

それから、総合周産期センターの推進。厚生労働省から改定が、改善策として意見を述べさせていただいて推進に務めていくところであります。また、これは医師会のなかで、常務理事、あるいは朝倉、田中常務理事が、世話人として入って、その研究会に所属しています。

それから 20 番、産婦人科医、助産師の質の向上に関しては、先ほどお話ししました小児科、産科、各医師の確保に関する研究で、問題点を引き続き考えていきたい。問題点等があれば、また検討していきたいというふうに考えています。総合的に、当医会でやっている運動をここにまとめてみました。

司会：岡本 それでは、日本産科婦人科学会の佐藤先生から。

●日本産科婦人科学会より

佐藤(産学) 平成 15 年度の行動計画ということになりますと、日本産科婦人科学会としましては、今月の 16 日に、この健やか親子の産科婦人科学会の代表者が決定いたしますので、それを待って、産科婦人科学会として、この健やか親子 21 にどのような行動計画をもってくるかということは、もう少しお時間をいただかないと、難しい点もあるかと思えます。

私はこれまで 2 年間参加をさせていただいて、先ほど岡本先生の御指摘にありましたように、昨年までの確認というところですが、産科婦人科学会としても妊娠・出産の安全性と快適さというふうなもの、これは相反するものではないということ、そういう認識がせっかくできつつありますから、そういう点では、もう少し具体的にいえば、産科婦人科学会の立場からすれば、当然、安全性というものを高めるということは、これはこれからも引き続いていかなければいけないです。更に、快適さということに対して、産科婦人科学会としてどういうふうな形で、これを協力していくか。この辺のところは、学会として、私はこれからも、積極的に推進をして、この会の 1 つの方向付けに、アクセルを踏んでいただくような大きな働きをしていただきと考えています。昨年まで助産師会の皆さん等をお願いをしたのですが、これまでの分娩等の分析から、いわゆる予期しないようなリスクの症例に対して、どのような対応がなされているかを報告していただくことは、産科婦人科学会の人たちに対しても、非常に大きなインパクトを与えることになると考えていますので、これから更に推進してやっていただければ、評価されるのではないかと思います。

それから、先ほど朝倉先生がおっしゃったように、日本の妊産婦死亡率はかなり、減少はしてまいりましたけれども、まだニアミズの症例というのはたくさんありますから、このシステムづくりというもの、ここお集まりの皆さんと力を合わせて考えて生きたいと思えます。

最後のところになりましたが、不妊専門相談。これは、産科婦人科学会のなかでも、不妊治療の患者さんに配慮する対策というのをどうするか。皆さん御存知のように、全国にはこの不妊の施設はものすごくたくさんあるのですが、これの精度評価も、早急にやっていかなければいけない。最近、新聞の夕刊に出ておりましたが、国としても不妊に対して経済的な援助をするべきかという話もありますが、やはり産科婦人科学会としても受け皿づくりというか、非常な大きな仕事になるのではないかと思います。不妊専門相談センターについては、栃木県でも、どういうふうな形でセンターを構築して、それを一般の人たちに宣伝して、治療していただくかということは、かなり大詰めのところまで来ていると思われます。各県においても、この辺のところは多少の差はあるにしても、方向付けは、かなり進んできています。不妊相談センターについては、産科婦人科学会としても積極的に検討していくという方向付けではないか。

今、お話をさせていただきましたのは、学会の公式的なことではありません。冒頭でお話ししましたように、これから選ばれて参る産科婦人科学会の代表の先生とまたお話をさせていただきながら、ここで議論していただきたいと存じます。

司会：岡本 日本母乳の会の永山さん、お願いいたします。

●日本母乳の会より

永山(母) きょう厚生労働省からフォーマットをいただいたので、簡単なものしか出せません。厚生省からいただいたものには、効果も書けとありましたが、ほかの団体を見たら書いていなくて安心しました。

私たちは、毎年、シンポジウムを年に1回開催します。今年も世界母乳週間の8月の第1週の2日と3日に、国立京都国際会館で開催します。最近では1,000人以上で、1,200～1,300人の参加者です。今年のメインテーマは「21世紀の子育て支援の中核としての母乳育児」です。

シンポジウム1は、「母乳育児を根付かせるために」で、厚生労働省の母子保健課長の谷口先生にシンポジストとして出席していただくことになっています。詳しいのは、ここにきょう持ってまいりましたので、後でご覧ください。私どもは、母親の参加のある会としてやっておりますので、2日目の午後は、母親たちが自由に発言でき、医療者が母親から学ぶという姿勢のセッションで、母親と医療者の交流会です。今年は、「聞いてください、聞かせてください、おっぱいのこと」のテーマで、あらゆる層から、母乳育児を終った人たち、それからおじいさん、おばあさん、お父さん、働くお母さん、そういう人たちの話を聞きましょうということで、実行委員会で論議が進んでいるところです。ようやくシンポジウムの概要が決まりまして、全国の皆さんにお知らせを、ちょうど4,000通ぐらい発送し終ったところです。

去年からワークショップというのを開催しまして、堀内先生がワークショップ委員長でやっています。今年は、福島県の飯坂温泉で1泊2日の会議です。約70名で開催します。シンポジウムが大変大きくなってしまったので、内容的な深化のために少人数で夜を徹して議論しようという試みです。産科の先生方にたくさん来ていただきたいというねらいだったのですが、なかなか産科の先生は出てくれませんでした。しかし、助産師と、産科意、小児科医など責任者クラスの方が集まってくださいました。

3番目に、一昨年、全国の病院産科約4,800の母乳育児のアンケート調査を堀内先生が担当で厚生労働科学研究の一環としてしました。去年は小児科のアンケートを行い、調査のまとめたところが出ています。

4番目は、私たちの会の大きな目的ですけれども、「赤ちゃんにやさしい病院」の認定です。今年度の認定申請は10施設。4月から毎週土、日で、運営委員が現地調査をして、その報告書に基づいて6月15日に決め、それをユニセフの方に申請して、ユニセフが認定します。BFH(赤ちゃんにやさしい病院)というのは25病院ありますが、認定の運動が始まって10年たちました。時代が変わり、各施設にいろいろな戸惑いも出てきています。BFHの認定病院の研修会を開こうということで、それを計画しています。

それから、シンポジウムとワークショップの記録集、母乳育児シリーズの発行です。今の離乳食の指導が、時として母乳育児を続けるために障害となるということが、いろいろなところから言われています。

果汁など母乳以外のものを飲ませなさいといわれても、赤ちゃんは受けつけない、お母さんたちが悩んでいます。ということで、昨年、「離乳食」を出版しました。これが、大変な反響です。自費出版ですが、産経新聞と読売新聞に紹介されて、もう9,000部ぐらい出ました。今年は、卒乳です。母子健康手帳から断乳という言葉がなくなって、今、多くの方がわからないところにいるので、母乳の会で1つの考え方を出示しているということです。これは橋本先生が担当です。

それから、各地の母親・医療者の会の支援。母親たちの会には金銭的に、わずかですけれども1件につき3万円の援助をしています。母乳育児を普及するために母親たちが頑張っているところには、母乳の会として講師を派遣したりします。9番目には、運営委員が、色々な地域に呼ばれて本当にボランティアのようなかたちで、講演会活動をする。これは、去年も今年も同じような活動です。

堀内(母) 退院後の母乳育児について、非常に混乱を起こすものですから、全国保健所、保健センターでの母乳育児支援について保健師さんたちの考え方を調査しようと今年度の調査を行う予定です。これは厚生科学研究ですが、3年目になります。今までの産婦人科医、産婦人科の施設、それから病院小児科、それから保健所という流れをつかまえてみようということで、トータル的に御報告できるのではないかと思います。

司会：岡本 今、厚生労働省の宮本先生が出席されましたので、宮本先生、御挨拶いただけますか。

●厚生労働省より

宮本(厚) 厚生労働省母子保健課、宮本でございます。いつもお世話になって、ありがとうございます。

時間をいただいたので、少し私どもの考え方を紹介したいなと思います。このテーマにつきましては、いいお産ということで、進めている部分があります。企画の方はまだ完全に決まっていはいないのですけれども、

11月3日にシンポジウムを開催します。

私ども、こちらの方に参加させていただいて、去年1年間、こんなに前に進めるのかということで、革新的に進めていただいているのを感じました。いろいろな意味で前進といいますか、非常に驚いて、またうれしく思っているところです。また、同時に周産期の分野全体において、急速な変化が起こっているということも、同時に私たちも勉強させていただきまして、こういったことがどんどん更にスピードをあげて広がっていくということが大事なのかなと思っています。

もう少し見方を変えていきますと、現在、小児科の問題が世間のなかで認識をされてきました。小児科のお医者さんが足りないんじゃないかといわれていたのですが、実際には数だけみますと、小児科のドクターというのはむしろ希望者が増えていって、どうも数だけの問題ではない。産科の方は少し減り気味というところもあって、なり手が少ないか多いかという問題があることはありますけれども、そちらの方もどうもそれだけではない。そういった小児科も産科も併せて、そのシステムの問題として考えていかななくてはならない側面がかなりあるのではないかな、そんなふうに考えています。

特に産科の先生方が急速に考え方を変えていращやることの背景には、1つはやはり安全の管理ということを相当高いレベルで追い求めていращやる。そのための仕組みというのは何なのかを、相当煮詰めて考えていращやる。それから一方で、お母さん方の快適さに関する考え方に、どう答えていくかということも真剣に考えていращやる。小児科側と産科側がNICUを介して、連携して進めていращやるのは日常の業務のなかでその通りだと思いますけれども、外から見た場合にも本当に運命共同体としてあると思います。両方併せて一緒に考えないと、最後の答えは見つからないんじゃないかなと思っています。具体的には、恐らく同じ施設に小児科側も産科側も、高度な機能の部分というのは集約されていく、そういうイメージを共有していくということではないかと思っています。

