

その理解がやっとかみ合って1つの流れになってきたと思います。厚生労働省のシンポジウムにも、昨年度、そのまとめをこの幹事会で作りまして、皆さんに報告することができました。その快適性の言葉の意味を考えると、言葉も何か変えましょうという案もちょっと出ていたんですね。快適というと間違っ取られやすいので、いわゆるエンパワー、これを含めた言葉、何かいい言葉がないかなという状況も出てまいりました。

子どもを産んだ女性が母親として成長できる、成熟する。子育ての力までを含めたものとしてこの快適性というものを理解していこう。そこまで皆さんで合意ができたと思います。

この次に、その過程において問題が起こってききましたのが、お産の安全についての「良い産院の10カ条」というのが、医政局医療安全課から出てまいりました。それがこちらの方にも話が出ましたし、日本母乳の会にもその話が持ってこられました。例えば、ベビー・フレンドリー・ホスピタルというのがあります。BFHと呼んでいますが、ユニセフ・WHOのBFHの認定のなかに、「良い産院の10カ条」という要望まで入ってまいりました。ちょっとニュアンスが違うものですから、その場ではお受けできずに、この第2課題と一緒にそれは考えていかなければいけないということでこの前の会議でも、その話題がここに出てまいりました。この前も厚生労働省からも、医政局と母子保健課で、2つの課がばらばらではよくないので、お話し合いをしていただいてこれをまた前に進めていきたいと思います。齋藤課長補佐からは、母子保健課と医政局で少しお話し合いをしますということまで、お聞きしておりました。ばらばらに進めていっていただくと、大変また問題が起こってくるということがありますので、これもこの会で更に検討が必要だと思います。

この会のための予算もなかったものですから、学会、医会、それから助産師会、母乳の会で研究を1つの足掛りにして、この会の予算にということで、この研究課題も通していただきました。そのためにこれから進めていこうという研究を皆さんで紹介し合って、先に進もうと思います。大体そういう流れです。

司会：岡本 どうもありがとうございました。それでは、各団体で、それぞれ取り組んでいるテーマを御報告いただけたらと思います。まず、産婦人科医会から、よろしくお願いします。

●バースプラン普及のための産科医師の意識調査

朝倉(産医) 産婦人科医会はこの研究計画書によると、バースプラン普及のための産科医師の意識調査という項目が割り当てられています。定点モニター研究に協力をお願いします。定点モニターというのは産婦人科医会の会員のなかから、各県支部から何人か選んでいただきまして、何かアンケートがあると答えていただくという方を、トータルで900名ぐらいですが、毎年、作っております。このモニターの先生方をお願いをして、分娩の快適性ということはどう考えているか、感じているか。あるいは、健やか親子21運動というのを実際知っているか、知っていないかというところから、まず意識を確認するアンケート調査です。これは常務理事会まで通って、あとは発送を待っているだけです。

健やか親子21運動を知っているか。これを知っていなければ、ちょっと話は別で、もう少し知らしめることから始めなければいけませんし、そのなかで、妊娠、出産に関する安全性と快適性の確保と不妊への支援という課題も知っているかどうか。私たちが行ってきたルーチン処置に対してどう考えているかなど。今までこの会で、安全性と快適性の確執のなかで、論議をされてきたような項目を、簡単にサマライズして、実際に産科業務をされている先生方の意識をまず調べようということです。そのデータをもらったうえで、この次、どういうことをやって、バースプランなどを宣伝して、啓発して、やってもらうようにするべきか、そういう対策も立てていきたい。そのためのバックグラウンドになるべき調査だと考えています。

司会：岡本 学会の方が今日はまだ見えていません。後でみえるかもしれませんが、日本母乳の会の方、よろしくお願いいたします。

●親子関係の早期確立のための母乳育児の達成度調査。

堀内(母) 私たちは、直接は分娩に関わっていないんですけれども、妊娠、出産、育児という一連の流れのなかで物事を考えてきたものですから、育児のとっかかりの部分として、母乳を考えてきたということがあります。3つぐらいテーマをあげております。

1 番の、親子関係の早期確立のための母乳育児の達成度調査。今までは、施設の調査をやってきたんです

が、実際に母乳育児をされた方の受益者であるお母さんたちの調査をやってみる。それは、僕たちは思い込みで良いと思っていたことがそうではないこともあり得ます。母親の達成感の調査を考えています。BFH は 34 カ所になりましたので、多分、対象になる患者数は、トータルの対象でも 1 万人ぐらいになりますが、その全員にやるわけにはいかないので、ある程度、絞ってやろうということです。多分、入院中はそうとうきついという話があると思いますが、それがどのように変化していくか。1 歳というのは 1 つの筋目ですから、その間の変化を追うということになると思います。

それから 2 番目です。これも厚生科学研究の中村敬先生の班で、育児支援の班がありましたが、そこで産科での母乳育児支援、病院小児科での育児支援、保健所・保険センターでの育児支援を、母乳をターゲットにした調査を 3 年間やってきました。

産科の先生方の意識が変わったのではないかとということで、それと比較するような意味で、これは産婦人科医会の調査とちょっとオーバーラップするところがあるのかなと思いましたけれども、それをまたやってみる。具体的にはまだ進んでいません。

それから、以前何回か、特に産婦人科学会の方だと思いますけれども、佐藤先生、木下先生から実際には産婦人科医は母乳育児の実際を知らないと、それでそのために関与はできないというお話ができました。特に佐藤章先生から、セミナーみたいなものやってくれないかという話があったものですから、そんなにお金はないと思いますけれども、できたら何かの関連で産婦人科の先生のためのセミナーをこのなかでできたらと考えています。この 3 つをテーマとしてあげております。以上です。

●助産所と医療機関とのネットワークの促進に関する研究

司会：岡本 はい、ありがとうございます。それでは日本助産師会の方で、ちょっと検討していることについて報告させていただきます。

助産所と医療機関とのネットワークの促進に関する研究ということで、今ここに出ているメンバーとかが中心となりましてやっております。それで、主に助産所とその医療機関とネットワークを促進するためにどういうことが必要なのかということを検討しようということです。1 つは例えば、病院との契約書のモデルの書式を作る。産婦人科医会でも、出してくださっているもので、そういったものを中心に検討する。それから、実際その協力病院等と健診を受けるに当たって、また、その産婦がお産をしたときに、病院に報告するような報告書の様式も作りましょうということをやっております。

それからもう 1 つは、院内のバースセンター、あるいは助産師外来等ですね、あるいは受け持ち制など、妊産婦さんにとっての快適性を優先させる非常に良い活動をしている施設を広げたいという意図のもとに、10 カ所程度選んで、どういう要因でそれが可能になってきたのかなど、聞き取り調査をしていこうということになっております。今まで委員会を 3 回程、開催いたしました。それで、日赤医療センターを始め、今 9 カ所を挙げさせていただいております。先生方の方で、ここも良い活動をしているよというようなことがありましたら、教えていただいて、またその調査に加えさせていただけたらと思います。内容は、その背景になっている人的、あるいは環境です。いつから開始して、どういう経緯で、それがうまくいくようになったかなど。しかし、メリットばかりではないかもしれませんので、デメリットについてもしっかり把握していきたいということで、今後の課題も含めて、そのような内容の調査を聞き取りでしようと思っております。

それから、連携をスムーズにするためのいろいろな書式ですが、今、妊産婦の家族への説明のときの用紙、それからお産が終った後の報告書の案、それから嘱託医師との契約書を考えています。これは産婦人科医会で、前に作っていただきました書類を基に、少しこの委員で検討した案です。(斜めの字になっている所が少し変えさせていただいた部分なんです。そういったことを提案させていただこうかなと進めております。)

具体的に、聞き取りは 11 月中には終えて、あと年内にまとめられる方向でいきたいと思っています。もしも先生の方から、ここも聞いた方がいいという施設がありましたら、教えていただけたらと思っています。

●オープンシステムの言葉の定義について

朝倉(産医) 少し教えてください。院内助産所またはオープンシステムの現状調査の表がありますが、このオープンシステムというのと院内助産所というのはどのように違うのですか。例えば、日赤医療センター

へ患者さんと一緒に助産師さんが行って、お産をするというのがオープンシステムなのですか。

司会：岡本 はい、そうなんです。その後、そこでケアをするといふところまでいくのが普通かと思いますが、例えば、そこまでいかなくとも立ち会わせていただけたらとか、セミオープンといふのかどうか、きちんと分けをした方がいいだろうと思っています。

朝倉(産医) 私たちの産科医がオープンシステムという言葉を使う場合、患者さんを紹介して自分たちが処置する、自分たちがお産を立ち会ってやるなどをオープンシステムといいます。こんなところが、助産師さんが病院へ患者さんと一緒に行き、お産をさせてくれるといふのを知らなかったものですから。

司会：岡本 たくさんはないと思うんですけれども、受け入れてくださっているところはあるですね。そこまでいかなくとも立ち会いは認めてくださるとか、その辺はちょっと分けして整理していく必要があるかなと。

朝倉(産医) ぜひちょっと詳しくお調べになっていただいて、私たちにデータをいただければとても参考になりますので。この院内助産所とわざわざ書いてあるのは、これはどういふのですか。

司会：岡本 これは病院のなかのバースセンターといってもいいんですけれども、佐野病院などまだ少ないんです。私たち聞いているのは正常な妊産婦であれば、病院のなかでの助産所のように、助産師が中心になってケアをしているというやり方なんです。

