

機器構成

モバイル端末
サーバマシン
i-mode 端末

OS	WindowsCE	OS	Webサーバ	RedHat Linux	
アプリケーション		Webサーバ	FTPサーバ	Apache/3.2.9	
Visual Basic	メールサーバ	メールサーバ		ProFTPD/1.2.9	
Visual C++ で開発	データベースサーバ	データベースサーバ		Postfix	アプリ DoM2.0
	Web用スクリーンショット	Web用スクリーンショット		PostgreSQL/7.4	VM DoM2.0
	サーバ用スクリーンショット	サーバ用スクリーンショット		PHP4.3.4	以上
	アプリ用プログラム言語	アプリ用プログラム言語		PHP4.3.4	
				DoM2.0+J2SE	

在宅妊婦管理プログラム

1. 事前に3回送信トレーニングをする
2. 装着時間は40分とする
3. 1日1回の送信とする
4. 1週間を1コースとする
5. ブローペ装着は自分でおこなう
6. 装着時間は本人が決める
7. 子宮収縮を自覚したときも送信する
8. 異常の場合のみ主治医から連絡する

在宅管理試行症例 (2004~2005年)

No	月日	年齢	妊婦分産歴	妊婦週数	住所	胎動	送信回数	未送信回数	電話指示
1	2004/8/10	28	0妊0産	33週4日	豊石市 切迫早産		18	1	1
2	2004/10/7	22	1妊0産	38週0日	豊石市 切迫早産		14	0	0
3	2004/11/16	31	0妊0産	32週6日	豊石市 切迫早産		11	0	0
4	2004/12/8	38	2妊1産	29週9日	豊野市 切迫早産		9	0	0
5	2005/2/4	23	0妊0産	34週4日	豊石市 切迫早産		8	0	1
6	2005/2/28	30	0妊0産	33週8日	豊石市 切迫早産		8	3	0
7	2005/3/21	28	1妊1産	32週0日	豊石市 切迫早産		10	0	1

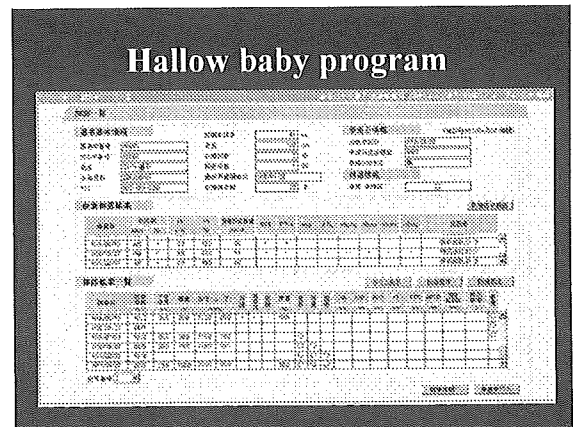
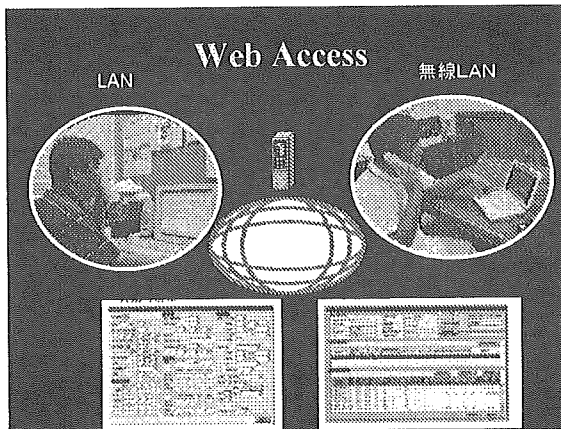
まとめ

- 1) テレビ電話およびアナログ電話回線を利用した遠隔妊婦健診（県北モデル）を正常妊娠37例に試行し良好な結果を得た
- 2) モバイルコンテンツを利用したモバイル端末でのデータ受信（県南モデル）を用いて在宅妊婦管理5例を試行し良好な結果を得た。
- 3) モバイルコンテンツを利用した携帯端末でのデータ受信（沿岸モデル）を106回試行した結果104回受診に成功した
- 4) モバイルコンテンツを利用した携帯端末でのデータ受信（沿岸モデル）を用いて切迫早産7例の在宅管理をおこない良好な結果を得た

DoPa technology

i mode受信
DoPa and I App
モバイル受信

Web Camera solutions



- 今後必要なシステムは？
1. どこからでも胎児心拍情報が送信できる
 2. どこでも胎児心拍情報を受信できる
 3. 全国どこからでもWeb Accessできる
 4. Web CameraまたはIP電話での面接モバイルの広域ネットワーク構築
 5. 産婦人医と妊婦双方にストレスのないシステム

