

扱っているんです。ですから、診療の過程の中で陣痛が来たときにみて、なぜいけないですか。なぜ危険がありますか。そういうことを……。

〇〇 危険があるとまでは言っておりません。

木下 そうしてあげましょとなぜ言わないんですか。

〇〇 私の発言は助産師の偏在について申し上げただけです。

岡村 議論がちょっと……。

早乙女 ここがわかっていないから誰も来ないんですよ。それがわかっていないから、普通のお母さんは来れないんです。

木下 じゃああなた、地方に行って？診療をなさってごらんなさい。どれほど苦しんでいるか。そういうことを、あなたは恵まれているかもしれない……。

早乙女 地方の助産師の声も聞いています。

岡村 すみません……。

木下 そういう問題があるということを知ってください。

早乙女 今年全国回ってきました。各地の助産師の声を聞きました。

岡村 ちょっと待ってください。これは録音しておりますので、あまり感情的に話をしても録音になりませんので、少し理論的に冷静にお話ししていただきたいと思います。

木下 ですから、要するに実態というものがあるんです。理想的には助産師さんと一緒にやりたい。僕らは助産師さんは決して軽蔑していない。一緒にやりましょ、やりましょと言ってるわけです。

早乙女 どんなお産をですか。

木下 そういう問題じゃないでしょう。一緒に……。

早乙女 そういう問題を言ってるんです。そこだけ……。

木下 そんな感情論じゃないのであって、もっと診療……。

岡村 今日はお産の議論をしているんじゃないんです。お産論をしているわけじゃないので、すみません、飯野さん、そのことに……。

早乙女 それがわからなければすべて解決しないんです。

岡村 少しまとめてください。

飯野 現場を取材している立場と、利用者といいますか、出産をする立場からすると、やっぱり安全で安心で納得するお産をしたいという思いがみんなおありになるんだろうと思います。そういうふうな体制にしてほしいと本当に思います。

いま両者のお話、この話をやると必ずこうなるのですけれども、両方とも正しい面がありまして……。すみません、仲裁しようと思っているわけではありませんが。やっぱり助産師さんたちはいいお産をやりたいと思って、いいお産をやっている病院には助産師さんは集まっています。そういう取材をすると、来ていることも確かで、やっぱり自分たちのお産をやりたいという思いを助産師さんが持っていらっしゃって、それを生かせるような体制をつくっていく方向性は、お医者さんたちも寄り添わなければいけないんじゃないかと思います。

今すぐにはできないと思います。そうしたら本当にお産の現場は駄目になってしまうことは本当によくわかっているので、今をしのがなくてはいけないような状況に産科の医療がなっていることは理解した上で、でも、今どういうお産であるべきかということを考えている助産師さんたちはたくさんいて、それができないから、資格があってもお産の現場から離れていつている人たちがいるということも、考えてほしい。そういうご意見ではないかと思うんです。

木下 よくわかりました。その趣旨としては、理想的に助産師さんたちがこうしたいということは、よくわかっているんです。ですから、そういうふうなことを一緒にやりましょうということがポイントなんです。

しかし、現実的にはなかなかできない。できなくて、本当に人もいない、人口も少ない。しかしながらその地域をカバーしなければいけないという現実を、よく見ていただきたい。ですから、そのとおりに一生懸命、理想を目指すために、助産師を養成しましょう。いろいろやりますよ。しかし、今、こういうことのためになんで逮捕されなくちゃいけないんですか。そんなことは論外の話なのであって、そういうことは次元としては全然違う。

岡村 確かに、私も地方にいますけれども、理想論と現実はかなり違う部分があることは間違いないですね。助産師さんがいないところで、当然医師1人で分娩を扱っているところもたくさんあります。これはどうしようもないんです。いないものはいない。

海野 いいですか、すみません……。

岡村 その議論は……。

海野 いや、一言。

岡村 海野先生、最後にしましょう。

〇〇 私の考えは、理想のお産を追求していただくのは全然かまわないし、今までどおり続けていただきたいと思うんです。ただ、先生方が思われる理想のお産とは違うお産を

やっている施設が大多数で、その施設が現実のお産の大部分を今やっているわけです。その施設がつぶれているということを今言っているんです。ですから、その問題とはまた別の問題なんだということだと私は思います。

△△ すみません、よろしいですか。私は医者でもないし、主人が埼玉県で産科開業医をやっています。今日も、来たかったですけれども、代診も探せずに、私が事務長という立場なので行ってくるようにと言われて、参りました。

今うちは、地域の産科取り扱い施設として年間 500 ぐらいやっています。産科医は 1 人ですが、時々お手伝いの先生が来たり。助産婦は現実には、当直、24 時間体制は、絶対できるわけがありません。それが、いま内診が違法であるという報道によって、もうやめなければならぬという感じになっています。これが違法であると法律で言われる限りは、一般の産科開業医は続けていくことはできなくなります。法律に違反してまでやっていくことはできません。それで、これは本当に緊急の課題です。崩壊というのは、40%とか 30%、今やっている普通の地方の産科医にとっては、この問題が解決しない限り、死活問題なわけです。本当にやめざるをえないんです。法律で守られない限りは、やっていくことができません。

産科医不足というのは、うちは 20 年たちまして、今まで 35 回助産婦を募集してきました。魅力がない職場と言われればそれまでかもしれませんが、2 交替で非常に厳しい勤務ですから、助産師さんは、来ても来ても、みんな続けられません。いま私たちを支えてくれているのは、産科看護学院を出てくれた産科看護師です。ものすごくよく働きますし、内診というのは何千例経験しています。それはあくまでも院長の監督指導責任の下でやっている内診です。院長も、自分が全部責任を取りますから、お産はすべてドクターの取り上げです。それで今までずっと無事故でやってきました。緊急の帝切も対応してきました。

けれども、今ここに来て、もうこういうのはやっては行けないんじゃないか。集約化の問題と内診問題で、存続しては行けないんじゃないかと感じています。いつ閉めようかなと思うときに、500 人いる患者さんをどこに持っていったらいいかというのがわかりません。それはお産難民になることです。患者さんたちは地域の患者さんで、すごく満足してくださっています。皆さん、「ここでまた産みたい」「ここで産んで良かった」と言って帰ってくれているのです。その方たちに、「もうやめますから適当なところに行ってください」と言うことはできないんです。

せっかく集約化を進めていて、戦後、助産所から一般の診療所に移って、安全なお産がかなり達成できたところで、集約化だ内診問題だ、そこが全部つぶれる危機にさらされているんですね。そこをつぶしておいて、何千人もいる産科開業医ができなくなった状態で、崩壊はどんどん進んでいく中で、この内診問題がいつまでも棚上げされていたら、本当に加速していただけないですね。

