

池ノ上：赤ちゃんに優しい病院、Baby friendly hospital ですか。

前田：はい、そういう方たちと混在しているところがあったので、ローリスクはなるべくかえすし、ハイリスクを受けようというふうにして、今は年間 600 で帝王切開率が 55% くらいになり、そういうことが少しずつ進んでいます。そうすると何が楽になるかという外来にしばらく時間がかかって、今は 7 名体制ですけど、24 時間分娩体制ができる。杉本先生が言われるようになんでもかんでもうちに集中しかかったので、三重大学とうちは国立病院ですけど、三重県の中では分娩料を破格の 55 万円と 1 番高くしました。

池ノ上：国立病院の分娩料が 55 万円ですか。

前田：はい、大学病院と国立病院です。この二つの周産期センターのだけ高くしました。そうすると結構歯止めがきいたなというのもあります。

池ノ上：開業医の先生の分娩料はだいたいどれくらいなのですか？

前田：40 万円強です。

池ノ上：15 万円くらいの格差があるんですね。

前田：総合周産期センターが率先してその地域で 1 番高くしました。

池ノ上：しかし杉本先生のところは周りが無いのですよね。

杉本：都内でお産難民が結構増えています。

池ノ上：だから例えば青森県や三重県、徳永先生のお話でも地方だったらまだなんとか開業医の第一次医療担当の先生のところが踏ん張っている部分があって、それを死守しているという感じですかね。

杉本：ただ、先ほど言われたようなオープン、セミオープンでは外来診療に関しては一次診療所でやっていただいているのですが、お産は全部センターにきますよという傾向はやっぱりあります。また、医師の勤務体制がある程度の医師の数を確保しないと改善されないという非常に基本的な問題があります。

池ノ上：その開業医の先生たちが先生のところに行ってお産をするというシステムも動いているのですか？

杉本：助産師さんはオープンで使われるのですが、診療所の先生はセミオープンで外来だけ診られて、ほとんどがビル診療ですからそれでお産はほとんどこちらにお願いしますと

ということです。

池ノ上：ドクターと一緒に来られることもあるのですか。

杉本：それは全体の1割程度です。

池ノ上：浜松の場合はどのくらいですか。

前田：浜松も病院によって異なりますが、私がやっていたところでは、ある先生は、夜も頑張るといふ方がいらして、彼が月に30件くらいの帝王切開には100%立ち会って、分娩は30%くらい立ち会ってくれました。オープンシステムを利用して、気楽に産科を続けてくださいというスタンスになりますね。

池ノ上：いつでも対応する総合センターがあれば、救急搬送に困難が生じるということがなく、一次施設の先生も相当やってくれると思われませんか。

前田：ハイリスク妊娠に関しての本をきちっと読んでいらっしゃる先生と30年前の知識で止まっていた先生もやはりいらっちゃって、止まっている人の発言が強かったりすると大変なことになります。

池ノ上：それはまあ、どこにでもあることなので生涯教育とかあるいは上手な地域化というところで対応していくことで、問題はこれから若い産科を目指すドクターたちがこの先真っ暗でだめだよというのではなく、システムがきちんと動いて周産期医療体制が整備ができれば地域の中に入り込んで、そしてしっかり患者さんたち家族等と人間的な関係を保ちながらいわゆるお医者さんらしい産科医ができますよという世界を描いていかなければならないのではないかと思うのです。だからセンターだけの問題と地域全体の問題と若い人たちへのガイドラインみたいな感じでのセンターの在り方というのも今後我々は模索して提言していかなければならないと思いますね。東京、大阪等のメトロポリタンタイプのエリアはドクターが行うという方向に流れるのですが、地方ではむしろ助産師さんたちとの協働作戦ということで少なくともローリスクに関しては院内助産システムみたいなものがフル稼働してそこに安全性も確保できて、いざ何か起これば地域の周産期センターに入るという体制は、むしろ地方の方が構築しやすいのかなと考えます。私は都会の経験がないのでわからないのですが、大阪はいかがですか。

池田：府の方針を昨日聞いてきたのですが、集約化しようということで第一線の病院にた

くさんローリスクをやってもらい、そしてセンターはハイリスクだけというのが府の方針です。

池ノ上：それを受けて第一線の病院の先生方の反応はいかがですか？

池田：若い 30 代、40 代の開業医の先生方がどんどんお産をやって、アクティビティが高いところだなと感じる部分もありますが、先ほど前田先生がおっしゃられたように十分な管理がされていない最重症例が突然搬送されてきます。いわゆる **growth arrest** ではなく **premature** というのですか。宮崎でやっていたときとの違いに戸惑ってしまっていて、突然面識のない先生が重症例を搬送してこられるということがあります。

池ノ上：逆に宮崎県はお産をやっている先生は県内に 35, 6 人しかいないので、それくらいですと全員が顔みしりです。ところが大阪とか東京になるとなかなかそのようなことが難しいのではないのでしょうか。

杉本：愛知県の情報では先ほども出ましたが、3 人 4 人のグループで開業してお産を 1,000 以上やって年収 3,000 万円くらいの待遇になるそうです。地方のセンター病院、公的病院に勤務医として残る人でちょうど真ん中の年代層が薄くなる傾向もあるようです。ある年代が育つと開業していくという流れが出来ていて、部長クラスと研修医しかいなくて真ん中が抜けてしまうということで非常に先々が不安であるという情報を最近聞いています。

