

これを整理するために病院長と産婦人科医師に集ってもらい、分娩の拠点病院を決めて、なかば強引に医師を移した。4つの拠点病院に医師を集中化し、他の病院は1人として、分娩はやらないこととした。またセミオープンシステムを導入し、共通カルテをつくって、一人医師のところでは妊婦健診、分娩は拠点病院で行う予定である。ただし仙台市を一步でると自治体が壁となり、集中化が難しい面もある。また女性医師の割合が多く、夫と離ればなれに赴任させることも出来ないので、人員配置に苦慮する。女性専門外来の開設を病院に検討してもらおうとか、分娩を扱わないなどの女性医師対策も必要であることが指摘された。

以後はディスカッションに移り、行政との関わり合いについて、拠点化することは決定したが、行政の機能的な動きは鈍いことが指摘された。行政としては、医師確保と拠点化を推進することを検討しており、構想はあっても、開設者の意向が大きく、県が主導するのは難しく、行政が考えたとおりに進まないことが明らかとなった。病院側が分娩を手放さないのは、収入上分娩の寄与が大きいためであり、診療報酬上、何らかの優遇策をとる必要性が指摘された。その他、ヘリコプターによる救急搬送システムの整備などセンター化以外の方策も考えられることが紹介された。

また、産婦人科の労働対価についても以下のような意見が出された。

人が増えない限り解決はないので、人員確保にむけて給与面でも何らかの考慮が必要である。現在は、開業医のほうがローリスクハイリターンで、総合病院ではハイリスクばかりみて逆に給料が少ないため、勤務医が開業に引っ張られている。ドクターフィーや、あるいは、病院とその近辺のクリニックが契約して、何かの時にハイリスクを送ることを前提に寄附をしてそれがその病院のドクターの収入になるようなサテライトホスピタルの制度を求める声も挙がった。

その他、東北地方の医師の不足を解消するための特定診療科への奨学金制度や大学の入学時の地方枠などの取り組みが紹介され、今後自治医大出身者が産婦人科になるとときには優遇する制度を作れないか、という提案があった。あるいは人口10万人当たりの医師数は東では200を切っているが、西は200を越えていることから、医学部の入学者の定員を傾斜配分する案や、せめて大学の定

員を産科・小児科に増やすことなども提案された。入学定員に東西格差を設けることは無理でも、ポジションに関しては運営交付金の中で自由裁量になったことが確認された。

また、臨床研修制度について見直しをしてほしいとの意見も出され、研修制度を必修3年化とし、ただし3年目は僻地に行くか、特定診療科に行くようにするという考え方も披露された。

わが国には、国としての分娩医療の統計がない。集約化にともなってきちんとした国としての分娩統計がだせる可能性もあることも指摘され、今後、現状を行政といっしょに、市民をからめて会をもち、我々のやりたいことをアピールする機会を設けて、市民、行政に理解してもらう必要がある。各県の事情もあるが情報交換をしながらすすめることが提案され、了承された。

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 2 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 8 月 12 日（金）15 時より
場 所：長陵会館 中会議室

議題：

1. 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
2. その他

出席者

岩手医科大学	室月 淳
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	佐藤 章
仙台医療センター	和田 裕一
厚生労働省雇用均等児童家庭局	佐藤 敏信
東北厚生局健康福祉部	濱砂 英一
宮城県保健福祉部	佐久間 敦
宮城県健康福祉部	富澤 一郎
東北大学	菅原 準一

最初に、山形県の現状分析が述べられた。山形県は大きく 4 つの地域に区分され、村山、置賜、最上、庄内地区では、それぞれ地域の分娩数に見合った病院数が確保されていて分娩施設の拠点化は可能。原則的に分娩施設の集中化は賛成であるが、自治体の長などの反対でなかなか進まない地域がある。

続いて、岩手県の現状説明がなされた。平成 16 年の分娩数は 11167 例、その内約半数が病院で扱われている。最近 3 年間で分娩取り扱い病院は 22 から 14 施設に減少、減少した 8 施設のうち 5 施設は岩手医大関連病院。8 施設で扱っていた 1600 例の分娩が他の施設へ流れざるを得なかった。今後も同様の分娩施設減少が 2-3 地域で起こりうるので岩手県の産科医療は危機的な状況にある。

