

で示談で自分たちの方で、過失がありましたから、それは補償しますというふうに受ける。受けなければ訴訟ということになる。無過失の場合には医療側にかわって、医療事故補償公社というのが出てきます。ここから給付をしますよ、ということになります。それでも、いやだ、ということになれば、この場合も訴訟になりますけれども、こういうシステムをつくっています。これが一つ、フランスの例です。ただ、この2つはいずれもすべての事故を扱うという形になっています。

実は今回日本でできることになっている新生児脳性麻痺の無過失補償制度というのは、モデルはアメリカのフロリダ州とヴァージニア州の2つだけです。フロリダの方が大きいんですが、この新生児脳性麻痺救済制度、これがモデルでございます。ここに対象とか補償の内容を少し挙げていますが、問題はこの実態です。アメリカは日本と同じように憲法上の権利として訴訟を受けることができるわけで、ニュージーランドのように制限できないんです。ですから、同じ法的環境です。その中でどういうふうになったか。データはちょっと古いんですけれども、例えば最初の10年、設立されたのが1988年で10年間ですが、247件のケースがここに来ています。これはフロリダ州のCPの発生の数から言うと、かなり少ないんですね。そもそも来ないケースも多いということになります。この247件のうち86件で、これに該当するということで救済が、無過失補償がなされています。ところが139件はこれに該当しないということで、アメリカですので、フリーライダーとかいろんなことがあるんだと思いますが、139件で、それはだめだと。該当しないということで却下しているわけですね。

ところが、実はこういうふうに却下されたケースもですね。例えば多くのケースは訴訟も同時にやっているんですね。そして、この制度である年に18件棄却した。その中で実は15件が裁判では勝っているんですね。ですから、アメリカの環境では、むしろこの無過失救済制度を使うより裁判に行った方で勝つ可能性が高いという皮肉な状況になったりしています。その結果、平均の賠償額も裁判の方が沢山もらえるわけですね。ですから、アメリカではあまり成功しているとは言えません。それでこのフロリダ州とかヴァージニア州だけで、それ以外の州には普及しないんですね。

これが切り札にならないお話をしてきたんですが、しかし日本の場合は幸いなことにアメリカほどの訴訟社会ではありません。少々増えているといっても、そこまではまだ至っていませんので、まだワークする可能性はあると思います。ただ、それには幾つか条件があると思っています。

我が国の動きですけれども、これは2003年に、言い出しつぺは福岡なんですね。2002年ぐらいから検討を始めたかもしれませんが、中野先生も一緒に私もメンバーとして入りまして、福岡県医師会のプランとしてアメリカのフロリダ州のようなシステム、これをモデルにしたような新生児脳性麻痺の救済システムの案をつくりました。福岡の案というのは、今、日医とか厚生労働省の考えている案よりも、より幅が広くて先天的なものも含める、さらにこれは僕が主張させていただいたんですが、対話の場を、妊産婦さんが事故だと思っておられる、被害があった妊産婦さんの側とお医者さんと対話の場をそこに組み込んで設けて、そして無過失救済もしていくという仕組みを提案いたしました。

それが日医の方に受け継がれて、2006年に日医の提言があって、そして現在では非常にこの動きが急速に加速してしまっていて、恐らくこの制度はもう近々法案化されるであろうということでもあります。既にこの担い手として医療機能評価機構が無過失救済システムを实际運用する組織として受けることになるだろうというふうな報道もされています。そういうふうな状況になって現実化して

いくということですね。

ただし、先ほど申しました、もう一度限界と可能性ということを考えておきたいと思いますが、まず一つは、赤ちゃんが例えば脳性麻痺になったときに、お母さんたちあるいはお父さんたちが求めるものは一体何なんだろうということですね。事故なのか、あるいはどうなのかという真相究明をしたいということ、なぜそうなったのかということを知りたい。こういう思いというのは被害者の方皆さんがおっしゃいます。有害事象を受けた方皆さん、医療側から見た過失のある、なしにかかわらず、皆さんおっしゃいます。そういう気持ちはず一つあります。

それからちゃんと医療側に向き合ってほしいという思いを持っておられます。それからもし、何か背景に原因があるのであれば、そういうことを再発防止するような取り組みをしてほしい、こういうニーズが非常に強い感情としてお持ちです。これは突き詰めて言えば、要するに医療側にちゃんと向き合っていたらいい、そこできちんとした説明をしてほしい。ミスがあったのならしょうがない。ミスがなかったのなら、それはそれとしてでもちゃんと向き合ってほしい。

先ほど言いましたように、これは医療側から見れば、脳性麻痺の問題というのは産科の領域というのはわからないわけですね。過失があったのかどうかということが。そうすると、そういうことを理解していただいて、そこで納得していただきたい。これは医療側もそういうニーズを持っていると思います。これは対話のニーズがあるわけですね。そういう場が今は全然なくて、お互いに非常に疑心暗鬼になっている。

じゃ、無過失救済制度でそれが満たされるのかというと、単にあなたの場合には過失がないけれども、有害事象だから補償しますよ。CPだから補償しますよと、お金をポンと出される。それだけで納得されるのでしょうか。このところにきちんとした対応がなされなければ、それならお金はもらったけれども、それでは納得できないから、今度はお医者さんを刑事告訴しますというようなことになりかねないんですね。

それから、もう一つは、無過失救済制度ができるだけではだめで、これがワークしていくためには、やはりその原因究明手続きというのは、要するに過失があったか、なかったかという最終的判断がどうこうではなくて、その状況について、あるいはそういうことをきっちり患者さんとの間でも情報を共有化していくような、そういう場が必要である。そして、そういう対話にきちんとは応答していくような、そういう場が必要だということです。

フランスのシステムはそういうシステムを組み込んでいるんですね。そのような形というのが必要なのではないかということです。ですから、単にフロリダ州なんかのように無過失救済で過失のある、なしにかかわらず、金銭的に補償しますよというだけでは、多分妊産婦の方のニーズにこたえられない。プラスアルファとして、こういう対話の場をつける。これは福岡県医師会の案には入っていたんですが、そういうものをくつつけることが必要だというふうに思っております。今、厚生労働省の方に対してもそういうふうにいる意見を言っているところです。

こういう紛争処理の仕組みの中で必要なのは、3つ機能があると思います。1つは、事実を認定する。事実を認定するというのは判断を最後に下すということではなくて、過失がわからないなら、わからないというそのこと自体を明らかにするような意味での事実について究明するということ。

