

2020年1月22日19:00-20:40
千葉医療政策公開セミナー入門編
@千葉県医師会館

第5講前半：千葉県の産婦人科医療の 現状と改善案

埴真輔

成田赤十字病院 産婦人科

千葉大学病院 次世代医療構想センター



本日のタイムテーブル

19:00-19:45【45分】

【講義編】

- 1) 産婦人科医療の課題と改善案 (30分)
- 2) 新生児科医療の課題と改善案 (15分)

19:50-20:40【50分】

【グループワーク編】

- 1) 産婦人科医療の実際
- 2) 新生児科医療の実際

千葉県の問題点（産婦人科領域）

- 医師の偏在
- 救急体制
- 働き方改革 + 離職防止
- 周産期領域の充実 災害対策
- 増え続ける外国人妊婦への対応
- 性教育の充実

まずは産婦人科の実際を学んでいきましょう

こういった問題に正解があるわけではない

エビデンスがない領域で選択していくのは非常に勇気がいる

みんなで決めた上で「トライアンドエラー」が必要になる

目次

- 産婦人科に関する基礎知識
- 産婦人科学会としての方向性
(グラントデザイン(GD)2015)
- 千葉県保健医療計画
- 千葉県の現状と働き方改革
- これからどうすべきか

目次

- 産婦人科に関する基礎知識
- 産婦人科学会としての方向性
(グラントデザイン(GD)2015)
- 千葉県保健医療計画
- 千葉県の現状と働き方改革
- これからどうすべきか

産婦人科って？

産婦人科はお産だけじゃない！

女性の下腹部痛では診察を求められることが多い

女性の下腹部痛の救急車も対応することが多い

異所性妊娠→対応を間違えれば死亡することも

緊急手術も多い

子宮筋腫、内膜症で苦しむ女性の対応→働く世代に超重要

レイプの対応



実は産科だけでなく、婦人科も重要で、
産科だけやればいいわけではない。



産婦人科って？



一般のかたのイメージ→お産、おめでとう

出産の実際は確かに幸せで、未来につながる楽しい仕事

人間は人間の手助けがないと出産、子育てができない生物

出産はいつ急変するかわからない、出産に二人以上の医師が必要になることも多い

出産人口の高齢化で糖尿病、高血圧、大量出血などハイリスク分娩の増加

赤ちゃん元気に生まれて当たり前という意識から、不幸な結果になるとトラブルへ

どんなところでも最高級の分娩を受けれるという期待

出産を取り扱う以上当直が付きまとう（1日の2/3は時間外です）

災害時でも出産は止まらない（がん治療とは異なる）

少しのトラブルでも、麻酔科、新生児科、他科の協力を必要とする

これらの問題を乗り越えて、「日本」は世界トップレベルの
周産期死亡率の低さを保っている→しかしそれも崩壊するかもしれない

周産期医療と教育は未来につなげる最優先インフラと思います。

安全とコスパを天秤にかけてはいけない。まずは安全！

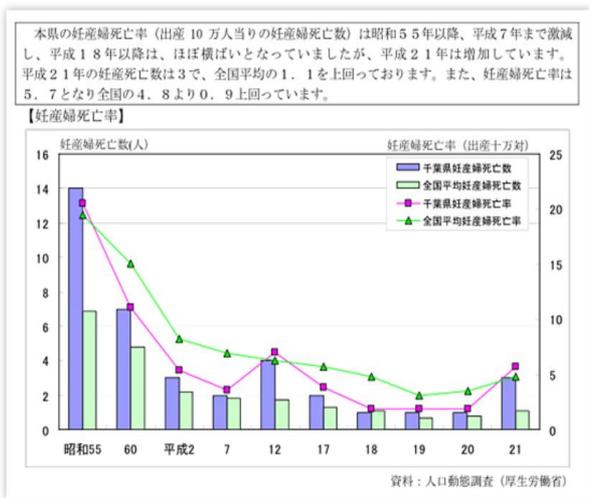
産婦人科と母体死亡

1. 千葉県における母体死亡の現状

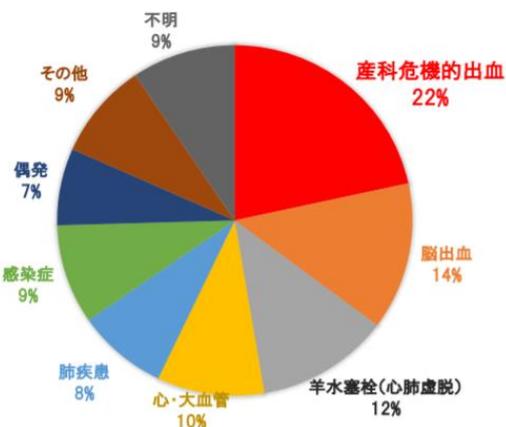
千葉県では毎年5万件あまりの分娩がありますが、妊産婦死亡は、平成21年が5名、平成22年と23年がそれぞれ3名で、平成21年以降全国状況が続いています。