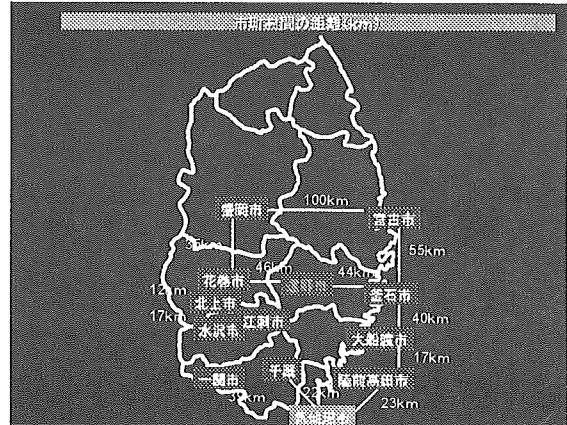
今後のシュミレーション

- 4つの方向性
1. 産科休診病院での遠隔健診
 2. オープンシステムの基幹病院との連携システム
 3. 助産師のパワーをバックアップ
 4. 在宅健診



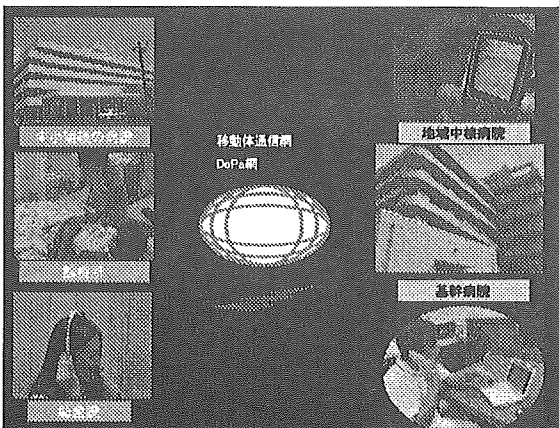
4つの方向性

1. 産科休診病院での遠隔健診
2. オープンシステムの基幹病院との連携システム
3. 助産師のパワーをバックアップ
4. 在宅健診



4つの方向性

1. 産科休診病院での遠隔健診
2. オープンシステムの基幹病院との連携システム
3. 助産師のパワーをバックアップ
4. 在宅健診



4つの方向性

1. 産科休診病院での遠隔健診
2. オープンシステムの基幹病院との連携システム
3. 助産師のパワーをバックアップ
4. 在宅健診

4つの方向性

1. 産科休診病院での遠隔健診
2. オープンシステムの基幹病院との連携システム
3. 助産師のパワーをバックアップ
4. 在宅健診



助産科・助産師外来

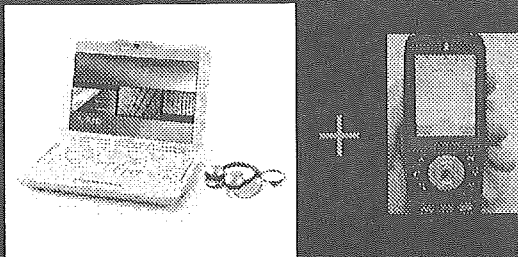
4つの方向性

1. 産科休診病院での遠隔健診
2. オープンシステムの基幹病院との連携システム
3. 助産師のパワーをバックアップ
4. 在宅健診

遠隔診療は安くできます

1. 家庭のブロードバンドで十分
2. インターネットエクスプローラーを利用

私はこれだけでできます



院内助産院とは何か？ —最近の動向—

東北大学医学部保健学科
佐藤喜根子

助産所とは・・・

■医療法第2条に規定

「助産師が公衆又は特定多数人のためその業務（病院又は診療所において行うものを除く。）を行う場所」（第1項）であり、

「妊婦、産婦又はじよく婦10人以上の入所施設を有してはならない」（第2項）

嘱託医に関する法的規定

・有床助産所の場合

医療法第19条「助産所の開設者は、嘱託医師を定めて置かなければならない」

医療法では嘱託医師の専門性の規定はない
しかし

- ・児童福祉施設最低基準第17条第2項に、第2種助産施設の職員に関する規定「嘱託医は、産婦人科の診療に相当の経験を有する者」

助産所の利点と欠点

■利点

- ・妊産褥婦にとって、常に一人の助産師との関わりができる
- ・家族的な雰囲気の中での出産と産後のケアが期待できる

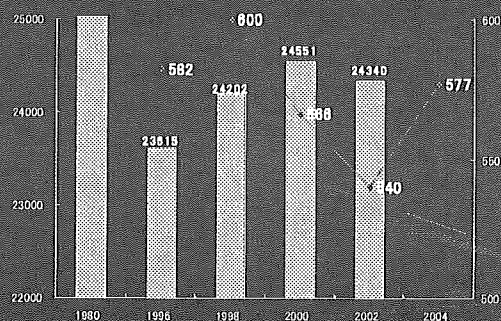
■欠点

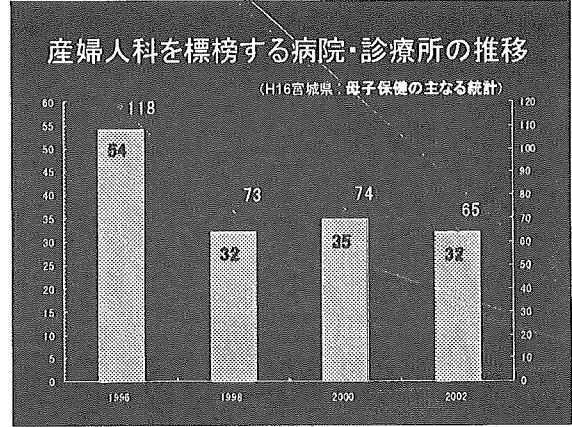
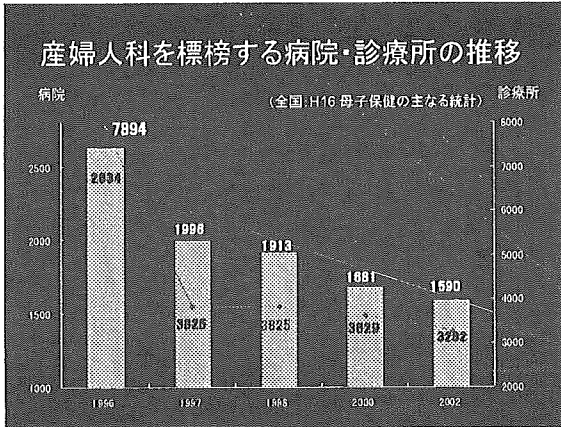
- ・救急の場合に嘱託医の指示を仰ぐことになり、タイムラグが生じる
- ・救急の場合や助産の介助など、助産師同士の個人的なネットワークへの依存度が高い
- ・一人の助産師が経営するため、公私の区別がつきにくく、留守にしている

助産所の実情(2003)

- 「有床助産所」 313カ所(全国)
1カ所(宮城)
- 「無床助産所」 323カ所(全国)
15カ所(宮城)

