

200923019A

厚生労働科学研究費補助金
子ども家庭総合研究事業

地域における周産期医療システムの充実と
医療資源の適正配置に関する研究

(H21-子ども一般-002)

平成21年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 岡村 州博

平成22(2010)年3月

目 次

I. 総括研究報告

「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」

東北大学大学院医学系研究科 名誉教授 岡村州博1

II. 分担研究報告

「周産期救急医療体制と分娩環境の安定的確保」

北里大学医学部産婦人科学 教授 海野信也13

「助産師活用システム推進のための諸課題に関する研究」

京都橘大学看護学部 教授 遠藤俊子39

「北海道釧路・根室地区における産婦人科診療維持のためのセンター病院の役割」

北海道大学大学院医学研究科 櫻木範明63

「北部九州における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」

九州大学病院総合周産期母子医療センター 講師 福嶋恒太郎83

「滋賀県における産婦人科女性医師就労支援の取り組み」

「滋賀県における産科オープンシステム(セミオープンシステム)の現状と課題」

滋賀医科大学産科学婦人科学講座 教授 村上 節135

「地域における周産期医療システムの充実のための研究」

医療法人九折会 成城木下病院 理事長 木下勝之
日本医師会総合政策研究機構 主席研究員 江口成美157

「地域機能分担連携システムの現状分析と普及継続できるシステムの構築」

岩手県立大船渡病院 副院長 小笠原敏浩167

「周産期救急搬送システムへのコーディネーター導入の効果」

東北公済病院 産婦人科部長 上原茂樹
東北大学病院周産母子センター 講師 千坂 泰181

I . 総括研究報告

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」
総括研究報告書

研究代表者 岡村 州博（東北大学医学系研究科）
研究分担者 海野 信也（北里大学）
遠藤 俊子（京都橘大学看護学部）
小笠原 敏浩（岩手県立大船渡病院）
櫻木 範明（北海道大学）
福嶋 恒太郎（九州大学）
村上 節（滋賀医科大学）
木下 勝之（成城木下病院）
江口 成美（日医総研）
上原 茂樹（東北公済病院）
千坂 泰（東北大学）

【研究要旨】 ここ数年産科医の減少、女性医師の増加、地域による偏在がますます顕著となり、現在の医療システムの改革なしに我が国の周産期医療を維持できない状態となってきた。特に地方における病院勤務医はリスクの高い産婦の診療に携わり、労務環境は改善せず離職するという傾向にある。そのため分娩施設と産科医の集約化が必須のことと考え、都道府県の医療計画にも盛り込まれ、モデルを提示することを行ってきた。しかし、いまだ標準化した医療システムにはなっておらず、周産期ネットワークでは多くの問題が発生している。本研究では以下の様な研究を行った。(1) 周産期医療救急体制と分娩環境の安定的確保(2) 地域におけるネットワーク構築を岩手県、宮城県、北海道東部で試み、現状と将来像を示した(3) メディカルコーディネーターの導入を促進し、地域の周産期システム稼働を推進した(4) 産科医療チームの中の助産師の役割、とくに院内助産システムを全国で推進した(5) 地域における根拠のある産婦人科医師の必要数の算定と充填するための産婦人科専門医就労システムの構築をめざすために、一定の地域での調査を開始した。

A 研究目的

ここ数年産科医の減少、女性医師の増加、地域による偏在がますます顕著となり、現在の医療システムの改革なしに我が国の周産期医療、とくにハイリ

スクを扱う病院の診療を維持できない状態となってきた。特に地方における病院勤務医はリスクの高い産婦の診療に携わり、労務環境は改善せず離職するという傾向にある。そのため分娩施設と産科

医の集約化が必須のことと考え、都道府県の医療計画にも盛り込まれ、先行研究ではモデルを提示することを行ってきた(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集中化モデル事業H18-20)。一部の地域では具体的な取り組みがなされているが、標準化した医療システムにはなっておらず、依然として周産期ネットワークでは多くの問題が発生している。これを打破するための暫定的施策と恒常的な施策を検討提言する事が本研究の目的である。

B 研究方法

研究者会議を2回(5月14日、12月2日)行い、分担研究者同士の研究成果を共有し、研究進捗状況を確認した。

個々の取組として、

1. 国民から現状の理解を得るためにインターネット上に「周産期医療の広場」と称するwebsiteの構築を行った。日本産科婦人科学会との共催で、第1回拡大医療改革委員会兼産婦人科医療改革公開市民フォーラムを平成22年1月24日に開催した。
2. 岩手県、北海道、福岡県、仙台市を含む宮城県、滋賀県における医療システムの構築を行った。特に、産婦人科医の不足、地理的条件が過酷な北海道東部、岩手県、宮城県北部では医療の受け手側にどのようなシステムを提供できるか検討された。都市部においては現在のシステムを改善する試みとして、院内助産システムをどのように組み入れて、満足度が高い周産期医療が展開できるか検討された。
3. 院内助産システムの推進を図るために、院内助産システムの実施病院数の調査と院内助産システムにむけた助産実践力強化標準研修プログラムのモデル研修の実施と評価を行った。
4. 地域の産婦人科医の必要性を算出する第一段階として、仙台市における分娩拠点病院に勤務する医

師のタイムスタディを行った、この中から分娩に必要とされる医師の拘束時間を把握。妊婦のリスクファクター、助産師の関わり方、医師の熟練度、医療機関の特性等に基づいて分娩を分類し、分娩の種類別に標準必要分娩時間を試算するための資料を作成した。

C 結果

(1)「周産期医療の広場」<http://shusanki.org>を平成22年1月4日より公開した。平成22年1月24日に開催した第1回拡大医療改革委員会兼産婦人科医療改革公開市民フォーラムには98名の参加者(内14名は報道関係者)があった。フォーラムの様子を「周産期医療の広場」の「イベント情報」のコーナーより動画配信した。周産期医療に関する重要情報を取得可能なwebsiteを「クリッピング」のコーナーで紹介した。平成22年2月15日現在、このサイト全体のページビューは2909だった。今後、研究協力者からの提供情報を含め、周産期医療の現状に関する一般の理解を深める活動を進めていく予定である。

