

るべきだと思います。

今回私は自分の体験や「こぼんだ組」とのメンバーの出産体験を語り合っただけ望む快適性とは、どんな緊迫した状況でもちょっとしたやりとり一つ、言葉一つ、自分たちの意思をどれだけ伝えられることができ、受け入れてもらえたかによって心に満足感が生まれたとき、それが一つの快適性につながるのではないかと感じています。整った環境や充実した施設、連携の取れた体制はとても大切なことですが、これから出産をしようとするお母さん、生まれてくる赤ちゃんと家族のためにも、医療従事者と患者側とのコミュニケーション関係、メンタル面での温かい支えも忘れないでいてほしいです。以上で終わります。ありがとうございます。

岡村：はい、佐々木さんありがとうございました。私が開会の言葉を述べましたけれども、佐々木さんが代弁していただきました。今日のフォーラムの目的を代弁していただいたような感がしております。続きまして、堀籠一恵さんに「安全なお産へ向かって私の出産体験」ということで、お話ししていただきたいと存じます。よろしくお願ひします。

堀籠：ただ今ご紹介いただきました堀籠一恵と申します。私には6歳になる娘が1人います。これからお話しするその子のお産の体験談は、妊娠7カ月のときに突然やってきました。わが子の誕生は喜びよりもなぜこうなったのかという疑問と後悔、そしてどうなっていくのかという不安でいっぱいのお産でした。なぜなら娘は25週と3日で558グラムの低出生体重児で生まれてきたからです。結婚して2年目で初めての妊娠はつわりもほとんどなくて、主人と短い旅行に出かけたりと元気に過ごしていました。妊娠がわかり産婦人科を選ぶときは、新しくきれいな産婦人科や今どきのサービスが人気のレディースクリニックのうわさを聞いていたので、どちらにするのか選ぶのが楽しみの一つでもありました。でも、私は持病の喘息があるために、当時通っていた総合病院の中の産婦人科に決めました。妊婦が読む雑誌の中に病気のある妊婦は通院している病院の産科が安心と書いてあったからです。何かあったら内科の先生が産科まで見に来てくれるのかなとか、帝王切開になっても薬や麻酔の面で安心かもと、もしものことを考えて決めました。でも、実際はこの産婦人科は妊婦さんの数が少なく、私が入院していた13日間の中で生まれた赤ちゃんは2人だけでした。ガラス越しに赤ちゃんが並んで寝ている産婦人科のイメージがあったので、病棟では自分と同じ妊婦さんはほとんど見かけませんし産婦人科の年配の方たちと同室だったために少し寂しい入院でした。でも、病院選

びの段階では、まさか自分が慎重に選んだはずの病院から転院することになるとは思っても見ませんでした。異変があったのは23週目、軽い出血があり受診したところ安静が必要になり入院することになってしまったのでした。入院中は針止めの点滴を開始し、トイレ以外は安静にしておりましたが、膣の中の出血とおなかのちくちくする痛みがずっと続いていました。このころよく看護師さんに「おなかには張ってませんか」と聞かれましたが、張るといった感覚が初めての妊娠なので正直よくわかりませんでした。確かにおなかに違和感がありちくちくしたり固くなったりはするのですが、我慢できないほどの症状でもなかったし、このくらいで大騒ぎしても悪いかなという思いでなかなか上手に看護師さんに症状は伝えられなくていました。それにまだ23週目でしたし、私の中には何とか症状がおさまって、早く退院したいという気持ちがあったのかもしれませんが。入院して13日目の夜のことでした。消灯時間は過ぎていましたがいつものように眠れないでいると、突然お尻の辺りがぬれ始めました。ぱしゃんと何かはじけたようにどンドン腰の辺りがぬれてきたので思わずベッドから下りて立ち上がった途端に、ものすごい量の水が流れ落ちました。ナースコールですぐに看護師さんが来てくれて、すぐに処置室に連れて行かれましたが、しばらくの間は何が起きたのかわからず、震えが止まりませんでした。無言で慌ただしく処置をしてくれる看護師さんにも怖くて何も聞けませんでした。主人が呼び出され、先生からは破水をしてしまったようなので、赤ちゃんがいつ生まれてもいいように25週の小さな赤ちゃんを受け入れてくれる病院を探します。なので、病院を移っていただきますと話がありました。先生が受入先を探し電話をしてくださっている声が夜の廊下に響き、その声に耳を澄ませながら主人と赤ちゃんを助けてくださいとお祈りしました。

大学病院では周産母子センターにある分娩室の隣の部屋にすぐ運ばれました。今度は導尿をしていたのでトイレに立つ必要もなく首しか動かさない寝たきりの状態でした。窓もなく時計を見ないと昼か夜かもわからないし、隣のベッドの様子も全くわかりません。看護師さんの出入りする足音と天井からのラジオだけに耳を傾けている時間はとてもつらかったです。先生からは1日でも長く赤ちゃんをおなかに置いておくためなので、寝たきりはつらいだろうけれども頑張るようにとお話がありました。ですが、転院してから2日目に私の喘息のため万が一の手術に備えて内科を受診しておかなければならなくなりました。内科の先生は病室まで来て診察してくださいましたが、検査はこちらから内科まで出向かなければなりません。絶対安静だったはずなのですが、車いすに乗り長い病院の廊下をがたがたと揺れながらエレベーターを乗り継いで、別病棟で検査を受けてきました。

その日の夕方からモニターに映るおなかの赤ちゃんの動きが鈍くなり元気がなくなってきました。先生からは破水をしたところから細菌に感染してしまい、赤ちゃんの元気がなくなってきたようなので、おなかから出して楽にしましょう。このままだと母体も危なくなってしまうと説明されました。ほかにもたくさんの先生方に囲まれていろいろと説明を受けたはずなのですが、あまりの急展開に事態を把握できずにいたので、先生方の話をほとんど覚えていません。帝王切開の手術が下半身麻酔のために意識があったので、赤ちゃんが取り出されたような瞬間がわかりましたが、産声は聞こえず男の子か女の子かも知ることができませんでした。気が付くと病室に戻っていましたが、夜中に1度呼吸が苦しくて目が覚めました。喘息の呼吸困難が始まったのだと思い、自分で持ってきた吸入薬を何度も試しましたが全く治まらず、涙ながらに苦しい、眠れないと看護師さんに訴えました。酸素を付けてもらったりしましたが、全く楽になりませんでした。なぜ苦しかったのかはわかりませんが、即効性の喘息の吸入薬がああとき効かなかったということは、喘息の発作で苦しかったのではなかったのかもしれない。

