

表5. 第6次看護職員需給見通し(助産師)

単位:人

	区分	H18	H19	H20	H21	H22
需要見通し	病院	18,900	19,300	19,500	19,700	19,900
	診療所	5,200	5,500	5,700	5,900	6,200
	助産所	1,800	1,800	1,700	1,700	1,700
	保健所・市町村	500	500	500	500	500
	教育機関	1,200	1,200	1,200	1,200	1,200
	事業所、学校、その他	100	100	100	100	100
	小計	27,700	28,300	28,800	29,200	29,600
供給見通し	年当初就業者数	25,400	26,000	26,700	27,400	28,100
	新卒就業者数	1,300	1,300	1,300	1,300	1,300
	再就業者数	1,700	1,800	1,800	1,900	1,800
	退職者数	-2,300	-2,400	-2,400	-2,500	-2,600
	小計	26,000	26,700	27,400	28,100	28,700
	需要と供給の差	1,700	1,600	1,400	1,100	1,000
	供給/需要	93.9%	94.3%	95.1%	96.2%	97.00%

注)四捨五入のため、各項目の数値の合計などは一致しない。

出典:平成18年度看護関係統計資料集p178

表6. 臨床に適した助産師の育成

- 分娩介助実習の充実:
周産期センター・診療所との共同指導
- 働く正看護師のための助産師養成コース
- 専門助産師制度の確立

表7. 私立助産師教育機関収支(年間)

学費収支	1,200～2,700万円 (15～30人、80～90万円/人)
公費補助	800～900万円
事業主負担(赤字)	800～2,000万円
総事業費	2,800～5,600万円

全国助産師教育協議会平成12年活動報告より

表8. 産科診療所で働く正看護師のための
定時制助産師育成カリキュラム

就業年限:	1年間または2年間
出願資格:	正看護師、産婦人科診療所または産院での臨床 経験が1年以上、在職のまま就学できる者
選考方法:	小論文と面接
講義+実習時間:	720時間 (分娩介助実習12～14週間、この間は休職とする)
授業時間:	午後3時間
授業料:	年間80～100万円

表9. 産科診療所で働く正看護師のための 定時制助産師育成コース

- 既成の民間看護師養成施設に併設するのが实际的である
- 15～20名定員で、教員3～4名が適当な規模と思われる
- 本制度の成功のためには、下記の項目が必要である

- 1) 診療所の医師が分娩介助実習に積極的に協力すること
- 2) 助産師会、学会、協議会が教員の確保に協力すること
- 3) 国からの十分な補助金、民間からの寄付

表10. わが国におけるバースセンター構想

- 目的と対象: 低リスク妊婦を中心とした、安全で快適な妊娠・出産・育児
- スタッフ: 複数産科医(連携小児科医)
10名以上の助産師
10名以上の看護師
- 診療内容の特徴: 助産師外来の重視
継続妊婦管理制
低リスク分娩の主体的管理
産後ケア(ABC)の充実

表 11 確約書モデル案

確約書案

周産期医療における安全性及び快適性の向上を図ることを目的として行う周産期医療施設の病診連携に関し、

を甲とし、

を乙として、甲、乙は以下の事項を確

認の上、これを遵守するものとする。

1 対象患者又は妊産婦

あらかじめリスクが予想されるなどの理由により乙が甲に分娩及び手術等の診療及び助産行為を依頼した患者又は妊産婦とする。
また、あらかじめリスクが予想されておらず、紹介する予定がなかった患者又は妊産婦についても、妊娠高血圧症候群、切迫流産、子宮内胎児発育遅延、羊水過多、前置胎盤、耐糖能異常等の疑い、または発症時には、乙は甲へ当該患者を紹介し、甲の管理へ移行する。

2 患者又は妊産婦情報

乙は患者又は妊産婦の承諾を得た上で、妊娠経過等の情報を甲に提供する。
また、退院時には、甲は患者又は妊産婦の承諾を得た上で、乙に対し退院時サマリー等により経過報告する。

