

婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート)からの報告」平成 26 年度拡大医療改革委員会兼産婦人科医療改革公開フォーラム. 東京 2015. 1 月

2) 中井章人. 特別セミナー「産婦人科医師の勤務実態と将来ビジョン」第 29 回助産学会学術集会. 東京 2015. 3 月

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他：なし

参考文献

1) 厚生労働省. 平成 24 年 (2012 年) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/12/>

2) 中井章人、海野信也. 全国産婦人科医師の勤務実態に関する研究-日本産科婦人科学会医療改革委員会・日本産婦人科医会勤務医部会共同調査-. 日本周産期・新生児医学会誌 2015; 50: 1281-1288.

3) 中井章人. 平成 26 年度厚生労働省科学研究費補助 (地域医療基盤開発推進研究事業)「地域格差是正を通じた周産期医療体制の将来ビジョン実現に向けた先行研究」「地域格差研究」分担研究報告書.

表1 施設ごとの診療実績

	total	分娩施設				婦人科施設
		総合周産期	地域周産期	一般病院	診療所	total
施設数	2,603	100	291	714	1,498	3,137
1施設あたりの医師数	3.8	19.8	9.0	4.0	1.5	1.3
年間分娩数	1,018,293	80,255	161,020	290,549	486,469	NA
1施設あたり	391	803	553	407	325	NA
医師1名あたり	104	41	61	101	211	NA
帝王切開数	200,259	28,813	46,522	57,684	67,260	NA
帝切率(%)	19.7	35.6	28.9	20.7	13.8	NA
1施設あたり	77	288	160	81	45	NA
医師1名あたり	20	15	18	20	29	NA
婦人科手術数	279,471	42,907	94,124	117,654	24,786	50,020
1施設あたり	107	429	323	165	17	16
医師1名あたり	29	22	36	41	11	13
助産師数	26,960	3,458	6,140	9,460	7,902	1,038
1施設あたり	10.4	34.6	21.1	13.2	5.3	0.3
分娩数/助産師	38	23	26	31	62	NA

2013年人口動態調査(確定値) 1,029,816人

NA; not applicable

文献2より引用

表2 2007年～2014年全国アンケート調査の比較

	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年	2007年
対象施設	1,097	1,103	1,112	1,118	1,142	1,157	1,177	1,281
有効回答(%)	780 (71.1)	795 (72.2)	793 (71.3)	754 (67.4)	769 (67.3)	823 (71.1)	853 (72.5)	794 (62.0)
分娩数								
1施設あたり	522.4	510.8	501.0	507.0	498.3	499.8	474.8	446.3
常勤医1名あたり	82.9	81.8	83.6	85.9	90.9	88.9	98.3	98.4
1施設あたりの医師数								
常勤医	6.3	6.2	6.0	5.9	5.5	5.6	4.9	4.5
非常勤医師	2.7	2.5	2.4	2.0	1.9	1.9	1.9	1.5
推定在院時間(1カ月)	305	296	300	304	314	317	317	NA
当直								
回数(ノ月)	5.8	5.6	5.7	5.8	6.3	6.0	5.9	6.3*
翌日勤務緩和(%)	180 (23.1)	193 (24.3)	172 (21.7)	163 (21.6)	156 (20.3)	156 (19.0)	142 (16.7)	58 (7.3)

* 2006年度定点点調査より換算

表3 女性医師支援に関する調査結果の比較

	2014年	2013年	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年
対象施設	1,097	1,103	1,112	1,118	1,142	1,157	1,177
有効回答率(%)	780(71.1)	795(72.0)	793(71.3)	754(67.4)	769(67.3)	823(71.1)	853(72.5)
集計された女性医師数(%)**	1,903(38.7)	1,947(39.2)	1,812(38.1)	1,628(36.6)	1,485(35.2)	1,503(32.5)	1,259(30.6)
妊娠・育児中の女性医師数(%)***	996(52.3)	932(47.9)	934(51.5)	768(47.2)*	424(28.5)	475(31.6)	413(32.8)
院内保育所の設置状況							
設置施設数(%)****	517(66.3)	526(66.2)	494(62.3)	457(60.6)	426(55.4)	436(53.0)	399(46.8)
病児保育(%)****	185(23.7)	190(23.9)	149(18.8)	122(16.2)	92(12.0)	85(10.3)	80(9.4)
24時間保育(%)****	179(22.9)	183(23.0)	151(19.0)	114(15.1)	135(17.6)	134(16.3)	111(13.0)
利用者数	NA	198	174	190	172	163	163
代替医師派遣制度(%)****	NA	101(12.7)	104(13.1)	86(11.4)	72(9.4)	79(9.6)	110(12.9)
妊娠中の勤務緩和							
制度がある(%)****	362(46.4)	375(47.2)	384(48.4)	363(48.1)	359(46.7)	378(45.9)	388(45.5)
緩和される週数	21.7	22.9	21.9	21.8	22.0	22.5	23.3
育児中の勤務緩和							
制度がある(%)****	547(64.9)#	345(43.4)	338(42.6)	314(41.6)	338(44.0)	363(44.1)	346(40.6)
緩和される期間(月)	NA	20.5	17.9	20.6	14.7	17.5	15.3

*妊娠中: 123人(7.6%)、育児中(就学前): 477人(29.3%)、育児中(小学生): 168人(10.3%)を別に集計(重複有り)

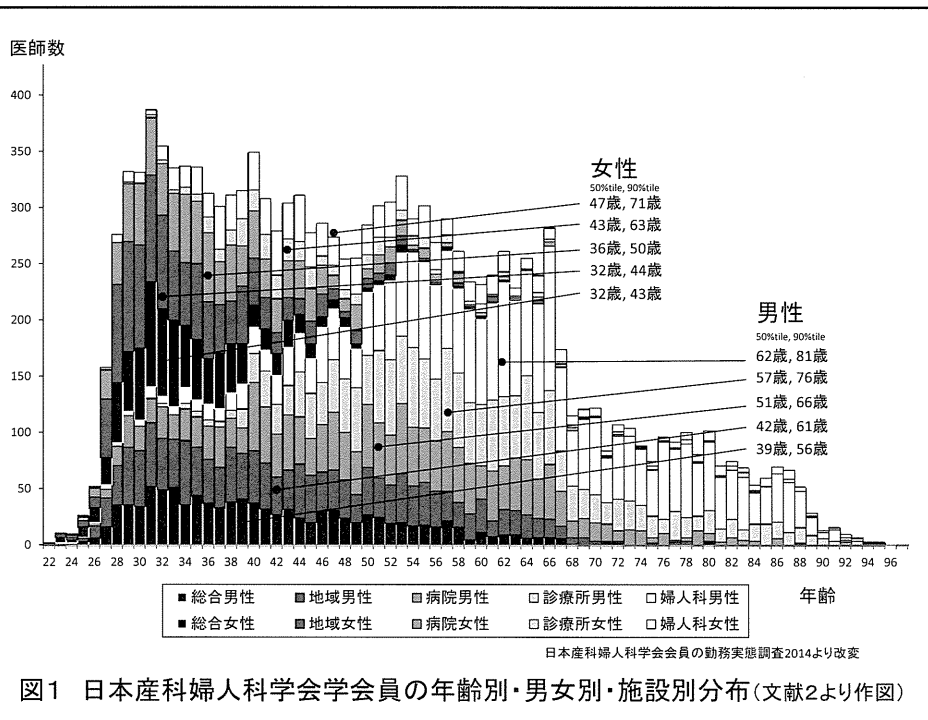
**全医師数に対する頻度

***全施設に対する頻度

NA: not applicable.