年度別助産師数の推移(全国・宮城)

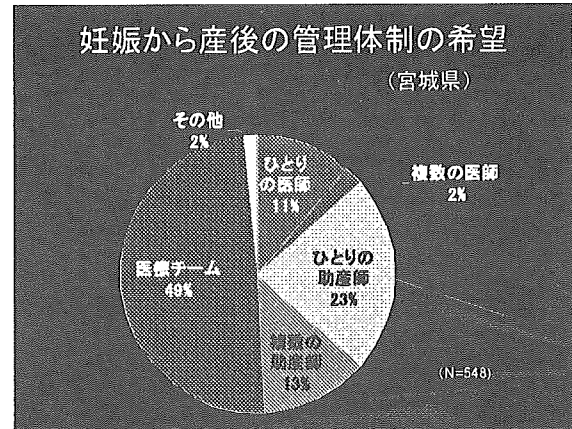
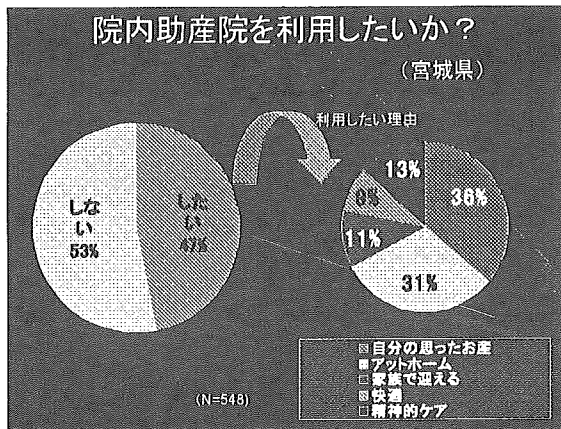
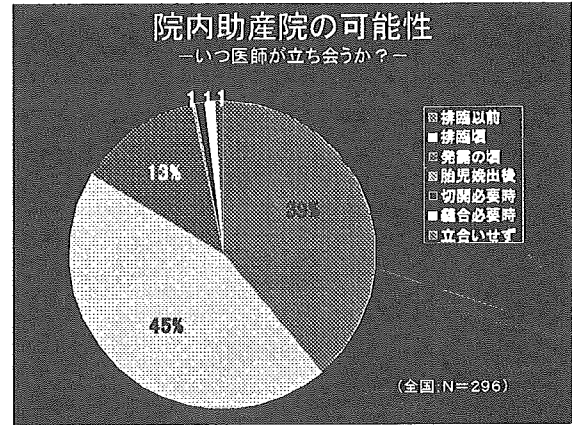




院内助産院とは？

緊急時の対応が出来る病院で、助産師が妊産褥婦やその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産褥1ヶ月まで、正常異常の判断をして助産ケアを行うシステム。
これらを医師と役割分担しながら助産師が自立して行うこと。

(H17年日本看護協会助産師職能委員会の定義案)



助産師と産科医との連携

- ※ オープンシステム導入:
 賛育会病院(1996~)
 横浜ふれあいホスピタル
 足立病院(京都市)
 市立芦屋病院(兵庫)
 大阪厚生年金病院(2004.9~)

助産師と産科医との連携

- ※ 院内助産院
 佐野病院(兵庫県)
 済生会 宇都宮病院
 深谷赤十字病院

助産師外来を運営している施設一覧

施設名	曜日	時間	人数	問診・待	予約	検査室	受診時間	費用
1 大塚 本日子	月~金	9~16		○	○	○		
2 式部 式下山	月~金	14~16:30	1000円	○	○	○	30分	
3 沖崎 やい						○		
4 原田島 桂木	火	14~17:00		○	○	○	30分	
5 原田島 のまり	月~土		15 25 67	○	○	○	30分	
6 広島 マツダ				○				
7 千葉 芳男	金	12:30~		○			30分	
8 仁東産科クリニック			20 30 64 88			40産婦		
9 兵庫県立中央	月~金		2422	○			30分	300
10 北沢山 芳男	木	9:00~					30分	
11 南五 豊中	水・金	9~18	37				30分	取扱い同値
12 新野 市				○				
13 福岡 豊森	月~金			○				
14 梅田 水井			20 32 地蔵・医 路				30分	
15 日本産科セン ター	1976~			○	○	○		
16 深谷赤十字	1966~							

助産師の最近の動向

- ※ 日本助産師会
- ※ 日本看護協会助産師職能
 H16 職能集会で院内助産院の提案
 H18.1 シンポジウム「開設の手引き」
- ※ 日本母性衛生学会
 H17.10 シンポジウム「院内助産院について」
- ※ 岩手県医師会 産科医療対策検討会
 H17.9 「助産師外来開設のためのガイド」発行

セミオープン→オープンシステム
 助産師外来→バースセンター
 産科医在 →産科医不在

職種を超えたコラボレーション
 の変革のとき

周産期・小児医療の現状と課題

平成17年11月27日
厚生労働省雇用均等・児童家庭局
母子保健課長 佐藤敏信

現状

- 小児科医師の絶対的な不足(感)
- 産科医師の絶対的な不足
- 地域的な偏在
- 休日夜間のニーズと診療体制 — 特に小児科
- 病院勤務医師の過重労働
- 採算性一縮小化 — 特に小児科 など

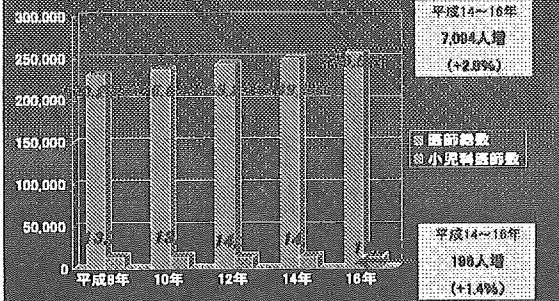


平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査概況

- ・ 全医師数
 - ▶ 平成14年調査より2.3% (2,097人) 増
- ・ 産婦人科
 - ▶ 4.3% (455人) 減。
 - ▶ 産科・婦人科・産婦人科の合計で2.0% (244人) 減
- ・ 小児科
 - ▶ 1.4% (196人) 増

