

W00501409 A

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業

産婦人科医療提供体制の緊急的確保に関する研究

平成 17 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 海 野 信 也

平成 18 年 (2006 年) 3 月

研究組織

主任研究者：海野信也（北里大学医学部産婦人科学・教授）
分担研究者：吉川裕之（筑波大学臨床医学系・教授）
分担研究者：田邊清男（東京電力病院産婦人科・科長）
分担研究者：水上尚典（北海道大学大学院医学系研究科病態制御学専攻生殖・発達医学講座・教授）
分担研究者：久具宏司（東京大学大学院医学系研究科・講師）
分担研究者：金井 誠（信州大学医学部産婦人科学・講師）
分担研究者：中林正雄（愛育病院・病院長）

経理事務担当者：津田 春恵 北里大学医学部事務室・総務課用度係

研究経費

平成17年度 3,000千円

研究経過

平成18年2月10日 第1回全体会議 開催

主任研究者・分担研究者および厚生労働省雇用均等・児童家庭局 佐藤敏信母子保健課長出席の上、本研究の進め方について討議

平成18年3月11日 「助産師の育成及び卒後研修のあり方に関する検討」班会議

出席者

- 1) 主任研究者 海野信也
- 2) 分担研究者 中林正雄
- 3) 厚生労働省
(ア) 医政局看護課 岩沢和子課長補佐
(イ) 雇用均等児童家庭局母子保健課 田母神裕美専門官
- 4) 日本産婦人科医会
(ア) 田邊清男常務理事
(イ) 石渡勇茨城県産婦人科医会会長
- 5) 日本産科婦人科学会
(ア) 杉本充弘代議員
(イ) 久具宏司幹事
- 6) 日本看護協会（欠席）
- 7) 日本助産師会 江角二三子事務局長
- 8) 日本助産学会 村上睦子副理事長
- 9) 全国助産師教育協議会 恵美須文枝 首都大学東京 教授
- 10) 日本家族計画協会理事長 松本清一

平成 18 年 3 月 21 日

公開シンポジウム開催（共催：厚生労働省、長野県、長野県産婦人科医会）

～安心してお産できる体制作りのために～

いま何をすべきか、県民のみなさまと産婦人科医療を考えるシンポジウム

（場所：長野県農協ビル アクティールホール）

シンポジウム内容：日本と長野県における産婦人科医療の現状と今後の対策について

司会：北里大学医学部産婦人科 教授 海野信也

1) 全国の状況と日本産科婦人科学会が考える対策

日本産科婦人科学会 産婦人科医療提供体制検討委員会委員長

北里大学産婦人科 教授 海野信也

2) 全国的な産科医不足の現状と厚生労働省の立場

厚生労働省雇用均等・児童家庭局 母子保健課 課長 佐藤敏信

3) 長野県の現状（実態調査報告）と課題

信州大学医学部産婦人科 講師 金井 誠

4) 長野県における行政の立場から

長野県衛生部長 高山一郎

5) 住民の立場から

『いいお産』を望み上田市産院の存続を求める母の会

育児サークル「ビーンズ」代表 桐島真希子

6) 長野県における将来の展望と対策

長野県産婦人科医会会長 信州大学医学部産婦人科 教授 小西郁生

7) 総合討論

産婦人科医療の安定的提供のために

主任研究者 海野信也 北里大学医学部・産婦人科学

I. はじめに：

この報告書をまとめる際の基本姿勢として、以下の事項を確認した。

- (ア) 産婦人科医は女性の健康を守り続ける。
- (イ) 産婦人科医は我が国の産婦人科医療の質を維持し、さらに発展させていく。
- (ウ) 我が国の全出生に対して責任ある姿勢で臨む。

上記の基本姿勢に基づいて、

- ①産婦人科医は、我が国のすべての地域で、すべての妊娠・分娩を適切に管理することが可能な医療提供体制を作っていく。そして、分娩の「安全性」「快適性」「医療提供体制の継続性」を追求する。
- ②産婦人科医は、すべての産婦人科診療対象患者が適切な治療を受けることのできる産婦人科医療提供体制を作り維持していく。
- ③すべての産婦人科医が、どの医療機関に勤務していても安定して仕事に打ち込める環境を整備する。それにより若い医師が安心して積極的に産婦人科を志望できるようにする（待遇改善、多様性のある診療形態の保証、中核病院の育成）。
- ④どの地域にあっても一定水準以上の産婦人科診療を受けることが可能となるよう本邦における産婦人科診療ガイドラインを作成する。
- ⑤自らの構成員である産婦人科の女性医師が抱えている問題の解決に正面から取り組む。
 - 1. 女性医師が仕事を続けられる環境を整備するための施策を支持・推進する。
 - 2. 産婦人科医全体の雇用・労働条件の改善とともに女性医師が抱える問題への対策を進めていく。

II. 本研究班の任務：

本研究班の任務は以下の 4 項目に集約される。このうち (ア) の実態調査については現在各地域で進行中の段階にある。本報告書では、特に下記の (イ) (ウ) (エ) について述べる。

- (ア) 産婦人科医療提供体制の実態（現在）
実態調査・問題の明確化

- (イ) 産婦人科医療提供体制の将来像（20-30 年後）
将来像のグランドデザイン
- (ウ) 将来像に至るロードマップの作成
移行期に行われるべき施策の整理
- (エ) 喫緊に着手しなければならない事項の明示

III. 産婦人科医療提供体制の将来像（20-30 年後）：

- (ア) 妊娠・分娩・子育ては新たな世代を創造し、未来の社会の礎を築く崇高な、人間にとって最も重要な社会的活動である。この活動は社会的、経済的に十分安定しているとは言い難い、若い世代が担うという性質を有している。妊娠・分娩・子育てに係る社会的、経済的負担については、広く社会全体でそれを支援・支持していくことが必要と考えられる。新しい世代の未来に向けての可能性が、それ以前の世代の経済状態によって規定されるべきではない。当事者の経済状態によって享受できる医療サービスに差が生じることのないように特段の配慮と制度の整備が必要である。成育医療の分野は、このような重要な社会的活動を支援するための医療であり、原則公費負担を実現し、当事者の経済的負担は最小限にとどめられるように制度整備を行うべきである。
- (イ) 産婦人科医療全体について：診療形態（類型）と診療内容の多様性が保障され、それに関する情報公開が適切かつ十分に行われている。そして診療情報の公開に基づく患者の自己決定権が尊重、保障されている。産婦人科の各領域の医療（周産期、婦人科腫瘍、不妊症、女性医学分野）提供体制がすべての地域で安定的に存在し、すべての女性が自分の健康状態についての相談先をもっている。産婦人科医への受診を希望する患者・妊婦は必ず医療機関で診療を受けることができる。容易に受診可能な地域に適切な医療機関がない場合は受診の手段を保障する行政上の対応がなされている。地域医療機関と専門医療機関との間のネットワークが IT を活用して機能的に運用され、医療サービスの提供における地域差が最小となるべく、対

策がなされている。地域における救急医療体制が整備され、緊急時には円滑な対応がなされている。そのためには、十分な医療提供を行うのに必要な産婦人科医師数が各分野の専門医も含めて確保されており、それを支える産婦人科医を志望する学生や研修医の数が安定して維持されている必要がある。

