

てこうします、ですが総合的には全体が良くなるように頑張りましょうというその基準を  
考えなさいという班だと思っていますが、違いますか？

宮本：そういう観点でお話したのだらうとは思いますが、メタレベルの地域全体という観  
点が出てこないとなかなかそれだけでは難しいなと思っています。

杉本：限られた財源を周産期にいかに上手に配分するかということの提案をここで出せと  
いうことだと思うのですが。

池田：しかしいいことやったら褒めて、悪いことやったら怒られるということだったら多  
田班の流れかなと思ったのですが、違うのですね。

池ノ上：違います。いいところをやっている人は褒めて、悪いところは頑張りましょうと  
勇気づける。

宮本：難しいと思ったのは、みんな頑張っているというに決まっていますよね。そういう  
ところで駄目だとはいいづらくて、もう少し地域全体も含めて次は、何を頑張っていた  
かというのがわかるようなそういう形だといいなと思います。

金子：もとになるものを一生懸命作った立場として言わせていただきたいのですが、もと  
もこの新しくできました「周産期医療体制整備指針」に則ってやりましょうということ  
で、施設基準、人的体制というのはこれに則って作りました。ただ問題になったのは実績  
をどうするかといったところが1番問題になりまして、実績に関して私が参考にさせてい  
ただいたのはNCIUに関しては超未熟児の発生数、極低出生体重児の発生数というのを板  
橋先生が2009年に出された論文の中に書かかれてありました人口1万あたりの超未熟児の  
発生数、極低出生体重児の発生数を参考にさせていただきました。産科に関してはどれく  
らいのハイリスクが発生するかというデータが全くなかったので「えいっ」と決めたとこ  
ろがあって、そこが多分非難の対象の1つとなっているのかなと思うところがあります。  
それから、周産期医療体制整備指針を今一度読み直しますと、総合の母体に関しては循環  
器や脳神経外科を整備しなさいと書いてあります。地域に関してはそこと連携をしなさい

という書き方がしてあります。そこの連携をさせなさいということに関してあまり重きをおいていなかったと思います。例えば宮崎の状況をみてみますと、宮崎の地域の施設がごとく C 評価です。私たちの仲間は一生懸命やっているのに私としてはせめて B 評価はあげたかったのですが C 評価になりまして、そこをみると地域の連携といったところに重きをおいていなかったのではないかと思います。例えば地域は総合の戻り搬送をたくさん受けている。そこをもっと点数を差別化して上げてあげるとか地域でも循環器、脳神経外科関係を一生懸命やっているところは重みづけをあげるとかそういう工夫をしてあげればいいのかなど。ですからこれを作ったのも悪くはないなと思っています。点数の配分を総合と地域でちょっと変えてあげれば地域の実情に合ったものになるかと感じたところです。

杉本：従来の補助金というのが、NICU のベッド数、MFICU のベッド数というそういう基準でしか決められていなくて一律だったのです。東京都の状況の中で、1 年間で 1 例も母体搬送を受けていなかった施設が出てきたのです。そこに同じように補助金を配分しているのはおかしいのではないかという声があがりました。そういうことが 1 つきっかけになっていると思います。実際の活動状況に応じた配分というのがいるのではないか。限られた財源の公平な配分を考えて欲しいということがこの問題が立ち上がったところにあると思います。

楠田：今までは MFICU の病床数に応じて補助金が出ていましたが、今年から NICU も出るようになりました。

杉本：今年からですか？

宮本：東京都は一生懸命されていたので。

楠田：東京都はもともとそうだったのですが国が今年からです。それで、今回は評価が施設の評価でやはり第 3 者の評価を入れましたよね。それは地域としての連携を評価するために入れて、自己評価ではなくてピアレビューをするために地域の評価をいれたので、本

当はそこが非常に重要なのですが、逆にいうとあいまいな評価点数なのです。例えば大阪でC評価のところでもネットワークを組んでちゃんと自分の役割を果たしておられたら、本当はそのC評価でも機能しているからこそ大阪に対してはいいはずです。ただ地域としてネットワークがあるわけです。今回は、救急隊員がちゃんと疾患に応じて受け取ってもらっていますというようなことであれば、それはOKだから本当はこの点数をもう少し客観的に出して大阪全体で係数を掛けて大阪には1.5倍とか逆に地域の連携が出来ていなければ0.7倍とか掛けてすればいいかなと思います。宮本先生が言われたようにもう少し施設の評価だけではなくて、システム全体として評価できるものとしてこれを使っていければ、都道府県に「おたくはこれくらいですよ」とちゃんと言えられるようになるかなと思います。

