

Ⅲ 公開討論会会議録

医療機能分化シンポジウム
みんなで作る地域の医療
～安心してお産ができる仕組みづくりを考える～

平成 18 年 9 月 17 日（日）

医療機能分化シンポジウム

みんなで作る地域の医療
～安心してお産ができる仕組みづくりを考える～プログラム

日時：平成18年9月17日（日）

午後1時30分～午後4時30分

場所：アスト津 アストホール

主催：三重県、三重県産婦人科医会、日本産科婦人科学会三重地方部会

共催：平成18年度厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究

「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」

後援：三重大学、三重県医師会、三重県病院協会、三重県看護協会

13:30～

開会

あいさつ

三重県健康福祉部長 向井 正治

13:40～14:25

基調講演 「県内の産科医療の現状と今後の展望」

演者 三重大学医学部産婦人科教授 佐川 典正 氏

14:25～14:40

休憩

14:40～16:20

パネルディスカッション

テーマ 「地域医療の充実と安心してお産ができるための体制づくりをめざして」

パネリスト 大脇 三千代 氏（中京テレビ報道部記者）

（五十音順）杉山 隆 氏（三重大学医学部附属病院周産母子センター助教授）

二井 栄 氏（三重県産婦人科医会会長 白子クリニック院長）

濱地 祐子 氏（三重県看護協会助産師職能委員長 くつろか助産院院長）

坂 京子 氏（市立四日市病院小児科部長）

平山 美喜子 氏（尾鷲市民）

前川 有香 氏（三重中央医療センター産科医師）

コーディネーター 西口 裕（三重県健康福祉部医療政策監）

16:30

閉会

(司会)

本日は、3連休の中日にもかかわらずご参加いただき、誠にありがとうございます。

ただ今から、医療機能分化シンポジウム「みんなで作る地域の医療～安心してお産ができる仕組みづくりを考える～」を開催いたします。

開催にあたりまして、三重県健康福祉部長 向井正治からご挨拶申し上げます。

(三重県健康福祉部長 向井正治)

皆さん、こんにちは。三重県の健康福祉部長の向井でございます。日頃は県政、とりわけ健康福祉行政にさまざまなご支援、ご協力を賜り、この席を借りまして御礼申し上げます。

本日のシンポジウムでございますが、医療機能分化シンポジウムということで、「みんなで作る地域の医療」。医療と申しますのは、県民の安全・安心を支える一番の基礎でございます。どんなにお金があったり、またいろいろな財産をお持ちでも、健康でなかったり病気になっていたりしたら、それはまったく意味のないことになってしまうと思います。そういう重要な県民の安全・安心を支える医療でございますが、今、さまざまなところで、その地域医療を支える仕組みについて大きな課題が生じてきております。

例えば、一昨年の紀南病院での内科医師の不足、また、尾鷲病院での産科医師が不在になったという問題、それから伊賀地域での小児科医師の問題、また最近では、伊勢・志摩地域での産婦人科の集約の問題、さまざまな課題が起こってきております。こういった事柄につきましては、さまざまなことが原因として言われております。ただ、今、世の中の大きな転換期で、一つの事柄ではなくてさまざまな複合的なことから生じてきているなというふうに思っております。

例えば一つには、3年前に始まりました医師の臨床研修制度。今まで、医師免許を取得された方と申しますのは、大学の医局に入られ、例えば、このあと講演していただきます佐川先生の教室に入られ、そしてその後、さまざまな県内の病院へ勤務しに行く。そういったパターンでございましたのが、まず最初の2年間は、臨床研修病院という県内のさまざまな病院、中規模以上の病院でございますが、そういったところで研修をする。そこで基本的な医療について学ぶ。そして、基本的な生活をしていく上での報酬を得る。

こういう制度になって、3年目になって初めて、例えば後期研修という形での研修に入っていくということでございます。そういったことから、この研修制度が始まったときには、3年目には前と一緒のような制度に戻るのだろうというふうに楽観視する向きもござ

いました。

ところが、このあと佐川先生からも県内の状況についてご報告があると思いますが、例えば日本の産婦人科学会の中では、毎年、それまでのところで400人以上の入会者があったのが、この3年目になっても半分近くに減っている。そういった状況から、産婦人科医師が非常に不足してきたということも言われております。

また一方では、県民の権利意識の高揚といったものもございませう。これはどういうことかと申しますと、例えば、今までですと医療を受診するということに対して非常に感謝の意がございました。しかしながら一方では、大きな科学の進歩、そして医療技術の進歩によりまして、人々が非常に大きな期待を抱く。病気になっても必ず治るんだという、ある意味での過大な期待というものを抱くようになってきた。そしてまた、医療に関しては、これが契約だという意識が非常に強くなってきました。

今までは、医療については、享受するのだという意識がございました。これについて、いいとか悪いとかいう問題ではございませんが、そういった医療技術の進歩を見ている中で、医療というものの技術自身が不確実で、完全ではない。また、どうしても限界がある。そういったことへの理解が不十分になってきた。そういったことから、さまざまな訴訟であるとか、問題も出てきております。