- (ウ) 周産期領域の医療体制：各地域で分娩取り扱い医療機関が確保されている。各分娩取扱施設の診療内容が公表されている。
- (エ) 生殖内分泌領域の医療体制：良性婦人科疾患に対する初期評価と一次治療がすべての地域で可能である。挙児希望のあるすべての夫婦が適切な治療のできる専門医療機関に安定して受診可能である。
- (オ) 婦人科腫瘍領域の医療体制：婦人科腫瘍およびその関連疾患について、すべての女性が適切なスクリーニングを受けることができる。婦人科腫瘍およびその関連疾患について、すべての女性が適切な治療を専門医療機関で受けることができる。
- (カ) 医療施設の立場：病院、診療所ともに産婦人科を取り扱うことが地域医療に貢献し、医療施設の運営上利点がある。
- (キ) 産婦人科医の姿
 - ① 勤務医：労働条件が他の診療科と同等である。労働に関する法令に準拠した労働条件が保障され、それが達成されない場合は十分な対価が保障されている。産休・育児休暇・院内保育所、病児保育等が整備され、医師の妊娠・出産・育児と勤務を両立させるための支援が十分行われている。勤務の内容・量に応じた給与体系に基づいて、ハイリスク医療・高度医療を担当する医師へのドクターフィーやフルタイム勤務が困難な医師を対象としてワークシェアリング等、多様な勤務体制をとることが可能となっている。オンコール、待機勤務に対する適切な対価が支払われている。
 - ② 開設者である医師：病院、有床診療所、無床診療所—オープンシステム、無床診療所等、多様な診療形態が成立する。医療水準の維持と向上のための病診連携・診診連携が制度化され、積極的な奨励策がとられている。生涯教育体制が確立している。
 - ③ 産婦人科学研究のあり方：産婦人科専門医療との間の協調関係が維持されており、臨床医生活と研究者生活の両立が可能である。周産期・生殖内分泌・婦人科腫瘍に関する専門の研究施設が活発に活動し、各領域の高度専門医療の発展

を支えている。

- ④ 産婦人科教育のあり方：臨床経験豊富な医師が、十分な時間的余裕をもって教育にあたる。

IV. 産婦人科医療の将来像—各論 産科医療 多様性と情報公開 Diversity and Disclosure

(ア) 産科診療圏の設定について

- ① 人口 30 万人から 100 万人、出生数 3000 人から 1 万人を一つの目安として、地域の実情を十分に考慮して、産科診療圏を設定する。産科診療圏は妊娠 20 週代の早産、重症の母体合併症、胎児異常症例をのぞき、原則として産科診療圏内の妊娠分娩に関しては産科診療圏内で診療が完結するものとし、そのために必要な医療リソースを計画的に整備する。
- ② 産科診療圏内には単数ないし複数の「地域分娩施設群」が構築されている。
- ③ 各産科診療圏には NICU が存在し、妊娠 30 週以降の出生には診療圏内で対応可能となっている。NICU を有する施設が搬送症例及び逆搬送症例を受入れ、地域周産期母子医療センターとしての機能を果たす。
- ④ 単数ないし複数の産科診療圏を担当する施設として総合周産期母子医療センターが位置づけられる。

(イ) 妊娠分娩における診療形態（類型）の多様性

- ① 前提
 - 1. 分娩を取り扱うすべての施設で、その内容と成績が公表され、適切に説明されなければならない。
 - 2. 各地域において分娩施設は「地域分娩施設群」を形成し、相互に連携をはかる。多様な診療類型に属する各分娩施設が妊産婦の多様なニーズに応える。安全性の向上は地域分娩施設相互の連携によって達成される。
 - 3. 「地域分娩施設群」とは各地域における産科診療の単位となる概念であり、単位内で、正期産の緊急帝王切開、緊急手術に常時対応することができるものとする。

(ア) 地域分娩施設群の構成例

- ① 地域中核的病院単独
- ② 地域中核的病院
 - ± 地域病院
 - ± 有床診療所
 - ± 無床診療所—オープンシステム
 - ± 無床診療所—業務委託契約
 - ± 無床診療所—セミオープンシステム

土助産所

③ 産科病院単独

④ 産科病院

土地域病院

土有床診療所

土無床診療所—オープンシステム

土無床診療所—業務委託契約

土無床診療所—セミオープンシステム

土助産所

⑤ 複数の地域病院土複数の有床診療所

⑥ 複数の有床診療所

4. 多様な施設を許容しつつ安全性を確保するために、分娩を取り扱うすべての施設で、急変時に30分以内に帝王切開による児の娩出が可能な体制が整備されていること(30分ルール)を原則とする。それが不可能な場合は、それに関する特別の情報提供が必要である。

5. 30分ルールを実現するために必要な人的整備及び施設整備を目的とした公的補助が地域分娩施設群に対して行われるべきである。

(ア) 助産所が設置される場合は、緊急手術に対応可能な医療機関から15分以内の場所に配置されるように誘導する(新規開業の立地制限を加えるとともに、緊急時の搬送・転院への補助が導入されるべきである)。

(イ) 診療所間の連携により30分ルールが可能な体制が整備された場合は、診療報酬の面で優遇措置がとられるべきである。

② 診療類型の多様性：妊産婦の多様な要請に応え、地域の特性に適合するためには、単純な画一化は現実的とは言えない。地域の実情とニーズに即した多様な診療形態が存在する必要がある、それがシステム全体の中で許容され、かつ有効に機能しなければならない。

1. 助産所

2. 有床診療所

3. 無床診療所とオープンシステム・セミオープンシステム

4. 産科・周産期専門病院

5. 地域病院

6. 総合病院

7. 周産期センター

8. 大学病院

③ 産科診療圏における産科診療の核となるのは、24時間体制で救急対応が可能な中核的病院(厚生労働省、総務省及び文部科学省から成る「地域医療に関する関係省庁連絡会議」が平成17

年12月にまとめた「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対策について」報告書における連携強化病院に対応する)である。

1. 中核的病院を核として、地域の実情に即した、他の分娩取扱施設との間の密接な連携体制を構築維持する。

2. 中核的病院には以下のような条件を整備する必要がある。

(ア) 労働に関する法令に準拠し、24時間救急に対応可能な勤務体制をとることのできる産婦人科の勤務医師数の確保

(イ) 小児科、麻酔科等の関連他科の安定的協力体制

(ウ) 病院全体の24時間救急に対応可能な体制

(エ) 産科診療圏として地域のすべての分娩に対応する地域分娩施設群間のネットワーク整備

(オ) 臨床研修の中心施設としての役割

① 初期臨床研修(地域産科医療圏内の病院の初期研修医は、この施設での産科研修を選択できる)

② 看護師・助産師の卒前・卒後教育

③ 周産期(母体・胎児)専門医研修：取得要件にこの施設での勤務経験を加える。

(カ) 臨床研究の中心施設としての役割

① 研究費取得を可能にする。

② 勤務者のcarrier buildingを支援する。研究機関・大学院等との連携により、臨床研究を行いやすい環境を整備していく。

(ウ) 診療内容の多様性

① 中核的病院がその機能を発揮することにより、分娩施設群の他の施設は、十分にその独自性をのばすことができるようになる。

② 各分娩取り扱い施設は、自施設の成績と分娩施設群との関係等の診療情報を公開し、妊産婦が十分な情報に基づいてリスクを評価した上で、受診施設を選択できるように情報提供体制を整備する。

③ 診療情報が適切に公表されていることを監視、評価する制度を作る必要がある。

V. 将来像達成のための対策の提案 産科医療について

(ア) 厚生労働省、総務省及び文部科学省からなる「地域医療に関する関係省庁連絡会議」が平成17年12月にまとめた「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対策について」報告書におい

ては対策として「集約化・重点化の推進」がキーワードとなっている。「集約化・重点化」はあくまでも緊急対策であり、これにより地域周産期医療提供体制が安定的に維持されることが保障されるわけではない。全国的制度的問題と地域に特有の実情の両者を十分に考慮した上で、安定的な医療提供体制の構築のために努力していかなければならない。

(イ) 基本的コンセプト

① 各地域の産婦人科医による主体的な取り組み

1. 状況に対する共通認識の形成：各地域からの情報発信と学会・医会による全国の産婦人科医への情報提供
2. 地域産婦人科医の一致した行動：都道府県の地方部会・医会支部・各地域の産婦人科医会・大学産婦人科・地域基幹病院産婦人科の意思統一
3. 医師会・小児科との協調・情報交換
4. 看護協会・助産師会への適切な対応
5. 社会・マスコミへの情報提供・理解形成への努力
6. 医療側の行政に対する一致した対応

