

2015年2月28日版

産婦人科医療改革グランドデザイン2015案

Ver. 2.2

Grand Design 2015 (GD2015)

Renovation of health care system
of Obstetrics and Gynecology in Japan

日本産科婦人科学会
医療改革委員会

GD2015 構成案

(赤字部分が、Ver.2.1における主な変更点)

- 日本産科婦人科学会の任務
- このグランドデザインの考え方
- 過去5年間の取り組みとその結果としての産婦人科を取り巻く環境の現状
- 2015年度以降の医療制度改革
- 産婦人科医療が抱えている課題
- 基本認識
- GD2010の評価
- 基本的な方向性
- 「わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言」
- 「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」の推進

日本産科婦人科学会の任務

- 産婦人科医療の現状に関する情報を収集して開示し、それに基づいて持続可能な産婦人科医療提供体制のグランドデザインを社会に対して提示する。
- 適切な医療提供のための制度整備に協力する。
- 人材養成：社会が必要とする産婦人科医を養成し、社会に供給する。（国際医療貢献を含む）
- 医療の進歩のための研究の推進

このグランドデザイン(GD2015)の考え方

- これは、日本産科婦人科学会の今後の医療改革に関する行動計画書である。
- 現状認識を共有し、基本的な方向性を示す。
- 日本産科婦人科学会は2005年以降の「産婦人科医療危機」(「福島県立大野病院事件」をはじめとした社会問題化した産婦人科医療に関する「事件」とそれに対する国や自治体、医療界の対応という非常に厳しい現実)を経験し、専門家団体の責任として、社会に対して情報を適切公開しながら、主体的に医療改革を目指す団体に変質した。
- グランドデザイン2010を作成した時点では、「産婦人科医療危機」の経験の後、新たに産婦人科を専攻してくれる若い医師たちがどのような構成になるのかが明らかでなかったが、その後5年間の経過し、産婦人科医数は総数としては、わずかに増加に転じ、新規専攻医数についても一時的な増加が認められている。
- 新たに専攻してくれた若い医師たちは、「産婦人科医療危機」の現実を理解し、その厳しい現況を知った上で、専攻を決め、産婦人科を積極的に選択してきている。
- 日本産科婦人科学会としては、これらの若い医師たちとともに、よりよい産婦人科医療提供体制を構築していく。

過去5年間の取り組みとその結果としての産婦人科 を取り巻く環境の現状

1. 日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会の取り組み

1. 産婦人科活性化のための事業

1. サマースクール
2. スプリングフォーラム

2. 医療安全の向上を目的とした事業

1. 妊産婦死亡登録・原因分析事業

1. 母体安全への提言 2010 2011 2012 2013

2. 産科医療補償制度 2009年1月創設

1. 再発防止に関する報告書
 1. 第1回 2011年8月
 2. 第2回 2012年5月
 3. 第3回 2013年5月
 4. 第4回 2014年4月
2. 脳性麻痺事例の胎児心拍数陣痛図 2014年1月

3. 産婦人科診療ガイドライン

1. 産科編2011 産科編2014
2. 婦人科外来編2011 婦人科外来編2014

過去5年間の取り組みとその結果としての産婦人科 を取り巻く環境の現状

2. 行政上の取り組み

1. 全都道府県での周産期医療システムの整備
2. 厚生労働省:産科医等確保支援事業
3. 厚生労働省:地域医療支援センター
4. 厚生労働省:診療報酬改定 勤務医の負担軽減と処遇改善
5. 厚生労働省:労働基準監督署の大学病院への指導強化
6. 文部科学省:周産期医療環境整備事業(H21-(人材養成環境整備))
7. 出産育児一時金の引き上げ・分娩費用の動向
8. 出産育児一時金直接支払制度・受取代理制度の導入
9. 地域医療再生基金
 1. 寄附講座
 2. 医学部地域枠・診療科枠、奨学金制度
 3. 分娩手当の普及
10. 産科医療補償制度

