

は 20,836 件で、仙台市における分娩数は 9,686 件であった。仙台市における分娩のうち診療所での分娩は 29% (12 施設)、病院での分娩が 71% (16 施設) で、約 7 割が病院での分娩であった。また、分娩を取り扱わないオフィス診療所は 27 施設に上りセミオープン化をおこなう基盤は整っていると考えられた

②日本産婦人科医会宮城県支部勤務医連携委員会の調査結果

分娩を年間 500 件以上取り扱っている病院を中心に仙台市の 7 つの公的病院における妊婦健診内容について調べた。全ての施設が妊婦健診でおこなっている検査は血液型、血算 (CBC)、梅毒検査、B 型肝炎ウイルス (HB) s 抗原、C 型肝炎ウイルス (HCV) 抗体、HIV 検査、子宮頸部細胞診であった。その他多くの施設で施行している検査は血糖、風疹抗体 (HI)、T 型白血球ウイルス (HTLV-1) 抗体、不規則抗体スクリーニング、クラミジア抗原、膣分泌物培養などで、一部の施設でおこなっている検査としては、その他トキソプラズマ抗体、麻疹抗体、水痘抗体、HbA1c、心電図、肝腎機能、CRP、出血凝固などの検査が挙げられた。これらの結果を表 2、表 3 に示す。

③ 妊婦健診標準化準備委員会における検討結果

先の結果を基に妊婦健診の検査の内容、検査時期、受け入れ病院との連携のあり方などのフローチャート

作成に向け検討した。その結果を表 4 にその結果を示す。まず、妊娠初期に妊婦が診療所などの妊婦健診施設を初診した際には診療ののち分娩施設に紹介しカルテを作成するとともに分娩予約する。初診時妊婦が分娩施設を受診した場合には、地域性などを考慮して妊婦健診施設に紹介する。いずれにしても妊娠 10 週以前に超音波診断装置により胎児頭臀長 (CRL) を測定し分娩予定日を算出する。結果はコピー記録して妊娠後期分娩施設で予定日を再確認できるようにする。妊娠 10~24 週については 4 週毎に健診施設で健診する。妊娠 24 週までに血液型、不規則抗体スクリーニング、CBC、HB 抗原、HCV、HIV、風疹 HI、梅毒検査、クラミジア抗原、血糖、頸部細胞診を全妊婦に施行する。血糖検査については妊娠初期と妊娠 24~28 週頃の 2 回、食後 2~4 時間の静脈血を採血し、血糖値を測定する。妊娠 20 週頃に一度健診施設から分娩施設に紹介し、超音波による胎児異常のスクリーニング、子宮頸管長測定、分娩施設の助産師からの指導、説明、施設見学をおこなう。頸管長測定は、早産による低出生体重児の出産予防のために行い、頸管長が短いほど早産の相対危険度が上昇する。極めて予後の悪い妊娠 24 週前後の早産防止のため妊娠 20 週で測定し、その 4 週間後に経過観察を行うこととした¹⁾。

妊娠 24~34 週は 2 週間ごとの健診をおこない、34 週以降は分娩施設で管理する。35~36 週頃に B 群溶連菌

(GBS) チェックを目的とした膣分泌物検査を全妊婦に施行する。GBS 感染は早発型新生児 GBS 感染を惹起するので、垂直感染予防のため妊娠後期に分娩施設で膣分泌物検査をおこなう。36 週以降は 1 週ごとの健診をおこない、37 週から胎児心拍モニタリングを適宜施行する。これらの検査内容案に基づいてさらに現在詳細に検討している。

また、病病、病診間で共通の診療規約の骨子を作成した(表5)。さらに妊婦が診察時持参する共通妊婦健診カードの作成を検討している。これは、主な経過、検査結果を書き込み、夜間・休日などの救急時は分娩施設で対応することとし、その際即座に状況が確認できるようにすることを目的とする。

D. 考察

近年、医療の質の向上や安全性の確立が求められ、分娩に関しても安全性と快適性の両者が求められている。しかし、マスメディアでも報道されているように全国的な産婦人科医の減少はここ数年顕著で、とくに医師の高齢化、若手医師の入局者の減少、女性医師の増加が診療システムに影響し厳しい勤務状況を余儀なくされている。なかでも病院勤務医の数は年々富に減少傾向を示しており、医療の複雑化と相俟ってその労働条件は過酷な状態となっている。このような状況下に、地域での連携のもとで安全に妊娠分娩管理をおこなうための解決策のひとつとして産

科オープン化システムの導入や、妊婦健診をオフィス開業産婦人科医や外来診療のみを行う病院産婦人科医が担当し、分娩をいくつかのセンター病院で実施するといういわゆるセミオープン化システムの導入が模索されている。

オープン化・セミオープン化を推進するといっても分娩を取り扱う施設の状況は地域によって異なる。その中で仙台市では開業産婦人科の約7割が分娩を取り扱わず、また仙台市におけるの分娩の約7割が病院で行われており、オープン化・セミオープン化をおこなう条件は整っていると考えられた。

今回仙台市で現在多数の分娩を取り扱っている4つの病院を中心としてまずセミオープンシステムが検討された。これは、病院勤務医の負担軽減のため、妊婦健診を診療所でおこない妊娠後期に分娩施設に紹介するシステムでいわゆる里帰り出産をより緻密な連携のもとに行おうとするものである。妊婦健診標準化準備委員会では、分娩を行う施設と妊婦健診を行う施設の連携を無理なくスムーズにおこなうために妊婦健診時におこなわれる検査の統一化が検討された。従来妊婦健診時の諸検査については全国的な統一はなく、施設によって異なっている。今回は仙台市の分娩を行っている病院の妊婦健診時の検査項目を調査し、理論的な裏づけのもとに検査項目の統一を準備しているところである。

