

第5回医療政策セミナー

講義内容①

2020年1月22日19:00-20:40  
千葉医療政策公開セミナー入門編  
@千葉県医師会館

**第5講前半：千葉県の産婦人科医療の現状と改善案**

**埴真輔**  
成田赤十字病院 産婦人科  
千葉大学病院 次世代医療構想センター

成田赤十字病院産婦人科の副部長をやっています埴と申します。よろしくお願ひします。きょうは、僕は医師になって13年目になるのですけれども、若い産婦人科から見た現状の産婦人科医療の問題と現状と改善案というのを実際にある資料などを使いまして作りしましたので、私自身の意見ですけれども、もちろんこれを見て「そんなの違うよ」と思う人もいるし、「そうだよ」と思う人もいるとは思いますが、ぜひ一つの意見として参考にしていただければと思います。

**千葉県の解決すべき問題点（産婦人科領域）**

- ・医師の偏在
- ・救急体制
- ・働き方改革+離職防止
- ・周産期領域の充実 災害対策
- ・増え続ける外国人妊婦への対応
- ・性教育の充実

まずは産婦人科の実際を学んでいきましょう  
こういった問題に正解があるわけではない  
エビデンスがない領域で選択していくのは非常に勇気がいる  
みんなで決めた上で「トライアンドエラー」が必要になる

まず、千葉県の解決すべき問題点というのは、医師の偏在、救急体制、働き方改革、離職防止、周産期領域の充実、災害対策、増え続ける外国人妊婦への対応、性教育の充実、パッと浮かんだだけでもこれだけ挙げられます。ここにいる人は産婦人科ではない人が多いと思いますので、まずは産婦人科の実際を学んだほうがいいと思います。

こういった問題も基本的に病気とは違うので正解があるわけではないし、各国・各地域で悩んでいることもあると思います。エビデンスがない領域で選択していくのは非常に勇気がいることですが、みんなで考えて決めた上でトライアンドエラーをしていくことが必要になると思っています。

**目次**

- ・産婦人科に関する基礎知識
- ・産婦人科学会としての方向性 (グランドデザイン(GD)2015)
- ・千葉県保健医療計画
- ・千葉県の現状と働き方改革
- ・これからどうすべきか

目次です。

**目次**

- ・産婦人科に関する基礎知識
- ・産婦人科学会としての方向性 (グランドデザイン(GD)2015)
- ・千葉県保健医療計画
- ・千葉県の現状と働き方改革
- ・これからどうすべきか

まずは産婦人科に関する基礎知識です。

**産婦人科って？**

産婦人科はお産だけじゃない！  
女性の下腹部痛では診察を求められることが多い  
女性の下腹部痛の救急車も対応することが多い  
異所性妊娠→対応を間違えれば死亡することも  
緊急手術も多い  
子宮筋腫、内膜症で苦しむ女性の対応→働く世代に超重要  
レイプの対応

↓

実は産科だけでなく、婦人科も重要で、産科だけやればいいわけではない。

産婦人科というのは基本的に産科だけではなく、僕は婦人科を専門にはしていませんけれども、女性の下腹部痛では外科の先生や内科の先生から「診察をお願いします」と求められることもかなり多いです。女性がおなか痛いと言えば救急車は産婦人科のほうに来ます。異所性妊娠（子宮外妊娠）というのがありますけれども、これは対応を間違えれば死亡することもありますので、緊急手術も多いです。また、子宮筋腫とか内膜症、そういった月経で苦しむ女性の対応も働く世代に非常に重要です。レイプの対応もします。実は産科だけではなく、婦人科も非常に重要で、産科だけでやればいいわけではない。婦人科も女性の各世代を支えていくという点では非常に重要なファクターになっています。

**産婦人科って？**

一般のかたのイメージ→お産、おめでとう  
出産の実際は確かに幸せで、未来につながる楽しい仕事

人間は人間の助けがないと出産、子育てができない生物  
出産はいつ急変するか分からない、出産に二人以上の医師が必要になることも多い  
産人口の高齢化で糖尿病、高血圧、大量出血などハイリスク分娩の増加  
赤ちゃん元気に生まれて当たり前という意識から、不幸な結果になるとトラブルへ  
どんなところでも最高級の分娩を受けられるという期待  
出産を取り扱う以上当直が付きまとう（1日の2/3は時間外です）  
災害時でも出産は止まらない（がん治療とは異なる）  
少しのトラブルでも、麻酔科、新生児科、他科の協力を必要とする

これらの問題を乗り越えて、「日本」は世界トップレベルの周産期死亡率の低さを保っている→しかしそれも崩壊するかもしれない  
**周産期医療と教育は未来につなげる最優先インフラだと思います。**  
安全とコスパを天秤にかけてはいけません。まずは安全！

今回は周産期の話なので産科に関してもう少しクローズアップしていきますけれども、一般の方のイメージはやはりお産というのは「おめでとう」というイメージが非常に強いと思います。実際は確かに幸せで、開業医などで仕事を手伝っていたとき出産してみんなで拍手をすると「ああ、お産ってすごい幸せだな」と、「未来につながる楽しい仕事なんだ」と思っていたのですが、実際にハイリスクの

第5回医療政策セミナー

講義内容②

出産をとって見れば、人間というのは人間の助けがないと基本的に産・子育てができない生物なのだ実感します。出産というのはいつ急変するか分からない。それまで元気だった人が急に具合が悪くなる。血圧が下がる。出血が止まらないということはざらにあるわけで、なかなか生まれなくて出産に2人以上の医師が必要になることもざらにあります。

今は出産人口が高齢化してきて、高齢出産と言ったりしますけれども、妊娠すると糖尿病を併発する。高血圧になる。出産後に大量出血してしまうなどハイリスク分娩が増加しております。その一方で赤ちゃん元気に生まれて当たり前という意識が患者さんにはそれなりにあります。それはそうです。これから子供を育てて「幸せになっていく」という意識があり、それが急に不幸な結果になるとトラブルになるのは理解できます。

患者さんとしてはどのようなところでも最高級の分娩を受けられるという期待があります。われわれ産婦人科医もそういった期待に応えようと一生懸命頑張っているのですけれども、やはり限界はあります。

例えば出産を取り扱う以上、やはり当直が必ず付きます。一日の3分の2は時間外だからです。9時-5時というのは8時間です。残りの16時間は時間外になるわけです。

ですのでお産と当直は安全上切り離せません。その他災害時ですけれども、昨年は台風が来ました。しかし災害が来たからと言って出産は止まりません。停電してしまうと出産はいろいろなことができなくなってしまいます。開業の先生では災害時は機能が止まることは致し方ないと思いますが、総合病院では災害時でもきちんと対応するという責務が伴ってきます。

夜でも災害でもお産は止まりません。そのうえ少しのトラブルでも、麻酔科、緊急帝王切開です。あとは新生児科の先生に赤ちゃんを診てもらってもできます。脳出血があれば脳神経外科とか、そういった他科の協力を必要とします。つまり産婦人科というのは、産婦人科だけでは決して完結せず、いろいろな科の協力があってシステムとして成り立たないと安全でいい医療を提供できないのです。

こういった問題を乗り越えて、日本は世界トップレベルの周産期死亡率の低さを保っているのです。しかし、それも産婦人科が減少すればいずれは崩壊してしまうかもしれない。

周産期医療は未来につなげる最優先のインフラだと思っています。コスパというのは非常に重要なのですけれども、できれば安全とコスパを天秤にかけてほしくない。天秤にかけるのはいいのですけれども、できるだけ安全はしっかり守ったほうがいいのではないかと考えています。

これはウィキペディアに載っている出産数のデータですけれども、一番左の2009年からみると出産数は100万だったのが90万に減ってきていると、右に行くと20代の出産がすごく減ってきています。代わりに40代の出産数が増えています。

先ほど言いましたとおり、高齢出産が増えれば妊娠中の糖尿病、高血圧、合併症妊娠が増えます。

**産婦人科と母体死亡**

妊産婦死亡の原因別割合

母の年齢層別の妊産婦死亡リスク

高齢出産はリスク：産科大出血、妊娠高血圧の脳出血に対応するには輸血と人員が必要。しっかりとした麻酔管理・救急の体制も必要！産婦人科医のみでは対応できない。

これは産婦人科と母体死亡に関するスライドですが、小さく見えても手元の資料を見ていただければ分かりますけれども、右下の棒グラフです。年齢別の妊産婦の死亡リスクを見るとやはり40代がそれなりに妊産婦の死亡リスクが高い。それは産科危機的出血、大出血です。出産後の出血だったり、高血圧に伴う脳出血、そういったもので死亡に至るリスクが増えてきます。こういうものを対応するには輸血がいっぱい必要。輸血をいっぱいするということが救急の先生や産婦人科医の数が必要です。緊急で子宮を取らなければいけないということがありますので、麻酔科の先生も必要です。つまり救命はシステムとして必要で産婦人科医だけでは必要十分ではないのです。

