

県の特性を考えると、遠方施設に搬送されることもなくなるであろうと予測される。

MFICUの保険適応病床数は6床である。保険適応外のMFICUはこれまでは意味合いが薄かったが、今春より、保険医療上、ハイリスク妊娠加算が認められるようになり、当該施設は多少のメリットが得られるようになったと理解したい。MFICU後方病床数は、各施設が統一された考えのもとで提示された数ではないので、再検討が必要と判断される。

### ま と め

県内の分娩を扱う診療所と病院に、周産期医療の現状を知るべくアンケート調査を行った。

その結果

1. 平成16年の県内の母体搬送数は371例であった。
2. 母体搬送のお断りはおよそ70件であった。
3. お断りの理由はNICU満床、呼吸器・保育器不足、新生児対応不可であった。
4. 周産期医療ネットワークの応需モニターの使用率は26%と低率であった。
5. 新しい周産期医療システムが発足したが、NICU不足は10年前と変わりがないという厳しい意見もあった。

県内の4病院の保険適応NICUが30床では不足であり、地域周産期母子医療センターのNICUの充実が望まれる。

## 2 産科から見た周産期医療の今後の展望

倉林 工

新潟市民病院産婦人科

### The Future of Perinatal Medicine from an Obstetrical Standpoint

Takumi KURABAYASHI

*Department of Obstetrics & Gynecology,  
Niigata City General Hospital*

#### Abstract

I discussed the 5 points of the future of perinatal medicine from an obstetrical standpoint.

- (1) The improvement of the system of perinatal medicine in Niigata prefecture.
- (2) The improvement of the working conditions of obstetricians.
- (3) The trial to reduce a lawsuit.
- (4) The deepness of obstetrician's awareness to reduce the neonates admitted to NICU.
- (5) The training of an obstetrical specialist in a training hospital.

**Key words:** 周産期医療, 新潟県周産期医療ネットワーク, NICU不足, 周産期専門医制度

**Reprint requests to:** Takumi KURABAYASHI  
Department of Obstetrics & Gynecology  
Niigata City General Hospital  
2-6-1 Shichikuyama Chuo-ku,  
Niigata 950-8739 Japan

別刷請求先: 〒950-8739 新潟市中央区紫竹山2-6-1  
新潟市民病院産婦人科 倉林 工

## はじめに

当院には NICU があるため、産科への母体搬送の依頼が頻回にくる。送る側の病医院や患者さんのことを考えれば、当院ですべて引き受けたい。産科病棟は入退院の回転が速いので、なんとか空床を作ることは可能であるが、NICU が満床で人工呼吸器もなければ、やむを得ず母体搬送を断わざるをえないのが現実である。県内の周産期医療専門施設では、どこも同じような状況である。新潟県の周産期医療の最大の問題点は、NICU のベッド数の絶対的不足にある。この改善なくして県内の周産期医療の発展はあり得ない。

当科での現状は、10 年前に比べ分娩数が約半数となり、2005 年は 445 件である。しかし、緊急・非緊急を含めた紹介数は若干増加傾向にあり、2005 年では 178 件 (40%) を占める (図 1)。

本稿では、産科から見た周産期医療の今後の 5 つの展望についてのべる (表 1)。

### 展望 1 県内の周産期医療体制の改善

新潟県周産期医療ネットワークが設けられ、インターネットでも各病院の NICU や産科病棟の入院状況が○△×印でリアルタイムにわかるようになってきている。しかし、インターネット上△印でも母体搬送を受け取らない病院が存在し、県外に母体搬送せざるを得ない事態が生じている。一生懸命やっても満床で母体搬送を断わざるをえない状況なのに、なぜ×印を表示しないのか疑問である。搬送したい病医院にとって、真実を表示しないシステムが十分活用されているとはいえず、いざ搬送が必要な緊急時に県内の各病院に電話で相談しなければならない。また 1 年中×印のない状態をみれば、新潟県の関係者は県内の周産期医療体制が十分充足されていると錯覚するであろう。現実を反映しない新潟県周産期医療ネットワークは、税金の無駄使いであり、崩壊しかかっている。早急に改善し真実を表示すべきと思うのは、私のみではあるまい。

