

勤務医から見た分娩（07・11・25）

近藤 一郎（昭25・理）

はじめに

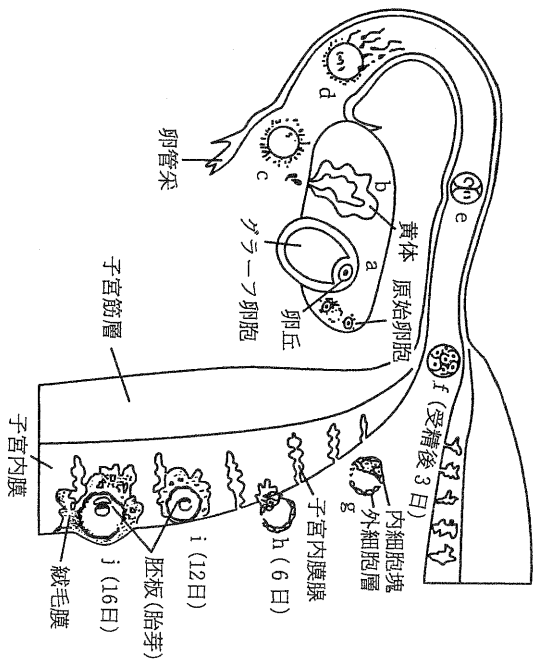
平成十九年以降の日本の医療は、患者が入院治療を拒否されたり、モンスターピアレントという無理を通そうとする患者が幅を効かせたり、患者と医療側の間に医事紛争が多発する等、医療は崩壊しかかっていると言いやうのない惨情を呈して来ました。

妊娠・分娩は一般の人々は家族が増える目出たい出来事と理解されていますが、妊娠分娩も異常の発生が稀ならずあり、母体死亡や、胎児死亡、障害児の発生が皆が怖いと思っている癌（悪化のテンポが月々年単位）よりも速いテンポ（時間々日単位）で起る事は産科医以外の人にはあまり知られていません。

妊娠成立から胎児の發育、妊娠の診断

『神陵文庫』に目を通される諸先輩は産科医でない方が多いと思いますので、まず初めにお産の源である妊娠の成立、胎児の發育と分娩の進行と妊娠・分娩の異常發生との関連で説明しようと考えます。

卵巢は卵巢ホルモンを分泌する仕事と卵細胞を發育して排卵させる仕事をします(図1)。卵細胞一個を排卵し、これは卵管采に取り込み卵管膨大部で精子と結合して受精卵となります。受精卵は細胞分裂しながら卵管を通過して子宮腔に運ばれ、ホルモン作用で分厚くなった子宮内膜(脱落膜)に着床して妊娠が成立します。大部分は正常妊娠だが着床する部位によっては異常妊娠になります。着床した脱落膜の底部に胎盤が形成され、臍帯血管が胎盤と胎児を連絡します(図2)。胎児から臍帯血管内を流れて来た胎児血は、胎盤の絨毛内血管を流れ絨毛周囲の絨毛間腔を母体血が流れ、母体血と胎児血の間に物質交換(酸素、栄養)を行い胎児血は胎児にもどり胎児は發育します。この新陳代謝が障害されると胎盤機能の低下乃至消失(常位胎盤早期剝離、妊娠性高血圧症候群)、臍帯血行障害(臍帯巻絡、結節形成、臍帯圧迫、臍帯脱出)により児の酸素欠乏を来して状態が悪化します。母体の血行障害(羊水塞栓、肺動脈血栓)は母児共の状況を悪化させます。



- a : 成熟卵細胞
 b : 排卵と黄体形成
 c : 排卵直後の卵子
 d : 受精
 e : 2細胞期
 f : 桑実胚
 g : 胚 胎
 h : 着床初期
 i : 着床完了
 j : 絨毛膜嚢の子宮腔への
 膨隆 (図2)

