

産婦なしで分娩管理を行う絶対的が必要が生じた。このことが、現在の診療所における助産師不足、看護師内診問題の背景に存在しているのである。

助産師養成の実態：看護教育の大学教育化が進行する中で、助産師養成施設に関しても大学の占める割合が増加している。平成15年度のデータによると、助産師養成を行っているのは、大学及び大学院専攻科が66施設、短大専攻科が22施設、助産師専門養成所が33施設であり大学が55%を占めている。しかし、実際の卒業者は大学が417名、それ以外の施設が1212名と大学は26%を占めるにすぎない。4年制看護大学では看護師、助産師、保健師の看護3資格をまとめて取得することが可能だが、効率の良い助産師養成は困難ということになる。さらに、助産師資格取得者の就職先は、大学卒業生では助産師として就職したのは44%であるのに対し、その他の助産児養成所の卒業生では86%だったと報告されている。4年制大学の助産師養成は医療現場への助産師の供給に直接寄与しているとは言えないことが分かる。つまり、助産師資格取得者是不変でも、実際に分娩の現場にやって来る新人助産師は減少していることになる。

#### D. 考察—産科医療危機への対策

わが国のお産のあり方と産婦人科医の働き方：本研究班及び日本産科婦人科学会の産婦人科医療提供体制検討委員会では、図12,13に示したような構想を提示している。

1. 地域産婦人科センターと地域分娩施設群：産婦人科新規専攻医の減少と女性医師の割合の増加という現実を前にして、

産婦人科医個人の努力や献身によって地域産科医療を支えるというこれまでのやり方を続けようとするのは現実的な態度とは言えない。安定的な余裕のある労働環境や医療安全の確保は、今後の産科医療のあり方を考える上できわめて重要である。その意味では多くの先進国で採用されているように、分娩を大規模施設に集中させることを検討する必要がある。しかし、わが国の地域医療の実態を考えると、すべての地域で大規模施設に分娩を集中させることもまた、短期的に実現可能な目標とは言えない。そこで提示されているのが図12に示す労働条件や医療安全が確保され、安定的に24時間救急対応が可能な大規模施設（地域産婦人科センター）の整備と、地域の小規模医療機関のネットワーク形成（地域分娩施設群）という考え方である。地域産婦人科センターと小規模施設との間の人的なネットワーク形成と相互支援システムの構築も重要と考えられる。

2. 地域分娩施設群の考え方：各地域で単数あるいは複数の分娩施設がグループとなって、緊急帝王切開が24時間体制で可能な地域分娩施設群を構成する。24時間の緊急帝王切開対応は、現代の分娩のあり方（全出生の17%は帝王切開によるものである）を考えると、分娩施設としてどうしても備えるべき機能である。わが国特有のお産の小規模分散処理体制では、単独施設でこの機能を維持することが困難な地域・施設が多い。地域でこの体制を維持することができれば、通常のリスクの範囲の分娩につい

では地域の分娩施設で対応が可能となり、遠隔地にあるセンター施設に分娩を集中させる緊急の必要性はなくなる。従ってその後の体制整備は時間をかけて検討することができるようになる。

**必要な制度整備：**そのためには、まず減少し不足しつつある分娩施設一病院・診療所・助産所一がそのすべての能力を安定的に安心して発揮できる環境を整備しなければならない。それなしには分娩施設とその現場で働く医師・助産師・看護師の減少に歯止めがかからない。産科医療を今必要としている人たちに適切な医療提供を行いつつ、新しい安定的体制に移行し、産科医療の混乱状況によって大きな不利益をこうむる人を出さないためには、どうしても必要なプロセスである。

1. 看護師内診の許容：分娩の約半数を取り扱う診療所の分娩が維持されなくなると、地域の産科医療体制は短期間で崩壊する。新臨床研修制度に関連した病院産婦人科の混乱が落ち着くまで、診療所に地域の産科医療を支えてもらう必要がある。そのためには、地域産科医療を維持するための緊急的処置として、看護師内診は許容される絶対的必要性がある。
2. 医療関連異状死の取扱いに関する制度整備、医療事故の原因究明のための中立的第三者機構・紛争処理機構の構築：わが国では医療事故に際して患者側からも医療側からも納得のいく公正な処理が行われるための制度が未整備のまま放置

されている。また医療事故に関する報道のあり方にも大きな疑問がある。産科に限らず医療体制の安定のためにはしかるべき制度が迅速に整備される必要があると考えられる。また医療事故に関する無過失救済制度の導入は、現実に存在する医療事故の当事者救済のために、必要不可欠な制度である。

3. 地域分娩施設群の積極的形成：地域の病院・診療所・助産所の安全な分娩取扱が可能で体制を構築することを関係者全体が努力する必要がある。それは強制によって実現するものではなく施設間、専門家間の相互理解と協力によってのみ可能なものである。各施設は診療内容等を情報公開し、相互信頼の醸成に努めなければならない。行政は施設群整備に対して補助金をつける等の手段により、迅速な体制整備を積極的に支援する必要がある。
4. 周産期救急体制の再検討・再構築：これまでの周産期救急搬送体制は、現場の努力によってかろうじて維持されてきたと言っても過言ではない。産科の状況を考えると、この体制をこのままの形で維持することは到底不可能である。NICUと母体救急対応体制整備を含む医療機関の充実が必要である。それと同時に救急搬送先斡旋を行政が担当すべき業務として位置づけ、適切なシステム整備と維持が行われるべきである。
5. 周産期救急体制従事者の待遇改

善：現場の人間にとっては、仕事がきつい、厳しいということも重大な問題だが、それが適切かつ正当に評価されているか、という点もきわめて重要である。仕事の内容に対する正当な評価が行われることによって、現場からの離脱を防ぎ、新規参入を促進することができる。それなしには、どのような制度整備も効力を発揮し得ないと考えられる。

まとめ：わが国の産科医療の特徴と実態を明らかにした。産科医療の安定的持続的提供はきわめて困難な事態に直面していることが明瞭に示された。この事態を改善するために必要な施策について、検討を行い、提言をまとめた。

#### 参考資料・サイト

- 1) [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/27apr\\_6.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/27apr_6.pdf)
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/06/h0628-2.html>
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1212-10g.html>
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/180125-a.pdf>
- 5) [http://www.jsog.or.jp/kaiin/html/information/info\\_20oct2003\\_1.html](http://www.jsog.or.jp/kaiin/html/information/info_20oct2003_1.html)

#### 研究成果の公表

- (1) 海野信也 産婦人科医不足をどうする  
分娩施設の集約化を 毎日新聞 2006年6月3日 23面
- (2) 海野信也 周産期救急医療システムの  
現状と問題点 周産期医学

36(7):805-810, 2006.

- (3) 海野信也 産婦人科医減少に対する学会の取り組み 産科と婦人科 73(8): 993-1002, 2006.
- (4) 海野信也 産婦人科医療提供体制改革への道筋 「産科医療圏と地域分娩施設群」について 日産婦医会報 2006; 58(8): 12
- (5) 海野信也 産科閉鎖、医師不足、助産師不足の解決策を考える 助産雑誌 60(11):980-986, 2006
- (6) 海野信也 総論／データからみた産科医療の現状と課題 救急医療ジャーナル 15(83): 6-14, 2007.

