

公開市民フォーラム
宮城県のこれからのお産を考える

日 時：平成 17 年 11 月 27 日（日）14:00～17:00
場 所：仙台市民会館 小ホール

～第 I 部～

- 14:00 東北大学医学部産婦人科教授
岡村 州博
「産婦人科医がない!？」
- 14:15 旭川医科大学病院長
石川 睦男
「北海道における周産期医療提供機構の危機」
- 14:30 仙台医療センター総合成育科部長
和田 裕一
「仙台市における分娩の状況～セミオープン化を開始して」
- 14:45 岩手県立釜石病院副院長
小笠原敏浩
「妊婦遠隔診療システムの構築-産婦人科休診をカバーできるか-」

— — — 休憩 — — — (15:00～15:10)

- 15:10 東北大学医学部保健学科教授
佐藤喜根子
「院内助産院とは何か? -最近の動向-」
- 15:25 公立刈田総合病院助産師
渡部 輝子
「病院で自然なお産がしたい!」
- 15:40 厚生労働省母子保健課課長
佐藤 敏信
「産科・小児科医療の確保とその問題点-行政の立場から」

— — — 休憩 — — — (15:55～16:05)

～第 II 部～

16:05～17:00 公開討論

岡村:けたたましいブザーが鳴りまして、2時になりました。ただいまから宮城県のこれからのお産を考えるということの公開市民フォーラムを開かせていただきたいと存じます。私は東北大学産婦人科の岡村と申します。今日の朝日新聞、ご覧になった方もいらっしゃるかと思うんですが、大変いろいろなお産を取り巻く状況が少しずつ変わっておりまして、今日はいろいろな方面、もうすでにプログラムでご案内のとおりであります。いろいろな方面からのいろいろな方々のご意見をお伺いして、宮城県におけるお産、これからのお産をどうしたらいいかということをご一緒に考える時間を持ちたいと思ひまして、この市民フォーラムを企画いたしました。

これは、これからいろいろな、私も含めていろいろな方がしゃべっていただくわけですが、もしご発言がございましたときには、どうぞマイクをお使いいただきたいと存じます。少し記録をしておりますので、ぜひマイクの前で活発なご意見をいただきたいと思ひます。

それでは、このプログラムにのっとりまして、いろいろスタートしたいと思います。一番最初は私がしゃべることになっておりますので、ちょっとあちらのほうに移って、キックオフをしたいと思います。

それでは、少し私のほうからこのフォーラムの背景といいますか、そういうようなことを少しお話し申し上げたいというふうに思ひます。題名は非常に「産婦人科がない」というショッキングな題名にいたしましたけれども、これは昨年度から産婦人科医が非常に少なくなっているというようなことで、本当に、実は昨年度の県の会議で、私が「もう病院でお産できないかもしれませんよ」というような話をしたら「本当ですか」と大変皆さん、市民の代表の方から「そんなことはないでしょう」と「そんなことになったら、どうするんですか」というようなお話をいただきました。

そんなこともありまして、現実を少し見えてみて、それからどうしたらいいのかというようなことも少しお話ししたいというふうに思ひました。次を出してください。

これはもう産婦人科といいますとお産、お産といいますとわが国での人口動態ということをお話しておるわけですが、2005年の上半期3万1,000人のマイナスということで、初の人口減少も起こるであろうという予測でございます。そうしますと、一人ひとりの赤ちゃん、お産というものが非常に大切なものになりますので、とにかく昔のようなかたち

ではなくて、いかに分娩への安全性というものを十分考えていかになくちゃいけないという
ようなことが浮かび上がってくるわけであります。次をお出してください。

これは人口減少の、特に東北地方の出生数と死亡数を見たものでありますけれども、青
いのがこちらが出生数で、赤いほうが死亡ですね。これを見ますと、右下のほうに東京都
がございますけれども、東京は人口増というようなことになりましてけれども、宮城県も少
し死亡よりも出生が多いというようなことになりまして、ほかの東北地方はもうすべて人
口減少のパターンに陥っているということでありまして。はい、次お願いします。

今までこういうようなことで、私たち産婦人科医も含めて小児科、それから助産師さん、
いろいろな医療界におきまして、今まで培われてきた成果というものは、日本の周産期死
亡率は世界で一番というようなことになっております。はい、お願いします。

このように早期新生児死亡率、それから妊娠 28 週以降の死産比、こういうものを各国と
比較いたしましても大変素晴らしい状況でありまして、これはもうわが国が世界に誇るべ
き状況になっているというようなことなんであります。はい、次お願いします。

ところが、これがやはり昨今の医療事情を見てみますと、大変。次、お願いします。も
う危険小さかったものが妊婦さんの周りに大きな危険として、はい、どうぞ。危険性とし
て広がってきているというふうに、私は危惧しておるわけでありまして。はい、次お願いし
ます。

では、お産の安全性を脅かすものというものというの、どういうものが考えられるで
しょうかということになります。はい。まず、内容としては母体死亡ですとか、母体の
何か障害が出る。はい、次、どんどん出してください。周産期死亡が多い。それから、胎
児、新生児の障害。それには感染もありますし、低酸素症、それから新生児仮死、脳性ま
ひと、こういうようなパターンがあります。

実際に、こういうものに対して内容。これが内容ですけれども、その脅かす主たるもの
として、医療スタッフが足りない、産婦人科の医師数が足りない。特に病院に勤務する産
婦人科医がいないと、それから新生児の専門医がいなくて、麻酔科、これも今、大変問題に
なっておりますけれども、麻酔科がいなくて。それから、助産師さん、看護師さんの数が足
りない。

こういうようにお産を取り巻くマンパワー、これが非常に不足しているというようなこ
とが、今クローズアップされてきているのではないかなというふうに思います。はい。は
い、お願いします。

これは日本産婦人科学会に所属する医師の数と、それから東北連合地方部会、要するに
東北 6 県に所属する産婦人科の会員数の推移でございます。これ、ご覧になって分かります
とおり、青いのが東北地方のことでありましてけれども、全国の日本産婦人科学会会員の動向
と比べますと、平成 9 年度から見ても分かりますとおり、極端に東北地方の産婦人科医が
減っていると。これは会員ベースですので、産婦人科以外の方も少しは入っていますが、

