

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ですよ。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っ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。それが充分で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。

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、東京大阪での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います。

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がします。

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いうか、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でしょうか。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来た。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来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を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いというようなところを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三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えます。

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
「周産期医療体制の推進に関する研究」第 2 回全体会議議事録

日 時：平成 23 年 2 月 13 日（日）13：00～

会 場：東京八重洲ホール「612」

出席者：池ノ上 克，杉本充弘，楠田 聡，池田智明，佐藤秀平，前田 眞，  
岡本喜代子，井本寛子，宮本哲也，福原康之，榊原康洋，金子政時

（敬称略）

【議事次第】

1. あいさつ
2. 第 1 回全体会議議事録について
3. 検討事項について
4. 次年度研究計画について
5. 今年度報告書について
6. 予算執行について

池ノ上：今日先生方にお集まりいただきましたのは、平成 22 年度の厚生科研補助金で行っております地域医療基盤開発推進事業「周産期医療体制の推進に関する研究」第 2 回目の全体会議でございます。お手元に今日の議事次第とご検討いただく資料を置かせていただいています。一部、前もって先生方にメールさせていただいている資料もあると思いますが、それについてご検討いただきたいと思います。どうぞよろしくお願い致します。

それでは今日は宮本室長においでいただいておりますので、最初にご挨拶をいただきます。よろしくお願い致します。

宮本：厚生労働省医政局指導課の宮本でございます。本当に先生方にはお世話になっておりまして、ありがとうございます。周産期医療の状況は、いろんな課題があるというふうに住じておりますが、少し灯りがみえているというふうに思うことが多くなって参りました。この研究班につきましては、1 つは周産期センターの機能評価を行うということで理解しております。大変感謝しているところでございますが、昨年私の前任が春の時点で申し上げたこの評価を補助金に連動させていくということにつきましては、現在のところまだ実施していないという状況です。それは 2 つ理由があったと思っておりますが、1 つは財務省

との調整が合わなかったということ、それからこちらで検討いただいた評価方法ですが、より精密なものといえますか、どうしてもいろいろな立場の方がいらっしゃいますのでそういう点で更に上を目指していただければと、そういった点があると思います。特に後段の件につきましては、引き続き先生方のお力を借りまして、より向上させていきたいと思っています。それも含めまして周産期医療の向上に私どもも努めてまいりますので、先生方にもどうぞ引き続きご支援いただければと思います。本日はよろしくお願い致します。

池ノ上：どうもありがとうございます。引き続きよろしくお願い致します。それでは、お手元の議事次第に従いましてまず第 1 回全体会議議事録についてです。事務局の金子先生から説明致します。

金子：よろしくお願い致します。資料 1、2 をご覧ください。まず資料 1 に関してですが、これは第 1 回全体会議の内容をテープ起こしたものです。この資料 1 につきましては、週末になりましたが皆様にメールでお送りしています。内容をご確認いただき訂正等がございましたら事務局に返信いただきたいと思います。よろしくお願い致します。資料 2 になりますが、私が資料 1 を読み、前回の会議の結果をまとめたものです。まず補助金の対象はどの評価の施設にするのか。すなわち、A 評価の施設か B 評価の施設かという点が議論になりました。2 番目は、超低出生体重児の定義についてでした。3 番目は、同じ施設で、新生児施設と産科施設に対する評価のミスマッチの存在。すなわち新生児施設は高いけれども産科施設は低い、また逆のパターンもあるということです。4 番目に 24 時間医師体制の項目で、A 評価の施設とその他の評価の施設で逆転が発生している。すなわち、A 評価の施設の方が、少ない人員で取り組んでいるという状況もありました。5 番目としまして、分娩数を評価の対象とする必要性について議論がなされました。この中で、地域における 1 次施設の数とその分布の問題、大病院志向がある等の患者のニーズの問題、地域での助産師不足と 1 次施設の存続の問題、大学（教育機関）にはある程度の数の正常産が必要である等の問題の存在が指摘されました。また、これに関連してオープンシステムの

