

どうなるの？

お産が危ない！

全国的に産婦人科医と分娩取扱施設が不足して「お産ができなくなる」と悲鳴が上がっている、こんな報道をよく目にします。いったい何が起きているのでしょうか。

編集／医師35人とCOML合同委員会
事務局／ロハスメディア
監修／中林正雄 愛育病院院長
海野信也 北里大学教授
村越毅 聖隷浜松病院周産期科部長
鈴木真 亀田総合病院産科部長
イラストレーション／浦本典子

妊娠・出産は、 奇跡的な事柄。

妊 娠・出産は、すこぶる健康的な営みで、決して病気ではありません。それなのに、妊娠・出産・産後と

皆さん、医師にかかる時はたいてい健康保険を使うと思います。健康保険が使えないのは、事故や労災などの別保険が給付をカバーする場合、まだ評価の定まっていない先進的な治療法などを自費で受ける場合、そして美容形成手術のような健康体へ手を加える場合に大別されます。

そして、正常なお産も健康保険が使えず自費負担するものに含まれます。対象者が健康体なので当然といえば当然です。しかし、それならば医師が足りなくてお産ができなくなる、と悲鳴が上がるのは、なんだか矛盾する気がします。

実際には、皆さんご存じのように、決して矛盾ではありません。なぜ矛盾ではないのかを突き詰めると、この問題の本質が見えてきます。生命を育み、産み出すという行為は、過去から営々と積み重ねられてきたために自然で当たり前のことと考えられ

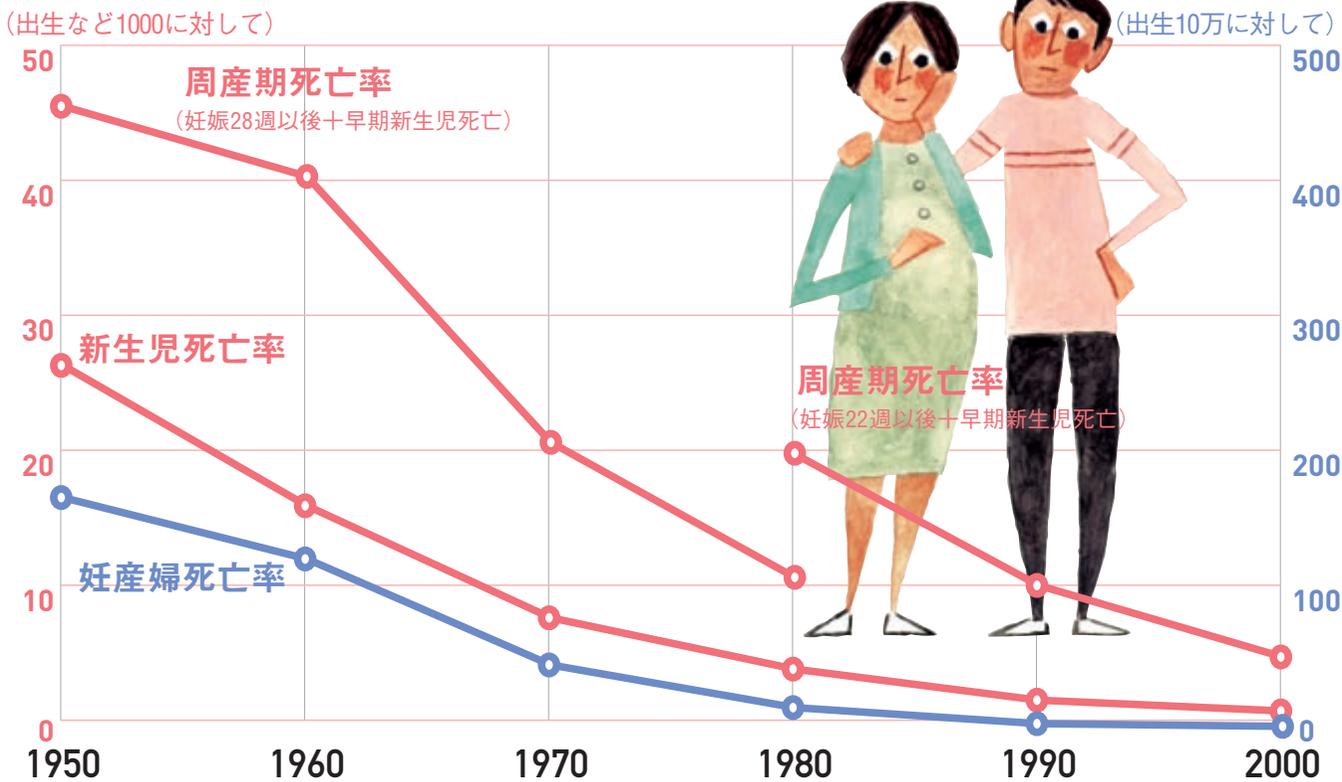
いった時期(周産期といいますが)には、医療が随分と関与します。たとえば助産院が分娩を取り扱うには、最低でも嘱託医が必要なことになっています。このことを不思議だと思つたことは、ありませんか？