それから対話ケア機能、やはり非常にショックを受けて、これは医療者の方

も同じだと思うんです。先ほどのビデオの映像の中でも、先生の方もショックを受けたとおっしゃっていました。そういうことがあると、過失の有無にかかわらず、お医者さんの方も非常にショックに思っておられる。それから被害事象が発生した場合には、妊産婦さんの方も思っておられる。そこで両方に必要なんですが、両方ともがそこで向き合って話していく。そこを少しでも前向きに埋め合わせていくような、そういう機能、場というものがやっぱり必要だろうと思います。

それからもう一つは損害のシステムですね。これは無過失救済です。ただ、お金ということであれば、無過失救済だけでいいんですが、やはりこういうシステムを組む。特にこれを組み合わせていくような仕組みが、この中には少し入っております。ここの部分を組み合わせることが必要だろうと思っております。

そのための一つの方法が最近注目されております。再来週ぐらいの「AERA」でも特集がされるみたいですが、このメディエーターという役割を、今、医療機能評価機能などでこういう役割の人を養成するのを推進していこうとしているんですが、医療機関の中に中立的な役割としてメディエーターという人が対話を促進するような、中立的な役割の人を置いていく。あるいは第三者機関としてこういうシステムを設ける。これと先ほどの無過失救済制度というものをうまく組み込んでしまう、統合してしまう。あるいは連携させるというふうな形で進めていくのが恐らく無過失救済制度、そして対話の場、この両方があって初めてシステムとしてうまくいくのではないかというふうに思っております。

最近の動きとしては、実は茨城県がそういうシステムをつくっております。今の対話を促進して問題を解決しようという仕組みですね。千葉県も医師会とか裁判所が共同してつくろうとしています。それから福岡県医師会がここでも現在こういう方向をつくっていこうということで、先ほどの無過失救済制度をつくったときも、旗振り役になられた高橋先生という理事の方がいらっしゃいますが、その先生がやはり旗振り役でこういうものを検討しようということになっています。

そういうものを整備されていって、そして無過失救済制度とつながってくる。それによって感情的なところが根っこにあって、訴訟事件に持っていく、あるいは刑事告訴される患者さんというのは、基本的にはやはり感情的な問題だと思うんですね。ですから、そこにうまく手当していく、さらに無過失でも救済していく。こういうシステムが両輪として働いていくことが必要だろうと思います。

それからあと1点だけ付け加えさせていただきますと、刑事事件ですね。大野病院事件以降、非常にこれがさまざまな影響を医療界に、特に産科の領域に与えているわけですが、あれは世界的に見て考えられないことです。

例えば医師法の21条にしても、そもそも伝染病なんかで異常な死体が見つかったとか、そういうケースがもともと想定されてつくられた法律で、そもそも医療事故なんて考えてなかったわけですね。そういう法律がそのまま残っている。この届けの問題も一つの問題ですし、それにいろんな形でそういう法律のシステム自体が非常に遅れているようなところがございます。ですから、そのあたりも刑事のケースも外国ではまず入ることはありません。今のような本当の異常な事件性が疑われるようなことですね。医療事故に関しては事件性がない限り警察が入ってくることは外国ではあり得ない。アメリカでもありません。ですから、そのあたり日本のシステムというのは非常に問題になっていて、そ

の死亡の原因究明のシステム、真因究明のシステム、これも今、モデル事業とかさまざまな形で検討がなされているところです。こちらの方も組み替えていく必要がある。こういうものをトータルに無過失救済制度と原因究明のシステム、そして対話型の苦情処理の場ということ、これらが全部連動して初めてうまくいくのではないかと思います。

少しそういうのが実現するような方向で、政治もあるいは厚生労働省なんか少し意識が出てきているところでございます。ですから、これは遅かれ早かれそういうものが整備されていくと思います。

そういうことで産科の領域の問題というのは解決する一つの条件のクリアということにはなっていくかもしれないと思っております。まだ、ハードルは高いんですけども、そういう可能性があるということで、最後は少しそういう明るい方向があり得るんだということでお話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

○福嶋 和田先生、ありがとうございました。

無過失救済制度の可能性

2007.1.14.

早稲田大学大学院法務研究科
教授・和田仁孝

周産期医療と紛争

- ※ 医療水準の高度化
⇒「期待水準」の高まり
- ※ 「過失」の認定の困難さ
⇒解釈のずれと客観的指標の不在
- ※ 賠償額の高額傾向

紛争化しやすい領域

医療事故訴訟の限界

- ※ 対審構造:敵対関係のエスカレート
⇒ゼロサム(勝敗)型思考
- ※ 個人行為者への責任帰属
⇒システム問題の分析薄弱
- ※ 医療システム全体の歪みを掃却
⇒産科領域からの撤退・医師不足
- ※ 金銭賠償をめぐる争い
⇒過失と賠償の連動⇒過失責任主義

無過失責任とその背景

- ※ 無過失責任の社会背景
技術発展⇒不注意がなくても損害発生の可能性
⇒被害者側による過失立証の困難
救済を受けられない被害の増大
救済の充実に第一を考える理念へ
- ※ 無過失責任
過失がなくても賠償責任を負う
過失→→(因果関係)→→損害=賠償責任

海外の無過失救済制度: NZ

NZの例: 定着した事故補償法制度

- ・あらゆる事故人身被害の無過失救済
- ・民事訴権の制限
- ・社会保障の充実に伴う補償額のレベル
⇒財源問題と補償額の低さをめぐる論争

日本では・・・

制度環境が異なる⇒訴権制限は不可能
無過失救済制度ができて、訴訟で過失を問える

フランスの医療事故ADR

- ※ 2002患者の権利および保険衛生制度の質に関する法律
- ※ 補償調停委員会⇒鑑定・報告⇒裁定(非拘束)
過失・・・医療側の諾否判断、
無過失・・・医療事故補償公社⇒和解もしくは訴訟
- ⇒行政主導による和解的解決促進
⇒無過失救済、合意調停、事実認定の統合

新生児脳性麻痺救済制度: Florida, Virginia

Birth-Related Neurological Injury Compensation Plan

<対象>: 2500g以上の新生児の脳性麻痺もしくは機械的傷害によるもので証明のもの、かつ当該医師ないし医療機関がこのプランに加入していること (加入率80%)

<補償>: 医療・療育費用、誤費費用、加えて一時金 (精神損害等)
10万ドルまで

<実績>
1989~1997までに247件...86件補償、139件償還、異議申立7件
NICUケースの4~6件に1件は訴訟も提起 (訴訟継続中NICU申請)
償還利用でNICU申請の18件の中15件が償還
毎時ケースの平均賠償額40万ドル超、3件は100万ドル超。

成功しているとは思えない、ゆえにアメリカで普及しづらい

我が国の動き

※ 新生児脳性麻痺無過失救済制度

- ・2003福岡県医師会での提言
アメリカ新生児脳性麻痺救済モデル
- ・2006日医提言
- ・制度化への現実的動き

無過失救済システムの限界

※ 本来的に金銭補償の提供システム

※ 「救済」とは何か・・・?