ほとんどが産婦人科医というふうを考えられます。

このように東北地方では特に、産婦人科の医者が減少しているということが大きな問題として残っているわけです。はい。次、お願いします。

これは医育機関の産婦人科の入局者を見ています。これ見てみますと、一番少ないのは北東北というふうな、一番右側にございますけれども、その左3つ目に南東北と。要するに、東北地方、その前に北海道とありますけれども、もう南と北を足しても中国とか、北関東にも達しないというようなことで、医育機関というのは各県に1つずつございますけれども、そこに入る、産婦人科を志望して入る学生も非常に少ない状況になっているというようなことなんでしょう。はい。

そんなこともありまして、大変産婦人科医が少ないということから、いろいろな病院、特に公的病院の勤務医が大変少なくなっているというようなことから、常勤医の引き上げ、引き上げという言葉は私はあまり好きではないんですけども、要するに大学に戻ってきているわけではなくて、ほかの病院のほうに移動してもらっている。または、そこにいた先生が開業してしまったというようなことでございます。

これはもう花巻厚生病院という岩手県のことですけども、これが全国的にこのようなかたちで、勤務医が少なくなっているということになります。

そこにインターネットの書き込みが書いてありますが、まさにここにありますように退職される理由はよく分かりますけども、自分が辞めたら産婦人科自体が閉鎖に追い込まれるという状況をきちんと理解されて辞めようと思ったのでしょうか。後任を探してくるとか、そういう配慮もなしに、じゃあ辞めます、だったら患者さんは一体何なのかと思っていますというようなことで、本当にこれは、要するに産婦人科のエゴイズムのように見えますが、こういう事態になってきたというようなことを、ぜひ今日の趣旨もそうでございますけれども、医療の受け手側、そういう方と十分話し合って、どうしたらいいのかというようなこともコンセンサスを得ながら、新しい道を探っていくということが大事なのではないかなというふうに思っておるわけです。はい、次お願いします。

これもインターネットの書き込みなんでしょうが、ワークソースが足りない、要するに、マンパワーが非常に足りないということなんでしょうが、ではどのぐらい必要なんだというようなことがあります。これはインターネットの書き込みからちょっと読みさせていただきますけれども、この方は帝王切開のある病院でなさったわけですが、立ち会いをしていた夫の話によると、8人の人が私のために働いていたそうです。帝王切開です。通常の手術要員プラス小児科チームその他うんぬんと書いていますが、8人もの人に助けてもらうなんて、こんなにめったにできない貴重な経験。私は自己満足で幸せな気分ですと手術を受けましたと、そういうようなことを書いております。

ですから、これ下のところに帝王切開の際には、私ども東北大学病院ではこういうスタッフで行います。産婦人科、産科医3人、麻酔科医が1人から2人、新生児科医が1人、

助産師さん1人、看護師2と。大体、8から9名のスタッフが必ず立ち会って、帝王切開に立ち会うわけですね。

こうしますと、産婦人科医は帝王切開と同時に日中ですと、外来とか、婦人科とか病棟の患者さんを診ているわけで、本当にマンパワーといいますか、最低3人は帝王切開にいるわけですから、そのほかのことを診ているとなると、もう当然6人、7人、8人。某国立大学の教授は15人くらいは絶対必要というふうなことも言っている方もいらっしゃいます。はい、次お願いします。

こんな状況で、では宮城県のこれ状況はどういうふうになっているのかということで、これはもう東北地方で全体で調べさせていただいたわけでありまして、宮城県は仙台市で9,500、その他で大体9,000、1万、1万、大体2万くらいのお産がございます。

そこで県北のほうには、この赤いのは診療所、要するに開業の先生で扱っているお産の数。青系は病院で扱っているお産の数です。例えば、左上のほうにございますが、県北では3,260のお産があつて、診療所が7あつて、ほとんどが2,290ぐらいのものをこちらでやっている。ほかに公的病院としては、古川市立病院と公立佐沼病院がお産をやっていると。お産を取り扱っているということになりまして、そこには医者は2人しかいないと。かっこは、そういうことです。

これを見ますと、先ほどからいいましたとおり、帝王切開では最低3人いるというようなことになりまして、開業の先生から病院に送られてくる重症ハイリスクの妊婦さんもたくさんいらっしゃるわけですが、そんな中でマンパワー本当にこれでいいのかと、お産の安全性を考えた場合には本当にこの体制でいいのかということで、非常に危惧を持っているわけでありまして。

こんなこともありまして、仙台市では後で仙台医療センターの和田先生からお話があると思っておりますけれども、やはりまず安全、ここの病院に行けば絶対安全であるという病院をまず作らなくちゃいけないんじゃないかというふうに私は考えておりまして、そのためにはやはり医師をできるだけその病院に集約するというようなことを少し考えました。

こんなことで仙台市内では、この上から大学病院、仙台赤十字病院、国立医療センター、仙台市立病院、東北公済病院、N T T東北病院もそうですが、こういうような中で拠点化というようなことを少し考えておりますが、それでも医師は6人しかおりません。

ですから、何とかこの中で集約化ということを少しトライアルで行っているわけですが、このことに関しましては、和田先生のほうからお話ししていただけるのではないかなというふうに思います。はい、次お願いします。

では、実際に皆さんは何をどういうふうに、一般の方は今まで考えているかといいますと、大変僭越ですけども、産科医が身近にいて必要なときにいつも受診できるのは、当たり前じゃないかと、これは当然そういうふうに考えていて、当然、理想的にはそういうふうになってほしいわけでありまして、次、どんどん出してください。

もちろん、妊婦さん、それからその家族、それから行政、地域社会においても、私たちのすぐ近くに必ず産婦人科がいるんだというのがもう当然のごとく、今まで行われてきたわけでありまして。それが今、かなり難しい状況になってきているということでありまして、ではだったらどうしたらいいのかということ。はい、次、お願いします。

考えられたことは、まず拠点病院を作りましょう。どんどん出してください。そこには医者を集めて、そことの連携でいろんな病院に診療所をやるシステムはいかがなものかというようなことで、ちょっと距離的な問題点は少しはあるかもしれませんが、まず大事なのはここに行けば、繰り返していうようですけれども、安全にお産ができる病院がここにあるんだということを第1に考えたいというのが、この趣旨でございます。はい、次お願いします。はい。

