

周産期新生児医療の視点から

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長 谷口 隆

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 =

谷口 厚生労働省の谷口です。貴重なお時間を拝借いたしまして拙い話を聞いていただけること、大変光栄に存じています。よろしくお願ひします。

基本的に周産期新生児の話として考える問題はいくつかあるかと思いますが、まずその前に一般的な問題、小児科産科にはとにかく構造的な問題があるだろうということで、その点についてまずお話をさせていただければ、と思っています。これまで4人の先生方がずっとホームランを飛ばし続けてこられまして、我々はどちらかと言うとそのホームランを顔面に当てられているような感じがしました。ノックアウト寸前という気もしていますが、周産期新生児医療につきましては従前から厚生労働省としても大変重要な課題であるというふうに認識をしておいたこと、これだけは間違いのない事実です。ご案内だと思ひますが、新エンゼルプラン、それから健やか親子21という、実は母子保健の21世紀におけるブランドデザインを示したものがあつたのですが、これはちょっとまだ認識が先生方にないかもあつたかもしれません。そういったものであつたら、先ほどのご発言

にもございましたが、新たに少子化社会対策大綱というところで、特に周産期新生児医療の重要性をアピールをしまして、今後も国をあげて努力をしていくという姿勢を持ち続けていることについては間違いのない事実です。そういうところだけはまずご理解をいただければと思っています。

一般的問題

A. 医師としてのワークフォース

小児科・・・いわゆる「内科小児科」のリタイア
産科・・・産科クリニック離れ
女性医師の離職

B. 労働環境

休日夜間小児救急への対応
産科当直

C. 将来への希望

少子高齢化の影響

まず一般的な話ですが、これは前から先生方ご案内のとおり、医師としてのワークフォースの問題があります。小児科におきましては、いわゆる地域において内科小児科というかたちでいわゆる家庭医機能を持っていた先生方がご高齢によってリタイアされていくということで、小児科のワークフォースが減ってきているというお話がいちばん大きいのではないかと思います。少なくとも、小児の専門医の先生方は微増ではありますが増えているということからしますと、基本的な医療のワークフォースというのはそういった内科小児科のリタイアの問題がいちばん大きいのだらうと考えています。産科につきましては、これはなかなか意見が分かれるのかもあつたかもしれませんが、我々は少なくとも患者さんのクリニック離れがここ数

十年間あったということは事実で、最近では復活はしていますが、そういった歴史的な経緯があったということと、それから後でも述べますが訴訟の問題でも嫌気がさしてクリニックをたたまれる先生方も結構多いということでした、それは数字の上で産科の診療所が減ってきているというかたちに出てきているわけです。それから女性医師、これも我々の責任の大なるところがありますが、なかなかうまく職を続けられなくてお辞めになる。こういった問題がすべて影響しあって医師としてのワークフォースが落ちてきているということがひとつ。

それから、労働環境の問題、これは休日夜間、小児の救急への対応がうまくいっていないこと。産科の当直をご指摘されてまいりました。そのとおりです。将来への希望ということも何人かの先生方ご指摘いただきました。結局こういったことについて、一般的なテーマとしてどのように対応していくかということを考えないとやはりなかなか問題としては難しいのだろうと思っています。ただ、やれることやれないこと様々ありますが、例えば女性医師についてどのようにしていくかということ。根本的な解決というのはなかなか難しいのですが、例えば大阪の厚生年金病院などでは、女性医師だけではありませんが、妊娠中の女性に対して職員駐車場をまず優先的に割り当てるといふふうなこともされているそうです。非常に細かい話かもしれませんが、院長さんのリーダーシップでもってかなりの部分が、かなりの部分という言いすぎかもしれませんが、できるということはおかなりご指摘をされていらっしゃると思います。その辺もひとつのヒントになるのではないかと感じています。

固有問題
＝ 周産期・新生児医療の構造的課題 ＝

- A. 低出生体重児の増加
不妊治療
妊婦のやせ願望
- B. 周産期医療レベルの向上
ハイリスク児の生存
- C. 地域周産期医療体制
周産期医療ネットワーク
- D. NICU後の受け皿の未整備

(付) 訴訟の増加

次ですが、これから固有の問題に入らせていただきます。周産期新生児医療について少し我々の考えていることを述べさせていただきますが、大きく低出生体重児が増えたというような話から、最後のNICUの後の受け皿の未整備の問題まで4つばかりの視点に分けて考えてまいりたいと思っています。

A. 低出生体重児の増加

- 不妊治療
多胎の防止
学会ガイドラインによる規制
- 妊婦のやせ願望
保健指導時
妊婦検診時

} の適切な指導

まず低出生体重児の増加というのがベースにあるのではないかと、ということをお我々としては非常に重く感じています。その理由というのはいくつかあるのかもしれませんが、ひとつは不妊治療、もうひとつは、妊婦さんの痩せ願望にあるのではないかと考えています。不妊治療については学会でも多胎の防止ということをいろいろとお考えをいただいていると思いますが、少なくとも多胎児を減らすということをお考えていかないと、今後も多胎による低出生体重というものが相変わらず増えて、それがすなわち周産期医療への負荷をずっとかけ続けるということになるのではないかと我々

は考えています。

それから妊婦さんの痩せ願望の話ですが、若い女性が痩せたいという気持ちを持っているところの意識から変えなければいけない部分もあるかと思いますが、我々の反省として妊娠中毒症の予防ということから、とにかく体重をあまり増やしすぎてはいけないということ、市町村レベル、保健所レベルにおいてかなり保健師さんあたりを中心に強烈にやったという歴史があります。そこに対する反省があるのではないかとということで、今巻き戻しをしている最中ですが、適切な体重増加というのは当たり前なのであるという指導をまずしなくてははいけません。もちろん妊娠中毒症を抑えなくてははいませんが、あまりに体重増加というものをシビアに考えすぎている妊婦さんに対しては、もう少し気楽な気持ちを持ちなさいという意味の指導をすると切り替えなくてははいけないのだろうと考えています。これにつきましては地域保健の分野だけではなくて、やはりずっと妊娠中フォローしていただける産科の先生方にも十分にご理解をいただかないとなかなかうまくいきませんので、この辺もあわせてご協力をいただく必要があるのかなと考えています。

B. 周産期医療レベルの向上

ハイリスク児の生存

重度障害と生命予後の判断

生命倫理と過剰医療

重症障害新生児医療のガイドライン

この辺からある意味でちょっと本論に入っていますが、基本的に周産期医療レベルが向上した、これ自体はいいことではあるかと思いますが、その結果として昔であれば不幸にして亡くなっていた子どもさんが生存する。ただ生存するだけでなく当然障害を持って生存していくということで、なかなかインタクトサバイバルという

のは難しいと思うのですが、そういう現状が出てきているのではなかろうかということです。あえて誤解を恐れずに言えば、生命倫理という問題と、それから過剰医療の天秤をどのように考えるかということが、今後の大きな課題ではなかろうかなと思います。これについては、新生児医学会で重症障害新生児医療のガイドラインをいろいろご検討されていると承っていますが、新生児サイドではなくて産科サイド、小児科産科併せてこの辺の問題を今後ご議論いただくことも必要であるのかなという感じがしています。

C. 地域周産期医療体制

開業産科医院の減少と技術的課題

周産期医療ネットワークの役割

総合周産期センターと地域周産期センター

バースセンター構想

地域医療機関の再編統合化

地域医療計画における位置づけ

それから医療体制の問題につきましてもずっとご指摘をいただいていますので、屋上屋を重ねるような議論はしたくありませんが、開業されている産科のクリニックについて今後技術的な維持が十分可能であればいいと思いますが、1人でやっている間には技術的な練磨というのはなかなか難しいという状況もありまして、ずっとやっていけるのだろうかということです。それから周産期医療ネットワーク、平成8年から立ち上げていますが、これが本当に本来的な意義を果たしているのだろうかということ。その中で総合センター、地域センターの問題もご指摘いただきましたが、確かに総合センターに対してはなにがしかの支援もしていますが、地域センターに対してはまだまだ十分にできていない。この問題を今後どう考えるかということも私どもに対して突きつけられた課題であると考えています。まだ結論は出ていませんが、地域センターに対しても今後公的な支援がどうしても必要だろうと私どもも考えています。

