

1,000g 未満が 2 ですからね。ちょっと数が少ないですから C 評価ですよ。

池ノ上：アクティビティの面でしょうか。

杉本：アクティビティにおいては、かなり差があります。

楠田：センター番号 23 番も 500g 未満が 0 で 1,000g 未満が 10 ですから、やはりアクティビティで、かなりマイナスに評価されていますかね。

池ノ上：なるほど、アクティビティが評価に影響しているということですね。それはある面、良い評価ということですよ。アクティビティがピックアップされているということですね。23 番の施設はどこですか？

アクティビティのポイントが少ない、21、23 番の施設面はどうですかね？施設がないから出来ないということじゃないですよ。

楠田：21 番は大学ですよ？

金子：〇〇大学です。

楠田：そうですね。23 番も大学ですよ？〇〇ですよ？やはりアクティビティがきているからそういう意味では評価されていると思います。

杉本：施設ごとの実績の数が東京都の四半期報告で出ているので、対照すると全部わかることになります。

池ノ上：施設機能に関しては東京では、整備されているのではないですか？

杉本：総合の基準をとるときに施設基準をクリアしなければなりませんのでそこはまず満たされていると思います。人的体制のところはやはり変動もあって、かなり施設の差があるところですよ。

池ノ上：アクティビティの高いところと低いところが人的要素なのか施設機能の要素なのかというのが見えてきますか？

杉本：人の数と患者さんの受け入れ数との相関をとるとそれが出るかもしれませんね。

楠田：でもこれは医師の総人数というのはわからなかったですよ。24 時間体制で何人い

るかを聞いているだけなのですよ。だから、21、23の施設に関しては人的要因が多いですね。

池ノ上：減ってしまったということですか。

楠田：そうですね。

池ノ上：人的要因がきいてきていますかね。あとは東京で何かありますか？

前田：25番の施設では、MFICUはA評価でNICUは15床もあってなんでC評価になったのでしょうか。先程からみていて不思議なのですが。MFICUも12床持っていらっしゃる。

杉本：1,000g未満の受け入れが19名で少ないからではないですか。

前田：若干少なめですけどそれで一気にC評価になってしまうのでしょうかね。

楠田：そうですね。またここは専門医が0ですね。

杉本：ああ、専門医が0というのがきいていますね。

前田：それでかなり点数が下がったのですか。

金子：それから超低出生体重児、極低出生体重児の割合は点数を2倍にしますのでこれがちょっとしたところで大きな差になります。

前田：もう一息のところまで落とされた。

金子：もうちょっといけばB評価なのにとのことです。

池ノ上：あと数人入院していれば評価があがった可能性があります。

杉本：そこがきいていますかね、確かに。

楠田：そのへんは年によって違うでしょうから、またB評価にすぐ回復するかもしれないですね。

金子：あと搬送に関しても大都会と地域とのどこに基準を持ってきたらよいのかを含めて、ご意見をいただきたいのですが。

杉本：地方との格差というところですね。

楠田：もし新生児搬送をされているのであれば、それは高く評価して私はよいと思います。
なかなか大変なことなので。いわゆる新生児搬送を医師同乗、要するに医師というのは受け取る側の医師が同乗して搬送するのは本当に高く評価すべきだと思います。ただ児を抱っこして救急車で来院するのまで新生児搬送の数にいれるとちょっと問題だとは思いますが。

池ノ上：それはわかるようになっているのですか？

金子：今回は分りません。

楠田：多分、新生児搬送数で質問をするとすべての救急車で搬送が、カウントされると
思います。

金子：青森に戻りますが青森の地域の B 評価の施設は搬送受入数が 69 あります。そんな
のですか？やはり簡単な搬送も入っているのでしょうか。

佐藤：入っています。2,300g とか開業医の先生のところで診ることができないということ
で搬送していると思います。

杉本：迎えに行かなくても送る方が逆についてくるという形、どちらかが同乗している
ということにはなっているんでしょうね。

佐藤：青森は母体搬送も新生児搬送も全部の統計を県でとっています。うちが全部管理し
ているのですが、いわゆる棲みわけがはっきりしてしまっていてこれをみると C と B の逆転で
すね。小さい赤ちゃんをたくさん診ている総合が C 評価で大きな赤ちゃんを診ている地域
が B 評価ですので、逆転の現象が起こっています。

