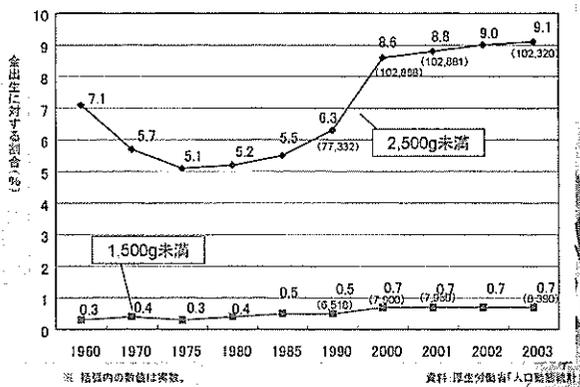


全出生に対する出生時体重2,500g未満(1,500g未満を含む。)出生の割合の年次推移



※ 括弧内の数値は母体数。資料：厚生労働省「人口動態統計」

医師偏在問題について

【現状】

- 医師総数は、毎年8,500人～4,000人程度増加。【平成10年24,9万人平成16年27,0万人】
- 地域偏在の問題西高東低の傾向。
最大徳島県282人(対人口10万人)
最低埼玉県134人(対人口10万人)※全国平均211人(対人口10万人)
- 診療科別偏在の問題
小児科 総数は増加。【平成10年13,989人平成16年14,677人】(6年間で4.9%増)
対小児1万人当たり数も増加。【平成10年7.3人平成16年8.3人】
産婦人科・産科 総数は減少。【平成10年11,269人平成16年10,694人】(6年間で5.0%減)
対出生1千人当たり数は横ばい。【平成10年9.4人平成16年9.5人】

【医師偏在問題についての背景】

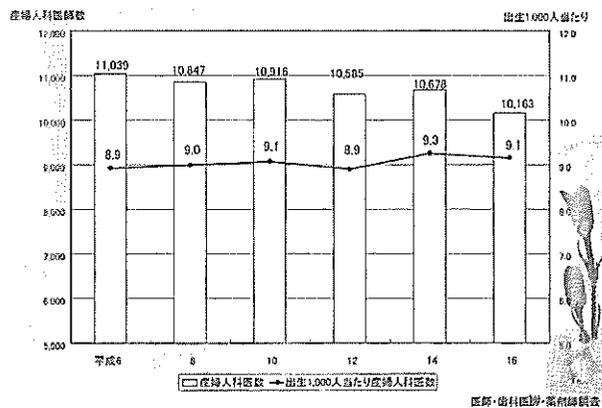
- 病院(勤務医)への夜間・休日患者の集中、病院勤務医の閑業志向、病院勤務医の狭い配属による厳しい勤務環境
- 臨床研修必修化、国立大学の独立行政法人化などの影響による大学医局の医師派遣等の調整機能の低下
- 女性医師の増加(新規参入医師のうち、産婦人科では約72%が女性、小児科でも約45%が女性)
- 特に産科におけるリスクの高まりと訴訟の増加に対する懸念
- 医療の急速な進歩と専門化、インフォームドコンセントの普及等を背景等とした説明責任の高まり

都道府県別人口10万対医師数(医師・歯科医師・薬剤師調査)

都道府県	医師数		歯科医師数		薬剤師数	
	平成6年	平成16年	平成6年	平成16年	平成6年	平成16年
全国	157.3	211.7	140.9	184.7	140.9	184.7
北海道	145.1	216.2	134.7	197.8	134.7	197.8
青森県	134.2	194.1	127.1	187.7	127.1	187.7
岩手県	132.2	192.1	125.1	185.6	125.1	185.6
宮城県	130.2	190.1	123.1	183.5	123.1	183.5
秋田県	128.2	188.1	121.1	181.4	121.1	181.4
山形県	126.2	186.1	119.1	179.3	119.1	179.3
福島県	124.2	184.1	117.1	177.2	117.1	177.2
茨城県	122.2	182.1	115.1	175.1	115.1	175.1
栃木県	120.2	180.1	113.1	173.0	113.1	173.0
群馬県	118.2	178.1	111.1	170.9	111.1	170.9
埼玉県	116.2	176.1	109.1	168.8	109.1	168.8
千葉県	114.2	174.1	107.1	166.7	107.1	166.7
東京都	112.2	172.1	105.1	164.6	105.1	164.6
神奈川県	110.2	170.1	103.1	162.5	103.1	162.5
新潟県	108.2	168.1	101.1	160.4	101.1	160.4
富山県	106.2	166.1	99.1	158.3	99.1	158.3
石川県	104.2	164.1	97.1	156.2	97.1	156.2
福井県	102.2	162.1	95.1	154.1	95.1	154.1
山梨県	100.2	160.1	93.1	152.0	93.1	152.0
長野県	98.2	158.1	91.1	149.9	91.1	149.9
岐阜県	96.2	156.1	89.1	147.8	89.1	147.8
静岡県	94.2	154.1	87.1	145.7	87.1	145.7
愛知県	92.2	152.1	85.1	143.6	85.1	143.6
岐阜県	90.2	150.1	83.1	141.5	83.1	141.5
愛知県	88.2	148.1	81.1	139.4	81.1	139.4
岐阜県	86.2	146.1	79.1	137.3	79.1	137.3
岐阜県	84.2	144.1	77.1	135.2	77.1	135.2
岐阜県	82.2	142.1	75.1	133.1	75.1	133.1
岐阜県	80.2	140.1	73.1	131.0	73.1	131.0
岐阜県	78.2	138.1	71.1	128.9	71.1	128.9
岐阜県	76.2	136.1	69.1	126.8	69.1	126.8
岐阜県	74.2	134.1	67.1	124.7	67.1	124.7
岐阜県	72.2	132.1	65.1	122.6	65.1	122.6
岐阜県	70.2	130.1	63.1	120.5	63.1	120.5
岐阜県	68.2	128.1	61.1	118.4	61.1	118.4
岐阜県	66.2	126.1	59.1	116.3	59.1	116.3
岐阜県	64.2	124.1	57.1	114.2	57.1	114.2
岐阜県	62.2	122.1	55.1	112.1	55.1	112.1
岐阜県	60.2	120.1	53.1	110.0	53.1	110.0
岐阜県	58.2	118.1	51.1	107.9	51.1	107.9
岐阜県	56.2	116.1	49.1	105.8	49.1	105.8
岐阜県	54.2	114.1	47.1	103.7	47.1	103.7
岐阜県	52.2	112.1	45.1	101.6	45.1	101.6
岐阜県	50.2	110.1	43.1	99.5	43.1	99.5
岐阜県	48.2	108.1	41.1	97.4	41.1	97.4
岐阜県	46.2	106.1	39.1	95.3	39.1	95.3
岐阜県	44.2	104.1	37.1	93.2	37.1	93.2
岐阜県	42.2	102.1	35.1	91.1	35.1	91.1
岐阜県	40.2	100.1	33.1	89.0	33.1	89.0
岐阜県	38.2	98.1	31.1	86.9	31.1	86.9
岐阜県	36.2	96.1	29.1	84.8	29.1	84.8
岐阜県	34.2	94.1	27.1	82.7	27.1	82.7
岐阜県	32.2	92.1	25.1	80.6	25.1	80.6
岐阜県	30.2	90.1	23.1	78.5	23.1	78.5
岐阜県	28.2	88.1	21.1	76.4	21.1	76.4
岐阜県	26.2	86.1	19.1	74.3	19.1	74.3
岐阜県	24.2	84.1	17.1	72.2	17.1	72.2
岐阜県	22.2	82.1	15.1	70.1	15.1	70.1
岐阜県	20.2	80.1	13.1	68.0	13.1	68.0
岐阜県	18.2	78.1	11.1	65.9	11.1	65.9
岐阜県	16.2	76.1	9.1	63.8	9.1	63.8
岐阜県	14.2	74.1	7.1	61.7	7.1	61.7
岐阜県	12.2	72.1	5.1	59.6	5.1	59.6
岐阜県	10.2	70.1	3.1	57.5	3.1	57.5
岐阜県	8.2	68.1	1.1	55.4	1.1	55.4
岐阜県	6.2	66.1	0.1	53.3	0.1	53.3
岐阜県	4.2	64.1	0.1	51.2	0.1	51.2
岐阜県	2.2	62.1	0.1	49.1	0.1	49.1
岐阜県	0.2	60.1	0.1	47.0	0.1	47.0