今年度、引き続き研究事業も取り組んで参りますし、いろいろなところでまたお話しさせていただきたいと思っているのですが、将来の産科医療、小児科医療、併せて周産期医療、そういうもののビジョンを皆様方と協力して作り上げて、進めていきたいという取り組みではないかと思っています。この場で、新しい部分が起こりうるということは、非常によくわかっております。そういう新しいことが起こるのを、また今年も見せていただきたいなと思っております。よろしくお願いします。

●日本助産師会より

司会：岡本　それでは、日本助産師会の方の今年度の取り組みということで、資料を用意させていただきました。平成13、14年度の厚生科学研究で徳島大学の青野先生が「助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の確保に関する研究」を、急変期のガイドラインあるいは、助産所の取り扱いの基準について、その基本的なところを整理して説明しました。それを7月ぐらいには各団体にも送っていただけるということで、特に直接的に関係のある本会としましては、それをできるだけ全助産所に配布させてほしいと話しております。それを基盤にして、できるだけいろいろな機会で会員間でのディスカッションやもう少し具体的にどうしたいかを、本会としても多少もう少し進化させるようなことを、検討課題としたいと思っております。

ちょっと小さい字で見にくいと思いますが、今年、特別事業で看護職員拡大策があります。まだ確定ではないのですが、ぜひお力を貸してほしいということの1つとして、上から2番目に、ちょっと左横に丸を付けさせてもらいました。開業助産師と病院・医院とのネットワーク推進検討委員会というのを、12名ぐらいで5回、ぜひ持たせてほしい。病院や診療所との連携をどういう形でよりスムーズにやっていけるかということを論じたい。これはお願いです。ぜひディスカッションをお願いしながら、ぜひ加わっていただきたいし、むしろ本当はこの会のほとんどをこれでやっていてもいいくらいかなとは思っています。不妊のこともありますので、またちょっと意味が違うかということになりましたら、それは別個にしたいと思っています。これを具体的にぜひ今年やりたいと思っています。

ガイドライン等が完成し、出していただきましたので、ただ配るということではなくて、研修会のなかでやりたいということで、「助産師の救急対応強化のための研修会」を、演習も含めて徳島でさせていただこうと思っております。ガイドラインの普及ということも項目の中に入れながら、進めたいと思っています。

確認事項の2番にも挙がっておりました助産所における出産の評価を、客観的にある程度の数も踏まえてということで、研究の申請はしたのですが、助産所だけの問題というのは、難しいということで、今、徳島大学の青野先生とも相談しながら、何らかの形でぜひ今年度の課題として実施できるようにしたいと思います。1万件という単位ですが、それは1年間では到底できない、無理ですので、せめてその半分ぐらいのケースでできるようにということで、今、企画をしております。

また、助産所における安全対策の推進ということで、安全対策室というものをきちんと置きましょうということで、一般の方からのクレームも含めて対応していきたいと考えています。予算的なこともありますので、毎日、対応できるかどうか難しいのですが、せめて週1回でもオープンにしていきたい。

2番目の安全対策委員会等につきましては、既にこれは活動しています。ガイドラインも出てきましたので、そのことも踏まえて、評価の基準等を更に明確にしていきたいと思っております。一般会員につきましては様々な形で研究会や、自分たちのレベルアップを図るための研修を積極的にしていきたい。全国では各6地区で、毎年3日間ぐらいの研修をしております。そこでもそういったテーマも積極的に取り上げてやっていきたいと思っています。心理的な面のサポートに関しましては、特に助産所を活用した産後ケア治療を、国の政策のなかに入れていただいておりますので、それを更に進めていきたいと思っております。

本会は、勤務助産師が会員の6割方になってはきましたが、一番やはり重要な課題としては、開業助産師、特に出産を扱う開業助産師の安全な分娩をどう確保するかということで、自分たちのレベルで出来ること、それから産婦人科の先生方、小児科の先生方ときちんと連携してやるということ、職種間だけではなくて、システムとしての連携で必要になることとで、先ほど言いましたような検討委員会なども含めて、ぜひ御協力いただきながら推進していきたいと考えています。そういう点で具体的に、先ほどの検討会や調査の中身につきましても、ぜひ先生方のアドバイスを頂きながら、進めたいと思っております。

それでは、今、各団体の平成15年度の、この課題に対する取り組みを報告等されましたが、先ほど確認したようなことが去年は主に出てきたわけですが、共通のテーマとしてももう少し絞って、これを中心にやったらどうかということにつきまして、ご意見をお願いいたします。

●バースプラン、嘱託医療機関制度について

朝倉(産) 具体的なところとしては、出てきたバースプランをどうやって実現させていったらいいか。バースプランをどういうふうにすればいいんだというひな型が出せるようなことができればいいと考えています。ただその具体案ということについては、もう少し皆さんに御意見を伺いしてからです。

杉本(母) 今、各団体からの色々な実績を踏まえた今後の方針ということをお聞きしたのですが、助産師会の内容でちょっと確認させてください。

進められている安全のためのガイドラインづくりという内容が1つ挙げられましたね。それからもう1つ、医院・病院とのネットワーク推進というようなことも、柱として挙がっております。両方に当然関わってくるのですが、嘱託医という制度があり、これが実質的にうまく機能していないがために安全性に不安があるわけですね。ですから現行の嘱託医制度をどのように改革していくかという、もっと具体的な、行政と結びついたことを、具体化できるような内容に詰めていただきたいと思いますね。

司会：岡本 その辺のことも、この会のテーマの1つにさせてもらいたいです。

杉本(母) それは、制度としての問題ですから、当然、厚生労働省と結びついた、こういう会ではないとできないことだと思いますね。行政が動く前の試案といいますか、1つのプランが当然つくられることが期待されると思いますね。

堀内(母) これは、研究班をつくることはできないんですか。制度を変えるというのは、相当の裏付けがないとできないですね。今のところは何科のお医者さんでもいいことになっていますし。

宮本(厚) まあ、個々の条件をどうするかということとして、いろいろな場で概念がまとまってきたこと

が重要だと思うので。

堀内(母) こちらで先にガイダンスをつくってしまってもかまわないのですか。

宮本(厚) それは結構だと思いますし、また非常に重要だと思います。行政としてはそういうのがゴールになるというのは、逆に私たちにとって、励みというか目標になりますので、出してくれるのは、非常にありがたいことだと思います。

山本(助) 助産所部会で検討してきていることですが、大きく分けて5つの問題点が出ております。

まず1つ目は、緊急搬送の問題です。2次救急、3次救急に向けて、助産院から直接搬送ができないということが多々見られています。直接搬送ができて、医療との連携が十分にとれているところは、余り問題に挙がっていないんですけれども、嘱託医経由、2次救急、3次救急へつなげるとなると、時間的なロスもありまして、その辺でリスクが上昇するということが考えられています。緊急時は助産院から2次救急、3次救急へ直接搬送できるシステムづくりということで、今やっています。

杉本先生がおっしゃいました嘱託医師問題ですけれども、医療訴訟が増加している昨今ですので、1個人のドクターが嘱託医を担うというにはかなり負担がありますし、大きな問題となってきます。一昨日、神奈川県相模原の方で、周産期救急連絡会というのがありまして、今までは、産科の医師の先生たちだけの会でいたけれども、一昨日は、初めて相模原方面の助産所の方々にお声掛けをいただきまして、助産所の助産師が3名出席させていただきました。かなりシビアな意見がとびかまして、分娩は取り扱うべきではないし、分娩を取り扱いたければドクターの免許を取りなさいという指摘を受けたりもしたようです。そして、相模原方面ではこぞって、嘱託医を個人的に受けることはしませんという表明も明確に受けたようでした。

ただ、今までは助産師会に声掛けもいただいたことはありませんし、その周産期連絡会に参加できたということが、何よりも第1歩かなとは思いますが、そこで私たちが先生たちの意見を聞いて、どんなふうにして対応するかというところがすごく問題です。嘱託医師というのを嘱託医療機関制度に、法を改正していただいて、大きな機関がカバーしていくように変えていただいた方が、私たちにとっても1番ありがたいし、先生たちにとっても、個人的な負担は軽減されるかなと思っています。

3つ目ですけれども、薬剤の入手経路です。医療法では、助産師ができる医療行為というのは限られていて、緊急時のみと限定されております。その緊急時には、点滴もしなければいけないし、会陰切開もしなければいけないし、ということで、生命を守るという義務も出てくるわけです。ところが薬剤の入手に関しては、現行では、製薬会社から直に助産師が購入するというルートはありません。そして嘱託医の契約を結んでいても、嘱託医師から直接購入するということもできません。現行で合法的な手段で開業助産師が緊急で薬剤を入手する方法としては、嘱託医師から契約のうえ、留め置くという、お預かりするという形で確保する状況です。そんななかで、緊急薬剤に関しては点滴の内容、使用する薬剤、子宮収縮剤の薬品に関して限定した薬品で構いませんので、開業助産師が緊急時に使う薬品として、合法的な手段で入手ができるような方法を、ぜひともお考えいただきたいと思っています。使いまわしとか、余り芳しくない方法で巡っているという現実的な報告がありますので、私たちもしっかり認識して是正していかなければいけないと思っていますので、ぜひともその薬剤の入手方法については、御検討いただきたいと思っています。

4つ目ですけれども、分娩取り扱い基準。これはガイドラインと併せてですけれども、分娩取り扱い基準を正常分娩のみと特定し、リスク因子を抱えたものに関しては一切取り扱いをしないという助産師会としての方向性を、全国の助産師に向けて発信していきたいと思っています。歴史的な背景があります。40～50年ぐらい前までは自宅出産が前提でして、朝倉先生、佐藤先生、田中先生も、もちろん自宅でお生まれになったわけですし、太古の昔から産婆の手によりこの世に生を授けて、立派にこうやってお仕事をされているわけですので、本当に助産師が分娩を取り扱うことが危険なのかどうか、そのへんをもっと前向きなことで考えていただきたい。今、こうやって医療が発達した時代だからこそ、自宅で産んだり助産院で産んだりすることができる。リスクのある人たちは病院で、もっと高度な3次の病院でというふうにして、住み分けをきちんとできるようにする。それが専門職として、助産師の判断できる能力だと私は信じていますので、助