**全国の産婦人科医数の推移**

2004年：初期臨床研修制度開始  
2006年：福島県立大野病院事件  
特に大野事件で産婦人科医が「逮捕」されたのが産婦人科に与えたショックは大きかった

一人医長や産婦人科が多くなった「産婦人科は産出で危ない」というイメージを医師につけた

産婦人科医の減少→学会としての対策が必要となる

なお男女比は1:2  
女性が多い職場なので離職防止が大事  
（子育てした後に復帰しやすい職場をつくる必要がある）

じゃあ全国の産婦人科医の数はどうなのだろうというところで見ると、2004年で急にガタンと落ちていっているところがあるので。これは初期臨床研修が始まっているところを回ることになり、産婦人科医を選ぶ人が少なくなったのと、2006年の福島県立大野病院事件も関係しています。産婦人科の方でこれを知らない人はいないと思うのですが、不幸なことに妊婦さんが亡くなってしまったことがあり、産婦人科医師が逮捕された事件なのです。これが産婦人科医に与えたショックはとてつもなく大きく、それまで一人医長でやっていたところは産婦人科を引き揚げるところが相次ぎました。また、産婦人科は訴訟で危ないというイメージがかなりついてしまったのです。

2006年はまだ学生だったのですけれども、産婦人科志望ですと心臓血管外科の先生にえらいねと言われたのです。心臓血管外科のほうが大変だと思ったのですけれども、「えらいね、先生。産婦人科医になるなんてすごいと思うよ。頑張ってください」と言われた。そういう時代があったのです。

そこからいろいろ対策をして産婦人科医も徐々に増えてきています。ただ、男女比があって女性が多いのです。女性が多い職場なので離職防止というのは非常に大事になってきます。女性は産・子育てというのがあります。今は男性の医師も育休を取る時代ですけれども、育休を取るのをお母さんというのがまだまだ多いです。そのため離職防止のためには子育ての支援とかが重要になってきます。

**目次**

- ・産婦人科に関する基礎知識
- ・産婦人科学会としての方向性 (グランドデザイン(GD)2015)
- ・千葉県保健医療計画
- ・千葉県の現状と働き方改革
- ・これからどうすべきか

ここまでが産婦人科に関する基礎知識ですが、じゃあ産婦人科学会としてはどういう方向性に動いているのかという話。



講義内容③

日本産婦人科学会の動向

- ・日本産婦人科学会は「イクボス宣言」や不安払拭スライドWLB推進など、ほかの学会に先駆けて、リクルートや、働き方改革を進めてきた（できているかどうかは別にして）
- ・産婦人科として人材確保、働き方に危機感を抱いており、地域格差、訴訟のリスク、医師を守るなどいろいろ対策をしてきた

⇒産科医療保障制度やグランドデザイン（GD）2015もその一つ

産婦人科学会でリクルートなどをになう若手委員として仕事をした時期がありました。学会では産婦人科医を増やすために、産婦人科医が辞めないために、日本の周産期医療を支えるためにイクボス宣言、「下を育てていい産婦人科医にしていきたい」とか、「産婦人科って実際に不安が多いかもしれないけど、そんなことないんだよ」というようなサイトを作ったり、ワークライフバランスなどを他の学会に先駆けて進めてきました。

もともと学会としては人材確保、働き方対策に対して危機感を抱いており、地域格差、訴訟のリスク、医師を守るためにいろいろ対策をしてきました。一番大きいのは産科医療保障制度というものです。これは訴訟にならないように、ある程度縛りはありますけれども、出産した妊婦さんが不幸な結果になったときに、医師側の過失の有無にかかわらず、一定の額のお金が下りると言う制度で、これができてから訴訟はすごく減ってきています。

それだけではなく、他にグランドデザインという産婦人科として提言なども行っています。

産婦人科学会の方向性(GD2015)

**このグランドデザイン(GD2015)の考え方**

- ・これは、日本産婦人科医学会の今後の医療政策に関する方針書である。
- ・現状を踏まえ、基本的な方向性を示す。
- ・日本産婦人科医学会は2005年以降の産婦人科医療現場に「現場で働く産婦人科医の確保」を最大の課題として取り組んでいる。産科医療保障制度の導入により、産科医療のリスクを軽減し、産婦人科医の確保に貢献している。
- ・産科医療保障制度の導入により、産科医療のリスクを軽減し、産婦人科医の確保に貢献している。

**基本的な方向性1**

- ・目標：すべての地域で、プライマリケア領域から産科医療、産科医療現場まで、産婦人科医療へのアクセスが容易に保たれる。
- ・方向性：産科医療現場の確保、産科医療現場の確保、産科医療現場の確保。

このグランドデザインには要するに「待遇を改善して人を増やさないと産婦人科はまじやばいですよ」と書いてあるのです。

「わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言」

平成26年12月13日  
公益社団法人 日本産婦人科学会理事長 小西 郁生  
公益社団法人 日本産婦人科学会会長 木下 勝之

行政と地域の産婦人科医は、密接な協力に基づいて断固たる決意で、以下の臨床を推進する

- ・地域の基幹分娩取扱病院は、重点化・大規模化を迅速に推進し、勤務医の当直回数の削減、当直明け勤務緩和、交代制勤務導入等の勤務条件の改善が可能な体制とすること。
- ・重点化・大規模化については数値目標を掲げ、その早期実現を推進する。
- ・数値目標(妊娠・育児・介護等の理由で当直勤務のできない常勤医が一定数いても、当直回数等で法令を遵守し、24時間対応の体制を確保するための専任医の確保)。
- ・総合周産期母子医療センター一施設あたりの産婦人科常勤医20名以上、地域周産期母子医療センターその他の地域基幹分娩取扱病院一施設あたりの産婦人科常勤医10名以上。
- ・基幹分娩取扱病院の重点化・大規模化は、今後の世代においても多岐となる女性医師が就労を継続し、分娩の現場を支えることが可能となるために必要不可欠である。
- ・地域によっては分娩施設の減少に対応するため、妊婦健診施設と分娩施設間の連携強化と分娩施設へのアクセスの確保が必要となる。
- ・妊婦健診管理においてはチーム医療を推進し、妊婦の理解を得、主治医に過剰な時間外負担のかからない体制を構築する必要がある。

平成26年、もう5年ぐらい前に産婦人科学会ではわが国の産婦人科医療再建のために緊急提言を出していたのです。下の囲んだところは総合周産期母子医療センター、いわゆる周産期の若たる施設には産婦人科医が20名以上必要だと、地域周産期母子医療センター、総合の一つ下ぐらいのセンターに関しては10名は必要だと提言しています。産婦人科医の数は限られているわけで、この数を達成するために産婦人科医を集約化していくと分娩施設が減少するわけです。そうなった時に妊婦健診施設と分娩施設間の連携強化とか、出産するところのアクセスをしっかりとったほうがいいですよという提言をすでにしています。

当然、都道府県ごとに状況はことなるので、それぞれの自治体でどうしようか考える必要が出てくる。千葉県は？ → 千葉県保健医療計画

地域によっては分娩施設の減少に対応するため、妊婦健診施設と分娩施設間の連携強化と分娩施設へのアクセスの確保が必要となる。

じゃあ千葉県はどうかということと千葉県保健医療計画というのが出てくるわけです。

目次

- ・産婦人科に関する基礎知識
- ・産婦人科学会としての方向性(グランドデザイン(GD)2015)
- ・千葉県保健医療計画
- ・千葉県の現状と働き方改革
- ・これからどうすべきか

**医療計画について**

計画期間：5年計画（平成27年度～平成31年度）  
（※平成26年度は前年度実績として記載する）

主要な取組事項

- ① 医療資源の確保
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
- ② 地域医療格差
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
- ③ 医療資源の確保
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保

僕もこの仕事を少し手伝わせてもらって初めて勉強したところもありますけれども、保健医療計画というのはその地域に応じて今後の医療をどうしていくという青写真を描くものです。

