

日医総研ワーキングペーパー

産科医療の将来に向けた調査研究

WP No.141

平成19年4月27日

日医総研

まえがき

周産期医療を取り巻く環境が崩壊寸前にある、あるいはすでに崩壊している、ともでも言われている。もともと、産科は訴訟が多く、医師が24時間対応を行わなければならない診療科であるうえに、近年のさまざまな事件や事故、報道により状況がますます悪化している。疲弊し現場を離れる産科医、分娩施設が見つからない妊婦、という状況に陥った背景には、医師養成、医師配置、法的整備、勤務環境整備、社会環境、患者意識など、多くの要因があることは周知のとおりである。

様々な現状調査や提言が行なわれており、今後は、必要な対応を行政や関係機関がいかに「迅速に」実行にうつしていくかが課題である。定量的なデータに基づいて対応の焦点を定め、スピードを加速させることを目的に、日本医師会・日医総研で調査を実施した。助産師の今後、また産科医療における法的整備のあり方についても調査分析を行った。さらに、諸外国における状況を参考にするために海外の産科医療調査も実施した。

国内調査については、日本産婦人科医会の協力を得て、分娩を実施している病院ならびに診療所の特定を行った。また、妊婦調査の協力施設の依頼にあたっては、日本産婦人科医会支部の協力を得た。調査に協力いただいた数多くの病院ならびに産科診療所の先生方に深く感謝を申し上げる。産科医が安心して、安全に医療を行える環境をいかに整備していくのか、そして、妊婦が安心してお産ができる環境をどのように構築していくべきか、本調査報告が今後の検討資料の一助となることを希望している。

主任研究員 江口成美

主任研究員 尾崎孝良

研究員 野村真美

研究員 出口真弓

米国駐在研究員 佐瀬恵理子

フランス駐在研究員 奥田七峰子

協力研究者

研究員 土橋邦夫

キーワード

- 医師不足
- 妊婦調査
- 内診問題
- 病院・診療所調査
- 無過失補償
- 助産師不足
- 海外産科事情

- 妊婦の8割が産科医不足の報道に不安を感じ、4割が医療事故などの事態に不安を感じていた。さらに、全体の約2割の妊婦が、産科医不足や緊急時のことを考えると次の妊娠を控えたいと回答した。体制整備の遅れが妊婦に与える不安は大きく、出生率にも影響を与える可能性がある。
- 病院の常勤産科医の当直は、月平均6.3回で、当直明けでも通常通り勤務をしている病院が88.8%にのぼっている。勤務医の労務管理の問題のみならず、医療安全の面からも大きな問題といえる。
- 産科医療圏において、集約化が「完了」または「進行中」と回答した病院や診療所は全体の2割にすぎず、必ずしも整備が進んでいるとはいえない。集約化における課題は産科医不足とNICUの不足であった。集約化においては、地域事情に応じた体制の構築が必要である。
- 産科診療所の約2割は「分娩を廃止する予定」と回答している。今後、地域の妊婦に与える影響は大きく、さらに、それらの妊婦を受け入れる病院への負荷がいつそう増加することになる。
- 無過失補償制度は従来の民法の限界に風穴をあけるもので、より多くの患者や家族が幅広く救済されることが期待されている。また、看護師の内診問題に関しては、産科医全体の法務広報戦略のあり方を見直し、「主張すべき正論」を行政府に対して主張していく必要がある。
- 2005年12月現在、分娩取り扱いのある全国の病院の約7割、診療所の約8割で助産師の不足が生じている。最大の要因は、分娩に携わることのできる助産師の絶対数の不足である。地域の実情に合った養成制度および再教育制度を導入し、早急に必要人員の確保に努める必要がある。
- 医療制度や環境は大きく異なるが、米国の産科医療機関の内診に関する調査から、各職種の業務範囲を明確にして看護師が内診を行なっていることがわかった。一方、フランスの産科医療は日本と同様、産科医不足の課題を抱えているが、訴訟に関して産科医が安心して医療を行なう環境整備が検討されていた。

目次

1章 産科医数の推移と現状.....	6
2章 日医総研 産科調査－妊婦、病院長、診療所施設長調査.....	13
調査の概要.....	13
結果のまとめ.....	15
検討課題.....	17
調査結果.....	18
I. 妊婦向け調査.....	18
II. 病院調査ならびに診療所調査.....	26
1. 勤務体制と待遇（病院）.....	26
① 勤務体制(当直・交代制).....	26
② 待遇（給与）.....	30
③ 院長が考える「待遇改善に必要な対応策」.....	36
④ 女性医師の就労支援.....	38
2. 医師および医療従事者の確保.....	40
3. 行なっている医療の内容.....	45
緊急体制.....	45
搬送の現状.....	46
4. 地域の周産期体制.....	49
5. 産科診療所の将来.....	53
6. その他の課題.....	56
7. おわりに.....	58
III. 回答者、回答施設の属性.....	59
補足資料1 調査票（集計付き）.....	63
妊婦向け調査.....	63
病院調査.....	65
診療所調査.....	76
補足資料2 都道府県における産科奨学金の現状.....	84

3章 産科医療における法的整備の現状と課題	88
1. 産科医療補償制度（無過失補償制度）について.....	88
2. 保助看法の行政解釈の問題点	92
4章 助産師の就業に関する現状と課題.....	101
1. 医療機関における分娩ニーズと就業助産師の現状.....	102
2. 助産師不足の現状.....	106
3. 分娩医療機関における助産師不足の現状（2005年度）	108
4. 結果のまとめ.....	121
5. 結論.....	122
5章 海外報告	126
1. 米国の出産・分娩初期における看護師・看護助産師の役割.....	126
1. 調査の背景と目的.....	126
2. 調査方法.....	129
3. 調査結果.....	131
4. 総括.....	141
2. フランスにおける産科医療の現状レポート.....	149
1. はじめに.....	149
2. 周産期政策	150
3. 助産師の活動.....	154
4. 医師の診療報酬	156
5. 医療訴訟.....	157
6. 医療事故紛争制度：司法裁判とADR制度	159
7. 産科に関する統計.....	160
8. フランス産婦人科連盟 SYNGOF 代表へのインタビュー.....	164

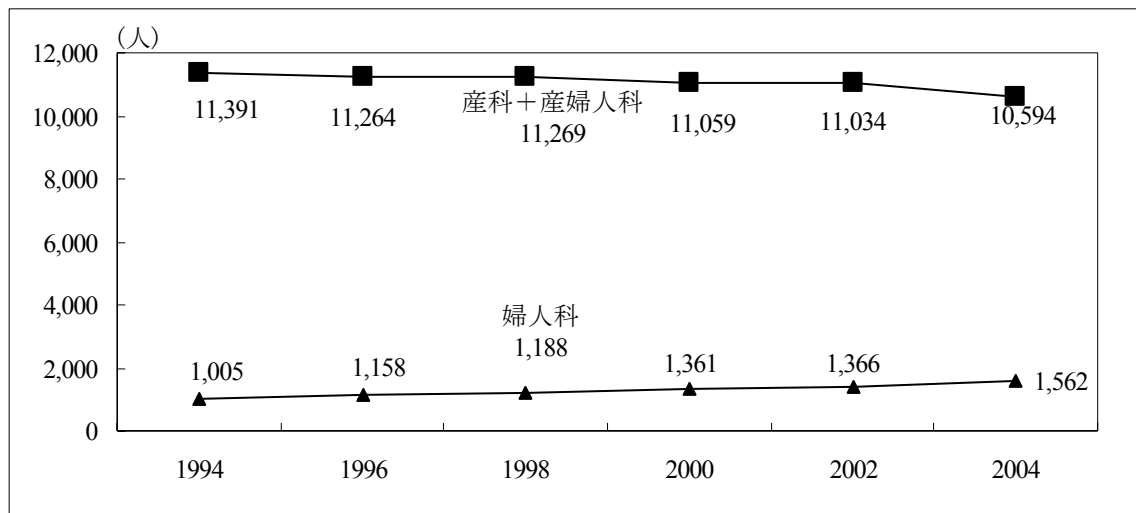
1 章 産科医数の推移と現状

産科医療を担う医師が減少している背景には、訴訟が多く、負荷の大きい診療科であるうえに、女性医師の割合が高いこと、新臨床研修制度の影響で産婦人科を選ぶ学生が減少したこと等があるとされる。また、勤務医から開業医への移行や病診格差、地域格差、産婦人科の中でも婦人科の増加により医師配置のバランスを歪められていることが推測される。ここでは、まず、既存の統計調査に基づいて、産科医数の減少、産科施設の減少、女性医師の割合の増加、そして産科医の高齢化について俯瞰する。

① 産科医師数の減少・地域格差

2004年の「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、産婦人科医総数（主たる診療科が産婦人科、産科、婦人科である医師数）は12,156人である。婦人科医が10年間で557人増加している一方で、産婦人科医と産科医は10年間で797人減少している。

図 1 産婦人科・産科・婦人科の医師数の経年的推移



厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査(2004年)

また、実際に分娩を行なっている医師は、厚生労働省が公表する医師数をはるかに下回っている。日本産科婦人科学会の「全国周産期医療データベースに関する実態調査」(2005)によると、分娩取り扱い施設における常勤産婦人科医師数は 10,594 人を大きく下回る 7,873 人であった。産婦人科医および産科医の数の減少と同時に、分娩を行なう施設数も減少している。(後述)

表 1 分娩取り扱い施設数および常勤医師数

分娩取り扱い施設の常勤医師数(人) (施設あたり常勤医師数)			分娩取り扱い施設数(助産所を除く)		
病院	診療所	合計	病院	診療所	合計
5,362 (4.2)	2,463 (1.4)	7,873	1,273	1,783	3,056

日本産科婦人科学会 全国周産期医療データベースに関する実態調査(2005)

産婦人科医数については、大都市圏とそれ以外の地域で医師数の差は大きい。出生数 1,000 あたりでみると、産婦人科医数は全国平均が 9.5 人であるが、埼玉県が最低の 6.9 人である一方、徳島県は 14.9 人であり、東京を除く関東地域には全般的に低い傾向が見られる。

図 2 都道府県別産婦人科・産科医師数

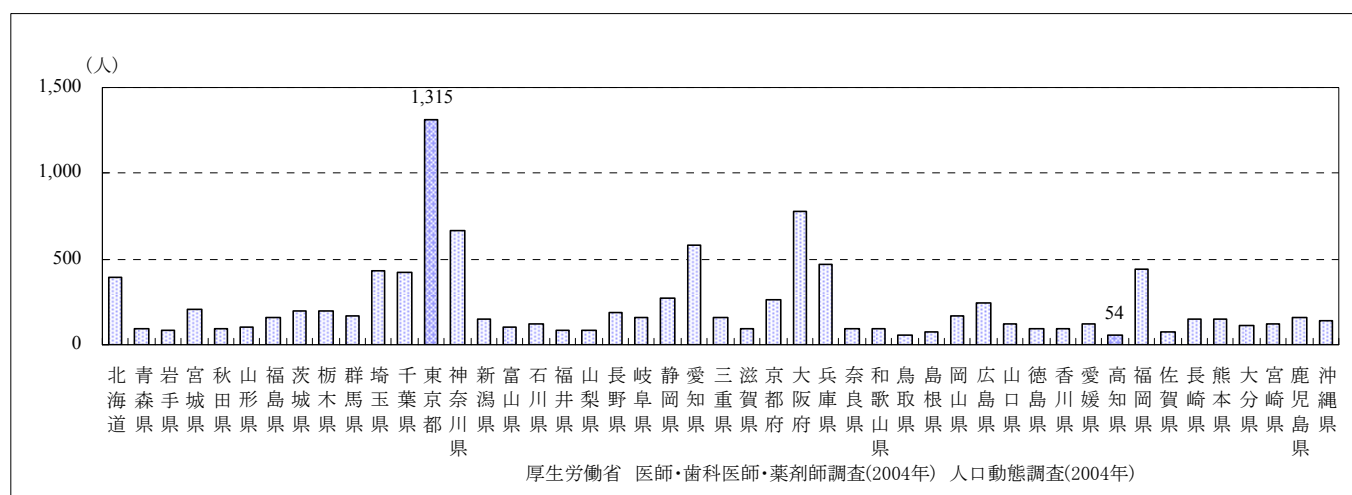
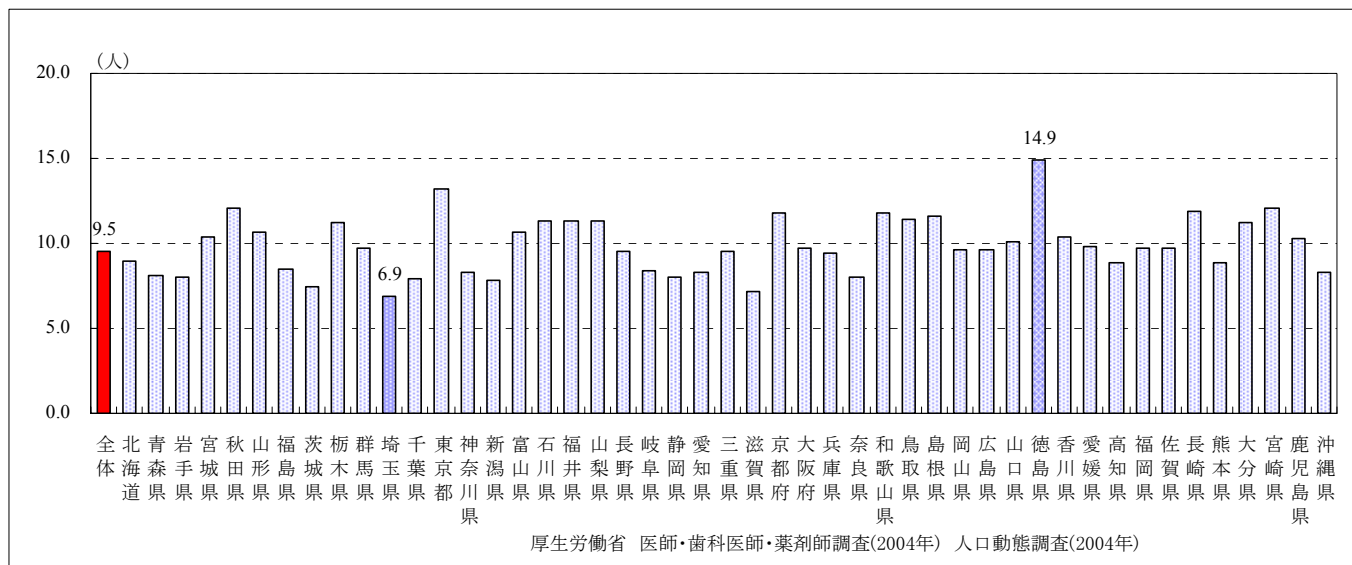


図 3 都道府県別出生数 1,000 人あたり産婦人科・産科医師数



② 産科医療施設の減少

産婦人科医の不足や分娩施設の集約化等により産科が閉鎖され、希望する近隣の分娩施設での出産が出来ないという問題が起きている。産婦人科を標榜している病院と診療所で分娩を実施している施設の割合は、病院が 81.7%、診療所が 36.8%である¹。病院と診療所を合わせた分娩実施率は 48.9%で、半数を下回っている。診療所の分娩実施率は 20 年間で約 3 割減少している。

図 4 分娩実施率の経年的推移

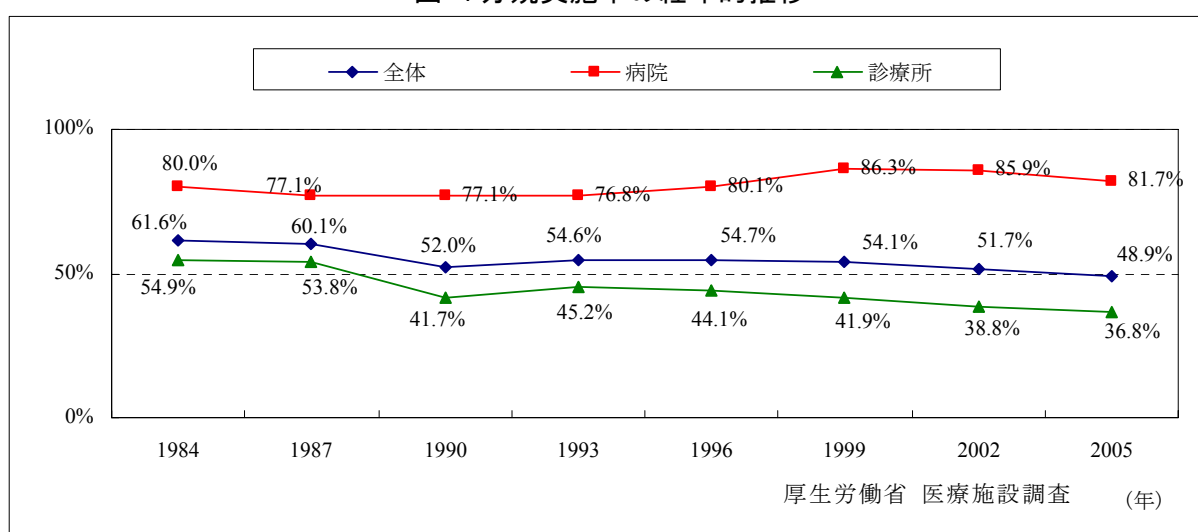
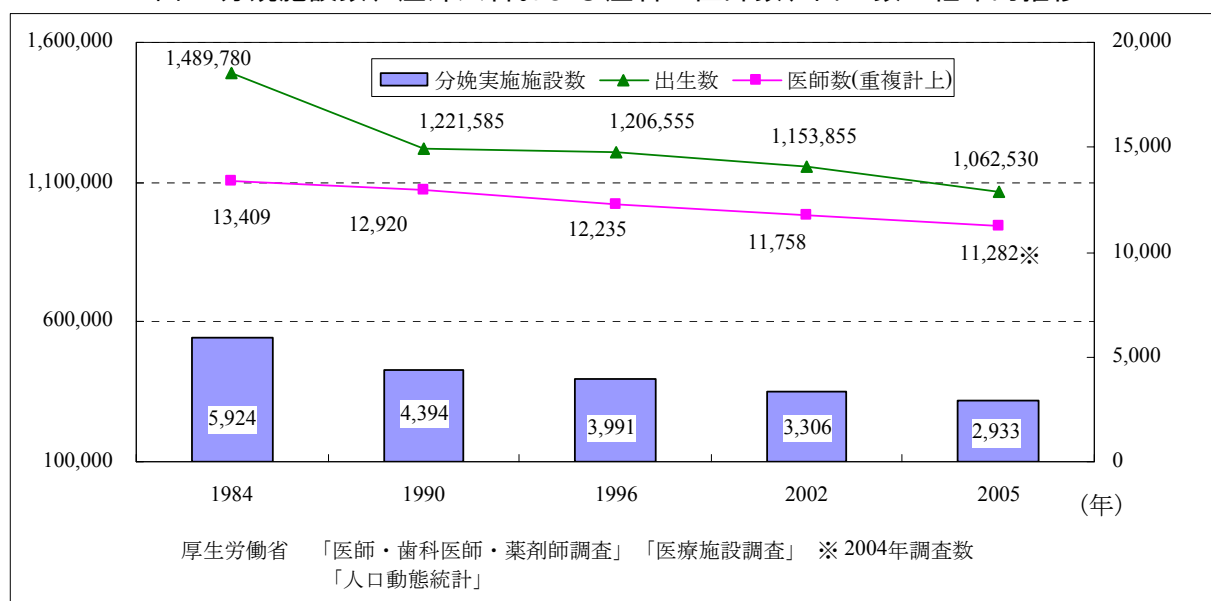


図 5 分娩施設数、産婦人科および産科の医師数、出生数の経年的推移



¹ 厚生労働省 医療施設調査(2005年)

③ 女性産科医師の割合の増加

1994年からの10年間で産婦人科女性医師の割合は約1.5倍に増え、2004年には21.7%を占めている。医師全体では、国家試験合格者の内、女性が占める割合は年々増加し、2000年以降は3割を超えている。産婦人科に進む医師のなかで女性医師が占める割合は高く、産婦人科希望の2005年臨床研修医のうち、女性の希望者は68.1%を占め、その割合は全診療科の中で最も高かった²。その結果、産婦人科では、女性医師の占める割合が他科に比べて高く、割合が急増している。

図 6 志望する臨床研修医が多い上位 10 診療科とその男女比

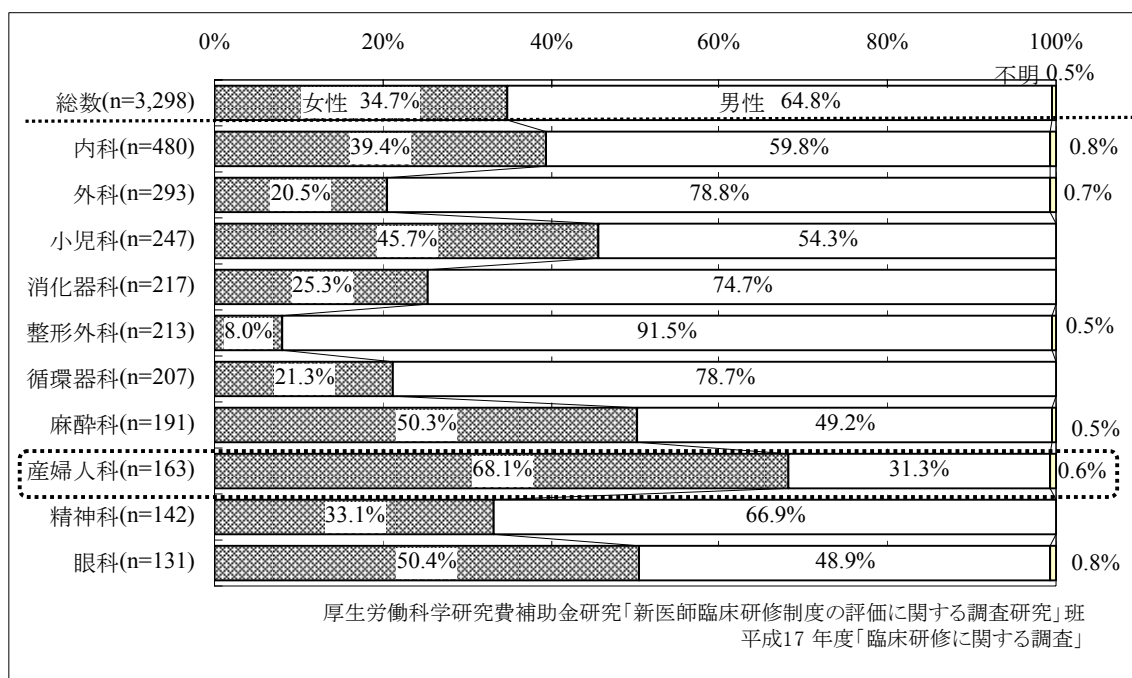


表 2 医師の男女構成割合の推移－医師全体、産婦人科+産科

年	医師全体		産婦人科+産科	
	男性	女性	男性	女性
1994	87.5%	12.5%	86.8%	13.2%
1996	86.7%	13.3%	84.9%	15.1%
1998	86.1%	13.9%	83.3%	16.7%
2000	85.7%	14.3%	82.2%	17.8%
2002	84.4%	15.6%	79.4%	20.6%
2004	83.6%	16.4%	78.3%	21.7%

医師・歯科医師・薬剤師調査

² 厚生労働省「臨床研修医に関する調査」(2005) 臨床研修2年次生を対象

女性医師は今後も増えていくことが予想される。女性医師が継続して働くための支援策として、フレックス勤務や短時間勤務などの柔軟な勤務体系の導入、夜勤当直の免除、院内保育所の利用対象職種拡大が課題といわれる。また、長期離職後の現場復帰支援・研修をどのように行なっていくかも今後の検討課題である。

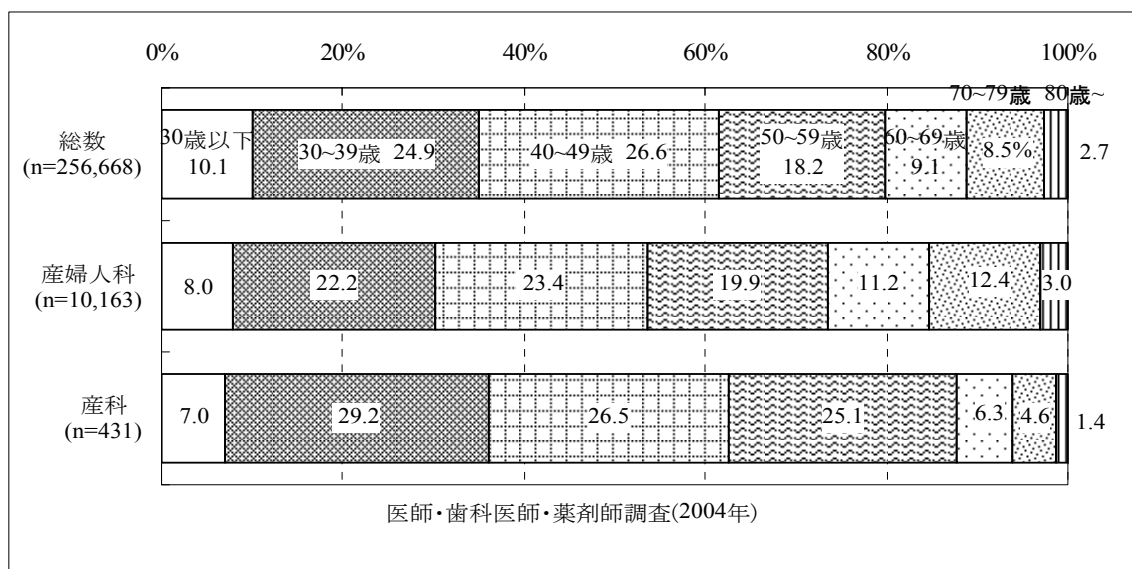
④入局者の減少

最も危惧されていることのひとつが、若手産婦人科医の減少である。日本産婦人科医会の調査では³、産婦人科臨床研修医のうち8割が、研修後に「産婦人科に興味を持った」と回答したが、専攻したいかどうかについては、81.8%が「専攻したいと思わない」と回答している。専攻を希望しない理由(複数回答)は「他にやりたい科がある」であるが、2番目の理由は「医療訴訟が多い」であった。ただし、日本産科婦人科学会の2006年度入会者(医師)は301名で、新臨床研修制度発足前の2003年の359名に比べて58人の減少にとどまっていた。今後の動向を注目する必要がある。

⑤産婦人科医の高齢化

産科においては、医師の高齢化も課題の一つである。2004年の医師・歯科医師・薬剤師調査では、産婦人科医の約25%が60歳以上であった。

図 7 診療科別年齢構成割合



³ 日本産婦人科医会 「臨床研修医意識調査」(2005年) 回答者=1,211

過去 10 年間の医師の平均年齢の推移をみると、産婦人科および産科の女性医師の平均年齢は 10 年間で 5.6 歳若くなっている。一方、男性の産婦人科および産科医の平均年齢は年々高くなっており、2004 年は全診療科の男性医師平均年齢を 2.1 歳上回っている。

表 3 医師の平均年齢の推移 - 医師全体、産婦人科+産科

年	医師全体			産婦人科医+産科医		
	総数	男性	女性	総数	男性	女性(歳)
1994	46.9	47.4	43.4	50.0	50.8	44.3
1996	47.0	47.7	43.0	49.1	50.3	42.1
1998	47.2	47.9	42.6	49.9	51.3	42.8
2000	47.5	48.5	41.6	48.1	50.3	38.4
2002	47.6	48.6	42.1	49.0	51.3	39.0
2004	47.8	49.0	42.0	48.4	51.1	38.7

厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査

このように、日本全体で産科医の偏在や不足、女性医師の増加、男性医師の高齢化が起こっていることがわかる。次章では、実際に産科に通院している妊婦の意識、現場の病院の現状、診療所の現状をアンケート調査に基づいて報告する。

2章 日医総研 産科調査—妊婦、病院長、診療所施設長調査

ここでは、日本医師会・日医総研が実施した妊婦調査、分娩を実施する全国の病院調査、診療所調査の各結果を報告する。調査の概要、結果の概要、検討課題、ならびに調査結果を以下に示す。なお、補足資料として集計付き質問票も掲載した。

調査の概要

I. 妊婦向け調査

[調査目的]

産科を取り巻く議論のなかでは、当事者である妊産婦のニーズを十分に踏まえる必要がある。実際に産科に通院している妊婦の直近の意識を調べて、産科医療のあり方を検討する。

[対象者]

病院・診療所に通院している妊婦 896名

表 4 回答施設数・妊婦数の内訳

	病院数	診療所数	施設数計	回答者数
宮城県	5	5	10	206
神奈川県	3	4	7	136
三重県	4	5	9	179
香川県	4	5	9	177
福岡県	4	6	10	198
計	20	25	45	896

※病院、診療所ともに各県5施設ずつに調査票を送付した（福岡県の診療所のみ7施設）。

※質問項目により、回答者数が868の場合がある。なお、診療所の妊婦は当該診療所で分娩予定の人。

[調査内容]

- ・ 施設までの通院時間
- ・ 緊急事態や事故、産科医不足に関する不安
- ・ 産科医療全般や地域の施設情報に関する満足度

II. 病院調査

[調査目的]

病院長の立場から、産科医の待遇改善、労働環境の改善、集約化・重点化の課題、女性医師の就労支援などへどのように取り組むかについての考えを把握する。また、産科医を含めた医療スタッフ不足の現況を数値で把握する。

[対象]

病院（2006年10月時点で分娩を行なっている全国の病院長）

1,201 回収数 652（回収率 54.3%） 有効回答 622（有効回答率 51.8%）⁴

[調査内容]

- ・分娩の現状(分娩数、取り扱う分娩種類等)
- ・産科提供体制(産婦人科医数、勤務体制、バックアップ体制、助産師数等)
- ・産科医の給与体制、手当
- ・集約化・重点化の現状・課題
- ・ハイリスク分娩の搬送の現状
- ・女性医師就労支援の内容

III. 診療所調査

[調査目的]

厚生労働省による集約化・重点化が推進されている地域が一部あるが、産科診療所が半数以上のお産を扱っている地域もある。各地の産科診療所がどのような形で産科医療を担おうとしているかを把握する。

[対象者]

診療所（2006年10月時点で分娩を行っている全国の産科診療所の施設長）

1,744 回収数 1,077（回収率 61.8%） 有効回答数 1,060（有効回答率 60.8%）⁵

[調査内容]

- ・分娩の現状及び方向性(分娩数、取り扱う分娩種類、今後の方向性予定等)
- ・人員体制及び緊急時の対応体制(産科医数、勤務体制、助産師の充足状況等)
- ・集約化・重点化の現状
- ・ハイリスク分娩の搬送体制
- ・診療所運営に関する課題

⁴ 30 病院が調査時点で分娩の取扱いを止めていたため基本的に分析の対象外とした。

⁵ 17 診療所が調査時点で分娩の取扱いを止めていたため基本的に分析の対象外とした。

結果のまとめ

妊婦向け調査

産科を取り巻く対応の検討においては、当事者である妊産婦や国民のニーズや意識を十分に踏まえることが重要である。産科に通院している妊婦の 896 人（45 施設）の回答からは、産科医不足や緊急時の対応、分娩施設が遠方になることに對し、大きな不安を持っていることが判明した。

回答者の 7 割は自宅から 30 分以内にある施設に通院していた。厚生労働省が推進している集約化について、「分娩の病院が遠くになってもお産の安全を重視する」と回答した人は 30.7%であり、遠くの分娩施設へ行くことについて抵抗感を示す妊婦が多かった。さらに、「緊急時の体制が気にかかる」と回答した妊婦は 86.0%を占め、緊急時の対応についての不安は非常に大きいものであった。

産科医不足の報道については、77.9%の人が不安を感じていた。また、産科医不足や緊急時のことを考えると、次の妊娠を積極的に考えられないと思う人が 19.2%と 2 割近くに達していた。

自分が受けている産科医療については 90.6%が満足していると回答していたが、分娩費用や地域の産科医療情報について満足している人は 49.1%、43.1%と半数を切っており、不満がやや高いことも判明した。

妊婦が不安を持たないような安心して分娩ができる環境の整備が急がれる。安全の面から集約化が必要である場合は、住民への十分な情報公開を行なう責任もある。情報不足が課題となっているが、同時に、セミナーの開催や施設情報の公開などを地域単位で積極的に進め、関係者間での情報共有や啓発活動を行なうことも必要であろう。さらに、本調査の範囲外であるが、分娩に伴う危険性なども含め、医学的な安全性について、妊婦に理解してもらうことも必要かもしれない。

病院調査、診療所調査

2006年10月時点で分娩を行なっている全国622病院、1,060診療所へのアンケート結果から、現状を把握し、今後の対応を検討した。本調査は、全国の対象病院の病院長に現状と今後のあり方を尋ねている点、また、病院だけでなく産科診療所の現状把握を試みた点で他の調査と異なる。

結果からは、勤務医の過重労働に対する対価が不十分で、病院間で待遇に大きなバラツキがみられることがわかる。当直回数は平均月6.3回、当直明けで通常通り勤務をする病院が88.8%にのぼっている。

また、全体の87.0%の施設が産科医の不足を訴えている。交代制やワークシェアリングなどの柔軟な勤務体制を導入している施設は全体の2%強に過ぎず、給与体系は、公的病院の6割から7割が年功給で、必ずしも能力に応じた給与体系ではない。そして、約6割の病院長が、今後の待遇の改善には、診療科間で差をつけることに対する関係者の理解が必要と考えている。重要な課題のひとつである女性産科医師の継続的な就労支援については、育児中の女性医師の夜勤免除を導入している施設は全体の6割にすぎなかった。

厚生労働省が推進する集約化・重点化については、集約化が完了あるいは進行中とした病院が全体の2割で、必ずしも整備が進んでいるとはいえない。集約化に関しての問題は、産科医の不足とNICUの整備不足であった。

産科診療所が抱える課題は、人員不足と看護師の内診行為である。7割以上の診療所が人員不足から助産師の確保を困難と感じている。看護師の内診行為が禁止されていることに対して約6割の診療所が課題と捉えている。そして、経営上の問題から産科を閉鎖したいという回答は18.9%にのぼった。分娩廃止によって影響を受ける妊婦は約6万人となる。このような状況が、地域の妊婦へ大きな不安を与えるだけでなく、それらの妊婦を新たに受け入れる病院にさらなる負荷がかかることが懸念される。

まず、産科医を適切に確保するための行政サイドの早急な対応が必要である。具体的には、産科志望の学生や研修医への優遇措置を提供し今後の人数の低下を食い止めると同時に、不足する地域での必要産科医の最低人数を設けることであろう。同時に、医師の勤務環境の改善を早急に図ることが必要である。そのためには、分娩料の増額など働きに見合う待遇が可能となる財政支援が必要である。また、厳しい状況の中、病院施設長自身が勤務医の労働環境を積極的に改善していくことが求められている。さらに、産科診療所の抱える課題解決を進めると同時に、診療所間や救急医療との連携強化を含めた、医療のあり方を地域で検討する必要がある。

検討課題

調査結果から明確になった課題を大きく分類すると、妊婦の不安をはじめとする医師患者関係の問題、医師の待遇を向上するための労務問題、そして医師確保の問題となる。それぞれにおいて検討すべき項目は以下のとおりである。

I. 医師患者関係の向上

1. 国民・妊婦の不安の解消と情報提供の推進
2. 国民への啓発活動 — 地域セミナーの実施
3. 法的整備の促進 — 無過失補償、内診問題対応

II. 労務(勤務体制・待遇)問題

4. 勤務に見合った待遇とそのため収入確保(分娩料の増額など)
5. 院長権限による柔軟な勤務体制の構築
6. 女性産科医の就労支援

III. 医師の確保

7. 産科医を確保していくための体制整備と財源確保
 - 産科医志望医学生と研修医への奨励金の拡充
 - 地域における産科医数の最低数の指定
8. 集約化だけでなく、地域に即した体制の構築 — 産科診療所の連携強化
9. NICUの整備

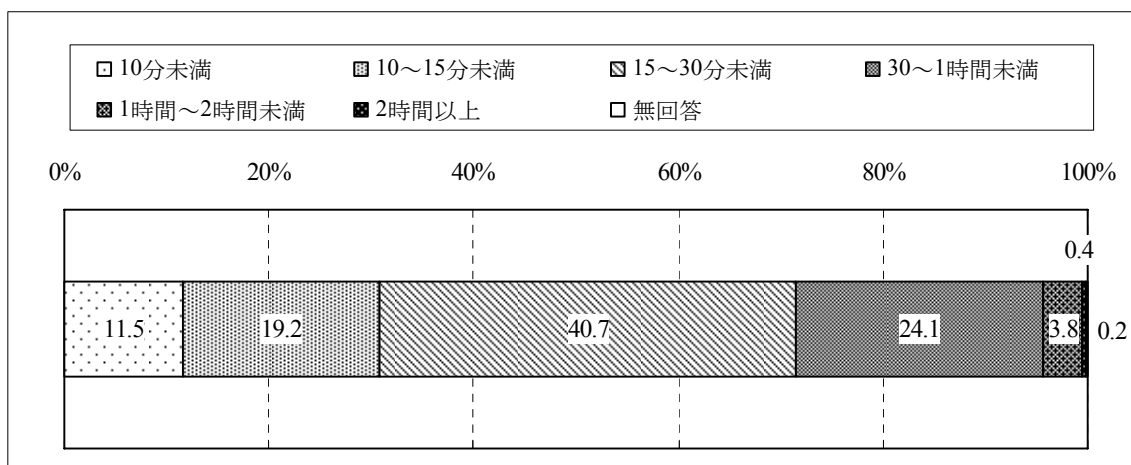
調査結果

I. 妊婦向け調査

① 通院時間

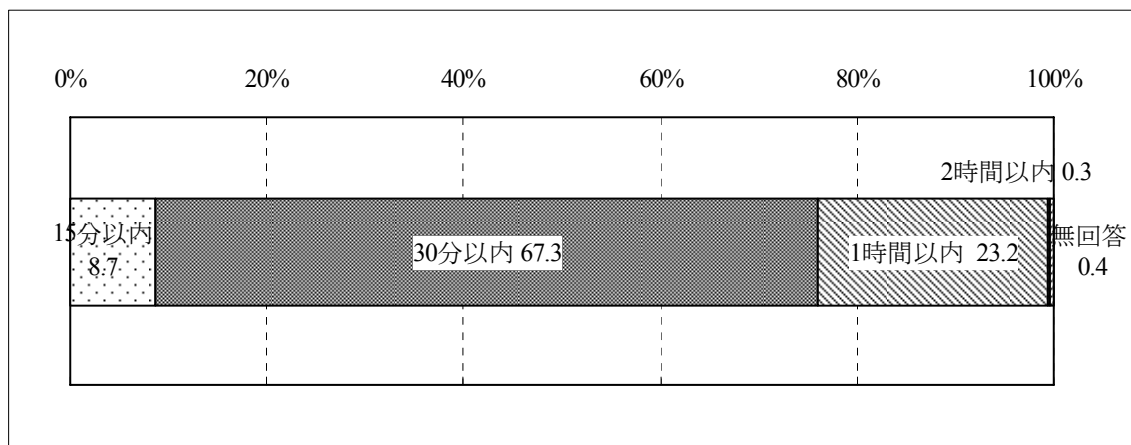
今回の調査の対象となった妊婦の通院に要する時間の平均は、21.6分であった。全体の7割(71.4%)の通院時間は30分未満であった。1時間以上かけて通院している人は5%未満であった。

図 8 通院時間(n=896 平均 21.6分)



一方、「通院に支障がないと思われる通院時間」を尋ねると、「30分未満」が76.0%と約8割にのぼっている。このように、現状では、妊婦は通院における利便性を重視していることがわかる。

図 9 支障がないと思われる通院時間(n=896)



② 緊急事態や医師不足、医療事故に関して

緊急事態の対応への不安、医療事故に関する不安、産科医不足に関する不安を尋ねた。産科医不足のニュースから不安（不安+やや不安）を感じる人は77.9%と約8割にのぼっている。また、分娩に係る医療事故やミスについては、44.5%、緊急の事態への対応について27.2%の妊婦が不安を抱いていた。

年齢層別にみると、年齢が高くなるにつれて産科医不足のニュースに関し、不安を持つ人の割合が増加していた

図 10 産科医療についての不安感 (n=868)

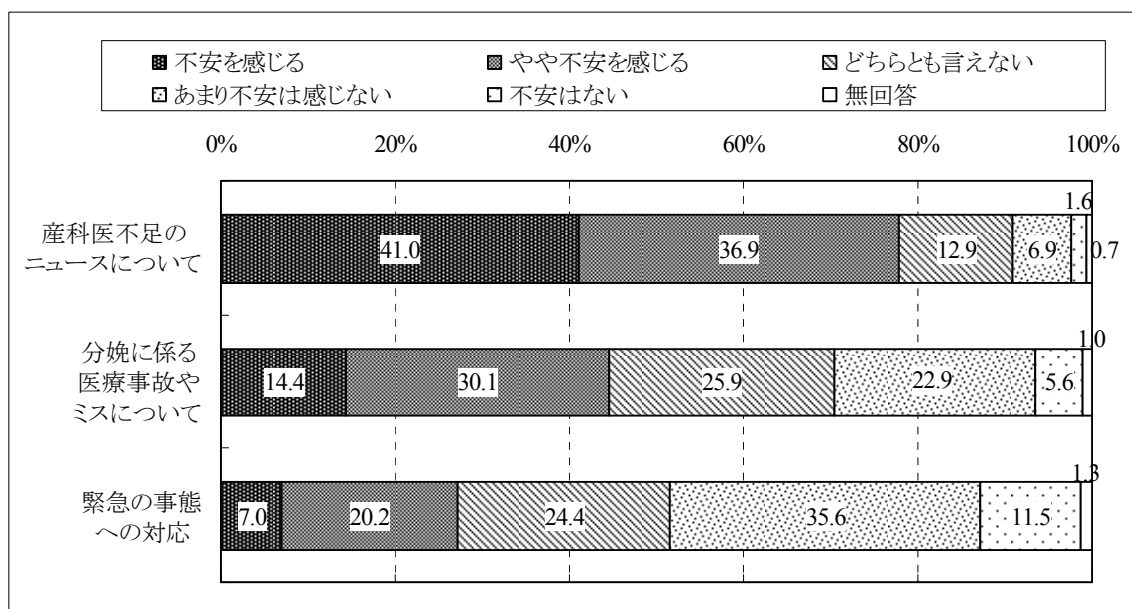
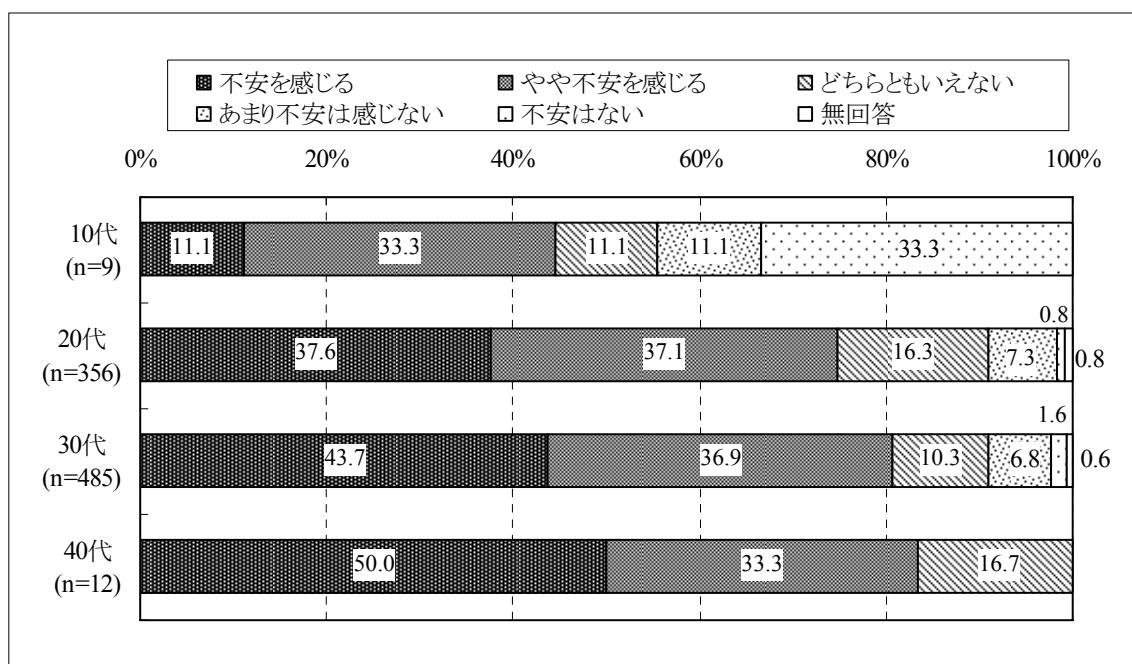
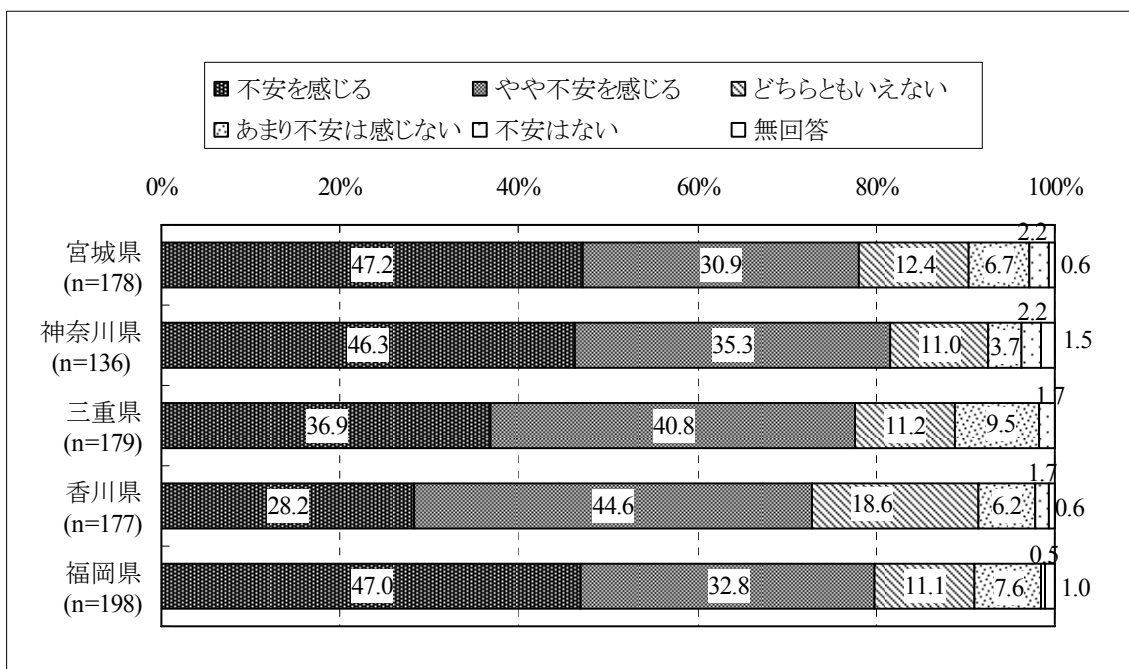


図 11 産科医不足報道に対する不安感-年齢層別



地域別にみると、神奈川県は 8 割以上の妊婦が産科医不足の報道について不安を感じていた。

図 12 産科医不足報道に対する不安感-地域別



分娩に係わる医療事故に対する不安について、「不安」（不安+やや不安）と回答した割合は、病院に通院する妊婦では 44.1%、診療所に通院する妊婦では 44.8%とほぼ同じであった。病院、診療所に関わらず、約半数の人が医療事故に対する不安を抱えていることがわかった。年齢層別にみると、年齢が高くなるにつれて、不安を感じる割合は高くなっていった。

図 13 分娩に係わる医療事故に対する不安感-病院・診療所別

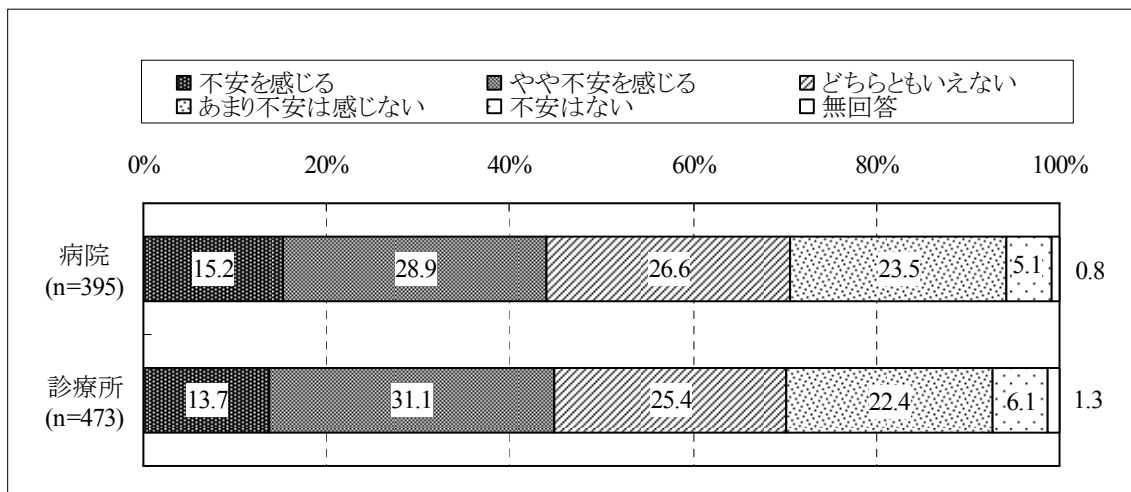
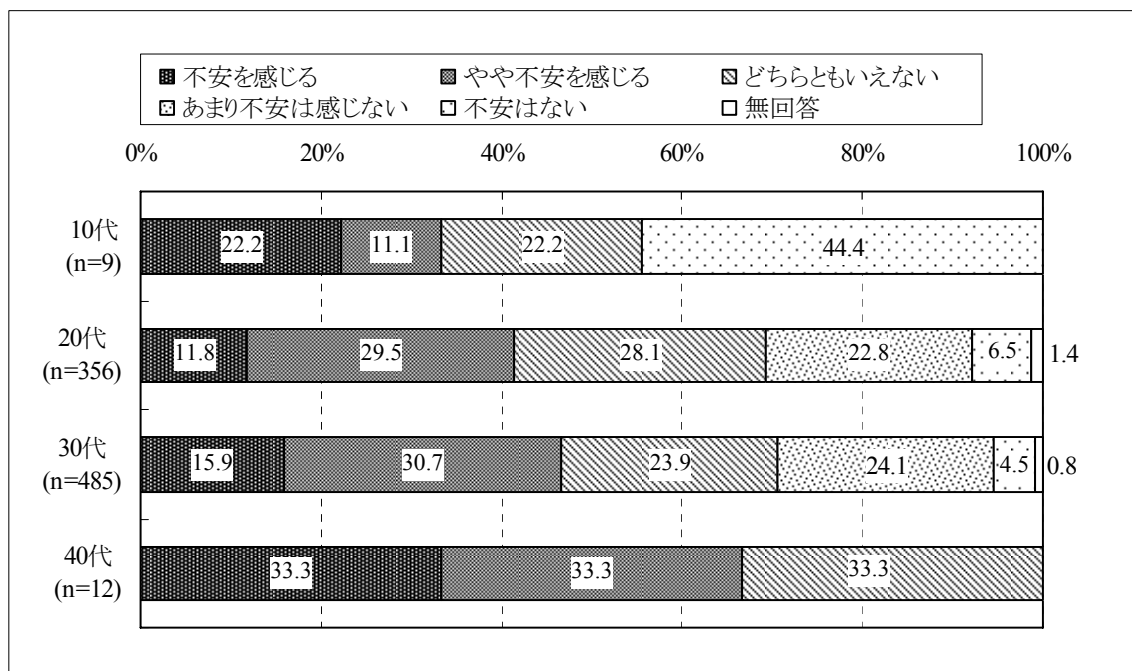


図 14 分娩に係わる医療事故に対する不安感—年齢層別



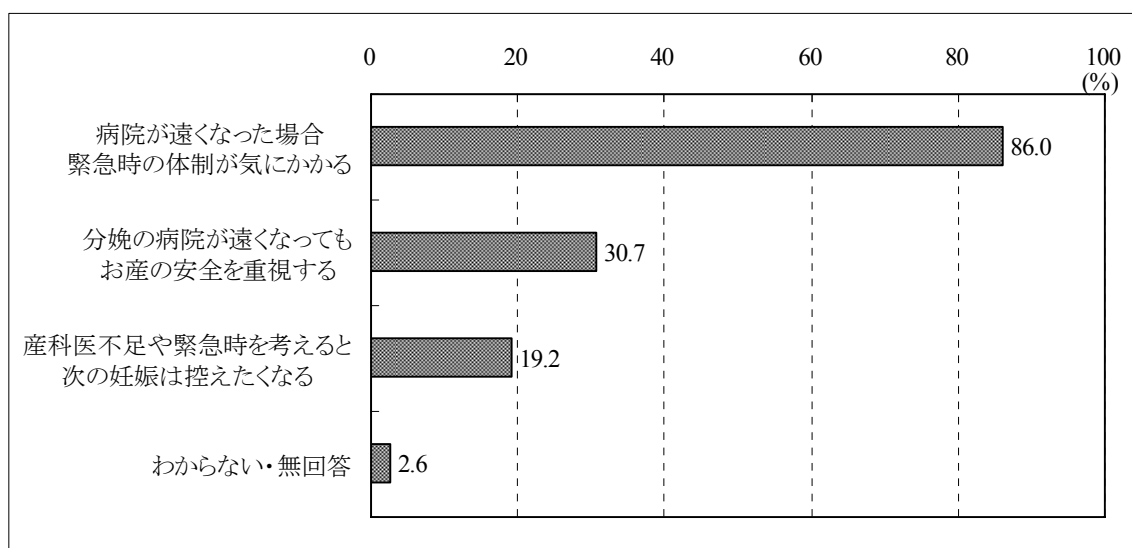
全般に年齢が高くなると不安感が高くなる傾向がみられた。正常分娩以外の分娩の割合が高くなることも理由の一つと考えられるが、医療安全そのものに対する意識が高くなっていることも推察できる。