産師が取り扱っていいケースか、これは病院にお願いするケースかは、それはプロの姿勢としてこれからも徹底していかなければいけないことだと思っています。

5つ目は、医療行為に関して、です。助産師はとても制限されておりまして、例えば会陰切開も助産師はできません。現在は助産院で会陰切開をするということはまず殆どありませんで、本当に緊急の緊急の、年間に1回か2回あるかというぐらいの会陰切開ですけれども、それも緊急時にのみというような言葉ではなく、具体的に緊急時には、これとこれをしてよいという明記されたことがあればいいかなと思っています。

以上で1から5までの緊急搬送の問題、嘱託医師の問題、医療制度の問題、それから薬剤入手経路の問題、それから分娩取り扱い基準を徹底させるという問題です。産婦人科の先生たちともどんどんディスカッションをしなければいけないのですけれども。現行では、やはり分娩の取り扱いに少々問題のある助産院も確かにありますので、そのあたりは、私たちが責任をもって忠告発信をするということで徹底していきたいと思っています。分娩取り扱い、それから医療行為の範囲の指定なども助産所部会の方で、毎回毎回検討していますが、日本助産師会のなかだけで話し合っても、なかなか前に進まないことです。

ぜひとも厚生労働省や、産科婦人科医会、それから小児科の先生方、ほかの先生方のお力をお借りして、そのへんを明確にしていきたいと思っています。そこからでないと、なかなか前に進まない状況がありますので、私たちも責任をもって、助産所で分娩を取り扱っている数、搬送数、その搬送後の予後については、これからしっかりと調査してやりたいと思います。

●家庭出産でもリスクをどこまで引き受けられるか

杉本(母) よろしいですか。今の山本さんの考え方で、基本的なところで私は納得ができないというか、賛成できない点が多々あるので意見を述べさせていただきます。自然出産で、家庭でお産という話ですが、私も家庭で産まれていますけれども、それは自然淘汰で強いものだけが生きてきた。今は未熟児であってもできる限り高度な医療で救えるものは、できるだけ救ってというところまで行っているわけです。家庭でやった場合のリスクというのは当然あるわけです。それをわかった上で選ばれるかたは、それはそれで結構だと思いますね。しかし、それは当然安全であるという期待感、自分は自然にいけるという思い込みがあります。それを裏切られたときには当然訴訟になるわけですね。それに対して対応できる、責任を取れるだけのことをされるなら、それはそれでいいと思いますね。いかにして責任をとるかということが1つのシステムとして重要です。まず、その責任の問題が大きな問題だと思うのです。

単に自然で家庭的であればいいというだけではない、うまくいかなかったケースや子どもでも何らかの異常というのは必ずある。ですから頻度は少なくとも、必ずある以上、どこまでリスクの評価で詰められるかということが1つの問題です。

1番、端的な例は、肩甲難産をどこまで予測できますかと。それが起きたときに、どこまで対応できますかということがあります。率は少ないけれども起こりうることなんです。だから、それに対して、開業の助産師たちは肩甲難産が起きたときにこう対応をしますということを説明して、産婦さんたちにそのリスクをお話しできますか。それがまず1つですね。

産科出血ということの対応に関して、特に弛緩出血の問題です。これは、あつというまに出血性ショックになりますね。これも予測しがたい点がある。ある程度リスクを評価しても評価しきれない部分が、やっぱりあります。そういう恐さを持っているので、99.何%かまでローリスクとして出来ても、100%のノーリスクは無い。そのときに、その1000分の1でも運が悪かったから私はあきらめますと、母体死亡になった方、あるいは新生児死亡になった方がおっしゃってくださるのなら、それを選ばれてもいいと思います。だから、その問題をどういうふうに解決するか。そういうリスクをそこまで詰められるかということですね。

それからもう1つですね、正常と異常との住み分けとおっしゃいますけれども、私は、医者が十分いるのならば、当然、医者と助産師のチームでやるべきだと思います。医者が足りないからこそ、助産師任せにしているという部分が社会としてはあるのですね。異常ほどケアの部分が大事です。ですから、私は自分1人で、ドクターだけで産科を満足いくものにできるとは思っていないです。必ず助産師とチームでなければできないと思っています。そういう意味では、助産師の仕事、産科医の仕事というような住み分けとして考え

たのでは、日本の社会の実情では決してうまくいきません。あくまでチームとしてやるべきです。ただ、そのチームのなかで、ドクターのやるべきこと、助産師のやるべきことというのは当然あるわけですから、それをどういうふうにかバーし合っているか。それを施設のなかだけではなくて、社会のシステムとして考えようということだと思います。ですからそれぞれの役割分担をして、お互いにカバーし合うチームでなければいけない。だからそういう住み分けという表現は、非常に不適切だと思います。必ずしも私が正に理解していない点もあるかもしれませんが、私はそういうふうを考えています。

山本(助) 住み分けに関してなんですけれども、私は決して助産師単独、ドクター単独という考え方は全く持っておりません。助産所部会の方でも、ドクターとチームを組んでというのを前面に押し出しています。それを私たちは推進している方でして、役割分担という単独なことではなくて、お互いの意識の問題として、正常のプロフェッショナルは助産師であり、異常のプロフェッショナルはドクターであるというところにあると思います。

●異常があるからこそ、助産師のケアが必要という考え

杉本(母) それは違うと思います。正常であってもそこから逸脱することがあるという目をもって見守るのがドクターの仕事です。異常であってもケアの面はすごく多いのです。異常な人ほどケアが大事なんです。ですから前回帝王切とか骨盤位とか、色々なケースで自然にできない人こそ、助産師がいかにケアで、自然の出産の人に負けないような、それにハンディを持たないような心理的状态をつくってあげられるかどうか。満足度を上げられるかというのは、いかに異常な人ほど助産師が関わるができるかなんです。それはもっと考えていただきたいと思います。

日赤では、以前、正常で何にもないのは助産師外来という時代があったのです。でも今はそれがない。リスクが高い人ほどケアが必要だから、そういう人ほど継続して見てあげなさい。継続ケアという意味で、助産師がずっと見ることの重要性というのを考えています。医者が手を出さないで助産師任せにするということが、それが助産師の独立でいいとは思っていない。何にもない人が助産師外来でというのは、日赤ではそれは意味のないことで、逆にリスクが高い人ほどケアを必要としている。そういう意味では、助産師がやる役割として、正常は私たちの守備範囲という考えはやめていただきたい。むしろ異常な人が、そういう助産師たちのケアを求めています。前回帝王切の人がうまく自然分娩できたときのその背景には、いかに助産師がついて、それを我慢強く自然の経過に乗せていくかという、そういうケアがすごく重要なんです。そういう意味では、正常は私たちという、その意識はやめていただきたい。

山本(助) 私は、まるっきり杉本先生と同じ意見です。例えば前回帝王切開の人が助産院でお産をしたいと、いらっしゃる方もいますけれども助産院ではその分娩の取り扱いはしません。そして、満足のいく方法でお産ができるように、どうしたらいいかというのを開業助産師と一緒に関わりながら病院につなげていく。そして病院のなかで、妊婦さんが満足いくようなお産になるように一緒にお手伝いをしていく、考えていくという方法を考えています。ですから、開業助産師は異常には全くタッチしないということではなくて、多くの病院で働く助産師は異常も含めたケアを提供しています。そこは、私たちは開業助産師の立場としては、基準を守らなければいけない、リスクには手を出さないと、そこを徹底したいという意思表示であって、助産師はリスクのある妊婦さんに関してはケアをしない、それはドクターに全部お任せをするということではないのです。病院のなかで勤務する助産師は一生懸命、リスクを抱えた患者さんたちに対応しているわけですから、医療のバックアップがあるなかで、いかに安全に分娩が終了するか、そこまでお手伝いしているのが助産師の役割だと思っています。

●助産師と産科医はチームという考え方

杉本(母) いずれにしても分娩は助産師と医師がチームではなくてはいけないうし、それができない社会、医師のいないところ、助産師がいない世界というのは、それぞれが他の人の役割もやっけていかななくちゃいけない、そういう面もあるにはあります。でも、日本でそれが許されるのなら、助産師と医師はチームとして

やっていくということが、それはやっぱり理想だと思うんです。

堀内(母) 杉本先生がおっしゃっていることは、ものすごく重要なポイントだと思いますね。多分、主として病院で扱うのは、やはりハイリスクなものをたくさん抱えた方で、そうすると医療の面が強くなっていく。それにはだから、病院という組織のなかでしか扱えないということですね。お産というのは、途中から異常になることもあるんですけども、医療面とケアの両方が重なり合う、多分グレーゾーンのところにあるんだと思います。病院のなかは、それこそ助産師と医師がくっついてやっているわけですから、そういう意味ではハイリスクに対応するのに非常にやりやすい。

助産所であってもやはりハイリスクになり得ることはある。そのときに、どうやって産科医や小児科医が連携できるか、緊密性をつくるというのは、先ほどから言われているネットワークの問題だと思うんですね。

ここ2年間ぐらいディスカッションしてきたことも、そういう面だと思うんです。開業助産師と僕たち病院に勤めている者が、どの程度連携できるか。あるいは開業の先生でも、どのぐらいまで連携できるかということだと思うんですね。ターゲットはやはりお産をする方だと思います。医師や助産師ではなくて、ターゲットは産む方だと思うんです。その産む方が、どういうお産をして、どういうリスクを避けられるかという視点だと思いますので、杉本先生のおっしゃることは非常に重要なポイントなんですけれども、山本さんのおっしゃることも、同じことを違う面で、それぞれの違う立場でお話しになっていると思うんですが、どうやって連携するかがポイントになってくるかなと思っています。

