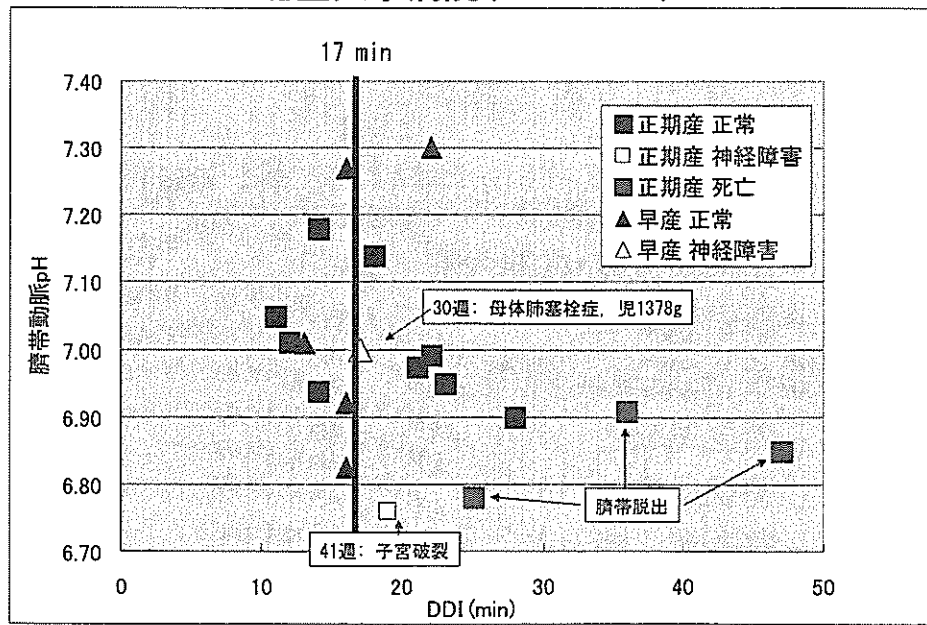


分娩のあるべき姿

- 生命の尊重が優先される
 - 母体・胎児・新生児の安全の優先
- 産婦自身の主体的な出産体験を重視する
- 産科医は危険回避のための道筋を示し、必要時に最小限の医療的介入を行う
- 助産師は産婦の伴走者として妊娠・分娩・産褥の全期間を通じてサポートする
- 助産師と産科医がともに立ち会うことのできる環境で分娩は行われるべきである。

胎児持続徐脈—娩出時間(DDI)と児の予後
北里大学病院(2001-2002)



助産所からの母体搬送・新生児搬送に関する調査

(日本産婦人科医会医療対策部コ・メディカル対策委員会、2006年10月)

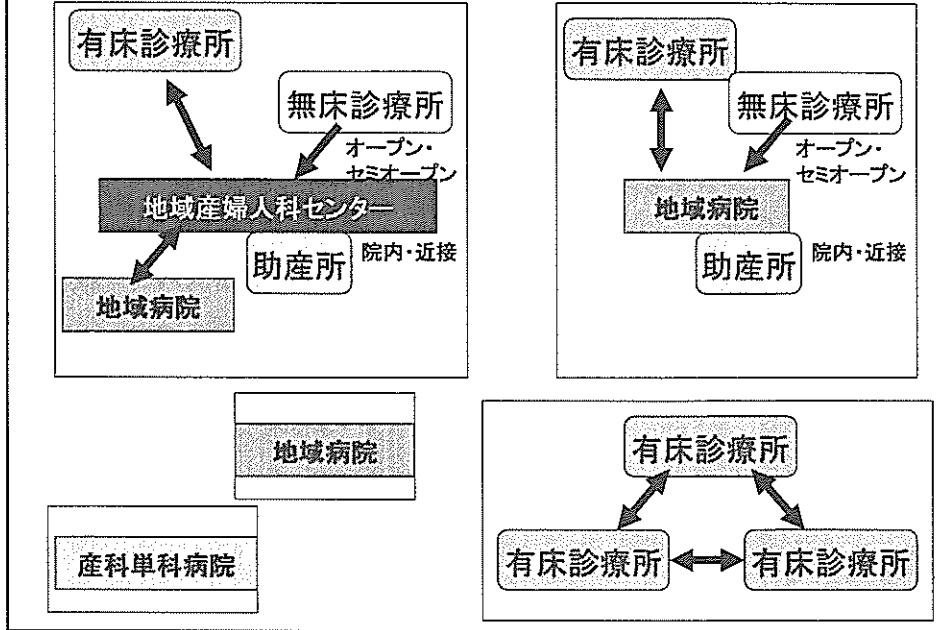
- 調査対象期間:平成17年の1年間
- 対象施設:地域の中心的病院733施設に協力を求め、475施設(65%)から回答を得た。
- 調査項目:助産所からの母体搬送・新生児搬送・重症度・転帰

