

出産環境向上に向けて¹

～産婦人科医・分娩施設の観点から～

関西大学 林宏昭研究室 社会福祉

足立晋一 荒巻大貴 小西雄介 平松祐介

福井奈菜 藤井勇磨 吉田幸代

2008年12月

¹本稿は、2008年12月20日、21日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2008」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、林宏昭教授（関西大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

現在この国では、産婦人科医師不足が深刻である。医師の総数はこの 20 年の間に 32.4% 増加しているが、産婦人科医師の数は 15.4% 減少している。産婦人科医が全国平均を大きく下回っている都道府県が数多く存在しており、産科医・産婦人科医の偏在が起こっている。分娩施設数については、日本の分娩施設数が診療所・病院ともに年々減少傾向にある。産婦人科医師数・分娩施設数・出生数を同時に見ると、産婦人科医の減少のスピードと出生数の減少のスピードはほぼ同じであるが、分娩施設数の減少は群を抜いている。また、産婦人科医 1 人当たりの負担は、分娩施設単位で見ると、負担が増加し続けている。

負担自体を見ると増加したり減少したりと微妙な増減を繰り返し、負担の増減について言及することはできないが、地域間では非常に差が存在しており、大変な問題である。

医師・分娩施設の減少の理由には、1 つは「訴訟リスク」がある。産婦人科の医療訴訟の提訴件数は内科、外科に次いで 3 番目に多い。さらに、医師一人あたりの提訴件数の割合で見ると、全診療科中、産婦人科がトップである。裁判の審理期間は、平均的にみても約 2 年はかかり、無罪が実証されたとしても、医師の経済的・精神的負担は計り知れない。もう 1 つの理由は「過重勤務」である。病院に勤務する医師の 97% が法定時間の週 40 時間を越えて働いている過酷な労働実態が明らかになっている。慢性的な疲労やストレスを抱えると、「医療事故」、「医師の過労死」に繋がるので、早期の対策が必要となっている。

私たちは、産婦人科の医師不足の問題を、産婦人科医師減少による環境悪化・医療事故・医療訴訟という 3 つの項目の繋がりから『負の連鎖』であると考えた。私たちは、『医師不足を解消する』つまり『産婦人科医師を増やす』ということで、この負の連鎖を断ち切れないかと考えた。

次に、都道府県別産婦人科医 1 人あたりの 1 年間に出生に携わる件数の平均が最も多い滋賀県と最も少ない鳥取県について医師の過不足数と分娩施設の過不足数について計算、考察した。私たちは、過不足を計算する際に、出産環境が良いと思われる宮崎県を基準としている。計算の結果、滋賀県は、分娩を実施している施設数は少なくはないが、その施設に勤めている産婦人科及び産科の医師数が少ないことが問題であると言える。鳥取県は、やはり出産環境は恵まれているといえるだろう。全都道府県も同じように計算し、産婦人科医師数・分娩施設数の過不足を調べた。その結果、産婦人科医師数・分娩施設ともに全国的に見ると絶対数が足りておらず、地域間格差が大きいことが分かった。

分析の結果、やはり私たちは、産婦人科医師を増やさなければならないと考える。分娩施設についても、まず産婦人科医師を増やさなければ、増えることはないと考える。

産婦人科医が増えることで現状の医師の 1 人当たりの負担が軽くなり労働環境が改善される。そして、労働環境が改善されることで、医師の能力が発揮でき、訴訟数の減少が期待できる。また個々の病院等の分娩施設の経営状況は別にして、医師不足が要因で廃止に追い込まれる分娩施設が減ると考える。つまり、私たちは産婦人科医の数を増加させることは安全にお産ができる環境につながるという趣旨で政策提言を行う。

私たちが考えた産婦人科医師を増やすための方法とは、産科（産婦人科）医育成大学の設立である。これは、栃木県に設立されている学校法人自治医科大学と福岡県に設立されている産業医科大学を参考にした産科（産婦人科）だけに特化した医師の育成機関（大学）で

ある。自治医科大学・産業医科大学の特徴は、両大学ともに卒業後に指定された勤務先に何年か働くことで、学費が全額免除になる。また、進路自由と引き換えに学費の貸与とは別に、返済制度を選ぶことも出来る。

私たちが考えた産科（産婦人科）医育成大学は、入学へのインセンティブを増加させるため、両大学の制度との差別化を図った。

それは、「学費免除になるために働かなければならない年数を短くする」「指定就業年数を終えた後もその場所で勤務を続ける場合は、金銭的な報酬を得ることができる」である。

産科（産婦人科）医育成大学を設立する際の問題点として、「財源の問題」「産婦人科の不足している都道府県に新人の産科医が集まることによる医療サービス低下の恐れ」が上げられる。まず、財源については、「都道府県からの共同出資を行う」、または「消費税で補う」の2点の案を考えた。新人の産科医が集まることによる医療サービス低下の恐れについては、産科と産婦人科だけに特化した医師の育成機関であるから、自治医科大学以上の知識、技術を身につけることが可能だと考えている。よって、卒業した後の学生は即戦力と十分なりうると考えた。しかし、場合によって、卒業後の学生では経験不足で何らかの問題が起こるのであれば、その道のエキスパートを一定期間派遣し、ノウハウを培わせるといったことを実施すればよいと考える。

産婦人科医の人数と出生率が直接結びつくとは一概には言えないが、産婦人科医の労働環境、患者から見れば出産環境が良くなると考えている。現在の人口を維持するための出生率は2.07である。その出生率を目指すためにもまずは土台となる環境をよくするための政策を提言する。

目次

はじめに

第 1 章 医師、施設不足の現状

- 第1節 医師不足の現状
- 第2節 施設不足の現状

第 2 章 医師・分娩施設・出生率の減少

- 第1節 医師・分娩施設・出生率の減少について
- 第2節 産婦人科医の減少と分娩施設の減少の関係性について

第 3 章 医師減少の理由

- 第1節 訴訟リスク
- 第2節 医師の過重勤務

第 4 章 分析

- 第1節 負の連鎖
- 第2節 産婦人科医、施設の過不足数
- 第3節 滋賀県
- 第4節 鳥取県
- 第5節 全国

第 5 章 政策提言

- 第1節 産科と産婦人科にだけ特化した医師の育成機関(大学)の設立
- 第2節 自治医科大学、産業医科大学の説明
- 第3節 産科(産婦人科)医育成大学の概要
- 第4節 産科(産婦人科)医育成大学の設立の際の問題点
- 第5節 設立・運営に関わる財源の問題について
- 第6節 まとめ

参考文献・データ出典

はじめに

2007年8月末に、奈良県橿原市在住の妊婦が外出先で腹痛を訴え、救急搬送の際、奈良県や大阪府の病院に10回以上受け入れを断られ、搬送中の事故も重なり、約3時間かかり大阪府高槻市の病院に運ばれたが、死産が確認されたという事件があった。このニュースを見て、私たちは医療問題に非常に興味を持った。

そこで、私たちは医療問題の中でも、最近特に報道の多い出産に関する事、その中でも産婦人科医不足・分娩施設の減少について調べ、その改善策について考えていくことにした。その中で、私たちが気づいたことは、産婦人科医師・分娩施設の減少は著しいということである。近年、少子化が叫ばれている。少子化もすさまじいスピードで進行しており、大変問題であるが、そのスピードを上回り産婦人科医・分娩施設の減少が進んでいる。そして、産婦人科医が減少しているのが、人手不足などが原因で分娩施設の閉鎖が相次いで起こり、分娩施設不足が起こっている。この事は、絶対に解決しなければいけない問題であると私たちは考える。私たちは、この問題点を改善するには、とりあえず産婦人科医師数を増やし、出産環境を改善していく以外にはないと私たちは考える。そこで、私たちは現在の出生数に見合うだけの産婦人科医を各都道府県別に検証していきたいと考える。このことにより、現在必要とされている最低限の数の産婦人科医師数を、各都道府県別に確保し、出産環境を守っていききたいと考える。

この論文では、『現状・問題意識』として、まず医師不足と施設不足の現状を述べている。次に、出生率・出生数について示し、産婦人科医と分娩施設の減少と照らし合わせた。最後に、医師・分娩施設の減少の理由を2つに絞り考察している。

続いて『分析方法』は、産婦人科の悪循環を考え、医師・分娩施設の不足数を考察している。

最後に『政策提言』として、私たちの考えと方向性を述べている。

それでは、ここから上述した順に論文の内容を述べていく。

まず、医師不足についてである。医師の総数はこの20年の間に大幅に増加しているが、産婦人科医師の数は15.4%減少している。産婦人科医が全国平均を大きく下回っている都道府県が数多く存在しており、産科医・産婦人科医の偏在が起こっている。

次に、分娩施設数は、日本の分娩施設数が診療所・病院ともに年々減少傾向にあることが伺える。

続いて、出生率・出生数の減少についてである。第1次ベビーブームから下降していった出生率だが第2次ベビーブームではわずかながらも上昇している。しかし2004年を見てみると増えるどころか出生率は下がり続けている。産婦人科医と分娩施設の減少と出生数の減少を照らし合わせると、若干の差はあるが産婦人科医の減少のスピードと出生数の減少のスピードはほぼ同じである。しかし、産婦人科医の減少に伴う分娩施設の減少のスピードは群を抜いている。また、産婦人科医1人当たりの負担は、分娩施設単位で見ると、負担が増加し続けている。負担自体を見ると増加したり減少したりと微妙な増減を繰り返し、負担の増減について言及することはできないが、地域間では非常に差が存在しており、大変な問題である。

医師・分娩施設の減少の理由には、1つは「訴訟リスク」がある。産婦人科の医療訴訟の提訴件数は内科、外科に次いで3番目に多い。さらに、医師一人あたりの提訴件数の割合で

みると、全診療科中、産婦人科がトップである。裁判の審理期間は、平均的にみても約2年ばかり、無罪が実証されたとしても、医師の経済的・精神的負担は計り知れない。もう1つの理由は「過重勤務」である。(和田2006)によると「患者さんの要求に答え、また充実した医療の提供、医療安全に努めるとその分時間がかかる」「つまり診る患者さんの数は以前と同じでも、一人の患者さんに要する仕事の量が多くなり」とある。これについて私たちが調べたところ、病院に勤務する医師の97%が法定時間の週40時間を越えて働いている過酷な労働実態が明らかになっている。慢性的な疲労やストレスを抱えると、「医療事故」、「医師の過労死」に繋がるので、早期の対策が必要となっている。

次に分析方法として、まず産婦人科の医師不足の問題を医療事故、医療訴訟、医療環境悪化という3つの項目の繋がりに『負の連鎖』であると考えた。私達は、この負の連鎖をどこかで断ち切ることで、これらの産婦人科の問題解決につなげたいと考え、『医師不足を解消する』つまり『産婦人科医師を増やす』ということで、この負の連鎖を断ち切れないうか考えている。

