

## 周産期医療の現状と課題

北海道保健福祉部

こども未来推進局

医療参事

立花 理彦

### 1 医師数の年次推移(人口10万対)

	全国	北海道
平成10年	196.6	192.8
平成12年	201.5	203.1
平成14年	206.1	209.8
平成16年	211.7	216.2

・北海道、全国ともに医師数は増加してきている  
 ・平成12年から北海道の医師数(人口10万対)が全国を上回る

### 2 医師・歯科医師・薬剤師調査

#### ・医師法第6条第3項

医師は、厚生労働省令で定める2年ごとの年の12月31日現在における氏名、住所(医業に従事する者については、更にその場所)その他厚生労働省令で定める事項を、当該年の翌年1月15日までに、その住所地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に届け出なければならない。



主な調査の事項

- (1) 住所
- (2) 性
- (3) 生年月日
- (4) 登録年月日
- (5) 業務の種別
- (6) 主たる業務内容(薬剤師を除く)
- (7) 従事先の所在地
- (8) 従事する診療科名(薬剤師を除く)

### 3 減り続ける産婦人科医師！？

#### ・全国の産婦人科・産科医師数の年次推移(主たる)

	医療施設の従事者	病院の従事者	診療所の従事者
平成10年	11,269	6,656	4,613
平成12年	11,059	6,467	4,592
平成14年	11,034	6,463	4,571
平成16年	10,594	6,077	4,517

#### ・全国の産婦人科・産科医師数の年次推移(複数回答)

	医療施設の従事者	病院の従事者	診療所の従事者
平成10年	12,123	6,877	5,246
平成12年	11,944	6,729	5,215
平成14年	11,758	6,661	5,097
平成16年	11,282	6,288	4,994

・北海道の産婦人科・産科医師数の年次推移

	複数回答	主たる
平成10年	450	428
平成12年	457	438
平成14年	455	430
平成16年	422	395

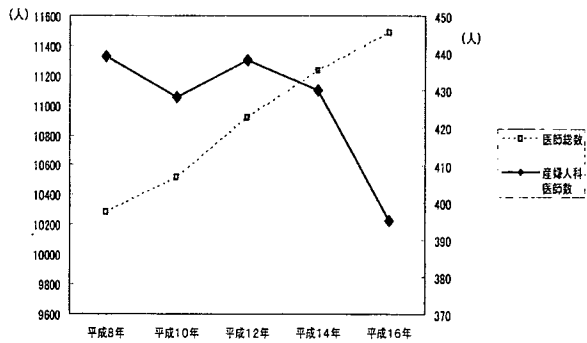
- ・北海道の傾向も全国と同様
- ・「複数回答」「主たる」ともに減少
- ・平成16年の急激な減少は、新医師臨床研修制度のスタートが原因?

全国、全道における産婦人科医師数

	全 国			全 道		
	医師総数 (A)	産婦人科 医師数(B)	割合 (B/A)	医師総数 (C)	産婦人科 医師数(D)	割合 (D/C)
平成8年	230,297	11,264	4.9%	10,279	439	4.3%
平成10年	236,933	11,269	4.8%	10,519	428	4.1%
平成12年	243,201	11,059	4.6%	10,921	438	4.0%
平成14年	249,574	11,034	4.4%	11,228	430	3.8%
平成16年	256,668	10,594	4.1%	11,490	395	3.5%

(厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査)

北海道における医師総数・産婦人科医師数



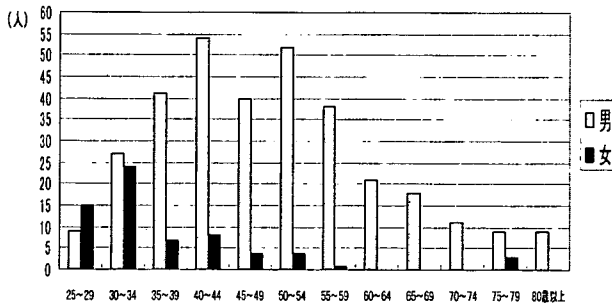
(厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査)

表-3 北海道における年齢別・男女別産婦人科医師数 (人)

年齢別	産婦人科医師数						医師総数			
	男女別医師数		男女別医師数		男女別医師数		男女別医師数		男女別医師数	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
24~29歳	24	9	37.5	15	62.5	1,052	770	73.2	282	26.8
30~34歳	51	27	52.9	24	47.1	1,326	1,053	79.4	273	20.6
35~39歳	48	41	85.4	7	14.6	1,515	1,291	85.2	224	14.8
40~44歳	62	54	87.1	8	12.9	1,608	1,425	89.4	170	10.6
45~49歳	44	40	90.9	4	9.1	1,612	1,470	91.2	142	8.8
50~54歳	56	52	92.9	4	7.1	1,205	1,118	92.8	87	7.2
55~59歳	39	38	97.4	1	2.6	918	883	96.0	35	6.0
60~64歳	21	21	100.0	0	-	508	545	96.0	23	4.0
65~69歳	18	16	100.0	0	-	511	488	95.5	23	4.5
70~74歳	11	11	100.0	0	-	468	460	94.1	29	5.9
75~79歳	12	9	75.0	3	25.0	477	428	89.7	49	10.3
80歳以上	9	9	100.0	0	-	216	196	90.7	20	9.3
合 計	386	329	83.3	66	16.7	11,490	10,113	88.0	1,377	12.0

(平成16年厚生労働省・医師・歯科医師・薬剤師調査)

北海道における年齢別・性別の産婦人科医師数

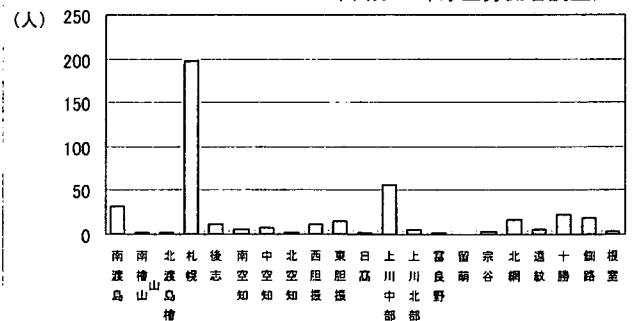


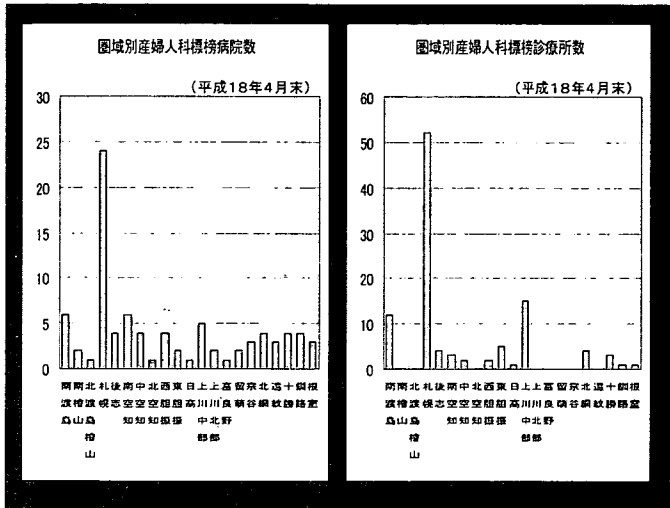
(平成16年厚生労働省：医師・歯科医師・薬剤師調査)

