

周産期医療崩壊を防ぐための戦略

平成 18 年 11 月 25 日

日本産婦人科医会

周産期医療の崩壊の実態

1. 保健師助産師看護師法第3条（助産）の誤解釈による一方的な看護課長通知→分娩取り扱い診療所・病院現場の混乱→医師の過重労働→分娩取り扱いの制限若しくは中止（警察による保助看法誤解釈を根拠にした捜査・送検事例が事態悪化促進）
2. 警察の医師法第21条（異状死の届出）、刑法第211条（業務上過失致死傷）嫌疑による産科医療への介入→分娩取扱の中止→分娩機関への分娩の集中→過重労働→医療事故の危険が隣り合わせ→産婦人科医師志望の極端な減少→悪循環
3. 産婦人科志望の60%は女性医師（出産育児等により研修不足・現場離脱・復帰困難→潜在産婦人科医へ）→産婦人科医療総労働力の低下→現場医師個々の負担増→疲労困憊現役医師増加→立ち去り医師増加
4. 病院の産科診療からの撤退→分娩施設の減少
5. 中核病院産婦人科指導医の開業志向→産科研修病院の不足
6. 産婦人科診療所の分娩からの撤退→分娩施設の減少→助産所活用論の台頭
7. 周産期ネットワークの機能不全→安全分娩の危機

背景

1. 保助看法に関する不当な看護課長通知の存在
→診療所医師の分娩からの撤退
2. 助産師数の絶対的不足
3. 増加する医療訴訟と刑事責任追及
4. 過酷労働と報酬の悪平等
5. 大学産婦人科への入局医師の激減と女性医師比率の上昇
6. マスコミの偏った（医療側バッシング）報道と医療不信への煽動
7. 国民・地域住民に正しい情報が伝わらないための無理解・無関心

対策 I

『診療所医師が分娩を止めずに、安心して分娩を担当できるようにすること』

1. 保助看法に対する不当な看護課長通知の撤回要求
2. 保助看法違反で、警察介入と逮捕が無いようにすること

戦略：

I 保助看法そのものでは、看護師の内診は違法ではない

1) 保助看法と医師法の規定からの解釈

医療機関内において医師の指示下で実施される看護師の内診は合法である。

医師法第 17 条には「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（スライド 1）。助産は医業の一部であり（争いのない事項）、その例外を定めた特別法たる保助看法第 3 条（スライド 2）、第 30 条（スライド 3）がなければ、助産師といえども、医業の一部であるところの助産業はできない。

言い換えれば、保助看法は助産師に医業の一部である助産業を許した法律である。

保助看法第 3 条：「助産師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、褥婦も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。

保助看法第 30 条：助産師でない者は、第 3 条に規定する業をなしてはならない。ただし、医師法（昭和 23 年法律第 201 号）の規定に基づいて行う場合は、この限りではない。

以上から、①助産は医業の一部ではあるが（従って原則医師の独占業務）、保助看法の規定により助産師が行うも可、②医業である以上、「診療の補助」の範囲内で医師の指示下に看護師が助産の介助をすることは法的には問題ないと解することができる。

2) 法の運用の実際

保助看法・医師法が制定された昭和 23 年から平成 14 年 11 月に、産婦に対する内診の禁止を定めた厚労省看護課長通知がだされるまでの 54 年間は、医師の

指示のもとに診療の補助行為として看護師が内診し、医師が分娩経過を総合的に判断し安全な分娩へと誘導していたことに、法的にも、厚労省からも、いかなる咎めも無かったし、国民にも、社会的にも認められていた。

その間、病院及び、診療所の医師は、助産師不足の状況のなかでも、世界最高の周産期医療を国民に提供してきた。

II 看護師の内診を不可能とした医政局看護課長通知は、容認できない

[問題の看護課長通知]：

平成14年11月14日、保健師助産師看護師法の『助産』に関する解釈が、産科医療、周産期医療に関する専門学術団体である日本産婦人科医会・日本産科婦人科学会・日本新生児学会、さらに、日本医師会との、何らの事前協議もなく、厚生労働省医政局看護課長通知として、突然、以下のごとく、各都道府県衛生主管部（局）長に対し通知された。

すなわち、『助産とは、（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（医政看発第1114001）』というものであり、助産とは内診により子宮口の開大、児頭の回旋等を確認、分娩進行の状況把握及び正常範囲からの逸脱の有無の判断、胎児の娩出の介助、胎盤等の胎児付属物の娩出の介助を行うこととされた。