過去5年間の取り組みとその結果としての産婦人科 を取り巻く環境の現状

3. 病院の取り組み

1. 勤務医の処遇改善(分娩手当・時間外手術手当等)
2. 院内保育の普及
3. 短時間正規雇用制度の導入
4. 育児休暇取得の増加

4. 東日本大震災の経験 → 有事対応の必要性

5. 司法判断

1. 奈良県立病院産婦人科超過勤務手当訴訟への最高裁判断

GD2015における地域の産婦人科医療改革を専門医制度改革との連携を前提として策定する必要性

- 専門医制度改革

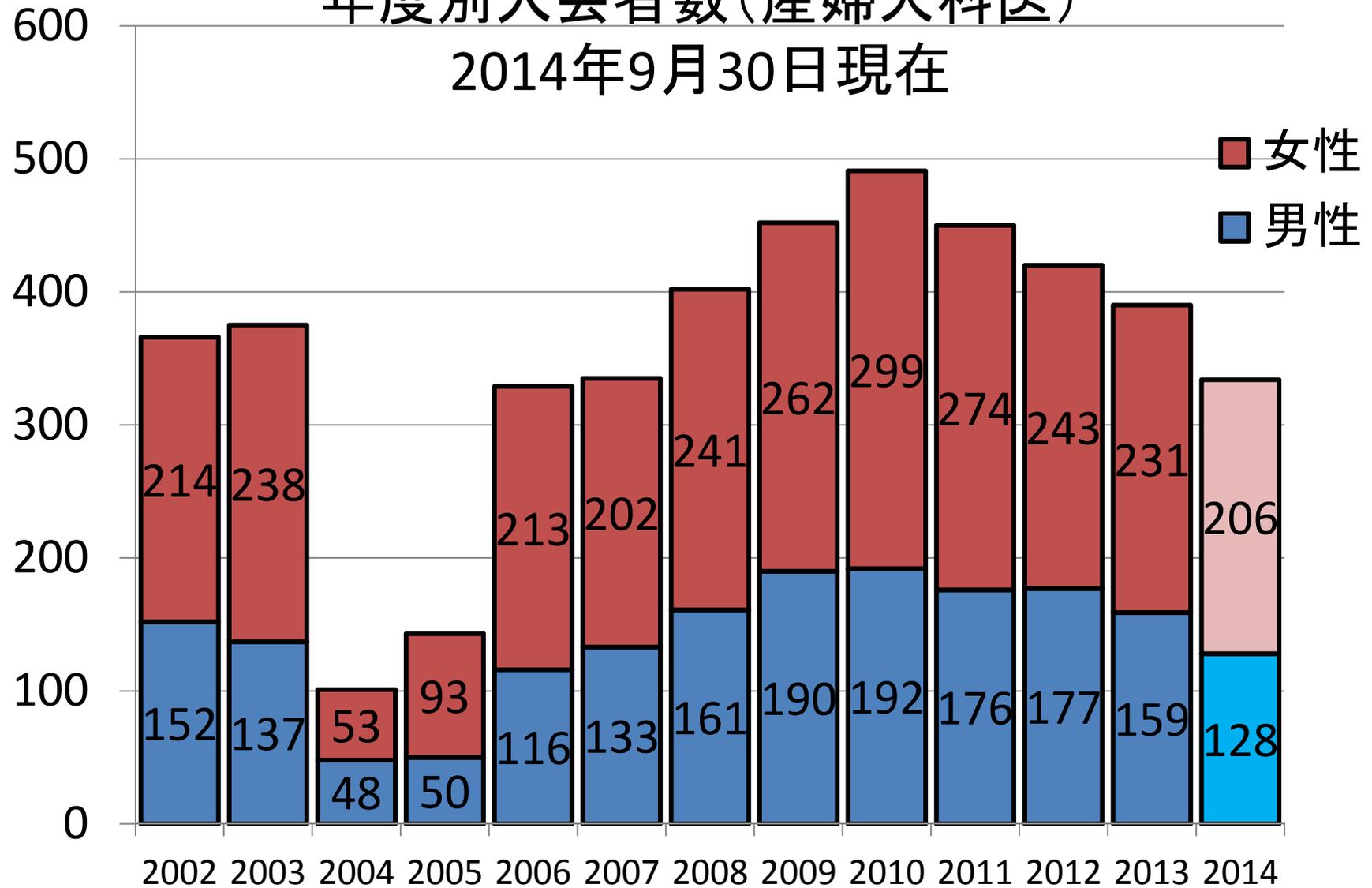
- 2014年5月 一般社団法人日本専門医機構
- 2015年度中に基本的なプログラムを策定
- 2016年度にはプログラムを確定
- 2017年度 新専門医制度に基づく研修開始
- 2020年度 新専門医制度に基づく専門医認定

- 具体的には、新専門医制度で導入される「病院群」と「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」の整合性を図っていく必要がある。

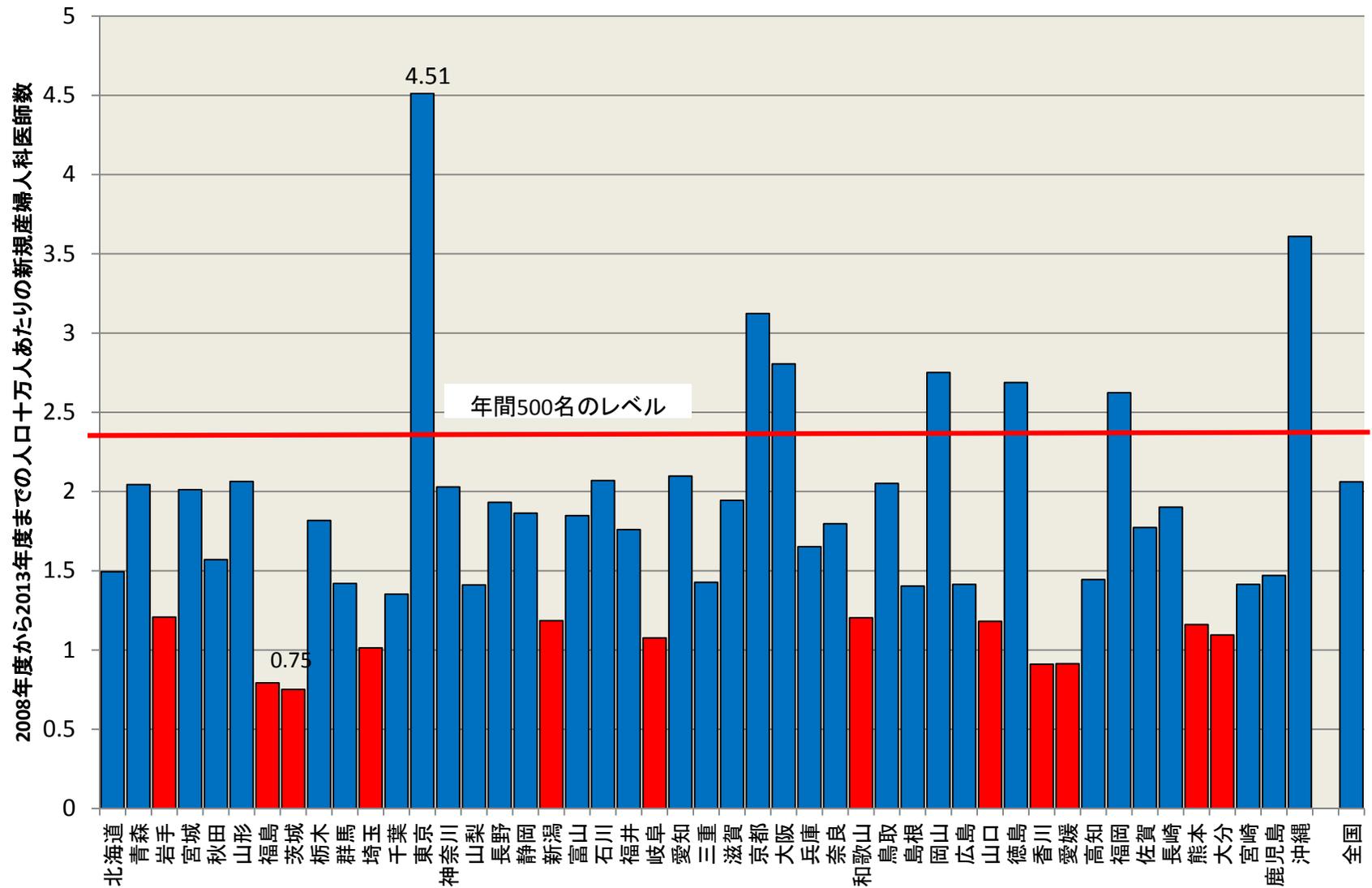
産婦人科医療が抱えている課題

- 分娩取扱施設の減少が持続しており、地域分娩環境確保が出来るかどうか、きわめて危機的な状態にある。
- その背景には、以下のような現状がある。
 - 産婦人科新規専攻医の減少
 - 産婦人科新規専攻医の男女比が1:2でほぼ固定していること
 - 産婦人科新規専攻医数の著しい地域格差
 - 分娩取扱施設勤務医の労働条件改善の欠如
 - 分娩取扱施設集約化の停滞
- 地域分娩環境の確保には、多数派である30歳代から40歳代の女性医師が地域の分娩取扱施設に勤務し続けることが、必要不可欠となっている。