② 産科診療圏と地域分娩施設群（別記）

1. 産科病床の「特例病床」化
2. 産科診療圏の主体的な構築：
3. 地域分娩施設群の主体的な構築

③ 集約化と重点化：病院施設を対象とする。医療水準を保ちつつ地域の産婦人科当直医数を最小限にする努力が求められる。

1. 集約化：地域基幹病院を集約化し、規模を大きくし、安定性を高める。分娩取扱施設の減少を伴う短期的な集約化だけでなく、数年の単位で徐々に定員を増やしていく中期的な集約化も重要である。
2. 重点化：地域の実情に応じて診療内容の重点化を行う。分娩の取り扱いの有無、婦人科診療、不妊診療、外来診療への特化が検討課題となる。都市部においては有効と考えられる。

④ 安全性と快適性：健やか親子 21 にスローガンとなっているため産科診療を再構築するための前提として考える。

1. 安全性：進行中の産科医療提供体制の改変は、医療の停滞・後退ではなく、向上につながる必要がある。
2. 快適性：多様な分娩取扱施設によって対応する。

⑤ 多様性と情報公開：多様なニーズに応えるため

に多様な分娩取扱施設が存在する必然性がある。各施設の限界を含め特性が十分理解される必要があり、各施設、地域分娩施設群、産科診療圏の各レベルで適切に情報公開を行うシステムを構築する。

⑥ 分散と集中：多様なニーズに応えるため、低リスクの正常分娩は多様な診療類型の施設で分散的に管理し、高リスクの妊娠・分娩は高度医療が可能な中核的病院で集中的に管理する。助産所は病院内施設とするか、搬送受入施設に近接し、地域分娩施設群内の施設となるように調整をはかる。

⑦ 施設間相互関係の活性化：地域産科医療における相互連携を再構築する。

1. 診療所の逆襲

(ア) オープンシステム・セミオープンシステム

(イ) 業務委託契約による「院内診療所」

(ウ) 診療所間の相互診療協力

2. 助産所の位置づけ

(ア) 院内助産所

(イ) 近接助産所

⑧ 診療ガイドラインと無過失賠償：複数の施設が関与するのが常態化したシステムを維持するために、診療内容、紹介・搬送基準等に関するガイドラインの策定とガイドラインに沿って行われた診療の結果についての無過失賠償制度の構築が必要である。

(ウ) 産婦人科医側

- ① 日本産科婦人科学会：地域産婦人科医療提供体制の再構築を行う主体は各地域であり、基本的には行政（都道府県・市町村）と住民、医療サービス提供者の三者の合意の上で進行する。医療提供体制の改変に際しては、法制度的な問題、行政上の手続きの問題等、産婦人科臨床医にとって不慣れな問題が多いため、実際にどのような対応が可能なのかを判断するのは困難である。さらに、医療を取り巻く情勢の変化や産婦人科医の絶対不足に対する現状認識が社会の各方面に浸透したこと等の影響もあり、国レベルあるいは各地方自治体のレベルで様々な改革が行われつつある。産婦人科医療現場の実態を熟知している産婦人科医は、改革の最前線に立たざるを得ないが、それに必要な知識や最新の情報を得るシステムは十分とは言えない状況にある。そこで、学会の任務として、全国の産婦人科医

の活動を支援する目的で以下の事項についての情報を改革に携わる産婦人科医に提供することが極めて重要と考えられる。

1. 全国および各地域の産婦人科医療提供体制の実態と各地域の特色。
 2. 考えられる制度上の変更、実際に行われている改革努力およびその背景等の法的な問題
- ② 実際に医療提供体制の改革を担うのは現場の産婦人科医自身である。現状は戦後の優生保護法成立前夜の状況にも匹敵する危機的状況であり、この状況を打開することは **profession** としての産婦人科医に課せられた使命である。各地域の医療現場の実態に即した、多様な対策が立てられなければならない、それに産婦人科医が主体的かつ積極的に関与することが絶対に必要である。
- ③ 各都道府県の地域医療対策協議会あるいはそれに相当する組織（行政担当者、小児科医、麻酔科医、助産師等の周産期医療関係者及び住民代表を含めて構成され、地域の周産期医療資源の集約化に権限を有する）に積極的に関与し、産科診療圏の設定に際して産婦人科医療の現状が十分に反映されるようにする。特に中核的機能を果たす病院の配置を考慮して設定する。産婦人科医は各産科診療圏において産婦人科医診療の中核的機能を果たす病院が連携強化病院として適切に決定されるように努力する。公立・公的病院に限定されず、地域の実態に即して選定が行われるべきである。
- ④ 地域の中核的機能を果たす病院（中核的病院）への産婦人科医師の集中をはかる。連携強化病院の産婦人科の規模を計画的に拡大し、IV（イ）2.で示した中核的病院として育成する。
- ⑤ 地域において中小規模の医療機関で、勤務医数、勤務条件や労働条件を整えることが困難な場合は、産科診療圏における当該施設の役割を検討し、診療内容を調整する（分娩取扱を取りやめ連携病院として機能する、診療所との間で業務委託契約をむすぶ、等が考えられる）。
- ⑥ 「へき地」病院における産婦人科医療
1. 「へき地」における産婦人科診療、特に分娩の取り扱いは、都市部の病院と同等の条件では維持不可能である。個人の献身的勤務に期待するような制度は安定的な維持が不可能であることは明らかである。
 2. 地域の要請が強く、分娩を含む産婦人科診療を行うためには、政策的な観点から特別な配慮がなされる必要があるが、産婦人科医とし

ては、行政側のそのような配慮を前提とした上で、全国の産婦人科医全体への求人情報の周知等の手段を用いて、可能な限りそれに対応するように努力していく。

(ア) 地域において基幹的な役割を果たす分娩取り扱い医療施設で産婦人科医を公募する場合、勤務条件等の詳細な情報が学会の **website** 等を介して全国の産婦人科医に適切に伝達されるためのシステムを構築する。

⑦ 地域の中小病院および「へき地」病院における産科医療のあり方

1. 地域の中小病院および「へき地」病院では、常勤医によって安定的に産科診療を提供する体制を構築することは事実上不可能である。その場合、診療所を開設する医師と業務委託契約を締結することによって、病院内施設を活用した産科診療を継続することが考えられる。
2. このような措置によって、病院における安全管理、緊急時の対応能力を活用しつつ、十分な産婦人科医師・助産師が確保可能な体制を構築するまで、ある程度安定して産科医療を提供することが可能となる。
3. 業務委託契約を締結した診療所の医師は、特に産科では訴訟リスクが大きいことから勤務医とは比較にならない大きなリスクを負担することになるので、産科診療のもつ特性を十分に考慮した契約を締結する必要がある。実施にあたって生じうる諸問題についてはさらに検討の余地がある。

(ア) 診療所の医師は労働基準法にとらわれることなく診療に従事することができる。そこが病院の勤務医との大きな違いであり、少ない産婦人科医が我が国の妊娠分娩管理の大部分を担当し、世界最高の成績をあげてきた背景には、診療所医師が時間的制限なく診療に従事してきたという事実がある。

(イ) 地域の実態から、十分な数の産婦人科医を雇用することができないにもかかわらず、病院における分娩を取りやめることが困難な場合、その病院の他科との間に勤務条件の大きな差が存在し、待遇面での優遇ができないとすれば、その施設に分娩を担当する医師を長期間安定して雇用することはできない。

(ウ)助産師に関しても同様の立場が可能であれば、労働基準法にはとられない勤務が可能となり、それにふさわしい報酬を得ることが可能になる。

⑧ 病病連携・病診連携・診診連携を強化する。

1. 産科診療圏、地域分娩施設群の概念を導入し、病院間の連携、病院診療所間の連携、診療所相互の連携を強化する。
2. 地域分娩施設群内の施設は相互診療協力契約を締結し、責任の所在・分担をあきらかにする。
3. 地域分娩施設群ごとの診療内容を公開し、すべての人がそれにアクセスできる体制を整える。