講義内容④

千葉県保健医療計画（平成30年度～平成35年度）「周産期医療」より

施策の評価指標	目標	現状
分娩施設数（15～4日産、女子人口10万単位）	7、8 (平成29年度)	7 (平成25年度)
総合周産期母子医療センターの設置	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)
地域周産期母子医療センターの設置	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)
産科医療現場の確保	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)
産科医療現場の確保	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)
産科医療現場の確保	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)
産科医療現場の確保	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)
産科医療現場の確保	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)
産科医療現場の確保	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)
産科医療現場の確保	1施設 (平成29年度)	1施設 (平成25年度)

県の目標と現場での問題意識はかみ合っているか、精査要する医師数を増やすだけでなく質も大事；しかし質の測定は困難そもそも医師数を増やすのも大変（働き方改革も影響）

周産期に関して言うと、現状は周産期母子医療センターが12カ所。目標は13カ所増やしましょう。NICUも132床を141床に増やしましょう。数を増やせばそれはいいかもしれませんが、数を増やすだけでは解決しない問題もあると思います。実際には数だけではなく、搬送をきちんと受けるという質も大事です。質の測定は困難かもしれませんが、そもそも数を増やすのなら産婦人科医とNICU医の数を増やさないといけません。数をふやすこと自体がすごく大変で困難なんです。加えてそこに働き方改革が入ってきます。

千葉県内の整備状況としては、赤丸で囲んであるところがその施設です（地域周産期、総合周産期）。12カ所あると言っても、実際に千葉県こども病院には産婦人科医はいませんし、この中で22週を受けているアクティビティの高い病院は八千代、亀田、あと船橋中央病院です。船橋中央は地域周産期でありながらすごく頑張っている施設です。僕が属している成田日赤は受け入れは24週からですが、かなり搬送は断らず頑張っています。病院によってアクティビティと受ける対象疾患もかなりかわってきます。この後に出てきますが、精神疾患合併にどれだけの施設が対応できるのか、大出血に対応的にはどこまでなのか、この赤丸で囲んでいるところが全てに対応できるわけではないのです。なので、数ではなく、質も非常に重要なファクターだと思います。

千葉県保健医療計画に見る周産期医療の整備

周産期母子医療センターの整備

- ① 産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
- ② 産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
- ③ 産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保

赤丸で囲んだところは、東京に居るところと千葉市以外は厳しい。人口も考慮しなければならないが、やはり東京周辺は有利。産科センターも限られたところはない（人口が少ないので致し方ないか？）

課題：「整備」「支援」「体制の強化」の具体的な内容は？連携の強化、災害、人材確保はどのくらい？公立病院はどのように役割を担っているのか？

千葉県保健医療計画の周産期版から抜粋したところなのですが、千葉県をチーバクンを置き換えると、チーバクンの鼻と口以外は全部医療過疎なのです。

下に記載がありますが周産期医療として、リスクを伴う出産が増加し、これに対応できる医療施設の確保が必要と、周産期の医療従事者は全国平均を下回る、NICU等の医療設備は地域偏在が見られるということがあります。確かにこれを解決しなければいけないのですけれども、実際にどうやって整備をして人を確保すればいいのかわ、どういふふうに支援をすればいいのかわ、体制の強化というのは具体的に何をすればいいのかわというのにはなかなか難しい。公立病院は公的機関として

この中でさらに災害対策とか人材の確保にどういう役割を担っていくのか。東京周辺は人口が多いので医師が多いのはある程度仕方ない。ですから、こういった赤で囲んだ医療過疎のところをどう考えていくかというのが千葉県では重要です。

千葉県保健医療計画に見る周産期医療の整備

(7) 産科の現状・課題

全国的に少子高齢化が進んでいる中で、子どもを安心して産み、育てる環境づくりを整備することが求められています。このため、県では中長期的な視点から周産期医療体制の充実を図ることを目的として、平成22年度に「千葉県周産期医療体制整備計画」を策定しましたが、災害、救急などの他事業との連携強化を図るため平成29年から医療現場間の連携強化を図ることとしました。

本県の出産状況としては、出産年齢が30歳以上の割合は、平成18年に19.1%であったものが、平成28年には、29.9%と上昇しています。リスクを伴う出産が増加していることが想定され、周産期医療の更なる充実が求められています。

リスクが高いお産には技術の高い産婦人科医、麻酔科（常勤）、内科、新生児科医、救急医、輸血の準備が必要！

小さい病院を複数作っても当直回すだけで精一杯。NICUがないとハイリスクは厳しい → 集約化必須！

重要なのは病院の数より、質とアクティビティ！

繰り返しますが、千葉県保健医療計画の周産期医療の整備となると、本県の出産状況としてはやはり高齢出産が増えてきているので周産期医療のさらなる充実が求められています。これも先ほど説明したとおり、リスクの高いお産にはある程度の技術の高い産婦人科医は必須で、帝王切開になれば麻酔科、NICUも必要になります。

常勤で当直をきちんとしてくれる先生が必要で、アルバイトの先生だけではなかなか対応できないのです。あとは合併症に対応してくれる内科の先生や新生児科の先生、大量の出血だったら救急の先生も必要なのです。輸血もいっぱい必要です。

基本的に小さいNICUがある病院をたくさんつくっても当直を回すだけで精いっぱいなのです。周産期はほかの合併症も対応する必要がありNICUと周産期、他の科の集約化というのはセットで考えないと周産期医療の充実の実現できません。

千葉県保健医療計画に見る周産期医療の整備

周産期母子医療センターの整備

- ① 産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
- ② 産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
- ③ 産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保
  - ・産科医療現場の確保

精神疾患を受ける妊婦は少ない。また出産後の養育の環境整備が重要。医療現場では対応困難。県や市の介入を要する。

虐待予防や社会的ハイリスクに対し医療現場と行政の「協力」が重要

一番下の行に精神疾患を合併する妊婦への対応可能な体制を整えていきますとあります。素晴らしい考えだと思うのですが、実際に精神疾患を受けられる施設は少ないです。精神疾患だけなら妊娠・出身の管理は、意外と何となく無事に終わることが多いのですけれども、大事なことは出産後の養育の環境整備が重要なんです。出産を言ってしまうと十月十日で終わる人がほとんどです。ただ、その後、子育てをずっとやっていくわけですよ。やはり精神疾患を抱えていると出産と子育てのストレスに耐えられないこともありますので、それを指示していく環境整備も重要だと思います。こういったことに関しての対応は医療現場だけでは全ては完結なくて、県や市の介入を要するものだと思います。なので、精神疾患に関しては、医療現場と行政の協力が重要で。



講義内容⑤

### 千葉県：医師確保への取り組みと課題

～医師の養成・確保・偏在解消に向けて～

千葉県医師会では、医師の養成・確保・偏在解消に向けて様々な取組を進めています。

**地域医療に貢献する医師の確保**

県では、大学と連携して「地域医療に貢献しよう」と考えている医学士に対して奨学金を貸付し、医師免許取得後、一定期間、医師不足地域の病院で働くよう働きかけを行っています。「医師修学資金貸付制度」を実施しており、これまでに277名が返済を行いました。

すでに大学を卒業したものの、医師としての医療機関に就職して、今後、順次、医師不足地域の自治体病院等に勤務する予定です。

この制度によって、平成37年度までに、約400名の医師が確保できる見込みです。

**医師のキャリア形成や働き方向上支援**

県が千葉大学医学部附属病院内に開設した「千葉県医師キャリアアップ・健康支援センター」では、医師のキャリア形成や働き方向上支援を目的として、県内から確保するため、県内医療機関の確保や医師からの相談に対応しています。

また、今年度から対象としたスマートフォン研修や、高度なシミュレーション研修を用いた臨床研修研修等を実施しており、県内から多くの医師が参加しています。

**【現場の視点】**

- ・注意が必要なのは、どんな医師でも医療現場でワークするというものではない。
- ・きちんとした教育を若手医師に受けさせるということが重要。
- ・産婦人科はとくに若い頃はそれなりに忙しく、産科数の多い病院での教育・研修が必要
- ・医師の教育は「no pain, no gain」
- ・医師修学資金制度に関しては「職業選択の自由」の範囲での運用であり、工夫が必要（4/28参考）

医師を集めなければいけない。県としては医師修学資金貸付制度(奨学金)を作って集めてくれているのですけれども、奨学金ももらったひとは地域に行かなければいけないというような義務が伴うわけですが、産婦人科で言うと、若いうちにそれなりに一生懸命詰め込んでもらわないとその後伸び悩むこともあるのです。地域に行ってしまうと、出産も少ないところで産婦人科をやっていくと技術としてはなかなか伸びないので、最初のうちはそれなりに大変な病院に行く必要があります。