次に、福島県の現状説明があった。福島県の一年間の分娩数は約 20000 例。私立の病院が多いことが特徴。分娩取り扱い施設の医師が高齢化し、後継者がいない。病院勤務医が多く開業するが、これを補充できない状況。県立、市立病院からそれぞれ産婦人科医を要求されているがこれを集約化したい。

引き続き、宮城県の現状説明がなされた。一年間の分娩数は約 20000 例、仙台市は 10000 例、約 7 割が病院、3 割が開業医で扱われている。市外ではこれが逆転している。仙台市では、分娩拠点病院 6 施設を中心にセミオープンシステムが開始予定（平成 17 年 10 月）。問題点は、分娩拠点病院に十分な分娩数を受け入れる capacity がないことである。

最後に、前回平成 17 年 6 月 11 日に行われた打ち合わせ会での議論内容について説明があった。青森県では、行政で拠点病院を策定して運用しようとしているが、産科医不足で集中化できない状況。

その後、今後の対応に関連して、最近の国の動き（5 つの検討部会）について説明があった。2 次医療圏での格差は 100-200 倍あり、二極化している。

現時点での国の動きの中では、短期的実地的な計画がない、産科小児科などの特定診療科における対策の記述がない、計画の筋道（グランドデザイン）が示されていないことが問題である。

鴨志田班の報告では、現状の報告がよくなされ、またあるべき論は述べられ

ているが、現状から理想へと繋げるための方策が示されていない。

今後の具体的な方策としては、分娩施設のあり方、すなわち、どれくらいの分娩数を何人の産科医で診るべきか、ハイリスク分娩の割り合いをどのように設定すべきか、地域性をどのように考慮して分娩施設を設定すべきか、を検討する。次に、東北地方の協議会をつくり、行政を交えた検討を行うべきであろう。

これを受けて、(1)医療機関の集約、統合の計画を策定し、(2)各病院の適正医師数を検討する。(3)さらに、東北地方の協議会を作り討議するべきであるとする提案がなされ、承認された。

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 3 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 11 月 24 日（木）15 時より

場 所：長陵会館 中会議室

議題：

1. 報告事項
 - 1) 東北地方の産科医の現状
 - 2) 国の考え方
2. 討議事項
 - 1) 東北地方における今後の取り組み
3. 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
	山形大学	倉智	博久
	福島県立医科大学	山田	秀和
	厚生労働省雇用均等児童家庭局	佐藤	敏信
	東北厚生局健康福祉部	濱砂	英一
	青森県健康福祉部	山中	朋子
	茨城県保健福祉部	泉	陽子
	東北大学	村上	節
	東北大学	千坂	泰

最初に、今回の会議の趣旨が説明された。このまま産婦人科医が足りない状況が続けば、病院に行ってお産ができなくなる、すなわち地域における周産期医療そのものが崩壊するというような状況になりつつある。その一つの解決策として、病院を集約化するという事は、もう避けられない。そこで、行政の力を借りて、具体的なアグレッシブプランというものを考えたい、との説明があった。

引き続き、東北地方の産科の現状に関するアンケート調査の結果が説明された。全体を眺めてみると診療所が1つしかなくてそれ以外は全部病院でお産がなされるところから、開業の先生が多くの分娩を扱っている地域とがあり、地域によってずいぶん様相が異なっている。また、常勤医数の多い方から順番に並べてみると、東北地方には常勤医が10人いるところはない。このような状況を踏まえて、例えば1000ぐらいの分娩をやるとすれば、どのぐらいの医者がいるか、どういうふうな形で直していったらいいのかということも考えたい、との解説があった。

続いて青森県の産科の過疎対策として、第一に、開業医に比べて低い労働対価を見直す。次ぎに、定期的な研修日を取らせる。それから、中核病院と診療所間で、中核病院はいつでも患者を受け入れるかわりに、周辺の病院から年間いくらの契約料をもらい、それを産科に還元するようなことを明文化してルールを作る。それから助産師の育成と助産院開設。例えば産科医が常勤しているようなところでは、正常妊婦は助産師が診るようなところを制度化する。さらに、患者専用の病院バス。集約化により患者さんが通うのが大変ならば、行政のほうで病院直行のバスを出せばよい。さらに、定年後の医師の再雇用を促進や、自治医大の出身者が青森県で産科医をする場合には、返却免除などの優遇をする事をしてもらえればいいのか、と新聞社のインタビューに答えたことが披露された。