4. 医師も医療機関も都市部に集中

圏域別産婦人科医師数

(平成16年厚生労働省調査)





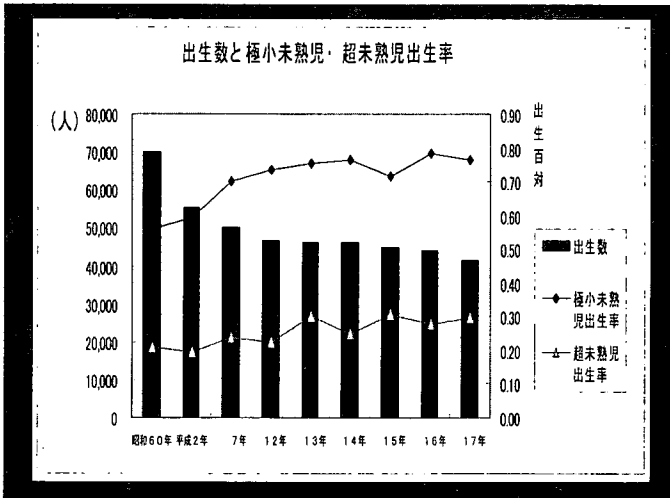
## 5. ハイリスク児の出生率は増加傾向

北海道における出生数等の推移

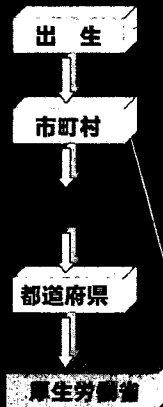
	出生数	(人)	
		極小未熟児(1500g未満)出生率	超未熟児(1000g未満)出生率
昭和60年	70,210	0.56	0.21
平成2年	55,251	0.59	0.19
平成7年	49,950	0.70	0.24
平成12年	46,780	0.74	0.22
平成13年	46,236	0.75	0.30
平成14年	46,101	0.77	0.25
平成15年	44,939	0.71	0.31
平成16年	44,020	0.78	0.28
平成17年	41,420	0.76	0.29

※ 出生率：出生百対

(厚生労働省：人口動態統計)



## 6. 人口動態調査の流れ



戸籍法 第49条

出生の届出は、14日以内（国外で出生があったときは、3箇月以内）にこれをしなければならない。

2 届書には、次の事項を記載しなければならない。

1. 子の男女の別及び嫡出子又は嫡出でない子の別
2. 出生の年月日時分及び場所

人口動態調査票に記入

## 勝手に使っちゃいけない「人口動態調査票」(統計法の壁)

### 統計法

#### 第二条 (指定統計)

この法律において指定統計とは、政府若しくは地方公共団体が作成する統計又はその他のものに委託して作成する統計であつて総務大臣が指定し、その旨を公示した統計をいう。

#### 第十五条

何人も、指定統計を作成するために集められた調査票を、統計上の目的以外に使用してはならない。

2 前項の規定は、総務大臣の承認を得て使用の目的を公示したものについては、これを適用しない。

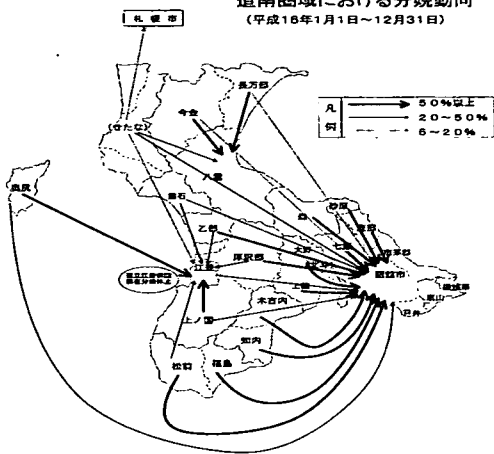
## 7. 分娩動向調査

までの人口動態調査票を集計した、(全数調査)

ただし札幌市、旭川市、函館市、小樽市分を除く



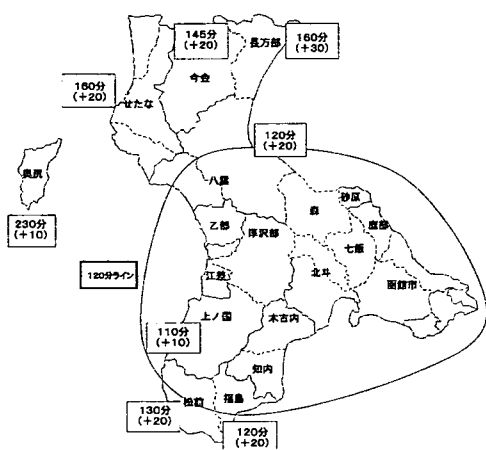
道南圏域における分娩動向  
(平成16年1月1日～12月31日)



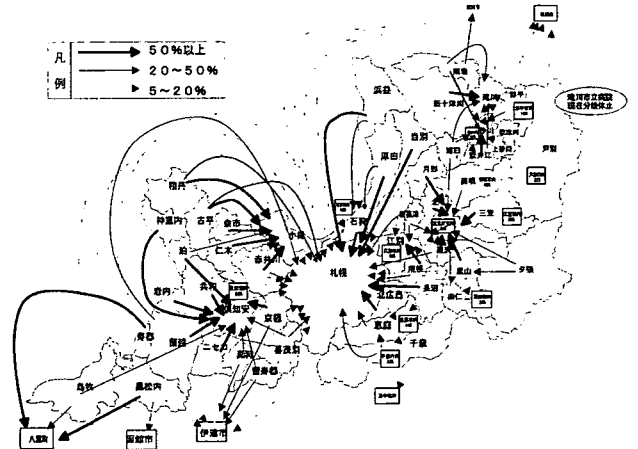
## 8. 安全なお産のためには、何km以内に産婦人科があれば良いか？

- (1) 陣痛が開始してから分娩に至るまでの平均的な分娩時間は、
  - ・ 初産婦で15から16時間
  - ・ 経産婦で6から8時間
- (2) 墜落分娩のリスクとしての分娩時間は、
  - ・ 初産婦で5時間未満、経産婦で4時間未満 (2004年 池本ら)
  - ・ 妊娠リスクの危険因子として、3時間未満 (メルクマニュアル 第17版)
- (3) 分娩のための安全な移動時間及び距離は、
  - ・ おおよそ でのいのは？
  - ・ 移動距離を考えると、50km/h×2時間で

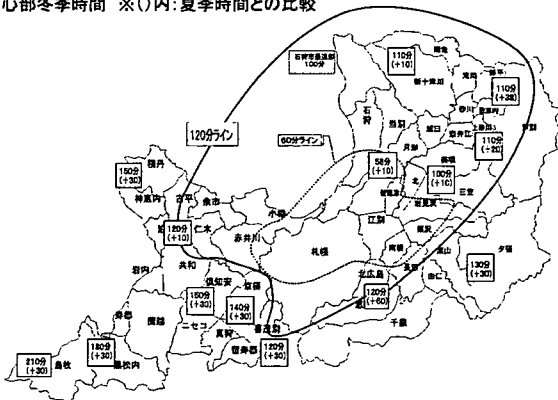
道南圏域の移動時間  
中心部冬季時間 ※()内: 夏季時間との比較



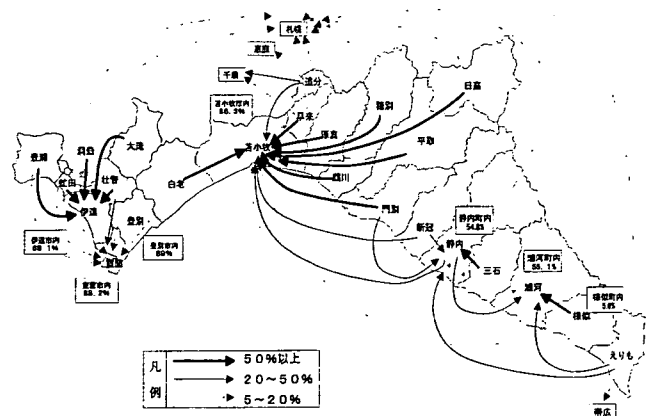
石狩・後志・南空知・中空知における分娩動向(平成16年1月～12月)