助産所からの母体搬送・新生児搬送に関する調査

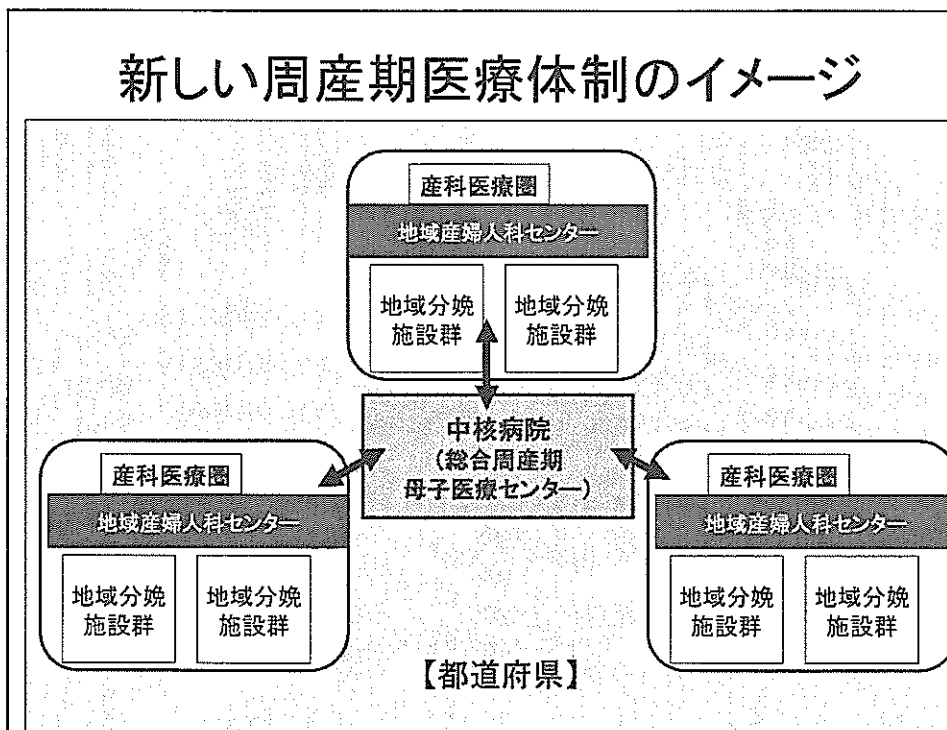
(日本産婦人科医会医療対策部コ・メディカル対策委員会、2006年10月)

- 母体搬送247例の予後
 - 母体死亡 1
 - 全助産所症例で1例だけと計算すると 妊産婦死亡率は8.3となる → (全体では6.1である)
 - 母体後遺症・長期入院 23
 - 新生児死亡 4
- 新生児搬送54例の予後
 - 新生児死亡 1
 - 児後遺症 4
 - 児長期入院 9

安全性と利便性確保のための
「地域分娩施設群」の整備(構成例)



新しい周産期医療体制のイメージ



「地域産婦人科センター」を育てる

- 24時間救急に対応
 - 24時間救急に対応可能な合法的勤務体制をとることのできる産婦人科の勤務医師数の確保
 - 小児科、麻酔科等の関連他科の安定的協力体制
 - 病院全体の24時間救急に対応可能な体制
- 地域の産婦人科医療ニーズに応えることのできる診療体制
- 女性医師を含むすべての医師が継続的就労が可能な制度整備・職場環境整備
- 臨床研修の中心施設としての役割
- 臨床研究の中心施設としての役割

