

150,500-417,000) と推定され、受けている治療の内容は表7のとおりとなる。また、各年代でその階層の既婚者に対する不妊治療受療率は、表8のように30歳代で最高であった。

#### D 考察

今回の調査から、ART 実施施設は大都市を抱える都道府県に多く立地していることが明らかとなった。大都市を擁する都道府県は人口が多く、不妊症に悩む男女も人口に比例して多いと考えられ、ART 実施施設実数が多いのは当然のことと考えられる。また、単位人口あたりの ART 実施施設数をみた場合、北陸、山陰、四国など比較的過疎地を含む県で密度が高いことがわかった。しかしながら、同様に過疎地を含む県であっても、九州の各県は、ART 実施施設数がおしなべて少なく、その単位人口あたりの密度も低い。各 ART 実施施設での取り扱い患者数が施設により大きく差があることを考慮すると、施設数から ART 提供体制を論ずるには限界があると言わなければならない。

2次医療圏にまで細分化した調査では、各都道府県内での ART 実施施設の偏在が浮き彫りになった。約30%程度の2次医療圏への ART 実施施設の「集中度」は、33の道府県で70%を超えており、11の県では100%であった。これらの「集中度」の高い道府県は、東北、四国、九州など、過疎地を多く含む地域に多くみられた。大都市圏の道府県は比較的集中度が低いものの、東京が68.1%、大阪が62.5%と必ずしも満遍なく分散している訳ではなく、昼間人口の高い2次医療圏に集中する傾向のあることが示された。これは、ART 実施施設が、救急体制が必要な医療施設とは異なり、患者の居住地とは一致しない需要の分布に従い立地していることを覗わせる結果といえる。

単位面積あたりの ART 実施施設の密度の検討では、東北や九州の県、北海道で密度が低かった。これも、

ART 実施施設が救急対応を必要とするものでなく、経済性に基づいた立地を示すという特徴から当然のこととも考えられる。さらに、京都府1府の例から都道府県内での ART 実施施設の偏在も如実に示されたが、これも同様の結果と考えられる。

平成15年には、全国の ART 施設での治療患者のべ数は52,049人であり、採卵総数は73,143件であった。日本の総人口を127,700,000人とすると、人口10万人あたり57.28件の採卵が行われることになる。ART 実施施設1施設あたり、年間100件の採卵を行うとすると、人口10万人あたり0.57の ART 実施施設が必要ということになり、これは今回の調査で全国平均の ART 実施施設密度が人口10万人あたり0.52であった結果とほぼ一致する。しかしこれは、ART 実施施設の備えている ART の診療の容量（キャパシティ）から生じた当然の結果かも知れず、実際に ART を必要とする男女は潜在的にもっと多いのかもしれない。ART だけでなく、不妊症患者全体の現在における患者数および真に必要な治療法に関する検討が必要であるが、現在のところこの観点から得られる資料は平成11年度における報告書のみである。この点からの現況の把握がこれからの不妊症に関する医療の提供体制を考える上で必要と考えられる。

#### 資料

矢内原巧：平成11年度厚生科学研究費助成金（子ども家庭総合研究事業）分担研究報告書：生殖補助医療技術に対する患者の意識に関する研究：全国調査の結果から

久保春海：平成16年度日本産科婦人科学会倫理委員会・登録・調査小委員会報告（平成15年分の体外受精・胚移植等の臨床実施成績および平成17年6月における登録施設名）

## 長野県における産婦人科医療提供体制の実態調査と今後の課題

分担研究者 金井 誠 信州大学医学部 産科婦人科  
共同研究者 小西郁生 信州大学医学部 産科婦人科

### 研究要旨

昨今全国的に、診療所から地域基幹病院にいたるまでの産婦人科診療の閉鎖・縮小により周産期医療現場に混乱が生じており、長野県においても同様の問題が発生している。長野県の現状に応じた産婦人科(特に周産期)医療システムの確立・推進のためには、県内産婦人科医療提供体制の詳細な実態を把握し、これを産婦人科医のみならず、行政や地域住民にも熟知していただき、共通認識の形成を図ることがきわめて重要と考える

この目的を達成するため、長野県内全ての産婦人科医療施設に対して周産期医療を中心とした実態調査を行い、同時に産婦人科救急搬送状況の実態調査も行い、現状の詳細な把握を行うとともに、行政や地域住民にも広く現状を知っていただく目的でシンポジウムを開催することとした。