- ・真相究明のニーズ
- ・誠実な対応へのニーズ
- ・再発防止への取り組み

※ 満たされないニーズ⇒訴訟へ、告訴へ

無過失救済制度成功の条件

- ・原因究明手続きの透明化
- ・妊産婦側の事実究明や対話要求への応答
⇒対話手続との接合の可能性
(フランス型に可能性)
⇒福岡県医師会案には含まれていたが・・・

裁判外医療紛争処理機関

事実認定機能

スクリーニング・パネル

↓

事実コンフリクト対応

対話ケア機能

メディエーション

↓

感情コンフリクト対応

損害補填機能

無過失救済保険

↓

金銭コンフリクト対応

+

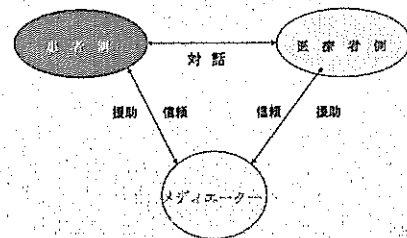
事故情報のフィードバックによる医療安全推進

システム改善

人材再養成

患者教育

対立する紛争当事者たちに対し、中立第三者としての
メディエーターが当事者をエンパワーすることで対話
を促進し自分たちの手で合意形成へと至らせるしくみ



©早稲田大学和田仁孝

アメリカ医療ADR メディエーションの展開

※ 個別病院のメディエーション導入が契機
メディエーション＝対話・合意促進型紛争解決モデル

1) Chicago Rush Medical Center

'95より患者側・医療側の弁護士2名による調停形式
'95-00実績: 訴訟事案の3分の1で試み80%解決

2) Johns Hopkins Hospital

'00 頃導入
03実績: 24件中21件解決⇒賠償関連総額30%減
⇒経済的成果、医師患者コミュニケーション改善
医療の質の改善に貢献

最近の動き

- ・茨城県医療問題中立処理委員会
過失なし、グレー事案での対話の場の提供
- ・千葉県医療事故ADR(準備中)
裁判所、弁護士会、医師会協働の裁定型
- ・福岡県医療事故ADR(準備中)

無過失救済制度の可能性

早稲田大学法務研究科・教授 和田仁孝

現在、産科領域で無過失救済制度の導入の動きが加速している。日医、厚生労働省、各政党の間で、議論がなされているようである。今回は、この制度が成功する可能性について検討してみよう。

この制度プランは、もともと、2003年に福岡県医師会の委員会が提言を行い、それが日医に引き継がれて現在に至っているものである。筆者は、この福岡県での新生児脳性麻痺無過失救済制度の検討委員会メンバーで、後述するフロリダ州の制度をモデルとして紹介した経緯がある。以下では、1. 無過失救済制度とは何か、2. 無過失救済制度の難点、3. フロリダのモデルシステムの検証、4. わが国での機能化の条件、という順に論述していくこととする。

1. 無過失救済制度とは？

無過失救済制度とは、過失の有無にかかわらず、有害事象（この場合は脳性麻痺）が発生した場合に、救済を行うシステムである。通常の過失責任主義のもとでは、同じ有害事象が生じて、たまたま医療側に過失があった場合には賠償がなされるが、過失がなかった場合には救済はまったくなされない。背景には、「ミスにより人に被害を発生させたのだから賠償すべきである」という我々の日常的道德観念がある。

これに対し、医療側の過失の有無によって、救済されるかどうかが決まってしまうというのは、かえって不道德ではないかとの考え方もできる。過失がなかった場合でも、同様の有害事象を抱え込んで困難を感じている人に対し、何らかの救済を提供するのが社会の責務ではないかという、利他主義的な道德観である。これが無過失救済制度の理念にほかならない。医療行為に関連して、脳性麻痺という結果が生じた場合には、すべての人を救済するという発想である。

医療側にとっても、「過失」のスティグマから解放され、結果としてよい対応がなされる可能性がある。ニュージーランドでは、あらゆる人身事故被害について、無過失救済制度が採られているが、その結果、事故が発生した時点で、医療側も協調的に補償申請に協力したり、事故防止のための情報提供に応じるようになったといわれている。

2. 無過失救済制度の難点

しかし、どのような制度も難点を抱えているものである。無過失救済制度の難点は、ま

ず、第一にその財源問題である。救済対象が広がるために、直接の補償財源のほか、運用コストも大きくなる。また、個々の対象あたりの補償額は、過失責任主義のもとでの救済額より低くならざるを得ない。ニュージーランドのような社会保障の完備した国でも、無過失救済制度からの給付が低額であるとの不満が根強く、政治的争点となっている。

第二の問題は、過失の有無を問わないことから、妊産婦側の真相を知りたいという要求に応えることができないという点である。患者側の中には、無過失救済制度を、結局、責任をうやむやにし、医療側を守る制度でしかないとの評価もある。もちろん、医療側からすれば、新生児脳性麻痺については、因果関係が明確でない場合が多く、不当に過失認定がなされているとの認識がある。無過失救済制度自体は、このギャップを埋めるような機能をもたない。

第三の問題は、これと関連して、無過失救済制度は、結局は、金銭的補償を提供するに過ぎず、患者側の医療側と向き合って話したい、誠実な説明がほしいといった、紛争の根底にある感情的葛藤に応答することができないという点である。

これらの結果、単に無過失救済制度ができたとしても、民事訴訟が減少するかどうかは不明であり、また感情的葛藤や真相究明を求めての刑事告訴が増加する可能性さえある。

3. フロリダ新生児脳性麻痺無過失救済制度の実態

現在、提言されている制度のモデルはフロリダの制度であるが、実はアメリカでもフロリダとバージニアで採用されているのみで普及しておらず、あまり認知もされていないようである。以下、簡単に概要を示す。

- ・ 対象：2500 g以上の新生児の低酸素症もしくは機械的傷害によるもので、存命のものかつ当該医師ないし医療機関がこのプランに加入していること（加入率80%）
- ・ 補償内容：医療・療育費用、装具費用、加えて一時金（精神損害等）10万ドルまで
- ・ 手続き：事故発生⇒患者家族からDOAHに補償申請⇒審査・裁定（因果関係、損害額）
- ・ このプランによる補償の受給により、コモンロー上の権利・救済を受けられない

