

か、そういうことについて現時点での考え方をお示ししたいと思います。

この危機的状況は何度も言われていることですが、私がここで確認したいのは、診療所で50万件、病院で50万件、助産所で1万2000件の分娩が扱われているという現実です。それから、医療施設調査の2005年のデータが11月30日に発表されました。これは全部厚労省のデータですけれども、分娩取り扱い施設数のいちばん新しい数字が出ました。報道はされていないのでよくわかりませんが、2933件です。産婦人科学会が今年6月に出したデータが3056件なのですが、それとほぼ同時期のデータとして厚労省は2933という数字を報告しております。ですから、こうやって見ますと、この12年間に4200から2900に、年間100ずつ減っているというのが現実でございます。

これも新しいデータですが、産婦人科学会の今年の11月20日時点での、年齢別・男女別の会員の状況でございます。女性医師が非常に増えているという実態ですが、昨年度よりもさらにそういう傾向が強まっております。女性医師の割合というのを取りますと、この若い層で80%に近づいているという状況でございます。

それと、先ほど木下先生からも示されたデータですが、まとめ方を変えまして、卒業年度別に学会員の数を見ます。2004年度卒というのが、新しい研修制度で今年から後期研修を始めた学年になりますが、この数が285名です。それ以前の学年は350～360名ですから、今年度、新臨床研修後の状態で20%減少しているということになります。この数は、今年の初めの4月の段階で産婦人科を選択してくれている人たちなので、その後いろいろ起きております三大事件の影響などは関係していないことになります。

もう一つ申し上げておくべきだったのは、この分娩施設数の減少ですけれども、これは集約化とは関係ありません。2005年の段階では集約化ということは、現実にはほとんどの施設ではまったく認識もされていなかったもので、これは単純に減少している。ですから、今後集約化が進むかどうかというのは各地域での検討次第ですけれども、この減少はこれまで十何年間自然に起きてきたということであろうかと思えます。

分娩のあり方について、これは産婦人科医の立場で考えたものです。そんなに特殊なことを申し上げるつもりはありませんが、とにかく命を尊重しよう。母体・胎児・新生児の安全を優先しよう。お産される方々の主体的な出産体験を重要視して、産婦人科医の立場というのは、危険回避のためのガイドをする。その上で、必要なときに最小限の医療的介入を行う。こういうスタンス。これもコンセンサスはあると思います。

それで助産師さんに関しては、先ほど遠藤先生のお話にもありましたが、産婦さんとと

もに、妊娠・分娩・産褥の全期間を通じてのサポートをする。

こういうことから考えていきますと、分娩の施設というのはどういうところであるべきか、どういう環境であるべきかということで申しますと、助産師と産科医がともに立ち会うことができる。絶対立ち会わなければいけないという意味ではありませんが、立ち会うことのできる環境で分娩が行われているというのが、私ども専門の立場から申し上げて、あるべき姿と言えるのではないかと。

それで、これは私どもの施設のデータです。胎児が持続的な徐脈になって、一種の窒息状態ということになります。まったく回復しないまま帝王切開で生まれた場合、赤ちゃんが生まれる前に何分間までならその状態が続いても大丈夫なのか。それ以上だと脳性麻痺になったり亡くなったりするわけですが、そういうことの数字です。それで言いますと、私どもの施設の数字としては、その状態になってから 17 分以内に生まれれば、赤ちゃんは無事です。ですけれども、それ以降では、脳性麻痺のお子さんとか亡くなるお子さんが出てくるということになります。

日本ではこれしかデータがないのですが、外国で 19 分というデータがありますので、だいたい十数分以内。20 分以内には赤ちゃんが生まれないとまずい。ですから、それだけの体制が現実にとれている施設は日本では本当に数カ所ぐらいだと思いますが、赤ちゃんにとってお産の最悪の状況のときにはこういうこともあり得るのだということをご理解いただきたい。

これは産婦人科医会がごく最近まとめた、病院に助産所から搬送された症例の予後に関する調査です。もちろん全数調査ではありませんので何とも言えないところはありますけれども、247 例の母体搬送があつて、その中で母体死亡が 1 例あつたということです。母体の後遺症、長期入院が 23 例、新生児死亡が 4 例。

これで言いますと、助産所分娩の数が全体で 1 万 2000 件ぐらい。助産所で扱われている分娩の中で母体搬送されるケースが、おそらく 5～7% ぐらいなので、600～800 件ぐらいだと思います。いずれにしても、助産所分娩で 1 人お母さんが亡くなってしまうと、妊産婦死亡としては 8 ぐらいの数字になります。ですから、ローリスクを扱っておられるといつても、安全性に関して、ハイリスクを扱っている医療機関とそんなに変わらない数字が出てしまっている。

それで、先ほどの安全性と利便性をどのように確保するかということに関して、産婦人科学会で考えておりますのは、正常産がうまくいかないとき緊急に赤ちゃんに生まれても

らうための処置である帝王切開がちゃんとできる、そういう単位をきちんと決めていこうという考え方で、それぞれの地域に、どういう形のグループでもいいですが、限られた時間の中に帝王切開ができるような仕組みを作っていこう。それを、地域ごとに集まっていたら、その医療圏が形成されるような形というのを考えています。

それで、先ほど地域医療計画の話がありましたけれども、その地域医療計画の中で、それぞれこういうシステムができていて、グループが作られているということ、評価していただければという考え方でおります。

あとは、地域の基幹病院としての地域産婦人科センターという、24時間体制で労働条件も良くて女性医師も継続的に働けるような病院を、各地域にできるだけつくって行って、そこでみんなが働きやすく働き続けられる環境をつくることによって、産婦人科医の継続的就労を図っていこうという考えです。