3 甲による管理機関

対象患者又は妊産婦は、妊娠 20 週頃までに甲の診療を受け、分娩登録をする。その後、妊娠 30 週頃、36 週頃、40 週頃に甲の定期健診を受ける。対象患者又は妊産婦が分娩及び手術等のため甲に入院し退院するまでの間、甲による管理となる。
なお、産褥健診については患者又は産婦の意向により甲、乙、いずれで行う場合も可とする。

4 入院診療場所

対象患者又は妊産婦への診療及び助産行為に必要な分娩室、手術室、病室及び診察室等とする。

5 甲の診療時間帯

甲が定める開院時間とする。

6 診療予約

乙は、紹介患者又は妊産婦が甲で初めて診療を受ける際及び甲へ健診が移る第 1 回目診療に際し、原則としてあらかじめ電話又はファクシミリで甲に受診の日時を連絡する。

7 救急の取り扱い

乙から紹介された患者又は妊産婦は甲に通院中の患者又は妊産婦と同様、原則として甲が受け入れる。甲が満床状態などにより、受入れが困難な場合は、特例として甲、乙が協力して搬送先を選定し、他院への搬送を行う。

8 診療方針等

乙は、甲の病院で対象妊産婦の助産行為を行うに当たっては、甲の診療方針等の指示に従うとともに、甲の病院諸規程を遵守する。

9 設備及び物品等の利用

乙は、対象妊産婦の助産行為に係わる甲の所有する設備及び物品を利用出来る。

10 診療収入

乙から甲に診療行為を依頼した対象患者又は妊産婦に係わる診療収入は、すべて甲の病院収入とする。

11 甲における乙の助産行為に係わる報酬

乙が甲において対象妊産婦の助産行為に携わった場合は、甲の規定による手当を支給する。

12 対象妊産婦の助産行為に係わる医療事故発生時の責任

- (1) 甲において、乙が行った助産行為により医療事故が発生し、対象妊産婦との間に紛争が生じた時は、すべて乙の責任において解決を図るものとし、甲に責任を及ぼさないものとする。
- (2) 甲において、甲及び乙の助産師が共同で行った助産行為により医療事故が発生し、対象妊産婦との間に紛争が生じた時は、甲及び乙は、医療事故発生原因の関与の度合いにより甲乙それぞれの責任において解決を図るものとする。なお、医療事故発生原因の関与の度合いを明確にする場合に備え、診療録の記載に注意を払うこととする。

13 乙の責務

乙は対象妊産婦の医療事故の発生に対応するため、助産師賠償責任保険に加入するほか、紛争解決のための手段を講じておくものとする。

14 医事業務等の事務取扱

乙の助産行為に係わる対象妊産婦の受付窓口及び分娩費の徴収に関する事務は、甲の病院事務で行うものとする。

15 患者又は妊産婦の理解

甲、乙は妊娠、出産における安全性向上のため、本システムについて患者又は妊産婦が理解し、同意が得られるように患者又は妊産婦に対し十分に説明を行う。

16 登録助産所制度及び登録期間

乙は、甲に病診連携登録助産所として登録する。
乙の登録期間は、1 年間とする。但し、乙が期間の延長を希望した場合は、1 年間の範囲で期間の更新をすることができる。

17 疑義の解決方法

この確約書に定めない事項について疑義が生じた場合には、甲乙協議の上、解決するものとする。

18 その他

- (1) 乙は、助産所業務ガイドライン（平成 16 年日本助産師会発行）を遵守する。
- (2) 乙は、甲が指定する症例検討会、カンファレンス、院内講演会等に積極的に参加し、甲とともに周産期医療の向上に努める。
- (3) 乙は、専門職能団体等が主催する研修会に参加し、自己研鑽に努める。

この確認の証として、本書 2 通を作成し、甲乙それぞれ署名捺印のうえ、各 1 通保有するものとする。

平成 年 月 日

甲

乙

授業科目、単位数および学年配置案(1年間)

