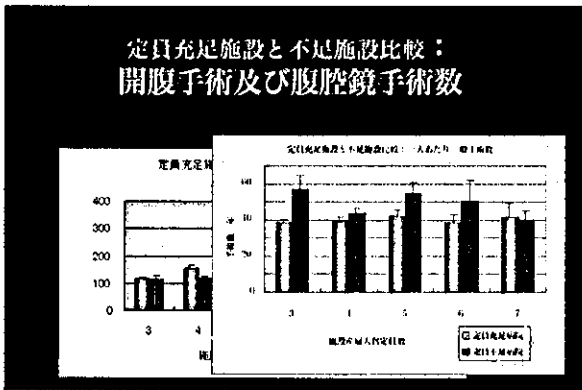
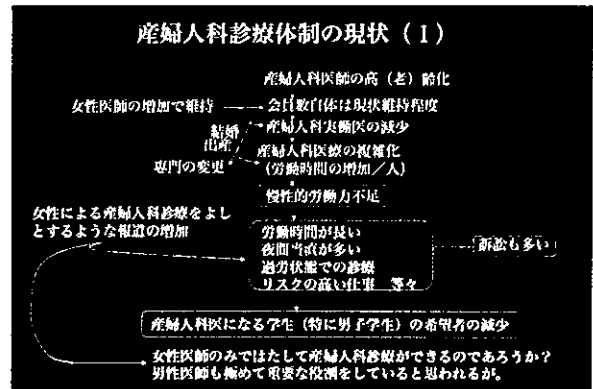


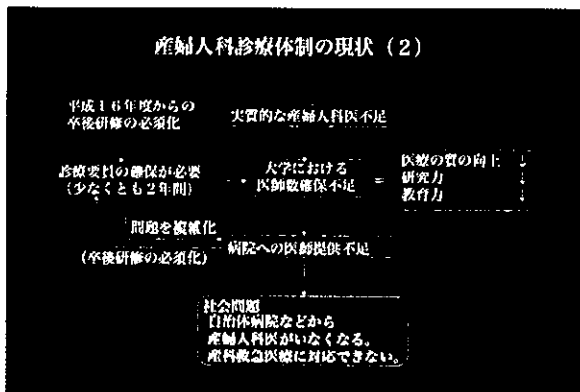
充足しているところと充足していないところの分娩数を見ても、定員充足しているところとしていないところでは、3人くらいのところではこれくらいの分娩数になっているわけですが、実際に1人当たりの分娩数を見ても、定員充足しているところと比べてみると、定員が充足していないところではたくさんの分娩を扱わないといけないということになっております。



それと、開腹手術、腹腔鏡の手術の数その他を見ても、これが定員の足りたところとそうでないところの数ですが、実際に1人当たりの手術数で見ても、このように定員の足りないところの仕事が大変増えているということが分かります。



現在の産婦人科の診療体制をまとめてみますと、産婦人科医の高高齢化が起きているということが考えられます。そして、女性の医師が増加することでこれを維持して、産婦人科医師自体は現状維持程度であろうと考えられます。ところが女性の医師が結婚、出産あるいは専門の変更を行います。そうしますと、産婦人科医の実働医の減少が起きていると見られます。そして産婦人科医療が複雑化して、1人当たりの労働時間が長くなっているということが慢性労働力不足を起しているということが考えられます。労働時間が長い、夜間当直も多い、過労状態での診療、リスクの高い仕事等々、そして訴訟も多いということで、産婦人科医になる学生、特に男子学生の希望者の減少が目立つということです。一方では女性による産婦人科の診療をよしとするような報道が極めて増加してきていることも影響していると思います。ここでどうしても考えてみないといけないことは、女性の医師のみで果たして産婦人科医療が完遂できるであろうかということです。男性医師も極めて重要な役割を果たしていると考えられるわけです。ですから、お互いが上手に働き分けをしていくということが必要であろうかと思えます。実際に、実質的な産婦人科医の不足で大学における医師数の確保が不足してきております。これで何が起きてくるかというと、医療の質の向上が低下してくる、あるいは研究力が低下してくる、教育力が低下してくるという、全体の質の低下に結びついてくる可能性がございます。そして病院への医師提供の不足をもたらしてきます。



平成16年度からの卒後研修の必須化によって診療要員として若い医師が大学にどうしても必要であるということから、これが問題を複雑化しています。社会問題として自治体病院などから産婦人科医がいなくなる、あるいは産科救急医療に対応できないという、先ほどのお話につながってくるということになります。

米国产婦人科の状況

- ・産婦人科を専門として希望するシニアレジデントは1993年の7.5%から2003年の5.9%へ減少している。
- ・産婦人科研修医の71%が女性で、男性医師の割合が極めて少ない。
(Gibbons JM, Obstet Gynecol, 102:443-445, 2003)
- ・訴訟が多く、その高額な賠償金により医療体制に大きなひずみをきたしている。
(Howard PK, Obstet Gynecol, 102:446-449, 2003)

→ 日本と共通する問題を抱えている

では、実際に米国ではどのようなことが起きているのかということを見ますと、米国も産婦人科を専門として希望するアメリカのシニアレジデントは、1993年の7.5%から2003年には5.9%へと減少しているということが分かっています。そして産婦人科研修医の71%が女性であって、男性医師の割合は極めて少ないということをギボンズたちが報告しております。そして訴訟が多く、その高額な賠償金による医療体制に大きなひずみをきたしているということで、実際問題として日本と共通する問題を抱えています。アメリカの産婦人科学会の会長たちとお話をしましても、全く日本と共通する問題で悩んでいるのが現実です。

産科医療の特殊性

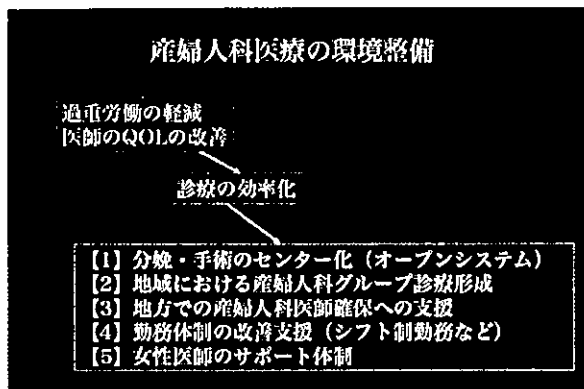
- (1) 産科医療は、妊娠初期から分娩婦結にいたる全過程の救急対応を保証する特殊な医療契約である(契約救急)。他科とは異なる拘束を発生する要因である。
- (2) しかも、正常状態を常に要求され、また時間との闘いが要求される。
- (3) 分娩で拘束される時間を正しく評価し、その対価が支払われなくてはならない。
- (4) 「奉仕の精神」に頼れる時代ではなくなった。

そして、産科医療を考えてみるときにどうしても考えてみないといけないのは、産科医療の特殊性であろうと思います。産科医療は、妊娠初期から分娩婦結に至る全過程の救急対応を保証する特殊な医療契約であります。これは契約救急とでも表してもいい診療であると思います。これが他科とは異なる拘束を発生する極めて大きな要因であると考えられます。しかも、正常状態を常に要求される。また時間との闘いが要求される科です。分娩で拘束される時間を正しく評価し、その対価が支払われなくてはならない。どうしてもこういったことを考えていかざるをえないと思います。奉仕の精神に頼れる時代ではなくなったということです。今の若い人たちが奉仕だけで仕事してくれる時代ではないという意味において、産科の医療の特殊性をよく考えてみる必要があります。

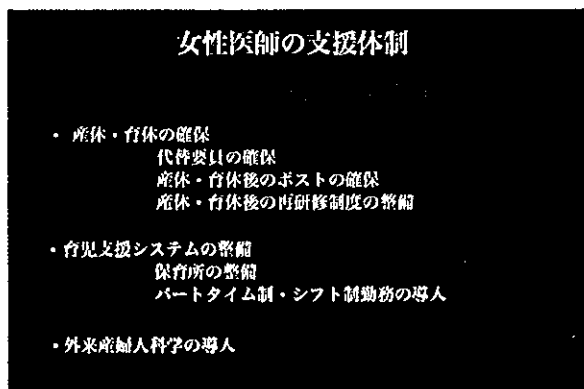
何をなすべきか?

- 1) 産婦人科医療の環境整備:
 - 過重労働の軽減
 - 医師のQOLの改善
- 2) 女性医師の支援体制の確立
- 3) 定年後の人材活用

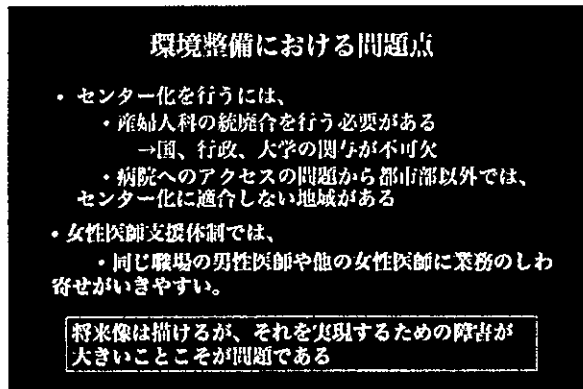
では、何をなすべきか。それは産婦人科医療の環境整備をしていく。過重労働の軽減、医師のQuality of Lifeの改善、あるいは女性医師に対する支援体制の確立が必要でしょうし、定年後の人材活用も必要ではないかと思えます。



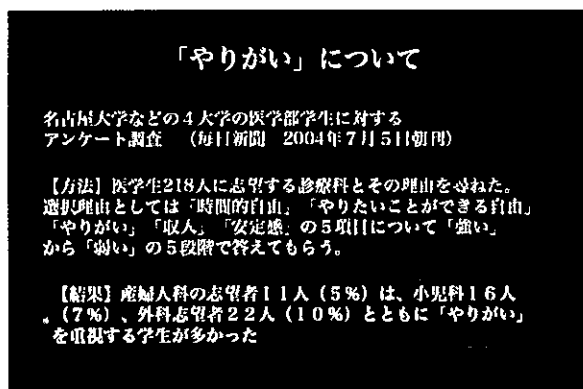
そして、産婦人科医療の環境整備の中で、過重労働の軽減、医師の Quality of Life の改善は、診療の効率化をしていかなければいけないであろう。分娩・手術におけるセンター化あるいはオープンシステム、地域における産婦人科グループ診療の形成をきちんと作っていかざるをえないだろうと。地方での産婦人科医師確保への支援、それから勤務体制の改善、シフト勤務などをするることによる支援、あるいは女性医師のサポート体制などが必要であろうと思います。