次ぎに、秋田県の情勢について、秋田は全国最低の出生率が10年間続いており、また秋田県庁が母体の搬送にヘリコプターを導入し、県内どこからでも秋田大学附属病院と秋田赤十字病院に約15分で無料で搬送できる態勢が築かれており、表面上、秋田県の周産期医療はうまくいっているように見える。が、先日新聞

に、「県内ではお産ができないという声をしばしば耳にする」という医学部長のコメントが出たように、秋田県でもやはり、分娩することにおいて、患者さんに不便や不安を与えている現状が示された。

岩手県では、盛岡地区は診療所の件数も多いので勤務医の数は十分でないが、ほとんど問題がない。問題は、それぞれ車で行っても1時間では着かない大船渡、釜石、宮古などの沿岸地区であり、県北を入れると病院が5つあるところを思い切って3つぐらいにして、重点的に医師を配置するということも考えている。その中で、釜石病院と宮古病院では、希望者に対して院内助産院の構想がスタートする。久慈は、医療圏としては八戸であり、県境を超えて連携するようなことが必要だろう、との指摘があった。

また、自治医大出身が産婦人科になるということは僻地医療に貢献するのと同様に考えてもらいたいという要望が述べられ、さらに、岩手県と交流関係にある中国から派遣される産婦人科医師が決まったことが明らかにされた。

福島県において一番問題なのは、浜通り地区であり、浜通り地区の中で比較的恵まれているいわき地区から宮城県に至るまでの、直線距離で約100キロ近くの中には、原町市立病院を除いて一人体制のところしかない。麻酔科の常勤がいるのが原町市立病院だけで、小さい子どもを診られる施設があるのは、相馬公立病院だけという状態である。郡山県南地区というところに、結構大きいNICUの施設がある国立福島病院があるが、麻酔科がない。さらに今度は内科もいなくなってしまう。内科的な合併症があるときに相談もできない。したがって、人事も産科と小児科や他の科と連動行う必要があることが指摘された。

山形県は比較的統合がしやすく、最上地区と庄内地区と村山とで地域を分けると、圏内をだいたい1時間ぐらいにまとめられる。置賜地区の一番下の小国町だけは、新潟に近くちょっと遠いが、ほかの地域は比較的アクセスは悪くはない。一番問題になるのは、最上地区で、県立新庄病院に医師は一人しかいない。診療所が分娩をたくさん扱っているけれども、やはりシリアスなケースが集まってくる。何とか支えようとしているが、やはり一人ではなかなか厳しい、との報告があった。

仙台地区ではセミオープン化システムが実際に稼働を開始した。統一したクリニカルパスを作成して、33 週ぐらいまでの妊婦健診は開業の先生にお願いし、20 週の時点で一度は病院のほうに来てもらって分娩予約をする形で、仙台市医師会と3つの総合病院で開始した。ただ、去年から比べて900 あまりの分娩を取り扱った施設がなくなったために、分娩病院への予約が遅いと予約できないということから、この辺を今調整しているところである。急患時の対応は病院側がやるということになっており、将来的にはそこから、例えば開業の先生にも当直に入ってもらおうとか、あるいは、本当の理想としてはオープン化を目標にしている、との説明があった。

さらに、仙台システム構築の経緯について、まず産婦人科の医師を集めて合意を得て、そのあとに病院長に構想を話したが、非常に反発があった。もっとも多いのは、分娩を取らないことによる収入減で、病院長が理解を示しても、経営母体から産科復活の声も出ている。逆に分娩が増えるところもほかの科とのバランスもあるので、産婦人科だけ定員以上に人を増やすことができない、などと少し理解が足りないところもあることが、報告された。

引き続き今後の対策について、厚生労働省として病院の再編成、統合、特に産科部門の病院再編成を行うということに絞った場合に、国が何か応援できるかということで医政局と雇用均等児童家庭局母子保健課が協力して概要案としてまとめたことが示された。すなわち、「小児科・産科」という診療科に限って、地域を限定して、それに当面の対応ということで、期間を限定して、拠点的な病院と、協力病院みたいなものを設ける。このときの関係者の役割として、例えば国も医療計画や法令上の問題も考えましょう、既存の仕組みの中で財政的支援も頑張りましょう、大学や関係団体の協力要請もこういうふうにしましょう、ということが掲げられている。もうひとつが、特に東北地方で重要になってくる県を超えた、県境での協力医療の集約化、重点化で、お医者さんがこれだけしかいない。それで、拠点病院がこのくらいだとして、それ以外に配置の仕様がないうことを、マスコミを通じて広報していく必要がある。また、再編の対象として縮小することに伴う、あるいは廃止することに伴う病院の借金返済については、負担をなくすということが論じられているとの説明があった。