朝倉(産医) これは、いわゆる助産師さんが連れて行くオープンシステムではないわけですね。

司会：岡本 はい、それはオープンシステムということではありません。

宮崎(産医) その病院といふのは、福島の方ですか。

司会：岡本 兵庫県です。

宮崎(産医) 兵庫県ですか。このオープンシステムといふことに関しては、産婦人科のドクターたちはかなりナーバスになっていますから、はっきりしない部分に関してこういう文書で、文字に残るような形をとられるのはいかがかと思います。助産師さんたちもそうですけれども、ドクターも料金の問題がありますから、そこら辺ははっきりしないのに、こういう表現方法をとられるのはいかがかなと思います。

司会：岡本 何か、その辺に関連してでも、他の御意見等ありますか。はい、おねがいします。

山本(助) このオープンシステムの現状調査のなかでふれあい横浜ホスピタルと池川クリニックは、私たち横浜市の開業助産師が関わっている病院です。ふれあい横浜ホスピタルは、完全オープンシステムをとっておりますが、3次救急、2次救急は無理です。助産所で微弱陣痛ですとか、破水をしたあと陣痛が来なかった場合は1次でも十分対応できるような妊婦さんを助産師が同行して連れて行くわけです。そこで分娩をします。場合によってはカイザーのときもオペ室に同行してベビー受けを行います。産褥も経過を見ます。普通に分娩した場合は、早ければ当日中に助産所の方に戻る。いわゆる病院のなかで行われているようなバック・トランスファーをとっているということです。

宮崎(産医) もしそれが行われているとした場合に、その保険の範囲内で行われている医療行為に関しての医療費は、どうなっているのでしょうか。もし差し支えなければ、具体的にどのくらいのものなのか。

山本(助) 分娩をした場合は分娩をした施設に支払われますので、分娩費はすべて病院に支払われます。病院から私たちに勤務費として、また別に支払いがあります。以前は、日本助産師会の分娩取り扱い料に準じておりましたので、1件につき18万円でした。しかし、件数がどんどん増え、それは病院の全体の分娩件

数が増えることになります。私たちは病院の分娩にも関わっており、分娩件数が増えるにつれて関わっていく時間が大変短くなってまいりましたので、現在は1件につき5万円です。また、1時間あたり3,000円ですので、分娩で、例えば10時間付き添っていた場合には、10時間分の3万円プラス5万円、8万円ということになります。

宮崎(産医) ありがとうございます。

永山(母) 今、宮崎先生がナーバスになっているとおっしゃいましたが、具体的にどういうことですか。

宮崎(産医) オープンシステムという言葉の響きが先行しちゃっています。要するに、セミオープン、あるいはオープンなのかというのを、もっとはっきり分かるような書き方にしてほしいですね。例えば、ここでもふれあい横浜ホスピタルに関しては、これはオープンでよろしいでしょうと。だけど、他の部分に関しては分かりません。だけどオープンですというのは、これはちょっと意味合いが全然違ってきてしまう。

山本(助) これは、あくまでもオープンシステムの現状調査ということですので、これから調査をさせていただくということです。オープンシステムを行っているという表現ではありません。本来オープンシステムをとっているのか、セミオープンなのか、言葉だけなのか、稼動している状況ではないのか、これからはっきりと調査をさせていただくということです。オープンシステムをとっているという情報が流れているので、本当なのかどうかということの調査をこれから行うということです。

宮崎(産医) 分かりました。

朝倉(産医) 産婦人科医のなかでナーバスになっているのは、分娩を取り扱っている分娩施設の45%が開業医、診療所なのです。診療所は、データによると医師の人数が1.7人で年間220ぐらいの分娩をやっているもので、そのなかには危険なことも入ってくるだろう。それから医者が1.7人でお産を220もやるのは危ないということで厚生労働省の医政局やいろいろなところから安全な分娩を推進するためには、そういう診療所は妊婦の検診だけをやってお産というのは大きな病院へ紹介しなさい。場合によっては、オープンシステムとしてその医者が付いて行くのもいいだろうということで、去年の暮れに、そのようなことが新聞に報道されました。一生懸命、診療所で分娩をしている人たちは、我々の分娩のやり方はそんなにひどいのか、自分の存在価値がある意味では否定されるようにとられて、産婦人科医会のなかでかなり大騒ぎになってしまったという経路があり、かなりナーバスになっているということはあります。助産所の人たちの「オープンシステムがうまくいっているんだ」ということが言葉に出てくると、じゃあ開業産婦人科もオープンシステムをやるべきだという話にならないかという危惧だけです。

今、言われているオープンシステムというのは、これは本当にオープンシステムかどうか、ちょっと分からないと思うんです。というのは、本来のオープンシステムというのは、妊娠中の健診はしてお産のときは病院でというシステムです。リスクが高ければ病院でというのは、これは、助産所と病院の連携の1つとして考えるので、そういうときだけオープンをやって他は自分でやるんだというのは、本当はオープンシステムにならないかもしれない。という意味で、言葉の定義によって違ってくるので、わざわざオープンと決める必要も何もない。そういう意味で、ちょっと危惧があったというだけのことで、別にこれにクレームを付けようというようなことでもありません。

ただ、我々の側も、安全な分娩を求めるのであれば、診療所は健診だけをして大きなお産をするというのが、実際に可能であれば安全性は高まると思います。ただ実際的には、なかなか可能ではないだろうという現実的な制約もあるし、それから、国民の45%が診療所の分娩を選んでいるという実状があるわけですから、診療所で分娩をするなど、私たちがそういう方針はちょっととれません。そこら辺が、かなり困っているところです。医者であっても、そのオープン病院を利用してお産をしなければいけないというと、それほど分娩が危険なものばかりであるとしたら、助産所で分娩をするというのはどうなのかとか、その辺かなり悩ましいところです。これから早急ではなくて、少しずつ考えていかなくてもいけないと思っているところです。

杉本(母) よろしいでしょうか。先ほどのオープンシステムということで、ちょっと戻させていただきます。日赤医療センターもこのリストに挙がっていますが、これは医政局の医療安全対策室の事業、モデル事業の一環として、今、始めようとしているところです。プランはできていますけれども、まだ実際に動きだしていません。これは、助産所におけるお産の安全性をどのように確保していくか、医療機関との連携のあり方を考えるというモデル事業です。そういうなかで、オープンシステム検討課題として入っております。それを含めた医療連携の仕方が、今、検討が始まった段階です。まだ、それが実際に稼働しているわけではありません、その実態を調査しようという目的かと思いますので、言葉だけ一人歩きして誤解を招くということもありますので、その辺は注意したいと思います。

●産科の混合病棟について

堀内(母) 産婦人科医会の先生に聞くのがよいか分らないのですが、1つちょっと気になっているのが、病院の産科の問題です。規模がやや小さいと今、混合病棟に、次から次になっていますね。これからお産を集中するにしても何にしても、産褥期のケアにしても混合病棟では本当にできるのかなと、僕たちはちょっと不安に思っているんです。例えば整形外科と産科の組み合わせだとか、内科と産科の組み合わせなどが、結構あるんですね。そういう実態を産婦人科医会では、病院については把握していらっしゃるのでしょうか。

朝倉(産医) 知っている限りでは、そういうデータはないです。実際ありそうですけれども、データとしては持っていません。

堀内(母) 快適性や安全性を考えたときに。これも1つ、大きな問題だなと思っているんです。産科の安全性と、それから他科の安全性とでは、到底噛み合うとは思えないものですから、その辺をこれからどのように、日本の病院のなかの産科を変えていくかということは、やっぱりこの課題2の1つの大きなテーマかなという気もするものですから、ちょっとお聞きしました。

司会：岡本 それに関連してですが、昨年ですね、厚生労働省の方の看護職員確保対策の補助金をいただきまして、1,000カ所ぐらいの病院に、混合の実態の調査をしております。一応、各団体さんには、1冊は配ったんですけれども、医会の方にもまた、提供したいと思います。産科の混合化の実態は、おっしゃるようになり進行しております。はい、宮崎先生。

宮崎(産医) 病院の経営の問題になってしまいますと、もちろん産科のドクターが一生懸命頑張らなくてはいいませんが、病院自体が潰れてしまう可能性も孕んでいます。例えば、北海道、東北では、人員の確保ができないということで、引き上げも実際に行われているような状況ですから、なかなか難しい問題には、なってくるかと思います。

朝倉(産医) 今まで、混合病棟化というのは、余り考えたことがなかったんですけれども、問題は確かにあり得るかもしれません。病院が少子化に伴って減っているという実態もありますし、日本の場合は、1つの病院で分娩数が少ないですから、これがアメリカですと年間6,000ぐらいないと採算ベースが合わないで産科はやらないそうです。日本の場合は年間1,000の分娩があると多い病院です。そういうところで、混合病棟化を何とかしなければと言われても、どうすればいいか。経営も含めて厳しいところだと思います。

堀内(母) 先生のおっしゃるとおりなんです。経営を考えると、なかなか単科で産科を維持するというのは非常に難しい時代になってきています。ただ、この健やか親子ですから、医政局の話は先ほど出しましたが、どこですり合わせて、産科なり、周産期医療あるいはケアに当たっている者が、お産をされる方に良いサービスを提供するかということだと思います。安全性ももちろんそのなかに含まれますから、そういう意味で、大筋をちょっと考えて、それでリコメンデーションすることは非常に重要かと思うんですね。産科の特殊性というのは、やはりあると思います。一般の病気の方と同レベルで考えて、効率だけを追い求めて、混合化されていくんだと思いますけれども、それだけで本当にいいのかな。多分、この健やか親子というのはそんなことを考えろということだと思いますので、そういう意味で、少し積極的に調査して考えを

