

に訓練するとか、あるいは新生児の口腔内の吸引をして、普通の助産所でできるような程度のこと、分娩そのものの取り扱いに抵触しない程度の救急処置をするということは、救命士で可能なわけですから、そういう搬送システムをきちっと確立することによって、Bの地域での妊婦さんの不安を解消する。そのシステムを含めて、この地方型のオープンシステムというのが成立するのだろうと思います。

最後になりますが、この集約化と重点化、機能分担というものを成功させるためには、何よりも診療レベルが向上して、患者にとって利益としてこれが還元されるようなシステムでなければならない。単に医療従事者が楽になるだけではいけないということだと思います。

それから、将来にわたって十分なマンパワーがいないと、これは成り立ちませんので、マンパワーを確保するというをいろいろな方法でやる。一つは、医学部の定員なり、産婦人科を選ぶ人、あるいはその地域に残る人を増やすような方策ということもあると思います。それから、いま人数が減っているわけです。その限られた人数を十分有効に活用するシステムとして、オープンシステムとか院内助産所というものがちゃんと機能するようなことを考える。行政のサポートというのは、救急救命士の訓練とか搬送システムの整備とか分娩宿泊施設です。

それと同じぐらい大事なことは、こういうことを医療従事者とか行政だけがやるのではなく、社会的なコンセンサスというか、実際に患者さんとか市民の方たちがこういう状況、システムを十分理解していただいた上で、そういうものを有効に利用する、あるいはシステムを改善していく。そういうことに協力していただく必要があると思います。地域の事情とか社会構造がこれからもどんどん変化していくわけですから、そういう変化に応じて、あまりリジッドに考えるのではなくて柔軟な対応をしていく必要が、これからもあるのではないかと思います。

最後のまとめになりますけれども、三重県の周産期医療が、今ちょっとしんどい時になっているわけですが、再生して、これからいい医療ができるようにするためには、まず、長期にわたって維持発展していくことが必要です。医療提供体制の集約化と機能分担。そういう医療側の努力だけではなくて、救急搬送システムの整備とか救急救命士のトレーニングなども含めた、行政による側面からの支援が重要だと思います。それに加えて、社会的なコンセンサスに基づいた市民の協力が最も重要だと思います。

これで私のお話は終わりたいと思いますが、本日のシンポジウムが三重県の周産期医療

を考えるきっかけとなって、これからより良い方向に行く出発点となるように、切に祈りたいと思います。以上でございます。(拍手)

(司会)

ありがとうございました。限られた中でいろいろな問題点とか指摘をしていただいたと思います。本当にありがとうございました。

少し時間が押しておりますが、せっかくの機会でございますので、今日参加していただいている方でご質問等あれば、お一人お二人お受けしたいと思います。どなたかご質問等ございますでしょうか。

(参加者)

ご講演ありがとうございました。私は名張市に在住している者ですが、名張市も、市立病院ができた当初は6院の産婦人科がありまして、いま現在2院になっておりまして、現在の新生児の分娩につきましても半数ぐらいの方が他地域、伊賀のほうに出ているような状況でございます。非常に不安なお母さん方がおるわけです。

昔、日本はお産婆さんという制度で子どもさんを取り上げていたということで、いま現在、院内助産所ということも先ほどご説明があったわけですが、助産師さんの活用をもっともって図るべきではないかなど、私自身は思っているのです。産科医師の疲弊が非常に大きな問題になっているわけで、それをカバーするという意味で、三重県でも助産師さん。実際には助産師さんで活躍している方というのは非常に少ないと聞いていますが、もう少し助産師さんの活用を図っていただくべきではないか。だいたい8割の方が正常分娩と聞いておりまして、正常分娩については助産師さんの分娩も法的には認められているということですので、今後、助産師さんのことについてのお考えと伺いますか、そのへんちょっとお聞かせいただければと思います。

(佐川)

助産師さんが分娩を取り扱うというのは、先ほどおっしゃったように正常分娩は取り扱ってもいいとなっておりますが、正常分娩というのはどこからどこまでが正常なんだということが問題になるわけで、結果として8割が正常であっても、妊娠中は正常で、陣痛が起こって分娩をやっている間に異常になって、それから起こるというのももちろんあるわけ

です。

ですから、本当に正常分娩と思ったのが正常に行くのが8割ぐらいだから、10人やれば8割は大丈夫ということで、助産所、自宅で生んでも別に問題ないというのが8割。正常だと思っていても、いろいろな処置をしないとけなくなるというのが1割とかそれぐらいあって、もともと異常なので処置が必要なのがまた1割とかあると思います。そうすると、正常と思っていて、何かやっている間に問題になるのが何パーセントかあったときに、どれだけ対応できるかというのが問題になるわけで、実際に患者さんがどちらを選ぶかということですね。

ですから、私たちが助産師さんのところでお産をするのが駄目だと言っているわけではなくて、患者さんが、そういうところが近くであれば、あるいは助産師さんの家庭的なケアのほうを選ぶということであれば、そういう部分が増えてもいいと思いますが、実際に、戦後30年ぐらいの間に施設分娩というのが増えてきたという現状を考えると、やはり患者さんが、安全性と快適性をはかりにかけたときに、どちらかというところ、ある程度快適で安全なものを選ぶということで、有床診療所でお産するのが現在半分以上あるというのが現実であろうと思います。