そして女性医師の支援体制としては、女性がより働きやすい環境を作る。産休・育休の確保、代替要員の確保、産休・育休後のポストの確保、産休・育休後の再研修制度の整備が必要であろうと思います。また育児支援システムの整備として、保育所の整備、パートタイム制、シフト制勤務の導入をやらないといけないと思います。また女性が外来できちんとできるという意味での、外来での産婦人科の導入も必要であろうと思います。



環境整備における問題点は、センター化を行うには産婦人科の統廃合を行う必要がございますので、国・行政・大学の関与が不可欠になってきます。それから、病院へのアクセスの問題から、都市部以外ではセンター化に適合しない地域があるということで、こういったことも考えてみる必要があるかと思えます。女性の医師の支援体制では、同じ職場の男性医師や他の女性医師に業務のしわ寄せが来やすいという問題点を持っています。将来像としては、いろいろなことが描けますが、それを実現するための障害が大きいということもここにあると思います。



これは、やりがいということですが、名古屋地方の4大学での調査をした結果が出ております。そして医学生はそのやりがいについて見たところ、内科などは何とはなしに入るが、産婦人科、小児科、外科の志望者は、ともにやりがいを重視する学生が多かったというアンケート調査が出ております。医学生のやりがいを起こさせることが大事で、分娩は昼夜を問わない、周産期医療には夜間業務が必然となりますので、厳しさをやりがいと

いう積極性で乗り越えるということが出来る可能性がございます。

医学生の「やりがい」を喚起する：

分娩は昼夜を問わない。産婦人科には夜間業務が必然となる。この厳しさは「やりがい」という積極性で乗り越えることができる。

産婦人科医療における「やりがい」とは

産婦人科の医療には、とっさの判断を要するものが多く、勇気をもって決断し、実行する実行力と責任が常に求められる。そしてその結果が人として「やった」という達成感と自己の存在意義を感じさせる診療科である。

産婦人科は、「やりがい」即ち、仕事をしたと実感できる診療科であることを忘れてはならない。

では、産婦人科医療におけるやりがいは何なのかということになります。産婦人科の医療にはとっさの判断を要するものが多く、勇気をもって決断し、実行する実行力と責任が常に求められます。そしてその結果が、人としてやったという達成感と自己の存在感を感じさせる診療科であると考えられると思います。産婦人科はやりがい、すなわち仕事をしたと実感できる診療科であることを忘れてはならないと思います。

産科診療には真の意味での産婦人科医としての実力が必要である

産科は正常状態から異常状態に急変しうる。母体の生死を左右しうるほど重大な問題に簡単に移行する。

異常状態への急変の際には、多くの医療スタッフが必要となる。骨盤外科学的な知識・技量も要求される。

産科診療には真の意味での実力が必要なのである。

産科医療には真の意味での産婦人科医としての実力が必要であります。産科は正常状態から異常状態に急変し得る。母体の生死を左右しうるほどの重大な問題に簡単に移行し得るわけです。異常状態への急変の際には多くの医療スタッフが必要となりますし、骨盤外科学など知識、技量も要求されてまいります。産科診療には真の意味での実力が必要なのであると考えられます。

産科診療において学会が国民に求めるもの

学会は、安全で質の高い分娩をすべての人に提供したい。そのためには、質の高い医療技術を駆使できる産科医を一人でも多く育てなくてはならない。

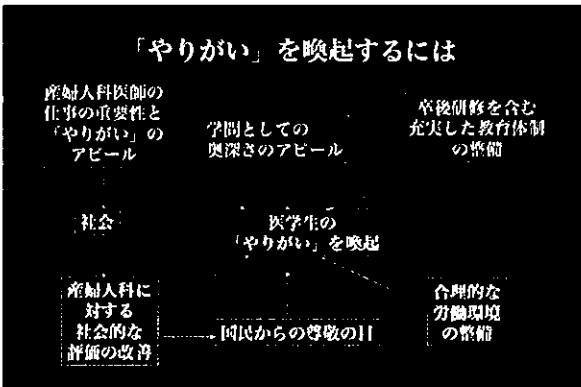
分娩には児のみならず母体にも、いつ生命の危機が訪れるか判らない潜在的なリスクがある。このことを知らない国民も多い。国民が出産を人生における大事業であるとの認識を高める必要がある。

そして、その場に立ちあう医師に尊敬の目を向ける意識改革も必要である。

そのような尊敬の目が産科医に向けられれば、より困難なことに「やりがい」を感じる人材を集めることができる可能性がある。

国民の産科医に対する意識改革をお願いしたい。

そして、今産科診療において学会として国民に求めるものを考えてみますと、学会は安全で質の高い分娩を全ての人に提供したいと考えます。そのためには、質の高い医療技術を駆使できる産科医を1人でも多く育てなくてはならないと思います。分娩には児のみならず母体にもいつ生命の危機が訪れるか判らない潜在的なリスクがあります。このことを知らない国民が多いと思います。国民が出産を人生における大事業であるということの認識を高めていただく必要があると思います。そして、その場に立ち会う医師に尊敬の目を向ける意識改革も必要ではないかと思えます。そのような尊敬の目が、産婦人科医に、産科医に向けられれば、より困難なことにやりがいを感じる人材を集めることができる可能性があると思います。国民の産科医に対する意識改革をお願いしたいというのが、学会からのお願いです。



では、やりがいを起こさせるためにどうしたらいいかということになります。これは、学問としての奥深さをアピールする。あるいは、合理的な労働環境の整備、そして卒後の研修を含む教育体

制の充足も必要でしょうし、国民からの尊敬の目、あるいは産婦人科医師の仕事の重要性とやりがいのアピールなど、全てのものから学生に訴えかけていかないといけないのではないかと思います。

産婦人科医療における医師の資質

産婦人科の医療には、とっさの判断を要するものが多く、責任をもって決断する勇気が常に求められる。倫理的な成熟が必要な分野であり、真に優秀な人材が求められているのである。

- 1) 倫理面で人間として成熟し、愛をもった人材であること
- 2) 総合的な判断力に優れ、決断力があること、
- 3) 勇気をもって実行する力があること、
- 4) そして、その行為に責任をもてること、

こうしたことができる人材が求められる。

産婦人科医の医療における医師の資質とは何か。産婦人科の医療にはとっさの判断を要するものが多く、責任を持って決断をする勇気が常に求められます。倫理的な成熟が必要な分野であり、真に優秀な人材が求められていると考えていいと思います。倫理面で人間として成熟し、愛を持った人材であること、そして、総合的な判断力に優れて決断力があること、勇気を持って実行する力があること、そしてその行為に責任が持てること、こうしたことが出来る人材が求められているのであると考えます。

このような人材を育成するシステムの構築

真に「やりがい」を感じる学生への支援体制の構築
(例えば産婦人科医育成奨学基金)

専門医になるまでの過程における、
産婦人科学会主導の教育の充実
産婦人科学会主導のグローバルな医師の交流支援

産婦人科学会の会員になることに魅力を感じる各種プログラムの提供

このような人材を育成するシステムの構築として、真にやりがいを感じる学生への支援体制の構築が必要であろうと考えております。例えば、産婦人科医を育成する奨学基金を学会としても考えていく必要があるかと考えております。また専門医になるまでの過程において、学会指導の教育

の充実、あるいは国際的な交流を含めたグローバルな医師の交流の支援など、いろいろな意味で学会が指導型の魅力のある教育プログラムを作っていくことが必要であろうと思います。

まとめ

産婦人科は、いま危機的な状況にあると分析しうる。

- (1) この改善のためには、国民が産婦人科医療のことに産科医療の重要性をもっと認識していただくにはたつきかける。
- (2) 行政の援助を受けて、診療の体制を変更してゆく必要がある。
(オープンシステム、センター化等)
- (3) 産科労働に対する再評価とその対価を獲得する必要がある。
- (4) 女性医師の働ける環境づくりが大切である。
- (5) 「やりがい」を感じる学生を確保する新しいシステムの構築
(奨学金制度、優先枠の設定を含む入学生定員のあり方など)

真に優秀な人材が一人でも多く働くことが、国民の再生産の場における安全の提供であることを忘れてはならない。

まとめですが、産婦人科は今危機的な状態にあると分析することができると思います。この改善のためには、国民が産婦人科医療のことに、産科医療の重要性をもっと認識していただけるように働きかける必要があると思います。行政の援助を受けて診療の体制を変更していく必要があると思います。これはオープンシステム、センター化等であるわけです。産科の労働に対する再評価とその対価を獲得する必要があると思います。女性医師の働ける環境作りこそが大切です。そして、やりがいを感じる学生を確保する新しいシステムの構築、奨学金制度、優先枠の設定を含む入学生定員の在り方など、いろいろなことが考えられようと思います。とにかく言えますことは、真に優秀な人材が1人でも多く働くことが、国民の再生産の場における安全の提供であることを忘れてはならないということをもとめの言葉とさせていただきます。講演を終わらせていただきます。御清聴ありがとうございました。

中野 藤井先生ありがとうございました。非常にグランドスコープからのお話を頂戴した感じでございます。それではこの辺で司会を代わりまして。
藤村 討論時間を実は取ってあるのですが、全部食われてしまいまして、次の先生もできるだけ討論時間を残していただきますように。では、筑波大学小児科の杉浦先生お願いします。「新生児科

