

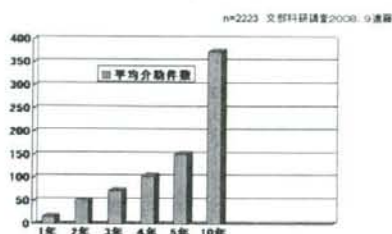
ております。

助産師外来担当者の条件

- ・ 助産師の臨床経験5年以上
(分娩介助件数100件以上)
- ・ 母親学級、両親学級、母乳相談室の経験者
- ・ 助産師外来担当者研修受講者
- ・ 師長が適任と判断した助産師

す。

助産師 経験年数別分娩介助件数 【10年以下】



助産師 就業場所別分娩介助件数

n=2164 文部科学調査2008-9 産婦

	人数 (人)	平均就業年 数	平均介助 件数	標準偏差
総合産科母子医療センター	448	8.4	191.5	242.4
地域産科母子医療センター	224	9.9	332.2	417.0
一般病院	1018	12.5	566.4	1339.7
産科専門病院	125	12.7	966.0	1813.3
診療所	349	19.1	981.3	1657.2

唆されていると思います。

担当者の条件として、助産師の臨床経験が5年以上、分娩介助でいいますと100例はしていることが望ましい。もちろん生活上の支援をしますので学級活動や、更には今のところ施設単位でやっておりますので、上司が安心して出せる助産師というものは現在のところは考えていった方がいいと思っております。そして、研修をすることによって更に強化をしていくということを考えておりま

ちなみに、これはほかの調査でございしますが、我が国の助産師は一体どのぐらいの分娩を取っているのかということを見ていました。5年のところで151件だったと思います。4年のところで101、102件だったと記憶しております。10年で370件くらいということ。先ほどの条件で言いますと4、5年のところ、ステップアップ教育を実施していくことが望ましいかと思っております。

ちなみに、就業場所で見たところでは、これは平均の就業年数にばらつきがありますので単純に申し上げられませんが、総合ではお産の介助件数というのは8年でも191件というふうな状況で少ない。地域一般病院、もちろん産科専門病院や診療所においては格段にたくさんのお産を取っておりますので、助産師もそういうところでローテーションしながら力をつけていくことの必要性も示

現状は、用語が不統一

○院内助産システム

助産(師)外来

院内助産

院内助産所

院内助産ユニット

院内助産棟

○助産所

<医療法>

○助産所の定義

第2条 この法律において、「助産所」とは、助産師が公衆又は特定多数人のためその業務(病院又は診療所においてなすものを除く)を行う場所をいう

2 助産所は、妊婦、産婦又はじょく婦10人以上の入所施設を有してはならない。

○名称使用の制限

第3条 疾病の治療(助産を含む)をなす場所であつて、病院又は診療所でないものは、これに病院、病院分院、産院、療養所、診療所、医院その他病院又は診療所に紛らわしい名称を付けてはならない。

2 診療所は、これに病院、病院分院、産院その他病院に紛らわしい名称を付けてはならない。

3 助産所でないものは、これに助産所その他助産師がその業務を行う場所に紛らわしい名称を付けてはならない。

ここからは、このようなさまざまな取組みをしている中で現状の問題でございます。まず用語が不統一ということです。大きく院内助産システムと申し上げたいと思っております。

助産外来あるいは助産師外来、院内助産、最近では院内助産所という言葉が一番流布しております

が、これは厚生労働省が事業名として助産師外来、院内助産所の設備のための補助や研修ということを事業名として使っていらっしゃる事が原因と考えられます。

院内助産所というものが一番いいかなという印象を与えてもいるのですが、ここで間違えてならないのは、助産所が院内にあるのかと勘違いされてしまう妊産婦さんがいらっしゃる事です。医師の中でも助産師の中でもそのように思っておりますが、院内助産所は助産所ではありません。助産所の定義というのは医療法ではっきりうたわれておりますし、10人以上の入所施設を有してはならないということがあります。こういったことから適切ではないと思われまので、ここで院内助産システムと助産所というのは別物であるということ認識し、できれば院内助産所というものは、助産ユニットあるいは院内助産というふうに、考えていった方がいいと思っております。

提言 用語の定義を統一 院内助産システム

病院や診療所において、妊婦健康診査、分娩介助ならびに保健指導(健康相談・教育)を助産師が主体的に行う機能や部署をもち、助産師を活用する仕組みをいう。

リスク管理はガイドラインに基づいて行い、全ての妊産婦に対してリスクに応じたケアを提供する。

特に、ローリスク妊産婦に対しては、医師と連携し妊婦健康診査と保健指導(健康相談・教育)及び分娩介助を、原則助産師のみで行うことが可能である。

ここで用語の定義を統一するという事で私どもから提案したいと思っております。「院内助産システム」とは、院内や診療所において妊婦健康審査、分娩介助並びに保健指導を助産師が主体的に行う機能や部署を持ち、助産師を活用する仕組みを言うということにしていただけたらと思っております。

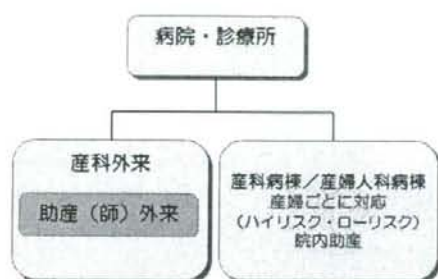


図1. 助産外来+院内助産

これは、現在病院や診療所において、当然産科外来と助産外来があり、病棟、混合病棟のこともあると思いますけれども、産婦ごとにローリスクで入院、診察から始まって退院まで助産師が中心にケア提供するという一番スタンダードなパターンで、どこの病院でもこれは取り入れていけると思っております。

