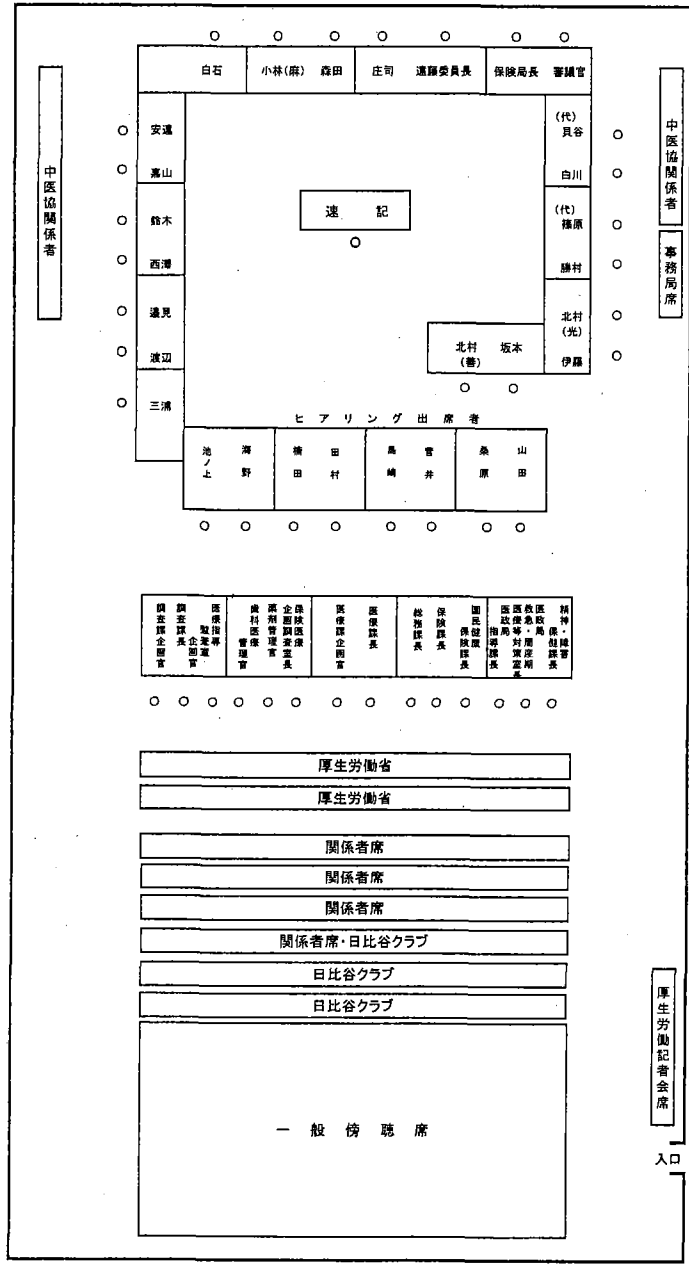


中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会座席表

日時:平成21年11月6日(金) 9:00~12:00
 会場:厚生労働省専用第18~20会議室(17階)



中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会 (第145回)
 議事次第

平成21年11月6日(金)
 於 厚生労働省
 専用第18~20会議室

議 題

- 関係者ヒアリングについて
- 初・再診料について
- 認知症対策について
- その他

中央社会保険医療協議会 診療報酬基本問題小委員会
関係者ヒアリング出席者

※ 資料説明者

(五十音順、敬称略)

○ 周産期関係

(産科分野)

池ノ上 克 宮崎大学医学部 生殖発達医学講座産婦人科学分野 教授
※海野 信也 北里大学医学部 産婦人科学 教授

(新生児分野)

※楠田 聡 東京女子医科大学母子総合医療センター 新生児部門 教授
田村 正徳 埼玉医科大学総合医療センター 総合周産期母子医療センター長

○ 救急関係

(成人)

※島崎 修次 杏林大学医学部救急医学講座 教授
菅井 桂雄 日本救急医学会 保険委員会 委員

(小児)

桑原 正彦 日本小児科医会 副会長
※山田 至康 順天堂大学浦安病院救急・災害講座 教授

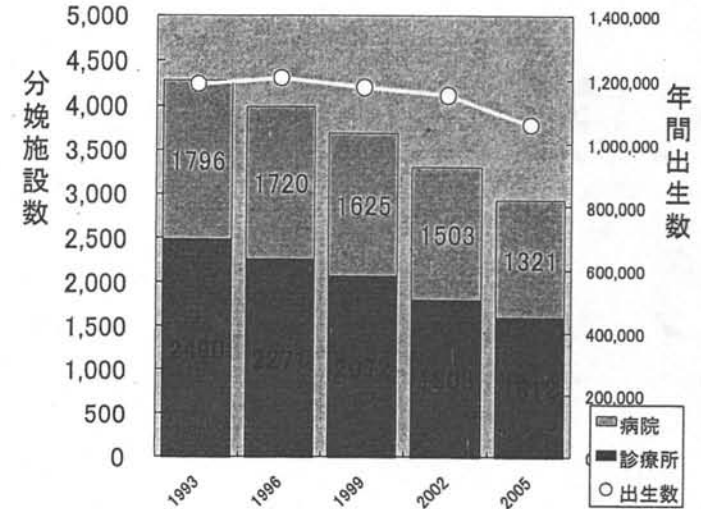
産科医療の現況と平成22年度 診療報酬改定への要望

海野信也
社団法人 日本産科婦人科学会
医療改革委員会
(北里大学医学部産婦人科学教授)

要望の内容

- 分娩施設の減少が続き、社会問題化している
 - 病院・診療所の分娩取扱からの撤退を防ぐ施策の実施
 - 産婦人科医の分娩取扱からの撤退を防ぐ施策の実施
- 病院の現場が働き続けることの困難な状況に陥っている
 - 病院勤務医の勤務条件の改善・勤務内容の適正な評価につながる施策の実施
 - 医師・スタッフのキャリアパスを考慮した施策の実施
- 周産期救急医療体制の安定的確保が求められている
 - 周産期救急医療体制の確保と充実に直結する施策の実施

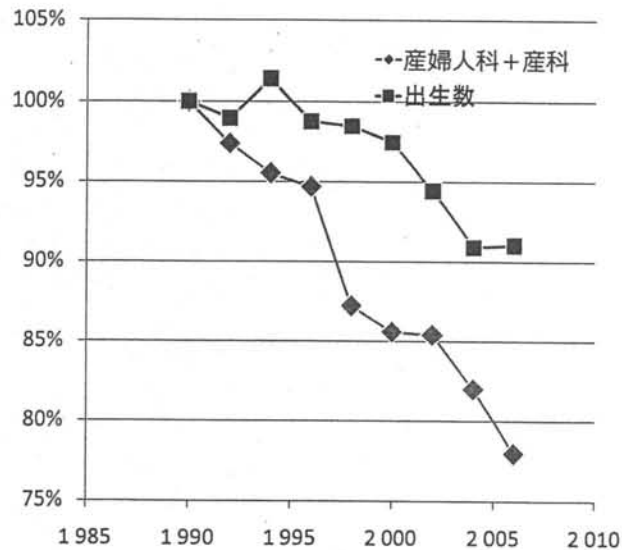
分娩施設の減少
(厚生労働省医療施設調査)



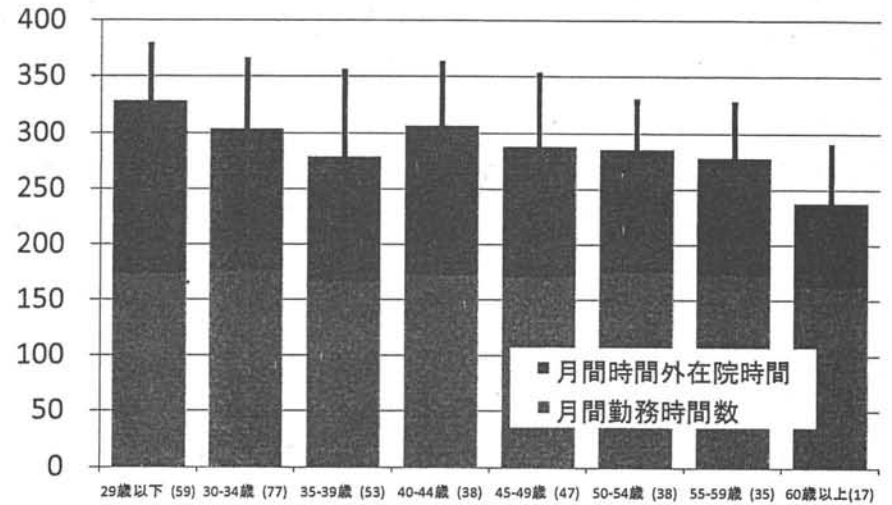
わが国の分娩の実情
—1990年以降の変化—

	1990年	2000年	2005年	2006年	2007年
病院での出生数	681,873	639,067	545,766	555,648	553,401
割合	55.8%	53.7%	51.4%	50.9%	50.8%
出生数の変化率		-6.3%	-20.0%	-18.5%	-18.8%
診療所での出生数	525,744	537,980	503,579	523,539	523,199
割合	43.0%	45.2%	47.4%	47.9%	48.0%
出生数の変化率		+2.3%	-4.2%	-0.4%	-0.8%

