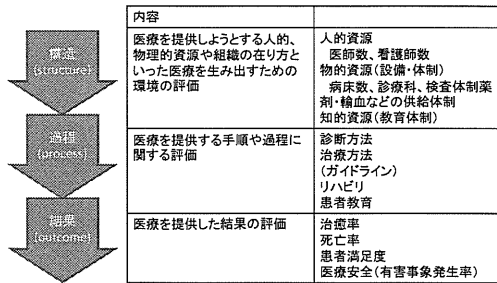


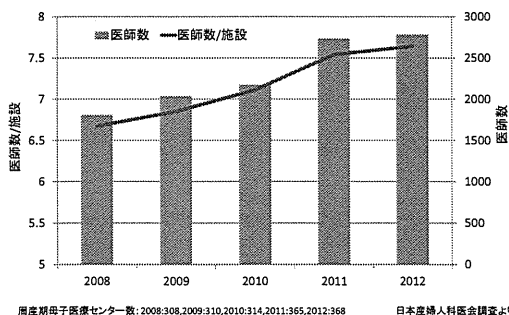
図1 医療の質の評価方法



B. 研究方法

- 1) 地域周産期医療提供体制の安定的確保という最終的な目標を達成し、良好な結果指標するためには、これまで検討してきた外形的な構造指標だけでなく、図1に示すような医療機能に関わる構造指標や各地域及び医療機関が具体的にどのような体制で医療を展開しているかを示す過程指標を明確にし、それが結果指標にどのように結びついているかを検討する必要がある。
- 2) そのためには、個々の医療機関の医療の質を評価可能な指標を抽出し、情報を収集、解析する必要と考えられる。
- 3) 本研究では、全国の総合及び地域周産期母子医療センター産科部門の連携組織である全国周産期医療（MFICU）連絡協議会の全面的協力を得て、わが国の高次周産期医

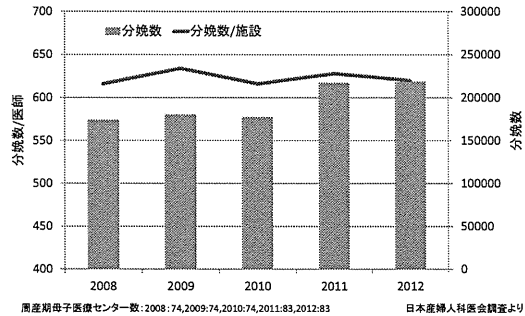
図2 周産期母子医療センターにおける分娩取扱常勤医師数の推移



療の質の評価向上のための方法について検討した。

- 4) 平成24年度は、全国周産期医療（MFICU）連絡協議会の実態調査結果の中から、医療の質の評価のための構造指標、過程指標の検討を行った。特に早産管理対応機能と産科危機的出血対応機能を例として、医療の質の評価の方法について検討した。

図3 周産期母子医療センターにおける分娩取扱数の推移

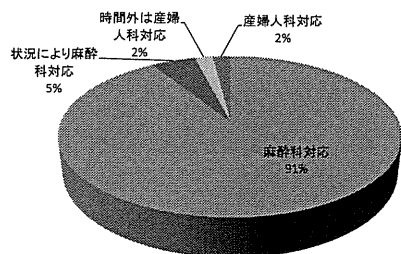


C. 研究結果

- 1) 周産期母子医療センターにおける医療機能指標の検討

(ア)施設あたり常勤医師数と分娩取扱数の年次推移: 図2に周産期母子医療センターの常勤医師数を示した。施設あたり医師数は5年の経過で約1名増加している。これに対して図3に示すように、施設あたり分娩数には変化が認められない。産婦人科医数という点で

図4 麻酔科との連携



は、周産期母子医療センターの質は改善している可能性が示唆される。

(イ) **麻酔科医との連携体制**: 図 4 に周産期母子医療センターにおける帝王切開時の麻酔科との連携の実情を示した。91%の施設では 24 時間麻酔科が対応する体制が整備されているが、時間外は対応できない施設が 2%、麻酔科の関与がない施設が 2%存在している実態が明らかになった。麻酔科医の不

育体制を示す指標を示した。

**表2 教育体制**

- 新生児蘇生法講習会資格保持率
- 手術時のタイムアウト実施率
- ガイドラインのチーム内への周知
- チームワーク研修実施状況
- 産科救急対応トレーニング
- BLS/ACLS/ICLSなどの取得状況

**表1 医療資源**

教育体制は構造に含まれる

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• 人的資源           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 医師数</li> <li>- 看護師/助産師数</li> <li>- 勤務体制(時間)</li> </ul> </li> <li>• 他科との連携           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 麻酔科</li> <li>- 小児科/新生児科</li> <li>- 小児・新生児外科</li> <li>- 小児心臓血管外科</li> <li>- 小児脳脊髄外科</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 施設資源           <ul style="list-style-type: none"> <li>- 病床数(MFICU/NICU)</li> <li>- 検査部</li> <li>- 放射線診断部(24時間)</li> <li>- 薬剤部</li> </ul> </li> <li>• 輸血供給体制</li> <li>• 救命救急センター</li> <li>• 手術室体制</li> <li>• ICU</li> <li>• 他院への搬送体制</li> </ul> |
|---|---|

**表3 過程(治療介入)**

- 34週未満早産でのコルチコステロイド投与実施率
- PROMの管理指針
- リトドリン使用基準
- 帝王切開適応
- GDMスクリーニング方法と実施率
- GBSスクリーニング方法と実施率
- HBVキャリア予防の完遂率

足というわが国の医療提供体制の問題点の一つを反映していると考えられるが、ハイリスク妊娠・分娩を担当することが期待されている周産期母子医療センターとしては早期の改善が必要であり、そのための方策を検討する必要と考えられる。

② 過程指標: 表 3 に過程指標に含まれる治療介入の中で、施設間で対応が異なり、結果指標に影響を与える可能性が考えられるものを

2) 周産期母子医療センター産科における医療の質の評価方法の検討:

(ア) 早産管理に関する医療の質の評価方法に関する検討: 周産期母子医療センター産科における医療の質の評価のために、早産管理能力に関する調査項目となるべき指標について検討を行った。

① 構造指標: 表 1 に構造指標に含まれる医療資源に関する項目を示した。また表 2 には施設の職員教

**表4 結果指標**

- 周産期死亡率
- 妊産婦死亡率/母体死亡率
- 早産率
- NICU入室率・・・RDS/IVH/PVL...
- 37週以降のローリスクの帝王切開率
- 患者満足度
- 職員満足度

示した。

③ 結果指標: 表 4 に結果指標として検討すべき事項について示した。

(イ)産科危機的出血への対応能力に関する医療の質の評価方法に関する検討：「産科危機的出血」はわが国の妊産婦死亡の最大の原因だが、適切に対応するために求められる診療機能は、周産期センターの通常業務とは若干異なっており、周産期センターにおける医療の質の評価の際には特に注意

表7 過程指標

- ・ 予防策 分娩第3期の積極的管理の導入  
・ 静脈路確保  
・ 子宮収縮剤の予防的投与など
- ・ 対応策 産科出血対応ガイドライン
- ・ 教育・訓練 産科出血ガイドラインに対する教育・シミュレーション教育導入  
(産婦人科のみ・多職種連携)

表5 医療資源

人的資源	施設資源
・人数(経験)	・病床数(MFICU/NICU)
・勤務体制(時間)	・検査部
・麻酔科	・放射線診断部(24時間)
・小児科/新生児科	・薬剤部
・小児・新生児外科	・輸血供給体制
・小児心臓血管外科	・救命救急センター
・小児脳脊髄外科	・手術室体制
	・ICU
	・他院への搬送体制

する必要があると考えられる。

- ① 構造指標：救命救急対応のための他の診療科、部門との連携体制の整備が重要となってくる。表5に構造指標に関わる必要な医療資源を示した。このうち放射線診断部の存在は、緊急時の動脈塞栓術(IVR)対応能力に関わっている。表6に全国MFICU連絡協議会

