

長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書

—妊産婦と赤ちゃん、そしてこどもの命と健康を守るために—

長野県産科・小児科医療対策検討会

会 長（産科分科会長）

小西 郁生

副会長（小児科分科会長）

小池 健一

はじめに

少子化が進みつつある現在、安心してこどもを産み、育てられるように産科、小児科医療体制を充実させていくことは長野県の将来にとってきわめて重要な課題である。しかし平成16年頃より産科・小児科医療の混乱が全国的に認められ、これに関連したニュースが毎日のように報道されている。

産婦人科については、全国の分娩施設数は平成5年の4,286箇所から平成17年の3,056箇所と激減し、その傾向はいまだに歯止めがかかっていない。その結果、「お産難民」と報道されるように、分娩施設を失った市町村は珍しくなく、妊婦健診や分娩のために車で2時間以上かかる地域も全国に広がっている。さらに、分娩取り扱いを中止した施設は診療所だけでなく、地域の二次医療を支える病院も数多く含まれて、救急処置を要する妊産婦を受け入れる二次医療施設の減少および偏在という深刻な事態が生じてきた。この結果、勤務医の過重労働がさらに悪化し、彼らが燃え尽きて離職に至るケースも多く認められ、これは長野県も例外ではない。

平成18年8月、奈良県において分娩中に意識不明に陥った妊婦が、県内に救急搬送先が見つからず、大阪府の施設に搬送され1週間後に死亡した。県内の18病院は満床、手術中、緊急出産対応中などでいずれも受け入れ不可能であった。この患者さんは直ちに搬送されたとしても救命不可能であった可能性が高いとされているが、県内に周産期医療体制が確立されていなかったこともまた事実である。この事例は全国的に広く報道され、妊娠・分娩のもつリスクと地域における中核的病院確保の必要性を改めて喚起した。妊娠・分娩においては状態が急変して救急搬送を要し、多数の産婦人科医や小児科医、および麻酔科医の応援を要する事態は決して稀なことではない。本県においても現状をそのまま放置すれば、奈良県と同様に「救急処置を要する妊産婦の受け入れ施設がない」という状況に陥る可能性が高い。早急に長野県における産婦人科医療の現況を正確に把握し、各地域の二次

医療が崩壊に至らないための総合的かつ具体的方策を実施することが求められている。

小児科については、これまで県内では「患者さんの利便性」が考慮され、小児科を標榜する病院に、小児科医が広く薄く配置され医療サービスを供給してきた。しかし、最近の全国調査で明らかになったように、小児科を標榜する病院当たりの平均の小児科医師数はわずか 2.3 人であり、「休日夜間の小児初期救急」に十分に対応できなくなっているのが実情である。地域の中核的医療機関の小児科は入院治療などが必要なこどもの病気の治療と周産期医療を提供する使命を持っている。しかし、近頃では小児科医師の大半はこどもの初期対応で忙殺され、その多くが休日夜間に集中している結果、小児科勤務医の 1 ヶ月間の超過労働時間は全国平均で 86.7 時間にも達している。このような状況は長野県においても同じであり、このままで推移すると小児科勤務医の燃え尽きや離退職が急速に進み、県下の二次医療施設が次々と小児科を閉鎖せざるを得なくなるであろう。さらには小児の高次医療を支える医師が今後、急速に枯渇していく事態も予想され、抜本的な対応策が急務となっている。

このような全国的な広がりを見せる産科・小児科医療の危機的状況を乗り切るため、厚生労働省、総務省、文部科学省、日本小児科学会、日本産科婦人科学会、日本医師会などで構成された「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ」は「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について」をまとめ、その中で「都道府県は、平成 18 年度末を目途に、病院の小児科・産科機能の集約化・重点化の必要性を検討し、その実施の適否を決定する。そして平成 20 年度までに具体的な対策を取りまとめ、新医療計画に盛り込む」とした。

本検討会はこの趣旨に沿って設置されたものである。平成 18 年 11 月 2 日以来、2 回の検討会、4 回の産科分科会、3 回の小児科分科会を開催し、長野県内の産科・小児科医療提供体制の現状を検討し、医療資源の集約化・重点化の実施の適否を含めて、必要な具体的対策等を協議し、計画案としてまとめ、ここに提言する。長野県における産科・小児科医療の崩壊を防ぎ、妊産婦と赤ちゃん、そして全てのこどもの生命と健康を守るために関係各位の御協力を心から願うものである。

I 現状把握について

1 産婦人科

分娩を取り扱う産婦人科施設は長野県内においても減少し続けており、平成 13 年の 68 箇所から平成 19 年 1 月現在の 50 箇所となった。特に平成 16～18 年の 3 年間では、診療所だけでなく、厚生連富士見高原病院、厚生連安曇総合病院、町立辰野総合病院、丸子中央病院、下伊那赤十字病院、豊科赤十字病院、NTT 東日本長野病院と地域の中心となる病院で

