

をきっちり出す。その中で助産師の必要数というものを出しながら、地域の仕組みの中で助産師を活用していくということを考えていけたらと思います。

その一つが、すでにニュースとしてはかなり出てきておりますので、細かいことは省略いたしますが、院内助産あるいは助産師外来というものをつくっていったらどうかと思っております。

ただし、すべてのところで助産師外来をしろということは、私ども言うておりません。それはこれから先の提言の中に出させていただきますが、提言としては、まず1点目、妊産婦さんや家族の産科医療に関する関心というのがまだそう高くないということがあると思っております。もっともっと関心を持っていただきたい。そして、見える医療を提供して、選択をしていただきたいと思っております。生殖可能年齢からの妊娠・分娩や育児への関心を高める機会をつくりたい。そして健康状況に応じた医療機関の選択をしていただきたい。

産科医療費というものを、資源の配分というのがございましたが、応分の配分を望んでおりますし、それは国民の声として上がってこなければならぬと思っております。

地域の実情に応じた産科医療の仕組み作りへの住民の参加を求めたいと思っております。

また、助産師としては、新たな周産期医療の構築と助産師の活用ということで、集約化は必要な仕組みだと考えておりますが、総合周産期母子医療センターで働く助産師はそれに見合う助産師であってほしいですし、現在、集約化された病院、いないところも大変ですが、1.5倍妊産婦さんが見えていても助産師は増えていないのだという実情も聞きます。そういう中で、オープンシステム、セミオープンシステム。そして、そのように増えた妊産婦さんはローリスクからハイリスクまでいらっしゃいますので、バースセンターや助産師外来、入院から退院まで医師があまりかかわらなくても済むケースの助産システムというものを、構築したいと思っております。

地域における診療所や助産院に働く助産師は、ぜひ、遠いところでしたら48時間ぐらいで地域に返していただいて、バックトランスファーして、産褥の母子入院をなさるとか、あるいは家庭訪問や地域における活動、過疎地域における病院のサテライトとしての助産所を提案したいと思っております。診療所は、ぜひそういう助産師を活用して、診療所の機能を果たしていただくということを、切に願うものです。

また、助産師自身に対しては、ライフイベントとキャリアアップを考慮した就業環境の整備ということで、29歳から34歳の就業低下を防ぎたい。就業し続ける環境を整備して

いきたいということです。

最後に、助産師の基礎教育と継続卒後教育の再検討と合意ということです。これは助産師間でもなかなか合意を得ていないのが事実でございますが、早急に合意形成をしていきたいと思っております。現在、助産師が大学で増やせないのは、要するに臨床実習ができていないから 10 件のハードルを越えられないというところでございます。私どもは大きな病院で実習をしてまいりましたが、プライマリヘルスケアを担える診療所こそローリスクが多うございますので、そこで教育をやっていくということを現在考えております。

以上で助産師としての発表を終わらせていただきます。ご清聴ありがとうございました。

(拍手)

岡村 ありがとうございました。次に、「女性医師の立場から」という演題で、横浜市立大学助手の奥田美加先生にお願いしたいと思っております。

奥田 よろしくお願ひいたします。私、横浜市大母子医療センターから参りました奥田と申します。本日このような場所での発言の機会を与えてくださいました武谷先生、岡村先生、ありがとうございます。よろしくお願ひいたします。

私は、女性医師の立場からということで、制度的なことですか具体的にはどうしたらいいという非常に難しいお話はほかの偉い先生方にお任せします。最初、若手女性医師の立場で話をしろと言われたのですが、「若手」のところにクエスチョンマークを付けなくなった理由は、この後で出てまいります。

さて、聞き飽きた「産科医不足」というキーワードですが、なぜ不足しているのかピンと来ない方もいらっしゃるのではないかと思いますので、今日の私の話でそのところのイメージをつかんでいただければと思います。

私のプロフィールを先にご紹介します。平成4年に卒業しました。ローテートの研修でいろいろな科を回って2年後に産婦人科に入局しております。産婦人科医になって12年と半年が経過しております。ふと気がつきますと周産期というところを専門にしております。6年目のところで男児を出産しまして、現在7歳になっております。ただ、子育て・家事は、同居しております71歳の実母がほとんどすべてやっているというのが実情でございます。

2003年6月より現職におります。当時は若手だったかもしれませんが。私どもの母子医療センターは、地域、といいましても横浜市という大きな都市の周産期の基幹病院として重症患者さんを受け入れる一方で、「赤ちゃんにやさしい病院」という母乳育児を推薦する施

設にも認定していただいております。正常お産も多く取り扱っております。500g ぐらいの赤ちゃんがどんどん入ってきたり、重症の赤ちゃんが入ってきたりということで、NICU は常に満床になっております。また、我々の施設に高度救命救急センターが付いておりますので、母体救命の非常に心強い味方になっております。ですので、産後の大出血とか常位胎盤早期剥離という非常に重症な疾患に関しては、何が何でも、満床でもお受けするという態度でやっております。

さて、ある1日ですが、私は当直でした。深夜もみっちり働きました。当直明けの朝、外来に向かいます。今日は午後から予定の帝切が2件あるなど思いながら、妊婦健診をひたすら続けておりました。そうすると10時、院内の携帯電話が鳴りました。妊娠高血圧症候群の重症の方が1時に来ますということで、早く外来をやってということで外来を終えて、昼食をかき込んで、いただただけでもましですが、搬送患者さんの到着を待ちます。

13時に到着しました。状態からもこれは帝王切開が必要と決定しまして、手術室にお電話します。「すみません、予定の2件の前に1件やらせてください」。そういうわけで予定の2件は夕方からということで、予定手術なのに5時と7時に子どもさんが生まれたということになります。

手術室にいる私の電話がまた鳴りまして、「お産中の何とかさん、心音が落ちるので帝切です」ということで、3件目と並行して4件目をやりまして、この方は20時に出生しております。この間、病棟では別のお産もございました。そういうわけでスタッフ全員が業務に当たっております。事態がほぼ収束したのは9時を過ぎておりました。