ですから、ぜひ、厚労省の見解と、助産婦さんが内診は絶対看護師がやってはいけない、助産師の聖域だと思っているのかということと、木下先生に、9月25日に出した厚労省への看護師の内診を認めてほしいという要望がどこまで進んでいるのか、今日はどうしても聞いて帰りたいかったです。お願いいたします。

□□ 本当に小さい一開業医なんです、今の方のおっしゃることが本当に切実に……。私も、今日その結論がいただける、少なくともそれに近いものが何かいただけるかなと思って期待して来ているんです。私、子ども2人が産婦人科を一応選択しました。上の娘が、実は産科は取ってほしくないというのが私の願いだったのですが、親の背を見てという環境にありまして、取りました。選択したときは、本当はうれしかったです。そして息子も、これから産婦人科を選ぼうとしています。武谷先生にお世話になろうとしております。そういう立場にありまして、私、今日は、先ほどの方もおっしゃいましたようにそうそうたるメンバーが出席されておりますので、もう少し大勢の方が出席されるのかと思って来たのですが、この実情は何なのだろうというのが実感です。よろしくお願いいたします。

岡村 今の問題で先生がお答えして、この内診問題に関することはおしまいにしたいと思います。

木下 我々、この現状に対してお互いに譲り合おうじゃないか。こういうふうに理想的に、助産師方のお立場もよくわかるし、我々と仲良くやっていきたいんだ。安全な医療をやりたいし、快適性も含めたことをしましょうというのが、基本的な考え方なんです。しかしながら現状として、お互いに譲り合いましょうということは、いま非常に緊急的などときには、助産師さん方ですら、もしも看護師さんしかいないなら私たちが内診を教えてあげますよと、なぜ言ってくださらないのか。お互い助け合って、より良くしていきましょう。

その次には、我々医師サイドとしても、診療所もそうですが、助産師さんにはいつでも来てほしいと。確か遠藤先生が、先ほど大事な指針を出してくださいました。診療所の助産師さんたちの活用の仕方というのを教えてくださいました。そういったことも含めてや

っていこうというところなのであって、お互いが……。助産師たちが、理想的なことはこうなのでこれはいけないんだということは、あり得ない話なので。いま作っていこうとしているわけですから、そういうふうなことでお互いの意見を集約して現状を打開していこうと。

例えば、先ほど脳性麻痺の話をしていただきました。これも一つの手なんです。何でもそうですが、本当に緊急な状態。ある方たちは恵まれた環境にあるかもしれません。しかし、そうではない方たちのためには、何とか救って、より良いものにしていきましょうということなんですから、譲るときは譲り合おうじゃないですかということなので、それはぜひご理解いただきたいと思います。論破する気はさらさらないので、そういったことをして皆さま方からコンセンサスを得た上で、助産師さんの力も借りたいし、我々が足りないところは皆さん方の力を借りたい。

そういうことで、法律的なことに関しましても、一介の看護課長通達のためにだけそういうことになってしまう。助産の定義だって本来はなかったんですから。平成 14 年までは誰も文句がなかったんです。そういうふうに出てきたんです。そういう事実を認識していただきたい。もしもそんなことを言っていたら、助産所だって、医師法の下ですから、異常分娩は取り扱えないじゃないか。違法ですよということだって、あり得るんですね。あれは一言も言っていないですよ。お互い譲り合いましょう。助産師方とも一緒にやりましよう。助産所も協力していきましょうということなんですから、そのへんの姿勢だけはぜひご理解いただきたいと思います。

岡村 ありがとうございます。時間もなくなってまいりましたので、最後に、無過失医療補償制度のことを少し議論したいと思います。木下先生のお話の中で「崩壊のスパイラル」という衝撃的な言葉がございまして、この無過失補償制度というのがスパイラルを止めるきっかけになるかもしれないということだと思いたしますが、フロアのほうから、本当にこの無過失補償制度でこのスパイラルは止められるのかどうか。完全には無理かもしれませんが、これがあつたとしても訴えられることもあるんじゃないかと心配なさっていることもあるのですが、そのへん、もう少し先生のほうから具体的なコメントをしていただきたいと思います。

木下 憲法上、訴訟してはいけないということには決してならないわけです。どんなに補償金をもらっても、これは裁判費用に回ってしまうと、徹底的にやるんだということは、あり得ます。しかしながら、そのこのところの考え方でありますので、これは自賠償のほう

に回すというふうに過失が認められるとするならば、これは障害補償制度の中には乗らないで下りていただきたいということは、あるかもしれません。そういう歯止めは必要になるかもしれません。しかし、あくまでも認められておりますから、特に最初の段階で補償をするということは過失・無過失を問わないわけですので、最後までその点は残ります。

岡村 無過失に関してどなたか。

久保 成育医療センターの久保です。無過失補償をやるということは非常にいいことだと思いますが、それは届出でということですが、もう一步踏み込んで、わが国の今問題になっているのは、刑事事件になっているのは、医師法の 21 条で届出を警察にするという。これは世界的に見て日本だけで、ほかの国では、Coroner とかもっとパブリックなところに届出をして、そこで議論をして、それを繰り返さないようにする組織があるわけです。無過失の制度の中にある第三者機関というのがそれに当たるのですが、そこをもう一步踏み込んで、医療関連死に関してはそういうところに届出をするというふうに法律を改正するまで持っていくことによって、ずいぶん変わるのではないかと。それが 1 点。

2 番目は、原資の持って行き方です。すなわち、原資は保険医療から持っていつているのですが、僕は、医療費もすべてそうなのですが、日本の医療をもっと変えるのは寄付金だろうと思っています。寄付金という概念は欧米では当たり前で、病院の経営の半分以上を寄付金でやっている病院もあります。それをなぜできるかという、寄付金は免税になるからです。ですから、企業はそれで名誉を得て、免税をして、その費用というのは、本当に保険医療にそぐわないような重心とか医療のかかる、それからそういう問題に関しての無過失補償なんかに使うような制度改革を持っていけば、もっとスムーズに行えるのではないかと思います。

木下 第三者機能的なことというのは、実は今、医療事故の責任問題委員会で検討しております、ガイドラインというのを厚労省からも法医学会からも出しておりますが、あのガイドラインは何とか撤回できないか、発展的に解消していただけないかということまで話は進めております。これは相手の問題がありますので、そのとおりになるかどうかわかりません。

