

大学の担うべき責務の一つである教育には NICU が必要だろうか？各層別に必要と考える割合を示した。医学部学生教育では、80.3%、初期研修では、57.4%、小児科後期研修では95.1%、周産期専門医では75.5%で必要であると答えた。

7) 女性医師支援の現状 (スライド30)

今回の整備計画のうち、人材育成ことに女性医師復帰支援があげられている。大学病院の現状として、院内保育所、夜間保育、24時間保育、病児保育整備状況をみた。全体では、院内保育所77.0%、(国公立84.6%、私立63.3%)、夜間保育21.3%、(国公立30.8%、私立4.5%)、24時間保育13.1%、(国公立17.9%、私立4.5%)、病児保育24.6%、(国公立30.8%、私立13.6%)であり、私立の方が整備がすすんでいないようである。またこの5年間に産休をとった女性医師数は国公立で14名、私立で13名、結婚出産を機に離職した女性医師は国公立3名、私立24名であった。

考察

昨今の周産期医療を巡る危機的な状況の背景には、人的不足がもたらした受容と供給のアンバランス、新しい研修制度が加速させたといわれる地域格差、病院間格差、また、ハイリスク妊娠、ハイリスク新生児の増加による病床数の不足などがあげられる。その中で発生した東京での妊婦死亡案件は、結果として“最後の砦”であったはずの大学病院が、その機能を果たせていないことが社会全体に衝撃を与えた。このことを重く受け止めた文部科学省が、大学病院での NICU整備計画に乗り出した、というのがおおかたの見解であろう。

当事者たる大学病院への今回の研究班アンケート結果は、以下のようにまとめられる。

1) 大学病院における新生児診療は、ほとんどの施設において人的不足があるにも係らず、自己評価において地域の周産期医療にすでに一定の役割を果たしていると考えられている。特に外科疾患、胎児病対応は大学病院での対応が必要と考えられている。

2) 国立大学病院に NICUを整備、増床する計画については、批判的な意見が多くあり、主な理由は、人的確保の問題と、かろうじてバランスをとっている地域周産期医療を混乱させるという懸念である。

3) 多くの大学病院において NICUは学生教育、小児科専門医教育において必要と考えられている。

4) 大学病院における女性医師支援のうち保育所の整備を取り上げたが、私立より国公立がやや先行している。このことが結婚出産を機に離職する女性医師の総数に関係するかもしれない。

周産期医療は地域の連携なくしては成り立たない。今回は大学へのアンケートであったが、大学以外の施設で新生児診療を担う立場からは、大学病院に単に NICUを新設または増床するということが、現在の周産期医療の早期問題解決に結びつかないのみならず、かえって混乱を招くとの懸念を生じさせたことは想像に難くない。教育、人材育成、対応困難症例等の大学の役割を最大限に引き出し、地域連携にもプラスとなる整備が求められる。

背景

10月4日	東京で、妊婦が8病院に受け入れをこたわれ、胎内出血で死亡。8病院のうち、6病院が大学病院であった。また、9月にも多摩地区で同種事案が発生したことが判明。
10月24日	文科省による6病院聞き取り調査。
11月上旬	文科省高等教育局教育課大学病院支援室による全国大学病院における周産期医療体制等についての調査実施
11月11日	大学病院を考える議員連盟臨時総会
12月5日	大学病院の周産期医療体制整備計画 報道発表

(スライド1)

文科省アンケート結果2

設置している大学病院の平均病床数（床）

	国立	公立	私立	計
NICU	7.4	8.3	11.3	9.0
MFICU	5.3	6.0	9.1	7.5
GCU	9.2	8.8	17.3	13.1

(スライド4)

文部科学省調査

目的：周産期医療体制等が大きな社会問題となっていることに鑑み、大学病院における周産期医療体制等の現状について調査をおこなった。（原文のまま）

対象：全国大学病院のうち周産期医療をおこなっている113病院。
（本院79、分院34）

(スライド2)

文科省アンケート結果3

大学病院全体の平均病床数（床）

	国立	公立	私立	計
NICU	5.8	8.3	10.5	7.8
MFICU	1.0	2.3	4.4	2.4
GCU	4.6	5.5	14.9	8.5

(スライド5)

文科省アンケート結果1

NICU等を設置している大学病院

	国立	公立	私立	計
NICU	33/42	8/8	27/29	68/79
MFICU	8/42	3/8	14/29	25/79
GCU	21/42	5/8	25/29	51/79

(スライド3)

文科省アンケート結果4

設置している大学病院の稼働率(%)

	国立	公立	私立	計
NICU	89.5	89.2	96.2	92.2
MFICU	81.1	78.4	81.4	81.2
GCU	82.7	68.8	77.4	78.8

(スライド6)

文科省アンケート結果5 周産期センター指定状況

	国立	公立	私立	計
地域	11/42	2/8	10/29	23/79
総合	7/42	3/8	14/29	24/79
計	18/42	5/8	24/29	47/79

(スライド7)

大学病院の周産期医療体制 整備計画

- 1 国立大学病院の周産期医療整備計画
(4カ年計画)
- 2 国公立大学病院の周産期医療に関する
人材育成などの強化

文科省報道資料より

(スライド10)

文科省アンケート結果6

・分娩件数 3年間に20.4%の増加。特に帝王切開は29.3%の増加。

・周産期医療に従事する平均勤務者数は、小児科11.0人、産科15.2人、看護師59.6人

・勤務体制 時間内は小児科6.6人、産科8.3人、時間外は小児科産科あわせて2.5人

(スライド8)

1 国立大学病院の周産期医療 整備計画(4カ年計画)

概要

今後4年間(21~24年度)で

- 1) NICU未設置の国立大学病院の解消
- 2) 半数の国立大学病院において現行の平均11床程度の周産期医療に係る病床数を倍増し20床とする

文科省報道資料より

(スライド11)

文科省アンケート結果7

- ・産科医、新生児科医、麻酔科医、助産師、看護師の不足
- ・NICU病床の不足
- ・長期入院時の後方施設
- ・地域の実情に応じた集約化、機能分化
- ・女性医師支援が必要
- ・医師、助産師、看護師の人材育成教育システムに対する財政支援
- ・診療報酬の適切な評価

(スライド9)

2 国公立大学病院の周産期医療に 関する人材育成などの強化

- 1) 周産期医療を志す若手医師の教育環境の整備を図るとともに、小児科、産科等の女性医師の復帰支援を行う。
- 2) 院内助産所などを活用した助産師育成環境を整備し、産科医の負担軽減を図る。

文科省報道資料より

(スライド12)

これらの計画発表は、新設や増床を準備していた施設にとっては願ってもない機会である一方、地域連携や昨今の大学病院の事情が加味されないなかの全国一律の整備計画に困惑されている施設もあると考える。