さらに、平成16年9月13日に、看護課長より『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することは、診療の補助には該当せず、助産に該当すると解する（医政看発第0913002号）』との通知が出され、産婦に対する内診は、診療の補助行為ではなく、助産であると断定された結果、看護師の内診は、違法であるとされた。

この不当な、看護課長通知は、地域の産科医療をささえている、助産師なしで、看護師と分娩を担当している診療所を不安のどん底に突き落とす結果となり、周産期医療の混乱と崩壊に拍車をかけている。

A 看護課長通知に関する抗議

「内診」という言葉について言及すべき医師でもないものが勝手に定義している

1. この看護課長の『助産』の解釈は、助産師の権益を看護課長通知として、国の考えに摩り替えたものであって、学問的根拠のない、医学的には全く認められない解釈であった。このため、看護課長通知が出された直後から、今日まで、日本産婦人科医会と学会は、日本医師会とともに、国民のための医療の崩壊につながる大問題であるとして、強硬に抗議しつづけ、通知の撤回を求めてきたが、厚労省看護課長は、日本看護協会、日本助産師会の意向どおり、この主張を変えることをしないで、今日に至っている事実に対して、その真意を明らかとさせ、撤回するまで、徹底的に戦う。
2. 平成 16 年看護課長通知により、『産婦に対する内診は、診療の補助行為には当たらない』とし、これを違反したものを刑事罰の対象としたことは、行政のなし得る法解釈の範囲をいちじるしく逸脱したものであり、到底容認できない。
3. 平成 16 年の看護課長通知のような、刑事罰に問われるような重大な法解釈を、当時の医政局長の決済も得ず、厚生労働大臣のまったく知らないところで、正当な省内手続きもなく、看護課長独自の判断で、出されたことは、看護課長の異常な越権行為であり、厚労省内で問題とすべきである。
4. 日本看護協会、日本助産師会の意のままに、助産師の権益を守るために、課長通知として、この違反を刑事罰の対象として、産科診療所の存続を不可能にするきっかけをあたえ、国の産科医療の崩壊に手を貸すことは、国民に対しての背信行為である。
5. 本来、憲法あるいは民主主義の要請である「罪刑法定主義」の大原則からすると、かかる通知を立法府に諮ることなく、行政官僚である看護課長が、勝手に出した事実は、国会軽視以外の何ものでも無く、民主主義の原則にも反するものであり、ましてやこの解釈に従っての立件や強制捜査などはもってのほかであり、許しがたい暴挙である。

B 公の厚労省医政局看護課と民間団体である日本看護協会、日本助産師会との異常な関係に関する抗議

1. 医政局看護課の異常な権力掌握

日本産婦人科医会の作成した、看護課長通知の見直し案を、看護課と協議してもらおうように医政局総務課長に提示して、協議することを依頼しても、『看護部にもちかえって、検討することは、出来ない。医会の案をもっていくことだけで、医師サイドの意見を聞いたことになる』という理由で、修正案も検討出来ないほど、異常な権力を持ち、医政局長でもコントロールできない看護課である現状に対して、国民のための存在である厚労省の一部門として存在することは、全く理解が出来ず、極めて不自然である。

医政局内の一つの課にすぎないにもかかわらず、医政局総務課長のみならず、医政局長も、国民のために、正当な、公平な議論も出来ないほどの治外法権をもつ厚労省医政局看護課となっている事実に対して、その実態を明らかにして、糾弾する。

2. 公の組織である看護課が、民間団体である日本看護協会と一心同体である事実に対して、その不自然さと、異常さに関し、マスコミを介して国民に知らせ、重大な社会的問題として、厚生省医政局の監督責任を糾弾する。

3. 公の厚労省医政局看護課と民間団体である日本看護協会の異常な関係に関する具体的事実

①平成 16 年 9 月 13 日、当時の田村やよひ看護課長より、医政看発 0913002 が通知された。この看護課長通知内容は当時の坂口厚労大臣に知らされず、また、岩尾医政局長の決裁をも得ることもなく、通知されたのであれば、これはまさしく、看護課長の越権行為（国会における局長答弁の範囲を超えている）であり、その通知の経緯につき、真相追究する必要がある。

このように、助産師の育成を政策的に行なわず、希少価値としての存在として誘導してきた厚労省看護課は、助産師の絶対的不足のなかで、看護師と分娩を担当せざるを得ない診療所医師が、分娩からの撤退を余儀なくされるほどの強い刑事罰をも当たえる看護課長通知を、厚生労働大臣を無視して、独断専行したことは、社会的にも許すことができない、極めて罪深い暴挙であり、直ちに、看護課長通知は撤廃すべきものである。

