

2017年4月15日

平成29年度「拡大医療改革委員会」兼

「産婦人科医療改革 公開フォーラム」

テーマ:「持続可能な地域産婦人科医療提供体制の確保のために
—「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクトの現状と各地の取り組み」—」

「地域基幹分娩取扱病院重点化 プロジェクト」の考え方

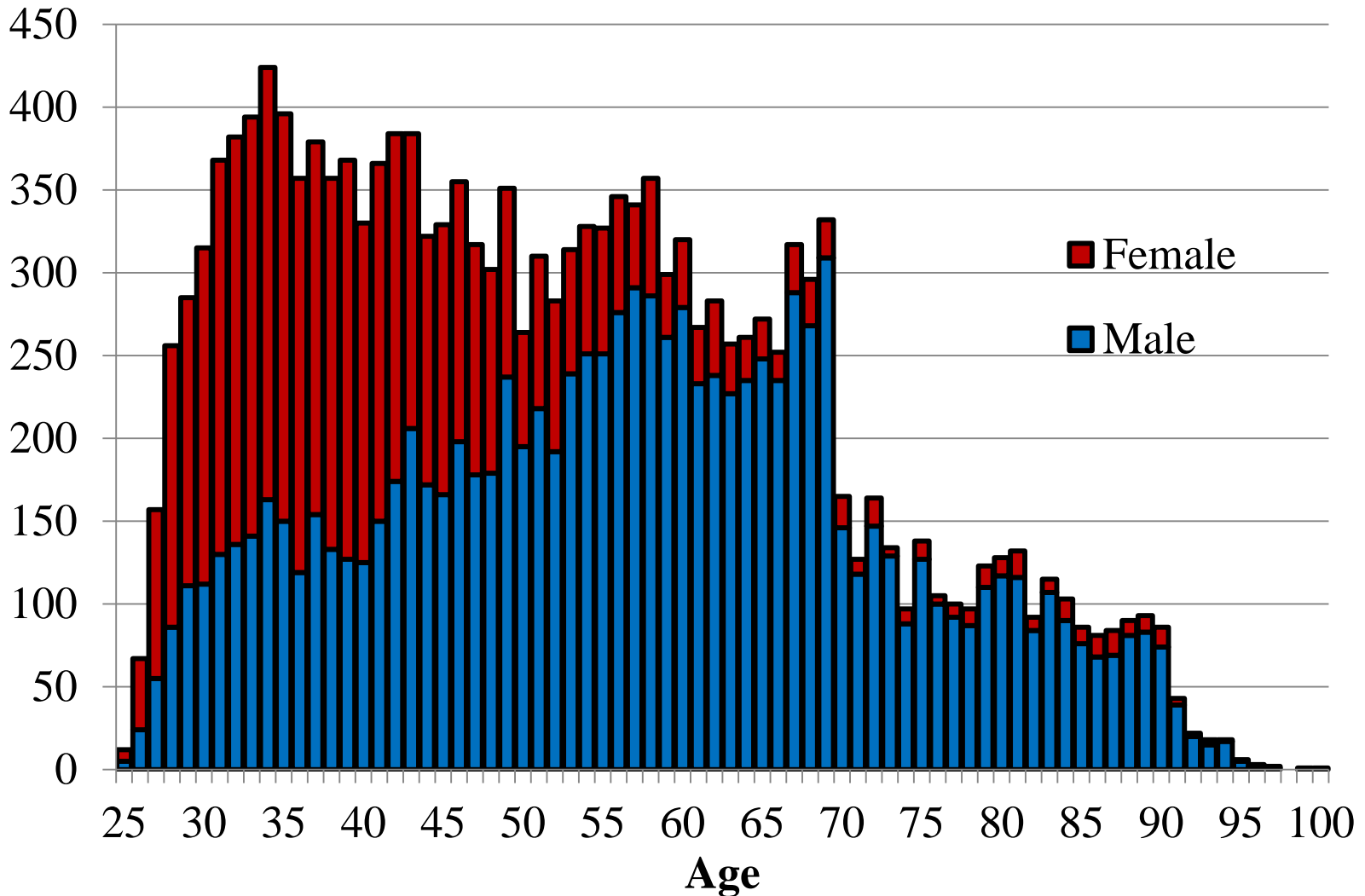
「周産期医療の広場」<http://shusanki.org/index.html>