(エ) 行政側

① 地域医療計画において産科診療圏、地域分娩施設群の概念の位置づけを行い、各診療圏において必要な産科病床数を明示し、それを達成することを行政目標の一つとする。

② 産科病床の確保：分娩取り扱いを取りやめる病院が多くなると、多くの地域で、産科医療の主体は有床診療所が担うことになる。産科病床数確保のため有床診療所の新設が望まれる例が増加する可能性がある。医療法の改正により、有床診療所の病床が基準病床数制度の対象となると、新規開業の障害となり、地域分娩施設群の形成に悪影響を与える可能性が高い。このため、産科有床診療所については基準病床数に算定しないことが望ましい。あるいは都道府県知事の判断のもとに産科病床は必要数に達するまで、医療計画に「特例病床」の対象として位置づけられるべきである。

③ 周産期医療整備対策：地域周産期医療支援のための総合的補助制度が新設されるべきである。

1. 分娩取り扱い諸施設が地域分娩施設群の形成に積極的に協力するように政策的誘導を行う。地域分娩施設群参加施設として認定されることによって診療報酬上の優遇措置がとられる
2. 病院勤務産婦人科医・新生児科医及び助産師としての就業者が不足していることから、一定数以上の産婦人科医・新生児科医・助産師が就業している施設に対して診療報酬面での優遇措置を行う。

3. 中核的病院への補助

(ア)「地域周産期医療整備補助事業」：(総合周産期母子医療センター以外への)搬送症例に対しては「緊急搬送分娩管理加算」

等の診療報酬上の優遇措置を行う。

(イ)勤務医師数・助産師数・当直/勤務体制・給与(当直料)・分娩取り扱い数・搬送受け入れ数について施設基準を設ける。(これにより好条件での産科医・新生児科医・助産師の雇用が促進される)

(ウ)産婦人科医師数・助産師数を増やすことによって診療報酬上の優遇が受けられるようにする。地域の正常分娩を無条件に受け入れることの可能な体制を組むことができる病院の育成を政策的に行う。

(エ)労働内容における他科医師や看護師との格差を合理化するために、産婦人科医・新生児科医・助産師個人に対する「地域周産期医療整備調整手当」等の制度を設ける。

4. 地域分娩施設群への補助

(ア)「地域周産期医療整備補助事業」等の事業により地域で妊娠分娩を取り扱う施設への系統的な補助を行う

① 分娩を取りやめても産科外来診療を行いネットワークの一部として機能している病院(連携病院)における妊婦健診により多くの補助を行う。

② 連携病院勤務医の連携強化病院等での臨床研修に対して補助を行う。

(イ)病診連携への補助—オープンシステムの推進

① 連携強化病院は、診療所医師が連携強化病院で診療行為を行った場合、「地域周産期医療整備推進補助」を受ける。

② 診療所医師が連携強化病院で診療行為を行った場合、連携強化病院側からの報酬以外に行政側から「地域周産期医療協力手当」を受ける。

③ 連携強化病院医師が診療所の要請に応じて行う診療支援に対して、診療所からの報酬以外に行政側から「地域周産期医療協力手当」を受ける。

(ウ)診診連携への補助

① 地域の診療所間で相互診療協力契約が締結され、それに基づいて診療協力が行われた場合には、「地域周産期医療整備推進加算」等の診療報酬上の優遇策を導入する。

④ 診療報酬面でのハイリスク産科医療への配慮

1. ハイリスク分娩管理料・ハイリスク妊産婦共

同（管理）指導料を適正額に引き上げる。

2. 搬送症例の分娩管理、緊急帝王切に対する診療報酬を増額する。

⑤ 無過失補償（No Fault Compensation）制度の構築

⑥ 地域救急医療を支える診療科（救急・小児科・産婦人科・麻酔科等）を志望する医学生に対する奨学金制度の構築

（オ） 患者側・産婦側

① 十分な理解に基づいて希望する分娩形態を選択する。

② 分娩施設を選択する。

1. 希望する分娩形態に対応可能な分娩施設が地域内に存在しない場合

（ア）地域内の分娩施設での分娩を選択する。

（地域内分娩施設への交通手段については公的補助がある）

（イ）地域外の自分の希望する分娩形態に対応可能な分娩施設を選択する。

2. 希望する分娩形態に対応可能な分娩施設が地域内に存在しない可能性があることを了解する。

③ 分娩施設の医療レベルは同一ではないこと、病院分娩で対応可能なことが助産所分娩、診療所分娩では対応できない場合があること、その逆もあることを了解する。

④ 周産期医療は施設間の連携で成立しており、妊産婦・新生児が施設間で紹介または搬送される可能性があること、また中核的病院や周産期母子医療センターの事情により再搬送・逆搬送がありうることを了解する。

VI. 我が国の産婦人科医療提供体制が抱える問題に対する考え方：

（ア）産婦人科医のワークロード：2006年の土日・祝日（年末年始休暇ならびにお盆休暇3日を含む）は計122日ありウィークデー（年間243日）の約15時間はいわゆる時間外なので年間の時間外総時間は $122 \times 24 + 243 \times 15 = 6,573$ 時間となり、年間総時間 $24 \times 365 = 8,760$ 時間の75%が勤務時間外時間となる。人為的操作なければ分娩の約75%は時間外に起こることになり、そのことが産科診療の性質を他科と際だって異なったものとしている。ここで産科医の年間拘束時間（alert状態、緊急時に30分以内に職場に駆けつけることが可能な状態）について推定してみる。時間外

分娩のために分娩施設では日直医/当直医を1名、緊急時に備えてオンコール医を1名必要とすると仮定する。全国に分娩施設数がAカ所存在した時に必要な年間総当直回数ならびに総日直回数は当直回数（ $365 \times A$ ）、日直回数（ $122 \times A$ ）となり、総オンコール回数は総当直回数と総日直回数の和となる。仮に本邦の産科施設を10,000名の産科医でカバーすると産科施設数を変数とした場合の一医師あたりの年間日当直回数、オンコール回数、時間外 alert 状態の割合は表1のようになる。すなわち、ある産科施設を2名の常勤医でカバーした場合、時間外時間の100%が日直、当直、もしくはオンコールの alert 状態である。このような計算の仕方は本邦に必要な適正な産科施設数設定に役立つものと思われる。

表1 施設数を変数とした場合の一医師当たりの年間日直・当直・オンコール回数

施設数	医師数/施設	当直回数	日直回数	オンコール回数	%*
5000	2.0	182.5	61	243.5	100%
4000	2.5	146	48.8	194.8	80%
3000	3.3	109.5	36.6	146.1	60%
2000	5.0	73	24.4	97.4	40%
1000	10	36.5	12.2	48.7	20%

*年間487回（当直365回、日直122）の時間外に alert 状態であるパーセンテージ

（イ）現状の分析（概説）：

① 産婦人科医療提供体制の問題が表面化した直接のきっかけは、初期臨床研修の必修化に伴って平成16年度、17年度の2年間、各診療科を新たに専攻する医師が事実上0となったことであると考えられる。産婦人科は麻酔科、小児科、精神科とともに、医師数が比較的少ない状況で初期臨床研修において必修で研修すべき診療科と位置づけられたため、大学病院をはじめとする研修指定病院では、初期臨床研修医全員に対する研修指導が新たな業務として加わったことも影響している。それ以前から産婦人科には医療提供体制の維持に関連して以下のような問題が生じていた。

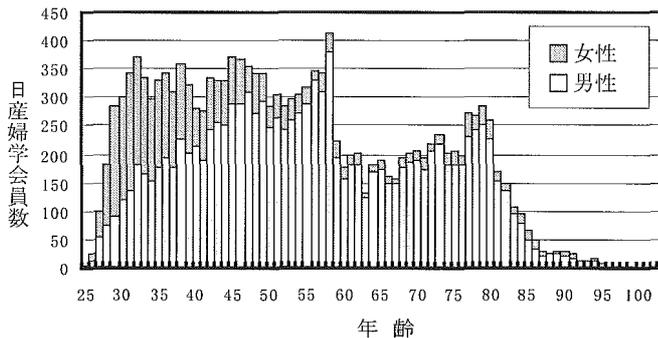
1. 生殖補助技術の急速な進歩と臨床展開、腹腔鏡下手術の普及等の要因による診療内容の多様化と業務絶対量の増大により、それまで約30年にわたって続いていた年300名前後という医師数では業務遂行に困難が生じてきた。
2. 若い世代で女性医師の割合が増大し（全体の