③ 集約化・重点化に関して

厚生労働省は集約化・重点化を産科医療における重要な政策と位置づけている。患者の視点では集約化・重点化はどのように捉えられているであろうか。

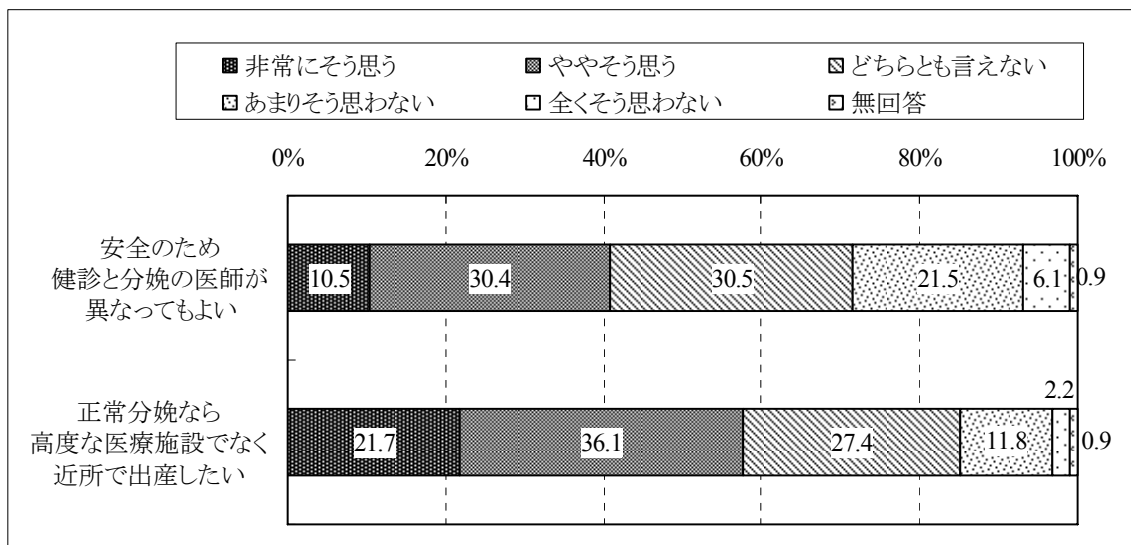
お産を遠方の拠点病院で行うことに対して、「緊急時の体制が気にかかる」と回答した人が 86.0%にのぼった。一方、「分娩の病院が遠くなってもお産の安全を重視する」という回答は 30.7%と 3 割程度に留まった。さらに、産科医不足や緊急時の不安から「次の妊娠は控えたいくなる」と感じる人は 19.2%と約 2 割に達した。このように、妊婦の立場からは、分娩施設が遠方になることに対する不安は高く、次の妊娠に対する意識にも影響を与えている可能性がある。

図 15 集約化に対する意見(複数回答) (n=896)



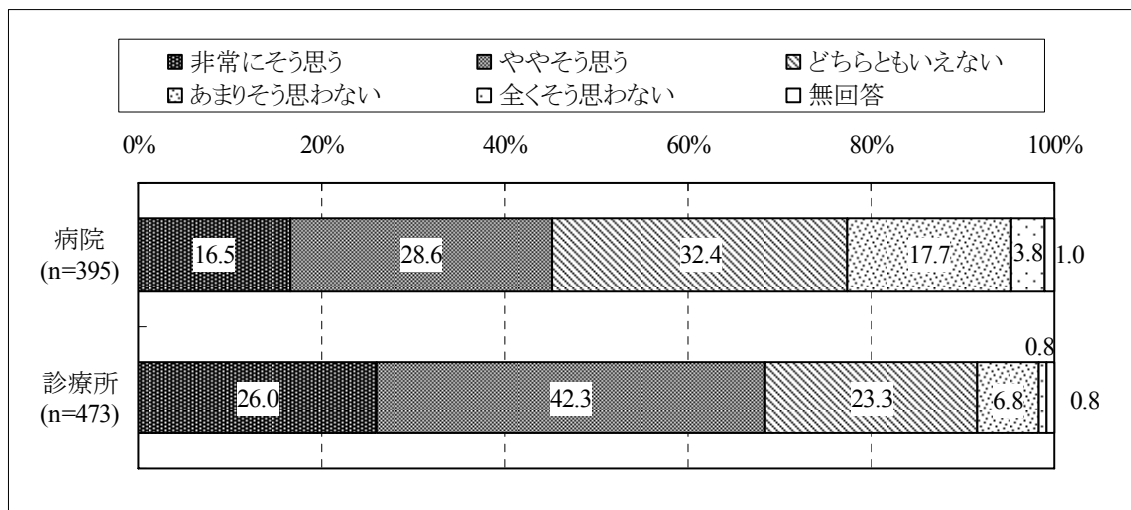
集約化の基本は、妊婦健診は近所の診療所で行い、分娩は地域の周産期センターで行なうというものである。しかし、妊婦の間では、「安全のため健診と分娩の医師が異なってもよい」と思う人は40.9%と4割程度であった。健診と分娩の医師が異なってもよいと思う人が4割であるのに対し、健診と分娩の医師が同じ方がよいと思う人は約3割を占め、健診から分娩までの一貫したケアを求める声は少なくない。また、「正常分娩なら近所で出産したい」と考える人は57.8%であった。

図 16 分娩医療機関についての考え (n=868)



正常分娩の場合の分娩医療機関の場所についての考えを通院している医療機関の種類別に見ると、高度な施設でなく近所で出産したいと回答した妊婦は、病院が45.1%、診療所が68.3%であった。診療所に通院している妊婦には、特に利便性を重視している傾向がみられる。

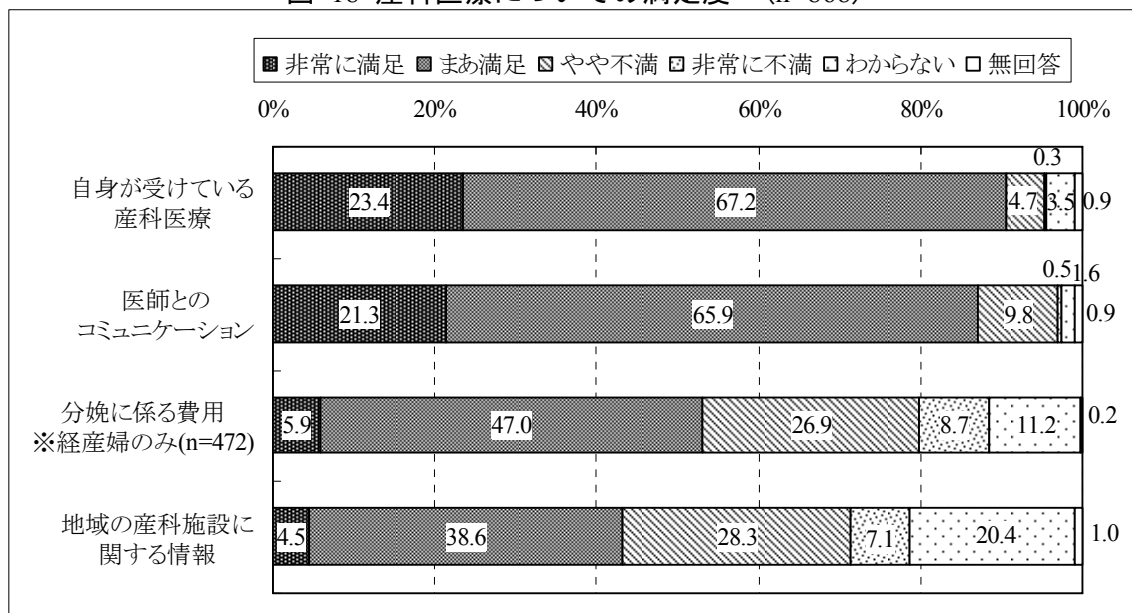
図 17 「正常分娩なら高度な施設でなく近所で出産したい」と思うかどうか一病院・診療所別



④ 産科医療についての満足度

最後に、自身が受けている産科医療については回答者の 90.6%が満足と回答した。不満がある人は 5.0%に過ぎず、殆どの妊婦は自身が受けている産科医療の内容に満足していた。不満と回答した人にその内容を尋ねたところ、待ち時間の長さや健診の時間の長さ、医師の対応などコミュニケーションへの不満、診察費や健診費などであった⁶。分娩に関わる費用について、54.9%は満足と答えているものの、不満は 35.6%と 3割を超えている。地域の産科施設に関する情報に不満を持つ人は 35.4%であり、自身が受ける産科医療について満足しているものの、地域の医療機関についてより多くの情報を求めている。

図 18 産科医療についての満足度 (n=868)



⁶ 不満を持つ回答者 44 人のうち、29 人が具体的に不満の内容について記述を行っていた。その中で、回答の多かったものとして、待ち時間の長さや健診時間の長さへの不満が 12 人、医師の対応やコミュニケーションへの不満が 9 人、施設・サービスへの不満が 6 人、診察費や健診費への不満が 5 名であった。

自由回答からは、「安心してお産ができるようにしてほしい」という要望は約2割を占め、具体的な対策として、産科医の増加・確保(10.1%)、分娩施設の減少食い止め・増加(9.3%)、助産師の増加(2.8%)等が上げられた。産科医療を実際に受けている立場として、分娩費の負担感(14.5%)や待ち時間の不満(3.2%)解消の要望も強い。産科医療の提供体制や医療水準の地域差の解消を望む妊婦(6.0%)のなかには、自身は現在困っていないけれども同じ妊婦として、産科医の不足や分娩施設の閉鎖・縮小が報道されている地域の妊婦への懸念を示す意見もあった。

産科医療の議論の中では、実際の医療を受ける当事者の妊婦のニーズや意識を把握することが重要であるが、必ずしも十分に行えているとは限らない。今後は、地域の産科事情を踏まえた対策を地域医療計画のなかで検討すると同時に、その状況を当事者である妊婦に迅速かつ正確に伝えていくことが地域の妊婦の不安を軽減することにつながるであろう。

表 5 今後の産科医療についての意見 (n=248 自由記述)

内容	件数	割合
安心してお産ができるようにしてほしい	46	18.6%
費用が高い・安くしてほしい	36	14.5%
産科医を増やしてほしい・確保してほしい	25	10.1%
分娩施設を増やしてほしい・減らさないでほしい	23	9.3%
地域による産科医療の格差をなくしてほしい	15	6.0%
政府や地方公共団体に産科医療への対応をとってほしい	13	5.2%
医師不足や医療ミスなどの情報に不安を感じる	12	4.8%
産科医の待遇改善をしてあげてほしい	12	4.8%
夜間や緊急時の不安を感じる	10	4.0%
医師・助産師・看護師とのコミュニケーションを良くしたい	9	3.6%
待ち時間が長い・短縮してほしい	8	3.2%
助産師の数を増やしてほしい	7	2.8%
病院に関する情報提供をしてほしい	7	2.8%
保険適用にしてほしい	6	2.4%
担当医に対して不満がある	5	2.0%

II. 病院調査ならびに診療所調査

1. 勤務体制と待遇（病院）

① 勤務体制(当直・交代制)

当直の月平均回数は6.3回であった。全体の7割超は平均5回以上であり、10回以上は15.8%となっている。当直明けの勤務体制が通常通りである病院は88.8%で、半日勤務と回答した病院を含めると9割以上が当直明けも勤務を続けていた。当直明けの医師は疲労しており、労務上の問題のみならず、医療安全の面からも危険であることはいうまでもない。

地域別に平均当直回数を比較すると、東北の4.1回・北海道の4.5回から甲信越の7.7回・四国の8.0回に渡って地域差が見られる。また、当直明けでも通常通り勤務をしている病院を地域別に比較すると、北陸の82.4%から甲信越の95.5%まで地域によりやや差がみられた。

図 19 常勤産科医の平均当直回数－病院 (n=449, 平均当直回数 6.3 回)

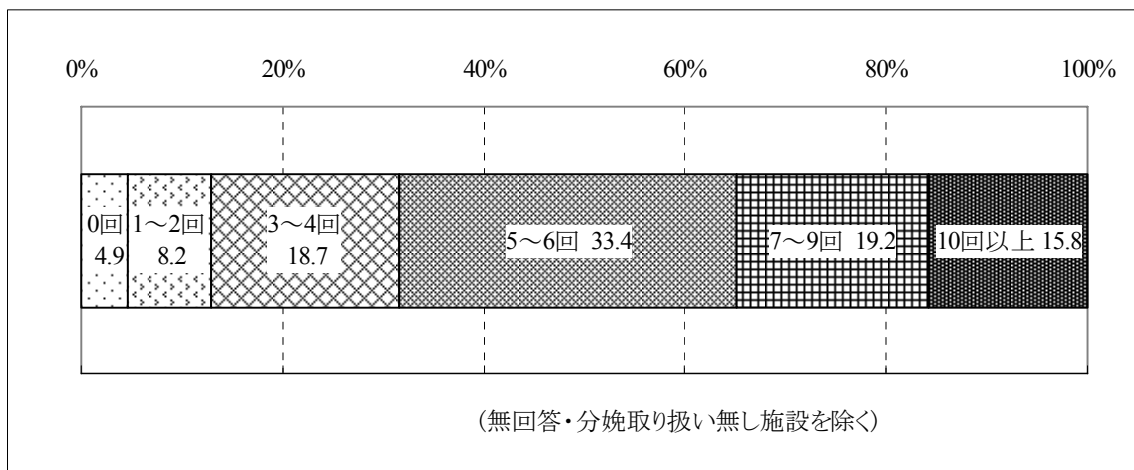


図 20 月平均当直回数 - 地域別 (n=449)

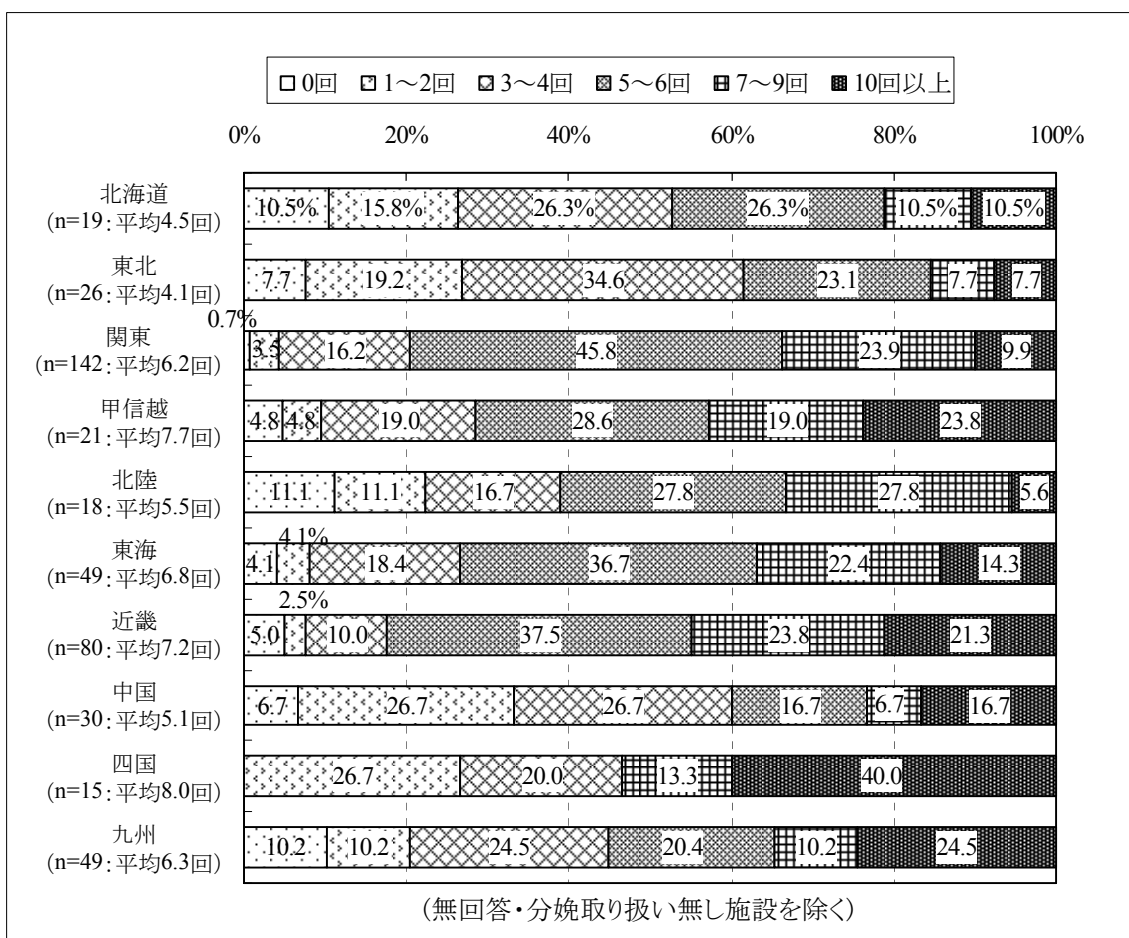


図 21 当直明けの勤務 - 病院 (n=466)

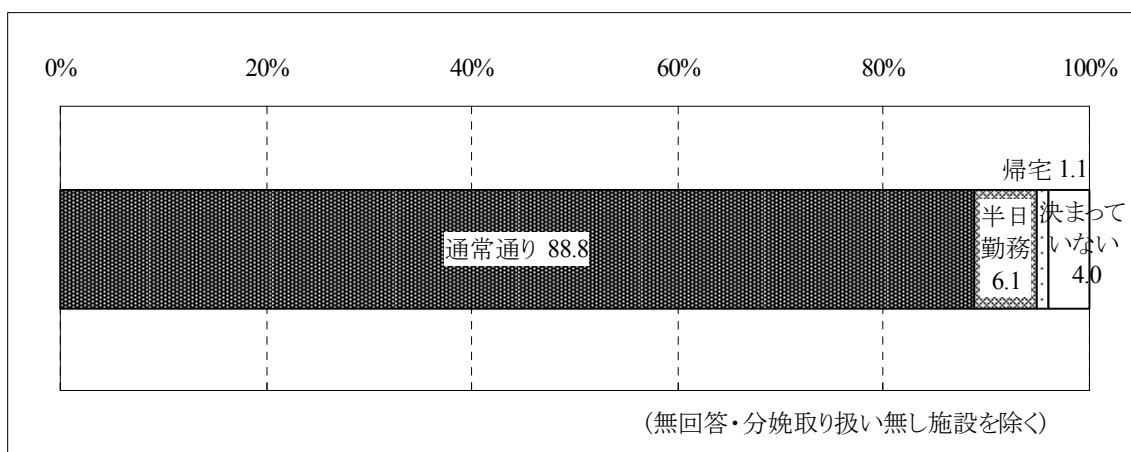
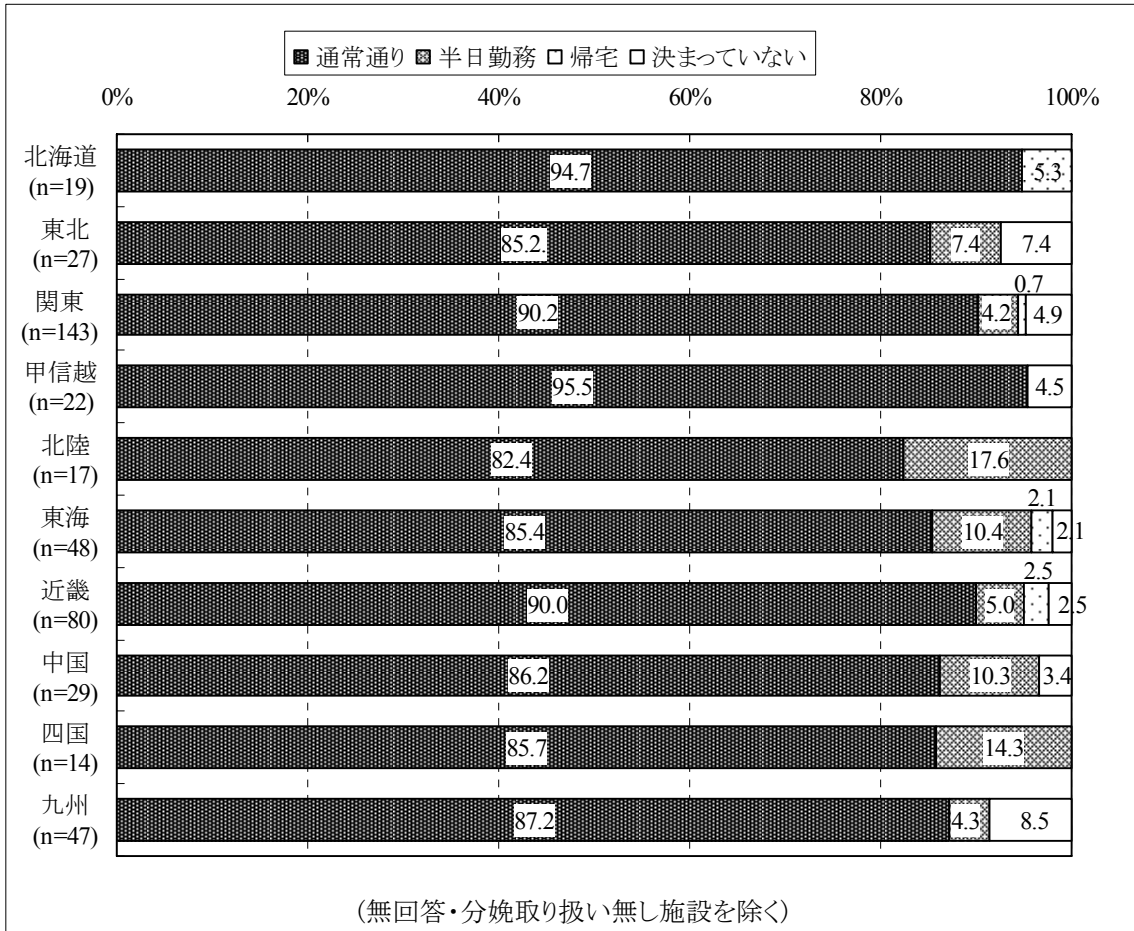


図 22 当直明け後の勤務体制 - 地域別 (n=446)



交代制・ワークシェアリング

医師の勤務体制については、交代性やワークシェアリングなどの柔軟性のある勤務体系を導入している病院は希少であった。交代制、勤務時間に短時間勤務などを取り入れたワークシェアリングの導入率はどちらも2.5%にすぎなかった。国内の全上場・店頭公開及び非上場企業を対象にした「多様就業型ワークシェアリング制度導入意識調査・制度業種調査」⁷によると、所定労働時間をフルタイムの正社員より短くする短時間勤務形態の導入率は6.5%であった。医療機関における短時間勤務は他業種と比べて必ずしも進んでいるとは言えない。妊娠・育児中の女性医師がいる病院においてもこれらの勤務体制の導入は低く、交代制の導入率は3.4%、ワークシェアリングの導入率は3.9%であった。

図 23 交代制、ワークシェアリングの導入状況 - 病院

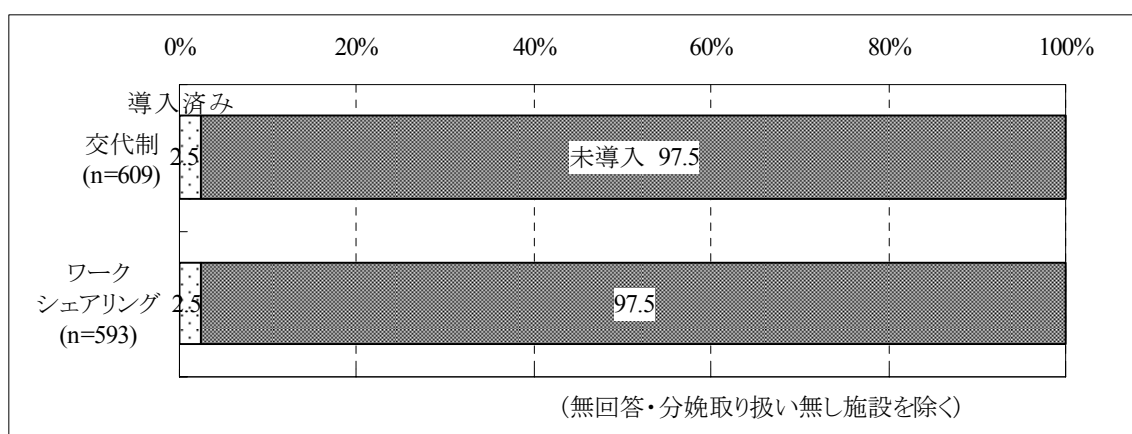
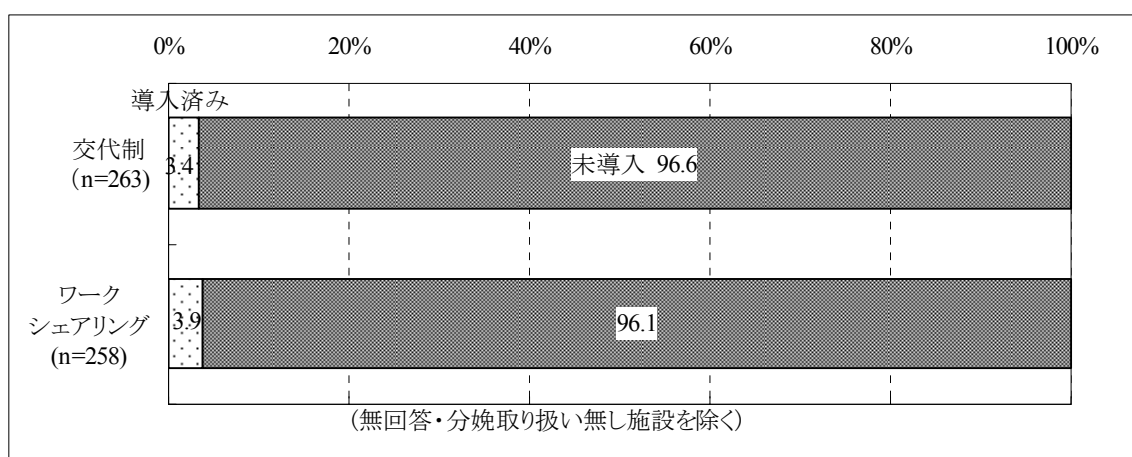


図 24 交代制、ワークシェアリングの導入状況-妊娠・育児中の女性医師がいる病院



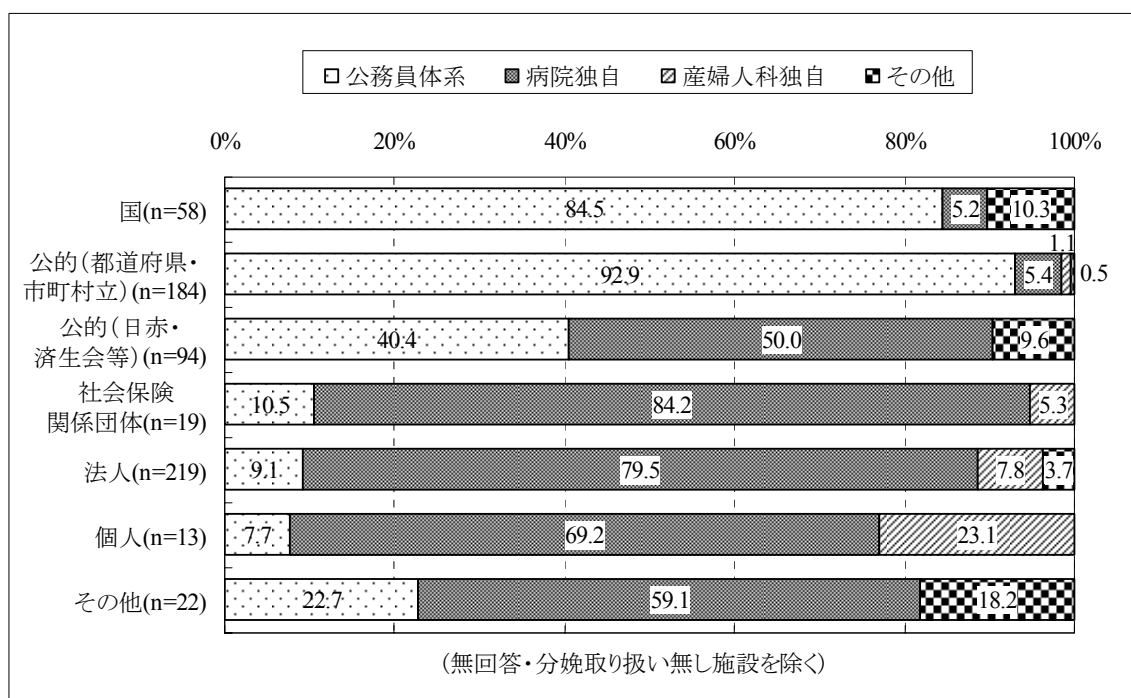
⁷ 2004年 厚生労働省。20歳代～50歳代の男女各1,250名および全業種の従業員数300名以上の全上場・店頭公開及び非上場企業5,630社対象。回収数2,166名および646社。

② 待遇（給与）

給与体系

給与体系は開設者によって明確に差がみられる。公的機関では公務員体系が大半を占め、給与体系に柔軟性を持たせることが難しい状況である。

図 25 給与体系 - 病院、開設者別 (n=609)



給与の評価基準

給与の評価基準は、総数で見ると 52.8%の病院が年功給を採用している。開設者別にみると、国など公的医療機関は年功制の採用が 6～7 割であるが、社会保険団体や個人立の病院では、成果主義の給与体系の採用が 4 割以上を占める。自治体病院については、地方公営企業法一部適用が 65.7%、全部適用が 34.3%であった。

図 26 評価基準－病院 (n=572)

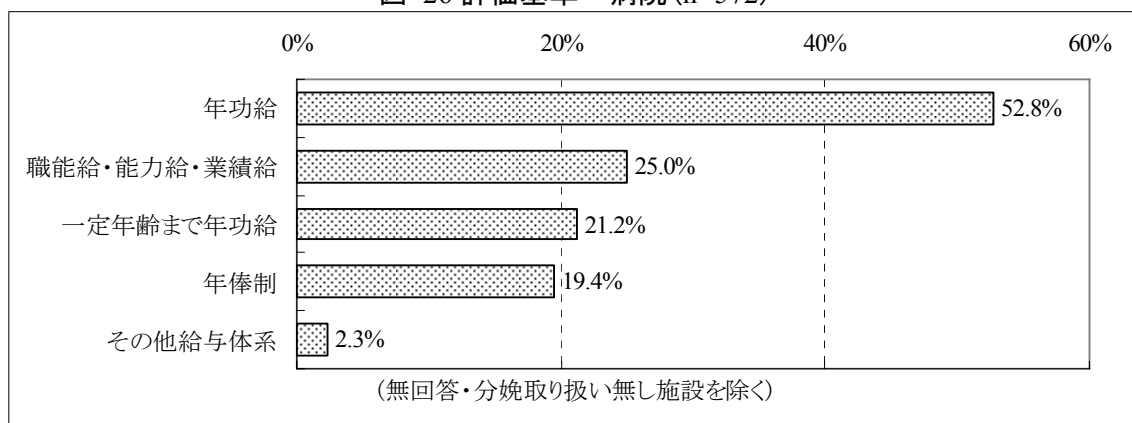


図 27 評価基準 - 開設主体別 (n=572)

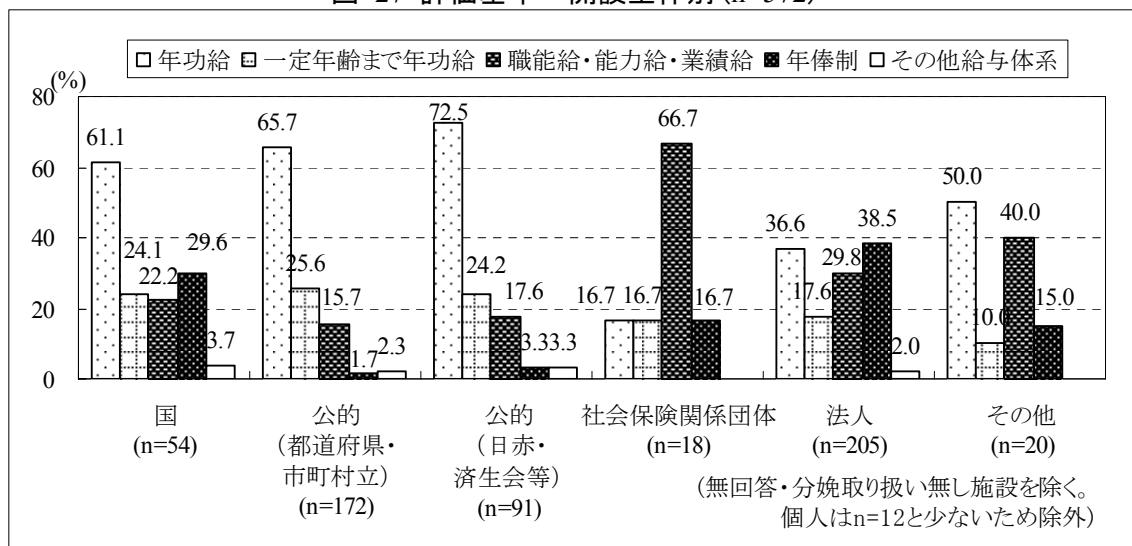
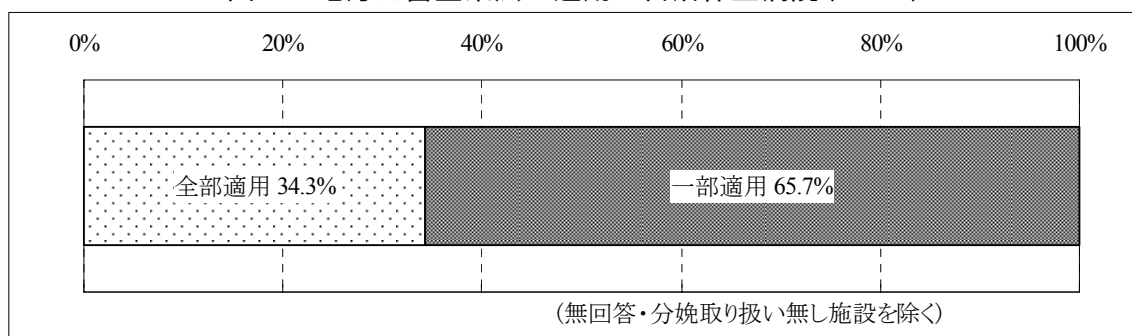


図 28 地方公営企業法の適用 - 自治体立病院 (n=166)



産科医師の基本給・諸手当について

産科の常勤医師(40～50歳代)の基本給は平均で62万4,428円(n=353)であった。1回当たりの当直料は平均で2万3,710円(n=292)で、必ずしも労力に見合っているとはいえない。施設体系別、開設主体別にみても同様である。

図 29 産科常勤医師基本給－病院(n=353 平均 624,428 円)

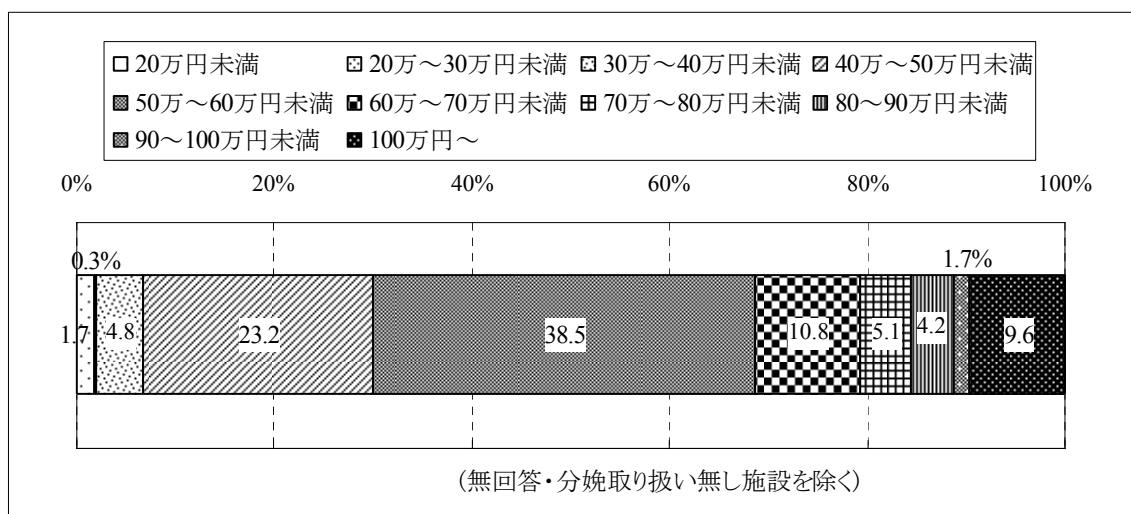


図 30 産科常勤医平均当直料－病院(n=292 平均 23,710 円)

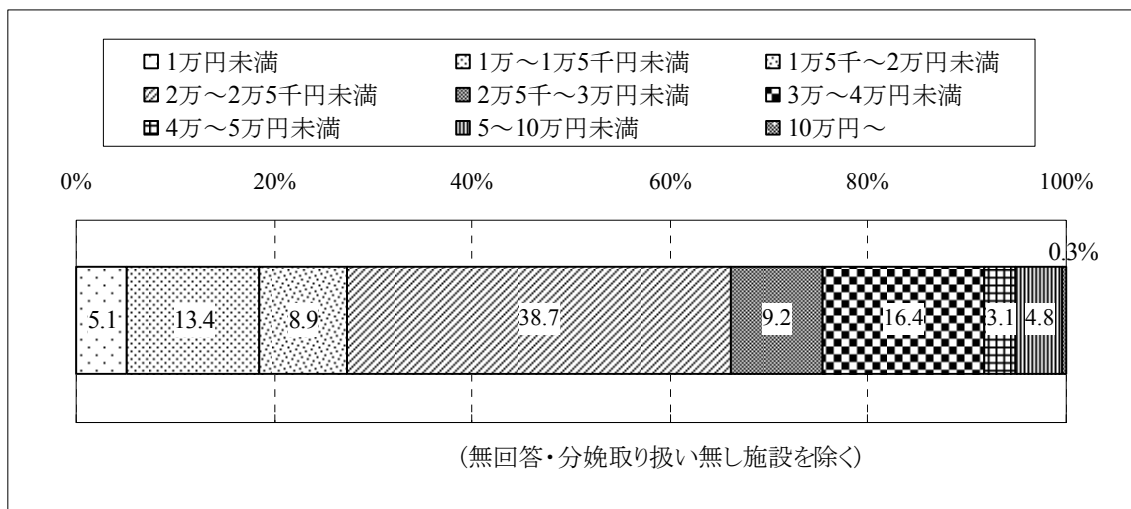


図 31 常勤医師当直料—病院、施設体系別 (n=290 平均 23,701 円)

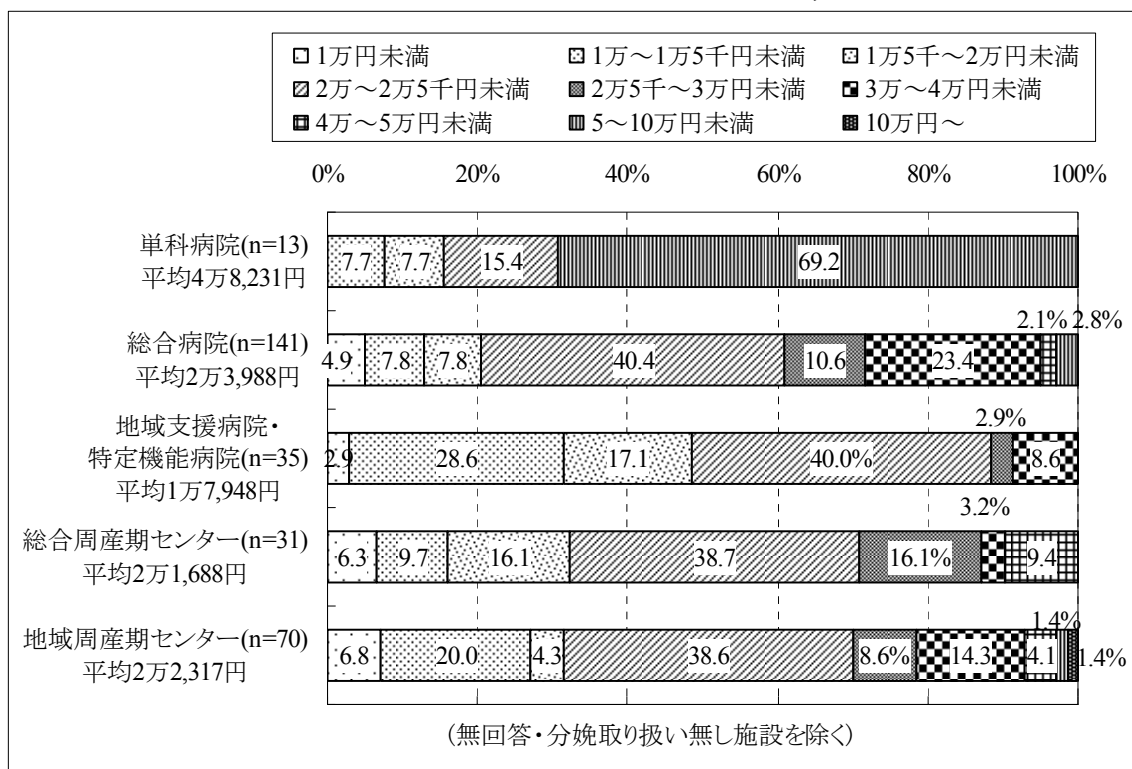


図 32 常勤医師当直料—病院、開設主体別 (n=292 平均 23,710 円)

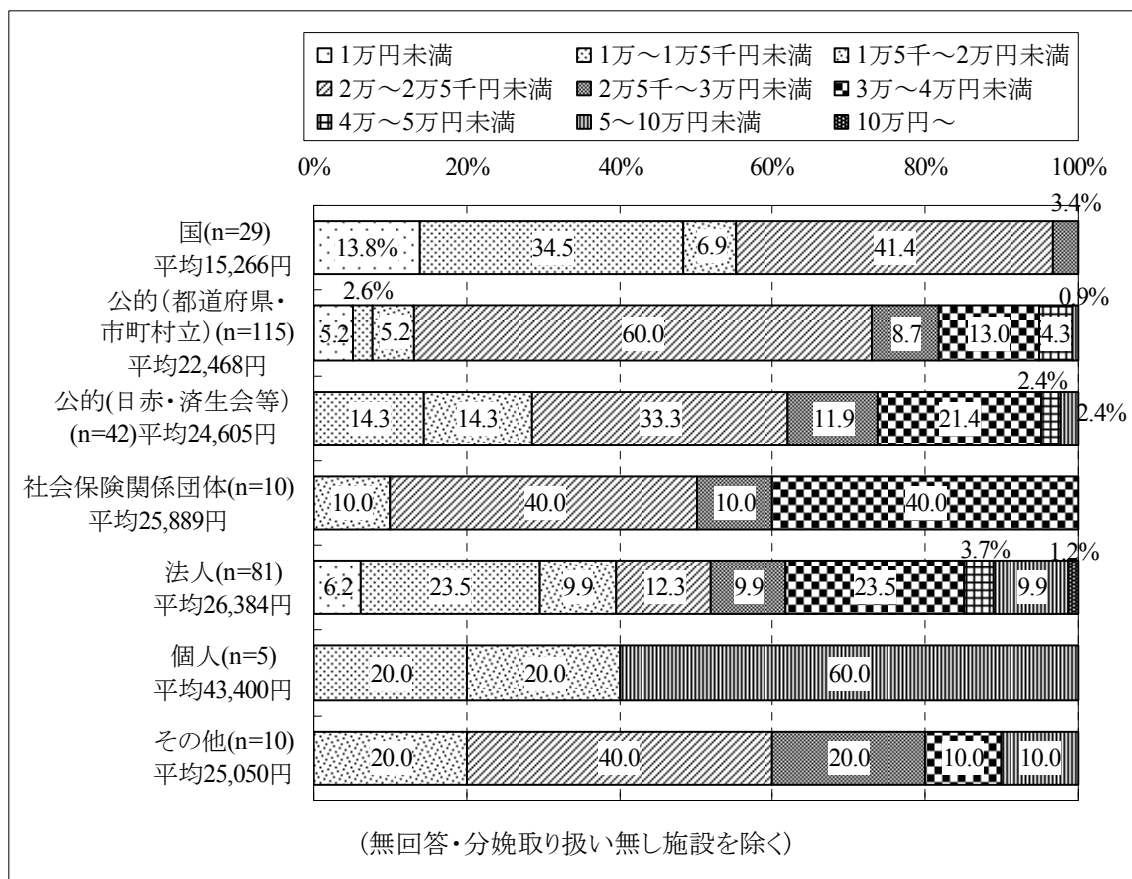


図 33 オンコール料－施設体系別 (n=107 平均 10,288 円)

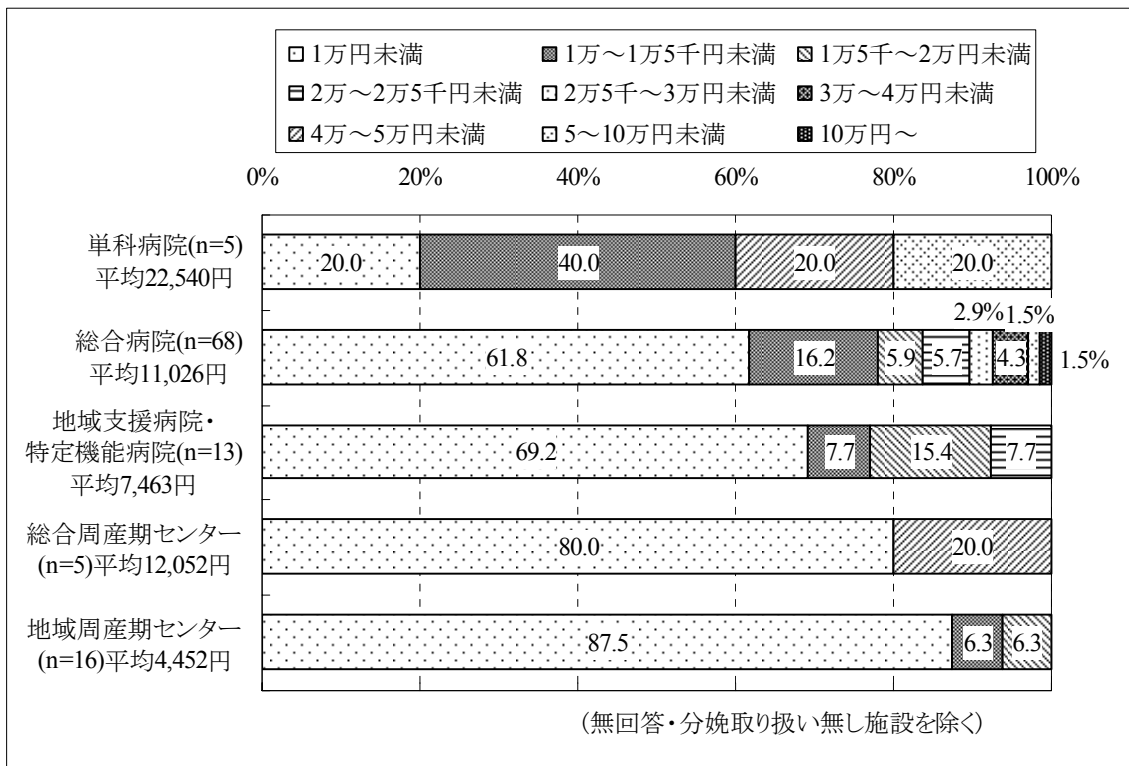


図 34 オンコール料－開設主体別 (n=106 平均 10,291 円)

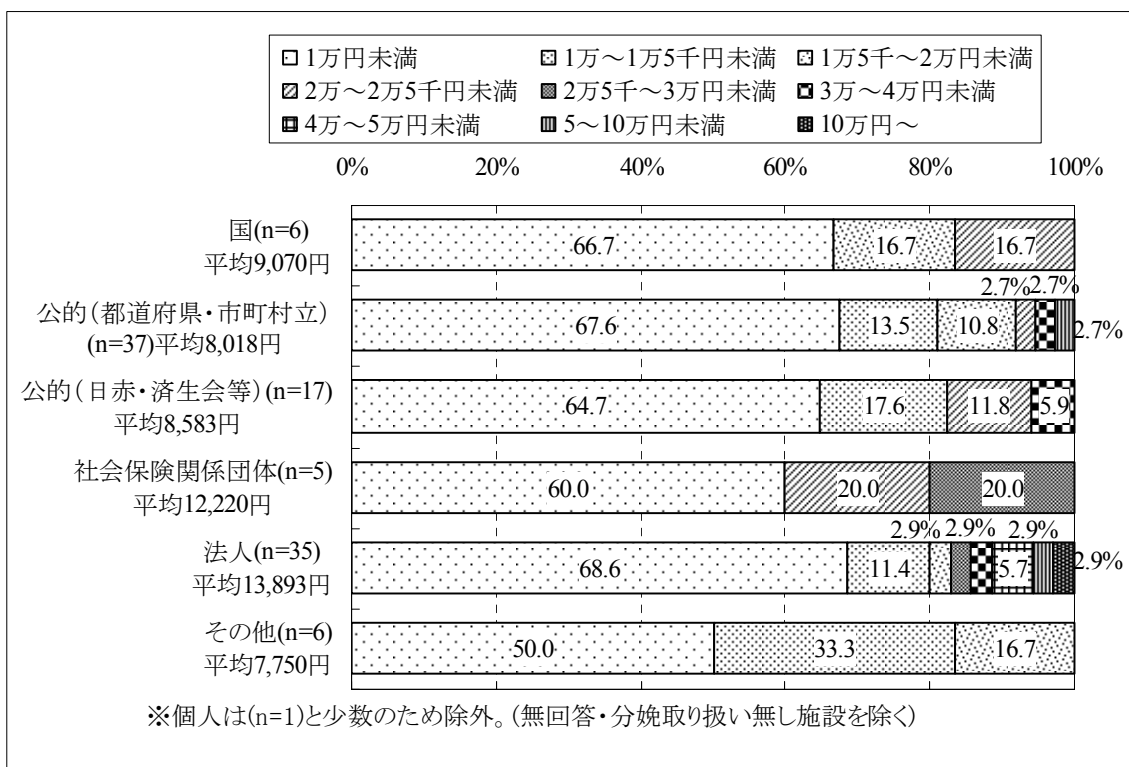


図 35 深夜手当—施設体系別 (n=45 平均 15,045 円)

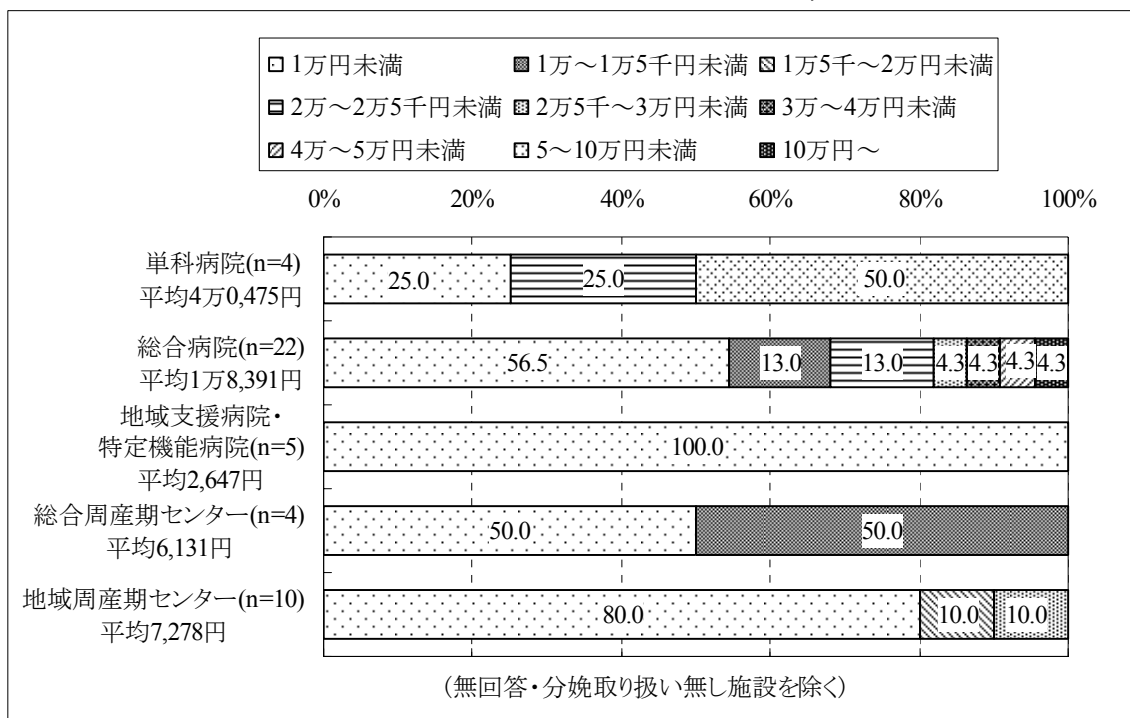
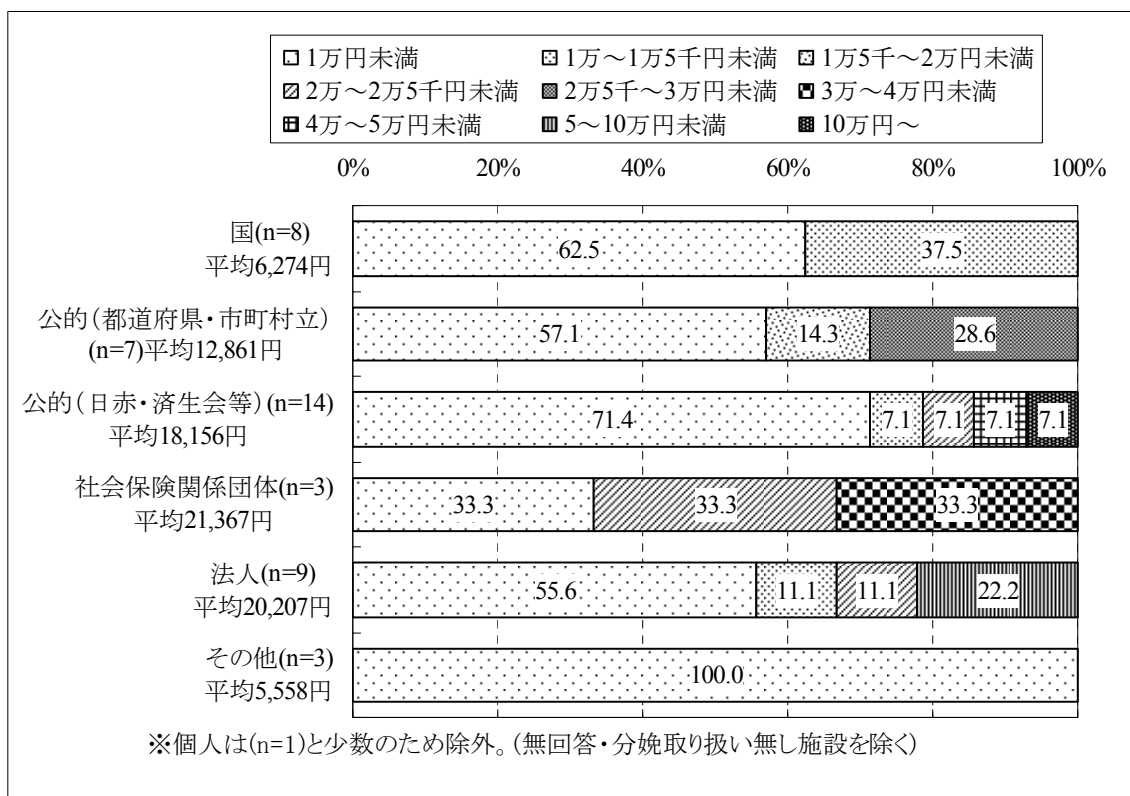