この機会に全国の大学病院の現状を把握し、より有効な整備計画を訴えていくべきと考え、緊急のアンケート調査を実施した。

(スライド13)

結果1 所属する医療圏における新生児診療 において

	国公立 (n=39)	私立 (n=22)	全体 (n=61)
非常に貢献	74.4%	59.1%	68.9%
やや貢献	25.6%	36.4%	29.5%
貢献していない	0%	4.5%	1.6%

(スライド16)

アンケート

対象：医学部のある大学 79校

国立大学 42

公立大学 8

私立大学 29

回答 国立 32/42 (76.1%)
公立 7/8 (87.5%)
私立 22/27 (81.5%)
合計 61/79 (77.2%)

(スライド14)

非常に貢献している理由

- ・小児外科疾患、循環器外科、眼科等は大学病院で受け入れ。
- ・胎内診断例は大学病院で受け入れ。
- ・総合周産期センターの負担を減らしている。
- ・立ち会いに出向いている。

(スライド17)

アンケート

- ・新生児診療と今回の整備計画への意見
- ・新生児学の教育について
- ・女性医師支援

(スライド15)

やや貢献している理由

- ・受け入れているが、ベッドが少なく、断ることがある。

(スライド18)

結果2

NICU認可のある施設に質問
医師数は充足しているか？

	国公立 (N=32)	私立 (N=18)	全体 (N=50)
YES	9.4%	11.1%	10.0%
NO	90.6%	88.9%	90.0%

(スライド19)

結果5

NICU認可のない施設に質問

国立 設置予定6 計画中1
当直体制が組めない 1/7
看護体制が組めない 1/7

私立大 設置予定1 計画中2 計画なし1
責任者がいない 1/4
当直体制が組めない 2/4
看護体制が組めない 3/4
場所がない 2/4
計画なしは近隣で充足しているため

(スライド22)

結果3

新生児専門医がいるか

	国公立 (N=39)	私立 (N=22)	全体 (N=61)
YES	17 43.6%	12 54.5%	29 47.5%

(スライド20)

整備改革について
肯定的意見

- ・学生に興味を持ってもらえる
- ・将来の新生児科医育成

(スライド23)

結果4

新生児専門医取得可能か

	国公立 (N=39)	私立 (N=22)	全体 (N=61)
YES	23 59.0%	18 84.5%	41 67.2%

(スライド21)

条件付き肯定的意見

- ・早急に予算をつけて十分な予算！
- ・現場の意見を聞いて！
- ・NICUの赤字なので、設置時のみならず、継続的な財政支援が必要。
- ・医師のみでなく看護師も増員
- ・新生児学として講座の新設
- ・中小のNICUを大学に集約

(スライド24)

条件付き肯定的意見

- ・ 増床にも医師数の基準を設けてはどうか
- ・ 私立大も含めて
- ・ 医療費抑制政策の解除
- ・ 当直でいるだけの助教以上の人数

(スライド25)

批判的意見

- ・ 国立大学にこだわらず、地域の基幹病院にてこ入れ
- ・ ○○県はうまくいっていたのに、大学にNICUを開設となって戸惑っている。

(スライド28)

批判的意見

- ・ 期待していない。
- ・ 思いつきだろ
- ・ マンパワーにおいて無理。
- ・ 今でも労基法を守れない状態で増床は無理。
- ・ 新研修制度以来の研修医地域格差があり、働き手がいらない。

(スライド26)

教育のためにNICUは必要か？ YESの割合

	国公立	私立	全体
医学部 学生教育	76.9%	86.4%	80.3%
初期研修	56.4%	59.1%	57.4%
後期研修	95.1%	95.5%	95.1%
周産期 専門医	71.8%	81.8%	75.4%

(スライド29)

批判的意見

- ・ 産科の充足がないと機能しない
- ・ 新設より既存の施設の拡充
- ・ 国立は定数があるのだから、私立で増やすべき
- ・ 大学に人が取られる／ひきあげ
- ・ 集約化に反する
- ・ NICU増床より後方病床が優先

(スライド27)

女性医師支援1

	国公立 (n=39)	私立 (n=22)	全体 (n=61)
院内保育所	84.6%	63.6%	77.0%
夜間保育	30.8%	4.5%	21.3%
24時間保育	17.9%	4.5%	13.1%
病児保育	30.8%	13.6%	24.6%

(スライド30)

女性医師支援

- ・ 過去5年で産休をとった人数
国公立14名 私立13名
- ・ 過去5年に結婚出産で退職した人数
国公立3名 私立24名

(スライド31)

総括1

- ・ 大学病院は、スタッフに不足があるにも関わらず、自己評価においては地域の周産期医療にすでに一定の役割を果たしている。
- ・ 多くの大学病院においてNICUは学生教育、小児科専門医教育において必要と考えられている。

(スライド32)

総括2

- ・ 大学病院 NICUを整備するにあたっては、現在の準備状況と人員確保が保証されることが必要。
- ・ すでに地域でバランスをとって周産期医療をおこなっている場合、大学病院にNICUを新設することで混乱が生ずる恐れがある。
- ・ 大学病院の女性医師支援は、、、、。

(スライド33)

3. 新生児集中治療 提供体制の改善の戦略

杉浦 正俊 杏林大学小児科

杉浦：それでは、「新生児集中治療提供体制の改善の戦略」という、ものすごく重いタイトルについて、私見を述べたいと思います。

今、産科のほうが危機…産科が後から始まったんですけれども、産科のほうが非常に危機に瀕していて、そして彼らがかなりいろいろなことを獲得してきています。

で、新生児のほうは遅ればせながら、周産期医療の危機の根源に、NICU 不足があって、その根源に新生児科医が足りないというところまでは来たんですけれども、要求が外から見て細かい。どうしても我々、新生児をやっていると細かいので、いろいろ細かいことはいっぱい出るんですけれども、重点要求項目が明確になってないんじゃないかということがありますので、今日はどこを重点にしたいかということを含めて、問題提起をしたいと思います。

それで、これ復習なんですけれども、母体搬送が受け入れられない最大の理由は NICU 満床というデータが各所から出ていて、札幌市においても新生児の搬送困難事例が発生してしまったと。(スライド1) それで、NICU の必要病床数が増えているというのは、午前中の楠田先生の報告どおりで、過去の約 1.5 倍必要だと。緊急的には今の 25% 増しが必要だと。

母体搬送受け入れ困難の主因はNICU満床
周産期医療ネットワーク及びNICUの後方支援に関する実態調査の結果について
(厚生労働省母子保健課2007.10)

母体搬送受け入れ出来なかったケースがあったセンターは、31センター/待機病床42センター
うち搬送受け入れ出来なかった理由について回答のあった25センターの理由別センター数の割合(複数回答)