②通常 2～3 年で、人事異動がある厚労省で、田村やよひ氏は、平成 11 年 9 月から平成 18 年 8 月まで、7 年間もの長期間、看護課長として在任し、他課から、ものが言えないほど、巨大な権力を醸成した。その結果、平成 16 年には、厚労大臣、医政局長を無視して、独断で看護課長通知を出したことは、医政局の人事管理上、極めて重大な問題があると言わざるを得ない。

③国民の医療福祉の要である厚生労働省内に、民間団体である日本看護協会の上部組織として、看護課が存在し、日本看護協会の意のままに、動いていることは、国民医療の健全な育成のために、公平性を基本とする公の厚労省としては、社会的に糾弾されるべき事実である。

④実際、平成 5 年 9 月から、平成 11 年 8 月まで看護課長であった久常節子氏は、慶応大学看護医療学部教授を経て、平成 17 年より、日本看護協会会長の座につい

ていることはその証拠であり、厚労省の看護課と日本看護協会の特殊な関係を明白にしている事実である。

⑤看護課が、被害者団体や、その弁護士の言い分を利用して傘下団体の利権拡大の画策をすることは、公平を旨とする公の部局としては、極めて異常な事態である。

⑥2006年8月、看護課の現役主査(みほか なる人物)が、「mihoka」という名で、産婦人科医の父親の名前をつかって、本会のメーリングリストに不法侵入し、本会のメールをモニタリングしたうえに、会員に対して、「うかつなことは書かぬほうが賢明と思われます」という文章をのせ、心理的圧力をかけて言論を封殺するようなことをした事実がある。このような、看護課の産婦人科医会に対する挑戦的態度は看過するわけにはいかない。

Ⅲ 診療所の分娩からの撤退を画策する日本看護協会、日本助産師会に対して、助産所の違法性に関して、糾弾する

日本看護協会・助産師会に対して、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会は、従来、協力的好意的な対応をしてきた。助産所の妊婦・新生児の安全を確保するために、周産期医療ネットワークにも、入れることを当然のことと協力してきた。

然るに、保助看法をめぐる問題を盾に、日本看護協会・助産師会は日産婦医会のバッシングと自らの利権拡大を画策している事実に対して、産婦人科医会は、厳正な態度で臨まなければならない。

1. 助産所の助産師は助産行為ができるだけであって、医療行為は行うことは、医師法違反であり、刑事罰に相当する

分娩経過中に妊婦・胎児に異常が発生した場合、これを処置(医療)することは、保助看法・医師法に違反するものである。

保助看法 37 条：医療行為の禁止 (スライド 4)

保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機器を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をし、その他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない。

保助看法第 38 条：異常妊産婦等の処置禁止(スライド 5)

助産師は、妊婦、産婦、褥婦、胎児又は新生児に異常があると認められたときは、医師の診療を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。ただし、臨時応急の手当については、この限りではない。

妊婦・産婦・褥婦・新生児に異常が発生した場合は、助産師はこの様態を判断し、かつ処置（医療）を施すことは医師法第 17 条に違反する。

日本助産師会は、正常分娩は助産所が担当すべきであると主張し続けている。

しかし、正常分娩とは、分娩が無事に終了し、新生児及び母体が正常であった場合を正常分娩というのであって、陣痛が開始し、分娩が始まったときに正常であるものが、全て正常で終わるわけではない。

実際、分娩開始時点で母児共に正常であっても、胎児が娩出する間際あるいは、分娩後に異常となり、医療行為を必要とされる場合は、約 18%もある。

正常の経過から、胎児又は母体に異常が発生することは、予測できないため、助産師が、助産所で助産行為をしていても、異常が発生することは日常的に起こることである。

その場合、臨時応急の手当てでは、処し切れない事は、当然であるがゆえに、異常に遭遇したときは、一切の医療行為は許されていないだけに、厳密に法律を適応すれが、医師法違反で、摘発も可能である助産所は存在する。

それにもかかわらず、厚労省のホームページに「第 7 回医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方に関する検討会」資料として、契約書類、助産院内の医療行為が掲示されている事実は、自ら違法行為を容認することであり、徹底的に糾弾すべきである。

