

新臨床研修必修化の2年間に 起こったこと

- 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
- 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・矛盾が一気に顕在化した
- 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
- 政策的に産婦人科医師を早急に増員しなければ産婦人科地域医療は成り立たない

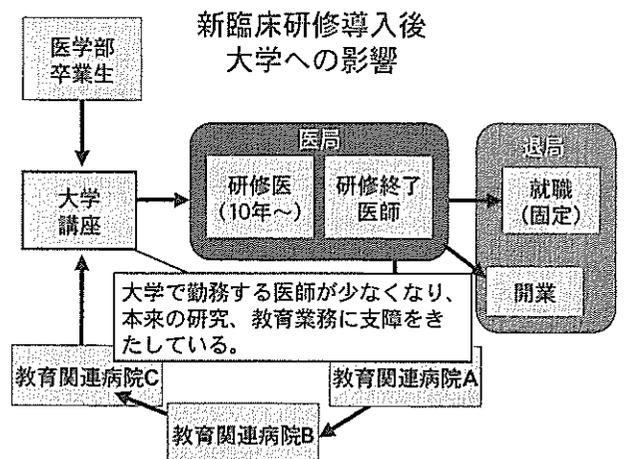
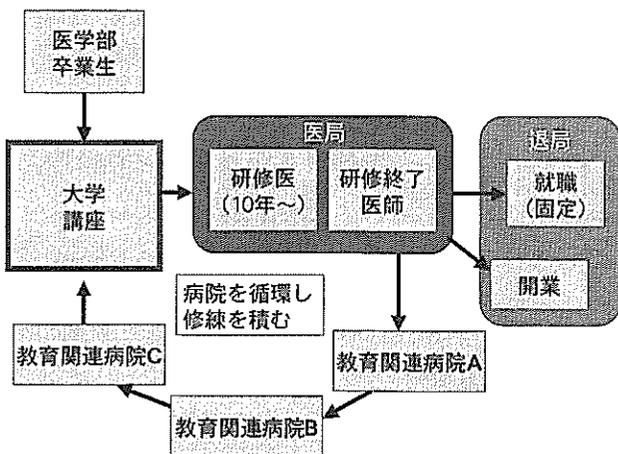
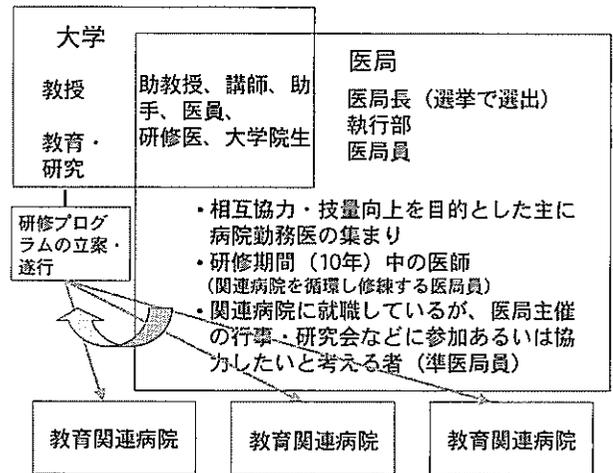
大学ができること

大学の使命

- 医学生の教育を行う
- 大学院生の研究指導・育成
- 基礎研究、臨床研究：成果の社会への還元
- 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）
- 専門医をめざす若手医師の研修指導

大学と医局

- 両者は同一ではない
- 医局とは医師が相互に協力、切磋琢磨して、医師としての技量向上を目指すための任意団体である
- 医局長は医局員の中から選ばれる
- 教授は助言を与える
- 医局員と教授は相互信頼で結ばれる



現在の北海道産婦人科医療は必要数の半数程度の医師で行われている。



- 過重労働による身体的ストレス（ニアミス、事故のリスク）
- 多忙な中で安全な医療を提供する心理的ストレス（医療事故に対する心配）
- 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）



医療システムの構造的な問題

今やらなければならないことは

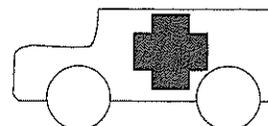
- 不十分な環境下で働いている現場の苦悩を病院が、自治体が、社会が理解することが大切。
- 産婦人科医師に、夜勤明けの休養と完全に拘束の無い休日を確保してあげること（労働者として保護されなければならない）。
- 自己研修（学会・研究会参加など）の時間を保証すること。
- 正当な・合理的な労働内容評価システム確立が必要。

産婦人科医師は働きがいのある職場を求めている。

このような状況がもたらしたものの

- 燃え尽き症候群
- 勤務医から開業医へ
- 産婦人科から他科へ

産婦人科は瀕死の重傷を負っている
救急処置が必要な状態



北海道医療対策協議会 分科会

- 医師派遣（紹介）システム
- 医師養成
- 自治体病院等広域化
 - 地域における病院の広域化について検討
 - その中で「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」を検討