能施設の現状を示した。産科危機的出血への対応において診療機能が限定されている総合周産期母子医療センターが相当数存在することが示された。

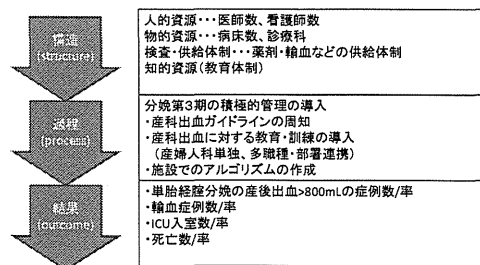
- ② 過程指標：産科危機的出血への対応能力表7に過程指標と考えられる項目を示した。緊急時の対応能力を高めるためには対応ガイドラインを周知し、それに基づいてシミュレーションを実施する必要があると思われる。
- ③ 「産科危機的出血に関する医療の質」の評価方法は図8のようにまとめることが可能と思われる。

表6 総合周産期母子医療センターにおけるIVR実施可能施設

24時間対応可能	25(49%)
条件付き対応可能	10(19%)
対応不可	9(17%)
回答なし	8(15%)
合計	52

の調査による総合周産期母子医療センターにおけるIVR実施可

表8 医療の質の評価方法



#### D. 考察

医療の質の指標は構造・過程・結果の3つに分類され、評価される。構造の評価は第三者機

関評価で多く取り入れられ、過程、結果の評価は、医学的評価で多く用いられている。過程の指標である診断、治療介入を適切に評価することが結果改善のためには有用であり、指標評価により問題点を明らかにして改善策を提示することができる。

平成 23 年度の段階で、全都道府県で周産期医療システムが整備され、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の指定、認定が行われた。平成 8 年に開始されたわが国の周産期医療システムの整備はその第一段階を終え、その質的な充実が求められる第二段階に入ったと考えるべきであろう。今後は、これまでのような外形的な整備、いわゆる「ハコモノ」の整備だけではなく、各地域の周産期医療の質を評価し、その向上を系統的に推進していく必要があると考えられる。本研究ではそのために必要な施策について、現有のデータを用いて検討を行った。

医療の質の評価指標 indicator としては構造 (structure) 指標、過程 (process) 指標、結果 (outcome) 指標がある。

本研究では、これまで、地図表示で示すという方法論を用いて、周産期医療領域、特に産科医療領域における分娩取扱医療機関のその類型別地域分布に関する情報の収集と提供を行ってきた。

また、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医学会・厚生労働省等が収集開示しているマクロデ

ータを用いて、産婦人科医師数及び構成、新規産婦人科専攻者の年次推移等の人的資源の現況の都道府県間比較を行ってきた。

さらに本年度は別の報告書で示すように、わが国の産婦人科研修施設の実態を明らかにするための情報収集と情報提供を行った。

これらのデータはすべて構造指標に含まれると考えられる。今後は、構造指標の充実を図るとともに、過程指標、結果指標についても同時にデータを収集して検討し、各地域で展開されている医療の質の評価を行い、改善のための方策を検討するための基盤整備を進めていく必要がある。

他領域における例として表 9 に米国の HQID プロジェクトで検討されている急性心筋梗塞の臨床指標を示した。周産期領域においても、本研究で示したような臨床指標の検討と、それに基づく実態調査、検討を進めていく必要があると考えられる。

シミュレーション教育は、診療の質の向上のために今後、積極的な導入が必要と考えられる。

表10 周産期医療にかかわるシミュレーション教育プログラム

- Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO)
- Management Obstetrical Emergencies and Trauma (MOET)
- Pre-hospital Obstetrical Emergencies Training (POET)
- 周産期急変対応セミナー (千葉大学)
- Neonatal Resuscitation Program (NRP)

表9 急性心筋梗塞の臨床指標 (米国HQID プロジェクト)

- <プロセス指標>  
来院時にアスピリンの投与  
来院時にβブロッカーの投与  
来院後30分以内に血栓溶解薬の投与  
来院後120分以内にPCIの実施  
左室収縮機能不全に対しACEIまたはARBの投与  
禁煙指導・カウンセリングの実施  
退院時にアスピリンの処方  
退院時にβブロッカーの処方
- <アウトカム指標>  
院内死亡率(予測値との比較)

表 10 に、周産期医療にかかわるシミュレーション教育プログラムの例を示した。

今回の検討により、周産期領域における医療の質の評価のために情報を収集すべき指標を整理することができた。

平成 25 年度にはこれらの指標から取捨選択し、地域ごとの診療の実情を客観的に示すこと

を目的として全国調査を実施する予定である。

#### E. 結論

周産期医療の質の評価のために必要な臨床指標について検討を行った。医療の質の指標は構造・過程・結果の3つに分類され、評価される。構造の評価は第三者機関評価で多く取り入れられ、過程、結果の評価は医学的評価で多く用いられている。過程の指標である診断、治療介入を適切に評価することが結果改善のためには有用であり、指標評価により問題点を明らかにして改善策を提示することができる。

周産期領域ではこれまで主として構造指標の一部のみが検討対象となってきたが、今後は、地域における医療の質の向上のために、客観的な評価方法の構築が必要と考えられる。

#### F. 研究発表

なし

#### G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）

「地域における産科医、小児科医の実態把握に関する研究」

（24090201）

研究代表者 海野信也

分担研究課題『産婦人科医療改革公開フォーラムの開催と動画配信』

<http://shusanki.org>

平成 24 年度研究成果報告

研究代表者

北里大学医学部産婦人科学教授 海野 信也

研究分担者

東京女子医科大学総合母子医療センター教授 松田 義雄

日本医科大学多摩永山病院教授 中井 章人

日本医科大学講師 澤 倫太郎

研究協力者

愛和病院産婦人科 村上 真紀

### 【研究の要旨】

産産婦人科医療体制の危機的状況に関する現状を把握し、情報を共有し、有効な施策を検討することを目的として、平成 25 年 1 月 27 日平成 24 年度産婦人科医療改革公開フォーラムを開催し、その関係資料を『周産期医療の広場』に事前掲載すると共に、フォーラムの経過をすべて映像で記録し、同サイトより動画配信を行った。

産婦人科を取り巻く環境は改善というよりは、悪化している状況が認められ、これまでの施策の継続だけでは、問題の解決は困難と考えられた。

【研究目的】 先行研究「周産期救急医療体制と分娩環境の安定的確保」『周産期医療情報の提供方法に関する研究』（平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）「地域における周産期医療システムの充実と医療資源の適正配置に関する研究」（H21-子ども一般-002）研究代表者 海野信也）より継続して行われてきた公開フォーラムの開催による各地の状況に関する最新情報の発信を

行うことを通じて、地域における産婦人科医療の課題に関する問題意識を共有すると共に、その解決のための方策について検討を行う。

### 【研究方法】

- 以下のような構成で平成 24 年度産婦人科医療改革公開フォーラムを、平成 25 年 1 月 27 日、日本産科婦人科学会医療改革委員会の「拡大医療改革委員会」との共催という形式で開催した。

- 司会者：杉浦真弓 名古屋市立大学教授・澤倫太郎 医療改革委員会副委員長
- 挨拶：厚生労働省医政局指導課救急周産期医療等対策室 佐久間敦 室長
- 第1部：13:05-14:30：基調報告
  - ◇ 「産婦人科医数の現状について」：(15分) 医療改革委員会 海野信也
  - ◇ 「産婦人科勤務医の就労環境の実態—日本産婦人科医会調査から」：(15分) 日本産婦人科医会勤務医部 関口敦子
  - ◇ 「周産期医療機関の診療状況（医療資源・治療体制・教育体制）に関する研究」（仮題）：(15分) 厚労科研・研究班より 鈴木真（亀田総合病院）
  - ◇ 「周産期医師の需給推計」：(40分) 小川浩（神奈川大学経済学部准教授）
  - ◇ 質疑応答
- 第2部：各地域からの報告：14:30-15:00
  - ◇ 「兵庫医大の特徴活用型周産期医療支援事業について」 田中宏幸（兵庫医科大学）
  - ◇ 「埼玉県下の医育機関に於ける後期研修医の動向と今後の視野」 古谷健一（防衛医科大学校）
  - ◇ 男女共同参画・女性の健康週間委員会から：「第65回日産婦学会学術講演会 男女共同参画・女性の健康週間委員会

