

厚生労働科学研究費補助金
子ども家庭総合研究事業

分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による
産科医師の集中化モデル事業

平成18年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 岡村州博

平成19(2007)年3月

目 次

I. 総括研究報告

「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」

東北大学 岡村 州博 1

II. 分担研究報告・研究協力者報告

「産婦人科医療提供体制のグランドデザインの構築とそれに基づく緊急課題への対策の検討」

北里大学 海野 信也 9

「産科医療改革の方向性」

北里大学 海野 信也 12

筑波大学 吉川 裕之

「緊急的産婦人科医療提供体制の確保における地方モデルの構築」

信州大学 金井 誠 28

「産科医療のシステム化（集約化・重点化）およびその成果評価システムの検討」

北海道大学 中村 利仁 33

「都市部における分娩施設ならびに産科医師集約化の試み」

社会保険相模野病院 内野 直樹 56

「産婦人科医療提供体制における労務的側面の課題と対策」

聖路加国際病院 渡辺 明良 59

「不妊を訴える女性の診療に必要な医師数の推定」

東京電力病院 田邊 清男 69

東京大学 久具 宏司

「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」

愛育病院 中林 正雄 71

「北海道における分娩拠点病院の確保」	旭川医科大学	石川 睦男	85
「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」	九州大学	福嶋恒太郎	89
「産婦人科医師と女性医師の処遇に関する意識調査」	東北大学	村上 節	113
「仙台システム（セミオープンシステム）利用患者に対する意識調査」	東北大学	村上 節	131
「産科医療過疎地でのモバイル胎児心拍伝送システムの利用 —岩手県での産婦人科施設集約化に伴う遠距離通院の緩和—」	岩手県立釜石病院	小笠原敏浩	141
「当院における母体搬送の現状とその問題点についての検討」	亀田総合病院	鈴木 真	150

III. 公開討論会会議録

1. 医療機能分化シンポジウム 「みんなで作る地域の医療 ～安心してお産ができる仕組みづくりを考える～」 会議録	157
2. 市民公開フォーラム 「北海道のお産をまもる」 会議録	263
3. 公開市民フォーラム 「皆で考えよう、産婦人科医療： どうするわが国のお産」 会議録	313
4. 市民フォーラム 「安心してお産ができるまちづくり」 会議録	507

I 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

総括研究報告書

「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による
産科医師の集中化モデル事業」

主任研究者 岡村 州博 東北大学 教授

研究要旨

本研究は産婦人科医療のあり方の提言と喫緊の問題として分娩拠点病院の創設とそれを中心とした周産期医療システム構築を各地域の特徴を持って行う、二つの柱で組み立てられている。わが国では産科医不足が顕著でそれに伴う医療システムの崩壊が危惧されているが、日本産科婦人科学会と連携する形で産科医療の将来像を示した。また、それにむけて今後どのようにした作業を行っていくかを示し、一部スタートした。分娩拠点病院は産科医の集約化のなかで自然発生的に行われている地域と未だ緒に就いていない地域がある。しかし、拠点病院を中心としたネットワークが構築されない場合には、地域の医療過疎地は多くの問題が発生する。その隘路を埋めるための施策が各地域でなされ始めてきた。

分担研究者

石川 睦男 旭川医科大学 病院長

海野 信也 北里大学 教授

福島恒太郎 九州大学 助手

村上 節 東北大学 助教授

局的に議論し、方向性を示すとともに、

産婦人科医の減少により少ない医療

資源を有効に活用して、喫緊の問題と

なっている「分娩の安全性を如何に担

保するか」のためのシステム構築を目

標としている。その為には地域におい

て分娩拠点病院を設定しそこを中心

に一極化することにより、集学的診療

を実現すること、さらに分娩拠点病院

を中心とした分娩ネットワーク作り

を行っている。これらの事業により妊

A. 研究目的

我が国の地域における周産期施設は小規模、少人数であることが多く、多くの問題を抱えている。本研究では産婦人科医療の将来的なあり方を大

産婦死亡の撲滅に連動し、かつ「快適で安心して出産できる」システムを実現することが可能と考えられる。

B. 研究方法

本年度は以下の研究事業を展開した。

1. 本研究の内容を広く国民に承知し、かつパブリックオピニオンを聴取するために本研究のwebsiteを立ち上げた。(http://www.osan-kiki.jp) また、webを通して病院アンケート調査を実施した。