図1 排卵から着床まで

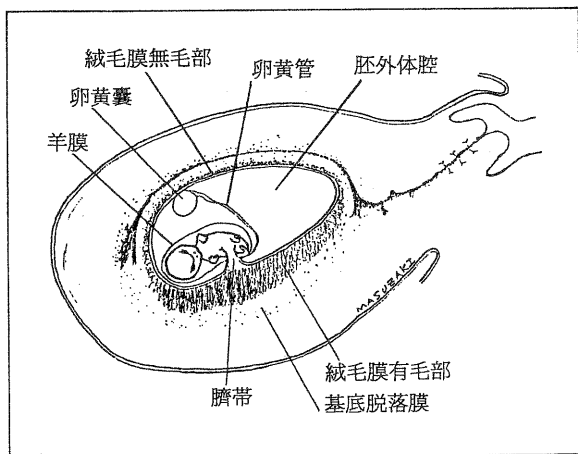


図 2 妊娠 7 週末

妊娠後半期の計測部位

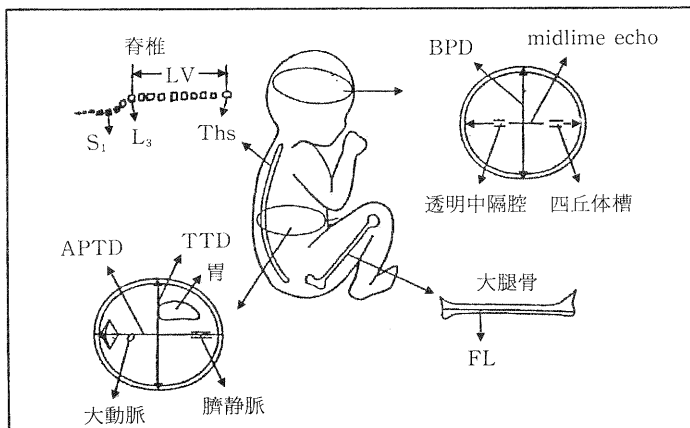


図 3 胎児各部の計測

推定胎児体重の計算法

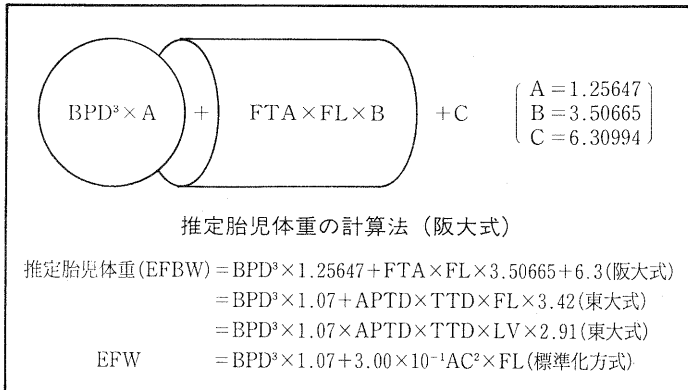


図 4 胎児体重の推定法 1

推定胎児体重の発育曲線

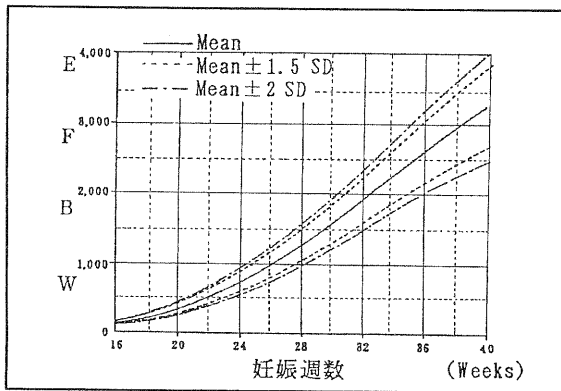


図 5 胎児体重の推定法 2

次に妊娠の診断について述べます。今まで毎月あった月経が来しない時には、女性妊娠を疑って産婦人科を受診します。最近を受診前に自分の尿を市販の妊娠判定試薬で検査してから来院される場合が多くなっています。

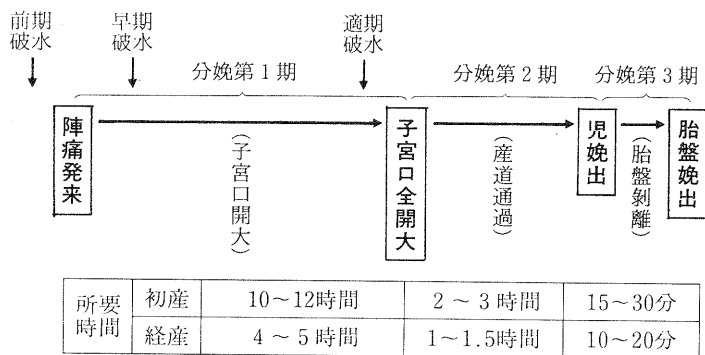
産婦人科医は内診して、子宮が大きくなり且つ軟かく触れると妊娠を疑います。近年の超音波断層検査（経膈法）が可能となり、直進する超音波の特性を科用して子宮内に胎嚢形成を検査し、妊娠六〜七週から胎児の存在、心拍が確認出来れば妊娠の確定診断が出来ます。胎児（児頭大横径、腹部断面周囲長、大腿骨長）を計測して胎児体重を推定して胎児の発育が順調かを確かめる事が出来るようになりました（図3〜図5）。

分娩の経過

人間の陣痛発来機序は未だ完全には解明されていませんが、脱落膜産生のプロスタグランディン、脳下垂体産生のオキシトチンが関係していると言われています。

正常分娩の進行は表1に示したとおりです。分娩は陣痛発来で始まります。陣痛は子宮壁筋肉（子宮体部筋層）が周期的に収縮して子宮内圧が上昇し頸管が短縮し開大します。陣痛が一〇分間隔に繰返すようになった時を分娩開始と規定しています。頸管が一〇cm開大して児頭が通過出来る状況を子宮口全開大と言い、ここまです分娩第一期と定義してい

表 1 経膈分娩



ます。その後も陣痛が続き、胎児が子宮内から腔腔に下降し、更に胎児が腔口から見えるようになり、胎児の全身が腔外に脱出した時が胎児娩出です。子宮口全開大から胎児娩出までを分娩第二期と定義しています。この後臍帯、胎盤、卵膜が子宮壁から剝離して腔外に脱出（後産娩出）する迄が分娩第三期です。

これで分娩は終了しますが、後産娩出後しばらくは出血に注意しなければならぬ時間帯なので、後産娩出後二時間を分娩第四期と見做しています。児娩出までは児の状態を良好に保つことに専念し、児娩出後は母体の出血を少量に押えるよう努力します。

著者の産婦人科臨床研修経験

医師は医学部の講義で医学教育を受けていますが、産婦人科の研修は妊婦や婦人科患者に直接接して経

験を積む事で進歩します。私はインターン方式という古い研修方式を受けました。インターン研修（一年間）は医学部卒業直後に医師国家試験受験前で医師の資格がまだ無い時期で京大病院で指導者について見学するのが主であり、各臨床教室を一カ月毎にローテーションしました。

京大婦人科学産科学教室に入局後も「副手、但し無給」が普通の発想の時代であったから給料は支給されず、入局直前の三月末に医師国家試験を受け、四月から入局しました。同時入局者は十七人で、病舎主任（講師）が全体の指導をされ、入局後二年を経た先輩が各人のライターとして指導してくれました。入局後一年を経るとライターは赴任され、一年先輩が次のライターとなってくれるシステムでした。

私が入局した年の七月に旧制から新制へと学制が変更され新制大学院制度が発足しました。産婦人科入局者中六人が受験して三人が選拔されました。三人は大学院生ですが昼間は一般入局者と殆んど同じ臨床経験（分娩介助、人工中絶手術、子宮筋腫や卵巣嚢腫の開復手術執刀、子宮癌手術の機械出しや照明役等）を積ませてもらいました。大学院生として研究テーマは臨床内分泌学で出血性メトロパチー患者の二十四時間尿について尿中ホルモン（脳下垂体性腺刺激ホルモン、卵巣ホルモン、副腎皮質ホルモン）を測定するグループ研究で、本症患者に性腺刺激ホルモン剤の注射を行って人工的に排卵させました。ホル