出してみたらどうかな、と思います。先生がおっしゃるように、それが実現するかどうかは、経営の問題が関わりますからきついかもしれませんが、少なくとも、指針ぐらいは出せる。そして、あるべき病院産科などがあって初めて、皆さんたち、安心して出産ができると思うんですね。そんな考え方でいます。

宮崎(産医) とても参考になりました。どうもありがとうございました。

司会：岡本 はい、朝倉先生。

●産科の快適性の一つのキーである助産師をどう確保するか

朝倉(産医) もう一言。どんどん話が進んでいって申しわけありませんが、確かにこの会議では、今まで話し合って安全性、快適性をぶつけあって、快適性にやっと来たわけですが、特に、産科医としてはどうやって産科の場所に快適性を差し上げるかという、やっぱり1つは助産師だと思いますよね。助産師をお産をする場所にしっかりと配置する、適材配置です。今、うまくいっていないので、これは混合病棟以上の問題だと思います。その適材配置をうまくしてくれないことには、産科の側で一生懸命やっても、私たちが快適性をあげるわけにはいきません。この問題を助産のなかであげていただきたいと思います。

これも非常にホットな悩みの種です。診療所で45%がお産をしていますが、診療所には、ほとんど助産師さんがいません。助産師がいるのはほとんど病院です。病院だと内科や外科にも助産師さんがいるわけですよ。お産をする患者さんが来る診療所にもっと助産師さんたちが来るような方策といいますか、混合病棟化と一緒に指針というか、サジェッションというか、何かもっと積極的なものがないかなと思っています。

ホットに悩んでいることとして、厚生労働省から、内診という言葉を出して、助産師以外は内診をしてはいけないという答えが来ました。ということは、1人でやっている医者が、そこへ患者さんが来ると助産師さんのように、1時間おきに内診をずっとしていかなくてはいけないということになります。これでは、産科はやっていけません。

この1週間か2週間ぐらいは、全国の産科はやめなくちゃいけないんじゃないかという意見が持ちきりになって大騒動になっています。今までその辺を、解決してこなかったみんなが悪いのですが、それをいろいろ考えなくてはいけない。分娩の安全性と快適性というのを考えているとき、日本のお産の半分近くやっていると、助産師さんがほとんどいないという現実です。これは何とかしないと。1度お話し合いしましたけれども。苦言というか、悩みの種です。

永山(母) 今の問題に関連して、ちょっと個別的な話になりますけれども。BFH、赤ちゃんにやさしい病院に認定された開業の産婦人科で、申請されたときは助産師さんが少ない所が多い。ある産科医はBFHの認定を受けて、「何が1番嬉しかったか」といって、助産師さんがたくさん来るようになった」といっている。母乳育児のケアを始めてからです。もちろん全部ではないですけれども、BFHに認定されている開業の産婦人科では、7人とか8人の助産師がいます。常勤ではないですけれども、7人、8人いるところが、もう、10件ぐらいありますね。そういう意味で、卵が先かにわとりが先かの論議のようです。そういうケアをしていくことで助産師がくる、BFHの認定よりも何よりも、助産師さんが来てくれたのが、すごく嬉しいと言っている開業産婦人科の人たちがいるので、そこにもう1つヒントがあるのではないかと思います。

杉本(母) 先ほど朝倉先生がちょっと言われたことで、少し誤解があるように思います。助産師が内診をするということは、日赤では極めてまれです。ほとんど助産師さんは内診をしません。おなかの張り方、外陰の抵抗感、全体的な臨床の観察から助産師さんはお産の進行を判断しています。そういうことで、助産師が内診する、産科の医師はいけないとか、非常に誤った観点からの議論なので、これはちょっと是正していただきたいと思います。お産の進行にとって、内診をとって経過を見なければいけないような場合は、ドクターと一緒に立ち会って、所見をとるという形です。内診は助産師がして、産科医は1人だとできないとか。看護師でも誰でもいいんですけれども、立ち会いのもとでの診察ということは当然必要ですね。ですから、その辺ちょっと誤解されているかと思うので、追加をさせていただきました。

それと、全体としての助産師が足りないということの問題と快適性の問題は、非常に関係していますね。

このアンケート調査を作っていただいて、大分、理解を深めていただけることはできると思います。基本的な姿勢や考え方として、妊娠、出産、育児に至る過程というのは、これは自然の生理的過程であって、これは誰もが了解していただけることだと思いますね。そのときの考え方として、ごく正常な女性は自然にそういう出産を自然にする力、育児をする力というのを本来持っているものだというのを、もう1つ考えていただきたいんですね。本来それを持っている力をうまく引き出していく、それが産科医療者の1つの役割ですけれども、それがうまくできていない。だから快適ではない。そこが問題としていわれているわけです。だから、管理分娩が過剰に出てきた場合に、自然に持っている女性の力が損なわれている。そこに快適性が欠けているのだということが1つあるんです。だから、その理解がないと、このアンケート調査も、ちょっと空回りになる可能性があるんです。ですから、正常な出産の、そういう自然の力をうまく引き出していく。もちろん産科医にも、部分的には出来るところはありますが、助産師がそこで働く、そういう力を発揮するところは、非常にウエイトが大きいんですね。ですから、助産師が足りないところでは、快適性が足りないということが1つは出てくると思うんです。

これは出産だけではなくて、育児の過程でも母乳という自然の力を発揮することに、何らかのサポートがあるわけです。そうした力をうまく引き出せるような状況、良い環境をその医療機関が作っていますよというのがBFHの認定です。ですから、今の産科医療機関の理解がもう1歩進んでいただかないと、本当の快適性というところに到達できないんじゃないかという気がします。

司会：岡本　ありがとうございます。内診につきましては、朝倉先生がおっしゃいましたように、つい先日、厚生労働省の看護課の方からも通達が来ました。3年ほど前もあったことですが、ある県で、内診の業務を看護師の業務と考えていいのかというようなニュアンスの質問があり、それは助産師、医師の助産に関わる診察であるというような見解の通達が再度出されました。

杉本(母)　それは、産科看護師ということの問題での内容ですか。

朝倉(産医)　内診は助産業務であるというその短い言葉だけです。おそらくバックにはそういうことも入ってくるのかもしれませんが……。多分、言葉が一人歩きしているということもあると思うんですけれども。

●潜在助産師をどう掘り起こすか

司会：岡本　やはり、診療所に助産師が少ないという実態は、非常に本当に大きな問題だと思います。その割には、今まで余り論議されてこなかったところがあります。昨年、日本助産師会でネットワークの推進の会議をさせていただいたときにも、やはり、大きな課題として、産婦人科医会からも話がありました。例えば、助産師学校では必ず診療所で勤めるような人を育成する枠などを設けてもらったかどうか、あるいは、助産師会で潜在助産師として家庭にこもっている人たちをどう掘り起こすかなど。これは全体的な行政の問題ではあるかもしれませんが、助産師だけの必要数の算定というのは表向きにはなされていない。いつも看護職全体でしか出てこないの、そうすると看護師はいっぱい出てきておりますので足りているという話になってくるのです。診療所にどのぐらいいるか、あるいは地域でもう少しどのぐらいいるのか、あるいは保健センターでどのぐらいいるのかなど、真剣に論じたときには、本当に大きな数の不足というものがはっきりしてきます。何らかの対策をとらないかぎり、今あるそういう潜在的な人たちだけを掘り起こして足りるような数では全然ありません。これはものすごく大きな課題です。今日ご出席の厚生労働省の方は看護課ではなく、母子保健課なので、またついでのときにでも、行政も含めて一緒に考えていただけたらと思います。それこそ何々を禁ずるだけでは収まらないですね。

●助産師が本来の業務でない部所で働いている現状

大村(産医)　今のお話と、朝倉常務理事からの話と関連してのことですが、要するに助産師さんの偏在ということですね。それを考えた場合に、じゃあ病院にいる助産師さんがみんな助産業務に携わっているかという問題も、かなり大きくあると思います。私のいる都立病院でも、そこかしこに助産師さんいるんですよ。でも、助産業務をやっている人間はそのうちの何分の1じゃないか。病院で勤めている助産師さんのう

ちの、例えばね、10人の8人が分娩室にいるというのだったら分かるんですけども、どうも違うみたいですね。つまり一旦その組織のなかに入ってしまうと、その人たちがどういう肩書きを持っているとか、特殊性、特殊業務ができるということと関係なしに、その組織内の人事で動かされてしまう。給料は入職したときから圧倒的に助産師さんの方が高いんですね。高いままどんどんどんどん昇給していきませんが、なかには、どうも助産業務をやらない方が楽だというときもあるらしいのですね。そうなってくると、そういう病院に入って給料が良くて楽な業務をできるというのは、パターンのいいですね。

今、分娩室の中に助産師さんが不足するという事態になっているんです。杉本先生のところは助産師さんの数が普通の病院の3倍ぐらいいると思いますが。

何でこういうことが起きるんだろうと思うんですが、実は分娩に携わっている助産師さんが少なくて、新卒の看護師さんで補充している。病院の中には助産師さんがそこかしこにいるんですよ。いつも書類をペタペタ張っているだけの助産師さんなどいたりですね。余計なことですけども。