朝倉(産医) 最初、これから何をディスカッションしようかということで、余りアイデアが出てこなかったんですが、こんな話から始まって2年間やって、あの文章ができたんです。言ってみればあの文章は絵に描いたもちであるわけです。山本さんの言ったことに対して、杉本先生がそこは違うんじゃないかというディスカッションを持つ、こういうことが絵に描いたもちを絵じゃなくすることなので、やっぱり同じことを、文章を基にしてもう1回やりなおして、具体性をもたせるような話し合いをしていくべきだと思います。

例えば嘱託医の問題にしても、正常分娩のみ行うというのが助産師というと、リスクをどう評価するか、どこまで評価するか全然違ってくるので、非常に大きな問題になります。そのなかで、産む人が大事なんだというところでは、こういう言葉を基にしたバースプランというものが出てくるだろうし、もう1回最初に戻る、1段高いところで、ディスカッションをやりなおせば、僕は、いいんだろうと思いますけれども。

永山(母) 産科医と助産師の連携というのをもっと大きく広げてほしいですね。今、堀内先生や山本さんがおっしゃったように、私は助産所で産みたいという人に対して、もう少し広げた地域のなかで、どうやってセーフティーネットをつくるかということを、杉本先生のおっしゃったような考え方をしていただいて、この論議がずっと続いていっていいんじゃないかなと。

母乳の会のニューズレターにこの間の論議を紹介しました。そうしたら地方の勤務している助産師から、「すごく力を得た。地域の産婦人科のなかでは、かなりお母さんたちを泣かせているお産をやっているんだけど、こういう論議を私たちの知らないところでやっていてくれたので、すごく力を得て、お母さんのために働きたいという気持ちが出てきた」というお手紙をいただいた。今、朝倉先生がおっしゃったように、こういう論議をしていくのが、すごく重要なんだなと思います。

朝倉(産医) そういう意見があるというのは、我々はちょっと怖いところもあるんです。医師側がこれを見ますと、厚生労働省を中心として、ローリスクの分娩を助産師にやらせるといふ動きだとなっている。そういうこともあり得るけれども、もっと違う面で、新しい観点到った運動なのであることを、もっと肉付けしていくのに、杉本先生と山本先生のディスカッションは非常に重要だし、価値のあることだと思います。

宮本(厚) 周産期の救急の問題は、どこから始まったかということ、基幹病院とクリニックとして開業されている先生たちとの連携から始まったんですね。20年近く経っている地域がある。そういう意味では、産科の開業の先生と病院との連携のモデルが1つできあがったんですね。それでもなおかつ、お産をされる方の

助産所でお産をしたいという意向がある。そうすると安全性を守るためには、受け入れる側から話しますと、助産師さんまで含めて救急体制を組まないと、これ以上良くならない。助産師さんたちの方も、そういう背景のなかでこういう健やか親子の運動が起きているんだと理解していただくことは、非常に重要だと思うんですね。だから嘱託医の問題はもちろんあるんですけども、嘱託医がいるから安心ではなくて、その地域全体の周産期医療、あるいは周産期救急のシステムのなかに、例外があってはならないという考え方をしていただければいいんだと思うんですね。

そうしないと、ある方は助産所でお産をしたから危険だとか、ある方は開業の先生のところでお産をすることになって、それが救急だったので助けられたと、それはやっぱりお産をする方にとっては不公平になるわけですよね。自分が選択したと言ってしまえばそうなんですけれども、本当はそうであってはいけないのがシステムなんです。そこから考えていただけると、先ほどの距離の問題も理解できると思います。

山本(助) 助産院か自宅での出産という数ですけれども、1%というのは大体1万人ぐらいなんです。年間1万1,000~1万2,000人ぐらいの人たちは、助産院や自宅を選択しているわけです。減らない状態なんです。同じ数でずっと推移していますから。その1万人の人たちの生命を守るのも助産師の役割であり、ドクターの役割であると認識しているので、妊産婦さんがどこでお産をしたとしても、生命の安全を確保されなければいけないということが大前提にあるわけです。助産院でお産をする人は、本当に危ないのかどうかの検証をしていかなければいけないと思っています。助産院イコール危険とか、自宅イコール危険という、そういうイコールなのかどうか、そのへんをもっと冷静に客観的に見ていただきたいと思うので、決して助産師単独で見えていくということではなくて、その基準を守ったうえで、そして、この方が本当に妊娠後期まで正常に経過して分娩も正常に経過するかの予測を立てるのもプロの役割ですので、助産師だけではなくて、嘱託医、嘱託医療機関と連携して妊娠の初期検査、中期検査、後期検査と1人の妊婦さんを、ドクターとそれから助産婦と両側面で一緒に見て関わりながら、そして、いろいろな所見からこの人は肩甲難産も起こらないだろう、貧血もないから出血も大丈夫だろう、という、1つずつリスクといわれるところを消していく。とてもこれは自宅では無理とか、助産院では無理と判断したときには、緊急事態になってから搬送するのではなくて、早々と予測して医療にバトンタッチをする、それがチームの効果だと思っていますので、それを私たちは、全国に波及したいと思っています。

開業助産師単独でとか、助産師単独で正常分娩を取り扱うということではなくて、あくまでもドクターと連携をしながら1人の妊婦さんを安全に分娩が遂行できるまで見守ると考えています。

杉本(母) 助産所はリスクがあるとか危険だと言っているのではなくて、安全の点には限界があると言っているのです。その安全の度合いが3次救急センター、2次、1次医療機関、助産所で、それぞれのレベルが当然あるわけなんです。だから助産所では、先ほど言ったように、肩甲難産に対する対応や、弛緩出血というところではやはり当然限界があるんです。それは、歴然としたことなんです。それでも助産所でお産をしたい人はそれでいいと言っているわけです。1万人なり2万人いるのは、今までの病院が、助産所的な良さ、家庭的な良さを病院のなかに取り入れてこなかったから、そういう現状があるんです。快適性を求めたときに、病院が変わっていけば、1万人はもっと減るはずなんです。

理想的なことをいえば、これはちょっと話が飛躍しますが、日本の産科システムそのものの効率からいえば、4,000~5,000する地域のセンター病院があつて、オープン的に診療所でみていたお医者さん、あるいは助産師がそこでお産をできて、異常が起きればすぐそこに対応できるというようなシステムがあれば、そういういろいろな良さを含んだ、リスクにも対応できるというシステムになるわけです。ただ一遍にはそこまではもっていきませんから、そこで今、皆さんが、ここで考えていこうということになるのです。

だから、助産所が危険だと言っているのではなくて、安全性に限界があるのだと言っているのです。だからその限界をわかった上で、その限界をお産する人にわかってもらった上でやりなさいと言っているのです。

●周産期医療システムに助産所を

山本(助) 神奈川は堀内先生を中心に産科救急連絡会がありますけれども、そこに平成8年から参加させ

ていただいています。そのなかでは、個人病院のオフィスクリニックの先生も多数参加しておられまして、その個人病院の先生たちが全く助産院と同じような悩みを抱えているということがわかりました。なかには手術室を持たない個人の産婦人科の先生もいらっしゃいます。ですから、搬送の基準は全く助産院と、あるいは自宅でお産をしたときと同じように、大出血のときには同じような苦労を抱えていますし、肩甲難産のときには、同じような苦労を抱えていますし、仮死のときには小児科の先生が揃っているわけではないので、同じような状況なんですね。そうすると産婦人科の先生もまた、開業助産師と同じ悩みを抱えているという現実があるんですね。ですから、助産師だからとか、個人の産科医師だからということではなくて、どこで誰がお産をしても安全を確保するシステムというのを考えていかなければいけない。私はここに来て、大変おこがましいのですけれども、助産師だから、医師だからということではなくて、産む側の妊産婦さんに焦点を当ててほしいと思っています。限界は当然感じておりますし、それは助産婦だけではなくて、個人の産婦人科の先生も限界は同じように感じています。そして、2次救急の産婦人科の先生も同じように限界を感じているんだと思うんです。

2次であれば3次救急はないわけですから、NICUへ搬送しなければいけない。同じように限界はどこにでもあるんですね。産婦人科の医師も助産師も限界を感じているわけですから、その限界をお互いに理解しあって安全な方向に導く方法を考えていくのが、この会の主旨であるように思います。

杉本(母) だから、それでいいんじゃないですか。ただ、一言、あなたが言ったことで私が賛成できないのは、焦点をお母さんに当てるのではなくて、生まれてくる赤ちゃんに当ててください。助産師さんたちに、もうちょっと赤ちゃんの方に目を向けてほしいという思いが常にあるんですけどもね。

山本(助) そのつもりでいます。母子共に安全をというのは、それは私たちの願いですから。

杉本(母) 新しく生まれてくる命をどういうふうに、我々が迎えるかというのがバースプランなんですよ。それは、お母さんが自由な姿勢でフリーにいろいろやりたいといっても、そこで赤ちゃんを犠牲にしまってはいけません。だから、そこところは赤ちゃんのことをよくわかってもらえるように、医療者がアドバイスするのが当然の仕事なんですよ。だからお母さんのエゴイズムで終らせるようなお産ではいけない。母子ではなくて、新しく生まれてくる赤ちゃんこそが、1番焦点を当てるべきなんですよ。その辺は助産師さんたちも、もうちょっと考えていただきたいと思うんですよ。