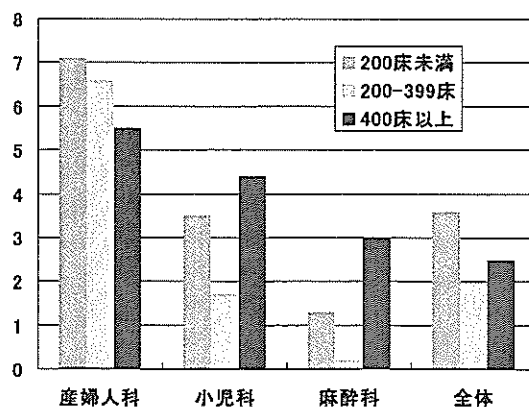
産科医にとってどうしても必要な制度改革

- 今、地域で分娩の現場にいる医師が継続して仕事を続けられるための制度整備
- 新たに分娩の現場への医師の参入を促す制度整備
- 地域医療に対する貢献度の評価
- 病院の産科医をやめさせない
 - 医療事故の合理的な原因究明・紛争解決
 - 刑事立件基準の明確化
 - 刑法211条・業務上過失致死傷
 - 医師法21条・異状死届け出
 - 保健師助産師看護師法30条・看護師内診
 - 医療事故の中立的第三者原因究明システム
 - 医療紛争の裁判外処理システム
 - 無過失救済制度
 - 勤務医の勤務条件・雇用条件の弾力化
 - 公務員の兼業禁止規定の撤廃
 - 勤務内容に応じた報酬体系の導入
- 開業医に分娩取扱をやめさせない
 - 助産師の足りない現場における看護師内診の許容
 - 分娩料適正化を可能にする条件整備

医療現場の努力—魅力ある現場作り

- 地域の基幹病院に勤務者が働きたい、働き続けたい医療現場を作る
 - 地域に十分な医療資源を確保する
 - 病院全体が24時間救急対応が可能な体制の整備
 - NICU
 - 麻酔科・救命救急・ICU
 - 心臓外科・脳外科
 - 労働条件・雇用環境を改善する
 - 施設あたり産婦人科医師数を増やし、当直・拘束回数を減らす
 - 院内保育所・24時間保育・病児保育
 - フレックスタイム・弾力的雇用
 - 勤務内容に応じた報酬体系

勤務医の月間当直回数 栃木県医療対策協議会 平成16年8月調査



病院勤務医の労働条件をどのように改善するか

- 分娩を取り扱うことによって必然的に生じる、異常に多い当直と拘束が、産婦人科医の生活を他科の医師と際だって異なるものとしている。
- 当直・拘束回数を減らすためには、一施設あたりの勤務医師数を増やし、大規模施設へと移行する必要がある。
- それができないなら、他科と比較して余分にやっている当直・拘束の分については、その負担に見合った報酬が存在するべきである。
- そのどちらも達成できないなら、分娩取扱施設・医師の減少は持続し、産科医療提供体制は弱体化する。

産科医療改革の道筋

産科医療改革の課題

地方・へき地医療をどう確保するか

- 診療科間の遍在と地域間の遍在は同時に進行している。地域間遍在への解決策はみつかっていない。
- 都市部では、物理的・時間的距離が短いので医療機関の集約化が可能。地方では、集約化は利便性を大きく犠牲にしなければ実行困難。
- 都市部では、インフラが整備されているため医療コストは安い、地方では高い。
- 地方では労働条件を犠牲にした小規模施設を、高コストで維持せざるを得ない。
- 地方小規模施設での長期間の勤務は非常に難しい(短期間勤務のローテーションを可能にするシステムが必要)。

産婦人科医師の適正配置がなぜなされていないのか

- 勤務条件が過酷すぎる
- 勤務医の報酬が勤務条件に比較して低水準に抑制されている
- 地方・へき地の勤務への優遇策が十分でない
- 情報公開・情報提供が十分でない
 - 求人情報が本当に浸透しているか？

日産婦学会・産婦人科医療提供体制検討委員会
緊急提言 (2006年4月7日)

- ハイリスク妊娠・分娩を取り扱う公立・公的病院は、3名以上の産婦人科に専任する医師が常に勤務していることを原則とする。
- 提言の趣旨：
 - 産婦人科を志望する医師および医学生に対して、近い将来の産婦人科医の勤務条件の改善の見通しを提示する
 - 平成18年度に行われる各都道府県での集約化・重点化の検討に際して、1-2名の勤務体制の病院は集約化・重点化の検討対象であるという、明確な意志を示す

日産婦学会
JSOG-JOBNET事業

- 目的: 地域産婦人科医療提供体制を支える医療機関における産婦人科医医師の確保を支援するとともに、潜在している産婦人科医の臨床現場への復帰を促進する
- 事業内容
 - 日産婦学会の会員専用websiteに新たなページを加える
 - 公立・公的病院の産婦人科医師公募情報を掲載する
 - 手数料等は一切徴収しない
 - 斡旋はしない
- 趣旨: 地域では解決できない産婦人科医の不足状況に対し、全国レベルで公募することによる解決を目指す
- 状況: 平成18年12月より掲載開始

