

9床) および佐世保市立総合病院20床(同0床)計64床(同18床, 1.45床/出生1,000)である。出生1,000当たりに必要なNICU病床数は3とされているから大きく不足していることになる(藤村ら, 2007)。GCUなど後方病床の数も不足しておりNICUに長期に入院している重症児に対する支援体制も十分とはいえない。長崎大学では平成22年度にGCUが9床整備される予定であり、長崎医療センターでも計30床への増床が計画されている。

平成20年12月当時長崎大学は「NICUのない国立大学」の1つであったことからNICUの整備がすすめられた。しかしそれに見合う新生児科医の養成・確保が十分とはいえず、小児科施設の集約化や過剰労働がさらに加速するのではないかという危惧がある。

離島の問題

長崎県の971の離島のうち約60の島に人が住むが、分娩施設があるのは対馬島、壱岐島、五島列島の中通島および福江島だけである。しかも離島の分娩施設には医師は1人か、多くても2人しかいない。離島の場合は分娩施設の集約化は困難であり、孤島で24時間365日母体救急の発生に備えなければならない。ハイリスクの症例はできる限り早めに本土の病院に移送している。

分娩施設のない小離島の妊婦は妊婦健診のために本土に渡る必要があり、分娩が近づくと本土に宿泊する。計画分娩が行われることが多い。交通費や宿泊費の一部については県から助成金が出る。

昭和43年、離島における医療レベルの確保およびその継続的な実現をめざして、長崎県および病院・診療所を運営する関係市町村が負担金を出し合い「長崎県離島医療圏組合」(現在の長崎県病院企業団)が設立された。長崎県では今日まで同組合を中心として離島医療に従事する医師の養成と確保がなされ、大きな成果を上げている。

しかしながら、産婦人科については大学医局からの医師派遣に大きく依存しているのが実情である。対馬島には長崎県病院企業団から派遣されて

いるが、壱岐島は久留米大学、五島列島の中通島および福江島は長崎大学からの派遣である。

離島医療では産婦人科専門医よりもジェネラリストの養成が優先されるであろうし、全国的に産婦人科医が不足している現状では公募しても応じる医師はいない。臨床研修制度が新しくなった平成16年以降大学病院の医局に入局する医師が減少し、大学病院から離島への医師派遣がきわめて困難になった。しかし派遣を打ち切ることもできず、毎年苦しいやりくりが続いている。

もともと離島には最低限必要な医師数しか派遣されていない。また集約化によって医師数の減少を補うこともできない。したがって大学病院の医局員がいかに減少しようと従来どおりの派遣を継続するしかなく、その結果大学病院および関連病院のマンパワー不足は加速せざるを得ない。

人的リソースの確保

母体救命搬送体制を維持するためには、麻酔科医や救急専門医に加え、産科医、新生児科医、分娩を取り扱う助産師、新生児医療を担う看護師の確保が重要である。われわれの取り組みの一部を紹介する。

1. 産婦人科医師の時間外ワークシェアリング

長崎大学産婦人科関連病院は、大学から派遣される医師が減少して慢性的な医師不足の状態にある。医師2人の病院では2日に1回、3人の病院でも3日に1回は病院に拘束されて分娩に対応しなければならない。拘束日でなくても帝王切開が必要になれば呼び出される。未就学児童を養育中の場合は時間外に呼び出されて病院に直行するのは困難である。このような過酷な状況を少しでも緩和する目的で、時間外に関連病院間で相互に医師の派遣ができるシステムを作った。関連病院の院長は自院の産婦人科医が他院へ派遣されることを許可し、他院の産婦人科医が自院の診療を手伝った場合には報酬を支払う(図6)。報酬額は診療報酬の3割と決めている。

2. 育児休業取得の徹底

育児休業は子を養育する労働者が法律に基づいて取得できる休業である。期間は事業所によって

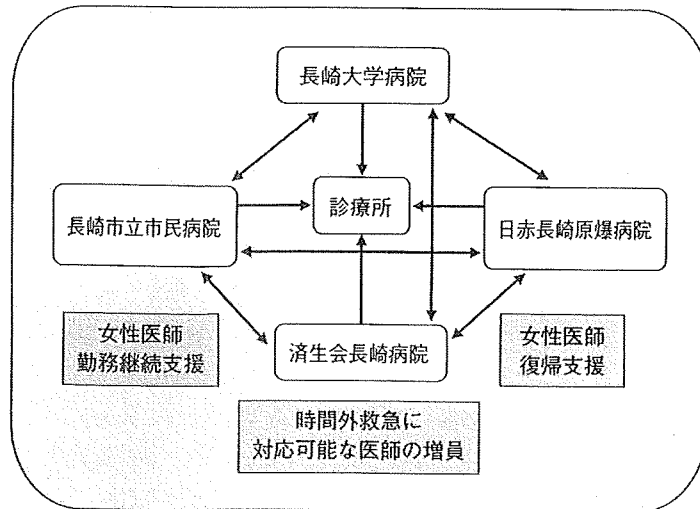


図6 時間外医師ワークシェアリング (長崎市)