1990年以降の日本の産婦人科医数と出生数の推移

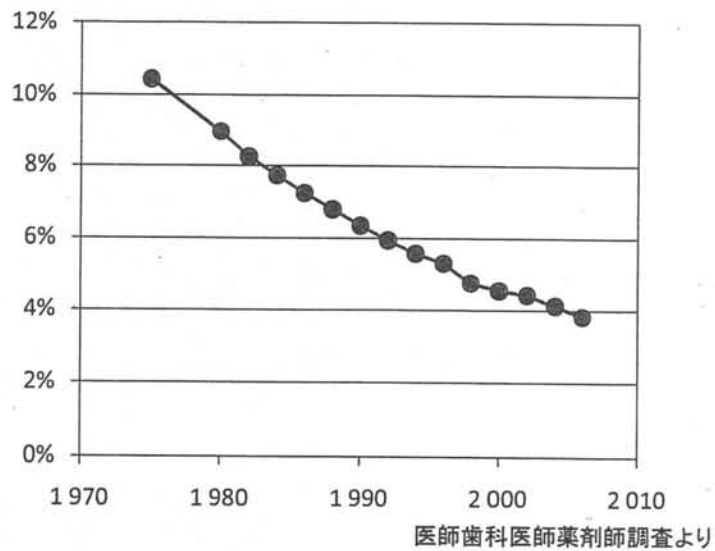


年齢層別 月間在院時間
当直体制のある一般病院

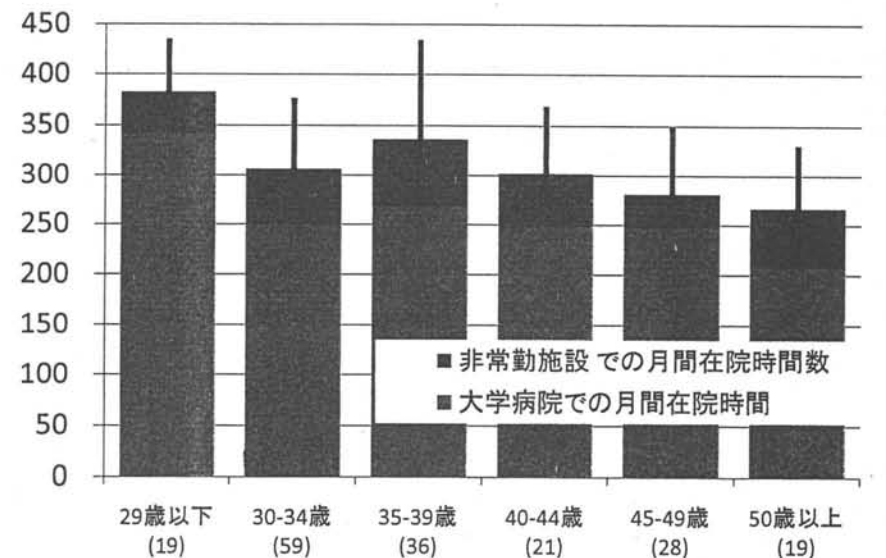


2008年 日本産科婦人科学会調査

産婦人科+産科 医師の全勤務医師数に占める割合

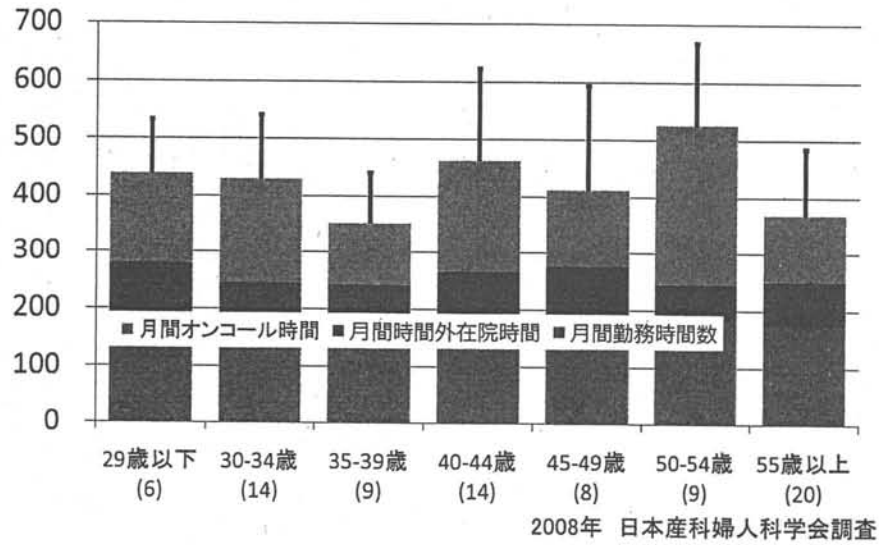


年齢層別 大学病院勤務医の在院時間

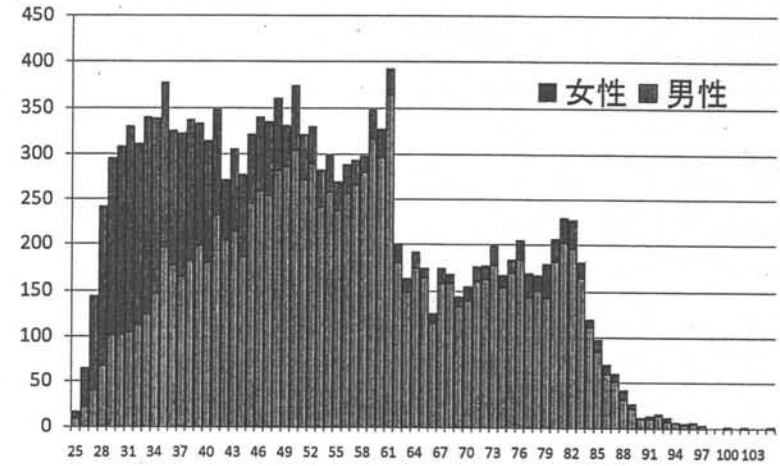


2008年 日本産科婦人科学会調査

年齢層別 月間在院時間+オンコール時間 当直体制のない一般病院

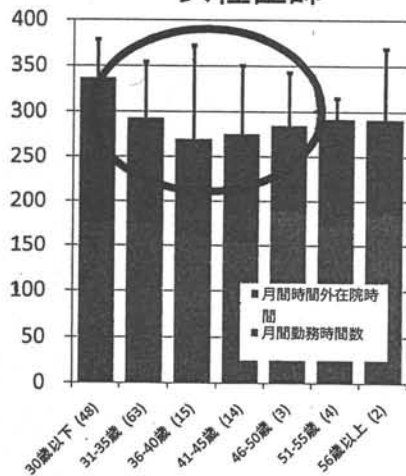


日本産科婦人科学会 会員数 2008年

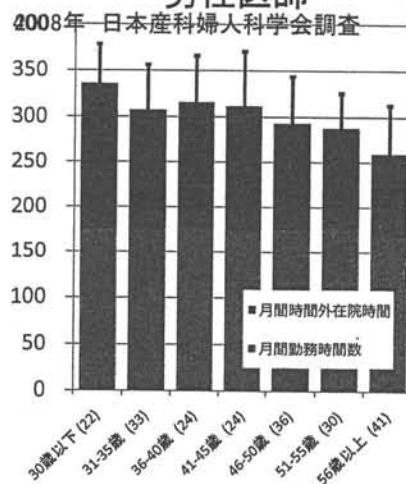


当直体制のある一般病院 女性医師と男性医師の在院時間

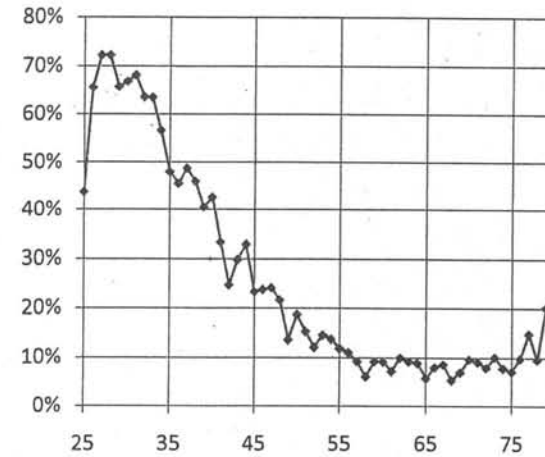
女性医師



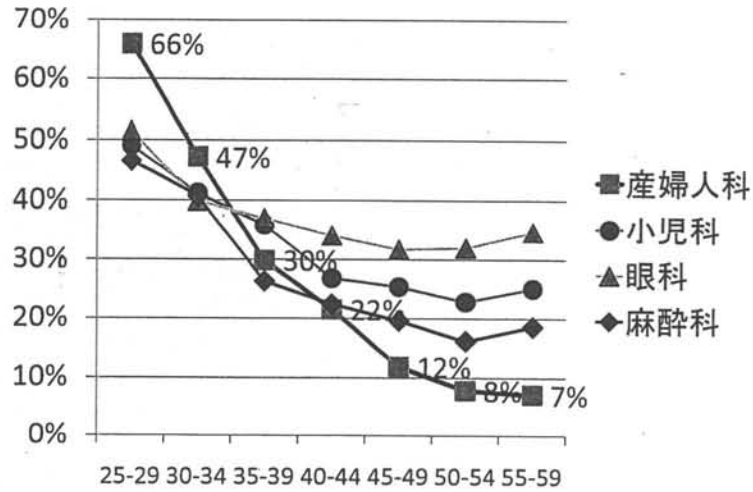
男性医師



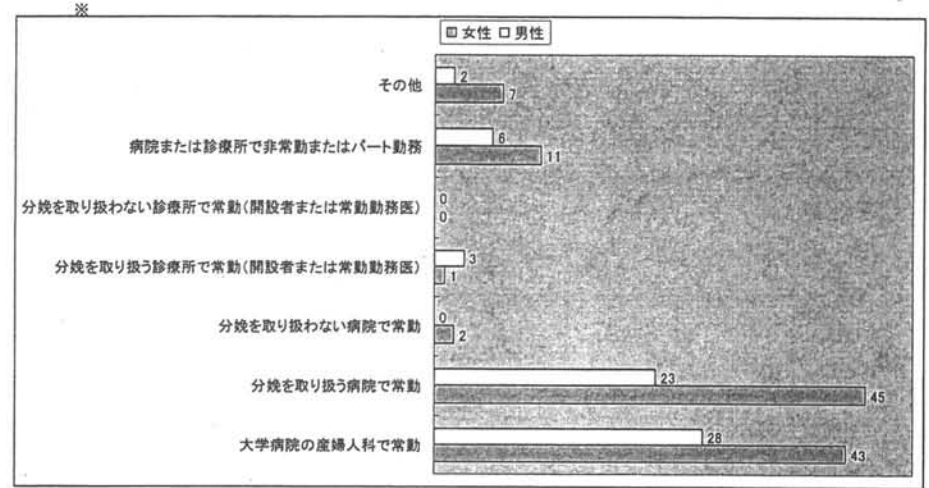
日本産科婦人科学会 年齢別女性率 2008年



診療科別 年代による女性医師率 平成16年 医師歯科医師薬剤師調査による

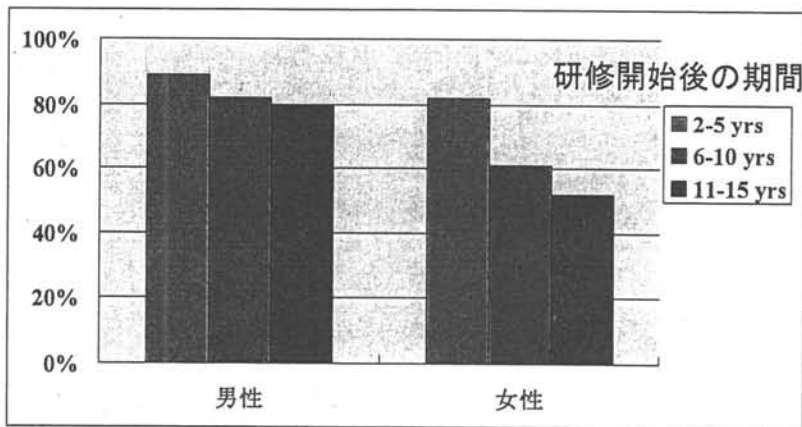


平成19年度 新専門医調査 現在の就労状況



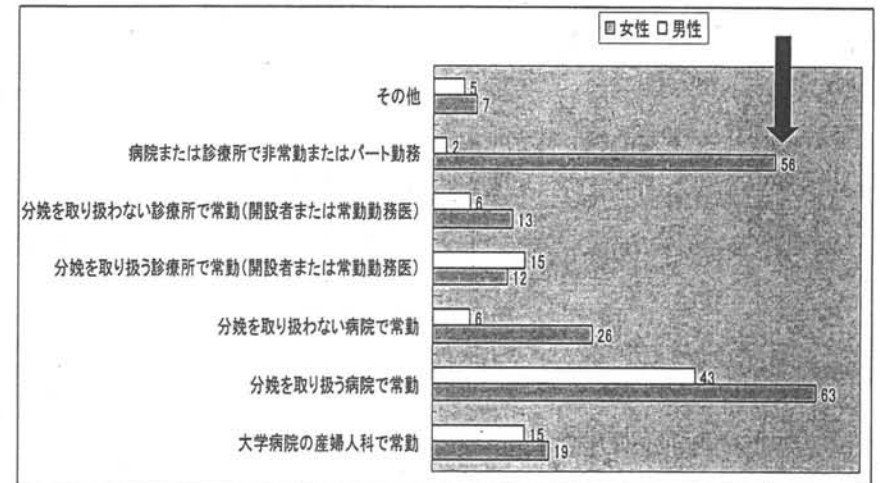
2007年日産婦学会・女性医師継続的就労支援委員会

分娩取扱施設に勤務している割合



日産婦学会 女性医師継続的就労支援委員会2007年調査

平成19年度 新専門医調査 5年後に希望する就労形態 (複数回答可)



