

ているわけですが、診療所の先生方も1人か2人、もしくは3人ぐらいで日常的には分娩をこなしてあるわけで、決して総合病院の医者だけが忙しいというわけではありません。診療所の先生方も生活の質は非常に悪い状況にありますので、どなたかが「疲れた」と言われてやめられると、またバランスが崩れて、どんどん診療を続けているところにしわ寄せがかかってくるということになります。

加えて、最近では内診問題というのがありまして、助産師だけが内診をできるという法的な解釈で、看護師さんの内診はいけませんよというふうになっていますので、助産師さんが不足しているところで診療所の先生方も苦勞してあるはずですよ。

それから、「周辺、遠隔地域からの流入」と書きましたが、今、北九州市だけの話をしていますが、例えば福岡県全体をとって見たときに、診療が危ぶまれている地域がある。具体的には大分県の中津では4月から産科の医療が中止されることになっていますので、ちょうど北九州市と大分市、別府市のちょうど中間にありますので、そちらの患者さんのハイリスクの方は北九州市の方にも来られる。受け入れる方も人間には限りがありますので、余りたくさん来られるとオーバーフローしてしまうという問題があります。

それから、熊澤先生もおっしゃったように二次病院の数とか機能が北九州市では以前に比べるとかなり減っているというのも、地域で分娩の患者さんを受け入れる能力というか、余裕がなくなる方向に行っています。

先ほどチラッと申し上げましたが、大学から大分当直の応援とか来ていただいて、青い矢印は、いい方向に行きますという意味で書いてはいますが、大学が出せませんとなると、ここが途端に悪くなるわけですが、大学病院での医局員の方々のサポートがどっちに転ぶかで、ここの条件がよくなったり悪くなったりするということです。

こういう状況を、今、こういう会が開かれていること自体が行政としては深刻に受けとめていただいているわけで、集約化とか、役割分担、オープン化、それで果たしてうまくいくのかというのはよくわからないところですが、少なくとも行政側が大学とか医療機関などに働きかけて、医師の報酬とか、勤務条件をどこかで少しコントロールできるようなところがないと、大学だけに任せていても個々には手出しが大学はできませんので、その辺の人をやりくりするところでどうコントロールしていくかというのは非常に問題だと思うし、よその科の先生と給料が一緒と言いましたが、もし上げた場合にはその財源をどこから取ってくるのか。分娩費用を上げるのかどうか。それを患者さんに負担させるのか、それとも行政側が負担するのかというのも非常に大きな問題だと思います。そういうのがクリアされると、いいと思います。

もう一つは、医療訴訟の増加と刑事事件というところで、無過失補償制度というのが、現場で働く医師としては割と切り札的な存在ではあるかなと思いますが、マスコミによると、財源は診療施設の方に求めるといふふうに、今のところ書いてありますので、我々がお金を出してそういうのをつくるのかというののもちょっと本当にそうなるのかというのはわからないところではあります。ただ、そういうふうに行政側も司法側も我々も一体となって、何とか新しい人を入れていかないといけない。新しい人が入ると、これがふえていくというふうになると思います。

最後ですが、今後の課題としては、後期研修医という、聞きなれない言葉がありますが、卒業3年次から5年次ですね。専門の産婦人科の勉強をする方々、後期研修医を病院で確保するというのが大事なことで、そのためにはその病

院で働いている医師がゆとりがある勤務をしていかないといけない。指導とか、育成に対してゆとりがないと、こういうのは生まれませんので、先ほど私のビデオにあったころは全然余裕がありませんので、黙ってついてきなさいみたいな形で、余り指導などはできない状況になっていますので、なってもいいかなという人をいかにふやすかという、ああいうふうになりたいなという医師にどこの施設の産婦人科医も心がけないといけないと思います。大学との連携ももちろんそうですね。行政への働きかけも我々はしないといけないし、今までは医師の供給問題というのはほとんど大学に結果的にかぎが預けられている状況であったわけですが、国がそういうシステムを変えましたので、それに対して足りない医師をどう確保していくかというのは、行政にもかなり期待しているところでもあります。

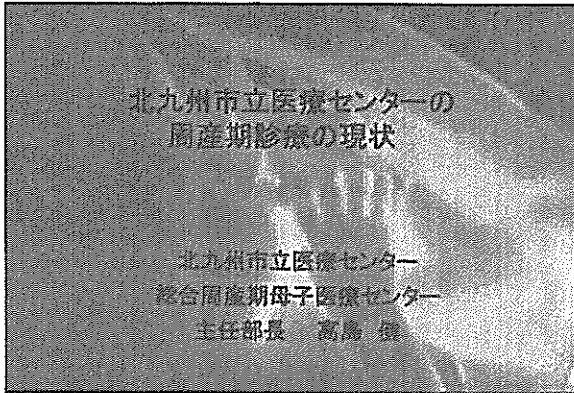
それから、地域医療との連携は、北九州市の場合は、たとえ医療センターで生みたいという方がおられても、市のシステムで、リスクがない人はそれはダメです、こういう基幹病院では生めませんというふうに、全国的にもそこまでやっているところはないと思いますので、それ以上どうこうするというのはなかなか手がないんじゃないかなと思います。ただ、現実はそのまうまくいっていると思いますので、あとはもう少し連携をもっと強めていけばいいんだろうと思います。

それから、市民の皆様にはこういう現状の認識なんだというのをですね。分娩の中には、本人の努力にもかかわらず、経過中に悪くなる人、それから突然悪くなる人というのは含まれていますので、そういう方々の病院を北九州市はこうやって確保しているんだという現状を認識していただいて、診療所でもそういう体制のもとでやっているということを理解していただきたいと思います。

最後ですが、助産師さんとの連携ですね。よく分娩が減ったんだったら、昔は助産婦さんが全部やっていたんだから、助産師さんに任せればいいじゃないかと言われますが、訴訟とか、刑事事件というのがありますので、だれが責任持つてやるのかというので、信頼関係で助産師外来をつくったり、院内助産院をつくるにしても、助産師さんとの信頼関係、もしくはその病院、診療所が扱っている患者さんの危険度のレベルに応じて、そういうのがつくられていって、一部では手助けになるでしょうけど、全体的なシステム、産科医不足をどうしたらいいかというのは、こういうことがあると、我々の質が上がっていいのかもしれませんが、少し期待をしているところでもあります。

以上です。どうもありがとうございました。

○福嶋 高島先生、ありがとうございました。



北九州市立医療センターの概要

- ・住所 北九州市小倉北区馬借2-1-1(小倉駅から徒歩8分)
- ・病床数 636床
- ・地域がん診療連携拠点病院
- ・臨床研修指定病院

総合周産期母子医療センター	平成19年12月1日開設
産科	母体胎児集中治療管理室(MFICU) 6床
	産科集中治療管理室(NICU) 33床
新生児科	胎児重症集中治療管理室(FICU) 9床
	後方病棟

総合周産期母子医療センター

母体・胎児集中治療管理室(MFICU)を含む産科病棟、新生児集中治療管理室(NICU)を含む新生児病棟を備え、常時母体および新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等母体あるいは児においてリスクの高い妊娠に対する医療および高度な新生児医療などを行う医療施設。

地域周産期母子医療センター

産科及び小児科等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設をいう。

九州の総合・地域周産期母子医療センター

平成19年1月現在

福岡県 (認定施設: 総合4、地域3)

- 福岡大学病院
- 久留米大学病院
- 聖マリア病院
- 北九州市立医療センター
- ◆ 独立行政法人国立病院機構九州医療センター
- ◆ 飯塚病院
- ◆ 福岡徳洲会病院