何らかの対応をしたいと思っているところです。それからバースセンター構想等につきましても、病病連携、そして病診連携という視点から今後安全性ということを中心と、まさにその視点に立って、可能であればそういったバースセンターみたいなもののシステムを周産期医療ネットワークの中にきちんと組み入れられないかということ、私どもとしても考えているところです。そういったことを考えたうえで、なおかつやはり今のスタッフの現状、今後のそういう医療提供体制の見直し等をふまえますと、どうしても再編、統合化というのは避けられないものだとも私ども認識しています。地域医療というのは今各県で医療計画に基づいてやっていただくことになっていますが、これももうすでにご指摘いただきましたが、産科の地域医療計画、小児科の地域医療計画というかたちのものはありません。何科であれ十把一絡げで医療計画ということになっていきますので、それをもうちょっと産科なら産科、小児科なら小児科、この学会は周産期新生児ですので、そういう視点から見た場合の、地域における周産期医療としての二次医療圏はどういうふうにあるべきなのかというかたちというのが必要です。それを各県ごとにやはり医療計画の中に盛り込んでいただきたいと考えています。医療法のなかの医療計画ですので、医療計画にそういうものを書き込みなさいという義務的な規定というのは法律上まだないのですが、我々としてはもうすでに大昔から医療計画の中にそういうことを書き込んで下さいというお願いをしまして、これはむしろ先生方、地域において周産期医療協議会が県の中に設置をすべきものであるということをご案内だろうと思しますので、その中で議論していただいて、県のほうにぜひこういうものをちゃんと医療計画のなかに位置づけるように、先生方からもぜひ働きかけをしていただきたいと思います。我々としてもなお一層努力はしますが、現場でやはりいちばん事情をご案内の先生方でいらっしゃると思いますので、県のほうにぜひ働きかけをしていただければと考えているわけです。

D. NICU後の受け皿の未整備

地域療育体制
成育委託研究
旧国立療養所重心施設の活用
診療報酬によるインセンティブ

もう1つ、NICUの後、後方医療の問題出てまいりましたが、この問題についても大きな課題であろうと考えています。基本的には治ればいちばんいいのですが、治らずにどうしても滞留してしまう、これ以上の医療はいらないのだけど何らかのケアは必要であるという方々が今後も増えてくることは間違いないと思いますので、地域においていかに療育ができるかというシステムを我々も作ろうとしています。成育委託研究と書いてありますが、これは成育医療センターの研究費で、今こういった問題の研究をしていただいています。我々も入って一緒に議論していますが、例えば旧国立療養所をどのように活用していけばこういうのができるだろうかとか、新たな施設体系として、お年寄りの場合は老人保健施設という新たな施設を老人保健法制定時に作りまして医療機関と在宅の橋渡しをしましたが、それと同じようなかたちで小児保健施設みたいなものができるのだろうかとか、そういった場合に診療報酬のインセンティブはどうなるのだろうかとか、そういった議論もしています。そういう意味で、今後のNICUの滞留を防ぐということの観点から、地域におけるNICUの後の受け皿の問題というのを考えているところなんです。

(付) 訴訟の増加

新しい医療技術と治療の選択

患者自身の決定と医師の説明責任

患者のQOLと医療機関の都合

計画分娩と子宮収縮剤

後、これはおまけの話です。特に産科サイド、周産期分野において訴訟が増えてきている、大問題である。そもそも私どもが今鴨下先生にお願いをしていますこの研究の発端の一部も、坂口大臣が産科の訴訟が大変だねという発想を持たれた、それも結構大きな理由だったわけです。これに対する根本的な解決方法があるのか、なかなか難しいのですが、ひとつは言うまでもないことですが、新しい医療技術を施行する際に治療の選択というものをお医者自身が決めるということはやってはいけません。当然ですが、十分に事前に説明した上で患者さん自身の理解と決定に重きを置くということ。それから、もうひとつは患者のQOLと医療機関の都合のジレンマをどう裁くかということだろうと思います。いい例かどうかわかりませんが、病院にしてみますと計画分娩はやりたがっているところは依然多いと私ども聞いています。そうなれば子宮収縮剤を使う、それでもって事故が起ころ、訴訟になる。こういうことをいかに防いでいくかということは、まさに患者さんが良いお産をしたいということと医療機関の都合がどうコンフリクトするかということの表れだろうと思っています。この辺もぜひ学会でご議論いただきまして、何らかの方向性というものをを出していただければと考えているところです。どうもありがとうございました。

藤村 どうもありがとうございました。どうぞ、まだちょっと時間残していただきましたので。ただ今のご発表で何かご質問とかありましたら、

ちょっと聞かせていただけたらと思いますが。先ほど課長の初めの方のスライドで一般的問題ということのスタート切られましたが、内科小児科のリタイヤという言葉を使われましたので、質問ですが、あれは旧医専卒の内科小児科医と言われる人たちが一斉に75歳くらいになってリタイヤしたという意味でしょうか。

谷口 旧医専に限定してはいけないと思いますが、田舎のほうではとにかく内科だけではだめで、家庭全体を見なくてはいけないという意味で、内科であろうが小児科であろうが、場合によっては産科も一緒かもしれないですが、そういう先生方がリタイヤされたというふうに我々は捉えています。
中野 先ほど重要なご指摘があったので、それを印象付けて皆さんと分けあって持ち帰りたいために聞いています。地域のための、地域による、地域が策定する地域医療計画を周産期と新生児版としてお作りなさいと、持って帰って言いなさい、これはそのまま受けて持って帰って言うのですが、よろしいですね。

谷口 あえて申しますと、周産期とか小児とか産科とか、私は分けないほうがいいのではないかと考えています。成育医療センターがあるからという意味ではないですが、むしろ成育ぐらいの大きな概念で医療機関の配置だとか、そういうことを作っていただくような発想というのがあっていいのではないかと考えています。いずれにしても、今はもう内科も外科も何もかも一緒にした医療計画です。それではまずかろうという意味です。

中野 まったく同感です。ありがとうございます。
藤村 他にありませんか。まだ時間ありますので、すみません。再編統合とスライドで書かれましたですね。あの言葉の意味なのですが、私ども確かに効率化、集約化という言葉を使いますが、いくつかのものをひとつにまとめてしまうというイメージよりは、どんぐりの背比べで5個あるの4つはダウンサイジングして、その戦力をひとつに集めて集約化するけれども、再編統合というイメージを小児科サイドでは持ってないのですが、先生の再編統合という言葉でそこが少しずれるかなという気がしたのですが。

谷口 戦力を分散せずに集約するという意味ではまったく一緒です。ただその際に、先生方のイメージは多分引き上げられるほうの病院もなにがしかの機能を持って存続をするのではないかということが根底にあると思いますが、私はそこを進めまして、それでは例えば産科などを引き上げてしまえば経営が成り立っていかないというお話もあります。そういうところというのは場合によっ

ては、店を畳んでもいいではないかというくらいの気持ちがあるということです。

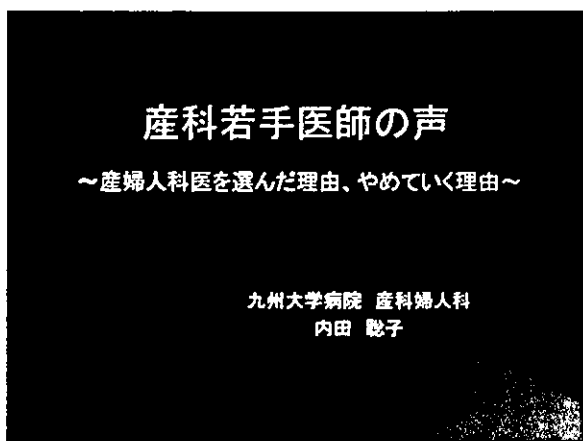
藤村 他にありませんか。ではありがとうございました。

中野 それではこの後続けて指定のご発言をお二人お願いしています。まずは産婦人科の九州大学の内田先生、よろしくお願いします。

産科若手医師の声

～産婦人科医を選んだ理由、やめていく理由～

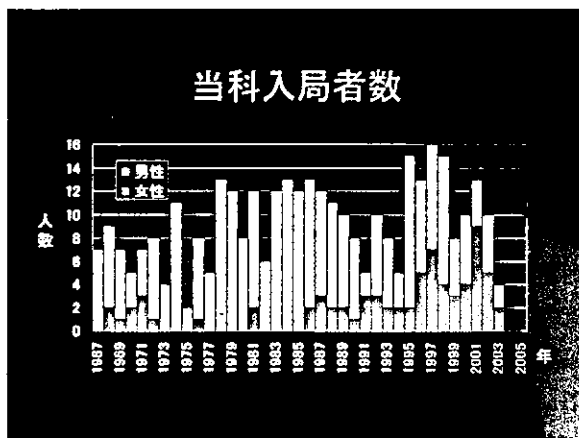
九州大学病院産科婦人科 内田 聡子



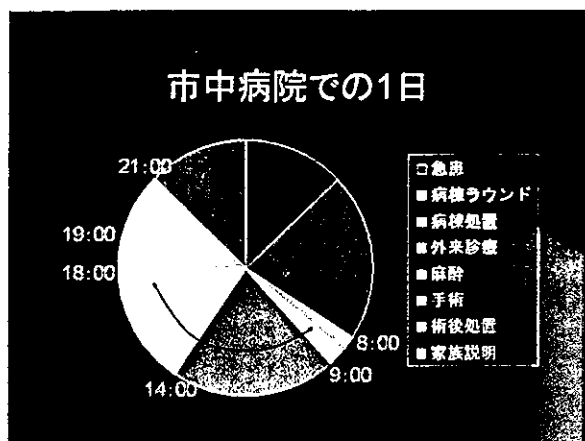
内田 今回私は若手産科医、特に女性医師としての立場から今実際に働いている現状を、医学医療というのは進んできているが、勤務生活としてはまったく向上していないという現実を述べさせていただきたいと思います。