助産師さんの活用という点に関しては、先ほど出てきましたオープンシステムの場合に、院内助産所というのは院内で助産するわけですから、いわゆる開業助産師さんのところで、例えば志摩の大王町でして、何かあったときにそこから日赤まで行くのに何時間かかるということ、院内でやっていると異常があったらすぐにドクターが来て、そこで処置をするというのは、少し違うわけです。院内助産所で正常お産と思われるものを取り扱ってもらうことによって、産婦人科の医師が健診とか分娩に立ち会わなくてもいいという部分が、8割まで行かなくても半分ぐらいできれば、そこでマンパワーを節約して、そういう人たちがハイリスクに専念できるというのが、院内助産師のシステムだと思います。

ただ、そういうものができるのは非常に大きな病院で、助産師が何十人もいるようなところでないと、1人、2人の助産師が交替でやっていたのでは、十分なことができないわけですから、地方としては、院内助産師のシステムというのは、名前はあっても、それを実際に使うことは難しい。ということで、2枚目に出てきた地方型というのは、助産師さんは地域で健診とかは十分してもらって、そこでリスクがあれば病院に送るとか、あるいは、何回かに1回医者と一緒に診察してハイリスクかどうかをみるという形で協力してもらおう。そういうのが、現実的にリスクを少なくして、しかも患者さんのニーズに

少しでも応じるということではないか。

実際、助産師が非常に分娩を取り扱っているイギリスは、例えば周産期死亡率というのは日本よりも高いというのがあります。ですから、あまりそれをたくさん増やすというよりは、地域の事情に応じた体制にしたほうがいいのではないかと思います。

(司会)

ありがとうございました。もう一人、その後ろの方。

(参加者)

一つは、ハイリスク妊婦への対応。これは、手遅れになった場合というのは、極めて生死にかかわることになってくるので、なるべくならば避けないといけない。そのためのノウハウとか技術を確立していただきたいというのが1点です。

それで、そのためにはまず、妊婦健診を充実させないといけない。その中で、ハイリスク妊婦なのか、障害児の診断技術、認定技術、そういったものを確立していかないといけない。それと、先ほど言われたように、正常でやっていたけれども異常になってしまった。それによってハイリスク妊婦になってしまうというケースで、そのへんのところが非常に問題なのかな。そのためには、今までの事故の種類とか原因、それとそういったものに対する対策、対応のノウハウというのを確立していかないと、妊婦健診等も含めてやらないと、安全性の保証ができないのではないかと思います。

そのへんのところに対する技術とか、現状、あるいは事故の種類とか原因についての情報収集と対策、対応の普及、そういったものが現在どのような状況なのかというのを説明していただければありがたい。あと、そういったものに対するノウハウ、技術、対応というのを確立して行ってほしいというのが要望としてあります。

(佐川)

要するにハイリスクが予想できるものと、途中からなるものと、二つに分けて考える必要があると思いますが、だいたい分娩に関していろいろな問題が起こるのは、陣痛が起こってすぐではなくて、子宮口が全開して生まれる前後、いわゆる分娩周辺に起こるわけです。ですから、ある程度、陣痛が起こってから入院して、例えば施設の中で分娩している場合には、分娩そのものに関してはあまり起こらない。普通に、正しくというか、ちゃん

とケアができれば。

そういうのと別に、まったく正常だと思っけていても、陣痛が起こると同時に異常が起こるといふこゝもあゝります。そういうものに関しては、現在では、予測とかそういうものはできない部分があります。それは率として非常に少ないので、そういうこゝが起こった場合にどう対応するかといふと、トランスポートを速くするといふようなシステムになると思ひますが、それは予測とかそういうものと別の問題であると思ひます。

予測とかそういうものに関しては、もう一つは、妊娠中からある程度、この人はリスクが高いといふのは、もちろんいろいろな研究で、厚生労働省の班研究とかでわかっていて、ハイリスクであるかどうかを診断するためのスコアリングとかそういうシステムがあります。ですから、個々の医者が自分の感覚で、「あなたは危ない」「危なくない」ではなくて、あるいは助産師さんが「危ない」「危なくない」といふこゝではなくて、ある程度そういう研究に基づいた、ハイリスクであるかどうかを見分けるシステムにのっつて、こゝういふ人は助産所で産んでも大丈夫だろうとか、診療所でずつとみても大丈夫。

それから、診療所で診察するけれど分娩は病院でしたほうがいいとか、最初から病院で診察したほうがいいとか。それは、例えば内科の合併症があるかどうかとか、もともと、前のときに異常の分娩であったとか帝王切開をしているとか、いろいろな既往によって、ある程度区別ができるわけですから、そういうものをきちつとやっけていけばいいといふこゝだと思ひます。

ただ、問題は、たぶんそういう認識が医者によって違ふ、あるいは助産師さんと医者とで認識が違ふとか、認識の違ひ、ずれがあつて、患者さんがそのはざまにたまたま落ちてしまふといふこゝが、何千例かに1人とか出てくるこゝになるわけですから。

ですから、今回のオープンシステムとかそういうものの大きなメリットは、オープンシステムに参加していただいた医師とか助産師さんといふのは、診断システムとか医療に関する知識を共有するわけですから、診療内容も共有するわけですから、そこでやっけてきた内容といふのが基幹病院にも報告されるわけですから、基幹病院でどんな治療をしたかといふのも登録医師のほうに戻される。

ですから、お互いに自分たちの医療といふものをちゃんとしていかないといけない状況になるわけですから、おっしやるようなハイリスクの見分け方とかそういうものも、そうやっけていく中で向上していくといふふう期待できる。ちゃんと運用すればそういうこゝが期待できると思ひます。

(司会)

ありがとうございます。議論を深めていくといろいろな問題がありますが、後の予定もございますので、このあたりで質問のほうは打ち切りをさせていただきたいと思います。佐川さん、本当にいろいろ示唆に富んだご講演ありがとうございました。皆さん大きな拍手をお願いします。(拍手)

