

助産院と産婦人科院

首藤 玲香 田代 久美子
中村学園大学短期大学部幼児保育学科

概要

妊婦は出産をするまでに保健師・助産師・看護師のサポートを受けている。しかし、出産に携わる保健師・助産師・看護師の現状は非常に厳しく、これは安心した出産が危機的状況に陥っていることを意味している。また、メディア等で報道されているように、日本各地において産婦人科医が不足している。原因は様々に考えられるが、その中でも最も大きい理由として考えられるのは訴訟リスクの高さである。代表的なものとして、民事事件の「横浜市堀病院事件」、刑事事件の「福島県立大野病院事件」が挙げられるが、これらの事件の背後にあるものを我々は理解しているであろうか。更に、ジェンダーフリーという考えから看護婦が看護師に、助産婦が助産師へと名称が変更された。私たちが日常生活の中で男性看護師を見かけることは少なくないが、男性助産師というのは今の日本でどのように考えられているのだろうか。そこで、本研究では上記について様々な立場の主張および実際に行われている施策等から、出産を取り巻く本質的な問題を明らかにしていく。

1 章 保健師・助産師・看護師の現状

この章では、保健師・助産師・看護師それぞれの法的な資格と現場における役割について「保健師助産師看護師法」に基づいて述べていく。そして、日本では性別による資格制限をされている男性助産師についての問題点を述べ、それを踏まえた上で助産師・看護師それぞれの現状・問題点を浮き彫りにしていく。

1.1 節 保健師・助産師・看護師

保健師・助産師・看護師になるには一定の資格を持っていることが必要になる。この資格を定めた法律が「保健師助産師看護師法」である。この法律の中で保健師とは、厚生労働大臣の免許を受けて保健師の名称を用いて保健指導に従事することを業とする者とされている。また、保健師になる為には高等学校卒業後に看護系の大学を卒業し、看護師資格を取得または短期大学・専門学校を卒業し看護師資格を取得後、養成校を卒業してから国家試験を受けなければならない。保健師の仕事はすべての地域住民を対象にして、健康的な生活を送れるように一緒に考え、援助していくことである。また、保健師は日常生活をしている人・自宅療養をしている人が健康に生活できるように病気予防の立場からサポートすることに重点が置かれている。

次に、助産師とは厚生労働大臣の免許を受けて助産、または、妊婦・じよく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とされている。但し、じよく婦とは産後の女性のことを指す。助産師になる為には高等学校卒業後に看護系の大学を卒業し、看護師資格を取得または短期大学・専門学校を卒業し看護師資格を取得後、養成校を卒業してから国家試験を受けなければならない。助産師の仕事の大部分は妊産婦などへの援助であるが、母体や新生児のケアを含め、妊娠初期から出産まで継続して援助を行い、出産後の育児指導・家族援助まで行うことも重要な役割となっている。すなわち、助産師は「生命の誕生」に立ち会う仕事であり、それゆえ、医療に関する高度な知識と技術が要求され、情緒不安定になっている妊産婦の精神的支えになることも必要とされるなど冷静で的確な判断力・機敏な行動力および体力が要求される仕事である。

最後に、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とされている。看護師になる為には高等学校を卒業後、専門学校・短期大学・4年制大学を卒業するか、中学校卒業後高等学校の衛生看護科または准看護師養成校を卒業し准看護師として働き、その後、短期大学または専門学校を卒業するという5通りの方法がある。看護師の仕事は大きく分けて二つあり、入院中の患者へのさまざまな身の回りの援助「療養上の世話」、医業の範囲以外の医療行為「診療の補助」である。看護師は保健師とは対照的に既に健康を損なっている病人やけが人の看護にあたることを中心業務としている。

以上から、保健師・助産師・看護師の三つに共通することは看護師資格を要し、国家資格だということである。それ故、保健師・助産師・看護師の法律が一つの法律として扱われていると言えるのではないだろうか。