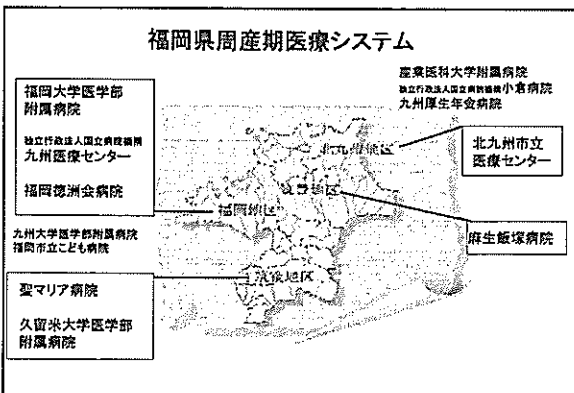
熊本県 (認定施設: 総合1、地域2)

- 熊本市立熊本市民病院
- ◆ 健康保険天草中央総合病院
- ◆ 医療法人社団愛育会福田病院

大分県 (認定施設: 総合1)

- 大分県立病院

佐賀県・長崎県・鹿児島県	: 計画中
宮崎県	: 未計画



平成19年1月1日 西日本新聞朝刊

妊婦緊急搬入4割拒否

福岡市 新産婦人科治療室持つ3病院

満床、人手不足 理由に

他県からの要請も増加

	受入可能	受入不可能
九大	104件	41件
福大	113件	76件
九医セ	46件	43件
合計	263件	160件
	62%	38%

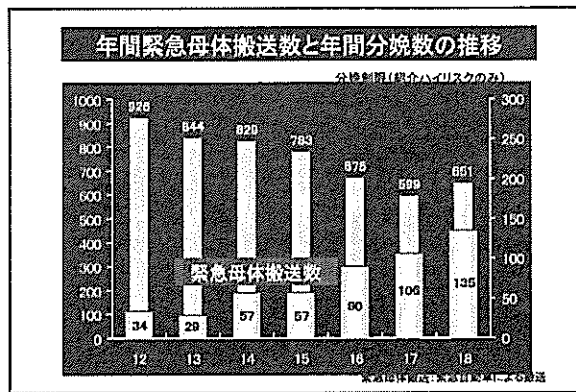
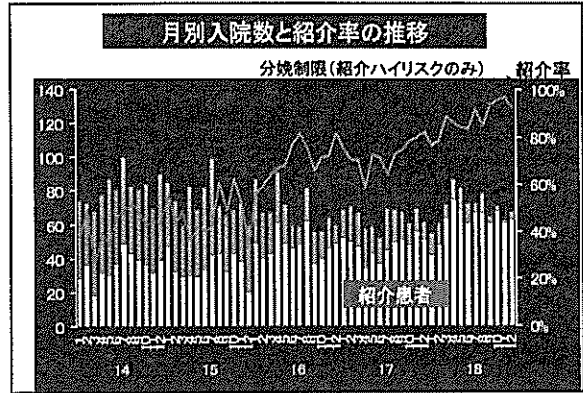
当院	121件	18件
	87%	13%

1) NICU満床
2) 産科病棟満床
3) マンパワー不足

平成18年4月以降の総合病院における産科診療

	常勤医	非常勤医	平成16年度分娩数	搬送分娩(内訳)
門司区				
小倉北区				
	6(-1)	0	665	99
	2(+1)	2	110	11
小倉南区				
	5(-1)	0(-1)	521	74
九州労災病院	2(-1)	0	113	-
	1(-1)	2	216	0
戸畑区-若松区				
八幡東区				
北九州市立八幡病院	1(-1)	0	56	-
新日鐵八幡記念病院	2	1	106	-
八幡西区				
	11	2	173	-
	7	1	385	83

北九州周産期母子医療協議会

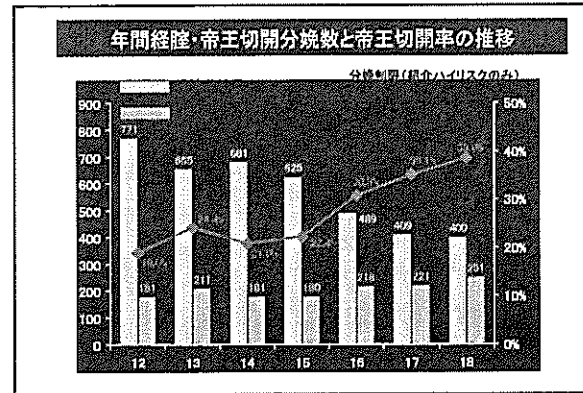


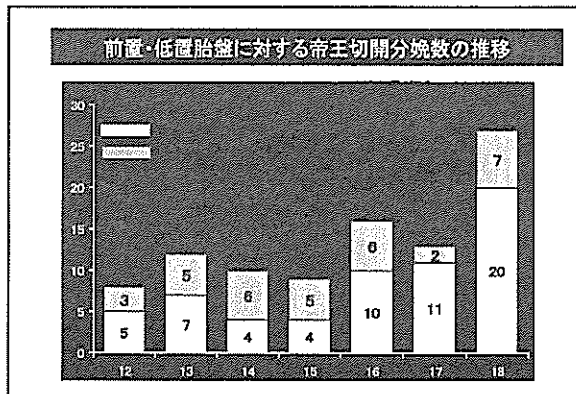
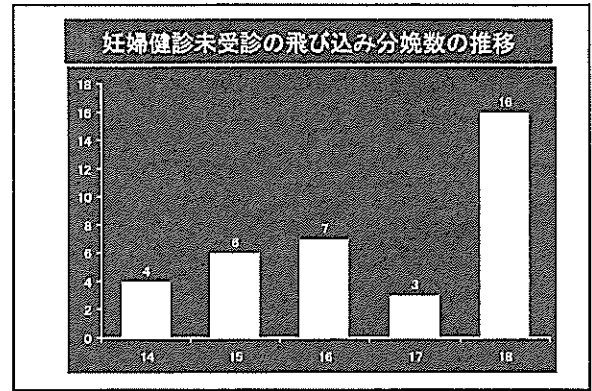
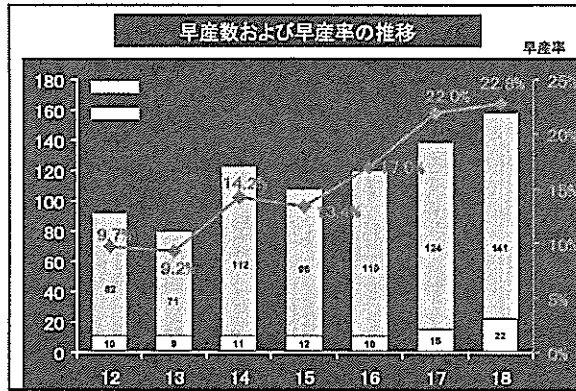
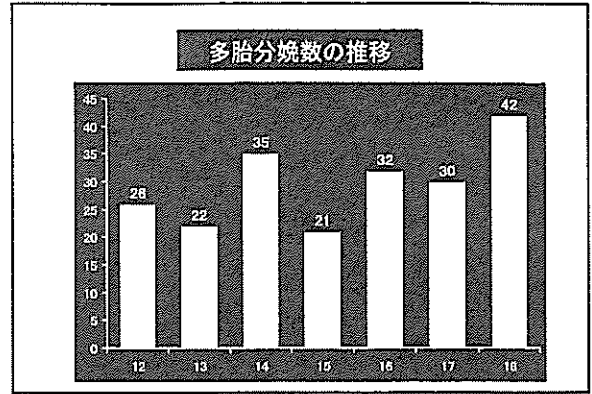
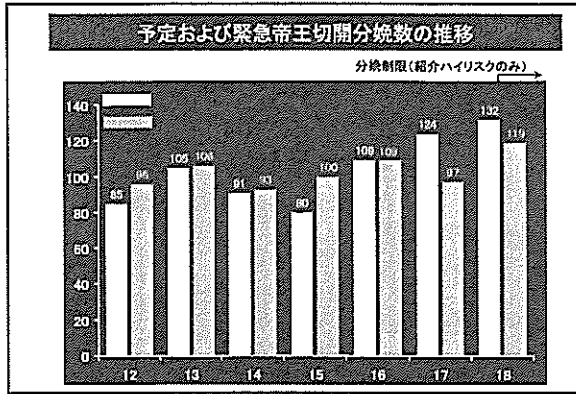
当院への母体搬送依頼 (平成18年1月～12月)

