

○司会（海野） それでは、そろそろ時間になりましたので、総合討論に入りたいと思います。よろしければ、お席に着いていただきたいと思います。

今6つの演題が発表されましたが、まず討論を3つくらいのテーマに絞ってそれぞれ少しずつ進めていきたいと思います。

1つが、医師の産婦人科医の勤務条件と待遇という問題。それから、医療機関の集約化及び地域連携というキーワードです。それから、この全体のテーマでもあるのですが、お産の在り方、遠藤先生にお話いただいた助産師外来や院内助産を含む今後の分娩の在り方についての意見交換ということになるかと思えます。

それをまず学会員の先生方の方で議論をしたいと思ひまして、その全体としての時間で4時前くらいまでを想定しております。

それでは、まず最初に医師の勤務条件と待遇の問題ということで、私と中井先生が主にお話をしたようなことになっていますが、何か御意見をいただければと思います。

では、末原先生お願いします。

○末原 大阪府立母子センターの末原です。

ディスカッションというか、お願いなんですけれども、吉村理事長がまとめられた厚労省の提言ですが、去年は同じように各都道府県の知事にも送っていただいたと思います。多分、十分検討されていると思うんですけれども、是非県知事あてに送っていただきたいと思ひます。

今日は行政の方、厚労省が見えていますけれども、私たちは現実コーディネーターのお金を出していただくとか、そういう地域周産期のお金を出していただくというのは、やはり都道府県でお金を決めていきますので、是非こういうことをされる場合には、多分東京の方は見えていると思うんですけれども、地方、都道府県の方にも案内を送っていただきたいというお願いを最初に申し上げます。

○司会（海野） 吉村先生は今ちょっといらっしゃいませんが、それは多分大丈夫だと思ひますので、よろしく伝えるようにいたします。

それでは、一応順番でやっていきたいので、勤務条件、待遇の問題について御意見がなければ次にいきますけれども、何かございますでしょうか。

では、岡井先生お願いします。

○岡井 先ほど中井先生が発表されたデータのことで発言したいんですけれども、中井先生はいないので、先ほど話していたんですが、統計を取られていたどの部分かというところ、勤務時間と、それから諸条件との関係を数学的に検討したデータです。

あれは、数学的には単に因果関係は全くなく数字として出ているだけで、どう読むかは勝手に解釈できるんです。ですから、私が一番気になったのは下の段にあった当直翌日の勤務の緩和をしたということと、それから勤務時間との関係で、勤務の緩和をしたら勤務時間が長くなったという言い方になっていたのですが、そうではない可能性の方が高い。忙しいところの方が一生懸命緩和を

図っているという結果かもしれない。

というのは、当直の次の日の勤務緩和というのは産婦人科医師不足を解消する最も大きなキーポイントになってくると私は思っています。日本の行政、厚労省の方で医師不足を認めていただいて医師を増やそうとしている状況でも、診療科間の格差、それから地方と都会の格差、これは同時に解決していかなければならないことです。しかし、その努力は当然我々もやらなくちゃいけないのですが、行政の方もしてくれる。

そうやってきたときに、もう一つそこで産婦人科、小児科もそうですし、救急もそうですし、さっきのを見ても産科は当直が多いから今、学生あるいは若手の医師から敬遠されているわけで、当直は多いけれども、次の日の勤務が緩和されているということは大変大きな追い風になってくると思いますので、そのこのところの分析もこれからきちんとやっていかななくちゃいけないですし、先ほどのデータの解釈も間違った方向にならないようにしていかななくちゃいけないと思います。

○司会（海野） ありがとうございます。久保先生、お願いします。

○久保 国立成育医療センターの久保です。

海野先生にお聞きしたいのですが、病院勤務医の平均勤務時間が 300 時間はわかったんですが、その先がないんです。その 300 時間を減らすためにどうするかということで、その具体的な案が幾つかでもあればと思うんですけども、今日思ったのはさきほどの発表でとりあえずOBの方を使うというお話があったのですが、勤務医の病院のところにお産をやめられた産科の先生が当直に行くことによって病院勤務医の勤務の緩和を図るとか、そういうふうなことについていかがでしょうか。

○司会（海野） 今、調査をしていて、その中で今日お見せしたのは常勤医のデータだけなんです。それで、男性、女性というのを分けなかった理由は、常勤医である限り、今のところ出てきているデータを見ても男性と女性とほとんど変わらないくらい働いているということがあります。そうじゃないと常勤医をやれないのかもしれないんですが、そういう状況があるので、それぞれの病院から非常勤の先生がどのぐらい関与されているかというようなデータもいただいています。それで、非常勤の先生が例えば日勤の外来をやってくれることで今、岡井先生が言われた当直の先生が翌日の昼間の外来をやらなくて済むかもしれないというような勤務緩和の在り方もあると思うんです。

ですから、そういう意味でまだこれは調査、本当に中間集計の段階でして、それぞれの病院の努力、いろいろな工夫の仕方というものをこの調査の中で明らかにしていって、それをまた更にそれぞれ病院で状況は違いますから、その中でこういうノウハウがあるよ、こういう使い方をすれば現場が少しでも楽になるというようなことにつながっていけばいいと思っています。

それで、私自身はやはり地域の先生に是非病院で外来をやっていただくようなことというのは、特に産科の場合あるいは婦人科でもプライマリーの場合にはかなりできるのではないかと考えています。その辺を今後ご検討いただければと思います。

ただ、問題は開業の先生から見ると病院に行くと、その間、自分のところのクリニックを空けて、それで病院で一体どの程度の収入になるのかということを見ると、とてもそれはバランスがとれ

ないと思うんです。ですから、その辺のところも含めて考えていくことが必要になるかと思っています。

○久保 勤務医から開業医に流れていくという中で、両方が共同してやっていけるシステムを提言していただければと思います。

○司会（海野） では、末原先生お願いします。

○末原 久保先生が御指摘になったように、我々もコーディネーターを設置するというか、もちろんコーディネーター業務も非常に大事ですけれども、それよりもやはりリタイアしたOBの人をいかに医療の現場に戻すかという一つのきっかけとして位置付けて、今おっしゃったような外来を手伝っていただく。

そういうノウハウをやはりベテランの人にやってもらうためには、それだけの手当てというのは私は要ると思います。大阪では1晩7万円ですけれども、10万なり15万なり、そういう手当てをしなきゃいけないと私は考えていますし、そういうことは行政の方に訴えたいと思います。

○司会（海野） ありがとうございます。それでは、福島先生お願いします。

○福島 今のことに関連するのですが、九州大学でいわゆる同窓会、医局に所属して辞められた60歳以上の方にアンケート調査をしたことがあるんですけども、実際に60歳を超えて産科の診療に携わりたいという方は4分の1もおられません。ほとんどの方が老健施設とかに行かれているのが実際のところで、よい悪いは別としてなかなかリタイアした後のOBの先生をというの、定年しても働きたいという方がおられるのは間違いなんでしょうけれども、余り多くないというのがあるかと思えます。

