

# 産婦人科医師不足と医療崩壊

市立豊中病院産婦人科部長 徳 平 厚

## はじめに

医療崩壊とは、これまでわが国において維持されてきた質の高い医療レベルを供給し続けることができなくなった状況を指しています。2004年の臨床研修制度の変更をひとつの契機として様々な科で医師不足が深刻となり、医療崩壊が叫ばれるようになりました。産科・周産期領域においては、この3年あまりの間に医師不足に拍車がかかり、医療崩壊の危機という段階を超えてすでに崩壊のプロセスにあると認識されています。

## 世界トップの周産期医療

わが国の周産期医療は、世界トップの医療水準を保ってきました。妊産婦死亡は、昭和25年頃は、年間4千人強の女性がお産で死亡していたのに対し（出産10万人につき400人以上）、平成17年は、出産10万人につき5.7人です。この妊産婦死亡率は、アメリカの10人より低く、インドの407人よりはるかに低い値です。また、周産期死亡は、昭和25年頃は、年間10万人以上の赤ちゃんが妊娠中、分娩直後に死亡していましたが、平成18年は、5千人(4.6/1,000)と世界的でもっとも低い値です。

最近の日本産婦人科学会の統計によると、出産250人に1人の割合で救命のための高度医療が必要となっています。そのうち99%が救命されていますが、残り1%は治療にもかかわらず、大量出血や妊娠高血圧による頭蓋内出血で死亡しています。救命率99%は、先に述べましたように世界に誇ることのできる数字で、産科施設の努力の成果です。しかし、分娩時の母体死亡は、極めて悲しい出来事です。五体満足に生まれてくる子供との明るい未来から、いきなり奈落の底に突き落とされ

ます。家族、夫としては容易に受け入れられるものではありません。起こりえないことが起こったのだから、医師の診断や治療技術あるいは病院の診療体制など、なんらかの原因を探そうとするのも無理はないでしょう。医師を非難することで、多少救われた気持ちになれるかもしれませんが、妊娠に内在するリスクとして、あきらめるのは容易ではありません。「わが国の周産期医療は、世界でトップレベルの安全なお産を実現している。それでも救えない命がある」ことを患者さんに理解してもらう必要があるでしょう。

## 産婦人科医師の減少

医師総数は毎年順調に増加し、1984年から2004年の間に約32%増加していますが、産婦人科医師に限るとすでに20年前から漸減傾向が続いていて、約15%も減少しています。これには、出生率低下にともなう産婦人科の沈滞ムードや医療訴訟の増加などが関与しています。産婦人科に特化した医師数をみると、お産を扱わない婦人科医師数が増え、産科医師の数が減っています。また、年々女性医師の比率が高まり、新規入局者の7～8割が女性となっています。その結果、分娩・育児や離職への対応が重要な問題となってきました。ここに臨床研修制度の変更に伴う2年間の入局者がいない状況が加わり、マンパワー不足は一気に顕性化しました。

## 産婦人科医師不足の背景と対策

産婦人科医師不足の原因は、①産婦人科を選択する医学部学生、研修医が少ない。②経験を積んだ産婦人科医が産科の現場から立ち去ってしまう（立ち去り型サボタージュ）。③女性医師が著し

く増加しているにもかかわらず、その就労環境が整っていないため、十分活躍できていない。の3点ではないでしょうか。

多くの医学部学生は、産婦人科が診療科としても、学問的にもきわめて興味深い分野であることは理解しています。しかし最終的に産婦人科を選ばないのは、社会的にネガティブなイメージのためでしょう。まず、周産期医療は当直や拘束の回数が多く激務であること。また、数年前に、福島で起こった「県立大野病院事件」が象徴するように、訴訟のリスクが高いこと。この「激務」と「医療訴訟」の2つの要因が大きいのではないかと考えます。