海野信也

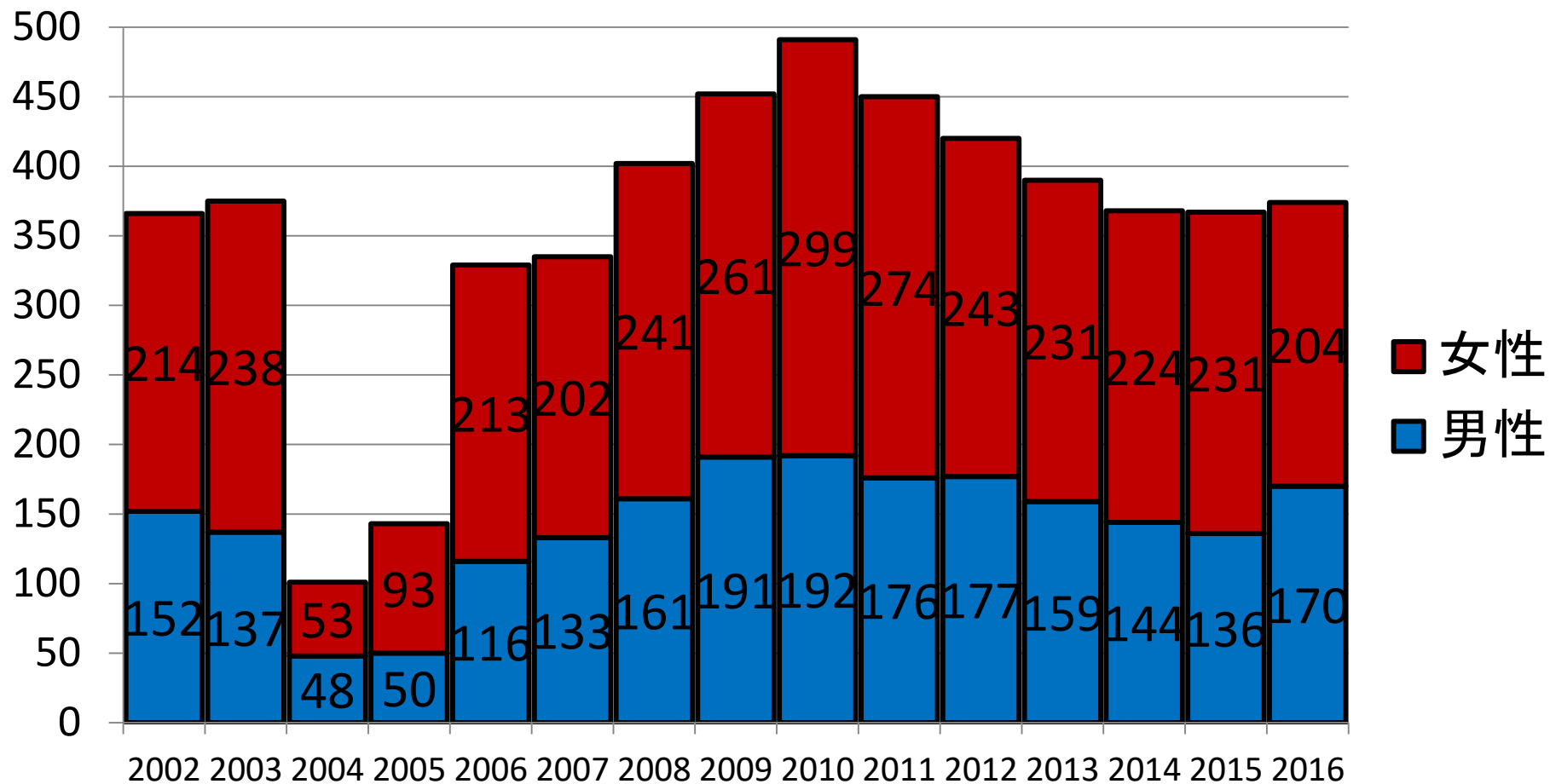
北里大学医学部産科学・教授

日本産科婦人科学会医療改革委員会 委員長

産婦人科医の年齢性別分布 2016年

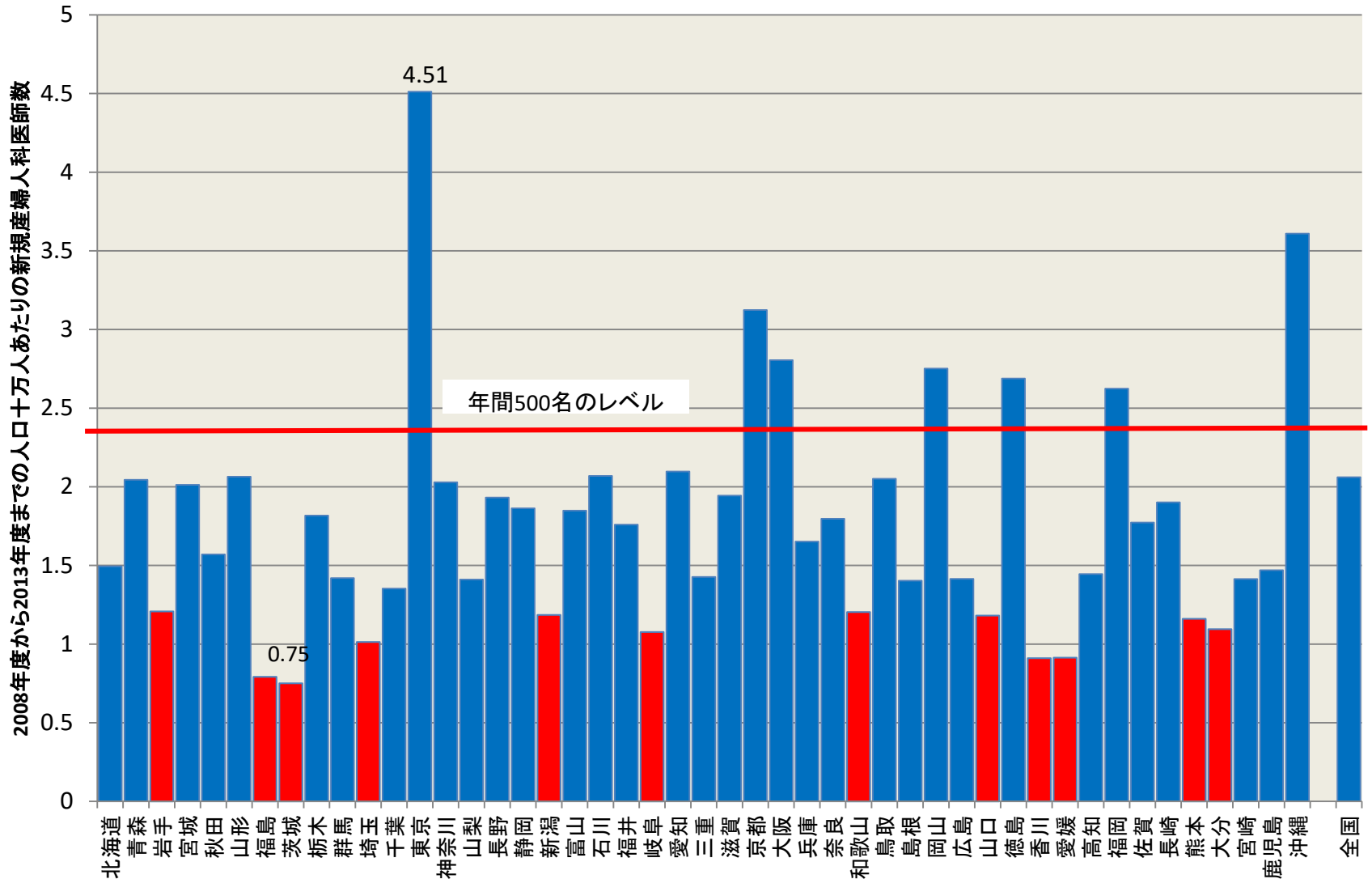


日本産科婦人科学会 年度別新規入会者(産婦人科医)数の推移 2017年3月31日現在



産婦人科医の現状

2008-2013年度の都道府県別新規産婦人科医数 (人口十萬対)



平成28年度の医療改革委員会の活動

- 「産婦人科医の確保に向けた地域卒学生の卒後臨床研修に対する提言」の起案・公表
- 「第9回産婦人科動向意識調査」の実施
- 平成29年度第7次医療計画策定への準備