また、国の医療制度自身の仕組みを変えていくという動きにつきまして、どうしても、その仕組みを変えていくことが実際の現場に追いつかない。例えば、最近新聞報道もされておりますが、助産師が不足することによって看護師が内診をするという問題が取り上げられております。これについては、実際の医療現場から見れば、不足しているという事実はあるわけでございます。それについても制度的なところはついてきていない。さまざまそういった問題が指摘されているところであります。

全体的なところでも、日本の国では、社会保障制度、大きな枠組みが、医療のみならず、介護保険なり福祉、障害者対策、そういった事柄におきましても大きく構造が変わってきているところであります。その中で今日のシンポジウム、実際にみんなで作る地域の医療といった事柄について、その課題についてお話し合いをいただき、その中から得るものが大きければ非常にいいなと考えているところであります。

本日は、台風が来ている中で皆さま方参加していただきまして、本当にありがとうございます。最後になりましたが、今日ご参会の皆さま方のご健勝を祈念するとともに、このシンポジウムを通じて皆さま方の医療に対する理解、とりわけ産婦人科医療の現状につい

てのご理解が深まればと考えておりますので、よろしく申し上げます。今日はどうもありがとうございました。(拍手)

(司会)

本日は、皆さまに受付時にお渡しいたしましたプログラムに沿って進行を進めていきたいと考えております。終了につきましては、午後4時30分をめぐりに進行させていただきますので、ご協力よろしく申し上げます。

ではただいまから基調講演に移らせていただきます。ご講演いただきます佐川典正さんのご紹介を簡単にさせていただきたいと思っております。佐川さんは、京都大学医学部卒業後、1983年、京都大学医学部講師、1995年、同大学医学部助教授を経て、2005年から三重大学医学部産婦人科教授に就任しておられます。また現在、三重県医療審議会に産婦人科医療検討分科会という分科会を設置しておりますが、そちらの委員としても、産科医療の将来についていろいろ貴重なご意見をいただいております。

佐川さんからは、「県内の産科医療の現状と今後の展望」をテーマにご講演をいただきます。それではよろしく申し上げます。

(三重大学産婦人科 教授 佐川典正氏 (以下「佐川」))

ただいまご紹介いただきました三重大学産婦人科の佐川です。本日は、ここにありますように、医療機能分化シンポジウム「みんなでつくる地域の医療～安心してお産ができる仕組みづくりを考える～」ということですが、先ほど向井部長が紹介されましたように、産婦人科の医師が足りないということが全国的に問題になって、三重県でも全国と同じような問題があるということで、昨年来、いくつかの地域でいろいろな問題が現実の問題として起こっております。

今日私がこのシンポジウムの最初に基調講演としてお話をさせていただくわけですが、このタイトルにありますように、現在の三重県の産婦人科医療の現状、特に産婦人科の医師とか助産師の問題がどのようになっているか、まず共通の認識を持っていただいて、皆さんでお話をさせていただく。討論の材料を提供するというような形でお話をしたいと思います。

このような四つのパートに分けてお話ししたいと思います。まず、三重県のことを考える前に、日本全体としてはどのようになっているかということを考えてみたいと思います。

よく言われることですが、厚生労働省は、医師の数というのは十分足りている、助産師も足りているというようなお話をします。ここにあるのは医師の数ですが、平成 16 年で 26 万人ぐらいいる。平成 30 年には 30 万人になって、十分足りるだろうというのが、厚生労働省の見通しなわけです。

この点々は人口 10 万人当たりの医師数ということで、これも先進国の中でも、アメリカほどではありませんが、ある程度、イギリスなどよりは多いということで、そんなに医師自体が足りないわけではないと言われていています。しかし、これはトータルの数であって、年齢構成とか女性の医師の割合とか、医師登録をしても実際に働いていない人がどのぐらいいるかということは、考慮していない数であるわけです。

これは医育機関に働く人の数ですが、20 年ちょっと前と比べてそんなに増えていないわけです。このあたり、新設医大ができた頃だと思いますが、少し増えましたけれども、そんなに増えていない。医師の数が増えた分はどこに行っているかというと、医育機関を除く病院です。病院の数も増えて医者も増えているはずなのですが、実際には、産婦人科の病院に医者がいなくて、お産ができない病院が全国にいっぱいできている。この数字とは全然比例していないというのが問題です。

ですから、医者は増えていても、科ごとの偏在というのがある。それはいろいろな理由があるわけですが、診療所も少しずつ増えていっているということですね。ですから、医者としてはある程度増えているというのは事実です。

そういった中で、これは参考までに、病院に勤めている医師がどのような年齢構成になっているかというのですが、結局、このへんで新設医大ができて、どんどん医師ができてきたということで、医師の数は増えていますが、平均年齢というのが、40 歳ぐらいだったのが 42 歳になって増えて、高齢化しているというのがわかると思います。

それに比べて、開業している診療所の医師の平均年齢というのは、勤務医に比べて 20 歳ぐらい高く、58 歳とか 59 歳ぐらいですが、このグラフで言うと、最近はやou年化している。要するに、この下のほうが若い年代で、20 代、30 代、40 代、50 代、60 代となっていますが、若くして開業する人が最近は増えているということで、これは産婦人科で言うと、病院に勤務していても条件が良くないから、若いうちに開業のほう、診療所に移行する。そういう傾向があるというふうにも理解できるわけです。