実例として、急速遂娩のために、吸引分娩を行なっている事実、陣痛促進剤を用いている事実など、さらに、事例を収集して、その事実を問題とすべきである。

2. 医師不在の助産所の実態は安全確保の点から極めて問題である

助産師業務には、前述のように、法的な限界がある。(保助看法第 37 条、38 条と医師法第 17 条で助産師の医療行為は緊急避難的な場合を除き、禁じられている)

助産師は医師から独立して助産業務をすることができるが、異常が発生した場合は医療行為が必要であり、助産師が単独に医療をおこなうことは保助看法で禁

じられており、また明らかに医師法第 17 条違反である。

分娩経過において母児ともに刻々と変化する状態を的確に判断することは、自然に経過を診るだけの助産師には正確にはできない。

つまり、妊娠・分娩経過を観察するための機器を妊婦に装着し記録することは助産師に助産に付随する行為として可能であるが、容態の判断は許されていない（看護婦と医療行為；高田利廣著、日本看護協会出版会、1997 年）。

胎児仮死状態では一刻を争う適切な判断と医学的処置が要求され、助産所における産婦の安全は、完全には確保されていない。

事実、助産所からNICUに搬送された新生児の死亡は 19%、一方医療機関からのそれは 4%であり、助産所の新生児死亡は医療機関の 4 倍（日本周産期・新生児医学会雑誌、40：553-556、2004）と報告されている。

今後、助産所分娩の問題事例を収集し、その実態を国民に明らかとする。

3. 改正医療法第 19 条により、助産所の嘱託医師、嘱託病院、又は、嘱託診療所となる場合は、その契約締結に関して、慎重であるべきである

看護課は、嘱託医は産婦人科医以外でも医師なら何科でも良いとの考えを主張し始めた。助産所の安全を目的とする嘱託医に関して、形骸化する動きは断じて許してはならない。産婦人科医への嘱託医受託の要望に対して、慎重に対応すべきであり、契約書を取り交わすことは、当然であり、厳しく対応すべきである。

4. 看護課が、看護師の内診を保助看法違反であると主張する限り、助産師養成のための看護学生の分娩介助実習はできなくなる。

5. 医師不足を助産所で代替する考え方は、断じて許してはならない。

看護課長通知（平成 14 年）以来、産科診療所を中心に産科医療機関は急激に減少している。厚労省は看護課を通して、その穴をうめるために助産所の機能拡大（医療行為も含む）を画策しているが、これこそ、日本看護協会と日本助産師会の究極的目標である。助産師は、医療行為を行う教育、研修は受けておらず、法的にも許されないし、また、周産期の医療安全を確保するためにも断じて許してはならない。

対策Ⅱ

1. 助産師不足に対する助産師養成所の整備

2. 外人助産師の採用枠の拡大

I 助産師不足の実態と弊害

1. 助産師の絶対的不足の現状

昭和 27 年の就業助産師数は約 5 万 5 千人であったが、平成 15 年末では、約 2 万 6 千人と、50 年間に半数に減少しているが、これは、助産師の養成が意図的に行われなかった結果である。一方、看護師・准看護師数は昭和 27 年では、約 10 万 5 千人であったが、平成 15 年では、120 万人と 10 倍以上に増加している。

2. 低い助産師充足率の診療所で分娩が行われている実態

(日本産婦人科医会『助産師充足状況緊急実態調査』分析結果報告 日医総研 2006 年 5 月による)

今日、全国の分娩の 47% (約 52 万件) を担当している診療所のうち、助産師充足率が 30% 未満の診療所数は 603 施設、44. 4% (603/1343) であり、そこでの取り扱い分娩数は全分娩数の 30. 3% (144, 539 件)、また、助産師がいない診療所は、249 施設 (18. 6%) あり、そこでの分娩数は 10. 1% (40, 508 件) もある。

別の見方をすると、助産師 (合計約 26, 000 人) の就業先割合をみると産科診療所には 18% しか就業していない (スライド 6)。しかも、助産師を養成している助産師養成所・大学看護学科・医療大学看護学科の新規卒業助産師の就業先をみるとほとんどが病院であり、産科診療所への就職は 2% しかない (スライド 7)。

看護課長の通知による保助看法の厳しい適応の結果、分娩取り扱いをやめる診療所が顕著となっており、保助看法の運用は、国民が安心して分娩が出来る環境作りを目指している、わが国の重要政策課題を逆なでする法律解釈になっている。

3. 分娩取り扱い医療機関の減少

保助看法問題のために、助産師充足率が低い分娩医療機関では、分娩経過を医師自らが診なければならなくなり、分娩受入数の縮小、さらに分娩をやめざるを得ない状態が続いている。