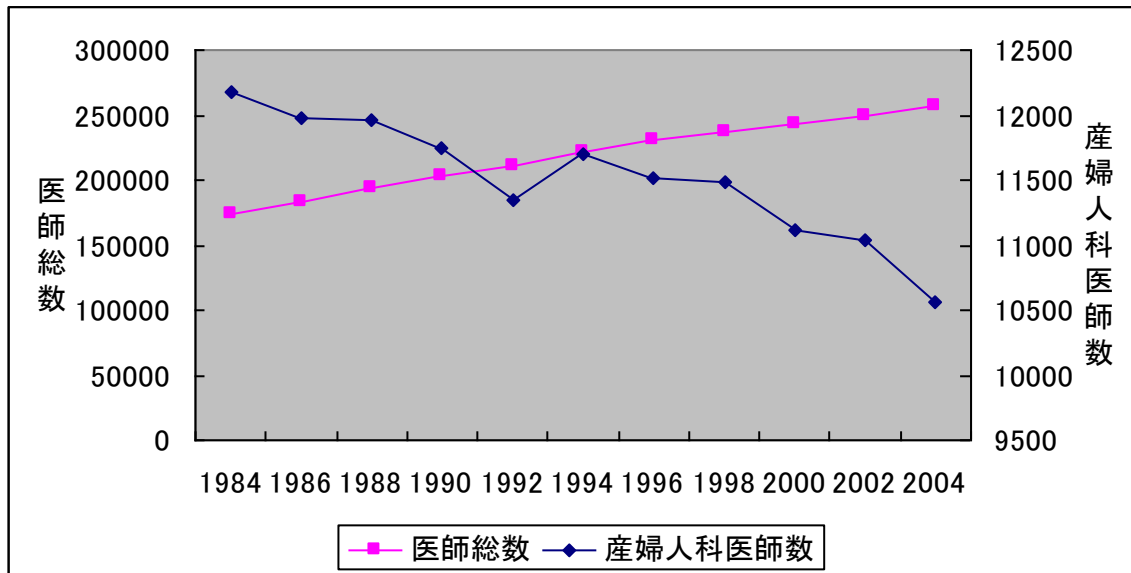
次に、都道府県別産婦人科医1人あたりの1年間に出産に携わる件数平均が最も多い滋賀県と最も少ない鳥取県について医師の過不足数と分娩施設の過不足数について計算、考察した。滋賀県は、分娩を実施している施設数は少なくはないが、その施設に勤めている産婦人科及び産科の医師数が少ないことが問題であると言える。鳥取県は、やはりお産環境は恵まれているといえるだろう。鳥取県が最も産婦人科医師数が多く、出生率も高水準にある鳥取を目標にしようとしたが、私たちは宮崎県を選んだ。本文中にも記述しているが、宮崎県は出生率が最も高く、産婦人科医師数を見ても、比較的高い水準にあるためである。よって鳥取県よりも宮崎県のほうが出産環境が良いと考え、宮崎県を基準とし、宮崎県より水準の低い都道府県は宮崎県を目標に分析を進めた。

最後に、私たちはこのような地域も含め、全都道府県のお産環境改善にむけての政策を提言している。また(和田 2006)においては「産婦人科医師増加に向けた環境整備として、われわれは産婦人科医師として、初期研修の充実を図り、産婦人科への専攻する医師を増やしていきたい」(和田 2006)と政策を提言している。それに対して私たちの政策では、前述(和田 2006)の政策をさらに深めた政策を考えた。それは栃木県下野市に設立されている学校法人自治医科大学のシステムに手を加えた産科(産婦人科)だけに特化した医師の育成機関(大学)いわゆる産科(産婦人科)医育成大学病院の設立である。産科医育成コースではなく施設を作るのだから当然のことながら運営費などの費用がかかる。この論文ではその解決策も財源問題という項目内に全都道府県からの共同出資を行う、消費税で補う、以上2点で論じている。この政策では宮崎県を目標にすることを考えた。産婦人科医の人数と出生率が直接結びつくとは考えにくい、産婦人科医の労働環境、患者から見れば出産環境が良くなると考えている。現在の人口を維持するための出生率は2, 07である。その出生率を目指すためにもまずは土台となる環境をよくするための政策を考えた。

第1章 医師、施設不足の現状

第1節 医師不足の現状

図表 1

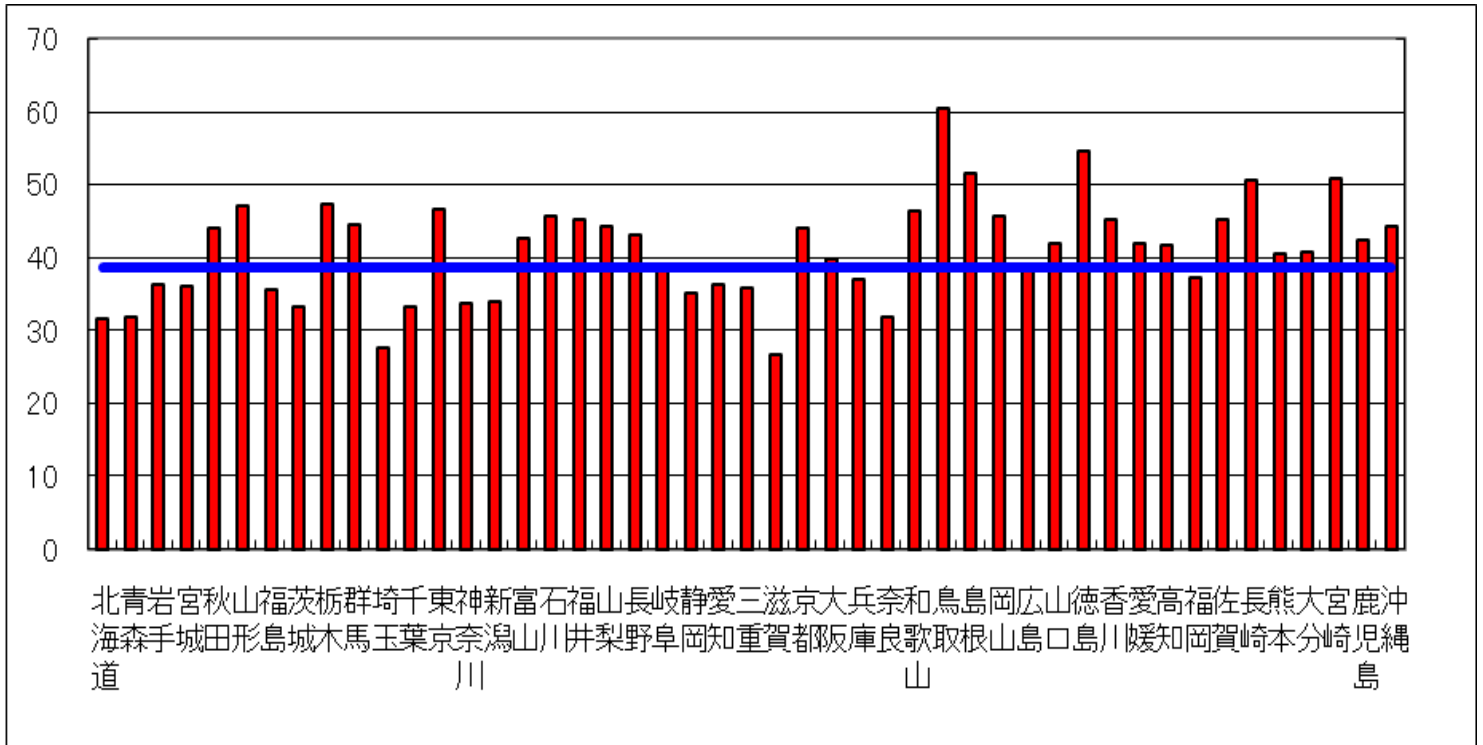


厚生労働省「平成 16 年 医師・歯科医・薬剤師調査」

図表 1 は、厚生労働省が 2 年に 1 度行う「医師・歯科医師・薬剤師調査」を参考に作成した、1984 年から 2004 年までの日本の医師総数と産婦人科医師数の年次推移についてのグラフである。この図表より、医師の総数の推移、産婦人科医師の数の推移を見ていきたいと思う。このグラフを見ると、医師の総数はこの 20 年の間に 17 万 3,452 人から 25 万 6,668 人へと 8 万 3,216 人の増加、率にして 32.4%増加しているが、産婦人科医師の数は 1 万 2,181 人から 1 万 555 人へと 1,626 人の減少、率にして 15.4%減少していることが読み取れる。よって、この図表からは、1984 年から 2004 年の間までに、医師の総数自体は増加しているが、産婦人科医師の数は減少していることが分かる。このまま産婦人科医が減少し続けるならば、産婦人科医不足は今後もますます深刻になっていくのではないかと予想できる。よって、私たちは産婦人科医不足の問題は、対策を早急に打たなければならないと考える。

次に、都道府県別の産婦人科医師数を見てみる。

図表 2

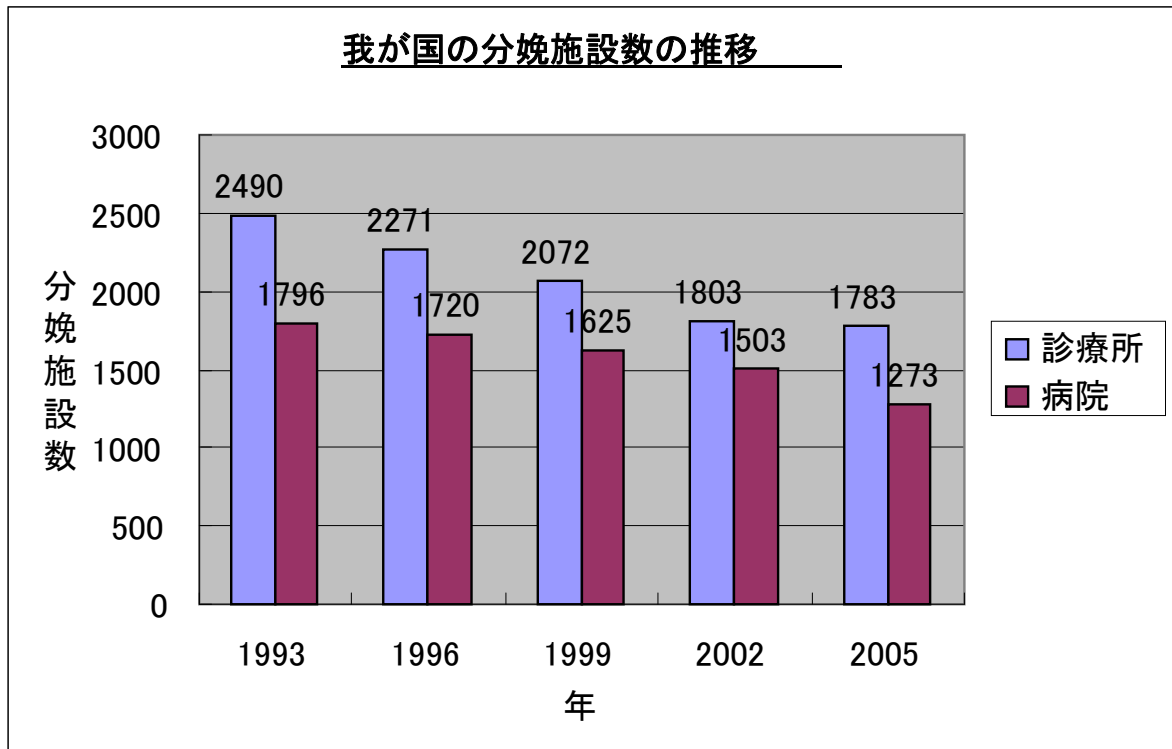


平成 18(2006)年 12 月 31 日現在
厚生労働省「15～49 歳 女子 10 万対産婦人科・産科 従事医師数」

図表 2 は、都道府県別に見た「産婦人科・産科」に従事する 15～49 歳女子人口 10 万対医師数のグラフである。この図表から産科医・産婦人科医が各都道府県当たり何人いるのか、またその結果を受け地域間で格差は存在しているのかということを見ていきたいと思う。図表 2 を見ると、産婦人科・産科に従事する 15～49 歳女子人口 10 万対医師数は、鳥取県が最も多く、滋賀県が最も少なくなっていることが分かる。また「産婦人科・産科」に従事する 15～49 歳女子人口 10 万対医師数の全国平均は 38.7 人であるが、全国平均を大きく下回っている都道府県が数多く存在していることが分かる。よって、産科医・産婦人科医の偏在が起こっていることが見て取れる。

第2節 施設不足の現状

図表 3



日本産科婦人科学会「分娩施設における医療水準の保持・向上のための緊急提言」
(平成 18 年 10 月 27 日)

図表 3 は、日本における分娩施設数の推移を 3 ヶ年ごとに表したグラフである。この図表から、日本の分娩施設数の推移を見ていきたいと思う。このグラフを見ると、日本の分娩施設数が診療所・病院ともに年々減少傾向にあることが分かる。診療所数は、1993 年の 2,490 施設から 2005 年の 1,783 施設へと 12 年間で 707 施設減少しており、病院数は 1,796 施設から 1,273 施設へと 523 施設減少している。診療所と病院の合計で見ると、1993 年には 4,286 あった分娩施設が、2005 年には合わせて 3,056 施設となっており、1,230 施設減少している。この間、診療所の減少率は約 28%、病院の減少率は約 29%である。よって、日本の分娩施設は年々減少しており、「第 1 章第 1 節 医師不足」と合わせて、日本における出産を取り巻く環境は年々悪化していると言することができる。この、産婦人科医と分娩施設の減少の関係性については、「第 2 章第 2 節 産婦人科医の減少と分娩施設減少の関係性について」で述べていきたいと考える。