1.2 節 男性助産師

アメリカ・イギリス・オーストラリア等では男性の助産師も存在するが、日本では助産師国家試験の受験資格は女性のみとなっている。日本において性別によって国家資格の取得が制限されることは稀であり、日本看護協会は男女雇用機会均等法の成立など時代の流れを受けて、個人の意思や能力と関わりなく性別や障害によって受験資格が制限されることを不適切としてきた。2001年に保健師助産師看護師法が改正され、2002年3月より看護師・保健師と同様、性別による名称の違いを伴わない助産婦から助産師へと名称が変更された過程の中、男性への助産師資格の開放に関して具体的な動きが存在した。しかし、分娩等に関わる助産業務の特殊性を背景にして、男性が関わることへの「生理的な嫌悪感」や「妊産婦が助産師の性別を選択できる権利が保障されていない」などの意見が主張されて名称は変更されたものの、男性助産師を認めることについては時期尚早として見送られることとなった。男性助産師については様々な立場から様々な意見が出されており、今もなお結論が出ているとは言えないが、男性助産師を必要とする世論が強いとは言えず、少子化や産科医・助産師の不足といった喫緊の問題への対応についての議論に話が移っており、2007年現在、男性助産師に関連した法案は提出されていないまま男性差別的な取り扱いが継続している。

1.3 節 現状における問題点

2008年4月から健康保険組合および国民健康保険などに対し、40歳以上の加入者を対象としたメタボリックシンドロームに着目した特定健康診査および特定保健指導の実施が義務付けられた。保健指導は、国民全員を対象とした「情報提供」や健康的な生活習慣への行動変容の必要性を理解する為の「動機づけ」、対象者が行動変容を自ら選択して継続実践が出来るようにする為の「積極的支援」の3つである。これに先駆け、2007年10月に厚生労働省が調査を行った結果、実施主体市区町村の国民健康保険の9割(全国約1800団体)がサラリーマンの妻らの指導について「対応不能」や「できるかどうか未定」と答えていることが分かった。この理由は国民健康保険加入者への指導で手一杯の為と考えられる。保健指導以前に腹囲や血糖値などを計測する特定健診自体についても44%の国民健康保険が「サラリーマンの扶養家族分は未定」とした。

このように保健指導の充実を目指す施策が進んでいる一方、保健師不足が問題となっているのが現状である。また、助産師は医師の立ち会いがなくても助産師のみで分娩を扱える為、助産所を開業することもできるが、緊急時に対応する医師がいなければ助産師だけでは安全性が確保できないという理由から助産所を開業する助産師が少なく、更に、産婦人科医が不足している現状から「出産難民」が問題化している。但し、医師の診療の一部を助産師がケアする「助産師外来」を導入するなどの対策を行う医療機関が増加していることも事実である。

看護師についても保健師や助産師と同様に人材不足が深刻な問題となっている。看護師不足は離職退職が多い為でもあるが、主な原因はより手厚い看護を行う為に看護師配置基準の見直しが

なされたからである。この見直し以前は患者 10 人に対し看護師 1 人の配置であったが、2006 年 4 月から患者 7 人に対して看護師 1 人の配置へと基準が見直された。その配置基準が満たされると診療報酬が高くなることになり、各病院・医療機関では看護師の一層の争奪戦が生じ、看護師不足に拍車がかかったのだ。しかし、看護の充実という観点からは一人一人に対する看護が手厚くなったことも事実である。