日本産婦人科医会の調査でも、平成 14 年以降、毎年加速度的に分娩医療機関は減少している (スライド 8、9)。最近 10 年間に産科診療所の約 50% は分娩取り扱いをやめている。例えば、茨城県では 11 年間の出生数の減少は 11% であっ

たが、分娩医療機関の減少は47%であった。平成7年から課長通知発出前の平成14年までの7年間の産科診療所の減少率は12%、年間1.71%であり、平成15年以降の3年間の減少率は45%、年間なんと15%であった（スライド10）。
このように助産師が極端に少ない地方での産科医療の崩壊が一層進んでいる。

4. 助産師に対する給与体系の高騰

助産師の絶対的不足のなかで、診療所、病院は存続のために助産師の雇用を必死に進める結果、助産師の給料は高騰し、月額60万円～70万円にもなり、分娩料が30万円～50万円の地方では、助産師を雇用できなくなり、産科診療の中止を考え始めている。

5. 週40時間の勤務時間のため、夜勤の助産師確保は困難

分娩は夜夜中にも多い。助産師不足の現状では、夜勤の助産師を確保することはできないため、分娩数の制限が進み、地方では分娩のできる施設は、一層減少している。

II 助産師確保と養成の方策

早急な対応

1. 助産師の助産業務への配置転換と医療機関における偏在の是正

助産師資格保有者の約半数は助産業務に携わっていない。特に、夜勤ができる助産師が少ない。

国および地方自治体は助産師再教育および就業に伴う費用に関する助成を行う。また、現在勤務している助産師に関しては身分の保証を考慮し、配置転換にともなう給与の減少を保障する。さらに分娩を取り止めた公的病院の助産師は看護師等として勤務しているが、助産師として民間へ出向できるような配慮も必要である。

2. 助産師の養成、特に社会人コースの設置

1) 社会人枠の設置：助産師を必要としている医療機関（特に、中小の産科医療機関）からの推薦枠（社会人枠定員の50%未満）を設ける。

2) 看護師が医療機関に勤務しつつ、夜間助産師コースの授業を受けられる制度を設ける。

産科実習機関が確保されていない地域では医師会に協力を仰ぐ。

日本産婦人科医会の調査では、夜間社会人コースの要望は34都道府県におよび大変大きい。

新たに助産師夜間養成所を作ることは莫大な費用がかかる（建物、教室、実習室、図書室、機材、図書等）。現在地域にある看護師養成施設を夜間利用できるように規則の緩和（例えば、教官の兼任、施設・設備の兼用）が必要である。

3. 外国からの助産師枠を拡大する

中国、フィリピン、インドネシアなどからの外国人助産師枠を拡大し、助産師を採用していく。

中期的な対応(2-3年)

1. 基礎教育として看護師教育コースに助産を組み入れ（看護師として必要な助産の知識）、看護師の資格と同時に助産師の資格を与える。その後、助産の実習（10例ほどの分娩介助など）を必須とし、実習終了者に専門助産師（仮称）の称号と身分を与える。

専門助産師は独自に助産所を開設あるいは助産所の勤務を可能とする。

産科医療機関で医師の指示下に診療補助行為ができる看護師を准助産師（仮称）とし、専門助産師と分ける。

2. 助産師の就業支援と待遇改善を図る。

長期的な対応(5年)

保助看法の改正：

1. 助産を明確（助産は医療の一部）に定義し、内診の一部（子宮口の開大度と児頭の下降度の測定）を診療の補助行為とし、医師の指示下に看護師の内診を認める。
2. 産科医療機関における助産師数の制限と必要数の確保に関する基準を設ける。これにより、助産師の偏在を予防することができる。

対策Ⅲ

産科医療訴訟の増加に対する『分娩に関連する脳性麻痺に対する障害補償制度』の創設

この制度創設は、日本医師会の、平成 19 年度予算概算要求課題として、厚労省に提出し、自民党医療紛争処理のあり方検討委員会が中心となって、財源確保、運営組織の具体的整備を行い、平成 18 年 12 月を目処に、制度案の作成を行う予定である。

対策Ⅳ

刑事責任の追及の増加に対する、『医師法第 21 条と、医療事故に対する業務上過失致死傷罪（刑法第 211 条）の適応に関するあり方』の提言

日本医師会は、警察以外の届出機関として、第三者機関の創設と、医師法 21 条の異常死届出を警察とするガイドラインの撤回を要求していく。