※ 昭和61(1986)年と平成16(2004)年の比較

産婦人科医数と出生1,000人当たり産婦人科医数推移



医師・歯科医師・薬剤師調査

小児科医師数・産婦人科医師数等の推移

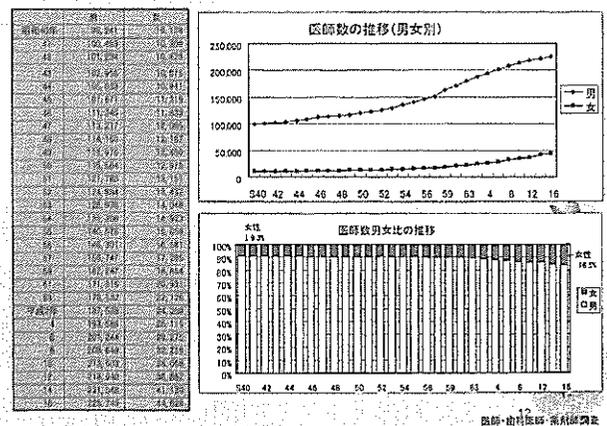
小児科医師数等の推移	
小児科医師数	小児10,000人当たり小児科医師数
平成6年 13,946人	8.5人(小児人口2,041万人)
平成16年 14,677人	8.8人(小児人口1,768万人)

産婦人科医師数等の推移	
産婦人科医師数	出生1,000人当たり産婦人科医師数
平成6年 11,039人	8.9人(出生数1,250万人)
平成16年 10,163人	9.1人(出生数1,111万人)

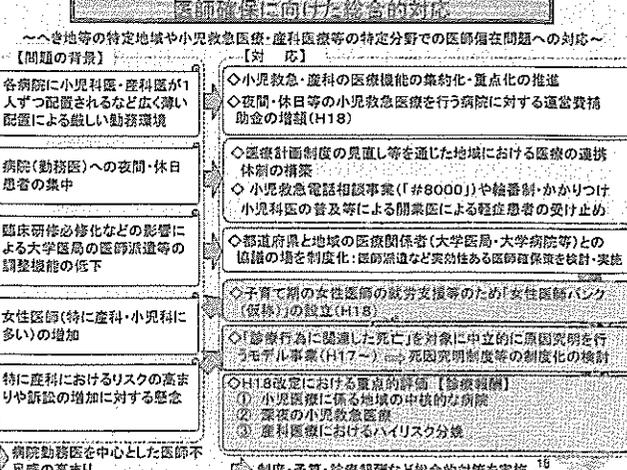
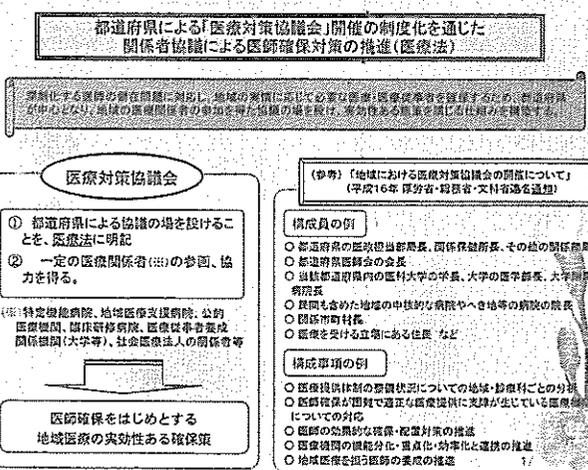
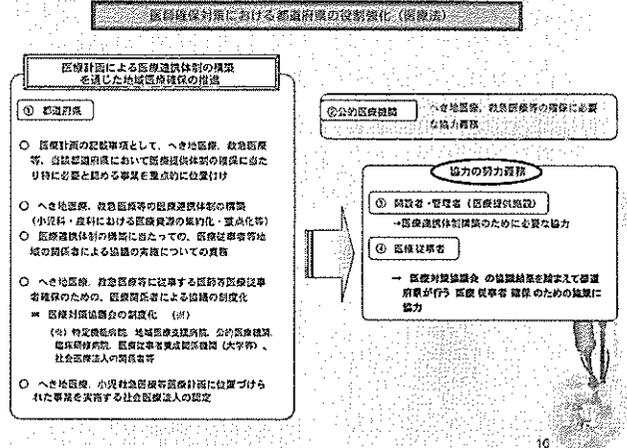
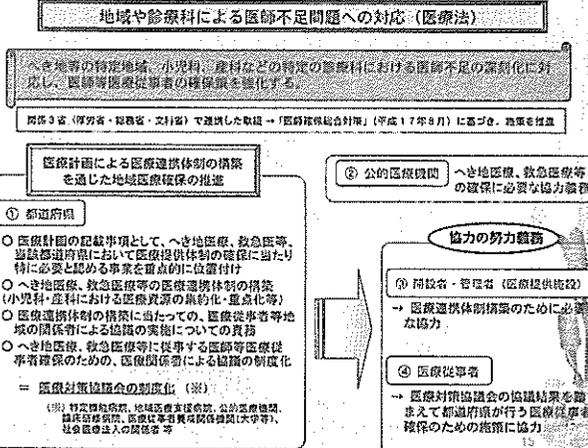
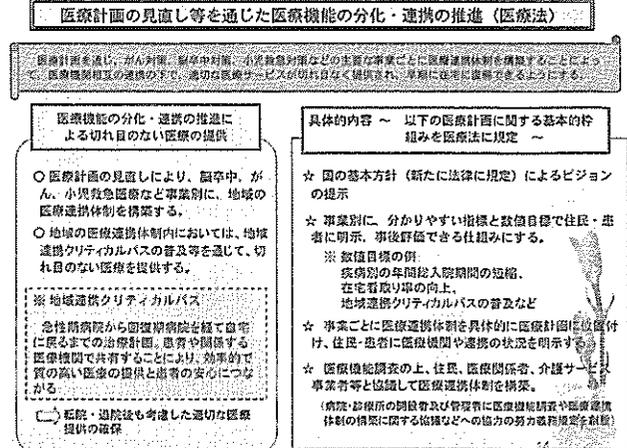
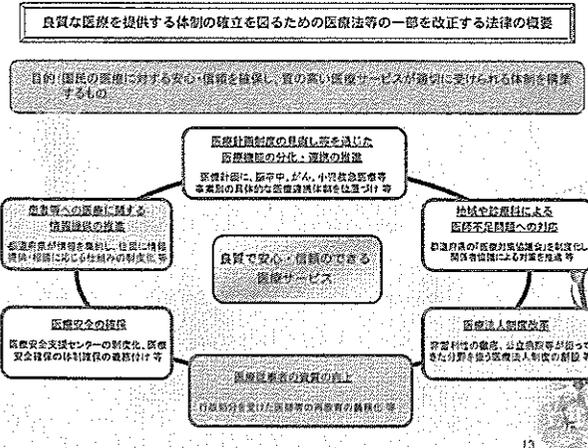
勤務医数(小児科)等の推移	
勤務医数(小児科)	小児10,000人当たり勤務医数(小児科)
平成6年 7,714人	3.8人(小児人口2,041万人)
平成16年 8,993人	4.8人(小児人口1,768万人)

勤務医数(産婦人科)等の推移	
勤務医数(産婦人科)	出生1,000人当たり勤務医数(産婦人科)
平成6年 6,419人	6.1人(出生数1,052万人)
平成16年 5,017人	6.24人(出生数1,111万人)