いずれにいたしましても、いま厚労省で、診療に関連した死亡例に対する原因究明のモデル事業をしておりますが、これは非常に大事な話であります。今までは警察と法医、法医学者というのは亡くなった方の検案でございますから、そこを中心にして……。医療事故というのは診療経過とか判断というものが非常に大事になってまいりますので、その

キーポイントは何かというと、診療医が中心になって、病理学者が中心になってということで、その原因究明をしようというのが、このモデル事業の基本なんです。ですから、確かに、おっしゃるような刑事事件に持っていかないようにということとしては、そういう方向でいま動いておりました、具体的な提言は次にいたしたいと思っております。

久保 そのメンバーとして医者やるのは、僕は不適切だと思います。

木下 それはあり得ません。医者でなければ……。

久保 ちょっと待ってください。医者はもちろん入らなければいけないですよ。医者だけじゃなくて、その第三者機関には患者団体とか弁護士とか。そして、アメリカの Coroner の場合は直接選挙ですから、もっと権限を。司法でも警察からも独立しておりますから、そういう選挙で選ばれた人がやるみたいな認定にしないと、ボーンと上から与えられたものになると、なかなか受け入れは難しいんじゃないでしょうか。

木下 お考えはそれとして伺います。我々の基本というのは、本当の専門家集団というのが自浄作用としてきちんとした判定をして公開していくんだというベースがなければ、これは成り立ちっこない。そういう視点でありますから。どうして素人の人がわかりますか。専門集団であるということは、本当に自分たちに対して厳しくなければいけないわけありますから、そういう思想で行っているということはぜひ知っておいてください。

もう一つ、財源のことですが、寄付金という制度は日本にはあまりない話ですが、方向性としては大事な……。こういった話は、ぜひご理解いただきたいことは、先ほどの話もそうなんです、落としどころがあるわけです。つまり、どうしても何とかお金を国からいただいて、これを機能させるためには、どうしたらいいかといったときに、苦肉の策ではありませんが、出産育児一時金に乗せるということならば何とかなるだろうということから、まず始まりました。ですから、そこを動かした段階で、次には理想的に行こうということでもありますので、くどいようですが、先ほどの問題も、いま現状としては何ができるかというところから始まって、理想的にはこうしようというステップに行かなければ、相手がある問題は絶対うまくいかないんです。そのへんはぜひご理解ください。

岡村 ありがとうございます。時間もだいぶ過ぎてまいりまして、女性医師問題に関してはディスカッションする時間がございません。申し訳ありません。

それで、今日、こんな立派な講堂でこの会を開かせていただいたのですが、確かに非常に人が少ない。これは、一つは私の責任がございます。この非常に大きな問題なのですが、なかなか宣伝が行き届かないということがありまして、たいへん少ない方しかお集まりい

ただけない。ここにお集まりの先生方にはたいへん感謝したいと思っているのですが、こういう問題はぜひ、今日の議論を踏まえて、国民、市民、医療の受け手側すべての方にオープンにしていかなければいけないと思っております。厚労省の班研究の主任研究者としましては、今日のお話は必ず冊子にしまして、関係団体、関係各位にお配りするという形でオープンにしていきたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひしたいと存じます。

最後に武谷先生に、今日のたいへんホットな、辛いくらいホットなディスカッションもありましたけれども、それを少しまとめていただいて、今日のフォーラムを終わりにしたいと思ひます。武谷先生、お願ひします。

武谷 本日は、ご参加いただいた方々の、心からの悲痛な声といひますか、真摯な声を拝聴したような気がいたします。あまりにも多くの問題があるということで、しかも、特効薬はなさそうであると。いろいろな方々がそれぞれの立場で、今日の演者のご提案もありましたが、それをどのように調整していくか。そのあたりがたいへん大事なところかと思ひております。

ただ、一つ重要なことは、太陽が東から昇ると同じように、産婦人科医は確実に減っていく。これは間違いのない事実です。それは皆さんもご確認できたのではないかと思ひております。北海道では、医師不足によりまして母体死亡が増えているということでござひます。それからアメリカは、日本のこういう医療事情を先取りしてござひまして、先進国で唯一、母体死亡、周産期死亡が増えている国でござひまして、日本も間違いなくアメリカに追随するのではないかと思ひております。産科医療に関しては、いわば死傷者が出てくる戦時状態。今ある危機、戦争状態と言つてもいいかと思ひます。

このような緊急事態にかんがみて、一方では、産婦人科医に対する過酷な刑事責任の追及、あるいは、いま議論になった内診問題等、戦時体制で 10 キロオーバーの交通違反を取り締まり、戦闘意欲をそいでいる。このような感もしないわけではありませんで、このへん、行政として、あるいは司法としてのバランス感覚も必要ではないか。そのような感じがいたしたわけでございます。

これもまた根底には、医療の規制緩和、自由化、市場経済化、この波が産科医療に……、本来産科医療は非常に特殊な医療でござひますが、ここに適用されてしまった。こういう医療行政に関する根本的な矛盾点がここに露出したような、それを見る思いもいたすわけでございます。

ただ、何より困るのは、医療を受ける市民、国民でございます。良心のある産科医は、このような状況をたいへん憂慮しておりますけれども、産科医の多くはその良心さえも失いかねない状況になっておりまして、誰がこの事態を憂慮するのか、憂慮する人がいなくなるのがいちばん恐ろしい。そういう気がしております。今日お集まりいただいたのは、これをたいへん気にされ、不安を持ってここに来た人たちでございます。このような方たちが、今後、根気がなくなってギブアップする事態が、いちばん困る。このように思うわけでございます。

とにかく、母子の健康というのは、何よりも、国の行政あるいは国の事業でトッププライオリティで考えていただかなければならない問題かと思えます。このような問題というのは、やはり行政、あるいはマスコミ、あるいは我々も一丸となって、国民レベルで議論、認識を深めていく。そういう中で、解決に向けたコンセンサスを固めていく。これが不可欠ではないかと認識したわけでございます。今日の貴重なご意見は、必ずや、いろいろな団体、階層にフィードバックして、産科医療の多少なりとも改善につながればと期待する次第でございます。それぞれスピーカーの方々、あるいは、遅くまで本当に白熱した議論を展開していただきましたご参集された方々に、主催者を代表いたしまして御礼申し上げます。今日はどうもありがとうございました。(拍手)

公開市民フォーラム

皆で考えよう、産婦人科医療：どうするわが国のお産

日 時：平成18年12月3日(日) 13:00～16:30
場 所：東京大学 本郷キャンパス大講堂(安田講堂)