妊娠初期の検査の中で CBC、HB

抗体、梅毒検査は妊婦共通検査として現在全妊婦に無料で実施されている。HIV 感染症はわが国においては妊娠中の適切な管理で母子感染はほとんど予防可能であり妊娠中のスクリーニングにより母子感染はほぼ防止できる。日本産婦人科学会でも検査の実施を推奨しており、厚労省研究班の報告²⁾では平成 15 年度妊婦 HIV 検査実施率は全国平均で 80.8% となっており、今回のパスでも必須の検査とした。HCV の母子感染に対して今のところ確実な予防対策はなく今後の問題であるが、妊娠時に陽性が判明した場合妊婦の治療や医療スタッフへの感染防止のため必須の検査とした。クラミジア抗原検査は流産予防、産道での母子感染予防のために有効であるか否かの結論は出ていない。しかし、若年者の性感染症が増加していることや、新生児への感染をきたす可能性があることからやはり必須の検査とした。子宮頸部細胞診は妊娠の経過には直接関与しないが、子宮頸癌の若年化に伴い妊婦での要精検率が 1.12% で一般市民健診での要精検率 0.84% を有意に上回っており³⁾、若年者のスクリーニングの意味から現在も全県下で実施している検査であり必須の検査とした。血糖検査は日本産婦人科学会周産期委員会報告⁴⁾で、妊娠糖尿病のスクリーニング法としてこれまでの「妊娠中の尿糖、巨大児出産の既往、肥満等の糖尿病素因を疑わせる徴候」のみでは不十分であり、妊娠初期と妊娠 24 週前後の 2 回、食後 2—4

時間の静脈血を採血し、血糖値を測定することが推奨されているのでこれに従った。胎児奇形のスクリーニングの時期は極力早い時期で、なおかつ診断感度を考慮し、胎児の各部分が明瞭に描出される妊娠 16 週から 20 週が適当と考えられる。文献的にもこの時期の検討による報告が多い⁵⁾。

さらに今後病病・病診連携を行う上で問題となるのは、夜間・休日の救急診療体制である。そこで、このようなケースは分娩を予約した病院で診察をおこなうことを明確にした。その際、妊婦の状態が一目で把握できるように共通の妊婦カードを作成し、受診時には必ず持参する方式を定めた。

産科セミオープンシステムを進めるにあたっては、医療サイドに求められるいくつかの問題の解決とともに市民に現在の産科診療の状況を理解してもらうことが重要であり、そのためセミナーの開催などによる広報活動も必要であり、また医師間の診療レベルの標準化を目的とした勉強会の開催や助産師・看護師を含む医療スタッフの施設間の交流を深める対策が必要である。

参考文献

- 1) Taipale P; Hiilesmaa V : Sonographic measurement of uterine cervix at 18-22 weeks' gestation and the risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 92(6):902-7, 1998
- 2) 厚労省「HIV感染妊娠の早期診断

と治療及び母子感染予防に関する基礎的・臨床的研究」班 平成15年度HIV母子感染全国調査報告書1-27, 2003

3) Yoriko Abe, Kiyoshi Ito, Chikako Okamura et. Al:

Cervical cytologic examination during physical checkup of pregnant women: Cervical cancer screening in women under the age of thirty. Tohoku J Exp Med, 221-228, 2004

4) 日本産科婦人科学会周産期委員会報告. 日産婦誌47巻6号, 609-610, 1995

5) Grandjean H; Larroque D; Levi S: The performance of routine ultrasonographic screening of pregnancies in the Eurofetus Study. Am J Obstet Gynecol 181(2):446-454, 1999

E. 結論

産科医の減少する中でより質の高い医療を提供し、病病・病診連携をよりスムーズにおこなうために、仙台市ではセミオープンシステムの導入を模索しておりその基礎となる妊婦健診のシステム化について検討した。

F. 健康危険情報
なし

G. 研究発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定含）
なし

表1. 仙台市における分娩取り扱いの状況

宮城県における年間分娩数（平成15年）20,836件

仙台市における年間分娩数（平成15年）9,686件

診療所での分娩 29%（11施設）

病院での分娩 71%（16施設）

表2. 妊婦健診時の諸検査の実態(1)

妊婦検診検査	A病院			B病院			C病院			D病院			E病院			F病院			G病院		
	前期	後期	任意																		
血液型	○			○			○			○			○			○			○		
抗体スクリーニング		○					○			○			○				○		○		
CBC(前期)	○			○			○			○			○			○			○		
CBC(中期)		○			○			○			○			○			○			○	
CBC(後期)					○						○									○	
TPHA	○						○						○			○			○		
STS(RPR)				○			○			○						○			○		
HBsAg	○			○			○			○			○			○			○		
HCV		○		○			○			○			○			○			○		
HIV	○			○			○			○			○			○			○		
HTLV-I			○				○			○			○			○			○		
頸部細胞診	○			○			○				○		○			○			○		
クラミジア抗原			○	○				○		○			○							○	
トキソプラズマ			○																		○
風疹(HI)			○	○			○			○			○			○					○
麻疹(NT)							○														
水痘IgG							○														
膺分泌物培養			○		○			○									○				
血糖	○			○			○			○	○		○	○					○		
HbA1c										○											
ECG										○											
肝腎機能											○										
CRP											○										
出血凝固											○										