杉本：どこの重みづけの問題ですかね。

佐藤：点数の重みの問題もあるのかなと思います。専門医とかもちろんそうですし。

楠田：これは具体的に何点と何点だったのでしょうか。

金子：地域は総合点を付けていないので分りません。

楠田：どこで逆転したのでしょうか。麻酔科医以外あまり違いはないようですが。

池ノ上：4 番と 11 番ですよ。

楠田：大体確かに4番の方がいいですよ。もし逆転したとすれば、麻酔科医ぐらいしかないですよ。

佐藤：どこで逆転したかというとなぜ麻酔科医以外にはないですね。

杉本：そうですね。

楠田：麻酔科医が2点と0点の差でしょうか。どちらもそういう意味ではぎりぎりなのでしょう。

金子：周産期センター全体の評価も加わってきます。そこが今回は自分の施設でやっているというのを付けている可能性があって、周産期センター全体の評価をみると青森の4番と11番ではオープンシステムをやっている、分娩手当・新生児手当を出している、勤務配慮があるとかそちらのウェイトが大きかった可能性はあります。

楠田：手当とか勤務の配慮をしているということですね。ここでまた点数に差が出たのですね。

佐藤：全体の評価項目というのは結構多いのですね。ウェイトが高くなっている。

池ノ上：分娩手当、新生児手当というのは大きいのでしょうか。制度的にも勤務配慮は必要要件とされています。B評価は〇〇病院でしたか？

金子：はい。

池ノ上：C評価は県立病院ですか？

佐藤：はい、そうです。

金子：病院長先生の自由裁量がどこまで大きくかですね。

佐藤：まああってもいいと思うのですが。

池ノ上：〇〇病院で働いているドクターたちは満足しているのですか？

佐藤：いや、満足していないと思います。

池ノ上：もっとよくしてくれという感じですか。

杉本：周産期の実績は4番の施設が圧倒的にいいですね。かなり過重労働でやっていると

いう実態がここに出ているのかもしれないですね。

池ノ上：だからその病院長や事務部長さんがね。

佐藤：このデータがあると病院長のところについて「なんとかしてくれ」と言いやすくなるというのですが。

池ノ上：特に分娩手当や新生児手当はまともにもありましたようになかなか個人までいかないのです。施設まではいくのですが。あとは静岡、大阪、三重はいかがでしょうか。

前田：三重のこのC評価は市立病院だと思います。総合周産期センターは国立なのでリストに入っていない。三重県ではさらにもう1箇所指定しようという自治体答申が出て、ここに出ている市立病院を今度総合周産期センターにしようとして動いています。しかし、産婦人科医が少ないので、実行できずに経過しています。

池ノ上：人の問題ですね。

前田：人がいなくてGOがでない。でも都会から帰郷する先生もいそうです。

池ノ上先：今の話もそうですが、人が動くというのがどんどん出てきましたよね。周産期をやる人をハンティングして、そこへどんと据える。その先生の話もそうですよね。もう移られたのですか？まだオープンになっていない？

前田：近日中に確定します。

池ノ上：それはいいことだと思いますよね。ニーズのあるところに来る人が行くというのは。

前田：でもリタイア寸前の60代前後ばかりで40代でそういう方がなかなかいないのです。

池ノ上：だから周産期医療の分野で人が動き始めると大学の人事の中に縛られていた人の動きがもっとフリーになってきて、いい体制が出てくる可能性がありますよね。

前田：逆の可能性ももちろんあると思います。

池ノ上：逆ですか？

前田：下剋上になってきています。

池ノ上：でも、出来る人がいた方がいいじゃないですか。

前田：三重県の北の方の地域もある時期に産科医がごっそりいなくなって、その地域の1,500人の妊婦たちの収容先をどうするか、水面下ですけれど大変なことになっています。そこに行ってくれという話が僕のところにもくるくらいです。

池ノ上：そういう意味での下剋上ですね。

前田：大学が人事権をしっかり握っている時はきちんと動いていたのですが、大学の力が及ばなくなってしまうと今度は逆に大変なことになります。

池ノ上：もうちょっと理念を高く持ってもらわないといけませんね。ただ単に人をひっぱるというのではなくて、全体像をどうするかという発想が必要ですね。

前田：5年10年後のことを僕がずっと言っていると「あんた何を言っているの？」という空気がやっぱりあって、今日のことで精一杯という負のスパイラルを引き起こす発言をする人がいるのです。

杉本：流動性というのは一面では地域格差をもっと大きくする可能性がありますね。

池ノ上：今の話はですね。

杉本：そういうことですね、負の面というのは。

前田：やはり10年後を見据えて今やらなきゃと思うのですが、なかなか市長クラスや行政の方たちは、「明後日のことはいい。今日と明日をなんとかしてくれ」と必死なのです。

楠田：三重県は長くて人口の中心は四日市寄りですから、難しいですね。県庁所在地はもっと南ですから、やはり分散型という大変ですけど、広い範囲にどうしてもなってしまいますよね。

