

報 告

日本産科婦人科学会未熟児網膜症検討グループ報告

第1回会合の記録

日 時：昭和49年8月28日（水）p.m. 4:00～p.m. 8:00

場 所：東京駅八重洲口北口 鉄道会館ルビーホール

出席者（敬称略）

（委員）植村 恭夫	慶応義塾大学眼科教授
（"）馬場 一雄	日本大学小児科教授
（"）松山 栄吉	東京厚生年金病院部長（産婦人科）
（"）山村 博三	聖バルナバ病院院長（産婦人科）
（"）渡辺 行正	東京慈恵会医科大学産婦人科教授
森山 豊	日本母性保護医協会会長
西村 敏雄	日本産科婦人科学会会長
九嶋 勝司	未熟児網膜症問題委員会委員長
小畑 英介	日本産科婦人科学会幹事長

（西村先生）それでは定刻も過ぎましたので、会合に移りたいと思います。

私、日本産科婦人科学会の会長の職にある者でございます。本日は大変お忙しい中をお集り頂いて、心から感謝しております。

日産婦学会のことを申し上げるようで恐縮ですが、日本産科婦人科学会におきましては、この3年程前に新しい会則に変わりまして、学会の運営は学術企画と運営企画の両委員会というこの二つの歯車で廻っています。これは日産婦学会の中の activity を高めるための組織ですが、もうひとつ、日産婦と日母協会という二つの大きな輪がございます。この大きな輪と小さな輪の平衡の中で、学会としてやつていこうという方向にあると考えております。

今日、話題にして頂きます未熟児網膜症—最近未熟網膜症とかわつたそうです—につきましては、私どもの今年の、野嶽学会会長の時、評議員会で会員の側からかなりの意見がありまして、学会の側でもこれに注意はしていたのですが、確かにこれに真剣に対処しなければならぬという、評議員の意見統一へのきつかけとなつたことは事実です。

これは内容が非常に重大なことでございます。私が申し上げるまでもなく、特に最近の世相の動きと関連致しまして、医者と患者との communication の大事なことで、しかし医療というものは、あくまでも学問的なものに基盤をおいておりますので、その側にたつて、例えば内科とか小児科とか産婦人科とか整形外科とかが、少なくとも科間において円滑を欠くようなことがあつてはならない、ということが極めて大事なこととなつてきています。すなわち、患者の側としては医師群をひとつのものと見てはいるはずですので、そういうようなことも再吟味しなければならないと思います。私どもの学会のことを申しますと、先の評議員会後、一応 scientific に総括したいということで、急拠未熟児網膜症特別委員会というのが設けられました。これには、ただ今日産婦学会の副会長である九嶋先生が委員長をしておられまして、調査・研究しておられ、そのうちに一応結論付けをされるはずで、それと同時に、私どもとしましては、学会が対社会的にも円滑さを欠いてはいけないと考えており、また未熟網膜症という病気は大変難しいそうであるという点から、いろいろとそこに予期しないことが世間に流用する。それどころか意図しない方向に医療の本質が曲

げて解される、ということに対する配慮もありまして、ここに対策グループとして、渡辺行正先生に中心になって頂き、私は会長としておとりしきりをさせて頂いていくということです。

というようなことで、本日は対策グループとしてどういうふうに対処していつたらいだろうか、このことについてザックバランな御意見を頂きたいと思います。そして対策グループとしての在り方についての御検討を進めて頂きたいと存じます。それから、産科側と眼科・小児科との間で、私どもの方としましては、いろいろとお教え願いたいということでありまして、要するにそういうことをも含めまして御意見を頂きたいと思います。従って本日の第一回目の会におきましては、特別に arrange しておりません。このようなことで、特においで頂きました植村先生、日母会長の森山先生、またそのうちおみえになる馬場先生などには、特に忌憚のない御意見を頂きたいと思います。こういつた会合を2回、3回とやつていかななくてはならないだろうという想定のもとで、ザックバランなお話のもと、一応の方向づけでも頂ければと期待申しあげている次第です。

司会の方は、渡辺先生にお願いさせて頂くとして、大変恐縮ですが時間は8時までということで、本対策グループはどういう方向に行くべきかに絞つて、ザックバランにお話し願えれば大変ありがたいと思います。それではひとつよろしく願います。

(渡辺先生) それでは今西村会長から御指名がありましたので、僭越ながら司会という立場で協議を進めさせて頂きたいと思います。

御承知の通り、医療の谷間とでも申しますか、未熟児の問題ですので、我々も非常に当惑している面が多いのであります。今、西村会長から対処の仕方、今後どのように進めるのかと言われたのですが、これまた非常に難しく、学術面もあれば医療の面もあり、医事紛争の面もあり、いろんな広い視野で眺めないとこの問題はなかなかまとまつていかないと存じます。しかしそういうことを言っております間に、毎日低体重児、未熟児が産まれているというのが現状でありますので、いつまでも、学会としても日母としても会員の指導が十分に出来ないというのでは、これまた具合が悪いので、ある時点でこれに対する対処の基本姿勢を決めてゆかねばならないのではないかと思います。学会の方では、ただ今西村会長からお話がございましたように、未熟児網膜症、先般の新生児学会で小笠原会長の時、これは児という言葉は抜いて

未熟網膜症にしたらという提案に、会員の御賛同があつたようです。この問題につきましては、既に学会の中に問題委員会が発足しておりまして、副会長の九嶋先生が委員長を務められており、既にその調査をかなり進めておられるそうです。まず九嶋先生からその調査を踏まえた、踏まえるとまでは言えませんが、その中間的なところからでもひとつ、現在の産科領域におけるこの未熟児網膜症問題がどのようなことになっているのか、というところから先生お話し願えませんか。あとまだ馬場先生がちょっと遅れて来られるということでございますので、今日特にお招き致しました馬場先生、植村先生には、お揃いになつた時点で、ひとつこちら側に適当な御意見を伺わせて頂く、といった形で進めていきたいと思ひます。

(九嶋先生) まだ調査が途中なものですから、決定的なことは申せませんが、ただ我々がこの問題委員会でやつたことは、今の未熟網膜症の実態がどのようになっているのだろうか、ということを知ることができないだろうか、それから第2番目として、産科的に未熟網膜症に対してどれだけの責任があるのか—ちょっと言葉が悪いのですが—産科的要因がどれ位未熟網膜症ないしはそれによる未熟網膜症の進行に対して関与しているのか、もう一度確認したい。従来報告は沢山ありますけれど、どうもそれが産科医の手にならず、それが起こつてしまつた時点から振り返つて、というふうなことだから、是非産科医のデータを基にしてそのことを知りたいと考えました。第3番目として、何か産科に居る時期にこれに対して予防措置というものがないものだろうかということ。これに対して参考程度ですが、呼吸困難症候群に対して、別の面からですが肺の血管の未熟性を熟化させるという基礎実験をやりまして、結果的にはコーチゾンとビタミン B-complex というふうなものが、これに対し熟化させる作用があるという基礎実験をしました。それを根拠として、我々は未熟児が産まれそうになると surfactant のわからない時期から、胎児に対してコーチゾンを注射してやるというようなことを、あるいは産まれてから新生児に注射してやるということを実施しておりますが、そのせいかどうか知りませんが surfactant というものがはつきりしてきた時点において、今度は小児科の方から、このごろはどうも hyalin-membrane というものがみつからなくなつてきた、と言つてきてくれています。これはもう一遍繰り返しますと、血管の未熟性を熟化させるということになります。未熟網膜症にもそ

ういうふうな因子がかなりあるのではないだろうか、だからそういう面から産科医の手によつて何か予防措置というものがうまれてきはしないか。これら3点にわたつて調査してみたいと思つているのであります。

今までのところでは、眼科のあるところ、未熟児を取り扱っていると標榜しているところ（これは個人病院ですが）を選び、全国で1,100ばかりの病院に対して予備調査をやってみました。予備調査の項目は、（1）未熟網膜症がおこりそうな低体重児がどの位産まれていますか。（2）あるいは7～8カ月の早産児がどの位産まれていますか。（3）その施設では、未熟児にどのような取り扱いをしていますか。（4）最後に、今まで年度に関わりなく未熟網膜症の経験がありますか。あるとすれば何例位ありましたか。ということをはがきでアンケートを出しました。