～第一部～

講演 (13:00～15:00)

司会：東京大学教授 武谷 雄二
東北大学教授 岡村 州博

- | | |
|--------------------------|--------------------------------|
| 1. 行政の方針と今後の対応 | 厚生労働省雇用均等児童家庭局母子保健課長 千村 浩 |
| 2. マスメディアの立場から | 日本放送協会解説委員 飯野奈津子 |
| 3. 助産師からの提言 | 山梨大学医学工学総合研究部臨床看護学教授 遠藤 俊子 |
| 4. 女性医師の立場から | 横浜市立大学助手 奥田 美加 |
| 5. 地方の実状と提言 | 旭川医科大学病院長 石川 睦男 |
| 6. 分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度 | 日本医師会常任理事・日本産婦人科医会副会長 木下 勝之 |
| 7. 日本産科婦人科学会の取り組み | 北里大学教授 海野 信也 |

<休憩> (15:00～15:10)

～第二部～

意見交換 (15:10～16:30)

司会：東京大学教授 武谷 雄二
東北大学教授 岡村 州博

主 催：厚生労働科学研究「分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の法定による産科医師の集中化モデル事業」
協 賛：日本産婦人科協会、日本産科婦人科学会



周産期医療確保への国として取組

市民公開フォーラム
どうするわが国のお産

平成18年12月3日

厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業
「分娩拠点病院と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長
千村 浩



1

地域の周産期医療確保(1)

- ④ 地域住民
- ④ 医療関係者
- ④ 市町村
- ④ 都道府県
- ④ 国



2

地域の周産期医療確保(2)

医療資源の再配分

- ⇒ 医療施設、産婦人科医師、助産師等
 - ◇ 機能分担と連携

地域関係者の連携と協力

- ⇒ 都道府県のコーディネーション機能
- ⇒ 医療機関、地域医師会等の関係団体の協力
- ⇒ 住民の理解

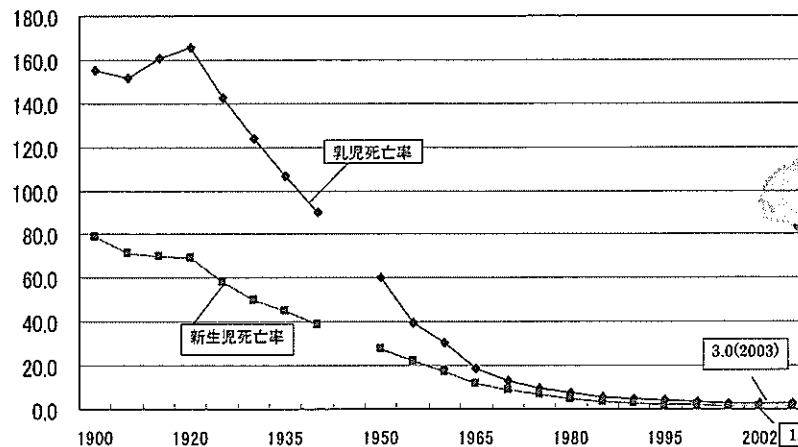
国の関与

- ⇒ 全国に共通する考え方などの提示
- ⇒ モデルケースの提示(厚生労働科学研究など)
- ⇒ その他の援助など



3

Infant Mortality Rate and Neonatal Mortality Rate(Per 1000 live births)
乳児死亡率及び新生児死亡率(出生千対)



4

Infant Mortality Rate, and Neonatal Mortality Rate in Some Countries, 1950-2003

諸外国の乳児死亡率及び新生児死亡率

Rate (Per 1,000 live births)

| Country | Infant mortality rates | | | | | Neonatal mortality rate | | |
|-------------|------------------------|------|------|------|---------------------|-------------------------|------|--------------------|
| | 乳児死亡率 | | | | | 新生児死亡率 | | |
| | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 2003 | 1970 | 1980 | 2003 |
| Japan** | 60.1 | 30.7 | 13.1 | 7.5 | 3.0 | 8.7 | 4.9 | 1.7 |
| Canada | 41.3 | 27.3 | 18.8 | 10.4 | 5.3 ⁹⁸⁾ | 13.6 | 6.7 | 3.7 ⁹⁸⁾ |
| U.S.A. | 29.2 | 26.0 | 20.1 | 12.6 | ☆6.9 ⁰⁰⁾ | 15.1 | 8.4 | 4.7 ⁹⁹⁾ |
| Austria | 66.1 | 37.5 | 25.9 | 14.3 | 4.8 ⁰⁰⁾ | 19.0 | 9.3 | 3.3 ⁰⁰⁾ |
| Denmark | 30.7 | 21.5 | 14.2 | 8.4 | ☆4.2 ⁹⁹⁾ | 10.9 | 5.6 | 4.1 ⁹⁷⁾ |
| France | 47.1 | 27.4 | 15.1 | 10.0 | ☆4.5 ⁰²⁾ | 9.5 | 5.6 | 2.7 ⁹⁹⁾ |
| Germany* | 55.5 | 33.8 | 23.6 | 12.6 | 4.4 ⁰⁰⁾ | 18.4 | 7.8 | 2.9 ⁹⁷⁾ |
| Hungary | 85.7 | 47.6 | 35.9 | 23.2 | 9.2 ⁰⁰⁾ | 28.5 | 17.8 | 6.2 ⁰⁰⁾ |
| Italy | 63.8 | 43.9 | 29.6 | 24.5 | 4.6 ⁰⁰⁾ | 20.3 | 11.2 | 3.8 ⁹⁹⁾ |
| Netherlands | 25.2 | 16.5 | 12.7 | 8.6 | 5.4 ⁰²⁾ | 9.4 | 5.7 | 3.8 ⁹⁸⁾ |
| Poland | 108.0 | 56.8 | 33.2 | 21.3 | 8.1 ⁰⁰⁾ | 19.5 | 13.3 | 5.6 ⁰⁰⁾ |
| Sweden | 21.0 | 16.6 | 11.0 | 6.9 | ☆3.2 ⁰⁰⁾ | 9.1 | 4.9 | 2.3 ⁹⁸⁾ |
| Switzerland | 31.2 | 21.1 | 15.1 | 9.1 | ☆3.4 ⁹⁹⁾ | 10.8 | 5.9 | 3.5 ⁹⁸⁾ |
| U.K. | 31.2 | 22.5 | 18.5 | 12.1 | ☆5.6 ⁰⁰⁾ | 12.5 | 7.7 | 3.9 ⁹⁹⁾ |
| Australia | 24.5 | 20.2 | 17.9 | 10.7 | 5.7 ⁹⁹⁾ | 12.9 | 7.1 | 3.8 ⁹⁹⁾ |
| New Zealand | 22.7 | 25.6 | 16.7 | 13.0 | 6.1 ⁰⁰⁾ | 10.3 | 5.8 | 3.6 ⁰⁰⁾ |