の分娩取り扱い中止が相ついだ。さらに近々、諏訪中央病院も中止を予定し、国立病院機構松本病院および浅間総合病院では分娩数の制限を行う可能性がある。

長野県における分娩場所をみると、平成 16 年では病院での分娩が 68%と全国 2 位（全国平均 52%）と多く、残りの 32%が診療所や助産院での分娩であった。平成 17 年には病院の割合はさらに 73%まで増加していた。このことは多くの診療所や病院が分娩取り扱いを停止したことにより集約化がすでに必然的に進行していることを示している。

県内の産婦人科医師数は長野県産科婦人科医会調査によると平成 13 年の 189 名から平成 18 年 12 月現在の 162 名へと減少した。病院に勤務する産婦人科医は平成 16～18 年の 3 年間に 29 名が離職し、理由は、県外大学の人事による県外異動が 10 名、結婚や開業による県外流出が 6 名、産休・育休 6 名、県内開業 5 名、定年退職 2 名であった。これに対して、県外から 4 名の着任や、信州大学産婦人科の人員削減等により補填してきたもののその数は十分ではなく、病院に勤務する医師は過酷な勤務が強いられている。一般に産婦人科勤務医 1 名あたり年間約 100 の分娩数が適当とされている。長野県では従来から 1 名あたり分娩数 200 以上の施設が大部分を占めていたが、近年病院における分娩数増加や救急搬送増加によりさらにその数は増加し、勤務環境は深刻さを増している。

妊娠・出産は常にリスクを伴うものであるが、医学・医療の発展により妊産婦死亡が激減した結果、国民の間に「お産の安全神話」が形成されてきた。そのため、たとえ医療過誤はなくとも妊産婦死亡や児の脳性麻痺は起こりうるものが十分に理解されず、その結果、医療訴訟が増加し個々の産婦人科医の分娩取り扱い中止に拍車をかけている。

平成 16 年から導入された新医師臨床研修制度では初期研修で研修医が産婦人科医の厳しい勤務状況を実感し、たとえ産婦人科に興味をもっていても他科を選択する傾向が全国的に生じている。初期研修後に産婦人科医を目指す若手医師は、新制度導入前の年に約 350 名から平成 18 年度は 285 名と約 20%減少した。さらに、若手医師の都市部大病院集中も顕著で、長野県における今後の新人医師確保は全く予断を許さない。また、近年産婦人科若手医師における女性の占める比率が急速に増加しており、長野県においてその傾向は特に著しく、平成 13～18 年度に信州大学医学部付属病院（信州大学）産婦人科に入局した 21 名のうち女性医師が 17 名（81%）と大部分を占める。結婚に伴う異動や妊娠・出産に伴う離職は大きな問題で、平成 2～12 年に信州大学産婦人科に入局した女性医師についてみると 24 名のうち 10 名が産休・育休中、6 名は県外に流出し、現在県内でフルタイム勤務の医師は 8 名のみである。

以上、長野県の産婦人科医療を支える勤務医の確保はきわめて危機的な状況にある。この状況を好転させるために、ますます過酷となっている産婦人科勤務医の労働環境を抜本的に改善し、その生活の質をよくしていくための系統的対策が早急に求められる。

2 小児科

長野県内の小児医療は、従来診療所が一次医療を担当し、各地域の病院の小児科が一次

医療、入院加療が必要な二次医療、および周産期医療などを担当し、信州大学医学部附属病院と長野県立こども病院は三次医療の受け皿として機能してきた。

近年の少子化の進行とともに、各地域の病院小児科は従来の診療業務に加え、24時間体制の小児初期救急を地域住民から強く求められるようになってきている。長野県下の病院小児科の多くは、少数の小児科医で運営され、他科の医師の協力も得ながら何とか24時間体制の周産期医療と小児初期救急に応えてきた。しかし、小児科勤務医師数の減少がこの数年間で深刻となり、全県下で一様に小児医療を維持することは困難な状況となってきている。過酷な労働が小児科勤務医の離職を増加させ、さらに新医師臨床研修制度は地方における小児科志望医師数の減少をもたらした。このため、地域住民の要望が強い小児救急医療体制の整備はおろか、今までなんとか維持されていた二次医療と周産期医療の継続すら困難になってきている。

