

杉本：限られた人員でニーズにどういうふうに効率よく人員を配置していくかということは、課題としていつも考えています。人員が足りなければ病院幹部に議題として持ち上げるデータに使えると思います。労働基準局の勧告に従ったそういう体制をどうしたら組めるかという意味では非常に重要だと思います。

池ノ上：そうですね、重要だと思います。具体的なビジョンがはっきりしてくるとするのは非常に重要ですね。前田先生、先生の病院でもしこのタイムスタディを行うとしたらどうでしょうか。

前田：もちろん協力させていただきます。金子先生が言われたようにすごい症例がきたときとそうでないときの差が激しくて、ローリスクをたくさん扱っていらっしゃるところは比較的均一化されていると思います。うちの施設はすごく波があるデータで、ここだったら十分人が足りているじゃないかと思われるのではないかと一瞬危惧しました。しかしここから出てくる数字はいいかなと思います。特に若い先生がすごく働いているというのが間違いなく出てくると思います。

池ノ上：データはシールして直接濱田先生のところに行くのですよね。ですので、そちらの取扱いがしっかりしていれば、その実態として発表するときに考慮していただければいいわけですね。

前田：もう1つ地域の実情で申し訳ありませんが、例えば今日私はこの会議に出席しています。そうすると若い先生は不安で不安で私がいないと「今はちょっと受けられません」ということになります。先程も late near term の問題がクローズアップされていましたが、「それはうちではなくあちらへ送ってください」というような微妙なことがありますので1週間を2回調査するというのはどうなのでしょう。

池ノ上：長く調査するのは問題ないですね。調査協力してくださる先生方の負担を考えて1週間とされているのですよね。

濱田：もちろん1週間を2回していただければ、より実態に近づいていくと思います。や

ればやるほど実態に近づいていきますので。

池ノ上：最低1週間というやり方でもいいのですよね？

関本：ただ全体でこの1週間に全員が答えていただかないといけないので、1人でもドロップアウトしてしまうと困ります。

池ノ上：この1週間というのを決めるのですね。

関本：例えば病院全体で9月の第1週にしてくださいというのをお願いします。そうすると一昨年にお願ひに行った時には夏ぐらいでしたので、誰も夏休みが入っていない時に調査したいと言われました。

前田：それはバイアスにならないのですよね？

濱田：施設数が多ければむしろ望ましい結果になる可能性もあります。

池ノ上：佐藤先生のところはいかがでしょう。

佐藤：そうですね。うちの施設は出来ると思います。DPCにまず加入していなければならぬのですよね。作成できるところでとなると・・・。

濱田：2次医療圏であれば、ほぼDPCになると思いますので、あとは産科の先生に対応していただいても経営上の問題もありますので病院側がデータを出せない、出したくないというご判断をされる場合もあるかと思います。もちろん産婦人科のデータだけでいいのですが、データを出したくないということになるとちょっと調査は無理かと思います。

関本：ただDPC病院はすべてデータを厚生労働省に出すことになっていますので、厚生労働省に出しているデータの一部だけ、それも1週間分だけ切って産婦人科の患者さんの分だけいただくことになりますので、事務の方が煩わしいということでなければ、割合すんなりDPCデータは出していただけだと思います。

池ノ上：ですから、研究の趣旨がきちんと伝わればDPCデータは抵抗なく出してもらえるのではないのでしょうかね。

佐藤：救急外来業務を産婦人科医が結構やっています。タイムスタディの中には外来業務

として出てくるとは思うのですが、実際の医療行為はどのようなのでしょうか。

濱田：外来で算定されますと外来側のデータになってしまうので診療行為としては取れなくなってしまう。

佐藤：ただ拘束時間の計算になるのですね。

濱田：その方が入院されますと恐らく外来で診た時点から入院でコストが算定されていると思うので入院患者さんとしての扱いで計算に入ってくると思います。ただ外来を診たら書いて下さいとお願いしているので、夜間どれくらい外来を診たかということは確実にわかります。

佐藤：難しいのは分娩の評価をどうするかです。例えば、2日間かかっているのもあるし、それから短時間だけれども非常にリスクの高いお産をやっている時もあるし、1件という数でいいのかどうかということも難しいと思います。

濱田：今のお話ですと同じ10分でも非常に濃密な10分と、のんびりカルテを書いている10分が同じになってしまうというのは弱点です。ただ、濃密にやった場合は診療行為がたくさん入っていますので、そういう意味では取れます。でも10分の濃淡を表現するには非常に難しいとは思いますが。