図1 産婦人科医数の推移 (厚生労働省医師歯科医師薬剤師調査)

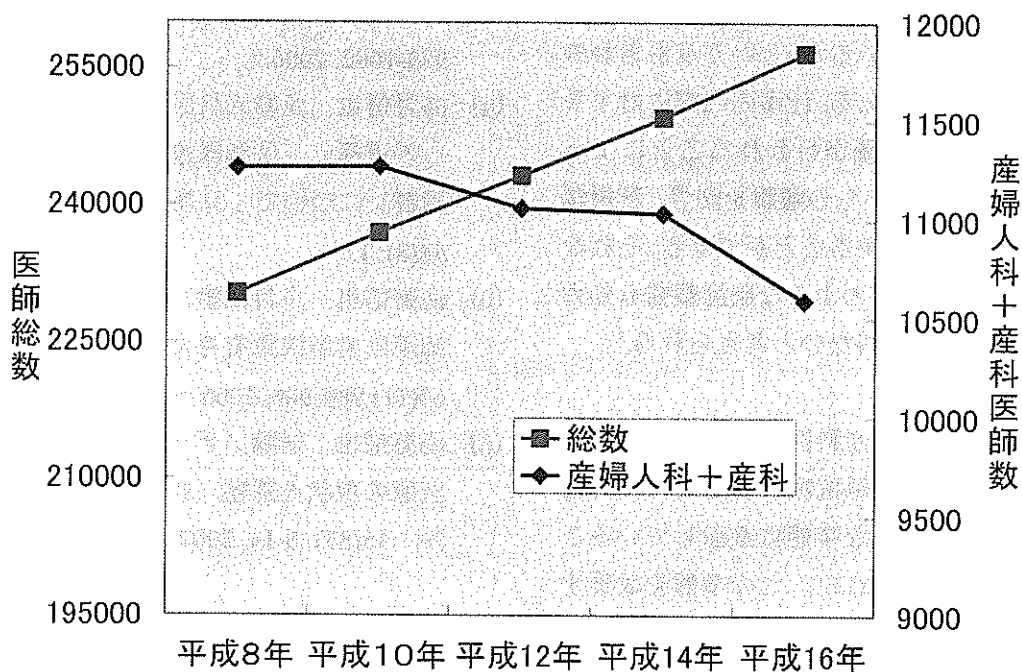


図2 勤務施設別・産婦人科・産科医師の年齢分布 (2004 年末現在)  
(厚労省 医師歯科医師薬剤師調査)

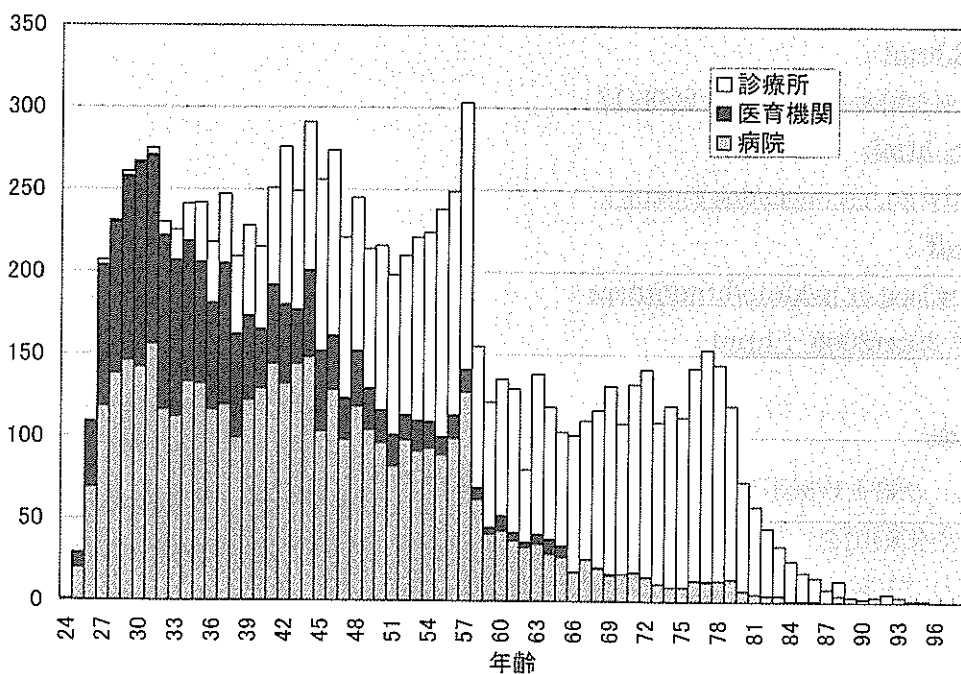


図3 日本産科婦人科学会 年齢別・性別学会員数 2006年11月現在  
(日本産科婦人科学会調査)

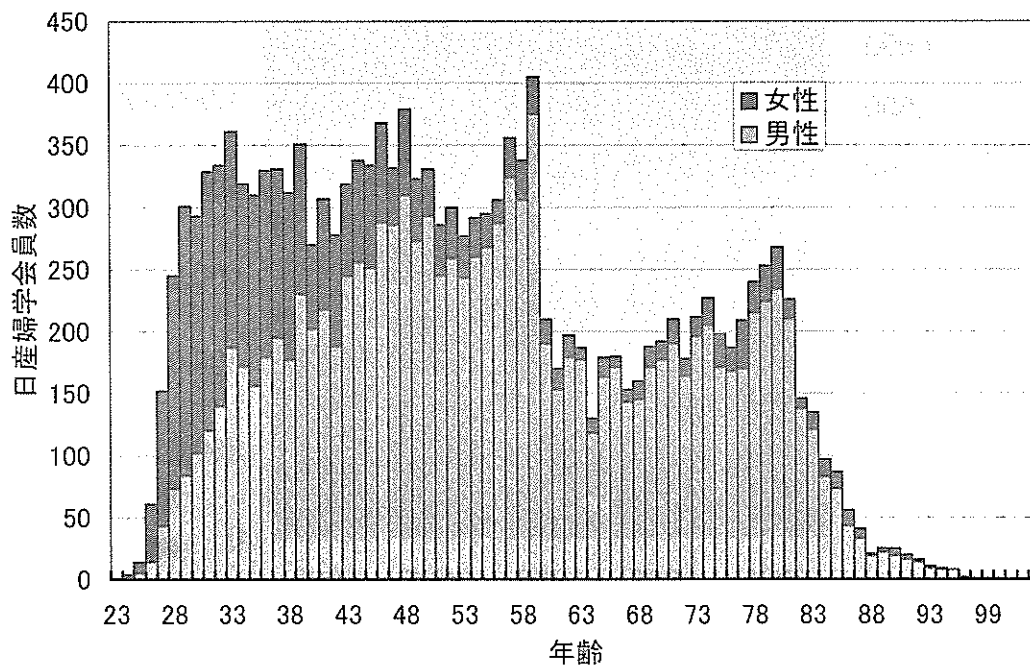


図4 日産婦学会員 年齢別女性率 2006年11月現在  
(日本産科婦人科学会調査)

