

研究指導 石光 真 教授

産科医療の崩壊～福島県の事例研究～

東 千央

1. 研究動機

自分が入院した際に、医療現場における様々な問題について実感することが多く、医療問題について関心をもった。福島県立大野病院産科医事件¹をきっかけに、地方における産科医療を取り巻いている問題について興味を持ち、研究してみたいと思った。

2. 研究目的

産科の医療崩壊について原因と背景を探り、現状について分析し、考察する。その上で地方における産科医療の崩壊に対する対策を考える。

3. 産科医の減少

図1 医師総数と産婦人科医師数の年次推移

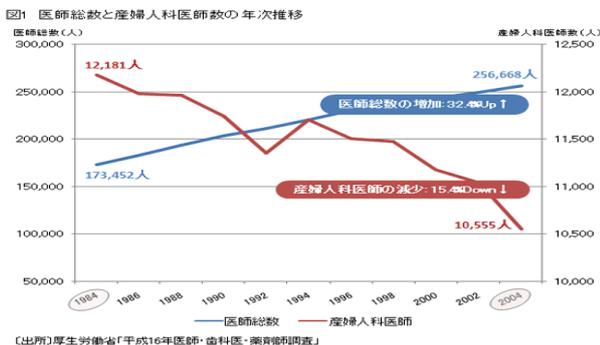


図2 産科医師・婦人科医師数の年次推移



図1、図2ともに資料:gooリサーチ

¹ 2004年12月に帝王切開手術を受けた産婦が死亡したことについて、執刀した産科医が業務上過失致死と医師法に定める異状死の届出義務違反の疑いで2006年に逮捕・起訴された事件である。

現在、全国で産科の閉鎖が相次いで発生している。その背景にあるのは深刻な産科医不足である。医師総数は増加しているのに対し、産婦人科医の総数は減少している(図1)。また、図2より産科と婦人科それぞれの医師数をみると、産科から婦人科に移る医師が増え、産科医が減っていることがわかる。産科医不足の主な原因は、過酷な労働環境と他の診療科に比べて格段に大きな訴訟リスクがある。

4. 助産師をとりまく環境

かつては助産師が中心となってお産を行っていたが、現在は病院中心のお産である。産科医不足の現状において、助産師を活用することができないかと思い、助産師の方にヒアリングを行った。

(1) 助産師数

表1 助産師数の推移

年次	平成8年	平成10年	平成12年	平成14年	平成16年
出生数	1206555	1203147	1190547	1153855	1110721
助産師数	23615	24202	24511	24340	25257
助産師一人当たり出生数	51.09	49.71	48.57	47.41	43.98

資料:ロハス・メディカルブログ

表1より、出生数は減少しているものの助産師数は増加しており、助産師1人当たりの出生数が急速に減少していることがわかる。

(2) 現状

助産師は元来、開業することを前提とした教育を受けできた。しかし、看護学校制度の変化により、教育内容も変化した。助産師になるための教育としては、年間10例以上の実習が課せられているが、出生数の減少と看護師資格取得を前提として助産師資格取得を目指すという教育課程の忙しさにより、それを行うことも難しくなっている。また、病院での分娩の増加により、助産師が開業する必要性がなくなり、後述のように、開業の可能性もなくなってきた。

さらに、助産師は現場経験(お産の件数)によってそ

の能力に差が出る。助産師資格をもつ者が助産師として働くためには、自分の能力を高めるために自然に症例数の多い病院や、卒後教育・新人教育が徹底されている病院を選択することになるが、そのような病院に勤務しても、昨今の出生数の減少により、自分の能力が高まるという保障もなければ、医師の方針によっては、助産師が十分に分娩に携われないこともある。また、助産師資格を持っていても、看護師として働く者も多い。

