

表 1. 各モデルの産婦人科診療体制と地域背景

	石川県（七尾）	静岡県（菊川、藤枝、磐田）	千葉県（館山市）
モデル	産婦人科・家庭医療科（病院）	産婦人科・家庭医療科（病院）	産婦人科・家庭医療科（病院・開業）
産婦人科医数（常勤 / 非常勤）	4名 / 1名（常勤中 1名は不妊治療のみ、非常勤 1名は家庭医療後期研修医として常勤）（平成 26 年度）	2名 / 5名（菊川） 4名 / 2名（藤枝） 7名 / 1名（磐田）（産休 1名）	N/A
産婦人科専攻研修医数	1名	1名（菊川）1名（藤枝）3名（磐田）	N/A
周産期医療に関わる家庭医療専門医数	2名	1名（菊川）1名（藤枝）2名（磐田）	6名
分娩数/年	333 件（平成 25 年度）	80 件（菊川、平成 25 年） 351 件（藤枝、平成 25 年） 867 件（磐田、平成 25 年）	妊婦健診 35 件(2014 年度)（ 101 受診数 /11 か月） 2 週間健診 25 件 (2014 年度) 1 か月健診 15 件 (2014 年度)
手術数/年	61 件（平成 25 年度）	92 件（菊川、平成 25） 不明（藤枝） 384 件（磐田、平成 25 年）	N/A
地域別人口(平成 27 年 1 月末)	56,125 人	47,810 人（菊川市） 146,579 人（藤枝市） 17,629 人（磐田市）	24,823 人
地域別出産数	318 人（平成 26 年）	429 人（平成 25 年、菊川市） 1,171 人（平成 25 年、藤枝市） 1,406 人（平成 24 年、磐田市）	352 人（平成 22 年）
家庭医療後期研修医数	恵寿家庭医療研修プログラム 2 名	静岡家庭医養成プログラム 7 名	亀田ファミリークリニック館山 家庭医療後期研修プログラム 11 名

表2 . 各協働モデルにおける特徴、利点、課題、対策、限界

	石川県（七尾市）	静岡県（菊川、藤枝、磐田）	千葉県（館山市）
モデルの特徴	<p>産婦人科、緩和医療科、家庭医療科の協働モデル</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 家庭医担当の妊婦健診および分娩管理中の合併症発生に対して、産婦人科医のバックアップが常時ある 2) 家庭医による週半日の産婦人科外来 3) 家庭医担当の妊婦に対して、産婦人科専門医による胎児スクリーニング施行 4) セミオープンシステム（恵寿総合病院産婦人科の枠組み内での家庭医による分娩管理） 5) 産婦人科医の不在時の産科管理 6) 産婦人科専門医を取得した家庭医療後期研修医の存在 	<p>家庭医療専門医が、産婦人科専攻研修に入り、産婦人科専門医を取得したのち、外来妊婦健診、病棟管理、分娩手術といった産婦人科診療を行いながら、外来中心の家庭医療診療も並行して行うことを目指すモデル</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 家庭医療専門医取得した産婦人科専攻研修医 + 家庭医療後期研修医を加えた産婦人科チームを形成（菊川） 2) 産婦人科専攻研修医は日本産婦人科学会専門医制度が定める通常の研修カリキュラムに沿って研修を行う 3) 産婦人科専攻研修医は多様な健康問題を含む継続的なウイメンズヘルス・ケアを週1日地域で実践する 4) 家庭医療後期研修医の女性医学に対する教育・研修の場としても機能する 5) 家庭医療後期研修医による周産期カンファレンスや手術カンファレンスの準備による academic activity の充実 	<p>家庭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</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 亀田総合病院産婦人科部長による週1回の妊婦健診ダブルチェックがある 2) 電話カンファレンスによる婦情報共有を週1回行っている 3) 近医産婦人科（開業医）との連携による家庭医の産婦人科研修改善と近医の業務負担軽減 4) 家庭医療専門医のマタニティケア/ウイメンズヘルス フェロウシッププログラムを備えている（1-2年）
利点	<p>産婦人科医・助産師側</p> <p>連携によって産婦人科医は以前よりも余裕を持って専門診療に専念でき（特にハイリスク妊婦管理、手術、婦人科検査）、医療の質向上および医療安全につながっている（新井）</p> <p>主治医制からチーム医療への変換にともなって、医師、看護スタッフ全体での方針共有へ向けた活動が増加した（新井）</p> <p>当直回数の減少による疲労防止（新井）</p> <p>■産婦人科医不在（手術や外来）時の分娩管理や小児蘇生の施行（吉岡）</p> <p>■産婦人科医が苦手な領域を家庭医がケアすることによる医療の質改善（新</p>	<p>産婦人科医側</p> <p>家庭医が産婦人科専門医研修中並びに研修を終えた場合、外来妊婦健診、病棟分娩手術、当直に十分対応が可能となり、特に二次診療機関において大きな人的資源となる（杉村）</p> <p>外来・当直回数、救急外来からのコール減少（杉村、鳴本）</p> <p>業務減少による自己学習やその他必要な時間の確保（鳴本）</p> <p>産科・婦人科患者の他科合併症管理の相談・学習ができる（城向）</p> <p>婦人科癌終末期ケアの実践・相談が可能（城向、鳴本）</p> <p>初期研修医へ産婦人科教育に対する協力を家庭医から得られる（城</p>	<p>産婦人科医側</p> <p>■診療情報は電子カルテで行っているため、同一の管理ができ、緊急時には総合病院で問題なく管理ができる（鈴木）</p> <p>産後1か月健診を亀田ファミリークリニックで母児同時に行えるため、産科医の負担軽減と共に、母親の負担も軽減する（鈴木）</p> <p>総合診療医側</p> <p>後方支援機関と電子カルテが共通であることから産婦人科専門医へ相談する閾値が低い（水谷）</p>

