

# 小児医療に関する行政評価・監視結果報告書

## (平成19年9月 総務省行政評価局)

資料12 平成8年から17年までの10年間ににおける新生児死亡率

区分	国全体の10年間の平均死亡率を上回っている都道府県の状況				国全体の10年間の平均死亡率以下となっている都道府県の状況				
	2.3以上	2.2～2.0	1.9～1.8	計	1.7	1.6～1.5	1.4～1.3	1.2以下	計
新生児死亡率	2.3以上	2.2～2.0	1.9～1.8	計	1.7	1.6～1.5	1.4～1.3	1.2以下	計
都道府県数等	2 都道府県 青森県 2.4 福井県 2.3	7 都道府県	17 都道府県	26 都道府県	10 都道府県	8 都道府県	2 都道府県	1 都道府県 長野県 1.2	21 都道府県
上記のうち、毎年 の死亡率が7 年以上その年の 国全体の死亡率 を上回っている ところ又は下回 っているところ	(10年) — (9年) <b>栃木県、富山県、長崎県</b> (8年) 青森県、 <b>滋賀県、徳島県</b> 、熊本県 (7年) <b>福井県、山梨県、福岡県、沖縄県</b>				(10年) 長野県 (9年) 岩手県、広島県 (8年) 茨城県、岡山県 (7年) 静岡県、大阪府、鹿児島県				
	計11都道府県				計8都道府県				