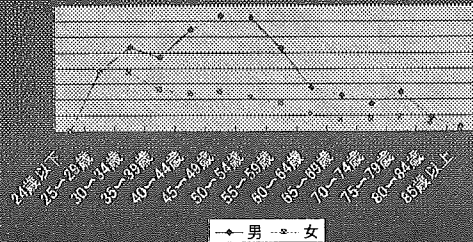
平成17年11月17日公表

小児科医師数の推移

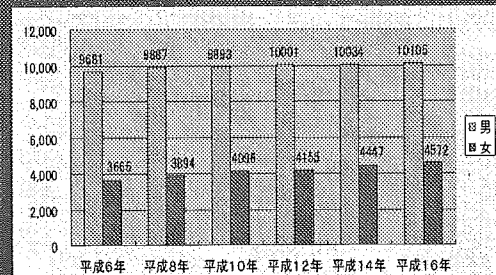


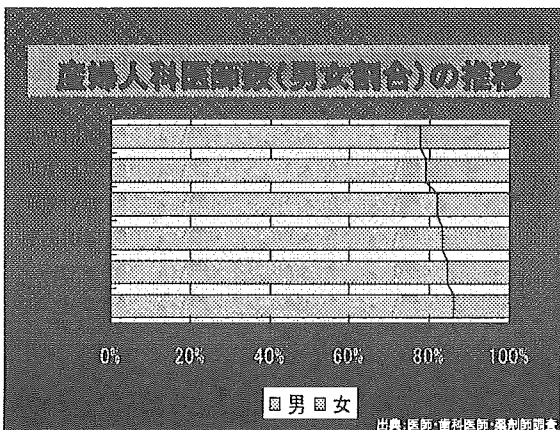
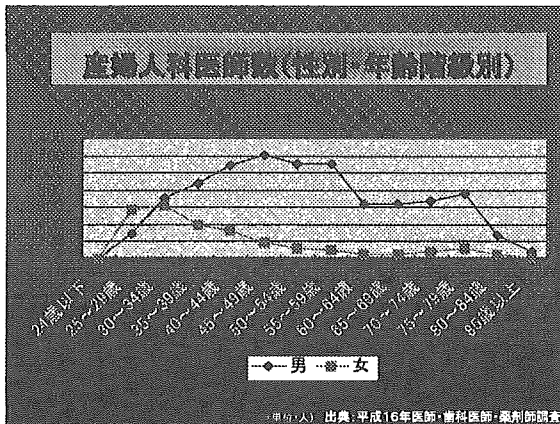
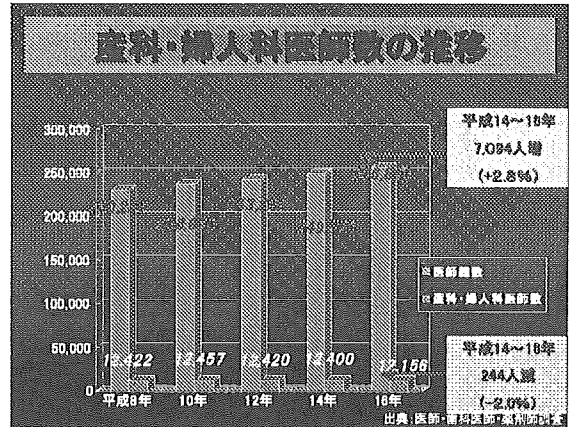
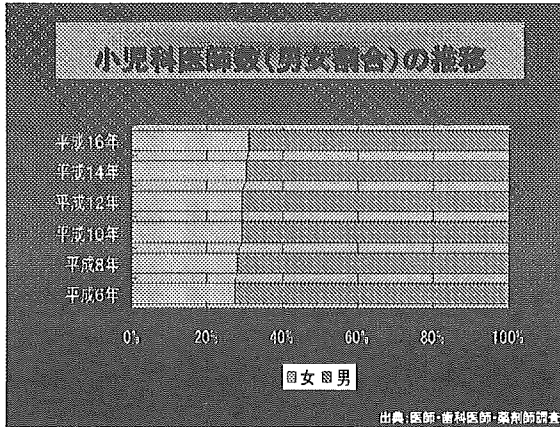
出典: 医師・歯科医師・薬剤師調査

小児科医師数(性別・年齢階級別)



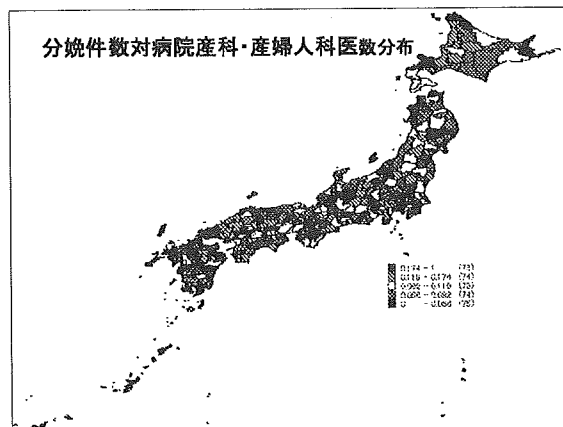
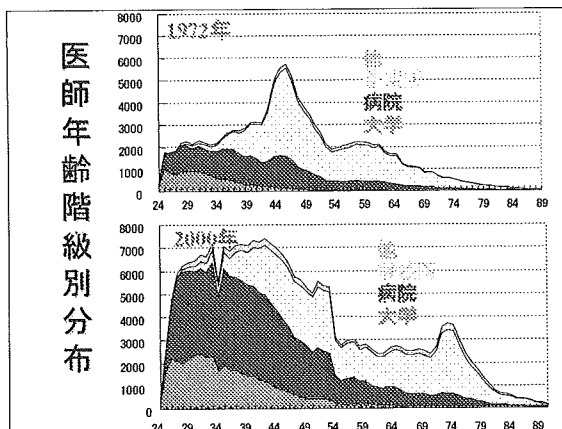
小児科医師数(性別)の推移





