

このままではいけない！
病院小児科の現状

日本小児科学会が進めている小児医療改革

<http://jpsmodel.umin.jp/>

日本小児科学会・理事会
小児医療改革・救急プロジェクト

小児医療政策室長 藤村正哲
(大阪府立母子保健総合医療センター)

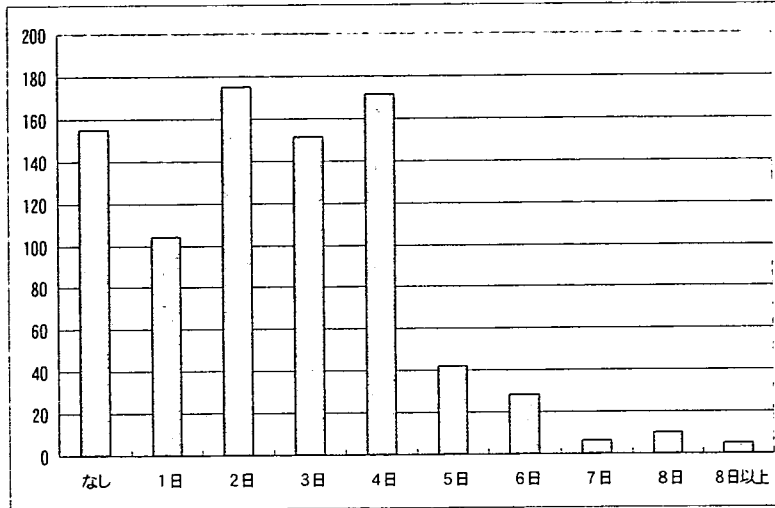
1

何が問題ですか？

2

一ヶ月の休日日数

(回答：55大学の小児科医859名)



(桃井真里子、森 雅人。小児科の労働条件。厚生労働科学研究費補助金(こども家庭総合研究事業)「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」2004)

3

病院小児科・医師現状調査

日本小児科学会・2005

小児科勤務医の労働時間(週) (中間集計)

年齢	週平均労働時間	医師数	標準偏差
20歳～	68.2	814	15.9
30歳～	62.9	1446	13.2
40歳～	58.9	1241	12.5
50歳～	52.5	664	11.3
60歳～	46.9	122	8.6
70歳～	46.0	23	13.8
80歳～	40.0	1	
合計	60.6	4325	14.3

4

労働時間はグローバル・スタンダードとの整合を図るべきです

EUにおける医師労働時間規制 2003

THE WORKING TIME DIRECTIVES (AMENDMENT) REGULATIONS
2003 - DEROGATION

研修医の週最大労働時間

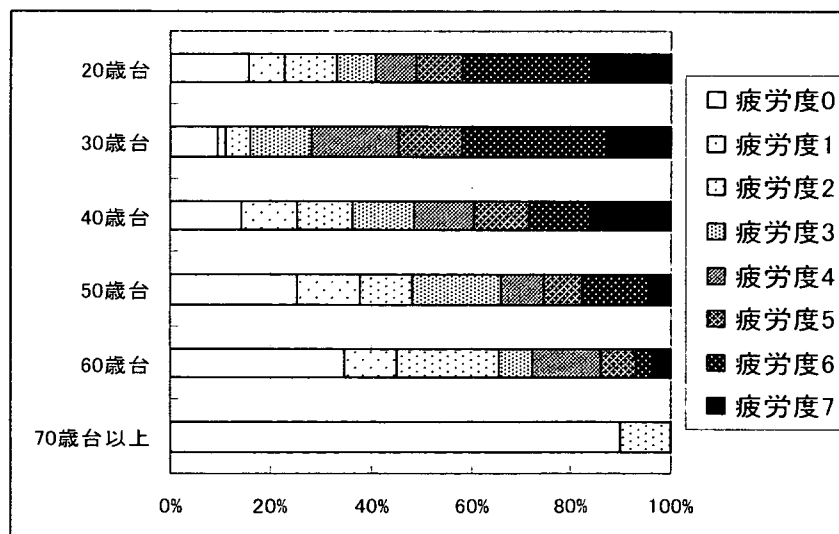
- ・ 58 hours from 1 August 2004 to 31 July 2007.
- ・ 56 hours from 1 August 2007 to 31 July 2009.
- ・ 48 hours from 1 August 2009.

