

平成 17 年 10 月 31 日

日本産科婦人科学会
学会のありかた検討委員会副委員長

海野信也

産婦人科医療提供体制検討委員会設置企画書

Task force for the renovation of nation-wide provision system of obstetric and gynecologic care in Japan.

I 本委員会の設置に至った経緯

1. 平成 15・16 年度の学会のあり方検討委員会において実施された「産婦人科医における医師充足度に関する実態調査」「大学関連病院産婦人科における医師充足度に関する実態調査」の結果は、我が国の産婦人科医療、特に周産期医療提供体制が根底からの危機に直面している現実を明らかにした。
2. 本年度の学会のあり方検討委員会では、このような危機的状況の実態を産婦人科医療に必要とされる **workforce** の分析という観点から検討する目的でデータベースづくりに着手し、本年度中には各都道府県の周産期医療を中心とする産婦人科医療の提供体制の実態と **workforce** についての全体像が把握可能な状態となる予定である。
3. しかしながら、地域基幹病院の産婦人科診療の閉鎖・縮小による周産期医療現場の混乱状況を考慮すると、産婦人科専門家集団としての日本産科婦人科学会として中長期的視野に立った周産期医療を中心とする産婦人科医療の提供体制のグランドデザインを早急に策定し、将来像に関する合意・共通の認識に基づいて積極的な体制改革を推進する必要があると考えられる。本学会におけるこのような共通認識の形成は、行政および関係諸分野との協議・交渉を効率よく進めるためにもきわめて重要と思われる。
4. 一方で、産婦人科医の不足状況への対策に関しては、平成 14 年度から 16 年度に行われた厚生科学研究「小児科産科若手医師の育成に関する研究」において検討され、以下の事項が提言されている。
(ア) 地域の特性に応じた周産期医療システムの確立・推進のために、①周産期医療の集約化に関する中長期的計画の策定を行い、②妊娠婦救急への迅速な対応と医療スタッフ集約化のための分娩のセンター化を行う。（その際には、機能に応じた参加施設のレベル分けとネットワーク化：総合周産期母子医療センター（三次医療）、地域周産期母子医療センター（二次医療）、診療所（一次）医療の三者間の役割分

担の明確化と、周産期医療集約化への移行期における一次医療機関（有床産科診療所）の保護、患者情報の連絡体制の整備、患者搬送体制の整備、周産期センターのオープンシステムを導入推進することによる産科リスクの軽減を考慮すべきであるとされた）。③周産期医療のセンター化に向けた財政的基盤の整備を行う。

(イ) 高次周産期医療機関に勤務する産婦人科医師の付加的給与を導入する。

(ウ) 出産後も視野に入れた周産期小児保健指導を推進する。

(エ) 医療安全確保に向けての対応と周産期訴訟問題の解決を図る（無過失補償制度の検討を含む）。

5. さらに行政側では、厚生労働省医政局が主管となっている地域医療に関する関係省庁連絡会議において、「へき地」「小児科救急」とならんで「周産期医療提供体制」が課題としてあげられており取り組みが進みつつある。平成 17 年 8 月 11 日に開催された第 9 回会議において特に「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ」が設置されるに至っている。この「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ」は平成 17 年 9 月および 10 月 6 日に会議を開催している。
6. 以上のような現状とその状況の深刻さへの認識を前提として、学会のあり方検討委員会では、平成 17 年 9 月 9 日の本年度第 3 回委員会にて日本産科婦人科学会として周産期医療を中心とする産婦人科医療の提供体制の将来像のグランドデザインとそれに至るロードマップを策定するために「周産期医療体制改革委員会（仮称）」の設置を理事会に対し提議することを決定した。この提議を受けて同日の常務理事会において検討が行われ、『この問題は現時点では周産期医療現場で顕在化しているが、本質的には周産期医療に限定されるものではない。従って、産婦人科医療全体の供給体制も同時に検討する必要がある』ことが指摘された結果、同委員会を「産婦人科医療提供体制検討委員会」という名称で理事長の諮問機関として設置することが決定された。