子が1～3歳に達するまで、その間給与は減額されるが、代わりに育児休業基本給付金と育児休業者職場復帰給付金の支給を受けることができる。休業中にある程度の収入が保証され、休業期間が明けると同じ事業所に復帰できるというメリットがある。われわれは女性医師が妊娠分娩休業に引き続き育児休業を確実に取得するように、関連病院の院長および事務長と個別に交渉した。それ以降、妊娠・出産を理由に産科医をやめた女性医師は皆無である(図7)。

3. 長崎産婦人科人材バンクの設立

産婦人科医が生活との調和を計りながら仕事を続けられることを目的に長崎大学産婦人科に設立された。具体的には出産、育児、介護などのため医療現場を離れた医師の再教育およびフルタイムで働くことが困難な医師のパート勤務を支援する。

4. 産科医に対するインセンティブの付与

平成20年度の診療報酬改定では妊産婦緊急入院管理加算・ハイリスク妊娠管理加算の新設、ノンストレステストの対象の拡大、ハイリスク分娩管理加算の対象拡大と評価の引上げなどがなされた。

ハイリスク分娩管理加算の施設基準には産科勤務医の負担軽減体制が含まれており、産科の当直料を値上げした施設がある。長崎大学病院では分娩1例当たり1万円の支給が開始された。

特定の診療科に対するインセンティブは救急医療の崩壊を招くという意見がある。しかし報酬に見合わない過重労働が若い医師を救急医療から遠ざけてしまったことも否定できない。

適正な医師数の確保と労働環境の改善が当分期待できない現状では、報奨金に頼るのもやむを得ないかもしれない。

5. 小児科・産科医師確保緊急対策資金

小児科医、産婦人科医の確保を目的として長崎県医療政策課によって設立された。初期・後期臨床研修医が将来長崎県内の小児科あるいは産婦人科での勤務を希望すれば月額20万円の研修資金が貸与される。貸与利率は年14.5%であるが、貸与を受けた期間の1.5倍の期間、県知事の指定する施設で勤務すれば返還は免除される。

6. 助産師養成所の設立

長崎大学医学部保健学科が長崎県内で唯一助産師の養成を行ってきたが、診療所での勤務を希望する者が少なかった。診療所で勤務する助産師の確保を目的として、平成20年から2年制の長崎市医師会看護専門学校助産学科(1学年定員20名)が設立された。

おわりに

長崎県は医療圏としての規模が比較的小さく、県境を接する県が1つしかなく、医療機関の絶対

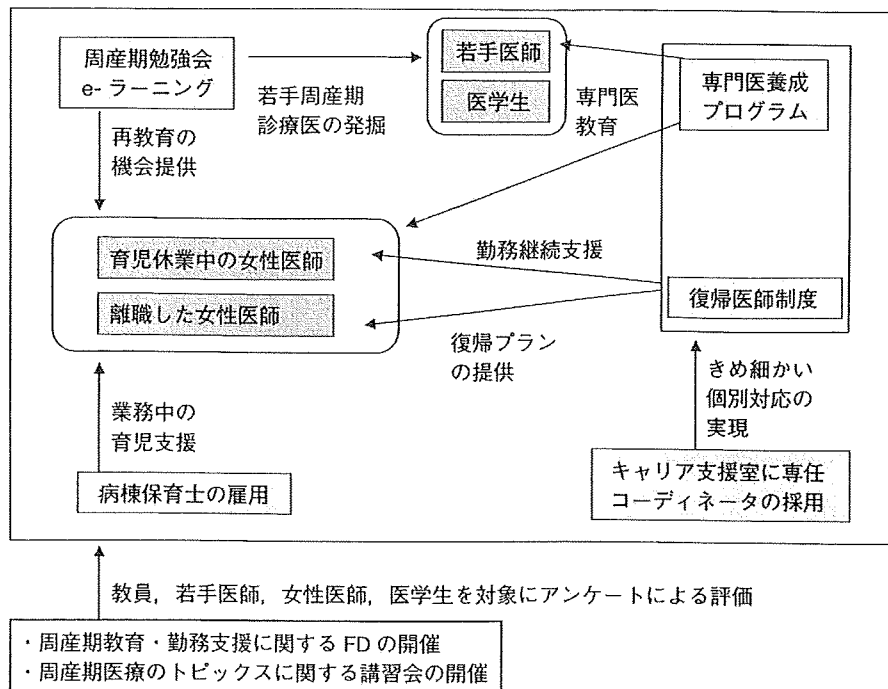


図7 医師の教育・勤務支援体制

数も少ない。母体救命搬送を受け入れる4施設の機能分担ははっきりしている。したがって重症の母体の搬送先がみつからず手遅れになるという事態は発生しにくく、広域搬送や搬送コーディネータの重要性は高くないようである。

全国的に進行する医師不足は長崎県でも深刻である。研修医の充足率は50%に満たない。ワーストランキングの常連である。麻酔科医、救急医、

新生児科医、産科医、いずれもが不足している。母体救命搬送は医師の献身的な過重労働で破綻を免れてきたが、そろそろ限界のように思える。

離島の多い長崎県は、人的リソースのかなりの部分が集約化の困難な離島医療に費やされ、本土のマンパワーが不足する。周産期医療、救急医療に従事する人材を養成、確保することが最大かつ喫緊の課題である。