5

小児科勤務医ストレス調査2006

日本小児科学会

年齢別 疲労度 疲労蓄積度自己診断チェックリスト



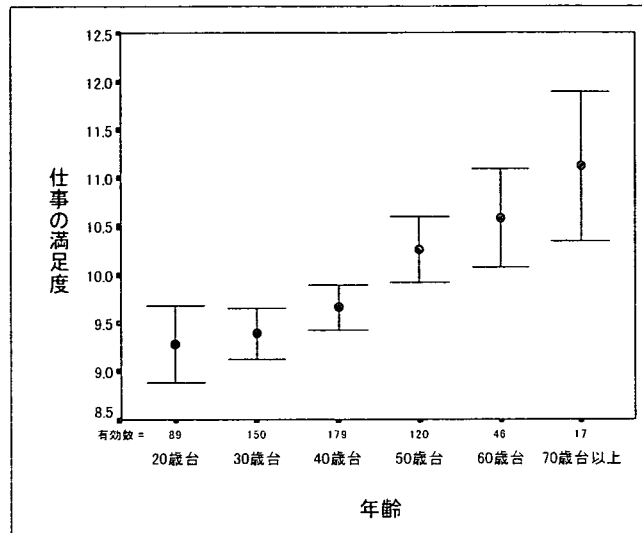
6

(梅原、大矢)

年齢別仕事の満足度

NIOSHの仕事の満足度尺度

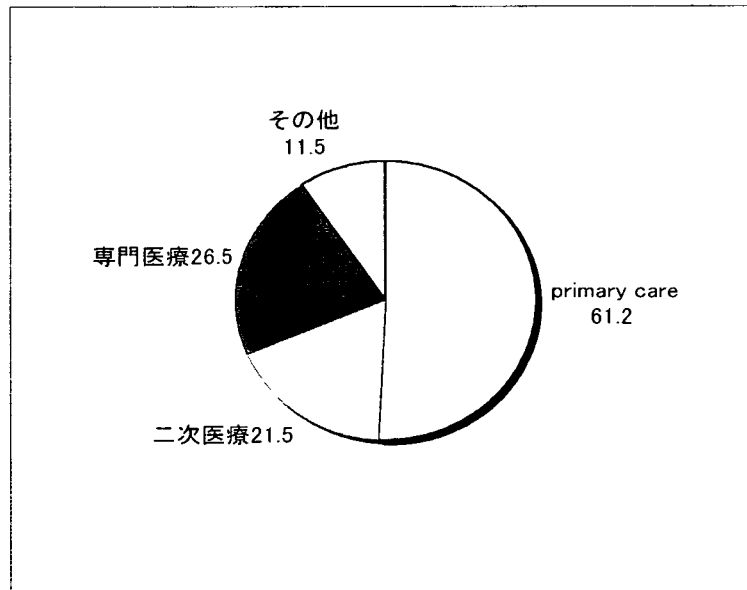
調査対象：会員948人日本小児科学会QOL改善プロジェクト



7

(梅原、大矢)

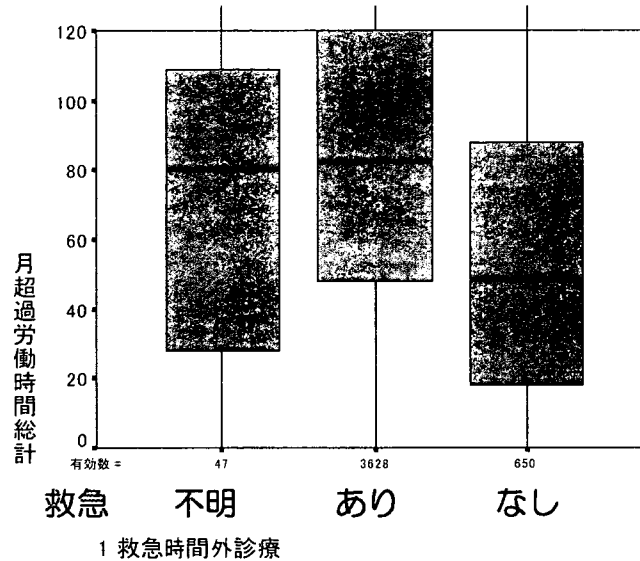
II-1-6. 貴科の平日昼間の総業務量を100とした場合、以下の各分野にどれくらいの割合でその業務量を配分していますか？