第2章

医師・分娩施設・出生率の減少

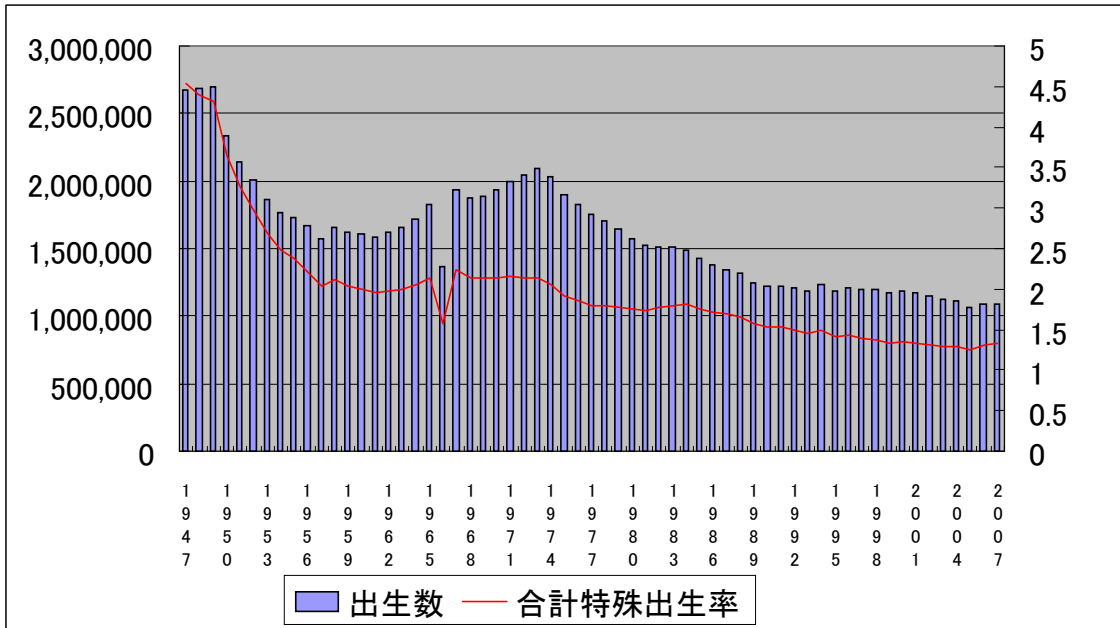
第1節 医師・分娩施設・出生率の減少について

ここではまず、日本の出生数の推移について見ていきたいと思う。なぜなら出生数の減少が昨今頻繁に言われており、出生数が減っているのだから、産婦人科医・分娩施設が減少するのは当たり前であると思われるからである。同時に、出生率についても見ていきたいと考える。そこで、各年の出生数と出生率の数値を示したものが図表4である。図表4で示した数値を元に作成したグラフが図表5である。

図表4

年	出生数	合計特殊出生率	年	出生数	合計特殊出生率
1947	2,678,792	4.54	1977	1,755,100	1.8
1948	2,681,624	4.4	1978	1,708,643	1.79
1949	2,696,638	4.32	1979	1,642,580	1.77
1950	2,337,507	3.65	1980	1,576,889	1.75
1951	2,137,689	3.26	1981	1,529,455	1.74
1952	2,005,162	2.98	1982	1,515,392	1.77
1953	1,868,040	2.69	1983	1,508,687	1.8
1954	1,769,580	2.48	1984	1,489,780	1.81
1955	1,730,692	2.37	1985	1,431,577	1.76
1956	1,665,278	2.22	1986	1,382,946	1.72
1957	1,566,713	2.04	1987	1,346,658	1.69
1958	1,653,469	2.11	1988	1,314,006	1.66
1959	1,626,088	2.04	1989	1,246,802	1.57
1960	1,606,041	2	1990	1,221,585	1.54
1961	1,589,372	1.96	1991	1,223,245	1.53
1962	1,618,616	1.98	1992	1,208,989	1.5
1963	1,659,521	2	1993	1,188,282	1.46
1964	1,716,761	2.05	1994	1,238,328	1.5
1965	1,823,697	2.14	1995	1,187,064	1.42
1966	1,360,974	1.58	1996	1,206,555	1.43
1967	1,935,647	2.23	1997	1,191,665	1.39
1968	1,871,839	2.13	1998	1,203,147	1.38
1969	1,889,815	2.13	1999	1,177,669	1.34
1970	1,934,239	2.13	2000	1,190,547	1.36
1971	2,000,973	2.16	2001	1,170,662	1.33
1972	2,038,682	2.14	2002	1,153,855	1.32
1973	2,091,983	2.14	2003	1,123,610	1.29
1974	2,029,989	2.05	2004	1,110,721	1.29
1975	1,901,440	1.91	2005	1,062,530	1.26
1976	1,832,617	1.85	2006	1,092,674	1.32
			2007	1,090,000	1.34

図表 5



図表 4・5 厚生労働省「人口動態統計」

図表 4・図表 5 から、毎年出生数・出生率ともに減少傾向にあることが分かる。1947 年から 1950 年の間は第 1 次ベビーブームと呼ばれており、出生数・出生率ともに高い水準を誇っている。1971 年から 1974 年にかけて出生数が増加してくることが分かる。これは第 2 次ベビーブームと呼ばれている。図表 4・図表 5 から分かるように第 2 次ベビーブームでは出生数は増加しているが、出生率は増加していないことが分かる。この原因は、第 1 次ベビーブームの時に生まれた子供達が、大人になり子供を生む年齢になったが、1 人当たりの出産件数は増加しなかったためである。よって、第 1 次ベビーブーム以降出生率は減少傾向にあり続け、第 1 次ベビーブーム以降少子化は年々進行していたということが分かる。しかし、2004 年以降、微量ではあるが出生率は上昇している。今後出生率が上昇するのであれば、いっそう産婦人科医と分娩施設の必要性は増してくると考えられるのではないであろうか。次に産婦人科医師数、分娩施設数、出生数の関係性について述べていきたいと思う。

図表 6

産婦人科医減少・分娩施設数減少・出生率減少（年度を 100 とする）

	産婦人科医師数	分娩施設数	出生数
1993 年		4736	1 188 282
1994 年	11039		1 238 328
1995 年			1 187 064
1996 年	10847	3991	1 206 555
1997 年			1 191 665
1998 年	10916		1 203 147
1999 年		3697	1 177 669
2000 年	10585		1 190 547
2001 年			1 170 662
2002 年	10618	3306	1 153 855
2003 年			1 123 610
2004 年	10555		1 110 721
2005 年		3056	1 062 530

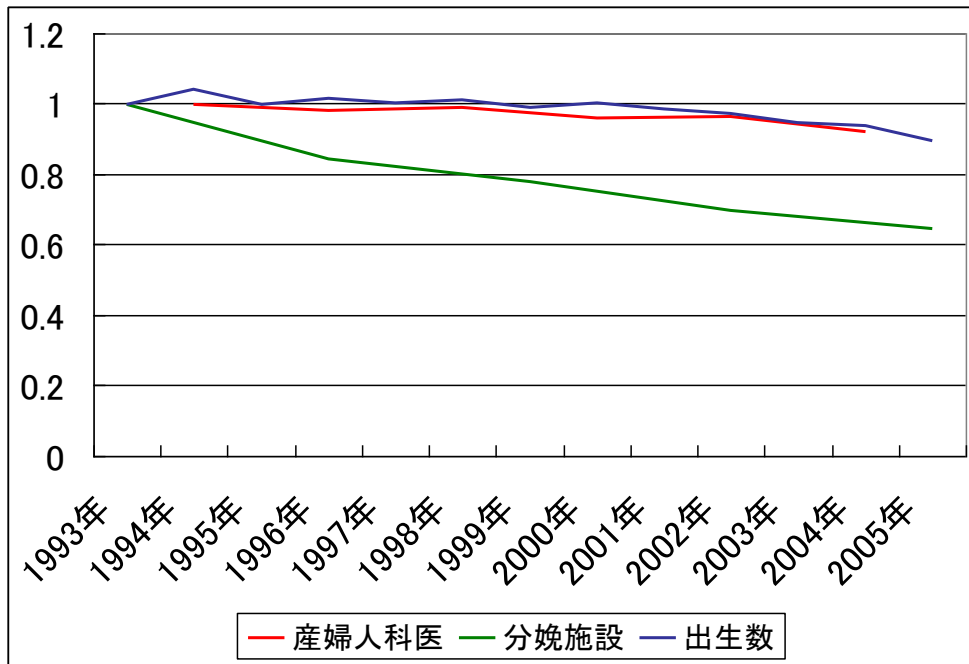
厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
 日本産科婦人科学会「分娩施設における医療水準の保持・向上のための緊急提言」
 厚生労働省 「平成 16 年医師・歯科医・薬剤師調査」

図表 6 は、産婦人科医師数、分娩施設数、出生率の数値を図表 1、図表 3、図表 4 を用いて 1 つの表にまとめたものである。図表 6 に示した数値を用いて、図表 7 を作成し、図表 7 をグラフ化したものが図表 8 である。図表 7 の産婦人科数は、図表 6 における 1994 年における数値（11039）を 1 とし、各年の数値を計算したものである。図表 7 における分娩施設数は、図表 6 における 1993 年における数値（4736）を 1 とし、各年の数値計算したものである。図表 7 における出生数は、図表 6 における 1993 年における数値（1188282）を 1 とし、各年の数値を計算したものである。

図表 7

	産婦人科医	分娩施設	出生数
1993 年		1	1
1994 年	1		1.042116265
1995 年			0.998974991
1996 年	0.98260712	0.842694257	1.015377663
1997 年			1.002846967
1998 年	0.988857686		1.012509657
1999 年		0.780616554	0.991068618
2000 年	0.958873086		1.001906113
2001 年			0.98517187
2002 年	0.961862488	0.698057432	0.971027921
2003 年			0.946545426
2004 年	0.919920283		0.935687545
2005 年		0.64527027	0.895090745