ただ、そういう目標に向けて、今いる産婦人科医たちがとにかく続けていかなければいけないのですが、今どんどん辞めている状況ですので、その辞めている産婦人科医に辞めないでいてもらうということが、いま本当に緊急の課題だと思います。

まず一つは、病院の産婦人科医が逃げ出さないようにする。これは一つは、先ほどお話がありました医療紛争に関する問題を解決すること。それから、勤務医の勤務条件の問題で、条件を良くするというのと、報酬体系をもう少し勤務内容に応じて、働く人はちゃんとそれが報われるような形にさせていただかなければならない。

あと開業医のほうで、いま分娩を47%扱っているわけですが、その分娩取り扱いをやめない、やめさせないということが、いま地域医療の中では本当に重要であろうと思います。ですからこれは緊急課題で、安全性の問題とかそんな段階ではないと思いますが、看護師内診も、助産師が足りない現場では、よし悪しの問題ではなく、やらなければしょうがないという状況だと思っております。

それから、分娩量の適正化を可能にする条件整備が必要であろう。

それで、私どもの委員会で検討しております。なぜ産婦人科医が足りなくて適正に配置されない状況があるのかということで、ずっと言われていることを考えてまいりまして、一つひとつ、どうやって解決できるだろうかということを検討してまいりました。

それで今年の4月の段階で緊急提言としてまず出しましたのが、これはとにかく労働条件が悪すぎる、こんなところでは若い人は来ないということです。今、全分娩取り扱い施設、診療所も含めてですが、その71%は医師が1人ないし2人です。ですからそれを、少

なくともハイリスクを扱う公的、公立病院に関しては、3名以上にするというのを、まずやってきましょうということを申し上げました。

それから、これもこの12月から始まりましたが、それぞれの地方の病院は、そんなことを言っても全然人が足りません。潜在的に働ける先生がおられたら、何としても活用していかなければいけない状況であるわけです。そういうことで、学会のホームページを使いまして、それぞれの公的病院の産婦人科医師に関する公募情報を掲載するという事業を開始いたしました。

あと、この10月の末に緊急提言の2というのを。これは経済闘争ですが、とにかく、分娩施設のスタッフを整備して、その環境を維持するために、きちんとした労働条件を達成していただきたい。それが現実にはなかなか難しいわけですが、過剰な状態に対しては正当な報酬を与えていただきたい。それができるような分娩に関する施設の経営を行っていただきたいということでございます。

それで、集約化を進める上での問題点があるということは、先ほどもいろいろございました。特に、大都市圏はやろうと思えば何とかできるかもしれませんが、地方では、現実集める場所がない。あり得るとすれば、県庁所在地のような中心都市だけだろうと思います。そうした場合に、ではどうするか。先ほど千村課長のほうからもございましたが、医師の再配分ということを考えなければなりません。その中で、集約化が有効でない地域に関しては、社会的・経済的な優遇策を積極的に行う必要があるだろう。もう一つは、勤務条件をできるだけ均一化することも考えなければならない。これは、都市部の大規模施設と地方の小規模施設の間での医師のローテーション。昔の医局制度みたいなものですが、それをもう一度考え直す必要があるのではないかと考えております。その中で、何とか、医療資源の効率的運用を図る必要があるだろう。

それで、今100万強分娩ですけれども、15年か20年の間に80万ぐらいまでは出生は確実に減ってくると思います。80万分娩となった場合に、どういうことを考えるか。医療レベルの問題と、あとは勤務条件の問題を考えた場合に、基本的には大規模施設でハイリスクを取り扱うという体制を、各地域で整備していく。先ほどの地域産婦人科センターをより充実させていくことを考えるべきだろう。ただ、どうしてもそういう体制はとれない地域に関しては、小規模施設で、大規模施設とのネットワークの中で維持していかなければならないのではないかと。

そういうことを含めて、仮に計算しますと、大規模施設が400弱、小規模施設が700ぐ

らい、全体で 1000 カ所ぐらいということになります。1000 カ所ぐらいの施設で産婦人科医が 6000 人ぐらい、助産師が 2 万数千人。そんなに非常識な数字でもありませんが、これを組むことができれば、一応お産は何とかできるのではないかと。もちろんこれだけでは、多様な実際の住民の要求に応えることはできないと思いますが、これに診療所と助産所の有機的な連携を加えれば、進めていけるのではないかと。一応机上の空論ですが、机上にはこういうことがございます。

ただ、その場合、ここは 1000 カ所ですので、今、減ったとって 2900 なので、それで良いのかどうかということは今後検討していただかなければいけない問題だと思っています。以上でございます。

岡村 どうもありがとうございました。これで演者の先生方のお話をお聴きしたところであります。一人ひとり、たいへん専門的な立場からいろいろなことを教えていただいたと思います。

ここで休憩ということになっていますが、45 分頃から、予定で 4 時半ですので 45 分間になるかと思いますが、議論をしたいと思います。ではちょっとお休みします。

#### < 暫時休憩 >

岡村 演者の方々、申し訳ございませんが、壇上にお上がりいただいて、そろそろ議論を開始したいと思います。

最初、いろいろな方面の方々から発表をいただきましたが、私、班研究の主任といたしまして今までの経緯を考えますと、産婦人科医療が大変だということに関する認識は、ある程度、広く国民の間に広がってきたのではないかと思います。そうしますと今度は、この状態に何をしてくれるんだと。何をしてくれるのかということで今日はいろいろな立場でお話をさせていただいたということでもあります。

いま質問をたくさんいただいておりますが、そこに久保先生が立って待ち構えておりますので、まず久保先生から一言質問していただいて、それから始めましょう。お願いします。

久保 国立成育医療センター産科の久保と申します。国立成育医療センターと申しますとナショナルセンターですけれども、実際的には総合周産母子センターではございません。年間に 1600 の分娩をやって、3 次救急の大学病院から 4 次救急の救急をやっている病院