2007年日産婦学会・女性医師継続的就労支援委員会

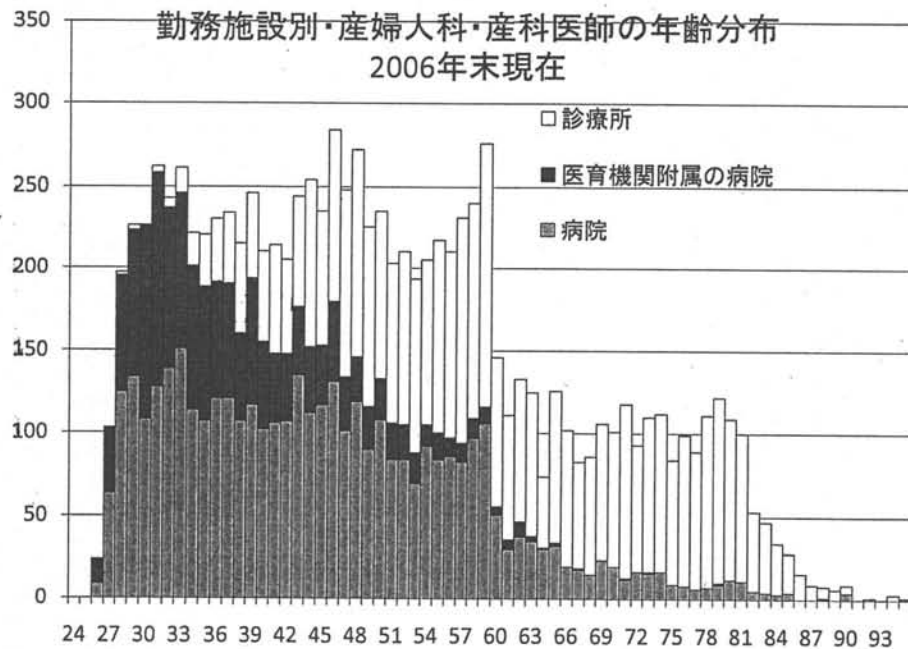
周産期母子医療センターにおける 産婦人科女性医師

総合周産期、地域周産期施設の概要

	総合	地域	全体
対象施設	75	233*	1177
有効回答	64 (85.3%)	170 (72.0%)	853 (72.5%)
分娩数			
1施設あたり	782.7	569.6	481.6
常勤医1名あたり	83.3	123.1	98.3
帝王切開率 (%)	35.1	28.8	21.9
1施設あたりの医師数			
常勤医	11.5	6.4	4.9
女性医師数 (%)	4.3 (37.4%)	2.3 (35.9%)	1.5 (30.6%)

* 236施設中産婦人科のない3施設は除く

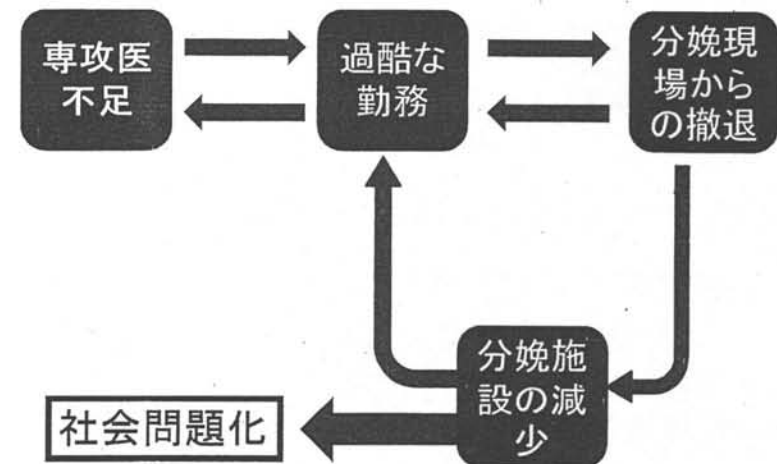
2008年7月 日本産婦人科医会調査



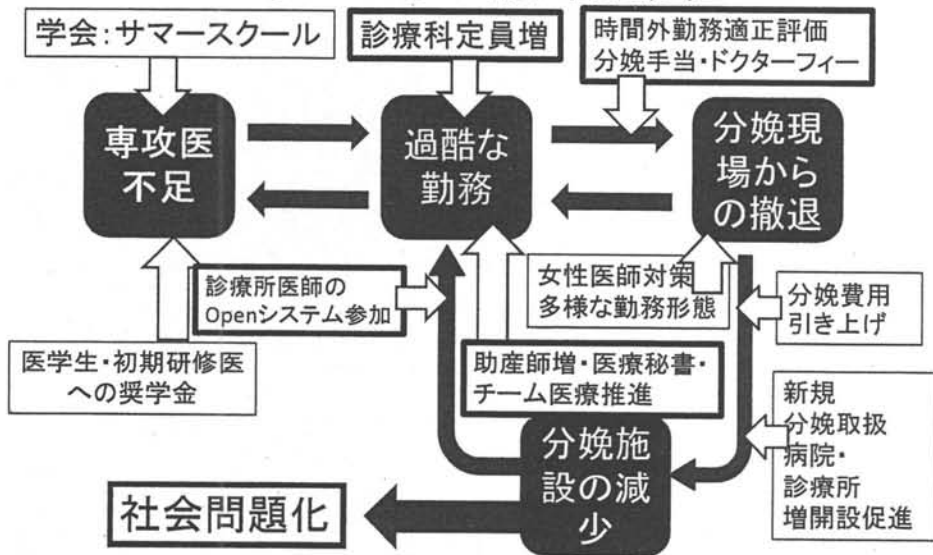
産科医療危機の展開

- 産科医療危機の背景
 - 分娩施設の減少(病院・診療所)
 - 産婦人科医の減少
 - きわめて過酷な病院の勤務実態
 - 女性医師の著増・男性医師の著減
 - ・ 女性医師の継続的就労の困難さ→絶対数の減少
 - ・ 緊急時にも無理ができない 基本的対応能力の低下
- 崩壊の始まり
 - 分娩難民発生地域の増加
 - 基幹病院のハイリスク・救急症例受入回避または撤退
- 崩壊回避に必要な条件
 - 新規専攻医の増加
 - 医師・医療機関の分娩からの撤退率の減少
 - 一人当たり分娩取扱数の増加

産科医療のデススパイラルと そこから脱却方法



そこからの脱却方法



「産科・周産期医療再建のための
平成22年度診療報酬改定に関する要望書」

1. 「勤務環境確保加算」の新設
→ 勤務医の労働環境改善の大方針の明確化
2. ハイリスク分娩管理加算の算定要件、適応疾患、点数の改正
3. 「高度母体救命体制(M型)加算」の新設
4. 妊産婦救急加算の新設
→ 母体救急体制の整備
5. ハイリスク妊産婦共同管理料(I)及び(II)の算定要件、点数の改正
6. 妊産婦緊急搬送入院加算の算定要件、点数の改正
7. 周産期医療における麻酔科の評価(妊産婦に対する麻酔への重点評価)
8. 新生児・母体緊急搬送料の新設
→ 周産期センターの機能充実・周産期救急医療の基盤強化

産科医療政策の分岐点
集約化 vs. 分散管理

集約化:安全な分娩環境

- 医療資源の効率的活用
- 医療提供の高度化
- 救急対応能力の強化
- 若手医師の臨床研修内容の充実
- 若手医師の勤務条件の緩和—女性医師の継続的就労の実現

分散管理:安心な分娩環境

- 地域における分娩環境の確保
- 多様な分娩への要望に、きめ細かく対応可能な分娩環境の確保

- 世代間・gender間・施設間の機能分担によって実現可能。
- 病院:若手・女性中心 診療所:ベテラン・男性中心
- 病院は集約化の方向へ誘導
- 診療所は分娩費用の引き上げにより経営の安定化をめざす。

平成22年度診療報酬改定 日産婦学会優先要望事項
「勤務環境確保加算」の新設

- 目的:医師の勤務状況の適正化を評価することによって、医療提供体制の安定化をはかること
- 全診療領域を対象とする場合
 - 算定要件:以下のいずれかをみたすもの
 - 当直体制を組み、時間外手当の支給が適正に行われている病院
 - 交代制勤務を実施している病院
 - 入院1日あたり100点の加算
- 産科施設のみを対象とする場合:帝王切開術に対する加算とする
 - 算定要件:
 - 産婦人科に関して当直体制または交代制勤務を組み、産科・周産期医療に従事する各診療科医師に対して時間外手当の支給が適正に行われている病院
 - 加算:帝王切開術1件あたり10000点

産科医療危機に対する具体的施策

- 分娩取扱継続へのincentive強化
 - 病院:ハイリスク症例の受入を促進する
 - ハイリスク妊娠・分娩管理加算等
 - 診療所:低リスク症例の受入を促進する
 - 分娩費用の適正化・安定化が可能な環境作りー特に地域公的病院の分娩費用の適正化
 - 産婦人科勤務医:
 - 処遇の適正化:
 - 時間外勤務の適正な評価・手当の支払い
 - 分娩手当等のincentive
 - 勤務条件の緩和:分娩取扱病院の定員増・集約化
 - (人員が確保されれば、時間外勤務自体が減少する)

産科救急医療体制における問題点

- 周産期センター等が受入能力の限界点を越える運用を続けてきた
 - 関連診療部門との連携不全:母体救命救急受入体制の機能不全
 - NICU不足:胎児・新生児救急の母体搬送受入困難事例の多発
 - スタッフ不足:総合・周産期母子医療センター等における過剰労働
 - 産婦人科医不足:二次医療機関の救急受入能力の低下→症例の集中化
 - 麻酔科医不足:緊急手術対応困難
- 根拠のない紛争回避心理が蔓延している
 - 産婦人科二次医療機関のハイリスク症例受入回避
 - 他の診療科医師の妊産婦診療回避

産科・周産期救急医療体制の抱える問題点とそこからの脱却方法

- 救急医療・周産期救急医療は病院のお荷物か？
 - 基本的に赤字体質:補助金で埋め合わせる仕組み
 - 大量の人員投入が必要だが収益は生まない
 - 地域のニーズが存在しても、病院としては施設拡張・診療内容の充実にincentiveが働かない
- 5事業(救急医療・小児救急医療・周産期医療・災害医療・へき地医療)を担う病院はその体制確保と医療提供実態をpositiveに評価されるべきではないか
 - (例)DPCIにおける病院機能評価係数として評価する
 - (例)該当症例受入数に応じて評価する

周産期救急医療体制の安定的確保

- 母体救命救急対応
 - 「高度母体救命体制(M型)加算」の新設
- 他の診療科での妊産婦診療の円滑化を誘導
 - 妊産婦救急加算の新設
- 周産期救急医療体制全体の整備
 - ハイリスク分娩管理加算の算定要件、適応疾患、点数の改正
 - ハイリスク妊産婦共同管理料(I)及び(II)の算定要件、点数の改正
 - 妊産婦緊急搬送入院加算の算定要件、点数の改正
 - 周産期医療における麻酔科の評価(妊産婦に対する麻酔への重点評価)
 - 新生児・母体緊急搬送料の新設

現場の医師へのincentive付与は実現したか

- ・ 舛添厚生労働大臣(2008年1月26日)
 - 今度の診療報酬改定では、「ハイリスク分娩管理加算」の大幅拡大が予定されています。この加算を「分娩手当」などの形で、産科医への報酬に充てるよう通知を出したり、2008年度予算の新規事業である「産科医療確保事業」などでも、何らかの対応ができないかを検討しています。

- ・ 勤務医の労働条件が非常に過酷であるということで、診療報酬の改定というような形で手当はしたのですが、これは病院にお金が行くが、現場のお医者さんに聞くと自分たちの給料に跳ね返らないという不満が非常に高いのです。
- ・ 我々がなぜそれをやったかという、勤務医の皆さん方の待遇が改善される、そして給料も上がる、そういうためにやっているわけですから、病院の経営者止まりでということは、これはそういう意図ではありません。
- ・ ですから、病院の経営も考えないといけないのですが、病院の経営者の皆さん方をお願いしたいのは、現場で働いているお医者さんの待遇改善、処遇を良くする。そして、診療報酬が上がった分は、お医者さんにきちんと配分するということを是非お願いしたいと思います。
- ・ (<http://www.mhlw.go.jp/kaikn/daijin/2008/03/k0325.html>)
- ・ 平成20年3月25日第12回地域医療に関する関係省庁連絡会議における伊東芳郎医政局医療計画推進指導官の発言
 - 「局長通知の中の、『勤務医の労働環境の改善』には、当然に処遇の改善が含まれます」