表3. 妊婦健診時の諸検査の実態(2)

*全ての施設で行われている検査

血液型、CBC、梅毒検査、HBs抗原、HCV抗体、HIV検査、
子宮頸部細胞診

*多くの施設で行われている検査

血糖、風疹抗体、不規則抗体スクリーニング、クラミジア抗原、腫
分物

*一部の施設で行われている検査

トキソプラズマ抗体、麻疹抗体、水痘抗体、HbA1c、肝腎機能検査、
CRP、出血凝固検査

表 4. 妊婦健診クリニカルパスのフローチャート (案)

妊婦初期初診	分娩施設の場合	分娩予約の上、健診施設へ紹介	健診施設	分娩施設
妊婦初期初診	検診施設の場合	分娩施設に紹介、カルテ作成のうえ分娩予約		
妊娠週数			健診施設	分娩施設
～10週	胎児頭臀長計測による分娩予定日決定 (記録を保存し分娩施設への紹介状に添付)			
10～24週	4週毎に妊婦健診 検査 全員：血液型、抗体スクリーニング、CBC, HBs 抗原、 HCV 抗体、HIV 検査、梅毒検査、風疹抗体(HI)、 クラミジア抗原、子宮頸部細胞診 希望者：HTLV-1 抗体、トキソプラズマ抗体、麻疹抗体、水痘抗体、 HbA1c、心電図など			
20週	健診施設から分娩施設へ紹介 →			分娩予約確認 胎児奇形スクリーニング 助産師による指導
24～34週	2週毎に妊婦健診 24～28週頃 CBC、血糖			
34週以降	健診施設から分娩施設へ紹介 →			
34～35週				GBS を目的とした 膣分泌物培養検査 (全 員)
36週以降				1週毎の健診
37週以降				NST
				↓ 分娩

表 5. 仙台市における産科セミオープン化システムに関する規約（案）

1. 理念： 病病・病診連携により質の高い妊娠分娩管理を円滑におこなうことを目的とする。
2. 組織： 妊婦健診をおこなう施設 A（産婦人科診療所・病院）の産科医療スタッフお
よび分娩をおこなう施設 B（分娩センター病院産婦人科）の産科医療スタッフ
が診療を連携する。
3. 診療形態：
妊婦が施設 A を初診した際には、原則として、なるべく早い時期に妊婦が希望する分娩施設 B に紹介し、施設 B での分娩を予約する。妊婦が施設 B を初診した際には、施設 B での分娩を予約したのち原則として、妊婦が希望する施設 A に紹介する。フローチャートに従って妊娠 33 週前後まで施設 A で妊婦健診・検査をおこなう。
妊娠 34 週頃から妊婦健診は施設 B で分娩までおこなう。
4. 時間外の対応：
夜間・休日などの診療時間外に受診する必要がある場合は妊婦が既に予約している分娩施設 B で対応する。
5. 連携の円滑化：
共通の妊婦カードを作成し、妊婦の状態が絶えず把握できるようにする。
このカードは妊婦が保持し受診時に持参し、施設 B の医師の診療の補助となるようにする。

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
分担研究報告書

北海道における分娩施設のセンター化構想

分担研究者 石川 睦男（旭川医科大学医学部 附属病院長）
研究協力者 田熊 直之（旭川医科大学附属病院 産婦人科助教授）
日高 康弘（旭川医科大学附属病院 産婦人科助手）

研究要旨：北海道における分娩施設のセンター化構想は最近の極端な産婦人科勤務医の絶対的不足と、女性医師の割合増加による産休、育児等による相対的不足を解決するために持ち上がった案である。そのため、最近数年間で道内の 14 の公的病院での分娩取扱いを停止したが、それでも勤務医の不足は加速しており、将来の目途は立っていない。本研究調査により産婦人科勤務医不足の最大原因は公的病院勤務医の労働環境悪化に伴う産婦人科医師の民間開業病院への流出と他診療科への転科である。

A. 研究目的

北海道内には 3 医育大学（北海道大学、札幌医科大学、旭川医科大学）があり、それぞれの医局長および教授達により、今後の道内産婦人科医療の問題に関し数年前から討論が重ねられてきた。そのなかで、分娩施設のセンター化構想は最近の極端な産婦人科勤務医の絶対的不足と、女性医師の割合増加による産休、育児等による相対的不足を解決するために持ち上がった案であり、我々産婦人科医師の労働条件緩和を第 1 の目的としている。第 2 の目的としては、最近特に増加してきた分娩訴訟および医療事故の防止である。具体的には地域分娩センター病院を特定し、その病院の産婦人科常勤医を 3-4 人以上とし、周辺病院をサテライト化することで、産婦人科医不足と過重労働・分娩訴訟リスクの問題を解決しようというものである。周辺サテライト病院は外来診療のみの常勤医師 1 人、或いは月数回程度の外来診療のみとし、

センター病院や大学からの派遣医で対処する。いずれにしても道内 3 大学とも産婦人科勤務医師派遣は既に危機的な状況に陥っているため、早急な対処を迫られている。

B. 研究方法

平成 16 年 11 月 20 日、地域における周産期医療システムの確保と題し、厚生労働科学研究費補助金による公開市民討論会を開催した。講演者は 3 医育大学の産婦人科と小児科の教授、助教授、講師。さらには北海道庁、地元医師会、新聞社、市民代表などである。