	受入可能			受入不可能		
	移送所	病院	計	移送所	病院	計
北九州地区			114			16
門司区	0			1		
小倉北区	31	1		2		
小倉南区	47	4		6		
戸畑区	2			1		
八幡東区		1				
八幡西区						
若松区	1					
京筑	19			5		
筑豊地区	1	11	12		1	1
福岡地区	3	1	4			
筑後地区	1		1			
筑前地区			4			
山口県		1				
大分県	2					
熊本県	1				2	
計	116	19	135(88%)	16	3	19(12%)

当院への母体搬送受入不可能症例 (平成18年1月～12月)

受入不可能の理由	症例数
産科要因	12
産科診療満床	7
産婦人科医マンパワー不足	5
新生児科要因	5
NICU満床	3
新生児科医マンパワー不足	2
その他	2
胎本巢の胎児仮死	1
精神科療養が必要	1
合計	19

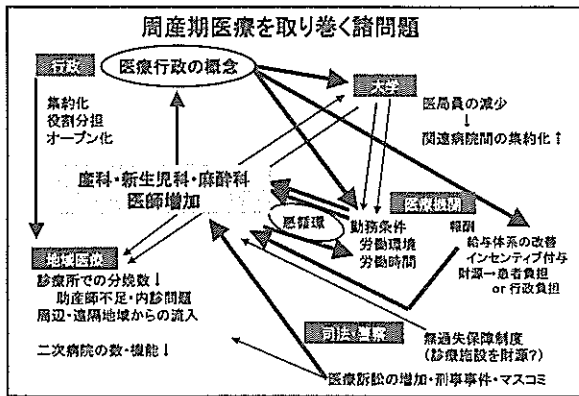




当院における産婦人科医師・研修医数の推移

	正職員				研修医		総医師数
	産科医	婦人科医	腫瘍医	産科婦人科医	計	研修医	
平成 12	1	2	4	7	2	—	9
13	1	2	4	7	2	—	9
14	2	3	3	8	2	—	10
15	2	3	4	7	1	—	8
16	2	3	4	7	1	—	8
17	2	3	5	8	0	—	8
18	2	3	4	7	—	1~3	8~10
現在	3	1	3	7	—	2	8

九大からの当直医・手術応援医あり



今後の課題

- ・ 後期研修医の確保 ゆとりのある勤務→指導・育成
- ・ 行政への働きかけ 大学との連携
- ・ 地域医療との連携 待遇改善とその財源確保
- ・ 市民へのアピール 医療行政のビジョン(県単位)
- ・ 助産師との連携 現状認識
- 分娩の危険性
- 助産師外来
- 院内助産院?

5, 平田伸子 九州大学医学部保健学科

○福岡 では、引き続きまして、今度は平田先生、お願いいたします。

平田先生は、福岡県の職員等を経られました後、九州大学医学部の保健学科、助産教育の教授を2003年から担当しておられます。

今日は、「助産師さんの今後の役割」等について、お話をいただきます。よろしくお願いたします。

ただいまご紹介いただきました九大医学部保健学科の平田と申します。

今日は、助産師の立場から、あるいは助産師教育の立場からお話をさせていただきます。

産科医療を取り巻く状況が非常に変わってきております。先生方の考え、それから生む人の考え、助産師、看護職の考えもさまざまです。どういったことが議論になっているのか。現場でどういったことが起きているのか。これから何が方向として考えられるのかといった点について、お話しさせていただきます。

これは昭和32年から平成14年までの看護職の保健師、助産師、看護師、准看護師の就業数の推移をお示したものです。

看護師の数は急速に伸びておりまして、これは看護大学の開設と並行して急速にふえております。その一方で助産師は、緑で示しておりますように16年末で25,000人ぐらいでずっと横ばい状態が続いている状況です。この状況がいろんな問題を今、発生してきている状況かと思えます。

では、新卒の助産師が年間にどれぐらい出ているのかということ。新卒の助産師の就業場所、大学卒、それから短大、養成所を出た人たちがどういったところに就職しているかということをお示したものです。ほとんどの卒業生が病院、診療所の部分は黄色のところ、非常に少ない割合がわかります。年間に1,600人ぐらいの国家試験の合格者が出ますが、こういった状況で就職をしてっております。

就業場所別に助産師の数を示したのですが、先ほどの母集団と少し数が違いますが、26,000人の助産師がどういったところに現在就職しているかといいますと、ほとんど7割ぐらいが病院の方に配置されています。診療所が2割を切っておりまして18.5%。助産所も若干ありまして6.5%、そのほか看護学校等、大学、研究機関に就職している者が4%ぐらいということになります。

助産師の免許を持っていても、助産業務を行っていない助産師も相当います。これは医政局の看護課が行った都道府県に対する聞き取り調査で行ったものですが、病院の中で必ずしも産科病棟、周産母子センターに配属されているとは限らない。全国で病院に就職している助産師の中でも3,300人ほどが産科関連のところにはいない。診療所でありまして産科以外のところに就職している者もこれぐらいの数いるということが明らかになっております。

先ほどからの関連ですが、出生場所別に見た年次別の出生数の推移はこのように変化してきております。ちょうど昭和35年を境に施設内と施設外の分娩が50%を交差したところが昭和35年です。以後施設内分娩がずっと高率を維持しております、このような数字を示しているところです。

出生場所別に見た場合は、病院の出生数が52%に対して、47%が診療所ということになります。そこで産科診療所に勤務しております助産師が17.6%、病院に勤務しています助産師が69%、この中で勤務しているということになりま

す。病院と診療所。自宅・助産所分娩が1.2%前後でずっと横ばい状態が続いているのも現状であります。

先ほどからいろいろ話題が出ておりますが、産科医不足を背景に、非常に最近助産師への期待が高まっていると受けとめております。助産師が分娩を扱うのは新しいことではありません。昭和30年代半ばまではごく普通のこととして取り扱われておりました。昭和35年には施設での分娩と、施設外分娩が50%ずつになりまして逆転いたしました。その後、医療技術の導入とともに、出産が医師に委ねられていった現状がございます。そして再び産科医師が減少した今、正常なお産は助産師が扱え、法的にも認められているんだから、力もあるんだから、もっと見直そうじゃないかという声が上がってきている現状がございます。

こういった背景には、正常である分娩も分娩誘発剤が使われたり、手術室のようなところでお産するのではなくて、もっと生活の場に近いようなところで命の誕生をパートナー、あるいは家族と一緒に共有したいといった女性たちの意識の変化も大きいものがあるかと思えます。

そこで、産科医と助産師の協力体制ですが、いろんな生活、文化的な要求、期待、そういったものが高まってきておりますが、安全というのは絶対に確保されなければならないと思っております。かつて助産院が非常に繁栄した時期もございましたけれども、その状態に戻ればいいということでもないと思えます。時代のニーズに適合した新たな仕組み、あるいは管理の仕方によって病院、診療所内で産科の医師と共同しながら、正常な経過のお産であれば、助産師が担当し、出産する人のニーズ、あるいは主体性を尊重した、その人らしい自然なお産をし、異常があればすぐに医師と共同管理ができる、そういった流れに変わってきていると思えます。そういった中で協力体制をとっていくことが望ましいという考え方が出てきていると思えます。

一方、助産師の養成数の確保とそのための基盤整備ということですが、黄色が大学で育てております助産師の数です。緑の線であらわしているのが一大学当たりの学生数です。一けたですけれども、大体全国的に大学の一学年の定員の1割が助産師の養成数というのが全国的な相場でございます。少しずつ大学における助産師の輩出数もふえてきているのが現状です。昨今では、学部教育が助産師養成をやっておりますが、いろんな問題点が出てきておまして、助産師の養成を修士課程にというふうなシフトが出始めてきている現状があります。