2. 産婦人科医療提供体制のグランドデザインの構築とそれに基づく緊急課題への対策の検討を行った。その内容としては

(ア)産婦人科医療改革の方向性

(イ)緊急的産婦人科医療提供体制の確保における地方モデルの構築

(ウ)産科医療のシステム化(集約化・重点化)およびその成果評価システムの検討

(エ)都市部における分娩施設並びに産科医師集約化の試み

(オ)産婦人科医療提供体制における労務的側面の課題と対策

(カ)不妊を訴える女性の診療に

必要な医師数の推定

(キ)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

である。

3. 地域における周産期医療システム構築を支援した。

(ア)九州地区(北九州・福岡地区)において、九州大学病院産婦人科関連の病院において集約化を進めて行く中での医療の受け手側の意識調査を行った。

(イ)北海道では北海道医療対策協議会の分科会にて北海道の医育3大学の協力の下に医療資源の集約化、重点化を行った。

4. 全国で市民フォーラムを開催し、新しい医療システムの案を提示するとともに、意見を広く聴取した。

(ア)公開市民フォーラム「皆で考えよう、産婦人科医療：どうするわが国のお産」：平成18年12月3日(日)、東京大学本郷キャンパス大講堂

(イ)市民参加フォーラム「安心

- してお産ができるまちづくり」：平成19年1月14日（日曜日）西日本総合展示場新館
- (ウ)市民公開フォーラム「北海道のお産をまもる」：平成18年10月22日（日曜日）札幌市医師会館大ホール
- (エ)厚生労働省科学研究「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏設定による産科医師の集中化モデル事業」共催、第2回拡大産婦人科医療提供体制検討委員会：平成19年3月21日（水曜日：祝日）学士会館本館 大会議室
5. 地域における集約化に伴うシステム構築を進捗させた。
- (ア)仙台市におけるセミオープンシステム構築と地域クリニカルパスによる妊婦健診の統一化
- (イ)岩手県におけるITを利用した医療過疎地域への支援
- (ウ)ドクターヘリ、救急ヘリによる周産期救急システムの可能性
- (エ)助産師外来、院内助産所の取組
- C. 研究結果
1. 産婦人科医療現場の実態について統計資料を用いて明らかにし、諸外国との比較において今後の産科医療の方向性について検討した。また、統計資料によりわが国の不妊を訴える女性の診療に必要な医師数を推定した。
 2. 分娩の現場での助産師の絶対的数の不足状況を改善するために、診療所に勤務する看護師が勤務を継続しながら助産師資格を取得できる定時制助産師養成コースをの制度上、教育課程上の問題点を検討し、実現可能なプランを構築した。
 3. 医療システムの集約化の中で医療評価の指標を設定した。
 4. 都市部における産婦人科医の集約化と事業推進における問題点、さらにはセミオープンシステム構築における問題点を北九州市、相模原市、仙台市において明らかとした。
- 仙台市においては妊婦健診の地域クリニカルパスを策定し、医療の標準化を図った。仙台市におけるセミオープンシステムは順調に稼働している。今後このシステムを成熟させていくためには本システムの評価を行うこと

が求められる。その第一歩として、医療の受け手である患者がどのように感じているかを知るために、分娩拠点病院のひとつである東北公済病院においてセミオープンシステムを経験した妊婦を対象として、アンケート調査を実施した。全体の約8割がセミオープンシステムを利用してよかったと答えており、通院のしやすさのほか、待ち時間が短縮しゆっくりと診察を受けられるというメリットを享受していることが窺われた。その一方で、健診施設と分娩施設間での情報の遺漏や連絡の不行き届きなどに不安が認められることから、健診施設と分娩施設のシームレスの連携、それ加えて対象となる妊婦に対する十分な説明を充実させていくことが必要と考えられる。今後仙台システムが市民県民に深く理解され、発展を続けるためには、こうした意見を収集し、常に体制の改善を図ることが肝要であることがわかった。

5. 地方においては集約化の問題点と解決法を議論した（北海道）。またシステム構築の中でIT利用による遠隔医療を岩手県の釜石市の県立病院と遠野市（産婦人科医不在）の地域間で行った。

6. 緊急搬送のためにドクターヘリの全国の状況、防災ヘリの状況を調査し、周産期医療に利用できるかを検討した。

D. 考察

わが国の周産期医療は世界に誇る周産期死亡率等を達成できていた。しかし、平成12年より厚生労働省科学研究「小児科産科若手医師確保・育成に関する研究」がスタートしたようにこの頃から既に産科医の不足が見られ特に地方において顕著であった。その原因としてはこの報告書において指摘されている如く、労働条件の過酷さ、医療訴訟の多さ、そして女性医師の増加に伴う諸問題がクローズアップされてきた。さらには、平成16年度からスタートした臨床研修の必修化と大野病院事件により産科医の現状は地方のみならず都会においても減少し、社会問題化している。

