

6, 討論・質疑応答

○福嶋 それでは、引き続き総合討論に移りたいと思います。皆さん、お話をありがとうございました。今から1時間ほど討論を行いたいと思います。まず、フロアのほうからご質問があれば、個別の演者あるいは全体へのということでもどちらでも構わないんですが、ご質問がございましたらお願いいたします。ございませんか。

では、まず私から、関先生に新生児のお話をいただいて、もちろん波はあるでしょうけれども、かなり勤務実態も過酷というようなことがありました。今日はちょうど院長先生もお見えですけれども、超勤とかは適正にすべて処理されているものでしょうか。

○関 病院局長もおられますし、言いにくいですが、全部は出ません。実は今日お話ししたことは、周産期医療、ほかの科もみんなそうなんですよね、小児救急もそうですし、救急医療もそうですし、そこはやっぱりシステムとして問題があるんだろうと。だから私たちだけがつけられないんじゃないじゃなくて、すべてですが。

○福嶋 ありがとうございます。少し何か歯切れが悪いですけれども、いろんな問題があると思いますが、確かに今までそういうことをきちんとすることを前提とした仕組みではないですからね。

中原先生、最後お産難民という言葉が使われていましたけれども、僕らのところでも、今日は周産期の話ですが、例えばがんの患者さんが見えてから手術するまでにかかる時間というのがどんどん伸びていますね。一つは分娩数がふえて帝王切開の数もふえて、なかなかがんの患者さんの手術を確保できないというところもあるようですし、先ほど私もお話ししましたけれども、北海道や東北はその問題も深刻になっているみたいなんです、厚生年金病院、北九州でそういうような影響というのは出ていますでしょうか。

○中原 言われるとおりなんですけれども、うちの病院は周産期医療と婦人科がんの治療、この二つを柱としてやってきています。先ほど言った高次病院としてそれぞれの病院が問題を抱えているということがありますが、うちの病院の今一番困っている要因はベッドが足りません、ハードが足りない。人数はふえてきましたけれども、ハードが足りなくて、お産というのは波がありますので、周産期と婦人科のベッドを分けておりませんので、分娩の部分がふえてきますと手術の患者さん、それから抗がん剤をする患者さんがなかなか入れなくなってしまう。今のベッド数では月50以上超えてくると非常に困った状況になる。実際になったことがあるんです。ですから、そういうような影響も多少出てきていると思います。

○福嶋 ありがとうございます。私から幾つかお尋ねしましたけれども、フロアの皆さん、何かご質問等、ございませんか。

○廣澤 市立医療センターの院長の廣澤でございます。私も小児科医で、昔新生児も結構診てきた経験もあります。ただ、最近の新生児、この10年ぐらいの新生児医療は格段に進歩して物すごく専門性が強くなっていると見ています。関先生のさっきのご指摘のように、新生児を本当に専門にやる方が極めて少なくなっています。小児科医の場合は、当然小児科の一環として新生児を必ず診る機会がありますし、それを必ずトレーニングの中に入れますので、若い人はそれなりに回って、ただ将来的にずっと新生児を専門にやろうかという人が極めて少なくなっていますし、関先生はそのお一人なんです。そういう人達がいなくなりますと、実際に小児科医がたくさんいても新生児を指導して診ていくという指導医がいなくなると崩壊していきます。ほとんど崩壊しかけている寸前だと思います。こういう状況を本当に直すためには多分小児科医学会あるいは当然サポートしていただきたい。産科のほうの先生方のサポートも一緒です。けど、本当に危機状態だというふうに思っていますし、医療センターもそういう状況にあります。そういうことで、この点は、関先生も何度も言っていましたように、個人的なレベルとか、あるいは大学の医局も含めてそういう単独のレベルではほとんど不可能な状況にあるということをぜひ認識していただきたいと思います。過酷な勤務状況にあることは私も十分承知していますし、これも大変な状況にあります。ですけど、産科も一緒だと思いますが、指導的に見る立場の人たちが極端に減っているという現状をぜひご理解していただきたいと思います。

○福嶋 ありがとうございます。ほかにご質問、ご意見、コメント等、どうぞ。

○和氣 九州大学の和氣と申します。今ほどの廣澤先生のお話の中に学会の活動ということで、医師不足に対する対処をというお話がありましたが、この問題に関しては学会も無力であります。さまざまに学会でも小児科、産科の医師をふやすための提言を行ってききましたが、ふやすだけの権限を持っておりません。したがって、国とか行政とか、そういったところが関与しない限りこの問題の解決には一切ならないだろうというふうに個人的には考えております。

○尾上 私、産婦人科もやっております。今、行政のほうの仕事も一緒にやっております。尾上といいますけれども、廣澤先生が先ほど学会とか政治のほうでと言われたけれども、ちょっとその辺はむしろ病院そのもの、あるいは病院を管理している側のほうで真剣に取り組むべきところがこれまでおざなりにさ

れてきたのではないかという気がするわけです。今回、保険診療の絡みで結局今非常に危機的な状況にある産科とか小児科、あるいは救急に対して診療報酬で何とか改善を図ろうというふうなことが言われている。実際にそういうふうなことをされても、それが現場の医師、仕事をしている医師の勤務の改善あるいはいろんな待遇の改善に実際に結びつけたような運営をするかどうかというのはやはり病院そのもの、あるいは病院を管理しているところの責任だと思うわけです。現にこれまで産科に対してハイリスクの分娩に対して診療報酬で面倒見ましょう、あるいは小児科についても救急でいろんな格好で手当をしましょうということ、政治のレベルではなされたわけですが、実際に病院の側でそれに見合った改善にどれだけ結びついたかということになると非常に疑問なところが多々あるわけです。ですから、その辺のところを抜きにして病院は病院としてなすべきところはもちろんあるわけです。その辺をやはり考えていかないと、政治をお願いします、学会をお願いします、あるいは大学、医局をお願いしますでは、目に見えた改善にはならないと私は思っております。これについては反対のご意見があればぜひ議論していきたいと思います。

○福嶋 ありがとうございます。今、病院の役割ということもありました。先ほど谷さんからお話があった中で非常に印象に残ったのが、小児科の個人病院がかかわっていないというようなことがあったんです。幾つか問題というか、ごっちゃになっているところがあるかと思うんです。一つは、小児科の先生といっても、先ほど言われた新生児を扱う先生とそうでない先生とおられるところがあって、また小児科の中には小児科の新生児科と例えばほかの急患とかいう問題もあるので、そう簡単にはいかないと思うんですが、関先生、実際例えばほかの先生が新生児を手伝うとかいうことは可能でしょうか。