長野県では、新医師臨床研修制度が始まった平成16年以降18年までの3年間に24名の小児科勤務医が離職した。この間着任したのは、他大学小児科から信州大学小児科に加わった医師が2名、新医師臨床研修制度の第一期生として平成18年に入った小児科医師3名の計5名のみであった。このため、軽井沢病院、国保依田窪病院、厚生連富士見高原病院、下伊那赤十字病院の4病院で小児科常勤医を配置することができなくなった。比較的規模の大きい国立病院機構松本病院、国立病院機構中信松本病院においても、小児科の定員を満たすことができない状態が数年間続いている。平成18年には長野赤十字病院、厚生連北信総合病院、町立辰野総合病院の小児科で欠員が生じた。平成19年度はさらに波田総合病院、昭和伊南総合病院で小児科に欠員が生じ、それぞれ3人体制から2人体制にならざるを得ない状況である。さらに、町立辰野総合病院と飯山赤十字病院では常勤の小児科医を配置することは困難となっている。

長野県下の小児科医不足に対して、信州大学小児科は、新医師臨床研修制度の開始以降、大学の内勤者を8名減らして、可能な限り地域病院の小児科欠員の補充に努めてきた。しかし、高度先進医療や医学生・研修医の教育などを維持するためには、大学病院におけるこれ以上の人員削減は不可能な状況にまできている。

地域の小児科診療体制は、可能な限り維持することが望ましい。しかし、病院の小児科勤務医に対する負担が余りにも過重になっている現状では、少人数体制で入院医療、周産期医療および休日夜間の時間外診療の提供を継続することはもはや限界に達している。

小児科医師の確保が困難となっている背景として、次のような点があげられる。

1) 特に若い世代における女性医師比率の急増

平成10年から18年までに、信州大学医学部小児科に入った小児科医師の内訳をみると、男性医師は16名、女性医師は26名であった。平成18年までに女性医師は結婚、出産などを契機として10名が退職した。今後も離職は続くものと予想される。女性医師は、一旦退職すると医療現場に復職する条件がなかなか整わないのが現状である。

2) 広く薄い小児二次医療提供体制

これまでの小児二次医療提供体制は、住民の利便性を重視し、比較的近距離であってもほとんどの病院に小児科医師が少人数で配置されてきた。核家族化による育児不安や夫婦共働きなどの社会情勢の変化とともに、病院小児科に夜間休日を問わず軽症の小児患者が数多く受診するようになり、小児科勤務医にとっては過酷な労働環境となった。同僚の離職などをきっかけに残された医師への過重労働は一層加速し、残されたベテラン勤務医の燃え尽きや更なる離職と悪循環が起きている。

3) 新医師臨床研修制度開始後の小児科医師の偏在

小児科は初期研修の中で必修科目に選定されている。従って毎年全国で、7700名以上の医学部卒業生が小児医療の現場を体験することになる。しかし、小児科医の数が少ない病院では、日々の臨床に追われ、研修医に対する小児科教育が十分とはいえない。小児医療に興味がある研修医も、初期研修の間に現実の過酷な小児医療現場を体験すると、小児科に進むことをしり込みするようになる。選択した者も充実した教育プログラムに映る大都市の小児医療施設に集中していくのが現状である。

II 長野県の医療を確保するための基本方針について

1 産婦人科

長野県では、関係者により構築された周産期医療体制と個々の産婦人科医の努力により大きな医療崩壊を招くことなく現在に至っている。しかし、産婦人科医不足が急速に進行しており、他県にみられるような医療崩壊に至る危険性が高い。県内産婦人科医の絶対数が限られている状況下で医療崩壊を防ぐために行うべきことは、まず病院に勤務する産婦人科医が燃え尽き・疾病罹患・過労死に至るのを防ぐためにあらゆる手段を講じて労働環境を改善することである。そのためには緊急避難的措置として各医療圏の中で中心となる病院に産婦人科医療資源を重点的に配置し、産婦人科医療の水準を維持することが、重要である。そして病院間、診療所との連携、機能分担をさらに進めていく必要がある。

また、県内に勤務する産婦人科医を着実に増やしていくことが必要で、信州大学産婦人科が行っている学生へのリクルート活動以外にも奨学金付与など様々な対策を行う必要がある。

周産期医療体制を改善するものとして助産師の活用がある。助産師が産婦に緻密なケアを行い正常分娩を扱うことは日本のよき伝統であり、これまでも「より快適なお産」を目指して努力してきた。これをさらに深化・発展させるとともに、さらに大きな役割を果たすことが求められている。すなわち、妊婦健診のうち何回かは助産師が担当する「助産師外来」の設置、分娩が正常に経過しているかぎりには助産師が分娩を担当する「院内助産」

システムの導入等が考えられる。また地域の助産師が母親学級、妊婦指導、産褥の保健指導、および子育て支援に積極的に関わるシステムの構築や分娩数が急増した病院の産婦には産褥早期に転院してもらい地域助産師のケアを受けるようなシステムの導入などが考えられる。以上のような助産師の役割拡大の体制づくりやスキルアップのための研修などには、病院管理者、市町村、および県の支援が必要である。