この産科医の減少にともなう病院産科の閉鎖、分娩を扱う診療所の閉院は地域における分娩場所を奪い、「お産難民」という言葉も創出した。特に著しい北海道、東北地方で現状を把握し、改善する一手段として産婦人科医療施設、産婦人科医の集約化を図るため

の検討を平成15年より厚生労働省科学研究「地域における分娩施設の適正化に関する研究」として行った。その中の成果の一つとして北海道において産科医、小児科医の少ない地域において有意に早期新生児死亡が高いというデータが示され、このままの周産期医療システムのもとで産科医が減少してゆけば数年後には北海道で見られた如く世界に誇る周産期医療は瓦解することが見えてきた。

そこで、本研究ではわが国の周産期医療はどうあるべきか長期的展望にたった議論を日本産科婦人科学会の医療提供体制委員会とともにおこない、ヴィジョンを呈示した。この中で明らかになったことは産科医の減少も大変重要であるが、産科医を支えるコメディカル、特に助産師の数が絶対的に不足している実態が示され、早急にその対策をとらなければならないことが明らかとなった。

国は平成20年度までに「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の具体的な対策」を都道府県の医療計画の中で立案することになっている。国民の間においても産科医不足の現状認識は十分であり、これを前提とした産科医療システムの構築が直近

の問題として叫ばれているところである。北海道、東北地方では集約化が進みつつあるが、集約化に取り残された地域と集約化病院、さらには地域の総合母子医療センターとの連携を密にするネットワークの手段を明らかにする必要がある。この概念に基づき開始されたのが、岩手県で行われている分娩を中止した病院における助産師外来の有効利用と intelligent technology を用いた遠隔医療の構築であり、青森県で試行される病院内妊婦宿泊施設の運用である。さらには大野病院事件に見られ様に分娩の安全性を図り急変時の対応するために産科救急医療へリ搬送医システムを構築する事業である。また都市部での集約化のモデルである仙台市におけるセミオープンシステムは順調に稼動しているが、病病、病診を結ぶため、診療ノートを作成し、医療の質の均一化を担保するために妊婦健診のクリニカルパスを導入している。

このような、事業を先鞭として集約化病院を中心とした新しい周産期医療システムが地域の特徴をもって発展していくものと思われる。

今後は、小児医療とくに NICU との連携をはかり、産科のみならず小児科

と共同した総合的な医療システム構築が必要である。

E. 結論

産婦人科医療の将来像を描くために現状調査を行い、今後の問題点について明らかとした。さらに、直近の課題として地域における分娩集約化病院を中心とした新しい医療システムを構築する必要性が叫ばれており、各地で地域の実情に即したシステム構築がスタートしている。今後はこれらの特徴を相互に学び、小児科との連携のもとに新しい周産期医療システムの構築を図らなければならない。

F. 健康危機情報

なし

G. 研究発表

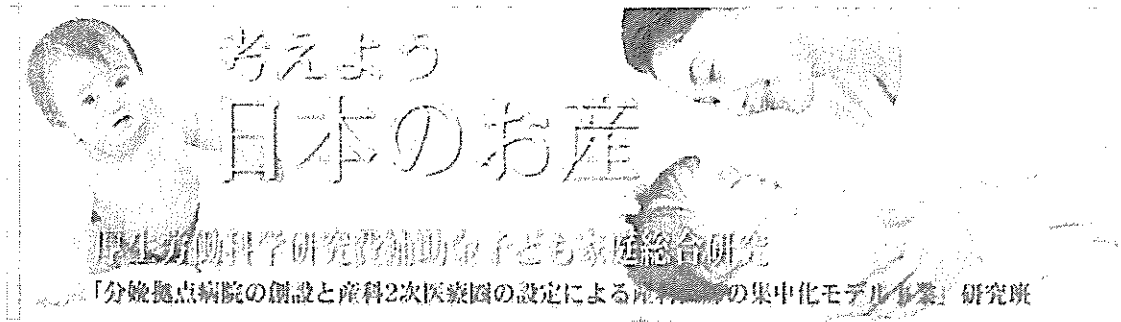
なし

E. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考

1. 平成15年度厚生労働科学研究「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」報告書。主任研究者 鴨下重彦。平成16年3月
2. 厚生労働科学研究子ども家庭総合研究事業「地域における分娩施設の適正化に関する研究」平成15年度～平成17年度総合研究報告書。主任研究者 岡村 州博。平成18年3月



お産 出産 病院 産婦人科 産科 婦人科 妊娠 誕生 子供 東北大学医学部 仙台

研究報告書

■ 公開市民フォーラム [チラシ](#)