モン分析は午後五時以降深夜に亘って行い更に動物実験として持続照明下のマウスについて、脳下垂体前葉、卵巣、副腎皮質の組織検査をも実施しました。そして論文を提出して三人共学位を授与されたのです。

大学院修了後一年して、私は北野病院に赴任しました。ここでの新しい臨床経験として、鉗子分娩、骨盤位分娩を経験。更に子宮癌根治手術の前立ちを数件させてもらいました。既往帝切妊婦の子宮破裂症例に遭遇し症例報告を行いました。その後に他の産婦人科医師が関係した子宮破裂症例があったので、臨床大会で下村部長が既往帝切症例の管理のシンポジウム演者を担当され、学会前の発表準備の手伝いをさせてもらいました。北野病院で約一〇年間臨床経験を積んだ次第です。

次の関西電力病院では新しい臨床経験をして新しい避妊リンクFD-1を使用しました。又経腹超音波が実用化したので腹部腫瘤の術前診断に臨床使用しました。娩出困難な分娩に吸引分娩（初め金属カップ↓後にソフトカップ）が常用され、鉗子分娩の頻度は減少しました。

子宮頸癌早期症例には根治手術を行い（近藤執刀、後に和歌山医大分院鈴木教授の指導を得た）、進行症例には関電病院放射線科により放射線療法（ ^{60}Co 照射↓リニアック照射、頸部病変にはラヂウム桿照射を実施しました。卵巣癌に対して手術療法と共に化学療法

(マイトマイシン、エンドキサン↓シスプラチン)を行いました。

大阪医大で腹腔鏡検査を見学して腹腔鏡検査を実施しました。

大阪産婦人科医会が生涯研修セミナーを実施する事になり、他大学系の先生方と共同して生涯研修セミナーの舞参裏の研修委員を務めました。

関電病院定年退職後小阪産病院に勤務しています。外来健診に経腔、経腹超音波を常用している。新しい臨床経験として帝切時児娩出にソフトカップを使用して小さい腹壁創、子宮創で児の娩出手技を修得。卵管結紮術に内田式を学習しました。

また低容量ピルの使用が許可されたので、ピルの処法を行うようになりました。

そして、京阪さんしたい血バンクの採血病院に加入したので白血病患者等に臍帯血を提供するようにPRを行い、且つ採血を行うようになりました。

臨床研修システムの変革について

旧臨床研修システム（医師免許取得前に一年間の臨床研修を行うインターン制度）は昭和四十二年に終了。昭和四十三年から医師免許取得後に二年間以上の臨床研修を行う方式に変ったが、この方式は必修ではなく努力目標であって全員が研修を受けてはいません。研修は教室医局関連の希望診療科のストレート研修方式で始めから専門研修で、プライマ

リーケア研修は実習のチャンスは殆んどありません。研修中は無給であつて、親の仕送りのある人以外はアルバイトに精を出さざるを得ません。

平成十六年から新臨床研修システムとなつたが本システムは必修であり有給（月額三十万円程度）でアルバイトは禁止です。

研修科目はプライマリケア研修を含むローテーション方式となりました。どこで研修するかに就いては研修病院が夫々独自に二年間の研修プログラムを表示し、研修希望者は希望のプログラムの研修病院にエントリーしてコンピューターで予めマッチングして卒業前に研修病院が決定するシステムになりました。

二年間の前期研修後、後期研修は三年間のプログラムで再びマッチングをして後期研修をする。現時点（平成二十年二月）では新システムの第一回生が後期研修中です。

前期研修のマッチングで目立つ点は、

(1) 大学病院で研修する医師の減少。平成十五年（新臨床研修システム以前）の大学病院での研修生七十二・六％（平成十五年）↓四十九・二％（平成十七年）この減少が医療提供体制に問題が生じる一因となっています。

(2) 日本全体でみると大都会に集中する傾向。昔は一人前の医者 of 証明である医学博士号を得る為に大学に入局して教授の指導下に研究を行つて学位論文を作製して医学博士を得

表2 総合病院の産婦人科と産科単独病院の比較1
(スタッフ、分娩数)(近藤の勤務した)

◆関西電力病院産婦人科(外来及び6階病棟)

●常勤 医師:3人 助産師:11人 看護師:17人 准看護師:0人

●非常勤 2人

●産直応援 4人

病棟勤務 3交代

年	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19
分娩数	271	288	204	205	170	174	168	179	235
			↑ 住友病院 改築		↑ 北野病院 改築			↑ 住友病院 分娩中止	

○医師が2人前術に入っている時には、分娩の進行の具合をみて、外来診を中断して分娩に立合い、分娩終了後外来診を再開する。

○夜間は当直医師が分娩に立合う。

○常勤医師が当直した時には翌日の勤務は通常通り行う。

妊婦健診、分娩介助に係る
医療スタッフ数について

ましたが、最近は一人前の医者
のシンボルである専門医の資格
を得るには必ずしも大学でなく
ても後期研修病院で研修を続け
る事で資格を得る事が出来ます。
研修病院において必ずしも公開
されていない各施設独自のプロ
グラム、指導体制に従って研修
が実施される事が多いようです。

私の関係している分娩を取扱
っている二病院(総合病院産婦
人科と産科単独病院)のスタッ
フ数は関電病院(表2)、小阪

表 3 総合病院の産婦人科と産科単独病院の比較 2

◆小阪産病院

●常 勤 医師：8 人 助産師：32人 看護師：24人 準看護師：19人

●非 常 勤 2 人 4 人 1 人 5 人

病棟勤務 2 交代

年	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19
分娩数	2013	1999	2098	2070	1967	1922	1905	1923	2035

○外来診は、担当の医師が行う。分娩は担当の医師が行う。

○夜間は当直医師が分娩に立合う。常勤医師が当直した時には翌日の勤務は通常通り行う。

○2 件の分娩が同時進行した時には分娩担当の予備医師が立ち合う。

産病院（表 3）に示す通りです。平成十一年～十九年の間の分娩数をみると、関電病院の分娩数は小阪産病院の約一〇％であるが婦人科患者が多い。小阪産病院は外来健診妊婦が多いので、外来妊娠健診の医師の負担を減らす為と、妊娠が相談しやすい為に助産師外来を二診併設しています。

