

ていない施設があり、整備が進んでいないところもありそうです。医師に関しましては、専門医の数は A 評価、B 評価を受けているところが専門医の数が多いです。24 時間体制は A 評価、B 評価、C 評価ともあまり変わりはないようです。その他、小児外科医、麻酔科医、コーディネーター、心理士に関しては総合においては、そんなに大きな差はないようです。次に NICU の実績について説明します。同様に黄色い枠組みが付いているのが、今回点数の対象になった項目です。実際取り扱っている人工換気を受けた患者数、NICU 入院数とも A 評価、B 評価、C 評価を受けたものに差はありませんでした。ただ、極低出生体重児数や超低出生体重児数では C 評価の施設では取扱数は少ない傾向にありました。手術件数に関しても同様です。搬送に関してはあまり大きな差がないような印象でした。

次に MFICU に関して説明します。MFICU の施設・整備・人的体制ですが、これに関してもあまり A、B、C の施設間で差がないようです。専門医数は、多少 A 評価の施設が多い傾向にありました。24 時間体制も 2.7、3.8 と A 評価、B 評価を受けたところでは差がなさそうでした。実績に関してですが、総分娩数では A 評価、B 評価、C 評価を受けたところで、むしろ B 評価、C 評価の方が A 評価を受けたところよりも多い傾向にありました。ただその中で、当然の結果かもしれませんが、ハイリスク妊娠の割合は A 評価の方が高いという結果でした。分娩週数別入院数の割合をみてもやはりより早い週数の分娩を A 評価の施設が扱っていました。帝王切開の割合、多胎の取り扱いも A 評価の施設が多いという結果でした。搬送受入数は A 評価、B 評価、C 評価の順に受入数が減っています。この NICU、MFICU との比較が平等に行われているかどうかの一つの問題点としてあがってくると思われました。

最後の資料 11 が周産期センター全体の評価です。すべての項目が評価の対象となっています。これを見ますと、若干ですが、A 評価、B 評価を受けた施設が C 評価を受けた施設より高い傾向にあるかと思われました。

以上のことから私が気付いたことですが、統計を取る質問項目で説明不足の箇所がいくつかあると思いました。例えば、極低出生体重児数に超低出生体重児数を含んでいる施設とそうでない施設がありました。取り扱っている新生児の数が年間 10,000 人とか、明らかに間違っているという記載もありました。私なりに気付いた今後の見直し点としては、実績の評価が厳しかったという気がします。それから、搬送数を実態調査にしたのですが、こういう項目の中から評価対象の項目にする項目もあるのではないかと、地域センターにとってはこの評価基準はかなり厳しいもので、ハードルが高いのでは

ないかと、総合と地域の評価基準に違いを付ける必要はないのだろうかと思いました。また、事前の調査でもそうだったのですが、NICU にとっては非常に評価基準が厳しいものであったような印象を受けました。

池ノ上：ありがとうございました。今回は総合だけです。地域センターはまだ分析しきれていませんので、総合の分だけです。それから先ほどいいましたように、国立病院、国立大学は対象になっていないので入っていないという背景であります。いかがでしょうか。ちょっとわかりにくいところもあったのでご質問をいただきながら議論を進めていきたいと思います。いかがでしょう。

楠田：新生児の方だけなのですが、この評価のもと A 評価、B 評価、C 評価を評価した時に B 評価を真ん中にして、A 評価はより優れたところなので多少プラスし、C 評価はマイナスというイメージを持っていたので私としては B 評価がターゲットになるかなと思ったのですが、現実では A 評価で補助金がつくのでしょうか。

池ノ上：補助金の分配の内容については、我々はわかっていないのです。それについては榊原先生お答えください。

榊原：今、財務省とも協議しておりますが、こういった形でというのはまだ決まっていません。

池ノ上：楠田先生がおっしゃるようにスタンダードがこの辺りで非常によくやっているところと、もう少し努力を要するところでプラスとマイナスというような議論をもととしていたと思います。

