に、卒後研修システムが開始されたということもあります。卒後研修システムの影響で、首都圏とか近畿圏の大学による医師の引き上げ、が大きな要因です。

この分娩施設の空白地域は、分娩年間2300の地域です。この解決の糸口を得るために市民フォーラムをやろうということで今年の8月に行いました。フォーラム

を開いてこの地域で皆さんに考えてもらうということで、快適なお産、環境作りをということで、岡村先生の班会議の一環として、8月にフォーラムを行いました。実際多くの妊婦さんが参加されまして、様々な意見が出ました。フォーラムの結論ですけれども、同じ隣接する浜松地域で、こんなに充実した産科診療を行われて、妊婦さんの満足度が高いのに、同じ隣の地域でこういう現状になっているのは非常に心許ないということでした。したがって一刻も早くオープンシステムを導入すべきであるという話がありました。それから、病院と診療所、病院と病院の連携の必要性、バースセンターを作るのもよろしいのではないかという意見も出ました。開業医の先生同士の診—診連携をオープンシステムが導入されるまで深めて、診療所の資質を向上してこの地域の産科診療を支えていこうという話も出ました。このフォーラムの成果として、継続的な話しが必要であろうということで、委員会の設置が決まりました。静岡県全体としては、オープン化は決して進んでいるとはいえません。浜松地域だけが先行しているのです。中部・東部地域はまだまだこれからオープンシステムを導入しなければいけないという現状がはっきりしましたので、こういうフォーラムあるいは班会議を通して、全県下にオープンシステムを導入していきたいと考えている次第です。ご静聴ありがとうございました。

岡村：ありがとうございました。今までいろいろな話をお伺いしました。次に私の仙台における産科システムの提言というふうな題で書いてあるのですが、これは本当に皆さんの討論のするためのたたき台というふうに思っていた方がいいと思います。仙台におけるお産施設を考えてみようというのがもちろんこのフォーラムのもともとの趣旨でありまして、一つは各先生方のお話にもところどころに出てきておりましたけれども、産科の医者が実際に足りないということです。特に東北・北海道では大変少なくなってきました。北海道の話聞きましても集中化という話が出てきてるわけですが、集中化する医者もいないというような、北海道は大変厳しい状況になってきておるわけです。実際に私は、大学におりまして、いろいろ産婦人科の医師の現状というのを見ておりますと、実際には北海道だけじゃなくて東北地方にもどんどんこういうようなことが起きてくるというふうに変に心配しております。そのためにはやはりぜひお産の安全性、快適性というものは快適性というものは何かという定義もあると思うんですが、とにかくお産の安全性というものをシステムから変えていくことで、担保していかなければいけないというふうを考えております。ぜひ今日お集まりの方々も含めて全市民の方々に考えていただきたいというふうな趣旨であったわけです。

実際には仙台におきましては、これは桃野先生からもお話がございましたように、三次医療施設というのは仙台赤十字病院・東北大学病院・子ども病院、この3つで新生児の専門医がいるというようなことであります。お産の考え方としましては、お産の拠点病院というような、これは名前はどうかわかりませんが、お産を集中化するような病院を考えていってはいかがかと。その中ではもちろん複数の産科医、いま金山先生のお話では5人では足りないというような話しもございましたが、複数の産科医、麻酔科医が常勤しているような病院。それから一般病院・診療所というような形で少しすみ分けをするべきではないだろうか。そういうふうにしみ分けした中で診療ネットワーク・オープンシステムというものを考えていきたいというふうにご考えております。今日はお産の話ですけど産婦人科というのは実際にはお産ばかりあるわけではございませんで、もちろん婦人科の診療にも携わっているわけです。現在の産科のシステムといたしますと、1人の妊婦さんが病院に直接妊婦健診なりなんなりそこでお産したいという所、何処でも行くことができる。診療所Aというところにも行くことができますし、大きな病院に直接行くこともできるし病院さん、似たような形をしていますがこういうような病院にも自由に、これはもう妊婦さんの自由意思によって選択することができるわけです。しかし、この中で一番問題なのは何かあったときに救急車を利用して診療所から病院、病院から病院というような形でこの救急車を利用していろいろ搬送しているというようなことでありまして、実際には診療所でお産する場合や病院でお産したときに、何か起きた場合には、どうしてもマンパワーの不足がクローズアップされる可能性があるわけです。そこでいま安全を考えて、これからの産科システム。これはX年、10年後ではありません。X年後のビジョンということになります。とにかく産科の医者、医療スタッフが産科の医者のみならず新生児の医者・麻酔科医、それから助産師さん・看護師さん、これは非常に足りないのは、今の現状であると思うのですが、それを何とかうまく利用するシステムを考えていかなければいけないというふうに思っております。拠点病院というふうにお産の拠点病院というふうにご名前を付けましたけれども、これはどういう病院、名前でも結構なのですが、ある程度の医療資源というものを集中化させたような病院を作っていく。