そこで誰もが安心して、それ安全が担保された後に、いろんなより心豊かにお産をして、育児を迎えることができるシステム。ためには、現在のシステムを何とか変えて、みんなで考えましょうということがこのフォーラムの目的なのであります。はい。

本日のキーワードとしましては、1つは産婦人科が足りないということ、それから産科の診療圏、今までは地域の医療圏というのがいろんなかたちで設定しておりましたけれども、県境を越えてでも産科独自の診療圏を設定する必要があるんじゃないかということです。はい。

それから、拠点病院。先ほど言いました拠点病院と連携病院、それから連携診療所との間で、いろいろな連携の手段として、オープン、セミオープン制の導入がありますし、お互いにその中で、クリニカルパスというのは一般の方はあまりご存じないかもしれませんが、同じような共通の医療レベルを高めるために一定のやり方を導入しようということだと思います。はい、次お願いします。

この中で健診は原則、連携病院とか診療所でやって、何かあったら分娩は産科の拠点病院で行いましょうと。それから、もう1つは今日、県立釜石病院の小笠原副院長のほうからお話しただけだと思うんですが、もしも遠くにあって医師がいない、助産師さんなどに外来を診てもらおうと。何かあったときに、その医療レベルを保つためにはその遠隔地とのITを利用しながら、どういうふうに医療レベルを保つことができるかという問題。はい。

それから、もしも遠いところから、分娩のために病院に来ざるを得ない場合には、そのためのトランスポートをどういうふうにするか、それからもし必要であれば、病院の中にあらかじめ泊まっているとか、分娩に向けて。そういうようなものも導入することも考えてもいいんじゃないかということでもあります。

もう1つのキーワードとしては、助産師さんのワークフォースをいかに活用するかと、これは院内助産所その他のお話が、今日、後半のほうであるかと思えます。はい。

それからもう1つ、今日は母子家庭課の課長の佐藤敏信課長に今日いらしていただいて

おりますので、国からどのようなサジェスションがいただけるかというようなことも、今日のキーワードの1つかと思います。はい、次お願いします。

今日のメニューで、もうプログラムのとおりです。これから北海道における状況を旭川医科大学の病院長の石川先生にお話ししていただきまして、その後に先ほど言いました仙台におけるセミオープンシステムの問題を仙台医療センターの和田部長、それから「遠隔地システムの構築、産婦人科休診をカバーできるか」というタイトルで、釜石病院の副院長の小笠原先生に、その後に院内助産所の問題を東北大学保健学科の教授の佐藤喜根子先生と公立刈田病院、ここでは新聞でもう報道でご存じのとおり、トライアルだと思いますけれども、院内助産所というものをスタートしておりますので、その話を渡部輝子さんをお願いしたいと。最後に、デザートアンドドリンクと書いていますが、厚生労働省の母子保健課長の佐藤敏信課長からお話しいただくと。この後に、2次会と書いてありますが、皆さんでディスカッションしたいというふうに、のメニューではあります。

ぜひ、忌憚のないご意見をいただいて、われわれの宮城県、そのあとに全国もこのシステムに関しましては非常に注目しておりますので、何か全国にモデルになるようなものを立ち上げることができればいいなというふうに思っておりました。私の話は以上でございますが、もしちょっと私のお話は総論的なことですので、あとでディスカッションのときに何かございましたら、お話しいただきたいというふうに思います。

それでは、次に旭川医科大学の病院長の石川睦男教授に、北海道の状況につきまして、お話しいただきたいと思います。先生、お願いします。

石川：ただいま、ご紹介いただきました旭川医科大学の石川でございます。僕はスターターということなので、宮城県のお産ということなので、北海道のことについては参考になればということでお話ししたいと思いますが、宮城県以上にもしかしたら北海道のほうが大変な状況になっているかも分かりません。次、お願いします。

それでまずわれわれは、北海道における医療圏の、医師の数と、それから医療指標の関連についてまず研究をしました。これは昨年からの厚生科研の若手小児科、産科の確保のための研究費とか、岡村先生の研究費を基にこういう研究を行いました。次、お願いします。

北海道は広いわけですが、こういう医療資源の配分とか、医師の適正配置ということで、地域の医師の不足がその当該地域の人々の健康、医療水準を低下しているかということが懸念されていますけども、本当に健康、医療水準と医師の数が関連があるかどうかということを検討しました。はい、次お願いします。

これは北海道の二次医療圏を対象にしまして、人口10万当たりの小児科医数と産婦人科医数、それと新生児、周産期、乳児のアウトカムの関連性を分析したものであります。はい、次いきます。

これは平成10年から14年の厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査を使用しました。

それから、新生児、周産期、乳児の各指標は平成4年から14年の北海道の衛生統計年表を使用しまして、おのおのの指標を二次医療圏ごとの死産率、周産期死亡率、乳児死亡率を分析しました。10年間の平均を求めて、相関係数を計算したということになります。はい、次の。

北海道は後で出ますけども、二次医療圏が21ございます。これについて分析したわけがあります。はい、次お願いします。関連があったものだけを出しますけども、早期新生児死亡率と産婦人科医数が逆の相関がございました。ということは、産婦人科医が少ないところ、こういうところには早期新生児死亡率が高くなるということです。小児科医数とはこれは関連なかったんですが、早期新生児死亡率においては産婦人科医数と負の相関関係がございました。はい、次のスライド。

それから、今度は新生児死亡率、この新生児死亡率とは小児科医数とも、それから産婦人科医数とも、これも負の相関がございました。ですから、小児科医の数が少ないところ、産婦人科医の数も少ないところにおいては、新生児死亡率が高くなるということでありませう。はい、次のスライド。

それから、今度は乳児死亡率ですけど、これも逆の相関がございまして、乳児死亡率と小児科医数と産婦人科医数には、これも負の相関があったということで、乳児死亡率までこの医師数の不足は影響しているということを統計的に示しております。はい、次。