 - － 地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクトの推進
 - － 産科病床数の検討
 - － 産婦人科医の必要数の試算

「産婦人科医の確保に向けた地域枠学生の卒後臨床研修に対する提言」

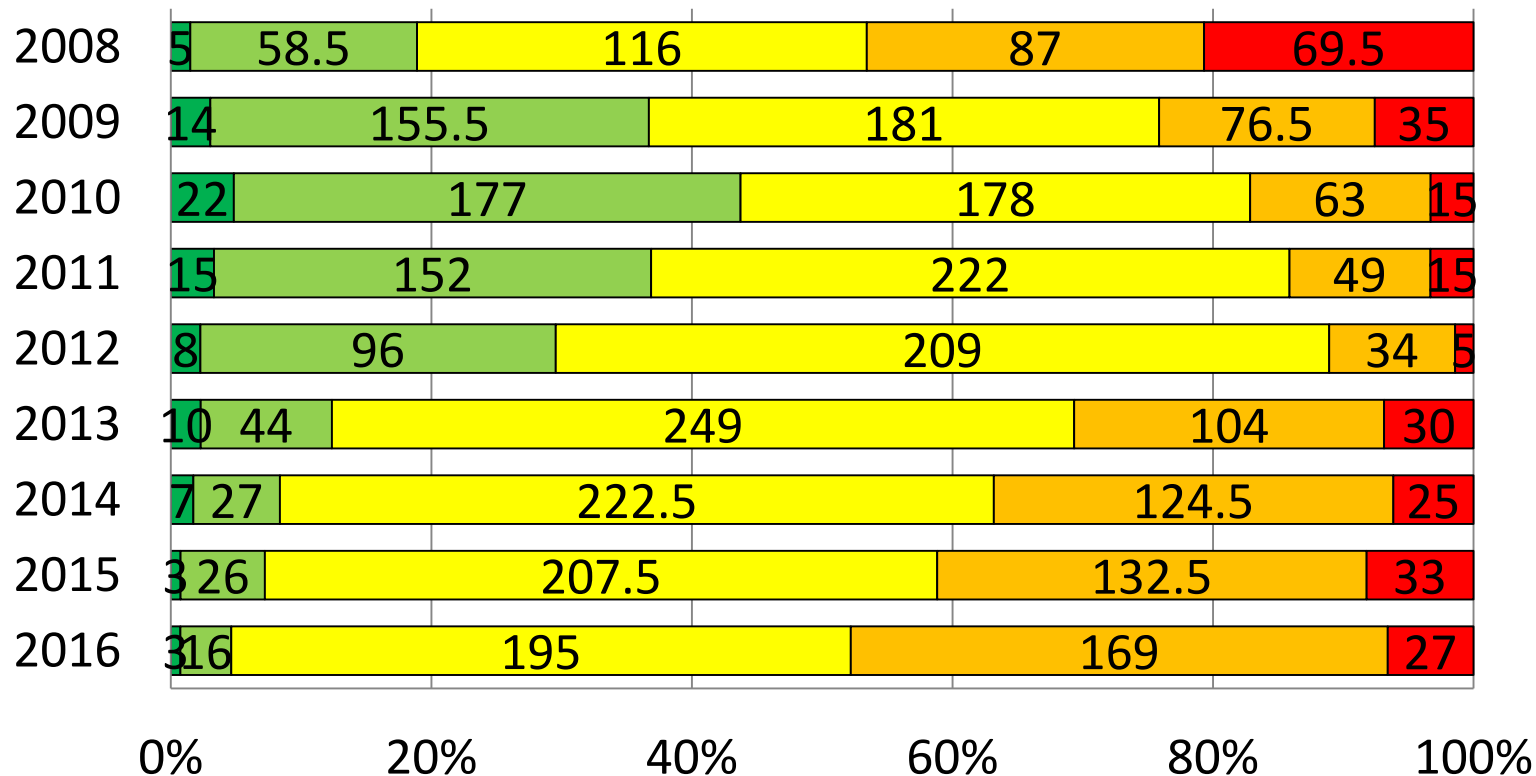
公益社団法人日本産科婦人科学会 理事長 藤井 知行

公益社団法人日本産婦人科医会 会長 木下 勝之

- 都道府県は産婦人科医師の不足による地域産婦人科医療の危機的状況を打開するため、以下の施策を推進すること。
 1. 地域枠の医学生が卒後初期臨床研修を行う場合、産婦人科を必修科とする。
 2. へき地医療等への従事を義務とした地域枠の医学生についても、産婦人科専攻の選択を可能とする。