○末原 だから、今の外来の形で丸投げしてということではなくて、そういう先生が働ける場をうまくお互いに話し合っつくっていかなくちゃいかぬと考えています。

○福島 追加です。それはもちろんなんですけれども、もし特に短期シェアとかということになって一部ずつ皆さんが負担してということにしても、恐らく逆にその負担が増える側というのが必ずあるわけですね。

そうすると、例えば今は女性支援ということでありませうか、残っている世代や男性が支えるというのが実際のところだと思うんですけども、いずれそのうち女性が女性を支える時代がきて、あるいはOBの先輩方に手伝っていただくと、OBの先輩同士で支える時代がきて、その中でそれをやれるかということまで考えた導入が必要だと思います。以上です。

○司会（海野） では、小関先生お願いします。

○小関 横浜で開業医をしております小関と申します。

久保先生が言われましたように、診療所の先生が病院に入って診療を行うということで、実は私も2年くらい前からそれをやっているんです。

横浜市はそういったことで診療所の医師が病院に入って手助けできるようにということで、昨年

度、本年度、2年間に限っての予算措置なのですが、そういった診療所の医師が病院の外來補助を行うというような制度を設けているのですが、一たん開業して自分のところで診療機関を設けてしまうとなかなか入っていけない。

私は開業した当時から行っていたものですからできてはいるんですが、なかなか既に自分で開業しているところを休みにして行くということは非常に難しいというのが現状だと思うんです。横浜でもやっている先生というのは10人に満たないのではないかと。

ただ、当直だけお手伝いに行くという先生はいるということなんです。

それから、定年後の先生の活用ということでございますが、これは日本産婦人科医会で開かれてある委員会の方でも言っておりますが、やはり分娩にまで関わっていききたいという先生は余りないようでございます。ただ、積極的に支援していききたいという気持ちだけはあるようでございます。以上でございます。

○司会（海野） 何か御意見はございますか。これは非常に難しいというか、小関先生の言うようになかなか難しいかなと私自身は思いますが、光田先生はおられますか。泉佐野でシステムをつくられて、その勤務という点で実感としてどう変わられたかということをちょっとお話いただけたらと思うんですが。

○光田 御指名でございますので。私は今、大阪府立母子保健総合医療センターの方にいまして産科をさせていただいております。8月までは市立泉佐野病院の方で広域母子医療センターの立ち上げなどをさせていただきました。

この事業の一番大きな点は幾つかあるんですが、周辺の4市3町に協力金、運営金を出していただいております。それから、破綻後の処理と申しますか、破綻前の処理ということで、どちらの病院も元気にやっている間に、力のある間に対等の形で機能分化を図ったということがございます。

実際には、人数はそんなに増えてはいないんです。1名ずつの当直をやめて2名当直にしたので当直回数は確かに減らないんですが、呼び出しは極端になりました。この4月から8月までで部長が本当に緊急時に呼び出しを受けたのは月に1回くらいで、貝塚の部長も1回くらいだったんじゃないでしょうか。1月に1回もなくなるような感じです。

あとは一次救急とかをやっていましたので、その分で人数がどうしても足りないというようなことで先生を呼び出すということはあるんですが、当直回数は減らずとも非常に業務の負担というものは減っています。

あとは、昼間は特に泉佐野の方が貝塚に手術に行くわけです。タクシーを利用して15分くらいの距離なんですけど、そこに行ってやるので、お産の当直も向こうから来ていただくということで、相互乗り入れでやっているんですが、やはりお互いに忙しいときには融通し合わなければいけないとか、そういうことも行われるので、これからは地域の中でお医者さんが流動化を図ると申しますが、例えば非常に血液も豊かにある、麻酔科もしっかりしている。だけど、産婦人科は例えば救急時に癒着胎盤の子宮全摘をする医療をそれだけ備えている病院があっちにもこっちにもあるかというところではない。

そういう医療ニーズ、それから産婦人科医のミスマッチみたいなものが病院とお医者さんの間でも出るのではないかということがあると思います。そうすると、お医者さんがあっちこっちに移動するというのも医師不足を解消する一つのセレクションではあるのかなと。

ただ、その場合に大阪で考えているのは、やはり兼業の壁というものがある。これを何とか活用できるようにしていただかないと、そういう医師の流動化ということが実現できない。今後とも是非学会の方で実際にこれに働きかけていただきたいと思います。以上です。

○中林 愛育病院の中林です。

やはり今、先生のおっしゃったような集約化するのも一つ必要なことではありますけれども、もう一つ、勤務医から開業医に移行するというのは、その原因をきちんと考えていくべきだろうと思います。長期的には別として、現在は開業の先生方が半分を行い、基幹病院が半分の分娩を行っていると聞いていますが、基幹病院では何人お産を取っても勤務医の待遇は余り変わらないので、市とか都とか国や、院長としてはできるだけお産を取ってほしいと思うわけです。そして、皆さん疲弊するんです。辞めていく。

しかし、昔は基幹病院というのは難しいお産もあるけれども、比較的勉強する時間があつたということで、医者の方の1人当たりの年間分娩数はそんなに多くなかった。しかし、現在はハイリスクもローリスクも皆、取りなさいというような施設もあるかと思えます。しかし、そうするとがんセンターがいっぱいになってがんの医者が嫌になると同じように、がんセンターは一般の病院から紹介されたがんの方が治療をするというふうになっていて今ちょうど成り立っているわけですから、周産期センターもやはりハイリスクだから取りましょうという形になっていくべきところがそうならないところから、基幹病院の方々が嫌になっている。そして、とても働く割には給料は大変安い。そして、夜も厳しいというのが現状で、基幹病院から開業医へと移っていく。こういった現状をやはり把握して、それを止めるためにはどうしたらいいのかということ进行分析していかないと、現状把握だけで対策になっていかない。

各地域の基幹病院は県とか市とかのお金で成り立っているからいいんだと言いますがけれども、医師が安いお金でたくさんやって収益を上げようというようなことをしては医療価格破壊になっていきかねない。そういう意味で、大きな意味からして医療費の問題を考える。そして、本当に困っている方はそれに分娩一時金を出していく。

そういう形にしていけないと、開業医と一般の基幹病院の分娩のバランスがうまくとれていかない。やはり安いから、ローリスクだから、では都立病院に行こう、国立病院に行こうという人がたくさん出てしまいますので、その辺を是非お考えいただいて、基幹病院の勤務医が快適に十分勉強し、またハイリスクのものをいつでも取ってできるというような状態をつくってあげていただきたいというふうをお願いしたいと思います。

○司会（海野） ありがとうございます。何かほかに御意見ございますか。

今の勤務医の勤務条件の問題ですが、今、中林先生から御指摘いただいたような病院の経営の間

題というのが実はかなりあるのかもしれないということが言えるかとは思いますが。ただ、これも我々としてはとにかく現場の医師の勤務条件をどれだけ改善できるか。その改善の方向に向けていくかという努力を続けるということになっていくのかと思います。