この集約化に関しては、小児科でスタートし、産婦人科学会の中にも検討委員会ができしたが、東北地方でも、国の指導を受けながらモデルを作っていくことになる。産科医の医療圏や拠点病院を決めるというのは、県境を超えた形になる可能性が十分あるので、各県にある地域周産期医療協議会などを下部組織に置き、東北地方に拡大協議会のようなものをつくり進めることが提案された。

その後の自由討論の中で、以下のような意見交換を行った。

こういう県境を越えた組織を構築して、産婦人科の医師不足を解消しようとは言っても、1～2年先はいいとしても、結局は若い産婦人科医師が増えないと、それを維持していけなくなる。大学が独立行政法人化されて以来、稼げ、稼げという流れの中で、結局、給料は低い大学で働いている医師のメリットというのがまったくなく、大学の医師のモチベーションが下がっている。

また、研修医制度が今のまま進むと特に東北とか地方の大学は、ますます窮地に追い込まれる。そうすると、今まで大学で教育して地方の病院に送り出していた関係も、大学病院は大学だけの医師を確保して研究・教育に当たるしかなくなる。

以上のような点から、人材派遣の責を追っている医局を弱め、大学を潰すようなこの研修制度をやめさせるにはどうしたらよいか、という国の施策の矛盾を指摘する声も挙がった。

その他、新研修制度では、ブランド病院志向が強く、大学病院をはじめとする地元に残る者が少なくなった。東北地方にもブランド病院をつくる必要があるとの意見があった。

さらに産婦人科へのリクルートについて、研修中の医師の産婦人科志望の有無を把握しきれないばかりか、外の研修病院では3年契約で採用しているところもあり、産婦人科を志望する者も研修中に他の科に取り込まれる。そこで、社会人大学院制度を活用して、卒業して研修医になると同時に大学院に入れることで人材を確保する試みや、クラインの科の団結で決まった、産婦人科志望の者は、大学病院の2年間の研修の中で、最初に産婦人科を回らせるという方策が披露された。

また、現在増えつつあり、将来的にも増えると予想される女性医師が気持ちよ

く育休なり産休なりが取れるようにサポートをして。彼女たちが仕事にもう1回戻ろうとする意欲を失わせないようにすることが大事であり、女性医師がトイレで着替えているとか、病院の保育所に預けることができないというような状況を早急に改善する必要性が指摘された。

資料 4

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 4 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 18 年 2 月 3 日（金）18 時 30 分より

場 所：丸ビルコンファレンススクエア 8 階「Room 2」

- 議題：
1. 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
 2. 東北地方の現状と拠点化に向けてのプロセス
 - 1) 仙台市における産婦人科集約化とセミオープンシステム
 - 2) 東北地方における集約化の道筋
 3. 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	吉崎	陽
	東北大学	岡村	州博
	福島県立医科大学	佐藤	章
	仙台医療センター	和田	裕一
	日本産婦人科医会	田辺	清男
	日本産婦人科医会	小林	高
	愛育病院	中林	正雄
	厚生労働省医政局	谷口	隆
	厚生労働省医政局	鈴木	章記
	厚生労働省医政局	小林	美雪
	厚生労働省雇用均等児童家庭局	佐藤	敏信
	厚生労働省雇用均等児童家庭局	斎藤	慈子
	厚生労働省雇用均等児童家庭局	木阪	有美
	全国自治体病院協議会	小山田	恵
	全国自治体病院協議会	根岸	勇夫
	全国自治体病院協議会	小林	暢広
	山形県健康福祉部	早坂	晃一
	東北大学	村上	節

まず、本日の眼目は、今足りない産婦人科を以後どういうふうに集約化して、どのような周産期医療のスキームを作るか、その実現のプロセスとしてどういうふうな形式を取ったらいいのかということ議論することであることが、確認された。