前田：拡散型というか、薄くなってしまっ。

楠田：そうですね。

池ノ上：三重県と青森県の違いってどこがありますか？

前田：雪が積もらないことです。青森はリンゴで三重は梨ですかね。

池ノ上：システムを作る上で、雪は大きな問題ですよ。

佐藤：大きな問題ですよ。季節性があるというのは。

池ノ上：そういう点では宮崎は気候風土に恵まれていたはずなのですがね。

杉本：三重県は愛知県との境の方は名古屋にかなり流れるのではないですか？

前田：この調査でいろいろとわかってきたのですが、低出生体重児の赤ちゃんの全体の出生数と北勢地区の収容数とが全然違います。もちろん住民票のことがあるので5%くらい誤差はあります。K病院にかなり流れていると思います。でも四日市からうちに搬送されるものかなりあります。中勢から南勢は大体うちでみているので出生数とぴったり合います。栃木県と群馬県の境と同じような感じですよ。最近名古屋の方から受けないという話が水面下で出ていたりして、逆に救急隊が困っています。そこに触れるとパンドラの箱を開けるみたいなので触れられないのですが。

池ノ上：K病院は名古屋市内の病院ですか？

前田：名古屋市というか愛知県の三重県にかなり近いところですよ。

池ノ上：その行きついたところが、奈良と大阪の関係だったわけですよ。ですからそれをずっとやっていると大淀病院みたいなことが地域を変えて起こってくる可能性がありますよね。

前田：逆にうちは奈良県からの搬送も受入れています。高速で短時間に受入れ可能です。搬送を依頼するケースもあるけど受けているケースもあります。地域性といいますか、居住地から最も近い病院をと、救急隊が判断しているようです。

杉本：生活圏ということでの医療圏は、行政が定めた医療圏と異なって良いと思います。医療格差がそこへ反映されると、東京の場合には、特に埼玉や神奈川からかなりの数が流れてきます。

池ノ上：なるほど。

杉本：まあ、相互乗り入れという形はいいのですが、かなり一方通行の面があります。

池ノ上：なんとなく現場にいると「よその県じゃないの」というような雰囲気がありますよね。僕らも鹿児島県の一部から宮崎県に流れてくるのですが、色々な統計で、県外からの搬送分を外すと、改善する方向に結びつかないことが出てきますよね。同じ地域の中の医療圏でも2次医療圏ということでやっていくと本当に産婦人科医が全くいないところとか出てくる。議員さんたちは「うちの町には産婦人科の医者がいないからどうにかしろ」と言われますが、その分娩数は本当に少なくて隣の町と一緒にしたらいいじゃないですかというところがいっぱい出てきます。ですから宮崎ぐらいの年間11,000ぐらいの分娩だと4つぐらいの地域に分けてちょうどいいぐらいになる。2次医療圏は7つあるのです。2次医療圏で全部やりなさいとなったらとても追いつかないです。ですから先生が言われたように行政の区分と医療区分と実際に患者さんたちが必要としている数とか、ある程度別枠で考えておかないと現実から離れてしまいますね。

楠田：もともと周産期医療は3次医療圏で整備することになっていますからね。

池ノ上：そうですね。

楠田：杉本先生が言われるように、生活圏でいつも交わっているところはわれわれが介入しないほうが便利なものですから、でもそれ以外のところは3次医療圏で完結するように各都道府県が努力していただくと助かります。

池ノ上：だけど議員の先生方はなかなかそこを理解してくれません。

楠田：でも三重県は本当に細長く四日市が人口の中心ですかね。

前田：1/3以上ですからね。

楠田：でも本当は三重県で完結するように整備するという方がいいのですけどね。

前田：三重県は私どもの国立病院には産婦人科医が7人、NICUだけで仕事している小児科医が8人います。麻酔科医も8人います。あと4ヶ所の地域周産期センターと連動してゾーンで守ろうとやっております。ゾーンで守ろうという体制は、産科はなんとか稼動するのですが、新生児医療チームのパワーが一極集中できないし、小児外科は別の国立三重

病院に搬送します。それから小児心臓だと大学病院に搬送します。うちの NICU から搬送されることになります。これが地方なのだということかもしれません。浜松と全然違うと思ったのは、一極集中がなかなか出来ないために、3つの病院で互換性を持ってやっていますので、こういう点数付けをされると全滅してしまいます。そんな気がしました。三重県にも周産期医療審議会というのがあるのですが、このようなデータが全てそのまま出て検討したことがあります。やはりすべて帯に短し、たすきに長しという感じになっています。医療政策室の先生は三重県をこれで評価されたら困るといわれていますし、逆にこれで何が足りないか見えてくるということもあります。反対しているわけではないですが、東京、大阪と静岡、三重では違う。青森は佐藤先生が頑張っていらっしゃるけど、私みたいに頑張りが足りないところは辛いものがあります。

