

2010年1月29日

産婦人科医療改革グランドデザイン2010  
—骨子案 ver. 1.6—

<http://shusanki.org>

日本産科婦人科学会医療改革委員会  
委員長 海野信也

# グランドデザインにおける目標

- 20年後、90万分娩に対応する。
- 地域で分娩場所が確保されている。
- 病院において労働関連法令を遵守した医師の勤務条件が確保されている。
- 女性医師がそのライフサイクルに応じた勤務形態で継続的に就労することが可能になっている。
- 産婦人科医及び助産師不足が発生していない。
- 世界最高水準の周産期医療提供が安定的に確保されている。

# 産婦人科医療改革グランドデザイン2010: 骨子(案)

## その1

- **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。
  - 社会の理解と協力を要請するとともに、行政(国、地方自治体)、学会、医学部産婦人科、研修指定病院が中心となって新規専攻医増加のための協力体制を構築する。
- **助産師数**: 助産師養成数を年間2000名以上まで増員する。
  - 助産師養成システムの再検討を行う。
  - **助産師がすべての分娩施設で分娩のケアにあたる体制を整備するため、特に診療所への助産師の配置に対して incentiveを付与する。**

# 産婦人科医療改革グランドデザイン2010: 骨子(案)

## その2

- 勤務環境:

- 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。

# 産婦人科医療改革グランドデザイン2010: 骨子(案)

## その3

### ● 地域周産期医療体制:

- 地域の周産期医療体制整備を推進し安全性を確保する。
  - 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を産科診療所等の産科専門施設で担当する。
    - 産科診療所の新規開業、継承、事業拡大、事業継続への積極的incentive付与を行う。
  - 地域ごとに、その地域の実情に即した医療施設の配置等を検討し、現実的かつ安全な分娩取扱が可能な地域周産期医療体制を構築する。
  - 限られた医療資源を最大限に活用するため、診療機能及び妊産婦・患者のバランスのとれた集約化と分散により、安全、安心、効率化の同時実現を目指していく。
  - 麻酔科、新生児科、救急関係諸診療部門を擁する周産期センターを中心とした周産期医療システムを各地域に整備する。
  - 施設内連携を強化する。
  - 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。
- 上記施策を5年間継続し、成果を確認した上で、計画の再評価を行う。

# 日本の産科医療提供体制の特徴

助産師不足

自由診療

周産期医療システム

周産期母子  
医療センター

助産師配置

小規模病院  
における  
分娩管理

有床診療所  
における  
分娩管理

## 本「産婦人科医療改革グランドデザイン」策定に際しての基本的な考え方

- 産婦人科医は専門医になって約40年間は診療に従事する。20年後にも、今診療に従事している医師の半数は勤務しているはずである。
- 20年前の状況を考えても、今後の20年間に産婦人科診療の基本的な部分が大きく変わるとは考えられない。
- 従って、20年後のグランドデザインの検討においては、その診療内容については、現時点から連続する現実として実現可能なものとして考えることになる。
- 個別の医師の診療内容には大きな変化がなくても、全体としての専門家集団の志向する方向性によって、「結果としての医療体制とそれが提供する医療の質」には大きな差が生じる可能性がある。
- 産婦人科医療体制の危機が叫ばれ、それを改善するための種々の施策が実施され始めている現時点において、将来の産婦人科医療の持続可能性に関する懸念を抱いている方々に、わが国の産婦人科医療の、達成可能な望ましい方向性を示すことは、産婦人科医療提供の当事者である専門家集団の責務であると考えられる。

産婦人科医療改革グランドデザイン2010: 骨子

年間最低500名の新規産婦人科  
専攻医を確保する。



# 90万分娩に対応可能な 産婦人科医療提供体制(試算1)

- 病院勤務医の在院時間は当直等のために時間外で在院する時間によって規定される。
- 時間外は平日(年間240日)で16時間、休日(年間125日)で24時間 1年で6840時間である。これを何人で分担するかによって在院時間が決まる。
- 仮定
  - 90万分娩を、病院で45万件、診療所で45万件担当するものと仮定する。
  - 診療所医師は年間200分産を担当するものとする。
  - 病院には当直者を500分産に一人おくものとする。
- 病院には全体で900名以上の当直者、診療所医師は全体で2250名以上必要になる。

		施設数	医師数	
500分産あたりの 当直担当者数	月間在院時間	周産期センター・特定機能病院	150	2000
5	274	一般病院(500分産 あたり6-8人体制)	600	5400-7200
6	255	診療所	1500	2250
7	241	合計	2250	9650-11450
8	231			

# 90万分娩に対応可能な 産婦人科医療提供体制(試算2)

- 仮定
  - 90万分娩を、病院で30万件、診療所で60万件担当するものと仮定する。
  - 診療所医師は年間200分娩を担当するものとする。
  - 病院には当直者を500分娩に一人おくものとする。
- 病院には全体で600名以上の当直者、診療所医師は全体で3000名以上必要になる。

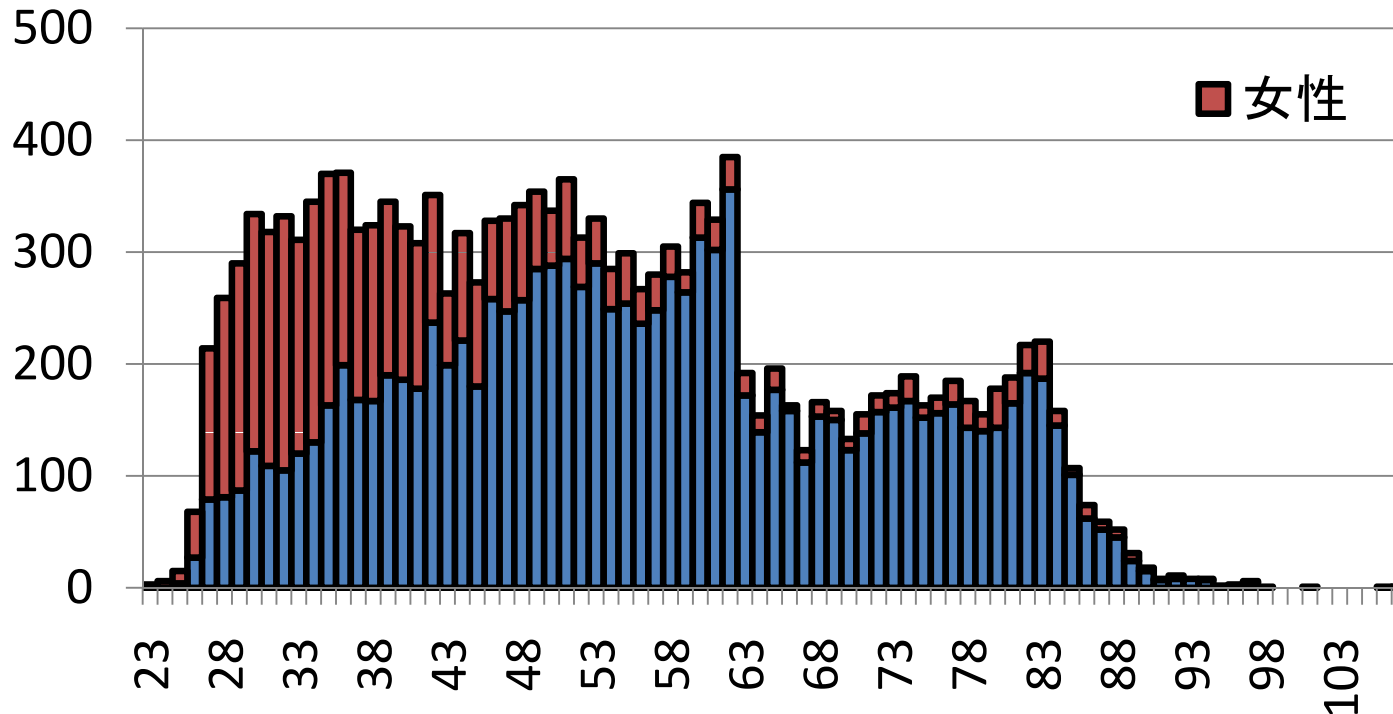
500分娩あたりの当直担当者数	月間在院時間
5	274
6	255
7	241
8	231