平成20年3月21日付厚生労働省医政局長・保険局長通知
病院勤務医の労働環境改善の推進について

- ・ 平成20年度診療報酬の改定等について
 - 平成20年度診療報酬改定においては、病院勤務医の負担軽減を緊急課題と位置付け、産科・小児科、救急医療に対する重点的な評価や地域の急性期医療を担う病院における医師事務作業補助者の配置に対する評価を行うこととしている。
 - さらに、①ハイリスク妊産婦の管理に関する評価、②地域の中核となる病院の入院機能に対する評価、③地域の急性期医療を担う病院における医師事務作業補助者の評価を行うに当たり、勤務医の負担軽減のための計画作成及び職員への周知を要件とすることとしている。
 - 各医療機関においては、上記の改定の趣旨を十分に認識した上で産科・小児科、救急医療(時間外における十分な人員確保を含む。)をはじめとした病院勤務医の労働環境の改善策を講じられたいが、各都道府県におかれてもその旨了知されたい。

現場への反映状況

産科母子医療センターの概要

	総合	地域	一般	total
対象施設	75	234*	848	1157
有効回答(%)	62 (82.7)	167 (71.4)	594 (70.1)	823 (71.1)
分娩数				
1施設あたり	816.9	577.8	460.3	499.8
常勤医1名あたり	60.8	77.0	103.7	88.9
帝王切開率(%)	35.3	29.1	22.2	22.5
母体搬送受入数	119.8	53.9	28.1	25.0
1施設あたりの医師数				
常勤医	13.2	7.5	4.3	5.6
(うち女性医師)	5.2	2.8	1.2	1.8
非常勤医師	2.4	1.3	2.1	1.9
常勤助産師数	30.7	17.8	11.4	14.2
当直を除く1週間の勤務時間	55.2	54.4	50.5	51.6
1ヶ月間の推定在院時間**	318.2	317.9	318.8	317.1
当直				
日勤・夜勤交代制(%)	4 (6.5)	4 (2.4)	39 (6.6)	47 (5.7)
回数(ノ月)	5.1	5.3	6.4	6.0
睡眠時間(h)	3.8	4.6	4.9	4.8
翌日勤務緩和(%)	21 (33.9)	40 (24.0)	95 (16.0)	156 (19.0)
手当増額(%)	7 (11.3)	36 (21.6)	101 (17.0)	144 (17.5)
分娩手当(%)	17 (27.4)	82 (49.1)	240 (40.4)	339 (41.2)
特殊手当(%)	13 (21.0)	35 (21.0)	95 (16.0)	143 (17.4)
産科医療確保事業による補助(%)	20 (32.3)	70 (41.9)	215 (36.2)	305 (37.1)
ハイリスク加算の還元(%)***	6/44 (13.6)	15/115 (13.0)	18/314 (5.7)	39/473 (8.2)
クレーンの保有率(%)	19 (32.0)	95 (40.6)	212 (25.0)	326 (42.0)

*2 大学病院 101施設中ハイリスク加算請求75施設、還元は4施設のみ

** 2009年7月 日本産婦人科医会(勤務医部)調査
***ハイリスク加算の請求がある施設における頻度

平成20年度改定 病院勤務医の負担軽減に対する体制

- 対象
 - 入院時医学管理加算
 - 医師事務作業補助体制加算
 - ハイリスク分娩管理加算
- 要件
 - 病院勤務医の負担軽減に資する計画
 - 病院勤務医の勤務時間の把握等
 - ・ 勤務時間(平均週 時間(うち、残業 時間))
 - ・ 連続当直を行わない勤務シフト(平均月当たり当直回数)
 - ・ 当直後の通常勤務に係る配慮
 - 職員等に対する周知

算定を躊躇する病院が続出

現場からのお願い

- ・ 今の病院は、働けない職場、働き続けられない職場、スタッフを使い捨てにする職場になっています。
- ・ 現場は全く余裕がありません。
- ・ 国・厚生労働省・自治体の言うことを素直には信じられません。縦割り行政の中で、アクセルとブレーキを同時に踏むような施策は友好とは言えません。
- ・ 病院が、新しい方向に踏み出すことが可能になる、ぶれない、疑問の余地のない明確な方針を示して下さい。

平成 21 年 6 月 1 日

厚生労働省保険局長
水田 邦雄 殿

社団法人 日本産科婦人科学会
理事長 吉村泰典

産科・周産期医療再建のための平成 22 年度診療報酬改定に関する要望書

- A. 産科・周産期医療については平成 20 年度診療報酬改定において重点評価がなされた経緯がありますが、平成 20 年度にも東京都において妊婦脳出血事例が続発するなど、医療現場は依然として、きわめて厳しい状況におかれています。厚生労働省では、「周産期医療と救急医療の確保と連携に関する懇談会」および厚生労働科学特別研究事業「救急部門と周産期部門との連携強化に資する具体的手法に関する研究」において詳細な検討を行っており、必要と考えられる施策がまとめられています。
- B. また、報道にもありますように、多くの病院が時間外勤務手当の不公正支給や過剰労働のために労働基準監督署からは正勧告等を受けている状況は、病院勤務医の勤務実態が改善されていないことを明瞭に示していると考えられます。さらに中医協の最近の調査においても、病院勤務医の状況が改善にむかっているとは言い難い結果が報告されております。
- C. これらの問題を解決の方向に誘導するためには、勤務医師の勤務条件、処遇の改善を要件とした診療報酬上の評価ならびに産科・周産期救急医療現場の活性化に直結する診療報酬上の評価がさらに必要と考え、以下の事項について、平成 22 年度診療報酬改定における実施を要望いたします。
- 1) ハイリスク分娩管理加算の算定要件、適応疾患、点数の改正
 - 算定要件に「産科医および助産師の適正な勤務条件の確保・適正な手当の支給」を加える。
 - 適応疾患に「子宮内胎児発育遅延、多胎妊娠」を加える。
 - 子宮内胎児発育遅延：算定数：10000 例 算定期間 14 日間
 - 多胎妊娠：算定数：5000 例 算定期間 14 日間
 - 「2000 点 8 日間まで」を「3000 点 14 日間まで」に増点する。
 - 2) ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定要件、点数の改正
 - 算定要件を「双方の医療機関がオープンシステムないしセミオープンシステムの連携関係にあることを事前に届け出ていること」とする。

- 意義：地域における周産期医療機関相互の連携を強化し、円滑な患者紹介、搬送を促進する。日常の連携を強化することにより、緊急搬送の頻度を抑制し、医療システムの安定化を図る。
- 「(I) 500点、(II) 350点」を「(I) 1000点、(II) 700点」とする。

3) 妊産婦緊急搬送入院加算の算定要件、点数の改正

- 総合ないし地域周産期母子医療センターでは+2500点の増点とする。
- 意義：搬送を受ける施設の負担を評価することによって救急症例の受入促進を図る。

4) 「勤務環境確保加算」の新設

- 目的：医師の勤務状況の適正化を評価することによって、医療提供体制の安定化をはかること
- 全診療領域を対象とする場合
 - 算定要件：以下のいずれかをみたくもの
 1. 当直体制を組み、時間外手当の支給が適正に行われている病院
 2. 交代制勤務を実施している病院
 - 入院1日あたり100点の加算
- 産科施設のみを対象とする場合：帝王切開術に対する加算とする
 - 目的：産婦人科医等の勤務状況の適正化を評価することによって、医療提供体制の安定化をはかること
 - 算定要件：
 - 産婦人科に関して当直体制または交代制勤務を組み、産科・周産期医療に従事する各診療科医師に対して時間外手当の支給が適正に行われている病院
 - 加算：帝王切開術1件あたり10000点

5) 「高度母体救命体制（M型）加算」の新設 1日10000点、7日間まで

- 地域の周産期医療システムの機能を向上させることを目的として、診療報酬上の誘導を行う。：高度救急母体救命体制（M型）加算の新設
 - 要件：救命救急センター、脳神経外科、心臓血管外科等との併診（MFICU加算、ハイリスク分娩管理加算、救命救急入院料、ICU加算の他に高度母体救命加算を新設する。）

6) 妊産婦救急加算の新設

- 救命救急センターならびに二次救急病院の産婦人科以外の他の診療科における妊

産褥婦受入を奨励することを目的として、「妊産婦救急加算」を新設する。

- 要件：救命救急センターまたは二次救急病院で、妊産婦が産婦人科以外の診療科に救急外来受診または緊急入院した場合に算定する。
- 時間内：外来1000点/件・入院5000点/件、時間外：外来1500点/件・入院7500点/件。
- 時間外妊産婦救急加算については、実際に診療に当たった産婦人科以外の医師に対して「時間外妊産婦救急診療手当」として支給されることを想定している。

7) 新生児・母体緊急搬送料の新設（新設） 10,000点

- 医師又は看護師が同乗して緊急車両で疾病新生児や母体を搬送したときに、搬送を現に担当した施設が算定する。迎え搬送および送り搬送の両者を対象とする。
- 意義：搬送を担当する施設の負担を評価する。広域搬送を含む緊急搬送が安全かつ円滑に行われるための基盤整備の財源とする。
- 新生児搬送の際の看護師とは周産期母子医療センターの看護師とする。

8) 周産期医療における麻酔科の評価（妊産婦に対する麻酔への重点評価）

- 帝王切開の脊髄くも膜下麻酔および硬膜外麻酔 850点→8300点に増点
- 閉鎖循環式全身麻酔の「重症の患者」に妊産褥婦を加える。 6100点→8300点
- 医学的適応のある硬膜外無痛分娩（新設） 8300点

産科・周産期医療再建のための平成 22 年度診療報酬改定に関する要望書
医療費への影響の程度（試算）

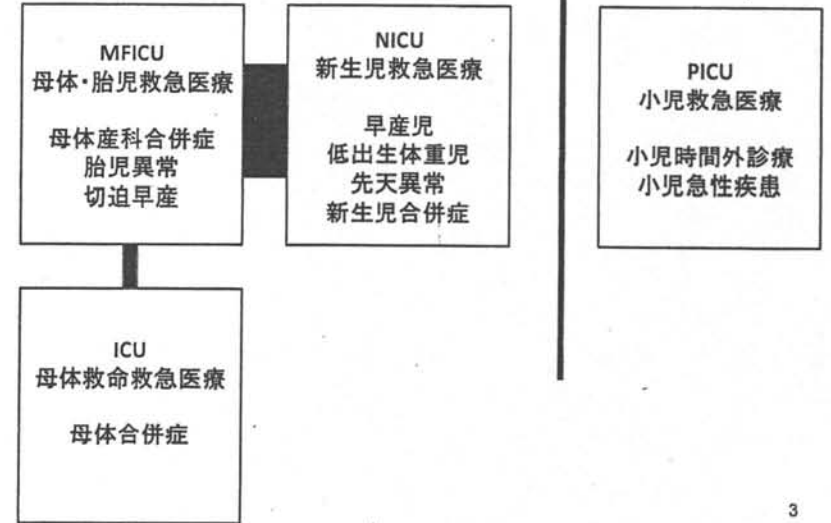
社団法人 日本産科婦人科学会・医療改革委員会

- 1) ハイリスク分娩管理加算の算定要件、適応疾患、点数の改正
 - 試算：全体で、医療費への影響は 114 億円増と試算されるが、算定要件の問題から算定施設は限定される可能性がある。
- 2) ハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）の算定要件、点数の改正
 - 試算：全体としての医療費は約 3 億円となる。このうち、既にハイリスク妊産婦共同管理料として算定されている医療費との差が新たな医療費増となる。
- 3) 妊産婦緊急搬送入院加算の算定要件、点数の改正
 - 試算：施設間の母体搬送は年間 20000 症例である。（多めに見積もって）このうちの 80%が周産期母子医療センターに対するものと仮定すると、4 億円の医療費増に相当する。
- 4) 「勤務環境確保加算」の新設
 - (ア) 全診療領域を対象とする場合
 - 試算：平成 19 年の 1 日あたりの病院入院患者数は 133 万人 このうち上記の条件を満たす病院の病床数が 20%と仮定して年間 960 億円の医療費増となる。
 - (イ) 産科施設のみを対象とする場合：帝王切開術に対する加算とする
 - 試算：帝王切開率は分娩全体の 22%。病院の分娩数は 50 万件。条件を満たす病院の分娩が全体の 20%と仮定すると、年間 110 億円医療費増となる。
- 5) 「高度母体救命体制（M 型）加算」の創設 1 日 10000 点、7 日間まで
 - 試算：救命救急センターへの入院症例は年間 33 万件程度。このうち妊産婦は 0.5%程度を占める。年間分娩は 100 万件。総合周産期母子医療センターにおける救命救急対応妊婦の頻度は 0.26%程度。以上より母体救命救急対応が必要な症例数は多くて年間 2000 症例と試算できる。医療費増は 14 億円となる。
- 6) 妊産婦救急加算の新設
 - 試算：産科傷病者の救急搬送のうち施設間搬送でないものは年間約 20000 症例で