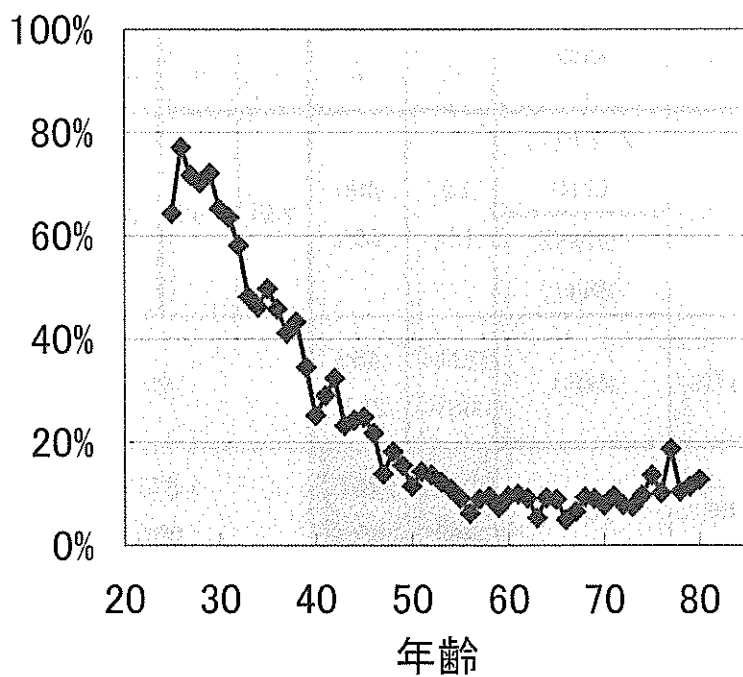


図5 分娩施設の減少（厚労省医療施設調査）

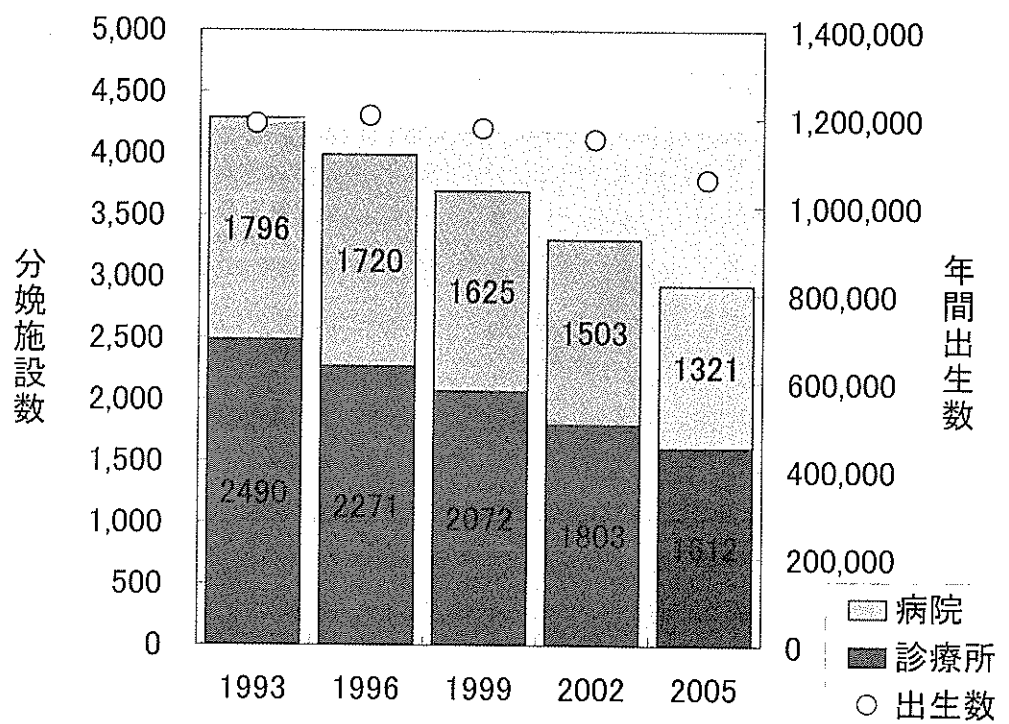


表1 分娩取扱施設における勤務医師数 2005年日産婦学会調査

	施設数	分娩取扱	勤務医師 総数	勤務医師数別施設数					
				1	2	3	4	5-9	10-
病院	1273	52%	大学病院 1718	187	299	285	159	235	93
			一般病院 3644	15%	23%				
診療所	1783	47%	2463	1214	452	99			
				68%	25%				
合計	3056	99%	7825	1401	751	871			
				46%	25%	29%			

図 6 勤務医の月間当直回数  
(栃木県医療対策協議会 平成 16 年 8 月調査)

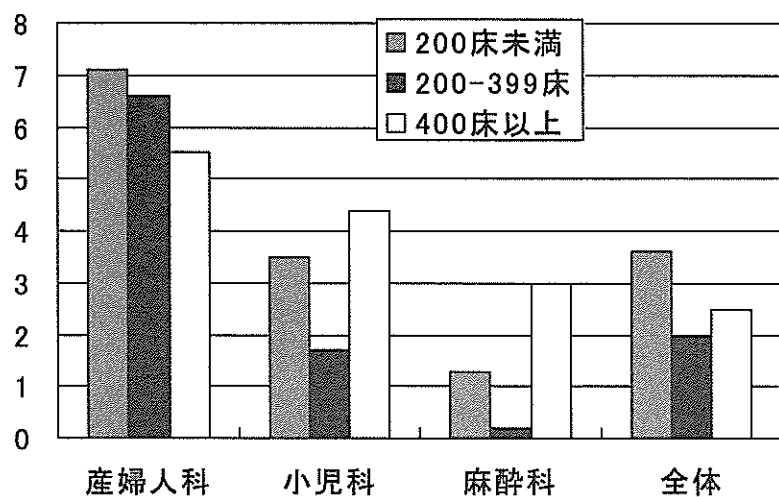


図 7 卒業年度別 日産婦学会会員数 2006.10.20 現在

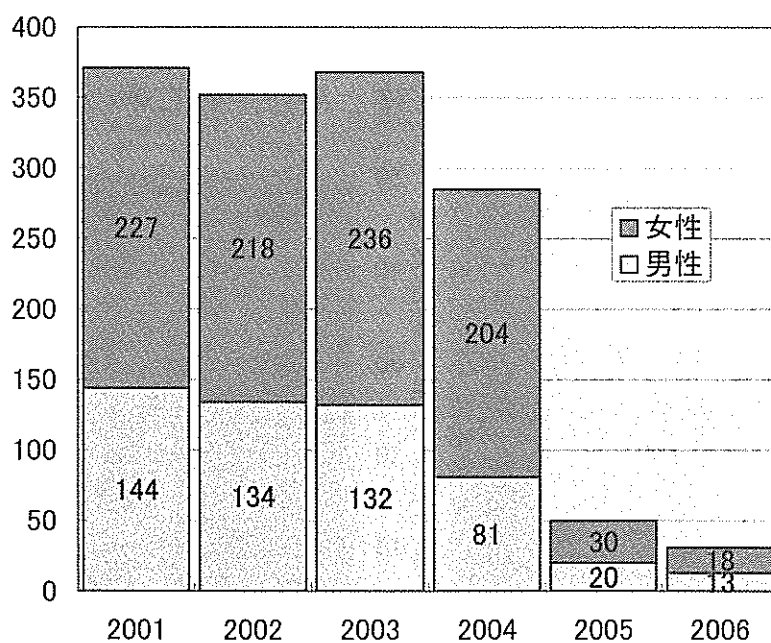


図 8 出生場所別出生数の推移 (人口動態統計による)