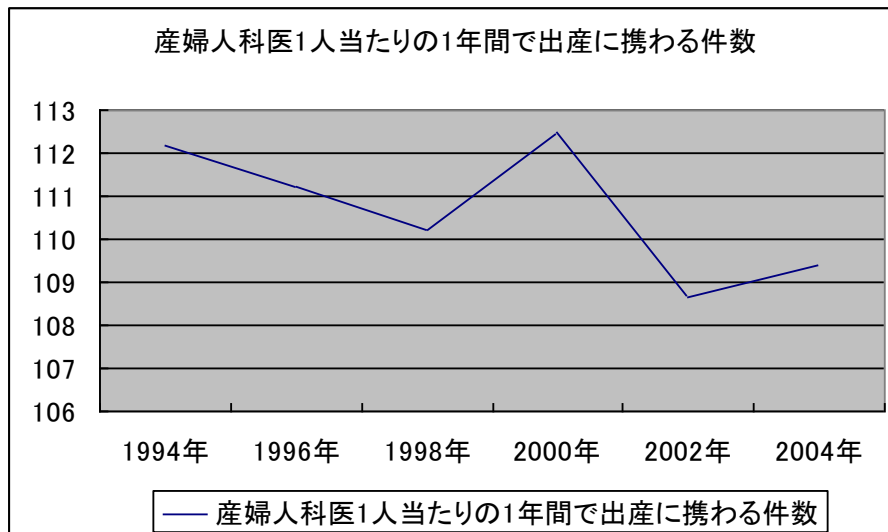
図表 8



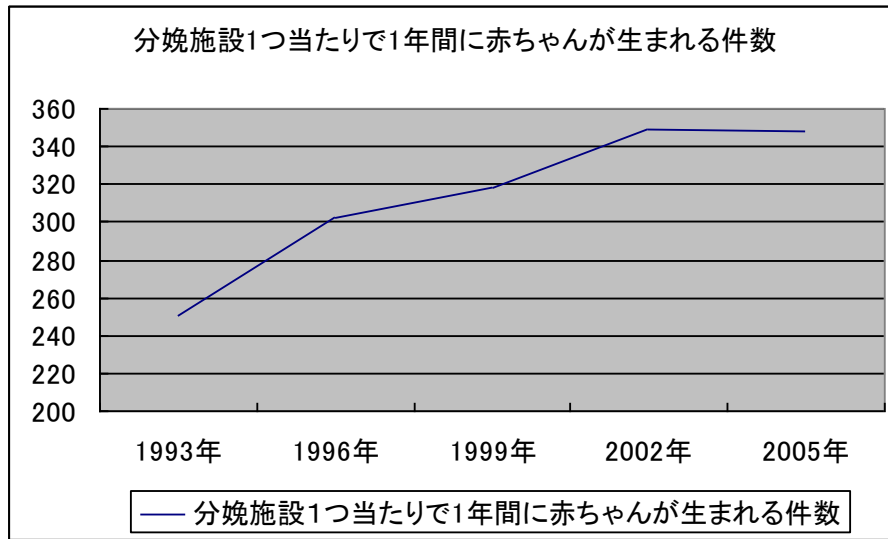
以上の図表 6、図表 7、図表 8 より産婦人科医師数、分娩施設数、出生数の関係性を述べていきたいと思う。図表 8 より、若干の差はあるが産婦人科医師数の減少のスピードと出生数の減少のスピードはほぼ同じであるということが分かる。しかし、産婦人科医の減少に伴う分娩施設の減少のスピードは群を抜いている。2005 年の分娩施設数を 1993 年の分娩施設数と比べると、約 65 パーセントにまで減少していることがわかる。日本では、出生率の減少のスピードと産婦人科医師数の減少のスピードはほぼ同時に進行しており、産婦人科医師数の減少はさほど問題ではないということができているのではないだろうか。しかし、分娩施設数の減少は、出生率の減少と比べて、著しく差が存在しており、非常に問題であると言う事ができる。次に、産婦人科医 1 人あたりの 1 年間の間に出産に携わる件数と分娩施設 1 つ当たりで 1 年間に赤ちゃんが生まれる件数について考えてみたいと思う。

出生数を産婦人科医数で割り、産婦人科医 1 人あたりの 1 年間の間に出産に携わる件数を、出生数を分娩施設数で割り、分娩施設 1 つ当たりで 1 年間に赤ちゃんが生まれる件数を、それぞれ図表 9、図表 10 で示した。

図表 9



図表 10



先ほども述べたように、産婦人科医1人当たりの負担は増加したり減少したりと微妙な増減を繰り返し、負担の増減について言及することはできないということができるといことは図表9からも分かる。しかし、図表10から分かるように、分娩施設単位で見ると、負担が増加し続けていることが分かる。この、分娩施設単位で見ると負担が増加しているという原因は、医師の減少などによる分娩施設の減少である。このことについては「第2章2節 産婦人科医の減少と分娩施設の減少の関係性について」で述べることにする。また、先ほど、産婦人科医1人当たりの負担の増減については言及できないといったが、次に非常に興味深い資料を提示する。

図表 1 1

順位	都道府県	出生数 a	産婦人科及び産科 の医師数 b	医師1人あたりの1年間 に出産に携わる件数 (a/b)	分娩を実施 した施設数 c	1分娩施設当たりの 出産取り扱い件数(a/c)
	全国	1,092,498	10,074	108.4	2933	372
1	滋賀	13,448	78	172.4	38	354
2	埼玉	61,201	411	148.9	114	537
3	奈良	11,476	87	131.9	28	410
4	茨城	25,128	193	130.2	59	426
5	千葉	51,762	407	127.2	118	439
6	新潟	18,985	150	126.6	60	316
7	沖縄	16,483	132	124.9	43	383
8	静岡	32,905	264	124.6	71	463
9	神奈川	79,118	638	124	139	569
10	福島	17,541	142	123.5	65	270
11	青森	10,556	86	122.7	38	278
12	愛知	69,999	574	121.9	163	429
13	北海道	42,204	359	117.6	114	370
14	岩手	10,556	90	117.3	42	251
15	三重	15,816	137	115.4	46	344
16	岐阜	18,092	158	114.5	65	278
17	大分	10,156	90	112.8	39	260
18	宮城	19,706	177	111.3	58	340
19	広島	25,330	229	110.6	76	333
20	兵庫	48,771	442	110.3	120	406
21	熊本	16,189	147	110.1	57	284
22	鹿児島	15,080	137	110.1	59	256
23	福岡	45,304	412	110	130	348
24	長野	18,775	172	109.2	55	341
25	佐賀	7,647	72	106.2	35	218
26	大阪	77,641	743	104.5	167	465
27	高知	6,015	58	103.7	20	301
28	岡山	17,279	167	103.5	52	332
29	山口	11,692	115	101.7	42	278
30	群馬	17,061	168	101.6	46	371
31	富山	8,965	90	99.6	33	272
32	香川	8,664	87	99.6	28	309
33	福井	7,324	74	99	26	282
34	愛媛	11,752	119	98.8	45	261
35	石川	10,235	106	96.6	33	310
36	島根	6,011	63	95.4	26	231
37	山形	9,513	100	95.1	37	257
38	宮崎	10,094	108	93.5	43	235
39	栃木	17,647	193	91.4	49	360
40	山梨	7,094	78	90.9	21	338
41	京都	22,100	247	89.5	72	307
42	秋田	7,726	88	87.8	32	241
43	長崎	12,410	144	86.2	61	203
44	和歌山	7,930	93	85.3	28	283
45	東京	101,674	1,295	78.5	192	530
46	徳島	6,257	84	74.5	28	223
47	鳥取	5,186	70	74.1	20	259

H18年「人口動態統計」及び「医師・歯科医師・薬剤師調査」
及び医療施設調査を基に算出
順位は (a/b) が高い順に表示

図表 1 1 から先ほど述べた産婦人科医 1 人当たりの負担の増減については言及できないということは間違いであるということが分かる。図表 9 で見たように、全国規模だけで考えると産婦人科医 1 人あたりの 1 年間の間に出生に携わる件数は、微量しか増減しておらず、全国的に問題が無いと考えがちであるが、図表 1 1 から分かるように、各都道府県により産婦人科医 1 人あたりの 1 年間の間に出生に携わる件数は大きな格差が存在していることが分かる。図表 2 からは、「産婦人科・産科」に従事する 15～49 歳女子人口 10 万対医師数において地域格差が存在することが分かっている。よって、産婦人科医における地域格差があると言う事ができるのではないであろうか。

しかし、図表 2 は各都道府県別の出生率を考慮しておらず、本当の意味での地域格差があるかどうかは分からなかった。しかし、図表 1 1 より各都道府県別の出生率も考慮した結果でも、図表 2 と同じように地域間で格差が存在していることが分かった。よって、産婦人科医の減少について問題が無いとは言えないのではないだろうか。地域間で格差があるということは非常に問題であると、私たちは考える。

また、図表 1 1 には各都道府県別の分娩施設数、各都道府県別の 1 分娩施設当たりの出産取り扱い件数も同時に示している。この 1 分娩施設当たりの出産取り扱い件数も地域間で非常に格差が存在しているということが出来る。特に、東京都、大阪府、愛知県などの大都市圏において、1 分娩施設当たりの出産取り扱い件数が多いということが分かる。これは、大都市という土地柄、産婦人科における病床が多くある大病院が多いということも関係しているのでは無いであろうか。しかし、埼玉県、茨城県、千葉県、静岡県、神奈川県も 1 分娩施設当たりの出産取り扱い件数は 400 件を超えており、非常に高い。このような県は大都市に比較的に近い所にある県であり、ドーナツ化現象の影響を考えると、病院を建てることのできる土地が少ないなどの理由で、小さな診療所より、大病院が多いと考えることは出来る。よって、図表 1 1 の 1 分娩施設当たりの出産取り扱い件数から分かることは、大都市圏にある都道府県は比較的 1 分娩施設当たりの出産取り扱い件数は高いが、それは、大都市圏は病院を建てることのできる土地が少ないなどの理由で、小さな診療所が少なく、病床数の多い大病院が多いからであると考えることが出来る。このことを考慮して図表 1 1 を見てみても、全国的に分娩施設は足りていないということでは出来るのではないであろうか。

次に産婦人科医の減少と分娩施設減少の関係性について考えていきたいと思う。

第2節 産婦人科医の減少と分娩施設の減少の関係性について

「産婦人科医が減っているから、分娩施設が減っている。」と私たちは考える。一見するとごく当然のように感じられることであると思われるが、これについて、図や表等のデータを使って、この関係性あるいは関連性、また、何が見えてくるのか、を考えていきたい。

最初に、図表 8 を見てもらいたい。産婦人科医師数、分娩施設数、出生数共に年々減少していることが見てとれる。ここで、注目してもらいたいのは、産婦人科医師数の減少を表した折れ線の傾斜は、緩やかであるのに対し、分娩施設数の減少を表した折れ線の傾斜は、それに比べて、かなり急になっている。以上のことから、1 つの仮説を立ててみる。それは、全国にある全ての分娩施設、1 ヲ所 1 ヲ所から、1 人ずつ産婦人科医が辞めていくのではなく、ある何ヶ所かの分娩施設から、運営続行が不可能になるくらい的人数がいきなり辞めてしまうというものだ。残念ながら、この仮説を裏付けられるのに最適なデータが見つけれなかった。しかし、大雑把ではあるが、次のデータを見てもらいたい。1996 年の産婦人科医師数は 10847 人、分娩施設数は 3991 ヲ所、そして、2006 年の産婦人科医師数は 10074 人、分娩施設数は 3056 ヲ所である。(厚生労働省 「平成 18 年医師・歯科医師・薬剤師調査」、社団法人 日本産婦人科学会 「分娩取り扱い施設数及び常勤医師数のデータ(改)」) このデータからは、1996 年から 2006 年にかけて、産婦人科医師数は 773 人の減少、分娩施設数は 935 ヲ所の減少が見てとれる。以上のデータより、産婦人科医師減少数よりも、分娩施設減少数の方が大きいということが見てとれる。また、前述した仮説を完全に裏付けることはできないのだが、もし、全国にある全ての分娩施設 1 ヲ所 1 ヲ所から、1 人ずつ産婦人科医が辞めていくのならば、この場合、産婦人科医師減少数 773 人に対して、分娩施設減少数は、

773 カ所に留まるはずである。しかし、実際は 935 カ所減少と大幅に上回っている。ここで、ある何カ所かの分娩施設から、運営続行が不可能になるくらいの人数が辞めてしまったとも考えることはできる。加えて、現在の分娩施設を運営しているお産体制の現場においては、常勤医師がたった 1 人でも欠けてしまうと、運営不可能に陥るところも少なくない。

次に、図 1 1 を見てもらいたい。都道府県別のデータである。図 1 1 の都道府県別産婦人科医師 1 人あたりの 1 年間に出生に携わる件数 (a/b) から、見ての通り、都道府県別産婦人科医師 1 人あたりの 1 年間に出生に携わる件数 (a/b) に非常に大きな地域間格差があることが分かる。さらに、宮崎県を基準とした、滋賀県と鳥取県について行った、産婦人科及び産科の医師数 b の過不足を算出するといった分析の結果、これにおいても、地域間で格差があるということがわかった。(詳しくは分析の 2 産婦人科医・分娩施設の過不足数の部分にて紹介) また、図 1 1 の 1 分娩施設当たりの出生取り扱い件数において、1 施設あたり分娩取り扱い件数 (a/c) においては、先ほど示したように、全国的に不足しているということが分かる。加えて、産婦人科医師 1 人あたりの 1 年間に出生に携わる件数と同様に、宮崎県を基準とした、滋賀県と鳥取県について行った、1 分娩施設当たりの出生取り扱い件数の過不足を算出するといった分析の結果、これについても、地域間で格差が見受けられた。しかし、これは大都市圏にある大病院の事もあり、産婦人科医師 1 人あたりの 1 年間に出生に携わる件数と同じ順位にはならなかったが、地域間で格差があることは分かる。(詳しい内容は分析の 2 産婦人科医・分娩施設の過不足数の部分にて紹介) 以上より、都道府県レベルで見た、産婦人科医師数及び分娩施設数は、地域間格差が存在するということが分かる。