これは都道府県別に見た、医療施設に従事する医師数。三重県だけ見ていただきたいのですが、平均よりも少し医者の数が少ないということで、東京などは多い。こういう地域

差があるということだと思います。

この下の赤いのが女性の医師数ですが、東京は女性の割合も多い。三重県は5分の1ぐらいで、だいたい平均であるということだと思います。ですから、三重県は全国のだいたい平均的なところを行っているというふうに理解していただければいいです。

これは診療科別に各科の平均年齢を比較していますが、ここで言いたいのは、産婦人科です。産科のほうが若い人でないと勤められない。婦人科のほうは高齢でも勤められる。現在問題になっているのが、お産ができるかできないかというお話ですので、やはり産科をするには若い体力のある人がいないとできないということで、若い産婦人科医が増えるように何とか努力しなければならないということがわかると思います。

このグラフは小児科と産婦人科の年齢構成と勤務場所を比較していますが、こちらが小児科です。これがトータル的人数で、このへんで60歳ぐらいですが、このあたりの人たちが、新設医大ができた頃ですね。ですから、新設医大ができて医者の数がワッと増えた。ここらへんも増えた。年がたってだんだんやめてしまう人もいるので、こういう傾向にはなりますが、この傾向よりもここで増えているのは、政策的に医学部各県1校ということにつくって増えた結果、医師数は増えた。毎年、産婦人科としては、300人ぐらいの人たちが入って産婦人科を専攻しているということで、でこぼこはありますが、多くなったり少なくなったりしながらもだいたい同じぐらいで来ていました。

ところが、これは平成16年の統計なのでここには出ていませんが、今年平成18年に新たに産婦人科を専攻した人というのはこんなにたくさんいないということが、いま問題になっているわけです。後でも出てきますが、だいたい200~250人ぐらいで、実際これまで産婦人科として専攻をスタートしていたのが350~400人ぐらい毎年あったのですけれども、それよりも50~100人少ないと言われていています。

これは医育機関に勤めている人と病院勤務者と開業の人の比率ですが、全体として、年齢が行くとだんだん医育機関の人は少なくなる。病院は、だいたい60、定年ぐらいまで同じぐらいの数で行っています。

要するに全国の医師の動向としては、医師全体としては増えているのだけれども、産婦人科はそんなに増えていないということだと思います。

では全国での産婦人科というのはどのようになっているかということで、日本産婦人科学会で、学会のあり方検討委員会というところの吉川先生が中心になって、全国の大学を通して大学および大学の関連病院の産婦人科の実態を調べたデータベースでお話しします

と、分娩取り扱いの病院数は2003～2005年の2年間で100カ所ぐらい減っている。この中でも、関東とほかのところでは少し割合が違う、パーセントにすると関東は少し減り方が少ないということですが、どの地域でも減っていったということなのです。

その中でも、産婦人科の常勤医師がどのぐらい動いているかということですが、これは調査したのが2005年、1年ぐらい前ですが、地区ごとに大学と関連病院の医師数というのを合計していくと、大学全体で1800人ぐらいで、大学の関連病院では2900人、合計で4739人ということで、これは2年前と比べて8%減少しているということです。ですから、そのまま毎年4%ぐらいずつ減っていったらどうなるかということが、非常に問題になってきたわけです。

ここでもわかると思いますが、唯一関東だけが6%ぐらいです。東海も少し頑張って5%ぐらいは行っていますが、全体で行くと地方のほうが減り方が多いということだと思います。

そういう減る要因として、医師の過重労働ということがよく言われますが、その典型的なのが1人医長というものです。1人医長というのは、1人で産科をやるということで、365日その人がお産を全部みないといけない。何かあっても呼ばれるし、正月も待機しないといけないということです。そういう1人医長が、病院数として全部で900ほどの中に13カ所あるわけです。14.8%もある。

しかも、その中の8カ所は女性の1人医長であったという、予想もしないような数字が出てきたわけです。2人が200ぐらい。2人と1人を合わせると、40%近くなるわけです。比較的余裕がある5人以上のところというのは20%ほどしかないということで、こういう状況で今まで産婦人科がやってきているという数字だと思います。

1人医長の頻度。これは地域別に見たわけですが、これでも北海道とか東北は多いし、北陸も多いというふうに、多いところと少ないところがあると思います。

それともう一つ、産婦人科の医師のマンパワー不足の一つに、女性医師の問題。後でパネルディスカッションでも出てきます。女性医師が、もともと医学部に入学する方も増えましたが、特に産婦人科とか小児科は女性に親しみがあるというか、女性を扱う科でもあるということで、産婦人科は女性の医師が最近多くなって、産婦人科を専攻する医者の半分以上、若い人の半分以上が女性になるという大学も、たくさん増えてきています。

女性医師の割合で言うと、全国で26%。4人に1人は女性医師に、すでになっているわけです。こういう女性医師がちゃんと生涯にわたって働けるような体制が十分整っていない