(2)医師の集約化は東北地方、特に宮城県、岩手県、さらには北海道で行われていることが明らかとなった。そのなかで、各地域で独自のシステムを構築しつつある。さらに、緊急搬送などのシステム構築はメディカルコーディネーターの配置(宮城県)に見られるように、各地で行われてきた。また、院内助産システムは宮城県、岩手県でも導入され、地域の周産期医療に大いに貢献していることが判った。集約化により、総合・地域母子医療センターなどの中核病院の分娩数は地方においても増加した。岩手県においては自治体が参加した周産期医療システム(イーハトーブ)の構築が行われている。しかし、このようなシステム構築は全国に広がっているわけではなく、九州、近畿では病院、診療所など

の医療機関の構成が北日本とは異なり、独自のシステムを構築しつつ、住民の理解をえる方策がなされている。

(3) 院内助産システムの推進と助産師の教育システム構築

わが国の周産期医療における院内助産システムは、確実に普及しつつあると考えられる。平成 21 年 9 月の日本看護協会の調査では、分娩を扱う病院の 26.7%が助産外来をもっているが、院内助産はまだ 3.6%である。今後の目標数は 1,2 年に残りの約半数の病院で設置が見込まれるが、院内助産システムの取り組みの予定のない施設も約半数ある。

利用者の意見として、妊産婦にとっても院内助産システムは 85%程度が賛成・許容であるものの、産科医でなければ不安も見られた。総合すると助産師の偏在が指摘されて久しく、また院内助産システムを進めるほどに、助産師の不足が浮き上がっている実態を反映している。助産外来を受けた妊婦は、従来型の健診を受けた妊婦より、満足度がとても高いのも、助産外来の目指す効果に一致している。

助産師の研修は助産診断に関する参加型・体験型の演習やコミュニケーション能力における自己理解や気づきのための体験型学習を取り入れたことで、効果的な学習ができた。グループディスカッション・グループワークでは、各自の迷いや不安、困っていることを共有できただけでなく、他施設の取り組みから具体的な工夫すべき点や、医師との関わり

方など中堅の助産師としてどうあるべきなのかという課題も話しあえた。

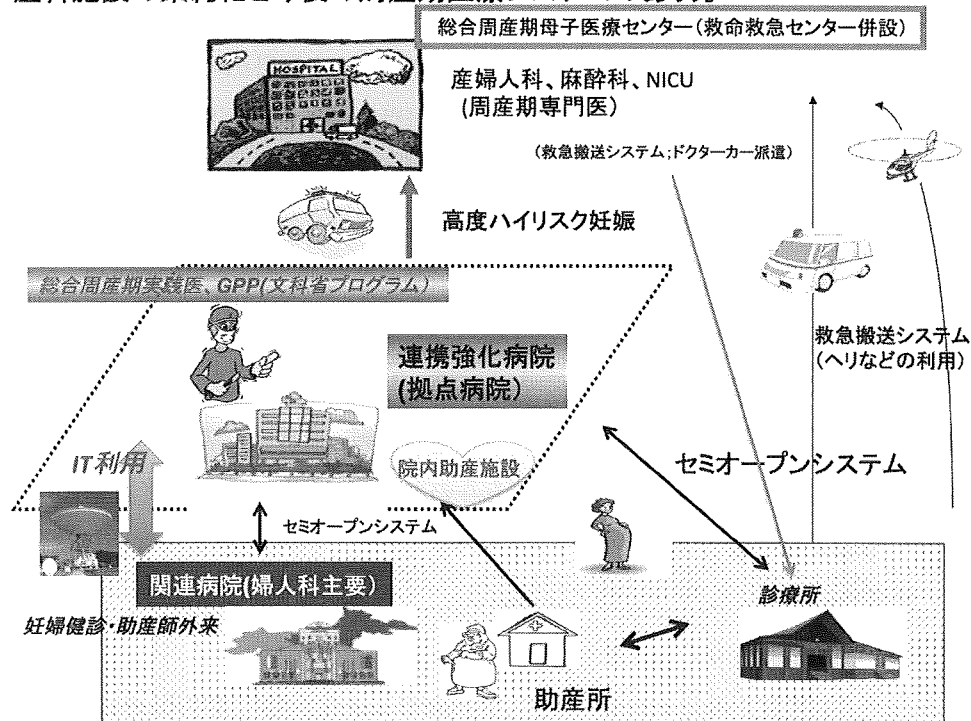
(4) 地域における産科医の必要数算定に関する研究では、医師勤務状況、医師プロフィール、患者プロフィール、施設の状態を把握。分娩リスク、助産師関与度、医師の分娩熟練度を考慮して 1 分娩あたり医師必要時間(拘束時間)の平均、分布を把握。分娩以外の時間(婦人科手術、外来、診療録記入などの処理、オンコール)の平均、医師の年齢、性別、等の分布の把握、熟練度によるワークフォースの見積もりのために勤務調査票、患者調査票、医師プロフィールを仙台市の分娩拠点病院医師に送付した。

D 考察

わが国では小児救急と産科医療のつまずきを切掛けとして、医療システムのみならず、多くの問題が連鎖反応のようにわき上がり、現在は医療崩壊という言葉が国民の人口に膾炙し、多くの不安を与えている。国もあらゆる施策を実行しようとしているが、いかんせん応急処置的な感は否めず、将来像と中長期計画を描き、それに向けたロードマップを描き切れていないのではないかと思われる。

先行研究において提案している周産期医療システムは図の如くである。

産科施設の集約化と今後の周産期医療システムのあり方



上記の図は、地域における産科施設の集約化とそれに基づく医療システムの平成 20 年度の厚生労働省科学研究班として提案している概念図である。これは本研究でも基本の理想像となっている。現在は集約化された病院、診療所、助産施設などの医療機関をどのようにつなげていくのかインフラ整備が求められている。

総合周産期母子医療センター（総合センター）；平成 8 年に周産期医療整備事業実施要項が出され、それに基づき整備されてきており 2008 年 7 月現在全国には 75 の総合センターがある。しかし、時代と共にその役割と地域の要請とのあいだに齟齬が生じてきており、2009 年に周産期医療整備指針が改定され、施行されることとなった。救命処置を要する高度のリスク妊婦、新生児をすべてカバーできる体制を整備することを理想とする。その為には正常分娩を制限してでもいざと言うときに対応できる余裕体制を達成することが望ましく、それに伴う人的（周産期専門医、救命救急医、麻酔科医など）、