私が大学を卒業したのは10年前のことになります。当時は、最初から“女医お断り”という科が多数ありました。そのなかで産婦人科は女医を歓迎する雰囲気があり、これからの産婦人科では女性であることがメリットになり得ると思いました。それに加えて、産科は子どもをつくるということに関わる領域であることが大きな魅力でした。仕事には大きく分けて新しく何かをつくる仕事、壊れたものを修繕する仕事、役割を終えたものを処分する仕事、それらの間をマネジメントする仕事という四つがあると思われます。医療において何かをつくるという領域はまだ非常に限られていますが、新しい命を育むということは将来につながり、人類の未来へもつながる。たとえ夜中に呼ばれても、“おめでとう”と言ってニコニコと帰れる科は他にはないであろう、そう考

えて私は産婦人科を選びました。



これは昭和42年からの九州大学産科婦人科学教室への入局者数の推移です。年によって増減はありますが、入局者数が激減しているという印象はありません。ただ目立つのは女性医師の割合の増加です。特に96年くらいからの8年間は著しく増加しています。女性医師にとって、入局から10年というのは医師としてのトレーニング期間であるとともに、妊娠あるいは出産に適した年齢を迎える時期です。専門医の資格を取り、また医学博士を取り、仕事上でも責任ある立場になってまいります。一方で自分の年齢のことを考えるとそろそろ子どもをとという時期でもあり、あるいは早くに子どもを持った方は子どもが小学生となり、これまでの保育園のような長時間子どもを預かってくれるという施設を失います。仕事と家庭との板ばさみになり始めるという時期と考えられます。



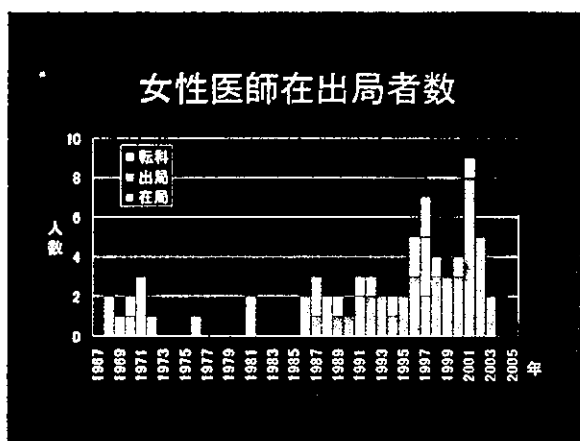
この時期の仕事の様子の1例として、私が7、8年目に実際に勤務した関連病院での典型的な1日を示します。スタッフは部長と私との2人。それに加えて4カ月ごとにローテートする研修医が1人いる病院でした。朝8時ごろに出勤し、入院患者のラウンドを行い、8時半より術後の創交や診察を行います。9時ごろから外来へ。外来を受診する患者さんは1日平均およそ60人、多い日で80人ほどいました。これらの患者さんを部長と2人で診療するわけですが、1人平均10分という診療時間として5時間、およそ2時ごろに外来終了となります。2時にはすでに手術患者が搬入となっており、慌てて術着に着替えて麻酔医としては殆どトレーニングを受けていない私が麻酔をするわけです。5時過ぎまで手術、その後標本整理などを行って病棟へ戻ると、その日入院してきた患者さんや次の日の手術症例の術前説明が待っているわけです。それからやっとその日の検査結果やモニターの確認をする時間となります。そうして患者さんが寝てしまう9時の消灯を迎える前に入院患者さんのエコーをし、病棟をラウンドして、カルテを書き、手術記録を書き、サマリーを作って保険の書類、診断書、そういったものを作ります。

病棟から医局へ戻ると出席するようにと連絡はあったものの、当然この勤務では出席できなかった会議の資料が机の上にドーンと載っているわけです。これも問題のひとつで、会議に出る暇がないために、待遇改善等を訴える場というか時間がないということになります。また、この間昼食夕

食をとる時間はまずないということをつけ加えておきます。これに加えて日中、特に午前中の分娩で何らかのトラブルがあり、研修医だけで対応ができない場合には外来の中断、緊急帝王切開術が必要になれば、受付を済ませた外来患者さんにも謝って帰っていただき、外来を閉めてしまうということもありました。夜の分娩は週3、4日は研修医が、1、2日は私がオンコール、残り1、2日を大学に依頼するというかたちでしたが、緊急時に備えてスタッフのどちらかは年末年始を含めて必ず市内に待機するということが必要でした。結果として、この病院に勤めている間、市内で開催される学会にしか参加することはできませんでした。

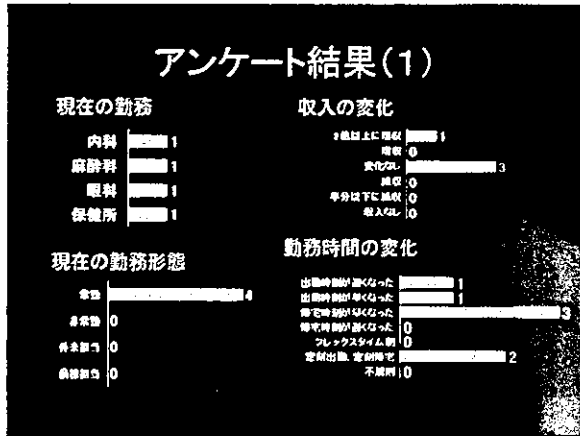
大学病院に戻っても、勤務の状況には大きな変化はありません。担当患者を持つ主治医であれば、病棟の仕事が終わるのは10時から11時ごろ、手術があった日は午前様になるのが普通です。

1日のほとんどすべて、そして1年のうち365日を医師として過ごさなくては、この勤務を責任を持ってこなすことは不可能です。結婚して子どもができた場合、家族の食事を自分の手で作りたいたいというささやかな願いを叶えるには、今まで行ってきたような勤務も、今行っているような勤務もとても不可能です。しばらくは非常勤で外来だけの診療を行うか、あるいはお休みするか、きっとどちらかになるだろうな、と漠然とですが考えています。



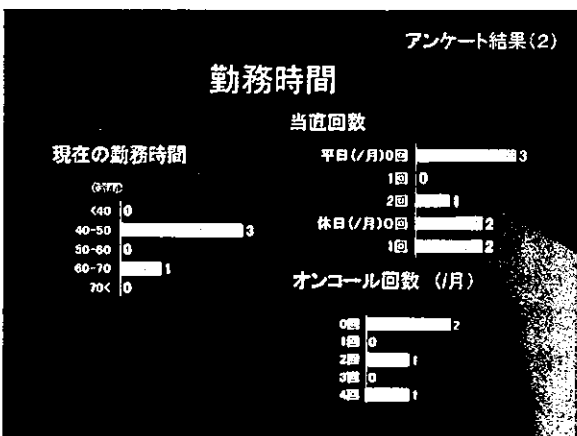
産婦人科以外の科でも女性医師の割合は増えていると思われていますが、他の科の現状はどうなので