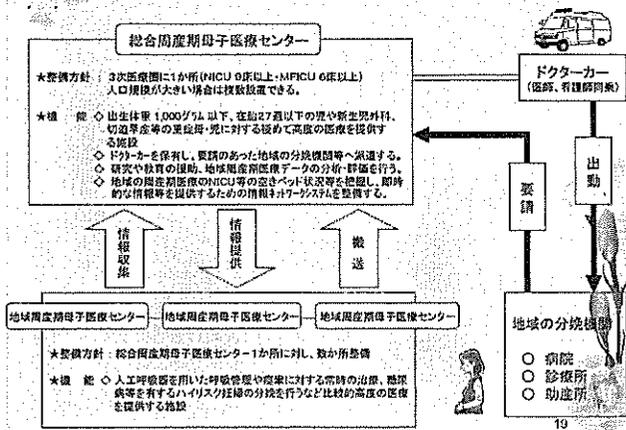
医師数の年次推移(男女別)



医師・歯科医師・薬剤師調査



周産期医療体制図



19

周産期医療ネットワーク整備事業

- 目的
 - 周産期医療体制整備
- 事業内容
 - 周産期医療協議会の設置
 - 情報ネットワークの整備事業
 - 専門家の養成研修
 - 搬送システム等の調査研究事業
- 実施主体等
 - 都道府県
 - 国の予算補助（負担割合 国1/3、都道府県2/3）



20

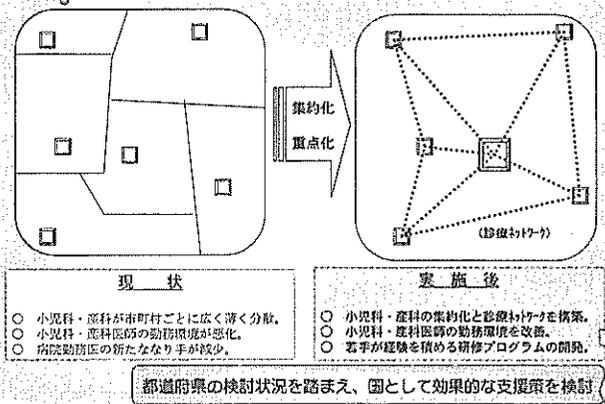
総合周産期母子医療センター運営事業

- 目的
 - 重症妊娠中毒症、胎児異常等母体または児のリスクの高い者を対象として、出産前後の母児を一貫した管理を行う総合周産期母子医療センターを運営する。
- 事業内容
 - 一定の機能と施設を有するものとして、都道府県が指定した医療機関に対し、運営費を補助する。
- 負担割合
 - 国1/3、都道府県1/3、事業者1/3



21

小児科・産科の集約化・重点化のイメージ



現状の問題点に対する対応について①

＜問題点等＞	＜対応＞	＜施策＞
医師数の不足	集約化・重点化による医師確保	○小児科・産科診療科等併設施設促進事業（10'新規） 小児科・産科診療科等併設施設を促進し、医師確保を図る。
各病院への広く薄い配置		○小児科・産科診療科等併設施設整備事業（10'新規） 小児科・産科診療科等併設施設を整備し、医師確保を図る。
勤務医の不足感、過労労働		○小児科・産科診療科等併設施設整備事業（10'新規） 小児科・産科診療科等併設施設を整備し、医師確保を図る。
	集約化・重点化の推進	○小児科・産科診療科等併設施設整備事業（10'新規） 小児科・産科診療科等併設施設を整備し、医師確保を図る。
	集約化・重点化に伴う不満、不便の解消	○へき地・離島診療支援事業の拡充 へき地・離島診療支援事業を拡充し、医師確保を図る。
		○離島母育支援事業の補助（10'新規） 離島母育支援事業を補助し、医師確保を図る。

23

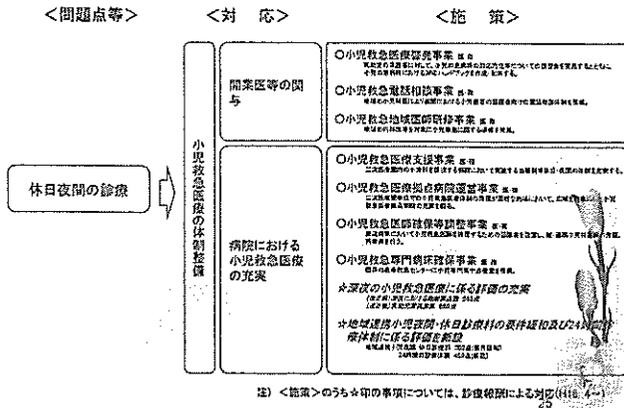
現状の問題点に対する対応について②

＜問題点等＞	＜対応＞	＜施策＞
女性医師の割合	女性医師確保のための就業支援	○女性医師バンク事業 女性医師の就業機会を拡大し、医師確保を図る。
		○再就業奨励金の補助 再就業奨励金を補助し、医師確保を図る。
		○病院勤務医の研修支援事業 病院勤務医の研修支援事業を実施し、医師確保を図る。
ネットワーク	地域のネットワーク（N）への支援	○周産期医療ネットワーク事業 周産期医療ネットワークを構築し、医師確保を図る。
		○ハイリスク分娩への評価 ハイリスク分娩への評価を実施し、医師確保を図る。

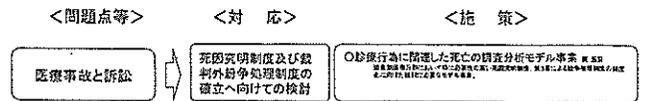
注）＜施策＞のうち女性の事項については、診療報酬による対応（19'）

24

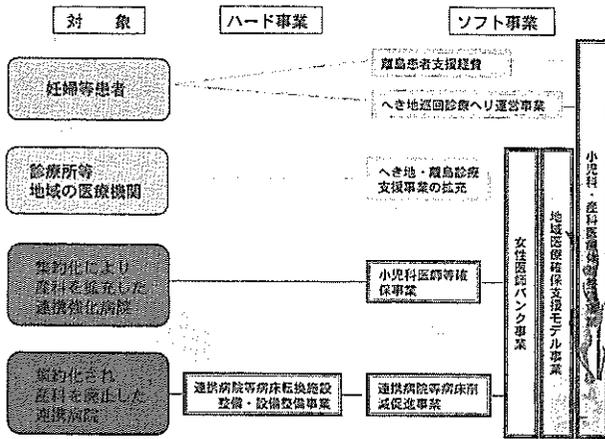
現状の問題点に対する対応について③



現状の問題点に対する対応について④



産科医療等確保対策の概要(対象・内容別)



地域の周産期医療確保(1)

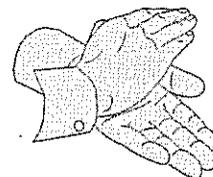
- ◎ 地域住民
- ◎ 医療関係者
- ◎ 市町村
- ◎ 都道府県
- ◎ 国

地域の周産期医療確保(2)

- ◎ 医療資源の再配分
 - 医療施設、産婦人科医師、助産師等
 - 機能分担と連携
- ◎ 地域関係者の連携と協力
 - 都道府県のコーディネーション機能
 - 医療機関、地域医師会等の関係団体の協力
 - 住民の理解
- ◎ 国の関与
 - 全国に共通する考え方などの提示
 - モデルケースの提示(厚生労働科学研究など)
 - その他の援助など



健やか親子 21



安心してお産ができる環境をどう作るか
— 環境整備と連携・集約化の視点から —

北海道医師会副会長
加藤 紘之

産科医を取り巻く環境は厳しい。杉本等による厚生科学研究結果によれば産科医の週平均労働時間は 61 時間に及び 97%は当直明けも継続してフル勤務についている。それに影響されてか、臨床研修を終了した研修医が産婦人科医を目指す割合は 4.8%に過ぎない。さらにその男女比をみると女性が 74%を占め近い将来の産科をめぐる環境を考えると早急に対策を講ずる必要がある。

これに対し国は、医療法第一部を改正する法律案に附帯決議を二十一項目織り込み産科をはじめとする特定の診療科における医師の偏在問題に対応するため、地域の医療機能を考慮した集約化・重点化の促進、搬送体制の整備、医学部入学定員の地域枠の設定などを実行に移すこととした。

北海道の産婦人科医師数の推移を見ると平成 10 年の 450 人に対し平成 16 年には 422 人と減少し、総医師数の増加（1211 人）と反比例している。また出生 1000 人に対する産婦人科医は 9.0 人と少なく（全国平均 9.5 人）地域による偏在も大きい。