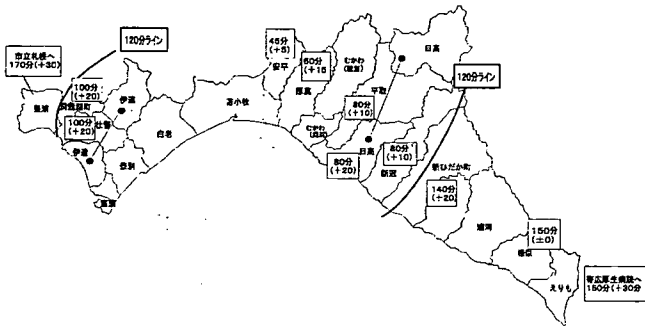
石狩・後志・南空知・中空知の移動時間  
中心部冬季時間 ※()内: 夏季時間との比較



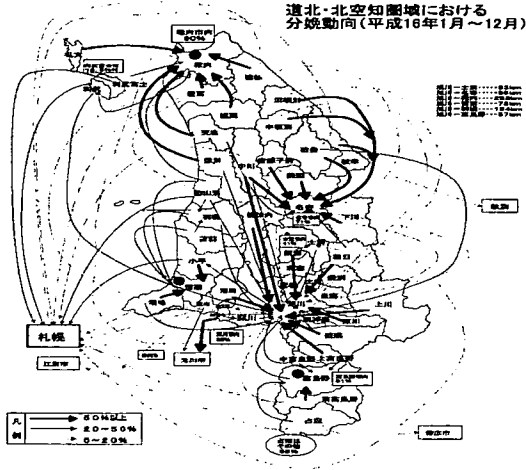
西胆振・東胆振・日高圏域における  
分娩動向(平成16年1月～12月)



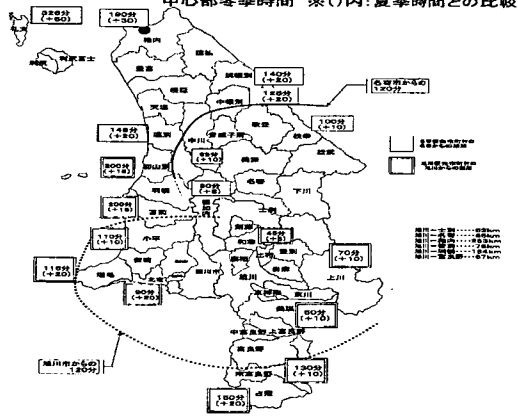
西胆振・東胆振・日高圏域の移動時間  
中心部冬季時間 ※()内:夏季時間との比較



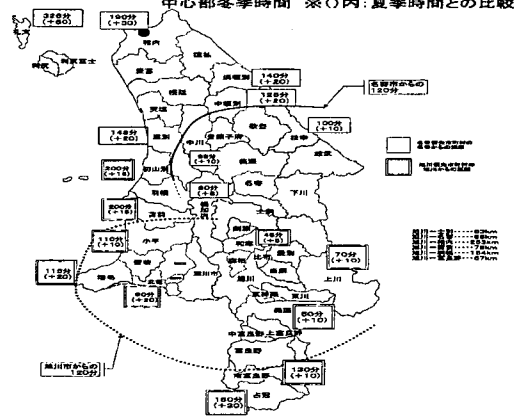
道北・北空知圏域における  
分岐動向(平成16年1月~12月)



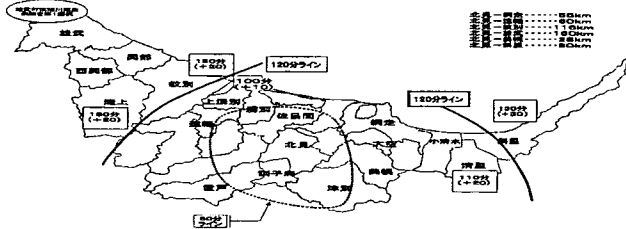
道北・北空知圏域の移動時間  
中心部冬季時間 ※()内:夏季時間との比較



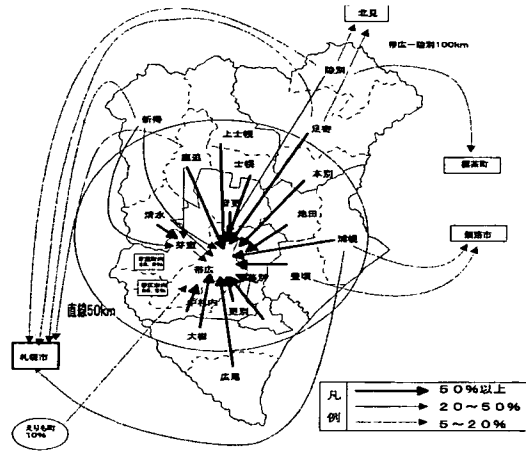
道北・北空知圏域の移動時間  
中心部冬季時間 ※()内:夏季時間との比較



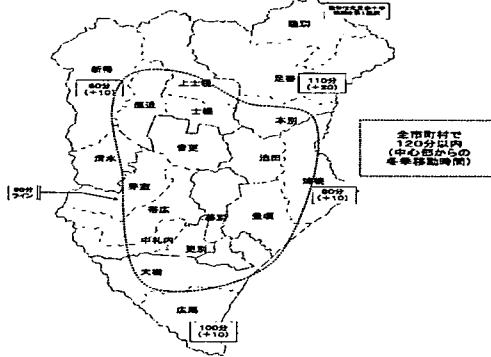
オホーツク圏域の移動時間  
中心部冬季時間 ※()内:夏季時間との比較



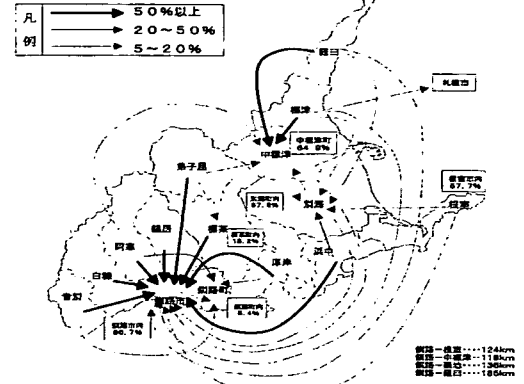
十勝圏域における分岐動向(平成16年1~12月)