いということで、出産・育児を契機にして病院に勤めなくなっていくというのが大きな問題です。そういうことに対してどのようにするかということも、地域として考えていく必要があると思います。

まとめてみますと、大学病院とその関連病院から産婦人科の常勤医師数が減ってきた要因というのは、初期研修制度というのが平成 16 年から始まりまして、2 年間新研修医というのが産婦人科に入らない。2 年間いろいろな科を回ってから行きます。

この研修制度でよくわからない部分というのは、最初の 1 年間は、多くの場合は内科と外科を回るわけです。内科を回って外科を回って、そういう形で general physician、一般臨床ができる医者をつくるというのが、一つのうたい文句であって、そういう科はおそらく増えていっていると思います。

その代わりに、2 年目以降に回る、あるいは 2 年間でまったく回らない診療科というのが、出てきている。そういう科、例えば眼科とか皮膚科とかは、2 年間、研修医と接触する機会が非常に少ない、限られている。そうすると、その 2 年の間に内科とか外科に最初に興味を持ったり、引っ張られていってしまう。その次、2 年目に産婦人科に回ってきても、そのときにはすでにほかの科に勧誘されているということもあります。

それともう一つ、実際、非常に忙しい市中病院を回った場合に、産婦人科の生活を見て、こんな忙しいのは選べない。そういうようなこともあって、産婦人科あるいは小児科に入る人が減ってくるという可能性がある。

ですから、初期研修医制度によって 2 年間研修医が入らなかったということももちろん大きいのですが、それ以外に、これまでと違って、産婦人科をはじめそのほかの診療科が、医学部の学生に対して専攻するように説明したりする機会が減ったということも、産婦人科が減っている一つの大きな要因になっていると思います。

それから、勤務の条件が合わないということで非常勤になってパートになってしまうということですね。それから、有床診療所のほうが条件がいい場合がある。勤務条件が過酷でない場合がある。あるいは、給料の面がいいということで移動する。

最も困るのは、ほかの科に移ってしまう。麻酔科に移るとか、皮膚科に替わるとか、楽な勤務ができるところに替わるということも、よく遭遇する問題です。全国の状況としてはそういうことです。

では次に、実際に産婦人科の診療はどのようになっているか。大学ではなく、大学以外の病院も含めてどうなっているか。これは統計ですが、産婦人科学会の統計と、それだけ

では年度が足りませんでしたので、産科の現状は乳業メーカーが正確につかんでいますので乳業メーカーの資料と、両方併せて見たのですが、こちらが病院の総数です。2003年4月から2005年3月までと、2005年4月から2006年3月まで、この二つの期間で数字が出ていますが、最初の2年間で10%ぐらい、135カ所の病院が、全国で産科を閉鎖している。

新臨床研修制度が2年たって平成18年（2006年）4月には、その研修医の人たちが産科に入ってきたわけです。そういうので改善するかと思ったのですが、この1年間で70カ所が減っている。だいたい同じペースで減っていつている。毎年70カ所ぐらいどんどん減っていつているという形になります。ですから、研修医が少し入るようになっても、全体として減る傾向というのはまだ改善されていない。それ以外の要素もあるということです。

三重県というのはここに出っていますが、この3年間で6カ所、産科が閉鎖されるという形になっています。

全国と比較してみたらどうかということですが、全国の平均が15%ぐらい減っていますが、東京は7%ぐらい、神奈川、静岡あたりも8%ぐらい。この二つの地域というのが減り方が少ない。こういう違いがある。なぜそう違うかということはいろいろな理由があるでしょうけれども、違いがあるわけです。

それから、岐阜・三重・愛知の東海3県とそれ以外の地区とを比較すると、先ほど少なかったのが8%ぐらいの関東、静岡あたり、それ以外の地区というのは17%ぐらいの平均になりますから、東海がだいたい全国平均というふうに考えていただければいいと思います。

そういう中で、実際に周産期医療というのがどのぐらいの数字で担われているかというのを見てみますと、これは日本産婦人科学会の周産期医療データベースから取りましたが、病院が1273カ所あって、診療所が1783カ所、合計3000カ所余りで分娩を取り扱っているという形です。その中で医師の数は、病院に5362で、診療所が2463ですから、7800人ぐらいでやっているということで、1施設当たりの医師数というのは、全国平均でいくと2.58人。

大学病院は、教育とか研究の部分があるので少し多いのですが、それを除くと、全国平均2人になるわけです。2人の医師で365日の出産を扱っている。この中には、10人以上いるとか20人ぐらいいるとか、東京とか大都会の病院も含めての話です。ですから、

いかに産婦人科の医者が少ない状態でやっているかというのがよくわかると思います。

三重県がこちらですが、大学とかを含めても、1施設当たり2点ちょっとしかない。大学を除くと2人を割るという状況になっています。ですから、全国よりも少し少ない数でやっていただいているのではないかと思います。