「皆で考えよう、産婦人科医療:どうするわが国のお産」

日 時:平成18年12月3日(日) 13:00~16:30

場 所:東京大学 本郷キャンパス大講堂(安田講堂)

〒113-8654 文京区本郷7-3-1(事務局)

TEL: 03-3812-2111(代表)

対 象:一般市民・助産師・医師等(参加費無料・当日参加可)

ご意見募集

病院アンケート調査

[公開シンポジウムのご案内](#)

第一部

講演(13:00~15:00)

司会:東京大学教授 武谷 雄二

東北大学教授 岡村 州博

[公開アンケートフォーム](#)

1. 行政の方針と今後の対応

厚生労働省雇用均等児童家庭局
母子保健課長 千村 浩

[HOME](#)

2. マスメディアの立場から

日本放送協会解説委員
飯野奈津子

3. 助産師からの提言

山梨大学医学工学総合研究部
臨床看護学教授 遠藤 俊子

4. 女性医師の立場から

横浜市立大学助手
奥田 葵加

5. 地方の現状と提言

旭川医科大学病院長
石川 睦男

6. 分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度

日本医師会常任理事
日本産婦人科医会副会長
木下 勝之

7. 日本産科婦人科学会の取り組み 北里大学教授

海野 信也

<休憩> (15:00~15:10)

第二部

意見交換(15:10~16:30)

司会:東京大学教授 武谷 雄二

東北大学教授 岡村 州博

主 催:厚生労働科学研究「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の
集中化モデル事業」(主任研究者 岡村州博)

後 援:日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会

Ⅱ 分担研究報告・研究協力者報告

平成 18 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
「分娩拠点病院の創設と産科 2 次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」

(主任研究者：岡村州博 東北大学医学部産婦人科教授)

産婦人科医療提供体制のグランドデザインの構築と それに基づく緊急課題への対策の検討

分担研究者：北里大学医学部産婦人科教授 海野信也

研究要旨 産婦人科医療提供体制の現状を多角的に明らかにするとともに、今後の改革のための基礎資料を収集した。さらに具体的な改革策について、地方・都市部という観点、多様な分娩施設のありかたという観点から詳細に検討し、展望を示した。また、制度の安定化に不可欠な助産師養成増加策について具体策の提言を行った。

A. 研究目的

我が国の周産期医療は世界標準からは依然、高水準にあると考えられるが、新たにこの分野の専攻を希望する医師の著明な減少が認められ、医療提供体制維持が困難な地域が発生しつつある。本研究では、産婦人科医療提供体制の安定的維持と発展のための喫緊の課題と中長期的課題を分析し、将来（20-30 年後）の産婦人科医療の安定的供給システム—グランドデザイン—を構築するとともに、それに到達するための実現性のあるロードマップを作成する。

B. 研究方法：研究内容と研究チームの構成： 研究方法の詳細は各研究協力者の報告書に記載する。

1) 産婦人科医療提供体制の現状分析とグランドデザインの構築 担当者 海野信也（北里大学医学部産婦人科学教授・日本産科婦人科学会（日産婦学会）・産婦人科医療提供体制検討委員会委員長）・吉川裕之（筑波大学臨床医学系教

授・日産婦学会・学会のあり方検討委員会委員長)

- 2) わが国の生殖医療に関する現状と必要とされる医療資源の推定 担当者 久具宏司（東京大学大学院医学系研究科講師）・田邊清男（東京電力病院産婦人科科長・日本産婦人科医会（日産婦医会）常務理事)
- 3) 緊急的産婦人科医療提供体制の確保における地方モデルの構築 担当者 金井誠（信州大学医学部産婦人科学講師)
- 4) 助産師養成・臨床研修制度改正案の立案 担当者 中林正雄（愛育病院院長)
- 5) 産科医療のシステム化（集約化・重点化）成果評価システムの検討 担当者 中村利仁（北海道大学大学院医学研究科社会医学専攻社会医療管理学講座医療システム学分野助手)
- 6) 都市部における産婦人科医療機関の集約化モデル事業推進上の問題点 担当者 内野直樹（社会保険相模野病院院長)

7) 産婦人科医療提供体制に関する、労務的側面の課題と対策 担当者 渡辺明良（聖路加国際病院経営企画室）

C. 研究結果

1) 産婦人科医療提供体制の現状分析とグランドデザインの構築：産婦人科医療現場の実態を統計資料を用いて明らかにした。

また、わが国の産科医療の特徴を諸外国との比較で明らかにした。現状分析に基づいて、今後の産婦人科、特に産科医療改革の方向性について検討した。

2) わが国の生殖医療に関する現状と必要とされる医療資源の推定：統計資料を用いて、わが国の不妊を訴える女性の診療に必要な医師数を推定した。その結果、不妊症専門の病院・診療所に対応する場合には約 2,600 人、不妊症以外の領域の診療も行う病院・診療所に対応する場合は約 10,000 人となることを明らかにした。