日本産科婦人科学会 年度別入会者数(産婦人科医) 2014年9月30日現在



2008-2013年度の都道府県別新規産婦人科医数 (人口十萬対)



基本認識1

- 新規産婦人科専攻医数の現状：
 - － 年間500名を目標とし、学会・医会が協力して、新規専攻医増加のために努力を続けてきたが、目標に到達せず、過去4年間については、減少傾向にある。
 - － 新規産婦人科専攻医数は、都道府県間の格差が非常に大きく、過去6年間の人口あたり新規専攻医数が特に少ない岩手、福島、茨城、埼玉、新潟、岐阜、和歌山、山口、香川、愛媛、熊本、大分の各県では、緊急かつ抜本的な対応が必要と考えられる。

アンケート結果冊子36ページ表23参照

2007年～2013年全国アンケート調査の比較

	2013年	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年	2007年
対象施設	1103	1,112	1,118	1,142	1,157	1,177	1,281
有効回答(%)	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	510.8	501.0	507.0	498.3	499.8	474.8	446.3
常勤医1名あたり	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	6.2	6.0	5.9	5.5	5.6	4.9	4.5
非常勤医師	2.5	2.4	2.0	1.9	1.9	1.9	1.5
推定平均在院時間(1カ月)	296	300	304	314	317	317	NA
当直							
回数(／月)	5.6	5.7	5.8	6.3	6.0	5.9	6.3*
翌日勤務緩和(%)	193(24.3)	172(21.7)	163(21.6)	156(20.3)	156(19.0)	142(16.7)	58(7.3)
手当増額(%)	NA	NA	NA	130(16.9)	144(17.5)	124(14.5)	73(9.2)
分娩手当(%)	463(58.2)	467(58.9)	427(56.6)	416(54.1)	339(41.2)	230(27.0)	61(7.7)
特殊手当(%)	NA	122(15.4)	139(18.4)	154(20.0)	143(17.4)	110(12.9)	41(5.2)
ハイリスク加算の還元(%)	59(10.2)**	57(12.1)**	47(10.3)**	42(9.5)**	39(8.2)**	66(7.7)	5(0.6)

* 2006年度定点調査より換算

**ハイリスク加算の請求がある施設における頻度

NA: not applicable.

アンケート結果冊子37ページ表24参照

女性医師支援に関する調査結果の比較

	2013年	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年
対象施設	1103	1,112	1,118	1,142	1,157	1,177
有効回答率(%)	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(%)**	1,947(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(%)***	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(%)****	526(66.2)	494(62.3)	457(60.6)	426 (55.4)	436 (53.0)	399 (46.8)
病児保育(%)****	190(23.9)	149(18.8)	122(16.2)	92 (12.0)	85 (10.3)	80 (9.4)
24時間保育(%)****	183(23.0)	151(19.0)	114(15.1)	135 (17.6)	134 (16.3)	111 (13.0)
利用者数	198	174	190	172	163	163
代替医師派遣制度(%)****	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(%)****	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	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(%)****	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)	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

***全女性医師数に対する頻度

****全施設に対する頻度

NA: not applicable.