分娩については両病院共陣痛発来時に診察して分娩が進行していれば入院とします。又前期破水症例や過期産例も入院管理します。娩出が近づいたら分娩セットを準備し分娩体位をとり助産師は清潔になって努責の誘導、会陰保護を行います。

医師は胎児の状況の悪化に備えて分娩室で待機して必要があれば急速遂娩を行います。新生児介助の看護師も待機して出産した児の管理を行います。児の状態が良好で母にもゆとりがあれば児のカンガルーケアを行います。

分娩後は褥婦の一般状態の管理特に出血の状況に留意します。全例出血量を測定し頸管裂傷の有無、膣壁・会陰裂傷の有無を検査し必要があれば縫合止血します。弛緩出血があれば子宮収縮剤を使用します。分娩後二時間に亘って出血に注意をします。

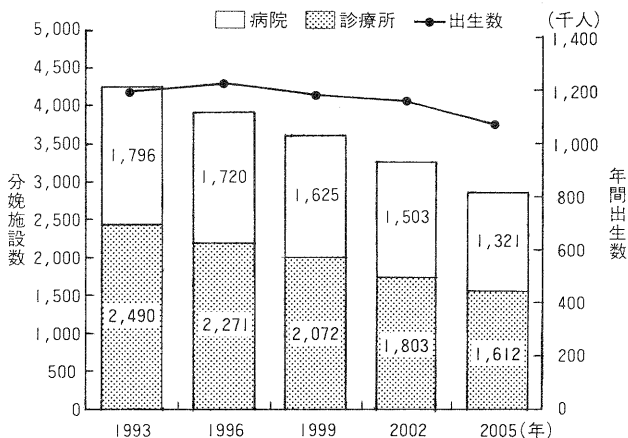
分娩件数の違う二病院の医師数はほぼ同数（関電病院の産直応援医師を含めて）です。助産師、看護師数については、分娩の多い小阪産病院は関電病院の夫々三倍です。分娩件数が少くても分娩介助を行うには、ある人数以上のスタッフがが必要です。スタッフが多くないと、年間を通じての分娩介助を維持する事は不可能です。

総合病院産科と産科専門病院の産直回数の比較

関電病院と小阪産病院の医師産直回数を比較すると、両病院の医師共平均週一・五回の産直を行っています。

分娩施設数の年次推移

厚生労働省医療施設調査からみると、図6に示すように、一九九三（平成五）年→二〇〇五（平十七）年での分娩取扱い病院、診療所数は、四二八六→二九三三（三十一・五％減）、出生数は一二〇万人→一〇八万人（十％減）です。



分娩施設の減少

(厚生労働省医療施設調査より作成)

図6 分娩を行う医療機関減少の原因1

(H9.10 日本医師会雑誌)

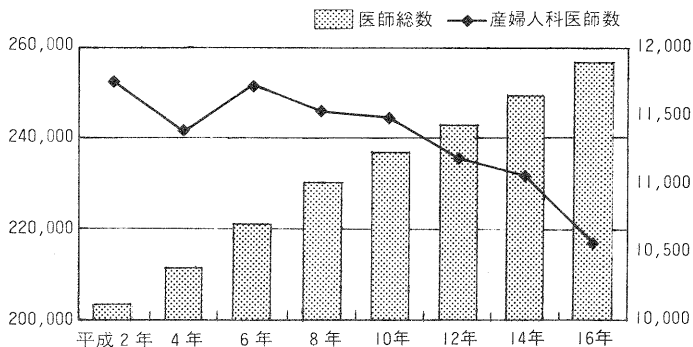


図7 医師総数および産婦人科医師数の年次別推移

産婦人科医師数の推移は図7に示すように一九九四（平成六）年→二〇〇二（平成十四）年で一一七〇〇人→一〇六〇〇人（九・四％減）、平成十八年九五九二人）です。産婦人科医師の全員が分娩を担当するのではなく、体力の要らない子宮癌検診、膣炎治療などに従事する医師が多いので、分娩介助医師はより少数と考えるべきです。

分娩を行う医療施設（病院、診療所）が減少する理由として考えられる事は

(1) 産婦人科医師（特に分娩担当医師）の減少

A 医師の高齢化（公的病院における定年退職、高齢化による体力低下により産直の実施が困難）

B 新臨床研修制度開始の結果、大学病院の診療戦力が不足となり、赴任していた地方中堅病院から大学に呼び戻す為、診療の規模縮小や分娩取扱い中止が発生したこと。

(2) 産婦人科医師の診療継続の意欲の低下

A 医師の労働対価の悪化（給料が低額）

B 仕事量の過大から疲労増強

◎産婦人科医と全科医師の当直回数を比較すると産婦人科医師はほぼ半数が四週間に五日以上の産直に従事していますが、全科医師は1/3の医師は当直がなく1/3は四週間に三回以下です（図8）。