翌日呼吸困難も治まり平静を取り戻したときに、看護師さんが声をかけてくれました。私はすぐに赤ちゃんのことを聞きました。看護師さんは女の子ですよ。いま小児科の先生が診ています。赤ちゃん頑張っていますよと、言ってくれました。同じ病室にいた出産をしたばかりのほかの患者さんは、看護師さんから「おめでとう、男の子だね」とか、頑張ったねと、親しげに声をかけてもらい和やかに話をしているのに、自分は誰からもおめでとうという声をかけてはもらえませんでした。それに気付いたときは本当にショックで、自分は転院してきたよそ者なんだと感じ孤独になり、喜ばれない出産をしてしまったのだと、予定外に早産をした現実を突きつけられる思いでした。それから、数日後に 450 グラムまで体重が落ちた小さなわが子に対面しました。明日をもわからない命にとまどい、どうか生きてほしいと願いました。でも、どうしてこんなことになったのか、これからどうなるのかというそのところは、突き詰めて考えたくないという思いが強く、自分の置かれている状況を直視できない現実逃避がちな自分もいました。娘は5カ月間の入院をえて、3160 グラムまでになり退院することができました。私をうけいれていただいた大学病院と私のような未熟な母親を暖かく励ましてくださり、世話になった NICU の先生や看護師さんには心から感謝しています。

娘は退院後も肺が未熟だったためになかなか酸素の管が外せず、1歳半までは在宅酸素療法をしていました。今では体は小さいですが元気に育ち、来年は小学校に入学する予定です。娘が入院していた5カ月間は毎日面会に通ってはいましたもの

の、母乳は全く出ませんでしたし、家に帰ると今までと同じく主人と2人だけの生活だったので、母親になったという実感はなかなかわきませんでした。まして出産準備も間に合わない急な入院だったために家の中にはベビー用品は一つもありませんし、カタログで購入したマタニティグッズが届いたのも出産した後という皮肉なものでした。このような私の突如な出産の体験も、娘の成長とともに少しずつあれでよかったのだと受け止められるようになってきた気がします。

また、私は次の妊娠を考えると、同じことを繰り返してまた早産になってしまうのではという不安がいつも頭をよぎります。はっきりとした早産の原因がわからなかったのも、なおさらどう気をつけたらよいのかわからないのです。あのつらい経験はもうしたくないと思いつつも、万が一また3カ月の早産になったときに早生まれとなり、子どもの学年が繰り上がることはないように、誕生の時期まで計算に入れたり、病院ももしもがあったときのために、ぬかりなく今度こそ選ばなければという焦りと不安をいつも抱えています。私は自分がこのような出産を経験するまでは、世の中にこんなに小さな赤ちゃんが生まれていることも、たくさんの妊婦さんが流産や早産を防ぐために長期間入院していることも知りませんでした。また、赤ちゃんの週数によって、受け入れが可能な病院が限られてくること、小さく産まれてくる赤ちゃんが増えていて、保育器が足りなくなっているということも知りました。私は運よく近くの病院に受け入れていただきましたが、保育器が満床のために県外の病院に転院していく人も多いと聞いています。これからは私のような早産や、もっと大変な出産をするかもしれない妊婦さんたちのために、安全で安心して出産ができる病院、そして当たり前のようなことですが、母親と赤ちゃんが同じ病院に入院できるような施設が整い、NICU や小児科が充実していくことを心から願っています。これで終わりになります。ありがとうございました。

岡村：はい、ありがとうございました。佐々木さんと堀籠さんから医療側としても非常に考えさせるお二人の出産体験をお話ししていただきました。次に今、未熟児というようにお話が、低出生体重児です、そういうようにお話がございましたけれども、現在宮城県で周産期医療システムというのが動いているわけですが、その一番中核に位置しておりますのが仙台赤十字病院でありましてその中に総合周産期医療センターというのがございます。現在、小さい赤ちゃんをケアできる病院といえますと、仙台赤十字病院と宮城県子ども病院、それから大学病院なのですけれども、仙台赤十字病院の桃野先生から仙台市における周産期医療システムの現状と仙台赤十字病院の役割ということで、佐々木さんと堀籠さんのお二人のお話を踏まえたお

話をお聞きできるというふうに思っております。先生、どうぞよろしく申し上げます。

桃野：ただ今ご紹介いただきました仙台赤十字病院の桃野でございます。私は外科医です。本日は発言の機会を与えていただきまして、ありがとうございます。当院は1982年、昭和57年4月に仙台市太白区八木山に新築移転しました。その際に産科医と新生児科医が一つの医療チームを作り、連続的集中医療を行うことにより、新生児の後遺症なき生存を目指す施設として、周産期センターが宮城県で始めて当院に開設され現在に至っております。今回の発表に際して、日々診療に忙しい中で資料を準備いただいた当院産婦人科の谷川原部長に感謝いたします。先ほどスタッフの人数の話がありましたけれども、当院は医師が64名、助産師33名・看護師310名で職員は519名、病床数は460床です。次のスライドをお願いします。

周産期とは妊娠22週から始まり、分娩・出生後の7日までの期間で、お母さん、赤ちゃんにとって非常に重要な時期をいいます。この時期に適切な医療を受けられないと、その後の児の発育に大きな障害を残す危険性があります。次をお願いします。さて、わが国の2003年の合計特殊出生率は1.29と先進国中最低で、深刻な少子化社会を迎えています。このままでは、100年後には日本の人口は半分になってしまいます。次をお願いします。国も「健やか親子21」の少子化対策の中で、周産期医療システムの整備を重要な柱の一つと位置づけています。次をお願いします。まず、全国及び宮城県の周産期に関する統計から見ていきたいと思えます。次スライドをお願いします。全国の出生数及び合計特殊出生率の推移を示します。戦後2回のベビーブームがありましたが、1975年以降出生数は年々低下し、現在では年間110万人程度です。合計特殊出生率も同様に低下し、先進国の中では最低の水準になります。次スライドをお願いします。