○関 それはもちろん可能だと思うんですね。ですけど、うちの病院もそうなんですが、小児科の医師は9人、10人いて、新生児科医、専門医が4人いるんですね。先ほどみたいに500gみたいな小さな赤ちゃんが生まれたときには、じゃ、新生児専門じゃない医者がやって助かるかとか、助かっても後遺症を残さないかとなると、そこはやっぱり経験を積んだ新生児医じゃないとだめなので、どうしても医者は真夜中でも小さい子が生まれそうになったら出てくるということとは必要なんですね。

さっき舂添さんはわかっているようでわかっていないようでよくわかりませんが、視察に行つて感じられたんでしょうけど、新生児科医というのは非常に専門職的なところがあって、1年、2年やって一人前とは言えないんです。やっぱり信頼できる新生児科医になるためには5年、10年かかりますので、こういう僕らが働く姿を見せて後の若い医者が、やりがいはあるんですけど、自分のいろんなことを犠牲にしてまで今の若い人たちがやろうと思ってくれるかどうかが一番危惧しているところですし、今の若者、若い先生、世代が変わっ

てくるとそうはなってくれないんじゃないかなというのが、そうするとちゃんと次世代に続くシステムをつくっておかないといけないかなと思います。

○福嶋 ありがとうございます。フロアのほうからございませんでしょうか。どうぞ。

○大久保 小倉南区で産婦人科を開業しております大久保と申します。これはご質問というより私の今実際に毎日診療をやっている印象ですけれども、一つは勤務医の先生方は非常に忙しいということに関連してですけれども、私のところも医療センターとか、小倉でしたら国立病院機構小倉病院とか、母体搬送をお願いすることがたまたまあるんですが、以前からたまにちょっとうちではと断られることもありましたが、以前はやはり先ほどもデータに出ましたが、産婦人科のベッドが満床であるとか、NICUが満床であるとか、そういうことで断られることはあったんですが、最近はどうもマンパワーの問題が非常に出てきていまして、今ほかの緊急の手術をしているとか、今から緊急の患者さんが来るころなのでというふうに人手が足りないために断られるということがだんだんふえてきているような感じがします。それに関してですけれども、患者さんの受診の問題なんです、ハイリスクの分娩を基幹病院、高次病院で、ローリスクは一次病院でという一つは基本的にはそういうすみ分けが必要だと思うんですが、なかなか受診される患者さんがそういう意識をまだまだ持っていらっしゃらない。それをいろんな場で啓蒙していただくと。この病院はハイリスクの患者さんがお産する病院ですよと、一次病院であればここまでは大丈夫ですよと、そういう一般の妊婦さんに対する啓蒙をもう少し、今日は谷さんもいらっしゃっていますが、そういうところとか市の広報などでももっとも患者さんに広めていただきたいなと。

例えば、うちで診ている患者さんでも、南区に住んでいらっしゃって北区に実家があると。そうすると、ただ近いからということだけで医療センターを受診される患者さんがいらっしゃるんですね。我々としては、今医療センターはハイリスクの患者さんがお産するような病院になっていますよと言うんですが、なかなかそこは理解していただけないところがあるんですね。だからそういう意識を一般の皆さんに持っていただくと、こちらもそういう説明がしやすいんじゃないかということで、谷さんにはぜひそういうことを雑誌の中でも取り上げていただきたいなと思っています。

それから、もう一点ですが、さっき谷さんのお話でありましたが、子育てに関して産婦人科と小児科医の連携が足りないんじゃないかということをおっしゃったんですが、これはご紹介ですが、平成18年の4月から小倉の南北で小児科医会と産婦人科医会と協力してプレネイタル・ビジットという制度をやっています。これは昔、プレネイタル・ビジットといまして、産科で健診中の妊婦さんで、将来お産したときに子育てに関して不安があるような患者さんを

前もって小児科に紹介して相談をしていただくというシステムが昔あったんですが、実際にはほとんど機能しなかったんですね。これはなぜかというところ、そういうリスクの患者さんをピックアップするというのは非常に難しいところがありまして、その反省から今、主には初めてお産されるお母さんですが、ほぼ全員の方に最初からかかりつけ医の先生を早く見つけてくださいということで紹介状を書いて小児科に行っていたいただいています。まだ2年ぐらいですけれども、少しずつ数がふえておりますし、これを将来的には全市的にやりたいと思っています。ただ、今はもう完全にボランティアでやっておりますので、これは行政のほうの支援をいただいて制度化していただきたいと思います。こういうこともできたらそういう雑誌の中で取り上げていただくとうれしいなと思っています。今、小倉に関しては、母子手帳を配付するときにお母さん方にそういう簡単なパンフレットも差し上げていますので、なるべく今から全市的にやっていきたいなと思っています。

○福嶋 ありがとうございます。谷さん、いかがですか。

○谷 情報不足で申しわけありませんでした。やはりお母さんたちのニーズというところを地域の医療機関の方々は酌み取っていただいて、少しずつではあるようですけれども、動いてくださっているということにかなり心強く感じました。先ほどお話がありましたように、医師不足であったり、今の小児科と産科の先生方の連携ということについても、できるだけ私たちが協力できる限り積極的に情報のほうをお伝えしていきたいと思っています。

○福嶋 ありがとうございます。

○中野 九州大学の名誉教授の中野ですけれども、ただいまの大久保先生と谷編集長が交わされた討論主題をサポートいたします。冒頭に分担研究者の福嶋先生からの話がありましたように、このオープンフォーラムは昨年、今年と、受益者の存在というのが注目されて、営まれている研究活動なんですね。したがって、主役の話をしていただいたんだと大変感謝しておりますし、先ほどのお話をいろいろ聞きながら思いました。結局司法から行政から、医師法に関連した立法に及ぶ実は問題なんです。それで、尾上先生が先ほど指摘されたとおり、ほぼいろいろなベクトルで一つ一つの項目については取り上げられ、そして相当深く議論され尽くして、今日次々に出る新しい問題も含めながら進んでいると思いますけれども、結局主権たる国民の問題なんです。日本のこの母体死亡率にしても、あるいは周産期死亡率にしても、先進国とほぼ一流に並んでいます。レーガン大統領時代でしたか、日本の母子手帳というのが、子供の死亡率が世界一になった、なぜだと招集されて、母子手帳が注目され英語版が出て、世界じゅうまねした。つまり、患者さんというよりも妊婦さんが自己責任、