池ノ上：そこはローリスクを中心にたくさんお産をやっているということですか。

杉本：人員不足のためハイリスクを扱う病院が 24 時間 365 日の体制がとれないのです。だから、地域のリスクをいつでも受け入れるという病院の人員の確保をするためにはどうしたらよいか、これは日本の周産期改革の非常に大きなポイントになると考えられます。限られた 1 ヶ所ないし 2 ヶ所で人員を厚くできるかどうかというところにかかっています。だから都内でそれをするためには各センターがある一定の規模のお産をして人員を確保しておいて、ハイリスクがある頻度で来ても 1 年中受け入れられる体制を作るということで、現実的に対応せざるを得ないということです。

池ノ上：なるほど。

杉本：ですからこれは勤務条件あるいは報酬ということとの非常に密接なつながりがあって、地域として 24 時間いつでも母体救命あるいは新生児救命に対応してくれる病院をいつ

も確保するためにはその施設の医師の確保ということを安定的にできないとうまくいかないのです。

池ノ上：その医師の確保というのに例えば大学の医局にばかり頼っていてもこれも限界があつてなかなか出てこない。そうすると地域の中で、すでにキャリアを積んだ先生たちにとんどんオープンシステムに参加してもらってフルタイムではないけれどもセンター病院の機能の一部を担って頂く必要があります。限られた医師の数をどう活用するかということが重要です。先ほどおっしゃった名古屋のケースはローリスクをとんどんやるのはそこで良いのかもしれませんが、地域全体から見ると変異してしまったシステムですよ。

他にいかがでしょう。

楠田：分娩の方はコメントできませんが、今回新生児も絶対数と割合と両方を聞いています。その時に1番問題になったのは絶対数だと当然人口の多いところが多いですので、例えば島根県ですと本当に年間1,000g未満が県全体で20名くらいです。そうすると絶対数は地域によってだいぶ違いますが、逆に割合でいけば20名でも、島根県の総合周産期センターにほとんど集中しているということになるとそれは大変になります。やはり数と割合と両方で評価しないといけないかなと思いましたが、それを全体にどうすればよいのかというのは今回データを集めていただいたので分析することになると思いますが、どちらも評価すべきではないかという気がします。それから分娩のことにちょっとコメントさせていただくと、今NICUというのはいわゆる子ども病院プラス産科というところが結構多いです。そういうところはいろんな事情で正常分娩をほとんどやっておられないのです。だからそういう施設がいつまでたっても正常分娩をやらずにハイリスクだけやっているという、実はスタッフがいながらもっともっと分娩できるのに年間300という分娩数でやっておられるところもあるので、そういう意味ではせっかくハイリスクをやるために人数がそろっているならばハイリスクにこだわらず、もう少し地域医療に貢献されてもいいかなという気もするのです。子ども病院クラスの総合周産期センターでは正常分娩というのはかなり制限されています。大阪府立母子センターでも多くの正常分娩はとれないですよ。

池田：大阪はちょっと兵庫や神奈川と事情が違っていて、どうしても収入がないといけなないので正常分娩が収入源となっています。ですから、大阪府立も150とっていますし、愛

染橋も高槻も 150 くらいとっています。事務局から正常分娩も取りなさいと。

池ノ上：でもその発想が非常にまずいですね。宮崎県でも分娩数を増やせ増やせという県立病院の院長さんがいるわけです。そうすると NICU の認可を受けて、1 床あたり 1 日約 10,000 点ですよ。例えばそれが 3 床あったとして 365 日フル回転すると仮定すると、宮崎県の平均的な分娩料から換算すると、年間分娩数 300 から 400 に相当します。分娩のところだけをカウントして「稼げ稼げ」といわれると正常分娩で産科は稼がないといけないのですが、それを NICU の 1 日当たりの収入をセットにして、センターとしてカウントしてくれば、分娩数 300 が NICU の単位として 3 床に相当する。しかも 2 次施設や地域センターであれば多くの超未熟児やリスクの高い新生児は 3 次施設に行って、2 次施設の中で加算が取れる項目に合致する患者さんを入れておけば充分採算がとれると考えられます。ただ病院長や事務部長たちは小児科と産婦人科といった単診療科で計算するので、産婦人科の稼ぎが悪いので正常分娩であげなさいとなるのです。このことに対して、私は宮崎で強硬に反対してしまして NICU と絡めてみてくださいといっています。そうすると病院全体の収入からすると今の大阪みたいなことはやらなくてもいいわけです。むしろハイリスクをどんどんとって、そこからくる重症の新生児疾患をきちっと NICU でみてもらうということの方がリスクマネジメントからいってもそのほうが産科的にはいいのではないかと思うのです。是非そういう議論を、ただ杉本先生がおっしゃるのは周りにそういう施設がないからやらざるを得ないというのと少し違いますね。

杉本：それから先ほどの勤務条件では、交代勤務制ということが将来像としてあるとすると、夜勤一人の勤務体制で最低一人が月 5 回やるとして 8 人いるわけです。そうすると常に夜勤一人の体制をとるだけでも 8 人は必要なので、まして二人で帝王切開しないといけないというリスクを受けるとすれば倍の 16 人いるという数になります。それだけの医師をある一定以上の報酬で確保するためには、出産の収入源というのは病院としてはどうしても確保せざるを得ない状況というのが出てくるのです。

