

母体搬送システムの確立と地域医療情報の共有化
一産科医療のシステム化（集約化・重点化）における救急ヘリ搬送の役割一
亀田総合病院 周産期母子医療センター長 鈴木 真

研究要旨

周産期医療施設の減少によりハイリスク妊娠の受け入れ先が見つからず、見つかった場合にも遠方であることが散見される。このような遠距離の広域搬送では現在一般的に使用されている救急車による搬送では、医療の受けられない時間が長く、問題が生じる可能性が否定できない。米国では1970年代以降医療施設の集約化・重点化に伴い広域搬送が一般的となり、ヘリコプターや固定翼機での搬送が一般化している。本邦においても医療環境の変化によりヘリコプター搬送の必要性が注目されている。周産期医療に関わる搬送のうちドクターヘリおよび自治体保有の消防防災ヘリによる搬送について検討した。その数は3年間ほとんど変化が見られなかった。しかし、自治体ごとの検討では増加している自治体があり、集約化、重点化の状況により搬送の形態に差が生じている可能性が考えられた。今後重点化、集約化がさらに進み、医療施設間の距離が延伸するとヘリ搬送が不可欠な手段となることが予想された。

【目的】

近年の分娩取り扱い施設の減少により、3次周産期医療施設である総合・地域周産期母子医療センターに対する業務負担が急激に増大している。このような状況下においてハイリスク妊婦、胎児および早産、低出生体重児の発生が予測されることに伴っておこなわれる母体搬送の受け入れが困難な状況が発生しており、受け入れ可能施設が遠隔地であることが散見されている。また、妊婦の高齢化、合併症妊婦などハイリスク妊婦の増加に伴うと考えられる母体救命疾患に対応することが求められている。この両者に対応するためには現在の救急車を中心とした救急搬送システムでは対応が不十分であり、欧米で行われているヘリコプター搬送を組み込むことが必要である。そこで日本における母体ヘリ搬送の実態調査を行い、現状から周産期医療システムにおけるヘリ搬送の役割と今後の方向性を見出すことを試みた。

【方法】

平成19年1月より平成20年9月末までに母体搬送となった症例のうち、ヘリコプターで搬送されたものを対象として、消防防災ヘリ運航機関62機関およびドクターヘリ運航施設16病院に対して、搬送総数、県外搬送数を年別（平成20年は9月末まで）にアンケート方式にて調査した。平成20年のデータは、実数の検討ではそのままの数値を用い、年別の比較では12カ月に補正するため、12/9を乗じたデータで用いた。また、平成18年については「救急医療体制の推進に関する研究（主任研究者 小濱啓次）」のデータを用いて比較検討した。都道府県ごとのデータで複数の運

航施設がある場合にはそれぞれを合算した数値を用いた。

【結果】有効回答は消防防災ヘリ62機関中55機関（88.7%）（平成18年調査時 77.0%）、ドクターヘリ運航機関16施設中12施設（75.0%）（平成18年 100.0%）であった。

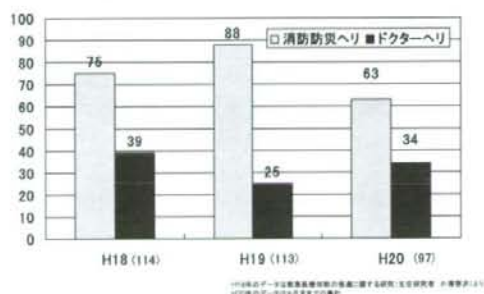


図1 ヘリコプター搬送数の推移

平成18年から平成20年9月までの母体搬送数の年次推移では、平成18年には消防防災ヘリ75回、ドクターヘリ39回 合計114回、平成19年にはそれぞれ88回、25回、113回平成20年（9ヶ月）は63回、34回、95回であった。

母体ヘリ搬送数の都道府県平均の年次推移を検討すると平成18年 2.92、平成19年 2.63、平成20年 3.01と平成18年から19年にかけて減少し、平成19年から20年にかけて増加し、平成18年とほぼ同数に復し、3年間としては大きな変化はみられな

かった。

以下は消防防災ヘリおよびドクターヘリにて搬送されたものを合して検討した。同期間に母体ヘリ搬送を10回以上行った都道府県は、北海道12回、宮城県13回、秋田県32回、千葉県30回、東京都11回、静岡県25回、三重県20回、和歌山県27回、鳥取県15回、長崎県20回、熊本県22回、宮崎県11回、鹿児島県14回の13都道府県、30%であった。一方、母体

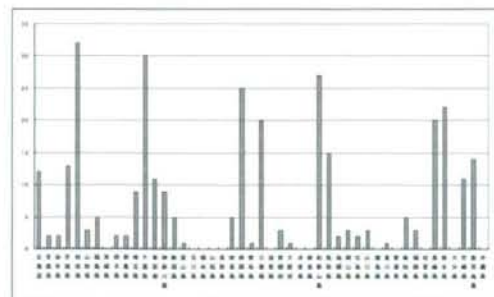


図2 都道府県別母体ヘリ搬送数(平成18年～平成20年6月)

ヘリ搬送を一度もなかった都道府県は茨城県、石川県、福井県、長野県、滋賀県、兵庫県、奈良県、徳島県、愛媛県、大分県の11県、24%であり、1回以下は33%、3回以下は57%であった。

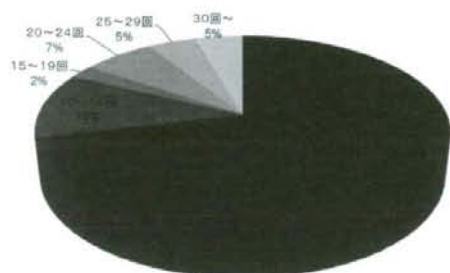


図3 母体ヘリ搬送数の割合(平成18年～平成20年6月)