企画開催について-全国に広げよう男女共同参画、各地域に産婦人科医を増やそう！-

- 第3部：総合討論：15:00-16:00
- 公開フォーラムの全経過を、本研究班が運営するウェブサイト「周産期医療の広場」の動画配信コーナーから配信した。

#### 【研究結果】

- 参加者は報道関係者を含め、78名だった。
- 発表は、以下のような内容だった。使用されたプレゼンテーション用スライドについては、別項「平成24年度産婦人科医療改革公開フォーラムの発表内容」をご参照ください。尚、動画配信 <http://shusanki.org/event.html> の視聴とともに確認いただければ、より効果的と考えられます。

#### 【考察】

- 1) 本公開フォーラム開催の経緯：日本産科婦人科学会では、産婦人科医の減少と産婦人科医療に係る制度的問題の深刻化によるいわゆる「産科医療崩壊」状況に対応して、学会理事会内委員会として「産婦人科医療提供体制検討委員会」（後に「医療改革委員会」と改称）を組織し、対策の検討と提言の発表等を行ってきた。この活動の一環として、全国の会員及び関係者が集う拡大産婦人科医療提供体制検討委員会—拡大医療改革委員会を1年に1回以上のペースで開催してきた。これらの会議は基本的には公開されていたが、4回目以降は、「公開フォーラム」として一般の参加者や報道関係者に開放された形式で以下に示

すように開催されてきた。

- 1) 平成 18 年 4 月 24 日 拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 パシフィコ横浜
- 2) 平成 19 年 3 月 21 日 第 2 回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 学士会館本館
- 3) 平成 19 年 11 月 18 日 第 3 回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 弘済会館
  - 「地域産科救急医療体制の問題点」
  - 「各地域における産婦人科医療体制整備の取り組み状況と残された問題点」
- 4) 平成 20 年 11 月 1 日 公開市民フォーラム「わが国のお産のあり方を考える」兼平成 20 年度第 1 回（通算第 4 回）拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 学術総合センター
- 5) 平成 21 年 1 月 25 日 平成 20 年度第 2 回（通算第 5 回）拡大産婦人科医療提供体制検討委員会 弘済会館：「わが国の産婦人科医療提供体制のグランドデザイン」
- 6) 平成 22 年 1 月 24 日 第 1 回「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」弘済会館：「産婦人科医療改革グランドデザイン 2010 にむけて」
- 7) 平成 23 年 1 月 30 日 平成 22 年度第 1 回「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」東京ステーションコンファレンス：「産婦人科医療改革の展開」—現状把握と地域間、診療分野間、施設間の格差是正への取り組み—

8) 平成 24 年 1 月 29 日 平成 23 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」東京ステーションコンファレンス：「産婦人科医療における格差是正に向けて」

2) 平成 22 年度以降は、テーマが「地域格差」という問題に絞られてきているが、平成 25 年度については、増加していた新規産婦人科専攻医が減少に転じたことがはっきりするという環境下で開催された。

3) 今回は、通算 9 回目の会議であった。産婦人科医だけでなく、経済学者の講演を加えることにより、基本に戻った議論を行うことができた。しかし、数多くの懸案事項が解決されないまま残されている現実と、これまでに行われた諸施策の限界が明確に示され、新たな立場での取り組みの必要性を参加者が共有する結果となったと考えられる。

#### 【結論】

産婦人科医療体制の危機的状況に関する現状を把握し、情報を共有し、有効な施策を検討することを目的として、平成 25 年 1 月 27 日平成 24 年度産婦人科医療改革公開フォーラムを開催し、その関係資料を『周産期医療の広場』に事前掲載すると共に、フォーラムの経過をすべて映像で記録し、同サイトより動画配信を行った。

産婦人科を取り巻く環境は改善というよりは、悪化している状況が認められ、これまでの施策の継続だけでは、問題の解決は困難と考えられた。

【研究成果の発表】 なし。



(別項) 平成 24 年度産婦人科医療改革公開フォーラムの発表内容  
(以下のスライドの順番は縦方向に進んでまいりますのでご注意ください)

● 第 1 部：基調報告：「産婦人科医数の現状について」：医療改革委員会 海野信也

平成24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」

2013年1月27日  
東京国際フォーラム

構 成

「産婦人科医数の現状について」

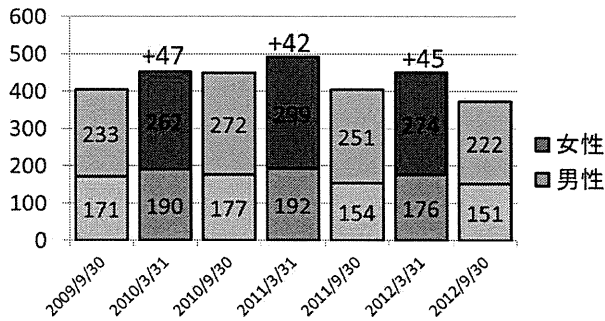
海野信也  
北里大学医学部産科学  
「周産期医療の広場」  
<http://shusanki.org/>

- ・日本産科婦人科学会 年度別入会者数の分析
- ・第5回 産婦人科動向意識調査 2012年7月調査 報告 概要
- ・産婦人科研修施設検索の試行的運用

産婦人科の「新たな地方の時代」の幕開けを  
平成25年1月1日 小西郁生理事長

- ・「母体血を用いた出生前遺伝学的検査」について
- ・産婦人科の学術活動と学術講演会について
- ・若手医師の産婦人科への新入状況について
- ・各地方における産婦人科研修システムの再構築を
- ・各地方において大学病院が臨床研修の中心に
- ・産科婦人科学の魅力を早くから伝える
- ・大学から「研究」も含めたトータル・ライフプランの提示を
- ・若者に「人生は自分だけで決めてはいけない」と

日本産科婦人科学会 年度別入会者数(産婦人科医)推移

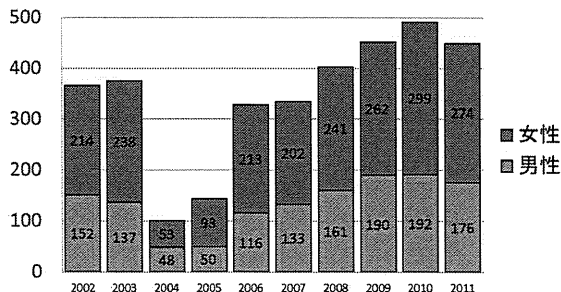


日産婦学会では例年、9月末と3月末の時点でその年度の入会者数を検討しています。2012年9月30日までの年度入会者数は、男性151名、女性222名で、いずれも昨年度の同時期より減少していることが判明しました。年度後半の半年間の入会者は、過去3年間40人台です。

平成24年度 医療改革 アクションプラン

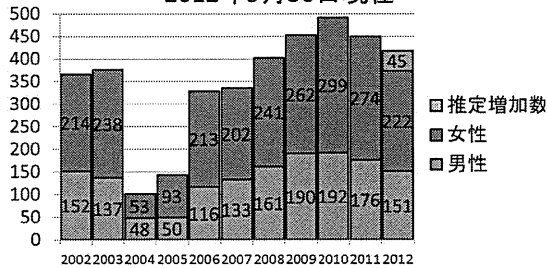
- ・産婦人科医を増やすための活動
  - 「産科医等確保支援事業」の継続のための活動を行う。
  - 「産婦人科研修プログラムのページ(仮称)」の開設
    - ・地域ごとの研修プログラムの構築
    - ・(医師数・症例数・研修環境の)地域格差の是正のための学会独自の「マッチングシステム」の検討
    - ・二階建専門医の施設別リストの作成と情報提供
- ・産婦人科医の勤務環境改善のための活動
  - 第5回産婦人科動向意識調査の実施
  - 第6回大学病院産婦人科勤務医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査の実施
  - 第2回「女性医師の継続的就労に関する調査」の実施
- ・産婦人科医療に関する社会啓発・情報提供活動
  - 拡大医療改革委員会兼公開市民フォーラムを開催する。
- ・平成24年度 診療報酬改定上の諸問題への対応

