

と思っております。

もう一つは、6番目に書いておりますが、医学部の学生、研修医等が産婦人科をいやがる、嫌っている一つの理由に、医療訴訟というものが大きくクローズアップされております。その中で昨今、無過失補償制度というものが自民党案として提出されるということが新聞にも載っております。これは医師会のほうで議論されたものが趣旨になっておりますので、この問題につきましては、医師会の常任理事でいらっしゃいます木下先生にお話ししていただくことにしております。

最後に、日本産科婦人科学会では、やはりこの問題、武谷理事長の下、非常に憂慮して、いろいろな対策、データ集めをやっております。学会としては何に取り組んでいるのかということをお話させていただきます。そして最後にディスカッションの時間を取りたいと思っております。

ディスカッションは、最後にやりますと、最初のほうの内容を忘れてしまうこともあるかと思ひまして、メモ用紙を用意してございます。途中でメモ用紙に質問事項を書いていただいて、周りに係がおりますので、そちらのほうに渡していただければ、ディスカッションのときに私のほうから演者の先生に質問するという形にしていきたいと思っております。

それでは、最初の三つのお話は武谷先生にご司会をお願いして、これから進めていきたいと思ひます。先生、よろしくお願ひします。

武谷 「それではまず最初に行政のほうからのお話をお聴きしたいと思ひます。「行政の方針と今後の対応」ということで、行政が現状をどのように認識され、どのようなアクションを起こそうとされているのかということかと思ひます。厚生労働省の雇用均等・児童家庭局母子保健課長の千村浩様からのお話をよろしくお願ひいたします。

千村 ただいまご紹介をいただきました厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長の千村でございます。今日は、日本のお産のこれからを考えるということで何人かの方々がお話をされる、そのトップバッターということで、私からお話を申し上げたいと思ひます。

いろいろ現状、それから背景につきましては、今ご紹介をいただいたようなことだと思ひしております。その中で、今日の私のお話は、行政ということでご依頼をいただいております。行政といいましても、地域における医療の提供について考えるときに、行政の中で大きな役割というのは、国、都道府県、この二つが大きなプレーヤーになるわけでありま

す。国と都道府県の関係、あるいは都道府県の役割等々についてを中心に、これからお話しさせていただきたいと思っております。

まず、ここに「地域の周産期医療確保」と書いてありますが、いま申し上げました関係する方たち、よく英語で「ステークホルダー」という言葉を使いますが、関係する人たちにはどんな人たちがいるだろうか。改めて考えるまでもないかもしれませんが、考えてみますと、もちろん、地域に住んでおられる方たち、医療を受ける立場にある方たち。それから、医療を提供する立場にある方たち。それから、医療提供体制を考える場合には、市町村というのは行政主体としてはあまり表に出てこないのですが、これもまた関係があるだろうということでもあります。それから、先ほど申し上げました都道府県。そして国の行政。大きくこの5者が関係してくるのだろうと思っております。この5者のいろいろな連携・協力によって、地域の医療がそれぞれの地域でどう組み上げられて提供されていくかということを考えていく。このようになっていると理解をしていただくといいと思います。

少し視点を変えまして、どのようなことを考えたらいいのかということ、ごく簡単にはありますが、整理してみました。特に産科について考えてみますと、医療資源の再配分ということ、これから考えていかないといけないのだろうと思っております。

例えば医療施設とか、産婦人科の医師とか、あるいは助産師とか。日本語で「資源」という言葉が適切でないかもしれませんが、こういったものがあると思います。こういったものの機能分担とか連携を考えていくということが、まずあると思います。

このほかに、地域の関係者の方たちの中での連携と協力というものがあると思っております。

そこでまず私が強調したいのは、都道府県のコーディネーション機能ということになります。これについてはこれから具体的にご説明を申し上げますが、各地域において医療提供体制をどう考えるかというときに、都道府県の役割というのはこれまでも非常に大きいものでありましたし、これからは非常に大きなものになっていくと考えています。

それから、各地域の医療機関あるいは医師会等の関係団体の皆さまの協力というのが必要だろうと思っております。

それから、住民の皆さまの理解とご協力というのも必要だろうと思っております。

また、国がこれにどうかかわってくるかということですが、一つは、例えば全国に共通する考え方などの提示というふうにお示しをしています。これは、特に周産期医療について考えますと、これまで集約化という考え方をお示ししているところがございます。

この集約化については、例えばそれぞれの地域で集約化をしようとしても、そもそも資源の量からいって集約化できないところがあるということもあるでしょうし、あるいは、集約化をするとうまくいったというところもあるかと思いますが、こういった考え方を提示していくということが一つあるかと思っています。

それから、こういった考え方の下に、例えばモデル的なケースを示すようなことも、重要な役割だろうと思っています。一つの例が、まさに今日ここで私がお話をさせていただいていますのは、厚生労働科学研究の研究班が主催をされているシンポジウムであります。こういった研究班の中から、それぞれの地域でこういった考え方でこういった提供をしていくことが必要であるかということをお示ししていただく。それを全国に情報提供していくという役割があるかと思っています。

それから、そのほかの援助などということがありますが、これにつきましてもまたのちほど、もう少し細かくお話ししたいと思います。

まず冒頭に、今の日本の周産期医療に関係するような指標について簡単にご説明したいと思います。乳幼児死亡率、新生児死亡率。これは、ある意味では周産期医療にかかわるいろいろなクオリティ等々についての説明をする指標になり得ますが、着実に減ってきているというのがございます。いろいろな国と比べた場合に、日本は、先進国の中でも遜色がないところまで来ている。これまでの関係者の皆さまのご努力でここまで来ているということだろうと思っています。これも同じようなデータであります。