図 36 深夜手当 - 開設主体別 (n=44 平均 14,933 円)



③ 院長が考える「待遇改善に必要な対応策」

産婦人科は元来、宿直や緊急呼び出しなど 24 時間対応を迫られる厳しい勤務環境にあったが、産科医不足が医師の負担増に拍車を掛けている。勤務医の待遇について、病院長はどのような方策で待遇改善が図れると考えているであろうか。

産科医の待遇改善のために必要と方策について尋ねたところ、「診療科間に差をつけることに対する関係者の理解」が最も高く、「分娩料の増額」、「病院収入の増加」が続いた。一方、「待遇改善は困難」と考える病院長も約 1 割いた。

施設体系別に見てもこの傾向は続き、特に、総合周産期センターの病院長の間では「診療科間に差をつけることへの理解」が約 8 割に上った。

医療機関は給与体系の柔軟性を確保出来ず、手当を厚くする方向に進みつつあるといわれる。労力に見合った待遇を確保することは、医師のインセンティブにも繋がり、産科医を志望する学生の確保にも繋がるであろう。

診療科間で待遇に差をつけることは、他の診療科の同意をいかに得るかが問題となる。病院収益への貢献度や、診療科ごとに設定した病床利用率や来院患者数などの目標数とその達成度など、他の診療科の納得も得られる形での評価の反映が必要である。

図 37 産科医の待遇改善のために病院長が必要と思う方策—病院、複数回答 (n=597)

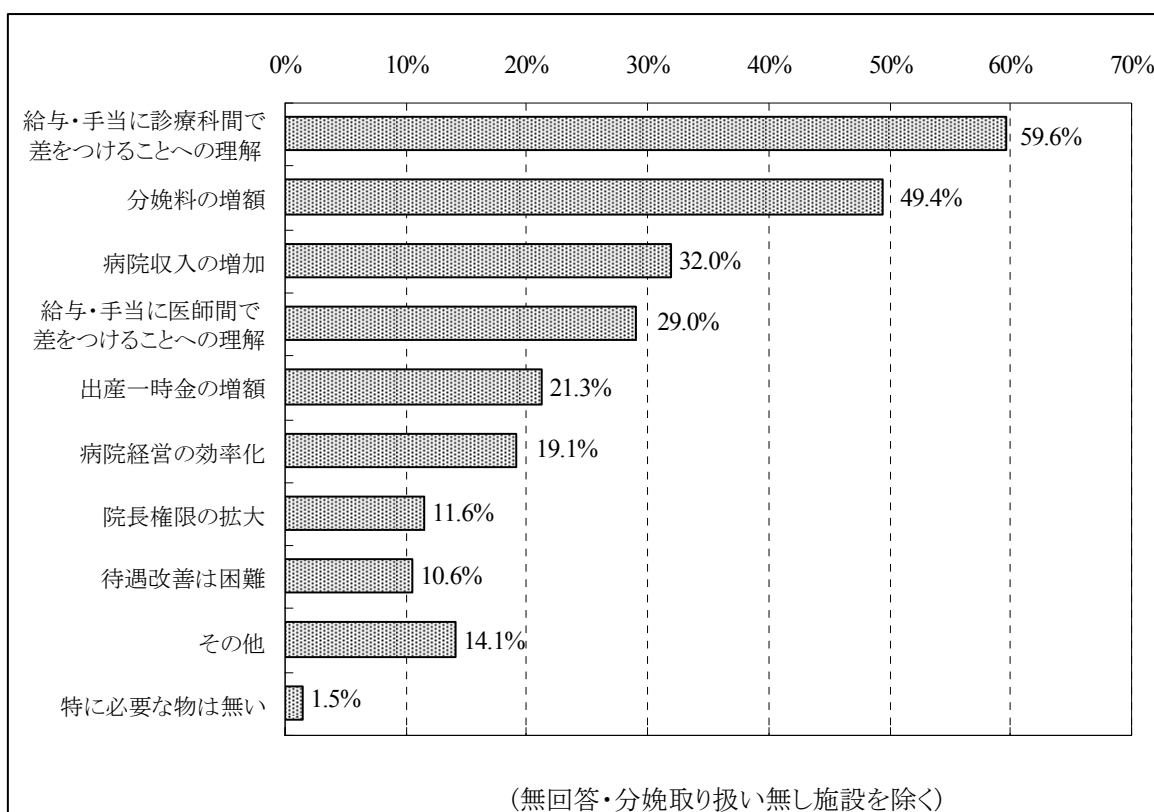
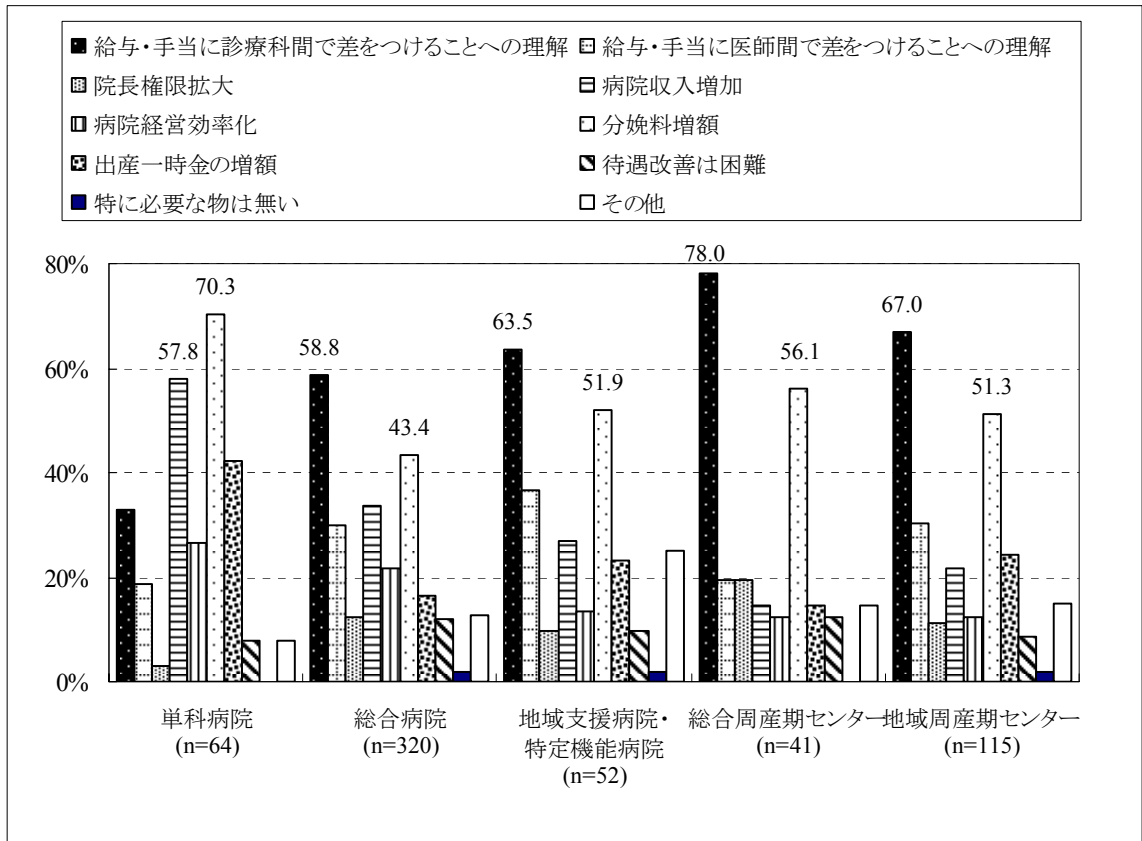


図 38 待遇改善に必要なこと-病院、施設体系別(n=592)



④ 女性医師の就労支援

回答した医療機関の中で、妊娠・育児中の女性医師が勤務している病院 259 施設のうち、育児休暇制度を導入している病院は全体で 87.4%と 9 割近くに達していた。病床規模が大きくなると、高い導入率を示している。しかしながら、院内保育所の設置は 5 割程度にとどまり、院内保育所を設置している施設(n=140)において、医師の乳幼児も保育対象としている施設は 76.4%と約 8 割であったが、医師の児童を受け入っていない施設は約 2 割あった。

妊娠・育児中の女性医師の夜勤免除の実施率は 6 割であった。今後の産科医の確保において、女性産科医の就労支援は大きな影響を与える。施設長の積極的な取り組み姿勢が医師確保体制の鍵となることは間違いない。

図 39 育児休暇制度の導入状況(n=259)

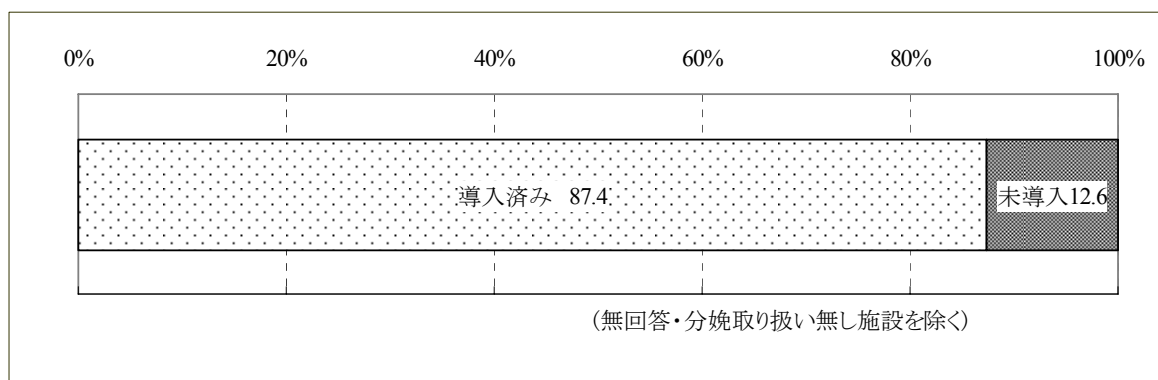


図 40 育児休暇制度導入状況-病床数別(n=251)

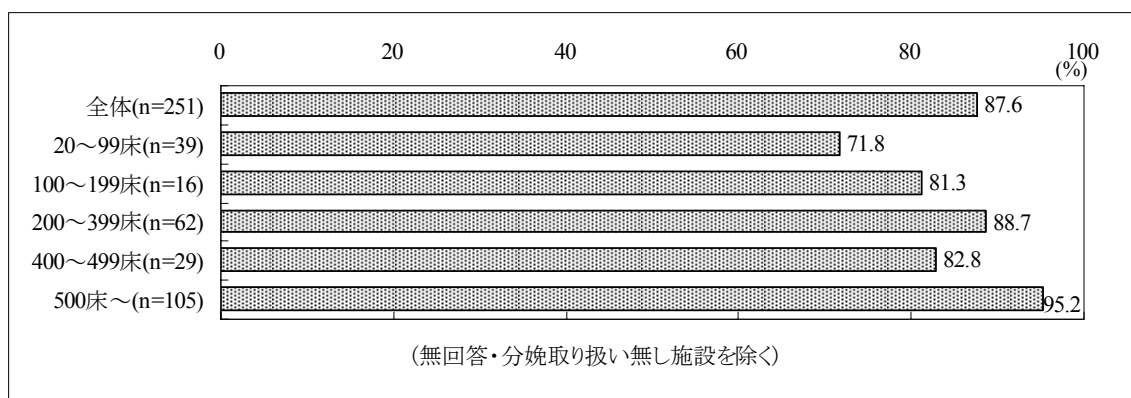


図 41 院内保育設置状況(n=256)

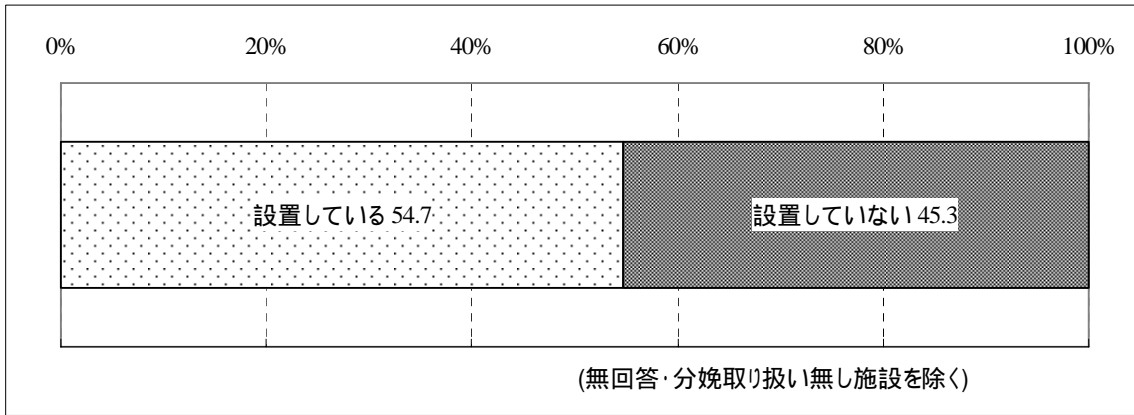


図 42 保育対象(n=140)

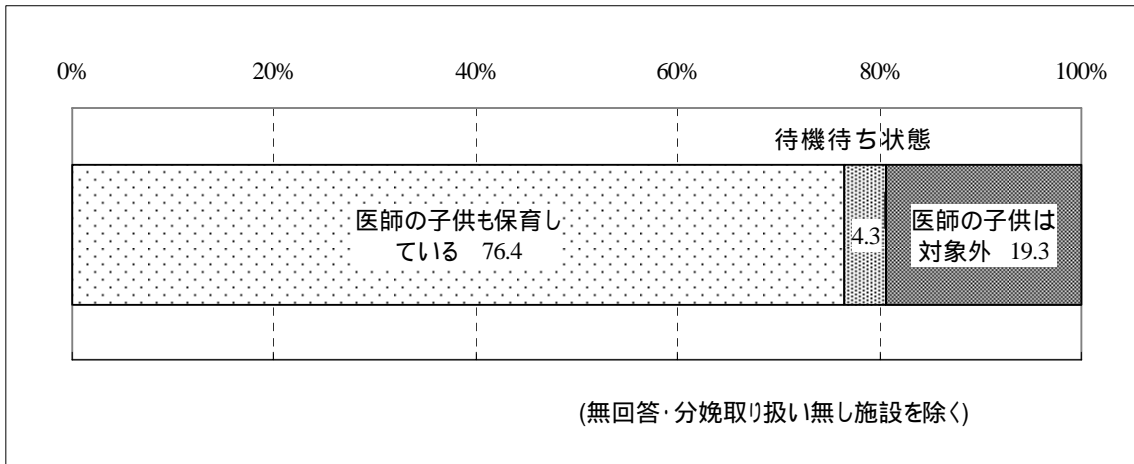
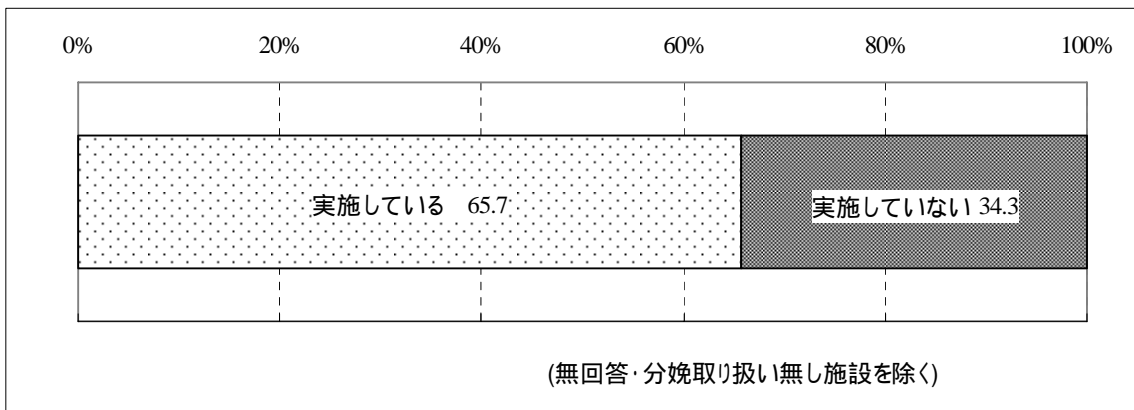


図 43 夜勤免除等の特別措置(n=248)



2. 医師および医療従事者の確保

不足の現状

周産期医療の現場における医師不足は深刻な状況であるといわれているが、実際どれぐらい不足しているかを把握するため、病院長および診療所長に産科医、小児科医、麻酔医、助産師数の過不足感と、不足の場合には不足している時間帯と必要な常勤勤務者数について尋ねた。

産科医が充足しているという回答は13.0%に過ぎず、7割の病院は夜間・日中の両方で産科医が不足していた。また、回答施設の不足数を総計すると、産科医の不足数は総数で1,035人にのぼる。

表 6 産科医、小児科医、麻酔科医、助産師の平均不足人数-病院

	産科医 (n=606)	小児科医 (n=577)	麻酔医 (n=587)	助産師 (n=601)
日中	1.6	1.1	1.6	2.1
夜間・休日	1.5	1.7	1.4	2.0
日中と夜間・休日	2.2	2.2	2.2	3.8

(無回答・分娩取り扱い無し施設を除く)

表 7 医療従事者の不足人数-病院(回答施設の総計)

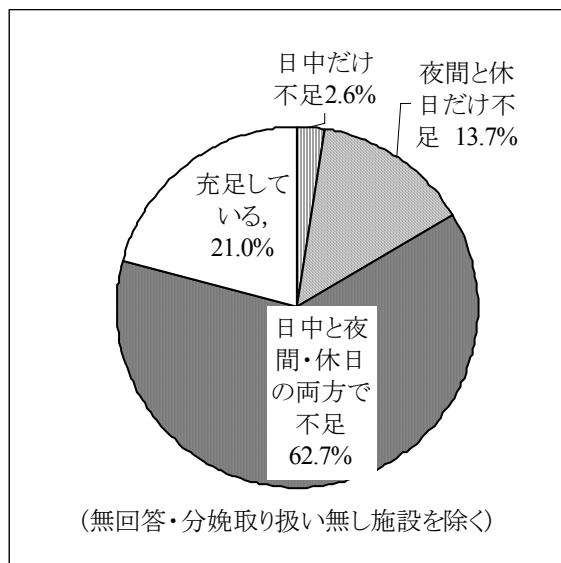
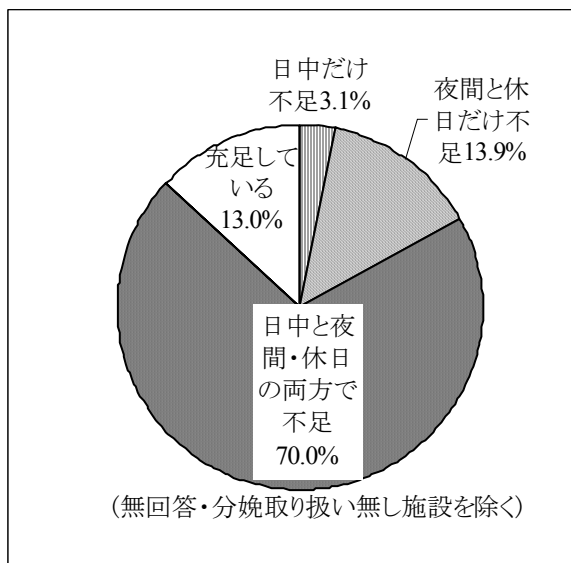
	産科医	小児科医	麻酔医	助産師
日中	30	16	38	33
夜間・休日	116	121	60	132
日中と夜間・休日	889	775	827	1,238
合計	1,035	912	925	1,403

(無回答・分娩取り扱い無し施設を除く)

図 44 不足感(病院)

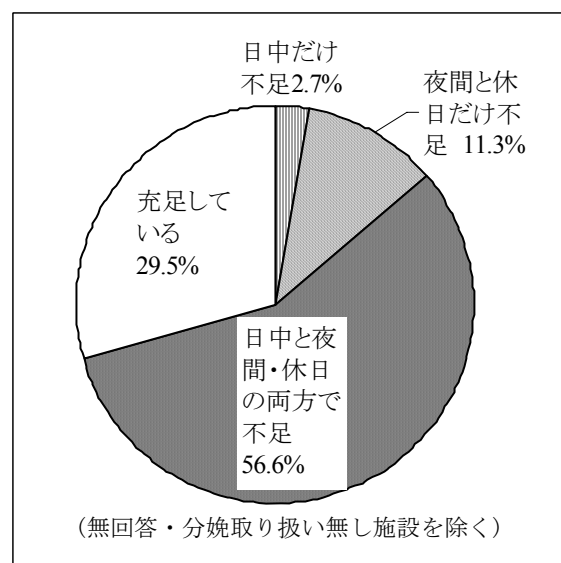
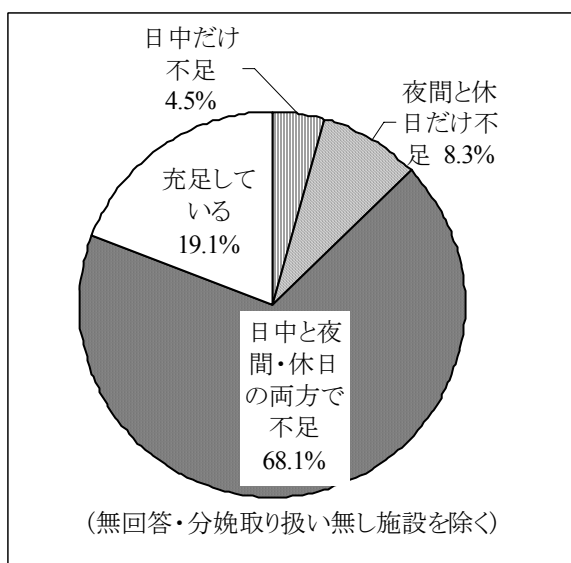
産科医 (n=606)

小児科医 (n=594)



麻酔科医 (n=577)

助産師 (n=601)



診療所

日中・夜間両方とも助産師が不足していると回答した診療所は7割に上り、不足数を尋ねると、施設当たり平均2.6名が不足の状況であった⁸。診療所における助産師不足の深刻な状況が際立つ結果であった。

助産師を雇用したくとも、助産師の数が足りない(75.7%) ことに加え、看護師による内診を禁止する厚生労働省の通知(58.5%)も診療所の人員不足の背景の一因である。また、経済的余裕がない(22.3%)という回答も2割以上にのぼり、診療所の厳しい経営状況が示された。

表 8 産科医、小児科医、麻酔科医、助産師の平均不足人数-診療所

	産科医(n=955)	助産師(n=1,088)	看護師(n=1,019)
日中	1.1	1.5	1.6
夜間・休日	1.1	1.6	1.7
日中と夜間・休日	1.3	2.8	2.3

無回答・分娩取り扱い無し施設を除く

表 9 医療従事者の不足人数-診療所(回答施設の総計)

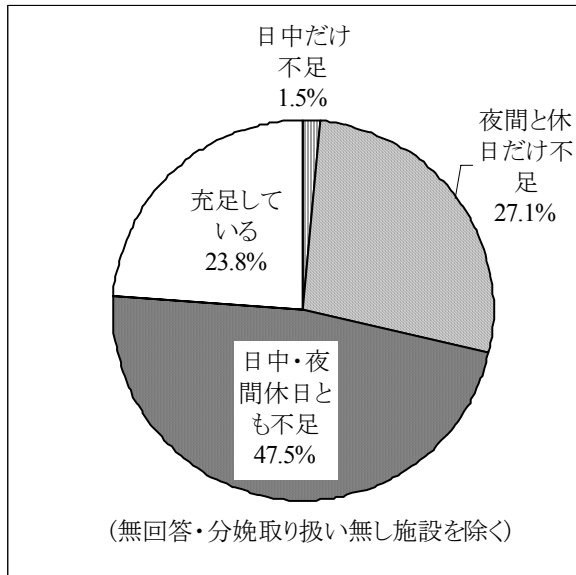
	産科医	助産師	看護師
日中	16	6	65
夜間・休日	284	296	60
日中と夜間・休日	601	1906	827
合計	901	2208	952

無回答・分娩取り扱い無し施設を除く

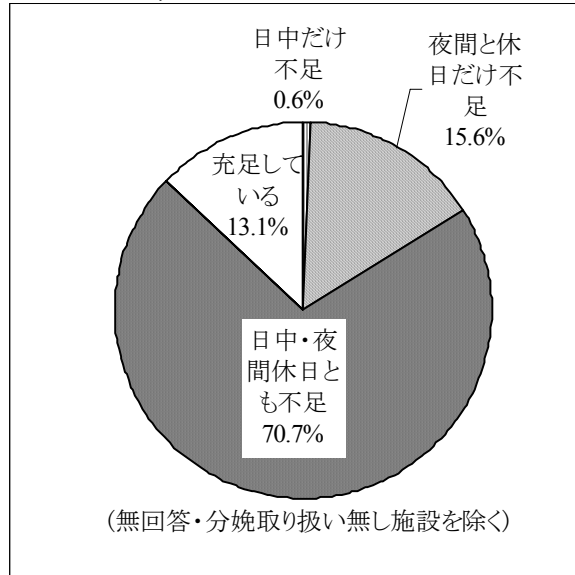
⁸日本産婦人科医会の調査(2006)では、分娩取扱がある全国の医療機関(n=2,905)の74.9%(1,247病院+1,658診療所=2,177)が必要な助産師数を満たしていなかった。充足率が0%である診療所は18.6%(n=250)を占めていた。

図 45 診療所

産科医(n=995)



助産師(n=1,008)



看護師(n=1,019)

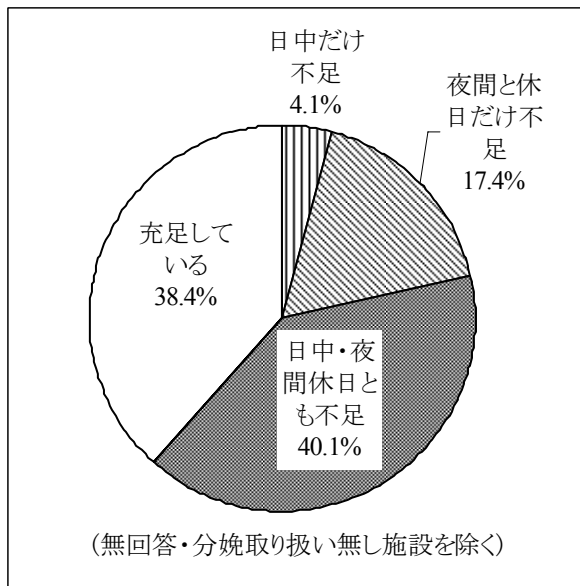
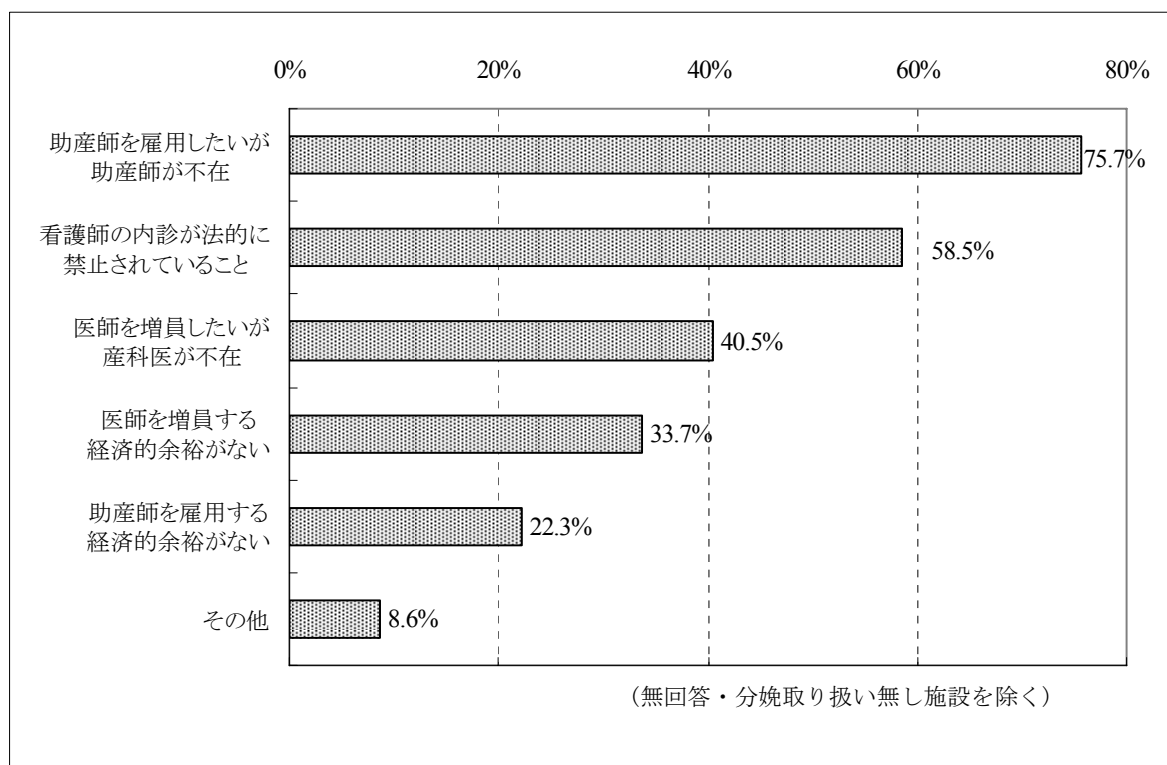


図 46 医療スタッフの課題－診療所 (n=1,019, 複数回答)



3. 行なっている医療の内容

緊急体制

平成 17 年度における各医療機関の帝王切開開始までの所要時間や搬送件数について尋ねた。病院における夜間の緊急の帝王切開実施までにかかる時間は、平均 47.7 分であり、実施開始までに 1 時間以上かかる病院は 5 割近くに及んでいた。施設別にみると、総合期周産センターでは 32.8 分であるが、総合病院では 52.9 分である。産科医の不足が緊急体制にも影響を及ぼしていることが推測される。

緊急帝王切開

図 47 帝王切開実施までに掛かる時間 - 病院 (n=624 平均 47.7 分)

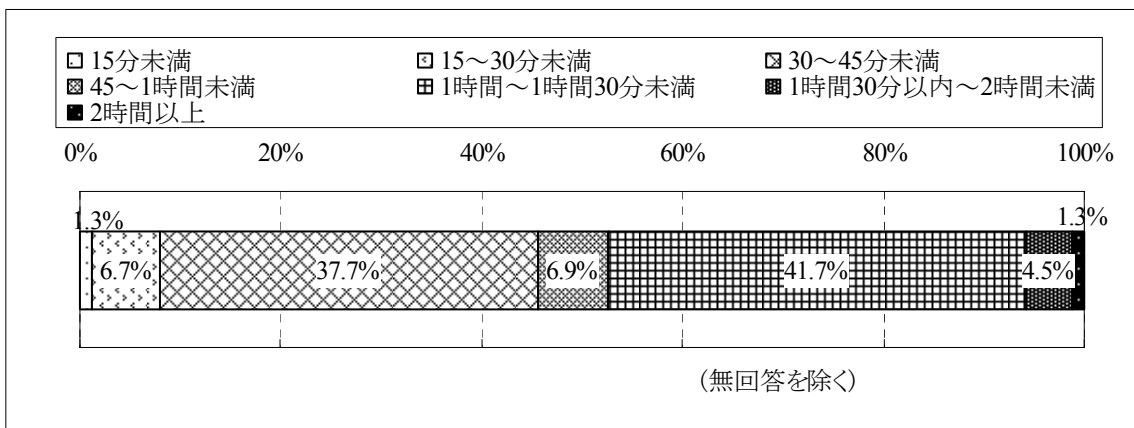
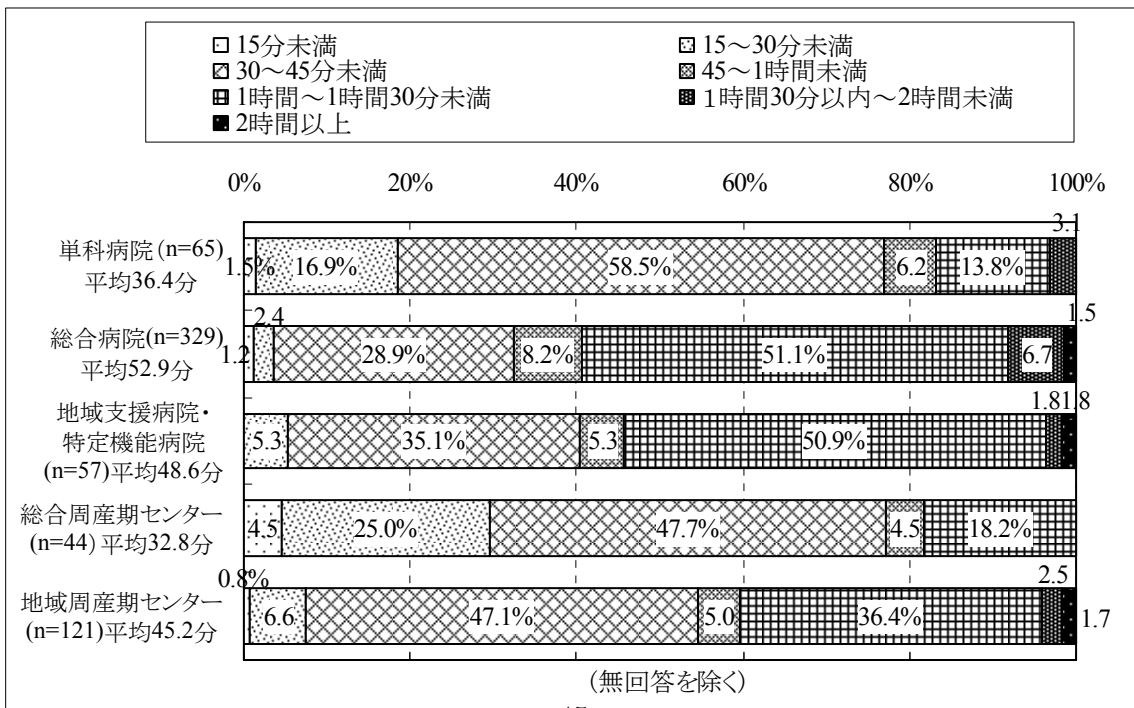


図 48 帝王切開実施までに掛かる時間—病院、施設体系別 (n=616 平均 47.8 分)



搬送の現状

搬送に関する問題も懸念されている。病院長および診療所長に平成 17 年度内に他院へ搬送を依頼した件数を尋ねたところ、1 病院あたり 10.1 件、診療所は 12.1 件であった。病院の 3 割以上は搬送を依頼した 1 軒目の医療機関では受け入れ先が決定しなかった経験があり、3 軒目以降の医療機関で受け入れ先が決定した病院も 2 割以上あった。

図 49 搬送を依頼した件数-病院、診療所

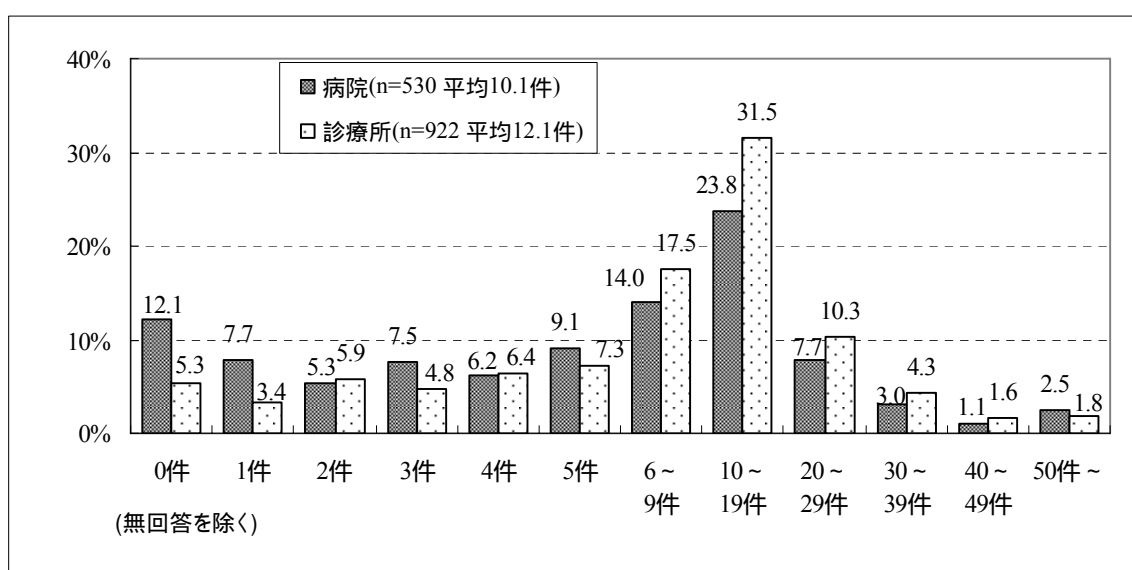
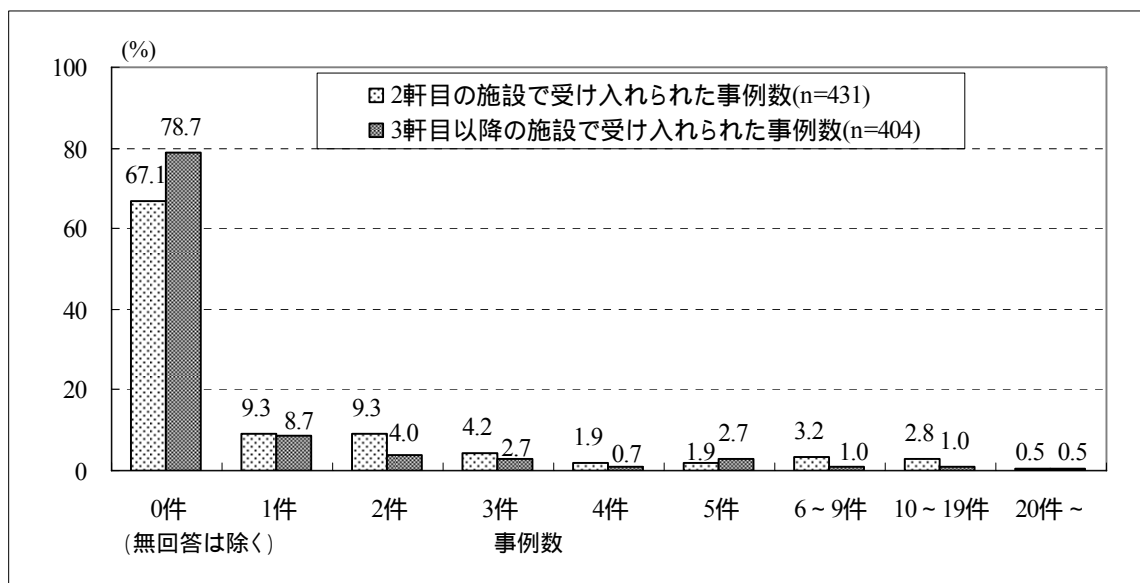
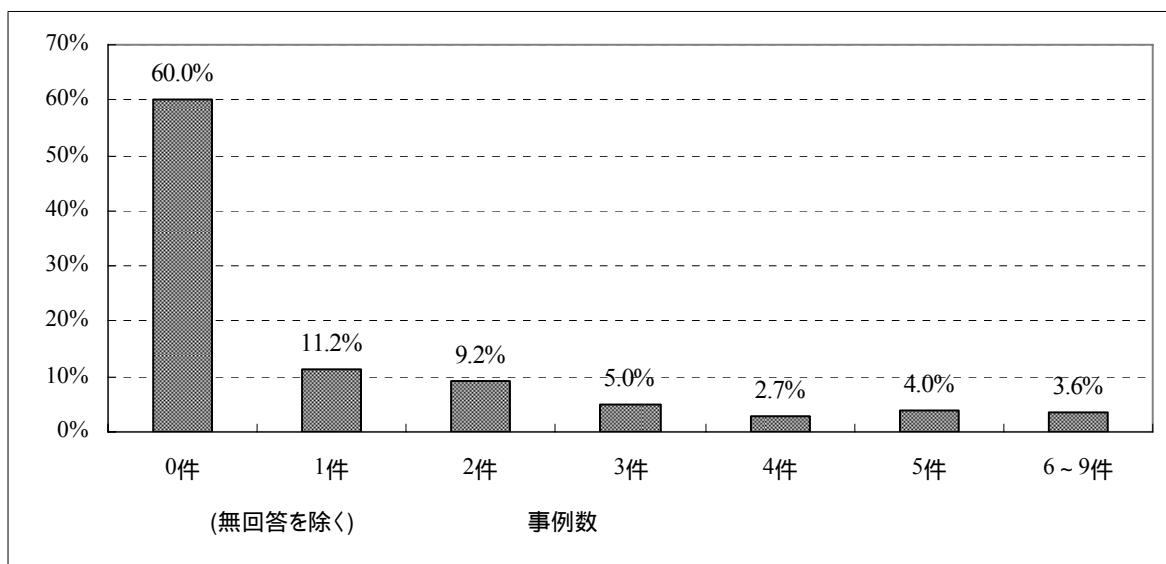


図 50 搬送依頼が受け入れられた状況 病院



一方、診療所については約4割が、搬送を依頼した1軒目の医療機関では受け入先が決定しなかった経験があった。

図 51 2 軒目以降の医療機関で搬送依頼を受け入れられた事例数-診療所 (n=804)



搬送における課題

本調査の対象医療機関が他の医療機関に NICU 搬送を依頼した年平均件数は、病院で 4.3 件、診療所で 4.9 件であり、NICU 搬送を依頼した事例数が 10 件以上と回答した病院は 13.4%、診療所は 16.4% に上った。

他の医療機関からの搬送の依頼を受け入れることが出来なかった理由で最も多かった回答は「NICU の不足」で約 7 割に上り、「満床」も半数以上を占めていた。「小児科医の不足」や「産科医の不足」を挙げた病院も約 2 割あった。

「搬送における課題」についても、「NICU の不足」という回答は病院、診療所とも 6 割以上を占め、最も多いものであった。医師不足や病床不足のみならず、NICU 病床の体制の整備をいかに進めていくかが今後の課題である。

図 52 NICU 搬送を依頼した事例数-病院、診療所

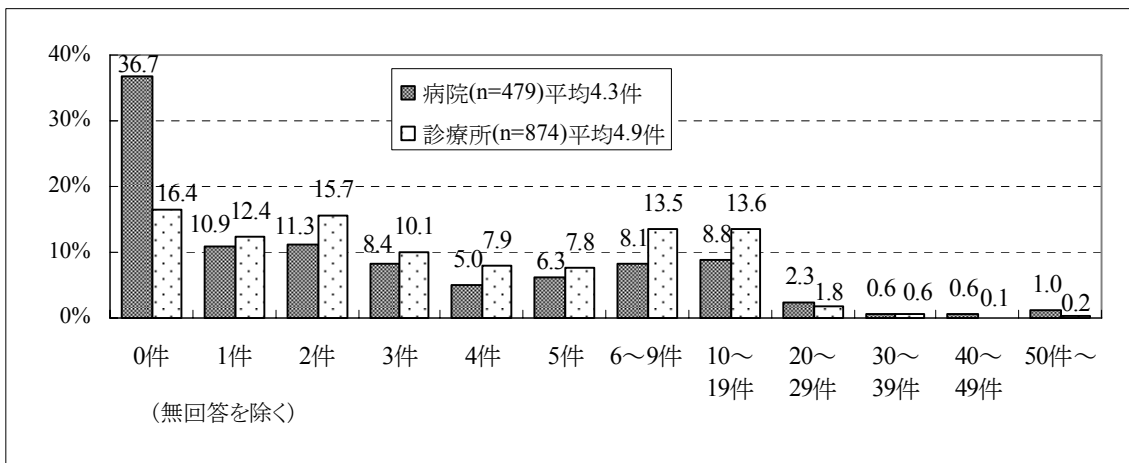


図 53 搬送を受け入れることが出来なかった理由-病院 (n=249) ※複数回答

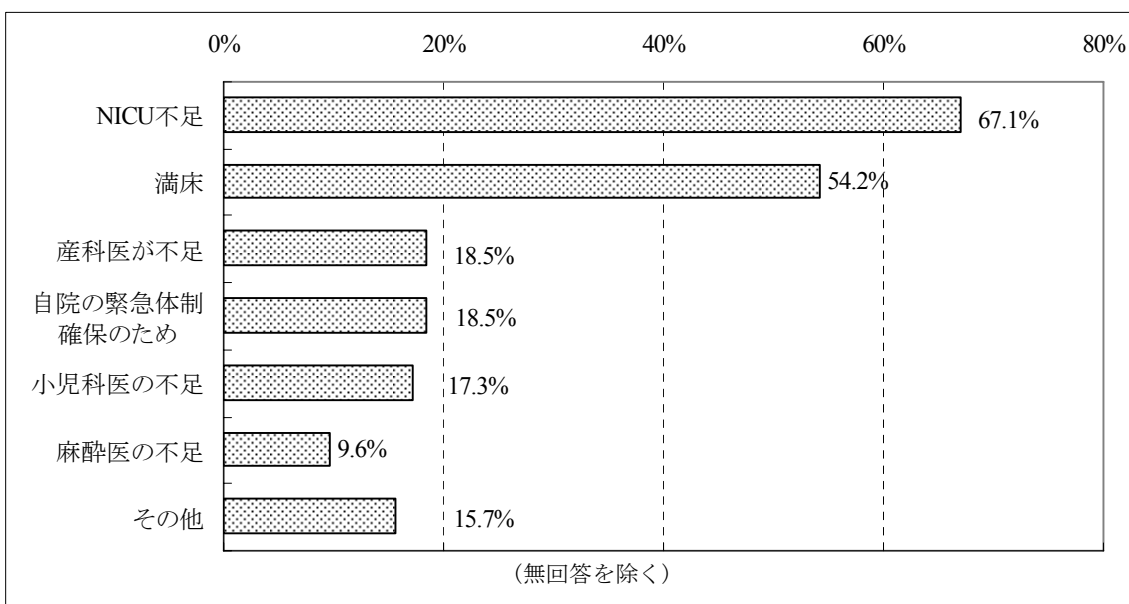
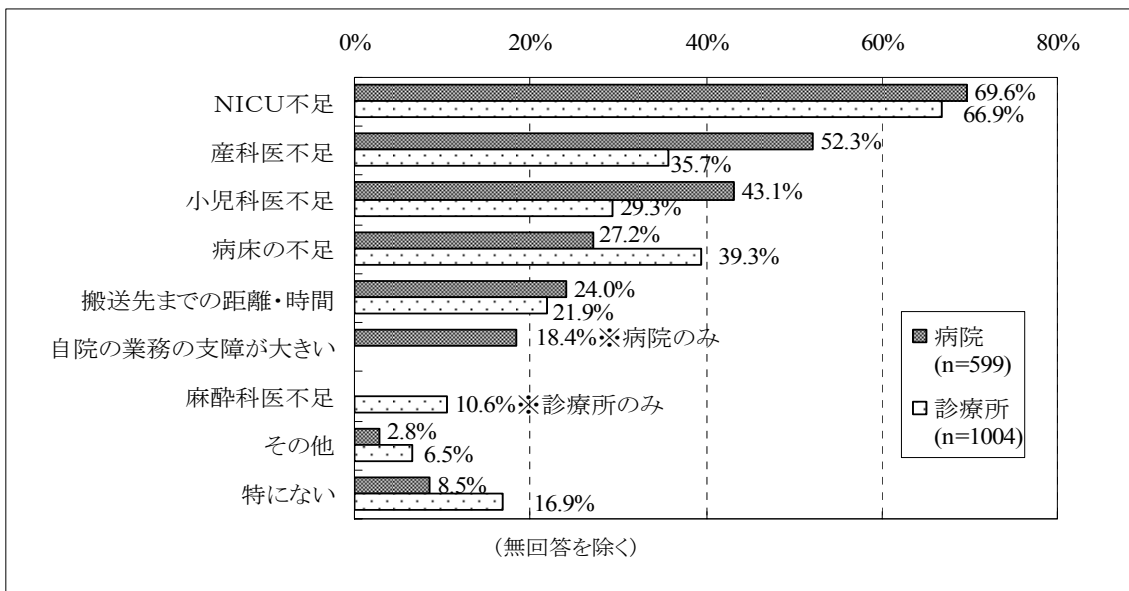


図 54 搬送における課題-病院、診療所



4. 地域の周産期体制

病院の集約化の状況

自院の産科医療圏において集約化が「完了した」または「進行中である」と回答した病院は全体の22.6%であり、「未検討」あるいは「行う予定はない」という回答は半数以上であった。東北地方や四国地方では「完了」または「進行中」の合計が3割を超えている一方で、関東地方、北陸地方では10%台と地域差がみられた。また、施設体系別にみると、単科病院では未検討と予定なしの両者が全体の72.9%を占めている。

図 55 産科医療圏の集約化の状況-病院 (n=592)

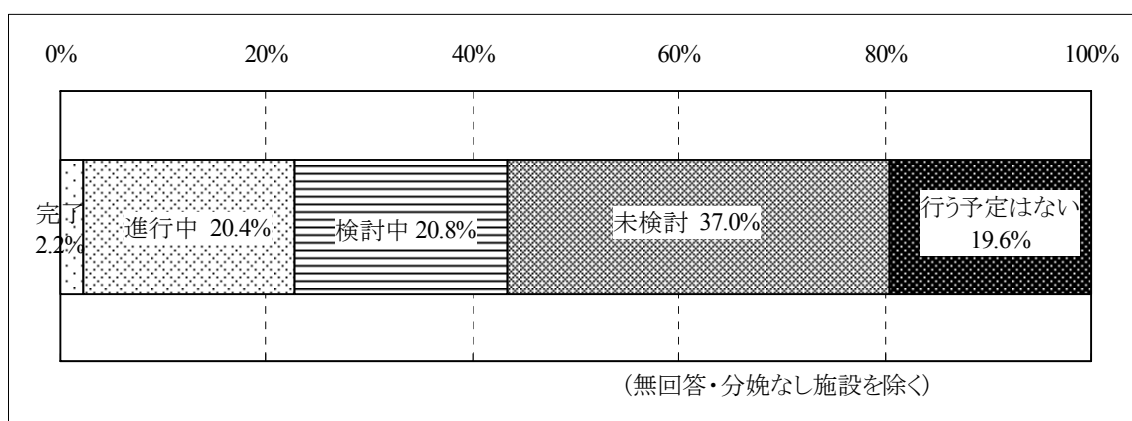


図 56 集約化の状況-病院、地域別 (n=592)

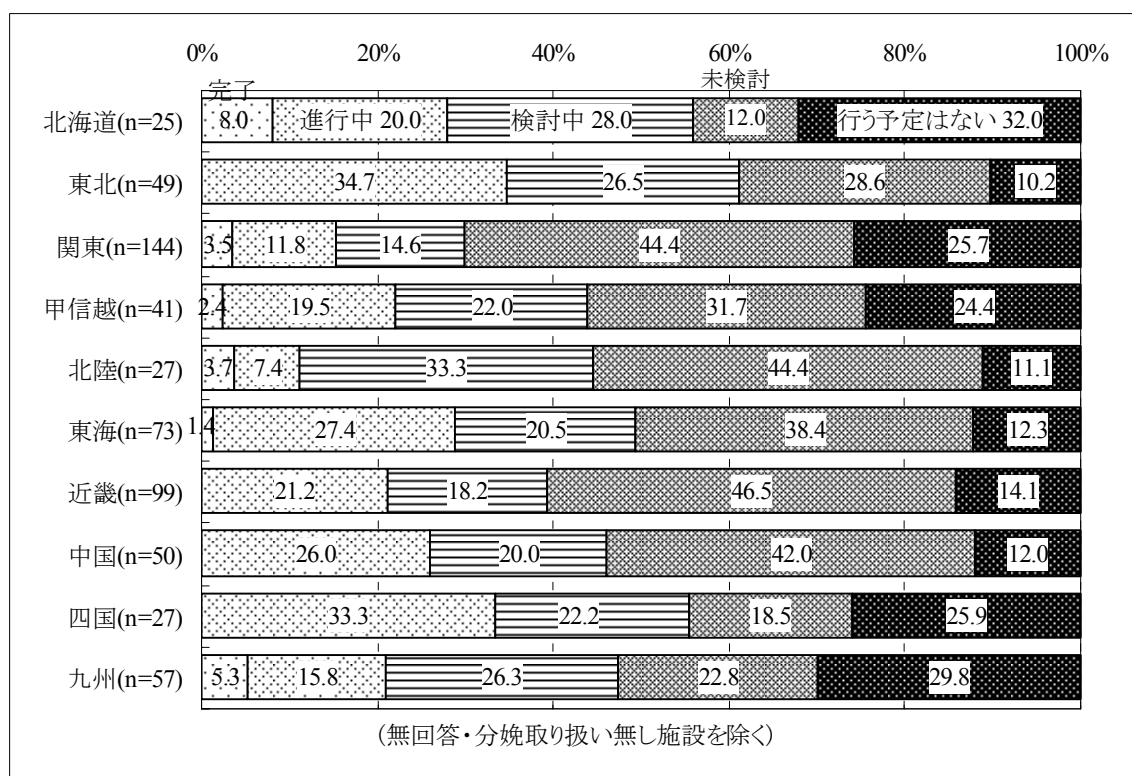
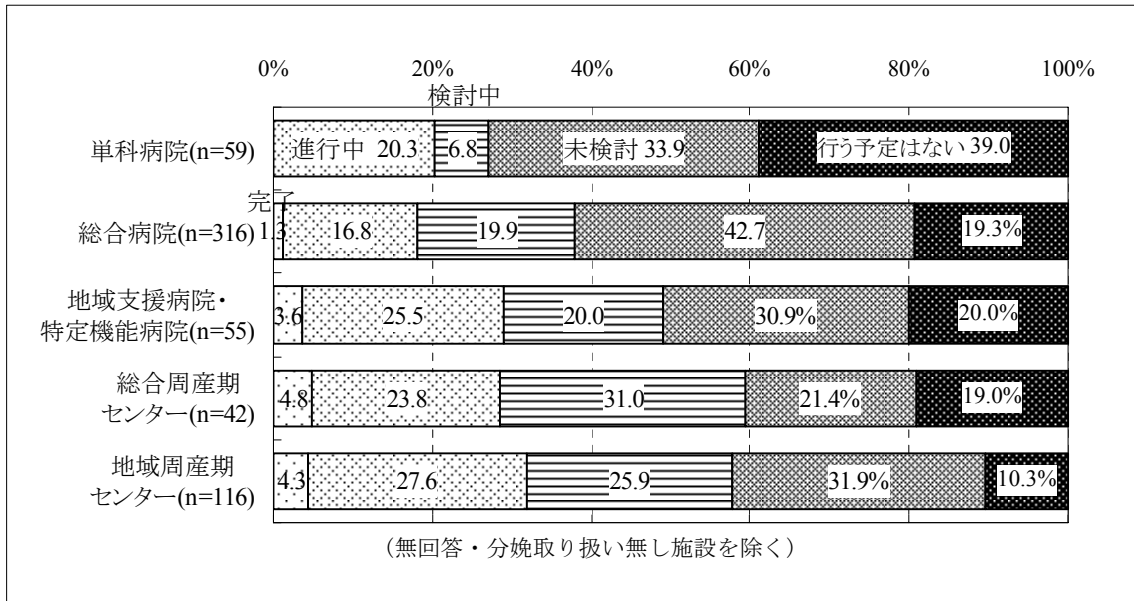
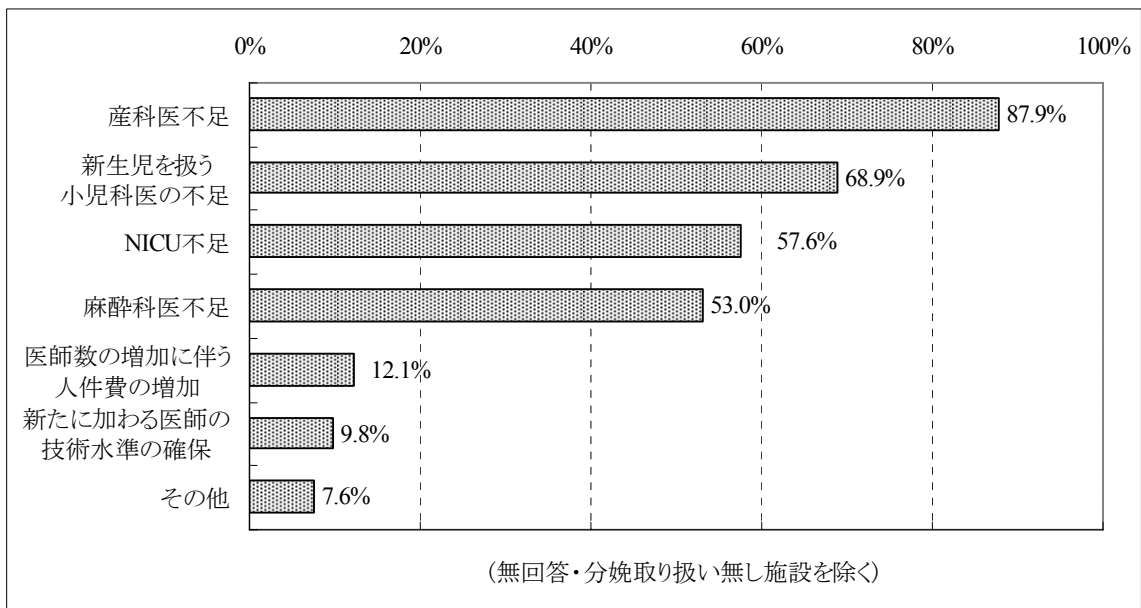