それでは、また後でこの話題に戻るかもしれませんが、先ほど光田先生がおっしゃられていた集約化と申しますか、地域連携のことに關するところに少し話題を移したいと思ひます。この件に關しまして、何か口火を切っていただける方はおられますか。

では、金井先生お願いします。

○金井 信州大学の金井と申します。

集約化と言っても、長野県の場合におきましては基幹病院が限られてきていますし、開業の先生はお産をやっていませんし、大体2次医療の病院で75%の分娩が行われていますので、1次、2次、3次に近いようなすべてを病院がやらなければいけないという状況になっています。

ですから、開業の先生たちで分娩を扱っていない先生方をいかに取り込むか。もちろん高齢の先生も含めてですが、それが非常に大きな課題になっていまして、一つの試みとして妊婦検診自体も妊婦さんは夜間や休日に急変することもあるので、そういうことを敬遠したいというところがありますから、先ほど東北大学の方でやっていた共通ノートみたいなもので、松本地域でも共通診療ノートというA5版のバインダー式のものをつくりました。

それを妊婦さんが持ち歩くことで、妊婦検診は開業の先生にやっていただいて、病院は夜間ですとか休日に何かあったら必ず見る。何かあっても必ず見るということを前提とした、一つの地域を一つの分娩を支える組織に考えるというようなシステムで、そういった体制に皆さんを引き込むという形の組織をつくりました。

あとは、今いろいろな病院の中の診療の流動化ですとか、話が出ていますけれども、基本的にそういう組織は顔が見える関係だからできると思うんです。医師同士がここにどんな先生がいるかということがわかっているから、それがうまく成り立っていると思うんです。

それは、地方では比較的できます。病院を流動化させると言ってもだれかがそれをマネジメントしなければいけないわけで、今までは多分大学の医局とかがある程度エリアの中でやっていたと思うんです。

それが、今の卒後臨床研修制度の中では大学に若い医師が集まらないようになっていて、個別の小さな一つひとつの病院が一つひとつの病院で医師を集めるという時代になってくると、どんどん今まで以上に医師同士の顔が見えない関係になってしまっているのを、もしこの方向性に行くんだったら私はすごく心配しています。

それで、大学の医局みたいな組織が広いエリアで基幹病院に恒常的に安定した医師を派遣できるような体制がある程度必要な気がするので、大学、特に地方では若い医師が集まって、そして顔のわかる組織、コミュニティの中で連携をとっていくということが非常に重要ではないかと考えています。

○司会（海野） 顔が見える、見えないとありましたけれども、やはりそれは一つの県の規模の間

題が結構あるということですか。

○金井 もちろん県の規模もあるでしょうけれども、ある程度同じ釜の飯を食べながらいろいろな病院をローテートしている。それは大学だから、いわゆる病院同士のいろいろなローテートは大学の人事の中では今まではすごく活発に動いていくことが可能だったんです。

だけど、それが望ましいという意見も先ほど出ていましたけれども、大学に医師が集まってこなければそういう人の流動はよりできにくい世界に進んでいっているのに、それが必要な現状になっているという矛盾がある。そのために、やはり私は大学に人が集まるような状況が必要ではないか。特に地方なんですけれども、感じてはおります。

○司会（海野） 今日全国の先生方が見えていますので、この辺の問題は非常にいろいろ御意見があるかと思えますけれども、ほかにございますか。

では、松田先生お願いします。

○松田 東京女子医大の松田です。

顔が見えるということでお話をさせていただきたいんですけども、私は20年間、鹿児島の方におりまして、まさしく顔が見える連携ができていました。この先生は少しオーバーに言うな、この先生は最後まで持っているというのが症例を通じて全部わかるものですから、結果的には全部取ろうということは同じなんですけれども、それぞれお互いに気持ちが通じました。

今、私がいる女子医大は、中野区と新宿区と杉並区という3つの地域の最後のとりでということになっているんですけども、私なりにいろいろ勉強会とかしようという提案を3区の合同産婦人科医会の方に提案をしても、来られるのは開業医の先生が多くて、本当はもう少し中間の先生に来てほしいんです。

それで、女子医大ではこんなことをしていますよ、あるいは担当の病院から送られてきた症例で、これはここに問題があったという症例を通じてのディスカッションが本当はしたいんですけども、それがなかなかできない。それは、恐らくいわゆる2次病院が今は疲弊化して非常に忙しくて、そういった検討会に出ても余り意味がないなというようなことがあるんだったら、これは我々の努力不足かもしれません。

そこで、医局とかのことを考えますと、今回4月にガイドラインができましたけれども、ガイドラインが一つの突破口になるということに、今のガイドラインが100%いいとは思っていませんけれども、これが共通ワードになるのではないかと、そういうようなことで症例ごとにしていくという努力をしていけば、光田先生が言われたような流動化にもつながってくるのではないだろうか。

そういうことをしていかないと、この少ない産婦人科の医師がどうして全体をうまくまとめるかということについて、もう一遍ここで考える必要があるのではないかと思います。以上です。

○司会（海野） ありがとうございます。

それでは、石原理先生どうぞ。

○石原 埼玉医大の石原でございます。

この地域連携のところで話すべきかどうか、この後の段でお話をした方がよろしいのかもしれませんが、御承知のように埼玉県は人口が700万ございまして、年間の分娩数は6万7,000くらいあるわけでございます。その中で、総合周産期は1施設です。それから、機能しております地域周産期は3施設にすぎません。私どもは県内にNICUが八十幾つしかないわけです。明らかに全く足りません。

どうなことが起きているかといいますと、その中で地域での連携というのは非常にうまくいっていると私は思います。そのうまくいっている理由というのは、いろいろな高次医療を要する患者さんにつきまして、主に東京でございますが、周辺の県にかなりの数の患者さんを引き受けていただいているという前提の下に何とかなっていると言わなければならないのでございます。

特に東京の先生方には非常に御迷惑をおかけしているわけでありまして、それでも私どもの方で余裕がある場合には私どものところに栃木県から来たり、千葉県から来たり、神奈川県から来たり、そうしたこともあるわけでありまして、是非ともお願いしたいのは、この地域連携というタームを用いる場合に地域の広域化ということにつきまして御配慮いただく必要があると思います。

これは必ずジオロジカルな背景を考慮すべきで、例えば北海道というのは割とやりやすいんだと思います。これは独立した巨大な島でございます。それで、私はアイスランドの話をよく引き合いに出すのですが、アイスランドというのは北海道と四国と合わせたくらいの大きさの島ですが、人口はたったの30万です。その中で分娩施設は1か所なわけです。そういう統合の仕方もあるわけです。