実態調査で判明した現状は、周産期医療に携わる産婦人科医師数が絶対的に不足していること、産婦人科医師の勤務状況は過重勤務となっていること、広大な長野県においては各地域における状況に大きな違いがあること、2次医療を担う施設においても1次医療の負担が大きく課せられていること、既にかかなり集約化が進んでいる地域も存在すること、県の策定した2次医療圏と産婦人科医療における2次医療圏でギャップを生じている地域があること、この3年間で多くの人材が地域の基幹病院から離任したこと、今後も周産期医療を担う人材や施設の減少が危惧されること、地域の基幹病院としての機能を託されている施設でもそれに見合う十分なスタッフや施設環境でない病院が多いこと、などが挙げられる。

今後は、この現状を踏まえると、医療崩壊を防止する対策を緊急的に講じる必要があり、周産期医療に関わる医師、助産師、看護師、行政担当者、地域住民などによる周産期医療協議会を立ち上げ、喫緊に具体的な対策を立案し実行に移すことが重要である。

### A. 研究目的

昨今全国的に、診療所から地域基幹病院にいたるまでの産婦人科診療の閉鎖・縮小により周産期医療現場に混乱が生じており、地域住民の不安が増大して住民運動に発展するケースも稀ではない。長野県においても同様の問題が発生しており、地域の基幹病院から多数の産婦人科医が離任し、診療所においても分娩の取り扱いを中止する施設が増加して、産婦人科医療提供体制は近年大きく変動している。しかしながら、全県的な産婦人科医療提供体制の詳細な実態調査は行われておらず、現状の把握は十分な状態とはいえず、しかも長野県は広大で、各地域によっても状況はかなり差があると推測される。こうした状況を考慮すると、長野県の現状に応じた産婦人科(特に周産期)医療システムの確立・推進のためには、長野県における産婦人科医療提供体制の詳細な実態を2次医療圏毎に把握し、これを産婦人科医のみならず、行政や地域住民のみならず

まにも熟知していただき、共通認識の形成を図ることがきわめて重要と考える。また、長野県における対策は、全国の多くの地域、特に地方における今後の同様な問題に対する対策のモデルともなり得る。

以上の目的を達成するため、今回我々は長野県内全ての産婦人科医療施設に対して周産期医療を中心とした勤務実態調査を行うとともに、長野県内全ての消防本部に対して産婦人科救急搬送状況の実態調査を行い、現状の詳細な把握を行うとともに、行政や地域住民のみならずにも広く現状を知っていただくためにシンポジウムを開催することとした。

### B. 研究方法

#### 1: アンケート調査

対象(1) 長野県内の産婦人科常勤医がいる全施設  
119施設にアンケート送付し回答のあつ

た 107 施設 ( 病院 41、有床診療所 38、無床診療所 28) を検討

(2) 長野県内全ての消防本部 14 本部 (14 本部全てから回答あり)

アンケート内容

(1) 産婦人科医療施設

分娩取り扱いの有無、施設概要、平成 17 年の診療状況など：研究結果参照

(2) 消防本部

平成 17 年 1 月—12 月における搬送先が産婦人科の救急搬送に関して総数、搬送元と搬送先、搬送患者が妊娠・分娩関係 ( 妊婦・褥婦・新生児 ) か否か

2：シンポジウム開催

シンポジウム内容：資料 1 参照

### C. 研究結果

1：長野県内の産婦人科常勤医がいる 107 施設からのアンケート結果

(この 107 施設に分娩を取り扱っている殆ど全ての施設が含まれる)

<施設概要>

107 施設の内訳：病院 41、有床診療所 38、無床診療所 28

この内、分娩取り扱いありが 53 施設 (49.5%)；

病院 35、有床診療所 18、無床診療所 0

分娩取り扱いなしが 54 施設 (50.5%)；

病院 6、有床診療所 20、無床診療所 28

今回の研究における 2 次医療施設としての基準：以下の 2 項目を共に満たす施設とした。

- ・小児科医が常勤している施設
- ・平成 17 年に産婦人科への転院搬送 ( 病院、診療所を問わず他医療施設から救急搬送を依頼 されて産婦人科へ搬送 ) があった施設

長野県は 10 の 2 次医療圏と 4 つの 3 次医療圏に区分されている。資料 2 参照。

<分娩を取り扱っている施設へのアンケート結果>

2 次医療施設を上記の基準で定義し、分娩取り扱い 53 施設を分類すると、

病院：2 次医療施設が 23 (以下 2 次病院と称す)