経済的補助も優先して行うべきである。従来の都道府県レベルで設定した医療圏の枠を超えて、数カ所の 2 次医療圏をカバーする産科医療圏を設定し、ここでの高度な産科医療を展開する施設とする。ヘリ搬送、地上搬送を受け入れることは当然であるが、通常搬送では児を救命するには遅いと判断される症例には救命チームの現場への派遣も視野に入れた体制が必要である。総合センターはその地域の周産期医療の発展に中心的な役割を担うために、数カ所の 2 次医療圏の周産期医療に責任を持ち、そこには周産期コーディネーターが必須である。

分娩拠点病院（連携強化病院）は地域周産期医療センターと同義の地域もあるが、現状の地域センターは公的補助がなく、産科医の減少などから有名無実となっている地域も見られる。したがって、地域においては実質的に 2 次医療までを担当するとの位置づけである。母児救命を要する症例以外の周産期症例を扱う施設と位置づける。正常分娩もここに集約化し、周産期における学生、研修医、助産師教育

の枢要を担う。現在の産婦人科医が婦人科診療も同時に行う施設が殆どであるが、このような産婦人科医師のワークフォース不足を補い、かつ助産師の特徴を発揮する施設として院内助産ユニットをもうける。このような地域ではどのくらいの産科医、助産師が必要であるか根拠を持った理解が得られていない。本研究では集約化された地域で、特に分娩拠点病院、総合周産期医療センターなどでどのくらいの産科医、助産師のワークフォースが必要か算定式を作成したいと考える。

病院間の連携にはオープンシステム・セミオープンシステムが普及してきた。また、助産師が担当する助産師外来が地域の周産期医療に重要な働きをしてきている。そのような周産期医療従事者間の連携システムは今後のわが国の周産期医療システムを評価するためのデータベース構築に大変重要である。岩手県では自治体の協力により「イーハトーブ」という連携システムが構築されつつあり、これがモデルとなり得る物である。助産師が依頼を含む院内助産システムは妊婦からも容認されてきている。また、仙台市以外の宮城県の市町村では産科医が絶対的に不足しており、公的病院で産科医が不在のところでは拠点病院と連携の基に、医師が単にアドバイザーとしているのみの助産師外来を開設し、妊婦健診を行う体制を開始した。これに先立って、助産師の教育と実習を宮城県の拠点病院の医師からの支援の基に行い、助産師外来の質向上に努めている。

また、連携ツールとしてはITの普及が急がれる。岩手県の一部ではITを使った妊婦健診が試行されているが、今後は遠隔医療のみならず連携病院間の医療情報の伝達にはITネットワークが必要である。

救急搬送システムではコーディネーターの役割はますます重要となる。周産期医療のみならず、婦人科救急においても拠点病院を中心とした救急搬

送は問題となっているので、今後の普及が必須となっている。

本研究においては次を取るべき施策として前述の如く「産科医療のワークフォースはどれだけ必要であるか」を根拠を以て示す事を目指している。しかし、これは現在の産婦人科医不足、助産師不足に対応した考えである。わが国では、産科医の不足や偏在が国民の知るところとなり、それを改善する即効薬がない現状が不安を駆り立てている。国は医学部定員増を決定し、診療科枠の検討、産科医療にたいするインセンティブ診療費の付与、女性医師対策、さらにはチーム医療としての助産師の関与などに関して多くの施策を検討している。しかし、なんと言っても基本的には産婦人科医の増加が必要であり、そして、地域偏在を解消するには、先ずその地域にどのくらいの産婦人科医が必要であるかを根拠を持って示すことが必要である。と考えている。先行研究では諸外国の現状と施策を検証したが、諸外国でも同様な問題が生じていた。フランスはインターンの診療科別地域枠を地域のニーズに合わせて設置しているが、最終的な医師の勤務地には必ずしも繋がらず、地域に偏在は依然として問題であった。わが国では他国に比べ産科医の勤務時間が最も長く勤務状況の厳しさが伺えた。したがって、今後の課題として医師の地域定着へ向けた多面的な施策が必要であると共に、目標設定のためにも、地域で必要十分な産科医の人数を、婦人科診療に係わる時間、外来の時間、夜勤体制、時間外勤務、女性、子育て医師など、多くの考えられる因子を加味して設定する予定としている。

「世界のトップの周産期死亡率を成し遂げているわが国の周産期医療システムをなぜ変更しなければならないのか？」という議論もあるかと思う。しかし、戦後連綿と続いてきたシステムが若い産婦人科医の離反と学生からの敬遠と無縁でないことは

間違いない。今後産科医療は上記の様な問題点とそれを解決する為のシステム構築に向かうわけであるが、常に問題点を明らかにし時代と共に改良していかなければならない。その為には、それが正しいものであるかどうかを定期的に評価しなければ次世代に繋がらない。わが国の出生数や周産期死亡、妊産婦死亡等の数字は基本的に出生届・出生証明書に基づく人口動態調査から得られ、全分娩に対応したリスクを表す臨床指標に係る統計は一切ない。わが国で病院、診療所さらには助産所等のあらゆる施設での分娩すべてを内包した分娩リスクを反映した臨床指標に焦点をあてた登録システム構築し、データベース構築が是非必要である。日本産科婦人科学会の周産期委員会では毎年周産期統計を発表しているが、参加病院の少ないことから、わが国分娩の約5%が登録されているのみである。米国各州（ニューヨーク州、イリノイ州、カリフォルニア州、テネシー州、ペンシルバニア州、オハイオ州、オンタリオ州等）は州法によって Vital Record 法が定められ、出生時の母体状況等の医学的状況も登録される。ニューヨーク州やテキサス州では紙ベースではなく電子媒体での登録手段もある。また欧州諸国（ドイツ連邦、大英連邦、英国ウェールズ、）でも同様の Medical Record が出生時登録の項目となっており、母体合併症を含めた多くの情報が登録されている。わが国においては出生届・出生証明書には児の体重・身長、単胎・多胎の別、妊娠週数しか登録されない一方でわが国においては出生の届け出に伴って、出生の事実の真正を担保する出生証明書の添付が戸籍法第49条によって定められている。出生証明書の様式等を定めているのは昭和27年11月17日法務省厚生省令第1号であるため、出生証明書にさらなる分娩時医学情報の追記を加えるときは両省における検討が必要とされ、大変複雑であり、法律を変えることは困難である。わが国は世界でも

例を見ない少子高齢化の時代に突入し、この傾向はますますには回復しない。この少子高齢化の時代に適応した、医療システムの構築が正しいかの検証とより確実な社会保障政策を推し進めるためにも、分娩時医療情報を含めた、人口動態調査によるデータベース構築が早急に必要である。その魁として、岩手県のシステムを利用したデータベース構築は評価すべき物であり、推進すべきである。このシステムが各都道府県に完成した暁にはわが国全体の周産期医療の現状が明らかと成り、評価の後に今後の施策に繋がるものと思われる。