最初に、国の施策である「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」の説明があった。経緯としては、厚生労働省、総務省、文部科学省も交え、ワーキンググループが設置され、検討された。その内容は、小児科、産科に特化して、しかも直ちに対応できる概要に絞り込んでいくということで、ポイントが集約化、重点化していくこと。ただし、全国一律に実施をするのではなくて、例えば東北や北海道という地区のように、産科医不足の深刻な地域で限定的にやればよい。集約化に協力する連携病院の一部は縮小なり、場合によっては閉鎖して、連携強化病院と言われるところに人を集め、態勢を整備していく。

将来の構造としては、総合周産期母子医療センターのようなものがあり、強化病院があり、連携病院があり、連携病院を中心に診療科の医師の集約を進めるということになる。

以上の内容を実現に導くための具体策が「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案要綱」として成文化され、今回の医療法の改正案の中に盛り込まれている。まだゴーサインは出ていないが、地域医療対策協議会を法定化し、都道府県が主体となり医療計画を制定し、連携協力病院は協力しなければならないことが明記される。

今回の法案に対して、強制的に集約させる非常に強い後押しになることを評価する反面、産科医の公的病院離れが進行することを懸念する意見が出された。すなわち、以前地域医療対策協議会が大学の委員会答申を受けて集約化を進めようとした際、病院側が勤務医を手放さず、医師は教室をやめるという結果に終わったという事例が紹介され、最近では民間の病院のニーズも高く、医師が簡単に医局を離れる傾向にあることが指摘された。

続いて、平成18年度の各大学の入局者見込みと、平成16年度の東北地方で各病院と診療所の分布と分娩数・勤務医数の調査結果が報告された。

次年度の産婦人科入局者数は大幅減であり、東北地方はわずかに8名である、各地域の分娩の実態は、地区によっては、診療所が一つと病院が一つの二つしか分娩施設がなく、集約しようにもどうしようもないというところもある一方、診療所は1カ所でも経営母体の違う病院が複数存在するところまで、地域によって随分様相が違う。

病院勤務産婦人科医師 1 人当たりの分娩数をみると、平均で 141 件、多いところでは 1 人で 240 件ぐらいの分娩数をこなしている。また、東北地区には、ひとつの病院に産婦人科医師が 5～9 人いるところは、10 箇所しかない。

今後の集約化の具体的な戦略としては、まず東北地方の最新の現状調査をもとに、集約化可能な地域を決める。続いて、一番大事な、そこにいる産婦人科医の同意。その後、病院長ならびに病院長を管理した自治体の長へ。最後に住民への告知と意見聴取という流れが想定される。近くに病院がないということの不便さに必ず批判が出る。これに対して拠点病院への交通手段を考えること、自治体からいろいろな補助を出しながら遠くにいる妊婦さんが拠点病院にできるだけ費用をかからずに行けるような手段も考えねばならない。

拠点候補病院に関しては、特に小児科と麻酔科との連携を考える必要がある。総合母子センターを中心とした周産期医療システムとの関係をどうするか。その他ハイリスク分娩や婦人科の手術数を考慮に入れつつ、拠点病院の医師 1 人当たりの分娩数を設定して、医師数を決定する。

また、連携の方法についても、オープンシステムか、セミオープンシステムか、院内助産所や IT を使ったような方法か、連携のあり方なども話し合う必要がある。

それに加えて、産婦人科がなくなる病院の機能特化や研修病院としての役割についても考える必要がある。

引き続き、各県の現状と集約化への見込みが報告された。

秋田県は、他の県と比べると、何が何でも集約化、センター化をしなければならない状況にはないが、県北には、ふたつあるどちらかの病院が折れるならば、集約化できる場所はある。また、麻酔科や小児科のある総合病院よりも分娩数の多い病院があるが、今後も麻酔科や小児科の充足が望めないならば、撤退することの同意を得ている。もう一つは、五つぐらいの病院を集約化した新病院が建設されるに伴い、集約される計画がある。その他、県南にも、経営母体が異なるふたつの病院は、将来的に集約される可能性はある。県中においては集約化は難しいが、外来だけの病院をつくることも考えている。

福島県は、NICUのある周産期センターに集約するという意味では、会津地区や県北はうまくいっている。問題は浜通り。特にいわき地区ではハイリスク妊娠を取り扱う病院に人数が少ない。県南も厳しい。病院も合併を考えて欲しいが、市議員や県議員は総

