

池ノ上：今日は楠田先生がご欠席なので欠席裁判みたいになりますが、新生児科の先生は決してそうではないと言われます。NICU が母体搬送を規制してはいませんよというスタンスです。

福井：現実には、NICU のベッドが空いていなければ受けることは難しいです。

池ノ上：現実はその通りです。

杉本：都内の場合は、200 床達成できない頃は本当に NICU が足りませんでした。NICU が受け入れの 1 番の要素だったのが最近のこの 2 年くらいはかなり NICU のベッドが増床されて、現在は約 260 床になっていて必ずどこかが受け入れられるネットワーク情報になっています。以前は受け入れられないすべてが×という日が何日ありましたという報告がありましたが、今はそれが一切なくなりました。ですから必ずどこかが受け入れる。

前田：それは浜松でもそうでした。池ノ上先生から指導していただきまして、私たちが産婦人科で NICU を 9 床、実際 12 床動かせるように立ち上げたのが平成 8 年。工事現場と一緒に入りまして、NICU を作りました。そしたら大学も作るということになって浜松市の NICU が倍増になりました。浜松市内にある NICU のベッド数が今いる三重県全体のベッド数の 1.5 倍です。そうなったら母体搬送を受けないというのが一切なくなりました。その前は NICU に全て規制されていて、まずは NICU にお伺いをたてて、それから受けていました。浜松市ではとにかく受けて、何かあれば赤ちゃんを運ぶ救急車が何台もありますので NICU 同士で運び合いをしました。ただ、今三重で働いていると NICU のベッド数がこれしかないのというところがスタートで、今も常に NICU にお伺いをたてなければなりません。お伺いです。税務署に聞くみたいな感じです。池ノ上先生、大学もそうですよね。三重県では私の施設が総合周産期センターで大学がまだ地域周産期センターですが実際は小児外科領域を大学にずいぶん運んでいますので、常にお伺いです。これが若い医師にとって 1 番のストレスです。

池ノ上：産婦人科医不足につながるということですか。

前田：そうです。これを何とかしたいと思いつつ、でも私たち産婦人科医はお産が好きで産婦人科医になったのがほとんどなんです。ですから、私は Oncologist ですといってもお産が始まればきます。にこにこしながら。しかし新生児をやっている小児科医の先生は、赤ちゃんが好きで小児科医になった人が 100%ではない。赤ちゃんをやっている小児科医は小児科医の中でもまだ少数派なのでガードが堅いという感じがします。

池ノ上：赤ちゃんをやっている小児科医のガードが堅いのではなく、小児科全体のガードが堅いのはないですか。

前田：小児科の中で私たちは新生児を守っているんだという必死さをアピールしていないと小児科全体の中であるポジションが取れない。

池ノ上：ああ、それはありますね。私たちのところでも。

前田：浜松では感じなかったのですが、三重では感じます。

池ノ上：それはかつてわれわれの地方でもそういうのがあって、例えば新生児をば一っとやられた世代、私よりちょっと上の世代の人たち、私たちの近くには聖マリアの橋本先生がいらっしゃいますがあの先生も小児科より産婦人科医と一緒に行動する方が行動パターンはすっきりしている。次は小児外科医だ。新生児科の先生は産科医、小児外科医、そして 1 番話が通じないのは小児科医だと言われていました。ですから、小児科全体で見ると動きがスローでもものすごく苦勞しますが、小児科の中でも新生児をやっているんだという人たちは頑張っているぞというスタイルを昔はしていました。私も新生児学会で、けしからん。産婦人科医がなんで新生児・小児科医の真似ごとをするんだと、今でも時々言われますが、橋本先生は「君たちは僕たちの仲間だよ」と言って下さる。だから一緒にやろうとわれわれのように産婦人科をベースにして新生児をやっている橋本先生や松戸の竹内先生は私たちにいろんなことを教えてくださった世代です。だけど、特に新生児をやっていない人は「君たち、まだ新生児をやっているの。産婦人科は早く新生児から手を引きなさい」と言われ続けた 40 年です。でも産婦人科医がやるやらないは別として、新生児医療

が充実していないところで産科医療をやれないという経験をして、今自分で新生児専門医になったのが金子先生です。先生、何か一言どうぞ。

金子：NICU の数が増えたから母体搬送を受け入れやすくなったというお話がありましたが、宮崎ももともと NICU が少なく、池ノ上先生が来られて NICU が増えましたがそんなにたくさん増えたわけでもありません。大学もまだ 9 床しかありませんが、ほとんどハイリスクを大学が受け入れて、それで NICU が満杯でまわらないということはありません。新生児をずっとやっていて気付いたことですが、大学の NICU で受け入れてきますと産科管理がよくなります。重症な赤ちゃんが生まれなくなっている。ですからそんなに長期間 NICU を占拠している赤ちゃんがなくなってきたと感じます。超未が生まれると大体何日間で退院できる、何百グラムだから何日間で退院できるというのが計算できるようになりました。計算できないのが例えば心疾患や染色体異常のお子さんが来るとどうなるかなというのがあります。だいたい計算できるので必ずしも NICU の数を増やしただけではなく産科医療と新生児医療の相互の質が上がることで上手くまわっている気がします。

