

平成 27 年 6 月 20 日

産婦人科医療改革グランドデザイン 2015

公益社団法人日本産科婦人科学会 医療改革委員会

1. はじめに

この「産婦人科医療改革グランドデザイン 2015 (GD2015)」は、「産婦人科医療改革グランドデザイン 2010 (GD2010)」の 5 年後の再検討の過程で作成された。

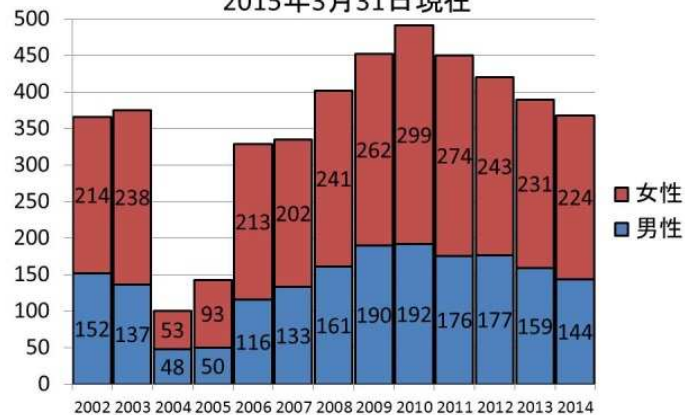
(ア) 医療改革における日本産科婦人科学会の任務

- ① 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。
- ② 適切な医療提供のための制度整備に協力する。
- ③ 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)

(イ) このグランドデザイン (GD2015) の考え方

- ① これは、日本産科婦人科学会 (学会) の今後の医療改革に関する行動計画書である。
- ② わが国の産婦人科医全体で現状認識を共有し、基本的な方向性を示すこと、そしてそれに基づいて実際に行動を起こすことを目的としている。
- ③ 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。
- ④ グランドデザイン 2010 (GD2010) 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 年間に経過し、産婦人科医数は総数としては、わずかに増加に転じている。一時的なものではあったが、新規専攻医数の増加も認められており、限定的ではあるものの、GD2010 における産婦人科医を増やすことをめざした取り組みの有効性を示唆したものと考えられる。
- ⑤ 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

図1 日本産科婦人科学会
年度別入会者数(産婦人科医)
2015年3月31日現在



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。

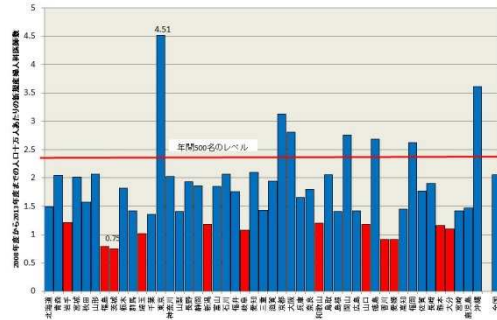
- ⑥ 日本産科婦人科学会としては、これらの若い医師たちの高い志に応じて、彼らとともに、よりよい産婦人科医療提供体制を構築していく。

2. 産婦人科医療の現状

(ア) 新規産婦人科専攻医数の現状 (図1) :

- ① 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。
- ② 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 (図 2)。
- ③ 男性医師の減少傾向には歯止めがかかったように思われるが 30 歳代の男女比は 1 : 2 でほぼ安定している (図 3)

図2 2008-2013年度の都道府県別新規産婦人科医数 (人口10万対)



(イ) 分娩取扱病院の勤務条件の現状 (表1 表2) :

- ① 当面の目標として以下の 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。
 1. 勤務医数を年間分娩 500 件あたり 6 - 8 名
 2. 月間在院時間 240 時間未満
 3. 勤務医の勤務条件緩和、処遇改善策を推進する。
 4. 特に女性医師の継続的就労率の増加を図る。
- ② 日本産婦人科医会 (医会) の調査によると、施設あたり平均分