そこで、特に産婦人科医療を考える場合に医師の数が足りないとよく言われていますが、そのあたりについて少し簡単に整理をしたいと思っています。ここで「偏在問題」とタイトルを付けておりますが、総数はこんな感じです。

それから地域の偏在。これはトータルで見ますと、例えば県レベルで見れば、人口 10 万当たりでは徳島県が国内でいちばん多くて、実は、東京の北隣の埼玉県が、人口 10 万当たりでいちばん少ない。こういうようなマクロのデータがございます。これはそれぞれの地域の実感とは相当違っているデータだろうとは思いますが、マクロではこんなデータがございます。

診療科別に見ますと、小児科は総数が増加している。小児 1 万人当たりも増加している。これも、例えば小児科の救急医療に関しては非常に不足感が強いとか、それぞれのお立場での実感とは相当乖離のあるデータだろうとは思いますが、マクロで見るとこんなことになっております。

それから、産婦人科あるいは産科について見ますと、総数は減少しているということでありまして、ここにありますように非常に減ってきているということでもあります。

出生 1000 人対で見れば、数としては横ばいになっている。ただ、これも、皆さまの実感とは相当違っているデータだろうとは思いますが。地域による偏在というのは相当あるのだろうと思います。

偏在問題についての背景といいますと、考えられることとしましては、病院への夜間・休日患者の集中とか、勤務医の開業志向、あるいは臨床研修の必修化。それから女性医師が増加したということで、女性医師が継続的に働けるような環境づくりということも今言われていますが、こういったところ。それから、特に産科におきましてはリスクが高まってきている。先ほどもご紹介がありましたが、訴訟に対する懸念といいますか、こういったことから、敬遠される若い先生方が多くなっているということだろうと思います。

これはそのデータを見たものでありますが、簡単に、飛ばしていきます。産科の医師の数につきましては、総数で見ますとこのように減ってきている。出生 1000 対で見ますとだいたい横ばいというのが、データの上でのこれまでのところであります。

これは、女性医師が増えてきているということをご示したものであります。

そこで、少し視点を変えまして、医療提供体制全体について、法律の制度の上でどのような整備をしているかということでもあります。医療提供に関しましては、基本になる法律として医療法という法律がございます。今年 6 月に医療法が改正されまして、新しい医療法が施行され、あるいはこれから施行されていくところでもあります。

大きく見ますと、医療計画制度の見直しというものがあります。それから、患者さんなどへの医療に関する情報提供の推進というのがあります。それから、医療現場における安全の確保というのが、もう一つ大きな柱としてございます。それから、医療従事者の資質の向上ということが考えられております。医療法人制度改革というものを考えております。

こういったいくつかの視点とともに、地域における診療科の医師不足問題への対応というものが大きな柱として、今回法改正の中で考えられております。

ここで、特に都道府県の役割というものが強調されております。これまでも、地域における医療提供体制の構築というのは、直接的には都道府県が責任を持って行ってきております。この点について都道府県の役割を、今回の法改正で強化してきております。

大きな点としては医療計画制度というのがございまして、例えば、今日ここにお越しの皆さまがもし東京都内の方であれば、東京都が東京都内において医療提供をどのように組

み上げていくか、体制をどう組んでいくかという計画を、これまでも法律に基づいて立てております。例えば東京都内の医療機関の数とかベッドの数といったものは、この計画に基づいていろいろな対策が打たれてきているところではありますが、その中で、例えば小児科とか産婦人科とか診療科別にどういったことが問題であって、これに対してどう対処していくかということは、これまでも、都道府県が計画を立てていろいろな施策を実施してきております。

このへんにつきまして、今回の法改正によって、医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供ということで、こういったことをやっておりますし、もう一つ、こういった項目について都道府県が具体的な内容を計画に盛り込んで、きちんと実施していくということをお示ししております。例えばへき地医療とか救急医療とか、ここは例示ですけれども、小児科あるいは産科におけるこういったものについても、もちろん計画を立てるということを、明示的に求めているところでもあります。

こういったものに対しましては、例えば地域の関係者の方には協力をいただくということを明確にしているということでもあります。

これは医師確保という点からいきましてもやはり同じようなことでありまして、都道府県の役割が強化されているというのが大きなところとしてございます。

具体的にもう一つ、都道府県におきまして医療対策協議会というものを開催していただくということ、新たに今回法制化、法律で都道府県に求めることにいたしました。医療対策協議会といいますのは、これまでも都道府県に対しましては、この協議会をつくって、いろいろな分野の医療提供体制について協議をして問題解決をしてくださいということをお願いしていたものですが、今回法律で明確に、都道府県がこういったものをつくって、必要な施策を進めていただくということ、求めているところでもあります。

こういった考え方で、少し抽象的なお話になってはいますが、都道府県の果たす役割をきちんと都道府県の行政の担当者の方に理解していただいて、都道府県がきちんとした役割を果たしていただくことを、今回我々は明確にお示ししているということでございます。

少し視点を変えまして、小児科、産科を中心としたいろいろな分野の医師確保というのが、今こういった観点から対応がとられているかということを考えてみたのが、この表であります。

まず大きく1点目。これが、特に産科においては大きな、特に地方では問題になってい

る点だろうかと思います。これにつきましては、ここには集約化・重点化の推進ということが挙げられております。小児科につきましては、休日・夜間の運営費補助金の増額とか、こういったものが考えられておりますが、集約化・重点化ということを中心としまして、資源の再配分をするということで、現在、例えば地方で産科医が不足、あるいは地方に分散しているということに対する解決策を、考えていこうということであります。

それから、夜間・休日患者の集中という点につきましては、小児科の分野が大きいわけですが、電話相談事業。休日・夜間であっても、簡単なものについては電話相談で対応するということを考えております。

それから、臨床研修必修化の影響に関しましては、これも都道府県と地域の医療関係者、こういった方たちの間で協議の場をつくっていただくということで、地域で具体的にどう対応していただくか考えていっていただくということを、今ここで明確にしているところであります。