II 「産婦人科医療提供体制検討委員会」の任務（理事長より諮問された検討課題）

1. 日本産科婦人科学会 武谷雄二理事長から理事会あてに出された「産婦人科医療提供体制検討委員会」設置承認についての依頼文は以下の通りである。

(ア) 現在、産婦人科医療は、全国的にその質を保証することを危うくする事態になっています。特に周産期医療に従事する医師が著しく減少し、地域によっては近代的産科医療を享受できないような状態になっています。学会としてかかる事態を深く憂慮いたすものであり、現在本会では、あり方検討委員会等の議論を通じ、近未来の周産期医療への提言並びに学会として対応すべきことを早急に具体化致すべく、精力的にとり組んでおります。

(イ) 一方、日本産婦人科医会、小児科学会、厚生労働省の研究班、同省の召集したワ

ーキンググループなど様々な団体も周産期医療の改革を目指したアクションプランを作成しつつあります。しかし、現在の喫緊の問題は産科医不足であり、この事態には本会が中心かつ主導的に事態の解決を図っていかなければなりません。現在、あり方検討委員会においては、吉川委員長はじめ各委員の方々が、産婦人科医療全般にわたる今後の望ましい方向性を大変熱心に御討議致しています。しかし、現下の危機的ともいえる周産期医療に対し、即時的な対処を致さねばならず、このことは、ありかた検討委員会の時間的視野では必ずしも対応し難い課題と言わざるを得ません。

(ウ) そこで、今回、現在の周産期医療の実態を踏まえ、本会としてのとるべきスタンス、とるべき行動を迅速に整理していただくため、理事長の諮問機関として産婦人科医療提供体制検討委員会を設置致したいと存じます。本委員会は組織上、理事長が管掌致すものでありますが、同時に、あり方検討委員会と並置されるものでもあります。事態の重要性と機敏性を問われることより、このような体制と致します事、御理解下さい。

2. 従って、本委員会が理事長より諮問された事項は以下の通り、ということになる。

(ア) 現在の周産期医療の実態を踏まえ、

(イ) 本会としてのとるべきスタンス、とるべき行動を

(ウ) 迅速に整理する。

3. 本委員会は以上の事項を検討し、周産期医療が今後長期的に安定的に提供され、我が国のすべての地域で「安全で快適なお産」を含む良質で発展的な産婦人科医療が合理的に達成されるための戦略的産婦人科医療提供体制改革の方向性を明確にし、理事長に答申することを任務とする。

4. 具体的かつ迅速に検討を進めるために、問題点を以下のように整理し、事項ごとに平行して進めていくことにする。(要検討)

(ア) 産婦人科医療提供体制の実態（現在）

実態調査・問題の明確化

(イ) 産婦人科医療提供体制の将来像（20・30年後）

将来像のグランドデザイン

(ウ) 将来像に至るロードマップの作成

移行期に行われるべき施策の整理

(エ) 喫緊に着手しなければならない事項の明示

III 本委員会の基本理念（要検討）：我が国の産婦人科医療全体に対して分析を行い、専門家集団として、責任ある将来像を提示するためには、その根拠となる立場を明確にしておく必要があると思われる。それは必ずしも本委員会の任務ではないかもしれないが、当面、以下のように仮に定め、それに基づいて検討を進めることにする。今後日本産科婦人科学会として明確な理念が示されれば、それに応じて修正する必要性が生じる可能性がある。

1. 「産婦人科医は女性を守り続けます。一生涯主治医のいる安心を一」（日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会共通スローガン）
2. 産婦人科医には我が国の全出生に対して責任がある。
3. 産婦人科医は我が国のすべての地域で、すべての妊娠・分娩が適切に管理される、すべての産婦人科診療対象患者が適切に管理治療を受けることが安定的に可能な産婦人科医療提供体制を作っていく。
4. 産婦人科医は我が国の周産期医療と産婦人科医療の質を維持し、さらに発展させていく。
5. そのために、すべての産婦人科医が、どの医療機関に勤務していても安定して仕事に打ち込める環境を整備し、若い医師が安心して積極的に産婦人科を志望できるようにする。
6. 分娩については「安全性」「快適性」「体制の持続可能性」を追求する。