自己管理を助長するためのあれは何よりのマニュアルであり教科書である、これを日本はつとに持っている、効果はどうか、中毒症が減ったではないか、何が減ったではないか。中毒症の話をしてしまうと、結局はまちの衛生、ソーシャルといきましょうか、ソサエティーといきましょうか、公衆衛生の進展と個人衛生の進展の二つが今日の保健医療レベルに到達したわけなので、残した小さな問題というものをどうつぶすか。これは従来やってきたマクロな方策ではないミクロなやり方でしか対応できない。となったら行政施策で何かルールを決めてからそれに従えばいいというんじゃなくて、なぎなたからかみそりに変えて切らなきゃいけない。セルフしかないです。先ほどアンケートを谷編集長がお示しになった中で、セルフに対する評価というのがかなり落ちついたものである。受益者側と供給側がある程度信頼は壊れてはいないのだと逆に今驚きました。中原先生は飛び込みというのは近代型の何とかと言いましたね。みんなあるよと。緊急度というようなこととか、表現から見たらそうかもしれないが、ちょっと違うと思うんです。もしセルフマネジメントが進んだ後の答えであるならばリスク度が違うということが期待できる場合があるんです。

というようなことで感心いたしましたという話の理由とさせていただきますけれども、関連いたしまして、これは関先生にお伺いしておきたいんです。平成7年、母子総合対策事業がスタートして最初の取り組みが総合母子医療センター構想で、そのときに討論いたしました中には、NICU、PICUの救急ベッドの数とともに、後方ベッド並びに一般病床というものの数とスタッフというものも規定するというところで動き出したんです。さらにそのときの前提として、それからさらに次にあるのは何か。自宅ケアなんです。そこまで行って日本の医療は解決するものとしての総合周産期母子医療センター構想であったのに、今の現実はいいますとNICUが足りないという現実でしょう。絶対的なニーズが上がっているというのは先ほどお示しになったとおりでいろいろ理由があることは承知していますけれども、それ以上の増として、あかない、空床化しない。その昔はクロニックNICUと言いましたね。今はさらにDICU、デベロップメントICUですか、それを受けるべきであるとして条件化され発足した制度であったのに後方病床は機能しているのか。さらには、一般病床の中にそれを受け入れるようなキャパを持っているのか。さらに現実、十七、八%しか機能していない自宅ケア、在宅ケア。そこを解決するには、中原先生が示されていた社会・経済的問題が大きいのしかかってきて、ちょっとやそっとじゃいかんのが在宅ケア。その中間的な組織というのを先生がお勤めの施設の中で機能しているのかどうか。あるいは将来性はどうかというのを非常に関心があってお伺いいたします。

○関 今日時間がなかったので、その点も実は触れようかと思ったんです。もう一つ、NICUのベッドの計算に関しましては、実は先ほどお話ししましたようにハイリスクのお産がふえている、早産児がふえているということで、

数をもう一度見直そうと全国的に多分今試算をし直しているところだと思います。恐らく今のベッドでは足りないということのエビデンスに基づいて出す予定にしています。

もう一つは、まさしく今日述べなかつたんですけれども、クロニックNICUと言いますが、どうしても確率論的に仮死で生まれるお子さん、あるいは九州大学病院も非常にそうでしたが、先天性の病気で帰れないようなお子さん、実は今うちの病院にも、NICUの中に、こういう500gの子がいる中に8歳の子と3歳の子がいます。その方は1人の方は重症の仮死のお子さん、もう一人の方は先天性の病気の方で、本来ならばこういう急性期型の病院で診るお子さんじゃないんですが、引き受けていく先がない。一つは、この地区で言いますと、例えば、総合療育センターがそういう機能の一端を担っていただいているかと思うんですが、そちらのほうも小児科医の不足ということでなかなか余裕がない、あるいはベッドがあかないということ。実は私、3年前に赴任しまして非常に大事なことだと思ったので、向こうに行きまして所長の先生とか部長の先生とそういうディスカッションをしたんですが、なかなかベッドがあかない。もう一つ患者さんの気持ちとしても居心地がいいんですよ、最高のケアが受けられる。そういうこともあるんですが、そういうクロニックなベッドをどうするかというのは、実は非常に全国的にNICUでも大きな問題になっています。

もう一つは在宅ケアで、実は今1人、そのお子さんも1,500gで非常に状態が悪く生まれて、ある意味寝たきりのお子さんなんですが、在宅人工呼吸で帰ることを目指して、多分4月、5月ぐらいには帰られます。これも非常に考え方がいろいろあると思うんですよ。私たちサイド、救急サイドから見れば逆に追い出すというか、極論を言えばベッドがあいてくれるということもあるんですよ。ですが、患者さん一人一人にとっては、もし周りのサポートがない状態でお帰しすると家族一人一人の負担が非常に大きい。いろいろそういう話をしていの中でお聞きしたんですが、二十何歳になる方が突然病院に連れて来て、もう年老いたおじいちゃん、おばあちゃんがどうしようもなくなって、ずっと家で見ていた方がどうしようもなくなって来られたということもあったとお聞きしますので、医療経済的にアメリカ的な考えでいえば、もうそういう方は家にぼんと無理やりでも押し出すのはいいだろうという考え方もあるんですが、一人一人の家族の立場になると、帰ってきても周りのサポートがないとそういう方の両親は旅行にも行けないのかとか、そういうこともあると思うので、やはり社会全体がサポートする体制をつくらないといけないと思っています。

今回、在宅人口換気で帰られる方は非常に周りのサポートもありますし、療育センターとも実は連携しまして、家族が疲れられたときとか用事があるときに一時的に預かる、人工呼吸をつけたお子さんを短期間に預かるということは了承していただいて、周りのサポートがあるということで帰れますが、すべての方が今の状況で家に帰ってくださいますとは言いにくいです。