それから女性医師の増加という点であります。子育て期の女性医師の就労支援対策など。ここには女性医師バンクの設立とありますが、こういったものも含めて、いろいろな医療機関で女性医師が継続的に働いていっていただけるような、いろいろな点からの環境づくりというものを考えているところでございます。

それから、産科のリスクあるいは訴訟の増加に対する懸念という点であります。これは現在、モデル事業としまして、いろいろな診療行為について、例えば事故のようなものが起こった場合に、その原因究明を、司法の場ではなくて中立的な立場から行うという仕組みづくりを想定して、モデル事業を進めているところであります。平成 17 年から行っておりますが、このモデル事業で、今後の死因究明制度といったようなものをどう作っていくかということ、いま考えているところであります。

そのほかに、診療報酬改定におきましては、特に、小児科もそうですけれども産婦人科につきましては、いろいろな措置をこれまで講じてきているということで、いろいろな点から医師確保の対応をしてきているというところであります。

それから、特に最近大きく対応してきているところでありますが、全般的に地方の医師不足県におきましては、暫定的に定員増をしてきていることですか、医師不足の都道府県への自治医科大学の暫定的な定員増であるとか、これは少し視点の長い、5年、10年のスパンの対応であります。こういった将来的な対応についても行ってきているということでもあります。

特に、各地域、都道府県を先ほど申し上げましたが、こういったものが一つの具体的な例であります。これは国立大学、独立行政法人それぞれの大学と、各都道府県が、医師確保について連携をしているケースであります。ここに挙げていないようなものでも、最近いろいろお考えになっているような情報はありますが、特にいくつかの代表的なものについてお示ししております。

例えば秋田大学について見ますと、推薦入学枠 30 人のうち 5 人を、県内の出身、それから将来県内で仕事をしていっていただくという方に振り向けるという仕組みを作り、県の行政がこれに合わせて、例えばいろいろな生活資金とか学業にかかる資金の貸与制度を施策として打ち出しています。秋田大学、鳥取大学、鹿児島大学、それぞれの県が連携して対応してきているという例であります。

それから、例えば長崎県がおもしろい仕事をされております。長崎県は離島がわりあい多い県でありますけれども、特に離島に勤務していただく医師を確保するという観点で全国的な公募をしまして、県職員として採用して、離島の診療所に派遣するというのをされています。これは、給与は市町村が、退職金は県が支給するという事で整理をしています。こういった形で採用して離島に勤務していただく。

このときに、勤務をしていただきながら、例えば、1 年半離島勤務後、半年間の有休の自主研修保証というようなメリットを付加しています。そのほかに、24 時間 365 日、中核的な国立長崎医療センターからのいろいろな意味での技術的な協力支援を確保している。ということで、離島勤務の医師を確保するという仕事をされています。

これは北海道のある地域の例であります。もしかしたらこれはこの後ご紹介があるのかもしれませんが、これまで、各地に分散していたこの三つの市立病院に産婦人科医が 1、2 名配置され、それぞれ分娩実施という状況であったものを、砂川市立病院に産婦人科を集約されたということでありまして、それでそれぞれの地方の支援をしている。このような仕組みを組み上げられた地域がございます。ここにありますようないろいろな効果が上がってきています。おそらく、こういったことで問題点もないと言い切れないとは思いますが、こういった解決策を講じておられる地域もございます。

これは小児科のケースですので、飛ばさせていただきます。

これは一つの考え方でありまして、集約化・重点化ということを考えるのであれば、各地域に分散していたものを中核的なところに集める。ここから、いろいろな点で技術的な支援を行う。あるいは協力関係を構築する。こういうようなものが、考え方の一つとして

は成り立ち得るのではないかと考えております。

それから、周産期医療に関しましては、こういったものとともに、総合周産期母子医療センターというような、3次医療圏に1カ所のセンター的な施設を中核として、各地域のセンター、施設をつくっていただき、こういった施設の間での連携・協力。それから、地域の分娩を行っている病院、診療所、助産所等とのいろいろな連携・協力。こういったものを構築していただいているところであります。

これは周産期医療ネットワーク整備事業という具体的な事業としてございまして、各都道府県において周産期医療協議会を設置。それから情報ネットワークを整備。専門家の養成研修を行う。あるいは搬送システム等々の調査研究事業を行う。こういった事業に対して国から各都道府県に予算補助を行っているという事業がございまして。

この中で総合周産期母子医療センターについて言いますと、特に難しいお産に対する対応を3次医療圏に1カ所ということですので、普通の県ですと県内に1カ所、あるいは、人口がたくさんあるところ、あるいは地理的に非常に広いところでは数カ所だと思いますが、こういったものを整備する。補助をお出しするのは各県1カ所ということですが、整備をしていくことがございます。

ここにお示ししますのは、このほかのものも含めまして、国が来年度以降、特に予算的に考えていこうと考えておりますことを整理しております。ここは集約化・重点化に伴って、例えば病床を削減する必要がある場合に、それに対するさまざまな補助などを考えております。

それから女性医師の確保につきましては、就労支援という立場からいろいろな予算上の手当を考えているところでございます。

それから、地域でのネットワーク作りという点から言いますと、先ほど申し上げました周産期医療ネットワーク事業。これはこれまでもやっていますが、来年度以降も継続していくという考えでございまして。

少し整理をしてみますと、こういったことで、例えば妊婦さんなど患者さんの視点からしますと、特に離島にお住まいの患者さんが、自分のお住まいから中心地に診療に行かなければいけない、あるいはお産に行かなければいけないという場合への対応。あるいは、離島、へき地などに対して診療ヘリを運営するような事業とか、こういったものを考えているところでございます。あるいは、診療所、地域の医療機関に対しましてはこういったもの。集約化に関しましては、先ほど申し上げました医師確保など。それから、集約化に