ということで、今、お話ししたように新生児死亡率と小児科医数、産婦人科医数との間には有意な負の相関があった。それから、乳児死亡率と小児科医数および産婦人科医数との間には有意な負の相関があって、特に早期の新生児死亡率においては産婦人科医数との間に負の相関があったということでありませう。はい、次、出してください。

なぜこういうことがうまくできたかという、分析できたかという、北海道の二次医療圏というのは地域的なものがあって、分水嶺がおおむね明瞭で独立している医療圏が形成されていますので、この医療圏内で日常の産婦人科医数、産婦人科医療とか小児科医療がおおむね完結しているという、こういう状況があります。それから、そういうことで、このように有意な相関が認められたということでありませう。はい、次のスライド。

結論的にいうと、小児科医師と産婦人科医師の不足が、新生児、乳児の医療水準を低下させているということが明らかになったと思います。はい、次。

今後に向けてですけども、さっき岡村先生が言われたように、医師の偏在によって医療水準が低下している可能性があって、これは早急に是正されなきゃならないと思います。このためには、先ほども出ましたように母子保健に向けた移動手段とか、事前対策、それから周産期医療に特化した医療圏の設置を検討するということが必要だと思ひます。はい、次いきます。

という状況なんですけども、北海道に、これは今までの分析です。それで北海道における危機的な産科医の不足ということで、産婦人科中堅医師の勤務医離れということで、この数

年、産科の勤務医が大変なので、医局をやめるとか、そういうことでいわゆる一般婦人科診療のみなどを行う医師とか、それからハイリスクを扱わない一般開業医等に就職する医師が増加しております。それで基幹病院では、産科勤務医数の減少とハイリスクの集中によってより過酷な労働が知られて、ますますリタイヤ医師が増えていくと。いわゆる、負のスパイラルに入りつつあります。

それから、ご存じのように女性医師の割合が増加している。最近、ほとんど女性医師しか入局してこないという、そういう状況があります。それと、育児休暇の問題がございませう。

それから、この研修制度によって2年間は入局がないわけですけども、新卒医師の、新聞にも載っていたと思いますけれども、やっぱり都会の、東京とか何かにみんな行ってしまっていて、地元の大学にだんだん残んなくなってきたという、そういう状況が研修医にございます。はい、次いきます。

それで、これは平成16年度ですけども、これ札幌医大ですけども、こういう地方勤務の先生が新規開業したとか、6名が、地方勤務の人が開業医に就職したとか、それから、地方勤務から本州に勤務したとか、それから大学の勤務している人が7名開業医に就職したとかいうことで、大学勤務医が新規開業、市内勤務が新規開業ということで、札幌医大も大変な状況になっているということです。はい、次。

旭川医科大学も同様でして、地方勤務医が新規開業したり、地方勤務医が麻酔科医に転向したり、大学勤務医3名が開業医に就職したり、地方病院の勤務医が本州に勤務しているということで、この間の新入局員が女性医師2名というような、こんな状況です。はい、次いきます。

原因は一応、急激なこの不足というのは、勤務医が開業医に就職するというのが一番そのパターンとしては多いということになりました。はい、次いきます。

うちの関連病院でも常勤医を派遣を中止したのが、斜里国保病院、美幌国保病院、道立紋別病院、これは新聞にも出ましているいろいろたたかれましたけれども。それから、分娩取扱い停止病院が、札幌の社会保険総合病院がやめましたし、士別の市立病院もやめました。逆に、新規に稚内市立病院に3名送っておりますし、市立旭川病院に3名の医師を送っております。はい、次のスライド。

ここでもう1回医療圏を見ていただきたいのですが、三次医療圏というの6つあるのですね。それで、オホーツクとか、十勝とかありますけども、このオホーツクとか十勝とかの北海道の特徴で、大体この広さというのは新潟県ぐらいの広さです。それから、道北医療圏というのは、四国に該当するぐらいの面積です。こういうところで妊婦さんが限られたセンター病院でお産をすることになります。はい、次いきます。

これは北海道の3大学の、北大と札幌医大と旭川医大で総合周産母子センターから、それからめいめいのところの基幹病院に医師がどのぐらいいるのかというのを表した

数字です。この三次医療圏ごとに、ここに一応、数字を出しました。はい、次です。

例えば、この道北の場合においてはもう、稚内は稚内市立病院しかお産はできないわけです。開業医はいません。それから名寄市立病院も、これは両方とも旭川医大ですけども、名寄にも開業の先生いらっしゃいませんので、この基幹病院でしかお産ができないという、こういう状況であります。ここにありますように、赤が旭川医大で、グリーンが札幌医大で、黒が北海道大学の送られているところであります。はい、次いきます。これも同様でございます。はい、次。

将来、派遣されないと大パニックになるというのは、先ほどお話ししましたようにこの名寄とか稚内。紋別やめてしまいましたので、このようにばらばらと拠点病院があるという状況で、遠軽厚生病院ありますけれども、道立紋別病院やめましたので、こういう状況で大変悲惨な状況になっています。はい、次いきます。

それで、医療圏ごとに産婦人科医の1人当たりの分娩数を計算しますと、このように1人当たり200とか、こういう数字に、単純に計算するとなっちゃいますね。こういうような状況で、大変皆さん過重労働を強いられております。はい、次いきます。

平成17年度のうちの関連の、こういう病院なわけですけども、めいめいここに分娩数が書いてありますけれども、463、稚内、名寄が513と、こういうようなことでめいめい送っておりますけど、ここにるのが医者で3名とか、4名とか、こういうような状況でぎりぎりやっております。はい、次いきます。

この18年度になりますと、どうなるかという今の予定ですけども、減らすところがまた減ってきてまして、道立紋別病院はやめましたし、室蘭のほうももう4名から2名になる予定になっております。はい、次のスライド。

こういうことで、基本的には業務縮小病院と拠点病院の完全2極化ということと、ここに後でお話しいたしますけれども、北海道と一緒にいろいろ検討しておりますので、それで搬送手段の構築、妊婦健診バスとか、妊婦搬送用救急車とか、ヘリコプターとか、こういうことも考えなきゃならなくなっていると思います、行政が。医師が増えれば、また再配置はできると思います。はい、次のスライド。