（倫理面への配慮）

本研究内容は既に一般市民に公開されている。また個人名はない。

C. 研究結果

北海道における 6 の第三次医療圏と 21 の第二次医療圏は明瞭な分水嶺（山脈、河川など）で分けられ、各医療圏内で住民の医療受療が概ね完結してい

る(図 1,2)。北海道においては5年程前より既に産科医師不足による分娩施設の集約化が医育大学主体で始められており、現在までに14の病院で常勤医不在、あるいは分娩取扱い停止となっている(図 3)。それと並行して北海道庁は平成13年3月に北海道周産期医療システム整備計画を策定している(図 4,5)。具体的には第三次医療圏毎に総合周産期センターを整備し、第二次医療圏毎に地域周産期センターを設置する計画である。しかしながら図4の如く総合周産期センターとは言え、産婦人科医師3-6人体制しか取れていないのが現状であり、また地域周産期センターにおいては産婦人科常勤医師0-4人体制という状況であった。ゆえに集約化によって医師が増えるはずの病院においても産科常勤医師は増えるどころか減少している事実が存在する。最近のこの極端な産婦人科勤務医の減少の最大原因は新入医局員の減少だけではなく、各大学の医局員の開業あるいは民間病院への就職、および他診療科への転科の増加であった。図6に札幌医大資料を提示したが、北海道大学および旭川医大でも同様の傾向があった。

D. 考察

近年の医療訴訟社会において、産婦人科医師は分娩という最もリスクの高い医療を担わなければならない、産婦人科医の高齢化、リスクの高さから分娩取扱いをやめたり、ローリスク分娩のみを扱う産婦人科医師の増加が顕著になってきた。これに伴い産科二次医療にたずさわる医師はさらに過酷な勤務環境にさらされることとなり、心身共に疲弊し、辞めていくという悪循環に陥っている。この状況を打開する為に、北海道では地域にセンター的役割をもつ病院をつくり、産婦人科医療の集中化を図ることが必要であると考え、分

娩の集約化を進めてきた。具体的には、センター病院は産婦人科勤務医師を3-4名以上の複数とし、その近隣の地域ではセンター病院の医師が外来診療を行うシステムを構築する。このような産科医療体制の集約化により、産婦人科医療レベルの向上、医療サービスの充実および産婦人科医勤務環境の改善が期待されると考えられる。しかしながら、予想をはるかに上回る数の医局員の減少により、分娩を集中化させた病院の医師の増員がままならない状況になっており、勤務医の疲弊はますます増大している。このためさらなる集約化が必要とされ、町村はおろか市部からも産婦人科医師を引き上げざるを得ない状況となっている。言い換えれば北海道において、都市部在住以外のほとんどの妊産婦は分娩のために100km以上の移動が必要になると言うことである。しかしながらこれ以上の分娩施設の集約化は地域住民や地方自治体のコンセンサスを得るのが困難になってきており、新入医局員の確保はもちろんのことではあるが、まずはこれ以上の産婦人科医局員の民間および他診療科への流出を食い止めるのが重要であり、そのためには一般開業病院以上の時間的および待遇面での充実が必要であると思われる。

E. 結論

訴訟問題などのリスクの増加、周産期医療に求められるレベルの向上などの要因が周産期医療にたずさわる医師の勤務環境を過酷なものとしている。地域病院のセンター化構想は、周産期医療レベルの向上、医師の負担の軽減の面においても有効な手段と考えられる。しかしながらさらなる集約化の実現には地域住民、自治体への十分な啓蒙、説明義務を果たすことが肝要であり、社会全体のコンセンサスが得られ

るよう行政レベルでの指導も重要である
と考える。

F. 健康危険情報
特記なし。

G. 研究発表

1.論文発表

なし。

2.学会発表

平成 16 年 11 月 20 日。地域における
周産期医療システムの確保（札幌市）。
厚生労働科学研究費補助金公開市民フ
ォーラム。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予
定を含む。）

なし。

北海道の二次医療圏

(n = 21)