がちです。けれども、科学が発達してその仕組みが分かれば分かるほど、実に奇跡的・神秘的なことなのです。

他人の臓器を体内に入れる臓器移植という命がけの治療があります。治療が命がけになる原因は、人体が他人の細胞を異物として排除しようとするからです。血を分けた実の子どもといえども、細胞レベルで見れば他人です。それを280日も胎内に入れておいて、拒絶反応が起きないというのは、非常に特殊な神秘的な変化が母体に起きていることになりました。

それだけでも大変なことなのに、母親は2人分の栄養を摂取し、2人分の血液を循環させ、2人分の老廃物を排泄します。生命の力を振り絞る一大事業なのです。世の男性の皆さん、女性を大切にしないとバチがあたりますよ。

そういった一大事業だけに、ちよつとしたことで母子とも生命の危険にさらされま



新生児死亡：生後28日未満の死亡
周産期死亡：妊娠28(22)週以後の死産+早期新生児死亡(1980年からデータの取り方に変更あり)
妊産婦死亡：妊娠中および分娩後42日以内の母親の死亡

す。昔から、出産に伴って亡くなる母親・子どもは数多くいました。

しかし、本格的な生命の危険にさらされる前段階で医療が介入すれば、死亡などのリスクを随分下げられます。ここに医療が関与する意味がありますし、医師が足りないという現象でお産ができないという現象につながるのです。

医療関与の成果は、グラフのような各種死亡率の劇的な低下となって表れています。

これらの値は世界的に見ても非常に低い水準です。

ただし、これまで医療介入があまりにも成果を上げすぎたために、私たちは妊娠・出産に生命の危険を伴うことを忘れがちです。対する医師側は100%安全な妊娠・出産などあり得ないと考えているので、双方で行き違いが生じることも多くなります。これが、この問題の本質です。以下、少し詳しく見ていきましょう。



周産期医療は ダウン寸前。

周

産期医療が必要で、成果を上げてきたことは、ご理解いただけたことと思います。

では次に、そのシステムが現在どうなっているのかを見ていきます。私たち受益者側からすれば、家の近所で安全に出産できるのが望ましいです。すよね。

しかし、現状はその望みに逆行しています。日本産科婦人科学会が全国の大学とその関連病院について行った調査では、03年春からの2年間で分娩取扱施設が全体の1割近い95施設も減りました。

理由は簡単です。施設を維持するだけの医師がいなくなっているのです。同じ調査で、施設に勤められるような常勤の産婦人科医数も全体で約8%減りました。

では、医師は一体どこへ消えてしまったのでしょうか。

産婦人科医の数は、ここ15年ほど徐々に減り続け、04年は90年に比べて1割強少なくなっています。その間に医師全体の数は25%増えましたので、若手が積極的に入っていない分野であることは確かです。その理由は次項で詳しく説明します。

とはいえ少子化も進んだので、数だけ見れば、「そんなに足りないの？」という気になります。2年で常勤医が8%減ったという数字とも、随分開きがあります。

しかし、厚生労働省研究班によれば、中身が大問題のようです。04年データでは（以下すべて同じ）産婦人科医全体の4割以上が60歳以上になっていきます。サラリーマンなら引退しようかという歳です。高齢の医師に常勤を期待するのは酷です。すよね。

