

～ 第12回勉強会「新生児医療から医療の限界を考える」議事録 その2 ～

主催:医師のキャリアパスを考える医学生の手帳

講師:熊田 理恵 氏(記者・医療フリーマガジン「それゆけ!メディカル」編集長)

鈴木 真 先生(医師・亀田総合病院 総合周産期母子医療センター長)

場所:順天堂大学 8号館1階3番教室(大学院教室)

日時:平成23年5月15日(日)

～ 熊田 理恵氏 講演 ～

「医療にどこまで求めますか ～発達した新生児医療と、その後続く福祉の貧困～」

<スライド1>

みなさま、はじめまして。

「救児の人々」という本を書かせていただきました、熊田と申します。

現在、医療フリーマガジン「ロハス・メディカル関西版 それゆけ!メディカル」の編集長をしております。

<スライド2>

なぜこのような仕事になったかと申しますと、大学時代、NGOやNPO活動をしていたりもしたのですが、なかなか(世の中が)変わらないなあと感じていました。

そこで安直に、変えられるのはメディアじゃないか? と考えまして、医療・福祉の専門紙の記者となりました。

しかし、自分が現場を知らないと上滑りするなあ、という考えが出てきました。

現場の人たちが笑ったり悲しんだりするのはどうしてか、ということを知りたいと思うようになり、国家試験を受け、社会福祉士の資格を得ました。

その後、介護事業会社の相談員や身体介助の仕事をしていました。

会社の不祥事等があり、自身はその職を辞めることになりました。

しかし「自分は現場を伝えたい」という思いが変わる事はありませんでした。

<スライド3>

その後、医療の雑誌社に勤め、その仕事の中で「救児の人々～医療にどこまで求めますか」が生まれました。

<スライド4>

本日は「なぜ『救児の人々』に書かれているような状況が起こっているのか」という問題点を皆様と共有したいと思っております。

<スライド5>

まず、このスライドをご覧ください。

この2人の共通点は何だと思われますか?

(横浜ベイスターズ:村田修一選手、韓国人俳優:ペ・ヨンジュンさん)