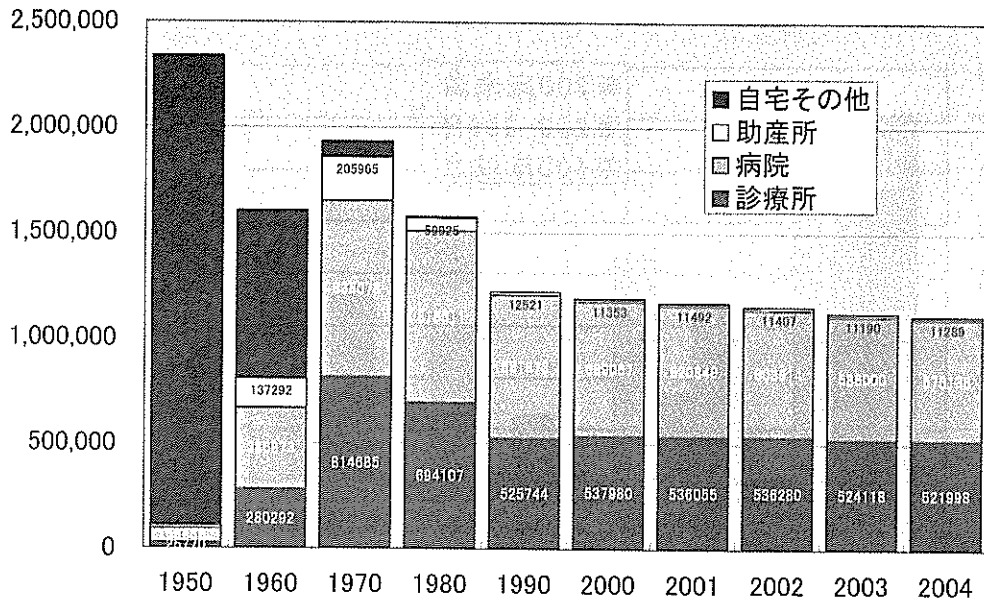


図 9 わが国の妊産婦死亡率と周産期死亡率の推移

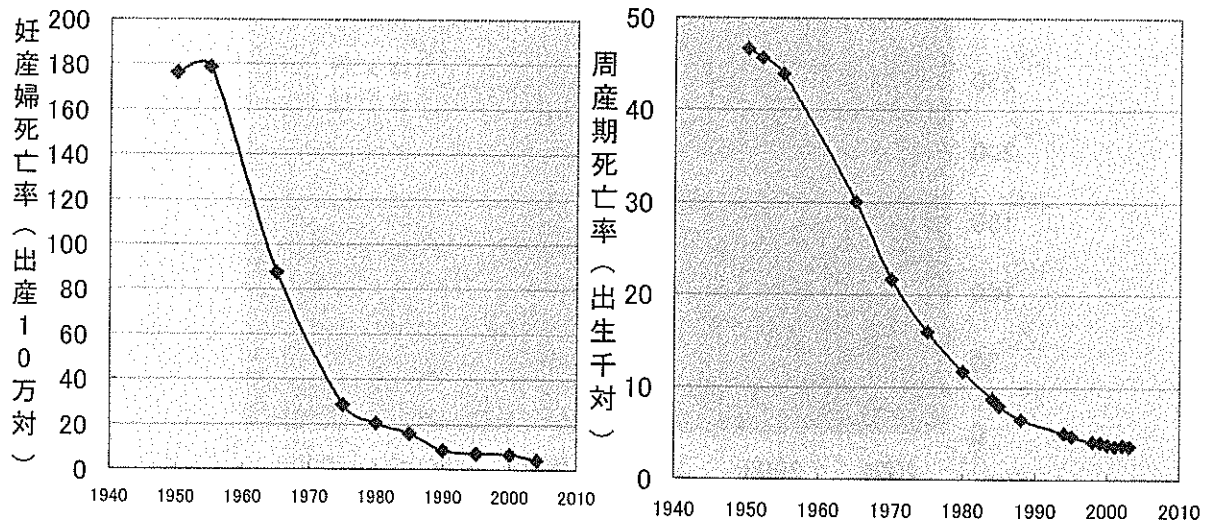




表2 諸外国の分娩様式

	出生数 (千人)	周産 期死 亡率	妊産婦 死亡率	自宅分娩	助産所分娩	小規模 施設・医 院	大規模施設・病院
イギリス	663	8.2	5.3	非常に少 ない	少しはある	少数	大部分 (15%程度が院内助 産)
オランダ	190	7.9	9.5	低リスク 3分の1	ない	ない	3分の2 (5-10%の moved home delivery)
スウェーデ ン	95	5.7	7.9	ない	ない	ない	100% (80%が院内助産)
ニュージー ランド	55	5.8	5.4	50-70% (地域に よる)	ない	ない	20%
アメリカ	4,134	7.1	7.1	<1%	<1%	ない	98% (院内助産 10%以下)
日本	1,111	3.6	6.1	非常に少 ない	少ない	47%	52% (院内助産は少ない)