それについて約6割の方から御返事を頂きました。その中の229施設から、未熟網膜症の経験有りという御返事で、あれば何例位ですかという問い合わせに対しては881例ありました。それに対して本調査票を送りました。尚、本調査票の方は、活動期の何期から癒痕期のどのような方向に進んだかを先ず書いて頂いて、それからあとは産科的状況を、いろいろな事項について書いて頂くということにしました。それをザッとみてみますと、眼科の所見については非常に曖昧で、これでは統計に入れないんじゃないかと思われるような御返事が相当あり、これに対してはもう一回お送りして、この辺のことについてもう少し詳しく確かめて頂きたい、というふうにするかどうかはまだ決めていませんが、現在そういうふうな状況です。

それから、光凝固をかなりやられているようですが、それも詳しいことはまだ統計をとっておりませんが、ザッと感ずるところではいわゆるⅡ期あたりのところに、相当沢山やられている。もちろんその結果は、みんな正常化とか、回復しているということになっておりますけれども、Ⅲ期にやられているのが少なくて、Ⅱ期にやられているのが結果的には多いというふうな状態です。これは、それをやっているうちに考えつくことですが、仮に大学病院だけは別グループに扱ってみると、大学病院などでも施設の半分位から御返事を頂載しています。さっき平均60%の施設から返事を頂いているというのに大学病院からは半分より返事を頂いていません。むしろ普通の公的病院からの返事の方が60%を越えています。もちろん個人病院からは30%位の非常に少ない御返事で

す。これが産科側における今の所の実態のようです。

（渡辺先生）ただ今九嶋委員長の方から、予備調査の段階での御報告がございました。森山先生、日母の方も未熟児網膜症のアンケートを一応会員に医療面の形でお出しになつたのですが、その方はどの段階まで……

（森山先生）日母でも、その問題についての会員の意識調査を行つておりますが、まだ結果はまとまつておりません。

（渡辺先生）あれは学術面というよりむしろ医療面でしたね。

（松山先生）まだ中間報告しかないのですが。

（渡辺先生）いずれ細かいことは2回、3回の時に。

（森山先生）今、学会と別な面からの調査をやっております。

（渡辺先生）九嶋委員長の方からの予備調査の段階でしたので、そのおつもりで結構ですが……

（松山先生）日母で組織部を中心として未熟児網膜症のアンケートを作りまして、発送致しました。このアンケートの内容は、未熟児網膜症をあなたは知っていますか、という簡単なことから始めて、未熟児をあなたの施設で取り扱っていますか、未熟児網膜症を調べるために動脈血の酸素分圧を測定しているかどうか、あるいは光凝固の装置があるかどうか、という意識調査のようなことを計画しましてアンケートを作つたのですが、たまたまこのアンケートを作つた時点が高山判決の前で、それを発送したのが高山判決の後になつてしまつたわけです。従つて、ちょっと内容にちぐはぐができてしまつたことは否定できない事実で、そのため初めは意識調査のようなことで出したのが、受け取る側としては今さら知らないとは言えなくなつてしまつた事情があります。

全部で400通出したアンケートのうち、現在276通返事がありまして、例えば未熟網膜症を知っているかと問えば、全員が知っていると答え、知らないという答は一人もないという勘定です。光凝固装置の有無について、有ると答えたのが44、無いが229でした。このアンケートは大学病院には出してないのですが、普通の公立病院、私立病院あるいは日赤などの規模の病院で、個人病院に対しても出してあります。

そのほかいろいろの事項について質問をしていますが、まだ中間の集計しか出ていません。最終的には、もう少しきちんとした資料としてまとまるものと思ひます。

（渡辺先生）日母の方からのアンケートの概要でござ

いました。森山先生の方から何か……

（森山先生）高山判決の前から、未熟児網膜症と脳性麻痺は現実に医事紛争の種になっておりましたので、日母では一昨年から弁護士さんを加えた委員会において対策を講じてまいりました。今年の学会の評議員会で発言した方の主旨は、学問的にどうこう言うのではなくて、学会が会員のためにどういうことをしたのか、その問題にどう取り組んでいるのか、という発言だったようです。学会は、未熟児網膜症の原因とか、実態などを学問的に明らかにするのが基本なのですが、しかし、やはり会員のために現実的なことも考えなくてはなりません。ことに医事紛争になつている以上は、何らかの手をうつ必要があります。

日本母性保護医協会としましては、さしあたり未熟児の管理の大筋というものがまだないので、新生児学会とかその他の関係団体と協力して、未熟児管理のあり方を明らかにする必要があると考えております。だから、原因を究明していくことも必要ですが、今の学問の進歩に則して未熟児管理方法をまとめることは、あまり時間をかけなくてもできるので、それが早急に必要だと思います。このことについては、各関係団体の統一見解がまだありません。

未熟児管理方式は、産科だけでなく、小児科、眼科など関連団体で共同で大綱を作り、これを医師に知らせる必要があると思います。そうしませんと、医事紛争で訴えられた場合、そのようなことは知らなかつたでは済まされなくなります。現在の段階でも判明していることを基本にした未熟児管理の方策、最低限やらなくてはいけない管理方策を設定する必要があります。それができたら産科医に、いろんな機会にこれを徹底させてゆく必要があります。

そのような対策を講ぜずに、ただ医事紛争がこわいと言つて恐れていると萎縮診療になり、もう未熟児なんか扱わない、ということになりかねません。そのようなことは極力防がなければなりません。脳性麻痺の問題が出てくる、未熟児の問題が出てくる、今度はまた四頭筋の問題が出てくるというふうに、紛争が続出してきている現状です。

日本母性保護医協会の東京支部で、約1,000名の主として開業している方に、産科診療をこれからどうするつもりかというアンケートを出したのですが、回答者のうち51%が、向こう5年以内には産科診療を辞めるということです。辞めるんじゃないで、辞めざるを得ない状態に

あるという回答がきているのです。その原因にはいろいろあつて、助産婦とか看護婦などの看護要員不足の問題のほかに、こう産科に関連した医事紛争が増加していることも関係があるようです。

日医にくる賠償保険の請求には、産婦人科関係のものが40%近くあるということです。

ですから網膜症につきましても、網膜症だけの問題とせず、未熟児管理の方策の最低基準を、関係者の手によつて早急に設けねばならないと考えています。

現在わが国の全分娩の41~42%は診療所分娩です。病院分娩が43~44%で同じ位です。

管理方法というのは、何でもすべてその施設で行えというのではなく、他の施設との連絡、協調も含めてのことです。ともかく、臨床医としては現在の医学水準にある診療をすることが是非必要で、それをやらねば医師の注意義務を怠つているといつて決めつけられています。

（九嶋先生）それと関連して起こっている問題ですが、今地方では未熟児などはなるべく施設に送りたいというふうになつていのですが、送つても受け取つてくれないのです。小児科などは満員だからと言つて断るし、大概の大学の産科の方も満員だと言つて断るというふうなので、もつていきようがないのです。

仮に網膜症の場合を考えてみますと、これ位のところまでならあまり設備を要しない所でも治療してくれるように、というふうに指導しないと、未熟児は保育してもらえないような状態が現出してくるので、このこともひとつ頭に入れたいと思います。

（森山先生）そういう管理方式などを考える参考として先程の日母側からの調査もそのためにやつております。といつて眼科にすべての未熟児の眼底検査を頼めといつていいのかどうか、これに関しては眼科の方の実態をお聞きしたいと思います。そういうふうになれば、こつちの責任逃れにはなりますけれども、実際にできるのかどうか……。あるいは今の方法で、例えば予防方策として、医学的問題もあるし、酸素の供給方法とかクベースの使い方なども含めた未熟児の管理方法とか、眼科や小児科との提携問題とか、そういうことがどうしても必要じゃないかと思います。これは本年度中にあまり時間をかけなくてもできると思います。