IV 本委員会の基本方針（要検討）：本委員会設置の経緯から、以下の基本方針については特に異論はないものと考ええる。

1. 産婦人科医が将来に夢や希望のもてるような将来像を明示する。
2. 一般国民に理解してもらうために最大限努力する。
3. まず周産期医療提供体制の再構築を中心に検討する。

V 本委員会の行動計画（要検討）：周囲の情勢に適切な対応をとることは、本委員会の任務の一つであろうが、将来構想に関しては、拙速な対応は後顧の憂いを招く結果となる危険もある。その意味で将来構想については、十分な検討を行うこととしたい。しかし、その **prototype** の作成は議論を具体的なものとするためにも、早期に学会内部に対しては提示しなければならないと考えられる。

1. 2005 年 10 月中に委員会の構成・委員の人選を確定する。

2. 2005 年中 11 月中にこれまでに厚生労働省・日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会その他で集積された統計資料を収集し、一次分析を行う。以後の方針を決定する。
3. 必要なら、新たな調査の内容を決定し、2006 年 2 月末までに結果が出るように調査を実施する。
4. 2005 年末までにグランドデザインの prototype を作成する。
5. 2006 年 3 月末までにグランドデザイン・ロードマップ・喫緊の課題についての中間報告書をまとめる
6. 中間報告書を理事長・常務理事会に報告し、修正して、まとまったところで、一般会員に公表し、意見を求める。
7. 最終報告書を 2007 年 3 月までにまとめて、理事長に報告する。

VI. 本委員会の構成

1. 構成：以下の 4 チームの構成とする（要検討）
 - (ア) 問題の重要性を考慮し、学会・医会・小児科学会の幹部による評価委員会を置く
 - (イ) A:グランドデザイン検討チーム
 - (ウ) B:実態調査分析チーム
 - (エ) C:ロードマップ作成・喫緊課題検討チーム
2. 運用（要検討）
 - (ア) 既存のデータから B チームが調査分析を可及的短期間で行う
 - (イ) これを参考にして、A チームでグランドデザインの原案を作成する
 - (ウ) その後 C チームがグランドデザインに至るプロセスを検討し、ロードマップを作成するなかで喫緊課題を抽出する。
 - (エ) 検討過程は常時全委員に公開する。評価委員で評価を受け、適宜修正を行った後、報告書を作成する。
3. 委員の候補
 - (ア) 評価委員：
 - ① 武谷雄二 学会理事長
 - ② 岡井崇 学会常務理事・周産期委員会
 - ③ 木下勝之 医会副会長
 - ④ 清川尚 医会副会長
 - ⑤ 朝倉啓文 医会常務理事
 - ⑥ 田中政信 医会常務理事
 - ⑦ 矢野哲 学会幹事長
 - ⑧ 宮崎亮一郎 医会幹事長

- ⑨ 藤村正哲 日本小児科学会理事
- ⑩ 田村正徳 日本周産期新生児学会理事

(イ) A: グランドデザイン検討チーム：

- ① 海野信也 学会のあり方検討委員会・周産期委員会
- ② 吉川裕之 学会理事・学会のあり方検討委員会
- ③ 水上尚典 学会のあり方検討委員会
- ④ 岡村州博 学会常務理事・周産期委員会・学会のあり方検討委員会
- ⑤ 野田洋一 学会理事
- ⑥ 末原則幸 日本周産期新生児学会幹事
- ⑦ 松田義雄 日本周産期新生児学会幹事・周産期委員会
- ⑧ 白須和裕 医会常務理事
- ⑨ 大村浩 医会副幹事長
- ⑩ 金井誠 信州大学講師
- ⑪ 木内敦夫 きうち産婦人科医院
- ⑫ 桑江千鶴子 学会のあり方検討委員会
- ⑬ 仲井育子 佐久総合病院
- ⑭ 久具宏司 学会幹事