永山(母) この問題は前々から考えているのですが、やっぱり、助産師の所属の一本化、つまり看護協会の職能部会と助産師会が何らかの形で協力し合わないと、むずかしいのではないのでしょうか。大村先生が楽だと言ったような助産師さんもあるかもしれないんですけども、本来の助産業務をやりたくてもできなくて、くさっている助産師たちがたくさんいますよね。ですから、看護部のなかに助産師さんが入っているという今の制度を少し考え直す。これは厚生労働省の方をお願いしなければならないんだろうと思うんですけども、やっぱり助産と看護を分けた制度を、産科医と協力してお産をやる。また、女性のための助産師という考え方を産科の先生や小児科の先生のお力を借りながら作っていく。戦後50年経って、やっていかなくてはならない時期じゃないかと痛感しているんですけども。

司会：岡本 ありがとうございます。はい、山本さん、お願いします。

山本(助) 大村先生の御意見に少し誤解があるかと思いましたのでお話しします。私、開業助産師の前は横浜市立の公務員でした。その場合は助産師枠の採用というのは、枠が決まっております。助産師は、保健師、助産師、看護師の保助看をすべて持っている者が、今、大学教育のなかで、どんどんそういう方法が進んでいます。助産師採用か、保健師採用か、看護師採用かということで、採用によって給与体系が変わってまいります。助産師であっても看護師採用の場合もありますし、保助看持っても助産師と保健師はやりませんで、看護師で勤務している人がいるわけですね。そのペタペタ検査データだけを張っているというのは、例えば産休明けで、病棟に戻れないときに外来に回されてというような、病院の方針で産科から外されることはあります。入局のときの採用枠というのが助産師の場合は大変少ないんですね。公務員の場合は特に少ない。看護師枠は圧倒的に多くて、助産師採用枠というのは少なくなっております。

大村(産医) 私の言葉が足りなかったと思うんですけども、もともと助産師枠で入職している人でも、全く産科をやらせてもらえないまま看護業務をやっているという人がすごく多いんです。それが公務員だからということだからなのか、それともうちの都立病院だけがそうなのか分からないんですけども。前にいた都立病院でもそうでしたし、他の病院もやっぱり同じようだという事は、東京都にある特徴かもしれません。実際、山本さんが言われたように、自分は国立成育医療センターで助産師をやっていたが、一旦お産をして退職したが、もう1回東京都へ勤めたいといったときに、当然ばりばりにやっていた人ですから助産師で採用してくれると思ったら、看護師枠でしか、今、採用していないから看護師で雇うと言われる。それで雇っていて、何故かそういう人が助産業務をやっていたりする。よくわけが分からないですね。山本さんの言われた疑問は、当然なんですけども、実態は助産師枠で雇った人でも、助産師の業務をやらせていないなどという、どうも一筋縄ではいかないような、理解に苦しむ事態が起きています。

山本(助) おっしゃるとおりで、助産師であっても看護業務をやっている方は大変多いです。本人の希望があっても産科に回れないという現実も、実態としてあることは確かだと思います。

大村(産医) それは卒の問題ではないと思います。

山本(助) 助産師だから産科だけを知ればいいということではなく、全科を回されて、そしてトータルで全体の身体を見るということで、回しているというケースもあります。助産師であっても内科に行ったり、外科に行ったり、心電図が読めた方がいいとか、いろいろな考え方があるかと思いますが。

司会：岡本 関連して、江角さん、どうですかね、病院の実態と言いますか。

江角(助) 先ほど大村先生から助産師の給料の問題がちょっと出たんですが、実は助産師の給与は全然高くありません。一般的には、例えばレギュラーのコースでは看護師をとって就職をします。助産師になるためにはその後1年学校に行きますから、1年遅れて就職します。助産師として雇っていただいたとしても、そこで1号奉多くはいただけますが先に、同級生で、看護師で就職している人は、もう1年経ったので、1号奉上がりますので、実は同じ給料なんですね、年代的には。

大村(産医) 同じときに入職した人のなかでの話です。

江角(助) もちろんそうです。これから専門大学院もできていますが、そこでもし、大学院で助産師の資格を取って就職したとすれば、その修士を取っているからとか加味されての給与体系というのは無いんですね。ですから決して高くない。

大村(産医) それはまだ、始まっていませんよ。

江角(助) 始まっていないのですが、例えばいろいろな資格を取っても病院というところはそれにプラスした給与というのはなかなかいただけない私は思っています。修士の方は分かりませんが、1年勉強して入りますけれども変わらないというので助産師の給料は、高くないと思っています。

大村(産医) 私が給料が高いと言っているのではなくて、看護師さんと助産師さんが2人並んで話をするときに、そちらの方が給料が高いということを明確に2人のなかで言われています。つまり同時期に入職したAさんとBさんがいて、Aさん助産師、Bさん看護師さんだとして、その2人に話を聞いたところ、Aさんの方が明らかにずっと高いと言われていたので、それを今、お話として持ち出しただけで、私が高いか安いかわかっているわけではないのです。

司会：岡本 助産師で、他科へ回される背景に何があるかというあたりで、少し実態をお話しして下さい。

江角(助) はい、助産師で病院に就職されますと、先ほど山本先生がおっしゃったように、御自分の御希望でなくて他のところにまわされてしまうということも、もちろんあります。病院のシステムのなかで少し他の科を知った方がいいだろうということで、ローテーションで回るというシステムもあるかと思います。

大村(産医) 私がこの話題を持ち出したのは、病院のなかで、助産師さんが数字上は充当しているのではないかという病院のなかでも、こういうことが起きている。皆さんが、御存知だと思うんですけども、もう1度、問題点を浮き彫りにしていただきたいとお話をしたのです。山本先生や、江角先生が言われたようないろいろなところで研修の必要があるのは十分存じています。存じている上で、どうもそれだけではないように偏在しているような気がする。

あるいは御本人の希望によって助産業務から離れている、逆にやりたい人ができないとか、どうも一筋縄ではいかないような状況が起きているような気がする。それでちょっと、こういう問題点はどうなんだろうかということで、お出ししました。

司会：岡本 はい、ありがとうございました。はい、堀内先生。

●助産師の専門性が発揮できるシステムに

堀内(母) 先ほど、病院の混合病棟化のことをお話ししたのは、そのへんもあるんですね。実際には助産師さんが、混合病棟になると助産業務ができなくて、一般の内科の患者さんを見なくてはいけない。そういう矛盾を感じている方は結構いるんだろうと思います。それから、もう1つは病院のなかで、妊婦さん、産婦さんを扱って、助産師という専門性が発揮できるようになれば、そのなかの1部は、多分、開業の先生のところへいらっしやると思うんですね。そうではなくて、病院にしがみつくようにして、助産業務ではないものをやっている方がなかにはいる。モチベーションが高い方は、病院をやめて自分のやりたいところへ行く方も結構いますけれども、それ以外の方が、どうも病院のなかを見ていると多いんですね。お金をかけて養成した人が本来の業務に付かないというのは、ぜいたくすぎますよね。

永山(母) ある市立病院ですけど、やはり、看護職として採用されて、助産師、看護師と混合になっていて、すごくくさっていた人たちがいるんです。母乳育児に熱心に取り組んでいるその小児科の先生が市に掛け合って、今年から市が看護師と助産師は別に採用された。それはその小児科の先生の情熱でされたという全くの個人の努力です。個人の努力でしかできない制度が問題です。先ほど申し上げましたが、看護協会の助産婦職能と助産師会の問題と、それから厚生労働省が看護職をどう考えるかということになると思います。考え方を変えていただかないと、小児科、産科の先生の力を借りながら、助産師会がその点を打ち出していないと、ケアをうけるお母さんたちもすごいかわいそうだと思います。

司会：岡本 はい、橋本先生。

橋本(母) 助産師が産科病棟あるいは分娩室だけでというのもいいのですが、例えば僕らみたいにNICUを持っているところは助産師がNICUで働いています。そうするとハイリスクと妊婦さんというのが関連性が付いてきます。そして退院していった後も、NICUから家庭に出て、フォローアップなりサポートなりしていく。この場合は病的なこともよく理解していますから、すごく良い結果になるんですね。分娩室がメインでしょうが、そこだけに縛り付けるよりも、ハイリスクNICUや、外に出て行くというのも部分的に残しておく方が、お母さんにとっても良い面は一部あることも、考えなくてはいけないと思います。

宮崎(産医) 話の腰を常に折るような発言ばかりしてしまって申しわけないんですが、連続性という問題に関してですけれども、多分僕らより下の年代の人たちは、そんなに連続性も求められたら、その職場を選ばないと思います。つまり、まず1つは労働基準法の問題があります。1人の妊婦さんに対して1人の助産師がずっと付くという形態が、本当に快適で妊婦さんにとって本当に良いものとする考え方と、助産師にとってどうであるのかという問題があります。それから、もちろん1人の人がずっと見続けられるということは、良いに越したことはないですが、できない場合もあります。また、余りにもその人と接近しすぎちゃった結果として、その人から離れられない状況が起こってきて、別の人を受け入れられないという状況も想定しなくちゃいけないと思いますよね。いわゆるシステムそのものをどういうふうに求めていったら、本当に快適性なのかという話に関してはいかがなんでしょうか。

司会：岡本 開業助産師のケアとも関わってくるので、何か開業の先生、ありますか。

●女性の持っている力をどこまで信じてきちんとサポートできるか

神谷(助) 今おっしゃられた部分で言えば、先ほど杉本先生が、女性の持っている力をどこまで信じてきちんとサポートできるかという部分に由来するのかなと思います。そんなにべったり1人の人にずっと付き添うのが、果たして快適かと言われことですが、正常の出産であれば、それほどまで入れ込む必要があるでしょうか、というのが私の立場です。出産に関わってずっと見ていくというのは、よほど微弱陣痛で、長い時間べったりいなければならないというのを除いたとすれば、正常産であれば、そんなに負担にはならないと思うのですが。ちょっと論点が全然違っていますか。