理由	NICU満床	MNICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	22	12	4	11
割合(%)	88.0%	48.0%	16.0%	44.0%

ついに札幌市における搬送困難例の発生

(スライド1)

それから、そのなかで長期入院の占める比率は4%弱、それから待機病床として十分稼働していないものが8%。未熟児が増えたことによって必要になったものがだいたい 50%を占めるという、そういうデータになっています。(スライド2)

厚生科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業)「周産期母子医療センターネットワークによる医療の質の向上、フォローアップ/介入による改善-向上に関する研究」
NICUの必要病床数の算定に関する研究
主任研究者 藤村正俊、分担研究者 藤田 聡
研究協力者 杉浦正俊、多田 裕、桐野真弓、内山 暁、大井 隆、船橋和子

- 年間およそ36,000例がNICUにおける治療を必要
- 現時点でのNICU必要数は約3床/1000出生
(平成6年に比べて約50%増加)
- 長期入院症例が占める比率は3.85%
- いわゆる“待機病床”は8.1%
- 緊急的にはNICU病床を2.5床/1000出生、すなわち200~500床の増床が必須

(スライド2)

それで、これも復習ですけれども、NICU が足りないというのは皆感じてて、増やしたいと思って、そして、増やせないのは医師が足りないというデータです。(スライド3、4)

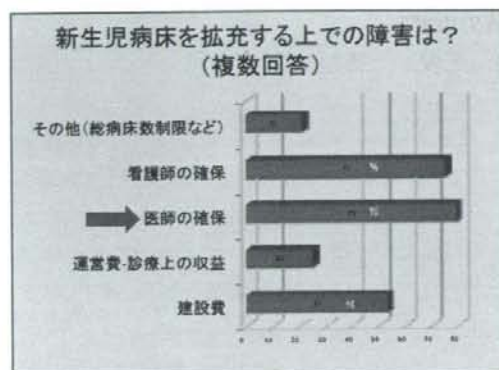
新生児病床を増床する意志はありますか？

新生児病床増床に対する地域や行政からの要望

割合がないとして新生児病床を増やしたいとお考えですか？

病院管理者や設置者は増床に理解はあるでしょうか？

(スライド3)



(スライド4)

どのくらい新生児科医がいるかという計算をちょっと私がザクッと、異論はあると思うんですけど、ザクッとやってみました。(スライド5、6)これが算定の細かい詳細なんですけれども、1人の当直医がほしい12床のNICUを管理するのが、たぶん限界だろうというふうなことを前提にしました。だから、15床とかになってくると、まあ2人当直が理想的になるわけなんですけれども、たとえば1人当直が12床管理して、で、その1人当直をまわすのに7名要ると。そして総合周産期が100ヶ所あるとして…というふうにして、出生1,000あたり3床のNICUを整備して、というふうにすると、総合周産期が1,200床必要になって、そして12床ずつ100ヶ所、ないしは24床ずつ50ヶ所でもいいんですけど、これを回すのに医師が700名必要になります。

必要な新生児科医師数の試算(例)

- 算出方法により大きな幅が存在
- 様々な仮定を前提に算出すると
→およそ1500~2300名必要
- 新生児専任医師数の現状
948名(小児科学会2006)
925名(新生児医療連絡会2003)
- 現在の1.5~2倍以上の人員が必要となる
(予備人員を含むとさらに1.3~1.5倍)

(スライド5)

NICU病床整備に必要な新生児医師数の算定根拠(詳細)

出生1000人あたり3床のNICUを整備するために必要な医師数
総合周産期母子医療センターに必要な医師数
仮定1: 3次医療圏(人口100万)あたり1箇所を整備するとして100ヶ所
仮定2: 専任医師による1人当直 7名/施設
仮定3: 当直1名で管理可能な病床数12床/施設とすると
→1200床、医師700名

地域周産期母子医療センターに必要な医師数(計算例1)
仮定1: 残り1800床をすべて9床のNICUで整備(医療圏のサイズを無視)
仮定2: 小児科学会地域小児科センター病院基準案
(4名/NICU+GCU18床)で配置
→1800床、医師800名。ただし医療圏のサイズは考慮されていない

地域周産期母子医療センターに必要な医師数(計算例2)
仮定1: 小児科医療圏396ヶ所(実数)
仮定2: 1ヶ所あたり4名
→1800床、医師1600名

(スライド6)

それから地域周産期が、残りの1,800になるんですけども、これがきれいに日本小児科学会、地域小児科センター病院の構想通り、9床で、そういう新生児科医4人というふうに分かれるならば、ここで必要なのが800名。ただ、医療圏は、約400ヶ所ありますから、400ヶ所ごとに全部整備されてしまうと、最大1ヶ所あたり4名なので、この場合は1,600も要ると。こういう、ザクッとした計算なんですけれども、ほしい1,500から2,300名必要になるだろうと。

じゃあ今、何人いるかというのと、これが後で出ます、標榜科でないので数字はありませんが、2つの調査があって、どちらもほしい一致しています。このときの定義は、新生児専任医師なんですけれども、ほしい1,000名弱になります。ですので、今の1.5倍から2倍以上の人員が必要になると。

それで、メディアの人と話していて言われたのは、軍隊とかで人員を考えると、病欠とか交代とかを考えて、その1.3から1.5をさらに見込む。そうすると、もうとんでもない数になるというのが、現状でございます。

これが今の現状で、それで、ちょっと参考に、産婦人科学会が今、華々しくいろいろ確保していますので、産婦人科学会の先生にお願いして、スライドをお借りしてきました。産婦人科学会が今回の危機に対して、どういうことを行ったかというものです。(スライド7)

産科婦人科学会の取り組み

マスコミへのキャンペーン

アクションプラン作成

行政への対策依頼

—周産期センターの経営改善と労働条件改善

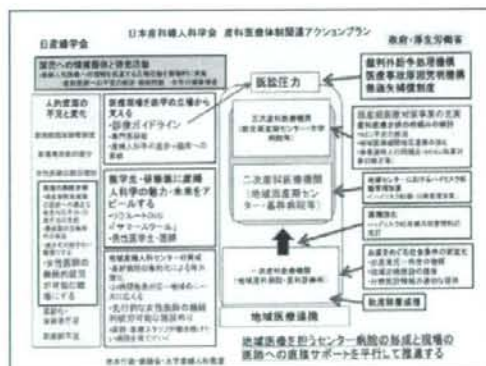
産婦人科入局者増加策

医療訴訟対策

女性医師対策

(スライド7)

で、これが産婦人科学会…産科婦人科学会ですね、正確には。そこが取り組みとして挙げたもので、マスコミへのキャンペーン、アクションプラン作成、行政対応する、入局者を増やす、訴訟対策、女性医師、というところを大きな柱にしました。それで、こういうアクションプランをつくって、それぞれの項目ごとに担当を決めて、「誰々先生は行政担当」「誰々先生は訴訟担当」というような感じで、担当を決めて臨んだということです。(スライド8)