活用や子供病院クラスの総合周産期センターでの分娩数をもっと増やすべきではないか等の意見も出されました。また、人員の確保の観点から、人員の確保には、勤務条件の改善と相応に労働報酬が必要である。労働報酬をあげるためには、ある程度の数の正常産が必要となる。病院として収益増を求められるというようなことが挙げられました。6番目として、新生児に関する絶対数の評価については、絶対数は地域によってその発生する数に違いがある。施設に勤務する医師の数によって1症例の重みが異なってくる。地域でのニーズにどれくらい応えているかということが大事である等の意見が出されました。7番につきまして、周産期施設として、MFICUとNICUを絡めて収益と評価を考える必要があるのではないかと。8番目に1次施設での妊婦管理の在り方、院内助産システムの活用、あるいは3~4人の医師グループで開業しているところもある。9番目としまして、医療の進歩に人的連携等のシステムの整備が追いついていない。10番目にローリスクを管理しても、ハイリスクへの対応のqualityが下がらなければローリスクを管理してもよいのではないかと。11番目は母体搬送の受け入れに対する評価をすべきである。12番目は、第3機関からの評価が大切になる。13番目として、センターであるのにも関わらず、正常分娩を取り扱わないと院内および行政の理解が得られないという経済的なジレンマがある中で、センターというものの在り方をどういうふうに考えるべきなのか。14番目としまして、地域で発生したハイリスク症例をセンターが必ず引き受けるためにセンターは本来あるべきなのに、ローリスクへの対応のために100%ハイリスクへの対応ができないということが起こっている。15番目は、地域でどのような症例を引き受けるのかというコンセプト別にセンターを分類してから評価してはどうか。16番目は、一定の人口あたりのハイリスク症例の発生数とそれにかかるコストを計算し、次にそのハイリスク症例をどれくらいのどれだけの医療機関、どれだけの人数の医師で分担すべきか、そしてそれを通常の医療診療報酬制度で支払えない分は、社会が補填するようなことを考えないと、やったものが損みたいふうになってしまうのではないかと。17番、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、それは社会でそれを補填する必要がある。

18 番目は、医療経済で最小単位が病院や施設ということであれば補助金で賄うということでもよろしいのですが、最小単位をドクター、ナースといった医療スタッフとすると、補助金では現場の医療スタッフに対する給与へはなかなか反映しない。最後に、能力あるいは仕事量に応じた給与というのは、病院の給与体系にどれだけ自由度を与えることができるかにかかってくる。まとめますと、以上のようなことが議論されました。

池ノ上：はい、ありがとうございました。資料 1 につきましては、前回の会議の時にそれぞれ皆様からご発言いただきましたことをこのように文字に変えております。できればご発言いただいたところ、あるいは趣旨がはっきりでないところを訂正、加筆いただき、事務局にお送りいただければと思います。議事録案ファイルは各先生方にメールでお送り差し上げておりますので、ファイルに訂正箇所を書き込んでお送りいただければと思います。どのような形にするかは未定ですが、報告書の中に組み込みたいと思っておりますので、最終的には先生方の会議でのご発言が報告書の一部に載るというつもりでチェックをしていただきたいと思っております。それプラス、それぞれご担当いただきますテーマについてもまとめていただいて、報告書を作成したいと考えております。どうぞよろしくお願い致します。それから、資料 2 は金子先生が説明致しましたように、この資料 1、前回の会議でのご発言いただきましたことをピックアップしてもらったものです。しばらくこの資料 1、2 についてさらにご発言がありましたらいただきたいと思っております。いかがでしょうか。これは、前回の議事録まとめですので、前回ご議論いただいたことが載っております。よろしいでしょうか。またお目通しいただきまして、これは議事録という形で収めさせていただきますと思います。

それでは、3 番目の検討事項について、金子先生説明をお願い致します。

金子：資料 3、4、5 になります。資料 3 は前回の会議では総合周産期母子医療センターに関する検討しか行いませんでしたが、今回地域周産期センターも併せて検討しましたので、



資料 3 がそのまとめになります。資料 4 は皆様方の地域の総合周産期医療センターと地域医療センターを抜粋しました。それぞれの地域の実情、評価が反映しているかといったところを見て頂き、後ほどご議論いただければと思います。資料 5 は今年度初めに全国に配布しました評価項目および採点基準になります。