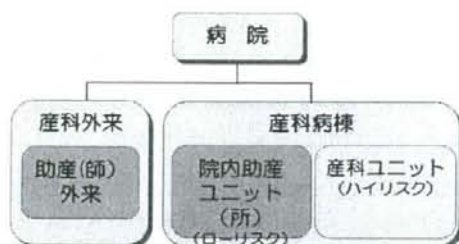


図2-1. 助産外来+院内助産(所)

次に、ある程度数が重なりますと、病棟の中でチームをつくっていただいて助産ユニットチームと産科チームとをつくっていただくと、もっと機能的な働き方ができます。

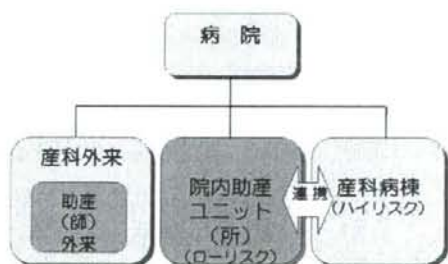


図2-2. 助産外来+院内助産(所)

更に分娩が800、1,000となりますと、1病棟に収まらないときには助産ユニットと産科病棟というリスク分けをした病棟にしていただけたら、なお効率的なケアができると思っております。助産所は、たとえ同じ病院が経営母体であったとしても別物でございます。



図3. 助産所

院内助産

妊産婦にとってのメリット

- 院内であり、安全が確保
- 正常産のケアが尊重
- ゆったりした流れが可能
- 重症度の優先順位ではない
- 継続ケア
- 相談のしやすさ
- 妊婦の主体性を高める
- 家族の参加が増える
- 生活上の助言が得られる

助産師にとってのメリット

- 医師連携で、安全が確保
- 助産師のやりがい
- スキルアップ
- 妊産婦や家族の理解
- 信頼関係(妊産婦・医師)
- 勤務体制の柔軟化
- オープンシステム化(開業助産師の相互活用)
- 地域ケアに参画

医師にとってのメリット

- 安全が確保
- 長期的には勤務時間の短縮化につながる可能性
- 信頼関係(妊産婦・家族、医療関係者)

院内助産をやるメリットです。院内であり、安全が確保できると、妊産婦さんにとってみれば正常お産のケアが尊重されるということです。ゆったりした流れが可能で、重症度の優先順位ではないということで、例えば母乳ケアをしても急患が入ってくれば皆そちらへいってしまいます。そういうことがなくなる

システムがつくってこられるのではないかと思います。妊婦の主体性を高め、産科の主体性を高め、家族の参加が増えることです。

助産師にとってのメリットは、医師連携で安全が確保されるということと、あとは助産外来とほぼ同様ですが、できれば開業助産師さんたちがオープンシステムとしてここを使っていたら、もっと安全が担保できると思っております。まして、退院後の地域ケアに参画できる。

医師にとってのメリットは、長期的には勤務時間短縮につながる可能性があると思っておりますが、導入時はとても大変だということを了解しております。

院内助産システムを進めるにあたっての整備すべきこと

- 1 ガイドラインの作成
- 2 助産師外来・院内助産機能評価
- 3 中堅助産師のための助産実践能力研修と認定
—助産師のキャリアパスの提示—
- 4 仕事に見合った勤務時間や休暇、給与処遇

養処遇をすることです。

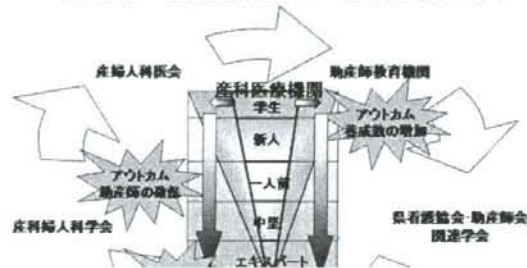
今後、院内助産システムを進めるにあたって整備すべきことは、ガイドラインの作成と院内の助産師外来、助産機能評価をきっちりやること、中堅助産師のための助産実践能力研修と認定を行うこと、それには助産師のキャリアパスを提示すること、更には仕事に見合った勤務時間や休暇、休

助産師の就業促進を図る3要素



助産師の処遇、就業促進も同様に図っていかねければ、助産師も選択する若者が少なくなります。産科医師と同じ現象が起きますので、こんなことを3要素として考えていることと、学生時代から卒業後の質の向上を継続的に図っていくこと、養成数の増加、確保を促進することだと思っております。

助産師の数と資質向上 地域連携モデル



まとめ

- 1 安全の保証をしながら、人間らしさの回復、子どもや女性が大事にされ、子どもを持つこと、育てることに安心できる社会をつくるための産科医療提供体制に、院内助産システムは有効と考える
- 2 院内助産システムを進めるためには、用語の統一をはじめ、関係者間の理解を進める
- 3 医師・助産師間においては、協働を一層進めるために、ガイドライン、院内助産システム機能評価を早急に合意形成のできるものに完成させると共に、助産師の卒業キャリアを認め、研修などを通じ認定の仕組みを発足することで、一定の質保証をはかる

まとめとしましては、3点でございます。

院内助産システムを取り入れることは今後、厳しい産科医療提供体制の中で有効と考えております。そのために、まず用語の統一をしたいと思っておりますし、先ほど申し上げましたガイドラインや院内助産システムの機能評価を医師、助産師並びに関係各位で合意形成したいと思います。今後、卒後のキャリアを認め、研修などを通じて認定の仕組みを発足させることで一定の質の保証を図ることを実現していきたいものです。



御静聴ありがとうございました。

○司会（石川） 遠藤先生、ありがとうございました。

以上で班研究からの報告を終わらして、続きまして日本産婦人科学会・産婦人科医会からの報告を聞きます。それが3時くらいに終わると思いますので、休憩を挟みまして十分日産婦学会員による討論、それから一般の方を含めた討論の時間が持てるものと考えております。