授業科目	時間数	単位数		前期	後期	指定規則				
		必修	選択			基礎助産学	助産診断・技術学	地域母子保健	助産管理	臨地実習・助産学実習
						6	6	1	1	8
助産学概論	15	1		○		◎				
生命倫理学	15	1		○		◎				
基礎助産学Ⅰ(妊娠)	30	2		○		◎				
基礎助産学Ⅱ(分娩)	30	2		○		◎				
基礎助産学Ⅲ(産褥)	15	1		○		◎				
基礎助産学Ⅳ(新生児・乳児)	15	1		○		◎				
助産診断・技術学Ⅰ	60	2		○			◎			
助産診断・技術学Ⅱ	60	2		○			◎			
助産診断・技術学Ⅲ	30	1			○		◎			
助産診断・技術学Ⅳ	30	1			○		◎			
地域母子保健学・健康教育含む	30	1		○	○			◎		
マネージメント論	30	1		○	○				◎	
助産学実習	360	8			○					◎
合計	720	24	0			8	6	1	1	8

地域母子保健学実習:母親学級などの実施を含む

授業科目、単位数および学年配置案(2年間)

授業科目	時間数	単位数		1年次		2年次		指定規則					
								基礎助産学	助産診断・技術学	地域母子保健	助産管理	臨地実習・助産学実習	
		必修	選択	前期	後期	前期	後期	6	6	1	1	8	
助産学概論	15	1		○				◎					
生命倫理学	15		1				○						
研究活用法	15		1			○							
助産における薬理学	15		1			○							
基礎助産学Ⅰ(妊娠)	30	2		○				◎					
基礎助産学Ⅱ(分娩)	30	2		○				◎					
基礎助産学Ⅲ(産褥)	15	1			○			◎					
基礎助産学Ⅳ(新生児・乳児)	15	1			○			◎					
助産診断・技術学Ⅰ	60	2		○					◎				
助産診断・技術学Ⅱ	60	2		○					◎				
助産診断・技術学Ⅲ	30	1			○				◎				
助産診断・技術学Ⅳ	30	1			○				◎				
地域母子保健学・健康教育含む	15	1				○				◎			
マネージメント論	15	1				○					◎		
リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(不妊含む)	30		2				○						
母乳育児支援法	30	1				○	○			◎			
アクティブバース支援法	15		1			○							
助産学実習Ⅰ	90	2			○								◎
助産学実習Ⅱ	315	7				○	○						◎
特別講義(会陰縫合、死産の家族へのケア、DV,遺伝他)			1					○					
合計	840	25	6						7	7	1	1	9

地域母子保健学実習:母親学級などの実施を含む

薬理学:妊婦への薬理作用や、母乳、分娩時に使用する薬剤などの作用を学ぶ

アクティブバース支援法:ヨガ、お灸、アロマ、ホメオパシー等

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

北海道における分娩拠点病院の確保

分担研究者	石川 睦男	旭川医科大学病院	病院長
研究協力者	千石 一雄	旭川医科大学医学部	教授
	田熊 直之	旭川医科大学病院	助教授
	堀川 道晴	旭川医科大学病院	講師

研究要旨：産婦人科医の絶対的不足から日本各地において地元でお産ができないという悲痛な声がわき上がってきている。この状況は広大な北海道では、さらに深刻で医療提供機能の低下から新生児死亡率や乳児死亡率の増加などの健康被害が現れ、さらに妊産婦の罹病率の増加につながり、妊産婦死亡の多発が危惧される。北海道の産婦人科医の根本的不足さらに小児科医の相対的不足の状況の中で、市民公開フォーラム「北海道のお産をまもる」を開催した。さらに、この北海道の周産期医療提供機能の崩壊を何とかくい止めるべく、北海道の3医育機関の産婦人科学教室、小児科学教室の責任者が合同で何回も討議を重ね、教室の垣根を越えて公的病院の集約化を進めてきた。しかし、その結果妊産婦が2時間を超える移動、転送を余儀なくされてしまう状況は国民の医療を平等に受ける権利を制限するもので、集約化もほぼ限界に達している。

A. 研究目的

昨年に引き続き北海道の3医育機関（北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学）の産婦人科学教室、小児科学教室のそれぞれの教授が北海道の周産期医療の体制確保のため合同で何回も討議を重ねてきた。北海道の周産期医療の現状分析から地域における取り扱い機関からみた分娩の推移、産