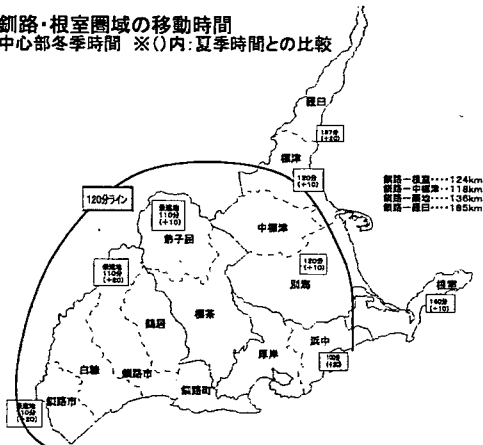
十勝圏域の移動時間  
中心部冬季時間 ※()内:夏季時間との比較



釧路・根室圏域における分娩動向(平成16年1~12月)



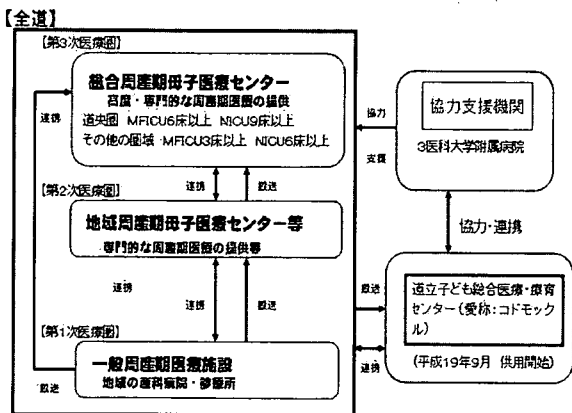
釧路・根室圏域の移動時間  
中心部冬季時間 ※()内:夏季時間との比較



### 9. 北海道周産期医療システム整備計画

- ・平成13年3月 策定
- ・低出生体重児の出生割合が増加
- ・特別な医療が必要なハイリスク児、母体や児に危険を及ぼす可能性が高いハイリスク妊娠などに対する医療の提供
- ・妊娠、出産から新生児期に至る周産期医療を体系的かつ効果的に提供していくための周産期医療システムの確立

### [周産期医療システム]



平成17年12月22日

### 「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」

厚生労働省医政局長  
厚生労働省雇用均等・児童家庭局長  
総務省自治財政局長  
文部科学省高等教育局長

#### 3 スケジュール

平成18年度末を目途に、集約化・重点化の必要性の検討を行い、その実施の適否を決定した上で、具体策を取りまとめること。

また、平成20年度までに取りまとめられる医療計画において、当該具体策を記載すること。

#### 6 その他

集約化・重点化については、全国一律に実施するものではなく、当該地域における必要性を勘案して、都道府県において検討の上、実施の適否を含めて検討するものであるとともに、小児科・産科医師の確保が困難な地域において当面の小児科・産科の医療確保を行うための緊急避難的な対策であること。

## 10. システム整備計画の見直し(素案)

### (1) 計画の基本的事項

#### 【計画見直しの背景】

- ・少子化に伴う出産数の低下
- ・産婦人科医師の不規則な勤務体制
- ・医療過誤に関する訴訟の3割以上が産婦人科関連
- ・産婦人科医師を目指す医師の減少



- ・広く薄い産婦人科医師の配置は、結果的に個々の産婦人科医師に過酷な勤務を強いることになる

少人数での産科医療の継続は、医師の離退職を加速、このままでは地域の産科医療を維持することが困難

#### 【計画の考え方】

3次医療圏を基本とし、道内3医学大学などの協力の下、ハイリスク分娩のみならず正常分娩が、できるだけ身近な地域で安心して行えるよう、総合周産期センター等を産婦人科医師を優先的かつ重点的に確保する必要がある産科医療機関として位置づけるなど、地域における産科医療体制の整備を進める

#### 【計画期間】

新しい「医療計画」と整合性を図り、計画期間は平成29年度までとする

### (4) 産科医療体制の整備方向

#### 【基本的な考え方】

・本道の産科医療の状況を踏まえ、3医学大学などの協力の下、医師の派遣を受けながら、総合周産期センター等に産婦人科医師の優先的かつ重点的な確保を図る

・こうした取り組みを通じて、産婦人科医師の勤務環境の改善を促し、医学生や研修医で産婦人科医師を志望するインセンティブを高め、産婦人科医師の増員を図りながら、将来的に、1人体制の医療機関へ医師の複数配置などを目指す。

#### 【医師確保の考え方】

##### ①優先的かつ重点的な確保を図る

- ・総合周産期センター
- ・地域周産期センターで、面積や人口を勘案し、道央圏や道北圏において、一定の産科医療機能が充足する病院

##### ②優先的に確保を図る

①の医療機関から、概ね120分、100kmの範囲の範囲を超える地域において、産科医療機能を確保する必要がある地域周産期センターや産科医療を確保する必要がある病院

##### ③引き続き産科医療の機能の維持を図る

・現在、産科医療機能を提供している地域周産期医療センター

##### ④分娩の再開を目指す地域周産期医療センター

・分娩の休止を余儀なくされているものの、一定の設備を有しており、産婦人科医師の確保に努める

### (5) 取り組みの方向性

#### 助産師外来の開設の取組

身近なところに産科医療機関がない地域における妊産婦の負担軽減につながることから、医療機関や関係団体と連携しながら、助産師外来の開設に向けて取り組む。

## 11. 助産師外来の意向調査

【調査時期】 平成18年12月

【調査対象施設】 63施設

大学病院	3
道立病院	3
市町村立病院	19
北海道厚生農業協同組合連合会	6
日本赤十字社北海道支部	5
社会福祉法人北海道社会事業協会	3
民間病院等	24

【調査結果】

- ・開設の意向あり 18施設
- ・開設の意向なし 45施設

(1) 意向ありの理由 (18施設中で重複回答)

- ・「妊婦の不安減少や心理面での安心感」 16施設
- ・「助産師としての達成感や自信」 14施設
- ・「助産師の専門知識や能力の活用」 同上
- ・「妊婦の自己管理能力の向上」 13施設
- ・「助産師や助産診断能力の向上」 同上
- ・「妊婦の多様なニーズへの対応」 同上

※妊婦へのサービス向上や助産師の専門性・能力の活用に着目した回答の割合が高い

【調査結果】

(2) 意向なしの理由 (45施設中で重複回答)

- ・「助産師が不足する」 26施設
- ・「医師との連携困難」 9施設
- ・「医療訴訟等への不安」 6施設
- ・「その他」 15施設

- 「現体制で必要なし」
- 「産科医師の不足」
- 「医師と助産師の意見の食い違い」
- 「薬の知識や超音波、種々の合併症の対応や診断への不安」
- 「今後の検討課題」

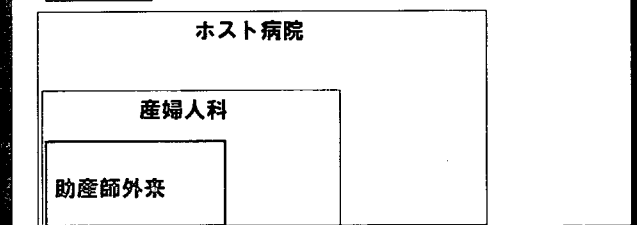
【調査結果】

(3) 助産師外来における運営上の課題  
検討上の課題  
(意向ありと回答した18施設の回答)

- ・「助産師の確保」 9施設
- ・「助産師のモチベーションの維持」 5施設
- ・「助産師のスキルアップ」 4施設
- ・「助産師と医師の役割分担の明確化」 4施設
- ・「患者の意識改革」 4施設