で、胎児医療からすべてやっております。日本全国から患者さんが来ております。いいことは、聖路加を抜いて満足度の高い病院の第1位になったということがあります。

今日聞いてびっくりしました。行政がまったく理解をしていない。特に千村さんに僕はショックを受けました。

いくつか聞かせてもらいたいのですけれども、厚生労働大臣も発表した、産婦人科医が足りないという話。これは、「すこやか親子 21」で僕は何年間もずっと続けて言っているのですが、なぜ、お産をやっている医師の数で分娩数を割らないんだ。すべて産婦人科医師数です。

先ほどの海野先生その他の統計がありますけれども、65歳以上の人が3分の1、産婦人科でお産をしていません。そして、女性の医師はやっておりません。それだけではなくて、婦人科をやっている、生殖内分泌をやっている人は、お産をしていません。ですから、分娩をやっている数というのは、べらぼうに少ない産科の医者がやっているわけです。その実態を、なぜ厚生労働省は数としてつかまえないのか、調査をしないのか。この5年間ずっと僕は「すこやか親子」で言い続けてきましたけれども、母子保健課は一切対応しませんでした。ですからそれがまず、皆さんがわかっていない一番の原因です。

2番目としましては、この間の奈良の事件があったときも、奈良県を含めて六つの病院には総合周産母子センターがなかったから助からなかったのか。そういうバカな話をしました。たぶん会場の皆さんもわかっていないと思いますが、総合周産母子センターは母体を助けられません。母体救急には対応しておりません。明らかなことは、設置基準を見てもらったらわかりますが、母体救急をやるMFICUという部屋は、部屋の広さと看護師さんの数だけです。麻酔科もいません。脳外科医もいません。挿管もできません。人工呼吸機の管理も集中管理もできません。そんなところができるはずがありません。それが、母体救急ができると、なぜあのときに厚生労働省は発表したのか。

ただ、僕はそれはいいことだと思います。総合周産母子センターが母体救急ができないことがわかったから。総合周産母子センターで母体救急ができるのは、救急救命センターを持っている、例えば横浜市大のような病院。それから、都内で言えば、総合病院で持っている病院。それと総合周産母子センターと一緒にある病院は、ほとんどありません。

この話は、実は前から根があって、総合周産母子センターの最初のドラフトを長屋先生が書いたとき、僕も一緒に書いたのですが、そのときには母体救急を入れておりました。麻酔科の数とか。しかし削られました。なぜか。NICUをとりあえず作りたいから、それ

をのけないと施設ができないからと言われた。その政策の失敗が、現状にきているわけです。

それから、飯野さんが、奈良の事件もそうやられました、19施設で断られたというのは、少ないなと僕は思いました。うちの施設に搬送依頼が来るのは、神奈川県とか埼玉県とか千葉県から東京都内、全部断られて、うちに依頼があるわけです。そうすると、25件、30件は当たり前です。「先生のところで25件目、30件目です」というのは、それが東京都内でも日常に行われています。だから、19件でびっくりすること自身がおかしいです。そのことをマスコミは伝えていない。マスコミは、警察の報道であるものを、金太郎あめのような同じ情報を流して、洗脳しかしていないわけです。

ですから一番の問題としては、今の問題の、千村さんにもう少し正しい統計を出して国民に喚起してほしい。

最後にもう一つは、労働条件を、厚生省と労働省が厚生労働省になったときに僕はすごく期待していたんです。きっとこれで医師の待遇は改善されるだろう。先ほどの32時間労働は当たり前ですよ。1週間100時間以上の労働、僕は当たり前ですよ。労働基準法はないです。それを産科医はみんなボランティアベースでやっているわけです。千村さんの属するところは雇用均等、労働省関係の局長ですよ。ですから、本当にそこにメスを入れてくれないと、この話は全然解決しないと思いますが、千村さんと飯野さん、いかがでしょうか。

岡村 千村先生のほうに、今の正しい統計のあり方。久保先生のは労働条件に対する対応ですね。それをまずお答えいただけますか。

千村 労働条件と……。

岡村 正しい統計のあり方ですね。

久保 産婦人科医数で分娩数を割るという、ふざけた統計。

千村 今まさにご指摘をされたようなことがあるものですから、私は、代表的な数字としては発表はさせていただきましたが、これが日本国内のすべてを反映しているものとは思っていませんということを申し上げました。まさに今先生がご指摘になったような点もあるものですから、そのところは数字をもう少し細かく申し上げればよかったのですが、これから発表の仕方を注意したいと思います。

それから労働条件の点ですが、これはいま私の口からどこまで言えるのか、立場がいろいろありますし、なかなか難しい点もあるとは思いますが、いろいろなご指摘をされてい

ることは確かでありますので、それは厚生労働省として今後どう対応するかということは考えていかなければいけないだろうと思っています。

岡村 それから、千村先生のお話の中で、都道府県単位で事業を展開しなさい、その中に医療対策協議会をつくってやりましょうというお話があったと思います。実際、都道府県がコーディネートするということをやっているのですが、現場に行きますと、都道府県単位の行政のほうでの温度差の違いというか、そういうものがかなりあると思います。そういうものに対して国はどのくらい都道府県を指導していけるものなのか、お話をいただきたいと思っています。

千村 従来から、先ほど申し上げました医療計画というものを各都道府県が作るようになっていまして、これについては国に報告をしてもらっています。ですから、各都道府県が医療計画をどう作っているかということは、国は把握できる状況になっていますので、それぞれの地域がどう考えておられるかということはこれまでもわかっていました。