(スライド8)

まず行政関係ですけれども、陳情書が多数出てます。これは、非常に参考になりますので、ちょっと細かくご紹介します。

まずこれは陳情書ですけれども、左の上、これが昔の柳沢厚労大臣の時代に出たアレで、そ

れで舛添大臣に変わったのでまた出て、で、ただここは割と待遇改善とかそういう一般的な内容なんですけれども、これは産科婦人科学会の理事長の先生が東京都知事と直接会って、そしてここで具体的な要望をしています。

(スライド9～11略)

それと並行して今度は、国の段階で、後で触れますけど、「医療提供体制の改革ビジョン」という懇談会があって、これは医療提供体制の改革ビジョンなので、医師不足の領域の先生が入ったんですけれども、最初は外科と産婦人科と、あとは国立大学病院の代表者で、それで小児科と麻酔科が入らなかったんですけど、麻酔科の先生はその後、参考人で呼ばれましたんで、結局最後まで入らなかったのは小児科だけという…。その懇談会で日本中の産科医に1分婉あたり、いくらでしたっけ、お金を出すと。で、これは1次医療機関から3次医療機関までも含むし、それから実は、産科医等なので、実は助産師さんにも出ます。ですから分娩をした産科医と助産師さんは、1次医療機関を含めて1万円なにかしのお金が出て、そして、それに実は麻酔をかけた麻酔科医と小児科医には出ないというものが、打ち出されました。(スライド12)

救急・産科医師確保対策

診療1回で1万9千円支給 夜間診療の救急医に

このニュースについての報告書

記事：共同通信社
提供：共同通信社

【2008年8月26日】

厚生労働省は26日、2009年度予算で新たに要求する医師不足対策の具体案を示した。

救急病院の救急医に対し、夜間に患者を診療した場合に最高で1回当たり1万8650円、休日の昼間は1万3570円の手当を給与とは別に支給する。産科医に対しても、出産1回につき1万円を支給、いずれも国が3分の1を補助する。残る3分の2は都道府県、市町村、病院間で分担するとしている。

(スライド12)

それでいちおう、我々も座視できないので、

連絡会として、まず改革ビジョンにこういう要望書を出しましたが、もちろん討ち死にで、それでさっきの報道を受けて、医政局長のところに梶原先生がアレンジしていただいて、折衝に行きましたけど、もちろんだめでした。(スライド13)



(スライド13)

それで、結果的に産婦人科がとれたものは、平成20年度の診療報酬改定で、ハイリスク妊娠管理加算、これが1日1万円でしたっけ。それからハイリスク分娩管理加算が、たしか10万円ぐらいだったと思うんですけど、こういうものを獲得しました。このとき産科小児科の重点配備といいましたけれども、小児科については、小児病院用の管理料と、あとは長期入院の管理料だけでした。

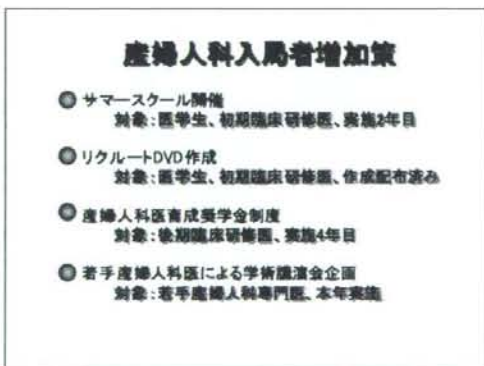
そして次に、産科医療補償制度ですよね。これ財政規模がだいたい300億円。この前始まって、そして分娩一時給付金がこう上がっていくということになりました。これはちょっと時限措置で、これが微妙なんですけれども、4年間ぐらいの時限なんです。で、どうもその4年後には、保険給付に変えたいという思惑もあるようですけれども、これは分かりません、どういうふう動くかは、政治のことなので分かりません。それから妊婦健診が増えて、それからあと、これは何だったかな、忘れちゃった…日本タバコじゃなかった、どこかですけれども、そ

ういう企業が出す奨学金、それからさっきの都立病院の給与改革、こういうことで、非常にすすんでいます。(スライド14)

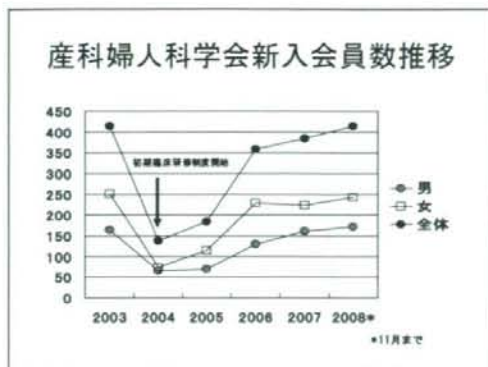


(スライド14)

それから、入局者を増やすために、これは美ヶ原でサマースクールをやって、去年が100人、今年200人でしたっけ、やっていて非常に好評で、その他いろいろやってまして、そして入局者数がこういうふう回復したということです。(スライド15、16)



(スライド15)



(スライド16)

そして、訴訟対策 (スライド 17) は今の産科医療補償制度があって、そして、最近の動きをみると、どうもドクターフィー構想の実現に向かっているように見えます。(スライド 18) ドクターフィー構想というのは、今は病院にくらお金が入ったって、僕らの給料は変わらないんですけど、それをドクターフィーとして払うという、元々外科の先生から出てきた、主に外科の先生から出てきた外科医確保の構想だったんですけど。まずさっきのハイリスク分娩管理料、たしか1回10万円なんですけれども、これが平成20年の診療報酬改定で認められて、そしてその後、還元率調査というのを学会がやっています。で、実際にこのハイリスク分娩管理料が始まったけれども、産科医には還元されてない。たしか9%でしたっけ。そういうデータを出して、そしてその後、理事会としてこれは医師個人に還元すべきであるということを出して、そしてある地方自治体病院で半額を個人に還元するという制度を打ち出して、おそらくこれはさっきの東京都のアレと同じような方向で動いていくんじゃないかな、というふうに思っています。

医療訴訟対策

- 学会ガイドラインの作成
周産期編2008年発行
- 無過失保障制度の設立
産科医療保障制度1月より開始
- 国民への啓蒙活動
女性の健康週間、実施4年目
分娩リスクの啓蒙、検討中

(スライド17)

ドクターフィー構想?