（渡辺先生）ただ今森山会長の方から未熟児管理の大筋でも基本的に急いで作るという提案がありましたが、どなたもそうお思いになると思います。東京でも、未熟児が一体どういう実態にあるかというアンケートを今集

めているのですが、まだ3割ちょっとしか集っていないのでご報告はできないのですが、後でご参考にでもなればと思います。

馬場先生がおみえになれば、管理体制の大筋などの御意見をお聞かせ願えるのですが、まだおみえになつていませんので……。

植村先生がおいでになつているので、眼科の方から、今我々の側で考えているような実態をお聞きいただいた上で、どのような体制にあれば御協力を願えるのか、また、我々を啓発していただけるようなうまい方法はございませんでしょうか。

(植村先生) 眼科学会といたしましては、今年4月の評議員会で宿題報告として網膜症をとりあげ、2年後の長崎における日眼総会で、未熟児網膜症をめぐる諸問題を、3人の宿題報告担当者、私と永田先生と名市大の馬嶋教授の3人でやることになりました。

学問的にはそういう状態で、結局網膜症は、アメリカでも、1950年代の前半に多数の失明児を出した時代と変わつて、呼吸窮迫症候群の酸素療法の転換を含めて、再検討をはじめている段階であります。一貫してこの研究をやっている Ashton も terminology の最終的なものは、網膜症の原因、病態がはっきりした後に決めるべきである、というような見解を出しております。この病気は未熟な血管におこる非炎症性疾患で、nonspecific なものです。従つて、未熟性の基盤のないところにはこの病気はおこらないのです。だから基本的には酸素というのは非常に大きな因子を持つていけれども、その他の原因で起こつても決しておかしくはない。成人の眼底では、増殖性網膜炎という形をとるものに比較されますが、それはどんな原因できてもよいのです。未熟児ではそういう未熟な網膜に何らかの trigger が働くと、それによつて網膜症が起ると考えられます。だからこれは酸素であれ、またそれ以外の原因でくことも否定し得ないのです。

で、私は今眼球の未熟性と未熟網膜の血管の反応性について研究を行つております。実際に、酸素が網膜の血管収縮をおこさせて、その結果局所は hypoxia-anoxia の状態になり、それに伴つて代謝が障害され、そこで蓄積した乳酸などにより増殖性変化がもたらされるのか、酸素自体が血管内皮細胞に toxic-effect をもっているのかわかつていない。

1950年代の後半に入り、アメリカでは一万余名失明者を出して酸素療法をきりつめた。その結果失明児の頻度

は現在のレベルになつた。世界的な傾向からいいますと、先生が先程おっしゃった中間的な報告は、おそらく活動期症例が入っているのではないかと思います。実際に失明に至つているのは、日本でもアメリカでも 0.9% ~ 1.0% という率は変わらないのではないかと思います。活動期症例は、実際に高いところでは30%位に達している報告がありますが、この病気は非常に自然治癒が多いのです。活動期、I ~ II 期のものはほとんど瘢痕を残さず治癒します。III 期のものでも全く正常になるものがあります。何も治療しない場合においても、IV、V 期の剝離に進むのは1%位の割です。だから私達は光凝固を非常に severe な例にしか使わないのです。失明になるのはわずか1%ですから。

現在、高山裁判の後で、光凝固が過剰に用いられる傾向が出はじめています。外国の状態ですが、米国の Patz という、従来から網膜症の研究を続けている professor が米国でも日本と同じ時期に光凝固の研究を始めているのです。しかし、still-experiment であるとして治療結果は発表しておりません。どういう結果に今後なるのかわからない。研究結果が完全に固まるまでは治療法として登場していないということです。今度はドイツになりますと、steroid only です。一方日本は2・3の治療報告がでて、それで治療法として定説になつていくかという、私達には非常に疑問です。治療法として確立するためには、正しい適応、正しい治療手段が確立し、長期の follow up の結果をみる必要があります。従来の新しい治療法についてもある期間後では必ず弊害的なものがでてくるし、やり過ぎがでてくる。それに対して全く大丈夫だということになつてからはじめて治療法として認められる。つまり、原理的には間違いないと思うのですが、治療法として認めるまでには世界的にもいつてないと言えます。しかし、高山裁判後には、従来なら自然治癒するから、光凝固をしないでおいで例まで光凝固をしておかないと、万一訴訟になると大変だとして光凝固のある施設に送る傾向ができております。また、軽度のものまで光凝固をしてしまう。そのための弊害も今後でてくるのが考えられます。活動期の症例を全部光凝固のある施設へ送るとなると、光凝固のある施設はパンクしてしまいます。また送つても焼かなくていいと言われて返された医者は不安でたまらないと思うのです。このような混乱がおこつてきていることはひとつの事実です。今まで活動期症例が30%あつて、大部分は自然治癒し、0.9% ~ 1.0% の失明率で続いてきている

のですが、どうして現在このように注目されてきたかという、ひとつは未熟児の保育管理が普及し、生存率が高まるにつれ患者の数が増加してきていることと、他には日本では昔から盲児が潜在化する傾向にあるからです。ですから盲児が出ますと、3食据え膳で、この子は animal 化してしまうわけです。盲学校へ行くまでの乳幼児の療育施設がありませんでしたから、ここで皆潜在化しているのです。つい10年前までは、これは Retinoblastoma と間違えられて眼球摘出され、その組織標本で、水晶体線維増殖症という学会報告もみられていました。だから、こういう病気が今後も出ると言つても誰も信じないのです。そんなものは過去の病気であると。ところが、その潜在化していたのが今出てきたのです。

網膜症によつて瘢痕を残すものの中で、軽いものは乳頭と血管が網膜耳側に牽引され、いわゆる牽引乳頭や網膜襞を残すものがあります。これは網膜剝離の不完全形です。この程度の瘢痕のものは見えているので歩き回っているのです。弱視ですから 0.3～0.5 で普通学校へ入る子供もいます。これらは先天性の鎌状剝離という名前をつけられまして、網膜症じゃないと言われていたのです。けれども実際に我々の言う、水晶体後部線維増殖症というのは末期症状で、これは炎症であれ、出血であれ、緑内障であれ、何でも最後の状態がああいう焼け跡にひびかる状態になるのです。それを見せられましたらこれは未熟網膜症から発展してきたのか、他の病気できたものか、何ら特殊性がないので眼球萎縮と診断する以外ないのです。だからその子供は未熟児であつたところで、他の病気でおこつてきたものと、鑑別は全くできません。だから診断書には眼球萎縮としか書き出せない。そういうような状態になるのは、この病気のひとつの特色である non-specific である以上は、極端に言えば何の原因でおこつてもいいわけなのです。それでは何故10年前に未熟網膜症の研究を始めたかと申しますと、網膜芽細胞腫と考えられ、眼球摘出された例の中に、未熟児で網膜症の瘢痕例がかなりいることと、弱視の子供の中に、軽症、中等度の瘢痕例が存在することに気付いたからです。それで「こういう病気がある」と言うと、「それは1950年でなくなつたのだ」と言われる。「こういう弱視がある」と言えば、「それは先天性の異常だ」と言われる。

しかし、この疾患の認識が日本でも次第に高まるにつれ、乳児失明の統計の年次推移がどんどん変わつてきているのです。2～3年前から、乳児失明の原因の半分以

上は未熟網膜症ということがわかつてきました。網膜症と先天異常がなくなると、盲児はなくなつてくることになります。小児眼科医の立場から言いますと、未熟網膜症をなくして、劣性遺伝を避けさせる。そうすると失明はほとんど零に近くなる。トラコーマ、麻疹などの感染や栄養障害による失明がなくなつてきてからどこの盲学校も入るこどもが減つてきます。未熟網膜症がでてきて、それが主体を占めてくるようになった。だから実態の数から言うと、恐らく前からあつて、現在も変わつていない。ただ未熟児の哺育が普及、発展されてきた。それで、未熟児が救われますから、生存率の高まるにつれ患者の数も増加してくるわけです。そういう世界的な認識の上にたつて、我が国の未熟網膜症をみますと、決して日本だけが多いということはないと思います。