まず資料 3 からご説明致します。資料 3 の項目のところに黄色のしるしをつけていますが、これが今回の評価、点数の対象となった項目です。最初のページですが、NICU の施設機能、人的体制、実績についてまとめています。上が地域周産期センターの評価になりますが、地域周産期センターで A 評価の施設はありませんでした。B 評価が 8 施設、C 評価が 153 施設でした。総合周産期母子医療センターに関しては、前回お示ししましたが、A 評価が 15 施設、B 評価が 10 施設、C 評価が 33 施設でした。資料に示します通り、やはり人的体制・看護師の数というのは NICU, GCU とも総合周産期母子医療センターの方が多く、認定看護師に関しても総合の方が多傾向にあるかと思います。専門医に関しましては、必ずしもそういうふうにはなっておりません。24 時間医師体制についても、地域と総合では差はありません。前回総合で B 評価の施設の方が 24 時間医師体制をとっている施設が多くなっているということに関して、私立大学が入っているのではないかというご意見を頂きましたので数えてみました。NICU におきまして総合で B 評価のところは 10 施設中 3 施設が私立大学でした。C 評価では 33 施設中 10 施設が私立大学でした。地域では B 評価の 8 施設中 6 施設が私立大学、C 評価の 153 施設中 12 施設が私立大学という結果でした。

楠田：A 評価の 15 施設中では私立大学は？

金子：7 施設です。実績 1 に関しては評価の対象にはなっておりませんが、総入院数ではやはり総合の方が多という感じです。人工換気、NICU 入院数についても同様のことが言えると思います。NICU 実績 2 をみていただきますと、やはり極低出生体重児、超低出生体重児とも総合の方が扱っている数が多いということになります。全体の入院数を占める割合に関しても総合が多い傾向にありました。当然、手術症例、手術数割合に関しても多

い傾向にありました。ただ、総合の B と地域の B を比較しますと、地域の B の方が前述しました各項目において、数が多いような感じもします。今回、搬送は評価の対象になっていませんが、搬送受入数、出迎搬送数、三角搬送数、戻り搬送数は資料に挙げているような感じになっています。今回搬送数を評価項目に入れなかった理由としては、全国的にどれくらいの搬送が発生しているのか、わからなかったものですから今回は評価の対象から外しました。

次のページは MFICU に関して示しています。同様に地域と総合の人的体制と実績になります。NICU と同様に設備面、人的体制に関しては総合も地域もさほど差はないように思います。専門医の数に関しては、まだ産婦人科に関しましては始まったばかりなので多くはありませんでした。24 時間医師体制をみても地域と総合で大きな差があるようには思えませんでした。差があるとすれば、人的体制の他科の医師、麻酔科医、脳外科医、心臓外科医、循環器内科医といったところで差があるような感じがします。MFICU に関しては地域で A をとっているところが 1 施設ありました。ここは麻酔科医、脳外科医、心臓外科医、循環器内科医はいません。ですが、実績で頑張っているところのようです。1 施設しかないのです、そのままの数字です。MFICU の実績をみますと、分娩数というのはやはり総合が多いです。ハイリスク妊娠の割合はあまり差がないという結果でした。22~23 週、24~27 週といった未熟児を取り扱っている分娩数もさほど大きな差はありませんでした。NICU と比べますとミスマッチしているような感じもします。帝王切開の割合、多胎妊娠の割合もあまり差はありませんでした。

次に周産期センター全体の評価です。A 評価ほど、研修会、周産期医療協議会を開き、受入が可能であると、当然地域でも総合でも多い、NICU, MFICU でも多いということが言えると思います。以上が資料 3 の説明になります。

資料 4 に関しては青森、東京、新潟、静岡、三重、大阪、宮崎といった地域の NICU, MFICU だけを抜粋しています。ここには国立大学、あるいは国立病院は入っていません。宮崎に

関しては私どもの施設が入っていませんでしたので、宮崎県に提出した資料をもとにここに追加しました。

池ノ上：どうも、ありがとうございました。資料 3 は全体像として平均した数値を出しています。全体的にご覧いただいて、現状を把握していただくという意味でこういうまとめ方をしました。資料 4 に関しましては、同じようなまとめ方ではありますがそれぞれの先生方の地元の総合周産期センター、地域周産期センターから提出されたものをまとめました。先生方は大体この施設はこれくらいかな、よくやっているな、あんまりやっていないなど現状をある程度おわかりだと思いますので、実際に先生方が常日頃感じておられる各施設の現状とここに出てきた数値とのギャップがあるか、ないかというような点でご覧いただいて、ご意見いただければと思います。もちろん、それ以外のことも見えてくるようなことがありましたら、ご指摘いただければと思います。しばらくこの資料 3、4 について先生のご意見をいただければと思います。まず資料 3 の方でいかがでしょうか。全体像でご覧いただいて、何かご発言ありましたらお願い致します。