1 次医療施設が 12 (以下 1 次病院と称す)

診療所：2 次医療施設は無い

1 次医療施設が 18 (以下 1 次診療所と称す)

であった。(表 1)

なお、長野県内では 3 次医療施設も 1 次医療から 3 次医療までに対応せざるをえない状況であり、本研究では便宜上、2 次病院に含めている。

表 1. 2 次医療圏毎の分娩取り扱い施設数

	2 次医療圏	病院		診療所	計
		2 次	1 次	1 次	
1	佐久 ( 佐久、小諸 )	3	0	1	4
2	上小 ( 上田、小県 )	1	1	2	4
3	諏訪 ( 諏訪、岡谷 )	3	2	3	8
4	上伊那 ( 伊那、駒ヶ根 )	2	1	0	3
5	飯伊 ( 飯田、下伊那 )	1	1	3	5
6	木曾	1	0	0	1
7	松本 ( 松本、南安曇 )	6	2	1	9
8	大北 ( 大町、北安曇 )	1	1	1	3
9	長野 ( 長野、須坂 )	3	4	6	13
10	北信 ( 中野以北 )	2	0	1	3

分娩数を検討すると、全 19,088 分娩中 10,121 件 (53.0%) が 2 次病院で取り扱われており、長野県ではローリスクな分娩も広く 2 次医療施設で行われていることがよくわかる。地域によっては殆ど全ての分娩が 2 次病院で取り扱われている状況であり、既に 1 次から 2 次までの産婦人科医療が非常に少数の施設へ集約化されている地域と考えられる。(表 2)

表 2. 取り扱い分娩数

2 次医療圏	病院		診療所	計	2 次病院が占める比率 (%)
	2 次	1 次	1 次		
佐久 ( 佐久、小諸 )	1696	0	129	1825	92.9
上小 ( 上田、小県 )	421	489	892	1802	23.4
諏訪 ( 諏訪、岡谷 )	832	799	767	2398	34.7
上伊那 ( 伊那、駒ヶ根 )	1266	111	0	1377	91.9
飯伊 ( 飯田、下伊那 )	473	264	1027	1764	26.8
木曾	123	0	0	123	100.0
松本 ( 松本、南安曇 )	2556	796	352	3704	69.0
大北 ( 大町、北安曇 )	238	250	98	586	40.6
長野 ( 長野、須坂 )	1908	1080	1702	4690	40.7
北信 ( 中野以北 )	608	0	211	819	74.2
計	10121	3789	5178	19088	53.0

分娩を取り扱っていない 54 施設の内、妊婦健診を行っているのは 33 施設であった。(表 3)

表 3. 分娩取り扱いなしの施設数

2 次医療圏	健診あり	健診なし	計
佐久	2	2	4
上田、小県	4	1	5
諏訪	6	1	7
上伊那	4	3	7
飯田、下伊那	1	2	3
木曾	0	0	0
松本、南安曇	8	4	12
大町、北安曇	0	1	1
長野	7	6	13
北信 ( 中野以北 )	1	1	2
計	33	21	54

<アンケート回答：未記入回答があるため、回答数が施設数に満たないことがある>

現在の産婦人科診療状況に対する常勤医師数は？

	2次病院	1次病院	1次診療所
適正	7	3	8
1人不足	7	6	7
2人不足	7	1	0
3人以上不足	2	0	0

当直や宅直で深夜に勤務した場合、翌日を休みにしたり午前勤務のみにする体制がありますか

	2次病院	1次病院	1次診療所
ある	3	1	0
ない	20	9	15

外来診療時間中に緊急帝王切開を行う場合、外来を制限したり、急遽休診にすることがありますか

	2次病院	1次病院	1次診療所
毎回	12	5	9
時々	8	3	4
ない	3	2	3

平均して月に何日の休暇（完全に勤務フリーで遠出が可能な日）がありますか

	2次病院	1次病院	1次診療所
0日	3	4	9
1～2日	12	3	5
3～4日	8	2	1
5日以上	0	1	1

妊婦健診や分娩に、最も遠方（特別な事情でなく通常カバーしているエリア）から来られる方はどの程度の距離と時間をかけて来所されますか？

	2次病院	1次病院	1次診療所
10km未満	0	0	0
10～20km以内	2	0	2
20～40km以内	8	4	3
40～60km以内	7	2	8
60km以上	3	1	2