****全女性医師数に対する頻度

#小学生以下育児中の各女性医師に対する当直緩和・免除



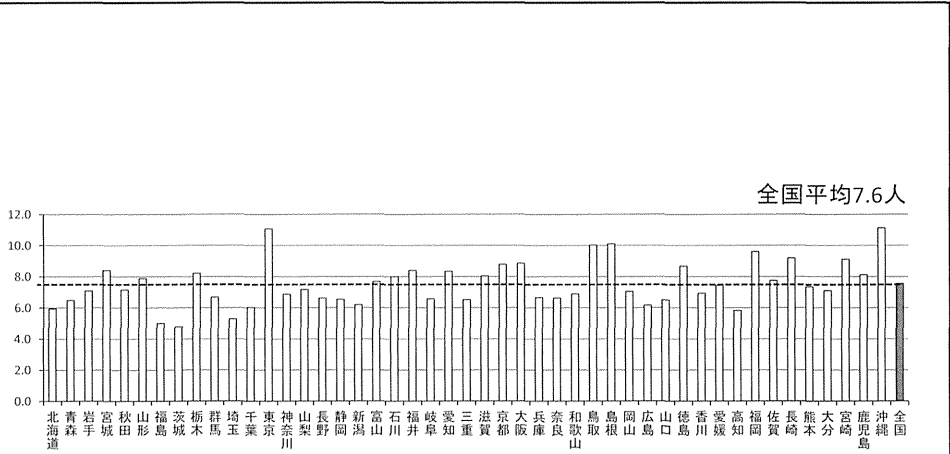


図2 各自治体の人口10万対分娩施設の医師数
(文献2より作図)