佐藤：タイムスタディの中にでも何かコメント書けばいいのですかね。

濱田：書いていただくのは問題ありません。全ての先生に書いて下さいとお願いするのは大変だと思いますので。

池ノ上：徳永先生、これは開業医の先生方はどうでしょうか。

徳永：これですか。どうなんですか。

濱田：やっていただけるとありがたいのですが、レセプトデータになってしまいます。

徳永：不可能ではないとは思いますが。

濱田：やり方をかなり工夫しないといけないかなと思います。一次施設用の工夫が必要かと。

関本：名前を消したレセプトデータをいただければよいかと思います。

徳永：レセプトも電算なので、1次もやろうと思えば不可能ではないと思います。

池ノ上：こういう客観的なものを少しずつ出しながら日本の周産期医療の体制の底辺をしっかり固めていかないと総論だけで大変だ、忙しいといっても他の診療科は自分たちだって忙しいと必ず言いだしますよ。そこをきちんと説明していかないといけないので、そういう意味では非常に有効な研究だと思います。

徳永：例えばNICUにしても産科にしても特別手当が出ていますよね。総合周産期母子センターは点数が高くなりましたよね。その点数をどのようにして配分するかということを病院全体の中で今までそういう考えはなかったのですが、新潟市民病院ではその一部を産科の先生方に分配するような傾向があることはあります。ですからこのようなデータが出てきてある程度のことになるとそういうものにも多少利用できるかもしれませんね。

杉本：結果としてプラスになるかマイナスになるかはわかりませんね。

池ノ上：感覚的には病院経営上にもすごくよい状況が出てくるとは思いますけど。それではこの研究班でやるということで、まずはそれぞれ先生方の施設で可能かどうかを個々にお話ししていただいてということにしましょうか。助産所はどうですかね。助産師さんについては何？

濱田：助産師さんについては想定していません。

池ノ上：そうですか。

杉本：看護部はやっているのではないですか。

濱田：看護部は病院によっては手術室等でやられているところもあります。

落合：これは業務量の把握ということでされていて、業務量でみていますが、時間帯で分析すればどの時間帯にどのくらいの人が必要でというのが見えてくるとは思います。それによって、日中は全体的に人員が必要になってくるとは思います。私は大学病院で働いている時に感じていたのですが、女性の先生がいらっしゃるのですがどうしても妊娠・出産とな

った時に大学だとどうしても当直が入ってくるので、それが出来ないから大学を辞めていくというのがありました。日中だけなら保育園に預けて働けるということもあるので、そういうところで女性の医師を日中多く投入して外来業務がストップしないようにするだけでも他の先生方の業務量が少なくなって、若い先生方がものすごく働かなくてはならないというのが是正されるのではないかと思いました。

濱田：外来等日中にできる先生にやっていただくというのはこれまでも議論されていたことだと思います。やはり最終的には交代制になっていくべき世界だとは思いますが。

池ノ上：それでは一応班員の先生方の施設とコンタクトを取っていただいて実際に行うということにしたいと思います。

杉本：忙しさというのは客観的な尺度でみれば、今後の周産期センターの在り方というところでもう1つ新しい考えが入れられるのではないかという気がします。

池ノ上：ではそういうことで、よろしくお願ひ致します。それから落合先生から研究計画を説明していただきたいと思います。

落合：福井から預かってきた資料になりますが、お話をさせていただきます。昨年度から診療報酬改定でNICUの退院支援の加算が取れるようになりました。残在、研究目的として新生児特定集中治療室（NICU）における退院支援の拡充に向けた基礎データを得るため、医療・看護ケアの量など退院患児の特性や転帰先の現状を把握する共に、患児の基本属性、退院支援調整部署の設置の有無、退院調整者とそれに関する職種、退院後の医療ケアの必要性と転帰先の違いなどとの関連を検討し、新生児集中治療室における有効な退院支援業務について検討するという目的で調査内容を以下にあげています。調査方法としては質問紙による調査、ヒアリングによる好事例の紹介、先進的取り組みの紹介、調査対象としては、NICU退院児を支援している施設、NICU退院支援連携がシステム化されている地域、NICU退院支援に関っている看護職及び医師としています。質問紙調査内容の案として、施設調査を以下にあげています。また退院調整部署調査として、活動状況、関った患者総