● 出産の安全をまもる地域のシステムを

堀内(母) 1つは、その地域のシステムとしてどこまで安全を保障できるかという問題があると思うんですね。例えば非常に広大な地域で、はずれの方に基幹的な3次病院があって、それで助産所がここにあったときに、例えばそこまで迎えに行くとしても2時間ぐらいかかるとすると、そこでもしも大出血が起きたら、まずその方は助からないと思うんですね。そういう地域特性もあるけれども、それに合わせてどうやって安全性を保障するか。そのなかには、先ほどから話に出ていますように、開業の先生のところでお産をしても、やはり遠ければ同じリスクを負うわけですから、そういう安全性を保障するシステムの問題と、もう1つは、この課題2の安全性と快適性なんですから、杉本先生がおっしゃるように、病院のなかですべてできるようになるかということ、それは不可能だと思うんですね。

日赤医療センターの素晴らしいお産もよく知っているんですけども、それにしてもやはり3,000のお産をオープンシステムにしよう、やったとしてもやはり助産所で行われているお産とは違う面もあるのだろう。そう考えてみると、多様性ももたらしながら、それでシステムをつくっていった、それでどうやって連携していくかというのが最大の課題だと思うんですね。杉本先生がおっしゃるように、助産所での家庭的な雰囲気のお産を病院のなかに取り入れるのは、どんどん取り入れればいいですし、そうやっていくと思うんです。

ただもう1つは、助産所なり開業の先生のところでお産をすること選んだ人が、安全性を保証されないという、そういう時代ではないということだと思うんですね。それをだから全体のシステムとして考えると杉本先生がおっしゃったように、子どもがどんなに大事にされなくても、命さえ保証できればいいよという、

そういう時代ではないことも、杉本先生はおっしゃっているのだと思います。そういう意味でのシステムづくりが重要だと。多分似ていることを違う言葉で、お2人はお話しになっているのだと思うんですが。

●予期せぬ事態に対応できるようになった周産期医療

佐藤(産学) ハイリスクというのは、既往がある、中毒症がある、赤ちゃんが小さいという予測できるものがあるわけです。今これだけ周産期死亡率が低くなってきたのは、ローリスクということのなかでも予期せぬ事態に対してそれに対応できなくてはいけないというようなところまで、我々の医療は来ているということ、これは認識しなくてはいけませんね。

我々はここで皆さんとディスカッションしますと、産婦人科の先生も非常に懐の深い話ができていると思うんですが、例えば去年の母性衛生学会などで安全なお産であるとかなんとかというシンポジウムのときには、例えば産婦人科の先生方は声を大にして、安全をおいて何が必要か、というような究極の発言があったときには、もうそれ以上ディスカッションできなくなってしまうんです。

に我々も産婦人科の医者として、安全性ということは最大限考慮しなくてはいけません。妊婦さんにしても生まれてくる赤ちゃんに対しても、まず安全性を保障するということですが、それを保障して、やはりお母さんたちのニーズなどに対しては、できるだけ受け入れようという、スタンスであると私は、思うんです。

日本の産婦人科の医療のなかでも、開業の先生、いわゆる診療所の先生方の苦労というのは大変なものです。予期せぬ事態に対して対応できないという数字として、日本の場合ですと死亡率だったり、罹病率であるわけです。全く予期せぬことに対してもケアしなくてはいけないというところまで、日本の医療レベルが高くなったときに、1つの方向性として出てきたのがオープンという考え方です。いろいろ問題があるにしても、例えばオープンな形で、少なくとも不慮の事態に対しても的確に対応できるようなシステムのところで分娩をしようという方向付けです。そのためにはまだまだ時間が掛かるかもしれませんが、産婦人科医会にしても方向付けとしてはそうあるわけです。助産師さんたちをそのなかに取り入れられるということも方向付けではあると思うんです。

先ほどの相模原ですか、何で分娩をやるんだという現状もある。それはただ同業者に対する憎しみとかというようなことではなくして、これはやはり安全性というようなものは、どれだけ確保されているのかということが背景にあることも私は事実だと思います。

ですから、安全性、快適さということを前面に出すとすれば、安全性に対する2重3重の担保を、やはり打ち出していくということが非常に重要な問題ではないかと思います。ゴールは1つなんですけれども、富士山にもたくさんの登る道があるわけです。そのなかでも最大公約数的なルートを模索することが、重要ではないかと思います。私は、ある意味では、産婦人科の先生方にも、昨今、杉本先生が以前から言われているように、人間を無視したような、ただ赤ちゃんが生まれたらいいじゃないか、ということに対する反省点は確実に出てきている。そういう点では、産婦人科医会の先生にしても、学会にしても、そういう方向付けということは確実にあると私は思っています。将来に対しては非常に希望を持っているわけです。

こういう機会で、先ほど杉本先生から指摘されたような問題を1つ1つクリアし、また共同の認識、共通の認識というものを持ちながらしていくということが、非常に重要だなと思います。

●バースプランを幅広い形で考える

堀内(母) もう1つのポイントは、出ては消えているバースプランという話がありますね。バースプランというと産む施設と妊婦さんとのディスカッションで成り立っていくと考えがちですが、今までの安全性のことからいうと、もう少し広い範囲でバースプランを考えてもいいのではないかと思います。こういうときになったらこうですよと、それは開業の助産師さんもそういう意味でのお産に対する教育になるわけですよ。あなたのこういうような症状のときには、それこそ、私たちはやりませんという。そういう意味ではバースプランをつくっていくうえで、地域での連携がこうなっているからこうなっていくよというところまで、見据えていただけると、そうすると、何が何でも危険を冒してまでも助産師さんのところでお産をするという考えもなくなります。逆にいうと、医療の良い面と助産所での良い面をお産する方が認識してい

くプロセスになるのではないかなと思うんですね。

そういう意味では、杉本先生がおっしゃっていたバースプランというのは、非常に重要なポイントになってくるかもしれないですね。それが本当の意味でのインフォームド・コンセントにもなります。そうしないと単独施設での産む方と産ませる方とのバースプランであった、それではもう安全性の保障というのができなくなる可能性がないわけではないんですね。先ほど具体的な話ということになっていきますけれども、少し広い範囲でやっていくのも大事かもしれないですね。例えば日赤医療センターでのバースプランというものもあると思うんですね。それから山本助産院でのバースプランのあり方もあると思うんですね。その地域全体で通用するようなものを作っていくという取り組みもあると思うんですね。

杉本(母) バースプランということは、一方的に妊産婦さんたちの要望や要求を聞くということだけではなく、今、堀内先生が言われたように、客観的なその人の評価からみたリスク、それに対する認識を深めていただく話し合いの中身も当然入ってくる。ですから、病院側あるいは助産所側の考え方というものを理解していただく1つの過程もそこに入ってくるわけですね。新しく生まれてくる命をどういうふうに迎えるかという考え方そのものが施設の考え方であり、あるいは、その妊産婦さんや家族の考えであり、それをすり合わせていくという過程が満足できる出産の結果が期待できる、そういう形になっていくと思うんですね。そういうものが現状でまだなされていないので、まず、やりましょうというスタートに立ったと思いますね。

まだ、納得できる医療ということの中身が、十分な話し合いという点にあり、それが必要なのですが、産科医療ではまだそういうものが十分ではないと思うんですね。その人のリスクを客観的に認識できるような、十分なエビデンスを与えてあげた内容をもって対応できたらいいだろうということだと思うんですね。

永山(母) 杉本先生が、命を迎える、赤ちゃんの方をまず、第一にという話をしましたけれども、今まで、女性は赤ちゃんの方が大事だからというので、女性がないがしろにされたという感じをもっている。そのゆり戻しのような形で、アクティブバースですとか主体性を大事にしたお産などという意見が出てきたわけですね。赤ちゃんのことを大事にしていることが、自分も大事にされているのだと同時に思えるようなお産ということが大事なんだと思うんです。だから、産む人が大事、生まれる赤ちゃんが大事とか、どちらかではなくて、赤ちゃんを大事にすることが、産んだ私も大事にしてもらえたと実感できるようなお産が求められているのだと思います。杉本先生はそういうことをおっしゃっているのだと思うんですが。

昔は、自分が産んだ赤ちゃんだから自分のことは犠牲にしても赤ちゃんが大事と思える社会だったと思うんですが、今の20代のお母さんたちは、自分たちが余り大事にされないで育ってきた世代です。自分が大事にされているというのを、お産のときにどこで感じるか、それが杉本先生がおっしゃるように生まれる命を大事にと同時に自分が大事にされたと思うのか、赤ちゃんばかり大事にされて私はないがしろにされていると思うのかだと思います。多分、安全と快適性ということはこの辺のところだと思うんです。

●産科医が生まれる生命の代弁者に

杉本(母) むしろ今までの考え方だと、母体の命優先で子どもは二の次だというような考えも、また一方であったんです。この会には出てこない話ですけども、中絶が30万以上あるという現状でそういう子どもの人権というものがまだそんなに公に受け入れられてないなかで、どうやって赤ちゃんの代弁者ですね、産科医とか小児科医がそういうものになった立場からそれを保護できるか。

そういう視点からもう少し積極的に動いた方がいいのではないかなということが、背景にはあるということです。まだ我々は、赤ちゃんの代弁者になりきれない点があるということの認識のうえから、もう少しそういう視点を持った方がいいのではないかなということですね。

橋本(母) 新生児科医から言わせていただくと、杉本先生のような産科の先生から赤ちゃんを1つの目標にという言葉を知ると、我々にとっては非常にありがたい、嬉しいことです。それはもちろんですけども、今、永山さんが言ったように、お母さんのアメニティ、それも含めてそれは育児にもつながっていくものですから、やはり両方含めなければなりませんけれども、特に産科の先生から赤ちゃんにという言葉を知ると

は、すごく嬉しいことです。学会なり産科レベルで杉本先生みたいな医者がどんどん増えてくれば恐らく、余り問題なくなってくるのだらうと思いますけれども、それを是非伝えたいです。