論賛成、各論反対で、経営母体が違えば話にもならない。

青森県の場合は、青森地区、それから弘前と八戸の三つが拠点になれば、申し分ない。ただ、患者さんの通院にどのぐらいの時間がかかるかという問題がある。現実には、大きな問題にはならないが、ぜひ行政のほうからは、患者さんの意識を変えていただきたい。

また、現実的には、すでにこの資料よりも定年などで医師数は減っている。絶対数が少なくなっていて、集約化するにも実体がない空論ということになりかねない。産婦人科あるいは小児科が増えるような政策を取ってもらいたい。例えば自治医大出身者。青森県には50人近くいるが、産婦人科は0。産婦人科、小児科の場合には、3年やれば、あとはもう一切お金を返さなくてもいいというふうなことも考慮して欲しい。

岩手県では、ここ4年ぐらいの間に、8カ所の医療機関がお産の取り扱いをやめた。もうこれ以上は整理ができないほど、集約化は自然に進んでしまっている。妊婦健診の距離で言えば、岩手県は50キロ以上となる。沿岸の三つの病院間の距離は70キロぐらいずつ、離れて点在している。ほかに診療所がない、あっても分娩は取り扱っていない状態で、もうお産を取り扱っているところは病院に集約されている。

花巻北上地区は、すでに花巻からは産婦人科医が引き上げており、場合によっては4月からは北上には1人だけ医師が残されるような状況になる。再来年、花巻と北上の間に大きな病院を作る計画があるが、この地区の周産期医療構想は混沌としている。

このままでは、産婦人科医の努力や周囲の協力により劇的に減った周産期死亡率を維持することができなくなるのではないか。大きな事故が起きて社会問題になるのではないか、あるいは、医師が逃げはしないか心配である。

仙台市ではセミオープンシステムが稼働を始めた。最初は、宮城県の産婦人科医会の支部と仙台市の産婦人科医師の集まりである仙台産婦人科医会が、アンケート調査を実施して、診療所の先生方はオープン化とか、セミオープン化に協力してもいいということで、浜松市に視察にも行き、妊婦健診の実態調査も行っていった。そこにこの研究事業が立ち上がって、平成16年度に、まず仙台市の病院の勤務医と懇談会が開かれて、産科の状況説明と病院の集約化という話が出た。それから、病院長の先生方に集まっただき、産婦人科の窮状と集約化せざるを得ない状況を説明した。続いて、11月に今度は市民に対して、お産の安全性と快適性を求めてという公開フォーラムを行った。

そして、17年度に入り、セミオープンシステムの実施要綱、妊婦健診のメディカルパスと

いうものを作成し、救急時に混乱が起きないように共通診療ノートを準備して、実際にセミオープン化システムは稼働を始めている。

周産期医療センターの二つを含むと六つの施設が、分娩施設に組み入れられており、現在のところ、ある病院では、分娩全体の大体4割ぐらいがセミオープンにのっている。

この仙台システムについて、以下のような質問があった。

都市部といえどもこんなに困っているのに、仙台市の場合は数の確保だけでなく安全も含めて質の確保を同時にやろうとしているのか。

仙台市内の病院でも、一人勤務で分娩を取っているところがあるのはなぜか。

仙台市以外のところはどうするのか。

これらに対しては、以下の様な説明があった。

このシステムに則って、妊婦健診をやることによって、医療の標準化がされるということで、無床診療所には喜ばれている。

2人でやれば、医者の方のQOLも下がるし、リスクも高くなる。完全に集約化して、5、6人でやったほうが医者の方のQOLは上がるし、実際のリスクも減るだろう。

仙台では年間約10,000弱の分娩がある。拠点病院全体を合わせても、すべてはまかなえないので、どこかは分娩を取り扱う必要がある。また、年齢的に、あるいは希望として拠点病院には移れない事情がある場合もある。

仙台市以外でも拠点化は徐々に進みつつある。

その後の討論では、以下のようなさまざまなことが話し合われた。

拠点化については、これまでも総論はどこの県でも賛成するが、地元に戻ると全部駄目になることが指摘され、自治体間の壁やしがらみに対して、東北の場合だけに限って言えば、厚生労働省の出先機関である東北厚生局を使ったらどうかという意見が出された。

拠点病院の設定については、小児科学会とも協議を始めることの重要性が指摘され、各地域の小児科の病院の事情も調査して、具体的に早期に選定することが確認された。

拠点化に付随して、分娩のリスク評価によるハイリスクを多人数の基幹病院に、ローリスクを少人数の医師と助産師を使って行うバースセンター的なものにと分けて考えていくことが提案された。