数などをあげています。3番目として、退院患児動向調査として、退院患者の背景、患者の行き先、退院後に訪問看護を受けるか否か、退院後に必要な高度な医療ケア、退院に向けて実施した援助内容について調査を行って評価をしていきたいという案を提示したいと思います。実際に母体搬送を受ける時にNICUがいっぱいで母体搬送を受けられないというケースもあって、円滑に行っている地域もあれば、なかなか長期的に入院していてベッドが空かなくて結局受け入れられないということがありますので、そういう意味で退院調整の現状はどうかということに関して調査を行い評価したらどうかということでこの研究を提示しました。

池ノ上：どうもありがとうございました。これはこの内容の調査票を作られてそれが送られてくるということになるのですね。対象はこの研究班ですか？

落合：その辺りは、まだ確認できていません。

池ノ上：その調査票が出来たら見せていただいて、また通信かなにかで皆さんのご意見をうかがってそして最終はこれでいくと手順を踏んでいただければいいのではないかと思います。楠田先生、何かご意見ございますか。

楠田：この対象は施設の業務を評価するための調査だと思うのですが、支援を受ける対象というのは長期入院ということになるのですか。

落合：そうですね、長期入院だけではありません。社会的に問題のある家庭も増えていて、赤ちゃんは問題なくてもお母さんの事情でなかなか退院できないというのもありますので、長期的というところだけではないと思います。

楠田：しかしどこかである程度の入院にしないとみなさん本当は退院しているけど退院していない人というような判定は難しいかなという気がします。

落合：入院の日数がどのくらい以上とか……。

楠田：多分6ヶ月以上ぐらいでよいかなと思います。6ヶ月以上になると医療的には絶対問題のない子がほとんどですよ。

杉本：数は少ないけれども私たちの施設で問題になるのは1年以上に及ぶような場合が実際問題になります。院内のルールとしてNICUの入院期間は1年とするというふうに決めています。要するに乳児というのは1年ですから、それを超えたら在宅できない子は小児科の病育医療部門を作ってそれを引き継ぐというようになっています。

池ノ上：それは先生の病院の中の病育ですか？

杉本：そうです。東京都も重症施設はいっぱいです、在宅を進める上でのいろいろな支援をやってはいますがとても無理です。最初言われたような半年のレベルですと実質的には問題は少ないと思います。1年になると数は少ないけどそれが問題になってきますね。

楠田：年にすると全国で毎年200人です。だいぶ数が減へります。我々も1年以上の長期入院の調査をしています。それによると大体全国で200人です。

杉本：調査としては半年くらいの方が形になるかもしれませんね。

池ノ上：今のご意見も含めて福井先生と相談していただいて最終的なフォームを作ってくださいですか。それでは他になにかございますか。

岡本：助産院との連携に関する調査と評価ということで、以前に取られたデータの中にこれに関連することが含まれているのかどうかというのを教えていただきたいのと、そうでなければ、新たに取らなければ評価がしにくいと思います。先生方の病院の中で助産院と連携というか受け入れて下さっているところがあれば、助産院の搬送例などの分析が可能かどうかなのですが。

前田：いっぱいあります。三重に着任して4年間で3か所と契約して、自宅出産を受託する出張助産所が2ヶ所あります。三重県は田舎だなと思いました。それで搬送を結構受けました。

池ノ上：宮崎にも地域周産期センターが嘱託を受けているところがあります。

前田：三重県は総合周産期センターが受けています。

池ノ上：こういうのは積極的にやっていかれた方がよいと思います。

池田：私たちは地域周産期センターですけれど、受けていますし、院内でついでにお産しています。

池ノ上：そういう調査をされたらどうですか？

岡本：杉本先生の施設にもたくさん受けていただいています。

杉本：昨年度の東京都の搬送のデータでは、搬送受け入れになった母体搬送数が 1,840 例です。その中で助産所からの搬送が 2%の 34 例です。日赤のほかに積極的に受け入れているところはあと 2 か所くらいであとは 1 例あるかなしかになります。都内の周産期センターでは助産所に対する受け入れ体制が悪いのは確かに事実です。ですから、その辺りの意識を都内では変えていく必要があると思います。

池ノ上：助産所でずっと診ていて途中でハイリスクになってそのリスクのレベルに応じては周産期センターにまっすぐコンサルトしたり搬送したりという事例は全国的に結構増えていると思いますが。