池ノ上：人数を確保するという意味ではそれは必要だと思います。人数を確保するための財源をどこに求めるかということはすこし考え方も変えていく必要があると思います。

楠田：日赤は東京では当然人気のある分娩施設ですから、日赤にはかなり行くと思います。

池ノ上：断れないという事情があるのではないですか。

杉本：そうですね。品川区、大田区の東邦大学と昭和大学がお産を一定数で制限しています。ですから、大学で人はいるけれども制限しているのでそれで制限しない日赤に流れてくるといった状況があります。

池ノ上：そういうところは地域の開業医の先生のところには行かないのですか？

杉本：もうお産をする場所がないのです。

池ノ上：施設がないのですか、それとも分娩を取扱わないのですか。

杉本：施設がないのです。

池ノ上：恐らく青森でもそういう状況になる可能性はありますよね。そのような状況に陥る前で地域の一次施設の先生たちをエンカレッジしながら地域システムを整えていかないとはいけませんね。

佐藤：地域の開業医の先生たちはお産を減らしたいとは全然思っていらっしゃらなくて、むしろもっとできるのであればやりたいと話しておられます。やはり患者さんの大病院志向が地域でもあって、経産婦で何のリスクもない方が来院されるのです。そこで、開業医の先生達のところでお産を勧めても、地理的な事情で自宅から20分、30分くらい遠くになってしまうと必ずしも「開業医に行ってください」と言えなくなってそれだったら手もかからない方がいいかという感じでどんどん正常分娩が増えていくのです。

池ノ上：だから一次施設の妊婦管理の在り方というのを、やはりもう少し新機軸をだしていかないといけないと思いますね。そういう意味では院内助産システムを今の近代産科システムに乗っけて一緒にやっていて、特に一次医療施設の中での患者さんの満足度、ケアの行きわたる満足度とか安全性というものを院内助産システムが構築されることによってあげることが私は可能ではないかと思っています。岡本先生いかがですか？

岡本：とてもそうしていただきたいと思っています。私も地域で開業していますが、特に助産所の場合は、また開業医のクリニックの先生たちと違って、非常に最初から搬送といったら3次救急に行かなければならないというレベルではなく、とにかく帝王切開できる2次施設に行ければなんとかなるということの方が多いのですが、その受け入れ先がないのです。それで、かといって大学病院とか高度な施設が受け入れてくれるかというところ「そ

のレベルはちょっと違うのでは」と言われ、受け入れてもらえない。それから私は多摩地区ですが新生児は救急車で来てくれたりするのですが、産まれてからどうこうではなくそれよりは母体搬送ですから。そういう意味で助産所はかなり厳しいです。都内は日赤とか国際医療とか協力してかなりさっさとやっていただけるシステムがあるのですが、東京も全体的なことは考えてくれてはいますが実際に動けるかどうかといったら、役に立たなくて、うちも15分くらいでいけるところから断られたのです。私立の病院ですが、自分のところで手がいっぱいですと言われて。それで、搬送しようと思えば車で40分はかかるころしか受けてくれなくて、これからはかなり制限され厳しいなと思っています。これは全国的に言えることで助産所の場合はクリニックの一次とはまた違う部分があるので、その区分け、2次施設でよいレベルをもうちょっとうまく、あるいはそれが無理なら3次施設の中でももう少し早い時期にすぐ対応できる形にさせていただけるとありがたいと思います。

杉本：今のお話で2つ問題があるのですが、1つは母体の出産年齢が非常に上がってきている。都内ではそれが特に顕著で、35歳以上が30%くらいと上ってきています。うちの場合は40数%が35歳以上なのですが、そうすると自然出産というよりリスクが高くて帝王切開率が非常にあがるのです。ですから4人に1人ないしは3人に1人帝王切開という時代になっているので院内助産とか助産師だけでOKという出産は非常に少なくなっているというのも事実です。先ほど言われていたようにもう1点は、2次医療機関の空洞化と申しますか、24時間の体制がとれなくて帝王切開をすれば済むようなケースでも受けてもらえない。あるいは子宮外妊娠でさえ、夜間はできませんからと3次施設へまわってくる。そういう状況が都内の実態としてあるので、その辺が日赤も断らないでやっている助産所からそういう症例が、子宮外妊娠とか全ての症例がきます。

池ノ上：2次医療機関の空洞化とおっしゃいましたのは医療経済的に病院が成り立たないということですか？

杉本：人がいないのです。

池ノ上：人の供給源がないということですか。

杉本：人がいなく夜勤体制が組めないということですか。

楠田：新宿区でも分娩できる施設は東京女子医大と慶應と東京医科大と3つです。

池ノ上：分娩できる施設ですか？

杉本：帝王切開ができるという施設です。

楠田：だから搬送するなら大学しかないのです。他は分娩できる施設すら少ないです。

徳永：新潟の問題は、開業医は実際にやっても継続したいという雰囲気があるのですが、働く助産師が地域では集まらない。地域と東京、大阪等との違いは、新潟とか長岡とか大きな町では、一次をやろうという人たちが生き残れるのですが、それ以外は今までのようにやっても助産師が集まらない。そして分娩の取り扱いを辞めていくという状況があります。