これらの諸問題に対処するため北海道、大学、医師会、市町村との協議（北海道医療対策協議会）が続けられ集約化の動きが進行しつつあるが産科医、特に女性医師の働く環境整備、例えば保育所の充実、夜勤なし勤務、交代制勤務の導入のほか助産師の活用、事務作業からの解放など産科医の負担軽減と業務の効率化が早急に図られる必要がある。

安心してお産ができる環境をどう作るか
— 環境整備と連携・集約化の視点から —

加藤 紘之
(北海道医師会副会長)
(北海道医療対策協議会委員)

平成18年度厚生労働省科学研究費補助金
市民公開フォーラム
(平成18年10月22日)

産科診療の環境整備と連携・集約化への取り組み

1. 国および自治体の取り組み
2. 北海道の取り組み

全国産婦人科医の現況

医師免許の取得 (平成18年度)	7,724人
産科を希望する研修医 (7ツケートに回着した2154人中)	1,093人(4.8%) (女性74人、男性28人)
産婦人科医の退職者	7人
産婦人科医総数 (産婦人科学会)	12,158人 (うち 産婦人科医・産科医10,594人)
分娩取り扱い施設の常勤医師数	7,873人 (うち 診療所 2,463人)

産婦人科医の減少と年齢構成・男女比

医師数	11,391人 (1994年)	→	10,594人(-797人) (2004年)
年齢構成	30才未満	8.0%	
	30-39才	22.2%	
	40-49才	23.4%	
	50-59才	19.9%	
	60-69才	11.2%	
	70-79才	12.4%	
	80才以上	3.0%	
男女比	男性 78.0%		女性 21.8%

産婦人科医の就業状況

- ・産科医の週平均労働時間は61.0時間(大学病院 65.1時間、診療所60.0時間)
- ・月平均16.7回の当直(診療所は21.7回、大学病院は5.2回、一般病院は6.6回)
- ・96.9%は当直明けも継続して勤務

「医療安全を考えた産科施設の安全と質に関する研究」
(厚生科学研究・杉本充弘)2006年

1. 国の取り組み
良質な医療を提供する体制の確立を図るための
医療法等第一部を改正する法律案
＝ 附帯決議二十一項 ＝

十一 産科、小児科をはじめとする特定の診療科及びへき地医療における医師の偏在問題に対応するため、地域の実情を考慮した医療機能の効果的な集約化・重点化の促進と拠点病院への搬送体制の整備、大学医学部の入学定員の地元枠の設定、地域の病院に医師を紹介する体制の見直し等について、地域医療の関係者が参画する都道府県の医療対策協議会における検討を踏まえ、必要な措置が講ぜられるよう支援を行う。

十三、安心して出産できる体制の整備を進めるため、地域における産科医療の拠点化・システム化を図るとともに、助産師の一層の活用を図ること。また、助産所の委託医については、適切に確保されるよう指導に努める。

十四、小児医療・産科医療両者の連携・協力の下に、地域における周産期医療体制の整備を図るとともに、NICU(新生児集中治療室)の確保と、その長期入院患者の後方支援施設も含めた支援体制の構築に努める。

医師の需給に関する検討会報告書

— 産婦人科における状況 — 平成18年7月

出生数の減少に伴って、出生数当たりの産婦人科医数は横ばいで推移しているものの、このままの状況が続けば、産婦人科医の減少傾向が続くことが想定される。

医療においては、利便性より安全性がより重視されるべきであり、緊急事態への対応を図るためにも、相当の産科医師の配置が可となるよう医療機関の集約化・重点化を進める必要がある。

助産師の活用により、外来における妊婦検診や正常分娩等において、産科医の負担軽減と業務の効率化を図ることが期待される。

患者と産婦人科医の良好な関係を維持するため、中立的な機関により医療事故の原因究明を行う制度などが必要である。

文部科学省財政支援事業 地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い 医療人養成プログラム

金沢大学(産科・小児科)の例
「周産期医療専門医養成支援プログラム」

- ・周産期医療に関心がある医学部学生を公募・選抜し、卒前教育、卒後研修から専門医養成までの一貫した周産期医療専門医養成システムを履修させ、小児科・産科を中心とした周産期医療を担う診療科の専門医を養成する。
- ・選抜した医学部学生と指導教員、研修医等でチームを編成し、都心部や過疎地など、県内の病院、診療所等を循環する合宿研修を実施する。また、海外にある提携病院での研修も行う。
- ・卒後初期研修は、産科、小児科、麻酔科、初期救急診療の選択制実習を6ヶ月行い、卒後後期研修は、臨床を主軸とするコースが研究を主軸とするコースのいずれかを選択する。いずれのコースも周産期医療分野に従事する専門医の資格を取得する。

自治体による特定診療科(産婦人科、小児科、麻酔科等) 医師確保修学制度の導入

岩手県、宮城県、山形県、群馬県、
茨城県、富山県、石川県、三重県、
静岡県、兵庫県、和歌山県、山口県、
佐賀県、宮崎県

医師の需給に関する我が国の現状と問題点および対策

現状

病院、診療所とも医師数は一貫して増加している。地域でみても全ての地域で増加している。ただし、地域間の格差は必ずしも減少していない。
医師の需給見通しとして平成34年(2022年)には需給と供給が均衡シマクロ的には必要な医師数は供給される。

問題点

大学が医師紹介の要請に応ずることは困難になった。
大学外の病院が医師を育成するシステムは地まっただけであり、
大学に代る医師の紹介システムが確立していない。

対策

地域に必要な医師確保の課題を行うシステムの構築が急務である。
都道府県が運営の中核を担う地域医療対策協議会がその役割を果たすべきである。
そのために行政、医師会、大学、医療機関等が協力をあけて取り組むことが必要である。

地域に必要な医療体制の再構築と 医師の確保を目指した 調整機関の強化

— 北海道(=知事)が運営の中核を担う
地域医療対策協議会が実効性をもって
機能するよう国はこれを支援し、必要な
措置を講ずる —

新医師確保総会対策

2006年8月31日

関係省庁連絡会議

2. 北海道の取り組み

良質な医療を提供する体制の確立を図るための 医療法等第一部を改正する法律案 ＝ 附帯決議二十一項 ＝

十一、産科、小児科をはじめとする特定の診療科及びへき地医療における医師の偏在問題に対処するため、地域の実情を考慮した医療機能の別業的な集約化・重点化の促進と拠点病院への搬送体制の整備、大学医学部の大学定員の地元枠の設定、地域の病院に医師を紹介する体制の見直し、等について、地域医療の関係者が参画する都道府県の医療対策協議会における検討を踏まえ、必要な措置が講ぜられるよう支援を行う。

北海道医療対策協議会の対応

- 1) 自治体病院等広域化検討分科会
- 2) 地域医療を担う医師養成検討分科会
- 3) 医師派遣（紹介）連絡調整分科会

1) 自治体病院等広域化検討分科会(座長 地域医療振興財団 加藤 敏之 理事長)

・地域における病院の広域化検討を促進すると共に、地域の取り組みの支援策について検討する。

具体的検討事項

- 広域化の取り組みを実施している地域における検討の促進
既に検討の枠組みがある地域や広域化の意思がある地域について、引き続きモデル的な検討を進める。
- 産科・小児科における医療資源の集約化・重点化につて検討し、次期医療計画に反映させる。
- 自治体病院等広域化・連携構築(案)の作成
今後地域における連携のたがき台となる組み合わせ構築案を作成し、検討素材として市町村や医学大学等機関・団体に提供する。

2) 地域医療を担う医師養成検討分科会(座長 空井江町 北 良治町長)

・地域医療を担う医師養成に向けて、医学大学と市町村が協力して取り組みの医師養成の方策について検討する。

具体的検討事項

- 特別入学者(地域枠)の設定
医師不足地域における医師確保対策に資するものとして、道内における医師の地域偏在を踏まえた医学部入学生員の地域枠の設定・拡大について検討する。
- 奨学金制度の創設
地域枠と連動した奨学金など、地域での医師定着に繋がる実行費のある奨学金制度について検討する。