それを反映しているのが1人当たりの出生数で、全国では141人ですが、三重県では、1割ぐらい多い152人という出産を1人の産科医が扱っていることになります。

後で助産師さんのお話もあると思いますが、分娩取り扱い助産所というのが全国で263カ所ありますが、三重県では6カ所ということになっています。

こういうふうに産科の医師が少ないということですが、小児科とよく比較されますので、小児科の数と比較しました。10年前、平成6年、医師総数は22万で、現在26万ぐらいいるわけですが、小児科の医師数というのは、1万3000ぐらいだったのが1万4000。1割ぐらい、千数百人増えているわけです。産婦人科の医師数というのは、産婦人科ですからお産をしていない人も含めてですが、1万1000人ぐらいから1万163人に減っていて、この後、平成17年は研修医が入っていませんから、さらに減って、いま1万人を割っている状態です。

ところが、出生数が減っていますから、産婦人科の医師が1割ぐらい減っても、出生100当たりの産婦人科の医師の数は8.9から9.1に増えている。増えているから大丈夫だというのが厚生労働省の言い分なのですが、実際に、先ほど言いましたように、お産を扱っている医師数というのは7800人ほどしかいません。その中でも特に、常勤といっても、出産後とかそういうことでフルタイムでやらないとか当直をしないという人も、女性の割合が増えているわけですから、この9.1人というのはそんなになくて、実際には7人とかそういう状況になっているということであろうと思います。

女性の割合というのはこうです。全科の平均に比べて、内科とか精神科、小児科はもちろん多くて20%前後で、産婦人科も20%ぐらいだから、ほかの科と同じではないかと思われるかもしれませんが、しかしよく考えてほしいのは、産婦人科というのは、お産というものも帝王切開とか大出血をすると非常に外科的な処置をする必要があるし、チームワークでたくさん的人数がいないとできない科なのです。そういう意味で、内科とか精神科、一人でできるところは、少し違う。小児科も、新生児はチーム医療なので、また少し違うと思います。

外科とか整形外科と比較していただくとよくわかると思いますが、女性医師の数という

のはこれだけ違うということです。

産婦人科、特に産科の医師数が減る要因の一つに、訴訟が多いということが言われています。訴訟になる原因というのはいろいろあると思いますが、単に数だけ比較しますと、内科、精神科というのは非常に少ないです。医師 1000 人当たりの 1 年間に新しく訴訟になった数ですが、内科、精神科、小児科は 2～3 ぐらいですが、外科系がやはり多いですね。外科系というのは、手術とかいろいろ複雑な操作が入りますので、どうしても増えてくるというのはしょうがない。外科とか整形外科は多いです。

その中でも産婦人科というのは、唯一 2 けたのところであるということです。しかも、1 件当たりの訴訟の額というのは、新生児の異常が起こった場合に大きくて、1 億、2 億という額になってしまうということで、これは数も多いですが、数だけではなくて額にするともっと顕著な差が出るのではないかと思います。

これをもう少し具体的にわかるように言うと、産婦人科で毎年 90 人に 1 人ぐらいが新しく訴訟されているわけです。そうすると、一産婦人科をしていると、2 分の 1 ぐらいの確率、2 人に 1 人は訴訟に遭うという形になります。こういうものを学生に見せたら、学生はやはり選ばない。このまま行ったら選ばないということになります。

分娩に関連していろいろ患者さんに問題が起こった場合に、それをどのように補償するか。やっと今年、先月、厚生労働省と総務省とか財務省、関係 4 省庁が、産婦人科医師確保という政策の中で、無過失補償というものを検討する項目を入れていただきましたが、実際にそういう事故なり、うまくいかないお産にあったときに、患者さんをちゃんと補償するというか、患者さんのケアをできるようなシステムというのは、医療側からだけではなくて、社会として、今後考えていただく必要があると思います。

先ほど向井部長が言われた、産婦人科を新たに選ぶ人が減っているということですが、これは全国での聞き取り調査というか、大学病院と関連病院だけなので、合計の数で全国で 221 人というのは完全に正確な数ではないのです。これ以外に、大学で研修せずに外の病院で研修して、そのまま産婦人科に入った人というのは、ここでピックアップできていないので、もう少し増える数字ですが、とりあえずこういう数字が出ている。これでいきますと、これがいくらか増えても割合としてはあまり変わらないだろうと思いますが、もう一つは、地区ごとの産婦人科専攻者数と、その地域の大学の数です。そうすると、一つの大学当たり何人ぐらい入っているか。

一つの大学というのは各都道府県と考えたらいいと思いますが、そこで非常に特徴的な

のは、東のほう、北海道、東北、このへんは産婦人科の医師が少ないと言われて非常に問題になっていて、皆さんが頑張って勧誘したり、地域の人がこれは大変だと思って入っていただいたのかもしれませんが、産婦人科に比較的たくさん入って、一つ当たり3人ぐらいは入っているわけです。あれだけ問題になったのが良かったのかどうか分かりませんが、そういう形になる。

それと比べて関東は、東京、千葉、神奈川だけで88人もいて、1カ所平均4人以上入っている。これは各大学頭ですから、10人以上入っているところもたくさんあるということで、東京、関東あたりは多い。東海も、3県で6校ありますが、平均4人ぐらい入っている。