それで、埼玉はどうかといいますと、そんなに大きな県ではございませんが、西半分が山で秩父でございます。先ほど非常にお恥ずかしい統計の数値がさらされてしまいました。母体死亡率、妊産婦死亡率はずっと一貫して非常に高いところを維持しております。これは交通の便、特に道路などの搬送の困難性があるわけです。

そうした地域、地域の特殊性、あるいは地政学的な相違というものを考慮の上に、異なる方策あるいは戦略というものをとらないと、現在のこの問題を解決するのは非常に難しいのではないかと。全国一律に一つの方法でやるというのはとても難しいのではないかとこの感覚を持っております。

医療の中で、埼玉県というのは残念ながら必ず最下位にございまして、産婦人科の医師数も圧倒的に少ないんです。私どもが最下位で、そのすぐ上のたしか千葉県だったかと思いますが、海野先生の統計を拝見いたしますと、その間に5割くらい分娩当たりの医師の数は差があるわけです。

したがって、すべての先生が非常に努力をされていることは事実でございますが、そうした最も医療過疎の県の実情、そして他県との提携というものを非常に強く望んでいる地域があるということを是非御了解いただきたいと思っております。以上でございます。

○司会（海野） では、宮崎先生お願いします。

○宮崎 島根地方部会の宮崎です。

集約化ということに関して、地方の方からの声を申し上げたいと思うんですけども、意図的に



集約化をせず、御開業の先生方がどんどんお産を辞めていかれて、自然淘汰的に集約化が行われております。

島根県というのは東西に非常に長い県で、東京一浜松間の距離がありまして、医師が非常に偏在をしております。偏在というのは、特に自由でございますけれども、御開業の先生方はいわゆる県庁所在地とか松江とか出雲に集中しております。

それで、できれば集約化をするということも重要なんですけども、先ほど通院時間のことがちよっと出ておりました、北海道では2時間、博多では30分ということが出ておりました。通院時間もさることながら、国民一人ひとりの健康を考えますと、できれば陣痛発来したら1時間以内に分娩病院にたどり着けるのが望ましいのではないかと島根では考えております。

それで、海野先生がいろいろ資料を配信されておられるので、医政局の指導課長名通知というのを見ていますと、「疾病または事業ごとの医療体制について」という中で、出生数に応じた産婦人科医師必要数というところを見ますと、産婦人科医1名当たりの相当分娩数は年間100件以下というのが努力目標とか理想とかで出ておりますけれども、医師配置の努力目標といえますか、目安として、できれば国民の健康を考えれば陣痛発来から1時間以内に分娩機関に到達できることを努力目標として挙げていただきたい。

そういうことをいたしますと、絶対に1人当たりの分娩数が減りまして赤字が増えるのは当然でございますが、国民最低の健康を考えますと、一応努力目標として学会としてそういうことを挙げていただくと、地方としては非常に助かるなというのが希望でございます。

○司会（海野） 非常に重要な御示唆をいただきました。医療提供体制検討委員会は今年度で一応締めくくりですが、もう一度きちんとした報告をしたいと考えておりますので、先生の御示唆も含めて、実はもう一回拡大委員会を1月に企画しておりますので、またその際にも御議論いただければと思います。

時間がきていまして、先ほど遠藤先生から御発表いただきました助産師さんと我々産婦人科医との関係ですが、今日この会に遠藤先生にわざわざ来ていただきましたのは、この問題に関して我々がなかなか議論するチャンスがないということがあるものですから、そういう機会にできたらということがございます。ですから、その辺のところにお話を進めていきたいと思っております。

久保先生、よろしいですか。

○久保 成育医療センターの久保でございます。

スキルミックスというのは、やはりこれからのキーワードで非常に大切だろうと思っております。それで、もちろんチームの中で、病院の中で院内助産をやっていただく。これはすごく大事なことだろうと思っております。

それから、スキルミックスの中で私が産科の場合、普通のお産と、もう一つは救急のお産を考えると、先ほどの石原先生のお話にありましたように、今日は話されていないんですが、NICUが足りないというのは非常に大きな問題で、これは新生児医療連絡協議会の方が出しているものです。

が、日本国内では3,400必要で、今は2,300しかない。1,100床足りないというのが現状です。1,100床のNICUを増やすというのは、箱ものの広さはできるのですが、新生児室の新生児科医はいません。

ですから、私はスキルミックスの中で1つ、アメリカでは当たり前ですが、ナースプラクティショナーという一般の看護婦さんが2年間くらいエデュケーションをすることで、NICUでは送管挿管も点滴も現実にやっているわけです。そういうふうなNPの導入をされると、NICUを増やすことが現実的なものになる。そうすれば今の日本の母体救急というのはまた変わっていくんじゃないかと思うんですか、これに関して遠藤先生から御意見がございましたらコメントをいただきたいと思います。

○司会（海野） 遠藤先生、よろしいですか。

○遠藤 質問をありがとうございます。

NICUのケアに関しましては今、認定看護師の制度の中で新生児重症集中治療コースというのが看護師さんの資格を5年持っている方が6か月研修しているんですが、実は毎年30名の養成で人気コースの一つで、日本で1か所、広島大学が今、受けてそれをやっているんですけども、先生のおっしゃられたように看護職の裁量権の拡大とか、医師との役割分担の中で医療処置ができるような状況というのでナースプラクティショナーが僻地等で必要だというような議論には入っておりますし、大分県立看護大学でしょうか、既に修士課程でスタートしております。

そのような状況の中で、恐らく新生児集中に関しても新生児、NICUの看護に関してもそういう部分というのは実はフォローアップも非常に大事でございますので、そういう方の必要性は考えておまして、日本看護協会でもNPについて21年度の計画の中で検討していこうかという話が出ている緒に就いたばかりでございますが、先生は必要だというふうにお考えということですね。

○久保 そうだと思います。

ただ、今、横尾さんがやられている未熟児のものというのは、未熟児新生児ナース研究会などが認定しておまして、現実的にその修士をもらった方でも時給というか、月給で500円程度しかお金が上がらないということでモチベーションは全くないわけです。

それで、逆に言うといろいろな医療規制の中で現実に新生児ナースがサポートとしてNICUの医者を育てることになっていないので、そこをもっとそういった格好でやっていってNICU不足が解消すれば、産科救急に関してはすごく具体的な夢が見えてくると思います。

これには絶対にカウンターパートで看護協会がないとだめですし、厚生労働省のいろいろな規制の問題も含めて、アメリカは40年かかりましたけれども、NPに医療費が85%付き出してからこの10年でがらっと変わりました。ですから、そういうことがやはり日本でも必要なんじゃないかと私は思っています。

○遠藤 ありがとうございます。認定看護師については、私学はそれぞれ設定されていらっしゃる

ますでしょうが、国立病院医療機構においては月々3,000円の手当しか出ておりませんので、やはりひどい状況だと思いますし、インセンティブは絶対働かないと思っておりますので、合わせて要求といえますか、検討していきたいと思っております。