3) 医師派遣（紹介）連絡調整分科会(座長 美瑛町 原田 哲町長)

・医師確保が困難な市町村立病院および市町村立診療所における医師を確保するために、医学大学、市町村、民間医療機関、道などが協力して医師派遣（紹介）等に係る調整を行う。

具体的検討事項

- 平成18年度の医師派遣（紹介）に向けた調整結果
17医療機関から1.8名の依頼があった。調整終了分は14医療機関で、調整最終分は3医療機関であった。
- 平成19年度に向けた医師派遣（紹介）システム
18年度と同様に調整を行う。

北海道の医師数の年次推移

	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
北海道内の医師数	10,990	11,440	11,898	12,201 ^A
人口(百万)対医師数 (同上全国)	192.8 190.6	203.1 201.5	209.8 206.1	216.2 211.7

北海道の小児科・産婦人科医師数の推移

	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
小児科	1,177	1,322	1,278	1,190 ^A
小児科が 主たる診療科	601	590	608	598
産婦人科	450	457	455	422

北海道の産婦人科医数と分娩数

産婦人科	産科	産婦人科 +産科	出生数	出生数1000あたり 産婦人科医数
362	33	395	44,020	9.0 (全国平均 9.5人)

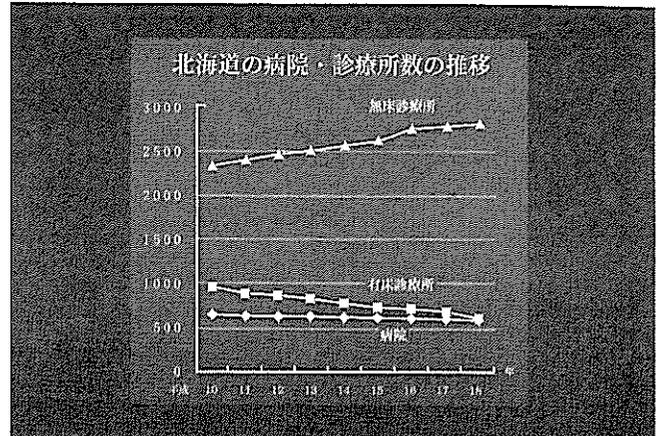
厚生労働省 医師確保に向けた資料より

北海道の地域別医師数(平成16年度) — 人口10万対比 —

上川中部	290.0 人	東胆振	151.0 人
札幌	265.9	十勝	150.4
西胆振	236.1	道南	149.0
平均	216.2	上川北部	148.8
南支庁	206.4	北網	141.6
後志	192.9	富良野	128.6
中支庁	186.3	留萌	126.8
北支庁	179.0	南支庁	120.9
南支庁	162.2	日高	119.1
釧路	159.8	宗谷	106.5
北支庁・増山	154.4	稚内	100.4

北海道の地域別妊娠、分娩および産じょく — 平成14年受療率からみた入院推計 —

地域	2000年	2015年	2030年	地域	2000年	2015年	2030年
上川中部	75	71	61	東根圏	40	38	34
札幌	404	429	416	十勝	64	61	53
南圏	39	33	25	道央	16	13	9
南支庁	78	66	63	上川北部	19	12	9
釧路	17	10	10	北圏	43	42	39
中支庁	26	20	15	宗谷野	0	0	0
北支庁	8	6	4	留萌	12	9	7
南支庁	37	32	25	稚内山	10	8	6
網走	50	42	33	日高	13	13	8
北支庁・積山	8	7	5	釧路	15	11	8
				釧路	16	14	11



北海道の卒後臨床研修医の動向

	平成16年	平成17年	平成18年
医育大学	211 (67.0%)	163 (50.2%)	127 (42.1%)
北大	103	80	60
札幌医大	70	58	51
旭川医大	38	25	16
臨床研修病院	104 (33.0%)	162 (49.8%)	175 (57.9%)
合計	315	325	302

- ### 安心してお産ができる環境をどう作るか
1. 北海道全体で取り組む課題
- ・地域の医療ニーズの把握と医師の配置についての共通認識の醸成
 - ・医師にとってキャリアパスや処遇の上で魅力があり持続可能な医療機関の強化
 - ・行政、自治体、医師会、医育大学、医療機関の有機的結合と共同作業
 - ・地方公共団体が運営する病院間で医師の効果的な配置・相互の移動
 - ・裁判外紛争処理制度の検討

- ### 2. 地域で取り組む課題
- ・手術や救急医療など地域の中核を担う病院の位置付けを明確化
 - ・この際、病院における外来診療のあり方の検討
 - ・地域医療機能の集約化・重点化による医師負担の軽減
 - ・病院間のスタッフ連携・協働による実効性の高いチーム医療体制の整備

- ### 3. 病院で取り組む課題
- ・産科医と助産師の役割分担・連携の推進（病院・診療所での正常妊産婦を対象に、助産師による外来や助産所との連携を図る）
 - ・女性医師の環境整備のための多様な勤務形態の確保、院内保育所の整備
 - ・中高令医師のための短時間勤務、交替勤務等の勤務体系の多様化
 - ・事務職など他の職種で対応できる業務の見直し
 - ・医療事故等の紛争の未然防止策の強化

北海道の産婦人科医療を守るための集約化・重点化構想について

櫻木 範明

10月22日に平成18年度厚生労働科学研究費補助金 こども家庭総合研究事業「分娩拠点病院と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」(班長:東北大学岡村州博教授)による市民公開フォーラム「北海道のお産を守るために」が開催された。北海道の広域性と産婦人科医不足とによりその産婦人科医療が困難な状況に陥って久しい。産婦人科・小児科医の不足が地域住民にとって大きな不利益をもたらしかねないことは、厚生労働科学研究(こども家庭総合研究事業)の「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」(鴨下班)の分担研究課題「地域における周産期医療システムの確保」(分担研究者:旭川医科大学石川睦男教授)により行われた研究によって明らかにされている(今井博久ほか、産婦人科・小児科医師数と周産期指標との関連性、日本医事新報 No.4546, pp.28-32)。

医師の偏在への対応:国が示した方向性

厚生労働省、総務省、文部科学省の3省合同による「地域医療に関する関係省庁連絡会議」は平成17年8月に「医師確保総合対策」をとりまとめ、小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進に取り組むことを決定した。この関係省庁連絡会議のもとに設けられた「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ」によってまとめられた「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について」が平成17年12月に発表された。その中で産婦人科医・小児科医が不足している地域では中核的な病院を設定し、医師の集約化・重点化を進めるという方向性が示されている。これは従来大学のみ地域への医師派遣の形で地域医療に大きな責任を担わされていたことからすると大きな進展である。大学が行ってきたことは、医局に属する医師の実地臨床研修のために指導医と研修医が地域病院を循環するプログラムを実施してきたのである。医師不足の中で教育・研究機関としての本来の役割と、医師派遣要請に応えることの二律背反に苦悩してきた大学の状況から見ると画期的なことと考えられる。すなわち「医師確保総合対策」に盛り込まれた内容の一覧(表1)に示すように具体的取組の推進のために「医療対策協議会」を制度化するとされている。北海道ではすでに平成16年から北海道医療対策協議会が設置されている。この下部組織として「自治体病院等広域連携分科会」が設けられ、そのなかで取り上げられる検討事項の一つとして「産科・小児科の集約への取り組み」がある。本分科会は行政・市町村・医育機関に医師会などを加えた関係各機関により

構成されており、この公式の場において産婦人科医療と小児科医療の集約化・重点化の必要性を検討し、具体的な対策を立てることと、市町村が都道府県と連携協力し、集約化・重点化の実現に努力することが謳われているのである。北海道においては道が強力な指導力を発揮することが強く期待されている。

