

<資料>

## 長野県の周産期医療提供体制について

System to Provide Prenatal Care in Nagano

中島 孝子\*

Takako Nakashima

2004年の新医師臨床研修制度をきっかけとして産婦人科における医師不足が顕在化した。厚生労働省は対策として産科の集約化・重点化を各都道府県に求めた。本論は長野県における周産期医療提供体制および産科の集約化・重点化の状況把握を目的に行った調査結果の報告書である。長野県の特徴は、①医師の重点的配置の実施、②山間地という地理的特性、③医療機関の集積が2ヵ所存在する、という点にある。

キーワード：長野県、周産期医療提供体制、医師不足、集約化・重点化

### 1. はじめに

近年、医師不足、特に産婦人科の医師不足が指摘されている。2004年に必修化された新医師臨床研修制度の実施に伴い、地方での産婦人科医師不足が顕在化した。新制度において、医師免許を取得したばかりの医師は臨床研修を行う病院を自由に選択できることになった。結果として大学医局に残る医師が減少した。各大学医局は医師を関連病院に派遣する役割を担ってきた。大学医局に属する医師にとっては、希望する病院に派遣されることもあれば、希望しない病院にも派遣されることもあるという状態であった。医師の大学医局離れは実際には背後で少しずつ進んでいたと考えられる。新医師臨床研修制度の導入によって、大学医局を中心にした医師派遣のシステムが滞ることになった。新制度の前後で、複数の大学医局が関連病院からの医師の引き上げなどを行った結果、従来からの医師不足と重なって、特に地方では医師が以前より少ない状態となった。産婦人科では、他科と比較して勤務が過酷であることや訴訟リスクが高く、1990年代から産婦人科の医師数が減少傾向にあったことから、特に影響が大きかったと考えられる<sup>1)</sup>。

医師不足の問題は、産婦人科だけでなく小児科においても顕著だった。産婦人科では医師不足に伴って、産科、すなわち分娩に携わる医師の負担の重さ等が問題となった。そこで、国は小児科と産科について、平成17年12月22日に「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の

推進について」<sup>2)</sup> という文書で都道府県に以下のような方針を通知した<sup>3)</sup>。すなわち、「小児科・産科の医師偏在問題については、医療資源の集約化・重点化の推進が当面の最も有効な方策である」。また、この文書は都道府県に対して、小児科・産科の集約化・重点化の当否を検討すること、検討結果および策定した対策などを平成20年に作成予定の第5次医療計画に記載することを求めた。

国の通知に対して、長野県では平成18年11月に「長野県産科・小児科医療対策検討会」を設置した。検討会のメンバーは、長野県内の病院および診療所の医師によって構成された。検討会は、平成19年3月に「長野県の産科・小児科医療のありかたについて」<sup>4)</sup> という提言を行った。提言では産科について「県内病院における産婦人科医療の集約化・重点化は必要」と結論づけている。同時に、県内の産婦人科を標榜する病院の中から、9つの「連携強化病院（うち、2つは「中核病院）」と25の「連携病院」を選定した。この提言をうけ、二次医療圏ごとに保健所を中心に地域医療検討会が開催された。それらの結果は平成20年の「長野県第五次保健医療計画」<sup>5)</sup> に記載されている。

本論は長野県における周産期医療提供体制の現状把握を目的に行った調査結果の報告書である。調査時点は2011年3月である。また、調査は全てインターネットを通じて得られた情報をもとにしている。インターネットを通じて情報を収集することのメリットは、比較的新しい情報を得ることができることにある。しかし一方で情報発信者が公表したくないと考えた事実や、古い情報、細かい点は知ることができないというデメリットがある。

調査の結果、長野県の周産期医療体制の特徴は、第一に、医師の重点的配置の実施にある。産婦人科常勤医が5人以上の連携強化病院は9病院のうちの6病院となっている。第二に、地理的特徴である。面積が広く山地であるため、他県への搬送などだけでなく、県内での搬送も場合によっては困難となりうる。第三に、医療機関の集積が2カ所にある点である。一つは長野医療圏である。県庁所在地である長野市を擁し、人口が多い。もう一つは松本医療圏である。人口が多いことに加え、信州大学医学部附属病院の存在が医療機関の集積を生む一つの要因となっていると考えられる。