では、その実績はどうだろうか？アメリカでは、裁判を受ける権利は憲法上の権利であり、無過失救済制度ができたからといって、訴訟を禁じるわけにはいかず、その結果、この制度は訴訟との競合にさらされることになる。この制度の救済を受給した場合には、訴訟は起こせないが、この制度に申請せずに訴訟を起こすことも、この制度で非該当としてはねられた後に訴訟を起こすことも、自由である。その結果、やや古いが次のようなデータが実績として示されている。

1997年までの約10年で247ケースの申し立てがなされ、うち認容され補償がなされたもの86件、被害等として却下されたもの139件、判定への不服申立て7件、係属中9件である。当初の適応例の予測値が年間53件ほどであり、そのうち実際にこの制度で補償を受けたのは、10年で86件と20%に満たない。他は、訴訟を利用したと考えられる。勝訴事案の平均賠償額は40万ドルであり、この制度で提供される補償額とは大きな開き

がある。

わが国も憲法上の権利である、訴訟を受ける権利を制限することは許されず、この点ではフロリダの制度と同じ問題に直面せざるを得ない。先に見たニュージーランドの無過失補償制度が問題を抱えながらも維持されているのは、広範な無過失救済制度を設置する代わりに、民事損害賠償訴権を制限している（民事訴訟を起こせない）という、思い切った政策を採っているからである。それができないわが国では、フロリダの制度を他山の石として、対応策を考える必要がある。

4. 無過失救済制度機能化の条件

アメリカほどの訴訟社会であるわが国では、なお、この制度が機能する可能性は高い。しかし、それを確実なものとするためにも、妊産婦側の真相を知りたいという要求に応え、かつ感情的なコンフリクトに誠実に向き合い事故をめぐる認識のギャップを少しでも埋めていく必要がある。

そのためのひとつの可能な方策は、この無過失救済制度に、妊産婦側と医療側が向き合って対話するメディエーション手続を組み込んでいくことである。単に申請し資料を提出し判定を待つ、というのではなく、医療側と妊産婦側が対話できる過程を保障するのである。それは妊産婦側にとっても、医療側にとっても、過失の有無にかかわらず、事故を克服する契機となるはずである。この対話機能と、その中での真相究明・情報開示が保障されて初めて、新生児脳性麻痺無過失救済制度は機能することになるだろう。

なお、私が委員として参加した福岡県医師会のプランでは、こうして手続を組み入れていたことを付言しておく。

7, 討 論

○福嶋 それでは討論の方に移りますが、場をつくりますため3分ほど時間をいただきたいと思います。かなり時間が押していますけれども、時間までできる限りディスカッションを行いたいと思います。

かなりあわただしくなってしまうまして申し訳ありませんが、最初にお話ししたとおり今日お話しした皆さんに何かお尋ねになりたいとか、聞いてみたいということがございましたら、フロアの方からご質問を受けたいと思います。どなたかございませんでしょうか。

○尾上 産科医師が足りないということで助産師にもっと活動ということで言われているので、なかなか機会がないので、平田先生にちょっとお聞きしたいんですけども、今の日本の現状で潜在の助産師とかも、できる人は活用したとして、今の助産師の数で産科の必要なマンパワーを満たすだけの数が足りているのでしょうかということが一つです。

それから実際に助産師の中でかなり今、産科の状況というのは厳しいわけですよ。だから、病院の助産師はその実態を知っているから、しり込みするのはよくわかるんですけども、その辺の厳しい状況の中で責任を果たして主体的にやっっていこうという意思がある助産師というのは全体の中で、果たしてどのくらいあるとお考えか、お聞きしたいと思います。

○平田 潜在助産師の活用を考えた場合に、26,000人、現在いるわけですけども、過去5、6年ぐらい前に全国助産師協議会で潜在助産師の掘り起こしを調査しました。かなり30%ぐらいの方々が機会があれば、現場に戻りたいということです。それから聞き取り調査の結果を見ましても、データは少なかったんですけども、そこでも3割ぐらいの方が機会があれば、現場に出て働きたいという意思を持っておられました。それで職能団体としては訓練ということで潜在助産師のための研修の機会を設けまして、その勉強の機会が2年ぐらい前から始まっております。かなりの助産師がそれに参加して、現場に戻ろうという動きを見せている助産師もいます。

日本産科医会が出しました助産師不足の数は6,700名でした。新聞に掲載されましたのは、厚生労働省が数を出していますのは、不足は1,700名です。かなり数の差がございます。積算の差ははっきりわかりませんが、潜在助産師、そして年間に助産師として国家試験に合格していく学生の1,600名から1,700名を有効に活用していけば、すぐにではないけれども、徐々に満たされていく。そしてそこには待遇の改善ということを少し努力していかないと、妊産婦さんたちの生活の場に近いところで働きたいという助産師の数は非常に多いです。そこにはやはり大きな病院と個人の病院の待遇の格差になかなか一歩が踏み出ない現状はあります。卒業生の悩みもちよくちよくそういったことで相談に来るケースがございます。ですから、すぐに改善には向かわないとしましても、潜在助産師の活用、訓練、そして国家試験合格者の新卒助産師を有効に活用していけば、徐々に回復はしていくのではないかと考えております。

○福嶋 よろしいでしょうか。

○尾上 潜在助産師として働くとして3万人ぐらいですよ。今、日本で分娩が恐らく110万から120万、結局助産師が助産の業務といいますか、指導とか

分娩とか産後の計画全部やるとすると、1人当たり年間40人ぐらい分を1人でやらないといかんようになります。ただ、今の公的病院でそれだけの数をこなすだけの仕事をしている助産師はおりませんし、それでちょっと仕事はどうの、待遇がどうのということになると、現在の助産師の数では、あるいは動員しても、とてもその助産師だけでは必要なニーズはカバーできないんじゃないかという気がするんです。

○平田 先ほどもスライドの中で少し示しましたがけれども、大きな病院の中でも助産師の免許を持っていながらも配属されていない助産師の数もかなり多いのが現状です。そういった他科に配属されている助産師の活用というところも看護の管理者がもう少し発想の転換をする時期に来ているんじゃないかなと考えております。今の看護部の考え方というのは、浅く広くということでは他科を回してくるという、そういう考え方もございます。一方で大事なことはありませんけれども、質を高めるという点からすると、広く浅くというのは、また逆の問題をはらんでいるんじゃないかなというふうに考えております。