第9回 日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 「1年前と比較して、全体としての産婦人科の状況」

- 良くなっている
- 少し良くなっている
- 変わらない
- 少し悪くなっている
- 悪くなっている



2016年12月 日本産科婦人科学会
 第9回 産婦人科動向 意識調査
 全体としての産婦人科の状況
 回答の理由(複数回答)

悪くなっていると感じる理由

- | | | |
|-----|-------------------------------|----|
| 1. | 産婦人科医師数減 | 40 |
| 2. | 産婦人科新規専攻医減 | 30 |
| 3. | 女性医師の増加・男性医師の減少による
マンパワー低下 | 23 |
| 4. | 女性医師の出産育児等への対応困難 | 14 |
| 5. | 人手不足 | 14 |
| 6. | 医学生・研修医における志望者減 | 13 |
| 7. | 高齢化 | 12 |
| 8. | 地域格差拡大 | 12 |
| 9. | 業務の増加・労務環境悪化 | 10 |
| 10. | 分娩施設減 | 8 |

中堅層減少・人材難 6 分娩数減少 5 医療紛
 争・事故の懸念増 4 新専門医制度の影響懸
 念 4 社会・行政の変化 4 産科医減 4 産
 婦人科施設減 3 経営難 2 展望の欠如 2
 癌治療体制危機 2 患者対応困難例増 2 母
 体保護法問題懸念 1 集約化が進まない 1

良くなっていると感じる理由

- | | | |
|----|---------------|---|
| 1. | 人員増 | 5 |
| 2. | 入局者増 | 4 |
| 3. | 産婦人科志望研修医増 | 1 |
| | 学会・医会の取り組みを評価 | 1 |
| | 社会の評価・行政の対応 | 1 |
| | 地域医療システムの改善 | 1 |
| | 診療ガイドラインを評価 | 1 |
| | 待遇改善 | 1 |

日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査
第9回 産婦人科動向 意識調査
学会として優先的に取り組むべき課題 上位の項目

1	産婦人科医をふやす努力・人材確保	79
2	女性医師の勤務環境整備	41
3	地域偏在対策	32
4	勤務医の待遇改善	24
5	勤務医の労働条件改善	23
	初期研修における産婦人科の必修科復帰	23
7	分娩施設・がん施設の集約化	19
8	男性医師を増やす方策	17
9	女性医師キャリアアッププログラム等復帰促進策	14
	専門医制度の見直し	14

第7次医療計画策定における

周産期医療の体制

【概要】

- 「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化し、基幹病院へのアクセス等の実情を考慮した圏域を設定する等の体制整備を進める。
- 災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、「災害時小児周産期リエゾン」の養成を進める。
- 総合周産期母子医療センターにおいて、精神疾患を合併した妊婦への対応ができるような体制整備を進める。

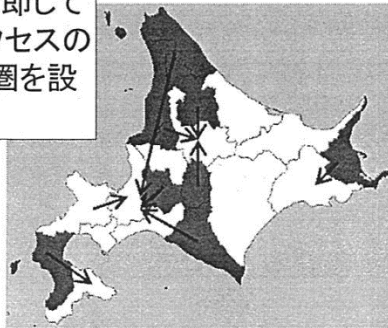
実情を考慮した周産期医療圏の設定

周産期医療の体制整備に当たっては、妊婦の居住地から分娩取扱医療機関への適正なアクセスの確保が肝要。

受診アクセス(運転時間)と出生数(住所地ベース)

出生者の住所から		15分未満	15分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上
分娩医療機関	出生数	946,316	62,974	15,493	3,082
	割合	92.1%	6.1%	1.5%	0.3%
周産期母子医療センター	出生数	616,881	282,769	106,548	21,667
	割合	60.0%	27.5%	10.4%	2.1%

現行の二次医療圏を基本としつつ、出生数規模や流出入のみならず、地域の実情に即して基幹病院とその連携病院群の適正アクセスのカバーエリア等を考慮した周産期医療圏を設定する。

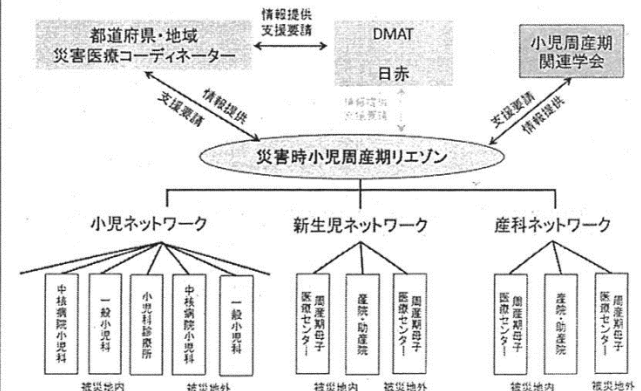


災害時小児周産期リエゾンの養成

災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等について、適切に対応できる体制を構築する。

平成28年度より「災害時小児周産期リエゾン研修事業」を開始。すべての都道府県に「災害時小児周産期リエゾン」を設置する。

情報窓口としての災害時小児周産期リエゾン



平成29年3月31日 医政局地域医療計画課長通知
「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」
周産期医療の体制構築に係る指針