池ノ上：地域の周産期死亡率で係数を掛けると。宮崎は一生懸命やっているからよい点数がでるかと思ったのですが、だめなのですよ。この評価のやり方とか項目はまだまだ実情に合ったものにしていかないといけない。実情に合ったものというのは今、これしかできないからしょうがないからこれに合わせようというのではなくて、ある程度みんなで周産期統計、母体統計等がいい方向にという前提のもとで評価していくというようなことを考えないといけないと考えます。

杉本：この基準自体のバージョンアップが必要だということですね。

池ノ上：これは始めたころの全くのたたき台ですからね。

楠田：補助金とのリンクが少し薄くなれば逆にそういうのがやりやすくなりますね。

池ノ上：そうですね。

杉本：自施設のレベルアップを図るきっかけになればいいと思います。

池ノ上：先生がおっしゃったように、自分たちの位置づけがわからないのです。自分たちは一生懸命やっているけど全体としてどこに位置づけられるのだろうか。位置づけるにしても座標はどうなっているのだろうかというところがわからない部分があると思います。

それは恐らく日本でないと出ないと思います。日本はかなりユニフォームな診療体制をやっていますし、かつ世界の中でもいいデータが出ている。そういうところで座標軸をしっかりと自分たちの施設がどの位置にあるかということを見ることができるような基礎資料につながると非常に良いのではないかと思います。最初補助金というのが最初からちらついたものだから、血なまぐさい話があちこちから出てきてしまったように思われます。

池田：しかし補助金といっても国は1/3しか出してくれないので、あとの1/3は地方自治体、また1/3は病院が出すのですからこういうのがあって、「うちはこういうところが足りないので出して下さい」という地方自治体や病院にアピールするための資料になると思います。

池ノ上：それはどういうふうに使っていただいてもよろしいかと思います。

池田：そっちの方が大きいのではないのでしょうか。

杉本：補助金の使い道がなかなか周産期の方に反映していないという現実を少し修正するような形で使えないかということですよ。行政指導といいますか補助金を出したことが周産期の機能を補うために使われているかという後の評価等を含めて実際の病院の借金を返すために補助金が使われている、消えているというのがありますので、基本的にいかに有効に使うかという視点で動いていると思うので、そこまで目配りしていただけるとありがたいです。

池ノ上：かなり各論的な具体的な議論をしていただいて、この班自体の座標軸がどこにあるのか、しっかり自分たちで見失わないようにしておかないといけないと思います。やはりこういう項目を先生方から指針に基づいて出していただいて、それをいろんなところの施設から提出してもらったというのは今までにない資料です。ものすごく大きな、価値の高い情報が集まっていますので、これを無駄にしましてはよくない。ある意味では周産期医療論みたいな議論がどんどんできてきて、いろんな報告が出来る可能性があると思

います。お金に関してはみなさん喜んで、日本周産期・新生児医学会の理事会でも「こういうことをやっていただけるのであれば、みんなで協力しましょう」というような議論がされて決議されていますので、現場の方はこういうことが行われるというのは welcome だと。もちろん、これが出てきて自分のところとは合わないからいやだという意見も当然出てくると思います。ただいろんなところでそういう意見は出てくると思いますので、それはお聞きしながらそういう意見も取り入れながらやっていく。この班のスタンスとしてはさっきから何回も言うように日本全体が良くなるという自己フィードバックの資料としては非常に価値があるものが出てくるのではないかと考えています。

宮本：もう1つは純粋な疑問ですが、合併症という話題がでましたが、周産期医療の中で疾患ごとのウェイト、感覚的なものだと思いますが、どういうふうに先生方は捉えておられるのでしょうか。長期入院児の対応というのもわれわれ直接の課題になるかわわかりませんが、少しみているなかで長期入院児個々のお子さんの診断をみていきますと、早産児のウェイトはそう高くなくていろいろある疾患のお子さんのウェイトの方が全体の傾向としては逆に高くなっている気がします。先生方の診療の中での数は確かに低出生体重のお子さんは多いと思いますが、実際の診療のウェイトとしてどのようなふうに重みづけされているのでしょうか。

楠田：長期入院は多分どこを定義にするかによって多少違うのですが、例えば6ヶ月を長期入院とすると早産児がかなり多いです。ところが1年にすると早産児はその間にほとんど退院してしまいますので、1年以上経過される方は先天異常、仮死、大体2つの疾患で5割近くになります。そういう方で例えば2年後の予後を見てみると、先天異常はやはり亡くなられている方も多いです。さらに2年間入院されている方をみると仮死の方が圧倒的に多いです。どうしてかというと、状態としてはよくなるけれども他の臓器は充分機能されているのであまり大きな変動がない。それから家に帰るとしても人工呼吸器、気管切開されている方が多いので在宅での負担がかかる。結局施設が空かなければいけない。