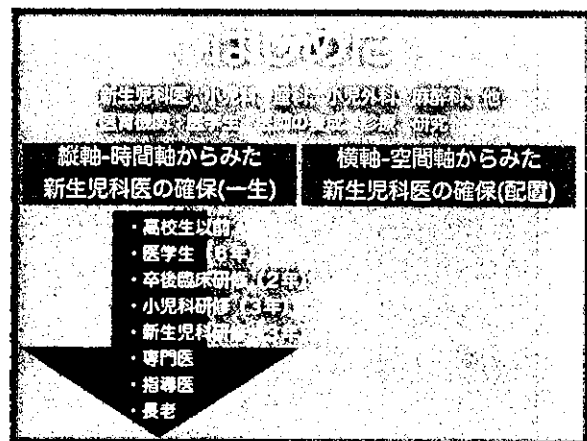
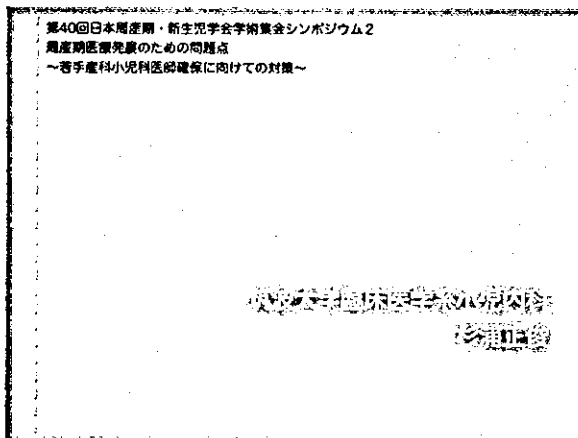
医療の現状と改革への提言」で、サブタイトルは「勤務実態と職業観、医学生における意識」です。

よろしく申し上げます。

小児科新生児科医療の現状と改革への提言（1）

— 医育機関の立場から —
「勤務実態と職業観、医学生における意識」

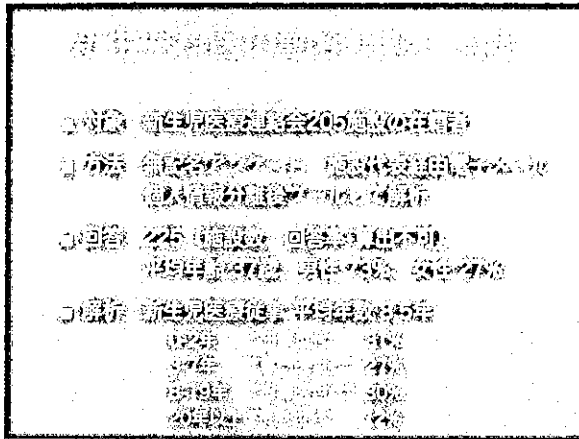
筑波大学臨床医学系小児内科講師 杉浦 正俊



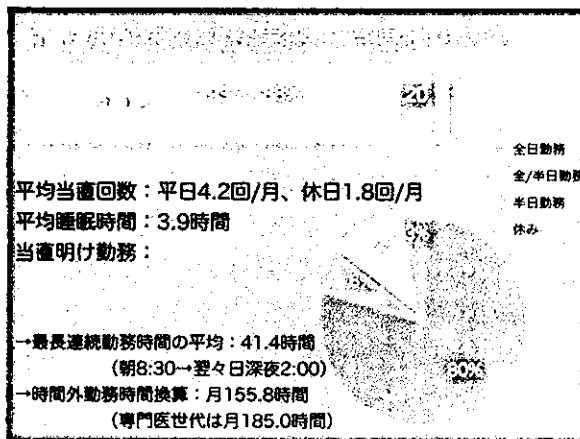
杉浦 会場にいらっしゃいます諸先生方の努力により、新生児医療においては産科に先駆け、平成8年より総合周産期医療センター、そして地域周産期医療センターというシステム化がほぼ完成しております。ところが、今回調査しましたところ、そのシステムは医師の奉仕的労働の上に成り立っていて、新生児科医は今すぐにでも辞めそうな状態であり、システムは崩壊寸前だということが分かってまいりました。本日はそのことを中心に述べさせていただきたいと思えます。

まず最初にお断りしておきたいことですが、新生児科医は決して小児科だけでなく、産婦人科、小児外科、その他様々なバックグラウンドを持った人間が集まって働いています。ただこの中で、解析を簡単にするために、小児科出身の新生児科医を中心に述べさせていただく失礼をお詫びします。

私がいただいたテーマは医育機関における対策ということですが、医育機関というのは医師・医学生の養成、診療及び研究、この三本を柱としております。この中で特に医学生・医師の養成が関係するのですが、これはある意味では医師の一生という点で、時間軸、縦軸から見たものになると思われま。もうひとつ、医師の確保に関する議論には平面的、つまり空間軸から見た配置という議論がありますけれども、これは大野先生にお願いして、ここでは医師の一生という点から見た時間軸の解析をさせていただきます。この視点に基づき本日はスライド黄色に示す医学生、それから卒業してからの新生児科研修中および後、この二者について実態の調査を行いました。それでは、後者の新生児科医の実態から紹介をさせていただきます。

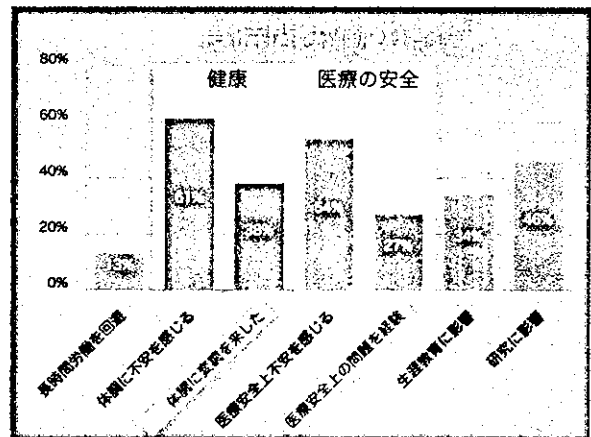


対象は新生児医療連絡会に所属している 205 施設の在籍者です。その方々に電子メール経由で無記名のアンケートを行い、新生児科医の勤務実態と意識について回答いただきました。有効回答は 225 の方からいただき、その平均年齢は 37 歳、約 4 分の 3 が男性でした。世代、すなわち新生児医療に従事した年数で分けてみますと、ここで仮に最初新生児医療従事年数 0 年から 2 年を研修生と呼び、3 年以降を専門医世代、そして 8 年以降を新生児指導医ができる指導医世代、20 年以上を一応長老世代と呼ばせていただきますと、スライドに示すように各世代ほぼまんべんなく回答いただいております。

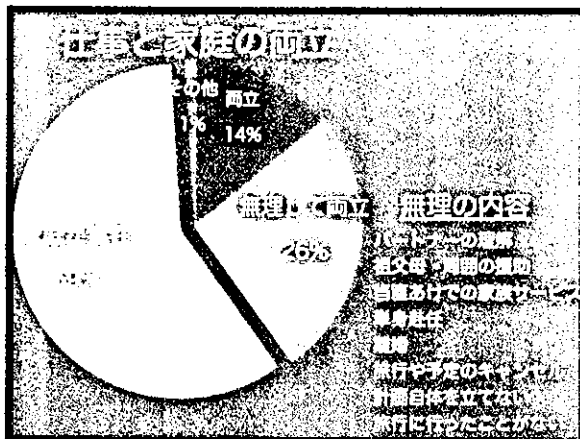


まず最初に新生児科医の勤務実態についてお伺いした結果をスライドに示します。88%、約 9 割の方が当直制のシステムで働いていました。その方々の 1 カ月間の平均当直回数は、平日が 4 回強、休日が 2 回弱になっておりました。その当直でどの位寝られるかをお聞きいたしましたら、

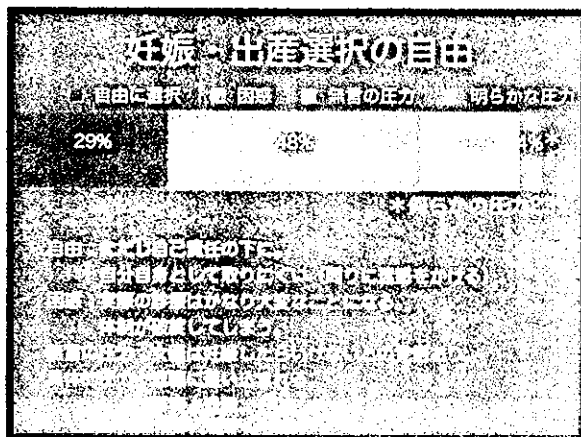
4 時間弱の睡眠しか取れていませんでした。そして、当直の次の日の勤務実態を調べたものがこの円形グラフですが、8 割の方においては次の日も普通の日と全く同じ勤務が続いておりました。6%の方は余裕があれば帰れるという回答で、わずか 3%の方が休みという回答を寄せたのみでした。つまり 85%の方は 4 時間弱の睡眠に続いて、次の日も普通に働いているという状態が明らかになりました。結果的に、最長連続でどのくらい働きますかとお聞きしたところ、平均で約 41 時間に達しており、これは朝 8 時半に出勤したとしますと、次の次の日の午前 2 時に帰るといふ過酷な勤務実態が報告されました。そしてこれが当直でないとしたら、いわゆる時間外勤務として換算したら、どういふふうになるかを試算しますと、全世代平均で月 156 時間、いちばん負担が強い専門医世代においては、月 185 時間の時間外労働をしている換算となりました。



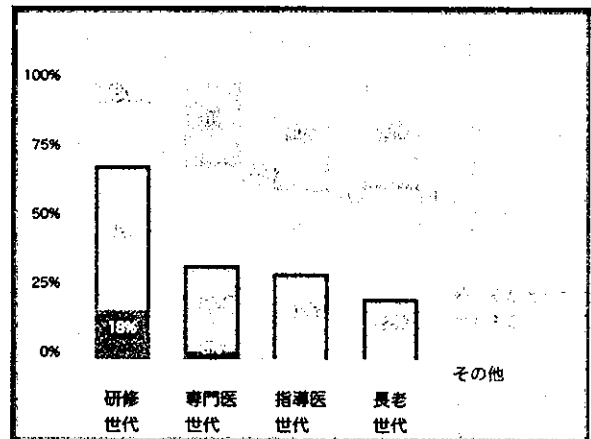
スライドはこのような長時間労働の与える影響についてお伺いした結果です。まず体調、健康に関しては、約 3 分の 2 の方が不安を感じ、実際に 3 分の 1 の方が体調を壊した経験をしていました。国民からいちばん我々に要求されている医療の安全ですけれども、約半分の方が不安を感じており、実に約 4 分の 1 の方が実際に問題を経験されています。