楠田：それから極低出生体重児定義についてですが、極低出生体重児というのは 1,000 g 未満も含んでいます。

池ノ上：実際の数値を入れないといけないですね。次回は数値を入れましょう。

楠田：それから、NICU と MFICU は確かに違うのですが、あまりにも異なる NICU が C 評価で MFICU が A 評価というミスマッチはありますか？

池ノ上：同じ施設ですね、それはわかりますか？

金子：当然、そういうご質問がくるのではないかと思い、資料 8 は M 評価で ABC の評価順にならべ、そこで N 評価がどうだったかという表です。ですから、M 評価が A で N 評価が C といったところがあります。逆に MM 評価が C で N 評価が A といったところが大阪で 1 つあります。やはり M の方がいい評価になっていると思います。

楠田：やはりちょっと N は厳しかったですね。

池ノ上：意外と母体の施設評価に A 評価が多いですね。

楠田：でも全体でみると B 評価と C 評価が多いようです。また、C 評価に関しては施設で N と M でほとんど一致していますね。ですから全体としてはある程度の傾向はあるのではと思います。

池田：大阪はその逆でどっちかという N がよくて M の方は A 評価がなく B 評価 2 施設と C 評価 3 施設ですが、これはどういったことが言えるのでしょうか。他と違った傾向にあるというのは？

池ノ上：大阪は逆転しているのが目立ちますね。全国とは違いますね。

池田：昨日も総合周産期センターの申請をしようということで大阪府庁に行ってきたのですが、大阪は 5 つある総合周産期センターの内 3 つで、母体救急ができないということです。そういうことも反映しているのでしょうか。池ノ上先生：それは資料のどこをみればいいのでしょうか。

金子：母体に関しては資料 5,6 です。大阪の C 評価のところを見ますと、目立つのは人的体制の医師の NO の箇所、脳外科医、心外医、循環医といったところでしょうか。

池ノ上：医師がいないということですね。

金子：センター内に医師が配置されていますと 2 ポイントになりますので、評価には大きいかと思いません。

池ノ上：それは先生が大阪で日頃感じていることと合っていますか？

池田：そうですね、5 つ総合周産期センターがありますが母体救急で脳外科、心外関連が取り扱えない施設が 3 施設あります。東京は如何ですか。

楠田：一施設を除けば全部できます。

池田：大阪は、大阪大学と関西医大しかできない。あとは高槻、愛染橋、大阪母子総合では、母体救急が取り扱えず、周りの一般病院にお願いしている状況です。

池ノ上：そこが NO とでているのですね。他に何かお気づきのことがありますか。

杉本：この人的体制の 24 時間医師体制という項目で、A 評価が 1.8 と少なく、B 評価 C 評価がむしろ A 評価のところよりも厚い人的体制の数値が出ていますよね。この辺はどういう風に読んだらよいのでしょうか。

池ノ上：24 時間医師体制のところですね。

杉本：漠然と考えると逆転しているのではないかという数字ですよ。

金子：誰か一人 24 時間施設にいればいいわけですが、資料をみていただくと分りますように、複数体制の施設が、C 評価で 11 施設もあったのです。

杉本：これは教員増員で後期研修医等の体制が厚いということがこういうところに出てくるのでしょうか。

金子：研修医の数は入れないようにしています。

池ノ上：私立の大学は今回の調査の対象に入っていますよね？

金子：はい。

池ノ上：医師の数は本当に A 評価のところが少ないですね。

杉本：それが意外ですね。これが 2.8 ぐらいだと何となくわかるのですが、A 評価をもらっているところが 1.8 というのは少ないですね。

楠田：NICU も 24 時間医師体制のところは逆転していますよね。だから大学病院等が入っているのではないのでしょうか。

池ノ上：大学病院がポイントをあげているということですね。しかし、大学病院は他のところで不十分であり、トータルとしては C になっているということでしょうか。人だけはいるといことです。そのような感じですね。

杉本：もう 1 つよろしいですか？資料 10 の MFCIU 実績ということでハイリスクの割合というところがありますね。今、東京の周産期センターの 21 年の実績を見ると産科を取扱う施設そのものが少なくなつたために周産期センターのお産の数がすごく増えているのです。1,000 以上のお産をしているところが 10 件以上あります。約半数が 1,000 以上のお産を扱っている。そうするとハイリスクも逆に扱っているけれども一般のお産も受け入れなければならないという地域の事情があります。そうすると割合ということの評価されると地域の要請に応じてローリスクも受けて仕事量も増えているのに評価は下がっていくということにも成りかねないので、この割合自体を評価することは少し考えていただかないとまずいのではないかと思います。そういう実態があるということです。