図3 日本産科婦人科学会 性別年齢別会員数 2014年11月現在

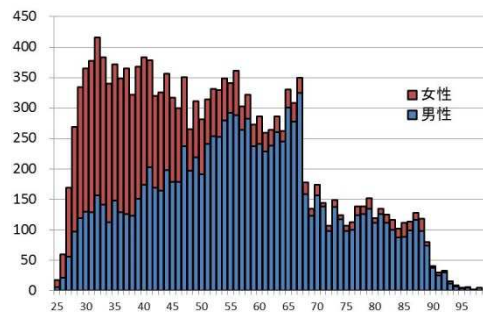


表1 分娩取扱病院の現状

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)当直	296	300	304	314	317	317	NA
回数(ノ月)	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)
ハイスケ加算の還元(%)	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

**ハイスケ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36ページ表23参照

日本産婦人科医会勤務医部会調査2008-2013

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、女性医師のうち、妊娠・育児中の医師の割合は 33% から 48% に増加している。

表2 分娩取扱病院における女性医師支援の現状

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(7.8%)、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.

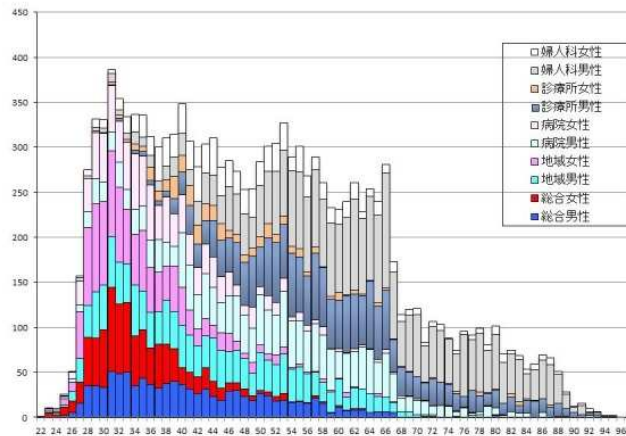
日本産婦人科医会勤務医部会調査2013

- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。

(ウ) 産婦人科医の勤務場所の現状 (図4 図5 表3) :

- ① 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確になった。
- ② 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、予測が難しい。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、分娩取扱いを担い続けることができる体制の整備が必要である。
- ③ 産科診療所は現時点で低リスク分娩を中心に全分娩の 46% を担当しており、それを担っている

図4 その他を除く施設ごとの日本産科婦人科学会学会員の年齢別・男女別分布



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歳台の産婦人科男性医師数は、それ以前と比較してほぼ半減している。従って、産科診療所で分娩を取り扱う男性医師は減少していくことを前提として今後の対応を検討する必要がある。低リスク分娩の管理については、今後、地域の実情に応じて、以下の選択肢のいずれか、あるいは両方を選択することになると考えられる。

1. 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。
2. 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。

図5 その他を除く施設ごとの日本産科婦人科学会会員の年齢別分布(男女別)

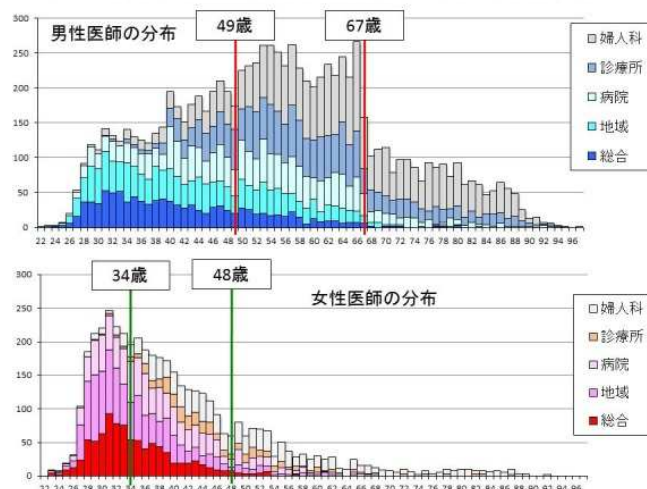


表3 施設ごとの会員数と平均年齢(頻度、男女比)

	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

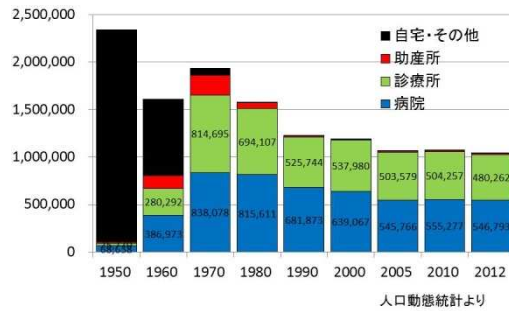
(エ) 地域による分娩場所の違いについて(平成24年データによる)(図6 図7)