### 医師修学資金受給者の専攻診療科一覧

診療科	人数	診療科	人数
消化器内科	5	小児科	5
循環器内科	1	<b>産婦人科</b>	<b>2</b>
臨床遺伝内科	1	救急科	3
血液内科	4	整形外科	1
脳神経内科	2	麻酔科	3
アレルギー内科	4	脳神経外科	3
呼吸器内科	1	精神科	1
腎臓内科	2	眼科	1
皮膚科	3	皮膚科	2
泌尿器科	1	リハビリ科	2
放射線科	1	泌尿器科	3
		形成外科	2
		放射線科	1
		総合診療科	2

2019年11月時点  
専攻2年以上は、計56名  
(産婦人科は専攻2年以上)  
千葉大学医師：41名  
千葉大学医科：15名

【現場の視点】  
医師修学資金だけでは産婦人科は不足できない

医師修学資金受給者の専攻診療科一覧ですけれども、産婦人科が2名、決して少ないわけではないですけれども、この修学金自体で産婦人科医が増えるわけでもないと思います。小児科は5人になっているのですけれども、内科とか外科がもっと増えたほうがいいのではないかと個人的には思います。しかし修学金制度というのは、職業選択の自由もありますので、これで産婦人科医とか周産期に関わる人がすごく増えるのは難しい時代ではないかと思っています。実際に修学金をもらってもお金を返せばと考える人もいますし、修学金で仕事を縛るという時代ではだんだんなくなってきたかなというのが僕の印象です。

### 女性医師の離職防止は

まずは託児所・学童保育  
保育所、幼稚園

1. 養成、確保対策の推進  
→ リクルート活動はそれぞれの医療機関で頑張っている  
例) 臨床研修で県内に来た人の確保  
千葉県出身で県外に出た人への専門研修医前の連絡

2. 偏在の解消：医療機関の集約化にはある程度の限度がある  
→ 分娩が少ないところに集約化はできない  
→ 限られたリソースの有効活用が必要になる  
→ 人口が非常に少ない地域のハイリスクな方は  
集約化された病院へのスムーズなアクセスの確保が有効  
(例：タクシーチケット配布、巡回バスの運行など)

人材の養成確保ですが、丸で困ったところの偏在解消対策とか女性医師の定着促進・再就業支援対策というので、やはり現場で働いている女性医師が一番ネックになるのは子育てと託児所です。託児所、学童保育、保育所、幼稚園は必須だと現場の女医さんが言っていました。まずは託児所と保育所、小学生になったら、学校が終わった後に預ける学童保育というのが必要です。こういったものを充実させることが最低限のところかなと思っています。

現場としてのリクルートとしては、それぞれの医療機関で頑張っているところが多いです。僕自身が大学でやっていたことは、一度でも見学に来た人が初期2年目とか1年だったら、「うちはどうですか、楽しいですよ。給料も最近は大丈夫です」とか、毎年毎年メールを送っています。

医師確保の取り組みに関しては、そういった草の根活動だけではなく、きちんとした広報発信、パンフレットなどの充実もある程度必要になってきます。

分娩が少ないところに産婦人科医10人置くといいっても、産婦人科医に限られていますし、新生児科医も麻酔科医もリソースは限られますので、有効活用が必要になってきます。ですから、人口が非常に少ない地域に周産期を置くというのは、確かに必要かもしれないけれども、効率が悪いです。集約化された病院へのスムーズなアクセスの確保のほうが有効だと思います。周産期に関しては、周産期過疎地域には通院のためのタクシーチケットを配布したり、巡回バスを運行したり、そのほうが効率のいい管理になるのではないかと思います。

目次

- ・産婦人科に関する基礎知識
- ・産婦人科学会としての方向性 (グランドデザイン(GD)2015)
- ・千葉県保健医療計画
- ・千葉県の現状と働き方改革
- ・これからどうすべきか

千葉県の現状と働き方改革。これからどうすべきか。

### 千葉県の産婦人科医数

市町村	人口	産婦人科医数	1人あたり
千葉市	914,000	117	0.13
市川市	480,000	17	0.04
船橋市	470,000	17	0.04
柏市	340,000	17	0.05
浦安市	230,000	17	0.07
鎌倉市	220,000	17	0.08
津田沼市	210,000	17	0.08
船橋市	200,000	17	0.08
千葉市	190,000	17	0.09
千葉市	180,000	17	0.09
千葉市	170,000	17	0.10
千葉市	160,000	17	0.11
千葉市	150,000	17	0.11
千葉市	140,000	17	0.12
千葉市	130,000	17	0.13
千葉市	120,000	17	0.14
千葉市	110,000	17	0.15
千葉市	100,000	17	0.17
千葉市	90,000	17	0.19
千葉市	80,000	17	0.21
千葉市	70,000	17	0.24
千葉市	60,000	17	0.28
千葉市	50,000	17	0.34
千葉市	40,000	17	0.43
千葉市	30,000	17	0.57
千葉市	20,000	17	0.85
千葉市	10,000	17	1.70

千葉、埼玉は分娩数に  
対する産婦人科の数が  
ワースト2位  
つまり一人に対する負担が  
大きいということ。

産婦人科医減少に悩む一  
産婦人科医の動向  
日本産婦人科医会施設情報調査(2006年-2016年)  
日本産婦人科医会会員の勤務実態調査(2014年)より

千葉県の産婦人科医の数は、千葉・埼玉・茨城は人口の割には少なく、千葉はワースト2位と、つまり産婦人科1人に対する負担が大きいという意味です。

講義内容⑥

### 産婦人科医の時間外労働：試算

- ・例：常勤5人の産婦人科医がいると仮定
- ・毎日、日当直と待機で2人は拘束される
- ・1か月=30日とすると日当直30/5=6回
- ・このほか待機がある
- ・一月12回は当直か待機
- ・当直を「全て時間外労働」と仮定すると  
当直 15(17時～翌8時)時間×3回×12月=540時間  
日当直 24時間×3回×12月=864時間
- ・仕事は9-17時では終わらず、毎日1時間の時間外とすると1時間×4日×4週×12か月=192時間  
一年間計1596時間の時間外労働となる
- ・この他、待機中に呼び出され、勤務もあり

※短時間勤務、スタッフの育休・産休・病欠、学会参加での出張、高齢になると体力的に当直できない、などの事情を考慮せず試算  
※救急、地域周産期、搬送が多いところはきちんと人を配置する必要あり

時間外労働などを計算してみたのですが、常勤5人。「5人も産婦人科医がいればいいじゃないか」という数で計算すると、大体普通に働いて月12回は当直か待機が回ってきます。そして、9時～5時まで仕事が終わる人はあまりいませんので、毎日9時～6時まで働いたとしましょう。それで時間外労働が1596時間だったのです。この5人は若い人たちだけではないです。部長などは60代になっていると当直はできないのです。僕も20代のときは月10回当直ができました。しかし、38歳になりまして月7回でも結構きついです。なので、60歳になったらクスコを持ったまま過労死するんじゃないかなと心配になります。

ただ、実際に、若い人にしわ寄せがいくので当然この時間外は1800時間を超えるわけです。そうすると労基が入ったら病院はおしまいになってしまうので、早めに手を打たないと周産期医療の崩壊というのはドミノ返しでどんどん増えていく可能性があります。

### 日本産婦人科学会でも指摘

分娩施設労働時間試算

算定する医療機関の規模より試算  
平日で発生する時間外労働 240日×15時間=3600時間  
休日発生する時間外労働 125日×24時間=3000時間  
計6600時間/年の時間外労働

A水準 6600÷(9.50-2.50)=9.15=10人  
交代勤務を導入し、土日の日直を構成の平日と同じにすればケース  
(5.50-2.50)÷(9.50-2.50)=7.7=8人  
B水準 6600÷(1.50-2.50)=4.1=5人  
当直の日直は2名勤務を想定してもできないので、午前中で帰宅、オンコールで対応に回された場合は、勤務インターバルにより翌日の勤務ができない。

「曜日ごとの許可なし」なら、1診療科あたり医師20人が必要  
出産数、高山弘大(スウェーデン)産婦人科医会副会長より

ハイリスク分娩と救急を扱う病院なら働く世代が10人必要  
2人当直体制の周産期母子医療センターなら倍の20人必要

これと同様のことを当然日本産婦人科学会でも指摘されていて、地域周産期でしたら大体10人、2人当直体制をいっている周産期母子医療センターは倍の20人は必要だという計算を出しております。