そして、どなたか先生のところにも話しがございましたけれども、病院の中でお産をやらない病院というものがあって、ほかの婦人科なりなんなりそういうものに特化したような病院があってもいいのではないかと。産婦人科の医師の中でも、産科ばかりやっている医師は非常に少ない現状ですので、お産以外にも手術とかいろいろなことをやらなければいけないので、非常に労働条件は厳しいわけです。また、

その他に女性医師という問題もございます。女性医師は、家庭その他いろいろな事がありますので、当直を何回もできるわけではありません。そのようなことから、女性医師は外来だけやるというような形もあっていいのではないかというふうに思います。こういうような形で、これが要するにオープンシステムだと思っておりますが、仙台市内においてもオープンシステムというものを少し頭の中に入れて、考えていきたいというふうに考えております。中林先生のほうから一番最初の基調講演でございましたように、8カ所こういうオープンシステムのモデル地区を設定していろいろなことを考えてみようという試みがあるようです。だから仙台・宮城県におけるオープンシステムというものは、どうあるべきかということをご一緒に考えていただいて、数年後には安全性と、それからまたは快適性というものが十分担保された分娩のシステムということが考えられれば素晴らしいというふうに私は考えておるわけでありまして、そういうわけで、ぜひこういうような形で、たくさんの健康な赤ちゃんが生まれていただくということが究極の目的でございます。というわけで私のプロポーズですが、終わりにいたします。最後に厚生労働省の苗村課長のお話をお伺いします。

岡村：今日わざわざ大変苗村課長お忙しい中この仙台までおいでいただきました。行政の立場から周産期医療支援ということで、苗村課長に厚生労働省の考え方というものを教えていただきたいというふうに思っております。先生どうぞよろしくお願いいたします。

苗村：ご紹介いただきました厚生労働省の母子保健課課長をしておりますナエムラでございます。本日は岡村先生を中心にいたしまして、こういったフォーラムを開催させていただきまして、誠にありがとうございます。私どもはこの領域に関しまして、大変関心を持っておりまして、また研究班活動ということで、この領域におきまして特に若手の産科医それから小児科医の方々の養成ということで、こういった方向で行っていったらいいかといったようなことに関しまして、研究を進めていただいております。その研究班の活動の一環としてこういったことを行っているというふうに理解しておるわけでございますけれども、今日は行政の立場から今いろいろな形で先生方のほうからご紹介、ご提起いただきましたけれども、そういったことに関しまして、今取りあえず考えていることをご説明させていただきたいと思っております。

周産期医療支援に関しましては、一般的な問題といたしますか、一番大事な課題が

ございまして、これまで小児科医並びに産婦人科医のさまざまな数が足りないのではないかと。特に小児科救急あるいはまた産科の分娩等に関しまして、非常に厳しい状況が訪れているということでございまして、そういう中で何を考えるのかということで研究班を作りまして、3年間研究を行ってまいったところでございます。今年度とりまとめということでございまして、この11月の5日の日に研究班の全体の会議が今年度また行われまして、最終的なとりまとめの案を提示いただくことになっておるところでございます。その中では30個ほどのいろいろなご意見がいただけるということで伺っておりまして、まだその中身をこちらにほう承知しておりませんので、ご紹介はまだできないわけですが、そういった中では今こういう小児科の場合と産科の場合とだいぶ様子が違う。小児科の場合には、先生方の数は必ずしも不足状態ではなく、医療機関の医師の適正配置の問題というほうが大きいのではないかとといったようなことをご意見をいただいております。それで逆に産科のほうに関しましては、基本的に先生方の数が非常に少なくなっているということと、女性の先生方もかなりの産科の先生方の中で増えてまいっておりまして、そういった先生方が仕事の関係、いろいろな大変忙しいといったようなこと、それからまたご自身が結婚されたりされまして、子どもさんを作られて、その後、そういった場合に一時的に仕事は離れられるとかいったこと、その復帰がなかなか今システムが整っていないとか、いろいろなことがあって絶対数として足らなくなってきたとといったようなこと。