われわれがフォローしていると、本来元気なはずであった正期産児の仮死の方がどうしても長期入院のさらに、超長期入院になるかなと思います。われわれの対象という意味ではどちらかという小さく生まれた子供は早く帰したい。先天異常のある方はどうしてもわれわれにも限界があるので、仮死の子ほど予後を少しでもよくしたいということで低体温療法をやったりします。産科の進歩もかなりありますので突然起こる仮死に対して、われわれは少し新生児の医療レベルをあげたいというところがあります。

宮本：チャレンジされている部分ということですね。

金子：長期ではなくて急性期だけを見ますと、私は超低出生体重児が生まれた方がここ1日間頑張ればなんとか落ち着くと計算できるのです。でも胎児水腫の子が生まれると目処が立たない。いつ落ち着くかなといった状態で、そのような違いも短期ではあります。

池ノ上：宮崎県全体のコホートでみると、ずっと病院にかかったり入院したりしているのは先天異常を病気もって生まれてきたお子さんが圧倒的に多い。あと非常に未熟児で生まれた方、それから仮死、分娩時の常位胎盤早期剥離とか脱出とかのような低酸素虚血になるエピソードとともに生まれてきたような、それで脳障害を起こした方が1/3というような感じですか。ですから、仮死の部分と未熟児の部分はまだまだ頑張ってエキセントリックになってが一つとやれば減らせる部分はあるかもしれませんが、長期入院となっている先天異常の部分は今のところ手がつけられない。しかしものすごく時間はかかることだと思いますが、それこそ時代とともにいろんな検査法や疾患の病態が明らかになればそれも一つ一つ克服していける。そういう小児外科領域の先天異常、代謝異常を一生懸命やっておられる研究者たちがいる。だから私たちの場合は、仮死、未熟児、早産というそういったことをどうやって減らすかというために医療体制を整備する。分娩の時にもっとしっかり頑張ってみるとか、もっとたくさん人が分娩につけるようにするとかそういうことにつながると思います。母親のいろいろな合併症というのは、時代とともに注目されるようになったと言いましたが、早産、前期破水、重症妊娠高血圧症とかそういう産科の異常で

その後の予後に関係するということが圧倒的で、心臓や肝臓、腎臓病などはほんのわずかです。ただ、例えば胎児治療というようなことは全体からするとニーズは少ない。むしろ早産をしっかりと管理して超未熟児とか産科異常の結果、予後が悪くなるのをどうやって減らすかということのほうがよっぽどウェイトは大きいし、こっちにもっともっとエネルギーを費やさないといけないのですが、これをやっているとなかなか研究につながらないので、研究や学会発表はこちらの胎児異常に手術をしたり胎児診断をしたり等に行ってしまう部分があるのです。ですから地域の医療とか日本全体の医療の整備となるとこちらで、その中のほん一部に母体合併症がある。しかしこっちに対する体制が手薄なのでメディアに取り上げられてしまうようなことになっているというのが現状だと思います。

池田：池ノ上先生の言われることに賛成で、集約化とか胎児治療だとか非常に新生児の未熟児医療、長期入院とかというところに目が行ってしまって、やはり日本の中で今大事なのは子供を産まないとこの話は成立しないわけで、若い女性が子供を産むというところに力を尽くすべきだと思います。これは救急ではないのですが、今は女性が子供を産まないわけです。それはやはり日本が集約化集約化といっているので30分1時間もかけてそこまでして病院に行きたくないわとなるわけで、日本独自の開業医という独特の文化で育まれて地域の中で子供を産んでいくということが解決策になるのではないかと考えています。

あまり高級な医療ばかりやっていると本当に大事なところが抜けてしまってますます子供を産まなくなるので、池ノ上先生が言われるようにもっと地域に根ざすということです。

東京や大阪の先生には悪いのですが全部リーダーが都会型の先生だったのですがこの厚生労働省科学研究班で初めて田舎の先生がリーダーをやるという、これはものすごく価値があると思います。

池ノ上：一次医療の診療所の産婦人科の先生たちにもっと元気になってもらうためには、院内助産システムです。助産師さんとどうコラボレートしていくかということが非常に大事で、助産師さんには、正常分娩に近いところで助産ケアのレベルをあげてより満足して

もらえるお産を提供したいと思っている人もたくさんおられるのですが、そういう場が見つからない。どうやって探していいかわからない。開業医の1次医療をやっている先生は「うちには助産師さんが来ない。みんな大病院にばかりに就職して行って開業医のところには全然助産師さんが来てくれない。どこを探したら良いのだろう」と言っている。全くミスマッチなのです。やりたがっている助産師さんもいて、欲しがっている開業医もいる。それがミスマッチしている。