ここでふと気がつきます。「あっ、私明日も当直だ」。ということで、小学校1年生の息子はもう眠っておりますし、3日連続、息子の起きている時間におうちにいないということは確定しました。

これらの診療以外にも、患者様の疾患の下調べとか、いろいろなことに多くの時間を費やす必要がございます。

さて、我々のスタッフ、施設の経験年数を見てみたのですが、いちばん上の黒い点の部長が昭和51年卒ですが、その次の私（赤丸）は16年の開きがございます。ピンクの四角のいちばんてっぺんが60歳ぐらいで、いちばん下を新卒というふうに見ていただくと、このような配分になっておまして、下のほうにゴシャゴシャッとしているところのいちばんてっぺんのところで現場監督をやっておりますので、若手でしゃべって来いと言われて

てもちょっと引っかかったというのはこのところでございます。

大学病院というとどういうイメージなんだろう。すごい専門家のベテランの先生たちがいっぱい集まっていて何でも対応できるというイメージのはずなのですが、全体から見れば、まだまだ若造の我々が、他院からの難しい症例も引き受け、バタバタと走り回って業務をこなしているというのが実態でございます。このような総合病院で中堅どころ以下がバタバタとやっているという事態は、実は産婦人科に限ったことではないというのをお知らせいただきたいと思えます。

さて、私どもは大学病院ですが、分娩を取り扱うほかの総合病院の過酷さも、言うまでもないことでございます。例えば1病院に産婦人科医が5人もいるような場合。5人いれば非常に恵まれていると思いますが、お産がありますので、産婦人科医は24時間必ず病院におります。30日間を均等に割れば6回の当直。あと、夜間の緊急手術のためにオンコールで待っている医者というのがおりますので、それも6回。自動的にこれで月12回は拘束されるという計算になります。

しかも、手術、分娩を取り扱う施設が、実はどんどん減っているという現状がありますので、手術件数や分娩が殺到しております。実は私どもの施設の、母子医療センターではない婦人科のほうも、良性疾患の手術は3月まで予約がいっぱいであるという状況になっております。しかも、当直明けは、残りの4人だけでは業務がどんどん集中していて無理ということで、当直明けも通常業務ということになります。

さて、それら総合病院への産婦人科の医師の配置はどのようにしていたかということ、私どもで言えば、横浜市大の産婦人科に入局している医局員の者たちを、臨床上のバランスですから、その病院に必要な業務などを考えながら配置してまいりました。

ところが、横浜市大の産婦人科の医師数ですけれども、もともと関連病院の定員を、ちょっと定員割れでお願いしていたりとか、埋めていられなかったのが現状なのですが、ようやく、少人数の病院で綱渡りの診療をするべきではないという考えを受け入れてくださって、各病院は産婦人科の定員数を増やしていいよと言ってくれているのですが、残念ながら、送るべき人員が大変な勢いで減り続けております。この春にはマイナス6人からマイナス8人の見込みとなっております。入ってくる数が少ないだけでなく、離れていく者が非常に多いというのが現状でございます。

では、なぜ入ってこない、なぜ産婦人科を選ばないのかということになりますが、若手の方が初期研修を終えて、さあ、自分の進む診療科をどこにしようと考えたときに、「産婦

人科はおもしろいんだけど、当直も多いし忙しいんでしょう。訴訟も多いと言うじゃない？それで給料が大して変わらないんじゃない、行く気がしないよね」。それでも、「やっぱり診療内容はおもしろい。急がしくてもいい、大変でもいい、頑張ってみよう」と産婦人科を選択しようとしています。

そうすると、思わぬところから待たががかかります。一つ、親兄弟から。「産婦人科？あの逮捕とか訴訟とか多い科でしょう？駄目駄目、ほかの科にしてください」。私どもの教授が、今年はそのような傾向が顕著であると申しております。あとは、彼氏からねちねちと、「子どもが生まれたらどうするんだよ。おれ？おれは休めないよ。男で育休なんか取れるわけじゃないじゃん。やっぱり子どものためにはおまえに家にいてほしいよ」と待たがかかったような人もいたりします。

では、いま頑張っている私たちがなぜ辞めてしまうのか。一つは、ある程度働いた後に産休を取った方の選択があります。先ほどお示したようなぎりぎりの生活の中で、「私が休んでしまうとほかの人に迷惑がかかってしまう」と遠慮しいしい、やっと妊娠して出産をします。私とかほかの医師とか、産休明けからそれなりに頑張っている医師も一応おりますので、それらの先輩たちを見ていたときは、「私もやれる。私もみんなのために頑張ろう」と思っています。自分も、産休明けもしくはちょっとプラスアルファのお休みで戻ろうと決心をしております。

でも、産休に入ります。非常にゆったりとした人間らしい生活を送れ、目の前には自分を頼る非常に愛らしい我が子がいます。そして女医さんの場合、自分が働かなくても、通常は、収入のある夫がいます。このような生活をしていると、戻りたくなくなるのは無理もないことと思います。

さて、この春、去っていきたい、もしくは休みたいと手を挙げている女性医師が10名もおりまして、いろいろな理由がありますがけれども、育児だけではなくて、親の具合が悪いのでちょっと休ませてほしいという方もいらっしゃるわけです。そういうわけで、辞めるのはお母さんばかりではありません。

昨今の状況では、ちょっとでも難しい症例はすべて大学病院、総合病院に集まってきます。そして結果が悪ければ医師個人が責められる。最近よくあるのが、かかりつけの診療所にかかっている診療所に夜間連絡がつかない。困り果てて救急車を呼んだ方がこちらに運ばれてきて、疲れ切ってしまう、そんなときにふとうわさを聞きます。「検診センターを選んでそちらに行った何とかさん、平日の9時～5時で、年収は私たちとほとんど変わ