医療計画の中で、特に先ほど申し上げましたのは、これまでは医療計画というのとはどちらかという、各医療圏で、例えばベッドがいくつ必要であるとか、そういったことについての計画が主流だったわけですが、これからは、例えば分野ごとの、小児科医療とか救急医療とか産科医療とか、こういったものについてどんな体制をそれぞれの都道府県が作っていくかということを書き明かしていただくことを定めていますので、これによって、各都道府県がどんなことをお考えになっているのかということは、国は知り得る立場になる。

さらに申し上げますと、各都道府県に医療対策協議会をつくっていただくということを法定化しました。それから、例えばこういったところに対する国の立場で中央会議というのをつくることになっていますので、ここから、いろいろな点で具体的な助言なり援助なりをすることができるように、今回の法改正でなっています。

こういった点で、各都道府県と国との間の連携・協力というものをこれまで以上に進めていくことにしたいと思っています。

それから、もう少し細かいところで、例えば先ほどご指摘がありました総合周産期母子医療センターを中心にした周産期医療ネットワークの点ではありますが、まさに今ご指摘になった奈良のケース、ああいったものを我々としては教訓として、例えば総合周産期母子医療センターとして持つべき機能というものが、今まで国が言っていたもので十分であるのか、あるいはそれ以外に必要なものであるのか。今ご指摘になったような点というのは具体的



に必要なのだらうと思います。

ただ、いま総合周産期母子医療センターに指定されている医療機関がすべて、自分たちの中だけでそれを持てるのか、あるいは地域の中で連携・協力する中で構築をしていっていただくのか、そこはそれぞれの地域で考えていっていただくことだらうと思っています。

19 医療機関に連絡を取られたということも、ある意味では、各医療機関が、例えば NICU なんか持っても相当いっぱいになっているという状況もあります。これがこれからどう解決できていくのかということは、今までの仕組みの中では解決できない問題というものも非常に多く含まれているだらうと思っています。このへんについてはこれから検討し、取り急ぎ対応していきたいと思っているということを、付け加えさせていただきたいと思っています。

岡村 どうもありがとうございました。千村先生から少し飯野先生のほうに。これは千村先生にも同じような質問が来ているのですが、要するに、医療の受け手側が何を望んでいるのかということ。今日のフォーラムもそういう意識があるのですが、こういう調査は国ではなさっているのかどうかということ。

それから飯野先生のほうには、医師側と家族側との対話が成立していない。要するに、医療の受け手側が何を考えているかということ、医師側が本当にきちんとわかっているかどうか、非常に疑問になっている。国の制度的にも、医者と患者さんとの関係もそうですが、医療側と医療を受ける側の対話が成立していないのではないかとことです。なぜそんなことになっているのか、それをメディアの立場から少し教えていただきたいということですが、いいですか。

早乙女 質問させていただきました産婦人科医の早乙女です。今日は、こういったそうそうたる先生方がいらっしゃるのに、この立派な安田講堂がなぜ埋まらないのかということが、最大の問題点だと思います。本当にこれだけ危機に追い込まれていて、受け手側も困っているはずなのに、この場に来られない、あるいは、この情報が普通の人に伝わっていないということ。

そして、私がお伺いしたかったのは、飯野さんのお立場で、ドクターの大変さも十分ご存じでしょうし、何か医療事故が起こった患者さん側のこともご存じだと思いますが、その乖離の部分というのがどこにあるのかということ、メディアの立場で一言教えていただきたいということなのですが。

飯野 本当に非常に難しい問題で、取材をすればするほど、そのコミュニケーション

をどう取るのかというのは、本当にハードルが高いと思います。ただ、患者の側も、以前に比べると、ずいぶん勉強できる環境もできてきましたし、インターネットでいろいろな情報もあるので、自分たちの病気とか自分たちの状態を知った上で専門家の方と話をするという環境はできてきているので、患者側がちゃんと勉強できる環境を支援する環境をどう作っていくのか。これは、お医者さんたちは非常に忙しいと思いますので、例えば私などは、病院の待合室とか診療ではないところで、ほかの専門家の方たちが間に立っていただいて、確認をしてくださるとか、情報をフォローしてくださるとか、そうした仕組み。薬剤師さんもいらっしゃるでしょうし。そういう方たちの支援が必要ではないか。

お医者さんたちも、非常にお忙しい中でやっていらっしゃるのですべて 100%自分でおやりになるのは難しいと思うので、中間的な役割の方たちがいるのではないかなという気がしています。

ただ、いつも、どこに行っても、両方から……。お医者さんたちからも、「患者はわかっていないんじゃないか」。患者の側は、十分説明できないということで、結局不満だけで終わって、そっぽを向いている。ですから、やっぱり本音でもう一回話し合っ、どうするのということは仕組みとして考えて、国のほうにきちんと仕組みを作ってもら。診療報酬上手当をすとか、それはやっていかなければいけないなどは思いますし、私たちもちゃんと言っていかななくてはいけないなどは思います。

早乙女 ありがとうございます。メディアの方たちはかなり努力をしてくださっていて、医療側の大変さとか逆の立場の方の声をいろいろなところで……。今年1年見てきて、私は、かなり伝えられてきているような気がしていたのに、今日この会場の寂しさを見て、本当にもったいないなと思いました。それから、こういう場をせっかくつくられたのであれば、警察関係の方から消防の方から民間のほかの方まで、なぜ呼びにならなかったのか。先生方だったらできたんじゃないかなと思います。

私は再来週に、民間の側から、「どうする？ 日本のお産」東京ファイナルを開催する立場にいまして、先生方、お忙しいと思いますが、ご参加いただけたら、普通のお母さんが、普通の子どもたちが、これからお産する人たちが、何が必要なのかということがおわかりいただけるかと思いますので、ぜひご参加いただけたらと思います。ありがとうございます。