宮本：また脱線して申し訳ないのですが、働きたいという助産師さんもおられるけれどもその中でかなり採用する方を選んで採用しているということで、決して診療所だから行きたくないということではなく、助産師さんがやりたいような仕事がそこで提供されるというところをもっと診療所側の先生はもっとアピールしないといけないのではないかと思います。

池ノ上：おっしゃる通りで、助産師さんが「私は乳房ケアをやりたい」「性教育をやりたい」というような助産師としての職能を自分のライフデザインに照らしてやりたいという助産師さんがたくさんいるわけです。ところが診療所の先生が自分の診療所の中で採用しようとするので、例えば池ノ上産婦人科とか池ノ上レディスクリニックを作ってお産もやります。助産師さんに「あなたが乳房ケアのセッションを作りましょう、町内で性教育をやってください」というところに、助産師さんの活躍できる場を提供できるのが思うのです。そこがミスマッチして今のところ一緒にやれない。だからそこ協働して仕事をすれば、お互いに楽になると思われます。

宮本：診療所の先生が少し変わっていく方が先に必要なと思います。

杉本：日本の産科学が歩んできたのが、如何に産科に高度な医療を入れて安全を守るかというような視点でできていますので、助産師さんたちがやっているお産というのは、自然の流れの中でいかにして女性たちの力をサポートしていくかという視点に立っている。そのところが、医師側の意識がそこに気がついていないと良いチームは組めないのです。



WHO が 20 年くらい前からいろんな勧告を出しているのですが、日本の産科の医者が受け入れてないのです。そこに 1 番の問題があるのです。

池ノ上：日本の母体死亡率や周産期死亡率が非常に悪くて、追いつけ追い越せの時代がありました。その時には助産ケアや助産を行うことによって妊婦さんたちのコンプライアンスやいろんなものを上げましょうということはちょっと置いておいて、とにかく助けることから始めましょうということで頑張ってきた。ところが気づいてみれば、日本は世界でも 1 番統計的には良い国になりました。そうであればここから先はクオリティをよくするということに目標をおいて助産と産科とが一緒になれる時代がやってきたと考えます。私は「先生は助産師を必要としていないのですか」とか言われて恨まれてきたのですが、そういう時代が 20 年くらい前はあったのです。

杉本：産科医だけの文化的風土ではなくて、日本の国全体が子育てそのものをあまり支援してこなかった。経済優先できているというそういう社会的な大きな問題がバックグラウンドにあると思います。

宮本：先生方を弁護させていただければ、それは産科だけでないと思います。

池ノ上：そうかもしれませんね。

宮本：昨年の 8 月まで富山県に赴任していたのですが、各病院の看護師さんを採用して、退職しないようにどうするかというプログラムをやっていました。一生懸命やればどの施設も成績は改善するといった感じでした。それはドクターの方が、想定するような大きくて、高度医療をしている病院だから看護師が集まるのではなく、小さくてもこういうケアを一生懸命やっていますというような多少慢性期的な病院でもそれでもやれば看護師さんは新しく採用できるし、退職しない。本当にドクターの中の施設の序列とは関係なかったです。考えればどこでもできるのです。と、いうのをもっとドクター側で考えていいのではないかと思います。

池ノ上：岡本先生、いかがですか？

岡本：やはりお産に対する考え方というのを今まで医療優先の部分、周産期のいろんなところの改善という意味ではあったのですが、本来のリスクが低い場合はどうするといったことが、今 院内助産の中で考えられていることです。本当に協働でやるべき問題で、どちらがどうということではないと思います。今回も施設の評価ということですので、助産師や1次医療の関連からいうとシステムの問題が地域連携の大きなところなので、次年度の課題だとは思いますが、全体的な周産期医療ネットワークの評価みたいなものがかかり関係してくるかなと思っています。わずか1.1%しか助産所はやっていませんけれども、安全性に関して非常に大きな課題です。そこを頑張らないといけないなと思っています。

宮本：今回、大阪の先生方からのご意見は、別に大阪がけしからんということではなく、皆さんが考えてきたことを起爆剤に、よりよい施設はどうか、よりよい地域でのシステムはなんなのかという議論が日本中に広まって行って、多分答えは1つではないはずで。そういうことをみんなで考えていただけるという起爆剤になっていただけるということがとても大事だと思います。すぐに答えがこうですというのはなくて、それがもし正解だとしてもあまり関心がなかったらそんなに意味がないと思います。