それから労働環境に関しまして、既に出ておりますけど、こういった当直の問題とか先生方自体が燃え尽きていってしまいかねない状態、そういったものがあるといったようなことです。それから、将来希望といたしますか、かなり心配があるということで、少し高齢化がいま進んでまいっておりますので、現在で110万人から120万人の出生数でございますけれども、このままでいきますと50年ぐらい先には、出生数が今の半分ぐらい60万から70万程度になるのではないかと、そういった将来予測が行われますので、非常に自分たちの将来に対してもご心配というのは若手の方々が大変ある。それ以外にもう一つは先ほども出ておりましたけれども、医療訴訟の問題がございまして、非常に出産自体がそれほど一般的に考えられているような100%安全なものではないということで、不可抗力によってどうしても救えない場合もあるわけでございますけれども、それがミスのために救えなかったケースと、今かなりごっちゃになった形で医療訴訟になっていくということがございまして、なかなか産科に若い先生が行きづらいといったようなことが出てきているということでございます。

こういった一般的なといいますか、大きな問題というのは、ほぼ先進国共通の問題ということで、アメリカなどに置きましても産科の医師の問題というのが出てきているというふうに伺っておるようなところでございまして、この辺の根本的な問題というのが一つ私たちのほうとしては、研究班の中で一定の考え方を出していただいて、そしてそれに対して取り組みを進めたいと考えております。それから、周産期医療の構造的な課題というのがございまして、既にもうご報告が行われていると思いますけれども、一つはこういう低出生の体重児の方が増えているということで、不妊治療が進むに従いまして多胎といいますか、双子以上の方が生まれる可能性が非常に高いということで、産婦人科学会などにおきましてガイドラインを作っただいておるような、ガイドラインといったもので一定程度こういった多胎を防止するための努力を行っていただいているようなところでございますけれども、こういう低出生の体重児が生まれる中で新生児医療の問題というのが非常に出てきている。

それから、また妊婦の方々のやせの願望とかといったものもかなり強いものもございまして、こういったことが低出生体重児の増加につながるということがございますので、保健指導とかあるいはまた妊婦健診時の適切な指導というのをお願いをするといったようなことを行っているところでございます。それからまた周産期医療のレベルが非常に向上してまいっております。そして、逆に子どもさんを希望される方々の年齢というのがだいぶ高くなっているということで、30代の後半から子どもさんが欲しいといった方々も増えてまいっておるというようなことございますので、かつまた最近も報道されておられますけれども、心臓病であるとかさまざまなこれまでですとなかなか出産に踏み切らなかった方々が出産に踏み切って行かれるといったこともあります。かつそれを何とか産科の先生方が巧みに助けるだけの技術というものも確保していただきつつあるといったようなことです。そういう中でハイリスクの子どもさんが生まれて、重度の障害を受けられたりそういうようなことで、こういったものは出てきたり、今ハイリスクの子どもさんたちの周産期の中で特に新生児医療の中におきまして、当初最初の10年ぐらいは、子どもさんたちが死なないようにということで努力をいただいていたのが、その次の10年は、障害ができるだけ残らないようにという努力が行われまして、これからは重度の障害を持たれた方々に関しての在宅の利用の問題とかさまざまなものが出てきているということでございます。