日本産科婦人科学会  
年度別入会者数(産婦人科医)  
2012年3月31日現在



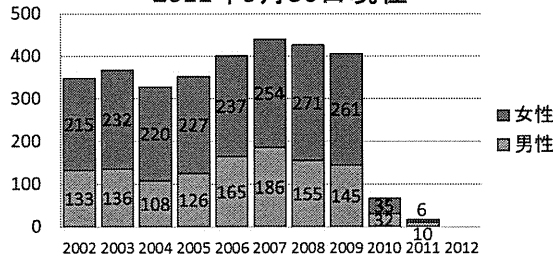
2011年度 新規産婦人科医は前年度と比べて減少しました。産婦人科医を増やすために、国を挙げての支援の中で、2012年度に回復するかどうか、増加基調を続けることができるかどうか、私たちの重大な関心事でした。

### 日本産科婦人科学会 年度別入会者数(産婦人科医) 2012年9月30日現在



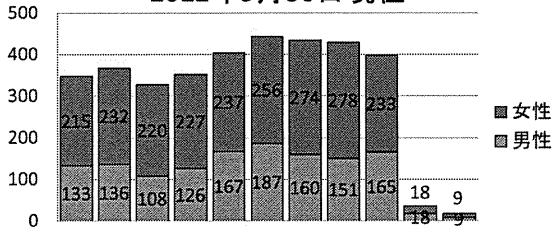
今年度後半の入会者数を45名程度と見込んだ場合、今年度の新規産婦人科医数は420名程度、昨年度より30名程度減少する可能性が高いと考えられます。新規産婦人科医の増加は2010年度で止まり、その後は減少しているのが実態であることが、明確になったと考えざるを得ないということになります。

### 日本産科婦人科学会 卒業年度別入会者数(産婦人科医) 2011年9月30日現在



新規入会者の増減の実態をより詳細に検討するために日産婦学会の会員を卒業年度別にまとめたのがこのグラフです。昨年、2011年9月末の時点では、初期研修2年目の医師が女性35名、男性32名、1年目の医師が女性6名、男性10名 入会していました。

### 日本産科婦人科学会 卒業年度別入会者数(産婦人科医) 2012年9月30日現在

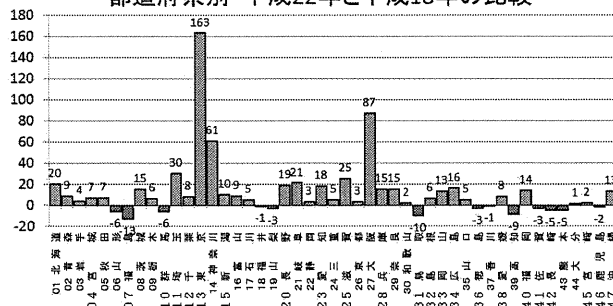


2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012  
今年、2012年9月末の時点では、卒後3年目について男性医師は20名増えていもの、女性医師は28名減少しました。また、初期研修2年目の医師の入会が女性18名、男性18名とどちらも減少し、あわせて31名の減少となっています。

### 日本産科婦人科学会 新規入会者数 減少の原因について

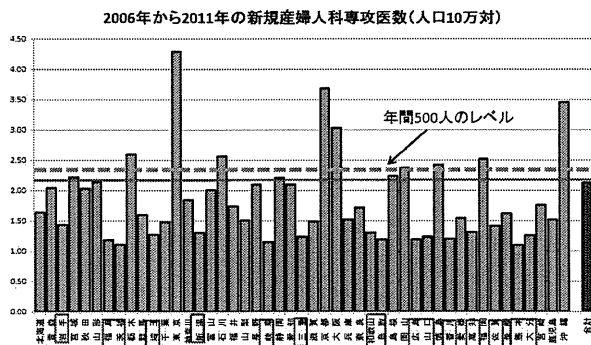
- 2011年度の同時期と比較して、2012年度は、以下のような状況にある。
  - 卒後3年目の入会者数が女性で28名減少、男性で20名増加している。
  - 卒後2年目の入会者数が女性で17名、男性で14名減少している。
- 現時点での新規入会者減少の原因としては、卒後3年目における女性医師の減少と、卒後2年目における入会者数の減少によると考えられる。
- 年度後半の3年目の医師の入会は、過去3年間、11名、9名、5名となっている。今後の入会により、前年と比較して10名以内の減少にとどまると予測される。
- 卒後2年目の入会者の減少については、臨床研修制度において産婦人科が選択必修となり、産婦人科を研修する初期研修医が減少していることが、関係している可能性があるとと思われる。

### 主たる診療科が産婦人科または産科の医師数の変化 都道府県別・平成22年と平成18年の比較



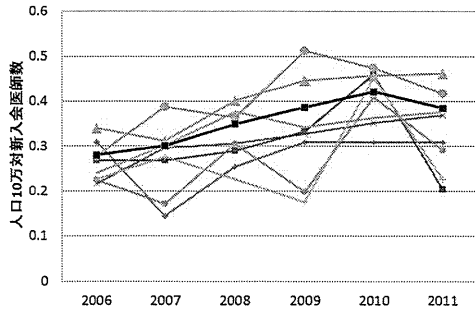
- 全体では578名の増加となっていますが、東京、大阪、神奈川、埼玉の増加分の和は全体の増加分の99%を占めています。
- 山形、福島、群馬、福井、山梨、鳥取、徳島、香川、高知、佐賀、長崎、熊本、鹿児島では減少しています。

### 都道府県別の直近6年間の新規産婦人科専攻医数 (後期研修医)



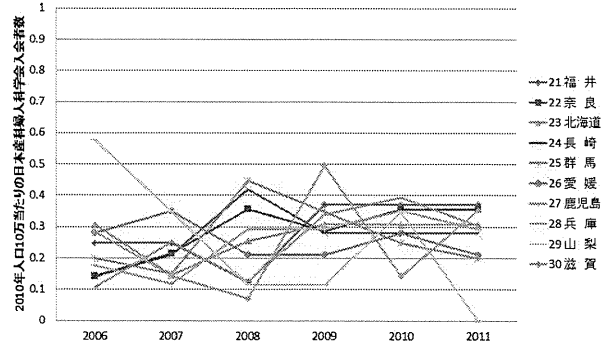
地域別の新規産婦人科専攻医数の推移  
(人口10万対)

各地域の日産婦学会入会者数の推移(人口10万対)



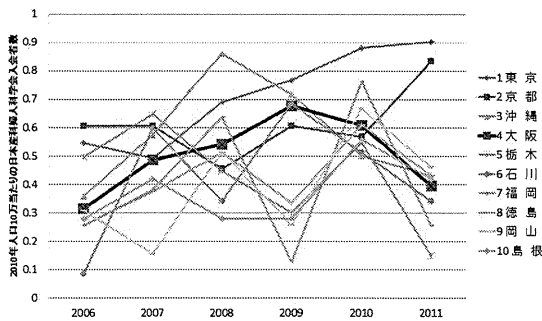
都道府県別 新規産婦人科医数の推移(3)

人口10万あたりの日本産科婦人科学会入会者数の年次推移 21位から30位



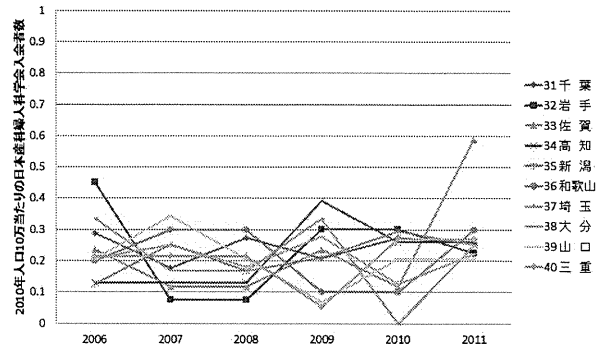
都道府県別 新規産婦人科医数の推移(1)

人口10万あたりの日本産科婦人科学会入会者数の年次推移 上位10県



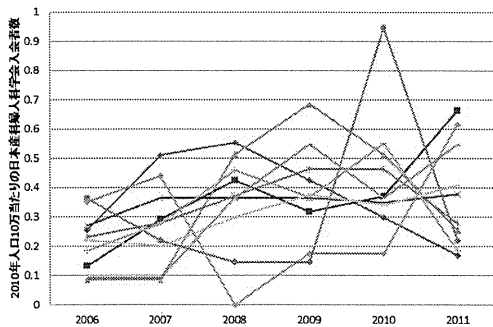
都道府県別 新規産婦人科医数の推移(4)