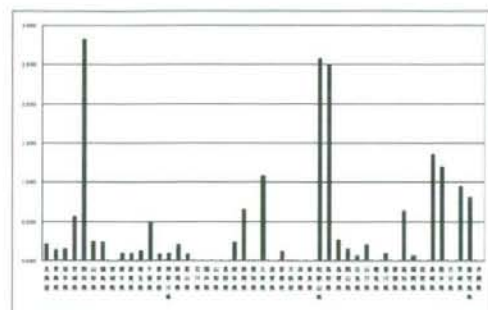


図4 都道府県別母体ヘリ搬送数(人口10万人)

人口10万人あたりの都道府県別母体ヘリ搬送数の比較では、秋田県、和歌山県、鳥取県が2.5以上

で多く、ついで長崎県、熊本県、三重県、宮崎県、鹿児島県、静岡県、高知県の順であった。

都道府県別の年次推移では平成18年から平成19年(n=37)にかけての母体ヘリ搬送数が、2回以上増加した都道府県は岩手県、宮城県、秋田県、埼玉県、鳥取県、宮崎県、鹿児島県の7県、逆に2回以上減少した都道府県は、福島県、栃木県、千葉県、神奈川県、新潟県、静岡県、三重県、和歌山県、島根県、熊本県の10県であった。平成19年から平成20年(n=42)にかけて母体ヘリ搬送数が、2回以上増加した都道府県は福島県、和歌山県、2回以上減少した都道府県は宮城県、群馬県、埼玉県、東京都、静岡県、三重県、鳥取県、鹿児島県であった。平成18年と平成20年(n=37)の母体ヘリ搬送数の比較では、2回以上増加した都道府県は北海道、秋田県、鳥取県、宮崎県、鹿児島県、2回以上減少した都道府県は栃木県、千葉県、東京都、静岡県、三重県、和歌山県、島根県、熊本県であった。平成18年に9件以上の母体ヘリ搬送を実施していた静岡県、千葉県、三重県、和歌山県、熊本県、秋田県の6県のうち、平成20年には増加した県は秋田県のみであり、その他の件はすべて減少した。

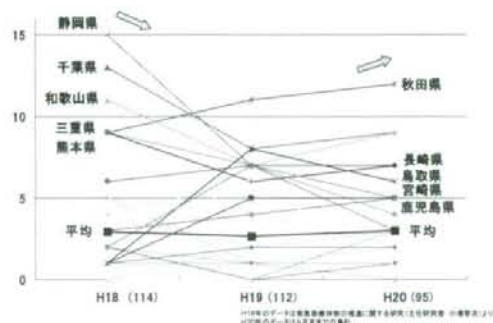


図5 都道府県別母体ヘリ搬送数の推移

平成19年、平成20年(1年9ヶ月間)の都道府県外への母体ヘリ搬送数を都道府県別にするると宮城県8回、埼玉県7回、神奈川県5回、熊本県10回、宮崎県4回であった。

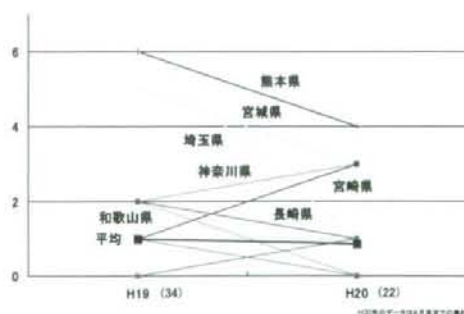


図6 都道府県外へのヘリ搬送数の増減

【考察】

周産期医療、産科医療の過酷な労働環境、訴訟リスクなどによりこの10年間で分娩施設数は約30%減少した¹⁾。これにより、ハイリスク妊婦、胎児および早産、低出生体重児の発生が予測される妊婦の管理を行っている3次周産期医療施設である総合・地域周産期母子医療センターおよびNICUを併設する産科医療施設に対する業務負担が急激に増大した。このことにより緊急母体搬送や母体救命疾患の受入れ可能が不可能となること散見され、社会的問題となっている。これを解決するためには様々な要因があり、短時間に解決すること不可能である。そこで広域に搬送先を探し、遠隔地で受け入れざるを得ない状況が生じることがある。日本における救急搬送システムは救急車搬送を中心としたものであるが、欧米では救急車搬送に加えて、ヘリコプター搬送が組み込まれている。ドイツでは救急事例が発生した場合に15分以内に医療提供が開始できることが法令で定めており、救急車、ヘリコプターがそれに対応できるように配備されている²⁾。日本では医療救急ヘリ搬送はまだ一般的ではなく、山岳地、へき地、島嶼救急などが主体である、しかし、ドクターヘリ導入や医療施設の減少といった社会的背景により、近年徐々に増加している。日本における母体ヘリ搬送の実態調査の報告はなく、今回行った結果では、平成18年に既に全国で100例以上の母体ヘリ搬送が行われていた。今回の調査は都道府県や政令指定都市などの自治体が保有する消防防災ヘリとドクターヘリのみを対象としており、海上保安庁や自衛隊のヘリも一部の地域では使用されており、実数はさらに多いと考えられる。

この数年の周産期医療体制の状況から母体ヘリ搬送は増加していると予想していた。実際、全国の母体ヘリ搬送数では平成18年114回、平成19年113回、平成20年(9か月)95回(12か月換算で約126回)であり、増加していた。しかし報告された都道府県数で除した平均値では平成18年から19年にかけて減少、平成19年から20年にかけては増加し、平成18年とほぼ同数に復しており、ほとんど変化は認められないだけでなく、予想に反して、平成19年では減少しているという結果であった。また、母体ヘリ搬送を行ったことがないという県が11県(24%)、年別では平成19年12/39、平成19年15/43、平成20年16/43と大きな変化は認めず、3回未満が57%であり、全体としてはあまり利用されていない一方で、10回以上搬送を行っている自治体が13都道府県(30%)にあり、活用に関わる取り組みに自治体間の差があることが考えられた。