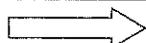
平成18年度末を目途に、集約化・重点化の必要性を検討。20年度までに具体的な対策。

北海道の産婦人科医療の将来

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 短期的目標 <ul style="list-style-type: none"> - 産婦人科医療圏の見直し - 産婦人科医師の集約化 - 産婦人科勤務環境の改善と安全な医療提供 | <ul style="list-style-type: none"> • 長期的目標 <ul style="list-style-type: none"> - 産婦人科医師数の適正化 - 地域中核病院と大学との教育・臨床研究連携システム構築 - 地域の施設間のネットワーク造りと産婦人科医療提供の均てん化 |
|---|---|

10年先の健全な発展が目標

救命措置



蘇生と成長

おわりに

安全でレベルの高い産婦人科医療を北海道の全ての地域に提供することがわれわれの願いである。

- 産婦人科医師不足の問題はすでに大学が対処できるレベルを超えている
- 国の決断：産婦人科医師数を2-3倍に増やす政策が必要

北海道のお産を守るために助産師の立場から

日本助産師会北海道支部 支部長
(NTT 東日本札幌病院)
東 紀子

分娩取り扱い医療機関がここ数年間で大きく減少している。それ以前から助産師の職業分布が病院に偏り、診療所は分娩数の割合に対し助産師不足となっている。大きな病院でも昨今の助産師教育の実習時間減少のあおりを受け新人助産師の卒後教育・助産師学生の実習要員に事欠く状況が発生している。

こういった危機的状況は今改めて「助産師とは何か」を鋭く我々助産師に迫ってきている。助産師本来の役割とは、地域においてどのような活動をし、施設の中で助産師独自の活動を展開していくのかが問われている。「助産師の声明」(日本助産師会)「保健師助産師看護司法」等から助産師の現在担っている法的業務を明らかにし、あるべき姿を確認する。その上で、社会としてどのように北海道のお産を守るかを考えたい。

助産師職能団体として、「いいお産」の確保のため、医師・行政と協働して環境づくりを進めなくてはならない。そして何より主人公である北海道の妊婦が自分自身を知り、主体的に妊娠出産できる心と体の準備をしていけるよう支援していきたい。



北海道のお産を守るために

日本助産師会北海道支部
支部長 東紀子
(NTT東日本札幌病院)



助産師の立場から

- ♡ 助産師を取り巻く現状
- ♡ 助産師とは何か—法的業務責任
- ♡ これからの助産師に求められるもの
- ♡ これからの妊産婦に求められるもの
- ♡ これからの北海道に求められるもの



分娩取り扱い医療機関の推移

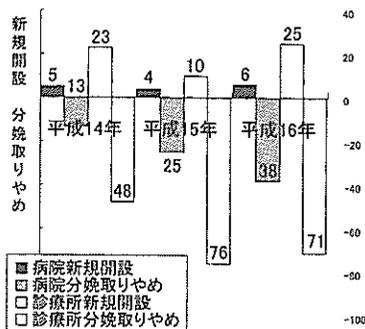
分娩取り扱い医療機関 3年間の合計

新規開設：73

分娩取りやめ：271

合計減少数：198

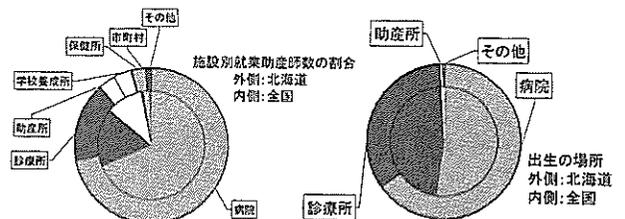
2005年8月31日産婦人科
医会調べ(37件)



北海道の助産師の就業状況

(平成16年：母子保健の主な統計・看護関係統計資料集)

- ♡ 助産師就業数 北海道：1,417名(全国：26,040名)
- ♡ 出生数：北海道：44,020人(全国：1,110,721人)



助産師とは何か

日本助産師会「助産師の声明」より

- ♡ 法に定められた所定の過程を終了し、助産師国家試験に合格して、助産師籍に登録し、業務に従事するための免許を法的に取得した者である。
- ♡ 助産師は、女性の妊娠、分娩、産褥の各期において、自らの専門的な判断と技術に基づき必要なケアを行なう



看護職の法的業務責任

(保健師助産師看護師法)

- 保健師—厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて保健指導に従事することを業とする者(法2条)
- 助産師—厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子(法3条)
- 看護師—厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者(法5条)
- 准看護師—都道府県の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規程することを業とする者(法6条)



助産師の業務

助産師の業務は医業の一部であると解せられており、助産所を自ら開設することもできることから、業務に関しては一定の行為以上に逸脱しないような制限を加え、医師に匹敵する業務が規定されている。