それから佐藤先生もおっしゃっていたことで救急に対応するということですが、本当にいつどこで正常から起こってくるかわからない。これはもう僕らがNICUをやったときからそうです。ですから、30年前から僕の病院ではノーマルの分娩でも全部新生児科医が立ち会うということを始めたんです。当時はアホかと言われたんですけども、そのなかで、やはり本当にノーマルの妊娠から、ハイリスク、異常の赤ちゃんがあるんです。それにずっと対応してきたんです。

うちの地域だけを考えてみると、非常にうまくいっているということもあるようです。リスクの少ない妊婦さん、助産師にとっても産科医にとっても非常にうまく連携といいますか、システムができています。山本さんがおっしゃったように、助産師さんにしても臨床の一産科医の先生にしても、急変した場合に対応できないこともあります。だから僕らは今、実際にケアしていくなかで、助産師さん、診療所の産婦人科の先生と、余り差別しないで一緒に同じように接しています。受け入れるだけでは間に合わない場合があるので、こちらから出て行って、お産に立ち会う。僕らが行って一緒に娩出に立ち会うようなこともあり得る。だから待つことだけでは、システムということにはならないし、こちらからとりあえず出て行く。次に進む段階がセンター的なもの。いつでもみんながやって来て、そういうセンターで分娩をするというのが、次の本当の段階である。これをやるときには、地域によって大分まだまだ差は出てくると思います。1つのものをつくっても、ある地域では全然対応できないことも起こってくるでしょうし、その辺が1つ難しい所だと思います。

●嘱託医制度の見直しを。嘱託医療機関を入れる

朝倉(産医) 杉本先生のお話の最後にもあったんですけども、やっぱり安全性ということもまだまだ解決されていない。最初に山本先生がおっしゃったように、助産所にとっての嘱託医の問題が解決されていない。それである以上は、安全性というものをまだシステムとして語れないわけです。

それで、産婦人科医会では私たちの会員の調査をしました。診療所を含めてです。それで出てきたことは、年間220の分娩を、平均1つの診療所でやっている。医者が2.7人です。2.7人ということは少ないですけども、それで帝王切開もできるわけですね。ですから助産所に嘱託医がないところがあるということは、それはもう許してはおけないことですよね。何かあったときに連携のとれる病院がそばにあるようなシステムというのを何とか早急に我々で考えて出していけないと、一番恐いです。ここがクリアできない限りは、なかなかすすみません。最初の文章以上の絵に描いた餅でしかなくなってしまうので、それを具体的にもっともっとやった方がいいと思うんです。

杉本(母) 制度としての嘱託医療機関制というのは、すぐには動かないわけですね。そうしたときに、今、実質的にそれを補うような内容で、どういうやり方をしたらいいかという問題が現状としてあるわけですね。各病院では登録医制度ということで、紹介の診療所との連携を非常に強めているわけですね。そのなかに助産所も当然入ってくるわけです。

先日も日赤に登録されている助産所の方、10人ぐらいで一緒にディスカッションをしました。今後の連携のあり方をどうしたらいいかという方向付けをつくるための集まりで、具体的なものはまだ今後煮詰めていきます。助産所でどういうリスクの評価をしたらいいかといっても、各助産所でみんなそのレベルが違ってあるんです。ですから嘱託医のあり方もそれぞれの助産所で違ってあるし、それから、搬送してくるタイミングにしても、極端な例は誰から見てもちょっとまずいのではないかという例もあるし、そういうレベルの差が非常に大きい。そういうなかで、ある一定のレベルにみんなをアップして、うまく連携していこう。そういう登録医制に準じた登録助産所というような形で、各地域の周産期センターのようなところと連携をしていく具体的な形を進めるというのが、現状としては必要ではないのかなと思います。

どうしても病院嫌いの方というのがいらっしゃるんですね。うちへ来ていて、神谷さんのところに行っていて、リスクを心配しながらもそれでもやはり助産所へいく。経済的な問題もあるんですけども、そうい

う選択のときに、何か異常があったときには助産所はそこで早く見つけて、その連携のところに送るという、そういう連携であれば、100%ではないにしても、かなりそれに近づける体制は当然とれるわけですね。そういう連携を、お互いのレベルを認識しつつ、お互いのレベルを高めながらできるかという現状の課題があると思います。当然近くでなければ意味がないわけですから、地域ごとにやっていくシステムをつくるべきだと思うんですね。だから日赤として、東京都内のそうした開業助産所の方たちと、連携を今後深めていくというようなことを、今、始めたばかりです。

先ほどの相模原の議論では、まあ先々の展望が全然出ていませんけれども、そういうところが出ているお医者さんと、また産婦人科医会の方でお話をさせていただくということのなかで、また違った認識が生まれてくると思うんですね。だから地域ごとにそれは当然出来ていくものだと思います。

佐藤(産学) オープンシステムをかなり積極的にやっているのは静岡です。我々の施設なんかも将来においては、やっぱりオープンシステムというようなことを念頭におかなければいけない。そのときに非常に大きな問題があります。協調するときの仲間をつくったときの施設の力量の差があって、これが信頼関係を非常に損なうことがあるわけです。スタートしたときに情報に疑心暗鬼があり、それに相手の医者の力量を知らない。そうすると例えば第一線の先生方からすれば、もうこれは重症だからすぐ入れてくれといっても、あの先生はいかがなものかとなる。この辺のところは連携するときに非常に大きな問題となる。浜松の場合ですと今は9つぐらい大きな病院があって、あそこは半年から1年ぐらいで、相互信頼関係が出てくる。そうすると送った側も大変だといって送っても、いや、たいしたことありませんと翌日帰れば、やっぱり俺が相当、力がないんじゃないかというような反省感も出てきます。

やっぱり私は、組織をつくるときには、力があい拮抗しているということが、非常に重要だと思います。医師側にしても助産師側にしても、これからはお互い切磋琢磨するということが非常に重要なのかなと思いますね。日本の場合は特にお医者さんでも格差がありますからね。この辺のところは、これから埋めていかなくてはいけないなと思います。

先ほど橋本先生がおっしゃった産婦人科の先生が子どものことを考えているとことに、今大変喜ばしいとお褒めいただいたんですけれども、たまたま私は、ちょうど今から30年前の1974年に、周産期医療のパイオニアの1人であったベルギーのザーリングさんのところにいたんです。ドイツ人というのは、先生方も御存知のように、非常に勧善懲悪主義ですよね。私が非常に驚いたのは、とにかく周産期死亡率なり罹病率を少なくするというこのためには、よかれと思うことは施設が、妊婦さん、産婦さんに徹底して教育するわけです。30年前ですから、分娩監視装置にしてもモニターがこんなに大きいわけです。あなたがとにかく七転八倒して横を向いたりすると心音が取れなくなってしまうから、10時間ぐらいがまんしろ、いい赤ちゃんが生まれるまでだったらどちらを取るか、いうのです。今のドイツの分娩全体が、全国としてどういう方向付けになっているのか、助産所の分娩が多いのかどうかわかりませんが、私はレベルが向上するときの1つの方向なのかなと思います。もちろん妊婦さんたちを説得するだけのものは持ちますけれども、ぐちゃぐちゃ言うな、上を向いて横を向くな、いい赤ちゃんが生まれるためにはもう4～5時間がまんしろ、というふうな、非常にワンサイド的なこともあったわけですね。結果、実績が彼らにそういうことをしたので、今はどうなっているかわかりませんが、そういうことからみると、おそらく妊婦さんたちは快適性という点では非常に不満を持っていたでしょうけれども、1つの施設が5,000とか10,000と集中化されていますから、日本のように個人の施設は非常に少ないです。参考までに、そんな周産期医療の進歩の過程ではあったわけです。

●赤ちゃんとお母さんを一対して考える

橋本(母) 今、病院のなかでも数的にまだ赤ちゃんは付属物ですよ。いい機会ですから、そういうところから、やはり、変えていかないといけないですね。

永山(母) この問題は、母乳育児の方からいうと、母子同室でケアをするときに、お母さんの人数を基本に看護の人数が決められている。本当に母乳で母子同室でやりはじめると、質の違うケアが必要になります。

ある施設で、どうしても人が足りないけれどもこの制約で人が増やせない。さらに、病院の経営の問題の中で増やせないという、事例が発生しています。赤ちゃんは付属物ではなくて2人にしていただきたいと。

佐藤(産学) それは現に、産科の入院数という、新生児は全然カウントしていただけないんです。

永山(母) そうそう、矛盾すると言いたいです。

宮本(厚) よしあしがあって、その分、病床をとるのかという話もありますよね。

佐藤(産学) いや、我々だって非常に疑問に思っていますよね。分娩した方が30人いて満タンだといっても、赤ちゃん30人というようなものは、全然、助産者というか看護婦さんの数には入りませんよね。

橋本(母) 特に最近、多胎が多いですから、もっと数が増えていますよ。

佐藤(産学) どうなんですかね、何か法的にはないんですかね。

堀内(母) それこそ新生児の安全性を確保するということでは、医療スタッフが少ないというのは決定的ですよね。

佐藤(産学) そうです。ですからお母さんの数が増えたときも、これに対して赤ちゃんに対して見合ったバックアップ体制というのは、全くないですよ。

宮本(厚) いや、そうではなくて、それはどんどん増やしたらどうですかという話になってしまう。逆にお子さんの分を病床とカウントしてしまえば、それはその地域医療計画のなかで、その分どこか別のところからとってこなければいけないわけですから、わざわざ病院のなかでそんな損なことを、損というのも変ですけれども、そういうことを定義としてする必要があるんですかということ、同じことをおっしゃった方がいらして、そのお話をしたんです。