図10 助産師数の推移

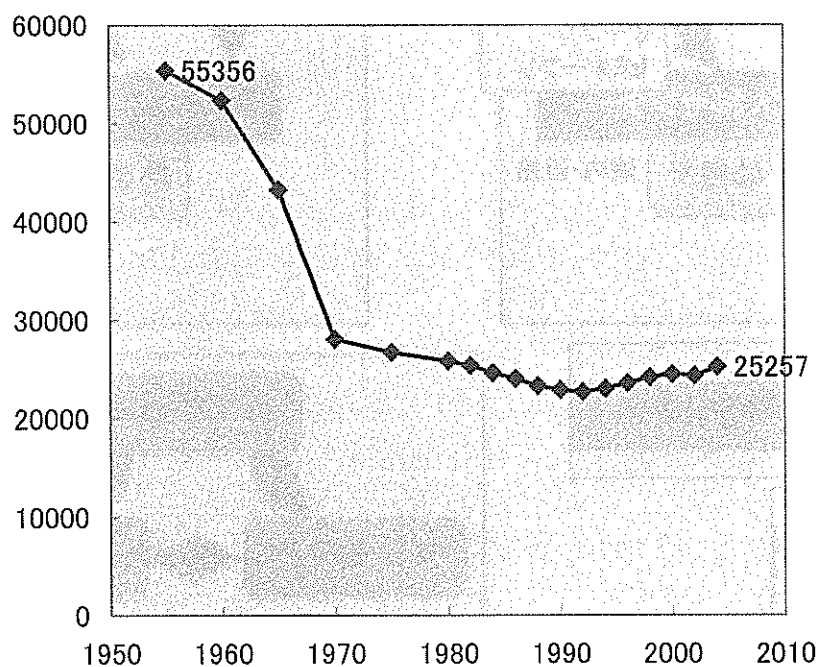


図 11 助産師国家試験合格者数の年次推移

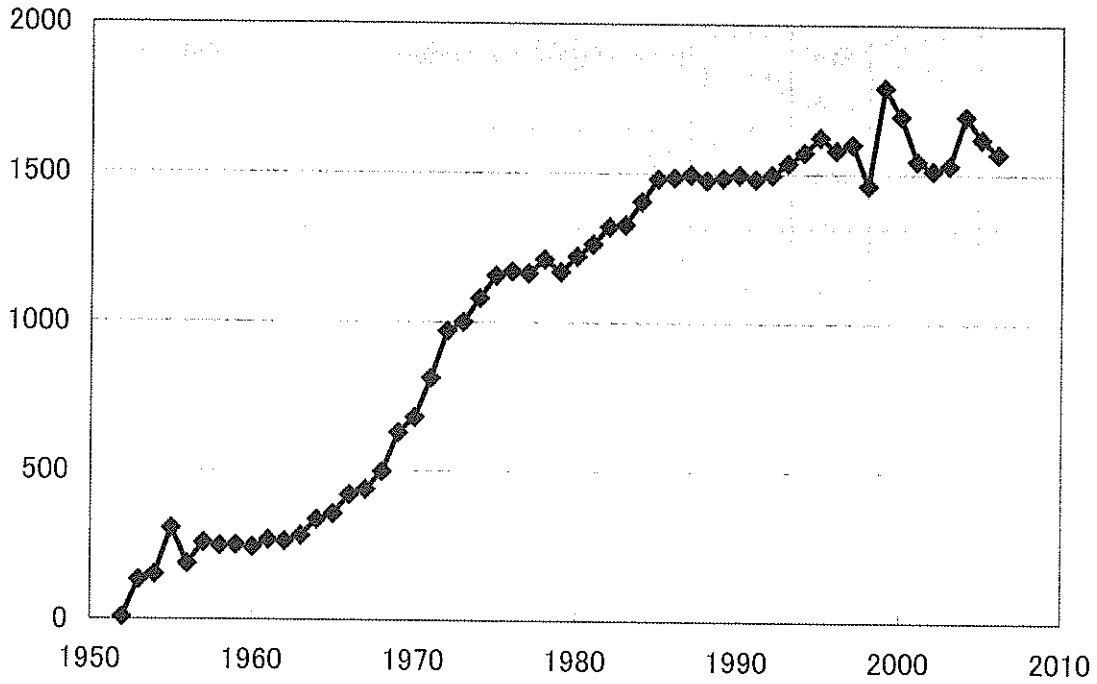


図 12 地域分娩施設群 (構成例)

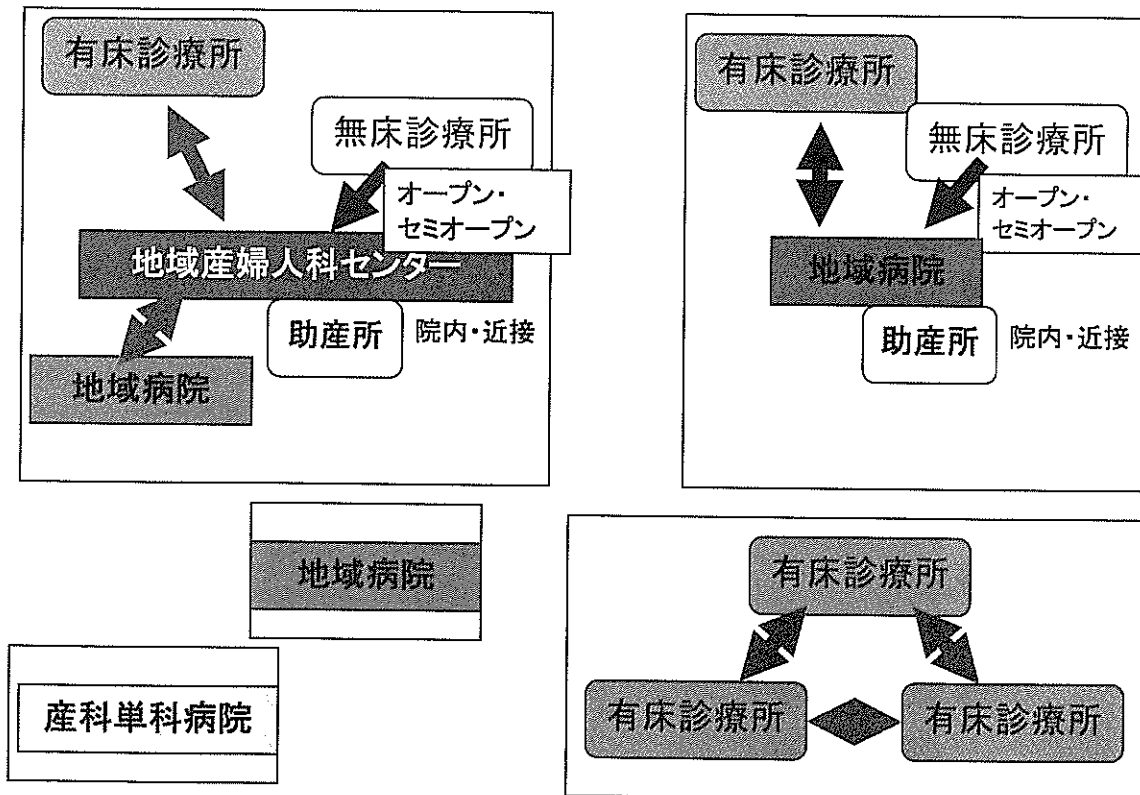
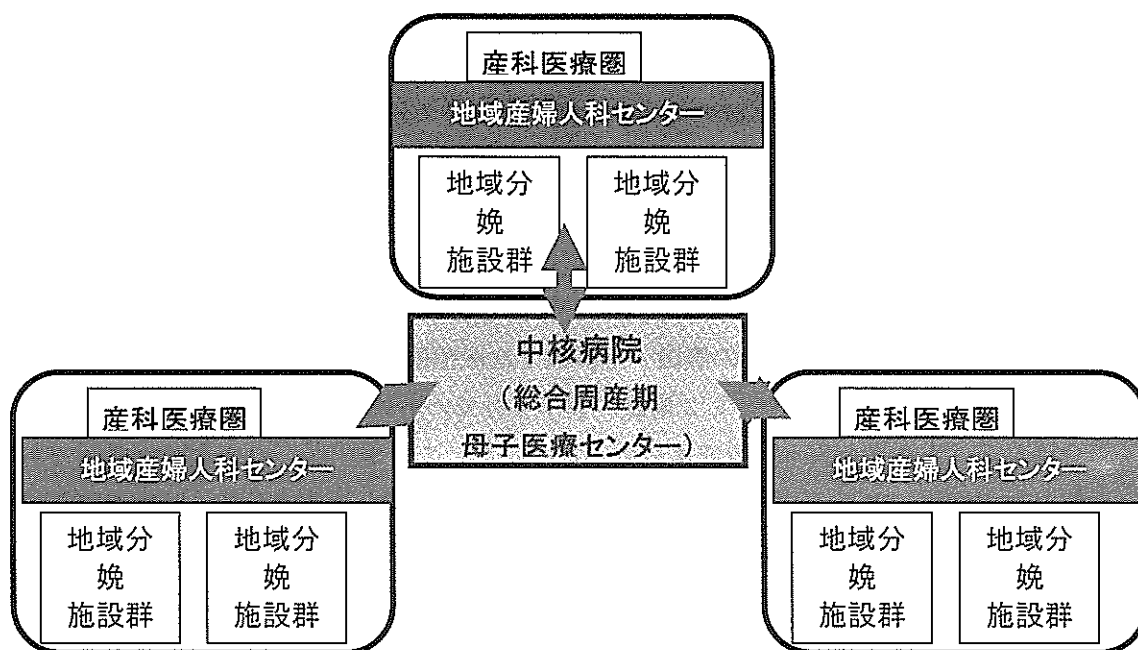