3) 緊急的産婦人科医療提供体制の確保における地方モデルの構築：長野県南部地域を対象として産婦人科医療提供体制再構築のための地域モデルを検証した。地方では稀でない 2 次医療圏に基幹病院が 1 施設しか存在せず、集約化対象病院もない地域での医療崩壊を防止する対策として、2 次医療圏を再評価した上で、連携強化病院となりうる病院を周囲の 1 次医療施設、診療所が診療サポートし(公立・公的病院に限らず民間の地域分娩施設や分娩非対応施設を含む)、地域住民に受診形態の変化に協力してもらうモデル(外来診療の分散化と分娩の集中化による地域病診・病病連携 セミオープンシステム)を構築した。診療実態から、このような方法で産婦人科医療提供体制の安定化が可能な場合があることを明らか

かにした。

4) 助産師養成・臨床研修制度改正案の立案：分娩の現場の助産師の絶対的不足状況を改善するために、診療所に勤務する看護師が勤務を継続しながら助産師資格を取得できる定時制助産師養成コースを制度上・教育課程上の問題点を検討し、実現可能なプランを構築した。

5) 産科医療のシステム化(集約化・重点化)成果評価システムの検討：産科医療システム化のこれまでと現状および今後について、成果の評価についての検討を行い、以下の点を明らかにした。

わが国の病院間、診療所、助産所等との間の機能分担のバランスは、主としてその生産性によって決定されており、今後の集約化・重点化の制約条件となる可能性がある。評価のための成果指標としては、医療水準指標、医療機関の経営指標、医師の勤務条件の指標、患者・住民満足度の指標等が考えられる。しかし各々の医療機関、産科医療圏ごとに設定が必要で、さらに既存の妊産婦死亡率や周産期死亡率、自然死産率などの成果指標の数値が既にも低いため、現実的な指標となり得ないという問題がある。中間指標の活用が必要と考えられるが、具体的な指標としてはさらに検討が必要である。

6) 都市部における産婦人科医療機関の集約化モデル事業推進上の問題点：神奈川県相模原市において分娩施設ならびに産科医師の集約化のもたらす影響について、短期的な検討を行った。大都市圏では地域の行政、医療機関や地域医師会における産科医療の危機的状況に対する理解はまだ十分とは言えなかった。6 カ月間という観察期間

では、集約化施設における労働条件の明確な改善が認められ、診療上の問題点の発生は認められなかった。

7) 産婦人科医療提供体制に関する、労務的側面の課題と対策：労働法における医師勤務に関する問題点を整理し、特に産婦人科医療提供の観点から検討した。労働時間の問題、宿日直の問題、交代制勤務の問題、給与・手当の問題等の多岐にわたる問題を検討した結果、労働基準法、医療法改正を含む措置を前提として、以下のような対策が考えられた。1)交代制勤務 2) 年俸制により手当などを包括した報酬形態 3) 診療報酬上の病院経営支援 4)業務委託契約等による病院と医師の間の直接雇用関係ではない新たな関係の構築。

D. 考察

産婦人科医療提供体制の現状を多角的に明らかにするとともに、今後の改革のための基礎資料を収集した。さらに具体的な改革策について、地方・都市部という観点、多様な分娩施設のありかたという観点から詳細に検討し、展望を示した。また、制度の安定化に不可欠な助産師養成増加策について具体策の提言を行った。

平成 18 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
「分娩拠点病院の創設と産科 2 次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」
(主任研究者：岡村州博 東北大学医学部産婦人科教授)

「産婦人科医療提供体制のグランドデザインの構築と
それに基づく緊急課題への対策の検討」
産科医療改革の方向性

分担研究者：北里大学医学部産婦人科教授 海野信也
研究協力者：筑波大学臨床医学系教授 吉川裕之

研究要旨

A. 研究目的

わが国の産科医療の現状を諸調査結果をサーベイすることによって明らかにし、平成 18 年の産科医療現場の実態について分析する。さらにこれらの事実を前提として、考えられる産科医療体制改革の方向性について、検討する

B. 研究方法：

- 1) わが国産科医療の現状について、厚生労働省・日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・周産期医療 (MFICU) 連絡協議会の調査データに基づいて検討する。
- 2) 産科医療危機への対策について、日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会および本研究班で検討した。