以上、これらのことから、産婦人科医が減少しているから、分娩施設も減少に追い込まれていると言える。また、産婦人科医師数及び分娩施設数には、地域間で格差があるということ忘れてはならない。加えて、この 2 つは相互に作用しているとみてとれる。それは、ある何カ所かの分娩施設から、運営続行が不可能になるくらいの人数が辞めてしまったということが、地域間における格差を招いたとも考えられるからである。よって、私たちは産婦人科医が減少しているから、分娩施設が減少していると考える。言い換えると、産婦人科医師を増やすことで、分娩施設も増加していくのではないかと考える。

第3章

医師減少の理由

年々、産婦人科の施設不足が深刻化している。そのため、近くに産婦人科がない妊婦の、飛び込み出産・飛び込み分娩が急増している。飛び込み出産・飛び込み分娩は、病院側がリスクを恐れて妊婦の受け入れを拒否する傾向があるため、結果的に妊婦の「たらいまわし」という事態を招いてしまう。

では、なぜ分娩施設不足が起こっているのだろうか。先ほど述べたように、分娩施設不足の原因として産婦人科医減少が挙げられる。私たちは産婦人科医数が増加すれば、分娩施設が増加すると考える。よって、私たちは産婦人科医の減少の理由を調べていくことにした。産婦人科医減少の要因を

第3章第1節「訴訟リスク」

第3章第2節「医師の過重勤務」

に絞り、考察していくことにする。

第1節 訴訟リスク

最高裁判所の「医事関係訴訟に関する統計」によると、産婦人科も医事訴訟全体的にみても平成11年のときと比べても約1.5倍に増えている。平成18年の産婦人科における訴訟件数は161件ののぼり、これは、内科、外科に次いで3番目に多く、全体の16.3%を占めている。さらに、医師一人あたりの提訴件数の割合でみると、全診療科中、産婦人科が1.5%でトップとなる。ちなみにこの数値は、外科の2倍以上、内科の5倍であり、いかに産婦人科医の訴訟リスクが高いかがわかる。このように医師数の割に事故件数、賠償額が多いのはなぜか。1つには、産科が、母親と新生児の両方を扱うために事故が起こりやすいということが挙げられる。母親が亡くなる場合、赤ちゃんが亡くなる場合、あるいは両方が亡くなる場合がある。また、赤ちゃんが助かったとしても脳性麻痺などの神経障害があると、障害があるまま長い間暮らすことになり、補償額は億を超えてしまう。もう1つには、病気だった人が亡くなるのではなく、元気だった若い女性が、出産をして元気に帰るはずが突然亡くなってしまうということが挙げられる。

そこで、産婦人科における医療事故には、どのようなものが多いのだろうか。日本産婦人科医会が行った、2000年5月から2002年4月にかけて産婦人科医事紛争の調査を見てみると、医療事故の約70%が分娩に関する事故であった。新生児管理事故や妊娠中の管理事故も含めると、産科事故（妊娠、出産、産褥に関する事故）は約80%を占める。それに人工妊娠中絶事故が続くといった状況である。これらの背景には、先ほど述べたように、産科は、母親と新生児の両方を扱う、すなわち2人分の命を扱うために、事故が起こる確率も2倍に増え、事故が起こりやすいということが挙げられる。加えて、最近では、妊婦の高齢化が進んでおり、出産によるリスクが高まっているのも、1つの大きな要因であると言える。また、

一度事故が起きると、母体死亡、胎児・新生児死亡、脳性麻痺など、重篤な状態に陥ってしまうことが多いのも産科における事故の特徴である。

図表 12

診療科別医療訴訟件数

順位	診療科名	平成 18 年 訴訟件数	医師数	医師 1 人当たりの提訴件数の割合
1 位	内科	256	98,232	0.3%
2 位	外科	188	34,055	0.6%
3 位	産婦人科	161	10,555	1.5%
4 位	整形外科	119	24,595	0.5%
5 位	歯科	74	162,962	0.0%
6 位	小児科	33	32,151	0.1%
7 位	精神科	32	13,609	0.2%
8 位	眼科	28	12,778	0.2%
9 位	泌尿器科	24	8,562	0.3%
10 位	耳鼻咽喉科	23	9,499	0.2%

	平成 11 年	平成 12 年	平成 13 年	平成 14 年	平成 15 年	平成 16 年	平成 17 年	平成 18 年
産婦人科	109	114	108	113	138	151	119	161
医事訴訟(合計)	678	795	824	906	1,003	1,110	999	913

最高裁判所 「医事関係訴訟に関する統計」

訴訟問題の事例として、平成 16 年に福島県大熊町の県立大野病院で帝王切開手術を受けた女性 (29) が死亡した医療事故が記憶に新しい。この裁判で、子宮に癒着した胎盤の剥離を継続したことの是非が問われ、これにより、産科医 (40) が帝王切開手術ミスで妊婦を死亡させたとして、業務上過失致死罪で逮捕・起訴された。結果的には、子宮に癒着した胎盤の剥離を続けたことは標準的な医療措置とされ、産科医の無罪 (求刑禁固 1 年、罰金 10 万円) が確定されたが、裁判の間この産科医は休職を余儀なくされた。

上記の事例からも分かるように、裁判の間、休職を余儀なくされる医師も少なくない。そこで、裁判に必要とされる平均審理期間についてみていきたいと思う。

図表 13 は医事関係訴訟事件の処理状況および平均審理期間についての表である。図表 13 より、年々裁判の審理期間は短くはなっているが、平均的にみても約 2 年はかかるということが分かる。仮に無罪が実証されたとしても、医師の経済的・精神的負担は計り知れないということができる。このことから、訴訟リスクを恐れ、産婦人科・産科を避ける若年医師層が増え、結果的に産科医の減少に拍車をかけることとなっているということができる。

図表 13

医事関係訴訟事件の処理状況および平均審理期間

年	新受	既済	未済	平均審理期間 (月)
平成 10 年	632	582	1,723	35.1
平成 11 年	678	569	1,832	34.5
平成 12 年	795	691	1,936	35.6
平成 13 年	824	722	2,038	32.6
平成 14 年	906	869	2,075	30.9
平成 15 年	1,003	1,035	2,043	27.7
平成 16 年	1,110	1,004	2,149	27.3
平成 17 年	999	1,062	2,086	26.9
平成 18 年	913	1,139	1,860	25.1
平成 19 年	944	1,027	1,777	23.6

注) 1 本表の数値のうち、平成 16 年までの各数値と平成 17 年以降の未済の数値は、各庁からの報告に基づくものであり、概数である。

注) 2 平均審理期間は、各年度の既済事件のものである。

第2節 医師の過重勤務

まず、最初に、基本的に産婦人科は、救急病院系を除いた場合、唯一の 365 日 24 時間対応診療科である。この特殊な条件がある中、全国の多くの産婦人科の現場では、次のような勤務状況の実態が窺える。

社団法人日本病院会の「勤務医に関する意識調査」では、病院に勤務する医師の 97% が法定時間の週 40 時間を越えて働いている過酷な労働実態が明らかになっている。同調査では、週 48 時間以上働いている医師は 7 割で、週 56 時間以上働いている医師は 4 割を超えている。また、夜間当直をする医師は 72% で、月 3 回から 4 回が 41%、5 回以上は 17% という結果となった。さらに、医師の 7 割以上が「過剰な業務のために慢性的に疲労している」、6 割以上が「患者が多く 1 人当たりの診療時間、密度が不足しがち」と答えている。

次に、HP「産婦人科医・小児科医不足を考える」公開シンポジウムより、大学の産婦人科医師の過酷な労働実態が挙げられている。それは、以下の内容である。1 日の平均勤務時間が 12 時間以上と答えた医師が 78.5%、また、月 11 回以上の当直または拘束があると答えた医師が 45.2%、当直時の平均睡眠時間が 4.8 時間（埼玉医大総合医療センター産婦人科当直ではほとんど 0 時）、そして、1 ヶ月の平均休日日数が 2.5 日と、かなり過酷な勤務状況にあると思われる。

勤務医が過重勤務だと考える理由として、

- 1、時間外労働も含め 1 日の労働時間が長すぎる。
- 2、宿日直（前日または翌日の宿直と日直を継続して行う）の多さと宿直直後の勤務がある。
- 3、「オンコール」や「呼び出し」などと呼ばれる「拘束」「当番」体系である。
- 4、毎日の休憩時間や休日、年休などの休みがとれない。

などが挙げられる。

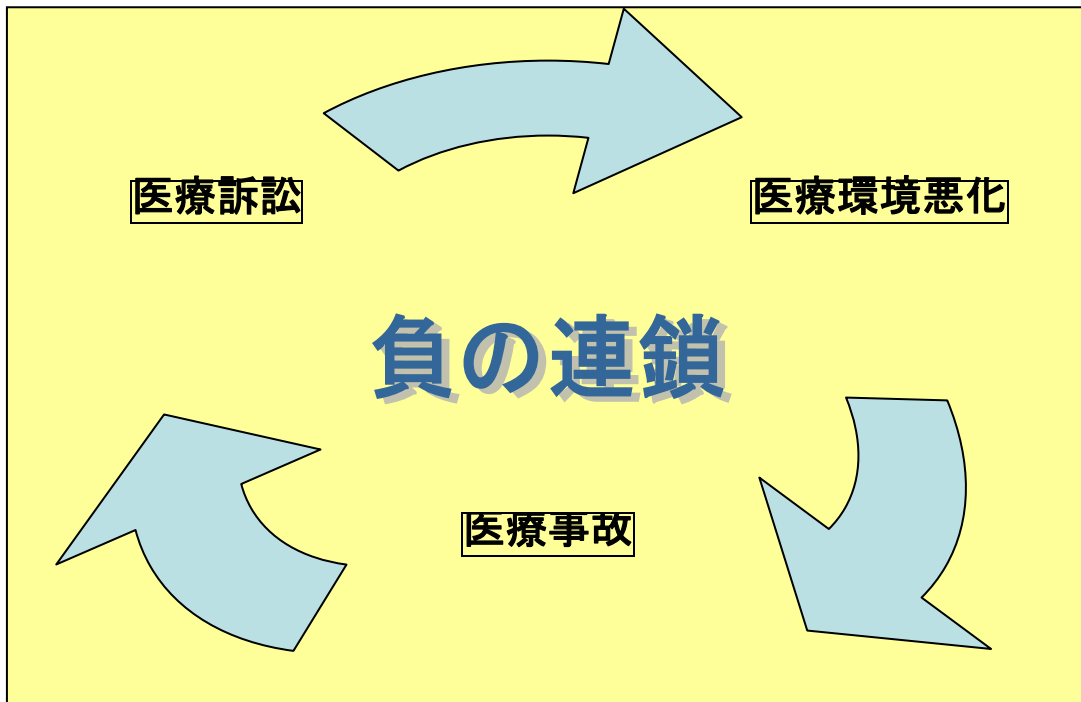
以上より、例えば、前夜に分娩や緊急手術などを行った当直明けの医師の疲労度は高く、労務上の問題のみならず、医療安全の面からもその危険性が指摘されている。加えて、慢性