岡村 よろしいですか。一言。

武谷 せっかくマスコミの方がおられまして、我々なかなかマスコミの方とお話しする

機会がないのですが、ドクターと患者さん、医療を受ける人と供給する人との相互の信頼関係がないということは、本来の医療が実践できず、お互いに不幸なことになる。昨今、患者さんのほうは、全体として、医療に対する不信がますます募っている。一方、医師のほうは、非常にディフェンシブになって、危険を避けたいと。産科医師の不足というのはまさにそういうことの反映ではないかと思えます。

マスコミはやはり、本来の正しい両者の関係を構築するように働いていただきたい。確かに昨今、医療サイドのことはかなり客観的に記事に報道していただいていますけれども、多くは、およそ医師側の過失とか医療ミスとは関係ないレベルで、こういう気の毒な患者さんがおられた、こういう不幸な方がおられるという報道がかなり強調されて、それが医療全体に対する不信を招いている。そのようなこともあるので、マスコミに対して、個々の気の毒なケースを紹介するのはいいのですが、それが、世間が医療に対する不信感を増幅するような記事にならないようにしていただけないか。それが、ほとんどの医師が望んでいるところです。よろしく願いいたします。

岡村 マスコミの問題をどなたかほかに。久保先生。

久保 これはたぶん岡村先生が委員長で、今年僕が調査させていただいたのですが、先ほど飯野さんが言われた医療の不確実性という問題で、全国でお産をやっている病院、救急救命センターに、簡単に言えばゴキブリ1匹見つけたら何匹ゴキブリがいるかという調査です。すなわち、妊産婦死亡1人に、どれだけ死にかけた人がいるか。明らかに子宮を取ったり大量輸血をしたり救急救命センターをやったりレスピレーター管理をしたような妊産婦さんを見ると、私たちは2004年1年間で32名の母体死亡を集めたのですが、そうすると約2300名で、すなわち、1人の妊産婦死亡に対して73人の死にかけた妊婦さん。これで計算すると、180分娩に1人は、妊婦さんは死にかけるわけです。それがいろいろなことで助かっているわけです。

こういう不確実性の話というのは、私たちには非常に当たり前なのですが、報道されないというか、わかってもらえていない。その不確実性をわかってもらえないことが大きな問題になっていると私は認識しているのですが、いかがでしょうか。これは報道の問題だと思います。

飯野 確かにおっしゃるとおりだと思います。これは妊産婦だけではありませんが、一つの医療を受けるときに、ある程度のリスクなりがあるということを、たぶん個々の現場では、手術を受けるときとか、患者さんはお医者さんから説明は一応受けているのだと思

います。例えば、1%ぐらいはこういうリスクがあるよとか、2%ぐらいはリスクがあるよ。みんな聞いているのですけれども、自分のことだと思っていないところもあるので、まさか自分がとってしまうところがある。

それは本当はそうじゃないんだよということも私は最近時々言うのですが、そうすると視聴者の方たちから、「何だ。安全で当たり前じゃないか」。そう思っている方たちが非常に多いことは事実です。それをどう変えていくのかというのは非常に大きな課題でありまして、それは私たちの役割も非常に大きいと思うけれど、やっぱり学校教育なり、本当に教育レベル、義務教育のところから、医療の内容とか社会保障、税を納めるとかそういうことも含めて、もっと根本的に教えていかなければいけないことがあるんじゃないかなという思いは非常にしています。先生がおっしゃるようにマスコミもしっかりやらなければいけないことは当然だと思っております。

久保 まったく賛成で、僕は死生観だろうと思います。死んでいくということが一般の中でわかっていないから、こういう認識になっているんだろうと思っています。

岡村 飯野さんは、もちろんマスコミの立場ということと、それから医療の受け手側の一般市民の代表ということでもこのフォーラムに参加していただいているのですが、受け手側の市民、地域住民の立場として、今の、要するに産科医療が大変だ、集約化しなければいけない。こういうものを地域に説明しなければいけないということなのですが、今の現状はこうだと言うようになって、例えば、産婦人科医療は分娩施設がこういうふう集約化されて地域からなくなりますよという説明はどなたがするべきかという質問が来ているのです。地域がするべきなのか。今の現実には、例えば産婦人科の私たちが行って説明しているわけです。そうすると、これは大学のエゴだとか、そういうようなことで引き揚げていくようなことになるのですが。

飯野 心配になるのは、医療側からそういうふうにも言われても、その後のフォローをどうするかとか、やっぱりこれは地域の問題なので、お医者さんと行政の、例えばお金を付ける、宿泊の費用を補助するとか交通費を補助するとか、それは行政で税金を使ったりしなければいけないので、医療側から言われても……。医療側の説明も、地域全体でということと言うと、行政も一緒になって考えた上でこういう決断をしたんだ。このためにはこういう対策もするんだよということもきちんと、それも併せて言っていたかないと、不安になってしまうということなんです。だから、医療側の議論だけで言っていたとしても、じゃあどうすればいいんだろうというところにどう答えてくれるかということなんです。

岡村 たぶんそういうことで、地域医療協議会というのはそういう立場なんですかね。

千村 まさに今ご指摘になられたとおりで私は思います。そういうこともあって、私はいちばん初めに、関係者にどんな人がいて誰がどんな役割を果たすんだろうということをあえて申し上げたのです。そういう意味では、今日私はこの会場で、実を言いますと、細かい、各地域でどんなことをやったらいいとか、そこまで踏み込むつもりは初めからなかったのです。