さらに、数少ない若手の中で女性の割合が非常に高くなっており、日本産科婦人科学会の会員数で見ると、35歳以下の57%、40歳以下の49%が女性医師です。多くの女性医師自身が妊娠・出産を経験し、その間は医療提供者から医療受益者の側に回ることになり

ます。子育ての問題も考えると、常勤医として働きづらいのは、お分かりいただけるでしょう。

なぜ「常勤」にこだわるかというと、お産には昼も夜もないため、病院としては何時から何時までしか働けないという医師をアテにして妊婦を受け入れるわけにいかないからです。

これまで、その医師不足を内部努力で吸収していたのですが、ついに耐え切れなくなり施設が減り始めた、これが現状です。

そして、この流れは加速こそすれ、止まらないのではないかと懸念されています。産婦人科医を選ぶ若手が元々足りなかつたのに、さらに激減（コラム参照）しています。

会社に例えるなら、産婦人科は、新入社員が入ってこ



何科の医師になるかは 医学生の手次第です。

医学生にも職業選択の自由を定めた憲法上の権利があります。また、医師は資格を得てからも不断に勉強を続けなければならない職業なので、やりたい科に進ませ意欲を促すのが合理的、と考えられています。この段階で既に産婦人科は不人気なのですが、今年さらに深刻になりました。

04年度、医学生たちに卒業後2年間、診療各科を交代で経験する臨床研修（スーパーローテーション）が必修化され、若手医師たちが各科を身をもって比較できるようになりました。研修必修化前の04年4月には全国で415人が産婦人科を選んだのに、研修一期生たちは06年4月に210人しか産婦人科を選びませんでした。

い部署のようなもの。新人が入ってこないというところは、経験を積んでも「一番下っ端」扱いのキツイ勤務が続くということです。

こういった状況に燃え尽き、あるいは希望をなくし、病院を支えてきた中堅医師たちが、病院を去って内科医などに転進するか、お産を取り扱わな

い開業医になるかし始めている。若手が入ってこないだけでなく、中核メンバーも抜け始めているのです。担い手がなくなれば、病院は分娩取り扱いを止めざるを得ません。

これが、近所で安全に産みたい、という望みが叶えられなくなる大きな原因なのです。

で

は、何が常勤医たちを悩ませているのかを考えていきましよう。それは医学生たちが産科医を避ける理由、結果的に常勤医不足が起きる原因でもあります。

大きく分けると3つになります。①勤務が過酷②医療訴訟が多い③その割に収入が低い、です。順に説明します。

産科医は一度診療に入れば、血まみれ・羊水まみれになることも珍しくありません。血液などの体液に直接触れることは様々なウイルス感染のリスクがあります。そして昼も夜もなく仕事が発生します。

歴史的に、受益者側の「近所で産みたい」という望みに沿おうとして、各自治体が競って施設整備を進めてきました。といつてもフルタイムで働ける若手・中堅医師の絶対数は少ないので、1人か2人しか産婦人科医のいない施設がかなりできてしまいました。24時間いつ仕事になるか分

産科医が減る理由はこの3つ！

からず眠れない状態が、1人勤務なら365日連続、2人勤務でも2日に一回あります。強靱な体力と精神力の持ち主でも、ずっと続けることができないのは明白です。新人がほとんど産婦人科に入ってくるならば、「何年間の辛抱だ」と考えられますが、現実には先が見えません。

また、1人か2人しか医師のいないような施設が、体制の充実した施設と同じだけの質や安全を提供できないのは、火を見るより明らかです。この地方在住者の場合、「近所」と「安全」は、両立がなかなか難しいことになります。

こうした過酷な勤務状態も、命を救うことに成功して患者から感謝されるだけなら、やり甲斐として昇華できるものなのかもしれません。

しかし、実際には感謝されるのと同じくらい、患者に恨まれ訴えられるリスクがあります。もともと健康な人が対象となる喜ばしい事象であるため、悪い結果が出た場合に、本人や家族の受ける衝撃が大きく、納得できないとの想いが強くなるからで、賠償額も高くなりがちです。



リスクは経済的なものだけに留まりません。

社会の晩婚化に伴う高齢妊娠・出産の増加は、妊娠・出産の危険性を確実に上げ、予期せぬ悪い結果を招いています。また前項で説明したように、妊娠・出産の危険が忘れ去られ、異常な分娩はすべて医療側の責任であるかのような誤解も広まっています。