らないらしいよ」「そういえば、開業した何とかさんはお産を扱っていないんだけど、月収100万は下らなくて、また家を建てたらしいよ」。そんなうわさを聞きますと、張りつめていたものがぶつんと切れる瞬間というのがあるんですね。

お母さんだけじゃない。お父さんはといたしますと、あるベテランの年配の先生のお言葉を聞きますと、「僕が病棟の主任だった頃は、24時間365日オンコールは当たり前。女房から、『なんであんたばかり毎日毎日』と言われるし、空いた時間がちょっとでもあれば飲みに行った飲みに行った。息子の授業参観？ 一度も行ったことないな」。こうした男性医師が、飲みに行ったはともかくとして、家庭を省みず、自分の使命感から身を削って一生懸命働いていて、そういう人たちが産科を支えておりましたけれども、その男性医師の陰には、それを支える主婦の妻というのがいらっしやるわけです。

そういうわけなので、女性医師にかつての男性医師と同じような生活は不可能です。私の家には専業主婦役のばあばがおりますけれども、普通の専業主婦はうちにはいません。フル勤務の女医さんも一言、「ダーリンの世話もしなければいけないね」とつぶやきながら、仕事をしております。主婦代わりの者がいない限りは、同じ量の業をこなすことは不可能ですし、主婦がいても、男性医師にもかつてのような仕事ぶりはしてほしくないと思います。

今の男性医師、若手の者に話を聞くと、「子どもをお風呂に入れる当番だから、僕帰ります」「幼稚園の願書を受け取りに行きたいから遅刻させてください」「七五三なので週末どうしても当直できません」「息子の中学受験に付き添って行きますから3日間休みをください」。飲み会、いろいろなつき合いもありますが、「妻に怒られるので今日はパスさせてください」。賛否ありますけれども、今の時代やっぱりこうあるべきで、家庭のお父さん役、お母さん役を守れるような職場環境をつくるのが非常に大事だと思います。

さて、そのためにはどうしたらいいか。難しいことは偉い先生方にお任せしますが、学会出張もあります、子どもの授業参観もあります、いろいろ自分の事情のことでお休みをしても業務に差し支えが出ないためには、お留守番役の日勤の限定医師を含めてでもいいから、一施設の産婦人科医師数は多くあるべきだというふうに考えます。

また、先ほども出ていましたが、分娩にはリスクが伴います。緊急時に速やかに対応ができる施設に分娩を集め、その点からも医師数を増やす必要があります。

また、スライドにはありませんけれども、それでもまだまだ、診療所さん、助産所さんの役割は非常に大事です。そういうところで発生した突発的なことを、我々がスムーズに

受けてあげるためにも、我々のところのキャパシティを十分に確保しておく必要があります。そのような病院を増やして、アクセスがどこでも可能なところにたくさん配置をしたいのは山々なんですけれども、残念ながら、そこに配置する我々医師のコマはどんどん減ってしまっております。

というわけで、現場の女性医師としての願いですけれども、女性医師がお母さんでありたいのと同じく、男性医師もお父さんでありたい。また、子どもさんがいなくても、自分自身の人間らしい生活というのを確保する必要があります。つまり、女性医師問題というのは、我々女性医師だけ、産婦人科だけの問題ではなく、医師全体の問題です。私たち産婦人科として、女性の妊娠・出産を守る私たち自身が、親として、また家庭の一員として、もしくは自分の生活を守って、ゆったりと仕事を続けられる労働環境を整備するということは、医療の質の向上にもつながり、安全な周産期医療を提供することにもつながっていくと思います。ご清聴ありがとうございました。以上です。(拍手)

岡村 奥田先生、ありがとうございました。私も妻が産婦人科医師で、たいへん身につまされるお話だったと思います。

それでは次に、「地方の実状と提言」ということで、旭川医科大学病院長の石川睦男先生からお願いしたいと思います。

石川 ただいまご紹介いただきました旭川医科大学の石川です。今の女性医師の方のお話は都会中心の話ですが、私は北海道の実状と、これに対します私たちの考え方を提示したいと思います。

まず最初に、一つ根拠のあるデータをお示ししたいのですが、2次医療圏における医師の数と医療指標との関連性について検討しました。すなわち、小児科医師数と産婦人科医師数と新生児、周産期の乳児指標度の関連であります。

今まで、医師の適正配置などについて論議されてきましたが、北海道のような面積の広いところでは、そういう問題がたいへん深刻でございます。特に、地域の医師不足が当該地域の健康医療水準を低下させているかどうかということについて検討した成績がないので、検討してみました。

これは2次医療圏を対象単位としまして、北海道は21ありますが、人口10万当たりの小児科医師数と産婦人科医師数、それと周産期、新生児のアウトカムとの関連を検討しました。

方法は、医師に関しては、平成10年から14年の厚生労働省の統計を使用しました。そ

れから、新生児、周産期のいろいろな指標は、平成4年から14年の北海道の衛生統計年報を使用しまして、2次医療圏ごとに死亡率を分析しました。

各数値は、単年度によります変動のかく乱を防ぐために、10年ごとの平均を求めまして、相関係数を求めました。

これが結果です。2次医療圏の産婦人科医師数と早期新生児死亡ですが、この黒いところ、赤いところは、早期新生児死亡が高いところですが、そこにおける産婦人科医師数は、人数が多いとバーが高くなりますが、明らかに、黒いところとか赤いところは産婦人科医師が少ないということで、いわゆる早期新生児死亡率と産婦人科医師数との間には有意な負の相関があることがわかります。

同様に新生児死亡率ですが、これもやはり、宗谷とかこのへん、日高地域が赤、黒です。これは、小児科医師数も産婦人科医師数も新生児死亡率に有意な逆相関があるということで、医師の数が少なくなると新生児の死亡率は上がってくるということであります。