ある。このうち、産科および婦人科疾患が大多数を占めるが 20%が他の診療科の救急疾患と仮定して症例数は 4000 件である。またこのうち 30%に入院の必要があると仮定すれば 1200 件となる。全体での医療費増は 14000 万円となる。

- 時間外妊産婦救急加算については、実際に診療に当たった医師に対して「時間外妊産婦救急診療手当」として支給されることを想定している。
- 7) 新生児・母体緊急搬送料の新設 10,000 点
 - 試算：母体搬送に関しては年間 20000 件であり、医療費増は 20 億円に相当する。
 - 8) 周産期医療における麻酔科の評価（妊産婦に対する麻酔への重点評価）
 - 試算：
 - (ア) 帝王切開の症例数は年間 20 万件 このうち 80%が対象となるとして、120 億円の医療費増となる。（「麻酔科医」が麻酔を担当する帝王切開術の頻度は全体の 42%というデータがあり、その場合は 63 億万円の増となる。）
 - (イ) 帝王切開以外の偶発合併症の手術を行う場合を想定している。症例数は多くて 2000 例程度。 4400 万円の医療費増となる。
 - (ウ) 症例数は多くて 10000 例程度。 8 億 3000 万円の医療費増となる。

救急医療からみた新生児医療

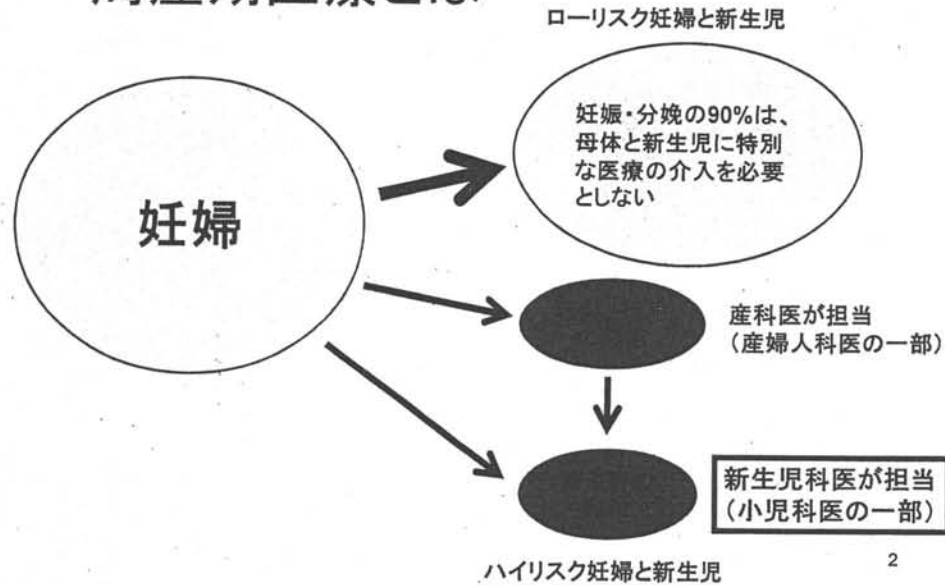


新生児医療の現状と課題

中央社会保険医療協議会 基本問題小委員会

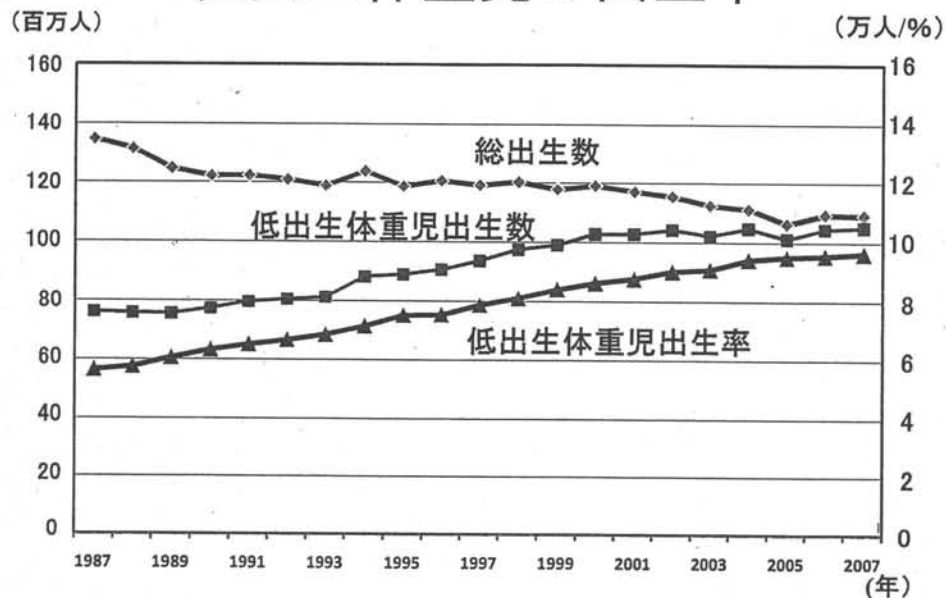
東京女子医科大学母子総合医療センター 楠田 聡
埼玉医科大学総合医療センター 田村正徳