医師不足(感)の背景

- 予想以上の女性医師の増加
- 新・卒後臨床研修制度の導入
- 大戦中の医専出身者の一斉リタイア
- COE、大学院重点化等研究重視の進展
- 名義貸し問題 ー 医療法標準の遵守
- 労働基準法の厳格適用



元々の原因は？

- 魅力ある職場作り
- 魅力ある研修の場作り
- 基本的には年功序列の給与体系
能力や労働の量、確保の困難性に着目
- 固定した就業形態
・ 常勤の定義
- 診療報酬の分配の妥当性
- 大学卒業後の進路
・ 全くの自由に任せているのか？

行政で解決できることがあるか？

行政に期待される役割

- 規制の改廃
規制の強化は現時点では特別な場合に限られる
- 価格の調整
診療報酬制度を通じて
- 関係者の利害調整
- 研究会、ガイドラインなど


行政によるアプローチ 1

- 人
- ハコ
- 金

行政によるアプローチ 2

■人
数、質

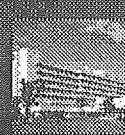
- ◆ 医学部定員の検討
 - 絶対数では将来的に医師過剰と予想
 - 定員増の効果は20年後
 - 産科医、小児科医増に繋がる保証はない
- ◆ 特定診療科に着目した優遇策
 - 特定診療科の入学枠
 - 専門医数への特導入
 - 地域ごとの「保険医」枠の導入
- ◆ 女性医師等対策
 - 就業規則の見直し - 交代制、短時間労働
 - 院内保育所の活用



行政によるアプローチ 3

■ハコ
医療機関、施設

- ◆ NICU等施設基準の見直し
- ◆ ネットワーク化 など


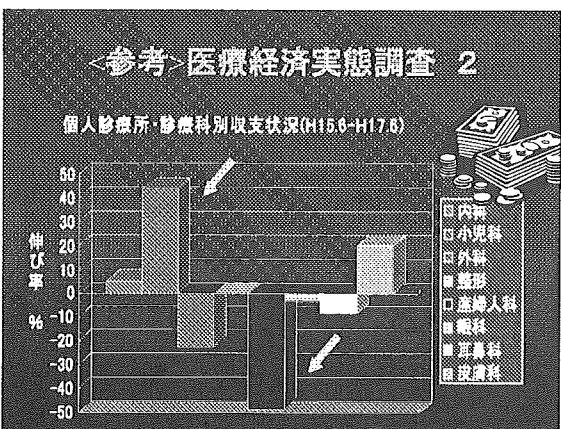
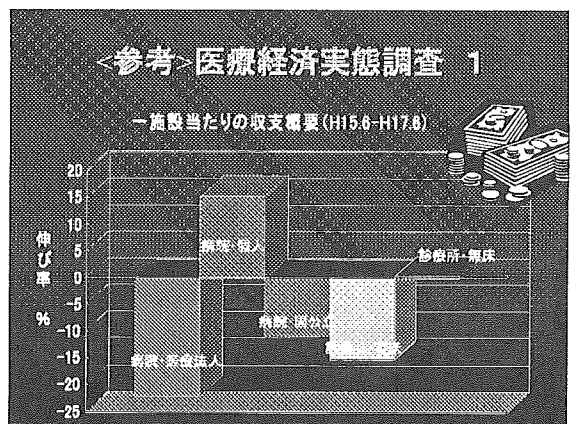


行政によるアプローチ 4-1

■金
診療報酬上の評価

補助金等


- ◆ 医療施設設備整備費等
- ◆ その他の補助金

行政によるアプローチ 4-2

■金
診療報酬上の評価

- ◆ 小児科
 - 休日・夜間の評価
 - 病院と診療所のバランス
- ◆ 産婦人科
 - ハイリスク分娩等に対する評価

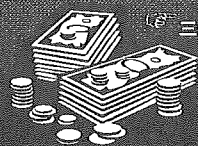


行政によるアプローチ 4-3

■金

補助金等

- ◇ 医療施設設備整備費等
- ◇ その他の補助金



三位一体改革、統合補助金化等の影響！

今後の情勢

■官邸主導か？

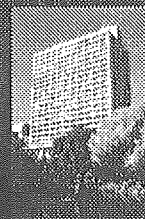
- 経済財政諮問会議
- 規制改革委員会

医政局

- ▷ 医師需給見直し
- ▷ 地域医療計画ガイドラインの見直し

保険局

- ▷ 診療報酬改定
- ▷ 医療保険改革 など



その他の留意点

- 新・卒後臨床研修終了後の医師の行動
- 診療報酬上の評価
「収支」の正確なデータが必要
部門別収支、診断群別収支
- 診療科標榜、開業について



厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

分担研究報告書

東北地方における分娩施設の適正化の推進に向けて

分担研究者 村上 節 東北大学産婦人科

研究協力者 菅原 準一 東北大学産婦人科

妹尾 匡人 東北大学産婦人科

千坂 泰 東北大学産婦人科

研究要旨：東北地方における産婦人科医不足は急であり、すでにいくつかの病院が常勤医不在、分娩取扱いの中止に追い込まれている。これまで、東北地方の各病院は、各々の医育大学産婦人科医局の関連病院として、医師の派遣、補充を受けてきたが、平成16年度から施行された新卒後研修制度が追い打ちをかけた産婦人科医の減少のために、この枠組み自体がもはや十分に機能しなくなってきた。こうした厳しい状況の中、東北地方の周産期医療レベルを維持、向上させるためには、もはや個々の医局や県境などの行政区分を越えた、新しい分娩施設と産婦人科医師の適正配置が必要であると考えられ、東北地方の6医育大学の産婦人科教授による「東北地方における分娩施設のあり方」についての検討会が立ち上がった。各県の個々の状況は若干異なるものの、旧態依然とした縦割りがもたらすワークホースの無理無駄をなくし、各大学がお互い協力し合って各地域の周産期医療を統括することが火急かつ最重要の課題であることが認識され、行政の協力も仰ぎつつ改革を推進する具体的な検討に入った。

