

どうすりゃいいの

お産危機

全国的にお産できる医療機関が足りなくなっているのは、マスコミ報道などで、ご存じだと思います。

でも何が起きているか、本当に理解していますか？

自分には関係のない話と思っと思っていますませんか？

編集／医師35人の合同編集委員会

事務局／ロハスメディア

監修／海野信也 北里大学教授

久保隆彦 国立成育医療センター産科医長

イラストレーション／徳光和司

何が起きているの？

本 誌をずっとご覧の方は、産科の危機的状况が昨日今日始まった話でないことをご存じのことと思います(06年6月号「お産が危ない!」特集参照)。何年も前から悲鳴があがっていたのに、

世の中が取り合ってこなかった。厳然たる事実です。

前回特集(『ロハス・メディア』「カル」サイトで見られます)では、産科医が過去15年ほどで1割ほど減り、また女医の割合が増えたこと、主に開業

医の高齢化が進んだことから、分娩取扱施設数も減り始めていることを説明しました。

以降も状況は悪化の一途です。残った施設と産科医で必死に需要を満たしてきたけれど、ついに限界を超えて需要があふれ、お産難民が出現した。ようやく世の中が気づいた。これが現状です。

遅まきながら政府も緊急対策に乗り出しました(次項表参照)。けれど、残念ながら大して実効性はないでしょう。根本的原因である私たち国民の行動や考え方をどう変えるか考慮されていないからです。

まず基本的な前提から。お産は、計画帝王切開でない限り、24時間365日いつあるか分からず、何時間続くかも分かりません。このため医師が1人しかいない場合、安全に受け持てるのは年間120分娩までと言われています。

ところが全国の年間出生数約110万に対して、産婦人科常勤医は約8000人(05

年12月現在の日本産科婦人科学会調査)。全員が満遍なく分娩を受け持ったとしても、

年間140分娩近くあります。ちなみに本誌発行エリアは、埼玉が1人あたり268分娩でダントツ全国ワースト1、茨城がワースト2位の176、千葉もワースト3位の173、群馬164、神奈川県157、静岡156と軒並み大変なことになっています(出典同)。

こんな大変な状況になるまでお産難民が出なかった背景には、お産は病気ではないという特有の事情と、その事情を生かし現場が精一杯の労働強化と工夫を重ねて需要を吸収してきたことがあります。お産には、時として母子の命が失われるもの、医療介入によって寸前で助かるものがある一方、医療介入の必要がほとんどないものもあります。ただし、異常なしだつたものが突如、医療介入の必要なものに変わることは多々あり、その急変がいつ誰に起きるか



事前には分かりません。

イザという時に病院へ搬送する前提なら開業医が低リスク分娩を数多く引き受けられますし、中・高リスク分娩の集まる病院も、綱渡りにはありませんが掛け持ちすることで分娩数を増やせます。

ただし当然限界があります。病院が分娩数を増やし過ぎると、イザという時の搬送を受けられなくなります。結果、開業医が分娩を取り扱えなくなり、あふれた分がまた病院へ回ることになります。

妊婦側から見ても、外来での説明時間が短いか、待ち時間が長いとか、分娩中に医療者が常時そばにいない、と

いったあたりがたくない話になります。外来診療中に分娩や手術が飛び込んできて待たされることも増えます。医師に不満を抱きやすく、人間関係がギスギスする原因にもなるのです。ただでさえ疲れている医師にとってつらいことです。

しかも社会の安全要求は高まる一方。06年には福島県で産科医が逮捕・起訴されるという事案まで起きました(次項表参照)。

こうした状況に耐えきれず産科医を辞める人が現れ、残った人・施設の負担がさらに過酷になるという完全な悪循環なのです。

医療側でも工夫はしています。

産

科危機の実感のない人もいるかもしれませんが、たしかに全国的に見ると、宮崎県や大阪府北部のように、開業医と病院との分担・連携システムが健全に機能して、需給のミスマッチが起きていないところもあります。ただ、そういう所は、産科医1人あたりの年間取扱分娩数が120以下に収まっていることが多いようです。

1人あたり取扱分娩の多い所では間違いなく需要があふれ始めており、一度あふれてしまうと、あふれた人たちの不満が現場に残った人たちに向かいがちです。勤務がどんどん過酷になることと相まって、残った人たちの心が折れて完全崩壊するのも時間の間

題です。

この悪循環を止めて産科医療を再生するには、あふれた需要を満たすための新規就業者が大量に必要です。

通常の産業なら、需要と供給のバランスが崩れて需要過多になった場合、価格が上昇して新規参入を促します。

ところが、産科を設置しているのは公立病院が多いせい、か、分娩費は低めに設定されたままで、勤務医がどんなに働いても待遇はほとんど変わりません。産科医が1人か2人しかいない病院も少なくなく、きちんと交代で休みの取れる4人まで増やそうとした病院もほとんどありません。お産では緊急手術が少なく