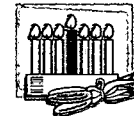
8

救急有無と月超過勤務労働時間

日本小児科学会・2005

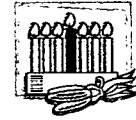


現状のまとめ



- 1) 病院小児科勤務医の長時間労働が顕著です
→ 良質な医療、医療の安全が損なわれる
→ 燃え尽き症候群で、困難な職場 (=重要な職場) から離脱する
- 2) 若手医師の疲労度は高く、仕事の満足度は低い。満足度の低い群では離職意思が大きい。
- 3) 一般病院小児科の医師空席について、充足困難な状況が常態化しつつあります。
- 4) 病院小児科が提供したい専門医療用の資源は、プライマリケアと時間外診療への対応で消耗しています。

対策は？



1. 病院小児科の医師確保は、勤務医の苦境を改善しなければ解決に向きません。使命感で現場医師を追いたてるだけでは、何の対策にもなりません。現場医師には体制への不信感があります。
2. 入院用の病院小児科を集約化すれば、地域で当直医の総数を減らせます。また専門医療をそこで重点的に提供できます。
3. 働く環境の満足度を左右するのは、①提供している医療内容と ②勤務条件です。その具体案が病院小児科の重点化・効率化であり、地域小児科センター病院の構築です。

11

病院小児科・医師現状調査

小児科医師数別病院数

日本小児科学会・2005

1小児科当たりの 医師数	計
1人	284
2人	238
3人	158
4人	99
5人	74
6人	45
7人	46
8人	20
9人	16
10人-	41
15人-	30
20人-	18
合計	1069

49%!

16%!

そもそも病院小児科当たりの定員が少なすぎるのです

12

病院小児科・日英比較

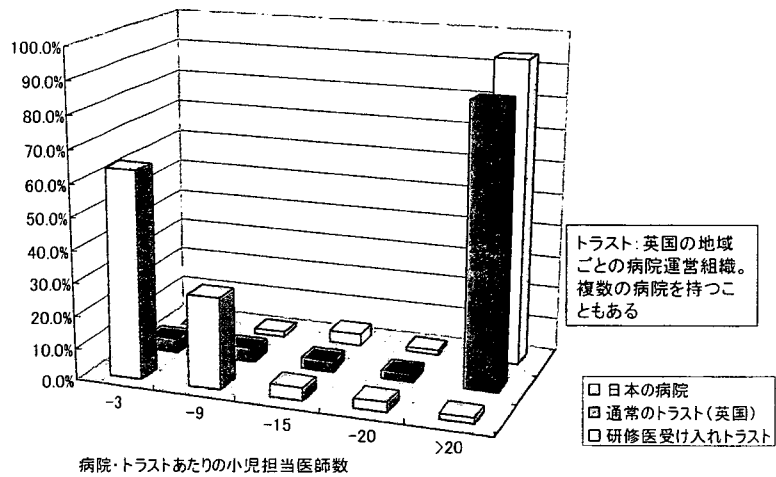
	英国	日本
人口	5,900万人	1億2,700万人
小児科のある病院数	204病院	3528病院
病院あたりの小児科医数	20.8人	1.8人
病院あたりの小児人口	75,000人	5,000人
総人口	29万人	3.6万人

森 臨太郎：英国・国立母子保健共同研究所

13

1病院当たりの小児科医数 ー日英の比較ー

森 臨太郎：英国・国立母子保健共同研究所

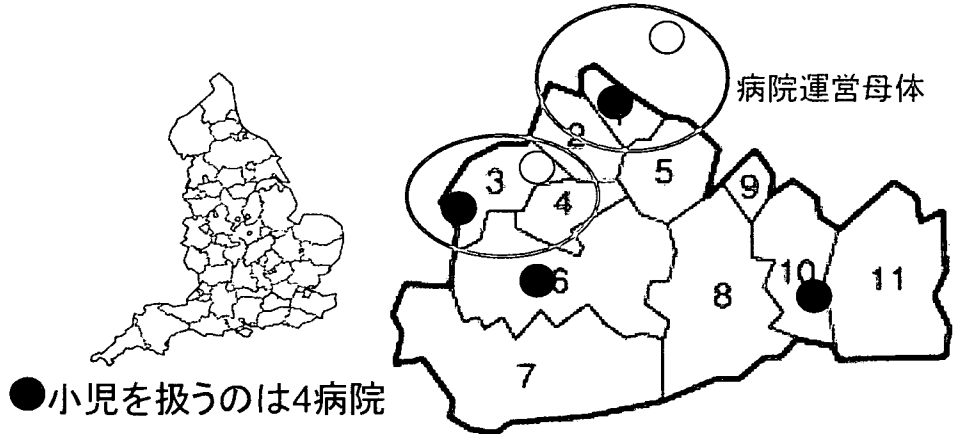


日本の常識は世界の常識ではない

14

地域の一例

イングランド サレー州



面積:1,663km² 人口:107万人(小児24万人) 香川県とほぼ同じ
小児科医はすべて20-30人所属 医学校は無い(全国で25校のみ)