杉本：NICU としての受け入れ体制はかなり余裕が出てきたのですが、もう一段階高くなり週数でいえば 25 週未満の受け入れ先が難しい、小児外科を必要とするような症例、心臓外科を必要とするような症例の受け入れ先が難しい、そういうことが現実の課題として今はっきりするようになりました。

池ノ上：杉本先生がおっしゃるようにかつては周産期医療の対象から外れていたような疾患が少しずつ少しずつ医療の対象に入ってきていて、それをどのように扱うかというのが次の問題です。

杉本：レベルが非常に高くなってきているということです。

池ノ上：神元先生、今日は池田先生の代理でご出席していただいておりますが、前田先生が先程お話されたように三重もこれから充実していくというそういう時期だろうとわれわれも遠くからみていますが、今までのお話をお聞きになって大都会と地方、それから浜松の

ような中間的な地域で日本全体の周産期医療体制を全国くまなく作っていくということに関して、先生の印象や日頃考えておられることが何かありますか？

神元：池田先生に数週間前に代わりに出席してくださいと言われて参りました。こういう会があること自体を知りませんでした。このような大調査をされていてすごいと思いました。前田先生が三重や浜松のお話をされていましたが、三重は関連病院に関しては三重大学がほとんどです。そういうことで意外と連絡が取りやすいのかなと思います。東京ですと、いろんな大学病院があり、搬送にしてもどこがというような情報が大変だろうなとずっと思っていました。杉本先生のお話を聞いて最近ではいろんなところが搬送を受けるようになってどんどん都会もよくなってきて、私達もしっかり頑張らないと行けないと思いました。

池ノ上：はい、ありがとうございました。

杉本：いま、調整役のコーディネーターがかなり上手く機能していて、総合周産期センターのドクターが自分のところで受け入れられない場合は、別の病院を探すことでかなりの労力を使っていました。それがなくなったということでコーディネーター制度そのものがうまく運用されているという実態も NICU のベッド数が増えたことと合わせて、要請件数に対する受け入れ率が非常に高くなってきているという実態が東京都では出てきています。

池ノ上：東京都ではコーディネーターは何人いらっしゃるのですか。

杉本：常時 1 人です。助産師さんを中心として 7~8 人でしょうか。10 人近くいると思います。

池ノ上：そして必ず 1 人は常駐している。

杉本：3 交代でやっていると思いますが、必ず 1 人はいます。

池ノ上：なるほど。

前田：その結果、搬送先受け入れ病院の決定までの時間が短くなったのですね。

杉本：はい。それを決める時間、受け入れ先選定にかかる時間が非常に短くなりました。

前田：救急車、救急隊がどこかで止まっているというのがほとんど発生しないという感じですか。2つあると思うのですが、産科医療機関同士でのやり取りの方が地方では結構早いのですが、いつも問題になるのが、奈良であったような重症妊婦さんご自身が救急隊出動を要請して運ばれるということが年に数件あって、うちが受け入れないとそれはビックニュースになります。

杉本：発生した地域の最終的には総合周産期医療センターが受け入れることになっています。最初受け入れられない場合にコーディネーターに外の地域で探してくださいとお願いします。そこで誰も受け入れない時にはまだ戻ってその地域の総合周産期母子医療センターが最終的に受け入れるというようなルールです。

前田：杉本先生、すみません。簡単な質問ですが、産科一次施設からの搬送をコーディネートするのではなくて救急隊の全てが OK ということですね。それがなかなか地方は難しいので。

杉本：はい、一般の転院搬送も全てコーディネーターを通してという形になります。

前田：そこが結構ごっちゃごちゃになっていますよね。

池ノ上：救急隊もコーディネーターにアクセスできるのですね。

前田：それは素晴らしいですね。

池ノ上：杉本先生のご発表について何かございませんか。

前田：東京がこれで上手くいっているというエビデンスになるわけですね。私が思ったのは、三重県でいろんな施設の評価をされた。三重県全体の周産期の会議で出てきました。すべて B, C 評価です。これは評価法がおかしいだろうと最初思いました。最近思うのは、東京はそれでどこが弱くてどこの部分がというのをここから導き出した。施設間で差はあるけども互換していると思います。三重県もだめだろうではなく、どこがだめで何が足りないのかというようにこの評価をきちんと受け入れて、地方ごとにもう一度何が足りないかを考えなければいけないのかなと思いはじめました。