地域の周産期医療体制ということでこういった、先ほどもご紹介いただいておりますが、私たちのほうとしては、周産期医療のネットワークというものを作っていた

だきまして、地域の分娩機関から地域の周産期母子医療センター、そしてまた総合周産期母子医療センターといったような形でハイリスクの方々の治療というのをこういったシステム化、ある程度かなりシステム化していくことで周産期の死亡率を引き下げていこうということで、これまで特に総合周産期母子医療センターを100万人の人口当たり1カ所ぐらい作っていただくということで努力をしてみたいわけでございます。現在のところ25の都道府県で38カ所ぐらいの総合周産期医療センターを作っていただいているようなところでございます。まだまだこういった総合周産期医療センターを作っていくということに関しましては努力が必要かなと思っております。また、都道府県でこういった体制全体を動かしていくためのネットワーク作りを行っていただきたいということで、そういったものの経費も予算化をしておるようなところでございます。

宮城県の場合は仙台の赤十字病院が総合周産期母子医療センターということで活躍いただいておりますし、また周産期医療の協議会というのを作っていただいて、いろいろと県としてもいろいろご議論をいただいておりますということでございます。これが一番私たちの中心的なところでございますけれども、それ以外にいま開業産科医院の方々の減少といったものもございますので、産科オープンシステムのモデル事業というのが、これは私どものほうの事業ではなくて、医政局のほうの事業ということで、主に医療事故の防止という観点を重視した産科のオープンシステムモデル事業を平成17年度から行いたいということで、いま予算要求が行われている中でございます。

それから、周産期医療ネットワークの役割といいますか、そのあたり総合周産期医療センターといったものを中心的にして、都道府県におきましていろいろとご検討をいただくといったようなことになっております。それから、地域の医療機関を再編・統合化することが必要なのではないかという考え方も私ども持っております。先ほど岡村先生のほうからご提示いただいたような私のさまざまな考え方といったもの、一つのモデルになるのではないかというふうに考えております。それから地域医療計画において、こういった周産期医療に対してに関しまして、もっとしっかりと位置づけを強めたいといったようなことを考えております。

それから、診療報酬におきまして、こういった形でこういった分野を行っていくのかということで、私どもの総合周産期医療センターに関しての支援というのは、基本的に運営費の赤字部分を補填するということで、少ないところでは数100万円レベルから、多いところでは4000~5000万円までの応援をしておりますので、そのあたり診療報酬の中でそういう赤字が解消されるようにしていかないとはいけな

といったようなことを考えております。母子保健課の立場と医療課の実際に診療報酬を検討するところが少し、こちらのほうとの考え方というのは必ずしも一致しているわけではありませんけれども、なんらかの形でこのあたりでの手立てというのは今後必要になっていくのではないかというふうなところではある程度共通の考えもございます。私たちの母子保健課のほうから医療課のほうに対しまして、このあたりしっかりと考えてもらえるように、いろいろと働きかけを今しておる最中のございます。

それから、これは受け皿の問題で、先ほどこういった新しい治療技術と治療の選択の問題とか、特に訴訟の場合、医師の方々がきちんとした形でどこまで説明していただくかとかいったことがありますので、これまでの先生方のお考えといえますか、おれに任せておけというのはあまり、そういった先生方は少ないとは思いますが、先生方の説明といったものも非常に必要になってきている世の中、そういう時代なのだろうと、ちょっとそのあたり患者さん方の希望と医師の側の説明の問題というのが出てくるのかなと思っております。それから、またそのあたり患者さんたちが安心して快適な医療を求められるというのと、医療機関側のいろいろなシステムといったものが、どういうふうにかみ合わされるのかといったものが、そのあたりで訴訟の関係では出てくるのかなというふうにございます。私たちのほうといたしましては、特に現在のところ周産期医療センターというのを中心にしながら、体制作りを行っていただくということで行ってまいりましたけれども、今後は産科医の方々の養成とかそういった点におきましても、そしてまた産科医のみならず助産師さんとか看護師さん、そういった方々に関しましていろいろと対策を取っていきたいということでございます。

今後、研究班のご意見をもとにしながら、また対策を打ち出していきたいと思っておりますので、ご協力をお願いしたいと思います。では、どうも失礼いたします。

岡村：苗村課長どうもありがとうございました。すべてお話をお聞きしました。プログラムには休憩とございますけれども、休憩される方はどうぞしていただき、トイレタイムなりなんなりしていただいて、そのままディスカッションしたいと思っております。お手元に質問カードというのがいってると思いますが、もし質問を書かれた方はよろしければ受付のところにそのままお出ししていただきたいというふうにございますので、どうぞよろしくをお願いしたいと思います。