ただ1%の失明が減らせないかというのがひとつの問題になるのです。1%が零になるかどうかというところにかかつているのです。そこで、光凝固法という登場が、1968年に永田先生のところで始められました。あの先生は慎重で、自分のところの施設でも、年に1例か2例しかやらないということですから、焼く率はそんなにないわけです。それではこの方法で全部治るかという問題になりますが、実際に未熟網膜症の臨床経過は実に多様であり、Owens の分類は、ほんのひとつの目安にすぎない、ということがわかつてきたのです。

未熟な網膜というのは、反応の仕方に variation が多すぎて、あの分類の通りにⅠ期、Ⅱ期、Ⅲ期、Ⅳ期、Ⅴ期とすべてのものが進むものはなかなかないのです。私はこのように進む経過の遅いのは incidious type と呼んでいますが、発現していきなり1～3日で剝離するものもあるのです。これを rush type といいます。ですから創始者の永田先生も光凝固法は all-mighty では決しないとされるわけです。手遅れかどうか、ということが問題になりますが、手遅れか、ということは見ている医者以外にはわからないわけです。3カ月、4カ月かかるものは見ていて、今光凝固をやるかやらないか考える余裕があるのですが……。先生がおっしゃったⅢ期に入るのを我々は待つています。Ⅲ期になると、自然に治癒するのか、あるいは一部瘢痕を残すか、全剝離かに分れます。そういう点では網膜症自体が単純な病気ではないし、医療過誤的な病気でもない。しかし easy に酸素を吸わせれば、発生率が高くなることは、動物実験や、以前の臨床実験で十分証明されていますから、それがなければまずいいんじゃないですか。

それから、未熟児では空気中の酸素濃度でも発病してくるものがあります。だから酸素を使わなくても出るものがあれば、高い濃度でも一向発病しえないものもある。RDS なんかいくら吸わしても60以上に pO_2 があがつてこないのです。それでも発病してますね。40でもできますね。そういう点から考えますと、そんなに因果関係がはっきりしたものでもなさそうなのです。従つて治療になつて一番問題になりますのは、それだけ自然治癒がありますから、コントロールがとれないのではないかと思われることです。1%失明がなくなつたら問題はないわけです。

光凝固が出てきても、心身障害センターのデータでは、一向に患者数が減つていない。だからそういう点が2年後の宿題報告にどういう結論を出してくるか、非常に難しいですよ。例えば、治療の結果30%の失明が10%、2%になつたというのなら話がわかりますが、1%が零になるかどうかという問題になりますと、余程の例数を集めた厳密なデータでないと難しい。

眼底検査について、米国では大部前から眼底検査をやつていて incubator から出た時点は必ずチェックしろと言つています。

今、私が考えていますのは、発病しても自然治癒するものを除きまして、瘢痕を残すものを調べてみますと、生下時体重 1,500g 以下で在胎週数が28週以下のものに集中します。在胎週数でそれ以後のもの、生下時体重で1,600g 以上はいくら出ても殆ど自然治癒してしまいますし、ほとんど散発例ですから、これまで網にひっかけますと 100人の中 1 人をみつけるために99人の正常者をみるというふうになつてくるのです。だから screening という意味はなくなつてくるのです。そこで眼底検査をやるのでしたら、その 1,500g 以下の低体重児の、しかも2~3週目からみはじめる。在胎週数を延長して40週を過ぎますと、出ないのは全然出ないのです。いつも在胎週数で何週になつているかというふうに換算しています。眼底検査でとらえるのは、原発性変化ではなく続発性変化ですから、その発病は生後3~5週の間に最も多い。この時期は特に注意してみて、その後1週毎に退院時までは定期的に観察します。

新生児の網膜出血は、産道を通ってきた時に出てくる網膜出血が弱視の原因になるのだと言われてから随分長い論争になりますが、これは無関係だと思います。

von Noorden の意見と一致したのですが、黄斑部に出血したものを follow up しましても全部正常なのです

ね。新生児網膜出血はあまり問題ないはずなのですよ。

この眼底検査がだいぶ普及しました副産物として、網膜芽細胞腫の初期例が見つかりました。それで、これは放射線療法で治るものですから、眼球を取らないでみんな生き延びてくるわけです。これが副産物です。

未熟児の眼底検査の目的には2つのものが考えられます。第1は網膜症の発症の予想をたてるためで、産まれてから最初の2週間のうちにやる検査です。第2のものは発症した早期のものをつかまえて、進行していくのかいかないのか見分けるものです。進行しそうもなく、自然治癒することが考えられるものは1~2週間に1回の割合で検査してゆきます。進行しはじめてきたら、1~2日おき位に眼底検査をし、光凝固するかしないかを決めるわけです。これはそんなに沢山ないのです。

今眼科を開業している先生方が医局におられた時代には、未熟児・新生児の眼底を診る機会はほとんどなかったと考えられます。私も入局して15年位は、未熟児・新生児というのは見せられたことがないのですよ。そういう教育を受けていないのです。だから、最初に未熟児の眼底を診ましても正常か異常かわからないのですよ。今は post graduate で未熟児・新生児の眼底検査の教育をしておりますので、今後はさらに普及してゆくものと思います。

大人の眼底は、糖尿病だとか高血圧だとか、眼科の先生がよく診ますし、内科や神経科の先生もよく診ます。しかし、未熟児・新生児となると各科の連繫がスムーズでないと、眼底検査の普及は難しいように思います。殊に、大学病院などの大きな病院ほど、その点ではいろいろな問題があります。

未熟児網膜症の研究の初期にも、未熟児室での眼底検査にはいろいろトラブルがありました。未熟児室では感染の危険があるので、眼底検査は感染の機会を与えるなどで眼底検査を拒否されることもありました。それだけの training の機会はなかなか作れなかつたのですけれども、見始めますと割合見られるのです。未熟児の眼底を診ることに慣れていませんと、視神経がまだ白いのですし、血管の発達が悪いし、これを見ただけで病的としまして、親に「この子は視神経萎縮だ」といつて診断をつける先生がいたこともありました。未熟児では、これは正常な色なのですね。眼科側としましては、未熟児や新生児の眼底検査に慣れるような環境がなかつたわけですね。ですから今になつて、すぐに未熟児を往診してくれと言われたら躊躇されるわけですね。しかも自分で見つ

けられなかつた場合責任をもたされるので、眼底検査はなるべくしないようにしようという風潮にも多少なつてきています。もうひとつは、もう少し診る練習をしていこうじゃないか、という二通りの意見があります。

(渡辺先生)ところで、先程は森山先生が日本母性保護医協会の立場で、できるだけ早く、できれば年内位に、現状の調査を基礎にして会員一同のための本当に基礎的な未熟児管理体制作りたい、というような御希望ですが、この場合眼科の御協力というのはどういうことになりましょうか。各地方あたりでは……。

(植村先生)眼科医会の方で今のところ調査しております。こういう往診の依頼があつた場合、自分が応じられるかどうかというような、そういうような調査結果は私もまだ拝見いたしてませんが、三田会長の方でされています。

(渡辺先生)ええ、これである程度眼科の方も軌道にのつてゆけば、眼科の方でも基本的な体制ができるということですね。

あと山村先生、新生児学会の会長のお立場から御意見はありませんか。

(山村先生)小児科学会が5月にありましたし、7月の新生児学会でも、そのもの直接にはあまり触れられず、医療体系の方から、いろんな問題が出ました。

(渡辺先生)馬場先生もおみえになりましたので、九嶋先生、あとどのような進め方で……。

(九嶋先生)まずその前に、対策というのは具体的に言つて何の対策かということの話をして、それからでないと、いつまでたつても堂々廻りみたいなことになるんじゃないでしょうか。

(西村先生)実は馬場先生、先にお話させていただきますが、私どもの学会としまして、産科側としまして未熟網膜症はどのようなものであろうか、ということにつきまして調査研究しています。未熟網膜症委員会がそれで、副会長の九嶋先生が委員長です。本日は具体的な対策をどうもつていくかということの第一回目の会合でございますが、特に小児科の先生方、眼科の先生方と我々が、充分に知識の交換もし、さらに少なくとも三者の間では、この科学的な知識をもとにした communication ができていなければならない、このようなことが全面的に円滑に行くように、即ちそのような方向付けの管理方式の樹立が大事だというわけで第一回目の会合とさせていただきます。次第です。