(3) 開業についての制約

助産師が開業するためには、施設・人員・嘱託医など医療法による規定がある。特に嘱託医については、平成19年4月に医療法が改正され、緊急時の搬送先となる「嘱託医療機関」を定めることが助産所に義務付けられた。それまでは助産所開設に必要なのは「嘱託医」だけだったので、近所の開業医に嘱託を頼む助産所が多かった。しかし、開業医だけでは緊急時に対応できないケースがあったため、改正された医療法では、嘱託医に加え、産科だけでなく新生児治療を行える病院を1か所、「嘱託医療機関」として届け出ることが、新たに義務付けられた。

しかし現在、産科医の減少により受け入れ先の病院はこれ以上勤務医の負担を増やしたくないので、助産所からの要請を受けないことが多く、助産所は嘱託医や嘱託医療機関を確保することが難しくなっている。それによって、閉鎖を余儀なくされた助産所も多い。

5. 福島県における出生数

図4 出生数と合計特殊出生率の推移

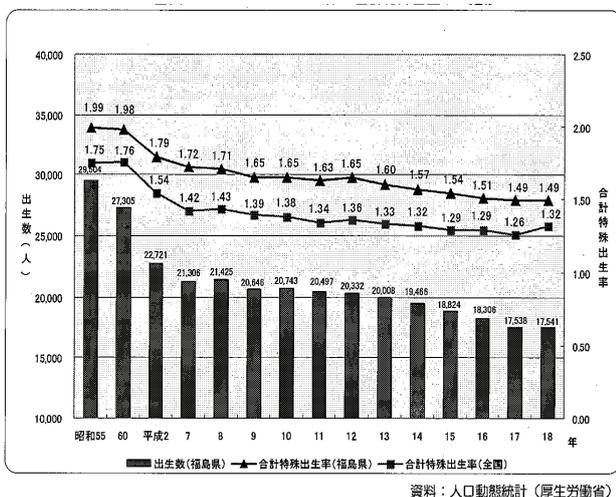
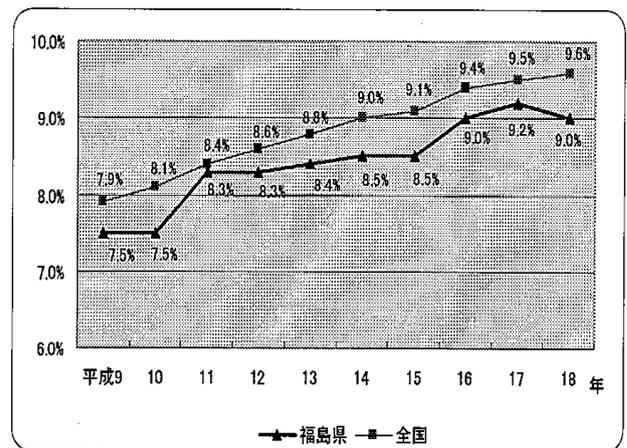


図5 全出生数に対する低出生体重児の割合



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図4、図5ともに資料：第五次福島県医療計画

図4より、福島県の出生数は近年減少傾向にあったが、平成17年と平成18年を比較するとほぼ同数である。図5より、福島県は全国平均よりも全出生数に対する低出生体重児の割合が低い数値で推移しているが、増加傾向にあるため、周産期医療の設備充実が求められている。

6. 会津地域における産科医療の状況

- 竹田総合病院

地域周産期母子医療センターに指定されている。会津地域で唯一 NICU をもっている。
- 会津中央病院

産婦人科がある。母体に危険があった場合は対応することができるが、新生児に問題がある場合、NICU がないため対応することが難しい(小児科・小児外科はある)。
- 県立会津総合病院