現在、県内産婦人科医のほとんどが長時間連続で勤務し、さらに当直、待機義務など休日がきわめて少ない状態に置かれている。そのために、旧来の二次医療圏を越え、現実に即した周産期の医療圏において、施設間で機能分担を進めていくなど苛酷な勤務の緩和を進めていく必要がある。また労働に見合った給与が支給される必要がある。これは事態がすぐに改善するとは期待されない状況下においては医師のモチベーション維持のためにも重要である。さらに女性医師が働き続けられるような24時間保育や保育ママなど、お産や育児に対する勤務環境の配慮をさらに進めていく必要がある。このためには病院管理者の理解と、市町村、および県の積極的な支援が必要である。

また県民には産婦人科のおかれた実状を正確に知っていただき、理解していただくこと、妊娠・分娩は大きな喜びであると同時に大きなリスクが存在していることを認識していただく必要があり、関係者は報道機関の協力を得て努力することが重要である。

2 小児科

小児科医師を急に増員させることが困難な状況下では、勤務医の労働環境を改善させ、これ以上の離職に歯止めをかける必要がある。このため、少人数の小児科医師による診療体制から多人数の診療体制へ移行する集約化・重点化が、全国で検討されてきた。

長野県においても、各医療施設がおしなべて小児科存続を主張し、数少ない小児科医を奪い合うのではなく、各医療圏の中で中心となる連携強化病院に小児科医を重点的に配置し、二次医療、周産期医療の水準を維持することが、緊急避難的措置として求められる。長野県においては公立・公的病院に限らず、経営母体の異なる病院であっても協力体制を構築することが肝要である。診療所及び連携病院は、地域の夜間診療への参加や効率の良い情報伝達など、連携強化病院との連携体制を構築しながら、地域の一般小児医療や小児保健活動を維持する。

小児科は女性医師の割合が高い診療科である。いったん退職した女性医師の職場復帰を促すため、ワークシェアリングやフレキシブルな勤務体制を普及させることが急務である。また、各病院の経営陣や経営母体には連携強化病院から連携病院外来への医師派遣に対する理解と協力が求められる。

何よりも、長野県の将来を担う若い小児医療スタッフを育てることは根本的解決策である。そのためには、長野県下の医療機関や人的資源を十分に活用し、魅力ある教育プログラムを作成することがきわめて重要である。信州大学、長野県立こども病院、各医療圏の連携強化病院などが協力し合うことに加え、行政による指導および小児科医師確保のため

の財政支援は不可欠である。

少ない人的資源を効率よく運用し、小児医療と周産期医療を立て直すためには地域住民の理解と協力も仰がねばならない。地域ごとの関係者による検討会や報道機関の協力を得て、小児患者の効率良い受診形態について十分な理解を求める。

Ⅲ 集約化・重点化の適否について

長野県内において産婦人科医、小児科医は市中病院、大学病院ともに減少傾向が続き今後も急速な増加は見込め無いこと、産科・小児科医療提供施設が地域の中心となるべき病院を含めて減少してきていること、産婦人科医、小児科医のおかれた苛酷な勤務実態などの現状を考慮し、この事態を改善してさらなる勤務医の離脱を防ぎ、自然淘汰に任せたままによる医療崩壊を防ぎ、地域全体として産婦人科、小児科医療を維持して、長野県すべての地域におけるお母さんと赤ちゃん、そしてすべてのこどもの命と健康を守るために、委員は全員一致して県内病院における産婦人科医療、小児科医療の集約化・重点化は必要と判断した。

Ⅳ 連携強化病院の選定について

各地域において産科・小児科医療の中心的な役割を果たす病院を連携強化病院とした。連携強化病院はある程度の人数の医師を確保し、地域の診療所や連携病院と連携しながら、24時間体制で、入院を必要とする二次医療、救急搬送に対応する施設である。臨床研修の場として、医師、助産師、看護師の教育にもあたる。

また中核病院とは、連携強化病院としての機能に加えて、三次救急医療、高度医療、先進的医療、および臨床研修を担う施設である。信州大学病院と県立こども病院がこれに相当する。

今回、連携強化病院の選定にあたっては面積の広い長野県の現状を踏まえ、出来るだけ各地域での医療を維持するために最大数の病院を選定しており、必ずしも産科婦人科学会、小児科学会が推奨する医師数は確保されていない面があり、今後とも引き続き医師確保の努力が必須である。