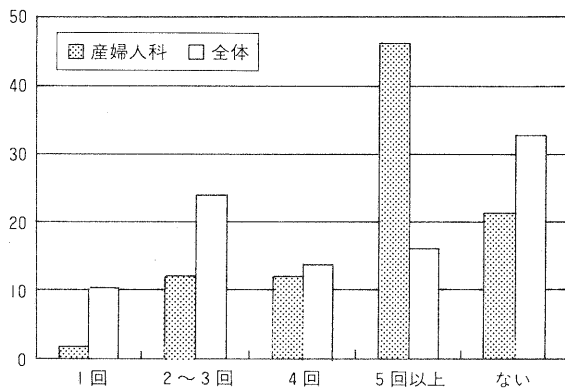


図8 産婦人科医師およびそれ以外の医師の月間当直回数

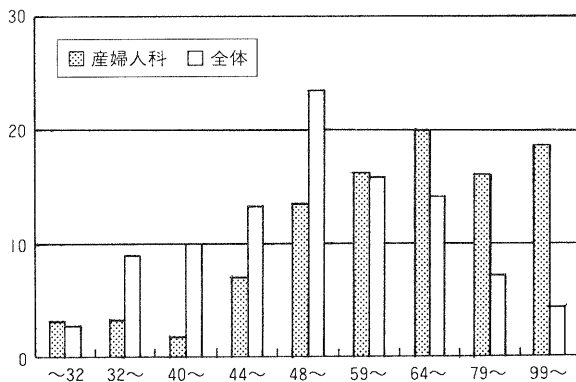


図9 産婦人科医師およびそれ以外の医師の実働時間

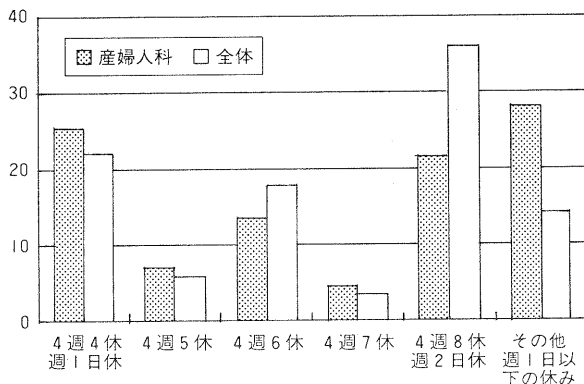


図10 産婦人科医師およびそれ以外の医師の勤務体制

(3)

性の指摘。これにより分娩からの撤退が相次ぎま

助産師の絶対数不足から看護師による内診違法

立大野病院の産婦人科医師逮捕事件)

D 医療事故に対する刑事司法の介入。(福島県

娩を安心して取扱えません。

C 緊急時に搬送出来る二次、三次救急病院の減

少。何時でも搬送出来るとは限らなくなり、分

以下で全科医師は週休二日に近い休みを取って

います(図10)。

の通常勤務のみか十三時間以内の超過勤務です

婦人科医師の過半数は一日当り八時間の通常勤

務十三〜八時間の超過勤務。全科医師は八時間

の通常勤務のみか十三時間以内の超過勤務です

(図9)。

◎産婦人科医師と全科医師の休日についての比較

では、産婦人科医師は過半数が週一日乃至それ

◎産婦人科医師と全科医師の実働時間の比較は産

した。しかし平成十九年九月、医政局長の通達により医師、助産師、看護師が助けあつて分娩にあたるようになりました。

- (4) 妊婦側の分娩施設に対する要望の高度化（ホテル並）。これに対応出来ない施設は妊娠から選ばれず、分娩数が減少し、分娩からの撤退となります。

分娩施設、産科医師が減少しない為の対応策

(1) 分娩料金の件

分娩施設の設備、医療スタッフの労働環境の保全、給与保障を行える財源としての分娩料金として六〇―七〇万円が必要です。従つて現行の分娩料金を増額する必要があるがこれによつて分娩を取扱う事が分娩施設にとつても産科医師にとつても経済的に有利な職業であると納得すれば分娩介助に従事する医師が増加する筈です。

(2) 労働環境の保全、給与保証

当直をした場合翌日の勤務を緩和し且つ当直科以外に分娩件数に応じた分娩手当を支給する。そうすれば忙しくても適当な額の収入増加があれば納得出来るし勤労意欲も増すことでしょう。

近年若手医師の内女性医師の割合が増加しています。女性医師が妊娠・分娩した場合に

退職せずに産体、育児休を気兼ねなく利用出来る体制を創るべきです。又、女医の子供が預けられる院内の保育所を開設するべきです。

(3) 医学生のアナケートによると、産婦人科は女性医師に適した職場（患者女性、医師女性）との発想があります。これを打破して男性にも不適ではない職業との考えを拡げて、男性若手医師に産科志望者を増ししたいと考えます。

産科医の分娩助法に対する非難と弁明

中央社会保険医療協議会委員勝村久司氏が二〇〇四年の産科医師助分娩例と助産所分娩例の一週間での曜日別、一日中の時刻別の分娩数のパターン（図11、12、13）の違い（医師助分娩は曜日では日曜日に少く、一日中では深夜に少い）から、産科医は自分が楽をするために無理に分娩を平日の昼間に持つて行こうとしていると判断し、この結果妊婦や新生児に被害（子宮破裂や母体死亡、胎児仮死、脳性麻痺等）が頻発していると発言しました。この発言に対し、愛知県医師調査室委員会委員齊藤みち子氏が、勝村氏のデータを分析して、異常症例を扱う産科医師が予め判っている帝切必要症例や、その他異常分娩に就いては態勢の整っている時間帯に対応するのが安全面から当然である。異常産を扱わない助産所と異常産を扱う医療機関とに分娩のパターンに差があるのは当然であつ