Notes: *Until 1980, figure of F.R.G. is listed.
 97) 1997 98) 1998 99) 1999 00) 2000 01) 2001 ☆ Provisional
 Sources: Journal of Health and Welfare Statistics World Health Statistics Annual Demographic Yearbook
 **Vital Statistics of Japan

Maternal Mortality Rate in Selected Countries, 1950-2003

諸外国の妊産婦死亡率

Rate (Per 100,000 live births)

| Country | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2003 |
|--------------|-------|-------|------|------|------|---------------------|
| Japan*** | 176.1 | 130.6 | 52.1 | 20.5 | 8.6 | 6.1 |
| Canada | 113.2 | 44.9 | 20.2 | 7.6 | 2.5 | 5.5 ⁹⁷⁾ |
| U.S.A. | 83.3 | 37.1 | 21.6 | 9.2 | 8.2 | 7.1 ⁹⁸⁾ |
| France | 86.1 | 51.6 | 28.1 | 12.9 | 10.4 | 10.1 ⁹⁸⁾ |
| Germany | 206.2 | 105.7 | 51.8 | 20.6 | 9.1 | 4.8 ⁹⁹⁾ |
| Italy | 153.2 | 115.0 | 54.5 | 13.0 | 8.9 | 3.5 ⁹⁸⁾ |
| Netherlands | 105.5 | 39.4 | 13.4 | 8.8 | 7.6 | 9.5 ⁹⁹⁾ |
| Sweden | 61.5 | 37.2 | 10.0 | 8.2 | 3.2 | 7.9 ⁹⁸⁾ |
| Switzerland | 140.4 | 57.2 | 25.2 | 5.4 | 6.0 | 3.6 ⁹⁶⁾ |
| U.K.** | 88.2 | 39.5 | 18.6 | 10.7 | 7.6 | 5.3 ⁹⁹⁾ |
| Australia | 109.1 | 52.5 | 25.6 | 9.8 | 6.5 | 5.2 ⁹⁹⁾ |
| New Zealand* | 90.3* | 38.2 | 32.2 | 13.8 | 6.6 | 5.4 ⁹⁸⁾ |

Notes: *Excluding Maori tribe.
 **Until 1985, figure of England & Wales is listed.
 96) 1996 97) 1997 98) 1998 99) 1999
 Sources: Journal of Health and Welfare Statistics
 World Health Statistics Annual
 Demographic Yearbook
 ***Vital Statistics of Japan

医師偏在問題について

[現状]

○医師総数は、毎年3,500人～4,000人程度増加。【平成10年 24.9万人 平成16年 27.0万人】

○地域偏在の問題 西高東低の傾向。

最大 徳島県 282.4人(対人口10万人)

最低 埼玉県 134.2人(対人口10万人) ※全国平均211.7人(対人口10万人)

○診療科別偏在の問題

小児科 総数は増加。【平成10年 13,989人 平成16年 14,677人】(6年間で4.9%増)

対小児1万人当たり数も増加。【平成10年 7.3人 平成16年 8.3人】

産婦人科・産科 総数は減少。【平成10年 11,269人 平成16年 10,594人】(6年間で6.0%減)

対出生1千人当たり数は横ばい。【平成10年 9.4人 平成16年 9.5人】

[医師偏在問題についての背景]

○病院(勤務医)への夜間・休日患者の集中、病院勤務医の開業志向、病院勤務医の薄く広い配置による厳しい勤務環境

○臨床研修必修化、国立大学の独立行政法人化などの影響による大学医局の医師派遣等の調整機能の低下

○女性医師の増加(新規参入医師のうち、産婦人科では約72%が女性、小児科でも約45%が女性)

○特に産科におけるリスクの高まりと訴訟の増加に対する懸念

○医療の急速な進歩と専門化、インフォームドコンセントの普及等を背景等とした説明責任の高まり

7

都道府県別人口10万対医師数(医師・歯科医師・薬剤師調査)

| | 昭和61年 | 平成16年 |
|-----|-------|-------|
| 全国 | 157.3 | 211.7 |
| 北海道 | 145.1 | 216.2 |
| 青森 | 131.6 | 173.7 |
| 岩手 | 144.0 | 179.1 |
| 宮城 | 157.5 | 201.0 |
| 秋田 | 133.0 | 193.2 |
| 山形 | 135.7 | 198.8 |
| 福島 | 136.8 | 178.1 |
| 茨城 | 109.0 | 150.0 |
| 栃木 | 143.5 | 200.2 |
| 群馬 | 149.2 | 201.4 |
| 埼玉 | 96.6 | 134.2 |
| 千葉 | 104.0 | 152.0 |
| 東京 | 216.3 | 278.4 |
| 神奈川 | 137.3 | 174.2 |
| 新潟 | 135.5 | 179.3 |
| 富山 | 163.4 | 230.4 |
| 石川 | 214.7 | 252.8 |
| 福井 | 144.7 | 212.4 |
| 山梨 | 134.7 | 193.0 |
| 長野 | 136.2 | 190.9 |
| 岐阜 | 122.2 | 171.3 |
| 静岡 | 128.2 | 174.9 |
| 愛知 | 141.8 | 194.9 |