○司会（海野） では、三浦先生お願いします。

○三浦 兵庫県の三浦でございます。

まず宮寄課長、それから遠藤先生にお聞きしたいのですが、18年に産科医療提供体制のグランドデザインを海野先生、岡村先生を中心にやられましたね。その中で、いわゆる集約化、オープン、セミオープンシステム、そしてちょっとだけいわゆる助産師の活用というものがありませんでした。それは、去年ぐらいから厚生労働省がえらく院内助産ということに力を入れ出したか、入れているのか、入っていないのかわからないんですが、その発想の基本的な理念を宮寄課長にお聞きしたい。

○司会（海野） すみません。宮寄先生はほかの会合に行っておられますので、遠藤先生お願いします。

○遠藤 私自身は行政の人間ではございませんので、行政の発言ということではなくて、私、日本看護協会の助産師の担当の理事といたしましてこれを推進していることは、先ほど発表にも申し上げさせていただきましたが、医師に代われるという発想では基本的にはございません。

やはり正常なお産というのは予防医学の領域というところも非常に大きいと思っておりますので、健康な人が健康を維持していく、あるいは少し健康逸脱の人が日常生活や早期の治療をコンプライアンスといいますか、受けていくことによって正常の維持性といいますか、その辺りは非常に費用対効果も大きいと思っておりますので、まずそこをしたいということです。

それから、出産が終わりではないということです。その後、次世代をつくっていくお母様方や家族というものがいらっしゃるの、その方たちが納得いって、その方たちが合意のいく医療を受けて、そして子育てをやっていくというところでは、助産師を同時に活用していただくことがよろしいのではないかと発想しております。

○三浦 ありがとうございます。

私はいつも思うんですが、役所も行政も私のところへ見学に来るんです。そのときに、ひょっとしたら医師不足の代替えとして代えられるのではないかと、非常に貧弱な品のない発想で来ます。誠に品がないということをいつも申し上げます。そして、慌てて帰りますけれども、そういう発想の下でやってもらったら、これは困るんです。妊産婦の立場に立った親子のきずなを培う医療、産科ケアということでやってもらわなければ困ります。

私は21年前に発想いたしまして、そして11年から実施しまして昨日で助産科は1,127例、私のところは助産システムを助産科と付けております。助産科という名称で言っています。そういう思いでやっております。

兵庫県の昨年の健康増進課のデータによりますと、児童虐待で死亡した児童の約4割は零歳児で

す。それはいかに妊娠、分娩、産褥のケアということが非常に重要かということで、私は虐待のルーツはその辺にあるのではないかと最近あちこちで述べております。

是非ともこれをやられるにつきましては、医師の代替えという貧弱な思いを持っていただいたら困るということをお伝えしたくて今日参りました。以上です。

○司会（海野） では、岡村先生お願いします。

○岡村 班研究の主任の責任として、先生が御心配のことは私も考えておりますので、そういうことは絶対ないということをまずここでお話をしたいと思います。

助産師が医師の代わりができるなどということは、多分遠藤先生も何も考えていない。今、助産師外来をいろいろ見てみますと、1人当たり30分くらいかけていろいろなケアといいますが、そういうことに携わっているんです。決して医師の代わりをしようなどということは考えていませんし、それで非常に満足して妊婦さんもお帰りで、それはこのまま発展していいんじゃないかと私は考えております。

○司会（海野） そろそろまとめたいんですが、中林先生お願いします。

○中林 つい産科医不足と院内助産というのが結び付けられやすいので、やはりここははっきりしておいた方がいいということで、岡村先生はおっしゃっていただきましたし、また先ほど先生がおっしゃったように、前から先生とは御一緒に仕事をしていて、院内助産とか助産師外来を受けた患者さんの満足度が大変高い。

私は、少子化対策として助産師さんが患者に寄り添って出産を協力していくということは女性の満足度を非常に高める。では、次も産んでみようという気持ちになるので、私はそういった意味で助産師さんにより力をつけていただく。

現在、遠藤先生たちと考えているのは、5年くらいたったらエキスパート助産師というようなものを認定して、それに匹敵した方々がお産を自主的に取り、助産師外来をやるようなことですが、それによって、より妊婦さんたちが充実した出産が味わえる。また、安全であるということを考えているので、三浦先生がおっしゃったように、まさに医師が足りないからそれを助産師で補おうというような考えは是非持たずに、助産師も更に数を養成しないとイケませんし、共同してチームワークをつくって、産科医の意識改革と産科医自身のより多い養成が必要になるということをお伝えしたいと思います。

○三浦 もう一点だけよろしいですか。

今、中林先生がおっしゃいましたが、2年前にこの会に出たときも言いましたけれども、これをやるには医師の意識改革が絶対必要です。それから、助産師のスキルアップですね。だから、この辺りで日産婦学会も少し意識を改革してはどうかということを提言しておきます。以上です。

○司会（石川） ありがとうございます。

今まで産婦人科学会、医会の方々と一緒に、助産師の在り方も含めましていろいろ討論してまいりました。

最後に、救急医療と周産期医療、この前の妊婦の脳出血も含めましてですけども、そういう問題が起きましたので、急きょこの班研究の話題に追加しまして、救急医療と周産期医療の関係について、これから学会、医会の方を含め、一般の方も含めまして総合討論をしたいと思えます。救急医療と周産期医療の関係につきまして、何か御意見のある方はいらっしゃいますか。

どうぞ、水上先生。

○水上 北海道大学の水上です。

つい最近、東京都で墨東病院の事件がありましたね。北海道の札幌では、実はそういったことが起こり得るだろうと思ひまして、今年の3月から産婦人科救急医療対策協議会というものを行行政、札幌市がリーダーシップをとりまして、計10回くらいの会議を開きました。私もそのメンバーだったんですけども、そういうたらい回しがなくなるようにいたしました。

どういうことかといいますと、例えばNICUが必要な病院、小さな赤ちゃんが生まれるときはそういう病院が3次施設になりますし、それから未受診妊婦の場合にはどういう状態で来るかわからないのでNICUが必要、かつまた脳外とか循環器内科、循環器外科とか、そういったバックアップが必要な病院が必要になります。

そういったことをすべて勘案しまして、そういう機能を持った病院群が集まりまして、市にコーディネーターを雇い入れてございまして、各病院に毎日夕方の6時くらいに電話をします。すべての病院を含めて札幌市内の8か所ぐらいの病院です。そして、今晚はこういう患者さんに関してはこの病院が取ると、第1優先、第2優先と決めます。それで、それを未受診妊婦、NICUを必要とする妊婦ということで、すべてその日ごとに毎日代わるものを決めたんです。

そうすることによってたらい回しではなくて、例えば救急隊がこういう患者を受け入れたというのでそのコーディネーターに救急隊が電話します。そうしたら、そういう患者さんは今晚は北大病院ですとか、市立札幌病院ですよということで、すべて一発で搬送先が決まるようなシステムを対策協議会として答申しました。市はそれを早速受け入れまして、今年の10月1日からそれを始めたところです。そういうことで、札幌市としては非常にタイムリーに東京の事件があったものから、そういったことです。