婦人科のみ開設している。産科は平成18年9月から休止している。
- 県立南会津病院

産科は平成20年4月から休止している。
- 産科診療所の状況

現在、会津若松市内には産科を標榜している診療所が7軒ある。
- 助産所の状況

会津若松市内には現在、分娩を行っている助産所は

ない。南会津にある中島助産院(嘱託医療機関:会津中央病院)が会津地域で分娩をおこなっている唯一の助産所である。

同時に、南会津病院が産科を休止しているのも、もし中島助産院がなくなってしまうと南会津地域でお産が出来る場所がなくなってしまう。

7. 福島県における産科医療の状況

福島県は、平成 14 年度に出産前後の母体、胎児及び新生児の一貫した周産期医療を行う総合的な周産期医療システムを整備した。現在、総合周産期母子医療センターを 1ヶ所、地域周産期母子医療センターを 5ヶ所、周産期医療協力施設を 4ヶ所認定している。

また、現在、以下の医療機関が緊急性の低い妊婦の診療を休止している。

- 大原総合病院

平成 20 年 11 月に緊急性の低い妊婦の診療を休止した。産科医が不足したことによる。この病院は地域周産期母子医療センターに指定されており、出産リスクが高い患者の対応に専念するために決定された。平成 21 年 4 月以降に医師が派遣される予定である。

- いわき市立総合磐城共立病院

平成 18 年 4 月から緊急性の低い妊婦の診療を休止した。その後、平成 19 年 4 月より産婦人科体制の変更があったが、現在も同じ状況が続いている。なお、この病院も地域周産期母子医療センターに指定されており、出産リスクが高い患者の対応に専念するために決定された。

8. 医療機関の集約化

全国的な産科医不足の現状を受け、国は医療機関の集約化を図り、各都道府県に通知している。

- 国の基本的な考え方(小児科を含め)

小児科、産科は医師の偏在が深刻なので、小児医療・産科医療の確保に向けて、早急な対応が必要である。このため、関係省庁では公立病院を中心とした医療資源の集約化・重点化を推進することが住民への適切な医療の提供と医師勤務環境改善のため、当面の最も有効な方策と考えられる。なお、その集約化については、

医師確保が困難な地域における緊急避難的な措置である。

- 福島県における医療集約化

県は、2007 年に県内 5 つの地域ごとに周産期医療の中核病院を指定し、そこに医師を集約化するなどの基本方針をまとめた。方針では、周産期の医療圏を「県北」「県中・県南」「会津・南会津」「相双」「いわき」の 5 地域に分け、それぞれに NICU などを備えた病院を中核病院に指定し、小児科医 5-7 人、産婦人科医 5 人程度を集中配置する。外来・入院のほか、24 時間体制の救急医療や、難度の高い分娩に対応する。

中核病院は地域内の病院や診療所と連携し、1 次医療は診療所が当たるなどの役割分担を徹底させる。夜間診療に対応できる病院や診療所を確保するため、地域内で医師を派遣し合うなどの協力体制づくりも目指す。

相双地域には、NICU を備えた公立相馬総合病院(相馬市)があるが、設備面などで地域周産期母子医療センターの要件を満たしていない。

しかし、必要な医師数を確保する見通しが立っていないという課題のほか、相双地域の周産期医療の拠点をめぐっては相馬市と南相馬市が綱引きを繰り返しており、現在も決着はついていない。

9. 産科医不足を打破するための政策

- 産科医療補償制度

この制度は、「出生体重 2000g 以上かつ妊娠 33 週以上」、または「妊娠 28 週以上で所定の要件に該当した場合」で出生した子供が重度脳性まひとなった場合に補償金が支払われる制度である。平成 21 年 1 月 1 日から開始された。掛け金(3 万円)の負担は各分娩機関であるが、その分、出産費用が上乗せされることになるため、出産育児一時金が同年 1 月から 3 万円引き上げられた。これは産科医の訴訟リスクを軽減することを目的としている。

- 平成 20 年診療報酬改定

平成 20 年の診療報酬改定では産科が重点評価となって手厚い加算があり、同年 4 月から実施されている。これは、産科医の負担感軽減を目的として行われた。その具体的な項目としては、「妊産婦緊急搬送入院加算」