	2次病院	1次病院	1次診療所
30分未満	0	0	2
30～60分未満	9	2	3
60～90分未満	7	6	8
90～120分未満	7	0	3
120分以上	0	0	0

<平成17年の診療状況>

産婦人科病床数

	2次病院	1次病院	1次診療所
10未満	0	3	8
10～20未満	1	2	8
20～30未満	9	3	0
30～40未満	7	2	0
40以上	5	0	0

産婦人科1日平均入院者数

	2次病院	1次病院	1次診療所
10未満	1	4	12
10～20未満	9	3	3
20～30未満	7	1	0
30～40未満	2	0	0
40以上	4	1	0

産婦人科常勤医師数

	2次病院	1次病院	1次診療所
1	0	7	15
2	12	3	3
3	6	2	0
4	2	0	0
5人以上	3	0	0

分娩数（年間）

	2次病院	1次病院	1次診療所
150未満	1	4	5
150～300未満	4	4	3
300～450未満	9	0	6
450～600未満	4	3	3
600以上	5	1	0

帝王切開術数（年間）

	2次病院	1次病院	1次診療所
50未満	7	8	14
50～100未満	11	2	2
100～150未満	2	0	0
150～200未満	2	0	0
200以上	1	0	0

年間産婦人科全身麻酔手術数（帝王切開術を除く）（年間）

	2次病院	1次病院	1次診療所
50未満	7	9	14
50～100未満	8	1	0
100～150未満	1	0	1
150～200未満	4	0	1
200以上	3	0	0

産婦人科腰椎or硬膜外麻酔手術数（帝王切開術、全身麻酔を除く）（年間）

	2次病院	1次病院	1次診療所
10未満	8	6	13
10～20未満	7	3	1
20～40未満	4	1	0
40～60未満	1	0	1
60以上	3	0	1

他院への母体搬送数（年間）

	2次病院	1次病院	1次診療所
0	1	1	0
1～3	7	5	9
4～6	8	3	1
7～9	2	0	1
10人以上	3	1	4

他院からの母体搬送受け入れ数（年間）

	2次病院	1次病院	1次診療所
0	8	8	16
1～10未満	6	1	0
10～30未満	6	0	0
30～60未満	1	0	0
60人以上	2	0	0

他院への新生児搬送数（年間）

	2次病院	1次病院	1次診療所
0	1	3	1
1～3	15	2	6
4～6	2	5	6
7～9	1	0	0
10人以上	1	0	3

他院からの新生児搬送受け入れ数（年間）

	2次病院	1次病院	1次診療所
0	7	9	16
1～3	6	0	0
4～6	1	0	0
7～9	3	0	0
10人以上	3	0	0

1日平均外来受診者数（産科）

	2次病院	1次病院	1次診療所
10未満	3	2	3
10～20未満	1	2	3
20～40未満	10	3	7
40～60未満	4	0	2
60人以上	0	0	0

1日平均外来受診者数（産科以外）

	2次病院	1次病院	1次診療所
10未満	1	1	0
10～20未満	1	2	2
20～40未満	11	5	10
40～60未満	2	0	2
60人以上	2	0	1

産婦人科非常勤医師当直回数（回／月）

	2次病院	1次病院	1次診療所
0	9	6	0
1～2	9	0	0
3～4	2	1	0
5～15	3	1	0
16以上	0	1	0

今後近い将来に、分娩の扱いを止める or 常勤医師数減少の可能性はありますか。

	2次病院	1次病院	1次診療所
ない	14	7	8
ある	8	7	6

<病院勤務者のみへのアンケート>

ICUの有無

	2次病院	1次病院
ある	16	1
ない	6	7

院内の他科当直医師の有無

	2次病院	1次病院
いる	23	5
いない	0	3

産婦人科の夜間勤務体制

	2次病院	1次病院
院内当直	9	3
宅直	11	4

大出血時に、血管造影室での動脈塞栓は可能か

	2次病院	1次病院
可能	12	2
不可能	11	6

今後、集約化構想によって、もしも貴院が地域の基幹病院となり、産婦人科の常勤医師数も受け入れ分娩数も現状の2倍程度になる構想が出た場合、対応可能か

	2次病院	1次病院
可能	9	1
条件付き可能	8	1
不可能	5	6

<分娩取り扱いを行っていない施設へのアンケート結果>

いつから分娩を取り扱わなくなりましたか

	病院	有床診療所	無床診療所
1年以内	1	4	1
2～3年前	0	2	2
4～5年前	0	3	4
6～10年前	2	5	5
11年以上前	1	3	7
開所時から	2	3	9
計	6	20	28