日産婦学会・産婦人科医療提供体制検討委員会
緊急提言その2 (2006年10月27日)

以下のような提言をすべての分娩施設に対して行う

- すべての分娩施設は必要なスタッフを確保し、医療設備の向上に努めていただきたい。
- 分娩施設の責任者は、勤務している産婦人科医師の過剰勤務を早急に是正すべきであり、それが達成されるまでの過渡期においては、産婦人科医師の過剰な超過勤務・拘束に対して正當に処遇していただきたい。
- 上記を達成し、地域の周産期医療を崩壊させないためには、分娩料の適正化が必要である。

**集約化を超えて
「集約化」の問題点**

- 「集約化」はその対象となる複数の施設が近接した地域に存在してはじめて意味を持つ。現実には、それが可能なのは大都市圏と、地方では県庁所在地のような中心都市だけである。
- その他の地域では、既に選択の余地はなく、集約化する施設がない。その施設から都市部に医師が移動しているのが現実である。
- 「集約化」だけでは、産科医療改革はすすまない。

集約化を超えて 医師・助産師の潜在能力を引き出す

- 医師の再配分による適正配置
 - 現場の医師がその配置を積極的に選択するように職場環境を整備する
 - 集約化が有効でない地域については、社会的・経済的な優遇策によって医師確保を行う
- 勤務条件の均一化をはかる
 - 都市部の大規模施設と地方の小規模施設間でネットワークを組み、医師のローテーションを行う
- 医療資源の効率的運用
 - 緊急対応が可能なセンター施設での院内助産
- 地域医療体制が適正に整備されるように行政が積極的に支援・補助し、誘導する

80万分娩となった時点での分娩の姿

| | 取扱分娩 | 分娩数 | 施設当たり平均分娩数 | 平均勤務医師数 | 平均助産師数 | 勤務医師総数 | 助産師総数 | 施設総数 |
|-------|------|-----|------------|---------|--------|--------|-------|------|
| 大規模施設 | 60% | 48万 | 1286 | 10 | 37 | 3733 | 13714 | 373 |
| 小規模施設 | 40% | 32万 | 450 | 3 | 13 | 2133 | 9143 | 711 |
| 合計 | 100% | 80万 | | | | 5867 | 22857 | 1084 |

- 助産師が確保できれば、分娩取扱医師数は現状維持で対応可能
- 産婦人科医が減少しないこと、分娩取扱から撤退しないことが必要
- 助産師の増員は絶対必要条件
- 分娩施設は現状の3分の1

市民フォーラム
「安心してお産ができるまちづくり」

平成 19 年 1 月 14 日（日）

市民フォーラム「安心してお産ができるまちづくり」

1 日 時：平成19年1月14日(日) 13:00～16:00 (開場12:00)

2 会 場：西日本総合展示場新館(A1M)3階会議室
北九州市小倉北区浅野三丁目8番1号

3 参加者101名

4 内 容：

13:00 開 会 主催者挨拶

13:05 講 演 (安心してお産ができるまちづくり)

○パネリスト コーディネーター 九州大学 福嶋 恒太郎

RKB 毎日放送 深見 敦子

保健福祉局医務監 熊澤 淨一

市立医療センター 高島 健

九州大学医学部保健学科 平田 伸子

早稲田大学法務研究科 和田 仁孝

15:00 討 論

※質疑応答

16:00 閉 会

5 主催：

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(主任研究者 東北大学大学院医学系研究科岡村州博教授)」

分担研究者 九州大学病院 周産母子センター 福嶋恒太郎

6 共催：北九州市、北九州市医師会、北九州産婦人科医会

主催者挨拶 福嶋恒太郎 九州大学病院 周産母子センター

こんにちは。私、九州大学病院の周産母子センターの福嶋と申します。

今日は、多数の方々にお集まりいただきまして、ありがとうございます。

表題にありますとおり、この会は、市民の皆さんに参加していただく会ということですが、厚生労働省が行っております厚生労働科学研究という研究事業がございまして、その中で東北大学の岡村教授を主任研究員とする研究班が今年発足をいたしまして、産婦人科医が減少して不足している中で、どのようなことができるのか。またそれを市民の皆さんにご意見をいただいて、よりよいものにしようというような事業の一環として行うものです。