今度は乳児死亡率です。やはり、小児科医師数、産婦人科医師数が少ないと乳児死亡率が上がるということが、こういう医師不足の地域で明らかになりました。

ということで、早期新生児死亡率が高い医療圏では産婦人科医師数が少なかったということと、新生児死亡率および乳児死亡率が高い医療圏では、小児科医師数、産婦人科医師数が少ないということで、これらの医師数の不足が医療水準を低下させていることが明らかになってまいりました。

これは平成14年までのことですが、たぶん、今後の統計を取るとこの状況はますます深刻になっていると思われまます。こういう医師の偏在が医療水準の低下を生じているという可能性がありますので、これは早急に是正されなければならないと思います。母子保健に向けた、搬送体制を含めた移動手段とか、早期入院、事前対策について、整備する必要があると思います。

それから、従来の医療圏ではなくて、周産期医療に特化した医療圏を設置する必要があると考えます。

今日岡村先生が市民公開フォーラムをされておりますが、10月に北海道で、岡村先生、それから厚生労働省の千村課長と一緒に、同様のフォーラムを開催しました。これはそのときに出た数字で、日本産科婦人科学会の成績ですが、北海道では分娩ができるところが、助産所5施設、病院が66施設、有床診療所が41施設で、医師が10名以上いるというのは三つの大学病院だけでありまます。これを見ておわかりのとおり、常勤医師が1名のとこ



ろが、病院では約 20%、有床診療所では 68%であります。

これは北海道大学の桜木教授が求めた数字ですが、北海道の病院における必要な医師数を求めまして、現状の医師数が 187 名ですので、必要最小限の約 55%しか、北海道には産婦人科の勤務医がいないという現状であります。

こういう中で集約化をしようということなのですが、これは、皆さんご存じのように、奈良で 18 病院に転送を拒まれたという話です。北海道では、拒むような病院が 18 カ所もその地域にはございませんので、実状は、2 次医療圏で、宗谷地域で産婦人科医が 1 名、根室地域では 0 名ということで、ほとんどの産婦人科医が、札幌圏の 197、それから私がおります旭川に集中しております、まさしく偏在ということと、それ以外の地域ではほとんど産婦人科医がいないという現状です。

先ほど千村課長から空知地区の集約化の話がございましたが、そういう中で我々、いろいろ検討してやっております。

一つは、根室の市立病院は、分娩が年間 200 件ありますが、この秋から常勤の産婦人科医がいなくなりまして、ここで出産ができなくなりました。それで、2 時間かけて釧路市にお産が行っています。この距離が 124 キロありますので、2 時間かけていくということで、これは危機的なので赤にしました。

それから留萌の市立病院は、分娩が年間 230 件ありますけれども、札幌医科大学から 1 週間交替で医師が来て分娩を取り扱って、旭川まで約 1.5 時間あります。

それから浦河の赤十字病院では、年間 300 件のお産がありますが、これは北大系列の苫小牧の企業立病院から 1 週間交替で医師が行っているという状況です。

それから稚内の市立病院は、旭川医大から常勤医が 1 名行っております、分娩が 400 件ということで、1 人ではどうしようもないので大学から手伝いに行っております。

ここに星印であるのが総合周産母子センターであります。3 種類に色分けしてあるのは、北海道に三つの大学病院がありますので、その系列の病院を色分けしてあります。

この 10 月に、稚内で 1 人しかいないというので、うちにいました、カンボジアなんかに行っていた人が、来年の 3 月まで勤務するということで、こういうことだけでも北海道では大ニュースになります。増員で診療の幅拡大、1 人が 2 人になったということで、こういう具合に大見出しになります。

先ほども女性医師のこととかワークシェアリングの話が出ていましたが、彼女も年齢が行っております、常時働くのは無理だけれども、ワークシェアリングなどをするともう

少し手伝えるのではないかということですが、少なくとも彼女は来年の3月までということとであります。

先ほど、医療事故におけるモデル事業の話が出ましたけれども、皆さんご存じのように、参議院で、医療事故の対策については、事故の背景等について、人員配置や組織・機構などの観点から調査・分析を進めるという附帯決議がなされております。しかし、北海道においては、必要な産婦人科医数が半数しかおらず、集約化が困難なところもありまして、1人医長のところもまだ見られております。したがって、先ほども述べましたように、分娩が200件を超える病院で、1週間交替などで1人の医者が分娩を取り扱っているということなので、あるところにおいては、200名の妊産婦が2時間離れたところの病院で出産を余儀なくされている。

こういうことを考えますと、あのモデル事業は地区の選定がほとんど大都市でありまして、こういう地方の実状を、先ほどの参議院の決議にもありましたように人員の配置等の背景も考えて、このモデル事業を分析していただけたらと思っております。

北海道では、三つの医育大学の産婦人科と小児科が北海道と協議して、医師の配置などについて検討してきております。先ほど千村さんの話にもありましたように、北海道でも医療対策協議会がスタートしまして、分科会が三つありまして、その一つの自治体病院等広域化検討分科会で、産科・小児科の集約への取り組みについて行っております。

こういう実状でございますので、確かに都会とは全然状況が違います。これは私の最後の提言ですけれども、まず私の言いたいことは、産婦人科の医師の不足によって医療水準が低下している地域があるということを住民に情報公開する必要があるのではないかと思います。どこも均一に受けられるという幻想を振りまくのはまずいのではないかと。

その上で、北海道のような地域では、1人医長が助産師さんと協力して、ローリスクの妊産婦のみを取り扱うということ、地域住民に周知する。

それから、平成20年度から医療計画を各都道府県で立てるということですが、現実には、医療計画が作成できない地域があるということ、国民に情報開示する必要があるのではないかと思います。

緊急の避難的行為ということでは、出産のできない地域の妊産婦の交通費とか宿泊費を支給するという事。

それから、いま総務省や何かでもやっていますが、周産期医療に関して救急車とかヘリコプターなどの使用の規制緩和を図る。こういうことが必要ではないかと思います。

以上、私の「地方の実状と提言」についてお話しいたしました。ありがとうございました。

岡村 石川先生、ありがとうございました。

引き続きまして、「分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度」を、日本医師会の常任理事、日本産婦人科医会副会長の木下先生にお願いしたいと思います。