杉本：施設評価というレベルでは限界が当然ありますから、地域の周産期医療体制の評価というのは行政面ではもう一段階必要になりますよね。

池ノ上：今の前田先生の考え方ではなくて、「あなたたちけしからんよ、もうちょっとやりなさいよ」というものでないのです。どこが弱いかというところをみんなで検討しましょうという話なので、「これで評価されては、三重県はたまらん」という議論は出てこないようにしておかなければならなくて、逆に今言われたように小児外科、心臓外科などは4次か5次になるわけです。もっと多いのは未熟児、低出生体重児とかハイリスクの妊婦さんでハイリスクなんだけれども実際はいろんなこと調べていると分娩は正常分娩だというような人たちの方が多くて、そういう周産期のあるべき姿のコンポーネントのところをきっちり抑えられているか。そのあと絞られていって先天性疾患でこれはうちでは無理だなというのは、例えば宮崎大学では福岡に送ったり国循に送ったりとか成育医療センターにお願いしたりとか年に1例くらいあるわけです。それは国全体で regionalization していくという考え方を導入する。地域の中でたくさんあるものは8~9割はやれますよという考え方が出てくる。今先生が言われたように、あちこちに小児外科医、心臓外科医とか専門家が

ばらついているというのは、4次5次あたりになるので、僕はいいと思います。そこに心臓外科医はいるけど赤ちゃんをちゃんと診る人がいない、未熟児を診る人がいないというのは困りますよね。

福原：先日、衛生部長会議というのがございまして、その中で大阪からこの基準について厳しいご意見がございました。そのことを金子先生に一部お伝えしてありますが、先生方にお伝えするとともに考えていただきたいと思います。大阪で言われているのは、評価基準というものが運営実態に即し、機能の強化、質の向上につながるものとなっていない。2点目はこの基準のままで補助金に反映されることは問題である。3つ目は、評価が低くなるように設定されていて現場のモチベーションを低下させる恐れがある。大きくこの3つがございました。具体的には、設置基準の病床数からは達成することができないような受入件数が設定されているであるとか、高く評価されるべき産科医や新生児担当の配置に関する評価が低いとか、緊急搬送の受け入れなどが評価項目に入っていないなど、こういった意見がございまして、この指摘に対しても先生方是非考えていただきたいと思っております。

池ノ上：ありがとうございます。今おっしゃったことはもともと基本理念の中に入っているのですが、その中でどこまでそれが、開始の段階でどこまで表に出せるかということで、例えばアクティビティのところや施設基準のところでも必ずしも最初の総合や地域の部分ではなくて、途中から目標が出てきましたよね。昨年か一昨年に出てきた基準はなんでしたか？それに基づいて項目立てをしてきましたよね。

金子：設備に関しては新しく厚生労働省から出された「新整備計画」に基づいています。

池ノ上：ですからその前の施設設置基準で動いているところとは少し違いがあるのではないですか？

金子：施設に関しては周産期医療体制整備指針ですね。

池ノ上：それから大阪は逆にいいますと、日本の中で非常に特殊なところですよ。大阪の基

準を全国に広めるとこれもまたおかしくなる。ですから大阪はある程度組織として先行している地域ではありますが、言いすぎかもしれませんが、現実にはあまり成果はあがっていない部分もあるのです。ですからあのまま大阪のパターン通りに進んでいって大阪の先生たちが満足されるような体制を作っていくと日本全体が混乱する可能性もあると思います。ですからそこらへんをある程度バランスを取りながらやっていく必要があるので、大阪通りというのはなかなか難しいのではないかと考えます。恐らくここで議論していることを大阪の現場の先生方が見られたらとんでもない、なんてことをやっているのだという話が出ると思います。私は予測していたことではあります。池田先生に現実とこれとのギャップはどうですかという議論に参加してもらって、大阪の先生方が見られてもこの程度なら、というところで、大阪がよく評価されるというようなものが作られないとだめですよという議論には巻き込まれないようにしないといけないと思います。それは東京の先生方にも同じことで、東京が評価されないような評価項目の設定は困りますよということに、我々の班は流されないようにしないといけないと私自身は思っています。全国的にある程度バランスがとれて日本の周産期医療が目指すべき方向性を失わないように、議論を積み重ねながら、できるところから具体化していくということになるのではないのでしょうか。