定員から見ますと、非常に助産師が多いというような錯覚を持ってしまう場合がありますが、国家試験の合格者の数から見るのが、助産師が1年間にどれぐらい輩出されているのかという数をつかむのには一番確実な数になります。赤でお示ししているのが助産師の合格者です。年間に約1,700名が助産師として輩出されております。保健師が8,000人に対し看護師44,000人の中で、助産師は1年間に1,700を切る状況で1,600～1,700をこの何年も推移しているところで、若干増加傾向にはございます。

こういった少ない助産師、限られた資源の中で助産師も大変な産科医療の役割を十分果たしていこうという考え方が出てまいりまして、異常と正常をしっかり見きわめながら、正常であってローリスクの場合には生む人の選択のもとに、助産師による助産師外来で正常分娩に持っていつてはどうかという考え方がかなり助産師の中では多くの声になってきているところです。これは日本看護協会助産師職能委員会がまとめたものですが、医師が対応するお産、助産師が対応するお産、そして医師・助産師の協働でお産を進めていく、そういった

進め方に分かれるお産のあり方があっていいのではないかという考え方でございます。

その中で、先ほどもお話がありましたが、助産師外来というのが導入され始めてきております。その背景ですが、少子化、あるいは産科の医師の絶対的な不足、そういったものによって産科医療を取り巻く状況の変化に助産師の専門性をもっと生かした活動をやっていきたい、もっと力を発揮してくださいといった要求が出てきております。助産師も主体的にもっと妊娠・出産にかかわりたいという強い欲求が出てきている、その双方の背景がございます。

そこで助産師外来というのはどういうものかと申しますと、助産師が医師と役割分担をしながら、自立して妊産婦やその家族の意向を尊重しながら健康診査、保健指導を行うものです。

助産師外来のメリットとしましては、大変な待ち時間、そして短い診療ということではなくて、助産師外来であれば、妊産婦はリラックスした雰囲気の中で1人に30分から60分ほどの時間をかけて助産師による健診、あるいはその人に合った個別性に応じた保健指導、エビデンスに基づいた健康教育を行ったり、相談を受け入れたりすることができます。その中で疑問、心理面での安心感を高める効果が出てくる。こんなメリットが助産師外来の中にはあります。

言うはやすし、非常に難しい運営の問題もあるかと思いますが、助産師外来を成功させていくためには専門家同士のコミュニケーションが非常に大事な部分を占めてくると思います。成功させる秘訣というのは、助産師だけの頑張りでもダメです。助産師と医師、そして助産師同士、そして専門職がお互いを信頼し合うという、そういった中からよいコミュニケーションを持って初めて成功していくんじゃないかと考えられております。専門家同士のコミュニケーションが非常に重要であるという、そこがポイントになってくるのではないかと思います。

そうは言いましても、特に診療所あたりでは助産師がなかなか就職してこないといったいろんな悩みも聞こえてくるんですが、看護職員の配置の標準に関する意見を日本看護協会が出しているところですが、平成17年11月に、「安全で満足のいくお産ができる体制を整備するため、新たに分娩数に応じた助産師の配置基準を設けること」というような意見を出しているところです。これまで長いこと助産師業務は続けられてきておりますけれども、適正配置というのは何なのかといったことが、積算の根拠がまだかつて示されたことは一度もございません。そして、需給の見通しにしても、助産師がどれほどの数がいれば足りているのかということを知られたことは一度もございません。そういったことに対して、看護職員の配置の標準に関する意見ということで、安全で満足なお産を進めていくために適正配置といったことを意見として提出しているところでございます。

これは今後、助産師の活用をもっともっと推進していくためにということで、日本看護協会、日本看護連盟といったところから要望を出しております。助産師外来、院内助産院、そして周産期医療体制の確保に向けた予算の措置、潜在助産師。そして免許は持っても地域の中で働かずに生活している助産師が全国に26,000人います。そういった潜在助産師の確保、それから分娩数に応じた助産師の配置基準、分娩数が適切なのかどうかわかりません。少子化の傾向にありましてケアの対応の度合いも非常に深まってきておりますので、何を根拠に適正配置とみなすのか、非常に難しい問題があると思います。

それから、大学における助産師養成数の拡大、その予算確保、こういったものが要望として挙げられております。

たくさん要望が出ているところですが、**「安心・安全で満足のいくお産の確保に向けた助産体制の整備に関する緊急要望書」**というものも出されまして、日本助産師会を初めとする**全国助産師教育協議会**、それを含めた**7団体**が保助看法に基づいて**「内診などの助産業務は必ず助産師が実施するように法令遵守の徹底を」**という要望を緊急に出しております。早急かつ総合的な助産師確保の対策の推進、そして周産期医療ネットワークの促進及び助産師外来、院内助産師、適正な用語ではございませんけれども、自立した助産が行える体制ということになりますけれども、院内助産、そういったものに対する助産師の活用を推進してほしいという要望を緊急に出しております。

昨今問題になっております内診も含めまして、こういったことも日本看護協会から共同で声明として上げているところです。こういった満足なお産を提供するために、助産師の資質をもっともっと向上させていけないといけない、これも声明として上げております。

先ほど申しましたけれども、これは2005年の末に策定されました**第6次の看護職員需給見通し**でございます。過去5年間の中で助産師が計上されたことは一度もございませんでした。需給見通しが出されておりますけれども、過去出されなかった助産師の数、初めて目にしまして、今までは看護職員というくくりで2005年にはほぼ需給の見通しがつくということで、現場はそんな実感は少しもないのに、おかしな積算の根拠がなされているなというような実感を持っておりましたけれども、2005年の末に初めて助産師として特別に計上されて、このように出されております。

平成18年の需要が27,700人です。平成22年、5年後には29,600人というふうな見通しをしております。これに対して供給ですけれども、18年は26,000人、そして5年後の22年には28,700人ということで若干2,000人ほど増えますけれども、それでも100%にはなっておりません。

これを都道府県別に見た場合には、福岡県は102%で九州内では唯一充足されている県でございます。全国的に助産師も不足している中で、福岡県は今のところ若干プラスの状況にあります。

こういうことが起き始めました。全国的に助産師不足の状況があるということで、施設によってはそれを実感しない施設もあるかと思っておりますけれども、助産師不足の解消に対して**全国初の夜間助産師学校をつくる**という動きが出てきました。産科診療所の看護師が働きながら助産師の資格を取得できるように**全国初の夜間助産師学校**が今年の4月、水戸市内に設立されるという見通しが発表されました。医師会が校舎をつくって設立するというので教育期間は1年間、これまでの専門学校形式で20人を養成するということを発表しております。

日本助産師会としては、現在の助産師教育ですら医療行為をするには1年間というのは短すぎると言われて、それが大学院教育にシフトしていこうかという時期でございます。2年生の大学院も大学、専門職大学院ができました。それから九大の周辺でも修士課程に移行していこうかという大学の動きもございます。そういった2年間にシフトされていこうかという状況の中で数合わせのために産科看護師を助産師にすればいいというものではないんじゃないかと警戒しつつ、そういった日本助産師会の声も上がっているところです。偏在対策に対しては、現在働いていない、先ほど申しました**全国で26,000人、潜在助産師**がいます。そういった助産師の復帰対策ということにももう少し力を入れてもいいんじゃないかという声もかなり強く上がってきているところです。

日本産婦人科学会は8月末に少なくとも助産師が充足するまで看護師による

医師の指示下における内診を認めてほしいという声明を出されておりますけれども、厚生労働省の看護課では、足りないからといって、法の解釈を時限的に緩めるわけにはいかない、そういう方向へは黙認できないということで育成コースの充実以外、現時点では方策はないのかもしれないということも発表されているところです。

年明けて十日ぐらい前でした。文部科学省の方から大学宛に大学での助産師養成をもっと数を増やせという事務連絡が入ってきております。毎年こういう文書が送られてくるんですけども、私たちは大学で非常に板挟みの状況にあって、数は増やしたいけれども、学部教育の限られた短い期間の中で、質の低下を来さないで教育をして、責任をもって社会に出していくためには、これまでの専攻科のような沢山の数を養成することはできかねます。そして、実習施設も限られております。なかなか実習を受け入れてくださるところが開拓できない状況も現場としてはあります。ただ、分娩介助ができればいいというわけではありませんので、前後の指導も含めた指導者の育成も含めて、非常に実習施設の拡大には苦慮しているところです。