また、産婦人科のリクルートに関して、産婦人科に興味持っている学生や研修医はたくさんいるが、誰も来ない。こちらが忙しいと言っているから、そんなに忙しいところに興味を持って行くのは変人じゃないかという学生たちの中の偏見が出てきているらしい。魅力ある産婦人科を伝えるのは、われわれの義務だが、マスコミや行政にもお願いしたい。また、分娩手当金を上げ、その一部を脳性麻痺などの保障に使うなどの手段により、医療訴訟を減らすこともリクルートには重要である。

そもそも卒後研修も産婦人科入局もみな東京に集まって、東北地方に産婦人科医が残らない。ある程度総量を規制するような仕組みを作れないものかという問いかけに対して、周産期医療を経験していないと、病院の院長になれない、開業できないという案は、反対意見の前に頓挫したが、次につなげていくことは考えている。あるいは、診療報酬に地域差を認めるようなことも考えられるなどの発言があった。

以上、活発な議論がなされたが、予定時間を超過したため、議事は終了となった。

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

産婦人科医師不足が産婦人科2次医療に及ぼす影響

分担研究者 金山 尚裕 浜松医科大学産婦人科教授
研究協力者 日本産婦人科医会静岡県支部

研究要旨：静岡県東部は4つの総合病院で産婦人科の2次医療体制を組んでいるが、そのうち2つの病院で平成16年以降常勤医師の定数不足を来たした。産婦人科の搬送体制の変化を解析し、解決策を探ることが本研究の目的である。1次医療施設からの搬送数は平成15年から17年ほとんど変化がなかった。しかし4病院での救急患者受入総数は平成15年に比較し、平成16年には80%、平成17年には75%に減少した。救急以外の患者受け入れ数も平成15年に比較し、平成16年74%、平成17年62%と減少していた。総合病院の産婦人科医師不足により2次医療施設への産婦人科患者の搬送が制限され地域の産婦人科医療に障害を来たしていることが明らかになった。

A. 研究目的

静岡県は医療圏としては東部、中部、西部の3つに分かれ、それぞれの対象人口は東部約100万人、中部、西部は各約120万人である。東部の人口の約8割を占める三島、沼津、函南、伊豆半島北部地域はA B C Dの4つの総合病院で産婦人科の2次医療体制を組んでいる。そのうち平成16年以降にA、B2つの病院で産婦人科医師の定数不足を来たした。A病院欠員2、B病院欠員1である。これが産婦人科の搬送体制にいかなる変化を与えているかを検討することを第1の目的とした。第2に東部地域での産婦人科医師不足の打開策を探るため、地域の1次と2次の医療施設の産婦人科医師で検討会を行った。

B. 研究方法

- 1) 平成15年から17年の東部地域管轄の消防本部に依頼し救急車による産婦人科の搬送患者数を4つの病院毎に算出した。また地域の産婦人科医療施設に搬送患者数のアンケート調査を行った。
- 2) 上記データを踏まえ東部地域の1次医療施設の産婦人科医師と2次医療施設での産婦人科医師による現状解析と今後の解決策をさぐるべく検討会を行った。

C. 研究結果

- 1) 1次医療施設からの搬送数は平成15年95件、平成16年82件、平成17年84件でありやや減少

傾向であった。

- 2) 救急患者、非救急患者受入数の年次推移を図1、図2に示す。産婦人科医師不足に陥っていないC病院は救急患者の搬送受け入れ数はC病院で平成15年から平成17年まで変化ないものの非救急患者は平成17年に減少した。D病院では救急患者受入数は平成15年と比較し平成16年増加したが、平成17年には減少した。また非救急患者は平成15年に比し16、17年は約40%減少した。産婦人科医師不足に陥ったA病院は救急患者の受け入れ数は平成15年と比較し平成16年、17年ともに40%減、非救急患者の受け入れ数は平成16年35%減、平成17年は50%に減少した。もうひとつの定員割れしているD病院では救急患者の搬送数受け入れ数は平成15年と比較し平成17年20%の減少となり、非救急患者数の受け入れ数は平成15年と比較し、平成16年60%、平成17年20%減少した。