妊婦の年齢はますます高年化しており、今後さらに妊産婦死亡率が高まる恐れがあります。

「妊産婦死亡をさらに減らしたい、zeroにしたい」と考えました。



妊産婦死亡の原因別頻度



母の年齢階層別の妊産婦死亡リスク



高齢出産はリスク：産科大出血、妊娠高血圧の脳出血に対応するには輸血と人員が必須。
しっかりとした麻酔管理・救急の体制も必要！
産婦人科医のみでは対応できない。

20代前半に比べ30代後半では2.8倍、40歳以降では4.7倍上昇する
 妊産婦死亡報告事業 - 日本産婦人科医会より

全国の産婦人科医数の推移

2004年：初期臨床研修制度開始
2006年：福島県立大野病院事件

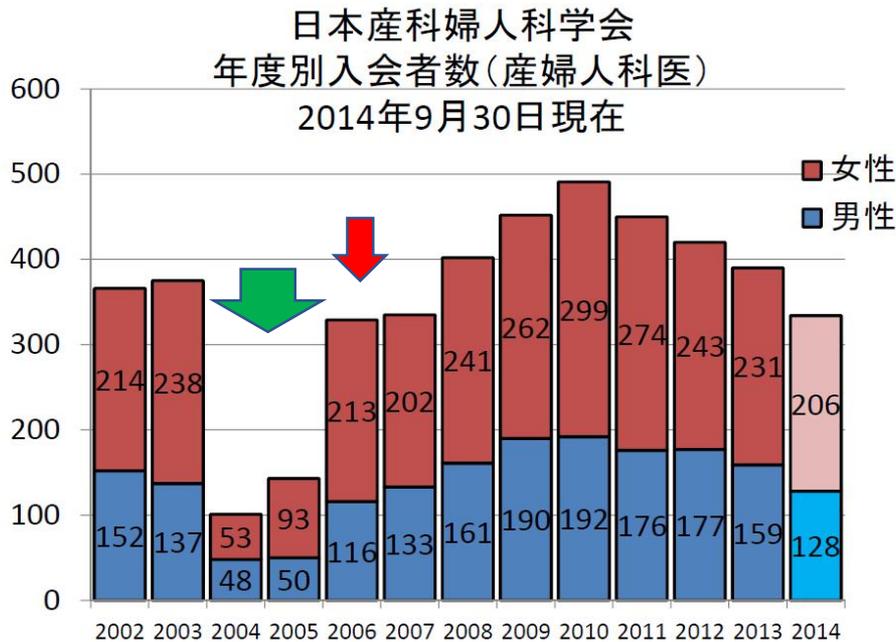
特に大野事件で産婦人科医が「**逮捕**」されたのが産婦人科に与えたショックは大きかった

一人医長や産婦人科が多くなかった
「産婦人科は訴訟で危ない」というイメージを医師につけた

産婦人科医の減少→
学会としての対策が必要となる

なお男女比は1：2

女性が多い職場なので**離職防止**が大事
(子育てした後に復帰しやすい職場をつくる必要がある)



日本産科婦人科学会HP
わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言より

目次

- 産婦人科に関する基礎知識
- 産婦人科学会としての方向性
(グラントデザイン(GD)2015)
- 千葉県保健医療計画
- 千葉県の現状と働き方改革
- これからどうすべきか

日本産婦人科学会の動向

- 日本産婦人科学会は「イクボス宣言」や不安払拭スライドWLB推進など、ほかの学会に先駆けて、リクルートや、働き方改革を進めてきた

(できているかどうかは別にして)

- 産婦人科として人材確保、働き方に危機感を抱いており、地域格差、訴訟のリスク、医師を守るなどいろいろ対策をしてきた

⇒産科医療保障制度やグランドデザイン（GD）2015もその一つ

産婦人科学会の方向性(GD2015)

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年間で経過し、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。

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

待遇を改善し、人を増やさないと「まじやばいです」と書いてある！

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
以下の施設

意で、

当然、都道府県ごとに状況は
ことなるので

勤務医
務条件

それぞれの自治体でどうしようか
考える必要が出てくる
千葉県は？

数いて
限の人

→千葉県保健医療計画

人科常勤

となる女
不可欠

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。

目次

- 産婦人科に関する基礎知識
- 産婦人科学会としての方向性
(グラントデザイン(GD)2015)
- **千葉県保健医療計画**
- 千葉県の現状と働き方改革
- これからどうすべきか