池ノ上：ものすごく多様な結論というかアウトカムになってくる可能性はありますね。

宮本：とりあえずこの場では、これが正解じゃないかというようなことは1度は出していたきたいのですが、そういうディスカッションが活発になるということが、日本全体としてはありがたいです。

杉本：確かに基準そのものがきても誰も見向きもしないです。だからそれを作る過程で関心を持って参加していないと受入はスムーズにいかないと思います。

池ノ上：井本先生、何かご発言はありませんか？

井本：10月以降この会議が持たれてから、日本全国の日本看護協会が主催する地域の助産師さんとディスカッションがあったのですが、議論からは外れますが、今言われていた助産師の潜在顕在化という以外に、地方では助産師の高齢化による危機もあるということが

報告されています。また、総合周産期センターあるいは地域周産期センターで病床数に対する看護師の数で定数が決められており、そこに新人が集まるといったことが起こっています。診療所にも新人の助産師を採用していかないといけないという現状もあります。この議論の将来性として中身を含めた配置、係数といったものが出れば、助産師もよりチームとして助産ケアができるのではないかと感じています。この人数の配置をみても定床に比べての配置の計算がどうなっているのかというくらいばらつきが激しいので、これの元というのは機能によるばらつきだと私は思います。その辺も興味深い数だと思います。

池ノ上：ありがとうございます。恐らくいろんな広がりが必要となる。今までのように産科医、小児科医ばかりだけでなく、小児外科医、助産師、周産期センターに勤務する看護師の役割分担とかそういったことも必要性が明らかになってくるのではないかと思います。ご議論いただき、ありがとうございました。

平成 23 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 1 回全体会議議事録

日 時：平成 23 年 7 月 16 日（土）15：00～

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, 徳永昭輝,  
前田 眞, 岡本喜代子, 関本美穂, 落合直美, 一戸和成, 榊原康洋, 金子政時,  
濱田啓義 (敬称略)

#### 【議事次第】

1. あいさつ
2. 平成 22 年度第 2 回全体会議議事録について
3. 検討事項について
4. 今年度研究計画および報告書について
5. 予算執行について

池ノ上： それでは、皆様お集まりになりましたので始めさせていただきたいと思います。

大変お忙しい中、またとても暑い中をお集まりいただきまして、ありがとうございます。

平成 23 年度厚生労働省科学研究費補助金「周産期医療体制の推進に関する研究」班第 1 回全体会議でございます。これまでいくつかそれぞれの先生方にテーマ別にいろんなことをご検討いただき、この場でディスカッションをずいぶん活発に行っていただきました。そういうことが、1つ1つまとまりつつあります。今日はまた、さらにその延長ということでどうぞよろしくお願い致します。今日は厚生労働省から一戸先生においでいただいておりますので、まずはご挨拶をよろしくお願い致します。

一戸： 厚生労働省指導課の一戸と申します。よろしくお願い致します。先生方にはいつもお世話になっております。本来であれば、今日は室長の宮本が来てご挨拶するところですが、震災の関係で原発 20km 圏内立ち入り等に我々はがっちりかけられており、行かなければならないところもいろいろありまして、今日は失礼させていただきます。周産

期については、2年くらい前まではかなり問題がいろいろと出てきていたと思います。今は一見、落ち着いているように見えますけれども、いつまたその問題点というのが出てこないとも限らないわけです。私も3月まで福井にいまして、周産期医療体制整備計画などいろいろと作っておりました。結局、前に先生方に出していただいている評価基準であると、かなり一手に引き受けているところも引っかかってこないような話になっていました。現在、補助金と連動というようなことにはなっておりませんが、いつそういった話になるかもしれませんので、補助金のことは念頭においていただかなくてもよいので、こういった研究班の中で、学術的な観点の詰め上げを行っていただき、よりよいものを作っていたいただければと思っております。様々なところで、先生方のご意見を伺いながら、これから進めていきたいと思っておりますので、これに限らず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。それではお手元の議事次第に沿って話を進めたいと思っております。今日初めておいでの方が、濱田先生と落合先生です。一言、ご挨拶をお願い致します。濱田先生からどうぞ。

濱田：京都大学医療経済学の濱田と申します。関本と共同研究させていただくために今回は参加させていただきました。私は実は医療経済学の研究をしておりますが、産婦人科の専門医であります。そのような視点からまたいろいろとご協力させていただければと思います。

池ノ上：ありがとうございます。どうぞよろしくお願い致します。では落合先生、お願いします。

落合：杏林大学医学部附属病院 NICU・GCU の副師長をしております落合と申します。よろしくお願い致します。

池ノ上：どうぞよろしくお願い致します。それでは、平成22年度に第2回の全体会議の際に先生方にディスカッションしていただいたテープ起こしがやっと出来て参りました。平成22年度の報告書には間に合わなかったのですが、まだ最終稿には入っておりません。こ