A. 研究目的

北から青森、秋田、岩手、山形、宮城、福島の6県から成る東北地方には、各県一つずつの医育大学が存在し、各々の病院は各医局の関連病院という関係を保ちながら医師数を確保し、ひいては各地区の医療水準を維持してきた。しかしながら、東北地方は全国の中でも産婦人科医の減少が著しい地域であり、平成16年度から施行された新卒後研修制度が追い打ちをかけ、平成18年度の産婦人科入局者数は東北6県全体でわずかに8名と推定されている。このような状況の中、すで

にいくつかの病院で産婦人科常勤医の不在、分娩取扱いの中止が現実のものとなり、東北地方の周産期医療は崩壊の危機に瀕していると考えられる。

そこで、東北地方における周産期医療を維持、向上させるために、東北地方の6医育大学が一致協力してできることの検討を目的として、各大学の産婦人科教授による「東北地方における分娩施設のあり方について」の検討会を立ち上げた。

そして、この会を核として、医療行政に携わる面々を交えて討論を重ね、東北

地方の新しい分娩施設と産婦人科医師の適正配置の実現に向けての具体的な方策を練った。

B. 研究方法

①第一回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会

平成17年6月11日（土）午前10時より、同時期に開催されていた第119回日本産科婦人科学会東北連合地方部会に併せて、青森国際ホテル「金扇の間」において、第一回目の会合を持った。各医育大学からの代表者が集まり、青森県医療福祉部からの出席者を交えて、東北6県における産婦人科医師減少の現状と今後の対策について意見交換を行った。

②第二回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会

平成17年8月12日（金）午後3時より、仙台市の長陵会館において、医育大学の代表の他、厚生労働省をはじめとする複数の部署の医療行政の担当者の参加を得て、第二回目の会議を開催し、「地域における拠点病院を中心としたお産ネットワークの構築と分娩施設の機能分化へむけての対応」を議題として、討論を行った。

③第三回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会

平成17年11月24日（木）午後3時より、長陵会館において、第三回目の会合を持った。この集まりに先立って行われた、病院要覧に基づく東北6県全域における病院へのアンケート調査により得られた、全東北の分娩数と産科診療従事者の実態調査の結果を供覧し、次年度に向けての厚生労働省の方針を傾聴するこ

とを目的とし、今後の取り組みについての具体策を練った。

④第四回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会

平成18年2月3日（金）午後6時30分より、東京・丸ビルコンファレンススクエア8階の会議室で、東北地方の6医育大学の代表者のほか、周産期医療ならびに医療行政に携わる関係者を集めて、第四回目の会合を開催した。産科における医療資源の集約化・重点化の推進についての国の方針をもとに、東北地方の分娩の拠点化・集約化に向けての現状と今後の道筋について議論した。

C. 研究結果

①第一回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会（資料1）

東北地方6医育大学より、6名の産婦人科教授と助教授1名、さらに青森県医療福祉部から2名の医療行政官が集まった。

青森県を皮切りに、各県の産婦人科医師不足の実状と現況が述べられ、とくに地方における産婦人科医師の過疎の深刻さが示された。その対策を議論する中で、産婦人科医を増やすにも集約化を進めるにも行政のサポートが必要であることが浮き彫りとなった。

新卒後研修制度の撤廃や医学部入学定員の増加などの大きな改革は現実的には望めないことから、分娩施設の集約化などで、いまわれわれができるところから改革を進めていく必要があるということ意見の一致をみた。

②第二回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会（資料2）

時期的に集まりにくい日程であったにもかかわらず、4 医育大学より、5 名の代表者のほか、厚生労働省雇用均等児童家庭局、東北厚生局健康福祉部、宮城県保健福祉部からの 4 名の医療行政官、さらに日本産婦人科医会の宮城県副支部長の面々を合わせ 11 名の出席があった。

最初に、山形、岩手、福島、宮城の各県の産科医療の現状が説明された。その中で、産婦人科医師の高齢化が進行しており、開業する勤務医師の補充もままならないこと、分娩施設の集約化を進めようとしても病院の経営母体の違いや自治体の長のレベルでの反対が改革を妨げること、また拠点となる分娩施設にも十分な分娩数を受け入れる capacity がないことなどの問題点も明らかになった。

今後の展開について、地域性をどのように考慮して分娩施設を集約化するのか、どれくらいの分娩数を何人の産婦人科医で診るのか、ハイリスク分娩の取扱い比率をどのように設定するべきかなど、具体的な方策を明らかにすることが重要であるとの認識で一致し、行政を取り込んだ東北地方の協議会を設置することが合意された。

③第三回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会（資料 3）

各県のいくつかの医療圏別に、その地域の総分娩数と病院、診療所の数と各々の取扱い分娩数が一覧できる資料に基づき、各県の傾向と問題点が列挙された。すなわち、産婦人科医師数は都心部ではまだ比較的充足されているが、一般に遠方になるにつれて不足が顕著となり、各医療圏による医師数の格差は著しく、手当が急務な地方もある。また、各地方、