3分の2に達している)、産婦人科を専攻した後に、出産・育児等により一時的ないし継続的に医療現場を離れざるを得ない医師、あるいは診療を行う場合もその絶対量や勤務内容を制限せざるを得ない状況となる医師の数が急速に増大した。

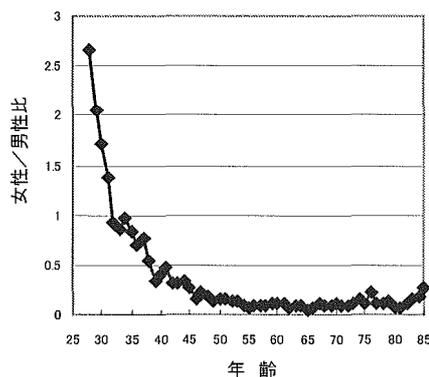
3. 有床診療所における分娩取り扱いを困難とする要因が増加した。

(ア) 地域医療を担う診療所医師の高齢化が進行していた。

(イ) 産科診療において多数発生している医療



日産婦学会 年齢別男女比



訴訟の影響により、有床診療所の医療安全面での問題点が指摘された。

(ウ) 看護師の内診行為に関する問題が指摘され、一部社会問題化する中で、現場の診療に混乱が生じた。

4. 各都道府県における周産期医療システムの整備により、一次産科医療機関から地域基幹病院へのハイリスク症例の救急紹介や母体搬送依頼が増加した結果、全体としての医療水準は向上したと考えられるが、それに付随して、救急対応が常時可能なだけの医師数の確保がなされていなかった基幹病院では勤務する医師の負担が増加した。

② このような問題が存在していたところに、臨床研修制度の改革が影響し、地域医療のさまざま

な現場において、以下に示すような変化が特に過去2年間に急激に進行している。

1. 特に大学の産婦人科との間で医師の交流を行っている地域の基幹病院における産婦人科勤務医師が減少したため、残った医師の勤務条件がより厳しいものとなった。
 2. 少ない勤務医師数で当直体制を維持するために大学勤務医師に夜間および休日の当直を依頼していた基幹病院で、新規専門研修開始医師の中断により、当直を依頼することがきわめて困難になった。これにより病院勤務医師の勤務条件がさらに厳しいものとなった。
 3. その結果、病院勤務医師の勤務条件が非常に過酷なものとなり、基幹病院の産婦人科診療の社会的重要性への自覚とそれに対する使命感を前提としても、勤務条件とそれに対する報酬との間の乖離が著明なものとなった結果、自主的に退職し、自ら有床診療所ないし無床診療所を開業する例、基幹病院でない一次医療機関に再就職する例が続出した。
 4. 基幹病院医師の減少と消耗により、それまで受入可能だった救急症例の受入が困難となる病院が出現した。また分娩数の制限、あるいは分娩取り扱いの中止を実施する病院が続出した。
 5. この基幹病院側の診療体制の変化のために、周辺の病院ないし有床診療所の分娩取り扱い数が増加し、各施設の医師及び助産師、看護スタッフの分娩取り扱い許容数を超える事態が発生した。その結果は、無理な分娩受入による医療水準の低下あるいは自身の望む地域で分娩場所をみつけることのできない、いわゆる「分娩難民」の出現である。
 6. また、基幹病院が救急受入を返上したことに関連して、その地域での安全性を担保した上での診療所による一次医療の提供は困難と判断して、分娩取り扱いを取りやめる診療所が出現するに至っている。
- ③ 基幹病院に勤務する産婦人科医師の勤務条件の過酷さについて
1. 分娩を取り扱うために産婦人科だけで24時間対応体制を維持し続けなければならない。当直体制を取っている施設では当直回数が月間10回以上となるのが常態化している。
 2. 当直明けの医師の勤務を免除することのできる施設はごく少数であり、通常の業務(外来、病棟業務、分娩、手術)に従事するのが常態

となっている。

3. 女性医師の多くが妊娠分娩を契機に基幹病院の臨床の現場から離れている。育児休業後、臨床に復帰しない女性医師が多く、復帰した場合も当直を伴う常勤職につく例はむしろ少数である。

④ 病院勤務医師の勤務条件が初期研修医に及ぼす影響について

1. 初期研修医は診療チームの一員として産婦人科診療に従事し、勤務医の診療と生活の実態をつぶさに観察する。また研修期間中に他の診療科の勤務内容の実態も同様に知ることになる。

2. その結果、平成 18 年度に後期研修として産婦人科を志望する医師が著減することが予測されている。

(ウ) 産婦人科医療の持続的な進歩・発展のために必要な施策

① 医療は個人および社会に対し、様々な有益性を提供しているが、その中でも最も重要なのは「生命の尊重」である。産婦人科医療は、人間が個人として発生する妊娠・受胎の時点からその胎児としての成長発達を管理するとともに、出生という、哺乳動物にとって根元的な存在様式の変化に立ち会い、ヒトのヒトとしての出発の管理を行う。女性の生涯にわたる健康管理を行い、女性特有の健康上の諸問題への援助を担当し、女性生殖器腫瘍の診断治療管理を行う。特に産科領域においては、人類に未来の世代をもたらすために自らの身体にかかる大きなリスクを容受する妊娠女性と、多様かつ無限の可能性を有し、明日の人間社会への希望を与えてくれる新生児の生命を最大限に尊重することは、個人の福祉のレベルを超えた人類に対する我々のプロフェッションの最も重要な責務である。

② 産婦人科医が担当している医療の提供が絶対的に必要なものであること、他の診療科医師が代行可能な分野は、新生児に関連する部分、婦人科癌に対する放射線治療・化学療法に関連する部分等に限定され、それも産婦人科医との連携無しには遂行困難であることは明らかである。従って、産婦人科（あるいは現在産婦人科が担当している診療範囲を担当する科）が持続的に安定的に存在して医療を提供し続けること、またその診療内容が他の診療科と同様に進歩・発展を持続することが必要であることは疑う余地がない。

③ 臨床に従事している産婦人科医は、臨床医学、科学としての産婦人科学を支え、発展させる牽引者でもある。新規に産婦人科を専攻する医師は、診療現場で産婦人科医療の現実に接する中で、医学として探求すべき方向性を見だし、産婦人科学の新たな展開を導く責務を持っている。それなしには、産婦人科医療が他の診療科と同様の進歩・発展を持続的に達成することが到底不可能であることは自明である。その意味で、臨床現場における適切な医療サービスの提供とともに、研究機関における安定的な産婦人科学研究の持続もまた、産婦人科医療を支えるために産婦人科医が担わなければならない重要な役割であることを忘れてはならない。

④ 産婦人科医が現在担当している医療サービスの安定的提供のためには、新規に産婦人科を専攻する医師が安定的に存在し、適切な研修、研究体制が整備され、産婦人科医療と産婦人科学研究の両者の安定的発展を支える医師がその責務を果たすのに十分な勤務条件と生活条件が保障される必要がある。

⑤ 産婦人科医の男女構成は、近年急速に女性医師の割合が大きくなっている。これは、若い年代の医師の中に占める女性の割合が高くなっていることに加えて、性差医学が注目され、女性専門外来等の gender の重要性を強調する傾向が医療現場で強まっていることが関係しているものと考えられる。本来、産婦人科という診療分野の対象が主として女性であり、その診療内容が性と密接に関連していることから、女性医師に対する診療上のニーズは大きく、それとともに女性医師、女性研究者の活躍の場が大きいことは当然であるが、同時に、24 時間体制での対応が必要な診療分野であるとともに、外科の一分科としての性格を有し、男性医師の必要性も大きい分野である。今後、産婦人科医療・医学の発展を考えると、現在の女性医師の割合の増加は、真剣に考慮していくべき問題であると考えられる。

⑥ 以上の考察から、産婦人科医の今後を考える上で、以下の点を十分に考慮する必要があると結論される。

1. 産婦人科医の勤務条件は、他の診療科と同等のものでなければならない。
2. 産婦人科医の勤務報酬は、他の診療科と同等のものでなければならない。
3. 産婦人科はその診療分野の特性から、女性医