	<p>井)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■心理的サポートの必要性を含む多様な健康問題を持つ患者に対して、家庭医が患者ケアを行うことによる包括的な医療を提供できる(新井、吉岡) <p>家庭医が助産師の教育機会を構築してくれる(吉岡)</p> <p>総合診療医側</p> <p>周産期から産後の乳幼児健診を含めた継続診療を、家族背景を把握したうえで提供できる(吉岡)</p>	<p>向)</p> <p>総合診療医側</p> <p>周産期を含めた継続診療を提供できる(藤井、城向)</p> <p>救急外来を受診する妊婦診療に対する抵抗感が減少し、産婦人科専門医へのコンサルテーションの質が上がる(鳴本)</p>	
<p>課題</p>	<p>産婦人科医側</p> <p>どのレベルで、どこまで総合診療医に任せていかなかの判定に時間・労力を要し、困難な場合がある(新井)</p> <p>「いかに連携システムを整えていけるかが産科チームとしての課題：主治医性からチーム医療へ」一人の医師と患者との接点が以前より薄くなる傾向があり、地域(特に僻地)によっては、そのことに対する周産期医療スタッフの不安が強い可能性がある。(新井)</p> <p>総合診療医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■産婦人科専門医が求める診療レベルが、総合診療医としてどの程度必要か、明確にする必要がある。必要があれば、総合診療医の周産期医療スキルアップを行う。(吉岡) 	<p>産婦人科医側</p> <ul style="list-style-type: none"> ■産婦人科側が家庭医療の本質を理解しない場合、協働診療が有効に機能しない可能性がある。つまり、女性医療はともに家庭医と産婦人科医が共有することが可能であるとの認識が、現時点では十分といえない。また、産婦人科側からは研修終了後も病棟分娩手術、当直への協力がはたして得られるのかが明確でないことも協働診療に前向きな姿勢を妨げる理由となっている可能性がある。(杉村) 産婦人科専攻医と同様に、実践的に診療できるまでの教育に多大な労力・時間を費やす(鳴本) ■家庭医療専門医の産婦人科専攻研修中は、産婦人科専門医がバックアップにつく必要がある(鳴本) <p>総合診療医側</p> <p>産婦人科研修に時間の多くを費やすため、総合診療スキルの維持が困難であり、総合診療専門医のアイデンティティーの維持が困難(鳴本)</p> <p>地域でのウィメンズヘルス・ケアを提供している際の、周産期バックアップ体制(人的資源)が乏しい(城向、藤井)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■家庭医療専門医の中でも、追求したい周産期医療の深さに温度差があり得るため、場合によってはモチベーションの維持が困難となる(鳴本) ■家庭医療専門医の産婦人科専攻研修に対して、他病院の産婦人科医から理解が乏しい(城向) <p>産婦人科専門医取得後の将来の</p>	<p>総合診療医側</p> <p>クリニックでの妊婦健診の症例数が少なく、総合診療医の産科診療スキルの改善や維持が困難(水谷)</p> <p>産婦人科専門医の間に家庭医への指導や家庭医の女性医学に関わることへの認識に温度差が存在することがあり、それにより家庭医の周産期医療の研修内容が左右されることがあった(水谷)(しかし、現在は改善されつつある(鈴木))</p> <p>担当医師と担当助産師以外は分娩に立ち会えないルールが存在する場合、家庭医が経験・研修できる分娩管理症例数に制限がかかることがある(水谷、鈴木)</p>