C. 研究結果：

1) 産科医療提供体制の実態：

産婦人科医師数の推移：図 1 にわが国の全医師数と産婦人科医師数の年次推移を対比して示す。医師数は一貫して増加しているが、産婦人科および産科を標榜する医師数

は減少している。このような診療科は他に存在しない。産婦人科医師不足が話題になると厚生労働省 (以下厚労省) は一貫して、少子化の影響で出生数も減少しており、産婦人科医一人あたりの出生数はほぼ一定であり、産婦人科医が不足しているとは言えないという見解を示してきた (平成 19 年 2 月 7 日柳沢厚生労働大臣の衆議院予算委員会における答弁)。厚労省のこのような見解は、産婦人科があたかも妊娠分娩だけを取り扱っていること、あるいは産婦人科医の診療業務が出生数と比例する関係にあることを前提としている。産婦人科の診療分野は妊娠分娩管理だけではない。確かに分娩数は右肩下がりだが、不妊症の分野、婦人科悪性腫瘍分野は明らかに患者数が増加している。不妊症分野では、体外受精に代表される生殖補助医療の治療周期数は 1998 年に 61,718 周期であったのが 2004 年には 116,604 周期と 89% の増加を示している。その結果、1998 年に 11,119 人 (全出生児の 0.92%) だった生殖補助医療からの出生児は 2004 年には 18,168 人 (全出生児の

1.64%) に達している。産婦人科医は少子化とともに縮小しているのではなく、少子化に抗して正面から取り組んでいるのである。高齢化と生活の西欧化は婦人科悪性腫瘍の増加、特に子宮体癌と卵巣癌の急速な増加をもたらしている。生殖医療、悪性腫瘍領域についてはあきらかに患者数は右肩上がりに増加しているのである。しかもこれらの領域は産婦人科の中でも勤務条件等の点で他の診療科と大きな差が存在しない分野である。このため、減少している産婦人科医の中で、産科領域から撤退し、生殖医療、婦人科悪性腫瘍領域への専攻分野の明確なシフトが発生している。その結果、実際に現場で分娩を取り扱う医師が激減しているのである。

産婦人科医の年齢別勤務医療機関：図 2 は厚労省調査による 2004 年末時点での医療機関種別ごとの勤務産婦人科医数を年齢別に示したものである。比較的若年層はその多くが病院または医療機関（大学病院）に勤務し、年齢の進行とともに次第に診療所勤務者数が増加する。60 歳以上では大多数が診療所勤務となる。産婦人科医のキャリアにおける勤務場所の変化を反映しているものと考えられる。このグラフから、60 歳から 30 歳までの各年齢の産婦人科医数が必ずしも減少傾向にあるとは言えないこと、大学病院勤務医は 45 歳を越えると著明に少なくなること、診療所勤務医の相当数が 60 歳以上の高齢者であることである。このグラフでは示されていないが、産婦人科医が勤務する診療所には分娩を取り扱う施設と扱わない施設があり、最近開業した比較的若い年代の産婦人科医は不妊症を専門として分娩を取り扱わないことが多く、比較

的高齢の診療所の産婦人科医が分娩を取り扱っているという現実がある。

このような医療機関とそこに勤務する産婦人科医の関係を念頭において、図 2 に図 3 を重ね合わせてみる。図 3 は日本産科婦人科学会員の性別年齢別分布である（産婦人科医はすべて学会員と考えてよい。一部基礎研究者も含まれているがその分布構造を変えるほどの数ではない）。40 歳代から若い年齢層で女性が占める割合が年をおって増加しているのが明らかである。実際、女性の全体に占める率を計算すると図 4 のようになる。

産婦人科医の中でのこのような女性の増加は、産婦人科の対象となる患者の選好、要請を反映したものと考えられる。女性医師自体が少なかった時代には、産婦人科受診者の中でも女性医師を希望する人は少なかった。しかし、現実に女性医師が増えるに従って、女性医師を指定する患者も増える傾向にある。特に若い男性医師は敬遠されがちであり、逆に若い男性医師にとっては産婦人科を専攻する意欲がそがれる結果となっていると考えられる。医師国家試験合格者に占める女性の割合は多くなったと言っても 34%弱であり、産婦人科医中の女性率の増加はこれを遙かに上回る速度で進行している。前述したように一般病院や大学病院に勤務する医師は比較的若い世代が多い。これらの医療機関が地域の救急医療や高度医療を担っていることを考慮すると、現在そして今後の産婦人科の救急医療や高度医療を担うのは 70%以上を占めるに至っている女性医師であるということになる。過去 15 年ほどの間に病院に勤務する産婦人科医の性別構成が男性優位から女性の圧