基本認識2

- 分娩取扱病院の勤務条件の現状

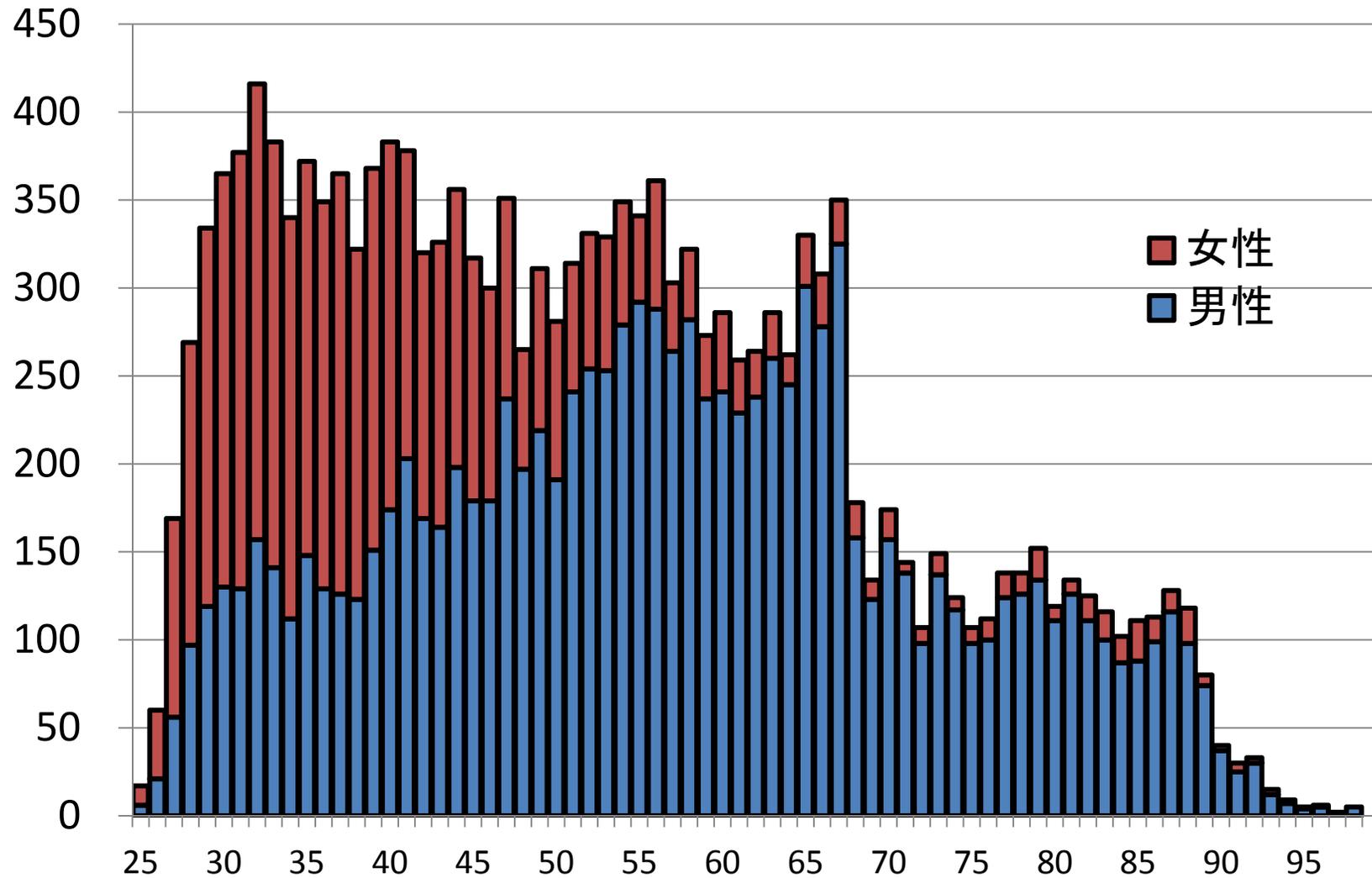
- 当面の目標として

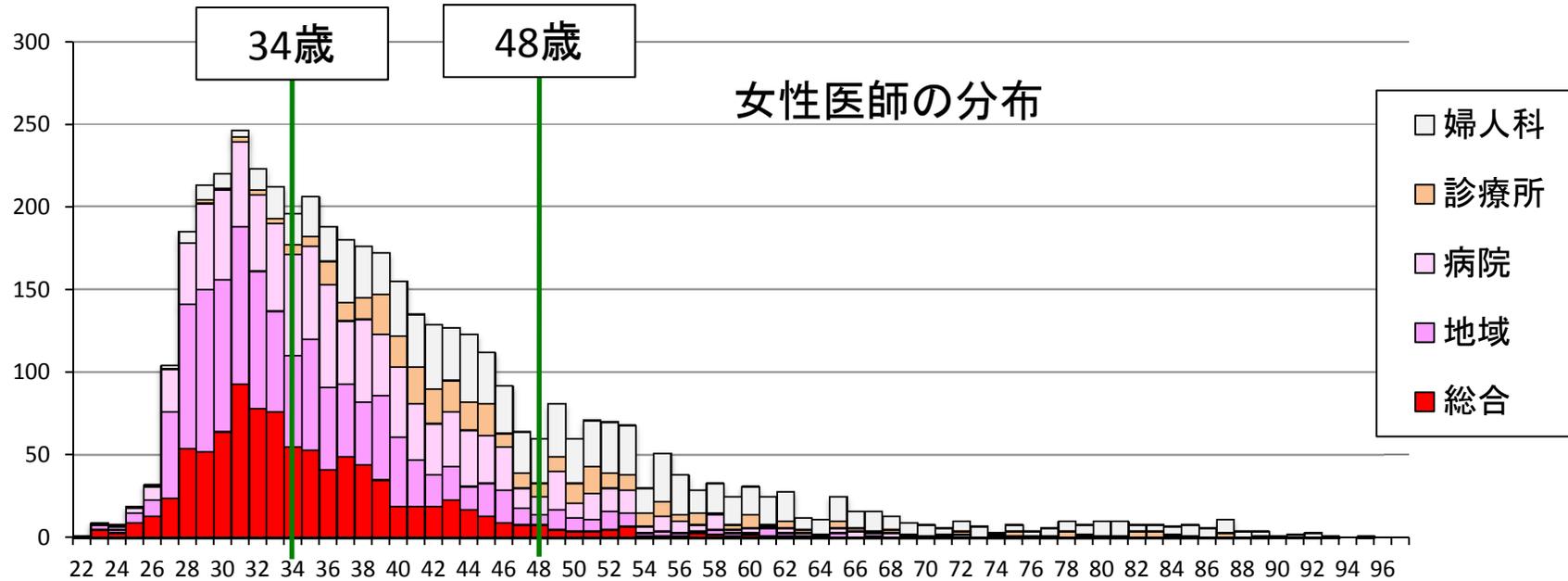
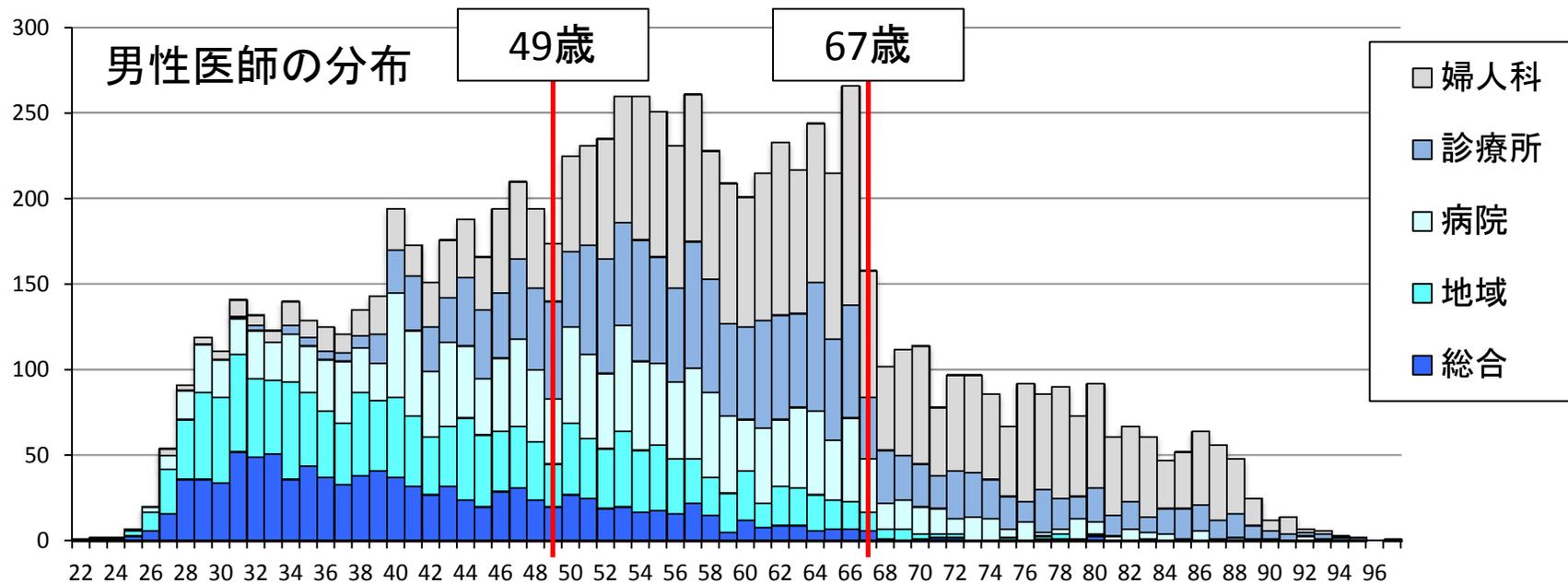
- 勤務医数を年間分娩500件あたり6-8名
- 月間在院時間240時間未満
- 勤務医の勤務条件緩和、処遇改善策を推進する。
- 特に女性医師の継続的就労率の増加を図る。