○司会（海野） それでは、発表者の後半に入ります。日本医大の中井先生に産婦人科医会で調査された結果を御報告いただきますが、「産婦人科勤務医師の待遇改善と女性医師の就労環境」ということです。では、お願いします。

産婦人科勤務医師の待遇改善と
女性医師の就労環境
(日本産婦人科医会 全国調査 2008.7)

日本産婦人科医会
日本医科大学
中井 肇 人

○中井 中井でございます。よろしくお願いいたします。

それでは、お手元の資料を少しここでかいつまんで御紹介させていただきますので、詳細につきましては後々よく資料をごらんいただければと思います。

対象

日本産婦人科医会施設情報2008年より検索

全国分娩取り扱い病院 1177施設

回収率（有効回答）

853施設（72.5%）

調査期間

平成20年6月16日から7月30日

方法

各施設産婦人科責任者に対するアンケート調査

今年の6月16日から7月30日に、全国で分娩を取り扱っております病院にアンケート調査を行いました。この病院は日本産婦人科医会の施設情報調査によって検索されたもので、恐らく最も正確な分娩を取り扱っていた病院ということになります。

2007年1月全国アンケート調査との比較

	2008年	2007年
対象施設	1177	1281
有効回答	853 (72.5%)	794 (62.0%)
分娩数		
1施設あたり	481.6	446.3
常勤医1名あたり	98.3	98.4
1施設あたりの医師数		
常勤医	4.9	4.5
非常勤医師	1.9	1.5
当直		
回数（/月）	5.9	6.3*
翌日勤務緩和	142 (16.7%)	58 (7.3%)
手当増額	124 (14.5%)	73 (9.2%)
分娩手当	230 (27.0%)	61 (7.7%)
特殊手当	110 (12.9%)	41 (5.2%)
ハイリスク加算の還元	66 (7.7%)	5 (0.6%)

* 2006年度定点調査より換算

これが細かな数字で恐縮なんですけれども、全体のまとめでございます。この調査というのは毎年やっております。昨年は2007年の1月に調査しております。そのときには1,281施設ございましたが、今年の6月に調査しましたところ1,177施設、つまり104の分娩取扱病院がたった1年の

間に消滅してしまったわけであります。

そして、分娩数というのを見ていただきますと、当然病院数が減りましたから1施設当たり約30、40の分娩数が増えております。増えていますが、常勤医師1人当たりの分娩数は昨年と変わっておりません。これは、その下にあります医師数というのを見ていただきますと、平均でこの常勤医師が4.5名から4.9名、わずかながら増加したということです。ですから、これは100の病院がなくなっているわけですから、その先生方が望まれたか、望まれないかはわかりませんが、集約化されたということが推測されます。

そして、当直の回数でございます。昨年これは新聞紙上を随分にぎわせました6.3回で、5日に1回以上当直と言われたわけでありましてけれども、1施設の医師数が若干増えたせいで5.9と減少いたしました。

待遇面ですけれども、翌日の勤務緩和というのは当直をして連続勤務にならないように、午前中あるいは午後には帰るといったことを取り入れているかというのが、去年は7.3%の施設でございましたが、今年度は16.7%。

手当の増額があったというのは、倍にはいきませんが9%から14.5%に増えました。分娩の手当につきましても3倍強、それから特別手当、これは産科手当、激務手当、いろいろな名前があるようでございますけれども、約倍に増えている。先ほどの海野先生のアンケートにもありましたように、若干は改善、底は打ったのではないかという印象のある結果でした。

しかしながら、ここで厚生労働省の方で保険点数の改定をしていただきまして、ハイリスク加算というものがいろいろ拡大されて増えたわけでありましてけれども、これが2007年の時点では5施設0.6%しか勤務医に還元されていなかったわけでありまして。

今回は保険改定の中で勤務医の待遇改善に資することがより明確にうたわれていますが、それにもかかわらずやはり7.7%、わずかな還元しか行われていないということです。

施設の概要（1施設あたり）

	分娩数		母体搬送 受入数	常勤医師数		非常勤医師数		助産師数*
	／施設	／常勤医		男性	女性	男性	女性	
施設運営母体による分類								
大学	452.1	33.3	53.7	9.2	4.5	1.3	1.6	20.1
国立	497.9	109.5	44.2	3.2	1.4	0.9	1.0	19.0
都道府県立	407.9	102.0	45.0	2.8	1.2	0.4	0.3	17.1
市町村立	394.7	120.0	18.5	2.4	0.9	0.7	0.4	12.2
厚生連	407.6	128.9	15.7	2.5	0.8	0.8	0.2	11.5
済生会	394.0	97.7	31.9	2.9	1.1	0.6	0.5	13.3
社保	422.3	107.8	14.1	2.3	1.5	0.6	0.8	11.9
日赤	611.2	114.5	48.1	3.4	2.0	0.7	0.5	22.8
私立	543.7	156.7	10.6	2.6	1.0	2.0	0.8	9.8
その他	488.8	127.5	10.5	2.8	1.1	1.0	0.6	12.5
施設機能による分類								
産科	858.3	242.9	5.0	3.0	0.6	2.9	0.9	8.4
他科併設	574.9	184.5	6.4	2.4	0.8	2.0	0.8	9.7
総合	437.6	82.8	28.1	3.6	1.7	0.9	0.7	14.9
その他	255.1	89.5	43.2	2.3	0.6	0.4	0.2	9.0
全施設	481.6	98.3	24.2	3.4	1.5	1.2	0.7	13.7

*日本産婦人科医会施設情報(2008)より引用

女性は常勤医師の30%、非常勤の37%。
全女性医師の8-9%は定職を持たない。

これは上の方が運営母体によりまず分類で、大学、国立病院、都道府県立等々になっております。下の方の施設機能による分類というのは、その病院が産

婦人科単科であるか、あるいはほかの科、小児科などと併設されているか。総合病院かどうか。そういった病院機能で分類されておりまして、一番下に合計であるとか、その全体の平均が示してございます。