## 12. 助産師外来の開設に向けて

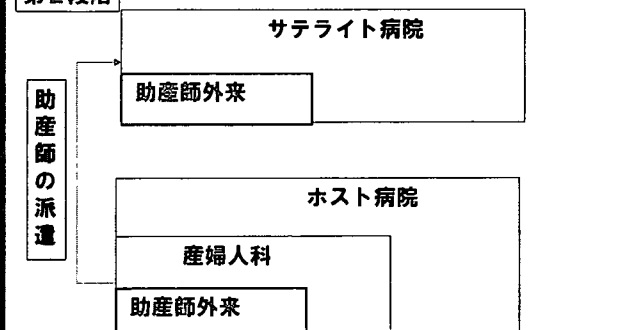
第1段階



【導入に向けた課題】

- 1 病院内のコンセンサス
- 2 助産師外来開設のための助産師の確保
- 3 スペースの確保、設備の整備
- 4 助産師のスキルアップ
- 5 産婦人科医師との連携・信頼関係の醸成

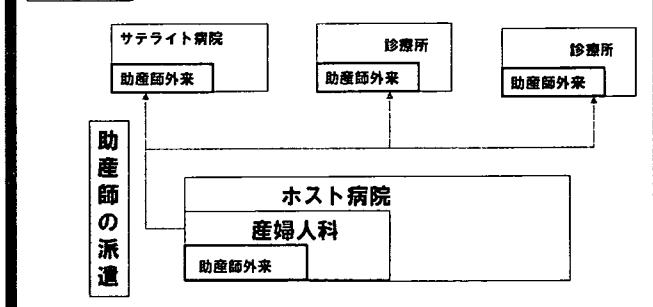
第2段階



【導入に向けた課題】

- 1 病院内のコンセンサス
- 2 助産師外来開設のための助産師の確保
- 3 スペースの確保、設備の整備
- 4 助産師のスキルアップ
- 5 産婦人科医師との連携・信頼関係の醸成

第3段階



【導入に向けた課題】

- 1 病院内のコンセンサス
- 2 助産師外来開設のための助産師の確保
- 3 各診療所等のスペースの確保、設備の整備
- 4 助産師のスキルアップ
- 5 産婦人科医師の業務量の調整
- 6 産婦人科医師との連携・信頼関係の醸成



## 市民公開フォーラム

### 「北海道のお産をめぐる現状と課題」

- 平成19年度厚生労働科学研究費補助金
- 分娩拠点病院の創設と産科二次医療圏の設定による産科医師の集約化モデル事業

平成19年10月27日

札幌医科大学記念ホール

北海道の周産期医療を担う産婦人科医と小児科医の減少と偏在は顕著で、集約しても矛盾を解消できるか困難な状況になってきた。特に北海道の産婦人科医は全国的に見ても少なく、全道の医師の3.5%しか存在しない。

平成19年9月30日の読売ウィクリーでお産難民50万人：産院「空白」マップで北海道の状況が取り上げられ、私も取材に協力した。その中で母体搬送に4時間以上かかる稚内から旭川、天売島から羽幌を経由して札幌への6時間などの危険な症例が取り上げられた。さらに北海道362名の産婦人科医の偏在による、道内市町村のうち8割ちかくの157市町村では出産が全くゼロの日本屈指の「産科過疎地」であることが報道された。

今回の市民公開フォーラムでは石川睦男（慶愛病院名誉院長）が司会により順次以下のようなプログラムで進行した。

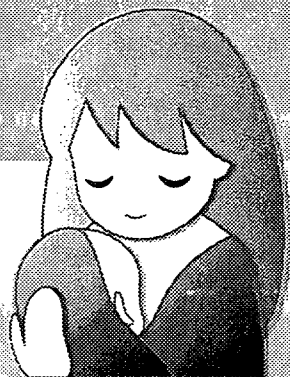
1. 北海道の産婦人科医師の集約化：櫻木範明 北海道大学産婦人科授
2. 北海道の小児科医師の集約化：有賀正 北海道大学小児科教授
3. 釧路地域の周産期医療の集約化：米原利栄 釧路赤十時病院 産婦人科部長
4. 旭川地域の周産期医療の集約化：岡元一平 旭川厚生病院医長
5. 助産師の役割：的場由紀子 市立小樽病院総看護師長
6. 周産期医療の医療計画：立花理彦 北海道保健福祉部医療参事

特に、集約化された釧路地域と旭川地域の現状と問題点が発表された。さらに北海道の周産期医療の現状と課題につき以下の論点を討議した。

1. 現在の問題点と将来の展望
2. 産科医師の確保
3. 助産師の役割—病院助産部と助産師外来
4. 産科救急の受け入れとシステム

市民参加フォーラム

# 「安心してお産ができる まちづくり2008」



いま、全国で産科医が不足しています  
安心して安全にお産ができるまちづくりをめざして  
これからの産科医療について  
みんなで考えてみませんか

## コーディネーター

九州大学病院 周産母子センター 福嶋恒太郎

## 講師 (50音順)

北九州市立医療センター 新生児科

関 真人

ドンナ・マンマ 編集長

谷 美紀

久留米大学准教授 (母性看護学)

中嶋 カツエ

九州厚生年金病院 産婦人科

中原 博正

## 参加無料

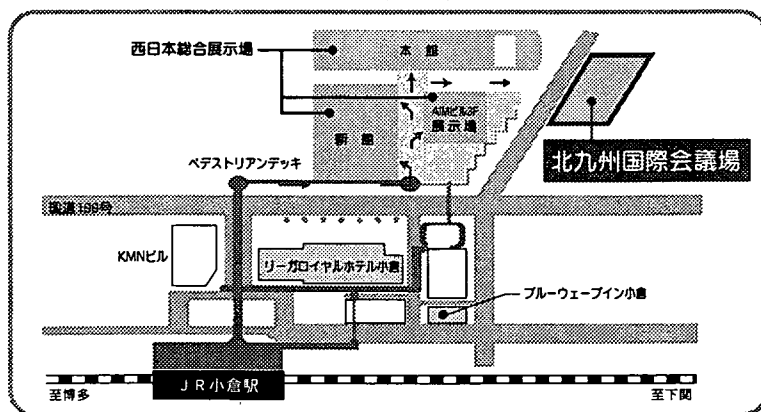
参加の申込みは不要です。  
※ただし、託児を希望される  
方は事前に相談を

問い合わせは、  
北九州市保健福祉局医療課  
〒803-8501 小倉北区城内1-1  
☎093・582・2678まで

日時 平成20年1月20日(日)午後1時30分から

場所 北九州国際会議場 国際会議室

〒802-0001 福岡県北九州市小倉北区浅野三丁目9-30



- ・ JR小倉駅・モノレール小倉駅より徒歩5分
- ・ 北九州都市高速道路・小倉駅北ランプから車で1分

主催：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  
(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

共催：北九州市、北九州市医師会、北九州産婦人科医会

市民参加フォーラム  
安心してお産ができるまちづくり2008

○日時 平成20年1月20日 午後1時30分～

○会場 北九州国際会議場（国際会議室）  
北九州市小倉北区浅野3丁目9番30号

○進行

開会

講演 安心してお産ができるまちづくり

パネリスト

九州大学病院周産母子センター	福嶋恒太郎（コーディネーター）
ドンナ・マンマ編集長	谷 美紀
久留米大学准教授（母性看護学）	中嶋カツエ
北九州市立医療センター新生児科	関 真人
九州厚生年金病院産婦人科	中原 博正