現場の産婦人科医に「激務」で「ハイリスク」な仕事を続けるだけのインセンティブが与えられていないことは、バーンアウトして産科の現場から去ってしまうことにつながっています。そして、1人が去ると医師不足が加速して現場の勤務状況をさらに悪化させるという悪循環となっています。産婦人科医の一般的な勤務状況はかなり過酷なもので、当直・拘束がつき物ですから、診療を1人や2人で担当すると、非常に拘束感の強い勤務となります。分娩を多く取り扱う施設での当直の実態は、十分な睡眠を望めない夜勤であり、しかも、翌日は通常の勤務で、外来や手術をこなさざるを得ないのが実情です。このような実情に対して、報酬などでインセンティブが与えられなければ、産婦人科医を目指す学生・研修医が減少するだけでなく、現場の産科医が立ち去ってしまうのもやむをえないという面があります。また、労働環境の整備には、助産師不足や看護師内診問題など社会制度などの行政の理解や協力を得なければならぬ部分も多くあります。

20歳代の若い産婦人科医の70%は女性医師です。女性医師の増加そのものは、産婦人科医として歓迎すべきことなのですが、女性医師が十分に活躍できる環境が整っていないことが問題です。経験年数を積むと分娩を担当する女性医師が減少し、日本産婦人科学会の調査では医師となって9

～13年目で、女性医師は半数しか分娩を担当していません。男性医師は80%が分娩を担当しています。

この状況の改善には、女性医師への、「子育て支援」、「勤務体制の整備」、「復職支援」の充実が早急に必要でしょう。産休・育児休暇をとりやすくすることはもちろん、24時間体制の院内保育所を完備したり病児保育を受け入れる体制が望まれます。部分休業を充実させ、フレキシブルな勤務時間の対応などの勤務体系の見直しが必要です。志の高い女性医師が現場に復帰しやすくなる復職支援などの勤務環境の整備が急務です。女性医師が働きやすい環境を作ることが、ひいては男性医師の勤務環境の改善につながります。

さらに周産期医療を困難にさせている問題が医療訴訟の多さです。診療科全体の訴訟件数は、内科の241件、外科の210件に比べると、産婦人科は113件ですが、医師1人当たりでは最も高頻度です。その圧倒的多数は周産期関連のものです。わが国の周産期医療の成績の著しい向上が、皮肉にも「お産は安全なものであり、母子ともに健全な状況で退院してくるのがあたりまえ」という決して正しいとはいえない国民の皆様常識になってしまっています。先にも述べましたが、「お産」は、今でも常に母児ともに危険を伴うものであることや、「母児ともに健全であたりまえ」という常識は、われわれ産婦人科医の昼夜を分かたぬ努力で支えられていることを、もっと、一般国民の皆様に認識していただく必要があります。

訴訟を減らすための対策として、平成21年1月より「産科医療補償制度」が開始されました。これは、分娩に係る医療事故（医療過誤を伴う場合も伴わない場合も両方を含みます）により脳性麻痺となった児と家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決および産科医療の質の向上を図ることを目的としています。産婦人科訴訟の50%は脳性小児麻痺

(CP) にかからむものであり、CPの90%が分娩時の管理とは関連のない、したがって医師に責任のないものであることがすでに明らかにされています。このような本来、社会保障のなかで支援していくべき90%の脳性麻痺患者についてもこれまでは医師に補償を求める傾向がありました。産科医師に対する責任追及が医療崩壊を招くひとつの原因となり、萎縮医療につながっていました。この制度は、一定の条件を満たす必要はありますし、まだまだ議論の余地がありますが、訴訟を減らす一助となってくれることを期待しています。

医師不足が過酷な労働環境をさらに悪化させ、過剰な労働が医療ミスを生じさせて訴訟へとつながる。増加した医療訴訟と加重労働を嫌って産科・小児科を目指す医師が減少し、医師不足に拍車をかける。このように、「医師不足」、「加重労働」、「医療訴訟」が相互に原因となり結果となって、医師数の減少を加速させてきた。これが三位一体となった“負のスパイラル”なのです。

### 周産期医療の体制

1996年に国が、最重症の妊婦や新生児の救急治療にあたる施設として、「総合周産期母子医療センター」を設立しました。産科救急の拠点として24時間体制で複数の産科医が勤務し、NICU（新生児集中治療室）が9床以上、MFICU（母体・胎児集中治療室）が6床以上あり、ドクターカーを有しているなどの条件があります。現在、45都道府県に75施設（大阪府に5施設）が指定されています。また、比較的高度な医療を行う「地域周産期母子医療センター」も39都道府県に236施設（大阪府に13施設）が指定され、地域の医療施設も含めた周産期ネットワークを構築することで、安心して赤ちゃんを産み育てられる環境づくりが進められてきました。