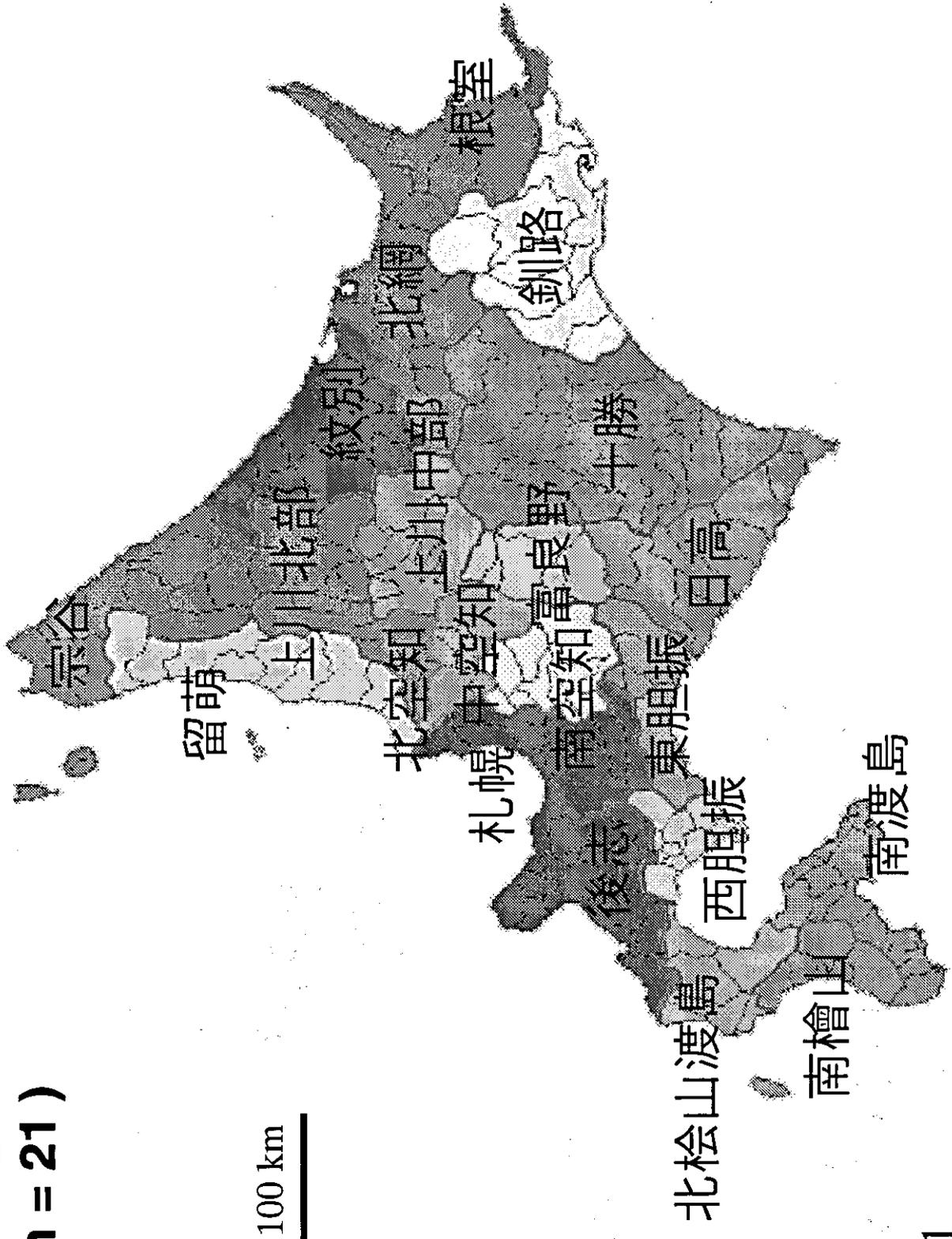


図1

北海道の三次医療圏
(n = 6)