木下 日本医師会のこのようなこと、特に医療安全のことを担当しておりまして、産婦人科の医会でも同じような問題を検討しております。今日は、「分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度」。つい先刻、自民党のほうから、産科医療に対する無過失補償制度ということで合意ができて、新聞発表されていますが、これだけの問題をお話しすることよりは、むしろ、このようなものが出なければならぬ位置づけということからお話ししたいと思います。

「医療崩壊」という、最近聞き慣れた言葉だと思いますが、正直、国の医療費政策、こういった危機がいま現実に迫っているわけでありまして、産婦人科だけではないのでありますが、国の医療費の抑制施策というのは、すでに東京都でも、約6割の病院は赤字に転落しつつあるという事実がございます、それが顕性化したとしますと、産婦人科のみならずすべての診療科において問題になってくると思います。

それから、現在の国民の医療安全への過剰な期待というか、当たり前のことではございますが、医者と患者との関係は診療契約に基づくものであるという視点からいたしますと、当然医療訴訟というのが極めて増えつつございます。

同時に、そんなふうなことから、現在では警察の医療現場への介入というのが日常的に新聞沙汰になります。それから刑事事件の責任が追及されておりまして、今まではこういった問題に関しては民事訴訟が中心でございましたが、刑事司法が入ってきている。この問題は果たして本当に医療界、国民にとっていいことであろうかということも含めまして、こういうことは医師の間では極めて深刻な状態になっております。

そして、そういったことをつなぐ情報というのはマスコミの方々が担っておられるわけですが、果たして、我々が新聞で見る限りの情報に関して正しく伝えているかという視点では、極めて問題があることがしばしばございます。

そういう中で、産婦人科に特化したとしますと、我々としましては、先ほど来先生方のいろいろなお話を聞きまして、産科医療というのはどうやって歯止めをかけるかという時点に来ていると思います。前の先生方の話を多少繰り返すことにはなりますが、実際に分娩

を止める診療所・病院の加速度的な増加が起こっております。この数字は、2002年から4年まで各都市で、診療所、新しい病院であります。一方、2と4は産科の診療をやめていくところ、これが年々増えているわけでありまして、診療所、病院が増えることを差し引きましても、2003年では5、60件はやめていく。2004年ではもっとでしょうか。というふうに、次々に診療所ならびに病院が産婦人科の診療をやめている実情がございます。

産婦人科を希望する医師の減少というのは、日本産婦人科学会へ入会する者の年度推移を調べますと、2001年から2003年までは400人以上おりました。研修医制度が新しく始まりまして、このときは仕方がございませぬ、制度上の問題として、学会に入る人数はわずか100名台でございました。今年はこれに匹敵するほどの数を期待したわけですが、実際問題としては300人に満たない。来年はもっと下がるのではないかという危機感がございます。

もう一つ指摘したいことは、入会された医師の約6割は女性でございませぬ。そういうことを考えますと、新たに産婦人科医を志望する医師のうち女性医師が60%を占めているということ。先ほどの奥田先生からの話でもございませぬが、結婚、妊娠、育児のため、十分な産科トレーニングが受けられません。このまま平行移動いたしますから、5年後、10年後は実働医師がさらに減少いたしまして、産科医療は立ち直れないのではないか。そのぐらい現実的な問題がございます。

実際に働いている医師、特に認定医を持った5年以上のドクター2000人近くの方たちにアンケートを取りまして、産科診療のストレスについて伺ったところ、頑張っておられる方が約7割5分ありますが、「できれば産科診療を行いたくない」「診療科の変更を考えるほどストレスが強い」という方を混ぜますと25%の方たちは、いつ辞めるかもわからないという状況でございませぬ。

なぜ診療したくないのかということをお伺いすると、「診療業務の負担が大きすぎる」「医療訴訟が多い」。この二つのことがたいへん大きな理由でございませぬ。

このとおり、くどいようですが、診療業務の負担が大きい。先ほど聞かれたお話のとおりでございまして、悪循環、ますますひどくなるかと思ひます。もう一つは、医療訴訟が多いという事実がございます。

特に私は医療安全の立場から、医療訴訟に焦点を絞ってまいりますと、地裁の民事一審訴訟新受件数というのはほとんど変わっていませんが、医事関係訴訟だけは、産婦人科だけではなくすべての科に共通して、どんどん増えている。日本医師会の自賠責保険で年間

取り扱う件数が400件近くあるという事実がございます。

それと同時に、2000年に厚労省で、医療診療に関連して亡くなった方の届出がガイドラインで示されました。警察に届けるようにということが始まりました。2000年以降、毎年100件以上の警察への届出が起こっておりまして、最近では200件を超えているという事実がございます。

そしてこれは立件の数ですが、これも年々増えておりまして、100件近い数が立件、つまり検察庁に送られているわけでありまして。しかし、送られた数だけ起訴されているわけではございません。幸いなことに、そこでフィルターがかかっておりまして、本当に起訴されるのはわずか10例以下です。そういう事実でありまして、そこに警察が介在しているという事実は、産婦人科医療、すべての診療科にとって、極めて深刻な問題であります。

なぜこんなことが起こりつつあるかということに関しまして、一つは、背景として、医療行為は診療契約であるという認識が国民の中に当然行き渡っているわけでありまして。これは当たり前と言えれば当たり前ですが、以前は、専門家たる医師に対する畏敬がありまして、診療していただくという感謝の気持ちでいっぱいだったわけでありまして、今日では、患者は診療契約に基づいて、医師に対して最善を尽くした医療行為を要求するという認識がありますから、当然、何か事があれば、思うようにならなければ、訴えていくという方向性、気持ちの上での変化がございます。

また同時に、過剰な権利意識でありますから、極端なことを申せば、診ていただくどころか、診せに行くではありませんが、そのくらいの感覚で、日常、あまり表に出てこないこととしては、病院で起こっております。訴訟の増加というのは必然的な結果だろうかと思います。