特に診療所での問題かと思えます。助産師の不足、これは処遇の問題も大きいのではないかとということが私たちの職種間ではかなりささやかれているところです。年間に助産師国家試験の合格者は約 1,600人から 1,700人です。そして働いていない助産師、潜在助産師が26,000人です。これだけの数がいますので、処遇の改善も一方で検討しながら数の充足に向けてエネルギーを注いでいくことも必要じゃないかと考えられます。

年間に 1.2%前後の助産所出産がございます。ここ何年か1%から 1.2%で推移しているところですけども、助産所には嘱託医師という医療法で定められた制約があります。このことに対して医療安全確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方に関する検討会が先ほどまとめられまして、安全な出産を確保するためにということで助産所の嘱託医師に関して、医療法における嘱託医制度が見直されました。産科医ということが掲げられております。そして、嘱託医・医療機関との連携ということも明文化されております。そして、産科における看護師等の業務ということで内診問題も含めまして、医療が高度化する中でこれからの看護職の働き方、どうあればいいのかという現状の問題も見据えながら保助看法のあり方を別途検討していく動きが出てまいりました。

先ほども、最初に示しましたけれども、これから助産師が担うお産ということで医師が対応するお産、助産師が対応していくお産、そして医師と助産師とで共同で進めていくお産、こういった考え方があるわけですけども、助産師による助産師活動です。お産は異常なケースもあります。一定の割合で危機的な状況になったりもいたします。しかし、6割から7割は正常な経過をたどっております。助産師は正常分娩を自己の判断において行えかるという法律上のパワーを持っております。ぜひこの時期、今こそ存分に助産師の力を発揮してもらいたいと思っております。市民の皆さんに対して、ここに助産師がいる、お産は私たちにまかせてほしいと打って出る、今こそそういう時期ではないかと考えております。

しかしながら、産科の先生方の話を伺っておりますと、助産師外来を開設してはどうかと、ある施設で提案をされた先生がおられましたけれども、誰一人、では、やってみましょうというふうに反応してきた助産師がいなかったという嘆きの声も聞かれてきました。そういう指摘の中でとても残念なことに受け止められますけれども、これは一つには教育側の反省もあろうかと思えます。

だけど、正常産は助産師にまかせてください、あるいは妊婦の健診は助産師

にまかせてくださいよと言えるような、しっかりやれますよというような実力をつけてほしいと思います。

もし、異常になりそうなときには、早期に助産診断をして医師につないでいきますと、そういった取り組みができるような日頃からの研鑽を積んで、実力のある助産師が一人でも増えてほしいなというふうに考えております。そのための卒後研修も蓄積していかないといけないんじゃないかと考えております。

ただ、安全にお産が終わればそれですべてよしというわけではありません。皆さんもご承知のとおりですけども、お産の後、長い期間育児が続いていきます。一人の女性が母になって、そしてスムーズに育児が進んでいく、それを受容していけるように、特にお産の後、分娩の第4期というのは一人の女性が母になっていく、その過程を円滑に母子関係を支援していくための、女性から母に変わっていく重要なプロセスの時期です。そこに専門的なケアを加えて健全に育児が遂行されていくような育児力形成の基盤がそこにあるんじゃないかと思えます。そこにはケア力によって母性感情を高めて育児力形成につなげていけるような、そんな専門ケアが提供できる分娩室の看護でなければならないというふうに考えております。助産師はもちろん分娩看護のみに終わらないで、分娩介助学ではなく、母となる人への育児力形成のための支援、それも本領としてしっかり出していけるような、そんな力のある助産師を社会に輩出させていかなければならないと考えております。

そしてさらに昨今の男女共同参画の社会でございます。生涯を通じた女性の健康支援ができるような、女性の健康支援の専門職として活動できるような、そんな力を持った助産師に育ってほしいと考えております。

これはまとめになりますますが、安心・安全、そして満足な出産のために産科医師も助産師もそれぞれの専門性が発揮できる未来を求めて、助産師はできる限り助産師としての職域を発揮していくということ。それから潜在助産師の活用、職場復帰をためらっている助産師のための職業訓練が始まりました。職能団体で始めました。ためらわずに職場復帰できるような、そんな支援もしていきたいというふうに考えております。助産師養成数を増やしていきたいです。そのためには実習施設の拡大、それも一方で努力していかないといけない問題です。現有助産師教育機関の存続と助産師課程の定員増のための予算を伴った実習施設拡大が必要です。

そして、助産師の質を高めていく。分娩介助だけではなくて、異常の早期発見ができる、そしてローリスクであれば、それをハイリスクにしないような生活指導ができるような助産診断技術学、そして健康協助力、そして産科の先生方とともに真のチーム医療へもっていけるような産科医師以外を診療補助者とする医療従事者体系、パラメディカル、それから分担協力、コメディカルの流れになっていくように見直していく部分もあるんじゃないかというふうに思えます。そして、職能団体による人材バンクの活用並びに人材交流、そして人材情報提供、卒業生などがいろいろ相談にきますので、いろんなところの就職紹介をしたりということで情報提供をしていきたいというふうに考えております。

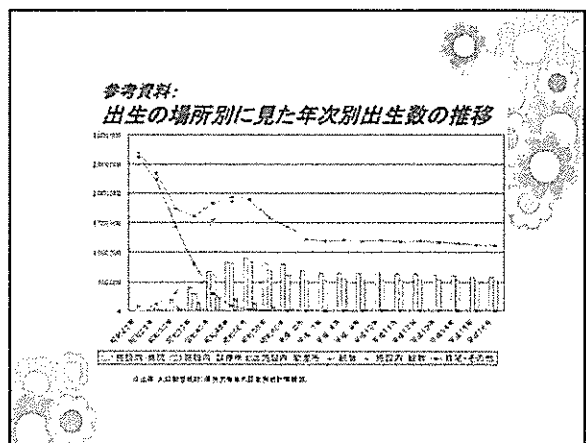
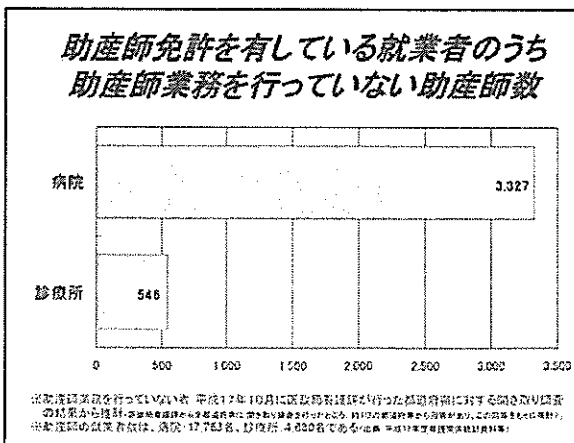
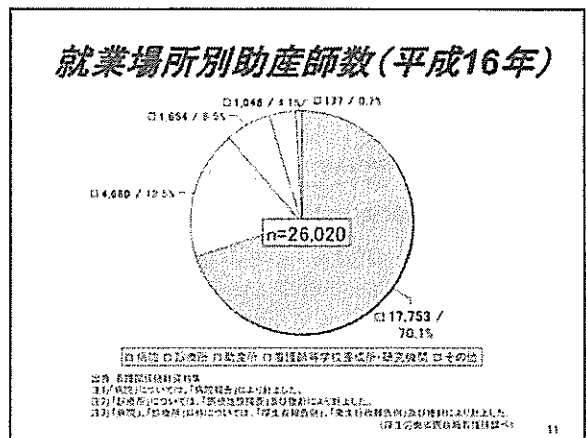
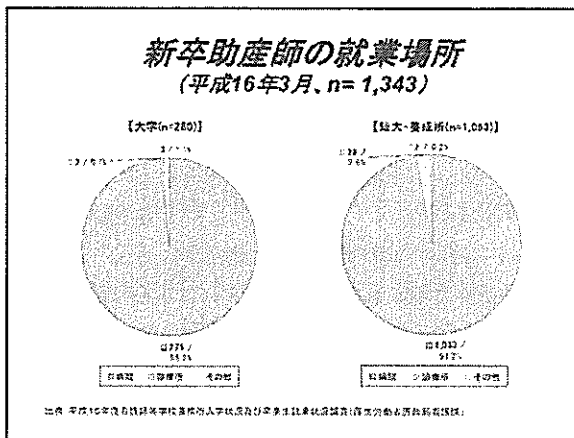
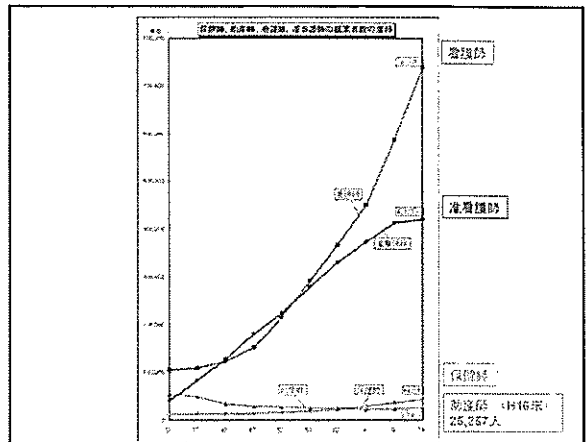
そして安全・安心、そして満足な出産の支援ができるような助産師を一人でも多く社会に輩出していきたいというふうに考えております。以上で助産師の立場からのお話を終わらせていただきます。