比較的このあたりまでは頑張っていますが、西のほうは、非常に問題なのは、大学数の割に入局、要するに入らなかった大学というのがこれだけたくさんあるわけです。産婦人科入局者が1人もいない大学が全国で23あったのですが、そのうちのほとんどが北陸、近畿、中国、九州と西に偏っている。なぜこうなっているのかわかりませんが、これは産婦人科の問題もあると思うので、我々大学の産婦人科関係者というのは、もう少しこの数字をよく反省する必要があると思います。なぜこういうふうに関東と西で差が非常に大きかったのか。これが一つ、将来、卒業生に産婦人科に入ってもらうための参考になるのではないかというふうに見られる数字だと思います。

最後に、この220という数字ですが、先日の日本産婦人科学会の報告では、これは大学から聞いた聞き取り調査ですが、日本産婦人科学会に新たに平成18年度に入会した人。ですから、卒業生で入った人も、学会発表とかのためにほかの科の人で入った人も入れての話ですが、それが280ぐらいということで、これよりは少し増えて、全体として新たに産婦人科を今年度スタートする人は280~300の間ぐらいではないかというふうに、少し希望は持てます。それにしても、先ほど出てきた年間350~400人が産婦人科を専攻していた3年前までとは全然違う状況である。50人以上少ない状況に今年はなっているということで、これをいかに改善していくかということが問題になると思います。

最後に、三重県の状況をお話ししたいと思います。三重県は、病院の数はこれよりももう少しありますが、実際には90%以上が三重大学の関係病院ということで、三重大学からローテートしていますので、三重大学の関連病院として数字を出させていただきます。平成12年から6年間で比較しますと、でこぼこはありますが、ここからだと20人ぐらい減っている。順調にというか、段階的に、年々減っていつています。ですから、この間に、外

病院に勤めている先生たちも減っていつているし、大学病院の医師も減っているということです。

それともう一つ、大学として問題なのは、大学の一つの存在意義としては研究とか教育をする必要があるわけですが、そういうものを支える大学院というのがどんどん減っていつている状態になっている。こういうことを10年、20年続けていつたら日本の医学教育はどうなるかということも問題になるとは思いますが、そこは別としても、外病院の医師数が減っていつていることが、地域の医療を支えるのに問題を残しているということです。

もう少しわかりやすくお話ししますと、人数だけではなくて年齢構成とか女性の割合といつのを見ますと、1年前は58名いた。そのうち女性が12名で、20歳代といつのは、10人いるうち7人です。7割が女性でしたが、今年は、その人たちのうち何人かが出産とか育児で勤務ができないという状況になりましたので、現在は5名に減っています。トータルも3名減っているという形になっています。この間にももちろん、辞めた人と、新たに4名の人が産婦人科を選んでいただいたので、実際には7名辞めたという形になるわけです。

そういうような形で、いくら4人とか入っていただいても、やはり少しずつ減っていつているというのが、今の三重県の産婦人科の、特に病院の周産期の現状であると思います。

もう一つここで注目していただきたいのは、女性の医師がどのような状況になっているかです。30歳未満は7割。30~40歳になると、これが半分ぐらいになるわけです。40歳以上になるとゼロです。50もゼロ、それ以上もゼロ。ということで、女性は出産・育児を経て40歳を過ぎると、どうしても病院勤務というのは不可能というか、できないような状況になる。

これは、就労条件というか、病院の受け入れ態勢とか社会制度の問題とか、いろいろな問題があるということですが、現実にこれだけの女性の産婦人科医が、40歳以上では病院としてのマンパワーには勘定できない状況である。この人たちはどういつふうになっているかというと、まったくゼロになっている例は少なくて、パートタイムで有床診療所で働くとか、病院の検診だけしているとか、そういう形でゼロではないのですが、出産を支えるマンパワーにはどうしてもなっていないというのが問題だろうと思います。

これをそのまま考えたらどうなるかということで例として考えたのですが、過去6年間の変化を見ました。その間に20名減っていますが、これは、そのまま20名という形ではなくて、卒後臨床研修で入局者がなかったとか、いろいろなものも勘定したとして、5年

で15名ぐらい減ると毎年3人ぐらい減るといふふうに考えたら、去年平成17年から1年間で3名減っていますし、4人入局しても3名減っている。

一応このぐらいの数字で計算したらどうなるかというのをやってみますと、三重県全体の、三重大学も含めた関連病院でですが、5年後には40名、10年後には25、どんどん減って行って、20年後にはゼロになってしまう。ということで、ここに行くまでにもう少し何とかしないといけないことが増えてくるかもしれませんが、少なくとも5年後とか、10年後に25名で、三重県全体の周産期医療を本当にできるのかどうか。このまま放っておくと現実にこういうことが起こる可能性はあるということではないかと思えます。

そういう状況をどうするかということで、先ほど出てきました産科医師の確保対策ということで厚生労働省がいろいろな政策を出しているわけです。ここに書いたのは、そのうちの一つのオープン病院化モデル事業というところで報告されたものですが、一つには、産科医師の就労状況を良くして、しかも診療の内容を良くするというので、集約化と重点化を推進しようとして提案しているわけです。それは都道府県において早期に調査分析して、その対策を立てなさいということ、昨年の12月に出したわけです。