池ノ上：それは非常に新しい観点で施設単位の評価と地域レベルの評価を合わせて考えないとなりません。互換するとおっしゃられましたが、それは非常に重要ですね。

前田：三重の良いところは一大学であり、悪いところをいうと逆に一大学なので評価機構がない。これが正しいと思ってやっていると、池ノ上先生からみると growth arrest しているぞとを感じる部分もあるかもしれませんし。そういうのもこの評価から出てくるかもしれません。

池ノ上：ありがとうございます。それでは今日は厚生労働省の佐久間先生がご出席とのことだったのですが、急遽ご欠席となりましたので、榊原先生にご挨拶いただきたいと思えます。

榊原：今日は遅れまして申し訳ございませんでした。本日はご多忙のところ「周産期医療体制の推進に関する研究」班第 2 回全体会議をご参集いただき、ありがとうございます。

周産期医療体制につきましては、先程いろいろとお話を伺いましたが NICU やその後方病床の不足、病院勤務医の厳しい勤務環境などが課題となっています。平成 22 年 1 月 29 に閣議決定しました「子ども子育てビジョン」で NICU を平成 26 年度までに出生一万人あたり 25～30 床を目標に整備することにしております。また来年度の診療報酬改定で平成 22 年度に引き続いてのネットプラス改定としまして、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいきます。また来年度予算案でも周産期母子医療センターの運営費や産科、新生児科医等の勤務医等の手当への補助など周産期医療体制の充実を図っていきたいと思っています。今後とも周産期医療体制の整備に取り組んでいく所存でございますので、どうぞよろしくお願い致します。

池ノ上：ありがとうございました。どうぞよろしくお願い致します。それでは次は佐藤先生に地域システムの調査と評価に関してお話いただきます。

佐藤：事前に資料を作ってこれませんでした。申し訳ありません。今、報告書を作るために論文を書いて調査していたのですが、青森県のシステムの効果を検証するというので、

実は青森は前にもお話しましたが、母体搬送のデータが全て県の周産期医療システムが始まりました平成13年から全登録しています。10年間で10万分娩になりますので、ちょうど東京都1年分のデータが平成23年度が終了するとようやく揃うことになります。これでやっと地域と東京都1年分との比較ができるかなと今思っています。いろいろと考えていたところですが、まず青森県はとにかく50年間、新生児死亡、乳児死亡が全国最下位という状況でした。とにかくN型というところでずっと走ってきました。総合周産期センターが出来る前から少しずつ改善して行って、とうとう平成23年は治療のステージに乗った超未熟児の赤ちゃんたちの死亡が0になりました。うちで治療をしまして。そういう意味で赤ちゃんに関する死亡率の改善というのは明らかに今の私たちのシステムは効果的だろうというようなところまでいっています。ただ、母体死亡になると10万対何件ということになりますし、散在している施設の中でどうやって母体死亡を少なくするかということです。それはやはり地域周産期センターのレベルアップ、地域全体のレベルアップにつなげるといような仕組みづくりが必要だろうと思います。そうなると、地域周産期センターの評価を如何にするかということもやはり考えていかなければなりません。先程もお話しましたセンターの評価項目に関して地域と総合ということですが、実際青森県で地域と総合は3つしかなくてそのうちの1つは新生児治療室がないので実質上は3つのセンターで運営されています。総合でまず重症患者でやって、そして地域センターの弘前、八戸がやっています。青森市民病院の地域センターは実は小児科の専門医がいなくなりまして、35～36週以降でないと新生児が診れないという状況になってきました。それでわれわれの施設も9床のNICUを12床まで増やして対応することにしました。そういういろんな変化のある状況ですが、NICUのベッド数ではなく、金子先生もお話されたように、早産に関してもそうですし産科がどのように対応するかというか、うまく対応することによって母体救命も新生児も上手く働いていこうということをつくづく感じています。評価の仕方として、地域全体で年間1万分娩のところだとやはり単年度では評価しづらいというのが出てきま

