

産婦人科医療提供体制検討委員会では、昨年4月の中間報告後の検討の内容を加え、このたび第2次中間報告をまとめました。今後は2月24日の本学会理事会での検討後、3月15日の常務理事会までに最終報告案をまとめる予定です。この最終報告案について、3月21日の拡大産婦人科医療提供体制検討委員会で公開の場で検討を行った後、4月14日の総会に最終報告を提出することを考えております。ついては本会会員の皆様ならびに一般の方々からのご意見をお待ちいたしております。ご意見は下記宛までお寄せ下さい。

なお、当該第2次中間報告の内容および公開の拡大産婦人科医療提供体制検討委員会の案内につきましては、次頁よりお目通しのほどお願いいたします。

平成19年2月5日

日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会

1. 第2次中間報告書—産婦人科医療の安定的提供のために—
2. 公開「第2回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会」—新しい日本のお産を目指して—

意見提出先：日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会宛

E-mail：nissanfu@jsog.or.jp

FAX：03-5842-5470

第 2 次中間報告書 —産婦人科医療の安定的提供のために—

本学会の産婦人科医療に対する基本理念

本委員会は日本産科婦人科学会の産婦人科医療に対する基本理念を次のように確認した。

- 日本産科婦人科学会員は女性の健康を守り続ける。
- 日本産科婦人科学会員は我が国の産婦人科医療の質を維持し、さらに発展させていく。
- 日本産科婦人科学会員は我が国の全出生に対して責任ある姿勢で臨む。

上記の基本理念に基づいて、本学会は以下の活動を推進する。

- すべての女性が適切な医療を受けられるよう適切な医療提供体制を構築する。また、分娩の「安全性」と「快適性」、並びに「医療提供体制の継続性」を追求する。
- すべての女性が一定水準以上の産婦人科診療を受けるための基盤となる本邦における産婦人科診療ガイドライン作成を推進する。
- 医療事故関連の法律の整備及び医療紛争処理のための制度整備に積極的に取り組む。
- 継続的・安定的に産婦人科医療を提供するために産婦人科学会員の就労環境改善に努力する。
- 女性会員が抱えている諸問題の解決に正面から取り組む。

1. 第 2 次中間報告書をまとめる上での考え方

(ア) 平成 17 年 11 月に本委員会が発足し、平成 18 年年 4 月に公表した中間報告書を準備していた段階ではまだ将来の医療提供体制を考える上で重大な問題とはとらえられなかった様々な問題点が、福島県立大野病院事件を契機とした、わが国の産婦人科をめぐる様々な動きの中で急速に明らかになってきた。前回の中間報告では、産婦人科医の絶対的不足状況とその構成の変化を前提として、安定的な医療提供体制を維持可能とすることを目的として、主として産婦人科医療特に産科医療を担う医療機関の内容・構成・配置・ネットワークを検討した。その中では、医療紛争増加への対策の検討や分娩のあり方についての検討はわずかしか含まれていなかった。以下に示す 4 項目は、この 1 年ほどの間に産婦人科医療現場で露呈した問題点である。このうち前 2 者は、ある程度は予想された展開と言えるかもしれないが、後 2 者については全く予測できなかった。しかし、「異状死の届け出」「医療事故の刑事立件」「看護師内診」「あるべき分娩の姿についての社会のコンセンサス」の各問題は、産婦人科の将来像を検討する上で、避けることのできない問題であるだけでなく、より喫緊の課題として早期の解決が必要であると考えられる。従って、本第 2 次中間報告書では、これらの問題についても、産婦人科医の立場から検討を加えることにしたい。

(イ) 学会・医会の調査やマスコミの報道により以下のような情報が一般に公開され、産婦人科医療提供体制の破綻状況が、周知の事実になった。

- ① 産婦人科医の絶対数の減少
- ② 分娩施設の減少
- ③ 分娩の現場にいる医師の絶対数
- ④ 助産師不足・施設間（病院と診療所）偏在
- ⑤ 地域における分娩施設閉鎖の影響
- ⑥ NICU の不足と地域における母体救急対応体制の不備を原因とする周産期救急搬送における搬送先施設決定の困難さと制度整備の必要性

(ウ) 新臨床研修制度導入後世代の専攻科選択が平成 18 年度から始まり、診療科間偏在の現実が露呈した。

- ① 新臨床研修制度導入初年度の平成 16 年卒業医の中で日本産婦人科学会専門医研修を開始した医師は 285 名程度であり、それ以前より約 20%減少している。
- ② 診療科間偏在の臨床現場への影響は、規模の小さい診療科で先に顕在化する。麻酔科・小児科・産婦人科でおきている事態が今後、外科系全体に波及することが危惧される。