近年の産科医師の減少に伴い、新潟県内の分娩

取り扱い病院数は、2004 年 10 月の 43 から 2006 年 4 月の 35 に 1 年半で 8 減となっている。正常産は開業医で、ハイリスク分娩は 3 人以上の産婦人科医のいる病院でというように、地域拠点病院にセンター化せざるを得ないであろう。

現在、県内の総合周産期母子医療センターは長岡赤十字病院のみであるが、当院が 2007 年秋以降に新病院移転し同センターの認可を受けたとしても、当院の産科・NICU の病床数は増えない。すなわち、県内の他病院に NICU が認可増設されない限り、県内の周産期医療の状況はかわらないであろう。

### 展望 2 産科医師の勤務体制の改善

まず、産科医師の増員が望まれるところであるが、昨今の産婦人科医師不足の影響もあり、2006 年 4 月から当院の常勤医師数は 6 人から 5 人に 1 減となった。また、当直 (というよりも夜勤に近い仕事内容) 翌日の休暇を取りたいところであるが、現在の人数では努力目標と言わざるを得ない。人数も増えず、当直明けの休みも取れない状況ならば、待遇面で考慮してもらいたいところである。2006 年 4 月社会保険診療報酬改訂で、ハイリスク分娩管理加算 (1 日につき 1000 点, 8 日限度) が認定され、当科では年 50 件程度が該当すると思われる。またハイリスク妊産婦共同管理料 (350 点) の算定も可能となった。これらの増収分を原資として、産科や NICU 医師の待遇改善のために新設された加算と解釈している。しかし、当院のように診療報酬を科毎でなく全医師で分ける病院では、産科医師の待遇改善には全く貢献せず、かえって事務手続き業務が増えるのみである。ただし当院では院長や担当事務に相談し、月の 5 回目以降の宿直について、2006 年 5 月分から宿直翌日の勤務には時間外手当を支給してもらうことになった。これにより、若い医師では月数万円以上の増収になる予定である (ただし、医師歴 20 年以上の参事ではほとんど変化ない)。誰かがいつか何とかしてくれると思っけていても、現実には黙っけていては誰も何もしてくれない、自分たちで動く