ところが、ここ数年、救急での妊婦の受け入れ状況は急激に悪化しています。119番で緊急搬送された妊婦のうち、3回以上医療機関に断られたのは、この3年間で4.3倍に増えています。母子

医療の最後の砦であるはずの総合周産期母子医療センターのうち7割が、搬送受け入れを断った経験があることが、厚生労働省の調査で分かりました。

その理由に、NICUが満床という理由をあげている施設が92.5%に上ります。出生数は減少していても、出産年齢の高齢化などにより、NICUでの治療が必要な新生児が増加しているとの背景が指摘されています。また、激務や訴訟リスクの高さから全国的に産科医不足が深刻化しているのも理由の一つです。

別の問題として、国はこれまで産科と一般の救急体制を別々に整備してきたことにより、周産期を担当する医師はいても、脳出血など他の診療科での治療が必要な妊産婦への対応ができない施設があるのが実情です。産科と一般の救急医療の連携強化などの対策を早急に進める必要があります。

大阪府においては、昭和52年に、新生児診療相互援助システム（NMCS）、昭和62年に、産婦人科診療相互援助システム（OGCS）が発足し、いち早く、周産期医療のネットワークのシステム化が推進されてきました。新生児医療推進委員会と産科救急推進委員会が合併し、平成16年からは周産期医療委員会として再スタートし、大阪府、大阪市の援助を得て、大阪のシステム作りを支援してきました。

### 市立豊中病院の取り組み

当院は北摂地域の中核病院です。平成19年には、地域周産期母子医療センターとして認定を受けました。ハイリスク妊婦や合併症妊婦を積極的に受け入れ、妊娠中や分娩時に起こる様々な緊急事態に対応しています。地域周産期母子医療センターであり、この地域では産科だけでなく婦人科救急を扱うことができる数少ない病院です。

しかしながら、当院の産婦人科でも医師不足は深刻な問題です。卒後10～20年目の男性医師が少なく、逆に女性医師が増加しています。過酷な労働状況が続き、スタッフの疲弊が限界にきてしま

いました。これに対して、いくつかの改革がなされました。またさらなる改善策が現在計画されています。

最も大きな改革の核となったのは、「二人主治医制度」です。かかりつけ医と当院産婦人科医が医療機能に応じた役割分担をし、患者様が安全な医療を安心して受けていただく制度です。地域の医療機関との連携をさらに強めています。基本的には、病状の落ち着いている婦人科の患者様やリスクの少ない妊婦さんの妊婦健診をかかりつけ医にお願いしています。つまり婦人科では、病状の変化があり、精密検査や手術療法が必要な患者様を紹介していただいています。産科では、妊婦健診時になんらかの異常が発見されたり、緊急事象が発生した場合に当院に紹介していただき対応しています。この制度により、忙殺されていた外来診療にゆとりが生じ、病棟でのスタッフに余裕ができることにより緊急搬送などに対応しやすくなりました。

また、助産師外来を充実させました。リスクのない妊婦さんは、医師と助産師が交互に外来を担うことにより、医師の外来負担を軽減しました。助産師との相談の時間が十分とれることにより、妊婦さんの満足度も増したと考えています。

女性医師の勤務環境については、まだ制度化には至っていませんが、日勤帯のみの勤務、当直の免除、自宅待機の免除などを行っています。産前・産後休暇はもちろんのことですが、育児休暇もとっていただくようにしています。院内保育所の充実を図ることや、部分休業の見直しなどは現在検討中です。

また、過酷な労働に見合った給与面や特別手当についても現在見直されつつあることは大変喜ばしいことです。

## おわりに

医療崩壊は、国や都道府県や市町村などの行政の問題や、その時代の様々な社会的な背景などがあいまって起こっています。世界最高レベルにある周産期医療が崩壊しつつあります。これを回避

するために、負のスパイラルを断ち切らなければなりません。産婦人科医の増加に努力するとともに、地域に応じた周産期医療の集約化、報酬の改定、女性医師の就労環境の改善などが喫緊の重要課題と考えています。