図 13 新しい周産期医療体制のイメージ



## 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

研究協力者：金井 誠 信州大学医学部産科婦人科

### 研究要旨

平成 17 年 6 月、長野県南部の飯田・下伊那 2 次医療圏では、年間約 1900 分娩を 6 医療施設で担っていたが、このうち 3 施設が翌年 3 月での分娩中止を表明したため、約 850 の分娩が受け入れ先を失う医療崩壊危機が勃発した。この地域唯一の 2 次医療機関である飯田市立病院（以下 I 病院）においても受け入れ不可能な状態であり、医療崩壊を回避するため、同地区の医療提供体制の再構築に取り組む必要が生じた。

地区広域連合、市町村長、保健所、医師会、医療機関の関係者からなる「産科問題懇談会」を立ち上げ、互いに連携・協力して事態を乗り切ることで一致し、産科共通カルテを作成して、正常妊婦の初診から 34 週未満の再診は I 病院以外の 5 施設が担い、I 病院では妊娠 4 ヶ月と 8 ヶ月の健診と、34 週以後分娩までの管理を行うことになった。婦人科も癌検診や軽症の一般外来初診は他の 5 施設で対応した。I 病院での分娩数急増に対する受け入れ体制整備のため、信州大学からの派遣医師 1 名を増員し常勤 4 名とし、非常勤医師による外来援助も増加させた。また広域連合から I 病院へ 5 億円の支援が決定され、分娩室の増築・分娩監視システム増設を行うとともに、助産師も増員した。地域住民には、新聞や広報をはじめ医療機関、市町村役場、保健師が診療体制の変化を周知した。

この結果 I 病院の平均分娩数は月 40 程度から、平成 18 年に入り急増し、8 月には 98 まで達したが、産科・婦人科・妊孕の各外来受診者数は、それぞれ平成 18 年 1 月の 713 人・517 人・155 人から平成 18 年 12 月には 601 人・415 人・87 人まで減少した。元来ハイリスク妊婦は全て I 病院が対応していたので、分娩数の増加はほとんど正常分娩であり、帝王切開数や多胎分娩数にはほとんど変化が見られず、他医療機関からの緊急母体搬送も減少したことなどから、I 病院産婦人科医の過重労働感は以前と同等かむしろ軽減することができた。その結果、分娩制限を行うことなく、2 次医療機能も含めて産婦人科医療提供が維持され医療崩壊を回避することに成功した。

2 次医療圏に基幹病院が 1 施設しか存在せず、周囲の 1 次医療施設も非常に少なく、集約化する対象の病院もないような地域は、地方においては珍しいことではない。こうした地域での医療崩壊を防止する対策としては、2 次医療圏を再評価した上で、連携強化病院となりえる病院を周囲の 1 次医療施設、診療所が診療サポートし（長野県モデルでは公

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にも協力していただく)、地域の住民の皆さんにも、疾患と病態に準じた受診形態に協力していただくという緊急対応が最も現実に即したプランと考える。

このような体制を拡充する中で、問題点を再評価し、地域の実情に見合った、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を行うことが重要である。

#### A. 研究目的

長野県南部の飯田下伊那地区は年間約 1900 分娩を扱う 2 次医療圏で、平成 17 年春まで公立の 2 次医療機関 I 病院(産科医 3 名、前年出生数 537 件)、公的 1 次病院 A(2 名、287 件)、開業病院 B(1 名、47 件)、診療所 C(1 名、521 件)、D(1 名、389 件)、E(1 名、130 件)の計 6 施設で分娩を担っていた。同年 6 月、B 病院と C 診療所が翌年 3 月での分娩中止を表明、7 月には A 病院も翌年 3 月での分娩中止を表明したため、約 850 の分娩が受け入れ先を失う医療崩壊危機が勃発した。

この事態に対応し、医療崩壊を回避する目的で、同地区の医療提供体制の再構築に取り組んだ。

#### B. 研究方法

平成 17 年 8 月に地区広域連合、市町村長、保健所、医師会、医療機関の関係者からなる「産科問題懇談会」を立ち上げ、互いに連携・協力して事態を乗り切ることによって一致した。具体策として、産科はセミオープンシステムで I 病院の外来負担軽減を図る。すなわち、正常妊婦の初診から 34 週未満の再診は I 病院以外の 5 医療機関が担い、I 病院では妊娠 4 ヶ月と 8 ヶ月の健診(+採血)と、34 週以後分娩までの管理を行う。これに伴い産

科共通カルテ(氏名、生年月日、分娩予定日、母親情報、健診情報、検査情報、特記事項が記入され、二つ折りで母子手帳に入るサイズ)を作成し、情報伝達省力化と情報共有を図った。また婦人科も癌検診や軽症の一般外来初診は原則として他の 5 医療機関で対応し、I 病院の受診が必要と判断した場合に紹介する体制とした。人的パワー・設備面でも I 病院を分娩数増加に対応可能とする必要があり、信州大学からのローテート医師 1 名を増員し常勤 4 名とし、非常勤医師による外来援助も増加させた。広域連合から I 病院へ 5 億円の支援が決定され、分娩室の増築・分娩監視システム増設を行うとともに、助産師増員(16 名から 22 名)により”快適なお産”を損なわない努力も行った。地域住民には、新聞や広報をはじめ医療機関、市町村役場、保健師が診療体制の変化を周知した。