もう一つ、今回うちの病院で病棟再編がありまして、小児科病棟が少し再編されたんですが、その中で4床を、院長先生、副院長先生からの将来的な意向として、クロニックNICU的な病棟として使えるようなスペースとして使いたいという部屋は今回意向として病床再編で将来的には使えるかもと言っていたいただきました。非常に大きな問題だと思います、この国の医療の中では。

○中野 ありがとうございます。フォローアップという意味じゃありませんけど、特に先生のご環境というのは大変力強い行政が後ろに控えていらっしゃる。そして前面に立つのは大変これまた力強い病院長ですので、今のは必ず実現すると私は確認いたしました。大変喜んでます。

結局、在宅の話が無理して自立性というのにひっかかりましたけど、受益者たる国民が、15分以内ならいいけど、30分じゃいけないぐらいを不満足の原因に挙げるような状況を超えなきゃいけない。あの中に出ましたのが、いい料理ときれいなベッドじゃなくて、内容についての説明があったからとかなかったからとか、あれに注目なさってはいかかがという気がします。先ほどから皆様がおっしゃったように、私も谷さんにはこういったことをやはり民活として説明しなきゃいけない。行政の責任というのでは、パワフルだけれども、行政が言ったら逃げようというのが一方でまた弱い国民の立場であるので、民活でやってほしいし、最初にバースケアというのも非常に重要な自己管理の方向に対する教育なんですね。このあたりも随分効果があるというか、あったかどうか知らないけれども、効果があるだろうと思われるパラメーターに対して比例しているみたいな結果が先ほど示されたから、それを進めていっていただきたい。それが恐らくこの研究班の公開講座が推し進める九州北部の文化性に対する影響というものが期待できる道なんじゃないかという感じがします。これがフォローアップです。

○福嶋 ありがとうございます。どうぞ。

○下川 エンゼル病院で産科をしております下川と申します。今、市のほうの理事もさせてもらっておりまして、実は数年前まで自分の病院のことしか考えていませんでしたけれども、ちょっとシステムを考えさせてもらっています。今の周産期医療、本当現場から言いますと、今北九州市は一息ついたところではあるんですけども、津田会長、そのほか本当努力していただきまして今の小康状態を保っております。大久保先生が言われたように、今、すみ分けが北九州市ではどうにかできているんですけども、すみ分けができる条件というのがあるんですね。一次医療機関が分娩を担当できる能力がないといけません。北九州市は幸いにもまだあった。だからすみ分けができました。そのためにお母さん方は非常に困られたときに緊急に引き受けいただける病院のベッドを確保することができたんですね。地域によってそれぞれの状況がありますので、そここの体制をとる必要があると思います。ただ、北九州市におきますと、

このシステムというのはもう数年で壊れると思います。なぜかといいますと、一次医療機関がすべての分娩をカバーできる余力がなくなってくる。なぜかといいますと、一次医療機関の医師の年齢がほぼ55歳以上なんですね、かなりの病院が。私ども八幡西区の近所にいる医者も全部僕と一緒にぐらいいです、60前後ですね。あと5年たちますと65です。65になって夜中起きて朝から仕事するというのはほとんど不可能に近いですね。そうしますとキャパシティが落ちてきます。そうしますと新たな危機がもう次に控えているんですね。

今いろいろシステムの問題をお話しになりましたけれども、この間システムの問題を論じるときに非常に欠落しているのは、ベッド数をどう確保するのか。医者の集約化は言われるけれども、医者を集約化することによってこれまで診てきたベッドをどう確保するのかが全然言われていない。地域医療法がありましてベッド増ができないんですよ。例えば、医療センターのほうで新生児のベッド数をふやそうとしてもトータルのベッド数は決まっているわけですのでベッドがふやせないですね。だから、人は動かさずけれども、ベッドが動かせない。そういう中でベッドが減ってくる、全体のキャパシティは減ってくるという中で、患者さん方がかかれる場所がなくなるということが起こり得るんですね。本当周産期は集約的に診るべきだと思っています。だから、3,000、4,000を診られる病院が本当に新しくできてベッドを確保できて、そこに医者がいっぱい集まってできるのであれば素晴らしいことですが、今のシステムだけで医者だけを集約するということはなかなか地域にとっては厳しい面が出てくる。そういうベッドのことをどうするのかというのを一つ働きかけをしていかないといけない。

それは、根本は人がいないんですよ。根本は人がいない。産科医になる人がいない。いないし、なる人がいない。これはどこに責任があるのか。それは医育機関ですよ。やっぱり大学の中で産科診療なりNICUの新生児医療の中で夢を持てる教育をしてもらわないといけない。どんなにシステムを整え、どんなに産科の労働条件をよくしても産科の労働条件が内科とか眼科の労働条件に合致することはないですよ。夜中起きないといけないんだもの。絶対当直はあるんですよ。もし産科の医者が内科の医者と一緒に働いたときに、今の産科の現状の中で産科を選ぶ医者がたくさんふえますよという先生がおられたら、ぜひその根拠を聞きたいと思っています。

僕が物すごく心配しているのは、産科診療というのが、今若い人たちが専門領域を選ぶときに魅力のない科になってきているんじゃないか。非常に魅力がない。ちょうど僕らが産科の医者になったころは中野教授が九大の教授になられまして、胎児医学というのがちょうど勃興しまして、超音波で、学生もおもしろい、これは医学的にも医療的にもおもしろいということで志望した医師たちが今50代後半ぐらいいからで支えている。ちょうどそのころにNICUも、新生児の呼吸器の種類もいっぱいできてきて、サーファクタントも使えるようになり、いろんな手技で非常に面白い科だったんですね。周産期関係という

のはあのころ非常におもしろい科だった。ところが、今は何と申しますか、そのおもしろさを語らないですね、きついことばかり。例えば、今大学の中で学生を教育したり、臨床医を教育している先生方に、産科診療なり何なりの夢を語れる人がどれくらいおるのか。夢を語れない組織にはだれも来ないというのは当たり前のことなんですね。だから、医育機関の状況としてはそれをまずつくるべきだと思います。