<スライド 6>

村田選手のお子さんは未熟児です。

現在、NICUに入る赤ちゃんは20人に1人くらいという割合で、村田選手は新生児医療の啓発活動をしておられます。

<スライド 7>

こちらはペ・ヨンジュンさんです。彼はNICUに約3000万円の寄付をされており、この2人には新生児医療という共通点があります。

<スライド 8>

都立墨東病院の事件(2008年10月)はご存じだと思いますが、当時私は、インターネットニュースの記者でした。8か所の病院で受け入れ拒否された妊婦さんの事件です。

他にも類似の事件として大淀病院事件があります。

この時期はちょうど妊婦さんの受け入れ不能が目目された時期で、厚労省が本腰をいれてこの問題に取り組みはじめました。

一般的なマスメディアは目立つトピックについて事件として扱いますが、業界紙の記者は深い所まで追いかけて取材をします。

<スライド 9>

調べていくと、大淀や墨東が目立つものの、話題には上がってはこない、たらいまわし事件や未遂がたくさんありました。

<スライド 10>

その理由としては、NICUのベッドが満床で受け入れられない、というのがほとんどで9割を占めています。

1996年に周産期医療整備指針が発表され、総合周産期母子医療センターが各都道府県に最低一つ整備されています。

そのセンターすら、過半数が受け入れを断った経験があるというのが現状です。

<スライド 11>

そのような問題を受けて、

「対応を今以上に強化しないとイケない。厚労省も支援してください。お金を出して下さい」

という議論になりました。

あれ？

医療者の方々がそのように表明されるのはわかる。

しかし、税金を使ってそうしていい、と誰がいつ決めたのだろう？

ニュースだからマスコミは騒ぐのも分かる。命を助けるのは分かる。

しかし、いつ誰がそこに税金を投入すると決めたのか？

<スライド 12>

学会上層部と現場の意識は違う、という意識から、私は「NICU というものを実際に見なければいけない」と考えました。

<スライド 13>

NICU は、ドクターやナースがいながら赤ちゃんの(身体)管理をしている場所です。

<スライド 14>

実際に取材をしていくと、問題が山積みであり、医療崩壊の波が押し寄せていることが分かりました。

<スライド 15>

なぜなのか？

世界一医療が安全な日本、その水準が守られているのは、(ギリギリのところを)医療者が何とか埋めているのが現状です。

保育器やハイテクな機械に、生まれたての赤ちゃんが入れられ、肺を膨らませられます。

技術の進歩により、針も、機器もできました。

<スライド 16>

その結果、未熟児が増えました。

また、未熟児の増加には女性のライフスタイルの変化も影響しています。

たくさんの未熟児が生まれます。

元気に育っていく子がたくさんいる一方で、障害を抱えたまま育っていく子供もいます。

<スライド 17>

小児科の中でも新生児科はマイナーであり、研修で回る機会がない事も多々あります。

マイナーであることもあり、医師の平均当直日数が月6日など、苛酷な医療現場の現状があります。

例えば、哺乳瓶を立てかけられて、ひとりでミルクを飲む赤ちゃんがいます。

<スライド 18>

(急性期の赤ちゃんが)回復期ベッドを使っても満床というような状況です。

本当は、どんどんベッドを回していかなければいけません。

状態が落ち着いた赤ちゃんは回復期のベッドに入りますが、そこに急性期の赤ちゃんを入れても現在満床、という実態があります。

取材当時、一年以上入院する赤ちゃんが少なからずいました。

命が助かった赤ちゃんでも後遺症が残る事が多く、退院後はご家族で面倒をみることになるのですが、やはり難しく、年単位で入院する赤ちゃんが一年に一人や二人はいるのが現状です。

<スライド 19>

長期入院の割合は6床のうち0.5床であり、NICUを必要とする(子供の)数も増えています。

<スライド 20>

長期滞在が多い事により、NICUが回転できず、(ある研究によると)年間200～250人は在宅か療養施設に移ってもらう必要がありますが、到底追いついていません。

<スライド 21>

NICUに入った赤ちゃんの流れを説明します。ほとんどは自宅に戻りますが、施設などに移る例もあります。

<スライド 22>

施設取材しました。

NICUを退院した後も大変なのではないか？

受け入れた後、どうするのか？

小児科は医療崩壊が顕著に現れており、今までは助からなかったであろう重症の子供が長期入院している例が増えています。病院の様子です。(写真)

NICUのベッドもいっぱい退院してもらうようにすすめますが、NICUを退院したあとの小児科のベッドもいっぱいで、重症心身障害児施設もいっぱいです。

<スライド 23>

重症心身障害児施設は本来、医療や管理の重い子供が入るわけではなく、福祉・養育に主眼がおかれ、ゆったりしています。

医療が必要な重症の子供を受け入れるのに適切な施設形態ではありません。

<スライド 24>

母親の取材を始めました。

脳性まひの赤ちゃんの母親はお子さんが呼吸器を付けており24時間管理が必要な状態でした。

「子供が助からない方がよかったですのではないかと、産んでしまってごめんなさい」と思ってしまう自分も地獄に落ちればいいのかという気持ちでいっぱいだと話してくださいました。