金子 光：保健師助産師看護婦法の解説、1960



助産師の業務独占

1. 助産
 - 妊娠の診断と指導
 - 妊娠経過中の母児の健康診断と指導
 - 分娩介助と分娩第4期
2. 褥婦・新生児の健康診断と保健指導
 - 「褥婦」 「新生児」
 - 妊娠・分娩による母児の侵襲の治療



保助看法第37条

主治の医師又は歯科医師の指示があった場合の外、診療機械を使用し、医薬品を授与し、又は医薬品について指示をなしその他医師若しくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずる虞のある行為をしてはならない。但し、臨時の応急手当をなし、又は助産師がへそのおを切り、かん腸を施し、その他助産師の業務に当然付随する行為をなすことは差支えない。



助産師の業務に当然付随する行為 《日本助産師会の見解》

1. 妊娠の診断とケア
2. 妊娠経過中の母子の診断とケア
3. 分娩開始から分娩介助を含む分娩第4期までの診断とケア
診断に用いる手段としての超音波装置・分娩監視装置等を含む
4. 分娩第4期以降の産褥期における褥婦・新生児の診断とケア
新生児先天性代謝異常検査の採血、新生児の出血傾向予防薬の経口投与、新生児への予防的点眼等を含む
5. 臨時応急の手当て
分娩時大出血時の血管確保、産褥期における子宮収縮不良時子宮収縮薬投与等の行為を含む



医師と看護職の責任関係

	看護師	准看護師	助産師
療養上の世話	看護師の業務責任	看護師の監督指導	助産師の業務責任 (保助看法37条但書)
診療の補助	保助看法37条	医師・看護師の監督指導	<ul style="list-style-type: none"> ・ 応召の義務(39条) ・ 証明書交付義務(36条2項) 出生証明書など ・ 届出義務(41条) 異常出産児 ・ 助産婦の記録・保存義務(42条) ・ 守秘義務(刑法134条)
妊産婦の看護	禁止 (保助看法30条)		医師との共同責任 (保助看法38条)



保健師助産師看護師法違反

助産師以外による助産業務の禁止(保助看法第30条)
助産師でないものは、第3条に規定する業をしてはならない。

医師が助産師でない者に内診を行かせた
法違反：罰金50万円(平成16年2月)
行政処分：医業停止3か月(平成17年7月)

- ♡ 分娩第1期で医師の指示下であれば看護師による内診行為を認めるべきだ(日本医師会)
- ♡ 誰が内診をしてくれるかということは、長くつらく危険でもある陣痛期を誰が共に過ごしてくれるかということ。



助産師の倫理綱領

社団法人日本助産師会 2006

1. 生命、人間としての尊厳と権利の尊重
2. 平等なケアの提供
3. 最善のケアの提供
4. 信頼関係に基づいたケアの提供
5. 権利の尊重と支援
6. 秘密の保持
7. 自己の決定と行動に対する責任
8. 専門的知識や技術の発展
9. 専門職能団体による職能的水準の維持
10. 保健政策の実施
11. 自己の健康の保持・推進



自然なお産から、いいお産へ

- ♡ いいお産とは「いいお産をした」と自分で満足できるお産
- ♡ 自分の体への信頼、自分への自信を作る
- ♡ 子供への信頼が生まれ、子育ての自信につながる
- ♡ 「また生みたい」と思える
- ♡ 虐待の予防につながり、虐待の連鎖を食い止める



お産の満足度

- ♡ お産の満足度は助産院が96%と最も高く、医院、一般病院、大学病院と、高度な医療を行う医療機関になるほど低かった。(1999年日厚生省研究班)
- ♡ 本人の持つ力を最大限に発揮できやすい場所が助産所
- ♡ 何処であってもどんなお産になったとしても、自分の力を十分発揮し満足できたと思えるお産をサポートするのが助産師の力



助産師の活用

(何処にいても助産師として女性に寄り添う)

- ♡ 院内で医師・他医療職種との協働する関係作り
- ♡ 院内での正常領域を責任をもって担当する
 - ♡ 助産師外来
 - ♡ 院内助産院
 - ♡ 妊産褥婦受け持ち制
- ♡ 地域での開業助産師
- ♡ 地域での育児支援
- ♡ 地域でのライフサイクル支援
 - ♡ 思春期支援
 - ♡ 更年期支援
 - ♡ 不妊・家族計画支援
- ♡ 地域での正常領域担当
 - ♡ オープンシステムへの参加
 - ♡ パースセンター構築



産師職能団体の果たす役割

～専門性を発揮できる活動を～

- ♡ 医師(開業医・高次医療機関)との連携のための信頼関係の構築
- ♡ 医学的管理の保証—助産業務ガイドラインの遵守
- ♡ 技術・知識の向上(学び続ける姿勢をバックアップ)
- ♡ リスク評価・データ評価
- ♡ 相互コミュニケーション
- ♡ 異常発生のための産科救急システム構築への参加
- ♡ 潜在助産師の発掘