宮城県においても出生数は全国と同様で、50年前の約半数、年間21000人程度となっています。仙台市ではその半数、約1万人が出生しています。次スライドをお願いいたします。妊産婦死亡数を示します。1950年には年間4000人以上の妊婦さんが亡くなっていましたが、産科医療の進歩により1990年以降は全国で年間100人以下に減少しています。次スライドをお願いします。妊産婦死亡率を諸外国に比較して見ると、2002年日本は7.3でフランスの10.1・オランダの9.5よりは低く、7.1のアメリカとはほぼ同程度になっており、悪い値ではないのですがイタリアの3.5やスイスの3.6のように、日本のおよそ半分の国があります。このことは産科医療システムを整備することによって、妊産婦死亡を年間50人以下にすることが可能で

あることを示唆しています。次スライドお願いします。次は新生児のほうに目を向けてみます。出生数は減少しているのですが、赤の折れ線グラフで示した 2500 グラム未満の低出生体重児の割合は年々増加し、高度な周産期医療のニーズが高まっています。これには晩婚化や不妊治療の影響などが原因として考えられます。次スライドお願いします。

生後 28 日未満の新生児死亡は新生児医療の進歩で劇的に改善しました。赤の折れ線グラフで示したように、新生児死亡率は改善して、現在の新生児死亡率 1.7 は世界のトップになります。次お願いします。これは全国の乳児死亡のスライドです。生後 1 年未満の乳児死亡も新生児と同様に劇的に改善しています。次スライドお願いします。宮城県を見てみますと、50 年前には 3000 人以上の乳児が亡くなっていました。しかし、現在では 100 人以下となっています。次スライドお願いします。さて、宮城県の周産期医療のレベルは、全国的に見るとどの程度なのでしょう。2002 年の統計では、宮城県の出生率は 9.1 で全国 23 位です。都市化の影響が表れているようです。周産期死亡率・新生児死亡率及び乳児死亡率は、全国平均よりも 0.1 ほど高く、周産期医療システムの整備によりまだまだ改善できる余地があります。次スライドお願いします。

次に仙台市における周産期医療ネットワークの現状と、その中での仙台赤十字病院の役割について説明し、今後の課題について述べたいと思います。次お願いします。全国的に産婦人科医師の高齢化と若手医師の不足が深刻化し、分娩取り扱い施設が減少しています。その一方で一部の病院にハイリスクの分娩が集中し、そこで働く医師が過剰な労働による燃え尽き症候群で辞めていってしまうという悪循環が起きているといわれています。次お願いします。さて、仙台市内の状況はどうでしょうか？ 仙台市には現在 160 人前後の産婦人科医がいますが、約 40 人は大学病院で研修中の若い医師です。実際に第一線で働いているのは 120 人ほどで、その半数しか分娩に関与していません。分娩取り扱い施設も約 30 カ所です。病院の中にも医師不足から既に分娩をやめた、あるいはやめる予定の施設が増えてきています。次スライドお願いします。産婦人科医・新生児科医が複数常勤し、周産期救急に対応できる仙台市内の病院は、総合周産期母子医療センターのある仙台赤十字病院と同等の施設を有する東北大学病院、県立こども病院の 3 施設のみという状況です。次お願いします。

総合周産期母子医療センターについて、簡単に説明します。仙台赤十字病院には母体胎児集中治療室、MFICU と新生児集中治療室、NICU が整備され、産科医と新生児科医が 24 時間常時センターで勤務し、母体及び胎児新生児の一貫した治療を行

っています。2002年に宮城県の指定を受けています。次スライドお願いします。スライドはMFICUの写真です。母体・胎児モニター、輸液ポンプなどを備えた個室が6床あります。次スライドお願いします。スライドはNICUの写真です。保育器・人工呼吸器・モニターなどを備えたNICUは9床です。次お願いします。仙台市内の周産期医療ネットワークの模式図を示します。三次医療機関としての仙台赤十字病院、東北大学病院と県立こども病院が一般病院や診療所からの母体搬送や新生児搬送を受け入れています。次お願いします。1982年に東北地方で初のNICUが仙台赤十字病院に開設され、仙台市の周産期医療ネットワークがスタートしました。2000年には宮城県に周産期医療協議会が設置され検討が重ねられました。2002年には総合周産期母子医療センターの指定、2003年にはこども病院の開設があり、今年の10月からは周産期救急情報システムが稼働しております。このようにシステムの整備は少しずつ進んでいるのですが、まだ完成したのとはなっていないのが現状です。これからこの点について述べたいと思います。次お願いします。

情報ネットワークにはスライドに示した8病院が参加しております。スライドは実際のインターネットの画面です。インターネットを利用し、各病院の空床状況・受け入れ可能数などの情報を共有し、患者受け入れの円滑化を図っています。次スライドお願いします。2002年こども病院が開院する前、7病院時代の新生児入院状況を示します。1000人近い入院児の約4分の1は母体搬送によって、お母さんのおなかに入ったまま搬送され、搬送先の病院で出生し速やかに新生児医療を受けています。母体搬送ができなかったとか出生後に状態が悪化して搬送された新生児は約2割で、そのうち4分の1は仙台赤十字病院のドクターカーが出勤し、治療を行いながら受け入れ施設に搬送しています。7日から10日に1回は、当院の新生児科医が搬送のためにドクターカーで出勤していることとなります。母体搬送の受け入れ、新生児搬送の受け入れ、呼吸管理を必要とする重症例も、当院が最多です。スライド次お願いします。

入院後の状況ですが、2.2%の赤ちゃんが亡くなっています。小さい赤ちゃんばかりが亡くなるのではなく、2500グラム以上の成熟児でも5人が亡くなっています。今後は死亡数を減らすことはもちろんですが、障害なき生存を目指して、新生児医療のレベルアップをしていくことが重要です。次スライドお願いします。母体搬送に関しては、赤の棒グラフをご覧ください。当院では総分娩数の約15%に当たる年間100から120例を受け入れています。過去10年間ほぼ同数で推移しています。現状のスタッフ数・ベッド数ではこれ以上の受け入れは難しいと思われます。次のスライドお願いします。2003年には218件の母体搬送依頼に対して、95例の受け

入れが可能でした。残り3分の1は情報ネットワークを利用して振り分けることで、県内の他施設での受け入れが可能でしたが、13例は他県の周産期医療施設に依頼せざるを得ませんでした。次スライドお願いします。