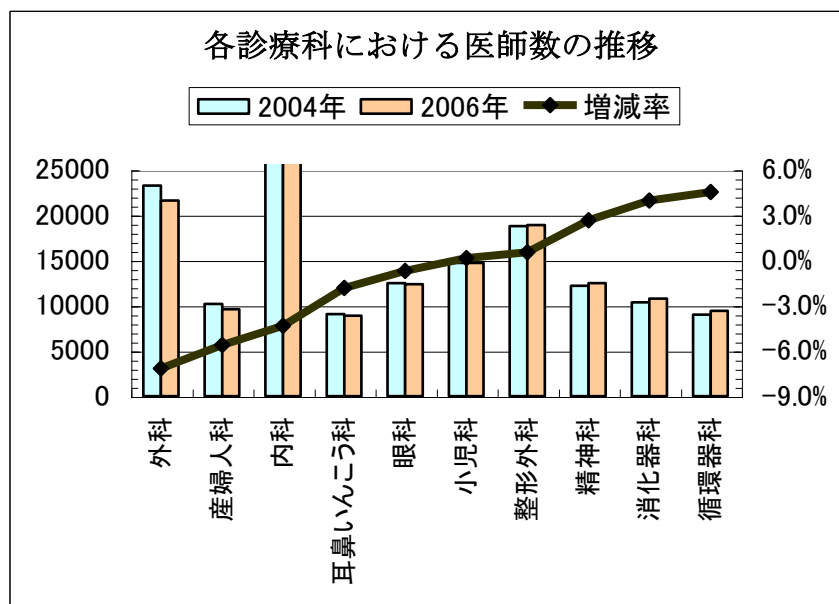
2 章 産婦人科で起きた医療関連事故

この章では産婦人科医の減少理由について、その理由の一つである訴訟事件について述べていく。また、産婦人科医減少の理由として訴訟リスクが高いことが挙げられているが、実際にどのような事件が起こっているかについて、民事事件の「横浜市堀病院事件」、刑事事件の「福島県立大野病院事件」それぞれの事件の具体例を挙げて述べていく。

2.1 節 産婦人科医減少の理由

厚生労働省は産婦人科の医療施設は全国で 6398 ヲ所、産婦人科医師は 1 万 594 人と公表していた。しかし、この数値に疑問を持った産婦人科学会が独自に調べてみると、厚労省発表の数値の施設数が半分・医師数は 4 分の 3 に過ぎなかった。つまり、一つの地方自治体に産婦人科医療施設は一つまたは設置されてない所が殆どであり、産婦人科医も一施設に二人または一人しか配置されていないのである。

ここで下記のグラフをもとに医師の推移を説明する。



医療施設従事医師・歯科医師数の年次推移、施設の種別・性・診療科名(主たる)別
厚生労働省

2004 年の全国の医師数は 249,574 人であった。これに対し、2006 年の医師数は 256,668 人と医師数自体を見る限りは医師不足とは言えない。しかし、各診療科毎の推移をみると、内科・外科・産婦人科・耳鼻いんこう科の医師数は減少している。この中で、産婦人科を希望する医師が減っている大きな理由の一つに産婦人科は他に比べて訴訟リスクが高いということが挙げられている。平成 15 年の 1 年間だけで約 1 割の大学関連病院が分娩を止め、産婦人科の看板を掲げている病院

の3割、そして、産婦人科医院の5割がお産を扱わず、検診や婦人科・女性診療科となっている。また、産婦人科医師の4割が60歳以上と高齢化しており、産婦人科医院の廃院が相次いでいる。病院での安全な出産は産婦人科医5人以上が必要とされているが、5人以上の産科医がいる病院は全国で334か所、10人以上は98か所しかないのが現状である。厚生労働省は「産婦人科医の当直は月17回、休みは年50日」と報告しているが、産科医が一人ならば毎日が当直となってしまう。このような状況に至った要因は、昼夜を問わぬ分娩や手術への立会い、逆子や胎盤癒着、妊娠中毒症による子癇発作などの重症患者の受け入れなどで勤務が過酷であることが挙げられる。