人口当たりの母体搬送数では秋田県が最も多かった。秋田県は県の面積を分娩取扱い施設数で除した分娩取扱い施設あたりの面積が、北海道に次いで多い県であり、必然的に長距離緊急搬送が多い状況であるために、ヘリコプター搬送が行われていることが示された。

平成18年に5回以上の母体ヘリ搬送があった9自治体のうち、平成20年(9か月)に増加した自治体は2県のみであり、母体ヘリ搬送を多く活用していた自治体において、医療提供体制の変化によりヘリ搬送が減少している可能性が示された。前置胎盤は妊娠第2三半期で診断される疾患であり、近年妊娠早期に高次医療機関へ外来紹介されているとの報告されている。このようにリスクが事前に評価された症例が妊娠早期に高次医療機関に紹介されているため緊急搬送が減少している可能性が考えられた。

長崎県、鹿児島県、島根県など島嶼からの搬送がある自治体では今後もヘリ搬送が行われていくであろう。また秋田県のような分娩取扱い施設の分布が疎である自治体では、緊急時の搬送にヘリ搬送は重要な搬送方法であり、今後他の自治体においても分娩取扱い施設の重点化、集約化により施設が減少することにより、ヘリ搬送の重要性が認識され、その利用が増加することが予想される。

都道府県外搬送の検討では宮城県8回、埼玉県7回、神奈川県5回、熊本県10回、宮崎県4回であり、首都圏であっても、自治体内での受け入れが困難な状況があり、搬送先が確保できても遠隔地であることがまれに起こり、長距離の搬送において搬送時間を短縮するためにヘリコプター搬送が利用されていると考えられた。

【結論】

現時点では母体ヘリ搬送は増加していないことが示された。しかし、都道府県ごとの分析では増加している自治体と減少している自治体があり、集約化、重点化により早期にリスク症例を紹介することにより、リスク低下が進んでいるために緊急搬送が減少していることが推測された。しかし、今後重点化、集約化がさらに進み、医療施設間の距離が延伸するとヘリ搬送が不可欠な手段となることが予想された。

文献

- 1 中林正雄 みんなが安心できるお産を目指して-役割分担と強調- 日本医療学会 市民シンポジウム 2008年
- 2 西川渉 諸外国におけるドクター・ヘリコプターの現状 ドクターヘリ調査委員会報告書 2004年

Ⅲ 公開討論会会議録

公開市民フォーラム「わが国のお産のあり方を考える」
兼 平成20年度第1回（通算第4回）拡大産婦人科医療提供体制検討委員会

議事次第

- 主催：日本産科婦人科学会・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」（主任研究者 岡村州博）
 - 日時：2008年11月1日（土曜）13時より16時40分
 - 場所：学術総合センター（旧一ツ橋講堂） 中会議場
〒101-0003 東京都千代田区一ツ橋2丁目1番2号
TEL：03-4212-6000
 - 議事： 司会：海野信也（北里大学教授）・石川睦男（森産科婦人科病院 顧問）
1. 開会の挨拶：司会者 石川睦男（森産科婦人科病院 顧問）
 2. ご挨拶
 - ① 厚生労働省雇用均等児童家庭局 母子保健課課長 宮寄雅則
 - ② 日本産科婦人科学会理事長 吉村泰典（慶応義塾大学教授）
 3. 主任研究者報告 岡村州博（東北大学教授）
 4. 班研究からの報告
 - ① 海野信也（北里大学教授） 「勤務医在院時間調査・中間集計報告」
 - ② 福嶋恒太郎（九州大学助教） 「分娩施設集約化と快適な出産」
 - ③ 遠藤俊子（山梨大学教授） 「助産師外来から院内助産への道筋」
 5. 日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会からの報告
 - ① 中井章人（日本医科大学教授） 「産婦人科勤務医師の待遇改善と女性医師の就労環境」
 - ② 竹村秀雄（小阪産病院理事長） 「大阪における周産期地域医療連携の現状」
 - ③ 丸山淳士（北海道産婦人科医会理事） 「北海道周産期医療に関する地域連携について」
 6. 総合討論
 - ① 日産婦学会員による討論
 - ② 一般の方を含めた討論
 7. 主任研究者によるまとめと総括： 岡村州博

公開市民フォーラム 「わが国のお産のあり方を考える」

平成20年度第1回(通算第4回) 日本産科婦人科学会 拡大産婦人科医療提供体制検討委員会

主催

日本産科婦人科学会・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」

(主任研究者 岡村州博)

○司会(石川) 定刻になりましたので、これより公開市民フォーラム「わが国のお産のあり方を考える」を、日本産科婦人科学会の拡大産婦人科医療提供体制検討委員会並びに厚生労働省の科研費であります「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約化モデル事業」、主任研究者岡村班の共催で開催します。

本日は、3連休のお忙しい中、各地域の周産期に携わる先生方、一般市民の方々、それから報道関係者の皆様方も参加していただきまして、公開でこれから討論をしたいと思えます。

遅れましたけれども、私は昨年度まで岡村班の分担研究者をしておりました北海道旭川森病院の石川と申します。

それから、産婦人科医療提供検討委員会の委員長であります北里大学の海野教授と2人で司会をさせていただきますので、よろしく願いいたします。それでは、着席して進めさせていただきます。