医師確保総合対策

- (1) 地域の実情に応じた具体的な取組の促進
 - ・医療対策協議会の制度化
- (2) 医療計画制度の見直しを通じた医療連携体制の構築等
 - ・医療計画による実効性ある地域医療の確保・医療連携体制の構築
 - ・医療資源の集約化・重点化の推進と地域内協力体制の整備
- (3) へき地医療や小児救急医療等に対する関係者の責務の明確化と積極的評価
- (4) 養成・研修過程における医師確保対策
 - ・医学部定員の地域枠の拡大（地域による奨学金の有効活用）、自治医大の定員枠の見直し等
- (5) へき地医療等に対する支援策の強化
 - ・へき地医療支援機構の診療支援機能の向上（代診医の派遣等）
 - ・都道府県による医師派遣
 - ・情報通信技術（IT）による診療支援等
- (6) 診療報酬における適切な評価
- (7) 需給調整機能の強化と働き方の多様化への対応
 - ・マッチングの推進、仕事と育児を両立できる就労環境の整備
 - ・女性医師バンク（仮称）事業の創設等
- (8) 医師の業務の効率化
 - ・医療関係職種や事務職員との役割分担と連携等
- (9) その他
 - ・へき地等における人員配置基準の特例等

表 1. 医師確保総合対策の概要（地域医療に関する関係省庁連絡会議、平成 17 年 8 月 11 日、医師確保総合対策より）

産婦人科医師数の減少とその原因

ここで産婦人科医師不足の実態をもう一度振り返ってみたい。厚生労働省 2004 年「医師・歯科医師・薬剤師調査」によれば、1955 年から 2004 年の間に医師総数は約 86,000 から 257,000 と 3 倍に増加している。これに対し産婦人科医師数 1965 年の約 1,4000 から 2004 年に 1,1000 へ減少した。その結果、産婦人科医師の割合はこの期間一貫して減少し、約 15%から 4%に低下した。

産婦人科医減少の理由として、1) 過重な労働環境、2) 労働内容に見合った給与体系になっていない、3) 訴訟の多さ、4) 産婦人科医の高齢化、5) 新臨床研修制度導入などが挙げられている。前述の鴨下班における分担研究「小児科・産科医の勤務状況の改善に関する研究」の提言でとりあげられていることは、1) 周産期医療における産婦人科医師の待遇改善、2) 周産期医療における産婦人科医師確保に関する積極的支援、3) 地域

の特性に応じた周産期医療システムの確立・推進、4) 医事紛争の減少に対する取り組みへの支援である。

本道産婦人科医療体制の問題点

1) 北海道の地理的条件：その広域性

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。最も広い道央圏は単独の県としては最大の岩手県の1.5倍の広さであり、道北圏はほぼ四国地方全体に匹敵する。十勝圏、オホーツク圏はほぼ新潟県や秋田県に匹敵し、釧路根室圏は鹿児島県を上回る広さを持っている。このような地理的特殊性を考えると、大きな医療圏それぞれの中で質の高い医療提供を完結できる高度な中核病院を置く必要があるといえよう。大学の役割は次の時代を担う医師を教育・養成し、地域中核病院への指導医・専門医の紹介や診療指導・共同研究などを通して地域の高度医療を担うことであり、さらに医学・医療の進歩のために研究を行うことである。これまで地域の要請に応じて限られた数の医師を広く薄く配置してきたことが、少なくとも産婦人科医療においては、劣悪な労働環境を放置することとなり、さらには大学そのものの研究・教育・診療にも悪影響を及ぼすようになっており、早急な改善・改革が必要である。

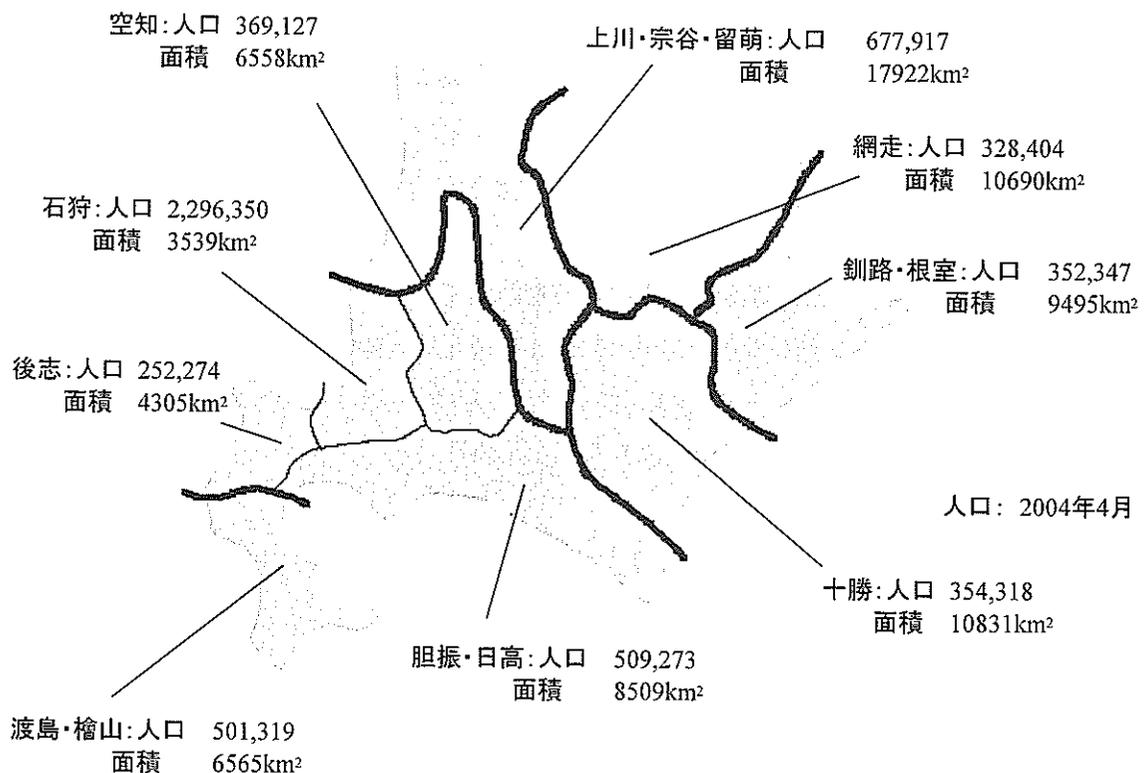


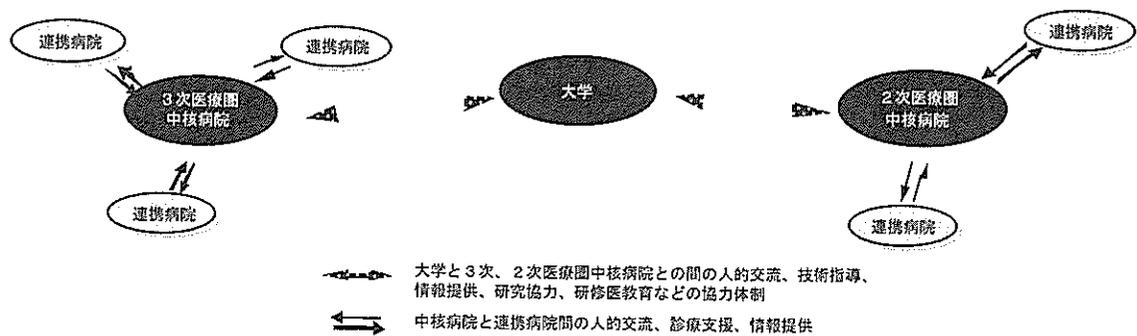
図1. 北海道の大医療圏の概略図（太線：3次医療圏境界、細線：最大の3次医療圏である道央地区をさらに4区分したもの）

より安全で効果的な産婦人科医療提供のための中核病院と連携病院によるシステムの構築

産婦人科医療体制は1次医療を担う1名あるいはそれ以上の医師による有床・無床の診療所（1次医療施設）、この1次診療施設では対処できない産婦人科疾患や突発する緊急事態を受け入れるための2次医療施設、さらに高度な診断・治療を要する合併症妊娠、稀な疾患、がんなどの難病患者を受け入れる3次医療施設の三者による責任分担と協力システムによって成り立っている。患者に最も身近で、地域に広く産婦人科医療を提供する1次医療施設が機能するためにはそれをバックアップする2次医療施設が充実していなければならない。基本的に大学が支援を行ってきたのはこの2次医療施設と3次医療施設である。