一応産科側としましては、九嶋先生に問題委員会で調

査されたことの中間報告をしていただき、森山母性保護医協会会長からは、未熟児の管理方式のモデルを早急に作らねばならないという有力な suggestion をいただいたわけです。大学におけるモデルと、大学以外の病院におけるモデルと、開業医の方々のモデルということになりますと、實際上いろいろと違うと思いますが、そのことについて、日母では相当精力的に調査研究中であるということについてもお話がありました。ただ今植村先生からは学会の現状をお話いただきました。というような次第です。

(渡辺先生)九嶋委員長からお話のありました、具体的な対策をどこから絞つて進めていくか、ということになると思うのですが、学術面というのはこの対策グループの具体策の関係にはなりにくいですね。だから、全般の産科医が萎縮診療にならないように、この未熟児をどう扱うかという具体策ですね。そうすると、これは馬場先生の方にいろいろとお智恵を借りなけりゃいかんということになるのですが。

(松山先生)実は、今日松浦先生が日医の会合のため出席できないかもしれないので、自分の意見はこうだという電話をいただきました。先生のおつしやられたことと重複するところがございますが、ここで松浦先生の御意向を発表させていただきます。

松浦先生は、第一に今日のこの会合は決して裁判対策の会合ではなくて、今後産婦人科の臨床医に対して、とりあえずどのような指導をしてゆくべきかを早く決めなくてはならない、そういう前向きの姿勢で検討する会であると理解するということでした。つまり先程森山先生がおつしやつたように、いわゆる未熟児管理方式のモデルを作成することの検討ですね。第二にそれについては、学会と日母が協同してやらなければならないだろうということで、第三は、その場合にはやはり臨床医の仕事となると、日母が具体的な方式を立案して、それを更に日産婦によつて学問的な裏付けをしてもらわなければならない、それには日産婦と日母が連絡しあつて行なつていくべきであろうということです。もちろん今日ご出席の眼科や小児科の先生方の御意見も伺わねばなりません。第四に、日母のアンケートの内容ですが、これは最初に私が申しあげましたのでここでは省略させていただきます。第五に、これは植村先生が触れられましたが、現在日母としては眼科医会の返事を待つているところです。その眼科医会に頼んで調査してもらつていることは、眼底検査を引き受ける施設についてです。それは、

眼科の先生が出張してきて診てくれてもいいし、あるいは患者を送ればとにかく診てくれるという施設を第一に調べていただくこと。第二は、とにかく未熟児を自分のところで引き受けてくれ、眼科の治療を含めて後の一切の面倒をみようという設備がどれ位あるかということです。この第二の、未熟児を引き受けてくれる施設になると、当然小児科の方にも関係してくれるわけで、眼科の先生だけで十分であるのかどうか、小児科の先生とも連絡がなければならないのではないかと思います。この二つの結果を待たないと、具体的に日母としての方策はたえないのではないかと思います。先程申しあげました五つの点がさしあたりの問題になるということが、松浦先生の御意見です。

(渡辺先生) なかなか難しい問題ですけれども、九嶋先生がおっしゃるように、対策として何か示せる方式が……。

(九嶋先生) 現在、眼科、小児科にしましても、未熟網膜症に対してどれだけの努力が払われているのかということに限って……結局それは裏を返せば、将来まだまだいろんな点でやつていくことがあるということになると思うのですが、一応表向きはこれだけのことが可能で、これだけの努力が払われているんだというふうなこと……ひとつに限っていただくと、学会として1つの対策にもなると思います。

(馬場先生) 今から小児科の事情を申し上げます。先日高山判決について小児科学会の理事者と相談しましたところ、今の時点で小児科学会としては、あの裁判に対して抗議文どうこうといつても仕方のないことで、むしろ将来の患者の発生予防、それから訴訟に対する対策として未熟児の取り扱い基準のようなものを作りたいということでした。というのは、大分前に未熟児の取り扱い基準、新生児の取り扱い基準というものを出しているのですが、もう大分前のことで、すっかり古くなつていたので、この際新しいものを作るべく目下準備中です。前の基準を作る時に、理想を唱うべきか、それとも、実行可能な最低基準を書くべきかが問題になりましたが、結局、こうあるべしという理想を書いた次第です。理想を書くことは医療の水準を引き上げるためには有効ですが、今回のような訴訟になると、医師に不利な材料になる危険がある。そういうことを十分考慮した上で、この際新しいものを作つてほしいということが言われまして、新生児委員会を開きまして、改定の作業をやっていますが、酸素療法についてはいろいろ難しく、今草案が

出来てきて委員の先生方に御意見を聴取しているところです。こんなところでよろしいでしょうか。

その時の雑談なのですが、アメリカではこういう難しい問題については、recommendation がしきりに出ております。そういう時点でのこの recommendation は、将来こういう点は解決しなければならないとか、必ずしも最終的な結論でなくて出ています。それもひとつの学会でなくて、小児科と産婦人科と眼科とが一緒になつたというような recommendation が出ています。そういうものを出しておくことが対策上有効なのでは、と当時は思いました。

(渡辺先生) 馬場先生、もしこの改定がある時期に発表されるとすると、大体いつごろになりますか。

(馬場先生) やはり原稿作りに今年一杯ぐらいかかるんじゃないでしょうか。

(渡辺先生) そうすれば来春。

(馬場先生) その取り扱いを理事会でどうされるかがちょっと解らないのです。何かの形で公表するのか、あるいは小児科単独で出すとは、必ずしも考えていないかも知れない。

(渡辺先生) ところで、日母の森山会長—先程ご用で先に失礼されたのですが—が、産科の方が、未熟児、脳性麻痺を含めて、網膜症だけでなく産科の取り扱いに萎縮をきたす恐れがある、それを何とか取り除きたいということ—これは当然なんです—そうするとこういう改定というひとつのルールが出来れば、安心してあとは努力で system を作ることが可能じゃないかとは思いますが。

その場合、東京でも今、未熟網膜症のアンケートをとりましたら、未熟児が産まれたらできるだけ施設で保護してほしい、自分ではとてもその能力が充分でないというのが、目下の集計は全体の35%程ですが、その中でももう7割以上が手許ではやりたくないというところに○印を打つてきております。しかも今後の希望は、というところを見ますと、官公立でこういうセンターを是非増やして、いつでも引き受けられるようにしてもらわないと困るというのが圧倒的に多いですね。産科の先生方の意識がそういう方に向きつつあるような現状です。

そうすると、そういうルールがもしできるとしても、それを行政面その他に反映させなくてはならなくなつてくるのですが、これがまたなかなか容易じゃないと思います。さしあたり今、未熟児は満員で断るというような現状でしょうか。

(九嶋先生)それは相当多いようです。その調査はしておりませんが、実際知っている先生方と集って話していると、「持ちこめる場所をもつと適確してくれ、送ろうと思つて電話をかけると一杯だからといって全部断られる。どこにもやりようがない。」というようなことがしょっちゅう聞かれます。

(松山先生)私の勤めている東京厚生年金病院では、植村先生もよく御存知のように、眼科の清水前部長が光凝固の大家でして、積極的に網膜剝離を取扱っておられました。この四月から自治医科大学の教授に転出されましたが、清水部長は光凝固を未熟児網膜症にもよく応用されました。昭和46年から昭和48年の3年間に26の症例があつて、そのデータは今まとめておられるそうです。私の病院ではもちろん未熟児も生まれますけれども、未熟児網膜症の症例はほとんど他所の病院から送られてきたものです。従つて私がこの病院に居る限り安心していただける、光凝固で完全に治してもらえるというように考えていたのです。