の4点をあげて、集約化による勤務条件の緩和をめざしたが、その成果は限定的と言わざるを得ない。

- 医会調査によると、施設あたり平均分娩数は2008年の475件から2013年には511件(+8%)に増加した。平均常勤医数は2008年に4.9名だったが、2013年には6.2名(+27%)に増加した。この間、女性医師の占める割合は31%から39%に増加し、女性医師の内、妊娠・育児中の医師の割合は33%から48%に増加している。
- その結果、平均当直回数は、2008年の月5.9回から5.6回(-5%)、推定平均在院時間は317時間から296時間(-7%)へと微減している。
- 分娩手当の支給率は、2008年の27%から2013年には58%に増加しているが、2010年以降、増加速度が低下し、停滞傾向にある。
- 分娩取扱病院は、分娩数、産婦人科医師数の面からは、徐々に規模が拡大してきていると考えられるが、医師の在院時間の短縮は全く不十分と言わざるを得ず、また処遇の改善についてもその改善が停滞している。

日本産科婦人科学会 性別年齢別会員数 2014年11月現在





資料9 施設ごとの会員数と平均年齢(頻度、男女比)

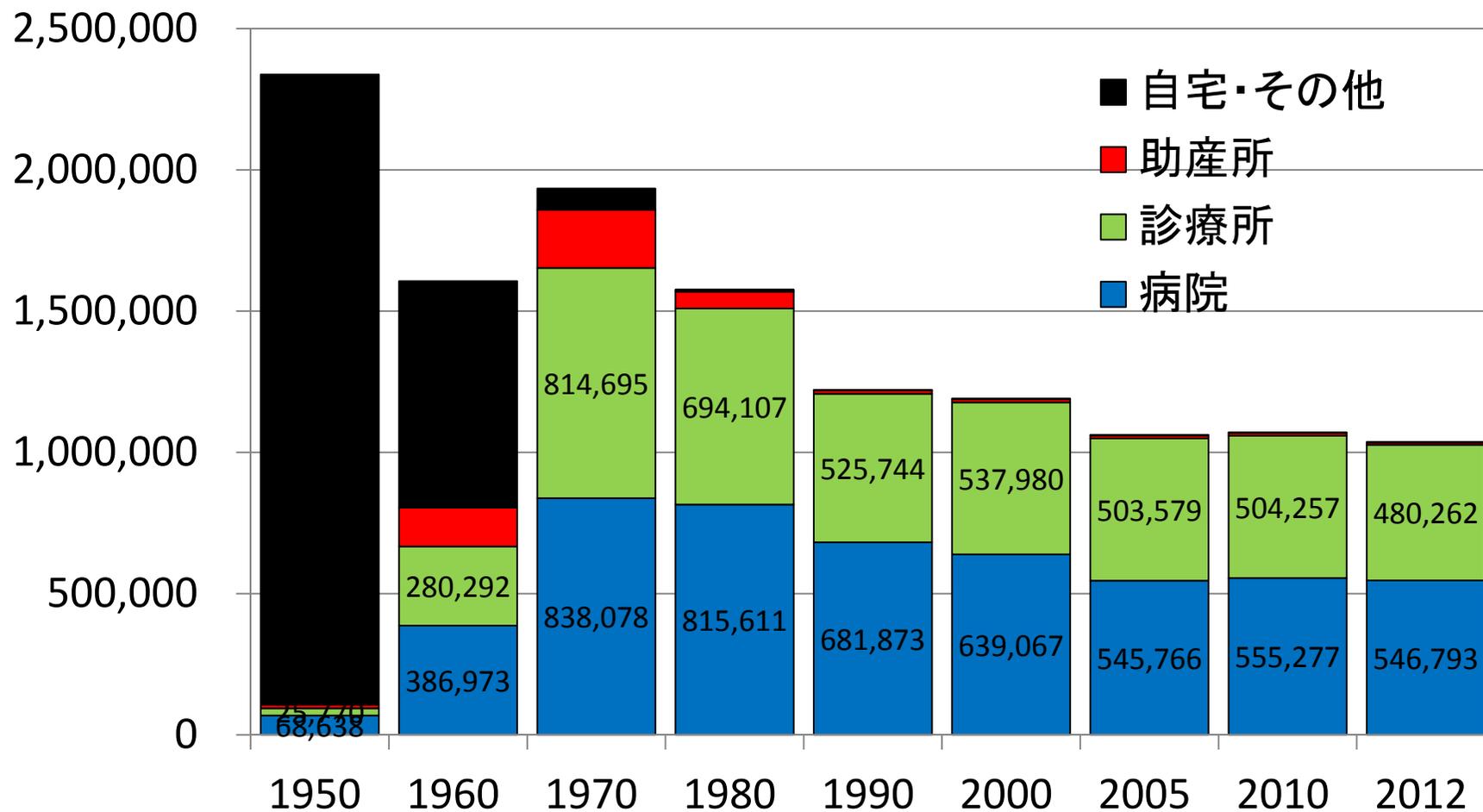
	会員数			平均年齢		
	total	男性	女性	total	男性	女性
全会員	15990	10826 (67.7%)	5164 (32.3%)	52.1	56.9	41.9
分娩施設	9702 (60.6%)	6233 (64.2%)	3469 (35.8%)	46.0	50.8	37.5
婦人科施設	4063 (25.3%)	3036 (74.7%)	1027 (25.3%)	60.1	63.1	50.9
その他	2225 (14.0%)	1557 (69.9%)	668 (30.1%)	64.0	69.5	51.2
分娩施設	total	男性	女性	total	男性	女性
総合周産期	1979 (20.4%)	1052 (53.2%)	927 (46.8%)	38.6	41.9	34.9
地域周産期	2625 (27.1)	1480 (56.4%)	1145 (43.6%)	40.4	44.4	35.2
一般病院	2792 (28.8%)	1761 (63.1%)	1031 (36.9%)	47.0	51.8	38.8
診療所	2306 (23.7%)	1940 (84.1%)	366 (15.9%)	57.6	59.4	47.9