医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。

計画期間

6年間（現行計画の期間：2018年度～2023年度）
※在宅医療に係る部分については、中間年で見直すこととしている。

主な記載事項

○ 医療圏の設定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

三次医療圏

都道府県の区域を単位として設定。
ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、複数の区域又は都道府県をまたがる区域を設定することができる。

臓器移植等の
特殊な医療を提供

二次医療圏

一体の区域として病院等における入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮する。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

一般の入院に係る医療を提供

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入・流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

○ 基準病床数の算定

○ 医療の安全の確保

○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量、在宅医療等の医療需要を推計。

○ 5疾病・5事業(※)及び在宅医療に関する事項

- ※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。
- 5事業…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。
- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

○ 医療従事者の確保

- ・ 地域医療支援センターにおいて実施する事業等による医師、看護師等の確保。

千葉県保健医療計画（平成30年度～平成35年度） 「周産期医療」より

施策の評価指標 [基盤（ストラクチャー）]

指 標 名	現状	目標
分娩実施施設数（15～49歳女子人口10万対）	7.8 (平成26年度)	増加 (平成35年度)
周産期母子医療センターの数	12箇所 (平成29年度)	13箇所 (平成35年度)
NICUの整備数 ※診療報酬対象	132床 (平成29年度)	141床 (平成35年度)
周産期母子医療センター及び連携病院と救命救急センターの併設数	11箇所 (平成29年度)	12箇所 (平成35年度)
医療施設従事医師数（産科・産婦人科）（15～49歳女子人口10万対）	35.4 (平成28年)	39 (平成34年)
就業助産師数（出生千対）	31.3 (平成28年)	41 (平成34年)

県の目標と現場での問題意識はかみ合っているか、精査要する医師数を増やすだけでなく**質も大事**：しかし質の測定は困難
そもそも医師数を増やすのも大変（「働き方改革」も影響）

千葉県保健医療計画に見る周産期医療の整備

● 二次保健医療圏



● 基準病床数

・療養病床及び一般病床数 (床)

保健医療圏	基準病床数
千葉	8,039
東葛南部	12,136
東葛北部	10,728
印旛	4,342
香取海匠	2,284
山武長生夷隅	2,717
安房	1,694
君津	2,479
市原	2,007
千葉県計	46,426

・精神病床数
10,674床

・結核病床数
72床

・感染症病床数
60床



赤で囲んだところはいわゆる医療過疎。東京に面しているところと千葉市以外は厳しい。

人口も考慮しなければならないが、やはり東京周辺は有利。周産期センターも囲んだところは少ない(人口少ないので致し方がないか?)

周産期医療

- ・リスクを伴う出産が増加し、これに対応できる医療施設の確保が必要
- ・周産期の医療従事者は全国平均を下回る
- ・NICU等の医療設備は地域偏在がみられる

- 周産期母子医療センター、NICUの整備・支援
- 周産期医療連携体制、搬送体制の整備
- 災害時における周産期医療体制の強化
- 周産期医療従事者の人材確保と育成

課題：「整備」「支援」「体制の強化」の具体的内容は？
連携の強化、災害、人材確保はどの様に？
公立病院はどのように役割を担っているのか？

千葉県保健医療計画に見る周産期医療の整備

(ア) 施策の現状・課題

全国的に少子高齢化が急速に進行する中で、子どもを安心して産み、育てる環境づくりを整備することが求められています。このため、県では中長期的な視点から周産期医療*体制の充実を図ることを目的として、平成22年度に「千葉県周産期医療体制整備計画」を策定しましたが、災害、救急などの他事業との連携強化を図るため平成30年から保健医療計画に統合することとしました。

本県の出産の状況としては、出産年齢が35歳以上の割合は、平成18年に19.1%であったものが、平成28年には、29.9%と上昇しています。リスクを伴う出産が増加していることが想定され、周産期医療の更なる充実が求められています。

千葉保健医療計画より抜粋

リスクが高いお産には技術の高い産婦人科医、麻酔科（**常勤**）、内科医、新生児科医、救急医、輸血の準備が必要！

小さい病院を複数作っても当直回すだけで精一杯。NICUがないとハイリスクは厳しい

➡ **集約化必須！**

重要なのは病院の数より、質とアクティビティ！

千葉県保健医療計画に見る周産期医療の整備

〔周産期母子医療センターの支援〕

- 周産期母子医療センターは、高度な医療を必要とする施設であり、その運営に費用がかかるとともに、地域によってはNICUが不足している状況にあることから、周産期母子医療センターの運営費に対して支援を行います。