細かくて恐縮ですが、この表で見ていただきたいのは、この常勤医師数というのが真ん中の中段にございますが、男性、女性の比率です。分娩を取り扱う病院の勤務医の中では、約30%が女性医師でございます。ところが、非常勤の方を見ていただきますと、この比率が実は37%くらい女性医師ということになって、男女比が合わないんです。

先ほど海野教授もおっしゃったように、おおむね常勤をしている先生がどこかの病院に非常勤、アルバイトに行くわけでありましてけれども、この比率が合わないということはよくよく考えてみますと、女性医師の中で8から9%、人数で言いますと130、140名になるかと思えますけれども、この方々が定職を持っていない可能性があるということでもあります。これも、一つの大きな問題ではなからうかととらえております。

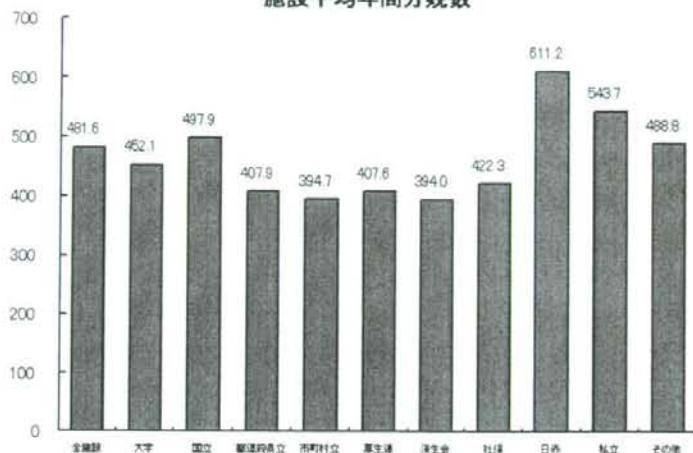
医師数	施設数	医師1名の施設	医師2名の施設
大学	96	0 (0%)	0 (0%)
国立	33	1 (3.0%)	4 (12.1%)
都道府県立	61	6 (9.8%)	13 (21.3%)
市町村立	169	36 (21.3%)	34 (20.1%)
厚生連	43	5 (11.6%)	17 (39.5%)
済生会	31	4 (12.9%)	7 (22.6%)
社保	12	0 (0%)	4 (33.3%)
日赤	53	3 (5.7%)	6 (11.3%)
私立	234	40 (17.1%)	62 (26.5%)
その他	121	9 (7.4%)	26 (21.5%)
全施設	853	104 (12.1%)	173 (20.3%)

2005年学会調査 医師1名の施設15%

があるかと思って調べてみますと、現在は12%、3%ほど減少はしておりますけれども、これはいかがかという数字であろうかと思えます。

続きまして、医師数でございます。これは、1人医長の病院というのが問題になったわけでありまして、2005年に学会あり方検討委員会で検討したところ、たしか病院では15%が1人医長だということで問題になったわけですが、改善

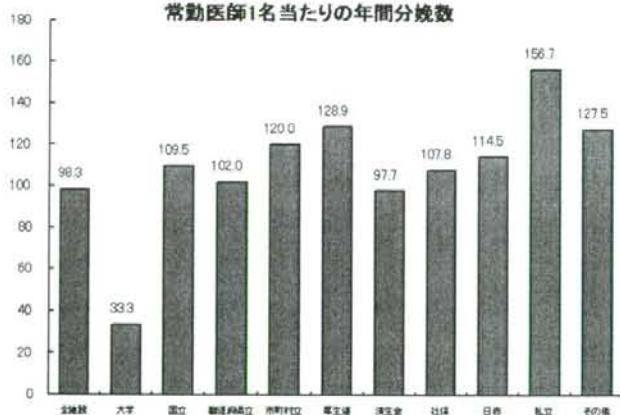
施設平均年間分娩数



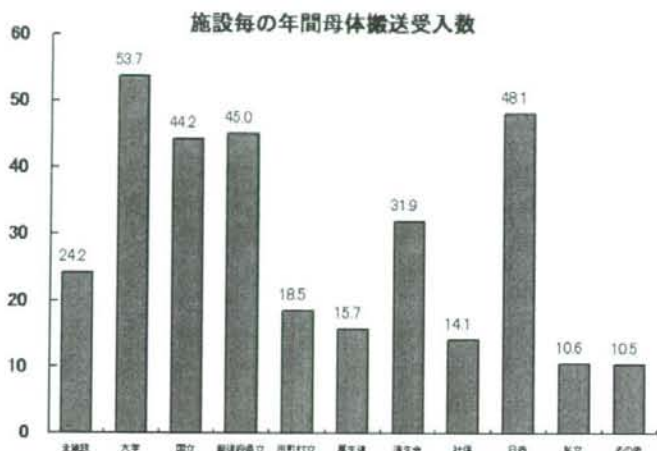
次に、年間の分娩数でありますけれども、施設ごとで見ますと日赤などは非常に頑張って多い分娩をやっております。これは、お手元の資料で数字を示してござ

います。

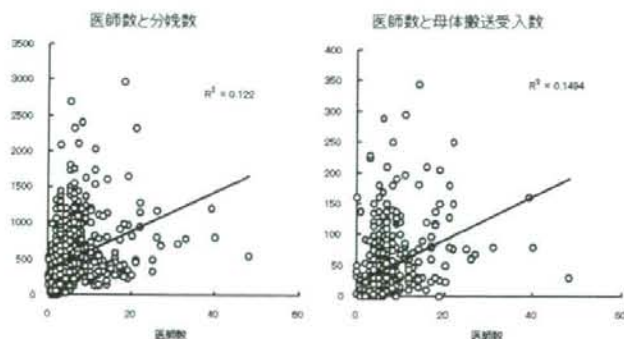
常勤医師1名当たりの年間分娩数



次に、常勤医師1人当たりの分娩数というもので見ますと、私立の病院が非常に多いこととなります。大学は、やはり医者の数も多く、一人当たりの分娩数は極端に少なくなっています。