北海道の保健福祉部と、産婦人科、小児科に関する協議会を設置しまして、はい、次お願いします。それで、3大学の、3医科大学の教授などと意見交換を行いまして、それで全道的な視野から周産期医療の在り方を検討を進めております。はい、次のスライド。協議会を作りました。はい、次お願いします。

それで、いわゆる道福祉部と産婦人科関係、小児科関係を一応、協議会を作りまして、最終的には北海道医師会と北海道総合保健医療協議会というところで、この配置の在り方を協議する予定にしております。はい、次のスライド。

これはそのブロックダイアグラムでありますけども、はい、次。このようにやっていくんですが、はい、次のスライドお願いします。今年1回やって、もう1回本当はこの10

月、11月にやろうと思ったんですが、基本的には市町村別の出生場所調査の結果に基づいて、地域の分娩の実状把握や個別化ラインについて、予定したんですけれども、その調査を実施する際に、統計法に基づく、総務庁に統計諸表の目的外使用の承認を求めていたんですけれども、なかなか国がうんといってくれないものですから、この分析が今できないという状況で、ちょっと宙ぶらりんになっていきますけれども、なるべく早く分娩の実情把握をして、北海道の状況をもう少し詳しく調べたいという、こういう状況であります。はい、次。

ということで、スターターとしてはあまり適切でなかったかも分かりますけど、大変一応、そういう大変な状況ですけど、医育大学、医育機関と、それから行政とが、何とかセンター化して、今の少ない資源で何とかしようというのが北海道の現状ですけども。先ほどもお話ししましたように、四国とか、そういう広域なところなものですから、もう2時間以上お産にかかるというような状況、それから利尻とか礼文島は冬になると、フェリーが来なくなりますので、先ほどのお話にありますように、稚内の旅館とかホテルに泊まって、お産を待機していると。こういうような状況が北海道の状況です。以上です。

岡村：はい、ありがとうございました。何か、これはというご質問ございませんか。では、今の北海道の状況を十分覚えていただいて、ディスカッションのときをお願いしたいと思います。

それでは、3番目に仙台医療センターの総合成育科部長の和田先生にお願いしたいと思います。先ほどちょっと私が触れましたように、仙台市内では分娩の拠点というものをとりあえず作りまして、その中でいろいろな連携をほかの病院、診療所とやっているわけですが、その1つの手段としていろいろなところで取り上げて言葉はお聞きだと思えますけれども、オープンシステムというようなことを、今、実際に行っております。

そんなことも含めまして、仙台市内の分娩の状況、セミオープン化を開始して、どういふふうになっているのかというようなことを少しお話ししていただきたいなというふうに思います。和田先生、お願いします。

和田：はい。スライドをお願いします。次。これはもう今まで、岡村先生や石川先生からお話ありましたけれども、やはり特に勤務医のところでは過酷な勤務状況ということで、やはり5年前、10年前と比べて、仕事量が2倍以上に、医療安全、それからクリティカルパスとか、そういったことも含めまして、非常に進歩しましたけれども、その分、負担が来ているというのが現状でございます。次、お願いします。

これも繰り返しになりますけれども、産科を専攻する医師が減っていると、その中では特に卒後研修義務化による大学医師の減少というのが、ここ1、2年非常に大きな問題になっていると。それから、先ほど石川先生がおっしゃいましたけど、ベテランの中堅医師が産科をやめていくと、開業するというふうなこともあります。それから、女性医師が増加しておりまして、非常にいいことでもあるんですけれども、現実的にはやはり妊娠、分

娩、それから産休、育休、そういった問題がございます。そのほうの整備もまだなされておりません。それから、先ほど申しました、特に勤務医の状況としてはこういった問題があるわけでありまして。次、お願いします。

そんな中で、これ、研究班で調べられたデータなんですけれども、東北地方のお産を見て、この黒のほうは診療所ですね。有床診療所でお産をしているところ、それから白いほうが病院なんですけれども、秋田県が非常にお産の件数が、ご存じのように少ないんですけれども、宮城県の場合はちょうど50.5%というふうなことで、全国、これ1年前、平成15年度のデータなんですけれども、全国で病院が52.2%、それから診療所で46.7%という状況だったんですけれども、宮城県ちょうど半々というふうなことになります。次、お願いします。

ところが、今度、仙台地区と宮城県仙台地区を除いたところを見ますと、まったく逆でありまして、仙台市内は非常に病院でのお産が多いと、65.6%ですね。平成16年なんですけれども、お産が病院で行われていると。仙台市以外は開業の先生方、非常に頑張っておられるというふうな状況があるかと思えます。次、お願いします。

これがちょうど、皆さんご存じかと思えますけれども、社会保険病院、それから仙台通信病院、それから厚生年金病院がお1人になるということで、先ほど岡村先生もおっしゃいましたけれども、医療の安全ということもあって、お産を医師の集約化というふうなことが始まったわけでありまして。次、お願いします。

ご存じのように、100%安全で快適な出産という期待が高いわけですから、その中で産科医師が不十分な中で安全に分娩を行うために、医師の集約と連携が必要だろうということです。次、お願いします。

オープン化とかセミオープン化というふうなことで、妊婦健診と分娩の施設の機能分けというふうなことです。これはいわゆるセミオープンと呼んでいますけれども。それから、実際に医師、助産師が連携、協定の下に所属する施設以外の施設で分娩に立ち会うと。これ、実際にオープン化というふうなことになるかと思えます。次、お願いします。はい。

それで、オープン化、セミオープン化に向けた、地域産婦人科での取り組みということで、これはかなり早い段階でこういった事態が来るだろうということも予測されておりまして、オープン化に関するアンケート調査を平成14年に行っております。

それから、実施している浜松、浜松がオープン化に関しては有名ですけれども、浜松市の状況について視察に行っていました。次、お願いします。

それからこれは妊婦健診のアンケート調査ですね。各病院でどういう検査をやっているんだろうかというふうなことで、結構まちまちでして、いろいろな病院からアンケートで調べまして、健診の標準化、先ほどクリニカルパスですか、というふうな話が出ましたけれども、マニュアルを作成いたしました。これが昨年の末ですね。次、お願いします。