それに対して、実際にそういう対応をしている都道府県というのは非常に少ないというのが、7月の末に新聞で報道されました。全国42都道府県のうちたったの7県しかそういう対策をしていない。これだけ問題になっていながら、そういうことを行政はしていないということで、たいへん問題になったことだと思います。

あとこのへんは、予算的なことを政策としてするということです。

それから、このあたりの制度的な共通事項として、医療対策協議会の設置と位置づけ。このへんは、三重県ではすでにやっていることであると思えます。

今日ここで注目したいのは、この3番目ですが、周産期医療施設のオープン病院化モデル事業ということです。これは平成17年度から厚生労働省がスタートして、全国8地域をモデル地区として指定して、そこで各都道府県が半分、国が半分、資金を出して、オープン病院化を推進しましょう。そういうもので集約化・重点化した部分に対する非集約化地域、医療サービスが低下した地域をどのようにカバーするかという形で、オープン病院化というモデル事業を始めたわけです。

三重県におきましても、今年からこのオープン病院化モデル事業を採用していただきまして、それを県が独自にされるということは難しいということで、県から三重大学のほうにその事業を委託していただいて、三重大学の附属病院産婦人科をオープン病院として、

県下の診療所あるいは病院の産婦人科医を登録医という形で、オープン病院化を現在進めているところです。

それから、このへんも重要だと思いますが、分娩に関して死亡した事故とか、医療事故があった場合に、それがどういう理由でなったかということのをちゃんと調査して、医療レベルを上げるということも、厚生労働省はやっています。女性医師の確保対策とかそういうこともあります。

あれは昨年ぐらいに出たのですが、今年の8月31日に、関係4省庁が合意事項として出した、すでに報道されたしご存じかもしれませんが、新医師確保総合対策。この中には小児科とかの部分もありますが、産科の関係のところだけ抜粋しました。従来でしたら、卒業生は全部大学を通っていたので、医局を介して医師の配置とかそういうものがコントロールできたのですが、そういう部分が減ってきている。地域によっても違いますが、半分が大学で研修しないという地域では、大学だけでそれを調整するのは難しい事態が出てくるだろうということで、県が地域のドクタープール制のようなものを敷いて、医師の配置とかもサポートできるような体制をしたらどうかということが、提案されています。

そのほかに、中央でもう少し大規模なドクタープールというか、緊急の、どうしても医師が足りない場合に、自治医大とか日赤とか余裕のある大学から一時的に派遣するようなシステムをつくったらどうか。このへんは実際に余っているところはないので可能かどうか分かりませんが、そういう提案をしています。

重点化の推進というのは、先ほど出てきました。

あとここに、開業医の役割の明確化と評価ということで、開業医、有床診療所の先生たちもそれ相応に分担。小児科などでもやっていますが、救急医療を、有床診療所の先生がそこへ出張して担当するとか。産科の場合でも、自施設で分娩しているところは難しいでしょうけれども、外来だけして妊婦健診だけしているような先生が、病院に月に何回か当直に行く、手伝いに行くというのは、将来可能かもしれませんが、こういうことも、できれば検討したらいいと思います。

最後に、分娩時に医療事故にあった患者に対する救済制度の検討。これは先ほど出てきた無過失補償に近いのですが、無過失補償というのは要するに、分娩時にいろいろな事故があったときに、過失があるなしにかかわらず……。これはもちろん救済制度ですから、そのコストをどこから出すかというのは別として、こういうものを早く設定していかないと、患者さんにとっても不幸ですし、医療側にとっても非常にストレスになるし不幸であ

るということで、このあたり、外国では動いているところもあるわけですから、できないことではないので、早く検討してほしいと思います。

これに関しては、医師会のほうでも今年からそういうことを検討する委員会ができて、厚労省とか関係各方面に働きかけているところだと聞いていますので、近いうちに何らかの方向は出ると思います。

これは短期的な対応ですが、長期的な対応としては、医学部卒業生の地域定着が必要であるということです。先ほど出てきました地域格差が非常に大きいということで、地域によって非常に足りない部分に関しては、医学部の卒業生を少し増やすなり、少ない診療科に定着するような政策。例えば産婦人科で例をとりますと、産婦人科を将来するというのを条件にした奨学金を出すとか、そういうことを各自治体が行っていただくということをやってもよろしい。そういうことに関して、その分定員を、1年間10人分増やしてもいいですというのが、この大まかな案です。

そういう形で、全国で10地域がそういう候補地として認定されたわけですが、三重県もその10地域の中に入っています。ですから今後、三重県と三重大学の医学部とが相談することになりますが、奨学金で三重県に残っていただける医師を増やすということ、政策的に行っていただくことが可能になったわけです。

しかし、これは、長期的と書いてあるように、今から入学しても卒業するまでに6年かかりますし、その人たちが専門医として働けるようになるのに5年とかかかりますので、戦力として実際反映されるには10年かかるわけです。先ほど言いましたように10年後には半分になってしまうわけですから、これが育つのを待っているだけでは対応できないということで、こういうことをしながら、少なくなるのを防ぐような方法を考える必要があるということだと思います。