産科診療というのはおもしろいんですよというのと、もう一つは産科診療が余りにも萎縮し過ぎ。すべてを引き渡してきたんですね。例えば、産科をしていく上では、お母さん方の痛みをとるためには麻酔をしたり、痛みをとる手段が産科医は必要なんです。日本の産科診療を大きな病院の中で集中的にやるということをすぐつくればそういうことは必要ありません。しかし、日本の産科診療というのは基本的には分散診療です。それぞれの産科の医者が助産師と協力しながら小さなところでやってきた。そういう産科の医師が持つべき技術、そういうことが少なくなった。余りにも手渡し過ぎて、産科の医者は何するんですかとある上の先生に聞きましたら、ほとんどなくなるんですね。例えば中毒症の患者さんが入院してきました、血圧はどうしますか、血圧は内科に聞きます。赤ちゃんが生まれたらどうするんですか、NICUに送ります。産科の医者は何するんですかという話になってしまう。産科のアイデンティティというのがないですね。だから、人をどう確保するかに集中してほしいと思うんです。システムを考えることは大事です。ただ、医育機関の大事なことは、いかに産科の医者を確保するか、NICU、新生児医をどう確保するか、これだけに集中してほしいと思うんです。そうしないとどんなにシステムをいじっても壊れます。もうはつきりいいまして北九州市の今のシステムも数年後にはまた考え直さないといけない。今は本当に安定していますけれども、数年後には考え直さないといけない時期に来ています。

そういうことも含めまして、早急に産科の医者をどう確保するかという一点に集中して取り組みを強めてほしい。それは強制的に国家の権威、力で産科の医者を確保するというのは間違いです。それはあり得ることではあるかもわからないけれども、それはすべきでないと思います。では何をすべきかといったら、やっぱり医者として自分たちが誇れる、医者として、自分たちは産科医だということを誇れるいろんな技術なりそういうものを身につける産科医にしてほしい。それを学生なり研修医に夢をもっと語ってほしい。そういう中で産科医に参加してほしい。そういうことを進めてほしい。

労働条件もぜひいろんなところで、勤務医の労働条件というのは医者全体で闘わないといけない。産科医の勤務医の労働条件を産科医だけで闘うというのは間違いですよ。医者全体がもう非常に疲弊してきています。だから勤務医全体の問題として、産科医のためのじゃなくて勤務医全体が自分たちの労働をどう評価してもらおうのか、どう賃金体系に対応させてもらおうのか。それを医者全体で闘う必要があると思います。

いろんなシステムを今まで考えてきましたし、お話も聞きました。産婦人科、周産期のベッド数をどうにか確保してほしい、集約化するときに。それをどういうふうに法律の網をくぐり抜けてできるのか。それをまずしてほしい。それから、もう一つは今言ったように、産科医としてのおもしろさ、夢を語りながら産科医をふやしてほしい。NICUの小児科医をふやしてほしい。それをどうするかを考えてほしいということです。お願いします。

○福嶋 ご意見ありがとうございました。1点目は先生が言われたとおり助産師さんとベッド数と医師とがどれぐらいリンクするかというのは現行法難しいところがあるのと、助産師さんも移る例なんかがあるんですけども、結局生活圏が移るとか、そういうような問題があつてうまくいかないところはございます。それと、ベッド数の配置の場合には病院と県全体の定数とありますので、法的にうまくいかないところもある、今のところ仕組みがないですし、それはそれこそ医育機関がさらに口を出しにくい問題というところがあると思いますが、それは広域で話していく必要はあるかと思えます。

2点目に関しては、下川先生が言われるのはよくわかるんですが、もう一つ産婦人科の場合には決定的なデータがあつて、平成16年度に産婦人科医会が調査なされて、自分の後継者にすすめますかというアンケートに対して、産婦人科医の7割の方がすすめないと答えてあるんですね。やっぱり自分のお子さんにすすめられないものを人にすすめられないというのが実際のところだろうと思えます。

○下川 それは医者全体がそうなんですよ。先生ご存じだと思いますけれども、医者全体が、自分の子供を医者にするかと聞いたときに、したいというのは3割しかいないです。産婦人科医と一緒にじゃないですか。だから、それは理由にならない。

○嘉村 医育機関のお話が出ましたので、久留米大学の嘉村と申します。医育機関では、下川先生のおっしゃるように産科学、婦人科学、これを語っています。もう身を粉にして一生懸命語っています。それで、今やはり少なくなる、多くなるというのは波があるんだろうと思っています。例えば、僕らのころ、下川先生と僕は1級違いなんですけど、僕たちが卒業したときには眼科医はほぼゼロだった。眼科、耳鼻科がすごく少なくて、産婦人科は結構多かったですね。もちろんここにおられる中野先生の影響は大きかったんですが、でも、その後もずっと同じような努力は、産婦人科を医学教育の上でどうやって学生に教えていくか、アピールしていくかということはずっと私もやってきたつもりです。同じような努力を今も続けています。でも、多いときもあり、少ないときもありました。現在、ここで少なくなってきましたけれども、決して学生の諸君は、卒業して産婦人科医になるかならないかは別として、例えば講義で、例え

ば実習で産婦人科というものはおもしろいなとは一たんは非常によく思っているんですね。それはいろいろアンケートをしてもいつも出てまいります。そういった興味をどう、これを興味はある、それを結局職業というところまでつなぎとめて、そして産婦人科の生涯研修というところまで持っていくというそこら辺の努力をしないではいけないと思っていますが、そこをどういうふうにブレイクスルーするかというのを、下川先生、一生懸命今考えているところなんです。決して魅力を語っていないとか、昔よりもそういったところが落ちているとか、お金の問題にすりかえているとか、そういったことはまず医育機関としての私たちの立場では、ないということをご言わせていただきたいと思います。その後の問題はまた社会状況によってやはり変わってくるんだと僕は思っています。というのは、先ほど言ったように眼科医とか耳鼻科医は当時はゼロだったんですから、入る人たちが。だからといって眼科、耳鼻科がつぶれたということではないわけです。産婦人科もこうやって少ないといいながら、やはり入ってきてくれてます。そういうちゃんとした産婦人科医療を将来背負っていかうと考えを持って入ってきていますので、彼らをきちんと教育していくということがその次の世代、特に産科医では、婦人科医療もそうなんですけれども、これを維持して、さらに発展させていく、そういったものになるんじゃないかと思って努力しておりますので、どうぞご理解いただきたいと思います。