最初の部分は私が司会をさせていただきます、後半は海野教授をお願いしたいと思います。

それでは、このプログラムに従いまして進めていきたいと思えます。

最初に、ごあいさつとしまして厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課長の宮寄雅則

様からお願いしたいと思います。どうぞ、前の方でお願いいたします。

○宮寄 厚生労働省母子保健課長の宮寄でございます。公開市民フォーラム「わが国のお産のあり方を考える」並びに平成20年度の第1回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会の開催に当たりまして、一言ごあいさつを申し上げます。

まず初めに、本日お集まりの先生方におかれましては、日ごろから厚生労働行政、とりわけ医療行政あるいは母子保健行政の推進に格別の御尽力を賜っておりますことを、この場をお借りして御礼申し上げる次第でございます。

さて、周産期医療体制につきましては、国におきましては平成8年から都道府県と一緒に なりましてその体制の整備に努めてきたところでございます。また、一昨年には奈良県の事案もございまして、その体制整備の促進とか、あるいは改善、充実に努めてきたところでございますが、先般、報道にもございますように、東京都の事案によりまして、そのあり方につきましてますます社会的な関心が高まってきているところでございます。

この東京都の事案につきましては、今まだ調べていることもございますので、なかなかこの場で確定的なことを申し上げることは大変ではございますけれども、いろいろ指摘されている中で周産期医療と一般救急医療との連携の問題、これは情報システムの問題も含めてでございますが、このような問題について今後検討していかなければならないと考えておまして、近々にもこの会場にいらっしゃる先生方にも御指導いただきながら検討を進めていければと考えているところでございますので、よろしく願いできればと思います。

また、合わせて全国の周産期センターにつきましても緊急に今アンケートの調査を実施しているところでございますけれども、これらの結果も踏まえて必要な改善、充実策を考えていかなければならないと考えておりますので、どうぞよろしく願い申し上げます。

また、この問題の背景につきましては、多くの先生方からも御指摘をいただいているところでございますけれども、医師不足の問題がございまして。特に産科のお医者さんが減少しているという中で、本日の御報告の中にもあると伺っておりますけれども、産科のお医者さんを取り巻く環境が大変厳しくなっているということも十分認識しているところでございます。

厚生労働省といたしましては、産科の医療など、地域医療とそれを担っていただいている人たちを守っていくとか、一緒にやっていく。そして、国民の医療に対する不安を解消していくということが大変重要であると考えておまして、引き続き周産期医療ネットワークの改善、充実に努めていくことはもちろんでございますけれども、医師不足の問題につきましては先般、医療ビジョンをまとめるときにもこの会場の先生にも大変お力添えをいただきましたが、その中でも医学部の定員を増やしていくんだ、医師数を今後増やしていくんだというものが出ています。

総数を増やすと同時に、合わせて考えていただかなければいけないのは、診療科の偏在の問題もございますので、がんセンターの土屋先生を中心に専門医制度も含めてその辺りの検討を今、進めているところでございます。

これらにつきましては、中長期的な取組みでございますけれども、短期的にもというか、喫緊にももちろん取り組んでいかなければならないことが多々あるかと思えます。その中でも、特に病院で勤務されている医師の勤務環境の改善の問題とか、あるいは離職率の高い女性医師にどういうふうに支援をしていくかという問題が大切ではないかと考えております。

具体的には、短時間正社員制度の導入とか、交代制勤務の導入の取組みを支援していくとか、あるいはいわゆるメディカルクラークの導入を支援していく。これは21年度概算要求では当初で要求していたんですけれども、前倒してこの間、一次補正が成立しましたが、その中で取り組んでいく。また、これまでも取り組んできました院内保育所の整備とか女性医師の復職講習の支援、あるいは女性医師バンクの設置運営、これは日本医師会にお願いしていますが、こういうような取組みを進めていこうというところでございます。

また、産科の医療につきましては大変リスクの高い分野と言われておりますが、医療安全委員会の設置の関連の法案の作業は当然進めていかなければならないと思っておりますし、来年の1月からは産科医療補償制度が始まるというところでございます。

こういう取組みを通じて、国民の皆さんに安心して出産していただくというか、出産できる社会を実現していくということが大変重要だと考えておりますので、会場にいらっしゃる皆様方の御指導、または引き続きの御支援をお願い申し上げる次第でございます。

最後になりますが、大変お忙しい中、このフォーラムの開催に御尽力いただきました吉村理事長をはじめといたします日本産婦人科学会の先生方、または厚生労働科学研究を進めていただいております岡村先生、海野先生をはじめといたします研究班の先生方に対して改めて感謝を申し上げますとともに、本日の会が実り多きものとなりますように御祈念申し上げます、簡単ではございますけれども、ごあいさつとさせていただきます。

本日は、よろしく御願申し上げます。

○司会（石川） 宮寄先生、どうもありがとうございました。

では、続きまして、日本産科婦人科学会の理事長であります慶応義塾大学教授の吉村泰典先生からごあいさつをお願いいたします。

○吉村 皆さん、こんにちは。公開市民フォーラムに、かくもたくさんの方にお集まりいただきまして本当にありがとうございます。私は、日本産科婦人科学会の吉村でございます。

学会以外の方もお見えになりますので、少し産婦人科医療提供体制検討委員会について

のお話をさせていただきたいと思います。

この委員会は、武谷前理事長時代に産婦人科の危機的な状況をいかにして体制を立て直していくかということで、理事会内に特別につくられた委員会でごさいます、海野先生が当初から委員長をしていただきまして、さまざまな施策を私たちは考えまして、国、そして地方自治体に要求をさせていただいてきております。そして、私たちは一定の評価をいただいて、さまざまな改善も認められてきているということでございます。