楠田：NICU の人員ですが、必ずしも大学だけが影響しているというほどの傾向はなかったということでしょうか。

金子：今回は数だけを見てきましたが同じくらいの数はありました。

楠田：逆に新生児専門の部署を持っているところはかえって人が少ないという可能性が多少あったもので、総合の A 評価になったところはいわゆる子供病院を母体にしたような総合周産期母子医療センターだと「新生児科」という独立した部門でやっているところもあるので、そうすると案外数としては少なく、総合病院や大学は小児科全体でやっていることがあるので数だけが多いのかなという気がします。ちょっとこの辺がもう少し数値が精緻できるような質問項目、評価項目にならないかなというところです。

池ノ上：結局、小児科があつてそこに NICU があつてそれが総合周産期センターの NICU 部門として動いている。そこは小児科全体のドクターは入りながら動かしているというと

ころですね。

楠田：そうすると NICU が見かけ上、多くなるのかもしれないですね。

池ノ上：それから国立大学と国立病院が制度上入っていないのです。そこからデータが来ていないということがありますよね。現実には国立病院など相当地域の中心的な役割を果たしておられるところがあるのでしょうか、そのデータが抜けているものですから、今のようなことになってしまいます。私立大学や私立の大手の病院は出てきているのですが、いわゆる国立病院、国立大学が抜けているというのが、やはり全体像がすこしばやけてしまっている部分なのかもしれません。

楠田：それはデータだけいただくというのは難しいのでしょうか？

池ノ上：どうですかね。

宮本：当初の目的が補助金と連動させるということを相当意識していたというのも恐らくあると思うのですが、そういったこともあり国立大学法人とかは対象にしないということで調査を進めていただきました。現在は、調査精度を上げていただき、より評価の体系を良いものにしていくというのを目指していただきたいと思っていますので、そこは検討課題というか、むしろ積極的に考えていく方向でよいのかなと思います。

池ノ上：前も申し上げましたが、宮崎県も 3 か所ある県立病院が出していないのです。地域周産期センターを担っているのですが、宮崎県の担当の方に聞きましたら、最初入った情報が国からお金が出るが、県もお金を出すということで動くのであれば、宮崎県はどのようなお金はないからアプライするのをやめておこうというようなことを現場の事務作業をする方が考えられたらしく、実際そうではありませんよね？

榊原：国が 1/3 を補助金として出しますので、残りの 2/3 を都道府県なり病院で出してくださいということになります。

宮本：出すか出さないかは自治体の判断になります。

池ノ上：それは自治体が出さないといけないのですか？

榊原：必ずしも自治体が出さなくてはならないということではありません。

池ノ上：出したくなければ出さなくてもいいのですよね。国からのお金だけをいただいて、それを補助にあててなんとか自分たちでよくしていくということも可能ですよね。その理解がちょっとうまくいっていないところがあったらしく、宮崎県の場合は、後で各地域のデータが出てきますが、出ているのは私立の病院だけです。ただ宮崎県の場合は県立病院のデータも宮崎県のレベルまではデータが届いているので、県立病院のデータも宮崎県の担当の方にお問い合わせすれば出してくれる可能性があります。ですからいろんな地方自治体でも例えば青森県の県立病院のデータは青森県に出していますよね？青森県からも厚生労働省の方へ出していますか？

金子：提出されています。

池ノ上：青森県は提出してくれたのですね。それが止まっていて厚生労働省に提出されていないところもあるのです。そこが全部出てくるとわれわれのこの目的の作業はもう少し正確なものになるのではないかと思います。

楠田：今言われたように補助金と直接かかわらないところで、評価方法の評価という意味では是非データだけいただくということではないのでしょうか。それから県がお金を出さなくてもいいというのは今年度からですよね？