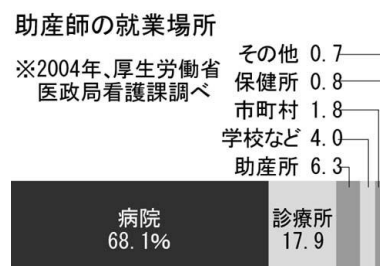
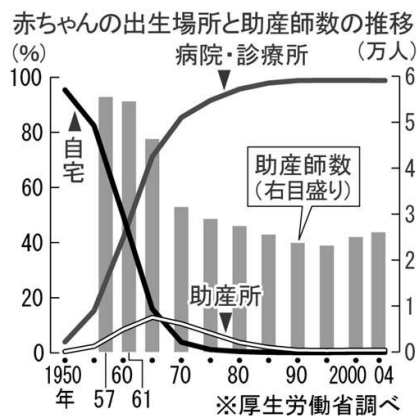
産科医師数は医師全体の約5%であるにも拘らず、訴訟件数は全体の約12%を占めるという高い訴訟率であることにより、医学生産婦人科離れなどが続いていることも要因である。特に、訴訟面では示談・民事の損害賠償額は高額で医師賠償責任保険を圧迫している。患者は病院と主治医を訴える場合があり、特に子供が脳性マヒになるなど重度の障害を負うと訴訟額は1億円を超すと言われる。そこで、次節では産婦人科医療事故について具体的な過去の事例を挙げて述べていく。

2.2 節 横浜市堀病院事件

「出産数日本一」を誇る産婦人科病院横浜市堀病院で、看護師らが助産行為を行ったとして警察に摘発された。子宮口の状態などを触診する内診は医師か助産師が行うことが法律で決められているにも拘らず、助産師不足を理由に看護師に任せる医師が少なくないことが事件の背景にある。横浜市の「堀病院」が看護師らに助産行為をさせていた事件は起訴猶予となったが、関係者間で問題の解決を図ることが求められている。

横浜地検は当初、堀病院では違法状態が常態化していたことから「組織的に行われており、悪質」として、元院長ら全員について刑事責任を問うことを検討していた。しかし、容疑となった看護師らの内診行為について、厚生労働省や日本産婦人科医会が議論を進めており、「一般予防の見地からすると処罰は相当でなく、母体や胎児に危険を及ぼすことも証拠上認められない」として、嫌疑はあっても刑事罰を科すほどではないと最終的な判断をした。先に述べたように、保健師助産師看護師法は「助産」を行えるのは医師と助産師だけと定めている。

ここで問題となるのは助産が看護行為（診療の補助）であるのか否かである。厚生労働省は2002年と2004年に、「内診は助産に当たり、看護師は出来ない」と通知した。しかし、日本産婦人科医会は、「内診は看護師にもできる『診療の補助』に当たる」と解釈していた。この互いの理解の相違が原因で、看護師による内診は堀病院だけでなく、全国の多くの個人開業の産婦人科で行われていた。これには歴史的な背景がある。



YOMIURI ONLINE：医療と介護
読売新聞

1950年代までお産の場所は自宅が主流で、その介助は助産師が行っていた。その後、お産の場

が自宅から医療機関に移っていった過程で、産婦人科では助産師を雇う代わりに「産科看護研修学院」という独自の研修機関を作って看護師らに研修を受けさせ、その多くは内診なども担当させてきたとされる。この為、全国の助産師数は2004年に約2万6000人と1950年代の半分以下になり、しかも、その7割は病院（病床数20以上）に集中している。これに対し、お産の半数近くは主に開業医が営む小規模な診療所（病床数19以下）で行われているにも拘らず、診療所に勤める助産師は全体の2割以下に過ぎない（上記図参照）。これは、人員の多い大病院と比べると労働条件が厳しく、責任も重いからと考えられている。

2.3 節 福島県立大野病院事件

2004年12月17日、福島県立大野病院で妊娠37週の県内の女性に対する帝王切開手術で、子宮に癒着した女性の胎盤をはがして大量出血を引き起こし、約4時間後に失血死するという事故が起こった。女性は出産後に子宮の収縮に伴って通常は自然にはがれる胎盤の一部が子宮と癒着する特殊な疾患ではあったが、医師が手やクーパーと呼ばれる手術用ハサミを使って胎盤をはがした後、女性は大量出血で死亡したと起訴状では述べられている。また、死体検案で異状を認めたにも拘らず24時間以内に警察に届け出なかったとして医師法違反にも問われた。無罪を主張する被告は「精いっぱいのことをしたが悪い結果になり、一医師として非常に悲しく悔しい思い。再び医師として働かせて頂けるのであれば、地域医療の一端を担いたい」と述べている。これに対して、弁護側は最終弁論において被告の起訴が医師の産科離れを加速させたとの指摘に触れ、「お産難民という言葉さえ生まれた実態が生じたのは、わが国の医療水準を超える注意義務を課した為」と批判した。