池ノ上：一次医療施設の強化に助産師の問題はものすごく大きくて、助産師のやりがいがあるようなシステムを作っていく。ずっとローリスクで「はい、産めました」というようなところにきちっとした助産のケアを提供しながらやるという助産師本来役割を周産期医療の中にとりいれていく体制を日本に作っていかないといけないと考えます。

徳永：県庁の医師不足対策について助産師と一緒に県庁で話し合いをした中で、モデルケースとして県立病院でも産科をやめてしまっている病院があるのですが、そこには助産師はいる施設があるのです。だからこういう時代ですので、なにか工夫してローリスクであれば開業医でよいので、その病院の施設に助産師がいるので普通の健診はそういうところでやる、そしてお産の時にはこっちにきてローリスクであればそっちでやるというようなことが何かできないかということでこの2年間くらい検討はしているのですが、なかなか。お金がかかる問題でもありますのでなかなか難しいのです。

池ノ上：助産師の数、絶対数そのものは減っていないのですよね。

岡本：絶対数は減っていないです。

井本：横ばいです。

池ノ上：徳永先生のような立場の方だと、地域に助産師がいないという悩みがあるのですね。しかし県全体でみると助産師の数はいるという、ミスマッチが起こっているわけですね。なぜミスマッチが起こっているのかというところを解きほどこいていかないと、いつまでもたっても空回りするのですね。これも医療資源のものすごく無駄遣いになってきているのではないかと思うのです。

徳永：訪問看護とかあちこち生まれた後のケアには助産師さんたちが結構働いているのですが、休業している助産師さんたちを使うのはものすごく大変で、本人たちも怖くてできないのです。実際に新潟県内をみても助産師さんという肩書をもった方は地域にたくさんいらっしゃいます。

池ノ上：やはり周産期医療の進歩がきたところで、それに合わせるようなシステムを作るその中でいろんな職種の人たちが絡まなくてはならないという医療の体制がまだばらばらで進歩した医療、かつては治療や救命の対象にはならなかった妊婦さんや赤ちゃんが対象になっているのに、まだ日本のシステムそのものがいろんな立場の人たちの連携が必要ですね。もちろん今のところは産科医、新生児科の連携が問題になっていますが、助産師さんとか NICU の看護師さんに関する問題はないのですか？

楠田：やはり回転が速いです。

池ノ上：回転が速くてクオリティが維持できにくいということですか。

楠田：バーンアウトしてしまうのです。

池ノ上：だから周産期医療に携わる職種間のバラバラさ、そこが大きいような気がしますね。

杉本：ただ共通しているのはですね、これは単純なんですけど、夜間休日の仕事はやはり辛いからいやだということです。そうするとそこの手当てを厚くするなり、一ヶ月での回数を限るなりということをしないと、とても長くは続かないのです。1 番の基本はそこなのです。夜間休日の労働力をどうやって確保するかです。

徳永：私のところに助産師が 8 人程いるのですが、子どもが中学生とかの人たちは昼間しか勤めないのです。夜勤をする人がほとんどいないのです。助産師さんのライセンスを持っている人がどれだけその意識を持っているかという、今の人たちというのはある程度生活ができればいいと家庭を得られればいいとそういう感じで勤めているのです。

池ノ上：職業の一つ、生きていくための一つですね。

徳永：夜勤をする人は本当に 4 人とか 5 人です。専門に夜だけ来てくれる人、本当にプロの助産師っていう人もいるのですけどね。

池ノ上：そういうプロの専門に夜だけ来てくれるという人への給与みたいなものは、かな

り高くしても一次医療施設として採算がとれるのですか？

徳永：できますかね。

池ノ上：そういう中の個別化というのも必要ですね。僕は30年くらい前にアメリカにいた時に夜しか働かない看護師さんがいるのです。なぜかと言うとお金を貯めてスイスにスキーに行くとか、労働の仕方が非常にリベラルなのです。日本のようにきちっと決まってしまうといろんな規制があって、なかなかうまくいかない部分がでてきます。

徳永：そのプロの助産師がきて、夜間ついていてくれると、普通に勤務している助産師と全くタイプが違います。誘導の仕方が違うので、本当に不思議です。いつのまにかちゃんと会陰が開いてきて産まれてくる。

池ノ上：そういう方は今のモニタリングを読んだりハイリスクのスクリーニングができたりますか？

徳永：できます。新潟市民病院にいた時の部下みたいな人なので。

池ノ上：先生がしっかり鍛えられたんですね。

徳永：月に10回くらい勉強会を行いました。

池ノ上：でもやはり24時間ベースで動いている医療ですから、そこに無理やり9時5時の勤務体制をはめようとしても無理ですよ。これがお昼だけしかお産をしませんというような対象の仕事であればそれでいいのでしょうか、そうするとやはり夜の体制にもきちんと合うようなシステム作りをする。

杉本：特に夜勤手当が医療職はもう少し高くてもいいような気がします。一般の労働基準法に従った夜勤手当ではやり手がないのが現状だと思います。

池田：夜だけ非常勤を認めてくれたら非常によいと思うのですが、それはなかなか認めてもらえず、今は7:1になって看護師が足りないのです。昨日からうちのセンターは1事業つぶしまして、それは大阪大学もそうですし軒並みです。