す。新生児でもやはり5年くらい、母体だと7~10年くらいの長いスパンでみていった評価の仕方というのを地域として考えていかなければならないだろうということデータをみながら考えていました。母体搬送に関しての評価は、私はこの会議に出させてもらっていながらずっと気がついていなかったのですが、N型のシステムで考えると搬送時期、何週の搬送というのがこの評価には含まれていませんでした。ハッと気がついて、私たちは30週未満は全て受けます。でも32週以降は地域で受けてくださいというような重症度のトリアージをしていました。単なる母体搬送数で点数を付けていくと34~35週の切迫早産を受けているような地域周産期センターの点数が上がり、NICUも黄疸の治療をたくさん受けているセンターが点数が高くなったりしています。そういう意味でやはり重症度の比較をする。そのためには妊娠週数といったところで考えていった方がよいかなと思います。

池ノ上：新生児治療開始の時期に地域格差、施設間格差があるというのは聞いたことがあります。22~23週のところですね。26週を過ぎていないと治療の対象にはしませんというNICUがあるというのを聞いたことありました。

佐藤：やはり地域はすごい隔たりがあるのだなというのがわかります。

金子：NICUが縛るのでしょうか。

佐藤：NICUが縛っているわけではありません。もっと根本的な産科のところで縛りが出ていると思います。

金子：宮崎県での超低出生体重児に関する mortality の5年間のデータをまとめました。宮崎県の一次施設、二次施設と三次の大学病院で出生した全ての児に関する調査です。24週のところが1番生存率が低かったのです。それをみてみますと24週になると地域センターで管理をしていました。そこで二次と三次の生存率の差が出てくる。だから二次地域で24週を管理するのはまだ早いのではないかと感じました。24週までは全部大学に送ってくださいとお願いしています。

佐藤：地域ごとにやはり母体搬送の取り決めをどういうふうに行っているのかを調査してみ



たいなと思います。

池ノ上：母体搬送という概念がまだ日本の中ではそんなに古いものではないので、バラバラだと思います。そうなるといういろんなことをベースにいろんなクライテリアが出来てしまっている。可能性として今のように28週になったりする。母体搬送は新生児搬送よりも複雑です。新生児搬送はこれは赤ちゃん死にそうだというのが目に見えますが。

佐藤：確かにそうです。搬送といっても単に転院とかそういうレベルの搬送も多々ありますし、お腹が張ってきて生まれそうだという搬送もあります。

池ノ上：搬送を決意する側も搬送を受け入れる側もそれぞれにいろいろなことを考えてやらないといけないという要素があります。新生児はチアノーゼだというようにはっきりしていることが多いですから。

杉本：全国的には22週のラインのところではいろいろと受け入れが違う部分があると思います。例えば20週で破水しました。これを受けるのか受けないのかはかなりの差があると思います。それから周産期搬送はお腹の中に赤ちゃんがいる段階の搬送でしたが、母体救命になった時には産後の搬送が圧倒的に多いです。産科出血です。妊産婦死亡という守備範囲を全部自分たちの対象だということでやっていますが、周産期前の方になりますが、子宮外妊娠の受け入れというのが二次病院が非常に弱体化して夜間救急の受け入れが出来ない。これがまた三次救急に入ってくるようになっていきます。だからこれも地域としてはある程度やむを得ない流れかなとは思いますが、その辺が三次救急そのものの守備範囲が広がっているという実態があります。

池ノ上：これは評価のための調査だったのですが、そういった実態をあぶり出してくる面もあります。これをみることによって時代の流れとともに、進歩とともに新しい問題点がわが国では生じているというのがわかってきますね。佐藤先生、10年単位というのはわれわれも一緒です。年間一万分娩しかないので10年単位の動き、windowを10年ずらして行って10万分娩でみて行って、同一方向に下がっていくというのでその地域で有効な施策

が行われているかという判断が出来るのではないかと思います。

佐藤：特に母体死亡は1件、0件、1件、0件ですから。

池ノ上：ですから東京のように年間分娩が10万件あるところで0といったら、かなり significant です。

佐藤：すごいです。明らかですね。

池ノ上：どうでしょうか。他にいかがでしょうか。

前田：三重県は搬送の28週未満は全て三重中央医療センターというルールが県内で出来上がっています。私の中で22週以降28週と決めていたのですが、やはり21週の破水などが多く搬送依頼されてきます。しかし頑なに拒みます。でも一方で麻酔科医が24時間対応してくれている。24時間いつでも手術できるという周産期の体制を取っていたら婦人科から子宮外妊娠、卵巣の茎捻転、産婦人科が閉鎖になった公立病院の外科の先生から土日正月問わず今から行きますというのがあります。1回受けてしまうとですね。これは地域性があるので断れないなという思いがあります。しかし地域医療再生の中でもう少しシステム化していただくと若者が壊れずに仕事を続けられる。1番危惧するのが、成績をあげなくちゃと頑張っているけど評価されない。私も還暦を過ぎて黄昏たくなる時と、疲れて夜中2時頃に帰るともう明日行きたくないなと思う。これで辞めてしまったら周産期はどうなるのという思いで、周りもみんな中堅以上は頑張っていると思います。その前に若者が壊れてくる。今、若い先生は大したことなくても壊れるのが早くて、私のところの若者も目の前で1人壊れましたし、これはどうにかしないといけないと焦りもある。みなさんのお話を聞いていると頑張ろうと思います。でも、本当に守らないといけないのはもっと成績を上げるためにはこれからの10年先に中心となって働いてくれるであろう5年目、6年目の先生たちの環境整備をもう一度見直さないといけないのではないか。結構ストレスフルに頑張っています。また、若者は搬送依頼を受けるのです。私だったら、相手の先生にそれは受けられませんと言うのですが、20週なんかも受けてしまう。