池ノ上：それはやはり少し議論になる場所ですね。逆にいうと今度は周産期センターの医師の疲弊につながるという問題になってきますね。今の点はいかがですか？トータルとしての分娩数も評価に入れ

るということですかね。

杉本：絶対数そのものが実際の仕事量になるのですが、質的に同じ人員で仕事の内容を評価することになると、確かに先生の言われるようなマイナスの点が出てくるのが確かにありますね。

池ノ上：佐藤先生、いかがですか。

佐藤：そうですね、努力の目標としてハイリスクをたくさん取って入れるんだというためには自分のたちのマンパワーとかを含めた能力を考えて、いわゆる一次施設でできるお産はできるだけ外に出すという努力の目標がどこまで出来ているか、それから実際に地域として、青森県は半径 100 キロ以内に一次施設がない地域がいくつかできてしまって、どうしてもハイリスク以外も受けざるを得ないという地域の実情を加味したそういう事情というのもどこかに含まれていないと評価はばらばらになりやすいのではないかと思います。

池ノ上：徳永先生、一次施設の数ということでいかがですか。

徳永：新潟というのは広くて、村上といっても山形に近い方と富山に近い魚沼地方とありますが開業医がいないのです。お産そのものが都市部に集中してはいるのですが、それでもまだ私がみていると、周産母子センターが正常分娩を扱うというところがまだ多いと思います。もう少し外に出したらいいかなという感じがするのと、もうひとつは教育という意味でもセンターでも正常分娩をやらなくてはならないという矛盾と、それから実習病院がないまま助産師を養成する大学の医学部等のそういう施設が 3 つ 4 つあるのです。私のところにも実習生が来て実際の正常分娩をやらなくてはならないという矛盾した点がいくつかあり、新潟をみていると問題が混在しているような感じです。

池ノ上：前田先生、三重県はどうですか？ハイリスク、ローリスクの施設間分布等何か感じる部分があります。

前田：15 年くらい前からオープンシステムを一生懸命やっています。なるべくローリスクを一次施設でやり、僕たちはハイリスクを扱うようにしていました。

池ノ上：浜松でのお話ですね。

前田：そういう文化を三重県で根付かせようと頑張っているのですが、やはり文化が違うのです。一次施設に私の同級生がいるのですが、3~4 人で開業して、年間 500~800 くらいの分娩を扱っています。

そういう形態が多いです。私が着任する前の当院では、総合周産期センターで年間 400 くらいの分娩が

あり、帝王切開率が27%くらいでした。また、BFHの病院の問題もあります。

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があります。

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のですね。

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ないのですよね。

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：浜松の場合ほどのくらいですか。

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、夜も頑張るという方がいらして、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る先生もやはりいらっしゃるって、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され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出来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います。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も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して、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ことにかかっています。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実地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ど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どんどんやるのはそこで良いのかもしれませんが、地域全体からみると変異してしまったシステムですよね。

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。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もっとも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いまして、どうしても収入がないといけ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 次施設に行き、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ず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う状況があります。

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し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という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「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います但实际上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し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いいますか、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、一次をやる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、産まれました」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：絶対数は減っていません。

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こと、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できます。

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しますか？

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のですね。

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かもしれませんが、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い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して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いるけどちゃんとハイリスクの受け入れもちゃ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、ただ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いう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、もちろんメディ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
の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、あまりにもメディカルメディ
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ぬ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ど
いうこともあるかと思えます。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い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、安全に関しても安全も上がる
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っています。

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っています。

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、これが全く同じ組上に乗るのか
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
うふうで考えるのかという、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が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、非常な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つて、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つ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、崩壊してしまつ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、皆で平等にわけろ。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お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に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する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で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こと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ので、経営層が自分の病院の医師の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かというところに行きつくのではないかと思います。