また選定にあたっては産婦人科、小児科それぞれの科の特徴と事情、母子を対象とする周産期医療の充実、分娩数、麻酔科など関連する他科の充実度、地勢等を総合的に勘案し専門的見地から行った。今後とも各病院の御理解と御協力得て行きたい。

尚、今回の選定は、選定の有無にかかわらず各病院が自ら医師を招聘することを何等妨げるものではない。

1 産婦人科における連携強化病院と連携病院（表1）

すでに従来の経緯よりある程度集約が進んでいる現状を追認し、その中から分娩数や救急搬送状況、小児科、麻酔科など他科を含めた病院の機能等勘案し、連携強化病院と連携病院を選定した。連携強化病院に今後、信州大学産婦人科は可能な限り優先的に若手医師を派遣することで維持を図り、従来の医療圏を越えた広域の医療圏全体として分娩の場所を確保していく。病院の機能、地域の事情から全ての二次医療圏に連携強化病院は選定されていない。具体的には上小、大北、木曾の医療圏である。この3医療圏にはそれぞれ分娩を扱う病院があり、ある程度の二次医療対応は行われ努力されているが、産婦人科医師数、他科の協力体制などから連携強化病院とはなり得ていない。国立病院機構長野病院における麻酔科など今後の充実が期待されるが、当面は上小医療圏においては長野医療圏南部と佐久医療圏、大北医療圏においては松本医療圏、木曾医療圏においては松本医療圏と上伊那医療圏にある連携強化病院と連携して産科医療体制を構築していくものとする。今後各地域では旧来の二次医療圏の枠を越えて、関係する市町村、県、公立、公的、および民間を問わず全ての医療機関、医師会など関係団体そして地域住民の方々が、限られた医療資源を有効に活用し、周産期医療を再構築していくために医療面での機能分担、必要な財政支援、地域住民への周知などにつきよく協議していただきたい。（参考として飯伊地区における先行事例を添付する。）当面急速な産婦人科医の増加は望めない中、今後さらに医師の離脱が進むとさらなる重点化が必要となり注意深く経過をみていく必要がある。

表1 産婦人科における連携強化病院と連携病院

二次医療圏	病院名	病院機能
北 信	飯山赤十字（飯山市）	
	厚生連北信総合（中野市）	連携強化病院
長 野	県立須坂（須坂市）	
	長野市民（長野市）	
	N T T 東日本長野（長野市）	
	長野赤十字（長野市）	連携強化病院
	厚生連長野松代総合（長野市）	
	厚生連篠ノ井総合（長野市）	連携強化病院

	厚生連新町（信州新町）	
上 小	国立病院機構長野（上田市）	
	上田市産院（上田市）	
佐 久	厚生連小諸厚生（小諸市）	
	厚生連佐久総合（佐久市）	連携強化病院
	浅間総合（佐久市）	
大 北	大町総合（大町市）	
	厚生連安曇総合（池田町）	
松 本	安曇野赤十字（安曇野市）	
	県立こども（安曇野市）	中核病院、 （総合周産期母子医療センター）
	信州大医学部附属（松本市）	中核病院
	波田総合（波田町）	
	国立病院機構松本（松本市）	
	相澤（松本市）	
	丸の内（松本市）	
木 曾	県立木曾（木曾町）	
諏 訪	市立岡谷（岡谷市）	
	諏訪赤十字（諏訪市）	連携強化病院
	諏訪中央（茅野市）	
	厚生連富士見（富士見町）	
上伊那	町立辰野総合（辰野町）	
	伊那中央（伊那市）	連携強化病院
	昭和伊南（駒ヶ根市）	
飯伊	下伊那赤十字（松川町）	
	飯田市立（飯田市）	連携強化病院
	県立阿南（阿南町）	
計	34病院	9病院

網掛け以外は連携病院

2 小児科における連携強化病院と連携病院（表2）

これまで広く薄く各病院に配置された小児科医の疲弊と退職により県内二次医療圏によっては病院小児科の共倒れの危機が迫っている。長野県内では既に集約化が進みつつあるが、緊急避難的にさらに進めざるを得ない。周産期医療において産婦人科との密接な連携が必要となるために、産婦人科の設定する連携強化病院の配置を十分に考慮し、連携強化病院と連携病院の選定に当たった。大北、木曾医療圏では地域の病院で二次医療対応がなされているが、小児科医師数、周産期医療の状態などから連携強化病院は選定されていない。当面、大北医療圏は松本医療圏、木曾医療圏は松本医療圏や上伊那医療圏の連携強化病院と連携し小児科医療提供体制を構築していく。