(エ) 産婦人科医療関連事故事例における、刑事告発・訴追事例が大きく報道され、社会問題化した。

- ① 医師法 21 条違反・保健師助産師看護師法 30 条違反・業務上過失致死傷容疑を理由とした事例の捜査が続けて大きく報道された。（福島県立大野病院事件・横浜市堀病院事件・豊橋市近藤産婦人科事件）
- ② 医療現場の常識的な判断ではその対象とは考えにくい事例が刑事処分（医師法上かならず行政処分を伴う）の対象となる可能性があること、従って、通常の診療行為の中で発生する（可能性のある）予後不良症例が、刑事訴追の対象となる可能性があることが明らかになり、現場の診療内容に深刻な影響を与えた。
- ③ 医師法 21 条・保健師助産師看護師法 30 条の解釈について、医療現場と行政・司法当局との間で重大なギャップが存在することが明らかになった。

(オ) 産婦人科医不足の問題と産婦人科医療関連事故の報道が非常に多くなされた。その結果、マスコミ・一般市民における医療現場の実情、医療のもつ本質的な不確実性に関する理解に不十分な点があること、そして理解のないままに医療に関する要求がなされていることが明らかになった。医療安全に対する関心は高まっているものの、あるべき分娩の姿についての産婦人科医の考え方とマスコミ・一般市民の考え方には大きなギャップが存在しており、それを埋める努力が必要である。多くの医療現場は理想的な状態とはかけ離れた条件で勤務しているので、医療制度上の問題を抜きにして、現場に常に理想的な対応を要求すること自体に無理があることをマスコミ・一般市民に理解してもらう必要がある。

2. **わが国の産科医療提供体制についての現状認識**：産婦人科医療提供体制の中でも特に危機的状況にある産科医療分野について、今後の対策を考える前提として、当委員会の基本的現状認識について述べる。

(ア) 分娩のあり方は様々であり、国によって時代によって違いが大きい。わが国の産科医療提供体制の特徴として挙げられるのは以下の点である。

- ① 自宅分娩は極めて少数であり基本的には施設分娩である（診療所と病院でそれぞれ約半数ずつ分担している。助産所分娩は 1%程度である）。
- ② 分娩施設は集約化されていない。全体として分娩施設数が多く、施設の規模（医師数・分娩数）は少ない。
 1. 1-2 人医師の有床診療所が約半数の分娩を担当している。
 2. 病院施設でも勤務する産婦人科医は平均 3 名程度である。

- ③ 助産師は病院施設に偏在しており、診療所では非常に少ない。
- ④ 周産期死亡率、妊産婦死亡率等の周産期統計指標は、分娩施設が集約化されている他の先進国と比較しても良好である。

- (イ) 上記のように、わが国の産科医療提供体制は、多数の地域分娩施設における分散処理という特徴を有している。わが国ではこのシステムによって良好な周産期医療成績が実現されたが、それは少数（多くの施設は一人ないし二人）の医師が24時間体制で対応するという過酷な勤務を継続することによって支えられてきた。特に医師が経営する分娩取扱有床診療所という形態は、わが国で1950年代から1970年代にかけて急速に施設分娩が普及した際に、産婦人科医・助産師の絶対数が乏しい中で、各地に分娩取扱施設が存在し、そこで専門医が分娩を取り扱うという体制を可能にすることに大きく寄与してきた。そしてこのシステムは、健康な女性のリスク因子の認められない妊娠分娩においても発生を避けることのできない、突発する偶発合併症による予後の悪化を防ぐことに極めて有効に作用してきた。このシステムは、勤務体制上医師の負担が非常に大きいという問題点を有するのは確かだが、これまで40年以上にわたってわが国の産科医療の基盤となってきたものである。
- (ウ) 産婦人科医師のライフサイクルを考えると、個人差は大きいものの、勤務する施設は、初期・後期・専門医研修施設である医育機関・病院から診療所へという大きな流れが存在する。産婦人科医の勤務施設調査からは（女性医師の割合が高い）若年者に支えられている病院施設と比較的高年齢の医師に支えられている診療所という構造が明らかである。比較的肉体的に無理がきく若い医師が病院施設でハイリスク症例に対する高度医療を担うとともに、経験を積んだ医師が医療資源には乏しい地域の小規模施設で地域医療を担い多くの低リスク妊娠分娩管理を行うという構造によって、産科医療における施設間・世代間の分担が行われてきているわけである。
- (エ) 新規研修開始者・若手産婦人科専攻医師の減少という状況の中で、研修施設における若手医師の絶対数が減少し、それに伴って病院施設における診療能力の低下が現実のものとなっている。医師の確保のためには勤務条件の改善が必要不可欠と考えられ、産婦人科医師の絶対数が限定されている中で24時間救急対応等の診療機能を維持するためには、施設あたりの勤務医師数の増加を伴う医師の再配分と、各医療機関が担当する診療圏の広域化は避けられない。その結果、分娩施設数の減少は必然的におきると考えざるを得ない。
- (オ) 地域における分娩取扱能力を維持するために、分娩施設の維持が前提となるが、上記の理由から病院施設には多くを期待できない。
- (カ) 2005年の本学会調査によると、地域医療現場において大学病院以外の分娩取扱施設に勤務する産婦人科医師は病院1273施設で3644名、診療所1783施設で2463名である。産科医療提供体制を考える上では、このように産婦人科医全体の5分の1以下の分娩取扱診療所に勤務する医師が全分娩の47%を担当しているという事実¹に留意する必要がある。
- (キ) わが国の地域産科医療は、分娩取扱診療所が地域に適切に存在していることによって維持されてきた。地域の病院施設における産婦人科の診療機能維持が困難な現状においては、地域の産科医療を維持するためには、地域で分娩を取り扱っている診療所が分娩取扱を維持することが非常に重要となる。従って、現在分娩を取り扱っている有床診療所における分娩取扱阻害要因を除き、分娩取扱維持を支援する体制の整備が、緊急の課題となっていると考えられる。