周産期医療とは

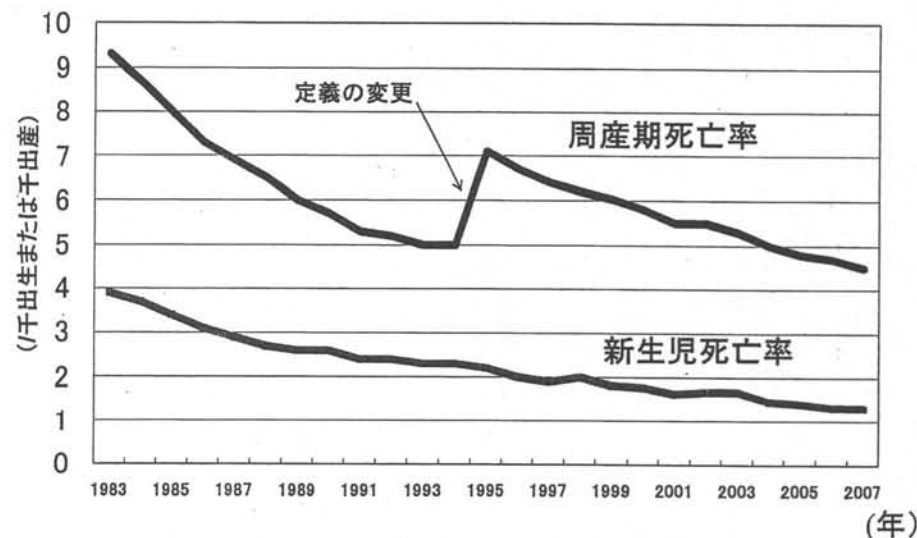


日本の新生児医療の現状

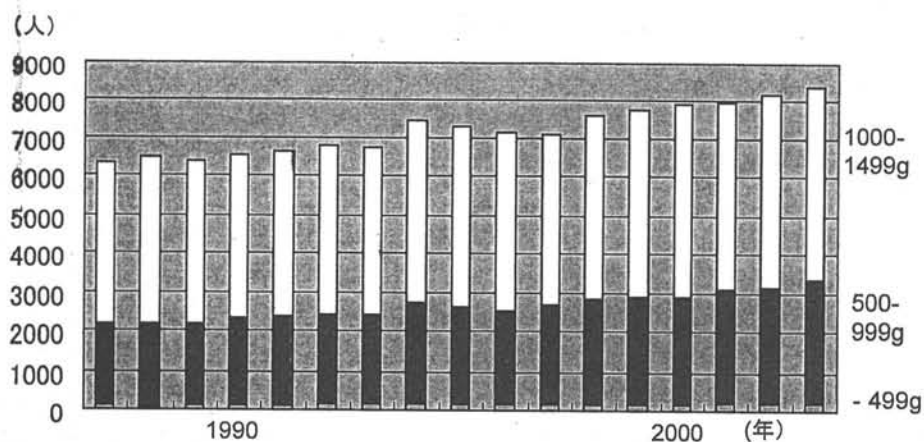
低出生体重児の出生率



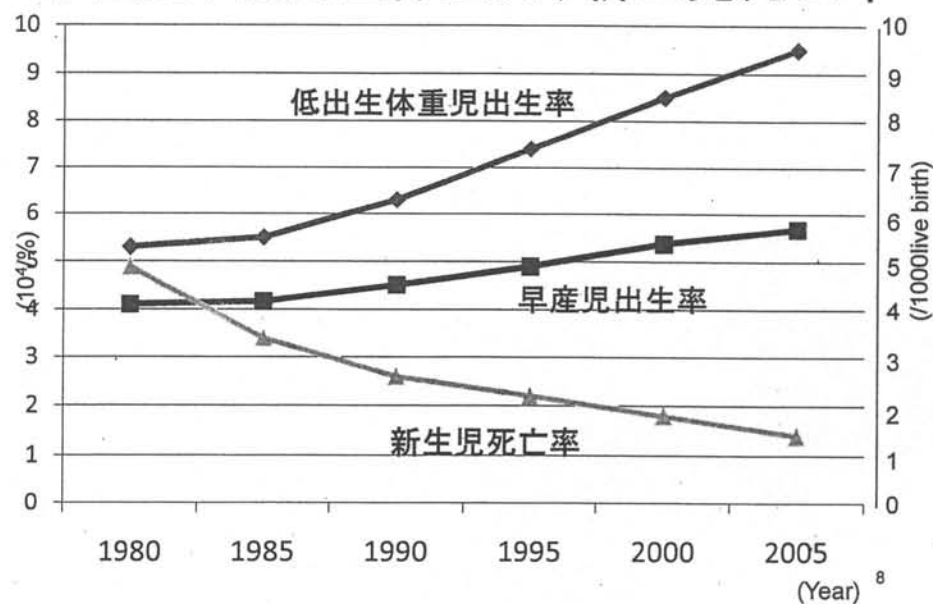
新生児死亡率と周産期死亡率

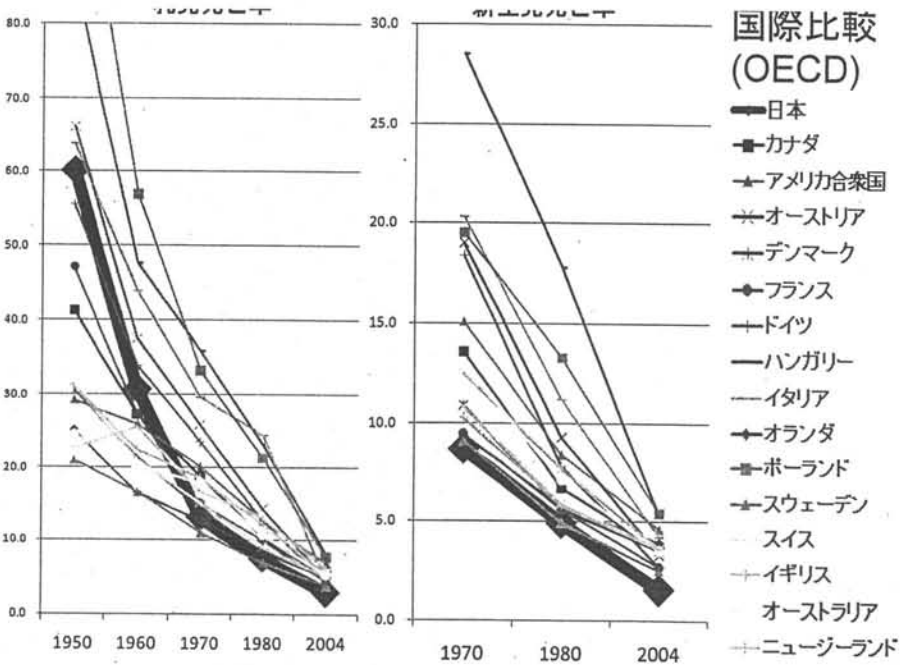


極低出生体重児(出生体重1500g未満)の増加

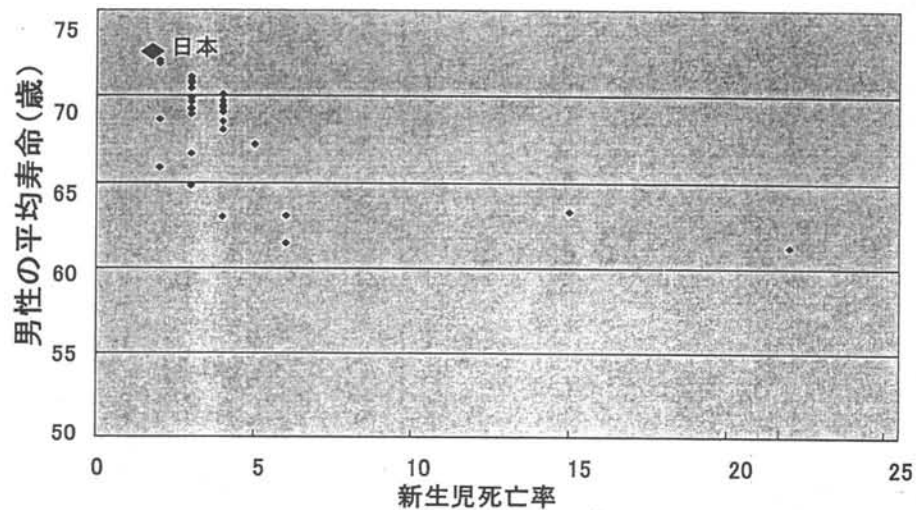


早産児、低出生体重児、新生児死亡率

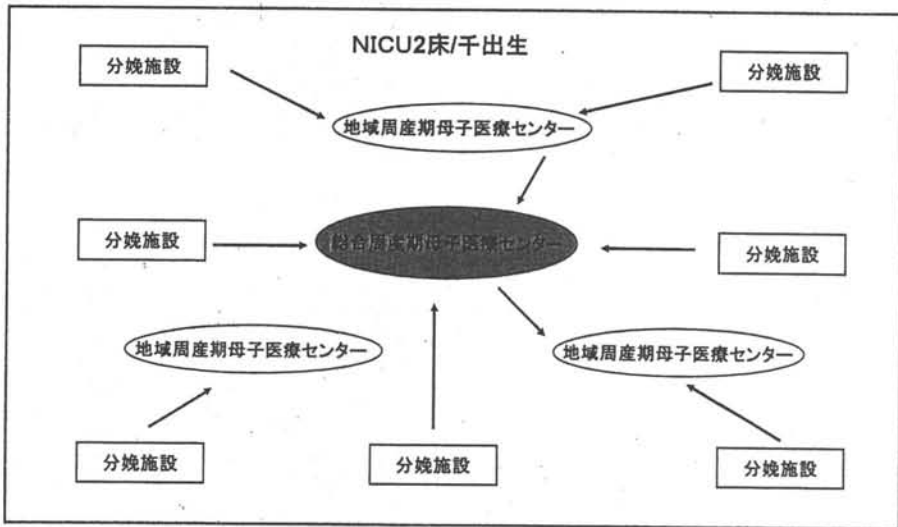




平均寿命と新生児死亡率の関係(2002年)
OECD国際比較



周産期医療ネットワーク
(人口100万人、出生1万人、低出生体重児900人)



周産期医療対策整備事業 (平成8年5月10日)(児発第488号)
各都道府県知事あて厚生省児童家庭局長通知 平成6年厚生省研究班¹⁰

日本の新生児医療は社会に大きく貢献している



危機的状況に置かれている

どのような危機的状況か

NICUの不足 ⇄ 新生児科医の不足

昨年、東京都で発生した母体搬送受入れ不可例が明らかにした課題

- 約半数の施設がNICU満床を理由に母体搬送を受け入れなかった
- NICUの病床数が需要に見合っていない
- 現在のNICU必要数は平成6年の周産期医療体制整備事業開始時に推計されたものである

周産期医療ネットワークに関する実態調査の結果について

2. NICU等の充足状況についての認識

- (1) NICUの充足状況の認識は、「(ほぼ)充足している」が23自治体、「不足している」が22自治体、「把握していない」が2自治体。
- (2) MFICUの充足状況の認識は、「(ほぼ)充足している」が28自治体、「不足している」が11自治体、「把握していない」が6自治体。(有効回答45自治体)

平成20年11月20日 厚労省母子保健課調査 15

(3) 搬送受入が出来なかった理由(※19年度実績)

- ア) 新生児搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、42センター/有効回答70センター
うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった42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	診察可能医師不在	その他
センター数	40	5	11
割合(%)	95.2	11.9	26.2

- イ) 母体搬送受入が出来なかったケースがあったセンターは、53センター/有効回答74センター
うち搬送受入が出来なかった理由について回答のあった53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	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	49	31	12	30
割合(%)	92.5	58.5	22.6	58.6

平成20年11月20日 厚労省母子保健課調査 16

NICUが不足する理由

I 需要の増加

(ハイリスク児の増加と予後の改善)

II NICU利用効率の低下

(長期入院児)

III 稼働していない病床の存在

(スタッフ不足、待機病床)

17

ハイリスク新生児の増加 平成6年と17年の母子保健統計比較

	平成6年	平成17年
人口	124,069,000	126,204,902
出生数	1,238,328	1,062,530
出生率(人口1000)	10.0	8.4
低出生体重児出生数	88,362	101,272
低出生体重児出生率(%)	7.1	9.5
新生児死亡数	2,889	1,510
新生児死亡率(出生1000)	2.3	1.4

II NICU利用効率の低下

長期入院児の影響

	12ヶ月以上の 長期入院が新 生児病床に占 める比率(%)
NICU病床に占める比率	3.85
後方病床に占める比率	3.82
新生児病床に占める比率	3.83

$$\text{NICU}2000\text{床} \times 3.85\% + \text{GCU}4000\text{床} \times 3.82\% = 230\text{名}$$

19

在宅医療が困難な状況

- 在宅医療をコーディネートする人材の不足（訪問看護師、在宅支援診療施設の不足）
- 在宅療養児が急変した時に常時受け入れできる施設の不足（呼吸管理の出来る小児救急病院の受入れ体制の不備）
- 在宅療養を継続して実施する家族への支援の不足（重心施設のレスパイト受入れ体制の絶対的不足）

Ⅲ 稼働していない病床

- 看護師あるいは医師不足により稼働できない病床の存在
- 小児救急との両立のため、新生児科医が不足してフル規格のNICUが維持ができない
- 院内出生児のためのいわゆる“待機病床”が存在

NICUが不足する理由

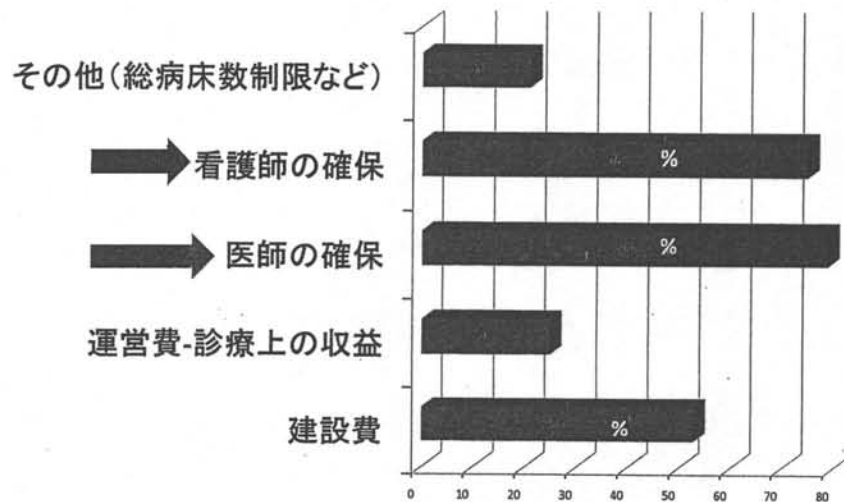
要因	寄与率
ハイリスク児の増加と予後の改善	30%
長期入院	4%
稼働できない病床	8%

NICUの必要数

NICU必要数の推計	
平成6年研究班 2床/1000出生	平成19年研究班 3床/1000出生
整備すべきNICU病床数 現在あるNICUの病床数 医療施設調査 2341床 診療報酬届出数 2032床	
平成19年研究班の研究結果 必要なNICU病床の総数 3000床 不足しているNICU病床の総数 700床～1000床 うち早急に整備すべき病床 200床～500床	

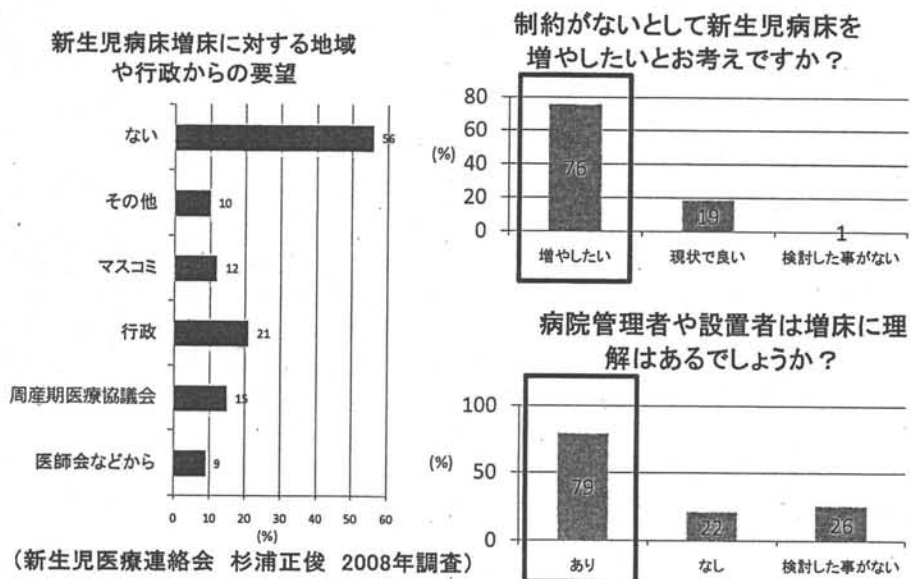
新生児科医の不足

新生児病床を拡充する上での障害(複数回答)



(新生児医療連絡会 杉浦正俊 2008年調査)