討論

○主催 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」（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

共催 北九州市、北九州市医師会、北九州産婦人科医会



## 1, 九州大学病院 周産母子センター 福嶋恒太郎

では、時間ですので始めさせていただきます。

スライドに示しておりますけれども、事の発端は産婦人科の医者が足りないというようなことでございます。もともと非常に不足している、不足しているというようなことはあったんですけれども、報道されたり、顕在化したりしたのはこの二、三年の問題だと思えます。ただ、根っこはずっと古くからありまして、昭和30年には医師の総数というのは10万人いて、産婦人科の医師は1万3,000人いたのですが、平成12年には医師総数は25万人までふえる。これに対して産婦人科の医師は変わらない。この後、減り出しまして、平成18年になりますと医師の総数が26万に対して、産婦人科の医師の数は1万1,700人。大体3割が60歳以上でございます。

これは、厚生労働省が調べている統計からとったものですが、やはりご年配の先生というのは全お医者さんの中で産婦人科の医者の数の割合はそれなりに保たれているんですけれども、30代、20代は極めて少ないということがわかります。また、1万1,783人というのは産科、婦人科、産婦人科の三つの合計で、1,700人は婦人科も含んだ数字でございますので、割合としては下がってきているというように言えると思えます。

理由はいろいろと言われているんですけれども、やはり若い方がなりたがらない。あるいは、なっても産婦人科はきついと言ってやめる。女性がふえる。数年前から、平成11年ぐらいから志望する方の半分が女性になりまして、このところは7割に到達しています。社会的に女性が働きやすいインフラのある米国でも、プロダクティビティ、生産性という言葉は悪いかもしれませんが、男性に比べていろんな諸要因がございますから8割から9割しか働けない。ベテランの先生も産婦人科から離れる。現役世代のアンケートでは20%はお産をやめたいと。60歳以上の方、これは九州大学のOBのアンケートの結果ですが、産婦人科を続けている方という方が4分の1、婦人科は続けていると回答した方も含めて半分以下。ですから、若い世代からベテランの世代まで敬遠しているというのが今の産婦人科の現状です。

一つのこういう医師不足の問題が言われ始めた要因の中に、研修医の先生方の研修の制度が変わったということがあります。じゃ、その制度が変わってどうなったかという、やはりこの減っている現状は続いて、ここはいわゆる入局というのがなかった。この制度の導入によってなかった現状ですので、参考にしかありませんけれども、やはり少なく、女性がかなり占めるというのが現状です。

もともと日本の産婦人科に限らず病院とか医師の配置というのは非常に特徴がございます。これはアメリカの産婦人科医の数、これは日本の産婦人科医の数で、これはイギリスが入っているんですが、医師の数はそんなに変わらないんですね。ところが、施設の数となりますと日本は非常に多いんです。そうす

ると一つの施設頭の医者の数は少ないということがわかります。一つの施設にいる医師が少ないと何が起こるかという、当然当直とか、例えばオンコールですとか、待機したり、そういう拘束の回数が多くなりますし、例えば休みがとりにくい。また、医師が2人、3人ですと多数の医師がいる施設に比べて医療的にもできることが制限されてきます。これに対して、産婦人科のお医者さんが減ったり、産婦人科の労働環境が悪いとかいうのに対して一つの方策として言われ始めたのは集約化ですね。

この集約化というのは、もともと多数の病院に2人とか1人とか3人とかでばらばらで配置されていた医師を一つの病院に集めましょうと。これによって例えば当直とか拘束の回数が適正化され、休みもふえて、できることもふえるというのがこのねらいだったわけです。これは両方の側面があって、これを図って集約化したというよりは、現実には人が減ってこうせざるを得なかったというところも多くございます。例えば、これだと5施設で9名の医師が必要ですが、ここだと1施設で7名の医師で済むわけですね。でも、その分結局患者さんから見ればアクセスは悪くなる。より集中して、より病院が混雑してくる。そうすると、1人頭の仕事量が減るわけではないので、1人頭の労働量というのは決して減らない。むしろ人数が減ったことでふえるというような問題も起こっています。

昨日、舛添厚生労働大臣が長野の集会に参加されたニュースがありました。後でお示ししますが、西日本は比較的まだ状況はいいんですけれども、東日本、特に東北や北海道というのはかなりひどい状況にあって、こういうふう集約化した病院が疲れて、その集約化した病院をさらに集約化しないといけないというところがございます。それがかなり昨日のフォーラムというか会議の様子は緊迫しておりましたけれども、皆さんお困りというのは、既にもう一段先の状況に東日本は行っているという背景があります。

一方で、こういう現状の中で国策として「健やか親子21」というのがあります。平成13年から10年計画で母子保健の取り組みの方向を示した国民運動です。その中では、妊娠・出産に関する安全と快適の確保。もちろん婦人科領域では不妊への支援というのもあるんですが、こういうふう国目標の中に盛り込まれている。この現状とこういう目標がどういうふう折り合いがつくのかということで昨年少しご紹介いたしました。

これは昨年の調査を示したのですが、九州大学病院と久留米大学病院の二つの大学病院で出産した方に、こういう方、平均的には31歳、初めての出産、専業主婦、まずまずサポートも期待できるというような方で、こういう方が大学病院で出産されたとしたらどのようなかというようなアンケート調査を行いました。

二つのキャラクターですね、1人はちょっといろいろ心配があるから大学病院で出産しようと、遠くてもいいから大学病院で出産しようという方と、特に問題なければ便利がいいところで出産したいというような方に登場していただ

きましたが、非常に特徴として出たのは、通院時間が30分以内だと近いと思われる方が8割。これに対して30分以上となりますと遠いと感じる方が9割。ですから、30分というのが一つの妊婦さんから見た通院時間の目安、アクセスの目安ということがわかります。

また、これは後、中嶋先生から詳しくお話をいただきますけれども、一般の開業の先生方、おうちの近くの診療所で出産された方々はどうだろうかということで、C子さんに登場していただきまして、このデータは380名のデータなんですけど、やはり便利である、家から近い、通いやすいという理由が最初にお産をしようという施設を決めるときに大変大事なことであることがわかります。どれぐらい病院を変えられたりするののかということだと、3割ぐらいの方が病院を変えられますね。ただ、病院を変える理由は、やっぱり転勤や転居、里帰りが約半数です。ですから、家や実家から近いというのがとても大事。通院に要した時間となりますと15分以内が3分の2ですね。30分以内というところになるとほぼ9割になります。大学病院がこれですから、全然違うということがわかっていただけたと思います。

先ほど東日本ということでしたけれども、大きなまちでも、例えば根室市というところが北海道の東の端にありますけど、そこはもう出産ができません。そうすると釧路まで行かないといけないんですが、妊婦さん、2時間を超える通院時間がかかると。これが目標です。この2時間以内に何とか通院できる、お産ができることを確保するというのが北海道の目標ですね。岩手県、これも1時間ぐらいのところに分娩ができる施設を確保する。距離が近くても例えば山を越えないといけないとか、冬場の峠が通れないとか、そういう問題がありますので一概に比較できるわけではないんですが、東日本ではこういう現状がある。一方、福岡で出産された方々はこれぐらいのところでお産みになっているという非常に地域格差も大きなものがあるというのがわかります。