こちらにおります金子先生がずいぶんチェックしてくれたのですが、今日、ある程度これについて抜粋の部分を金子先生から説明してもらいます。後ほど、こちらを先生方にメールでお送りしますので、それぞれご発言箇所や全体の流れでおかしいところがありましたら、こちらに連絡いただきたいと思います。ところどころ個人名が出ており、個人情報的なところもございますので、それぞれの先生方のご発言の中で、そういう部分も含めてご検討いただいて、またこちらにお返しいただきたいと思います。それでは全体議事録の抜粋的なところを金子先生に説明してもらいます。

金子：資料2をご覧ください。これは前回の議事録です。前回の会議で非常に活発なご意見をいただきました。その中から大きく5つの点において議論されました。まず1番目として、今回、私達が作りました評価基準というのは設備の整備状況、人的資源の整備状況、実績（運用面のアクティビティ）の3つの柱からなっておりますが、評価法の具体的項目とその意義について議論になりました。具体的にみてみますと、少ない人数で実績をあげていても人的資源等の整備の遅れのために全体として評価が下がってしまったという施設がありました。逆にそういった施設では、病院長なり都道府県の長に対して施設整備等の推進のための良い資料となります。また、自分たちでは一生懸命やっているつもりでも、全国的にはまだまだであるというような位置づけを示してあげることができると思われました。施設のレベルアップに繋がるような評価法を作るべきではないかという方向付けが示されたと思います。また、人的資源の整備状況は年度によって変動があります。特に人的要因は流動性があります。実績面でも同じ新生児搬送といっても施設間で中身は異なります。例えば医師同伴の必要のないものまで含まれている可能性があります。このようなことから搬送を評価項目に入れる際には評価基準の設定が難しいと思われました。

2番として、この評価と言うのは都道府県の単位で周産期医療体制の整備を如何に進めていくのかというのを示せることが大切であるという意見がありました。その施設だけではなく地域全体で評価すればよいのではないかということです。例えば施設評価はCでも地

域において役割を十分に担っていれば、地域単位ではそれでよいのではないかとことです。周産期における様々な統計指数がありますが、それを活用して地域全体を評価すれば良いのではないかと。また都道府県によって周産期体制の事情が異なります。例えば、集約型が良いところもあれば、分散型が良いところもあります。地域の実情に即した体制整備が推進されるような評価基準が必要であるとの意見が出されました。第3者評価を項目として作っていましたが、これはピアレビューとして大切であります。周産期医療体制整備（ネットワークの充実）を推進するための都道府県への資料となるような評価法を確立すべきではないかと。地域での役割分担が明確になるとリスクの低い症例、このリスクの低い症例というのは当然ハイリスクに比較して数が多いものですから、それを取り扱っている施設のほうに逆に症例数が増えて評価が上ってしまう。総合と地域の逆転が起こってしまう可能性もあります。超未だけを多く取り扱う施設、超未の数は少なくとも循環器疾患を多く取り扱っている施設等、それぞれの施設の特徴も尊重すべきではないかとの意見も出されました。全体として地域として周産期医療ネットワークがうまく機能していればそれは評価されるべきではないかと。生活圏ということでの医療圏と行政が定めた医療圏との違いの問題と医療格差。生活圏で交わっているところは受け入れるが、その他のところは3次医療圏で取り扱ってほしい、というような意見もありました。

3番目としまして、周産期利用の整備に関して現状にその評価基準をあわせる必要はなく、なぜ周産期医療体制の評価を今回行ったのかといったコンセプトを明確にすべきではないかと。その中で望ましい周産期センター像を明らかにすべきだとの意見が出されました。全国的にある程度バランスがとれて、全て出来なくても一定のことが出来ればよいといった評価を考えてもいいのではないかと。すなわち個々の医療機関が役割分担をしてネットワークを作り、患者さんがどこかに落ち込まないような流れ、地域全体としてパフォーマンスがあがることを目指すようなコンセプトを持つべきではないかと。一次施設の先生がたちの活動性も向上できるような体制づくり。例えば院内助産システムとの連携であるとか、一

次施設における助産師がやりたいような仕事の具現化等を盛り込んで地域としての周産期医療体制を良くしていくといったコンセプトを見出すべきではないかといった意見がありました。

4番目としまして、新生児医療と産科医療を評価する際の違いについて議論されました。例えば、新生児に関しては入院基準の線引きが難しい。程度の軽いものまで診るようになってしまう可能性がある。そこでNICU入院数、体重別での評価の必然性が出てきます。一方、産科医療においては正常分娩を総合で取り扱う場合も出てくるといった意見がありました。