文献

岡村州博 わが国における産科医療システムの現状からみた将来像 Expecting frame of health service in perinatal medicine. 産婦人科治療、13-17、100、2010

E 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）
なし

特集

これからの産科医療を考える—その現状とくに問題点からみた将来像—

わが国における産科医療システムの
現状からみた将来像*Expecting frame of health service in perinatal medicine*岡村 州博
OKAMURA Kunihiko

国家公務員共済組合連合会東北公済病院 院長

わが国の産科医療のつまずきを切っ掛けとして医療崩壊への不安がわき上がっている。この事態を解決する種々の施策が考えられているが、現状と描きうる将来像を厚生労働省科学研究班の報告を基に、医療システム案と其中での問題点を述べ、今後の将来像を描くには何が必要かを私的な意見を中心に記述する。

Key Words

産科医療システム、総合母子医療センター、分娩拠点病院、オープン・セミオープンシステム

■ ■ ■ はじめに

これからの周産期医療を考えるという特集のなかで、医療システムの将来像というとんでもなく難しい課題を与えられた。医療システムとは、産科医療のみならず、国の医療政策、都道府県の地域医療計画、病院、診療所のあり方、そしてもちろん医療の受け手である患者とその家族に係わる大きな問題を含み、とても私個人が将来像を描ける問題ではない。

わが国では小児救急と産科医療のつまずきを切っ掛けとして、医療システムのみならず、多くの問題が連鎖反応のようにわき上がり、現在は医療崩壊という言葉が国民の人口に膾炙し、多くの不安を与えている。国もあらゆる施策を実行しようとしているが、いかんせん応急処置的な感は否めず、将来像と中長期計画を描き、それに向けたロードマップを描き切れていないのではないかと思われる。

筆者個人として、厚生労働省科学研究班の分担研究者そして主任研究者として長年係わってきた経験から、筆者が感じている問題点と、それを解決する手段を模索する中から将来像を考えてみたい。ご意見は大いにあるのが当然であり、すべてが自分の医療圏にあてはまるかどうかは疑問であるが、今後の医療の質向上に寄与できればと考えているところである。

■ ■ ■ 提案している医療システム(案)

図1は、地域における産科施設の集約化と、それに基づく医療システムの平成20年度の厚生労働省科学研究班として提案している概念図である。これは、現在の産科医療の問題点を解決するために今後数年以内に施行していかなくてはと考えている緊急処置と認識している。その中でのいくつかのkey wordにつき、解説を加える。

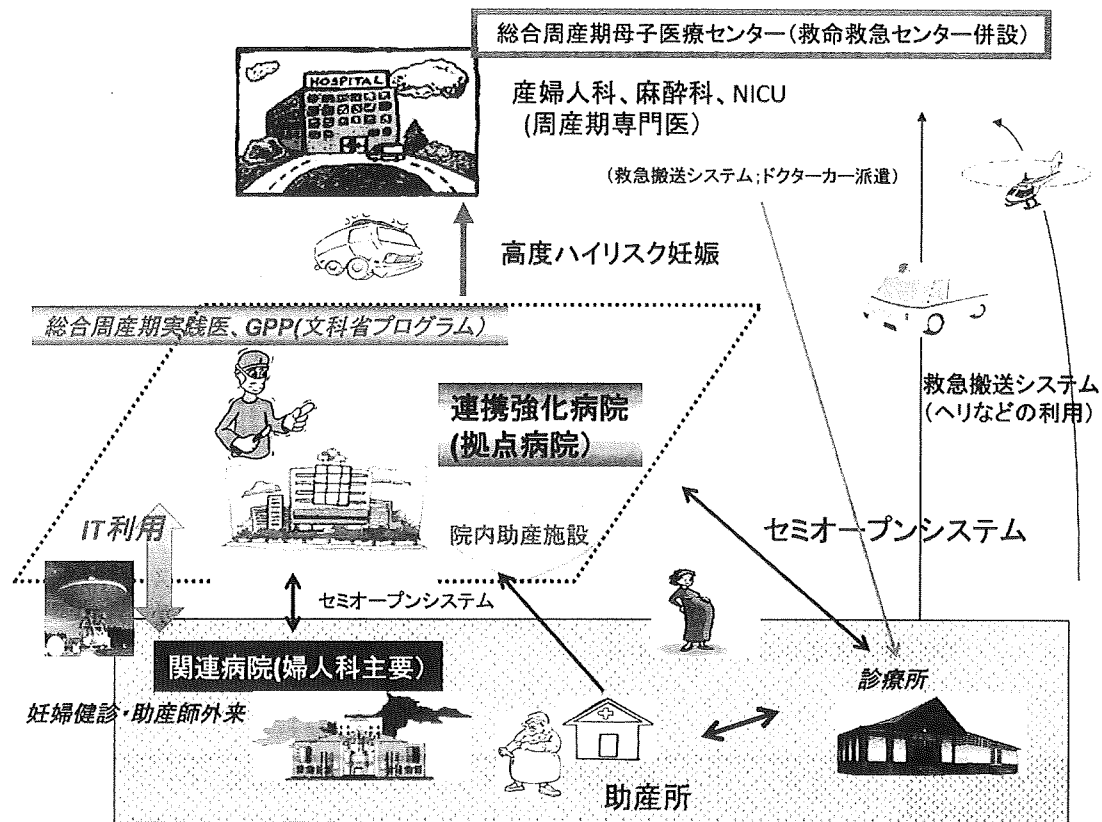


図1 産科施設の集約化と今後の周産期医療システムのあり方

1. 総合周産期母子医療センター(総合センター)

平成8年に周産期医療整備事業実施要項が出され、それに基づき整備されてきており、2008年7月現在全国には75の総合センターがある。しかし、時代とともにその役割と地域の要請との間に齟齬が生じてきており、2009年に周産期医療整備指針が改定され施行されることとなった。紙面の関係で詳述は避けるが、とくに母体救急に対応できない総合センターをバックアップするために、地域医療計画でその地域に添った対策を明らかにすることになっている。しかし、ここでは敢えて総合センターでは救命救急センターを併設することを要する施設と規定し、救命処置を要する高度のリスク妊婦、新生児をすべてカバーできる体制を整備することを理想とする。そのためには正常分娩を制限してでもいざと言うときに対応できる余裕体制を達成することが望ましく、それに