それで、この前ちょっとテレビを見ていましたら、東京都はそういうことで産婦人科の医師が足りなくて当直が1人だったから断ったということで、そういったところに東京都は医師を派遣して産婦人科の医師を多くすればそういうたらい回しがなくなると誤解しているような節がありましたので、一言ここで発言したいと思います。

結局、産科の病棟が満床である、もしくはNICU病棟が満床であれば断らざるを得ないんです。それで、10か所、20か所のセンターがあっても、すべてのところで満床だったらすべてに断られるからたらい回しはなくなるんです。結局どういふことが必要かという、そういう病院群が協議をしまして、すべての状況を知った上ですべて非常に苦しいけれども、今晚はそういう患者さん

が出たらどこにしようか決めるシステムをつくらなければならぬ。札幌市でそれをやったということを御報告したいと思います。

○司会（石川） 確認ですが、そのコーディネーターというのは医師ではないんですよね。助産師なんですか。

○水上 助産師です。

○司会（石川） 結局、札幌産婦人科医会は医師を雇い入れるようにと言ったんだけど、札幌市は予算の関係もあって助産師ということになったんですね。

○水上 3か月間だけ助産師でやらせてほしい。それから、その後の3か月間は産婦人科の医師を雇い入れてやる。そして、来年の4月に正式な体制として発足するというので、今6か月間、10月から来年3月までは試行期間ということになっています。

○司会（石川） わかりました。

○岡井 東京都周産期医療協議会の会長をしております岡井です。いろいろ御批判があると思いますので、少し私の方から発言させてもらいたいと思います。

まず、水上先生にけんかを売るわけではないですけれども、1つ。まず、「たらい回し」という言葉は適切な表現ではないのでやめましょう。これは、メディアの方にもお願いしたいことです。

それからもう一つ、「診療拒否」という言葉も是非使わないでいただきたい。これは、理由があって拒否するんですけれども、自分たちの意思で決定できることを断るのが拒否のようですが、正しく言うならば受け入れ不能であるという表現をしていただきたい。

そういうつまらない言葉にこだわるなどと言われるかもしれませんが、そういう言葉の表現でメディアでいろいろ報道されますと、今も出ましたが、そこで勤めている医師がどれぐらい皆、頑張っているかはわかっていただいていると思いますが、そういう医師がやはり自分がやっていることに使命感を失うというか、意欲減退とか、そういう悪い方向につながりますので、周産期医療を支える、こういう状況を改善しようということで報道してくださるのであれば、その辺の言葉遣いも気をつけていただきたいということです。

それから、水上先生の札幌の考え方は東京もやっているんです。東京は何もやっていないようなことを言われて、言い訳がましくなりますが、竹村先生が大阪周産期医療協議会をつくったのは平成10年でしょう。だから、10年前ですね。東京はその10年前につくっているんです。それで、それぞれに総合周産期を指定し、それで区域を決めて、これは万全とは言いません。100%完全なものではなかったんですが、やってきた。それで、今も区域が決まっています、その区域で起こったとか、例えば城南、品川の方は私ども昭和大学の管轄ですので、ベッドがいっぱいであろうと何であろうと、とにかく最終的には昭和大学が受けるということになっているんです。

ところが、その前にもしもベッドがいっぱいである、あるいは医師が今ほかの患者さんでちょっと難しいお産を抱えているとか帝王切開をやっている。それで受けるよりは、ほかに空いているところがあれば、ベッドが空いていて人も充実しているところがあれば、そこで受けてもらった方が

よりよい診療ができるだろうという気持ちで探すわけです。

札幌と東京の違いは、そういうことができるということになっている病院がたくさんあるんです。総合が9つと、その地域を合わせると20くらいのネットワークになっています。だから、そういうところを探すんですが、その探すのに時間がかかるという問題はあるんです。

なぜ時間がかかるかという、そこに医師不足が関係してくるわけで、どこも医師が手一杯である。ぎりぎりでやっている。それから、ベッドもNICUは足りないの、例えば9つある総合周産期のうちの6つ、7つというのはいつも満床で、全総合が満床ということも月に何回かあるという状況なんです。その中で皆ぎりぎり、いかに患者さんを搬送するかということで苦勞をしてやっているわけです。それは、東京は無責任体制をとっているということではないんです。

それともう一つ、今、話が周産期救急といわゆる一般の救急との連携の問題とか、そういうことになりました。それは大事です。それは大事ですが、今回の搬送遅延事件に関しては関係ないことなんです。あれは脳外科と周産期、産科との間で連携が悪いとかということと全く関係がない。今、申しましたように、搬送先のいいところを探すということをやっているのに時間がかかったケースであった。

その時間がかかるというのは、現在の東京では残念なことですが、しばしばあることなんです。その中で20年間、その時間も短縮、短縮でやってきたわけです。最近、前と比べると相当短縮はできているんです。それは、NICUの数が増えたからです。NICUの数を東京では200というのを目標にして増やしてきて、やっと最近達成されたんですが、実は現実には私たちが設けようとした数よりもっと必要になっているわけです。

それは、この10年間で全体的にNICUでケアしなければいけない出産が増えてきたからなんですけれども、そういうことでまだ足りないことはあるんですが、そうやってきてかつてよりは搬送の先を決めるのに時間がかかるケースは少なくともはなっています。

それで、今回のケースは先生はおわかりだと思いますが、脳の中の血管の病気があったんだろうということですから、私たちは全体で10万のお産を見ているんですが、その中でそんなに多くていつも問題になるケースではないわけです。ですから、そのことを想定して周産期の搬送のいろいろなネットワークとか、搬送の手順を決めているわけではない。

やはり一番多いのは低出生体重児、早産児のケア、それから胎児の状態悪化等、もっと純粋な産科学的な母体救急、そういうものに対応することを第一義に考えてつくってあるわけです。ですから、そういう時間のかかる症例が30分、40分、場合によっては1時間というのがあっても、何とか最後は対応し切れていたわけです。たまたま今回はそういう大変重篤な、しかも急激にその病状が悪化するということがあったのが、搬送先を決めるのに時間がかかるということに重なったというふうな受け止めてもらえばいいと思います。その救急医療体制と、それから周産期救急というものの連携がこれから大事であるというのは、そのこと自体は今回のケースから我々が学ばなくちゃいけないことではもちろんあります。

それからもう一つ、妊産婦死亡の中で母体合併症というものが死因であるという症例のパーセンテージが増えてきたわけです。かつてはいわゆる分娩後の出血とか、純粋な産科的な原因が死亡の