近年はハイリスク妊婦さんを外来レベルで早期に紹介いただくとか早めの母体搬送によって、その後の産科管理が可能な症例も増えていますが、県内の施設に空きがなく他県に搬送される症例があります。特に多胎では複数の空きベッドが必要になり、搬送先が2施設になってしまうこともあります。こども病院の開設により他県への搬送が減らせると期待されております。また、本来は母体搬送が望ましかったが搬送できなくてドクターカーによる新生児搬送となってしまった症例で、予後を改善するためには分娩のセンター化などが必要になると思われます。次お願いします。当院での多胎管理数は年々増加しており2004年は10カ月間に約60例、週1例以上の多胎が含まれております。次スライドお願いします。多胎はNICU入院児の20%を占め、院内で多胎出生が予想される場合には、母体・新生児搬送の制限が必要になることもあります。また、他県へ搬送されることもあり、多胎を作らない生殖補助医療技術の開発が望まれます。次スライドお願いします。

ここまでは受け入れている患者さんのほうから見てきましたが、これからはセンターに働くスタッフの側から見てきたいと思っております。当院では産婦人科医5名・新生児科医6名で周産期医療を行っています。現状は市内のほかの病院に比べると恵まれているとは思いますが、大都市圏にある同規模の周産期センターは、約2倍のスタッフで運営されております。仙台地区での医師不足は深刻なものと考えます。次スライドお願いします。また、頻回の当直による過酷な労働条件も問題になっています。他科の医師の約3倍、日直と当直をこなし、1カ月の半分は自宅待機で拘束されています。当直翌日も医師不足から休めない状態です。院長にはいま労働基準監督署から労働基準法違反なので改善するようにと命令が来ております。次スライドお願いします。スタッフの高齢化も深刻な問題です。現在産科医5名はすべて40歳以上で、平均年齢は45歳です。5年後、10年後に現在と同様の仕事量がこなせるかどうか、はなはだ疑問です。他の産科施設との連携によってスタッフの負担軽減を図ることも必要になってくると考えられます。次お願いします。

最後のまとめのスライドです。今までお話ししてきたように、仙台市の産科医療は現在崖っぷちぎりぎりのところで運営されています。現在の医療レベルを維持し、さらに高度な医療を提供していくためには、マンパワーの集約化や若手医師の確保・育成が重要と思われれます。また、NICUベッド数の増加はスタッフ確保のみならず、経営の面からも今後期待できそうもなく、限られたベッド数の中で、情報ネットワ

ークを活用して効率よく患者さんを受け入れていく必要があります。そして、周産期医療のレベルアップとセンターで働くスタッフの負担軽減のためには、産科医療施設がより連携を深めて、新しいオープンシステム導入などの検討を加える必要があると思われまます。ご静聴ありがとうございました。

岡村：桃野先生ありがとうございました。いま中林先生の基調講演からお産の体験談、それから総合周産期医療センターをお持ちの仙台赤十字病院の院長先生からのお話ありがとうございました。少しこの後休憩したいと思ひますけれども、ぜひ聞いておきたいと、今のうちに聞いておきたいということがございましたら、ご質問をお受けしたいと思ひますけれども。どなたかございませんか。よろしいですか？ ちょっと時間が私の不手際でちょっと遅れておりますけれども、5分強、10分弱ぐらいの休憩を取りたいと思ひますので、よろしくお願ひしたいと思ひます。この次は仙台医療センターの和田先生のお話から始めたいと思ひますので、よろしくお願ひします。

#### 休憩

岡村：現状・現場の医師の立場からということで、仙台医療センター産婦人科の部長の和田裕一先生にお話をお聞きしたいというふうに思ひます。では和田先生、よろしくお願ひいたします。

和田：国立病院機構仙台医療センターの和田でございます。本日は発表の機会を与えていただきましてありがとうございます。まず、本日の題名の「お産の安全性と快適性」ということについてですが、われわれ日夜分娩の安全性と快適性という相反するテーマについて、両方のバランスを考えながら診療しています。安全性に偏ってしまえば快適性が失われる。快適性を強調しすぎればリスクがあるということは皆さんはご存じだと思ひます。(スライド) しかしながらお産というのは突然のように安全性も快適性も吹っ飛んでしまう。これは何も医療ミスとかいう問題がなくとも、そういった状況は起こりうるということが前提にあるわけでございます。そこでそうならないように安全性・快適性をささえるためには医療スタッフの充実、それから医療機器・環境整備が必要です。これにはお金もかかるという医療経済の問題もあります。それから、お産に関しましては、ご家族のサポートというのも非常に大事なものだと思ひます。(スライド) しかし、ここでまず医療スタッフの問題

があります。産科医が減少しており、麻酔科医、そして新生児を診る小児科の医師、それから助産師さんについても同じでありまして、危機的な問題が出てきているというのが現状でございます。産婦人科医師数の減少ということでは地域格差もございまして、新聞報道でもご存じのように、東北・北海道は中でもかなりひどい状況がみられています。

それから、産婦人科には女性医師の増加という背景がございます。本来、産婦人科の診療は患者さんが女性ですから女の先生というのはある意味喜ばれることだと思いますけれども、女性医師の働く環境の整備がまだ十分できていないということで非常に苦勞されている。その苦勞が男性医師側にも跳ね返ってきているというのが現状でございます。3番目は診療内容の煩雑化ということです。高度化と書きたかったんですが、高度化というよりはわれわれ感じるのは煩雑化です。確かに医療の安全、それからシステム化ということに関しましては非常によくなってきています。しかし、その分書類の増加・説明時間の長さなど診療に時間がかかり、神経を遣う。しかしそれが医療費に跳ね返ってこない。従って、以前と同じ数の患者さんを診なくてはならないということで、特に産科の場合夜中に分娩で起こされることと相俟って過重労働になってきております。このことが一つは訴訟問題の多さとともに産婦人科を専攻する医師が減少している原因の一つだと思います。

(スライド) 新聞に載った記事で、3割の病院で産婦人科医師深刻な定員割れということが出ております。(スライド) このグラフは産婦人科学会の産婦人科専門医制度委員会のデータですが、左端のカラムが研修医登録者です。これは5年前に登録した数です。平成11年の専門医申請者は平成6年に研修医登録しています。研修医として登録された医師が5年後にはこれだけ減っている。ブルーのカラムです。その差がグリーンで、全員が産婦人科学会を退会しているわけではありませんけれども、行方がわからなくなっている人も含めて毎年これだけ減っています。(スライド) 実際に専門医の合格者の推移を見ますと、平成13年323、16年度には271と。合格率はそんなに変化ないそうですので、実数が減っているということでしょう。