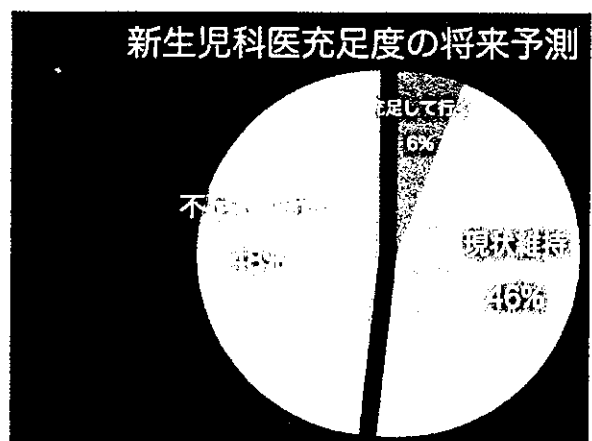
スライドはこのような労働と家庭との両立についてお聞きした結果です。約3分の2の方が家庭が犠牲になっていると回答し、4分の1の方が無理をしてなんとか両立していると回答しています。その無理の内容としては、例えば「常時呼び出されるので家族旅行に出かけたことがない」という非人間的ともいえる実態が明らかとなっています。



次に妊娠・出産選択の自由についてスライドに示します。約4分の1の方が自由に選択する雰囲気があると答えになっております。一方で約半分の方が妊娠・出産があると困惑する雰囲気があると答えられ、驚くべきことに約4分の1の方は無言ないしは明らかな圧力があると回答していました。その圧力の内容ですが、「女医は妊娠してはいけないという覚悟で赴任する」、ないしは「退職になる」という実態が明らかになっています。



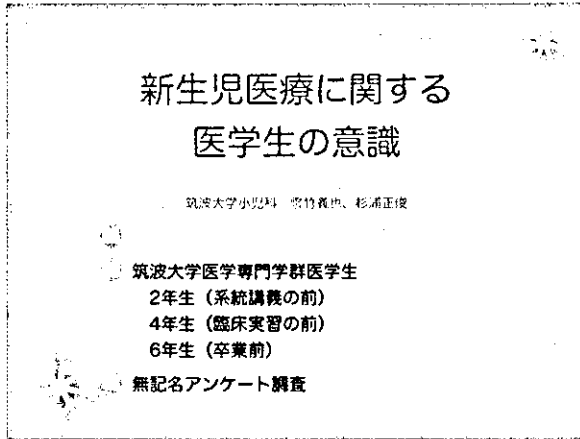
スライドはこのような状況下で新生児科医をいつまでお続けになりますかという質問の結果です。スライド左側よりそれぞれ研修世代、専門医世代、指導医、長老を示しています。「一生続ける」をいちばん上の青で示し、黄色は「ある時期まで続ける」、赤は「続けるかどうか今も分からない」という回答を示しています。こういうふうにして見ますと、研修世代はまだ何をサブスペシャリティに選ぶか決めていないので、当然ながら「続けるかどうか今も分からない」という比率が高くなっております。ところが、専門医世代以降になっても約3分の2の方が「いつまで続けるか分からない」、ないしは「今にも辞めたい」と回答され、この比率は長老世代に至るまで変わっていませんでした。その理由としてスライドには示しませんが、ほとんどの方が体力的な項目を挙げています。



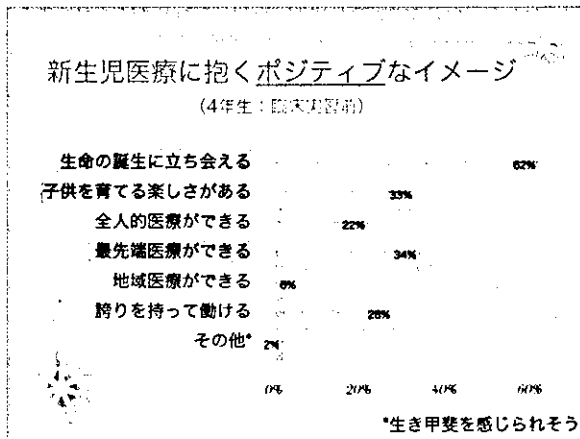
最後に新生児科医の充足について今後どうなるかと予測するかを質問した結果です。約半数の方

小児科新生児科医療の現状と改革への提言 (1)

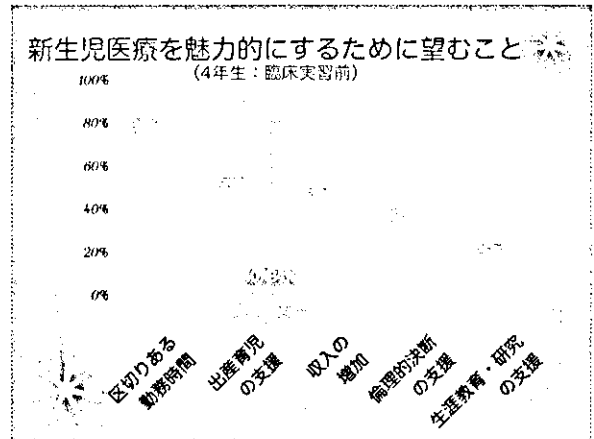
がよりいっそう不足していく、半数弱の方が、今の状態が変わらないと予測しており、良くなると予測された方はわずか6%にとどまっています。



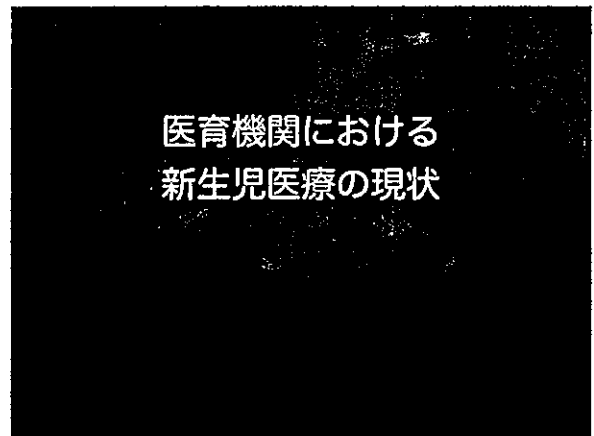
次に医学生に新生児医療がどのように理解されているか調べた結果を報告します。対象は筑波大学の医学部2年、4年、6年生です。スライドには示しませんが、新生児医療は学生の間でも非常に良く認知されていました。



スライドは医学生が新生児医療に抱くポジティブなイメージです。4年生すなわち臨床実習前の調査ですが、既に4年生において「生命の誕生に立ち会える」、「子育ての楽しさがある」、「最先端医療が出来る」、「誇りを持って働ける」など、このようなポジティブなイメージができていました。



逆にネガティブなイメージ、すなわち新生児医療を魅力的にするために望むことをスライドに示します。4年生の時点で既に、「過重勤務である」ということが認識されており、従って、「区切りのある勤務時間が欲しい」、「出産育児の時の支援が欲しい」、こういうイメージが既にできあがっていることが明らかになっています。



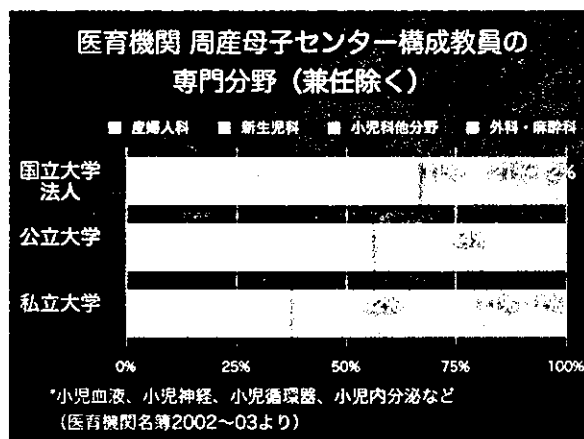
そこでこのような医学生、それから研修医を育てている医育機関において、新生児医療がどうなっているか調査した結果をお示しします。

**医育機関 小児科における
新生児学を専門とする教員の比率**

	教授	助教授	講師	分科会 会員数*
国立大学 法人	4.9%	5.0%	11.8%	15.7 %
公立大学	20.0%	41.2%	17.2%	
私立大学	14.5%	18.3%	16.3%	

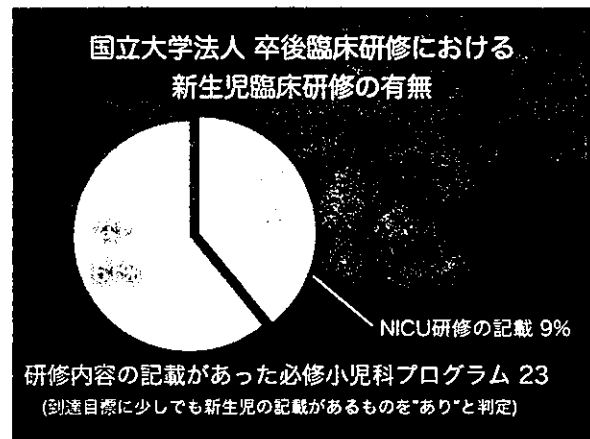
*小児科学会分科会のなかで未熟児新生児学会会員数が占める割合
(医育機関名簿2002~03より)

スライドは、医育機関小児科の教員の中で、新生児医療を専門とする教員が占める比率を調べたものです。出典は2002年から2003年の医育機関名簿です。この中から各教員の専門分野をピックアップしまして分類したところ、スライドに示す結果となりました。小児科学会会員の中で未熟児新生児学会会員数が占める比率が新生児科医の比率とある程度合うのではないかとと思われることより、その比率15.7%と比較してみました。すると私立大学、公立大学においては、教授から講師まで一定の比率で新生児専門教官がいることがわかりました。ところが国立大学法人については、新生児専門の方が非常に少ない傾向があります。



そこで、周産期センターが設置されている大学において、周産期センター所属教員の専門を調べた結果をスライドに示します。上より国立大学法人、公立大学、私立大学の順に、黄色は産婦人科を専門とされている方、青は新生児科を専門とさ

れている方、紫は小児科で新生児以外を専門とされている方を示しています。私立大学、公立大学では、産婦人科医と新生児科医がほぼ同数の比率で勤務しています。国立大学法人においては小児科系が占める割合は大体全体の3分の1で、そのうち新生児を専攻しているものはさらに3分の1を占めるのみでした。



国立大学法人の卒後臨床研修制度において、新生児の研修が、どのように組み込まれているかについて、インターネットを用いて必修プログラムの内容を参照し検討した結果を示します。新生児臨床研修に関する記載があるものは全体の約3分の1で、NICU研修が記載されているものはわずか9%にとどまっています。