ありませんし、無事終われば必ず新生児が誕生します。麻酔科や小児科が病院内で健全に機能していないと危険です。産科医が少ないような病院は、往々にして小児科や麻酔科も医師が少なくて疲弊していることが多いのです。

労働が過酷なうえに相対的に低賃金で、しかも危険な状況に置かれているのに、感謝されずに責められることも多い。これでは新規就業する人の増えるはずがありません。

この状況を打開するには、医療側の工夫や努力だけではどうにもならない部分があると思います。次項で説明します。

もちろん、医療側もただ手をこまねているわけではありません。何とか新規就業者が現れるまで現存の供給能力を守って持ちこたえようと工夫しています。

現在、全国的に行われているのが近隣のお産施設を地域

の基幹病院1カ所にまとめてしまう集約化です。基幹施設なら他科との連携も容易ですし、1施設あたりの医師数が増えれば医療の質が上がります。何より交代で休みを取れるメリットがあります。

国民の側が医療の質の維持を望むのなら、これ以上勤務医を辞めさせないため避けて通れない道です。病院経営者さえその気になれば、パート

タイム勤務医を組み込むこともできます。20代・30代産科医の過半を女性が占め、フルタイム勤務の職しなくて現場を去らざるを得ない人も相当数いることから、これは重要な意味を持ちます。

ただし、集約化すると、お産施設が広く薄く存在していた時より、妊婦や家族の利便性は劣りますし、供給量そのものも減りかねません。本当

に医療に必要なハイリスクの人が網から漏れてしまわないよう注意は必要です。

この他、産科医療体制の健全さにかんがりの地域差があることから、ある地域内で対応できない妊婦が出てきた時には、別の地域の余力で対応するという広域搬送も増えてきました。搬送手段として、救急車に加えヘリコプターも使われ始めています。

産科問題を知るキーワード 5

1. 政府の対策

国が最も予算を割いたのが、医師が余っている公的病院から、どうしても足りない病院に医師を派遣する緊急医師派遣制度で、08年度はシステム構築のために約30億円を計上しています。しかし、そもそも産科に関しては派遣する医師がいません。この他、地域医療計画（08年5月号参照）の上限枠を産科で撤廃する、診療報酬を加算する、全国100カ所の病院・診療所に人件費を助成する、などがあります。

2. 看護師内診禁止

安全要求の高まりの一つ。分娩がどこまで進んだかの目安として子宮口の開き具合を確認する「内診」という行為があります。助産師が足りないため、診療所では慣例的に看護師が行うことも少なくありませんでしたが、厚生労働省が禁止する通知を出し、それに基づいて警察の摘発も行われ、診療所の分娩取扱いが大きく減るきっかけになりました。

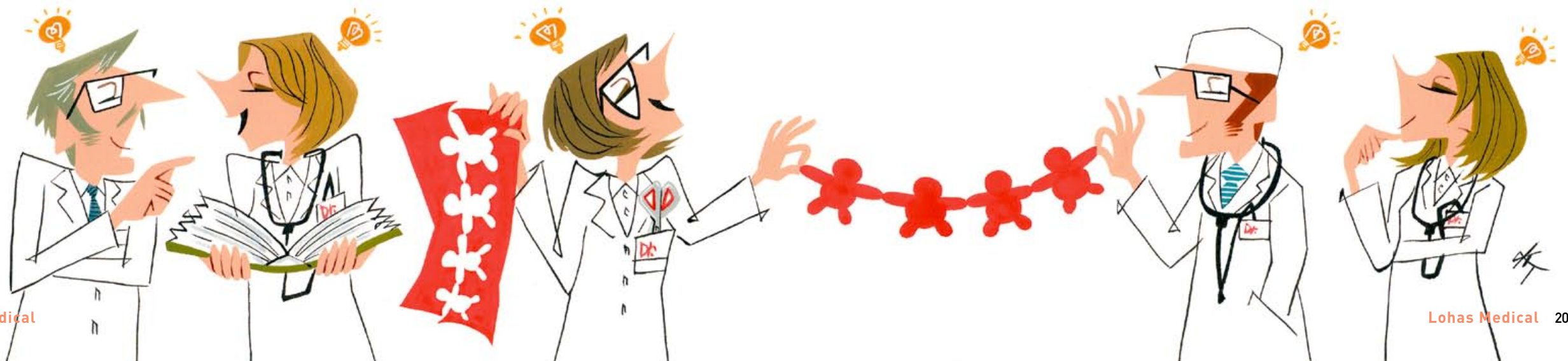
3. 福島県立大野病院事件
帝王切開で出産した妊婦が大量に出血した後に死亡し、担当した産科医が業務上過失致死などで逮捕・起訴され、禁錮1年・罰金10万円を求刑されました。一審・福島地裁の判決は8月20日に出る予定で、それによっては全国の産科医が一斉廃業する可能性も十分にあります。