- ・会員の60%が分娩取扱い施設で勤務(その他を除くと70%)
- ・分娩施設に所属する会員の47.5%は周産期母子医療センターで勤務
- ・周産期母子医療センター勤務者は平均年齢40歳以下

基本認識3

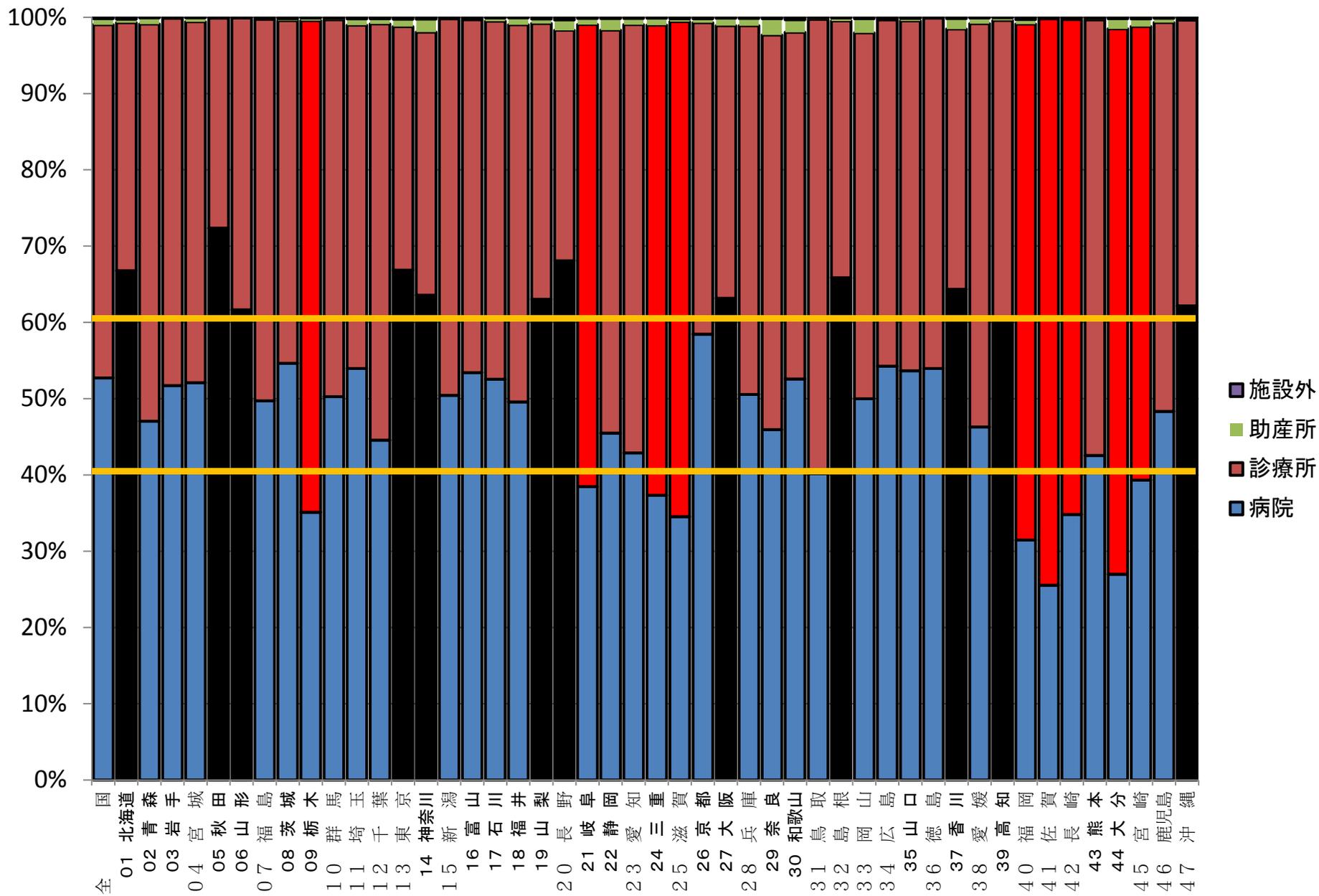
- 産婦人科医の勤務場所の現状：
 - － 2014年度に実施した学会・医会共同勤務実態調査により、30歳台前半では、70%の医師が総合ないし地域周産期母子医療センターに勤務していること、周産期救急の現場が30歳台の医師によって担われている現状が改めて明らかになった。
 - － 女性医師は、男性医師と比較して病院・診療所への勤務場所の移行が早い傾向が認められるが、40歳台後半以降の女性医師はその数が少ないため、現在30歳台の女性医師が今後、どのような勤務を選択していくかは、予測が困難と考えられた。いずれにしても多数派である女性医師が分娩取扱い施設での勤務を継続し、分娩取扱を担当し続けることができる体制の整備が必要である。
 - － 産科診療所は現時点で低リスク分娩を中心に全分娩の47%を担当しており、それを担っているのは主として40歳台から60歳台の男性医師である。現時点で30歳台の男性医師数がそれ以前と比較してほぼ半減していることを考慮すると、低リスク分娩への対応のあり方については、今後、地域の実情に応じて、以下のいずれかの方向で変化せざるを得ないと考えられる。
 - 相当数の女性医師が産科診療所で低リスク妊娠分娩管理を担当する。
 - 低リスク分娩に関して、病院施設での管理の比率を増加させる。