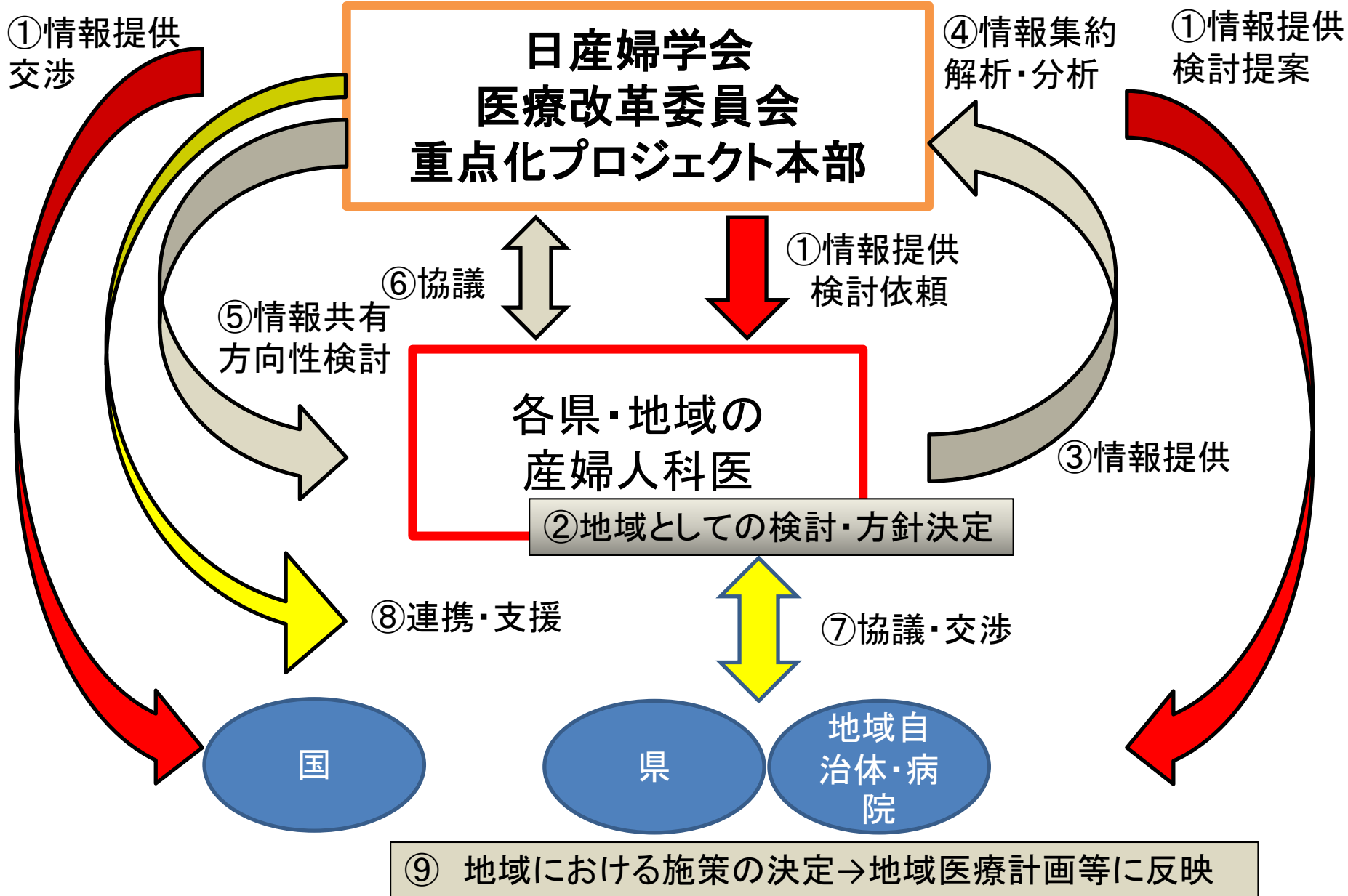
- 周産期医療体制の整備においては、施設の整備と同時に、**周産期医療を担う医師、特に分娩を取り扱う医師及び新生児医療を担当する医師や助産師、看護師等の確保が重要**である。
- **第3 構築の具体的な手順 2. 圏域の設定**
 1. 都道府県は、周産期医療体制を構築するに当たって、「第2 医療体制の構築に必要な事項」を基に、前記「1 現状の把握」で収集した情報を分析し、妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて必要となる医療機能を明確にして、圏域を設定する。
 2. 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。
 3. **NICUを有する周産期母子医療センター等の基幹病院とその連携病院群への適正アクセスを一定程度確保しながら基幹病院の機能を適切に分化、重点化させるために、分娩取扱医療機関のカバーエリアや妊産婦人口に対するカバー率を考慮する。**また、圏域の設定に当たっては、重症例(重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等)を除く産科症例の診療が圏域内で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
 4. 検討を行う際には、地域医師会等の医療関係団体、現に周産期医療の診療に従事する者、住民・患者、市町村等の各代表が参画する。また、現行の周産期医療に関する協議会を十分に尊重・活用する。