3. 産婦人科医療提供体制の将来像—総論—

(ア) 産婦人科医療を受ける立場から

- ① 住民の多様なニーズに対応し、一次医療から高度先進医療まで、医療への確実なア

- クセスが確保されなければならない。
- ② すべての医療機関の診療内容は公開されなければならない。地域住民は公開された情報に基づいて、可能な範囲で施設・内容の選択を行う。
 - ③ 当事者の経済状態によって享受できる医療サービスに差が生じることのないように特段の配慮と制度の整備が必要である。妊娠・分娩・子育てに係る社会的、経済的負担については、広く社会全体でそれを支援・支持していくことが必要である。

(イ) 産婦人科医療提供体制のあり方

- ① 各産科医療圏において、以下のような階層的なネットワークが地域に根ざした形で形成される。
 1. 地域の女性・小児の健康管理の基盤を形成するネットワークが一般市民・教育機関・行政・医療機関等によって構成されている（「地域母子健康ネットワーク」（仮称））。
 2. 地域の産婦人科医療機関は一次医療・一次救急医療を担うための密接な連携体制を整備維持する（「地域産婦人科医療ネットワーク」（仮称））。
 3. 政策的に整備される「地域産婦人科センター」と「中核病院」は二次救急医療と高度先進医療を担うとともに、医療スタッフの卒前・卒後教育、生涯研修の場となる。
 4. 地域産婦人科医療ネットワークと地域産婦人科センター・中核病院の密接な連携を確保・発展させることにより、産婦人科医療提供体制を確保する。
- ② 多様な診療形態：地域住民の多様なニーズに応じた多様な診療形態が成立している。
 1. 病院、有床診療所、無床診療所—オープンシステム、無床診療所等、多様な診療形態が成立する。
 2. 医療水準の維持と向上のための地域産婦人科医療ネットワークが制度化され、積極的な奨励策がとられている。生涯教育体制が確立している。

(ウ) 女性の健康管理のためのインフラ整備—産婦人科における一次医療のあり方について—

- ① 「地域母子健康ネットワーク」（仮称）は地域における女性・小児の健康教育・性教育・情報提供を担当する。
- ② 「地域産婦人科医療ネットワーク」は地域における産婦人科関連の検診・予防医学・プライマリケア・一次救急を担当する。
- ③ 「地域分娩施設群」は「地域産婦人科医療ネットワーク」の構成要素としての機能を有する。

(エ) 医療紛争処理のあり方：以下のような制度を整備する必要がある。刑事訴追は、原因究明機構による告発を前提として検討されることが望ましい。

- ① 患者・家族のための医療紛争相談機構を含む裁判外医療紛争処理機構
- ② 医療関連有害事象の原因究明機構（医療関連異状死の届け出先として想定）
- ③ （成熟児脳性麻痺症例だけでなく）すべての医療関連有害事象を対象とした無過失救済制度

(オ) 妊娠・分娩管理のあり方

- ① 妊娠・分娩管理の専門家へのアクセスがすべての地域で確保されている。
- ② すべての分娩は産婦人科医が常時管理・介入可能な体制・環境で、助産師のケアの下で行われることを原則と考える。
- ③ 分娩施設の選択については、すべての施設の緊急時への対処能力を含む診療内容の情報公開に基づいた地域住民の判断に委ねられる。
- ④ 上記の原則をはずれる場合について—地域における分娩施設の確保・維持を大前提とした上で、安全性及び満足度においてより高いレベルの妊娠分娩管理を追求して制度整備を行っていく。
 1. 助産所は産婦人科医との密接な連携を前提として、地域分娩施設群の構成員として分娩の安全を確保する。