分娩取り扱いを行っていない理由はなぜですか？（自由記入）

理由\分娩中止時期	1年以内	2～3年前	4～5年前	6～10年前	11年以上前	開所時から
年齢	1	2	6	8	5	1
過労、気力低下	1	0	0	2	2	1
助産師、看護師の確保困難	2	3	0	4	2	2
1人では安全でないから	0	1	0	0	2	1
分娩は訴訟が多いから	2	0	1	1	1	1
拘束が長い、家族の負担	1	0	0	2	0	2
不妊診療のみを希望	0	0	0	0	0	1
設備がない	0	0	0	0	0	6

**<長野県内の2次病院における産婦人科医師の動向>**

長野県内の産婦人科医師数（平成17年12月現在）

長野県産婦人科医会会員数：216人（内77歳以上の会員36人）

分娩を扱う施設に勤務している医師数：126人

2次病院に勤務している医師数：86人（大学も含む）

2次病院から平成16、17年で22人が退職

この穴埋めは、平成14、15年に信州大へ14人新入医局員

平成15、16、17年に県外から4人流入し、何とかカバー

しかし、平成18年春には更に7人が退職

**<この2年間で常勤医が不在になった病院>**

H16.8月；厚生連富士見高原病院→分娩中止、外来のみ続行

H17.3月；町立辰野総合病院→分娩中止、外来のみ続行

H17.3月；丸子中央病院→分娩なし、外来のみ続行

H17.10月；厚生連安曇病院→分娩中止、外来のみ続行

**<平成18年春の動き>**

H18.3月；下伊那日赤1人医長へ→分娩取り止め？

H18.6月；豊科日赤→分娩中止、外来のみ続行

**<2次病院を退職した医師の人数と理由>**

	H 16	H 17	H 18	計
他大学の人事で県外へ異動	2	5	3	10
定年などで退職	1	1		2
県外流出（結婚、開業など）	1	4	1	6
2次病院から県内で開業	2	1	2	5
産休、育休	4	1	1	6
計	10	12	7	29

## 2：消防本部へのアンケート結果

長野県内広域消防本部における産婦人科救急搬送状況  
(平成17年1月-12月)

救急搬送総数	妊婦・褥婦・新生児 (%)
693	438 (63.2)

広域消防本部別産婦人科救急搬送状況  
(平成17年1月-12月)

2次医療圏	消防本部		搬送数	管轄域外搬送	(%)	管轄域内産婦人科2次医療施設	管轄域外の搬送先
佐久	佐久広域	総数	77	11	14	佐久総合*、小諸厚生、浅間	
		(除：3次搬送)	68	2	3		
上小	上田地域広域	総数	100	32	32	長野病院*	長野日赤、篠ノ井 佐久総合、小諸厚生
		(除：3次搬送)	85	17	20		
	千曲坂城消防	総数	28	27	96	なし	篠ノ井
		(除：3次搬送)	28	27	96		
諏訪	諏訪広域	総数	81	13	16	諏訪日赤、諏訪中央、市立岡谷	
		(除：3次搬送)	68	0	0		
上伊那	伊那消防	総数	21	10	48	伊那中央	
		(除：3次搬送)	11	0	0		
	伊南行政消防	総数	11	4	36	昭和伊南	
		(除：3次搬送)	8	1	13		
飯伊	飯田広域	総数	88	8	9	飯田市立*	
		(除：3次搬送)	78	0	0		
木曾	木曾広域	総数	13	6	46	(県立木曾：転院搬送なし)	中津川市民
		(除：3次搬送)	10	3	30		
松本	松本広域	総数	110	6	5	信州大*、県立こども*、相沢 松本病院、波田、豊科日赤	
		(除：3次搬送)	75	0	0		
大北	北アルプス広域	総数	17	13	76	(市立大町：転院搬送なし)	
		(除：3次搬送)	5	1	20		
長野	長野市消防局	総数	106	10	9	長野日赤*、長野市民、篠ノ井	
		(除：3次搬送)	96	1	1		
	須坂市消防	総数	21	13	62	県立須坂	長野日赤、長野市民
		(除：3次搬送)	18	10	56		
北信	岳北消防	総数	11	8	73	(飯山日赤：転院搬送なし)	長野日赤、北信
		(除：3次搬送)	10	7	70		
	岳南広域	総数	9	1	11	北信	
		(除：3次搬送)	8	0	0		

