

## 周産期・産科医療の実態について

今回の事件は、帝王切開の既往のある前置胎盤の妊婦で、稀で術前診断が困難な合併症である癒着胎盤が合併し、大量出血のために子宮摘出を余儀なくされたが、大量出血に関連すると思われる全身状態の悪化により手術死亡となったというものです。本件は、平成17年8月に地域医療に関する関係省庁連絡会議でまとめられた「医師確保総合対策」において特に問題とされている、「医師の偏在による特定の地域や小児科、産科等の特定の診療科における医師不足」を背景として発生したものと考えられます。医師確保の困難さのために、交通の不便な地域で地域医療を守らざるを得ないいわゆる「へき地」の医療機関では勤務する医療関係者の確保に非常な困難が生じています。一方、医師数は全体では過剰となる見通しが示されているところ、産婦人科は過酷な勤務条件等の理由により、医師数の減少が認められており、今後の安定的な医療提供を考えると、極めて厳しい状況にあります。今回の福島県立大野病院の医療事故は、我が国の医療提供体制、地域医療政策の問題点を極めて悲惨かつ残念な形で露呈したものと考えざるを得ません。

今後、このような事故の再発を防止するためには、産婦人科医を含む、現在数的不足が懸念されている診療科の医師をいかに必要数確保するかという点も含めた、総合的かつ政策的な医療制度改革が必要と考えられます。以下に示しますような産婦人科医療、周産期医療提供体制の実態について、深くご検討の上、迅速かつ最善の施策を講じていただきまますようお願い申し上げます。

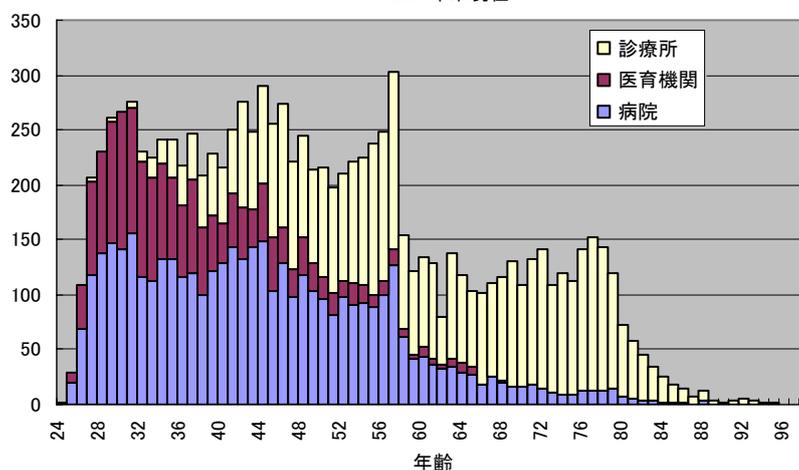
### I. 産婦人科医師数の減少について

1) 平成16年の医師・歯科医師・薬剤師調査では産婦人科医数は、2年間で4.3%減少している。しかし、現場の実感ではその減少速度はより大きい。その背景となっているのは、産婦人科医の年齢分布と性別分布である。

2) 図1に示すよ

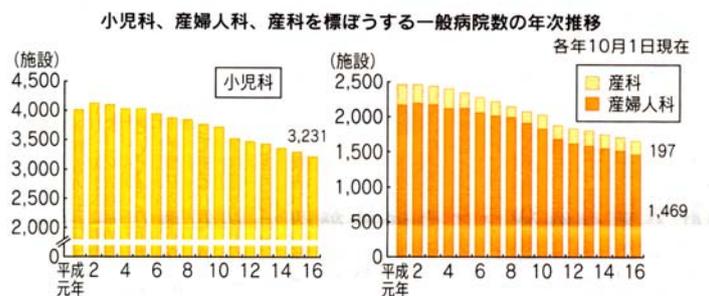
うに、産婦人科医は30代では大部分の医師が病院ないし医療機関(大学病院)に勤務し、40代に入ると、医療機関に勤務する医師が

図1 勤務施設別・産婦人科・産科医師の年齢分布  
2004年末現在



減少し、診療所医師が次第に増加していく。60歳以降は診療所に勤務する医師が大部分を占めている。このことは、これまでの産婦人科医にはある程度のライフサイクルがあり、30代までは医育機関ないし病院で研修・臨床・教育・研究に従事し、40代以降は臨床現場に活動の中心がシフトする。そして次第に診療所への移行が始まり、60代以降は主として診療所で診療に従事するというのが、一般的になっていたものと考えられる。