各医療圏別に、病院と診療所の分娩の取扱い比率はさまざまであり、一律に拠点となる病院の適正医師数を論じることは難しい。さらに、ある地方では、産婦人科医、小児科医、麻酔科医の勤務する病院が乖離しており、拠点化するためには各科の足並みを揃える必要があることなどが指摘された。

今後の展開について、国としては、産科や小児科のような不足の著しい診療科に限って、また当該診療科の医師確保が困難な地域に限って、集約化・重点化を推進する方向で考えている。それに向けて、国を含む関係者の役割を明確にし、バックアップ体制をとることを思案していることが示された。

その後、このような事態を招いた要因である新卒後研修制度の問題点が指摘されたほか、現研修制度下の若手医師のリクルートや大学病院としての対応のあり方、女性医師の労働力を発揮してもらうための環境改善策などについても意見の交換が行われた。

④第四回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会（資料 4）

東北地方の医育大学代表者のほか、日本産婦人科医会、全国自治体病院協議会、厚生労働省医政局、同雇用均等児童家庭局などの関係諸団体からの総勢 20 名の出席者が集った。

最初に、国が考える小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について説明がなされた。すなわち、産科医不足の深刻な地域において集約化を進める。具体的には、ハイリスク分娩を中心とした産科医療を担う病院として連携強化病院と、連携強化病院に一定の機能

を移転する連携病院を設定する。さらに、圏域においては診療所を含めた連携体制を構築するものとし、地域偏重が著しい場合には、都道府県域を超えたブロック単位での集約化・重点化を考える。具体策は平成 18 年度末までに取りまとめる。この計画は都道府県が主体となって行う。以上のような方針が説明された。さらに、この施策を推進するため、公的医療機関は、都道府県が定めた施策に協力しなければならないこと、あるいは、境界周辺の地域では関係都道府県と連絡調整を行うことなど、関連する医療法の一部改正を行う予定であることも明らかとなった。その他にも、医療資源の集約化・重点化や女性医師の労働環境に資する事業に対して、母子保健医療対策等総合事業として補助する考えも明らかにされた。

以上のような説明を受けて、主として東北各県の集約化の現状と見込みが討議され、今後は小児科とも協議しつつ、早期に具体的な拠点病院の選定を行うことが確認された。

D. 考察

平成 16 年度から始まった新卒後研修制度の実施に伴い、加速された産婦人科医師の減少は、従来の医局による関連病院への医師充足を不可能にし、産婦人科医師分布の偏重の進行は、もはや後戻りできない感がある。

こうした状況の中、幾度にもわたり、様々な立場の多くの医療行政担当者を交え、有意義な議論を重ねる中で、東北地方における周産期医療の改革は、かなり具体的な展望が開けてきたものと思われる。すなわち、県境や医局という枠を取

り払い、本当に必要なところに必要なだけ人材を集約化できれば、限られたマンパワーの無駄のない有効利用ができることになる。これは、当事者である産婦人科医の努力もさることながら、産婦人科の閉鎖や分娩取扱いの中止などのニュースがテレビや新聞で報じられる頻度が増し、ようやく産婦人科医師の不足が世間に知られるようになったことが追い風となって、国の医療行政担当者が積極的に指導力を発揮したことによるところが極めて大きい。

国は、ついに集約化・重点化の推進を実現するために、具体的な法整備に乗り出した。これにより県の医療計画に強制力が与えられれば、集約化の最大の障害となる病院間や市町村レベルのエゴが排除できると考えられ、分娩拠点病院への集約化への強力なバックアップとなることが期待できる。しかしながら、この改革が本当に実現に向かうためには、まだまだ解決しなければならない問題が山積している。すなわち、分娩の拠点病院に選定された病院側にも、施設設備の整備や産婦人科および周産期医療スタッフの雇用とその処遇などの問題があるばかりでなく、構想からはずれる側の病院には収益や研修医教育上の不利益、さらには周辺地域住民からの不満などさまざまな問題が噴出することが予想されるからである。

以上のような問題点を解決する確かな目途が立たない内は、本構想のような影響力の大きい改革は、一般には拙速を避けるべきであり、早急な実現は困難であると言える。しかしながら、この改革は猶予なく推し進められなければならない。

その理由は、周産期医療を取り巻く世論を含めた意識の変化である。近年の患者サイドの医療に対する不信感と被害者意識の高まりは、医療における安全性を「徹底的に」担保することを要求する。専門家にとっては常識であるが、分娩は決して安全とは言えない行為である。本改革が構想する分娩施設の拠点化、集約化は、分娩時に突発的に起こる緊急事態への速やかな対応を担保することに他ならず、患者サイドの強いニーズに応えることでもある。この意味において本改革は一刻も早く実現すべきと考えられる。

もうひとつは、つい最近の福島県の県立病院に一人勤務で診療をしていた産婦人科医が、帝王切開時に母体失血死に至った事例において、逮捕拘留され業務上過失致死で起訴されるという、看過できない事態が発生したことである。これは、医師が行った医療行為の過失認定を刑事事件で扱おうとする風潮が芽生え初めてきたことを表しているものと思われる。この傾向が助長されるならば、もはや一人で身を粉にして地域医療を守ろうとする本来善なる行為は、到底正当に評価されることはなくなり、そう考えること自体が愚かな行為に等しいということになりかねない。このような情勢下では、一刻も早く産婦人科医が一人で勤務する病院を解消し、産婦人科医の「身の安全」を保障しなければ、これから産婦人科を志望する若手医師はいなくなり、産婦人科のマンパワー不足はさらに深刻化し、わが国の周産期医療は本当に崩壊すると考えられる。集約化ができないほど、産婦人科医の絶対数が不足してからでは、改革は遅いのである。