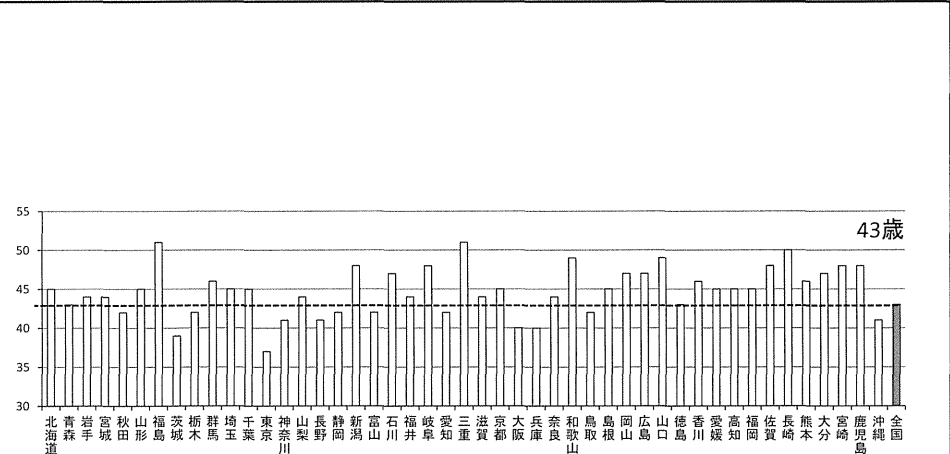
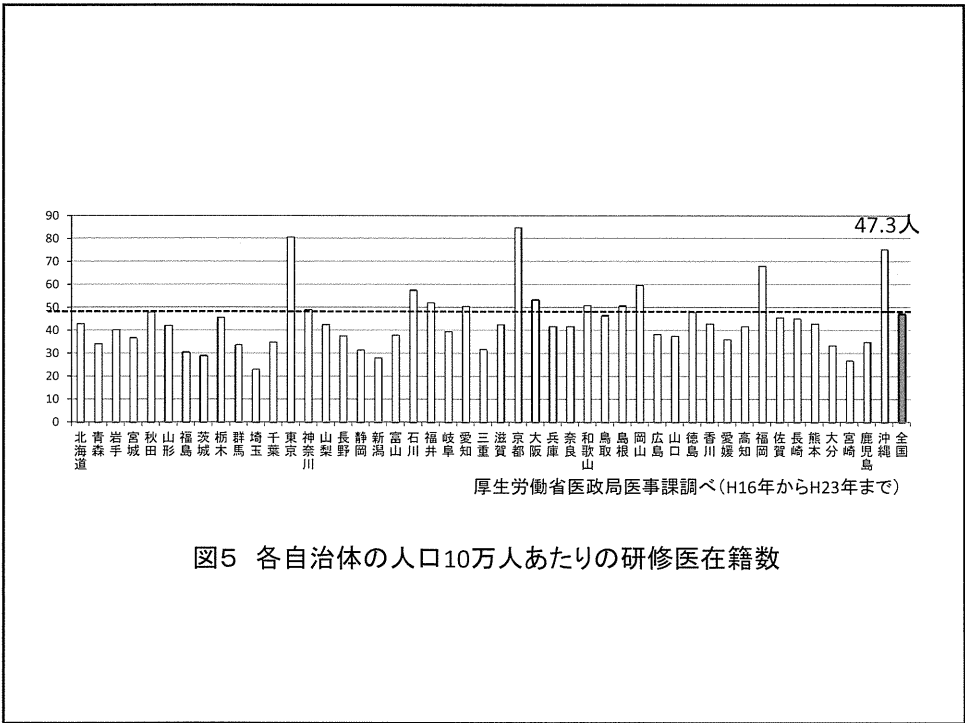
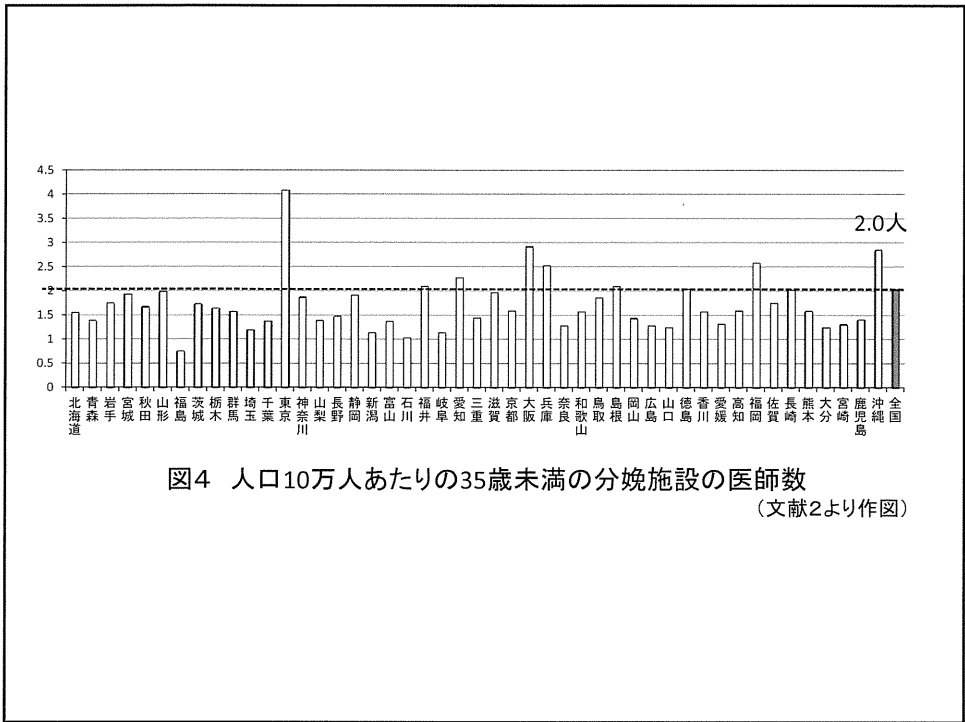
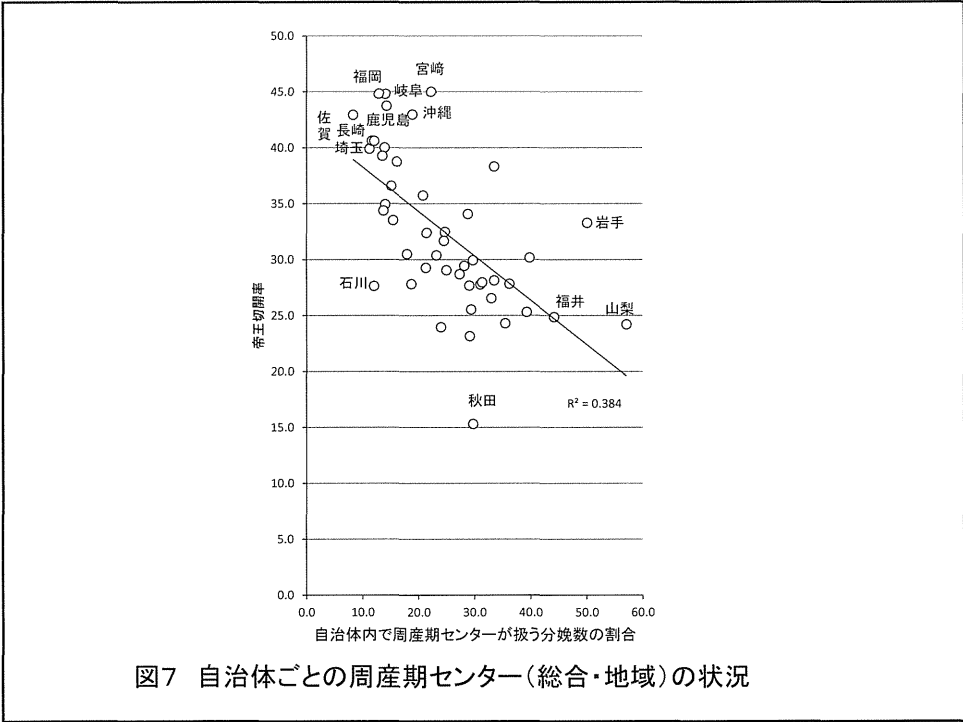
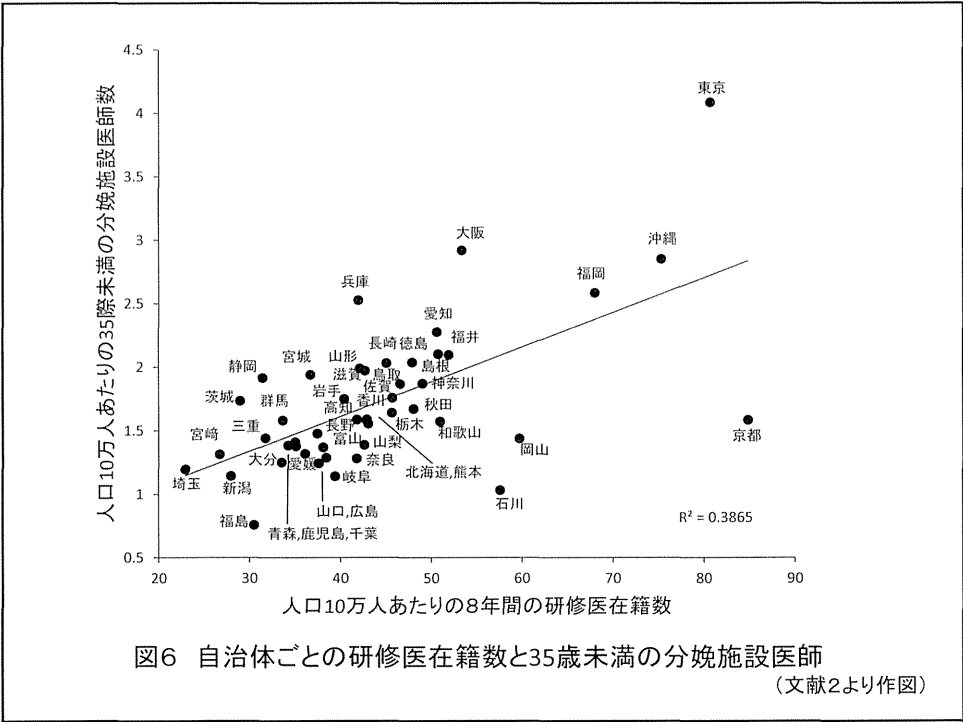
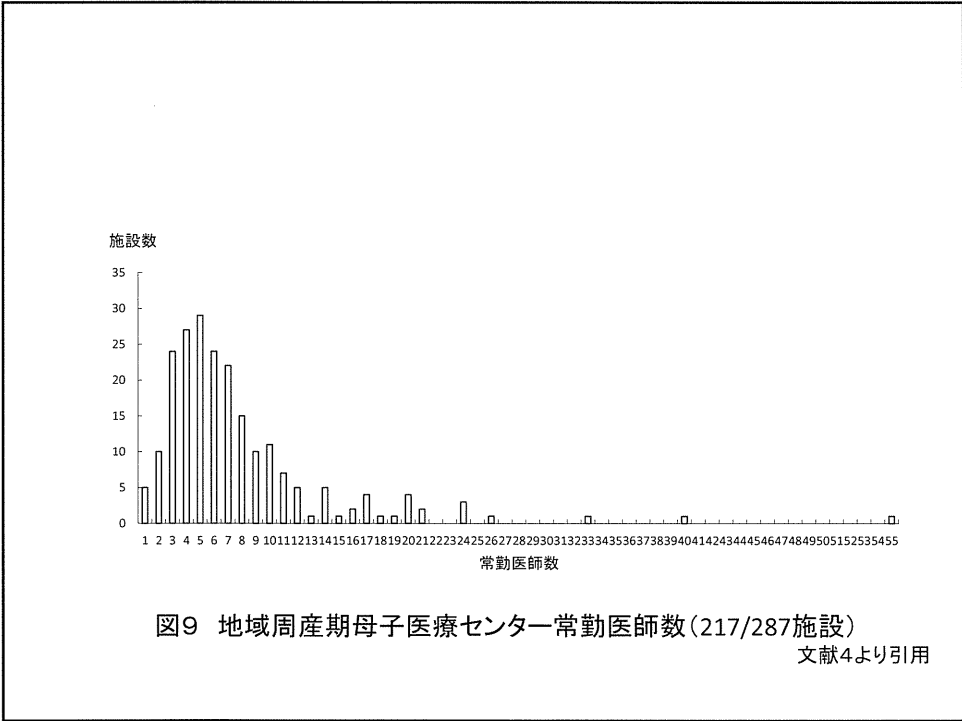
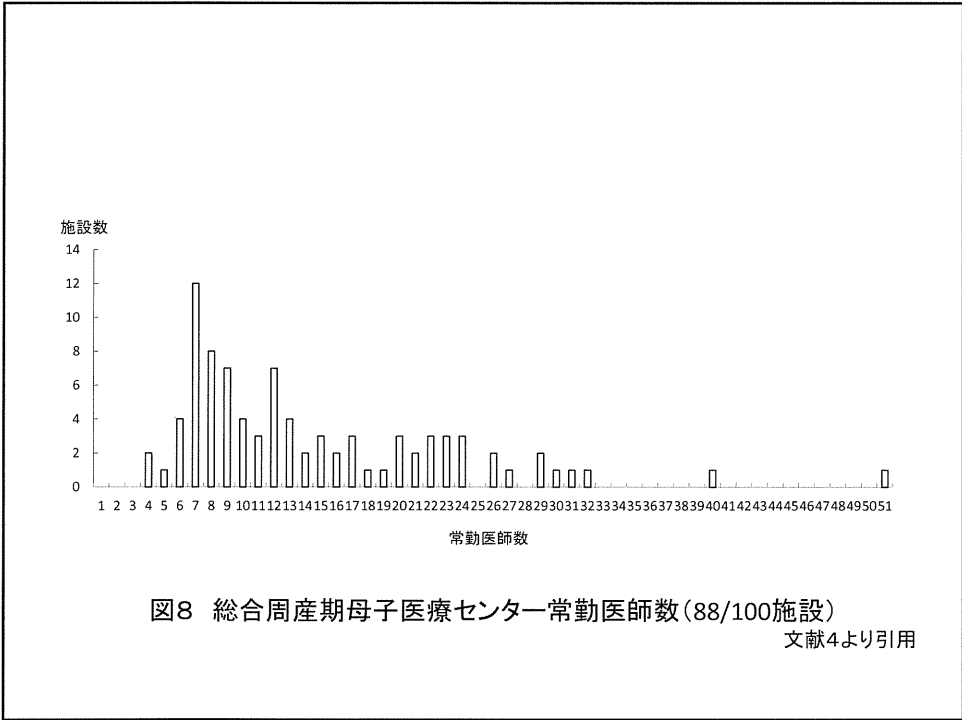


図3 各自治体の分娩施設の医師年齢(中央値)
(文献2より作図)