地域基幹分娩取扱病院 重点化プロジェクトとは

- 目的

- － 全国各地の周産期医療を中心とする産婦人科医療提供体制に関する詳細情報を適切に提供すること
- － 次期医療計画策定にむけた各都道府県における周産期医療体制整備に向けた検討に、現場の産婦人科医が積極的に関与することのできる環境を整備すること
- － そのような活動を積み重ねることにより、将来にわたって安定した産婦人科・周産期医療提供体制の構築に寄与すること

地域基幹分娩取扱病院 重点化プロジェクトの概要



産科病床数について

出生1000人あたりの 必要産科病床数の試算

- 絶対必要産科病床数

＝【全自費経膈分娩入院日数／365】＋【全保険入院日数／365】

＝【出生数×(1－帝王切開率)×自費経膈分娩平均在院日数／365】＋
【出生数×保険入院日数／全出生数×365】

＝【1,000×(1－0.197)×6／365】＋【1,000×4,856,988／1,003,539×365】

＝自費経膈分娩 13.2床＋保険入院 13.3床

＝合計 26.5床(経膈分娩平均在院日数を6日とした場合)

＝分娩取扱に必要な病床数 18.1床(経膈分娩平均在院日数6日 帝
切平均在院日数9日とした場合)＋合併症管理入院に必要な病床数
8.4床

- 相対必要産科病床数(病床稼働率を勘案)

－ 病床稼働率0.8の場合 33.1床

－ 病床稼働率0.9の場合 29.4床

神奈川県二次医療圏別出生数・分娩数・産科病床数 (平成26年)

医療圏名	平成26年 出生数	平成26年 分娩数	産科病床 数	分娩取扱 医師数	出生1000 あたり病 床数	分娩1000 あたり病 床数	分娩数／ 出生数
横浜北部	14812	10,710	401	85	27.1	37.4	72%
横浜西部	8469	8,173	241	55	28.5	29.5	97%
横浜南部	7499	7,089	299	82	39.9	42.2	95%
川崎北部	8052	4,449	229	43	28.4	51.5	55%
川崎南部	6343	5,580	187	42	29.5	33.5	88%
相模原	5614	5,440	189	52	33.7	34.7	97%
横須賀三浦	4539	4,598	153	37	33.7	33.3	101%
湘南東部	5830	5,265	198	37	34.0	37.6	90%
湘南西部	4110	4,524	181	42	44.0	40.0	110%
県央	6922	6,536	214	38	30.9	32.7	94%
県西	2269	2,000	91	15	40.1	45.5	88%
全体	74459	64,364	2,383	528	32.0	37.0	86%

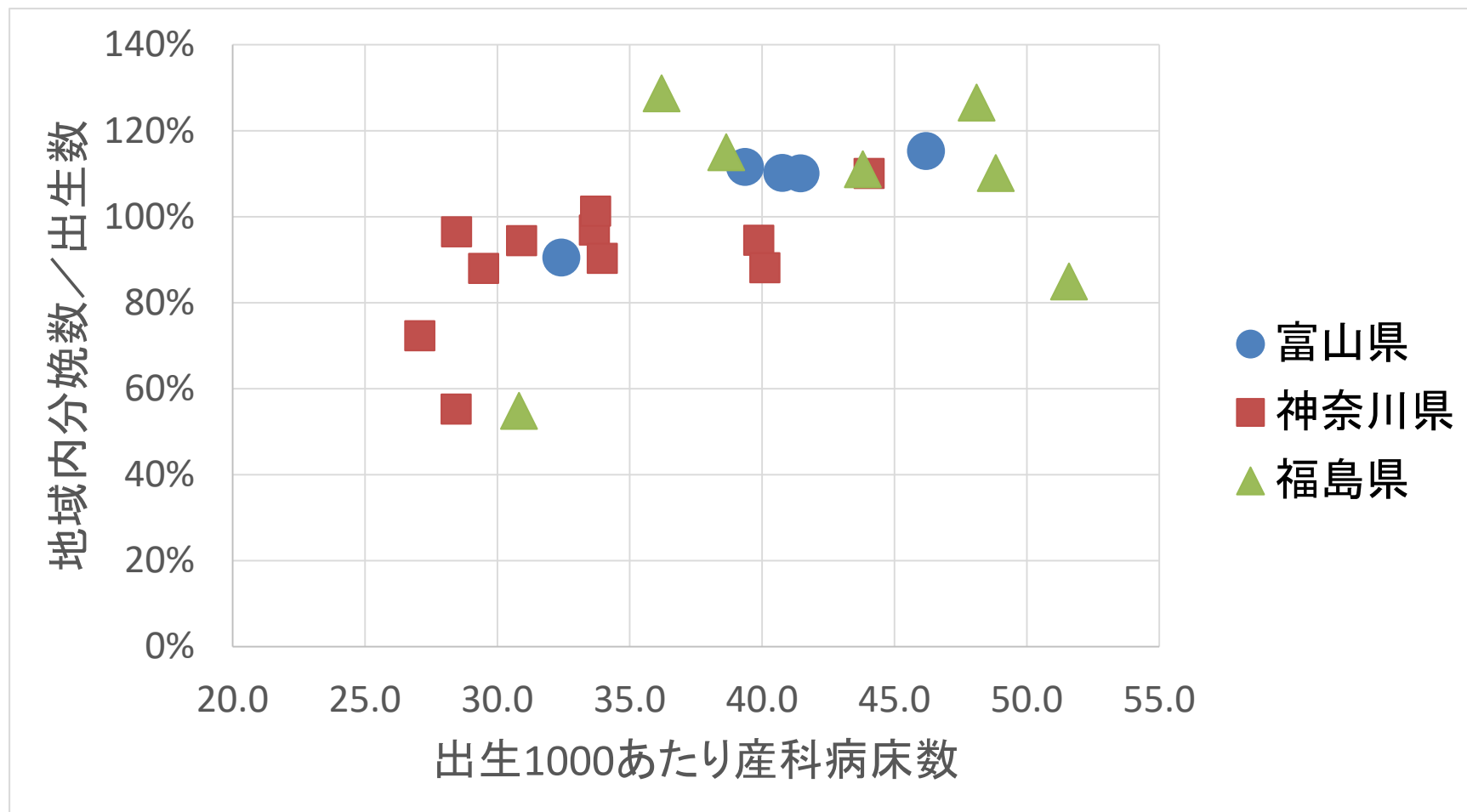
富山県二次医療圏別出生数・分娩数・産科病床数(平成26年)