公判で争点となったのは子宮に癒着した胎盤をはがす際の出血が死亡するほどのものかを予測できたかという予見可能性と死に至るほどの大量出血を回避する注意義務であった。検察側は予見可能性と注意義務がともにあったと主張し、弁護側は「判断は妥当で標準的な医療」であり、医師法違反については「院長の判断」と反論した。争点となった手術中の出血量についても検察側ははく離との因果関係を指摘するが、弁護側は大量出血の要因も手術中に別の疾患を発症した可能性を示唆した。結審を迎えた日、初公判から傍聴を続けていた女性の遺族3人が意見陳述に立ち、無念と医師に責任を求める決意を改めて述べた。陳述に立った女性の夫は『天国と地獄』という言葉で心境を語った。夫が繰り返したのは「責任」という言葉であり、柔らかい語り口ながら激しい言葉使いで医師を非難した。また、父親は「医師不足問題と今回の問題も別問題だ。患者に安心と安全を与える医療を実現してほしい」と述べた。妊婦は健康な状態で入院する。この点が病気やけがで入院する人と決定的な違いである。その状況で分娩中に何かが起こると生まれた子どもに脳性まひなどの障害が残ったり、母体に危険が及ぶのである。

医師が決めた治療方針の結果として起きた事故の過失責任がどこまで問われるのかを争点にした裁判は2008年5月16日に福島地裁で結審され、2008年8月20日に福島地裁で被告に無罪判決が言い渡された。今回の裁判では胎盤をはがすはく離を被告が続けた判断の是非が最大の争点となった。検察側は癒着を認識した時点でははく離を中止して子宮摘出に移るべきだったと主張しているのに対し、弁護側は最後まではがす方が子宮収縮による止血ができたとして反論した。裁判長は標準的な医療措置と妥当性を認め、無罪判決を言い渡した。

このような事件が産婦人科では起きやすい為に産婦人科を希望する医師が減っている。そして、この事件を起源に分娩予約を中止する病院が増加したことも事実である。従って、このような医療事件を減らす為にはお産のリスクへの万全の対策を行い、産婦人科医を十分に確保し労働時間を見直すことが必要なのである。

3 章 出産難民

出産難民とは、希望地域での出産施設（またはその予約枠）が見つからない妊娠中の女性たちのことを指す。現在、出産難民が社会問題となっている。そこで、この章では出産難民への対策としてどのようなことが行われているかについて、日本産婦人科学会・全日本民主医療機関連合会の具体策や政治家の考えについて取り上げていく。また、出産難民の要因でもある産婦人科医不足に拍車をかけた 2004 年度から始まった臨床研修必修化および実際に福岡県で行われている「周産期医療体制」について述べていくことにする。

3.1 節 出産難民の起源

2.1 節で述べたように、医師数自体を見る限りには医師不足とは言えないが、産婦人科医のみの医師数を見る限りには医師不足と言わざるを得ない。そして、産婦人科医不足の理由としては、前述のように産婦人科は他の科に比べ訴訟リスクが高く、その他にも労働環境が劣悪などの理由により産婦人科医を目指す人材が減少していることに帰される。また、体力的に過酷な産科は男性向きだと考えられていたが、男性産婦人科医を嫌う患者も多いことや出産にあたって男子医学生の立ち会いが嫌われる為に男性が産科医を目指さなくなる風潮が生まれたことも事実である。