<p>対策</p> <p>周産期医療を実践できる総合診療医育成に関心を持つ産婦人科医と小児科医とのチームを作成（吉岡）</p> <p>産科管理をテーマにしたディブリーフィングを全体で行い、課題に対して関わるスタッフ全体で取り組む。産婦人科医、家庭医が、その地域や病院のニーズに応じて、より良い連携関係を構築するためには、助産師や他の看護スタッフを含めて皆で足並みを揃えて、問題点を改善していく体制作りが不可欠。（新井）</p>	<p>具体的なビジョン描出が困難（城向）</p> <p>産婦人科医側</p> <p>産婦人科医としては周産期、腫瘍、不妊専門医としての役割をより認識し、今後の専攻研修医数の推移を勘案し、特に二次診療機関での診療を家庭医と協働することの利点を啓蒙していく必要がある。（杉村）</p> <p>産婦人科専門医資格を取得した家庭医を産婦人科二次診療の中に明確に規定して、その家庭医の立場を学会医会が保証する必要がある。（杉村）</p> <p>産婦人科専攻研修期間中に、継続的かつ包括的な女性診療を地域で定期的に行えるカリキュラムの意義を検討する（鳴本）</p> <p>総合診療医側</p> <p>月1回の勉強会にて、家庭医としてのアイデンティティの維持に努める（鳴本）</p> <p>産婦人科専門医取得後の具体的なキャリアパスを構築する（城向、鳴本）</p>	<p>産婦人科医側</p> <p>産婦人科研修でどのようなことを習得したいかを予め聞き取り、個々にあった研修を提供する。家庭医によっては、分娩にはあまり興味を持っていないものもあり、現状産科医以外が分娩をとる機会が少ないので、将来を見据えた場合にはやむを得ない。（鈴木）</p> <p>総合診療医</p> <p>産婦人科開業医との連携・協働によって、周産期の経験症例を増やす（水谷）</p> <p>■分娩に立ち会えないシステムがあれば、外来研修を充実化させる（水谷）</p>
<p>限界</p> <p>■総合診療医としては産婦人科医だけでなく、他の専門領域の健康問題にも携わるが、産婦人科診療とその他の診療のバランスを取ることが困難。（吉岡）</p> <p>■総合診療医が産科診療を行うにしても必ず産婦人科医のバックアップは常に必要である。（吉岡）</p>	<p>■基本的には産婦人科医は女性診療のみを行うのに対し、家庭医はすべての性、年齢を地域の中で対応していく点で異なるもので、診療内容には産婦人科診療とは異なる分野の業務を含む異なる診療科である。また、診療対象を既得権とした場合、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将来ではあるが起こる可能性がある。（杉村）</p> <p>■総合診療医にとって、救急日直・当直や在宅緩和ケアへの貢献が（時間的に、物理的に）困難となる。（鳴本）</p> <p>家庭医が扱う疾患の範囲や診療レベルには限界があり得るため、ハイリスク妊娠管理、悪性腫瘍、特殊な技能を有する手術などへの貢献は困難。（杉村）</p>	<p>■研修システムが確立されたとしても、指導する産婦人科医の熱意や、家庭医療指導医の診療経験によって家庭医療後期研修医の研修内容が左右される（水谷）</p> <p>■産婦人科診療におけるコンピテンシーを修得するために経験必要な症例数獲得を困難とする環境要因が存在する（水谷）</p> <p>■家庭医療クリニックと亀田総合病院は30km（車で40分）離れており、分娩まで一貫して家庭医が管理することは物理的に困難なため、34週までの管理と産褥の管理に留めている。（鈴木）</p>

表 3 産婦人科と総合診療科の協働における論点整理

	論点
利点	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産科医の負担軽減（産科当直、外来、救急外来対応など） 2. 業務減少による産科医の専門性向上 3. 産婦人科領域以外の多様な健康問題を含めた包括的ケアの提供（他科合併症、婦人科癌終末期ケア、心理的サポートなど） 4. 時間軸を含めた女性の継続診療の提供（周産期から乳幼児健診を含めた産褥ケア） 5. 医学教育の充実（初期研修医への教育の協力、助産師に対する教育）
課題	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産婦人科医の家庭医療の本質に対する理解困難による不十分な協働診療 2. 総合診療医の今後の周産期医療への協力が不透明 3. 到達しておくべき診療技術レベルに関する診療科間での不透明さ
対策	<ol style="list-style-type: none"> 1. 産婦人科医が特に二次診療機関において総合診療医と協働することの利点を啓蒙していく 2. 日本産婦人科学会および日本産婦人科医会が総合診療医の二次周産期医療における立場を明確に規定し保証する 3. 周産期管理に関する debriefing を産婦人科医、総合診療医、助産師、看護師、薬剤師などを含む周産期医療チーム全体で行い、他職種連携の重要性を共通認識していく
限界	<ol style="list-style-type: none"> 1. 総合診療医は産婦人科領域以外の業務にも携わるとともに、扱う疾患の範囲や診療レベルに限界があり、より専門性の高い症例管理への貢献は困難 2. 総合診療科の医療施設が連携する産婦人科施設と物理的に離れている場合、周産期診療に制限があらわれる 3. 診療対象を既得権とした場合、産婦人科と総合診療科は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