表2 小児科における連携強化病院と連携病院

二次医療圏	病院名	病院機能
北 信	飯山赤十字（飯山市）	
	厚生連北信総合（中野市）	連携強化病院
長 野	新生病院（小布施町）	
	県立須坂（須坂市）	
	長野市民（長野市）	
	長野赤十字（長野市）	連携強化病院
	国立病院機構東長野（長野市）	（重症心身障害者施設）
	長野中央病院（長野市）	
	N T T 東日本長野（長野市）	
	厚生連長野松代総合（長野市）	
	厚生連篠ノ井総合（長野市）	
	厚生連新町（信州新町）	
	稲荷山医療福祉セ（千曲市）	（重症心身障害者施設）
上 小	国立病院機構長野（上田市）	連携強化病院
	東御市民（東御市）	
	依田窪（長和町）	
佐 久	厚生連小諸厚生（小諸市）	
	浅間総合（佐久市）	
	厚生連佐久総合（佐久市）	連携強化病院
	千曲（佐久穂町）	
	軽井沢（軽井沢町）	
大 北	大町総合（大町市）	

	厚生連安曇総合（池田町）	
松 本	安曇野赤十字（安曇野市）	
	県立こども（安曇野市）	中核病院 （総合周産期母子医療センター）
	波田総合（波田町）	
	信州大医学部附属（松本市）	中核病院
	城西（松本市）	
	国立病院機構松本（松本市）	連携強化病院
	国立病院機構中信松本（松本市）	（重症心身障害者施設）
	松本協立（松本市）	
	相澤（松本市）	
	中村（塩尻市）	
	塩尻協立（塩尻市）	
木 曾	県立木曾（木曾町）	
諏 訪	市立岡谷（岡谷市）	
	諏訪赤十字（諏訪市）	連携強化病院
	信濃医療福祉（下諏訪町）	（重症心身障害者施設）
	諏訪中央（茅野市）	
	厚生連富士見（富士見町）	
上伊那	町立辰野総合（辰野町）	
	伊那中央（伊那市）	連携強化病院
	昭和伊南（駒ヶ根市）	
飯伊	下伊那赤十字（松川町）	
	健和会（飯田市）	
	飯田市立（飯田市）	連携強化病院
	県立阿南（阿南町）	
計	47病院	10病院

網掛け以外は連携病院

連携強化病院： 地域の診療所や連携病院と連携し、関連他科の安定的協力が得られ、24時間体制で入院が必要な二次医療と救急搬送に対応する。臨床研修の場として長野県の将来を担う医療スタッフの教育を行う。

連携病院： 地域の連携強化病院と連携し、一般診療を行うとともに、地域の産科、小児科医療体制の構築に当たる。

中核病院： 大学病院や小児専門病院など高次機能を有し、高度先進医療、三次医療を行

う。連携強化病院、連携病院、及び診療所の医師のための研修の場を提供する。

V 今後とるべき施策について

産婦人科、小児科における医療資源の集約化・重点化はまず必要なことである。それと同時に長野県の産婦人科、小児科医療を確保していくためにとるべき施策を、各位の役割を含めて提言する。

1 地域における検討会の設置

医師数など医療資源が限られているなかで、地域での医療体制の整備と再構築が早急に必要である。そのため地域ごとに市町村や広域連合、県、病院、診療所、医師会等の関係団体、地域助産師、住民等による検討会を設置し、救急医療体制、病病・病診連携のあり方、搬送体制、IT 技術の利用、住民への周知、などにつき検討し、地域としての対策を講じるべきである。

2 信州大学、県、市町村、医療機関、医師会、住民の役割

現在の医療問題は国の医療制度によるところが大きい。逼迫した現状の下、地方レベルで可能な解決を図るために長野県内の関係者各位はそれぞれの立場で役割を果たし、お互いに連携、協力して地域医療の確保に努めなければならない。

① 信州大学

県内主要な医師養成・供給機関である。医学生・医師への教育・研修を行い、また医学生、医師へ産婦人科、小児科など不足科選択への働きかけを行う。大学各診療科はお互いに協力して、地域医療機関と連携し、バランスの取れた県内病院への医師供給に努める。県内最大の拠点病院として高度医療提供を行う。

② 県

長野県全体の医療体制を守るために、医師の県内への誘導、県内からの医学部進学者を増やすなど、県全体での医師の増加に努める。修学資金貸与など医師の県内定住に向けた取り組みを強化する。医師の就業環境整備に努める。地域における医療体制の整備と再構築のために地域の検討会の設置に関わり、市町村間などの調整に努める、そして市町村などとともに連携強化病院と連携病院に対する支援に努めるべきである。また関係者と連携し、地域における小児救急センターの整備を積極的に進める。