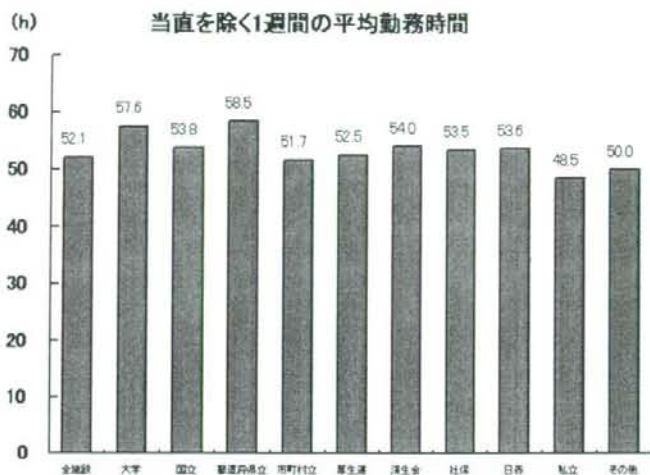


しかし、一方で母体搬送を受け入れているということになりますと非常に大学は貢献しています。ここでも日赤が2位で、非常に頑張っておられるということがわかります。



これは、この分娩数や母体搬送数というのは何か関係ないかということを幾つか解析したのですが、やはり医師数が多い病院であれば母体搬送も受け入れているし、ある程度分娩数も取り扱っているという

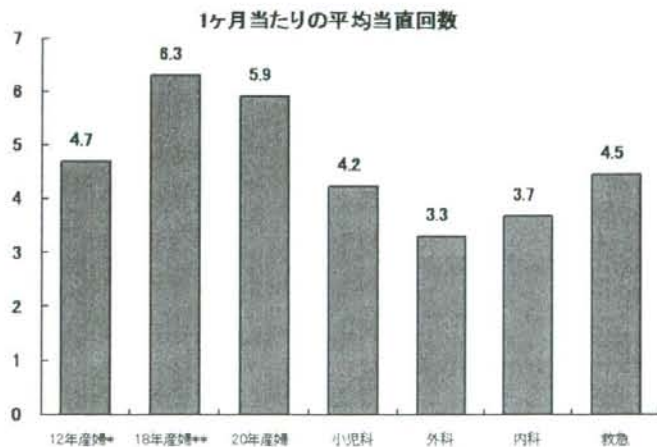
当たり前の結果で面白くありませんでした。後にまた少しそういう統計のデータを出します。



これから就労の問題であります。先ほど海野先生が月の在院平均時間を確認されておりますが、これは1週間の平均勤務時間はどれぐらいかということをおアバウトに聞いてお

ります。平均しますと52.1時間、これは施設によらず、どこも非常に過重勤務というより超過勤務になっていることが明らかであります。

この数字に、先ほどの5.9回ですか、当直回数を、当直1回を16時間ぐらいに換算して計算しますとちょうど1か月間298時間ぐらいになるので、まさに海野先生のデータとほぼ一致する数字であろうということで、このような勤務状態にある。

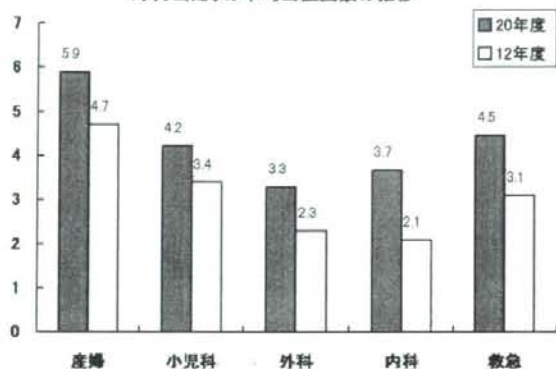


これが、当直回数でございます。先ほど6.3回が5.9回になったと申しましたが、左側が平成12年の産婦人科のデータで4.7回、18年には6.3回と非常に多かったわけですが、2007年1月の調査というのは18年

度の調査なので18年と書きましたが、2007年1月です。今年の調査で5.9回です。その横に小児科、外科、内科、救急とございますのは今年調べたデータでございます。

ただし、これは産婦人科医に確認しておりますから、実際にそれぞれの科に聞きますとまた数字が変わるという可能性はありますが、おたくの病院のほかの科の当直はどうですかということを聞いた数字でございます。

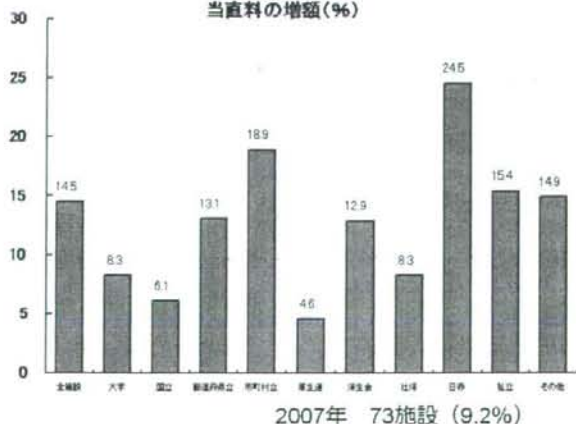
1ヶ月当たりの平均当直回数の推移



平成12年度に同じようにすべての科のデータを聞いておりますので、そのデータと今年取りました8年の隔りがあるわけでありましたが、比較しました。産婦人科は昨年30%以上増加したということをとくさんの新聞に書いていただいたのですが、私はこの数字を見てちょっとがく然と