僕らは千葉大医学関連の人なので、千葉大学関連の産婦人科医の数をネットで調べてみました。ネットなので実際は分かりませんが、やはり10人を超えているところは千葉大学だけです。千葉大学は17人、これは教授の数も入れてです。当然年齢が高い人もそれなりにいます。当直に関しては17人で均等にはまわせません。しかも大学病院の出産はほとんどハイリスクです。ハイリスクの分娩が700件なので相当大変です。

松戸市立病院も、分娩数802、婦人科手術815、これを7人で回すのは相当大変だと思います。成田日赤も、部長が3人いますから、育休、時短がふえれば当直も均等にはならず当直は月7～8回になります。なので、こういったところをある程度集約していかないと働き方改革には対応できないかと思っています。千葉市は人口が多いので病院が5つありますけれども、市立病院でいうと海浜はNICUがあります。千葉

は精神科がありますので、ここら辺が協力して集約できるとよりいい病院ができるのではないかと思います。これは私見です。

### 産婦人科医を増やす・離職防止のための待遇改善

現状・課題

- ・医療事故保険料、学会参加費、専門医資格の更新費などで資格・技能の多い医師ほどお金がかかる(年間20万円以上)
- ・給料を下げたり、人を減らせば専門医資格の更新もできない、仕事もつらい。「こんな病院はいいや」と立ち去る。
- ・リスクが高いのみの状況では、産婦人科医や多忙な基幹病院勤務が継続できない

周産期医療にかかわる医師への待遇アップ

- ・給与・収入の確保  
対策例) 各病院でのアルバイトの許可制を導入  
※2024年からは労働時間上限に注意(未決定)

⇒病院集約化に際し、優秀なリーダーと使命を付ける  
⇒病院を集約化し、救急を断らない市民を守る病院としての義務付け・災害時の拠点病院としての機能強化!

基本的には産婦人科医を増やす・離職防止というのは、分かりやすいのは待遇改善です。産婦人科医だけではなく、専門医の資格とか学会参加費で年間20万円ぐらい飛んでいきます。これ以上給料を下げたり、人を減らせば学会にも参加できませんので、仕事もつらい、専門医の更新もできない、給料も低い、こんな病院はいいやと立ち去る人が増えると思います。なので、働き方改革というのは仕事の業務だけでなく待遇をしっかりとアップすることが非常に重要です。集約化するなら、優秀なリーダーと、救急を断らない体制づくり、それに関してみんなで同じ目標を持ってしっかりとやっていくというような方向で行かないとただ人が増えただけという感じになるのはよくないと思います。

### 近年増えている千葉県内での課題

- ・分娩数の低下、開業医の高齢化
- ・精神疾患、虐待既往、増加する外国人への対応

→ 出産は滞りなく終わることが多いが、  
その後の子育て、地域の手伝い、介入が必要になる。

- ・医療ソーシャルワーカー(MSW)は子ども負担大きい

→ 行政(県・市町村)と病院が連携し、子供を地域できちんとまもるという考えが重要

上記取り組みにより、安全で評判の自治体となる  
かもしれない。  
課題に向き合い、改善していく必要あり  
それが未来につながる

話がわかるのですけれども、近年増えている千葉県内での課題を挙げてみました。分娩数の低下、開業医の高齢化、性疾患、虐待既往、増加する外国人への対応、これを一一つ見ていきます。

まず分娩数の低下、開業医の高齢化のところから入っていきます。個々の地域をだすのはよくないかもしれませんが、この地域の勉強会に参加してすごくショックを受けたのでさせていただきます。山武長生夷隅というのは、非常に面積は広いのですけれども人口が少ないのです。周産期のインフラは何に頼っているかという個人の先生が頑張っていたんです。個人の先生は当然高齢化してくるわけで後継ぎがいなくて維持できないのと、人口が減ってきていますので出産数が少なくなってくる。地域を支えるために大きなインフラがあればいいのかなと思うのですけれども、東千葉メディカルセンターというのがありますが、ここにはNICUがありません。つくるにしても莫大な費用と人材が必要になってくるわけです。

このスライドはある産婦人科の先生が作ってくれたのですが、分娩数が月10名いたとします。月に10件ですと3日に1人とか、そうい



講義内容⑦

う感じですが。それでも、助産師さん、ご飯を作る人、事務員さんにも必要なので、職員数は10名以上必要なのです。その他に、毎日直するものもきついのですが、そういったことを考えても人件費だけで月に250〜300万円かかると、月10件の出産数ではカツカツで、やはり20件ないときついです。なので、出産が少なれば個人の医院は成り立たない。閉院にいたれば当然周産期のインフラはなくなってきてしまうわけです。ここで2つに道が分かれていて、公費を使って人口が少なくても周産期を何でも受け入れるインフラをつくるのか、それとも、出産というのは先ほど申したようにだいたい十月十日で終わります。子育てはその後ずっと続きますので、ハイリスクの出産に関しては大きい病院にお願いして、地域の子育て環境を充足するほうにシフトするのか、医療過疎の在り方というのは検討が必要な時代にきているとおもいます。

ここで医療過疎に入ってくる僕が属している成田日赤ですが、どんなことをやっているかという、成田日赤は茨城県からの搬送も結構受けています。幸いに新生児の先生が「24週からだったら何でも受けます」と言ってくれるので、外国人、未受診妊婦も断らず受けることが可能になっています。ただ、22週も時々出ますので、それに関しては八千代・船橋中央・亀田の先生にお願いする。なのでこの3つの施設は非常に大変だと思っています。

精神疾患の合併があると受け入れ施設が少なく千葉大学、成田赤十字、亀田が大体のところ。海浜病院は、NICUはあるけれども精神科がないです。千葉県子ども病院はそもそも産婦人科がないし、青葉は、精神科はありますけれどもNICUがないです。ですから、早産ではない精神疾患合併は青葉でもいいとは思いますが、NICUがないと何かあったときの不安が残る。千葉の問題として一つ出てくるのが、精神疾患の合併妊婦に対して対応できる施設が乏しいということです。

あとは、千葉県は外国人妊婦が非常に増えています。僕は神奈川でも働いたことがあるのですが、半分ぐらいが外国人でした。千葉に戻って来て「ああ、日本人の人がいっぱいいる。よかった」と思った最近はそうでもなくて、外国のかたもそこそこいらっしゃいます。そうすると、言語の問題がでてきます。僕も英語で頑張ってお話しますのですけども、やはりアプリなどを使わないと正しいことが伝わらないこともありますし、一部の人は未払いとか健康保険未加入の問題もあります。宗教で女医さんでなければ絶対に嫌だと言って医療関係者とトラブルになることもあります。

異国の地ですので、出産後にある程度養育に関する知識の指導をしていかないとお子さんに関するケアが乏しくなってしまう可能性があります。外国人の方は外国人の方でコミュニティをつくらなければそれでいいのかもしれないですけども、コミュニティから漏れてしまう人も当然いるわけで、そういったことで養育の知識の指導などしてほしいといけません。出産に関しては、空港病院で対応できず、ほとんどの症例が空港に近い成田日赤に運ばれてきます。

実は千葉県は各地域によって住んでいる外国人の質が違うらしいのです。例えば佐倉は、イスラム教なのですけども、地域が違うイスラム教なので女医さんでなければ絶対に駄目だというトラブルがあるとの前聞きました。当院にはある程度外国人に慣れている先生がいて、国際診療科の浅香先生ですけども、この方が一生懸命対応してくれますので非常に助かっています。

何でも受けるいい人の医療と、きちんとしたものを提供するいい医療というのは異なります。外国人の対応に関して今後はしっかりと考えていく必要が出てきた時代だだと思います。なので、国際診療科と県と市町村はぜひ協力していただくとより良い回答が出るかもしれません。

性教育の充実

- きちんとした性教育を受けることや妊娠と子育ての知識を知ること、**虐待防止**や、**不必要な病気の予防**にもつながる可能性あり。
- **無戸籍児**が全国で715人(2018年)。300日間問題で前の夫の子じゃないと遺伝子で判明しても、戸籍上前の子になる。それが嫌で、戸籍を出さない人もおり、まだまだ300日間問題は法律が変わらない。
- 性教育は未来への「投資」。県と「産婦人科医」「小児科医」「精神科医」で連携して進める必要あり
- 子供たちが幸せになるために性教育が必要。

性教育の充実です。このことを説明するためにここまでのスライドをがんばって作りました。性教育というのは非常に重要です。今はテレビなどで話題になりますけれども、やはりきちんとした性教育を受けることとか、妊娠や子育ての知識を教えることは重要で、虐待防止や、不必要な病気の予防につながる可能性があります。全部を防ぐことは不可能かもしれませんが、数人減るだけでも価値はあるのではないかと思います。