本日は、私のお話の後、5人の先生方からいろんなお話をいただきまして、皆さんからのご意見もお受けしたいと考えております。

まず初めに、私の方からこの研究事業に参加するいきさつ、現在の産婦人科医師の不足、また今回それを受けまして、九大病院と久留米大学の病院でアンケート等を行いましたので、その結果をご紹介します。演者の先生方のご紹介をさせていただきます。

では、よろしく願いいたします。

1, 福岡恒太郎 九州大学病院 周産母子センター

この2、3年、報道等で見かけることも多いと思うんですが、産婦人科の医師が不足していると言われるようになってまいりました。いろんな数字がありますが、大ざっぱに言いますと、昭和30年にはお医者さんが10万人いまして、そのうち産婦人科医が大体12,000人から13,000人。平成12年には医師総数は25万人、産婦人科の医師の数は変わらない。この時点でついに産婦人科医師の4割が60歳以上ですから、今、この方々は65歳に近づいているということが言えます。直近のデータは載せていませんが、30万に迫る数に対して、12,000～13,000人は変わっていない。

どうしてこんなふうになったのかというと、幾つかの要因がありますが、主なものは、一つは若い先生たちが産婦人科を志望しなくなっています。これが2002年、2003年のデータですが、大体400の方が志望して、そのうち専門医に受験する方は7割ぐらい。ですから、2割から3割の方が途中で志望を変えるようだ。九州大学も1996年から2003年までの8年間だと、産婦人科を勉強しますと言った人の2割が途中でいなくなるというようなことがあります。また、平成11年以降は産婦人科を志す人の大体半分が女性です。女性が医師として働く環境がある程度整っている米国でも、いろんなプロダクティビティ、生産性は女性が大体男性の87%ぐらいということもあって、実働する方が減っている。また、ベテランの先生方も若い方でも現役の2割がお産をやめたいと思っている。また、九大の私どもの教室で産婦人科を勉強されて、今一線でご活躍されている60歳以上の先生方の中で産婦人科をしていると言われる方は既に4分の1しかおられない。婦人科までしていると言われる方まで含めても半分程度。いろんな要因があって、働く産婦人科医が減っている。

今、医局という話をしましたが、医局というのはいろいろ新聞等と言われることも多いんですが、これまで勉強したいという医師の集団を仲間として一緒に活動しながら、地域医療に人材を供給するということをしてきました。

これは九州大学の医局員数ですが、かつて大体130～140人の規模で活動していたんですが、これがどんどん減っています。これに伴いまして九州大学に勤務される方とか、大学院生、あるいは産休等の方を除きますと、この部分が地域の病院で研修をしている若い医師ということになります。これがどんどん減っているということがわかると思います。これは2005年になるところで予測したのですが、新臨床研修制度というので、いわゆる大学を出てすぐに専門医の研修を始めるという制度を取り入れた後も、ある程度少な目ではないか。予想すると、こういうカーブになってしまいます。10年から15年というわずかな間で、今まで地域の病院に、そこで勉強なさいということでお医者さんをご紹介できていた数はほぼ半減するだろうということが推測されています。

これは先ほどお見せしたのですが、80名の先生から回答をいただきましたが、若手だけではなく、ベテランの先生も産婦人科をやめます。このように産科を扱っている、これは分娩の数の多寡を問いませんので、年に一つ、二つでも仮にお産にかかわれば産婦人科ということで集計したものですから、逆に言うと60歳を過ぎると、続けるのは難しいということがわかります。

今、私どもは大学病院に勤務する医師ですが、主に勤務医のお話でしたけれども、勤務医のみならず、いわゆる有床診療所とか、私的病院の先生方も含めた産婦人科医の会に産婦人科医会というのがあります。その方々に平成17年2月に載ったデータですが、後継者に勤めるかということですが、大体7割の方は後継者に勤めないと。ですから、この中で自分の子供に産婦人科を勧めるこ

とができない中で、ほかの方に勧めるのはもっと難しい。これが非常に実感のこもったデータとしてあります。それぐらいいろんな意味での環境が悪い。

研修医の研修の始め方が変わった。専門の研修をする前に2年間、いろんな科の勉強をして、その後専門の研修をするという制度が始まってどうなったかということですが、大体先ほどの400人というのがこのあたりですが、2004年、2005年、入局のない間に150～200人程度。さらにそれが終わって、いわゆるまた専門研修が始まって270人～280人ぐらい。そしてまた女性の割合が非常に多いということが今年示されました。