北海道では6つの三次医療圏が設定されており、その中に充実した3次医療施設を置く必要があることに異論はないと考えられる。ここでは2次医療施設の集約化・重点化に焦点を絞るが、その要点は以下のような産婦人科医療体制の改善を目的としたものである。

- ①集約化・重点化により、充実した中核病院を中心とし、その周辺地域の病院をサテライトあるいは連携病院として一つの大きな産婦人科診療システムとして機能するものを構築すること、
- ②中核施設の人員数を増やして安全で質の高い医療を提供できるように体制を充実し、そこで勤務する若手医師がレベルの高い研修を受けることができるようにすること、
- ③中核施設から周辺地域へ定期的に医師が派遣されることにより地域に密着した医療ができるようにすること、
- ④勤務医師に学会参加など自己研鑽の余裕を与えること、
- ⑤今後増加する女性医師が安心して妊娠・出産をしながら医師としての仕事を続けられる環境を提供すること。



北海道における産婦人科集約化・重点化のモデルケース：中空知地区

平成13年3月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。

空知地区は札幌と旭川の間地域であり、丁度この2大都市の中間に砂川市が位置している。車で15-30分の距離に複数の自治体病院があり、それぞれが1-2名で産婦人科診療に当たっていた。周辺町村からの救急搬送時間を全て調査し、集約化・重点化にあたって考慮した。砂川市立病院には小児科医が3名おり、放射線治療設備もあり、地理的条件を考慮して、この砂川市立病院に周辺都市に勤務する産婦人科医師を集中し機能の重点化を図ることとした。2003年2月から道と砂川、滝川、美唄、岩見沢の各市立病院にこの構想の説明を始めた。岩見沢市立総合病院はこの構想に参加せず、2003年11月に道の調整により空知地区のセンター化について3市立病院を含めた空知管内関係自治体等協議会が開催され、センター化について協議する機会が設けられた。2004年5月には北海道総合保険医療協議会地域医療専門委員会周産期医療小委員会において空知管内の産婦人科センター化と砂川市立病院の地域周産期母子医療センターの指定が協議された。およそ2年の時間をかけてこの構想がより安全で質の高い医療をめざすものであることを地元病院、自治体、道、医師会などに理解をしてもらい、2004年10月1日から砂川でセンター化システムが稼働を始めた。今後はセンターとサテライト間のカルテの共有化、患者情報交換のセキュリティー、医療事故対策等々についてより完成度の高いものにしてゆく必要がある。このシステムが従来のもものよりも地域住民の医療ニーズに応えられる機能を持ち、また勤務する

産婦人科医師の労働環境・研修環境・研鑽機会の向上・整備に資するものであることが明らかにされることを期待している。

中空知地区の産婦人科集約化・重点化の成果

砂川市立病院に産婦人科の集約化・重点化を行い、2006年9月で丸2年になる。この間に外来患者数、入院患者数はそれぞれ1.5倍、1.7倍に増加した。同様に分娩件数は245から504と2.1倍、手術件数は161から364と2.3倍に増加した。この間に診療報酬は外来、入院ともに増加し、合計で5億8000万の収入であった。人件費が5100万の増加であったのに対し、診療報酬の合計は2億6000万の増加であった。病院経営への貢献も評価されてよいと思われる。

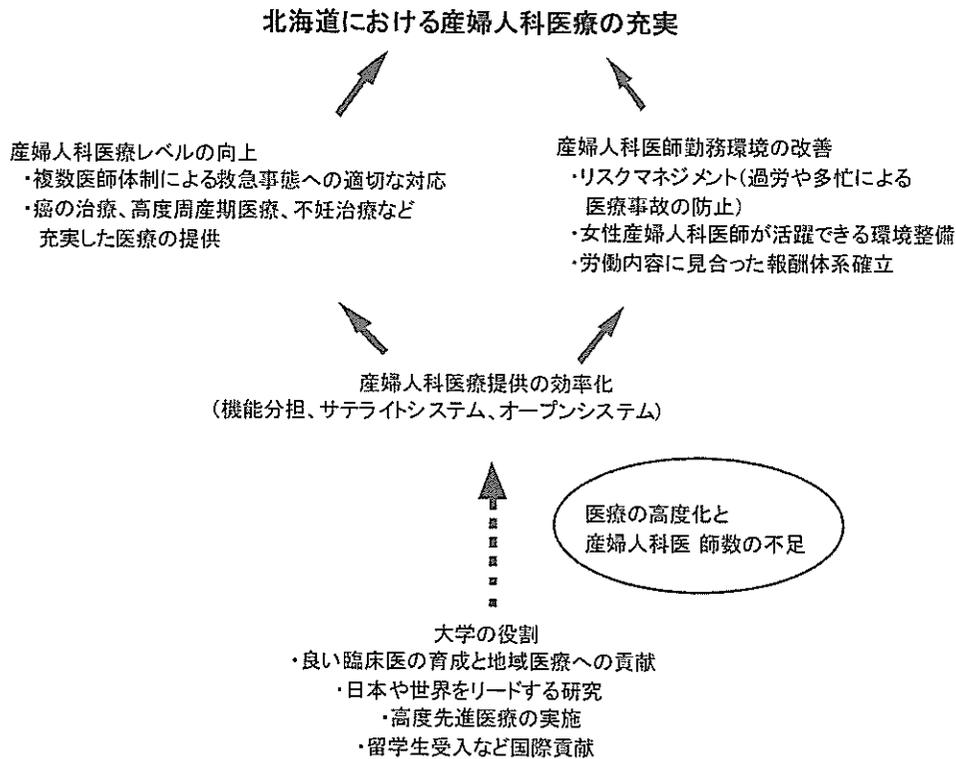
医師の労働環境、すなわち勤務体制と勤務内容の評価の改善について以下に述べる。これまで一人あるいは二人体制での厳しい勤務に従事していた医師にとっては、24時間の拘束から解放されたことが最も重要なことであったと評価されている。夜間業務の当番と待機を一名ずつ割り当てたとしても、月の半分は夜間業務から解放されるわけである。また、未だ十分とは言えないが、分娩手当の増額が果たせた。センター化され重症患者や緊急患者への対応という契約救急といった側面を持つ産婦人科の特殊性を考慮して病院の救急外来当直からは離れて産婦人科救急・分娩に専念することができるようになった。

医療を受ける側からみた改善点は2000g未満の未熟児への対応体制と悪性疾患治療体制の充実である。悪性疾患手術は12件から21件に増え、2000g未満の未熟児治療は1件から17件に増えている。このように中空知地区における医療内容は確実に向上している。域内の分娩動向をみると、砂川市民の分娩数が102件から106件と同じであるのに対して、滝川市民の分娩が21から113へ、美唄市民の分娩が5から55へと大きく増えている。このような婦人科手術、分娩数の動向から、産婦人科センターとしての砂川市立病院に対する中空知地区住民の期待が大きなことが伺える。

3) 医育機関と行政との連携

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（北海道医療対策協議会とは別物）の中に母子保健専門委員会が設けられており、関係各機関による合同検討会が行われていた。しかし相互の情報交換が必ずしも十分であったとは言えず、必要な勤務医師数について行政側の理解を得るように、医育機関側も客観的數字をもとに十分に説明しなければならない。その上で適切な行政的判断をしてもらうように積極的に連携を取ってゆくことが必要である。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た。



北海道における産婦人科勤務医師の必要数

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。

新臨床研修必修化の影響：大学と医局の役割

大学が果たさなければならない使命は、1) 医学部生の教育、2) 大学院生の研究指導・育成、3) 基礎研究・臨床研究の遂行とその成果の社会への還元、4) 高度な医療を行う（他の施設では対応できない難しい疾患に対応する最後の砦）、5) 専門医をめざす若手医師の研修指導である。研修医教育に求められるレベルは非常に高くなっており、大学と教育関連病院との連携強化は大変重要である。大学ならびに3次医療圏の総合周産期母子医療センターおよび幾つかの2次中核病院を核として若手医師の育成システム（初期研修と後期研修）ならびに地域医療提供システムを構築する必要がある。