3次搬送：こども病院、信州大への搬送 \*：総合母子医療センター、地域周産期医療センター

### D・考案

産婦人科診療施設の実態調査で判明した現状は、まず第1に周産期医療に携わる産婦人科医師数が絶対的に不足していることであり、当直や宅直で深夜に勤務した翌日を、休みや午前勤務にする体制は殆どの施設で取られていない。また、もっともリスクの高い1人医長体制は2次病院においては解消されているが、2次病院23施設中12施設が2人勤務体制であり、当然外来診療中に緊急帝王切開を行う際は外来を急遽休診にせざるをえない。

次に産婦人科医師の勤務状況は過重勤務となっていることが挙げられる。全く休日が取れない医師が2次病院で3/23施設、1次病院で4/10施設、1次診療所で9/16施設も存在し、休日が取れても多くは月に1～2日程度である。2次病院の診療内容は特に負担が大き

く、病床数・1日入院患者数・分娩数・帝王切開数・帝王切開以外の全身麻酔手術数・他腰椎麻酔手術数・搬送受入数・外来受診者数・など全てにおいて、1次病院や1次診療所をはるかに凌駕する労働を行っている実態が明らかになった。これは、2次医療を担う施設においても1次医療の負担が大きく課せられていることが原因として考えられる。この理由としては、2次医療施設の周囲において1次医療施設も非常に少なくなっており、既にかなり集約化が進んでいる地域も存在するからであろう。結果として全19088分娩中10121件(53.0%)が2次病院で取り扱われており、長野県ではローリスクな分娩も広く2次医療施設で行われていることがよくわかる。しかし、広大な長野県においては各地域における状況に大きな違いがあり、分娩数の2

次病院が占める割合はかなりのばらつきを示した。また、地域の基幹病院としての機能を託されている2次病院でも11/23施設が夜間は宅直であり、ICUの存在も16/23施設、大出血への対応としての血管造影室での動脈塞栓が可能な施設は12/23施設に過ぎない。地域の基幹病院としての重責に見合う十分なスタッフや施設環境として不十分な病院が多いことを示している。

こうした状況の中で、驚くべきことに2次病院の8/22施設、1次病院の7/14施設、1次診療所の6/14施設が、今後近い将来に分娩の取り扱いを中止する又は常勤医師数減少の可能性があると回答している。この3年間で既に30人近い人材が地域の基幹病院から離任しており、今後もその傾向に歯止めが効かないとすると、周産期医療が崩壊する危険性が危惧される。

消防本部の協力を得て行った産婦人科救急搬送状況の実態調査結果によると、平成17年の1年間において長野県内で約700件の産婦人科関連の救急搬送があり、その約2/3は妊婦・褥婦・新生児であった。周産期医療における高次医療提供体制の充実が必要であることを再確認させられるデータであった。しかしながら長野県は広大であり、各消防本部、各2次医療圏では、状況が全く異なっている。佐久・諏訪・伊那・飯田・松本・長野・岳南の各消防本部では、3次搬送（こども病院、信州大への搬送）以外、ほとんど管轄外への搬送は無く、各医療圏内で2次医療までは完結していると考えられる。一方、上田・千曲坂城・須坂・岳北では、

佐久総合病院・長野日赤・篠ノ井病院を中心とした管轄域外搬送が非常に多く、3次医療施設である佐久総合病院・長野日赤への3次搬送以外にも、2次救急レベルで多くの管轄域外搬送が行われていることが明らかになった。木曾・北アルプスも管轄域外搬送が非常に多くなっている。この理由としては、管轄域内に産婦人科診療施設がほとんど存在しない、存在しても2次医療を十分に請け負う基幹病院としては機能していない、山間部に位置するなどの地域性、といったことが挙げられる。現状としては県の策定した2次医療圏と産婦人科医療における2次医療圏でギャップを生じている地域が存在しており、産婦人科医療における2次医療圏をどう構築していくかを、このデータを参考に、緊急に検討していく必要があると考える。

この現状を踏まえると、医療崩壊を防止する対策を緊急に講じるため、周産期医療に関わる医師、助産師、看護師、行政担当者、地域住民などによる周産期医療協議会を立ち上げ、喫緊に具体的な対策を立案し実行に移すことが重要である。