榊原：そうです、今年度からです。

楠田：ですからまだそれを充分各都道府県の方がご存知ないのではないのでしょうか。

池ノ上：そうかもしれませんね。大阪でもそういった議論がなかったですか。

池田：大阪では昔から搬送の数等で補助金が三段階に分けられています。それを出さないと補助金がもらえないのでこういう数は前から提出されています。

池ノ上：今回の調査に関しても提出されていますか？

池田：はい、提出されています。もともと私立の病院が総合周産期センターで中心となっていますので全部提出されていると思います。地域は出ていないところもありますが、総

合は提出されています。

池ノ上：ありがとうございます。他に何かございますか？

杉本：評価法の総論的なことになりますが、この成績をみますと設備の整備状況に関する  
こと、人的体制資源の整備に関すること、それから運用面のアクティビティに関すること  
というように大きく 3 つに分かれていると思います。それで設備の整備状況に関して、む  
しろ点数が低いところの方が補助金を必要とするのではないかというような見方が出てく  
ると思います。運用面のアクティビティに関してはアクティビティの高いところに補助金  
を多く配分すべきではないか。こういう総合的な点数の A, B 評価だとそれが相殺されてし  
まってしまう評価できていないのではないかというような印象を受けるので、そこを少し  
整理して、整備状況とアクティビティとは分けて考える必要があると思いました。

池ノ上：ありがとうございます。資料 4 が特にその点があきらかになってくると思います。  
先生方が常日頃感じていることと、実際にここに出てきたものとを少し整合性する。先生  
がおっしゃられたようにどちらかというところと日本の制度をよくしていくために始まったこと  
なので、C 評価の施設の設備が足りないというところには「頑張ってください」という意味  
での今後の運用というのも当然考えないといけない。頑張っているところへのご褒美とい  
うのがどの程度評価できるのか、なかなか難しいところではあります。それはまた資料 4  
をご検討いただく時に発言していただければと思います。他にいかがでしょうか。

池田：やはり総合にしても地域にしてもかなりアクティビティが年次ごとに変わることが  
あります。総合周産期センターですが、人がたくさん辞めて総合の機能を果たしていない  
ところがあります。どういうところが力をもっているかというところのアクティビティを  
合わせるという意味でこういったものが通用するのではないかと思います。

例えば大阪で全部産科の先生が辞めてしまった病院があって、非常に頑張っているのです  
が、そこが取れなくなった。しばらくしてなぜか搬送が多いなと思っていたら、その地域  
の病院がなかった。そういった動的なものがわかるようなものがあればいいなと思います。

NICU の施設設備の面では変化はありませんが、人の数は推移していくというところがありますので、全体的な大きな問題ではないかと思えます。

池ノ上：そうですね。人がたくさんいなくなるなど、現実には日本では起こりうるのですね。それがもろに地域の実態と連携してしまう。こうして評価していても去年と今年では全然違ってくるという施設が出てきますね。そういうのはどうやってモニターできるのでしょうか。毎年こういうのを出していただくのも大変ですね。もし補助金と連動するということになれば、毎年出していただくのでしょうか。

宮本：毎年出していただくことになると思えます。

池ノ上：ある程度フォーマットが決まってしまうと、今後は事務作業で出てくると思えますね。今のところ重みづけや意義をご検討いただいているところなので、まだまだ流動的な状態です。確かに人というのは流動的というか変化するという要素を考慮しながらやっていかないといけないですね。他にいかがでしょうか。

杉本：先程の発言に付け加えることとして、この評価は今後補助金の公平な配分ということと始まっていましたけれども病院機能評価と同じように、周産期センターがレベルアップしていくための指標として使うということも必要ではないかと思えます。つまり自分の施設は、他と比べてどこが劣っているかというのが調査の結果として個票をいただければ、努力目標としてどこを重点的にやっていくかということが見えてくると思えます。ですから、今後の目指すところの目標の 1 つとして必要な内容になってくるのではないのでしょうか。そういう視点を踏まえた評価の考え方も入れていきたいと思えます。

池ノ上：こうやってまとめた時に、先生がおっしゃったような目的、例えば自分たちの施設にはレスピレータが入院患者さんの数と比べて極端に少ないとかそういったことがフィードバックできるような報告書の作り方を考えないといけないですね。

杉本：そのためには望ましい周産期センター像というのが漠然としたものではあります評価をする中から出てくるのではないかと思えます。

池ノ上：そうですね。先生がおっしゃったように日本中の周産期医療があまねく良くなるということでないとな本来の意味がないので、それではそうするためには各施設が各論的に自分たちは何をやったらいいのかというのが見えるようなアウトプットが必要だということになりますね。