池ノ上：だからそこら辺が母体搬送のやり取りの難しいところです。私だったら「20週で破水しました。どうしましょう。」「ちゃんとわれわれのセンターがついていますから、やれるところまで先生のところでやってください。」というような感じで、「先生のところで産まれても、大学で産まれても一緒です。」とお願いいたします。そういうのが地域化ですよ。概念としてコンセプトは地域化になると思います。その辺りが上手い具合に出来ない若者はストレスになってあれは自分のせいではないかと考える。医療が進んだがために起こってくる新しいストレスの元ですね。昔だったら20週の破水なんて何を考えているんだと皆の意見が一致していたのですが。

前田：1件断ることがすごいストレスのようです。断りの文化というのが必要だよって言うのですが。

池ノ上：周産期医療の歴史とともに生きてきた人間はわかるのですが、出来上がった今の周産期医療のレベルの中にポンと入ってきた人ではわかりません。なんてこんなに辛い医療ってあるんだと。例えばサーファクタントがない頃はRTSが1例入ったら1週間帰れないということがありました。ヒロイックになってやっていた時代でもあるのですが。今はサーファクタントを入れて循環管理してどんな小さな子でも3日もあれば抜管する。というような医療の中に入ってしまうと、なんなんでしょう・・・という若い医師が出てくる。もう1つは若い人が壊れやすいのでしょうかね。長屋先生、どうでしょう。

長屋：私も若くない部類に入りますので。

池ノ上：先生は救急をやっていらっしゃったんで、いかがですか。

長屋：私の年代の人は壊れたというようなことはないです。壊れるということと、新しい人が入ってこられないというような側面もあるのではないのでしょうか。今、産婦人科はかなり新しい産婦人科医が増えつつあるというような報告を受けておりますので、その辺も先生方の努力がちゃんと反映されているのではないかと思います。

池ノ上：真っ暗な時代からは少し明るい方向に動き始めているのではないかと思うのです

が。

杉本：人数的にはそうですけど、女性が 7 割くらいですので同じ数でも内容的には少し違うと思います。

池ノ上：女性がば一っと増えてきましたよね。その女性医師がわれわれの職場に入ってきました。この人たちが妊娠出産で辞める。その時期に医師不足が起こった。この人たちがカムバックしてきてそれなりの仕事をしてもらおう。あとはもう切れ間がなくなります。ちょうど今、この切れ間の時期にきている。われわれの世界に女性の医師がたくさん増えてきて、リプロダクティブなアクティビティがちょうど重なっているのではないかと思います。そこに 2002 年から卒後臨床研修制度が始まって、医師が入ってこない時代があった。そのために医師不足、医師不足と言って諸悪の根源は卒後臨床研修制度だと言っていたものの、それは 2 年間だけの話なんです。

杉本：それはギリギリでやっていたところが露呈しただけなんですよね。

池ノ上：そうなんです。

杉本：つないでいたところが、つなぎきれなくなったのです。

池ノ上：その 2 年間で例えば 3 年目の医師が 1 年目の医師がやるべき仕事をなんとかやってくれる。4 年目の医師が 2 年目の医師がやるべき仕事をなんとかやってくれたから生き延びたのです。それは杉本先生がおっしゃったように落ちてしまったところは医師不足が露呈してしまったわけです。今の女性医師の問題もそういうところがあるのではないかと思います。少し頑張って女性医師の働けるような環境作りをすれば女性医師がどんどん帰ってくる可能性があります。