グラフ 1 日本の日別出生数（2004年12月）

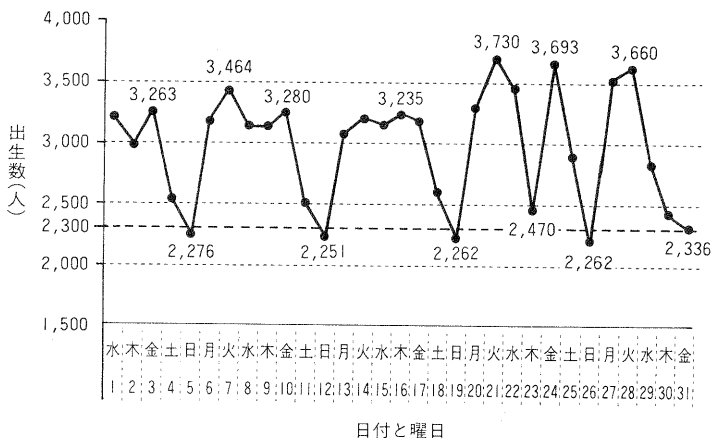


図11 勝村久司氏の提出資料 1

グラフ 2 時間別全出生数（2004年）
—全1,110,721人の分布

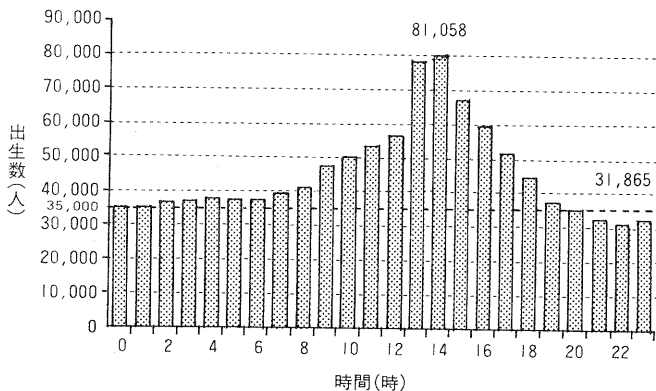


図12 勝村久司氏の提出資料 2

グラフ 3 助産所での時間別出生数
—1984～2004年の308,318人の分布

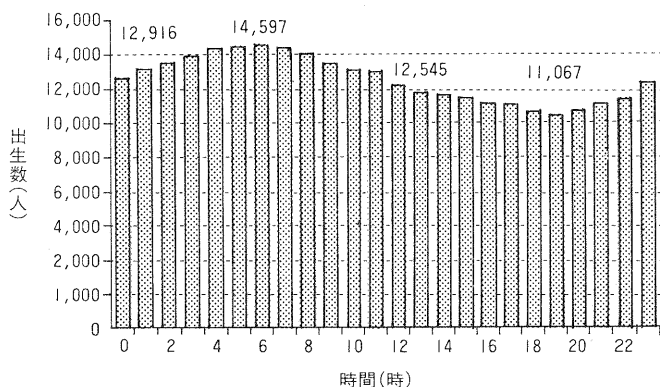


図13 勝村久司氏の提出資料 3

表 4 産科医の分娩介助法に対する非難と弁明

勝村氏の述べている無理に産まそうとしての弊害について

	1950年	1990年	2004年
妊産婦死亡率 (出産10万対)	161.2	8.2	4.3
周産期死亡率 (出産1000対)	46.6	5.7	3.3 妊娠22週～生後1週未満の同死亡率は5.0
新生児死亡率 (出産1000対)	27.4	2.5	1.4
脳性麻痺発生件数 (出産1000対)	2.5	(1975～80年) 1.0以下	(近年) 2.0

- 極低体重児の本症が多く、正期産においての仮死による脳性麻痺は減少。
- 誘発剤使用と脳性麻痺の発生率に相関関係はないとの文献がある。

表 5 斎藤氏の反論をサポートする資料

勝村氏のデータに対する斎藤氏の反論をサポートするものとして、平成19年5月、6月の小阪産病院での曜日別の分娩数をあげる。

	帝切を含む総分娩数	帝切数	経膈分娩数
日曜	37	3	34
月曜	43	3	40
火曜（手術日）	61	17	44
水曜	49	1	48
木曜	49	6	43
金曜（手術日）	59	19	40
土曜	47	3	44
合計	345	52	293

- 予定帝切は手術日（火曜、金曜）に行っている。その他の帝切は緊急帝切である。経膈分娩数はどの曜日にもほぼ均等である。
- 妊婦の家庭の事情で誘発を希望され、誘発を試みても分娩に至るのは稀である。機が熟した時に誘発剤を使用せねば効かないと考えている。

て、二〇〇四年の日本での分娩時の障害（妊産婦死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率、脳性麻痺発生）（表4）は近年著明に改善し、世思的にみても良好な成績であり、勝村氏の発表のような母体が分娩方式により被害を被っているとは言えないと反論しました。

小阪産病院での平成十九年五、六月の分娩を分析した所、曜日別分娩数（表5）、一日の時間別分娩数（図14）は手術日（予定帝切）を考慮に入れて分析すれば、ほぼ均等に分布していると言えま

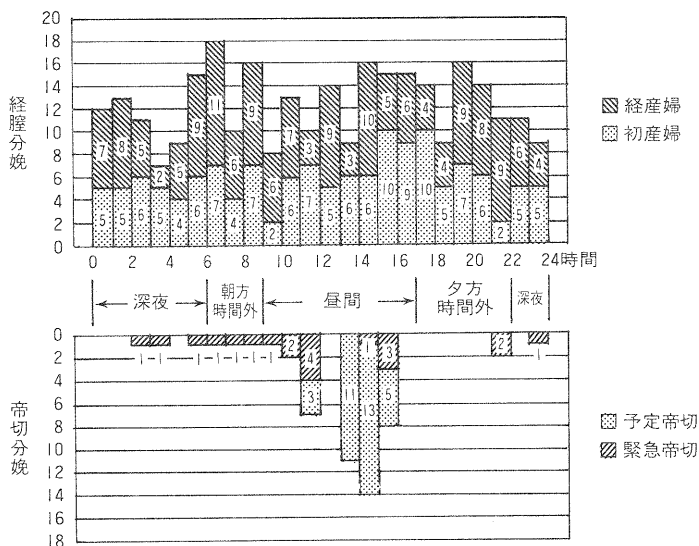


図14 2ヶ月間(5月, 6月)での経産・帝切分娩時刻の分布

最近の社会現象が妊娠・分娩
に悪影響を及ぼしている事

最近が高学歴が重要視され、多くは大学を卒業してから結婚や社会人として就職してから結婚生活に入る事が多くなっています。この傾向は高齢妊娠・分娩と連なる。高齢妊娠では妊娠中の異常が増加します。

(1) 自然流産率の増加。(三十四才以下八〜十%、三十五才以上二十%以上)

(2) 妊娠高血圧症候群の合併頻度も増加。

(二十九才以下四・六%、三十三〜三十四才六・一%、三十五〜三

十九才十二・三％、四十才以上二十％)