○和氣 私にも下川先生に対する説明責任があると思いますので、お答えいたします。産科診療のおもしろさ、先ほど嘉村先生がお話をしましたが、十分にお話しているつもりです。ただし、現状で例えばある大学の眼科に1年間で100人入局をするとか、女性が70%超えて、そうすると女性は自分の家庭、これはだんなさんも当然一緒に家庭をつくることへの責任があるわけですが、さまざまに妊娠・分娩等々、子育て、そういったところで自分の将来の職業に対する選択、これを深刻に考えます。そうすると家庭が維持できるような職業を選択するというのは人間として非常にわかる行為です。さまざまな原因があって、今の診療体制とか医療体制というものに大きな改革が出てくるのであれば産婦人科、産科、まだまだ夢の見られる領域であると信じていますので、今後とも産科、産婦人科の興味は若い世代に伝えていかなければいけない。この点に関しては下川先生と全く同意見であります。そこに大きな社会制度上の問題も関係することも事実ですので、そこら辺のこともご理解はいただきたいと思っております。

○福嶋 ありがとうございます。よろしいでしょうか。

○下川 一番問題は、何をいっても産科の医者がいないんですよ。だから産科の医者をどう確保するかだと思っておりますよ。そのときに労働条件を確保すれば

産科に来てくれるのかと。それで本当に解決できるのかというのは一つあります。女性がふえてきて男性が少なくなっているのもありますし。やはり若い先生方が、自分が医師として生きていく上で本当に自分の職業、産科医といったときに誇れるような領域なのかどうかも含めて、例えば産科の医者というよりも循環器の医者といったほうが格好いいのか、そういうことも含めてやはり産科の医者が自分たちの医療に誇りを持って、それを語らないといけない。そして、やっぱり医者の中でのアイデンティティなり、もう少し自分たちの立場を高めないと産科の医者にはなってくれない、そういうふうに思っています。ぜひいい機会が幾つもあるわけですから、そこで毎年何人かずつ確保していただければ、本当にシステムを論じられる時代が来ると思います。今みたいにネガティブにシステムを論じるのではなくて、本当に産科、周産期医療がどうあるべきなのかということを考えながらシステムを語れる時代が来る。そういう時代がぜひ来てほしいと思っています。今語られているシステムの問題は、どう後退していくのか、後退していく中でどう守れるのかということばかりですよ。もしもっと健全に周産期医療を考えるならば、医師をできるだけだましてでもいいからと僕は言うんですが、だましてでもいいから確保してくれと。そして、その確保した医者をもとにして、もっと未来志向の周産期システムを考えてください。そのときに問題があるのはベッドなんですよ。先生は今法的な問題がありますと言われましたが、ベッドの数なんです。ベッドの数を産科なりNICUは、トータルとして制限されているにしても、少し自由に使える部分を確保できるように今動くべきだと思うんですね。そうしないと診るところがなくなりますよ。ぜひ和氣先生、大学を否定しているわけではないですから。

○和氣 100%理解しております。ただし、産科の医者という話に終始していることに一つ問題があって、外科系の医師がすべて減少して、あえいでいます。外科系の医師をふやすことが今後の日本のために非常に重要なことである。同じような現象はアメリカでも先行して二、三十年前に起こっています。そのときに男性医師に学会の指導者たちが「男性医師よ、女性医師より働くな」、そういう言葉をスローガンとしてつくりました。それから十数年後、アメリカにおける産婦人科医療は大分立ち直っています。したがって、労働条件の緩和というのは非常にその分野の医師をふやすことにある程度必須であることも事実であります。

○下川 和氣先生、どうもありがとうございました。別に大学を責めているわけでもありませんけれども、それぞれの持ち場でせざるを得ないんですね。産科の医者を確保するために僕らはできないんですよ、ほとんど。研修医が来たときに産科はおもしろいですよと話すぐらいしかできない。それぞれの持ち場でできること、できないことがあるんですね。一番できる最先端におられる大学でそれをしていただかないと僕らは身動きできないですね。労働条件からいいますと、日本はやっぱり動きにくいんです。病院もはっきりいったら苦しい、

どこも赤字。だから産科の医者だけこっとふやすのはかなり厳しいところがありますので、そういうのを含めてよく行政その他にご相談していただいて、勤務医の労働条件をどうにか改善したいと、僕もそう思っております。どうも失礼しました。

○中野 久しぶりに昔を思い出してしまって座っておくことができなくなりました。下川先生がおっしゃったシステム論というのはそれだけじゃもちろんないんですね、ご存じのとおりで。一生懸命行政の施策として提案し、まとめ上げた10項目からなる提言がありますけれども、それはあくまで短期処方なんです。当面、向こうどれぐらい読んでみましたっけ、当時今から2年前の計算ですから5年から6年、つまりあと三、四年ぐらいまでのスパンで通用する短期処方、それはがらごんとやって今おる人間を集めるしかないじゃないかが発想。二つ目は、一番強力な助産師さんたちがなぜ1人で責任持つてというふうな文化を日本で作り上げることができないんだと、システムがあるじゃないかと。三つ目は外国の同等な資格、技量を持った医師を持つてくればいい。これが短期処方であると、こうなんですね。だけれども、これじゃ何もならんということ。言うなれば、恒久的といいましょうか、中期・長期処方というのは下川先生がおっしゃるとおりで、やっぱり若い人が来なきゃいけない。ただ、若い人もやる気を持って来てくれなければ困るんです。私の晩年、いろんな人をお誘いして、三種の神器を持って、だましとすかしとおどしと三つの勧誘方法によってたくさん入っていただきました。でも、たくさん入った人よりも多くはないけれども、やめていきました。つまり、やる人が入ってくれないと困る。そこに先ほど私申し上げた妊婦さんそのものの国民の主権者たる自己責任と自己管理というのが実はきいてくるんです。