**国立大学法人 小児科業績に占める
新生児関連業績の比率**
(代表的大学院大学10大学、邦文論文)

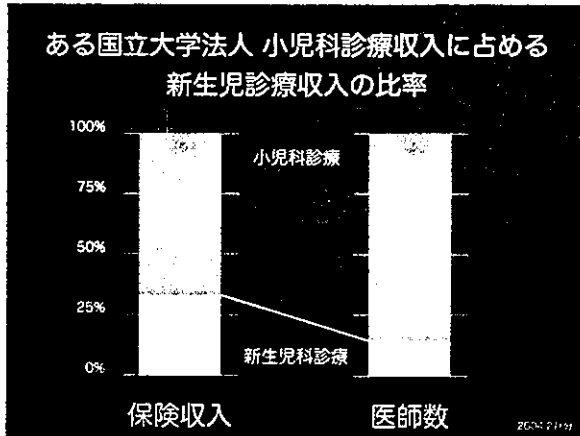
	新生児学関連 論文数	新生児学 専門教員数
小児科全論文 に占める割合	7.1%	9.4%
小児科原著論文 に占める割合	8.0% (実質的には3.9%)	

*大学名 and 小児科”をキーワードに検索・絞り込み
(医学中央雑誌1999-2004)

次に、国立大学法人小児科の中において新生児科関連の業績がどのくらいあるかを調べた結果を示します。対象は代表的な大学院大学10大学で、これらの大学では、新生児専門教員が大体約10%を占めています。小児科全論文数について

小児科新生児科医療の現状と改革への提言 (1)

みると、約7%が新生児に関連するものとなっております。この中で原著論文についてみますと8%、ただしこの中からたまたまその方が新生児期の患者だったというものを除くと、新生児学に関連する論文は約4%であり、教員数に比べて少なくなる傾向がありました。



スライドはある国立大学法人小児科診療の収入に占める新生児診療の比率です。小児科の保険収入のうち約3分の1を新生児が占めておりました。それに対して割かれている医師数はわずか14%であり、NICU加算による収益が人事に反映されていないことがわかります。

小括 (1)

- 新生児科医の勤務は長時間に及び、医療安全上の問題も経験されていた。出産育児など、家庭が犠牲になっていた。
- 全年齢にわたって、約2/3の新生児科医が辞めることを考慮していた。
- ほとんどの新生児科医が医師不足は続く、もしくはさらに減少すると予測していた。

小括 (2)

- 医学部4年の時点で、新生児医療の現状はかなり正確に把握されていた。
- 医育機関、特に国立大学法人において、新生児医療にかける比重が少なかった。

以上、ここまでのまとめをスライドに示します。新生児科医の勤務は長時間に及び、医療安全上の問題も経験されてきました。出産、育児など家庭が犠牲になっていました。その結果全年齢にわたって約3分の2の者が辞めることを考慮していました。ほとんどの新生児科医が医師不足は続く、もしくは更に悪化すると予測していました。医学部4年生の時点で新生児医療の現状はかなり正確に把握されておりました。医育機関、特に国立大学法人において新生児医療にかける比重が少なくなっていました。

新生児科医を確保するために

- 志望者が増える魅力的領域へ
- 女性医師を含め、一生継続できる環境整備
- 医療・業務の効率化

臨床的魅力の広達

高校生・医学生
全人的医療・成育医療の視点

学問的魅力向上(医育機関での)

ブロック毎、医育機関の共同利用
学会雑誌の英文化、複数教授制
臨床研究の理論武装(PBMなど)

卒後臨床研修における新生児研修

新生児蘇生(NRP)

"A Career in Neonatology"
Neonatology on the web

提言なのですが、新生児科医を今後確保するためには、大きくわけて三つの戦略があると考えられます。ひとつは志望者を増やす、そのためには魅力を増やすことであり、もうひとつは、女性医師の問題を含め、新生児科医が長く勤務できる環境を整備すること、3番目は医療業務の効率化であり、この3つの軸に分けて考察させていただきたいと思います。

まず魅力の確保についてですが、先程の新生児科医へのアンケートにおいても多数の方が、新生児科は基本的に非常に魅力的な職場であると回答されています。この魅力をより一層増やすために、そして正確に伝達するために一スライドはアメリカの Neonatology on the web というインターネットのホームページにおいて Career in Neonatology という新生児科とは何か、新生児医学とは何かということを紹介するページですが— このようなものを用いて新生児医療の臨床的魅力を高校生、医学生、研修医等に広報する必要がありますと思われる。その過程で新生児医療が全人的な医療であること、また成育医療の視点を強くアピールする必要があると思われる。

2番目の学問的魅力の向上についてですが、これは医育機関における新生児科医療の地位を向上するために極めて大事だと思われる。そのためには、ブロックごとに医育機関と共同研究する体制、学会雑誌の英文化とインパクトファクターの取得、場合によっては新生児医学講座の開設が望まれます。それから新生児医学というのはどうしても臨床研究が中心になるのですが、臨床研究に対する理論武装、例えばパブリックベーストメディスンなど、このような努力が必要だと思われる。3番目としては卒後臨床研修のなかに新生児研修を織り込むことも重要であり、特に新生児蘇生は分娩を扱う以上は当然行えなければいけないので、こういうものを卒後臨床研修に組み込むことを検討する必要があると思われました。

新生児科医を確保するために

- ・志望者が集める魅力的な領域へ
- ・女性医師を含め、一生継続できる環境整備
- ・医療・業務の効率化

新生児科医の満足度は高い
全サブスペシャリティ中、老人科に次いで2位(64%)

過重労働と待遇の改善

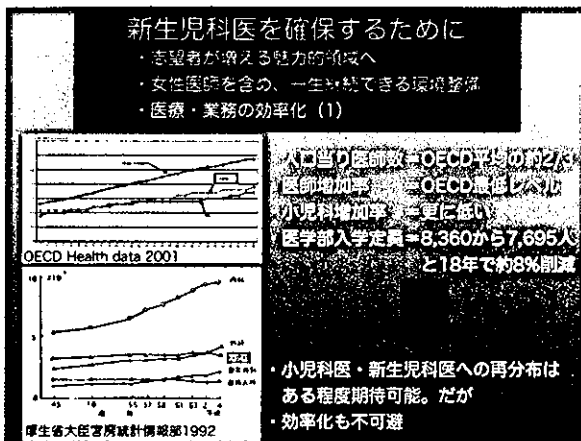
- 当直許可から変形労働時間制へ(当直読替は×)
- 時間外労働の適正化(手当が出なくても残業)
- むしろ、過渡期をどう乗り切るかが問題?
- 財政的施策が新生児科医に還元されない
- 施設基準に専門医? 他の方策は?

多様な勤務形態、進路の確保

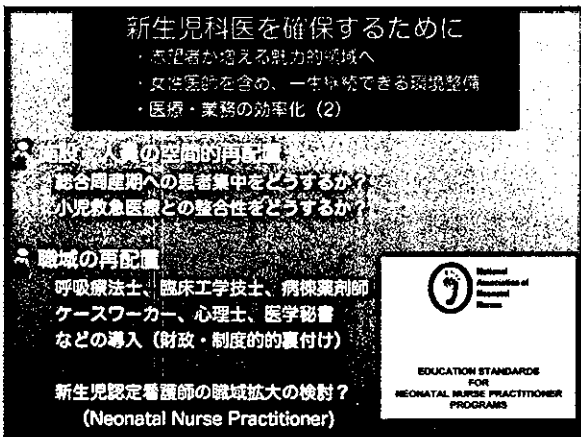
2番目の女性医師を含め、一生新生児科医が勤

務できる環境整備についても考えてみました。先ほど述べましたように、基本的に新生児科医の満足度は高く、アメリカの調査でも、全サブスペシャリティ中、老人科に次いで第2位の満足度を得ています。その高い満足度の足を引っ張っているのが過重労働と待遇の問題です。その過重労働と待遇を改善するため、現在変形労働時間制への移行が進んでいますが、我々はこれを積極的にかつ適切にバックアップする必要があると思われます。今回データをお示ししませんでした。当直制の読み替えは勤務状況の改善に結びついていません。2交代制、3交代制の導入が初めて勤務状況の改善になっていきますので、それを我々は目指すべきだと思われます。更に時間外労働の適正化については手当の有無にかかわらず、残業を届け出ることが有効と思われました。ただし、その過渡期をどうやって乗り切るかは大きな問題であり、一時的には集約化や更なるセンター化が必要になると思われ、これについて学会をあげて対策を立てる必要があると思われています。もうひとつの問題は国からNICU加算など財政的な支援をいただいているとは言えず、還元されるための方策を考えなければいけないと思います。例えば施設基準に専門医を盛り込む、などの方策があるかと思われています。

次に多様な勤務形態の確保ですが、これは女性医師にとって非常に大事なことだと思います。また、将来の進路を確保することも大切で、分娩センターなどの普及により正常新生児を新生児科医が管理するなど、新たな進路の確保が必要だと思われています。

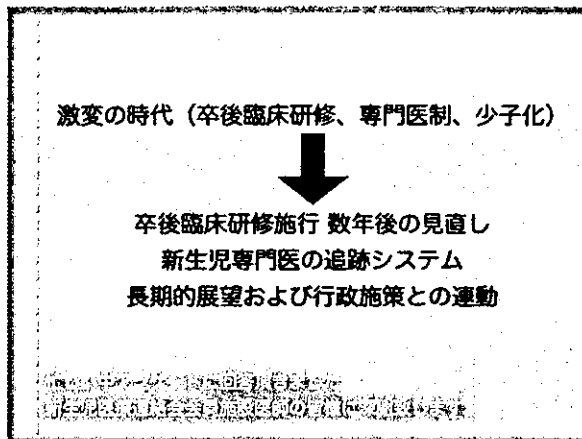


最後に効率化についても簡単に触れたいと思います。細かいところは時間が無いのでとぼしますが、日本の医師の増加率はOECDでも最低レベルです。医師数はOECDの3分の2しかいません。しかも医学部定員は削られています。この中である程度小児科医、新生児科医へ人的資源を再配分することは可能かもしれませんが、一方で効率化を避けることはできないと思われます。