人口10万あたりの日本産科婦人科学会入会者数の年次推移 31位から40位



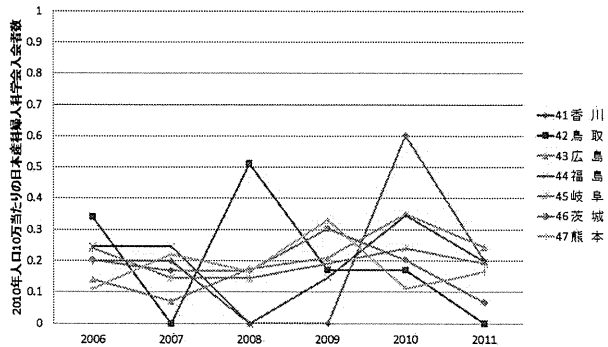
都道府県別 新規産婦人科医数の推移(2)

人口10万あたりの日本産科婦人科学会入会者数の年次推移 11位から20位



都道府県別 新規産婦人科医数の推移(5)

人口10万あたりの日本産科婦人科学会入会者数の年次推移 下位7県



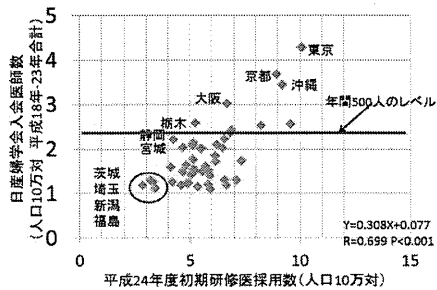
日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査  
調査結果

	調査対象施設数	回答数	回答率
2008年	756	332	44%
2009年	742	462	62%
2010年	744	458	62%
2011年	726	456	62%
2012年	723	349	48%

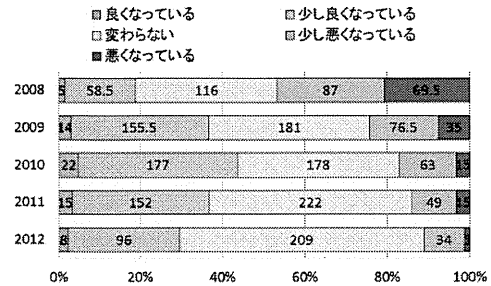
平成23-24年度の都道府県別  
初期臨床研修医合计数(人口10万人あたり)

全国	11.99				
1 東京都	20.44	17 奈良県	11.42	33 青森県	9.93
2 京都府	19.20	18 栃木県	11.21	34 三重県	9.76
3 沖縄県	18.02	19 秋田県	11.14	35 広島県	9.61
4 石川県	17.70	20 長崎県	11.00	36 北海道	9.48
5 福岡県	15.81	21 滋賀県	10.92	37 千葉県	9.25
6 岡山県	15.22	22 熊本県	10.84	38 鹿児島県	8.97
7 和歌山県	14.57	23 香川県	10.74	39 大分県	8.78
8 福井県	14.26	24 山口県	10.61	40 宮城県	8.60
9 鳥取県	13.76	25 山形県	10.44	41 群馬県	8.42
10 大阪府	13.28	26 長野県	10.17	42 静岡県	8.34
11 島根県	13.10	27 岩手県	10.15	43 富山県	7.66
12 愛知県	12.78	28 愛媛県	10.06	44 茨城県	7.17
13 徳島県	12.60	29 岐阜県	10.04	45 新潟県	6.91
14 神奈川県	12.21	30 富山県	9.97	46 埼玉県	6.67
15 兵庫県	11.86	31 山梨県	9.96	47 福島県	6.21
16 高知県	11.51	32 佐賀県	9.98		

人口あたりの初期研修医数と日産婦  
学会入会医師数の関係



日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査  
「全体としての産婦人科の状況」

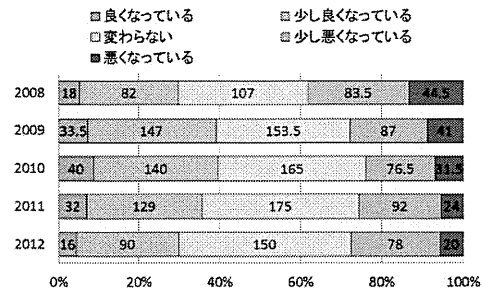


総

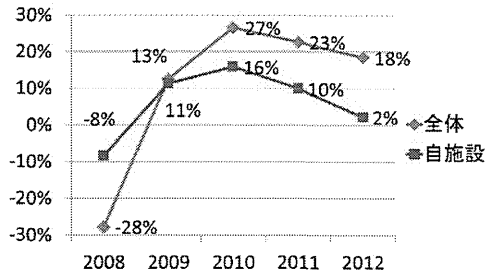
産婦人科専攻医の地域偏在について

- 産婦人科専攻医は人口あたりでも大都市圏に多く地方に少ない傾向がある。
- 東京、京都を除くと、大都市圏でも新入会医師に減少傾向が認められる。
- 産婦人科専攻医数は初期研修医数と関連するが、他の要因の関与も大きいと考えられる。
- 考えられる方策は
  - 大都市圏から地方への医師の地域間移動の促進
  - 初期研修医の地域偏在の改善
  - 地域完結型の産婦人科医の養成システムの構築

日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査  
「自施設産婦人科の状況」



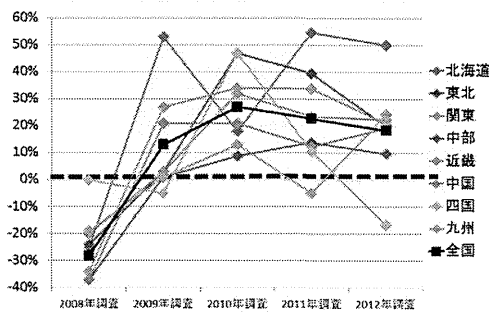
日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査  
「産婦人科の状況に関する意識」  
動向指数の変化



2012年7月 日本産科婦人科学会  
第5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		良くなっていると感じる理由	
1. 産婦人科医師数減	12	1. 志望者増	37
2. 地域格差拡大	6	2. 人員増	28
3. 産婦人科新規専攻医減	4	3. 地域医療システムの改善	9
4. 分娩施設減	4	4. 待遇改善	6
5. 女性医師の増加・男性医師の減少	3	5. 負担軽減	4
6. 周産期高次施設減	3	6. 診療報酬改定効果	4
7. 婦人科手術待機期間延長	2		
8. 業務の増加	2		
9. 震災の影響	3		

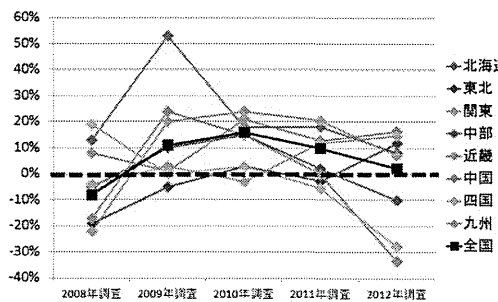
日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査  
「産婦人科の状況に関する意識」  
動向指数の変化 地域別 全体としての産婦人科の動向



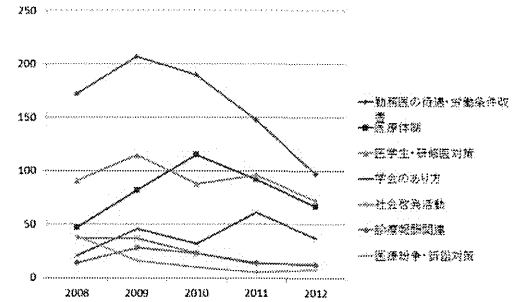
2012年7月 日本産科婦人科学会  
第5回 産婦人科動向 意識調査  
自施設産婦人科の状況  
回答の理由(複数回答)

悪くなっていると感じる理由		良くなっていると感じる理由	
1. 産婦人科医不足・減少	57	1. 人員増	62
2. 勤務の過酷化	9	2. 新入局者増	22
3. 女性医師の勤務緩和・産休・育休関連	6	3. 勤務条件の緩和	6
4. 震災の影響	6	4. 待遇改善・手当増	6
5. 高齢化	3		
6. 地域医療システム悪化	3		
7. 小児科医不足	2		