医療圏	平成26年 出生数	平成26年 分娩数	産科病 床数	出生 1000あ たり病床 数	分娩 1000あ たり病床 数	分娩数 / 出生 数
新川	772	850	32	41.5	37.6	110%
富山	3786	4225	149	39.4	35.3	112%
高岡	2165	2496	100	46.2	40.1	115%
砺波	833	754	27	32.4	35.8	91%
合計	7556	8325	308	40.8	37.0	110%

福島県二次医療圏別出生数・分娩数・産科病床数(平成26年)

医療圏	平成26年 出生数	平成26年 分娩数	産科病 床数	出生 1000あ たり病床 数	分娩 1000あ たり病床 数	分娩数 / 出生 数
県北	3400	3746	166	48.8	44.3	110%
県中	4137	5235	199	48.1	38.0	127%
県南	1163	988	60	51.6	60.7	85%
会津	1823	2346	66	36.2	28.1	129%
相双	1298	712	40	30.8	56.2	55%
いわき	2562	2946	99	38.6	33.6	115%
合計	14383	15973	630	43.8	39.4	111%

富山県・神奈川県・福島県の二次医療圏別 分娩取扱自己完結率(仮称)(平成26年)



2016年11月19日

産婦人科医の必要数に関する試算 —概要版—

- 産婦人科新規専攻医数と将来における分娩取扱
医師数との関係
- 年間90万分娩に対応するために必要な産婦人科
医数の試算

公益社団法人
日本産科婦人科学会
医療改革委員会

2020年 2025年の分娩取扱医師数試算 —方法の概要—

前提：病院勤務医の当直対応は54歳まで、診療所勤務医の時間外分娩対応は69歳までと仮定

産婦人科医 性別・年齢層別の人数(過去10年間)

産婦人科医 性別の新規専攻医数と25-29歳医師数(過去10年間)

産婦人科医 性別・年齢層別の勤務場所分布(2014年度調査)

妊娠・子育て中女性医師の比率0.5(医会勤務医調査)

性別・年齢層別の5年後の増減率

新規専攻医数から25-29歳医師数を試算する回帰式

産婦人科医 性別・年齢層別の勤務場所比率一定と仮定

妊娠・子育て中女性医師の当直業務対応率推定(30%/40%/50%)

産婦人科医 性別年齢層別の人数(2015年度)

新規専攻医 350・400・450・500名の場合の2020年・2025年の性別・年齢層別産婦人科医師数試算

産婦人科医の性別・年齢層別診療従事率(2014年度)