ここで 10 分間の休憩をとらせていただきます。この後のパネルディスカッションにつきましては、14 時 55 分から始めさせていただくことにしますので、よろしくをお願いします。

< 暫時休憩 >

(司会)

それでは時間になりましたので、ただいまからパネルディスカッションを始めさせていただきます。まずパネリストの方々をご紹介させていただきます。会場向かって左から、二井栄さん、前川有香さん、杉山隆さん、坂京子さん、濱地祐子さん、平山美喜子さん、大脇三千代さん。コーディネーターは、三重県健康福祉部医療政策監の西口裕でございます。それではよろしくをお願いします。

(三重県健康福祉部医療政策監 西口 裕 (以下「西口」))

本日のパネルディスカッションのコーディネーターを務めさせていただきます三重県健康福祉部の西口でございます。よろしくお願いいたします。

ただいま、三重県の産婦人科医師の教育とか養成、またシステムづくりであるとか、高度な医療を進めておられます三重大学の佐川さんのほうから、さまざまな報告がございました。本日は、さまざまな形で地域の産婦人科または周産期医療を担ってみえます方々をお招きしまして、「地域医療の充実と安心してお産ができる体制づくり」ということでパネルディスカッションを進めていきたいと思います。

今さまざまなお話がありましたように、産婦人科も含めてお産をめぐる環境が激変しております。その中で現場が抱える課題であるとか、また、実際お産をされた妊産婦の方のご意見も含めながら、今後地域で安全・安心なお産ができるためにはどのような仕組みを考えていったらいいのかということを含めまして、議論をしたいと思います。

本日のパネルディスカッションですが、まず各パネリスト、皆さんのほうから向かって左側の二井さんから始めまして、5分程度、自己紹介も含めながら、それぞれの現場が抱

える課題であるとか方向性であるとか思いをご発表いただきます。その後に、各パネリスト間でご質問とかご意見がある場合は、お互いにお話をしていただきたいと思います。

その後に私どものほうで今回のパネルディスカッションのキーワードのようなものを少し整理させていただいて、それぞれのパネリストにもご意見を求めながら、パネルディスカッションを進行していきたいと思います。最後には、ぜひ皆さんのほうからもさまざまなご意見をいただきたいと思います。今回のシンポジウム、午後4時半ぐらいには終わりたいと思いますので、ぜひご協力をお願いしたいと思います。

それではまず二井さんから5分程度お話をさせていただきます。よろしく願いいたします。

(三重県産婦人科医会会長 白子クリニック院長 二井 栄氏(以下「二井」))

皆さん、こんにちは。私は三重県産婦人科医会の会長を約2年前から仰せつかっております。三重県の産婦人科医会と申しますのは、190名余りの会員でございます。大学病院を含めましてほとんど皆会員になっていただいておりますので、今回の主催と申しますか、日本産婦人科学会三重県地方部会とともに、常に、ほぼ同じような考え方と申しますか、ディスカッションしておりますので、先ほど佐川教授のほうからご説明された内容に関して我々もまったく同じような考えを持っております。

私のほうからは主に開業医の立場に立って、三重県のお産をどのようにしていったらいいかというふうなことを考えております。時間が限られておりますが、今年2月に、福島県事件というか、そこで1人医長が診療中に突然警察が参りまして、手錠をかけられて逮捕された事件がございました。このことに非常に危機感を覚えまして、県のほうに、何とかしないとイケないよ。一般の方、医療者以外の方にも理解をさせていただいて、そういう事業が必要ではないかと申し上げまして、今日のこの機会を県のほうが作ってくださったと理解しております。

まず私が言いたいのは、産婦人科医がなぜ少ないか。いわゆる3K、「きつい・汚い・危険」これに尽きると考えております。先ほど来出ております訴訟の件につきましても、日本における、ある一定の頻度で起こります脳性小児まひは、80%以上が先天的なものということが理解されている。分娩時に起こるものは10%余りということがはっきりしているわけです。

しかし、これがいったん訴訟になりますと、患者さんの育児、これから子どもを育てて

いくということも含めると、1億以上の訴訟になるということ。それと、年間の100万人余りの分娩費を計算いたしますと、ほぼ3000億で、一緒になる。本来、社会的な経済的な会社を運営する場合、3000億の補償があつて3000億しかもうからないのであれば、成り立っていない事業であるにご理解をしていただきたいと思います。

そして、まず、分娩は100%安全ではないということ、ぜひお伝えしたいと思います。産科でいちばん難しいのは、ずっと正常と思われていたのが、分娩の進行に伴いまして突然異常が起こる。心音がぐっと下がる。8割ぐらいお産が進んできているのに、突然心音が100以下になる。そういう事態に遭いますと、我々も、大変なエネルギーといいますが、アドレナリンが分泌して、自分の心臓はもっと上がっているのではないかという感じがするわけです。そのへんが産科の特徴であります。

いつも言っているのですが、昭和30年以前は家庭分娩が主流でして、その頃は、今と比べましても、ほぼ自然。妊婦さん自身が、おなかが痛くなって近くの産婆さんと呼ばれて行って、その間におやじさんがお湯を沸かして待機していて、産婆さんに来ていただいて生まれた。それが昭和30年以前だろうと思います。この頃は、ある意味、まったく自然。何もしないのですから、まったく自然だったわけです。私は1951年に生まれましたが、その頃は230万人ぐらい生まれておりました。ですから今の倍以上生まれていたわけですが、その頃は新生児は今の40倍以上死亡しておりましたし、妊産婦死亡に至っては80倍亡くなっていた。こういう事実がございます。