図 57 集約化の状況-施設体系別 (n=588)



集約化が「完了」あるいは、「進行中」の医療機関に集約化に関して抱えている課題について尋ねた。産科医の不足は 9 割近くに上るが、新生児を扱う小児科医の不足も約 7 割を占めており、高度な医療を提供する上で、分娩を行う医師と共に新生児を専門に診る医師の必要数の確保に苦慮している。

図 58 集約化に関して抱えている課題 (n=132)



診療所の集約化の状況

集約化が「完了」もしくは「進行中」と考えている診療所はあわせて 16.8%であった。関東、甲信越、北陸地方では、自院の産科医療圏の集約化が「完了」または「進行中」であると考える診療所長は 10%以下であった。「未検討」と「行う予定はない」を合わせると 6割以上であった。集約化が進んでいないと回答した病院長および診療所長にその理由を尋ねたところ、「必要がないから」は診療所長では 3割を超えており、集約化を問題解決の手法として捉えていない地域があることがわかる。

図 59 集約化の進行状況-診療所 (n=953)

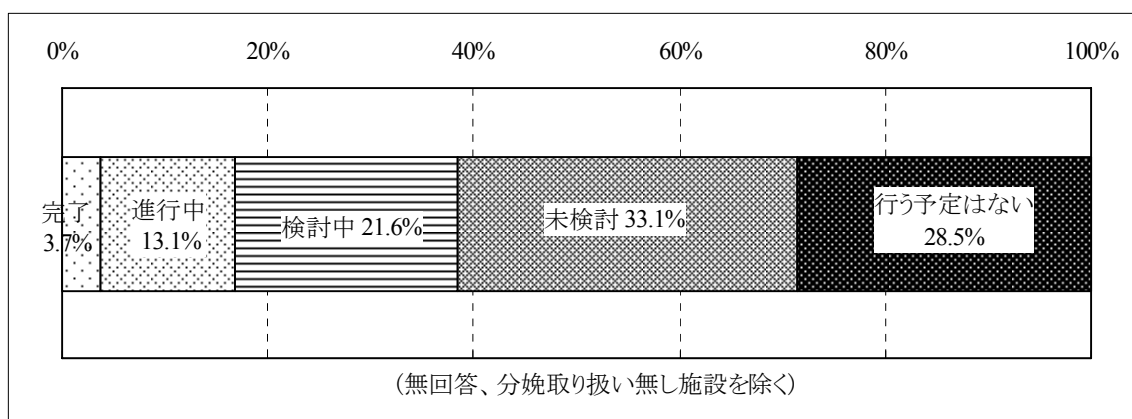


図 60 集約化の状況-診療所、地域別 (n=953)

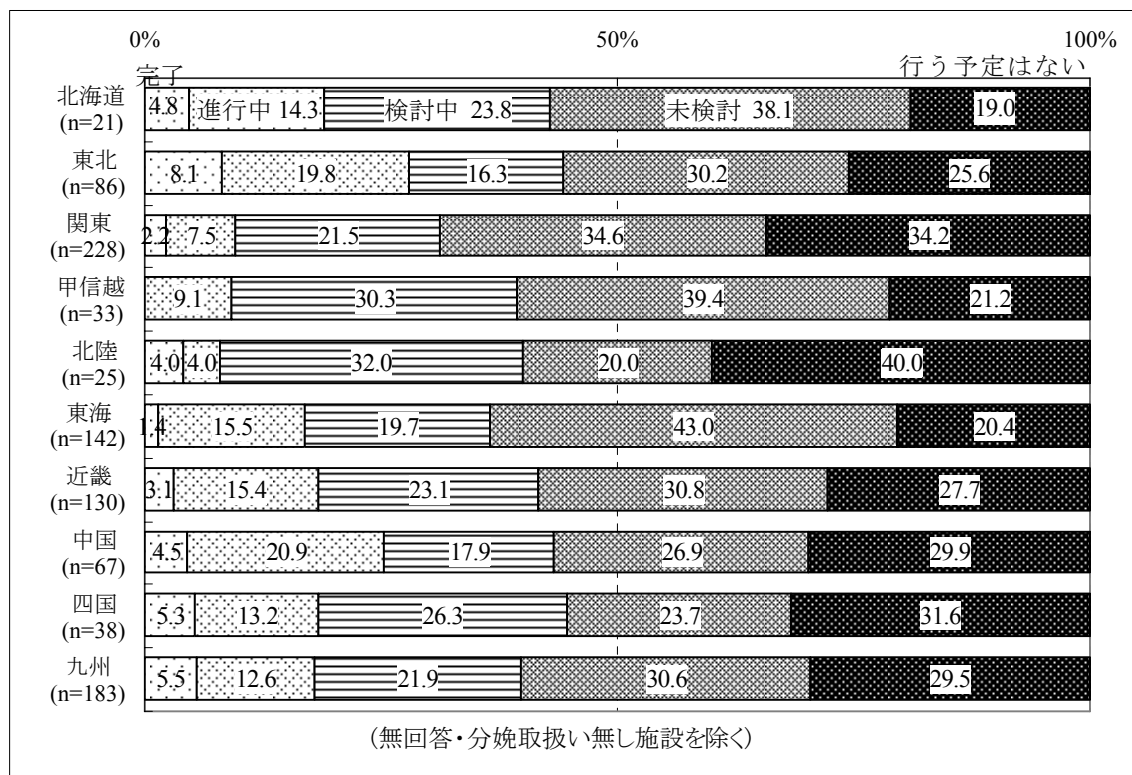
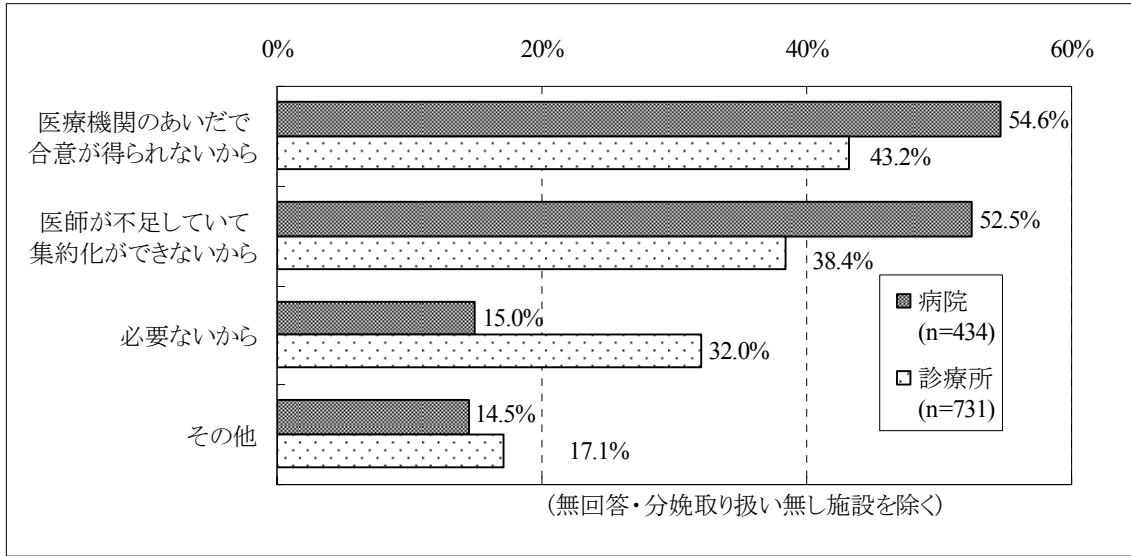


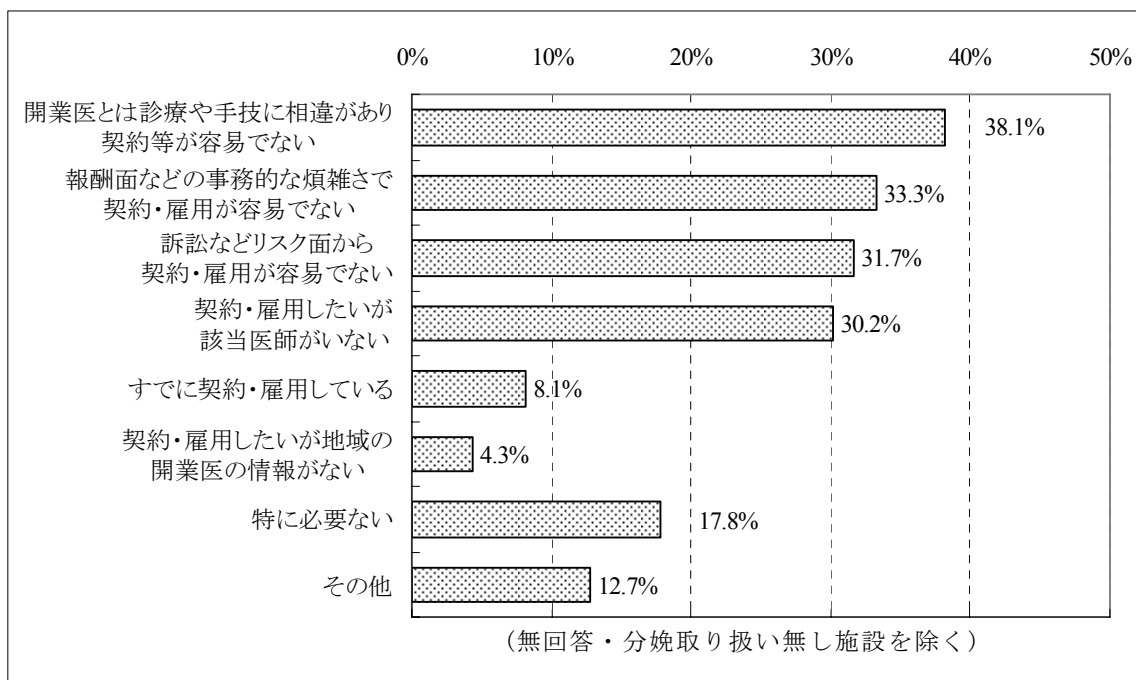
図 61 集約化が進まない理由-病院、診療所



オープンシステム・セミオープンシステムの実施状況

オープンシステム(健診は診療所で行い、分娩は病院を借りて診療所医師が行う)、セミオープンシステム(妊婦健診は診療所で行い、病院医師が分娩を行う)の病院の実施率は、それぞれ約7%、15%程度に留まっている。地域の開業医を雇用したり契約したりすることについては、診療や手技の相違や、事務手続きの煩雑さなどから容易ではないと考える病院長が3割以上を占めていた。

図 62 地域の開業医と雇用・契約することについての考え - 病院 (n=606)



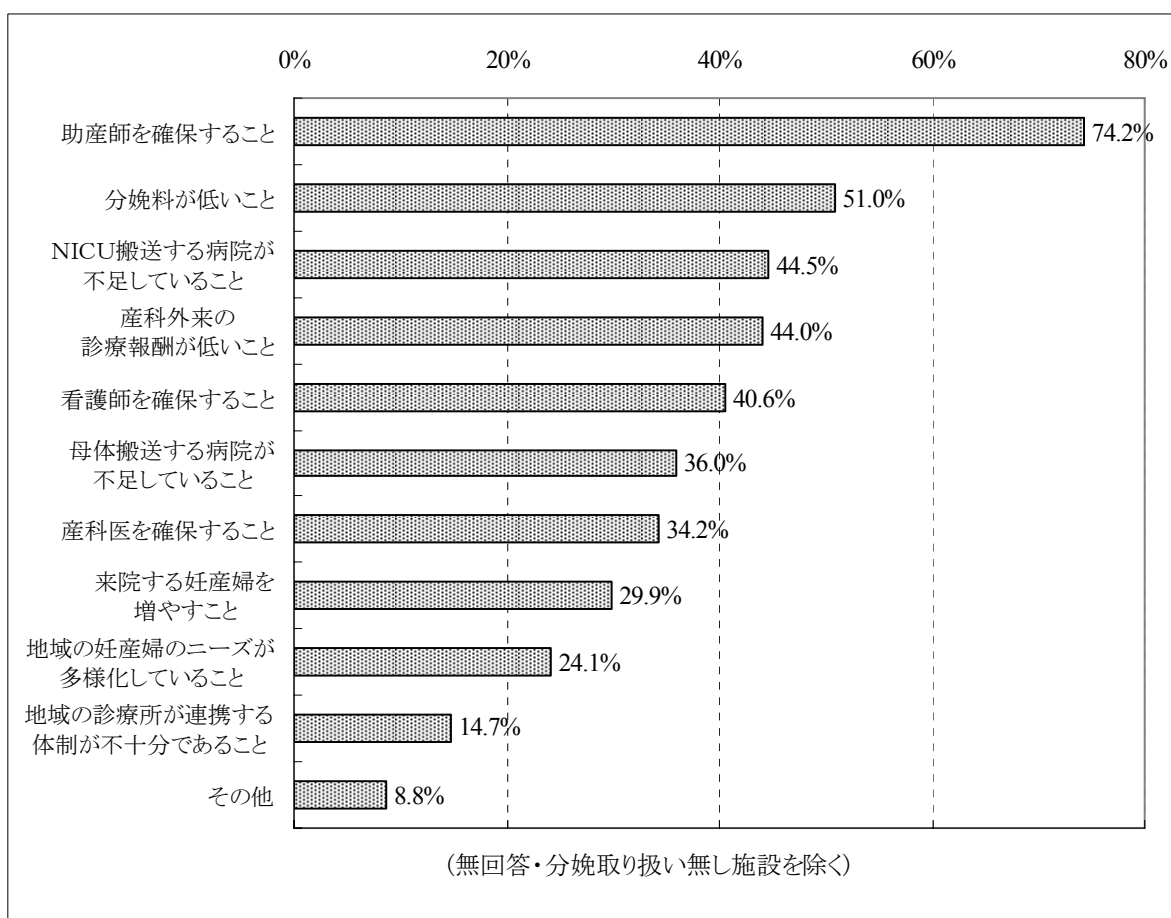
5. 産科診療所の将来

厚生労働省の人口動態調査(平成 17 年)によると、全国の出生数の 47.4%は診療所での出生である。過去 5 年間の出生数における出生場所の割合の推移をみても、診療所での出生は増加傾向にあり、分娩において大きな役割を果たしている。しかも、佐賀県や福岡県のように、診療所での出生率が 73.3%、70.0%と 7 割を超える地域もある。ここでは、今後の産科医療を考える上で、産科診療所における運営に関する課題や将来像について述べる。

運営上の課題

全国の 1,040 診療所のうち、74.2%が「助産師を増やすこと」を最大の課題として挙げた。また、「分娩料が低いこと」(51.0%)、「産科外来の報酬が低いこと」(44.5%)への割も高く経営課題を抱えている。「医療スタッフに関する課題」の項で述べたように、産科診療所の 75.7%は、雇用をしたくとも助産師がいないことに悩んでいる。経済的事情により助産師を雇用したくても出来ない診療所も 2 割以上ある。安全で安心な分娩を行なう上で、人員の確保は必須で、新たに人員を雇用するための財源の確保が必要である。

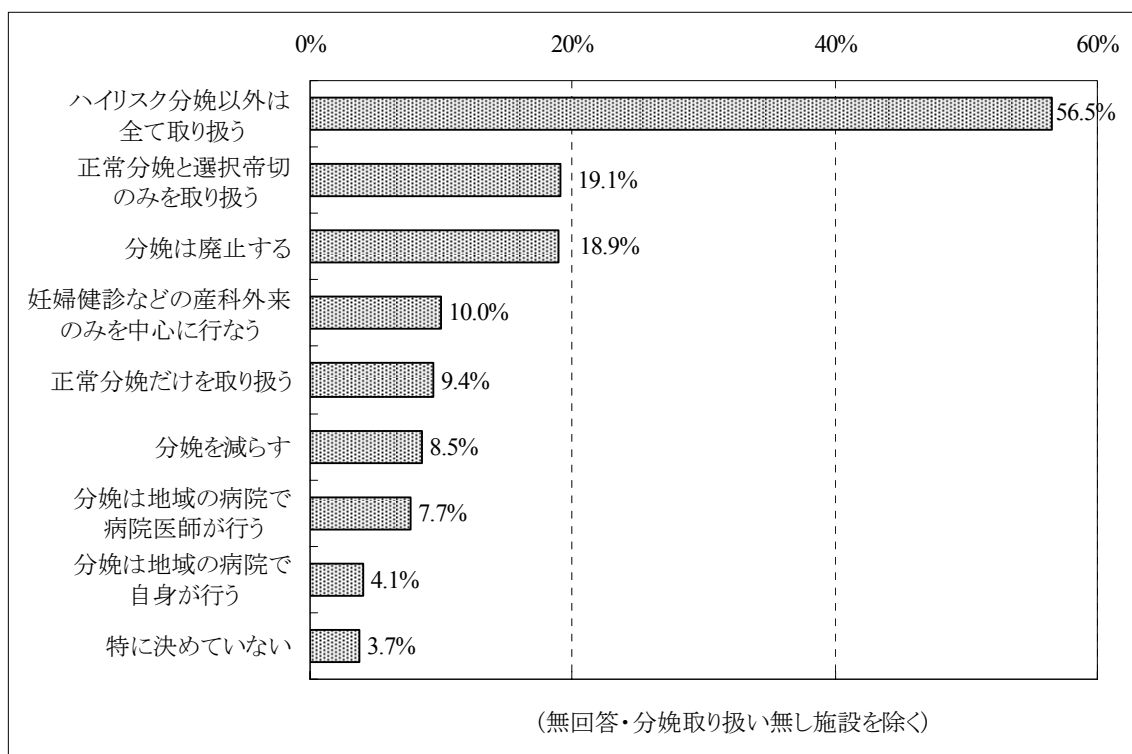
図 63 運営上の大きな課題 (n=1,040 複数回答)



将来方向

産科診療所の56.5%は「ハイリスク分娩以外は全て取り扱う」と回答しているが、「分娩を廃止する」が18.9%にのぼっている。「分娩を減らす」診療所も8.5%で、両者を合わせると全体の約4分の1が従来からの分娩に変更を行なうことになる。

図 64 自院の将来方向 (n=1,051 複数回答)



調査より、これらの診療所では年間平均 296 件の分娩を実施しており、回答施設における全分娩数は約 31 万件 (年) にのぼる。従って、今後、分娩廃止によって影響を受ける可能性のある妊婦は約 5.9 万人 (年) となり、回収率から全国推計を行なうと、9 万 5 千人に達することになる。

今後は、各地域において、産科診療所の役割を明確化する必要がある。その際、地域の病院との連携のみならず、産科診療所同士の連携も視野にいれて、患者への安心感を提供することが必要と思われる。

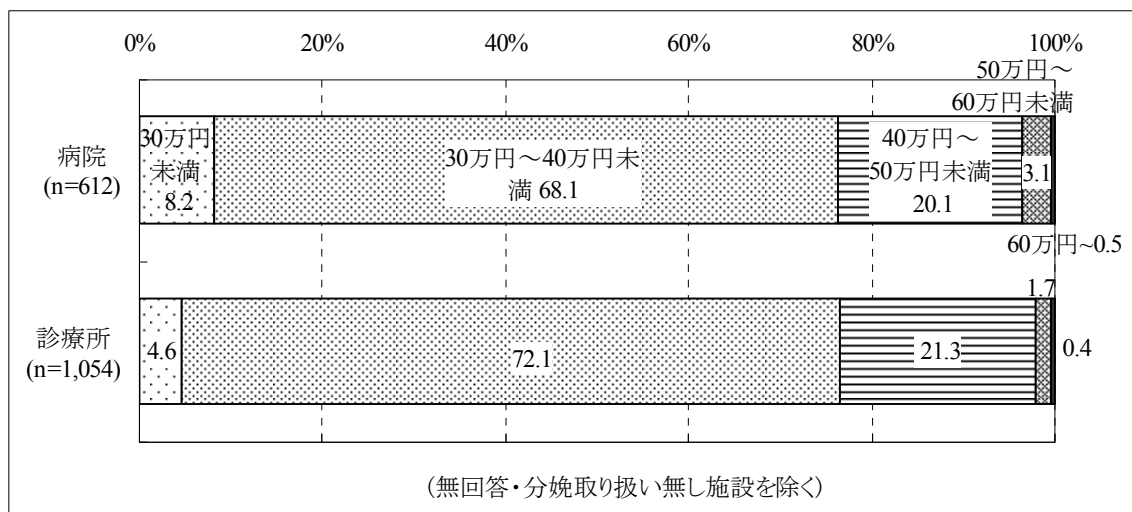
6. その他の課題

待遇改善を含め、産科医が安心して医療を行なうためには、当然費用が伴う。分娩費用の向上は病院長や診療所施設長の大きな要望のひとつである。また、今後、医師患者関係を向上させていくには、さまざまな法的整備も必要となっている。15%前後の施設が過去3年以内に医療訴訟を受けており、医師も患者も安心できる環境の整備が必要である。

分娩料

病院、診療所の平均分娩料(入院費用などを含めた全額)は、全体の7割が30万円～40万円の範囲であり、多くが40万円未満となっている。

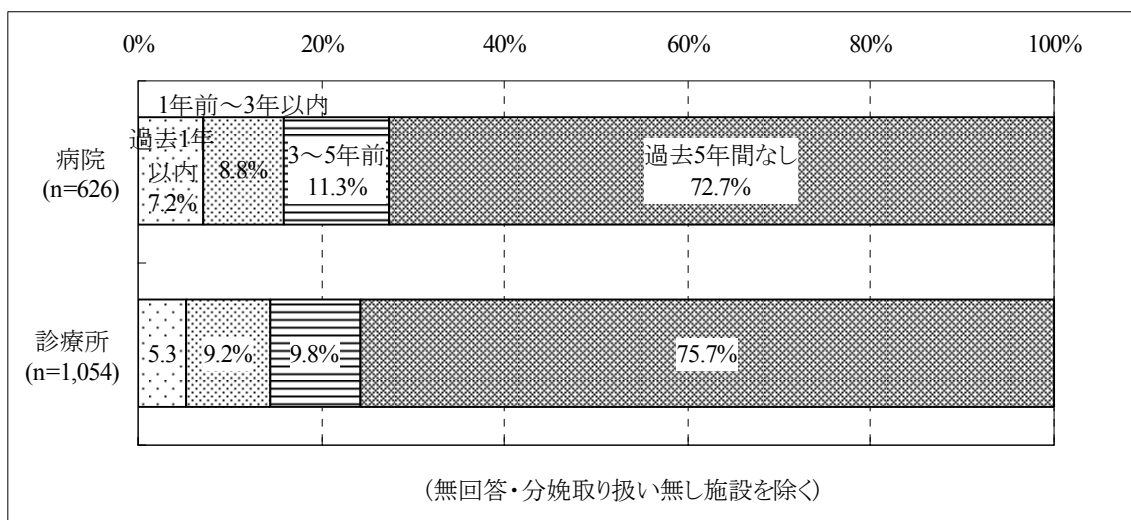
図 65 分娩料



医療訴訟

過去5年以内に産科医療で医療訴訟を受けたことのある施設は、病院が27.2%、診療所が24.3%と高い割合にのぼっている。

図 66 過去5年以内の医療訴訟の有無



7. おわりに

本調査は、分娩を行なっている病院および診療所の施設長、妊婦を対象に産科医療の現状や課題をとらえた。施設調査では、産科における人員確保や運営上の課題について、施設長としての考えを把握出来た。また、今後の産科医療のありかたを考えるうえで、実際の受療者である妊婦の意識をとらえることが重要であるが、妊婦調査では、妊婦の現状や抱える不安を捉えることができた。

第一に、妊婦の9割は自身が受けている産科医療に満足しているが、緊急事態への対応や分娩に関わる医療事故やミスについて、3~4割の妊婦は不安を覚えていた。また、産科医不足や緊急時の体制等を考えると、次回の妊娠を積極的に考えられないという妊婦は約2割を占め、産科医療提供体制への不安が女性の妊娠・出産に対する意識に影響を与えていた。それぞれの地域で、安心してお産ができる環境を整備し、住民への情報公開を迅速に行うことが望まれる。

第二に、産科医療では、労働量に見合う報酬改善が必要である。産科医不足に伴う産科医療の現場の負担はきわめて深刻なものである。病院医師は、月平均6.3回の当直を担当し、9割近くは当直勤務後も通常勤務をこなすなど、過重労働の状況にある。妊娠・育児中の女性医師であっても、3割以上の病院では夜勤免除などの特別措置が行なわれていなかった。産科医への待遇改善策として、診療科間での待遇に差をつけることを約6割の病院長は必要と考えている。また、5割は分娩料について増額が必要と考えており、診療所施設長の4割は産科外来の診療報酬についての改善を求めている。

第三に、87%の施設で産科医が不足していると回答している。今後の産科医の育成、離職の防止、復帰した女性医師への研修が大きな課題である。それぞれの施設では、交代制やワークシェアリングを含む柔軟な勤務体制を早急に整備する必要がある。また、集約化は現実には進んでおらず、むしろ、地域の医療事情に応じた形を地域で検討する必要がある。

第四に、診療所は、人員不足、内診問題、助産師の不足が運営に多大な影響を与えていた。将来方向として、分娩の廃止を考えている診療所は約19%あり、日本の分娩の半数を担っている産科診療所の減少が、今後の出生数に対して影響を及ぼすことが懸念され、早急な対応が必要と思われる。

III. 回答者、回答施設の属性

妊婦向け調査

図 67 回答者の年代 (n=896)

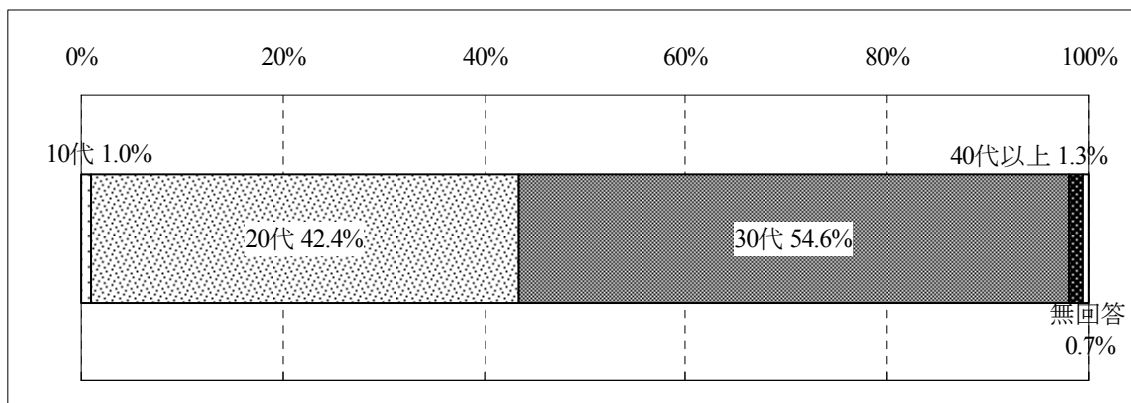


図 68 妊娠回数 (n=896)

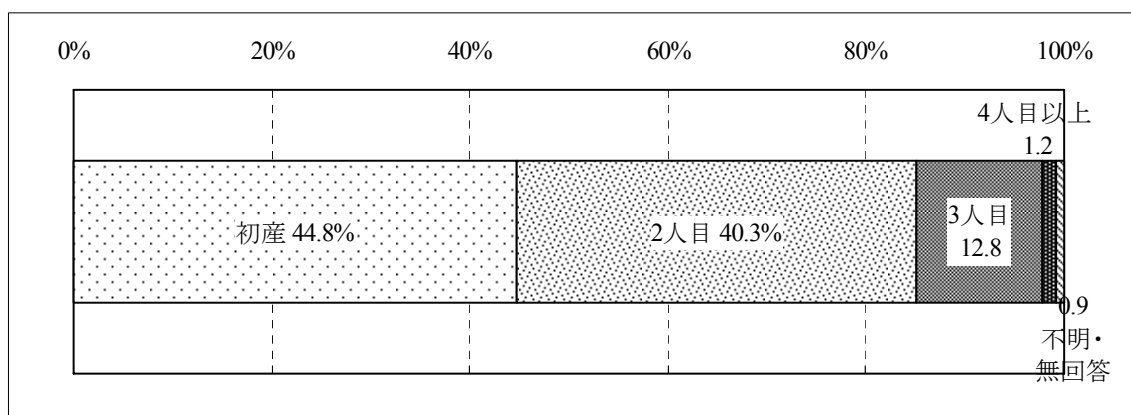
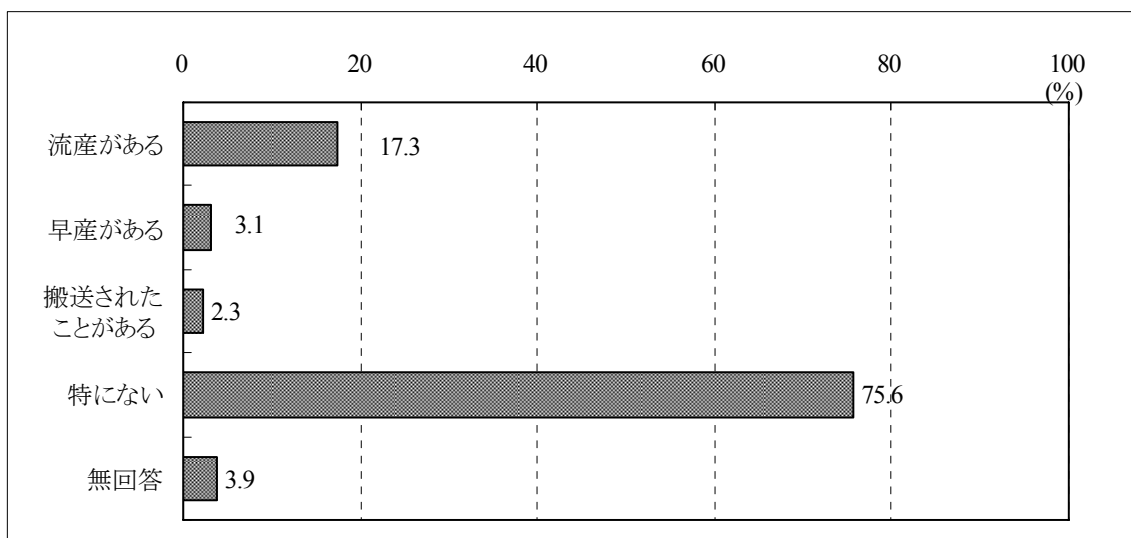


図 69 緊急事態の経験の有無 (n=896)



病院調査

図 70 病院の開設者 (n=621)

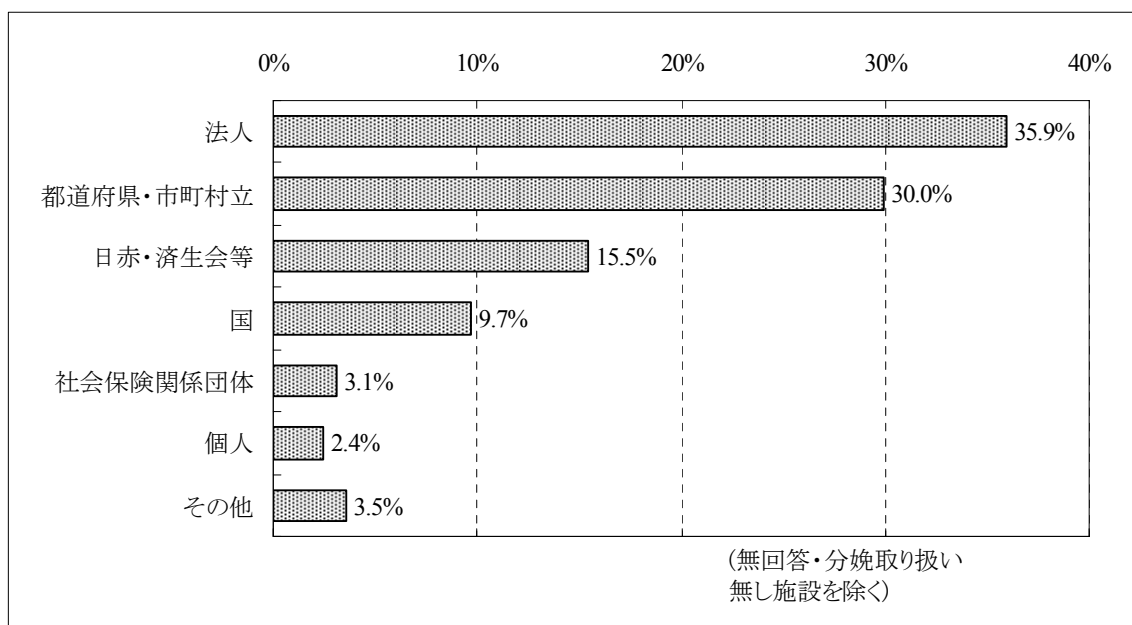


図 71 病院の種類 (n=622 ※複数回答)

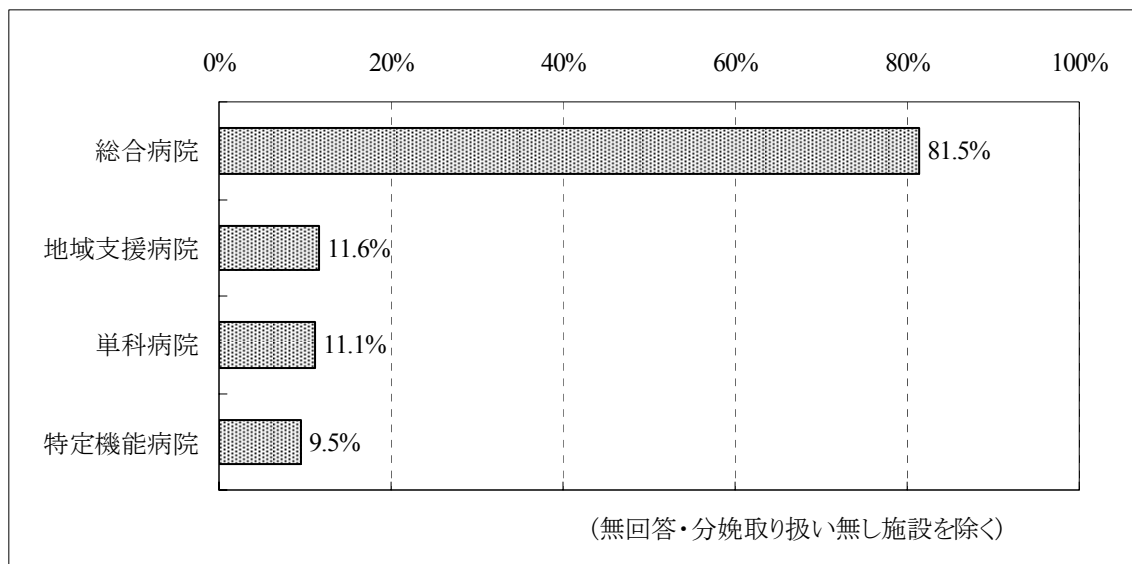


図 72 男女別常勤産科医師数- (※n は施設数)

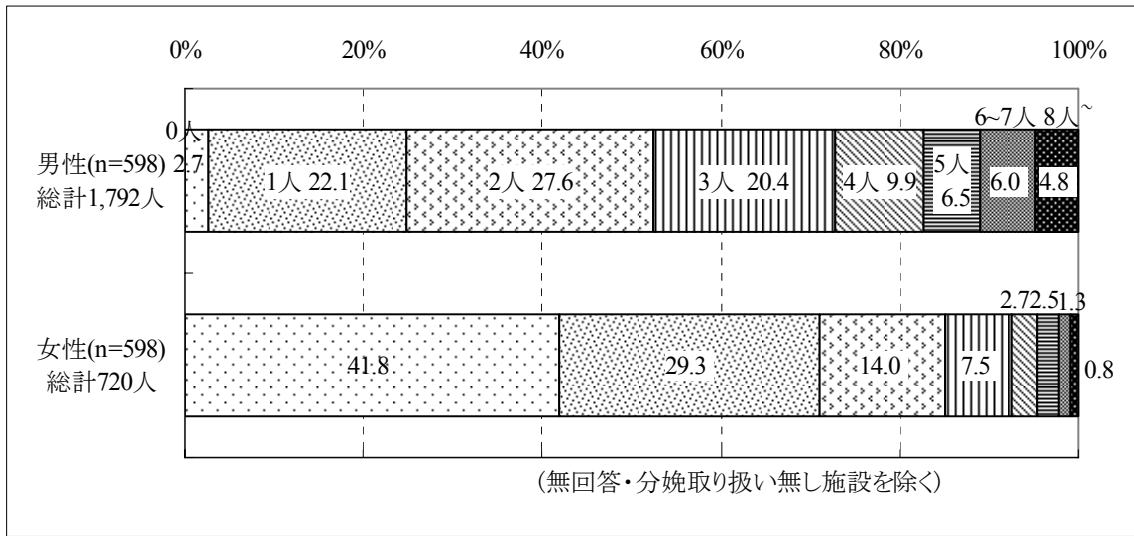
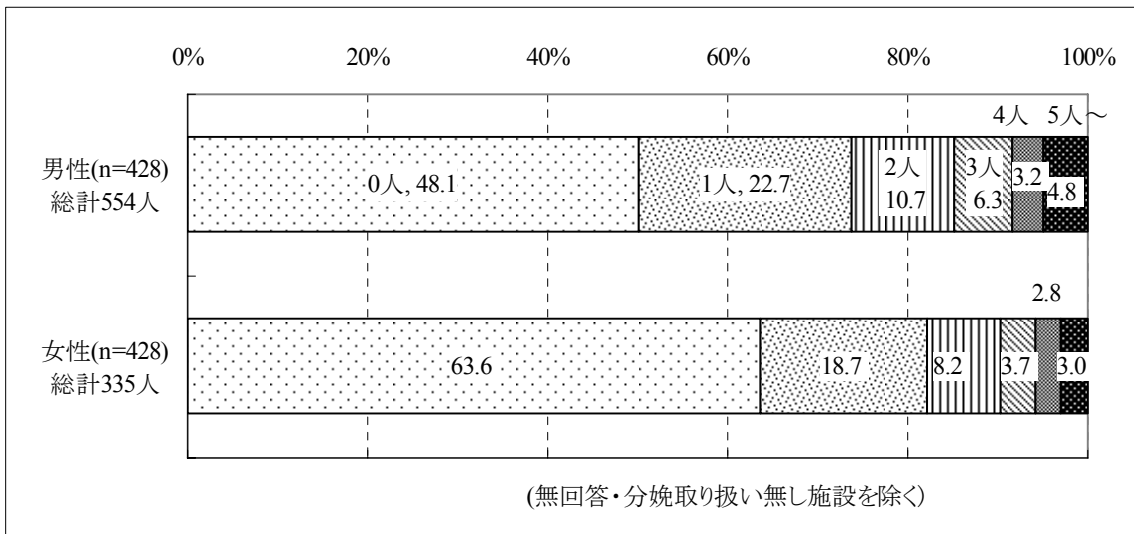


図 73 非常勤産科医師数-男女(※n は施設数)



診療所

図 74 開設者 (n=1,060)

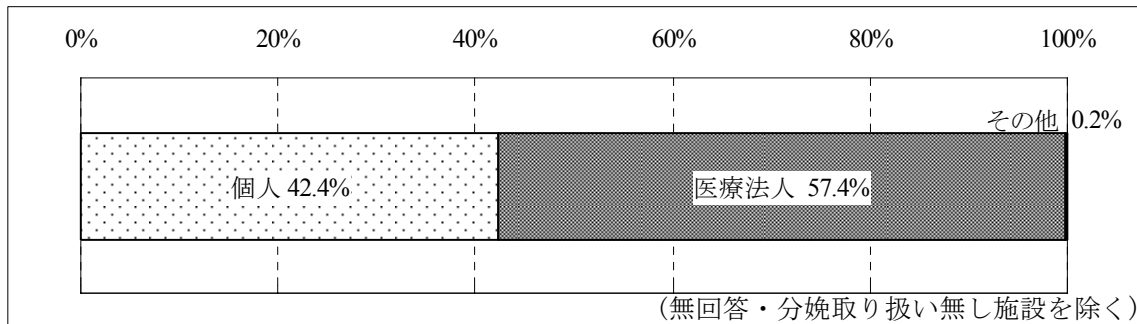


図 75 届出病床数 (n=1,060)

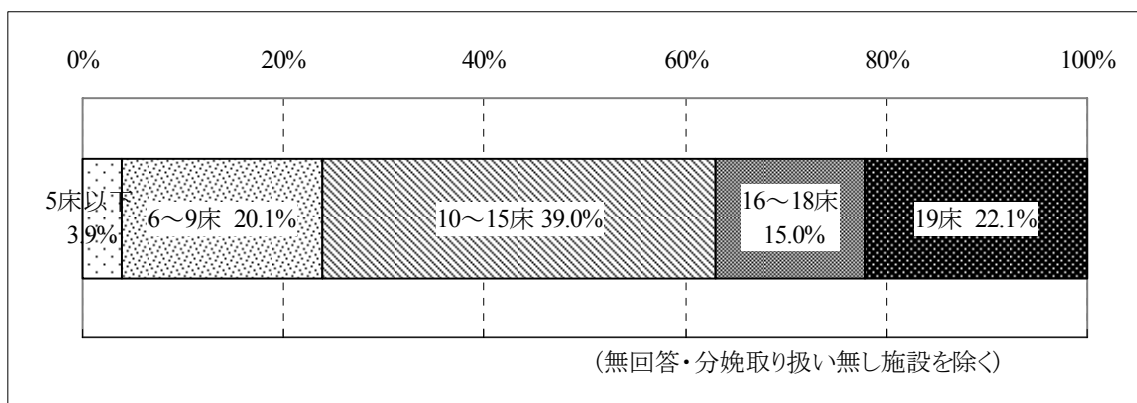
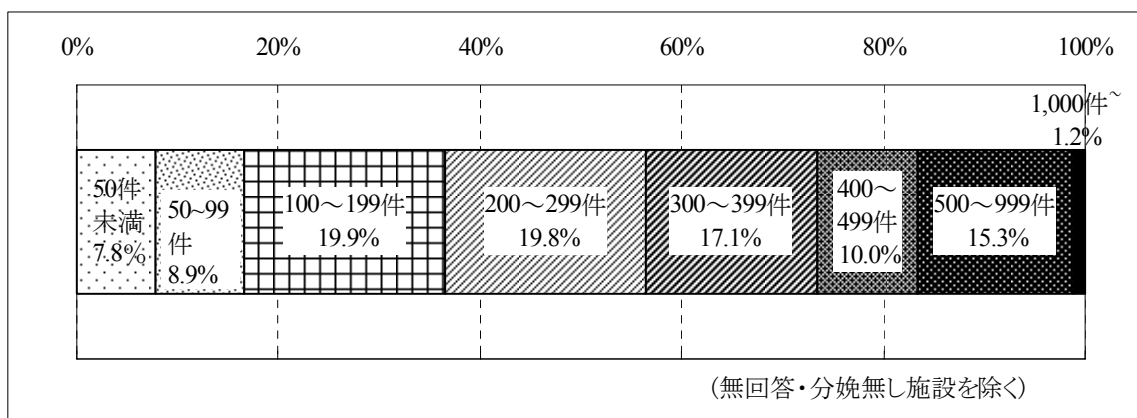


図 76 分娩数 (n=1,030)



補足資料 1 調査票（集計付き）

妊婦向け調査

この調査は、妊婦のみなさまのご意見をおうかがいして、今後の産科医療のあり方に役立てるために、病院、診療所のご理解・ご協力のもとに行っております。
お手数ですが、ご協力いただきますようお願い申し上げます。

- * お名前をお書きいただく必要はありません。
- * お答えいただいた内容を、病院の医師・看護師等の職員が見ることはありませんので、ありのままをお答えください。
- * 記入を終えた質問票は、添付の封筒に入れ、封をした後、受付近くの回収箱にお入れください。

質問 1 お住まいの場所から当院までの通院時間はどのぐらいですか。(n=896)

通常 21.6 分

質問 2 お産をする施設までの通院時間としてどのぐらいの時間なら支障ないと思われませんか。(n=896)

0.3 2時間以内 23.2 1時間以内 67.3 30分以内 8.7 15分以内 (無回答 0.4)

質問 3 あなたの今回の分娩に関して、近所に分娩施設がみつからなかったり、施設から分娩を断られたりするような困った経験をされましたか。(n=896)

9.4 ある 90.3 ない (無回答 0.3)

質問 4 あなたの受けている産科医療についてどのように思われますか。(ア)～(イ) ○はひとつずつ (n=868)

	非常に満足	まあ満足	やや不満	非常に不満	わからない	無回答
(ア) 分娩に関する費用	4.5	44.6	25.8	6.0	18.4	0.7
(イ) 医師とのコミュニケーション	21.3	65.9	9.8	0.5	1.6	0.9
(ウ) 地域の産科施設に関する情報	4.5	38.6	28.3	7.1	20.4	1.0
(エ) ご自身が受けている産科医療	23.4	67.2	4.7	0.3	3.5	0.9

(エ)に不満があると回答した方は
その理由や内容についてお教えてください

	不安を感じる	やや不安を感じる	どちらとも言えない	あまり不安は感じない	不安はない	無回答
(オ) 緊急の事態への対応	7.0	20.2	24.4	35.6	11.5	1.3
(カ) 分娩に関する医療事故やミスについて	14.4	30.1	25.9	22.9	5.6	1.0
(キ) 産科医不足のニュースについて	41.0	36.9	12.9	6.9	1.6	0.7

	非常に そう思う	やや そう思う	どちらとも 言えない	あまり そう思わない	全く そう思わない	無回答
(ク) 分娩の安全のためなら、健診と分娩の医師が異なってもよい →	10.5	30.4	30.5	21.5	6.1	0.9
(ケ) 正常分娩なら高度な医療施設でなく近所で出産したい →	21.7	36.1	27.4	11.8	2.2	0.9
(コ) 女性医師からケアを受けたい →	11.6	29.5	36.8	17.4	3.7	1.0
(カ) 費用がやや高くなっても、快適な病室やおいしい食事を望む →	7.5	28.5	33.3	25.3	4.4	1.0

質問5 産科医が不足して安全なお産体制を確保できないため、拠点病院に産科医を集中させる方策がとられている地域があります。その場合、健診は近所の医師、お産は遠方の拠点病院で行なうこととなります。それについてあなたはどのように思われますか。(〇はいくつでも)

- 30.7 たとえ分娩の病院が遠くなっても、お産の安全を重視するほうがよい (n=896)
- 86.0 病院が遠くなった場合、緊急時の体制が気にかかる
- 19.2 産科医の不足や緊急時を考えると、次の妊娠は控えたいくなる
- 1.8 特に意見はない、わからない (無回答 0.8)

最後に、ご自身のことについて教えてください。

1. 年代は (n=896)
 - 1.0 10代
 - 42.4 20代
 - 54.6 30代
 - 1.3 40代
 - 0.0 50代以上 (無回答 0.7)
2. 今回のご妊娠は (n=896)
 - 44.8 初産
 - 54.6 経産 (今回が 人目) (無回答 0.7)
3. 今までに別の医療機関に搬送されたご経験、早産や流産などのご経験がありますか。(n=896) (〇はいくつでも)
 - 2.3 搬送されたことがある
 - 3.1 早産がある
 - 17.3 流産がある
 - 75.6 特にない
 - 3.9 無回答

今後の産科医療についてご意見などありましたらお願いします。

(ご協力ありがとうございました。封筒に入れて回収箱にお入れください。)

病院調査

この度は、ご多忙のなかご協力を有難うございます。ご周知のごとく、産科医療が社会問題として取り上げられているなか、本調査は、産科医療を担う日本の病院の現状を数量的にとらえ、政策提言を緊急に行うための資料作成を目的としております。ご回答いただいた個々の回答内容はすべて統計数字として扱いますので、貴院の名前が出ることは一切ございません。産婦人科部長様とご協議いただきご回答いただければ幸甚です。

■ はじめに、貴院の状況（平成 18 年 10 月時点）についておたずねします。

問 1. 貴院の開設者は次のどれに該当しますか。（○は 1 つ）（n=621）（n 数は施設数）

- 9.7 国（独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、その他）
- 30.0 公的医療機関（都道府県立 市町村立）
- 15.5 公的医療機関（日赤・済生会、その他）
- 3.1 社会保険関係団体
- 35.9 法人（医療法人、公益法人、社会福祉法人、学校法人、その他）
- 2.4 個人
- 3.5 その他（具体的に ）

問 2. 貴院は次のどれに該当しますか。（○はいくつでも）（n=622）（n 数は施設数）

- 11.1 単科病院
- 81.5 総合病院など複数の診療科を有す病院
- 11.6 地域医療支援病院
- 9.5 特定機能病院

■ 分娩についておたずねします。

問3(1) 分娩の現状と方向性 (○はいくつでも) (n=622) (n 数は施設数)

32.6 分娩件数が増加している

28.0 分娩件数が減少している

35.2 分娩件数に大きな変化はない

11.9 分娩件数を制限する予定

└─▶(減らす分娩の種類は→ 41.4 ハイリスク分娩 32.9 ローリスク分娩 25.7 両方)

3.2 分娩は廃止を予定している

1.6 分娩はすでに廃止した

(2) 病床数

349.5 床 (n=613) うち 産科に係る病床 26.8 床 (n=580) NICU 4.0 床 (n=523)

(3) 分娩数 (平成 17 年度)

436.1 件/年 (n=612) うち帝王切開 93.7 件/年 (n=601)

(4) 産婦人科の外来患者数 (平成 17 年度)

14525.1 人/年 (n=589) 婦人科 (がんも含む) の手術件数 241.9 件/年 (n=610)

(5) 取り扱う分娩の種類 (○は 1 つ) (n=625)

47.7 正常分娩が中心

1.2 ハイリスク分娩のみ

16.9 正常分娩以外を重点化

32.5 特に方針はない

■ 提供体制についておたずねします。(平成 18 年 10 月現在)

問 4 (1) 産婦人科医、分娩を扱う産婦人科医数についてお教えてください。

産婦人科医師数と分娩を扱う産婦人科医数 (n は医師数)

	常勤平均医師数		非常勤平均医師数* (うち夜間当直のみ平均医師数)	
	男性	女性	男性	女性
産婦人科医総数 (n=2, 924)	3.4 人	1.3 人	1.7 (0.6 人)	1.0 (0.3 人)
うち分娩を扱う産婦人科医数 (n=2, 512)	3.0 人	1.2 人	1.3 (0.6 人)	0.8 (0.3 人)

<産科医の年齢別内訳>

	常勤医師		非常勤医師 (うち夜間当直のみ)	
	男性	女性	男性	女性
20 歳代~30 歳代	1.0 人 n=629	1.0 人 n=606	0.8 (0.3) 人 n=352 (n=155)	0.8 (0.3) 人 n=356 (n=116)
40 歳代	1.0 人 n=642	0.2 人 n=128	0.4 (0.2) 人 n=202 (n=83)	0.1 (0.0) 人 n=60 (n=15)
50 歳代	0.8 人 n=499	0.0 人 n=29	0.2 (0.1) 人 n=88 (n=27)	0.0 (0.1) 人 n=12 (n=4)
60 歳代以上	0.3 人 n=176	0.0 人 n=10	0.1 (0.0) 人 n=63 (n=13)	0.0 (0.0) 人 n=5 (n=2)

※非常勤医師はパートも含む

(2) 分娩を扱う産婦人科医の勤務体制をお教えてください。(夜間の当直、オンコール、夜勤については該当部分のみ人数を記入ください) (n は医師数)

