

Ⅱ. グランドデザイン総会ディスカッション

議事録：

【総括】「周産期センターを減らす／集約する」という単純な再編ではなく、重症症例を総合周産期センターに集約し、集中治療後の医療・ケアを地域周産期センターが担うことにより、地域住民が分娩と集中治療中の子育てにアクセスしやすい新生児医療機能を残しながら、医師や看護師などのスタッフ・病床・患者を地域全体で循環させる持続可能な医療体制の構築を目指す。

【仔細】第9次医療計画に向けては、以下の方向性について発言があった。

1. 「病床数」ではなく「地域に必要な機能」の視点から医療圏を再編する

NICU・GCUの病床数や稼働率だけを基準にした集約化方針を懸念する。出生数が減少しているものの、全国一律に病床数を削減せず、二次医療圏もしくは新しく設定される周産期医療圏は、出生数だけでなく、NICU入院数、重症症例や手術症例数、医療的ケア児数などを把握し、「必要な機能」を先に定義し、その機能を担う施設・病床を配置することが望ましい。新潟県や鹿児島県では、このようなデータを用いて既に自治体と医療計画について話し合っている。

2. 医療圏の設定は「集約化」ではなく「機能分担」

各周産期センターにおいて重症医療は集約したうえで、医療圏の中でアクセスしやすい新生児医療機能をなくさず機能分担させる。北海道では都市間距離が長く単純に集約するとアクセスの問題が発生する。そのため地域に初期対応等が可能な新生児医療機能を残す必要がある。そのうえで「重症児は集約拠点で診療 → 安定後は地域へ戻す」というモデルが好ましい。北海道において経営母体の異なる2病院について機能分担させた。院長同士の話し合い、看護師や助産師配置、人事調整を行った。

3. 地域周産期センターを「病床稼働率」ではなく「地域医療インフラ」として評価する

地域周産期センターの価値をNICUの稼働率だけで評価されないようにする。しかし、厚労省は地域周産期センターの稼働率に焦点を当てているため、地域周産期センターに機能を分担させることが重要であろう。想定される機能として、搬送症例受け入れ、軽症症例対応、医療的ケア支援がある。岩手県からは、地域のNICUをなくすことによって、障害児や医療的ケア児を抱える家族が「その地域に住めない」という状況を生じさせる可能性がある」と指摘された。周産期医療を医療政策だけでなく、地域の生活インフラとして考えるべきという非常に重要な視点である。

4. GCU を「NICU から退院するまでの中間病床」から再定義する

GCU についても、稼働率をもって単純に病床数を減らすのではなく、地域のニーズに合わせて機能転換するという意見が出た。岩手県からは、

- NICU から直接地域に戻せない児
- 医療的ケア児
- 長期入院を必要とする児
- 小児病棟では対応しきれないケース

を受け入れる場として GCU を活用する可能性が示された。かつ新生児医療の出口戦略は非常に重要であり、新生児医療の集約化を行った岩手県では総合周産期センターに重症症例が集まった結果、退院できない症例がベッドを占有する状態がある。現在、医療圏で稼働していない GCU で、これらの症例を医療的ケアと退院支援まで持っていく必要がある。

5. 「機能分担」には「収益分担」をセットにする

現在は NICU の集中治療に診療報酬が偏っている。そのため医療圏における新生児医療として重要な拠点であるにも関わらず、収益が少ない施設が維持できないという問題がある。したがって、「機能分担」だけでなく、「機能分担＋財政的評価＋人員配置」をセットにした診療報酬を考える必要がある。例えば、

- 新生児搬送受入れ数
- 長期入院児支援
- 退院支援
- 医療的ケア児支援

など、地域全体の医療を支える機能そのものに対する評価が必要になる。

6. 「県単位」ではなく、必要に応じて県を跨いだ「広域周産期医療圏」を設定する

岩手、秋田、北海道などからは、県内や域内だけでは手術対応ができないことが報告された。「都道府県単位で NICU を配置する」という発想から、「患者が実際に移動する範囲で周産期医療圏を設計する」ことが必要となる。

7. 人材を「集約する」のではなく「循環させる」

地域医療の維持において、病床以上に重要なのが人材となる。

今回の議論から、

- 医師不足
- 看護師不足
- 新生児科医 1 人に依存した施設
- 研修医や新生児専門ではない医師の勤務による集中治療の維持
- 働き方改革

などが問題になると想定された。県内だけでなく広域で人材を融通するシステムが必要との意見があり、医療圏内での人材流通のシステムや大学医局による派遣システムの再構築を検討する必要がある。

8. 宿日直許可

宿日直許可によって成立している周産期センターがあることは問題である。周産期センターである以上、宿日直の定義を外れる勤務があることも想定される。課題は労働強度を可視化、評価できる指標がないことである。一方で慎重に扱わないと、勤務形態を厳密にされた結果、新生児医療体制が維持できない可能性があることである。労働強度は以下の項目で評価できるのではないかな。

- 夜間入院数
- 緊急搬送件数
- 呼び出し回数
- 人工呼吸器症例数

【まとめ】

県によって事情が大きく異なることが改めて共通認識できた。本日の議論を踏まえ、会員の皆様と新生児医療連絡会として進めることは以下となる。

- 会員は各県での周産期医療協議会で地域ごとの課題を整理し、医療圏の状況に見合う機能分担化、それに伴う人材確保等を進める
- 設定する医療圏での必要病床数や機能をデータで示す
- 新生児医療連絡会は引き続き医療圏を提言できる定量化方法を模索する。また労働強度や働き方の実態を把握する