婦人科医並びに助産師の分布から北海道における周産期医療の最限低の確保のため集約化、重点化の方策を検討することを目的とした。

B. 研究方法

北海道保険福祉部のこども未来推進室が北海道の出産の状況を地域における出産の取り扱い施設の推移、産婦

人科医並びに助産師の分布から北海道における周産期医療の現況を分析した。日本産婦人科学会の構成員は12,000人弱で女性医師の割合が全体で23.5%、40歳未満では52%に達する。さらに、70歳以上の占める割合は21%も占め高齢化が進んでいる。また、日本産婦人科学会の調査で分娩を取り扱っている産婦人科医は全産婦人科医の半数の7,800人である。

北海道においては分娩を取り扱う産婦人科医は病院で257人、診療所で59人の316人しかおらずその大部分は札幌と旭川に集中している。北海道は広大な地域である。大医療圏として、道央、道北、道南、十勝、釧路根室、オホーツクの6つの3次医療圏が設定されている。

C. 研究結果

(1) 市民公開フォーラム

平成18年10月22日「北海道のお産をまもる」と題して厚生労働科学研究費補助金による市民公開フォーラムを開催した。講演者は3医育大学を代表して北海道大学産婦人科の桜木範明教授、北海道医療対策協議会の加藤紘之北海道医師会副会長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局の千村浩母子保健課長、日本助産師会東紀子北海道支部長と主任研究者の東北大学産婦

人科の岡村州博が講演し3医育大学の医局長が追加発言した。その中で、北海道の周産期医療の崩壊をいかにくい止めるかの観点で市民も交えて討議された。

(2) 北海道における産婦人科勤務医師の必要数

北海道大学産婦人科の桜木範明教授は、中核的機能を担う病院に必要な産婦人科勤務医師数はどのくらいかということ道を道内3大学で検討し、2次医療圏（北海道では21地域）の中核的病院で5-6人、3次医療圏（北海道では6圏域）に設置されている総合周産期母子医療センターには12人以上と想定している。この数字をもとに計算すると、北海道の中核的病院に必要な産婦人科勤務医数は2次医療圏の25センター病院に125名、3次医療圏の6センター病院に72名、3医育大学・附属病院に90名、がんセンターやその他の公的病院に55名であり、総計は342名となる。実際の産婦人科勤務医数は187名であり、これは必要数の55%にしかない。この数を地域に広く薄く配置してきた結果、北海道の1施設あたり常勤医師数は、平均2.9+1.7人と少なく、1名の施設が27%を占めている。常勤医1-2名体制の大学関連病院が関連病院全体で占める割合は北海道で34.0%、全国で40.6%であり、東北がワーストで

53.5%となっている。しかし集約化・重点化に際しては他の府県と比べて北海道の広域性が大きな問題としてのしかかってくることになる。

(3) 今後の集約化・重点化の方向性

北海道医療対策協議会の分科会の中で、平成18年度末を目途に、国が示した「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化」の必要性を検討し、20年度までに具体的な対策を立てることになっている。分科会には3医育大学、市町村、公立病院および公的病院、北海道が構成員として入っている。このように産婦人科医療の問題は、まず産婦人科医師不足であり、これはすでに大学が対処できるレベルを超えていることは全国的にも明らかである。短期的には北海道医療対策協議会で集約化・重点化が検討されることになる。集約化・重点化は前記ワーキンググループ報告にもあるように緊急避難的な措置と考えられ、地域切り捨てはあるべき姿ではない。これらの根本的解決には産婦人科医師数を2-3倍に増やす以外に方策は無く、そのために必要な政策がとられることを切望する。この北海道の周産期医療提供機能の崩壊を何とかくい止めるべく、北海道の3医育機関の産婦人科学教室、小児科学教室の責任者が合同で何回も討議を重ね、教室の垣根を越えて公的病院の集約化を進めてそ

の結果、道東の釧路・根室圏では釧路の総合周産期母子医療センターに大学の垣根を越えて集約し産婦人科を6人体制とした。また、上川・宗谷・留萌圏の旭川の総合周産期母子医療センターも同様に産婦人科を6名とした。この措置はいずれも小児科医の不足の集約化からの発端であった。しかし、その結果妊産婦が2時間を超える移動、転送を余儀なくされてしまう状況は国民の医療を平等に受ける権利を制限するもので、集約化もほぼ限界に達している。