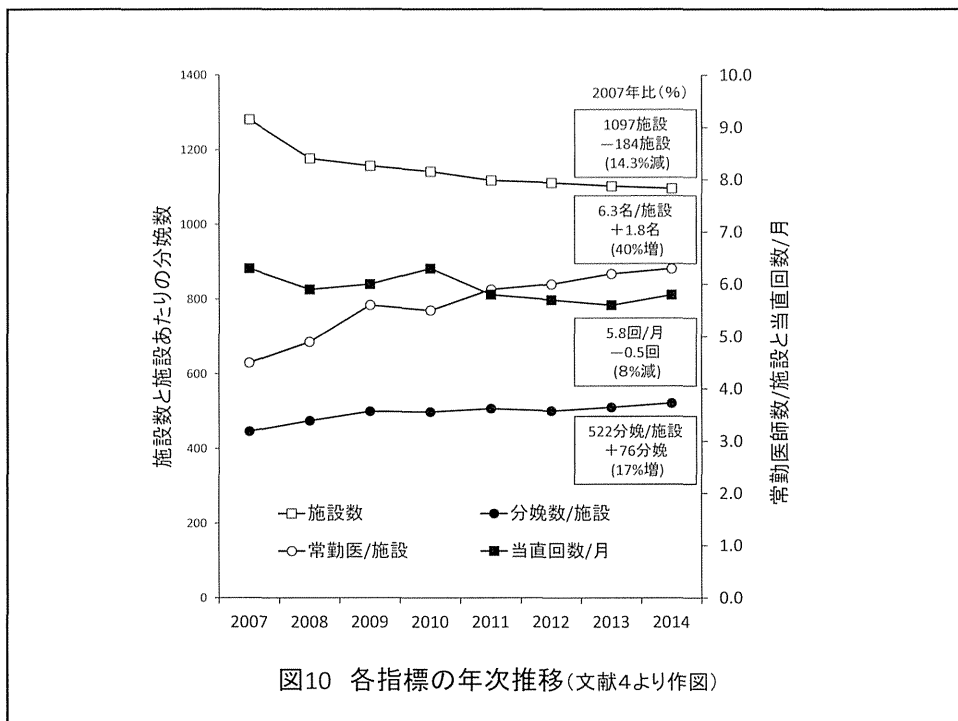


図10 各指標の年次推移(文献4より作図)

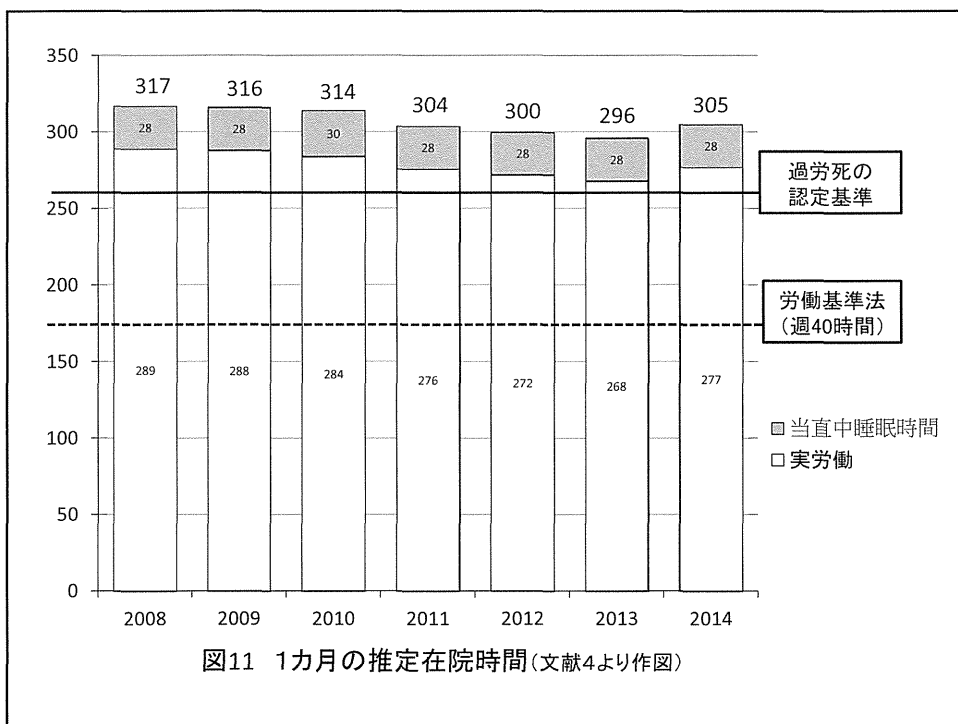


図11 1カ月の推定在院時間(文献4より作図)

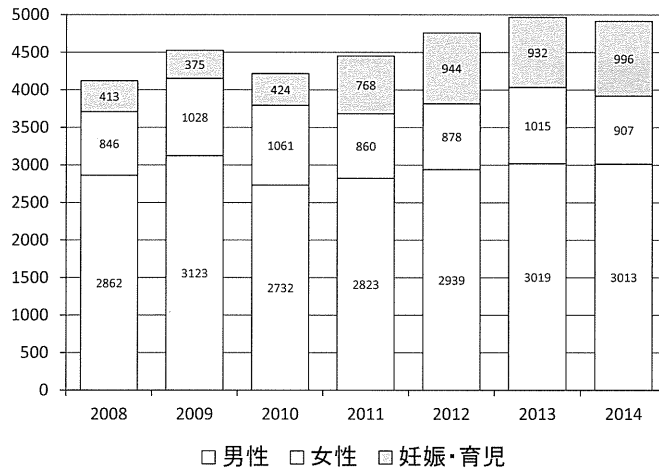


図12 分娩取扱病院の常勤医師の内訳(文献4より作図)

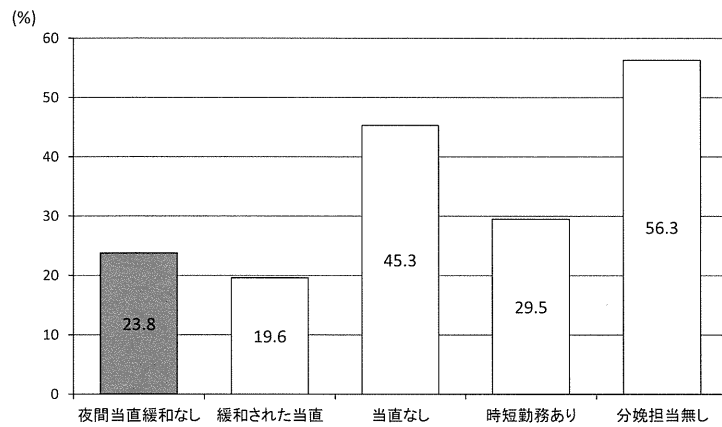


図13 育児中の勤務緩和の内容と実施率(文献4より作図)

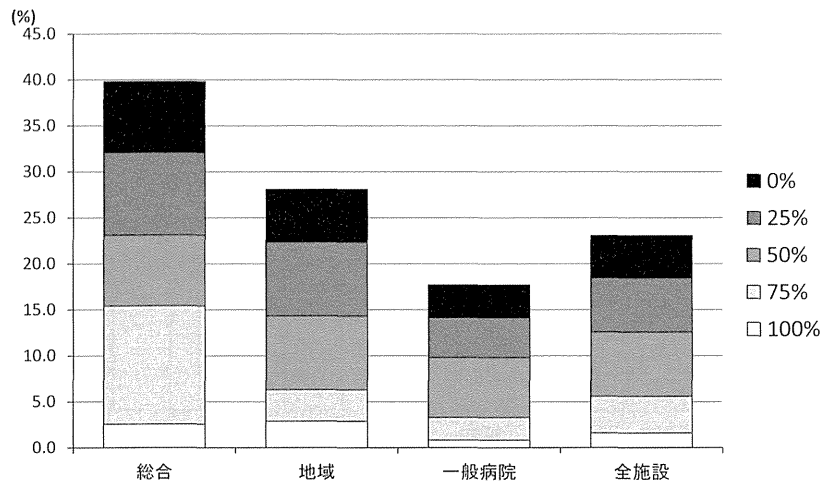


図14 当直翌日の勤務緩和実施率(文献4より作図)