○福嶋 平田先生、ありがとうございました。

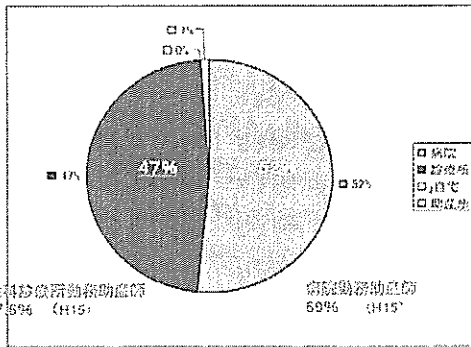
安心して お産ができるまちづくり

助産師の立場から

九州大学医学部保健学科
平田 伸子



出生場所の割合 (2004年人口動態調査)



産科医不足を背景に高まる助産師への期待

- 助産師が分娩を扱うのは新しいことではないが、昭和30年代半ばまではごく普通のことでした。
- 昭和35年には施設での分娩と施設外分娩は50%ずつになり逆転、その後医療技術の導入とともに出産が医師にゆだねられていきました。
- そして、再び産科医師が減少した今、「正常なお産は助産師が扱え、法的にも認められていて、力もある。だから見直そう」

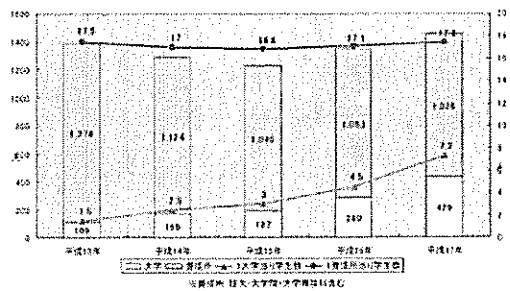
産科医と助産師の協力体制

- 文化的要求・期待は高まって、安全は絶対に確保されなければならない。
- 昔の助産院繁栄の状態にもどればよいということでもない。
- 時代にニーズに適合した、新たな仕組みや管理の仕方によって、病院や診療所内で、産科医師と協働し、正常な経過のお産であれば助産師が担当し、出産する人のニーズや主体性を尊重したその人らしい自然なお産をし、異常があればすぐに医師と共同管理するという流れになりました。

(5)助産師養成数の確保とそのための基盤整備

- 大学における助産師養成定員数の確保
- 実習施設、教員、実習指導者の確保等、教育の充実に対する支援

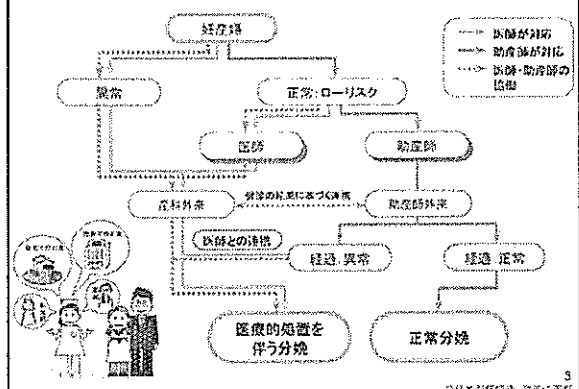
【図】助産師養成課程別、助産師就業数と1学校当り学生数の年次推移



国家試験実施状況及び合格率の推移(年次別)

試験実施年	保健師			助産師			看護師		
	受験者	合格者	合格率	受験者	合格者	合格率	受験者	合格者	合格率
平成7年3月	2,579	2,562	99.5%	1,640	1,623	98.9%	42,532	40,822	95.9%
平成8年3月	2,893	2,842	98.2%	1,622	1,580	97.4%	45,600	40,927	89.7%
平成9年2月	3,369	3,063	90.9%	1,634	1,601	98.0%	43,774	43,317	99.0%
平成10年2月	4,072	3,907	95.9%	1,649	1,463	88.7%	53,052	44,364	83.6%
平成11年2月	4,798	4,575	95.4%	1,872	1,790	95.6%	55,404	53,821	97.1%
平成12年2月	5,403	4,900	90.7%	1,763	1,697	96.3%	48,568	46,817	96.4%
平成13年2月	5,876	5,405	91.9%	1,655	1,548	93.4%	48,332	40,625	84.1%
平成14年2月	6,949	5,800	83.5%	1,713	1,513	88.3%	53,167	44,820	84.3%
平成15年2月	8,147	7,454	91.5%	1,718	1,531	89.2%	53,600	49,714	92.6%
平成16年2月	8,715	8,048	92.3%	1,761	1,694	96.2%	49,204	44,874	91.2%

助産師が担うお産



「助産師外来」 が導入され始めてきた背景

- ① 少子化や産科医師の絶対的不足など産科医療を取り巻く状況の変化に、助産師の専門性を生かした活動が求められてきた。
- ② 助産師も主体的に妊娠・出産に関わりたい。

「助産師外来」とは

- ① 助産師が医師と役割分担しながら自立して、妊産婦やその家族の以降を尊重しながら、健康診査や保健指導を行うもの

こんなにメリットがある 助産師外来

- ① 妊産婦はリラックスした雰囲気の中で、30分～60分ほどの時間をかけて助産師による健診や保健指導、相談などを受けられるようになり、疑問や心理面での安心感が高まります。

助産師外来が成功するために

- ① 大切な専門家同士のコミュニケーション
- ② 成功させる秘訣は、助産師と医師、助産師同士、専門職がお互いを信頼し合い、よいコミュニケーションを持つこと

平成17年11月24日

社会保障審議会医療部会 部会長あて

看護職員配置の標準に関する 日本看護協会の意見

- ① 安全で満足のいくお産ができる体制を整備するため、新たに分娩数に応じた助産師の配置基準を設けること

平成18年11月6日

自由民主党
政府調査会厚生労働部会長あて
組織本部構成関係団体委員長あて

平成19年度予算・税制に関する要望書 (日本看護協会会長、日本看護連盟会長)

① 助産師の活用推進

- 1) 助産師外来、院内助産院等、周産期医療体制の確保に向けた予算増額
- 2) 潜在助産師の確保
- 3) 分娩数に応じた助産師配置基準
- 4) 大学における助産師養成数拡大の予算確保