	施設数	医師数
周産期センター・特定機能病院	150	2000
一般病院	400	3600-4800
診療所	1500	3000
合計	2050	8600-9800

分娩取扱診療所医師数の現状

年齢	医師数
30-39	141
40-49	513
50-59	671
60-69	422
70-79	233
80-	127
合計	2107

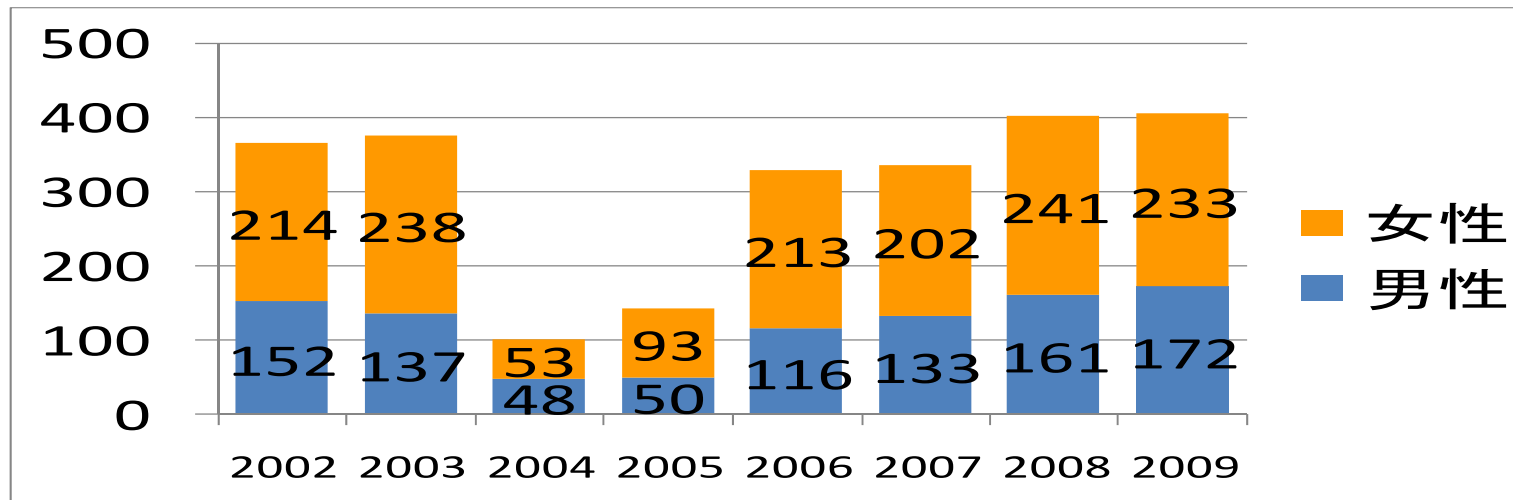
# 日本産科婦人科学会会員 年齢別・性別分布 2009年



- 日本の産婦人科医は年々女性の占める割合が増加している。現在40歳以下の年代では、過半数が女性医師であり、彼らの産婦人科医としてのキャリアの継続と発展はわが国の産婦人科医療の将来の姿を決定づけることになる。
- 出産子育て時期は、同時に女性医師の専門家としてのキャリア形成にとっての最重要期でもある。
- 従って、女性医師については、「継続的就労」と「一時的なslow downや休業からの復帰」の両者を促進する環境整備が必要である。

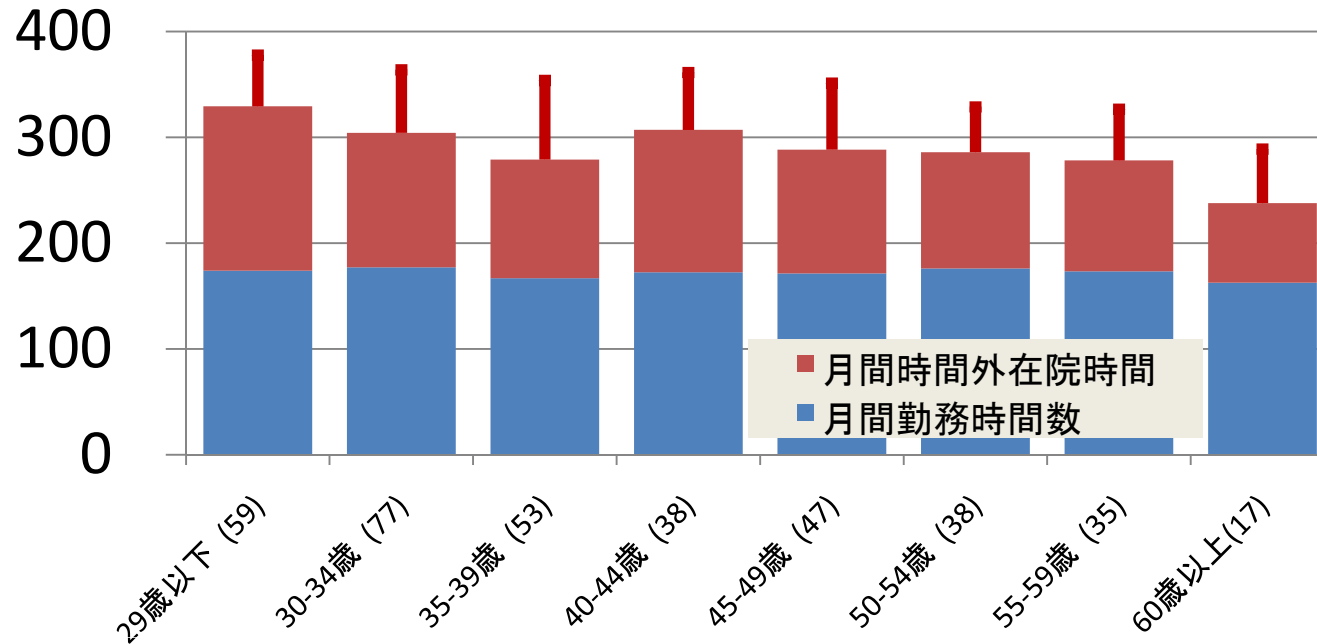
# 日本産科婦人科学会

## 入会年度別 新入産婦人科医数 2009年9月30日現在



- 新規産婦人科専攻医は徐々に増加しつつある。また、減少を続けていた男性医師も徐々に増加している。
- 2006年からの過去4年間、産婦人科医は非常に厳しい試練を経験してきた。我々はこの試練に対して、団結して正面から立ち向かってきた。状況に対する社会の理解もようやく進みつつある
- 。そのような状況下で、若干であるとはいえ、新規産婦人科専攻医が増加してきていることは、これまでの努力が有効であったことを示すとともに、今後の発展的展開に期待を抱かせるものと考えられる。
- しかし、現場の状況はきわめて悪化しており、勤務環境を改善し、現在大幅な制限を余儀なくされている学術活動を活発化するには、さらに多くの若い同僚を獲得しなければならない。
- 今後、これまで行ってきた多方面にわたる活動を継続するとともに、その活動の成果を示していく努力も必要と考えられる。