5番目としまして、補助金との連動を考える必要はない。以上のようにまとめられました。池ノ上：どうもありがとうございました。この資料1の中で主だったところを金子先生がピックアップしてまとめたものがこちらです。少し思い起こしていただければ、前回の全体会議でどのような議論があったか、記憶をたどりながらまたこの資料2の項目をご覧になりながら、あとでご議論いただきますが、今年度の研究計画を先生方でお立ていただいて、それぞれの地域、それぞれの施設に応じた何らかの研究成果を出していただければという風に思っています。今の説明について、何かご質問、ご意見がございますか。全体の流れとしてはこの資料1をご覧いただきますと、これは2回目の全体会議のテープ起こしになりますが、ある程度のコンセプトとしては同じようなコンセプトが流れていると思います。資料1の中にもありますが、この班の研究している項目が何を目指しているかということがかなりはっきりしてこない、逆にそれが作用してしまう。つまり、一生懸命やっている人をどうして評価しないのかというような方向に、ネガティブな方向に流れてしまうと少し本来の目的ではなくなってしまう。ある程度の将来のあるべき姿、どういうことを、どういう段取りで現状を見極めながらやっていくか、というような議論が資料1には載っています。

杉本：資料2の統計単位で地域ごとに違うということの内容が書かれていますが、その時



に、基本的といいますが、目指すべきところが地域として周産期医療として 24 時間 365 日の受け入れ体制というものが、問題なく機能しているのかという点が達成されているかどうかということが問題になるわけです。ですから、このことがもう少しはっきり入るような形を考えていきたいと思います。機能分化するにしても結果としてその地域での最後の受け皿ですから、母親についても新生児についてもその体制が短時間で決まるようなことが求められているのですから、そのところがぼけないようにしたいと思います。

池ノ上：そういうことの地域における検討というのが必要になってきますよね。実際にそういうシステムが数値として表わせるような現状がわかるといいと思います。

杉本：だからここに属しているセンターが 1 つずつ評価されるにしても、地域としてそこがうまく機能してなければ各センターの評価はやはり充分ではないということになるかと思います。それは端的にやられているのは東京です。いくつかのセンターがありますが、東京全体で見たときに問題になったので、墨東病院の例からまた見直すということで行われているのですが、いろいろな地域の事情があるとは思いますが地域医療圏ごとにしっかり確立すべきだと思います。

池ノ上：先程一戸先生がおっしゃいましたが、ここ 2 年くらいの間に大きく変動してきています。ある程度よい方向へ動いていて、社会的には少し収まった状況だとは思いますが、しかし、実際の周産期医療のあるべき姿ということでは、杉本先生がおっしゃった地域全体のファンクションがどうなっているかということが非常に重要ですね。その地域の周産期死亡率、母体の死亡率といったものも外部評価基準として当然この班研究の中で出されるのではないかと思います。

楠田：今のはかなり救急の部分で当然重要なので、そういうところは是非評価の対象にしていただきたいのですが。ちょっと視点を変えて資料 2 の 3 の望ましいセンター像を明らかにするとか、4 の新生児の入院基準の線引きが難しい、2 の超未だけを多く扱う施設といったもので評価しているのですが、ここ 2 年くらいの間に late preterm の子どもたち、34

～36週くらいで生まれる子どもたちは、従来はNICUのベットがいっぱいだったのでそういう子はなるべく生まれたところで診て下さいと我々はしていたのですが、実は予後の悪い子どもがいて、絶対数も多いので、ちょっと介入してあげると治療可能で予後も良くなるはずです。ついつい1,000g未満や1,500g未満で我々は評価していたのですが、そういうlate pretermの子どもたちにもちゃんとできるような周産期センターをプラスに出来るようなものを今後は導入していかないといけないかと思います。この評価が出来たときには重症例をついつい評価してしまったのでlate pretermが確実にその地域でケアされれば、かなりよくなると思います。少しその辺も必要かなと思います。工夫がいるとは思いますが。

池ノ上：ありがとうございます。杉本先生がおっしゃった地域全体がどう機能しているかということに繋がって、ものすごい重症例は結構みんな一生懸命やっているのですが、楠田先生がおっしゃったlate pretermあたりの予後がいろんな意味でリスクが高い。それから数からみると実数は違うので、そのgroup populationというのは非常に重要で、これは前からずっと指摘はされていたのですが、なかなかそこまで余裕がなかったのです。日本の状況が。楠田先生、late pretermの予後はこういうところが悪いというような日本でのデータは出ていますか？