また、これは地域を入れていませんが、かなりの部分が東京、関東、関西に集中して、九州は全部合わせても15人から20人ぐらい。北海道、東北はもっと少ないというように地域の偏在も進んできています。

私どもは産婦人科医は足りない、足りないと言っているけれども、本当に必要かということも考えてみようということで、福岡県内の比較的大きな産科のある病院にアンケートを行いました。これは平成17年10月です。不足はしているということは皆さん、おっしゃられています。特に若い人がいないということが言われました。

一方で、不足が進んだらどうするか。「診療体制を縮小するしかない」というお答えを多くいただいています。また独自に医師をどうするか、確保できるかというようなことをお尋ねしますと、「それはなかなか難しい。崩壊しても医局とのつながりで人材を確保」しようというお考えもいただいています。では、競争でお医者さんを連れてくるようなことはできますかということ、「それはなかなか難しい。考えるけれども、実際には困難である」と、これが今から1年半ぐらい前にいただいた答えです。

その中で「健やか親子21」という取り組みがあります。これは国民運動ということで母子保健の大きな国の目標です。その中の課題の2番目に「妊娠・出産に関する安全性と快適性の確保」ということがございます。

今回は、厚生労働科学研究自体も基本的にこれに沿う形での研究ですけれども、産婦人科医が減った中で、何が必要か、何ができるかということはずっと進めてきたのですが、その中で妊婦さん、患者さんはどう考えておられるんだろうという視点が今までありませんでした。

そこで、去年10月から九大と久留米の病院でアンケートを行っております。今日はその中身をご紹介します。約170人の方からご回答いただいたものです。

わかりやすくするために、平均的な170人のプロフィールをもとにお2人の方に登場していただきます。A子さんとB子さんとなりますが、31歳、身長、体重、初めてのお子さんである。既婚で専業主婦の方が多い。周りのサポートもまずまず期待できるし、特に今まで大きな病気をしたことはない。きちんと妊娠の最初の方で診断を受けておられるような方、お2人です。

では、どこで、どういうふうにお産をしようか。これは実はお聞きしたわけではないんですが、一般的には例えば口コミであるとか、評判とか、お友達です。それからインターネットとか、雑誌や本を見て病院をお選びになるだろうと。

実際お2人の選択、対比するために少し両極端にしています。A子さんは、お産のときにちょっと大変だったお友達がおられるので、心配だからということで大きな病院を選ばれた。B子さんは、楽しく出産したい。便利もいい方がいいということで、おうちから15分の評判のよい診療所を選ばれた。

通院にかかる時間をお尋ねすると、皆さん、30分というところに1つのライ

ンがありまして、30分超えると遠い、非常に通にくいという声がふえます。

選ぶときに心配だからと言われる方と、病気じゃないんだし、と思われる方とお二通りあるわけですが、今の日本の妊産婦死亡率は出生10万人当たり 6.1人です。大体15,000人に1人の方が出産に関連して亡くなるわけですが、これが思っていたよりも多いと言われる方が63%。

赤ちゃんがどれぐらい周産期（妊娠28週から出生後1カ月）で亡くなるかということに関して言うと、日本で今、1,000人当たり 3.7人です。これは死亡だけのデータですが、思っていたよりも多いという方が半分以上。

施設を選ぶときに病気、例えばがんのときと同じ選び方をするとされた方が7割ありました。逆を言うと、3割は病気のときに病院を選ぶ基準とは違うとお答えになっています。

A子さんは、大規模病院を選択されたわけですが、B子さんは、最初違うご希望を持っておられて行かれたにもかかわらず、ちょっと血圧が高いみたいだからということで大規模総合病院に紹介された。今回調査したのは大学病院だけですけれども、大学病院で出産することを選んだ理由のうち、約3割が紹介でございます。

また、当初大学病院で出産するつもりではないと言われる方が半分を超えます。ですから、ご自分の考えに反して大学病院に見えたという方がかなりおられる。

では、出産が終わりまして、A子さん、B子さんとも結果的に何の問題なくご出産されたわけですが、大体10人のうち4人の方が不満であったとお答えになりました。

どんなところがご不満ですかと、お尋ねしますと、とにかく長い待ち時間、遠い、通にくい、アメニティが悪い、担当医が変わる。立ち会いできない。費用が高いと。この中で、もともと大学病院を考えておられた方は、ご不満の方が3割ぐらいですが、もともとと違うところでお産をされた方は半数の方が不満と思われています。