池ノ上：それは本末転倒していますよね。なんのための7:1なのか。それで、入院できる患者さんを切ってしまうのですよね。

池田：そうです。

池ノ上：その病棟分、入院できなくなるのですよね。かなり自由にお話いただいております。

すが、非常にいろいろな視点からご発言いただいておりますし、研究班の活動として貴重なご意見をいただいているので、もうしばらくこれを続けたいと思います。この資料の中からも結構です。

佐藤：評価の仕方として、今までの議論からいってローリスクを扱っていてもハイリスクの軽減に障害をきたさないということが1番の評価になると思うのです。それから今回の中には入らなかったのですが、1つ評価としては母体搬送の受け入れ率というか受け入れができていくかどうかということをも MFICU 連絡協議会で毎年各施設にアンケートとって、年間どれくらいの受け入れ率かということをとっているのですが、そういうのも入れた方がいいのではないかと思います。ローリスクをやってもきちんとハイリスクの受け入れもきちんとやっているというのが大事ではないかと思います。

池ノ上：ローリスクとハイリスクの仕分けをするというのは、セカンドベストなんですかね。私は宮崎ではそれをしないと受け入れる周産期センターのスタッフも疲弊するのでローリスクは極力一次施設でと、強制的にそうしたわけではないのですが、二次三次で受けますよというのを作ったら一次がみんなやり始めた。そして何年かやってみて全体の数の **distribution** を見てみたら一次施設が分娩の 80% をやってくれている。かつ周産期死亡率も下がってきたということなので、ただ問題点は周産期センターが取り扱うローリスクいわゆる正常経膈分娩が非常に少なくなってきた助産師さんたちから不評でして、帝王切開率の高いところでは助産業務なかなかできないという話で、けどある程度助産師さんたちのハイリスクをケアする助産業務をとこののを確立していく必要があると思います。今までそこが全くなく、もちろんメデイカルなことに助産師さんたちが介入してくるということではないのです。医者代わりに足りない部分にかかわるということではなく、ハイリスクで、あまりにもメデイカルメデイカルと言ってしまい気がついてみたらお母さんは神経的な問題が起こっているとか、家庭内は崩壊しそうになっているとかそんなことに今まであまり気を使っていないですね。そのような意味では、まだ同じハイリスク施設の中でも助産師業務というのを拡大していかなければならない部分もあるだろうと思います。そういう面では今の日本の周産期医療を再構築すると、50年前は日本の母体死亡率は先進国の中では最低のところがあったので、まずは母体死亡を先進諸国並みにというところで頑

張ってきた。そして新生児死亡率もどんどん下がってきた。気がついてみたら、結局メディカルの面はどんどんいったが、患者さんの満足度だとかアメニティだとか社会全体が妊娠・出産をどう受け入れるかというのが欠如したのが今の状態だと。数値だけはよろしいという、ちぐはぐしたところが今の日本の周産期医療のあちこちに出てきているような気がします。他に何かありませんでしょうか。

岡本：やはり高度なところで正常お産をやるというのは、いろいろな事情で大阪みたいに経済的な部分もあるし、もう1つは教育的配慮で大学をもっていたりするようなところであればどうしても正常なということもあるかと思います。その際に、正常分娩に関する限りは助産師の院内助産システムというような形、それからやはり高齢出産もそうですが、潜在的なリスクのある産婦さんが増えてきていますので、ハイリスクに助産師が指導していったりする中でケアさせてもらうかという部分もかなり評価される必要があるので、その区別をきちっとして、例えば助産師でいうと両方とも評価されるような教育システムをとれば定着するのではないかというのがあります。それから私も大阪府立の助産師学校にいた時に感じたのは、特に若い人が入ってくれば正常お産をやりたいというのがどうしてもあります。例えば市民病院クラスのところでは正常お産の多い病院があれば、出向ではないですがローテートも可能であるとかそういうことがあればと思います。そうでないと、ハイリスクばかりでは定着しないというのがあるので、そういうところは考えていかなないと行けないかなと思います。

池ノ上：そうですね。

岡本：地域の開業の助産師からいうと、院内助産をやっていただけると先生方と一緒にやりながらもグレーゾーンあるいは高年齢の人たちで、でも今のところいいから診てほしいよというような形でも絶えず何かあれば搬送したいと思っていますので、そういうオープンシステムが、まず院内助産のところにはまずいければ助産師も産婦さんも安心だと思います。そういう意味で院内助産をもう少し研究してほしいと思います。

池ノ上：やはりおっしゃるように院内助産システムというのは産科医の業務軽減のためとか産科医の代わりというのではなくて、今我々が非常に困っている医療システムの歪みの中で、もっと助産師さんたちに関わってもらいたい。そうすることによって妊産婦の満足

度も上がる、安全に関しても π も上がるというように基本的にはその地域なり病院なりの周産期体制がしっかりしているところに院内助産システムというのは生きてくるので、背景に何も組織がないところで院内助産だけやっていると、どこかでピットフォールに落ちてしまい、今まで以上にトラブルが起こってくる可能性があります。ですから、全体の地域医療のシステムをしっかり構築しながらその中に、潜在的にエネルギーが眠っていると思われる助産師さんたちの役割をどう活用していくか、どういう風にその場を持ってもらうかというのも地域のシステムを考える意味で大事ではないかと思います。