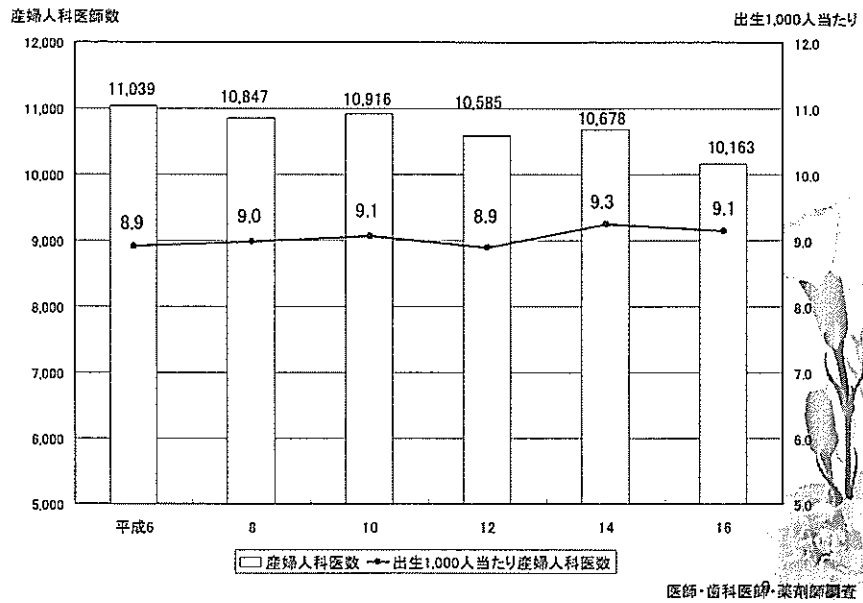
※最少

| | 昭和61年 | 平成16年 |
|-----|-------|-------|
| 三重 | 140.1 | 184.3 |
| 滋賀 | 144.6 | 200.0 |
| 京都 | 210.9 | 274.8 |
| 大阪 | 182.5 | 244.6 |
| 兵庫 | 160.1 | 207.1 |
| 奈良 | 135.0 | 204.3 |
| 和歌山 | 169.7 | 247.8 |
| 鳥取 | 207.3 | 280.6 |
| 島根 | 173.2 | 253.0 |
| 岡山 | 192.5 | 258.8 |
| 広島 | 169.3 | 237.0 |
| 山口 | 167.7 | 237.9 |
| 徳島 | 214.0 | 282.4 |
| 香川 | 173.7 | 249.7 |
| 愛媛 | 165.0 | 233.2 |
| 高知 | 194.0 | 273.8 |
| 福岡 | 200.2 | 268.0 |
| 佐賀 | 169.1 | 228.2 |
| 長崎 | 191.3 | 262.5 |
| 熊本 | 180.0 | 247.5 |
| 大分 | 161.0 | 238.5 |
| 宮崎 | 140.7 | 218.4 |
| 鹿児島 | 155.8 | 224.3 |
| 沖縄 | 116.1 | 204.8 |

※最多

※ 昭和61(1986)年と平成16(2004)年の比較

産婦人科医数と出生1,000人当たり産婦人科医師数推移



産婦人科医師数等の推移

産婦人科医数等の推移

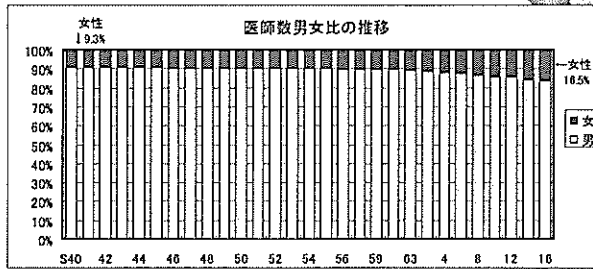
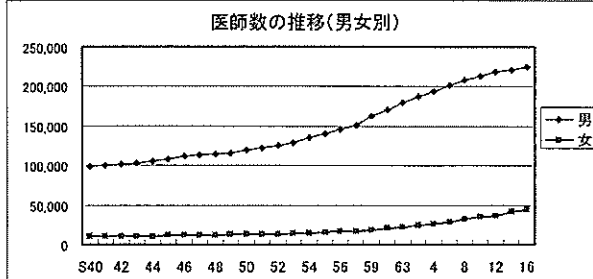
| | 産婦人科医数 | 出生1,000人当たり産婦人科医師数 |
|-------|---------|--------------------|
| 平成6年 | 11,039人 | 8.9人 (出生数 123.8万人) |
| 平成16年 | 10,163人 | 9.1人 (出生数 111.1万人) |

勤務医数等の推移

| | 勤務医数 | 出生1,000人当たり勤務医数(産婦人科) |
|-------|--------|-----------------------|
| 平成6年 | 6,419人 | 5.18人 (出生数 123.8万人) |
| 平成16年 | 5,817人 | 5.24人 (出生数 111.1万人) |

医師数の年次推移(男女別)

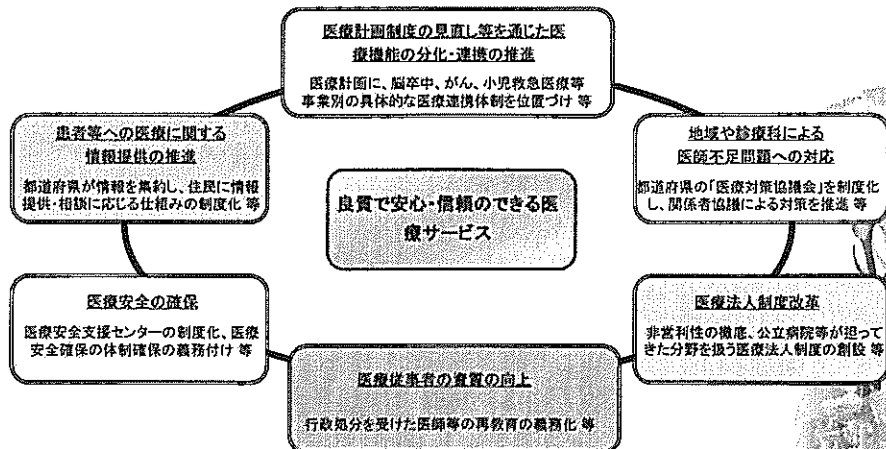
| | 男 | 女 |
|-------|---------|--------|
| 昭和40年 | 99,241 | 10,179 |
| 41 | 100,463 | 10,306 |
| 42 | 101,224 | 10,423 |
| 43 | 102,955 | 10,675 |
| 44 | 105,033 | 10,941 |
| 45 | 107,671 | 11,319 |
| 46 | 111,245 | 11,833 |
| 47 | 113,217 | 12,085 |
| 48 | 114,180 | 12,167 |
| 49 | 116,975 | 12,480 |
| 50 | 119,504 | 12,976 |
| 51 | 121,763 | 13,181 |
| 52 | 124,884 | 13,432 |
| 53 | 128,936 | 14,046 |
| 54 | 133,306 | 14,923 |
| 55 | 140,576 | 15,658 |
| 56 | 148,307 | 16,581 |
| 57 | 156,747 | 17,205 |
| 58 | 162,247 | 18,894 |
| 59 | 171,015 | 20,331 |
| 63 | 179,532 | 22,120 |
| 平成2年 | 187,536 | 24,259 |
| 4 | 193,589 | 26,115 |
| 6 | 201,244 | 28,275 |
| 8 | 208,849 | 32,258 |
| 10 | 213,603 | 35,068 |
| 12 | 218,940 | 38,857 |
| 14 | 221,548 | 41,139 |
| 16 | 225,743 | 44,628 |