それに比べまして昭和30年以降、どんどん医療施設に分娩が移行いたしまして、今や世界でいちばん安全、周産期医療はいちばん成績の良い国になってきたわけです。こんな中におきましても、アメリカと比べまして、分娩費用その他の費用にしましては約4分の1。アメリカでお産をしますと、2日間の入院で140~150万。1回の体外受精でも140~150万と聞いております。ですから、日本は、非常に低コストでありながら、世界一の周産期成績を作ってきた。こういうふうなこともお伝えしておきたいと思つています。

ところが、この10年間で、先ほど来述べられておりますように、産科の医師は8~9%減ってきておりますし、分娩機関は40%減少してきております。しかも、2002年の内診問題に端を発しまして、2002年からは分娩機関が30%減ってきております。すなわち、診療所がどんどん地域でやめていってしまう。先ほど名張の方が言われましたが、やっているメリットがなくなつてきて非常に危険ということをお名張の先生からも聞いております。

しかし一方、分娩数は、日本は、病院で52%、診療所で47%、助産所で1%という割



合です。ということは、取りも直さず妊婦さん自身が我々の診療所も支持していただいている。あるいは助産所も、やはりアメニティを考えて、こういうところでお産をしたい。幅広い選択があるものだと理解しております。特に三重県におきましては、約60%が診療所でお産をしております。

しかしながら、この内診問題というのは非常に重くのしかかってきております。三重県の助産師数は、これも名張の方が助産師の活用と言われましたが、222人なんですね。例えば、三重県の医療機関の中で分娩取り扱い機関は48施設あります。この中で、もしすべて助産師でやってもらおうということになりますと、どれだけ少なく見積もっても6名。そして、やはり休暇も取ってもらわなければいけないということになりますと、8名は絶対必要になる。それを単純計算しますと384人ということになります。

そうしますと、単純に考えても倍以上足りない。しかも、その222名は助産師登録をしている方だけですので、一般の行政その他で働いている方も含んでいるわけです。そうしますと、今後これが5年、10年で埋まるのか。とても埋まらないわけです。したがって、この現実を踏まえた対応を考えていかなければいけないのではないかと私は考えております。

こんな中で、先ほど佐川先生が示してくださいました大学におけるオープンシステム。これは私ども産婦人科医会もたいへん期待しているところであります。といいますのも、産婦人科医というのは、産科だけではなく生殖医療、そして腫瘍、この三つを担っております。産婦人科医の数を挙げられましたが、みんなお産をやっているわけではないのですね。

そういうことも踏まえますと、やはりこういう流れの中でオープン化をしていただいてやっていくということがとても大切と思っておりますが、一方、収入に関しましては、お産をやっていない開業医はたいへん収入が少ないという事実は、厚労省からも発表されています。お産をやっているところも含めまして産婦人科医は、利益率が内科医の半分ぐらいという非常に厳しい現実があるのも事実でございます。

したがって、産科開業医がお産をやらなくても妊婦健診ができて、妊婦さんとコンタクトを持って、大学のオープンの病院に行ってそこで実際にお産にあたることができる。産婦人科医になった限りは一度はお産をしたいという思いでございます。

こういうふうなことで、今後、三重県産婦人科医会におきましても周産期医療に一生懸命取り組んでいく所存でございますので、こういうふうな現状、現実を理解していただい

て、今後改善していかなければいけないと思っておりますが、我々の現状は5年、10年で改善できない、そういう現実もあるというところだけお伝えして終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(西口)

どうもありがとうございました。続きまして、三重中央医療センターに設置されている三重県の総合周産期母子医療センターの前川さんからお願いいたします。

(三重中央医療センター産科医師 前川有香氏 (以下「前川」))

よろしく申し上げます。私の勤める病院は、三重県の総合周産母子センターです。一般の正常の妊婦さんも地域からたくさんいらっしゃっていますが、母体・胎児集中治療室(MFICU)と新生児集中治療室(NICU)を備えており、異常妊娠の管理を担うという役目があります。

産科の医師は今5名おります。定員は7名で、人数は少し減っているのですが、昨年1人病気で休みまして4人体制になったときには、これでは緊急に対応できない、危ないということで、大学も人数が少ない中、無理にお願いして、5人にさせていただいています。今年、産科のほうは一息ついているところなのですが、小児科のほうは今年ちょっと大変、マンパワーが不足ということです。頭数だけそろっていてもなかなか対応できないという問題点もあります。

助産師も、うちの病院は恵まれているというか、一応22名おりますが、このうちの半分は1年目と2年目の新人さんで、まだこれから勉強中という方たちです。この人たちを育てていって、やめずに続けていただきたいというところです。

そこで、いわゆるハイリスクの妊婦さんを受けるといのは、三つに分かれます。一つ目は、もともと内科のご病気があったり、高年初産だからということで、妊婦さんご自身が大きな病院に来られる。そしてもう一つは、先ほどのお話もありますが、この人はハイリスクという評価をしていただいて、早いうちに診療所から、あるいは地域の総合病院から、ご紹介いただくというパターンです。

この外来紹介の理由としましては、紀子様で有名になった前置胎盤であるとか、高血圧、赤ちゃんの発育が悪い、大きな子宮筋腫があるというような、事前にお産に危険が伴うであろうとわかるような方たちです。

次に母体搬送という形で、気をつけて管理していても、何の問題もなかった人に突然異常が起こる。これがやはり妊娠・出産の本当の怖さですので、そういった緊急事態の場合にお母さんごと大きな病院に送っていただくというのが母体搬送です。生まれたばかりの赤ちゃんを運ぶというのは、それだけでも危険が伴いますので、緊急事態であっても、可能であれば、お母さんと一緒に、お母さんのおなかの中に入った状態で、こちらに来ていただくことが望ましい。