岡本：ハイリスクの管理の部分と正常の部分と、助産師であっても固定ではなくローテートするようにしておけばとよいかと思います。

池ノ上：それは我々産婦人科医も一緒でして、特に国公立病院の場合はなかなか動きにくいというのがあります。他にいかがでしょうか。関本先生、今まで議論をお聞きになって、もともと先生は麻酔科でいらして医療経済をやっておられるので産科のお話は今回初めてだと思いますが、インプレッションはいかがですか。

関本：非常に興味深く聞いていたのですが、まず評価、どんな医療システムあるいはどういうセンターの評価というのがどんなふうに出ているのかをみていましたが、ここでやはり扱う患者さんが同じセンターという名前がついていても地方によって全然違うということで、これが全く同じ俎上に乗るのかと、まず恐らくそこに1番の大きな評価ということの問題があると思います。先ほどおっしゃられていたことでそんなことがあるのかと思ったのは、センターなのにもかかわらず正常分娩を取らないと院内および行政の理解が得られないという非常に経済的なジレンマがある中でセンターというのをどういうふうに見えるのかという、その指針というか大もとの根っこみたいところが必要だと思いました。センターというのはそもそも何のためにあるのかと言ったら、地域内で起こったリスクをそこが必ず引き受けるためにセンターというのはあるべきだと思うのに、リスクをとる前に普通のものをもってしまふとリスクが発生した時にそのリスクに100%対応できないという、非常にジレンマがあると思います。そうすると、センターは普段は半分遊んでいるような状態でも最大のリスクが来た時に100%受けられるところを目指すのか、それとも医療資源の有効、本当に有効かどうかわかりませんが、医療経営のことを考えて、暇な時

を考えて暇な時は別のものをしてしまっているのかという、その議論があるのではないかと。ただ、地域の事情によってどうしてもハイリスクのセンターでもローリスクの患者さんの行き場がないということで、人道上引き受けなければならないところもあるのですが、そういう場合はまず地域として、ここはセンターだけれどもある程度一次も引き受けるという任務があるのか、それとも地域の性格上ハイリスクだけすればいいのかという、センターの性格ですかね、地域でどのような患者さんを引き受けるコンセプトでこのセンターはされているのかという分類をしたうえで、さらにその下に評価があるというのでもいいのではないかと思います。いろんな職種の人が恐らく非常に協力してやっていくということが間違いなくいいと思いますが、今の医療というのはあまりに高度になりすぎて、ずっとセンターで働くというのは、24時間耐久レースに365日参加しているというような状態になってしまっていると思います。そうするとセンターだからといっても何もない時は結構余裕があって、その変わりすごくきついときはなんでも引き受けるというメリハリがないとできないのではないかとするのは個人的に思っています。夜の仕事が昼の仕事と同じくらいあるのに、なぜか夜は一人ぼっちでやらなくてはならなくて、昼は結構いいのだけど・・・という背景があるので、それであればシフト制にするとか夜勤と日勤という考え方を取り入れるというのもあっていいのではないかと、今までの議論を聞いていて思いました。

池ノ上：ありがとうございます。恐らく私たちはぐーっと深いところに入ってしまい、崩壊してしまったところでアップアップしながら泳いでいると。関本先生の立場から見ると、溺死しそうな産婦人科医が、もう少し浮上するにはこんなことがあるのではというようなフレッシュな意見を聞かせていただいた気がします。他にいかがでしょうか。

楠田：全然医療経済のことはわかりませんが、今の日本だとある程度出来高払いに近いというか、例えば他の分野で人が行けばそれは当然人件費もかかりますが、その分医療費は払われるわけです。ところが周産期分野というのはもともと来る人が少ないのでスタッフも少ない。そうすると医療費は安いですがやっていることの負荷は一緒ですから、一人一人が負荷に比べて安い給料でより働いてなんとかしている。それはやはりいつまでたっても矛盾だと思うので、個人的にはもともと必要量の医療を決めておいて、もしそれ以上に

やっているところがあれば、皆で平等にわかる。逆に少なくやっているところは、それをある程度みて多めにもらうというのが日本の医療には個人的には必要ではないかと思うのですが、そういうことは医療経済的にどういうふうと考えられるのですか。

関本：まずこういう地域でやらなければならない医療というのをそれぞれの病院の経営みたいなものにある程度任せるとというのが非常にそぐわないところがあると思います。地域で大きな人口だとある一定のリスクでハイリスクが発生しますから、例えば人口10万人いたらどれだけのハイリスク妊娠、ハイリスク分娩が発生してそれに実際にはどれくらいのコストがかかるのかという計算からはじめて、ではそのリスクをどれだけの医療機関、どれだけの人数の医者で分担すべきか、そして普通の医療診療報酬制度でそれが赤になるようだったらそれは社会が上乗せして出すみたいなことがないと恐らくリスクというのは地域で支えきれなくて、やったものが損みたいなことあると思います。そのハイリスクが発生したときに、たらい回しになってしまうというのは自分がやったら損をするというような、きついことをするとかえって損するというような風潮が、今の診療報酬制度の歪み、日本の医療提供体制のでき方からはそういうふうになってしまっていると思います。政策医療という言葉があるように、赤字でも地域の医療として支えなければならないことがあるのであれば、それは診療報酬で支えきれないコストでなければそれを出すとか、100%受けられるようにするには最低16人医者がいないとそういうことは成り立ちませんというのであれば、普通の診療報酬では8人しか雇えるような余裕がないとしたら、その後の8人分は別のところからコストを持ってくるような考え方がないとなかなか持続可能性のある医療提供体制の構築というのはできにくいのかなと思います。