2. 診療所の分娩は、体制を維持する。十分な助産師を確保できない地域・および助産師不足のため確保不可能な移行期においては、助産師なしの妊娠分娩管理は避けがたいものである。助産師養成を増やす中で、分娩の場に助産師がいることのできる条件整備を、適切な移行期間をもうけることによって行っていく。
3. 看護師内診には特別な違法性はないが、原則である医師と助産師による分娩を目指す中で、看護師内診が不必要な状態となることを目指していく。

(カ) 医師の勤務条件・雇用のあり方

- ① 医師が不足している状況においては、医師の労働の効率を高める努力が必要である。その意味で、公務員の兼業禁止規定から分娩を取り扱う医師を除外する。
- ② 勤務医：労働条件が他の診療科と同等である。労働基準法等の労働に関する法令に準拠した労働条件が保障され、それが達成されない場合は十分な対価が保障されている。
 1. 交代勤務制が実現している。
 2. 産休・育児休暇・院内保育所、病児保育等が整備され、医師の妊娠・出産・育児と勤務を両立させるための支援が十分行われている。
 3. 勤務の内容・量に応じた給与体系、ハイリスク医療・高度医療を担当する医師へのドクターフィー等が制度化される。
 4. 固定給+出来高払いの制度が導入され、より多く、高度な医療を提供することへの動機付けとなるような給与体系を確立する。
 5. フルタイム勤務が困難な医師を対象としたワークシェアリング等、多様な勤務体制をとることが可能となっている。
 6. オンコール、待機勤務に対する適切な対価が支払われている。

(キ) 産婦人科医不足にどのように対応するか

- ① 総論
 1. 医師・医療スタッフの配置状況・充足状況を常時、客観的かつ適切に評価する体制を整備する。
 2. 医師・医療スタッフの不足に関する情報を公開することにより、状況の地域住民の理解をはかり、必要な対策への支持を求める。
 3. 労働条件の改善・待遇の改善により、勤務内容にみあった待遇確保を実現し、産婦人科・周産期医療の職場をより魅力あるものとする。
 4. 医療資源の再配分に基づく産科医療の効率的運用による最適化をはかる。
 - (ア) 地域の特性を十分に考慮した上で、分娩施設・検診施設・医師・助産師の最適配置を検討する。
 - (イ) 最適配置への施設整備・制度整備・雇用条件の最適化を実現する。
- ② 地域間偏在
 1. 魅力ある医療機関づくり：医師を含む医療スタッフの確保に汲々とする必要のない、職員にとって魅力ある施設づくりを行う。
 - (ア) 研究機関の併設
 - (イ) 地域臨床と研究活動が両立可能な勤務体制
 - (ウ) 国内・国外研修制度
 2. 医師の適正配置の促進：
 - (ア) 雇用条件の整備：生活条件、研修条件、研究環境等の地域の条件を加味した雇用条件を整備することによって、円滑な人材配置を促進する。
 - (イ) 情報システム：そのための人材の合理的再配置を支援する情報システムに、すべての医療機関と関係医師がアクセス可能な仕組みを整備する。
 3. 地域・施設間ネットワークの形成：人員、研修条件、研究環境が異なる地域・施設間でネットワークを形成し、条件に恵まれた地域の医療機関との間での人材の適正配置を実現する。

- ③ 診療科間偏在
 1. 勤務条件と待遇の間のバランスをはかり、条件面で診療科間の差がない状態を実現する。
 2. 社会に対して診療科の違いを明確に示し、理解を求める。
- ④ 産婦人科医の内部構成の変化
 1. 高齢化：適正配置と勤務条件の緩和により、継続した勤務が可能な条件を整備する。
 2. 女性医師の増加：医療機関だけでなく、社会全体が女性医師の継続的就労を支援する。

(ク) 周産期救急医療体制の整備・維持

- ① 周産期救急において、緊急搬送先が必ず 30 分以内に決定される体制を全国で整備する。また、母体搬送と新生児搬送が選択可能な体制を全国で整備する。病床不足による受け入れ不能状態が発生しない体制を整備する。
- ② そのための対策
 1. 全国レベル
 - (ア) 周産期救急情報ネットワークを全国で単一のシステムとし、最適化をはかる。
 - (イ) ドクターカーによる 24 時間対応新生児搬送システムを全都道府県で整備する。
 - (ウ) ドクターヘリを母体搬送・新生児搬送に活用することにより、周産期救急搬送を広域で実施することを可能にする。
 2. 都道府県の周産期医療システムの再活性化をはかる。
 - (ア) 各地域の周産期医療システムの運用状況に対して外部評価システムを導入する。
 - (イ) 周産期医療協議会の活性化・再編成
 - (ウ) 総合周産期母子医療センターの再構築
 - 1) 母体救急ネットワークの構築
 - 2) 新生児搬送体制の強化
 - (エ) 地域周産期母子医療センターを実体のあるものにする。
 - 1) 地域医療に対する貢献度に応じて、補助金をつける。
 - 2) 地域医療に対する貢献度によって、総合周産期母子医療センターへの昇格を可能にする。
 3. 県境を越えた救急搬送システムの構築