この委員会では、夏前に母体の救命救急といったことに対しまして必要な施策を考えなくてはならないということで、日本救急医学会と合同の作業部会を設けるところでございます。そんな中、先日来、報道されておりますが、都立墨東病院の問題が起きたわけでございます。これは私たちにとりましてもまさに着手しようとしていたところでありまして、本当に申し訳ない状況であったということで私たちも非常に責任を感じているところでございます。これまでも母体の救命救急といったことに関しましては、世界においてこういったモデルがあるわけではなく、こういったところに関しましてはやはり我々が今後考えていかなければならない問題だと思っているわけでございます。

昨日も舛添厚生労働大臣とお会いをいたしまして、母体の救命救急に対していかなる対応をしていくのかということで、大臣も大変お忙しかったわけでございますが、30分くらいお話をさせていただきまして、非常に御理解いただきまして学会とともに国、そして地方自治体が一体となってこの問題に取り組んでいこうといったことをおっしゃっていただきました。

これまでも周産期医療に関しましては各都道府県、あるいは厚生労働省を中心としてさまざまな改善が私は認められてきていると思います。それなりの御努力をしていただいているわけでございますが、母体の救命救急といったことになりますと、これは新たな人的リソースの問題、そしてまた経常的な資金の問題、さまざまな問題点が出てまいります。

しかしながら、舛添大臣にも、今後こういったことを一生懸命やっていこうといったことを私たちにお約束をいただいたわけでございますので、学会といたしましてもさまざまな関係各所と相談をしながら、こういった施策を今後打ち立てていきたいと思っております。

そして、今日はさまざまなマスコミの方々もたくさんお見えになっていると思いますが、もともとこの委員会と申しますのはこういった事件があるということは当然予想していたわけでは全くございませんで、最後に少し時間を延長してでも皆様方の御意見を拝聴し、皆でこの問題を考えていきたいと思っておりますので、よろしくお願ひしたいと思います。

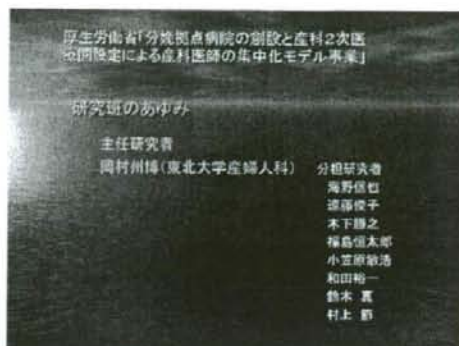
本日は誠にありがとうございました。

○司会（石川） 吉村先生、ありがとうございました。

それでは、プログラムに従いまして、最初に海野先生からまずお手元の資料を説明させていただきます。

○司会（海野） 今日、配布させていただいております資料について御説明申し上げます。
まず10月30日付の「産婦人科勤務医・在院時間調査 第2回中間集計報告」です。
それから、10月31日付厚生労働大臣あての緊急提言ということで、これは昨日、舛添大臣に提出したものでございます。
あとは、発表者の資料が幾つかございます。
福嶋恒太郎先生の「分娩施設の集約化と快適な出産」について。
中井章人先生の「産婦人科勤務医師の待遇改善と女性医師の就労環境」。
竹村秀雄先生の「大阪における周産期地域医療連携の現状」。
丸山淳士先生の「北海道における周産期医療の地域連携について」ということでございます。
それから、実は本日の会で御発表を御希望された地方部会、医会の地区がたくさんございました。それで、いろいろ御相談させていただいて、ちょっと今回は発表を御遠慮いただいた地区もございまして、そういうところから幾つか資料をいただいております。信州大学の金井先生の資料、自治医科大学日本産婦人科医会栃木県支部の松原先生の資料がございまして、これも後で見いただければと思います。
それから、最後に遠藤俊子先生の方から「院内助産システム推進フォーラムの案内」ということでございます。
そういうことでございますので、今後この資料をよく読んでいただきながらこの会を進めていただければと思います。

○司会（石川） 岡村先生、お待たせしました。これから厚生科研の方の主任研究員であります東北大学の岡村先生から、主任研究者報告をまず最初をお願いいたします。



○岡村 ただいま御紹介いただきました東北大学の岡村でございます。

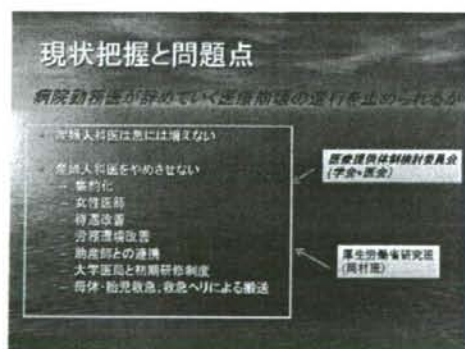
厚生労働省のテーマがここに書いてございますけれども、「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」というものであります。これは今年3年目になるのですが、この前にも実は同様の趣旨の研究班がございました。その前にもやはり産科、小児科の医師の不足をどう

したらいいかという通称鴨下班というようなものがございました。それから通算しますと約9年間、産科医師不足、それに伴いますいろいろな問題が出てまいりました。今、問題がありましたような都立墨東病院以外に、皆様御承知のような県立大船病院事件というような不幸な事件も発生したわけでございます。

そんなこともありまして、これは東京都のみのことではございませんで、私は東北ですけれども、東北、北海道、いろいろな地方でも産科不足、産科医不足によるいろいろな問題が出ております。それをいかに解決できるかどうか。解決しなくちゃいけない。そういうことのための研究班でございます。

1つ、この中で大きな間違いがございまして、この分担研究者の中に今日司会の石川先生の名前が落ちております。大変大変失礼いたしました。

そういうことで、少しそのことをお話申し上げたいと思います。



まず、「現状把握と問題点」というふうに書きましたけれども、特に病院勤務医が辞めていくような医療崩壊の進行を何とかして止めたいというのが、この研究班の目的と言ったらいいいんでしょうか、ゴールでありまして、そのためには現在いろいろところで産科医を増やそうというような施策が考えられていますけれども、それは急には増えることではございません。やはり10年先、20年先、そ