杉本：2次医療圏のバックアップがもう少しあれば周産期センターまで行く必要はないというのがその中にはかなりあると思います。

池ノ上：宮崎ではほとんど 2 次施設で終わっていますね。宮崎は 2 次施設がほとんど行っています。そういうのをデータとして出されたらよいのではないのでしょうか。

岡本：はい、ご協力をお願い致します。

池ノ上：また岡本先生から調査が行きましたら、先生方が把握していらっしゃる分だけでも教えていただければと思います。他に何かございませんか。一戸先生、最後にお願い致します。

一戸：活発なご議論をいただき、ありがとうございます。評価項目を継続的に見直していただくということをお願いしたいと思います。今、5年に1回の医療計画の見直しを行っているところでありまして、周産期医療についても指針が出ていますのでそれに基づいて都道府県が計画を作って医療体制を作っています。小児を含めてですが周産期医療は数回

の診療報酬改定でかなり診療報酬点数がついています。点数による政策誘導というのは個人的にはほぼ限界にきているだろうと思っています。これから先は、医療提供体制をどうするかということが、これまであがっている問題を解決する方法ではないかと思います。そこで重要になってくるのはやはり都道府県の役割でありまして、そこに対して医療計画であるべき姿を見せていくというのが1つの方向性だろうと思っています。その中でこの研究班ではそういった方向性を打ち出すべくあるべき姿を出してもらいたいというのがお願いであります。地域に行けばいくほど、医療は政治そのものになってきますので、この病院いらぬのにとかここにまで産科、小児科いらぬのではないのというようなところでいろいろな問題があつて置かざるを得ない状況にあるのですが、結局は住民に跳ね返ってくるというような構図があります。それはその都道府県の普段の見直しを痛みが伴ってでもやっていただかないといけないのですが都道府県はそこに手を突っ込まないという現状があるのが1番の問題です。そこをどうするかということでこの研究班ではあるべき姿を出してもらって、住民にみてもらう、評価してもらうということが出来るようなシステム、評価項目を考えていただけるとこちらとしてはありがたいという風に思います。僻地医療の研究班は各都道府県の担当者と会っています。なんでうまくいかないのかというのを今やっています。都道府県の担当者と意見交換していただくのもよいのかなと思っていました。とにかくあるべき姿を出していくということをお考えいただければと思います。

池ノ上：どうもありがとうございました。今、一戸先生がおっしゃったところは、先程の濱田先生のプレゼンテーションにもありました患者の需要に応じた体制づくりを我々が医学的に政治家に説明できるのはそこしかありません。「この地域にはこんな患者さんがこのくらいの重症度でこれくらい起こるのです。だからこれくらいの施設があればいいのです。」と私たちは周産期ですが、例えば内科、外科もそうです。地域医療が崩壊しているといっていますが本当に崩壊しているかどうかわかりません。たまたま1人か2人の患者さんがうまく運ばれなかつたら崩壊ということになるのです。でもどんな患者さんが年間に

何人いるかわからないのにこのような病院を作らなければならないというところが、客観的に議論出来ない訳です。患者需要、重症度や患者の疾患を取りこんだ必要な体制作りというのは非常に重要だと思います。ですから、先生がおっしゃったことに応じられるような客観的な、われわれが説明できるそういう資料づくりというのをこれからしっかりとやっていかないといけないと思います。どうも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 2 回全体会議議事録

日 時：平成 24 年 2 月 16 日（木）17：00～

会 場：コンベンションホール AP 浜松町「会議室 G」

出席者：池ノ上 克, 杉本充弘, 佐藤秀平, 前田 眞, 神元有紀, 岡本喜代子,
福井トシ子, 長屋聡一郎, 榊原康洋, 金子政時 (敬称略)

【議事次第】

1. あいさつ
2. 各分担研究者からの研究進捗状況について
3. 総括研究報告書、総合研究報告書作成について
4. 予算執行について
5. その他

池ノ上： それでは、時間が参りましたので平成 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の周産期医療体制の推進に関する研究の第 2 回全体会議を始めさせていただきます。今日は、年度末で先生方もいろいろな会議等がありで大変お忙しいと思いますが、その中でお集まりいただき、ありがとうございます。この研究班もいよいよ最終年度ということで、最終報告書をまとめるという作業が残されております。今日は、これまで先生方にいろんな研究としてまとめていただいたことを中間報告ということでお話いただきまして年度末のまとめに向けての総合ディスカッションをしていただければと思っております。厚生労働省救急・周産期医療対策室から後ほど 3 名の先生方においていただくことになっておりますので、ご挨拶はお見えになったときをお願いしたいと思います。それでは早速、班員の先生方の研究の進捗状況についてお話いただきたいと思っております。どうぞよろしくお願ひ致します。それではお手元の資料 1 の順番に従って話を進めたいと思っております。まずは杉本先生から都市部システムの調査と評価ということでご説明いただければと思っております。