実際には、この7月に会員の先生にお集まりいただいて、セミオープン化の説明をして、

開始したというふうな状況になっております。次、お願いします。

最初のアンケートですけれども、オープン化に興味がありという、開業の先生、これ診療所の先生ですけど、興味があるという方が何と95%、健診を協力するという方が90%、それからここに希望をつないでいるんですけど、われわれは。月1回ぐらいの分娩当番が可という方が50%いらっしまったということです。次、お願いします。

実際にどういうことかといいますと、有床診療所、分娩をやっているところですね。それで、こちらはお産をしない病院とか、無床診療所とかオフィスで産科または婦人科やっていられるところで、そうすると妊婦健診をこちらで行って、それからここ、お産をしない病院とか。それで、分娩はいくつかの拠点病院で行うというふうなことであります。それで、ここを太くしたのはこういった有床診療所でのお産の場合に、バックアップ体制というのがこれからも1つ、そこを強力にする必要があるんじゃないかということでございます。次、お願いします。

セミオープンシステムにおける分娩施設は、先ほども岡村先生から出ましたけど、こういったところが一応、6カ所が入っております。仙台市医師会と各病院間で契約を結んでおります。次、お願いします。

大まかに書きますと、初診の場合、健診施設を初診した場合は、すぐ分娩施設に予約に行ってもらおうと。カルテを作成すると。もし、分娩施設のほうを妊婦さんが初診した場合には、分娩を予約をして、その健診施設のほうに紹介をすると。健診施設で妊婦健診をやっています、妊娠20週に分娩施設のほうに1回来ていただいて、助産師さんの面談とか、それから胎児診断などを行うと。それから、また33週まで健診施設で健診を行ってもらって、34週に分娩施設に紹介いただいて、お産まで健診をします。この間、母親学級などは希望があれば病院のほうに来ていただくというふうなことです。次、お願いします。これがこまかいことで、こういう検査とか、これは一応、文献を調べまして、必要な検査というふうなのをエビデンスを基にといいますか、そういった各病院の健診のシステムと、それから実際にこれは必要だろうというエビデンスを基にある程度の設定をいたしております。次、お願いします。

それで実際に健診している場合に、途中で何かあったとき、休みの日とか、夜間の救急の場合は一応、その分娩を予約した病院で対応しましょうということでありまして、そうしますと、状況が分からないと困るので、産科セミオープンシステム、共通診療ノートというのを作りまして、これを妊婦さんに持参していただいて、急に来ても分かるようなかたちにしようということで、これを使って行うということです。次、お願いします。

セミオープン化システムということで、身近な施設、特に平日午後や土曜日にも健診を受けられると、開業の先生のところで。待ち時間が減るだろう、それで相談も気楽にできるだろう。しかし一方、継続して同じ医師による健診が受けられない、健診料金が高くなるかもしれないということが、現実的に問題がやっぱりありまして、つい数日前にもう1

度、開業の先生も交えまして、集まりましてそのへんのちょっと検査のやり方なんかの調整をいたしました。次、お願いします。

連携施設ではかかり付け医として、今後も後々も診療ができると。それで施設によってはたださらに忙しくなると。それから、これを充実させるためには問題、要するにコンタクトが密になるというふうなことが非常に大事でございますので、その研修会を頻回にやろうということで、こういうのが増えると。いいことに入れてもいいんですけども、そういうことであります。次、お願いします。

病院では、開業医の先生との関係が密になりまして、将来はオープン化まで踏み込めれば一番いいと。その前に、例えば当直に、先ほど52%の方が当直してもよいと、月1回ぐらいということで入っていただければいいんじゃないかというのがわれわれの希望です。それからやはり問題になりますのが、病床に限りがありますので、やはりそういったところでの混乱も今のところ多少起こっております。次、お願いします。

これは東北公済病院で上原先生がもうお産した妊婦さんに、34名アンケートを取りましたところ、おおむね満足と非常に満足で76%、セミオープン化に満足というふうなこと。お産の後に聞いた場合と前に聞いた場合と、ちょっと結果違ってきたりすることあるかもしれませんが、とりあえず非常に公済病院の場合、うまくいっているんじゃないかということでもあります。次、お願いします。

さて、そこで最後なんですけれども、仙台地区での分娩数と産科閉鎖の影響と、先ほどやめた分娩数が4つの病院で959、去年の分が余った、余ったというか、行く先がなくなってきたということで。それで先ほどの拠点施設としても、お産の数にはやはり限りがあるもんですから、次、お願いします。

仙台でお産をしている有床診療所、あとこども病院も入りますけれども、こういった病院があります。セミオープン化と同時に、こういった病院では最初から最後まで同じ先生がずっと診てくれるというふうなことで、両方を分かち合いながらお産をやっていく体制が今の現状じゃないかということでもあります。次、で以上ですね。以上。

岡村：はい、和田先生、ありがとうございました。今の仙台市のセミオープンシステムの状況をお話ししていただきましたけれども、何かこのことに関して。何回も言いますが、後でもう少しディスカッションしたいと思いますが。いかがでしょう、何かございます。これ、先生、アンケートを取った中の、不満という方がいらっしゃいましたけども、その理由は何ですか。

和田：理由はどうですか。上原先生、分かります。

岡村：マイク使ってください、先生、すみません。

上原：公済病院の上原ですが、料金の問題、あと1人の、一貫して同じ施設で診てほしかったんだけど、診ていただけないというか、そういうふうなコメントがあったり。あと思ったよりも、待ち時間の短縮につながらなかつたりとか、そういうことが記載されて

おりました。

岡村：はい、ありがとうございました。和田先生、どうもありがとうございました。それでは、次に、要するに拠点化したとしますと、周りとの連携、特に岩手県ですので大変遠隔地との連携ということが非常に重要になってくるわけではありますが、それに非常に前向きに取り組んでいらっしゃる岩手県立釜石病院の副院長の小笠原敏浩先生にお話をいただきたいと思います。妊婦遠隔診療システムの構築と産婦人科休診をカバーできるのかどうかというようなことであります。小笠原先生、お願いします。