その対象となりますのは、何もなかった、正常と言われていたのに、突然おなか痛くなって陣痛が止まらなくなる切迫早産であるとか、早い時期に破水してしまわれる方、普通に健診を受けに行ったはずなのに突然血圧が上がっているということでご紹介されるような方が、多くあります。

私どもの病院に運ばれてくる妊婦さんですが、最近の特徴として、非常に早い時期、赤ちゃんが未熟な時期に異常が起こって運ばれてくる方が増えています。24週、25週、26週とか、非常に未熟な状態で運ばれてきて、しかも、このうちの4割程度はその日のうちに生まれてしまうという状況にあります。

そのため、うちの病院で生まれるお子さんというのは、1000gであるとか、あるいは500gないような非常に小さな赤ちゃんが生まれてしまうということもあります。うちの周産期センターとしましても、NICU、小児科が受け入れOKならば、産科はたとえ病棟がいっぱいであっても断らない、何とかするということがモットーに頑張っているのですが、なかなか依頼をすべて受けることができないという点が問題です。

産婦人科勤務医の減少ということは、今までもずっと言っておられますが、産科医師そのものが少子高齢化になっていて、危険なというか、非常に過酷な勤務である周産期を専攻する若手医師が、なかなか育ちません。うちは、私は勤務医で子持ち女医最高齢、38歳でやっておりますが、ほかのセンターでは50代の先生が一生懸命支えているというところもあります。どこの周産期センターも定員割れで、ぎりぎりの人数で運営しておりますので、緊急事態が重なると、個人がどんなに努力しても適切に対応できなくなるという危険性をはらんでいます。

NICU側としましては、先ほどお示ししましたように、非常に小さな赤ちゃんが助けられるようになってきたのですが、そのために、小さい子が長期に入院して、新しい患者さんが受け入れられないという問題点も出てきています。

また、非常に高度な知識や技術が必要なので、若い先生が入ってこられても、すぐには

戦力にならない。どうしても中堅以上の先生の負担が大きいということで、受けられないのだったら、もっと設備をつくって、たくさん赤ちゃんをとれるようにすればいいではないかという、病院の施設の問題だけでは済まない。やはり、新生児をみしてくれる医師の確保ということも問題になるかと思います。

いま周産期センターでやっている医師に「もっと頑張れ」と言われても、無理ですので、そういった場合にはやはり、退職する人間を減らして、いま入ってくる医師が辞めないようにということが大事になると思います。

産婦人科は女医さんが増えているという話は、今までも出てきておりますが、20代の先生では男女逆転、女性が6割を占めている。だいたい、女性同士で共感できる部分があるからということで産婦人科を選択する先生が多くて、独身時代は対等に男性と同じように仕事ができるんですね。だいたいが、出産してお子さんができる、当直や夜間呼び出しがあつて赤ちゃんをみてもらえないとか、ご主人が対等に家事・育児をやってくれるという人は少ないですので、そういった面の負担が大きいということがあつて、辞めていかれる方が多いというのが現状です。

佐川先生にもスライドで示していただいていたのですが、これは、お子さんの世話をどうするかというのが最大の問題点ですので、育児サポートシステム。昼間の保育園だけではとてもカバーし切れませんので時間外保育とか、赤ちゃんがお熱を出したときにみてるような病児保育、あるいは、院内で子どもさんを預かってもらえるようなシステムづくりというのが大事になってきます。

それと、病院勤務で夜間呼び出しとか当直を免除したり、パートで来ていただいたりという柔軟なシステムは、今までなかなかなかったのですが、これからはそういったことも考えていただいて、週2〜3回だけとか、外来だけとか、あるいはフレックスタイムで、お子さんを幼稚園なり学校に送り出してから就業時間を少しずらして出てきてもらえるというような制度も、作っていただけたらと思います。

学会のアンケート調査でも、出産後も仕事を続けたいという女性医師は非常に多いのです。なので、そういった方の希望を吸い取って働けるシステムを整えていっていただきたいと思います。しんどいだけの職場では、やはり、誰もやってくれませんが、もともと非常にやりがいもあつて、あと、女性医師というのは患者さんから非常に人気もあり、女性医師の活躍を期待する声も大きいですので、こういったシステムが出来上がれば、女性医師もプロ意識を持って、出産してからもできる範囲で仕事を続けましょうという心掛けで、

頑張っていきたいと思います。以上です。(拍手)

(西口)

前川さん、どうもありがとうございました。とても前向きなご発言と、こんなことがあったらいいんだなというお話がございました。

続きまして、杉山さんをお願いします。現在、三重大大学の周産母子センターで、研修とか人材の育成等々に当たられてみえます。

(三重大学医学部附属病院周産母子センター助教授 杉山 隆氏 (以下「杉山」))

三重大学の杉山です。よろしくお願ひいたします。まず、我が国の周産期死亡率の推移を示させていただきます。周産期と申しますのは、妊娠 22 週から出生後 1 週間未満を指します。したがって、周産期死亡率と申しますのは、妊娠 22 週以後の死産、それから出生後 1 週間未満の新生児死亡ということになります。

ご覧のとおり、40 年前と比べますと死亡率というのはすごく減っております。そして、90 年以降というのは比較的横ばいであります。すなわちこのように、先進国と比べましても日本というのは世界でトップレベルの周産期医療を行っているということが言えると思います。

このように死亡率が激減した理由といたしまして、周産期医療の進歩が挙げられます。加えて医療システムの向上、すなわち周産期センター化であります。これにより、母体、胎児、新生児の一貫した管理ができるようになりまして、さらに、先ほど来話がありましたが、母体・新生児の搬送システムが充実してまいりました。このようなセンター化による集約医療の充実といったものが大きな貢献を果たしていると言えると思います。