初期妊娠リスク自己評価表 (A)

(妊娠が分かった時に確かめましょう)

厚生労働省研究班：主任研究者 中林正雄先生 愛育病院

1. あなたがお産をするときの年齢は何歳ですか？
16-34歳：0点、35-39歳：1点、15歳以下：1点、40歳以上：5点
2. これまでにお産をしたことがありますか？
はい：0点、いいえ初めての分娩です：1点
3. 身長は150cm以上ですか？
はい：0点、いいえ150cm未満です：1点
4. 妊娠前の体重は何kgですか？
65kg未満：0点、65-79kg：1点、80-99kg：2点、100kg以上：5点
5. タバコを1日20本以上吸いますか？
いいえ：0点、はい：1点
6. 毎日お酒を飲みますか？
いいえ：0点、はい：1点

以下合計18項目で低リスク4点以上で高リスク妊娠
さらに、20週～36週に後半期妊娠リスク自己評価表で自己判定します



妊娠リスク自己評価表

- ♡ 低リスク妊娠（0～1点：44% 妊娠後半期を加えて30.5%）
 - ↳ 医師1人の診療所や助産院でも出産できる。自宅出産もできる。
- ♡ 中リスク妊娠（2～3点：40.7% 妊娠後半期を加えて40%）
 - ↳ 「ハイリスク妊娠に対応可能な病院と密接に連携している施設」での妊婦健診、出産がすすめられる。
 - ↳ 一般的な病院の産科・常勤の医師が複数いるような大きめの診療所、一部で始まっている院内助産院など。
- ♡ 高リスク妊娠（4点以上：15.3% 妊娠後半期を加えて29.5%）
 - ↳ ハイリスク妊娠に対応可能な大きな病院の出産がすすめられる。
 - ↳ 総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター



本物の質を提供できる助産教育

- ♡ 北海道や市町村の財政が極めて厳しい現在、官に頼ることなく、新しいものを作り出すチャレンジを行っていかなければならない
- ♡ 本物の質を備えて世の中に働きかけて行けるよう助産師教育を支えなくてはならない



北海道の妊婦のこれから

- ♡ 自分を知る
 - ♡ 自分はどこでお産がしたいのか
 - ♡ 自分はどんなお産がしたいのか
 - ♡ 自分の体には何が出来るか
 - ♡ 自分にはどんな支援が必要か
 - ♡ 自分の家族・周囲は何を望んでいるのか



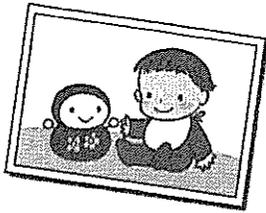
妊娠以前の環境づくり

- ♡ 妊娠期を楽しく過ごすことができる
 - ♡ 不安が少ない
 - ♡ 支援者と共に不安に気づき、ひとつずつ解決していく
 - ♡ 妊娠を受け入れている
 - ♡ 妊娠できる環境が整っている
- ♡ 分娩が楽しくできる「イタキモチイイ」
 - ♡ 安心して陣痛を待つことができる
- ♡ 育児のスタートが切れる

大学・関連病院の現状について
～前回のフォーラムの後……～

北海道大学医学部産婦人科医局長
蝦名 康彦

北海道の周産期医療を考える上で、もっとも重要な産婦人科医不足については、本年2月の公開フォーラムで討論を行なった。基幹病院に勤務の産婦人科医が直面しているのは、勤務医師の人数が少ない→常に緊急時に備えて24時間体制で緊張の連続。また夜勤の後も通常勤務。学会や研究会へ参加できない→心身ともに万全の状態ではなく、患者へベストの医療を提供できない→モチベーションが低下し、心身ともに疲弊→離職・クリニックへ→さらに勤務医師の人数が減少・・・というような悪循環である。そしてこのような状況を目の当たりにして産婦人科志望者はさらに減るといふ事態がまた存在する。この状態を、短期的に解消するためには、医師派遣の集約化があり、それにより医師の勤務体制は一時的に改善され、よりよい医療が提供できる可能性がある。しかし、人口が散在している北海道では、集約化の難しい地域も多く存在しており、それによる解決は困難である。また、ことし起きた福島県大野病院の産婦人科医師逮捕事件は、産婦人科医としてまことに大きな衝撃であった。このことにより1人医長病院の存在そのものを深刻に考えさせることとなり、結果として1人勤務の病院を原則としてなくする方向での変更がすすんでいる。今回は、前回のフォーラム以降の北大関連の病院派遣の変化について報告するとともに、そこで働く医師の様子について語りたい。「地域病院から医局の都合で撤退」という論調の報道を、よく見かけるが、大学病院もまた人員が足りているわけではなく、むしろ過酷な勤務環境となっている。今年度も人手不足の状況は決して好転していないと結論される。