的な疲労やストレスを抱えると、「医療事故」、「医師の過労死」に繋がるので、早期の対策が必要となっている。

第4章 分析

第1節 負の連鎖

図表 1 4



私たちは、産婦人科の医師不足の問題を『負の連鎖』で考えた。
 「第1章第1節 医師不足 図表1」で述べた通り、産婦人科医は年々減少傾向にある。産婦人科医減少の理由は、先述したように訴訟リスクや医師の過重勤務である。訴訟リスクについては「第3章第1節 訴訟リスク」で述べたように、提訴件数の割合が多く賠償金が高いことや、裁判によって医師の経済的・精神的負担が大きい。それが理由で、若年層の医師は産科・産婦人科を避ける傾向にある。また、中年層の医師は分娩を扱わない婦人科へと開業していく傾向がある。過重勤務についても「第3章第2節 医師の過重勤務」で述べたように、労働時間が長く、呼び出しなどに合い時間が読めない。(和田 2006) によると「例えば、産科の手術をする場合、手術・手術合併症の説明書、手術承諾書、麻酔説明書、万が一のための輸血の説明・承諾書、特定生物由来製剤の説明 承諾書、肺梗塞予防の説明書・承

諾書など、多くの書類が必要となり、書類整理に加え、患者側のニーズに答えようと思うと労働時間が長くなってしまふ」とある。また、「第3章第2節 医師の過重勤務」で示したように、多くの医者が「過剰な業務のために慢性的に疲労している」「患者1人当たりの診療時間、密度が不足しがち」と答えている。このような現状では、充実した医療の提供は出来ない。このまま産婦人科医が減少してしまうと、ますます医療環境は悪化していくと考えられる。先に述べたように、医師は慢性的に疲労している。慢性的な疲労は、集中力がなくなる、根気がなくなる、怒りっぽくなるというような症状が現れる。このような体調で医師は患者に接しているのである。

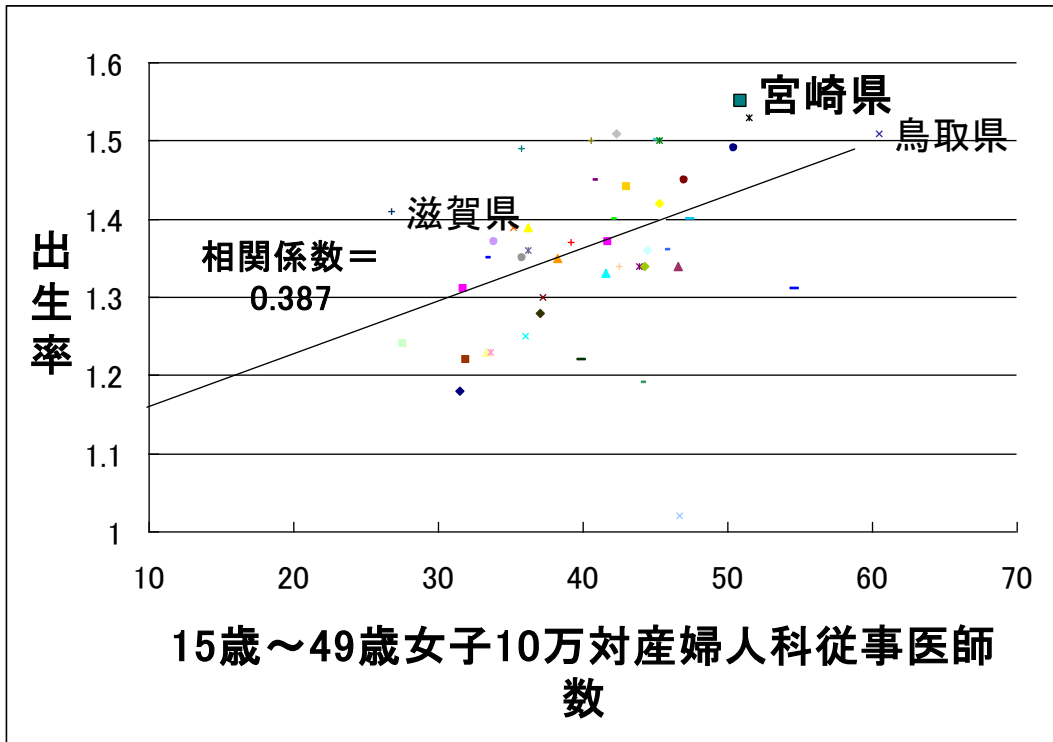
そしてこのような状態で、手術をしているのである。この状態は、医療事故が起こる理由としては十分なのではないだろうか。このような状態の医師が増加すれば、医療事故が減ることはないと考ええる。医療事故が増加すると、医療訴訟も増加すると考えることができる。「第3章第1節 訴訟リスク」で使用した図表12中の産婦人科の訴訟件数の推移を見ても分かるように、訴訟件数は増加傾向にあると言える。これは、訴訟件数だけを示しており、実際に起こった医療事故の件数を知ることはできない。しかし、現段階で訴訟件数は上昇傾向にあるならば、医療事故が増加したならば、ますます訴訟件数も増加すると考えることができる。また、それにより若年層の医師は産婦人科を避け、他の科を専攻する。中年層の医師は分娩の取り扱いを廃止する。そして、産婦人科医の過重勤務につながり・・・という現象が起こる。まさに『負の連鎖』である。

私たちは、この連鎖をどこかで断ち切らなければ、問題は解決しないと考える。そして私たちは、『医師不足を解消する』つまり『産婦人科医師を増やす』ということで、この負の連鎖を断ち切れないかと考えている。

第2節 産婦人科医、施設の過不足数

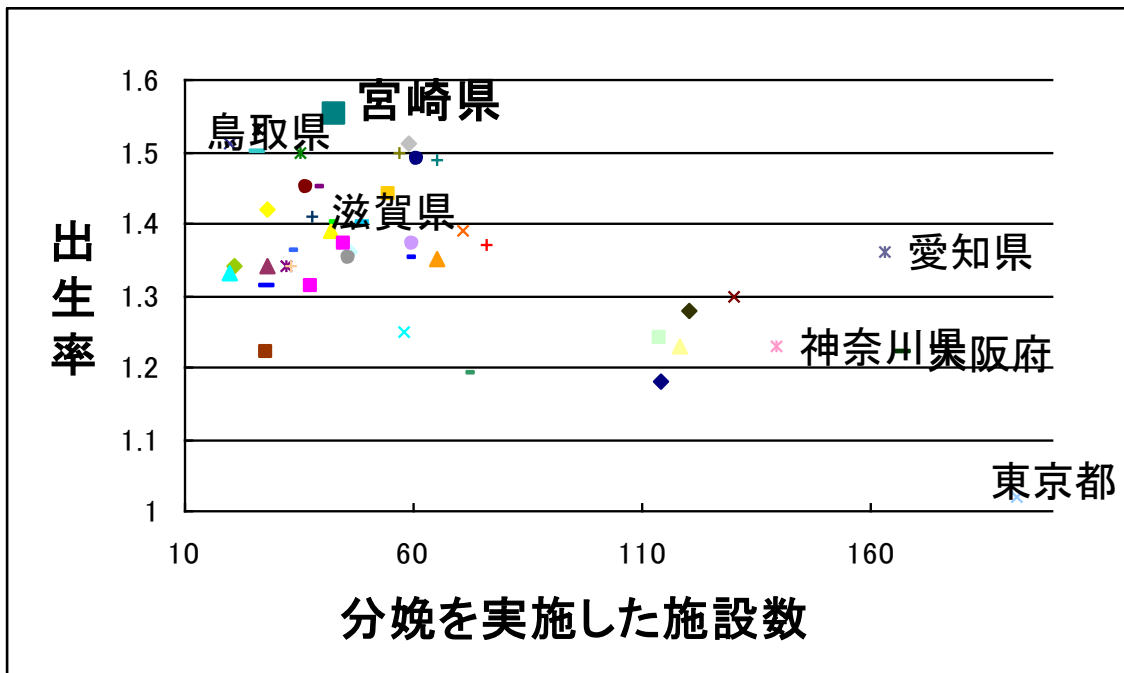
産婦人科医・分娩施設の不足数を分析するに当たって、妊婦の他府県への移出などに関するデータを得ることが出来ず不明瞭であるため、妊婦の他府県への移出などについては考えないこととする。また、産婦人科医が1年間に出産に携わることのできる件数というのは、年齢や性別などにより異なり、個人差がある。個人差は計算することができないので、実際の都道府県別の産婦人科医の過不足数や分娩施設の過不足数を算出することができない。そこで、何らかの客観的な基準が必要となる。そこで、私たちは宮崎県を、各都道府県の産婦人科医の過不足数、分娩施設の過不足数を計算する基準とした。宮崎県を基準とした理由については、図表15・16によって説明する。

図表 1 5



厚生労働省 H18 年「人口動態統計」を基に作成

図表 1 6



医療施設調査・厚生労働省 H18 年「人口動態統計」を基に作成

図表 15 は、横軸に「15 歳から 49 歳女子 10 万対産婦人科従事医師数」をとり、縦軸に「出生率」をとったものである。そして相関係数(=0.387)のグラフを取ることができたので、産婦人科医師数と出生率は比例の関係にあると言える。つまり、右上に行くほど産婦人科医師数も多く出生率も高いということになる。このグラフのより、出生率と産婦人科医指数の関係性を見てみたいと思う。これを見ると、鳥取県が最も産婦人科医師数が多く、出生率も高水準にあるので良い出産環境であると言えるだろう。それにも拘らず、私たちが宮崎県を選んだ理由は出生率にある。図表 15 を見ても分かるように、宮崎県は出生率が最も高い。宮崎県の産婦人科医師数を見ても、比較的高い水準にある。このことから私たちは、宮崎県は出産環境が良いのではないかと考え、宮崎県を基準とし、宮崎県より水準の低い都道府県は宮崎県を目標とする。ここでは、分析目的が産婦人科医・分娩施設についてであるため、出生率について深くは触れないで置く。しかし宮崎県の出生率が高い原因は、産婦人科医師が多い、言い換えると出産環境が良いからであると私たちは考える。よって、産婦人科医の増加に伴って、出生率も上昇傾向に向かえば幸いであるという考えもあり、私たちは宮崎県を選んだ。

次に図表 16 についてである。図表 16 は、横軸に「分娩を実施した施設数」をとり、縦軸に「出生率」をとったものである。このグラフにより、出生率と分娩を実施した施設数の関係性について見ていきたいとおもう。図表 15 と図表 16 では横軸の内容が違うことになる。図表 15 と同様に、右上に行くほど出産環境が高い水準にあると考えることが出来る。しかし、図表 16 を見ると、高水準であると言える都道府県はない。また、分娩施設よりも産婦人科医を増やすことの方が、重要であると私たちは考える。言い換えると、まず産婦人科医を増やさなければ、分娩施設を増やすことはできないと考えたのである。よって、私たちは分娩施設を軸とした図表 16 ではなく、産婦人科医師数を軸とした図表 15 を採用することとする。

私たちは、まず初めに「第 1 章第 1 節 医師不足」中の図表 2 で挙げた「産婦人科・産科」に従事する 15~49 歳女子人口 10 万対医師数の割合が最も深刻な滋賀県と、「産婦人科・産科」に従事する 15~49 歳女子人口 10 万対医師数の割合が最も多い鳥取県について調べることとした。また「第 2 章第 1 節 医師・分娩施設・出生率の減少について」中で使用した図表 11 の都道府県別産婦人科医 1 人あたりの 1 年間に出生に携わる件数でも同じ結果が出た、滋賀県と鳥取県について

A 医師の過不足数

B 分娩施設の過不足数

を第 3 節で調べた。

この 2 点を調べるために「第 2 章第 1 節 医師・分娩施設・出生率の減少」で使用した、図表 11 を使用する。

第3節 滋賀県

A 滋賀県の医師の過不足数

まず、出生数と医師数の関係について見てみる。基準となる宮崎県の出生数 10094 人に対して、産婦人科及び産科の合計の医師数が 108 人必要であるとすると、滋賀県については、出生数 13448 人に対して、144 人の医師が必要となる。しかし実際は、78 人であるので 66 人不足している。また産婦人科医 1 人あたりの 1 年間に出生に携わる件数について見てみる

と、全国の平均との差が歴然としており、かつ最低の鳥取と比べては、かなりの差があることが見て取れる。

B 滋賀県の分娩施設の過不足数

次に、出生数と分娩施設数の関係について見てみる。基準となる宮崎県の出生数10094人に対して、分娩施設数が43必要であるとする、滋賀県については、出生数13448人に対して、57の分娩施設が必要となる。しかし実際は、38であるので19不足している。