紹介されていくときに、それをお断りしてという選択肢はないのかということ、これは基本的にない。医師の勧めに従って病院を選ばれるという方が圧倒的に多数です。

お産を扱う施設が減少していることについて、どう思われますかということですが、近くになくなると困る。また、オープンシステムとって、オープンとは厳密に違いますが、健診は診療所で行い、お産は大学病院で行うというような案に関しては、これは嫌だという方が7~8割。行政が責任を持って体制を堅持するということをご希望の方が多い。しょうがないとか、不要だという方もごく一部おられますが、圧倒的に少数ですね。ご意見としては、お金を払ってもいいという方から、国が費用負担して、どんどん積極的にすべきだという方までいろいろおられます。

今、コストの話になりましたが、大体その2つの病院でお支払いになったのはお幾らですかと、お尋ねすると、34万円±10万円です。安いと思われている方は大体25万円±6万円のお支払いをされた方、妥当というのが33万円±7万円。高いというのが40万円±12万円なので、大体分娩時の手当金が相場と思われるというのがよくわかります。

また、特色のある病院は、どれぐらい料金が違っていいですかとお聞きすると、食事とか設備が豪華であれば、3万円高くてもいいと。病院の体制、特に小児科とか、麻酔科とか、急変時の対応ができる病院に関しては2万円ぐらい高くてもいいと。医師が信頼できるというのは1万円という値段だと。便利

とか、自然重視というのは少し安くてもいい。外国人の産科医であれば、2万円安く、助産師であれば4万円安く、他科の医師であれば5万円安くてもいいというように感じられるそうです。

今、アンケートの結果をご紹介しましたが、ここでちょっと考えてみていただきたいと思います。

結果的にはB子さん、何も問題が起きなかったのでご紹介されなくてもよかったのじゃないか、当初のご希望どおりできたのではないかとということが考えられます。ただ、非常に難しいのが、特に妊娠の初期もそうですし、分娩の直前でもそうですが、その後の三百何日、あるいは数時間に何も問題がないかということのを予測することは基本的に不可能です。ある程度リスクが高いものを抽出することはできますが、リスクがそう高くないと言われる方の中でも、数パーセントは緊急に対応しないといけない事態が起きる方がおられます。また、Aさんも特にリスクはなかったんです。ただ、このような患者さんがおられると、結局高次病院の待ち時間が長いというような考え方もできます。

訴訟が多いと、難しいこと、危ないことには手を出さなくなるという意味の萎縮医療とか、高次病院のマンパワー不足という問題点の中で集約化とか、ネットワーク、機能分担というようなことが案として今言われているわけですが、どういう人に本当に必要かということが予測が難しく、できるのか。逆に分担してしまうと、妊婦さんが選ぶ権利がなくなります。一方で、決定をしたときの責任と負担はだれがどういうふうに面倒を見るんだろうか。恐らく日本では今までこういう議論はされたことがないだろうと思います。

九州大学の様子をお見せしますけども、一時期 300を少し超えていた分娩が10年ちょっとで、これは去年10月のデータですが、最近では 600を超えていますので、ほぼ2倍にふえています。途中で病床がふえたり、病院がきれいになったりというのがあるんですが、年々ふえ続けています。

一方で、ご紹介とかもどんどんふえているんですが、受け入れられないということが多くなってきています。

受け入れられなかった中には、母胎が満床というのは本当は理由ではないんですが、それは2割ですが、圧倒的にはNICUが足りない。赤ちゃんの治療のための病床がないということで緊急の搬送を受け入れられないということがこのくらいあります。それから施設のキャパ、マンパワーの限界というのの一つには顕在化しているということもあります。

今日のお話ですが、お産にはリスクがあるけれども、予測が難しい。

一方で、大多数は何もしなくてもうまくいく。

リスクについてご存じの方は少ないですね。ただ、結果への期待は非常に高い。

また、快適な出産という中にはアメニティとか、利便性というのも入っている。これぐ

らいならという時間というのは30分。

医師や医療施設は当然そこにあるものである。

期待というのは結果だけでなく、プランまで含めて期待と反する結果であれば、非常に

ご不満を感じやすい。

ただ、そうは言っても紹介や勧めには従う。

少なくとも今のところ病院を選ぶとか、その中に自己責任や自己負担の概念はない。

裏を返すと、ご不満は多少あるものの、うまく回っている。少なくとも今、

2つの施設、九大病院と久留米大学病院で見た限りでは、すごく大きなことが起こっているかということとそうでもないということも解釈できるかもしれません。

最初に産婦人科医の数の減少のことをお話ししましたが、主に去年ぐらいから産婦人科が減って生めない、いわゆるお産難民というようなことが言われていますが、実際には医療とか行政の中では2～3年前からかなり産婦人科医が少なくなるということが言われていました。