#### C. 研究結果

I 病院では平成 17 年の平均分娩数は月 40 程度であったが、平成 18 年に入り急増し、8 月には 98 まで達した。平成 18 年末の状況では月 70-90 程度となっている。一方、外来患者数は、産後 1 ヶ月健診は当然増加したが、産科外来・婦人科外来・妊孕外来は、周囲の 1 次医療機関への受診を誘導したため、それぞれ平成

18年1月の713人・517人・155人から平成18年12月には601人・415人・87人まで減少した。また、助産師外来を充実させ産科外来担当医の労働をさらに軽減させることが可能になった。元来ハイリスク妊婦は全てI病院が対応していたので、分娩数の増加はほとんど正常分娩であり、帝王切開数や多胎分娩数にはほとんど変化が見られなかったこと、他医療機関からの緊急母体搬送も減ったことなどから、I病院産婦人科医の過重労働感は以前と同等かむしろ軽減できた面も生じる結果となった。

以上のような外来業務の負担軽減と、

常勤医1名増員、非常勤医や助産師の増員、分娩室や病棟の拡充、などにより、分娩制限を行うことなく、2次医療機能も含めて産婦人科医療提供が維持され医療崩壊を回避することに成功した。

地域住民も、産婦人科医減少の現状をよく理解してくださり、この体制への移行に、非常に協力的であった。I病院での分娩を経験された妊婦さん達からも、大きな不満の声は挙がっていない。しかしながら、客観的な満足度調査が必要であり、平成19年2月～3月に、平成18年に分娩された方の中から約400名を抽出して行う予定である。

I病院における分娩数と外来受診者数の推移

	分娩数				外来受診者数					
	経産分娩	帝王切開	合計	双胎	産科	1ヶ月健診	婦人科	妊孕	合計	
平成17年	7月	24	11	35	2					
	8月	26	6	32	1					
	9月	22	23	45	3					
	10月	31	11	42	2					
	11月	21	10	31	3					
	12月	28	13	41	0					
平成18年	1月	37	19	56	1	713	46	517	155	1431
	2月	44	19	63	2	674	51	397	129	1251
	3月	63	24	87	0	683	51	444	148	1326
	4月	58	20	78	3	598	78	369	114	1159
	5月	66	15	81	2	558	104	415	136	1213
	6月	62	19	81	3	604	82	467	107	1260
	7月	67	18	85	3	694	74	429	96	1293
	8月	79	19	98	0	746	94	490	100	1430
	9月	72	16	88	1	613	87	431	81	1212
	10月	63	26	89	2	663	117	443	96	1319
	11月	62	19	81	2	548	74	390	95	1107
	12月	53	17	70	1	601	76	415	87	1179

#### D・考案

平成 17 年度に行った長野県の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った。2 次医療施設 23 施設中 12 施設が 2 人勤務体制であり、夜間救急を全て受け入れながら当直とコール番を毎日交互に繰り返し、殆ど休みがない勤務状況を強いられていた。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。このような状況で、2 次医療施設の勤務医が、過重労働による開業の選択、県外他大学からの派遣医師引き上げ、女性医師の妊娠などで、平成 16-18 年の 3 年間に、29 人も 2 次医療施設から離職した。

こうした中、平成 17 年の夏、長野県南部での 2 次医療圏において、唯一の基幹病院での診療が、平成 18 年春には受け入れ不可能な状態に陥り、地域の医療崩壊が起こる事態が勃発した。2 次医療圏に基幹病院が 1 施設しか存在せず、周囲の 1 次医療施設も非常に少なくなっており、集約化する対象の病院もない地域は、地方においては珍しいことではない。長野県南部のこの地域も同様であった。

この現状を踏まえて、医療崩壊を防止する対策を緊急に講じるためには、地域の産婦人科医がバラバラに診療を提供するのではなく、過重労働となっている 2 次医療施設の勤務医を、公的医療機関に限らず周囲の 1 次医療施設の医師達がサポートすることが必須であった。また、行政や病院管理者、なにより地域住民の協力と理解が必要であった。

今回の、医療崩壊を避けるために、立場の違いを乗り越えて地域が一体となった長野県南部での取り組みは、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となりうる。

長野県では 2 次医療施設での分娩比率が非常に高く、既に病院の集約化は自然淘汰的に進行してしまっていることが判明している。これは現時点で過重労働の 2 次医療施設勤務医を緊急的に増員させる方が困難であり、これ以上 2 次医療施設からの離職者が続いた場合、次に待っているのは広域な医療提供体制の崩壊であることを意味する。そしてその事態に 2~3 年以内に陥る危険性がある。したがって 2 次医療圏を再評価した上で、連携強化病院となりえる病院を周囲の 1 次医療施設、診療所が診療サポートし(長野県モデルでは公立・公的病院に限らず民間の分娩施設や分娩非対応施設にも協力していただく)、地域の住民の皆さんにも、疾患と病態に準じた受診形態に協力していただく、という緊急対応が最も現実に即したプランと考える。そして各地域で 2 次医療を含めた診療体制を維持しつつ、将来的には産婦人科医の増員を図り、過重労働から解放された産婦人科医が、地域の二次医療をしっかりと支え、その周囲に一次医療施設も適度に存在し、安心して住民が暮らせる環境を目指す。加えて、各自治体は、この緊急プランの実現に向け、関連医療機関に対する財政的援助を行うことが必要である。

このような体制を拡充する中で、問題点を再評価し、地域の実情に見合った、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を行うことが重要  
と考える。



## 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

研究協力者：中村利仁 北海道大学大学院医学研究科医療システム学分野

### 研究要旨

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と、成果の評価についての検討を行った。

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いるように見受けられ、今後の集約化・重点化の制約条件となりうると考える。

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・住民満足度の指標については様々なものが考えられるが、各々の医療機関、産科医療圏ごとに設定が必要で、さらに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あまりにも低い為、中間指標の活用が必要と考える。

中間指標としては様々なものが考えられるが、データ収集コストも決して無視しえず、分析対象の特性に応じた取捨選択が必要である。

【研究目的】今後の安全と質の向上を主目的とした分娩医療施設の集約化・重点化政策の進展の中で、生じうる問題を予測し、継続的評価のための成果指標を提案する。

【研究方法】公表されている人口動態統計、医療施設調査、衛生行政報告例、医師・歯科医師・薬剤師調査などの統計情報等を用いて、都道府県別に、あるいは医療機関の類型によって、妊産婦死亡率等の成果指標を、また、医師あるいは助産師などの労働生産性を算出し、比較を行う。

【研究結果】人口動態統計によれば場所別出生数は戦後一貫して自宅等から施設、特に診療所と病院へと移行してきており、現在では自宅や助産所での出生は1%程度を

占めるに過ぎない。場所別自然死産率は平成2年頃に診療所が病院よりも低くなっている。場所別妊産婦死亡率では、最近10年間は安定して推移しているが、特に助産所でのその水準は全国でわずか1名の妊婦死亡があっただけで、ハイリスク分娩を多く手がけている病院での妊産婦死亡率に匹敵するほどとなっている。平成8年から16年にかけて出生数の減少にも拘わらず助産師数は増加し続けており、助産師一人当たり出生数はこの8年間で51.1から44.0の14%減と急速に減少しつつある。養成数にほとんど変化がないので助産師の増加は離職率の低下に伴うものである。施設別助産師数では、病院17539、診療