(注) 1 「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)に基づき、当省が作成した。

2 新生児の国全体の10年間の平均死亡率は1.7である。

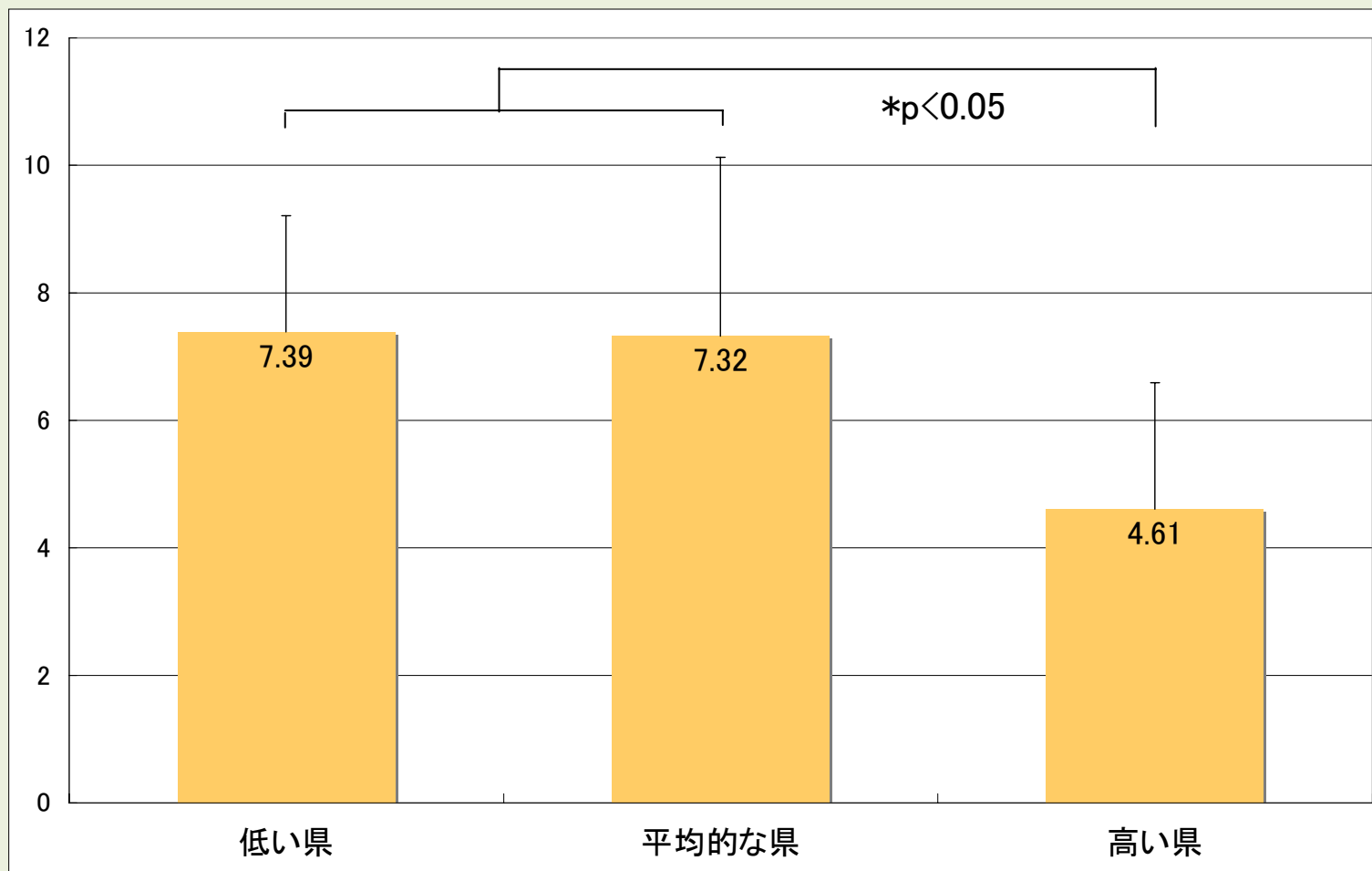
3 ( )内の年数は、国全体の死亡率を上回った年数又は下回った年数を表す。

4 太字の都道府県は、乳児及び新生児の双方について死亡率が高いことが常態化している都道府県である。

# 都道府県別新生児死亡率とNICU専任医数

—2003年新生児医療連絡会調査—

NICU専任医師数(人口100万人あたり)



総務省行政評価局「小児医療に関する行政評価・監視」(平成19年9月)において、低い新生児死亡率が常態化しているとされた8都道府県、平均的28都道府県、高い11都道府県

# 新生児医療体制構築上の 課題と問題点

- 整備と集約化が開始されて12年が経過
- NICU病床数は不足しており、周産期医療体制全体に影響を与えている。
- NICU病床数を維持・確保する上で、新生児科医不足が最大の問題である。
- 新生児科医不足は新生児死亡率にも影響してゆく可能性がある。

# 医師確保対策

## 1) 勤務条件の改善

### a, 過重労働の解消

新生児科医の養成には長期間(8年以上)必要

直ちに定員を満たすことは困難

過重労働(離職しない範囲の)がむしろ病院の収益

### b, 勤務医における低賃金

開業を前提としたキャリアパス

医療の専門分化と高度化、開業と二者択一

開業が前提とならない、かつ条件が厳しい診療科の不人気

### c, 専門性の評価

国民が求める高度な専門医療の危機

→専門性が高い医師を開業医と同等以上に評価

## 2) 標榜科としての確立

- 広告可能な診療科名の改正(平成20年3月31日)  
患者が適切な医療機関の選択を行うことを支援  
小児(新生児)科、新生児内科
- 救急医療システムでは小児救急と別分野  
小児循環器、小児感染症、  
小児神経、小児アレルギー、など……………小児救急  
新生児……………周産期救急
- 新生児科医師数など統計上未把握
- 新生児科の院内標榜 57(+22)施設

### 3) 職域団体による専門医の養成

"大学医局"が医師養成のコーディネーター

(時間的・空間的な不整合性を調整)

新医師臨床研修制度以後

初期研修と後期研修

→臨床研修病院

専門医研修および研修終了後→"民間医局<sup>TM</sup>"?

大学横断、地域横断的研修コーディネートセンター "学会医局"

専門研修の調整

休職医師の復帰支援

将来的には指導医や研修者の地域配分も

# まとめ

- 平成8年周産期医療対策事業により新生児医療施設の整備と集約化が行われた。
- 12年が経過して、NICU病床必要数が約50%増加していた。
- NICU整備にあたり、新生児医師不足が最大の障害となり、今後新生児死亡率に影響してゆく可能性も考えられた。
- 各種施策とともに、学会による専門医必要数の決定や研修コーディネート機能も検討する価値があると考えられた。