楠田：それがないので、調査しようとしているのですが、なかなか……。多分late pretermの3/4は周産期センター以外で管理されているのです。だからデータが出せないのです。

池ノ上：ずいぶん昔に、10年くらい前に藤村先生が大阪地区でそれに似たようなデータを出されていたと思いますが。

楠田：脳性麻痺が出生体重1,800gがピークだと。

池ノ上：そうでした、それでCPの予後を見ると、実際はこっちだと。そのほとんどがNICUに入っていない。だからあれが日本の実際のデータと1番近いですかね。

楠田：そうですね、あれ以上の調査は出ていないですね。

池ノ上：だから本当はその population をしっかりやってあげれば、脳性麻痺にならないで intact survival していたはずという、あれは非常に衝撃的で今でもよく覚えています。藤村先生がその発表をされたのです。ですからわれわれが周産期医療の体制をどう目指していくかという、時代とともに少しずつ進歩していると思います。だからこそ出てくる問題ですね。他にはどなたかご意見ございませんか。とにかく極端な重症例に最初目がいつてしまいますね。重症心奇形のお子さんはどうなったかとか、新生児外科疾患の子どもさんはどうなったかとかいうところが目立つので、そこをなんとかするのが周産期だという感じになってしまうのですが、本当は late preterm や普通の極小の子どもたちをきちんとやってあげればそちらの予後は大丈夫ですよというその population を逃さないようにしっかりやりながらかつ、非常に特殊な、恐らくそういうのはこの議論にも出ていますが、4次とか5次とかのレベルでの周産期医療になると思います。ですから1次、2次、3次くらいまでだったら、普通にたくさん起こるハイリスク母子をどう受け入れるかという、それがその地域としてどういうふうに動くかというのが大事だと楠田先生のご指摘からそう思います。他にどなたか。

池田：杉本先生のご意見に全く賛成でして、施設の点数というところの限界というのを含め、母体死亡の研究班では、昨年から全例フォローアップ、ピックアップしてそれを評価するシステムになりました。やはり日本での産科出血での死亡があまりに多い。産科出血は欧米先進諸国では4位、5位の原因ですが、死亡の50%以上が産科出血でして、その2/3が1次施設で起こったのが2次施設、3次施設に運ばれるというような状態です。救急車の中でまた半分が心停止を起こしてしまっていて、その辺の連携というものが血液センターとともに重要になってくると思います。地域でのシステム、今半分以上が1次施設での分娩となっていて、では欧米のように全部2次、3次に集めるというのはなかなか非現実的ですし、日本の1つの分娩の文化、お産の文化だと思うのです。しかし出血死ということに関しては日本のシステムでは弱いわけですし、ですから、本当に数は少ないかもしれませんが、

それを地域でうまく連携しながら重症例を、母体の安全を確保するという意味では施設の成績というのがどこまで反映されるかということで、杉本先生がおっしゃられたことには賛同しています。

池ノ上：私は先生の母体死亡の研究班に入れていただいて、いろいろなケースをみせていただいています。その1次施設が悪いのか、1次施設でやっているその医師のクオリティに問題があるのかというと、どちらかという私は後者のような気がするのです。つまり、1次施設でたまたまそのケースに遭遇した産婦人科医師のその時の判断や対応が問題で、そこでかなり適切なことが行われていない。それが引きずられて、結局2次、3次に搬送した時には、あまりにもひどい状況になっていることが多い様に思います。だから、むしろどちらかという教育の問題ではないかと思います。本当の意味での母体死亡というのは、たとえ3次で起こっても救命できないようなものすごい症例というのものもあるわけです。そういうのは1次だろうが3次だろうが一緒だと思います。ただ、先生の研究班のデータで1次でたくさん起こっているというのは、1次施設というシステム上の1次だから重症化して死亡しているのか、あるいは1次で取り扱っている医師の教育、あるいは輸血を含めたシステム、そういうものが問題なのかを明らかにする必要があると思います。私は常日頃からそう思っています。いかがですか？

池田：あの1次で起こってその半分以上が救急車で心停止ということで、確かに1次での見極めの甘さというのがあるかもしれません。しかしここでは血液製剤が1次で使えない。使えることは使えるのですが1次は買い取りになってしまって結局それが経営上でなかなかそういうところまではいけないという日本のシステムが大きくクローズアップされてきています。死亡例を併せてそう思うわけです。

池ノ上：これは先生の方で母体死亡のかなりの実態が明らかになってきますよね。そこから得られた資料というのをこの研究班で検討するという訳にはいかないですよ？母体死亡の研究班を池田先生がされています。そこで全国の母体死亡のケースがあがってきます。