以上より、全国の平均に比べ、滋賀県は、分娩を実施している施設数は少なくはないが、その施設に勤めている産婦人科及び産科の医師数が少ないことが最も問題であると言える。加えて、今後産婦人科及び産科の医師数が減少していくなれば、分娩を実施する施設も当然減っていくであろうと予測される。

第4節 鳥取県

A 鳥取県の医師の過不足数

まず、出生数と医師数の関係について見てみる。基準となる宮崎県の出生数 10094 人に対して、産婦人科及び産科の合計の医師数が 108 人必要であるとする、鳥取県については、出生数 5186 人に対して、55 人の医師が必要となる。しかし実際は、70 人であるので 15 人余っているということが出来る。また産婦人科医 1 人あたりの 1 年間に出産に携わる件数について見てみると、全国の平均との差が歴然としており、かつ最高の滋賀県と比べては、かなりの差があることが見て取れる。

B 鳥取県の分娩施設の過不足数

次に、出生数と分娩施設数の関係について見てみる。基準となる宮崎県の出生数 10094 人に対して、分娩施設数が 43 必要であるとする、鳥取県については、出生数 5186 人に対して、22 の分娩施設が必要となる。しかし実際は、20 であるので 2 つ不足しているということが出来る。

以上より、鳥取県は、産婦人科医は余っているが、分娩施設は不足していると言える。

第5節 全国

A 全国の医師の過不足数

図表 17

	都道府県	医師適正数 (人)	医師過不足数 (人)
1	滋賀	144	-66
2	埼玉	655	-244

3	奈良	123	-36
4	茨城	269	-76
5	千葉	554	-147
6	新潟	203	-53
7	沖縄	176	-44
8	静岡	352	-88
9	神奈川	847	-209
10	福島	188	-46
11	青森	113	-27
12	愛知	749	-175
13	北海道	452	-93
14	岩手	113	-23
15	三重	169	-32
16	岐阜	194	-36
17	大分	109	-19
18	宮城	211	-34
19	広島	271	-42
20	兵庫	522	-80
21	熊本	173	-26
22	鹿児島	161	-24
23	福岡	485	-73
24	長野	201	-29
25	佐賀	82	-10
26	大阪	831	-88
27	高知	64	-6
28	岡山	185	-18
29	山口	125	-10
30	群馬	183	-15
31	富山	96	-6
32	香川	93	-6
33	福井	78	-4
34	愛媛	126	-7
35	石川	110	-4
36	島根	64	-1
37	山形	102	-2
38	宮崎	108	0
39	栃木	189	4
40	山梨	76	2
41	京都	236	11
42	秋田	83	5
43	長崎	133	11
44	和歌山	85	8
45	東京	1088	207
46	徳島	67	17
47	鳥取	55	15

合計	-1615
----	-------

図表 17 は各都道府県別産婦人科医師数の宮崎県を基準とした適正数と、その適正数と現在の各都道府県にいる産婦人科医師数を比較し、過不足数を算出した表である。この表の合計の部分は過不足数をすべて足し、合計を算出したものである。この図表 17 の合計の部分により、絶対数として足りていない。そして、地域により非常に大きな格差が存在していることは忘れてはならない。

B 全国の分娩施設の過不足数

図表 18

	都道府県	分娩施設適正数	分娩施設過不足数
1	滋賀	57	-19
2	埼玉	261	-147
3	奈良	49	-21
4	茨城	107	-48
5	千葉	221	-103
6	新潟	81	-21
7	沖縄	70	-27
8	静岡	140	-69
9	神奈川	337	-198
10	福島	75	-10
11	青森	45	-7
12	愛知	298	-135
13	北海道	180	-66
14	岩手	45	-3
15	三重	67	-21
16	岐阜	77	-12
17	大分	43	-4
18	宮城	84	-26
19	広島	108	-32
20	兵庫	208	-88
21	熊本	69	-12
22	鹿児島	64	-5
23	福岡	193	-63
24	長野	80	-25
25	佐賀	33	2
26	大阪	331	-164
27	高知	26	-6
28	岡山	74	-22
29	山口	50	-8
30	群馬	73	-27
31	富山	38	-5
32	香川	37	-9

33	福井	31	-5
34	愛媛	50	-5
35	石川	44	-11
36	島根	26	0
37	山形	41	-4
38	宮崎	43	0
39	栃木	75	-26
40	山梨	30	-9
41	京都	94	-22
42	秋田	33	-1
43	長崎	53	8
44	和歌山	34	-6
45	東京	433	-241
46	徳島	27	1
47	鳥取	22	-2
合計			-1721

図表 1 8 は各都道府県別分娩施設数の宮崎県を基準とした適正数と、その適正数と現在の各都道府県にある分娩施設数を比較し、過不足数を算出した表である。この表の合計の部分は過不足数をすべて足し、合計を算出したものである。「第 2 章第 1 節 医師・分娩施設・出生率の減少」で使用した、図表 1 0 から分娩施設不足は分かっていたが、この合計部分により、やはり全国的に分娩施設が不足しているということが分かる。また、図表 1 7 から分かるように、東京都の産婦人科医師は 207 人も余っているが、図 1 8 の分娩施設においては 241 も不足しているということが分かる。これは、東京都内には診療所が少なく、大病院が多いということが関係しているかもしれないが、それでもやはり足りなさ過ぎるということはあるだろう。また、図表 1 7 と図表 1 8 を見比べてみると、産婦人科医師数は不足しているが、分娩施設数は足りている又は足りなくてもその数が僅差である都道府県が存在していることが分かる。このような都道府県も、いずれは分娩施設数も減少していくと考えることができる。またその逆に、産婦人科医師数は余っているが、分娩施設数が足りていない都道府県も存在する。これは、都道府県内に分娩施設が少なく、近くに分娩施設が無い妊婦は検査や分娩など、その度に遠方の分娩施設まで行かなければならないという問題も引き起こしかねない。

以上のことより、都道府県別に見ると、地域で非常に格差が存在していることが分かる。そして、産婦人科医師数・分娩施設ともに全国的に見ると絶対数が足りておらず、また地域間でも格差が非常に存在していることが分かる。

第5章 政策提言

結論から述べると、全国の産婦人科医の人数の底上げをし、都道府県の中で比較的産婦人科医師も多く、出生率の高い宮崎県の水準に到達させようとする。その理由として、実際、「勤務医の労働環境を考えるシンポジウム」で発表された、「過重勤務が原因で医療ミスや医療事故が起きているか？」というアンケートによると有効回答の100%が「そう思う」と答えている。よって産婦人科医が増えることで現状の医師の1人当たりの負担が軽くなり労働環境が改善される。そして、労働環境が改善されることで、医師の能力が発揮でき、訴訟数の減少が期待できる。また個々の病院等の分娩施設の経営状況は別にして、医師不足が要因で廃止に追い込まれる分娩施設が減ると考える。つまり、私たちは産婦人科医の数を増加させることは安全にお産ができる環境につながるという趣旨で政策提言を行う。これにより、産婦人科医と、妊婦、これから子どもを作ろうと考えている人にメリットが生まれると考える。そこで、私たちは産科と産婦人科だけに特化した医師の育成機関（大学）いわゆる産科（産婦人科）医育成大学の設立を提言していきたいと考える。

第1節 産科と産婦人科にだけ特化した医師の育成機関(大学)の設立

私たちは栃木県下野市に設立されている学校法人自治医科大学のシステムに手を加えた産科と産婦人科だけに特化した医師の育成機関（大学）を設立する。いわゆる、産科（産婦人科）医育成大学である。なぜ全国の各大学に産科医育成コースを作るのではなく、産科医育成大学を設立するのか。これには二つの理由からである。

一つ目は、産科医療に特化した人材を育成できることである。産科医育成大学に入学を希望する人は、産科医療に携わりたいという高い意識を持った人であると考えられるので、他大学よりもより専門性の高い医師を社会に供給できる。

二つ目は、医師のへき地への派遣を円滑にできる点である。大学に産科医育成コースを作った場合、医師が足りていない地域の情報を手に入れるには、コストと時間がかかり困難となるが、産科医育成大学では国、または地方が運営主体となるので情報の入手が容易であるため、医師の派遣をよりスムーズに行うことができる。

なお、産科医育成大学の定員は、宮崎を基準とした産科医の不足数に応じて変化する形をとる。理由を述べると、今後の産科医の不足数に柔軟に対応することができるからである。例えば、今回でいうと1615人の不足数があったので、その10%の162人を定員とする。{ $1615 \times 0.1 = 161.5$ (人)} このように、その年の産科医不足人数の10%を定員として考える。

第2節 自治医科大学、産業医科大学の説明

前述の自治医科大学とは、医療に恵まれないへき地等における医療の確保向上及び地域住民の福祉の増進を図るために、1972年に各都道府県が協力して設立した学校法人である。名目上は学校法人自治医科大学が設置する私立大学となっているが、実際には自治省（現在の総務省）が設置した大学であり、各都道府県の知事が理事を務め、総務省の職員が大学に出向し、事務局を統括している。このため、事実上は国公立大学と私立大学の2つの面を兼ね備えており、広域連合立大学といえる。入試面では大学入試センター試験には参加しない大学独自の方法で行うが、医学部ではその設置趣旨のためか、各都道府県の定員枠（2名ないし3名）により選抜するという異色な方法を取っている。自治医科大学は、医の倫理に徹し、かつ、高度な臨床的実力を有する医師を養成することを目的とし、併せて医学の進歩と、地域住民の福祉の向上を図ることを使命としている大学である。また、出身都道府県との結びつきを強め、へき地等地域医療への認識を深めて人道的医療への使命感を固めており、卒業後は、その修得した医学知識と医療技術と使命感を持って出身都道府県に戻り、地域医療に従事するという理念から設立された。

自治医科大学のシステムとしては、在学中の学費が一端学校から借りている形になり、卒業後医師になってから返済するシステムである。つまり6年間の医学部在学の学費は、出世払いでよいと言う事である。また卒業後9年間、指定された病院（医師不足な全国の山間離島）で勤務すれば、学費の返済が全額免除されることになっている。元々はへき地の医療水準を保つことが自治医科大学の設立意義なので、学費はいらぬから医者不足解消に手を貸すということが前提となっている。ちなみに、学費返済ではなくへき地勤務を選択する卒業生は、全体の約4割である。同様に福岡県にある産業医科大学（産業医大）も、卒業後9年間産業医として働く事を条件に、学費が全額免除になる制度を行っており、また、自治医科大学同様、進路自由と引き換えに学費の貸与とは別に、返済制度を選ぶ事も出来る。

ただ、医師を増加させるという政策を考える上で私たちは自治医科大学の定員をただ増やしても、産婦人科医になりたい、または専攻したいという人が現状として少ない傾向にあるので、あまり効果は望めないと考える。仮に増えたとしても、他の専攻分野に人が集まってくことを考えると、問題が発生している現状には対応できない。自治医科大学の数を増やしても同様である。また、特殊な入試形態のため都道府県ごとに難易度が異なっている。そのため、学力が高い、あるいは受験生が多い地域では競争が激しいが、その逆の地域では低い点数でも入学できるということになる。産科医育成大学では自治医科大学と区別して各都道府県の定員枠を取り払うこととする。そうすることで都道府県ごとの難易度の格差を解消し、志のある採用枠の制度により入学が難しかった各県の優秀な学生を確保が行える。次の3節では産科医育成大学でのインセンティブについて扱う。