平成18年9月22日
厚生労働大臣 あて

**安心、安全で満足のいくお産環境に向けた助産
体制の整備に関する緊急要望書**
(日本助産師会など助産師関連7団体)

1. 保健師助産師看護師法に基づき、内診などの助産業務は必ず助産師が実施するよう法令遵守の徹底
2. 早急かつ総合的な助産師確保対策の推進
3. 周産期医療ネットワークの促進および「助産師外来」「院内助産」など助産師の活用推進

**安心、安全そして満足なお産の環境に関する
日本助産師会の要請**

- 1) 安心、安全そして満足なお産のために高品質の環境を創り出す
～お産の場は、お産するお母さんと赤ちゃんの命を守る場であると同時に、お産するお母さんの安心、安全、そして満足のお産環境を創り出す場である。助産師の存在が、お産の場を安全で安心、そして満足なお産の場にする。お産の場は、お産するお母さんと赤ちゃんの命を守る場である。お産の場は、お産するお母さんの安心、安全、そして満足のお産環境を創り出す場である。
- 2) 助産師の就業を促進し、お産やお産環境における役割を充実させる
～お産の場は、お産するお母さんと赤ちゃんの命を守る場である。お産の場は、お産するお母さんの安心、安全、そして満足のお産環境を創り出す場である。お産の場は、お産するお母さんと赤ちゃんの命を守る場である。
- 3) 産科医科と連携・協働し、よりよい産科医療の提供を実現する
～産科医科と連携・協働し、よりよい産科医療の提供を実現する。産科医科と連携・協働し、よりよい産科医療の提供を実現する。産科医科と連携・協働し、よりよい産科医療の提供を実現する。
- 4) 助産師の質的向上と能力開発のための研修を推進・強化する
～助産師の質的向上と能力開発のための研修を推進・強化する。助産師の質的向上と能力開発のための研修を推進・強化する。助産師の質的向上と能力開発のための研修を推進・強化する。

第六次看護職員補給見直し(再掲 助産師) 2005年年限定
(単位:人)

区分	平成18年度	平成17年度	平成16年度	平成15年度	平成14年度
看護職員	21,257	20,352	19,457	18,562	17,667
看護	18,422	17,527	16,632	15,737	14,842
看護補助	2,835	2,825	2,825	2,825	2,825
助産	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255
看護職員関係	4	4	4	4	4
看護職員関係(看護士)	4	4	4	4	4
看護士・助産師	12	50	50	50	50
助産師	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255
看護士、助産師、その他	12	12	12	12	12
見直し	21,257	20,352	19,457	18,562	17,667
看護職員確保数	18,422	17,527	16,632	15,737	14,842
看護職員確保率	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255
看護職員確保数	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255
看護職員確保率	2,835	2,835	2,835	2,835	2,835
看護職員と看護補助の差	1,255	1,255	1,255	1,255	1,255
(見直し/看護見直し)	21,257	20,352	19,457	18,562	17,667

注) 自治体の入札、各種員の確保金は計上していません。

YOMIURI ONLINE

**助産師不足解消へ、
水戸に全国初の夜間助産師学校**

2006年10月28日(土) 03:02報道より

1. 産科診療所の看護師が働きながら助産師資格を取得できるように、**全国初の夜間助産師学校**が来年4月に水戸市内に設立される見通しとなった。
2. **水戸市医師会**が同医師会立看護学校の校舎を利用して設立する。教育期間1年で20人を受け入れる。

<日本助産師会の危機>

出産現場への助産師就業促進は重要な課題
しかし、短期的に看護師を助産師に移行させ、夜間助産師教育により、助産師の質が低下することがないか...

国民の健康維持を責め

各都府県立大学・短期大学長 謝

文部科学省高等教育局長 謝

三 誠 公 報

大学・短期大学における助産師の養成促進について

このことについて、平成17年2月4日付け事務連絡「大学・短期大学における助産師の養成促進について」においてお伝えしているところですが、原案の業務部長が事務局長から異動となり通知がありましたので申し上げます。助産師教育における履修者の確保及び増進を図るよう、引き続きお話し申し上げます。

**助産師の「不足」は
処遇の問題も大きい**

年間助産師国家試験合格者は
約1600人

働いていない潜在助産師は
26000人

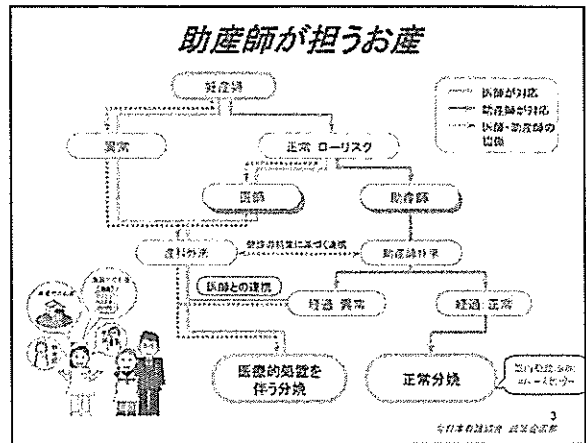
厚生労働省
医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会（まとめ）

安全な出産を確保するために
助産所の嚮託医師

- 医療法における嚮託医制度の見直し
- 嚮託医・医療機関との連携

産科における看護師等の業務

今後の方向性として産科における看護師等の業務については、助産師の確保策を推進する一方で、保助者法の在り方を含めて別途検討する。



安心・安全そして満足な出産のために
産科医師も助産師も各々の専門性が発揮できる未来を求めて

- 助産師はできるかぎり助産師としての職域を発揮。産科以外の科に勤務している助産師の見直し、適材適所。
- 潜在助産師の活用。職場復帰をためらっている助産師のための職業訓練が始まっている。
- 助産師養成数を増やそう。現有助産師教育機関の存続と助産師課程の定員増のための予算を伴った実習施設拡大。
- 助産師の質を高める。助産診断・技術学、健康教育
- 真のチーム医療へ。産科医師以外を診療補助者とする医療従事者体系（パラメディカル）から分担能力の水平的パートナーシップ（コメディカル）への流れになっているか見直そう。
- 職能団体による人材バンクの活性化ならびに人材交流・人材情報の提供

ご静聴ありがとうございました。

6, 和田仁孝 早稲田大学大学院 法学研究科

○福嶋 では、和田先生、お願いいたします。和田先生は早稲田大学の法務研究科の教授をされておられますけれども、1996年から九州大学の法学研究の教授、そして2004年から現在の早稲田大学にお移りでございます。また九州大学ご在職中に今日お話しいただきます無過失補償制度の検討に携わっていただいておりますので、今日はその辺を中心にお話を伺います。よろしくお願いいたします。

早稲田大学の和田でございます。全体として非常に難しい領域に産科のお医者さんたちが置かれている、こういうことは今、あちこちで聞くわけですが、法律の問題が先ほどから出ていますように、ひとつ訴訟が多いというのが、新しいお医者さんがなり手がなくなるとか、あるいは産科を扱わずに婦人科だけに移っていくとか、そういうことの背景に一つの要因として上がっております。そのあたりに焦点を当てさせていただきまして、私は法学部ですので、そちらの観点から、少しそれにかわるシステムの可能性というようなこととお話をさせていただきます。

まず、最初に周産期医療と紛争ということなんですけれども、医療事故というのはいろんな領域、いろんな診療科で起こるわけなんですけれども、とりわけこの産科の領域というのは、それが非常に起こりやすい構造をそもそも有している。これは日本だけではありませんで、例えばアメリカでも産科の領域の紛争というのは一番多うございます。アメリカの場合は、診療科別に例えば医師損害保険に入るときの掛け金など別々です。そうしまして、産科のお医者さんの掛け金というのは、いまや州によっては年間 2,000万円、掛け金が年間 2,000万円というふうな状況になっております。平均しても、多分 1,000万円近いぐらいです。それぐらいリスクが高い診療科ということになります。