決して国が逃げると言っているのではなくて、これから、今まで以上に、都道府県がどんな役割を果たしていくのかというのが非常に大きなポイントになっていると私は思っています。これは今の私の立場だけではなくて、これまでの数少ない私の経験からも、都道府県がどういう役割を果たすかということは非常に重要になっていて、今、まさに地域の住民の皆さんにご説明するときに、先生方と都道府県の担当者が直接出て行ってご説明をするということを、一つひとつのいろいろなことでやる努力をしていかなければいかんということを、あの発表の中にこめさせていただいたというふうに理解していただけるとありがたいと思います。

岡村 遠藤さん、何か。

遠藤 私もいま都道府県の話をしようと思っていたのですが、2週間ほど前に山梨県も、産婦人科医会の主催で、地域の産科医療をどうするのかということディスカッションしました。そのときも、広報の仕方もちよっと悪かったのか、妊産婦さんが20人ぐらい見えていましたでしょうか、医療関係者のほうが80人ぐらいで、100人ぐらいのフォーラムをしたのですが、そのときに、ある医師がこのようなことをおっしゃいました。

つい数日前に、夜中の2時に緊急帝王切開した。それはずっと経過を見ていて決断してただけけれども、翌日の午後ぐらいになって状態が落ち着いてほっとしたら、ご主人が見えて、もちろん事前に帝王切開の必要性を十分説明して、ちゃんと承諾書も取られているのですが、「ゆうべの帝王切開はちょっと早かったんじゃないかと思うんですけど」とおっしゃった。それを聞いたとたんに、どっと何十倍も疲れが出て、診療所の廊下にモニターのデータをずっと広げて全部説明して、本当に悲しくなって、こういうことが積み重なるとやりたくなくなるんだという話をされたんです。私はそのとき、その先生のお気持ちがとてもよくわかりました。

ご主人は、帰っていろいろな人にそういうふうに言ったら、医療のことをちょっと知っている人もいたりして、周囲の人も「なんでしたの？」とかいろいろなことをおっしゃっ

て、言ってみようという気になって、言われたのかもしれませんが、帝切になるまでの経過で、その医師だけではなかったはずなんですね。そこにかかわっていた看護師や助産師もいたと思いますし、終わった後も、レビューといいますか、無事に終わったところで少し振り返るチャンスとか、いろいろあったと思うんです。そういうきめ細やかさみたいなものが……。終わって安心というところであったので、これは必ずしも産科医師の責任でももちろんないし、そこにかかわった人たちが要はそういうことが足りないんだということ、私はその事例を通して感じさせていただきました。

それは本当に1例1例、その人にとってみれば一生に1回か2回の話ですから、言われるのも当然だ。だけど、産科医の先生も、そのときちゃんと一生懸命やったということで自信を持ってすくっと立っていてほしいなと思いますし、我々助産師も、そういうときこそちゃんと埋めなくて、助産師は何をしていたんですかというふうに私は思った。そんなことがございました。

岡村 集約化の問題では、北海道の石川先生がかなりご苦労なさっているのですが、地方自治体でかなりいろいろやられて、政治が入ってやらなければいけない部分というのがあるかと思いますが、そういうことも含めて、先生、ご意見を。

石川 先ほどから話が出ています、地域の住民にどう説明するかということですが、先ほど私がお話ししましたように、やはり明確なデータを地域住民に情報公開すべきだと思います。ここはこのぐらい死亡率の高いところであるということを知っていただかなければならないということ。

それから、この地域で分娩ができなくなるということについて説明は誰がするかということは、我々医療関係者も当然その地域の説明するのですが、それだけでは納得されませんので、当然、千村さんがおっしゃいましたように、その地域の市とかそういうところが、説明責任もありますし、説明する。それから、交通費を支給するとかそういう対応もしなければなりません。ですから説明においては、地域住民の理解を得るためには情報公開と、行政と我々医療提供者と、そこに当然住民が入ってこなければなりません。

ただ、一つの問題点は、国が地域…?…投げかけるのですが、僕が最後に言いましたように、地域だけではできない可能性があるんですね。根本的に産婦人科医がいないという問題がある。それを全部地域の都道府県に投げられて、全部都道府県が対応できるかという、そこが難しいところなので、そこに国としてのもうちょっと強力な指導が今後必要ではないかと私は思います。

千村 我々の間で質問してもいいですか。具体的にもう一度、どんな指導が必要かというののは。

石川 まず近々のことに関して言えば、住民の方への交通費・宿泊費の支給。そういうことはいろいろな対応で可能だと思いますが、北海道とかそういう地域に産婦人科医の絶対数が足りないということについて、地域の市町村だけではできないのではないかと思います。道だけでも。そういうところにおいて、前に出たと思いますが、国が、地方のへき地とか山間の医師をしなければ開業ができないとか院長になれないとか、そういう仕組みが一回出て、頓挫しましたけれど、そういう対応も考えていただかないと、地方では難しい問題があります。

千村 後者につきましては、例えば職業を選択する自由であるとか、個々のお医者さんの立場からすると、ご自分たちがどこで働くかということについて選択するというのは基本的に自由があって、そういうことを前提の議論だとすると非常に難しいかなと思いつながら、確かに、今ご指摘があった点については一度議論になったことがあります。法律として決めることなのかどうかというのものもあるのですが、そういった制度をつくる必要があるのではないかという議論も、実は相当な程度のところまで行ったことがあります。しかし、結局、医師個人の自由との関係を考えて場合に、今の時点では制度化はなかなか難しいだろうということになったというのが、今の状況であります。

ただ、そこで、医師の数を含めて、例えば今回、医師不足と言われている地域に限定して大学の定員を、ごく一定の期間に限って増員できるようにした。これも方法論等々についてはご批判がいろいろあることも我々は承知してはいるのですが、そんなところも対応したり、それから、これは県レベルの話にまた戻りますが、各地で大学の定員の中の一定程度については、卒業後できる限り自分の県にとどまっていたくような対応をされるということも考えられております。こういったことも含めて、特に医師確保のことに関して言いますと、国でできることであればご協力していきたいと考えているところはございます。