池ノ上：今回の補助金が出る体制が厚労省で作っていただいて、出すときにみんな一律にやったら、さっき言いましたが絵に描いた餅をやっているところにたくさんお金を出すのは不公平だろうと、ちゃんとやっているところにしかるべきということでB評価のところが大体スタンダードでA評価は一生懸命やっているからもっと、C評価はもうちょっと頑張ってもらえればというような財政的な支援の仕方というのが、やっと今度適応されるようになってきたのです。先ほど杉本先生のお話のように、本当に人をそろえるとかになるとまだまだ不十分なのですが、日本の医療の中にも芽は芽生え始めたという、周産期のよ

うな分野に診療報酬では難しいところにどこから持ってこようかというので財務の方と一生懸命交渉していただいているのですよね。

榊原：今年度はちょっと難しいかもしれません。

池ノ上：そういうような考え方が恐らく救急や周産期に1番求められてくるのではないかと、現場はそういうふう実感していると思います。

池田：医療経済で最小単位が病院や施設というところで考えていただくと補助金ということなのですが、これはドクターフィーだとかという問題で、最小単位が個人、ドクター、ナース、医療スタッフというところに置き換えたならば、また違った答えも出てくるというように思うのです。大阪は非常にお金に厳しい風潮があるところで、病院が全部赤字の部門に補助金を補てんしているところがほとんどです。正常分娩もやってその赤字部分に補てんするというようになってきますとその現場の方には入ってこない。ドクターフィーというところで問題が解決できるのか、この辺りいかがでしょうか。

関本：つまり個人が働く量に応じてもらうということですね。

池田：今の日本の保険制度ではできないのですが、そういったことが可能なのか、またそれを医療経済に置き換えると負担になるのかということをお聞きしたい。

関本：難しいですが、1つはどうしても病院単位で経営されているので病院の話をする、経営層が自分の病院の医者それぞれの働き方をどんな風に評価するかというところに大きな問題があると思います。民間であれば、自由度が高いと思いますが国公立になると良くも悪くも給料の体系みたいなものが決まっていますので、決まった勤続年数、卒業年で決まるような非常にアバウトな給与体系があって、それでやるしかないのがこれが恐らく公立病院が1番苦しいというか、だんだん落ち目になってきている理由だと思います。中で働く人が自分の働き分に応じた報酬をもらっていないという不満が高まりやすいのが硬直化した給与体系の下で運営されている国公立だと思います。それに比べると民間の方は自由がきくと思いますので経営陣がこのドクターは特別貢献していると、客観的には難しいですが、国公立の給与体系をどれだけ自由度を与えられるかというのを国公立病院改革とかありますが、あれで1番病院長が悩むのが人事権も財政権もないというそこですので、日本の病院の経営というのは国公立病院の経営の問題としてこれから先、経営のシステム

どうするのかというところに行きつくのではないかと思います。

池ノ上：徳永先生は大学におられて、市民病院におられて、今は病院のオーナーでおられる。今のお話いかがですか？

徳永：市民病院の場合ですけど、朝から晩まで必死に働く人と、時間どおりに帰る人と、結局診療報酬の手当てというのは人数分で割るので不公平感がありました。そういう中で書類を書くのが多いというようなことで、市民病院でも手当を分けて差をつけるというような方向になっては来ていますが、池田先生がおっしゃるように補助金が病院に入っても1番の不満は病院には入っても実際のところには個人にはこないというのは今のシステムなので、そこらへんはまだ変わっていないのです。私の場合は、ボーナスの時に差をつけるのです。収益の一定の部分ではありますが、ボーナスの時にはスキル調査というのをやっています。それに基づいて少し差をつけます。

池ノ上：そこで従業員のみなさんのインセンティブにつながりますよね。

杉本：ボーナスもプラスマイナス20%半ばでくらいしか動かさないとですね。先ほど言われたドクターフィーというのは行政の方で分娩手当とか新生児科医救急の手当てというのを誘導していただいているけれども、病院としては補助金がつくことには乗っかるけれどもそうでない部分に関してはだめだという動きなのです。分娩の1例に対して1万円という目安の勧告が出ても、それを実際にやっている病院というのはまだ50%もいかないと思います。特に日赤のグループでは2割くらいしか実施されていません。病院全体の赤字を埋めるという形で使われてしまいます。そうすると周産期が必死に働いていても個人的には報われるような体制にはなっていないのです。関本先生のお話の最初のところに戻りますが、センターの格差があつて基本的なところをどこから決めていくかということ、日本の場合は人的資源が充分あるかどうかというのが1番問題になります。それが充分にあればハイリスクだけ扱って何も無い時は遊んでいればいいというふうにできれば、これが1番理想的な姿ですがとてもそれが許されるような状況ではないです。ですから地域ごとに最後の砦を確保しながらいかないといけないということです。東京都の例では母体救命搬送を3つの病院でやっていますが、頻度としては週に1例です。そのために体制を厚くして3つの病院で当番制をとってやっています。あと、母体搬送に関しますと日赤は割とたく