長野県の周産期医療提供体制を二次医療圏ごとにみると、(1) 比較的安定している医療圏（長野、松本）、(2) 一通りの提供体制を整えているが余裕はあまりない医療圏（佐久、諏訪、上伊那、飯伊）、(3) 提供体制に困難を抱えている医療圏（上小、大北、木曾）の3つに分類することができる。今後も長野県では医療圏によっては周産期医療提供体制の維持に困難が伴うと考えられる。

以下では、2節で現在の長野県の周産期医療提供体制の現状を概観し、3節でその特徴を述べる。4節で集約化・重点化の「成功」例を、5節で新研修制度の影響を受けたと考えられる例を紹介する。6節でまとめを述べる。

## 2. 現在の周産期医療提供体制

長野県では、10の二次医療圏と4つの三次医療圏が設定されている(表1)。最も人口が多い二次医療圏は長野医療圏で、松本医療圏がそれに続く。一方、木曽医療圏、大北医療圏、北信医療圏の順に人口が少ない。他の医療圏はおおよそ同じ程度の人口(20万人前後)となっている。

次に、長野県における二次医療以上の周産期医療提供体制を一覧表にした(表2)<sup>6)</sup>。表2は「「長野県の産科・小児科医療の在り方に関する提言書」のポイント」<sup>7)</sup>の別紙1における「産婦人科における連携強化病院と連携病院」と題された表を参考に作成した。

表1. 二次保健医療圏及び三次保健医療圏

三次保健医療圏		二次保健医療圏						
県全域	圏域	圏域	区域	市町村数	人口(人)	面積(km <sup>2</sup> )	所在保健所	
	東信	佐久	小諸市、佐久市、南佐久郡、北佐久郡	11	214,455	1,571.62	佐久	
上小		上田市、東御市、小県郡	4	207,000	905.34	上田		
南信	諏訪	岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡	6	210,885	715.40	諏訪		
	上伊那	伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡	8	192,703	1,348.28	伊那		
	飯伊	飯田市、下伊那郡	15	175,523	1,929.19	飯田		
中信	木曽	木曽郡	6	33,823	1,546.26	木曽		
	松本	松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡	9	431,289	1,869.14	松本		
	大北	大町市、北安曇郡	5	66,267	1,109.53	大町		
北信	長野	長野市、須坂市、千曲市、埴科郡、上高井郡、上水内郡	11	565,658	1,558.39	長野 長野市		
	北信	中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡	6	98,511	1,009.08	北信		
県計			81	2,196,114	13,562.23			