ういうようなスパンでの考えかと思えます。こういうようなことを前提にしまして、今、実際に勤務医をなさっている産婦人科医を辞めさせないにはどんなことをすればよいか。

1つは集約化ですね。医師を集約化して、たくさんの医師の中で産婦人科医療を展開で

きればいいんじゃないか。

それから、女性医師の問題です。

それから、それに伴います勤務医の待遇改善、労務環境の改善、それからもちろん産婦人科医が減っている中で周産期医療の大きなパートナーの一つであります助産師との連携ということも1つのテーマでございました。

それからもう一つは、地方医療におきましては大学医局との関連というものが非常に強いわけですが、それとともに初期研修制度というものがこの医療システムに大きなインパクトを与えました。この問題も少し考えてまいりました。

また、母体・胎児救急、これはまさに今、問題になっているところがございますけれども、この中で特に地域が広い北海道、東北、九州、いろいろところで救急搬送をどうしたらいいのか。特に救急ヘリを利用するようなものを導入できないかどうか。こういうようなことを少し考えてまいりました。

実際にはここに産婦人科学会、産婦人科医会との合同でつくっております医療提供体制検討委員会、それから私ども厚生省の研究班、これが別個ではなくて合同でいろいろな問題を検討してきたということでございます。

地域医療確保対策

- ・ 集約化
 - 産婦人科医師は数年は増加しない
 - 適正な医師数、助産師数
- ・ 地域間連携
 - 集約化と医師不在地域との連携、IT利用
 - 助産師外来
 - (妊婦宿泊施設)
- ・ 救急医療システムの再構築
 - 過疎から周産期センターへ
 - 救急搬送：ヘリコプター搬送 etc.

1つずつ、少しテーマを絞って挙げてみます。

地域医療を何とか確保するというためには、集約化ということが避けて通れない問題でございました。繰り返しになりますけれども、産婦人科医師は数年は増加しない。そうしましたら、その中で将来も含めて現在の適正なその地域の産婦人科医師数というのはどのくらいなのか。それから、助産師さんも非常に

に足りないわけですが、助産師というのは地域ごとにどのくらいの数が必要であるか。そういうようなことも考えていかなければならないわけです。

それから、地域間連携でありますけれども、どうしても産婦人科医が少ない。少人数でするので、やはり地域の中で病病連携、病診連携というものをとっていかなければなりません。その手段を少し考えなくちゃいけないということで、ITを利用したもの、また後で述べますけれども、セミオープンシステム、オープンシステム、そういうものを利用した地域間の連携を図らなくてはいけない。

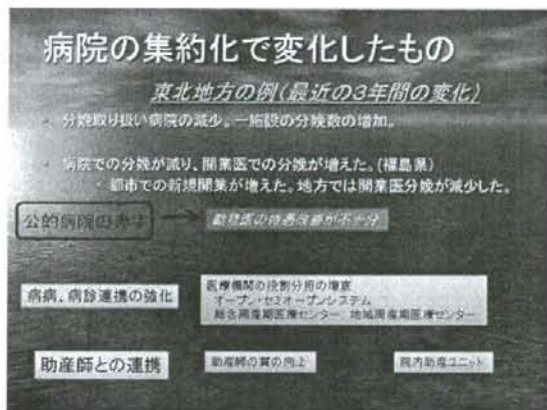
それから、後で遠藤先生の方からお話があるかと思いますが、助産師さんをいかに有効に活用するというのは言葉が悪いですが、この周産期医療システムに入っていただいてどういう活躍をしていただけるかというようなことも検討してまいりました。

妊婦の宿泊施設というのは、遠くにいる妊婦さんが分娩の施設に早目に入院するという

ことも最初は考えられたのですが、今のところ少しこれは頓挫しております、今後の問題点だと思います。

「周産期医療システムの再構築」と書いておりますけれども、過疎から周産期センターへ、過疎地域から高度医療のできる周産期センターへの連携をどう図るか。これは上のものと非常に似ているわけですが、そのために先ほども言いましたようにITを使ったり、いろいろなシステムを使っていきたい。

救急搬送ということも検討してまいりました。



この研究班の主な一番の目的は、病院の集約化、医師の集約化というようなことであります。

その中でこの集約化を目指してきましたが、東北地方で最近3年間どういう変化が起こったかということをお話ししたいと思います。私もこの研究班の班長を仰せつかっておりますけれども、もちろん東北に住んでおりますし、東北地方を代表してこの会に参加

しているという色合いもございますので、少し御紹介したいと思います。

3年間で何が起こったかといいますと、分娩取扱病院の減少であります。もちろん集約化ですから、分娩をとりやめている病院が出ますので、そこにいた妊婦さんはほかの施設に移らざるを得ません。そうしますと、1施設の分娩数が増えてまいります。

ところが、県によりましては病院での分娩数が減りまして、トータルしますと開業医での分娩数が増えてきました。福島県ではそういうような現象が起きておりまして、これは大胆に言ってしまうと都市での開業の先生が増えてきた。それで、地方では開業医の先生は分娩をやめてどんどん外来だけの診療に変わってきてしまったというようなことになっているようでございます。