上の方を占めていたわけですが、そういう症例が救われて助かるようになってきて、残ったところに偶発合併症というものがあるから、その症例を助けにかかるということの重要性はかつてより増してきたし、ここ数年目立ってきているということはある。それに対しても、日産婦学会周産期委員会の方はその辺の対策をこれからしっかりやらなくちゃいけないなということはもちろん考えているわけです。

そういうことで、札幌と比較してもらって東京が決して体制的に劣っているわけではないということですが。

○司会（石川） 東京の立場はよくわかりました。

○中井 私たち東京都が総合周産期あるいは地域周産期に対してかなりなお金を出してくれているというのはよく知っていますし、それを大阪府に我々が言ったためにやっと今年地域周産期にも何百万のお金を出す。コーディネーターもお金を出すということにしてくれた。そういうことを提示することによってほかの県も、東京も大阪も出しているからうちも出してというふうなことにこういう機会を使っただけだとおっしゃって、先ほどの協議会は平成10年ですけれども、平成元年から医師会の中でそういう検討会もしていますので、決してそういうことではないんですが、やっと200万くらい地域に出せるお金のめどがついたということで地域を認定したのが昨年ということで、ちょっと説明させていただきます。

○司会（石川） ありがとうございます。

中林先生、お待たせしてすみません。

○中林 いわゆる東京とか大阪のように複数の総合周産期センターがあるところは、岡井先生がお話をしたように選ぶのに少し時間がかかってしまう。それから、地域で1つしかないところは、そこが断れば最終とりでがないわけですから、オーバーベッドであれ何であれ、取らざるを得ないし、取ります。

だから、そういう点で東京は難しいというのは事実で、また神奈川も同じなんです。ただ、岡井先生の言ったように直接産科死亡から間接産科死亡が多くなってくると、救急隊では100あるうち周産期に関係するのは本当に5、6%なんですね。そうすると、周産期のことをよく知って把握するかというと、一応教科書的には最終月経から妊娠何か月どうのこうのということを知っていることになっていますが、九十何%の外傷その他のことの方がやはりバイタルその他はしっかり取られるけれども、産科に関しては少し事情がうといところもなきにしもあらずです。

そのために、こういった時代においては救急隊というものが例えば大手町にあるとすると、そこに同時に産科、周産期を専門にモデレートするモデレーターがいれば、より救急と今の周産期救急とがドッキングして、その方々はどこの周産期センターが空いているから無理にでもそこに頼みましょう。

これが大阪のように上の先生であればよりよいし、助産師さんであっても十分できると思うんです。そういった集中的なことをしていけないと、石原先生のように東京に頼む。それから、周産期



のどこに連絡すればいいんだ。9つに全部連絡していたらとても時間がかかってしまう。それが救急センターにいくと周産期と救急とが両方ドッキングしているので、埼玉、千葉の方々でも利用できる。現在、東京はほかの地域の3割くらい受け入れていますので、100のうち70ベッドが都民のため、30はほかの地域になっていますので、それで足りないんですけども、そういうことをほかから受ける上でも集約化していた方がいいです。

ところが、今、実際に東京都でやっているのは、総合センターがそのモデレーション全部やってくださいという、うちみたいに2人くらいでやっているところは帝王切開をやったり、お産をやったりしていて、それで2、3時間夜中にあちこち探すというのは大変な負担なんです。その辺の負担を神奈川方式とか大阪方式のような形にした方が、よりいいのではないかと、これを現在、提案していて、岡井先生ともたしか協議していたのですが、まだ若干予算がつかなくて、実現していないという状況であいうことが起きたので、あれは全くのヒューマンエラーではなくてシステムエラーなんです。

だから、系統的にどうやっていけばいいかということ、私たち全体で考えていくべき問題で、これは1つの県と首都圏とか大阪のようなところは事情が違うというのは皆さん御理解いただきたいと思います。

○司会（石川） 水上先生、反論をどうぞ。

○水上 先ほどの札幌のシステムを正しく御理解いただけなかったみたいなのですが、要するに札幌市でやったことは、そういう患者さんが出現した場合に運ばれる病院に最短の時間で行くように、その日ごとにベッドの状況をそういう能力のある病院にコーディネーターが確認する。6時ごろにそれをやるわけですけども、7時ぐらいまでに今晚そういう患者さんが発生した場合には第1優先病院はどこどこ、第2優先病院はどこどこですよということで、そういう患者さんが発生したときすぐにその病院に行くけれども、その時間の短縮が可能になったということなんです。

○岡井 ありがとうございます。その点は、私たち勉強させてもらって東京でどれぐらいできるか、しっかり検討したいと思います。ありがとうございます。

○司会（石川） 久保先生、どうぞ。

○久保 成育医療センター産科の久保でございます。

幾つかあるんですけども、今、議論している話がかもしも墨東病院の母体救急の話であるとする、やはりこの話というのは根本的に間違っていると思います。総合周産期母子医療センターというのは設置基準から見ても、全部で75あるうちの40から50は救急救命センターで持っていますけれども、それ以外は母体救急はできません。地域の場合、地方の場合は多くの総合周産期は総合病院ですので受け入れますが、東京などの場合でも例えば神奈川県立こども病院が併設した総合周産期は母体救急は不可能です。ですから、もしそうであるとする、今の東京都のネットワークのシステムは小さな赤ちゃんを育てるシステムなので、1時間、2時間待って対応を出しても間に合うん

です。だから、そういうふうに戻っているわけです。

だけど、母体救急はそれは無理です。そうすると、母体救急ができる。簡単に言えば、麻酔科が常勤していて、脳血管外科医がいて、心臓血管外科医がいて、小規模でもいいですけれどもNICUがあって、周産期という総合病院を新たに300万、400万に1個指定して、そこになおかつ空床ベッドを都がお金を払って1床空けておく。そのためのお金を1,000万、2,000万かける。

そうすると、ホットラインでぼんといけばいっちゃうわけです。そうすると、時間もなし、できるんですけれども、今は経営のためにNICUは埋めてしまう。お母さんと子どものベッドがなければ絶対取れませんから、現実的に今のシステムでは私は難しいと思います。

○岡井 今のシステムに限界がある。現状の救急を受ける施設の規模とか、体制そのものを根本的に変えていかなくちゃいけないことは、私たちもずっと言っているし、提言しているんです。

ただし、それはそんなに簡単にいかないことなんです。ですから、これは先生が言われたとおり、病院の規模も大きくするし、人も余裕があって、空きベッドも常にある。満床になることなんてあり得ないという規模の病院を本来は設置すべきなんです。

しかし、ではこの病院とこの病院と一緒にあってそういう施設にしてくださいと言っても、簡単にいかない、でも、そういう目標を目指して、東京は東京で本当に救急センターというのは幾つ必要なのか。どの地域にどの規模が必要なのか。もう一回きちんと計算をし、地域の状況もよく調べて設置する。しかし、すぐはできないから10年後とか20年後とか、本当にそういうふう長期のビジョンに立って計画性を持ってこれから体制を見直してやっていかなくちゃいけないんですが、どうしてもその場、その場の対応に追われてしまうということがあるでしょう。