堀内(母) ただ、逆にいうと、地域医療計画のなかに赤ちゃんの数は、もともと入ってないわけです。

宮本(厚) そうではなくて、お母さんも入ってないんです。どういう患者さんがくるかというのが、地域医療計画のなかにそもそも入っていないというのが、そもそもの問題なんです。小児医療がどのくらい必要かとか、それ以外の産婦人科、それから耳鼻科、そういう科別にはなっていないくて、全体の医療者の数だけがカウントされているので、そのことが全く無思想だと批判を受けるもとなんです。

永山(母) 30床でも30人ではなくて、60人の人間がいるという発想をしていただかないと。

宮本(厚) それはだから、厚生労働省は否定しているのではなくて、そのようにおやりになればいいわけです。そこは、だって診療報酬の世界ではないわけですから。

永山(母) そこが診療報酬の世界ではないというふうに切られてしまうと、産婦人科のお医者さんたちは四苦八苦する。何か考えるべきではないですか。

堀内(母) 診療報酬の世界ではないけれども、1人の個人の人格を持った赤ちゃんがいるわけですよ。その安全性を保障するにはどうするかという考えは、やっぱり厚生労働省の考える事の1つだと思うんですね、それは。保健ですべてを論じられてしまったら、こういう話はもう一切進まないわけですから。

宮本(厚) まあ、どっちが先かという……。またそのところで、何なのかということ、やはり逆にまた煮詰めていただきたいと思うわけですね。そのいいお産というのは、我々も一体それは何なのだろうという、我々なりにやっぱり悩むわけなんですね。暫定的に感じているのは、私たちはお産のところだけを取り

扱っているのではなくて、子育ての全体のところをベースに仕事として扱っているの、その生まれた瞬間のところだけの話ではないと思います。いいお産となると、かなり一貫して長期に亘るケアでもって、妊婦さんとお子さんが支えられることなのではないかなと、とりあえず一般的には理解しています。

もしも、そういうのが賛成していただけるのであれば、出産のところだけではなくて、その後の産科におけるフォローであるとか、それから医療なら医療における場面で結構だと思うんですが、それにおける子育てのサポートなどの一環として質として考えていただくと、また議論として広がるのではないかなと思います。

先ほどドイツの話がありましたけれども、少子化の枢軸国があり、それは日独伊というのは、少子化がすすんでいる国です。それは別の観点からいうと、それぞれの国々というのは、家族を重視する文化をもっていて、家族が非常に重要だといえればいほど家族が崩壊するジレンマなんですよね。それは何のことかという、結局、子どもが大事なんだから我慢しろというのは、どうしても女性側に負担がいつてしまうので、そんなばかなことをやっているとやられてしまうということですね。家族が大事なんだから正しいんだと言っても、ついていけない人が余り多くなるような話というのはなかなか持続不可能な面がある。お子さんの話とお母さんの安全・快適さといいますが、大事にされているという感じも併せて大事にしていかなないと、長期的に全体で見た場合に、なかなか成り立たないのではないかなと思います。

堀内(母) 確かに、課題4のなかに新生児期のことが取り上げられているんですが、課題4では、ディスカッションされていないんですね、実は。僕たちは母乳の会なものですから、どちらかというとその時期の問題をたくさん持っているんですが、課題2と課題4の連携をどうするかというのを、僕たち、非常に気にしているところなんです。課題4がいい子育てをやっているんですけども、ちょうどその部分が欠落しているんです。ディスカッションされていない。おっしゃったように、そういう意味で、移行するときのことをどうするかというのは、やはり大きな問題だと僕たちは思っているんですが。

宮本(厚) そこで、どういうことができますという御提案を。

●育児に結びつくバースプランを作る必要性

杉本(母) それは、バースプランの延長線は、当然育児に結びついているんですね。お母さんとのディスカッションのなかで、赤ちゃんへの意識、母性意識というものがそこで育ってくることになる。赤ちゃんに目を向けて色々なことをやってあげましょうと、その医療者とのやりとりのなかで、お母さんはより一層赤ちゃんを意識していくということが確実に出てくるんですね。ですからお母さんを社会のなかでハンディを持つような立場に追いやるのではなくて、お母さんが積極的に赤ちゃんに目を向けていくという姿勢を我々はサポートしていきましょう、そういう内容であるということなんです。その延長線は、いいお産を、満足のいくお産を出来た後の1週間の入院で、自立した家族として、育児に自信を持って帰っていただく、そういう自立をサポートする内容のものでなくてはいけないと思うんですね。

バースプランの中身は母乳育児をしたいとか、いろいろな表面上の言葉を皆さんは知っているので言いますが、実際に育児の大変さはやってみて初めてわかる。うちへ帰ってから初めてわかるのではなくて、病院にいるあいだにその大変さがわかって、それをサポートしていくと産科でなくてはいけないと思います。ただお母さんが疲れているからお休みしなさい、病院でお預かりしますよということで突然帰ったのでは、当然育児ノイローゼになる方はたくさん出るんですね。産科から1週間で帰るときには、自信を持って子育てのスタートがきれるような形で送り出すというのが1つの目標なんです。

バースプランの過程でそこまで持っていく、それから後は母乳育児の支援という形に結びついていくわけですね。自立して、健康に対する意識というものを持って子育てに行けば、コンビニ感覚で小児科に行くような人たちは非常に少なくなると思うんです。

だから先ほど言われた小児科医が少なく、まあ実際はそんなに数は少ないけれどもシステムの問題であるというようなことを言われましたけれども、それはかかるほうの意識がきっと未熟な母親たちが多いということもある。実際に適切な医療機関を受診する、その受診の仕方というものの意識を産科のときから育てていかないと解決されない問題があるだろうと思うんです。だからその母性意識を育てて、自信を持っ

て育児ができる、そういうものを送り出すことによって、今の小児科医療の悲惨な状況も、解決の道が1つはあるのではないかなと思っています。

宮本(厚) 教育というか、意識を伝えていくということもシステムのなかに組み込む話なんですよ。解決のシステム論として考えるべきだということですね。

堀内(母) 産婦人科医会で産後うつの対応が出ていました。僕のところで3年間ぐらい、1カ月健診のときに産後うつのスコアをとっています。僕のところも母乳育児と母子同室をやっているんですが、やはり10%以上の比率で産後うつのスコアが高い方がつかまる。それに関連するのが、1つは非常に扱いづらい子どもであること、それからもう1つは、予期しない介入分娩なんですね。吸引にしろ、帝切にしろ。それからもう1つは、御主人の問題です。産後1カ月のあいだに、サポートしてくれる人はいない。必ずといっていいぐらい、御主人の帰宅が遅い。その3つが加わると、産後うつのスコアが高くなるんですよ。

そういう意味で、これは単に女性だけの問題ではなさそうですし、社会的な関連もあるし、子どもが持った特性みたいなものもあります。その子どもを扱いにくくしているのは、もしかしたら介入分娩の問題もあるかもしれないですね。介入せざるを得ないんですけれども、介入したときに、どうやってサポートするかということも非常にきめ細かな対応をしないと、今出ている育児の問題は解決しない。周産期からの育児をつなげていくというのは難しいところがあります。意外と隠れているんですね。

課題4では、それを過ぎてしまった後のことを取り上げているものですから、できあがってしまったものに、どうしようかということにならざるを得ない。

そういう意味では、連続性というのは周産期で見ていると一見正常だけれどもそういう心の問題をずっと抱え続けているというのが、見えてくるんですね。これは母乳育児だからいいよとかと、そういうことでもちょっとなさそうなんです。いい出産、あるいはいい産後ケア、それからもう1つは、産後2カ月ぐらいのあいだにどうやって社会的に支えるかという問題はやっぱり大きいと思うんですね。支えていくと産後うつのスコアが高い方も、どんどん回復してくるんですよ。全員が産後うつという病的な状態になるわけではなくて、スコアを見ると高くても、支えてあげると自分で解決していく力は強いものです。そこで医療機関から見放されて、それで3~4カ月たって来た方は本当に苦労しますね。本当におかしくなってしまうケースです。産後うつというのは一種の適応障害ですから、そういう意味で、母親だけを取り上げて産後うつを論じてはいけないんだと思うんですね。子どもとそれからもう1つは、支えるシステムの問題がやっぱりあると思うんですね。なかには本当にもともと病的な背景があって、起きる方もいると思うんですけれども。

宮本(厚) そういった一貫した考え方を、どの場面で働いていらっしゃる方にも持っていただきたい。

●安全性と快適性はお産だけではなく、その周辺にも目を向ける

山本(助) 安全と快適性というのは、お産に目を向けられがちなんですけれども、杉本先生や堀内先生がおっしゃったように、長いスパンで見守らなければいけないということなんです。入院中、退院した後の母子のケアというのが、現状では行き届いていない。チームを組んで連携していかなければいけないというのは、机上の空論といいますか、現状ではできていない状況なんですけれども。

堀内先生も、横浜の方では、聖マリアンナでお産したお母さんと赤ちゃんを開業の助産師など、地域を細やかに回れる人たちにうまくつないでくださっているんですね。横浜市大の周産期センターからも連絡があって、開業助産師が自宅まで出向いてそのお母さんと赤ちゃんがどんな様子でいるかということまで、行ったり来たりの状態で、そしてまた堀内先生に報告をして、状況を伝えてというやり取りをしています。あるいは助産院でお産をした方でも、なかなか体重の増えが良くないので、先生の方をお願いして、継続的に見ていただくという、そのやりとりがとてもうまくいっているんですね。

途中で赤ちゃんを亡くしたお母さんの心のケアと乳房のケアというのは、赤ちゃんを亡くした時点でストップされてしまうんですね。お母さんは一生懸命おっぱいを絞って病院に運んでいたのに、今日の今日から、もう赤ちゃんが亡くなったならそのおっぱいはストップしなければいけないんですよ。そうすると病院はそこ

