

産科崩壊

水野産婦人科医院 水野俊樹

「産科崩壊」について最近気になっていることを記したいと思います。

福島県大野病院事件を機に産科医の減少に拍車がかかり、奈良県大淀病院事件、大阪府高槻搬送中妊婦流産事例で産科崩壊が一般の人に認知されるようになったのは、つい最近のことですが、東京墨東病院搬入妊婦死亡事例以後、東京都下ですら産科救急はもとより、一層対象患者の多い救命救急の現場も崩壊していることが明らかになりました。また「医療崩壊」の拡大の結果「勤務医の劣悪な労働環境」が知られるようになり、それは「医療費抑制政策」も原因の一つであり「実は医師とは大変な仕事なのだ」と一般の方々が再認識せざるを得ない状況証拠が揃うにつれ、マスコミの医療崩壊に関する興味は急速に薄れてきたかに思われます。「新研修医制度悪玉論」が台頭して「研修医制度改定」が決まるや「医療費抑制策批判」は鳴りをひそめ、レーシック手術患者に於ける感染症集団発生報道から「医者叩き」へと風向きが変わりつつあるように思われます。

そのような中で2月18日に日医は「2009グランドデザイン」に於いて高齢者医療への税負担増加の財源確保の為に消費税率の引き上げを提唱されましたが、一部の優良企業の超高給取りの方を除くと他のあらゆる職種で給与が激減し、非正規雇用者はもとより正社員もいつ首を切られるかわからない現況にあるため、せっかくの提唱も誤った形で伝えられれば、実際ではそうでないのに贅沢をしているとの「開業医バッシング」の呼び水になり、「診療報酬の減点は当然」との世論を形成しかねません。前回の点数改正で評価の上昇がった歯科領域の請求額が、国や支払い側の想定を上回って保険

支出が増加しているそうですが、評価が上がった領域の請求が増えること自体が不正請求であるかのような報道がなされていました。相変わらず、低コストで最高の医療を提供するのが当然と言わんばかりの暴論がまかり通っているか、そもそも開業医は安価な「軽医療」のみを提供すればよく、高度で良質な医療を提供すべき場ではないとの偏見があるかのどちらかでしょうか。渋々ながらも高齢者の増加に伴う医療費の総額の増加は容認出来ても、開業医の収入の増加は容認しないとの世論形成は着々と図られているように思われます。弊院のように従業員の給与を捻出するのがやっとの零細診療所では大幅な診療報酬減点をこれ以上継続されると一家心中すら真剣に考えねばならなくなります。日医は、願わくはプレス発表に際してはもう少しナイーブな対応をしていただけたらありがたいと思います。

前振りが長くなりましたが、少なくとも産婦人科に於いては勤務医の先生方の負担軽減が医療崩壊対策の一助と考えています。産科を扱っている以上は患者さんの搬送先となる病院が必要です。全ての搬送先の病院で外来なり当直なりをこなせばいいのですが、現在は大阪府済生会千里病院の産直医並びにオープンシステムでの分娩と市立豊中病院の二人主治医制度に参加しているのみです。大阪府済生会千里病院の事務方のお話によりますと、労働基準法を遵守して勤務医の産直体制を敷くためには外部から産科医を招聘せざるを得ず、当直医の不足している昨今、私でも充分ありがたいとのことでした。勤務医の先生からは週末の3連直を免れる、病棟や外来スタッフからはリアルタイムで電子カルテやオーダーリングシステムを入力

できる医師は重宝すると、まずまずのご評価はいただいているようです。病院で進むIT化が外部からの医師招聘の障壁になっているのは確かなようで医療用IT機器の入力様式の統一規格ができれば医療崩壊の一助となるかもしれません。市立豊中病院には二人主治医制度で妊娠32週までとはいえ、妊婦さんの外来管理をすることで勤務医の先生方の外来妊婦健診のお手間を僅かでも軽減できていれば幸いですが、簡単なチェックシートを用いるなどして、妊婦管理の拙劣を評価できるシステムがあればと考えています。

ここで、産科崩壊対策として今年1月1日から実施された産科医療補償制度が皮肉にも二人主治医制度のような形での病診連携に水を差すことになりかねないことにも言及しておきたいと思います。本来、補償は全ての分娩を対象にすべきものですが、実際には制度に加入している医療機関に受診していない妊婦さんは制度の恩恵に浴することができません。日本医療機能評価機構は制度加入施設をホームページで公開しており、健康保険組合の中には被保険者に受診先医療機関が制度加入済みか否かを確認するように指導したり、医療機関に照会したりする組合もあります。周産期医療の質を担保する観点から施設基準の設定はやむを得ないかもしれませんが、自院に入院施設を有さない医療機関が登録証を得ることは極めて困難で、登録証を得られない診療所が二人主治医制度のような周産期医療のワークシェアから締め出される状況も起こり得ます。実際に妊婦向けの情報誌が「お産難民にならないために」と称し、分娩応需可能施設以外での妊婦検診受診を忌避するように啓蒙活動を行っており、帰省分娩を希望する妊婦さんを引き受けるにあたって、紹介元となる医療機関を制度加入施設に限りそこで分娩予約が可能の方に限定している医療機関もあると聞き及びます。これは、一人の妊婦さんが生活地と帰省先の2か所の医療機関で同時に分娩予約を取り、しかも必ず一方がキャンセルされることを意味します。このような風潮

が一般化すればただでさえ少ない分娩枠を巡る混乱が今以上に拡大し、「お産難民」が激増することも危惧されます。

そもそも、産科医療補償制度の創設については、周産期医療のトラブルを早期解決することで訴訟リスクに怯える産科医の不安軽減を図ることも主目的としていたはずなのですが、制度が医師有責との結論ありきで、脳性麻痺児出生の原因の究明自体が医師の過失を追及する証拠集めに利用される危険性を孕んでいると思います。厚生労働省はあえて、補償のための原資を公的資金ではなく民間の保険会社を介した保険契約金に求めました。おそらく毎年200億円以上の補償剰余金が日本医療機能評価機構と保険会社の利益となるとされていますが、医師有責と判断される事例が多いほど剰余金は多額になります。福島県大野病院事件における法曹従事者の思考形態をも鑑みると非医師委員の方が多数派を占め、保険会社の経営陣、複数の法曹関係者も名を連ねる産科医療補償制度運営委員会が医学的に無過失妥当と判断すべき事例をも医師有責とする決定を安易に下す可能性を危惧せざるを得ません。同機構は財団法人であるため情報開示請求はもとより国会の調査権も及ばない組織です。制度運用を前に同機構理事長から元日本医師会会長の坪井栄孝先生が御勇退され、後任には教育や医療もサービスであると見做すサービス経済学の井原哲夫慶応義塾大学名誉教授が就任されたことも私の不安を膨らましています。政治家が産科医療補償制度を基に無過失医療補償制度をあらゆる領域に拡大しようと発言した今日。せつかくの制度が恣意的運営により却って医療崩壊のダメ押しに用いられることの無いよう中止する必要があることを産科以外の先生方にもご理解いただきたく思います。