日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査  
「産婦人科の状況に関する意識」  
動向指数の変化 地域別 自施設の産婦人科の動向



日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査  
「産婦人科の状況に関する意識」  
「今後、日本産科婦人科学会として優先的に取り組むべき課題」



2012年調査「今後、日本産婦人科学会として優先的に取り組むべき課題」

1産婦人科医をふやす努力	47
2地域偏在対策	35
3女性医師の勤務環境整備	31
4勤務医の待遇改善	22
5専門医申請要件・指導施設要件の厳格化への批判	12
6男性医師対策	11
7男性医師を増やす方策	11
8女性医師キャリアアッププログラム等復帰促進策	10
9勤務医の労働条件改善	9
10ハイリスク分娩管理加算等の産婦人科勤務医への還元推進 マスコミ・世間への産婦人科のアピール	7
11施設間偏在対策	6
12産科医療確保制度の改善	6
13診療報酬増	5
14学会の医師派遣への関与	5
15産婦人科の魅力のアピール	5
16分娩のリスクの大きさに対する社会啓発活動	5
17専門医制度の見直し	5
18「質の低下」対策	5
19ガイドラインの充実・見直し	5
20分娩施設の集約化	4

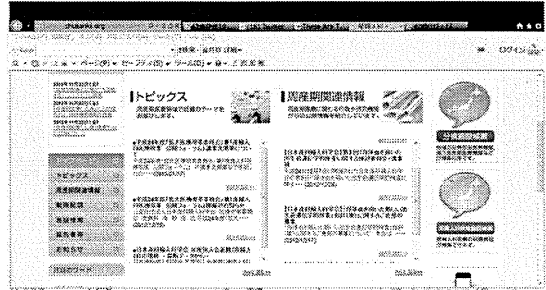
産婦人科 動向調査のまとめ

- 産婦人科専門医制度研修指導施設産婦人科責任者を対象としては5年連続のアンケート調査を行った。
- 回答率は過去3年間の62%程度と比較して低下し、48%となっている。
- Positiveにとらえる回答の減少
  - 昨年の調査で調査開始後としては、positiveな回答の割合が減少し、その傾向は今年度はさらに顕著になった。
  - negativeな回答の割合は「全体」では減少し、「自施設」では増加した。その傾向も持続している。
  - 動向指数はなんとかプラスを維持しているが、「前年度「おどろき状態」であった産婦人科の状況は「足踏み状態」から「後退局面」と考えざるを得ない。
- 「学会として優先的に取り組む課題」
  - 産婦人科医を増やすための努力、地域偏在対策、女性医師の勤務環境改善、勤務医の労働条件及び処遇の改善をあげる回答が多く、上記の4点が今後医療改革委員会の活動の中心軸となると考えられる。
  - 「専門医申請要件・指導施設要件の厳格化」への批判的な意見が目立った。大学産婦人科への思い込みをはかるもの、という批判が認められた。

産婦人科研修施設検索の試行的運用

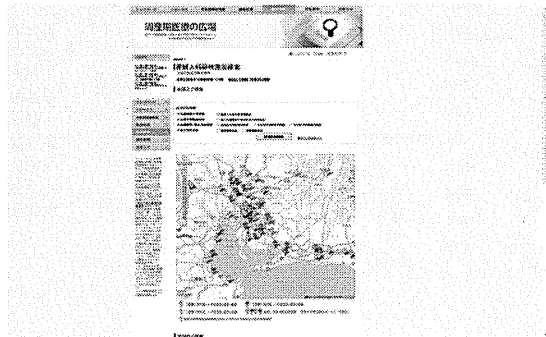
- 目的:
  - 産婦人科専門医研修指導施設の地域分布を可視化する。
  - 産婦人科のサブスペシャリティ(婦人科腫瘍・周産期(母体・胎児)・生殖医療)の各専門医取得可能施設の分布を可視化する
- 方法:
  - グーグルマップ上に、産婦人科専門医研修指導施設・各専門医研修施設の検索機能を構築する

産婦人科研修施設検索の試行的運用  
「周産期医療の広場」

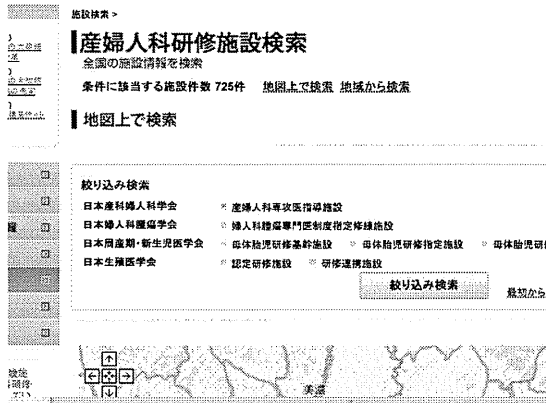


産婦人科研修施設検索の試行的運用

「周産期医療の広場」<http://shusanki.org/area2.html?df1g=1>

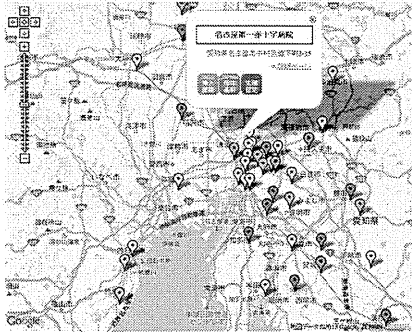


産婦人科研修施設検索の試行的運用



町域図

町域図は、町域の概要を示すために作成された地図です。町域の範囲、主要な道路、および重要な施設を示しています。町域の中心部には、町役場や公民館などの公共施設が集中しています。また、町域の周辺には、農地や森林地帯が広がっています。町域図は、町民の生活に役立つ情報を提供するために作成されたものです。



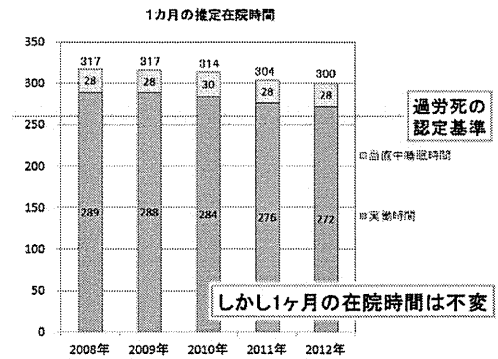
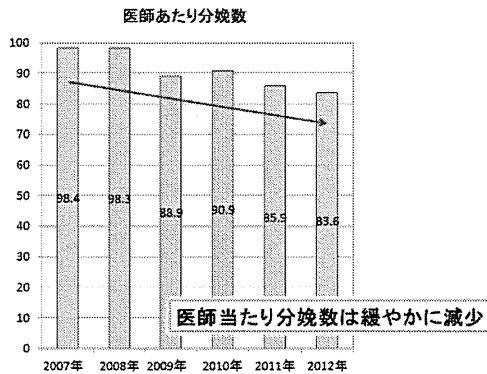
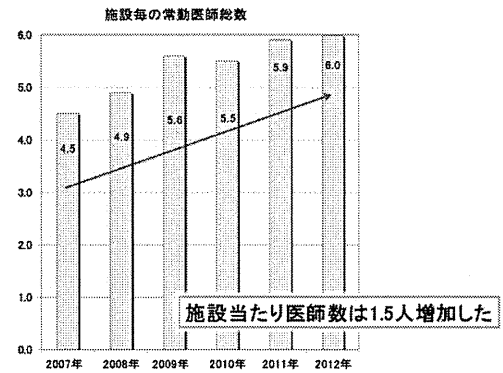
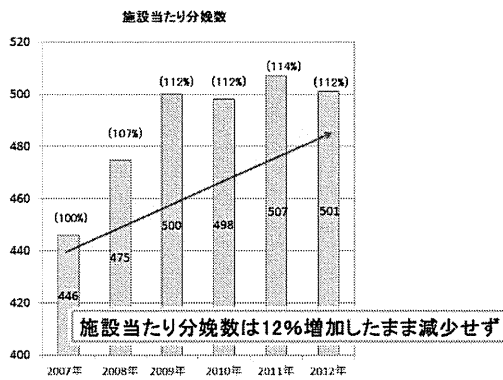
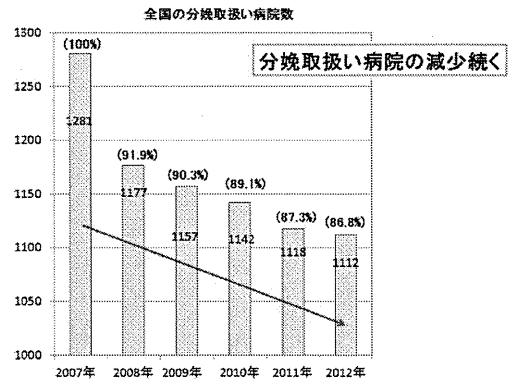
- ① 二階建て校舎、3階校舎(総合)施設
- ② 二階建て校舎、2階校舎(総合)施設
- ③ 二階建て校舎、1階校舎(総合)施設
- ④ 複合施設(総合)施設
- ⑤ 複合施設(総合)施設
- ⑥ 複合施設(総合)施設
- ⑦ 複合施設(総合)施設
- ⑧ 複合施設(総合)施設
- ⑨ 複合施設(総合)施設
- ⑩ 複合施設(総合)施設