じゃ、その快適ということで、満足でしたかというようなご質問をしますと、大学病院で出産した方は、不満40%、満足は6割なんです。この中には二つの方がおられまして、ご自分で大学病院がいいということでお見えになった方はそれでも7割ぐらいは満足していただいているんですけども、もともとそうでないところでご出産をご希望で大学病院に、「あなたは大学でない」というような、ご病気があったりとか、いろいろな事情で言われた方はほぼ半数が不満と言われます。今年の調査では開業の先生のところでの出産は極めて満足、96%と。ですから、全然性格が違うということがわかります。

これは詳しくまたご発表いただきますけれども、少なくとも福岡の妊婦さんにとっては、ご自分で主体的に選んだ、近く通いやすいところでお産ができることは大変重要なことであると。このアクセスが悪くなったり、より集中し、混雑する集約化というのはこのご希望はやはり相入れないものであろうと。ところが、この状況のよい福岡であっても、約1割の方が、産婦人科の医師であるとか分娩を取り扱う施設、病院がなくなって具体的に困ったことがあった

と回答されています。

では、ここで少し話題を変えます。奈良県のことですごく有名になったんですが、周産期領域には救急搬送で母体搬送という言い方をします。これは何かというと、普通の特に問題ないということでお近くの病院にかかっていた方が、例えば血圧が上がって脳出血とか、分娩のときに急に大出血とか、あるいは早産ですね、小さな赤ちゃんが生まれそうだから、いわゆる未熟児が診られるところが必要である、あるいは手術をしたり、脳外科とか、産婦人科だけで対応できないような病気に対応する状況が起こったとき、こういうときに救急車を呼んで、お母さん、あるいは多くの場合は妊娠された状態、赤ちゃんと一緒にいわゆるセンターと言われるところに移ってそこで出産されると。この搬送を母体搬送というように言います。

僕たち九大病院と久留米大学病院で、大体年間、二つ合わせて150から180ぐらいの搬送を受けています。福岡市全体が年間300ぐらいですから、かなりこの2大学でカバーしている部分はあるんですが、そこで一次施設は開業の先生方のところですが、二次施設、ほかの公的病院から、先ほどアンケートにありましたけれども、病院、施設でどういうふうな健診を受けた方が運ばれてくるかということ調べてみました。そういたしますと、開業の先生方から来るのが大体9割。ほかの病院と言われる施設から来るのが1割ですね。特に病院を変わった方や受診が遅い方がおられるのではないかなというように調べておもうと思っただけですが、実際には皆さん余り病院は変わらないんですね。7割の方は最初におかかりになった施設からそのまま搬送されている。一度だけ病院を変えたという方が2回以上という方より多いんですけども、2割ぐらいというような状況でした。

これと別に、後で中原先生からお話しいただきますけれども、いわゆる最近未健診の方、未受診の方が話題になっていますが、救急車で運ばれてくる中に16名こういう症例がございました。

では、3割の方が病院を変えるということでしたけれども、じゃ、その3割の方はどういう理由でいつごろ病院を変えておられるか。初期、12週まで、いわゆる母子手帳を発行する前後ぐらいまでに換えられる方が大半です。その理由を見ますと、最初に妊娠の診断を受けたところがお産を扱っていない婦人科のクリニックですとか、そういうところで受けられたというような方がこれだけあります。里帰り、地理的な理由でここじゃないところで出産しようという方がこれぐらい。この理由はやはり最初と最後ですね。いわゆる実家にお帰りになるぐらいのときに多いです。医学的というのは大体通して出てきます。ですから、やはり妊娠の診断を受けられたらほとんどの方が最初にお近くの病院で出産することを決められる。一部の方が換えられるけれども、それもほとんどが里帰りであるとか地理的な理由、あるいはそこで物理的に分娩を取り扱っていないという理由で換えられるということがわかりました。

僕らは、よくアメニティとかいう言葉で言われる、例えばスタッフとの相性



とか設備とか食事とかいうのが大事なんじゃないかというようにも思うんですが、そういう理由というのはごく一部でございました。

先ほどの未健診分娩ですけれども、ふえているんじゃないかとよく言われますし、印象としてはあります。これは九大病院のデータですが、過去2002年からどんなものか。これは2007年の11月までですけれども、ふえていそうではあるけれども、はっきりふえたとは言えないかなというのが実感です。ただ、大体私どものところは年間600から700、分娩を扱っておりますので、全体の中の1%、救急搬送の中での5%以上を占めているというのが実際です。またその病院に皆さんが行かれる週数ですけれども、いわゆるちゃんと初期に診断を受けられて健診にかかれる方が9割。一部には遅い方もおられるんですけれども、大半の方がきちんと初期から産婦人科に行かれています。ですから、こちらがふえているとすれば、極めて二極化している状態が起こっているというように言えると思います。

その母体搬送も含めて、周産期、特に病院が減った中では、やはり連携ということが欠かせない。連携というのは、開業の先生方といわゆる高次病院ですね、小児科の先生がいたり、あるいはほかのいろんな状態に対応できる病院機能を有するセンターとの連携というのが欠かせません。この中では、例えば母体搬送のほかにも紹介というのものもあるわけですが、実際には妊婦さんがどういうふうにして最初にご自分がお産みになりたい施設を選んでいるのかとか、そういう部分もございます。ただ、連携というのは言葉としては非常によく使っていますが、何がどう連携かというのは実際にはその答えを持っている方は今のところいないと思います。この連携というのは一つテーマで、今日は産婦人科じゃなくて小児科の先生、あるいは高次病院機能についても中原先生からお話をいただきます。

その連携というのが果たしてみんな納得してやっていることだろうかということで、医師にアンケートを行っています。九大と久留米大学の産婦人科所属医師10名に調査を行った10名分のデータです。九州大学病院に2年間母体搬送された中で、いわゆる退院サマリーといって症例の要約が理由できるものを個人情報等をすべて消した上で、果たしてその九州大学病院でつくっている要約というのが後で振り返ったときに十分情報があるものか、あるいはその情報をもとにしてあくまでも判断した上で必要だったり適正だったりするかということの評価してもらいました。ただ、これは難しいところはあるんですが、診療担当者に診療の評価ではないので、あくまでも机上のもので診療の適否を意味するものではありません。

こんな感じでお名前とかいろんな情報を消した上でその病歴、どんな様子で搬送されてきたかということの必要性について判定できますか、必要ですか、どうですか、時期が評価できますか、評価した場合にどうですかというようなことを回答していただいています。

これをまとめますと、これはまずその退院サマリーに書いてある情報が十分

かということですが、必要性についてわかりますかという問いかけなんですけど、皆さん可能である、あるいは不十分であるけれども、判定することは可能であるという答えが大体九十数%を占めます。無理だよというのがごく一部ですね。アセスメントはなかなか難しいところがありますが、おおむね評価できると。また、極端にわかりにくい症例があるかということもそういうこともないというのがわかります。

ただ、これを比べていただくとわかりますけれども、九大の人たちの回答と久留米の人たちの回答、可能という部分では差がないんですが、十分に可能というのは九大の医師が回答したほうで圧倒的に多いですね。これはそこだけ取り出して見ているんですけども、両方の大学で統計学的にいわれる優位ではないんですが、差があります。ですから、当たり前と言えども当たり前なんですけど、九大のふだん書いている退院サマリーは、九大の医師にはわかりやすいけれども、久留米の先生にはわかりにくいとか、微妙なところはわかりにくいということが言えると思います。