# 年齢層別 月間在院時間 当直体制のある一般病院



2008年 日本産科婦人科学会調査

- 当直体制をとっている限り、少人数体制の病院では在院時間が長時間化するのとは自明である。病院産婦人科の大規模化・集約化は勤務環境改善のために必要不可欠である。
- その結果必然的におきる分娩取扱病院の減少については、地域における妊娠分娩管理体制に関するコンセンサス形成によって社会問題化を防ぐ努力が必要になる。

# 2009年日本産婦人科医会 分娩取扱病院 勤務医調査

2007年、2008年全国アンケート調査との比較

	2009年	2008年	2007年
対象施設	1157	1177	1281
有効回答(%)	823 (71.1)	853 (72.5)	794 (62.0)
分娩数			
1施設あたり	499.8	474.8	446.3
常勤医1名あたり	88.9	98.3	98.4
帝王切開率(%)	22.5	21.9	NA
母体搬送受入数	25.0	24.2	NA
1施設あたりの医師数			
常勤医	5.6	4.9	4.5
(うち女性医師%)	1.8 (32.1)	1.5 (30.6)	NA
非常勤医師	1.9	1.9	1.5
常勤助産師数			
当直を除く1週間の勤務時間	51.6	52.1	NA
1ヶ月間の推定在院時間**	317.1	317.7	NA
当直			
回数(／月)	6.0	5.9	6.3*
睡眠時間(h)	4.8	4.7	NA
翌日勤務緩和(%)	156 (19.0)	142 (16.7)	58 (7.3)
手当増額(%)	144 (17.5)	124 (14.5)	73 (9.2)
分娩手当(%)	339 (41.2)	230 (27.0)	61 (7.7)
特殊手当(%)	143 (17.4)	110 (12.9)	41 (5.2)
ハイリスク加算の還元(%)	39 (8.2)***	66 (7.7)	5 (0.6)
クラークの配備(%)	346 (42.0)	256 (30.0)	NA

\* 2006年度定点調査より換算

NA: not applicable

\*\*当直における拘束時間を16時間として算出

\*\*\*ハイリスク加算の請求がある473施設における頻度

•分娩取扱病院は徐々に集約化されつつある。そしてそれは今後、持続的に進行することになる。

•この経過は、産婦人科医療の再編の必然的プロセスであるという点について、早期に社会的なコンセンサスを形成しておく必要がある。

# わが国の産婦人科workforce予測

- 目的:現時点での産婦人科医数と今後予測(期待)される新規産婦人科医数から、10年後、20年後の実働産婦人科医数の予測を行う。
- 方法:
  - 学会員数と医師調査の産婦人科従事医師数との比較から産婦人科学会員の医療従事率を72%とする
  - 女性医師の実働率を75%と想定する。
  - 各年代の産婦人科医の性別の人数を基に、10年後、20年後の30歳代、40歳代、50歳代の実働医師数を試算する。

# わが国の産婦人科workforce予測 その1

(学会員の医療従事率72%、女性医師の実働率75%、  
今後新規学会員が年間男性150名、女性250名として試算)

Workforceが10%増えるのに20年かかる

	30歳代	40歳代	50歳代	Workforce合計
従事医師数(2008年)				
大学病院	918	418	171	
一般病院	1281	1081	837	
診療所	294	837	1179(60歳代880)	
<b>現在 (2009年)</b>	学会員数(男性1473; 女性1897) Workforce試算値 <b>2085</b>	学会員数(男性2248; 女性941) Workforce試算値 <b>2127</b>	学会員数(男性2670; 女性393) Workforce試算値 <b>2135</b>	<b>6347</b>
<b>10年後</b>	学会員数(男性1478; 女性2568) Workforce試算値 <b>2451</b>	学会員数(男性1473; 女性1897) Workforce試算値 <b>2085</b>	学会員数(男性2248; 女性941) Workforce試算値 <b>2127</b>	<b>6663</b>
<b>20年後</b>	学会員数(男性1500; 女性2500) Workforce試算値 <b>2430</b>	学会員数(男性1478; 女性2568) Workforce試算値 <b>2451</b>	学会員数(男性1473; 女性1897) Workforce試算値 <b>2085</b>	<b>6966</b>



# わが国の産婦人科workforce予測 その2

(学会員の医療従事率72%、女性医師の実働率75%、  
今後新規学会員が年間男性200名、女性300名として試算)

Workforceは10年で13%、20年で28%増加する

	30歳代	40歳代	50歳代	Workforce合計
従事医師数(2008年)				
大学病院	918	418	171	
一般病院	1281	1081	837	
診療所	294	837	1179(60歳代880)	
<b>現在 (2009年)</b>	学会員数(男性1473; 女性1897) Workforce試算値 2085	学会員数(男性2248; 女性941) Workforce試算値 2127	学会員数(男性2670; 女性393) Workforce試算値 2135	6347
<b>10年後</b>	学会員数(男性2000; 女性3000) Workforce試算値 2955	学会員数(男性1473; 女性1897) Workforce試算値 2085	学会員数(男性2248; 女性941) Workforce試算値 2127	7167
<b>20年後</b>	学会員数(男性2000; 女性3000) Workforce試算値 3060	学会員数(男性2000; 女性3000) Workforce試算値 2955	学会員数(男性1473; 女性1897) Workforce試算値 2085	8100