そのためには施設の整理統合や小児救急体制との整合性をどういうふうにとっていくか、空間的再配置が問題になると思います。もうひとつは職域の再配置であり、呼吸療法士や臨床工学技士等我々を助けて下さる方々の職種の導入も検討する必要があります。そのためには、財政制度的裏付けがなければできませんから、その推進が必要

とも思われます。アメリカにおいては Neonatal Nurse practitioner という専門看護師の制度があり、日本では新生児認定看護師が始まったところですが、この認定看護師の職域拡大についても考える必要があると思われました。



以上まとめですが、我々はスライドに示すような激変の時代にいます。特に卒後臨床研修制度が大きく我々に影響すると予測されています。そのため研修制度施行後、これは2年後になりますが、その後戦略について見直しをする必要があります。このためにはABP(American Board of Pediatrics) がやっているような専門医の追跡システムが必要であり、それを踏まえて長期的展望と行政施策との連動が必要だと思われました。最後にこのような機会を与えて下さいました会長及び座長の先生方に感謝します。

藤村 どうもありがとうございました。先生2分だけ残していただきました。1人か2人、ご質問ご意見ありましたら、ただいまの点に、特に分からない点などありましたら、時間ありますけれども、特に積極的にはなさそうですね。では先生、また後でよろしくお願ひします。では次の、埼玉県小児医療センター未熟児新生児科の大野先生お願ひします。

小児科新生児科医療の現状と改革への提言 (2)

—地域病院の立場から—

埼玉県立小児医療センター未熟児新生児科長 大野 勉

表1. 周産期医療施設の設備状況

総合周産期母子医療センター NICU(産科) (22施設中)		地域周産期医療施設および三次周産期医療機関 未熟児新生児科(産科) (10施設中)	
施設規模	1施設当たり	施設規模	1施設当たり
NICU単床数	275 12.0	人工呼吸可能病床	1195 6.2
NICU管理料認可病床	273 11.9	NICU管理料認可病床	548 4.9
産科病室(CO)数	525 23.3	産科病室数	1695 8.6
NICU(産科) (22施設中)		未熟児新生児科(産科) (10施設中)	
NICU11床未満の平均産科	11.0	1施設当りの産科産後床	188.5
1施設当りの産科産後床	267.7	NICU(産科)11床未満の産科 (9施設中)	
NICU(産科)11床未満(22施設中)		NICU(産科)11床以上(10施設中)	
7床未満	0 0	7床未満	69 6.2
7~10床	12 5.5	7~10床	26 2.5
10床以上	10 4.5	10床以上	15 1.8
新生児入院医療管理加算 (22施設中)		NICU(産科)新生児入院医療管理加算 (10施設中)	
採用している	10 45.5	NICU加算の施設承認	施設数 割合 (%)
採用していない	13 59.5	採用している	130 66.7
		採用していない	65 33.3
		新生児管理加算	施設数 割合 (%)
		採用している	64 32.2
		採用していない	131 67.8

大野 司会の先生に協力するため、なるべく原稿主体にして話を進めていきたいと思えます。私に与えられたのは地域病院の立場からということですので、地域病院の立場から新生児科医療の現状と改革への提言をお話させていただきます。

今回の検討にあたっては、周産期医療水準の向上と新生児科医師確保に向けた環境整備に関する具体的な提言を行うわけですが、以下の二つの全国実態調査に基づいて行いました。最初の平成12年の調査は新生児医療を行っている可能性のある1353施設に新生児医療状況についてアンケート調査を行い、1249施設から回答を得、回答率は95.6%と極めて高い回答率でありました。また平成14年度調査は、総合および地域周産期母子医療センター、以下総合および地域と略しますが、そこに認定された施設と、平成12年調査で三次新生児医療施設と自認している計312施設にアンケート調査を行い、併せて各都道府県の周産期医療担当行政官にアンケート調査を行っています。これは左に総合、右に地域および三次医療施設の医療整備状況を比較したものです。左側の総合では規定に合致する設備が十分に

確保されていますが、地域および三次医療施設では1施設平均の人口換気可能病床が6.2床に対して、新生児特定集中治療室管理料、以下NICU管理料と略しますが、取得できているのは4.9床と少なく、回答いただいた施設の3分の1はNICU管理料が認可されていませんでした。更に、スライド下段に示した新生児入院医療管理加算は総合、地域および三次医療施設でわずかな施設しか取得できていませんでした。すなわち、これは人員不足から新生児入院医療管理加算は取得できない施設が多いことを示しており、今年から新生児入院医療管理加算が750点に加算されても、これで人員不足を解消できる報酬額には遠く及ばないと考えられます。

表2. 施設評価と設備状況

施設評価基準				
施設規模	施設数	施設整備	認定基準	認定率
総合周産期C				
A1 ランク	総合周産期母子医療センターに匹敵する施設	人工呼吸器500床年 EJ.W 2100床年		
A2 ランク	総合周産期母子医療センターになる可能性高い	人工呼吸器2000床年 EJ.W 2100床年		
B1 ランク	地域周産期母子医療センターに匹敵、総合Cになる可能性あり	人工呼吸器1000床年 EJ.W 2100床年		
B2 ランク	地域周産期母子医療センターになれる可能性高い	人工呼吸器1000床年		
C,D ランク	地域周産期母子医療センターになれる可能性あり	人工呼吸器あり		

施設規模別の施設設備状況				
施設規模	施設数	独立認定割合	NICU管理料認可施設割合	NICU管理料付床数 (一施設あたり)
総合周産期C	29	100%	100%	12.7床
A1 ランク	19	100%	100%	11.9床
A2 ランク	24	96.0%	96.0%	7.2床
B1 ランク	26	61.5%	62.5%	6.1床
B2 ランク	33	34.4%	45.5%	5.9床
C,D ランク	25	3.2%	7.8%	6.6床

スライド上段は、我々の研究班で作成した新生児医療の運営実績に基づく施設評価を示したものです。三次医療施設は総合周産期母子医療センターに匹敵ないしなる可能性の高いA1ランク、A2ランク、地域に匹敵ないしなる可能性のあるB1、B2施設、その他のC、Dランクに分けられます。そこで平成14年調査で三次施設と自認した施設をこのランク別に分け、施設整備を

小児科新生児科医療の現状と改革への提言 (2)

比較したのがスライド下段ですが、施設整備状況から見ても、この評価基準に合致すると思われま
す。すなわち、運営実績と施設整備状況から見て
この施設評価基準は妥当であり、A ランク施設は
総合に匹敵し、B ランク施設は地域に匹敵すると
考えられます。

表 3. 施設規模別のハイリスク児の内訳

施設規模別にみた入院数とその内訳

施設規模	総入院数	ELBW入院数	ELBW入院率	人工換気数	人工換気数/総入院
総合周産期C	331	26.6	8.0%	96	29%
A1 ランク	342	26.7	7.8%	93.6	27.4%
A2 ランク	234	16	6.8%	62.5	26.7%
B1 ランク	178	5.6	3.1%	36.3	20.4%
B2 ランク	166	3.3	2.0%	16.4	9.9%
C.D ランク	106	2.4	2.3%	6	5.7%

施設規模別にみた超低出生体重児と病的新生児の割合と死亡率

施設規模	出生体重1000-2999g		出生体重1500g以上	
	入院率 (%)	死亡率 (%)	入院率 (%)	死亡率 (%)
総合周産期C	7.9	9.5	9.3	9.5
A1 ランク	6.0	13.2	45.7	12.9
A2 ランク	3.1	15.7	48.5	6.7
B1 ランク	2.3	31.1	50.9	4.0

そこでこの施設評価基準に従って、各ランクごと
と1施設平均の年間入院数とその内訳をスライ
ド上段に示します。A ランクの施設は総入院数、
重症児ケアの割合はほぼ総合に匹敵しており、施
設ランクが下がるごとにハイリスク新生児の割合
は低下していますが、病床規模を考慮しますと、
ランクの下位の施設といえどかなり多くのハイリ
スク児を収容していることが分かります。そこで
スライド下段に示したようにその成績を見ますと、
超低出生体重児では総合とかA ランクの施設に
多く収容され、その死亡率はランク上位の施設ほ
ど低値であり、一方病的成熟新生児の入院はA2
ランク以下の施設に集中しており、死亡率はむし
ろA ランク施設より高いことが分かります。こ
のことから、総合およびA ランクの施設ではよ
り高度な医療が実践され、また要求されているこ
とが明らかになりました。

表 4. 施設規模別の医師数の内訳

施設規模別の小児科と新生児専任医師数

施設規模	平均小児科 専任医師数	平均小児科 非常勤医師数	新生児専任医 師の施設割合	平均新生児 専任医師数
総合周産期C	18.3	2.9	100%	7.1
A1 ランク	12.9	1.3	89.5%	5.8
A2 ランク	9.8	2.2	77.8%	3.4
B1 ランク	8.4	1.8	44.6%	1.5
B2 ランク	7.3	1.8	21.2%	0.6
C.D ランク	5.4	1.7	24%	0.5

地域病院（医育機関と子ども病院を除く）医師数

施設規模	平均小児科 専任医師数	平均小児科 非常勤医師数	新生児専任医 師の施設割合	平均新生児 専任医師数
総合周産期C	12.7	2.6	100%	5.9
A1 ランク	12.6	1.2	84.6%	5.4
A2 ランク	7.8	1.9	67.4%	2.6
B1 ランク	6.0	1.9	35.5%	1.0
B2 ランク	5.6	1.8	21.5%	0.38
C.D ランク	4.5	1.4	15%	0.15

そこで、スライド上段には施設規模別に1施
設当たりの小児科医師と新生児専任医師数を示し
ました。総合では、新生児専任医師数の平均は週
1回の当直対応が可能な7.1人が確保されてい
ますが、A1 ランクの施設では専任医師のいる割
合は89.5%であり、専任医師数も5.8と減り、
ランクが下がるごとに専任医師のいる施設割合と
専任医師数はスライドのごとく極端に減少してい
ます。更に、医師を多く抱える医育機関を除く地
域病院に限って同様の比較をしたのが下段のスラ
イドですが、総合といえど専任医師数は5.9人
であり、ランクが下がるごとに専任医師のいる割
合と専任医師数は更に少なくなる状況が明らかで
した。