倒的優位へと一変してしまったのである。今後の産婦人科医療提供体制を考える際にはこの変化を無視することはできない。女性医師が継続的に医療の第一線の現場で働き続けることが、産婦人科医療の安定的提供に必要不可欠になっているのである。分娩現場の医師の実態：次に分娩の現場について検討する。

図5に示すように、分娩取扱医療機関数は一貫して減少してきている。出生数も減少しているが、分娩施設の減少はより急速であり、その結果、一分娩施設あたりの分娩数は増加し、妊産婦の分娩施設へのアクセスはより困難になっている。図5に示されているのは2005年秋までの経過であり、2005年末に示された厚労省の「集約化・重点化」の方針とは無関係である。分娩施設は単純に減少し、それとともに分娩の現場で働く産婦人科医も減少してきていると考えるべきである。分娩施設の減少は病院でも診療所でもほぼ同様に進行しており、全体で年間約100施設の減少が認められている。集約化なしの減少は、残った施設の機能強化を伴わないことに留意する必要がある。

分娩施設における勤務医師数の実態について2005年に日本産科婦人科学会が調査をおこなった、その結果をまとめたのが表1である。分娩を取り扱う施設に勤務する産婦人科医は全体で7825名であり、このうちの52%を取り扱う病院の中で大学病院勤務医が1718名、一般病院勤務医が3644名、診療所勤務医が2643名であることが明らかになった。大学病院で救急高度医療以外には地域の産科医療に大きく貢献している施設は少ないのが現状であり、分娩の現場

は一般病院と診療所勤務医あわせて6100名ほどでその大部分が担われているわけである。各医療機関に何人の産婦人科医が勤務しているかを調べたところ、実に分娩取扱施設の71%が医師は一人ないし二人にすぎないことがわかった。

分娩は24時間体制が必要であり、当直体制ないし宅直オンコール体制がとられる。一人ないし二人の使節では当直体制は全く実現不可能であり、毎日ないし一日おきの宅直で、分娩の入院のあるたびに夜間でも呼ばれるという勤務を続けることになる。当番でない日でも緊急手術があれば、必ずかけつけなければならない。少し人数が多い施設でも、単一の診療科で毎日当直体制を組むことは、現場に大きな負担をかける結果になる。図6に栃木県の調査による病院の診療科別当直回数を示す。病院の規模にかかわらず、産婦人科医の当直回数が他の診療科に比べて特に多いのが明らかである。わが国の分娩施設勤務産婦人科医の大多数はこのような勤務を続けている。産婦人科の勤務が過酷であると一般にいわれているのはこのような勤務実態をさしている。

前述したようにこのような勤務を行っている産婦人科医の半分以上は若い女性医師である。しかも、女性にとっては結婚・出産・育児など家庭的社会的に、非常に大きな負担のかかる時期にこのような勤務体制を余儀なくされているのである。現実におきているのは、これら女性医師による、妊娠・出産を契機とした、別の勤務形態へのシフトの選択である。病院勤務医の現場に居続けることは、出産後の女性医師にとってよほど条件に恵まれている場合以外は、事実上不可能なのが現実である。このよう

なシフトは本人の産婦人科医としてのキャリア形成にとって最善とは言い難いものなのはいまでもないが、産科医療体制の確保という観点からも、困苦に満ちた研修の結果ようやく十分な臨床能力を獲得した医師の現場からの離脱という、全く合理性のない結果をもたらしている。

新規専攻医の減少：図 7 に新臨床研修制度前後の産婦人科専門医研修開始者数の推移を示す。2004 年度卒業医は新制度の初期臨床研修を終えて 2006 年 4 月から専攻科における後期研修を開始した。このうち産婦人科を選択したのは全体で 285 名、新制度導入以前より約 2 割減少していた。男性の減少率は女性よりも著明であり、女性優位の傾向がさらに強まる結果となっている。本項で明らかにしてきたように、産婦人科医全体としての減少、産婦人科内部での産科の現場にいる医師の減少、女性医師の割合の著明な増加、新規専攻医の減少という事実そのものが産科医療の危機的状況を鮮明に示している。このままでは産科という診療部門が担ってきた医療分野での、医療の継続的安定的供給は絶対不可能である。これまでどおりのやり方を続けていたのでは、医療を提供する医師そのものが現場にいなくなってしまうのが確実なのである。ここで述べたのは医師の数と構成の変化ということだけだが、それだけから、なんらかの抜本的な制度的改革を行う絶対の必要性に迫られた位置に今、わが国の産科医療はおかれているという結論が導かれてしまう。むろん、新しい医療制度を考える上では医療の安全性の向上や技術的な発展についても考えていかなければならないが、産科医療の危機はそれ以前の問題から発生し