産婦人科医療改革グランドデザイン2010:骨子  
年間最低500名の新規産婦人科専攻医を確保する。

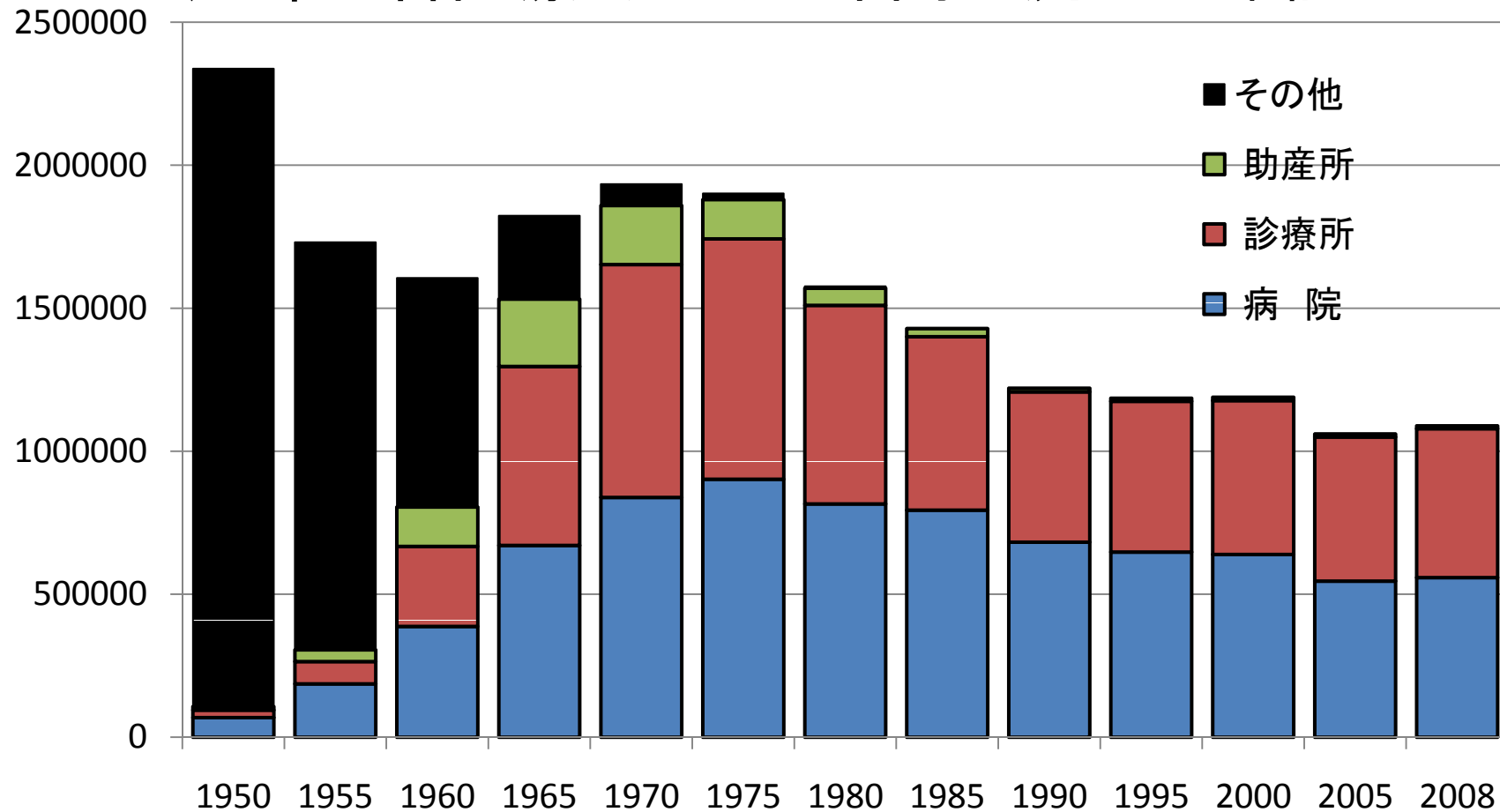
- 90万分娩体制を確保するためには、診療所で60万分娩を担当した場合でも、全体で産婦人科医9000名前後の実働が必要になる。
- 500名の新規専攻者を20年間続けければ、20年後に60歳までで8100名程度の実働を確保できる。
- 女性医師の実働率が高まれば、より早期に目標達成が可能になる。