〔周産期医療連携体制の整備〕

- 周産期医療において、妊婦が心筋梗塞や脳卒中等の産科領域以外の合併症等を併発した場合に、救命救急センターとの連携が必要となることから、県内では、周産期母子医療センター等との併設を推進するとともに、地域の救命救急センター及び救急基幹センター*と緊密な連携を図ります。また、総合周産期母子医療センターにおいては、精神疾患を合併する妊産婦への対応可能な体制を整えていきます。
- 出生後の乳児等への医療については、症例に応じた適切な医療を提供することから、全県（複数圏域）対応型小児医療連携拠点病院である千葉県こども病院をはじめとして、小児中核病院*等と連携した体制の整備に努めます。
- 施設間での役割分担や、医師及び助産師の役割分担に応じた取組みを促進するため、院内助産所や助産師外来、オープンシステム・セミオープンシステム等の導入について、設置のニーズや医療機関及び地域の実情等に応じて整備するよう推進します。

精神疾患を受ける
施設は少ない
また**出産後の養育の
環境整備が重要**
医療現場では対応困難
県や市の介入を要する

**虐待予防や社会的ハイリスクに対し
医療現場と行政の「協力」が重要**

千葉県：医師確保への取り組みと課題

～医師の養成・確保・偏在解消に向けて～

県では医師確保に向けて様々な取組を進めています。

★地域医療に従事する医師の確保

県では、大学と連携して、地域医療に貢献しようと考えている医学生に対して修学資金を貸し付け、医師免許取得後、一定期間、医師不足地域の病院で働いていただくことで返還を免除する「医師修学資金貸付制度」を実施しており、これまで延べ287名に貸付を行いました。

すでに大学を卒業した68名の医師が県内の医療機関に就業しており、今後、順次、医師不足地域の自治体病院等に勤務する予定です。

この制度によって、平成37年度までに、約400名の医師が確保できる見込みです。

★医師のキャリア形成や能力向上を応援

県が千葉大学医学部附属病院内に開設した「千葉県医師キャリアアップ・就職支援センター」では、初期臨床研修や専門研修を受ける医師を県内外から確保するため、県内医療機関の情報発信や医師からの相談に対応しています。

また、若手医師を対象にしたスキルアップ研修や、高度なシミュレーション機器を用いた医療技術研修等を実施しており、県内から多くの医師が参加しています。



【現場の視点】

- ・注意が必要なのは、どんな医師でも医療現場でワークするというものではない。
- ・きちんとした教育を若手医師に受けさせるということが重要。
- ・産婦人科はとくに若いうちはそれなりに忙しく、症例数の多い病院での教育・研修が必要
- ・医師の教育は「no pain, no gain！」
- ・医師修学資金制度に関しては「職業選択の自由」の範囲での運用であり、工夫が必要（第4講参照）

医師修学資金受給者の専攻診療科一覧

診療科	人数
消化器内科	5
循環器内科	1
糖尿代謝内科	1
血液内科	4
脳神経内科	2
アレ・膠内科	4
呼吸器内科	1
腎臓内科	2
食道胃腸外科	3
肝胆膵外科	1
呼吸器外科	1

診療科	人数
小児科	5
産婦人科	2
救急科	3
整形外科	1
麻酔科	3
脳神経外科	3
精神科	1
眼科	1
皮膚科	2
リハビリ科	2
泌尿器科	3
形成外科	2
放射線科	1
総合診療科	2

2019年11月時点
 医師2年目以上：**計56名**
 (医師2年目は希望診療科)
千葉大学医局：41名
千葉大学以外：15名

【現場の視点】
 医師修学資金だけでは
 産婦人科は充足できない

● 人材の養成確保

- ・人口当たり従事者数の少ない職種がある
- ・離職防止のためワークライフバランスに配慮した就労環境づくりが重要
- ・県内でも従事者数の偏在がみられる
- ・高齢患者増加等に対応した資質向上が必要

医師

- 養成・確保対策の推進
- 偏在解消対策
- 女性医師等の定着促進・再就業支援対策

看護職員

- 看護師等の養成確保
- 離職防止と再就業の促進対策
- 人材確保と看護に関する普及啓発
- 職種別看護職員の資質の向上
- 継続教育の支援、研修体制の整備・充実