(ケ) 産婦人科学研究・教育のあり方

- ① 産婦人科学研究のあり方：
 1. 産婦人科専門医療との間の協調関係が維持されており、臨床医生活と研究者生活の両立が可能となっている。
 2. 周産期・生殖内分泌・婦人科腫瘍に関する専門の研究施設が活発に活動し、各領域の高度専門医療の発展を支えている。
- ② 産婦人科教育のあり方：
 1. 臨床経験豊富な医師が、適切な教育原理に基づいて、十分な時間的余裕をもって、臨床の現場での実習を含め教育にあたる。

4. 産婦人科医療提供体制の将来像—各論—産科医療

(ア) 「産科医療圏」を「地域から育てる産婦人科医療ネットワーク」としてとらえる：産科医療圏は地域の実情を十分に考慮して、人口 30 万人から 100 万人、出生数 3000 人から 1 万人を一つの目処として設定する。以下の点に留意することが重要である。

- ① 住民とともに育て、体制を整備していく姿勢
- ② 情報公開を積極的行い、実績の評価（内部評価・外部評価）に基づいて運用する姿勢

(イ) 地域の産婦人科医療機関等のあり方：助産所・診療所・病院・地域産婦人科センター・中核病院等の産婦人科医療機関は地域で密接な連携・ネットワークを形成する。

① 各地域において分娩施設は「地域分娩施設群」を形成し、相互に連携をはかる。多様な診療類型に属する各分娩施設が妊産婦の多様なニーズに応える。安全性の向上は地域分娩施設相互の連携によって達成される。

② 「地域分娩施設群」とは各地域における産科診療の単位となる概念であり、単位内で、正期産の緊急帝王切開、緊急手術に常時対応することができるものとする。

1. 地域分娩施設群の構成例

(ア) 地域産婦人科センター単独

(イ) 地域産婦人科センター±地域病院

±有床診療所

±無床診療所—オープンシステム

±無床診療所—セミオープンシステム

±助産所

(ウ) 産科病院単独

(エ) 産科病院

±地域病院

±有床診療所

±無床診療所—オープンシステム

±無床診療所—セミオープンシステム

±助産所

(オ) 複数の地域病院±複数の有床診療所

(カ) 複数の有床診療所

③ **30 分ルール**：多様な施設を許容しつつ安全性を確保するために、分娩を取り扱うすべての施設で、急変時に 30 分以内に帝王切開による児の娩出が可能な体制が整備されていること（**30 分ルール**）を原則とする。その原則が達成されている場合もそうでない場合も、**緊急時の体制に関する情報公開が義務づけられる必要がある。**