(スライド) また、東北地方について、先ほど地域格差ということを申し上げましたけれども、平成元年からどんどん、やはり特に男性医師が減少しているというふうなことが顕著でございます。

(スライド) 次に女性医師の増加について産婦人科医会の調査では、平成元年には産婦人科に入局するのは男性医師8人に対して女性医師3人の割合だったのが、平成11年にはついに同じ比率になりまして、平成12年からは女性のほうが多くなっています。(スライド) 女性医師の問題で一番大きいのは出産・育児で仕事が中断

されるということでございます。また、夫の協力が十分得られる社会環境が整っていないということと、保育所などの設備も不備なことが挙げられます。アンケート調査の結果ではご本人の親に子どもさんの面倒を見てもらっているケースが多くみられます。勿論、一般社会で女性はどんどん働いていますし、出産・育児の問題は何も医師に限ったことではないのですが、ここでは産科の医師の絶対数が足りませんので、育児休暇が十分にとれるための代替～交代制勤務が成り立たないということが問題になっております。

(スライド) この絵はお医者さんに見えますでしょうか？ 聴診器をかけているので、女性医師のつもりです。女の子が4歳、男の子が2歳とってください。ある8年目の女性医師に日記風に生活をつけてみてくれというふうにお願いしました。最初の日は日曜の日当直です。8時半に出てまいりまして、病棟回診処置その他やりまして、午後に急患が2人まいりました。この日は比較的静かな1日だったのですけれども、夜中の1時半に出産に起こされ、次の日の朝、月曜日朝会がありますので、その前に簡単に母子センターの処置、新生児室とかを見て、それから8時半過ぎに分娩がございました。その後、午前中は母子センターで診療して、午後からは帝王切開が2つあって手術に入る。うちに返って食事をして9時半には就寝。次の日は朝の8時15分に子どもさんを幼稚園に送りまして、母子センター勤務です。それから、午後になりまして外来で1カ月健診がありまして、そのあとに分娩があって、4時半からカンファレンスがありました。18時半に保育所に迎えに行き、それから買い物、家事をして、食事・入浴で就寝というようなことなのですが、こういった毎日を見ていて、そばにいる研修中の女性医師が「こんな風で私は将来やっていけるのかしら」という不安を抱いていると聞きました。(スライド) これは東北大学の岡村先生、寺田先生が中心となっておこなった厚生労働省の研究班の調査で、女性産婦人科医の勤務状況に関するアンケート結果ですが、勤務時間には地域格差がありまして平均労働時間を見ますと、九州・東京あたりでも労働基準法は全然クリアできていないのですけれども、特に東北地方はシビアな状況下にあるということでございます。

これらの女性医師に関する問題は産婦人科医師の絶対数が増えなければなかなか解決できない問題かと思えます。

(スライド) 今度は地域の問題に移ります。産婦人科医会の宮城県支部の会員数は10年間で約30名ぐらい減少しております。分娩も減ってはおりますが、宮城県における平成15年の年間の分娩数は約2万件で仙台市では約半分、1万弱あります。仙台市における分娩場所の内訳を見ますと、病院での分娩が約71%、中でも公的病

院に限りますと66%が大体そちらで、診療所での分娩が29%というふうになっておりまして病院での分娩が多い傾向にあります。(スライド)そこで仙台市における病院の産婦人科の状況を見てみますと、産婦人科が5人以上の病院というのが4つありまして、分娩数の多いところでは800以上やっているわけですがけれども、私はその分娩数の多いA病院に所属していて、医師が8人と研修医が1人です、今年は1人減ってますけれども。この数でも決して楽だという感じはせず、大変だという感じのほうが強い状況です。下の表は産婦人科の医師が1～3人の病院です。E病院は二人で417件の出産、それから232件の手術。F病院は1人、もちろん大学からのサポートはあるとはいえかなりシビアな勤務状況です。

(スライド) 正常分娩というのは写真のような青空の状況で、大体が生まれるまでこういう状況下で進んでまいります。しかし、突然急変することがある。今日は医療関係以外の一般の方もいらっしゃるということで出しましたが、これはレントプラントの「嵐の風景」という絵だそうですね。分娩の異常というのはまさに突然天気がこのように変わるみたいに急変する。そうしますと急速分娩になる。例えば帝王切開ということになります。(スライド) そうすると、それからやるべきこととすると、まず産科医師は助産師さん・看護師さんに帝王切開決定を通知しまして、それから手術室の看護師・麻酔科医、あるいは小児科医に連絡、手術応援の産科の医師への連絡をする。助産師さんから家族に連絡をしてもらって、その間に点滴のラインの確保、その間に胎児のモニタリングもチェックしなければいけない。抜けてる検査がないか、あれば検査オーダー。レントゲン写真を撮ったり、それから産婦さんと家族への説明をしなければいけない。その後手術室準備確認のうえ手術場に搬送ということになります。

(スライド) これだけを1人でやるということが、今のシステムではかなり厳しいのではないかとということです。期待されるのが100%安全で、その一方快適な出産への期待が高いということですから、産科医師数が不足な中で安全に分娩を行うためには、一定の施設への医師の集約が必要と考えられます。それから、特に病院と病院それから病院と診療所の連携がとても必要だろう。たとえば、妊婦健診を診療所でおこなってもらい、分娩は病院でといったことも含めて、先ほど中林先生もおっしゃいました産科オープン化がひとつ考えられる。仙台市はそういった意味では、その条件が整っているのではないかとということです。

一人で有床診療所で分娩される場合には、特に2次、3次の施設とのより緊密な結びつきがこれからさらに必要だろうということでございます。

(スライド) 最後になりますけれどもわれわれは、これからお話しいただきます金

山先生のいらっしゃるオープン化を実際に行っている浜松市に、数年前に産婦人科医会の数人の先生方が実態を見学に行ってきております。また、産婦人科の診療所医師と勤務医にオープン化に関するアンケート調査も行いました。それから、妊婦健診の標準化のマニュアルを作成中です。

その中でアンケート調査の結果でございますけれども、これは診療所の先生に対するアンケート結果で、意外なことというかオープン化に興味のありと答えた方が95%おります。それから、妊婦健診を協力するという方も90%おりました。また、病院での分娩立会いが可能という方が62%、月1回ぐらいの分娩当直当番はしてもいいですよという方が約5割という結果はオープン化に向けての土壌はあると思われれます。(スライド)しかしながら、今後の課題として、例えば産科の医療レベルが均等でなければ、これはなかなかでこぼこがあるので、勉強会とかそういったことを頻回に行わなければならない。そして、共通の健診システムを確立する必要があるのではないかということで、先ほど触れましたように県の医会の支部で妊婦健診の共通マニュアル～パスの検討を始めたところです。