もう一つは、医療の不確実性・限界の理解がないわけでありまして、すべて完ぺきである。我々、研究レベルでは、臓器移植、再生医療、救急医療、終末期医療、すべては、生命は永遠であるという思いで、当然のことながら研究も行い、また診療も行っているわけでありまして、国民の間でも当然、医療の結果が期待どおりでないということになりますと、二言目には、それは医療過誤ではないかという疑いの目で見られる。そういう時代背景がございます。結果として紛争の増加があるということがあります。

一般的な話であります。産婦人科に戻ってまいりますと、産婦人科医志望者減少、しかも分娩を取り止める診療所・病院がどんどん増加している。それにはさまざまな原因が

あるとしましても、このようなことに集約できるかと思いますが、産婦人科医師が減少している、過重労働の悪循環がますますひどくなっております。同時に、今日は詳しくはお話しできませんが、看護師の内診を認めていない保助看法（保健師助産師看護師法）違反容疑に対して警察が厳しく取り締まっているという事実。これは、先ほど遠藤先生が法律をお示しになりましたけれども、解釈の問題でございます。現実的に医療界では、我々産婦人科領域におきましては極めて深刻な問題でございます。

そして、今日お話し申し上げたい、医療紛争が増加している、警察の過剰な介入がある、司法当局が入ってくる、刑事罰、特に業務上過失致死傷罪が増加しているという事実。こういったことが明らかに、若手の医師が産婦人科を志望することにマイナスのファクターになっているという事実はございます。

具体的に、周産期医療崩壊を防ぐための対策は何があるだろうか。実際、極めて難しい問題であります。大きくくくれば、労務関係の問題、医師の需給の問題。あまり問題にされておりませんが、助産師の方々は昭和 27 年には 5 万人おりました。しかし、先ほどのデータのごとく、現在は 2 万 6000 人しかいない。なにゆえに減らしてきたのか。これは政策誘導以外の何ものでもないわけであります。そういう状況の中、助産師が足りない中で、看護師さんのお手伝いを願いながら地域の産科医療を支えているという事実に対して、刑事罰を与えていくということはありませんけれども、極めて深刻な問題だと考えております。

そして最後は、訴訟と医師・患者関係というものがああります。非常にマクロ的な問題ではありますが、何とか一つずつ、こういうふうなところから悪循環を断ち切っていくという取り組みをしているわけでありまして、私がたまたま日本医師会で担当していることはこういったことでもございました。

例の大野病院事件で、日常診療の中で帝王切開の出血が多かったために、不幸にして患者さんが亡くなったわけです。それに対して医師が、医師法 21 条違反で逮捕、勾留までされたという事実がございまして。そういうことから、全国の医師会すべての科から、こんなことがあっていいのかということで、医師会に大変な抗議が来たわけでありまして。それに対して我々はどう考えようかということで、医療事故責任問題検討委員会を立ち上げまして、何とかこの悪循環を断ち切っていくためにどのような対応をしていくか、検討しております。

医療事故に対する三つの法的な責任というものがああります、医療事故が起きますと、従

来は民事責任で、被害者救済のために民事賠償という形で応えてまいりました。そして、行政責任というのも当然生じます。そこでは、免許保有者の再発防止とか再教育が目的でありまして、医療行為を半年間停止するという形の行政処分があります。そして刑事責任。最近はこのことがたいへん問題になってきているわけでありまして、実際医療事故が起きますと、この三つの責任を問われるわけでありまして。

そこで、この委員会で何をしているか、概略をお話いたしますと、医療事故に対する刑事処分というのが本当に事故の防止や削減など医療安全に有意義に働いているかどうかを明らかにしようではないか。異常死の捜査の端緒として警察に届けるという医師法 21 条の問題点を明らかにいたしまして、その改善策を考えよう。さらに、医療事故に対する業務上過失致死傷罪を適用することによって何が達成されて何が妨げられるかということも明らかにしよう。そして、医療安全のための方策について、行政処分など、刑事処分以外の方法を検討し、その中で刑事処分の適切な位置づけを検討しよう。

こういうことを、元の検事長であった方ならびに刑法学者と医師会の先生たち、そして各医学会の代表を入れて検討しておりまして、21 条問題をどうするか、業務上過失致死傷に対してどう対応するか。すべてのものに適用されてはかありませんので、そういったことを提言しようということで、現在動いております。

一般的なお話をいたしました。医療訴訟が増加している中で産婦人科の領域をよく調べてみますと、分娩周辺の問題に関する医療訴訟が極めて多いわけでありまして、実は約 7 割を占めるわけでありまして。特に、重度脳性麻痺、新生児死亡、母体死亡。重度脳性麻痺というのはその中でも 4 割近くを占めるわけでありまして、極めて大きな問題であります。つまり、分娩が始まって児が出るまでの間の問題。脳性麻痺というのはすべてが分娩の医療行為に基づいて起こるわけではありません。しかしながら、ひとたび不幸なことが起きますと、患者、家族は必ず、原因を追及してくれということのみならず、これは医師の過失ではないかという視点から、ほとんど 100% 訴訟になります。

こういう背景の下で、でも実際は、裁判をしたところで、本当に医師の過失であるというのはそんなに多いわけではありません。明らかにそうだろうなというのは 3 割近くあります。しかし、本当にそうであろうかと考えながらも、有責にして保険で賠償しようという視点も働きますと、さらに 4 割近くが有責になる。本当に関係ないんだというのが、実は 3 割近くもあるわけでありまして。

そういう中で、このたび、分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度を考えようで

はないかと。つまり、無過失、有責でないものを、何とか救ってやろうではないか。そうすることによって、不必要な訴訟の場で争うことがないようにしようではないか。そういうことからこの問題を考えたわけであります。