これをどうしないといけないかということはいろいろ言われています。それはどこも同じようなことが言われていまして、結局今の産婦人科の中での労働とリスクに応じた、それは労働もそうですが、収入という点でも分配、あるいは勤務時間の多様化とか、多様化して、女性医師をというような話がありますが、そこに男性医師が本当に戻ってくるか。あるいは今日はお産の話ですが、婦人科にはがんを扱う人たちもいますし、不妊症を扱う人たちもいます。そういう専門分野間での違いもありますし、病院の形態、病院と病院の間、あるいは診療所の先生方と病院の間、有床診療所、いわゆるクリニックと言われる病院の間も同じような問題があります。

また、お医者さんたち全部の中でも、例えば産婦人科は大変だけれども、今の仕組みで非常にライフスタイルのいい先生方がおられるのも事実です。例えばというと語弊があるので具体的には言いませんが、9時に来て5時に帰られる先生方もおられますが、給料は一緒ですね。そういう問題もあります。

また、今、現状に多施設分散というのは集約化のことですが、一つ一つの施設を大きくすると、その中である程度医師の処遇改善ができるということです。これの理解を求めるとか、訴訟についてとか、逆に先ほどの確保ということですが、日本の医師というのは、応招の義務という言葉があって、診察治療の求めがあれば、これを拒んではならないということがあります。それは僕らの医師としての当然の責務ではあるんですが、かなり負担になっている部分もあります。逆に契約という概念がありませんので、どこまでするかということと、とても議論が難しくなっています。またその大もと、いわゆる国民皆保険制度が機能していくのかどうか。

また地域差があって、北海道や東北は九州で起こっている以上に深刻です。九州もかなり追いつけていますが、東京とかには悪くなっているという声もありますが、産婦人科医自体はいっぱいいます。日本という国は東京が悪くならないと、動いていけないので、地域差が切実な問題となっている。

当面ほかの手がないので、病院の数が減っていくのは仕方がない。皆で役割分担するというのはある程度今、進んでいることです。対応としてはこれしかないと考えられています。

一方で、今の日本の皆に行き渡るとい仕組みがいつまで続くのかということも今後考える必要があると思います。一方で、今のままの仕組みでいいじゃないかということもあるでしょうし、放ったらかしという考えもあると思います。

今日はこの後、5人の先生方から患者さん、医療現場の声、あるいは行政がどういう役割を担えるか。また実際、周産期センターでの現場では。助産師の役割。今、期待されているものがどこまでできるのか。あるいは後ほど詳しくご解説いただきますけれども、無過失補償制度といった訴訟にかかわるような仕組みができないかというようなことをご講演いただきまして、その後、皆さんのご意見をお聞きしたいと思います。


以上、私からイントロとしてのお話をさせていただきましたが、何かこの場で確認したいということがあれば、簡単にご質問を受けますが、どなたかごさ

いますでしょうか。

では、後ほど、皆さんのお話が終わりました後に総合討論の場を設けておりますので、その中でぜひ活発にご意見等をお聞かせ願えればと思います。どうもご清聴ありがとうございました。

市民参加フォーラム

「安心してお産ができる まちづくり」



産婦人科医師不足

| | | | |
|-------|-------|----------|----------|
| | 医師総数 | 産婦人科医師数 | |
| 昭和30年 | 約10万人 | 約1万3000人 | 4割は60才以上 |
| 平成12年 | 約25万人 | 約1万3000人 | |

- 若手医師の志望減少、志望変更者の増加
 入局は400人(5%)、専門医になるのは270人(3.5%)
 九州大学も過去8年間の入局者の20%強は退局、志望変更
- 女性医師の増加
 入局者の50%は女性
 米国の計算では女性のプロダクティビティは87%
- 古手医師の離職傾向
 現役の20%はお産をやめたいと思っている
 60才以上の九大同窓会アンケート
 私は 「産婦人科」と回答した方は4分の1
 「婦人科」と回答した方をふくめても半分以下