無戸籍児というのが最近では問題になってきています。戸籍を持たない子供、戸籍を持たない国としての支援を受けられないことになってしまいます。300日間問題で前の夫の子ではないと遺伝子で判明しても戸籍上は前の夫の子になります。そうすると、それが分かるのが嫌で戸籍を出さない人もいます。旦那さんではない人の子を妊娠してしまい、緊急で飛び込み分娩した人の戸籍はどうなるのだろう、どういうふうになっていくのだろうというのもあるのですけれども、医療として対応していくのは限界で、やはり県や市、法律というものの対応になってきます。

僕自身は、性教育というのは未来への投資だと考えていますので、県、産婦人科医、小児科医、精神科医が連携して進める必要があるのではないかと考えています。これは子供たちが幸せになるために必要だと思っています。

無戸籍児とは

戸籍がない子供が存在する原因は300日間問題や経済的理由、虐待などがあります。子供は未来の宝ですので、こういった子を守るために行政と医療が具体的な協力をしていかなければいけないのだと、現場にいて思います。

講義内容⑧

出産後の対応も必要

- 周産期死亡の原因では**自殺**はトップクラス
- 核家族化が進んでいる、相談できるところ、**母親が気軽に休めるところ**が必要ではないか  
→産後ケアユニット
- 千葉県全体で、きちんと**出産、子育て、虐待予防、性教育**を充実させることで県のイメージアップ

出産後の対応も必要な時代です。周産期の死亡原因では自殺が最近ではトップクラスに入っています。核家族化が進んでいるので、お母さんにとっては二世帯よりは精神的に楽なところもあるかもしれないですけども、相談できるところが少ない、母親が気軽に休めるところが少ないということで産後ケアユニットというのが出てきています。ただ、病院として産後ケアユニットをつくるのは結構難しいです。これはこの後説明します。

千葉県全体で、きちんと出産、子育て、虐待予防、性教育を充実させることで県のイメージアップが図れるのではないかと考えます。

産後ケア事業

産後ケア事業というのは、やはり宿泊型。泊まってお母さんを休ませるためには24時間体制で1名以上の助産師が必要です。助産師を1人雇うだけでも病院は結構大変ですし、24時間いたとしても非課税世帯ですと上限は2万5,000円。そうすると、総合病院で産後ケア事業は結構難しく、開業医の先生が主体となって行かないと難しい事業だと思っています。

性教育の充実と重要性の認識

- 産婦人科、小児科医師、精神科医、助産師、弁護士などが連携して行うべき
- その年齢に応じた**性教育**をきちんと行うべき  
例) 共通したスライドを使用
- 性教育をしっかりと行うことにより、不幸な事故、希望しない妊娠を防ぐ、お互いを尊重できる社会へ
- 周産期、救急、小児医療の**不確かさ**をきちんと学ぶことで、患者側としての意識改革にもつながる  
→性教育がしっかりしていればHPVワクチンの普及はきちんと進んでいたのではないかと

再度性教育の充実に関して書きましても、産婦人科だけではなく、小児科医、精神科医、助産師、弁護士などが連携して行い、その年齢、年齢に応じて教える性教育は違うと思います。性教育で、周産期、救急、小児医療の不確かさをきちんと学べば、患者側としても受診なりに関しての意識改革につながるのではないかと思います。

HPVワクチンというのは、一度普及して一気になくなってしまったという経緯があるのは皆さんご存じかもしれませんが、性教育がしっかりしていればそこまでたまたまなかったのではないかと思います。

子宮頸がん予防ワクチンの推奨

特に僕は婦人科腫瘍が専門なので、子宮頸がんの患者さんは20代・30代の若い人が多いのです。今診ている方も小さい子がいて、なかなか治らないので非常に歯がゆい思いをしています。子宮頸がんが年間2,000〜3,000人亡くなるのです。少子化の時代に若い人が亡くなっているのは産婦人科医師として非常に悔しいです。

HPVワクチンを受ければ防げる病気は、子宮頸がんだけではなく、肛門がんも咽頭がんも救えます。かなりメリットは大きいと思います。ただ、私は、ワクチンというのは必ずメリット・デメリットがありますので、基本的にはきちんとメリットを説明して分かせないと受ける動機付けにはならないのではないかとこのところ、そこで性教育の重要性があるのではないかと考えています。

「三位一体改革」と医療現場への影響 産婦人科版

三位一体改革と医療現場への影響(産婦人科版)ということで、集約化するとどうなるかということを書くと、真ん中のところ。うまくいけば救急を断らないいい病院ができると、ただ、その病院にいっぱい取られてしまうとクリニック自体もつぶれてしまうかもしれない。そうすると産科から婦人科へ徐々にシフトしていくところが増えていくと思います。そうすると勤務医としてはバイトが減る懸念、給与が減る懸念というのが出てきます。ただ、基本的には集約化すれば楽な病院、いわゆるコスパのいい病院はなくなり、忙しくて大変な病院が増えますが、医師としての働き方改革、患者さんにいい医療を提供するには集約化は必要だと考えています。



講義内容⑨

**医師確保計画の策定 (3) 備在对策基準医師数を踏まえた施策 (案)**

基本的考え方  
産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を含め合わせることをする。

①医療提供体制等の見直しのための施策  
②産科医師及び小児科医師の確保確保を促進するための施策  
③医師の確保確保

これをいろいろ考えてみると、厚労省でも医師確保計画の策定というのを作っている、

**医師確保計画の策定 厚労省の案 えた施策 (案)**

基本的考え方  
産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を含め合わせることをする。

①医療提供体制等の見直しのための施策  
②産科医師及び小児科医師の確保確保を促進するための施策  
③医師の確保確保

集約化  
その地域への交通手段の確保

あなたの家族や子どもが安心して受診できる病院づくり、地域づくりは今から始めないとダメです。それは医療者だけの力ではなく、みなさんの声と協力が必要です。

厚労省の案としては、その地域への交通手段の確保、集約化された病院はきちんと機能を果たして働き方もお互いに少し軽減できるように頑張ってください。業務を減らせるようにバイト医を確保できるよう努力をなささい。子供がいる医師も働けるよう幼稚園、託児所、保育所を何とかしなさい。離職防止に努めなさい。きちんと腕のあるいい医師に教育しなさいと言っている、

**医師確保計画の策定 厚労省の案 えた施策 (案)**

基本的考え方  
産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を含め合わせることをする。

①医療提供体制等の見直しのための施策  
②産科医師及び小児科医師の確保確保を促進するための施策  
③医師の確保確保

集約化された病院はきちんと機能を果たして働き方もお互いに少し軽減できるようがんばれ

これまで述べたことと厚労省も考えていることはほぼ一緒

これまで言っていたことと大体同じことを考え付くのだなということが分かりました。

講義内容⑩

**新生児診療といえは**

王道は「未熟児」の診療  
先進国中、最も低い新生児死亡率  
目標はハイリスク児のintact survival (障害なき生存)  
超低出生体重児 (1000g未満児) は「触るのも怖い」

- 皮膚がアカアカだし手首は処置する医師の親指より細い
- 肺が膨らまなかったり (肺サーファクタントがない)
- 胎児循環を引きずっていたり (胎児胃腸管など)
- 触るだけで血圧が大きく下がったり (新生児過延性肺高血圧症)
- 感染にめっちゃくちゃ弱かったり
- 便秘で腸が破れたり (胎便性イレウス・腸穿孔)
- 呼吸を休んだ結果心臓まで止まりそうになったり (無呼吸発作)
- すぐに転倒したり (保育器の窓の開け閉めがうるさいだけで?) する

新生児科医師のほとんどは、こうした患者さんたちの診療を志した人たちです。

新生児診療とはそもそも何なのかというところ。かなりドラマなどでも取り上げられるようになったので以前よりは専門の方以外にも知られるようになってきたのですけれども、かなり乱暴な言い方をすれば、王道は未熟児の診療です。我が国は先進国中、最も低い新生児死亡率を誇っており、そうやってくと今度は、命は助けられるので、ハイリスク児、要はすごく小さく生まれたお子さんなどが障害なく生存できるところを目標としているような専門科です。