それから前段の、例えば交通費の支給の問題とか個別の問題に入り込んでいくと、いろいろ細かい問題はあるのですが、このへんについても可能なところは、できる限り努力をしていきたいとは思っております。例えば交通費等々に関して言いますと、厚生労働省ではないところでやっているもので対応ができるものというのものもあるかもしれませんが、そのへんのところは、国もちろんそうですが、地方の行政をやる立場の人間、特にこの分

野の仕事をする人間が、この分野の仕事に限らず幅広い行政の知識を持つというのも非常に必要であって、そのへんが、我々国の行政官、それから地方の行政官を含めて、非常にとは私個人的に言いづらいのですが、勉強不足のところはあると思っています。

岡村 ありがとうございます。ちょっと話題を変えて、助産師さんの問題に移りたいと思います。助産師さんというのは、正常分娩は扱っていいことになっていますが、医療行為はできないわけですね。そんな中で、助産師さんが非常に足りない。そして、院内助産所ではなくて助産所の中となりますと、医療行為ができないわけですから、助産所のデータでは4%でしたか、帝王切開が必要だった。ローリスクのところではそういうのがありましたけれども、そういうことの問題。

それからもう一つは、いま非常に問題になっている保助看法の問題で、それだけ助産師さんが足りないのだから、看護師さんが内診するのは仕方がないんじゃないか。今の緊急的な処置として仕方がないんじゃないかという問題も出てきました。そういう問題に関して、緊急的なものとして、助産師さんとしてはこれから何をやっていったらいいのか。

それからもう一つは、助産師教育のあり方。いちばん最初に出しましたね、いま分娩は平産10例をやらないといけない。お産も少なくなっているのに、なかなかそれをクリアできないという問題。いろいろ出てきていると思いますが、そういう問題も含めて、いかがでしょうか。

遠藤 一つは、これだけでも大きな議論になってしまいそうで、中途半端な言い方はできないかなと思っているのですが、やはり免許というのは、それに見合うだけの教育と試験を受けて成り立っているというところでは、助産師に関しては、もちろん内診に関してはきちんと教育の中で行われていますけれども、看護教育も、実は私担当しておりますので申し上げますが、現在、2単位の授業と2単位の実習という4単位の中で、褥婦さんのケアに関しては確実に教育の中でも押さえております。

ただ、これも実は非常に困難を極めております。といいますのは、看護を学ぶ学生は年間5万人でございます。助産師の学生は1500人というところで、5万人の学生に2週間ずつ実習をしていって、例えば内診に関して学習の中で入れておくということは、おそらく不可能に近いだろう。

ですから現実的には、医療の質を担保するためにも、助産師が本当にいないかといったときに、現在働いている助産師は2万6000人ですが、免許の発行数が4万7000でございます。そういう意味で言いますと、かつて医師のうち15%が産婦人科医であったのが、現



在は全医師数のうち4%ですか、1万1000人弱。その割合を考えると、それと似たような現象で、助産師は看護師の免許も持っておりますので、昔のようにダイレクトではございませんので、確かにマックス4万7000人、うち2万6000。その人たちが、産科領域に戻ってくるためのインセンティブというのは、やっぱりそれなりに付けないと。

まさにこれは、なぜ医師全体の中で産婦人科を選ばないかというのと根っこは非常に似ているところがございますので、そういう意味では、今日のディスカッションもぜひ助産師に応用できないだろうかという形で、助産師の資格を持っている人は、魅力のある形に引き戻していきたい。

先ほどもお示ししましたが、データ上も、免許を持っている人の65%ぐらいしか働いてきませんし、なおかつ、先ほど奥田先生のおっしゃったとおりで、同じように助産師を持っていれば看護師全般の中よりも、出産のあるときは非常に拘束がかかったりとか過重な労働になってくるので、内科や外科の診療科で働きたいというような状況になってきているというのが実態でございます。

それから教育に関しましては、10例というのは、本当に基礎教育で10例しなければいけないかという、現実的に減らすと質が落ちるみたいな議論で消費者の皆さまから非常にひんしゅくを買うので、今、エビデンスを出そうと思っております。これは本当に私個人の印象と取っていただいて、日本看護協会が言っているわけではありませんが、7例ぐらいの修了到達度と10例でそんなにすごく変わるわけではございません。これに関しては、もちろん、また追って方向性を近々に議論していかなければいけない課題と思っております。

岡村 ありがとうございます。海野先生、今のことで。

海野 いろいろな制度的なことで人を育てていくことはどうしても必要なことだというのはもちろんですが、今の問題というのは今の問題なんですね。それで今、産婦人科医たちが、特に現場でお産を扱っている産科医たちが、もうやめようとしている。足を引っ張るようなことが山のように起きていますから。やめようとしているこの状況を何とか変えないことには、制度を変えて人を育ててとやっても、それ自体が成り立たないというのが、今の状況だと私は認識しております。

そういう意味では、今を維持するために何をしなければならないのかという議論も同時にしていかなければいけなくて、その中では、今までやってきた診療というのをそのまま続けられるのであれば続けていただかないと、極めて危険な状況になっているというふう

に私自身は考えております。

久保 よろしいですか。今の話でうそがあると思うんです。というのは、7例でどうこうというのですけれども、うちも80人ぐらい助産師が来ますが、新卒の助産師はまったく使い物になりません。お産ができません。内診ができません。1年間教育してようやく内診ができればいいほうです。2、3年かかります。

なぜ彼女たちが、僕たちのような日赤とか大きな病院に来るかといえば、できないからです。できないから、一人で一般の診療所に行けないのです。だから大きな病院に行って教育してもらおうと思うんです。まったくできません。使い物になりません。周産期のネットワークに入りません。