④ 30 分ルールを実現するために必要な人的整備及び施設整備を目的とした公的補助が地域分娩施設群に対して行われるべきである。

1. 助産所が設置される場合は、緊急手術に対応可能な医療機関から 15 分以内の場所に配置されるように誘導する。

2. 診療所間の連携により 30 分ルールが可能な体制が整備された場合は、診療報酬の面で優遇措置がとられるべきである。

(ウ) **地域産婦人科センターの構築**：産科医療圏における産科診療が充実して機能するために、24 時間体制で救急対応が可能な地域産婦人科センターを整備する。

① 地域産婦人科センターは地域の医療機関・医療スタッフとともに構成するネットワークと密接な連携体制を構築維持する。

② 地域産婦人科センターには以下のような条件を整備する必要がある。

1. 労働に関する法令に準拠し、24 時間救急に対応可能な勤務体制をとることのできる産婦人科の勤務医師数の確保

2. 小児科、麻酔科等の関連他科の安定的協力体制

3. 病院全体の 24 時間救急に対応可能な体制

4. 産科診療圏として地域のすべての分娩に対応する地域分娩施設群間のネットワーク整備

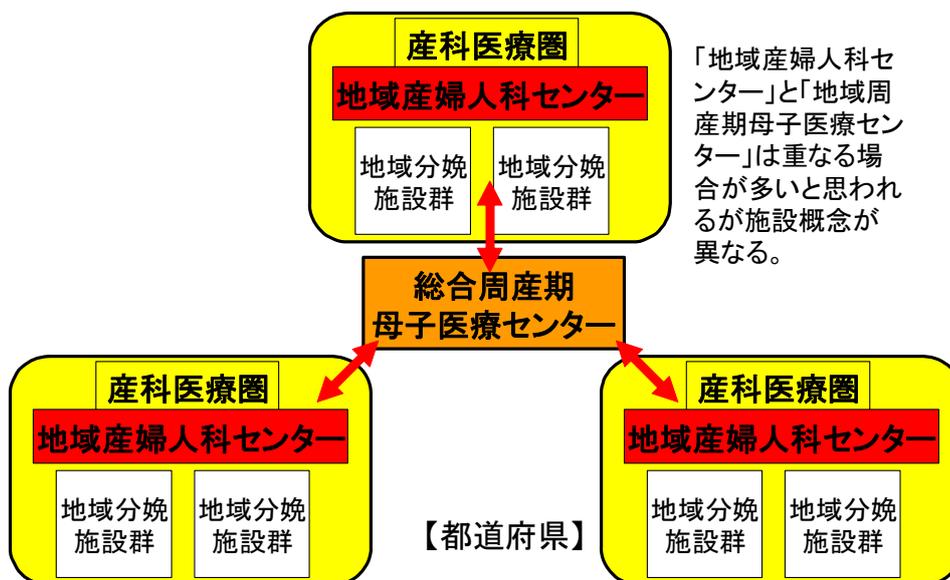
5. 臨床研修の中心施設としての役割

- (ア) 初期臨床研修（地域産科医療圏内の病院の初期研修医は、この施設での産科研修を選択できる）
 - (イ) 看護師・助産師の卒前・卒後教育
 - (ウ) 周産期（母体・胎児）専門医研修：取得要件にこの施設での勤務経験を加える。
6. 臨床研究の中心施設としての役割
- (ア) 研究費取得を可能にする。
 - (イ) 勤務者の carrier building を支援する。研究機関・大学院等との連携により、臨床研究を行いやすい環境を整備していく。

(エ) 中核病院の整備：

- ① 産婦人科における中核病院を構成するのは、大学病院、国立のナショナルセンター、都道府県のガンセンター、都道府県の総合周産期母子医療センター等である。
- ② 各中核病院は診療内容の特殊性及び地域医療・高度先進医療の中での役割を明確にし、情報公開を行う。中核病院が果たすべき機能を発揮しているかどうかについての機能評価が行われなければならない（内部評価・外部評価）。

新しい周産期医療体制のイメージ



5. 将来像達成のための具体策の提言—産科医療について—

(ア) 国による医療紛争解決システムの早期構築

① 医療紛争解決システムの必要性

1. 産科医療事故は、関連した民事訴訟が他の分野と比較して多いことに加えて、最近になって、医師法第 21 条・異状死届出義務違反、保健師助産師看護師法第 5 条・医師・助産師以外の助産行為禁止規定違反、刑法第 211 条・業務上過失致死傷容疑等による刑事告発、警察による捜査、送検、起訴事例が続発し、それぞれが大きく報道されるにいたり、産科診療の現場に大きな影響を与えている。
2. 報道の中には、事実関係、因果関係が全く明らかでない段階で、一方的な立場でなされるものもあり、医師不足・助産師不足で疲弊した現場にさらなる圧力が加わる結果となっている。
3. わが国の現行の制度では、不幸にも医療事故の当事者となった場合、患者側は事実関係を明らかにし、補償ないし救済を受ける権利を行使するためには、医療機関側に対して法的手段に訴える以外に方法がない。両者を仲介し、事実関係を明らかにし、和解に導くことを支援するための制度は存在せず、法的手段による結論が出るまでは、なんらの補償や救済はなされない。
4. 医療事故の中には責任が問われなければならない事例も含まれているが、その多くは、専門家による調査によらなければ、当事者にとってすら事実関係が明確でない複雑な経過を含んでいる。中立的かつ客観的な第三者の専門家による調査によって事実関係と責任の所在を明らかにすることが紛争を早期に解決し、不幸な医療事故の再発を防止するために必須の事項であると考えられる。

② 医療紛争解決システムについて

1. 医療紛争 ADR 機関、医療事故原因究明機関、医療事故無過失救済制度が必要である。
2. このシステムの構築によって医療事故関連の紛争は、以下のような順序で解決のための処理が行われることになる。
(ア) ADR 機関による患者・医療側双方の感情的な軋轢の解消
(イ) 原因究明機関による事実関係と責任の所在の明確化
(ウ) 無過失救済制度により患者救済
(エ) 必要に応じた刑事処分、民事訴訟、行政処分

(イ) 産科医療体制再建のための各地域の産婦人科医による主体的取り組み

- ① 病院管理者に対して、勤務内容・労働条件の適正化と勤務内容に応じた適正な報酬の支払いを要求する。
- ② 地域産科医療再建計画の自主的立案
 1. 地域産婦人科センター候補施設の設定
 2. 地域分娩施設群の体制整備
 3. 「地域産婦人科医療ネットワーク」の形成
 4. 地域分娩施設・妊婦健診体制確保のための提言の立案
- ③ 地域産婦人科センターを育成し内容を充実させるための施設整備、医師及びスタッフの再配置にむけての、地域産婦人科医の一致した行動：
 1. 都道府県の地方部会・医会支部・各地域の産婦人科医会・大学産婦人科・地域基幹病院産婦人科の意思統一
 2. 地域産婦人科センター候補施設への計画的人員配置を主体的に実施し、それを地域産婦人科医が一致して支援する。
- ④ 医師会・小児科との協調・情報交換
- ⑤ 地域看護協会・助産師会への適切な対応
- ⑥ 社会・マスコミへの情報提供・理解形成への努力
- ⑦ 医療側の行政に対する一致した対応