今まで私が申し上げたのはすべて医者側からの話ですけれども、お産というのはやはり産婦さんがどう選択するかということですので、たとえば地域性、アクセスの問題なども考慮しなければならずその辺をどう解決するか。さらに医療スタッフの問題。医師と助産師・看護婦さんのコミュニケーションの問題です。いろんな医師が出入りする場合コミュニケーションが良くないとトラブルも出てくると思います。さらに、医療費の問題なども考えてみますと今後に向けていろいろな壁はあるとは思いますが。

しかし、勤務医の立場から産科診療の現状をみると、避けられない問題と考えます。どうもありがとうございました。

岡村：和田先生ありがとうございました。最後に和田先生がおっしゃいましたけれども勤務医の立場からということで、仙台市の現状をお話ししていただいたわけがあります。次に今まで和田先生はどちらかという医師側の立場からいろいろお話をさせていただいたわけですが、もちろんお産というのは、助産師さんの力がなければとてもできないわけでありまして、助産師さんの仕事と、それから妊産婦のニーズと、どんなことをお母さん方は考えているのかというようなお話をお伺いできると思っておりますが、東北大学医学部保健学科の佐藤喜根子先生、佐藤喜根子先生はもちろん助産師でいらっしゃいますので、そういう面でもお話ししていただけたと思います。よろしくお願ひします。

佐藤：ただいまご紹介いただきました佐藤です。私のほうはテーマとしまして「助産師のしごとと、妊産婦のニーズ」ということでまとめさせていただきました。これまでの発言はおおむね医療サイドの、特に産科医の立場からのご意見のほうが多かったのだらうと思います。それで私のほうからは、同じ医療チームとしてご一緒させていただいている助産師の立場、それから後は利用者側の代弁者というようなことになり得ないといけないというようなこともありまして、一応その辺でまとめてみました。これは助産師の数の変化です。国民衛生の動向から取りましたものですけれども、昭和30年代には5万5000人ほどおりましたのが、45年には2万8000人にごくんと下がりました、その後ずっと横ばい状態で推移しております。現在は2万4000人ほど現場で働いているということになります。ただ、この人数はこれで需要が満たされているかといいますと、これまたそういうことではなくて、やはり必要数の算定等も現在積極的に看護協会なりあるいは日本助産師会で行っております。ちなみに1人の妊婦が妊娠の確定後出産に至るまでのプライマリーケアというような形で必要とされる時間数というのは、20年前に算定したものですけれども大体83時間ほどあります。それに対して1人の助産師が働いている労働時間数というのは、年間1760時間ぐらい等あります。それをちょうど2000年の出生数117万人ぐらいで割り出してみますと、必要数はなんと5万4000人ほど必要だということになります。ですから、現在のところ2万4000人しかおりませんので、ほぼ倍増しなければ十分なケアができない。しかもその十分なケアというのは実は20年前のケアということになります。

今回の研究班のほかに私ども「健やか親子21」の柱の中で、子育て支援という分野で、お母さんたちの精神支援のほうも行っているのですけれども、その研究を進めている現在実際やっておりますのは、産褥うつ病にかかるお母さんたちが比較的多くて、10人に1人に対しては看護介入が必要であるということが昨年度の報告でわかりました。今年の研究はその10人に対して、ほぼ1時間から1時間半の精神的ケアを行えば、おおむね産褥うつ病の状態が改善するのではないかということ、諸外国の文献を参考にし、その裏付けというような形で、現在データ収集を行っておるところなのですけれども、そうしますと、1人の妊娠の妊婦にかかわる時間というのは、先ほどの82~83時間でなくて100時間以上ということになるかと思えます。また、妊婦健診の回数も増えました。その結果、そこから算出してくる助産師の数というのは、当然のことながらもっと多くなってくるのは考えられることです。ですから、現状はこうなっている。ただ、それで満足ではないというよ

うなことも一応問題提起をしたいと思います。

次に、これは宮城県内の助産師数の変化の推移を見たものですが、昭和 50 年代には大体実数として 614 人ということなのですけれども、それが徐々に減ってきました、12 年に一時期上がっているのですけれども、これがちょうど 600 人です。これは多分、宮城こども病院が開設される際に助産師の数を採用された絡みだろうと思います。それからあと南中核病院ができておりますので、そのときの上昇かなと思えるところです。15 年度はまたがくと減りまして 540 台に減っておりますけれども、最近の動きとしまして病院の閉鎖、それから混合病棟化というようなところが進んでおまして、助産師ということでの採用ではなく看護師として働いている。ですから、登録も看護師として出しているというようなところも聞こえておりますので、そういったことが問題になってくるかなと思っております。混合病棟化は全国で進んでおまして、昨年度 500 床以上の病床数をお持ちで、なおかつ産科を標榜する科を持っておられるところの全国の調査を行いましたところ、その 75%が混合病棟という形で産科が運営されておりました。ですから、分娩だけを取り扱う助産師がいるわけではなくて、分娩がないときには整形外科・内科等の看護師というような形で役割を担っているというようなところがありました。

これは助産師の就業先です。国民衛生の動向から取ったものですが、71%がほとんど病院に就職をしています。診療所は 14%、助産所は 7%で、若干ということになります。この傾向はほとんど宮城県内でも同じです。ただし、宮城県内は 70%以下です。大病院のところは、まだこんなにパーセンテージはなくて、診療所のほうが結構多いです。これは昨年度調べました先ほど紹介しました 500 床以上で産科を標榜する病院の中で、病院の助産師数がどのぐらいいるかというようなことをお聞きしたものです。平均が 14.5 人でした。大体 11 人から 15 人の助産師で運営されておりましたけれども、かなり人数の少ないところで企業努力をしているというのが実感でした。その中で働いている助産師が出産にお付き合いするわけですけれども、出産の際に医師の立ち会いが当然あるわけです。次のグラフはその際どの時点で立ち会うかということをお示したものです。排臨前というのは 39%でした。一般の方々が参加しておられるので「排臨・発露」と医学用語で表現されてもわからないかと思っておりますけれども、「排臨」といいますのは、赤ちゃんの頭が陣痛の発作の際に見え隠れするということになります。「発露」というのは、隠れることなくずっと見えているという状況です。ですから、出産の本当の間際ということになります。