楠田：今の話の続きですが、前は公表しないということでしたが、やはり出した施設にとっては貴重な資料なので都道府県を抜けば公表しても大丈夫ではないでしょうか。

池ノ上：資料4の方ですか？そこらへんはどうですかね。施設特定ができると困りますね。これだけ数があると東京だとすぐわかりますよね。

楠田：都道府県を全部外したらどうでしょうか。

杉本：都道府県を全部外して、全体の中で自分たちの施設がどの辺のところかというのが見えてくるというのは有用です。

池ノ上：それは別に個人情報保護法とかに触れることはないですよね？

宮本：施設が特定されなければそれは大丈夫だと思いますが。

池ノ上：全国のここに出てきた総合を全部並べて、地域も並べて、順番を入れ替えたりして randomization して出せば大丈夫ではないでしょうか。

楠田：点数順にすればわからないのではないのでしょうか。都道府県があるとさすがにわかっけてしまいます。議事録も公開されるのですか？

池ノ上：はい、報告書に出すつもりです。

楠田：そうすると個別の施設名があるのはやはり変えた方がいいですね。これは公表されるということですね。

池ノ上：そのつもりです。池田先生の母体死亡の研究班も議論したことを報告書に入れていますよね？

池田：個別名がしっかりでています。

池ノ上：あんまりマスクングになってしまうと文脈が繋がらなくなって、何をやってい



るのかわからないことになりますので。

池田：お 1 人だけ東京の方が個人的にご指摘いただいて、お手紙をいただきました。あとは個人名出ていますが何の問題もなかったです。

池ノ上：そこも踏まえて先生方ご自身の発言の部分をチェックいただければと思います。

楠田：是非こちらは都道府県を外して、自分がどこにいるのかわかる形でフィードバックしていただければと思います。

池ノ上：それでは資料 3 については今ご議論いただいたようなことですが、資料 3、4 は連動していますので、行ったり来たりしながらお話を続けていきたいと思います。資料 4 はいかがでしょうか。これは青森から行きますか。

金子：青い部分が総合で赤い部分が地域になります。こちらの番号は、おっしゃっていただければどの施設かわかります。

佐藤：青森のこの 3 番目の施設は総入院数が 695 になっていますが、これは全分娩数が 695 という意味で実は 2,500g 以上の入院数 555 は正常新生児がほとんどだと思います。産科側の分娩数からみると 695 となっていますので。ちょっとこの青森県だけみてもこの届け出の仕方というのが入院扱いになっている正常新生児がもしかするとあるのかなと思います。

楠田：それは実は新生児の入院の基準というのが非常に難しく、いくら普通に産まれても黄疸が高くなったり体重が減ったりするのでそういう方も入院扱いされる場合があります。いつも新生児はそういうのを入れるか入れないかというのは線を引きことが難しいので、多分この施設は病的新生児として入院扱いされているのだと思います。ですから NICU 入院数などで判断しないといけないと思われま。われわれも同じようにデータを集めていますが、何百という入院数の病院が結構あります。

佐藤：NICU 入院数だけではなく GCU 入院数という項目が、あればかなりいいのではないのでしょうか。

楠田：あればいいのですが、そこも微妙で NICU を経由して GCU に入れられる施設と GCU

に直接入れられる施設とあるのです。

佐藤：ダブルカウントになってしまうのですね。

楠田：ですから NICU 入院数と体重別で評価するしかない。総入院数というのは新生児の場合は確かにあてにならないですね。

金子：今回は総入院数というのは評価の対象になっていません。

佐藤：なっていないからいいです。

金子：青森の場合は総合が C 評価で地域が B 評価になっています。

佐藤：あと、麻酔科医の「YES」これも評価の対象になっていますよね。24 時間体制ということでオンコールとか県の評価の仕方が違うのかなと思いました。

池ノ上：青森の総合の場合は NICU の専門医はいなくて、だけれどもドクターが 24 時間体制ではいる。小児外科医はいない。麻酔科医がいらない。

佐藤：麻酔科医はオンコールで 24 時間体制ですから、オンコールということで No にしている。オンコール体制以外の麻酔科医常駐というのは県内ではどこもないと思います。