表 5. 施設規模別の勤務時間と当直体制

施設規模	勤務時間 (月平均: 時間)	月100時間以上の勤務時間の割合 (%)			
		専任医師	小児科専務	オンコール	
総合周産期C	73.8	62.5	89.2	11.9	0.0
A1 ランク	92.3	85.7	84.2	16.5	0.0
A2 ランク	81.5	75.0	58.0	34.0	0.0
B1 ランク	80.4	65.0	32.1	41.9	24.0
B2 ランク	78.9	78.9	35.6	37.5	45.0
C.D ランク	71.0	39.1	11.5	37.5	50.0

施設規模	当直回数/月	夜間小児科救急 身体割合 (%)	当直明けの体制 (施設割合%)		
			通常通り	要請で勤務	朝まで勤務
総合周産期C	5.2	23.0	70.0	27.5	12.5
A1 ランク	5.9	26.3	73.7	26.3	0.0
A2 ランク	6.6	44.4	83.7	11.0	4.7
B1 ランク	5.5	71.4	88.4	11.0	0.0
B2 ランク	5.1	78.0	90.0	0.0	9.1
C.D ランク	5.4	76.0	84.2	15.0	0.0

そこで、同様の施設規模別に見た新生児当直
医師の勤務時間と当直体制について検討しまし
た。総合では週平均の勤務時間は73.8時間であ
り、月100時間を超える時間外労働を要する施
設の割合は62.5%に達しており、当直体制では
11.8%に小児科との兼務を行っていました。当
直回数は月平均で5.2回であり、23%の施設で

は夜間小児科救急外来をも兼務しており、当直明けでも引き続き通常どおりの勤務をしている施設が半数に見られました。しかし総合はこれでもましな方で、新生児医療の中核を担っているAランクとかBランクの施設では、週の勤務時間の平均は80から90時間以上にも達しており、時間外労働時間が月100時間を超える施設が65から85%にも達していました。しかもこれらの施設では下位の施設ほど小児科との兼務での当直が当然多くなり、月の当直の平均は6回であり、夜間小児科救急外来との兼務割合も多く、当直明けの勤務はほとんどの施設で通常どおりの勤務が行われていました。従って、1月の時間外勤務時間が100時間を超える施設が大部分を占めていました。新生児担当医師の勤務は極めて過酷であります。これは月100時間の時間外労働を禁止しております労働基準法と労働基準局長通達に明らかに違反しています。

総合周産期母子医療センターへの補助金			
1) 総合周産期母子医療センター運営補助費 (17施設、29施設)			
1施設平均	723.5万円	うち国庫補助	221.8万円
2) 周産期ネットワーク事業補助費 (13施設)			
1施設平均	211.8万円	うち国庫補助	65.9万円
3) 周産期研修事業費 (15施設)			
1施設平均	61万円	うち国庫補助	20万円
4) 調査研究費 (10施設)			
1施設平均	89万円	うち国庫補助	31万円
5) 施設整備 (7施設)			
1施設平均	76.7万円	うち国庫補助	12.0万円
地域周産期母子医療センターへの補助金			
運営補助費あり	4施設 (福島、埼玉、千葉、京浜)	21施設	
平均補助費 (1施設当たり)		62.4万円	
国庫補助なし			
その他の補助			
埼玉	二次救急運営費	308.2万円	
富山	施設費	24.6万円	
京都	医師研修費	20.0万円	

これは補助金の状況を示したものです。総合へは1施設平均で7000万円強の補助金が拠出され、それ以外にもスライドに示す補助費があり、併せて1億円の補助金が毎年拠出されていますが、スライド下段に示した地域周産期母子医療センターにあっては、運営費補助がなされているのはわずかスライドに示す4都県のみであり、その平均補助費もわずか600万円程度でした。総合周産期母子医療センターへの補助金に比べ、地域周産期母子医療センターへの補助金は極めて乏しいのが実状です。

表6. 351施設の病床構成、医師数

	NICU管理料認可施設			NICU管理料非認可施設	合計
	全体	NICU7床以上	NICU6床以下		
施設数	209	7	135	142	351
認可病床 又は人工換気病床	1,457	819	598	775	2,232
後方病床	2,779	1,456	1,321	599	3,378
ハイケア相当病床数	2,779	1,456	1,321	775	3,554
NICU担当医数	642	365	274	65	746
不足医師数の試算					
	施設数	必要専任医師 (1施設)	必要専任医師総数	現在の専任医師数	不足数
総合周産期母子医療センター	100	7	700	707	746
地域周産期母子医療センター	251	3	753		
合計	351		1,453	707	746

次に病的新生児を扱うすべての医療機関を対象として95.6%の回答率を得た平成12年の実態調査に基づき、病床の構成と新生児担当医師数から、不足医師数の算定を試みました。この調査で新生児医療の中核となり得るAランク、Bランクの施設は351施設ありました。この351施設のうちNICU管理料が認可されている施設は209施設で、その約3分の2の施設はNICU管理料認可病床は6床以下です。NICU管理料が認められていない非認可施設が142でした。集中治療が行われている病床の総数は2232床ですが、実際にNICU管理料が認可されているのは1457床であり、実際に集中治療が行われている病床の65%程度しかNICU管理料が認可されていませんでした。NICUの担当医師数を見ると、合計でこれら施設には707人の新生児担当医師がいますが、その約半数がNICU6床未満の施設やNICU管理料が非認可施設に分散しており、今後小児救急医療体制の見直しと並行して、医療機能と医療施設の集約化の必要があると考えられます。

そこで、この現状をもとに不足医師数を算定してみました。総合をおよそ人口100万に1箇所として100施設、最低週1回の当直とすると総合1施設あたり7人の専任医師が必要で、合計で700人となります。一方、地域は人口100万人に1から3カ所として残りの251施設とした場合に、小児科との兼務でも最低3人必要となり、合計が753人となります。従って、必要医師数の総数は1453人であり、現存する707人を差し引くと不足医師数は746人

小児科新生児科医療の現状と改革への提言 (2)

となります。現在新生児専任医師の不足はおよそ750人です。しかし、施設の集約化と再配置により、この不足数を減らすことは可能です。

表7. 2000年調査(平成12年)のA,Bランク施設内訳と入院期間

351施設の入院数と子の割合

体重別	351施設 総入院数	全出生に對 する割合	NICU管理料認可施設 (209施設)の入院数	NICU管理料認可施設(209施設) の入院数 / 351施設入院数
~1,000g	2,770	88.7%	2,307	83.3%
1,000~1,500g	4,648	82.3%	3,846	78.4%

施設別入院期間

体重別	東邦大学			自治医科大学		
	NICU	後方病床	合計	NICU	後方病床	合計
~1,000g	75.4日	46.2日	121.6日	58.5日	26.9日	85.4日
1,000~1,500g	37.5日	61.2日	98.7日	36.2日	25.1日	61.3日
1,500g~	16.2日	27.2日	43.4日	9.8日	25.9日	35.7日

体重別	埼玉県立小児医療センター			兵庫県立こども病院		
	NICU	後方病床	合計	NICU	後方病床	合計
~1,000g	57.2日	39.3日	48.3日	41.6日	48.9日	50.3日
1,000~1,500g	19.2日	33.1日	49.3日	5.9日	28.5日	34.4日
1,500g~	7.1日	25.7日	32.8日	7.8日	44.1日	51.9日

スライド最上段はこの351施設の入院実績を示したものです。平成12年に生まれた、こういう1000g以下、あるいは1000gから1500gの日本で生まれた低出生体重児の場合にはそれぞれ98.7%、92.3%の子どもたちがこれら351施設に収容されています。特にNICU管理料認可施設209施設では、その約8割が入院管理されていることがわかります。そこでスライド中下段に示すNICU認可施設の代表として、4施設での実際のNICU入院期間を示してみました。どの施設においても、その出生体重のハイリスク児についても、NICU管理料の認可されている期間の半分程度の期間しかNICU管理料が取得できていないことがわかります。これは、病床不足からより重症の児を入院させざるを得ないために、本来ならNICU管理がまだ必要な児でも後方病床へ移動させなければならないためです。すなわち、NICU管理料は実際には取得可能期間の半分程度しか取得できていません。従って、NICU認可施設の後方病床とNICU管理料非認可施設の人工換気可能病床に新たな管理料の設置が望まれます。

新生児ハイケアユニット入院医療管理料の新設

1. 管理料(1日につき) 5,300点

2. 具備すべき条件
 ①常時小児科医が勤務している。NICU及び小児科との連携は可。
 ②6床に1人の看護師が勤務している。
 ③新生児入院医療管理に準じた施設基準を有している。

4. 管理料5,300点の新設理由と根拠

1) 新設理由
 NICU認可施設にあっては、実際の管理料が算定できる期間の1/2~1/4しか算定されていない。NICU非認可施設の人工換気可能病床では、同様の管理下でも算定されない。

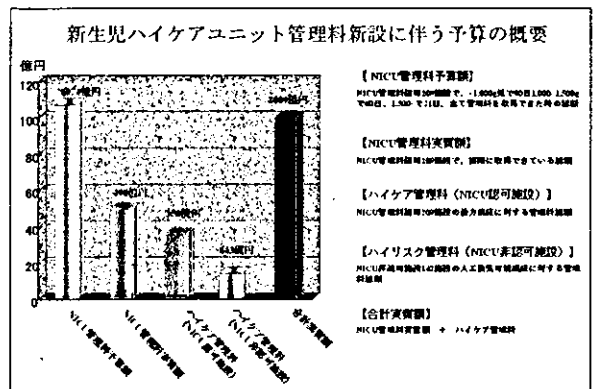
2) 根拠
 $(NICU管理料算定期間 - 実質NICU管理料取得期間) \times 2,540 = (新生児入院医療管理算定期間 - NICU在院期間) \times 5,300$