新生児病床を増床する意志はありますか？

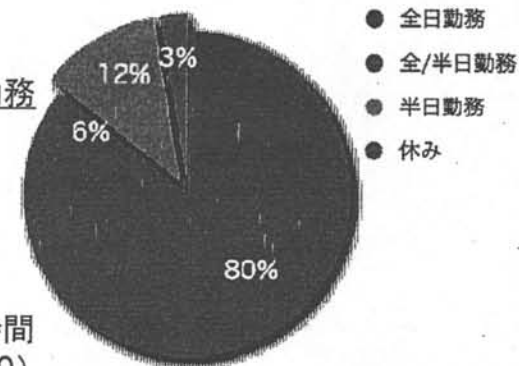


(新生児医療連絡会 杉浦正俊 2008年調査)

新生児科医の勤務実態 (当直:事実上の夜間・連続勤務)

当直回数/月:平均 平日4.2回、休日1.8回 計6回/月
睡眠時間:平均 3.9時間

当直明け勤務:
8割以上が連続通常勤務



最長連続勤務時間:41.4時間
(朝8:30→翌々日深夜2:00)

(新生児医療連絡会 杉浦正俊 調査結果)

新生児搬送

小児救急との両立が困難

小児救急医療体制整備



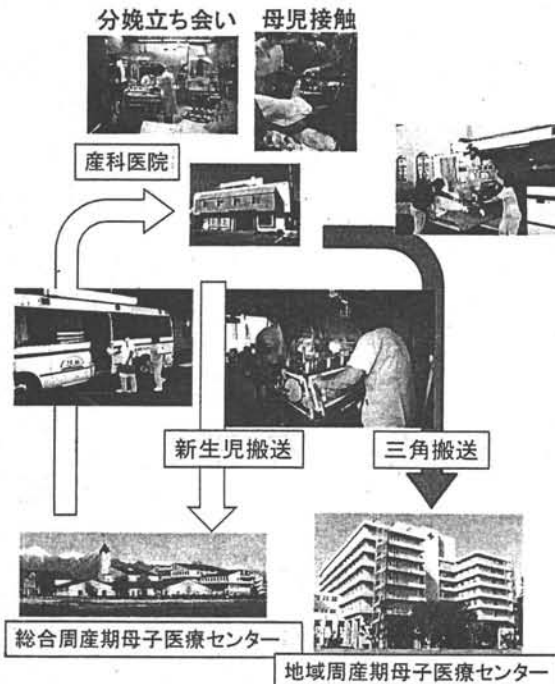
NICUと小児救急医療の両立のためには多くの小児科医が必要



NICUの運営を諦め、小児救急医療を選択する病院の出現



新生児医療担当医の不足



【新生児搬送の特殊性】

- ・新生児医療に習熟した医師/看護師が同乗して迎え搬送
- ・要請元施設での分娩立ち会い
- ・搬送中も保温・清潔操作が必要
→保育機内での処置
- ・自施設のNICUが満床の時は他施設へ搬送→三角搬送

【新生児搬送理由】

- 早産、低出生体重、仮死、呼吸障害、先天性心疾患、外科疾患など

【新生児搬送中の処置】

- 保温、清潔操作、気管挿管、人工呼吸、点滴確保、薬剤投与、胸腔ドレナージなど

新生児医不足の最大要因は、
新生児科医不足による過酷な勤務

必要な対策は

- NICU運営のバックアップ
- 新生児科医の待遇改善

診療報酬上のNICU運営の バックアップ

大幅なバック
アップが必要

- 病院経営者(国公私立)がNICUを経済的に十分に運営できるだけの評価を与える
- NICUの役割分担を促すような評価を導入する(小児救急と両立できるNICU運営)
- NICU退室後の再入室に対しても算定可能とする
- 回復期病床(GCU)での医療を評価する
- NICUから移動する病床への評価、および在宅療養中の児および家族を支援することでNICUの長期入院児を減らして運用効率を上げる
- NICUの定床超過に対する算定要件を緩和する

NICUの運営経費と診療報酬

- 平成21年4月24日東京都周産期医療体制整備PT報告書「周産期医療体制の充実に向けて」でNICU1床当たりの収益、費用、損益を試算。
- その結果、NICU1床当たり、年間745万円の赤字となった。

診療報酬上の新生児科医の待遇 改善

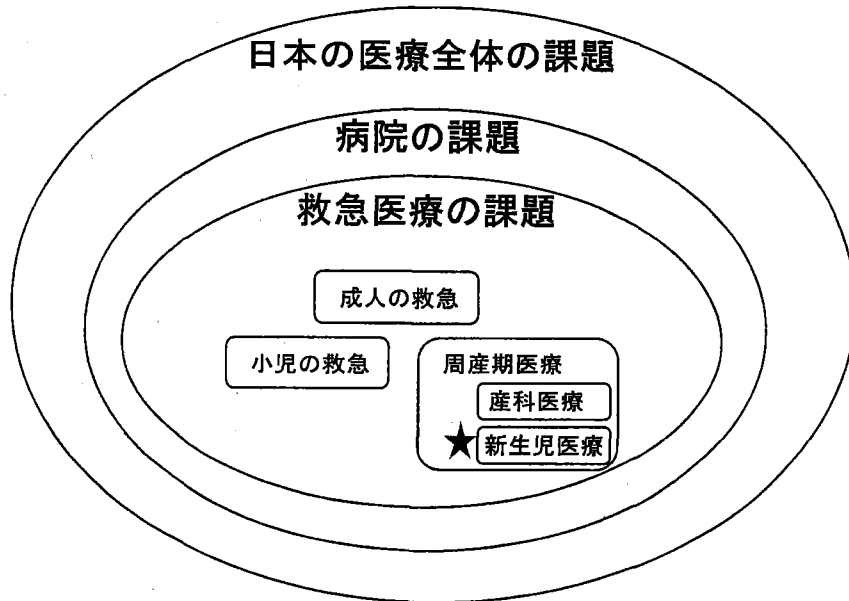
- 勤務内容(新生児搬送、分娩立会い、ハイリスク児の受け入れ、等)に応じた報酬が新生児科医に支払われる仕組みの導入

新生児医療の将来の改善策

- NICUの増床
 - NICU加算の増額、運営補助金の増額
 - 大規模施設での優先的増床
 - 地域での役割分担
- 新生児医療を担当する医師の確保
 - 標榜科としての「新生児科」の新設
 - 大学病院のNICUの整備
 - 勤務時間に則した手当での支払い
 - 他職種との連携

謝辞

- 貴重な発言の機会を与えて頂いた中央社会保険医療協議会委員の皆様、データの提供および助言を頂いた、新生児医療連絡会、日本未熟児新生児学会、日本周産期・新生児医学会、日本小児科学会の皆様に深謝申し上げます。



追加資料

主な新生児疾患の出生体重別実数 () 内は死亡数

新生児搬送に関する資料

大阪府立母子保健総合医療センター
白石 淳、藤村正哲

	<1000g	1000g~	1500g~	2500g~	total
呼吸窮迫症候群	1900 (502)	1916 (156)	1989 (70)	266 (12)	6071 (740)
新生児一過性多呼吸	195 (5)	823 (2)	3882 (7)	2762 (2)	7662 (16)
胎便吸引症候群	9 (0)	47 (3)	448 (16)	2241 (44)	2745 (63)
気胸	155 (103)	102 (35)	387 (41)	1054 (61)	1698 (240)
肺出血	132 (79)	108 (27)	169 (30)	325 (43)	734 (179)
無呼吸発作	432 (16)	1158 (10)	1222 (8)	401 (7)	3213 (41)
Wilson-Mikity症候群	294 (46)	160 (9)	41 (2)	6 (1)	501 (58)
気管支肺異形成症	390 (27)	147 (5)	29 (2)	1 (0)	567 (34)
動脈管開存症	850 (131)	776 (32)	702 (44)	319 (35)	2647 (242)
脳室内出血	755 (341)	363 (76)	269 (44)	15 (22)	1402 (483)
痙攣	33 (19)	37 (8)	158 (9)	720 (43)	948 (79)
心疾患	1006 (173)	1074 (82)	1750 (200)	1755 (183)	5585 (638)
敗血症	201 (131)	70 (17)	102 (17)	236 (23)	609 (188)
壊死性腸炎	71 (34)	36 (9)	32 (10)	21 (5)	160 (58)
胎便関連性イレウス	117 (20)	47 (1)	38 (1)	34 (2)	236 (24)
消化管穿孔	69 (38)	19 (5)	41 (8)	72 (15)	201 (66)
総入院数	3764 (966)	5622 (377)	21329 (688)	25100 (713)	55815 (2744)

緊急を要する疾患が多い

主な新生児疾患の出生体重別死亡率
(死亡数/同体重入院数) %

新生児搬送の特殊性に関する 説明スライド

- ・搬送依頼のあった新生児の疾患
- ・新生児搬送の流れ
- ・新生児搬送の行程
- ・新生児搬送の特殊性

	<1000g	1000g~	1500g~	2500g~	total
呼吸窮迫症候群	13.3%	2.8%	0.3%	0.0%	1.3%
新生児一過性多呼吸	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
胎便吸引症候群	0.0%	0.1%	0.1%	0.2%	0.1%
気胸	2.7%	0.6%	0.2%	0.2%	0.4%
肺出血	2.1%	0.5%	0.1%	0.2%	0.3%
無呼吸発作	0.4%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
Wilson-Mikity症候群	1.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
気管支肺異形成症	0.7%	0.1%	0.0%	0.0%	0.1%
動脈管開存症	3.5%	0.6%	0.2%	0.1%	0.4%
脳室内出血	9.1%	1.4%	0.2%	0.1%	0.9%
痙攣	0.5%	0.1%	0.0%	0.2%	0.1%
心疾患	4.6%	1.5%	0.9%	0.7%	1.1%
敗血症	3.5%	0.3%	0.1%	0.1%	0.3%
壊死性腸炎	0.9%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%
消化管穿孔	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
胎便関連性イレウス	1.0%	0.1%	0.0%	0.1%	0.1%

早産児では、死亡率も高くなる。

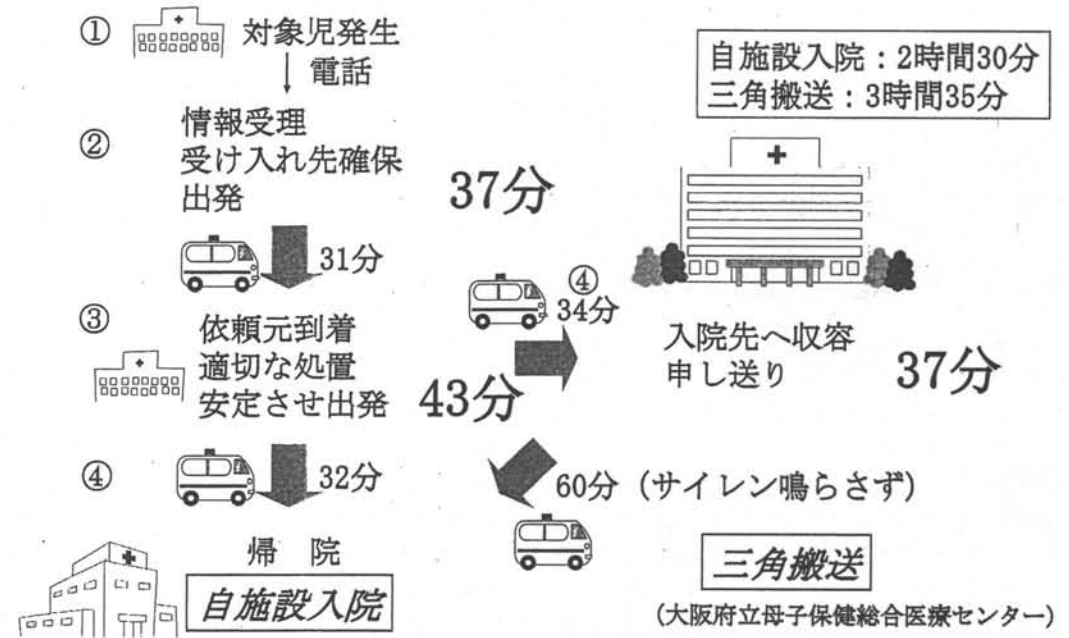
新生児搬送の流れ

- ①新生児の病的症状ないしはリスク分娩の発生
自施設で対応ないしは母体搬送が可能かどうかを判断
搬送ないしは分娩立会い依頼
- ②情報をもとに、緊急かどうかを初期判断
: 緊急の場合 (早産、仮死、急変)
即座に新生児搬送用救急車で出発
他医師が受け入れ先を探す
: 非緊急の場合
さらに情報を収集し、疑われる病態に応じて受け入れ先を確保し
新生児搬送用救急車で出発