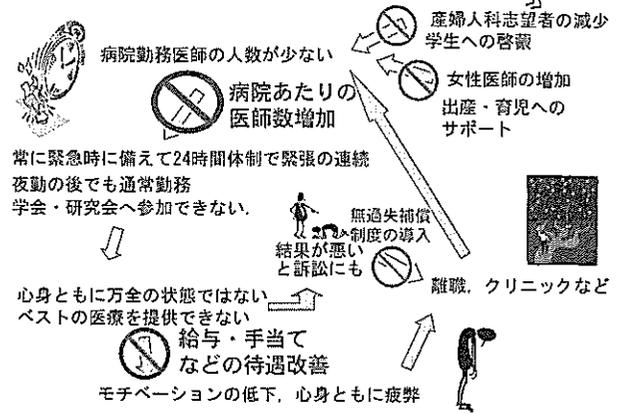
市民公開フォーラム
北海道のお産をまもるために
2006. 10. 22 札幌市医師会館

～大学・関連病院の現状について～
前回のフォーラムの後で・・・



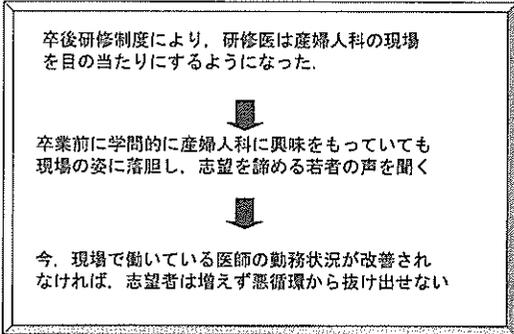
北海道大学医学部産婦人科
医局長 蝦名 康彦

病院勤務の産婦人科医が直面している悪循環

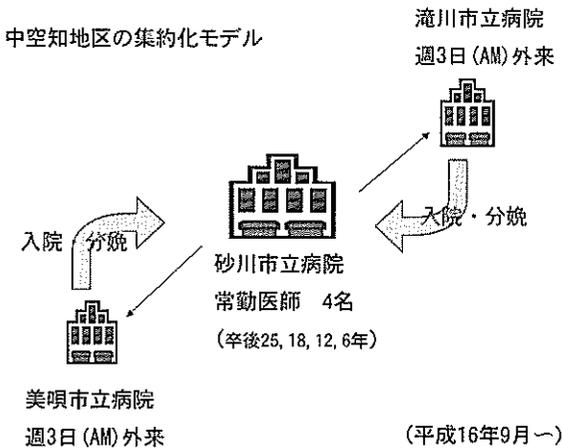


集約化・センター化のメリット

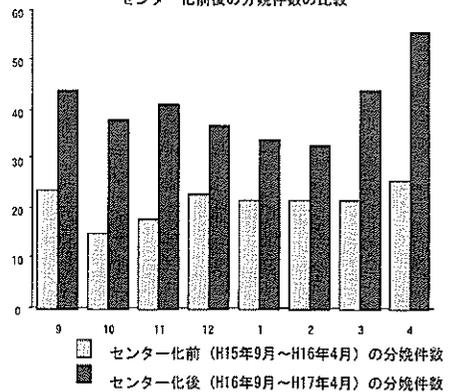
- ①周辺の病院はセンター病院のサテライトあるいは連携病院として一つの大きな産婦人科診療システムとして機能するようにする。
- ②センターの人員数を増やして診療内容を充実することにより、そこで勤務する若手医師がレベルの高い研修を受けることができる。
- ③センターから周辺地域へ定期的に医師が派遣されることにより地域に密着した医療ができる。
- ④学会参加など自己研鑽の余裕を与えることができる
- ⑤女性医師が安心して妊娠・出産をしながら医師としての仕事を続けられる環境を提供できる。



中空知地区の集約化モデル



センター化前後の分娩件数の比較



勤務医の声（砂川市立病院）

当番回数の減少、拘束日の減少についてはいずれの医師にも好評。1人病院から転勤してきた医師は365日24時間拘束の生活から開放された。2人病院から転勤してきた医師、2人体制であった医師は4人体制となった為、当番日が半減した。また、2人体制では当番日以外も待機の必要があり、フリーにはなれなかったが、4人体制では当番医、第2当番医以外はフリーになれ、家庭人としての責任もはたせるようになった。



勤務医の声（砂川市立病院）

学会出張、研修会出張、癌検診、冠婚葬祭、病欠など医師が1名不在となっても、日常の診療はほぼ問題なくできる。砂川婦人科、砂川産科、砂川病棟、サテライト外来の4部門を4名で分担している。1名欠けた場合は、病棟業務を午後からすることにして対応している。