この「排臨・発露」でやっとならぬ医師が立ち会いにはせ参ずる、まさにはせ参ずるということだろうと思っております。これが 58%で約 6 割ということになります。半分以上

はぎりぎりの時点で先生方が立ち会ってくださるということになるわけです。そう  
なってきましたと分娩というのは一気に進むわけではございませんので、それまでず  
っとお付き合いをしているのは、やはり助産師ということになります。助産師が足  
りなければ看護師さんということになるわけですが、いろんな緊急事態、先ほ  
どからお産は正常から、和田先生がお示したレンブラントの嵐の風景の絵で代表  
されるように、いつ急変になるかわからない。その急変を判断する。判断する能力  
というものを、やはりきちんとした形で兼ね備えておりませんと、早くに医師をお  
呼びすることができない。騒げないということになるわけです。ですから、質もさ  
ることながらそれを監視する目の多さというのは、大変問題があらうかと思えます。

そういうことで、オープンシステムの中で産科医の集まっているところでやりま  
しょう。安全性を保証しましょうというようなお話ですけれども、その中には当然  
のことながら助産師も集中して数を増やさないといけないということを強く述べた  
いと思えます。なかなか人数の算出というのは、助産師に限っては規定がございま  
せん。ですから、その病院の方針いかんで経営方針いかんで算定できるというよう  
なことがいわれておりますので、ぜひともそういった監視役としての助産師の数の  
保証というものを重ねて強調したいと思えます。

次にこれは妊産婦側のニーズをまとめたものです。宮城県内でこのフォーラムが  
開催されるということで、各産科の診療科のある病院の看護部長さんをお願いをし  
まして、それでアンケートを取らせていただきました。その結果かなりの数が集ま  
ってまいりましたので、それを急ぎよ分析をいたしました。病院に何を望んでいる  
かということでは、やはり緊急に対応ができるところというようなところが圧倒的  
に多かったと思えます。しかし、そのほかにプライバシーの保守、それから自分の  
意見の尊重、アットホーム的なところがいい。自然分娩であるいは保健指導の充実  
というようなところで、比較的希望としてはこういう横並びの希望がございました。

次に妊娠・出産に関する情報源を、どのような形で妊産婦さんが得ているかとい  
うところでは、雑誌・友人が圧倒的で医師・助産師・看護師はなんと17%です。20%  
にも満たないというようなところが挙げられておりました。一方その中で「助産院  
を知っていますか」というようなことをお尋ねしましたら、「知っている」あるいは  
「聞いたことがある」ということを合わせますと、ほとんどの方が知っているとい  
うようなことでもございました。「出産に医師の立ち会いが必要か」というようなと  
ころでのお尋ねをしましたところ、「絶対必要」と「必要である」というのは、圧倒的  
に多く71%でした。「不要」というのは4%というように、かなり少ないわけ  
ですが、やはりこの辺あたりは今の年代の方々ほとんど施設内での出産ですの

で、当然のことだろうというように思います。

そのほかに例えばオープンシステムを実施する際に助産師が運営する「助産院を利用したいか?」「それが施設の中にあった場合にどうか」というようなことをお尋ねしました。そうしましたら、「利用したい」とお答えした方は47%ございました。その利用したい理由としましては、「自分の思ったお産ができる」というような、いわゆるバースプランが考慮されるというように回答してくださった方が36%。「アットホーム的な感覚である」。あるいは「家族で生まれてくる子を迎えられる」というようなことがありました。それから13%で「精神的ケアが充実」というのがございましたので、ゆっくりと1対1で対処できるということだろうと思います。

ところが、「利用しない」というような方も53%おられました。しかし、「利用しない」と回答された58%の中の64%が、「医師がすぐ緊急時に応援態勢ができるのであれば利用したい」というように回答になっておられました。それから、「妊娠から産後の管理体制としてどのような体制だといいかと思うか」というところでは、圧倒的に「医療チームで対処してほしい」というようなことでしたけれども、「1人の助産師」というようなところ、それから「複数の助産師がよい」というようなところで、やはり正常な経過であればじっくりとじっくりと、というように、助産師が求められているかなというように伺えると思います。

今回の対象者の548例の方々には現在妊娠されておられる方が大半でした。そのほかにこれから妊娠をしますという予備軍です。その方々に病院を選ぶ基準をお尋ねしました。選ぶ基準としましては、「母乳育児」や「自然分娩」、それから「病院の施設・評判」でした。それからあとは「自宅からの距離」というようなところで、それぞれのニーズが多様化しているということでもかと思いました。

以上のことから、まとめとしましては、受け手側の方々には、安全性をとにかく基盤に考えている。そのうえでさらに安心・快適性の保証を求めておられるかなというようにうかがい知れました。それから、妊婦のニーズの多様性に応える態勢づくりが受け入れ側としては必要だろう。特に多様性ということに関しては、助産院が受け入れられているそのことというのは、結局は最近地域の希薄化とか、それから世代間の交流が少ないというような社会の状況もあろうかと思しますので、それに応えられるような態勢づくりというのが必要だろうと考えます。それから、助産師は自己のケアを地域というチームの中で客観的に評価し合い考えていく態勢づくりということを考えないと、井の中の蛙ではなかなかいけないだろうというように思います。安全性と快適性は対比してあるのではなく、同じ枠に包含してあるものです。安全性の保証は、そのまま快適性につながらなければいけな

いと思うのです。

岡村：佐藤先生ありがとうございました。非常にクリアカットな示唆に富むお話であったと思います。そこで次ですが、いま産婦人科の団体には、日本産婦人科学会というのはもちろんございますけれども、そのほかに日本産婦人科医会というのがございます。その中でオープンシステムというようなことに関しても非常に興味をお持ちで、いろいろなことを討論しているわけですが、朝倉先生は日本産婦人科医会の常務理事でいらしゃいまして、オープンシステムについてもいろいろご議論の中心になっていらっしゃいます。朝倉先生は日本医科大学の教授でいらっしゃいますけれども、「お産安全性と快適性を求めて」と、今日のタイトルと同じなのですが、産科オープンシステムにおける日本産婦人科医会の考え方ということで、お話をお聞きしたいと思います。先生どうぞよろしくお願いします。