		月曜~金曜 (1 日平均)	土	日曜・祝日
昼間 (平均)	(1) 産科医数	3.6 人 (n=2217)	1.8 人 (n=1139)	1.0 人 (n=627)
	うち非常勤医師数	0.3 人 (n=190)	0.2 人 (n=122)	0.2 人 (n=122)
夜間 (平均)	(2) 当直	0.8 人 (n=464)	0.7 人 (n=419)	0.7 人 (n=420)
	うち非常勤医師数	0.2 人 (n=127)	0.2 人 (n=99)	0.1 人 (n=97)
	(3) オンコール (待機)	1.0 人 (n=606)	1.0 人 (n=599)	1.0 人 (n=595)
	うち非常勤医師数	0.1 人 (n=29)	0.1 人 (n=40)	0.1 人 (n=39)
	(4) 夜勤* (交代制)	0.0 人 (n=18)	0.0 人 (n=17)	0.0 人 (n=17)
	うち非常勤医師数	0.0 人 (n=6)	0.0 人 (n=5)	0.0 人 (n=5)

※夜勤は二交代制などの交代制がある場合の夜間勤務

問5. 現在の体制についてさらにお教えてください。(n=449) (n数は施設数)

(1) 当直制のあるところは常勤産科医の平均当直回数(一人あたり月平均) 回

(2) 当直制のあるところは当直明けの勤務(○は1つ)(n=446)

88.8 通常通り 1.1 帰宅
6.1 半日勤務 4.0 決まっていない

(3) 貴院では、夜間に帝王切開が必要となった場合 分以内に実施可能(n=604)

(4) 貴院で産科医が適切な勤務を行うには、産科医は不足していますか。充足していますか。不足の場合には、最低あと何人の常勤医師が必要と思われますか。(非常勤医師の場合は常勤換算でご記入ください)(○は1つ)(n=604)

3.0 日中だけ不足 (1.6) 人
13.5 夜間と休日だけ不足 (1.5) 人
71.0 日中と夜間・休日の両方で不足 (2.2) 人
12.5 充足している

問6. バックアップ体制の状況 - 小児科医、麻酔医の現状

(1) 新生児を診る小児科医 (n数は医師数)

常勤医師 人(n=1790) 非常勤医師 人(n=453)

付問. 小児科医は不足していますか。充足していますか。不足の場合、最低あと何人の常勤医師が必要と思われますか。(非常勤医師の場合は常勤換算でご記入ください)(○は1つ)(n=577)

2.6 日中だけ不足 (1.1) 人
13.7 夜間と休日だけ不足 (1.7) 人
62.7 日中と夜間・休日の両方で不足 (2.2) 人
21.0 充足している

(2) 麻酔医数 (n数は医師数)

常勤医師 人(n=2044) 非常勤医師 人(n=914)

付問. 麻酔医は不足していますか。充足していますか。不足の場合、最低あと何人の常勤医師が必要と思われますか。(非常勤医師の場合は常勤換算でご記入ください)(○は1つ)(n=577)

4.5 日中だけ不足 (1.6) 人
8.3 夜間と休日だけ不足 (1.4) 人
68.1 日中と夜間・休日の両方で不足 (2.2) 人
18.7 充足している

問7. 助産師についての議論が高まっています。貴院の助産師の体制についてお教えてください。(夜間の当直、オンコール、夜勤については該当部分のみ人数を記入ください) (n数は医師数)

		月～金 (1日平均)	土	日曜・祝日
昼間 (平均)	(1) 助産師数	5.0 人 (n=2992)	4.0 人 (n=1804)	2.6 人 (n=1555)
	うち非常勤(パート)	0.3 人 (n=201)	0.1 人 (n=87)	0.1 人 (n=41)
夜間 (平均)	当直	0.3 人 (n=161)	0.3 人 (n=155)	0.3 人 (n=154)
	うち非常勤(パート)	0.0 人 (n=18)	0.0 人 (n=21)	0.0 人 (n=20)
	オンコール(待機)	0.2 人 (n=103)	0.2 人 (n=101)	0.2 人 (n=99)
	うち非常勤(パート)	0.0 人 (n=2)	0.0 人 (n=2)	0.0 人 (n=2)
	夜勤(交代制)	1.6 人 (n=962)	1.5 人 (n=921)	1.5 人 (n=906)
	うち非常勤(パート)	0.0 人 (n=20)	0.0 人 (n=19)	0.0 人 (n=17)

付問. 助産師は不足していますか。充足していますか。不足の場合、最低あと何人の助産師が必要と思われますか。(非常勤助産師の場合は常勤換算でご記入ください) (○は1つ) (n=601)
(n数は施設数)

- 2.7** 日中だけ不足 (2.1) 人
- 11.3** 夜間と休日だけ不足 (2.0) 人
- 56.6** 日中と夜間・休日の両方で不足 (3.8) 人
- 29.5** 充足している

問8. 地域の開業医を雇用したり契約をかわしたりすることで、外来や入院における医師不足の解消が可能といわれています。これについてどのようにお考えですか。(○はいくつでも) (n=606)
(n数は施設数)

- 8.1** すでに契約・雇用している
- 4.3** 契約・雇用したいが地域の開業医の情報がない
- 30.2** 契約・雇用したいが該当する医師がない
- 38.1** 開業医とは診療や手技に相違があり、契約・雇用が容易でない
- 31.7** 訴訟などのリスクの面から契約・雇用が容易でない
- 33.3** 報酬面などの事務的な煩雑さから契約・雇用が容易でない
- 17.8** 特に必要ない
- 12.7** その他(具体的に)

■ 貴院の産科医に対する給与体系、手当について差し支えない範囲でお教えてください。

問 9. 給与体系 (○は1つ) (n=610) (n 数は施設数)

47.0	44.6	3.8	4.6
公務員体系	病院独自の給与規定	他科とは異なる産婦人科 独自の給与体系	その他 (具体的に)

付問. (自治体病院のみ) 地方公営企業法の適用は次のいずれですか。 (n=106) (n 数は施設数)

65.7	34.3
一部適用	全部適用

問 10. 評価基準 (○はいくつでも) (n=572) (n 数は施設数)

52.8	21.2	25.0	19.4	2.3
年功給	一定年齢まで年功給	職能給・能力給・業績給	年俸制	その他 (具体的に)

問 11. 特殊勤務手当の支給について行っているものに○をつけてください。(常勤医師に対して) (n=435)

(n 数は施設数)

14.7	深夜手当	7.6	手術手当
29.4	オンコール料	75.4	時間外労働手当
16.1	分娩手当	24.8	その他 (具体的に)

問 12. 差し支えなければ、具体的な待遇をお教えてください。 (n 数は施設数)

(1) 産科常勤医師 (40 歳代~50 歳代) 1 人あたり平均

① 基本給(月額)	624,428	円	(n=353)
② 手当(月額の総額)	518,214	円	(n=331)

(2) 産科非常勤医師 (40 歳代~50 歳代) 1 人あたり平均 (n=286)

76,657	円	(日勤の場合、1 日あたり)
--------	---	----------------

(3) 当直制のある施設において

① 貴院の産科医の当直料(平均)	23,710	円 / 1 回あたり (n=292)
② 外部から招聘した産科医の当直料(平均)	53,641	円 / 1 回あたり (n=278)

(4) 諸手当 (40 歳代～50 歳代、1 回あたり平均、該当するところのみ記入ください)

① 深夜手当	15,045	円 (n=45)
② オンコール料 (待機料)	10,288	円 (n=107)
③ 分娩手当	12,871	円 (n=58)
④ 手術手当	19,295	円 (n=32)
⑤ 時間外労働手当	33,216	円 (n=208)
⑥ その他 ()	115,801	円 (n=68)

問 13. 平成 18 年の診療報酬改定でハイリスク分娩管理加算とハイリスク妊産婦共同管理料新設が行なわれましたが、貴院の産婦人科医の待遇に変更が行われましたか。(○は 1 つ) (n=598)
(n 数は施設数)

92.6	0.3	3.8	3.2
特に変わらない	本給の増額	手当の増額	検討中

問 14. 今後、産科医の待遇を改善していくには何が必要と思われますか。(○は 3 つまで) (n=597)
(n 数は施設数)

- 59.6 給与・手当に診療科間で差をつけることへの理解
- 29.0 給与・手当に医師間で差をつけることへの理解
- 11.6 院長権限の拡大
- 32.0 病院収入の増加
- 19.1 病院経営の効率化
- 49.4 分娩料の増額
- 21.3 出産育児一時金の増額
- 10.6 待遇改善は困難
- 1.5 特にない
- 14.1 その他 (具体的に)

問 15. 差し支えなければ普通の正常分娩における貴院の分娩料 (入院費用などを含めた全額)をお教えください。(○は 1 つ) (n=612) (n 数は施設数)

- 8.2 30 万円未満
- 68.1 30 万円～40 万円未満
- 20.1 40 万円～50 万円未満
- 3.1 50 万円～60 万円未満
- 0.5 60 万円以上

■ 貴院の産科医師の今後の勤務体制についておたずねします。

問 16. 産科医の今後の勤務形態についてお教えてください。(n 数は施設数)

(1) 交代制 (2 交代あるいは3 交代) (○は 1 つ) (n=550)

2.5 導入済み 97.5 未導入 → (7.5 検討中 92.5 検討していない)

(2) ワークシェアリング (○は 1 つ) (n=593)

2.5 導入済み 97.5 未導入 → (7.5 検討中 92.5 検討していない)

(3) (自治体病院のみ) 公務員の短時間勤務が来年より許可されますが、貴院では対応を検討しておられますか。(○は 1 つ) (n=288)

3.8 はい 96.2 いいえ

■ 集約化・重点化の現状についておたずねします。

問 17. 厚生労働省は産科医の確保が困難な地域における緊急避難的な措置として、産科の医療資源を公立病院などに集約化・重点化することを推進しています。この取り組みに関してお教えてください。(n=592) (n 数は施設数)

(1) 貴院の産科医療圏での集約化の状況。(○は 1 つ)

2.2	20.4	20.8	37.0	19.6
完了	進行中	検討中	未検討	行う予定はない

① 抱えている課題。(○はいくつでも) (n=132)

- 87.9 産科医が不足
- 68.9 新生児を扱う小児科医の不足
- 57.6 NICUの不足
- 53.0 麻酔医の不足
- 9.8 新たに加わる医師の技術水準の確保
- 12.1 医師数の増加に伴う人件費の増加
- 7.6 その他 ()

③ 集約化が行われていない理由。(○はいくつでも) (n=434)

- 15.0 必要ないから
- 54.6 医療機関のあいだで合意が得られないから
- 52.5 医師が不足していて集約化ができないから
- 14.5 その他 ()

② 集約化により貴院の経営は (n=127)

(○は 1 つ)

- 24.4 悪化
- 53.5 変化なし
- 22.0 改善

(2) 貴院ではオープンシステム（オープンシステムでは健診は診療所で行い、分娩は病院を借りて診療所医師が行う）を実施していますか。（○は1つ）（n=619）

6.8	13.1	80.1
実 施	実施していないが検討中	実施の予定なし

(3) 貴院ではセミオープンシステム（セミオープンシステムでは妊婦健診は診療所で行い、病院医師が分娩を行う）を実施していますか。（○は1つ）（n=613）

15.0	15.3	73.9
実 施	実施していないが検討中	実施の予定なし

(4) 貴院は（○は1つ）（n=616）

7.0	19.2	73.9
総合周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	いずれでもない

■ 搬送の問題もマスコミで取り上げられています。貴院におけるハイリスク分娩の搬送についておたずねします。（搬送について把握できている場合にご回答ください）

問 18.（n 数は施設数）

(1) 他の医療機関から搬送を <u>依頼</u> された件数（過去1年間）	34.0	件	(n=542)
うち搬送を <u>拒否</u> した件数	9.1	件	(n=532)

付問.（拒否したことがある場合）主な理由（○はいくつでも）（n=249）

54.2	満床	17.3	小児科医が不足
18.5	自院の緊急体制確保のため	9.6	麻酔医が不足
67.1	NICU 不足	15.7	その他（具体的に)
18.5	産科医が不足		

(2) 他の医療機関へ搬送を <u>依頼</u> した件数（過去1年間）	10.1	件	(n=530)
（うち 母体搬送	6.2	件	(n=528)
NICU 搬送	4.3	件	(n=479)
うち、1度拒否され、2度目の施設で受け入れられた件数	1.2	件	(n=431)
うち、2度拒否され、3度目以降に受け入れられた件数	0.9	件	(n=404)

(3) 貴院の地域での搬送の問題 (○はいくつでも) (n=599)

27.2	病床の不足	24.0	搬送先までの距離・時間
69.6	NICUの不足	18.4	自院の業務への支障が大きすぎる
52.3	産科医の不足	8.5	特になし
43.1	小児科医の不足	2.8	その他(具体的に)

■ 訴訟についておたずねします。

問 19. 貴院の産科での医療訴訟の有無。(n=626) (n数は施設数)

7.2	過去1年以内にあった	11.3	3年前～5年以内にあった
8.8	1年前～3年以内にあった	72.7	過去5年間全くない

■ 医療界では女性医師に対する就労支援が緊急の課題となっています。最後に、貴院における妊娠・育児中の女性医師の就労支援について教えてください。

問 20. 対象となる女性医師が貴院にはおられますか (○は1つ) (n=596) (n数は施設数)

42.3	有	57.7	無
	↓	└─→	(次頁のご意見欄へお進みください)

(1) 育児休暇制度 (○は1つ) (n=254)

87.4	導入済み	12.6	未導入	→	(32.1	検討予定あり	67.9	検討予定なし)
------	------	------	-----	---	-------	--------	------	---------

(2) 夜勤免除などの特別措置 (○は1つ) (n=248)

65.7	実施	34.3	実施していない	→	(41.2	検討予定あり	58.8	検討予定なし)
------	----	------	---------	---	-------	--------	------	---------

(3) 院内保育所の設置 (○は1つ) (n=256)

41.8	設置していて、医師の乳幼児を保育している					
2.3	設置しているが、待機待ち状態					
10.5	設置しているが、医師の乳幼児は受け入れていない					
45.3	未設置	→	(29.9	検討中	70.1	検討していない)

(4) 外部の保育所などの育児支援施設との提携 (○は1つ) (n=247)

8.5	実施	91.5	実施していない	→	(12.5	検討予定あり	87.5	検討予定なし)
-----	----	------	---------	---	-------	--------	------	---------

(5) その他貴院で実施している就労支援

(具体的に)

産科医が安心して診療を行うために必要な方策についてご意見などありましたらご記入ください。

[]

ご協力ありがとうございました。

差し支えなければ記入内容の確認が必要な場合のため、連絡先をご記入ください。

医療機関

記入者名

電話番号 ()

診療所調査

この度は、ご多忙のなかご協力を有難うございます。ご周知のごとく、産科医療が社会問題として取り上げられているなか、本調査は、産科医療を担う診療所の現状を数量的にとらえ、政策提言を緊急に行うための資料作成を目的としております。ご回答いただいた個々の回答内容はすべて統計数字として扱いますので、貴院の名前が出ることは一切ございません。

■ はじめに、貴院の状況（平成 18 年 10 月時点）についておたずねします。

問 1. 貴院の開設者は次のどれに該当しますか。（○は 1 つ）（n=1076）（n 数は施設数）

42.1	57.7	0.2
個人	医療法人	その他（具体的に

問 2. 貴院の開業年数はどれくらいですか。（n=1052）（n 数は施設数）

25.2 年

問 3. 届出病床は何床ですか。（n=1060）（n 数は施設数）

13.3 床

うち医療療養病床 **10.1** 床 (n=936)

介護療養病床 **0.1** 床 (n=704)

問 4. 分娩は行なっておられますか。（○は 1 つ）（n=1076）（n 数は施設数）

98.5	1.5
はい	いいえ

■ 平成 17 年度における以下の件数をお知らせください。（n 数は施設数）

問 5 (a) 入院患者数 **752.9** 人/年間 (n=957) (b) 外来患者数 **9774.0** 人/年間 (n=900)

(c) 分娩数 **296.3** 件/年間 (n=1045)

うち帝王切開 **35.3** 件/年間 (n=1031)

(帝王切開を行なっている場合) 帝王切開の種類

3.5 予定帝切のみ	96.5 予定も緊急も行なっている
-------------------	--------------------------

(d) 婦人科（がんも含む）の手術件数 **13.5** 件/年間 (n=1005)

■ 人員体制や緊急体制についておたずねします。

問6(1) 産婦人科医師数（院長、理事長を含む）（平成18年10月現在）

（常勤 n=1506 非常勤 n=1362 夜間当直 n=349）※n 数は医師数

	常勤医師		非常勤医師（うち夜間当直のみ）	
	男性	女性	男性	女性
産婦人科医師数(平均)	1.3 人	0.1 人	1.4 人 (0.4 人)	0.4 人 (0.1 人)
内訳				
20 歳代	0.0 人 n=0	0.0 人 n=0	0.0 人 (0.0 人) n=14 (n=8)	0.1 人 (0.0 人) n=35 (n=16)
30 歳代	0.1 人 n=66	0.0 人 n=42	0.4 人 (0.1 人) n=263 (n=82)	0.2 人 (0.0 人) n=150 (n=25)
40 歳代	0.3 人 n=343	0.0 人 n=51	0.5 人 (0.2 人) n=328 (n=103)	0.1 人 (0.0 人) n=43 (n=5)
50 歳代	0.4 人 n=450	0.0 人 n=28	0.3 人 (0.1 人) n=194 (n=62)	0.0 人 (0.0 人) n=9 (n=1)
60 歳代	0.2 人 n=243	0.0 人 n=11	0.1 人 (0.0 人) n=68 (n=10)	0.0 人 (0.0 人) n=8 (n=0)
70 歳代	0.2 人 n=201	0.0 人 n=12	0.1 人 (0.0 人) n=49 (n=1)	0.0 人 (0.0 人) n=1 (n=0)

無回答を除く

(2) 医師の勤務体制（該当する部分のみ人数を記入）

（夜間の当直、オンコール、夜勤については該当部分のみ人数を記入ください）

※n 数は医師数

		月曜～金曜 1 日平均	土	日曜・祝日
昼間 (平均)	産科医師数	1.4 人 (n=1,419)	1.3 人 (n=1,334)	1.0 人 (n=1,057)
	うち非常勤医師数	0.1 人 (n=141)	0.1 人 (n=119)	0.1 人 (n=138)
夜間 (平均)	当直	0.7 人 (n=738)	0.7 人 (n=696)	0.7 人 (n=681)
	うち非常勤医師数	0.1 人 (n=115)	0.1 人 (n=139)	0.1 人 (n=129)
	オンコール（待機）	0.6 人 (n=572)	0.5 人 (n=541)	0.5 人 (n=539)
	うち非常勤医師数	0.1 人 (n=49)	0.1 人 (n=48)	0.1 人 (n=54)
	夜勤※（交代制）	0.1 人 (n=51)	0.0 人 (n=43)	0.0 人 (n=46)
	うち非常勤医師数	0.0 人 (n=9)	0.0 人 (n=8)	0.0 人 (n=11)

※夜勤は二交代制などの交代制がある場合の夜間勤務

問7. バックアップ体制の状況 —小児科医、麻酔医の現状

(1) 新生児を診る小児科医（n 数は人数）

常勤医師 人 (n=97) 非常勤医師 人 (n=480)

(2) 麻酔医数

常勤医師 人 (n=59) 非常勤医師 人 (n=192)

問 8. 貴院で産科医が適切な勤務を行うには、産科医は不足していますか。充足していますか。
不足の場合、最低およそあと何人常勤医師数が必要と思われますか。(非常勤医師の場合は常勤換算でご記入ください) (○は1つ) (n=955) (n 数は施設数)

- 1.5 日中だけ不足 (1.1) 人
 27.0 夜間と休日だけ不足 (1.1) 人
 47.6 日中と夜間・休日の両方で不足 (1.3) 人
 23.9 充足している

問 9. 助産師についての議論が高まっています。貴院の助産師の体制についてお教えてください。(夜間の当直、オンコール、夜勤については該当部分のみ人数を記入ください) (n=数は人数)

		月～金 (1日平均)	土	日曜・祝日
昼間 (平均)	助産師数	1.6 人 (n=1584)	1.2 人 (n=1224)	0.8 人 (n=807)
	うち非常勤(パート)	0.4 人 (n=422)	0.3 人 (n=265)	0.2 人 (n=182)
夜間 (平均)	当直	0.5 人 (n=487)	0.4 人 (n=425)	0.4 人 (n=408)
	うち非常勤(パート)	0.1 人 (n=139)	0.1 人 (n=110)	0.1 人 (n=96)
	オンコール(待機)	0.3 人 (n=340)	0.3 人 (n=322)	0.3 人 (n=321)
	うち非常勤(パート)	0.1 人 (n=61)	0.1 人 (n=59)	0.1 人 (n=56)
	夜勤(交代制)	0.2 人 (n=222)	0.2 人 (n=205)	0.2 人 (n=199)
	うち非常勤(パート)	0.0 人 (n=42)	0.0 人 (n=44)	0.0 人 (n=40)

付問. 助産師は不足していますか。充足していますか。不足の場合、最低あと何人常勤助産師が必要と思われますか (非常勤・パートの助産師の場合は常勤換算でご記入ください) (○は1つ)

- 0.6 日中だけ不足 (1.5) 人 (n=1008)
 15.4 夜間と休日だけ不足 (1.6) 人 n 数は施設数
 71.0 日中と夜間・休日の両方で不足 (2.8) 人
 13.1 充足している

問 10. 看護師数をお教えてください。(n 数は人数)

常勤看護師 7 | 6 人 (n=7835) 非常勤看護師 2 | 8 人 (n=453)

付問. 看護師は不足していますか。充足していますか。不足の場合、最低あと何人常勤看護師が必要と思われますか (非常勤・パートの看護師の場合は常勤換算でご記入ください) (○は1つ)

- 4.4 日中だけ不足 (1.6) 人 (n=1019)
 17.2 夜間と休日だけ不足 (1.7) 人 (n 数は施設数)
 40.0 日中と夜間・休日の両方で不足 (2.3) 人
 38.4 充足している

■ 搬送の問題がマスコミでも取り上げられています。貴院における搬送についておたずねします。(平成17年度の搬送について把握できている場合にご回答ください) (n数は施設数)

問 11(1) 他の医療機関へ搬送した件数 12.0 件 (n=922)

(2) 上記の搬送についてさらにお教えてください。

① 搬送内容 母体搬送 7.1 件 (n=962) NICU搬送 4.9 件 (n=874)
 その他 1.3 件 (n=477)

② 搬送の時間帯 夜間・休日(日勤以外) 4.3 件 (n=849)

③ 地域 産科医療圏外へ搬送 1.2 件 (n=880)

④ 搬送時間 30分～1時間要した 7.5 件 (n=862)

1時間以上要した 1.6 件 (n=653)

⑤ 2度目以降の施設で受け入れられた 1.6 件 (n=804)

(3) すべての医療機関で断られて搬送できなかった件数 0.1 件 (n=909)

(4) 搬送に関する問題点 (○はいくつでも) (n=1004)

39.3	病床の不足	10.6	麻酔医の不足
66.9	NICUの不足	21.9	搬送先までの距離・時間
35.7	産科医の不足	16.9	特になし
29.3	小児科医の不足	6.5	その他(具体的に)

■ 厚生労働省は、産科医の確保が困難な地域における緊急避難的な措置として、産科の医療資源を公立病院などに集約化・重点化することを推進しています*。(n 数は施設数)

問 12. この取り組みについて教えてください。(n=953)

(1) 貴院の産科医療圏での集約化の状況。(○は1つ)

3.7	13.1	21.6	33.1	28.5
完了	進行中	検討中	未検討	行う予定はない
<p>オープン・セミオープンシステムについて</p> <p>付問 1. 健診は貴院で行い、分娩は地域の病院設備を使って行うオープンシステム (n=145)</p> <p>2.1 ほぼ全ての分娩において実施</p> <p>12.5 一部の分娩で実施</p> <p>31.7 実施していないが検討中</p> <p>53.8 実施の予定なし</p>			<p>付問 3. 集約化が行われていない理由。(○はいくつでも) (n=731)</p> <p>32.0 必要ないから</p> <p>43.2 医療機関のあいだで合意が得られないから</p> <p>38.3 医師が不足していて集約化ができないから</p> <p>17.1 その他 (具体的に)</p>	
<p>付問 2. 健診は貴院で行い、分娩は病院で病院医師が行うセミオープンシステム (n=149)</p> <p>2.0 ほぼ全ての分娩において実施</p> <p>19.5 一部の分娩で実施</p> <p>36.9 実施していないが検討中</p> <p>41.6 実施の予定なし</p>				

■ 医療訴訟についておたずねします。(n 数は施設数)

問 13. 貴院の産科での医療訴訟の有無。(n=1034)

- 5.3 過去1年以内にあった
- 9.2 1年前～3年以内にあった
- 9.8 3年前～5年以内にあった
- 75.7 過去5年間全くない

*政府の医師確保総合対策は、小児科・産科医師の配置が少ない病院が多く存在している地域において、医療資源の集約化・重点化を推進することを提言しています。医療の安全性の確保、産科医師の過酷な勤務状況の改善や良質な医療を継続的に提供するための緊急避難的な措置としています。

■ 課題・方向性についておたずねします。(n 数は施設数)

問 14. 貴院における分娩数の今後の予想。(○は1つ) (n=1051)

28.2 分娩数は従来とほぼ同じ

21.7 分娩数は増加する

↳ その理由 → (7.1 地域の妊婦数の増加 78.3 他の医療機関の産科廃止 19.0 その他)

41.9 分娩数は減少する

↳ その理由 → (54.1 地域の妊婦数の減少 32.9 妊婦が病院に集中 21.6 その他)

8.7 わからない

問 15. 貴院の医療スタッフに関する課題。(○はいくつでも) (n=1019)

33.7 医師を増員する経済的余裕がない

40.5 医師を増員したいが産科医が不在

58.5 看護師の内診が法的に禁止されていること

22.3 助産師を雇用する経済的余裕がない

75.7 助産師を雇用したいが助産師が不在

8.6 その他(具体的に)

問 16. 貴院が抱える運営上の大きな課題。(○はいくつでも) (n=1040)

29.9 来院する妊産婦を増やすこと

34.2 産科医を確保すること

40.6 看護師を確保すること

74.2 助産師を確保すること

44.0 産科外来の診療報酬が低いこと

51.0 分娩料が低いこと

14.7 地域の診療所が連携する体制(ネットワーク化)が不十分であること

36.0 母体搬送する病院が不足していること

44.5 NICU搬送する病院が不足していること

24.1 地域の妊産婦のニーズが多様化していること

8.8 その他(具体的に)

問 17. 貴院の将来方向についてお教えてください。

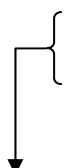
<産科> (○はいくつでも) (n=1051)

- 56.5 ハイリスク分娩以外は全て取り扱う(緊急帝切も行なう)
- 19.1 正常分娩と選択帝切のみを取り扱う
- 9.4 正常分娩だけを取り扱う(帝切は行なわない)
- 8.5 分娩を減らす
- 18.9 分娩は廃止する
- 4.1 分娩は地域の病院で自身が行う(オープンシステム)
- 7.7 分娩は地域の病院で病院医師が行う(セミオープンシステム)
- 10.0 妊婦健診などの産科外来のみを中心に行なう
- 3.7 特に決めていない

<婦人科> (○は1つ) (n=1048)

- 78.2 従来どおり継続する
- 11.6 婦人科の分野を強化する
- 2.7 婦人科を減らす
- 1.1 婦人科は廃止する
- 6.2 特に決めていない

<貴院における病床数の今後の予定> (○は1つ) (n=1047)

- 3.5 増床
 - 69.6 現状維持
 - 5.6 減床
 - 11.6 無床化
 - 2.1 廃院
 - 7.6 特に決めていない
- 

付問 上記設問で4あるいは5に○をつけた方におたずねします。

今後、他の施設などで医療を継続したいと思いますか。(n=140)

- 36.4 思う
 - ↳ (4.1 分娩のみ 71.4 婦人科を含む外来のみ 12.2 分娩と外来の両方 6.1 他科など 6.1 その他)
- 53.6 思わない
- 10.0 わからない

■ 分娩料についておたずねします。(n 数は施設数)

問 18. 差し支えなければ普通の正常分娩における貴院の分娩料（入院費用などを含めた全額）をお教えてください。(○は1つ) (n=1054)

- 4.6 30 万円未満
- 72.1 30 万円～40 万円未満
- 21.3 40 万円～50 万円未満
- 1.7 50 万円～60 万円未満
- 0.4 60 万円以上

産科診療所が今後の産科医療のなかで果たしていく役割についてご意見などありましたらご記入ください。

[]

ご協力ありがとうございました。

差し支えなければ記入内容の確認が必要な場合のため、連絡先をご記入ください。

医療機関

記入者名

電話番号 ()

補足資料２ 都道府県における産科奨学金の現状

診療科(内科、小児科、産科)を特定した医師修学資金制度は、全国で初めて三重県が平成16年度から導入した。平成19年1月31日現在、「産科」志望の医学生あるいは専攻の後期臨床研修であることを医師修学資金貸与の条件の一つとする自治体は、11県1市ある。貸与条件に卒業後、あるいは貸与期間終了後、地元の医療機関に勤務することを明記している自治体が多い。それらについて、概要を以下に述べる。

【金額および貸与期間】

茨城県は研究奨励金の「支給」という独自の方式である。貸与期間は、正規の在学(研修)期間内が殆どである。

【返還免除の要件】

医師免許を取得後、修学資金の貸与を受けた期間と同期間、あるいは1.5～2倍の期間、自治体が指定する公的医療機関や地域の医療機関で研修や勤務を行なうことが、返還の免除要件となっている。上記の条件を満たさない場合や、医師免許を取得しなかったり、退学した場合は、修学資金を返還することを義務づけている。貸付額に利子を付して期日までの一括返還を求める自治体もある。

【運用状況】

応募状況や選考結果の公表や報道が行なわれた5自治体のうち、佐賀県と掛川市は応募者が無かった。掛川市は応募対象を浜松医科大から拡大することを検討している。今年度から医師修学資金貸与事業を始めた栃木県は、総募集人数15人に対し、利用者は小児科3人および産婦人科2人の計5人であったため、次年度は利用対象者を大学院生にも拡大し、産科に限定することを決めている。

表 10 産科志望者奨学金の対象者および人数(平成 19 年 1 月 31 日現在)

対象者	自治体	貸与条件	人数
大学生	山形県	大学卒業後、山形県内の公立病院等の特定診療科に勤務する意思があること	(他科と合わせて) 5 名程度
	静岡県 掛川市	・浜松医科大学の 5、6 年生 ・浜松医大を卒業後、掛川市立総合病院または市長が承認する医療機関で二年間の初期臨床研修を受け、研修終了後、小児科、産婦人科、麻酔科の三科を中心に、医師として掛川市立総合病院に勤務する意思があること	(他科と合わせて) 6 名程度
	兵庫県	臨床研修を修了後、直ちに県立病院の専攻医として勤務する意思があること	(他科と合わせて) 10 名
	山口県	山口大学または山口県出身者で他県の医学部に在籍していること	(他科と合わせて) 5 名
大学生、 大学院生	富山県	県内の病院、診療所で、小児科医、産科医、麻酔科医として診療に従事しようとする意思があること	(他科と合わせて) 若干名
	石川県	小児科、産科志望 5、6 年生及び臨床研修を修了した院生	(他科と合わせて) 4 名
	和歌山県	県外で修学し、将来県内で麻酔科、小児科、産婦人科の医師として勤務する意思がある者	(他科と合わせて) 10 名程度
	三重県	医学生、医師免許取得済みの大学院生、臨床研修医又は後期研修医	(小児科と合わせて) 若干名
	佐賀県 ⁹	産科志望の大学生、大学院生、産科の研修を受けている後期研修医	(産科のみ) 1 名
大学院生、 研修医	群馬県	貸与期間終了後、群馬県内の公立病院等で、特定診療科医として勤務しようとする意思がある者	(他科と合わせて) 10 名
研修医	茨城県	県内の臨床研修病院・大学病院で 1 年以上研修を行なう後期研修医	(他科と合わせて) 20 名
	栃木県	県内の臨床研修病院・大学病院で研修を行なう後期研修医	(小児科と合わせて) 5 名

⁹ 小児科志望学生 2 名、小児科志望大学院生、研修医 2 名の計 4 名も募集

表 11 修学資金貸与額および貸与期間

対象者	自治体	貸与額(円/年間)	貸与期間
大学生	富山県	48 万 (入学月は 30 万円加算)	卒業まで(無利子)
	山形県	100 万	原則正規の修業年限
	静岡県掛川市	120 万	(不明)
	兵庫県	1-4 年生 150 万 5-6 年生 210 万	原則 6 年以内
	佐賀県	1 年生…151 万以内 2 年目…122 万 8,000 以内	正規の修学期間内。 年利 10%
	三重県	入学年 (最高)151 万 7,800 2 年目…(最高)123 万 5,800	原則 6 年間
	山口県	180 万	原則 6 年以内
	石川県	(最高)240 万	最長 2 年間
	和歌山県	240 万	最長 8 年間。年利 10%
大学院生	富山県	48 万 (入学月は 30 万円加算)	修了まで(無利子)
	佐賀県	156 万以内	正規の修学期間内。 年利 10%
	群馬県	180 万	正規の修学期間 (最長 4 年間)
	三重県	入学年…185 万 7,800 2 年目…157 万 5,800	原則 4 年間
	石川県	(最高)240 万	最長 2 年間
	和歌山県	240 万	最長 8 年間。年利 10%
研修医	茨城県 (後期研修医)	25 万	最長 3 年間
	三重県	150 万	原則 5 年間
	佐賀県 (後期研修医)	150 万	3 年以内
	群馬県	180 万	研修期間(最長 4 年間)
	栃木県 (後期研修医)	240 万	最長 3 年間
	和歌山県	240 万	最長 8 年間。年利 10%

表 12 返還免除の要件および返還条件

勤務(研修)期間	自治体	勤務(研修)医療機関	返還義務が生じた場合
貸与を受けた期間と同期間	栃木県	県内の公的病院、二次救急および二次小児救急を共に実施する病院	貸与金及び利息の返還
	石川県	県が指定する自治体病院	貸与を受けた修学資金の額に年10%の利息をつけて一括返還
	兵庫県	県立病院	返還の事由が生じた3ヵ月以内に貸与額を一括返還。
貸与を受けた期間の1.5倍の期間	山形県	県内の公立病院等	貸与額に年利10%を付した額を返還の事由が生じた翌月から6ヶ月以内に返還(原則月賦払い)
	群馬県	公立病院等	返還すべき修学研修資金の額に年10%の割合で計算した利息を加えた額を知事の定める日までに一括返還
	富山県	県内の病院等	全額返還
	三重県	県が指定するへき地医療機関	貸与を受けた全額に年10%の割合で計算した利息を付けた額を知事が定めた日までに返還。
	和歌山県	知事が指定する医療機関	1年以内に貸与額を返還。
	山口県	県内の公的医療機関	各月の貸付額に年率10%の利息を付して通知納付期限までに一括返還
	佐賀県	県内の公的病院(国立を除く)の小児科・産科又は市村立診療所	(詳細なし)
貸与を受けた期間の2倍の期間	静岡県掛川市	掛川市立総合病院	(詳細なし)

3章 産科医療における法的整備の現状と課題

1. 産科医療補償制度（無過失補償制度）について

(1) 医療紛争の傾向

近年、10年間で倍増するというペースで医事紛争が増加しており、産科の分娩事故を巡る紛争はその医療訴訟全体に占める比率も高く、また、訴額も極めて高い（1億円を超えることも珍しくない）のが特徴である。

医学生が産科医を敬遠する最大の理由のひとつとして、「訴訟リスクの高さ」が挙げられるのもうなずけるところである。

医療紛争に係る裁判例の内容を仔細に分析すると、手技のミス等による「作為型」から年々要求水準の高まっている医療水準に沿った適切な治療をしなかったといった内容の「不作為型」へシフトしている。

作為型の場合の因果関係は、当該作為行為（典型的には身体への侵襲）がいかなる損害を生じたかを調査し、両者の関係を分析することになる。

これに対して、不作為型の場合、「医師がある時点で行うべき治療行為を行わなかったために不利益な結果（例えば、患者の死亡）が生じた」といえるか否かが問題となる。すなわち、医師が適切な診療行為を行っていた場合を仮定してその後の経過を想定し、これを現実の結果と対比してそこに差があることが証明されたときに、因果関係の存在が肯定されることになる。

一般的にこのような立証は困難である上、いわゆる「適切な治療」を講じても結果に有意な差がない場合（末期がん等でいずれにせよ患者の死亡が予想されている場合とか、産科の例でいえば、難産であり、適切な対処をしても脳性麻痺となることが免れなかった場合等）については法的因果関係は否定されることになる。

この因果関係の立証負担は患者が負うことになるのだが、そもそも、不作為の場合、医療機関側に問題意識がないのであるから、検査等が行われず、結果として、証拠となるデータが存しないことになる。

このような場合、一般人（裁判官も含む）の「思い」として、医療機関側の怠慢によって治療をせず、それが故に、資料不十分で因果関係が立証できず、患者が敗訴するのは不合理である、との価値観が強く働く。

かかる場合の患者を救済するための法理が判例理論において大きく展開してきた。その頂点ともいえるのが「患者の期待権」理論である。

(2) 患者の期待権

「患者の期待権」を初めて認めた裁判例が、昭和 52 年 3 月 29 日福岡地裁判決であり、奇しくも産科における分娩事故である。これは、妊娠 5 か月の A (20 歳) が Y 医師により人工妊娠中絶手術を受けたところ、胎児の排出までは比較的順調に処置できたが、約 12 時間後に容体が急変し、さらに約 5 時間後に死亡したという事案である。

この事件につき、裁判所は「十分な患者管理のもとに診察・診療行為さえなされていれば、ある結果（本件では A の死亡）も生じなかつたかもしれないという蓋然性がある以上、十分な患者管理のもとに診察・診療をしてもらえるものと期待していた患者にとってみれば、その期待を裏切られたことにより予期せぬ結果が生じたのではないかという精神的打撃を受けることも必定というべく、右にいう患者の期待（これを期待権といつてもよい。）は、診療契約において正当に保護されるべき法的権利というも過言ではない」と判示して患者の期待権を認めた。

この昭和 51 年福岡判決に対しては、学説の批判も強く、また実務においても、しばらくは消極的な判決もみられた。しかしながら、昭和 60 年以降になると、期待権侵害を認める下級審裁判例が数多く現れるようになった。

そして、最高裁平成 11 年 2 月 25 日判決は、「医師が注意義務を尽くして診療行為を行っていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していたであろうことを是認し得る高度の蓋然性が証明されれば、医師の右不作為と患者の死亡との間の因果関係は肯定されるものと解すべき」と患者側の因果関係の立証負担を大きく緩めるに至った。

さらに、最高裁平成 12 年 9 月 22 日判決は、「疾病のため死亡した患者の診療に当たった医師の医療行為が、その過失により、当時の医療水準にかなったものでなかった場合において、右医療行為と患者の死亡との間の因果関係の存在は証明されないけれども、医療水準にかなった医療が行われていたならば患者がその死亡の時点においてなお生存していた相当程度の可能性の存在が証明されるときは、医師は、患者に対し、不法行為による損害を賠償する責任を負うものと解するのが相当」と判示した。この判決は、「患者の期待権を認めた初めての最高裁判決」と評されている。

平成 12 年最高裁判決の調査官解説（最高裁判決起案者による解説）によると、通常の訴訟では、医療水準を下回る診療がされた場合には、上記「可能性」の侵害が事実上推認され、これに対して、医師の側から、「可能性がなかった」ことを主張立証することになるという「挙証責任の転換」が計られるものと解されている。したがって、

この最高裁判例理論によれば、医師の側が可能性がなかったことの立証に失敗すれば患者の期待権侵害の責任を負うことになると思われてしまう。

(3) 無過失補償制度への期待

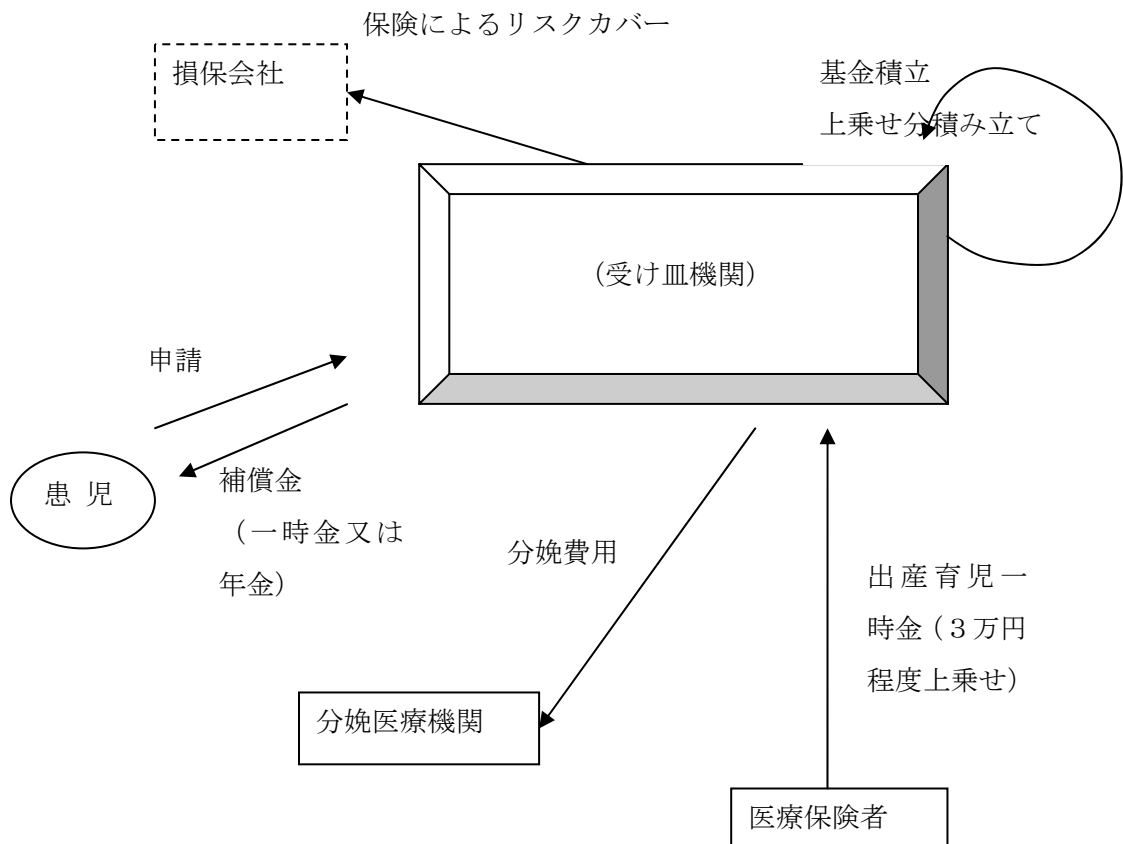
患者救済の観点から、期待権という概念を用いて慰謝料で処理する方法は過失責任主義という枠組みの中の現実的な解決方法としては一定の評価はできるが、期待権を否定する学説も極めて有力であり、理論的にも「期待」という主観が法的保護に値するかは疑問なしとはしない。それにもかかわらず期待権が実務で認められてきたのは、不幸にして被害を受ける結果になった患者の救済のため、というただ一点に尽きる。これはある意味で司法制度の限界を意味するものと考えられるべきである。

そうであるならば、「患者の救済」という観点から視野を広く置き、過失責任主義の狭い枠にとらわれることなく「社会連帯」の視座から患者救済を図る方策を考案すべきであろう。

このような問題意識が高まる中、平成 17 年度から日本医師会において、無過失補償プロジェクト委員会（医療に伴い発生する障害補償制度検討委員会）が発足し、精力的に検討が続けられてきた。平成 18 年度には、「小さくてもいいからまず制度を発足させる」との戦略から、補償客体を分娩事故に限定し、「分娩に関連する脳性麻痺に対する涉外補償制度プロジェクト委員会」として、具体的な施策実現に注力し、平成 18 年末に政府・与党の調整を経て、政策化された。現在(平成 19 年春)、医療機能評価機構において、制度設立の準備委員会が設置され、できるだけ早期の制度立ち上げを目指して検討が行われている。

この制度は、従前の民法の伝統理論であるところの過失責任主義の限界にいわば「風穴」をあけるものでもあり、この制度は、「小さく産んで大きく育てる」という点が重要である。今後、この制度が育ち、より多くの患者や家族の方が（たとえ医療関係者に過失がない場合であっても）幅広く救済される制度に発展していくことが期待されている。

図 77 産科医療補償制度（無過失補償制度）のイメージ図



2. 保助看法の行政解釈の問題点

(1) 保助看法の歴史

保健師助産師看護師法（保助看法）の前身は、産婆規則（明治32年7月19日に勅令345号）という法規であり、現代の助産師に相当する「産婆」についての法制が一番古い歴史をもっている。看護師の法制はこれよりやや新しく、大正4年6月30日に内務省令第9号として「看護婦規則」が公布されている。保健師という概念は、昭和10年代になって、ようやく登場してくる。

ところで、昭和10年以前は、保健行政は、内務行政の一環としてすべて警察が行っていた。医師法21条が警察に届け出る制度になっているのはその名残りである。

保健行政を警察が行うとどうしても取締的な側面が強くなる。ところが、満州事変以降、国民体力の増強が国家的課題とされたため、保健行政にも「指導・支援行政的」な性格が必要となってきた。そこで、昭和12年に保健所法が制定され、この保健所法の施行規則において、保健所の職員に「保健婦」という言葉がはじめて使われた。しかし、実際の現場では、「社会看護婦」「公衆衛生看護婦」「衛生訪問婦」などまちまちの名称で呼ばれており、また、その知識・技能のレベルの差違も著しいものであった。そこで、国民保健指導の強化を図る観点から、保健婦の資格を一定にし保健婦の全国的普及を図るために、保健婦制度の制定が要望され、昭和16年7月10日、厚生省令第36号として保健婦規則が制定された。

終戦後、我が国の医療関係者の資質について（特に戦勝国である欧米の先進的制度との比較において）厳しい批判がなされるようになり、その資質の向上が急務とされるに至った。その中でも、「保健婦・助産婦・看護婦に関する制度が欧米先進国と比べて著しく遅れている」という点が問題視され、この領域において飛躍的な資質向上を図る必要性が強調された。かかる課題を解決するための施策づくりについて、連合軍総司令部と日本政府との間で協議が進められ、その結果、近代的・欧米的な看護概念の統一化、すなわち、保健婦・助産婦・看護婦の業務を一本化し、広義の「看護(nursing)」の概念を確立した「保健師法案」が策定された。

しかしながら、この法案に関して、従来の理念と断絶してしまう点や、現場の実情に合わないという点が問題となった。このため、さらに現実的な検討が加えられた結果、当面、保健婦・助産婦・看護婦という三職種は分離したままにし、基本的な理念

のみを統一する案が作られ、昭和 22 年 7 月 30 日に保健婦助産婦看護婦令として公布された。これは国民医療法の政令という位置付けであった。

ところが、この政令の全部が施行される前に、根拠法である国民医療法が廃止されてしまったので、昭和 23 年 7 月 30 日に、保健婦助産婦看護婦法という法律を大急ぎで策定した。これが現在の保助看法である。

このように、保助看法は、終戦直後の政治的混乱の中で生まれた法律であり、しかも、欧米の近代的看護概念を採り入れる前段階の暫定法という位置付けなので、その仕組みは杜撰というほかないものとなっている。

すなわち、現代風の業法ならば、①厚労省の定める規則省令・指針のようなものが作られ、②もちろん、それらを作る過程において、医会や学会の意見も十分反映され、③それらの明文に反した行為がなされた場合、まず、厚労省から行政指導がなされ、④悪質な場合は正式な手続きを経て「勧告」が出され、⑤それでも是正されない場合は、厚労大臣から「命令」が出されて、⑥その段階でも違法行為をやめない場合にのみ刑事告発がなされて初めて警察・検察が動き出す、という仕組みになるはずである。

ところが、今の状況というのは、厚労省の看護課長の一片の通達で法解釈がねじまげられ、何の前触れも・学術的検討を踏まえた議論もなく、いきなり強制捜査に入る、という、前近代的な枠組みになってしまっている。このような前近代的な仕組みが内診問題にも深い影を落としているのである。

(2)内診問題に関する関係条文と通達

保助看法についてみる前に、まず、医師法をみると、医師法 17 条により「(医師法第 17 条) 医師でなければ、医業をなしてはならない」と定められている。

いうまでもなく、助産は医業の一部である。したがって、助産師といえども、医業の一部であるところの助産行為はなし得ないというのが医師法体系の「原則」である。その原則に対する「例外」を定めた特別法が保助看法の 3 条という位置づけとなる。同条において、「(保助看法第 3 条)この法律において助産師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう」と規定されている。この保助看法 3 条の罰則を定めたのが 30 条と 43 条 1 項である。すなわち、「(保助看法第 30 条) 助産師でない者は、第 3 条に規定する

業をしてはならない。ただし、医師法の規定に基づいて行う場合は、この限りでない」と規定され、これに反した場合は、2年以下の懲役若しくは50万円以下の罰金に処する、と43条で規定されている。

また、看護師・准看護師の業務を定めたのが保助看法の5条と6条である。すなわち、「(保助看法第5条)この法律において看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」。そして、「(保助看法第6条)この法律において准看護師とは、都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師又は看護師の指示を受けて、前条に規定することを業とする者をいう」と規定されている。なお、助産師の場合の30条と同様の罰則規定が31条と32条に定められている。

以上の条文に関する重要な通知が平成14年と平成16年に出されており、これら通知は、民主主義の根幹を揺るがす大きな法的問題を孕んでいる。

まず、平成14年11月14日に「助産師の業務について」という標題の厚生労働省医政局看護課長通知が出された。これは「(1)産婦に対して、内診を行うことにより、子宮口の開大、児頭の回旋等を確認すること並びに分娩進行の状況把握及び正常範囲からの逸脱の有無を判断すること。(2)産婦に対して、会陰保護等の胎児の娩出の介助を行うこと。(3)胎児の娩出後に、胎盤等の胎児付属物の娩出を介助すること」という行為については、保助看法の第3条で規定する助産であり、助産師または医師以外の者が行ってはならないと解する」という内容である。

平成14年通知は、内診を含む分娩介助は助産行為であって、助産師又は医師以外の者が行ってはならないという内容のものであり、看護師・准看護師の行う「診療補助行為」との関係については特に触れてはいない。かかる意味においては、「行政が唐突かつ一方的に解釈を示したものであり手続的にはいかなものか、とは思いますが、特に重大問題を含んでいるとまでは即断できない」という評価になると思料する。つまり、内診等は、「原則として」助産師又は医師が行うという意義であって、例外もあるということであれば、「行政としての原則論を示した」ということであって何とか容認できるものではある。

問題は、平成16年通知、すなわち、平成16年9月13日厚生労働省医政局看護課長通知である。その内容は、「『産婦に対して、子宮口の開大、児頭の下降度等の確認及び分娩進行の状況把握を目的として内診を行うこと』は、保助看法第5条に規定する

診療の補助には該当せず、同法第 3 条に規定する助産に該当すると解する」というものである。

さきほどみたとおり、仮に内診が 3 条の助産行為に該当しないなどと解すると、医師法 17 条により助産師が内診できないことになってしまうから、これはあり得ないので、後半部分の「同法第 3 条に規定する助産に該当すると解する」は常識的といえる。

問題は、前半の「保助看法第 5 条に規定する診療の補助には該当せず」という部分で、診療補助行為にあたらぬ、ということは「看護師が内診行為を行うと刑事罰を科す」という意味になってしまう。この通達によって「看護師が内診をすることを犯罪である」と解釈をしてしまったことになるのである。

「どのようなことをしたら犯罪になるか」というのは、法律用語で「犯罪構成要件」という。

厚労省看護課は、国会の審議を経ることなく、平成 16 年 9 月 13 日に一片の看護課長通知をもって犯罪構成要件を決めてしまったことになる。これは以下にみるとおり、民主主義の根幹を揺るがすような重大問題である。

(3) 罪刑法定主義

罪刑法定主義とは、「いかなる行為が犯罪となり、それに対していかなる刑罰が科せられるかについて、あらかじめ議会が民主的に定める成文の法律をもって規定しておかなければ人を処罰することができない」という刑法の原則をいう。「法律なくして刑罰なし」という法格言があるが、これがまさに罪刑法定主義の内容である。

罪刑法定主義なる考えがなぜ生まれたのか、その歴史をみると、西欧中世の専制国家においては、犯罪と刑罰の内容や限度が法で定められておらず、専制君主のつまり国王がほしいままに刑罰権を行使していた時代まで遡る。このような国家体制を罪刑専断主義という。

これに対して、イギリスやフランスで起こった一連の市民革命により、基本的人権尊重の観点から刑罰権の行使を厳格な法的制約下におくことになった。これが罪刑法定主義であり、近代国家（立憲国家）においては、国王といえども、議会の承認なくして犯罪構成要件を決めることはできなくなった。

この思想は、古くは「マグナカルタ(1215年)」に見ることができ、「権利章典(1689年)」などを経て、米国の「フィラデルフィア権利宣言(1774年)」やフランスの「フランス人権宣言(1789年)」「ナポレオン刑法典(1810年)」に明記されている法原則である。

我が国でも、明治時代以降、西欧の法律・文化を積極的に取り入れたので、「罪刑法定主義」は近代国家・立憲国家として当たり前の規範であるとされて今日に至っている。明治憲法では、233条に、「(明治憲法第23条)日本臣民ハ法律ニ依ルニ非スシテ逮捕監禁審問処罰ヲ受クルコトナシ」と罪刑法定主義が明文で定められていた。

現在の日本国憲法下においても、罪刑法定主義を当然の原則としているが、真正面からそれを定めた条文はない。手続法について述べた日本国憲法31条(何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない)が、当然の前提として罪刑法定主義を念頭に置いていると解されている(通説)。したがって、罪刑法定主義に反した不当な捜査や逮捕などがなされた場合、法廷では「憲法31条違反」として争われることになる。

学説によれば、罪刑法定主義の具体的内容は、①成文法主義、②類推解釈禁止、③遡及処罰禁止、④明確性の原則、⑤罪刑均衡の原則の5個であるとされる。この5項目の中で最も重要なのは、4番目の「明確性の原則」である。明確性の原則とは、「刑罰法規はできるだけ具体的であり、その意味するところが明確で、一般国民が刑罰の対象となる行為を明確に認識できること」をいう。

我が国では、この点について最高裁の判例があり、「通常的判断能力を有する一般人の理解において処罰の対象となる行為を識別することができないような条文は憲法31条に反して違憲無効になる」と解されている(昭和50年9月10日最高裁判所大法廷判決)。