しょう。九大産婦人科に入局したが、その後産婦人科医を辞めてほかの科に転科した女性医師が10人いました。その方々にアンケートを行いました。



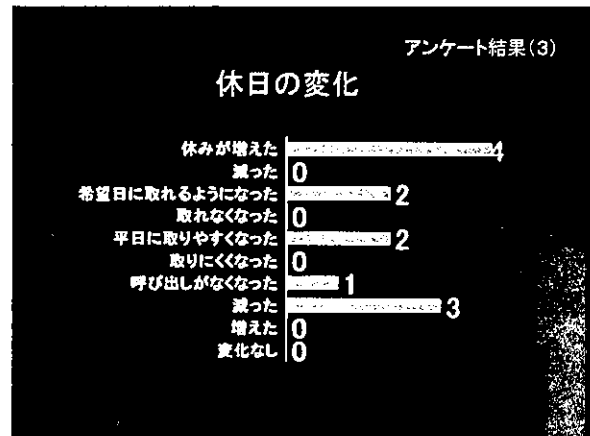
回収率は40%、すなわち4人の方から回答を得ることができました。統計できる数ではありませんが、実際に産婦人科医としてもう働いていくことはできないと判断した方々の考えや、転科後の状況から産婦人科医の抱える問題と改革のヒントが垣間見られるのではないかと考え、提示します。

まず、回答いただいた4人の方々が転科した先は、内科、麻酔科、眼科、保健所でした。4人とも常勤医として働いており、3人は収入の変化はまったくありませんでした。勤務時間は出勤時刻が遅くなった、逆に早くなった、帰宅時間が早くなった、定刻出勤、定刻帰宅が可能になった、との回答でした。

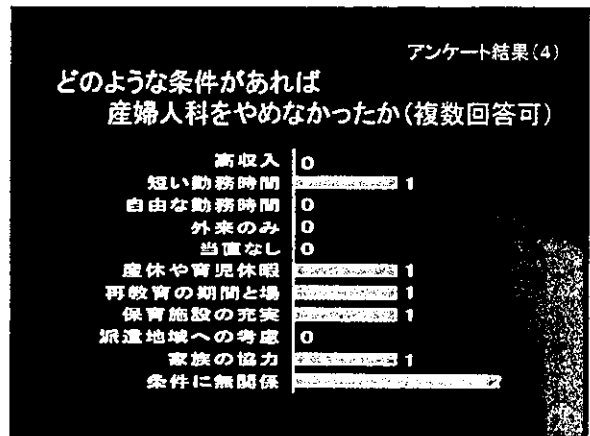


勤務時間は1週間に40 - 50時間が3人、

60 - 70時間が1人でした。常勤の産婦人科に比較するとかなり短く、当直回数、オンコール回数ともに少なく、差は歴然としています。

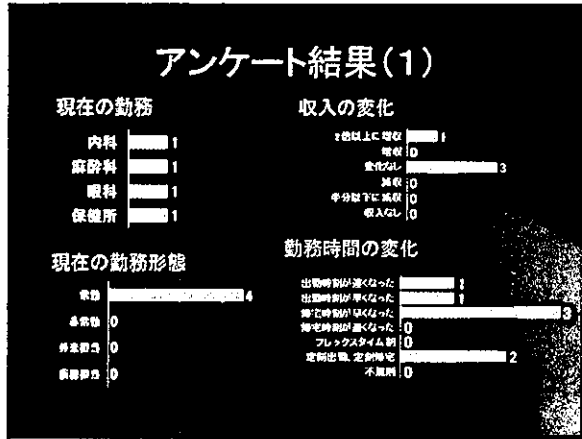


休日に関しては4人すべてが休みが増え、休日の呼び出しが無くなった、あるいは減ったということでした。



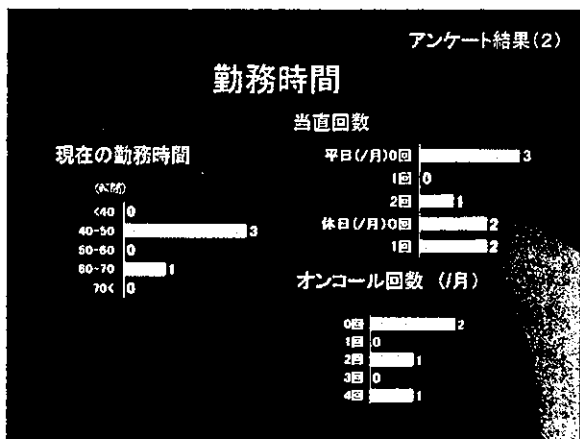
どのような条件が整っていれば、産婦人科を辞めずに済んだかという問いに対する回答は様々でした。ただ、高収入と答えた方はなく、収入よりも仕事と家庭にかかる時間のバランスに関するものが多いようでした。

しょう。九大産婦人科に入局したが、その後産婦人科医を辞めてほかの科に転科した女性医師が10人いました。その方々にアンケートを行いました。



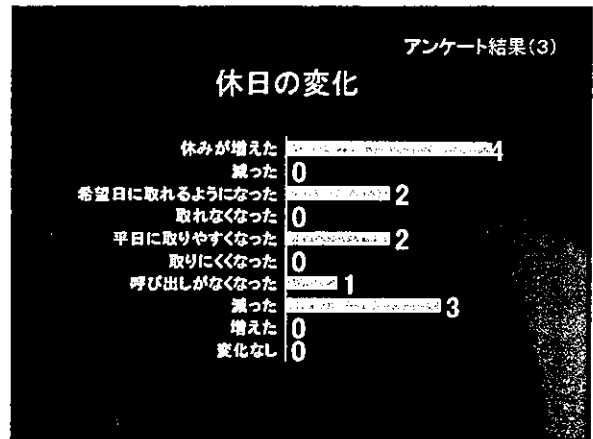
回収率は40%、すなわち4人の方から回答を得ることができました。統計できる数ではありませんが、実際に産婦人科医としてもう働いていくことはできないと判断した方々の考えや、転科後の状況から産婦人科医の抱える問題と改革のヒントが垣間見られるのではないかと考え、提示します。

まず、回答いただいた4人の方々が転科した先は、内科、麻酔科、眼科、保健所でした。4人とも常勤医として働いており、3人は収入の変化はまったくありませんでした。勤務時間は出勤時刻が遅くなった、逆に早くなった、帰宅時間が早くなった、定刻出勤、定刻帰宅が可能になった、との回答でした。

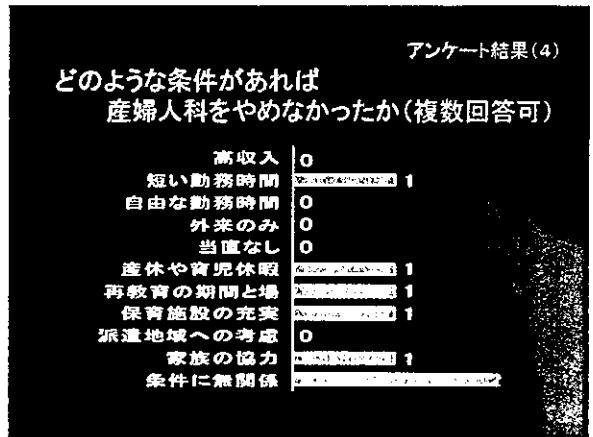


勤務時間は1週間に40-50時間が3人、

60-70時間が1人でした。常勤の産婦人科に比較するとかなり短く、当直回数、オンコール回数ともに少なく、差は歴然としています。



休日に関しては4人すべてが休みが増え、休日の呼び出しが無くなった、あるいは減ったということでした。



どのような条件が整っていれば、産婦人科を辞めずに済んだかという問いに対する回答は様々でした。ただ、高収入と答えた方はなく、収入よりも仕事と家庭にかかる時間のバランスに関するものが多いようでした。

しょうか。そうとは思えません。産科医としての誇りと責任感を持つがゆえの苦渋の選択だと思われます。しかしながら、産科医不足が深刻な問題となっている今、責任の所在を時間的にも空間的にも分散させること。そして、その必要性を医師自身が認識して医療に携わり、システムを変えていくこと。そして、医師も1人の人間であるということを患者さんに理解してもらうこと。そう

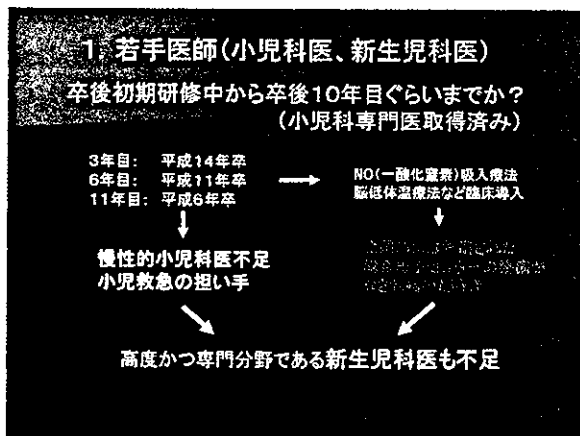
いったことが必要になってきているのかもしれませんが。そんなふうに思います。ご清聴ありがとうございます。