● 第1部：基調報告：「産婦人科勤務医の就労環境の実態－日本産婦人科医会調査から」：  
日本産婦人科医会勤務医部 関口敦子

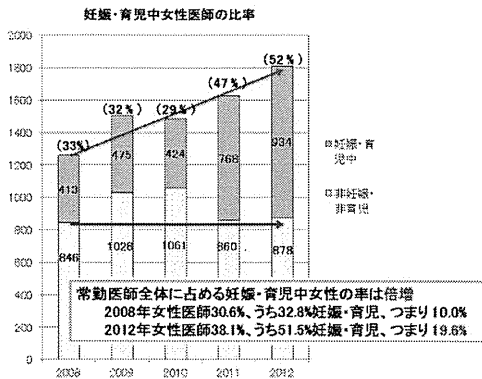
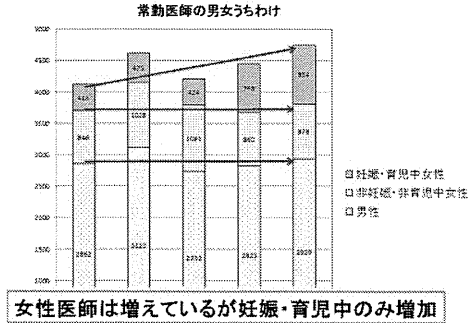
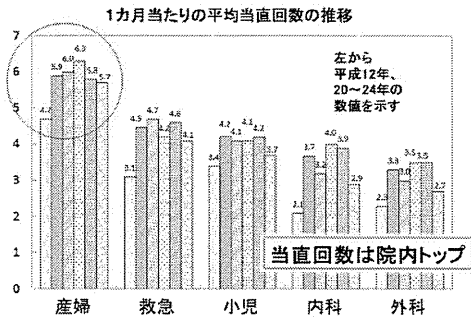
1/27/2013  
日本産科婦人科学会  
平成24年度 拡大医療改革委員会  
兼 産婦人科医療改革公開フォーラム

基調報告  
「産婦人科勤務医の就労環境の実態  
－日本産婦人科医会調査から」

日本産婦人科医会勤務医委員会  
日本医科大学多摩永山病院  
関口敦子





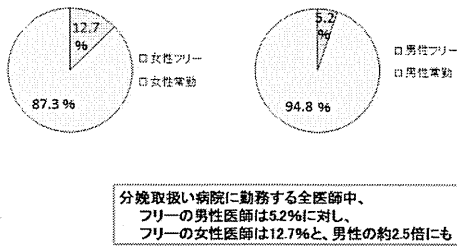


### 当直・待機業務の待遇ならびに妊娠・育児中の勤務軽減等の現状

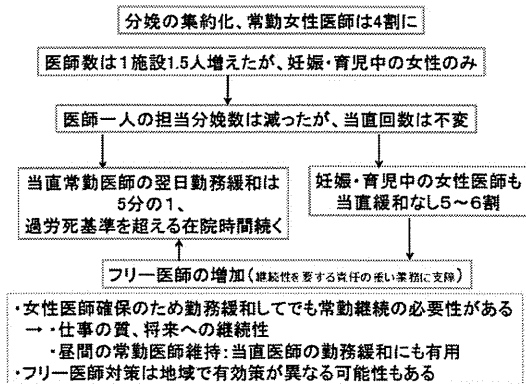
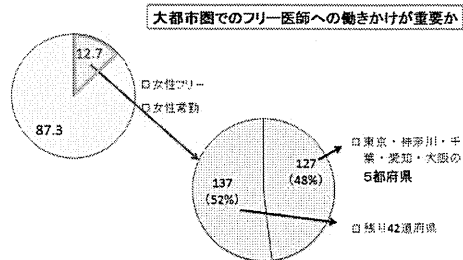
項目	はい (42.3%)	いいえ (57.7%)
当直回数過多	64.1	35.9
当直中睡眠不十分	70.2	29.8
当直手当不十分	68.5	31.5
非常勤当直より低額	78.3	21.7
翌日勤務軽減なし	41.1	58.9
分換手当なし	49.1	50.9
分換手当あるが不十分	75.1	24.9
待機業務は無給	72.1	27.9
緊急出勤も無給	61	39.0
妊娠中当直免除なし	61.5	38.5
育児中当直軽減なし	37.7	62.3
院内保育所なし	81.0	19.0
24時間保育なし	81.2	18.8

…全国の分娩取り扱い病院産科責任者による回答

分娩取り扱い病院における常勤先を持たない非常勤(フリー)医師の割合



女性フリー医師の地域偏在



付表1 都道府県別のフリー医師分布

都道府県	女性フリー医師	男性フリー医師	女性フリー医師割合 (%)	女性フリー医師	男性フリー医師	女性フリー医師割合 (%)
北海道	1	1	50.0	1	1	50.0
青森県	0	0	0.0	0	0	0.0
岩手県	0	0	0.0	0	0	0.0
秋田県	0	0	0.0	0	0	0.0
山形県	0	0	0.0	0	0	0.0
福島県	0	0	0.0	0	0	0.0
茨城県	0	0	0.0	0	0	0.0
栃木県	0	0	0.0	0	0	0.0
群馬県	0	0	0.0	0	0	0.0
埼玉県	0	0	0.0	0	0	0.0
千葉県	0	0	0.0	0	0	0.0
東京都	127	137	48.0	127	137	48.0
神奈川県	1	1	50.0	1	1	50.0
新潟県	0	0	0.0	0	0	0.0
富山県	0	0	0.0	0	0	0.0
石川県	0	0	0.0	0	0	0.0
福井県	0	0	0.0	0	0	0.0
岐阜県	0	0	0.0	0	0	0.0
静岡県	0	0	0.0	0	0	0.0
愛知県	0	0	0.0	0	0	0.0
岐阜県	0	0	0.0	0	0	0.0
三重県	0	0	0.0	0	0	0.0
滋賀県	0	0	0.0	0	0	0.0
京都府	0	0	0.0	0	0	0.0
大阪府	0	0	0.0	0	0	0.0
兵庫県	0	0	0.0	0	0	0.0
奈良県	0	0	0.0	0	0	0.0
和歌山県	0	0	0.0	0	0	0.0
徳島県	0	0	0.0	0	0	0.0
香川県	0	0	0.0	0	0	0.0
愛媛県	0	0	0.0	0	0	0.0
高知県	0	0	0.0	0	0	0.0
福岡県	0	0	0.0	0	0	0.0
佐賀県	0	0	0.0	0	0	0.0
熊本県	0	0	0.0	0	0	0.0
大分県	0	0	0.0	0	0	0.0
宮崎県	0	0	0.0	0	0	0.0
鹿児島県	0	0	0.0	0	0	0.0
沖縄県	0	0	0.0	0	0	0.0
合計	127	137	48.0	127	137	48.0

