

平成 20 年 3 月 14 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
委員長 海野信也

「緊急的産婦人科医確保が必要な医療機関の調査」報告書

調査結果のまとめ

- ① この調査はあくまでも「緊急派遣が行われることを前提として、どうしても必要な病院」に関するものであり、「医師不足の病院」を調査したものではない。医師不足の病院は他にも多数存在する。調査結果の検討に際してはこの点に十分留意する必要がある。
- ② また、この調査報告書の内容はあくまでも調査時点のものである。今後の情勢の変化により実態との乖離がおきる可能性も考えられる。そのような問題の影響を最小限にするため、本委員会は、今後も調査を継続し、必要に応じて追加報告を行う方針である。
- ③ 産婦人科医の緊急派遣が必要な病院について 14 都県は、対象となる病院はないと回答した。2 県は「回答困難」と回答した。他の道府県は緊急派遣が必要な病院があると回答した。
- ④ 緊急派遣のための条件としては、回答の内容は、「報酬」「勤務条件」「医療体制」「制度上の問題」に集中した。
- ⑤ 地域産婦人科医療体制の維持のために緊急派遣を必要としている病院は非常に多く、「緊急派遣」としては対応可能とは到底考えられない数に達した。
- ⑥ 本調査の結果からは、地域産婦人科医療体制の維持確保は極めて困難な状況に陥っており、限られた数の医師の緊急派遣による効果は限定的であることが予測される。
- ⑦ 地域産婦人科医療体制の維持確保のために、医師の緊急派遣以外にも喫緊に、医療体制・制度、予算・報酬、勤務環境等についてあらゆる方策を検討する必要があると考えられた。

I. はじめに — 本調査実施の経緯

平成 20 年 1 月 30 日付で、全国の地方部会長宛に「緊急的産婦人科医確保が必要な医療機関の調査」の依頼を行いました。この調査は産科医不足への対策として、「今、働いている産科医に仕事を続けてもらうこと、また産科医の不足地域に医師を派遣すること」が重

要という方針を示された舛添要一厚生労働大臣よりの直接の依頼によって行われたものであり、質問事項は以下の2点でした。

- ① 「緊急確保対策として医師を派遣することを前提とした場合、地域産婦人科医療を確保するためにどうしても医師派遣が必要な病院を現場の専門家の立場から教えてください」
- ② 「そのような病院にどのような条件であれば勤務することが可能か、派遣される医師の立場から教えてください」

政府の医師緊急確保対策に対しては、日本産科婦人科学会は、平成19年9月7日に吉村泰典理事長が行った舛添厚生労働大臣への陳情の際に提出した意見書(http://www.jsog.or.jp/news/pdf/ikensho_07SEP07.pdf)において意見を既に公にしています。

その中では、「医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣」については、「国立病院等の派遣元となる産婦人科がその施設の診療の規模に相当する産婦人科専門医を現に雇用しているかどうかという問題」「定年直後の医師」にそのような過酷な状況での勤務を現実的に要請可能かという問題」等の問題があり、「この対策は、産婦人科医の不足への対応としては、根本的な解決策とはならないと考えられる。」と述べております。

産婦人科医不足の原因の根本には勤務条件の過酷さがあるという点については議論の余地がないと思います。それを打開して産婦人科医が減らない状況にするためには、病院の現場をよくしていく努力が必要です。地域医療現場の医師確保は、医師派遣によってではなく、地域医療現場自体の改善を通じて達成されるべきであると考えられます。「緊急臨時的医師派遣は、勤務条件が劣悪であるために医師が撤退している病院の現場の改善を遅らせることにつながる可能性があり、無条件にその推進に賛成するわけにはいかない」というのが、産婦人科医療現場の状況を熟知している我々産婦人科医の立場であると思います。

しかし、急速な地域医療崩壊の現実、なんとか対応策を整備するまでの間でも、緊急に現場を維持することを考えざるを得ない地域を発生させていることも、認識する必要があります。

今回の調査は、日本産科婦人科学会として、「本来進むべき方向性に沿ったものではないが、地域の実情を理解した上で現実的な対策を立案し、実行するためには必要」と考えて実施したものということになります。