(ウ) B 実態調査分析チーム：

- ① (海野信也)
- ② (吉川裕之)
- ③ 中林正雄 学会のあり方検討委員会・周産期委員会
- ④ 佐藤仁 医会常務理事
- ⑤ 田邊清男 医会常務理事
- ⑥ 角田肇 学会幹事・学会のあり方検討委員会
- ⑦ 宮城 悦子 医会幹事
- ⑧ 清水幸子 学会幹事・学会のあり方検討委員会

(エ) C: ロードマップ作成・喫緊課題検討チーム：

- ① (海野信也)
- ② (吉川裕之)
- ③ (水上尚典)
- ④ (野田洋一)
- ⑤ (末原則幸)
- ⑥ (松田義雄)
- ⑦ (金井誠)
- ⑧ (木内敦夫)
- ⑨ (久具宏司)

VII「産科医療の集約化・重点化に関する地域における現況と今後の取り組みについて」アンケート調査における各地方部会長の意見

1) 総論

- (ア) 今は議論している段階ではない。
- (イ) 具体的なモデルが必要
- (ウ) 厚生省と学会が中心となりモデルプランを作ること
- (エ) 可及的速やかに結論を出してほしい。
- (オ) 各都道府県が主導で全国一斉に実施しなければならない。
- (カ) 行政による医療安全の確立
- (キ) 今回のような集計をもとに、国あるいは学会から強いメッセージを出すのが有効
- (ク) 学会と医会は共同して
- (ケ) 国を挙げての人的資源確保が重要

2) 待遇改善

- (ア) 労働条件に見合った待遇改善
- (イ) 地方に産婦人科が希望して勤務できるような優遇処置
- (ウ) 病院側は分娩料が安いために経済的に常勤医を増やすことができない
- (エ) 病院の収入が入っても医師への適切な報酬として還元されていない。
- (オ) ハイリスク妊婦管理料を大幅に増額
- (カ) 保険点数補助を増やし、周産期医療に従事するものを厚遇すること
- (キ) 労働に見合った報酬、ゆとりある勤務体制
- (ク) 他科医師と同じ給与ではなく、重労働に対しそれだけの報酬が支払われなければ
- (ケ) 産科医師のオーバーワークは限界に達している

3) 地域医療との関係

- (ア) 市町村が協力的でない。
- (イ) 行政の思惑、地域の利己性、設立基盤の異なる中小病院の存在
- (ウ) 自治体病院が集約化に抵抗する。
- (エ) 行政が住民の同意を得る努力をする必要

4) 地方の問題

- (ア) 地域が広大
- (イ) 県外大学から派遣されていた医師が引き上げられている
- (ウ) 二次医療圏において集約可能な中核病院が単一である地域では集約化のしようがない
- (エ) 集約化・重点化は潜在的な地方の切り捨てにつながる危険がある

5) 周産期医療のリソースの問題

- (ア) NICU bed も足りない。

- (イ) MFICU の設置基準が厳しすぎる。
 - (ウ) 中核病院間の緊密性を重視した政策
 - (エ) 中核病院へのハイリスク患者の集約
 - (オ) 2 次病院が他施設のハイリスク症例には手が回らない。一般病院、個人医はいささかでもリスクがあると 2 次、3 次へ紹介する傾向が強くなっている。
- 6) オープンシステム
- (ア) 開業医師の協力をオープン化により有効に活用
 - (イ) 施設内助産所も一つの方法
- 7) 医療事故問題
- (ア) 医療事故に対する学会あるいは医会レベルでの対応
- 8) 女性医師問題
- (ア) 女性医師が働きやすい環境