付表2 各年の主要結果の比較

	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年	2007年
対象施設	1,112	1,118	1,142	1,157	1,177	1,284
有効回答(%)	783(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	501.0 ↑	507.0	498.3	499.8	474.8	446.3
産科医1名あたり	83.6 ↓	85.9	80.9	88.9	98.3	98.4
1施設あたりの医師数						
常勤医師	6.0 ↓	5.9	5.5	5.6	4.9	4.5
男性	3.7	3.7	3.6	3.8	3.4	NA
女性	2.3	2.2	1.9	1.8	1.5	NA
推定平均在院期間(1カ月)	308 →	304	314	317	317	NA
当量						
医師(1/月)	5.7 →	5.8	6.3	6.0	5.8	6.3*
産科勤務時間(%)	172(21.7)	163(21.6)	156(20.3)	156(19.0)	142(16.7)	181(7.3)
分娩件数(%)	467(58.9) ↑	427(56.6)	416(54.1)	339(41.2)	239(27.0)	61(7.7)
特産件数(%)	122(15.4)	139(18.4)	154(20.0)	143(17.4)	110(12.9)	41(5.2)

付表3 女性医師支援の変化

	2012年	2011年	2010年	2009年	2008年
対象施設	1,112	1,118	1,142	1,157	1,177
有効回答(%)	793(71.3)	754(67.4)	769(67.3)	823(71.1)	853(72.5)
実施した常勤女性医師数(%)**	1,812(35.1) ↑	1,628(36.6)	1,483(35.2)	1,408(32.5)	1,259(30.6)
妊娠・育児中(%)***	934(51.5) ↑	768(47.2)*	424(28.5)	475(31.6)	413(32.5)
院内保育所の設置状況					
設置施設数(%)****	494(62.3)	457(60.6)	426(55.4)	436(53.6)	399(46.5)
前年度保育(%)****	149(18.8) →	122(16.2)	92(12.0)	85(10.3)	80(9.4)
24時間保育(%)****	151(19.0) →	114(15.1)	135(17.6)	134(16.3)	111(13.4)
利用者数	174	190	172	163	165
産科施設設置施設(%)****	194(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(%)****	384(48.4) →	363(48.1)	359(46.7)	376(45.9)	358(45.5)
緩和される施設	21.9	21.5	22.0	22.5	23.3
育児中の勤務緩和					
制度がある(%)****	338(42.6) →	314(41.6)	238(44.0)	263(44.1)	246(40.6)
緩和される期間(日)	17.9	20.6	14.7	17.5	15.3

\*妊娠中:123人(7.6%)、育児中(就学前):473人(23.5%)、育児中(小学生):18人 (1.0%)を別に集計(重複あり)  
 \*\*全産科に対する頻度    \*\*\*全女性医師に対する頻度    \*\*\*\*全施設に対する頻度

- 第1部：基調報告：「周産期医療機関の診療状況（医療資源・治療体制・教育体制）に関する研究」：厚労科研・研究班より 鈴木真（亀田合病院）

## 目的

### 周産期医療機関の診療状況 （医療資源・治療体制・教育体制） に関する研究

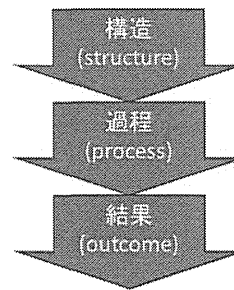
亀田総合病院  
総合周産期母子医療センター  
鈴木 真

- ・ 妊娠・分娩・産褥期を通して、女性と胎児・新生児に安全かつ質の高い医療を提供できる体制を構築すること
- ・ 上記目的のために、現在の診療状況（医療資源・治療体制・教育体制）を把握・評価し、問題点を明らかにする。

### 各国における医療評価機構

- ・ JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)
- ・ KFOA (Kings Fund Organization Audit), HAP (Hospital Accreditation Programs)
- ・ ACHSA (Australian Council on Health Services Accreditation)
- ・ 日本医療機能評価機構

### 医療の質の評価方法



### 医療の質の評価方法

構造 (structure)	過程 (process)	結果 (outcome)
医療を提供しようとする人的、物理的資源や組織の在り方といった医療を生み出すための環境の評価	医療を提供する手順や過程に関する評価	医療を提供した結果の評価
人的資源 医師数、看護師数 物的資源（設備・体制） 病床数、診療科、検査体制 薬剤・輸血などの供給体制 知的資源（教育体制）	診断方法 治療方法 （ガイドライン） リハビリ 患者教育	治療率 死亡率 患者満足度 医療安全（有害事象発生率）

### 急性心筋梗塞の臨床指標 （米国HQID プロジェクト）

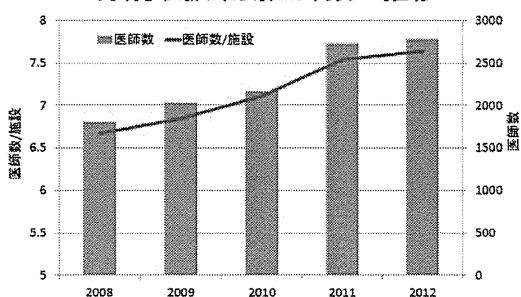
- <プロセス指標>
  - 来院時にアスピリンの投与
  - 来院時にβブロッカーの投与
  - 来院後30分以内に血栓溶解薬の投与
  - 来院後120分以内にPCIの実施
  - 左室収縮機能不全に対しACEIまたはARBの投与
  - 禁煙指導・カウンセリングの実施
  - 退院時にアスピリンの処方
  - 退院時にβブロッカーの処方
- <アウトカム指標>
  - 院内死亡率（予測値との比較）

## 周産期医療の質の評価

## 医療資源

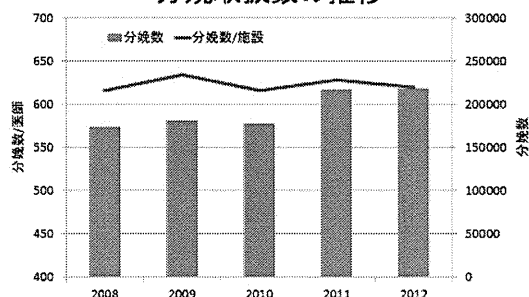
- 人的資源
  - 医師数
  - 看護師/助産師数
  - 勤務体制(時間)
- 施設資源
  - 病床数(MFICU/NICU)
  - 検査部
  - 放射線診断部(24時間)
  - 薬剤部
- 他科との連携
  - 麻酔科
  - 小児科/新生児科
  - 小児・新生児外科
  - 小児心臓血管外科
  - 小児脳脊髄外科
- 輸血供給体制
- 救命救急センター
- 手術室体制
- ICU
- 他院への搬送体制

### 周産期母子医療センターにおける分娩取扱常勤医師数の推移



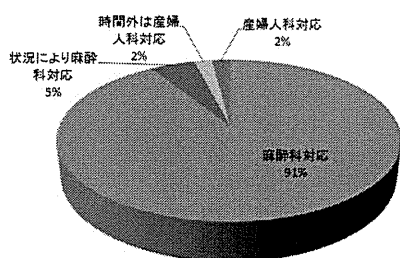
総合周産期母子医療センター数:2008:308,2009:310,2010:314,2011:365,2012:368 日本産婦人科医会調査より

### 周産期母子医療センターにおける分娩取扱数の推移



総合周産期母子医療センター数:2008:308,2009:310,2010:314,2011:365,2012:368 日本産婦人科医会調査より

## 麻酔科との連携



MFICU連絡協議会調査より

## 過程(治療介入)

- 34週未満早産でのコルチコステロイド投与実施率
- PROMの管理指針
- リトドリン使用基準
- 帝王切開適応
- GDMスクリーニング方法と実施率
- GBSスクリーニング方法と実施率
- HBVキャリア予防の完遂率

## 教育体制

- 新生児蘇生法講習会資格保持率
- 手術時のタイムアウト実施率
- ガイドラインのチーム内への周知
- チームワーク研修実施状況
- 産科救急対応トレーニング
- BLS/ACLS/ICLSなどの取得状況

教育体制は構造に含まれる

## 結果

- 周産期死亡率
- 妊産婦死亡率/母体死亡率
- 早産率
- NICU入室率・・・RDS/IVH/PVL...
- 37週以降のローリスクの帝王切開率
- 患者満足度
- 職員満足度