杉本(母) 宮崎先生、いいですか。これは助産師だけではなくて、産科のドクターも同じなんですね。継続という意味では、外来から出産までずっと見て欲しいというような要望があります。それからその継続のプラスということと実際不可能だという面もありますよね。そういう意味ではチームとしての医療で補いながら、継続性の良さをどうやって生かしていくか、それが現場に求められていると思いますね。ですから、うちで助産師の継続契約という制度を入れていますけれども、これは3交代のなかで、少しボランティア的な精神を入れてもらってやっていただいているんですね。大きなチームではなくて、小さなチームで、2人とか3人で1人の妊婦さんをケアしていくという、個人の継続性に準ずるようなことをやる。そんなやり方もあります。いかに継続性のプラスを生かすかという工夫かと思います。

堀内(母) 1人の妊婦さんなり、子どもを見るには専門性が必要となります。産科の専門性、小児科の専門性、助産師さんの専門性がある。ピークのところが専門性で、その裾野の部分でオーバーラップしている部分を互いに理解し合いながらいくと、継続的なサービスを提供できると思います。継続性というのは、必ずしも1人の人がずっと見ることでなくてもいい。良い言葉かどうか知りませんが、ネットワークと言われるもののなかで、それで個人を生かしていくという形でやらないと全部抱え込んでしまったら先生のおっしゃるように潰れますね。利益を受ける方たちがずっと同じような考え方の人たちに見守られているということが必要だと思うんですね。逆に個人に抱え込まれて、それがにっちもさっちも行かなくなっちゃっている方がときどきくる。そういう意味では、それは個人が抱え込むことではなくて、多くの方たちがオーバーラップしながら支援するという考え方が、プロとしてはいいのではないかなと僕は思っています。

宮崎(産医) あえてこういう発言させていただいたのは、助産師コースの教師も少ししておりまして、助産師さんたちになる卵の人たちが非常に迷っているんですね。ずっと見ていたいし、開業もしたいという夢を持っている人たちがいっぱいいるなかで、恐れ部分も当然知っておいてもらわなくちゃいけないというようなこともあります。医療訴訟の問題やいろいろなアクシデントのことに関しても、話さざるを得ないような授業の中身になっていますが、そうするとそれ自体で恐がってしまう。これは知っていてもらわなくちゃいけないことなんだから、という大前提で話をしている、そういう恐さが先にたってしまう。先ほど大村先生が話したように、せっかく助産師の資格を取ったのに、いざ病院に入ったら別のところに行ってしまう。自分の行く職場に関する実態として彼女たちは見えています。実習なり、あるいは看護師としての仕事をしてから助産師になっていますから。ぜひ解決していただきたい問題だと思います。勉強したいという人たちが夢を持てるような状況、それは医師の方も一緒なんですけど、つつい他人の事は良く見えてしまうものですから、ぜひ何らかの形で引き上げていただければいいかなと思っています。

司会：岡本 はい、ありがとうございます。今、助産師のマンパワーのことで、大病院に、違った科に助産師が働いていることによって、その是正を何とか考えられたら、もう少し適正なところの不足が解消するのではないかというお話だったかと思います。本当は、さっと行けばいいんですけど、やっぱり給与体系の問題もあります。例えば大きい病院から診療所に行くときに、辞めて行くな簡単なんですけれども、今、大きい病院の安定したところを望む若者が、やっぱり増えています。はっきり言って大病院志向ですよ。だからその辺のところ、どういう施策をすれば、少しは調整できるのかについて。山本先生、どうぞ。

●助産師の多い開業産婦人科についてその内容を調べてみる

山本(助) 産婦人科医会の先生方にちょっと御質問です。約半数が個人の先生のところで分娩をしているということですが、分娩症例は大変少ないんですが、助産師が多い、どんどんどんどん助産師の入職希望が来て採用しきれないでいるというような、個人病院の先生も知っております。全国的に見ても、助産師が充足している個人病院というのたくさんあります。なぜ、部分的な一部の産婦人科医院に助産師が集まってくるのか。助産師がたくさんいるんだよ、十分、助産師の人数が揃っているんだというところをリストアップすると、共通項が出てくると思うんですね。なぜそこには助産師が集まってくるか。大きな病院でも全然集まらないというところ、からんからんのところがあるわけですから、その共通項を見出していくと、なぜ集まらないのか、集まらない理由を整理していくと、採用できない理由がお金だけではないものが浮き彫り

に出てくると思いますね。ちょっと面倒な作業だと思うんですが、個人病院で助産師が十分にいるところのリストアップをして、そしてなぜ集まってくるか、それをまとめてみても面白いかと思います。

宮崎(産医) それに関しましてですね、医会の方としては、今年、モデル地区を作って県ごとにピックアップし、実際の程度なのかというのをやってみようという話にはなっています。

朝倉(産医) そういうのは、計画中で早急にやるはずです。それから今、アイデアとして考えたのは、来年度の研究かなんかでそんなことをやってもいいかなと、今、思っています。

司会：岡本 ぜひ、何か、やってほしいテーマですね。そのマンパワー不足について、大々的にやってほしいなと思います。

大村(産医) これだけ助産師の方がいるので、ぜひお聞きしたいのですが、ヒントとして、どういうところがあると思いますか。ちょっと先回りして聞いちゃっていいですかね。どうして集まるところがあるんだろうかというところですよ。

山本(助) まず、私たちが関わっているふれあい横浜ホスピタル、それから池川クリニックに関して申し上げますと、1年間かけて採用しましたが、助産師の申し込み希望者がありませんでした。あったとしても、例えば1週間に2回だけとか、夜勤だけとか、何曜日と何曜日だけということで、常勤で勤務をするというような希望者が全くおりませんでした。開業助産師が関わって、今のスタイルが出来てから、方々から助産師の申し込みが届いております。そして、池川クリニックは最初は助産師はゼロでした。母乳育児を推進しそれから自然分娩をして、助産師の本来の職能を発揮できる場所であるか、妊産婦さんが心地よくお産ができるか、満足度の高いお産ができるかというのがキーポイントだと思います。そういうお産ができる場所、母乳育児を推進している場所というのは明らかに助産師の入職率は高いと思います。

宮崎(産医) すみません、また問題発言かな。ある程度、人口のあるところはいいんですけど、人口の得られていないところってというのは、どうなんですか。逆に聞きたいんですけども。

永山(母) 母乳の会の事務局にも、助産師さんから就職したいという電話が掛かってきます。母乳育児をやっている病院がないので、就職を斡旋してくださいと。また、学生さんからも来ます。きのうも日赤の助産師学校に講義があって行ってきたのですが、そこでも授業が終わった後に、「母乳育児をやっている病院に、私は就職したいんです。日赤は多分入れないだろうから、他にあるところを紹介してほしい」と。授業が終わると、必ずそういう方が来るんですね。1つ大きなキーポイントだと思うんです。

宮崎(産医) キーポイントは分かるんですが、実務的に、例えば、僕は千葉の田舎の出身で、千葉のそれこそ人口2,000ぐらいの小さな村です。そこでも親父はお産はしていましたけれども、日本全国から考えた場合。そういうところが圧倒的に多いですね。

永山(母) 高知の山奥の病院でも、お産180ぐらいしかないところでも、助産師さんが働きたいと来るんですね。だから、全部がそれで解決するとは思いませんけれども、1つのキーワードにはなると思います。

宮崎(産医) 申し訳ないんですが、もちろん母乳に関しては、別に否定をしているわけでも何でもないんですけど、みんなからコンセンサスを得られるというのはなかなか難しいですよ。産婦人科医師、全部コンセンサスを得られるわけではないわけです。技術的にも、患者さんの話もよく聞くしという人だっているわけですよ。だから、そういう人たちも、当然、医会は考えていかなくちやいけなくなります。1つのポイントだとおっしゃいますけれども、じゃあそうでないポリシーの人は、じゃあ潰れていいよと、我々は言えないわけですよ。

●助産師の職種のアイデンティティー

堀内(母) これは母乳という言葉が出てきたから誤解されるんですね。助産師さんという職種のアイデンテ

イティーをしっかりと認めてあげましょうということだと思うんです。産科の先生といかに協力できるかという話だと思うんですね。だから母乳をやりさえすればいいということではなくて、多分、今出ているディスカッションというのは、お互いの職種を認め合って、どうやってチームを作っていくか。産科の先生のなかで受け入れて、まあ、しっかりやれとなる。すぐかどうか分かりませんが、そういうものが根付いてくれば、病院から拡散していくエネルギーにはなるんだと思います。時間勤務の方が楽だと思う方も、やっぱりいると思います。開業の先生のところの助産師さんも、お産があると夜勤が多くなるはずですから、結構きついと思います。そのなかで、給料がいいというのは1つの魅力だと思いますが、もう1つは、助産師として、その力を発揮できるそういう場を提供してあげるということは、やっぱり必要ではないかと思うんですね。ちょっと理想論すぎるかもしれませんが、むりやり配分することは、まず不可能だと思います。

永山(母) 今、母乳という話をしましたから抵抗があったのですが、私が助産師さんたちに、いろいろインタビューをしますと、お母さんたちが出産の後1週間入院している中で変化して、赤ちゃんを受け入れるようになって、本当に母親になっていく。そういう過程にかかわる仕事ができる。この仕事に自分が誇りを持てるという人たちです。給料安くてもという怒られますけど、そんなに給料が高なくても働きがいがあると、皆さんそうおっしゃる。助産師のモチベーションはいろいろあると思いますが、女性が赤ちゃんを産んで、母親になっていく過程を私たちが支えてあげられるんだ、すごく素晴らしい仕事だと。そういう場が助産師さんの働く場で、そして母親たちが安心して子育てに向かう場だと思うんですね。働きがいもある。そういう意味の連続というのが職の方でも問われているし、受ける側の方も求めていると思うんです。