楠田：平成8年から整備指針が始まって最初に総合と地域という2つの施設を作って、総合はどう考えても地域の上ですが、総合はどういうものを総合というのかというのは必ずしも明確ではない。今のままでいくとさっきの麻酔科医がいて、小児外科医がいて、脳神経外科もいて、なんでもいて母体救命も取れてなんでも出来るというのをなんとなく総合という言葉からイメージしてしまいます。本来はすべてのことを1施設でできるように集中したほうが絶対に良いはずですが、しかし、圧倒的に早産が多いのですから、総合というのは実はすべてが出来るのではなくて一定のことが出来るということも良いのではないのでしょうか。例えば、この施設では心臓もできる総合センターで、この施設では心臓はでき

ないけれども早産の管理はどんなに小さな児でも管理できるといった具合です。そういったことも評価できるような機能を持った総合を評価できるようなものにしてあげれば良いのではと考えます。積立方式、加算方式だどつついあれもない、これもないと点数が減るというところがちょっと不満ということになると思います。総合センターの定義というのは、明確ではない部分もあります。

杉本：周産期センターが初めて立ち上げられた時には早産中心の周産期医療を充実させるということで始まっています。ただこの数年間は母体救命ということの要素が非常に大きくクローズアップされてきたので、総合病院的機能というのはやはり必要ではないかと、もう一度見直されてきている段階だと思います。大阪はそこのところが不十分なところがあるものですから、今の評価基準でいくと母体のハイリスクの対応という点では点数が悪いところが出てくるかなという印象はあります。

池ノ上：本来はこのエンゼルプランを多田班で一生懸命議論していた頃は、総合周産期センターと地域周産期センターの2本立てで行く予定でした。ですから総合センターおよびその周辺に地域センターがあつてそして地域全体の周産期医療をやりますよということがいつの間にか総合周産期センターだけがいろんな事情で走ったものですから、地域センターの整備や役割がしばらく置いておかれてしまった。そこに今いろんなことが起こっている。地域センターがしっかりある程度機能すれば、そこで対応できる病態、疾患はかなりあるはずなんです。それがどこかすぼっと抜けてしまって、対応できない地域センターがあちこちに出てきはじめています。そして総合にそのような患者が流れてしまって総合が疲弊する。それから、地域と総合というのは両方がきちっと動いていないと全体の周産期医療というのは機能しなくなる。そこが大阪は破綻して苦しいところではないかと思います。大阪の現状も見直す時期にきているのではないのでしょうか。

池田：池ノ上先生が言われた日本の周産期の歴史の負の部分が大阪に来ているのだと思います。福原先生がおっしゃったように大阪からクレームがついたというのは、極端にここ

の数に表れていて新生児の部門は A 評価が 3 つありますが、産科の部門は A 評価がなく B 評価、まさに大阪の 5 つの総合周産期センターの中で母体救急ができないのが 3 施設という、日本の周産期医療というのは子供病院から発祥してきて未熟児新生児というところのレベルを上げようというようにまず取り組んできた。新生児搬送がメインだったころ、大阪は 1 つの中心だったものですから、総合の 5 施設は極低出生体重児、超低出生体重児ばかりやっておられてそして人も充実しているというところでもあります。ですから、大阪の総合周産期センターの中での NICU の位置づけというのも日本の中でトップレベル、人もいるということで A 評価と C 評価でかなりやっているということでもあります。一方、特に杉本先生が言われたように母体救急が最近話題となってきたことで、MFICU を中心とした点数をつけてしまうとこのようになってくる。恐らく大阪はそういうふうに評価してもらったら困るというのはそのクレームにあると思います。でも現状はそうなんですから府立母子保健総合医療センター、愛染橋、高槻という非常に NICU を頑張っている病院が全く母体救急ができないという 1 つの影の部分が大きく表れていると思います。それをどうしていこうかというところで、東京のように戦艦大和をたくさん作ってもなかなか大阪ではうまくいかないの、巡洋艇などの地域も入れながらやっていく。実際に大阪府は今年から総合周産期センターの見直しということで、総合周産期センターも格下げし、地域周産期センターも上げようということで大きく変わっていくことで計画が出ています。

池ノ上：確かに最初は赤ちゃんのことでいっぱいだったのです。NICU が整備されれば助けられるはずの子供たちが助けられないという時代がずっと続いてそこにいち早く取り組んで整備されたのが大阪グループですよ。

池田：それからもう 1 つ付け加えさせて頂くと、東京もそうかもしれませんが、あまり府県が周産期の整備に力を入れていないように思われます。大阪は周産期、成人の救急というところはもともと大阪大学に中心があるのですけれども、周りの県のことを言うといけません、京都府は周産期にしても救急にしてもあまり力を入れていない。それが全部大