背景にはいろんなことがあるかと思うんですが、私、伺いましたところ、日本の産科の領域で母体死亡の事例、ケースというのは世界的に見ても非常に少ない。つまり日本では全体として非常に安全な産科の医療というものが行われている。にもかかわらず、やはり紛争というのは起こってくるわけでありまして。それは一つは、安全であればあるほど、我々一般の人間の側は赤ちゃんというのは安全に生まれて当たり前だと。先ほどからもそういうお話がありましたけれども、期待そのものが非常に高くなっているわけですね。ですから、リスクがあるなんということは想像もしないわけです。そういう期待の高まりがあるところに、事故が起こった、問題が起こったということになりますと、非常にそれが暗転するということが一つございます。

また、出産というのは病気ではありませんので、そういう意識がさらにそれによってもベースとして高いということもあるかと思います。

もう一つは、事故における過失の認定ということなんですけれども、実際それが何か出産のときの医療行為が原因で、しかもそれがミスなのか、あるいはミスでないのか。あるいは先天的なものなのか、このあたりを客観的に判断するというのが、専門のお医者さん方がこれを分析したとしても、必ずしもクリアな答えが出ない。こういう状況であるわけです。つまりそういう客観的証拠が不在のところ、これがよけいにそこが争いのいわば温床になっていくという構造がございます。

さらに赤ちゃんということですので、その後のさまざまな賠償額を日本の場合は積み上げていきますので、そうしますと、非常に高額になっていく。この

ようなことから、いろんな意味で訴訟に関するリスク、紛争に関するリスクと
いうのが高くなるわけです。

ところが、じゃ、そういう紛争を医療のとりわけ産科の領域の紛争を解決す
るのに、裁判というものが適したものであるかどうかということを考えますと、
非常に問題が多いわけです。裁判というものは、法に従って、問題を解決する、
ある意味、それが適正だというふうに我々は思い込んでいるわけですが、
しかし、別の見方をすると、非常に窮屈な、法という枠の中でしか問題を考え
られない。そういう窮屈な紛争解決の方法なんですね。例えば、まず対審構造
と申しまして、裁判に上がれば、これはもうお互いに相手をとにかく否定する、
そして自分の方は守るといふ、こういう構造をとらざるを得ないわけです。弁
護士はそういうカルチャーの中でトレーニングされているわけですが、これ
は日常的な我々の普通の感覚から言うと、不道德な行動なんですね。訴訟と
いうのは、むしろそれを強いるシステムなわけです。

そもそも医療というのは、とりわけ産科の医療というのは、恐らく産科のお
医者さんにとってハッピーな状況というのは患者さんにとってもハッピーな状
況なんだと思うんです。あるべき姿というのは。そもそもが出産という喜ばし
い出来事について、妊産婦の方と、それを手助けをするお医者さん、これは一
緒にこれを進めていく、助けていく、そういうものだと思うんですけれども、に
もかかわらず、訴訟になりますと、非常に敵対的な関係になって、どちらもが
実はアンハッピーになっていくということがございます。非常に相手をののし
るような喧嘩の場所としてなってしまう。

それからもう一つ、これはまた裁判、法律というものも非常に限界なんです
が、非常に古い考え方です。むしろ人権とかいうことは大事なことです、
個人の責任というのをベースに考えます。そうすると、何か問題が起こった。
それは誰かの責任であるということにしないと、問題を処理できないんです。
お金を、賠償を払うというような命令が裁判ではできないわけですね。だから、
誰かの責任にする。そうすると、これは当然、そこで産科のお医者さんにミス
があったという、先ほどのように専門的に見てもよくわからないところで、し
かし裁判官は、裁判官もある意味、非常に苦勞しているわけです。そこで過失
があったとか、なかったとか、言わざるを得ない構造なんですね。そこで、そ
ういう形になってしまわざるを得ない。その問題が起こった背景のシステム的
なミスがあったとしても、その背景のシステムの問題は全く扱うことができな
いわけです。

さらにそれが先ほどからさまざま出ていますシステム全体の歪みを生じさせ
ていく。こういう問題を考えてきたときに、そもそも先ほど申しました、とり
わけ産科医療の特質ということを考えますと、過失をいわば分水嶺にして、あ
ったら賠償される。なかった場合には有害事象が発生していても、それは全く
何も補償がされない。こういうシステム自体にそもそもどこか欠陥があるんじ
ゃないかということも考えることができるわけです。

それから新しい別の考え方というのは、無過失責任あるいは無過失救済とい
う考え方です。これは社会が発展して、例えば医療はそういう性質をもと
も持っているんですけれども、高度なことをやるときに、ほんのちょっとしたミス、
あるいはほんのちょっとした手違いというものが大きな損害なり被害を生
じさせてしまう。我々はこういう時代に生きておりますし、医療はそもそもそ
ういふものなんですね。これは例えば交通事故のような、よそ見をして人を轢
いたとか、スピードをものすごく出して人をはねたとか、こういうものの過失
とはそもそも構造が違うと思うんですが、先ほど言いましたように、法律とは古

いシステムですので、十把一絡げにそれを同じようにしてしまう。そういうことになってしまいます。

そこで、そういうことであれば、誰に責任があるのかということを決めて、それで救済する、しないということを決めるのではなくて、そもそも有害事象があって、何か問題が生じたときに、その人を救済すること、それを充実させることを第一に考える。こういう発想が必要になってくる。それが無過失責任です。過失というものがなくても賠償責任を負う。そのためのファンドをつかっていくというのが新しいシステムです。

後で少しお話ししますが、今、日本でもそういうシステムが恐らくそう遠くない、本当にもう現実に法案化される方向に移っておりますので、産科の領域でできると思います。そのいわばモデルになるか、あるいはさらに日本のシステムの問題点というものが含まれているものがあれば、それを見るために海外の例を当たってみたいと思います。

一つは、ニュージーランドです。これは一番徹底した無過失責任制度をとっている国です。どういうことかといいますと、ニュージーランドではあらゆる事故、人身被害ですね。事故による人身被害は無過失責任救済制度によって補償されます。つまり交通事故であれ、医療事故であれ、何であれですね。もし事故が起こって被害が生じた。その場合には相手を訴えるのではなくて行政があります。ACCという事故補償局というのがあって、そこにこういう損害が発生しましたと申請すると、そこで審査がされて救済額が決定されて給付がされる。こういう構造です。そして、ニュージーランドは民事訴訟、この損害賠償のこういうケースでの民事訴訟を起こす権利というものをそもそも法律でなくしています。ですから、訴えることができないんですね。ですから、医療事故の損害賠償請求訴訟というのは、ニュージーランドではあり得ない。法律的にあり得ないということになります。

さらにもう一つのポイントは、ニュージーランドでは社会保障が非常に充実しています。もともと非常に高福祉の国ですので、何か問題が起こったときに、そこで手当すべきさまざまな給付のようなものは、そもそも社会保障のシステムの中で保障されているわけですね。そうすると、とりわけ特にこのシステムの中で給付する額というのは、比較的少なくて済むということなんです。こういう条件があって、ニュージーランドでは比較的定着した形です。この制度が続いています。それでも総選挙ごとに、財源問題とか補償額が低いんだということ論争がなされている状況です。

日本では問題が違ふんですね。訴権を制限する、裁判を受ける権利というのは日本では憲法上の権利です。これを制限することはできない。これはニュージーランドのようなこういう荒療治はできないわけですね。そうすると、先ほど無過失救済制度が切り札になるんじゃないかということをおっしゃったと思うんですけども、切り札と言えるかどうか、ちょっとまだ問題があるかと思えます。

実は裁判とこのシステムと競合するという中で日本の場合は動いていかざるを得ないということがあります。訴訟で過失を問うこともやはり道は残さざるを得ないというのが日本の状況でございます。

フランスがまた2002年に同じようなシステムをつくりました。これはニュージーランドはすべての医療事故をカバーする。フランスの場合は労働能力喪失率が25%以上の後遺症及び死亡事案だけですが、過失がある場合は医療側がそれを受けるかどうか、ここで判断を下すわけですね。拘束力はありません。そして、それに対して過失があったというふうに判断された場合は、医療側がそこ