しかしながら、この産婦人科医不足に拍車をかけた大きな要因は 2004 年度から始まった臨床研修必修化である。2004 年度以前は免許を取得した研修医は、努力義務として大学病院の医局に残り、診療や研究業務を支えてきたが、2004 年度に臨床研修が必修化されてからは 4 割から 5 割が一般病院で研修を受けるようになった。研修先を自由に選べるようになった結果、研修医は都市部へ集中し、地方の病院数および患者数に対して医師数は決定的に不足した。さらに、研修医のアルバイトが禁じられることで夜間および休日の当直業務を行う医師の確保が非常に困難となったり、労働力としての研修医を多く抱えることのできなくなった大学病院が人手確保の為に関連病院へ派遣した医師を引き上げ始め、関連病院への医師派遣を継続できず、人口過疎地では医療そのものが成り立たなくなるなどの問題も起こり始めている。

誰もが産婦人科医の管理下で医学的に安全な分娩をすることは困難な状況になりつつある為、新聞などでも自宅から最も近い産科まで数時間の通院時間を要し、公立病院での出産が抽選となったり、また、分娩予約が予定日の 6 ヶ月前になるなどの状況にある妊婦を「出産難民」として採り上げ報道するようになった。

3.2 節 周産期医療に対する各々の主張

周産期とは妊娠後期から新生児早期までのお産にまつわる時期を一括した概念を言い、この時期に母体・胎児・新生児を総合的に管理して母と子の健康を守るのが周産期医療である。周産期医療には、妊娠の異常、分娩期の異常、胎児・新生児の異常に適切に対処する為に産科医と小児科医が協力して、その他の医療スタッフとの連携医療が必要な高度専門医療施設が必要となる。集中治療が必要となるハイリスク妊娠・分娩には、いつどこで生まれても最適な医療が受けられる周産期医療体制が必要である。そこで、当事者である日本産婦人科学会、地域住民と医療従事者による民主的な医療機関の連合会として 1953 年に結成された全日本民主医療機関連合会、政治の立場として社会民主党、それぞれの立場における周産期医療に対する主張を以下に述べていく。

はじめに、日本産婦人科学会は周産期医療提供体制の危機的状況を打開する為、政府は産科・小児科診療に従事している勤務医の負担を軽減し、待遇を改善することを明確に示し、また、都道府県は各病院が現場の医師の勤務条件改善と適正な報酬の支給を講じるように指導ならびに誘導を行うべきであると声明として掲げている。また、地域で高次周産期医療を提供している病院は、診療報酬改定における重点的評価という形で今回その国家的な必要性が確認された地域周産

期医療の緊急的確保の為、周産期医療に従事する現場の産婦人科医・新生児科医・麻酔科医の勤務条件の改善に努めると共に救急対応への適正な報酬（「時間外救急対応手当」「時間外手術手当」「時間外分娩対応手当」「時間外緊急処置手当」等）を支給するべきであると主張している。更に、報道機関ならびに国民は、生命と健康を守る為に現場で懸命に働いている医師・医療スタッフへの更なる支援を行うことにより今回の周産期医療提供体制を確保維持する為の施策が適切に実行されるよう監視すると共に我が国の医療体制が現在の危機を乗り越え、更に発展していく為の国民的な議論に積極的に参画すべきであると求めている。すなわち、日本産科婦人科学会は危機に瀕したわが国の周産期医療を守る為にすべての産婦人科医・医療関係者・行政当局と今後とも努力を続け、全国で行われつつある様々な取り組みに対して、個々の施策の実効性を学会の立場から科学的に検証することを通じて行政の支援を行い、一日も早い安定した周産期医療体制の確保を目指しているのである。このように、周産期医療提供体制の危機的状況を打開する為には医療機関で働く人々だけではなく、政府や国民の理解と協力が不可欠であり、これが出産難民を減らすことに繋がると期待されているのである。