15

小さな病院が乱立しているのが日本の構造的特徴
→ 1 病院当たりの小児科医数が少なくなるのは自明

今、なすべきこと

1. 入院できる小児科は地域に必要な最少数にまとめる
2. 外来診療をする病院小児科はいままで通り維持する

つまり集約化しても普段かかる小児科はいままでどおり

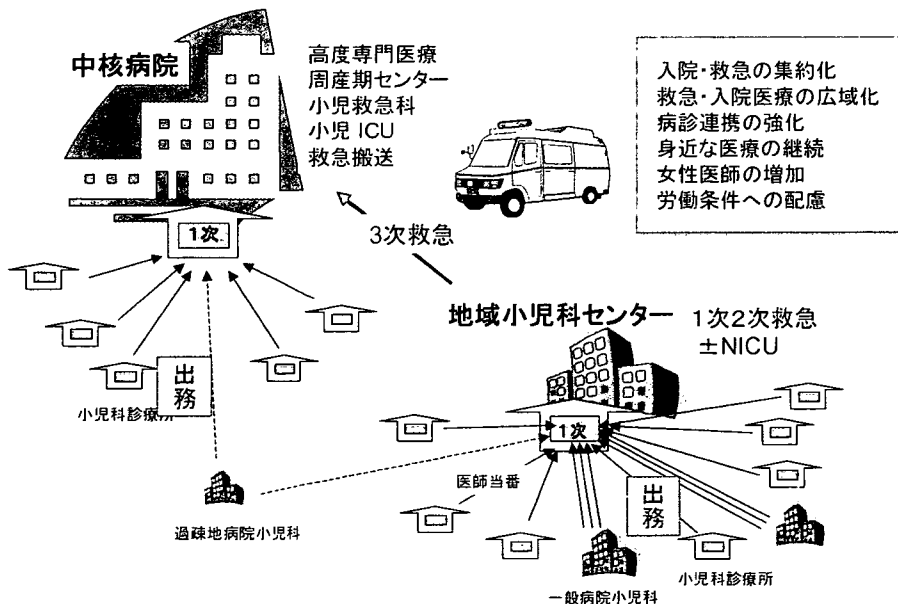
16

二次医療圏に「地域小児科センター」を整備しこれを地域における小児専門医療の中心に育てる必要があります

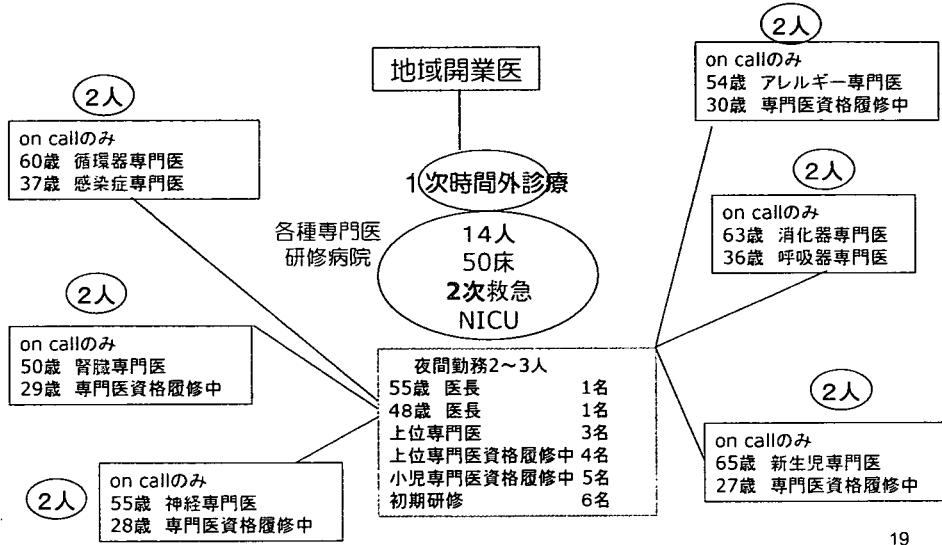
- 「地域小児科センター」は小児救急・新生児集中治療の両方またはいずれかの機能を備えることにします。
- その上で既存の病院小児科と「地域小児科センター」をグループとして位置づけ、病院小児科医師や研修医はセンターとの交流を図りつつ、外来診療を中心とした身近な小児医療を提供することとし、入院医療はオンコールで対応可能な患者を中心とするように縮小します。