歯科医師

- 高齢者等の歯科治療のための研修会の充実
- 臨床研修の充実

理学療法士・作業療法士

- 人材の確保及び資質の向上

薬剤師

- 研修制度の充実
- 専門・認定薬剤師の育成
- 就業の促進
- 公益活動の実施
- 薬学部学生の医療機関等における実習受入体制の整備

歯科衛生士

- 人材の確保及び資質の向上
- 復職支援

栄養士（管理栄養士）

- 資質の向上

女性医師の離職防止は
まずは託児所・学童保育
保育所、幼稚園

1. 養成、確保対策の推進

→ リクルート活動はそれぞれの医療機関で頑張っている

例) 臨床研修で県内に来た人の確保

千葉県出身で県外に出た人への専門研修医前の連絡

→ 行政ではどこまで支援できるか？ (第4講参考)

→ 医師確保の取り組みについては広報・発信が必要

2. 偏在の解消：医療機関の集約化にはある程度の限度がある

→ 分娩が少ないところに集約化はできない

→ 限られたリソースの有効活用が必要になる

→ 人口が非常に少ない地域のハイリスクな方は

集約化された病院へのスムーズなアクセスの確保が有効

(例：タクシーチケット配布、巡回バスの運行など)

目次

- 産婦人科に関する基礎知識
- 産婦人科学会としての方向性
(グラントデザイン(GD)2015)
- 千葉県保健医療計画
- 千葉県の現状と働き方改革
- これからどうすべきか

千葉県産婦人科医数

自治体ごとの医師数とその増減(1)

	専攻医数*	退職者数*	産科医/千分娩 (2006年)	産科医/千分娩 (2016年)	産科医/千分娩 (10年間平均)	過去10年間の 分娩数変化(%)
北海道	12.7	6.7	7.5	8.2	7.6	-11.4
青森	3.9	1.4	6.4	9.0	7.6	-18.1
岩手	3.5	1.9	6.8	11.8	9.1	-16.4
宮城	7.1	4.2	8.0	9.6	7.7	-6.9
秋田	2.8	1.6	7.6	10.4	10.1	-23.9
山形	3.1	4.2	7.7	14.7	9.5	-16.3
福島	3.1	4.2	6.8	8.9	6.7	-19.1
茨城	3.5	2.2	6.0	9.4	6.8	-10.5
栃木	6.1	3.9	8.7	14.3	9.8	-11.8
群馬	4.4	4.3	5.5	7.4	7.1	-16.8
埼玉	11.2	15.3	6.0	5.5	5.5	-6.1
千葉	12.9	13.1	6.7	6.2	6.4	-7.1
東京	85.6	18.9	10.8	8.8	8.9	17.2
神奈川	24.4	17.7	7.3	7.3	6.6	-3.6
山梨	2.3	1.9	8.8	11.0	8.5	-16.3
長野	5.6	3.9	5.7	8.8	7.3	-15.5
静岡	10.2	7.1	6.0	8.5	6.8	-11.1
新潟	4.4	4.9	6.8	10.3	7.6	-11.7
富山	2.8	1.9	8.3	8.9	8.2	-15.7
石川	2.4	3.9	7.5	8.6	8.0	-9.7
福井	2.3	1.5	7.8	10.4	8.9	-12.8
岐阜	3.5	4.7	6.7	7.7	7.7	-12.7
愛知	25.8	12.2	7.2	7.4	7.0	-2.2
三重	4.4	4.2	6.1	9.0	6.9	-9.1

*10年間の平均

千葉、埼玉は分娩数に対する産婦人科の数がワースト2位
つまり一人に対する負担が大きいということ。

—産婦人科医師減少に転じる—
産婦人科医師の動向

日本産婦人科医会施設情報調査（2006年-2016年）
日本産科婦人科学会会員の勤務実態調査（2014年）より

産婦人科医の時間外労働：試算

- 例：常勤**5人**の産婦人科医がいると仮定
- 毎日、日当直と待機で2人は拘束される
- 1か月＝30日とすると日当直 $30/5=6$ 回
- このほか待機がある。
→**月12回は当直か待機**
- 当直を「全て時間外労働」と仮定すると
当直 15（17時—翌8時）時間×3回×12月＝**540**時間
日当直 24時間×3回×12月＝**864**時間
- 仕事は9-17時では終わらず、毎日1時間の時間外とすると
1時間×4日×4週×12か月＝**192**時間
→年間計**1596時間**の時間外労働となる
この他、待機中に呼び出され、勤務もあり

※時短勤務、スタッフの育休・産休・病欠、学会参加での出張、高齢になると体力的に当直できない、などの事情を考慮せず試算

※救急、地域周産期、搬送が多いところはきちんと人を配置する必要あり

日本産婦人科学会でも指摘

分娩施設労働時間試算

雇用する医療機関側の視点より試算

平日で発生する時間外労働 240日×15時間=のべ3600時間

休日で発生する時間外労働 125日×24時間=のべ3000時間

計 **6600** 時間/年の時間外労働

$$\text{A水準} \quad 6600 \cdot \frac{(960 - 240)}{\text{医師一人当たり日当直に回せる時間数}} = 9.16 = \mathbf{10} \text{人}$$