E. 結論

産婦人科医師の不足に端を発した、東北地方の分娩集約化の流れは、大きく前進しようとしている。県境を取り払い、各大学の医局という縦割り制度を乗り越えて、拠点病院を擁立するという、高所大所に立脚した大改革が、国の示した施策に基づき、実現に向けてついに動き出した。通常、こうした改革は、いかに当事者である産婦人科医が努力を重ねても、一朝一夕でできるものではない。しかしながら、周産期医療を取り巻く最近の情勢はこの改革推進の遅滞を許さず、一刻も早い実現が望まれる。そのためには、さらに強力な国の指導力の下、県を中心とした市、町、村すべての医療行政の取りまとめと協力が必要不可欠になると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定含)

なし

平成 17 年度 厚生労働科学研究費補助金 子ども家庭総合研究事業
「地域における分娩施設の適正化に関する研究」

第 1 回東北地方における産婦人科医療のあり方に関する打合せ会

日 時：平成 17 年 6 月 11 日（土）10 時より
場 所：青森国際ホテル 5 階 「金扇の間」

議題：

1. 東北 6 県における産婦人科医師減少の現状と今後の対策について
2. その他

出席者

弘前大学	水沼 英樹
秋田大学	田中 俊誠
岩手医科大学	杉山 徹
東北大学	岡村 州博
東北大学	八重樫伸生
山形大学	倉智 博久
福島県立医科大学	山田 秀和
青森県健康福祉部	難波 吉雄
青森県健康福祉部	山中 朋子
東北大学	村上 節
東北大学	妹尾 匡人

東北地方の各地で病院からの産婦人科医師の引き上げが相次いでいる。もはや一大学医局の関連病院、という考えのみで維持する時代ではないのではないか。東北地方全体を見て、拠点病院を設定してまとまらざるを得ないのではないか。という観点から協議を進めたいとの趣旨が説明された。

まず、各県での現状の説明があった。

青森県では、勤務医の減少、開業医の高齢化により分娩施設の減少傾向がある。オープン化は郡部では距離的な問題があり難しいので、別のシステムを考えねばならない。負担の軽減と安全性確保の観点から、一人医師の施設をなくし、一人のところでは分娩の取扱いをやめるように進めている。集約先の選定に当たっては県との連絡を密にしておくといふ。周産母子センターの構想も数年前から要請があったので、医師の補充を検討することができた。逆に突然出せと言われても到底できない。したがって、行政の構想を早い段階から知らせたいとの要望が述べられた。

福島県は、一人勤務の施設が多い。大学内の地域医療連絡協議会でも検討しているが、経営母体の違う病院があると各々1人ずつ医師を要求してくる。これをまとめられないのが問題。病院側の病院の機能を維持するという事情には改革を加えにくい。福島には私的病院が多く、それが地域医療を担っていることが説明された。

山形県でも、産婦人科が少ない状況は同じ。解決策として、一つは産婦人科を増やす努力。産婦人科医の努力だけでは、行政のサポートなしでは新規のリクルートは難しい。二つめは、周産期医療の集中化が必要と考える。山形県は地域的には集中化を進めやすいように思う。周産期医療の集中化を困難にしている要因として、病院のエゴの他に市町村の行政のエゴがある。周産期中核的な病院にきわめて近接した、隣の市にある分娩数の少ない病院の人員を減らし分娩の取り扱いを減らす相談をしたら「医学的なことはわかったが、私の在任中はやめてくれ」と言う。行政の方にとって、周産期を含む医療サービスは重要なセールスポイントになるのだろうが、票は他のサービスで考えて欲しい。との意見が述べられた。

岩手県でも事情は同じ。岩手は交通が不便でどこへ行くのも 2 時間かかる。人がいないのに 27 の公立病院が同じスタンスで医者を要求してくる。無謀な県医療としか言いようがない。まず、1 人医師体制をなくすと言ったところで抵抗を受けた。それでも半年後にある病院を引き上げてある病院に増員・集約化した。院長、町長、議員らから猛抗議があり、住民からは病院までの時間が 30 分から 60 分以上になると言われ、マスコミもこれを大学の横暴ととられるニュアンスで報道した。マスコミには、住民のための安全な医療を考えているなら、責任ある報道をしろと言っているが、行政からもマスコミに対応して欲しい。間違った報道をされるとすべてが崩壊する。医師の減少とともに高齢化も進んでおり、やはり拠点化を進めざるを得ない。議員が絡むので行政の協力なしには絶対にうまく行かない。システム整備に並行して、人を増やす努力をせねばならない。絶対数が不足すれば、集約化・拠点化もできない。人を増やすにはわれわれ、大学のトップが先頭に立って頑張るしかなく、学生に夢を与えるしかない。中国人医師の件は、良い悪いは別として進めていこうということ。うまく機能すれば 5 年先に確固とした足取りとして、産婦人科医不足を補うことが期待できるとの展望が述べられた。

秋田県では、産婦人科医師増加のために実践していることとして、学生の勧誘会を再開した。2 年目に入った研修医の慰労会も行っている。秋田大学の出身者であっても、どこの大学でもいいから産婦人科医になってくれればよいというスタンスで行っている。全体の産婦人科医師数の増加は、回り回って秋田に取っても良いことになるはずと考えている。また、今年 4 月から札幌と函館の病院にも医師を派遣した。決して余裕があるわけではないが、北海道県人会で将来北海道に帰る伝手があることを学生に知らせておくと産婦人科に入局しやすくなり、長い目で見るとよいと考えている。秋田県には JA の病院が多いが、産婦人科の待遇を改善してくれつつある。全科当直をなくして時間外手当をつけてくれるようになった。また、サブスペシャリティの資格を取ることを奨励し、積極的に指導医をとらせるようにしていることも披露された。

宮城県でも医師数の減少は深刻であり、昭和 43 年から続けてきたこれまでの研修のシステムも保てない状態になっている。仙台市内は経営母体が違う病院が多く、近接した病院で医師を欲しがり、分娩を張り合う形になっている。昨年