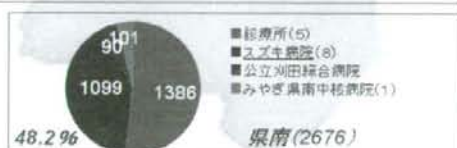
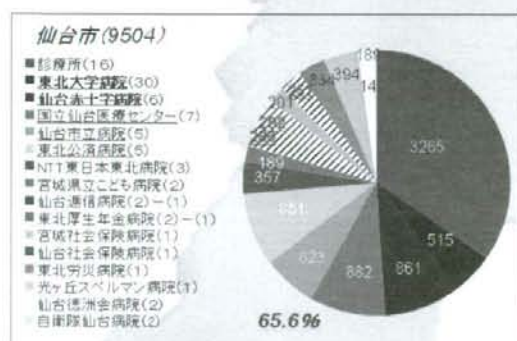
それはなぜかといいますと、1つは勤務医の待遇が悪い。要するに、公的病院がもともと赤字でありますので、これに対して産婦人科医がいろいろなことをやったとしても、それが我々が考えているくらい産婦人科医の手当ての方に回っていかない。もともと公的病院が赤字ですので、産婦人科医の方に行ったとしても病院の赤字補填に使われてしまう傾向があるようであります。

当然、勤務医はこのような非常に労働環境の悪い上に待遇も悪いわけですから辞めてしまう。だったら自分で都市で開業した方がいいんじゃないか。そんなことで、都市の新規開業が増えてきたというふうに思います。

このような事情から、やはり必要なのは、勤務医の待遇改善ももちろんですが、労働環

境を改善するためには病病並びに病診連携、要するに役割分担ですね。そういうもので、できるだけ勤務医の負担を軽減しよう。医療機関の役割分担の決定、それからその中でのオープン、セミオープンシステムの導入。役割分担の1つであります。総合母子医療センター、総合周産期医療センター、または地域の周産期医療センター、こういうものの役割をはっきりさせていかなくてははいけない。そのようなことを考えているわけであります。

もう一つは、助産師さんとの連携でありますけれども、今のままの助産師さんの連携ではなくて、この中には助産師さんの質の向上ということが避けて通れません。並びに院内の助産師ユニット、こういうものもそのうちできてくると思うんですが、そのためにも助産師さんの質の向上ということで、今この班でいろいろな取組みをしているところでございます。



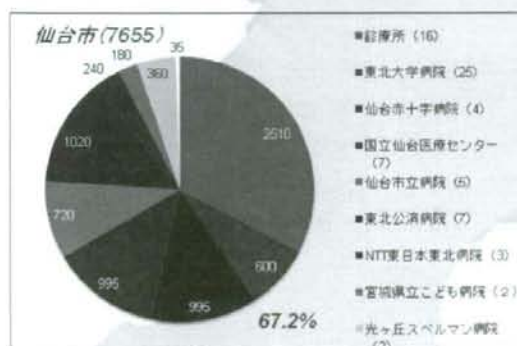
宮城県(平成16年)

1つ、宮城県のお話をさせていただきますが、集約化でどう変わったかというようなことを少しお話しします。

平成16年のものであります。赤いものが診療所での分娩、青系が病院での分娩でございます。仙台市を見ていただきますと、ごらんのとおり青いところにこれだけの病院がありまして全部分娩を扱っておりました。例えば、この斜線のところは250くらいですが、大体250、260の分娩を扱っている病院が、おーいと声をかければすぐ近くにあるというよう

ップしていただきましてこういうものが今年の10月からスタートしております。

また、やはり青森県でも特に県南でありますけれども、東北大学病院が県と連携しましてこういうシステムを今つくっております、これも近々青森県の県南地方ではこういうセミオープンシステムを使って分娩の拠点病院をつくりながら安全な分娩を確保するというようなことが動くことになっております。



宮城県(平成19年)

そんなことで、セミオープンシステムで仙台市内は先ほど見ていただきましたのでちょっと様相が違うと思いますけれども、赤いところは大体同じですが、青いところもかなり少なくなっております。これは平成19年であります、東北大学病院もこの1つに入っております。東北大学病院では多分今年、分娩数は800を超すのではないかと考えておりますが、6つの病院で1,000近くの分娩数になっているというようなことであります。

しかしながら、県北の方に行きますと拠点病院というものがかなりハイリスクを持ってくるものが多いものですから、普通の分娩はこの赤い開業の先生でほとんど行っているというような地域性がかかなり出てきているわけです。

平成19年の現状(東北地方)

- ・ 病院勤務医数の平均: 3.09(大学病院を除く)
病院平均分娩数: 414
- 青森357(299)、岩手415(429)、秋田357(310)、宮城507(358)、
山形288(339)、福島356(303)
- ・ 診療所医師数平均: 1.29
診療所平均分娩数: 272
- 青森313(206)、岩手186(187)、秋田227(202)、宮城320(290)、
山形236(224)、福島306(260)

()は平成16年

これはサマライズしたものでありますが、東北地方では病院勤務医の平均数は3くらいです。これは大学病院を除いておりますけれども、病院の平均分娩数は414であります。

そして、ここを見ておわかりのとおり、この括弧は平成16年ですが、青森では病院が増えています、ほとんど増えていないところもあります。福島

では病院の分娩数が増えています。宮城県では大幅に増えています。

診療所の平均医師数、東北地方ですけれども、1.3、診療所の平均分娩数は272でありまして、福島ではこういうふうに診療所の分娩数もかなり増えている。宮城県もそうですけれども、そういうような現状になっているところでございます。

今後のあり方

- ・ 産婦人科医(特に病院勤務医)の不足は国民の間で十分認識されている。
- ・ 「足りない」「いない」を認めて医療崩壊を防ぐ国家的な具体的な取組が必要
 - 時代に即した新周産期医療システム構築
 - システムを動かすhuman resources
- ・ “周産期医療会議”の継続

このようなことを踏まえまして、繰り返しになりますけれども、こういう状況は全国いろいろなところで起きております。

その報告は、多分この後、福島先生等からお話があると思っておりますけれども、今後私が考えておりますのは、要するに産婦人科医、特に病院勤務医の不足というのは皆さん国民には十分