ているのである。

2) わが国の産科医療の特徴：それでは、このように厳しい状況に追い込まれているわが国の産科医療とはどのようなものなのだろうか。以下に歴史的経緯を含め、わが国の産科医療の特徴について検討する。

分娩施設の変遷：図 8 に戦後のわが国の出生場所別出生数の推移を示した。1950 年には大多数の分娩が自宅分娩であり、助産婦が管理の中心だった。その後、都市化・核家族化の進行を背景に、施設分娩への急激な変化が起こり、1970 年には病院と診療所がほぼ同数の分娩を取り扱うという施設分娩が標準と考えられる状態になり、その後 30 年以上、ほぼ同様の体制が続いている。助産所分娩は全体の約 1%であり、自宅分娩はごく少数である。60 年代から 70 年代にかけての施設分娩への移行を支えたのが、病院分娩と診療所分娩の並立体制だったと考えられる。図 2 で示された非常に高齢な診療所勤務医の存在は、この時期に開業した産婦人科医の現状を示しているものと考えられる。

わが国の産科医療の水準：産科医療水準を比較する際、しばしば用いられるのが妊産婦死亡率と周産期死亡率という概念である。前者は出産 10 万あたりの妊娠に関連した女性の死亡数であり、後者に出生 1000 あたりの後期死産数と早期新生児死亡数の和である。図 9 に 1950 年以降のわが国の妊産婦死亡率と周産期死亡率の推移を示した。1950 年には高レベルであったのが、その後 30 年間に急速に減少しているのが明らかである。現在、わが国の周産期死亡率は都市国家であるシンガポールを除けば世界最

低の水準を維持している。また妊産婦死亡率についても、先進諸国とほぼ同水準の数値を達成している。このような高水準の産科医療の達成に施設分娩への移行が寄与していることは疑う余地がない。

諸外国の分娩様式：分娩様式には文化的社会的側面があり、国により非常に大きな違いがある。表 2 は筆者が直接各国の周産期医療専門医にインタビューしてまとめた各国の分娩様式の概要である。オランダとニュージーランドは自宅分娩が多い国であり、ここであげた他の国では自宅分娩はほぼ例外的な存在である。分娩施設としては、大規模施設が大多数であり、小規模な医療機関による分娩が行われているわが国の状況はむしろ例外的であることがわかる。周産期死亡率や妊産婦死亡率については、各国で大きな差は存在せず、それぞれ独自の様式によって、成績の向上は可能と考えられる。

わが国の産科医療の特徴：以上の検討からわが国の産科医療は以下のような特徴を有すると考えられる。わが国では規模の小さい分娩施設が各地域に多数配置され、各地域で分散して分娩に対応している。小規模施設に少数の産婦人科専門医が勤務し、24 時間体制で現場で発生する問題に対処している。その結果として達成されている周産期医療の内容は統計上は大規模施設による集中処理方式の国と比較して遜色が無い。このような体制は各施設の医師の検診を前提としているが、それを可能にできたのが、一人医師が経営する有床診療所による分娩という、先進国では他に例をみないわが国に特有の方法である。この方法は、求められる医療水準が一人の専門医の能力

の範囲に収まっている場合には、利便性と効率性の両面で有効に機能する。担当医師は 24 時間常時対応を行う必要があるが、適切な報酬がもたらされていれば、ある程度は持続可能なシステムであるだろう。しかし、担当医師がそのような勤務条件で仕事を続けることができなければ、また、要求される診療水準が一人の専門医では対応不可能となった場合には、この方法では安定的な医療提供は不可能、ということになる。

3) 助産師制度について：

助産師数の変動とその背景：図 10 にわが国の 1950 年以降の助産師数の推移を示した。50 年代から 70 年にかけて急速な減少が起きている。この減少には 1951 年に助産婦（師）制度に根本的な改革が行われ、それまで看護婦としての教育が必要とされていなかった助産婦の資格が、看護婦の上位国家資格となったことが関係している。図 11 に示すように、新制度の導入後、助産婦養成数が非常に少なくなった。この状況は長く続き、現在のように 1500-1600 名前後の養成数となったのは 1980 年代以降のことである。このため、助産師数は 1950 年代から 90 年にかけて減少し続け、近年ようやく微増傾向を示すようになったにすぎない。

診療所の助産師不足の背景：従って、1970 年代の（今の 2 倍以上の分娩があった）第二次ベビーブームの時期前後は、分娩場所が施設分娩中心へと急速に移行した時期と重なるとともに、助産婦数が激減し、特に旧制度下のベテラン助産婦の高齢化が著しかった時期でもあったことになる。このような状況で、分娩施設として急激にニーズが増加した産科診療所の現場において、助産婦の絶対的不足が重大な問題となり、助