杉本：子育てをしながら産婦人科が出来る環境を作る。これは今必要なことなんです。

福井：このことは是非、実効性のある環境にしていきたいです。

前田：神元先生はこの最たるものです。子育てしながら働いている女性医師は大学では神元先生、私のところでは前川先生です。

池ノ上：お子さんは何人いらっしゃるのですか？

神元：2人です。

池ノ上：神元先生のような方がバリバリ働いている。うちにも何人か子育てしながら働いている先生がいます。

前田：でも個人差が激しいですよ。

神元：そうですね。前川先生も私も旦那さんの実家、自分の実家にかなりバックアップしてもらってやっている状況です。

前田：それから個人の頑張りです。

池ノ上：そういう環境はかつてはありませんでした。今はそういう環境を作り出すことを是とする世論がたくさんあるし、病院のほうでも女性の医師が働けるような受け入れは重要な要素だというように変わってきています。10年前とは状況が変わってきています。世間の見る目、同僚の見る目も含めてですね。

福井：もう少し前に出て、実家に力を借りなくても産婦人科の医師が続けられるような環境を作ってくださいと言っていきたいですね。

神元：もちろんそうです。

池ノ上：だからだんだんそっちの方に向いていってると思います。たとえば各施設がお子さんを預かるような病院予算をつぎ込むとかいうようなことが出てきていますので。杉本先生のところはいかがですか。

杉本：変わりつつあります。うちの施設は初期研修医を除くと27、28人いますが、そのうちの6割が女性医師です。子供がいる方が7名です。その方たちも夜勤をしてもらっています。子供が3人いる人が2名ですね。お母さんたちが働ける環境作りが課題なので、交代勤務ということであればなんとかできますと言われていました。

福井：女性産婦人科医師が働ける環境を推進するための最も大切なことは、産婦人科の男性医師が女性医師に対するリスペクトというか、女性医師に対する期待感を言葉や態度で

表現することだと思います。こういった尊敬の念や期待感が、男性医師から女性医師に対して少しずつ大きくなってきたことが、女性医師が働ける環境作りにも影響していると思います。

杉本：この人たちに頑張ってもらわないと、とても続かないというのがあります。

金子：私のところでも女性医師は非常に頑張ります。女性医師がつぶれるということは、うちではあまりありません。むしろ若い男性医師もしくは中堅どころが、やはり結婚して家庭がありますので奥さんたちから足を引っ張られたりとか、男性医師も家庭の行事に参加したいというのがあって、運動会や参観日に出席したいというのができないと離れていったりするようです。また、男性医師にも健康の問題が出てきたりします。持病があったりそういうことになってくるとやはり勤務体制を少し考えてあげないといけない。世間的には女性医師を大切にしましょうというのが前に来ているのですが、実は弱い男性医師や持病のある男性医師がいます。

福井：どういう対策を取られているのですか。

金子：難しいです。

杉本：子持ちの女性医師が務められる環境があれば、いくらか弱点のある男性医師も勤務できるのではないですか。

池ノ上：そのためにもやりがいのある職場ですよというのがあがってくる必要があります。ガードを固くして「私たちはこんなに頑張っているんだ。だから日本の産科・新生児医療は成り立っているんだ。」というばかりではいけない状況になっている。なるべく出来る人をたくさん増やして、みんなでやりましょうということだろうと思います。スーパースターはいらない世界ですからね。神の手の新生児専門医とかあまり聞かないですもんね。

福井：粘り強い、周産期新生児医です。

池ノ上：コンスタントに着実に仕事をする。そして落ちこぼれを作らないといえますか、すごい手術をやって「私の手術で患者さんが助かった」というのは小児外科医は別として

いませんよね。われわれ産科医、新生児医は決められたことを決められたようにちゃんとやっていく。取りこぼしがないように、24 時間確実に動くようなチーム作っていくということが重要です。他にいかがでしょうか。では、次は楠田先生ですが、今日はご欠席で資料をいただいておりますので、金子先生から説明をお願いします。

金子：資料 2 をご覧ください。平成 22 年度に全国調査を行ったのですが、楠田先生はその資料を元に総合評価、A, B, C の評価と実際の低出生体重児の死亡退院、予後との関連を調べてくださいました。詳しいことはわかりませんが、極低出生体重児の死亡退院率を SMR (standardized mortality rate) との比較をされています。資料 2 の表の 1 番右下の図が NICU 評価点数と SMR との関係ですが、一定の関係が得られなかったということです。評価点数と死亡率との関係は一定の関係は見られませんでした。しかし、A 評価では SMR はどうか、B 評価では SMR がどうか、C 評価ではどうかというのをみたものですが、評価の高い A をみるとばらつきが少ない。C になるとばらつきが大きいということでばらつきがあるといったところで、この評価基準というのが施設の新生児医療の診療能力というのを一部反映しているのではないかというようなデータです。以上です。