産婦人科医療改革グランドデザイン2010: 骨子

分娩数全体の2分の1から3分の2を  
産科診療所等の産科専門施設で担当  
する。

# 産婦人科医療改革グランドデザイン

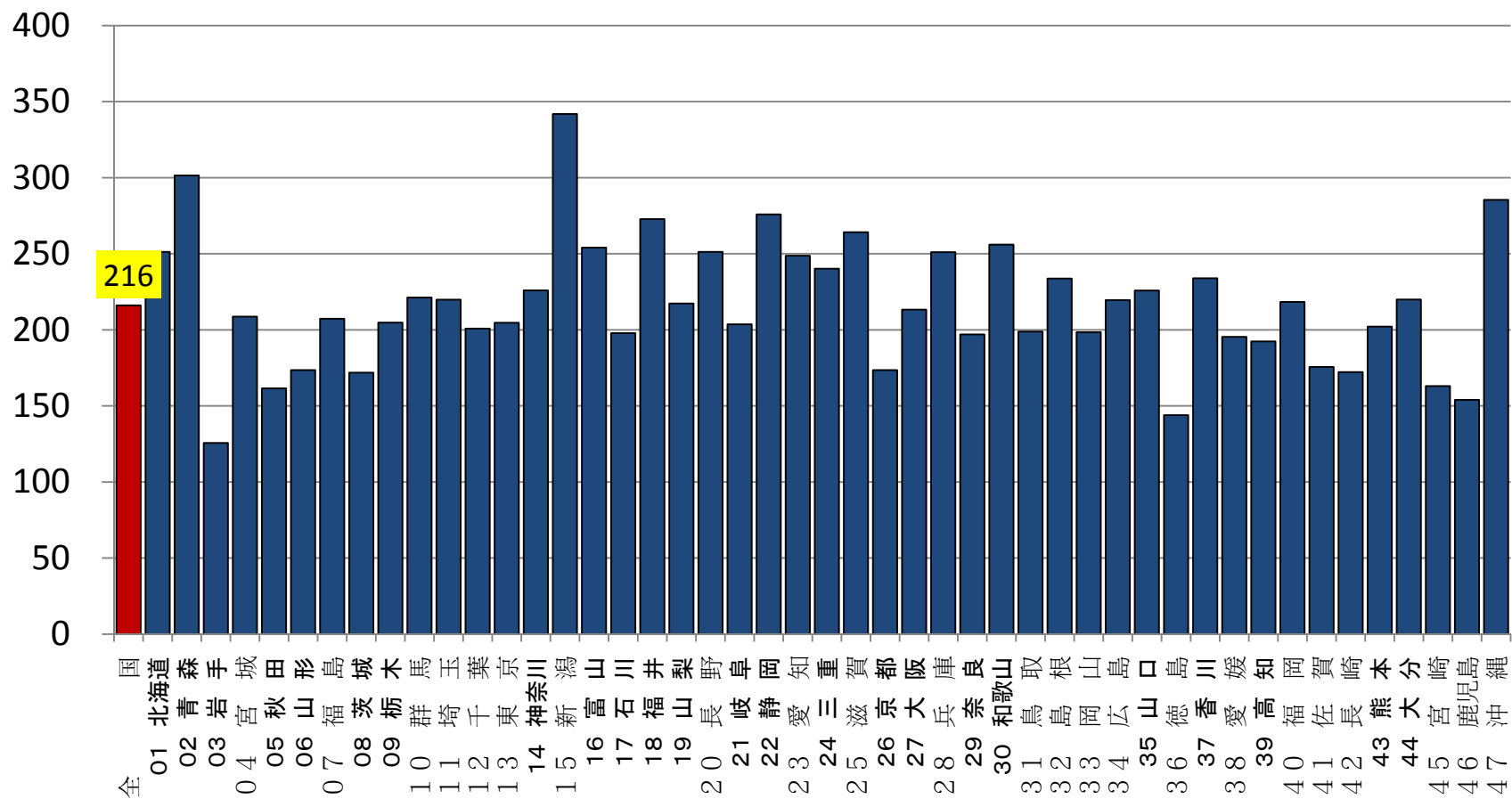
## 産婦人科医療 過去60年間の流れの確認



•現状では、病院が全分娩の51%、診療所が48%を担当している。この状況は過去20年間変化していない。

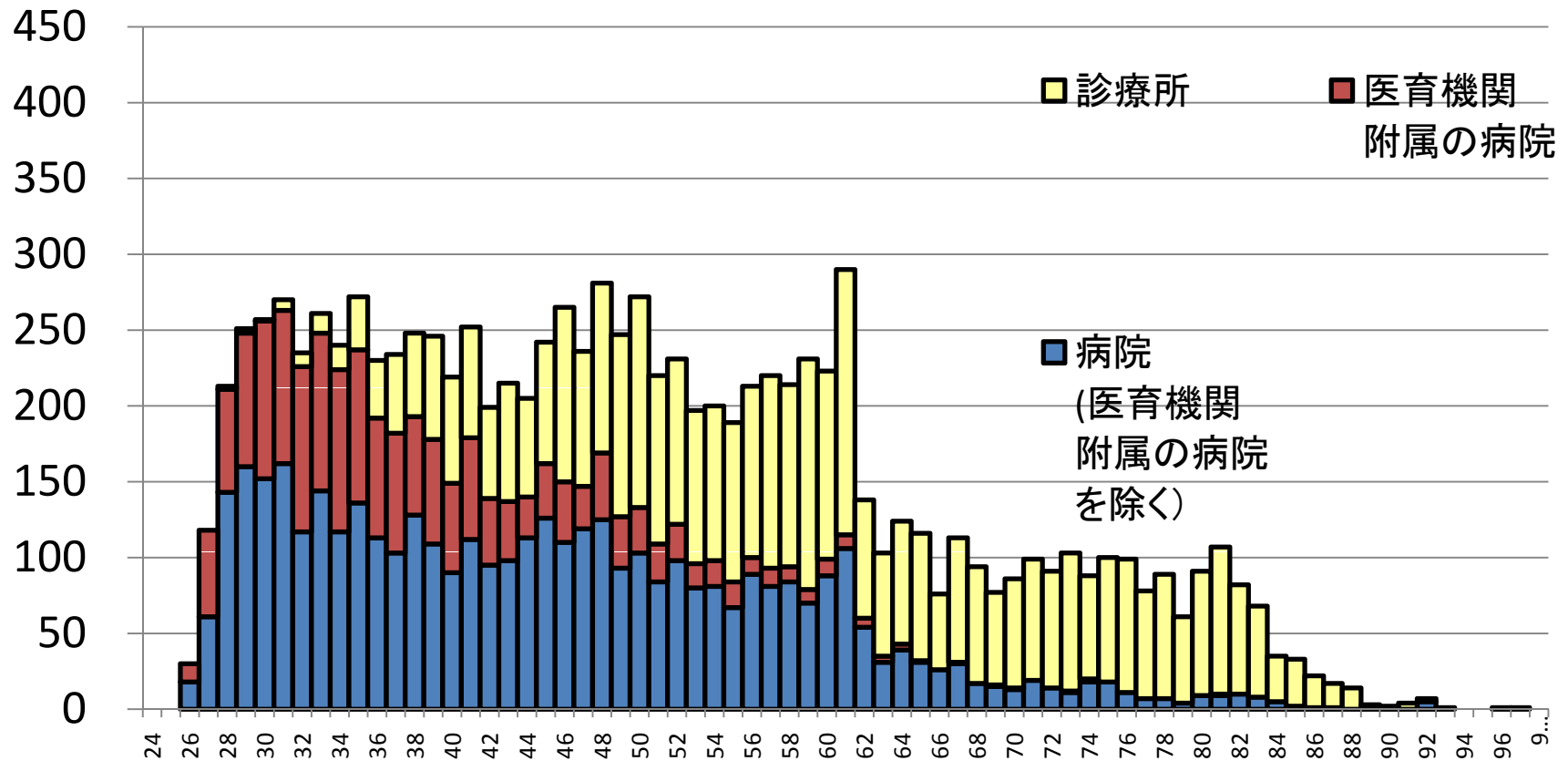
# 診療所医師一人当たりの出生数

(都道府県別 2008年人口動態調査及び医療施設調査より作図)