今日は最初中林先生の基調講演から始まりまして、お産の体験、佐々木さん、堀籠さんの出産体験など、非常にいろいろな問題提起があったと思っておりますけれども、

その後、仙台赤十字病院の院長の桃野先生から、総合周産期医療センターの宮城県での現状というような形でお話がありました。その後、仙台医療センターの和田先生から現実的な産婦人科の足りない医療労働条件の悪さといえますか、そういうようなお話があったと思います。どうぞすいませんですけども、お話ししていただきました先生方、前のほうにお座りいただきたいと思います。それから、その後に佐藤喜根子先生からは、助産師さんの問題と、産婦さんがどういうことを求めているかというようなお話がございまして、朝倉先生には全国的な産婦人科医師の集まりであります産婦人科医会の考え方、金山先生には浜松でのオープンシステム、非常に成功している例とオープンシステムを導入しなかったら駄目だった例というようなお話があったと思います。そして、最後に苗村先生のお話がありましたけれども、どうぞご自由にご質問をお受けしたいと思います。実はいま金山先生のほうから40分にここをたたないと、電車に間に合って帰れないというようなお話がありましたので、できるだけ最初のほうは金山先生を中心にして、浜松のオープンシステムに対する質問があればよろしいかと思っておりますけれども、別にそれに限ったことではありません。特に今日は助産師さん、看護婦さんもいらっしゃいますので、何なりとこういう問題について、今お話しして疑問に思ったことをご質問していただきたいというふうに思っております。いかがでしょうか？はい、どうぞ。ご所属とお名前をお願いいたします。

クラタニ：東北大学病院麻酔科のクラタニといいます。先ほどからお話を伺っていて、これからのお産する施設の在り方としてオープンシステムという考え方と、厚生労働省のほうでやっている総合母子周産医療センターという施設を作って、どちらかという地域のお産施設をバックアップしていく施設を作ろうというやり方と2つあるように思うのですが、それは目指すものとしては同じものなののでしょうか？それとも、ちょっと違うものなののでしょうかということが、聞いてみたいです。

岡村：朝倉先生あたりからオープンシステムの目指すものでいかがでしょうか？ちょっとお話を。

朝倉：私が本当は答えするより行政の方をお願いしたほうが良いと思うのですが、周産期医療というのは柱が2つありまして、お見せした通り周産期死亡率を下げるという赤ん坊に対する医療と、それから妊産婦を死なせないという2つの柱です。

私たちから見ると総合母子医療センターを中心とした医療というのは、どちらかというときには赤ん坊だけに目が向けられているようなところもあるように思います。つまり、本当に母体が危なくなったときに、全病院をあげて母体を救命できるようなシステムが総合母子医療センターになっているところもあるでしょうし、なっていないところもあるような気がします。だから、そういう意味ではいま私自身が考えているオープンシステムというのは、そういう機能を持った病院というふうに考えています。ですから、それに間違いがあるようでしたら、行政の苗村課長からご訂正いただきたいと思います。

苗村：両方の考え方というのはほとんど同じものであるというふうに大体理解はしております。入れ先をどうするかということで総合周産期医療センターというのは、ハイリスクな妊婦さんたちと、それから新生児の生まれた方々を両方対応していただくということで、一番リスクの高い領域を行っていただいて、地域の周産期医療センターはもう少しリスクの低い方といったような形で考えておりますので、うまくシステムなりネットワークが産科のオープンシステムとあるいはセミオープンシステムとタイアップできればいいなというふうには考えております。

クラタニ：ですから、今のお話を聞いていても、朝倉先生のお話だと、ハイリスクとかローリスクにかかわらず、どちらかというとその地域のお産をみんな引き受けるような病院をマンパワーと人的資源と物的資源を集中して作っていきこうというふうに、私には聞こえたのですが、苗村先生のお話だとどちらかというハイリスク分娩を総合周産医療センターで扱っていきこうというふうにも聞こえたのですが、それはそういう理解でよろしいのでしょうか？