から関わりがストップする。お母さんが家でどんな状況でいるかというところにまで思いを馳せていただく。保健所で働く地域の助産師や地域の開業助産師の出番だと思っているんですね。医療につなげなければいけない重篤なうつ病になってしまえば、それは医療の手立てが必要なんです、助産師が関わることで、乳房のケアができ、聞くことで自分が乗り越えられるという状況がいくらでもできるわけです。そこら辺の見極めは、助産師がしていかななくてはいけないことなので、ぜひとも、お産のことだけではなくて、地域に点にする開業助産師と連携しながら、うまくつないでいてほしいなと思います。

例えば、死産したり赤ちゃんを途中で亡くしたお母さんが、母乳の手当て、乳房の手当てをどうしているかという、例えばお乳が張ってつらいから、パーロデルを出して母乳をカットしましょうというようなことが一般的に行われている。あるお母さんは、母乳を出すようにしてくださいと、いらっしゃった。いろいろお話を伺っていたら、赤ちゃんはもう既に亡くなっているけれども母乳が出るようにしてくださいと、助産師のところにみえている。どうしてそうなのかとだんだん聞いていくと、毎日お仏壇にあげていますということなんです。「このおっぱいはこの赤ちゃんに飲ませるために出ているおっぱいなので、出ている間はずっと絞り続けて、お仏壇にあげたいんです」というお母さんがいらしたんです。そんなときに、私たちができることは、母乳がずっと出るようにどういうふうにしたらいいか、出るための手立てを教えているんですね。

医療者というのはお乳が張ってつらいだろうから、早くとめて、お母さんを楽しませてしまおうとしますが、それは私たちの独りよがりというか自分勝手な受け取り方なんです。なかには、お薬を使いたくないというお母さんもいらっしゃるでしょうし、ずっと出し続けたいというお母さんもいるでしょう。だから、そのお母さんがどんな気持ちでいるかというのを汲み取ってやれるのが、助産師の細やかな動きだと思うんですね。だから、医療側の画一的な方法ではなくて、いろいろな思いがあるのだということも汲み取ってあげなければいけないと思うので、ぜひともそこは、お子さんだけに焦点を当てるのではなくて、長い方向性で快適性を求めるということで、うまく助産師と医療側が連携できればなあと思っています。

朝倉(産医) 新しい具体的な方向性というのが提言されたと思うんですね。助産所のネットワークがありますから、直ちに明日からでもうちの地域でできそうで、話し合っていけばすぐにできそうな気がします。更に具体的な案として、ぜひこのアイデアを持っていければ素晴らしいなと思いますけれども。

堀内(母) 保健所からの新生児訪問がありますね。その新生児訪問のあり方というのは、今山本さんが言った言葉のなかに大分意味があると思うんですね。新生児訪問はスクリーニングのつもりで行っていることが非常に多くて、最近では虐待の問題が入ってきていますけれども、それだけではないんだと僕たちは思っているんです。今言ったようなことを、新生児訪問のなかに組み込んでいただくと、心のケアができると思うんですね。残念ながら今の新生児訪問というのは心のケアが不十分だと思うんですね。先ほど言ったように、産後2カ月間というのは色々なことが起きていて、赤ちゃんの身体のチェックとかいうこと以上に、お母さんのいろいろな心の問題を支えてあげることは重要だと思います。

今の山本さんのお話、朝倉先生のお話を聞くと、システムとして考えたときにその辺のところを妊娠、出産からつなげていく大きなポイントかなと思うんですね。

司会：岡本 ありがとうございます。まだまだ論議は続きそうですが、時間も迫ってきましたので、もう少し先の3～4カ月の兼ね合いのことも、ぜひディスカッションする必要があるかなと思います。

引き続いて、田中先生、ありませんか。神谷先生どうですか。

ありがとうございます。今日も、具体的な課題が出されたんですけれども、当座、例えばバースプランをどういう形で、現在、生かされているのか。いろいろなところの先生方の案を出していただいて検討したりすることもいいかと思います。また、あるいは山本先生からも出ました嘱託医師の問題と嘱託医療機関の拡大とか、あるいは、もう少し助産所の助産師の緊急の対応について、实际的に課題として抱えている部分かと思っています。具体的にテーマとして出してもいいんですけれども、もう1つは去年だしていただきましたガイドライン（助産所の担当の基準、助産所で扱うべき基準）が包含されていますので、例えばそれを1つの

材料として、今のようなところを突っ込んでいくということも可能かなと思います。次の回を 7 月にするとしたら、それはもう多分皆さんの手元に配っていただいているかなと思ったりしています。

とりあえず、バースプランとか嘱託医、助産所の問題この 3 つ、そのガイドラインも含めていいんですけども、とりあえず次回のテーマを 1 つ、決めさせていただけたらと思います。それとあと次回の日にと、今年度やるべき課題は今のような形のものを 1 つずつ前面にディスカッションしていけたらと思います。

朝倉(産医) こういうものは、やっぱりこの会がしっかりとディスカッションしながら、やった方がいいのではないのでしょうか。

司会：岡本 そうですか、次は特にこれと決めなくていいのでしょうか。

朝倉(産医) 僕はそう思います。

司会：岡本 もしも間に合えば、そのガイドラインを次回皆さんに配れるように、したいと思っています。

永山(母) 次に検討していただいて。厚生労働省からお金は出ないんですかね。

宮本(厚) 出ないです。

司会：岡本 それで、年間わずかという形で会費制みたいにするかどうかも含めて、ちょっと次回までに考えて。それまでお立て替えをお願いいたします。

全体会が 10 月 28 日の火曜日の 2 時から厚生労働省で開催します。

それでは、次回が 7 月 11 日金曜日の 6 時から、ここの会議室で。その次も 9 月 18 日も 6 時から、この会場をお借りして。全体会の方は、10 月の 28 日の火曜日に 2 時から 4 時半まで、厚生労働省の会議室をお借りして。全体会までに、今回話題になっているところをもう少し煮詰めた形で論議したいと思います。

三枝(厚) 御挨拶のときに皆様に御報告申し忘れましたが、母子保健課もメンバーが若干変わりました。

本田(厚) 先ほど渡しました資料ですが、今、健やか親子 21 推進協議会の賛助団体が 75 団体になりました。それで、今回皆さん説明していただいた、14 年度の取り組み実績と 15 年度の行動計画の、今、提出をお願いしている段階でして、5 月 8 日現在で、提出していただいたところを黒枠にして、白枠はまだこれから提出していただくというところがございます。未提出のところについても連絡はしてありますので、追々全部提出していただけたらと思いますので、また整理の段階で、皆さんに御意見をいただいたり、いろいろ確認をさせていただいたりあると思いますので、よろしく願いいたします。

司会：岡本 ありがとうございます。

<配布資料>

1) 厚生労働省より

健やか親子 21 推進協議会

2) 日本産科婦人科学会日本産婦人科医会、日本助産司会、日本母乳の会より「健やか親子 21 課題 2 の 14 年度取り組み実績と 15 年度の行動計画」

3) 日本助産師会より

看護職員確保対策特別事業計画書

●健やか親子 21 推進協議会 第 2 課題「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援」
第 7 回幹事会議事録

日 時：平成 15(2003)年 7 月 11 日(金) 18:00~20:00 場 所：日本母性保護産婦人科医会会議室
出席者：日本産科婦人科学会—岡村州博、久保春海、木下勝之
日本産婦人科医会—朝倉啓文、田中政信、宮崎亮一郎、大村 浩、鈴木俊治、前村俊満
日本助産師会—岡本喜代子、山本詩子
日本母乳の会—橋本武夫、堀内 勁、永山美千子、杉本充弘
厚生労働省—三枝清美専門官、本田浩子
司 会：朝倉啓文(日本産婦人科医会)
議 題：1) 妊娠・出産の安全性と快適さとは何かの討論の続行
2) 幹事会費用について

<議事録>

司会：朝倉(産医) 日本産科婦人科学会のメンバーが、がらっと変わりましたので、後ほど自己紹介をさせていただきます。(資料の説明略)今回でこの幹事会は、第 7 回目になります。産科婦人科学会の方々は初めての方がいらっしゃると思いますので、今まで話し合われてきたことを、少しお話をさせていただきたいと思います。その前に自己紹介といえますか、有名な方ですので皆さんご存知と思いますが。一言、岡村先生。

岡村(産学) 日本産科婦人科学会の常務理事をしております岡村でございます。ひとつよろしく申し上げます。東北大学の産婦人科です。

久保(産学) 東邦大学第 1 産婦人科、久保と申します。よろしく申し上げます。

木下(産学) 順天堂大学の木下と申します。

朝倉(産医) 産婦人科医会の常務理事の朝倉でございます。日本医大におります。生意気にここで司会をしておりますのは、ここに参加している団体が 1 回ごとに司会を代わって、ここに座ることになっていますので、今回は私が座らせていただいております。

田中(産医) 日本産婦人科医会の常務理事、田中と申します。東邦大学です。よろしく申し上げます。

前村(産医) 日本産婦人科医会の幹事、前村と申します。東邦大学第 1 産婦人科におります。

橋本(母) 日本母乳の会の運営委員長の橋本です。聖マリア病院です。

堀内(母) 日本母乳の会の運営委員の堀内と申します。今、聖マリアンナ医科大学の小児科です。

杉本(母) 日本母乳の会の杉本です。日赤医療センターです。よろしく申し上げます。

山本(助) 日本助産師会の山本でございます。よろしく申し上げます。開業助産師をしております。

岡本(助) 日本助産師会の事務局長をしております岡本と申します。どうぞよろしく申し上げます。

三枝(厚) 厚生労働省母子保健課の三枝と申します。よろしく申し上げます。

本田(厚) 同じく母子保健課の本田といえます。よろしく申し上げます。

●安全性と快適性を相反しない、矛盾したものと捉えないという議論

朝倉(産医) 産科婦人科学会の方々が、交代されましたので、今までの推移を簡単にお話しいたしますと、