さて、これも何回も出ておりますが、妊娠というのは一つの生理現象であります。ひとたび狂うと異常に転じます。しかしながら、異常にいつ転じるかというのはまったく予想ができません。正常妊娠でも突然異常は生じます。特に分娩前後、分娩時の急変に対応できるシステムというのが重要であります。すなわち、分娩時に特に異常が起こりやすいわけですが、陣痛というのは赤ちゃんを押し出す強い子宮の収縮であります。

したがって、その子宮収縮そのものによる子宮への影響、そして胎児への影響が生じて、赤ちゃんが急にしんどくなる。そういうときに、母体搬送できれば母体搬送。これは赤ちゃんをおなかに入れたままの状態です。基幹病院へ搬送するというシステムですが、こ

れでは時間の猶予がない。その施設で帝王切開するなり、急速遂娩といって赤ちゃんを早く出す。

しかしながら、赤ちゃんがしんどいことが予想されるので、前もって新生児の先生に来ていただいて、小児科の立ち会いの下、分娩する。あるいは、赤ちゃんが生まれたときは元気でも、生まれたあと元気がなくなる。そういう場合に、こういうドクターが出動して搬送するという新生児搬送。この二つが大きな役割を果たしております。

したがいまして、基幹病院では、このような搬送システム、管理をしようと思いますと、十分な数の周産期専門の産科、小児科、新生児と麻酔科等による管理体制というのが必要になってまいります。安全で安心なお産ができるには、まず医学的な見地に立ちますと、基幹病院のマンパワーというのが必要になるかと思えます。そして、産科医はもちろん、小児科、麻酔科、それから助産師、看護師のサポートというのは絶対必要であります。

さらに、基幹病院では、先ほど前川先生からもお話がありました、産科、小児科の中でも特に周産期専門の医者が必要であります。なぜなら、産婦人科医とか小児科医というのは周産期医療だけをやっているのではありません。ほかの一般疾患とか、一般の小児・婦人科救急というのをやっておりますので、周産期医療だけに集中できません。

さて、話を三重県に移らせていただきます。これは周産期死亡率の推移ですが、ブルーが全国、赤が三重県です。これまでは三重県は全国レベルでしたが、この数年来、このように周産期死亡率が低い。すなわち、周産期医療がいいということを示すデータであります。三重県では分娩数は年間1万6000であります、平成16年度をとりますと、周産期死亡率はこのように全国よりかなり上回っております、これは宮崎、岡山に次いで第3位という素晴らしい成績を収めております。

先ほどの母体・新生児搬送システムについて少し説明させていただきますが、このように県下に五つの基幹病院があります。そして、各地域の診療所とか総合病院で生じた母体搬送というのは、年間約200例を数えております。これが、これら5病院に搬送されます。また、この南のエリア、遠いところは、ここまで時間がかかります。時間の猶予がある場合は救急車搬送も可能ですが、時間のない場合で日中で、かつ天候のいい場合は、和歌山医大のドクターヘリというのが、約100キロを30分で到着します。これが年間2例ほど搬送されております。そして新生児搬送症例ですが、救急車に新生児科の先生が立ち会って、分娩に立ち会って行く。あるいは、三重中央医療センターからの「すくすく号」の出動。これが年間130例出動しております。

ところが最近、母体搬送の変化が三重県で生じております。それは、昨年までは、母体搬送を他府県に依頼するというのはほとんどなかったわけです。例外は海部郡の総合病院で、北西の地区から年間5例ぐらいがここに行っておりますが、これは変化がありませんので無視させていただきますと、本年に入ってからすでに10例が、愛知、岐阜、大阪に、救急車やヘリコプターで搬送されております。

その原因としまして、基幹病院の専門医不足、母体搬送の基幹病院への集中。それから、先ほど前川先生からお話がありましたように、早産の症例が多いですから、NICUという新生児の集中治療室が詰まっているという状況で、にっちもさっちも行かないということが生じるわけです。

さて、三重県というのは母子にやさしい県であります。すなわち、気候も比較的温暖でありますし、水不足もありませんし、お肉やお魚もたいへんおいしい。そして周産期死亡率が低い。素晴らしい県であります。しかし、この維持がたいへん問題になってきます。先ほど来、産科・小児科医の減少というのは言われておりますが、麻酔科、助産師の不足もあり、その中でも、基幹病院によって周産期医療者が必死に頑張っております。しかしながら、必死に頑張っても、医師の確保が続かない。そのうち医療従事者の疲弊が生じて、必ずや周産期医療の崩壊というのは生じます。

したがいまして、地域と密接な連携を持つ集約化システムというのがたいへん重要になるかと思えます。三重県の人口は186万で、このように南北に分布しておりますが、どうしても人口は真ん中より北に集中しております。そして、赤が基幹病院、ピンクが総合病院、黒が診療所を示しておりますが、どうしてもみんな北のほうに集中しております。

したがいまして、地域の人口、基幹病院の距離に基づいて、各地域の基幹病院と診療所の中にネットワークを作って、各群でオープンシステムを導入する。そうすることによって、病院間の機能分担とマンパワーの有効利用ということが発揮できるのではないかと思います。これがまた、今後の三重県の周産期医療を支える一つの形になっていくのではないかと考えております。

以上です。ご清聴ありがとうございました。(拍手)

(西口)

杉山さん、どうもありがとうございました。続きまして、市立四日市病院の坂さんのほうからお願いします。四日市病院も周産期センターですが、坂さんには小児科医という立

場で現在の周産期等々の問題についてご発表いただきます。

(市立四日市病院小児科部長 坂 京子氏 (以下「坂」))