17

日本小児科学会 —わが国の小児医療・救急医療提供体制の改革に向けて—



「地域小児科センター」と小児医療ネットワーク
重点化後の某医療圏の例



日本小児科学会の取り組み状況

1. 小児医療提供体制の改革ビジョンと「モデル案策定作業計画」を提案（2004年3月）
2. 47都道府県支部（学会地方会）にモデル案策定委員会を設置（2004年4月）して検討開始
3. 病院小児科全国調査、小児科医ストレス調査を実施
4. 36支部でモデル案策定（2006年3月現在）
5. 集約化計画の検討状況を調査（2007年1月）
6. 全小児科勤務医の「上限・週60時間労働達成」を計画中

「わが国の小児医療提供体制の構想」・日本小児科学会

地方会総括表 様式1-2「地域小児科センター病院用」(例)

「小児医療提供体制改革の目標と作業計画」-改革ビジョン- 地方会総括表(地域小児科センター病院用) 改訂04.1.24 地方会様式1-2

最終改訂 2003年4月3日
地方会名 日本小児科学会*宮城地方会
都道府県名 *

上記の計画数値と、病院数から得られる現状値から、過不足が計算されました。

医療機関(二次医療機関数)	医療圏内診療所の数		診療種別が小児科	71	近隣小児科センターの診療種別が小児科	
地域小児科センター病院名	15歳未満人口	151,261	診療種別が小児科	150	病院小児科	過疎小児科
県立**病院	医療圏面積平方キロ	230.12			施設数	6
①入院	病床数	月間入院予定数	平均在院日数	夜勤医師定数		
小児科一般病床	35	70	15	1	小児科一般病床数	140
小児集中治療室病床	5	5	7	1		40
NICU管理科認可病床	9	10	60	1		
その他の疾病新生児病床	11	20	15		産科新生児病床	42
合計	60	105		3	合計	182
②外来	外来単位数(週)	週間予定受診数			外来単位数(週)	
一般外来	10	300			一般外来	57
各種専門外来	総単位数	200	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 20		各種専門外来	26
検診・育児相談・予防接種など	1	20	外来は半日が1単位数		検診・育児相談・予防接種など	13
小児科医師数(常勤)	一般・専門小児科	新生児集中治療室	小児集中治療室	小児科予定医師数		
一般・専門小児科(人)	(専任) 6	(兼任) 0	(兼任) 4	小児科予定医師数		
新生児集中治療室(人)	(専任) 10	(兼任) 0	(兼任) 0	病院名と詳細は地方会様式2-2に記載のこと		
小児集中治療室(人)	(専任) 4	(兼任) 0	(兼任) 4	小児科予定医師数		
(専門外来番号) 1. 産科 2. 泌尿器科 3. 神経科 4. 血液学 5. アレルギー科 6. 先天性代謝異常科 7. 腎臓科 8. 内分泌科 9. 感染症科 10. 腫瘍科 11. 栄養科 12. 心身医学 13. 臨床遺伝 14. 遺伝 15. 精神科 16. 皮膚科 17. 眼科 18. 産科 19. リウマチ 20. その他小児科内科系 (以下小児科) 21. 外科 22. 整形外科 23. 形成外科 24. 形成外科 25. 整形外科 26. 皮膚科 27. 耳鼻咽喉科 28. 泌尿器科 29. 産科 30. その他小児科内科系						
③時間外診療・救急医療	①=開業医、②=病院医、③=その他医師	小児救命救急部門			PICU	1.あり
外来部門	予定医師人数/診療日	予定担当医師	開始時刻	終了時刻	時間数	週間予定受診数
平日夜間診療	1	1	17:00	8:00	14	150
休日診療	2	2	9:00	8:00	23	100
外来部門の運営主体は病院						21
時間外入院は小児科に入院先						週間予定入院数
						20