増加は離職率の低下に伴うものである。施設別助産師数では、病院17539、診療所4111、助産所927、その他727となっている。その大半がただし、平成12年の衛生行政報告例を最後に公開されていないが、就業助産師の7割は看護師等の業務を兼務する状況にある。都道府県別の分布についてみれば、首都近県で助産師一人当たり出生数は多くなっている。場所別で助産師一人当たり年間出生数は病院32.8、診療所127.0、助産所12.2となっている。助産所と自宅等施設外での出生を助産師一人当たりで計算すると8.21となる。(平成16年)分娩を取り扱っている医師数については公式統計が存在しない。仮に主たる診療科を産科あるいは産婦人科とした医師数とすると、平成8年末医師調査で11264人から平成16年末の同で10594人と減少している。特に病院医師数の減少が著しい。この減少は、高齢層の引退と、15年ほど前からの新規参入医師の減少によるものである。病院医師一人当たり出生数は92.1、診療所箇所当たり出生数は276.2であった。(平成14年)平均すると平成16年の医師一人当たり出生数は104.8となる。平成8年の107.1とあまり変化を認めない。都道府県別に医師一人当たり出生数を見ると、2倍以上の開きがある。関東近県ではやはり医師一人当たり出生数は他都道府県に比べて大きい。

【考案】1)生産性向上とボリュームによる質の向上:分娩患者の集約によって医療サービスの質の向上が得られるかどうか、得られるとしたらどのような質の向上であるのかについての実証的研究が未だ国内に

は存在しない。次年度以降、研究の企画が必要である。その生産性の違いが解消されない限り、診療所から病院への医師配置の急激な変更は、全体の必要医師数を増加させる。中小規模の病院から特定機能病院などへの移動も同様である可能性がある。医師労働生産性の違いは、診療所の場合、事業主となった医師が手空き時間を含めて昼夜休日を問わず働けば一人につき常勤換算4.2人に相当する労働力となること、ならびに病院・診療所での助産師の配置あるいは医師一人当たり看護師数によるものと考えられる。適切なskill-mixデザインが必要である。共同研究者の別途研究(厚労科研(H18-政策-一般-004))によって得たデータによると、急性期病院での看護師一人当たりの月間退院患者数はおおむね3人以下、ほとんどが2人以下である。分娩医療についてもこの数字がほぼそのまま当て嵌まるかどうかは検討が必要であるが、当て嵌まるとすれば、医師の労働生産性向上により、医師一人当たり年間100分娩を200分娩とするためには、医師一人当たり看護師数を4人増員する必要がある。300分娩までであれば医師一人当たり看護師数は8人の増員が必要である。7対1看護であれば病床数にして各々6床、12床の増床である。医師の勤務態勢に三交代制を導入するのであれば、夜勤医師一人につき医師7人のチームが必要である。総合周産期医療センター、あるいは地域産婦人科センターへの医師配置は、7人一単位として、常日勤と婦人科診療医師数を加えて算定を行う必要がある。年間病院医師一人当たり出生数を200人とするなら、夜勤医師一人体制で医師7人チームであるから、

看護師56人、病床数84床（看護単位2と分娩室と中央診療部門）となる。助産師の不足は深刻であるが、他方、兼務となっているために病院助産師の見た目の分娩取扱が極めて少なくなっている。病院間、特に公的病院からの他の病院あるいは診療所への移動を容易にし、かつ、少なくとも養成数が十分に確保できるまでの当分の間、兼務から解放して助産業務に専念できる体制を整える必要がある。2) 中間指標の導入と管理：医療水準指標としての妊産婦死亡率、周産期死亡率、自然死産率などの成果指標は、管理のための指標としては現在あまりにも低値となっており、全国規模ではともかく、医療機関や産科医療圏で扱う指標としては現時点で適切でない。代わって、中間指標が必要である。そのデータ収集コストにも配慮が必要であるのはもちろんであり、現在使用されている様々な臨床指標のうち、中間指標として何が適切であるのかは、更なる研究と検討が必要と考える。施設別、産科医療圏別、都道府県別に、妊産婦の合併症率、高次機能施設への搬送率、再搬送率、搬送手段と搬送時間、ドクターヘリ利用率、帝王切率、新生児のNICU収容率・合併症率などを検討すべきであろう。経営指標としては医療資源の有効利用に着目し、助産師数（施設別）、助産師兼務率、助産師一人当たり出生数、分娩取扱施設数、同医師数（施設別）、医師一人当たり出生数、病床稼働率、母体搬送率、後方

搬送率等が成果指標との相関の検討対象となりうるであろう。勤務条件としては、医師・助産師・看護師等の専門職について、給与水準と労働分配率、勤務時間、夜勤・当直時間、有給休暇の消化率等を検討する必要がある。分娩は女性自身にとっても配偶者にとっても一生に数度の機会であり、調査主体や範囲はともかくとして、満足度・不満足度調査等は必須であると考えられる。何らかの不幸な結果に終わった場合でも、患者アドヴォカシー、院内メディエーター、グリーンケアグループ等の配置あるいは紹介が行われているのか、有効に機能しているのかの評価が必要である。何れの中間指標についても、医療施設、産科医療圏、都道府県単位で随時適切な対処を行うと共に、定期的に全国平均値の推移による成果指標との整合性などの全体評価が必要である。3) 他科との連携：新生児科や麻酔科はもちろん、循環器科や腎臓内科、脳神経外科等との連携が必要である。これら診療科医師を独立型の分娩専門病院に専従配置することは生産性を毀損するので現実的でない。またこれら診療科の医師配置を産婦人科医師がコントロールすることは不可能である。しかし連携は必要である。他診療科との折衝は医療機関が行うこととし、また、センター化は必要であるが、総合病院の一部あるいは隣接した専門病院としてのスタンスが適当と考える。

#### 【参考文献】

平成14年、17年 医療施設調査（静態）

平成8年～17年 人口動態統計

平成8年、10年、12年、14年、16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

平成8年、10年、12年、14年、16年 衛生行政報告例

(以上は厚生労働省大臣官房統計情報部)

長谷川友紀；臨床指標ベンチマーキング：  
J. Natl. Inst. Public Health, 51 (4)：2002

**【研究成果の発表】**

中村利仁、前沢政次；最近の医師調査に見る日本の産科医の労働力；医療の質安全学会第1回学術集会；2006年11月23日～24日，東京国際展示場

中村利仁；産婦人科医師の名誉のために；Medical Research Information Center (MRIC) メルマガ 臨時 vol. 36, 2006年12月13日発行

中村利仁；助産師は足りているか：ロハスメディカル・ブログ 2006年08月31日

[http://lohasmedical.jp/blog/2006/08/post\\_130.php](http://lohasmedical.jp/blog/2006/08/post_130.php)