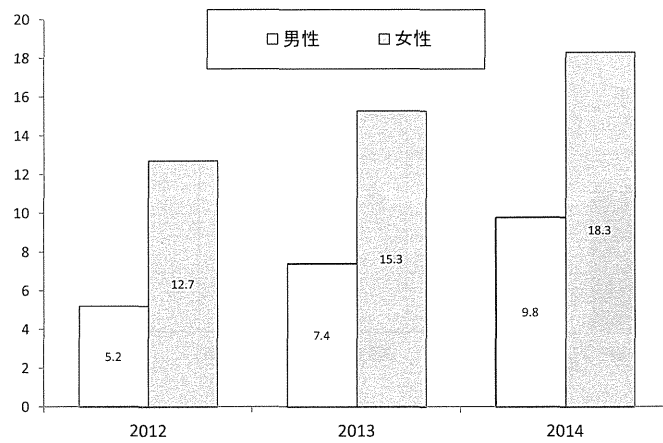


図15 常勤先のない医師の頻度(%) (文献4より作図)

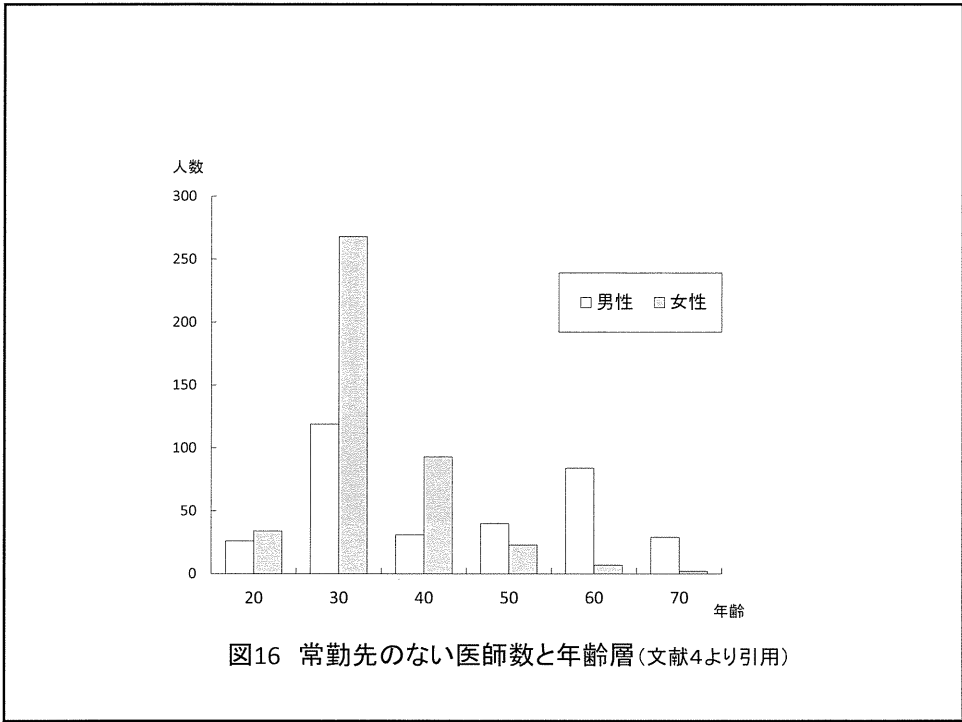


図16 常勤先のない医師数と年齢層 (文献4より引用)

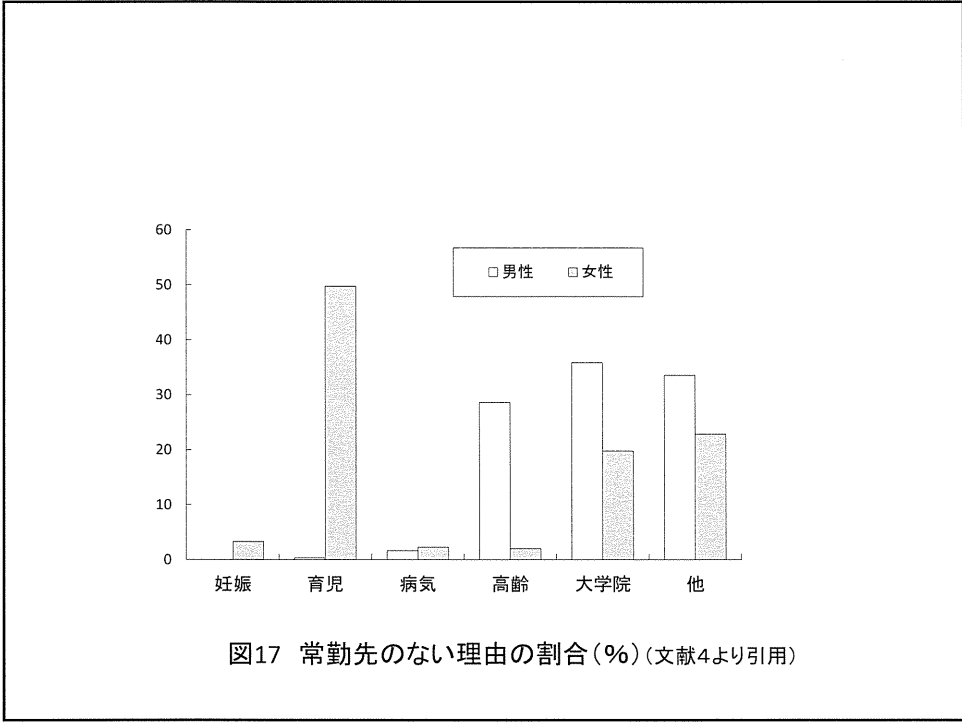


図17 常勤先のない理由の割合 (%) (文献4より引用)

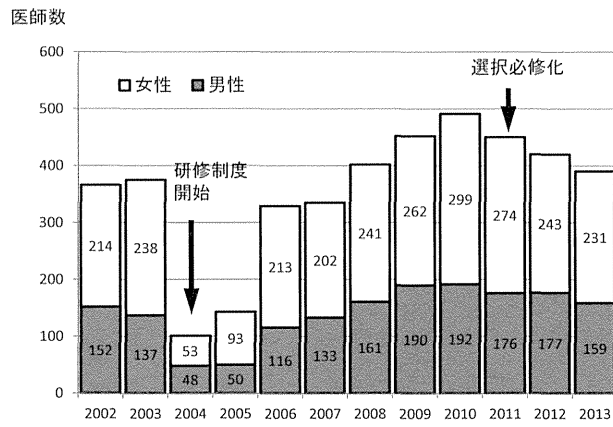


図18 日本産科婦人科学会年度別入会者数(2014年3月31日現在)

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「持続可能な周産期医療体制の構築のための研究」

分担研究報告書

「産婦人科医と総合診療医の協働による周産期医療人的資源の改善に関する研究」

研究分担者 鳴本 敬一郎 浜松医科大学

産婦人科家庭医療学講座 特任助教

研究要旨

総合診療医との協働により産科医の業務負担軽減を期待できる。協働が産婦人科施設内で完結するのであれば産婦人科内で協働の在り方を規定し、産婦人科施設と離れた総合診療科と協働する場合は、医学的側面だけではなく、法的整合性、医療事故への対応、社会認知の確立状況などを考慮した協働の在り方を模索していく必要がある。また、実際に協働していく上で、総合診療医の周産期医療における立場・役割を社会的に保証し、それを担うための適切なトレーニングと評価あるいは認定システムを構築していくことが望まれる。

A. 研究目的

日本産婦人科学会の新規産婦人科専攻医登録者数は 2010 年度の 491 名をピークに減少傾向にあり、40 歳未満ではその約 60%を女性医師が占める。日本産婦人科学会や産婦人科医会による様々な働きかけにも関わらず、新規産婦人科専攻研修医獲得は困難な状況に面している。また、若手女性医師が、妊娠、出産、育児というライフステージの中で周産期医療から離脱することが人的資源の減少の大きな一因となっており、女性の就労継続の支援強化も効果に乏しい。さらに、初期研修医制度導入後にみられている若手産科医師数の地域格差拡大も深刻な問題であり、今後産科医師数が減少する可能性のある自治体は半数を上回ることが予想されている。