- ① 病院分娩率>60%の地域は以下の12都道府県である: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
- ② 診療所分娩率>60%の地域は以下の9県である:栃木、岐阜、三重、滋賀、福岡、佐賀、長崎、大分、宮崎。
- ③ 助産所分娩・自宅分娩については全体で1%に満たない(都道府県中最も高率の奈良県で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。
- ④ 病院分娩率の高い地域では、地域で分娩できるかどうかは、比較的若い年齢層の病院勤務産婦人科医の動向に依存する可能性が高くなる。診療規模の小さい病院では、少数の医師の異動等によってその施設での分娩取扱が左右されている現状がある。
- ⑤ これに対し、診療所分娩率の高い地域では、より安定した分娩環境の確保が

可能と考えられるが、産科診療所は安全確保のために、地域に救急対応可能な病院施設を必要としている。

- ⑥ いずれにしても、地域に安定し、安全な分娩環境を確保するためには、比較的規模の大きい、救急対応能力を有する病院の存在が必要である。

図6 出生場所別出生数の推移



(オ) 専門医制度改革の現状

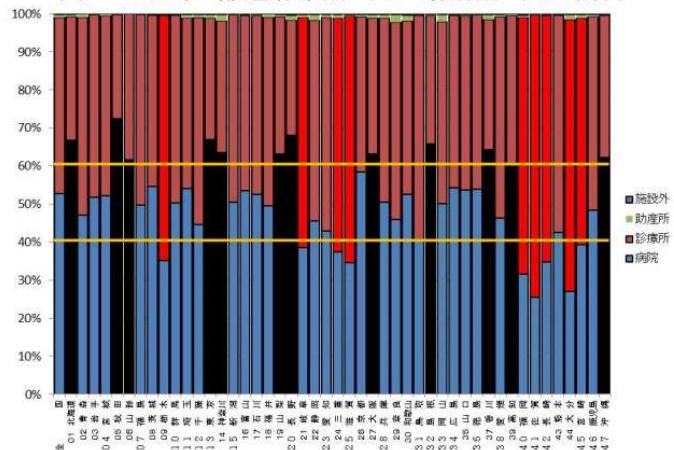
① 専門医制度改革の経過

1. 2014年5月 一般社団法人日本専門医機構
2. 2015年度中に基本的なプログラムを策定
3. 2016年度にはプログラムを確定
4. 2017年度 新専門医制度に基づく研修開始
5. 2020年度 新専門医制度に基づく専門医認定

② 新専門医制度で導入

される「病院群」と地域の産婦人科医療機関の配置、診療機能との間で齟齬が生じないように整合性を図っていく必要がある。

図7 2012年 都道府県別 出生場所別 出生割合



(カ) 産婦人科医療の現状に対する評価

① 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。

② その背景には、以下のような現状がある。

1. 産婦人科新規専攻医の減少
2. 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
3. 産婦人科新規専攻医数の著しい地域格差
4. 分娩取扱施設勤務医の労働条件改善の欠如

③ 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。

3. GD2010 の評価

(ア) GD2010における以下のような提案は、5年経過した時点で、状況の改善をもたらしていない。内容的な誤りがあったとは言えないが、結果的に、有効ではなかったと判断すべきである。

- 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。
- ② 助産師数：助産師養成数を年間2000名以上まで増員する。

- ③ 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。
 - 1. 月間在院時間 240 時間未満を当面の目標とする。
 - 2. 勤務医の勤務条件緩和、処遇改善策を推進する。
 - 3. 特に女性医師の継続的就労率の増加を図る。
- ④ 産科診療所：
 - 1. 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。
 - 2. 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。

(イ) GD2010 の問題点

- ① 著しい地域格差がある中で、GD2010 で提案したような画一的な施策の効果には限界がある。
- ② 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。
- ③ 各事項を実現するための具体的な道筋が示されていなかったこと、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。

(ウ) 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、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。

4. GD2015 基本的な方向性

(ア) 前提：GD2010 における上記の提案については、今後もその実現のための努力を続ける必要がある。

(イ) 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。

- ① 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。
- ② 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
- ③ 地域で、妊婦健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。