関東大産科医会における議論 的、安心と希望の医療確保にシフト(小児科・産科以外) 計、産科医確保と救急医療の連携に関する懇話会
一外科、産科、産科、他と共同歩調

ハイリスク分娩管理料、平成20年診療報酬改定
還元率調査一医師への還元要望一地方自治体における実施

(スライド18)

…ということで2004年に、産科と一緒に、小児科医・産科医確保のシンポジウムをやったときには、産科の先生は、もうこれからという、「まだ全く手がついていないんだよ」とおっしゃっていたのが、非常に精力的に動かされて、今、かなりのものを彼らは獲得されています。それで、我々はじゃあどうするか、なんですけれども、やはり要望を絞らなきゃいけないだろうと思います。で、まずNICUの必要病床数が足りない。これはもう大前提です。で、まずこれが一番になると思います。それから、そのためには医師が足りない。で、医師が足りないから、医師を確保しなきゃいけない。(スライド19) これまた、いろいろ…。2番目の課題になると思います。

新生児医療提供体制の戦略(1)

- NICU必要病床を確保するために
 - 1) 都道府県における整備計画
 - 2) 診療報酬の増額(NICU管理料2、など)
 - 3) 長期入院対策
- 新生児科医を確保するために
 - 1) 待遇改善
 - 2) 教育体制(国立大学NICU、研修プログラム)
 - 3) 学会などの広報活動・人材育成と配備
 - 4) 休職医師の就業支援

(スライド19)

それから、たぶん、全部を医師でまかなえないので、スキルミックスですね、たとえばネオネイタルプラクティショナーとか、搬送コーディネーターとか、医療秘書とか、こういうことが出てきますけど、ちょっとこれはもう細かい話になるので、今日は省略します。(スライド20)

新生児医療提供体制の戦略(2)

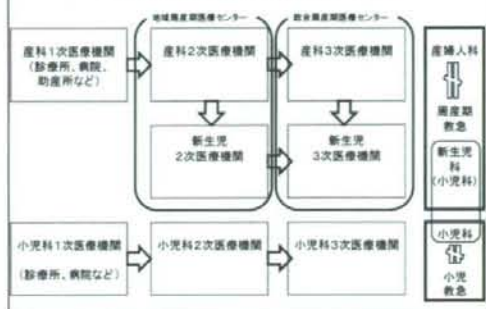
- スキルミックスの検討
 - 1) 医療秘書の導入
 - 2) 搬送コーディネーターの導入
 - 3) Nurse Practitionerの導入

→本日は省略

(スライド20)

それで、まず具体的に何をやるかということなんですけれども、やはりステップ1は、標榜科ではないかなと、私は考えています。(スライド21、22)

Step1:標榜科を確保する



(スライド21)

標榜科の必要性

- 小児科のなかで、新生児分野は小児医療体制ではなく、周産期医療体制に所属
- 行政政策上、小児科と分けて把握することが必要(産科と婦人科の関係)
- 新生児科医に対する待遇改善にも必要
- 本来は小児科の拡大にも貢献するはず、、、
- 小児科学会と産科婦人科学会の要望書まち
- 小児科学会新生児委員会の建議

(スライド22)

実は折衝を通じて、日産婦と小児科学会が要望書を持ってくれば、新生児科という標榜科を認めるのにやぶさかでない、という感触は得ていますので、まずこれが大前提になるような気がします。たとえばいろんな施策を打つときにも、結局彼らは予算規模・財政規模で考えますので、たとえば新生児科という標榜科がないと、小児科全部に出すことになってしまって、非常にこう、薄くなってしまふということをや、よく言います。ですのでやっぱり標榜科を確保することは、いろんな意味で大事だと思います。何で大きかって、僕らのアイデンティティとかそういう論理は彼らには通用しないわけで、彼ら、社会から見て何が役に立つかという、外の目から見るのが大事だと思います。それで、これはこういう論理があると思うんですけ

れども、周産期救急というのは、小児科と産科
 でできると。小児救急は小児科でできると。
 じゃあ、小児科イコール小児救急、産科イコ
 ル周産期救急とやると、新生児が落ちると。で、
 実は産科も婦人科とあるんだけど、産科婦人科
 と分かれてやってると。我々も同じように、違
 う医療制度に入るんだから、小児科と新生児科
 と分けて、そしてその医師数とか医療供給体制
 を把握して、そして必要な施策を打つべきなん
 だという、論理展開です。

ということで、いわゆる施策上必要なんだと。
 行政施策のうえで実態把握をして、そして施策
 を打つうえで必要なんだということで、アピ
 ルするのがいいんじゃないか、まあ産科と婦人
 科の関係であると。それから、それをやる事で、
 待遇改善の要求とかが効果的になってくる。

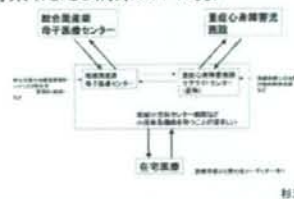
それからあと、小児科なんですけど、本来は
 小児科の拡大にもこれは有効な戦略のはずな
 んです。産婦人科が産科の教授と婦人科の教授
 と、それから生殖の教授と、というふうに勢力
 を拡大したり、麻酔科が麻酔科の教授、中央手
 術部の教授、ICUの教授というふうに、こう勢
 力を拡大していったのと同じで、もうこれは小
 児科の拡大にも貢献するはずなので、ポジティ
 ブにとらえるべきだろうと考えています。

それで現在は、小児科学会と、産科婦人科学
 会の要望書待ちという状態なので、小児科学会、
 新生児委員会からの建議が必要になると思い
 ます。

それから、ステップ2がNICUを増やす。こ
 れは本当に堂々めぐりなんですけれども、とり
 あえず計画をつくる。そして計画の進捗状況を
 定期的に評価する仕組みをつくる。これは机上
 の空論ですので、すぐできると。(スライド23)

Step2: NICU整備計画を設定する

- 都道府県における整備計画と定期的報告
- 診療報酬の増額(NICU管理料2、他)
- 長期入院対策(ただし病床の4%弱)



(スライド23)

それから、それに裏打ちする金の話もいちお
 うする。それからあと、長期入院はパーセント
 としては大きくないんですけども、これも悲願
 ですので、これもこの問題と絡めてこのチャン
 スにやる。で、たぶんいろんな点数とかもあり
 ますけれども、これ中間施設の、僕昔考えたや
 つですけど、やっぱり総合と重心と、在宅を結
 ぶ中間施設があるだろうというふうに思いま
 す。これはチャンスなので、今しかないと考え
 ます。

それで、これちょっと脱線なんですけれども、
 その都道府県における整備計画なんですけれ
 ども、ここでちょっと1回、考えたほうがいい
 かなと思ってるのは、適正な施設規模とか医療
 圏を少し考えたほうがいいんじゃないかなと
 いうふうに、個人的には思っています。(スラ
 イド24)