(ウ) 地域の分娩施設を確保するための行政による取り組み

- ① 地域医療計画における周産期医療確保対策
 1. 地域における必要分娩施設、産科医師数、助産師数を明確にするとともに、その目標達成のために積極的に努力する姿勢を示す。また、それに必要な財政基盤を整備する。
 2. 分娩施設確保のため、産科病床については知事の「特例病床」として基準病床数から除外する。
 3. 地域分娩施設群形成の促進
 - (ア) 地域分娩施設群参加施設への優遇措置
- ② 魅力ある地域分娩施設づくりへの積極的関与・支援
 1. 地域産婦人科センター施設の施設整備への補助
 2. 地域産婦人科センター勤務医師・助産師・看護スタッフの待遇改善
 3. 確保しなければならない分娩施設を維持するための積極的政策的対応
 - (ア) 勤務条件の改善
 - (イ) 待遇の改善
 - (ウ) 大学病院やセンター施設とのネットワーク化への補助
 - (エ) 分娩取扱数に応じた施設助成・診療報酬面での優遇措置
- ③ 地域周産期救急体制の維持発展への積極的関与
 1. 救急搬送受け入れ施設、搬送幹線協力施設には、その関与の程度に応じた診療報酬上の優遇措置ならびに地域周産期医療に貢献した医師・医療スタッフへの評価を行う。
 2. ハイリスク分娩管理料・ハイリスク妊産婦共同管理指導料の適応疾患の拡大と適正化
 3. 搬送症例に対する診療報酬の適正化
- ④ 助産師不足を解消するための積極的関与
 1. 助産師養成施設への補助の拡大
 2. 助産師確保のための医療機関への補助
 3. 助産師が充足するまでの看護師内診の許容

(エ) 行政と医療関係者が協力して達成する安全で効率的な医療提供体制の構築

- ① 産科医療圏と地域分娩施設群
 1. 産科医療圏の主体的な構築：
 - (ア) 地域の実情を考慮
 - (イ) 人口 30 万人から 100 万人、出生数 3000 人から 1 万人を目標
 - (ウ) 重症例（妊娠 20 週代の早産、重症の母体合併症、胎児異常症例）を除く産科症例の診療圏内の産科診療の完結
 2. 地域分娩施設群の主体的な構築：
 - (ア) 多様な施設を許容しつつ安全性を確保する
 - (イ) 診療内容の情報公開を行う
 - (ウ) 施設群内で、正期産の緊急帝王切開、緊急手術に常時対応する
 - (エ) 「30 分ルール」の実現を目指す
 3. 地域産婦人科センター：以下のような病院の育成を主体的に行う。
 - (ア) 24 時間救急に対応
 - 1) 勤務体制をとるのに十分な（10 名以上をめざす）産婦人科勤務医数
 - 2) 小児科、麻酔科等の関連他科の安定的協力体制（NICU の整備）
 - 3) 病院全体の 24 時間救急に対応可能な体制
 - 4) 産科医療圏としての地域のすべての分娩に対応する地域分娩施設群間のネットワーク整備
 - (イ) 臨床研修の中心施設としての役割
 - (ウ) 臨床研究の中心施設としての役割
 - (エ) 臨床研究を行いやすい環境の整備

- ② **地域医療計画との関係**：産科医療圏、地域分娩施設群の概念の位置づけ
 - 1. 各医療圏における必要産科病床数の明示
 - 2. 産科病床確保対策
- ③ **集約化と重点化**：病院施設を対象とする。医療水準を保ちつつ地域の産婦人科当直医数を最小限にする努力が求められる。
 - 1. 集約化：地域基幹病院を集約化し、規模を大きくし、安定性を高める
 - 2. 重点化：地域の実情に応じて診療内容の重点化を行う。分娩の取り扱いの有無、婦人科診療、不妊診療、外来診療への特化が検討課題となる。都市部においては有効と考えられる。
- ④ **多様性と情報公開**：多様なニーズに応えるために多様な分娩施設が存在する必然性がある。各施設の限界を含め特性が十分理解される必要があり、各施設、地域分娩施設群、産科医療圏の各レベルで適切に情報公開を行うシステムを構築する。妊産婦は公開された情報を十分に理解し、リスクに関する検討を行った上で受診施設を選択する。
- ⑤ **分散と集中**：多様なニーズに応えるため、低リスクの正常分娩は多様な分娩施設で分散的に管理し、高リスクの妊娠・分娩は高度医療が可能な地域産婦人科センター等で集中的に管理する。安全性の面で十分な配慮が必要な助産所については病院内施設とするか、搬送受入施設に近接し、地域分娩施設群内の施設となるように調整をはかる。
- ⑥ **施設間相互関係の活性化**：地域産科医療における相互連携を再構築する。
 - 1. 連携強化病院と連携病院
 - (ア) 外来機能の分散による利便性の維持
 - 2. 診療所の潜在力発揮を促進する
 - (ア) オープンシステム・セミオープンシステム
 - (イ) 病院における診療所医師による外来診療・当直参加
 - (ウ) 診療所間の相互診療協力：診療所のみによる地域分娩施設群の形成
 - 3. 助産所の位置づけ
 - (ア) 院内助産所
 - (イ) 近接助産所