伴う人的(周産期専門医、救命救急医、麻酔科医など)、経済的補助も優先して行うべきである。従来の都道府県レベルで設定した医療圏の枠を超えて、数カ所の2次医療圏をカバーする産科医療圏を設定し、ここでの高度な産科医療を展開する施設とする。ヘリ搬送、地上搬送を受け入れることは当然であるが、通常搬送では児を救命するには遅いと判断される症例には救命チームの現場への派遣も視野に入れた体制が必要である。総合センターはその地域の周産期医療の発展に中心的な役割を担うために、数カ所の2次医療圏の周産期医療に責任を持ち、そこには周産期コーディネーターを置く。

2. 分娩拠点病院(連携強化病院)

上記の周産期整備事業における地域周産期母子医療センター(地域センター)と置き換えることができるかもしれないが、現状の地域センターは公

的補助がなく、産科医の減少などから有名無実となっている地域も見られる。したがって、地域においては実質的に2次医療までを担当するとの位置づけである。ここでは「分娩拠点病院」とするが、厚労省班研究においては診療所などとの連携を強化するとの意味で「連携強化病院」と称しているものと同義である。母児救命を要する症例以外の周産期症例を扱う施設と位置づける。正常分娩もここに集約化し、周産期における学生、研修医、助産師教育の枢要を担う。現在の産婦人科医が婦人科診療も同時に行う施設がほとんどであるが、このような産婦人科医師のワークフォース不足を補い、かつ助産師の特徴を發揮する施設として院内助産ユニットを設ける。

3. オープンシステム・セミオープンシステム

地域における分娩拠点病院とそのほかの施設の間での連携はオープン・セミオープンシステムで行う。外来診療(妊婦健診)は診療所、助産師外来で行い、分娩拠点病院との間においては地域連携パスに則った健診を行う。分娩拠点(連携強化)病院は外来診療の人的負担が軽減され、入院患者の診療に集中できることが大きな利点である。連携施設である診療所、婦人科医主要病院とITを用いるなど、常に情報交換を行い、これらの施設で診ている外来診療妊婦の一次救急には常に対応することによって、上記の施設の医師の夜間休日の拘束は無くなるなどの利点がある。基本的には上記のシステムを理想とするが、地域によって多少変更したシステムが各地で既に展開されている。仙台市では「分娩は病院、健診は診療所で」というセミオープンシステムが確立してきたようであり、妊婦からも容認されている。また、仙台市以外の宮城県の市町村では産科医が絶対的に不足しており、公的病院で産科医が不在のところでは拠点病院と連携の基に、助産師外来を開設し、妊婦健診を行う体制を開始した。これに先立って、助産師の教育と実習を宮城県の拠点病院の医師からの支援の基に行い、助産師外来の質向上に努めている。また、連携ツールとしてはITの普及が急がれる。

岩手県の一部ではITを使った妊婦健診が試行されているが、今後は遠隔医療のみならず連携病院間の医療情報の伝達にはITネットワークが必要である。

4. 総合周産期医療実践医(General perinatal practitioner ; GPP)

分娩拠点病院に働く医師像をどのように描いたらよいか。日本周産期・新生児学会では専門医取得の資格を規定しており、総合センターでは高度な診断治療ができるこのような周産期専門医を必要としている。しかし、分娩拠点病院では通常の産科医療、ある程度の麻酔の技術、初期治療としての新生児医療を行える産科医が活躍できる機関としたい。そのような意味から文部科学省の研究費の支援をもらい、産科医であり、産科麻酔の技術と知識、新生児の初期治療を習得した医師をGPPとして一連のカリキュラムに則って教育してきたが、分娩拠点病院から総合センターへの連携の将来像を見据えたものである。GPPとはこのような背景を踏まえた造語である。

5. 救急搬送システム

2003年(平成15年)の消防組織法改正において、都道府県も管内市町村長の要請に応じ、航空機を用いて当該市町村の消防を支援できるとする規定(消防組織法第18条の3)が設けられ、都道府県消防・防災ヘリによる救急搬送に、明確な法的根拠が与えられた。そのようななか、都道府県にドクターヘリの配置が進められている。費用の関係で未だに全国に十分配置されているとはいえないが、千葉県ではC-MAT(Chiba Maternal Transportation)を立ち上げ、ドクターヘリとの連携を取って母体搬送も行っている。従来の救急車搬送に加えてこのようなヘリを使うことは、広域をカバーする総合センターの整備とともに整備をしなければならぬと考えられる。とくに、北海道や離島などの地理的に不利な地域の周産期医療を維持するためにも是非必要である。

■ ■ ■ 次に取り組むべき施策は何か

1. 産科医療のワークフォースはどれだけ必要であるか

わが国では、産科医の不足や偏在が国民の知るところとなり、それを改善する即効薬がない現状が不安を駆り立てている。国は医学部定員増を決定し、診療科枠の検討、産科医療に対するインセンティブ診療費の付与、女性医師対策、さらにはチーム医療としての助産師の関与などに関して多くの施策を検討している。しかし、なんとと言っても基本的には産婦人科医の増加が必要であり、そして地域偏在を解消するには、まずその地域にどのくらいの産婦人科医が必要であるかを根拠を持って示すことが必要である。諸外国ではこの問題に、どのような政策や対応をしているのであろうか？もし前例があるのであれば、それをわが国の文化を考えながら移行できるのではないかと思ひ、調査をした。

とくに、地域別に産科医など診療科別の医師数を設定する「診療科枠」の可能性、医学教育プログラムによる研修医の誘導、医師のキャリアプランへの対応、などの検討も行うこととした。しかし、残念ながら回答を寄せた日本を含めた15カ国のうち、11カ国でわが国と同様に産科医の不足、偏在問題を抱えていた。フランスはインターンの診療科別地域枠を地域のニーズに合わせて設置しているが、最終的な医師の勤務地には必ずしも繋がらず、地域に偏在は依然として問題であった。わが国では、他国に比べ産科医の勤務時間が最も長く、勤務状況の厳しさが窺えた。したがって、今後の課題として医師の地域定着へ向けた多面的な施策が必要であるとともに、目標設定のためにも、地域で必要十分な産科医の人数を、婦人科診療に係わる時間、外来の時間、夜勤体制、時間外勤務、女性、子育て医師など、多くの考えられる因子を加味して設定する予定としている。