朝倉：よろしくお願いします。

各都道府県での出生総数と周産期死亡数との相関、それから出生総数と妊産婦の死亡人数の関数を見てみますと、両者ともとても直線的に相関しております。

つまりお産というのは多くなれば多くなるほど赤ちゃんはたくさん死ぬし、多くなれば多くなるほど妊産婦さんたちは多く死んでしまう。そういう確率のある危険なものがお産であるという、これは私たちは常に考えてなければいけないし、皆さんたちもこれは念頭においていただきたいことだと思っております。

妊産婦死亡率を見ますと、これは2001年のものですが、これも今までいわれていた通り日本はそれほど多くありませんが、世界最高レベルから比べると2倍妊産婦死亡率が高い。つまりこれを減らすことが私たち産科医療に求められている最大の使命ではないかというふうに私自身は考えております。

日本の分娩を取り巻く環境というのをここで示して見ますと、最近では妊産婦さんたちが変わってきました。少子化ということももちろんありますし、そしてまた多くの女性は仕事を持っておりますので、就労妊婦が増加してくる。それからまた、仕事を持っているために結婚をしない。そのために妊娠をすると高齢になるというような傾向があると思われまます。

そこで年齢ということと、また周産期死亡率および妊産婦死亡率の相関をプロットして見ますと、明らかに周産期死亡率も妊産婦死亡率も、30歳を超えたあたりからぐんぐん増えております。つまり日本の妊産婦さんたちはだんだんこういうふうな高齢化と共に、自ずと産科医療のリスクは高まっていると示すものであろうと

思います。また、高齢化というのは、これから若年化することは恐らくないでしょうから、今後、こういうリスクの高い産科医療に私たちは対処していかなければいけない。そういう状況にあります。また、最近では生殖移植技術ARTが発達しました。そのために先程来お話ししている高齢妊婦も増えてきますし、またどの先生かお示しして下さったような多胎妊娠も当然増えてきます。これは妊婦・胎児ともにリスクを高めることであります。つまり産科医療は非常にリスクが高くなっているということを一つ確認してほしいと思います。

そして、また最近の妊婦さんたちは、非常に自立性が強くなって、その中で妊娠や分娩に快適性を求めるということが増えてきます。つまり安全でしかも快適な分娩というのが非常にキーワードになっているようでもあります。かつてあった産む苦しみという分娩の中にリスクを内在しているというような言葉は、最近ではもはや死語のようであります。これはこれで別に私は構わないと思うのですが、ただいけないのは一番下に書いてあります通り、自然分娩は安産であるという、間違いであります。こういう概念が社会的にも一般的にも広がっているということは、お産に対する安全神話を皆さん信じてらっしゃるということでありまして、これは恐らく大きな間違いであろうかと思えます。また、こういう認識が医事紛争が多い、医療事故というよりも医事紛争が多い一つの原因になっているのではないかというふうに個人的には感じています。

これも既に皆さん、たくさんの先生がおっしゃった通り、もう一つは変化する産科医療体制が問題です。産科医師の慢性的な不足。しかも若手医師が不足している。そして、女性医師が半分以上増加している。現在の産科医療というのは、増加した女性医師たちが一生懸命超過勤務をしたり当直回数をたくさん行ったりして支えられている。非常にプアーな、人的にはプアーな状況があるということ。また大学病院の中では卒後研修制度が始まりましたので、この2年間は非常に医師が減少している。数年間は地域の中心で周産期医療を支えた大学病院では医師が少ないのに耐えなければいけないという状況があります。もちろん助産婦さんたちも不足しています。

社会的に意識も変わってきてまして、マスコミの報道、これは詳しくは述べませんが、あまり産科医に同情的な気はしません。そして、また当然のことながら、皆さんご承知の通り医療訴訟は多発しています。実際に産婦人科医療というのは非常に訴訟が多いことが問題であります。

ここで人手不足のデータを示して見てみたいと思いますが、これは日本産婦人科医会の会員の年齢分布であります。20歳、30歳、40歳、50歳、60歳と右肩上が

りであります。60歳以上の人たちは37%ぐらいになります。つまり実際に働いている産婦人科医の3分の1以上は60歳以上でありますので、これは20歳、30歳、特に20歳の人たちが増えてくれないと、産婦人科はこれからどうなるだろうというデータであるかと思えます。こういうふうにさまざまな状況がありますが、この中で私たちに与えられた課題というのを考えてみますと、一番としてはまず日本では妊産婦死亡にはまだまだ改善の余地があります。世界の最高レベルに比べて2倍死亡率が高いということは、これを2分の1にすることは可能であるということです。そのためにさらに減少させるための産科医療システムを模索することが必要です。それから、本システムは増加する産科医事紛争を減少することに寄与するべきです。そういうシステムを考えるべきです。そしてまた、理想的にはこのシステムをとることによって、若い医者たちが産婦人科の魅力にとらえられるような、そういうアピールをできるようなシステムでありたいというふうに考えています。ここで各国の分娩施設を比較してみますと、アメリカなどでは99%が病院で分娩をします。オーストラリアでは90%以上が病院。この国は6~8%ぐらいは自宅分娩をしますけれども。それからフィンランド、これはほとんどが病院でします。妊婦健診は保健所のようなところで行って、そして分娩になると病院に行くというシステムがあるそうです。それに対して日本は約54%が病院。45~46%が診療所、1%未満が助産所で分娩をします。非常に多彩であります。この中で医療の安全、産科医療の安全を望むためにはどういうふうなことをしているかということ、診療所では病院と診療所が連携をして、あるいは診療所同士が連携をする。そして、診療所同士の相互援助体制があったりとか、基幹病院との連携を密にして、緊急搬送体制を行っていくとします。周産期医療ネットワークがあって、中心には総合周産期母子センターという立派な施設を作って、それを地域の中心にしていこう。全国に整備予定ですが、現在のところ25都道府県にしか過ぎません。

しかし、こういう連携は結構実際のところほうまくいっています。かなり機能している。かなり機能しているからこそ周産期死亡率というのは世界でナンバー1なのです。ただ、ここで新しいアイデアとして、先程来お話になっていますオープンシステムであるとか、セミオープンシステムであるとか、そういう病院を利用しようという考えも出てきました。これらが診療所の安全対策です。

それから、病院のほうでは自分の病院がどれぐらいの機能を持った病院であるかということ判断して、必要があれば病院同士の連携とかが必要です。そして、また助産所、1%未満の分娩であります。この分娩にもさまざまな問題があります。やはりバースプランだとか、あるいは嘱託医の問題を完全にクリアして、より安全