金子：ちなみに青森の評価 B のセンター11 というのは八戸市立病院です。

佐藤：麻酔科医は 24 時間体制ではないはずだと思います。

池ノ上：麻酔科医の体制が 24 時間ではない。オリジナルの情報の整理もやっていかないといけないですね。

佐藤：ちょっと信憑性に関しても問題があるかもしれません。

金子：この評価というのが配布資料にもオンコールには除くと書いているのですが、それで正確に回答して頂けないのでしょうか。

前田：麻酔科医のオンコールを除くとやはり地方では厳しいのではないかと思います。当院には、麻酔科医は 8 人いますが、やはりオンコールです。でも病院敷地内に産科医が 3 名住んでいて、麻酔医も住んでいます。でもやはり敷地内にいてもオンコールです。オンコールを除くというのは外してもいい気がしますが。

池ノ上：それはあるべき姿というのと、現状がこうだということで、本来は麻酔科医が 24 時間院内にいるということがいいですよ。オンコールというのは自宅待機ということですよ？

金子：はい、自宅待機です。

池ノ上：だから本来ならば麻酔科医が院内にちゃんといることが 1 番いいことですよ。

佐藤：本当は院内にいてくれるのがいいです。青森の場合は院内でなくても病院敷地内の 5 分のところに住んでいらっしゃいます。

池ノ上：敷地内麻酔科医ですね。

佐藤：近い方が 3 人くらいいらっしゃいます。

池ノ上：何分以内に麻酔科医が available かとか、そういうのですかね。

杉本：30 分以内だとか、そういう方が実質的ですね。

池ノ上：恐らく院内常駐、15 分以内麻酔科医が仕事に入れる、30 分以内、1 時間以上というような段階分けをしてということですかね。

佐藤：それで言うと産科医もわれわれは 5 分以内に病院に来ることができます。複数当直と同じ状況になります。

前田：本当にそうです。夜中に早剥が入ると僕と麻酔科医が 1 番早く手術室に入ります。それから患者さんが搬送されます。地方には地方の事情があるのかなと思います。佐藤先生の意見に賛同します。

楠田：病院内、センター内に加えて、病院内と敷地内を項目に加えることになりますか。

池ノ上：病院内、敷地内、それから 30 分以内といった具合に、少し評価項目の説明のところを将来的に再検討する必要がありそうですね。しかし現状がこうだからこうだというようにするとどんどん緩くなっていくので、本来あるべき姿はこうだ、だから周産期医療をやっていくためには、麻酔科医の 24 時間常駐が必要だということは打ち出しておかなければならないと思います。だからそこに限りなく近づくように努力しているので院内じゃな

いけど敷地内だとか、敷地内じゃないけど 15 分以内というので今は行われている。そっちが多いからそれで良いとは言いづらいですね。それでは青森はまた後ほど戻るとして、東京はいかがでしょう。

楠田：東京では、NICU は A 評価が 2 つで B 評価 C 評価がほぼ半々で、個人としてはうまくいっているかなという気もします。

池ノ上：そうですか。

杉本：これに載っているのは 2 次施設ですか。

池ノ上：青い部分は総合周産期センターで、赤い部分が地域周産期センターです。

楠田：評価のターゲットを B が標準で A は優れていて、C は少しという考え方をすれば、総合にもう少し B 評価があってもいい気がするのですが。

杉本：そうですね。

池ノ上：総合の中ですね。

楠田：地域は確実に B と C でほぼ半々なので、そういう意味ではまあまあうまくわかれているかなと思います。だから総合でもう少し A があってもいいか、C が B になってもいいかもしれないです。

杉本：東京の C と評価されたグループの何が足りなかったかという点で何か特徴がありますか？

池ノ上：何か見えてきますか？

杉本：どこで見たらわかりますか。一覧表だとなかなか見えてこないのですけれども。

池ノ上：この黄色で色づけしているところは、評価の対象となった項目です。

金子：実績の項目をご覧ください。

池ノ上：小児外科医とか麻酔科医とか人の配置に問題がありますか。

楠田：東京は結構大学病院が多いので、ある程度は、医師の確保はできるのかと思います。

3 ページ目の実績をみるとセンター番号 21 番は確かに入院数をみると 500g 未満が 1 で