(注)人口は平成17年10月1日現在である。

出典 「長野県第五次保健医療計画」第三章<sup>8)</sup>より転載。

表 2. 長野県の産婦人科医療提供体制（二次医療以上）

病院名(34 病院)	二次医療圏	病院機能	産婦人科医師数	NICU	分娩数(1 年)
国立病院機構長野病院 <sup>9)</sup>	上小	連携病院	1 人+非常勤 平成 20 年 8 月分娩休止、 休止前の常勤医師は 4 人		465(平成 19 年)
上田市産院 <sup>10)</sup>	上小	連携病院	1 人+非常勤		不明
厚生連佐久総合病院 <sup>11)</sup>	佐久	連携強化病院	5 人		819
佐久市立国保浅間総合病院 <sup>12)</sup>	佐久	連携病院	6 人		784(平成 22 年)
厚生連小諸厚生総合病院 <sup>13)</sup>	佐久	連携病院	非常勤、分娩休止		
市立大町総合病院 <sup>14)</sup>	大北	連携病院	2 人+非常勤		302(平成 19 年)
厚生連安曇総合病院 <sup>15)</sup>	大北	連携病院	非常勤 婦人科のみ		
県立こども病院 <sup>16)</sup>	松本	中核病院 総合周産期母子 医療センター	3 人	21 床	210
信州大学医学部附属病院 <sup>17)</sup>	松本	中核病院	5 人(病院 HP 外来紹介より、 産婦人科教室所属者 数 29 人(非常勤 3 人含 む))	9 床	732
国立病院機構まつもと医療センター <sup>18)</sup>	松本	連携病院	2 人 婦人科のみ(平成 19 年 9 月分娩休止)		
波田総合病院 <sup>19)</sup>	松本	連携病院	4 人+非常勤		700 弱
相澤病院 <sup>20)</sup>	松本	連携病院	3 人		681(平成 21 年度)
安曇野赤十字病院 <sup>21)</sup>	松本	連携病院	1 人+非常勤 分娩休止		
丸の内病院 <sup>22)</sup>	松本	連携病院	5 人		711(平成 20 年)
県立木曾病院 <sup>23)</sup>	木曾	連携病院	1 人+非常勤		146(平成 20 年度)
諏訪赤十字病院 <sup>24)</sup>	諏訪	連携強化病院	4 人		427(2009 年)
市立岡谷病院 <sup>25)</sup>	諏訪	連携病院	2 人		180~200
諏訪中央病院 <sup>26)</sup>	諏訪	連携病院	3 人		月 25~30
厚生連富土見高原病院 <sup>27)</sup>	諏訪	連携病院	非常勤		
伊那中央病院 <sup>28)</sup>	上伊那	連携強化病院	6 人		1170(平成 21 年)
昭和伊南病院 <sup>29)</sup>	上伊那	連携病院	0(平成 20 年 4 月分娩 休止)		
町立辰野総合病院 <sup>30)</sup>	上伊那	連携病院	非常勤		
飯田市立病院 <sup>31)</sup>	飯伊	連携強化病院	6 人	3 床	約 1000
下伊那赤十字病院 <sup>32)</sup>	飯伊	連携病院	1 人+非常勤		
県立阿南病院 <sup>33)</sup>	飯伊	連携病院	非常勤		
長野赤十字病院 <sup>34)</sup>	長野	連携強化病院	6 人	9 床	773(平成 20 年)
厚生連篠ノ井総合病院 <sup>35)</sup>	長野	連携強化病院	6 人		約 850
県立須坂病院 <sup>36)</sup>	長野	連携病院	6 人(平成 20 年 4 月分娩 休止、平成 21 年 4 月再 開)		354(平成 21 年度)
長野市民病院 <sup>37)</sup>	長野	連携病院	2 人、婦人科のみ		
NTT 東日本長野病院 <sup>38)</sup>	長野	連携病院	2 人、婦人科のみ		
厚生連新町病院 <sup>39)</sup>	長野	連携病院	非常勤、婦人科のみ		
飯山赤十字病院 <sup>40)</sup>	北信	連携病院	2 人		約 150
厚生連北信総合病院 <sup>41)</sup>	北信	連携強化病院	4 人		441(平成 19 年)

出典：病院の一覧表（病院名、二次医療圏、病院機能）は「「長野県の産科小児科医療の在り方に関する提言書」のポイント」<sup>42)</sup>より転載し作成した。医師数、分娩数については各病院のホームページを、NICU 数は「新生児・小児科医の役割」<sup>43)</sup>を参照した。

長野県の周産期医療における「中核病院」は県立こども病院と信州大学医学部附属病院である。どちらも松本医療圏に属する。2つの病院は、産科における長野県の3次救急の受入を行っている。主として、県立こども病院は子供を、信州大学附属病院は母体を受け入れるという役割分担をしている。なお県立こども病院は総合周産期母子医療センターでもある。

さらに各二次医療圏に1病院を目安に「連携強化病院」が指定されている。「連携強化病院」は「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。臨床研究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」と定義されている<sup>44)</sup>。具体的には、厚生連北信総合病院、長野赤十字病院、厚生連篠ノ井総合病院、厚生連佐久総合病院、諏訪赤十字病院、伊那中央病院、飯田市立病院をさす。