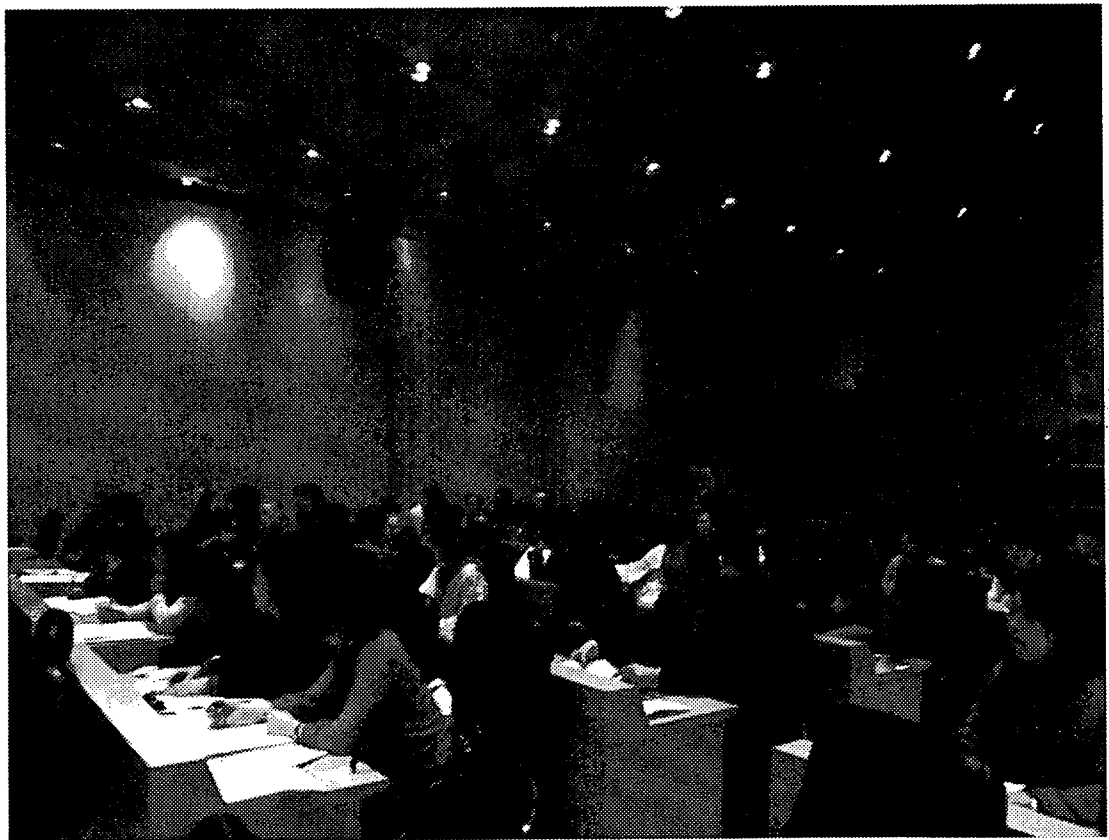
下川先生の時代、よく知っていますよ。人が嫌がることを進んでやるのが美であるというふうに先生は思っていましたね。大みそかの当直とか一日の当直は好んで下川先生がしたものです。そして、それをやっぱりすごい人だと医局員も恐れるし、うわーっという社会があったと思うんですね。今それがありません。上手に私は1日から3日まで休みがとれたよ、よくやったねという時代に両方ともなってしまうというのをどう変えたらよかろうかというのが、結局遠回しだけれども、インフラを支える一番重要な点であるというのが形をかりた受益者のガイダンスといった言葉は悪いけれども、教育的効果を期待する部分ではなかろうか。これが先ほど例に挙げました一つ課題としてのバースケアプランニングを自分でつくってみるみたいな訓練をしてみるとか、母子手帳の実績が示すとおりで自分で考えてみるとかいった風潮を基本に持ってこなきゃ、何かするのを待っていて、何かがあったらパターンニズムを発揮して、訴えてあげようというのが、中央的な文化行動としてはそう長く続くはずがないけど、こればかりを恐れて動くということもいかがかなというのが下川先生のいら立ちだろうと私は思ったので立ってしまいました。

○福嶋 ありがとうございます。大体1時間ほど討論してまいりましたけれども、あと幾つかフロアからございましたら、どうぞ。

○尾上 今の産婦人科の問題というよりも結局いろんな問題、勤務医全体の共通した問題と、あるいはその特殊な部門に分かれた問題といろいろあると思うんですよね。例えば勤務医全体あるいは医師全体が不足したところで、じゃ、その産科に対して、NICUに対して、どうしても部分的に不足した部分があればそのところは難しくなる。そういうことに関しては下川先生の言われること、その分野に魅力があるかどうか非常にかかわりありますけど、ただ現に今その産婦人科、産科が不足している、単純にそれだけの問題ではなくて物すごくいろんな要素が重なっている。もちろん大きい、小さい、いろいろあると。ですから、それは必要なところは必要な部分できっちりしていかなきゃいけない部分であって、待遇がすべて改善するというわけではないけれども、やはりそれも重要な要素の一つであるのは間違いないし、できることは何でもやるのが本当は必要じゃないかと思っております。

○福嶋 ありがとうございます。ほかにございませんでしょうか。

それでは、今日は皆さんどうもありがとうございました。貴重なご意見、ご討論いただきまして、またご発表ありがとうございました。また、今後もいろいろとこういった取り組み、皆さんと続けていきたいと思っております。今日はどうもありがとうございました。これをもって閉会といたします。



「飛び込み出産」深刻化

北九州で3年半に109件

半数が異常分娩

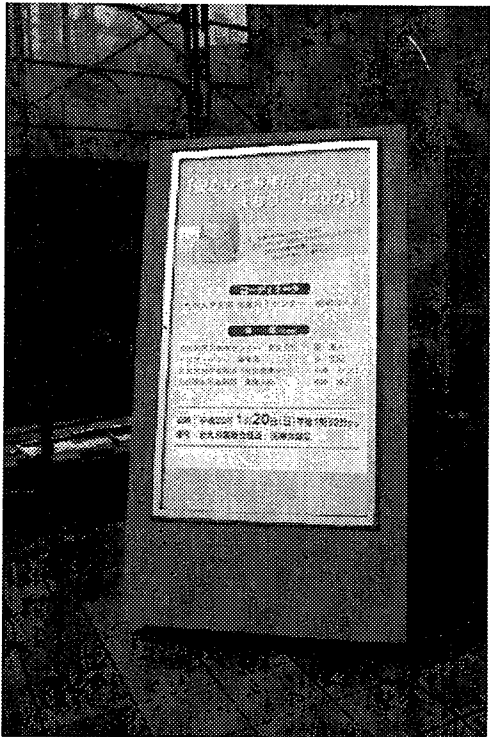
福岡市医師会が、北九州府下3年半に109件の「飛び込み出産」を調査した。半数以上が異常分娩で、胎児・新生児の死亡率も通常の約10倍に達した。市医師会によると、医師が「今後、産婦で異常分娩が疑われるのは、妊娠の経過観察を怠ります。リスクの高い飛び込み出産が増える可能性がある。行政関係者も適切な対応を講ずる必要がある」と警告している。