なぜ大都市圏で搬送困難事例が頻発するの
 か。これをちょっと個人的に考えてみました。
 で、まず病院側からの理由を言うと、やはり
 満床以上に受けると、その医療水準が下がる
 と。しかも、新しく来る子たちだけでなく、も
 う既にいる子たちの医療水準も下がる可能性
 があると。そうすると、今こういう時代なので、
 訴訟とか医療安全に問題があると。なので、で
 きれば余裕ある施設があったら、そこに託した
 ほうが、子どもも幸せだし、我々も安全とい
 うことになるのが1つですね。

適正な施設規模/医療圏について

なぜ大都市圏で搬送困難事例が増えるのか？

満床以上の患者を受け入れる施設側

- 期待される医療水準の低下(既入院、新入院とも)
- 医療安全の問題と訴訟リスクの増加(看護部など院内からの批判)
- 余裕ある施設に出来れば託したい
- 努力すると同時に患者が困難なく集中、地域から感謝されることもない

最高の医療を求める患者心理

- 近距離に周産期施設が密集(例:お互いの県庁が歩いてゆける距離)
- その中で、常に最高の医療を要求(例:器外がない病院への訴訟可能性)
- 満床以上に収容する不利益に対して不寛容
- 特定施設への集中(例:高度施設に転送しなかった紹介元への訴訟)

- 案1)数百万人=人口でなく生活圏=単位の大規模施設?
 案2)ネットワーク(バーチャルホスピタル)として患者を収容する体制?
 案3)入り口機能の施設1箇所と、常時転送する体制?

(スライド24)

もう1つは、大都市圏では正直言って、1つの県と県がもう歩いて15分とかいう距離にありますから、要するに、歩いて相互の県庁に次々で行ける距離にありますから、患者さんは自由に動いちゃいます。そうすると、1つの施設が頑張っても頑張っても、どんどんまわりから流入してきて、しかも医療圏がはっきりしてないから、地域から感謝されることもない。これがたぶん、施設側の論理じゃないかなと思います。患者側は、やはり最高の医療を求めます。で、近距離に施設が密集してますから、それこそ、まあ例をいうと東北全部で一番いい病院に行きたい。こういう感じになるわけですね。たとえば関東でいうと。そうすると何が起るかという、特定の施設に集中するんです。実際に聞いている話では、患者さんは常に最高の医療を要求して、たとえば循環器外科がない病院が未熟児を収容したら、「循環器外科がないなんて話は聞いてない」と、説明責任を果たしてないといつて訴訟に発展する一歩手前に来てるといことがあります。

それから、今度逆に、搬送元の病院が、「良い病院に送らなかつた」とかいつて訴えられたという事件も起こっています。ということで、これは患者さんが複数あるなかから、常に最高の病院を求めてしまうという宿命があるわけですね。

ということで、この相互が重なって、大都市

圏で、今の状況が起こっているんじゃないかなと思います。

これを解決するには、1つは巨大な病院をつくる。つまりですね、今、人口100万で考えますけど、人口100万だったら歩いて15分なんです。で、それじゃなくても生活圏で1個。たとえばそれはもしかすると300万になるかもしれないし、500万になるかもしれないんですけども、生活圏で1個つくると。そうするとNICUがそれこそ、何十床というNICUになるかもしれない。それも1つの道かなと思います。

もう1個はネットワークで、バーチャルなネットワーク・ホスピタルとして受けるという、もうこれはちょっと、具体的にどうするかは分かりません。そういうアイデアもあります。

もう1つは、入り口機能の施設を決めて、後はどんどん転送するという、こういう概念もあります。

こういうことを含めて、特に大都市圏においては、ちょっとベッドが足りないとか、そういうものだけじゃないことがあるように思いますので、この機会に検討してもいいかなというふうに、ちょっと思います。

そしてステップ3。(スライド25)これが医師確保で、これは名案はありません。まずバックグラウンドを解釈すると、まず医師が足りません。これはもう、言われているようにOECDで下のほうだということ。そして、それに偏在ですね。診療科の偏在、地域偏在、それから常勤・非常勤とか、休職とかいう偏在と、後は開業・勤務医の偏在があります。

Step3の前提:医師確保の障壁

医師不足+医師の偏在

診療科の偏在

地域の偏在

常勤vs.非常勤、現職vs.休職の偏在

勤務医vs.開業医の偏在

医学部定員増加は解決になるか？

～比較的医師数に恵まれた東京都においても
周産期医療の危機は解決されていない・・・

×

(スライド25)

で、これを1つ1つ、やっぴりいかなきゃいけないんですけども、東京都みたいなところでもやっぱり解決しないので、今の医学部を増やすのではダメだろうと。それで何をやるか。まず勤務条件を改善する。(スライド26) 労働環境の改善。たぶんこれは実施困難だと思います。無理だと思います。それで、じゃあどうするというと、緊急的インセンティブ。これはお金で人が増えるかという議論あるんですけども、おそらく立ち去る人を減らす効果はあるんだと思いますね。要するに、診療所に行く人を減らす効果はある。それから、現実に産科医にお金出ているから、やっぱりそのモチベーションとして大事だと。なので、少なくとも産科医程度のインセンティブはとらえざる要求してもいいんじゃないかと思います。

で、例の分娩ごとのお金でもいいし、ドクターフィーを見据えて、たとえばハイリスク新生児蘇生料とか搬送料とか、そういうのを設定していくという作戦もあると思います。

奨学金…これは実現には、割とアレなんですけれども、地方自治体の奨学金なんかは、返済してそのままになっちゃったというのがありますので、やっぱり、ある程度、新生児をやるという人たちを心理的に応援する効果かなというふうに思います。

Step3の1:勤務条件を改善する

・労働環境の改善

～現時点での実現はおそらく困難
とりあえず医療秘書などの配置

・金銭的インセンティブ

～希望者を増やす効果は・・・？

勤務医vs.勤務医偏在は是正の効果のみかも

～同じ分娩に立ち会った産科医、助産師との格差

～産科医同等のインセンティブは要求すべき

(ドクターフィーを見据えた報酬改定要望、例)ハイリスク新生児蘇生料など、...