(オ) 患者側・産婦側の協力

- ① 十分な理解に基づいて希望する分娩形態を選択する。
- ② 分娩施設を選択する。
 - 1. 希望する分娩形態に対応可能な分娩施設が地域内に存在しない場合
 - (ア) 地域内の分娩施設での分娩を選択する。(地域内分娩施設への交通手段については公的補助がある)
 - (イ) 地域外の自分の希望する分娩形態に対応可能な分娩施設を選択する。
 - 2. 希望する分娩形態に対応可能な分娩施設が地域内に存在しない可能性があることを了解する。
- ③ 分娩施設の医療レベルは同一ではないこと、病院分娩で対応可能なことが助産所分娩、診療所分娩では対応できない場合があること、その逆もあることを了解する。
- ④ 周産期医療は施設間の連携で成立しており、妊産婦・新生児が施設間で紹介または搬送される可能性があること、また中核的病院や周産期母子医療センターの事情により再搬送・逆搬送がありうることを了解する。

平成 19 年 2 月 5 日

新しい日本のお産を目指して 第 2 回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会

日本産科婦人科学会
産婦人科医療提供体制検討委員会
委員長 海野信也

日時：平成 19 年 3 月 21 日（水曜）午後 1 時より 4 時半まで

場所：学士会館本館

〒101-8459 東京都千代田区神田錦町 3-28 電話：03（3292）5936

主催：日本産科婦人科学会・平成 18 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「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の集中化モデル事業」研究班

開催の目的：平成 17 年秋から 1 年半を費やしてまとめてきた産婦人科医療提供体制検討委員会の最終報告書案に関する最終的な検討を中心として、産婦人科医療をとりまく諸問題・緊急課題等について、全国の産婦人科医の意見を集約することを目的とする。

予定される参加者：

- 日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会委員
- 平成 18 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「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の集中化モデル事業」研究班（主任研究者：岡村州博 東北大学教授）・分担研究者・研究協力者
- 日本産科婦人科学会地方部会・日本産婦人科医会都道府県支部・大学からの被推薦者、一般会員

会議の構成：

- 司会 吉川裕之・海野信也
学会のあり方検討委員会 委員長 吉川裕之
1. 開会の挨拶
 2. 厚生労働省研究班から
 - (ア) 地域の実情について
 - ① 北海道の状況（10 分） 旭川医科大学 石川睦男
 - ② 長野県の状況（10 分） 信州大学 金井 誠
 - (イ) 産科医療のシステム化について（10 分） 北海道大学・医療システム論 中村利仁
 - (ウ) 産婦人科医療の労務的側面の課題と対策（10 分） 聖路加国際病院 経営企画室 渡辺明良
 - (エ) 主任研究者の総括（5 分） 東北大学 岡村州博
 3. 日本産科婦人科学会からー産婦人科医療改革への取り組み
 - (ア) 学会のあり方検討委員会（10 分） 筑波大学 吉川裕之
 - (イ) 女性医師の継続的就労支援のための委員会（10 分） 都立府中病院 桑江千鶴
 - (ウ) ガイドライン委員会（10 分） 北海道大学 水上尚典
 - (エ) JOBNET 事業（10 分） 獨協医科大学 稲葉憲之
 - (オ) 周産期委員会・緊急報告 重症妊産婦調査報告（10 分） 成育医療センター 久保隆彦

4. 日本医師会・日本産婦人科医会から

産婦人科医療制度改革について（20分）

日本医師会常任理事・日本産婦人科医会副会長 木下勝之

5. 産婦人科医療提供体制検討委員会最終報告書案について（20分） 北里大学 海野信也

6. 総合討論

7. 討論のまとめ

日本産科婦人科学会理事長 武谷雄二

その他：本会議は報道関係者および一般の方々の傍聴を歓迎いたします。

会議終了後、記者会見を予定しております。