11
医師・歯科医師・薬剤師調査

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の概要

目的: 国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するもの



12

医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進(医療法)

医療計画を通じ、がん対策、脳卒中対策、小児救急対策などの主要な事業ごとに医療連携体制を構築することによって、医療機関相互の連携の下で、適切な医療サービスが切れ目なく提供され、早期に在宅に復帰できるようにする。

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

- 医療計画の見直しにより、脳卒中、がん、小児救急医療など事業別に、地域の医療連携体制を構築する。
- 地域の医療連携体制内においては、地域連携クリティカルパスの普及等を通じて、切れ目のない医療を提供する。

※ 地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながる

⇒ 転院・退院後も考慮した適切な医療提供の確保

具体的内容 ～ 以下の医療計画に関する基本的枠組みを医療法に規定 ～

- ☆ 国の基本方針(新たに法律に規定)によるビジョンの提示
- ☆ 事業別に、分かりやすい指標と数値目標で住民・患者に明示、事後評価できる仕組みにする。
 - ※ 数値目標の例:
疾病別の年間総入院期間の短縮、在宅看取り率の向上、地域連携クリティカルパスの普及など
- ☆ 事業ごとに医療連携体制を具体的に医療計画に位置付け、住民・患者に医療機関や連携の状況を明示する。
- ☆ 医療機能調査の上、住民、医療関係者、介護サービス事業者等と協議して医療連携体制を構築。
(病院・診療所の開設者及び管理者に医療機能調査や医療連携体制の構築に関する協議などへの協力の努力義務規定を創設)

13

地域や診療科による医師不足問題への対応(医療法)

へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保策を強化する。

関係3省(厚労省・総務省・文科省)で連携した取組 → 「医師確保総合対策」(平成17年8月)に基づき、施策を推進

医療計画による医療連携体制の構築を通じた地域医療確保の推進

① 都道府県

- 医療計画の記載事項として、へき地医療、救急医療等、当該都道府県において医療提供体制の確保に当たり特に必要と認める事業を重点的に位置付け
- へき地医療、救急医療等の医療連携体制の構築(小児科・産科における医療資源の集約化・重点化等)
- 医療連携体制の構築に当たっての、医療従事者等地域の関係者による協議の実施についての責務
- へき地医療、救急医療等に従事する医師等医療従事者確保のための、医療関係者による協議の制度化 = 医療対策協議会の制度化(※)

(※) 特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関、臨床研修病院、医療従事者養成関係機関(大学等)、社会医療法人の関係者等

② 公的医療機関 → へき地医療、救急医療等の確保に必要な協力義務

協力の努力義務

③ 開設者・管理者(医療提供施設)

→ 医療連携体制構築のために必要な協力

④ 医療従事者

→ 医療対策協議会の協議結果を踏まえて都道府県が行う医療従事者確保のための施策に協力

14

医師確保対策における都道府県の役割強化(医療法)

医療計画による医療連携体制の構築を通じた地域医療確保の推進

① 都道府県

- 医療計画の記載事項として、へき地医療、救急医療等、当該都道府県において医療提供体制の確保に当たり特に必要と認める事業を重点的に位置付け
- へき地医療、救急医療等の医療連携体制の構築(小児科・産科における医療資源の集約化・重点化等)
- 医療連携体制の構築に当たっての、医療従事者等地域の関係者による協議の実施についての責務
- へき地医療、救急医療等に従事する医師等医療従事者確保のための、医療関係者による協議の制度化
＝ 医療対策協議会の制度化(※)
(※)特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関、臨床研修病院、医療従事者養成関係機関(大学等)、社会医療法人の関係者等
- へき地医療、小児救急医療等医療計画に位置づけられた事業を実施する社会医療法人の認定

② 公的医療機関

へき地医療、救急医療等の確保に必要な協力義務

協力の努力義務

③ 開設者・管理者(医療提供施設)

→ 医療連携体制構築のために必要な協力

④ 医療従事者

→ 医療対策協議会の協議結果を踏まえて都道府県が行う医療従事者確保のための施策に協力

15

都道府県による「医療対策協議会」開催の制度化を通じた関係者協議による医師確保対策の推進(医療法)

深刻化する医師の偏在問題に対応し、地域の実情に応じて必要な医療・医療従事者を確保するため、都道府県が中心となり、地域の医療関係者の参加を得た協議の場を設け、実効性ある施策を講じる仕組みを構築する。

医療対策協議会

- ① 都道府県による協議の場を設けることを、医療法に明記
- ② 一定の医療関係者(※)の参画、協力を得る。

(※)特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関、臨床研修病院、医療従事者養成関係機関(大学等)、社会医療法人の関係者等

医師確保をはじめとする
地域医療の実効性ある確保策

(参考)「地域における医療対策協議会の開催について」
(平成16年 厚労省・総務省・文科省連名通知)