医師一人当たり日当直に回せる時間数

交代制勤務を導入し、土日の日直を通常の平日と同じ扱いにするケース

$$\frac{(6600 - 8 \times 125)}{\text{医師一人当たり時間外に回せる時間数}} \cdot \frac{(960 - 240)}{\text{医師一人当たり時間外に回せる時間数}} = 7.77 = \mathbf{8} \text{人}$$

土日の日直を時間外労働から差し引く

医師一人当たり時間外に回せる時間数

$$\text{B水準} \quad 6600 \cdot \frac{(1860 - 240)}{\text{医師一人当たり時間外に回せる時間数}} = 4.1 = \mathbf{5} \text{人}$$

医師一人当たり時間外に回せる時間数

当直の翌日は28時間連続勤務までしかできないので、午前中で帰宅
オンコールで深夜に呼ばれた場合は、9時間インターバルにより翌日の勤務ができない。

(提供：中川氏)

「宿日直許可なし」なら、1診療科当たり医師10人が必要
日産婦、第1回拡大サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会より

ハイリスク分娩と救急を扱う病院なら働く世代が10人必要
2人当直体制の周産期母子医療センターなら倍の20人必要

産婦人科医を増やす・離職防止のための待遇改善

現状・課題

- 医療事故保険料、学会参加費、専門医資格の更新費などで資格・技能の多い医師ほどお金がかかる（年間20万円以上）
- 給料を下げたり、人を減らせば専門医資格の更新もできない、仕事もつらい。「こんな病院はいいや」と立ち去る。
- リスクが高いのみの状況では、産婦人科医や多忙な基幹病院勤務が継続できない

• 周産期医療にかかわる医師への**待遇アップ**

• **給与・収入の確保**

対策例) 各病院での**アルバイトの許可制**を導入

※2024年からは労働時間の上限に注意要する（未決定）

⇒病院集約化に際し、**優秀なリーダーと使命を付ける**

⇒病院を集約化し、**救急を断らない市民を守る病院としての義務付け・災害時の拠点病院としての機能強化！**

近年増えている千葉県内での課題

- 分娩数の低下、開業医の高齢化
- 精神疾患、虐待既往、増加する外国人への対応
→ 出産は滞りなく終わることが多いが、
その後の子育て、地域の手伝い、介入が必要になる。
- 医療ソーシャルワーカー（MSW）はどこも負担大きい
→ 行政（県・市町村）と病院が連携し、子供を地域できちんとまもるという考えが重要

上記取り組みにより、安全で評判の自治体となるかもしれない。

課題に向き合い、改善していく必要あり
それが未来につながる

性教育の充実

- きちんとした性教育をうけることや妊娠と子育ての知識を知ることによって、虐待防止や、不必要な病気の予防にもつながる可能性あり。
- **無戸籍児**が全国で715人(2018年)。300日問題で前の夫の子じゃないと遺伝子で判明しても、戸籍上前の子になる。
それが嫌で、戸籍を出さない人もおり、まだまだ300日問題は法律が変わらない。
- 性教育は未来への「投資」。県と「産婦人科医」「小児科医」「精神科医」で連携して進める必要あり
- 子供たちが幸せになるために性教育が必要。

無戸籍児とは

出生届のことで
次のような悩みを
抱えていませんか？



- **婚姻期間中に夫以外の男性との子を出産予定**
- **離婚後300日以内に前夫以外の男性との子を出産予定**



このような場合、**法律上、夫又は前夫の子であると推定される**ため、原則として、出生届には夫又は前夫を記載する必要があります。
そして、夫又は前夫の記載をためらわれてしまう方もおられます。

※ただし、婚姻の成立後200日以内に出生した子については、出生届に夫を記載せずに提出することも可能です。



子どもの戸籍をつくるには？

1 夫又は前夫を父とする出生届の提出

夫又は前夫を父として出生届を提出すれば子の戸籍はつくられますが、その子の父欄には夫又は前夫が記載されるとともに、夫又は前夫の戸籍に入ることになります。

2 夫又は前夫を父としない出生届の提出

法律上、夫又は前夫が父と推定されているため、原則として、裁判手続によってその推定を否定した上で、出生届を提出することとなります*。

※裁判手続を経ない場合であっても、離婚後に懐胎したことを医学的に証明することができる場合は、前夫の子という扱いにはなりません。
このような場合、出生届とともに医師が作成した一定の格式の証明書を提出する必要があります。
<http://www.moj.go.jp/MINJI/minji137.html>
子の父欄に前夫は記載せず、前夫の戸籍に入ることありません。