中野 ありがとうございました。身が引き締まる思いでお伺いしました。それでは、続けて小児科サイドからのお話を、東京慈恵医大の菅野先生に頂戴します。よろしくお願いします。

若手医師の声 ～小児科より～

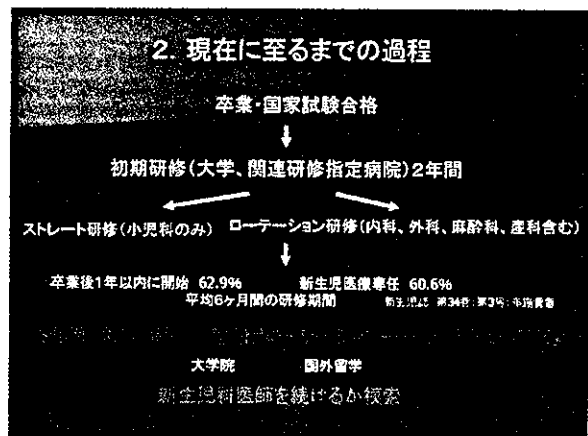
東京慈恵会医科大学小児科 菅野 啓一

菅野 まず最初に、我々新生児医療に携わっている若手医師が、今の現状が辛いとか辞めたいとかそういうことだけではなくて、どうしたら今の状況が好転するか、そして新生児科医が増え、長い期間を新生児科医として働いていけるかということ、我々普段病棟にはりついている者から何かお話できればと思ひまして、今回の話をさせていただきます。なお、私自身が、出身母体が新生児医療が極めて盛んでなかった施設の出身ですので、そういったところで少しバイアスが入るかもしれませんが、ので少し御了承下さい。



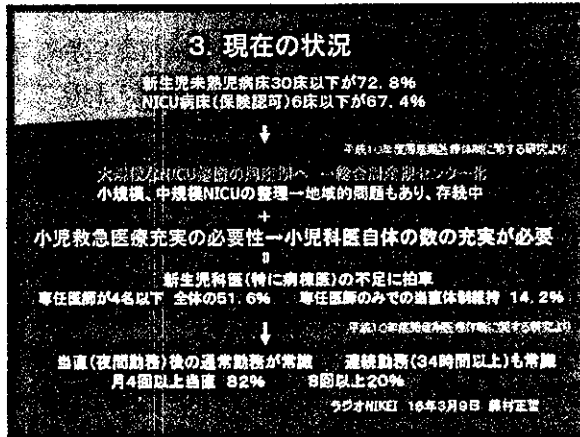
最初に若手医師の若手という言葉は、多くは本人の意識のモチようにかかっており、たとえ何歳の方であっても自分でそういう気概がある方は若手医師だと思います。ただし、実際のところ若手医師というのは卒研修中から専門医、特に小児科専門医取得後数年ぐらいの間と考えられます。現在病棟で働いている3年目のドクターは平成14年卒、私は平成6年卒で11年目となります。平成6年という年は、地域周産期医療システムの評価に対する研究の答申ができた年で、

全国的に総合周産期センターが設備され始めた年です。そういう時代に私は医師となり、現在ベッドサイドでは一酸化炭素吸入療法、仮死への脳低体温療法が導入され、かなり専門化、高度化された医療内容の中で働いております。そして、以前は小児科の中でもマイノリティであった新生児科が今はある程度市民権を得ているのだと思います。そして、出身母体の小児科も小児救急の整備の必要性の流れの中で若手をこの担い手として動員することがあり、結局のところ医療内容は高度化しておきながら、小児科医も不足、新生児科医も不足していることが今の現状だと思います。そうして我々病棟で働いている新生児科医1人にかかる負担はかなりのものだと考えられます。



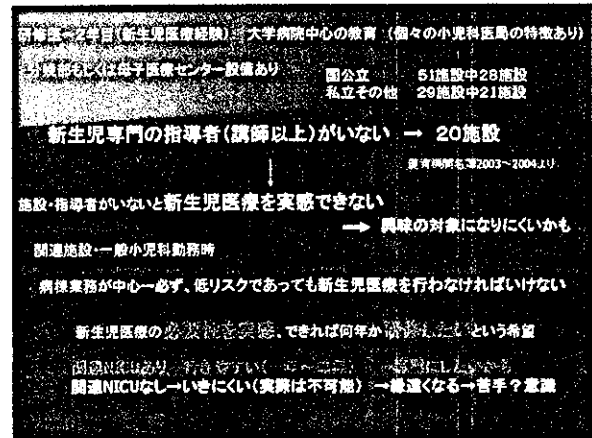
ここには、我々若手が歩んだ道の概略をお示ししています。我々の時代は卒後研修も大別して二通りあり、直接小児科に従事するものと関連各科をめぐってから小児科に従事するものに分かれておりました。そして、この初期研修において新生児医療の研修は、平成10年の東邦大の布施先生らの調べによると、卒後1年以内に開始すると

ころが62.9%、そしてそのうち小児科と並行せず新生児のみを行う施設が60.6%、そして平均約6ヶ月間の研修期間とあります。しかし、その研修内容については44.6%の施設しか決められた内容を持っておりませんでした。それ以外の施設では、その後大学病院や関連病院において特別な研修システムのないまま新生児医療を続けているのが今の現状です。

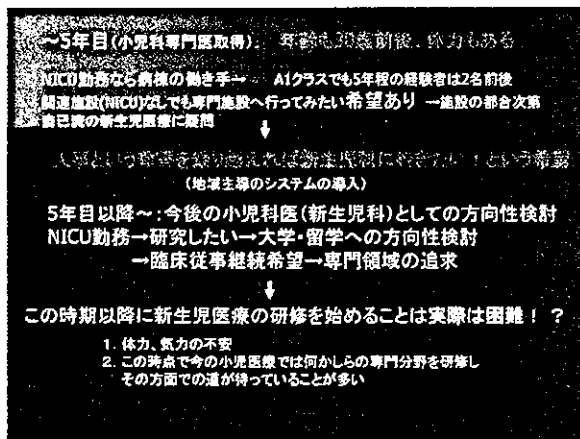


次に我々若手医師の勤務している状況をお示しします。日本のNICUは総ベッド数30床以下が72.8%、認可されているNICUが6床以下の施設が67.4%と小規模から中規模の施設が大部分です。これを大規模施設へ統合することは、現在の流れの中では人材の確保とともに、医療内容、特に加療成績の向上につながると考えられます。しかし、実際は地域的な問題もあり、小から中規模のNICUも現在も存続しております。これに、先ほどお話した小児救急医療の充実が叫ばれることによって、小児科医が不足し、さらに新生児科医も導入されることによって、結果的には先ほどもお話したとおり病棟の新生児科医の不足に拍車がかかります。そして、専任ドクター4名以下の施設が全体の51.6%、そして実際には少し改善されていると思いますが、専任医師のみで当直が回せる施設が14.2%と少ないのが状況です。これにより月4回以上の当直を行う新生児科医が82%、月8回以上の当直を行う新生児科医が20%もいます。さらに、大学病院に勤務する助手、その他の者はこれ以外の小児救急の当直及び生活多面の外勤を加味すると、月に10回

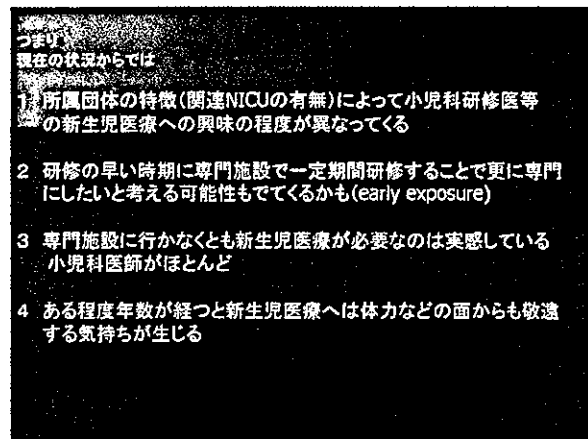
以上の当直を行うことも珍しくない状況であるといえます。このような状況の打破には、人材の確保が急務といえます。どうしたら小児科医を新生児科医に取り込めるかを私見とともにこれから考えていきたいと思えます。