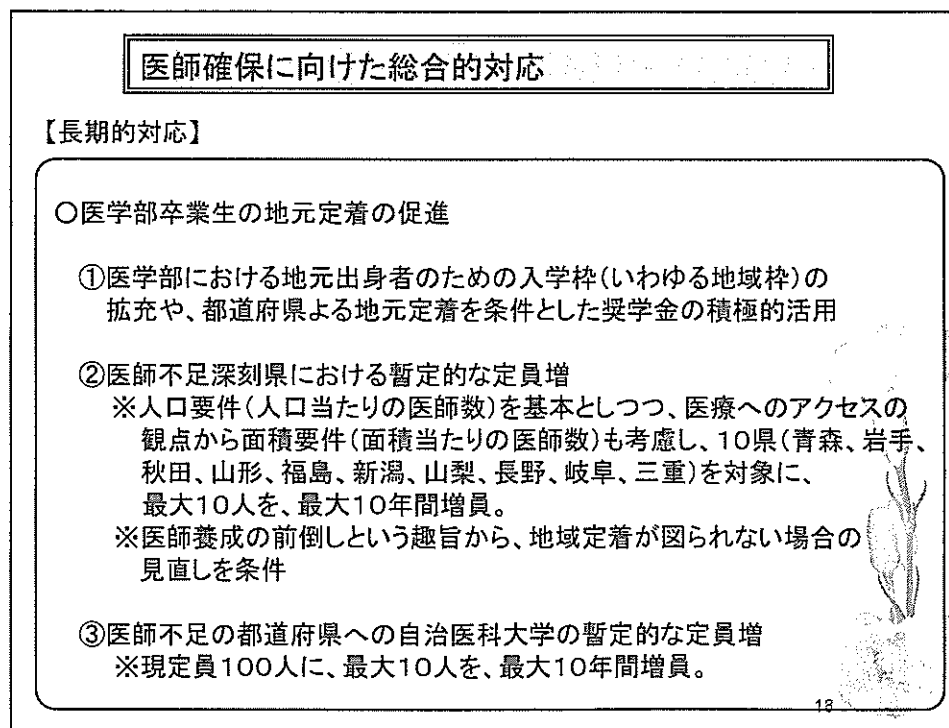
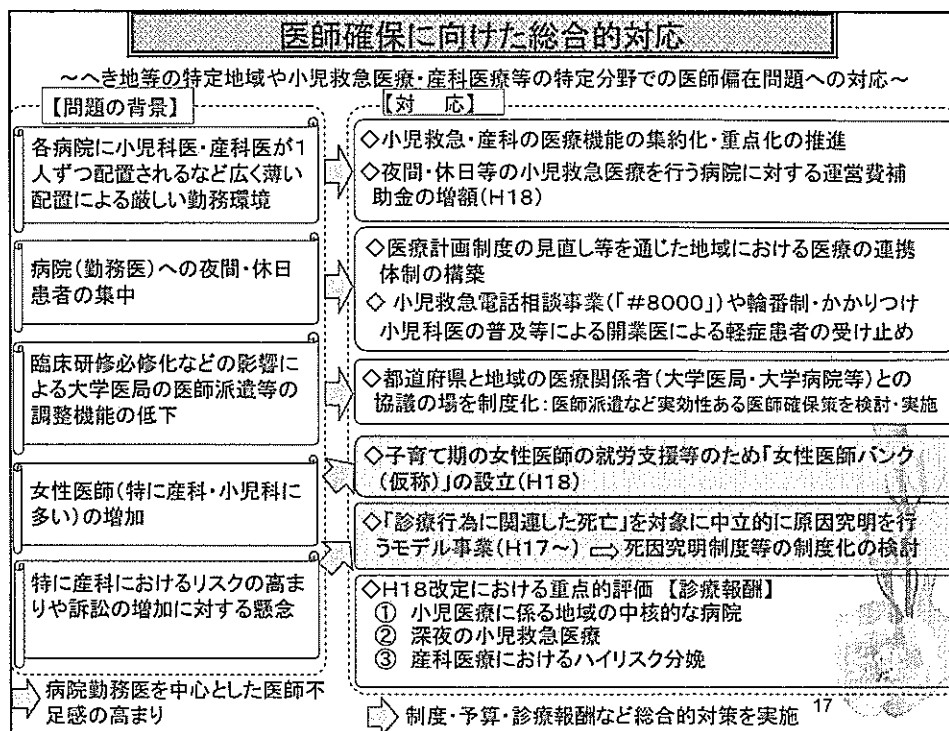
構成員の例

- 都道府県の医政担当部長、関係保健所長、その他の関係部長
- 都道府県医師会の会長
- 当該都道府県内の医科大学の学長、大学の医学部長、大学附属病院長
- 民間も含めた地域の中核的な病院やへき地等の病院の院長
- 関係市町村長
- 医療を受ける立場にある住民 など

構成事項の例

- 医療提供体制の整備状況についての地域・診療科ごとの分析
- 医師確保が困難で適正な医療提供に支障が生じている医療機関についての対応
- 医師の効果的な確保・配置対策の推進
- 医療機関の機能分化・重点化・効率化と連携の推進
- 地域医療を担う医師の養成の推進

16



地域枠と連動した県の奨学金制度の例

| 地域枠 | | | 奨学金制度 | | | | |
|-------------------|-------------------------|--|-------|-------------------------------------|---------------------|--|--|
| 大学名 (入学定員) | 募集人員 | 応募資格 | 実施主体 | 対象者 | 対象人数 | 賞与額 | 返還免除 |
| 国立・秋田大学 (95人) | 推薦入学枠 30人のうち 5人 | ・県内高等学校卒業見込者で、 ・卒業後県内の医療機関への就職を希望する優秀な者 | 秋田県 | 県内の高等学校出身者で、将来県内の公的医療機関等に勤務する意思がある者 | 10人 (うち地域枠入学者5人) | 入学科相当額: 28万2千円 月額賞与額: 15万円 | 賞与期間の1.5倍の期間、県内の公的医療機関等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除 |
| 国立・鳥取大学 (75人) | 推薦入学枠 15人のうち 5人以内 | ・県内高等学校卒業者又は卒業見込者で、 ・県内の地域医療に貢献したい強い意志を持つ、優秀な者 | 鳥取県 | 地域枠入学者 | 5人以内 | 月額賞与額: 12万円 | 賞与期間の1.5倍の期間内に、賞与期間、知事が定める病院等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除 |
| 国立・鹿児島大学 (95人) | 2人 (推薦入学枠すべて) | ・県内高等学校卒業者又は卒業見込者で、 ・県の地域医療、特に離島・へき地診療に従事しようとする強い意欲と情熱を持つ、 ・高等学校長が責任をもって推薦できる、優秀な者 | 鹿児島県 | 地域枠入学者 | 2人 | 入学科:28万円 授業料:52万円 ／年 生活費:7万5千円 ／月 図書費:20万円 ／年(4～6年次) | 3年間、県内のへき地医療機関等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除 |

19

医師派遣の例(長崎県ドクターバンク事業)

- ①県内の離島に所在する市町からの要請
- ②医師を全国的に公募して、長崎県職員として採用
- ③県内の離島診療所に派遣

【特徴1】県職員(常勤の地方公務員)として採用し身分を保証

- 給 与:市町村が支給(1,600万円程度/年(免歴10年))
- 退職金:県が支給

【特徴2】有給の長期自主研修を保証

- 給 与(自主研修期間):市町村が支給(1,200万円程度/年(同上))
- 原則として2年間を1単位として、1年半の離島勤務後、半年間の有給の自主研修を保証。これを繰り返す(2単位まとめて、3年間勤務後、1年間の自主研修也可)。

【特徴3】24時間365日支援

- 県の離島・へき地医療支援センター専任医師が、国立長崎医療センターの協力の下、派遣医師の相談にいつでも応じる(必要に応じ、診療応援や代診医としての支援も)。



上記特徴により、離島勤務に際しての不安(専門外対応、離島勤務長期化、最新医学からの遅れ)を解消。現在までに5名の採用・派遣実績(16年4月～)。