(ウ) 方策：

- ① 特に分娩取扱病院について、以下のような施策を実施する。
 - 1. 地域基幹分娩取扱病院の設定：地域基幹分娩取扱病院を、地域の公的性格を有する二次三次病院の中から、地域の他の医療機関への支援・連携体制の強化を前提として、地域の実情を勘案して設定する。
 - 2. 地域基幹分娩取扱病院の積極的整備：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。

(ア) 数値目標

- ① 総合周産期母子医療センター：産婦人科常勤医 20 名以上
- ② 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（大規模化が不可能な地域周産期母子医療センター等は、大規模施設との連携の上、勤務条件の緩和、緊急時の対応能力を確保する。）

(イ) 主治医制の廃止

(ウ) 当直明け勤務緩和・交代勤務制導入の推進

(エ) 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

② 「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し、各地の取り組みを支援する。

1. すべての都道府県で、妊婦健診、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。
2. 安全な分娩環境確保のために必要な、地域における小児科医・麻酔科医の配置状況も同時に明らかにしていく。

③ 地域産婦人科医療機関の機能分担と連携強化を推進する。

1. 周産期母子医療センターと地域の産科診療所の機能分担、連携強化を推進する。
2. すべての地域で妊婦健診及び婦人科検診へのアクセスを確保する。

(ア) 地域によっては行政からの支援が必要

3. 産婦人科医療へのアクセスが困難な地域においては、地域の実情に即したシステムを構築し、適切な医療提供が可能な体制を整備する。

(ア) 大規模化が不可能な地域周産期母子医療センター等は、大規模施設との連携の上、勤務条件の緩和、緊急時の対応能力を確保する。

(イ) 産婦人科医絶対的欠乏地域では、産婦人科施設との密接な連携を前提とした総合診療医の関与等の方策も検討していく。

④ 今後 5 年間、活動を継続しつつ、随時必要な見直しを行う。

(エ) 地域基幹分娩取扱病院に求められる条件

① 労働条件

1. 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
2. 女性医師にも男性医師にも適正な勤務条件
3. 処遇の適正化:時間外分娩・手術手当
4. 法令遵守
5. 在院時間の適正化
6. 短時間正規雇用制度の導入
7. 院内保育・夜間保育・病児保育の実施
8. 休日・時間外・深夜加算 1 の算定

② 効率的な勤務体制

1. 交代勤務制
2. 主治医制の廃止 チーム制の導入
3. チーム医療の推進

- ③ 24 時間救急対応・地域分娩環境の確保
- ④ 医師の研修環境・指導体制の整備
 - 1. 基本領域の専門医取得
 - 2. サブスペシャリティ領域の専門医取得
 - 3. 周辺領域との連携：新生児医療・救急医療・災害医療
- ⑤ チーム医療の推進
- ⑥ 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・地域の一次分娩取扱施設との間の相互研修等の実施

(オ) 地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクトの事業内容（案）

- ① 専従の事務職員をおく。
- ② 施設データベースの構築・更新・情報公開
 - 1. 地域の産婦人科医療提供体制の現状をリアルタイムに、他の地域との比較も可能な形式で提供する。
 - 2. 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。
 - 3. 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。
 - 4. 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
 - (ア) 総合周産期母子医療センター 20 名以上の施設数と割合
 - (イ) 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
 - (ウ) 勤務条件の改善の取り組み
- ③ 各地域との協議・地域ごとの基本戦略の策定
 - 1. 学会側から考えられる施策のモデルを提供し、地域の大学産婦人科、産婦人科医会と密接に協議を行って、基本戦略を策定する。
- ④ 国・自治体・国民に対する情報提供、提言
 - 1. 地域基幹分娩取扱病院の大規模化・重点化は地域分娩環境の確保のために必要不可欠な方策であることについて理解を求めていく。
- ⑤ 地域における産婦人科医療提供体制の検討に際して、他地域の事例に関する情報提供、有効と考えられる施策の提案等を通じて、自治体との交渉に学会として積極的に参画する。
- ⑥ 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。

5. (参考)「わが国の産婦人科医療再建のための緊急提言」

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

- 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。