師の割合が必然的に高い診療科である。

4. 産婦人科、特に産科は、24時間体制の勤務体制を取る必要のある診療科である。

(エ) 成熟社会における医療のあり方について

Diversity and Disclosure

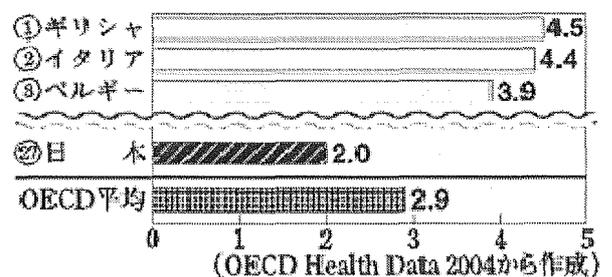
- ① 社会の医療に対する考え方は大きく変化してきている。これまで我が国ではむしろ主流であったかもしれない医師の paternalism を前提した患者の「お任せします」という姿勢は少数派となり、患者の自己決定権を保障した上での診療が求められるようになってきている。そのためには、診療内容についての十分な説明とそれに対する理解が前提となり、この理解を得た上での自己決定の過程に以前とは比較にならないほどの時間と労力が必要になっている。また、患者側の多様な価値観に対応するためには、多様な診療内容の提供も必要となる。
- ② 成熟した社会においては、個人は生命、健康を保持増進する権利を有するとともに、自己、社会、そして次世代に対する責務を有している。産婦人科の診療領域の中で、不妊症に対する医療および周産期医療の分野は、この点への考慮がきわめて重要な分野である。産婦人科医療サービスの提供者は、患者・家族に、その点も含め、生命の尊重に関する十分な理解を促し、適切な判断がなされるように努める責務を有している。
- ③ 医療には、単一最善の自明な方法が存在するとは限らない。診療方法の選択は最終的には患者自身の自己決定によって行われるべきであろう。その場合、施行されている医療内容の十分かつ適切な情報の開示とそれに対する理解に基づいた決定が行われることが前提となる。その中には、各医療機関の診療内容と成績の開示が含まれていなければならない。それは産科領域においても同様である。分娩には文化的背景があり、経済性、合理性のみで優劣を決することの困難な様々な様式が存在している。自宅分娩、助産所分娩、有床診療所分娩、病院分娩はそれぞれ特色と限界を有している。自然かつ生理的現象である妊娠と分娩に際して、産婦の自律性を最重要視する立場からは、医療の介入は最小限であることが望ましいだろう。その場合分娩場所や分娩様式の選択にそのような価値観が影響することは当然であり、その選択は尊重されなければならない。しかし、選択の前に、各分娩様式あるいは施設の特色や優位点とともに、それぞれの分娩の実態と結果について、適切に情報

が開示され、説明がなされなければならない。自己決定権は診療情報の disclosure を前提とした上でなければその権利を適切に行使することはできないのである。

(オ) 診療科間の医師の偏在の問題について

- ① 我が国の医師数が過剰であるかどうかについては議論の余地がある。(医師数はその国の医療体制の中で議論されるべきものであり、人口比医師数のみで判定するのが適切とは限らないが、OECDの2002年の調査によると日本の医師数は30カ国中27番目である。)さらに、産婦人科に限れば、絶対数の減少が認められており、各地で産婦人科医師の不足が問題となっていることを考慮すると、産婦人科医が必要とされている施設でその業務に従事することを妨げる要因が存在している可能性を考慮しなければならない。
- ② 我が国の産婦人科医療を安定的に支えるために必要な産婦人科医師数を推定することは、本委員会の任務の一つであるが、それはどのように産婦人科医療を展開していくかという問題と密接に関わっており、我々の検討は現時点ではそ

人口1000人あたり臨床医数(2002年)



の概数を示すこともできない段階にとどまっている。

- ③ 医師確保総合対策においても示されているように、我が国の医療提供体制においては、救急医療、へき地医療の分野の安定的な医療提供体制の構築が不十分な地域が存在しているという地域的な問題と、小児科、産科、麻酔科等、一部の診療科において、医師の不足によって医療提供体制の維持が困難になっているという診療科間の医師の偏在の問題が指摘されている。
- ④ 現時点で医師の偏在が問題となっている診療科には以下のような共通点がある。
 1. 初期臨床研修必修化によって必修扱いの診療科となり、研修指導の負担が大きい。
 2. 救急医療の中でのニーズが高い。
 3. 他の診療科と共同して当直体制を組むことが

困難であり、特に救急対応を行っている医療機関では科毎の当直体制を取らざるを得ないにもかかわらず、各医療機関での勤務医の絶対数が多くない。

4. 女性医師の割合が高い。

- ⑤ 診療科間の優劣は存在し得ないが、診療科毎にその内容が異なることは自明である。医師がその診療科を選択する権利は尊重されなければならない。しかし、診療科間の医師の偏在は医療全体の円滑な施行を阻害する。それを防ぐためには、診療科間の偏在が発生しない制度的対策が必要となる。
- ⑥ 診療科間の偏在を防ぐためには、各診療科の勤務の内容が大きな意味でほぼ同等であることが必要になる。具体的には、勤務時間、当直回数、医療行為以外の業務、報酬が問題となる。
- ⑦ 産婦人科に限定すれば、24時間分娩に対応できる体制を維持しなければならないこと、そのために当直回数が増える結果となっていること、勤務の過酷さが報酬に十分反映されていないこと、そして医療過誤訴訟の発生率が高いことが、他の診療科との比較で最大の相違である。
- ⑧ 診療科間の公平性を確保するためには、以下の点についての抜本的な対策が必要と考えられる。
 1. 病院施設においては、勤務医として他の診療科と同等の勤務を達成するために、各病院に無理のない当直体制を組むことのできるだけの数の産婦人科医師が勤務し、労働に関する諸法規に規定される勤務時間および労働条件が保障される必要がある。これにより他の診療科との間の本質的な違いは存在しなくなる。
 2. 分娩を取り扱う有床診療所においては、その労働時間と内容に対して十分な報酬が確保されなければならない。
 3. 産婦人科において他の診療科と比較して医療

過誤訴訟が多く発生しているのは、産婦人科が他の診療科より内容的にリスクの高い診療を行っているからであって、産婦人科医療の内容が他の診療科と比較して劣っているからではない。年間100万件以上の分娩を取り扱うということ自体が、この現象の原因である。手術件数としてこれに相当する件数を担当している科は他に存在しない。このような産科の特殊性が広く社会に認識される必要がある。特に産科の医療事故に関しては、他の医療事故とは別の取り扱いが検討されるべきである。その意味で医療事故事例に関して通常の訴訟手続きをとらない公的な賠償制度（無過失賠償制度等）が導入される必然性がある。

(カ) 少子化・少産化への対策と周産期医療

- ① 少子化・少産化の原因は産婦人科医療とは直接の関係はない。しかし、妊娠と分娩の管理に責任をもつ *profession* として、この社会状況において産婦人科の問題が、我が国の社会の望ましくない変化を助長しないために、最大限の努力を払わなければならない。
- ② 少子化・少産化は妊娠する女性の高齢化という問題に深く関係している。それは、妊娠分娩に伴うリスクを増大させ、産科において提供されるべき医療の内容を変化させることになる。分娩取り扱い施設においてもよりリスクの高い妊娠・分娩の管理が可能な施設が相対的に増加する必要がある。
- ③ 多様な価値観に対応できる分娩取扱施設が、地域に適切に配置され、妊産婦が希望する施設へのアクセスに不便を感じない状況となることが望ましい。

本報告書は日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会における議論を参考にしてまとめられた。

図2 単位面積あたりの出生数(出生密度)