岡村：国の立場は苗村課長がおっしゃたような通りだと思いますけども、やはり実際の運用になってくるといろいろな現実がありまして、和田先生いかがでしょう？ 仙台市の現状といいますか総合周産期医療センター、桃野院長がいらっしゃいますけど、そういう形のハイリスクの問題と、やはりオープンシステムと、そこにオープンシステムをしたときの、例えば仙台赤十字病院がこれだけのハイリスクを扱って、そしてまたオープンシステムをやって、そこにたくさん妊婦さん、正常の妊婦さんもどんだん来るといようなイメージがあるのですけれども、二つの問題の擦り合わせといいますか、それをどういうふうにしたらいいかという問題なのですけど、和田先生いかがですか？

和田先生：やはり実際問題としては先ほど申し上げましたように、お産をする病院というのがやはり1人、2人では大変だというふうなことがありまして、そういったところで岡村教授は分娩の拠点病院という言葉を使いましたけれども、病院の中ではそういうところをお産の施設を少し絞らざるを得ないというふうなことが一つございまして、それから総合周産期センターというのは、やはりどちらかというところ宮城県の場合いま問題になっております周産期の新生児です。そういったバックアップ、NICU そういったあるいはかなりの合併症の妊婦さんとか、そういったハイリスクがどちらかというところそういうふうな感じの傾向のすみ分けというふうな感じになるかと思ってイメージしておりますけれどもいかがでしょうか？

岡村：金山先生、浜松ではそうするとオープンシステムの中に総合周産期医療センターの場合はどういうふうなすみ分けになってますか？

金山：まさにいま問題になっているところでありまして、総合周産期センターでオープンシステムを導入しているところがあるのです。そこではどういうことが起きているかといいますと、それはやっぱりローリスク妊娠も分娩もそのセンターに集中してしまって、分娩数はかなり急増している。その結果病院医師がかなり過重労働になって悲鳴をあげているという現状ですので、やはり朝倉先生のお話にもありましたように、ローリスクとハイリスクの基準を早く全国共通のを決めていただいて、やはりオープン総合周産期ではハイリスクを中心にして、診療所でローリスク分娩を積極的にやってもらいたいと思います。現時点の日本、私たちの環境ではそう思います。

岡村：はい、そういうことでございますけれども、特に佐藤喜根子先生の話で出ました、助産師さんが積極的に関与するローリスク、ローリスクというかりリスクのない方々のお産、そういうこともあると思うのですが、そういうシステムを考えていかなければいけないと思うのですけれども、何か。はい、どうぞ。

ヒョウドウ：開業医に勤務しています助産師のヒョウドウといいます。私が最初にこの話を聞いたときには、ハイリスクではなくてオープン化、全部宮城県の中では6つぐらいの病院にお産を絞っていくというようなふうにとってしまったのです。そういったときに、一番すごく心配したのは、私どもも開業医ですので、ハイリスクを日赤とか今まではコクセンとか大学病院に受け取ってただいていて、すごく助

かったのですが、それも含めてではなくてオープン化にするというふうにとったときに、すごく一番心配したのは小児科との連携だと思うのです。小児科の先生たちとの連携がどうなっているのか。私も前日赤に勤めてましたので、NICUの先生たちの働きぶりはすごくよくわかります。桃野先生もおっしゃってましたけど、先生たち平均年齢が45歳。これはどこでも過重労働とかいろいろやって大変んだというのですが、私は一番初めにこの話が出たときに、小児科の先生たちの連携、仙台医療センターで小児科の先生がいなくなってしまう、いらっしゃるのでしょうけど、子どもを診られる先生が少なくなってしまうといううわさを聞いたときに、こういうオープン化するとき小児科の状況、NICUは子どもと日赤と大学の3つだけにいったときに、どういう形になるのだろうと、すごくそこが心配しました。それから、もう一つ単純に心配したのが私たち助産婦はどういう形になるのだろう。その6つとか幾つかに集中したときに、そういうところで雇ってもらうとか、これちょっとごめんなさい。これは単純だから、そういうことになるのだろうかとか、すごく不安になったのです。だから、院長先生たちにこういう話しが出たというのはちらっと聞いたのですが、私ども看護部長とかそれから助産師にも、それから生む側の利用者側のする人たちと、こういう話しが同時進行で今まで進む。今が出発点なのかもしれないのですが、でもどっちかという先生たちのお話のほうが先に進んでいて、私ども助産師とか生む側の人たちは、少しワントempo遅れていっているのではないかなという気がしたのです。これはちょっと質問とは違うのかもしれないけれども、そういうことです。だから、一番は小児科とのかかわりとかそういったことです。あとは喜根子先生がアンケート取っていましたが、それからお2人の患者さんの立場の人がお話ししてくれた、やっぱりコミュニケーションが取れるとか、浜松ではそういうところが30何週に行って、もう1回行って、それでお産になったときに、受ける側の人たちの反応とかそういうのを本当にどうなったのだろうかなというところを、もうちょっと伺いたいなと思っております。ちょっと散漫してしまいました。