しかし先程の植村先生の話をお聞きすると、どうも自然治癒が非常に多いし、果して他所に較べても、盲目になるものの発生を押えることに役立つていたかどうかという疑問を感じます。また酸素との関係ははっきりしないようなお話で、そうしますと、眼科の医師でさえまだはっきりした意見が出せないのに果して対策がたつのかという疑問すら湧いてくるのです。従つて日母で出されているアンケート、日産婦で九嶋先生がやつておられるような調査、そういうようなものがどれだけ意味があるかという疑問すら感じないわけにはいかないのですが、そういう点いかがでしょうか。

もちろん、何かやることによつて少しでも先程の1%を低くし得るようなものがあれば、積極的にやつて意味があるのですが、それすらわからないという現実ですと、どうなのでしょう。

(植村先生)結局、今は何とか低体重児をどんどん救う時代に進歩してきており、1,000g以下という小さい子供が救われますと、100%近く発症します。1,500g以上では発症しても癒痕を残すことがない。光凝固が出た時代は、まだ1,500、1,700という例で、あの位のところは自然に治ってくるものが多いのですが、ごく低体重児となりますと……。

(松山先生)体重が少なければ少ない程予後はよくないというわけですか。

(植村先生)生下時体重が低くなればなる程、発症率

も高くなります。1,000g以下ですと発症例が100%ぐらい出てますね。それも酸素療法中に発症してくるので眼科的治療ができない場合もあります。

医学が進歩すれば、さらに難しくなるという追い駆ごっこが始まっているので、ひとつは、この病気に対し、皆がどこに認識をもっているのかということが重要になります。これは、未熟性という基盤があり、しかも全身的な背景があり、しかも呼吸障害、脳障害という背景もあります。それに、未熟児でひどい低体重児では一体どんな damage が残ってくるのかという問題があると思うのです。

恐らく私達の方での調査では失明児の半分以上は盲精薄ですから、精薄の子供は神経内科にゆきこちらに來ないのです。ですからそういう点から考えましても、実際に未熟児の、特に低体重児の1,000g以下が來た場合、どういうふうな damage が残るか総合的に把えることも必要です。

未熟児網膜症からみると、小さいのがどんどん生きてくると発症率は増加してくるかもしれませんが、今のように裁判で医療が萎縮し死亡率が増えてくるようにでもなれば元へ返つて、網膜症の問題がなくなつてくるわけですよ。逆行してくるわけですね。

ですからその時点で、我々は学問的にそういうものを前進させてどんどん生かしてくる、生かしてくれば障害児はそれに伴つて出てくる、その障害をどうやつて減らそうかというのを今模索している、というのが今の段階なんだということを認識させませんと、ただこの病気がわからないままに、こういう病気だ、こういう状態だというより、こういう未熟児というものはこれだけのものです、それに対する治療法はこういうふうに進歩してきたのだが、しかもなお依然として進行形の過程にあるという認識、その各障害に対して、皆どうやつてそれを減らそうと努力しているのか、例えば脳障害に対してはこういうふうに減らすんだとか、未熟児網膜症に対しては光凝固というようなものひとつの手段として出てきているんだという、こういう時点であるということの認識を、最後までひとつの大きな課題として持ち続けておいて、さて現状ではそれぞれに対してどういう対策をしていくのが現状を踏まえた上で可能であるか、可能であるものから手をつけるか、ある時点ではここまでの目標を達成して、ひとつのあるべき姿はこうである、例えばセンターなりモデルなりのあり方を考える、ということにあるのではないかと考えるのです。

先程ちょっと先生が触れられましたように、新生児学会がこれに関連してくるとなると、今度は麻酔の問題が入って来なければならないし、外科の問題が入って来なければならないという、新しい問題点が出て来ます。だから、そういう点では確かにこれを逆行させれば簡単に網膜症の問題は片付く。

マスコミが来た時に「あんた方は逆行させるつもりなのですか」と言うのです。しかしマスコミが本当にこの病気を認識することも必要だと思います。

マスコミの場合、難しいということは解つたが、残つた者の救済方法があるか、ということが問題になります。その救済をどこでやるかというのがこの裁判で出てきたのです。医者との責任とは何であるか、と。医学はそんな簡単なものでなく、こうやつて一生懸命努力して、前進しているんだという認識を一般の人にも理解させる。それじゃ、次に対策として、一般に今迄あまり関心のなかつた方々にどれだけ認識をもってもらえるか、その方向ですね。眼科医としてはその問題に対してどれだけのことをすればいいか先生に考えてもらい、産科の先生方にも考えてもらいます。そうすれば、お互いが責任をなすりあうのでなくて、お互いの立場というものを皆認識しあつて、それでひとつのものを作り上げてゆくということになるのですね。それが根本であるならば、あのことは簡単にゆくわけですよ。

アメリカで報告しているように、地方で、施設の悪い所では未熟児網膜症者は一人もでない—死亡率が高いからだとしているのですから—一人も網膜症が出ないという点で、未熟児の管理が非常に優秀だというのは誤りであると思います。

一番最初に長崎で裁判が出ましたでしょう。今年決審になつたあれです。あの時厚生省が、未熟児対策のあり方、殊に未熟児の地区センターのあり方をいかすべきかということを研究班で練つてくれという話があつたのです。ところが、その時には厚生省の方も、各県でどの程度に、地域住民の何パーセントに一つの割で地区センターを造ればよいのかということと、どの程度のものが収容できればよいのか、そこではどんなスタッフと、どんな設備と、どういうものが要るか、というのを出せるかという話だつたのです。それは、例えば、産科医、小児科医、眼科医と、施設としては小児科的に考えられたのですが、どんなものがあつて、どんな施設で、どれだけの人数があつてというものは出せるわけです。ところが、専門医が得られるかということが問題になつてきた。す

べてにおいては、そういう地区センターが本当に必要か、ということが問題になつてきます。そして、センターに入れるのは、どの程度のものを入れるか、極端に言えば、未熟児全部入れたらどうなるか。非常に care が intensively に要るものだつたら、そこでとらなくてはいけないことになる……。

(渡辺先生)ただ今植村先生がおっしゃるように、東京の場合は、開業医も地区センター設立という声が一番多いんですね。出来れば医事紛争に関する限り、この問題はある程度解決するわけです。現実には、1%の失明を防ぐというのは全く学術的な面に入つてしまうので、ただ、医療対策としては、地区センターがもし出来れば、安心してお産も引き受けられるし、もし産まれれば、そこで安全に管理してもらえということ、一応の形は済むわけですね。

ただですね。植村先生、私も今、都の衛生局の児童福祉部会の母子保健対策に顔を出しているのですが、衛生局が毎年低体重児の出生統計をとつていますが、あれを見ますと、毎年13,000人の低体重児が産まれているのです。ですから出生の大体5%です。今、東京は年間約23万人産まれてますから、約5%が低体重児、もちろんその範囲は2,500gですから、先生のおっしゃる1,500g以下はうんと少ないと思いますけれども。

(九嶋先生)今度調査したので30万例分娩があるのですが、その中で1.5kg以下のものは0.6%です。

(渡辺先生)1,000人に6人ということですが、その1%の失明というと、数は万単位に一人のレベルになりますね。低体重児というところからいくと、今言つたように5%低体重児であれば、そのまた1%ということになると、2,000人に1人ということになりますね。ですから、もし未熟児センターのようなものが地区に出来るかとなると、そういう統計は、もう各衛生局で地区的にとれていると思われまふ。これを運ぶ距離がある程度許容範囲が広ければ、そうあちこちに作らないでも可能じゃないかという気がするんですが。

それから馬場先生、この前神奈川で言われたのですが、神奈川は東京以上に非常に衛生行政が進んでいて、子供センターができたり、リハビリができたり、東京にないものが一杯できているのですが、high-risk-babyとか high-risk-motherとかいうものをひつくるめた、危険症の母児病院というようなものをお作りいただける構想はないのでしょうか。親の方が妊娠中毒症で産まれてくるのが未熟児というのが非常に多いのです。分離し