～奨学金(効果は？、心理的応援)

(スライド26)

それから教育体制ですね。(スライド27) 国立大学のNICU、これはいろいろな問題ありますけれども、やはりこれは大事なことだと思います。僕は、そんなに立派なものなくていいと思っていて、今ある施設を、最小限の場合はネイベ当直を組み替えて、名前を借りて、新生児の教員を1人おいて、それまで入院した患者を治療室に集めるだけ。ここから始まってもいいと思います。ただ、それでも新生児担当教員がいるということで、たとえば発言権も増えますし、人事も、それから新人の入る数も増えます。

Step3の2:教育体制を充実する

・国立大学NICU

大学における教育は依然として大切

NICU診療そのものではなく、新生児担当教員のポストに意義(発言権、人事、新人勧誘)

様々なタイプ(総合/地域型、特殊疾患型、院内対応型など)

最下例:ネイベ当直の読み替え、

新生児教員1名

既存患者を治療室に集約、

ただし実績に応じた独自財源医師確保について確約しておく

筑波:上記より出発→病院講師3名→新人の急増

集中治療部の歴史を参考に(麻酔科の戦略)

・研修プログラム(初期、後期) 1年の場合は？

(スライド27)

で、ここで大事なことは、私、前任地でもやったんですけど、実績に応じて自主財源で、儲かったら配置してくれというのを確約してお

くことだと思います。筑波は最初、講師が1人か2人で始まったんですけど、自主財源でいま3人増えて、講師、自主財源の3人、講師が3人というところまでできています。

それで、後、これが今日の目玉で…すみません、時間遅くなって。専門家集団による人材養成の提案です。(スライド28)

で、今までの人材養成というのは、基本的には医局に依存するか、医局が崩壊して、今、地方自治体でやるという試みがあります。東京メディカルアカデミーとか。ただ、新生児って非常に特殊分野で、東京ぐらい大きければ、地方自治体も可能だと思うんですけど、小さな県とかだと、自治体単位で新生児科医を養成するというのは、かなり困難だと思います。

専門家集団による人材養成の提案

新生児科医人材養成・確保事業の業務委託

・学会事務局の経費企業など、専門性を熟知した業者選定
・基本的に地方プロダクションに委託して広域化
・各プロダクションに連携

医学生	<p style="font-size: small;">業務内容① 新生児科医という仕事の魅力と活動内容をHPや印刷媒体を通じて広報</p>
初期研修医	
後期研修医	<p style="font-size: small;">業務内容② 新生児科医の研修支援(新生児専門医の自修) 新生児科医の研修希望について、学会OB医師が研修先として個別対応</p>
専門医研修	
休職医師	<p style="font-size: small;">業務内容③ 産休・研究等で離職を離れた医師の復帰支援 学会OB医師が研修先として個別対応</p>
女性医師	
地域圏在	<p style="font-size: small;">業務内容④ 就業支援 ワーキングホリデーに対するベアの紹介と就業支援 ・地方勤務者の紹介と就業支援(長期・短期)</p>

(スライド28)

で、逆にそういう圏外に就職してしまったときに、そこから動けないのかという不安もあって、やっぱり新生児科みたいな、数は少ないけれども深い分野は、こういう学会のような専門家集団で養成するのはどうかなというふうに思います。

それで、どういうふうにするかという、学会がバックグラウンドになって、それでたとえばメディカル出版とかですね、そういう学会の事務局をやっていると、我々のことをよく知っているところに業務委託をすると、で、その業務委託されたところが、学会のOBとかにまた委託

して、それで人材養成をするというのが概要です。


まず、業務内容の1(スライド29)ですけども、ホームページをつくって、そして新生児医療の内容をこうこうすると。これは、ネオナトロジー・オン・ザ・ウェブってアメリカのやつですね。キャリアイン・ネオナトロジーという、新生児におけるキャリアという、こうやって紹介されたものがあります。


ちなみにこれ、筑波の学生に調べたんですけども、新生児医療をどこで聞いたかという、結構マンガとかいうのがあって、「ブラック・ジャック」ですね。…というふうになってます。

業務内容①
新生児科医という仕事の魅力と活動内容をHPや印刷媒体を通じて広報

- ・インターネットや印刷媒体を用いた情報提供が必要
- ・NICUの現場だけではなく、キャリアパスとしての情報提供必要
- ・身近にローモデルがない場合、特に重要
- ・研修指定病院にNICUが存在しないケースも多い
- ・国外における事例

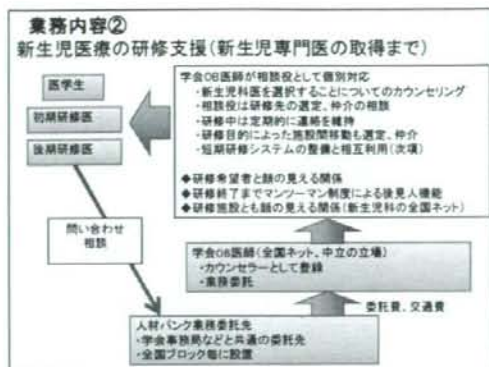
新生児科医と関わりやすい媒体-TV 演出





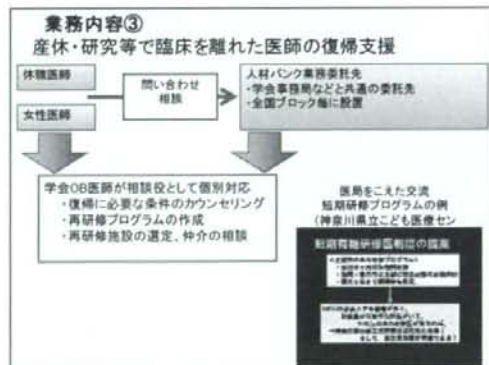
(スライド29)

それからその次に、これが新生児科医の養成なんですけれども、学会とか連絡会でもいいんですけど、そこがOB医師に委託して、そしてそれがこういう人たちにカウンセラーとして、研修施設を紹介したり、それから研修プログラムをつくらせたりと、昔つくったネットワークを使って、たとえば「誰々先生、ちょっと誰々くんを先生のところでダメかね?」とかいうふうにするわけですね。ということで、それでこの人が専門医をとるまで育てる。(スライド30)



(スライド30)

そして次に、産休とか研究で離れた人の同じようなノリで、その学会OB医師がマンツーマンについて、カムバックをはかると。で、これはそのときに、たとえば豊島(勝昭)先生がやっているような神奈川のプログラムなんか、もちろんすごく大事な仕組みになると思います。(スライド31)



(スライド31)

そして最後に、就業支援なんですけれども、ここでできれば少し地域偏在を解消したいと思ってるんです。(スライド32)それで実は、自治体に人材バンクというのがあって、地域偏在を解消しようとしてますけど、たいい開店休業なんです。電話が全然かかってこないとか、エントリーした人がゼロとか、なってます。これは電話を置いて待っても、誰も来ないん

です。我々はやっぱり新生児のネットワークありますから、たとえば学会のOB医師がですね、ちょっと「先生のところで誰か、1年間どこどこに行ける人、いないかね？」というふうにやるわけですね。「大丈夫です。1年いたらすぐに帰ってきて、ちゃんと良いところを紹介するから」と、そういうふうにして掘り起こす。掘り起こすとですね、結構、僕、たぶん、今の人も1年とか2年だったら行ってみたいという人、いると思うんですね。やはりそういう人を掘り起こしていくというのが大事じゃないかなと。そしてしかも、戻った後をちゃんと用意してあげるといことが大事じゃないかなと思います。