それから先ほどもう一つ質問がございました、院内助産院ですね。この前から学生の卒業研究の中でも、北九州の先生方に大層お世話になったところもございます。アンケート調査をさせていただきましたけれども、これは施設の数ではございませんが、250ぐらい集まった中で、助産師外来をやっている数が21、院内助産院を開設しているという数が13名いました。ですから、全く福岡県内においても皆無ではないと思います。やりたいという意欲を見せ始めている助産師もかなり潜在しているのも事実です。

○尾上 私が結論としてお聞きしたかったのは、現在の助産師は十分な数がおるとお考えでしょうか、どうかということ。それから実際にどの程度の助産師で維持できるか、パーセントが維持できると見込みなのか。はっきりしたあれをお聞きしたかったので、こうすればいいでしょうということはいろいろあるんですけども、結局その可能性がどの程度あつての話なのかということなんです。

○平田 積算の根拠が非常に難しく、かつては分娩の数で積算の根拠を示せた時期もございましたけれども、今は分娩の数が減ってきておりますので、必ずしも分娩だけで積算していくのも難しい現状があるかと思っております。

育児期に入ったら、いろんな育児不安、そして子育て中の虐待問題、非常に育児支援の度合いがかつてよりか増してきている状況がありますので、分娩の数だけで助産師の数を割り出していくのも非常に難しい問題がありますので、すぐに潜在助産師でその数で対応できるというのには、まだ時間がかかるかなというふうに思います。

○末永 私は北九州市で産婦人科を開業しております末永と申します。今のお話の続きになることかもしれませんが、助産師会として産科医と協力、または産科医と独立した形での姿をするということをやっと先ほどお話ししておりましたが、まず一つの疑問点はその段階で起こった医療訴訟に関してですね。独自で助産師でそれを解決するような方向に持っていくのか、それともそこで問題が起こったとき、ドクターに手渡したときにはもう時既に遅しの状態をドクターが最終的に受け入れたときに、最終責任はやっぱり医者が持つということになるわけですから、そうなったときの責任の所在をどういうふうに考えるのかというのがまず一つです。

もう一つは、ちょっと意地悪な言い方かもしれませんが、院内助産院というのははっきり言って院内で余った助産師の失業対策ではないか。そういう見方はできないのかということですね。産科医がいなくなって、産科の継続が不可能になった。そういうところで余っている助産師が沢山いる。その活用の方法を考えるということで、失礼な言い方かもしれませんが、失業対策ではないかというような見方ができる。

もう一つ、私は産婦人科医であると同時に麻酔の免許を持っているんですが、麻酔科の話とちょっと看護師と助産師の話、何となく似ているようなところがあって、麻酔というのは以前は医師であれば、誰がしてもよかったわけですね。専門医制度ができてきて、麻酔科も麻酔の標榜医ということ、それから指導医という2つの医師がございます。一般の先生も麻酔をかけて何も問題が起こらないわけですが、トラブルが起こったときの責任の問題ということになると、より多くの責任を課せられます。麻酔は標榜医というのと、それから指導医というものがございまして、指導医は麻酔に専従しなければいけない。要するに他科を併用するような場合には麻酔の指導医は返上しなければいけない。こういう厳しい中で麻酔科の専門医というものは成り立っています。

このたび助産師が内診のみは助産師が行って、看護師はやってはいけないということになったわけですが、そういうことであれば、助産師の中でもそれなりの厳しい自己管理といいますかね、免許を持っているけれども、何もしてない。そういうふうな助産師は登録できない。産科医療に携わっていないで、免許だけ持っている助産師が沢山いるからおかしなことになるわけで、その辺のところを麻酔科のようにきちとした形を出す。助産師の方もそういう意味での厳しい姿勢というのが必要ではないか。

今、産科医療が崩壊しつつある一つの原因には、看護師の内診問題も、確かにそう大きな問題ではないけれども、少なく入っているわけで、そういうことに対して厳しい自分たちの要求を突きつけるのはいいのだが、それに対する自分たちのもっと厳しい姿勢を見せていない。そこのところがちょっと思うわけですが、その3つの点です。

独立した助産師の責任の問題の話、それから院内助産院というのははっきり言って失業対策ではないのか、それから3番目は、許可制、もっと厳しいレベルを設定する、麻酔科のようにですね。そういうことも必要ではないかということ、ちょっとご意見をお伺いしたいと思います。

○平田 責任の所在に関しましては、独立開業している助産師としては、かなりの覚悟で保険にも加入していると思います。

それから勤務助産師の中に、事故が起きた場合の責任をとる覚悟があるかということを探った場合に、8割前後の助産師は専門職として当然ではないかという考え方を持っている助産師が多かったというのが前回の調査の結果です。

両極ございます。そんなことをしてまでも助産業務は続けたいという明らかに甘えた考えを持っている助産師がいるのも現状です。

それからもう1点目、先ほどの院内助産院の件なんですけれども、私は失業対策とは思っておりません。これは専門性の追求、そしてもっと独自性を発揮したやり甲斐のある仕事をやってみたいという、今まで産科の先生方に甘えたことへの反省も込めての独自性の発揮をしたいという強い要望のあらわれだと思います。

それから、もう一つ厳しい線引きの件に関しては、ちょっとここでは私も明確なことは出せませんが、今後の課題として厳しいレベルアップという

心構えをして、卒後教育、継続教育をしていかないといけない時期に来ている
と思っております。

○福嶋 ありがとうございます。ほかにございませんでしょうか。

○広澤 北九州市立医療センターの院長の広澤でございます。和田先生に一つ
お伺いしたいのは、先ほどADRに関して、メディエーターのことをおっしゃ
いましたが、あのような役割というのは、昨年ハーバード大学のグループの真
実説明謝罪マニュアルというのを見たんですけど、そういうような役割を担う
ものというふうに理解してよろしいのかということが一つです。

それから、あと一つだけ意見を言いたいんですが、こういう話のときに、ど
うしても産科の領域、今回はそういうことで構わないと思うんですけど、高島
先生が指摘したようにやはりハイリスクの分娩、つまり救急医療と一緒になん
ですけど、それに備えるためには産科医だけではだめなので、先ほどご指摘があ
ったように、NICUという医師も必要、私は小児科医ですから、特に強調したい
んですが、それと麻酔が要するという、この三位一体になって初めて保障される
という構造がある。

しかしながら、北九州を見ましても、実は熊澤先生もちょっと触れられたよ
うに、小児の救急が行われているわけですが、唯一市立八幡病院だけが小児科
医、NICUは持っていませんので、保持されていますが、ほかの厚生年金だとか、
私たちの医療センターも含め、それから小倉病院も含めて実際に私たちのと
ころは小児科の方の救急、不十分ですけど、救急とそれとNICUと分かれてやっ
ています。ですけど、厚生年金とか小倉病院はNICUの専属医という形をとって
いますけれども、実際は普通の救急をやっているという現状ですので、間もなく
危ない状況になるかというふうに想像しております。