杉本：資料 3 をご覧ください。都市部における評価ということで一定の評価基準で点数を付けていただいて、総合周産期母子医療センターについて東京都のデータと合っているか

というのを検証してみました。A, B, Cのランクを見たときに、2枚目の表をみていただいて部分的に赤にしてありますが、実際にアクティブによく患者さんを受け入れて東京都のネットワークの中でもよくやっているという印象があるのが都立病院の3病院です。墨東、大塚、多摩それからスーパー総合周産期の中でも日赤と板橋が非常にアクティブにやっているという印象です。ところがここが軒並みBまたはC評価です。さほど受け入れていなくてあまりアクティブにやっていないなと思われるところがA評価であるというのが目立っていて、これは一体どういうことなのかということでも中身を内部で検証してみた結果です。赤のところの問題があるのではないかということで、このコメントが1枚目に書いてあります。実際の数字のミスや報告など、また顔見知りなものですからちょっと変なところは実際に問い合わせをして聞いてみたところ、手術室等は院内とセンター内というのが必ずしも厳格に記載されていないということがわかりました。私も日赤の報告に目を通さないで提出しているので、かなり抜けが多くて実態を反映できずB評価になってしまいました。日大の勤務体制、帝京等の心臓外科医の状況についても実態にそぐわない報告になっていました。さらに、よく受け入れている大塚が非常に低い評価になっているということで実態に合っていない評価方式になってしまったということで、再評価する必要があるかなと思いました。その評価項目の見直しということになりますが、そういう意味では都市部の場合では1次、2次、3次の役割分担をその比率として出すのではなく、実際の受け入れた実数というのを重く見た方が実態に合っているという印象でした。これは自己申告ということで、紳士協定ということになってしまいますので、これが場合によっては制度化されるのであれば第三者評価で確認するシステムを考える必要があるのかなと感じました。簡単ですが、都市部についての評価のコメントでございます。

池ノ上：どうもありがとうございました。お伝えするのを忘れておりましたが、今日の内容はレコーディングさせていただいておまして、後でテープ起こしをして報告書に組み込みたいと思っております。後で先生方にお送りして確認していただきますが、どうぞそ

れをご承知置きください。それから資料の中で別添 1 というのがございます。これはそれぞれの施設にお送りした原本です。数値は入っておりません。こういうものを各施設にお送りして、数値を入れていただいてそれがここに出ているということでございますので、参考にしていただきながら、それぞれの先生方のご発言を聞いていただければと思います。それでは杉本先生、先生が考えられる実態と評価にギャップがあるということからお調べになられたということですね。そうすると最初の方は計算ミスやあるいはどういうふうに申告したらよいかかわからないままに申告してしまったということですね。

杉本：はい、そうです。申告の間違いが点数に表れてしまったということです。

池ノ上：こういう評価をする時に、かなり詳細な説明が必要だということですね。どういう定義のもとにこういうことを行おうとしていますというような説明が必要ですね。それから総合や地域という枠を越えて実数でみる評価というものも必要ではないかと。

杉本：私たちが評価したのは総合だけです。これ以外に地域が 12 施設あります。その地域にはまだ目を通していませんので、地域の中でも実態にそぐわない面というのをもう一度見直してみる必要はあるというふうに思います。

池ノ上：先生がおっしゃった都立の 3 施設は大塚、多摩、それからもう一つは・・・。

杉本：墨東です。墨東はリスクの高いものしか受け入れないというように一般の出産を制限しています。都内では医師の数が足りないために 3 次に特化した形でやっていますので、墨東のような病院は点数評価が高くなるということです。ただ、都内では産む施設が少なくなっていて周産期センター 24 施設の約半数が出産数が 1,000 件くらいで、ローリスクのものも産む施設がないため集まってきているというような実態があります。それからただローリスクといっても、産む年齢層が非常に上ってきてまして、特に都市部では 35 歳以上の高年初産婦が多くなっていますので、そういう方たちが特にこういった周産期センターに集まるというような傾向があります。そうした分娩の実数もそれなりの評価をすべきだと思います。