市立四日市病院小児科の坂と申します。よろしくお願いたします。私は小児科医で、産科の先生とはまた少し立場が異なるのですが、小児科でもやはり、周産期医療の新生児部門というのをどのような形で今後各地域で担っていけるのかというのは、非常に心配なところがございます。

当センターは、先ほどの先生のスライドでお示ししていただきましたが、三重県の北西部の上のほうに位置しておりまして、主に四日市と、あと周辺の桑名、員弁のほうからの新生児とか母体搬送の受け入れを担っております。

私たち小児科医は、結局、産科の先生のほうからご依頼のあったハイリスクの分娩の立ち会いとか、出生した赤ちゃんが小さい場合とか、分娩のときにストレスがかかって呼吸障害があるとか、母体に糖尿病とかほかの合併症があつて赤ちゃんにもそれなりの異常が出るのが懸念されるような場合とか、あと先天異常が赤ちゃんにある場合、いろいろな赤ちゃんがいらっしゃいますが、そういう方たちを一応分娩時から、時には胎内で異常が疑われた場合に小児科医も立ち会ってエコーをするなど、そういうことから小児科が入らせていただいています。

だいたい、うちの現状ですと、年間 200 例前後を NICU のほうにお預かりしていております。院外出生が約 4 分の 1 で、院内出生はその 200 のうちの 3 分の 1 ですが、そのうちの 3 分の 1 が母体搬送ということですので、半分がもともと院内でみていた赤ちゃん、半分は外から母体搬送なり院外搬送なりでいらっしゃっています。

そういう赤ちゃんに関して、かなり目立っているのは、昔と比べて赤ちゃん自身が重症化している。非常に早産で管理の難しい 20 週前半の赤ちゃんも、いわゆる地域の周産期センターのほうにもかなり来ていらっしゃるというところがありまして、昨年度から特にその傾向が強いのですが、当院も、小さい赤ちゃんで、ベッドとか呼吸器とか、赤ちゃんに使ういろいろな医療機器が、かなり逼迫してしまう。また、看護師さんの看護の能力というか、実務の労働も、非常に過重になっているようなところがあります。

今年は特に、院外からの搬送の依頼というのもけっこう来ているのですが、特に 8 月に小さい赤ちゃんがかなり続けてお生まれになったということで、NICU のほうの空きがなくなってしまうと、ベッド以上はかなり頑張つて取っているのですが、やはり取りきれず



にお断りしてということになっております。

私たちの小児科医で新生児医療のほうを目指す若い先生というのも、医局制度は今かなり崩壊しつつあるとは言われていますが、市立四日市は名古屋市立大学系列の病院で、私たちもその医局から派遣という形で来ているのですが、名市大の医局の中を見ても、新生児を専門にという形でやってきた先生も、40代とか50代になると、新生児医療の一線から退いて開業されてしまう先生もいらっしゃいます。もっともっと新生児医療で頑張っていたきたい先生たちが、いろいろご事情はあるかと思いますが、その一線から引いていくというところがあります。

それで、新生児のベッド不足ですが、新生児の医療というのは小児科医療と同じで、施設面の整備とか看護師さんの配備にしても、やはり病院の経営の中で採算性というのが常に、いろいろな備品請求の折にも、小児科のほうにいろいろ言われます。前回診療報酬改定がありまして、小児科に関しては小児救急の面が特にですが、手厚くなったということは言われていますが、私たちは、実際に病院の経営会議とかそういうところでお聞きすると、そんなに収益が増えているという感じは実感できておりません。

あと、話が前後して申し訳ありませんが、新生児医療というのは、赤ちゃんはいつ生まれるかわからない。重症の赤ちゃんをいつNICUのほうに収容しなければいけない事態になるかというのは、母体搬送でいらっしゃるときには、いつも産科の先生に「どうですか」と聞いて、「今日は大丈夫だろう」とか「この患者は感染のほう心配で、あまりもたせられないから、いつ頃には帝王切開になるかな」とか、そういうような形で小児科と産科が常にコンタクトを取りながら、いつかわからない分娩に対して24時間体制で対応はしているのですが、一方、小児救急のほうも、同じ小児科医がやらざるを得ません。

大都市だと、小児科の救急とか周産期の新生児というのがちゃんと分かれてセンター化して、かなりいいモデルも厚生労働省とか小児科学会主導で作っていただいている、それがうまくいっているところもあるようですが、北勢地域だと、まだそこまではしっかり集約化とか分化ができていない。

幸い、うちの場合は救急の部門の夜間の担当医がおりますので、その先生と研修医で、一次の小児患者さんに関しては申し訳ないですが小児科医が最初から診るという形ではなく、紹介患者さんとか3カ月未満の乳児とか、ある程度小児科の専門が必要という患者さんに限定して診させていただくということで、何とか成り立っています。

そういうことに対して小児科の、周産期もそうですが救急も含めて、どういうふうな機

能分化して集約化して、どういう体制でやっていくかというところを、もっと全体的に地域の実情に合わせた形でやっていけるような方策を作っていただく。そういう議論をどんどん行政のほうで主導でやっていただく。そして、病院のほうでいろいろなそういう施設とか人をそろえたり、そういうコストをかけるということは、今の病院の状況では難しいものですから、やはり政策的な診療報酬アップとか、行政からそういう体制に対して支援をしていただくことができればいいかと思います。