- 夫又は前夫を記載しなくとも出生届を提出する様々な方法があります。
- あなたの事情をお聞きした上で、最善の方法をご提案します。
- 専門的な話も分かりやすく説明します。



子どもを無戸籍にしないために解決策を一緒に考えましょう。

- 予約は不要で、相談は無料です。
- 秘密は必ず守ります。
- お気軽に裏面の無戸籍相談窓口にご相談ください。

子どものためにも、**ためらわずにご相談ください。**



戸籍がない方の情報を知っている方からの情報提供もお待ちしております。

戸籍がない子供が存在する原因

300日問題
経済的理由
虐待
など

法務局のHPより

行政と医療の具体的な協力を進めましょう！

出産後の対応も必要

- 周産期死亡の原因では**自殺**はトップクラス
- 核家族化が進んでいる、相談できるところ、母親が気軽に休めるところが必要ではないか
→産後ケアユニット
- 千葉県全体で、きちんと**出産、子育て、虐待予防、性教育**を充実させることで県のイメージアップ

産後ケア事業

事業の概要

○事業内容

退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等きめ細かい支援を実施する。(利用期間は原則7日以内)

原則として①及び②を実施、必要に応じて③から⑤を実施。

①褥婦及び新生児に対する保健指導及び授乳指導(乳房マッサージを含む)

②褥婦に対する療養上の世話

④褥婦及び産婦に対する心理的ケアやカウンセリング

③産婦及び乳児に対する保健指導

⑤育児に関する指導や育児サポート等

○実施方法・実施場所等

(1)「宿泊型」 …… 病院、助産所等の空きベッドの活用等により、宿泊による休養の機会の提供等を実施。
(原則として、利用者の居室、カウンセリング室、乳児保育等を有する施設)

(2)「デイサービス型」 …… 個別・集団で支援を行える施設において、日中、来所した利用者に対し実施。

(2)「アウトリーチ型」 …… 実施担当者が利用者の自宅に赴き実施

○実施担当者 事業内容に応じて助産師、保健師又は看護師等の担当者を配置。

(宿泊型を行う場合には、24時間体制で1名以上の助産師、保健師又は看護師の配置が条件)

○予算額等 31年度予算案 2,551百万円

(30'基準額 人口10~30万人の市町村の場合 24,280千円)(補助率 国1/2、市町村1/2)

(利用料については、市町村が利用者の所得等に応じて徴収)

(平成26年度は、妊娠・出産包括支援モデル事業の一部として事業開始。平成29年度は392市町村において実施)

【自己負担額】(税込み)(平成31年4月から自己負担割合が変わりました。)

	訪問型	施設型
課税世帯		サービス利用金額の2割
非課税世帯		サービス利用金額の1割 (ただし施設型は上限2,500円/日)
生活保護世帯	無料	300円/日

24時間体制で専任の助産師さんの確保は
容易ではない
請求できる利用金額は
非課税世帯だと上限25000円

性教育の充実と重要性の認識

- 産婦人科、小児科医師、精神科医、助産師、弁護士などが連携して行うべき
 - その年齢に応じた**性教育**をきちんと行うべき
例) 共通したスライドを使用
 - 性教育をしっかりと行うことにより、不幸な事故、希望しない妊娠を防ぐ、お互いを尊重できる社会へ
 - 周産期、救急、小児医療の**不確かさ**をきちんと学ぶことで、患者側としての意識改革にもつながる
- 性教育がしっかりしていればHPVワクチンの普及はきちんと進んでいたのではないか

子宮頸がん予防ワクチンの推奨

日本産科婦人科学会は自治体が行うHPVワクチン(子宮頸がん予防ワクチン)が定期接種対象ワクチンであることの告知活動を強く支持します

更新日時：2019年11月1日 **NEW**

令和元年11月1日

日本産科婦人科学会は自治体が行うHPVワクチン(子宮頸がん予防ワクチン)が定期接種対象ワクチンであることの告知活動を強く支持します

公益社団法人 日本産科婦人科学会
理事長 木村 正

子宮頸がんは、女性のがんの中でも特に20~40歳代の働き盛りや子育て世代の若年女性が多く罹患し、死亡率が増加傾向にあることから、日本産科婦人科学会はその予防対策を急務と考え尽力しています。しかしながら、子宮頸がん予防効果が確実視されている定期接種であるHPVワクチンの積極的接種勧奨は未だ差し控えられたままです。2017年には、全国で約2,800人も女性が子宮頸がんで命を落とし、その中で65歳未満のいわゆる現役世代の死亡数が1,200人を超えていることは、極めて憂慮すべき事態です。