上小、大北、木曾の3つの二次医療圏については「連携強化病院」は指定されていない。これらの二次医療圏は、隣接する医療圏の病院と連携することになっている<sup>45)</sup>。これらの3つの二次医療圏は、長野県の周産期医療提供体制における「弱い」部分であるとみなすことができる。なお、上小医療圏の国立病院機構長野病院は、前出の「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」において「連携強化病院」に指定されていたが、派遣医師の引き揚げによって平成20年より分娩の取扱いが休止となった。

同時に各二次医療圏で「連携病院」が複数以上指定されている。ただし、木曾医療圏では県立木曾病院のみとなっている。なお、木曾医療圏では県立木曾病院が唯一の分娩施設でもある。「連携病院」は「地域の連携強化病院と連携し、一般診療を行うと共に、地域の産科、小児科医療体制の構築にあたる」と定義されている<sup>46)</sup>。

### 3. 特徴

長野県における周産期医療提供体制の特徴は、第一に、産科における医師の配置は「連携強化病院において5人以上（できる限り10人以上が望ましい）」とする、「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」の報告書における方針を可能な限り実現しようとしていると推測される点にある<sup>47)</sup>。実際、2つの「中核病院」と7つの「連携強化病院」のうち、産婦人科の常勤医師数が5名以上である病院は6病院である。なお、「中核病院」の県立こども病院では産婦人科の常勤医師は3名のみである。これは、子供に対する医療に特化しているためと推測される。

第二に、長野県は面積が広くそのほとんどは山地か盆地であるという地理的特徴を持つため、「二次医療はすべて県内で解決せざるを得ない医療環境」<sup>48)</sup>となっている。高速道路は、三次医療圏の境界を縫うようにして南北に整備されており、各連携強化病院から松本市にある2つの「中核病院」（県立こども病院と信州大学附属病院）への救急搬送は最低限可能になっていると推測される。高速道路から外れる地域から、各連携強化病院または2つの中核病院への搬送がどのよう

に行われているのかは不明である。また、各地の分娩施設から遠い地域に居住する妊婦の検診および分娩をどのように実施しているかも不明である。

第三に、長野県では県庁所在地と大学医学部および付属病院の所在都市とが異なる<sup>49)</sup>。全国には、行政の中心と医療提供体制における中心とが一致している都道府県としていない都道府県とがある<sup>50)</sup>。長野県では、県の行政と医療提供体制における中心とが一致していない。長野県のように両者が一致していない県において考えられるメリットは、1つの都市あるいは二次医療圏にのみ医療機関が集中しない点にある。医療機関は人口の多いところ、大病院のあるところに集積することが観察されている<sup>51)</sup>。県庁所在地では、人口の多さから大規模な病院が立地しやすくなり医療機関が集積するだろう。一方、大学医学部およびその付属病院がある都市では、大学医学部および付属病院があることを理由として医療機関が集積する可能性が高い。つまり、2つの異なる場所に医療機関の集積が形成され、1つの都市に県庁と大学付属病院がある場合に比較して、県内の広い範囲を分担してカバーすることが可能になると考えられる<sup>52)</sup>。

#### 4. 長野県における集約化・重点化の「成功」例

飯伊医療圏においては飯田市立病院が「連携強化病院」となっている。病院のホームページを見ると、6名の産婦人科医が常勤として勤務し、NICUが3床ある<sup>53)</sup>。「長野県第五次保健医療計画」によれば、飯伊医療圏では、平成17年6月に6つの分娩施設のうち3つが分娩休止を表明して産科崩壊の危機に陥った。しかし、飯伊地区包括医療協議会を中心に調整がおこなわれ、分娩休止を表明した施設も含めて妊婦検診と分娩の役割分担および医療機関間の連携がはかられた。これは、「長野県第五次保健医療計画」において、二次医療圏における周産期医療提供体制の維持に成功した例として取り上げられている<sup>54)</sup>。

#### 5. 新研修制度の影響を受けたと考えられる例

「長野県上小医療圏地域医療再生計画」<sup>55)</sup>によれば、上小医療圏には17の病院がある。そのうち、国立病院機構長野病院が一般病床数でみたときに規模が最も大きな病院である。