D. 考察

以前にまとめられた北海道周産期医療整備システム案で総合周産期母子医療センターを原則として3次医療圏に1カ所、2次医療圏の地域周産期母子医療センター候補施設は24カ所とされた。しかし実際には多くの地域周産期母子医療センター候補施設の産婦人科医師数は1-2名という状況であった。実質的に地域周産期母子医療センターとしての機能を果たすためには、近距離に存在する1-2名体制の病院の医師を集約化して妊婦検診を含めたプライマリな医療を行う連携病院と高度な医療を行う中核病院によるネットワーク体制を作る必要があった。

地域医療提供のあり方の検討とその

実行のための体制づくりには行政と
医育機関との緊密な連携が必要であ
る。産婦人科医療については既に北海
道総合医療協議会の中に母子保健専
門委員会が設けられており、関係各機
関による検討会が行なわれていた。北
海道においては、2003年から3大学
産婦人科教授の「産婦人科地域医療懇
談会」を設けて意見交換をしていたが、
2005年6月には道を交えた周産期医
療体制の在り方に関する3医育大学
産婦人科協議会」が発足し、より実効
性のある産婦人科医療提供計画の策
定のための検討を進めてきて、前述の
結論となった。

E. 結論

北海道の産婦人科医の根本的不足さ
らに小児科医の相対的不足の状況の
中で、市民公開フォーラム「北海道の
お産をまもる」を開催した。さらに、
この北海道の周産期医療提供機能の
崩壊を何とかくい止めるべく、北海道
の3医育機関の産婦人科学教室、小児
科学教室の責任者が合同で何回も討
議を重ね、教室の垣根を越えて公的病
院の集約化を進めてきた。しかし、そ
の結果妊産婦が2時間を超える移動、
転送を余儀なくされてしまう状況は
国民の医療を平等に受ける権利を制
限するもので、集約化もほぼ限界に達
している。

F. 健康危機情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

石川睦男：北海道における周産期医
療の集約化の現状と問題点：臨産婦・
61巻3号
2007年3月

2. 学会発表

厚生労働科学研究費補助金市民
公開フォーラム

平成18年10月22日 北海
道のお産をまもる（札幌市医師会館
5階大ホール）

厚生労働科学研究費補助金公開
市民フォーラム

平成18年12月3日 皆で考
えよう、産婦人科医療：どうするわが
国のお産（東京大学 本郷キャンパ
ス大講堂（安田講堂））

H. 知的財産権の出願・登録状況（予 定含）なし

分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による 産科医師の集中化モデル事業

平成18年度分担研究報告書

分担研究者

九州大学病院 周産母子センター 助手 福嶋恒太郎

研究協力者

久留米大学医学部産科婦人科学 教授 嘉村 敏治

久留米大学医学部産科婦人科学 講師 大田俊一郎

久留米大学医学部看護学科 助教授 中嶋カツエ

九州大学 名誉教授 中野 仁雄

九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学 教授 和氣 徳夫

九州大学医学部保健学科 教授 平田 伸子

九州大学病院産科婦人科 助手 上岡 陽亮

研究要旨：

地域に於ける急速な分娩取扱施設減少と、健やか親子 21 で唱われる「出産における快適さの確保」の両立の可否を検討することを目的として、「患者様の視点から医師不足を考える」をテーマに、1)九州大学病院産科婦人科に関連する医師配置集約化の現況把握、2)快適な出産に関する意識調査、3)市民フォーラム開催、を行った。

その結果、九州大学病院産科婦人科に関連する斡旋医師数、被斡旋施設数は減少していたが、規模の大きな施設の割合は上昇していた。受療者は「快適さ」として、アメニティや利便性を求めていること、また納得のいく通院所要時間は30分以内であること、医師や医療施設は、(コスト負担無く)確保されて当然であると考えていること、出産プランの変更を強いられると不満を感じやすいこと、がわかった。同時に受療者には、「不満は感じるものの、紹介やすすめには従う」という特性があるが、その決定における自己責任や医療インフラ維持に伴う自己負担という意識は低いことが示唆された。