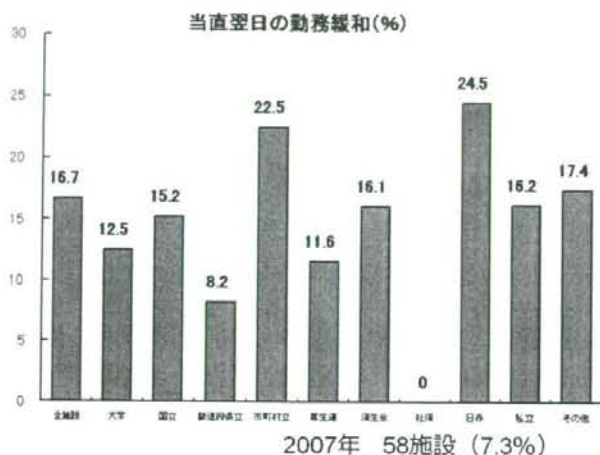
いたしました。内科と救急科のところを見ていただきますと、こちらの方も実は1.5倍ぐらい増えている。全体の当直数からすれば産婦人科が相変わらず厳しいということは確かなのですが、そのほかの科でも救急、夜間を扱うような科にはそういったしわ寄せが出ていくのではなかろうかということを示唆するデータだと思われました。

当直料の増額(%)

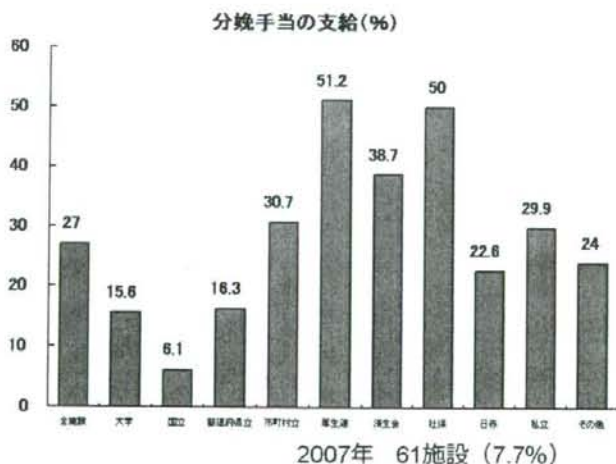


これは当直料の増額であります。日赤は非常によろしいようです。国立病院、都道府県立、それから市町村立といういわゆる公立系を見ていただきますと、自治体が小さいというのは失礼な言い方かもしれませんが、市町村立が一番当直料に気を使っています。それから、都道府県立、国立という順になります。

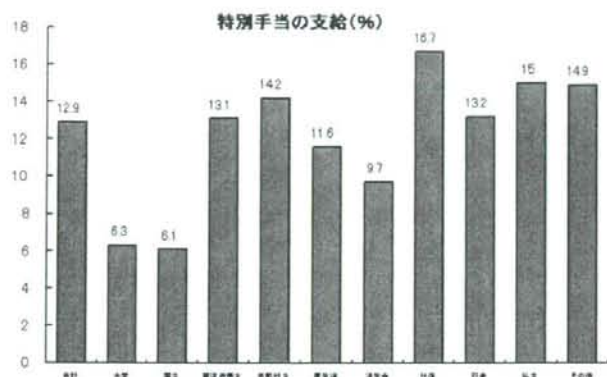
これは、実はお手元の資料を後で見てくださいとわかるんですが、そこにおります常勤医師数を見るとこの逆の数字なんですね。つまり、国立が一番多くて、都道府県がその次で、市町村立が低い。ですから、少ないところは何とか今、公立系であっても手当を一生懸命しようということがうかがわれるところがあります。



翌日の勤務緩和というのもこんな状況になっていて、16.7%の施設が当直の後に勤務緩和をしているということです。ゼロというところもありました。

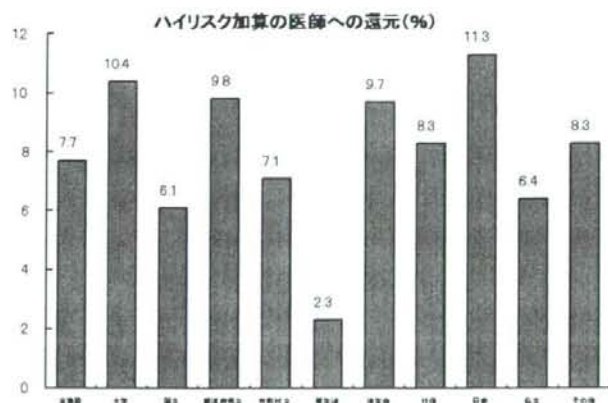


分娩手当の支給でございます。このお金のところも国立、都道府県立、市町村立というのは面白くて3つ逆転、人数と反比例したような状態になっておりました。



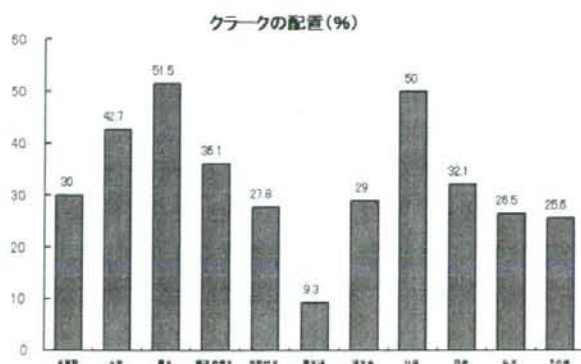
2007年 41施設 (5.2%)

それから、特別手当、これはいろいろなカテゴリーがあるので一概に解析し難いのですが、12%くらいに特別手当が出ている。先ほど最初にお示したデータの内訳です。



2007年 5施設 (0.6%)