次に、じゃ、その適切とか必要とか答えたかということですが、これは必要性だけ見たものです。9割は大体問題ないし、医学的なことだけじゃなく、いろんなほかの社会的要因まで加えれば当然であろうというような肯定的なお答えをいただいています。ただ、これも大学別に見ると少し違いがあるんですね。4ですから不適切とか不要というような回答をした例が久留米に比べると九州大学は非常に高いんですね。これは恐らくその要約から言い切れるような判断をするかどうかという側面と、やっぱり集団としてのキャラクターの違いというのが出ているんだと、両方が出ていると思いますけれども、教育を受けた医育機関が異なると、基本的には日本産科婦人科学会というところが決めている同じ用語を使った同じような機会から読み取る情報も違うし、それから導かれる結論も違うということがわかりました。

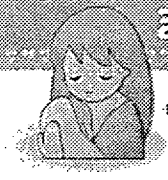
3項目合わせて納得しているかどうかというようなことをつくってやりますと同じです。ほとんどの症例は皆さん大体納得しています。ただ、一部には納得できないと答えるお医者さんもいるんですね。症例ごとに見ますと、意見が分かれるところもありますが、大半の症例は半数以上の医者が納得をしている。これはそうだろうというような評価をするんですけども、ごくごく一部ですが、納得した医師のほうが少ないというようなものもあります。見ますと、やっぱり緊急性のないものを帝王切開するので搬送したとか、あるいは緊急じゃない症例をご自分で診察なせずに患者さんに救急車を呼んで大きな病院に行きなさいと受診を指示したとか、そういうような症例なので、医学的な取り扱いがどうこうというのは基本的にほとんどありません。ただ、これは知らなかったんですが、北九州では帝王切開は基本的に母体搬送でされるということなので、ところ変われば全然品が変わるといえるか、ですから、こういうのは地域の中でのルールとか暗黙の了解というのが存在しているんだろうということを示すものだと思います。

それから、今お話しした中でいろんなことを考えないといけない。周産期ネットワークが機能するためには、コンシューマーというか、妊婦さんから見れば距離、利便性、時間というのは絶対的に重要な要素だと。あとは今まで余り考えていなかった既存のネットワークの枠組みから逸脱した妊婦さん、いわゆる未受診であるとか、そういう方々のことをこれからちょっと考えていかないといけない。今まで連携という言葉で片づけていたけれども、これから研修もいろいろ変わっていきますから、共通の様式を使うだけでなく、共通のコンセンサスをつくっていくのをどうしたらいいか。あとは利害なしの善意で維持するシステムで果たしてみんなどこまでやれるんだろうかということも考えていかないといけないだろうと思います。

今お話ししたように、周産期のネットワークを利用される方、今あるものの中でのいろんな問題ということで、今日は4人の先生方にお話をいただきますので、ぜひ皆さんからのご意見をちょうだいしたいと思います。

質問等は後でまとめて受けますけれども、何か確認しておきたいというようなことがこの場でございましたら……。ありませんでしょうか。それでは、また後ほど討論のときにぜひご意見をお聞かせください。ご清聴ありがとうございます。

市民生活フォーラム  
**「安心して出産ができる まちづくり2003」**



いま、産婦人科医師が不足しています  
 安心して安全にお産ができるまちづくりをめざして  
 これからの産科医療について  
 みんなで考えてみませんか

厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業  
**「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」**

### 産婦人科医師不足

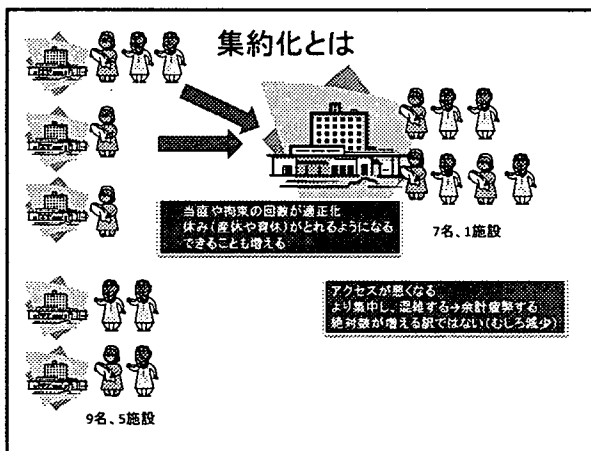
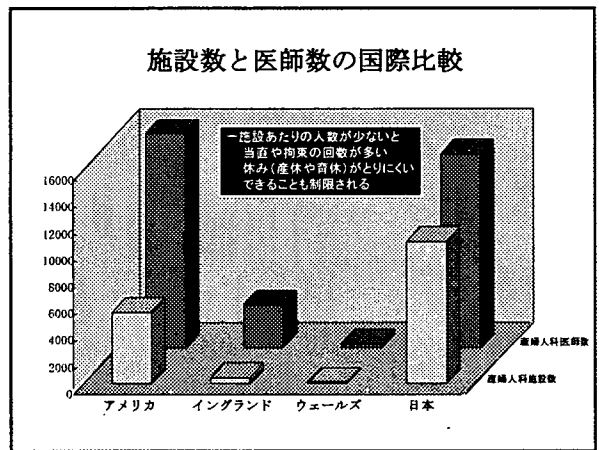
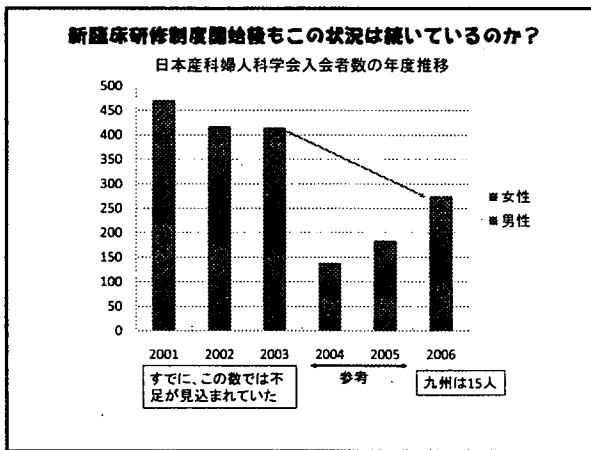
	医師総数	産婦人科医師数				
昭和30年	約10万人	約1万3000人				
平成12年	約25万人	約1万3000人				
平成18年	約26万人	約1万1700人				

3割は60才以上


	総数	29歳以下	30~39	40~49	50~59	60~69	70歳以上
施設従事者	76,3540	25,996	64,602	6,7701	5,3919	2,1268	2,8054
産婦人科総数	11,783	579	2,622	2,739	2,591	1,292	1,960
割合	4.5%	2.2%	4.1%	4.0%	4.8%	5.6%	7.0%

1700人は婦人科 産科施設従事医師・産科医師数及び構成割合、年齢階級・診療科名(主たる)別より

- 若手医師の志望減少、志望変更者の増加
- 女性医師の増加
  - 入局者の50%は女性→70%以上
  - 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員アンケート
  - 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



### 「健やか親子21」



21世紀の母子保健の取組の方向性と目標や指標を示したものであり、関係機関・団体が一体となって、平成13年より22年までの10年計画で、その達成に取り組む国民運動

課題

- 1 思春期の保健対策の強化と健康教育の推進
- 2 妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援
- 3 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備
- 4 子どもの心の安らかな発達への促進と育児不安の軽減