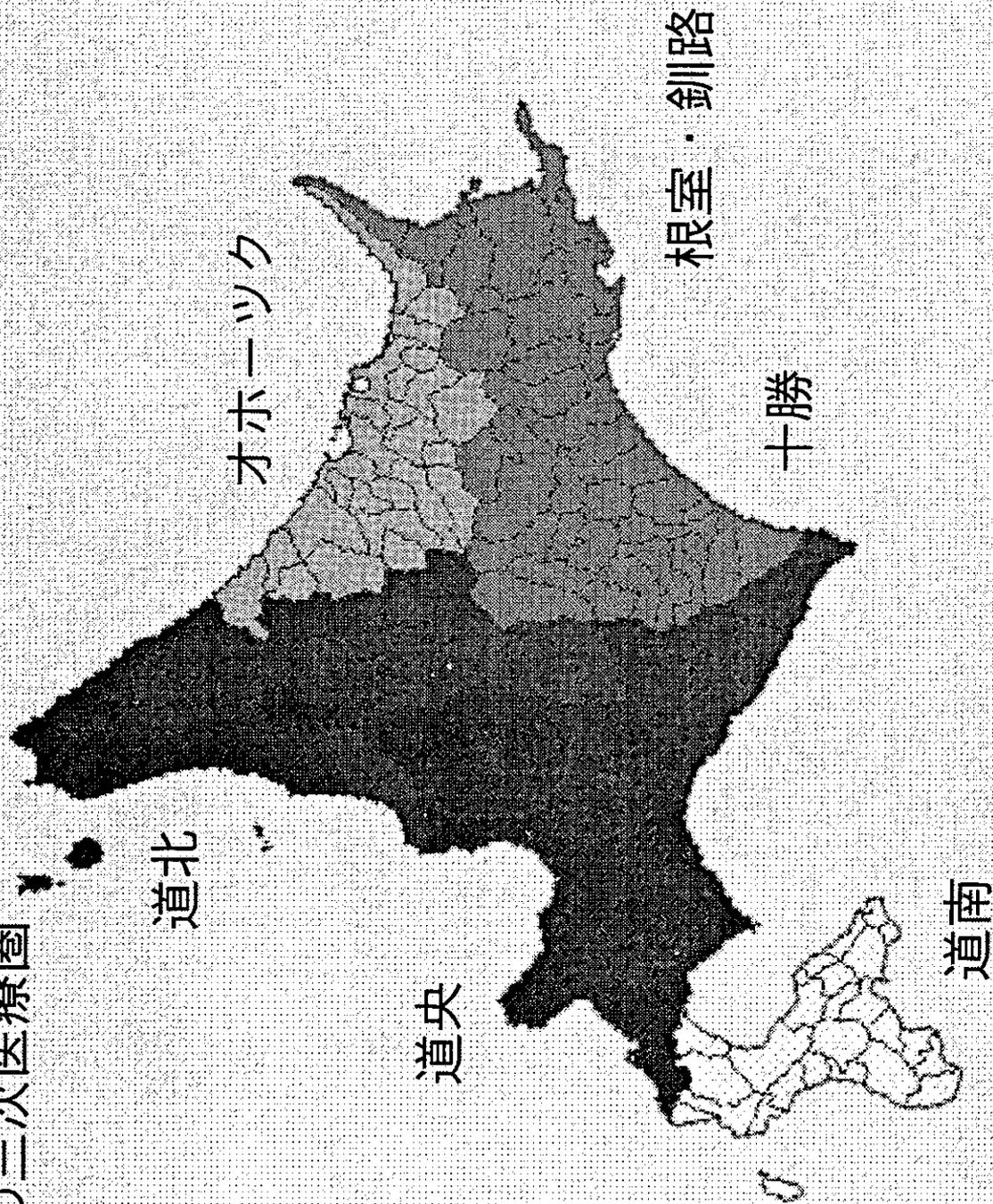


図2

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|------|------|------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|-------|------|------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 |
| 稚内市立 | 道立羽幌 | 留萌市立 | 名寄市立 | 旭川厚生 | 旭川市立 | 旭川日赤 | 富良野協会 | 道立紋別 | 遠軽厚生 | 北見日赤 | 網走厚生 | 深川市立 | 滝川市立 | 赤平市立 | 芦別市立 | 砂川市立 | 美唄市立 | 美唄市立 | 岩見沢市立 | 三笠市立 | 江別市立 | 市立札幌 | 斜里町立 | 小樽市立 | 小樽協会 | 余市協会 | 俱知安厚生 | 千歳市立 | 苫小牧市立 | 苫小牧王子 | 室蘭市立 | 日鋼記念 |
| 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | | | | | | | | | | | | | |
| 新日鐵室蘭 | 伊達日赤 | 浦河日赤 | 八雲町立 | 市立函館 | 函館中央 | 国立函館 | 五稜郭 | 帯広厚生 | 帯広協会 | 芽室町立 | 足寄町立 | 釧路市立 | 釧路日赤 | 釧路労災 | 根室市立 | 根室市立 | 別海町立 | 中標津町立 | 士別市立 | 美幌町立 | | | | | | | | | | | | |

- その他札幌市内
 ・がんセンター
 ・札幌厚生
 ・手稲溪仁会
 ・NTT東日本札幌
 ・札幌鉄道
 ・幌南
 ・天使
 ・北海道社会保険
 ・社会保険総合
 ・斗南
 ・勤医協札幌
 ・勤医協中央
 ・徳洲会

(赤字は分娩停止病院)

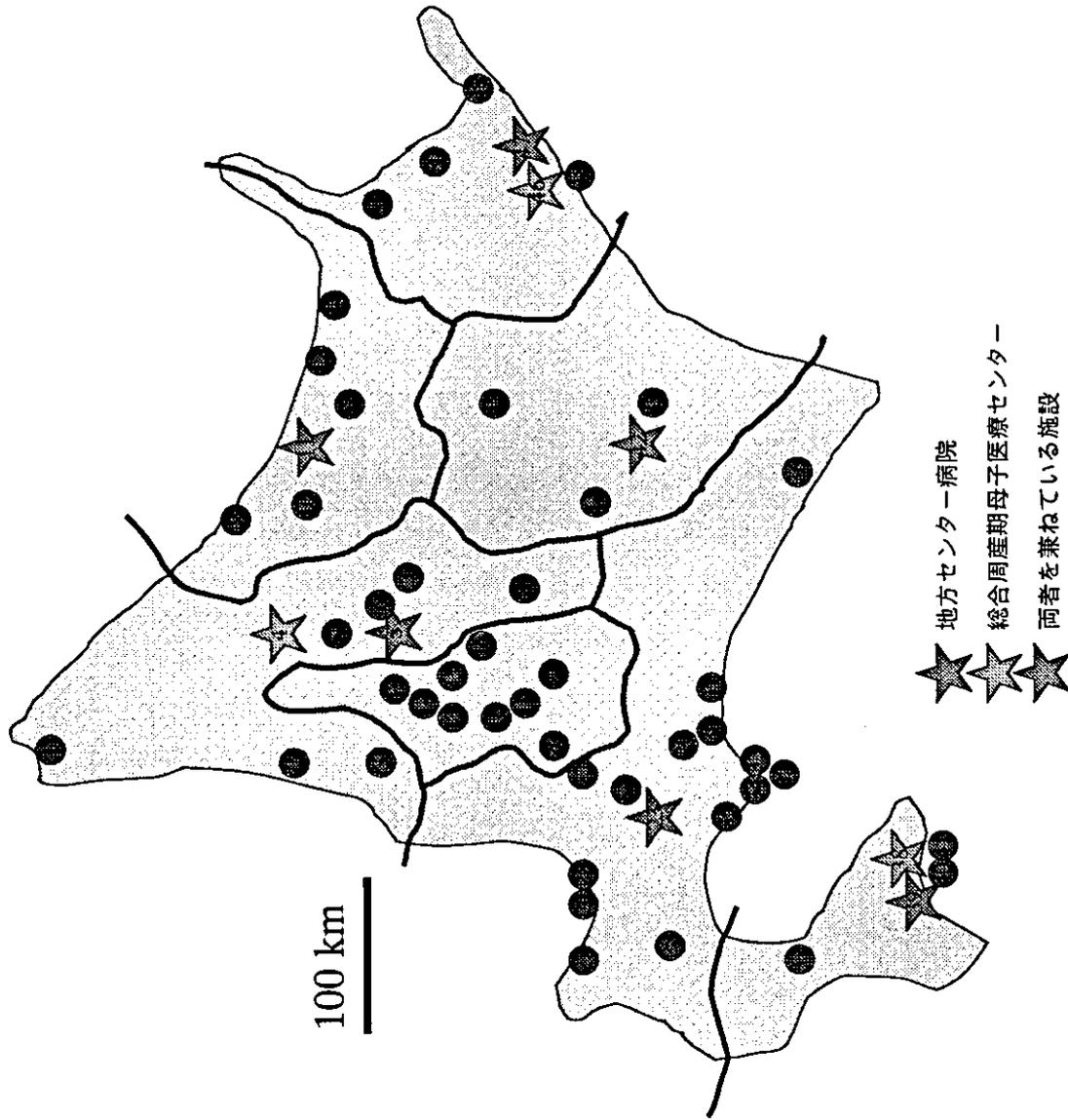


図3 北海道内の主な官公立・法人病院（北大産婦人科資料改変）

北海道周産期医療システム 整備計画 (H13.3策定)