池ノ上：ありがとうございます。楠田先生が検討してくださったのは東京のデータですか。

杉本：全国だと思います。

長屋：この評価というのは C が 1 番多かったと記憶しています。それでデータの数が結構ばらついているかと思います。

池ノ上：C という評価になった施設が 1 番多い。A が少ないということですか。これ NICU の評価ですよ。

金子：はい、NICU の評価です。

池ノ上：NICU の評価は先程杉本先生がおっしゃったようなことはあまり出てこないですかね。出てくるかもしれませんが、NICU の入院を制限していたりとか。

杉本：どうなのでしょう。この入院の重症度という成績になってしまうと、重症な子だ

から難しいということもあって予後から見たときには難しいかもしれませんね。施設のレベルと患者さんの重症度という二つのモーメントで動いているのでその結果が施設のレベルに相関しているということを出すのは難しいと思います。

池ノ上：このばらつきがC評価に多かったというのはどういうことでしょうかね。

杉本：同一の重症度であれば格差がある程度は出るのですが、受け入れの重症度が初めから易しいのであれば、いい成績になるのは当然のことです。それがきちんと分けられないとなかなか難しいんでしょう。

池ノ上：宮崎のように重症は地域から総合に全部送ってしまえば地域での死亡率は低くなりますし。

杉本：地域の病院に限られていればそれだけ集まるので大体同じレベルといえるのでしょうかね。

金子：このNICUの調査は極低出生体重児の死亡率でしかもなんらかの重症度で調整されているようです。

杉本：1,500g未満ということですね。

池ノ上：入院時の重症度で調整した standardized mortality rate となっていますね。

杉本：教育や地域への貢献というような内容とかが、成績以外の要素がNICUの評価点数に含まれていて子どもの成績だけではないという部分がかなりあるということになりますかね。

池ノ上：今日は楠田先生がご欠席ということでこちらをお預かりしたのですが、最終的には楠田先生が分析をされて報告書にまとめていただけたと思います。よろしいでしょうか。それでは、またこちらで楠田先生とやり取りをさせていただきながら、まとめたいと思います。それでは岡本先生、助産院との連携に関する評価と調査についてお願い致します。

岡本：はい、こちらが資料になります。第1回の全体会議の時に、できればこの班員の先生方の施設と助産所が連携しているところでの搬送事例の分析をしたいと思います。



しかしいろいろとお手数をかけそうでしたので、もう1つ第5次医療法改正から5年たちますので、本当に医療連携が上手くいっているのかどうかを調査したいという日本助産師会の助産所部会の取り組みからも要望がありましたので急遽、助産所と嘱託医・嘱託医療機関との連携に関する実態調査をさせていただきました。資料のまとめの部分がわかりやすいかと思しますので、そちらをご覧ください。医療連携が上手くいっているかどうかに関しまして、有床助産所だけではなく無床の出張分娩も含めて調査しました。全助産所部会会員542名にアンケート調査を行いました。設備を持って分娩しているものが75.4%でした。出張分娩は174名でもう少し進んでほしいなと思っていたオープンシステムがそれほど多くなく25名でした。実際に嘱託医が確保できているかということに関しましては資料のまとめ8ページをご覧ください。この改正に伴って嘱託医・嘱託医療機関との関係がよくなって安全が高まったかと感じるかということに関しましては44.2%と半数にも満たしておりません。変わらないと回答したものの中の、以前から上手くいっていたのでという回答も含めて半分くらいが肯定的にとらえていますが、半分はなかなか難しいという意見でした。特に深刻であったのが法律的には有床の嘱託医療機関の確保がないと開業出来ないとなっているのですが、努力しても確保できていないところが5か所ありました。これについてはただ実情がわかればよいというのではなく、こういう実態があった時にきちんと確保できるような指導が必要であるということで、アンケートを記名式にしておりました。今、1名は嘱託医も嘱託医療機関も得られないということで支部でフォローしているところです。やはり昨今の二次医療救急施設が閉鎖していつているのを受けて、今まで受けてもらっていたのが受けてもらえない。あるいは受けてもらっても遠方で1時間以上車でかかる場所であったりという理由から、実際に分娩を取り扱わなくなったり、廃業したというものが8名おりました。こういうことも含めまして、公的病院は断らないでほしい、また周産期医療ネットワークが構築されたところでは、医療法第19条の嘱託医・嘱託医療機関が確保されたとみなしてほしいとの要望が多かったです。救急処置に必要な器

具や分娩監視装置の普及率もまだまだ課題があるということがわかりました。新生児心肺蘇生法講習会の受講率もだいぶ増えてきましたが、未受講の者もおりますので、さらに進めていく必要があると感じました。先程杉本先生もお話されていましたが、東京都はコーディネーターがいてちゃんと上手く機能していてすぐに紹介してもらえるようになりました。法律的にも緊急の時は直接の医療機関への搬送は可能ということを決めていただいたのですが、現実はそうもいきません。神奈川では全例必ず嘱託医を通じてとなっていますし、他県におきましても個々の病院の先生方のご意向などもいろいろとあります。全システムの充実、国公立病院には断らずに受けてほしいというのが今回の調査でよくわかりました。

