

ことが分かる。逆に言うと、周産期救急搬送事例の半数は医療機関の中で発生し、その必要性が認識されるということになる。周産期医療システムは、そのような場合に、重症の妊産婦、胎児、新生児が、最も適切な医療機関で診療を受けることを支援する、地域周産期医療機関の紹介・搬送システムである。

大多数の周産期救急症例は、医療機関で事前に診察を受けているので、救急搬送の際、その患者のリスクの程度に応じて、緊急性を評価し、適切な対応を行うことができる。このため施設間の転院搬送では、交通事故などの場合とは大きく異なり、多少の時間的余裕を持って、搬送先決定に当たることができる。周産期医療システムにおける救急搬送とはそのような性質を有している。

ちなみに、残りの50%の中には、妊娠初期の性器出血、流産、子宮外妊娠などの症例が多く含まれている。これについては一般の救急医療と違いはなく、一般の産婦人科で対応されることになる。妊娠中期以降の妊婦は大多数でかかりつけの産婦人科が決まっており、緊急時には周産期医療システムによって適切に対応される。しかし、かかりつけ医が決まっていない場合の対応の仕組みがシステム化されていない。このため妊婦健診制度は非常に進んでいるが、そこからこぼれ落ちた数少ない事例への対応がうまくいかないということが起こる。現在、話題になっている未受診のまま妊娠末期となり陣痛が始まってしまった妊婦（いわゆる未受診妊婦）は、そのような、救急医療と周産期医療の

狭間で発生した、と考えられる。

分婉取り扱い機関の現状

わが国では、医療機関で99%の分婉が取り扱われており、残りの1%が助産所または自宅分婉である。分婉取り扱い医療機関としては病院が51%、有床診療所が48%の分婉を取り扱っている。欧米諸国に比べると分婉施設は病院を含め、比較的小規模であり、相対的に多くの施設が地域に分散して、地域の分婉に対応している。このような体制は、「住んでいる地域で分婉したい。その方が安心できる」という住民のニーズや「自分の思うようなスタイルの分婉をしたい」という妊産婦の多様な要望に応えるのには適しているが、その一方で重大な問題を抱えている。当然のことだが、分婉取り扱い数のそれほど多くない小規模な施設に多くの医師や医療スタッフが勤務することはできない。数少ないスタッフで、24時間体制で分婉に対応するとすれば、どこかにひずみが生じる。それは多くの場合、産婦人科医の拘束時間の長さとして表面化する。日本産科婦人科学会の調査によると、産婦人科病院勤務医の平均在院時間は月間約290時間（週換算73時間）であり、法定の48時間を大幅に超えている。小規模分婉取り扱い施設の産婦人科医の在院時間ないし「オンコール」時間は、病院勤務でも開業医でも極めて長くならざるを得ない。このような勤務実態は、わが国で進行している産婦人科医の減少とそれに伴う分婉取り扱い施設の減少の重大な要因となっている。

また、小規模な分婉施設は、通常の経過をた