岡村：はい、ありがとうございます。まさに3つの点。まずNICUの医者の問題、それから分娩を集中化してオープン化したような場合に、助産師さんがどういうようなかかわりをその中で持っていったらいいかというようなことになると思うのですが、金山先生、実際には開業の先生、診療所の先生でやはりいろいろ助産婦さんが妊婦さんなり産婦さんなりのケアをしていると思うのですが、オープン病院とどういふふうにかかわっておるわけですか？

金山：診療所によっては連携している病院に助産師さんに来ていただいて、合同のカンファレンスに参加をしてもらおうという試みをやっているところもあります。でも、助産師さんはどういう形で参加していただくかというのは、これからの課題の部分が結構多いです。それから、最初の質問の NICU の件ですけれども、非常に大事な問題なのですけれども、一つの方策、解決の方策としては、最初に浜松で導入したオープンシステム病院があるのですが、そこは NICU は産婦人科がやっています。ですから、産婦人科医が NICU をやっているとか、産婦人科医に、そこにマンパワーの資源を導入することによって NICU も分娩施設も同時にある程度うまく回るようになるということですので、大体 NICU の人的に不足をきたしてるところは、小児科主体の NICU、浜松でも結構不足になっていますので、やはり NICU は果たして小児科の先生がいいのだろうかということがいま話題になっています。

岡村：はい、いかがでしょうか？ 今の問題。NICU の医者の問題は議論しますとどんどんどんどん大変な問題です。仙台市内でも NICU の医者が非常に足りないということは、ここにいらっしゃるどなたも感じてるところだと思えるのですけれども、いかがですか？ 今のオープンシステムのお話の中で一つ、はいどうぞ、タカハシ先生。

タカハシ：元国立仙台病院勤務のタカハシでございます。一つ金山先生に新規開業の西部地区の先生の中に、分娩を取り扱って、しかもオープン病院のほうにも会員になっていない。何かあったら総合医療センターのほうにお願いするという先生が結構いるというふうに聞いたのですが、収入なんかの関係でそれはどうなっているのでしょうか？ そういう形は結構あるのですか？

金山：過去 10 年の先ほどの新規開業を出しましたけれども、最初前半の 5 年はそういうタイプの開業の先生が多くて、そういうタイプの先生はセミオープンシステムに近い形だと思います。何かあれば母体搬送するという連携はしっかり取れていると思いますが、後半は、最近 5 年間はほとんどもうオープンシステムを利用した開業で、今は分娩開業はないです。ですから、分娩しないでオープンシステムをうまく利用することによって、若い先生方がどんどん開業の意志を示す先生たちが増えてきていますので、今後、分娩開業が増えるかどうかというのは、浜松地域で非常に疑問な部分があります。ですから、オープンシステムを利用して、医師としての