大学と医局は同一ではなく、医局とは相互協力と切磋琢磨により医師としての技量向上を目指す医師の集まり、任意団体である。大学は研修期間中にある医師に研修プログラムを提供し、医局員はこのプログラムに参加する。その研修の一環として医局員は地域病院を循環してきた。しかし新臨床研修必修化の2年間に起こったのは、1) これまで実地研修・修練として地域病院を循環していた医師の数が大きく減少した、2) 少人数勤務による過重労働という産婦人科地域医療の無理・矛盾が顕在化した、3) 大学自体も医師不足の状態となり、地域医療の提供システムが機能しなくなったことである。

政策的に産婦人科医師数を早急に増員しなければ産婦人科地域医療はおろか大学の使命遂行も成り立たなくなっている。

本道産婦人科医療の体制をどう改善していくか

現在の本道産婦人科地域医療は必要数の半数程度の勤務医師で行われている。このことがもたらすものは、1) 過重労働による身体的ストレス（ニアミス、事故のリスク）、2) 多忙な中で安全な医療を提供しなければならない心理的ストレス（医療事故に対する心配）、3) 一人一人の患者にゆっくりと時間をかけることができないジレンマ（本当はもっと患者と接したい）などである。このような状況がもたらしたものは、燃え尽き症候群であり、勤務医から開業医へ、あるいは産婦人科から他科へ専門を変更する医師の出現である。早急に実行しなければならないことは、1) 不十分な環境下で働いている現場の苦悩を病院が、自治体が、社会が理解すること、2) 産婦人科医師に、夜間勤務明けの休養と完全に拘束のない休日を確保すること（労働者として保護されなければならない）、3) 自己研修（学会・研究会参加など）の時間を保証すること、4) 正当な、合理的な労働内容評価と報酬システムを確立することである。

今後の集約化・重点化の方向性

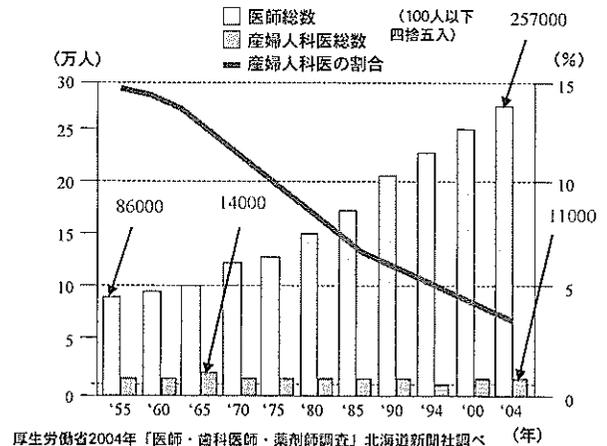
繰り返しになるが、北海道医療対策協議会の分科会の中で、平成18年度末を目途に、国が示した「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化」の必要性を検討し、20年度までに具体的な対策を立てることになっている。分科会には3医育大学、市町村、公立病院および公的病院、北海道が構成員として入っている。このように産婦人科医療の問題は、まず産婦人科医師不足であり、これはすでに大学が対処できるレベルを超えていることは全国的にも明らかである。短期的には北海道医療対策協議会で集約化・重点化が検討されることになる。集約化・重点化は前記ワーキンググループ報告にもあるように緊急避難的な措置と考えられ、地域切り捨てはあるべき姿ではない。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。

国は産婦人科の集約化・重点化を推進することを決定

- 都道府県は、平成18年度末を目途に、集約化・重点化の必要性を検討。20年度までに具体的な対策。
- 市町村は都道府県と連携協力し、集約化・重点化の実現に努力。
- 関係団体は集約化・重点化の実現に協力。

厚生労働省、総務省、文部科学省「地域医療に関する関係省庁連絡会議」、「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ」（平成17年12月）

産婦人科医はなぜ増えずに減少するか？



産婦人科医減少の理由

- 過酷な労働環境
 - お産による長時間の拘束や当直、自宅待機が多い
 - 人手不足に加え仕事内容の増大で労働環境が更に悪化する悪循環
- 労働内容に見合った給与体系になっていない（診療内容に関わらず同一の給与体系）
- 訴訟の多さ
- 産婦人科医の高齢化
 - 診療所勤務（一次医療施設）65歳以上が41.4%
- 新臨床研修制度
 - 大学に残る医師の減少により大学病院の人手不足

必要な産婦人科医師数は？

地域（北海道を21に分けた二次医療圏）の中核的病院

二次中核病院

- 産婦人科の医療
 - 産科外来
 - 婦人科外来
 - 病棟（入院患者：手術、切迫流産、切迫早産、抗凝固治療）
 - 分娩室
 - 手術
 - 夜間勤務（病院によっては全科当直も）=お産は夜間業務
 - 夜間分娩等の応援待機
- 付属看護学校等の講義など

• 二次中核病院に必要な産婦人科医師数は5～6人である

• 三次医療圏に設置されている総合周産期母子医療センターには10～12人以上必要である

（平成17年、道内3大学産婦人科コンセンサス、3省ワーキンググループの提言もほぼ同様。）

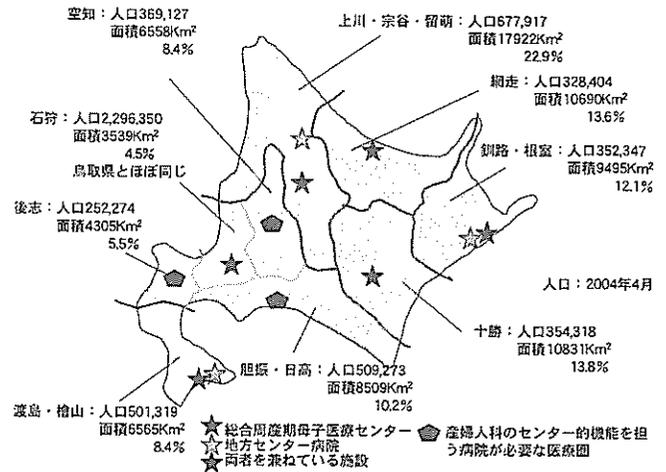
地域・地方センター産婦人科勤務医最小必要数

- 二次医療圏（25センター） $25 \times 5 = 125$
- 三次医療圏（6センター） $6 \times 12 = 72$
- 医育大学・付属病院 $\times 25 \sim 30 = 75 \sim 90$
- その他：
 - がんセンター = 10
 - 公的病院 $9 \times 5 = 45$

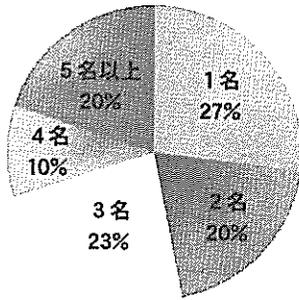
• 合計 327～342

実際の産婦人科勤務医数

• 21二次医療圏 (25センター)	67
• 6三次医療圏 (6センター)	35
• 3医育大学・付属病院	55
• その他：がんセンター 公的病院	6 24
• 合計	187
	必要数の55%



北海道の1施設あたり常勤医師数 1名~7名 (平均2.9 ± 1.7人)



三次中核病院に必要な産婦人科医師数

モデル2次中核病院：受け持つ人口5-10万、年間分娩数400-600、手術数300-500

曜日	手術日					
	月	火	水	木	金	
外来 (1日60)	2名	1名	2名	2名	1名	
病棟 (30-40床)	1名	1名	1名	1名	1名	
分娩室	1名	1名	1名	1名	1名	
手術 (悪性以外)					2名	
当直明け	1名	1名	1名	1名	1名	1名
必要数	4.5名	5.5名	4.5名	4.5名	4.5名	
当直		1名	1名	1名		1名
当直後方支援						1名

夜間当番明けは
半日勤務

このような勤務を1-2人で行うことの過酷さを考えてほしい！

訴訟圧力

日本において産婦人科医は全医師数の4.4%

分娩取り扱い産婦人科医数はその約75%
(全医師数の約3.3%)

しかし医療訴訟件数の

14.4%(2000年)

12.5%(2001年)

12.3%(2002年) を占めている

産婦人科医は他科の医師に比し約4倍訴訟圧力が高い

日本産科婦人科学会 年齢階層別会員数