以上の法理論をベースに、内診に関する看護課長通知について評価すると、「看護師の内診行為が診療補助行為にあたらぬ」などと解することは、「看護師の内診行為を刑事罰に処する」という立法を行政機関がしていることになるわけであり、明らかに罪刑法定主義違反と断ぜざるを得ない。

「この法律において看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて...診療の補助を行うことを業とする者をいう」(保助看法5条)というこの文言から、「妊婦の内診は診療補

助行為にあらず、刑事罰の対象となる」と「通常の判断能力を有する一般人の理解」において判断できるかという点、これは無理があるといわざるを得ない。すなわち、明確性の原則の観点からみると、この条文を行政の解釈でねじ曲げて看護師の内診行為を違法として刑事罰を科すことはあってはならないのである。

さらに、国会軽視というのも重大な問題である。

もちろん、看護師が内診を行うことから懸念される問題点があり、厚労省も行政府としてそれに対してひとつの見解をもつこと自体は良いことである。

しかしながら、国民の人権を制限する行為である刑事罰の適用については、前述のとおり、罪刑法定主義という大原則があり、「この行為が犯罪行為だ」という「犯罪構成要件」を定めるには「国会（議会）」で議論して決めなくてはならない。行政府の専断で決めてはならないのである。

「国会での議論を経る」というのは、現在の我が国の議会政治・政党政治の下では、少なくとも政権与党の事前の了解を得るといふ民主的手続きにつながる。そのためには、審議会等で議論して幅広く国民の声を聞いて草案をまとめるのが通常の方法である。医師・看護師・助産師等の医療提供者側はもとより、妊婦・患者といった方々の意見も十分聞いて、関係者が十分納得できる案を作らなければ、到底国会審議には耐え得ない。

「厚労省看護課長が一片の通知で犯罪構成要件を決めてしまった」というのはこういった手続きを全部捨象してしまったという国家的手続き違背ともいえる重大な問題である。これは国会軽視というべきであって、政治的にも大問題である。

むしろ、さまざまな事象について、学術的や道義的観点から「望ましいこと」「望ましくないこと」は存する訳であり、たとえば内診問題についてみると、「分娩Ⅱ期の内診は医師自ら又は助産師がやるのが望ましい」という見解があり、これは産科関係者の常識といってよい。また、「望ましくない」行為については、行政として厳しく「指導」していく、というのも何ら問題はない。むしろ、行政として積極的に「指導」すべきであろう。

しかしながら、近代国家において「刑事罰を科す」というのは、行政指導とは全く違う次元の問題であるということ認識しておく必要がある。

たとえ学術的や道義的に望ましくないことであっても、国会において犯罪構成要件を決めない限り、犯罪ではない。これが、憲法及び民主主義・議会主義の大原則なの

である。

以上の法理論を踏まえて、分娩Ⅰ期・Ⅱ期の内診問題について検討すると、

- ① 分娩Ⅰ期に看護師が内診することは学術的にも全く問題はない。ましてや刑事責任を問われるなどということはありません
- ② 学術的には、「分娩Ⅱ期の内診は医師自ら又は助産師がやるのが望ましい」といえる。しかしながら、仮にこれに反したとしても刑事罰を科すほどの違法性があるとは考えられない

ということになる。さらに、付け加えると

- ③ 犯罪構成要件は国会で審議して決めるのが近代国家の根本である。厚労省看護課長の通知で犯罪構成要件を決めるような如き行為は、国会軽視であって、民主主義の大原則である「罪刑法定主義」に反するもので断固として認めるわけにはいかない

というべきである。

(4) 医会のスタンスとそれに対する報道

日本産婦人科医会では、これまで、内診問題について様々な声明を出してきているが、平成16年10月8日付要望書の「看護課長通達の撤回を要望する」との内容が基本となっている。

これらについて、マスコミはどのように報道しているのだろうか。

一例として、朝日新聞は、平成18年11月24日の3面で「助産師不足、限界 無資格内診摘発、産科に重圧」というタイトルでこの問題を報道している。

その記事のリードは、「助産師不足で産科施設が揺れている。今夏以降、助産師資格のない看護師に出産時の内診をさせていたとして、横浜市と愛知県豊橋市で、産婦人科医が相次いで保健師助産師看護師法違反容疑で捜査対象となった。24時間365日をカバーするには、1施設最低6人の助産師が必要。足りている施設は全体の4分の1に満たず、無資格内診のすそ野は広い。助産師不足の解消まで10年は掛かると言われる。有効な対策が打ち出せないまま、「いつ警察の捜査を受けるのか」「廃業か」、現場は究極の選択を迫られている」と危機感を強調したもので、「分娩やめる施設、拡大」

「75%が不十分な態勢」「養成へ切り札なく」という小見出しがつづき、その記事の最後の部分を引用すると以下のとおり。

厚労省も来年度から、産科の看護師が働きながら学べる夜間の助産師養成所整備に乗り出す。助産師養成所は現在、全日制コースしかないが、そこに併設することなどを想定。すでに水戸市医師会が名乗りを上げた。

しかし、看護師の高学歴化が進み、助産師養成も大学や短大に移行。98年には47校あった養成所は33校に減っている。山形、群馬、石川、大分など助産師不足が深刻な地域に養成所がなく、偏在対策の有効な切り札にはならない。

日本助産師会の江角二三子事務局長は「現在の助産師教育ですら短すぎるといわれ、2年制の大学院を設けたばかり。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」と警戒する。現在働いていない推定2万6千人の「潜在助産師」の復帰研修充実を、との立場だ。

日本産婦人科医会は8月末、「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欲しい」との声明を出した。

だが、厚労省看護課は「法の解釈を時限的に緩めるわけにはいかない。育成コースの充実以外、方策はない」という。[朝日新聞平成18年11月24日から引用]

この記事を読んだ一般国民はどのような印象を受けるであろうか。

あたかも「産婦人科医会が違法行為を時限的に許して欲しい」と懇願しているように映り、それに対して厚労省看護課が「違法な行為は認めるわけにはいきません」と突っぱねているように読めてしまう。他のマスコミ報道等をも総合すると、多くの国民がそのような構図で本問題を受け止めているように思える。

「罪刑法定主義の大原則を破って、国会を軽視した通達を出した厚労省看護課の行為が大問題」という憲法や民主主義の根幹に関わる一番重要な問題を指摘していないので、立場が入れかわってしまっているのである。

これは戦略的には大きなミステイクと断ぜざるを得ない。

産科医の将来展望をみすえた場合、産科医全体での法務広報戦略のあり方を見直す必要がある。

(5) 結論

以上みてきたとおり、「行政部門が示す法解釈のあり方」については

- ① 行政部門が犯罪構成要件を決めるが如き行為は、憲法の原則さらには民主主義の根幹ともいえる「罪刑法定主義」を踏みにじる行為であって断固として認めてはならないものである。
- ② 時代が「行政による、事前の恣意的通達行政」から「司法部門による、事後の透明かつ公正な判断」へと変わってきている中で、本来なら法改正が必要と思われる事項について、行政部門が課長通達で法解釈を示すというのは異常な事態と断ぜざるを得ない。
- ③ 本来、犯罪構成要件は、国会で審議して決すべきものであり、これを行政部門が独断で決めるというのは国会軽視というべきである。

とまとめることができる。

そして、「内診問題」についてさらに掘り下げると以下のとおりである。

- ① そもそも、行政が一片の通達をもって、犯罪構成要件の法解釈を示すような事態は容認できない。このような通知は、国会軽視でもあり、行政官の責任を厳しく問うべきである。
- ② 内診は明らかに診療の補助行為に該当する。したがって、看護師が行う場合や准看護師が医師又は看護師の指示で行う場合は、原則適法行為と解するのが当然である。
- ③ 学術的な観点からは「分娩Ⅱ期の内診は医師自ら又は助産師がやるのが望ましい」との見解があり、それについては賛成であり徹底すべきである。ただし、これは学術的・道義的なルールであって、これに反しても刑事罰に問うほどの違法性があるとは考えられない。

「行政府が一片の課長通達で犯罪構成要件を決めてしまう」ような異常事態（行政の暴走）に対して、主張すべき正論は行政府に対しても遠慮せず筋を通していくことこそが、産科医の将来展望、ひいては、医療界全体の展望を考える上で極めて重要である。

4章 助産師の就業に関する現状と課題

現在の産科医療現場では、助産師についても医師と同様に深刻な不足の事態が生じている。妊婦が安心して出産できる産科医療の維持向上のために、当面解決していくべき課題について検討を行なった。

助産師とは

わが国の助産師¹⁰ は、保健師助産師看護師法（以下、保助看法）において、「厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子」として規定されている。

なお、本稿では、医療機関で就業し、かつ分娩に携わる助産師を対象に分析している。

¹⁰ 助産師は、従前「産婆」と呼ばれる職業であったが、1899（明治23）年産婆規則および産婆試験規則、ならびに産婆名簿登録規則の公布により、全国的に統一された資格、試験、名簿登録などの基準が設けられた。その後1948（昭和23）年、保健婦助産婦看護婦法（旧保助看法）が制定され、「助産婦」と改称された。助産婦免許は県登録の業務免許から国登録の生涯免許となり、看護教育を基盤とした助産教育制度も導入された。「助産婦」等から「助産師」等への改称を受け、2003年に「保健師助産師看護師法」と改題。

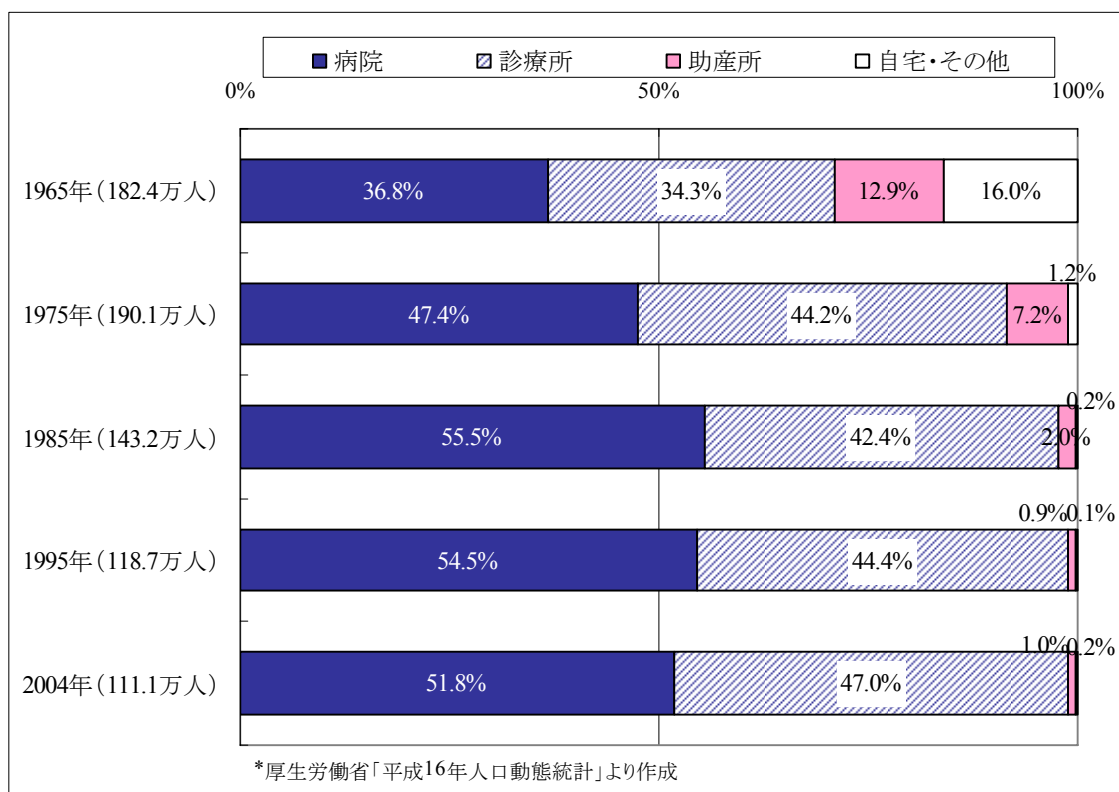
1. 医療機関における分娩ニーズと就業助産師の現状

ここでは、助産師が就業している医療機関における分娩ニーズについて概観する。

(1) 出生場所別にみた出生数構成割合の推移

1965年では、医療機関外の分娩が28.9%（助産所12.9%、自宅・その他16.0%）を占めていたが、2004年には0.2%に減少している。一方、1975年頃から医療機関での分娩が増加し、2004年には全分娩の約99%を占めるまでに至っている。内訳は、病院51.8%（57万5千人）、診療所47.0%（52万2千人）であった。最近のわが国の分娩は、ほとんど医療機関で行なわれていると言っても過言ではない。

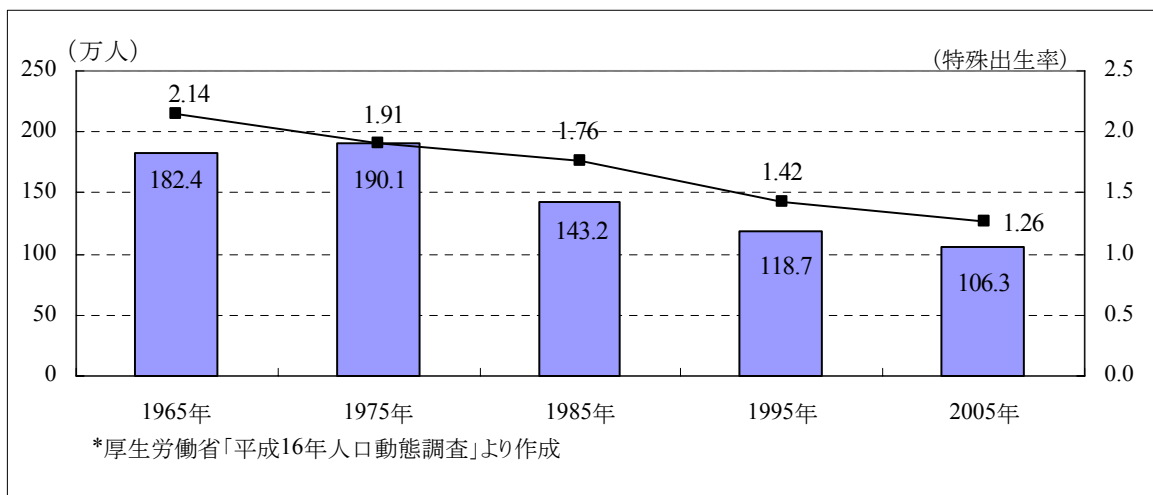
図 78 出生場所別にみた出生数構成割合の推移



(2) 母の出産年齢階級別にみた出生数構成割合の推移

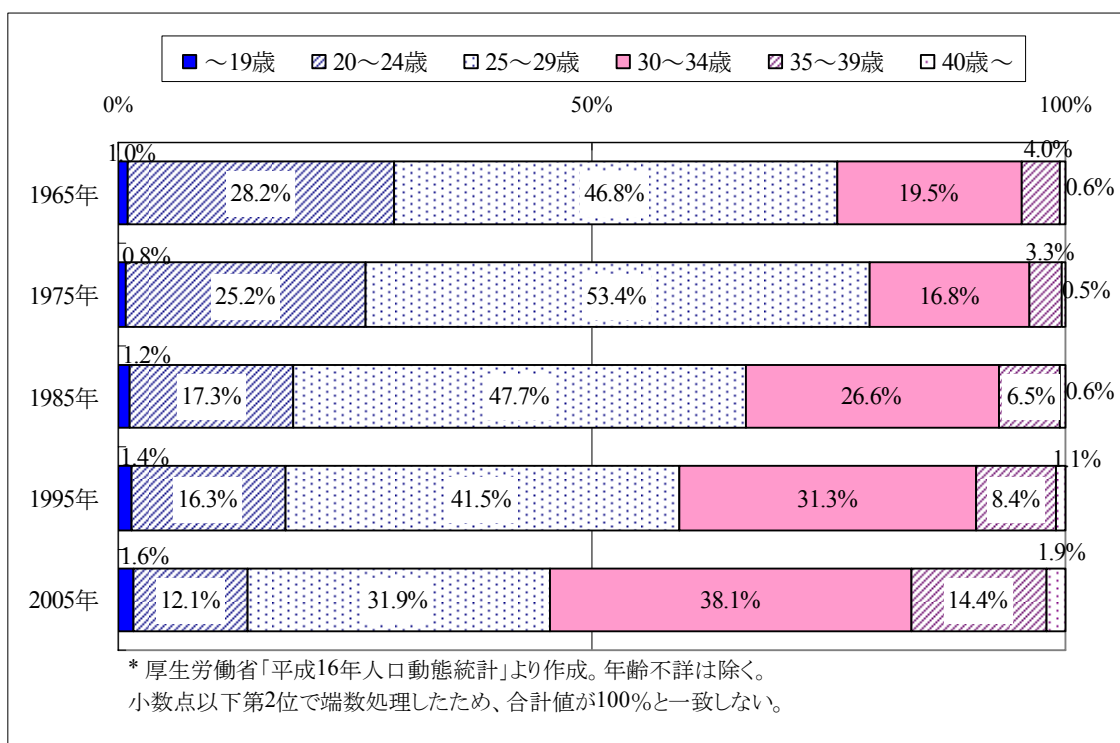
わが国の出生数は、1975年頃の第2次ベビーブーム以降、減少傾向が続いている。2005年の出生数は106.3万人で、合計特殊出生率は1.25にまで低下した。

図 79 わが国の出生数の動向



一方で、最近では、母親の出産年齢が高くなってきている。出生数全体に占める出産年齢30歳以上の母親の割合は、1975年頃の約20%から、2004年には50%超まで増加している。また、出産年齢35歳以上の母親は、2004年の出生数では約15%にまで達している。

図 80 母の出産年齢階級別出生数の動向



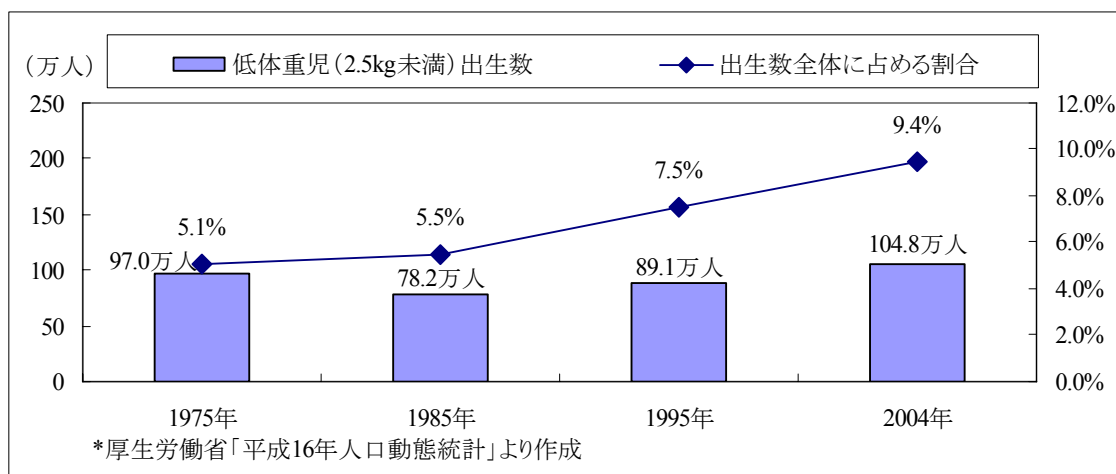
(3) 低体重児の増加

低体重児も近年増加傾向にある。

低体重児とは、出生児の体重が 2,500g に満たない、いわゆる未熟児のことである。出生時に身体・生命機能が十分に成育している場合は問題が少ないが、早産で生まれた場合はそれらの機能が未熟な状態であり、未熟の程度によって様々な合併症をきたす。そのため、在胎 36 週未満の場合には、新生児集中治療室 (NICU) において、治療・療養が行なわれることになる。

第 2 次ベビーブームを迎えた 1975 年度では 97.0 万人 (同年出生総数の 5.1%) であったが、ここ 20 年近くの間には 7.8 万人ほど増加し、2004 年度現在 104.8 万人 (同年出生総数の 9.4%) となっている。

図 81 低体重児出生数の推移



(4) 帝王切開娩出術件数の推移

分娩件数そのものは減少しているが、帝王切開娩出術件数は増加している。

一般病院・診療所を合計した総件数は、1984年の8,528件から2005年には14,779件と約1.7倍になっている。しかも、一般病院および診療所の両方で増加傾向が続いており、2005年の一般病院における分娩数に占める帝王切開娩出術の割合は21.4%、診療所は12.8%である。これは、最近の出産の高年齢化等によるハイリスク分娩の増加に伴う現象の一つとも考えられる。

表 13 帝王切開娩出件数の推移

	一般病院		診療所			
	分娩件数	帝王切開 娩出術 件数 (再掲)	分娩に 占める 割合 (%)	分娩件数	帝王切開 娩出術 件数 (再掲)	分娩に 占める 割合 (%)
1984年	68 452	5 633	8.2	47 671	2 895	6.1
1987年	59 939	5 933	9.9	45 040	2 948	6.5
1990年	53 497	5 981	11.2	35 233	2 919	8.3
1993年	54 065	7 486	13.8	40 347	3 687	9.1
1996年	52 976	7 791	14.7	43 034	4 270	9.9
1999年	50 959	8 852	17.4	40 097	4 571	11.4
2002年	49 629	8 900	17.9	41 498	4 938	11.9
2005年	44 865	9 623	21.4	40 247	5 156	12.8

2. 助産師不足の現状

(1) 分娩に携わる助産師数

厚生労働省「保健・衛生行政業務統計」によれば、2004年度の就業助産師総数は、25,257人であった。そのうち、病院の就業者数が最も多く62.4%（17,539人）、次いで診療所が16.3%（4,111人）、助産所が6.5%（1,654人）、看護師等学校・養成所又は研究機関が4.1%（1,048人）であった。

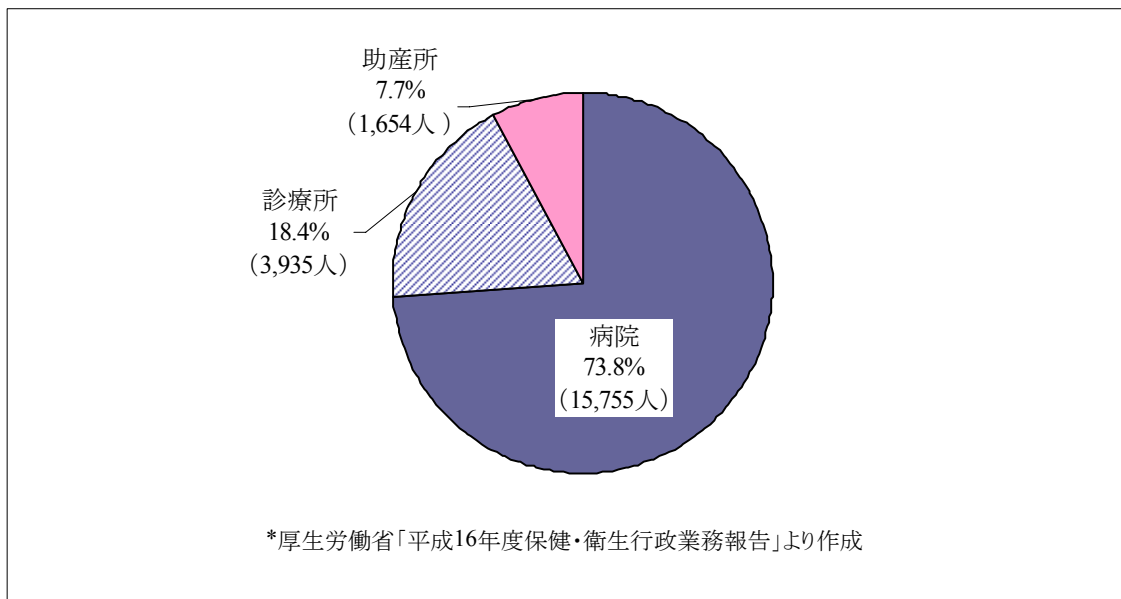
当該統計は、単純に助産師免許取得者としての就業人員の計上であるため、実際に分娩に関わる人員はこれより少ないと考えられるが、おおよそ分娩に携わっている助産師は21,344人で就業助産師総数の84.5%、さらに就業助産師総数の78%に当たる19,710人が医療機関（病院病棟15,755人、有床診療所3,935人）にいると考えられる。

表 14 助産師の就業場所別人数構成

就業場所	就業者数 (人)	構成比
総数	25,257	100.0%
病院	17,539	69.4%
病棟…①	15,755	62.4%
外来	1,246	4.9%
その他	538	2.1%
診療所	4,111	16.3%
有床…②	3,935	15.6%
無床	176	0.7%
助産所…③	1,654	6.5%
開設者	722	2.9%
従事者	205	0.8%
出張のみ	727	2.9%
訪問看護ステーション	12	0.0%
管理者	4	0.0%
従事者	8	0.0%
社会福祉施設	7	0.0%
児童福祉施設	3	0.0%
その他	4	0.0%
保健所又は市町村	708	2.8%
保健所	231	0.9%
市町村	477	1.9%
事業所	13	0.1%
看護師等学校・養成所又は研究機関	1,048	4.1%
その他	165	0.7%
〔再掲〕 分娩に携わっている助産師数	21,344	84.5%

厚生労働省「平成16年度保健・衛生行政業務報告」

図 82 分娩に携わる助産師の構成

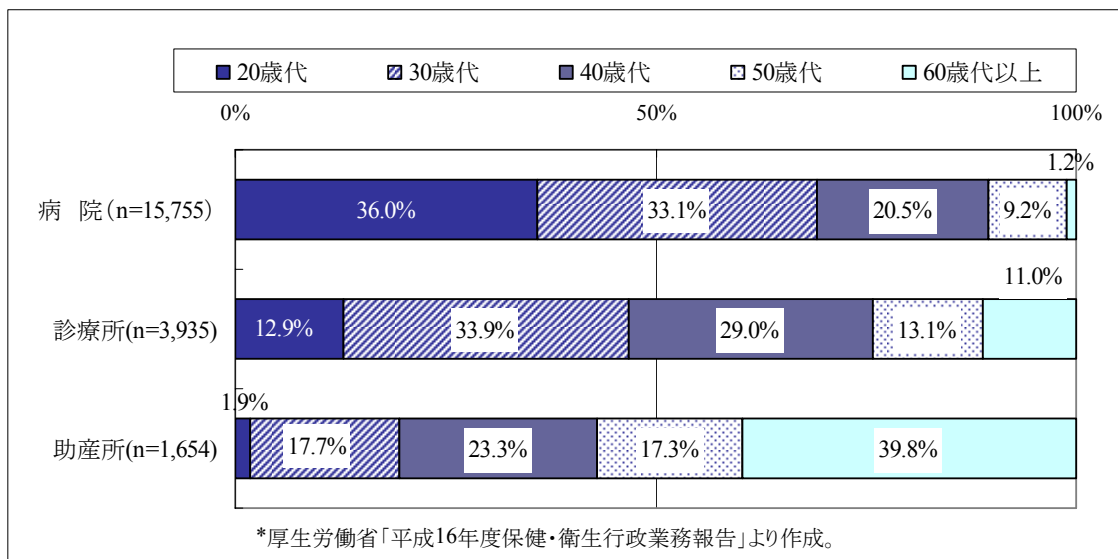


(2) 施設種類別にみた助産師の年齢構成

施設種類別に年齢構成をみた。診療所より病院の方が30歳代までの若い世代の構成比が高くなっている。病院の助産師は、20歳代が最も多く36.0%、次いで30歳代が33.1%の順で、これらの若い世代だけで約7割を占めていた。一方で、診療所では30歳代が最も多く33.9%、次いで40歳代が29.0%の順であり、40歳代以上が半数以上を占めていた。

助産所は60歳代以上が最も多い39.8%であり、次いで40歳代が23.3%の順で、20～30歳代は19.6%であり、医療機関との年齢構成に大きな違いがみられている。

図 83 分娩に携わる助産師の就業場所別にみた年齢階級構成割合



3. 分娩医療機関における助産師不足の現状（2005年度）

ここでは、助産師の充足度を把握した日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」の再分析結果を用いて解説する。同調査は、助産師の不足の実態把握のため、2005年12月末に当会会員医療機関を対象に緊急的に実施された。その際に日医総研が分析を担当し、2006年5月に当会に報告を行ったものである。

なお、同調査の回答医療機関数 2,905 施設、年間分娩総件数 994,590 件で、全国の出生数 1,067,000 人（100.0%）¹¹の 93.2%、全国の分娩取り扱い施設数 3,056 施設¹²の 95% を占める高い有効回答数（率）となっていた。

（1）病院・診療所別にみた助産師必要数と現在数（就業数）の比較

図 84、図 85 は、分析対象施設のうち、助産師の必要数と現在数についての回答が得られた 2,177 施設についての結果¹³である。

病院の必要数は、10.5～15.0 人 21.6%が最も多く、次いで 15.5 人～20.0 人が 15.5%、20.5～30.0 人が 13.1%の順であるが、現在数は 10.5～15.0 人 19.8%、15.5～20.0 人 9.5%、7.5～8.0 人 10.2%の順であった。

診療所の必要数は 5.5～6.0 人が最も多く 14.5%、次いで 4.5～5.0 人 14.5%、6.5～7.0 人 13.0%の順で、現在数は 0.5～1.0 人が最も多く 25.6%、次いで 1.5～2.0 人および 0 人が各々 19.1%であった。

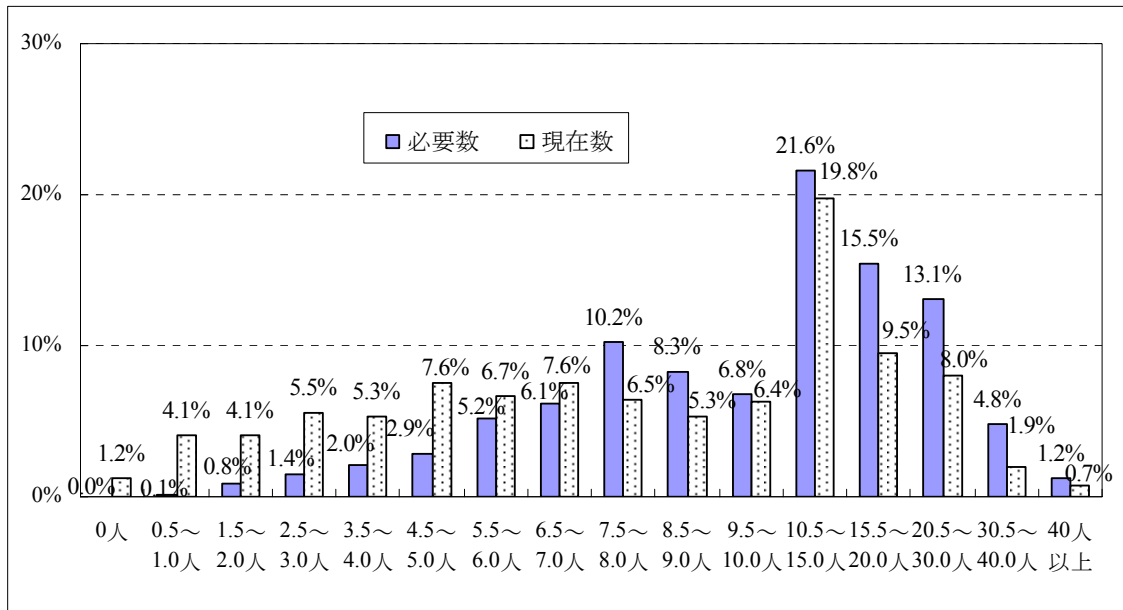
診療所の必要数と現在数の格差が大きくなっていることが確認されている。

¹¹ 厚生労働省「平成 17 年人口動態統計」

¹² 日本産婦人科学会「全国周産期医療データベースに関する実態調査（2005 年）」

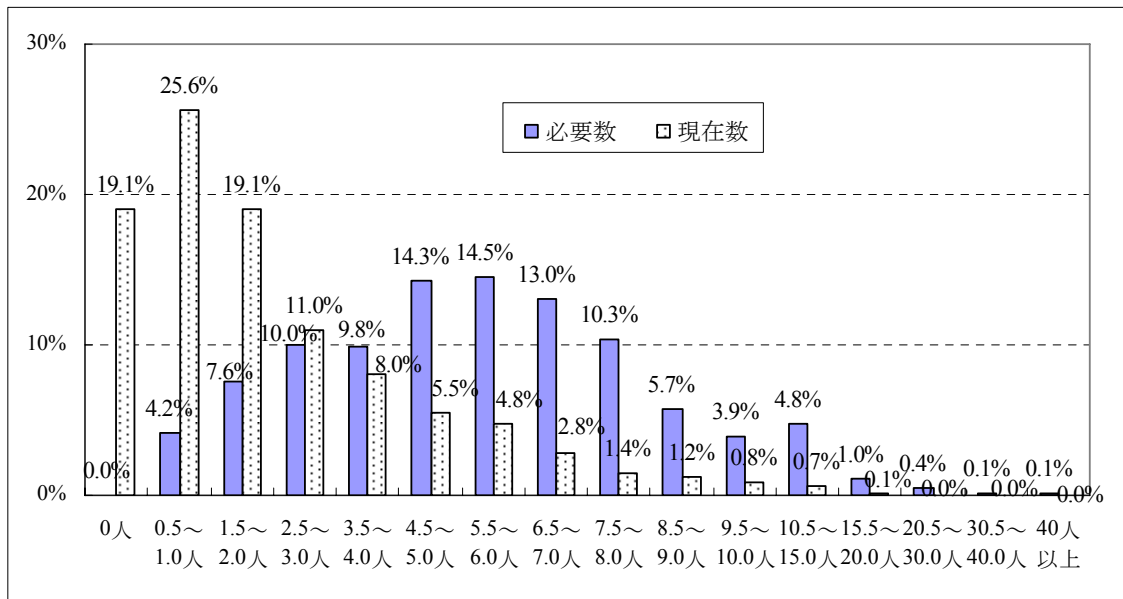
¹³ 分娩を行っているにもかかわらず、必要助産師数を 0 と回答した施設や、現在数が必要数を大きく上回るなど、回答の信頼性に欠けるデータを除いている。

図 84 助産師必要数と現在数の分布（病院 n=834）



日本産婦人科医学会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

図 85 助産師必要数と現在数の分布（診療所 n=1,343）



日本産婦人科医学会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

(2) 助産師充足率区別施設数の分布

表 15 助産師充足区別施設数の分布 は、助産師の必要数と現在数についての回答が得られた計 2,177 の医療機関について¹⁴、個々の助産師充足率¹⁵を算出し分布をみたものである。

病院では分析対象である分娩有りの 1,247 病院の 66.9% (834 施設) が充足していなかった。これらの施設のうち充足率 30%未満の施設数は 6.8%であった。

診療所は 1,658 施設のうち 81.0% (1,343 施設) が充足していなかった。そのうち充足率 30%未満の施設数は 44.9%であった。さらに、充足率 0%の施設は病院・診療所合計の 11.9% (260 施設) を占め、そのうち 9 割以上 (250 施設) が診療所であった。

表 15 助産師充足区別施設数の分布

	病院		診療所		合計		
	分娩有り	構成比	分娩有り	構成比	分娩有り	構成比	
合計	834	100.0%	1,343	100.0%	2,177	100.0%	
充足率区分	0%	10	1.2%	250	18.6%	260	11.9%
	10%未満	1	0.1%	37	2.8%	38	1.7%
	20%未満	19	2.3%	175	13.0%	194	8.9%
	30%未満	27	3.2%	141	10.5%	168	7.7%
	40%未満	28	3.4%	134	10.0%	162	7.4%
	50%未満	41	4.9%	105	7.8%	146	6.7%
	60%未満	89	10.7%	170	12.7%	259	11.9%
	70%未満	139	16.7%	123	9.2%	262	12.0%
	80%未満	187	22.4%	99	7.4%	286	13.1%
	90%未満	187	22.4%	80	6.0%	267	12.3%
100%未満	106	12.7%	29	2.2%	135	6.2%	

日本産婦人科医学会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

助産師の充足率には地域格差が生じている。充足率 30%未満 (0%も含む) の分布を見ると、病院で最も不足しているのは佐賀県で 40.0%、次いで広島県が 21.1%、山梨県、高知県、長崎県が 20.0%などの順であった。診療所で最も不足しているのは山梨県、高知県で 66.7%、次いで岩手県が 65.0%、熊本県が 63.3%、沖縄県、三重県が 60.9%などの順であった (表 16、表 17)。

さらに充足率 0%の施設の構成比をみると、病院 1.2%、診療所 18.6%であった。充足率 0%の診療所を都道府県別にみると、最も不足しているのは山梨県、高知県で 44.4%、次いで香川県 37.5%、島根県 36.4%、佐賀県 36.0%などの順であった (図 88)。

¹⁴ ここでも、分娩を行っているにもかかわらず、必要助産師数を 0 と回答した施設や、現在数が必要数を大きく上回るなど、回答の信頼性に欠けるデータを除いている。

¹⁵ 助産師充足率 (%) = 実際の従事者数 (常勤換算) ÷ 必要助産師数 (常勤換算)

表 16 都道府県別にみた分娩取扱い施設における充足率の分布状況-病院 (n=834)

		施設数				合計	構成割合				
		0%	30%未満	70%未満	100%未満		0%	30%未満	70%未満	100%未満	合計
合計		10	47	297	480	834	1.2%	5.6%	35.6%	57.6%	100.0%
1	北海道	0	0	12	27	39	0.0%	0.0%	30.8%	69.2%	100.0%
2	青森県	0	0	0	7	7	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
3	岩手県	0	0	3	4	7	0.0%	0.0%	42.9%	57.1%	100.0%
4	宮城県	0	1	5	11	17	0.0%	5.9%	29.4%	64.7%	100.0%
5	秋田県	0	0	3	8	11	0.0%	0.0%	27.3%	72.7%	100.0%
6	山形県	0	1	2	6	9	0.0%	11.1%	22.2%	66.7%	100.0%
7	福島県	0	0	9	13	22	0.0%	0.0%	40.9%	59.1%	100.0%
8	茨城県	0	4	15	7	26	0.0%	15.4%	57.7%	26.9%	100.0%
9	栃木県	0	1	6	4	11	0.0%	9.1%	54.5%	36.4%	100.0%
10	群馬県	1	1	5	5	12	8.3%	8.3%	41.7%	41.7%	100.0%
11	埼玉県	0	4	12	11	27	0.0%	14.8%	44.4%	40.7%	100.0%
12	千葉県	0	3	7	16	26	0.0%	11.5%	26.9%	61.5%	100.0%
13	東京都	0	0	15	49	64	0.0%	0.0%	23.4%	76.6%	100.0%
14	神奈川県	0	0	19	34	53	0.0%	0.0%	35.8%	64.2%	100.0%
15	山梨県	0	2	4	4	10	0.0%	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
16	長野県	0	1	2	16	19	0.0%	5.3%	10.5%	84.2%	100.0%
17	静岡県	0	0	6	15	21	0.0%	0.0%	28.6%	71.4%	100.0%
18	新潟県	0	0	2	14	16	0.0%	0.0%	12.5%	87.5%	100.0%
19	富山県	0	1	3	6	10	0.0%	10.0%	30.0%	60.0%	100.0%
20	石川県	0	2	3	12	17	0.0%	11.8%	17.6%	70.6%	100.0%
21	福井県	1	0	5	5	11	9.1%	0.0%	45.5%	45.5%	100.0%
22	岐阜県	0	1	8	5	14	0.0%	7.1%	57.1%	35.7%	100.0%
23	愛知県	2	1	18	27	48	4.2%	2.1%	37.5%	56.3%	100.0%
24	三重県	0	1	6	6	13	0.0%	7.7%	46.2%	46.2%	100.0%
25	滋賀県	0	1	7	3	11	0.0%	9.1%	63.6%	27.3%	100.0%
26	京都府	0	1	13	14	28	0.0%	3.6%	46.4%	50.0%	100.0%
27	大阪府	0	2	17	30	49	0.0%	4.1%	34.7%	61.2%	100.0%
28	兵庫県	0	3	7	21	31	0.0%	9.7%	22.6%	67.7%	100.0%
29	奈良県	0	0	3	6	9	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
30	和歌山県	0	0	3	6	9	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
31	鳥取県	0	0	1	3	4	0.0%	0.0%	25.0%	75.0%	100.0%
32	島根県	1	0	5	5	11	9.1%	0.0%	45.5%	45.5%	100.0%
33	岡山県	0	2	7	9	18	0.0%	11.1%	38.9%	50.0%	100.0%
34	広島県	0	4	5	10	19	0.0%	21.1%	26.3%	52.6%	100.0%
35	山口県	2	0	9	5	16	12.5%	0.0%	56.3%	31.3%	100.0%
36	徳島県	0	0	3	5	8	0.0%	0.0%	37.5%	62.5%	100.0%
37	香川県	1	0	6	6	13	7.7%	0.0%	46.2%	46.2%	100.0%
38	愛媛県	0	0	3	6	9	0.0%	0.0%	33.3%	66.7%	100.0%
39	高知県	0	1	2	2	5	0.0%	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
40	福岡県	0	1	5	12	18	0.0%	5.6%	27.8%	66.7%	100.0%
41	佐賀県	1	1	1	2	5	20.0%	20.0%	20.0%	40.0%	100.0%
42	長崎県	0	3	6	6	15	0.0%	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
43	熊本県	0	1	4	1	6	0.0%	16.7%	66.7%	16.7%	100.0%
44	大分県	1	1	6	3	11	9.1%	9.1%	54.5%	27.3%	100.0%
45	宮崎県	0	0	4	4	8	0.0%	0.0%	50.0%	50.0%	100.0%
46	鹿児島県	0	1	1	4	6	0.0%	16.7%	16.7%	66.7%	100.0%
47	沖縄県	0	1	9	5	15	0.0%	6.7%	60.0%	33.3%	100.0%

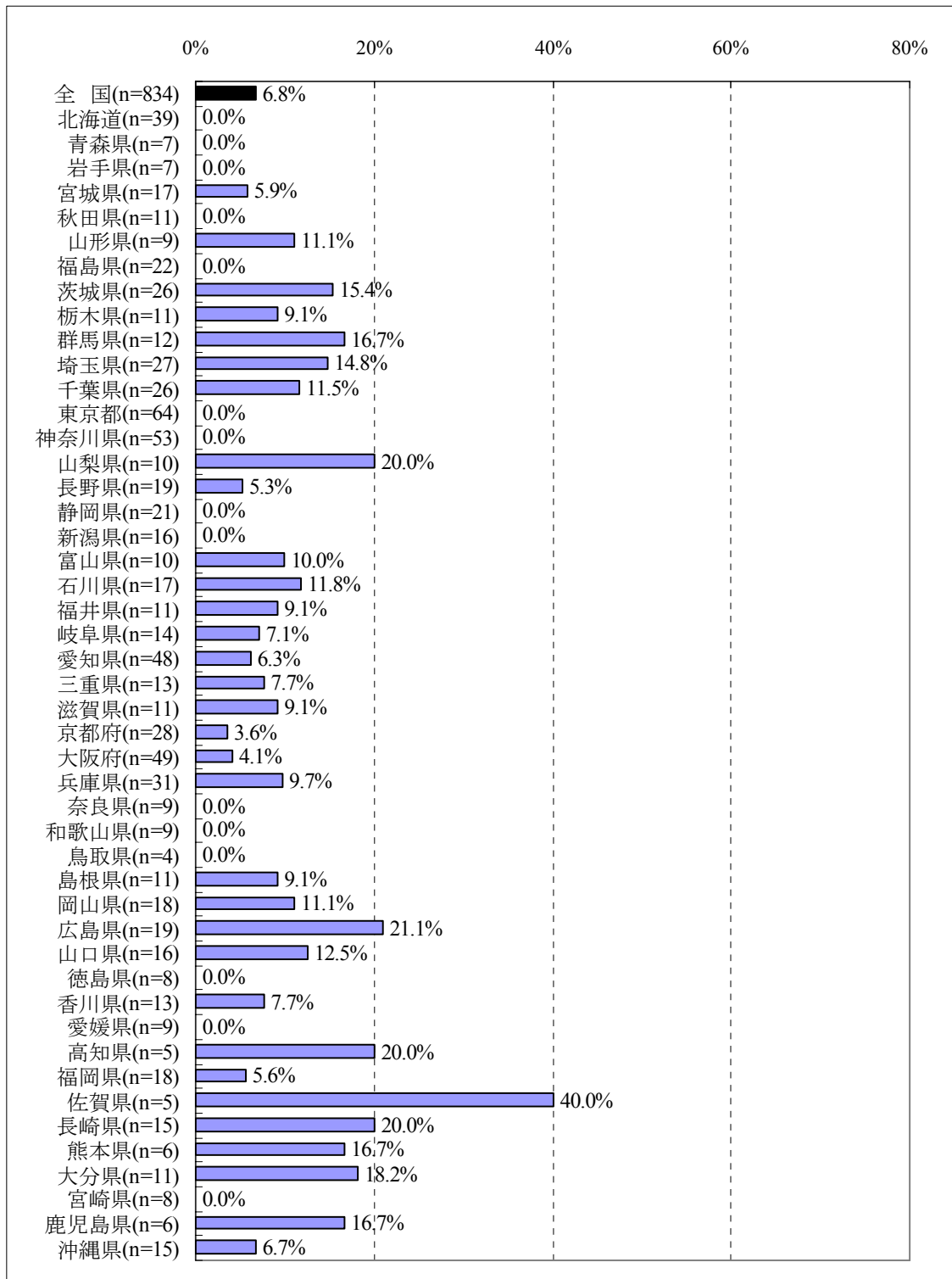
日本産婦人科医学会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

表 17 都道府県別にみた充足率の分布状況-診療所 (n=1,343)

	施設数					構成割合				
	0%	30%未満	70%未満	100%未満	合計	0%	30%未満	70%未満	100%未満	合計
合計	250	353	532	208	1,343	18.6%	26.3%	39.6%	15.5%	100.0%
1 北海道	2	3	11	9	25	8.0%	12.0%	44.0%	36.0%	100.0%
2 青森県	5	4	6	1	16	31.3%	25.0%	37.5%	6.3%	100.0%
3 岩手県	4	9	7	0	20	20.0%	45.0%	35.0%	0.0%	100.0%
4 宮城県	4	5	9	5	23	17.4%	21.7%	39.1%	21.7%	100.0%
5 秋田県	2	3	4	2	11	18.2%	27.3%	36.4%	18.2%	100.0%
6 山形県	6	2	8	1	17	35.3%	11.8%	47.1%	5.9%	100.0%
7 福島県	3	13	10	1	27	11.1%	48.1%	37.0%	3.7%	100.0%
8 茨城県	8	8	11	3	30	26.7%	26.7%	36.7%	10.0%	100.0%
9 栃木県	6	8	8	4	26	23.1%	30.8%	30.8%	15.4%	100.0%
10 群馬県	5	12	11	2	30	16.7%	40.0%	36.7%	6.7%	100.0%
11 埼玉県	8	15	18	7	48	16.7%	31.3%	37.5%	14.6%	100.0%
12 千葉県	10	17	27	15	69	14.5%	24.6%	39.1%	21.7%	100.0%
13 東京都	15	12	30	14	71	21.1%	16.9%	42.3%	19.7%	100.0%
14 神奈川県	7	12	26	12	57	12.3%	21.1%	45.6%	21.1%	100.0%
15 山梨県	4	2	3	0	9	44.4%	22.2%	33.3%	0.0%	100.0%
16 長野県	4	1	6	4	15	26.7%	6.7%	40.0%	26.7%	100.0%
17 静岡県	6	18	16	9	49	12.2%	36.7%	32.7%	18.4%	100.0%
18 新潟県	3	7	4	6	20	15.0%	35.0%	20.0%	30.0%	100.0%
19 富山県	2	5	4	2	13	15.4%	38.5%	30.8%	15.4%	100.0%
20 石川県	1	2	5	0	8	12.5%	25.0%	62.5%	0.0%	100.0%
21 福井県	4	2	7	1	14	28.6%	14.3%	50.0%	7.1%	100.0%
22 岐阜県	5	11	9	3	28	17.9%	39.3%	32.1%	10.7%	100.0%
23 愛知県	11	25	38	14	88	12.5%	28.4%	43.2%	15.9%	100.0%
24 三重県	7	7	7	2	23	30.4%	30.4%	30.4%	8.7%	100.0%
25 滋賀県	3	3	11	4	21	14.3%	14.3%	52.4%	19.0%	100.0%
26 京都府	6	4	10	6	26	23.1%	15.4%	38.5%	23.1%	100.0%
27 大阪府	6	9	30	23	68	8.8%	13.2%	44.1%	33.8%	100.0%
28 兵庫県	13	17	20	7	57	22.8%	29.8%	35.1%	12.3%	100.0%
29 奈良県	1	4	7	1	13	7.7%	30.8%	53.8%	7.7%	100.0%
30 和歌山県	1	1	9	1	12	8.3%	8.3%	75.0%	8.3%	100.0%
31 鳥取県	1	1	5	1	8	12.5%	12.5%	62.5%	12.5%	100.0%
32 島根県	4	2	3	2	11	36.4%	18.2%	27.3%	18.2%	100.0%
33 岡山県	4	6	9	2	21	19.0%	28.6%	42.9%	9.5%	100.0%
34 広島県	6	8	15	1	30	20.0%	26.7%	50.0%	3.3%	100.0%
35 山口県	1	5	11	2	19	5.3%	26.3%	57.9%	10.5%	100.0%
36 徳島県	5	3	6	0	14	35.7%	21.4%	42.9%	0.0%	100.0%
37 香川県	3	2	3	0	8	37.5%	25.0%	37.5%	0.0%	100.0%
38 愛媛県	7	5	8	3	23	30.4%	21.7%	34.8%	13.0%	100.0%
39 高知県	4	2	2	1	9	44.4%	22.2%	22.2%	11.1%	100.0%
40 福岡県	14	20	30	14	78	17.9%	25.6%	38.5%	17.9%	100.0%
41 佐賀県	9	5	8	3	25	36.0%	20.0%	32.0%	12.0%	100.0%
42 長崎県	5	12	15	3	35	14.3%	34.3%	42.9%	8.6%	100.0%
43 熊本県	9	10	7	4	30	30.0%	33.3%	23.3%	13.3%	100.0%
44 大分県	1	4	13	5	23	4.3%	17.4%	56.5%	21.7%	100.0%
45 宮崎県	2	12	9	2	25	8.0%	48.0%	36.0%	8.0%	100.0%
46 鹿児島県	7	7	8	5	27	25.9%	25.9%	29.6%	18.5%	100.0%
47 沖縄県	6	8	8	1	23	26.1%	34.8%	34.8%	4.3%	100.0%

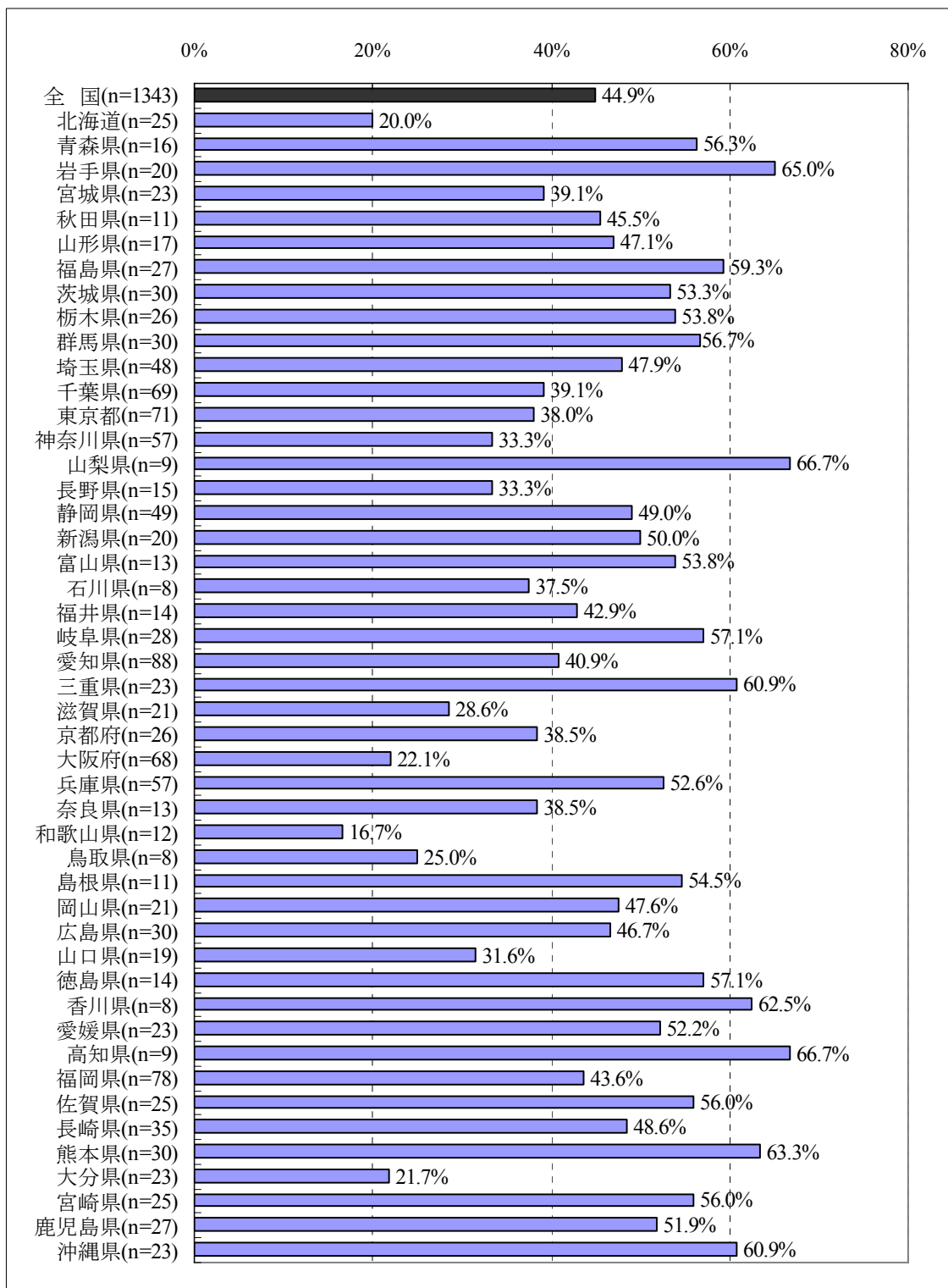
日本産婦人科医学会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

図 86 都道府県別にみた充足率 30%未満施設の分布状況-病院 (n=834)