宮城県 計画数値

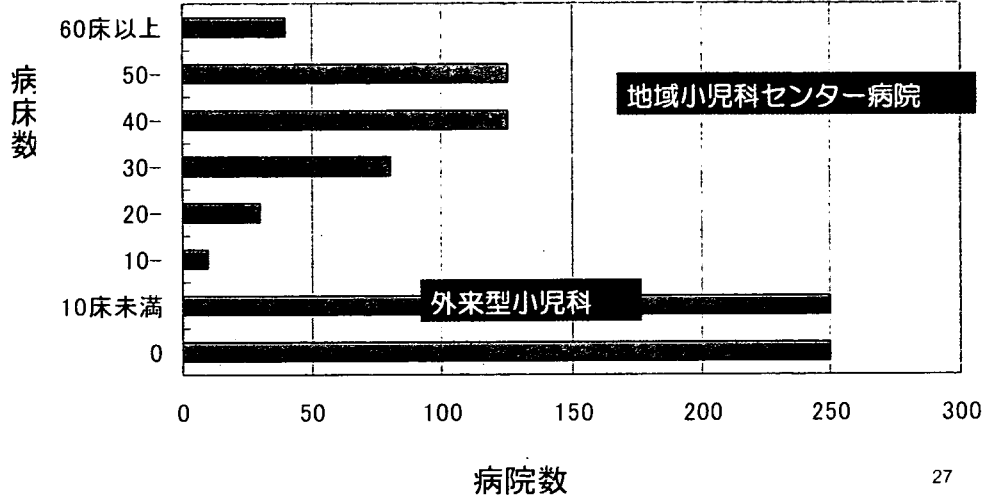
小児科の型	施設数	施設当り医師数				必要医師総数			
		小児救急専任	Pediatric Intensive Care	小児科医	新生児専任	小児救急専任	Pediatric Intensive Care	小児科医	新生児専任
中核病院型(+PICU)	1	4	4	12	8	4	4	12	8
地域小児科センター病院 (救急+NICU型)	1	4	0	12	8	4	0	12	8
(救急型)	1	4	0	10	0	4	0	10	0
(NICU型)	1	0	0	0	8	0	0	0	8
一般小児科(病院)	5	0	0	5	0	0	0	25	0
過疎小児科(病院)	5	0	0	3	0	0	0	15	0
合計	14	12	4	42	24	12	4	74	24