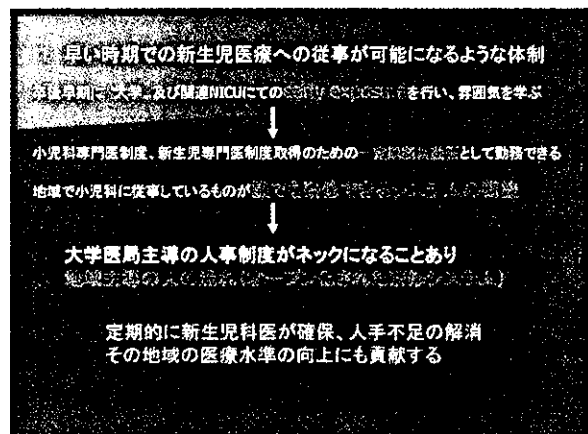
小児科医として初期研修の場の多くは大学病院だと考えられます。内容に関しては、各々の特徴がありますが、新生児医療に関しては国公立大学で51校中28校に、私立大学で29校中21校に専門の病床があります。しかし、20施設においては講師以上の先生というところで切らせていただくと、新生児を専門とする指導者がいない施設がありました。つまり、ある意味ではこの群に属している小児科医は、初期の段階でしっかりとした体系だった新生児医療を学べないということになります。それはもしかしたら、興味の対象から新生児が外れてしまうことにつながるかもしれません。また、その後大学病院以外の勤務になっても小児科の有償ベッドのあるところでは、必ず産科のベッドもあり、ハイリスク、ローリスクにもかかわらず、ある程度の水準の新生児医療を展開せねばならず、ここで新生児医療の必要性を実感し、何年か新生児医療に従事したいと考える人が出るのも当然だと思います。しかし、関連のNICUがあるような所属団体に属する人はそういったところに行きやすい反面、NICUがないとさらに縁遠い新生児医療になるかと思われれます。



さらに、年度が進んで卒後5年前後になりますと、比較的体力もありNICUに勤務しているドクターは病棟の働き手であります。現在A1クラスと呼ばれているNICUでも5年以上勤めている先生は約2名前後しかおらず、貴重な存在になります。また、これまで自己流の新生児医療に終始した人間も、人によってはさらに研修をしたいという希望を持っており、関連病院人事という障害を乗り越えれば、関連施設以外のNICUにでも行きたいという人も存在します。ぜひここで何らかの公的システムを導入し、こういう人にうまく場を与えることで更なる人材の確保ができるかと思えます。というのは、ここまでの時点で新生児医療に取り込めないと、この先は今NICUに勤めている人でもリサーチの方向への転進、また新生児医療を行ったことがない人はこれまで専門にしてきた分野での将来の道が開け、さらに体力面の不安も合いまり、この時点から新生児医療に転進を図ろうという、ある意味無謀なことを考える先生はいなくなると思います。つまり、卒後5年前後までの間でしっかりとした新生児医療に一定期間打ち込める制度を作ること、新生児医療への興味をもっていただくことが可能になるのではないかと考えられます。

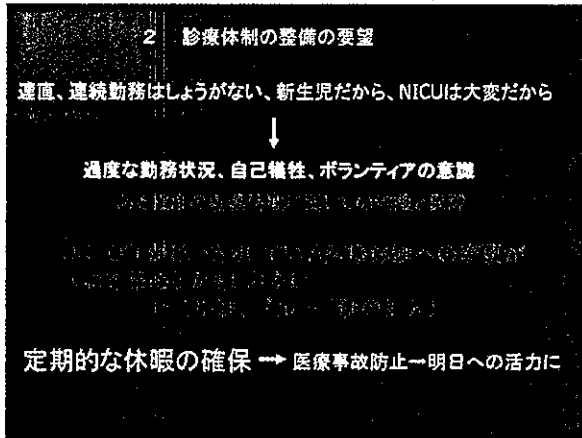


まとめますと、所属団体によって小児科研修医の新生児科医療の興味の程度が異なってくる。研修の早い時期に専門施設で一定期間研修することで専門にしたいという可能性がでてくる。また、専門施設に行かなくとも新生児医療が必要なのは、小児科医としてみれば実感している。しかし、ある程度年数が経つと新生児科医療へは体力面からも倦厭する気持ちが生じてきます。

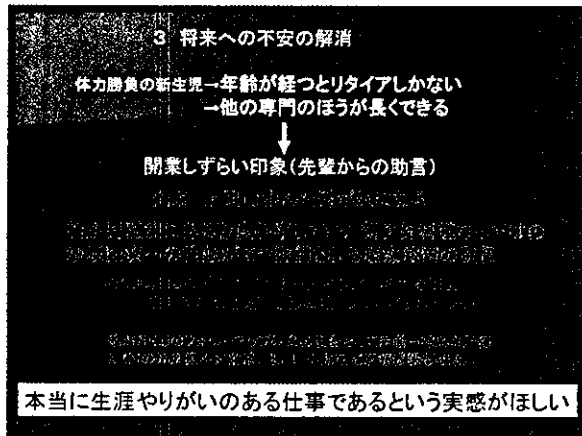


ここまでの漠然とした流れの中でもっと具体的にどう改善すればいいかということについて考えてみました。先ほどもお話をさせていただいたように、平均6ヶ月間、卒後1年以内に60%の小児科医が新生児の研修を受けているわけですが、これに加え一定期間レジデント、常勤医として勤務できるシステムを、その地域で小児科に従事している者が受けられるシステムを構築してはと考えられます。これには、特に大学病院の人事がネックとなることがあるかもしれませんが、このシステムを行うことでその地域のNICUの人手不足

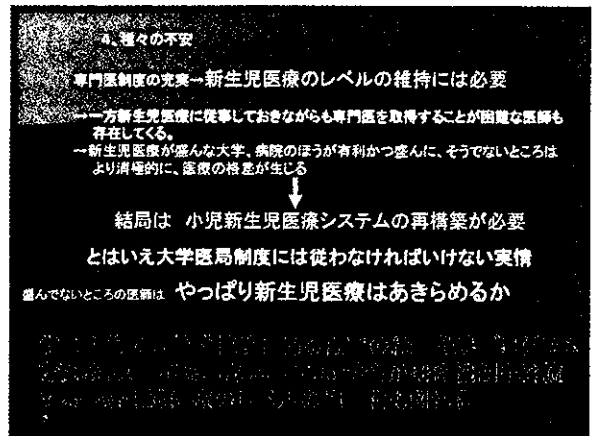
の解消と、一定レベルの研修を行うことでその地域の医療水準を上げることに寄与するかと思います。そして、個々の施設で差の出る研修システム、医療成績にもみられるのではないかと考えられます。こういうことをすることによって、新生児に興味を持つ者が不安のない進路を与えられるかと思います。



新生児の医療は昔から連続勤務、連直が当然と、先ほど諸先生方の発表にもありましたとおり、かなり長期間の勤務が今でも行われております。これに対して、ある程度勤務時間の制限を行い、ペイメントの保証を行い、そういったことで新生児科の医師を確保することが必要かと思われます。特にオン・オフのはっきりとした体制への変更、いわゆるシフト制やグループ制の導入が必須だと思います。しっかりとした休みが確保できるからこそ、医療のミスが防止でき、心の余裕が生まれ、明日への診療の活力も出てくるものと考えられます。しかし、人材を集めることが急務であります。

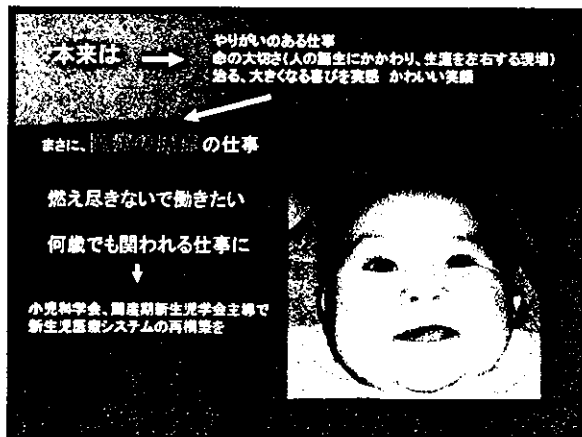


そして、もうひとつ、体力勝負の新生児医は年齢が経つとリタイアしかない、他の専門の方が長くできるからと、ある程度で転進を迫られたり、親切な助言をしていただく先輩たちがいらっしゃいます。実際、NICUに長く勤めている先輩や上司の方々の進路も気になります。そこで、長年新生児医療に従事していた医師ならではの地域の小児医療への貢献がしっかり評価されるシステムができればと思います。具体的には、在宅酸素療法、在宅経管栄養法をはじめとする在宅医療、乳児健診、ペリネイタルビジットに参与して、地域の研修したNICUと連携し、今度は外来のフォローアップの一員としてその地域のNICUのサポートを行うという仕事をするわけです。これによってNICU病棟ドクターを卒業してもNICUとからめる仕事をしっかり確保できる、そしていつまでもNICUと関連した仕事ができる、そういう意思を持つことが可能となります。本当に生涯やりがいのある仕事でいられるという実感が、我々は欲しいのです。