産婦人科診療の人的資源の新たな導入源として総合診療科が注目されつつある。女性の一生をケアするという産婦人科と共通概念をもつ総合診療は、「子宮から墓場まで、性別や年齢に関係なく、患者個人とその家族、および地域に対して継続的かつ包括的なケアを提供していく」

という概念で定義される。そのため、総合診療では自ずと妊娠、産褥、新生児の管理が診療の一部に含まれる。総合診療医の中には、幅広く女性をケアする「女性医学」、その中でも周産期医療に興味を示す医師も存在し、産科チームの一員として協働することで、周産期医療に大きな貢献を果たし、その結果産科医の負担軽減をもたらす可能性がある。しかし、現時点で、産婦人科医と総合診療医の周産期医療における協働の実態は明らかになっていない。

本研究では、現在本邦において実際に行われている 3 つの協働モデルの実態を把握し、各モデルにおける利点、課題、対策、限界について調査することを目的とする。この調査により、周産期医療における総合診療医と産婦人科医の協働体制の論点を整理し、今後の周産期医療システム改善への検討資料となることを期待する。

B. 研究方法

2014 年 12 月 25 日に開催された「持続可能な周産期医療体制の構築のための研

究」第一回班会議にて当研究の方向性を検討し、研究の目的は①総合診療医と産婦人科の協働事例について調査および②協働における論点整理を行うこととした。

まず、プライマリ・ケア連合学会（以下、PC 連合学会）で施行された「家庭医療専門医の活動に関する実態調査」のデータを基に、協働による産科医の負担軽減という観点から本邦における家庭医療専門医の現況について整理した（2015年1月23日）。

次に、実際の協働事例として石川県七尾市（恵寿総合病院）、千葉県館山市（亀田ファミリークリニック）、静岡県菊川市（菊川市立総合病院）・藤枝市（藤枝市立総合病院）・磐田市（磐田市立総合病院）の3地域での取り組みをモデルとして取り上げ、関与している産婦人科専門医（新井隆成、鈴木真、杉村基）と家庭医療専門医（吉岡哲也、藤岡洋介、岡田唯男、水谷佳敬、藤井肇、城向賢、鳴本敬一郎）から、各専門医の視点からみた協働における利点、課題、対策、限界について聴取し、記述的にまとめた。また、各モデルの背景について関係医療者からの聴取や自治体ホームページ、Google map を参考に整理した。

Email からのテキストとして聴取されたデータは、文脈や文意が損なわれない形で整理した。3つの協働モデルにおけるテキストデータから、キーワードを抽出し、「全体として」の協働における利点、課題、対策、限界をまとめた。その際、2015年1月25日に開催された平成26年度「拡大医療改革委員会」兼「産婦人科医療改革 公開フォーラム」検討会にてオーディエンスから聴取されたコメントも参考にした。

本報告書および資料では総合診療専門医（総合診療医）と家庭医療専門医（家庭医）の名称は同義なものとして記載している。

（倫理面への配慮）患者や情報提供者の

個人情報公表されないようデータ収集・分析の時点で配慮した。

C. 研究結果

まず、1. 家庭医療専門医の現況について触れ、2. 各モデルでの実態・事例を紹介し、最後に3. 協働における論点を整理する。

1. 家庭医療専門医の現況

PC 連合学会は2010年4月に発足し、現在歯科医師、薬剤師、医学生などを含め11,064人の会員からなる団体である。家庭医療専門医は当学会が認定している。

PC 連合学会登録済の後期研修プログラム数は201、PC 連合学会に登録済の現後期研修医数は391名、PC 連合学会認定家庭医療専門医数は456名、PC 連合学会認定プライマリ・ケア認定医数は5,516名である。現家庭医療専門医の平均年齢は37歳であり、約74.2%が30代と年齢の若い集団である。地方別家庭医療後期研修プログラム数では関東甲信越を除くと比較的均一に分布しているが、四国では11/201（5.5%）と最も少ない。地方別家庭医療専門医数の分布では、東北9/275（3.3%）と四国3/275（1.1%）で最も少ない。家庭医療以外に取得している基本療育の専門医・認定医資格として、産婦人科専門医と回答したものは298名中全くみられなかった。回答者302名中90.4%が現在フルタイムとして勤務しており、41.1%が勤務時間の9割以上を臨床に従事している。約半数である145/302名（48%）が病院へ勤務しており、そのうち63名（43.4%）が総合病院、37名（25.5%）が大学附属病院に所属している。病院の規模としては、57.4%が400床未満の病院で勤務している。

2. 各モデルの協働の実態

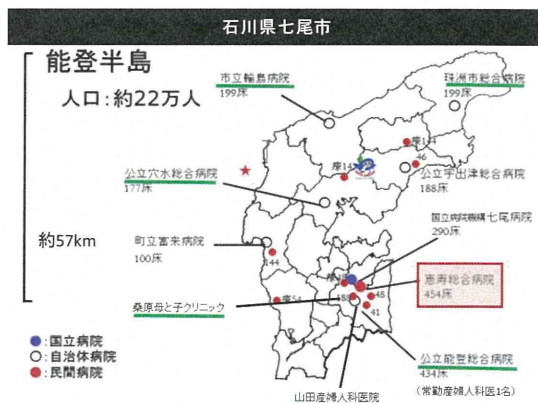
各モデルの地理的背景を図1、協働形態を図2に図式化した。また、各モデルの産婦人科診療体制や地域背景を表1にま

とめた。各モデルに共通しているのは、周産期医療に関わる家庭医のうち少なくとも一人は、米国で3年間の家庭医療後期研修を修了し米国家庭医療専門医を取得している。米国では、その3年間の家庭医療トレーニングの中で米国家庭医認定委員会（ABFM: American Board of Family Medicine）が定める継続的な周産期医療（妊婦健診、分娩管理、産褥ケアを必要に応じて産婦人科専門医と連携しながら行う）の研修が含まれている。米国の周産期医療システムでは、家庭医から産婦人科医へのコンサルテーション基準が明確であり、コンサルテーションのタイミングを適切に判断できることもトレーニングの到達目標となっている。

(1) 石川モデル

現時点でのモデルは、恵寿総合病院産婦人科内での妊婦健診および分娩管理の協働管理型である（図2）。産科医による低リスクと分類された妊婦、あるいは総合診療医へ初診として受診した妊婦は総合診療医が妊婦健診および分娩管理に関わる。妊婦健診中のポイントとなる時期に、産科医は胎児スクリーニングを行い、周産期チーム内で常に産婦人科医のバックアップがとれている体制である。このモデルの特徴の一つは、産婦人科専門医が現在家庭医療後期研修医としてトレーニングを行っている点である。

2009年4月～2014年3月の期間中に、総合診療医が担当した経膈分娩の全症例は49件であった。2012年9月より総合診療医による週1回の産科当直が開始され、総合診療医が産科チームの一員としてより積極的に周産期医療に関わっている。継続的に妊婦健診を行った症例は20件であり、そのうち13件（初産婦4件、経産婦9件）を分娩までフォローした。このうち、12件は経膈分娩、1件は予定帝王切開であった。症例は、バセドウ病、慢性甲状腺炎、サルコイドーシスの内科的合併症があり、またうつや domestic



violence など心理社会的背景を包括的にケアする症例もあった。

全分娩症例49件の内訳は、総合診療医が妊娠初期からフォローしていた症例10件、産婦人科専門医の外来診療・手術中のため不在中に担当した症例11件、産科当直中に担当した症例28件であった。母体・胎児死亡症例はなく、母体疲労と遷延性徐脈による吸引分娩症例2件、膈内手技で解除された肩甲難産1件、弛緩出血2件、バッグバルブマスクを用いた新生児蘇生2件、胎盤娩出困難1件、会陰裂傷2度30件、産婦人科コンサルトを要した会陰裂傷3度1件であった。