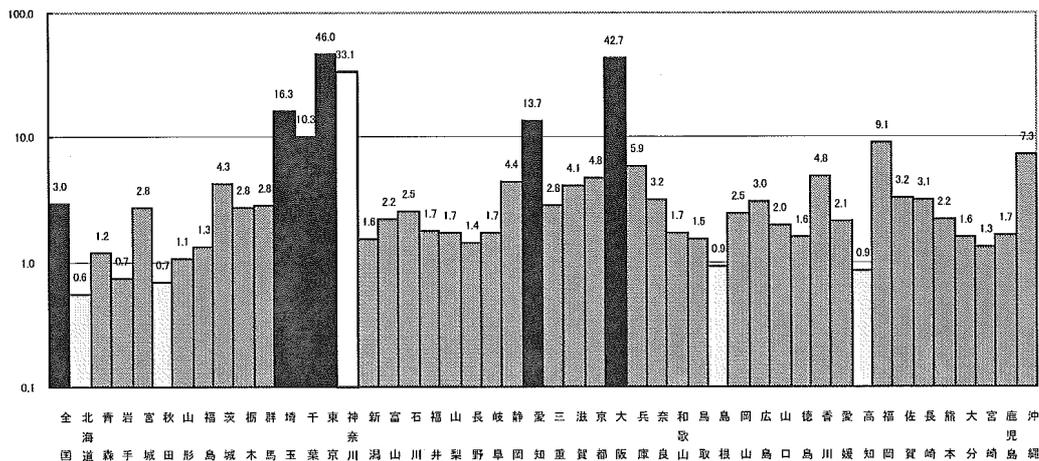


図3 人口10万人あたりの従事医師数(産婦人科+産科)

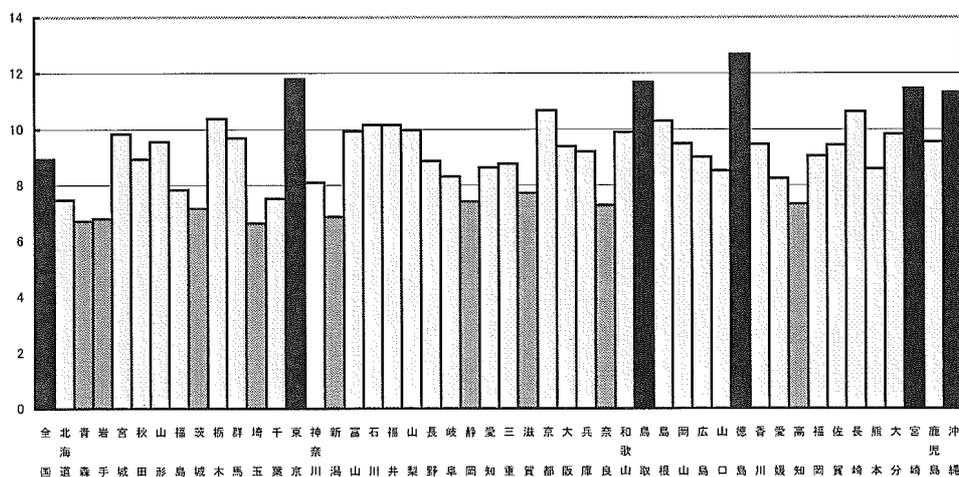
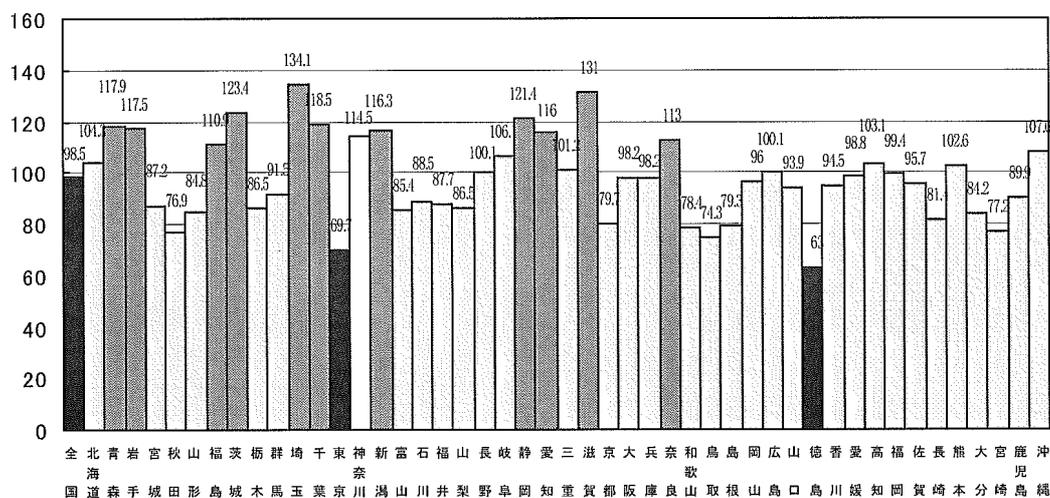


図4 従事医師(産婦人科+産科)あたりの出生数



③平成16年人口動態統計(表1)によると、神奈川県は人口861万人で出生数は79000人、60%の

出生が病院で行われていた。また助産所における出生が1.9%と全国平均より高値を示した。

図5 出生数の減少率(1986年から2004年)

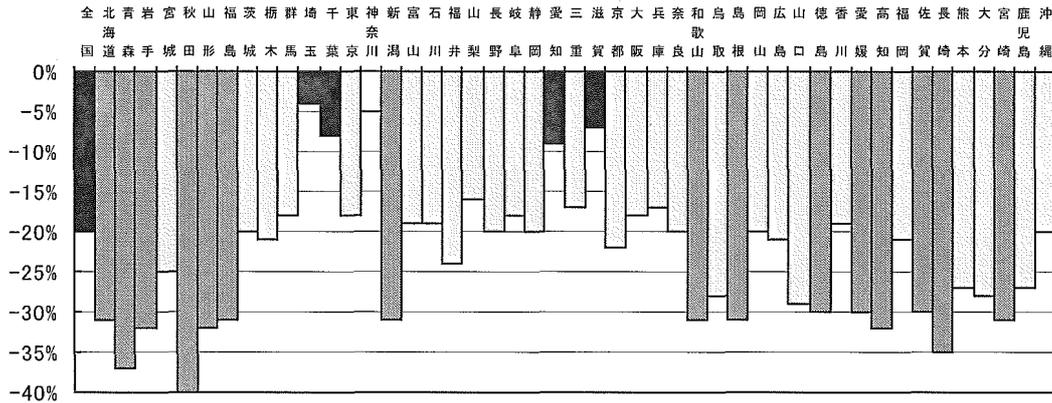
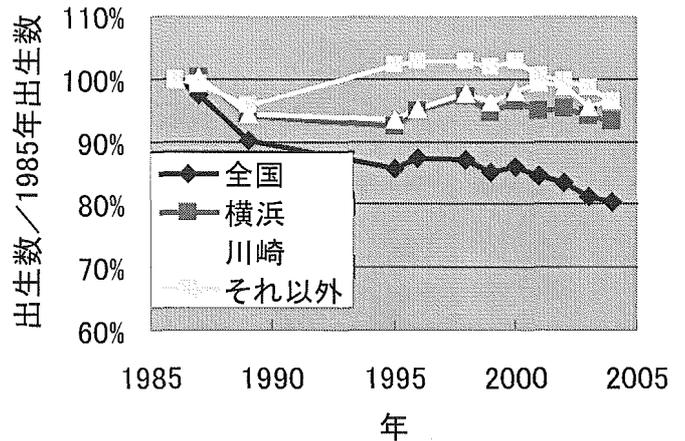


表1 神奈川県の出生(2004年)
(平成16年人口動態統計より)

	人口	出生数	分娩取扱施設		
			病院	診療所	助産所
全国	126,176,000	1,110,721	575,138 (52%)	521,998 (47%)	11,289 (1.1%)
神奈川県	8,613,000	79,441	47,780 (60%)	29,885 (38%)	1,490 (1.9%)
横浜市	3,555,000	32,543	20,358 (63%)	11,522 (35%)	559 (1.7%)
川崎市	1,306,000	13,331	8,137 (61%)	4,673 (35%)	467 (3.5%)
県域	3,752,000	33,567	19,285 (57%)	13,690 (41%)	464 (1.4%)