ていちいちやつていると大変なのです。

（馬場先生）神奈川でも作りたいようなことを聞いてはおります。築地産院にも、それをやりたい希望があるようです。

（渡辺先生）もしそういうものが出来ると、我々非常に助かるわけです。子供病院ということになりますと、ある時点で産まれて、もうこれは子供病院へ持つて行かないと、いけないという、かなり時間的ズレがあつてからじゃないと収容してくれないので……。低体重児も、ほとんど母体に異常がないということはなく、やっぱり何かあると思いますが……。

（九嶋先生）それは対策のひとつの面として、仮に0.6%の割合である1.5kg以下の児にはこの程度の管理をするように、ということがでてくると思います。

先程のお話ですが、そうすると今度は医者側に向かつては、いわゆる管理方式みたいなものを流して対策とする。今度は、対社会的には未熟網膜症の臨床の現状を示していただいて、これ以上は今の医者には責任を負えない状況にあるんだぞ、というようなことをひとつ示すことをやつてもいいんじゃないでしょうか。

（西村先生）市民講座的に……。

（九嶋先生）でもいいし、何かの形でいいです。

（西村先生）まあ、そういうふうなことを積極的にやつた方がいいでしょう。

（渡辺先生）これは、もう産まれた未熟児の親にもつてゆくより、妊婦に渡しとけばいいわけですね。こういう子供が産まれるとこういう惧れがありますよ。といって、教育ですね。

（九嶋先生）いえ、そういうことじゃなくて、間接的にものを言うわけですよ。例えば植村先生など係争中の証言にさかんに引用されておりますが、その時、今医者が責任を負えるような状態つていうのは、どの程度かわかるように、こういう現状にあるんだということを……例えば光凝固だつてやらないよりはいいかもしれないけれど、やり過ぎて具合の悪いものもあるし、やつても無効のものもあるんだということをストーリーにして、何らかの形で、（仮に植村先生に御厚意をいただいたという形にして）どこかに出しておくという形で文章化しておきたい。訴訟が起こつている所に、何らかの形でそれを送れるようにしたいのです。

（植村先生）今迄問題になつている例では、眼底を診ていないというのが多いですね。「産科の先生にお話をしたら『もちろんそんなものはないんだから、診る必要

はないよ』と言われた」というのが外来に来るのが非常に多くて困るのです。産科の先生は「そういう病気はもうないんだから」「俺がちゃんと育ててやつたから心配ない」「視えないのは、まだ未熟児だから遅れるんだ」と言われる。そういう例が非常に多い。お母さんが、少なくとも「視えないんじゃないでしょうか」と言つた時に、「眼科医に行つて診てもらつてきなさい」と言うぐらいならいいんですが、こつちも「あの先生に診てくれと頼んでも診てくれなかつたのです」と言われてもお話のしようがないので「ああ、そうですか。ちゃんとお考えになってやつてらっしゃるのでしょうから大丈夫でしょう」と言うより他にないのです。

（九嶋先生）そのほかに、産科医がチェックする時、異常限界を正しく認識していないこともあるようです。それ故、基準とか何かの形でいいけれども、医者側の啓蒙も必要かと思います。

（植村先生）医師として間違いのないことをやつていけば、惧れることは何もないのですが、そういう点で多少欠けている点が眼科にもありますし、その点ではcommunicationの不良な点もあるわけですね。眼科医の方でも「これはちょっと酸素を吸い過ぎたのでは？」と言つている例がある。そういうことに対する啓蒙は眼科医に対して十分にやつていて、それが決して手落ちではないんだということへの認識は徹底しているのです。

ひとつには、学問的に相当上の方に行つているのは少数で、あとは取り残されて「何か知らないけれどこんな問題が出てきたぞ」というふうになつていて、これは自分の所のこととは関係ないから自分の責任じゃないとして、自分が今度光凝固をやる時期になつてきたら、やつたことがないし、ということになつてくる。

小児病院でも今迄に2例か3例の失明例があります。当時光凝固装置がなく、光凝固のある病院に送り、それにも拘わらず失明した例があります。「失明しても責任は一切……」と言つといても、終つてからいきなり責任を追及されるわけです。極端にひどくきますよね。それで2日間位、こつちも納得のゆくよう何回も話をしてみるのですが、失明させる位なら生かしてくれなかつた方がまだ良いというふうに問題が飛躍します。「それはあなたにも言つたでしょう」という繰り返しを何回も言うだけで、話は終ることがないのです。

そこで考えるのですが、米国ではこの問題がおこつた時にすぐに対策をたて、失明児に対するいろんな指導のagentが出来ましたが、日本にはそれがありません。

れで医者が失明したと言いますと、どこへ行つていいのかわからないのです。保健所はダメ、児童相談所はダメで、全部の機関が動いていないわけです。今迄救っているのは宗教団体位です。そうすると、子供に対しては、出生の歓びの時から、失明により親は悲劇の底に落とされ、生ける屍となりますから、親には子供を育てようという気がなくなつてしまいます。

東北大学の視覚欠陥学教授で眼科医の原田先生という方が、東京都心身障害福祉センター 所長になられた時に、この乳児失明の早期療育をまずやつて下さいと依頼され、それに対し、原田先生は熱心にこの仕事に手をつけられ、一つの体系を作られました。これによつて東京では失明児はこの原田先生の下に集められ、早期よりの療育指導を受けられるようになりました。だからそこではすくすく育っているのです。片一方は裁判のために連れて歩かれて、何の教育も指導も受けていない子供もあります。

だから日本がアメリカに比べて違う点は、失明児に対する対策が非常に遅れているということです。だから、そういうことは当然起こるんだということを、全国民が認識した上でその対策を考える必要があります。

(松山先生) さっき先生が、5%が低体重児だとおっしゃったのですが、その1%として計算しますと、今200万人子供が生まれてますから、1,000人になりますね。このうちから生まれてまもなく死亡する者を除いて計算すると、一体どのくらい未熟児網膜症で失明してしまうということになるのですか。

(植村先生) このあいだ計算しましたら、弱視および失明を含めて300～500人でアメリカとほぼ同数ですね。

(渡辺先生) 松山先生、さっき低体重児と言いましたのは1.5kg以下の概算ですから。

(松山先生) 300～500といいましても、全国的にみれば相当な数ですね。

(植村先生) 眼科の方の対策のもうひとつは、失明児に対する対策をやっているわけです。この対策をしていかなないと問題は消えていきませんね。失明児の行く所がないと、問題を提起してくるわけです。ですから、失明児に対する社会的保障と、早期養育という道を作っておかないといけません。ですから、未熟児網膜症を考える場合、その発生から rehabilitation まで一貫しませんと、片っ方だけ一生懸命やっておりますと、片っ方が溜る一方ですからね。そちらの方の対策を去年から始め

て、今年はもう予算がつきました。それで各県で未熟児網膜症を含めた盲児に対して指導員ができて、それが動き始めれば……。

(九嶋先生) その指導員というのは、大体どのような資格を持っているのですか？

(植村先生) 大体保母の資格を持つている方ですね。今は職種がありませんので、そういう人の養成を心身障害センターでやつて、各県から研修に来てまして、場所は、盲学校のあるところは盲学校から出張して来ている所もありますし、保健所に渡しているところもあります。そういう乳幼児の盲児に対する対策が大切です。今は失明の半数以上が未熟児網膜症ですから、それがなくなれば、盲児が半分になるのです。だから未熟児網膜症さえなければ、我々は先天異常の対策を主にやつていけばいいのです。

rehabilitation を怠つて治療や予防の方にだけ集中してしまっているのもよくないことです。治療法ができたとしても、100%万全ということはありませんから、また治療しても駄目なものも必ずでてくるからです。光凝固がある程度まで力を発揮しても、まあ、7割か8割発揮というところで、まだやはり瘢痕の残るものはある。ですから、対策からという、そこまでいきませんとね。

私どもがやっているのは、学問的にこなつてきたこと、眼科医の実際になすべきこと、未熟児、新生児の眼底を診るという教育を行なうこと。それから失明児に対する指導が、今迄は失明の宣告で終るだけであつたが、その早期療育を行なう施設、体系を作り、そこに早期に紹介し、一貫した盲教育の軌道を作る努力をしているところです。初めから、予防から治療、それから rehabilitation と一貫した対策をたてていかないと駄目だということをやつていたのです。