2. 次の施策につなげる恒常的な評価システム

「世界のトップの周産期死亡率を成し遂げているわが国の周産期医療システムをなぜ変更しなければならないのか？」という議論もあるかと思う。しかし、戦後連綿と続いてきたシステムが、若い産婦人科医の離反と学生からの敬遠と無縁でないことは間違いない。今後、産科医療は上記のような問題点とそれを解決するためのシステム構築に向かうわけであるが、常に問題点を明らかにし、時代とともに改良していかなければならない。そのためには、それが正しいものであるかどうかを定期的に評価しなければ次世代に繋がらない。わが国の出生数や周産期死亡、妊産婦死亡などの数字は、基本的に出生届・出生証明書に基づく人口動態調査から得られ、全分娩に対応したリスクを表す臨床指標に係る統計は一切ない。わが国で、病院、診療所さらには助産所などのあらゆる施設での分娩すべてを包含し、分娩リスクを反映した臨床指標に焦点をあてた登録システムを構築し、新しいデータベースへ繋げることが是非必要である。日本産科婦人科学会の周産期委員会では毎年周産期統計を発表しているが、参加病院の少ないことから、わが国分娩の約5%が登録されているのみである。米国各州(ニューヨーク州、イリノイ州、カリフォルニア州、テネシー州、ペンシルバニア州、オハイオ州、オンタリオ州など)は州法によってVital Record法が定められ、出生時の母体状況などの医学的状況も登録される。ニューヨーク州やテキサス州では、紙ベースではなく電子媒体での登録手段もある。また、欧州諸国(ドイツ連邦、大英連邦、英国ウェールズ)でも同様のMedical Recordが出生時登録の項目となっており、母体合併症を含めた多くの情報が登録されている。わが国においては、出生届・出生証明書には児の体重・身長、単胎・多胎の別、妊娠週数しか登録されない一方で、わが国においては出生の届け出に伴って、出生の事実の真正を担保する出生証明書の添付が戸籍法第49条によって定められている。出生証明書の様式などを定めているのは昭和27年11月17日法務省厚生省令第1号で

あるため、出生証明書にさらなる分娩時医学情報の追記を加えるときは両省における検討が必要とされ、大変複雑であり、法律を変えることの難しさを筆者も感じたところである。わが国は世界でも例を見ない少子高齢化の時代に突入し、この傾向はますますには回復しない。この少子高齢化の時代に適応した、医療システムが正しいかの検証と、より確実な社会保障政策を推し進めるためにも、分娩時医療情報を含めた人口動態調査によるデータベース構築が早急に必要である。

文 献

- 1) 厚生労働科学研究補助金：子ども家庭総合研究事業「地域における分娩施設の適正化に関する研究」(主任研究者：岡村州博)。平成16年度総括・分娩報告書、平成17年3月。
- 2) 厚生労働科学研究補助金：子ども家庭総合研究事業「地域における分娩施設の適正化に関する研究」(主任研究者：岡村州博)。平成17年度総括・分娩報告書、平成18年3月。
- 3) 厚生労働科学研究補助金：子ども家庭総合研究事業「地域における分娩施設の適正化に関する研究」(主任研究者：岡村州博)。平成15～17年度総合研究報告書、平成18年3月。
- 4) 厚生労働科学研究補助金：子ども家庭総合研究事業「分娩拠点病院の創設と産科二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)。平成18年総括・分担研究報告書、平成19年3月。
- 5) 厚生労働科学研究補助金：子ども家庭総合研究事業「分娩拠点病院の創設と産科二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)。平成19年総括・分担研究報告書、平成20年3月。
- 6) 厚生労働科学研究補助金：子ども家庭総合研究事業「分娩拠点病院の創設と産科二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)。平成20年総括・分担研究報告書、平成21年3月。
- 7) 澤倫太郎：平成20年度成育医療研究委託事業実績報告書(主任研究員：岡村州博)、分担研究；周産期データベース構築の為の出生届のあり方に関する研究。
- 8) 江口成美ほか：日医総研ワーキングペーパーNo.141「産科医療の将来に向けた調査研究」、平成19年4月。
- 9) 岡村州博、室月 淳：文部科学省・平成18年度～平成20年度「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推進プログラム」。地域ニーズ対応型総合周産期実践医(GPP)育成計画実施報告書、平成21年3月。
- 10) 考えよう日本のお産：<http://www.osan-kiki.jp/>

■■■ おわりに

与えられたテーマに関して厚生労働省の研究班での議論を主に、私見を述べさせていただいた。そのほかに女性医師問題、ドクターフィーの問題、助産師を含めたコメディカルとの連携、病院自体の経営に関する周産期医療の関与等々、多くの問題が発生しているが、これが「・・問題」と言われないようなシステムが構築されることを期待している。

II. 分担研究報告

「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」

(H21-子ども一般-002)

研究代表者 岡村州博

分担研究報告書

「周産期救急医療体制と分娩環境の安定的確保」

<http://shusanki.org>

研究分担者：海野信也 北里大学医学部産婦人科学 教授

研究協力者

板倉敦夫 埼玉医科大学教授

内野直樹 社会保険相模野病院院長

奥田美加 横浜市立大学市民総合医療センター産婦人科准教授

金井 誠 信州大学医学部保健学科教授

鈴木 真 亀田総合病院総合周産期母子医療センター長

相馬一亥 北里大学医学部教授（救命救急医学）

中井章人 日本医科大学多摩永山病院副院長

中林正雄 愛育病院院長

中村利仁 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野助教

光田信明 大阪府立母子保健総合医療センター部長

水上尚典 北海道大学医学部教授

吉里俊幸 福岡大学医学部准教授

渡辺 博 獨協医科大学教授

研究要旨

- 1) インターネット上に「周産期医療の広場」と称する website の構築を行った。
- 2) 研究協力者に対して、公開可能な情報の提供を求め、website に掲載した。
- 3) 日本産科婦人科学会との共催で、第 1 回拡大医療改革委員会兼産婦人科医療改革公開市民フォーラムを平成 22 年 1 月 24 日に開催した。
- 4) 研究協力者より提供された周産期医療最新情報を、順次、「周産期医療の広場」の「話題のテーマ」のコーナーに掲載し、公開した。
- 5) 周産期医療に関する重要情報を取得可能な website を「クリッピング」のコーナーで紹介した。
- 6) 平成 22 年 2 月 15 日現在、このサイト全体のページビューは 2909 だった。
- 7) 研究分担者自身が提供した、本研究のオリジナルの最新周産期医療情報とその分析としては、現時点で以下の 4 項目が掲載された。
 - (ア) 日本産科婦人科学会の学会員の年齢、性別分布からみた産婦人科医療の将来
 - (イ) 産婦人科医はなぜ増えたのか—医師・歯科医師・薬剤師調査の分析
 - (ウ) 減り続ける分娩施設と集約化について—厚生労働省医療施設（静態）調査の分析—
 - (エ) 病院勤務医の長時間在院の理由について考えてみました