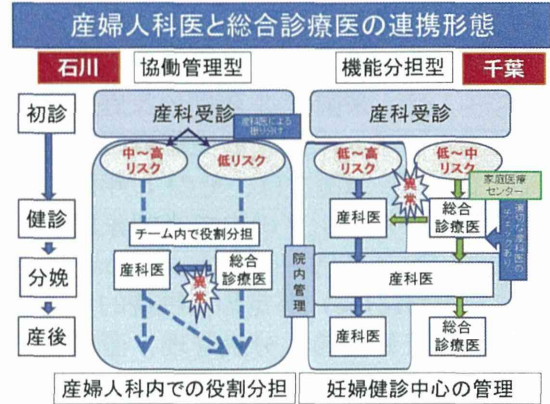
産科医の立場（新井）から、従来の周産期医療の限界は産婦人科医二人による体制の中に多く存在していたことを指摘している。総合診療医とのチーム体制によって産科だけでなく、婦人科診療にも余裕が生まれ、その結果として施設適応による帝王切開術の減少、産婦人科緊急手術時の分娩管理へのサポートといった医療安全の質向上につながっている（新井）。実例として、産婦人科医3名が悪性腫瘍手術中に双胎の分娩が進行し、胎位異常のため緊急帝王切開の適応となった状況に直面した。産婦人科医1名が帝王切開へ移動し（残る2名は悪性腫瘍手術継続）、家庭医研修医1名が帝王切開（この家庭医は産婦人科専門医）をサポートし、帝王切開が成功すると同時に悪性腫瘍手術も問題なく完了した。



(2) 静岡モデル

家庭医療専門医が産婦人科専攻研修に入り、産婦人科専門医取得後に産婦人科診療と並行して総合診療を継続していくモデルである。現時点で、産婦人科専門医を取得したものは未だいないが、家庭医療専門医 4 名が産婦人科専攻研修を開始している。家庭医療の知識・経験を既に修得していることもあり、週 1 日は地域で女性の多様な健康問題に対応する women's health care を提供する。静岡モデルは、3 年間の産婦人科専攻研修を通して、あるいは家庭医療後期研修を含めれば 6 年間を通して、女性のライフステージに沿った予防医学的な視点も含む包括的な継続診療を行えるため、家庭医療専門医にとっては魅力的であり、毎年 1-3 名が新規産婦人科専攻研修を開始している。現在の日本医療システムで総合診療医が産婦人科領域の単独診療を行うことについて、現在の診療形態と法的整合性をとる点、医療事故に対応する点、社会の認知する制度が未発展である点から、産婦人科専攻研修による専門医資格取得が現実的である、というスタンスを取っている（杉村）。

菊川市では、地域総合病院産婦人科にて専攻研修医が中リスクまでの妊婦健診・分娩管理、手術、産婦人科入院管理を産婦人科専門医と協働しながら管理すると同時に、妊娠糖尿病や妊娠高血圧腎症の既往を持つ産褥婦の長期フォローアップや婦人科癌終末期の transitional



care（病院から診療所へ、診療所から在宅へ）を「継続性」というコンセプトを意識しながら家庭医療クリニックと円滑な連携を図るようにしている。

産婦人科専攻研修医は家庭医療後期研修医および初期研修医、医学生に対して、産婦人科的ピットフォールを意識し、かつ家庭医療のコンセプトをブレンドさせた教育も担う。2014 年 6 月からの 2 か月間で、産婦人科専門医指導の下、家庭医療後期研修医が実施した子宮頸癌検診は約 130 例、外来初診は 118 症例であり、外来症例は妊娠関連 18 件（うち、妊娠初診 12 件、流産 2 件、妊婦紹介受診 4 件）、月経異常 18 件（うち、月経痛 7 件、月経過多 3 件、月経不順 3 件、無月経 2 件）、不正性器出血 11 件、帯下異常 11 件、下腹部痛 8 件、検診以上 12 件、更年期障害 5 件、と女性医学においてよく遭遇される主訴や健康問題を網羅でき、適切に責任性を持たせた研修環境となっておりと同時に、産婦人科医の業務減少につながっている。



(3) 千葉モデル

総合診療医による家庭医療クリニックでの妊婦健診および産後の母子健康管理を中心としたモデルである。クリニックから約 30 km 離れた総合周産期母子センター産婦人科専門医、および近医産婦人科（開業医）との協働が実践されている。総合周産期母子センター産婦人科部長（鈴木）が、以下の認識・立場の基に、6-7 年前より家庭医療クリニックにおいて週 1 日総合診療医の診療支援と指導を行っている；①家庭医はよく遭遇する疾患を診る専門科であり、「妊娠」は多くの女性が経験する状態のため家庭医が診療することに問題はない、②助産師は正常産のみを扱い合併症を診ることができないため、家庭医の方が管理をする意味では優れている、③家庭医は子宮癌検診、HPV ワクチン、よく遭遇する疾患についての知識がしっかりしており、合併症を含めた産婦人科診療の良きパートナーである、④家庭医は増加しない産婦人科医師を支援してもらえ診療パートナーである、⑤産後の母体の健康管理や新生児・乳児の健診、ワクチン接種など、特に専門医が少ない地方においては、家庭医が関与するメリットは極めて高い。

産褥健診を含む周産期医療に関わる家庭医療専門医数は 6 名であり、2014 年度は妊婦健診症例 35 件を担当し、これは約 1 年間で計 101 受診数に相当する。産後 2 週間健診は 25 件、産後 1 か月健診は 15 件であった。家庭医療クリニックで産褥期の健診を母児共に行えるため、産科医の負担軽減と共に母親・父親の負担軽減にもなっている。後方支援総合周産期母子センターとは電子カルテが共通していることから、産婦人科側としては緊急時には問題なく管理でき（鈴木）、総合診療科側としては産婦人科へのコンサルテーションの閾値が下がり、他職種間の連携が行いやすくなっている。毎週 1 回は、家庭医療クリニックでフォローしている妊婦について総合周産期母子センターと

電話でアップデートを行っている。

また、近医産婦人科（開業医）施設での産科医との協働により、家庭医療専門医の周産期診療技術の向上・維持が可能であると同時に、産科医の業務負担軽減につながっている。

3. 各モデルから抽出された産婦人科と総合診療科の協働における論点

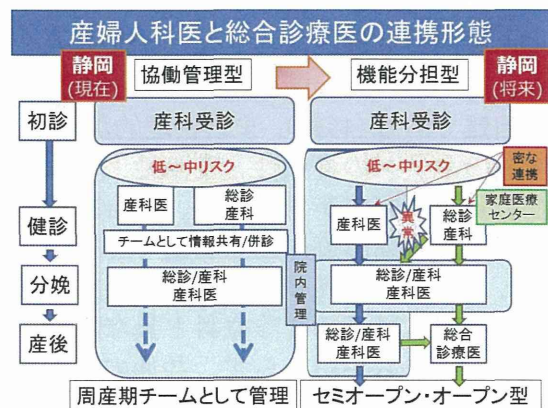
各モデルから聴取された協働における特徴、利点、課題、対策、限界について表 2 にまとめた。表 2 のデータから抽出される全体的な利点、課題、対策、限界を表 3 に要約した。

(1) 利点

いずれのモデルにおいても、総合診療医との協働により産科医の負担が軽減し、その結果、産婦人科医が専門性の高い症例に対してより集中して管理することができる（新井）。産婦人科医の専門知識・技術の維持・向上につながり、産婦人科診療の質の向上および医療安全につながっている（新井）。同時に、総合診療医との連携を強めることで、現在の産婦人科診療をより継続的かつ包括的に行うことができる。また、医学生、初期研修医、助産師を含む他職種への医学教育に関わるリソースが増加することからの教育の充実もみられている（吉岡、城向）。

(2) 課題

「家庭医療あるいは女性医学の概念に



基づいて女性医療は産婦人科医と家庭医が共有することが可能である」という認識が産婦人科側で不十分である中での協働では、先述した利点を引き出すことは困難であり、協働自体うまく機能しない可能性がある（杉村）。また、総合診療医がどの程度、どのレベルで周産期医療に今後協力してもらえるのか産婦人科側にとって不透明であることが、協働診療に対する前向きな姿勢を示せない理由となっている可能性がある（杉村）。さらに、総合診療医がどのレベルまでの産婦人科診療技術に到達しておくべきなのかという基準が双方の間で確立されていない（新井、吉岡）ことも、円滑な協働診療を妨げている可能性がある。