QOL の高い開業医を目指すというのが、何となくこの地域の雰囲気になっていきます。

タカハシ：どうもありがとうございました。あと先ほど新生児を見る。NICU で子どもを見る医者が少ないというのも出ましたが、私は日本産婦人科学会のかつて産科と新生児の双方に案外力を入れていたのですけれども、ある時点から新生児から撤退したような感を持っているのです。それで、産科主導の新生児の医者というのはいなくなって、私、認識しているのでは鹿児島市立と浜松のところで、あとはもうあまり新生児やらなくなった。やはりもう一度見直して、これは学会の特に岡村教授などをお願いなのですが、やはり小児科サイドと産婦人科サイドと2つのほうで、やはり新生児というのを見ないと、小児科学会に振り回されているようなNICU ではやはりこれからこういう問題で、いつも新生児を見る医者がいないいないというふうになるのではないかなと私は思うのです。これは岡村教授へのお願いです。それからあと一つが、行政の苗村先生のほうにも、こういう認識、現状を十分に理解していただいて対応していただきたいです。というのは、東北地区にはなぜ産婦人科医が少ないかという、せつかく卒業した医者がみんな関東とか関西とか向こうに行ってしまいます。それで、ご承知かと思いますが、弘前と山形でしょうか？地域枠という推薦枠と何か設けて、定着するような、何かを設けるという話を聞いたのです。それで、そういうふうなことでも何か行政のほうで指導して、これは文部省がやるのでしょうかけれども、ご意見申し上げて何かそういう地域に定着するような周産期医師を作っていくないと、もう地域偏在、これを均等化すると、医者の均等化といっても医者個人がそこに行きたくないといわれると、どうにもならないのです。ですから、そこをよろしくお願ひしたいと思います。以上です。

岡村：ありがとうございました。タカハシ先生の前段のお話で産婦人科の医者はもう NICU に関与すべきだということは、もちろんごもっともでありまして、実際には旧新生児学会、周産期新生児医学会ですか？ その中で専門医制度というのがスタートしております。新生児のほうが先にスタートしているのですけれども、その専門医を取るためには産科の専門医または小児科の専門医、5年間です。5年間で取ってから、どちらでもいいですが、産科の医者がNICUの研修指定になっている、例えば、仙台赤十字病院で3年間、二股かけてはいけないのですが、新生児の医療に従事すると専門医になれるというようなシステムができあがっています。ぜひそういう産婦人科の若い先生方も実際には産科の医療の現実に見てまして、NICU が

足りないというのは十分知っているのです。また NICU の新生児を扱ってみたいという産科の医者も現実には出てきておりますので、急には無理だと思いますが、数年先、3年、5年先には少しずつそういう医者も出てくると思います。お互いに小児科サイド、産婦人科サイド両側でそういうのを取り扱えるというようなことになれば一番いいんじゃないかなというふうに思っております。それから、何でしたっけ？ タカハシ先生のもう一つのお話を。ご質問。地域のですね。何かほかに今のお話を含めて、ぜひ今日は医者のほうは何回かこういういろいろなミーティングがありまして、この問題に関してはわかっているのです。ぜひ一般の方それから助産師さんの方のお話をいろいろお聞きしたいと思いました。はい。

タカハシ：先生、もう一ついいでしょうか？ 助産所は厚生労働省の考えているオープンシステムの図あります。あの中で助産所の位置づけというのはどういうふうになっているのでしょうか？ 苗村先生にお聞きします。

岡村：ちょっとその前にすみません。金山先生がお帰りです。申し訳ないのですがけれども、今日は大変いいお話をありがとうございました。

タカハシ：病診連携とか病病連携とか、それからネットワーク化の中で、助産所の位置というのは改正案のほうには助産所もと書いてましたけれども、あれはもっと具体的に、お話し難しいでしょうけども、助産師さんがたくさん来ていますから、もしお話しできれば。

苗村：その件に関しては担当の課ではありませんでして、詳しい中身は私のほうは把握しておりません。

岡村：どうぞ。

中林：産婦人科医会のほうで「健やか親子 21」の課題2の中で、助産師さんたちとお話しするチャンスがあるのですが、研究費用を今年いただきまして、助産師さんたちの研究としては、助産師さんたちのオープンシステム病院というような本来のオープンシステムではないのですが、そういったことを研究したいということでした。つまり、例えば東京に日赤医療センターがありますけれども、日赤医療センターの中で助産師さんたちが妊婦さんを連れていって、自分たちがお産するようなこ