また、種々の不安があります。特に、新生児医療のレベルの維持には、現在進められている専門医性は必要と考えられます。しかし、盛んでない施設は、なさざるにしかずと、新生児医療より手を引く施設やドクターが出てくるかもしれません。その結果、逆に新生児医療の格差が出てくるリスクも考えられます。そのためにも、現在の大学病院中心のシステムに見合わないところには地域主導型のシステムを導入し、学会主導の研修プログラムを義務化することによって、一定のレベル

を保ち、人員の足りないところには学会主導で研修の期間を斡旋するシステムを導入すれば、新生児医療のレベルの均一化も図れ、新生児医療が盛んでない施設に身を置いていても、何の不安もなく新生児医療を実施することができると考えられます。そして、そういった人間が元の施設に戻り、更にその施設をレベルアップさせてくれるかもしれません。



本来、私は人生のスタートに立ち会い、生涯を左右する、そして生きる喜び、治る喜びも実感できる、この素晴らしい新生児医療を一生の仕事としていきたいと考えています。そのためにも、パーンアウトせず、何歳になってもどんな形ででもいいから新生児医療にかかわっていきたくと思っています。ぜひそういった形で、太く短くのNICUではなく、太く長く関われるように医療システム

を改善していただくことで、我々は多くの若手、後輩を引き入れ、皆で頑張れるシステムを作れることと思います。私自身、新生児医療が盛んでない施設に属しており、研修や専門施設に働くにはそれなりの苦勞や悩みはありましたが、本当にこの仕事の魅力ひとつでここまで続けてこられました。どうぞ、声なき声を拾っていただいて、このように定期的に若手の意見を聞いていただけるような会をどんどん開いていただきたいと思います。最後に、こういった名もない私に発言の場をいただいた多田先生、そして座長の中野先生、藤村先生、ありがとうございました。

中野 菅野先生、ありがとうございました。これで7人の演者の方々の話を聞き終えたわけですが、幸い15分時間が残りました。そこで、最後の数分間はこの班の鴨下先生、班長先生にメッセージを頂戴して、コンクルーシブなお話を頂戴するということで、10数分間ぐらいあります。どういたします。では恐れ入ります。皆様、もう一回上がってきて下さい。せめてお顔だけでも拝見し直すということをしたいと思いますので、どうぞご登壇ください。

というわけで、これから後の時間を有効に使っていただくには、私よりも藤村先生がよろしいので、先生突然ですけども、全体討論の回しをお願いします。

総合討論

藤村 今日のシンポジウムは色々なプレゼンテーションをいただきまして、このようにしたらいいのではないかという提言がやはりポイントだと思います。ここでご発表いただいた内容については、それは間違っているというようなおそらく異論はあるかもしれませんが、むしろまず私がフロアの先生方にお伺いしたいのは、こういうことをまだ触れられていないのではないかなということから始めたらどうかと思いますけれども、今まで触れられなかったような内容で、これ大事だよというご意見がありましたら、まずざっとやっていきたいので、じゃあ網塚先生。

網塚 青森県立中央病院の網塚と申します。今日奇しくも先生がおっしゃったので、一言お話したいのですけれども、今日お話の中で産科医療における正常新生児数の扱いに関する話題がなかったと思います。そもそも新生児の側ですけれども、新生児というものがまだ医療の中で NICU 加算以外にはほとんど新生児として扱われていないということが根本的な問題ではないかと思います。結局 GCU にいるお子さんは、新生児であるということではなくて、一般患者さんと同じ扱いしかされていない。ましてや産科医療における正常新生児室の赤ちゃんは人としての扱いすら受けていないということがあると思います。それで、なおかつ我々総合病院にいますと産科の新生児回診をしますけれども、これに関しては全くのボランティアです。院内にいますので、何か事故があればリスクは負いますけれども全く無報酬、全くのボランティアです。このような状況が少なくとも新生児科医師の NICU を辞めた後の働き場という点でこれが

やっぱりコストとしてちゃんと認められないことには、例えば仮に年間分娩 1,000 例でもあるようなところの産科医療施設に勤務している小児科医であれば、その新生児回診をするだけでもしっかりペイするような保険制度であるとか、そういうものがないとその後の働き場もないのではないかと、そのようなことを感じます。

藤村 もう 1 人、先ほど手を挙げておられた。続けて先に進ませていきたいと思います。質問を、意見をどうぞ。

水上 私は北海道大学で産科を担当している水上と申します。産科医を増やすためにはやはり報酬をアップするところを含めた待遇改善が必要と思います。周産期領域に流れ込む資金量を増加させることは長期的にみれば必ず周産期領域で働く人員増加につながると思います。そういった観点から分娩料の引き上げは有効な手段ではないかと思えます。我々は高度な知識と技術をあまりにも安価に提供しすぎていると思います。我々は教室員を安易に安い給料で地方病院に派遣し、そのためにかえって入局者数を減らしてしまったという現実があるのではないかと思います。その点についてはいかがでしょうか？

藤村 ずっと出していって下さい。どうぞ。

中林 愛育病院の中林です。岡村教授、藤井教授から周産期医療に関するグランドデザインをお示しいただいたわけですが、やはり現在早急にやらなければいけないことは基幹病院の整備であると思います。京都では産婦人科の 1 人医長がなくなり複数医師になったということですが、岡村先生の東北地域では 1 人医長を確保するのも大変難しいとのこと。一方行政の谷口課長から

は、各地区の周産期協議会で協議したらいいというお話があり、中野教授もその点を確認をされました。しかし、地方自治体と学会の両者の間には非常に大切な事業であるにもかかわらず、まだお互いの遠慮があるようであります。もう少し両者の密接な連携と積極的な努力を私は希望したいと思えます。

藤村 では後2人だけ質問していただいて。

久保 成育医療センターの久保でございます。今日藤井会長からやりがいという言葉が出たのですが、どうやってやりがいを持つかという話になると、いろいろな産科の人達の道というのはあると思えます。すべてが教授になってリサーチャーになってではないと思えますが、ひとつ僕はあるのは、お産開業をするという観点から物事を見ていくと、やはりオープンシステムというのは逆に言うと若い先生が産科で分娩をバースセンターでしていけると、そういう開業形態というのができると多分5分の1、6分の1の設備投資で、リスクはバースセンターに負担してもらって、分娩に携わっていける。簡単に開業して産科医を出来る道というのは、若手医師を引き寄せる大きなメリットになると思えます。それについては、谷口先生はもうそのシステムの問題からおっしゃったのですが、そういう道を提示するというのも学会としては重要なことではないかと思えます。

齋藤 富山医科薬科大学の産婦人科の齋藤です。いわゆる地方におりますと、女性医師が妊娠したときの問題が非常に大きな問題となってまいります。病院長の認識が非常に甘くて、女性医師が妊娠しますと、特にこういった女性は複数の医師が勤務しておりますといちばん下の位置で、いちばん立場が弱い人間なので、妊娠いたしますと、病院長は医師を変えてくれと、はっきり私どもに、申し出をされます。こういうことをしますと、若手の女性の医師が現在非常に増えており、彼女たちは医師を続けたいのですが、続けられないような環境にあります。ですから、この学会から、全国の病院長に関して、女性医師が妊娠した時の身分保障をきちんとするというのをぜひお願いするといった要望書を出していただきたいと思いま

す。

藤村 では坂元先生、どうぞ。

坂元 本日は厚生労働科学研究費補助金による小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究班(鴨下班)を中心にした少子対策に対する発表会で各演者さすがにいいところを衝いて立派だと思いません。小児科への対策は成功裡に推移していますが、産科は事故防止、過重労働問題から始まり認定医(専門医)試験の受験者が300人以下という有様。Subspecialtyから言うと1年に112万9000人(2003年)のお産を極論すれば90人の産科医が診る試算になり、もはや労働者ともみなされない産科医は、過労死の一人も出ないと世間も注目してくれなくなるのかと背筋が寒くなる思いです。合計特殊出生率が1.8位になり、新生児があふれて、巷に子どもの声が聞こえる様になれば、換言すれば医療のneedsのあるところには自然に医師、助産師そして学生も集まって事は解決に向かうはずです。その点班研究の努力は或ベクトルを生むであろうことには期待を持ちます。これはなすべきミクロ的解決の歩みが始まったという事で評価したいと思えます。私の言いたいのはその前にやるべき少子化対策のことで最も大切なマクロ的経済の発展です。官民共に努力が要る点、これは国家戦略と言ってもいいでしょう。総務省の発表で2003年合計特殊出生率1.29(東京は1.0以下)。全国1億2682人、人口増0.11%、出生者僅か112万9239人過去最低、人口増がマイナスの県が31、大問題になりました。厚労大臣のお答えは「一時的なものだろう。皆で努力しよう」とありましたが、何か理論付けがあって一時的といえるのでしょうか。私が日本医師会少子化対策委員長の時、団塊の世代の子どもさんが結婚適齢、初産年齢平均26.7才に近づきお祖父さんは定年を迎えるが、もう二代目団塊世代の人口は今後あり得ないでしょうから一人だけでも産んでもらえば人口ボーナスになるだろうと言いましたが、手は打たれず会議は経済問題ばかりが論じられました。若い人に産む決心、産める安心感を持たせられず、若い人は結婚したがらず、男女共にパラサイトシングルを志す、