橋本(母) 同じことなんですけれども、宮崎先生が言われるようにそれを山のなかの地方で、どうアピールして知ってもらうかということですよ。おそらくそのすべがない。だから具体的に母乳といったほうが、もっと通りやすいというので、母乳という言葉が出てくるんでしょうけども、基本的には、堀内先生が言ったことです。しかし、それを、本当にどう知ってもらうかのほうが難しいですね。

杉本(母) どういうところに助産師さんが来てくれるか、つまり選ばれる産婦人科診療所であるための要件ですよ。これは、産科のドクターが助産師に何を求めているかということが非常に問題ですね。その求める物と合致した助産師さんが来てくれるわけです。ですから、助産師さんたちがどう働きたがっているか、それは当然、妊娠、出産というものをそのドクターがどういうふう考えているかということと表裏一体なんですね。ですから、産婦人科診療所のお医者さんが、今後、出産をどのようにとらえて、自分がそれにタッチしていくかというフィロソフィーそのものが問われるんだと思いますね。

朝倉(産医) 杉本先生の補足をしますが、私は助産師さんを雇おうと思って面接したこともないのですが、メンバーリストで会員の意見が載っているそれを見ていますと、ある医者は、もう助産師さんと働く気がないというようなお医者さんもいます。その人は助産師さんが訪れてくるとその人にどういうことをやってくれということを話すと、助産師さんが席を立てて帰るそうです。そういうパートナーを求めている人もいますね。これでは助産師さんはきっと来ないですし、杉本先生がおっしゃったように、どうやって一緒に働こうかという意識をどう伝えていくかということだと思うんです。その人はそれでいいんですと言うから、いいんでしょうけれども。ちょっと話題を提供させていただきました。

豊倉(助) 個人的な意見が入るんですけれども、私がもし、個人の先生の所で働くとしたら、先生と同じ考えになっていかないとなかなか難しいなというのがあります。例えば、先ほどから出ている横浜ふれあいホスピタルに関しては、最初はやっぱり先生方と意見が本当に違いました。でも、それを毎月、定例会と称して、忙しくても必ず月1回は集まって話し合いをする。この積み重ねでもって、だんだんに歩み寄って、今では同等に話し合いをできる立場になってきたのです。やっぱり個人の開業の先生であっても、やっぱり同じです。上下関係じゃなくて、同じレベルというわけにはいかないかもしれませんが、歩み寄りというのは大事なと思います。それと私だったら、私の能力を買ってくれるんだったら私はこれぐらいの給料を欲しいというように、雇うときにあなたはいくらぐらい貰いたいのと聞いてもいいんじゃないかなと思います。

すよ。私は実際に自分のところを求めてくるスタッフには、給料をどれくらい欲しいのと自分で決めてくださいと言っています。それだけの仕事をできるんだったら差上げますということで、採用しています。

司会：岡本　非常に重要なことですが、そこらへんがいつもむずかしい。はい、山本さんどうぞ。

山本(助)　すごく大人気の先生の所もたくさんあります。お産される方も多くて、先生も優しくお産も満足して御飯もおいしくて、分娩件数も多くてというところがいいわけではない。そこに助産師がどんどん入っていくんだけど、どんどんやめていく。結局、誰も残らないというケースもたくさんあるんですね。どんなに繁盛している病院だとしても行きたくない、一緒に仕事をしたくない病院、一緒に仕事をしたくない状況というのは、私はよく分かります。さっき豊倉さんが言ったように、助産師が助産師の職能を十分に発揮して、そして助産師らしく主体的に動ける場所というのは、どんな場所であっても求められていると思いますので、山奥でも、それこそ孤島であっても、求めていく所というのはありますね。永山さんがさっきおっしゃっていましたが、自分の所はすごく田舎だけれども、こんなことをやっているというのが本当に理解されればそれは場所の問題ではなく集まってくると思います。

宮崎(産医)　私の父は診療所です。出張して自宅分娩をしていました。何かあれば近くの県立病院の院長とよく相談して、そちらで出産をするという形態を取っていました。だから別に、よく患者の話を聞いてというのは、こんな私の父ですから、別に特別なことではないですね。

僕の言いたいのは、豊倉さんがおっしゃるように給料いくらなのというように自分がプロとして要求することは分かります。でも開業の医師は病院、あるいは診療所の経営者なんですよ。経営者と働く人間との人間関係というのも、当然、必要になってくるわけですよ。医者として助産師としてという問題と、それから経営者と非経営者との関係は同じ職種だったら問題なくその辺はクリアできていくかと思うんです。もちろん同じ事を扱いますけれども、違う職種の人間が経営者と非経営者になった場合に、難しい問題がある。アピールしたりピーアールするということに関しては、一緒でしょうけれども。実際問題、うちの親父も近所の病院で帝王切開させてもらっているから看護教育などを、ほぼ無料ぐらいでやっています。教育もギブ・アンド・テイクでやっていましたが、誰も来ません。教え方が悪かったのかもしれないですけどね。

それから、僕らの先輩の所に行きますと、やはり助産師さん、そこはよくはやってますし、ポリシーもあります。それから付いてくる看護師さんたちも、よくその先生の言う事を理解しています。助産師さんも雇いたいんだけど、どうしてもネックになっちゃうというのは、俺がいなくなっちゃったときに、その人たちがどうするの。その方は65ぐらいの人なので、いつ死んでもおかしくないと、自分で言っているんですけども、そういう人たちが経営者なわけなんです。極端な話をすれば、医会の人間の平均年齢です。そうすると、とてもとても雇えません。それはポリシーとして4~5年は同じ釜の飯を食えるかもしれませんが、それから先の給与の保証はないわけですよ。そうしたら、やはり国公立や大病院に行ってしまうという人たちの考え方って、僕はよく分かるんですよ。

司会：岡本　確かにそれはあるんですけども、ただ私たち助産師としてはですね、例えばあと5年しか一緒に働けなかったとしても、例えば大病院で自分の思っていることが発揮できないような所で働きたいのか、あるいは5年ぐらいかもしれないけれども、自然のお産や母乳などそういうものを大事にしたい。自分たちが大事にしているものと、そのドクターが大事にしているものが一致するような先生のもとで働きたいのかと言われたら、多くの助産師は、その後者です。その後は、それこそ自分たちで開業することもあり得るし、また同じようなポリシーを持った他の病院の先生がいらっしゃる、まあ、医院でもいいんですけども、そこへ行きます。だから、やっぱり助産師が1番求めているのは、妊産婦さんが本当に何を求めているのかというところで、助産師と同じ考えというかポリシーの先生方のところを捜しているんですね。

●産科医から助産師さんにアピールする言葉を

朝倉(産医)　産婦人科医会で聞く限りは、やっぱり助産師は圧倒的に不足している。今までのお話し合いから言うと、お産に対する考え方を産科医がしゃべったときに、全く助産師さんにアピールする言葉がない

ということですね。だから、そこら辺が、医会として助産師さんが欲しければ、考え方をアピールして納得できるような言葉を言えるように僕らとしても、少しその辺も勉強しなければいけないよということをずっと言い続けられてきたような気が、今日はしました。ちょっと、いろいろ考えてみます。

江角(助) 私は、深谷赤十字病院に 35 年間勤めていましたが、私どものところでは、13 年前に助産師外来というのを立ち上げました。立ち上げるときは、やはり産科の部長は非常に心配されたと思うんですけども、やはりよく話し合って、じゃあやってみなさいということで始めました。それまでやはり、助産師の数が少なくて助産師学校にお願いに行っていて、ぜひ就職していただけないでしょうかというお話をしていました。助産師外来を立ち上げて、少し皆さんに知っていただくようになりまして、たくさんの方たちが来て下さるようになりました。13 年目ですから、今、助産師さんを全部就職していただけないというような状況になっております。病院のなかで、なんとか助産師が助産師らしい仕事ということをしていると、助産師は魅力があるのかなと、ちょっと思っております。

永山(母) 助産師さんの存在を知らないお母さんたちがたくさんいますね。母親達が助産師さんの存在を知ること大事です。病院にいるのはみんな看護師さんだと思っている。それは母親教育の一環だと思うんです。例えば、小学校の教科書に、実はうちの娘の教科書を見たときのことで、お産のときに誰がいますかという絵には産科の先生と看護師さんしかいない。そのときに、うちの娘は、手を上げて助産師さんですよと言いたかったそうなんですけど、何で言わないのと言ったら、だって聞かれたら内容を上手に説明できないから黙っていたんだけど、看護師さんじゃないよね、助産師さんだよ、と言っていました。たまたま私がこんな仕事をしているからわかるのですけど、文部科学省の教科書にも、そうやって書いてあるわけですから。小さいときから、お産の場には助産師さんがいるという教育がされていなくて、お産で、病院にいった、助産師さんか看護師さんか分からない。あるとき、看護協会の方に、助産師さんと看護師さんとを名札でも、お母さんたちが分かるようにしたらどうですかと言ったら、看護協会の方が、それは差別になるからだめだっておっしゃられていたんです。やっぱり区別と差別は違うので、お母さんたちが助産師さんという存在を知らない人がいっぱいですから、これも問題だと思います。今は、妊娠雑誌では、助産師さんが登場するようになりましたけど、でも未だに病院のなかで助産師さんがお産に関わるんだということを知らない一般の人たちがものすごく多いです。だから、お母さんたちが、要求することも大事だと思うんですね。