●診療所医師は、一人当たり年間216件の出産を管理している。これは、病院医師の約2倍の数である。

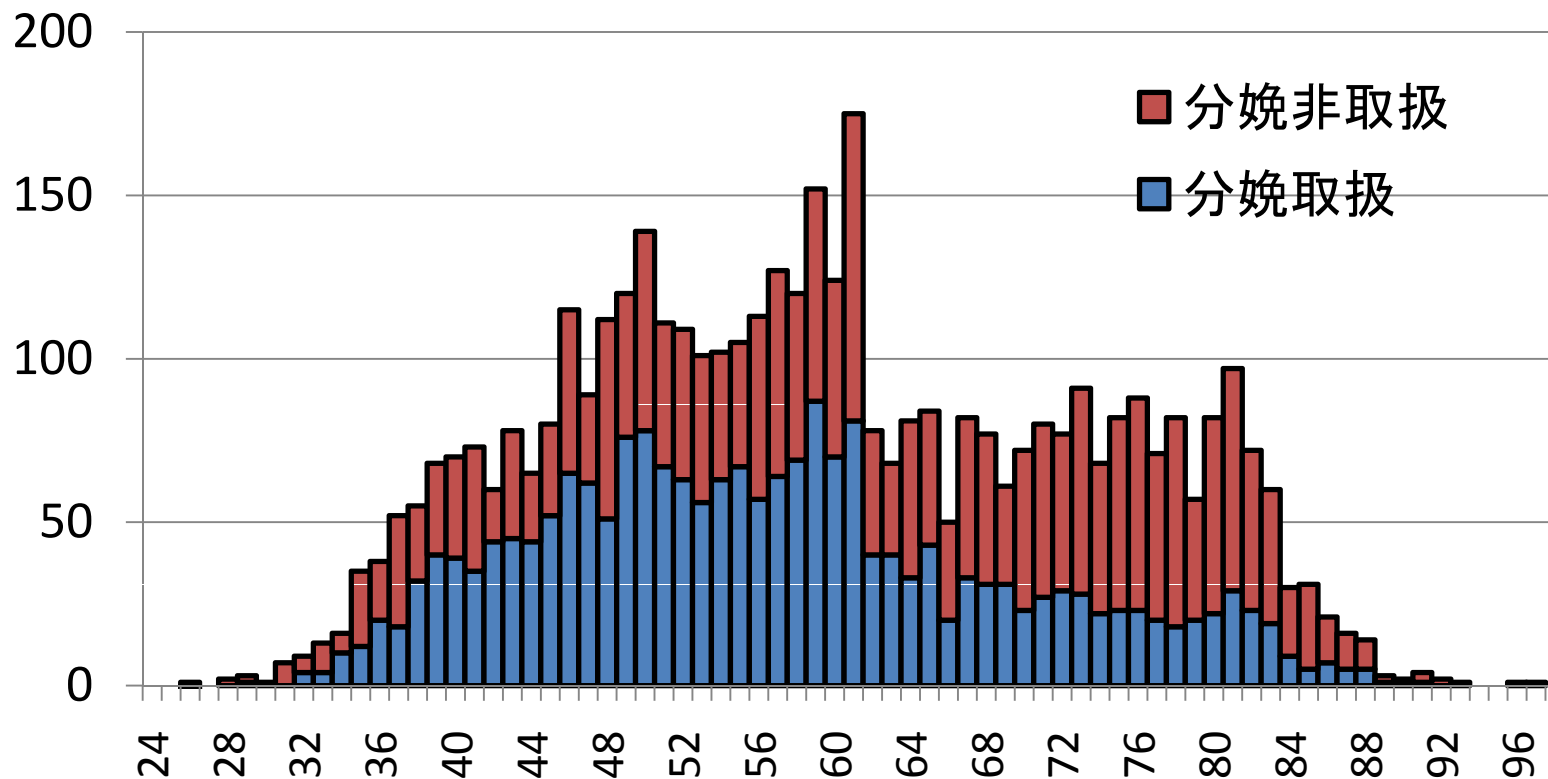
# 勤務施設別・産婦人科・産科医師の年齢分布 2008年末現在



•診療所勤務医の年齢分布は比較的広範囲にわたっている。

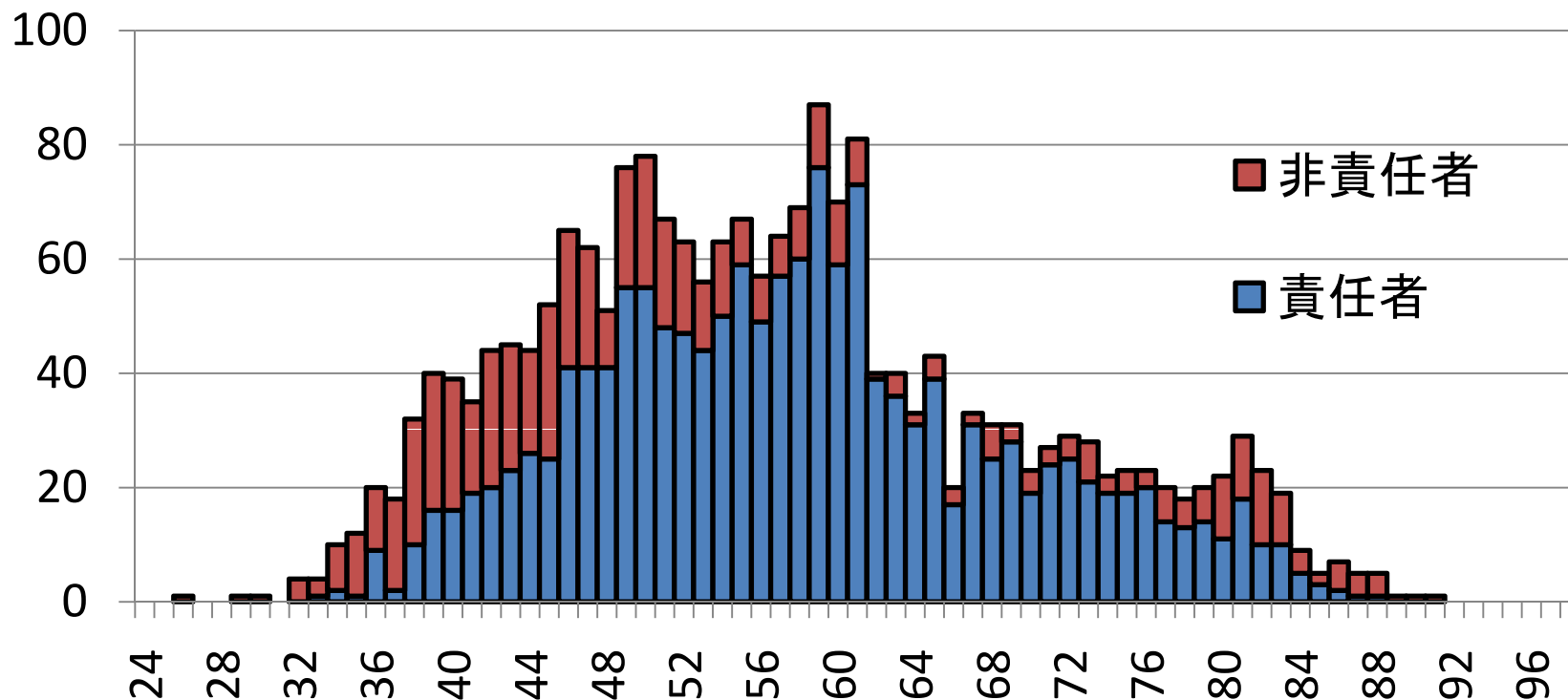
# 診療所の産婦人科医の年齢別 分娩取扱状況

医師歯科医師薬剤師調査および日本産婦人科医会施設調査より



•分娩取扱診療所に勤務する医師の年齢分布を調査した。その分布パターンは診療所の産婦人科医全体のパターンとほぼ同様であり、高齢側に片寄っている傾向は認められなかった。

# 分娩取扱診療所医師の年齢分布



- 分娩取扱診療所医師の年齢分布を責任者と非責任者に分けて示した。
- 特に高齢に偏る傾向は認められず、壮年層の産婦人科医が多いことが明らかになった。
- 現在、産科診療所は年間50万件以上の分娩に対応している。中期的には今後も地域の分娩施設の安定勢力として機能することが期待できる。

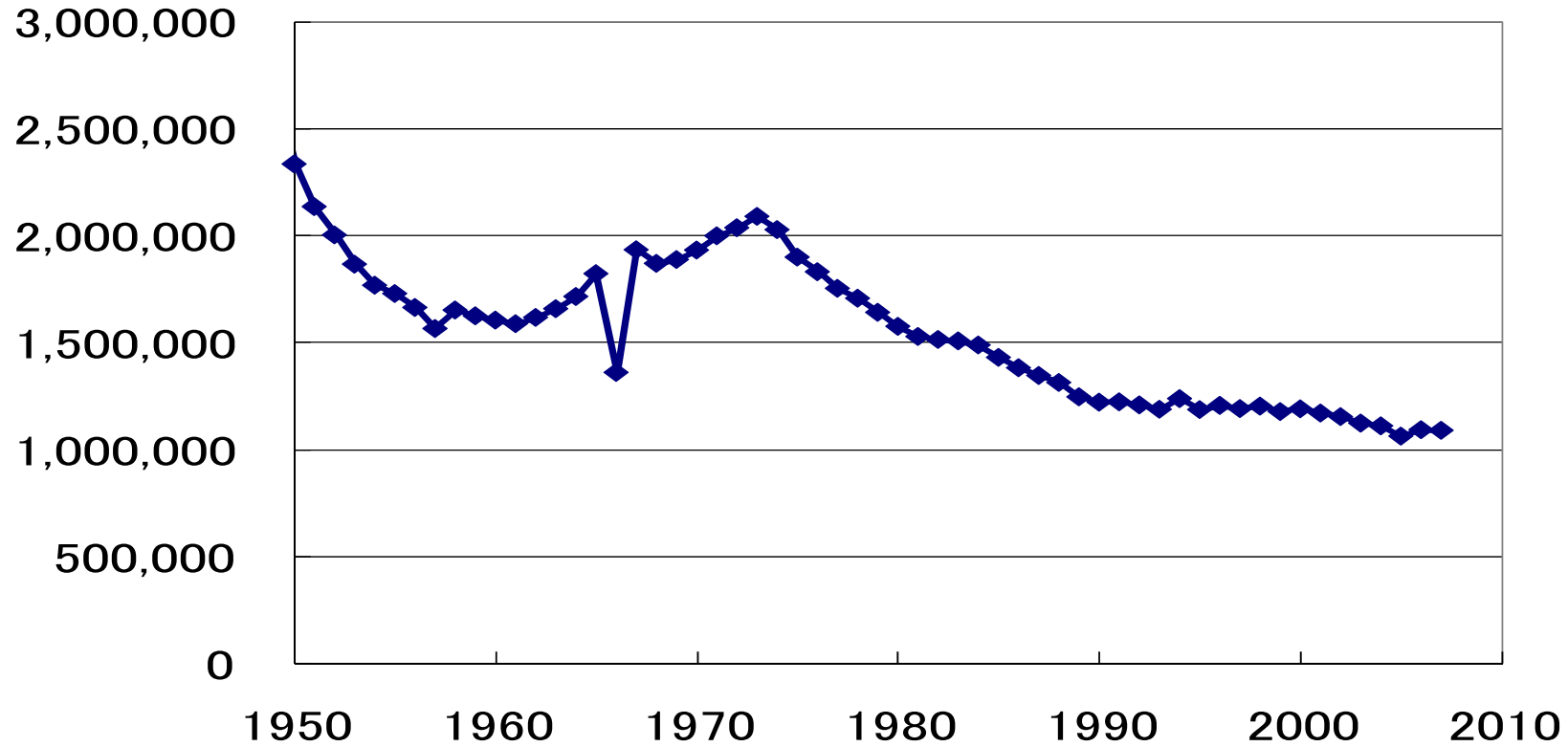


産婦人科医療改革グランドデザイン2010: 骨子  
分娩数全体の2分の1から3分の2を  
産科診療所等 **の産科専門施設**で担当する。

- 効率性: 産科診療所は、医師あたり分娩取扱数が病院の約2倍となっている。
- 多様性: 産科診療所は地域の実情やニーズに即した多様な分娩への対応が可能である。
- 持続可能性: 産科診療所の医師は決して高齢化しているわけではなく、40-50歳代の医師が多く含まれている。
- 安定性: 経営基盤が揺るがない限り、産科診療所は地域の分娩環境の安定要因となりうる。
- 課題: 安全性を担保するため、緊急帝王切開の体制と母体・新生児搬送の体制が地域で確保されている必要がある。
- **地域特性の考慮: 病院・診療所の分娩取扱実態には地域差が大きいため、地域の実情を十分に考慮したきめ細かい対策を現場で検討する必要がある。**