専門的な知識と経験

専門的な知識と経験

情報～帰院全行程平均所要時間



新生児搬送の流れ

- ③到着後、診察により状態を把握し、考えうる病態から初期治療を
施し、両親に説明し、搬送用保育器に収容し出発。
- ④搬送中、保育器のそばに張り付き、必要に応じた処置・治療を施し
ながら、受け入れ施設に送り届ける。

専門的な知識と経験

専門的な知識と経験

新生児搬送の特殊性

新生児搬送用救急車

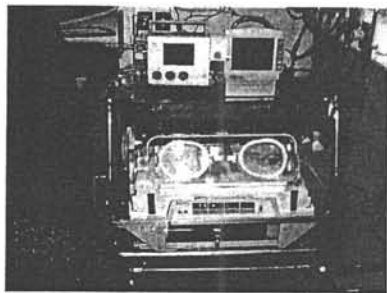
- ・新生児用人工呼吸器の搭載 (発電機も必要)
- ・搬送用保育器の搭載
- ・リフトの搭載
- ・同乗新生児科医による処置・治療 (ある程度のスペース)

専任運転手ないしは呼び出し運転手 (依頼から出勤まで時間がかかりうる)

病棟当直医以外の医師による業務

- ・搬送当直医ないしは
自宅待機医 (この場合依頼から出勤まで時間がかかりうる)

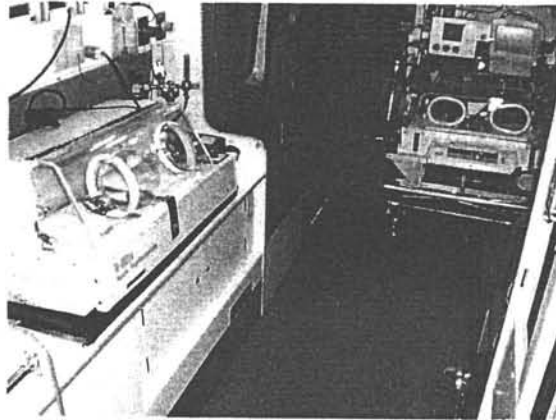
同乗看護師が必要



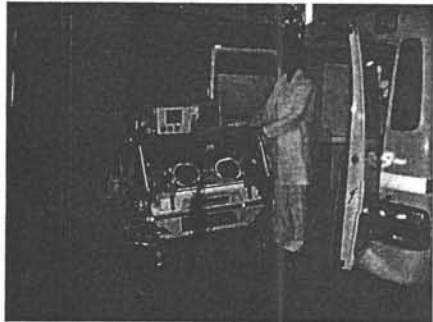
呼吸器付き保育器 (>100kg)



簡易保育器 (エレベーターのない施設も多い)



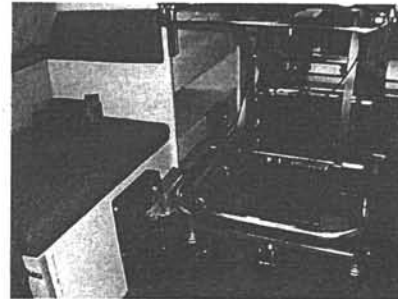
処置等のため、ある程度のスペースが必要



呼吸器付き保育器 (>100kg) は専用リフトで乗降



簡易保育器
(持ち上げないしは
専用ストレッチャーに
載せて移動)



専用ストレッチャーの固定
小児および母体のベッドの固定も可能

新生児緊急搬送料 (新設) 10,000 点

医師又は看護師が同乗して緊急車両で疾病新生児を搬送した時に算定する。

• 新生児搬送の特殊性について

産科施設で出生した早産児や異常新生児への対応は、**専門的な知識と技術を要し**、医師・看護師・運転手からなるチームにて**迅速な対応**が必要であります (スライド)。また、可能な限り、出生前に母体搬送にて新生児集中治療室を有する病院への転院を試みますが、母体の状態ないしは分娩の進行具合によっては、分娩施設へ出張し分娩立会いを行い、蘇生術等適切な対応を行い受け入れ施設への搬送を行う必要があります (資料1)。そのためには、地域的な新生児搬送体制の整備 (資料2) および地域センターにおける搬送体制の整備 (人的・物的資源の整備および維持) (資料3) が必要であります。

スライド

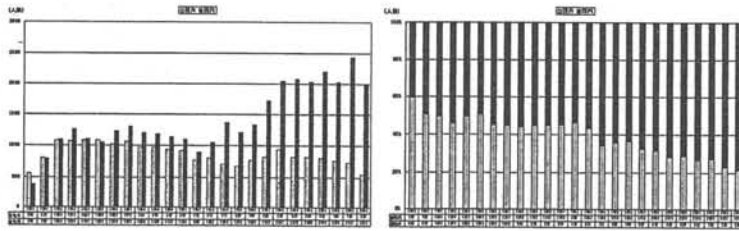
- ・ 搬送依頼のあった新生児の疾患
- ・ 新生児搬送の実際
- ・ 新生児搬送の頻度
- ・ 新生児搬送の特殊性

資料

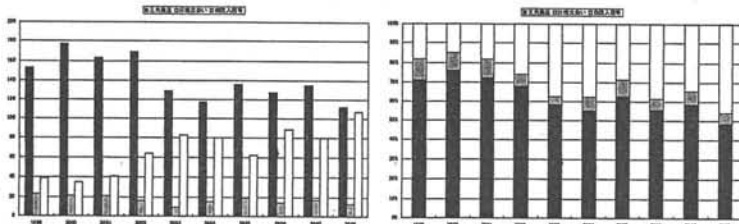
1. 母体搬送システム整備の効果についての資料
2. 地域的な新生児搬送体制の整備の必要性についての資料
3. 搬送体制の整備 (人的・物的資源の整備および維持) についての資料

母体搬送システム整備の効果についての資料 (NMCS 新生児白書Ⅲより、大阪府立母子保健総合医療センター2008年報より)

1987年のOGCS発足以降、院外出生数は減少している。1996年以降、院外出生児入院数は増えているが割合は減少している。(NMCS 新生児白書Ⅲより)



三角搬送数は減少傾向にあり、分娩立会い依頼数はほぼ一定である。(大阪府立母子保健総合医療センター2008年報より)

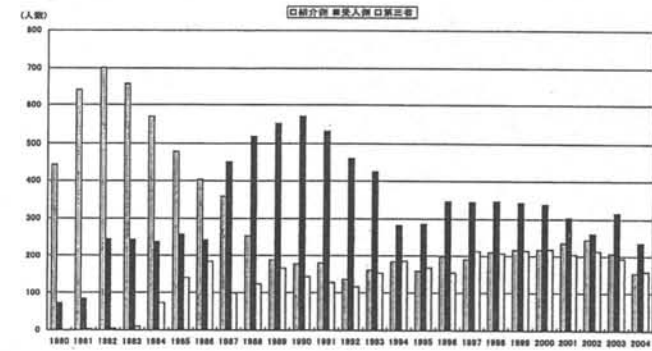


地域的な新生児搬送体制の整備の必要性についての資料

(「周産期母子医療センターネットワーク」の構築に関する研究 総合研究報告書より、NMCS 新生児白書Ⅲより)

1. 整備により期待される効果 (NMCS 新生児白書Ⅲより)

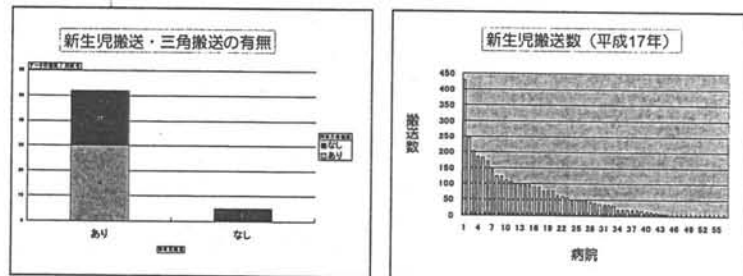
大阪では、1977年に大阪新生児診療相互援助システム (NMCS) が発足し、1987年には産婦人科診療相互援助システム (OGCS) が発足し、1993年には大阪新生児外科診療相互援助システム (NSCS) が発足し、地域による診療体制を確立してきた。全国的にも搬送システムの充実が望まれる。



搬送主体は、紹介側から受け入れ側へと移り、新生児搬送システムの確立にともない、第三者搬送が増加

2. 全国的な地域センターの現状（厚生労働科学研究「周産期母子医療センターネットワーク」の構築に関する研究 総合研究報告書より）

総合周産期母子医療センターの実態調査（2006年）によると、61施設中52病院（91.2%）が新生児搬送を実施している。そのうち三角搬送を実施しているのは30病院（搬送実施病院の58%）にすぎない。また、新生児搬送数には施設間に差が大きい。年間100症例以上搬送している病院は12病院（23%）である。



搬送同乗者

58%の新生児搬送は医師のみで実施されており、38%は医師と看護師で実施されている。三角搬送の場合、医師と看護師が同乗する割合は41%とより大きい。

三角搬送と搬送同乗者

搬送実施	搬送同乗者				総計
	医師	医師、 看護師	医師、 看護師、 技士	医師、 技士	
あり	16	13	1	1	32
なし	17	6	2		25
総計	33	19	3	1	57
%	58%	33%	5%	2%	100%

搬送に使用する救急車

病院専用救急車は42%の施設で使用されている。一方28%の施設では自治体救急車に依存しており、残りの28%は両方を活用している。三角搬送を実施している施設では病院専用救急車の割合が47%とやや多い。

三角搬送と救急車の種類

搬送実施	救急車				総計
	病院専用	自治体救急車	自治体救急車	その他	
あり	15	9	7	1	32
なし	9	7	9		25
計	24	16	16	1	57
%	42%	28%	28%	2%	100%

搬送体制の整備（人的・物的資源の整備および維持）についての資料

・ 大阪府立母子保健総合医療センターにおける新生児搬送に要する費用の概算

人件費（月額=平均年収/12で計算）

・ 専属運転手（当直料含む）*6名 : 592,246円

・ 看護師（一人増員するとして） : 552,355円

・ 搬送医師当直料（平日当直32,000*23回、休日当直48,000*8回として）
: 1,120,000円

小計=2,264,601円

機材費（5年で更新として月額に換算）

・ 救急車（リフト改造費・発電機等込み）（19,687,500円/5年/12ヶ月）
: 328,125円

・ 呼吸器（2,250,000円*2台/5年/12ヶ月）
: 75,000円

・ 保育器（大1,932,000円*2台/5年/12ヶ月）
: 64,400円

・ 保育器（小902,000円*2台/5年/12ヶ月）
: 30,067円

・ モニター（1,200,000円*2台/5年/12ヶ月）
: 40,000円

小計=537,592円

維持費（2008年度費用を月額に換算）

・ 燃料代（軽油=100円/1として、3,914 1/12*100円）
: 32,617円

・ 保険（70,660円/12） : 5,883円

・ 登録・自賠責（71,770円/24） : 2,990円

・ 車検・修理（20,000円/12） : 1,667+α円

小計=43,157円

合計（月額に換算）=2,845,350円