阪へ流れてきます。実際に現場にいますと、京都、兵庫からもよく搬送されてきます。大阪だけの問題じゃなく、まさに東京と埼玉、神奈川との関係が同様に大阪にもあるようなものです。

宮本：私どもは救急医療も担当しているわけですが、救急隊の中で救命救急センターを3次において、2次救急ともう少し下のレベルがあるというそういう概念の中で展開しているわけです。しかし実際に2次と3次とではあまり違いはない。もちろん3次で対応しないといけない部分はあるのですが、かなり多くの地域では2次と3次は、特に実情が重なっています。また、2次の中もずいぶん大きな gradation があって、かなり古典的なイメージに近いのですが、救急車が搬送される3割くらいの病院は200床以下の公立病院のようなしっかりとした病院とは違う、ややくすんだような病院に運ばれている。とはいいつつ、そういうところで今の救急体制が成り立っているのです。それを集中させるというのは理想として掲げていくべきだとは思っています。しかし一方で、そういう現実を受け止めた上で考えていかないといけないと思っています。救急ではそうですが、周産期医療体制でも恐らく理想としては、かなり高機能の部分に集約させていくという部分とリスクが中程度のもの、それから一般のお産という形になって、理想とはちょっと違った状態で全体がまわっているということだと思います。救急の方で考えますと長期的にそうであっても、いまこういうふうに動いているものはなかなか簡単には無視してはいけない。簡単に集約をいってしまうことであまり立ち行かなくなることもあってはいけないと思っています。そういう意味では少しずつ改善していく道筋はどうなのだろうと考えながら、具体的にどうかというのは言えないのですが、取り組んでいるつもりです。周産期分野もそういうことがいまの課題ではないかと思いました。医療全般で課題の取り上げ方としては、各施設の機能分化と連携、ネットワークというかそういうシステム論が主題になっていて、いろんな分野でシステム論、例えば在宅医療とか救急もそうですが、そのうちの1つとして周産期医療があるだろうと思います。そういう意味では、最初私どもが申し上げたのは個々

の施設の評価と補助金を連動させるということなのですが、誤解させると申し訳ないのですが、その部分に関して、我々は最初に申し上げた時点よりは関心を落としています。それよりも全体のシステムとしていろいろな個々の医療機関が役割分担をしてネットワークを作って、患者さんがどこかに落ち込まずに流れていって、地域全体としてパフォーマンス性があがるということを目指したい、そういうことで共有したいと思っています。この時点での取り組みということではないのですが、全体としてやっていただければありがたいなと思うことは、地域の中でのネットワークの関係というのが目に見えるような形で今はこうなっているとういうことと、理想としてはどうだということが、コンセンサスとして医会の中で共有されることと、それが改善されるプロセスはどういうふうにしていけば改善されるかというように、もう少し長期的にいけばそれがある程度3次的なものが集約されるということがあるかもしれません。少しずつステップアップしていくということが、医会のみなさんに共有されていくといいのかな、ありがたいなという感じがします。今、採点表の話がずっとされていますが、お話を伺わせていただきますと、地域によっていろいろな事情があるということですので、地域の理想が共有されていく形ができると本当にありがたいなと思いました。いま思いついたことなのですみません。

池ノ上：私の立場で個人的な意見を言うのもなんですが、あまり周産期医療を集約しすぎてそれで立ち行かなくなっている部分があると思われまます。ですから1次、2次、3次をしっかりと周産期の中でも踏まえてやる。宮本先生がおっしゃった救急医療も集約といいながら、なかなかそういかないわけですね。1次であれば本来は開業医の先生たちが担当し、2次だったら100床、200床の病院でなんとか対応をし、そして重症例が救急センターに行くという形が理想ですが、現実にはそうはいかない。周産期医療も同じで、ほとんどのお産がリスクチェックを受けないといけませんが、現実には起こっていることは、正常経膈分娩がほとんどのケースです。それを全部、総合周産期センターで取扱う必要はなく、そういったケースも取扱おうとしたところで行き詰ってしまった部分があるように思われます。