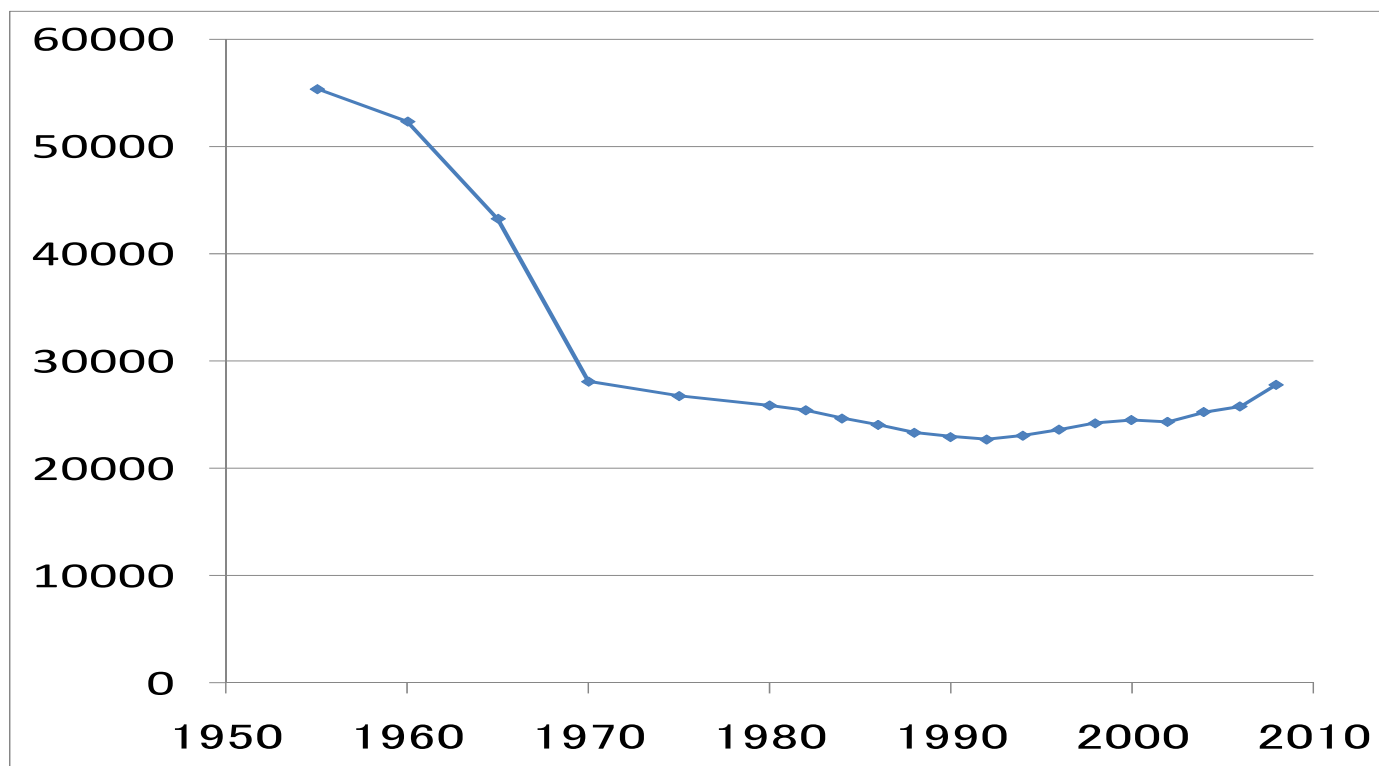
産婦人科医療改革グランドデザイン2010: 骨子  
助産師養成数を年間2000名以上まで  
増員する。

# わが国の出生数の年次推移



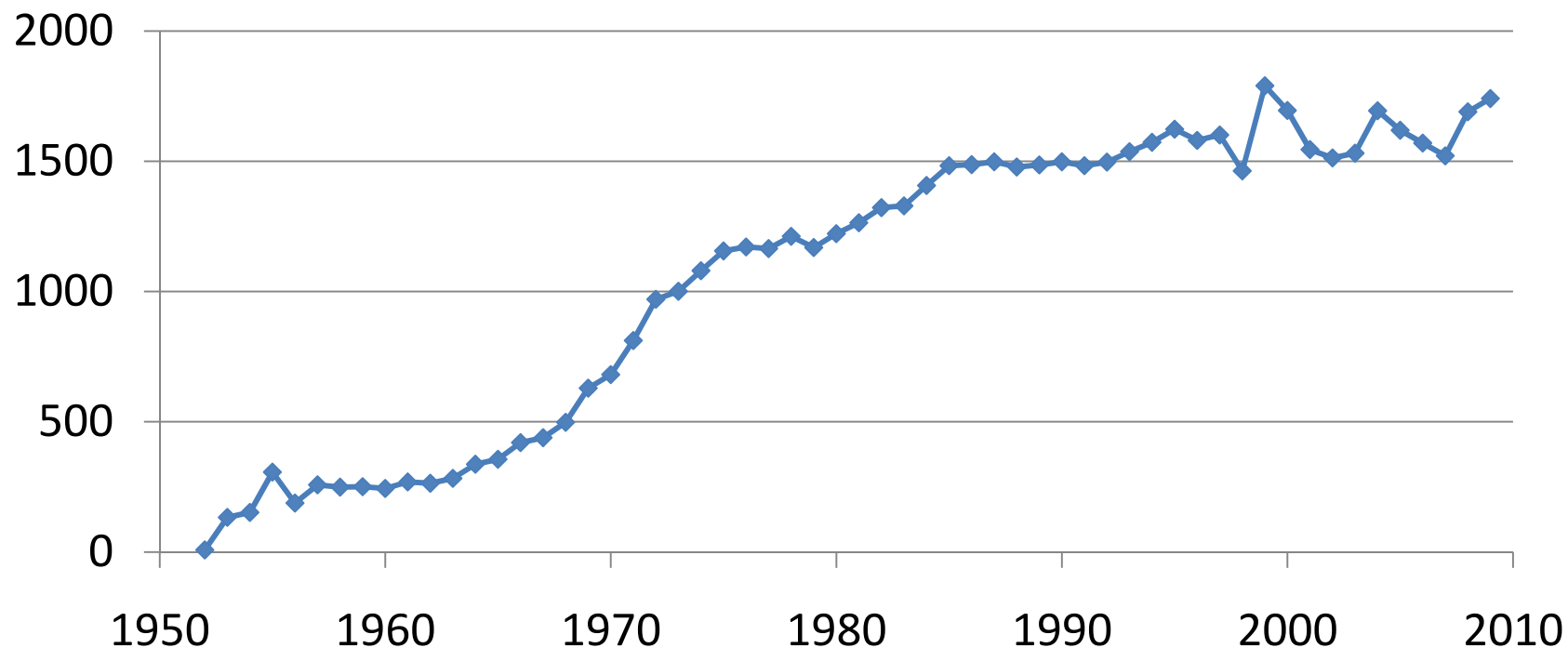
- わが国の出生数は過去60年間に大きな変動を経験している。特に1970年代の第二次ベビーブームの際には多数の妊娠分娩管理が必要となっていた。