制度疲労による医療の需要と供給のミスマッチが生じていると考えられ、集約化、機能分担と並行して供給体制の整備、受療者への啓蒙を続けていくことは不可欠と考えられるがそれだけでは十分ではなく、時代に則した抜本的な制度改革が急務である。

A. 研究目的

実働産婦人科（産科）医の急速な減少により、地域において分娩を取り扱わない施設が増加している。これは、行政、医療機関、中でも医育機関を中心に、いわゆる産科施設の集約が唱われ実行されているためと考えられる。一方で、健やか親子 21 で唱われている「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」について、進行する集約化の中での「快適さの確保」については議論がない。供給体制を中心に進められてきた産科の保健・医療サービスに対して議論を補完するために需要特性を測度・評価する必要がある。

そこで、今年度は、「患者様の視点から医師不足を考える」をテーマに、「出産における快適さの確保」の両立の可否を探索することを目的として、以下3つの検討をおこなった。

- 1) 九州大学病院産科婦人科からの医師紹介にみる医師配置集約化の現況把握
- 2) 産科医療受療者への快適な出産に関する意識調査、
- 3) 1)、2)に関連するシンポジウム開催

B. 研究方法

1) 九州大学病院産科婦人科が関連を有する医師の斡旋実績を過去5年間検討した。

2) 九州大学病院ならびに久留米大学病院において、外来受診妊産褥婦を対象に無記名アンケートをおこない、その出産についての意識を検討した(図

1、資料1)。

3) 平成19年1月14日、北九州市小倉北区において、市民参加フォーラム「安心して出産のできるまちづくり」を開催し討論、無記名アンケートを行った(資料2)。

(倫理面への配慮)

調査は無記名で行い、個人が特定できないようにした。

C. 研究結果

1) 医師配置集約化の現況

表1に示す通り、九州大学病院産科婦人科から医師の紹介を行った施設は、年々減少していた。しかしながら、このうち医師が5人以上常勤する施設の割合は32.3%(31施設中10施設)から、64.3%(14施設中9施設)と倍増していた。九州大学病院以外の施設に紹介を受ける医師の数は69名から48名へと減少していた。

2) 快適な出産に関する意識調査(資料1)

調査は平成18年10月1日から施行し、今回の検討は平成18年11月30日までに回収した168件について行った。回答者の背景は、図2に示すとおり、年齢は31.2(±5.2才)で、初妊婦が89人(54%)であった。出産予定施設までの所要時間とその印象については、所要時間30分以下では近いと感じるとの回答が82%であったのに対し、30分以上では、遠いと感じるものが92%であった(図3)。

大学病院での出産を選んだ理由は

紹介が28%と最も多く、他には急変時の即応性27%、有合併症、すでに通院している等が14%、便利・経済的が12%と続いた(図4)。当初、大学病院で出産する予定ではなかった方が53%と過半数であった。施設を選択するとき、病気の時と同じ基準で考えると回答した方は71%であった。

施設への満足度については、39%の方が、不満であったと回答した(図5)。不満の内訳は、待ち時間が長いこと、が43件ともっとも多く、利便性が悪いこと、アメニティが充実していないことが続いた。満足度について、出産した施設がもともと出産を予定していた施設と同じ群、異なる群の間で検討したところ、不満と回答したものは、もともとの出産予定と異なる群で有意に高かった($P<0.05$) (図6)。しかしながら、紹介や搬送を提示された場合には、自らの意志と責任でその諾否を選択すると回答したものは3%しかなく、96%はリスクや医師の勧めを優先すると回答していた(図7)。妊娠のリスクについては、妊産婦死亡率、周産期死亡率について、「思っていたよりも多い」との回答がそれぞれ63%、52%であった(図8)。

分娩取扱施設の減少については、近くなるになると困る89%、健診と分娩担当医は同じで76%と集約化やオープンシステムに対して懐疑的な回答が多かった(図9)。また、従前の医療システムが行政の責任で提供されるべきであるとの意見が64%であった。