上小医療圏における周産期医療提供体制は、平成19年までは国立病院機構長野病院を中心として機能していたと推測される。国立病院機構長野病院には4人の産婦人科医が常勤していたが、平成19年末に派遣元の大学が医師4人全員の引き揚げを通告し、国立病院機構長野病院では平成20年8月から分娩の取扱いを休止した。国立病院機構長野病院のホームページを見る限りでは、産婦人科常勤医師1名および分娩取扱い休止の状態は調査時点においてもそのままである<sup>56)</sup>。

平成16年から始まった医師の新臨床研修制度は、医師免許を取得したばかりの医師に対して研修場所を選択する「自由」を与えた。結果として、半数の研修医しか大学医局に残らなかった<sup>57)</sup>。国立病院機構長野病院に産婦人科医を派遣していた大学は東京都にある。もしこの大学が、新医

師臨床研修制度をきっかけに医師の引き上げを行ったのであれば、都心の大学における研修医不足が長野県の上小医療圏に影響を与えたことになる。ただし別の見方をすれば、この大学からの派遣がなければ、国立病院機構長野病院はもっと早い段階で産婦人科医不足の状態に陥っていた可能性もある。

平成 19 年に、上小医療圏では、医療圏内の分娩施設における分娩取扱い件数 1936 に対し出生数 1791 であった。これに対し、平成 20 年には、医療圏内の分娩施設における分娩取扱い件数 1565 に対し出生数 1752 であった。平成 19 年から 20 年にかけて上小医療圏内の分娩施設における分娩取扱い数が 371 減少した<sup>58)</sup>。前述の出生数には当該医療圏外での出産を含むと推測されるものの、平成 20 年においては、出生数およそ 200 について、医療圏内の分娩施設ではまかないきれなかった。また、平成 19 年と平成 20 年を比較すると、周産期死亡率<sup>59)</sup>が増加している（平成 19 年出産千対 2.9、平成 20 年出産千対 6.5）<sup>60)</sup>。上小医療圏におけるこれらの変化は、国立病院機構長野病院における分娩取扱い休止が影響しているとみることができる。ただし、上小医療圏における周産期死亡率の増加が平成 21 年以降も続いているかどうかは不明である。

「長野県上小医療圏地域医療再生計画」<sup>61)</sup>では、国立病院機構長野病院において産婦人科医や麻酔科医等を確保し、国立病院機構長野病院の地域医療支援病院としての機能を回復させることをめざすとしている。しかしながら、医師確保が難しい状況が長く続く場合、隣接する長野医療圏や佐久医療圏への救急搬送体制を確立し、佐久医療圏の中心的な病院である佐久総合病院の機能を補強する方が現実的な方策となるかもしれない。

## 6. おわりに

本論では、長野県における周産期医療提供体制および産科の集約化・重点化の状況把握を目的に調査を行った。長野県の周産期医療体制の特徴は、第一に、医師の重点的配置の実施である。連携強化病院では 9 病院のうちの 6 病院で産婦人科常勤医が 5 人以上配置されている。第二に、地理的特徴である。面積が広く山地であるため、「二次医療は全て県内で解決」しなければならない。第三に、医療機関の集積が 2 ヲ所にある点である。二次医療圏ごとに見ると、いくつかの医療圏では、十分とは言えなくとも、比較的安定した周産期医療提供体制をとっている。しかし、別の複数の医療圏では、一人医師体制や、二次医療が当該医療圏内で提供できないなど困難な状況にある。そのため、すでに実施されている、医師に長野県内に残ってもらうための対策を継続して行う必要があると考えられる。また、各病院の産婦人科への医師派遣のかなりの部分が信州大学医学部産婦人科に依存していると推測されることから、大学医局の魅力を高める努力もまた継続して必要であると考えられる。

全国的に見れば、出生数の低下と産婦人科医師数の減少は同時に進んできた。しかし、厳しい労働環境を背景に、医師の勤務地に対する都市志向や新医師臨床研修制度導入をきっかけとする