実はこの問題というのは以前から提言されていたことでありまして、わが国の場合は昭和 47 年 3 月、外国の例を見ますとニュージーランドとかスウェーデン等ではすでに社会保障制度の一環としてこういう制度があります。しかし、すべての無過失、つまり、医師に過失がなくても起こるといえるものはすべての診療科においてあるわけですが、それを障害補償制度としてカバーいたしますと、数百億、数千億、へたをすると 1 兆円、2 兆円という規模の資金が必要になります。

しかしながら、昭和 47 年 3 月、当時の武見太郎会長が、当時の事故を調べた上で、「医療事故の法的処理とその基礎理論」という提言をされたわけであります。その提言は何かというと、医療事故が発生した場合、厳格な審査によって医師の責任ありと判断されれば、速やかに賠償の責めを任ずる。第 2 として、医師として過失がないのに不可避免的に生ずる重大な被害に対しては、国家的な規模で損失補償制度を創設し、これに対する救済を図ること。第 3 に、現行裁判制度と別個の国家機構としての紛争処理機構を創設すること。現在問題となっているようなことを 47 年の段階で提言されているわけであります。

その結果どういことが起こったかということ、過失責任主義でありますから、何か過失があった場合には責任を取れということから、日本医師会の医師賠償責任保険制度が確立いたしまして、極めて有効に機能しております。

そして、平成 16 年 6 月に、日本医師会で、医療に伴い発生する障害補償制度検討委員会、つまり、無過失制度そのものについて勉強しようということをやしまして、2 年間検討いたしまして、答申を出しました。そしてこのたび、平成 18 年 5 月に、先ほどの 3 番目の第三者機関でございますが、厚労省は、診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業というのを始めたわけであります。47 年の提言が一つずつ形になりつつあるわけです。

無過失補償の話に戻りますと、2 年間勉強した結果、その答申は何かというと、平成 18 年 1 月に、わが国でも医療に伴い発生した障害に対して迅速・公平な補償を行う公的な補償制度の導入が必須であるということ。この制度は本来、医療行為に関連したすべての障害に適用することが望ましいが、現実的には基金面での限界があることから、実現可能でかつわが国の政策課題にも合致し、最も緊急度が高い、分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度の先行実施を求めるとい提言をされました。



それを受けて我々はすぐに動いたわけでありまして、この6月に、分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度の、とにかく制度化するためのプロジェクト委員会をつくりまして、わずか2カ月の間に制度案を作ったわけでありまして。そして、この背景は政治家との絡みもあるのでありますが、平成18年8月に、平成19年度予算概算要求の日医要望課題として厚生省に提出して、受け止められたわけでありまして。そしていろいろな討議がされた結果、厚労省の方々、政治家の方々との討論の結果、平成18年11月29日、つい先刻ではありますが、自民党の政務調査会、厚生労働委員会、医療紛争処理あり方検討会で、「産科医療における無過失補償制度の枠組みについて」ということが了承された。つまり、ここで、お金を出しますよということが決定されたわけでありまして。

この裏話といたしましては、武見敬三副大臣にいろいろとご尽力いただきました。日医として、こういった厚生労働族の方たち、厚労省の方々とも相談いたしました。こんなふうなことから今日に至ったわけでありまして。

具体的なお話をいたしますと、先ほど、飯野先生でしたか、この制度のあり方はどういうものか。単に見舞金的にお金を出して、それだけで済ませるものではないよというご指摘がございましたが、そのとおりでございます。これすら、マスコミの報道では、ただそういった視点だけを強調されておりますが、本当に制度理念を読んでいただきたい。

制度理念というのはどういうものかということ、「母性に共感して支援を行うこと」「女性が妊娠と分娩を不安なく迎えること」。そういったことをベースにいたしまして、分娩に伴い不可避免的に一定割合発生する重度脳性麻痺患者とその家族に速やかに社会的な救済を行うことによって、生きる権利を平等に確保しましょう。こういう言葉はなかなか出づらいのではありますが、社会保障の専門家である富山大学の浅井教授にお願いして考え方を整理していただきました。

こういう理念の下で、実際には、安心して子どもを産み育てる環境整備を行おう。無過失・無責の産科医師から分娩事故訴訟による時間的・精神的な負担を取り除いて、医師と患者の信頼関係に基づく健全な周産期医療環境を確保しようではないか。そしてこれは政治的にも総合的な少子化対策の目玉にしたいんだ。こういうふうなことから、この制度案はできたわけでありまして。

実際の運用上におきましても、極めて厳格・公平な審査委員会がありまして、そこで、この症例に関しては本当に無過失なのか、あるいは過失があるのかということ、厳密に討議しながら決めていくという制度でございます。

したがいまして、最初にお話ししましたように、脳性麻痺というのはなかなか原因がわからないということでもありますから、脳性麻痺の原因が明らかな、脳障害をもたらすような先天異常、染色体異常、遺伝疾患などは除いております。そして、生下時体重は 2200g 以上、在胎週が 34 週以上で出生した児であって、重度の脳性麻痺である。そして 1 級、2 級に限る。まずこういうことにいたしました。

その理由は、正常な分娩経過を過ごして出た児であるとするならば、通常は心身ともに健康であるということは誰でもが認めるような状況下でございます。それにもかかわらず脳性麻痺になったということは、分娩経過かもしれませんが、あるいは、まったく原因がわからないことがあるわけですから、そういうことを対象としたわけであります。

そこで、運営機構といたしましては、調査委員会、裁定委員会、不服審査委員会、医療事故分析安全委員会、こういったものをきちんと立ち上げまして、どういうメンバーにするかはこれからの問題であります。こういう裁定の結果、すべては補償金を出すということに行くわけでありまして、そこで過失があると認定されれば民事賠償のほうに行くという制度でございます。詳しいことは除きますが、こんなふうなことを考えました。