池ノ上：はい、ありがとうございました。ただいまの岡本先生の助産所と嘱託医・嘱託医療機関との連携ということの実態調査の結果をお話いただきました。先生方、いかがでしょうか。

岡本：やはりシステムだけではなく個々の助産師の資質の問題も非常に重要だと助産師会では考えておまして、強制力はありませんがどれぐらい分娩を扱ってどれぐらい経験をした人がという開業の基準を検討しています。それを明確にして新たにやりたい人はそれを参考にしながらやってもらいたいと考えています。また助産所業務ガイドラインも以前の改正からもうすぐ5年経過しますので、しっかりと見直していきたいと思います。蘇生の研修も受講者が100%になるように各支部で確認しておりますので、未受講者には働きかけをしていきたいと考えています。

池ノ上：嘱託医の人数というところで複数になっているのはどういうことですか。

岡本：要するに1つの施設が満床であれば、どうしようもないのでいくつかの機関にお願いしているということです。

池ノ上：そういうことなんですね。

岡本：システムが上手くいっているところは必要ないのですがそこまでいっていないとこ

ろは複数確保しているという状況です。

池ノ上：先程のお話ですと、そこを経由してでないと周産期センターには入れないということですよ。

福井：直接周産期センターに搬送するというわけにはいかないのでしょうかね。仕組みは作ってあるのですから。

杉本：それは神奈川県ですよ。東京都は直接送って大丈夫ですよ。

池ノ上：神奈川県にはコーディネーターはいるのですか。

杉本：コーディネーターはいるのですが、医療職ではない方が調整されているようです。

池ノ上：ああ、東京は助産師さんでしたよね。

杉本：そうです。

岡本：コーディネーターの権限というよりは、神奈川県の産婦人科医会のルールになっているのです。神奈川方式と言っていますが・・・。

杉本：神奈川は特異的ですね。助産所に対する理解というのが極めて薄いです。

池ノ上：佐藤先生、青森はいかがですか。

佐藤：助産院が少ないです。個々の問題というところでは、助産院の資質が問題かなと思います。例えば、搬送の患者さんを引き受けるためにはある程度情報交換が必要です。それが全くないのです。やはりうちではこういうお産をしていて、嘱託医の先生とはこういう契約をしていますよというのが何も見えてこないのです。

池ノ上：それは助産師さんのキャラクターでしょうかね。

佐藤：恐らく、助産師さんも医師もどちらにも関係してくるとは思っていますが、私センターに来て何年にもなりますが、正式な形で依頼が来たことは一度もありません。研究会等で顔を合わせて、それで少しお話するだけしかありません。

岡本：ルール等はないのですか。

佐藤：全くありません。

池ノ上：嘱託の先生はいらっしゃるのですか。

佐藤：はい。

池ノ上：嘱託の先生と佐藤先生はお話されるのですか。

佐藤：それは通常のシステムで動いていますので、ただ、嘱託医の先生が判断して動くという機会はなくて、ダイレクトに今は来ています。

池ノ上：助産所から先生のところですね。

岡本：嘱託医の医療機関になっているのですか。

佐藤：なっていません。嘱託医は施設としてありますので。

池ノ上：例えば分娩後の出血性ショックが起こった、血圧がどんどん下がっていますとなった時には助産所からダイレクトに佐藤先生のところ連絡が入って、すぐ連れてきて下さいということはあるんですね。

佐藤：はい、あります。24週で破水したようなのでというときにもダイレクトです。

池ノ上：その時に嘱託医の先生に相談して、それは佐藤先生のところ連絡をしてくださいというようなことはその前に行われてから来るのですか。

佐藤：それはありません。もう、本当にダイレクトにきます。

池ノ上：では実質動いているということですね。

佐藤：うちはプレホスピタルの救急は常に受けているので、そういう感覚でずっとやっています。受け手がないと患者さんが困りますので、当然引き受けます。ただ、その前の段階として、搬送の手順等の相談などが・・・。

池ノ上：そういうシステムに乗っていないのですね。岡本先生のところはシステムに乗って動く助産所であれば、周産期センターとの連携が出来るようにしてほしいということですね。佐藤先生のところでは実際は行われているけども、産科診療所からくるほどの情報があるというような体制ではなく、不十分な情報で搬送されてくるということですね。

佐藤：そうです。救急隊搬送と全く変わらない形の搬送です。