医師の大学医局離れにより、長野県だけにとどまらず、地方における産婦人科、特に産科における医師不足感は強いと考えられる。人口が減っても町の大きさを変えることはできない。搬送距離を考慮すると集約化や重点化にも限界が伴う。一方、医療の高度化によって最低限必要と考えられる医療資源のレベルは上昇している。したがって、今後も地方において周産期医療提供体制を維持・構築するにあたっては困難が続くと考えられる。すでに各県で実施されているが、地方自治体は、医師の過疎地への誘導策を継続して考える必要があるだろう。

なお、勤務医の減少を防ぐための、国レベルでの政策として、すでに多くの医療機関、特に診療所が集積している地域または二次医療圏での開業制限または診療所への診療報酬の低減等が考えられる。これらは、勤務医が開業することへのハードルを上げることになるからである。さらに、診療所に支払われている医療費の一部を病院医療に振り向けることが可能となる。ただし、結果として、勤務医の労働市場における供給増加が発生しうる。その場合、他の条件、例えば患者が支払う分娩料金などが変化しない場合、勤務医一人当たりを支払われる賃金は現在よりも下がる可能性がある。

本論の調査は全てインターネットを通じて得られた情報をもとにしている。インターネットを通じて情報を収集することのデメリットを、関係者への直接インタビューなどによって補う必要があると考えられる。今後の課題として、インターネットでの情報収集に加え、インタビューなどを実施することがあげられる。

#### 引用文献、注

- 1) 厚生労働省「平成 22 年我が国の保健統計」  
(URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/hoken/national/22.html>, 2013 年 4 月 2 日)
- 2) 厚生労働省・総務省・文部科学省「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」(平成 17 年 12 月 22 日)(URL: <http://www.hourei.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/180125-a.pdf>, 2013 年 3 月 23 日)
- 3) 厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、総務省自治財政局長、文部科学省高等教育局長の連名による通知となっている。
- 4) 長野県産科・小児科医療対策検討会「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」(平成 19 年 3 月)(URL: <http://www.pref.nagano.jp/eisei/imu/teigen/teigen.pdf>, 2011 年 3 月 18 日取得)
- 5) 長野県「長野県第五次保健医療計画」(平成 20 年 3 月)  
(URL: <http://www.pref.nagano.jp/eisei/imu/ikeikaku5/keitop1.htm>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 6) 分娩施設は提供できる医療サービスの内容に応じて 3 種類に分類できる。1 つは、24 時間の周産期救急体制をとり、周産期における三次医療を提供する総合周産期母子医療センターである。医師や助産師数、NICU などについて、政府が定めた設置基準をみとすことが要求される一方、ハイリスク妊婦の診療にあたっては、診療報酬上の加算がなされる。2 つめは、総合周産期母子医療センターの設置基準を満たしていないが、それに準ずる機能を持ち、周産期医療における二次医療を提供する、地域周産期母子医療センターである。3 つめは、主に正常分娩と緊急度の低い帝王切開を扱い、周産期医療における一次医療を



提供する分娩施設である。表 2 における連携病院や連携強化病院は必ずしも上述の二次医療を提供する地域周産期母子医療センターの定義に当てはまらない。表 2 における二次医療とは、当時における定義と推測される。