<スライド 25>

2人目の母親の言葉としては

「突然だった。この状態で生きている事の意味があるのか。自分を救いたい、救われたい。」

このような思いをおっしゃっていました。彼女自身もうつ病になってしまっていました。

<スライド 26>

こういう方々にインタビューを重ねている中で、介護者が疲れた時に相談できる相手がいない、辛い状況下で暮らされているということがわかりました。

<スライド 27>

ほんの少しの買い物の間も放っておけない子供を育てていくのに、十分なサービスが整っているとは思えませんでした。

もやもやとした感想を持ちました。

医療は発達している。

しかし助かったその後が…。

すごく疲れている。頑張っている医療者もいる。

このままだと国は「どんどん救いましょう」という方向に向かう。

<スライド 28>

ここにある問題をどう伝えていくか？ という事でとても悩みました。

そこで、自分は「答えは現場にある」という思いに立ち返り、現場に行くことにしました。

すると、医療者自身のジレンマが見えてきました。

<スライド 29>

「助けていくことができる、だからこそ悩むんだ」

いろんなジレンマを最先端にいる医療者が感じている。

最先端の医療をしながら、とても悩んでいる。予後の悪い子供もたくさん出ている。

<スライド 30>

長寿世界一と、介護する家族間の殺人は裏表であり、患者家族は大変な思いをしていること。

在宅に戻るのが良い事だと信じがちですが、死生観、コスト、やりすぎ、やらなさすぎの医療。

「この子にとって針を指して(生命を維持して)いくのが、本当に幸せなのであろうか」という思いがあります。

<スライド 31>

国が出した支援策は、残念ながら施設整備が中心でした。

NICUを増やす。小児科のベッド、重症心身障害児施設のベッドも増やす。

周産期母子医療センターの整備指針もそうです。

「もっと母体と新生児の連携を取れるように」といった、お母さんたちや在宅への支援は薄かったと言わざるを得ません。

どうしても箱のほうにお金いきます。

<スライド 32>

新生児医療には莫大なお金がかかっています。

NICUは一日10万円のコストです。超低出生児で約700～800万円。

手術費用は1000万円を超えることもあります。

<スライド 33>

ですが、家族の負担はゼロです。国民側は新生児医療のコスト意識を持ちにくい構造です。

しかし、医療の発達は止まらない…。

そのことにより、これだけの費用がかかっています。

財源は私たちの税金、保険料からです。

(国民に)コスト感覚がないまま、高度な医療にお金がかかっています。

<スライド 34・35>

医療の高度化に対応した診療報酬改定が行われました。

<スライド 36>

この改訂に対する、高度な医療に対応してきた産婦人科医療機関からの評価は、「開業医には厳しく、大病院の利益のみ」というものでした。

<スライド 37>

私が悩んでいた点は、認識のズレでした。

医療側はどんどん高度化し専門分化していきます。

患者は、医療は安全と感じ、ライフスタイルが変化し、ゴッドハンドを求め、医療を神話化させていきます。

医療側は、医師が足りないと感じる。

国民側は何かあった時は医療側にお願いしますが、介護などの負担は患者さんのご家族など、弱い人に来ている。

周産期だけではないであろう、科学技術の発展と国民の意識の乖離は、医療界全体に存在する問題です。

<スライド 38>

「取材内容がまとまらない…。誰か一緒に考えてほしい…。母親のセリフも、私が切り貼りしていいのか」という思いにとらわれました。

<スライド 39>

2009年10月

「そのまま出そう。生の声をそのまま届けよう。一緒に考えてもらうため、まとめない」

読後感が悪いとよく言われますが、そういうものだと思います。

そんなにさっぱりとわかるような問題ではありません。そんな分野ではありません。

インタビューをそのまま掲載し、出版に至ることになりました。

<スライド 40>

「私たち自身が医療にどこまで…？」

答えはありません。だから皆で考えるんです。

当事者意識を持つのは難しい。でも、知ることならできないのではないのでしょうか。

生命の線引きなんてできない。

そういうことは考えにくい。

夢のような医療を提供することはできない

問題意識を持ち続けなければならない。

その為に一緒に考えてもらいたい。

このように(今この場で)一緒に考えてもらっていることが嬉しいです。

国や、政治家を選んでいるのは私たちです。

当事者意識が必要です。

当事者意識は、問題意識とも言えます。

私は皆さんにすごく期待しています。

本日はありがとうございました。

～ 根木によるまとめ ～

～ 質疑応答 ～

山梨大学1年:

取材したお母さん方から、これは酷い対応だった、というような声はありましたか？

熊田氏:

取材していた中では、「説明をされたときにはパニック状態で何を言われたか覚えていないので、結局何を言われても分からなかったと思う」という意見が多かった。

フロアー医師:

障害があるかどうか分からない事が問題。

アメリカでは22週、23週は治療対象外ですが、それがいいかどうかは分からない。

もしも医療者が治療を止めれば、決してミラクルは起こらないだろう。

熊田氏:

そのとき何かできなくても、一緒に話して、傍に居ること。

常に傍に居る。

これ、という的確なことはなかなかできないのではないのでしょうか。

以上