日本小児科学会・宮城地方会

病院当たりの小児科病床数の分布（一般病院）

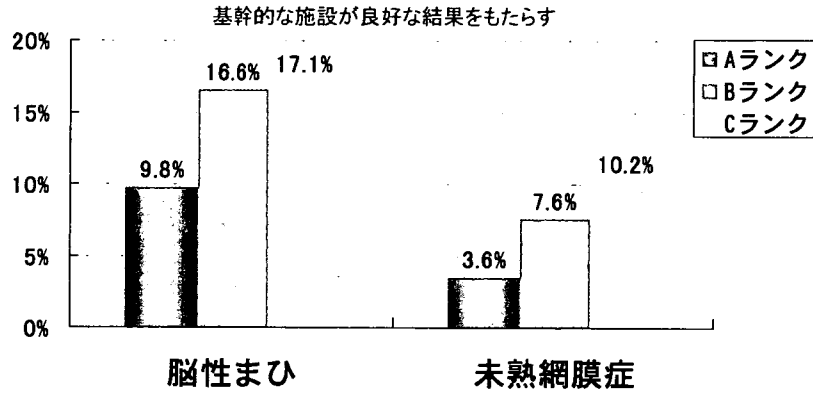
構造改革で目指す未来

N=910



病院小児科の重点化は
医療の質・アウトカムを高める！

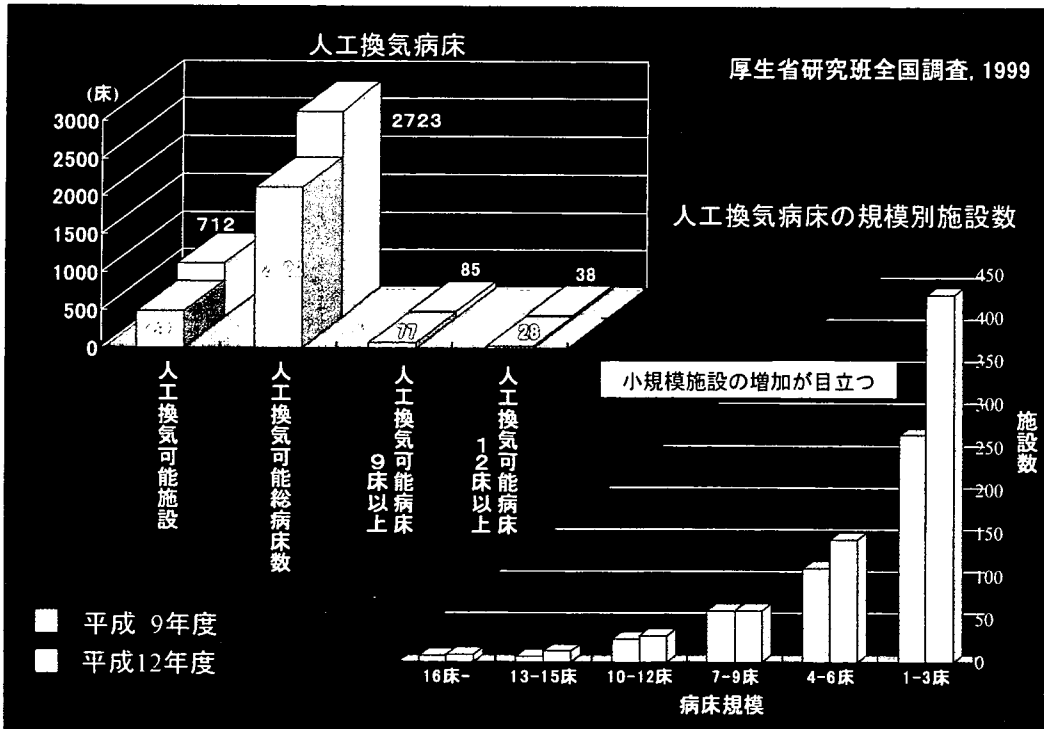
施設ランク別にみた脳性麻痺、未熟網膜症 1995年出生超低出生体重児の3歳時予後から



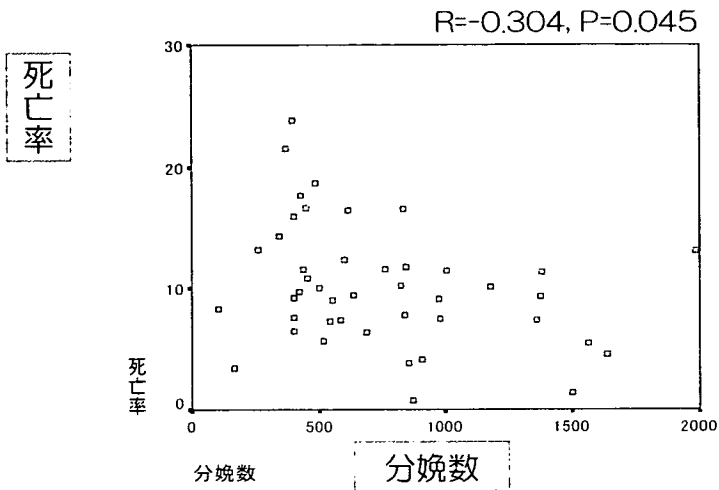
Aランク: 超低出生体重児年間入院20例以上、n = 275
 Bランク: 10例～19例、n = 277
 Cランク: 10例未満、n = 205