ハイリスク管理加算、これが問題ですけども、7.7%が平均で非常に少ない。2007年の調査では0.6ですから、それよりは幾ばくかは進歩したのかなというところであります。



勤務医の待遇改善に資するという項目のもう一つに、クレークの配備というものがございまして。クレークというのは、医師の事務仕事を手伝ってくれる事務員のことでございまして、全国の分娩取扱病院の

30%に配備されております。このグラフでは示しませんでした。アンケート調査により、ますと8割の施設でこの医療クラークさんは非常に有効だという回答を得ておりますので、今後こういう導入が進めばと考えられるところであります。

勤務時間短縮に寄与する因子* (多変量線形回帰分析)			
	Odds ratio**	(95%CI)	p value
医師数			
1名	12.25	(3.14 - 82.47)	0.002
2-5名	5.76	(1.63 - 36.67)	0.021
6名以上	1	Reference	
助産師数			
10名以下	4.78	(1.31 - 31.01)	0.034
11-19名	2.78	(0.73 - 18.27)	0.075
20名以上	1	Reference	
年間母体搬送受け入れ数			
なし	2.35	(1.0 - 15.35)	0.048
1-49件	1.83	(0.48 - 12.02)	0.301
50件以上	1	Reference	
当直あけ勤務緩和			
有り	0.29	(0.09 - 0.77)	0.023
なし	1	Reference	

*月の在院時間200時間以下

** Adjusted Odds ratio

最後に、データベースを少しいじってみました。

この表は勤務時間短縮に寄与する因子というものを考えてみました。これは、先ほど言いました週の時間と当直回数、それからそれを海野先生流の月の在院時間に換算してすべての施設でやりました。もちろんオンコールの

施設、オンコールのない施設というのは加味しておりませんので非常にグローブです。

週の平均の勤務時間というのは、一般に40時間ということなわけです。そうすると、月に180時間か、そのくらいが適正な労働時間になるわけです。しかし、それで切ってみますと、実は今回の施設のうち2施設しか含まれませんでした。

ですから、それでは検定できないので一応200時間を設定しますと50、60の施設が200時間以下だということになっておりましたので、その200時間以下になる確率を検討してみました。このオッズ比というのは当たる確率を示すわけですが、医師の数で見ますと6名以上いるところを1としますと、1名のところというのは5、6名いるところよりも12.2倍、時間短縮される確率が高いということなんです。1人だから忙しいんじゃないかと思いましたが、恐らく1人でやられているところというのはセルフコントロールというか、それ以上の無理はもうできないんだという状況になっているのではないのでしょうか。2から5名のところでも多いところに比べれば5.7倍ですから、時間は短くなるということなんです。

助産師さんの数も同じで、助産師さんの数が少なければ少ないほど、医師の勤務時間は短くなっています。皆さんは変に考えるかもしれませんが、これが現実なんです。つまり、規模が小さく、自分たちでできることだけをやっているところというのは、意外とまだうまくやれているのかもしれませんが、もちろん、それでも超過勤務になっていることは間違いありません。

それから、もちろん予想されることでしたが、この母体搬送の受け入れであります。母

体搬送を受け入れていないといった施設は、50件以上受け入れているという施設に比べて2.3倍の確率で時間が短くなるんです。しかし、思ったほど短くなっていないというのが私の印象でした。

そして、最後の当直明けの勤務緩和というのは医会でも非常に推進して勤務緩和しろ、しろと私なども言っていたのですけれども、これをやっているところというのは実はやっていないところと比べて0.29。

この意味はおわかりになりますか。つまり、時間短縮をする確率が3分に1になっちゃうということです。つまり、時間短縮しているんだけど、それも燃え盛る火にわずかな水をかけているにすぎないということで、結局寄与していないんです。勤務時間を緩和したしたところで、それは全体の時間を軽減する因子にはならなかったというお粗末な統計をさせていただきました。

勤務医師の就労環境

病院数が104施設減少、1施設の医師数は0.4人増加

参考：分娩取り扱い施設医師数7324名

：病院数1177施設、診療所1746施設

当直回数は月5.9回で当直を除く就労時間は週52時間

(1ヶ月、約300時間=学会調査295時間)

当直後の勤務緩和17%、手当増額15%

ハイリスク加算の還元7.7%

女性医師の問題点

分娩取り扱い施設常勤医師の30%は女性医師

女性医師の3分の1は妊娠・育児中

10年目で半数の女性医師は分娩から離れる

妊娠・育児中の勤務緩和は40-45%

院内保育所は半数弱の施設にある

病児、24時間保育が可能な施設は10%未満

女性医師の院内保育所利用率は40%

30%の女性医師は育児休暇を取っていない

まとめでございます。

104の施設がなくなってしまいました。

医師数ですが、1施設の医者は0.4増えました。

学会員数は1万五千数名あるわけですが、分娩取扱施設に働く常勤医師は7,323名しかおりません。つまり、分娩を扱う医者は全国の産婦人科医の半分に満たないということなんです。

そして、病院数は1,177、診療所は1,743、当直は5.9回、月の就労は52時間、あとは緩和はこのようになって、ハイリスクの還元は7.7%。

それで、今日は時間の関係で女性医師の方

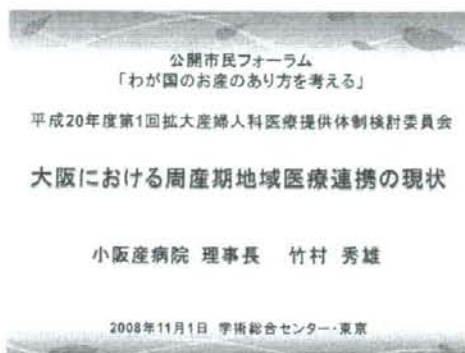
に触れるなどということだったんですけども、最後にまとめだけ触れさせていただきます。先ほど言いましたように30%は女性医師、30%の女性の医師のうち3分の1、つまり全体の医師の10%が妊娠・育児中です。育児中というのはおおむね小学校の終わりまでを指しまして、妊娠期間と相殺すると妊娠というのはごくわずかですからほとんど育児中と思っていただいて結構な数字です。そして、妊娠・育児中の勤務緩和というのは40%から45%しか行われていない。