費用については、支払(予定)金額は、 34 ± 10 万円であった。また、施設の特徴でどの程度の料金負担が妥当かという問いに対しては、アメニティが充実した施設には、3万円高という回答であったのに対し、急変時の即応体制は2万円高、信頼できる医師は1万円高であった。また日本人産婦人科専門医師が不在であれば、2-5万円安でよいという回答であった(図10)。

3) 市民参加フォーラム開催(資料2)

平成19年1月14日、北九州市小倉北区において市民参加フォーラム「安心してお産ができるまちづくり」を開催した。参加者数は101名であった。終了後のアンケート(資料3)結果を図11から14に示す。講演内容は資料2に示す通りで、報道関係者から第3者として取材した医師・患者双方の意見についての紹介、行政担当者から同市における産婦人科施設の機能分担について、周産期センター医師の現況報告、助産教育者からの今後の助産師の役割について、法律家からの無過失補償制度を中心とした医療紛争解決の新しい流れについて、の5席であった。アンケート回収率は56%で、回答者の性別は男性51%、女性49%であった。図11に示す通り、フォーラム前後で、参加者の「安心してお産ができるまちづくり」への関心は高まっていた。

産科医師減少の中での今後の医療のあり方については、「安全性を重視すべき」と回答した方が53%であった

が、「快適性や利便性を重視すべき」とした方は0%であった。しかし、「あくまでも安全性と快適・利便性を両立させていくべき」と回答した方が47%にのぼった(図12)。施設間の機能分担や受診の制限については、「高次病院は公的な財産だから、近いとか、安いとか、医学的ではない理由で受診するのはおかしい」との回答が62.3%であった(図13)。当面の施策については、健診・分娩施設の公的な割り振りや、助産師による分娩取扱完結、医療への市場原理導入や、医療契約制の導入については、いずれも反対が賛成を上回った。しかし、外国人産婦人科医の導入、他科医師の徴用による医師確保については賛成が反対を上回っていた(図14)

D. 考察

九州大学病院産科婦人科が斡旋に関わる医師数の減少とともに被斡旋施設数も減少していたが、その中で、規模の大きな施設の割合は上昇していた。これは、いわゆる集約化が進んでいること示すと考えられる。この際、地政学的要件や医療水準のヒエラルキー、さらには医療経営といった周知の条件に加えて、よりよい研修を求める医師の動向が潜在し、強い動機になっていることも忘れてはならない。産婦人科を志望する医師がさらに減少すれば、次は大規模な施設の中での「集約化」を行う必要が生じると危惧されるが、よりよい研修ができることはそれ自体が研修医に対するインセ

ンティブとなりうる。したがって、教育研修機能の確保は「被集約化」施設の要件のひとつであり産婦人科医師減少への対処策として不可欠のものである。

フォーラム開催を行った北九州市は、今年度分娩取扱施設が激減し、行政・医療機関、産婦人科医会の協調による機能分担ネットワーク作りが行われた地域である。これまでも同様の危機はあったがこのような体制作りは行われていなかった。ある意味では、ついに今回閾値に達したために集約化や機能分担が可能となったともいえる。集約化の効果については、今後、これらの施設数における業務の質的量的な変化、医師の待遇、勤務時間の変化等について、そしてこれが産婦人科志望医師を増加させることにつながったのか否か、また周産期医療の安全性を維持あるいは向上させることができたのかどうか、長期的に検討する必要があると考えられる。

妊娠出産にはリスクがあるが前もって予測することは困難であり、また、大多数にはなにもおこらないのも事実であることから、事前にインフォームド・コンセントをとることは一般的ではない。従って、そのリスクについてはあまり知られていないが、結果への「期待」は高い。今回の意識調査により、「快適さ」として、アメニティや利便性も求められ、また納得のいく通院に要する時間は30分までであること、医師や医療施設は、(コスト負担無く)確保されて当然であると考え