大村(産医) 病院内で白衣を着ている女性は、全部看護師さん、女医さんに向かっても看護師さんという人もいます。

永山(母) それは別にして、小さいときからの教育が大事です。

大村(産医) でも、本当に分けした方がいいですよ。

堀内(母) 今僕がいる大学病院では、助産師さんの平均寿命というのは 2.5 年なんですね。非常に短いんですね。次から次に人が出入りしている大きな病院もある。例えば深谷赤十字は 30 数年もやっている助産師さんがいる。いろいろだと思いますけれども、大きな病院というのは人の動きというのは相当あるんだと思いますね。助産師さんたちも助産師としてのライフサイクルを考えてみると、例えば、卒業した直後は、自分の属したところで少し研修をしてという気持ちは医師にもありますけれども、助産師さんたちもあると思うんですね。自分の向き不向きだとか、女性の場合には多分、結婚だとかいろいろなことがあるんでしょうけど、ある程度になって入れ替わっていくわけですね。大きな病院と診療所とを対立関係で考えるのではなくて、そのサイクルのなかに入れ込むとか、なにかしら方策を考えられないのかしら。医療連携だとか地域連携だとか盛んにやられていますよね。そのなかで、何かしら組み込む方策を連携のなかでやっていると、少し、変わり得るのではないかと思います。僕たちの病院なんか見ると、次から次へ辞めていく。もう辞めないでくれよと言いたくなるぐらい辞めていくんですね。多分、僕が悪いんだと思いますけど。だから、そういう意味では、循環はしているんだと思うんですね。ただ、大病院志向の方はいますし、また大病院に来

るかもしれませんが、アピールするチャンスというのはやっぱりあるんじゃないかと思うんですね。

司会：岡本 貴重な御意見ありがとうございます。これは非常に大きくて大事なテーマなので、ぜひ来年の研究テーマに取れたらいいなと、今、ちょっと思っております。

研究に関係しましては、日本産婦人科学会もこの橋本先生のところに書いて下さっているように、佐藤章先生中心に、病院診療所と助産所のネットワーク推進、産科診療におけるバースプランのあり方ということで、やったださっております。はい、島田先生、お願いします。

島田(厚労) 話が戻って申し訳ないのですが、助産師会の分担の研究ですが、先ほど、オープンシステムの定義、言葉の問題があるということがおっしゃられていました。調査表の方をもう一度、拝見してましたら、助産師会の会議のなかでは、オープンシステムというのは定義されていますが、調査表にはいきなり“貴院で実施しているもの、院内所産院、オープンシステム”と、唐突に書いてありますね。これだと、オープンシステムが何であるかは、調査しきれないかなと思います。もし、この調査表だけで調べられるんだしたら、ちょっと足りないのかなと思いましたので、先ほどの連携とは違うんだよ、オープンシステムとは何ぞやというのが分かる内容をもう少し加えられた方がいいのかなと思いました。

●シンポジウムのテーマ

司会：岡本 はい、分かりました。ありがとうございます。その辺の定義をもう少し見直したいと思います。ありがとうございます。

それでは、次に、各幹事会からの提案を挙げさせていただいています。日本助産師会で提案させていただきましたのは、毎年、2月か3月でのシンポジウムテーマです。今までは、分娩の安全性と快適性を中心に何度かやってきましたので不妊への支援について考える。仮のテーマとして、不妊の実状や治療の現状、それへの行政的な支援。大分、今、施策を取られてきているかと思いますが、その施策のこと。それから不妊相談がドクターだけでなく、助産師とか他の職種も含めて携わっていることが多いので、そういう相談の実状を話してもらう。看護協会、あるいは他の学会も相談員の育成ということにも努力して下さっていますので、4つぐらいの立場からの討論がどうか、ということで、ちょっと出させていただきました。まだ、もう少し間があるので、次回ぐらいでもいいかと思うんですけども。

堀内(母) 不妊の問題というのはものすごく大きな問題だと思います。不妊症の解決のために不妊治療をやるんですけども、実際には妊娠できない方もいらっしゃる。子どもを持つというのは家族のあり方です。そうすると、少し忘れられかけてきていることがあります。養子のことです。不妊治療ができるという背景があると思いますが、実は日本のなかでの養子というのは、今、どんどんどんどん減っています。不妊症から子どもを持つことをあきらめるという考え方があるんですけども。少し大きな意味でもう1回、養子のことを考えることをバックアップしておかなくてはいけないことではないかと思います。

僕は小児科医なものですから、ついそういうことを考えてしまうんですね。不妊となると、できるかできないか、そのためのカウンセリングとなるんですけども、もう少し広い視野で考えておいた方がこれからの施策だとか考える上で、担保できるものが多いのではないかと思います。妊娠しなければ女ではないとか、人間ではないとか、あるいはだから家族ができないんだという発想になってしまうと非常に危険だと思うんですね。だから、そのための違う選択の幅もあるはずですから、その辺のところも含めて、シンポジウムをやっただけるとありがたいなと思うんですね。

司会：岡本 はい、ありがとうございます。はい、島田先生。

島田(厚労) 気になっていますのは、この課題ではないですけども、やはり10代の性感染症が増え続けているところで、それがもとで不妊もあるのではないかと思います。予防ということも、少しこのなかに入れていただいた方がいいのかなと思います。

司会：岡本 はい、ありがとうございます。不妊につながる性感染症の問題等、重要な課題ですね。この案は、例えばということで、出させていただいております。次回、これに限らず、不妊をやるかどうか、他のテーマをやるかということも含めて、検討していただけたらと思います。その他ですね。

●議事録を記録として残したい

朝倉(産医) 提案なんですけど、この会も 11 回も数えたのですけれども、今までの話し合いは全部テープに入っていて、起こしていただいているわけですね。言葉が非常に多い協議会ですから研究費でも使って、ぜひ冊子にしたい。しゃべりっぱなしでもどんどん流れちゃうだけなので、ぜひ記録として残していただけると、いいと思って提案させていただきます。

堀内(母) 研究費の配分で橋本先生のところに多く取ってあるんですね。それはこの幹事会でやっているディスカッションそのものが報告書になると考えますので、朝倉先生がおっしゃるように、そのうちの一部をぜひ、報告書にしたらいんじゃないかということを考えています。

永山(母) 最初の 1~2 回は、録音はとってないんですけど、4 回目ぐらいから全部とっているんです。

司会：岡本 それは、橋本先生の班でやっていただけるということで、いいでしょうか。ありがとうございます。ぜひ、よろしくお願いいたします。橋本先生、お願いします。

●母子保健課と医政局総務課の医療安全推進室とのコンタクトは？

橋本(母) 最初にお話ししたことですけど、例の、お産の安全の 10 カ条が出てから、地域の開業の診療所の先生方からも相当問い合わせがあります。もう 1 人でやれないようになるじゃないかなど、と出てきました。厚生労働省のなかで、1 つその話し合いをしていただいて、おそらく一緒にまとまって出てくるんじゃないかなという段階で、今、お話ししているんですよね。厚生労働省のなかでも、それがどの程度でどのくらいで進んでいるかというのをちょっとお聞きしたいのですが。皆さんにどのようにお話で持っていったらいいのか。母子保健課と医政局のなかで話をして下さいと、前回お話が出ましたが。

市川(厚労) 前回そのお話を伺って、今、斎藤課長補佐が医政局総務課の医療安全推進室と十分コンタクトをとって、話を進めている段階です。良い産院の 10 カ条が出てきたのは、向こうの中林班の研究班から出てきたもので、あれも中間のものでシンポジウムを行ったということでしたので、まだ継続して研究も進んでおります。何か研究の進行があった時点では、きちんと私たちの方とも話をしてほしいということを言っています。まだ結果としては特にありません。

橋本(母) そういうふうに説明しておけばいいですね。

市川(厚労) はい、お願いします。

島田(厚労) そのことがございましたので、日赤の杉本先生の研究など、医政局の研究班には市川が必ず顔を出してですね、どういう進行状況でやっているかということと一緒に進めさせていただいております。医政局の「良い産院」というものの前には、“医療安全のための”というのが付いていたのが、どうもただの良い産院というのに走ってしまったというところが、ちょっと誤解を招いたところだなど、医政局の担当者としては申しておりました。

杉本(母) 今のその件で、モデル地区を作って、次のステップをやられるようなお話をちらっと聞いているのですが、その辺の情報はありますか。

宮崎(産医) その件に関しましては、医政局の方が概算要求をしたということであって、実行に移せるのかというのは、予算が通らないと無理だということですね。そこまでは、我々医会としては知っております。

それから医会の考え方というのも早急にまとめまして、医政局と母子保健課にこうであるというようなことを述べております。意見書というほどのものではないですが、提出させていただきました。この10月号に、医会報を通じて会員の先生方の方に、医会の考え方等々も含めて発行させていただく予定です。

島田(厚労) 概算要求です。多分、良い産院ではなくて、オープンシステムのモデル事業だと思います。

司会：岡本 はい、ありがとうございました。

大村(産医) 確かに橋本先生が言われるように、九州は大変ですよ。開業医の先生が本当にお産ができなくなっちゃうと言っています。言い方がちょっと悪いかもしれませんが、迷ってしまう妊婦さんがものすごく出てしまう。特に佐賀県とか大分県とかは厳しいというのは、橋本先生の後輩の岩永先生からよくお聞きしています。そういうことがあるので、今、幹事長が言われたように、必至になって、医会としての考え方をアピールしようよと、やり始めています。