【研究目的】

わが国の産科周産期医療体制は、分娩取扱機関の減少、産科医、新生児科、助産師の不足等の種々の要因で危機的状況にあり、これを安定した状態に導

いていくことが強く求められている。しかし、出生数、出産する母体のリスクの変化等により、必要な医療資源の量は今後さらに変化することが予測され、将来にわたって安定的な医療提供体制をこの分野で

確保するためには、産科・周産期の医療提供体制が全体としてどのような方向に向かっているか、その原因はなにか、という観点で現状を分析するとともに、その実情を広く社会に公開することを通じて、現状に対する十分な理解に基づいて、必要な資源の投入等政策的な介入を行うための検討を行うことのできる基本的な環境を整備する必要がある。

本研究では、産科・周産期医療の各分野、地域の実情を一般に公開するための platform を internet 上に整備する。そして専門家の研究協力を求め、現時点で入手可能な範囲で最新で信頼性の高い情報の提供を求め、それを迅速に公開することを通じて、複雑な産科・周産期医療の諸問題への社会的理解の深化の達成を目指す。そして、そのような取り組みの効果について、公開フォーラムの開催等を通じて検証する。

【研究方法】

- 1) インターネット上に「周産期医療の広場」と称する website の構築を行った。
- 2) 研究協力者に対して、公開可能な情報の提供を求め、website に掲載した。
- 3) 日本産科婦人科学会との共催で、第 1 回拡大医療改革委員会兼産婦人科医療改革公開市民フォーラムを平成 22 年 1 月 24 日に開催した。

【研究結果】

- 1) 「周産期医療の広場」<http://shusanki.org> を平成 22 年 1 月 4 日より公開した。
- 2) 平成 22 年 1 月 24 日に開催した第 1 回拡大医療改革委員会兼産婦人科医療改革公開市民フォーラムには 98 名の参加者（内 14 名は報道関係者）があった。フォーラムの様様を「周産期医療の広場」の「イベント情報」のコーナーより動画配信した。
- 3) 研究協力者より提供された周産期医療最新情報

【研究成果の発表】

<http://shusanki.org>

を、順次、「周産期医療の広場」の「話題のテーマ」のコーナーに掲載し、公開した。

- 4) 周産期医療に関する重要情報を取得可能な website を「クリッピング」のコーナーに紹介した。
- 5) 平成 22 年 2 月 15 日現在、このサイト全体のページビューは 2909 だった。
- 6) 研究分担者自身が提供した、本研究のオリジナルの最新周産期医療情報とその分析としては、現時点で以下の 4 項目が掲載されている（資料参照）。
 - (ア) 日本産科婦人科学会の学会員の年齢、性別分布からみた産婦人科医療の将来
 - (イ) 産婦人科医はなぜ増えたのか—医師・歯科医師・薬剤師調査の分析
 - (ウ) 減り続ける分娩施設と集約化について—厚生労働省医療施設（静態）調査の分析—
 - (エ) 病院勤務医の長時間在院の理由について考えてみました
- 7) 今後、研究協力者からの提供情報を含め、周産期医療の現状に関する一般の理解を深める活動を進めていく予定である。

【考察】

- 1) インターネット上の website は迅速な情報公開が可能であり、動画配信を含め、今後、専門家からの情報発信に有効と考えられた。
- 2) 平成 22 年度は、掲載情報の充実とともに、報道関係者等の協力を得て周産期医療に関する情報サイトとしての有用性に関する認知度を高めていく必要がある。

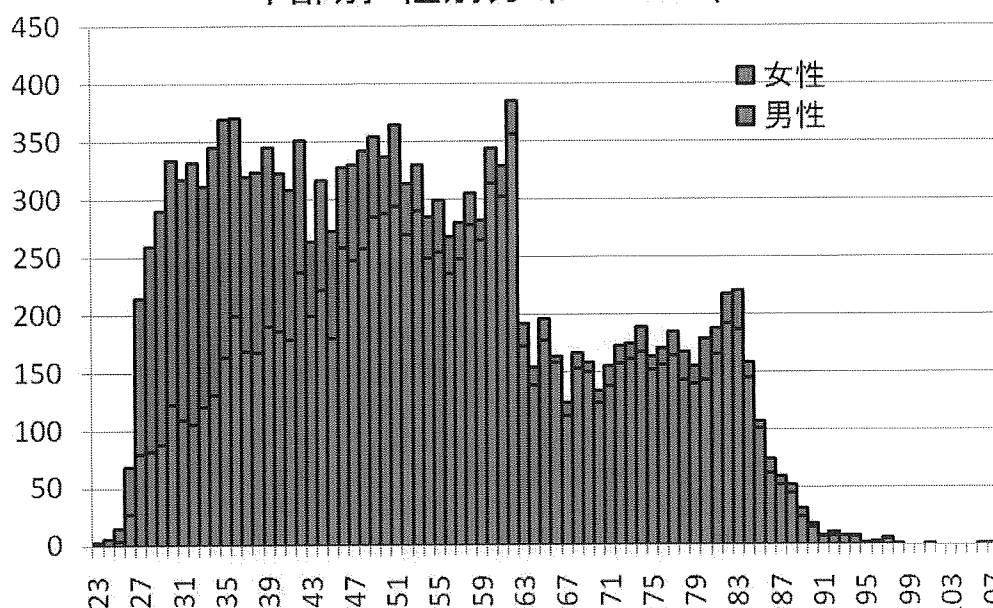
2009年12月26日

日本産科婦人科学会の学会員の年齢、性別 分布からみた産婦人科医療の将来

- 産婦人科臨床医は、ほぼ確実に日本産科婦人科学会の会員です。そして、産婦人科医療はかなり特殊なので、産婦人科医以外の医師はほとんど関与することがありません。
- また、専門医制度があるため、産婦人科医になろうと考えた若い医師は、必ず学会に入会し、専門医研修をはじめ、産婦人科専門医のための研修指定病院で勤務することになります。
- 従って、産婦人科医療の将来を考える上で、産婦人科学会会員の年齢や性別の分布は非常に重要と考えられます。
- 少し、細かい分析を試してみました。