II. 調査結果—「どうしても医師派遣が必要な病院」

- 1) この調査はあくまでも「緊急派遣が行われることを前提として、どうしても必要な病院」に関するものであり、「医師不足の病院」を調査したものではない。医師不足の病院は

他にも多数存在する。調査結果の検討に際してはこの点に十分留意する必要がある。

- 2) また、この調査報告書の内容はあくまでも調査時点のものである。今後の情勢の変化により実態との乖離がおきる可能性も考えられる。また、産婦人科医の異動は各都道府県内で完結しているわけではないので、地方部会単位での調査の限界も考慮する必要がある。そのような問題の影響を最小限にするため、本委員会は、今後も調査を継続し、必要に応じて追加報告を行う方針である。
- 3) 緊急確保が必要な病院に関して 14 都県は、対象となる病院はないと回答した。「ない」と回答したのは、秋田県、東京都、神奈川県、新潟県、石川県、愛知県、滋賀県、奈良県、鳥取県、山口県、香川県、福岡県、長崎県、沖縄県だった。
- 4) 三重県の回答には、「分娩を中止した病院ばかりを取り上げるマスコミ受けするような偏った視点ではなく、より根本的な問題点（分娩施設数が、勤務医の最低限の労働条件を確保するには多すぎる事、産婦人科医・助産師の絶対数が足りない事）についてご理解いただきたい。」という記載があった。
- 5) 埼玉県の回答には「医師の絶対数が埼玉では圧倒的に不足しているので、具体的な病院名や人数などを列挙できるような状況ではない」「人口あたりの医学部卒業生の少ない埼玉と千葉については、他県からの医師の移動を積極的に促す方策をとらない限り、医学部定員などを多少増やしてみたところで、長期的にみてもまったく展望がない」という記載があった。
- 6) それ以外の道府県については具体的な病院名が報告された。
- 7) 大阪府の回答には以下のような記載が付記されていた。「現在挙げている 9 病院以外にも多くの病院が困っています。ドミノ倒しの様相です。1~2カ所に絞り込むことは不可能です。これはどこの都市部でも同じではないでしょうか？緊急的に全体のセーフティネットを拡大することが必要と考えます。そもそも、全国から 1カ所ずつ要求が挙がったとして、全国で 47名もの産婦人科医師をどこから調達するのでしょうか。1県の産婦人科医師が 100名前後ならば、1名派遣も効果(?)あるかもしれませんが、大阪ならば 1200名です。少なくとも、10倍は手当していただかなければ割が合いません。少なくとも大阪でこれ以上絞り込むことは不可能です。」
- 8) 産婦人科医の緊急臨時的派遣が行われるとしても、派遣される医師の数が、日本全国に現場の必要を満たすものになるとは到底考えられないことは、回答者である各地方部長は十分に理解しており、それが、今回の調査の回答のばらつきにあらわれていると考えられる。今回の調査結果の分析においては、「なし」という回答は、産婦人科医が充足しているという意味ではけっしてなく、「緊急派遣」が有効と考えられる病院が「ない」という意味であることを理解した上で行われる必要がある。また宮城、山梨、長野、和歌山、島根、高知、熊本、鹿児島のように、比較的多くの病院に緊急派遣が必要、と回答した地域では、医師不足の中で地域産婦人科医療の確保に努力し続けた結果、それぞれの地域で多くの病院が同時に疲弊、破綻の寸前にある実情を示していると考え

られる。戦線がのびきってしまい、総崩れになる危険が迫っているわけである。

9) 具体的な病院名を以下に示した。

緊急派遣が必要な病院名	
北海道	浦河赤十字病院
	根室市立病院
	伊達赤十字病院
青森	青森労災病院
	十和田市民病院
岩手	県立久慈病院
	県立二戸病院
	県立大船渡病院
	県立宮古病院
宮城	気仙沼市立病院
	大崎市民病院
	県南中核病院
	石巻赤十字病院
	仙台市立病院
	東北公済病院
	仙台赤十字病院
	仙台こども病院
秋田	なし
山形	県立新庄病院
	県立河北病院
	県立中央病院
福島	県立南会津病院
	いわき共立病院
茨城	県立中央病院
	日立総合病院
	国立水戸医療センター
栃木	国立栃木病院
	小山市民病院
	芳賀赤十字病院
群馬	太田総合病院
埼玉	回答困難