出生場所別出生数の推移



人口動態統計より

2012年 都道府県別 出生場所別 出生割合



基本認識4

- 地域による分娩場所の違いについて(平成24年データによる)
 - 病院分娩率 > 60%: 12都道府県 東京、神奈川、大阪、北海道、秋田、山形、山梨、長野、島根、香川、高知、沖縄
 - 診療所分娩率 > 60%: 9県 栃木、岐阜、三重、滋賀、福岡、佐賀、長崎、大分、宮崎
 - 助産所分娩・自宅分娩については全体で1%に満たない(都道府県中最大の奈良県で2.3%)ため、分娩の多様性確保という観点では検討する意味があるが、地域分娩環境の確保という観点での検討は不必要と考えられる。
 - 産科診療所は、承継という課題があるため地域分娩環境確保への寄与を将来にわたって継続できるかどうかについては、地域ごとに検証する必要がある。

GD2010の評価(1)

- 結果的にみて、GD2010で提案された以下のような事項は状況の改善をもたらしていない、有効ではなかったと考えられる。
 - 産婦人科医師数：年間最低500名の新規産婦人科専攻医を確保する。
 - 助産師数：助産師養成数を年間2000名以上まで増員する。
 - 分娩取扱病院：勤務医数を年間分娩500件あたり6-8名とする。
 - 月間在院時間240時間未満を当面の目標とする。
 - 勤務医の勤務条件緩和、処遇改善策を推進する。
 - 特に女性医師の継続的就労率の増加を図る。
 - 産科診療所：
 - 複数医師勤務、助産師雇用増等により、診療所医師の負担を軽減するとともに診療の質の確保と向上を図る。
 - 勤務環境の改善と診療の質の向上のために、診療規模の拡大を志向していく
 - 分娩管理の効率化と多様性を確保するため分娩数全体の2分の1から3分の2を産科診療所または産科専門施設*で担当する。
 - 地域における一次施設から三次施設までの施設間連携を強化し、周産期医療における安全性の向上を図る。
 - 診療ガイドラインの作成やその普及等により周産期医療の標準化を推進し、周産期医療の質の向上に寄与する。

GD2010の評価(2)

- 著しい地域格差がある中で、画一的な施策では、その効果には限界がある。
- この間、「産婦人科医は増えて減った」と評価されてきたが、実際には、一時的に増加したのは大都市圏だけであり、地方の実情は不変ないし、悪化でしかなかったと評価すべきである。
- 問題は、各事項を実現するための具体的な道筋が示されていないなかったこと、現場の進行状況を積極的にモニターする体制が整備されなかったため、「提案」の域を超えて「行動指針」として機能することができなかったことにあると考えられる。
 - GD2015では、目標を定めるとともに、それを実現するためのプロセス(誰が、いつ、なにを、どのように)を明確にすること、中間的な評価指標を示すことが必要と考えられる。
 - そして、実際の進行状況をモニターし、目標の達成状況を社会と当事者に向けて明らかにしていく必要がある。

基本的な方向性1

- 目標:すべての地域で、プライマリケア領域から救急医療、高度専門医療まで、産婦人科医療へのアクセスが将来にわたって安定的に確保される。
 - すべての地域で、プライマリケア領域から救急医療・高度専門医療までの産婦人科医療を担う医師が養成され、診療に従事している。
 - 産婦人科専門医研修及び技術向上の機会がすべての地域で確保されている
 - 地域で、妊婦検診を受けることが可能で、分娩施設へのアクセスが確保されている。
- 方策:
 - 産婦人科30歳代勤務医の勤務条件の緩和と処遇改善を推進する。
 - すべての都道府県で、妊婦検診、低リスク妊娠・分娩対応施設を含む、産婦人科・周産期医療施設のネットワークを構築し、地域における分娩環境確保の状況を明示する。
 - 地域基幹分娩取扱病院は地域の二次三次病院の中から、一次医療機関の支援の強化を前提として地域の実情を勘案して設定される。
 - 地域基幹分娩取扱病院の大規模化・重点化を図ることを通じて、勤務する産婦人科医が継続的な就労可能な勤務環境を整備する。
 - 数値目標
 - 総合周産期母子医療センター:産婦人科常勤医20名以上
 - 地域周産期母子医療センター・地域基幹分娩取扱病院:産婦人科常勤医10名以上
 - 主治医制の廃止
 - 当直明け勤務緩和・交代勤務制導入の推進
 - 診療内容:地域においてサブスペシャリティ領域の専門医資格取得が可能な指導医、症例数、診療内容の確保

地域基幹分娩取扱病院に求められる条件

- 3分の2以上を占める女性医師が継続的就労可能な勤務条件
 - 女性医師にも男性医師にも適正な勤務条件
 - 処遇の適正化
 - 時間外分娩・手術手当
 - 法令遵守
 - 効率的な勤務体制
 - 交代勤務制
 - 主治医制の廃止 チーム制の導入
 - 在院時間の適正化
 - 短時間正規雇用
 - 院内保育・夜間保育・病児保育の実施
 - 休日・時間外・深夜加算1の算定
-
- 24時間救急対応
 - 地域分娩環境の確保
 - チーム医療の推進
 - 実力をもった(正常分娩を任せることのできる)助産師を育成する体制の整備:
 - 助産師の助産実践能力養成を推進

基本的な方向性2

- 地域産婦人科医療機関の機能分担を推進する。
 - すべての地域における妊婦健診施設の確保と重点化分娩取扱施設との連携強化
 - すべての地域における婦人科検診へのアクセスの確保
- 「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」を立ち上げ、各地域の実情のリアルタイムのモニターと情報共有、評価が可能な体制を整備する。
- 今後5年間、活動を継続しつつ、随時必要な見直しを行う。

平成26年12月13日

公益社団法人 日本産科婦人科学会理事長 小西 郁生

公益社団法人 日本産婦人科医会会長 木下 勝之

「わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言」

- 行政と地域の産婦人科医は、密接な協力に基づいて断固たる決意で、以下の施策を推進すること。
 - 都道府県は、地域枠・診療科枠の活用を含め、産婦人科新規専攻医の増加のための施策を緊急に実施すること。
 - 過去6年間の人口あたり新規専攻医数が特に少ない岩手、福島、茨城、埼玉、新潟、岐阜、和歌山、山口、香川、愛媛、熊本、大分の各県では、緊急かつ抜本的な対応が必要と考えられる(資料2)。
 - 都道府県は、地域で産婦人科医を養成し、技術習得を支援し、専門性向上の機会を提供することのできる体制を緊急に整備し、地域格差の改善に努めること。