池ノ上；ありがとうございます。杉本先生にお話いただきましたが、実態よりも高くなることもあるし低くなってしまうということもあるということですね。いかがでしょうか。恐らく東京というメトロポリタンタイプのシステムの作り方、評価の仕方という問題だと思うのですが、先程杉本先生がおっしゃられたようなセンターにローリスクがかなり集まらざるを得ないという背景のもとにメトロポリタンタイプのシステムをどう評価するかということですね。

杉本：ですから周産期センターというところも都市部では少し地方と違った性格を持ってきているということです。

池ノ上：最初からの感覚なのですが、やはりメトロポリタンタイプと地方タイプというのをわけないと日本全体をカバーする構築というのは難しいと感じます。

杉本：そうですね。あまりにも質の違いがあるので、一律に行うのは無理があるということです。都市部はビル診療などの診療所が多くて、出産を扱わないということでオープン、セミオープンというのが少しずつではありますが、広がりつつあります。その中心に周産期センターがあるという実態もあるということです。

池ノ上：これはやはりオープン、セミオープンというスタイルを進めていって、それを周産期センターの中に導入するということになると、本当のハイリスクを管理する部分とオープンシステムに対応する部分というように内容が異なってきますね。そのような運用もこれからの新しい問題として検討していかないといけないと思いますがいかがでしょうか。

杉本：結局は、スタッフの数が充足されていれば両方の機能は果たせると思います。逆に限られた人的医療資源で分けてしまうと24時間365日の対応能力というのが限定されてしまうということになります。お産の性格上、地域として必ずそういう施設は必要ですので、都内では総合周産期と地域周産期の24施設が中心となって支えているという実態です。

池ノ上：先程、この会が始まる前に杉本先生にお聞きした話では、東京都の年間10万分娩あたりの母体死亡率がここ数年はどんどん良くなってきているというお話ですので、今おっしゃったことを基本に、東京も体制が進んでいってその成果として母体死亡率あるいは周産期死亡率が良くなれば、非常によい報告になるのではないかと思います。過去10年くらいのスパンで東京はちょうど日本全体の真ん中、平均くらいです。それが今のお話だと全国平均よりもいい方向へここ数年は動いている予感がします。そういう実績が出てくると東京のシステムがうまく動いているという実証になるのではないかと思います。オープンシステムを入れながら、周産期体制を構築していく。前田先生、県西部浜松医療センターで始められたのですよね。先日、病院をみせていただいたのですが、立派なセンターを作っておられて、院内助産のシステムを入れられていますね。

前田：常時、医師による医療介入が可能な状況下での院内助産です。

池ノ上：院内助産と従来のハイリスクに対応するセンターがある。院内助産システムはほとんどは助産師さんでやられるのですが、それにはセンターの医師がバックアップするというシステムでやっておられます。今の杉本先生のお話と連携させると前田先生はどうお考えですか。今は、浜松を離れておられるので難しいお話ですが、お願いしたいと思います。

前田：東京が1つのモデルとなっていくのかという喜びと脅威を感じています。浜松でも浜松市内のあるゾーンで上手くいってました。市内全体がそれで上手くいっているかというところはちょっと疑問が残ります。インフラのすごく整備されている東京都内と比較的的地方でも整備されている浜松と比べてもちょっと違うと思います。今働いている三重だともっとインフラが整備されていませんで、やはりそれぞれ全然違います。同じ土俵で論じるのは難しいなというのが私の実感です。

池ノ上：インフラが整備されていない状況に合わせてどうするかという問題と、インフラを上げるべくどうするかという問題の両方の車輪が動くわけです。私は今お話を聞いてい

て、東京は一次診療施設でのお産がぐっと減ってしまって、大病院に多くのお産が移行するという時期があつて、それはやろうと思ってそうなったわけではなく、必然的にそうなつてしまった。そうなつてしまったところで、さあどういう体制を作るかということを経営者はみんなで考えられてここ 1,2 年、ある意味では東京ではトライアルが行われていると思われれます。例えば宮崎ではまだ 8 割くらいは一次施設がやってくれる。その一次施設をどうサポートするかという立ち位置のセンターの役割がある。東京は過去の経緯を踏まえて今、新しい体制整備へ入っている。そしてトライアルの時期に入っているという見方が出来るのではないかと思います。