4. 臨床研修

04年4月から、医学部を卒業して専門の診療科に入る前に2年間各科を回って研修することになりました（08年3月号参照）。病院に2年間新人が入って来なくなり、元から人数が少なく、毎年新人が入ることを前提に回っていた産科に大きな影響を与えました。

5. 飛び込み出産

安全なお産には、お産する施設で事前に定期的に健康状態や何か危険要素がないかチェックをすることが不可欠です。ところが、そういった事前チェックなしに、産気づいてから突然救急車などで病院に来ることを言い、最近増えています。当人にとって危険だけでなく、本来そこでその時にお産するはずだった妊婦にとぼちりがいぎます。



根本は国民の 取り組み次第

根

本的な対策は、供給を増やすか、需要を絞るかにかかわらず、どちらについても国民自身の取り組みが重要です。列挙します。

まず供給。国民の総意として医療の質を下げても構わない、それで悪い結果が出て医療者を責めないと割り切るなら、以前のように薄く広く配置することで若干増やせます。

ただし医療の質に対する考え方を変えないのなら、新規就業者の大幅増が絶対に必要で、そのためには病院が産科スタッフを適正な数だけ雇っても安定して利益をあげられる水準まで分娩費を上げないといけません。

若い妊婦や家族の負担を増

診を控えることが、地域のお産を守ることに直結します。

その他にも必要であれば財源を考えるとはいくらでもできます。それこそが政治というものです。

これ以上産科医を辞めさせないことも大事です。現場に踏みとどまっている医療スタッフの心を折るなど、もつてのほか。分娩費が少ない現状ではスタッフも少ないですから、至れり尽くせりというわけにはいきません。精一杯やっているのだということを理解して、どうか大らかな気持ちを持ってください。ケンカ腰にならないでください。

また逆に医師の心を支えるためにも、ぜひ感謝の気持ち伝えるようにしてください。これは産科や小児科だけに限りません。人の役に立っているという実感が、医療者のやり甲斐になってることが多いので、意外と大事です。

需要を絞る面からも、国民にできることがあります。

やすつもりかと思つたかもしませんが、そうではありません。健康保険から出産祝い金というのが出ます。そして公立病院の分娩費というのは、ほぼその枠内に設定されています。妊婦がお金を持つていなくても出産できるようにと

の配慮でしょう。この出産祝い金を増やすか、もしくは分娩費増額に見合うだけの公的助成を行えば妊婦の負担は増えませんが、これは、国民・住民が決められることです。

財源ならあります。たとえば少子化対策と称して小児医療費無料化を実施している自治体が多くあります。あれを縮小すれば良いのです。なぜなら小児医療費無料化が、産科崩壊に役買っている節があるからです。

にわかには結びつかないか

もしれないので、少し丁寧に理屈を説明します。

無料制度があると、いつ何回受診しても無料なために、コンビニエンスストアにでも行くような感覚で、通常は料金の割高な夜間に病院小児科を受診する親御さんが増えていきます。その結果、小児科医もまた激務となり、辞める人が続出しているのです。小児科医がいなくなれば、産科も閉鎖せざるを得ません。

もちろん無料になつていなくても、小児科のコンビニ受



医療介入の少ない状態で分娩を終えることができれば、それに越したことはありません。お産の供給システムが揺らいでいる現在、医療介入を減らすということは、システムを守るだけでなく妊婦自身の身を守ることに直結します。

医療介入を減らすためには、自ら努力してリスクを下げる必要があります(コラム参照)。周囲の人も、妊婦が努力しやすいようサポートしてあげましょう。

とはいえ、妊婦がどの程度リスクを持っているか、どう行動したらリスクを下げられ

るか、自分ではなかなか分からないと思います。事前の妊婦検診や保健指導は必ず受け、言われたことは守りましょう。

出産が済んだ後にも、できることがあります。特に早産・未熟児だった場合、適当なところでベッドを空けないと、次の早産・未熟児が入れません。病院から転院を打診されたなら、たとえ少々不都合があつたとしても、お互い様だと思つて、転院を受け入れてください。

いかがでしょうか。あなたにも、産科を守るためにできることがあるとは思いませんか。

お産のリスクを下げるには。

妊婦さんは、以下を心がけるようにしましょう。絶対禁煙、禁酒、太り過ぎない、疲労をためない、塩分を取り過ぎない、適度に運動する、無闇に薬を飲まない。また、妊娠初期に葉酸が欠乏すると神経管欠損などの危険があるため、妊娠を考えている方は、事前に葉酸を継続的に補充することが大切です。

なお、リスクを簡易に自己診断できるサイト (<http://www.aiiku.or.jp/aiiku/jigyo/contents/kaisetsu/ks0506/ks0506.htm>) もあります。点数が2点以上あつたら医療介入が必要になる可能性が高いので、大きな病院での出産を選びましょう。ただし、2点未満の人でも3%程度は医療介入が必要になります。