③ 市町村

住民に最も近い立場にあり、周辺市町村とも連携して、さらに医療機関、医師会など関係団体、住民、県などとともに地域の医療体制の整備と再構築を行い、それを住民に周知

する。

④ 医療機関

医師不足と医師の苛酷な勤務状況の下、公立、公的、また民間など設置主体を問わず医療機関にとりお互いの連携と機能分担を進めていくことは必須である。地元市町村、医師会などとも連携し、病・病、病・診、診・診連携や救急医療体制の確立など地域の医療体制の構築に努める。女性医師の就業環境を整備するなど医師に選ばれる医療機関作りに努める。

⑤ 医師会

診療所と病院は連携と機能分担を進め、病院勤務医の勤務環境改善に努める。市町村とも協力し初期救急医療体制の整備など地域医療体制の確立に努める。

⑥ 住民

昨今の病院勤務医不足、医師の過重労働や離職の原因の一つとして安易な時間外・休日受診や医療の実態に対する無理解などが挙げられている。限られた数の医師で地域医療を守るために、病院や勤務医のおかれた実態を理解し、かかりつけ医を持つなど節度ある受診行動をとるべきである。

3 医師確保に向けて

① 若手医師の産婦人科・小児科選択への誘導

学生の時から産婦人科、小児科への興味を持たせることは重要である。また初期研修を終了した医師が県内で後期研修として産婦人科、小児科を選択するように関係者は努力するとともに、信州大学とこども病院を初めとする県内病院が協力して魅力あるカリキュラムを作成し提示する。

② 女性医師離職防止、復職の推進

近年の産婦人科医、小児科医における特に若手女性医師の増加を考慮し、妊娠・出産・育児など女性医師が生涯にわたって働き続けられる環境を整備すること、また休職者の復職を支援することは非常に重要である。これは雇用している病院の努力だけではなく、社会全体の問題であり関係者全体が協力して対処しなければならない。

③ 助産師の活躍に対する期待

安全で安心できるお産が求められる中、産婦人科医との連携の下、助産師外来や、院内助産所的分娩への取り組みを検討する。地域の助産師が母親学級や妊婦・褥婦の保健指導など行い分娩施設の助産師の労働を軽減するとともに不安解消にあたる。また助産師間の連携を強め、技術向上のために講習等も考慮すべきであり、関係者の支援が必要である。

④ 医師の処遇改善への配慮

苛酷な勤務条件の改善が図られるべきである。また苛酷な勤務条件にもかかわらず、必ずしもそれに見合った給与が支給されていないとの指摘も多い。モチベーション維持のためにバランスの取れた処遇改善が必要である。また医師の有効活用のため、複数の経営実

態の異なる医療機関での勤務に際し、医師の不利益にならない配慮が必要である。

⑤ その他

現在の産婦人科、小児科などの医療危機を回避するためには国の制度対応によるところが大きい。制度の抜本改正を求め県は国への要望を行うべきである。また産婦人科医、小児科医の県内招致に向け関係者は努力するべきである。

VI 今後の検討会のあり方

長野県産科・小児科医療対策検討会は、今回長野県における産婦人科、小児科医療における現状と課題を分析し、その対策を提言した。本会は今後も継続し、連携強化病院などから診療実績の報告を受け、それを評価し、また医師数など医療提供態勢の変化に対応し、必要に応じて対策を提言し、長野県の産婦人科、小児科医療の確保に努めていくものである。

おわりに

身近な場所で産婦人科医、小児科医が不足する地域が出現してきている。現場で働く医師をはじめ関係者は懸命な努力をしているが事態は逼迫し、緊急避難的に医師など医療資源の集約化、重点化を行うことは事態解決のために必須な状況である。そして地域ごとに住民に病院など医療機関や医師がおかれた危機的状況について理解していただくこと、また現在日本は医療制度の大きな変革期にあり、今後は今までのような医療提供体制は取り得ないことを認識していただき、地域全体でお互いに協力し医療体制の整備と再構築を図っていくことが最も重要である。

産科・小児科医療対策検討会

委員

金 井 誠	信州大学医学部産科婦人科講師
久 保 徹 夫	北信総合病院小児科部長
小 池 健 一	信州大学医学部小児科教授
小 西 郁 生	信州大学医学部産科婦人科教授
菅 生 元 康	長野赤十字病院副院長兼第一産婦人科部長
塚 田 昌 滋	市立岡谷病院院長
仲 井 育 子	佐久総合病院産婦人科部長
長 沼 邦 明	飯田市立病院副診療部長
馬 場 淳	信州大学医学部小児科助手
樋 代 昌 彦	樋代内科医院院長
平 出 公 仁	平出クリニック院長
松 浦 敏 雄	松浦小児科医院長
宮 坂 勝 之	県立こども病院院長
森 哲 夫	国立病院機構長野病院小児科医長
山 崎 輝 行	飯田市立病院産婦人科科長