- 7) 長野県「「長野県の産科小児科医療の在り方に関する提言書」のポイント」  
(URL: <http://www.pref.nagano.jp/eisei/imu/teigen/youyaku.pdf>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 8) 長野県「長野県第五次保健医療計画」(平成 20 年 3 月)  
(URL: <http://www.pref.nagano.jp/eisei/imu/ikeikaku5/keitop1.htm>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 9) 国立病院機構長野病院 (URL: <http://www.nagano-hosp.go.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 10) 上田市産院 (URL: <http://uedashi-sanin.jp/>, 2010 年 3 月 21 日取得)
- 11) 厚生連佐久総合病院 (URL: <http://www.valley.ne.jp/~sakuchp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 12) 佐久市立国保浅間総合病院 (URL: <http://www.asamaghp.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 13) 厚生連小諸厚生総合病院 (URL: <http://www.komoro-kosei.com/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 14) 市立大町総合病院 (URL: <http://www.omachi-hospital.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 15) 厚生連安曇総合病院 (URL: <http://www.azumi-ghp.jp/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 16) 県立こども病院 (URL: <http://www.pref-nagano-hosp.jp/kodomo/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 17) 信州大学附属病院産婦人科 (URL: [http://www.hp.md.shinshu-u.ac.jp/shinryo/ka/23\\_sanfujin.php](http://www.hp.md.shinshu-u.ac.jp/shinryo/ka/23_sanfujin.php), 2011 年 3 月 15 日取得)
- 18) 国立病院機構まつもと医療センター (URL: <http://mmccenta.jp/index.html>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 19) 波田総合病院 (URL: <http://www.hp-hata.com/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 20) 相澤病院 (URL: <http://www.ai-hosp.or.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 21) 安曇野赤十字病院 (URL: <http://www.azumi-ghp.jp/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 22) 丸の内病院 (URL: <http://www.marunouchi.or.jp/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 23) 県立木曽病院 (URL: <http://www.pref-nagano-hosp.jp/kisohosp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 24) 諏訪赤十字病院 (URL: <http://www.suwa.jrc.or.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 25) 市立岡谷病院 (URL: <http://www.okaya-hosp.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 26) 諏訪中央病院 (URL: <http://www.suwachuo.jp/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 27) 厚生連富士見高原病院 (URL: <http://www.lcv.ne.jp/~kougen/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 28) 伊那中央病院 (URL: <http://www.inahp.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 29) 昭和伊南総合病院 (URL: <http://www.sihp.jp/index.html>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 30) 町立辰野総合病院 (URL: <http://www.town.tatsuno.nagano.jp/sc/hosp/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 31) 飯田市立病院 (URL: <http://www.imh.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 32) 下伊那赤十字病院 (URL: <http://shimoina.jrc.or.jp/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 33) 県立阿南病院 (URL: <http://www.pref-nagano-hosp.jp/ananhosp/top.htm>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 34) 長野赤十字病院 (URL: <http://www.nagano-med.jrc.or.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 35) 厚生連篠ノ井総合病院 (URL: <http://shinonoi-ghp.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 36) 県立須坂病院 (URL: <http://www.pref-nagano-hosp.jp/suzakahosp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 37) 長野市民病院 (URL: <http://www.hospital.nagano.nagano.jp/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 38) NTT 東日本長野病院 (URL: <http://www.ntt-east.co.jp/nmc/>, 2011 年 3 月 21 日取得)
- 39) 厚生連新町病院 (URL: <http://www.shinmachi-hsp.com/>, 2013 年 3 月 24 日取得)