もう一つ大きな問題は看護大学です。今、助産婦学校からどんどん4年制大学に変わっています。4年制大学は、5カ月で2、3例お産をとって助産師になります。看護大学がうちにも来ていますが、5カ月で2、3例お産をとって、それだけで試験を受けます。そしてその中で、10例も当然とりませんし、その人たちはまったくお産ができません。ですから、これからどんどん助産師学校がなくなって看護大学に持っていけば、新しい助産師さんはどんどんお産ができなくなります。

ですからこれは教育ではなくて、10例とか7例の問題ではなく、100例とか200例の問題だと思います。だから、むしろ、駄目だったら助産師を取ってからでもどんどんお産をさせればいいし、その時点で免許を与えたらいいと思います。教職ではそういう人がいっぱいいますので、実際の現場には出てきていません。ですから助産師さんが、いま先生のおっしゃるようなことは、現実には起こってきません。海野先生がおっしゃるほうが正論だろうと思います。

岡村 どうぞ。

早乙女 議論が尽きないと思いますが、海野先生、いま緊急事態はわかるんですけど、一体いつまで、何が変わったら、内診を看護師さんでいいじゃないかというのは終わるのでしょうか。助産というところに戻るので……。

海野 それは、だから、助産師さんが足りる状況になったらということだと思います。それは、現場で足りるということです。実際に助産の免許を持っている人が何人いるかというのは関係ないんです。だって、医者はいっぱいいて、医者は誰でもお産をやっていいんです。ですけど、産科医のちゃんとしたトレーニングを積んでという人でなければお産ができない。要するに現場にいなければできないんです。ですから、現場にいる人にちゃ

んと、全部のお産に助産師さんが付ける状況ができれば、何の問題もないと思いますが、現実にそうじゃないんです。そうじゃない状況を見据えた上で現実的な対応をしていただきたいというのが私の考えです。

早乙女 今、市中病院の中では、助産師免許を持ちながら看護師として働いている人がたくさんいますよね。そういう方に対してどういうふうにするのか。それから、潜在助産師をどう掘り起こすのか。それから、いま久保先生がおっしゃったように、看護教育、助産師教育のほうにも、少ないながら、失礼な言い方ですが、使える、即戦力のある助産師さんを、どれだけ今かき集められるのか。それがたぶん医師とのバランスになってくるんじゃないかと……。

海野 ですから、それはやるんです。それはやるんだけれども、現場にいない今の状況でお産が行われているわけですから、そのことを言っているんです。ですから、同時にそれをやっていきながら、でも現場は支えなければ、本当に壊れているんですよということを、申し上げたいんです。

早乙女 ですからそれはいつ頃までというか、どこの時点になったら……。すみません、私も医者なのですが、医師会側の、内診は看護師でいいじゃないかというのは、いつ終わるのでしょうか。医療消費者の自分の娘……。

木下 先生に伺いたいんですけれども……。

岡村 木下先生の……。

早乙女 娘が産むときに、助産がない出産現場にしたくない……。

木下 ですから、先生に質問したいのですけれども、我々日本産婦人科医会が、診療所における助産師の実態と分べん数がどのくらい行われているかというのを出しました。先生ご存じですか。地方で、すべての産婦人科の約9割の分娩をやっている施設で助産師がどのくらいいるのか、充足率はどうなっているか、そこでお産がどのくらい行われているかというのを、まず、ご存じですか。

早乙女 知っています。いませんよね。

木下 今、地方では、どんなに助産師を応募しても来ません。

早乙女 なぜでしょう。

木下 だっていないじゃないですか。

早乙女 数だけですか。

木下 そうですよ。まずいないじゃない。それからもう一つ言いたいことは……。

早乙女 数だけじゃない……。

木下 じゃあもう一つ伺いたいんですけど……。

早乙女 数だけじゃないです。

木下 じゃあ、地域でいま助産師が全然いないのが 18.9%おられます。そこで4万人の分娩をしております。そこから、どうやって助産師を集めますか。集めていますよ。実は、9割のところは応募しても来ません。

早乙女 なぜですか。

木下 いないですね。実際にいない。5万人から2万6000に減らしたじゃないですか。

早乙女 数だけじゃないんです。

木下 それからもう一つ伺いたい。だとするなら、そういう人たちに対してどういう対応をなさいますか。

早乙女 助産師が患者さんに寄り添うケアができるような……。

木下 そんな問題じゃないでしょう。現場として、地方に、青森県にいらっしゃってごらん下さい。そこでどういうことが起こっているか。みんな一生懸命、先生たちが朝から晩までみているわけです。

早乙女 質問。

岡村 ちょっと待ってください。どうぞ。

早乙女 しゃべってください、どうぞ。大事な問題なんです。

〇〇 申し訳ございません。我慢ならずには叫んでしましまして、たいへん失礼いたしました。助産師は選んでいるんです。だから行かないんです。その理由を受け止めていただきたいと思います。(拍手)

木下 もちろんそのためにいたします。我々としても努力いたします。しかしながら、そういう問題ではなくて現実として、いま地方では本当に助産師がいなくて、お産をとっている4万人の方たち、わずか1人か2人しかいないところでも十何万人、30万ぐらいの分娩をやっているんです。じゃあそれに対してあなたはどうかなさいますか。放っておくんですか。やめさせますか。

海野 地方であっても選ばれた病院に助産師は行っています。

木下 そういう？理論じゃないです。現実には毎日毎日のことですよ。その方たちはどうしますか。もしも、そういったことでやっちゃいけません……、朝から晩まで診療中に、産婦が来たときに、診療をやめて、全部診察しなくちゃいけませんよ。夜中も分娩を取り