- 3) 産婦人科医師不足地域の産婦人科医療を改善するために提案された内容

医療システムについて

- 開業医師同士の当直、外来、手術の応援で当面の医師不足が乗り切ることを考える。
- 厚労省の周産期医療のオープンシステムモデル事業に静岡県東部地域として参加し2次医療施設の集約化を促進する。

- 病院において正常分娩は助産師が取り扱ってもよいシステムに変更する。
- 妊婦さんにローリスク分娩は診療所でハイリスクは病院で分娩することを徹底させる。すでに行われている富士地域では医師不足でありながらなんとか乗り切っている。

医師の就労環境の改善について

- 産婦人科の診療の現状はハイリスクローリターンであるのでハイリスクハイリターンに変える必要あり。そのため勤務医師の待遇改善が必要。産婦人科地方部会、医会として各病院長、行政へ待遇改善の申し入れが必要である。
- 分娩費を値上げすることを病院長に要望する。
- 分娩取り扱いを辞めた開業医の中で診療所や病院の非常勤の当直なら応援したい医師が存在することが明らかになった。分娩を辞めた医師の登録を行い、非常勤勤務が可能か否かについて調査する。

女性医師問題

- 女性医師が増加している中で、女性医師が結婚、出産でも働きやすい環境作りを促進する。
- 産婦人科女性医師バンクシステムを作り、眠っているマンパワーを掘り起こす。

学生、研修医の産婦人科勧誘促進対策

- スーパーローテーターの研修医にもっと学会の門戸を開く。学会参加費を無料にするなど。

- 医師不足地域の行政に働きかけ、医学部の産婦人科志望者に対して助成金を出すシステムを構築する。

地域、行政へのアピール

- 県内の分娩取り扱い施設マップをつくり産科施設が少ないことを行政、地域の住民にアピールする。また分娩取り扱い施設マップを分娩施設の拠点化事業の資料とする。
- このような地域の産婦人科医療を考える勉強会を継続的に行う。

D. 考察

対象地域で発生する産婦人科医医師不足に陥ったA、B病院では地域の診療所からの救急、非救急患者搬送受け入れを制限していることが関係者から示された。実際年次推移をみても両病院では明らかに搬送受入数が減少していた。関係者の声として救急患者の搬送先が見つからずたらい回しされ長距離搬送されている例があることが指摘された。地域の診療所の医師および住民に多大な不安を与えている現実が明らかになった。実際、この地域の診療所の医師からは子宮外妊娠や、分娩時出血例などで搬送先が見つからず、長距離搬送され患者の状態が悪化した例が報告されている。一方、病院の産婦人科医師の意見として院内の患者の診療で忙殺され、外からの搬送にマンパワーが足りず対応できない症例が増加しているという意見も聞かれた。殊に土曜、日曜の休日ではその傾向が顕著であることが指摘された。また定員割れしていないC、D病院でも搬送受け入れが若干減少して

いることが示された。これはC、D病院に通う通常患者が増加しているためC、D病院の勤務医師が荷重労働になってきているためすべての搬送を受け入れられなくなっているとの声の関係者から指摘された。したがって東部地域ではA、B病院の医師不足が地域全体の病診連携体制に支障を来していることが明らかになった。また平成18年に入り、C病院でも産婦人科医師が減員され悪循環が加速され地域の産婦人科医療体制が一段と厳しい状態になっていると指摘された。

この状況は大変厳しく速やかな解決は困難であるが、できることは今から対策を講じないと危機的な状況に陥るとの見解は多くの関係者の一致した意見であった。そこで上記のような対策を早期に行うことが重要であると見解が一致した。特に、最近産婦人科学会や産婦人科医会から提案されている提言事項に加えて、以下の4つのことを行うことが提案された。①分娩取り扱いを辞めた開業医の中で診療所や病院の非常勤の当直なら応援したい医師が存在するので、分娩を辞めた医師の登録を行い、非常勤勤務が可能か否かについて調査し、可能な医師に応援を依頼する。これはすぐに実行可能であり取り組むこととした。②診診連携を強化する。開業医師同士の当直、外来、手術の応援で当面の医師不足が乗り切れることを考える。③富士地域で行われている妊婦さんにローリスク分娩は診療所でハイリスクは病院で分娩する啓蒙活動を東部全体に広げる。これにより病院医師の労働量が多少軽減されることが考えられる。④県内の分娩取り扱い施設マップをつくり産科施設が少ないことを行政、