- 40) 飯山赤十字病院 (URL: <http://www.iiyama.jrc.or.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 41) 厚生連北信総合病院 (URL: <http://www.hokushin-hosp.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 42) 長野県「長野県の産科小児科医療の在り方に関する提言書」のポイント  
(URL: <http://www.pref.nagano.jp/eisei/imu/teigen/youyaku.pdf>, 2010 年 3 月 21 日取得)
- 43) 中村友彦「新生児・小児科医の役割」(2010 年 9 月 15 日)  
(URL: <http://www.shinshu-u.ac.jp/faculty/medicine/chair/i-chiikiro/action/docs/%E7%AC%AC5%E5%9B%9E%E3%82%BB%E3%83%9F%E3%83%8A%E3%83%BC.pdf>, 2010 年 3 月 16 日取得)
- 44) 長野県「周産期医療体制の構築について(事務局素案)」(平成 19 年 9 月 11 日)  
(URL: <http://www.pref.nagano.lg.jp/eisei/imu/ikeikaku5/syoni-wg2.siryou7-1.pdf>, 2011 年 3 月 18 日取得)
- 45) 上小医療圏は佐久医療圏または長野医療圏と、木曽医療圏は上伊那医療圏または松本医療圏と、大北医療圏は松本医療圏と連携する(「周産期医療体制の構築について(事務局素案)」より)。
- 46) 「周産期医療体制の構築について(事務局素案)」(平成 19 年 9 月 11 日)。
- 47) 厚生労働省「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」報告書(「第 10 回医師の需給に関する検討会」資料(平成 17 年 12 月 12 日)  
(URL: <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1212-10.html>, 2013 年 3 月 23 日))
- 48) 金井誠「長野県の現状」(2007 年 3 月)(URL: [http://www.osan-kiki.jp/kiroku/2007-3-21\\_3.pdf](http://www.osan-kiki.jp/kiroku/2007-3-21_3.pdf), 2011 年 3 月 21 日取得)
- 49) 都道府県により両者が一致している県と一致していない県、医学部が 2 箇所以上ある県などがある。医学部が県内に 1 ヶ所だけあり、かつ行政の所在地と一致しない県として、青森県、茨城県、福井県、山梨県、静岡県、奈良県、鳥取県、島根県、山口県、香川県、愛媛県、高知県、大分県、宮崎県、沖縄県がある。ただし、県によって、2 者が地理的に離れている場合と、地理的に近くほとんど同じ地域といえる場合もある。
- 50) 県庁所在地一覧表 (URL: <http://www.hyounet.net/ka/kenchou.htm>, 2011 年 3 月 18 日取得)、全国大学医学部一覧 (URL: <http://www.prit.go.jp/Ja/Outline/igaku.html>, 2011 年 3 月 18 日取得)
- 51) 吉田あつし「日本の医療のなにか問題か」NTT 出版 2009 年 第 4 章
- 52) あるいは、2 つの都市がそれぞれの地域における中心都市となってきた歴史的経緯があるのかもしれない。
- 53) 飯田市立病院 (URL: <http://www.imh.jp/>, 2011 年 3 月 15 日取得)
- 54) なお、飯田市立病院のホームページによると、2011 年 2 月末をもって、分娩を扱う 2 つの診療所のうちの 1 つが休止を表明した。飯伊医療圏では飯田市立病院と 1 診療所の 2 ヶ所でのみ分娩が取り扱われることになる。しかし、飯田市立病院では、分娩制限、例えば、里帰り分娩の制限を行わずに施設の増設などを行って地域の分娩を受け入れていくとしている。
- 55) 長野県「長野県上小医療圏地域医療再生計画」(平成 22 年 1 月 8 日)  
(URL: <http://www.city.ueda.nagano.jp/files/kenko/0350/20110222143803120.pdf>, 2011 年 3 月 23 日取得)
- 56) 国立病院機構長野病院の現在の産婦人科常勤医師 1 名は、派遣元の大学とは関係はなく新たに雇用された医師である。
- 57) 山崎大作「医師不足の真の原因とは」日経ビジネス (2006 年 6 月 28 日)  
(URL: <http://business.nikkeibp.co.jp/article/tech/20060627/105176/>, 2011 年 3 月 23 日取得)。
- 58) 長野県「長野県上小医療圏地域医療再生計画」(平成 22 年 1 月 8 日)  
(URL: <http://www.city.ueda.nagano.jp/files/kenko/0350/20110222143803120.pdf>, 2011 年 3 月 23 日取得)

- 
- 59) 周産期死亡率は、「(月間周産期死亡数) ÷ (月間出生数 + 月間妊娠満 22 週以後の死産数)」によって定義される (厚生労働省「厚生統計に用いる主な比率および用語の解説」  
(URL: <http://www.mhlw.go.jp/toukei/kaisetu/index-hw.html#syuki>, 2011 年 3 月 23 日取得))。
- 60) 長野県「長野県上小医療圏地域医療再生計画」(平成 22 年 1 月 8 日)  
(URL: <http://www.city.ueda.nagano.jp/files/kenko/0350/20110222143803120.pdf>, 2011 年 3 月 23 日取得)
- 61) 長野県「長野県上小医療圏地域医療再生計画」(平成 22 年 1 月 8 日)  
(URL: <http://www.city.ueda.nagano.jp/files/kenko/0350/20110222143803120.pdf>, 2011 年 3 月 23 日取得)