認識されているだろうということではありますが、現状、急に増やすということはできませんので、足りない、いないを認めて医療崩壊を防ぐ国家的、具体的な取組が必要であろうと思います。

1つは、すぐにも時代に即した新周産期医療システム、これはいろいろな地域で同じようなものを全国一斉につくることはまず不可能でありますので、地域に合ったシステム構築というものが必要でしょう。

それからもう一つは、そのシステムをつくったハードだけではなくてそれを動かすヒュ

ーマンリソースをいかに確保して、ソフト面でそういうものをどういうふうに使っていくかというようなことが大きな今後の課題であろうと思います。

最後に、こういう問題は今日のこういう会もそうでございますが、周産期医療会議、国民的な取組みと関与をやはり継続的にしながら今後の周産期の在り方を検討していかなくちゃいけないということを考えておりまして、是非この会をきっかけに全国的な取組みを継続して行っていただきたいというふうに主任研究者といたしましても国、自治体等をお願いするところでございます。

以上でございます。ありがとうございました。

○司会（石川） ありがとうございました。主任研究者の岡村先生の方から、班研究の全般についてお話をいただきました。

○司会（石川） 続いて、分担研究者から報告をお願いします。

公開市民フォーラム
「わが国のお産のあり方を考える」
日本産科婦人科学会
第4回産科婦人科医療提供体制検討委員会

平成20年11月1日

勤務医在院時間調査 中間報告

日本産科婦人科学会・産婦人科医療提供体制検討委員会
海野信也
北海道大学医学部 産科 海野信也

最初に海野先生から今、問題になっております勤務医の勤務条件、そういうことにつきまして勤務医在院時間調査、中間集計報告をお願いします。

○司会（海野） 海野でございます。よろしくお願ひいたします。

最初に申し訳ないのですが、本日の配布資料なんですけれども、誤りがあります。私の配布資料の後ろから2ページ目の表の一番右の上の欄です。「当直体制をとっていない病院」で「月間勤務時間+オンコール時間」というところの数字で、正しいのは357、139、47、706です。要は、ちょっとデータの処理に問題がありまして今朝方気が付いたのですが、報道されているのは350ですけれども、それよりも少し数字が多かったということです。もともと数字はべらぼうに大きいとい

在院時間調査 第2回中間集計結果の修正

		当直体制をとっていない病院 月間勤務時間+オンコール時間
全体	平均	357
	標準偏差	139
	N	47
	最大値	706
25-29歳	平均	415
	標準偏差	69
	N	3
	最大値	462

う話になっていますけれども、もう少し大きかったということでございますので、申し訳ありませんが、御修正をいただきたいと思ひます。これは、また後ほど報告させていただきます。



私も医療提供体制検討委員会の方で今年2つ調査をやっています。

1つは、7月の段階での産婦人科動向意識調査というものでした。これは、研修指導施設750病院の部長の先生に送りまして、非常に単純な質問です。1つは、産婦人科の状況は1年前と比べてどうなっていますかということです。これを日本全体としてどうお考えかということと、先生の施設はどうですか

ということを2点質問いたしました。

その答えがこうです。全体としてはよくなっている方だなというのが18%、悪くなっているかなというのが47%、3分の1くらいの先生はずっと変わらないということです。

では、先生の施設はということですが、そうするとよくなっているが少し多くなります。

3分の1くらいの施設は、少しよくなっている。これは、現場の実感と一致しているかどうかはわからないのですが、こういう調査結果が出ました。

全体としての産婦人科の状況 回答の理由(複数回答)	
悪くなっていると感じる理由	良くなっていると感じる理由
1. 産婦人科医不足 61	1. 一般の方・マスコミの理解 33
2. 分娩施設減少 38	2. 人員増 17
3. 施設減少のための残っている施設の負担増・勤務条件の悪化 37	3. 待遇改善 12
4. 診療の質の低下 9	4. 診療報酬の重点評価 8

(PP)

それで、その理由も聞いております。その理由を伺ったところ、全体として悪くなっていると感じられている先生は、産婦人科医が足りない。分娩施設が減少している。回答している施設は残って分娩をやっている施設ですから、分娩施設の減少のために施設の負担が増えて勤務条件が悪化している。その挙げ句にはということになります。その挙げ句にはということがありますが、診療の質の低下が起き始めているとい

うことを危惧しておられるわけです。

一方で、よくなっていると感じる理由は、今日はマスコミの方がたくさんお見えですが、一般の方々が今の状況を御理解いただけるようになった。これも1つのプラスだということです。それから、数は余り多くありませんけれども、人員増、待遇改善、診療報酬上の評価等のことを、全体としてこういう方向でよくなっていくのではないかという形で考えられている先生がおられるということになります。よくなっていると言っても、全体の18%の先生ということです。

自施設産婦人科の状況 回答の理由(複数回答)	
悪くなっていると感じる理由	良くなっていると感じる理由
1. 産婦人科医不足・減少 56	1. 人員増 49
2. 諸要因による勤務の過酷化 42	2. 待遇改善・手当増 30
3. 患者の要求水準の上昇 8	3. 医学生・研修医の志望者増の動き 9
4. 待遇の悪化・改善の欠如 7	4. 新入局者増 8
	5. 病院側の理解 8
	6. 勤務条件の緩和 8

各施設の状況ということに関して言いますと、悪くなっていると感じられている先生の理由は、医者が足りない、減っている。それから、勤務は過酷化している。その辺が最も多いわけですね。

一方で、よくなっている施設、これは逆に人員がうちは増えた。待遇の改善が認められたということを評価されているということになります。ですから、今まではずっと減り続けていたわけですが、一部の施設では少し増え始めているところがあるということになります。

と減り続けていたわけですが、一部の施設では少し増え始めているところがあるということになります。