当番日の密度は濃くなった。患者数が増えたので当然であるが、当番日は忙しい。

外来の状況：センター化以前は診察台2台体制であったが、3台体制にして効率化を計っている。

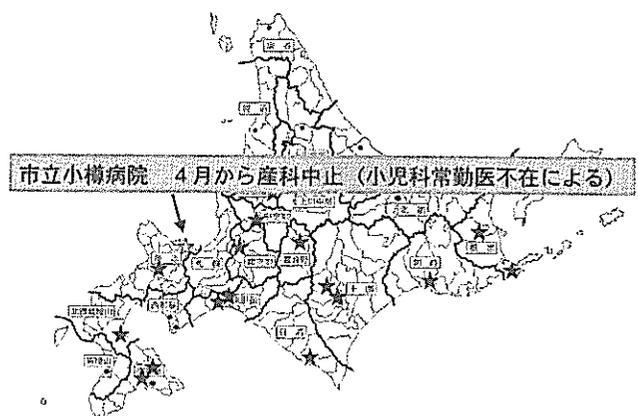
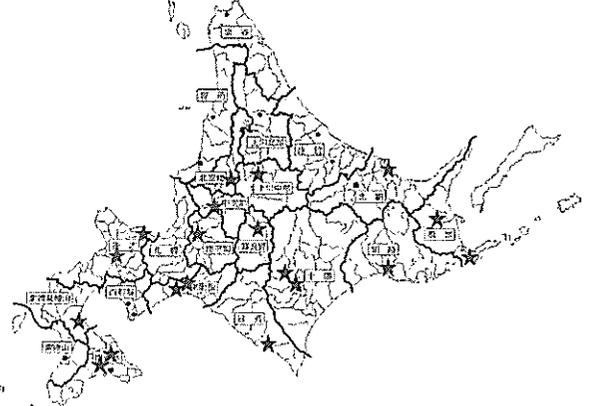


しかし．．． 現実．．．

ここで確認しておかなければならないのは、北海道の地理的特殊性です。産科医は、時間以上離れた産科医を確保することは困難です。1人医長病院をどうするか？

センター・サテライト化の不可能なところ
例えば．．． 根室市・浦河町など．．．
集約化だけでは解決できないことになる。

2006年春以降の北大関連産婦人科病院の動向



北海道のお産をまもるために 札幌医大の現状と未来

札幌医科大学産婦人科教室長
鈴木 孝浩

北海道のお産を守るためには、当然のことながら産婦人科医の増加が望まれるが、なかなか容易なことではない。集約化なども進んでいるが、その限界もそろそろ感じられる。札幌医大の現状は、現在教室員が16人、2007年3月までに5人退職予定で、さらに減少することが想像される。集約化にも限界があり、我々は医師数の増加および個々の医師の能力向上を目指している。

しかし、産婦人科医師の逮捕、判断ミスなどの報道がなされる現状においては学生の意識は悪くなるばかりで、産婦人科を志望する医師はさらに減少するであろう。はたして、産婦人科医だけが医療事故が多いのか、医療事故がおきやすい科なのか、本来発生しやすい領域なのにこれまであまり明るみにならなかったという点で果たして多いのか、ということを経験者に考え直してもらいたい。このような意識改革がないと、産婦人科医の減少に歯止めがかからないだろう。

これからの時代において女性医師の占める割合は増大しており、女性医師のケアが今後産婦人科医の増加につながる可能性があると思われる。

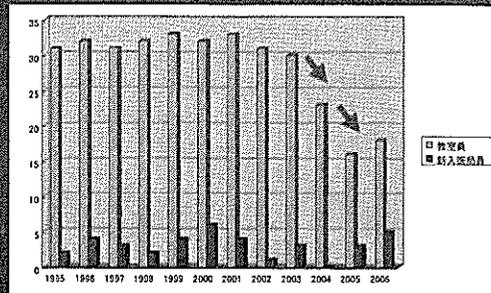
札幌医大産婦人科の 現状と未来



札幌医科大学産婦人科学講座

教室長 鈴木孝浩

札幌医大産婦人科医局員数



現在の教室員数

大学:教授1名
 婦人科チーム所属 8名
 産科チーム所属 6名
 大学院 1名
 合計16名(女性5人)
 (女医コース1名)

平均産科医勤務人数:3-4人
 (不妊症外来を含む)

2006年4月以降の病院応援

留萌市立病院:固定医なく、出張医1名で分婉継続中
 利尻国保病院:
 江差道立病院:固定医1名で分婉中
 室蘭新日鐵病院:固定医1名で分婉40-50
 函館市立病院:固定医なく、外来診察
 岩見沢市立病院:固定医1名で分婉20