よって産科を廃止する連携病院に対しては、こういったものを考えております。

国で今いろいろと考え対応しているところはこんなようなところではありますが、改めまして、先ほど申し上げました地域での周産期医療を確保するためには、やはり関係者の皆さまの連携・協力が必要であると思っております。私、個人的にも、国で行政を担当いたしましたほか、都道府県での医療の行政も担当した経験がございます。そのときの経験も含めまして、国レベルから見ているということを地方から想像しますと、国ではどうして、各都道府県における具体的な、それぞれの地域で起こっていることについて、すべてくまなく目を配るということは、相当困難なことであると私は認識しておりました。

そういった点で、各地域における医療については、これから、やはり都道府県が今まで以上に大きな役割を果たして行っていただきたいと考えております。これについても、先ほどお示しした関係者の協力が必要であります。こういったそれぞれの役割を果たしていかなければいけないと思っているところであります。

以上、冒頭に当たりまして行政のご説明をさせていただきました。ありがとうございました。

武谷 どうもありがとうございました。それでは次のご講演は「マスメディアの立場から」ということで、日本放送協会解説委員の飯野奈津子様からお願いしたいと思います。よろしくどうぞ。

飯野 今ご紹介いただきましたNHKの飯野と申します。よろしく申し上げます。15分ということですが、今日は私、どういう立場でお話をするかと申しますと、一つは、医師不足、特に産科を中心に、今の医療の現状を各地で取材している経験から感じていること。それから、テレビなどで解説をしたり番組を作ったりする中で、視聴者の方たちからたくさんお手紙をいただいてご意見もいただきますので、そうした状況の中でいま進めている対策をどう考えるかというお話をしていきたいと思っております。

全般的に、今の産科の問題。ここのところも、奈良の妊婦さんが亡くなった問題とか、神奈川の堀病院での看護師さんの助産行為の件とか、次から次へといろいろな問題が報道されていて、本当に大変な状況だという認識であります。

私、医療の問題だけ取材しているわけではありません。担当は社会保障全体でありまして、医療、介護、年金、少子化、いろいろな問題を担当していますが、今、日本の社会の中で子どもを産み育てていくということがすごく大事な時期である。人口減少も始まっていて、子どもをどう育てていくのか。ここのところまた、悲惨な虐待事件も非常に多くて、

子育てのいちばん最初のお産のところで安心したものが得られないということが、若いお母さんたちにどれだけ衝撃を与えているか。安心できるお産ができないということが、その後の子育てにどんなに不安を与えることなのかということ、痛切に感じております。

そういう意味で言うと、せつかく生まれてくる子どもたちを温かく育てられる環境をつくるためにも、お産のところで、第一歩のところをしっかりとつくりつけていかなければいけないという思いがすごくしています。そのためにはマスコミの役割も非常に大きいと思っていますし、これからもこの問題をきちんと報道していかなければいけないという思いはあります。

このところずっと現場に入らせていただいて、特に産科のことで印象をお話しますと、本当にお医者さんたちは大変だなと思っています。いろいろな現場、手術の現場とか、泊まり込みで入らせてもらったりということも、ここまでずっとしてきたのですけれども、特に産科のお医者さんの場合には、ほかの診療科に比べると勤務が非常に厳しいです。若いお医者さんたちが高い志を持って、生まれてくる子どもたちを取り上げて、お母さんも子どもも健康に、人生のスタートのところで支えてあげたいと思って仕事をしている。献身的に働く若いお医者さんたちが頑張っている様子には、本当に頭が下がります。

ただ、そのお医者さんたちが、休憩時間になって、「自分はこのまま何年続けられるのだろうか。今は若いからまだいいけれど、あと2年、3年もつだろうか」とおっしゃるような姿を見ていると、こんなに頑張っている人たちが burn out してやめてしまうような状況は、どうにかしなければならぬと強く思っています。

もう一つは、お医者さんたち、医療提供側がこれだけ厳しい状況で働いているということが、結果として医療の質を低下させていて、私たち患者の側がいい医療を受けられないということにつながっているのだということも、本当に心にしみておきまして、おそらくこの問題というのは、そうした実態を十分説明してこなかった私たちマスコミの役割も非常に大きいと思っています。

でも一般的には、医療者の方たちというのは献身的で当たり前という国民的なイメージもありまして、疲れたとか、勤務が厳しいとか、給料が低いとか、そんなことを言う医療者もあってのほかというようなイメージがあったことは確かだと思います。本当はそうじゃないんだ。医療を提供する側も、一人の人間としてきちんと待遇されて、いい環境で働かなければ、いい医療を確保できないんだということを、たぶん医療者の方たちも遠慮深くてなかなかおっしゃってこなかったでしょうし、私たちも伝えてこなかった。そこはき

ちんと伝えていかなければいけないという思いが今非常にしています。

具体的に今日は対策の話をしませうという最初の趣旨のお話がありましたので、ではどうすればいいのかということで、私がこれまで現場取材して感じていることをいくつかお話ししたいと思います。

産科の現場というのは、やはり、仕事の量に見合った人数が確保されていないというところが、最大の問題であると思います。ですので、基本的には人数を増やしていく。ではそれにはどうすればいいのかということですが、一つ、国の役割としては、診療報酬上の手当をきちんとしていく。働きに見合った処遇をしていけるような予算を組むという方向に持っていかなければいけないだろう。これは最低限の第一歩で、これまでもやってきているというふうに国は説明をしておりますけれども、今の状態では不十分。

それをするためには、医療費の使い方をどうするのか。これは、国民がこの現状を十分知っていて、これは困るから産科にお金を付けようという声にしていかなければいけないと思いますので、この現状をお伝えして、みんなの声として、「産科にお金を付けよう。やっぱり医療の支出は大切だよ」という方向に持っていきたい。これは私たちマスコミの役割もありますが、その点が1点です。