整備計画

① 周産期母子医療センターの整備

総合周産期母子医療センター → 三次医療圏に1カ所
地域周産期母子医療センター → 二次医療圏に1カ所

② 特定機能を有する周産期母子医療センターの整備

「道立小児総合保健センター」の機能充実

③ 周産期医療従事者に対する研修機能の整備

総合周産期母子医療センター及び特定機能周産期センターに整備

④ 周産期医療情報システムの整備

周産期センターの応需情報の提供ほか

図4

総合周産期母子医療センター タニ一覧



三次医療圏	施設名	病床数		H16. 4. 1現在	
		NICU (床)	MFICU (床)	小児科 医師数	産科 医師数
釧路・根室	総合病院釧路赤十字病院	9	6	7	6
道南	函館中央病院	6		3	4
道央	市立札幌病院	6		4	6
道北	J A北海道厚生連旭川厚生病院	9		10	3
オホーツク	総合病院北見赤十字病院	6		7	5
十勝	J A北海道厚生連帯広厚生病院	4		6	5
合計	6施設 (指定1、認定5)	40	6	37	29

病床数は、診療報酬上の届出病床のみ計上

図5

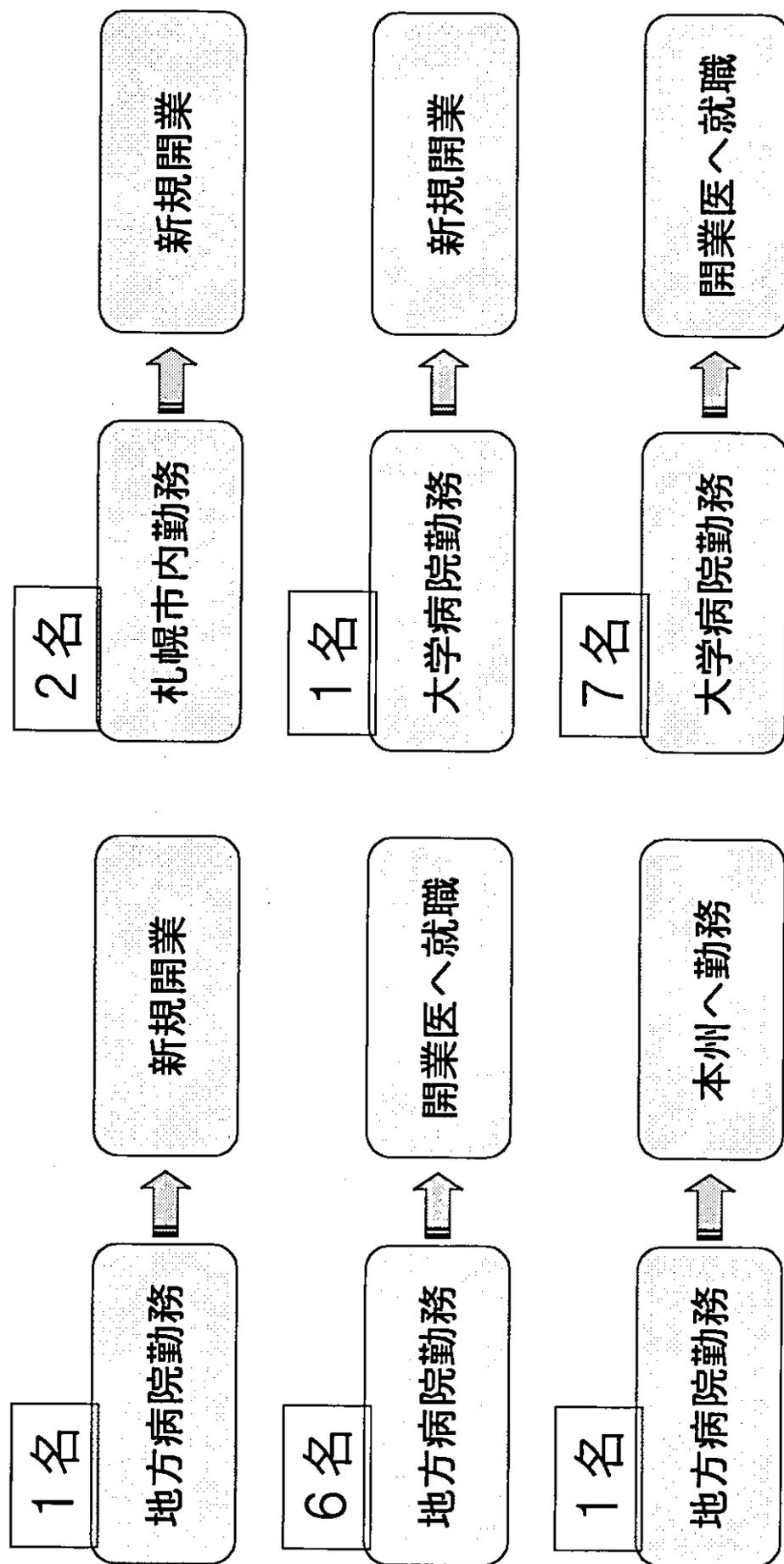


図6 昨年度退局者の進路（札幌医大資料）

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
分担研究報告書

公的総合病院の分娩取り扱い停止による地域周産期医療への影響に関する研究

分担研究者 金山 尚裕（浜松医科大学 産婦人科教授）

研究要旨：静岡県中西部で3つの公的総合病院の産科施設が閉鎖され分娩数2300の地域から公的病院の産科施設がなくなった。この社会的影響を検証しその方策を考えることが本研究の目的である。分娩施設空白地域で市民フォーラムを開催し住民、行政、行政、医療従事者の意見を聞き打開策を検討した。地域住民に大きな不安を与えて社会問題化している現実がクローズアップされた。この窮状を乗り切るには病診連携、病病連携、診診連携を促進することが必要であるとの意見が多数を占めた。また今後地域の分娩を考える協議会を関係者により設置し、そこで継続的に協議することが支持された。

A. 研究目的

平成15年に静岡県中西部のO市民病院とH町立病院の産科が閉鎖され、続いて平成16年にS市民病院の産科が閉鎖され人口30万の地域から分娩を取り扱う総合病院がなくなってしまった。この影響を探り今後の打開策を考えることを本研究の目的とした。

B. 研究方法

平成16年8月28日分娩空白地域の中心地であるS市で「地域の分娩を考える」という市民フォーラムを行った。参加者は一般市民、当該行政の長、当該病院長、周辺産科開業医師、周辺総合病院産婦人科医師、浜松医科大学産婦人科医師である。パネリストによる発表と参加者による意見交換、今後の打開策を検討した。

C. 研究結果

分娩取り扱い中止公的病院の行政の

長の弁

S市長として、この問題は深刻な問題としてとらえている。道路を作るのと異なり、医師の確保は大学病院の人事に依存するところが大きく、イニシアティブ市側がないのが 苦しい。腕組みして地団駄踏んでいる状況である。

H町長として町民から大変な不安と叱責をいただいている。卒後研修による医師の引き上げが起これ、地域に医師不足のしわ寄せが来ていることは理解できるが、市民に理解されていないのが現状である。

