

巻頭言

～周産期母性科のこれまでの歩みと近未来～

婦人科・周産期母性科長

生水 真紀夫



婦人科・周産期母性科長の生水真紀夫です。今回は周産期母性科の現状と近未来についてご紹介させていただきます。また、現在取り組んでいる課題についても説明させていただきたいと思います。

周産期母性科では、さまざまな合併症を有するハイリスク妊婦を中心に年間 650～700 例の分娩を取り扱っています。母体年齢が 40 歳を超えると急激に死亡率が上昇（若年者の 10～50 倍）しますが、当院の分娩例の 30%近くが 40 歳以上です。当院では、とりわけリスクの高い症例を取り扱っていることとなります。来年度には MFICU（maternal fetal ICU）を新設し、NICU とともに総合周産期センターの指定を受ける予定です。これは診療報酬上のメリットがあるのですが、それ以上に大切なのは医療者のモチベーションへの効果です。千葉大学病院はこれまで実質的に「周産期センター」の機能を果たしてきました。近年、県内の周産期医療の中核を担っているという自負が高まり、遂に「周産期センター」がスタッフの総意となりました。皆様には、新しく生まれる MFICU と伸び盛りに入った NICU の成長にご期待いただきますとともに、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

さて、私が科長となりましたのは 10 年近く前で、救急妊婦の「たらい回し」・癒着胎盤手術による母体死亡とその「担当医の逮捕」などの問題が数多く報道され、産婦人科医の減少に拍車がかかり、産科医療が崩壊の瀬戸際に立たされた時期でした。当院の産科医不足も深刻でした。その上、産科医の大切なパートナーである助産師が、わずか 2 年間でほぼ全員退職するという事態に見舞われました。結局、医局に残った若い医師と新人助産師とで、産婦人科の再生に取り組むこととなりました。当時の齋藤康病院長や西野卓麻酔科長をはじめ多くの皆様方のご理解とご支援をいただき、再生プロジェクトを進めて参りました。キーワードは、合理化・選択と集中・やりがいの創生です。

迅速な帝王切開術を実現するために問題の分析を行いました。その結果、麻酔科医に緊急度を正確に伝えることが大切との結論に達し、帝切グレード分類を作成しました。麻酔科をはじめ皆様方の御協力をいただき、現在ではおおむね 20 分以内に児が娩出できるようになっています。（この分類はその後、院内で共通のシステムに進化しました。）

少ない医療資源で医療需要に対応するため、関連病院との役割分担（階層化）をすすめ、

大学病院は妊婦の三次医療に特化することとしました。分娩中に大量出血が起こり、短時間のうちに妊婦が命の危険にさらされるということがあります。このような患者に対して、迅速かつ最適な集学的治療を実行するための「コードむらさき」を整備しました。その後、当時の宮崎勝病院長をはじめ皆様方のご理解とご支援のもと、このリソースを地域全体で活用するための「地域さんかプロジェクト0」を始めました。重篤な（3.5次救急）妊婦を速やかに大学病院に搬送して集学的治療により母体死亡0を目指す試みです。地域のすべての産科医療機関に、プロジェクトに参加していただいて死亡0を目指します。

このようなシステム整備により、より安全な医療を提供できるようになりました。この環境は、医療者にとっても安心して医療に専念できる環境でもあります。さらに、高度医療・地域医療への貢献は医療者にやりがいというインセンティブを与えてくれます。このようなプロセスを経て、産婦人科を志す研修医も少しずつ増えてきました。

産婦人科の「再生」は道半ばです。今後、研究面での展開なども推し進め、多様な価値観に見合うものにしなければなりません。分娩や体外受精は、経費率が低く収益性のよい分野です。この数年は分娩数も体外受精数も急速に伸び、収益にも貢献してきました。しかし、母体救命への備えを考えると、分娩も体外受精もこれ以上は増やせないというジレンマがあります。山本修一病院長も指摘されておられるように、大学病院の本質は収益を上げることではなく社会的役割・機能を果たすことにありますが、その機能の実現のために収益を上げることもまた大切です。両者のバランスを上手に取りたいものです。