それからもう一つ、人数を増やしていかなければならないという点で私が感じているのは、全体として医師が足りているのかどうかということと言うと、先ほど厚労省の方のお話にあったように、国のスタンスとしては「偏在」という言い方をしております。足りているのか足りていないのかというのは人によって受け止め方が違うので、これを議論するとまたいろいろあるので、偏在があるとすると、例えばほかの診療科のほうにお医者さんがたくさん行っている。一方では、例えば脳外科なり心臓外科なりのほうは、海外に比べると専門医の数が多い。そのために1人当たりの手術の数が少なくて医療の質が高まらないという問題がもしあるとすれば、これは学会の役割だと思いますが、そういう多いところの診療科、専門医はどの程度のレベルの人間なのかというスタンスをはっきりさせて、ある程度多すぎるところはきちんと適正になるように、厳しい基準で規制をしていく。そうでないところ、例えば産科とか小児科にはもう少し医師が来るような仕組みを、学会全体として考えていく必要があるのではないかと。たぶん、若いお医者さんたちにきちんと情報提供するというのも大事だと思いますけれども、そういう診療科の偏在を変えていくような仕組みも必要なのかなと思います。

それから、医師の数がこれだけ少なくなくて、増やしていくことがすぐには難しいとすれば、

もう一つの手段としては、やめていくお医者さんをどうやめなくて済むようにするかということでもあります。のちほどお話があると思いますが、産科の場合には女性のお医者さんが非常に多いということですので、私はいろいろな企業の子育ての両立支援なども取材していますが、やはり医療の世界というのは女性の両立支援が非常に遅れているような気がしています。育児休職を取れないとか。普通1年間取れるのが法律上当たり前のことですから、これさえもできないという状況でこれまで来たということ、もう一回考え直す必要があるのではないかと思います。

例えば、大阪のある病院で取材させていただいたところでは、産科だけではなく、子どもを産んだ女性のお医者さんをどう活用するのかということ、その病院では週30時間以上働いてくれば常勤扱いにして、子どもを産んでいったん仕事をやめた女医さんたちを活用しようということ、いろいろな取り組みを始めていらっしゃいます。常勤扱いですから、給与・待遇面もしっかりやっていますし、育児休職を取れるのは当たり前。保育所もちろん使えますし、病児保育も病院内につくっているし、子どもを連れて来やすいように駐車場の優先利用をしたりして、今年取材した段階で8人ほど、いったんやめたお医者さんが働いていらっしゃいました。

そこのお医者さんたちは週30時間ですから、当直なんか当然できません。でも、お昼の間だけでも女性のお医者さんたちが働いてくれることで、いま働いているお医者さんが少しでも勤務が楽になるわけです。その病院ではそうしたことを目指しているのです。そうすると、当直ばかりやらなければいけない男のお医者さんとか子供を持たないお医者さんたちに不満が来るので、そこはどうですかと聞くと、ほかのお医者さんたちはやはり不満だとおっしゃいました。「なんでわれわれだけこんなにしわ寄せが来るんだ」という思いは、正直あると。院長先生はそのために、当直をやるお医者さんたちには給与面での待遇はかなり差を付けておりました。それでもしわ寄せが来るということは大変だけれども、昼間手伝ってくれるだけでもありがたいと思っている気持ちがあるということです。

それからもう一つ、これだけお医者さんが少ない中で考えなければいけないのは、病院と診療所の連携とか、あとは、お医者さんだけでは十分できないわけですから、助産師さんとの連携とか、ほかの職種の方たちにどれだけ頑張ってもらえるのか、その連携をどうするかというのは非常に大きなテーマだと思います。

今、産科のオープンシステムというのをやっている病院が少しずつ出てきていますけれども、そこも、取材してみると、うまくいっているところとうまくいっていないところが

あるように思います。うまくいっているところ取材すると、やはり地域できちんと位置づけができているのだらうと思います。地域の中で、開業医の産科のお医者さんの中でも、年を取ってお産はできないというお医者さんもいらっしゃいます。それはそれでいいのですね。そこで健診をやってもらって、お産のときだけオープンシステムで来てもらう。もちろん、健診をしていたお医者さんも来てもらって、病院のバックアップの中でやっていくような体制をとれるとか、正常分娩は地域の助産院でやってもらう。でも、もし何か危ないリスクがあるのだったら、拠点の病院に連れてくる。そういう仕組みを、地域の中でしっかり人間関係を作ってやっているということです。

特に助産師さんの話をしますと、これまでは助産師さんのほうも、産科の医療というふうになってしまうと自然のお産ができないということで、批判的な目で見ている部分もあったでしょうし、一方でお医者さんのほうも、助産師さんたちは自分たちでお産をやるんだけど、困ったときだけ自分のところに連れてきて、何だと。お互いに、協力し合うどころか、反目し合っていたところがあると思いますが、今のこの状態になってくると、お互いのできることを理解し合って助け合ってやっていくという気持ちがすごく大事だと思うし、助産師さんたちが正常分娩をやってくれれば、それだけ産科のお医者さんたちの負担は軽く済むわけですから、そのへんの連携をきちんと、地域の中で考えていくことが必要かなと思います。

それから、今日は集約化という話と訴訟の話をするということなので、その二つだけあとコメントをしたいと思います。集約化も非常に大事だと思います。各地取材をしていると、うまくいっているところもあれば、うまくいっていないところもあります。うまくいっていないところを見ると、お医者さんたちにとっては集約化というのは非常に大事だと思います。安全性も高まるし、労働条件も、負担が分かち合えるわけですから、良くなるわけです。