図6 神奈川県の出生数の推移



④ 1985年を100とした場合の出生数の推移を検討した。図6に示すように、日本全体では20%出生数が減少しているのに対し、神奈川県では、減少率が5%前後にとどまり、特に過去15年間ではほとんど変動していないのがわかる。

(イ) 神奈川県産科婦人科医会の平成17年度調査結果の分析：

① 神奈川県産科婦人科医会では平成17年7月現在の神奈川県内の前分娩取扱医療機関にアンケート調査を実施し、平成14年から平成16年の3年間の分娩取扱数と今後の分娩取扱予定について情報収集を行った。

② 分娩取扱施設数の推移を表2に示した。

③ 神奈川県では、図7に示すように周産期救急搬送システムが6ブロックに分かれて機能している。横浜ブロックを横浜市北部と東部と西部地区、藤沢市、鎌倉市に、県央・北相ブロックを相模原市、座間綾瀬海老名地区に分けて、各地域の届け出出生数と、分娩取扱施設(病院または診療所)における出生数を示したのが表3である。他の地域の

表2 神奈川県産科婦人科医会調べ
分娩取り扱い施設の推移

	平成14年か ら16年	平成14年か ら16年	平成16年
	取りやめ施 設数	新規取り扱 い施設数	
病院	0	3	71
診療所	19	3	80
合計	19	6	151

図7 神奈川県周産期救急搬送システムのブロック

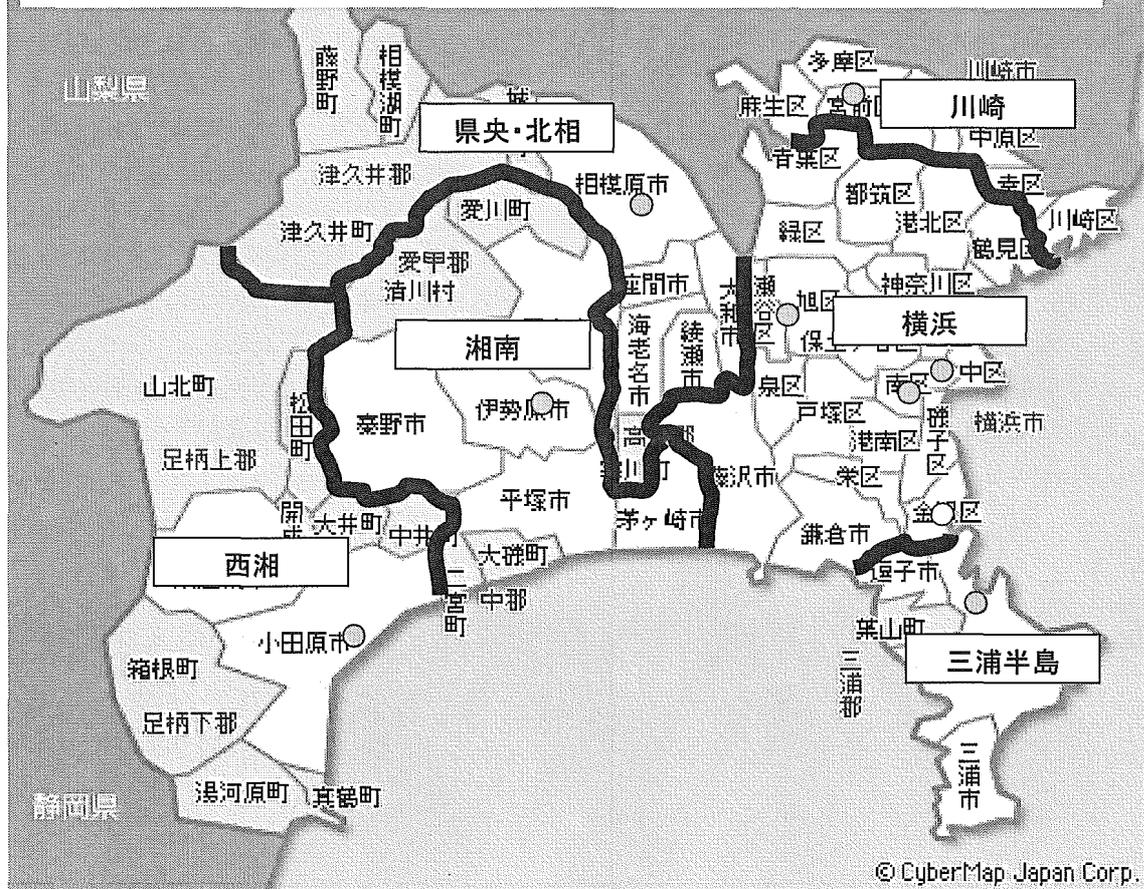


表3. 2004年における神奈川県各地域の出生数と分娩取扱数

ブロック名	地域名	地域届出生数	分娩取扱施設		出生数	
			病院	診療所	病院	診療所
川崎		13542	14	12	6452	3583
横浜						
	北部医療圏	14768	9	17	4975	5463
	西部医療圏	9633	10	7	7949	1777
	南部医療圏	8837	11	11	5373	2096
	藤沢・鎌倉	5143	2	10	1272	3074
	三浦半島	4454	6	6	2541	2015
	湘南	9498	10	14	4298	5185
	県央・北相	12344	12	10	8795	2167
	西湘	2848	3	3	2126	660

施設で出生する場合、他の地域の住民がその地域の施設で出生する場合があるので、地域の出生数と分娩取扱施設の出生数は当然一致しないが、地域における医療の完結性の程度を考える上で、地域出生数と施設出生数がほぼ一致している地域では、相当程度の分娩に関する地域完結性が保持されていると思われる。神奈川県においては、小田原を含む西湘ブロック、伊勢原市を中心とする湘南ブロック、横須賀市を中心とする三浦ブロックでは、両者の一致が認められ、これらの地域におけるそのブロック内での、産科医療の完結を推

定することができる。これに対して、川崎市では13500以上の出生に対して、市内では1万件弱の分娩が行われているにすぎず、20%以上の出生が他の地域あるいは県外の施設で行われていることになる。同様のことは横浜市の多くの地域、相模原市、藤沢・鎌倉地区においても認められる。
④県境を挟んで東京都に隣接する地域および人口の密集地の住民においては、他の地域で分娩している率が高いというこの事実は、都市の持つ一つの特性を表していると思われる。また、相当数がいわゆる里帰り分娩となっていることが考えられ、

既に医療資源の枯渇が懸念されている地方の医療機関の負担によって都市住民の分娩が支えられている実態の一端を示している可能性が考えられた。

D. 考案

- (ア) 出生数の減少は全都道府県で認められる現象だが、その程度は地域によって大きく異なっている。減少率が著明なのは、秋田、青森、岩手、山形、福島、北海道であり、長崎、高知、和歌山、島根、宮崎だった。これに対して減少率が小さいのは、埼玉、神奈川、千葉、滋賀、愛知の各県だった。出生数の減少は、大都市部とその周辺地域では少なく、大都市から離れた地方で著明であり、いわゆる少子化が、地方からの若年人口の都市部への移転を伴
- う過疎化と、流入した若年層が都市部で経済上の問題を含め、生活が不安定であることも関係があることが示唆された。神奈川県調査で、大都市部において、地域外に分娩場所を求める傾向が明らかであることも、これと関連があると考えられる。
- (イ) 神奈川県は横浜、川崎の両政令都市を抱えている。これら的大都市とその周辺、特に三浦地区、西湘地区とは地勢的にも大きな違いが存在している。この違いは分娩場所の選択にも影響を与えており、それが結果的に地域完結型の分娩形態につながっているものと考えられる。
- (ウ) 本研究の結果は、地域完結型の産科診療圏を設定する上で、極めて重要な示唆を与えるものである。

基礎資料

平成 16 年人口動態統計（厚生労働省統計表データベースシステム http://www.dbtk.mhlw.go.jp/IPPAN/ippan/scm_k_Ichiran）

平成 16 年 医師・歯科医師・薬剤師調査

平成 17 年度 日本産婦人科医会調査

平成 17 年度 日本産科婦人科学会学会のあり方検討委員会調査

平成16年 都道府県別 出生数（平成16年人口動態統計より）