麻酔に関してもそうです。その点のことをぜひ三位一体合わせて、こういう
問題のときに評価というか、問題にしていきたいと思えます。和田先生、
よろしく願いいたします。

○和田 それでは最初の問題についてコメントさせていただきます。まず謝罪
に関する運動というか、ハーバードのマニュアルがWebで翻訳されてアップ
されました。これは今、アメリカでは非常に大きなムーブメントになっていま
して、ソーリーワックスというふうな形で言われておりまして、例えばハーバ
ードだけではなくミシガンとかレキシントンの病院が非常に有名ですけど、そ
ういう謝罪というより、アメリカではディスクロージャーのシステムというふ
うに言うんですね。謝罪と情報の開示というのがセットになって考えられてい
ます。事故があつて、過失がある場合も、ない場合も全部です。例えば伊利ノ
イ州では、そういうものを昨年立法化して、そういう手続きをすべての病院が
やるということを強制するような動きになってきています。

それから僕がメディエーターと申し上げましたのは、その一つの手法です。
例えばペンシルバニア州なんかそういうシステムを今、試行的にやっています
けれども、謝罪をする、情報開示をして謝罪をする。医療側がする。そして患
者さん側がそれを話を受ける。このダイアリックの構造ですね、2者間の。こ
れに対してメディエーションというのは、中立的な第三者がその間に入って話
し合いを進める。この第三者の役割というのが入ります。こういうシステム、
第三者が入るところが、一つの情報開示、謝罪という運動の中の手法の一つと
してメディエーションというものがあるとお考えいただいたらいいと思えます。

あと1点だけ、謝罪に関して医療者の方々の中に謝罪をしては問題になるんじゃないかということで懸念がよくあると思うんですが、実は今、私のところで、大学院生と一緒に判例をずっと分析いたしました。判例の中で医療機関が謝罪をしたということがどういう結果を判決に及ぼしたかというのを見ていきますと、一、二わからないのがあるんですけど、それ以外のものはすべて医療機関が謝罪をしたことをプラスにとっています。つまり謝罪をしてちゃんと誠意を示したがゆえに、慰謝料を少し減額するという形で、医療側に有利なファクターとして謝罪というものが働いています。アメリカと違いますが、日本の場合には裁判官も、ちょっと過失の判断というものは難しいのですが、それでも謝罪に関しては、謝罪をしたから過失があったとか、そんな単純なことはさすがにいたしませんので、ですから、もう謝罪に関しては、まず危惧をされることなく、もし何かあったときには、そして例えばそれがグレーであっても、白であってもですね。謝罪をされて全然問題ないということです。ただし、それは裁判所との関係です。患者さんの側にどういう影響を与えるということは考えながらやらないといけないと思いますが、裁判所の方は全然問題ございませんので、一言つけ加えさせていただきます。

○福嶋 小児科のことをございますけれども、今回はちょっとテーマが違うところがあります。ただ、産婦人科、小児科、麻酔科で重なる部分とそうでない部分と幾つかあります。例えばお産というのは、夜、診ないという手は絶対ないんですね。小児科の場合には夜、閉じている小児科というのは幾らでもあります。やっぱりその辺の違いもありますので、救急とか周産期のネットワークということになると、ある程度同じところで語れるところもありますけど、診療科の特性とか、例えば婦人科も、婦人科であれば同じようなところがあるんですが、産婦人科と一緒にすると、また違うというところがありますので、また別の機会が持てればよいと思います。

○広澤 それに関しましては、実は小児科の領域も、先ほど高島先生が言っただけに新生児を専門にみる医師もいるんですね。そういう状況がありますので、ですから、その部分で申し上げたわけです。

○福嶋 それは結局トレーニングのことから含めて、例えば周産期医が本当にできるのかということまで含めて、議論が必要だと思います。

○大田 久留米大学の田田と言います。貴重な討論ありがとうございます。和田先生にお尋ねしたいんですけど、産婦人科の医師不足は無過失補償制度ができたから、解消するとは全く思っていないんですけど、ただ、日本の医療の現状を考えれば、非常に有効なシステムだと思います。ただ、やはり財源の問題で患者が負担するのか、医療側が負担するのか、政府が負担するのかというような議論もあって、時間がかかるのではないかなと思っているのが現実なんですけども、例えば飛行機に乗るときに掛け捨ての保険がございますね。航空事故の保険がございますね。ああいうタイプの保険を、例えば官から民へという発想で民間の保険会社を設立して、お産するときには絶対この保険に入らないとだめですよとか、入ればいいとか、そういうことの方がむしろ現実には早くできるんじゃないかと思わないではないんですけど、その辺はいかがですか。何かそういう動きがあれば、お尋ねいたします。

○和田 今のところ進んでいる話というのは、やはり厚生労働省の方が幾らか

出して、そしてというような形で、ちょっとまだその辺は不透明ですけど、税金からかなり出すということになっていると思うんですが、今先生がおっしゃったようにまさにそれでは限界があるわけですね。今、先生、まさにおっしゃった飛行機に乗るときに我々が掛ける保険のような形で、もう少し幅を、何と言いますか、今日の最初の方の話にもつながってくるんですが、お産というものはリスクがある。たまたまそれが不幸にもどなかのところで有害事象が発生する、過失もあるし、過失がない場合もちろんある、先天的なものもある。そういうことをみんなが社会全体としてそれを支えていくんだというつもりで、ただ、自分のために掛けるというのではなくて、社会全体でそういうものを支えていくんだという意識が広がっていけば、恐らくそういうところから財源をつくる、このシステムのファンドというものをつくっていくということが可能だと思います。そういう発想というのは、まだまだ広がってはいませんが、でも、多分国民一般についても理解され得る話ではないかなと思います。ですから、この辺はマスコミの方なんかにも努力していただきたいと思います。

そういう発想があるんだ。そういう形で国民全体でそこを支えていくんだというふうになってくれば、無過失救済制度というのはもっと充実していくし、もっと機能的になっていくと思います。やはり交通事故の保険と違ってですね。交通事故の保険は運転手も被害者も互換性があるんですね。でも医療の領域というのは全然互換性がないので、今のような損害保険のシステムでやっていこうとしても絶対無理があるんですね。ですから、これはみんな患者になるし、みんなリスクがあるんですから、医療側だけに全部かぶせて、ということだと、いろんな弊害が起きてくるわけですから、国民全体でそういう部分を負担していくという、そういう発想というのが僕は必要だと思います。それはまさに先生がおっしゃったとおりだと思います。