平成26年12月13日

公益社団法人 日本産科婦人科学会理事長 小西 郁生

公益社団法人 日本産婦人科医会会長 木下 勝之

「わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言」

- 行政と地域の産婦人科医は、密接な協力に基づいて断固たる決意で、以下の施策を推進すること。
 - 地域の基幹分娩取扱病院は、重点化・大規模化を迅速に推進し、勤務医の当直回数の削減、当直明け勤務緩和、交代制勤務導入等の勤務条件の改善が可能な体制とすること。
 - 重点化・大規模化については数値目標を掲げ、その早期実現を推進する。
 - 数値目標(妊娠・育児・介護等の理由で当直勤務のできない常勤医が一定数いても、宿直回数等で法令を遵守し、24時間対応の体制を確保するための最低限の人数である。)
 - 総合周産期母子医療センター:施設あたりの産婦人科常勤医20名以上
 - 地域周産期母子医療センター・その他の地域基幹分娩取扱病院:施設あたりの産婦人科常勤医10名以上
 - 基幹分娩取扱施設の重点化・大規模化は、今後40歳代においても多数派となる女性医師が就労を継続し、分娩の現場を支えることが可能となるために必要不可欠である。
 - 地域によっては分娩施設の減少に対応するため、妊婦健診施設と分娩施設間の連携強化と分娩施設へのアクセスの確保が必要となる。
 - 妊娠分娩管理においてはチーム医療を推進し、妊産婦の理解を得て、主治医に過剰な時間外負担のかからない体制を構築する必要がある。

地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト

- 平成27年度より日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会の新たな共同事業として「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」(仮称)を立ち上げる。
- 専従の事務職員をおく。
- 施設データベースの構築
 - － わが国の産科医療提供施設(総合・地域周産母子医療センター、一般病院、産科病院、産科診療所、妊婦健診施設)のデータベースを構築し、それに基づいて都道府県ごとの産科医療提供体制の基本情報の公開を行う。
 - － 施設データベースには、施設名、住所、電話番号、施設URL、産婦人科医師数、分娩数等の情報を含め、Google Map上で基本情報について簡便に検索、アクセスできる環境を整備する。
 - － 施設データベースを用いて都道府県ごとに総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、地域基幹病院に勤務する産婦人科医師数に関する情報を整理し、公開する
 - 総合周産期母子医療センター 20名以上の施設数と割合
 - 地域周産期母子医療センター・地域基幹病院 10名以上の施設数と割合
 - 勤務条件の改善の取り組み
- 厚生労働省医政局地域医療計画課、都道府県の医師確保担当者、地域医療支援センター、大学医学部産婦人科教室、地域基幹分娩取扱病院等と密接に連携し、情報を共有するとともに、必要な支援を行う。

GD2015 要検討課題

- 他の診療部門との業務分担の見直しにどこまで踏み込むか
 - 総合診療専門医・家庭医との関係
 - 産婦人科として示している診療水準が達成されるのであれば、他の基本領域の医師が、妊娠・分娩の取扱いに関与することに問題はない、ということによいか？
 - その場合、他の基本領域の専門医が、妊娠・分娩等を取り扱う場合に習得すべき研修内容を決める責任は日産婦学会にあるのではないか。
 - 新生児科(新生児科自体がまだ標榜可能な診療科として認められていない)との関係
 - 正常新生児は産婦人科医による管理、異常新生児は小児科医による管理という線引きによいか
 - 新生児科医の立場をどのように高め、必要な専門家を確保していくか
 - 助産師
 - 勤務助産師の業務範囲
 - 開業助産師の業務範囲
 - 嘱託医・嘱託医療機関の問題
 - 産後ケア事業への参画
 - 助産実践能力向上にむけた体制の整備

平成26年度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」
第2回公開研究会

- 日時:平成27年3月7日(土)13時～16時40分
- 会場:AP東京八重洲通り K会議室
 - 中央区京橋1丁目10番7号 KPP八重洲ビル11階
- 議事次第
 - 司会:北里大学産婦人科教授 海野信也
 - 新生児医療を担う医師の養成について、日本小児科学会の立場から
 - 演者:関西医科大学小児科 教授 金子一成先生(40分)
 - 討論 20分
 - 周産期医療における助産師の役割について
 - 演者:日本助産師会専務理事 葛西圭子先生(30分)
 - 討論 20分
 - 「医療安全の向上からみた地域周産期医療体制の課題」
 - 演者:三重大学産婦人科教授 池田智明先生 30分
 - 討論 20分
 - 「周産期医療における家庭医・総合診療医の役割」
 - 演者 鉄蕉会亀田ファミリークリニック館山院長 岡田唯男 先生(40分)
 - 討論 20分

平成26年度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」
第3回公開研究会

- 日時:平成27年3月22日(日曜) 13時より16時30分まで
- 会場:ステーションコンファレンス東京 501AB
- 議事:
 - 司会:東京女子医科大学母子総合医療センター所長・教授 楠田 聡
 - 「周産期医療体制整備指針の改定について」(20分)
 - 演者 厚生労働省医政局地域医療計画課 救急・周産期医療対策室長 西嶋 康浩
 - 「医療制度改革の最新の動向と周産期医療」(40分)
 - 演者 昭和大学病院長 有賀 徹
 - 討論20分
 - 「周産期地域医療の現状と課題～将来需要やアクセスを踏まえて～」(40分)
 - 演者 国際医療福祉大学大学院准教授 石川 雅俊
 - 討論20分
 - 「全国の総合周産期母子医療センターのNICU勤務医師充足度調査結果」(15分)
 - 演者 埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター新生児部門担当教授 側島久典
 - 討論10分
 - 「わが国の周産期医療体制の課題～論点の整理～」(15分)
 - 演者 北里大学病院長 海野信也
 - 総合討論30分

GD2015 今後の策定過程

- 2015年2月28日：日産婦学会理事会
– →Ver.2.2
- 2015年3月20日：日産婦学会常務理事会
– Ver. 3.0 →完成版
- 2015年4月 9日：日産婦学会総会時臨時理事会