ですから先程もいいましたが、地域の周産期センターと総合周産期センターが両輪で動かないとうまくいきません。つまり2次を担当する地域と3次を担当する総合、そして1次を担当するところというのが、それは非常に重要なところで、単に理解がないとか地元の先生方がこだわってどうだというよりも、医療そのもの医学そのものがそういうコンポーネントを持っていると思います。それを行政的に崩そうとしてもなかなか崩れない。これをこっちに持っていかうと思っても、人の心や動きというのはどうしても残ってしまう。その部分を捉えながら医療のシステムというのを考えていかないとどこかでものすごい破綻をきたすか、ものすごいエネルギーを必要とするところがあるのだと思います。それを日本人の気質、日本の国の地形、人々の分布、文化の個々の地域の細かい違いもある程度考慮しながら、日本全体の周産期医療はどうだろうかということを模索していくことが必要かと考えます。ですから決して現状を全く無視するのではなくて、1番はアクティビティのところだと思いますが、これだけのアクティビティを発揮してこの地域の医療が行われている。それがなぜそういうことになっているのかということ进行分析していくと、こうならざるを得ない要素がいっぱいあるのだろうということが解ってくるのかもしれない。それは単に地域的な遅れとか医療の進歩がそこに追いついていないというだけではなくて、バイオリジカルな医療がそもそも持っているコンポーネントがそうさせているのではないかと思うのです。そこらへんが出てくれば、必ずしも一極集中でなくても運用できるという地域と、一極集中した方がいいですよという地域が分かれてくるかもしれません。

宮本：少しずつ改善していくような道筋がその中で表現していただくとありがたいと思います。

池ノ上：そうですね。ですから、ひよっとした東京とか大阪はこういうシステムの方がより効率的ですよとか、あるいは青森、三重、宮崎はこういうが効率的ですよというのが出てくるかもしれないです。それは評価というより、評価して改善していくということです。

まずは評価して分析してそして改善策を出していくということにつながると思います。

池田：ディスカッションで抜けている点は、最終的に地域の患者さんが助かるというそう
いったものだと思います。周産期医療というのは幸い周産期死亡率にしても、妊産婦死亡
率にしても、新生児死亡率、乳幼児死亡率にしても病院より地域の数で評価されています。
なぜこの地域は周産期死亡率が良いのかといったものがディスカッションの中に抜けてい
るのではないかと思います。テストの成績を見ずに勉強時間だけディスカッションしてい
てもしょうがないわけですから、そういった意味では日本の周産期死亡率という点では大
阪は負の面があるといいましたが、新生児死亡率では抜群の低さを誇っている。ところが、
私は妊産婦死亡のまとめをさせていただいていますが、欧米諸国でお産に伴う出血による
死因は4位、5位のものですが、日本での出血による母体死亡はダントツで1番なのです。
集約化ばかり言っても問題なのですが、どうしてもそれが分散的に1次でお産されて
いるというところが、その1つの原因かもしれないのです。そういったことで、何が足り
ないのか、成績はなんでいいのか、悪いのかということ进行分析なしにここでディスカッ
ションしていても、宮本先生がおっしゃったようなフィードバックというところに繋がら
ないのではないのでしょうか。

杉本：集約化ということが問題ですが、東京はかなり集約化したほうがいいし、そういう
傾向にあって成績も上がってきています。やはり今1番求められていることは、夜間休日
の周産期体制、救急体制の受け皿が必ずあるということです。時間をかけずに受け入れら
れるという体制をまず作らなくてはならないというのが進められています。そこで1番問
題になるのが医師の数です。医師の数が充分あれば、あまり問題なく各地域で体制ができ
るのに、それがなければできないのでそこで集約化をせざるを得ない状況が出ている
のだと思います。ですから、多くのお産を多くの医師が交代勤務でやるということが都会
では可能であるので、それを進めることによって実際に出産施設そのものは減っているけ
れども早産そのものは少し減り、逆にセンターに集まることによって成績が向上している

面も出ています。24 時間いつでも当番制でどこかのセンターが必ず受けますという体制をとった東京の母体救命は比較的うまくまわり始めたと思います。コーディネーターによって受け皿となるセンターを探しましょうというシステムも受けるところがなくて困っているという状況はかなりなくなってきました。このシステムもうまくまわっているという印象は受けています。都会としては1つの作ったシステムがうまくいっているので、地方でなかなか広範囲なところを1ヶ所というのは難しいのでそこは工夫して必要があると思います。産科医の勤務環境を考えても、やはり集約化して交代勤務を取っていくというのは1つの方法として、少なくとも都会のセンターでは必要かなと思います。

楠田：新生児というか小児科全体からすると、ちょっと違う見方があります。先程、総合という言葉に戻るのですが、全国の大学病院に小児科学教室が、必ず1つありますが、ところが小児科でやっていることは、みな小児科教授の専門しかやっていないのです。やはり大学なので、代謝の教授であったとしても血液も診ないとだめですし、免疫もやらないとだめなので実は大学の小児科というのは総合をやらないといけない。本当になんでもやらないといけないところです。同じように、新生児も一定の疾患でなくてもなんでも診ないといけないということで、われわれも NICU でいわゆる総合としてやって診ているのです。実際には心疾患の子供をすべて NICU で診ないといけないとか、他の小児外科の子供も診ないといけないかという、東京や大阪では絶対にそんなことはないのです。その地域全体でネットワークがあれば充分なのです。都会であれば、あるところはこれが得意だ、あるところは心臓を診るけれども、全く診ないところもあるというので充分ではないか。本当はそういう棲み分けをしてそれをそれなりに専門にやっているのを評価してあげればいいのではないかと思います。ところが地方ではどこかの総合周産期センターがなんでもできないとこの母体搬送は受けられないとか、外科疾患受けられないとかそれではちょっと大変でしょうから、そういうところはすべてをそこに、人材も投入して集約化をすればよいと思います。われわれ新生児科で働いている者とすれば、都会と地方で多少そういう