日本産科婦人科学会HPより

年間子宮頸がんで2000-3000人が亡くなります。
少子化なのに若い人が亡くなっていくのは
産婦人科として非常に悔しい

性教育の重要性
子育て、妊娠、性犯罪、子宮頸癌、
月経について、社会的リソースの伝達

ワクチンのメリットデメリット
重篤な合併症とワクチンの因果関係は
証明できないと結論された



性教育が適正に行われていれば
HPVワクチンはここまで叩か
れなかったのではないだろうか

「三位一体改革」と医療現場への影響 産婦人科版

	① 医師の偏在対策	② 地域医療構想	③ 医師の働き方改革
総合病院 産婦人科	<p>教育環境：千葉市や東京に近い地域は進学校が多い →勤務を希望する医師が増加</p> <p>進学校の少ない田舎、郡部 →勤務希望する医師が減少</p>	<p>病院の集約・医師の集約： ⇒理想的にいけば救急をことわらないいい病院ができる</p>	<p>給料減少の懸念 院内での不公平感 当直回数の格差</p>
産婦人科 クリニック	<p>産科で開業しようとする医師は単独では少ない</p>	<p>出産数減れば倒産も 搬送先に困らない産科から婦人科へ徐々にシフト</p>	<p>バイト医を増やせば収入減少・倒産の危機</p>
勤務医 (個人)	<p>医師が増えればサブスペシャリティがさらに重要視される</p>	<p>楽な病院はなくなり忙しく大変な病院がふえる</p>	<p>バイト先がへる懸念 給与がへる懸念</p>

<医療現場の視点>
働き方改革はいいが、病院が人件費を削るのは望ましくない

良質な医療には費用がかかるが、無駄な費用のカットは必要

医療過疎地域は集約化と、集約化された病院の機能アップ

また魅力ある地域づくりをしないと、ゴーストタウン化。
人に選ばれる地域づくり。

□ 基本的考え方

- 産科・小児科については、産科医師及び小児科医師が全国において不足している状況に鑑み、医療提供体制の見直しに関する施策、産科医師・小児科医師を増やすための施策等を組み合わせることとする。



①医療提供体制等の見直しのための施策

ア 医療圏の統合を

- 外
- 医療
- イ 集
- 全
- 重
- 病
- 機
- 携
- 集
- を
- ウ 医
- 受診可能な医
- 行う。
- 地域の医療機

その

これまで述べたことと厚労省も考えていることはほぼ一緒

なさい
幼稚園、
よさい

教育し

集約化された病院はきちんと機能を果たして働き方もお互いすこし軽減できるようがんばれ

携する
人口
らよう
とする
、特に

の充実化を行う。

※ 参考：「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」（平成17年12月22日付け医政発第1222007号・雇児発第1222007号・総財経第422号・17文科高第642号厚生労働省医政局長・厚生労働省雇用均等・児童家庭局長・総務省自治財政局長・文部科学省高等教育局長連名通知）

講義編まとめ

産婦人科医療の現状と改善案

①人口、分娩数の減少と分娩のハイリスク化

→集約化で働き方改革も実現、集約化された病院のアクセスの確保

(タクシ-

あなたの家族やこどもが安心して受診できる
病院づくり、地域づくりは
今から始めないといけません
それは医療者だけの力ではなく、
みなさんの声と協力が必要です

②離職防

働く人に

③県、市

せ、未

来への投資を。安心して治安のいい、子宮頸がんがないモデルケース

を千葉県は目指す！

人口を増やし、分娩を増やすのは？→私自身は雇用と産業と思います。

医師は増えても、適切な配置が必要。

千葉市、東葛に集中するのはなぜか→東京にアクセスしやすい、いい進学校がある(私見)

グループワーク

産婦人科医療の過疎地域X市は以下に状況にあります。

- 人口は約3万人と少ない。
- 地域での出産は年間200件程、月20件以下。
- X市の財政は厳しく、産科医療への追加投資は困難。
- 開業医が1つだけありますが、経営はかつかつ。院長は高齢化しており、閉院も考えています。
- 総合病院はX市内から車で30分の距離にあり。
- X市へは産婦人科医・小児科医も行きたがらない。

グループワーク

1. 都道府県庁
2. X市役所
3. 開業医院
4. 近隣総合病院
5. 大学医局
6. X市の住民
7. 学校

各々はどのように行動したらよいか？