千葉	船橋中央病院
	君津中央病院
東京	なし
神奈川	なし
新潟	なし
富山	黒部市民病院
石川	なし
福井	福井社会保険病院
	福井愛育病院
山梨	都留市立病院
	塩山市立病院
	加納岩病院
	社会保険山梨病院
	大月市立病院
長野	北信総合病院
	佐久総合病院
	飯田市立病院
	昭和伊南総合病院
	波田総合病院
	国立病院機構松本病院
	国立病院機構長野病院
岐阜	県立下呂温泉病院
静岡	藤枝市立総合病院
愛知	なし
三重	回答困難
滋賀	なし
京都	舞鶴医療センター
大阪	府立母子保健総合医療センター
	高槻病院
	愛染橋病院
	淀川キリスト教病院
	千船病院

	ベルランド総合病院
	市立泉佐野病院
	済生会吹田病院
	市立豊中病院
兵庫	県立柏原病院
	公立八鹿病院
奈良	なし
和歌山	那賀病院
	橋本市民病院
	日高総合病院
	新宮医療センター
	有田市民病院
鳥取	なし
島根	大田市立病院
	済生会江津総合病院
	公立邑智病院
	出雲市立総合医療センター
	松江赤十字病院
	島根県立中央病院
岡山	津山中央病院
	落合病院
	井原市民病院
	笠岡市民病院
	児島市民病院
広島	因島総合病院
	尾道市民病院
山口	なし
徳島	県立三好病院
	県立海部病院
香川	なし
愛媛	県立南宇和病院
高知	県立安芸病院

	JA 高知病院
	高知県立医療センター
	くぼかわ病院
	幡多けんみん病院
福岡	なし
佐賀	唐津赤十字病院
	国立病院機構佐賀病院
	県立病院好生館
長崎	なし
熊本	荒尾市民病院
	公立玉名中央病院
	熊本労災病院
	水俣市立総合医療センター
	天草中央総合病院
	上天草総合病院
	阿蘇温泉病院
	人吉総合病院
大分	中津市民病院
	公立おがた総合病院
	国東市民病院
宮崎	県立日南病院
	藤元早鈴病院
	県立延岡病院
	都城医療センター
鹿児島	県立大島病院
	公立種子島病院
	鹿児島医療センター
	鹿児島市医師会病院
	済生会川内病院
	出水市立病院
沖縄	なし

III. 調査結果―「緊急派遣病院で勤務するための条件」

- 1) 回答の内容は、「報酬」「勤務条件」「医療体制」「制度上の問題」に集中した。
- 2) 「報酬」に関しては、多くの病院で時間外手当の適正支給やオンコールへの評価等、一般的に考えればごく当然のことが行われていない現場の実態を反映して、全国からほぼ同様の条件があがった。
- 3) 「勤務条件」についても、本来遵守されるべき基本的労働条件が確保されていない現場の状況を反映して、ごく一般的な、当然の条件があがっている。つまり、現場があまりにも非人間的であること、それが放置されてきていることが、産婦人科で、「緊急派遣」のような対応が検討されざるを得なくなった原因であり、逆に、そのような条件が整備されていれば、このような崩壊状況にいたることはなかったと、考えるべきであるのかもしれない。
- 4) 「医療体制」に関しては、特に小児科、麻酔科の体制が整備されていること、地域における施設間の相互連携体制が整備されていることが重要という指摘がなされていた。小児科、麻酔科が整備されていない環境で、産科医療だけを孤立して実施することは不可能である。また、十分でないスタッフで運用をすることが前提となる緊急派遣においては、地域医療連携が不可欠であることが、地域行政担当者にも十分認識される必要がある。
- 5) 以下に、具体的記載内容を示した。