今後の課題としては、まず第1に産婦人科医（特に分娩を行う産婦人科医）の数を増やすための対策を講じる。地域住民や行政担当者も含めて十分な現状の認識を行った上で、限界まで減少してしまった現状の産婦人科医の人数で可能な、緊急避難的医療提供体制を構築し、産婦人科医療の総崩れを防ぐことが挙げられる。



## 産婦人科医療提供体制における助産師・看護師の役割に関する研究 —助産師の育成および卒後研修のあり方に関する研究—

分担研究者	中 林 正 雄	母子愛育会愛育病院院長
研究協力者	田 邊 清 男	東京電力病院産婦人科科長 (日本産婦人科医会常務理事)
	石 渡 勇	石渡産婦人科病院院長 (茨城県産婦人科医会会長)
	杉 本 充 弘	日本赤十字社医療センター産婦人科部長 (日本産科婦人科学会代議員)
	久 具 宏 司	東京大学医学部産婦人科講師 (日本産科婦人科学会幹事)
	江角二三子	日本助産師会事務局長
	堀 内 成 子	聖路加看護大学教授 (日本助産学会理事長)
	村 上 睦 子	日本赤十字社医療センター看護副部長 (日本助産師学会副理事長)
	平澤美恵子	日本赤十字看護大学教授 (全国助産師教育協議会会長)

### A. 研究目的

安全で効率的な周産期医療提供体制の緊急的確保のためには、ハイリスク妊娠・分娩の地域基幹病院への集約化と同時に、多様なニーズに応えるために、低リスク妊娠・分娩を分散的に管理する分娩取扱い施設が必要とされる。

現状においては産科医師不足の深刻さも問題であるが、産科施設で働く助産師・看護師については、その数が少ないことと同時に就業施設の偏在、とくに有床診療所における助産師不足は極めて深刻な状況にある。

本研究では現状の問題点を解析し、その問題点の解決方法として「助産師の育成および卒後研修のあり方」の観点から検討することを目的とする。

### B. 研究方法

1. 本邦における最近の周産期医療提供体制の現状について、全国の産婦人科医数と助産師数、出生場所別年間出生数 (病院、診療所、助産所、その他)、助産師の就業場所と就業者数、助産師養成施設別就業状況などについて検討した。

2. 本研究において実質的な効果を挙げるためには、産婦人科医と助産師さらには行政が本研究の目的について共通認識をもつことが必須である。そこで研究班の構成は日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本助産師会、日本助産学会、全国助産師教育協議会の各団体から、この方面の研究に精通し、かつ問題解決に積極的な人材が推薦された。

行政面では、厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課と医政局看護課の指導と協力のもとに会議が開催され、問題点に関する討論を行った。

なお第 1 回会議には、日本家族計画協会の松本清一会長による「助産師の役割の歴史と展望」の講演が行われた。

### C. 研究結果

1. 平成 14 年における全国の産婦人科医数および助産師数を示す (表 1)。産婦人科医数は 10,616 人、助産師数は 24,340 人である。産婦人科医の多くは産科と婦人科の両科の診療に従事しているが、どちらか一方のみに従事している医師としては産科医は 416 人、婦人科医は 1,366 人であり、産科医は婦人科医の 1/3 と少ないことが示された。

表 1：産婦人科医数および助産師数 (全国；平成 14 年)

産婦人科医	10,616 (人)
産科医	416
婦人科医	1,366
助産師	24,340

2. 平成 15 年における全国の総出生数は 1,123,610 人であった。出生場所は病院 52.2%、診療所 46.6%、助産所 1.0%、自宅・その他 0.2% であった (表 2)。全出生の 1/2 が診療所で行われていること、助産院での出生は極めて少ないことが示された。

表 2：出生場所別の年間出生数及び割合 (平成 15 年)

出生場所 (施設数)	出生数 (人)	割合 (%)	平均年間出生数 (人/年)
病院 (1,803)	586,000	52.2	325.0
診療所 (3,940)	524,118	46.6	133.0
助産所 (730)	11,190	1.0	15.3
自宅・その他	2,302	0.2	
合計	1,123,610	100	

平均年間出生数は病院 325.0 人/年、診療所 133.0 人/年、助産所 15.3 人/年であり、それぞれの施設における分娩取扱いの規模が異なることが示された。

3. 平成 15 年における全国の助産師の就業場所および就業者数を示す (表 3)。病院 17,684 人 (68.7%)、診療所 4,534 人 (17.4%)、助産所 1,601 人 (6.2%) が臨床の場に就いているが、診療所の就業者数は病院の就業