られていること、期待（プランも含めて）が裏切られると、結果になにも無くても不満を感じやすいことがわかった。さらに受療者には、「不満は感じるものの、紹介やすすめには従う」という特性があるが、その決定における自己責任や医療インフラ維持に伴う自己負担という意識は低いことが示唆された。これは、フォーラム事後アンケートにおいても安全性を求める意識は強いが、快適性や利便性も同時に求められていたことから裏付けられる。しかしながら、受療者と医療者の契約、権利と責任、コスト負担というような概念は、少なくとも現状では浸透していないものと考えられる。

E. 結論

産科医師の減少に伴う基幹施設への医師集約化が進んでいるが、これは医師減少下でなんとかして周産期医療の安全性を担保する緊急避難的な意味合いが強い。当面、他の選択肢はなく、集約化、機能分担で対応せざるをえないのが実状であるが、既存の医療制度の枠組みの中で可能な対策はほぼ出尽くした感が否めない。一方で、

受療者のニーズはこれに満足するものではなく、かといって、医療のコスト負担に対するグローバルな概念を受容する土壌の醸成もすすんではないのが現状である。

制度疲労による医療の需要と供給のミスマッチが生じているのが実態と考えられ、集約化、機能分担と並行して供給体制の整備、受療者への啓蒙を続けていくことは不可欠と考えられるが、時代にあった抜本的な制度改革が必要であると思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1, 誌上発表

なし

2, 学会発表等

平成19年1月14日 市民参加フォーラム「安心してお産ができるまちづくり」

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

なし

資料1 快適な出産に関する意識調査

資料2 「安心してお産ができるまちづくり」

資料3 同 参加者アンケート

九州大学病院産科婦人科が関連を有する医師の転院実績

年度	施設数	常勤医5名以上の施設数	時産医師数
2002	31	10	69
2003	25	10	74
2004	18	10	71
2005	16	9	59
2006	14	9	48
2007 (見込)	12	9	40

快適な出産に関する意識調査

無記名アンケート(選択式)

対象: 久留米病院、九州大学病院
 外来受診全妊産婦を対象
 (配布時期は適宜、お一人の方に1回)
 回収率: 調査せず

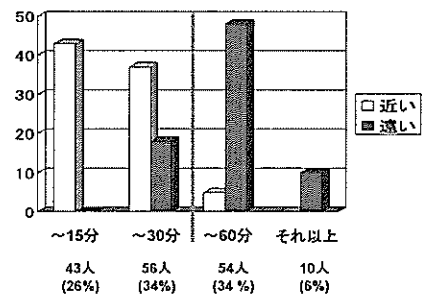
調査期間 平成18年10月1日より開始
 現在も施行中

今回の集計は、
 平成18年11月30日までに回収した168件を対象

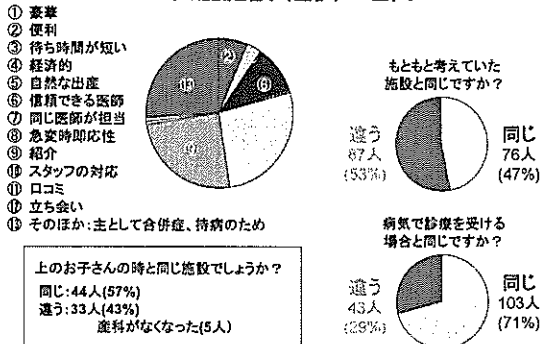
ご回答いただいた方のプロフィール

- 年齢 31.2±5.2才 (16-45才)
- 何回目の妊娠か 1.7±0.8回 (1-5回) 初妊婦: 89人(54%)
- 既婚者 95.1%
- 回答時期
 妊娠中 25.6±8.3週 (8週から40週まで) 123人
 出産後(一ヶ月健診時) 44人
 様式: 経産23名、帝切13名
 参考: 九大病院の帝切率35%前後と合致
- 妊娠中の就業状況
 専業主婦: 76人 (51%)、フルタイム: 49人 (33%)、パート: 24人(16%)
- 妊娠中のサポート(5点満点)
 ご主人への期待 3.8±1.1点
 ご両親への期待 4.1±1.0点
- ご出産(予定)施設: 162人(96.4%)が大学病院

出産(予定)施設までの所要時間とその印象



ご出産施設・選択の理由



ご出産施設・何がご不満か