(渡辺先生) 未熟児問題について眼科の方から詳しいお話を伺つたのですが、耳鼻科の方でも、やはり難聴の数は多いのでしょね。今に問題が出てくると私は思っているのですが、まだ裁判には出てきませんが。

(馬場先生) やはりブラインドということと、聴こえが悪いということとは大分違うのでしょね。

(植村先生) ある意味で、盲では85%を親が補わなければならないのですが、聾では25%が教育だと思うのです。それだけの差があります。

(九嶋先生) 難聴の方の原因で一番多いのは？

(馬場先生) やはり黄疸じゃないでしょうか。

(九嶋先生) やはり聴神経にくっつくわけですか。

(馬場先生) nerve deafness では聴力全体がおちるか、高音部がおちるかどちらかです。

(植村先生) 網膜症で耳が聴こえなくて、目が視えなくて、というのがいますね。施設の方も受け取つたはいいが、半分盲精薄だということです。盲児の施設へは入れられないというので精薄の施設へ行くでしょう。そうすると精薄の施設では盲は扱えないというので何処へ行つていいのかわからない。だから、重複障害に対するリハビリが今の欠陥なんですよ。

(馬場先生) 重症心身障害児施設で扱っていますね。

(松山先生) 高山判決のあの子どもそうなのですか。

(植村先生) あの例は私にはよくわかりませんが、盲だけの子どもというのは、今は正眼児と integration する傾向にあります。未熟児網膜症が出ましても、数は少なく各県に一人ずつ位しかいませんから、それを正眼児の中へ入れて、正眼児と一緒に遊ばせます。すると正眼児が小さい時から手をとつて助けてやることを、我々が丁度横断歩道を白い杖で行く人を助けて行くという気になかなかないでいるのを、子供の頃からスッとやる風習がついてきますね。

ところで、重複障害はどの程度おこるのでしょうか。

(馬場先生) 重複でない方が多いですね。一番多いのは脳性麻痺です。

(植村先生) 脳性麻痺は30%から10%ぐらいに減つてきたのでしょうか。

(馬場先生) そうですね。かなり減つていますね。

(植村先生) そういう点では進歩はしているのでしょうか。死亡率は減つていますね。

(馬場先生) 一般の人というのは、治療を加えるとそれで良くなるはずであつて、それがうまくいかなかつた場合は、治療の仕方が悪いと考えるわけですね。治療をする場合には2つの危険があつて、天秤にかけてどちらか比較的安全な方を選んでいますが、バットを振れば空振りの三振の危険があり、振らなければ見送りの三振の可能性があるとということがわかつていないですね。

(植村先生) さっき言つた例もそうなのですね。Blind になつた時、何故あの時殺してくれなかつたのか、私はまだ若いだから。とこうくるわけですね。

(西村先生) 感情でくるんですね……。耳の方もまた……。

(九嶋先生) その前に足があるし……。

(松山先生) 未熟児というものだけ集めた場合、その

中に占める割合は脳性小児麻痺が一番多いのですか。これは、未熟児という定義によりけりですが、大雑把に言つて……。

(植村先生) これも米国の報告なのですが、未熟児を産ませないという方策はないのでしょうか。

(渡辺先生) それは産科の方での要求なのですが、やはり管理の基本をきつちりしない。

(植村先生) 例えば、母親教室みたいなものを充実させることによつて減らすことは可能か?ということですが。

(渡辺先生) 現在、厚生省から金を出して妊婦健診ですか、全国的にやつておりますが、東京では、妊娠中2回ということ、ある程度一生懸命やつていっているわけです。しかし、統計をみますと、ほとんど毎年出生数の中の低体重児の割合は変わらないですね。ですから妊婦無料健診が発足する前と、してからと、統計をとると先程申しあげたように、43年以後ここ5年間、ほとんど13,000位ですね。少しは減つてますけれど、そのかわり出生が増えてますから、比率からいうと5%ぐらいではほとんど変わらない。妊娠中毒症とかの母体疾患はかなり減つてはいるんですが、それでも産まれる機序は複雑で、そういう単純なところでは、なかなか仕様がよいんじゃないかと思えますね。

(西村先生) 昔は死んでいたか、まあ、生きてませんですね。

(渡辺先生) 医学の進歩ということと、医療がそれに追いつかないということが、全部医事紛争にひつかかってくるのですね。前に未熟児強制保育を提唱された久慈直太郎先生が、日赤の統計を見て、「3歳児検診をあの頃やつていないので予後ははつきりしないけれども、噂に聞くと、どうも未熟児を無理に育てるのは間違いじゃないかつたか」と言われたことがあるのです。

確かにいろんな障害児が世の中に増えてきたような感じを受けるのですが、1.5kg どころか 1.8kg ぐらいでもあの頃は駄目だつたですね。我々の経験では。

(馬場先生) 新生児期の育て方が一番大事なことはないのでしょうか。少なくとも脳性麻痺などに、それが良ければかなり予防が出来るわけですね。

(九嶋先生) 基準を決めると一口で言うと、ちゃんとした施設へ送り込むということになりますか。

(馬場先生) 理想論を言いますとね。それがどこでも出来るというわけにはいかないですよ。途徹もなくデカイ機械があつて、途徹もない人数を抱えていない

と。

(九嶋先生)それが、昔お産は取りあげ婆さんが扱ったのですね。それを施設分娩と称して医者が扱うようになった。ところが、その医者(開業医)がまた取りあげ爺さんになろうとしている。もう、施設に分娩を取りあげられてしまうという時代になつてきているわけですね。今度は取りあげるのではなくて、開業している先生方が、段々自分の所にはお産がなくなるという見通しをたてた……。

(渡辺先生)そうなつてしまつたら、なつてしまつたで新しい体系でお産が進むでしょうけど、それまでの過渡期が……。今、東京で調べますと、開業医の先生が約1,600名おられるのですがアンケートに依りますと、クベースをお持ちの方が75%、それも一台だけお持ちの方が多いのです。2台以上というのはグッと少ないのです。というのが、未熟児が産まれる数からいっても、年間に10人も産まれるという開業医はないので、大体年間2人か3人です。そうしますと、そういう先生方は眼科の先生が果して往診してくれるのか、というようなことになるのです。具体的には、近所の眼科の先生も来てくれそうもないし、それでどこかに送りこもうとすると、今言つたようにスムーズにいかない。というので困り抜いているのが現状なのですね。

(馬場先生)New Castleは家庭分娩が多いのですね。あそこは後のfollow upも非常によくやつているはずですが、あそこの網膜症なんかはどういうふうになつているのでしょうか。

(植村先生)アメリカと同じようです。これぐらいのパーセントはあたりまえだというふうです。この間オー

ストリアで訴訟に出てきたのは、網膜症を起こした眼球が緑内障を起こしているのですね。それは手術をすればいいのに手術したわけですよ。それに対する訴訟なのです。網膜症になるのは当然と思つているようです。そういう一般的な、社会的な認識がそこまで浸透している国との差じゃないですか。

(渡辺先生)あと松浦先生がおみえになれば医事紛争面のお話もあるのですが、ちょっとお待ちして。

(西村先生)それではどうもありがとうございます。対策というのはどういうものかという大変難しいことについて、特にお忙しいところおいいただき、長時間いろいろ重要な suggestion をいただきましてありがたく感謝申しあげます。先程馬場先生からお話がございましたが、我々医者側の recommendation の基本になすようなものが、ある程度まとまつた形で引き出せてきているのではないかと存じます。以上を第一回会合の所産として、次に二回目の会合を開かせていただきたいと思います。

この問題のほか、脳性麻痺の問題とか、眼の問題とか、足の問題とか、我々産科としましては、子供を産ませなければならないのですから、結局積極的に対処しなければならないことになると思います。そしてまた、一般の人にも同様啓蒙対策を出していかなければなりません。もちろん我々の側でも、例えば眼科の先生、小児科の先生、場合によつては整形外科、その他の先生方とも密に、学問的にも人間的にも充分 communication していなければなりません。今後ともひとつよろしく願います。どうも本日はありがとうございました。