しかし住民からすると、引き揚げられる地域の人たちは不安になるわけです。お医者さんがいなくなるということと言うと。その説明をきちんとして理解をしてもらっているかどうかということです。「この地域では集約化が決まったので、ここの病院を拠点にします。だからここは引き揚げます」と言うだけで、住民はよくわかりません。これは何のためなんだ。自分たちに何のメリットがあるのだ。自分たちにとっては近くにいるのが大事だと思う人たちが非常にたくさんいる中で、十分理解されているとは思えないのです。その説明をきちんとしなければならないという点。

それと、行政も一緒になって、もし集約化をするならば、集約化された地域の安心をどう確保するのかという工夫が、足りないのではないかと思います。例えばアクセスが遠くなるのだったら、そこをどういうふうに保証してあげるのか。タクシーを出してあげる、行政がその補助をしてあげるとか、いろいろ工夫の仕方があるような気がします。遠いところに行くまでに時間がかかる間に、自分が運転している間に、もしかしたら子どもが生まれてしまうかもしれないと、お母さんたちは思うわけです。そのときに、タクシーもあるかもしれないし、もし地域で助産師さんがいらっしゃるなら助産師さんがちゃんと付き添ってそこまで付いて行ってあげるとか、こうすればもう少し安心なんだということも、医療提供側と、あと自治体も、地域によってそれぞれ事情が違いますので、地域地域で、自治体と、お産をする方たちと、医療提供側が話し合っ、て、対策を進めていく必要があるのではないかと思います。

それからもう一つ、訴訟の件ですが、訴訟だけではなくて刑事責任を追及する動きが出てきているということで、今年の2月の福島の事件から、ほうぼう産科の学会の先生方、100以上の団体が、いろいろな抗議文を出していらっしゃるわけです。私も、安易に刑事事件化するべきではないと思いますし、お医者さんたちの、こんなに一生懸命やっていてミス犯したら犯罪者になるというのはたまらないと拒否をする気持ちも、たいへんよくわかります。ですので、この問題に関しては、先ほど厚労省の方のお話にありましたが、きちんと第三者が原因を究明するような仕組みを、早く作らなければいけない。

それから、のちほど医師会の先生からお話があると思いますが、無過失補償の仕組みというのもようやくできる方向になっていますので、そうしたことが必要なのだろうと思います。無過失補償の仕組みは本当に前進で、脳性麻痺のお子さんを持っているお母さんたちにとっては経済的な負担が本当に大変ですので、ありがたいことだと思います。2000～3000万いただければ、それだけでも本当にありがたいことだと思います。

でもその一方で、一つお伝えしておかなければいけないなと思うのは、訴訟を起こす人たちというのはお金の問題だけではない。やはり、何か起きたときにきちんと説明をしてほしい、真実を知りたいという思いがあって訴訟を起こされる方がほとんどだということだと思います。真実を知って、もしミスがあるのだったら、同じようなミスを犯さないように改善してほしいという思いが、多くの人たちの思いです。ですので、経済的な補償をする仕組みも非常にありがたくて大事ですけれども、それとともに、もし医療の事故が起きるならば、事故が起きた原因をきちんと客観的に究明して、もし問題があるならば改善

に生かすような仕組みをぜひ作っていただきたい。

その際にやはり申し上げておきたいのは、医療の分野というのは、民事の訴訟を起こしても、原告の側は医療の専門家ではありませんので、原因の究明などはほとんど不可能だと思います。この分野が医療の専門性が高い分野であるからこそ、専門家の皆さん、医療の側がですね、これは警察になんかできることでもありませんし、検察の方ができるわけでもありませんので、医療を提供する側が、責任を持って、第三者的に客観的に、医療の問題を把握する仕組みを、リーダーシップを取って作っていただくということが、いちばんいいのではないかと思います。

もう一つ言わせていただければ、事故の原因とともに、何か起きたときに患者の側に寄り添っていただけるという気持ちが非常に大事でありまして、多くの患者さんたちを取材していると、やはり、「ごめんなさい」と……。 「ごめんなさい」というのは、「ミスを犯した」ではないですよ。無事に出産できなかったことに、本当に悲しいねと、一緒に寄り添ってくださるかどうか。気持ちの問題が大きいのですので、それは医学教育なり医師教育なり看護教育なりのところできちんと対応していただきたい。

それともう一つ、患者のほうの教育ということをよく言われますので、医療は不確実なものであるということをお私たちの側も学んでいながら、双方理解し合って方向を作っていく必要があるのではないかと。そのために私たちマスコミの役割も非常に大事だと思っていますので、のちほどマスコミ批判もたいへんおありになるとは思いますが、マスコミもしっかりと方向性を見据えてやっていきたいと思っています。以上です。

武谷 ありがとうございます。続きまして、「助産師からの提言」と題しまして、山梨大学医学工学総合研究部臨床看護学の教授であられます遠藤俊子様からお話を伺いたいと思います。どうぞよろしく。

遠藤 皆さま、こんにちは。山梨大学で看護師教育と助産師教育、そして大学院の教育をしております遠藤と申します。今回このような形で公開市民フォーラムが開かれたこと、まさに副題で付いております「皆で考えよう、産婦人科医療：どうするわが国のお産」というフォーラムが持てたことは、とても素晴らしいことだと思いますし、その労をお執りいただいた科学研究の岡村先生には感謝申し上げたいと思います。また、今日ここで助産師の立場からお話しさせていただける機会が与えられたことも、重ねて感謝申し上げます。

さっそく中身に入らせていただきますが、私が本日お話ししたいことは、産む人々のニーズということで、産科医療に国民はどのように希望していらっしゃるのかというような

ことが、産科難民が出現したというニュースとともに、時々新聞、マスコミの中で出ておりましたので、そのあたりを拾ったことを申し上げたいと思います。続けて、助産師の現状で、「助産師って何？」という、なかなか理解を得がたい部分もございますので、少しその説明をさせていただきたいと思っております。そして、このような時代に産科医療の中で助産師がどのような役割が持てるかというところから、少し具体的な提言ができたらと思っております。