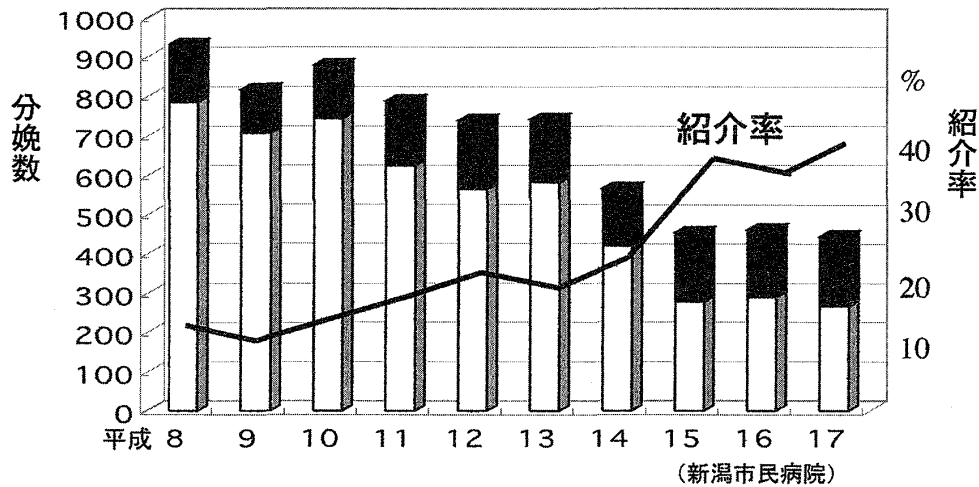


図1 年間分娩数ならびに紹介率（緊急，非緊急）の推移  
（黒バーは紹介患者数）

表1 産科から見た周産期医療の5つの展望

展望1 県内の周産期医療体制の改善

- ・ 新潟県周産期医療ネットワークの崩壊？
- ・ 地域拠点病院：センター化
- ・ 総合周産期母子医療センター（新潟市民病院 2007年秋以降）

展望2 産科医師勤務体制の改善

- ・ 産科医師の増員、当直翌日の休み、待遇面
- ・ 業務の縮小、効率化：入院期間短縮、パス、産婦人科緊急患者に対する病院毎の役割分担

展望3 医療訴訟減少のための取り組み

- ・ 無過失保障制度

展望4 産婦人科医師自身の意識の改革—NICU入院となる新生児を減らす—

- ・ 早産の予防：頸管長短縮のスクリーニング、切迫流早産入院患者の丁寧な管理等
- ・ ハイリスク妊婦の早期紹介
- ・ 生殖補助技術(ART)にて品胎を作らない

展望5 研修病院での産科専門医の育成

- ・ 教育：臨床（分娩、手術、検査、外来等）、学会・研究会での発表、論文発表
- ・ 日本周産期・新生児医学会 周産期専門医制度 母体・胎児専門医
- ・ やりがい

しかないのである。

また、業務の縮小、効率化をめざして、入院期間の短縮、パスの活用を行っている。さらに、卵

巣嚢腫茎捻転や子宮外妊娠、骨盤腹膜炎などの婦人科急性腹痛患者まで総合周産期母子医療センターの病院が積極的に受け入れる現状にも疑問があ

り、産婦人科緊急患者に対する病院毎の役割分担を再考すべきであろう。

### 展望3 医療訴訟減少のための取り組み

「産科＝医療訴訟が多い」と考えられ、有望な若い医師の産科離れに拍車がかかっては困る。医療側が懸命に努力しても結果悪ければ医療側の責任にされては、まともな医療はできない。患者さんの心情も考えて、国に無過失保障制度の早期設立を願う。

### 展望4 産婦人科医師自身の意識の改革

#### — NICU 入院となる新生児を減らす —

産科医側も、母体搬送を受けてもらえないと文句を言う前に、NICU 入院となる新生児を減らすという視点にたって、もう一度日々の産科医療について考えてみるべきではないか。例えば、20 週前後に頸管長短縮のスクリーニングを行って頸管無力症の早期診断を行ったり、切迫流産で入院させた患者さんをせめて 30～34 週までは分娩としないように丁寧な管理をすることなどにより、現在よりも早産の予防ができるはずである。ハイリスク妊婦や子宮内胎児発育遅延の早期紹介も重要である。さらに生殖補助技術 (ART) はそれまで子供に恵まれなかった多くのカップルに福音をもたらしたが、一方多胎の増加による NICU 入院児の増加ももたらした。まず ART による品胎を作らないという大原則を確立すれば、移植胚数も原則 2 個以下にへらし、双胎妊娠の減少にもつながるであろう。

### 展望5 研修病院での産科専門医の育成

全国の産科医師の減少といわれているが、少なくとも当院の初期研修医や産婦人科専攻医は、非常に熱心に研修している。その意気込みに対応すべく、産婦人科指導医は分娩、手術、検査、外来等の臨床や学会・研究会での発表、論文発表をサポートし、初期研修医や産婦人科専攻医の指導にかなりの力を入れている。当院の年 10 人の初期研修医から 1 人でも 2 人でも産婦人科を専攻し、さらに彼らに将来の日本の産婦人科医療を支えてもらえるよう教育することが、研修病院の指導医の最も重要な仕事と考える。

日本周産期・新生児医学会では周産期専門医制度が発足し、2006 年 4 月から母体・胎児専門医の研修受付が開始された。周産期専門医は周産期医療に従事する医師の水準を高め、高度な医学知識と技能によって他の医師に適切な指示を与えることのできる臨床能力を有することが必要とされる。将来の総合周産期母子医療センターには、多くの母体・胎児専門医が活躍する場となるはずである。

24 時間体制年中無休の周産期医療はチーム医療であり、個々の医師の水準を高めチームワークで臨床を行うことが重要である。さらに、個々のスタッフにとってもやりがいのある職場にしていかなければならないと考える。

#### おわりに

産科から見た周産期医療の 5 つの展望をまとめた。

(本稿の内容は 2006 年 5 月時点のものである。)