実際に看護師の配置は、ICU では8床に対して4名が常に、夜勤ですが配備されているのですが、NICU ですと6床分で、全体20床の病床に関して準夜・深夜で看護師は3名という形になっていますので、そこで緊急の入院があると、看護師さんが残ったり、呼び出しとか、そういう形で対応していただいています。そこをもう少し手厚くできるような、小児医療に対しての理解とか認識というものを、病院の経営とか行政とかそういうところにも広くしていただきたいと思います。

あとは、小児科ですので一言付け加えたいのが、周産期の体制もそうですが、生まれた赤ちゃんの後のケアということで、産んだお母さんに対するケア。最近では、カンガルーケアですとか、臨床心理士がNICUの場面に入って行って家族に必要な心理的なサポートをするシステムもできていますが、三重県ではそれができているところはまだまだ少ないかと思います。うちも、残念ながら、そういう臨床心理士さんはいなくて、看護師さんが家族と交換日記みたいな形でいろいろケアをしたりサポートをしたりはしてくれていますが、そこはまだまだ不十分とっております。

あと、退院後のフォローアップに関しても、かなり重症の、呼吸器とか在宅酸素とかいろいろな医療的ケアを必要とする赤ちゃんというのが、年々増えていらっしゃると思いますので、こういう方に対しての今後の在宅ケアの支援のソーシャルな資源というか、そういう療養環境をもっともっと手厚くしていくようなことも、できたら考えていただきたいと思います。

最後に女性医師の問題ですが、小児科医も不足しているということはそうなのですが、小児科の場合、女性医師の割合というのは、20代の勤務医は40%が女性という統計が出ています。30代以降、やはり急激に女性医師の割合が低下して、出産や子育てを機に辞めてしまうというのは、産科の先生とまったく同じです。

うちも実際に現在、7人のところを1人の先生が産休でお休みになっています。その方に復帰していただくのも、今後どうなるかわからないのですが、やはり保育支援、できれ

ば院内保育所とか夜間保育とか病児保育、そういう保育のサポートというのは女医さんが働くのに絶対欠かせないし、働き方も、その人の働く条件に合って、フレックスタイムもそうでしょうし、あとワークシェアリングというような形で1人分の仕事を2人の先生が分け合ってやるとか、そういう方策を立てていかないと、今後ますます小児科も足りなくて、救急小児、周産期の医療をやる人も減っていつてしまうのかなと危惧しております。

ちょっととりとめなくなってしまうかもしれませんが、これで終わります。(拍手)

(西口)

どうもありがとうございました。坂さんのほうからは、周産期の中で小児科が担う部分での今の課題であるとか、女性医師に対する保育サービス等の充実のお話がありました。

続きまして濱地さんは地域で活躍されてみえる助産師さんですが、助産師さんから見た現在の産科の状況であるとか、助産師さんのいろいろな機能も含めての今後のお話をしていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

(三重県看護協会助産師職能委員長 くつろか助産院院長 濱地祐子 (以下「濱地」))

ご紹介いただきました濱地と申します。今、三重県看護協会の助産師職能委員長をさせていただいております関係で、ここに出させていただきます。個人的にはくつろか助産院という開業の助産師で、自宅出産も扱わせていただいております、産婦人科の先生方のご理解とご協力があってこそ自分の仕事ができるというふうに自覚して仕事をさせていただいております。

ここで私は「地域における助産師の活動と役割」というテーマでお話しさせていただくのですが、先ほどから院内助産院の話も出てきておまして、最近、病院や診療所で働く勤務助産師にも、開業助産師と同じように自立して助産ケアを行う体制づくりというものが求められてきていますので、最後にこの点にも触れたいと思っております。

[スライド]

まず、地域における助産師の活動についてお話しさせていただきます。地域における助産師ということは助産所で就業している助産師と考えていいかと思いますが、就業助産師の6.5%に当たります。先ほど二井先生からお話がありましたように、助産所での出生は1%です。

[スライド]

入院施設のある有床の助産所は全国に175カ所あります。有床助産所が10カ所以上ある県をここに挙げてみましたが、どちらかというと都会に集中しているように思われます。三重県では、9月現在で、有床助産所が3カ所、出張専門で自宅出産を援助している助産所が3カ所の、計6カ所になります。

[スライド]

これらの助産師が扱う分娩の対象ですが、ここに示します四つの項目のすべてを満たすものと規定されています。「1. 妊娠経過中継続して管理され、正常に経過しているもの 2. 単胎で経膈分娩が可能と診断されたもの 3. 妊娠中2回以上嘱託医療機関の診察を受けたもの 4. 助産師が正常分娩可能と診断したもの」となります。この規定に関しましては、

[スライド]

ここに示しました「助産所業務ガイドライン」という冊子ができていまして、この冊子は日本助産師会が一昨年秋に発行しました。

[スライド]

この冊子の発行に当たりましては、「すこやか親子21」の第2課題「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援」を達成するために行われた調査、「助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究」に基づいて作成されました。

[スライド]

このガイドラインには、助産所における分娩適応リストというのが明確に示されておりまして、助産師が管理するということで助産所での分娩対象者。そしてその横が、「共同管理」と書いてありますが、産婦人科の先生と相談しながら共同管理をしていく対象者。そして産婦人科のお医者さんが管理していただく、医師の管理下に分娩を行う。三つの分野に明確に示されております。

また、正常な分娩経過中에서도急に異常になった場合のために、搬送基準としまして、正常分娩急変時のガイドラインというものを明確に示しています。このガイドラインに沿って、速やかに嘱託医療機関に搬送するということが勧められています。この嘱託医療機関は、二次救急以上の総合病院と規定されております。

[スライド]

次に、地域における助産師の役割でございますが、一言で申し上げますと、安全で快適な出産環境の推進と私は考えております。「助産所や自宅出産は、何か異常が起こった場合