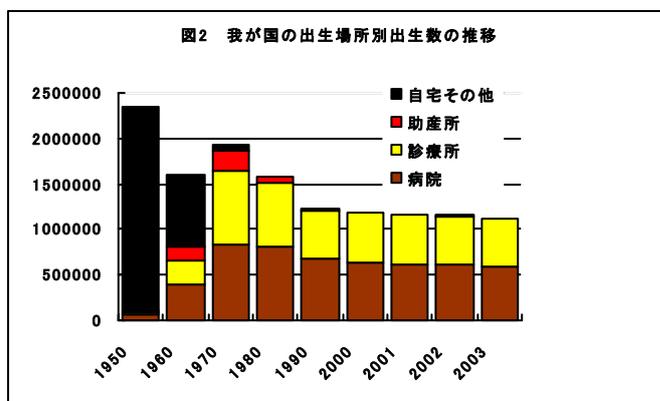
- 3) 我が国産婦人科の病院における診療は、30代までの医師が、医育機関と病院の間を様々な周期でローテーションすることによって維持されている部分が多い。特に大学関連病院と称され



る施設では、医育機関からの派遣医師に依存する部分が多い。産科ないし産婦人科を標榜する病院数は2004年において1666施設である。2005年の日本産科婦人科学会の調査によると医育機関の関連病院は1009病院であり、年次は異なるものの、産婦人科においては概ね60%の病院がいわゆる関連病院であることになる。同調査によると、この1009病院に医育機関附属病院を加えた病院で2004年には、少なくとも40万件の22週以降の分娩（多胎、死産を含むので出生数とは若干のずれがある）が取り扱われており、これは、我が国の病院分娩の約70%を占めている。これらの関連病院が事実上、地域基幹病院の大多数を占めているのが現実である。以上のことから、我が国の分娩の多くは医育機関とその関連病院及び診療所によって支えられていることが明らかとなる。

- 4) 診療所に勤務する医師のうち、61歳以上が48%を占めており、医育機関を含めた病院勤務医師では7%であるのと比較すると、高齢化が著しいのが明らかである。図2に

示したように、我が国の出生の47%は診療所において管理されている。それが産婦人科医全体の43%を占め、そのうち48%が61歳以上である診療所医師によって管理されているということになる。このような診療所医師の高齢化は、診療所における分娩取扱の急速な減少をもたらしている。



- 5) 図3に示すように、日本産科婦人科学会に占める女性会員の割合は近年急激に増大し、

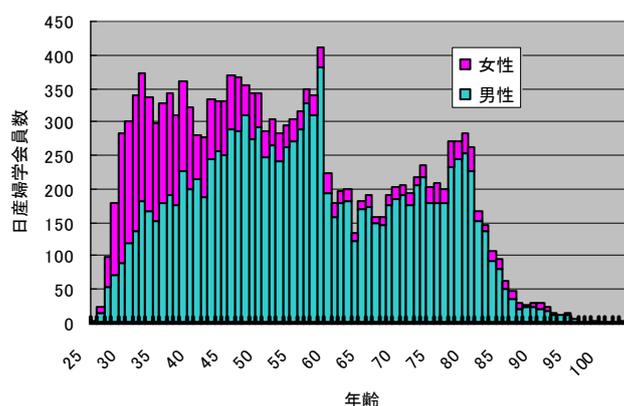
新規会員の3分の2を越える状況になっている。妊娠・分娩・子育てを行う時期の女性医師が抱えている諸問題の解決がなされていない現状において、すべての女性医師に男性医師と同様の勤務を要求することは、全く非現実的である。産婦人科学会に占める女性医師の割合は35歳以下で57%、40歳以下で49%に達しており、医育機関及び関連病院の臨床現場での女性医師数が著増していることがうかがわれる。

6) このような産婦人科医の構成の急速な変化と平成16年にはじまる初期臨床研修必修化に伴う専攻科決定に関する2年間の空白期間が、基本的に高回転（自転車操業）で、人員のやりくりをしてきた医育機関および関連病院を直撃し、その結果、関連病院における勤務医師の急速な減少と、それに伴う分娩取扱の中止が全国で発生した。

7) 平成16年に日本産科婦人科学会が行った医育機関を対象とした調査では、平成15年度に72大学で1096の関連病院が存在していたが、平成16年度末までに、173病院(16%)で勤務医師数が減少し、117病院(11%)で、産婦人科医師数が0となることとなった。

8) また、平成17年に日本産婦人科医会が行った調査では、北海道、青森、京都、福岡を除く43都府県で平成14年から16年の3年間に分娩取扱を中止した病院が95施設(7.6%)、診療所が222施設(13.7%)という結果が示されている。

図3 日本産科婦人科学会員の年齢・性分布(2005年)