(自分の施設にかかっていなかった妊産婦の救急搬送受け入れが収入増につながる点数加算)の新設、「ハイリスク分娩管理加算」の対象拡大や点数の倍増、その他、妊娠中の入院に認められる項目の新設である。

10. 考察

(1) 産科医療集約化、産科医の優遇

福島県における産科医療の状況は、地域周産期母子医療センターである大原総合病院やいわき市立総合磐城共立病院が緊急性の低い妊婦の受け入れを休止しないと地域周産期医療センターとしての役割を果たせないという点をみても、厳しいことが分かる。また、仮に医療機関を集約化したとしても、必要な医師数を確保する見通しがなければ、集約化する意味がない。また、現時点での医療機関が少ないので、すでに集約化の様相を呈している。

また、産科医療補償制度は、対象が通常分娩に限られているなど今後改善の必要がある。さらに、平成20年度の診療報酬改定は、産科医の負担感軽減を目的として加算が行われているものの、診療報酬は医師の報酬に必ずしも繋がるというわけではないので、これで産科医の負担感が軽減されるかは未知数である。さらに、ハイリスク妊婦の受け入れを行うような医療機関に対しての加算が多いので、通常分娩の多い中小病院や診療所の意欲を後退させることになったのではない。

もし国が、本当の意味での産科医の負担感軽減を目指すのならば、病院と医師との労使関係に介入するような法律を作る、もしくは、産科を経営することが病院の利益となるような診療報酬の改訂を行っていかなければならない。それは、現時点で国が医療制度に対して動かすことの出来る数値は診療報酬制度だけであり、診療報酬は医療機関の収入となるからである。産科を経営することが医療機関の利益につながるような改訂を行えば、医療機関は産科に多くの経営資源を振り分けるだろう。

(2) 産科医と助産師の連携、助産師の活用

私は、助産師という専門職がある以上、それを活用すべきであると考えている。現在、産科医は減少しているものの、助産師は過剰供給の状態にあり、助産師の

多くが看護師や保健師として働いているなど、助産師の資格を有効に活用できていない。

私は、通常分娩ならば助産師が出産を行い、その分産科医は助産師が行うことのできない高度専門化した医療を必要とするお産に携わるべきだと思う。5の図5より全出生数に対する低出生体重児の割合は増加傾向にあるため、今後、高度専門化した産科医療が必要になってくるのは間違いない状況である。しかしながら、産科医が不足している現状では、今あるマンパワーをいかに活用するかが重要になってくる。今後産科医を育成するにしても、助産師を育成するにしても、その能力の養成には時間がかかるからである。また、地方においては、南会津のように医師がいなくなった場合、助産師の存在が重要なものになる。

しかしながら、現状では産科医と助産師の対立、産科医と助産師の共通のガイドラインがないことなど、多くの課題がある。今後は、産科内に助産師の数を増やし、妊婦のバースプランに寄り添う形でお産を行ったり、教育制度を改正して産科医と助産師が相互理解できるような教育を行ったりするなど、現状を踏まえた上で対策をとっていくことが重要になるだろう。

[主な参考文献・資料]

『医療再生は可能か』川渕孝一 筑摩書房,2008

『医療の限界』小松秀樹 新潮社,2007

『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』小松秀樹 朝日新聞社,2006

『お産の歴史』杉立義一 集英社新書,2002

河北新報 <http://www.kahoku.co.jp>

『基礎看護学』太湯好子 ふくろう出版, 2006

厚生労働省 <http://www-bm.mhlw.go.jp/index.html>

産科医療のこれから <http://obgy.typepad.jp/blog/>

産科医療補償制度 <http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>
第五次福島県医療計画

http://www.pref.fukushima.jp/imu/iryoku_keikaku/keikakuP1-224.pdf

読売新聞-医療と介護

<http://www.yomiuri.co.jp/iryoku/>

ロハス・メディカルブログ <http://lohasmedical.jp/blog/>

goo リサーチ <http://research.goo.ne.jp/>