さんにとっているほうですが、2日に1例ぐらいです。2日1例程度の頻度で24時間いつでもそのリスクを受け入れるそういうためにはそれなりの厚みがないといけない。今は3人夜勤でお産の数も一定程度確保しなければならないという現状があります。地域ごとに最後の砦できちっと受けられる体制これが1番基本なので、人的資源がその地域であるかということから公的なセンター病院と開業医と住み分けができるかという関係が決まってくると思います。評価基準を決めるときの考え方でやはり地域の格差というのがかなりありますから、そこをどういう風にグループ分けできるかというのが今後の作業で非常に難しいところですよ。

池ノ上：先ほどからの議論を聞いておきますと、地方の場合の問題点と都会、東京大阪で問題点が少しずつ分かれてきているような気がします。

杉本：産婦人科医がなかなか増えないのは、夜勤のいつ起こるかわからなリスクの性質がありますが、それが結局財政的な問題、労働環境の問題、もうひとつは訴訟の問題もあり、それが他の科とは違うところで、大きなものがあります。そこも少しカバーしながらやれる地域ごとの体制というのがありますので、センターというのはそこもカバーしなくてはならない。宿題の内容としては難しいものです。

池ノ上：どこかから突っ込んでいかないと、このままだと議論ばかりしていてぐるぐる同じところでスパイラルは上にあがっていかないので。ただ医療者の中から犠牲者を出してはならない。そういうところを必要最低限のリスクを、医療提供する側からいくと医療提供する側からの犠牲者を出さないようにどこか突破口を見つけていくと。恐らくそれは地域特性というのが相当きいてくるのではないかと思います。

楠田：地域が違うので絶対数と割合を組み合わせることになると思うのです。ただ、組み合わせてもこの方程式を解くのは難しいので、今回周りの人たちの評価が重要だと思うのです。自分たちはやっていると思っても実は評価していないところがあるかもしれない。だから、今回周りの評価をつけていただきましたが、この部分が1番重要ではないかと思えます。

池ノ上：地元医師会とか消防とかそういうところですよ。

楠田：点数高いところは高いですけど1番は第3評価ですよ。そこが公平な評価かなと

いう気もします。

池ノ上：そこらへんをもう少しふくらますというか詳細にするとか、そういう努力今度は必要ですね。

楠田：地域の方は残念ながら難しいですよ。消防隊とかは評価できますが、地域としてどういう評価かという方法があればもっといいかと思います。

池ノ上：医会の会長さんに聞いても個人差が出てくるでしょうから。

楠田：各地域に周産期医療を守る会みたいなものがあれば、そういう方々に評価してもらおうのですが。

池ノ上：本当は各都道府県に周産期医療協議会とか行政の方で企画している会がありますよね。そういうところが守る会みたいになってわが県はというような盛り上がりが出てくるといいですね。盛り上げなければならぬのしょうけど。私も医者になって40年ですが、この40年前までお産ってうまれてくるものだということで真剣には考えていなかったですよ。産婦人科医がお産やるのかっていう風潮のあった時代からやっとここまできた。お産のことを真剣に考えないと社会の問題なんだよというところまできたという意味では大きな進歩の流れの中に僕らはいらんだらと思うのです。先ほどスパイラルといいましたが、負のスパイラルにならないようにやっていく。そしてなにか実行的なことをひとつひとつ前に進めていくことが必要かと思います。そういう意味でこの1年半の間に、それぞれの先生方でまとめていただくことをお願いしたいと思います。今年度はどういうことをやろうかという計画をしていただくというところではよろしいのではないかと思います。結論まではいいのですよね？

福原：基本2年間なので、2年間で最終的なこういうことをしたということになれば。

池ノ上：それぞれの分野のご担当の部分を書かせていただきましたが、先生方の背景をもとにして次年度こういうことをやってみたい、提言したい、調査を試みたいということ今年度中にまとめていただき、先ほど金子准教授が説明しました21年度の研究を参考にさせていただきながら、こういうところが問題なのでさらにこうしたというようなところ今年度はまとめたいと思っています。

杉本：評価ということでは第三者評価というところでは始まっていますが、自己評価、自己

採点もしていただいて第3者評価とのギャップがでた場合にそこに何が問題かという問題点が出てくるわけです。その問題を考えていくということもシステム全体でやってもいいのかと。その点も考えていただけると。

池ノ上：なるほど、自己評価ですね。先生方のご意見をいただいて事務局で原案を考えて、なるべく通信でやらしていただきたいと思っています。

楠田：このデータはどこまで公表していいのでしょうか。

池ノ上：この委員会限りにしていただいた方が、まだどうなるかわかりませんので。都道府県によっては、これに出していただけてないところもあるので。コンセンサスもばらばらなところもありますので。予算について事務局からお話します。資料12をお読みいただいて、不明な点がありましたら宮崎大学にご連絡ください。それでは福原先生がお見えになりましたので、本日は議論を聞いていただきましたのでご挨拶をお願いします。

福原：本日は遅れて参りまして失礼いたしました。今日は1時から11月に横浜で首脳会議が行われますのでその事前の訓練でユニフォームを着て行って参りました。この研究班は初めて参加させていただきましたが、この研究班を通じていろいろな先生方からご指導いただき勉強させていただきたいと思います。