(3) 児の染色体異常(ダウン症等)の発生頻度も高齢化と共に増加。

高齢妊娠の分娩には難産例が多くなり、帝切頻度が増加します。

(1) 高齢初産婦だと、軟産道が強靱となり、分娩が遅延します。

(2) 帝切後の経膈分娩は子宮破裂などのトラブルが起り易くなります。

妊娠、分娩の母、児の容態悪化について

(1) 妊娠高血圧症候群の悪化で、児の発育遷延、痙攣(子痙)、妊婦の脳内出血が起る事があります。

(2) 胎児徐脈の発生。母体の体位変換や酸素吸入で徐脈の回復を待つが改善しない場合には急速遂娩を考慮します。

(3) 児娩出前に大出血を来した時。前置胎盤、常位胎盤早期剝離を考え緊急に帝王切開を行います。子宮出血に加え腹痛、児心拍悪化の場合帝切後児の搬送を考慮します。

(4) 児娩後に大出血を来した場合。

弛緩出血、頸管裂傷、子宮破裂、子宮内反症を考えて対応します。

(5) 心停止の場合。

妊娠中、又は分娩中、又は分娩後十二時間以内に母体の心停止、呼吸不全を来した時、又は分娩後二時間以内に大量出血を認めると羊水塞栓を疑います。

(6) 腓腹部圧痛、下肢浮腫、Homan's Sign(+)の時に深在性静脈血栓症を疑います。

脱水や安静時に多呼吸、呼吸困難、頻尿、胸痛、咳を認める時は血栓性肺塞栓症を疑います。

大阪府下での産科治療、小児科治療のバックアップについて

妊娠・分娩経過中にその施設では対応出来ない様な病状急変に遭遇した場合には高次医療に転送して治療を行う事が必要となります。大阪では昭和六十二年から産婦人科診療相互援助システム(OGCS)があり、そのセンターは府立母子保健総合医療センターにあります。母体搬送の必要は症例が発生した場合に、府立母子センターに緊急連絡をとると母子センターが大阪府下のOGCS傘下の病院を調べて大体三十分以内にセンターから依頼した病院に『〇〇病院が患者を受ける事が可能と言っているので、〇〇病院に直接電話をして下さい』と返事があります。そこで〇〇病院に電話を入れると先方は了解してくれていて「患者は何時頃到着するよう搬送出来ますか」と尋ねられます。そこで救急隊に連絡して救急車に来てもらい、患者と産科医師、看護師各一名が同乗し予約の出来ている〇

○病院に直行します。○病院では直ちに産科診察室に搬入して、医師にOGCSの紹介状を手渡し、病状の引き継ぎをして診察が行われ、即時入院して直ちに治療（帝王切開や保存的治療）が開始されます。後日、患者の経過について連絡がいただけることになっていきます。

又、生まれた新生児の容態が悪く、当院で哺育困難な場合には昭和五十二年から新生児診療相互援助システム（NMCS）があつて、新生児治療専門病院に新生児治療を依頼します。電話で依頼すると受入れ病院からドクターカーで小児科医（新生児科医）がクベース持参で来院され、新生児をクベースに移してドクターカーで治療病院に搬送して検査、治療を行ってくれます。

奈良県で発生した母体搬送が上手く行かなかった事例についての感想

(1) 本例はそれまで受診していなかった女性が、下腹痛、腰痛を訴えて救急車を呼んだ事例で、救急車には乗せたが搬送先が決まらず救急隊員が患者に替って救急病院を探して電話をしたが患者の病状が判らない（後で事情が判ったら切迫早産の陣痛の痛み）まゝでの治療依頼であつた為に、依頼を受けた救急病院側も緊急度が判らず、自院の多忙さを優先して受け入れを拒否した様で、九番目に依頼した病院でやっと受け入れが決まる迄一時

間二十五分の時間を空費していました。更に搬送中の交通事故で更に三十分強時間をロスしてその間に切迫早産が早産進行し超未熟児が死産したと考えられます。

(2) 本例の下腹痛の発症は深夜（午前二時過ぎ）にスーパーに行つて起つています。患者は発症（妊娠七ヵ月）まで医者を受診していない。受診して居れば妊娠と診断されて産婦人科受診を勧められ、日常生活で無理をしないように指導される筈で、深夜に外出するような生活を避けて早産になる危険を回避出来たのではないのでしょうか。患者自身の健康管理にも問題ありと思われれます。

(3) 患者を乗せた救急車が、夜間救急診療所（奈良市内にあるか未確認）に患者を運んでそこで病名と緊急度を決めてもらつて搬送先決定の参考に出たら良かったであろうと思います。救急隊側は救急診療についての情報が乏しいのではないのでしょうか。

(4) 病室が満床であつても、患者を廊下にでも図書室にでもストレッチャーで収容して治療を開始するべきであると考えます。当直医が急患対応中であつても、救急隊からの問い合わせに対しては「しばらく待つてもらわねばなりません」と了解を得て、よければ来院してもらい、急患対応の手が空けば診察をするべきで、来院を断るべきではないと考えます。

奈良県は救急体制が不十分であるが、その後の調査で日本中で急患がすぐに受け入れら

れない事例が多数あるとの報告があるので、日本の医療崩壊の印象を強く受けます。

医療事故と医事紛争

医療事故は医療行為に起因するすべてのアクシデントであって、合併症、偶発症、不可抗力によるものも含んで居り、医療事故＝医療ミスではありません。

医事紛争は医療行為に関連して患者側からクレームがついた状態の全てを言います。

医療訴訟が増加しているが、その原因や背景として考えられるものとして

(1) 患者の医療に対する認識の変化が急速に起っている事によります。以前は医師に対する尊敬を背景に「医療行為を施されている」という意識であったのが、最近は「診療契約に基づいて、最善を尽した医療行為を要求する意識」へと変化して来ています。

(2) 一部には行き過ぎた権利意識があります。

(3) 分娩に対する「安全神話」が普及しているため、分娩はお目出たと考え、期待した結果が得られない時には不可抗力という発想はなく医療の失敗と考えて訴訟となりやすいのです。

(4) 妊娠・分娩の経過中、一見正常に見える状況から短時間で母、児が生命危機に陥ることが珍らしくなく、患者側は納得出来ず訴訟になりやすくなります。

(5) 社会が晩婚、高齢出産する傾向があり、分娩の危険度が増加しているのが理解されていません。

(6) 周産期医療において求められる水準が上昇している為、患者を満足させるのに医療側に求められる業務が増加し満足させにくくなっています。

(7) 地域の中核病院の産科医療スタッフの減少、又は産科の救急搬送受け入れ医療施設の減少が、「即座に良質な治療をという患者側希望」と反する事態となります。

医療訴訟の判例解説（法学評論家 明治大学法学部講師 深谷翼著 産婦人科の進歩記 載、表6）によると、近年賠償金額は高額となっています。又判決までに数年（四〜十二年）を要しています。