そして最初、当時ですから、額としましても、へたをすると何百億になるということは、とてもお金を出してくださることはないであろうということから、何とか可及的に、少ない額でもいいから、しかし障害を持った方たちに満足していただくような額にしようということから、検討いたしました。最初我々は、症状が固定する 5 歳までは 2000 万円を一括して払いましょう。6 歳以降は、生存期間にわたって、介護料と逸失利益を年金方式で出そう。結構な額になるわけですから、こんなふうなことを考えました。

しかしながら、現在の自民党案は、一時金で行こうと。障害補償金として 1000 万、3000 万、場合によっては 5000 万でもいいから、一括払いして渡そうという考え方でございます。

これも詳細に検討いたしました。最初の 5 年間は毎年 2000 万でありますから、約 250 人というのを想定いたしました。特に 1 級、2 級というのは非常に重症でありますから、500 人、600 人といえるはずがございません。そういうことから 250 人を想定いたしますと、このくらいの額で行く。しかも、先ほど申し上げたように、審査委員会で明らかに過失と認められた場合には医師賠償責任のほうに回りますから、実際の額は 36 億ぐらいで行くだろう。20 年間では 61 億でよろしい。したがって、年間約 60 億いただければ何とかなるであろうということと提案したわけであります。

実際に、自民党の方たちは太っ腹でございまして、決して脳性麻痺だけにとどめたくないんだ、これはいずれ広げていきたいんだと。そういう発想からいたしますと、一律 5000 万円を渡すとして、250 人なら 125 億で済む。500 人とすれば 250 億あればいい。つまり、300 億あればいいではないかという発想でございました。

いちばん問題だったのは財源でございます。本来、本障害補償制度の趣旨と多額の基金総額を要することを考えますと、基金の財源というのは国の予算措置を要する重要課題であると考えました。しかしながら、我々、社会保障の考え方からいたしますと、なぜ脳性麻痺だけなのかという問題が残ります。そこでいろいろ工夫をいたしまして、日本医師会としては、健康保険を介して国民から一律 35 万円。いま 35 万円もらえますから。その中で出産育児一時金というものを、この制度のために 6000 円だけ増加してほしい。そうすれば何とか 60 億得られるではないかという発想であったわけでありまして。しかし自民党案は、そんな小さい額でなくてもよろしい。出産育児一時金に 3 万円を増額して、増額分を基金が拠出するような制度を作ろうではないか。だとすれば 300 億集まるであろう。こういう発想でございました。

いま考えておりますスキームはどういうことかと申しますと、35 万円の出産育児一時金にプラス 3 万円。これはあくまでもはっきりと言っていいということでありまして、こういった障害補償制度のために 3 万円を追加いたします。そして医療保険者からこの機構のほうに、一時 38 万円を全部渡す。そしてそこで分けて、3 万円を残して、本来の出産育児一時金は分娩医療機関あるいは妊産婦のほうに渡す。そういう制度でよろしいということになりました。当初は、ここから直接 38 万円を医療機関あるいは妊産婦に渡して、そこから入れようという発想でございましたが、これは絶対に機能しないということで、いろいろと討議いたしまして、こんなふうな制度だったら我々としても飲みましようということから、最終的なこの案を受け入れていただきました。

そしてその委員会をどこに置くかという、日本医療機能評価機構。これは決定したわけではありませんが、その線で動いております。公の機関で第三者的に、しかもフェアにやるということから、こういうところにその組織を置きましょう。そして、妊産婦の場合には必ず、妊産婦はこういったことを受ける。この病院と契約しておいて、その病院では必ずこういう制度に入っているのだということになりますと、万々のことがあればそこから、保険という制度を介しまして、ちゃんと払えるということ。そこに民間保険の損保をかませておりますが、この制度はまた複雑になりますので今日は説明はいたしません

が、そういったことがあったとしても不都合のないような形にしたいと思っています。

要は、いちばん大事なことは、出産育児一時金であれ、これは本来保険のものでありますが、国家からもお金が入っておりますし、このためにあるいはここから出すかもしれませんが、いずれにいたしましても、今は社会保険ということから3万円増額させてくれるという方向で動いております。ここで300億を何とか集めようということになりました。

今後の課題としましては、公平・中立的な運営組織の構築でございます。第2番目は、基金の制度の確立。これはどういうことかといいますと、出産育児一時金の増額分を確実に運営組織にキープするための手続きが必要でございます。そして、運営組織と損保会社との役割分担を決めていかねばなりません。

こういうふうなことで、とにかく1、2カ月以内に何とかこの形にした上で、皆さまのご批判を願いたい。そこまでお金を出していただけることになりましたものですから、必ずや制度をきちんとした形で動かすということを考えております。

こういった制度が具体的になることの意義は何かというと、いちばん大事なことは、何と申しましても、重度障害を持った家庭に確実な補償が約束されるということでございます。同時に、医師や助産師にとって、医療訴訟による精神的・時間的な負担が少なくなることが期待されるわけでありまして、それは、間接的ではあるかもしれませんが、我々が若い諸君に「産婦人科は安心して来なさい」と言えるように、産婦人科を志望する若手医師に勇気を与えることができる一つの施策ではないかと考えています。

いろいろな訴訟問題に関しましては、一つひとつつぶしていかなければなりません。まず一歩進めたということにおきましては、暗夜に光明を見たような思いがございますが、何とかこれを形にいたしまして、一つでも今の状況を改善する方向に向かいたいと存じます。以上でございます。ありがとうございました。

岡村 木下先生、ありがとうございました。それでは最後に、「日本産科婦人科学会の取り組み」ということで、北里大学の海野教授にお願いしたいと思います。

海野 北里大学の海野でございます。私、昨年、ちょうど1年ぐらい前になりますか、日本産婦人科学会のほうで組織されました産婦人科医療提供体制検討委員会の委員長をしております。その観点で、学会のデータを中心に、これまで学会のほうから出しておきますいろいろな提言とか、そういうことについてご紹介したいと思います。

まずはじめに、後の議論とも関係すると思いますので、数値的な面での新しいデータを少しお示しします。それから分娩のあり方について。そして、医療改革の道筋といいます