O市民病院病院長として住民の不安が広がっている。市民には大学の事情だといっても理解されない。行政や病院のやり方が悪いと指摘される。O市住民は特に里帰り分娩志向が強く、遠くに嫁にいても地元でどうしても産みたいという女性が多い。日本的分娩感を変更しなければこの状況を打開で

きないのではないか。医者が大都市集中し地方に医師が全く留まっていないということも問題である。

周辺産科開業医の意見

この地域には分娩を取り扱う公的総合病院がなくなり我々開業医としてはハイリスク妊娠、分娩の搬送先がなくなってしまい困窮している。そのような厳しい環境下を乗り切る方策として診診連携を積極的に行っている。インターネットを利用して開業医同士の連携を深めている。懇話会を頻回に行い、問題になる患者さんの診断や治療方針は相談して決めている。診診連携は医師不足を補う一つの方策ではないかと考える。

病診連携も浜松地区のように推進する必要がある。その際、開業医で扱う症例と総合病院で扱うものをしっかりすみ分けすることがお互いに無理がからず重要なポイントと考える。

周辺総合病院産婦人科医師

周辺の公的病院が産科閉鎖となり大変なしわ寄せが来ている。医師、看護師は限界にきている。懸命の努力で何とか自転車操業でおこなっているのが現状である。業務は分娩が主体になってしまい、他の婦人科疾患や不妊症などが扱えない状況である。婦人科の手術待ちの患者が急増して、癌の手術でさえも2ヶ月待ちの状況になっている。一刻も早く空白地域に産科を復活させてほしい。また当院の若手の医師も疲弊し学会等の研修に行く暇もなくなっている。若手医師の不満も増加している。

浜松医科大学産婦人科医師

入局者は毎年5人ぐらいあるが、とても静岡県の産婦人科医師不足には対応できない。静岡県の総合病院の産婦人科は首都圏、近畿圏、中京圏の大学から派遣されている医師が多い。新臨

床研修制度の開始に伴い各大学が医師を大学に戻したため静岡県では急激に産婦人科医師不足が顕著になった。浜松医科大学としてもマンパワーには限りがあるので、産婦人科医師を有効に活用するためには分娩施設の集約化が必須と考える。解決法として病病連携を図ることが肝要である。そのためには病院間、市町村同士のエゴイズムを取り去ることが重要と考えている。一方、産婦人科医師を増やす努力も必要で、我々も学生に産婦人科の魅力を教育の現場でしっかり伝え、教育も見直す必要があると思う。産婦人科医師を増加させるには国全体のバックアップも必要である。産婦人科の診療報酬を改善するとか、病診、病病連携を支援することを国が早急に対策を講じてほしい。

市民の声

分娩の基幹病院を作り、今あるいくつかの病院をサテライトにして、難しい症例はセンター病院へ持っていく。本日のパネリストの話しを聞いていても市民として病病連携が必要かなと感じた。

公的病院が分娩を中止した地域の市民として大変不安な思いである。産婦人科医師が不足しているという認識がなかった。産婦人科医師を増やすため知恵を出し合ってほしい。そしてこの地域に早く分娩を復活させてほしい。

D. 考察

以上のような様々な意見が各層からが出された。以下の4点が市民、行政、医療関係者の間で共通の認識となった。

1. 病院一病院連携の必要性が認識され、分娩を扱わない病院があってもよい。そして分娩拠点施設（バースセンター）をこの地域に設置する。バースセンターはNICUが充実し地域周