厚生省研究班全国調査, 1999

29



<1500g死亡率と分娩数

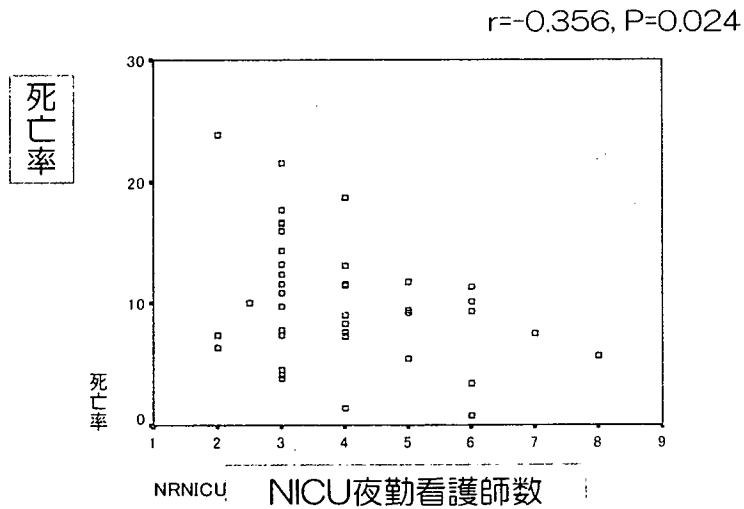


NS:小児科病床数、NICU病床数、IPPV数、NICU医師数

31

総合周産期母子医療センターネットワーク研究班

<1500g死亡率とNICU夜勤看護師数



NS:小児科病床数、NICU病床数、IPPV数、NICU医師数

32

総合周産期母子医療センターネットワーク研究班

日本小児科学会の提言

33

日本小児科学会の戦略

- 病院小児医療の提供体制の改革
- 小児医療全体の再編の秩序を病院小児医療が牽引するという戦略
- 「誰かが集約化してくれる」というのは「幻想」
- 他力本願でなく、先ず小児科勤務医は自分達がやるべきことをやろうというのが、「モデル案」
- その先には日本の小児医療のあるべき姿が提示される必要があるが、それは走りながら考えようというスタンス

34

日本小児科学会理事会の提案

(平成19年総会(京都)報告事項)

モデル案で「地域小児科センター病院」を設定して実行に移行する場合、そこでは労働時間が週60時間以上の小児科医は皆無とするように勤務計画を作成すること。それを達成するために定員増が必要であれば計画に明記すること。

→地域小児科センター病院認定基準の設定

35

日本小児科学会・認定委員会(案)

地域小児科センター認定基準〈試案例〉

1. 地方会において認定申請提出が承認されていること
2. 当該二次医療圏内で最大の小児科病床数*を有していること
3. 通年の夜間及び休日医師当直(又は夜勤)を実施していること
4. 医師の週労働時間は58時間未満であること
5. 小児入院医療管理料1の認定病棟を有すること
6. 小児二次救急と新生児集中治療のいずれか又はその両方を実施していること
(小児二次救急を実施する場合) 小児救急時間外入院について入院に制限時間を設けていないこと。
(新生児集中治療を実施する場合) 新生児集中治療管理室基準の認定病室を有すること
7. 小児病棟看護比率は5:1以内であること
(その他、これからの提案を求めます)

ヘリコプター救急の制度設計と運動論

2007・07・21

認定NPO法人
救急ヘリ病院ネットワーク
理事長 国松孝次

日本のヘリコプター救急の現状

- ・ 救急専用ヘリである「ドクターヘリ」は、全国で、10道県に11機配備され、平成18年度中の出動件数は、4444件
- ・ 全国に70機配備されている消防防災ヘリの「救急」出動は、平成17年中、2492件……1機当たり年間平均 36件。
- ・ 自衛隊ヘリの急患空輸が日常的に行われているところ。
…… 沖縄、鹿児島、長崎、東京(小笠原諸島)
- ・ 海上保安庁ヘリの日常的急患空輸……沖縄(石垣島)

ドクターヘリの効用

- 救命率の向上・予後の改善・医療費削減
- 「最寄り」の病院でなくて、「最適」の病院への搬送
- 都道府県境を越えた広域救急医療体制の確立
- 病院の機能分化と医師の集中運用を促進する医療改革の有効なツール
- 母体搬送にヘリを活用するメリット
 - 「最適」病院への広域・迅速・安全な搬送の可能性
 - 搬送振動が母体に与える影響は救急車より小さい
⇒平成18年度HEM-Net研究(亀田総合病院 小原先生等)
「救急ヘリ搬送の母体胎児等を与える影響の研究」

「救急ヘリ」の整備を図る上での問題点

- 「救急ヘリ」の有効性、必要性に関する認識が、まだ低いこと。
- 救急車と「救急ヘリ」を総合的に運用して、救命救急効果を高めようとする体制と着意が、まだ弱いこと。
- ドクターヘリについては、ヘリ運航費用の都道府県負担分の検出が、困難。特に、財政規模の小さい県ほど、ドクターヘリの整備は、より緊急の課題であるのに、その整備は、より困難な実情
(救われるべき人の命に「地域格差」)
- 消防防災ヘリについては、多目的ヘリとしての制約があり、救急専用の運用が難しいこと。