橋本(母) 次の不妊の支援についても全く同じですよ。NICUのドクターから悲鳴が上がっている。すでにすごい問題です。そこまで続いて何か手を打っていかなくてはいけないかなというところがあります。

司会：岡本 はい、ありがとうございます。いいでしょうか。はい、島田先生。

島田(厚労) 話が戻りますが、皆さんの議論のなかに混合病棟のお話でしたが、医政局の専門官と一緒に話していたのですが、そういう現状を調査したいのは山々なんだけど、そもそも混合病棟というのは何かという定義付けをするのが非常に難しい。いろいろな患者さんが入っていれば、それが混合病棟なのかというそれだけではなくて、結局、働く側のシフトの問題がある。混合病棟になっていても助産師は助産だけやっていればいいという勤務シフトにしているとか、全国調査できませんので、さまざまな現状があるようで、その混合病棟のパターンを事例的なものでも集めたらどうなのかという話を医政局の方と話しておりました。結局、経営で責められての混合病棟ですので、やはり、妊娠から出産後、新生児訪問までのパッケージということを、ぜひ進めていただいて産科が儲かるんだと経営者にアピールする手段として言ったらどうかという話を前の谷口課長がよく言っておりました。そうすると助産師さんが分娩だけではなくて、その後の新生児訪問、継続的な外に出るという仕事もプラスアルファ。例えば自分の出産後で分娩の仕事に立ち会えないけれども、訪問の担当はできる病院の助産師さんなど、そういうことも考えられないだろうかというのをよく谷口課長と話していましたので、ちょっとお伝えしたいと思いました。

杉本(母) 個室なら問題はないんですけども、大部屋で母子同室、母乳育児を進めるというときに、混合病棟であるが故に、うまくいかないんだという施設が幾つか出てきているというところで、今、実際に問題ができてきているということですね。

司会：岡本 はい、市川先生。

市川(厚労) 先ほど助産師の定数配置の問題も出てまいりましたが、所管は確かに看護課ですが看護課の助産師とも話をしたときに、これだけ助産師が必要なんだということを看護課から直に上げていくとなかなか通らないことがある。できれば周りから固めてもらった方が進むこともあるというはよく聞きます。ここは健やか親子21という国民運動の1つなので、そういうところから、理想を掲げるというのはすごく大事だと思うので、1つ提言として出していける、方向性を出すというのもとてもいい力になるのではないかと、先ほど聞いていて思いました。

司会：岡本 定数化のことでは、日本助産師会でも要望項目には入れています。産婦人科の診療所の先生の方からは、それだけの助産師を雇って、経営的な問題でやっていけるかどうかという問題が残るので、やってほしい気持ちはあっても、非常に困難さを感じるということも聞いています。私たち助産師としては病院のなかだけでもそうだし、診療所も含めてあるいは地域のことも含めてやるときに、ある程度の法的な根拠

になるものがなければ、不足数をなんぼ助産師会が言ったところで、それは絵にかいた餅だというような形で終わってしまいます。やはり、これは本当に先生方ともよく何回も論議してこういう会で提案できるようになっていけば、非常にありがたいことかなと思ったりしています。ありがとうございます。時間も迫ってきましたので、もし新しいことがなければ、次回の確認をして。はい、橋本先生、すみません。

橋本(母) 厚生科学研究ですけれども、分担研究者としての調査研究を実施するに当たって、所属機関長の許可、承諾がいきますので、きょうお願いいたします。それから母乳の会で、今年の8月に、「卒乳」という本を出版しました。最初に、シリーズ1で、離乳食というのを出版しましたが、続いて卒乳です。きょう、皆さん方にお分けしますので、ぜひよろしく申し上げます。今度、8月のシンポジウムに間に合わせるために急遽出しましたが、早急に再版になる予定です。

司会：岡本 ありがとうございます。では、また、ピーアールして、参考にさせていただきたいと思います。では、次回は12月13日に決まっていたかと思いますが、それでいいでしょうか。次回は、母乳の会。ではまた、よろしくお願ひしたいと思います。

市川(厚労) 事務的な連絡なんですけれども、今年度も健やか親子21の協議会の総会というのを12月の初旬に計画しております。今のところ、きちんと予定どおりいけば、12月2日の木曜日になるかと思ひます。もしかしたらその翌週になってしまうかもしれません。ちょっと今、会場を押さえている関係ではつきりしませんが、初旬に協議会総会です。

それからこれからシンポジウムの方は打ち合わせに入っていくんですが、多分こちらの方も、2月から3月の頭だと思ひます。シンポジウムを予定しておりますので、よろしくお願ひいたします。なお、前回のときにもお話をしたかと思うんですが、来年が5年目の見直しでして、今、中間評価をどのようにしていくかということで、目標値は定められているんですけれども、その指標に関する見直しをちょうど取り掛かったところです。協議会の皆さまにも、見直しをどのような形で進めていただくかについては、この12月の総会あたりで、少し指針が示せればと思ひておりますが、来年はそういう意味でもいろいろ御協力いただくことが多くなると思ひますので、よろしくお願ひいたします。いつも議事録を読ませていただいて、生の声で非常に貴重なデータだと思ひますね。これが冊子になってくると、中間での見直しという意味では、とても良い資料になってくるのではないかと思ひますので、その辺もお考へいただいて、ぜひその冊子という形でやっていただけたらいいなと思ひます。どうぞよろしくお願ひいたします。

司会：岡本 はい、ありがとうございます。では次回は、今、御意見いただきました健やか親子の指標の見直しのことに關しても、もし御意見等ありましたら、お寄せいただくということと、2月か3月のシンポジウムのところの論議を中心に進めていただければと思ひております。どうもありがとうございます。

●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 12 回幹事会議事録

日 時：平成 16(2004)年 12 月 13 日（月）18：00～20：30

場 所：日本産婦人科医会会議室 新宿区市谷八幡町 14 市ヶ谷中央ビル 4F

出席者：日本産科婦人科学会—久保 春海

日本産婦人科医会—朝倉 啓文、田中 政信、宮崎亮一郎、谷 昭博、大村 浩、前村 俊満

日本助産師会—岡本喜代子、神谷整子、豊倉節子、山本 詩子、江角二三子

日本母乳の会—橋本 武夫、堀内 勁、杉本 充弘、永山美千子

厚生労働省—島田 美喜、市川 香織

司 会：日本母乳の会 橋本武夫

議題：1) 健やか親子 21 シンポジウム案について

2) 厚生労働科学研究について

3) 前回、提起された助産師の適正配置など、問題点の論議

<議事録>

司会：橋本 健やか親子 21 推進協議会幹事会を始めさせていただきます。ちょっと、資料の確認をします。日本助産師会からのシンポジウム案、「不妊への支援について考える」です。これについては、いろいろな意見とか追加が出まして、今日、お配りしました第 12 回課題 2 幹事会資料のなかでの、テーマ 1、「不妊への支援について考える」に置き換えてください。プラスアルファの案が出てきましたので、その資料で話を進めていきたいと思います。次の資料が、健やか親子 21 推進協議会の総会の報告を入れております。次の資料が、ピンクの紙の産科オープン・セミオープンシステムに関する現状における日本産婦人科医会の考え方。それから最後に、正常、正常産時における母子同室ガイドラインで、これは日本小児科学会新生児委員会案です。これらのものも、後で御報告いただきたいと思います。今日の幹事会のメインテーマは、来年の 3 月にあります公開シンポジウムを第 2 課題として、どういうふうに進めていこうか、何を持っていこうかという会議でございます。ですから、まずそこから入っていききたいと思います。その次に、厚生労働科学研究、それから 3 番目に、これまでの議題の引き続き、あるいは新しい問題を進めていきたいと思います。

最初に、3 月の合同シンポジウム、これに対してのテーマです。「不妊への支援について考える」ということで、この前ちょっと出されました。しかし、まだこの会で、幹事会で、不妊というものについて、ディスカッションが、全くできておりません。それで、不妊で幾つかのテーマを、そこにすぐ持っていけるかという不安も、ちょっとあります。今までの流れのなかで、総合的なものに加えて少し不妊への支援というものを加えていったらどうかという案も出てまいりました。この辺について、皆さん、御意見等お聞かせ願いたいと思います。きょうは、久保先生がお出でですので、何か先生、御意見ございますか。

●今回のシンポジウムは不妊の問題提起

久保（産学） 日本産婦人科学会の方からやって参りました久保と申します。いつも日本産婦人科学会がこの会に出ておりませんが、決してボイコットしているわけではございませんので、そのつもりで私も参加させていただいたわけでございます。

私の専門は不妊ですので、テーマ 1 のような「不妊への支援について考える」というようなことをおやりいただければ、健やか親子 21 のシンポジウムとしては、非常に良いと思うのですが、確かに、この会で、余り不妊のことについて、話し合っているような形跡はございませんので、まだこれをいきなりやるということは、非常に難しいと思うわけでございます。できなくはないんですけども、やはり他のテーマと混ぜたなかに、不妊の現状とはどういうものがあるのか、不妊によって出産した母子の精神的・肉体的発育はどうであるとか、あるいは医療側の受け入れ、多胎妊娠、早産による NICU の満杯状態はどうであるとか、そういった問題提起を他のテーマと含めてやってみることが、順当ではないかと思うんですが、いかがでしょうか。

司会：橋本 いかがでしょう。助産師会からの提案が先に出ておりましたけれども、何か。