第3節 産科(産婦人科)医育成大学の概要

私たちは既存の自治医科大学や産業医科大学との差別化をはかるために、いくつかの制度の変更を行い、産科医育成大学病院入学へのインセンティブの増加を試みた。それは

- 1 学費免除になるために働かなければいけない年数の変更
- 2 給料体系

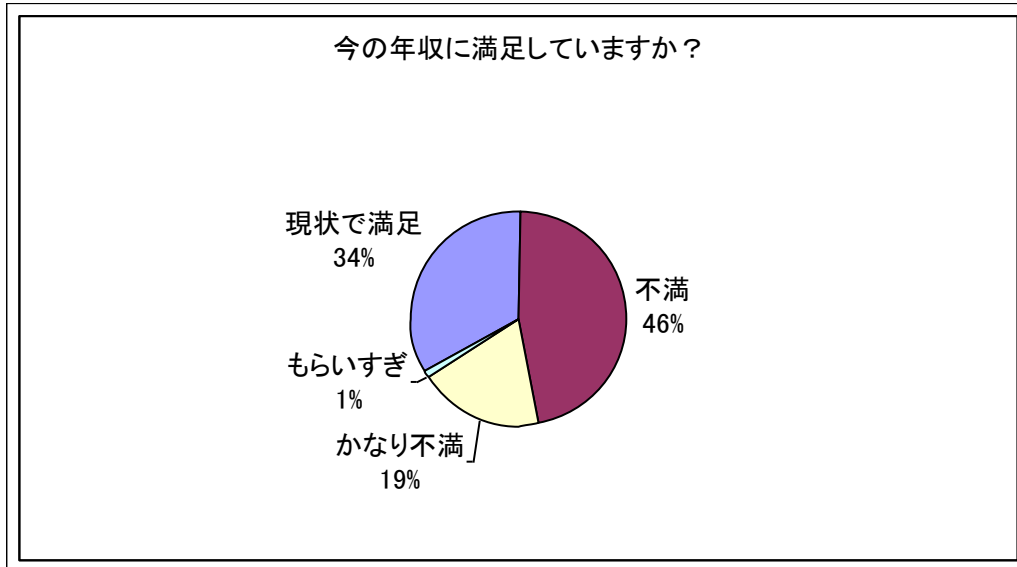
の2点である。

変更点1つ目は、自治医科大学の「卒業後9年間、指定された病院（医師不足な全国の山間離島）で勤務すれば、学費の返済が全額免除され、それができなければ返済しなければならない。」という制度を、産科医育成大学では、「学費は全額免除とし、卒業後5年間は指定された都道府県内の病院での勤務を行う。」という制度を導入するということである。

文部科学省の学習費調査によれば、医学部を留年せずストレート（6年）で卒業できた場合の学費（授業料他、各種費用を含む）は、国公立大学では平均で約350万円、私立大学では約2240万円という統計がある。そもそも医学部の合格者は、私立高校の出身者が多く、中高一貫や小中高一貫の学校に通っていた生徒もかなりの割合にのぼる。ちなみに小学校から高校までを全て公立の学校なら授業料の総額は約200万円、一方全て私立の学校の場合だと授業料の総額は1000万円を超えることになる。このように、高い偏差値で競争率の激しい医学部が、金銭面の影響も有り、より狭き門となっているのが現状である。よって、経済的理由から入学以前に選択肢として選べないといった経済状況の学生も多いと思われ、医学部への進学を断念せざるをえない学生にとっては、学費の全額免除は大きなインセンティブになると考える。

2つ目は、産科医育成大学を卒業し、へき地（ここでは産婦人科医が不足している都道府県）で5年間勤務した産科医に対し、産科育成大学の指定した病院で続けて勤務することによって「国からの補助金を受けとることができる。」や「就業した県で5年を超えて、1年経過するごとに年々給料が増加する（前年比+5%など）」といったシステムを採用する。これは、5年の任期を終えた産婦人科医が都市圏に流出していき、再び医師の過疎化が進行するという事態を防ぐ役割を担っているのである。また、図表19は35歳以下（U35）の勤務医の年収満足度のアンケートである。グラフから見て取れるように、勤務医の6割は自分の年収に対して不満を持っている。なかには、大学病院の産婦人科に勤務する女性医師で、「人生の喜ばしい瞬間に立ち会える」と産婦人科を選んで9年となったが、現実には厳しく、月給は約20万円で、平日の夜や休日は別の病院でアルバイトをしているという人も少なくない。よって補助金あるいは給料のアップも大きなインセンティブになると考える。ここでの給料の増加分の負担は国が補うこととすると仮定する。この政策を考えた時に注意すべきことは、このままではこの大学卒業した者でないとそのインセンティブが与えられないということである。これはある意味不公平であるとも言えるかもしれない。それにももちろん地域によって貰える収入に差が出るが多少は当然であるとしても、移動される先の勤務地によって貰える収入に大きく格差が出るのではないかという疑問もある。ただ、この産婦人科医不足を解決するためにこれから取り組まなければならないのは、単に数を増やす政策だけでなく今居る医師に満足して働いてもらえる環境を作ることも非常に重要である。費用的にも新たに医師を増やすよりも今居る医師を活用することは効果的である。しかし、この問題は病院が給料を上げて医師を呼ぶ政策を採用しているところがあるケースがあるようにどちらかといえば各病院の判断によって異なるし、病院が各々のやり方で新たに医師にインセンティブを与える政策をとることで問題ないと思う。このように多少の問題点はあるとしても、私たちは産科医不足が年々深刻化している現状を考えた時、ある程度の強行策を取らなければ、問題解決の道は開かれないと考えたのである。

図表 19



医者の値段 Cavetto より

以上の2点により、私たちの考える産科医育成大学は、産科医療に対する豊富な知識や経験、技術を身につけることができ、本当に産婦人科医になりたいと考えている人にとっても夢を実現する近道となっているため今以上に多くの産婦人科を世に輩出することが可能だと考える。

第4節 産科(産婦人科)医育成大学の設立の際の問題点

次に産科医育成大学を設立する際の問題点について私たちの視点から考察して、さらにその改善案について考えていく。

私たちは問題点として2つを挙げる。まず1つ目は、「財源の問題」2つ目は、「産科医の不足している都道府県には、新人の産科医が集まってしまう医療サービスの質が低下してしまうのではないか」という問題である。

第5節 問題点の改善策について

まず、財源の問題についての改善策である。

産科医育成大学設立における初期段階でかかる費用の負担は国が行うと定義する。次に定員数を考えた時に現状では分析での宮崎県を基準とした医師の過不足数は1615人。この数は当然年々増減するため、例えば現在の医師の不足分を見て医師の不足分の何%かをこの機関で確保したいというように、定員数をその年の状況に応じて柔軟に対応できるようにする必要がある。ここで分析の結果から出た医師の不足分を補うためにこの機関に必要な財源をみってみる。もちろんたったの1年で産婦人科医が1615人増えるわけでもないし、他にも産婦人科を輩出する機関はあるため参考にはならないが、この機関から産婦人科医数を全て輩出すると仮定した時に必要な学生に対する授業料の免除にかかる費用は現在価値で1000万

【仮】×1615=約 161,5 億が必要となる。ちなみに学費の 1000 万【仮】は私立大学の 2000 万円から国公立大学の 350 万など一概に言えないほど幅広いため、ここでは 1000 万円【仮】とした。これまでは費用について述べたが、問題はその財源をどう確保するのが重要となる。

そこで私たちは財源を確保するために、2つの案を考えた。

それは、

- 1 全都道府県からの共同出資を行う
 - 2 消費税で補う
- ということである。

まずは、1つ目の「全都道府県からの共同出資を行う」についてである。全都道府県の共同出資を提案した主な理由は多少支払う費用の公平性に疑問が残るものの、医師を必要な地域へ移動させるという特徴を持つ機関として、全都道府県からの出資でその機関が設立されることが望ましいと考えたからである。また、全都道府県が出資することで管理がしっかりと行え、機関（大学）がうまく機能することが期待できる。

次に、2つ目の「消費税で補う」についてである。2008 年 11 月 4 日に社会保障国民会議が開かれた。これは消費税を含めた増税への地ならしが狙いであった。今や限られた税財源をどの分野に重点的に投入するかを決め、社会保障制度の全体像を描かなければならない時期に来ている。しかし、示されているのは抽象的な「社会保障機能の強化」程度であり、具体的投入場所は決まっていないのが現状である。よって私たちは、現状の深刻な産科医不足を解消するためにも、税収入の投入場所として適していると考えたのである。ちなみに、消費税は 1% 上がることで約 2.5 兆円の税収が得られ、確実な財源確保が期待できる。

以上のどちらか 2 点の形で財源を確保することが望ましいと考えている。どちらの財源を使用するにしても、公平性の問題点が残る。しかし、私たちはこの産婦人科医不足という問題を、国をあげて解決していかなければならない問題であると考え。だから、この 2 つの財源をあげた。

次に医療サービスの質の低下の問題についての改善策についてである。既存の自治医科大学では、総合周産期母子医療センターを併設しており、多くの周産期救急患者が転送されてくる。最近 5 年間で、889 件の母体救急搬送を受け入れ、5 年間の総 多胎分娩数は 497 件で、ともに全国最大級であり、症例数のみでなく、2007 年には前置（低置）胎盤 80 件、常位胎盤早期剥離 14 例などハイリスク妊娠・分娩の率が高く充実した研修が行なっている。私たちが考える産科医育成大学病院は、産科と産婦人科だけに特化した医師の育成機関であるから、自治医科大学以上の知識、技術を身につけることが可能だと考えている。よって、卒業した後の学生は即戦力と十分なりうると考えた。しかし、場合によって、卒業後の学生では経験不足で何らかの問題が起こるのであれば、産科育成大学の指定した病院で 5 年以上働いている医師を派遣し、ノウハウなどを培わせるといったことを実施すればよい。

第6節 まとめ

よって、私たちの政策提言は、

- ①産科と産婦人科に特化した医師の育成機関である産科医育成大学の設立。
- ②入学へのインセンティブとして、「学費の全額免除」を行う。
- ③5年の任期を終えた産婦人科医が都市圏に流出することを防ぐため、「補助金」または、「年数に応じて給料のアップ」を行う。
- ④財源の確保として、「全都道府県からの共同出資」または「1%アップの消費税 6%にする。」である。

これらを実施して、散布図の宮崎県にあたる水準まで産婦人科医を増加させようと考えた。産婦人科医の人数と出生率が直接結びついているとは考えにくい、労働環境・出産環境が整うのは事実である。実際、散布図を見てみると産婦人科医の人数が高水準の都道府県は若干ではあるが出生率が高い。しかし、人口を維持するために必要な出生率である 2,07 (国立社会保障・人口問題研究所調べ) にはまだ程遠い。なので、今回の政策が出生率の増加につながれば、将来的な目標として、出生率 2,07 に対応する必要な産婦人科医の人数を増やせばよい。また、30才以降の女性医師の約 20%が、結婚、出産を終えても、激務を理由に離職したままであるが、それが、改善されると、職場に戻りやすくなり、より一層の産婦人科医確保につながると考える。

参考文献・データ出典

《先行論文》

- ・和田裕一(2006) 「産婦人科医師増加に向けた環境整備が急務」『東北大学地域医療シンポジウム講演録 医師不足と地域医療の崩壊 Vol.2 現場からの「提言」医療再生へのビジョン』P55～65

《参考文献》

《データ出典》

- ・厚生労働省 HP 「平成 17 年人口動態統計調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suikai05/index.html>
- ・厚生労働省 HP 「平成 18 年人口動態統計調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei06/index.html>
- ・厚生労働省 HP 「医師・歯科医師・薬剤師調査」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/index.html>
- ・厚生労働省 HP 「人口動態統計」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei06/index.html>
- ・日本産婦人科科学会 HP 「分娩施設における医療水準の保持・向上のための緊急提言」
http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_30OCT2006.html
- ・最高裁判所 HP 「医療関係訴訟に関する統計」
http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_04.html
- ・鳥取県統計化 HP
<http://www.pref.tottori.lg.jp/dd.aspx?menuid=3214>
- ・長野県統計化 HP
<http://www3.pref.nagano.jp/>
- ・疲労の要素
www.bl.mmtr.or.jp/~shinjou/hiro4.htm
- ・社団法人 日本産婦人科科学会 「分娩取り扱い施設数及び常勤医師数のデータ (改)」
http://www.jsog.or.jp/news/pdf/shuuseiban-zenkokushuusankidataH18_6_26.pdf
- ・「産婦人科医・小児科医不足を考える」公開シンポジウム
<http://ssi.umin.jp/others/h170731R.html>