来年3月までの見通し

- 1 夫の留学で渡米予定 8年目医師(2006年12月)
- 2 開業準備にて退局 10年目医師(2006年12月)
- 3 開業医へ勤務のため退局 7年目医師(2007年3月)
- 4 旭川医大より研修に来ている医師が旭川医大へ戻る可能性あり(2007年3月)
- 5 医師本人の分婉 3年目(2007年3月)

→ 札幌医大産婦人科の2007年は
たいへんな状態が続く

産科周産期科

症例数(2005年度)

- ①経膈分婉数:143例
- ②帝王切開術例数:115例
 全生産分婉のうち、500g未満:1例
 500~1000g:8例
 1000~1500g:13例
- ③高度生殖医療件数
 採卵:60件
 胚移植:59件(うち凍結ET:7件)
 顕微授精:23件

産科周産期科

④母体搬送症例数: 44例

うち、~22週切迫早産or PROM: 4例

22~28週: 3例

28~32週: 5例

32~36週: 8例

妊娠高血圧症候群: 6例

IUGR: 1例

HELLP症候群: 1例

常位胎盤早期剥離: 1例

前置胎盤: 3例

その他: 11例

私が考える産婦人科医減少のわけ

世の中のメディア・報道の影響?

⇒ 産婦人科は訴訟が多いといわれる
が本来事故が発生しやすい

⇒ 医療事故の報道

学生の関心が本当になのか?

⇒ 幅の広さに興味を持つ人もいる

⇒ 外科手技に興味を持つ人も

対策

医師数の増加を試みる

⇒ 寝る間を惜しんで、学生の相手を

普通分娩は当たり前ではない

⇒ 普通に生まれれば幸運なことと啓蒙

女性医師へのcare

同じ医師の中での産婦人科への意識改革

札幌医大の将来

研修医や学生を獲得: この先3年で15人を目標



しかし、経験が必要



手術、外来、研究なにもかも
惜しまず提供中

関連病院の集約化の可能性

1 道立羽幌病院 ⇒ 留萌へ吸収可能?

2 道立江差病院 ⇒ 函館へ吸収可能?

3 室蘭市内で病院数減少

北海道のお産を守るために 一道北のこれからのお産を考えるー

旭川医科大学産婦人科
堀川 道晴

旭川医科大学産婦人科教室は主に道北における産科医療を担当しているが、他の状況と同様に中堅医師の勤務医離れや女性医師の増加、新入医局員の減少により非常に苦戦している現状である。平成 16 年より始まった卒後研修システムは平成 16 年、平成 17 年と 2 年間の新入医局員を失ったばかりか医学生の地方医科大学離れに拍車をかけ産婦人科のみならずすべての科において新卒医師の確保に必死である。

医師一人当たりの分娩数を 120 件を目標として配置を行っているが旭川から離れれば離れるほどその目標値から遠ざかるという状況であり、労働環境は言うまでも無いが、報酬等、労働条件の改善が赴任する医師の勤務欲の改善に相関する事を十分に理解し、しいては学生に対する産婦人科の魅力にもつながるものと考ええる。

また卒後研修システムの開始以来、研修期間の研修医に対するフォローアップも重要であり、すでに研修中に他科への科の変更を決めたという残念な研修医も居た為、親密なコンタクトが必要であると痛感した。平成 17 年度と 18 年度の研修医が関連病院にて研修を行うことより、各施設の局員とも密接に連携して産婦人科に対する意欲を維持させていくことも重要であると考ええる。

公開市民フォーラム

「皆で考えよう、産婦人科医療：どうするわが国のお産」

平成 18 年 12 月 3 日（日）

公開市民フォーラム

日 時：平成18年12月3日(日)
13:00~16:30

場 所：東京大学
本郷キャンパス大講堂(安田講堂)
〒113-8654 東京都文京区本郷7-3-1(事務局)
TEL.03-3812-2111(代表)

対 象：一般市民・助産師・医師等
(参加費無料・当日参加可)

第一部 講演 (13:00~15:00)

司会：東京大学教授 武谷 雄二
東北大学教授 岡村 州博

1. 行政の方針と今後の対応
厚生労働省雇用均等児童家庭局 母子保健課長 千村 浩
2. マスメディアの立場から
日本放送協会解説委員 飯野奈津子
3. 助産師からの提言
山梨大学医学工学総合研究部 臨床看護学教授 遠藤 俊子
4. 女性医師の立場から
横浜市立大学助手 奥田 美加
5. 地方の実状と提言
旭川医科大学病院長 石川 睦男
6. 分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度
日本医師会常任理事/日本産婦人科医会副会長 木下 勝之
7. 日本産科婦人科学会の取り組み
北里大学教授 海野 信也

(休憩) 15:00~15:10

第二部 意見交換 (15:10~16:30)

司会：東京大学教授 武谷 雄二
司会：東北大学教授 岡村 州博

主催：厚生労働省科学研究

「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」
(主任研究者 岡村 州博)