ただ、まだまだですので、その辺はこれからそういうものをいろんなところでアピールしていくことが必要かなと思います。

○福嶋 ありがとうございます。

○川越 県の医師会に出ております川越です。無過失救済制度は今年度中にほぼ解決すると思います。今、大体 300億円の予算が決まりそうです。どうするかというと、結局今、分娩手当というのが35万円もらえます。それを40万円にして、その5万円を保険から、妊婦さんに渡る5万円を当てるということであります。無過失救済制度というのは結局医療に関して、分娩に関して脳性麻痺を起こした場合は、一律今のところ 2,000万円最初に出る。その後は5歳過ぎてからか、はっきりしたあれじゃないんですけど、年金として出るようになるという情報が今のところ入っております。これが成立しますと、産科医にとっては非常にいいことだろうと思います。その運営を日本医師会が担当してやる。判断を決めるのがですね。そういう方向に行っております。

○福嶋 ありがとうございます。そろそろ時間が過ぎてきたんですが、もう一つ二つ、何かございましたら。

○白石 北九州市医師会の白石でございます。深見さんには北九州市の産科の現状というのを正しく伝えていただいたというふうに理解しております。本当にありがとうございます。私たち北九州のデータから言うと、7割は実は有床診療所の先生方がお産を担っているわけで、本当のお産の現場を開業医のレ

ベルで報道していただければと、これは要望でございます。

それからもう一つ平田先生に要望ですけれども、先ほど助産師の配置基準のお話がありました。配置基準をしますと、ほとんどの有床診療所には助産師がいませんので、助産師がいない産科は取り扱えないとなりますと、北九州の産科は全く崩壊してしまうわけなんですね。非常に助産師の活躍の場が保障されてない、そういうふうな環境でないのに、いきなりそういうふうな配置基準というふうなことを言われると、医療の崩壊にもつながりかねないということで、いろいろお話し合いをしながら進めていただきたいと思います。これも要望でございます。

もう一つ、和田先生にお伺いしたいんですけども、今、県の方でADRの取り組みが始まっているとお話がありましたけれども、医師会では医療事故調停委員会というものがございましてけれども、もっと地域のレベルでそういうふうなADRシステムというのを確立した方が非常に効率的だし、一番身近な患者さんの救済になるんじゃないかと思います。その辺について和田先生、何かお考えをお聞かせいただきたいと思います。

○和田 まだ本格的な検討が始まってなくて、着手するというだけ決まっているんですけども、今、先生がおっしゃったことは非常に重要で一つは医師会に既にある調停制度のようなものと、どう棲み分けをするかというのが一つですけども、一つはもっと機動的に例えば有責、無責ということが基準になるようなことではなくて、もう少し柔軟な形で問題の処理ができるようなシステムとして組み立てていく。2段階で、そこでだめなら、医師会の調停ということの場合によっては考えるというような連携をするということを考えていく。

今、先生がおっしゃったことで非常に重要だと思うんですが、やはり非常に機動的に使えるものでないといけない。そこで例えばどこか中心に一つポンと置いて、何か問題があったらそこまで来てくださいということで、これは患者さんに対して、医療機関に対しても非常に不便なことなんですね。こういうシステムができたときに機動性というものを確保するためには、例えばそこで話し合いを聞きながら対話を調整していくような担当の人、メディエーターとか斡旋人とか調停人とか言いますが、この人を派遣するというような、センターからこちらの方からそちらの方へ出向いて行って、そして第三者として病院側と患者さん側との間に入って、お話の調整をする。こういうような形にするのが機動的かなと。先生のおっしゃったようなニーズにもこたえる一つの方策かなということで、これは僕の個人的な考えですけども、考えております。

○福嶋 では、最後に津田先生。

○津田 産婦人科医の津田でございます。まず、市のデータでございますが、産科の医師数というのが110人に平成16年になっておりますけれども、現在は分娩にタッチしている産科医は55人前後だと思います。これは多分産婦人科両方合わせた数ではないかと思います。大体今はそれぐらいのところですよ。だから、全国的に見て、例えば今、全国が分娩にタッチしている産科医は、去年の学会のデータでは7,985人ですかね。そうすると、1人当たりの分娩数、分娩を取り上げたとして1人当たり130から140ぐらい、全国的には1人の分娩数になると思います。

北九州でいくと、大体これで計算すると、170ぐらい、1人が担当するようになっております。だから、医師数としては決して多くないんじゃないかと思

います。

それと、分娩に関して、大体診療所での分娩、これが 5,000、病院が 2,900 ですけども、これは実際には基幹病院での分娩数はこのうち 1,500 ぐらいじゃないですかね。だから、本当にハイリスクを扱える分娩数は大体 1,500 ぐらいとすると、実際にハイリスクがどの程度あるか。本来分娩というのは、ローリスクを診療所で、ある程度の中リスクを総合病院の産婦人科、それから本当のハイリスクを基幹病院でできる。これが一番理想的なんですね。

ところが、北九州の場合には、中リスクを扱う二次病院、いわゆる総合病院の産婦人科はほとんど壊滅状態ですね。そうすると、中リスク、ハイリスクをほとんど、いわゆる基幹病院で扱わないといかんということになるわけですね。それをすると、基幹病院は完全にパンクしています。今、実際に基幹病院で扱えるのは 1,500 ぐらいの分娩ですから、実際のハイリスクというか、この前、福岡県内で分娩に関する調査をやったんですけども、妊娠リスクスコアというのが、今一般に出ていますね。もし妊婦さんがそれを自分で診断して病院に受診するとなると、どうなるかということで、県内全体で調査をやってみたんですね。そうすると、大体いわゆるハイリスクに相当するものが県内では 20% 前後ですね。あとはほとんどローリスクなんですけども、実際にローリスクであっても、かなり異常の、いわゆる経過中に予後異常、いわゆる分娩時にいろいろな異常が起こって早産その他ですね。異常が起こってきている。何もないケースでも 18.5%、あるいは全体で考えると、大体 35% ぐらいに何らかの分娩時に処置を要するというケースがあるわけです。そうすると、それをあらかじめ全部周産期センター、基幹病院に送ってしまったら、基幹病院はパンクしてしまう。そういう状況があるものですから、特に妊婦さんが自分でもし妊娠リスクスコアを見て、自分はハイリスクだということで皆さん行かれると、これは基幹病院はどうしようがないということがあります。