I. 報酬に関連した条件

- 1) 十分な報酬
- 2) 分娩手当の支給
- 3) 収入の確保：年収として、現在の最低 2 倍は必要。
- 4) 時間外勤務手当：ある一定以上の勤務をしても、労働基準法上それ以上は払えないと言われるので全く馬鹿げた話である。
- 5) 医師派遣が必要な病院は、いずれも県庁所在地からは離れた地域であり、給与面での優遇は必須条件と考えます。
- 6) 待遇が現在よりよいこと（金銭的に）。
- 7) 報酬を高くすること。
- 8) 給与の改善（特に県立病院）。時間外手当の見直し（サービス残業が多い）。特に分娩を取扱う病院の場合は、非常勤医師の確保（非常勤医師の給料の値段も問題となる）。
- 9) 時間外の分娩や手術、当直（夜勤）には相応の手当てが出る
- 10) 勤務実態に見合った給与体系であること。

- 1 1) 当直、宅直、拘束に対して正当な評価が与えられていること。
- 1 2) 年収 2000 万円以上
- 1 3) 医師不足病院には個人の給与を上げることが大切と思う。
- 1 4) 時間外、当直の手当のアップ。分娩に対するインセンティブ。・ハイリスク分娩に対するインセンティブ。
- 1 5) 他の診療科にも利用できる案として利益に対する報酬でもよい。
- 1 6) 給料は労働に見合う評価が必要
- 1 7) 時間外手当、分娩手当、当直料などを上限を設けず、適正に評価するよう改善されるべき
- 1 8) 給与は十分に考慮されたものであること（能率給でなく、基本給を高く）。
- 1 9) 高収入（本給に分娩、夜勤、手術手当などが加わる）で学会出張も可能。
- 2 0) 地域の中核施設として緊急搬送を受け入れるにふさわしい報酬 部長：1900 万円、
医長：1700 万円、医員（医歴 7 年）1200 万円。
- 2 1) 過重労働に対する報酬が保証されていること。
- 2 2) 時間外勤務手当
- 2 3) 夜間休日の入院、分娩、緊急手術に対する負荷手当（産婦人科専門医 1 件 1 万円、
非専門医 1 件 5000 円）。
- 2 4) 派遣労働に対しての労働基準法に基づいた正当な給与の支払い。
- 2 5) いずれの公立病院も赤字体制でその結果医師に対する待遇も悪い（当直手当も産婦人科の労働に見合っていない）。待遇（給料及び労働時間の短縮）の改善が必要である。
- 2 6) 拘束時間に見合った報酬
- 2 7) 労働量、リスク、拘束時間等に見合った給与体系および勤務体系を確保することが重要と考えます。言い換えれば開業医より勤務医の方が魅力があると思える労働環境整備が必要
- 2 8) 報酬と休日の確保
- 2 9) 診療に見合った報酬の確保
- 3 0) 労働に見合った報酬の確保。
- 3 1) 遠隔地勤務並びに時間外労働・待機に対する正当な報酬。
- 3 2) 分娩に対しても手当が十分出ること。

II 勤務条件

- 1) 土日などの休日が保証される。
- 2) 当直後の日勤体制の工夫
- 3) 勤務時間の短縮：当直・当直明けの休みの確保。
- 4) 子供を持つ女性医師の勤務条件の改善：子供を育てながらも常勤でいられるよ