海野信也

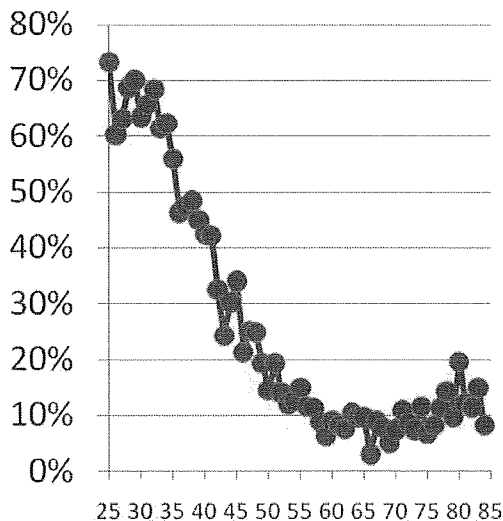
日本産科婦人科学会会員 年齢別・性別分布 2009年



日産婦学会の会員数は60歳未満では各年齢で概ね300-350名です。(43歳、45歳、56歳は特異的に少ないようです。)45歳以下の年代では、次第に男性医師が減少し、女性医師が増加してきています。

産婦人科でおきていること 男性医師の減少と女性医師の増加(1)

日産婦学会会員における女性の占める割合(年齢別)

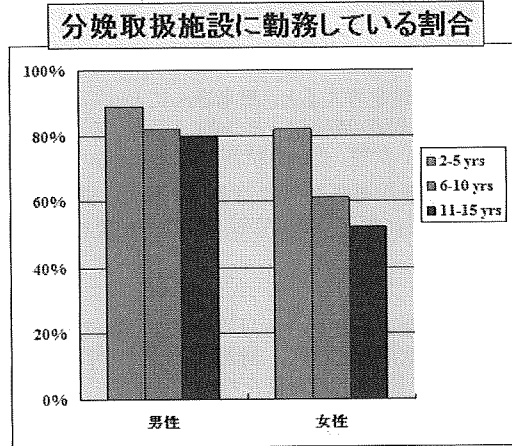


- 日産婦学会の会員に占める女性の割合は年々増加しています。
- 20歳代では60%を越える状態になっています。
- このような変化が過去20年ほどの間に進行を続けていることに注意する必要があります。
- この変化は、政策的なものではありません。学会が誘導したわけでもありません。
- 産婦人科を受診する患者さん側、妊産婦産側のニーズと、産婦人科医になるかどうかを考えている医学生や研修医の選択の結果、こうなったのでしょうか、本当の理由はわかっていません。
- 若い男性医師にとって、産婦人科を選択しにくい条件がある一方、女性医師にとっては、産婦人科は以前より専攻診療科として候補となりやすいものと考えられます。

産婦人科でおきていること 男性医師の減少と女性医師の増加(2)

- なぜ、このような進行性的な変化が起きているのでしょうか。そして、このような変化は、診療現場のどのような影響を及ぼしているのでしょうか。
- 考えられる理由：
 - 産婦人科医の大多数が男性であった時代、患者さん(当然女性です)は、本当は女の先生に診てもらいたいけれど、そんなことを言っても無理なので、仕方なく、黙って男性産婦人科医の診察を受けていました。しかし、だんだん、女性医師が多くなるにつれて、もし診てもらえるものなら、女性医師を希望したいと考え、実際に希望するようになりました。そういう傾向は、我々のように少し年齢がいった男性医師はあまり感じていないのですが、若い男性医師は、患者さんのそういう希望を聞いて、(ちょっとがっかりしながら)やはり産婦人科は女性の科だから、とつぶやくことが多くなっているようです。
 - また、もっと若い医学生や研修医の段階になると、患者さんの男性医師を敬遠する傾向はもっと顕著なようです。産婦人科の診察や分娩の見学を患者さん、産婦さんに拒否された経験を持つ男子医学生はとても多いのです。
 - 彼らが、自分たちは、産婦人科では求められていない、必要とされていないと感じてしまうのも無理のないことでしょう。

産婦人科でおきていること 男性医師の減少と女性医師の増加(3)



日産婦学会 女性医師継続的就労支援委員会2007年調査

女性医師の割合の増加の影響

- その分、女性医師が増えているのだから、それでいいのでは・・・という考えも成り立つとは思いますが、でも、現実には、そう簡単ではありません。
- 女性の多い職場では、どこにも存在していることだと思いますが、産婦人科医療の現場も「女性の継続的就労」の問題に直面することになってしまったのです。
- 産婦人科の仕事がきついのは有名です。そのため、せっかく産婦人科医になっても、専門医になっても、出産・育児や介護と仕事を両立させることは本当に大変です。

- このグラフは、大学産婦人科に入局した医師の2-5年後、6-10年後、11-15年後の勤務先を調査した結果です。男性医師は15年たっても80%程度は、お産を扱う施設で働いていますが、女性医師は、だんだん分娩から撤退し、50%ぐらいになっています。
- 女性の30歳代は一番大変で大事な時期です。この時期に仕事を続けられるかどうかはその医師の一生のキャリアに影響することになります。

産婦人科でおきていること 男性医師の減少と女性医師の増加(4)

女性医師の継続的就労の必要性:

- 産婦人科医のキャリアにおいて20歳代、30歳代は、一番仕事をし、勉強し、経験を積まなければならない時期です。
- その一方、その世代が歳代のworkforce 現場の戦力でもあります。
- 今、産婦人科においてはその世代で、女性が60%を越えています。彼らが、働き続けられることが、それぞれの病院で産婦人科医療を続けるためにどうしても必要な状況になっているのです。
- 現実問題として、これまでは、出産・子育て・介護と産婦人科医としてのキャリア形成を両立させることは非常に困難でした。家族の全面的支援がある等、好条件がそろっている必要がありました。みんな自分で自分の道を切り開いてきたのだと思います。
- でも、こういう状況ですから、産婦人科においては女性医師の継続的就労が可能な勤務条件の達成は、病院にとって産婦人科を継続するために絶対に必要なことになりました。それは本人のためだけでなく、患者さんのためであり、社会のためなのです。