ただ、リスクスコアもいろいろな解釈の仕方があって、本当にハイリスクだからどうかと、点数上はハイリスクでも実際には分娩に問題ないケースも沢山あるわけですね。そういうのは、やはりまず診療所のドクターと相談してもらって、その上で基幹病院に行ってもらおう。そうしないと、今実際に先ほど高島君が挙げていましたけれども、いわゆる救急で十何パーセントが受けられないケースがあるわけですね。これがどこに行ったか。北九州ではほかに行くところはあまりないんです。こういうケースこそ非常に問題になる。そうすると、それができるだけ起こらないようにするにはどうすればいいかというのが、一番僕らの頭の痛いところですけども、そういうところで、非常に妊婦さんには申し訳ないけど、そういう形で基幹病院にはリスクのある方をまず優先してもらおうということで、今、新患、いわゆる初診の方はみな有床診療所ということで決めさせていただいたんですね。そして、その上で、今度は救急がないからですね。救急がなかなか受けられないケースがあるということで、むしろ有床診療所の先生方も早めに、リスクが少しでもあると、早めにお問い合わせするケースが沢山出てきております。そういうことで、また今度は基幹病院がベッドが一杯になって行きにくくなる。だから、次をどういうふうに対策をとっていったらいいか、またいろいろ考えておるんですけども、そういう状況で、決して厳しくない状況ではないということです。

それと、ただ九大の方そのほか、いわゆる大学関係も非常に今、北九州の方に力を入れてもらって、当直その他にもいろいろ支援いただいておりますので、これからまた、もう少し頑張ってもらって、何とかこの急場をどうかしたいと思っておりますので、その点よろしくご理解をいただきたいと思っております。

す。

○福嶋 ありがとうございます。お話をおまとめいただいたようです。まさに先生が言われたように、集約化といっても、二次病院と三次病院と、どちらからなくなるかというときに、二次病院を何とかして、三次病院を守っているというのが、実際のところですよ。決して前向きなことではありませんし、東北や北海道の方でも集約化が進んでいますけれども、集約化された病院が燃え尽きていくというのが今進行中ですので、恐らく同じ現象が九州でも近日起こるだろうと思います。どのようにしたらよいかというのは、今日いろんなお話をいただきまして、決してすぐに結論があることではありませんけれども、皆さんと考えていく機会を少しでも増やしながら、いろいろできれば良いと思います。今日は時間の方が延びまして申し訳ありませんでしたが、皆さん、どうもありがとうございました。

○熊澤 すみません。時間がないところで申し訳ないですけども、今日、実は本当のお母さん、ママさんも来ていただいているんですよ。その方々のご発言というか、聞いておられてですね。これは大変だ、私は心配だから、もうお産はやめたと思われる方が出てきては大変ですので、言わせていただきますが、どうぞ安心してお産してください。北九州市はこれだけ課題を全部認識しておりますから、認識してないところで大変な事故が起こったら大変ですけども、みんな努力しておりますし、どうぞ沢山子どもを産んでいただければと思っております。ちょっとこれだけ一言。

○福嶋 ありがとうございます。どうも熊澤先生、ありがとうございました。それではこれをもって今日のフォーラムを終わりますが、今日お渡しした資料の中にアンケートを入れております。今後の資料等にさせていただきたいと思っておりますので、お帰りの際にぜひ受付の方にお出しください。今日は皆さん、どうもありがとうございました。

地域の産婦人科「集約化」

安心お産の街へ

「妊婦さん声聞かせて」



福岡道太郎医師

出産を取り扱う産婦人科医や施設が減少し、社会問題化しているが、産母子センターの福岡県を中心に産婦人科医を地城中核病院へ集める「集約化」の検討が進んでいる。

福岡道太郎医師は、産婦人科を標榜する医療施設は84年に9612カ所あり、その1・6割が分娩を扱っていたが、15年には5917カ所、48・9割と激減した。これは「医師の偏在に拍車をかけるのでは」との疑問の声もあり、今後の国庫明瞭のあり方や現状を踏襲するフォーラムが14日北九州市で開かれる。

14日、北九州でフォーラム

12月、都道府県に對し公立病院を中心とする小児科の集約化の検討が示された。地域の拠点病院に医師を集めて負担を減らし、多胎や早産など危険性の高い分娩に対応するのが狙いだ。

福岡道太郎医師は「現状では集約化の方法がない。患者の立場で考え、意見を聞かせてほしい」と話している。

フォーラムは「安心してお産ができるまちづくり（福岡道太郎医師の研究会）が主催。14日午後1時、北九州市小倉北区の西日本総合展示場新館A1M。福岡道太郎のほか、5人の講師が参加する。問い合わせは市民課（093-333-5252）まで。【米岡繁子】

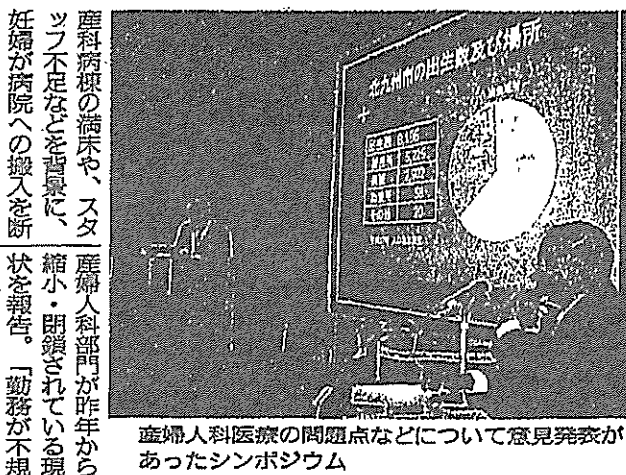
毎日新聞夕刊
平成19年1月11日

安心なお産考えるシンポ 医師不足問題など討議

小倉北区で100人参加

安心なお産をテーマにした市民フォーラム(九州大学病院など主催)が14日、小倉北区浅野三丁目西日本総合展示場新館であり、パネリストらが産婦人科の医師不足問題などについて討議した。

今回のフォーラムは、



産婦人科医療の問題点などについて意見発表があったシンポジウム

産科棟の病床や、スタッフ不足などを背景に、妊婦が病院への搬入を断られるなどの問題が生じていることから、安心して出産できる環境を考えようと企画された。

現役の医師のほか、大学教授や行政の担当者など6人のパネリストが意見を発表。北九州市保健福祉局の熊澤浄一医務監督は、市内で出産ができる十病院(ベッド数二千床以上)のうち、三病院のみが出た。

また、市立医療センターの高島健彦産婦人科部長が「後継を絶やさないため、研修医への指導、育成が重要」と話したほか、医療現場での助産師の重要性を訴える意見も出た。