今回でも墨東病院を、では当直を2人にするように何とかしましょうで済ませてしまったらいけないので、そんなところに話の議論がいかないように、これから我々の協議会もしっかり議論をしていきたいと思います。

○司会（石川） ありがとうございます。

せっかくの機会なのですが、一般の方とかメディアの方で何か御意見はございますか。どうぞ。

○伊藤 医療ジャーナリストの伊藤隼也です。

『週刊文春』の記事を、私のチームと私がああいう形で世の中に出しました。特に墨東病院の問題をここですべてお話するだけの時間はないので、現状認識の違いということについて今、東京都周産期協議会のトップである岡井先生がお話になりましたけれども、我々は「たらい回し」という表現とか、「拒否」とか「不能」ということについて、常々問題がある報道もあるし、そうでないものも含めて玉石混交で、我々自身もそれについては考えていかなければいけないと思います。

ただ、1つ大きな問題を考えてほしいのは、まず情報開示が十分にされていない現状で拒否か不能かは正直言ってわかりません。そういう問題は、ほとんどこういう事件が起きて医療機関自らが明かすことは非常に少ないです。

東京の問題に関して1つ言わせていただくと、岡井先生がトップでありながら現状認識が我々と

大きく違う。例えば、せんだってTBSで総合周産期センターのトップである岩下先生が、自分のところは搬送の28%しか受けられないと。非常に危機的な状況で多摩当番とか墨東当番、地域ごとに使って運用するようになっていますが、現実にはそういうところで当番を果たしていない病院も幾つかあります。

そこで、先ほど北海道の先生から非常にいい発言をいただいたと私は思うんですが、医師にこれ以上現場の疲弊を招くような状況ですね。更に、現在の状況を悪化させているという認識は、我々メディアも医療機関側も共に解決していかなければいけない事実だと思うんですが、やはり助産師を置くとか、もっとコメディカルと連携をすとか、正確な言葉ではありませんけれども、日本の医療というのはチーム医療が非常に苦手な歴史があったのではないかというふうに私自身は感じています。

現実に今年もMDアンダーソンに、私自身ナースプロテクショナーなどの活動を1週間近く見てきましたけれども、根本的な医療システムが違う中でどこに問題があるかということは今ここで比較することは余り意味がないと思いますが、今回のような問題も含めて水面下にあるたくさんの母体搬送の問題については、母体の救命という視点だけではなくても現実に早期破水で4時間近くかかって埼玉県に運ばれたなどというケースも2006年に起きています。

こういうものも東京都の議会できちんとある政党が話を挙げていますが、東京都周産期協議会でどういう反省があったかどうかはわかりませんが、やはり10年かかる、20年かかるというところを是非改善していただきたい。

今回、いみじくも亡くなった御主人が、「だれのことも恨んでいない。しかし、システムは改善してほしい」。非常に重い言葉だと思います。是非、周産期協議会を含めて現実認識というものを、情報公開を含めてもっとしっかりやっていただきたいというのが我々メディアの願いであります。よろしくお祈りします。

○司会（石川） ありがとうございます。情報開示という点と、それから見解のことで、岡井先生から何かコメントがございませうか。

○岡井 ありがとうございます。いろいろ御指摘いただきました。

私からお願いしたいのは、こういうことがあるとメディアというか、報道の方はどこかに責任を着せようとして犯人捜しをしてパッシングするわけです。そういう姿勢がある限り、メディアに隠したくなる。

患者さんはもちろんすごく大事です。だけど、そこで一生懸命やっている医師を守らなくちゃいけないということもあるんです。ですから、そういう姿勢もやはり改めてもらわないと、メディアは情報公開しろ、情報公開しろと。

しかも、情報を公開してやったうちの本当にすべてを報道してくれるかということと、自分たちの都合のいい言いたいこと、どこかに文句を言う、どこかに責任を押しつける。それに合うような話しか載せないというようなメディアのゆがみもあるんです。だから、情報を開示してほしいければメディアもその情報をきちんといい方に向けてるように使ってもらえればいいと思います。

○司会（石川） 情報開示につきましては、全国の国立大学病院長会議も含めまして、我々も開示すべく努力するという事は皆さんお話をしていると思います。いろいろ認識の違いはございますけれども、救急医療と周産期医療の関係について今ディスカッションしていますが、吉村先生からはよろしいですか。先日、厚生労働省に行かれたかと思いますが。

○吉村 これまで日本の周産期医療というのは、それなりに私は機能してきたと思います。そして、100%であるとは私は到底、先ほど伊藤さんがおっしゃいましたけれども、本当にそのとおりだと思いますし、私たちも反省すべきところは反省しておりますし、よりよきものをつくっていくというときには一長一短ですぐにはできない。

MDアンダーソンの件もおっしゃったかもしれませんが、欧米に比べまして日本の周産期医療は圧倒的にすばらしいわけですね。これは実際にデータを示しております、周産期の死亡率というのは圧倒的に世界一であります。妊産婦死亡率も世界で1位ではありませんが、世界では5番の中に入っているわけでありまして。アメリカから比べれば圧倒的なすばらしい医療体系を皆さんが考えてくださったわけです。マスコミもそうですし、そういったいろいろなことを言うていただくことによって、よりよきものが私はできています。

更にもう一步ステップアップしなくちゃいけないということが今、要求されているということも、私たちは大変認識しておりますし、これは子どもを守る、母親を守るということではありますが、これまでの周産期医療というのは子ども中心で、妊娠も要するに妊娠合併症ということで中枢系とか頭とか循環器系とか、そういったことは余り予想していなかったわけでありまして。

こういったもののシステムをつくっていくと、年間脳出血で亡くなる方は恐らく20名以内だと思います。100万人のうちの20名以内をいかにして守っていくかという高度な医療を要求される。やはりこれは東京でしかできないことかもしれませんし、こういったことを東京から発信していくということで、皆様方からいろいろな御意見をいただくということは大変いいことだと思いますし、舛添厚生労働大臣もこのことを非常に強く受け止めておられます。

ですから、今こそ私たちもよりよきシステムを新たに構築していく。私たちも見させてほしいんですけど、欧米でこういったことが本当にできているところというのはどこにもないんですね。ですから、この辺をやはりよく知っていただいて、日本の医療で脳出血に対しても守る。そういった妊婦さんを守るようなシステムづくりを今後、私たちもやっていきたいと思っておりますので、マスコミの方々も私たちに対して今のような御意見をいただいても私は本当に結構だと思いますし、一緒になっていい医療をつくっていくということでよろしいでしょうか。

○司会（石川） ありがとうございます。

それでは、そろそろ時間が迫ってまいりましたので、最後に主任研究者の岡村先生の総括をお願いしたいと思います。

○岡村 先生方、長い間、ホットなディスカッションをありがとうございました。また、マスコミ