これはさっきも出てきましたが、三重県は一応ちゃんと対応していただいているということ、

三重県の固有の問題をそれぞれ言ってきましたが、まとめてみますと、年齢構成として高齢化しているということ、女性が増えているということ。ですから、こういうものに対して、就業環境を改善するとか、女性医師の就業環境を良くする。これは全体として何回も言われていることだと思います。

その対応として、大きく分けて二つですが、集約化ということと、集約化に並行して機能の分担ということで、オープンシステムを中心として、医療サービスの低下したところ

をどのようにカバーするかを、今後検討していく必要があるということです。

原則としては、就労環境を改善する。それから、改善して楽になるだけでは駄目ですね。いちばん大事なのは、診療内容が良くなれないといけないということで、診療レベルの向上。それから、新卒業生が産婦人科をたくさん選んでもらえるような体制をつくるということが必要であると思います。

具体的にどういうポイントが大事かというのと、集約化と並行してこういうオープン化をするわけですが、病診連携というののもちゃんとやっていく必要がある。それから、女性医師とか高齢になった先生たちがフルタイムで働けないようになっているということで、ある程度、オープンシステムとかそういうものを導入することによって、病診連携とか病病連携によってマンパワーを有効に活用するということも大事だろうと思います。

こういうことによって患者さんには、要するにレベルが高い、質が高い医療を提供することができると思います。それから若い医師にとっては、日常診療に追われるだけではなく、高度先進医療などを学ぶ機会も得られる。実際、中堅医師にとっては、QOLが改善して、病院勤務が継続できる。それぞれの立場の人たちにメリットがあるようなシステムにしていかなければいけないと思います。

オープンシステムに関して最後に少し説明しますと、お配りした資料の最後のほうにあると思いますが、患者さんがいて、診療所。診察して、お産のときだけ来てするところ。それから、分娩をしているところでも、患者さんによって、あるいはハイリスクの人たちは、診療所で分娩するのではなく、途中からこういう分娩拠点病院に行くという形で、ここでお産をする。そこでさらにハイリスクであれば、総合周産期母子センターのほうに搬送して、こちらですということもある。

ということで、ここが分娩拠点病院。これとこれが一緒になる場合もあると思います。三重大の場合は、これとこれが一緒になるような格好になりますが、この間に別の病院が入っても、将来的にはそういうシステムができてもいいわけです。

ここにあるのは都市型ということで、大都会の場合ですけれども、助産師さんが非常にたくさんいて医師もたくさんいて余裕があれば、愛育病院などそうですが、院内助産所というのがあって、ローリスクの正常分娩は院内で助産師さんが取り扱うということも可能であろうと思います。そうすることによって、医師がハイリスクの分娩に十分パワーを注げることになるわけです。

これと関連病院との関係というのは、関連病院の中でも産婦人科の婦人科のほうだけや

っていて、お産はしていなくて検診だけしているような病院というのがあるわけですが、そういうところからは患者さんを途中で送っていただくということで、こういう形が考えられるわけです。

オープンシステムというのは、医師が一緒に行ってこちらでお産するというのがフルオープンですが、セミオープンという場合もあって、その場合は、患者さんを紹介するだけで、医師は実際の分娩には立ち会わない。ただ、入院してお産した場合に、その医師が病院に診察に行くとか、そういうことは可能なわけです。ですから患者さんとしては、ここでずっと日常診療を受けていて、分娩のとき、あるいは10カ月になってから、この拠点病院に行って、その医師に分娩をしてもらう。分娩が終わったら、この先生のところに帰っていく。セミオープンの場合にはこういう形になるわけです。

これとは別に、地方型というのが提案されています。これはどこが違うかというと、地域Aというのと地域Bというのがあって、1カ所の病院が非常に広い範囲をカバーしなければいけないとなると、非常に広いところを1カ所で全部行き来するというのは難しいということで、そういうことが起こるわけです。センター病院がある地域と、もう少し離れた地域で、同じように関連病院で分娩を取り扱わない病院で健診だけを受ける。それから、分娩を取り扱っている診療所があっても、センター病院から遠いところがある。

もう一つここで特徴は、ここは院内助産院というのがなくて、助産師さんの健診だけやる。助産師で分娩するというのはここには入っていません。非常に医師の少ないところなどでは助産師さんも協力していただくという形でこういうのが書かれていると思いますが、ここで健診をしていただいて、セミオープンという形で、患者さんが分娩をしにこちらに来る。院内助産所の代わりに分娩宿泊施設というのがここにあります。10カ月になって分娩が近くなるとこちらのほうで宿泊して分娩待機して、分娩になったら入院して分娩するというのが、地域型のオープンシステム。

このへんは、Aの地域にある診療所は、もともとの先ほどの都市型と同じようにできるわけですが、地方で広い地域をカバーしないといけないようなところは、こういう形になるのではないかと思います。

そこで、こういうITによっていろいろな医療情報を管理、やりとりすることも提案されています。また、救急搬送システムというのは、Bの地域で分娩が始まって、こちらの分娩の拠点病院に行かないといけないときに、救急車が呼ばれたとしたら、例えば救急車の中で分娩になったときに救急救命士がちゃんと新生児の臍帯の処置ができるよう