経済に夢のないところに子どもが産まれる訳はありません。私の結語は『超高齢少子化現象の急速化に緊急提言をまとめて思うことがある。1999年には国連人口白書には「一度低下しはじめた出生率を長期にわたって再び高めることに成功した国は史上例をみない」とある。米国 PRB は2050年地球の民は93億に、逆に日本は1億人になる。500年後に日本人は13万人縄文時代の数に落ち込むという。これは先進国に共通現象である。EUも米国も2000年の労働力率を維持する為には（EUは1955年の率）今後25年間に1億5000万人の移民が必要であり、日本は毎年61万の移民が求められるが、移民法のない現在、目下の在住不法滞在人口25万人に頼る他はない。成功したかにみえた地域（北欧など）の失敗はマクロ経済政策の建て直しが成功した後、合計特殊出生率1.8でも満足という話は人口問題審議会でその国の人々に直接聞いた話である。3K、6Kは移民に頼って平気である。人口の減少は国力の減少につながり、その増加は国の活力につながる。先進国の再復興の例を為政者はいかに読み取るか、年金に困るから産んでくれとは言えないであろう。そこに私は戦略を問いたい。「質と量に配慮しつつ未来を背負う子どもの減少解決は第一に優先すべきだと思うが、為政者に問いたい。我が祖国をいかなる国にすべきかの戦略ありや？ 二大政策の順を変えるべき時とっては誤りであろうか」。私は失礼だったかもしれませんが行政にこの事を訴えて発言を終わります。

藤村 じゃあ谷口課長、国家戦略をぜひ。

谷口 もう私がお答えをできる範疇をもう超えておりますので、何と申し上げていいのか、ちょっと言葉に詰まりますけれども、坂元先生、大変大事な国家的戦略の話をしていただきましてありがとうございます。私が答えられる範囲でちょっとお答えさせていただきます。

基本的に日本国民が、すべて子どもを産みたくなくなるという気持ちを持たないといけない、これは大事な話だと思います。そういう意味で、今日はあえてお話いたしませんでしたが、昨年の国会で次世代育成支援対策推進法という長い法

律が成立いたしました。これは、先生方の中にはまだご存知でないかもしれませんが、300人以上の従業員を抱える事業主はすべからず、子育てをしようと思う従業員のための行動計画を作らなくてはいけないという法律であります。これは、企業は当たり前、病院もその範疇に入ります。ですから、看護師さん、ドクター、様々なスタッフがいらっしゃる、300人以上いらっしゃる病院の院長は責任を持って子育て中の女性のための、その配偶者も含めてですけれども、病院としての行動計画を作らなくてはならない。そういう法律になっているわけでありまして。こういうところが、本当はやらなくちゃいけなかったですが、取り掛かりがやっとできたということでありまして。

病院の話をしましたけれども、元に戻しますが、日本全国の事業所でそういうことをしなくてはいけなくなったわけです。そういうことをしない事業所、病院も含めてですけれども、これは子育てに優しくない企業、病院であるというレッテルが貼られます。それでもって、その企業は生き残れるかどうか、大変大きな話になります。病院も同じです。そういう病院へは、女医さんは行きません。どちらかの先生が、院長に学会としてアピールを出せとおっしゃいました。まさに、この話をむしろ学会としては言っていただければいいのではないかと思います。

どちらにしましても、そういったことで国民全体で子育て、それから子どもをこれから産もうという気持ちをまず盛り上げるというのは大変大事ですので、私どもとしてできるところ、微々たるところですが、その辺から始めていきたいと考えているところです。

藤村 ありがとうございます。時間オーバーしていますので、もうこれはディスカッションにはできません。ただ、今日は演者の先生方はそれぞれキーワードでいろいろ提言されました。異論というよりは、どういうふうにして実現するのだろうかという、そういうお考えの方が強かったと思います。そういう点をぜひ演者の方々、あるいはもうフロアの皆様方々1人1人が深めていただけたらと思います。1人ご発言あります

ので、どうぞ。

池谷 慈恵医大の産婦人科の池谷と申します。学生を誘うというところで、確かこれからは安全性のほうを重視するというお話があったと思いますが、学生とか若い研修医の先生というのはお産に立ち会える喜びというのも目指して産科を見ていると思います。なのに、現場では5%くらいの異常なお産、難しいお産ばかりに目がいって、95%くらいの何でもないお産というものは誰が取っても良い、お母さんが喜ぶようなお産を取る必要はないという側面があると思います。すると誕生の喜びの現場に立ち会おうと思ってきたのに、切開をバンっていれて、出て、赤ちゃんもお母さんも元気だから問題ないと終わってしまっているお産を見る。ロマンチックな気持ちで来た学生さんはがっかりするのではないかなという気がします。若い先生たちがお産は楽しいもので、嬉しいもので、素晴らしいものだと思うような良いお産、助産院のようなお産を目指すということではなくて、安全性を確保できた今の時代だからこそ、お母さんの満足度を高めるお産をすることで、こういうところに立ち会えて良かったと若い先生が思えるような医療を、新生児学会や産科周産期医療を目指す人たちが、もう少し目指していくことで周産期医療の喜びを分かち合ってもらえるのではないかと少し思います。

中野 ありがとうございます。たぶんもう一切受け付けないと思います。結局このテーマでやって、エンドレスでいくというのは、逆に言いますと、ラッキーな何名の方だけしか発言できなかった、多くの方はフラストレーションを持って帰られます。それが明日には喧嘩でもいい、融和でもいい、何かの行動に移す。つまり、行動に移さなくてはいけないということだけが、今日の共通項、共通理解であったように思いますし、佐藤理事長が一生懸命になって学会としてメッセージを発信するもよからうし、むしろ怒ってお帰りになる皆様方お一人お一人が自分のいちばん手近なところまでできる行動から動くと、もうそこまで追い詰められている。この辺りが今日のプロダクトではないでしょうか。

ということで、今日は一言も発言しないままでご登壇いただきました、谷口先生を除いては、せめて拍手ぐらいを後ほどお願いします。灯りの下でしっかり顔を見てください。その前で、ビフォークロージングですが、鴨下先生、班のオーナーとしてひとつお願いしたいと思います。先生、よろしかったら光が当たるところにきてください。

鴨下 もう時間もだいぶ過ぎておりますので、私としてはお礼を申し上げたいだけです。若手小児科・産科医を確保、育成するという大変大きな命題を頂戴しまして、スタートした研究班が早くも最後の年になりました。産科の先生方と小児科の先生方が一堂に会するのは、この学会だけだと思います。その絶好の機会を利用して、ぜひシンポジウムをさせていただきたいということで、多田会長からお許しをいただいて、これができたわけです。予想以上に大勢の方、今は大分お帰りになりましたけれども、一時はほとんど満席で、皆様方のご関心が大変高かったということで、このシンポジウムは成功であったと思います。

それにしましても、特に座長をお願いした中野先生、藤村先生、お疲れ様でございました。そして演者の先生方にはそれぞれ大変熱のこもった真摯なご発表をいただきました。また幾つかのご提言もいただきました。私としては、感謝の言葉も見つからない程でございます。提言もいろいろしなければならぬということで、これは既に各班員からいただいたある程度手持ちのものがあるわけですが、それに時間的な意味でも、重要性の点でもプライオリティをつけなくてははいけません。それから、先ほどの坂元先生のご発言にも多少関わりますが、班としては、例えば悪いですが、火事にたとえますと目の前の火を消すということが非常に大事である一方で、燃えない家を作るというスタンスも必要なわけです。それが周産期医療のグランドデザインということになるかと思えます。

私自身は個人的に半分本気で考えていますけれども、今、谷口課長は大変責任が重い立場にあられますが、厚労省の中のひとつの課では無理ではないか。ですからこれを母子健康局に昇格して、