3. 管理料の対象病床
 ①NICU管理料認可施設の後方病床
 ②NICU非認可施設の人工換気可能病床

↓

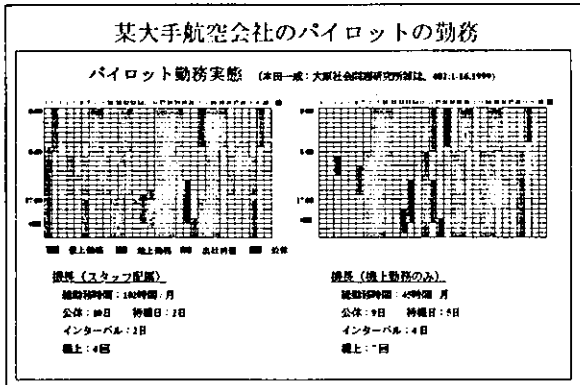
新生児医療の基盤整備が確実となり、真に新生児医療を行う施設の集約化

そこでこの新たな管理料として、今年新たに創設させたハイケアユニット入院医療管理料にほぼ匹敵する新生児ハイケアユニット入院医療管理料の新設を提言します。この管理料の新設の理由は診療内容に見合った診療報酬が得られないためであり、その管理料の算定法はスライドのごとくですが、1日あたり最低でも5300点を管理料として新たに新設するものです。この管理料が新設されれば、新生児医療の基盤整備が確実になり、真に新生児医療を行う施設の集約化が図れるものと考えられます。

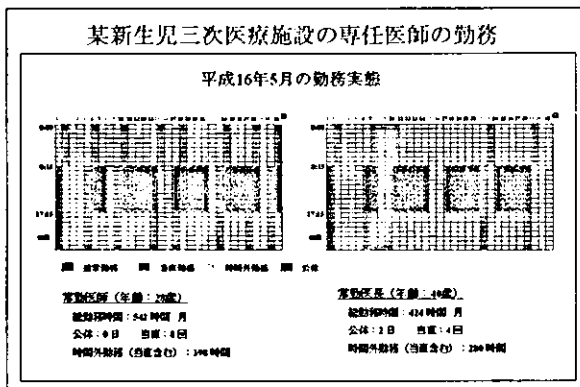


では、実際にこの管理料を新設した場合に、どの程度の予算が必要かを検討したのがこのスライドです。スライドいちばん左の赤のカラムはNICU管理料が認められる期間すべてを対象児が取得した場合の予算額で、総額で1074億円になります。しかし、実際にはNICU管理料がほぼ半分の期間しか取得されてないために、実質総額は試案のカラムのごとく499億円しか使われていません。そこで新たに新生児ハイケアユニット入院医療管理料を新設した場合に、NICU認可施設

と非認可施設で新たに 358 億円と 143 億円が使われますが、これらの管理料三つを合計しても 1000 億円であり、NICU 管理料予算総額を超えるものではありませんでした。



ここでもう一度、医師の勤務実態について述べさせていただきます。このスライドは、某大手航空会社のパイロットのひと月分の勤務を表したものです。左右二つのタイプの機長があります。当然当直や時間外労働はなく、安全性の確保の観点から公休や移動のためのインターバル、原則勤務を要しない待機日が十分に設けられておりまして、月の勤務時間もせいぜい 100 時間程度以内です。



これは某新生児三次医療施設の専任医師の今年の5月の勤務実態です。左は卒後5年目、右は卒後16年目の医師の勤務実態です。緑で示しているのが通常勤務の時間ですが、それ以外に赤で示す当直と黄色で示した時間外労働がほとんどを占めており、休みはおろか睡眠時間さえ確保されていないのが実状であり、パイロットと同じように人の命を預かる立場の医者が、人の命どころか自分の命さえ脅かされている現状です。この事実

は1施設に限ったことでなく、どの新生児産児医療施設でもあることです。これは違法行為です。

母体から胎児、新生児に至るヒト発達過程を連続した生命現象として捉えることができ、未来ある子ども達とその母親が身を委ねる大切な時期である围産期の医療は、まさに「人間学の宝庫」(中野仁雄教授：第107日本小児科学会)であり、医学生や若い医師にとっては、日々真剣に向き合える最も輝きを持った分野である。

↓

しかし、現実にはあまりに負の要因が大きい。

1. 診療内容に応じた診療報酬や補助金が得られていない。
2. 需要に見合った医師が確保されていない。
3. 健康維持のための労働安全衛生や医療の安全性も脅かされている。

では、本来新生児医療とはどういうものであろうか。母体から胎児、新生児に至るヒト発達過程を連続した生命現象として捉えることができ、そして未来ある子どもたちとその母親が身を委ねる大切な時期です。本日座長をしていただいています中野教授が今年の小児科学会でまさに人間学の宝庫とおっしゃっていましたが、医学生や若い医師にとっては日々真剣に向き合える最も輝きをもった分野であり、若い医療者が集まらないはずはないと考えるのです。しかし現実にはあまりに負の要因が大きいのです。その理由は、診療内容に応じた診療報酬や補助金が得られていないために需要に見合った医師が確保されていないこと、更に健康維持のための労働安全衛生や医療の安全性さえも脅かされている悪循環が形成されているためです。

少子化社会対策大綱 平成16年6月

【目的】子どもは社会の希望であり、未来の方である。次代を担う生命がたくましく育ち、自立した責任ある大人となっていく社会への要請は、すべてに優先される時代の要請である。そこで、国の基本政策としてこの大綱を定め、今後5年程度で集中対応に取り組み、その成果を適正に評価・公表して、少子化の流れをまえる政策を強力に推進する。

【重要課題に取り組む28の行動】

5. 「仕事と家庭の両立のしやすさ」	22. 小児医療体制の充実
ファミリー・フレンドリー企業の実践	病院小児医療の不採算、医師の過労労働の根幹的解決
6. 1歳4ヶ月までの育児休業期間の延長	小児科・産科医師の確保・育成、診療報酬改定
男性・女性の育児休業取得率促進	小児科を初期研修の基幹研修科目
7. 男性の子育て参加促進	コ・メディカルの十分な確保
8. 年次休暇取得促進、時間外労働削減	児童福祉、教育等関係機関との連携整備
多様な業種ワークシェアリング	23. 妊娠・出産の支援体制、围産期医療体制の充実
9. 産前産後休業など母性保護規定の徹底	満足できる「いのち産」の普及
10. 再就職等の促進 両立支援ハローワーク	围産期医療体制の充実、診療報酬改定
16. 親と子の育ちの場、子育てサポーター	24. 不妊治療への支援等
20. 発達支援センターの整備	

今年6月に内閣総理大臣を会長とした少子化社会対策会議において少子化社会対策大綱が策定されました。このことについては、この後のス

ピーカーである谷口先生が相当ご尽力されていますし、またこの後でその詳細をお聞きできると思えますが、今後5年程度で少子化の流れを変える具体的な行動を強力に推進していくというものです。その中に盛り込まれた重要課題に取り組む28の行動の中に、スライドに示すシンポジウムに関連した事項も多数含まれています。特に女性や労働者の仕事と家庭を両立できる労働環境の改善と子育て支援、障害者支援に加え、黄色で示したように小児医療や周産期医療の充実として、病院小児医療の不採算制や医師の過重労働の構造的改革、小児科産科医師の確保・育成と診療報酬の改善、小児科を初期研修の基本項目とするなど、具体的な項目が多数盛り込まれています。

【提言】

1. 劣悪な労働環境の改善
 - 1) 働く医師者の労働改革：病院に対する規制は患者を守るものであり、医師者を守るものでないため、保護が必要な労働者とみなされない。
 「医師の当直」：医療法で義務付けられているが、労基法では仕事のない留守番と認定されている。時間外労働とみなされない。
 - 2) 医療体制の集約化：限られた人材を有効活用
 - 3) 診療報酬の改善：新生児ハイケアユニット管理科 5,300点の新設
 地域周産期母子医療センターへの補助金
2. 初期研修プログラムに小児科主体、周産期医療主体のプログラム
3. 医育機関の卒後統一カリキュラム：最低1年以上のエレクトティブコース新設
4. 人材バンク創設：人的交流、再就職の促進
5. 専門医制度の普及：専門医研修施設への派遣を医育機関が積極的に派遣する体制の確保
6. 施設評価と情報公開：病院機能評価機関にみられる患者サイドからの形式的評価だけでなく、医療従事者の労働安全衛生、働きやすい職場環境や運営実績を加味する。
7. 少子化社会対策大綱の迅速で確実な具体化

そこで以上話をさせていただいた点をふまえ、地域病院で働く医師として考えられる新生児医療への改革の提言をさせていただきます。まず改善しなければならないのは、すでに述べた劣悪な労働環境を改善しなければならないということです。そのためにはまず初めに新生児医療の現場で働く医師自身の意識を変えなければなりません。一般に医師は医療サービス提供者とみなされ、保護が必要な労働者とはみなされていないし、自分自身もそう感じていないのではないのでしょうか。医療者自身が直面する労働安全衛生にもっと目を向けなければいけません。特に医師の当直は新生児医療にあっては通常勤務するよりはるかに過酷であるにもかかわらず、労働基準法では仕事のない留守番と想定され、時間外労働とはみなされていま

せん。この点を強く訴える必要があると考えます。また、限られた人材を有効活用するためには、分散している人材を集約する必要があり、そして最も重要なのは診療報酬の見直し改善であり、特に新生児ハイケアユニット入院医療管理料の新設を強く希望するものです。更に地域病院の立場から、現在の画一的な初期研修プログラムだけではなく、小児科主体、周産期主体のプログラムが組める体制を確保していただき、医育機関にあっては小児科の卒後カリキュラムを統一して、そのなかに最低1年以上、国内国外を問わず、また関連病院にこだわらず、本人の自由意志で研修先が決められるようなエレクトティブコースをぜひ新設していただき、さらに人的交流や、あるいは一度退職した人が再就職できるための人材バンクを創設し、また今年から始まった新生児の専門医師制度にあっては、専門医研修施設への派遣を医育機関が積極的に派遣する体制を確保すること。また、病院機能評価に見られる患者サイドからの形式的評価だけでなく、医療従事者の労働安全衛生、働きやすい職場環境や運営実績をも加味した施設評価と情報公開が必要であると考えます。そして何より少子化社会対策大綱で掲げたアクションプランを速やかに確実に具体化していただくことが、世界に冠たる日本の周産期医療の実績の基盤強化につながるものと確信しているものです。ご静聴ありがとうございました。

藤村 ありがとうございます。ちょうど時間のようですね。質問はまた後から。ずっと第一線と言いますか、ベテランの先生方のプレゼンテーションを伺ってきたわけですが、ここで今日わざわざお忙しいところを厚生労働省母子保健課長の谷口隆先生においでいただいていますので、お話を伺いたいと思います。谷口先生はこのシンポジウム主催の鴨下先生の班の主管課の課長さんでもあられます。タイトルは「小児科産科若手医師の確保・育成 ～周産期新生児医療の視点から～」。よろしく願います。