2020年・2025年の性別・年齢層別診療従事産婦人科医師数試算

2020年・2025年の産科診療所医師数及び分娩取扱病院当直対応ワークフォースの試算

結果：2020年度と2025年度の当直担当医師数推定

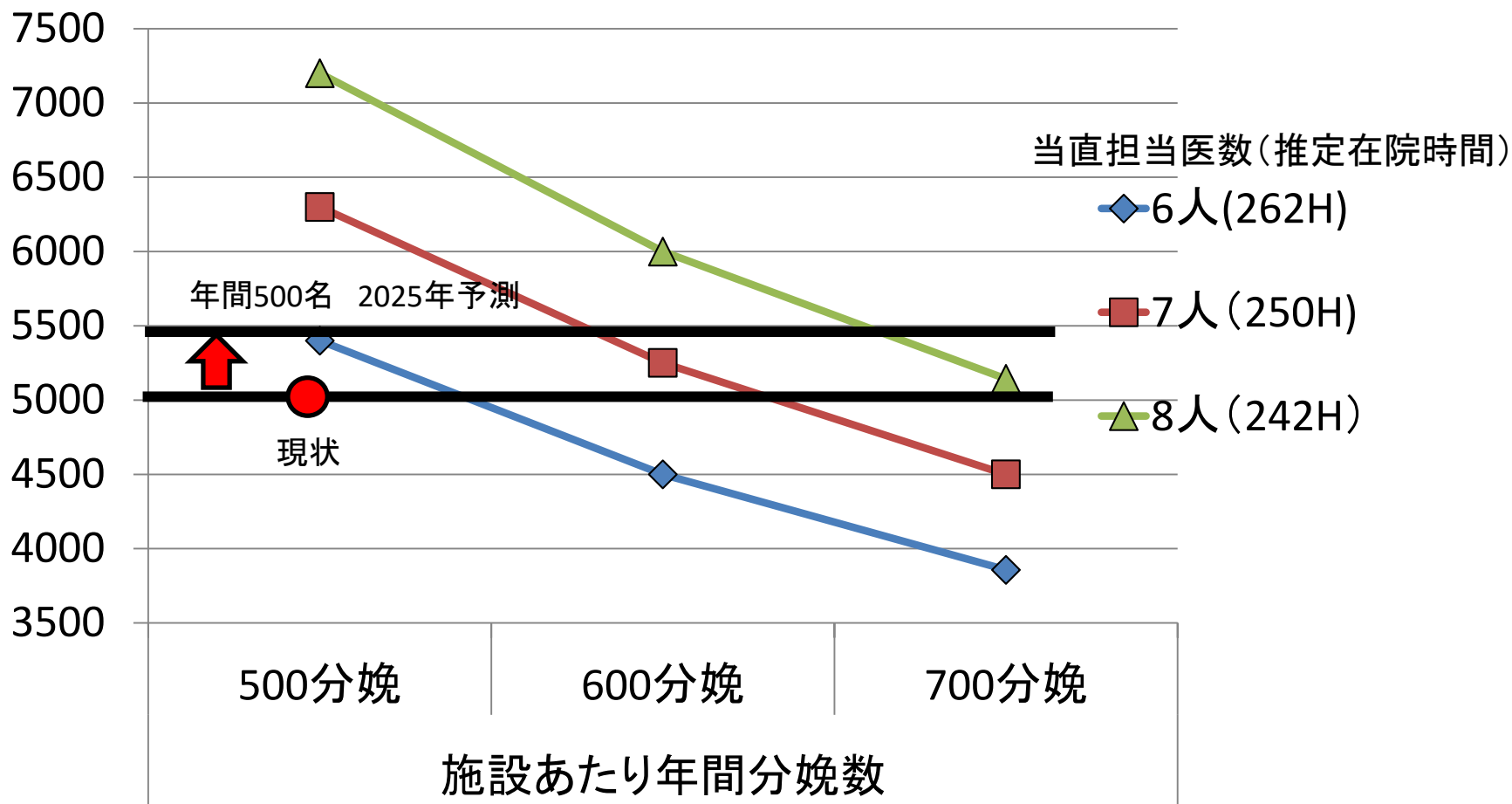
病院勤務医は54歳まで、診療所勤務医は69歳まで時間外分娩を取り扱うと仮定

		分娩取扱病院勤務医数						産科診療所勤務医数			全分娩 取り扱い医師 数
新規専 攻医総 数	年度	男性	女性	合計	ワークフォース			男性	女性	合計	
					妊娠・子育て中の女性医 師の「当直業務対応率」						
					30%	40%	50%				
現状		3080	2985	6065	5020	5170	5319	1570	341	1911	7976
350	2020	2665	3393	6058	4871	5040	5210	1399	512	1911	7969
	2025	2490	3528	6018	4783	4960	5136	1269	630	1899	7917
400	2020	2686	3431	6117	4916	5088	5259	1399	512	1911	8028
	2025	2555	3744	6300	4989	5177	5364	1269	633	1902	8202
450	2020	2707	3469	6176	4962	5135	5309	1399	512	1911	8087
	2025	2621	3861	6483	5131	5324	5517	1270	634	1904	8387
500	2020	2728	3507	6235	5007	5183	5358	1399	512	1911	8146
	2025	2687	3978	6665	5273	5472	5671	1271	636	1906	8572

結果： 年間90万分娩に対応し、分娩取扱病院の当直医が月間在院時間を減少させ、240時間に近づけていくために必要な担当産婦人科医数の試算

	病院年間 分娩取扱 数	病院数÷ 必要当直 医数	施設あたり当直担当医数 (推定月間在院時間)			診療所年 間分娩取 扱数	必要診療 所医師数
			6人 (262時間)	7人 (250時間)	8人 (242時間)		
年間500分娩 あたり当直 医1名の場合	500000	1000	6000	7000	8000	400000	2000
	450000	900	5400	6300	7200	450000	2250
	300000	600	3600	4200	4800	600000	3000
年間600分娩 あたり当直 医1名の場合	500000	833	5000	5833	6667	400000	2000
	450000	750	4500	5250	6000	450000	2250
	300000	500	3000	3500	4000	600000	3000
年間700分娩 あたり当直 医1名の場合	500000	714	4236	5000	5714	400000	2000
	450000	643	3857	4500	5143	450000	2250
	300000	429	2571	3000	3429	600000	3000

結果： 年間90万分娩に対応し、分娩取扱病院の当直医が月間在院時間を減少させ、240時間に近づけていくために必要な当直担当産婦人科医数の試算



今後の産婦人科医数の動向と 必要産婦人科医数の関係について

- 今後、年間500名新規産婦人科専攻医が確保することによって、分娩取扱病院の当直対応ワークフォースは現状の5000人から5100人程度から2025年度の5300人から5500人程度まで増加するが、この程度の増加では、施設あたり年間分娩数が500件のままの場合は、在院時間の短縮は小幅にとどまる。
- 分娩取扱病院の大規模化により、施設あたり年間分娩数を20%以上増加させることができれば、当直担当医の増加に伴って在院時間の実質的な短縮を10年以内に実現することが可能になる。
- 新規産婦人科専攻医を500名以上確保するとともに、分娩取扱病院の大規模化を推進することによって、分娩取扱病院の産婦人科医の勤務条件を比較的短期間のうちに実質的に改善することが可能になることが示された。

医療計画における周産期医療

- 周産期医療圏の設定
- 各周産期医療圏内の周産期医療需要及び医療資源の精査
 - － 出生数・分娩数
 - － 妊産婦の分娩取扱い施設・周産期センターへのアクセス時間
 - － 分娩取扱い医師数
 - － 分娩取り扱い施設数・産科病床数
 - － ハイリスク妊娠・分娩管理が可能な施設・病床数
 - － 新生児科医師数
 - － NICU病床数
- 必要数との乖離状況→対策の立案