分科会長が出席を依頼した者

上 田 典 胤	伊那中央病院産婦人科部長
高 木 靖	諏訪赤十字病院産婦人科部長
高 山 照 雄	国立病院機構長野病院婦人科医長
坂 口 けさみ	信州大学医学部保健学科教授
小 海 保 美	長野県看護協会助産師職能委員（諏訪中央病院）
保 谷 ハルエ	日本助産師会長野県支部会長（助産所ほやほや）

開催経過

平成18. 11. 2	第1回	産科・小児科医療対策検討会
平成18. 11. 2	第1回	産科分科会、 第1回 小児科分科会
平成18. 11. 16	第2回	産科分科会
平成18. 11. 29	第2回	小児科分科会
平成18. 12. 4	第3回	産科分科会
平成19. 1. 5	第4回	産科分科会、 第3回 小児科分科会
平成19. 3. 22	第2回	産科・小児科医療対策検討会

添付 1

飯伊地区における先行事例

長野県において周産期医療を崩壊させないためのモデルとなるのは、飯田・下伊那地区における対処事例である。

この地域は年間約 1900 分娩を扱う二次医療圏で、平成 17 年春まで公立 A 病院(産科医 3 名、前年分娩数 537 件)、公的 B 病院(2 名、287 件)、民間 C 病院(1 名、47 件)、D 診療所 (1 名、521 件)、E 診療所(1 名、389 件)、F 診療所(1 名、130 件)の計 6 施設が分娩を取り扱っていた。

平成 17 年 6 月に、C 病院が 8 月から、D 診療所が翌年 3 月から分娩取扱中止を表明、7 月には B 病院も翌年 4 月から分娩取扱中止を表明したため、約 850 の分娩が受け入れ先を失う産科医療崩壊の危機が勃発した。そこで飯伊地域包括医療協議会が働きかけ 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」が立ち上げられ、互いに連携・協力して事態を乗り切ることとなった。

産科診療では A 病院の外来診療負担軽減を図るため、正常妊婦の 34 週未満までの健診は A 病院以外の 5 医療機関が担い、A 病院では 34 週まで 2 回と 34 週以後分娩までの管理を行うこととし、産科共通カルテが作成され、情報伝達の省力化と情報共有が図られた。人的には信大から若手医師 1 名が増員され常勤 4 名となり、助産師も 16 名から 23 名に増員された。設備面では A 病院での分娩数増加に対応すべく、広域連合から 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がなされた。地域住民には新聞や広報で診療体制の変更が周知され、各医療機関、市町村、各支所の保健師もこれに努めた。その結果、A 病院では平成 17 年の分娩数月約 40 件から平成 18 年 8 月には月 98 件と急増したが、分娩制限を行うことなく二次医療機能も含めた周産期医療体制が維持され医療崩壊の危機が回避された。

この飯伊地域における事例の特長は分娩を扱う、扱わないにかかわらず、公立・公的病院だけでなく民間病院や診療所も含めて新しい体制の確立にお互いに協力し、また行政も速やかに財政的支援するなど地域全体で対応した点にある。

今後、長野県の他の地域においても、医療崩壊を防ぐための緊急的対策においては、本事例を参考に、各医療圏で中心的役割を果たす医療施設を設定し、人的・設備的に重点化するとともに、地域の全ての医療施設が診療を分担し協力することが重要である。同時に地域の住民の皆さんに他県のような医療崩壊を招かないための方策であることを深くご理解いただき、積極的にご協力いただく必要がある。

添付2

県民のみなさまへ

産婦人科、小児科における医師の集約化・重点化は、将来の大規模な医療崩壊を防ぐために、致し方なく行わざるをえない緊急避難的な対策です。従来の医療提供体制が余裕をもって維持できるのであれば行う必要はないものです。人によっては「安全のために集約化・重点化を行う」という方針は間違っているといったご意見がありますが、その指摘は論点が異なっております。緊急避難的に行う医師の集約化・重点化は、従来よりも安全な医療を提供するために積極的に行うわけではなく、「現状を放置すれば必ず発生する大規模な医療崩壊を回避するために行わざるをえない」という性質のものであることを是非ご理解いただきたいと思えます。

地域の実情により、医療機関による診療機能分担がなされ、場合によっては受診する医療施設が限定されてしまう可能性もあるかもしれませんが、是非ご理解いただき、ご了承願いたいと存じます。もししかるべき対応を行わないでそのまま従来通りの診療を続けようとする、ごく近い将来さらに遠方の病院でしか診療が受けられない事態が突然に発生する可能性が非常に高いのです。

長野県内の産婦人科医、小児科医、助産師、その他関係者は、みなさまに安心できる周産期医療体制を構築できるように、最大限の努力を行う所存です。是非ご理解とご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。