超低出生体重児といえますと 1000 グラム未満で、見ると触るのも怖いような感じです。皮膚がテカテカして、手首は処置する医師の親指より細い。そこにいろいろな点滴を入れたりするわけです。羊水の中にずっといますので急には肺が膨らまない。胎児期は臍帯(さいたい)から血をもらう関係で生まれてきた後と循環の流れが違うのですけれども、そういうものを引きずって問題になることもあります。これに関連して触るだけで血圧が大きく下がって死にかけるとか。感染にはとても弱く、便秘で腸が破れる、呼吸を休んだまま心臓まで止まりそうになるとか。簡単に脳出血すると言われていまして、保育器の開け閉めがうるさいだけでもそういうことがあると聞いたことがあります。新生児科医師のほとんどはこうした患者さんたちの診療を志した人たちだということをまずは押さえていただければと思います。

**千葉県保健医療計画 (平成30年度～平成35年度) 「周産期医療」より**

施策の評価指標 [基盤 (ストラクチャー)]

指標名	現状	目標
分娩実施施設数 (15～49歳女子人口10万対)	7.8 (平成26年度)	増加 (平成35年度)
周産期母子医療センターの数	12箇所 (平成29年度)	13箇所 (平成35年度)
NICUの整備数	132床 (平成29年度)	141床 (平成35年度)
周産期母子医療センター及び連携病院と救命救急センターの併設数	11箇所 (平成29年度)	12箇所 (平成35年度)
医療施設従事医師数 (産科・産婦人科) (15～49歳女子人口10万対)	35.4 (平成28年)	39 (平成34年)
就業助産師数 (出生千対)	31.3 (平成28年)	41 (平成34年)

新生児科医師への言及はみられない

千葉県保健医療計画は先ほど塙先生のスライドに出てきました、今回、線を引いているところは一緒ですが、言いたいポイントは違いますが、NICUの整備数を増やそうと、医療施設の従事医師数を増やそうと書いてあるのですけれども、これは産科・産婦人科医のことで、新生児科医師への言及はありません。

**千葉県保健医療計画 (平成30年度～平成35年度) 新生児科医に関する記載**

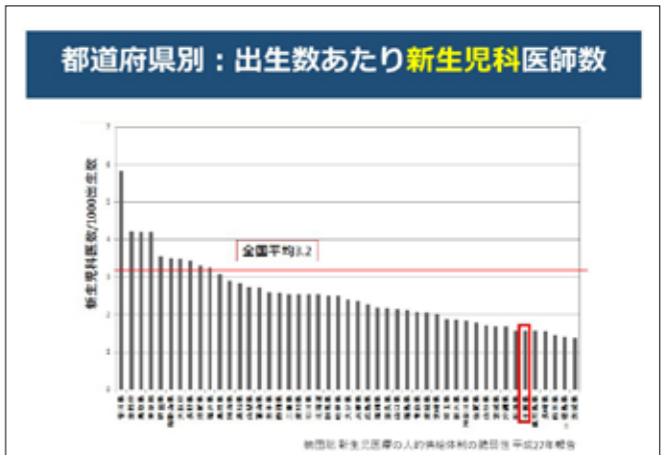
〔周産期医療従事者の状況〕  
本県の周産期医療従事者については、産科・産婦人科医師数 (15～49歳女子人口10万対) は、平成28年で35.4人、就業助産師数 (出生千対) は、平成28年で31.3人であり、全国平均 (それぞれ43.6人及び36.6人) と比べて大きく下回っています。さらに、NICUに勤務する医師数も全国平均を大きく下回っているという指摘もあり、医療従事者の確保は、重要な課題の1つとなっています。

〔周産期連絡コーディネーター〕  
〔前掲〕また、新生児専門医を有する医療機関が少ない一方、最近、超低出生体重児等のリスクを伴う分娩が増加傾向にあることから、NICUでの治療や新生児救急などの充実が求められており、新生児部門における効果的なネットワークの構築も必要となっています。

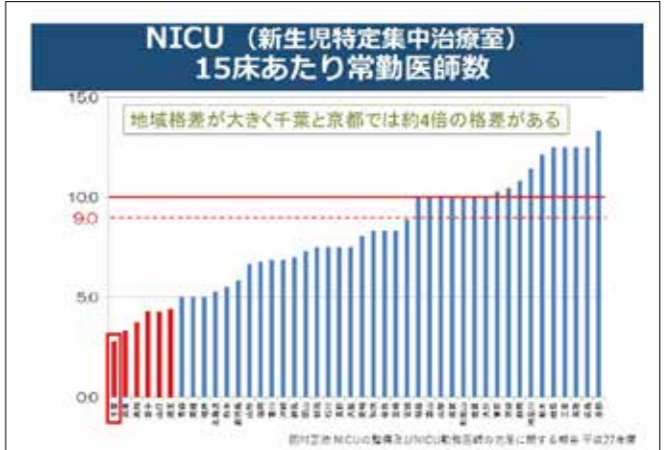
システムの改善・効率化で乗り切れるのか??

さて、「周産期医療従事者の状況」という項目には、産科・産婦人科医師数は具体的にこれだけ、助産師数はこれだけで、「全国平均と比べて大きく下回っている」、と書いてあるのですけれども、「NICUに勤務する医師数も全国平均を大きく下回っているという指摘もあり」としか書いていません。実際には各種調査による具体的な数字も存ののですが、そういったところに言及されていないのが現状です。

本当に新生児科医師について具体的な言及がないかなともう少し探すと「新生児科専門医」というのが出てきました。「新生児専門医を有する医療機関が少ない」ので「効果的なネットワークの構築が必要」と書いてあるのですけれども、現状からするとシステムの改善とか効率化だけで果たして乗り切れるのか大きな疑問です。



なぜそういうことを言うかといいますと、都道府県別の出生数あたりの新生児科医師数では千葉県は全国で下から数えて6番目です。これは平成27年の状況ですので大きく変わりはないと思います。



また、NICUの病床数あたりの常勤医師数となると、千葉県は日本で最下位です。



講義内容⑪

### NICUの診療報酬算定要件

診療報酬：新生児特定集中治療室管理料の算定要件

(1) 当該治療室内に必要な医師等が常時配置され勤務していること  
(新生児特定集中治療室2では病院内で勤務)。

施設の医師数で、単純に残業時間が計算できてしまう

千葉県のNICUは、果たしてこれに耐えうるだろうか？

NICUの「法律上の定義」ともいえるものを示しています。「当該治療室内に必要な医師等が常時配置され勤務していること」と記載があります。なので、基本的にはNICUは当直室もNICUの中にあるようになっています。さて、これは当直中を含めた全ての時間を勤務時間とみなすことができますので、施設の医師数で、単純に残業時間が計算できてしまうのです。千葉県のNICUは果たしてどれだけの施設が耐えられるでしょうか。



千葉県の周産期母子医療センターを地図で示しました。赤で囲んだ12施設、ここにNICUがあると考えていただければよいです。

施設の偏在が著しいというのは真か、というところですが、実際には埴先生のスライドにもありましたとおり、山武・長生・いすみ地域はお産が少ないのである程度は仕方ないというところがあります。ハイリスク者に関しては、母体搬送をしてNICUのある施設で診るとするのが現実的かと考えています。よって、偏在よりは集約化が進んでいるというべきなのかもしれません。しかし、現存するいずれの施設も、新生児科医師数がかなり少なく、要は集約化しているのに医師が不足している厳しい状況が長期に続いております。

また、こちらに千葉県こども病院がありますけれども、これも後にクローズアップして取り上げますが、政策的には千葉県こども病院の特殊性にも注意が必要です。

### 千葉県内のNICU施設の現況 (岡田まとめ)

医療機関名	病床数		医師数
	NICU	GCU	
千葉県こども病院	9	15	3
千葉市立海浜病院	15 (-21)	25	5
千葉大学医学部附属病院	9	18	5
順天堂大学医学部附属調布病院	9	15	7
東京女子医科大学附属八千代医療センター	21	16	6
松戸市立病院	12	(14)	4
成田赤十字病院	9	(18)	3
東邦大学医療センター生田病院	9	6	3
旭中央病院	9	21	3
亀田総合病院	27 (9)	(18)	4
葛津中央病院	9	32	4
柏市中央病院	(15)	(25)	5

※各施設は必ずしもNICUを有しているとは限りません。また、GCUはNICUとは異なる施設です。

千葉県内の各NICU施設の現況を示しています。平成29年度の病床機能報告を元にしたNICUの病床数がこちらに出ていて、括弧内はホームページの情報などで、最新のものがこちららしいという数字になっています。