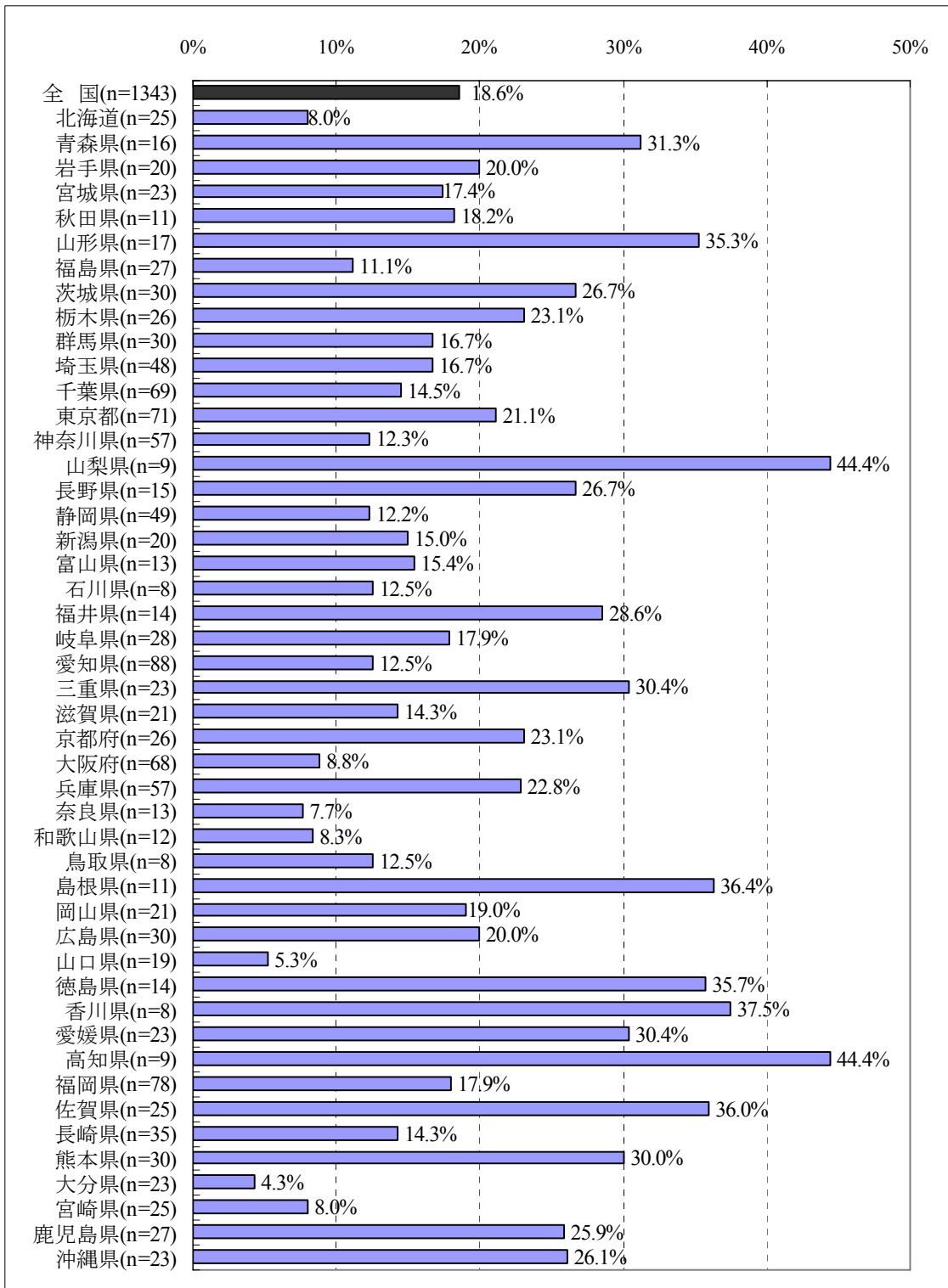
日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

図 87 都道府県別にみた充足率 30%未満施設の分布状況-診療所 (n=1,343)



日本産婦人科医学会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

図 88 都道府県別にみた充足率 0%未満施設の分布状況-診療所 (n=1,343)



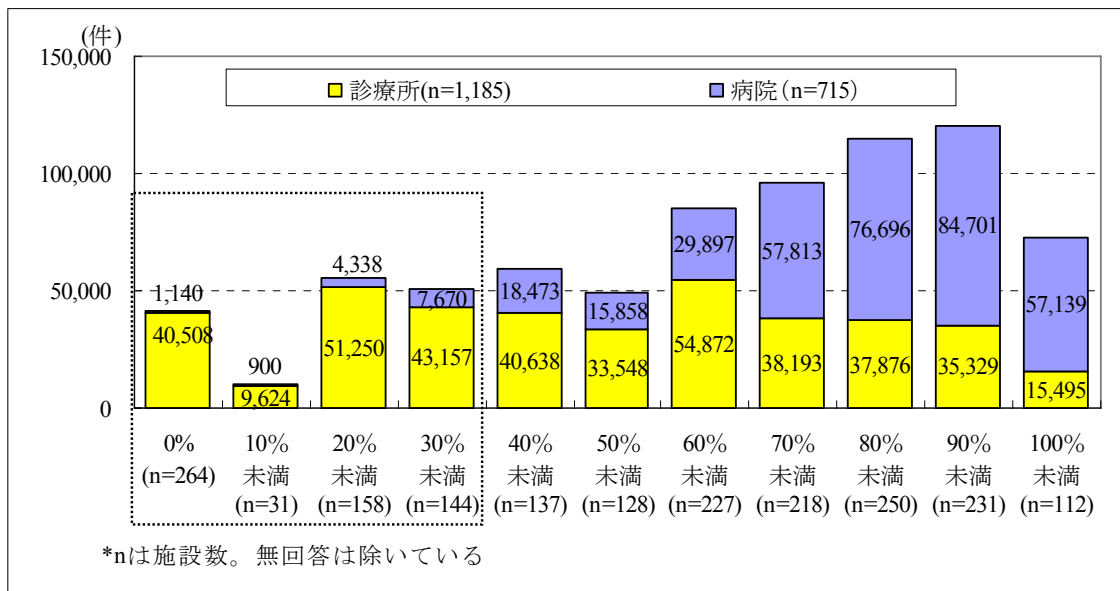
日本産婦人科医学会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

(3) 助産師充足率区別にみた年間分娩数の分布

図 89 は、分析に必要な項目に回答のあった助産師非充足医療機関 1,900 施設（病院 715 施設、診療所 1,185 施設）における年間分娩件数 755,155 件（病院 345,625 件、診療所 400,490 件）の分布を示したものである。

その結果、充足率 30%未満の医療機関 597 施設（病院 48 施設、診療所 549 施設）において、年間計 158,587 件（内訳は病院 14,048 件、診療所 144,539 件）もの分娩が行なわれている事実が判明した。産科医にとっては臨床上負担が大きく、妊産婦にとっては安心して分娩できる状態とは程遠い状況である。

図 89 助産師充足率区別にみた分娩数の分布 (n=1,900)



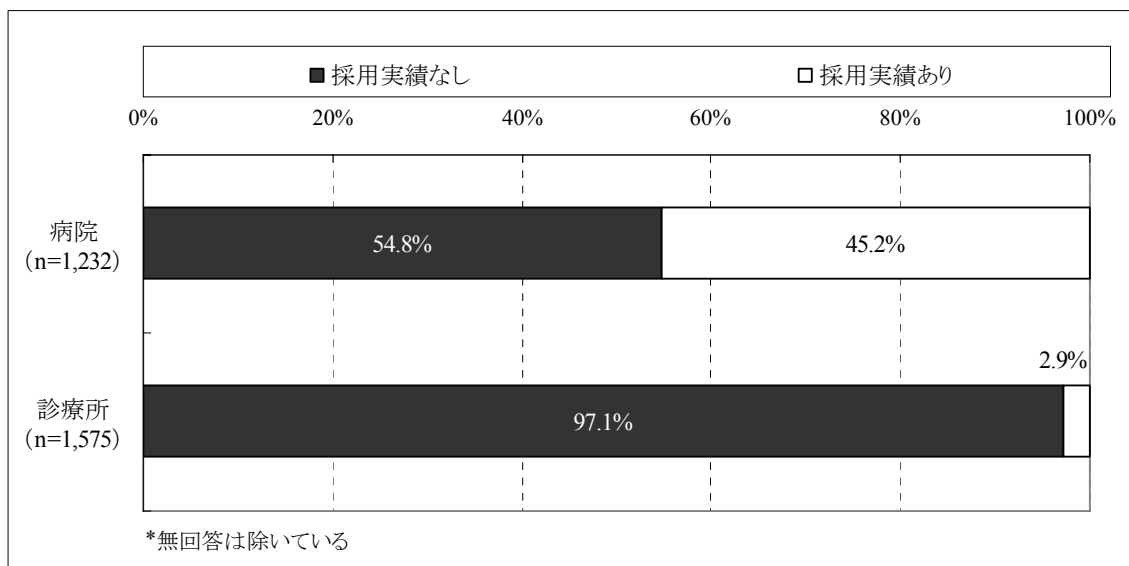
日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

(4) 助産師の採用・募集状況

a. 2005 年度の新卒採用実績

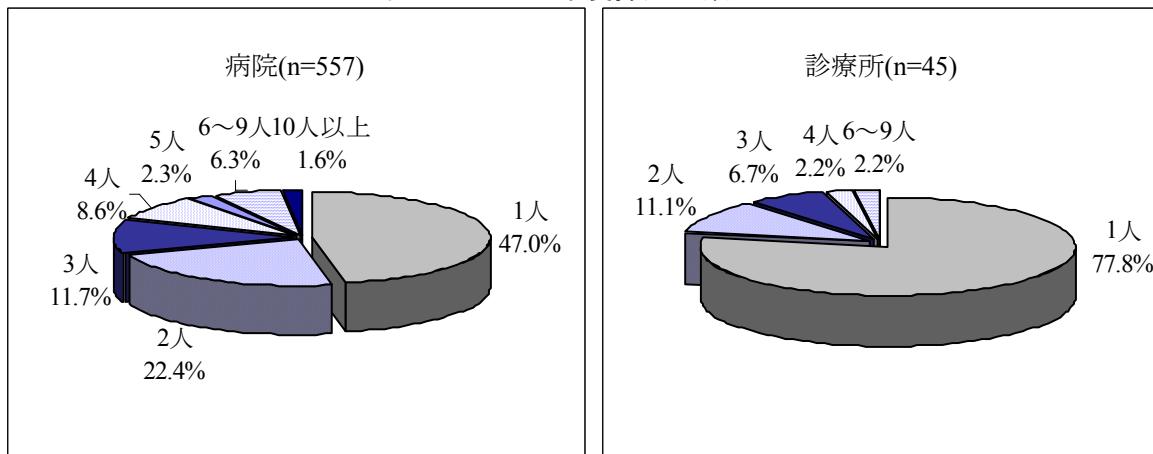
分娩施設において 2005 年度新卒の採用状況をみると、病院では採用実績なしが 54.8%と、採用実績ありを 9.6 ポイント上回っていた。一方、診療所では採用実績なしが 97.1%で、採用実績があったのは、わずか 2.9%（45 施設）であった。また、診療所の採用実績あり施設の採用人数は、8 割弱が採用 1 人であったが、一方で採用 3 人以上の施設も約 1 割存在した。

図 90 2005 年度の新卒採用実績



日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

図 91 2005 年度採用人数

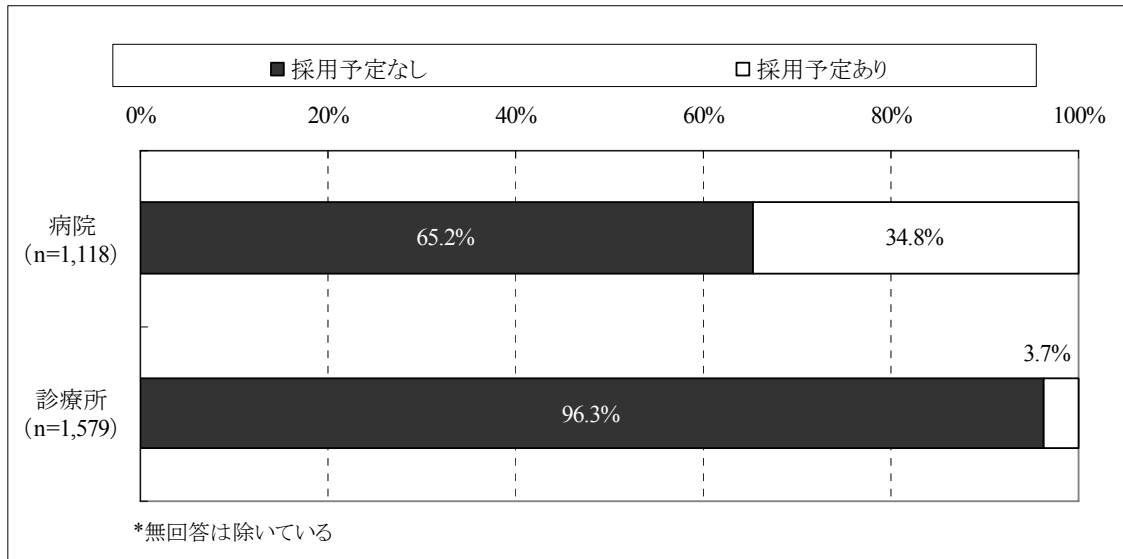


日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

b. 2006 年度の新卒採用予定

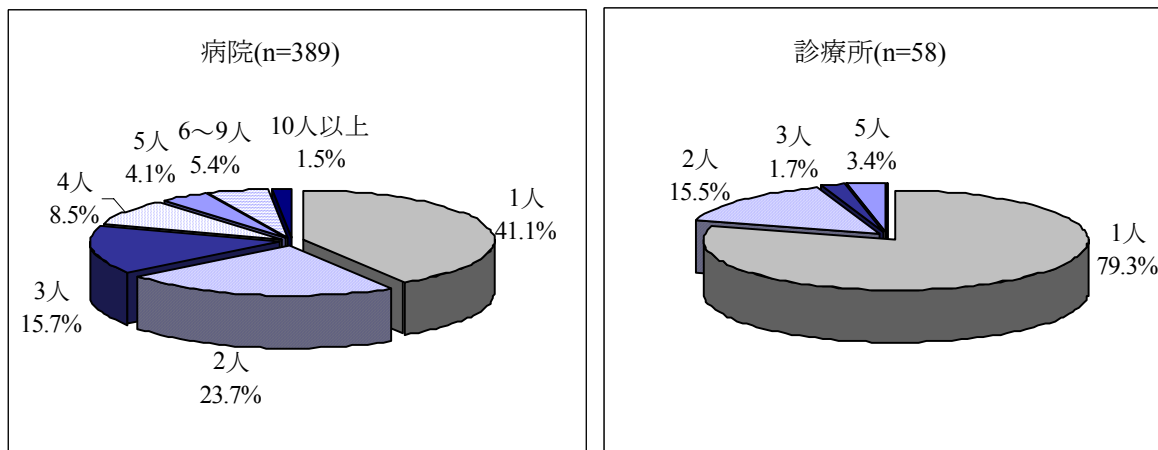
2006 年度の新卒採用予定をみると、採用予定ありと回答した病院は 34.8%、診療所は 3.7%であり、診療所は 2005 年時の採用実績の傾向と同じく、低いものであった。

図 92 2006 年度の新卒採用予定



日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

図 93 2006 年度採用予定人員



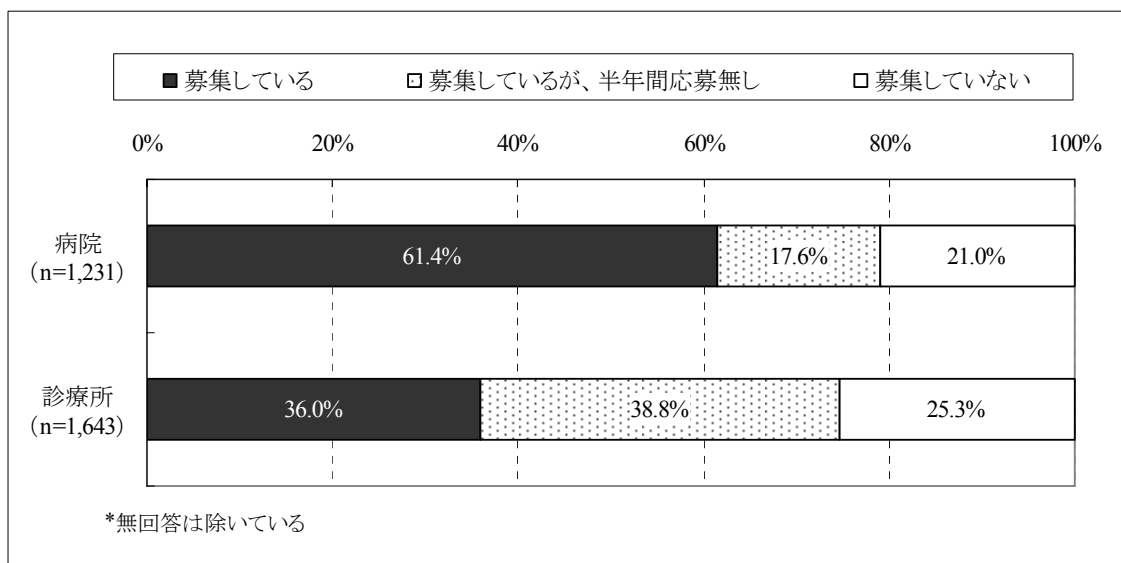
日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

c. 助産師募集

さらに、分娩医療機関における助産師募集状況についてみると、病院も診療所もほぼ 8 割が助産師の募集をしているにも関わらず、半年間応募が無いと回答した病院が 17.6%、診療所では 38.8%も存在した。

病院も診療所も明らかに助産師不足の状況下でありながらも、助産師応募は病院に偏在しており、診療所での助産師確保の困難さがここでも明らかになっている。

図 94 分娩施設種類別にみた助産師募集状況

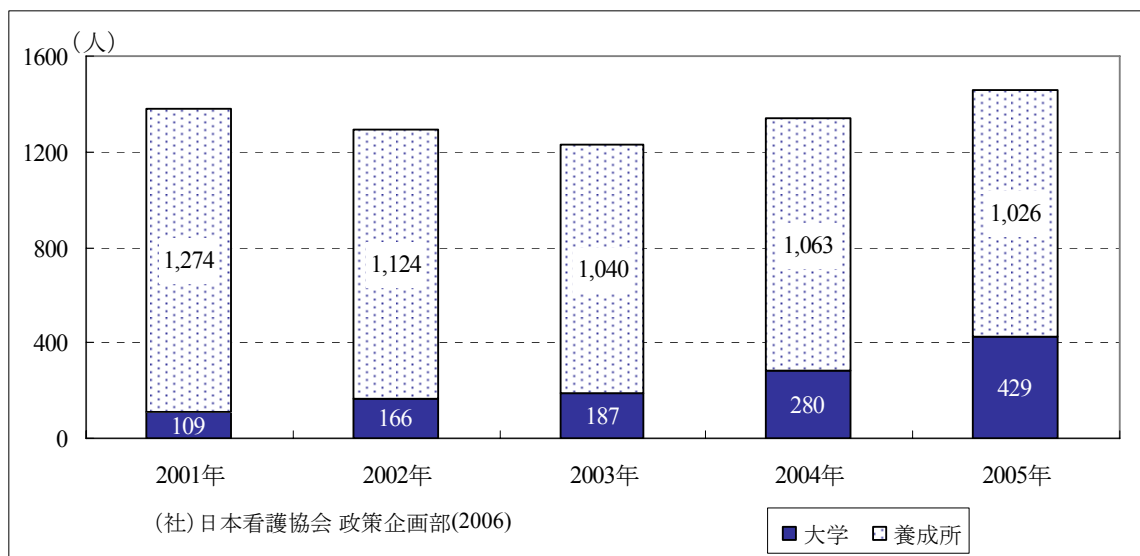


日本産婦人科医会「助産師就業実態緊急調査」(2006)

(5) 助産師不足の最大の要因

このように、採用に関する状況や募集に対する応募状況などが芳しくないのは、無理からぬことである。なぜなら、現在、助産師養成所や大学などの142の教育機関で養成されている(2003年度)助産師数は、毎年1,200人超程度で推移しており、2005年現在でも全国1,465人という規模にとどまっているためである。

図 95 助産師養成課程別の年次推移



第2章で結果を示した「産科調査」の中で、医療スタッフにおける課題についての設問に対する回答(複数回答)として、「助産師を雇用したいが助産師が不在」が75.7%で最も多く、次いで「看護師の内診禁止を問題視」58.5%の順となっており、ここでも助産師が足りない現状が、現場の実感として強く表れている。

4. 結果のまとめ

1. 医療機関における分娩ニーズと就業助産師の現状

- (1) 少子化社会を迎え、出生数が減少している現在でも、女性の出産年齢の高まりに伴い、リスクの高い分娩が実数として増えている。近年では、ほとんどの分娩は医療機関で行なわれている。
- (2) 2004年度現在、わが国の医療機関において分娩に携わっている助産師は、厚生労働省統計「保健・衛生行政業務報告」による約2万人（そのうち病院1.6万人、診療所0.4万人）と推測されるが、実際の人員は、これよりも少ないと考えられる。
- (3) 女性職種である助産師は、就業継続過程において結婚・出産・育児をきっかけに社会生活における変化や制約を受けやすいと考えられる。育児等の家庭機能の負担を大きく担う30～40歳の助産師は、病院53.6%、診療所62.9%であった。

2. 助産師不足の現状

- (4) 病院、診療所ともに助産師不足の施設は多い。日本産婦人科医会調査では、2005年12月現在、少なくとも66.9%の病院と81.0%の診療所で助産師の不足が生じていた。また、助産師充足率30%未満の医療機関597施設（病院48施設、診療所549施設）で年間計158,587件（内訳は病院14,048件、診療所144,539件）もの分娩が行なわれている事実が判明しており、助産師の不足度はもはや看過できない状況となっている。
- (5) 新卒採用実績・予定および募集に対する応募状況などをみても、助産師の確保が困難であることが明らかになっている。特に診療所では求人に対する応募が芳しくない。
- (6) このような助産師不足が窮状に陥った最大の理由は、現在の助産師の養成数そのものが小規模となっているためである。年間2,000人にも満たない養成数では、少なくとも看護師の内診禁止という前提では、助産師の必要数を確保することは将来にわたって困難となる。

5. 結論

第3章2にて論じられている法的問題、すなわち看護師の内診禁止にかかる通知の解釈によっては、今後の助産師の必要数は変わりうる可能性はある。しかしながら、本稿では、妊産婦にとって安心して出産できる産科医療を提供する産科医療チームの一員として助産師業務は不可欠であるという視点に立ち、助産師不足の現状と課題を整理した。産科医療機関において、今後の助産師不足を解決するため、次のように提案したい。

(1) 助産師の養成は、養成と再教育の両方向からの助産師増員対策を

助産師不足の最大の要因は、分娩に携わることのできる助産師の絶対数の不足にある。特に、診療所の助産師不足は、病院以上に深刻である。第2章の「産科調査」の結果として、診療所の医療スタッフにおける課題についての設問に対する回答（複数回答）として、「助産師を雇用したいが助産師が不在」が75.7%で最も多く、また、地域による不足度の差異が大きい。そこで、今後の新卒助産師養成については社会人が受講可能な夜間のカリキュラムなど多様な受講体制を提供していく必要がある。

また再教育については、実務から遠ざかっているが復帰の希望のある資格保有者（分娩や産科から遠ざかった人、現在離職している人など）に対し、産科医療機関に現役復帰してもらえるような仕組みを構築していく必要がある。

表 18 助産師の新たな養成に関する主な取り組み例

<p>水戸市医師会 夜間助産師学校（2007年4月～） 同医師会看護学校の活用として全国初の夜間助産師学校。 教育期間は1年間。20名の受け入れ。</p> <p>1. 沖縄県助産技術研修（2007年2月～3月） 現場から長期離れ、現場復帰を希望する助産師約15名を対象に実施。分娩介助や新生児の救急対応等講義および5例以上の分娩介助実施等履修基準を満たした者に修了を交付。</p> <p>3. 「医師会立看護学校・養成所に助産師養成夜間部定時コースの新設」 高崎市医師会（高崎市医師会立高崎助産師学院）、長崎市医師会、外2校2008年4月の定時制助産師養成コース開設に向けて準備中</p>

表 18 に示したように、地域の実情に合せた助産師養成の新たな取り組みが始まっている。2008 年 4 月より医師会立看護師・准看護師養成所に助産師養成定時制コースを併設する群馬県高崎市医師会等の取り組みは、医療現場が医師側から養成を手がけなければならないほど助産師不足に窮していることを象徴していると考えられる。地域の事情にもとづいた養成・再教育制度の導入が一層拡大していくことを期待したい。

また、養成基盤の充実と並行して、助産師と医療機関とのマッチングがスムーズに共有できるような地域単位の仕組みの構築も必要であろう。

(2) 就業助産師の定着を図る

助産師は女性に限定された職種であり、就業継続過程において、産科医療特有の勤務体制に合わせた就業は、結婚・出産・育児をきっかけとした退職や転職など、社会生活における変化や制約を受けやすいと考えられる。また、医療機関における助産師の年齢構成を見ると、半数以上は出産や育児を担う年齢に該当する。現在のような助産師不足の状況下では、分娩に携わる助産師が継続して就業できるよう、勤務条件等の整備も必要であろう。柔軟な勤務体制や、給与待遇など労務環境における待遇改善が求められる。

(3) 必要なスタッフ確保のための経済的支援策の必要性

産科医不足は、助産師不足に影響していることが判明した。

診療所で助産師が充足している施設では、医師が充足していると回答した施設が半数以上であるが、不足している施設では 2 割弱となり、医師が常時不足と回答した施設が半数を占めていた。病院の不足感は、診療所より強く、助産師が充足している施設で 19.8%、不足している施設で 10.4%となっている一方で、医師が常時不足と回答した施設は、各々 59.3%、72.8%となっていた。これらの結果に対し、Mann-Whitney U 検定を行なった結果、診療所も病院もともに高い確率で有意差があることが検証された。

図 96 助産師確保に関する意識の充足・不足別にみた医師の充足程度-病院

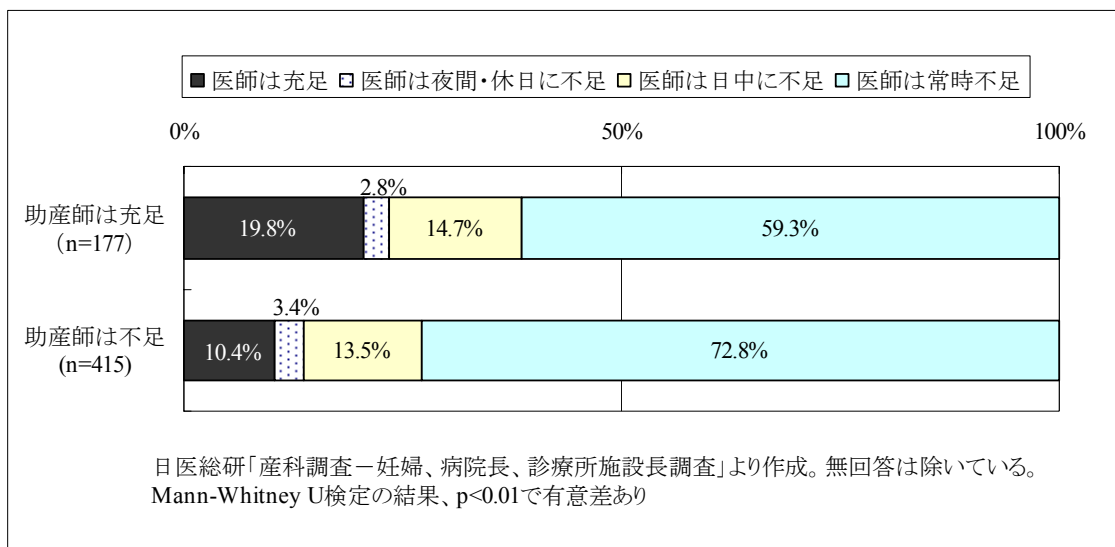
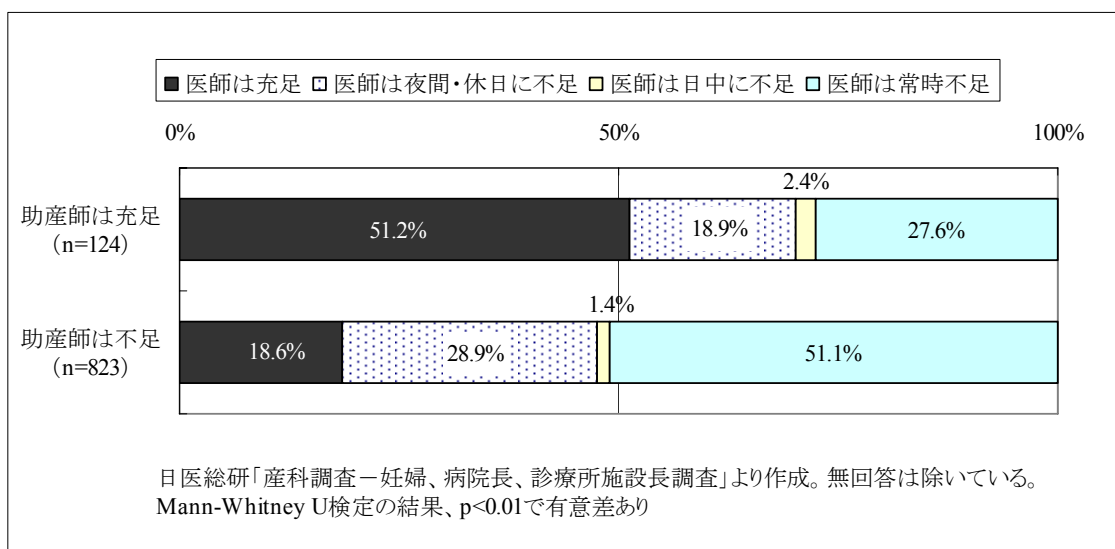


図 97 助産師確保に関する意識の充足・不足別にみた医師の充足程度-診療所



上記の結果は、以下のように解釈できる。

第 1 に、助産師不足の施設では、医師と助産師の両方が不足していることから、医療機関に医療スタッフを確保するだけの経済的なゆとりがないと考えられる。

第 2 に、医師の存在が、助産師の臨床上のやりがいや安心感に通じている可能性があるという見方である。

助産師は、正常分娩の経過においては医師の指示の下で主体的に分娩に関わることができる。しかしながら、先に述べたように、近年ではリスクの高い分娩が増えてい

るため、分娩時の母子の状態変化に合わせた的確な判断が求められる。医師との協働業務の必要性は一層高まっている状況と考えられ、両者は安心して業務を遂行する上でお互いに必要な関係であると考えられる。そのため、医師確保がままならない医療機関よりも、産科としてのチーム医療体制が確立した職場で、安心してやりがいを持って仕事をしたいと考えるのではないだろうか。

このように、助産師は当該職種だけの問題ではなく、産科医確保とも密接に関係していることが判明しており、医療機関における分娩ニーズは今後も高いと考えられる。したがって、ここでは「安心してお産ができる場所」として望ましい産科医療体制が取れるよう、経済的な支援策が不可欠な段階にきていることを強調しておきたい。

5章 海外報告

1. 米国の出産・分娩初期における看護師・看護助産師の役割

1. 調査の背景と目的

(1) 日本における背景

第二次世界大戦直後まで、日本の妊産婦死亡率は出生 10 万件あたり 161.2 と、比較的高い割合であった¹⁶。周産期死亡率¹⁷は、1980 年時点で出産千件あたり 21.6 であったが、その後両者とも大きく下がり、2003 年には世界で最も低い水準を達成した(妊産婦死亡率：出生 10 万件あたり 6。周産期死亡率出産千件あたり 5.3)¹⁸。また、乳児死亡率(出産千対 2.8)は北欧諸国と並び、世界で最も低い割合となっている。

その主な要因として、近現代の関連法整備(「母子保護法」1938 年、「優生保護法」1948 年)、行政機関の整備(厚生省設置、1938 年)等が指摘されている¹⁹。また、厚生省(現厚生労働省)は「保健師助産師看護師法(1948 年)」を制定し、江戸時代以来、開業が制度化されていた助産師の研修等を新たに開始した。

分娩場所に関しては、1960 年代以降、自宅分娩から施設分娩に移行し、現在、日本における殆ど(99.8%)は産科医療機関で行われている(1998 年)²⁰。

一方、以前から指摘されている看護師不足に加え、昨今、産科医療機関における助産師不足²¹、産婦人科医の減少から、出産・分娩における医療の質(quality of care)の確保・向上についての課題が指摘されている。

(2) 調査の目的

そこで、緊急調査として米国を例に取り、出産・分娩期、とりわけ分娩第一期における看護師・看護助産師の役割を概観する。とくに、医療の質を向上させるため、どのような医療の基準(standard of care)が定められ、いかに臨床が行われているのか、文献調査と米国産科医療従事者への聞き取り調査から検討する。

(3) 用語の定義

本章の米国調査で用いる用語の定義は次の通りである。

¹⁶ 1950 年。

¹⁷ 妊娠満 28 週以後の死産数に早期新生児死亡数を加えたものを出生数で除したもの(厚生労働省定義)。

¹⁸ 「産科における看護師等の業務についての意見」日本産婦人科医会、2005 年 9 月 5 日。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0905-7f.html>

¹⁹ 国際協力機構『日本の保健医療の経験』2004 年。

²⁰ 母子衛生研究会『母子保健の主なる統計平成 14 年度』2003 年。

²¹ 日本医師会総合政策研究機構 調査結果 2005 年。

① 看護師

正看護師(registered general nurse)と准看護師(licensed practical nurse)²²に分類される。本調査の焦点は分娩第一期の内診であることから、その実施資格のある正看護師を主たる対象とし、本章では単に“看護師“と記載する。

なお、米国の看護師免許は各州で取得する仕組みとなっており²³、多くの州が更新期限を設けている。また、産科看護師の場合、例えばカリフォルニア州の多くの病院で、新生児蘇生、上級レベルの分娩時・胎児モニタリング(Advanced Fetal Monitoring)の資格保有が求められている。

② 看護助産師 (CNM: Certified Nurse Midwife)

米国の助産師は3種類に分類される。看護助産師は、看護師が大学院レベルの助産師教育を受け助産師免許を有した、専門性の高いAdvanced practice nurseと位置づけられている。

看護助産師になるには、米国看護助産師協会(American College of Nurse-Midwives: ACNM)が認可した全米43の教育機関のいずれかで教育を受け、免許を取得する必要がある。これらの機関のうち、39校は修士課程、4校は学士号取得後資格プログラム(Post-baccalaureate certificate programs)である。全米において看護助産師による助産が認められており、33州では看護助産師介助による出産・分娩への健康保険適用を義務付けている(2004年)²⁴。また、48州と首都(ワシントンDC)は、看護助産師に処方箋を出す権限を与えている。

③ 助産師

助産師として認定を受けた助産師を Certified Professional Midwife(CPM)と呼称する。Direct-Entry Midwife とも呼ばれる。北米助産師登録協会(North American Registry of Midwives)の基準を満たし助産資格を得た者を指し、看護資格の保有は認定条件ではない。分娩介助において医師等の監督は不要であるが、医療従事者との連携が推奨されている²⁵。

ほかに、看護師免許、助産師免許とも有さない Plain Midwife と称される助産師がいる。

助産師史を振り返ると、1915年、米国における助産師介助の分娩は全体の約4割であったが、1935年には1割に減少した。現代米国の体系的な助産師活動の始まりは、1925年、英国で看護師として助産教育と訓練を受けた Mary Breckinridge

²² LVN (licensed vocational nurse)の呼称を用いる州もある。

²³ National Council Licensure Examination (NCLEX)。

²⁴ 2005年8月時点。ACNM 2005年。

²⁵ 北米助産師登録協会。http://www.narm.org

がケンタッキー州に Frontier Nursing Service を開設したことに遡る²⁶。

④ 産婦人科医

本章では、産婦人科医と産科医を総称して「産婦人科医」とする。ただし、本調査で見学した病院の診療科は産科(Department of Labor and Delivery)であったので「産科」と記す。

⑤ 分娩第一期

分娩を四期²⁷に分類したうち、陣痛開始から胎児が下降して頸管全開大（10センチ）するまでの「開口期」を指す。

⑥ 内診

出産の経過を確認するため、産婦の産道に手を入れ、頸管の開口状況、胎児の下降状況等を定期的に調べることを指す。米国の産婦人科では、“pelvic examination（骨盤内診）”、“vaginal examination（膣内診）”、“cervical examination（頸部内診）”等の用語が用いられる。

女性の健康・産科・新生児看護師協会は、内診の目的を次のように解説している。「膣内診は子宮頸部の状態を評価するために行う。膣内診は子宮頸管の開大、展退度、位置、および先進下降部の位置の評価を含む」²⁸。内診の結果は、「内診所見採点基準（Bishop Score）²⁹」と照合し、産道の経過を判定する。

⑦ 産科機関

(ア) 附属病院 (Teaching Hospital)

日本の医学大学附属病院に近い位置づけであるため、本章では「附属病院」と記す。しかし、直訳は「教育研究病院」で、医学生および研修医の臨床教育を請け負う総合病院を指す。また、医学大学に直接属さず、単に教育提携を結ぶ病院も含む。附属病院は医療提供と医学教育において、米国保健医療制度を支える重要な役割を果たす。全米7～8割の医学生・研修医が、附属病院・医療制度審議会の会員である400の病院で臨床教育を受けている³⁰。次項の地域病院（community hospital）と、研修医・医学生

²⁶ M. Brucker、サウス・ウェスタン医療センター。

(<http://www3.utsouthwestern.edu/midwifery/mdwfhhsus.html>)

²⁷ 第二期（娩出期：子宮口全開大～胎児娩出）、第三期（後産期：児娩出～胎盤等の娩出）、第四期（娩出後2～3時間）。単に三期に分類することもある。

²⁸ AWHONN“Fetal Heart Monitoring Principles and Practices (3rd Ed)”2003年。

²⁹ 子宮頸部の熟化を判定する指標で、頸管開大度、展退、児頭位置、頸部の硬さ、子宮口位置をそれぞれ採点し、産道経過を判定するものである。

³⁰ 米国医師会。<http://www.aamc.org/teachinghospitals.htm>

の有無の観点から区別される。

(イ) 地域病院 (Community Hospital)

比較的規模が大きく、地域への貢献を目的とし、主に都市部で高度な医療サービスを提供する総合病院を指す。

(ウ) 診療所 (Clinics)

産婦人科医が開業する診療所を指す。

(エ) バース・センター (Freestanding Birth Center)

助産師または看護助産師が正常分娩の介助を行う。専門医療機関への照会システムや、緊急時の搬送ネットワーク等が構築されている。家庭的な雰囲気の中で、安全かつ自然な出産・分娩を促進する。「バース・センター国家基準」(National Standard for Birth Centers)を満たす必要がある³¹。

⑧ 患者

米国では、出産は疾病扱いで健康保険の適用内である。そのため、本章では文脈によっては妊婦・産婦を「患者」と記す。

2. 調査方法

(1) 調査内容

本章では、米国の以下の状況につき調査を実施した。

- ① 看護師・看護助産師・助産師の需要および供給
- ② 出産・分娩初期における看護師・助産師の法定役割
- ③ 上期における看護師・看護助産師・助産師の役割分担

(2) 調査方法と範囲

① 文献調査

- (ア) 米国行政資料
- (イ) 先行文献 (英文、邦文) (章末【参考文献】参照のこと)
- (ウ) 関連協会資料
- (エ) 聞き取り調査先 (以下②掲載) の診療ガイドライン
- (オ) 聞き取り調査先を顧客とする保険会社の診療ガイドライン等

³¹ 米国バース・センター協会。 <http://www.birthcenters.org/faq/wiabc/index.php>

② 聞き取り調査

(ア) 職種

職務経験 4 年の若手から 30 年以上のベテランと、多岐に亘る以下の職種、合計 16 人から聞き取り調査を行った。

- ・産婦人科医
- ・看護師
- ・看護助産師
- ・助産師
- ・研究者（米国の産科専門）
- ・医療シミュレーション・センター講師（出産・分娩専門）

(イ) 対象機関

米国疾病対策センター（Center for Disease Control and Prevention: CDC）が分類する、以下全ての産科医療機関において聞き取り調査を実施した³²。研修医の有無による看護師の業務範囲の相違を勘案するため、附属病院（研修医有）と地域病院（研修医無）の両方で調査を行った。

- ・附属病院
- ・地域病院
- ・診療所
- ・バース・センター

これらの産科機関に加え、医療シミュレーション教育で高い評価を得ている、ハーバード大学附属・医療シミュレーション・センター（マサチューセッツ州）で、実際にシミュレーションを見学し、講師（医師、博士）から聞き取り調査を実施した。

(ウ) 訪問州

州間の相違を把握するため、12 州において調査を実施した（マサチューセッツ州、ニューヨーク州、メリーランド州、バージニア州、イリノイ州、ジョージア州、フロリダ州、ニューメキシコ州、コロラド州、ネヴァダ州、オレゴン州、カリフォルニア州）。

そのうち、地理的、社会文化的に異なる地域（東部、西部、中西部）から各 1 州を選出し、産科機関を訪問して現場見学と聞き取り調査を実施した（マサチ

³² 本調査の目的から外れる「自宅（出産）」は除いた。

ューセッツ州ボストン市、カリフォルニア州サンフランシスコ市、オハイオ州ケタリング市)。訪問先の詳細情報は、章末の表 3 参照のこと。

(エ) 調査内容・方法

①分娩第一期における内診の実施状況②その背景と理由③根拠となる法律・指針④多業種間のチームワークのあり方・問題点⑤自由コメントを尋ねた。聞き取り調査は、基本的に職場を訪問し 1 対 1 の面接方式を採用した。16 人中 3 人は、都合により電子メールと電話のみによる聞き取り調査であった(各、複数実施)。

(オ) 調査期間

2006 年 11 月から 2007 年 2 月 (4 ヶ月間) において上述の調査を実施し、本章の報告書として取り纏めた。

3. 調査結果

(1) 米国における出産・産科に関する基礎データ

はじめに、米国における出産・産科に関する概要を既存文献により把握した。入手可能な最新データ(2004 年統計)に拠ると、以下のような状況である (表 1)。

① 医療従事者

米国における看護師 (就業中) は約 240 万人 (人口 10 万人あたり 815 人)、推計平均年齢は 46.8 歳であった。学歴は、短大卒業者が看護師全体の 42.2%、看護専門学校卒業者は 25.2%、看護大学卒業者は 30.5%と推計されている。なお、0.5%(15,511 人)は修士号または博士号を有する。また、看護師で助産師免許を有する看護助産師 (就業中) は、約 31 万人 (人口 10 万人あたり 105 人) であった。そのうち 56.5%は修士課程を修了し、5.8%は修士号取得後助産師養成課程を修了している³³。全米で助産師免許を有する者は 2,000 人と報告されている。なお、産婦人科医は約 38,000 人 (人口 10 万人あたり 12.9 人) であった。

② 出生数・出生場所・合計特殊出生率

全米の出生数は約 411 万件で、99%の分娩が病院で行われている。米国平均の合計特殊出生率³⁴は 2.05 で、2003 年より僅かながら上昇した。合計特殊出生率は 1997 年

³³ 保健社会福祉省、2004 年。

³⁴ その年次の 15 歳から 49 歳までの女子の年齢別出生率を合計したもので、1 人の女子が仮にその年次

から 2000 年まで穏やかな上昇傾向にあったが、2000 年以降、飽和に達したと観られている³⁵。なお、表には非掲載であるが、全出生数に対する帝王切開率は 29.1%（前年比 6%上昇）で、米国史上、最も高い割合を記録した³⁶。

③ 分娩介助者

全米における出産の 91% (3,757,438 件) は、医師介助による分娩と報告されている。看護助産師および助産師(有資格・無資格者合計)による分娩介助は全体の約 8% (325,899 件) であった。しかし、経膈分娩だけを見た場合、全出産に占める看護助産師介助による出産は 10.6%となり、1989 年(4.8%)以降、増加している。

看護助産師介助による経膈分娩の割合は州間の差が大きい。2004 年は最も割合が高かった順に、ニューメキシコ州 (35.9%)、バーモント州 (24.6%)、ジョージア州 (23.7%) となっている。ニューメキシコ州では、1990 年比で 22.5%増であった。一方、最も割合が低かったのは、アーカンソー州 (0.7%)、アラバマ州 (3.2%)、ミシシッピ州 (2.8%) であった³⁷。

の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子ども数に相当する（厚生労働省定義）。

³⁵ Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kimeyer S (2006)。

³⁶ 同上。

³⁷ Declercq, 2006 年, unpublished article.

表 19 米国出産・産科関連基礎データ（2004 年統計）

		人数・件数	出典
看護師	正看護師*	合計	Occupation search on the bureau of labor statistics
		対 10 万人	
	准看護師 **	合計	
		対 10 万人	
看護助産師 ***	合計	308,113	Trends in CNM attended births
	対 10 万人	104.9	
助産師 ****	有資格	合計	Professional issues in midwifery
		対 10 万人	
	無資格	合計	
		対 10 万人	
産婦人科医*****	合計	38,015	Physician characteristics and distribution in the US
	対 10 万人	12.9	
出生数	合計	4,112,052	National vital statistics reports
出生場所	病院	4,074,709	
	その他	35,578	
	(自宅)	再掲(23,150)	
	(バース・センター)	再掲 (9,620)	
分娩介助 *****	医師	3,757,438	
	助産師	合計	
	(看護助産師)	再掲(308,113)	
	(その他の助産師)	再掲 (17,786)	
合計特殊出生率		2.05	
全米人口		293,638,158	U.S. Census Bureau

* Registered Nurse（就業中）。

** Licensed Practical Nurse（就業中）。

*** Certified Nurse/Midwife（看護師免許・助産免許あり）。

**** 有資格は Directory-Entry Midwife（看護師免許なし、助産免許あり）を指す。

無資格は Plain-Midwife（看護師免許なし、助産免許なし）を指す。

***** 産婦人科医（37,779 人）と産科医（236 人）の合計。産科医状況は本調査の焦点ではないが、参考までに掲載。

***** 主な介助者のみ抜粋

なお、米国における乳児死亡率は出産千対 6.85 で、OECD の平均を上回っている。人種間の格差が非常に大きく、白人 5.72 に対し、アフリカ系アメリカ人 14.01 と推定されている。

妊産婦死亡率は全米平均出生 10 万件あたり 12.1 で、アフリカ系アメリカ人が 30.5 であった。米国では米国疾病対策センターの 2 種類の定義により周産期死亡率を推計している。妊娠 28 週以降、出産 7 日後までの周産期死亡率は出産千件あたり 6.74 であった。一方、妊娠 20 週以降、出産 28 日までの周産期死亡率は、出産千件あたり 10.83 と推計されている。両者とも 1990 年以降下降傾向にある（以上、数値はすべて 2003

年統計)³⁸。

(2) 米国看護師・看護助産師・助産師の需給状況

①看護師

看護師の需給については、地域間で格差がみられる。人口 10 万人あたりの看護師割合が最も高いのはニューイングランド地方（東海岸・北部）の 1,107 人であった。次に高いのは中部・北西地方の 1,026 人、次いで南西部の 677 人、最も低いのは太平洋沿岸（西海岸）の 645 人である³⁹。看護師不足を補うため、COMPACT（他州の看護師免許で臨床を許可する協定）が 17 州で合意されている。全看護師の 22.9%がこれらの州で免許を取得していると推計される。

産科に配置する看護師人数について、米國小児科 (AAP)・米国産婦人科学会 (ACOG) 共同出版の『周産期医療の指針 第 5 版』は、「分娩時、常に少なくとも一人の産科看護師が付き添うこと。妊婦の担当看護師が望ましい」としている⁴⁰。しかしながら、現在、看護配置基準⁴¹を州法で定めているのは、全米でカリフォルニア州のみである⁴²。そのカリフォルニア州では、産科患者に対し次のように看護師配置を制定している⁴³。

分娩前（陣痛初期）＝患者 1 人に対し看護師 4 人

陣痛中期（active labor）以降＝ 1 : 2

LDRP⁴⁴＝ 1:3

分娩後＝産婦 1:6

保育室＝1:8

不足といわれる看護職を補うため、米国では海外で教育を受けた看護師を受け入れており、その割合は全米看護師の 3.5%（100,917 人）となっている。国別ではフィリピン（50.2%）とカナダ（20.3%）が多い。海外で看護教育を受けた看護師の割合が高い州は、カリフォルニア州（25.5%）、フロリダ州（9.6%）、テキサス州（6.7%）、ニ

³⁸ 米国疾病対策センター。 http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_06.pdf

³⁹ Department of Health and Human Services. 2004 年。

⁴⁰ AAP（米國小児科学会）・ACOG（米国産婦人科学会）。前掲。p142。

⁴¹ 病床数から割り出す日本の方式と異なり、米国ではワークロードによる看護師配置を決定している。看護配置基準の国際比較は、次の論文を参考にした。安川文朗「看護配置基準の問題点とその背景：国際比較をふまえて」。同志社大学 技術・企業・国際競争研究センター リサーチ・ペーパー05-07.2005 年。

⁴² 2002 年までに複数の州が看護配置基準を提案している（コネチカット州、ニューヨーク州、マサチューセッツ州等）。LexisNexis 調査による。

⁴³ カリフォルニア州法 http://www.seiu121rn.org/docUploads/Ratios_Enforcement_Packet.pdf

⁴⁴ Labor-Delivery-Recovery-Postpartum 室。陣痛・分娩・回復を一部屋でできる個室。

ュージャージー州（6.1%）の順である。カリフォルニア州の産科看護師休憩室でも、タガログ語で一息つく看護師たちの姿が見られた。

また、米国でも看護師養成機関の教職員不足が長期的問題となっている。看護師のうち 48,666 人がこれらの機関で教鞭を執っている。看護学等の博士号を有する教職員の平均年齢は 55.7 歳と推計されている。

②看護助産師

前掲のように、看護助産師および助産師による分娩介助は全体の約 8%であった。このうち、看護助産師による分娩介助は 94.5%を占め、データ収集を開始した 1989 年以来、同程度の割合となっている。その多くは、病院勤務の看護助産師による分娩介助であった⁴⁵。このことから、病院における看護助産師の分娩介助の需要は継続的に求められているといえる。

③助産師

助産師介助による出産は、リスクが低く、自宅で計画的に出産する場合、また、バス・センターでのより自然な出産希望者による場合が多い。その理由の一つとして、看護資格のない助産師による分娩介助は健康保険扱いとならない州もあるためである。

（3）米国における関連法律と規定

① 関連法律および指針

まず、米国产科の医療従事者が一般的に遵守する法律と指針を鑑みた。以下に示す 6 層の法規に従い業務を行っている」と総括できる。重層化した法規の下で業務を行う理由は、米国がいわゆる英米法（慣習法）を採用しており、主に慣習の蓄積で法律が形成されるためである。また、連邦国家のため各州の独立性が高く、各州が法律を制定することにも起因する。これらの点で、文書の形式で制定される日本の成文法と異なる。

（ア）州法規(Code)

看護業務法令⁴⁶等

（イ）医療機関が所属する協会の指針 (Guideline)

A. 全米レベル

AHA (米国病院協会)⁴⁷

⁴⁵ 看護助産師介助による実際の分娩数は、掲載数より多いと推測されている。文献前掲。

⁴⁶ 各州の看護評議委員会 (Nursing Board) が制定。

⁴⁷ American Hospital Association.

JCAHO（病院認定合同委員会）⁴⁸ 等

B. 州レベル

（ウ）医療従事者が所属する協会・学会の指針（全米レベル）

A. AMA(米国医師会)⁴⁹

B. ACOG (米国産婦人科学会)⁵⁰

C. ACNM (米国看護師助産師大学協会)⁵¹

D. AWHONN（女性の健康・産科・新生児看護師協会）⁵² 等

医療機関の指針

診療科の指針⁵³

医療機関・医療従事者が加入する保険会社の指針⁵⁴

【解説】

（ア）州法規(Code)

州内で遵守される法規が制定されている。看護業務については、看護業務法令（Nursing Practice Act）が各州の看護評議委員会により制定されている。一例として、オハイオ州では、「看護師が分娩経過を観察する場合、その指示にあたる看護助産師は医師の監督下、看護師と同室、無線、電話または他の連絡手段にて意思疎通を図ること」が定められている⁵⁵。なお、公立病院で勤務する場合、公務員としての法的拘束も生じる。

（イ）医療機関が所属する協会の指針（Guideline）

全米レベルの病院認可団体が講じたもので、医療機関の基準を統一化することを目的とする。この基準に合致しない病院は認定が得られないが、法的拘束力はない。

（ウ）医療従事者が所属する協会・学会の指針（全米レベル）

各種専門団体が“Expert Witness(鑑定人)”として医療の基準として設けるものであり、法的拘束力はない。

米国小児科（AAP）・米国産婦人科学会（ACOG）の共同指針では、経膈分娩の介助につき次の点を奨励している。(1)新生児の蘇生技術を要する専門家が対応可能であること、(2)麻酔医が対応可能である、(3)産科の付添人（obstetric attendance）による分娩の立会い、(4)必要に応じ、妊婦の手術室搬送

⁴⁸ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

⁴⁹ American Medical Association.

⁵⁰ American College of Obstetricians and Gynecologists.

⁵¹ American College of Nurse-Midwives.

⁵² Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.

⁵³ AAP（米国小児科学会）・ACOG(米国産婦人科学会)共同刊行の“Guidelines for Perinatal Care”は、各産科が定期的に指針を見直すことを勧奨している（2002年.p126）

⁵⁴ 主に医療過誤訴訟を視野に入れた保険加入。

⁵⁵ Ohio Administrative Code, Chapter 4723-8.