まず、産む人のニーズでございますが、産科医療へのニーズは安全ということがコアにあることは否めない事実でございます。しかし、それと同時に、先ほど飯野様からお話がありましたように、多くの人々はそこに何を望んでいるかというところでは、プライバシーの尊重、病状や処置などの説明、情報提供、そしてアドバイスが欲しい。できれば、施設内の成績公表をしてほしい。病院内の細かい情報をもっと出してほしい。そして、そのようないろいろな情報の中から、パートナーとともに、検査、治療法、処置に関する選択ができるような仕組みが欲しい。そして、自分たちは親になっていくというところでは、主体的なバースプランや、親になっていくことの喜びや楽しさを見守り、そして支えてほしい。できれば継続的なケアを受けたい。いつでもどこでもケアを受けたい。そういう安全性と快適性をともに満足していくということが、自分たちのニーズなんだということ。これははっきりおっしゃっております。

一方、安全と快適性ということを言ったときに、それは両立するのかという議論も多々されております。このデータは、厚生労働科学研究の平成 16 年度の研究報告書にまとまっておりますが、愛育病院の中林先生たちの研究でございます。低リスク、いわゆる妊娠や分娩にリスクのない方というのはどのぐらいいるのか。低リスクの人は約 3 割だ。出産する年齢も高くなっておりますので、中等度のリスクはこれからもどんどん増えると思っておりますが、4 割だ。そして、明らかなハイリスク群は 3 割だと。2802 人のデータでございましたが、これは周産期総合医療センター等を中心に、わりとリスクの高いグループが集まる場所でやられておりましたけれども、この方々を前方視的に研究しまして、どうなったかというデータが、こちらでございます。

低リスク群と中等度、ハイリスクに関しましては、帝王切開率や分娩時の出血量(1000cc 以上)も有意差がありますので、一つは、このリスクスコアがかなり信頼性があるということと言えると思います。

一方、低リスク群に関しましても、これは低リスクで正常お産できるであろうと思った



人の中でも、帝切は 4.3%、1L 以上の出血は 3.3%あった。このことも、お産というのは終わってみなければわからない。結果で正常であるのだということを如実に物語っているデータだと私は思っております。

そのような中で、今のデータはデータとしても非常に貴重だと思いましたがけれども、もう一つは、妊婦自身が妊娠前期と妊娠後半期にリスクチェックをして、自分自身にリスクがあるのかなのか、実は非常に曖昧模糊としていらっしゃる妊婦さんが中にはいらして、出産する施設を選んでいく段階でも、全然リスクがないのに最初から総合におかかるとか、リスクがあるのに助産院におかかるとか、そういう状況というのはなきにしもあらずでございますので、やはりご自分の現在の状況をまず知るところから始めなければならないのではないかと思っております。

続いて、助産師の現状でございます。これは、WHO が出しております「助産師とは」というリーフレットを翻訳しているものでございます。助産師というのは女性の生涯を通じてニーズに応えるのですが、母と子のケアパッケージということで、妊娠、分娩、産褥、新生児期というあたりがコアになってまいります。当然、そこで健康な出産をしていくためには、子どもの頃からの性や生殖に関する知識や体づくり、そして生まれた後も、更年期まで含めた女性の健康をサポートしていくということを言っております。

International Confederation of Midwives という助産師の国際的な団体がございますが、そこでも、2005 年 7 月の最終改訂では、この赤字で書いてありますところ、「助産師は女性の妊娠・出産・産褥期の各期を通じてサポート、ケア、および助言を行い、助産師の責任において出産を円滑に進め、新生児および乳児のケアを提供するために、女性とパートナーシップを持って行動する」ということを言っております。

かつては、女性とパートナーシップを持って行動するというよりも引っ張るというような概念でしたけれども、管理的に見なければいけないというような表現が、世界的規模でパートナーシップということが非常に大事に扱われております。

ところで、わが国の保健師助産師看護師法の中では、第 3 条に、「この法律において『助産師』とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産または妊婦、褥婦、もしくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう」ということで、現在のところ、業務に関して規定がされております。この助産をめぐって少し議論がありますが、ここのところは今お話しすることは避けておきますが、30 条で、「助産師でない者は、3 条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法の規定に基づいて行う場合では、この限りではない」となっ

ております。

そのような保助看法本体の中ではあまり細かいことは書いてありませんが、実際に関連する法律等々を読みますと、例えば助産師教育の基本的な考え方の中には、1点目は、「妊娠、褥婦および胎児、新生児の健康水準を診断し、妊娠、出産、産褥が自然で安全に経過し、育児がスムーズに行えるよう援助できる能力を養う」と書いてございますし、2点目には「女性の一生における性と生殖をめぐる健康問題」、3点目には「安心して子どもを産み育てるために社会資源の活用・調整を行える能力を養う」。この三つが現在の助産師教育の基本的な考え方でございます。

では助産師とは一体いつからどのような活動をしていたのかということですが、有史以来子どもは生まれておりましたので、どなたかがお産を手伝っていたのですが、職業として助産師が成り立っていったのは、1874年(明治7年)の医制の中に、東京、大阪、京都の3都市に限って、第50条から52条に規定がございまして。その中に、この時代40歳以上にならないと助産師になれなかったわけですが、産科医の眼前で平産を10人、難産を2人取り扱った者に免状を交付するというようなことがございまして。そして、このときから正常産だけで、異常産は医師にということ。そして薬も使ってはならないということが規定になっております。この平産10人というのが現在まで生き続けているというのが、どう解釈していったらいいかというところでございまして。