関係者がベストを尽くして

も悪い結果が出ることもある、という本質を社会が忘れると、「悪い結果が出た以上、誰かが悪い行為をしたはずだ」との考えが支持を得るようになります。

この傾向が全国の医師を震え上がらせています。なぜならば、司法によって「悪い行為があった」と認定されると、医師は犯罪者となり、築き上げてきた資格・地位や名誉を

失うからです。そして「悪い行為」は、体制の貧弱な施設の方が認定されやすいのです。福島県立病院の産婦人科医が逮捕・起訴される事件（コラム参照）も起きました。

こうして、1人か2人しか医師のいない施設での分娩取り扱いは、どんどん取りやめられます。「近所で安全に産みたい」は、叶わぬ夢となりつつあるのです。

全国の医師が注目している福島県立大野病院事件。

04年12月に帝王切開手術を受けた29歳の女性が亡くなり、手術ミスがあったとして、執刀医が06年2月から3月にかけて逮捕・拘留・起訴されました。問われたのは業務上過失致死と医師法違反ですが、非常に珍しく対処の難しい症例だったことに加え、この医師が1人勤務だったことから、全国の医師なんと8000人が無罪を求めて署名しました。

どうしたら崩壊を止められるの？

では、この状況をいったいどうすればよいのでしょうか。

毎度同じことを申し上げて恐縮ですが、医療は誰かに施されているものではなく、私たち受益者が税金や保険料で費用を負担しているものです。どのような形が望ましいのか考えて要求する権利があります。行動する義務があります。ご自分の問題として考えていただければ幸いです。

勤務が過酷という点から順に、検討します。

一つの施設に産婦人科医が3人以上いれば、勤務は随分と楽になります。現在の陣容のままでは安全性を確保しようと思つたら、産婦人科のある施設を減らして医師を集約す

るのが必然的な解決策になります。厚生労働省や学会も、この方向で動き始めています。

このままでは、「近所で」という願いはぜいたくなことになりません。しかし、医師の総数が増えれば話は別です。

産婦人科医に高齢者や女性が多く、常勤に向かないという話を思い出してください。この人たちをパートタイムで雇って、シフト制を敷いたらどうでしょうか。

障害となるのは、産婦人科が病院からすると儲からない部門なため、医師を余分に雇う余裕のないこと。分娩取り扱いの費用を倍にするなどすれば、随分と状況は改善します。少子化対策に大金を投じていることからすれば、高く

なった部分を公費助成してもよいはず。若手医師不足解消の一助にもなるかもしれません。

とはいえ、すぐに値上げはできないでしょうから、当面は遠くの施設でも「近所」と同じように使える方策が必要になります。妊婦さんの移動には救急車の有効活用を検討するべきでしょう。本当にハイリスクな分娩の場合は、地域の中核施設まで運ぶヘリコプターのような体制も必要かもしれません。

次は訴訟リスクについて検討します。

不幸な結果が出た時、原因究明と心のケアがあつて当然なのですが、現状ではその仕組みがいまいちな上、医療側の過失が証明されない限り補償すらされません。患者側は医療者の過失を立証しなければならず苦痛が増えますし、医療者側からしても過失を認めると犯罪者にされかねないので、互いに消耗するだけの

不毛な争いが起きます。

誰も悪くなくても悪い結果が起きる可能性があること、一方で患者は補償されて当然であることを考えるならば、過失が立証されなくても補償が行われる制度があつてもよいのではないのでしょうか。

また、通常の医療行為を犯罪に問うことが妥当なのかも考えていただきたい点です。不幸な結果が出た場合にめざすべきは被害救済であり、真相解明と再発防止であるはず。制裁を優先するあまり、その目的が達成されなくなるなら本末転倒です。

医療界は外部に対して情報を積極的に公開してきたとは言いがたいため、自浄作用に対する不信感が強いのも理解できます。

かといって、犯罪者になりたくない病院から逃げ出す医師の首に縄をつけて繋ぎとめておくこともできません。公的な調査紛争処理機関が必要なのではないでしょうか。