が可能であること。⁵⁶

また、出産・分娩には多職種・多分野が関わるため、齟齬のないよう標準化された専門用語（Standardized Language）の使用が奨励されている。

(エ) 医療機関の指針

各病院が定めるもので、診療科を超えた、病院内の医療の基準を目的に設けられている。

(オ) 診療科の指針

本調査の場合、各病院の産科が関連する全ての職種間で講じ設定したもので、上述（ウ）の奨励により明文化した5～10センチ幅のファイルが「帯禁出」と記され、ナースステーションに常備されている。

(カ) 医療機関・医療従事者が加入する保険会社の指針

最近の傾向として、主に医療過誤訴訟を視野に加入する保険会社が設定する指針を指す。例えば、ある保険会社の指針は、「分娩経過の観察結果は2時間以内に記録する」と細かく指定している。

米国一般の医療従事者同様、産科の医療従事者も多くの規定・指針の下で日々の業務を遂行している。多層におよぶ規則遵守のため、例えば同一の看護師が異なる病院で勤務した場合、それぞれの法律、規定、指針に従い業務を行う⁵⁷。しかしながら、患者の安全確保、全米レベルで設けられている医療の基準は、州や病院を越えて、共有されているといえる（詳細は、以下、聞き取り調査結果参照）。

看護師の役割として、米國小児科（AAP）・米国产婦人科学会（ACOG）の共同指針『周産期ケアのガイドライン：第5版（2002年）』⁵⁸は、「看護師は産科の初期評価を行うことができる」と記載している⁵⁹。その内容は、「少なくとも、妊婦の心拍数・血圧、胎児の心拍数、子宮収縮を含むこと」が推奨されている。しかし、内診実践者は規定されていない。従って、誰がどのような体制下で内診を行うかについては、各診療科（産科）の指針に委ねられていると解釈できる。

(4) 分娩第一期における看護師・看護助産師の役割分担【聞き取り調査結果】

そこで、本調査では、産科病院で分娩介助を行う看護助産師と、分娩補助を行う看

⁵⁶ AAP（米國小児科学会）・ACOG（米国产婦人科学会）刊行。前掲、p142。

⁵⁷ ボストンの看護助産師（大学助教授）との聞き取り調査で、複数の病院規定と指針を観る機会に恵まれた。鍵のかかる引き出しから取り出された数冊の指針のうち、ある病院のものは投薬量まで細かく書かれ、別の病院の同項目は2、3行の簡易な記述であった。医療機関により指針が異なる好例といえよう。

⁵⁸ “Guidelines for Perinatal Care” 最新版。

⁵⁹ AAP（米國小児科学会）・ACOG（米国产婦人科学会）刊行 前掲、p126-7。

看護師に焦点を当て、12州における分娩第一期の内診状況を中心に合計16人から聞き取り調査を行った。また、3州6施設を訪問し、産科を見学した。聞き取り調査の内容を次のように分類し取り纏めた⁶⁰。

① 分娩第一期の看護師の内診

(ア) 分娩介助者別

A. 主担当が産婦人科医の場合

聞き取り調査の範囲内では、産婦人科医が主たる分娩介助者である場合、一般に看護師が医師の指示を受け、分娩第一期中の内診を行っていた。多くの場合、医師は同室せず看護師一人で内診を行う。看護師は、内診結果および母子の心拍数等を担当の医師に知らせ、その指示に従い経過観察を続ける(分娩第一期の時点では、基本的に医師は分娩室に同室しないが、緊急時には対応可能な体制を整備している)。ある産婦人科医は、「内診を行い、その結果を報告する看護師は私の右腕であり、チームで最初に患者に接する重要な役割を果たす」と評価していた。

なお、分娩第一期でも、破水時⁶¹、出血時⁶²には、緊急時を除き、慣習的に看護師による内診は行われていない。

B. 看護助産師の場合

看護助産師の指導下で看護師が業務を行う場合も、一般的に一人が内診を行い、状態を看護助産師に報告し、看護助産師がその結果を診断する。複数ではなく内診をする人数が一人である理由は、感染症予防、患者の精神的負担の軽減、同一者による経時的内診結果の比較である。看護師に内診を任せるか自ら行うかの判断は、看護助産師間で差がみられた。

C. 分娩介助者別のまとめ

内診実施に関する産婦人科医と看護助産師の見解は、次のように総括できる。

【医療の効率化】

看護師として産科に勤務後、助産師資格を取得した看護助産師(地域病院勤務)は、自ら内診を行う理由として、多忙な産科病棟で看護師の巡回を待つより、自

⁶⁰ 研究者が所属するライト州立大学の研究倫理委員会の指導により、本調査では個人の臨床経験を質問することができないため、「米国における一般の傾向」を尋ねた。

⁶¹ 産褥感染症、臍帯脱出等の予防のため。

⁶² 前置・低位胎盤・胎盤早期剥離などを示唆する。

ら内診を行ったほうが、即時に診断・判断が可能となり、効率的であると述べている。

また、原則的に看護師に内診を任せる別の看護助産師（附属病院勤務）は、内診実施者（看護師）と診断者（看護助産師）の役割を明確化することが、医療の効率化につながると語った。

医療の効率化を図りつつ医療の質を向上させるため、様々な手法が採られている。その一つとして、評価の基準化が挙げられる。産科看護師は、分娩観察結果を一覧表に記入していく。この一覧表のなかに内診も含まれている（章末 Appendix 1、円内）。ある地域病院の看護師は、「内診ができなければチームワークを乱すことになり、産科では看護師として機能しません」と語った。

【付加価値（経験値・専門知識）】

基本的に自ら内診を行う看護助産師と産婦人科医は、「内診は単に頸管の開口度を測ることではない」点を強調する。米国外で助産師経験を有する産科看護師は、内診の目的は分娩経過の診断と同時に、次に起こりうることを予測し、事態に先んじて方策を立てることであると述べた。

内診では、子宮口の位置、開大、胎児下降部とその位置、子宮頸部の熟過度、骨盤の形状と軟産道などの観察が行われる。これらの観察により、分娩進行の予想および診断、破水の有無の確認、子宮口全開の確認、異常分娩の発見と回避が可能となり、胎児頭皮用電極⁶³の挿入、子宮用カテーテル等の目的を果たす。内診はレオポルド触診法⁶⁴などの外診法と併せ実施される。そのため、自ら内診を行うことにより、自分の経験値や専門知識を加味した診断が母子の安全につながるとの見解を示した。

(イ) 医療機関別（米国疾病対策センター分類）

附属病院、地域総合病院、診療所、バース・センターの各医療機関における実施状況をまとめると表 20 のようになる。

⁶³ 子宮内の胎児の逃避に付着し、胎児のバイタルサインを監視する。

⁶⁴ 妊婦の腹部に手を当て胎児を触診する方法。

表 20 分娩第一期の内診実施状況*

	附属病院	地域病院	診療所	バース・センター
医師	室外で指示**	室外で指示	室外で指示	—— (不在)
看護助産師 ***	室外で指示、 同室で指示、 または自ら内診	分娩介助 (通常経膈分娩)	——	分娩介助****
助産師	——	——	——	補助
指導医****	室外で指示	——	——	——
研修医	内診	——	——	——
医学生	内診	——	——	——
看護師	補助	内診 *****	内診	——

*調査範囲をまとめたもので、全米の内診実施状況を代表する結果ではない。

**同室はしないが、緊急時にはすぐに駆けつけることのできる待機状態を示す。

***通常経膈分娩介助の免許があり、判断能力・資格を有するが、研修医・医学生の教育のため、または多数の患者を一度に担当する等の理由により、誰に内診をさせるかは多様性が見られた。

****訪問先のバース・センターは看護助産師が分娩介助を行っていたが、助産師（看護資格なし）がバース・センターで分娩介助を行う場合もある。

***** 臨床教育の指導にあたる医師(Attendant または Attending Physician)。

***** 分娩数の多い地域病院（年間 7、8,000 件）では、看護助産師自ら内診を行う例も観られ、必ずしも看護師のみが内診を実施するわけではない。

(ウ) 研修医・医学生⁶⁵の有無

A. 定期的に参与（附属病院）

表 2 にも示されるように、基本的に、研修医の臨床教育を行う附属病院の場合、研修医を優先させる傾向が窺われた。そのため、看護師だけでなく、分娩介助資格のある看護助産師よりも臨床医が優先的に内診を実施するケースが聞き取り調査の範囲では多いことが分かった。ただし、「経験を積むためだけの内診」は忌諱される傾向も窺われた。

B. 不定期に参与（附属病院または地域病院）

研修医や医学生の実習がない時期は、基本的に主に看護師が内診を実施している病院が多い。研修医や医学生の教育時には、内診機会の提供もする。

C. 研修医・医学生の参与なし（診療所またはバース・センター）

地域病院、診療所、バース・センターなど、研修医がいない医療機関では、上述①のように、看護師が内診を行うことが基本的傾向であった。

⁶⁵ 米国の医学教育は 4 年制大学卒業者に施され、大学院の位置づけである。正式には医学大学院生であるが、便宜上「医学生」と記す。

② 看護助産師の内診・分娩介助

看護助産師には分娩介助を行う資格免許があり、その業務範囲として内診も実施する。ただし、看護助産師が介助を行うのは正常の経膈分娩である。経過中に帝王切開等に切り替わった場合、産婦人科医師の担当となる⁶⁶。(看護助産師の指導下における看護師の内診実施については、上述①参照のこと)。

4. 総括

本調査の限界と優位点を検討したうえで、米国調査を総括したい。まず、調査の限界として2点が挙げられる。1点目は、聞き取り調査は無作為抽出⁶⁷の手続きを踏んでいないため、本調査結果は全米の状況を代表するものではないこと。2点目は、日本国土の約25倍を有する米国では、結果欄で観たように州間の差が大きく、また同じ州でも都市部と僻地の差が大きい。そのため「全米の平均値」の類推が困難であること。

一方、本調査の優位点として3点が考えられる。一つは、全米50州のうち12州の状況を「産婦人科医」、「看護師」、「看護助産師」、「助産師」、「専門家(研究者)」、「出産・分娩の医療シミュレーション講師」等、多職種への聞き取り調査から鑑みたこと。もう一つは、30年以上の職務経験を有する産科医療従事者の話から、現況に併せ、米国の産科医療の潮流を把握することが可能であった点。また、選出した3州で、米国疾病対策センターが分類する三種の産科機関を全て訪問し具体的状況を詳細に調査した。以上の試みから、多様性を網羅しつつ、米国では一般に看護師の内診が広く認められている点を把握できたものと思われる⁶⁸。米国現状の背景は次の3点に集約できる。

(1) 産科看護教育・訓練の充実化

米国では過去20~30年間、看護全体における教育・訓練の充実化が推進されてきた。その理由の一つとして、医療全体が高度化・専門化し、医師、看護師に高度な専門知識と技術が求められるようになったことが挙げられる。また、医療サービス効率化のため、医師と看護師の役割分担を明確化し、専門性の高い看護師を活用することで病院コストを抑制してきた点にも起因する⁶⁹。

このような流れを受け、産科における看護師の役割も拡大したといえる。それは、内診は診断ではなく、内診所見採点基準と、児頭の回旋等を観察し分娩介助者への報告という基本的認識のため、適切な教育と訓練を受ければ正しい報告が可能であると

⁶⁶ 手術室に同室し、出産まで経過を見守る看護助産師もいる。

⁶⁷ 標本調査を行う際、偏りを防ぐため、任意に標本を抜き取ること(random sampling)。

⁶⁸ しかしながら、調査結果で観たように、カリフォルニア州の公立附属病院では、研修医と医学生の教育を優先し、看護師が内診を遠慮する事例も確認されている。

⁶⁹ 安川文朗、前掲。

の視点に立つものである。その技術を最新医療と合致させるため、看護師免許を管轄する州は定期的な免許更新制度を設け、産科病院は看護師の心肺機能蘇生資格等の更新を義務付け、患者に最新医療を提供する体制を整備している。

(2) 法制度・指針の見直し

看護教育・訓練の充実化とともに、米国では多職種間の連携による出産・分娩および産科に関する法制度・指針の見直しが長期間に亘り進められてきた⁷⁰。それは、科学的根拠に基づくことを原則に推進されてきた⁷¹。長期間、共同作業を行った医師、助産師、看護助産師、研究者は、職場が変わっても、あるいは居住地が離れていても、互いの立場と専門性を尊重し、良好な人間関係を継続していることが、東部、西部、中西部における聞き取り調査から窺うことができた。

(3) 医師・看護師・看護助産師・助産師のチームワーク

①信頼関係とコミュニケーション

複数に関わる出産・分娩はチームワークである。医療従事者間または患者との信頼関係の構築、潤滑なコミュニケーションが重要である。聞き取り調査から、産婦人科医は、適確な教育と訓練を受けた看護師を信頼し、医師不在の現場で医療補助を任せる傾向が窺われた。看護助産師の間では意見の相違が見られたが、特に研修医や医学生のない地域病院では、看護師に「実際的なケア (hands on care)」を任せる傾向にあった。

ハーバード大学附属・医療シミュレーション・センター主催の、「出産・分娩のチームワーク講習」では、実務と講義を交え、産婦人科医、麻酔医、看護師、看護助産師、助産師にチームを組ませ、チームワークと、医療従事者間または患者とのコミュニケーション法を教育している。医療従事者、研究者の双方から好評を得ていることは、特に多くの医療従事者が関わる総合病院や附属病院の出産・分娩で、チームワークと

⁷⁰ 例えば、1998年、カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校は、全米8人の専門家による調査部会を発足し、政策・実践・法規制・教育・研究の5つを柱に、看護助産師による助産介助を包括的に検討し実現に向けて働きかけてきた (Paine L, Dower CM, O'Neil EH, 1999年)。また、「助産に関する調査は、研究者だけでなくすべての助産師によって行われる」ことが推奨されている。Paine, 1991年。ほかに、女性の健康・産科・新生児看護師協会も調査の重要性を強調している。

医師、看護師、看護助産師、助産師間で医療提供のあり方について合意に達しているが、確執が全く存在しないとはいえない。例えば、患者の権利を巡り、米国医師会と患者の人権協会 (34団体) は異なる見解を示している。米国看護助産師大学協会は後者に属する

(<http://www.patientsrightscoalition.org/statement/joint.htm#coalmembs>)。

⁷¹ 米国小児学会と米国産婦人科学会は共同で周産期医療の指針を構築し、医学進歩に合わせて更新している。カリフォルニア州の産科病院では、「ホームスタイル分娩」が助産師により導入され、看護ケアの指針作成につき、看護師、医師、助産師、病院の倫理委員会、指針作成協議会等、職種・領域を越えたチームにより検討が進められている。

コミュニケーションが重要視されている表れであるといえよう。

②チームワークの目的

米国のチームワークによる医療サービス提供は、少なくとも三つの目的があると考えられる。一点目は、医療の効率化である。産婦人科医や看護助産師ではなく、相対的に賃金の安価な看護師が患者に就くことにより、病院全体の費用を抑制する働きがある⁷²。

二点目は、多面的アプローチによる出産・分娩における母子の安全確保。その不履行は医療過誤訴訟につながる可能性もある。安全確保のため、診療科には明文化した指針があり、チーム全体が従う体制となっている。

三点目は、患者・家族の満足度の向上。人生の重要な事象である出産において、患者や家族が固有の方針を希望する傾向がみられる。一般に患者の権利が重視される米国では、例えば患者が医師の忠告に従わず退院することを選択し、書類(Against Medical Advice)に署名した場合、基本的に医療従事者は患者の意思を尊重する。産科でもこの方式が採られている(Appendix 2、3)。患者の意思と母子の安全確保が一致しない場合、医療従事者は医療倫理との確執の中で、最大限、母子の安全の確保に努めていることが、聞き取り調査および産科見学から窺われた。

日本への示唆

米国には日本と異なる状況がいくつかある。連邦制のため州の権限が強く各州が保健医療サービス制度を担っており、「全国平均」という概念に欠ける点。また、消費者と目される米国患者が有する強い権利。そして、自己責任を重んじる社会のため、政府干渉を最低限に抑える傾向にあること。このため、日本の方策を検討するうえで、米国が最善例であるとは確言しがたい。しかしながら、本章で観てきたように、一国の例として次のことがいえる。

現時点、米国で広く認められている看護師の内診業務は、過去20～30年間、医療の質の向上と医療の効率化を図るため、①科学的根拠に基づき、医療政策および指針の再検討を連携して行い、②各職種の業務範囲を明確化したうえで看護教育・訓練を充実化させ、卒後教育を整備し、③その内容を産科現場のチームワークに反映してきた結果である。これらを同時に推進してきた米国の手法は、日本が産科医療のあり方を講じるうえで一つの示唆となりえよう。

⁷² 2004年、看護師の全米平均年収は57,784ドルと推計されている(約690万円、1ドル=120円換算)(保健社会福祉省)。同年、産婦人科医の平均年収は247,348ドル(約3,000万円)(U.S. Department of Labor Bureau of Labor Statistics)。

表 21 訪問機関一覧表 * 分娩数は入手可能な最新データ

医療機関名	ブリガム・ウィメンズ病院 (Brigham and Women's Hospital)
所在地	マサチューセッツ州ボストン市
分類	附属病院 (teaching hospital)、民間
分娩数	8,382 (2005年1月～12月)
研修医の受入	有 (常時)
主な患者	都市部の富裕層
主な内診実施者	看護助産師、看護師、研修医、医学生
調査日	2006年12月23日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・米国有数の富裕層を対象とした私立病院で、附属大学としてハーバード医学大学院の医学生や研修医を受け入れている。
ホームページ	http://www.brighamandwomens.org/

医療機関名	サンフランシスコ総合病院 (San Francisco General Hospital)
所在地	カリフォルニア州サンフランシスコ市
分類	附属病院 (teaching hospital)、公立
分娩数	----
研修医の受入	有 (常時)
主な患者	都市部の貧困層
主な内診実施者	看護助産師、研修医、医学生、看護助産学生
調査日	2007年2月9日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・カリフォルニア州立大学バークレー校、同サンフランシスコ校の医学生や研修医による内診が中心となっている。 ・カリフォルニア州では診療所での分娩は認められていない。診療所に通院していた患者も病院またはバース・センターで出産する。出産時、病院を初診する患者も多いため、看護助産師および看護師が必要な情報を入手している。 ・地域柄、多様な文化背景の患者に配慮し、多言語で応じる体制が敷かれている。
ホームページ	http://www.dph.sf.ca.us/chn/SFGH/default.asp

医療機関名	カリフォルニア・パシフィック・メディカル・センター、セント・ルーク・キャンパス (St. Luke's Campus, California Pacific Medical Center) ⁷³
所在地	カリフォルニア州サンフランシスコ市
分類	地域総合病院 (community hospital)、民間
分娩数	1,163 件 (2006 年 1 月～12 月)
研修医の受入	有 (不定期、年間合算 3 ヶ月程度)
主な患者	都市部の貧困層
主な内診実施者	看護助産師、看護師、医師
調査日	2007 年 2 月 13 日～14 日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看護師不足解消のため、外国人看護師を多く受け入れている。 ・ 多様な文化背景の患者に配慮し、10 ヶ国語で応じる体制が敷かれている。 ・ カリフォルニア州における入院時の患者状況については、前掲サンフランシスコ総合病院参照のこと。
ホームページ	http://www.stlukes-sf.org/programs/svs_wclabor.html

医療機関名	セージ・フェム助産サービス (Sagefemme Midwifery Service)
所在地	カリフォルニア州 サンフランシスコ市
分類	バース・センター、民間
分娩数	約 500 件 (設立以来、7 年間)
研修医の受入	無
主な患者	メディケイド受給者、または自然分娩希望者
主な内診実施者	看護助産師、助産師 (看護師の雇用なし)
調査日	2007 年 2 月 12 日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ サンフランシスコ市周辺で唯一のバース・センター。 ・ カリフォルニア州では、助産師による出産は健康保険適用外となる。そのため、患者はメディケイド受給者 (貧困層) または自費で支払能力のある比較的裕福な層となっている。 ・ 自然分娩のみ取り扱う。 ・ 当機関では看護師を雇用していない。
ホームページ	http://www.sagefemme.net/

⁷³ 旧セント・ルーク病院(St. Luke's Hospital)。

機関名	ハーバード大学附属 医療シミュレーション・センター (Center for Medical Simulation)
所在地	マサチューセッツ州 ケンブリッジ市
分類	医療シミュレーション教育機関 (含: 出産・分娩期)、民間
主な受講者	中堅 (臨床経験 3~5 年) の産婦人科医、麻酔医、看護師、看護助産師、助産師
受講者数	年間約 620 人
講習内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 1993 年開設の、米国屈指の医療シミュレーション・センター。 ・ 1 日コースの講習では、受講者 6 人 (看護師 1 人、産婦人科医 5 人、麻酔科医 1 人) に、講師 6 人がつき、分娩室、手術室でのシミュレーションと、教室での講義が交互に行われた (レベル 1)。 ・ 見学日のシミュレーションは、経膈分娩 2 件、帝王切開 3 件、合計 5 件 (経膈分娩 2 件、帝王切開 3 件) であった。 ・ 参加者および見学者は、シミュレーションの詳細について口外しないことが条件となっている。
調査日	2006 年 12 月 20 日
備考	<ul style="list-style-type: none"> ・ 米国屈指の医療シミュレーション・センター。 ・ 出産・分娩期の講義は 2003 年から実施。
ホームページ	http://www.harvardmedsim.org/cms/l_d.html

【参考文献】

- 加藤尚美. 「米・英国における助産婦の活動と助産婦教育」 沖縄県立看護大学紀要. 2002 年. 第 1 号. <http://www.okinawa-nurs.ac.jp/kiyo/no1/> (accessed 11/1/2006)
- 加藤尚美ほか. 「諸外国における出産事情と助産婦活動に関する研究」 厚生科学研究費補助金 (子ども家庭総合事業) 分担研究報告書. <http://www.niph.go.jp/wadai/mhlw/1998/h1007004.pdf> (accessed 11/1/2006)
- 特定非営利活動法人 お産サポート JAPAN 「出産場所の集約化問題を考える」. 2006 年.
- 安川文朗 「看護配置基準の問題点とその背景: 国際比較をふまえて」. 同志社大学 技術・企業・国際競争研究センター リサーチ・ペーパー-05-07. 2005 年.
- American Academy of Pediatrics & The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 5th ed. 2002.
- American College of Nurse-Midwives. "Basic Facts about Certified Nurse- Midwives." 2005. <http://www.midwife.org/siteFiles/news/BasicFactsAboutCNMsAug2005.pdf?CFID=3278393&CFTOKEN=42877857> (Accessed 2/25/07)
- American Medical Association. Physician characteristics and distribution in the US, 2006 edition. p22.

- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Standards for professional nursing practice in the care of women and newborns. 6th ed. Washington, DC: 2003.
- AWHONN. Fetal Heart Monitoring Principles and Practices, 3 ed. 2003.
- California Safe Staffing Law. California nurse-to-patient ratio requirement. http://www.seiu121rn.org/docUploads/Ratios_Enforcement_Packet.pdf (accessed 2/17/07)
- Declercq, E. Trends in CNM Attended Births, 1990-2004. (unpublished article). Boston University. 2006.
- Department of Health and Human Services. National sample survey of registered nurses. March 2004. <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/rnpopulation/preliminaryfindings.htm> (accessed 1/10/07)
- Department of Health and Human Services. A survey of nurse-midwives. Pub no. OEI-04-90-02150. Washington: DHHS, Office of Inspector General. 1992. A-13.
- Garceau LM, Paine L, Barger M. Population-based primary health care for women: An overview for midwives. J of Nurse-Midwifery. Vol. 42. no6. November/December 1997.
- Hondnett ED, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. JAMA. Vol 288. No11. 2002: 1373 – 1381.
- Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. BMJ 2005;330:1416.
- Lynette A. Ament ed. Professional issues in midwifery. Sudbury, Mass: Jones and Bartlett, 2007. p9
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kimeyer S. Birth: Final data for 2004. National vital statistics reports., Vol. 55, No. 1. September, 2006. Centers for Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_01.pdf (accessed 1/10/07)
- McDomann MF, Hoyert DL, Martin JA, Munson ML, Hamilton BE. Fetal and perinatal mortality, United States, 2004. National vital statistics reports. Vol 55, No. 6. February, 2007. Centers for Disease Control and Prevention. http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr55/nvsr55_06.pdf (accessed 2/25/07)
- Miller AR. The impact of midwifery-promoting public policies on medical interventions and health outcomes. A BEJEAP *Advances* article. University of Virginia. <http://www.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1589&context=bejeap> (accessed 11/12/06)
- North American Registry of Midwives. "How to Become a NARM Certified Professional Midwife (CPM)". <http://www.narm.org/htb.htm#whatis> (accessed 2/25/07)
- Paine L. Midwifery education and research in the future. J of Nurse-Midwifery. Vol. 36. No 3. Mar/June 1991.
- Paine L, Dower CM, O'Neil EH. Midwifery in the 21st Century: Recommendations from the

Pew Health Professions Commission/ UCSF Center for the Health Professions 1998 Taskforce on Midwifery. J of Nurse-Midwifery, Vol 44, No.4, July/August, 1999.

- U.S. Census Bureau. National and state population estimates: Annual population estimates 2000 to 2006.

<http://www.census.gov/popest/states/NST-ann-est.html> (accessed 1/10/07)

- U.S. Department of Labor Bureau of Labor Statistics. Occupation Outlook Handbook. 2005.

<http://www.bls.gov/oco/ocos074.htm> (accessed 2/27/07)

- World Health Organization. World health statistics 2006. Core health indicators: United States of America.

http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?country=usa&indicators=healthpersonnel&intYear_select=all&language=en (accessed 1/10/07)

2. フランスにおける産科医療の現状レポート

1. はじめに
2. 周産期政策
3. 助産師の活動
4. 診療報酬
5. 医療訴訟
6. フランスの医療紛争制度：司法訴訟と ADR 制度
7. 産科に関する統計
8. SYNGOF フランス産婦人科連盟代表へのインタビュー

1. はじめに

日本と同様に、フランスにおける産科医の不足問題が指摘されて久しい。この問題は、2020年以降、更に深刻化する事が予測されている。公表されている統計で把握できる産婦人科専門医の中で実際に分娩に携わっている医師の数は、SYNGOF（フランス産婦人科医師連盟）によると、国公立マタニティに2,000人、私立マタニティに1,500人で、計3,500人と見られている。SYNGOFの発表によると、1997年から2003年の6年間、産科医数は26%減少し、代わって婦人科医数が25%上昇した。ただし、公的統計上では、1990年から2003年にかけて、フランス本土の産婦人科医は15%増となっている。

フランスの産科における大きな問題は、1984年以前までは医学部に婦人科(Gynecologie Medicaux)インターン・コースが存在し（これはEU国間医学教育ハーモナイゼーションにより廃止）、分娩を行わない産婦人科医が統計上に多く存在する事である。本制度廃止にも関わらず、今後も分娩を行わない産婦人科医数は増えると思われる。SYNGOFによれば、その原因として、①女性産科医の増加（産婦人科医インターンの70%が女性）によって、自身の出産・育児・家庭との両立と直面する期間の分娩活動を休止すること②医療訴訟リスクや重労働を回避するため、不妊治療専門や婦人科を志望する傾向があること③産科医師の高齢化-などが挙げられている。本稿では、様々な統計データと併せて、SYNGOFでのインタビューと、2006年10月21日に開催された学会より、フランスの産科の状況を概括する。

国の周産期政策では、各医療機関の安全度（新生児 ICU の有無等）をレベル I から III に分類して、リスク妊婦（妊婦病歴・多胎児・低体重児等）の誘導を図り、分娩実績が少なかったり安全度が低いマタニティの閉鎖・合併を推進した（周産期ネットワーク政策）。

上記の政策により、産科医療機関数は激減し、この影響で、産科医 1 人当たりの仕事量は相当増えたとされる。

2. 周産期政策

1998 年省令

1998 年 10 月 8 日発布の省令により、フランス国内の全てのマタニティが、以下の通り 3 つのカテゴリーに分類された。

表 22 マタニティの 3 カテゴリー

カテゴリー	定義	備考
レベル I	基本的医療を行う、新生児科病床を持たない医療機関。当該機関の新生児ベッド数は、国の医療計画地図の中の病床数にカウントされない。地域密着型医療を担う。	妊産婦・新生児の 80%が対象となる。
レベル II	医療計画地図において新生児科病床とカウントされる。新生児 ICU の有無によってレベル II A とレベル II B に再分類される。	リスクにより、II A、II B に分類される。
レベル III	高リスク妊婦・出産の医療を行う。新生児科、新生児 ICU 設備を持つ。	妊婦・胎児のリスクによって、妊娠早期より誘導する

表 23 マタニティ・レベル別医療機関数、病床数、分娩件数、多胎児出産率

マタニティ・レベル	I	II	III	合計
医療機関数	443	202	55	700
病床数	10,846	8,339	4,176	23,361
分娩件数	363,440	268,655	129,990	762,085
多胎児出産率 (%)	2.1	2.8	5.3	2.9

出典： SAE・PMSI 2000 年

3 つのレベルの各マタニティは、地域内で医療機関間の連携を取り、低リスク妊婦をレベル 1 へ誘導し、リスクに対応可能な医療機関で高リスク妊婦が分娩できることが望ましいとして計画された。本省令により、マタニティのカテゴリー分類と同時に、「年間出産件数 300 件」を満たさないマタニティの分娩活動認可の取り消しが決定され、多くのマタニティが閉鎖・合併を余儀なくされた。1980 年に 750 存在したマタニティは、2000 年には 700 に、更に 2001 年には 520 に減少している。会計監査院の報告書によると、妊産婦の安全性には何ら影響を及ぼしていないとされている（妊産婦の半数が、自宅から 6 km 以内で出産しており、3/4 の妊産婦が 15 km 以内で出産しているとされている）。

なお、年間 300 件に満たない医療機関による周産期活動の特別認可の維持例としては、公立病院での産後フォロー、および 45 分以内の移動距離圏内に医療機関が無い場合などがある。しかし、実際には、経営コストの面から自主的に閉鎖するケースが多い。2002 年の分娩件数 300 未満のマタニティ数は、公私医療機関を併せて 46 であった。

保健省は、2003 年発表の「1996-2000 年フランスネットワークに関するスタディ」の中で、以下の点について述べている。

- 1970 年代から 20 年間に展開された地域再編成計画に引き続き、閉鎖・合併の傾向がある。閉鎖した医療機関の大部分 (61%) は、私立のクリニックである。
- 1998 年省令以降の連携政策実践に、地域格差（フランス本土には、以下の表にある 22 の地方が存在する）がみられる。

表 24 地域別未熟児、多胎児出産率、レベル別医療機関

地方	体重 2,500g 未満児出産率 下段：多胎児出産率	レベル I	レベル II	レベル III
アルザス	6.4 2.9	2.3 1.7	5.4 3.7	12.9 3.7
アキテーヌ	7.0 2.2	4.1 1.7	6.5 2.2	14.8 3.1
オーベルニュ	7.1 2.5	3.5 2.0	12.1 2.4	7.1 4.9
低ノルマンディー	6.9 2.5	3.2 1.4	8.2 2.7	12.7 4.8
ブルゴーニュ	7.7 2.3	7.6 1.4	7.9 3.2	
ブルターニュ	6.2 3.0	2.8 2.9	5.6 2.1	14.2 4.8
センター	7.5 2.4	4.2 1.3	9.6 2.6	6.1 3.4
シャンパーニュ	8.4 3.2	9.5 3.6	7.5 2.7	9.0 4.5
コルシカ	6.3 2.0	2.7 0.2	8.6 3.3	
フランシュコンテ	7.5 4.4	2.6 2.0	7.2 5.0	19.4 8.3
高ノルマンディー	6.9 2.6	2.6 1.1	10.5 2.3	10.2 6.6
イルドフランス	7.0 3.4	3.9 2.8	8.4 2.8	12.8 6.5
ラングドック・ルシヨン	8.3 2.9	3.7 1.6	6.6 2.1	21.9 7.1
リムジン	8.8 2.8	3.9 1.7	9.4 2.0	16.5 5.5
ロレーヌ	7.3 2.7	5.2 1.9	6.6 2.3	11.8 4.4
ミディ・ピレネー	6.7 3.4	3.8 2.1	9.5 3.0	18.9 12.0
ノール・パ・ド・カレ	7.6 2.5	4.4 1.7	9.0 3.6	14.7 3.9
ロワール	7.1 2.9	3.7 1.7	8.1 2.9	11.8 4.7
ピカルディ	7.0 2.3	3.1 1.5	8.8 2.8	16.6 3.2
ポワトゥ・シャラント	6.7 2.0	3.7 1.2	8.2 2.0	10.5 3.9
プロヴァンス・アルプス・ コート・ダジュール	6.5 3.0	3.9 2.0	7.3 3.6	18.8 6.4
ローヌ・アルプス	7.1 2.8	3.6 2.3	7.0 2.3	20.7 5.7
フランス本土 全国平均	7.1 2.9	3.9 2.1	7.9 2.8	14.1 5.3

出典：SAE・PMSI 2000 年

フランスでは、国の保健行政機関である地方病院機構 (ARH : Agence Regional Hospitalisation) が、その地域の病床数、医療機器設備台数、医療機関の開設など様々な認可を行なっている。周産期政策においても、いくつかの医療計画 (SROS : Schema Regional Organization de Sante) が実施され、1970 年より現在まで主に 3 つのプランが行われてきた。

最初の政策は、1970-1976 年計画であり、妊婦の予防強化と、4 回の定期的な受診義務、新生児 ICU 設備の強化、周産期スタッフ (産科医・小児科医・助産師・看護師等) の教育を掲げている。第 2 の政策は、1995-2000 年計画であり、①産婦死亡率の 30% 減少 (1.39%) ②新生児死亡率の 18% 減少 (0.82→0.67%) ③2500 g 未満の低体重児出生率を 25% 減少 (5.7%→4.3%) ④妊婦による義務診察の未受診率の減少 (1→0.5%) の 4 つの柱を掲げている。後日、5 番目として「新生児突然死予防と減少」が加えられた。この 5 ヶ年計画の期間中に、昨今で最も重要な政策である「1998 年省令」が立法化された。

最後が現在も進行中の 2005-2007 年計画である。2004 年 8 月 9 日法に基づき、①新生児死亡率 0.55% (2001 年の 0.65% から 15% 減にあたる) ②2006 年末までの安全基準の徹底 (ネットワーク強化 (= 病診連携・公私医療連携)・小規模マタニティ閉鎖に起因するその地域周辺の医療機関による安全補強・患者情報の共有) を掲げている。

現在、この安全基準徹底を進めるために、大規模な人材確保が必要とされているが、2005 年公表の会計監査院報告書においても、「1998 年省令は、国内に現存する有資格者数を十分に考慮せず立法されたため、現場での実践困難を引き起こしている」と指摘されている。

医療費予算の観点からみると、2003-2007 年の 4 ヶ年に、15 億ユーロがマタニティへの補助予算とされる。しかし、これは主に公立病院が対象であり、例えば、2005 年度の予算 1 億 3,000 万ユーロのうち、1 億 1,000 万ユーロが公立病院向けであり、私立医療機関への分配は、わずか 2,000 万ユーロにすぎない (会計監査院報告書によると、民間に対しては、安全規格遵守目的の費用を補填できるような診療報酬改正が、2001 年に行われた事になっている)。

最近の政策では、2006 年 3 月 30 日付けの保健省病院オーガナイゼーション局長名の通達 Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n° 2006-151 により、全国周産期ネットワークに関する指示事項が出されている。各地方は、CRN (commission régionale de la naissance) を中心にネットワークを構築し、各医療機関で連携する事が推奨されている。その他、周産期在宅入院医療 (2004 年 2 月 4 日通達) が出され、周産期における医療機関での入院に替わって在宅での高度医療を推奨している。

3. 助産師の活動

フランスの助産師は、パラメディカル職ではなく、メディカル職（医師・歯科医師・薬剤師と同格）の国家資格であり、医療機関での勤務以外に一人で個人開業もできる。近年の早期退院、マタニティ閉鎖政策や産科医不足とも相まり、独立して個人開業する助産師が増える傾向にある。

フランス助産師会（医歯薬会と同様に義務加入）によれば、その数は 15,000 名であり、その 80%が医療機関勤務であり、男性が 1%未満ながら存在する。

フランスの公立病院での分娩の 70%は、産科医師が不在の場合、助産師によって行われており、助産師はリスクを判断し、必要に応じて産科医師を呼ぶことになっている。産前産後のフォローとして内診・触診・聴診、胎心モニタリング、超音波検査から、（正常）分娩、限定薬剤の処方、産後の新生児・母親検診まで、すべて医師不在のもとで単独で行う事が可能で、開業医同様に、公定診療報酬を出来高で保険請求する。

教育制度・カリキュラム

満 18 歳時にサイエンス系バカロレア（大学入学資格）取得後、フランス保健省認可の専門学校（全国に 17 校。その大多数が、国公立大学病院付属）で 4 年間修学する。医歯薬学生同様、毎年、保健省により学生の定員数が公定される。最近の傾向としては、産科医師の不足を補うべく増員傾向にある（約 730 名/年）。

フランスの特徴として、医学部に入学したものの、二年生進級の難関（倍率 1/10～1/20、再々受験不可。定員数公定）を突破できない医学生が多くいる。このため、医学部一年生修了後、医学部継続の断念を余儀なくされる学生が大部分となる。この中に、助産師に進路を変更する者も多く出る。現在、助産師の履修年数は、事実上、5 年間と言われているのは、この為である。（看護師、リハビリ技師、骨矯正師などのパラメディカル学生にも同様の現象が見られる）。

表 25 カリキュラム

学年	理論	実技	臨床研修
一年生	人体解剖学 病理解剖学 公衆衛生学 新生児学 薬学 心理学 IT	32 週間 新生児学 外科 内科 マタニティ	6 週間 付属の大学病院の産婦 人科および周産期関連 科に配属
二年生	同上	36 週間	12 週間
三年生	同上	36 週間	12 週間
四年生	同上	24 週間	12 週間

表 26 助産師数と内訳

私立公的病院勤務 Sages-femmes salariées des établissements privés participant au service public	839
私立営利医療機関勤務 Sages-femmes salariées des établissements privés à but lucratif	2,248
国公立病院勤務 Sages-femmes des hôpitaux publics	9,549
公衆衛生地方保健行政機関勤務 Sages-femmes territoriales des centres de protection maternelle et infantile (P.M.I.)	783
個人開業 Sages-femmes libérales (à part entière)	1,624
兼業（勤務・開業） Sages-femmes polyactives (libérales & salariées)	401
その他（教員、託児所・保育施設等） Activités diverses (enseignantes, directrices de crèches, etc.)	152

4. 医師の診療報酬

フランスの診療報酬は、7,200 種類の医療行為と CCAM(Classification Commune des Actes Medicaux :医療行為共通分類)により公定されている。40 の専門科から各科代表医師（勤務医・開業医合わせて）20 名の抽出を行い、まず同じ専門科内で 2 種の医療行為を比較して、当該医療行為の知的貢献度・技術的難易度、ストレス、時間的・経済的負担の水準を定め、点数を決定している。

産科開業医の多くは、分娩に対する診療報酬を非常に低いと考えている。

表 27 2006 年 CCAM 公的保険協定料金(1 ユーロ:161 円。為替レートは 2007 年 4 月 20 日現在)

施術	円(ユーロ)
自然分娩	50,474(313.50)
自然分娩（逆子）	56,501(350.94)
自然分娩（複数胎児）	67,298(418.00)
計画的帝王切開	50,474(313.50)
麻酔	33,649(209.00)
緊急帝王切開	50,474(313.50)
麻酔	36,615(227.42)
子宮部縫合	30,867(191.72)
麻酔	22,023(136.79)
会陰縫合	25,161(156.28)
麻酔	14,773(91.76)

5. 医療訴訟

フランスにおける医療訴訟問題には、医療関係者のみならず、マスコミを通して国民も大きな関心を持っている。医学生が産科を回避する理由として、訴訟リスクが上位に挙げられている。激増した医療訴訟件数と賠償額が問題となっている。

成績優秀者順に卒後インターン・コースをとってゆくフランスの医学教育制度では、このままだと成績下位者が仕方なく定員数の残った産科を選ぶ事になりかねないと SYNGOF 代表は憂慮している。フランスの国家主導型 ADR 制度である ONIAM ができたのは 2004 年である。

国家型とはいえ、その財源の多くを負担する事になった保険会社は、これを機に医療賠償責任保険の保険料を一斉に跳ね上げた。ここでは、一般紙・専門誌からの記事をいくつか抜粋し、本問題がフランスでどのように議論されているかを紹介する。

ル・モンド紙 2006 年 8 月 4 日

先の 7 月 24 日に Union Chirugiens de France (フランス外科医連合) の呼びかけでストライキ「ノー・オペレーション・デイ」が全国的に展開された。フランス保健省の発表によれば、医師のストライキ参加率は 16.6%であった。このストライキの主訴は、高騰し続ける医療賠償責任保険料への公的援助と、訴訟リスクに見合う診療報酬改定の要求であった。8 月 2 日の関連団体との長時間に渡る交渉後に「医療の安全とクオリティ契約を遵守する条件で、医師の医療賠償保険料の 55%から 2/3 を公的健康保険 (CNAM : 全国疾病金庫) がカバーする」こととなった。これによる疾病金庫の新たな支出は、2,000 万ユーロと見られている。同時に医療賠償保険会社に対しても何らかの措置を示したいとし、各社の保険料計算方法により透明性を求める方針を明らかにした。

一方、診療報酬に関しては、既に前保健大臣のドスト・ブラジー氏によって約束されていた「ある枠内での自由診療報酬の許可」を執行することをロビー側は再度要求した。これに対して、CNAM 総裁のフレデリック・ヴァン・ロェクゲム氏も「今回のストを通じたロビー側の真の要求は、診療報酬の自由化である」と抗議した。

フィガロ紙 2006 年 8 月 3 日

公的健康保険から 2,000 万ユーロを支出して、民間医師の保険料負担への一部助成を行うという今回のベルトラン保健大臣の決定に対し、国内最大手労組 FO は「民間保険が保険料を上げるのに応じて公的保険から支出することは、完全な公金の民間保険への投入である」と見ている。

一方、FFSA フランス保険会社連盟は、この度の決定を「良い方向へと向かっている」と歓迎している。

2007 年の大統領選を前にして、現政府与党（右派）の票田とされる民間保険業界、開業外科医へのプレゼントであると FO は見ている。

レ・ゼコー2006年7月11日

11 万 6 千人の医師を顧客に持つ国内有数の医療賠償責任保険会社 SOU-MEDICAL (MACSF グループ) が「2007 年以降、産科補償契約を全面停止する」ことを発表した。産科医の 1/3 が、本グループの保険に加入している。

SOU-MEDICAL の発表の直後に、従来は公立病院勤務医のみを対象としていた SHAM 社が、新規顧客開拓目的なのか「既に SHAM 社がカバーする医療機関で働いた事がある産科医師とそれ以外の産科医師」別の料金で、私立開業医部門も開設することを発表した。

一方、医療訴訟リスク問題にいち早く対応したフランス麻酔蘇生医学会 (SFAR : Societe Francaise Anesthesiste et Reanimation) からは多くを学ぶ事ができる。

1993 年、医療賠償保険エージェント BRANCHET は、SFAR と共同で ARRES 協会を設立し、①事故申告者からのフィードバックによるリスク情報の共有と原因解析②研究者・大学・公・私立病院間での検証・講習会③医療機器メーカー協賛のシミュレーション検証等-による安全対策を徹底化した。近年、SFAR では「重大な事故」件数を実に 1/10 に減らす事に成功した。現在、重大な事故の発生確率は 15 万分の 1 となり、BRANCHET 保険では、外科・産婦人科医に比べても高めだった麻酔医の保険料を下げることに成功した。

会員は上記 ARRES 協会と共に情報の共有化に努め、法廷指名鑑定医や弁護士らを講師に迎えた講習会を数多く開催している。飛行機事故の原因解析方法を手本に、事故には至らなかったニアミス情報 (ヒヤリハット・インシデント・レポート)、手術や入院の全過程ごとのチェック・リスト (体内にガーゼを忘れていないか、電子メスによる火傷の注意等)、特にエラーが起り易い項目リスト (使用済みと未使用品の識別、よく似た外観の薬瓶の識別方法等) も履修カリキュラムの中にある。

患者への説明技術も重要なプログラムであり、協会では、患者役・医師役のロール・プレイによる説明技術の訓練を行っている。保険会社と医学会共同でのリスク予防安全対策は、まだまだアメリカに比べフランスは低いとされている。ARRES や ASSPRO のような協会の役割は大きい。

6. 医療事故紛争制度：司法裁判とADR制度

1978年～2002年

フランスの医療紛争件数は年々増加の傾向にあり、その賠償額は日本・米国と比べれば明らかに低い⁷⁴が、増加傾向にある。政府は1978年10月から特別調査を開始し、ADR⁷⁴（医療紛争の司法制度枠外における解決方法）の構想がマック・アレーズらによる司法省ワーキング・レポートで発表された。3年後の1981年5月15日法により、フランスで初のメディカル・コンシリエーター（仲裁）機関が創設された。以降80年代は、国内の様々な医療機関でADRの動きが活発となった。

1994年にアラン・ジュッペが首相に就くと、大きな病院改革⁷⁵が行われ、1996年4月24日法、98年11月2日法によって、私立・公立全ての医療機関内に医療紛争解決機能の設置が（努力）義務付けられた。

1990年初頭の非加熱血液製剤事故以来、従来の医師・医療機関・国家の保健行政機関への信頼関係が崩れ、フランスにおいても係争に持ち込むことへの萎縮感は一挙に取り去られた。国民は、HIV、B型肝炎ワクチン被害、クロイツェル・ジェイコブと相次ぐ薬害事件の報道により、個々の医師・医療機関への過誤に対しても疑いをもち、責任追及を行うようになった。

政府は患者権利法である2002年3月4日法（時の保健大臣名をとって、ベルナル・クシュネール法と称される）を立法化して、国家によるADRである「無過失医療事故紛争調停・賠償委員会 ONIAM(Office National d'Indemnisation des Accidents Medicaux)」を設立し、国内に4つのCRCI(Commission Regionale de Conciliation et d'Indemnisation des Accident Medicaux)地方委員会を設置することを公衆衛生法典の中に盛り込んだ。

この委員会は、法廷への訴訟回避・紛争調停、国民連帯思想の下、社会保障疾病金庫を財源とし、特に重度の被害者に限定して救済する事を目的として設立された、新しい司法と保健行政機関である。このため、重度基準⁷⁶を満たさない事故被害者への救済や、人的エラー・過失を追及する機能は無い（2003、2004年の活動実績を見る限り、院内感染事故賠償が圧倒的である）。

不十分な点はまだ多いながらも、裁判による時間的・経済的負担を軽減するADR

⁷⁴ Alternative Dispute Resolution

⁷⁵ いわゆるジュッペ・ブランとよばれる複数の議会無通過立法による強行改革

⁷⁶ 永久損失率25%未満は、重度とみなされない。（永久損失率25%例：片眼失明）

制度として、1980年から20年に渡って続けられてきた国家努力の成果として評価すべきである、と大方の法曹家の見解が一致している。

司法制度は日本と同様に、公立病院を相手取った訴訟は行政裁判、私立医療機関に関する訴訟は民事裁判であり、刑事裁判になることは比較的稀である。政府は2000年7月10日法で、損害との直接的因果関係が認められない過失(間接的過失)の定義と、患者側によるその立証義務を定めた。

医療従事者が直接損害を引き起こした過失にのみ(例:医師が間違えて患者身体のある器官を切除した等)、患者の立証義務はない。刑法においては、間接的に偶発した損害についての過失責任追及はできない。一方、行政・民事法では軽度の過失、推定過失、推定間接的因果関係、結果安全義務、成功機会・チャンスの損失に対しての賠償責任を求めることができる。このため、医療刑事訴訟では、証拠不十分等で5係争中4件が不起訴となっており、とりわけ2000年7月10日法制定以来は、医療機関側に寛大な判例が示されている。

7. 産科に関する統計

表 28 フランス本土 産婦人科医数

年	1998	1999	2000	2001	2002	2003
産婦人科医	5,723	5,719	5,661	5,635	5,590	5,352

出典: ADELI/CNAMTS (全国被用者疾病金庫)

表 29 フランス本土 産科医数

年	1990	1994	2000	2003	1990/2003
産科医	4,503	4,843	5,133	5,182	+15%
麻酔科医	10,305	10,229	10,043	10,140	-2%
小児科医	5,428	5,949	6,244	6,454	+19%

出典: DREES

表 30 2006 年度医学部研修医インターン定員数 (2005 年 5 月 25 日省令、同 31 日官報公布)

	イルド フランス地方 Ile de France	北東地方 Nordest	西北地 方 Nord ouest	ローヌ アルプ ス地方 Rhône alpes	西部地方 Ouest	南部地方 Sud	南西部 地方 Sud ouest	アンテ イー ユ・ギ アナ諸 島 Antill es Guya ne	合計 Total
内科系専門医 Spécialités médicales	144	119	132	68	122	77	94	4	760
外科系専門医 Spécialités chirurgicales	89	81	97	42	101	56	75	9	550
一般医 Médecine générale	474	555	396	227	348	137	197	66	2400
麻酔蘇生 Anesthésie réanimation	35	39	43	26	38	26	33	3	243
バイオロジスト Biologie médicale	11	10	7	4	12	5	8	1	58
婦人科 Gynécologie médicale	5	2	3	0	4	2	4	0	20
産科 Gynécologie-Obst étrique	32	20	27	11	26	16	16	2	150
産業医 Médecine du travail	10	10	13	4	8	4	7	0	56
小児科 Pédiatrie	36	34	35	17	30	19	21	4	196
精神科 Psychiatrie	40	53	61	22	56	26	41	1	300
公衆衛生 Santé publique	15	12	8	5	10	4	15	1	70
Total	891	935	822	426	755	372	511	91	4 803

出典：CNOM au 01/01/2006 注意：本数値は、省令により定められたインターン募集定員数であり、実際のインターン生の数ではない

表 31 2007 年度医学部研修医インターン定員数 (2006 年 6 月 19 日省令、同 28 日官報公布)

	Ile de France	Nord-est	Nord-ouest	Rhône-alpes	Ouest	Sud	Sud-ouest	Antilles-Guyane	Total
Spécialités médicales	144	119	132	68	122	77	94	4	760
Spécialités chirurgicales	89	84	93	44	100	56	75	9	550
Médecine générale	380	452	420	225	422	159	229	66	2 353
Anesthésie réanimation	35	39	43	26	38	26	33	3	243
Biologie médicale	11	10	7	4	12	5	8	1	58
Gynécologie médicale	5	2	3	0	4	2	4	0	20
Gynécologie-Obstétrique	30	21	28	11	27	14	17	2	150
Médecine du travail	10	11	16	4	8	4	7	0	60
Pédiatrie	36	34	35	17	30	19	21	4	196
Psychiatrie	40	53	61	22	56	26	41	1	300
Santé publique	15	12	8	5	10	4	15	1	70
Total	795	837	846	426	829	392	544	91	4 760

出典 : CNOM au 01/01/2006 2005 年度研修医インターン試験合格者上位 1000 名の内、産科・婦人科専門医コースを選択した学生は、女子学生は全体の 7%、男子学生は全体の 2%であった。

出産件数と公私立医療機関数

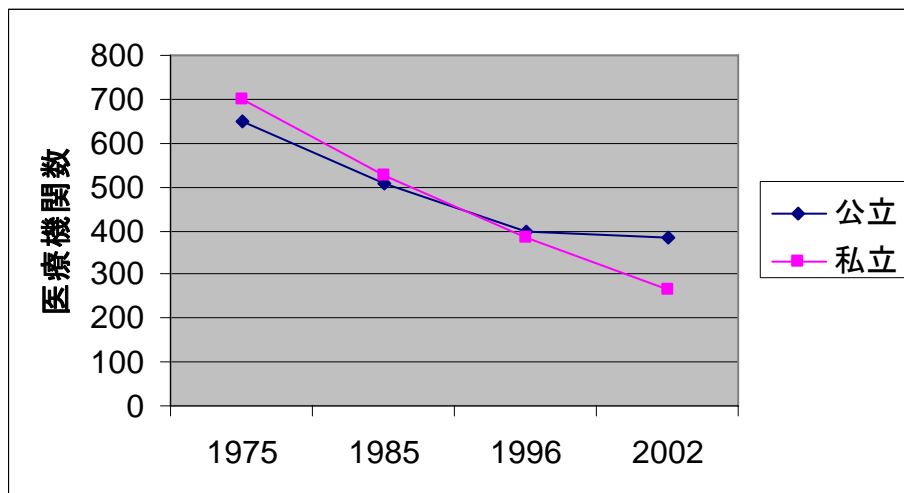
表中 211 の私立医療機関マタニティの内、78%がレベル I、22%がレベル II (その内 75%が IIA、25%が IIB) である。

表 32 出産件数と公私立医療機関の割合

年間出産件数	私立医療機関数 (%)	公立医療機関数 (%)
500 未満	34 (16)	75 (19)
500～799	40 (19)	79 (20)
800～999	28 (13)	52 (13)
1000～1199	28 (13)	36 (9)
1200～1499	32 (15)	39 (10)
1500～2499	34 (16)	84 (21)
2500 以上	15 (7)	32 (8)
合計	211 (100%)	397 (100%)

出典：PMSI 2004 年

図 98 公私立マタニティ医療機関数



出典：DREES

8. フランス産婦人科連盟 SYNGOF 代表へのインタビュー

昨今の周産期政策問題は、フランス国民も大きな関心を集めている。マスコミでも医療訴訟問題を大きく取り扱っている。国内最大の産婦人科ロビーSYNGOFとして、現況を説明頂きたい。

国の政策によって、最低年間 300 件の出産件数を満たさないクリニックは、閉鎖・合併を余儀なくされており、これは、特に地方で深刻な問題を呈している。都市部では、年間 2,000 件から 5,000 件の出産を扱う事が標準的であり、小児科医・麻酔医（全てのフランス人産婦は、分娩時に硬膜外麻酔を要求できる権利がある）を置くことも出来るが、地方では同じ権利や安全を守れない状況である。このため、我々SYNGOFは政府に働きかけ、「分娩の為、医療機関に行くのに 45 分間以上の移動を要する距離」では、年間 300 件未満でも閉鎖しなくても良いという例外措置を作った。

現在我々が最も懸念しているのは、産科医・麻酔医・外科医の内、特に産科医の医療賠償保険料高騰の問題である。昨今の医療訴訟件数増と、2004 年から開始された国による ADR 制度への資金を確保するために各医療賠償保険会社は、保険料を何倍にも跳ね上げた。

私個人を例にとると、現在年間 3 万ユーロの保険料を支払うか、または現行の料金（1 万ユーロ）で上限設定のリスク補償にするかという旨の通知を受け取った。全国的に同僚の何名かは、その医療活動リスクのために、保険会社側から今後は契約を続けることはできないと更新を断られ、保険に加入できない産科医もいる⁷⁷。我々は、政府にこの問題を掛け合い、今年の 7 月にストライキを行った。これに対し医療安全のリスク管理契約を遵守することを条件に、協定医師の保険料の 2/3 を公的医療保険からカバーする約束を保健相から引き出せた。契約の内容はインシデントの報告義務、適正医療の実践（グッド・プラクティス）、生涯教育、リスク管理評価を HAS（Haute Autorite de Sante :2004 年のブラジー保健改革によって設立された高等保健機構）の指示書に沿って産科医会や学会、産科医労組、医師会が共同で作成するというものである。HAS の指示のもとに、詳細内容を我々医師が作るということで産科医に広く受け入れられるはずと政府も期待している。

⁷⁷ Sou-Medical 社より 2006 年 1 月 1 日付けで更新を断られた産科医数 500 名