私の経験した医療訴訟は二件です。

一例目は昭和四十四年北野病院で近藤が主治医で分娩介助した症例で、分娩時に軽度の仮死で短時間で蘇生しました。児はその後北野病院小児科、北野病院脳外科を受診して点頭癲癇と診断されました。児が小学校入学にあたって養護学級入学と決定したので慰謝料を請求するべく、奈良裁判所に訴訟を起しました。北野病院産婦人科部長と主治医近藤が奈良裁判所に出頭を命じられたが、分娩介助に手落ちはなかった旨を説明したところ納得して訴えを取り下げてくれて解決しました。

表 6 産婦人科の進歩（近産婦学会誌）記載の医事紛争の一部

・ 昭和51年	分娩時出血による産婦死亡		
	遺族請求額	6510万7499円	
昭和63年（12年後）	支払命令	3235万1934円	
・ 昭和60年	羊水塞栓で産婦死亡		
	遺族請求額	4489万6309円	
平成3年（6年後）	支払命令	0円	
・ 昭和62年	子宮破裂による失血死		
	遺族請求額	5348万3437円	
平成5年（6年後）	支払命令	5348万3437円	
・ 昭和63年	中毒性による脳出血死		
	遺族請求額	6653万9933円	
平成4年（4年後）	支払命令	4554万5883円	
・ 平成2年	出産後の母体ショック死		
	遺族請求額	7865万8150円	
平成7年（5年後）	支払命令	0円	
・ 平成3年	喘息妊婦の母児死亡		
	遺族請求額	7977万4472円	
平成10年（7年後）	支払命令	7477万4472円	
・ 平成7年	仮死蘇生後の脳性麻痺		
	遺族請求額	2億4340万7491円	
平成16年（9年後）	支払命令	1億1643万7536円	
・ 平成8年	胎児仮死分娩後重症脳性麻痺		
	遺族請求額	1億1271万1060円	
平成15年（7年後）	支払命令	0円	
・ 平成9年	死産後のDICによる母体死亡		
	遺族請求額	7067万7300円	
平成16年（7年後）	支払命令	0円	

二例目は平成五年に小阪産病院で分娩した症例で、早期破水後徐脈を来し子宮口切開を行って吸引分娩を試みたが分娩に到らず、その後児心拍が改善したので経過観察中臍帯脱出を認め緊急帝王切開を行ったが児は重症の新生児仮死で娩出したが蘇生出来ず新生児死亡となりました。状況を説明したが、患者側の了解が得られず大阪裁判所に訴え、竹村秀雄院長と分娩担当近藤に計四四、一一〇、四八三円を請求しました。大阪府医師会担当の前川弁護士が尽力してくれ、宮崎医大池ノ上教授の鑑定を仰いで訴訟七年目に和解（和解金三〇〇万円）となりました。

日本医師会医師賠償責任保険（医賠償）

医療裁判での高額賠償は医師にとって生活を崩壊させる危険性が大有り、医業継続を断念させる、換言すれば医療崩壊を促進する可能性があります。これを防ぐ為に医師の勤務する病院が前以て賠償の保険を掛けておいて、訴訟による賠償金額が決定した時に、その保険から賠償金を支払ってもらうシステムで、支払われる賠償金は一回二億円以下、年間三回まで。掛金は一年に一〇〇〜一五〇万円程度。何回も賠償金支払いがある病院では掛金が高額となります。支払い額一〇〇万円以下は足切りであるので、一〇〇万円以下の賠償用に各医師に対し別の保険を掛けています（掛金年六〇〇〇円）

高額及び一〇〇万円以下の医賠償の掛金は共に病院が支払ってくれるので、勤務医は自分で保険が掛けなくてもよく、且つ賠償金も個人として支払わなくてもよいのです。別に日産婦学会による勤務医医師賠償金保険があり、各人が個人的に加入する事も出来ます。日本医師会医賠償は関電病院も小阪産病院も加入しています。

無過失補償制度

患者家族および医療側双方にとって脳性麻痺に係る紛争・訴訟は深刻な問題である。統計によると脳性麻痺は五〇〇分娩に一例の割合で発生しており、産科医師の責任によるものが少ないことは関係者の周知の事実でありながら、患者家族の耐え難い感情の鋒先を医療提供サイドに向ける以下に取るべき道がなく裁判になった場合、患者家族救済への心証から医師側敗訴となる場合が多く、誠に理不尽な状況をもたらしています。そこで考えられるのが無過失補償の制度です。

本制度の特徴は以下の点です。

(1) 脳性麻痺児及び家族への迅速な救済

裁判で勝訴しても数年を要します。又弁護士への支払いが高額で児、家族への救済額が減少します。医師側勝訴で賠償されない場合もあります。本制度(案)の対象は、妊娠三

十三週以降、児体重二〇〇g以上の通常の妊娠、分娩で重い脳性麻痺（身体障害者等級一級および二級に相当する）の子供の全例の救済制度として子供一人当たり約二五〇万円（総額）を予定しています。但し高度の未熟児や先天的に脳に異常のある子供達は救済対象外。また生後六カ月以前に死亡した児も補償対象外（脳性麻痺との診断が出来ない為）です。

(2) 脳性麻痺症例の収集分析

原因分析委員会は医学的観点から原因分析を行い、結果は当該分娩機関と児・家族にフィードバックします。

(3) 医療訴訟の抑止を期待

医学的観点から客観的かつ公平に原因分析をするので、医療側に過失のない事例の紛争や訴訟の減少が期待され、又同種事故の防止を図ることができます。

本制度は医師に過失がなくても児が救済される事が特徴です。しかし過失を起した医師救済とは位置づけられません。

無過失補償制度は平成二十一年一月から実施予定です。