者数の約 1/4 と少ないことが示された。

表 3：助産師の就業場所および就業者数（平成 15 年）

就業場所	就業者数（人）	割合（%）
保健所	216	0.8
市町村	437	1.7
病院	17,684	68.7
診療所	4,534	17.6
助産所	1,601	6.2
社会福祉施設	15	—
事業所	12	—
看護師等学校養成所等	1,020	4.0
その他	205	0.8
合計	25,724	100

表 2、表 3 より助産師 1 人当たりの年間出生数を算出した（表 4）。病院助産師 33.1 人/年、診療所助産師 115.6 人/年、助産所 7.0 人/年と算出された。助産所では 1 年間に 1 人の助産師が取り扱う分娩数は極めて少ないことが分かる。それだけに、妊婦の満足度は高くなると思われる。一方病院ではほとんどの分娩が助産師立会いの下で行われていると考えられるが、看護師と助産師が協力することにより 1 人の助産師が取り扱う分娩数は年間 33.1 人となっている。3 交代制などを考慮すると、妥当な数字と思われる。診療所では計算上は 1 人の助産師が取り扱う分娩数は年間 115.6 人であり、病院の 3.5 倍の多さである。これは極端な過重労働か、または実際には助産師の立会いがない分娩が多くを占めているためと推測され、このような状況では妊婦の満足度は期待できないと思われた。

表 4：助産師 1 人当たりの年間出生数（平成 15 年）

出生場所	年間出生数/助産師数
産婦人科病院	586,000/17,684 = 33.1 人
産科診療所	524,118/4,534 = 115.6 人
助産所	11,190/1,601 = 7.0 人

4. 平成 16 年 3 月における助産師の卒業後の就業状況を示す（表 5）。大学卒業生 280 名中、診療所就業者はわずか 2 名であった。短大・養成所卒業生 1,063 名中、診療所就業者は 28 名（2.6%）であり、合計 1,343 名中、診療所就業者は 30 名（2.2%）にすぎない。すなわち、最近の助産師の就業場所として診療所は極めて稀なケースとなっていることが示された。

表 5：助産師の卒業後の就業状況（平成 16 年 3 月）

卒業施設	助産師としての就業場所			
	病院	診療所	その他	合計
大学	275	2	3	280
短大・養成所	1,033	28	2	1,063
合計	1,308	30	5	1,343
割合（%）	97.4	2.2	0.4	100

## D. 考察

今回の調査で明らかになったことは、本邦では診療所が全分娩の約半数を取扱っているにも係わらず、診療所に就業する助産師数が極めて少ないことである。とくに大学卒業者ではその傾向は著しい。

安全で快適な妊娠・分娩のためには、産科医と助産師が一定数以上勤務していることが必須である。本邦における周産期医療提供体制の緊急的確保を考えると、キーワードとして“集約化”と“分散化”が必要である。今後は地域基幹病院および診療所において院内助産所、産科オープンシステムなど多様な妊娠・分娩管理システムが一般化するであろうと考えられる。

その時に、基幹病院に集約化されたハイリスク妊娠・分娩管理、また診療所に分散された低リスク妊娠・分娩管理は、ともに臨床に適した助産師の増加が必要とされる。現在の本邦における助産師の就業状況の偏在の背景を考えると、1) 産科医療の進歩に伴い、最新の周産期医療を習得するためには病院勤務がより良い環境であろうと考えられていること、また 2) 有床診療所においては、助産師の役割が十分に果たされないと考えられていることなどが挙げられる。これらの意識を変えるには、産科医・助産師ともに比較的長時間を要すると思われる。しかし、周産期医療の危機を回避するために残された時間は少ない。助産師の育成および卒後研修のあり方を、産科医、助産師の双方で全力を尽くして改善策を検討すべき時期にきていると思われる。

## E. 結論

安全で快適な妊娠・出産のためには、基幹病院へのハイリスク妊娠・分娩の集約化と産科医療資源の重点化、さらには多様なニーズに応えるために低リスク妊娠・分娩の診療所における管理が必須である。

そのためには両施設における助産師の増加が求められるが、現状では有床診療所における助産師不足は深刻であり、最近その傾向はさらに助長されている。

この問題を解決するためには、診療上の産科医、および働く助産師双方の意識改革が必要である。しかし周産期医療システムの危機は急速にその深刻さを増している。助産師増加のために、助産師の育成および卒後研修のあり方を産科医・助産師の双方が問題点解決のための最善策を検討し、実現に向けて行動する時期にきていると思われる。