ということで、後はたとえばワークシェアしたい人を紹介して、2人ペアで紹介するとかですね、そういう、専門家同士でないとできないようなことをやってみたらどうかと思います。

業務内容④ 就業支援

- 当直が困難、フルタイムでは就業困難など、潜在的医師の活用
- ・ワークシェア希望者に対するペアの紹介と就業支援
 - ＝働き先確保に協力し説明する女性医師は少なからず存在
 - ・いわゆる正常新生児の管理業務分担
 - ・フォローアップ外来の業務分担
- など、希望と需要に応じたきめ細やかな問い合わせと紹介が必要
(全国ネットワーク、顔が見える関係、専門知識が必要⇒OB医師が適任)
- 地方勤務者の紹介と就業支援(短期・場合によっては長期)
- ・地方勤務を経験しても良いという若手医師の掘り起こし
 - ・使命感による地方勤務者の掘り起こし
 - ・緊急派遣に対応した人材の掘り起こし
 - ・派遣後の復帰も支援する必要あり
- 民間ベースの医師紹介業とは全く異なる使命、および機能
(全国ネットワーク、顔が見える関係、専門知識が必要⇒OB医師が適任)

自治体の人材バンクは基本的に開店休業状態！

(スライド32)

ということで、3つの柱ですね、標榜科、そしてNICU病床の確保、新生児科医の確保というのを、3つの柱ですすめる戦略としてやるのはどうかというふうに思いました。

それで僕は、こういう戦略をやるときの基本的に大事なことだと思っているんですけど、1つは、行政は非難しない。(スライド33)行政を非難するのは生産的ではないと思いま

す。行政官というのは、彼らは可能な範囲でベストを尽くす人たちなので、非常に、それぞれの誠意に基づいてくれますけれども、彼らは我々と違う論理で動いています。つまり彼らはやっぱり、説明責任とか公平性とか、財政健全性というのが非常に要求されてまして、どっちを向いてるかということ、やっぱりこういう市長とか、議会とか、メディアに対して、あと財務当局ですね、説明できるかできないか、それが彼らにとってすごく大事です。ですから僕は、熱意を伝えた後、彼らが説明できる資料を一緒につくるんです。こういう関係になったら、強力な援軍になると思います。批判しても何も出てきません。

もう1つ大事なものは、長期的広域的な視野で行動することだと思います。いろんな施策というのは、ぜったいどこかに不都合が出るんですね。皆がハッピーというのは、なかなかないです。個々の施設に利害とかですね、それが出ることあるし、そういう一時的に不利益が出ることもあります。ただ、それを内輪でもめちゃうともう、終わりです。産婦人科もちよっと危なかったのは、産科医療補償制度で、大阪の医師会が反対にまわって、どうなるかなと思って見てたんですけど、結局、自分のところにお金がこないから、ひとのところのアレには反対という論理は、そういう消去法では、結局予算はまわってきません。むしろ、消去法をやると、結局、我々全体に予算がまわらなくなると思います。

ということで、やっぱり大事なものは行政を非難するだけでは生産的じゃない。それから少しちょっと、腹黒く行動することが必要じゃないかなというふうに思います。特に、こういうのは最前線で頑張ってくれてる先生がいて、そうして後ろでこういうことが起こると、その先生が非常に苦しいこととなりますので、皆で頑張ればと思います。

必要な基本姿勢(個人的見解)

- 行政を非難するのは生産的でない
行政官は可能な範囲、在任期間でのみ施策を実行
善意に基づき支援してくれるが、我々とは異なる論理
(説明責任、公平性、財政健全性を重視
その視座の先は自治体長、議会、財務当局、メディア)
一緒に説明資料を作る関係となれば強力な援軍
- 長期的、広域的視野で行動する
個々の施設の利害、事情を超越することも必要
一時的な不利益に拘泥しないことも必要
内輪でもめない、足を引っ張らない
→消去法では予算は回ってこない
→予算全体が取りやめの方向へ

(スライド33)

現在までに確保したこと

- 平成20年 新生児入院医療管理料50点
- 国立大学NICU整備
- 新生児科標榜の内諾

NICU不足と、その背景にある新生児科医不足は社会的に認知・同情された。が、、、



具体的に何を要求するか 要求しない作戦？
医療が目されるのは今年度限りの可能性

(スライド34)

ということで整理しますと (スライド 34)、今までに我々が確保したことは、平成20年度の診療報酬改定で、GCU加算ですね、新生児入院医療管理加算が50点上がりました。たった50点。それから国立大学のNICU整備、これが今のところ一番大きいのもかもしれません。それから新生児科標榜の内諾的なものをもらった。それからあとは、NICU不足と新生児科医不足が社会的に認知されて、同情はされてますね。が、どうなるんだろう。何が出てくるんだろう。それで、時間は限られていると、僕は思います。実は医療が目されるのは今年いっぱいじゃないかなという気がします。もう既に、実はメディアで医療系の記事は載りにくくなっています。もうデスクのところではねられません。やはり雇用とか格差というのが、今最大の

問題になりつつあって、今年限りの可能性があります。ということで、急がなきゃいけません。

それで、これが来年度の産科の予算ですけれども、だいたい彼らは産科と救急で500億を確保したいというふうに言っています。(スライド35) これがその内容ですけれども、産科医療を担う医師への手当。それから産科医療機関に対する補助金。研修終了後に産科を選択した医師への支援。母体搬送コーディネーター。それから、これは地域周産期医療センターへの補助。まあ、これは我々も少し。13億円の半分です。それから、出産一時金の引き上げということで、かなり頑張らないといけないと思います。

平成21年度厚生労働省予算
産科・救急関係 約500億円
うち産科・新生児科関係 13億円

(スライド35)

ということで、連絡会のほうで何ができるかということなんですけど、もう本当に外添懇談会には非常に期待しているんですけども、連絡会としてやれることとしては、今こんなことを考えています。(スライド36)

新生児医療連絡会の構想

- 連絡会HPの整備(学生向け、一般向け、会員資料ページなど)
- 施設代表名簿の整備
- 各種全国調査(含むHP掲載)
- 学会との役割分担

- 新生児科医の人材養成・確保事業(できれば)
- 平成22年診療報酬改定要望
- 分娩と健常新生児の保険適応、厚労省改革も視野に対応策は準備しておく

(スライド36)

1つはホームページをつくることで、これは網塚(貴介)先生の協力もいただいて、今これが準備中です。

それから後は、やはり公式にメッセージを出すときに、学会との役割分担を1回整理しなきゃいけないかなと思います。それから、もしできたら、この新生児科医の、いまお話したその人材養成確保事業を始められればいいかな、というふうに思っています。

以上です。どうもありがとうございました。