ただ、非常に面白いことは、院内保育所というのは約47、48%の施設にあります。つまり、これは一般病院の数より多いんです。全国の病院調査をしますと30%の施設に院内保育所があるということですが、産婦人科を雇えるくらいのか、産婦人科医が棲息できるくらいの環境のいい病院というのはこれくらい院内助産所を準備している。ただし、病児保育24時間保育というのは10%内外しかやられていないので利用率は40%。

そして、先ほど常勤、非常勤の話をしました。30%の女性医師は現に育児休暇を取っていないというのが現状でございます。以上でございます。

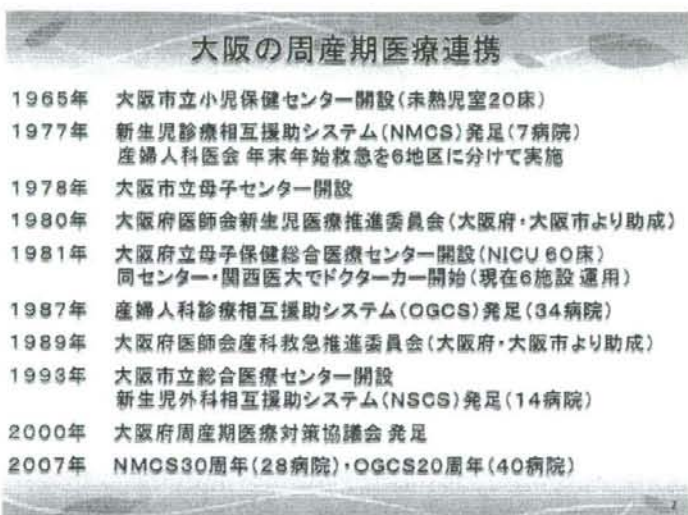
○司会（海野） 中井先生、ありがとうございました。わかりにくかったと思いますが、当直明け勤務緩和をすると、人が元から少ないところで無理をしてやっていますから、要するにほかの日の残業が増えてトータルとして短くなれないということだと思います。

○司会（海野） それでは、続きまして竹村先生にお願いしたいと思います。竹村先生からは、「大阪における周産期地域医療連携の現状」ということでお願いいたします。



○竹村 大阪の竹村でございます。

大阪市の東隣にあります東大阪市というところで60床ほどの産婦人科単科病院をやっております、地域医療システムにはお世話になっている方の立場でございます。そういう者がシステムの話をするのはいささかおこがましいのですが、しばらくお付き合い願いたいと思います。



大阪の周産期医療連携体制は1977年、昭和52年に新生児診療相互援助システムが7病院のボランティア的な先生方の集まりで始まり、その年に、大阪産婦人科医会では我々も同じようなことをやろうと言って、後で母子保健総合医療センターの院長になられた竹村喬先生を筆頭に、我々母子保健担当理事

が一生懸命考えて、まずその年は年末年始救急を6地区に分けて1次、2次に分けて実施するということから始まりました。これが、大阪産婦人科医会で周産期救急医療に関わった初めでございます。私もその当時からずっと関わらせていただいたので、今日こういうことでお話をさせていただくわけでございます。

続きまして、1981年には大阪の核になります大阪府立母子保健総合医療センターが開所しております。

その後、NMCSから10年遅れて我々の産婦人科診療相互援助システム、OGCSと言っておりますが、これが発足いたしました。発足当時、34病院でございました。

その後、1993年には新生児外科相互援助システム、NSCSと言っておりますが、新生児外科の先生方のシステムも発足しております。

それから、2007年にはNMCSが30周年、OGCSが20周年ということで記念の会を催しまして、28病院、40病院ということで、現在31年目、21年目になっております。

大阪の周産期医療連携

最近の動き

1. 総合周産期母子医療センター 5施設指定(1999～2007年)
地域周産期母子医療センター 13施設認定(2007～2008年)
2. 泉州広域母子医療センターの開設(2008年4月)
3. 近畿ブロック周産期広域連携検討会(2007年3月)
4. 周産期緊急医療体制コーディネーター(2007年11月)
5. 多胎に関する小委員会からの提言(6学会へ)(2006年12月)
6. NICU長期入院者対策小委員会(2007年4月)
7. 大阪府周産期医療体制確保、充実モデル事業(2008年)

最近の動きでございますけれども、総合周産期母子医療センターは1999年から順次大阪府に認定され、地域周産期母子医療センターもやっと昨年から今年にかけて大阪府が認定をしてくれて、大体20年、30年かけてこういったシステムがほぼ完成したかと思っております。

それから、今日お話申し上げるメインの内容は、泉州広域母子医療センターというものが今年の4月から開所しております。これは非常にうまくいった集約化の例ではないかと思っておりますので、この話を中心にお話ししたいと思っております。

あとは、近畿の広い範囲の広域連携、それから非常に今、有効に働いております周産期のコーディネーターというもの。

それから、NICUに入る赤ちゃんを減らすためには多胎を減らすということが大切でございますので、そういう小委員会からの提言。

それから、NICUの長期焦げ付きといいますか、2年たっても3年たってもNICUから出られないという子どもたちの対策も考える委員会ができております。

更に、将来に向けて産科医、それから新生児科医を増やしていこうといういろいろな動きがございますが、主として2と4のところを中心にお話ししたいと思います。