## II. 24時間体制で分娩管理を行う産婦人科の特殊性について

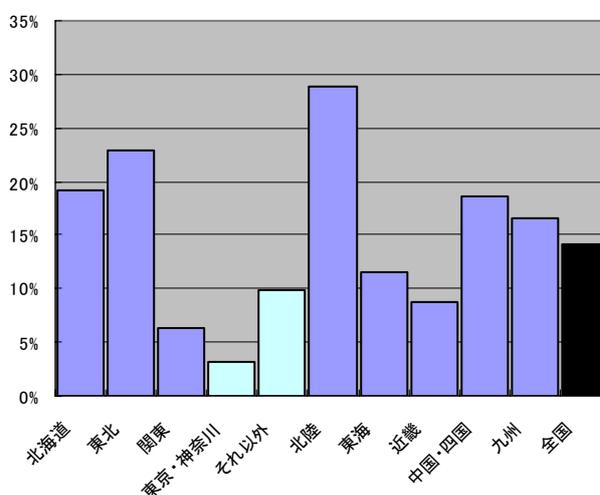
週日中の通常の勤務時間は全時間の25%を占めるにすぎない。従って人為的操作がなければ分娩の約75%は時間外に起こることになる。それが産科診療の特徴であり、産婦人科医の拘束時間を他の診療科と比較して著しく長いものとしている。分娩を取り扱うすべての施設では、少なくとも一人の医師が当直ないし待機を行うこととなるため、勤務する医師の数が増加するとともに当直ないし待機による拘束時間が短くなることになる。少数の産婦人科勤務医による体制がきわめて非人間的なものであることは明らかだが、特に一人医長の場合は、当直体制をとること自体が無意味なため、24時間365日オンコール体制となる。一人医長の場合の負担の大きさは、2人勤務と比較することもできないものである。2005年の日本産科婦人科学会の調査によると、我が国の大学関連病院の常勤勤務医師数が1名の施設が16.7%、2名の施設が22.2%だった。これらの施設の医長としては、30歳代後半から50代の医師が勤務している場合が多い。特に東北地方、東海北陸地

方では、勤務医 2 名以下の施設が 50%を超えている。今後この体制を維持することは、産婦人科医の構成の変化から考えて不可能である。分娩取扱病院のうちで一人医長病院の占める割合は、14%であり、北陸、東北、北海道で高率だった。都市部とは明確な対照を示しており、地方における分娩取扱病院の勤務条件の過酷さが決して一地方の現象ではなく、全国的に普遍的に認められるものであることが明らかとなっている。

### III. 分娩の安全性について

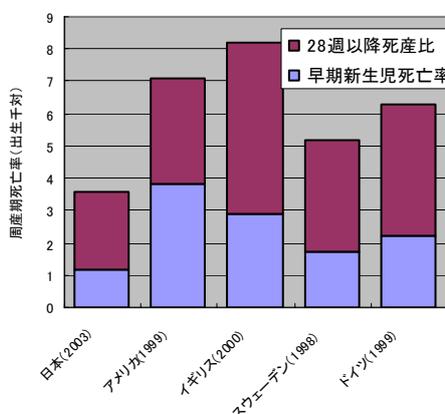
1) 我が国の周産期医療は国際比較では極めて高いレベルにある。周産期死亡率は世界最低レベルであり、妊産婦死亡率についても、近年は欧米諸国とほぼ同等のレベルとなっている。

分娩取扱関連病院中の一人医長病院数



2) 我が国の妊産婦死亡率は戦後急激に減少した。しかし、完全に防ぐことは現状では不可能と考えられている。厚生省「妊産婦死亡の防止に関する研究」班による平成 3-4 年の妊産婦死亡症例の実態調査では、2 年間に 230 例の妊産婦死亡が見出され、このうち 197 例に追跡調査を行った結果、直接死因のうち最も多かったのは出血性ショック 74 例 (38%) だった。出血性ショック

周産期死亡率の国際比較



の内訳では子宮破裂が 14 例、頸管裂傷・腔壁裂傷が 5 例、弛緩出血が 11 例、常位胎盤早期剥離が 10 例、手術後の出血が 8 例、前置胎盤が 6 例、子宮外妊娠が 8 例含まれていた。また、後方視的に救命可能性について検討したところ、妊産婦死亡例のうち、救命の可能性があったと判断されたものは 36%であり、緊急時の適切な対応が救命の鍵である症例が多かった。その一方で全体の 43%は救命不可能と判断された。この研究では大量出血をおこすことのある、子宮破裂、弛緩出血、常位胎盤早期剥離、前置胎盤等に対して、十分な輸血用血液が迅速に供給されることが、妊産婦死亡の防止においては極めて重要であることが示される一方、妊産婦死亡には現状では防ぐことのできないものも含まれることも明らかとなっている。

- 3) 分娩の安全性に対する社会の要請は非常に大きく、最高裁判所の 2004 年度

の統計では、新たに提訴された医療訴訟のうち医師数約 5%の産婦人科が 10.2%を占めている。また、過去 10 年間で医師賠償責任保険の審査対象となった医療事故のうち、産婦人科が 30.2%を占めていたという報告がある。このような産婦人科特に産科の訴訟リスクの高さが、産婦人科医の減少の背景となっている。

- 4) 同じ研究で、我が国の産科医療提供体制の特殊性が指摘されており、産婦人科施設あたりの産婦人科医師数はアメリカが 6.7 人、イングランドが 7.1 人なのに対し、日本は 1.4 人にすぎず、極めて小規模な施設で多くの分娩を行われていることが指摘されている。分娩の安全性の確保のためには、より規模の大きな施設で、より多くの産婦人科医が共同して管理することが適切であることは明らかであり、我が国の現状を考慮すると、分娩取扱医療機関の安全確保に関する特別な配慮が必要と考えられる。

我が国の妊産婦死亡率の年次推移