前田：浜松でも一次診療所の先生たちの分娩の閉鎖が相次ぎました。高齢化もあり、閉院も続いてローリスクが病院に集中し始めたときに、オープンシステムを始めました。その結果、ローリスクとハイリスクもオープンの病院へ集中しています。一方、三重県は宮崎と似たような環境で 70%のローリスクは一次施設の先生がやって下さっています。ハイリスクを中心に搬送の多くを三重中央医療センターがどんどん受けています。よくいえば役割分担が出来ている地方の方が、逆に特化してきているのかなという印象はあります。切り口を変えると、浜松はちょうど狭間にあつて新しいシステムというわけではなく自然発生的にそういうふうになって行きました。よかったことは、ちょっと言い方は悪いですけど、診療所の先生の診療レベルがぐっと上がってきて内容がオープンになるわけです。それまでちょっとしたミス、ケアレスミスなどが隠せるような環境であつたのが、全てオープンになってきたから地域のレベルが上がつた。それを三重に持ち込もうとしても文化が違ふ。文化が違ふと状況が違ふ。無理やりオープンシステムがいいですと持ち込むよりはもう少し状況をみた方がよいかと思つています。

池ノ上：なるほど。それはやはり文化というのは民族間の差異もかなりあつて、ある民族では当然とされているものが、ある民族では社会的に NO だったりという条件がたくさんある中でよりよい母子の結果を生むにはどうするか。特にアジア・オセアニア地域の私自

身が関わっているところをみますとそういう問題があります。それで民族の違いかなと思っていたのですが、実際は国内でも地域による微妙な差が母体搬送、出産の場所、出産に至る経過等に教科書や学会の意見などで進んでいる方針に、その地域に由来からずっと流れている文化や経済が結構影響していると感じます。東京の文化はどうでしょうか。

杉本：そういう背景の多様性はありますが、1番大きなモーメントになっているのは人的資源、要するに産科医が足りないということでの集約化だと思います。それが結局、労働条件が耐えられる条件を作っていくとそのセンターに集まってきてしまうという部分があります。

池ノ上：地方になると人的資源はないことはないが、有効活用されていないという感じがすよね。佐藤先生、いかがですか。

佐藤：そうですね。やはり散在しているが故に人が上手く使われていない。なおかつ地方というのは集約化しようとしても出来ないというハードの問題が大きい。ですから、いつも悩んでいるのは本当は集約化したほうが絶対に結果はよく出るだろうということもありますが、患者さんたちの背景にしても、今青森県でセミオープンを全部にやろうとしても「私はここで産めないのですか」ということを必ず言われる。母体搬送で運ばれてきた患者さんも私たちがベッドもいっぱいだし、元の病院には戻れる週数になったから帰りましょうねと言っても「私はここで産めないのですか」と言われる。お腹が大きくなって全然大丈夫だからと言っても1回この病院に来たらここで出産をするんだという風土があります。それをうまく説得するにも難しいものを感じています。ただ、県内では八戸地区が東北大学の系列の八戸市立市民病院がオープンを始めました。それによって、八戸地区の人たちはどちらかというとお産をする施設と健診を受ける施設は違うんだと意識付けが出来てきています。ですので、比較的母体搬送を受けても八戸から来た患者さんはお産をする時には元の病院に戻りましょうと言うとあっという間に戻っていただけるのです。やはり何年かかけてそういうシステムが動いていくことによってスムーズに流れていく。そうい

う地域の住民の啓蒙というのはすごく大切だということが最近よくわかりました。

池ノ上：周産期を考えると新生児医療が先を行っていて、その後を追うように産科医療が行くというのが今の日本の現状です。新生児医療だけ考えるとお産ほどは社会や文化、県民性、地域性がないような気がします。福井先生、家族や親御さんが産み育てる。その中でハイリスク要因が加わってきて産み育てるという時の個人差、地域差を感じますか。

福井：ハイリスクになって赤ちゃんを助けるためにどうしてもこの病院ではなく、他の病院となった時にはやむなく、どこに住んでおられる方でも搬送を受け入れて下さると思います。しかし、ローリスクで自分の地域に今まであった 200 床前後の病院で、年間 200 件くらいの分娩があった病院の産科がなくなるとものすごい抵抗があると思います。それは東京はまた別だと思いますが、地方に行けば行くほどそういう色が濃いと思います。