あと、1899年に産婆規則というのができあがりまして、このときに初めて全国規模で産婆というものが規定されております。ただし、このときには、都道府県、地方長官が行う試験でございました。

ここまでは、いわゆるダイレクトといいますか、看護とは切り離して、助産師、産婆の規則であったと思っております。1942年に初めて「助産婦」という名前が使われ、1948年(昭和23年)に現行の保助看法ができあがりまして。そこで初めて、看護師教育に助産師教育を重ねることができて、助産師は産婆のダイレクトではなくて、看護をできながらなおかつ助産もできるというところによって変わって、国家試験と登録があったわけでございます。

さて、ここで話を変えたいと思いますが、出生の場所別に見た年次推移でございまして。これはもう多くの方がご存じのように、昭和35年(1960年)に、自宅から施設内分娩に移動しておりますが、このとき一時的に助産所が増えてきました。ちょうどわが国の周産期死亡や妊婦死亡が非常に高く、北歐等を見学されて、やはり自宅で産むということは

感染の可能性も非常に多うございますし、健診を受けていないという点では非常に問題だということで、母子保健法が昭和 40 年にできておりますが、それに先行して、いわゆる市町村立の助産所といいますか、母子健康センターという名前でしたが、一時的にそういうものを作りながら日本のお産を変えていきました。

そして、同時に日本は高度成長に入っただけで、病院や診療所が非常にたくさんでき、そこにお産も移動していったという経過があり、その後、昭和 60 年代からは、助産所に関しては 1% を維持しているというのが現状だと思っております。

そのような中で助産師がどこで働いているか。現在 2 万 6000 いますが、その 7 割弱が病院で、わずか 18% が診療所。この偏在が現在指摘されているところでございます。

ところで、助産師が今後病院から診療所に移動していくことを我々は願っているのですが、少し全体的な話で年齢構成を見てみたいと思います。この藤色の部分は 55 歳以上を示しておりますが、わずか十数年前まで、ダイレクトで受けた助産師さんたちが病院で勤務しない、地域で助産所や訪問指導等を頑張っていた助産師さんたちの数が非常に多うございました。しかし、年齢も重ねてまいりましたし、多くの出産が病院や診療所に集まることによって、看護師免許を持たない方も中にはいらっしやいましたので、徐々にその方々が亡くなり新しい方たちが残ってきておまして、現在の年齢区分を見ますとバランス的には非常に良くなってきております。

バランス的には良くなってきておりますが、実はもう一つ考えなければならない。例えば、いちばん上のえび茶で示している線は、平成 7 年に助産師免許を取った人たちが、約 10 年、どのぐらい働いているかという割合を示したものでございます。29 歳のところがピークで 65% ぐらい働いていらっしやいますが、34 歳になりますと 55% に落ちてきます。これから話されます女性医師の問題もそうですが、やはり女性が主である職場というのは、まさにこの落ち込みをどこで食い止めるかということが非常に大事なのだと思っております。これは年次でコホートを見ているのですが、1 回下がったら上がってきませんので、ここの 29 歳から 34 歳の下がり方というのをなるべく下げない、横に維持できていくということを考えていけば、相当いい線に行くのではないかと思っております。

この数字ですが、22 歳で免許を取って、免許を持った数分の、2 年に 1 回の就業届けの件数を出しております。助産師になるのは必ずしも 22 歳ではありませんで、もう少し年齢が高くなって助産師を取る方もおりますし、免許を持ちながら最初看護師で就職している方もかなり多うございますので、ここはあまり当てにしないでいいのではないかと思っ

ておりますが、ここからのスタートとしても、今後このグラフは何かヒントを与えてくれるものだと思っております。

こちらは、助産師1人当たりどのぐらいの分娩を扱っているかという数ですが、この濃い色が全国の数でございます。出産数そのものが減っておりますので、助産師の数も横ばいですので、当然、助産師1人当たりの持つ数というのは減ってきております。40ちょっとというところでございます。この薄いブルーは、私が山梨県出身ですので私が見ていたものですが、ここは山梨県は全国よりも助産師が足りない状況を示していますが、ここになりますと、山梨県自体のお産の数が少ないということももちろん影響してきますが、大きくここで助産師の卒業生を出し始めたのです。

そのことが次のことでございますが、2002年に県立が出し始めまして、2004年に山梨大学が出し始めました。いずれも非常に少ない数でございますので、毎年10人前後です。そうは申しましても、2000年から山梨県では着実に助産師の数が増えております。就業してくださる方は5、6割ぐらいしかいらっしゃらないのですが、医会の調べていらっしゃる希望数が、確か183人か186人だったと思います。もう10人も頑張れば要求数に足りてくるのかなとは思っています。

さてそこで、国民の期待に応える助産師の役割でございます。こちらは、健康保険法等の一部を改正する法案および良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部改正のときに附帯で出されたものでございますが、「助産師の一層の活用を図ること」ということで、社会的要請ということを出しております。

私ども、一人ひとりの医師に過度の負担がかかっている状況はわかります。そういう意味で業務の分担と効率化ということをしていきたいと思っておりますし、単に業務を効率化するために我々がいるとも思っておりません。妊娠前からの継続したケアと家族のニーズに対応したきめ細かな助産を提供することで、安心とか満足なお産というところをぜひサポートしたいと思っております。また、看護職の本来の業務であります、その方がどのように感じ、どうしたいかという関係づくりと、生活の視点からの支援の強化をすること。例えば訴訟になるかならないかというところでは、やはり、十分に満足、あるいは生活の視点、関係づくりというところは大事な視点になってくると思っておりますので、訴訟にならないケア。そして育児へシフトできる、虐待を予防できるケアという形でつなげていきたいと思っております。

2006年、日本看護協会はこのような提案をしておりますが、やはり都道府県ごとの状況