小笠原：はい。隣の岩手県から参りました小笠原です。私の話はITの話と、それから岩手県の現状についてのお話になると思います。お願いします。

私、ちょうど10年前から、この妊婦遠隔医療ってやっていたんですね。まず最初、久慈病院というところにいたんですけど、ある日、妊婦さんが通院に1時間かかる。山の道を通ってきて、いや、これは大変だなということから、遠隔システムを始めました。はい、お願いします。

通院のリスクを緩和するために、こういうシステムを始めたのが一番最初の動機でした。次、お願いします。結局、県北で始めて、その後、県南行ってやって、また沿岸でやってやるということになりました。次、お願いします。実際、地図で示すとこういう施設で、遠隔、そのごとにちょっと進化しております。次、お願いします。

一番最初はアナログ回線だったんですね。ADSLもありませんでした。はい、次、お願いします。37名の妊婦さんに、市町村の保健センターに妊婦側のコンピューターを置きました。次、お願いします。

そして、このようにアナログ回線をつないで心拍モニタリングを送っていただいて、市町村で保健婦が立ち会って、検証しました。次、お願いします。実際、これは市町村の裏の保健センターで、ここにテレビ電話みたいなのがありますが、これでいわゆる会話をします。それと実際は、ここにモニター付ける器械がありますね。胎児心拍モニター。これ、僕の顔、映していますけど、10年前の顔ですけど、映っております。ここにカメラ付いているんですね。この方は、お母さんじゃなくて保健師さんです。はい、次、お願いします。

自分は病院にいて、このように健診。こういう健診カードを作って、こうやってお話しするという。はい、次、お願いします。心拍モニタリングきますね、こういうふうに。はい、次。これは伝送されて。はい、されてきたモニタリング。これ、…は省略します。次、お願いします。37例ですね。あらゆる週数でやってみました。次、お願いします。アンケートによったら、非常に安心でよいという、非常にいい結果が得られました。次、お願いします。

次、県南行ったんですけど、次、お願いします。今度はノートパソコンで、このモニターを受信しようということをしました。はい、次、お願いします。切迫早産5例にやりま

した。このとき、D o P a といつか、いわゆる携帯の i モード、このシステムを使って受信しました。次、お願いします。いわゆる、PHS から D o P a のほうに入って、その後、インターネットから再生アプリケーションで受信すると。このとき、これはたまたま焼き鳥屋ですけど、ここでもちょっと実験してやってみました。はい、次、お願いします。あ、これは省略します。次、お願いします。

実際、波形、アプリケーションだとこのようにきれいに出てきます。次、お願いします。はい、切迫早産の症例ですね。次、お願いします。これ、アンケートやったんですけど、1 人がよくなかったといったんですけど、大体、自宅でやってもらっていいという。はい、次、お願いします。

そうやっていたんですけど、途中もう、先見えないしやめようかなと思ってたんですけど、次、お願いします。ところが。はい、次、お願いします。岩手県で産婦人科が休診する病院が相次いでいる、また遠くの病院に行くことを余儀なくされているということです。次、お願いします。

これ、岩手県の今の病院ですけど。はい、次、お願いします。岩手県結構、広いんですが、各医療圏に大体、総合病院 1 つぐらいになってしまいました。特に、私がいる釜石のあたりは診療所がなくて、総合病院しかないというような状況です。はい、次、お願いします。

はい、これが休診になった病院ですね。ばつ付いていますけど、このへん休診になった。はい、次、お願いします。

最近話題になっていますけど、横須賀でもこれ、どんどん休診になっているということなんですけど、次、お願いします。私が、やっぱりさっき、石川先生、北海道にはかないませんが、このぐらいの面積、神奈川、東京、このへん足したぐらいの面積があります。面積もそうなんですけど、次、お願いします。

地図見ると、もう茶色だらけですね。山ばかり。これ、地形の壁というんです。北上高地、これがもうかなりの障害になっています。次、お願いします。住める面積が 24.3、厳しい地形条件、これはもう県でも認めています。はい、次、お願いします。

これ今日、僕、通ってきた道なんですけど、もう大変ですね、こんなになって。冬はこうです。遠野市の方は、この峠を越えてうちの病院に妊婦健診で来ています。これは大変なことです。はい、次、お願いします。

これは昔、僕生まれたころの新聞なんですけど、やっぱり地形の壁はあるんですよ。だから、乳児処置も日本一悪かったし、なかなかよくなる。はい、次、お願いします。お医者さんもたまにしか来ない。はい、次。助産婦さんも歩いていくと。これも地形の壁ですね。はい、次、お願いします。馬で行ったりする。はい、次、お願いします。

ということで、今、釜石のほう行っていますけど、また始めました。はい、次、お願いします。

今度は携帯電話で受信しようということですね。先ほどはノートパソコンでしたけど。はい、7例やっていました。はい、次、お願いします。これもちょっと省略します。切迫早産を対象にしました。結局、こういう器械を持っていってもらって、受信するというところで、携帯電話で受信するということです。はい、次、お願いします。

実際、こういう波形で出てまいります。心拍数、陣痛。はい、次、お願いします。あ、これ、いいです。次、お願い。結局、これ自分でこうやって着けるわけですね、妊婦、教えればちゃんと妊婦さんは自分で着けます。何回も教えれば、もう間違いなく全部ちゃんと送られてきます。それで、病院で受信するということになります。はい、次、お願いします。

新幹線の中でもやったことありますけど、ちゃんと受信できます。高速環境でも大丈夫。はい、これも省略します。はい、これも、そうですね、時間がないので、こういうふうにしたということなんですけど、省略させていただきます。これもやったケースの結果です。

電話で指示した方が3人いますね。張っているか、おなかが張っているの、病院いらしてくださいといっていますね。そういう方、3人いました。はい、次、お願いします。はい、まとめはこのようです。はい、次、お願いします。

将来的にはやはりどこでも受信できるということで、いわゆるD o P a技術ですね。これは必要であろうと、どこへ行っても医師が受信できる。はい、次、お願いします。

あと、カメラシステム、これはコミュニケーションのために非常に重要で必要だろうと。お互いの顔を見ながら会話ができるというシステムですね。ウェブカメラを使っています。はい、次、お願いします。