GCUというのは、NICUでの管理は不要ですが、おうちに帰るには週数がもう少しあったほうがいいのか、体重がもう少し必要ではないかというような形で、育児のような機能も強いような部署です。このため、どの施設も病床数が多いです。勤務医師数は、各施設3とか5という数字で、大体1人で3床NICUを診ているかなというように計算になります。先ほど埴先生のスライドでも働き方改革のB水準とかA水準とかで必要な医師数が出てくるのですが、1860時間のB水準ですと、全員残業なしで、24時間全てカバーするだけでも1施設あたり4人の医師が必要という計算になります。現時点ですら満たしている施設はかなり少ないと、その後に来る960時間の水準ということになると8人程度必要になりますので、現状ではどこも乗り切れないことになってしまいます。

さて、先ほど触れた千葉県こども病院のNICUの特殊性ですが、こちらは基本的に生まれたての超低出生体重児を診ることはなくて、メインは先天性心疾患とか、脳神経外科の病気の方、おなかの中の問題など外科の疾患がある人が入院しています。基本的には千葉県では新生児の先天性心疾患、脳神経外科疾患は、現状はここでしか診られません。

産科医がいないのでここで分娩することはできません。そうすると生まれたての超低出生体重児を診ることはないということになります。また、妊婦さんのエコーが良くなって先天性心疾患など相当胎児診断がつくようになってきていますけれども、現状としては千葉大病院などで分娩して、新生児搬送をするという体制をとらざるをえません。

そして、院内の小児の循環器内科、心臓血管外科、脳神経外科、外科、麻酔科などの調整業務が多く、どうしても自科で完結しにくいようなところがあります。対象疾患が特殊なため、通常のトレーニングのみを受けた新生児科医にとっては不慣れな状況が多く、そうするとちょっと人事交流して手伝ってもらおうということも若干難しいところがあります。

こうなってくると最初のスライドに示したような、本来は超低出生体重児とか、そういった診療が花形と言っているところでこういったことばかりをやるといのは、現場の先生たちにとってはモチベーションの維持が難しい部分もあるようです。

県立の施設でもあり、こうした千葉県こども病院の特殊性を理解しながら、県内の新生児医療体制を考える必要があり、同院は未来の千葉県の小児・新生児医療におけるキーポイントと書かせていただきました。

これはおまけになりますが、NICUの病床数あたりの医師数で隣の県を見てみると、東京・茨城・神奈川はかなり多いというような状況になっています。一概に「じゃあそこから持ってきてほしい」ということは言えませんが、千葉県の中だけを見てもしょうがなく、あるいは当直業務を依頼する先ということだけでも、隣の状況にも目を向けていく必要があるのではないかと考えています。

### 講義編後半まとめ 新生児科医療の現状と改善案

- ①千葉県の新生児科医師のおかれた状況は厳しく、NICU病床数あたりの常勤医師数は全国最下位である。
- ②NICUの特性上、当直時間は全て勤務時間と見做すほかなく、働き方改革の影響を最も大きく受ける診療科と言える。
- ③千葉県内のNICUは偏在しているが、一方では集約化が進んでいるとみることも出来る。
- ④千葉県こども病院の存在は千葉県の小児・新生児医療における極めて重要なファクターと考えるべきである。

以上を簡単にまとめますと、千葉県のNICU病床数あたりの新生児科常勤医師数は全国最下位。当直時間は全て勤務時間ですので新生児

講義内容⑫

科は働き方改革の影響をもろに受ける。千葉県の現状が偏在なのか集約化なのかということですが、ここは議論のあるところかと思いますが、千葉県こども病院の存在は重要なファクターであろうということを書かせていただきました。

## グループワーク① 産科医療「X市をどうする??」

## ケースの概要:

産婦人科医療の過疎地域 X市は以下に状況にあります。

- 人口は約3万人と少ない。
- X市での出産は年間200件程、月20件以下。
- 市内にはA開業医院があるが、経営はかつかつ。院長は高齢化しており、閉院も検討中。
- X市の財政は厳しく、産科医療への追加投資は困難。
- 隣市・総合病院はX市内から車で30分の距離にあり。
- X市へは産婦人科・小児科医の勤務希望者は少ない。

## この状況では、誰が困っているだろうか?

X市の産科の状況について、各関係者はどんな行動、対策をしたらいいか?考えてみよう。

1. 都道府県: 本庁・保健所
2. X市役所: 担当部署・保健師
3. A開業医院の医師
4. 隣市・総合病院: 病院の取り組み・医師
5. X市内の産婦人科以外の医療機関・医師
6. 近隣の大学医局
7. X市の住民
8. 学校教師・養護教諭 その他、挙げてみよう

## 各々はどのように具体的に行動したらよいか??

## 参加者の回答

## 1. 都道府県: 本庁・保健所

- 緊急搬送のための交通インフラを確保する
- 県内の同様の市町村・数・分布を把握
- 市民に状況を理解してもらう
- 医療機関の集約化
- 総合病院への補助(お金・人)
- どうか医師数増

## 2. X市役所: 担当部署・保健師

- X市役所: 隣市の産科医との情報共有
- 交通の整備に予算を組み入れよう
- 受診のため交通手段の確保
- 交通費の補助
- 子育て支援を充実
- 市民に状況を理解してもらう
- 市役所・保健師 定期的な協議会 情報交換
- 住民への啓発
- 住民へのサービス
- 妊婦健診の支援
- 保健師の1ヶ月からの訪問
- 隣市・総合病院と分娩体制の調整

## 3. A開業医院の医師

- 院長は産科継続のめどを行政・隣市の病院に示す
- 開業医の休める体制づくり
- 検診(定期)
- 自分の体調管理などにつとめる
- 妊婦健診 産後ケア
- 分娩は休止し健診に特化する
- 若い医師への譲渡
- 隣市・総合病院との連携

## 4. 隣市・総合病院: 病院の取り組み・医師

- ICT活用し診療情報を共有
- X市A先生と連携
- X市の分娩を受け入れ
- X市民の分娩受け入れ
- 受け入れ体制(医師数↑、看護師↑)を整える
- 総合病院としては周辺地域までカバーしていることを理解
- ハイリスク出産を受け入れる

## 参加者の回答

## 5. X市内の産婦人科以外の医療機関・医師

- 生まれたあとの検診などに対応
- 産科のフォローアップ
- 妊婦対応スキルを身につける

## 6. 近隣の大学医局

- 産科医師を送る
- 総合病院への派遣
- 行政の検診応援

## 7. X市の住民

- NPO等産科医療を支える活動
- X市内で検診を充実
- 検診と出産のHosp,Dr.分かれることを理解
- この市では出産できない?転居しないと夫に相談
- 隣市で出産することに対する理解

## 8. 学校教師・養護教諭

- 児童・生徒への啓蒙教育
- 分娩への教育
- 保護者への啓蒙教育

## グループワーク② 新生児科医療「千葉県をどうする??」

千葉県の新生児科医師不足を解決する、政策的アプローチ・現場での対応にはどんなものがあるか?

1) 検討するために、誰のコメント・意見を集めるべきか? どのような情報を得るべき?

## 参加者の回答

<自治体>

- 県
- 市町村

<医療機関>

- X市の総合病院
- 大学病院・医局
- 診療所・病院
- 診療科 ・新生児 ・小児科
- 保健所
- こども病院(千葉県)

<医師>

- A開業医
- 現場の医師

<コメディカル>

- ソーシャルワーカー
- 看護師

<住民>

- 住民

<得べき情報>

- 大学・病院 NICUの特徴
- どこにどんなNICUがあるか
- 若い医師にどんなニーズがあるか
- ex) 総合的にみられる!
- キャリア支援プログラムの工夫

2) 考えられる方策・行動目標をあげよう!

## 参加者の回答

<環境整備>

- X市総合病院は周産期受け入れ体制整える
- 受け皿の整備

<補助>

- アクセスに対する補助(スクールバス)
- 補助金

<コミュニケーション>

- アピールに行く
- 自分の興味のあるところだと新生児科医になってもらえる
- 情報共有

<働き方>

- 仕事を減らす
- 小児科医→新生児科医→NICUをみる機会がある

<人材確保>

- 千葉県内の名物医などランドマークが必要
- 東京から(県外から)よんでくる

<人材育成>

- 医療機関で相互に研修

<調査>

- どこかの住民が困っているか調べる
- 医師数からベッド数を計算 ベッド数から必要な病院数を計算

## 解答例

【新生児科医師を増員・配置】

- 労働環境の是正
- 保育施設の充実
- 交代勤務制の導入
- タスクシフティングによる業務量削減
- もっと幅広い視点でのリクルートメント。
- 近隣都道府県からの勧誘?
- インセンティブの付与: 独自の奨学金制度

【少ない新生児科医師・医療機関で提供できる体制】

- 12病院のさらなる集約化・病床削減の可能性
- 小児科医に代行してもらう