背景に経済的理由

福岡市医師会が市立医療センターなど市内の診療所など約30の一次医療機関を対象に調査。飛び込み分娩数は昨年調査が分母数の約1.5倍にあたる計107件、一次機関も計12件あった。妊娠の年齢は30代が40%、20代が30%に達している。飛び込み出産の分娩結果は、胎児・新生児の死亡率が通常の約10倍に達した。市医師会が市立医療センターなど市内の診療所など約30の一次医療機関を対象に調査。飛び込み分娩数は昨年調査が分母数の約1.5倍にあたる計107件、一次機関も計12件あった。妊娠の年齢は30代が40%、20代が30%に達している。飛び込み出産の分娩結果は、胎児・新生児の死亡率が通常の約10倍に達した。

市医師会調査

「リスクが高い」と判断している。調査によると、異常分娩が疑われた妊婦の受け入れを断った理由として「初産」が14件あり、「胎位不正」が11件と多い。多くの場合は「飛び込み」出産は非常に危険だと判断され、医師が「初産」が14件あり、「胎位不正」が11件と多い。多くの場合は「飛び込み」出産は非常に危険だと判断され、医師が



毎日新聞
平成20年1月21日朝刊

フォーラム：医師不足時代のお産を考えるーあす北九州・小倉

◇進む集約化、望ましい形は

医師不足時代の産科医療のあり方を市民と共に考えるフォーラム「安心してお産ができるまちづくり2008」(厚生労働省研究班主催)が20日午後1時半から、北九州市小倉北区浅野の北九州国際会議場である。国は拠点病院に産科医を集中させる「集約化」を進めているが、「近くで産みたい」と望む妊婦は多い。主催者の一人で九州大学病院の福嶋恒太郎医師(41)は「望ましい産科医療をみんなで考えて」と呼びかけている。【柳原美砂子】

福嶋医師は06年度から、厚労省の補助金を受けて産科医集約化の研究に取り組んでいる。厚労省によると、産婦人科、産科の医師数(06年末)は1万751人で、10年前から1484人(約12%)も減った。このため、地域の産科医を拠点病院に集め、多くの分娩(ぶんべん)を扱う集約化は、産科医不足の打開策として注目されている。

しかし、福嶋医師が昨年10～11月、福岡県の医療機関で出産した397人に実施した調査によると、受診医療機関を選んだ理由は「家から近い」など利便性がトップ。通院に要した時間は30分以内が約9割を占めた。また「妊娠から出産後まで同じ病院で診てほしい」「どこに住んでも同じ医療を受けたい」など、集約化とは逆の意見も寄せられた。

福嶋医師は「集約化は最善策ではないが、産科医を急に増やすこともできない。どうすれば安心してお産ができるのか考えてほしい」と話す。

フォーラムには福嶋医師のほか、新生児科の医師ら3人が参加し、医療機関の連携のあり方や救急搬送についても話し合う。参加無料。問い合わせは北九州市医療課093・582・2678。

毎日新聞 2008年1月19日 西部夕刊

医療 健康

「出産危機」九州でも

足りない産科医

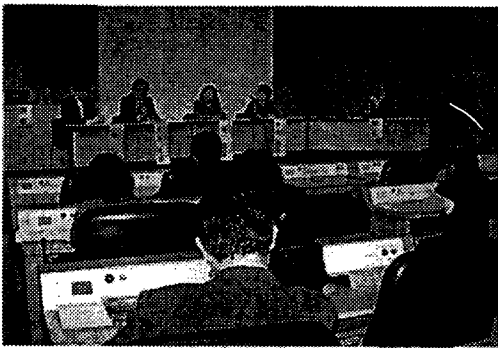
不安募らす妊婦

産科医不足が深刻化する中、産科医の募集を考へる市民フォーラム「安心して産めるまちづくり」が北九州市であり、医師、行政関係者、市民ら約八十人が参加した。分科医制、病院創設や産科医集約化に関する厚生労働省研究

室が福岡県医師会・九州大学病院産科産子センター助教主催。産科医らの過剰な労働環境や低賃金の不安定な雇用環境の改善が報告され、それぞれの立場から産科医集約化や助産師外来導入などが提案された。(高橋由美)

産科医不足が深刻化する中、産科医の募集を考へる市民フォーラム「安心して産めるまちづくり」が北九州市であり、医師、行政関係者、市民ら約八十人が参加した。分科医制、病院創設や産科医集約化に関する厚生労働省研究

「安心して産めるまちづくり」北九州市で市民フォーラム



市民フォーラム「安心して産めるまちづくり」が北九州市で開かれ、産科医不足や労働環境改善などが話し合われた。

効率的な集約化・助産師外来の導入—提案さまざま

産科医も入った。は日産科でも、妊婦には初めての経験。不安に怯む妊婦も少なくない。産科医不足が深刻化する中、産科医の募集を考へる市民フォーラム「安心して産めるまちづくり」が北九州市であり、医師、行政関係者、市民ら約八十人が参加した。分科医制、病院創設や産科医集約化に関する厚生労働省研究

産科医不足が深刻化する中、産科医の募集を考へる市民フォーラム「安心して産めるまちづくり」が北九州市であり、医師、行政関係者、市民ら約八十人が参加した。分科医制、病院創設や産科医集約化に関する厚生労働省研究

産科医不足が深刻化する中、産科医の募集を考へる市民フォーラム「安心して産めるまちづくり」が北九州市であり、医師、行政関係者、市民ら約八十人が参加した。分科医制、病院創設や産科医集約化に関する厚生労働省研究

フォーラム「安心してお産ができるまちづくり」

アンケートのお願い

本日は、フォーラム「安心してお産ができるまちづくり」にご参加ありがとうございました。各演者の講演や討議等をお聞きになったの、あなたのご意見をお聞かせください。

みなさまからいただいたご意見は、本研究の班会議、研究報告書等において発表させていただき、よりよい産科医療作りに生かしていきたいと考えております。

なお、アンケートは終了後受付にご提出ください。

厚生労働科学研究

「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」

(主任研究者 東北大学大学院医学系研究科 岡村州博教授)

分担研究者 九州大学病院 周産母子センター 福嶋恒太郎