うな体制整備

- 5) 24 時間保育の施設が院内にあること。
- 6) 女性医師が働きやすい環境を整備する（特に子育て・育児・出産）。
- 7) **working share** を可能にすること。
- 8) 勤務医師が十分確保されている、
- 9) 当直（夜勤）明けは休みがとれる
- 10) 病児も診て貰える院内保育所が整備されている
- 11) 個人に非人間的生活を強いることのないサポート体制
- 12) 週 1 日以上完全休暇。
- 13) オン・オフがはっきりしていること。女性が多いので。常にオンコールでは夜間の子供の面倒を見ることができない。
- 14) 当直回数が少ないこと（週 1 回程度）。
- 15) 院内保育所が完備している。
- 16) 週 1~2 日程度の大学からのパート応援が必要
- 17) 病院ならびに地域住民の医師に対する評価（態度）です。医師を大切にする地域や病院には赴任をいやがりません。医療訴訟対策などは当然です。
- 18) 週 50 時間以内で 2~4 チーム交替があり休養日もある。
- 19) 当直の翌日の勤務（外来、病棟、手術等）の免除
- 20) 医療技術習得のための制度が確立されている。学会出張、院外研修の機会と手当がある。
- 21) 病欠、妊娠、出産、育児休暇の代替要員が確保できる。
- 22) 育児や介護をしている医師に対してフレックスタイムの導入。
- 23) .院内保育所（少なくとも夜 8 時まで 病児保育も）。
- 24) 総時間外労働時間が労働基準法に抵触しないこと。
- 25) 休暇や学会参加時間の保証、
- 26) 女性医師に対する育児休暇、産休の保証
- 27) 年限を区切ること
- 28) 労働環境の整備。
- 29) 将来に展望の抱ける勤務形態（たとえば高次医療機関における高度医療の修練、大学付属病院における先進医療や医学研究に従事可能な雇用：従来の大学医局からの派遣形態に類似）。
- 30) 最低限の医師が確保され、交代で当直業務ができること。
- 31) 病院全体の当直義務を、産科の夜間待機に相当する分緩和してもらうこと。
- 32) 妊娠・育児期間の勤務・当直緩和、及びそれを可能にする医師の応援体制。
- 33) 一定期間勤務した後は大学病院で勤務するなど、生涯学習が可能なこと。
- 34) 常勤医が 3 名（最低）。

III 医療上の体制

- 1) 地域センターからの支援（母体搬送などが可能）。
- 2) 小児科、周産期を専門とするものの複数の存在。常勤麻酔医の存在。
- 3) 必ず複数の産婦人科医が勤務していること。
- 4) 内科・外科とくに小児科・麻酔科が常勤していること。
- 5) できれば NICU があること。
- 6) 小児科と麻酔科のスタッフが充実しており、地域産婦人科としての本来の働きができる環境を構築する。
- 7) 出生体重児程度は常に受け入れられる小児科並びに麻酔科の確保が必須と思われる。
- 8) 麻酔科・小児科等の他の診療科の体制整備
- 9) 麻酔科医、小児科医が常勤していること。
- 10) 十分な助産師のサポートが得られること。
- 11) 医師不足病院には後方支援（安心ネット）を行うことが大切と思う。
- 12) 医師を助けるメディカルセクレタリーが常に医師の雑務を助けること。
- 13) 夜間休日を含めて 24 時間、地域医療機関からの緊急搬送に応えられるだけの産婦人科医師数、小児科（新生児担当医）、麻酔科医が確保されていること。
- 14) 施設間の応援体制ができています。
- 15) 帝王切開決定から 15 分以内で児を出生せしめる緊急手術体勢の保証
- 16) 小児科医・麻酔科医の存在
- 17) 十分な数の助産師の存在。
- 18) 地域における周産期医療ネットワークの機能的な運用の確立。
- 19) ネットワーク内に 24 時間対応可能な専任のコーディネーターの存在
- 20) 24 時間運用可能な患者搬送システムの確立。

IV 制度上の問題

- 1) 自治医大の産婦人科枠設定、地域枠での産婦人科枠設定
- 2) 公務員規定など派遣医師の所属する組織の法的枠を外すこと。
- 3) 多発する産科医療訴訟に対する派遣医師の免責、又は庇護体制の法文化。
- 4) 自治医大出身者を産婦人科に回す
- 5) まず地域の二次中核病院の産婦人科医を増加し、そこに職籍を残したまま、交代制で産婦人科医不在の地方に非常勤として出向する体制を整える。交代頻度を増やすことで医師一人当たりの負荷も軽減でき、また常勤としないことで地方自治体の経済的負担も軽減できる。ハイリスク妊婦は出向元の中核病院に紹介する体制にすると、紹介もスムーズで受け入れ拒否もなくなる。