## 助産師数の年次推移



- 助産師数は1950年代以降90年代に至るまで減少を続けていた。
- 第二次ベビーブームには全く対応していなかった。
- これは、1950年代に助産婦資格及び養成制度に大変革が行われた後、新制度の助産婦養成数が著しく少なく、旧制度の助産婦の引退を補うことが全くできなかつたためである。
- このため、現在に至るまで、病院でも診療所でも恒常的な助産師不足状態が持続している。新人助産師は病院で勤務を開始することが圧倒的に多く、病院でも不足しているため、診療所に移動する必要がなく、また移動への動機付けに乏しい状況が持続している。このため、診療所の助産師は著しく不足している。

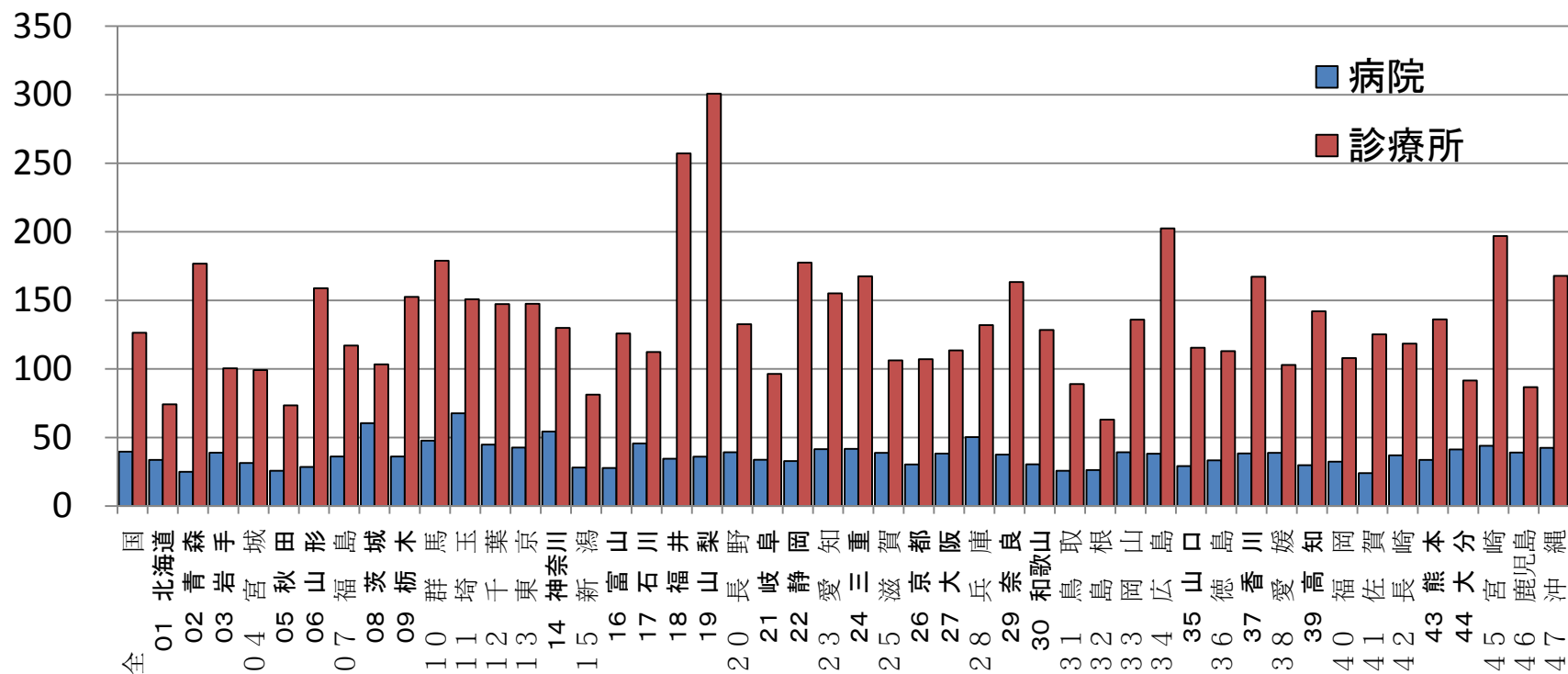
# 周産期医療提供体制 助産師国家試験合格者数年次推移



- 助産師養成数が年間1500名を超えたのは1980年代以降のことである。
- 助産師志望者は非常に多く、助産師養成増の障害となっているのは助産師養成施設の学生受入能力である。
- 助産師課程で必要とされる分娩介助実習の指導負担が大きいことが、助産師養成施設が、学生受入を増やすことのできない最大の理由になっている。

# 助産師一人当たりの出生数

(都道府県別 2008年人口動態調査及び医療施設調査より作図)



•医療施設調査からわかる都道府県別施設種類別の担当助産師数(常勤換算)から助産師一人当たりの出生数を計算した。病院で平均40名、診療所で126名で3倍の開きがあった。病院には14100名、診療所には4100名の助産師が勤務しており、両者は概ね同数の分娩を担当している。病院の助産師が過剰とは到底考えられないので、少なくとも診療所だけで8000人の助産師が不足している状況にあることになる。

# 産婦人科医と助産師の働き方の問題

- 病院と診療所では、医師あたり取扱分娩数は、診療所が約2倍となっている。
- 病院には分娩数あたりで、診療所の3倍の助産師が配置されている。
- 分娩管理において医師と助産師の果たす役割は、異なっており、助産師数が多ければ医師数が少なくても安全な分娩管理ができるとは言えない。
- 医師が産科に専業することは、分娩取扱数という点で効率化につながる。
- 助産師数の増加は、分娩管理上の質の向上にはつながる可能性があるが、効率化にはつながらないのではないか。
- 産婦人科医は、産科に専業することで取扱数を2倍にすることができる。
  - 産科診療所や産科専門病院は分娩取扱の効率化に寄与する。
- 助産師は、その配置を改善することにより、個々の分娩の質を高め、安心度、満足度を高めることができる。助産師一人当たりの年間分娩取扱数としては35-50件が妥当と考えられている。
  - 実働勤務助産師数が18000人から26000人必要
  - 現状では病院に14100人、診療所に4100の助産師が勤務している(常勤換算;平成20年医療施設調査)。
  - 従って、今後、病院よりも診療所勤務の助産師を増やしていく施策が重要。

# 助産師不足対策に関する論点

- 助産師を増やす
  - 助産師は志望者は多いが養成施設の能力が律速段階となっている。
  - 対策：
    - 養成施設の増設 ← 指導者不足が律速段階
    - 養成制度の見直し ← 分娩介助実習が律速段階
      - 助産師試験受験資格の拡大:看護師の臨床経験を評価したらどうか?
    - 卒後臨床研修制度への移行が必要ではないか？
- 助産師の離職を防ぐ
  - 助産師の処遇改善
  - 助産師外来・院内助産制度の導入
  - 助産師のキャリア形成促進
  - 診療所勤務への誘導策
- 助産師業務の効率化:今のところ検討されていない