ことで違うのかなと。都会ではなんでもかんでもできるところが横並びである必要はなく、特色があつていいかなと思います。

杉本：都会は3次病院の機能分化、役割分担が可能な状況にあるということなのです。

池ノ上：例えば宮崎は地方ですが、糖尿病合併妊娠あるいは甲状腺機能異常の妊婦さんというと、その妊婦の甲状腺機能管理ということが必要になってきます。そうすると宮崎ぐらいただと甲状腺の非常に頼りになる先生は数人しかいない。その先生のいるところで妊婦の甲状腺機能管理はやってもらい、分娩そのものはそれほど問題にはならないということもあります。そうすると宮崎の場合であれば甲状腺機能異常妊婦の地域化みたいなのが起こってきます。それでかつ産科的なもの、早産が起こるとか重症妊娠高血圧症になったりすると産科も一緒にやらないといけませんとなって3次に来る。というふうに、今度は母体疾患による地域化、施設のいろいろな振り分けみたいなこともこれから起こってくるだろうと思います。ただ今まで必要だったのは、ほとんどの症例は、早産やP-PROM等の産科の異常での regionalization が行われてきました。

杉本：1つは出産年齢がすごくあがってきていますよね。35歳以上の方が全国でも4人に1人ぐらいの割合と高くなってきています。合併症ということで妊娠中からのマネジメントができるということは1つ要求されることになってくるわけです。ですから、総合病院機能というのはそういう意味では全体の妊婦管理の中では以前よりもさらに高く必要になってきているという現状があるわけです。

池ノ上：それをそれぞれ地域センターとか医療資源の分布に応じてどう振り分けていくかということが必要になってきますよね。

池田：杉本先生がおっしゃったように厚生労働省も一般救急の中に母体救急を組み入れていただいたというのは非常にタイムリーなことで、特に40歳以上が50人に1人とか、35歳以上が4人に1人と高齢化して母体の方の問題が大きくなってきました。そういう意味では一般救急と一緒に、救急車を利用する中で100分の1とほいもの、母体救急

は特殊なところであまり予算もつかなかったところに一般救急に組み入れてもらったところがよかったと思います。

杉本：だから機能評価の施設ごとの評価のレベルということの問題はありますが、地域ごとにある病院をさらにバックアップしてもっと高い機能を持たせるとかそういうことの1つの使い方が出来ると思うのです。だから地域ごとに全体の機能の役割分担をみていって、どこの施設をどの機能を持たせていくかという現状の兵力の具合をみて、行政でそれをバックアップするということが可能になると思います。

池ノ上：まさに私がいいました医療の **biological** な背景に基づくもので、周産期医療や産科医療は時代とともに克服すべきものが変わってきました。産褥熱から始まって、重症仮死が入ってきて、最後に母体合併症、それが高齢化も重なって合併症の妊婦さんをどうするかということが非常に多くなってきました。だんだん時代とともにその医療に必要とするターゲットの重みづけが変わってきています。今、脳出血だとか心不全だというような妊婦さんたちに対する体制は全体的に遅れた状態であります。それはやはり医療の歴史的な流れの必然性に立っていると思います。昔はもっと別のところに大きな問題があって合併症を持った妊婦さんたちが妊娠・出産にトライアルすることがあまりない時代からどんどんそういうことやるようになってきたということが浮かびあがってきたと思います。やはり時代の流れ、5～10年の範囲で何を目標としながらわれわれの設計というのをやっていかないといけないということが必要です。遅れているというのではなく、必要なものが出てきてそれに対応していくということが必要なのだと思います。

池田：この班というのは昔の多田班の流れを汲んでいるのですか？

池ノ上：いいえ、違うと思います。もっと小さな班です。私の理解では、日本の周産期施設の整備していく上、いろいろな補助金を出しましょう、その時に一律に出してしまうともらい得の施設やもらえないところが出てくると困るので、大体今の頑張り具合に応じて、よいところはプラスいくら、悪いところはもうちょっと頑張りましょうということも含め