それから、またウェブによる電子カルテですね。これ、あるいは妊婦、これ共有できるということが必要になってきます。はい、次、お願いします。はい、次、お願いします。将来的には、どこからでも送信できてどこからでもアクセスできる。コンピューター1つでアクセスできるようなシステムが必要だと。ストレスのないシステムが必要だというふうに考えています。次、お願いします。

今後のシミュレーション考えてみました。次、お願いします。4つの方向性があるのではないかと。1つは、産科休診の病院での遠隔健診。あとは仙台すべてのオープンシステムの基幹病院との連携システム。もう1つは、助産師のパワーをバックアップする。それから在宅健診です。次、お願いします。

これは僕の部屋のコンピューター。こういうので映像コミュニケーションを最近、行っています。次、お願いします。実際は、画面映りますかね。ここのコンピューターで、ここにヘッドホンをしていますけど、ここにカメラがありますね。これで見ながら、今、会話しています。これはADSL環境だけでできます。ここにちょうど資料ありますが、資料で示しながらお話ができます。はい、次、お願いします。

実際、妊婦さんのほうもこういうちっちゃな、これカメラ付きのノートパソコンですけどね。こんなので、家庭でこういうふう受信できるんですな。大がかりなものはまずいらないですね。映像コミュニケーションに関しては。次、お願いします。こういうふうに資料、張り付けたりすることができる。はい、次、お願いします。はい、次が産科休診病院の。はい、次、お願いします。

このように市町村の距離が離れておるわけですね。こういうふうに距離がある。はい、次、お願いします。そこに基幹病院と結ぼうではないかと。例えば、釜石だと、遠野病院と大船渡病院がすぐというかたち。こういうのが利用できるのではないかと。はい、次、お願いします。

次、2番目、オープンシステムで利用する。はい、お願いします。いわゆる、中規模の病院、それから診療所あるいは助産院と、こういうネットを組めば、やることよりネットワークができるということが非常にメリットがあると思います。はい、次、お願いします。

それから、3番目、助産師のパワー、バックアップ。岩手県で院内助産院やるというふうにしておりましたけど、なかなか進んでおりませんが、こういうバックアップするシステムがあれば、多少安心感は出てくるのではないかとこのように考えています。はい、次、お願いします。

最後に在宅健診です。お願いします。最近やっているんですけど、自宅でだんなさまと一緒に休みの時間、こういうふうにコミュニケーションできる場、例えば、数人参加できますので、こういうシステムを使って、例えば母親学級の代わり、両親学級の代わりに何かそういうこともできるのではないかとこの可能性。これ、ちょっと今やっていますが、こういう可能性も見えてきました。次、お願いします。

こういうのをテレケアといいます。最近、ちょっとは注目されているんですけど、なかなか大きなシステムしか動いていませんけど。次、お願いします。もう高価ではあんまりないということですね。はい、次、お願いします。家庭のブロードバンドで十分だし、エクスペローラーでできます。はい、次、お願いします。

でも、ショックだったのはうちの病院にこれが来ると、ああ、こんな高い機械来ても、僕、何かあまり使えないな。何か高そうな機械ですね。次、お願いします。はい、私はADSLとこれがあれば、あと少ない予算でできるのではないかとこのようにいっているんですけどなかなか進みません。はい、次、お願いします。以上ですか、はい。

今、岩手県、大変な状況で、中国人の、中国医科大学か、中国人の医師が来てくださるような方向も何か見えているんですけど、何やら中国の人もこの実状を聞いたら、来たくないやというかもしれないんで、ちょっと不安になったりはしていますが、コミュニケーションのツールとして、中国人と対抗するわけではないんですけど、こういうのもあるということをご紹介しました。

岡村：はい、ありがとうございました。何か、ございますか。これ、先生、今のところは

先生は、この費用とか何とかというのは、先生、ボランティアベースでやっているんですか。先生が個人的に出して。

小笠原：いや、共同実験のままですね。共同実験のままで進んでいて、あとはさっきのいわゆるウェブコミュニケーションツール、あれはちょっと無料で今のところ、借りていました。

岡村：借りて。はい、これ、非常に今後、今の仙台のセミオープン、オープンシステムに診療を、何でしたっけ、何とかノートというのをを使ってやっていますけど、こういうテクノロジーを今後、利用していくのもいいんじゃないかなと思って、本日は小笠原先生に来ていただいて、お話をお伺いしました。とりあえず、今の、私も含めて4人がしゃべりましたところで、ちょっと休憩を取りたいと思いますが、次を3時15分から院内助産所のお話をお伺いしたいというふうに思います。では、ちょっと15分まで休憩したいと思います。

それでは、後半のほうに移りたいと思います。今までは産婦人科医が非常に少なくなってきた、それに対してどのような医療側から、医師側からどのような対策が取られているかというような趣旨の話がございましたけれども、これからは少しそういうことも念頭に置きながら、医師以外の分娩への関与というようなことで、今どのような取り組みがなされているかというようなお話になろうかと思えます。

まず最初に院内助産院とは何かと、最近の動向ということで、東北大学医学部保健学科の教授の佐藤喜根子先生からお話をお伺いしたいと思います。では、よろしくどうぞお願いします。

佐藤：これまでは先生方のほうから、産科医療の大変さというようなところでお話いただいたと思いますが、これからは私のほうは助産師という立場で、そういった窮地に立っている産科医療をどのように支援ができるか、あるいは本来の本領発揮ができるかというようなところで考えていければいいかなと思っております。

本日、院内助産院のを含めて、最近の動向とさせていただきました。助産師はそういうことで、かなり危機的な産科医療体制に立ち向かうために、いかに、どういう方向でいけばいいのかというようなことを現在、しきりと模索中です。

その模索している現状を報告すると同時に、そういった本領発揮をするために自分たちで自立していこうじゃないかというようなことで、同じ助産師の、会場におられる助産師の方々にはそういうメッセージも込めてお話をさせていただきたいというのがありますし、それから産科の先生方に対しましては、同じように、私たちもこのように頑張りますと、ですからきちんと支援体制をやってください。一緒に産科医療体制の危機的状況を乗り越えることによって、次世代の担い手づくりに携わろうではありませんかというメッセージを込めたいと思っております。

それから、あと一般の参加されているお母さま方には、ぜひお産というのは自分の力で