(3) 対策

チーム医療および他職種連携をキーワードとした産科症例の振り返りを周産期医療スタッフ全体で行うこと（新井）で、産科管理における総合診療医の専門性と役割、そして産科医との連携の在り方に関する考察を深めていくことができる。また、総合診療の本質を理解した上で、二次周産期医療システムにおける総合診療医の存在意義、立場を産婦人科学会および日本産婦人科医会が明確に規定し保証すること（杉村）で、総合診療医の産婦人科診療におけるコンピテンシーを具体的に検討し、先述課題に対して対応していける可能性がある。

(4) 限界

総合診療はよく遭遇する健康問題を全ての専門科領域に渡って対応することから、専門性の高い産婦人科症例への貢献は困難である（杉村）。また物理的な要因、地域のニーズの多様性と変動性、および社会資源に制限がある場合、総合診療医による周産期診療に制限が出てくる（鈴木）。さらに、診療対象を既得権とした場合、産婦人科と総合診療科と異なる診療科であるにもかかわらず、共通の診療対

象者をめぐり利益衝突が起こる可能性がある（杉村）。

D. 考察

(1) 3つの協働モデル

総合診療医の周産期医療における立場が3つのモデルでは若干異なる（図2）。静岡では、家庭医療専門医取得後の産婦人科専攻研修医が、石川・千葉では家庭医療専門医が産婦人科の枠組みの中で、あるいは後方支援周産期施設から離れた家庭医療クリニックで産婦人科専門医と協働する。また、石川と静岡では妊婦健診から分娩管理そして産褥の母子保健と一連の周産期医療を提供し、千葉では物理的要因のため分娩管理に制限はあるが、妊婦健診から産後の母子保健へと継続性は保たれている。いずれも、産婦人科専門医と綿密なコミュニケーションを図り、必要に応じて産婦人科のバックアップを得られる連携体制であり、総合診療医による管理のために生じた有害事象は現時点では報告されていない。どのような連携形態であっても、総合診療医としての周産期における意義、役割、限界について産婦人科医と総合診療医、助産師、その他の周産期スタッフ全員が共通理解を示し、良好なコミュニケーションを維持させることで、産婦人科と総合診療医の協働体制が効果的に機能すると思われる。

(2) 協働の利点

本研究では得られなかった産科医の負担軽減に関する直接的な量的データの収集は今後の研究課題である。2014年8月に実施された日本産婦人科学会産婦人科動向の意識調査で、学会で取り組むべき課題として①勤務医の労働条件改善、②医療体制、③医学生・研修医対策の3項目がトップに挙げられているが、本調査にみられた協働の利点の中で「産科医の負担軽減」と「医学教育の充実」は少なくとも上記2つの課題を改善し得る。「女性医学としての包括的・継続的ケア」が、

医学生や初期研修医にとって魅力的に映れば、医学教育の充実と相まって、周産期医療を希望する医師が増加する可能性はある。

(3) 協働の課題

表3の「課題」2、3は議論をさらに深めていく必要がある。そこで、まず総合診療医の中で周産期医療の実践に対する意識調査を行う必要があり、また同時に、PC 連合学会および総合診療専門医制度委員会に対しても、総合診療医の周産期医療あるいは産婦人科診療への関わりに関する意識調査を行う意義もみられる。もし、周産期医療の実践に対して肯定的な意見が多数みられた場合、将来の周産期医療スタッフの人口増加を期待して、産婦人科専門医を取得せずとも、産婦人科専門医との協働を前提とした周産期医療認定カリキュラムの構築を日本産婦人科学会および医会、PC 連合学会、総合診療専門医制度委員会を中心に検討していく必要があるのかもしれない。ただ、多くの家庭医療専門医、家庭医療後期研修医および初期研修医は、周産期を含む女性医療を行いながら総合診療を展開するロールモデルが存在しないため、具体的なイメージを得ることが困難であることが意識調査の結果に影響を及ぼすかもしれない。

米国の家庭医は、低リスクの妊婦健診、分娩管理、産後ケアを家庭医療の守備範囲として行っているが、帝王切開を含むより高度な診療技術の獲得を希望する場合は、1年間の high risk obstetrics fellowship program が用意されている。フェローシップでのハイリスク妊婦管理のトレーニングを修了することで、就職先の契約規定に応じて、その病院で帝王切開まで施行可能となる (hospital privileges)。この場合、必ずしも3年間の産婦人科専攻研修を修了する必要はない。

また、興味深いことに総合診療科以外

の専門医が周産期医療に関わっている例がある。千葉モデルの総合周産期母子センター産婦人科では、同病院の救急部と連携し、6か月間産科トレーニングを修了した救急専門医に必要時に産科診療を助けてもらうシステムを導入している(鈴木)。その具体的なトレーニングシステムや、諸外国でのフェローシップ・カリキュラムと評価方法について今後調査していく必要がある。

(4) 協働の対策

総合診療医が産婦人科専門医を取得する場合としない場合での協働の在り方、また既存の産婦人科という組織内での協働と、産婦人科と総合診療科が分かれている組織間での協働の在り方を検討していく必要がある。その前提として、産婦人科専門医を取得した場合と取得していない場合とで、総合診療医の周産期医療における立場を明確にすることが必要である。また、産婦人科専門医を取得していない総合診療医が周産期医療に関わる際に、医療の質を担保できる適切なトレーニング内容について考案していくことが必要である。産婦人科学会・医会の働きかけにもよらず周産期医療を担う産婦人科医数が減少している現実や若手産婦人科医の地域偏在が強くなっている傾向を直視したうえで、協働することの利点と課題に対する検討を深めていくことが重要である。協働する施設内あるいは施設間で、女性医学という共通概念を認識し、具体的な協働体制を明確にし、そのために必要となる知識・技能・態度を修得できるようなトレーニングカリキュラムと評価システムを構築する必要がある。

従来は、産婦人科医にならないと周産期医療を行えないといった”all or none”のキャリア選択しかなかったが、協働の在り方を明確にすることで周産期医療の危機を乗り越えることは可能かもしれない。例えば臨床時間の50%を産婦人科診療として周産期医療を支え、残りの

50%の時間は女性医学を含む総合診療を通して地域に貢献する、といった新たなキャリアパスを保証することで、初期研修医や若手専攻研修医がキャリアプランを具体的にイメージすることができ、周産期医療に携わる医師を増員させることは可能かもしれない。

産婦人科と総合診療科のダブル・ライセンスの在り方、専門性の維持・更新の在り方などは今後の検討課題となるだろう。

(5)協働の限界

産婦人科診療対象者を既得権とした場合の、対象者をめぐる利益衝突の可能性（杉村）は協働の実現に対する大きな障壁となりうる。この障壁を取り除くためには、モデル地域でのさらなる調査、つまり協働モデルの展開による周辺施設での経済的影響を調査する必要性はあるかもしれない。千葉モデル内での調査では、家庭医が家庭医療クリニックで子宮頸癌検診を施行するようになって、クリニック周辺の産婦人科施設での子宮頸癌検診受診数に変化はなく、子宮頸癌検診受診率全体が改善したという報告もある（岡田）。

周産期医療システムを維持および改善しながら、地域全体の母児の健康指標を改善させていくことを目標とする場合に、どのようなアウトカムをプライオリティとするかを再検討していく必要がある。

E. 結論

本研究の実態調査から、総合診療医との協働により産科医の業務負担軽減を期待できることが示された。協働が産婦人科施設内で完結するのであれば産婦人科内で協働の在り方を規定し、産婦人科施設と離れた総合診療科と協働する場合は、医学的側面だけではなく、法的整合性、医療事故への対応、社会認知の確立状況などを考慮した協働の在り方を模索していく必要がある。また、実際に協働して

いく上で、総合診療医の周産期医療における立場・役割を社会的に保証し、それを担うための適切なトレーニングと評価あるいは認定システムを構築していくことが望まれる。

F. 健康危険情報

特記すべき事項なし

G. 研究発表

1. 論文発表

（発表誌名巻号・頁・発行年等も記入） 該当なし

H. 知的財産権 なし