次に、全日本民主医療機関連合会は、不幸にも医療事故が起こった場合に患者・家族への誠実な対応と原因究明・再発防止がなによりも重要と考えており、厚生労働省に対して「医療事故を取り扱う公正中立な第三者機関」の設置を要望している。そこでは、医療機関と患者の双方から相談を受け付ける相談窓口の設置・被害者の救済制度の創設・裁判外での紛争処理機関の設置・医療事故を調査し公開し原因究明および再発防止に役立てる機関の設置・自律した行政処分を行う機能の確立の5点を求めている。そして、早期実現の為には政府・厚労省はもとより、医療界あげて取り組みを強化しなければならないと考えている。

多くの政治政党が様々な主張を行っているが、ここでは野党の主張を取り上げることにする。社会民主党は、地域の実情を考慮せず、強引に進められている産科医療の集約化を見直すことが必要であり、「産科空白地域」の拡大を防ぐと共に「身近な地域で安心して産める場所」を国と自治体の責任で確保し、「お産難民」を無くしていくことが重要であると主張している。また、妊娠・出産・産後・育児を通して母子に密着したケアを行うことができる助産師の専門性と特性をきちんと評価することにより助産師が先頭に立って正常分娩を担えるように「助産制度」を作り変えることが必要であると国に対して求めている。更に、救急患者のたらい回しがこれ以上起きないように「周産期医療ネットワーク」と「救急搬送受け入れ体制」を早急に整備することにより周産期医療の後方支援体制を確立し、受けた医療・ケアが妊産婦本人に見えるように妊娠・分娩を健康保険適用することが必要であり、具体的な提案として、妊婦検診（14回分）と基本的な分娩費用については健康保険の自己負担分（3割）を国庫負担、本人負担の無料化を訴えている。加えて、民間損害保険を使って来年1月1日から開始する予定の「産科医療補償制度」は一旦中止し、医療の質を改善するという視点から議論をやり直すことが必要であり、医療事故の真相究明と再発防止の為に「医療事故報告システム」「医療事故調査システム」「医療事故無過失補償制度」を早急に確立することを厚生労働省に求めている。

3.3 節 今後の展望と期待

以上のように様々な立場から周産期医療に対する主張が行われているが、具体的に行われている対策として、福岡県では切迫早産や多胎妊娠などリスクの高い妊産婦や新生児に対応する為、4ヶ所の総合周産期母子医療センター（福岡大学病院、久留米大学病院、聖マリア病院、北九州市立医療センター）と3ヶ所の地域周産期母子医療センター（九州医療センター、福岡徳州会病院、飯塚病院）を中心に24時間常に高度で専門的な医療を提供できる体制の整備を進めている。これら産期母子医療センターの集中治療室の病床利用率は極めて高く、他の高度周産期医療機関に受け入れを要請せざるを得ない場合もある。2007年11月7日から産期母子医療センターなど高度

周産期医療機関相互間で受け入れを要請する際の電話連絡に要する時間を短縮し、更に、迅速な受け入れを確保する為、8ヶ所の高度周産期医療機関に医療機器への影響が少ない専用 PHS 電話機を配備し、担当医師同士を直接結ぶ「高度周産期医療ホットライン」の運用を開始している。そして、総合周産期母子医療センターは福岡大病院を除いて休日や夜間などの産科の当直医が1人しかいないことがある。また、新生児集中治療管理室（NICU）は、聖マリア病院には33床あるが、他の3センターはいずれも9床に留まっている。

こうした状況を改善しようと、福岡県は財政的な支援を行うことで2009年度には常時2人の当直医を確保すると共にNICUを計画的に最低12床まで増床、及び、勤務条件改善の為に当直手当や拘束手当など新たな勤務手当の創設や院内保育体制を充実することを決めた。現在、福岡大病院は4月から休日や時間外に呼び出しを受けた医師に“特別手当”を支給することを決めている。県内の出生数は伸びる傾向にあり、これに伴い高度な周産期医療を行うケースも増え続けている。そして、早産や多胎妊娠等のハイリスクの周産期医療の実施体制を充実する為、県は県内4か所の総合周産期母子医療センターを対象とした周産期医療対策を計画し、新年度当初予算案に関連経費約1億1400万円を計上している。