URL：<http://www.osan-kiki.jp/>

後援：日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会

皆で考えよう、産婦人科医療
どうするわが国のお産

岡村 それでは時間となりましたので、公開市民フォーラム「皆で考えよう、産婦人科医療：どうするわが国のお産」を始めさせていただきたいと存じます。

私は、これを主催しております厚生労働科学研究「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」の主任研究医をしております東北大学の岡村でございます。お隣の東京大学の武谷教授とこのフォーラムの司会をさせていただきたいと存じます。

この厚労省の班研究は、集中化モデル事業ということになっておりますが、今、日本のお産の危機と言ってよろしいのではないかと思います。そういう全般にわたって、どうしたらいいのかということ議論している班研究でございます。

まず、これの後援をさせていただいておりますのは日本産婦人科医会と日本産科婦人科学会でございますが、この会に先立ちまして、日本産科婦人科学会の理事長でいらっしゃいます武谷先生にごあいさつをいただいて、その後に始めたいと存じます。先生、どうぞよろしく願います。

武谷 皆さま方、師走の非常にお忙しい週末、お集まりいただきましてありがとうございます。ここはあまり交通の便が良なくて、ご迷惑をおかけしたと思います。私もここでずっと長く仕事をしながら、壇上に立つのは、正直申し上げて初めてでございます。かなりの方にお見えいただきましたが、会場が広いので少し寂しいような気もいたしますけれども、ただいま岡村教授からご説明がありましたように、わが国の産婦人科医療はほとんど危機的状況といえますか、大きな問題を抱えております。連日のように産婦人科医療に関する記事がマスコミでも取り上げられております。産婦人科医師が不足している。特に地方での不足。あるいは、医師の中で産婦人科に進む人が非常に少なくなっている。あるいは助産師が非常に不足している。医師と助産師の協調関係がスムーズに行っていない。あるいは産婦人科の訴訟等々。医療の中でも産婦人科ほど大きな問題を抱えている科はないと言ってもよろしいのではないかと考えております。

学会といたしましても、わが国の安全な産婦人科医療の提供ということを最も心掛けているわけですが、このような実情を見るにつけ、非常に忸怩たる思いがしております。私どもといたしましても日々この問題に鋭意取り組んでいるわけですが、本日の趣旨は、いろいろな方面、行政あるいは助産師、医師、あるいは地方の状況、日本医師会、各層から非常に多重的・多層的に議論ができるということございまして、このような機会というのはいへん貴重なものかと考えております。ぜひ、本日の会で忌憚の

ないご意見をお聞かせいただきまして、わが国の産婦人科医療の改良に多少なりともつながることを期待している次第でございます。それではよろしくお願いいたします。

岡村 どうもありがとうございました。それでは私のほうから、このフォーラムの趣旨について少し。私が用意したスライドは1枚しかないのですが、実はこれは、最近厚労省で発表しました全国の産科施設。分娩実施で半数を割るところで、たいへん産科医師が不足して、わが国の周産期医療体制がたいへん危機に陥っているということ。これは皆さん知っていることだと私は思っています。

その中で、いろいろな立場から、これに対する対策をいろいろな面で考えて、実際に実行しているわけでございます。そのことを、本日は、今日のプログラムにお出ししましたとおり、国ではどういう立場でこの問題に立ち向かっているのか、国の立場で考えていらっしゃることを母子保健課課長の千村先生にお話ししていただくこととなりますが、それ以外に、要するに産婦人科が足りないということに関して、一つのキーワードとしては集約化ということがございます。全国でいろいろな立場で、集約化を成し遂げている地方もございますし、また、なかなか進まないということもございます。

その中で、集約化するときには、医師が集まればいいという問題ではございませんで、やはりシステム、インフラ整備をしていかなければいけない。そういう問題を、北海道とか地方の現状もいろいろお話ししていただいて、ディスカッションしたいと思っております。

それからもう一つは、産婦人科医師が足りない。分娩に対してはどうしても助産師さんの力を借りないと、この危機は乗り越えられないのではないかと思うわけでありますが、助産師さんも医師と同じようにたいへん足りないということが、いろいろ問題になっております。この立場で少しご議論もしていただきたいと思っております。

それから、4番目でございます女性医師でございます。皆さんご存じのとおり、産婦人科の21%ぐらいが女性医師になっておりますけれども、若い医師、初期研修医の中で産婦人科を希望する方の70%以上は女性ということになっておりまして、産婦人科医療を考える上では女性医師問題、問題なのかどうかは別にしましても、女性医師のことを考えないと産婦人科医療は今後成り立たないという時代になってきております。そういうことで女性医師の立場からお話ししていただくということになります。

それからもう一つは、地方の実状と提言。これは、先ほど言いました分娩施設の集約化に関することを、旭川医大の病院長でいらっしゃいます石川先生にお話ししていただこう