池ノ上：それを完全に無視して体制作りをするというのはどこかでひずみがある。特に分娩にはそういうのがあると思います。岡本先生、いかがでしょうか。

岡本：ローリスクの場合は生活の一部の中に出産が入ってきますので、行くのに何時間もかかる施設あるいは泊まらないといけないような施設でずっとかかるというのはかなり厳しいと思います。都内は本当に日赤や国際医療センターは助産所とすぐに連携していただけているのですごくありがたいのですが、多摩地区になると受け入れ先に行くまでに 1 時間くらいはかかります。近隣にある東海大学などはいっぱいなのでだめですという話になり、結局かなり遠方の施設になります。このように東京でもやはり地域差というのはあると思います。私も助産院の調査を行いました、なかなか厳しい現状がありました。非常に高度な医療の中で安全を担保してくというのはどうしても必要なことですが、一次医療のレベルアップ、連携がスムーズに行くような仕組みづくりはまだ課題が多いと思います。

池ノ上：ありがとうございます。今、杉本先生のご提言について皆さんのご意見をお聞きしています。

佐藤：杉本先生のデータをみていて、適切に評価されているかという今回の評価項目の配点の部分でみていますが、病床数に見合った母体搬送が受け入れられているかどうかというのを考えていかなければならないと思います。例えば杉本先生の施設は6床でも212件の母体搬送受入数で、他の施設は病床がそれ以上でも母体搬送数が少ない。これは搬送数という絶対数よりも例えば地域の分娩数に対する割合や、病床数、キャパシティに対する母体搬送数の受け入れ率、あるいは勤務している産科ドクターの数に対する母体搬送の受け入れ数等ベースをいくつかあげてその中で評価をしていく工夫というのが必要ではないでしょうか。一つだけ評価しようとしてもその病院の特徴がなかなか表れないのではないかと思います。また大学病院は数ではなく、例えば小児外科的疾患に関しては必ず100%受けていますとなればそれはそれで十分な評価になるわけです。ですから、そういうことを上手く評価する方法として、私の地域のデータを評価するのにやはり上手く評価されていない地域があるので、都内のデータを見てもそこをもう少し解析していければ、よりよい評価項目としてできないかと思います。

池ノ上：この評価項目ができた背景は周産期医療体制整備指針が出されて、これに沿ってどれくらい対応できるかというのが元々のスタートでした。そこにいろいろな施設が、いろんなバリエーションがあって、そういうものを合わせて評価しないと実態に近づけない。これをご覧になっていただくとわかるように、加点なし、加点1とかあるわけです。そういうものを入れると先生がおっしゃられた定数にするとか加味して評価するというのもっと難しい話になりますね。

佐藤：N型、M型、NM型とわけたときに、どういう特徴を持っているか。3つにわけて果たして病院の特徴がわけられるかというところではないと思います。やはり同じN型でも大学病院は少ないけど小児外科的疾患に関しては全部受けていますという状況等がありますので、私たちの施設はこの評価方法を取りますというような評価方法を選択できて、私たちの施設はこういう特徴でやっていますのでこの評価項目をとりますというような選

択を作って加点する。そして加点の部分を少し采配できるような方法がいいかなと考えました。

池ノ上：こういう周産期センター、地域、総合センターというように別枠になりますね。大学病院とか。

佐藤：あるいはスーパー総合とかですね。

池ノ上：全国の国立大学の周産母子センター会議というのがあって、いわゆる周産期医療という観点からいくとそこでは大学の評価が落ちるわけです。だけど、そこに出席している各大学の周産母子センター長の先生たちは「私たちは難しいのをやっている。これが評価されないというのは片手落ちではないか」という意見が出てくる。それはそれで別枠で評価しますよとする。これは補助金に絡んだ部分が少しありましたが、文科省の中での評価として出てくる。ある程度評価としてはこういう枠の中での動きですよということをはっきりしておかないといろんな立場の方がいろんな意見を言ってこられて収集がつかなくなります。まさに佐藤先生がおっしゃったことですよ。

福井：杉本先生、母体搬送数というのは MFICU のベッド数というより NICU や GCU の数に依存しますよね。

杉本：MFICU のベッド数というのは、私の施設はフル回転していますので、稼働率は 90% 以上だと思います。他は 60% くらいしか稼働していないと思います。

福井：NICU が満床だと MFICU が空いていても搬送を受けられないので、NICU のベッドは MFICU 2 倍は必要なんだと思いますが、いかがでしょうか。

杉本：あまり MFICU のベッド数というのは母体の受け入れには影響していません。だけどベッド数は補助金には影響しています。都内の場合、特に同じベッド数なのに受け入れ数は一桁程度の非常にアクティビティの低いところと 100 例以上受け入れているところと同じ補助金であるということの矛盾が出ています。それがこういうことを評価することのきっかけにはなったかと思います。