以上のような対策を政府や国民が理解し、医療機関で働く人々に協力をしていくことで周産期医療体制が充実し、母子共に安全な出産をすることが出来るように変わっていくであろう。そして、助産師・小児科医・産婦人科医の集中的育成を行い、子供たちが想像力で工夫して遊びを作り出すことの出来る遊び場であるプレーパークの全国整備および一人親家庭への支援を拡充していくことが出産難民の減少へと繋がっていくであろう。

まとめ

日本の出産に対する体制は未だ不完全である。しかし、この原因は合理化を追求する現代社会に起因するものであり、少子化が叫ばれている時代に見直すべきところは、やはり生まれてくる新しい生命に対する支援の充実ではないだろうか。出産を取り巻く本質的な問題は人間関係の希薄化であり、それが妊婦の孤立化へ繋がり、出産に対する知識が無いままに出産を迎えることにより結果的に出産難民となってしまふ。よって、出産に不安を抱える母親を一人でも減らす為に人員不足の解消や助産師への更なる援助が必要であり、誰もが「人事」と思わず、政府や国民および医療機関等、それぞれの人々がネットワークを繋ぎ、互いに助けあい理解し合う社会を創り上げていくことが大切である。また、私達の認識として、「妊婦のタライ回し」において病院側に問題があるといった報道に流されている側面があることも事実であり、一方、「医師不足」という言葉に危機感を感じていることも事実である。しかし、私達は医師不足の現実を知りながらも限られた医師数に見合わない医療を医師たちに求めているのではないだろうか。今後、出産難民を減らす為にはまず私達が医療現場の現状を自らの問題として熟知・理解するべきであり、その上で国という大きな組織に任せるのではなく、市町村や都道府県などの小さな組織で施策を始めることが重要なのである。

おわりに

この論文は中村学園大学短期大学部 幼児保育学科 橋本弘治研究室において2008年から2011年に作成した卒業研究論文です。当研究室では卒業研究論文集を「幼児保育」と中村学園の学園祖 中村ハル先生の遺訓「努力の上に花が咲く」を組み合わせ「中村学園大学短期大学部「幼花」論文集」（以下、「幼花」論文集と記す。）と名付けております。但し、これは中村学園大学短期大学部としての正規の発行物ではありません。「幼花」論文集は当研究室にて作成した卒業研究論文の論文集です。

卒業研究論文は2008年より当研究室のホームページにて概要のみを公開しておりました。また、「幼花」論文集は卒業生への配布を目的として、基本的には非公開を前提として、パスワード保護により当研究室のホームページよりリンクしておりました。但し、個別にお問い合わせを頂いた教育・研究機関の関係者にはご理解頂いた上でお渡ししております。

この度、2018年8月現在においてパスワード保護が何らかの理由で解除され、「幼花」論文集が一般公開されている事実を確認いたしました。この事実に関しまして、ホームページを公開する者として管理不行き届きがありましたことを心よりお詫び申し上げます。

これまでリンク元である当研究室のホームページより論文へアクセスされた方はご理解された上でご覧いただいていると思いますが、それ以外の経路により直接論文へアクセスされた方には誤解を生じる論文集の名称であることから、この度、この文面を「幼花」論文集のすべてに追記することにいたしました。また、これまで卒業生への配布と総合演習（卒業研究）発表会での使用を前提としておりましたので、著作権表示として「中村学園大学短期大学部」と表記しておりましたが、「お問い合わせ先」と変更しております。尚、「幼花」論文集の詳細についてはリンク元である当研究室のホームページをご覧ください。

<http://www.nakamura-u.ac.jp/~hashimot/members/members.html>

「幼花」論文集は保育・幼児教育を中心として、保育者を目指す学生が真摯に取り組んだ卒業研究の成果集です。当研究室としましては、この「幼花」論文集が教育・研究をはじめとして、子ども達を取り巻く環境改善の一助となることを希望しております。

上記をご理解の上、本文をご覧くださいますようお願いいたします。

2018年8月8日
中村学園大学短期大学部
幼児保育学科 橋本弘治